

利格列汀联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病的临床疗效

李湘芸

武警广东省总队医院 药剂科 广东广州 510000

摘要：目的：分析利格列汀联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病的临床治疗效果。方法 选择我院 2021 年 1 月至 2022 年 1 月收治的 2 型糖尿病患者 100 例随机分为观察组和对照组各 50 例。对照组采用常规口服格列齐特联合二甲双胍片治疗,观察组使用利格列汀联合二甲双胍治疗。比较两组患者治疗 8 周后的空腹血糖水平 (FBG)、餐后 2h 血糖水平 (2hPG) 和患者的糖化血红蛋白 (HbA1c) 水平等血糖控制指标以及两组治疗方式不良反应的发生率。结果 经过 8 周的治疗后, 观察组患者的 FBG、2hPG、HbA1c 等血糖指标控制水平均明显好于对照组, 差异具有统计学意义($P<0.05$); 两组治疗过程中低血糖、胃肠道反应、皮疹、尿白细胞阳性等不良反应的发生率比较无显著差异, $P>0.05$ 。结论 应用利格列汀联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病安全、有效, 对改善患者的血糖控制水平疗效更加显著, 值得推广应用。

关键词：利格列汀；格列齐特；二甲双胍；2 型糖尿病；疗效

糖尿病是一种以慢性高血糖为主要病征的代谢性疾病。据相关研究^[1]显示：目前，我国 18 岁以上人群中，糖尿病患者约占 12.8%，其中 2 型糖尿病患者约为 85%。而随着我国人口老龄化以及人们生活、饮食习惯的改变，该病的发病率仍在持续增长。糖尿病造成的疾病负担和医疗资源消耗已经成为影响我国经济发展的重要因素。临床医学研究显示，导致 2 型糖尿病的主要病因是由于人体胰岛素分泌不足或发生不同程度的胰岛素抵抗所致。目前，临床上针对 2 型糖尿病多采用药物治疗方法来进行干预；其中，二甲双胍作为一种应用频率较高的降糖治疗药物，可显著改善患者血糖代谢，明显提升胰岛素的敏感性，对减少胰岛素抵抗和提高体质指数的临床疗效较为理想；格列齐特是一种磺脲类口服治疗糖尿病药物，其结构中所含有的氨杂环具有长效的降糖机制，在服药后的 2~6h 可达到最高峰值，半衰期可长达 24h，因此其与其它类型的降糖药相比，对降低空腹血糖的效果更好^[2]。格列齐特与二甲双胍的联合使用是临床治疗 2 型糖尿病的常规方法。利格列汀是一种新型的选择性二肽基肽酶-4 (DPP-4) 抑制剂，临床研究显示该药对 2 型糖尿病有着显著的疗效^[3]。本文通过对照研究利格列汀与格列齐特分别联合二甲双胍对 2 型糖尿病的治疗效果，旨在为 2 型糖尿病的临床治疗提供参考，现将研究过程报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院 2021 年 1 月至 2022 年 1 月收治的 2 型糖尿病患者 100 例随机分为观察组和对照组各 50 例。2 组患者基线资料比较无统计学差异 ($P>0.05$)。具有可比性，见表 1。

表 1. 两组患者基线资料比较

组名	例数 (n)	性别	年龄	BMI	HbA1c
对照 组	50	男 (26) : 女 (24)	55.35±10.51	29.91±2.25	9.8±1.8

观察 组	50	男 (25) : 女 (25)	53.86±11.65	29.98±2.31	9.8±1.7
---------	----	--------------------	-------------	------------	---------

纳入标准：(1) 符合 WHO 关于 2 型糖尿病的诊断与分型标准^[4]；(2) 具有完整的临床资料；(3) 患者对研究知情并同意；(4) 体质质量指数 (BMI) 26~33 kg/m²；糖化血红蛋白 (HbA1c) 7.5%~10%。排除标准：(1) 孕妇、哺乳期患者；(2) 精神病患者；(3) 合并严重心、肝、肾疾病者；(4) 有泌尿系统或者生殖系统感染者；(5) 对本次研究所用药物存在不良反应者。脱落标准：(1) 治疗期间出现严重的并发症；(2) 由于疾病或治疗原因，主动退出实验。

1.2 研究方法

对照组 50 例患者采用口服盐酸二甲双胍片 (格华止)，生产厂家为：中美上海施贵宝制药有限公司，国药准字 H20023371，用药方式为：500mg/次，每日口服 2 次；联合使用格列齐特缓释片 (达美康)，生产厂家为：施维雅 (天津) 制药有限公司，国药准字 H20044694，用药方式为：每日晨起用餐前口服 30mg~120mg/次，每日口服 1 次，基于患者实际情况进行调整，最高不超过 120mg。观察组 50 例患者采用口服盐酸二甲双胍片 (格华止)，生产厂家为：中美上海施贵宝制药有限公司，国药准字 H20023371，用药方式为：500mg/次，每日口服 2 次；联合使用利格列汀片 (欧唐宁)，生产厂家为 BoehringerIngelheimRoxaneInc. 国药准字 J20171087，用药方式为：5mg 每天 1 次，可与食物或无食物服用。

1.3 观察指标：

(1) 比较两组患者治疗前后的血糖指标：空腹血糖 (FBG) 和餐后 2h 血糖 (2hPG)，糖化血红蛋白 HbA1c。

(2) 不良反应发生率：低血糖、胃肠道反应、皮疹、尿白细胞阳性的发生率。

1.4 统计学分析

本研所得数据采用 SPSS 20.0 统计学软件进行数据分析，计量资料

以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 行 t 检验; 计数资料以例数 (%) 表示, 行 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 2 组患者治疗后的 FBG、2hPG、HbA1c 较治疗前明显下降, 观察组的改善水平明显好于对照组 ($P < 0.05$) 见表 1,

表 1, 两组患者治疗前后 FBG、2hPG、HbA1c 等血糖指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	FBG (mmol/L)		2hPG (mmol/L)		HbA1c (%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	50	10.5±1.7	5.3±1.2	15.8±2.5	7.2±2.4	9.3±1.6	5.5±1.3
对照组	50	10.3±1.9	6.8±1.5	15.6±2.8	8.9±2.1	9.3±1.5	6.7±1.4
T 值		0.058	4.103	0.069	0.059	0.202	4.262
P 值		0.656	0.025	0.655	0.019	0.878	0.015

2.2 治疗后, 2 组患者均无严重不良反应发生, 2 组治疗过程中低血糖、胃肠道反应、皮疹、尿白细胞阳性率等不良反应发生率比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 2,

表 2, 2 组患者治疗过程不良反应发生率比较(n%)

组别	例数	低血糖	胃肠道反应	皮疹	尿白细胞阳性率	总计
观察组	50	1 (2%)	11 (22%)	2 (4%)	3 (6%)	17
对照组	50	1 (2%)	10 (20%)	2 (4%)	3 (6%)	16
χ^2 值	-	-	-	-	-	1.177
P 值	-	-	-	-	-	$P > 0.05$

3. 讨论

口服药是目前治疗 2 型糖尿病的主要方式, 目前, 对于早期 2 型糖尿病患者, 临床普遍采用格列齐特缓释片联合二甲双胍片口服的治疗方式。格列齐特是一种常用的磺脲类口服治疗糖尿病药物, 结构中含有氮杂环, 其治疗机制在于通过刺激胰岛 β 细胞分泌胰岛素降低血糖水平, 显著增加餐后胰岛素和 c 肽分泌水平, 其疗效可持续至治疗二年以上。该药自发现

以来因其长效的治疗效果而被广泛应用于 2 型糖尿病的临床治疗中。但是临床研究发现, 部分单用格列齐特降糖治疗的患者降糖效果欠佳。因此, 临床上大都采用格列齐特联合二甲双胍来治疗 2 型糖尿病。二甲双胍是 2 型糖尿病的常用口服降糖药, 经大量临床应用具有良好的降血糖效果。其机理在于提升人体的胰岛素敏感性, 减少肝糖原输出, 增加肌肉对葡萄糖的摄取, 控制血糖进而降低胰岛素抵抗水平, 最终实现改善患者的胰岛素功能对于患者体内的血糖进行有效的控制^[5]。有研究^[6]证实: 单药治疗血糖不达标的 2 型糖尿病患者加用二甲双胍治疗 12 周, 可使患者 HbA1c 明显下降, 且明显优于单药治疗的对照组, 并且安全性及耐受性良好。但是, 由于糖尿病是一种慢性终身疾病, 随着病程的进展, 患者可能会由于长期用药而产生耐药性导致自身药物敏感性下降的情况, 因而药物的控制效果也越来越差。因此, 在临床研究中, 需要不断研发新的药物来替代或者采用联合不同降糖药物的方法来帮助糖尿病患者实现控制血糖水平。

利格列汀是一种 DPP-4 抑制剂, 作为 2 型糖尿病辅助治疗药物, 该药可有效改善血糖, 抑制胰高血糖素样肽-1 (GLP-1) 和葡萄糖依赖性促胰岛素分泌多肽的灭活, 提高内源性两者水平, 促进胰岛 β 细胞释放胰岛素, 同时抑制胰岛 α 细胞分泌胰高血糖素, 从而提高胰岛素水平, 降低血糖, 且不易诱发低血糖等不良反应, 并且有助于改善体重^[7-8]。DPP-4 是一种广泛存在于人体多种细胞和组织中的 II 型糖蛋白。具有水解 GLP-1 并转化为无活性的代谢产物的作用。利格列汀通过模拟 DPP-4 底物二肽结构竞争性抑制 DPP-4, 非拟肽类 DPP-4 抑制剂直接与 DPP-4 的活性位点结合, 精准发挥抑制作用^[9]。利格列汀对 DPP-4 具有较强的抑制作用, 利格列汀与二甲双胍的联合使用, 二甲双胍能够有效降低高人体胰岛素抵抗性, 促进的胰岛素的分泌和释放, 降低循环中的胰高血糖素水平。利格列汀能够升高活性肠促胰岛素激素的浓度, 而肠促胰岛素主要有胰升血糖素样肽-1 (GLP-1) 和促胰岛素多肽 (GIP), 这两种肠促胰岛素激素都参与了葡萄糖稳态的生理调节。进餐后立即升高。在葡萄糖水平正常或升高的条件下 GLP-1 和葡萄糖依赖性促胰岛素释放肽 (GIP) 能增加胰腺 B 细胞胰岛素的生物合成和分泌。此外, GLP-1 还能减少胰腺 A 细胞的胰高血糖素分泌肝葡萄糖排出量减少, 从而控制 2 型糖尿病患者的血糖。

在本次研究中, 两组均给予二甲双胍治疗, 在此基础上, 观察组联合使用利格列汀治疗, 对照组联合使用格列齐特治疗。从表 1 数据可以发现, 治疗 8 周后, 2 组患者的 FBG、HbA1c、2hPG 等血糖水平指标均较治疗前均有了显著的下降, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 这说明两种治疗方式对 2 型糖尿病都有确切的疗效; 而对比两组治疗 8 周后的血糖指标水平可以发现, 观察组的 FBG、HbA1c、2hPG 等血糖水平指标改善效果显著优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。这说明观察组治疗方式的治疗效果更佳。而表 2 数据显示, 两组患者在治疗过程中均未出现明显不良反应。两组各 50 例患者中都仅有 1 例患者出现低血糖反应, 观

(下转第 5 页)

阿托伐他汀、依那普利联合缬沙坦对慢性肾炎治疗的作用对比分析

羊江鸿¹ 钟开义²

1.海南省儋州市那大镇卫生院内科 571799; 2.海南西部中心医院肾内科 572900

摘要: 目的: 针对慢性肾炎患者, 探究阿托伐他汀联合缬沙坦和依那普利联合缬沙坦在实际应用中的效果, 并做出对比分析。方法: 选取 70 例我院肾内科收治的慢性肾炎患者作为本次研究、分析的对象, 选取的时间段为 2020 年 1 月至 2021 年 1 月, 通过掷硬币的方法将慢性肾炎患者进行随机、平均分配, 35 例分为对照组 (依那普利联合缬沙坦), 另外 35 例分到实验组 (阿托伐他汀联合缬沙坦)。在本次研究治疗 24 周后, 观察对比 2 组慢性肾小球肾炎患者治疗后的各项指标情况, 包括肾炎炎症因子水平、临床总体疗效、不良反应发生情况以及肾功能各项指标变化情况。结果: 经过治疗后, 与对照组相比较, 实验组的炎症因子水平下降程度更为明显, 水平更低; 肾功能指标 (血尿素氮、血肌酐、24h 尿蛋白量、肾小球滤过率) 改善更为明显, 总体临床疗效更为显著。上述所有的观察指标在 2 组患者比较方面均具有统计学差异 ($P < 0.05$)。但虽然实验组的不良反应发生的几率更低, 但 2 组比较无明显差异。结论: 对于慢性肾炎患者而言, 采取阿托伐他汀联合缬沙坦的治疗方式比依那普利联合缬沙坦治疗方式更有优势, 利于改善肾功能, 降低炎症因子, 临床效果更为显著, 可以作为首选的保守治疗方法。

关键词: 阿托伐他汀; 缬沙坦; 慢性肾炎; 依那普利; 肾功能; 炎症因子

对于慢性肾炎疾病而言, 具有病情发展缓慢、迁延的特点, 并且在临床中表现出的症状也较为多样化, 如高血压、水肿、血尿等^[1]。若没有得到有效的治疗干预, 长期以往会导致患者出现尿毒症, 从而会严重危及到患者的生命安全。并且肾功能衰竭也是由慢性肾炎逐渐恶化所造成的, 严重者会导致患者出现尿毒症。在临床中, 较为保守且常规的治疗方法为药物治疗, 并且在治疗的同时也要加强适当的锻炼, 养成良好的生活习惯、饮食习惯等^[2]。而药物治疗上选择的药物也具有一定的差异性, 本文将探究阿托伐他汀、依那普利联合缬沙坦在临床治疗中的效果, 并对其进行比较分析, 现报道内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究选取的 70 例慢性肾炎患者均来自于我院肾内科, 将其作为分析对象, 选取时间段位于 2020 年 1 月至 2021 年 1 月, 分组方法采取掷硬币的方式, 随机分为对照组 ($n=35$) 和实验组 ($n=35$), 对照组患者中, 男:女=20:15, 年龄为 $[34-65 (48.56 \pm 3.78)]$ 岁, 病程为 $[3-11 (5.23 \pm 1.76)]$ 年; 实验组患者中, 男:女=21:14, 年龄为 $[35-66 (48.98 \pm 3.45)]$ 岁, 病程为 $[2-10 (5.09 \pm 1.56)]$ 年。2 组慢性肾炎患者的性别比较 (χ^2 : 0.0589; P : 0.8083)、病程比较 (t : 0.3522; P : 0.7258)、年龄比较 (t : 0.4855; P : 0.6289) 的统计学结果无明显差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准^[3]: ①经过我院临床诊断、影像学检查确诊为慢性肾小球肾炎; ②符合《内科学》(第九版: 人民卫生出版社) 中的相关诊断标准; ③患者及其家属对本次研究内容、流程、目的均已了解, 自愿签署相关协议书; ④具有治疗依从性, 愿意配合治疗、研究、调查工作。

排除标准^[4]: ①合并其他器官功能衰竭; ②具有严重的沟通障碍或者精神疾病; ③对本次研究所采取的药物存在过敏反应; ④近 3 个月内服用类似药物; ⑤处于哺乳期或者妊娠期女性慢性肾炎患者; ⑥合并糖尿病、肾脏肿瘤以及高血压肾病。

1.2 方法

2 组患者均通过常规的基础性治疗、常规护理干预。对照组患者采取

的治疗手段为: 依那普利联合缬沙坦。依那普利为 (批准文号: 国药准字 H14023578; 生产厂家: 亚宝药业集团股份有限公司; 产品规格: 10mg), 初始服用剂量为 10mg/次, 2 次/d, 结合患者的血压情况适当增加服用剂量, 每日服用最大剂量 $< 40\text{mg}$ ^[5]。缬沙坦为 (批准文号: 国药准字 H20030776; 生产厂家: 湖南千金湘江股份有限公司; 产品规格: 80mg), 口服, 每次 80mg, 每日 2 次。

实验组患者采取的治疗手段为: 阿托伐他汀联合缬沙坦。缬沙坦的生产企业、批准文号、产品规格以及用法用量与对照组相一致。阿托伐他汀为 (批准文号: 国药准字 J20120050; 生产企业: Pfizer Ireland Pharmaceuticals; 产品规格: 10mg/s), 口服, 初始剂量为 10mg/次, 1 次/d, 结合患者的治疗效果进行适当调整。每日的任何时间段均可以服用。每日服用的最大剂量 $< 80\text{mg}$ 。

1.3 观察指标

1.3.1 肾功能指标。本次研究所观察的肾功能指标内容包括 24h 尿蛋白、血尿素氮 (BUN)、血肌酐 (Scr) 以及肾小球滤过率 (GFR)^[6]。

1.3.2 肾功能炎症因子指标。本次研究所观察的炎症因子内容包括 IL-6、TNF- α 、hs-CRP^[7]。

1.3.3 临床疗效。评价方法为: 若患者各项临床症状 (血尿、水肿等) 完全消失, 则判定为痊愈; 若患者各项症状有明显的改善, 并且 24h 尿蛋白在 0.5g 以下, 则判定为显效; 若患者各项症状有一定的改善, 并且 24h 尿蛋白在 0.2g 以下, 则为有效; 若症状无改善或更加严重, 则为无效^[8]。临床治疗效果计算方法: 有效率 = $1 - \text{无效例数} / \text{总例数} \times 100\%$ 。

1.3.4 不良反应指标。本次研究所观察的不良反应内容包括头痛、呕吐、恶心。不良反应总发生率计算方法: 发生率 = $\text{不良反映例数} / \text{总例数} \times 100\%$ 。

1.4 统计学分析

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

2 结果

2.1 肾功能指标对比

2 组慢性肾炎患者治疗前后肾功能指标水平对比（如表 1 所示），治疗前，2 组各项肾功能指标比较无差异（ $P>0.05$ ）；治疗后，实验组的血尿素氮、血肌酐、24h 尿蛋白量、肾小球滤过率的水平，同对照组比较，均更优。2 组对比差异明显（ $P<0.05$ ）。

表 1 2 组慢性肾炎患者肾功能治疗前后对比($\bar{X}\pm S$)

组别	时 间	24h 尿蛋白 (g)	BUN (mmol/L)	GFR (mL/min)	Scr ($\mu\text{mol/L}$)
实 验 组	治 疗 前	2.24 $\pm$ 0.28	9.11 $\pm$ 0.71	53.12 $\pm$ 4.09	216.71 $\pm$ 31.85
	治 疗 后	1.21 $\pm$ 0.23	7.86 $\pm$ 0.59	68.22 $\pm$ 4.11	150.32 $\pm$ 24.34

表 2 2 组慢性肾炎患者炎症因子水平对比($\bar{X}\pm S$)

组别	IL-6 (ng/L)		hs-CRP (mg/L)		TNF- α (ng/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组 (n=35)	17.38 $\pm$ 2.58	11.35 $\pm$ 2.11	11.41 $\pm$ 2.31	6.62 $\pm$ 1.19	55.61 $\pm$ 6.78	42.59 $\pm$ 5.72
对照组 (n=35)	17.36 $\pm$ 2.62	15.51 $\pm$ 2.29	11.36 $\pm$ 2.22	9.92 $\pm$ 2.09	55.34 $\pm$ 7.09	49.59 $\pm$ 6.61
t 值	0.0322	7.9036	0.0923	8.1176	0.1628	4.7376
P 值	0.9744	0.0000	0.9267	0.0000	0.8711	0.0000

2.3 临床治疗效果对比

2 组患者临床疗效比较（如表 3 所示），实验组患者的治疗效果，同对照组对比，实验组有效率更高，2 组对比差异明显（ $P<0.05$ ）。

表 3 2 组慢性肾炎患者临床治疗效果对比[n（%）]

组别	痊愈	显效	有效	无效	有效率
实验组 (n=35)	16(45.71)	10(28.57)	8 (22.86)	1 (2.86)	34(97.14)
对照组 (n=35)	12(34.28)	9 (25.71)	8 (22.86)	6 (17.14)	29(82.86)
χ^2 值					3.9683
P 值					0.0464

2.4 不良反应对比

2 组慢性肾炎不良反应发生对比（如表 4 所示），实验组患者的不良反应发生率，同对照组对比，实验组虽更低，但 2 组对比差异不明显（ $P>0.05$ ）。

表 4 2 组患者不良反应比较[n（%）]

组别	恶心	呕吐	头痛	发生率
实验组 (n=35)	2 (5.71)	1 (2.86)	2 (5.71)	5 (14.29)
对照组 (n=35)	1 (2.86)	2 (5.71)	3 (8.57)	6 (17.14)
χ^2 值				0.1079

对 照 组	治 疗 前	2.19 $\pm$ 0.37	9.18 $\pm$ 0.69	53.19 $\pm$ 4.23	215.45 $\pm$ 32.11
治 疗 后		1.54 $\pm$ 0.26	8.44 $\pm$ 0.68	60.98 $\pm$ 4.13	192.23 $\pm$ 25.67

2.2 炎症因子水平对比

2 组患者各项炎症因子对比（如表 2 所示），治疗前，2 组各项炎症因子水平比较无差异（ $P>0.05$ ）；治疗后，实验组的 IL-6、hs-CRP 以及 TNF- α 水平，同对照组比较，实验组更优，2 组对比差异明显（ $P<0.05$ ）。并且每组患者在治疗前后的比较情况均存在统计学意义（ $P<0.05$ ）。

P 值

0.7426

3 讨论

慢性肾炎也称为慢性肾小球肾炎，其发病原因也相对复杂，例如高血压、炎症变化等都是引起慢性肾炎的主要原因。根据相关研究调查结果显示，大约有 10%的慢性肾炎患者是由急性肾小球肾炎转变所造成的。由此也说明了有多半部分的慢性肾炎患者并不是由急性肾炎导致的，分析其原因，大多数研究人员认为与细菌、病毒等感染因素有一定关系。慢性肾炎患者临床表现出的症状也较为多样化，而具体的临床表现可以分为五种类型，分别为普通类型、肾病性大量蛋白尿、高血压、高血压合并肾病、急性发作类型，经常会有持续性的蛋白尿、血尿或者持续高血压，会对患者的肾脏器官造成严重损伤。为此，在治疗方面需要从尿蛋白水平、血压、炎症方面进行有效控制，从而降低炎症水平，有效控制各种并发症。根据相关调查研究结果显示，西药治疗是较为常见的药物治疗手段，例如依那普利、缬沙坦、阿托伐他汀等，都能对慢性肾炎疾病起到一定的治疗效果。他汀类药物作为一种有效的降脂类药物，可以降低血浆 LDL-C，并且能通过改善血脂间接保护肾脏，确保肾脏功能不会进一步被损伤。依那普利进入患者体内后能对紧张素转化酶起到显著的抑制作用，从而达到控制血压的效果。并且也能降低尿蛋白，让患者尿蛋白症状得到有效改善，也能提高肾小球滤过能力，进而控制蛋白尿含量^[9]。缬沙坦作为 RAS 阻断剂，能阻断血管紧张素的活性，所以也是血管紧张素 II 受体抗结剂的一种。能够起到改善肾小球滤过率、控制蛋白尿水平的作用，并且具有一定的安全性，可以降低各种并发症发生率，如心率时长、咳嗽等。从研究内容中来

看,实验组在临床有效率、炎症因子方面,同对照组比较更有优势,也说明了在联合缬沙坦的情况下,阿托伐他汀联合缬沙坦的方式更有明显的效果,阿托伐他汀进入患者体内后能起到降血脂的作用,明显改善血脂蛋白,从而起到保护患者肾脏器官的作用,并且在降低炎症因子水平也具有一定的效果,提高肾功能,降低血肌酐、血尿素氮指标水平^[10]。而在不良反应方面,阿托伐他汀联合缬沙坦与依那普利联合缬沙坦对比方面并无显著差异,分析其原因在于两者的治疗方式均采用了缬沙坦,而缬沙坦则能缓解各种不良反应,也说明了两种治疗方式在不良反应方面并无明显的缺陷。并且在分析检测的过程中并没有发现2组患者体内含有高血钾的情况,也说明了这两种治疗手段并不会对患者产生严重的毒副作用,在治疗方面仍就有一定的安全性。

综上所述,针对慢性肾炎患者,在经过阿托伐他汀联合缬沙坦和依那普利联合缬沙坦的对比分析后,发现前者的临床疗效更为显著,改善肾功能的效果更为明显,但也可以尝试联合使用阿托伐他汀、依那普利、缬沙坦的治疗方法,需要经过大规模、大样本研究分析加以验证。

参考文献:

- [1]周德萍.慢性肾炎患者通过阿托伐他汀、依那普利联合缬沙坦对蛋白尿的影响[J].数理医药学杂志,2021,34(1):98-100.
- [2]王开飞.阿托伐他汀、依那普利联合缬沙坦对慢性肾炎治疗作用分析[J].东方药膳,2021(24):81.

(上接第2页)

察组有11例患者出现肠胃反应,对照组有10例出现肠胃反应;这在临床中属于正常的水平,两组不良反应比较差异无统计学意义($P>0.05$)。这说明利格列汀联合二甲双胍的治疗方式较传统治疗方式在安全性方面并无明显差异。分析原因为利格列汀与二甲双胍联用可从不同机制发挥降糖效果,并改善肠促胰岛素功能,减轻胰岛素抵抗,从而实现降低血糖水平的结果。考虑利格列汀具有促使肾脏排泄葡萄糖增加减少热量摄入、二甲双胍具有抑制摄食中枢诱发饱腹感、抑制食欲和延缓胃排空等多种机制叠加有关^[10]。所以,在治疗过程中出现胃肠道反应、皮疹、尿常规镜检白细胞阳性率等少量不良反应属于正常范畴,不影响治疗效果。

综上所述,利格列汀联合二甲双胍治疗2型糖尿病安全、有效,可以显著改善患者的血糖水平,并能改善患者的胰腺 β 细胞功能,而且不会增加治疗过程中的各种不良反应。是一种安全有效的治疗方式,值得推广应用。

参考文献:

- [1]郭晓慧.中国2型糖尿病患者自我管理及影响因素的研究[C]//中华医学会糖尿病学分会教育管理研讨会暨2011国际糖尿病教育管理论坛.0.
- [2]栾晓满.格列美脲与格列齐特治疗糖尿病临床效果对比分析[J].

[3]王攀霞,杨博文.阿托伐他汀、依那普利联合缬沙坦对慢性肾炎治疗作用研究[J].家有孕宝,2021,3(10):199.

[4]秦利强,张卓,徐智,等.阿托伐他汀联合依那普利及缬沙坦对慢性肾炎患者尿素氮、血脂及炎症因子的影响[J].中国老年学杂志,2016,36(10):2470-2472.

[5]马永宏.阿托伐他汀、依那普利联合缬沙坦对慢性肾炎治疗效果分析[J].甘肃科技,2020,36(13):137-139.

[6]刘志刚,李鹏,程学宾.阿托伐他汀、依那普利联合缬沙坦对慢性肾炎治疗效果观察[J].航空航天医学杂志,2019,30(6):670-671.

[7]焦爱玲.阿托伐他汀联合缬沙坦对慢性肾炎的治疗效果观察与研究[J].智慧健康,2022,8(2):106-108.

[8]徐向君.阿托伐他汀联合缬沙坦对慢性肾炎患者hs-CRP、TNF- α 、IL-6水平的影响[J].临床与病理杂志,2021,41(12):2882-2888.

[9]夏迎滨.分析阿托伐他汀联合缬沙坦治疗对慢性肾炎患者临床效果的影响[J].饮食保健,2021(29):24.

[10]肖振文.阿托伐他汀联合缬沙坦在慢性肾炎中的效果与对C反应蛋白的影响[J].中外医疗,2021,40(10):110-112.

作者简介:羊江鸿(1972-12-12),男,汉族,寄给:海南儋州,大学本科,普通内科副主任医师,内科。

糖尿病天地 2021 年 18 卷 5 期, 72 页, 2021.

[3]慈竹.利格列汀联合二甲双胍治疗2型糖尿病疗效分析.中外医疗,2018,37(3):118-120.

[4]赵能江,代春美,孙文杰,等.《中国2型糖尿病防治指南(2020年版)》糖尿病的中医药治疗部分解读[J].中华糖尿病杂志,2021,13(4):3.

[5]龚莉琳,张丽,张竟,等.二甲双胍缓释片II治疗新诊断2型糖尿病患者有效性和安全性的多中心、随机对照临床研究[J].中国糖尿病杂志,2020,28(5):5.

[6]曾俊,代文雪,梅希.单药或二联口服降糖药治疗血糖控制不佳的老年2型糖尿病患者加用达格列净的疗效及安全性[J].川北医学院学报,2021.

[7]母义明,朱大龙,黄仲义.DPP-4抑制剂利格列汀的疗效与安全性评价[J].药品评价,2016,13(19):10.

[8]祝海.新型口服降糖药:DPP-4抑制剂[J].江苏卫生保健,2022(3):2.

[9]刘波.利拉鲁肽与格列美脲联合二甲双胍治疗老年2型糖尿病疗效比较.中国老年学杂志,2013,33(6):1396-1397.

[10]黄春梅.二甲双胍分别联合西格列汀及吡格列酮对2型糖尿病患者血糖、胰岛 β 细胞功能和胰岛素抵抗的影响[J].北方药学,2020,17(3):2.

试析血液成分制备关键控制点的确立及控制

刘贵清

绵阳市中心血站 四川绵阳 621000

摘要：目的：血液成分制备关键控制点的确立及控制的相关问题。方法：选择2020年3月至2021年2月制备的血液成分制品10000份为研究对象，对照组研究对象采用常规方式进行制备，观察组研究对象制备过程中需要对关键点进行有效的控制。结果：相比于对照组血液成分制品来说，观察组血液成分制品非正常报废率及血液产品抽检合格率整体更高，不规范操作的发生率整体更低。结论：通过确立以及控制好关键控制点，能够有效降低血液成分制品的非正常报废率。

关键词：血液成分制备；关键控制点；确立；控制

ABSTRACT: Objective: to establish the key control points for the preparation of blood components and the related problems. Methods: A total of 10,000 blood products were prepared from March to 2021 in 2020. The control group were prepared by conventional methods, the key points need to be controlled effectively in the process of preparing the object of observation group. Results: compared with the Control Group, the abnormal rejection rate and the qualified rate of the blood products sampling were higher in the observation group, and the rate of the abnormal operation was lower in the observation group. **CONCLUSION:** The abnormal rejection rate of blood components can be effectively reduced by establishing and controlling the critical control points.

Key words: preparation of blood components; Critical Control Point; establishment; control

现阶段临床上在对患者进行治疗的过程中，输血治疗是无法替代的一种重要的治疗手段，成分输血由于具有输血不良反应少、疗效好以及输血传播疾病风险小等方面的优势，在我国临床治疗过程中得到了十分广泛的应用。有调查研究显示，血液成分制备的质量会直接影响到临床用血的有效性、血液的质量以及血液的安全性。因此，在实际制备血液成分的过程中做好质量控制的相关工作则十分有必要。文章就具体探讨了血液成分制备过程中关键控制点确立以及控制的相关问题，下面将对研究结果进行详细全面的阐述。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2020年3月至2021年2月制备的血液成分制品10000份为研究对象，对照组和观察组各5000份血液成分制品。负责操作的人员中，女性15例，年龄最小23岁，最大41岁，平均年龄 (34.2 ± 5.7) 岁，参与本次研究的所有血液成分制品制备人员均具有3年以上的工作人员，中途退出研究的人员没有纳入研究范畴之内。

1.2 方法

对照组在实际进行血液成分制备的过程中采用常规方式，所有操作人员都需要严格依照相应的操作规程进行操作，监督人员需要定期针对血液程度制备的情况进行督查，发现问题，需要第一时间责令进行调整，一旦出现报废的血液，则需要及时寻找问题出现的原因，及时进行改进^[1]。

观察组血液成分制备的过程中，在对照组操作方法的基础之上，要采用关键控制点确立以及控制的方法进行管理：

第一，在实际进行白细胞滤除操作的过程中，应严格依照滤器厂家给出的说明书中的相关要求进行操作，白细胞过滤工作需要在预制备血液采集后48h之内完成，在预制备血液采集后时间过长情况下，对滤过的速度产生一定影响，甚至会导致滤器阻塞情况出现，因此，要对冷藏时间进行严格的控制，过滤过程中，需要在室温的状态下进行操作，保证室内温度处于18至25摄氏度之间，并且在结束相关操作之后尽快将其转移至2~6

摄氏度的储存环境之中，从取出预制备血液到放回预制备血液之间的时间差要能控制在3小时以内，正式开始过滤之前，需要轻轻摇匀抗凝全血。除此之外，还需将旁路的导管关闭，结束过滤后，将白细胞过滤器下部位置的管道夹关闭，尽可能地避免出现血液倒流的情况，使得过滤失败率能够得到有效的控制。

第二，在实际进行血液导管热合相关操作过程中，先对血液管路任何的位置进行检查，如果血液管路热合位置有液体，或在进行热合操作的过程中出现用力牵拉管路的情况，均非常容易导致热合位置发生血液渗漏以及血液飞溅等方面的问题。因此，在正式进行导管热合操作之前，要能够最大限度地保证血液管路处于干燥的状态之中，对热合口的平整性进行仔细的检查。在实际进行热合操作过程中，要能够最大限度地避免用力牵拉、扭转以及移动导管的情况出现，热合导管的时候，需先对靠近血袋位置的导管进行热合处理，再对远端位置的导管进行热合处理，如果在操作的过程中出现了热合渗漏的问题，那么则会引发血液的报废，除此之外，在单位时间内，对热合机进行频繁操作，尤其是在血液制品大批量制备的过程中，则会导致热合的质量受到影响^[2]。因此，要能够对于热合机的操作频率进行合理有效的控制，最大限度地降低热合渗漏问题的发生概率。

第三，在实际进行离心以及成分分离处理的过程中，在正式开始离心操作前，要能够对于离心机进行充分的预冷处理，并且做好离心时间以及离心转速的设置工作，保证设置参数的合理性。在实际对血液进行离心装杯操作的过程中，血袋需要始终保持平整，操作的时候最大限度地保证血袋贴近杯底，尽可能地防止在离心力较大的情况下，血袋表面发生鼓包或是死腔的情况^[3]。血袋的导管要能够始终保持整齐，对于血袋导管的突出部分要能够将其放入到杯中，尽可能地防止离心操作过程中转头接触杯盖，进而出现破损的情况。在实际进行配平操作的时候，配平物应尽量选择水袋或是相对柔软的塑料薄片，在对配平误差进行控制的过程中，要能够将范围控制在3g以内，实际分离血液成分的时候，要能够通过目视的方式检查离心的效果，小心地将血液从离心杯内部取出，在此过程中，要

能够防止出现震动。除此之外，还需要细致的检查联袋间标识一致性情况、离心血袋是否存在破损以及渗漏的情况、标识的完整性情况等。对于存在血量不足、血液色泽异常以及血袋破损等类型的不合格血液要能够特殊的进行标识，标识完毕之后，在指定位置进行存放，对于不合格的血液会用专门的冰箱储存起来，经过审批才能正式作废，并由专门的医疗废弃物处理机构进行收集。

第四，在实际进行无菌接合的过程中，结合我国《血站质量管理规范》中提出的相关要求，在实际落实血液制备的过程中，在相关操作的过程中要能够保证在密闭的系统中完成，而在使用无菌接合机的过程中，不仅操作难度相对较低，而且通过将无菌接合机与血液成分有机接合，在保证无气泡、接口完整以 没有渗漏的前提之下，制备的保存期与密闭系统制备的保存期两者之间能够最大限度地保持一致。但是，在使用无菌接合的基础上，也很难真正保证 100%成功。而为了使得无菌接合的成功率能够真正得到有效提升，保障操作的正确性是十分重要的前提条件，一方面要能够合理应用夹闭无菌接合部两侧位置的管路，一旦发生接合失败的问题，则不会导致整个管路以及血袋的密闭性受到破坏，降低血液报废的发生概率，而采取有效的补救措施还能够同时实现无菌接合^[4]。另一方面在导管的接合位置，要能够最大限度地保持干燥，最大限度地防止出现无菌接合操作失败的情况。

1.3 临床观察指标

首先，分析两组血液成分制品的非正常报废率及血液产品抽检合格率。

其次，对比两组操作人员不规范操作的发生率。包括血液接收管理不规范、制备室环境不规范、制备环节操作不规范三个方面。

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。计数资料采用 X² 检验，P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

表 1 血液成分制品的非正常报废率 n (%)

组别	例数(n)	非正常报废率 n (%)	血液产品抽检合格率 n (%)
观察组	5000	9 (0.19)	4876 (97.52)
对照组	5000	11 (0.22)	4653 (93.06)
X ²		11.595	12.583
P 值		0.023	0.043

表 2 对比两组操作人员不规范操作的发生率 n (%)

组别	例数(n)	血液接收管理不规范	制备室环境不规范	制备环节操作不规范	总不规范操作发生率
观察组	5000	132 (2.64)	0 (0.00)	0 (0.00)	132 (2.64)
对照组	5000	276 (5.52)	125 (2.50)	142 (2.84)	543 (10.86)

X ²	12.538
P 值	0.015

3 讨论

在实际制备血液成分的过程中，由于制备的过程具有一定的复杂性，因此，会对血液成分制备质量产生影响的因素也整体较多，任何一个制备的环节发生了疏漏，都有可能造成十分严重的后果。因此，在血液成分制备过程中，控制以及确立制备过程中的关键点是十分重要的一个环节，更是推动血液成分制备过程规范化以及标准化的重要前提条件。为了使得血站质量能够切实得到保证，促进患者临床治疗效果的有效提升，尽可能地降低医疗事故发生概率，在血液成分制备过程中就需要有效地控制关键点，使得工作人员在工作中的质量控制意识能够切实得到有效强化，尤其对于血液成分制备过程中的关键控制点以及具体的流程有深入以及全面的把握，对规范化操作的相关要求要能够做到严格执行，通过实现制备过程质量的不断提升，确保血液成分制备工作的开展过程中能够具有较强的有效性和安全性。

血液成分制备过程中要想高质量的落实质量控制的相关工作，则需要能够重视从以下几个方面入手：

首先，要能够重视监测制备环境的质量，血液成分制备的环境应该保证卫生以及整洁，定期进行有效的消毒。作为质控部门来说，每个月都需要监测成分制备环境的空气菌落总数情况，确保血液成分制备过程中的环境标准能够满足《医疗机构消毒技术规范》中的相关要求，尽可能地保证所制备的血液制品的有效性和安全性，降低血液制品受到微生物污染问题的发生概率。

其次，对于血液成分制备过程中所需要使用到的关键设备，要能够注意校准以及维护，血液成分科在实际使用血浆融化机、低温离心机以及血浆速冻机等关键设备的过程中，为了使得上述设备能够正常工作尽，可能地降低设备故障的发生概率，则需要结合实际情况做好维护方案的构建工作，定期对于关键设备进行保养以及维护，使得设备自身能够始终处在稳定以及良好的状态之中，作为质控部门，要能够定期检查上述关键设备的性能，使得设备能够真正实现可靠运行。

综上所述，血液成分制备工作的实际开展过程中，在常规操作的基础之上，通过加入关键控制点的确立以及做好关键控制点的控制工作，不仅能够有效降低血液成分制品的非正常报废率，除此之外，还能在一定程度上降低操作人员不规范操作的发生概率，对于保障血液成分制备工作的开展质量、减少临床患者用血过程中的风险有着十分积极的现实意义。

参考文献：

[1]毛启超,林菊,吴志浩,王妙玉.中心血站血液成分制备质量控制管理方案的构建和初步评价[J].中医药管理杂志,2021,29(13):169-170.

[2]周冬梅.分析改良血液成分制备技术对输血不良反应的影响[J].名医,2021(10):118-119.

[3]吴岚,张婷,谭咏恩,何彦霖,杨子曜.血液成分制备报废的原因和对策探析[J].智慧健康,2021,7(15):19-21.

[4]赵燕.观察血液成分制备全程质量控制与效果[J].名医,2020(16):192-193.

探析精细化护理在胸腔镜手术护理配合中的运用效果

张春花

金乡县人民医院胸外科 山东金乡 272100

摘要:目的:探讨分析对接受胸腔镜手术治疗的患者在手术护理配合中应用精细化护理的作用。方法 此次研究对象选自 2019 年 12 月到 2021 年 6 月期间在我院接受胸腔镜手术治疗的患者,共计 80 例,按照双盲法为患者分组。其中采用常规护理配合的 40 例为对照组,给予精细化护理的 40 例为观察组,观察对两组的护理效果。结果 比较两组的各项手术指标,观察组均优于对照组 ($P < 0.05$);比较两组的术后并发症发生率,观察组低于对照组 ($P < 0.05$);比较两组的护理满意率,观察组高于对照组 ($P < 0.05$)。结论:对接受胸腔镜手术治疗的患者在手术护理配合中应用精细化护理的作用十分确切,可以减少对患者的手术时间,减轻对患者的机体损伤,防止患者出现术后并发症,促进患者的术后恢复,从而大幅增强其护理满意度,有必要广泛应用。

关键词: 胸腔镜手术;手术护理配合;精细化护理;并发症;术后恢复

【 Abstract 】 Objective To explore and analyze the effect of applying fine nursing in surgical nursing coordination for patients undergoing thoracoscopic surgery. Methods A total of 80 patients who underwent thoracoscopic surgery in our hospital from December 2019 to June 2021 were enrolled in this study and divided into two groups according to a double-blind method. Among them, 40 cases with conventional nursing coordination were the control group, 40 cases with fine nursing were the observation group, and the nursing effect of the two groups was observed. Results The observation group was better than the control group ($P < 0.05$). The incidence of postoperative complications was lower in the observation group than in the control group ($P < 0.05$). The nursing satisfaction rate of the observation group was higher than the control group ($P < 0.05$). Conclusion thoracoscope surgery for treatment of patients in surgical nursing with the application of elaborating the role of nursing is very precise, can reduce the operation time of patients, reduce to the patient's body injury, to prevent the occurrence of postoperative complications in patients, promote postoperative recovery of patients, which has been a sharp increase in the nursing satisfaction, it is necessary to a wide range of applications.

【 Key words 】 Thoracoscopic surgery; Operation and nursing coordination; Fine nursing; Complications; Postoperative recovery

胸腔镜手术作为目前治疗肺部疾病的常用方法,可以很好的减轻对患者的创伤,加快患者的术后恢复,相比传统的手术方式,具有明显的优势,在临床上的应用十分广泛。然而,由于大部分患者对该术式缺乏了解,这就使其很容易对治疗产生误解,甚至会出现严重的负性情绪,这就会极大的影响手术的安全性,提高对其手术难度,增加手术的风险性。再加上人体胸部分布着很多重要的器官和组织,在对患者施术的过程中,需要做好护理配合工作,才可以避免对患者造成不必要的损害,防止出现风险事件,保证手术的有序进行^[1]。因此,本文旨在探讨分析对接受胸腔镜手术治疗的患者在手术护理配合中应用精细化护理的作用。

1 资料和方法

1.1 一般资料

此次研究对象选自 2019 年 12 月到 2021 年 6 月期间在我院接受胸腔镜手术治疗的患者,共计 80 例,按照双盲法为患者分组。其中采用常规护理配合的 40 例为对照组,给予精细化护理的 40 例为观察组。观察组的男女比例为 22:19,年龄 20 到 73 岁,均龄 42.5 ($s=6.1$) 岁;其中,肺部疾病患者 27 例,食管疾病患者 7 例,胸膜疾病患者 6 例。对照组的男女比例为 24:16,年龄 21 到 74 岁,均龄 42.8 ($s=5.9$) 岁;其中,肺部疾病患者 25 例,食管疾病患者 8 例,胸膜疾病患者 7 例。两组的一般资料对比无差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组接受常规护理配合,主要包括术前检查以及术后并发症预防等。观察组则接受精细化护理,主要内容为:首先,在患者入院后,切实的掌握患者的相关资料,对患者的状态进行评估,讲解手术的有关知识,与患者进行针对性的交流,帮助患者正确认识手术的作用、目的以及流程,促使其保持平稳的心理状态。同时,在术前 30 分钟需要为患者建立静脉通道,准备好手术所需要使用的器械、设备以及用品,核对患者的基础信息。其次,在患者进入手术室后,合理调整室内温度,协助麻醉医师做好麻醉工作,在确认患者进入麻醉状态后,为其常规消毒铺巾。在术中做好对患者的保温工作,合理遮盖患者的裸露部位,注意对手术器械的交接,避免出现碰撞的问题,防止对患者造成影响。同时,为患者合理的调整体位,对其受压部位垫软枕防止压疮。对术中输注的液体进行加温处理,温度需要控制在 37 摄氏度左右,防止其出现低体温症。并且,要控制室内人员的进出,非必要情况禁止出入。最后,完成手术后对患者密切监视,使患者头部偏向一侧,并及时为其清理口腔分泌物,避免对其呼吸状态造成影响。直到患者恢复意识。在患者恢复意识后,告知其手术结果以及术后注意事项。同时,根据其术后恢复情况,尽快帮助其恢复正常饮食。提供的食物,需要以高能量、高蛋白以及易消化的食物为主。初始可以根据其喜好,提供其适量的流食,然后逐渐过渡到半流食,最终恢复正常饮食。

1.3 观察指标

在两组术中记录手术时间、术中出血量,术后统计患者的住院时间。

同时，观察两组的并发症（肺炎、心律失常、低血压）发生情况。并且，在其出院前，通过调查问卷的方式，对其护理满意度进行调查。

1.4 统计学分析

录入 spss22.0 统软件中处理。

2 结果

2.1 比较两组的各项手术指标

比较两组的各项手术指标，观察组均优于对照组（ $P<0.05$ ）。详情如表 1 所示。

表 1 比较两组的各项手术指标（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	n	手术时间（天）	住院时间（天）	术中出血量（天）
观察组	40	89.2±15.3	11.3±2.4	176.4±25.2
对照组	40	104.5±22.9	19.4±3.8	239.5±37.1
t	/	3.425	11.110	20.954
P	/	0.001	0.000	0.000

2.2 比较两组的护理满意率

比较两组的护理满意率，观察组高于对照组（ $P<0.05$ ）。详情如表 2 所示。

表 2 比较两组的护理满意率[n(%)]

组别	例数	满意	比较满意	不满意	总满意率
观察组	40	25	14	1	97.50
对照组	40	20	13	7	82.50
X ²					5.000
P					0.025

2.3 比较两组的术后并发症发生率

观察组的术后并发症发生率为 2.50%（肺炎 1 例）。对照组的术后并发症发生率为 15.00%（肺炎 3 例、心律失常 2 例、低血压 1 例）。比较两组的术后并发症发生率，观察组低于对照组（ $P<0.05$ ）。

3 讨论

肺部疾病在临床上尤为常见，如肺囊肿、肺肿瘤以及支气管扩张等，针对该类型疾病通常需要采用手术治疗。常规的开胸手术治疗虽然治疗效果尚可，但会给患者带来较大的损伤，这不会使其出现并发症的概率显著提高，还会影响其术后恢复延长对其治疗时间。胸腔镜手术作为一种微创治疗措施，其可以有效减轻患者的术后疼痛，降低其并发症发生率，从而能够显著加快其术后恢复速度，缩短其治疗时间，具有良好的预后效果。近些年来该术式，在外科手术领域得到了十分广泛的应用，不仅对肺部疾病有着很好的治疗效果，对心脏疾病以及呼吸系统疾病等都有着很好的治疗效果。但是，手术毕竟是属于创伤性治疗，在对患者施术时，做好对患者的护理工作尤为重要，这不仅会影响到手术的安全性，还会关系到手术

效率。常规的护理配合主要将重点放在术中，缺乏对患者术前以及术后的干预，护理内容也存在着较大的局限性，无法充分发挥护理配合的作用。所以，就需要对护理方法进行改进，积极应用新兴的护理干预措施，才可以取得更为理想的护理效果。

而通过在患者术中，采用精细化护理，可以由细节入手，对患者术前、术中以及术后都采取良好的护理工作^[2]。这样就可以避免患者出现应激反应，防止患者在术中发生意外情况，加快对患者的施术速度。同时，术中也可以做好有效的配合，更好的为患者完成手术，有效预防术中并发症问题，这样就能够大幅减轻患者的术后不适感，加快患者的术后恢复，使患者对治疗和护理工作更加认可，保障医院的健康发展。本次研究结果显示：比较两组的各项手术指标，观察组均优于对照组（ $P<0.05$ ）。这表示通过应用精细化护理，可以保障手术的有序进行，提高对其施术效果；比较两组的术后并发症发生率，观察组低于对照组（ $P<0.05$ ）。这表示通过应用精细化护理，可以显著降低其并发症发生率；比较两组的护理满意率，观察组高于对照组（ $P<0.05$ ）。这表示通过应用精细化护理，能够使护理工作获取其认可。之所以能够取得上述成果，主要是在精细化护理中，能够在术前帮助患者充分了解手术的必要性以及相关知识，促使其能够知晓如何配合，提高其依从性。同时，可以对其实施良好的心理干预措施，帮助其调节心理状态，并能够建立对治疗的信心，这样就可以使其能够保持平稳的心态，防止出现应激反应，提高其耐受性，保障手术的有序进行。通过进行充足的数千准备工作，可以提前做好各种手术用品，提高手术的效率。在对患者施术时，能够充分考虑其提出的意见，提高其舒适度以及依从性。尤其是通过为其科学的调整体位，不仅可以显著减轻其不适感，还可以强化对压疮的预防效果。通过对术中使用的液体进行加温以及合理的遮盖，可以强化对其保温效果，避免其体温大量流失，避免出现低体温症。在完成手术后，可以对其进行密切的观察，及时发现其出现的异常情况，并进行有效处理，这样就能够保障其术后恢复不受影响。并且，通过帮助其尽快恢复进食，不仅可以为其补充足够的能量，还可以促进其胃肠道功能尽快恢复。在饮食上，还能够结合其具体喜好，科学的进行选择，激发其食欲，这样就可以快其术后恢复。

综上所述，对接受胸腔镜手术治疗的患者在手术护理配合中应用精细化护理的作用十分确切，可以减少对患者的手术时间，减轻对患者的机体损伤，防止患者出现术后并发症，促进患者的术后恢复，从而大幅增强其护理满意度，有必要广泛应用。

参考文献：

[1]马丽娜,郑霞.精细化护理应用于胸腔镜下肺癌根治术手术室护理中的价值体会[J].实用心脑血管病杂志,2020,v.28(S1):183-185.
[2]董珍珍.胸腔镜下肺癌根治术患者中精细化护理模式的应用研究[J].系统医学,2020,v.5;No.105(21):184-186.

复杂性肾结石微创经皮肾镜取石术治疗效果分析与探究

唐明伙

四川省泸州市妇幼保健院外科 四川泸州 646100

摘要：目的：分析对于复杂性肾结石患者采用微创经皮肾镜取石术进行治疗的临床价值。方法：病例选取自2020年1月~2021年10月我院40例复杂性肾结石及2010年1月~2012年12月40例复杂性肾结石，依次纳入观察组、对照组，对照组行开放性肾窦内肾盂切开取石术治疗，观察组行微创经皮肾镜取石术治疗，就2组患者的围手术期指标、手术结石清除率、复发率以及术后并发症率等进行对比。结果：术中出血量、手术用时、手术后的下床活动时间和患者的住院天数等观察组均少于/短于对照组 $P < 0.05$ ；术后并发症率观察组、对照组分别为2.50%、17.50%， $P < 0.05$ ；2组的手术结石清除率以及术后随访6个月结石复发率相比均差异较小 $P > 0.05$ 。结论：对于复杂性肾结石患者通过应用微创经皮肾镜取石术进行治疗可获得确切疗效，其结石清除率高、复发率低，且创伤性更小、术后恢复更快。

关键词：肾结石；复杂性；微创经皮肾镜取石术；开放手术；价值

Analysis and exploration of the treatment effect of minimally invasive percutaneous nephrolithotomy for complex kidney stones

Tang Ming hu

Surgery Department of Luzhou Maternal and Child Health Care Hospital, Sichuan Province, Luzhou, Sichuan Province 646100

Abstract: Objective: To analyze the clinical value of minimally invasive percutaneous nephrolithotomy for patients with complicated kidney stones. Methods: cases from January 2020 to October 2021 40 cases of complicated kidney stones and 40 cases from January 2010 to December 2012, in turn into observation group, control group of open renal sinus pyolithotomy treatment, observation group of minimally invasive percutaneous endoscopic index, perioperative stones, recurrence rate and postoperative complication rate, etc. Results: Operation bleeding, operation time, and hospital days were less than / $P < 0.05$, 2.50%, 17.50%, $P < 0.05$; operative stone clearance and stone recurrence rate at 6 months after follow-up were less different $P > 0.05$. Conclusion: Patients with complex renal stones treated with minimally invasive percutaneous nephrolithotomy can have high stone clearance rate, low recurrence rate, less traumatic, and faster postoperative recovery.

Key words: kidney stones; complexity; minimally invasive percutaneous nephrolithotomy; open surgery; value

肾结石是发病率较高的泌尿外科疾病，尤其是在30~50岁的男性群体中高发，肾结石的发生与多种因素有关，患者尿液内的有形成分浓度不断升高，或由于溶解度下降并出现过饱和状态，逐渐析出结晶并不断生长和聚集，进而产生结石。近年来的研究发现，代谢紊乱、尿路感染、尿路梗阻、药物因素、气候变化、饮食因素等均与该疾病的发生有关^[1]。肾结石患者的主要症状为腰部疼痛、恶心呕吐、血尿、腹胀以及精神烦躁等。患者的症状表现及其轻重程度主要与结石的大小和分布部位等有关，病情较重者可能诱发肾积水、肾功能衰竭等并发症，影响患者的生命健康。以往多采取开放性手术治疗，如开放性肾窦内肾盂切开取石术，然而该手术的创伤性高，患者术后疼痛感较重，这使得其临床应用受限。近年来微创外科理念迅速发展，以微创经皮肾镜取石术为代表的微创手术在肾结石患者的治疗中获得更为广泛的应用。以下将分析对于复杂性肾结石患者采用微创经皮肾镜取石术进行治疗的效果。

1 资料与方法

1.1 常规资料

病例选取自2020年1月~2021年10月我院40例复杂性肾结石，及2010年1月~2012年12月40例复杂性肾结石，依次纳入观察组、对照组，观察组男、女分别为26例、14例；年龄分布于24~67岁，均数(41.3±2.8)岁；病程9d~6年，均数(2.5±0.6)年；结石直径1.53~5.02cm，均数(3.01±0.52)cm；单侧结石30例，双侧结石10例；体质量43.6~82.5kg，均数(62.5±2.7)kg。对照组男、女分别为25例、15例；年龄分布于23~68岁，均数(41.4±2.7)岁；病程11d~5年，均数(2.4±0.7)年；结石直

径1.50~5.03cm，均数(3.02±0.50)cm；单侧结石31例，双侧结石9例；体质量43.3~82.8kg，均数(62.6±2.6)kg。2组以上资料均有其可比性 $P > 0.05$ 。

纳入标准：(1)符合复杂性肾结石的诊断标准；(2)年龄18~80岁；(3)相关临床资料齐备；(4)对研究方案知晓并征得知情同意；(5)手术、麻醉耐受度良好。**排除标准：**(1)具有肾功能障碍、肾积水等表现者；(2)罹患肝癌、肺癌等恶性肿瘤者；(3)具有重要脏器功能病变者。

1.2 方法

对照组行开放性肾窦内肾盂切开取石术治疗，维持健侧卧位，于患者患侧第12肋下做手术切口，进行逐层切开，肾脏进行充分游离，继续沿患者输尿管向患者肾门进行肾脏游离，之后肾盂实施钝性分离，需要对肾盂深处直至患者肾大盏进行妥善剥离，之后对肾窦内肾盂实施弧形切开，将结石进行取出，对肾实质进行缝合，充分止血，借助可吸收缝线对于肾盂、肾实质切口以及肾盏进行分层缝合。观察组行微创经皮肾镜取石术治疗，术中给予硬膜外麻醉或常规全麻，首先维持截石位，利用输尿管镜辅助于直视状态下对患者实施输尿管插管，需要为其留置输尿管导管并进行妥善固定，调整为俯卧位，并将腰部适当垫高。超声辅助下进行定位，掌握患者的肾结石状况，明确穿刺点，准备18G腰穿针，并将其刺入患者肾中部以及下肾盏，或直接穿入结石部位，将穿刺针进行缓慢退出，放置斑马导丝，将针鞘进行缓慢退出，继续沿斑马导丝通过筋膜扩张器实施通道扩张，从而创建取石通道，借助肾镜详细探查结石的部位以及大小，通过弹道碎石杆将结石充分击碎，之后借助脉冲式高压水流充分冲洗，较小

结石可通过高压水流冲出体外,较大结石可借助取石钳进行取石。观察无结石残留后可将输尿管导管进行拔出,为其放置双“J”管和肾造瘘管,患者手术后复查B超明确无结石残留可将肾造瘘管进行拔出,通常术后4周左右可将双“J”管进行拔出。

1.3 评价准则

(1)对2组患者的一般围手术期指标进行统计和对比,如术中出血量、手术用时、手术后的下床活动时间和患者的住院天数。(2)记录2组的手术后并发症,如发热、感染、周围脏器损伤等。(3)记录2组患者的结石清除率以及术后随访6个月结石复发率。

1.4 统计学方法

文中数据行SPSS22.0分析,计量资料数据标准差为($\bar{x} \pm s$),数据实施t检验,计数资料表示为[n(%)],数据实施 χ^2 检验, $P < 0.05$ 代表存在统计学意义。

2 结果

2.1 一般围手术期指标2组间相比

术中出血量、手术用时、手术后的下床活动时间和患者的住院天数等观察组均少于/短于对照组 $P < 0.05$ 。

表1 一般围手术期指标2组间相比($\bar{x} \pm s$)

分组	n	术中出血量 /ml	手术用时 /min	下床活动 时间/d	住院天数 /d
观察组	40	219.65±15.38	136.59±16.35	6.35±2.01	14.36±2.06
对照组	40	595.69±32.53	69.96±10.05	11.96±3.62	24.96±3.18
t值		32.653	19.637	5.025	8.635
p值		0.000	0.000	0.026	0.019

2.2 术后并发症率2组间相比

术后并发症率观察组、对照组分别为2.50%、17.50%, $P < 0.05$ 。

表2 术后并发症率2组间相比[n(%)]

分组	n	发热	感染	周围脏器 损伤	总计
观察组	40	1 (2.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.50)
对照组	40	4 (10.00)	2 (5.00)	1 (2.50)	7 (17.50)
χ^2 值		2.635	1.253	0.365	4.035
p值		0.057	0.092	0.197	0.031

2.3 结石清除情况2组间相比

2组的手术结石清除率以及术后随访6个月结石复发率相比均差异较小 $P > 0.05$ 。

表3 结石清除情况2组间相比[n(%)]

分组	n	结石清除率	结石复发率
观察组	40	39 (97.50)	2 (5.00)
对照组	40	38 (95.00)	4 (10.00)
χ^2 值		0.653	1.695
p值		0.219	0.517

3 讨论

肾结石属于泌尿外科的多发病以及常见病,该疾病在尿路结石中的占比较高,对于肾结石患者的治疗手段较多,例如传统的开放取石手术治疗、溶石治疗、体外超声波碎石治疗以及经皮肾镜取石等^{[2][3]}。其中溶石治疗以及保守药物排石疗法在应用中其效果较差,使得应用受限。体外超声波碎石的临床适应症较窄,仅可应用于结石较小的患者治疗中,并且需要确保其肾功能正常,且应用中可能对肾脏组织造成一定的损害^{[4][5]}。传统开放手术,例如肾窦内肾盂切开取石术在应用中虽可实现直视状态下的快速取石,并且效果也较为彻底,尤其是对于结石直径较大的患者来说,该手术方案的应用效果确切^{[6][7]}。然而该手术的创伤性较高,患者术中失血量多,术后容易出现感染、结石残留等并发症,这对于患者的预后造成较大影响,因此近年来该手术的应用逐渐减少并淡出临床。微创经皮肾镜取石术是近年来的常用微创手术方案,在肾结石患者的治疗中应用广泛,在超声的辅助下能够快速为患者创建皮肾通道,可有效控制出血量并降低手术创伤性,对预防术后并发症有重要价值^[8]。然而关于该手术方案在复杂性肾结石患者的治疗中其临床疗效的相关研究报道较少。本次研究中选择我院40例复杂性肾结石患者应用微创经皮肾镜取石术治疗,并与既往接受开放取石术的复杂性肾结石患者进行疗效对比,研究显示两组患者的手术结石清除率均较高,术后随访中的复发率均比较低。这表明,该微创手术的应用能够获得与传统开放手术同等的疗效,有利于提升患者的结石清除效果。然而观察组的术后并发症总发生率明显低于对照组,以及手术用时更短、术后下床活动时间和住院时间更短,特别是手术过程中的失血量少于对照组。表明,微创经皮肾镜取石术更有利于确保患者的手术疗效以及安全性,在复杂性肾结石患者的治疗中具有较高的应用价值。

综上所述,对于复杂性肾结石患者通过应用微创经皮肾镜取石术进行治疗可获得确切疗效,其结石清除率高、复发率低,且创伤性更小、术后恢复更快。

参考文献:

[1]任常春,邓略,王广虎. 微创经皮肾镜取石术联合输尿管软镜对复杂性肾结石的疗效观察[J]. 基层医学论坛,2020,24(1):47-48.

[2]邓林,张力,李涵,等. 一期单通道微创经皮肾镜取石术与多通道微创经皮肾镜取石术治疗复杂性肾结石效果的比较研究[J]. 中国医学前沿杂志(电子版),2020,12(7):182-186.

[3]郑丽君,白天祥,金玉樑,等. 超声引导微创经皮肾镜碎石取石术治疗复杂性肾结石的临床效果[J]. 中国医药指南,2020,18(16):154-155.

[4]陈超. 单通道微创经皮肾镜取石术对复杂性肾结石患者性功能及并发症的影响[J]. 华夏医学,2020,33(2):121-124.

[5]龙赞,叶剑锋. B超引导下侧卧位单通道微创经皮肾镜取石术治疗复杂性肾结石患者的回顾性分析[J]. 中外医学研究,2020,18(14):153-155.

[6]田峰,秦洁,郭霖森. 微创经皮肾镜取石术对复杂性肾结石临床疗效和术中出血量的影响[J]. 中国实用医药,2019,14(5):64-65.

[7]胡世松. 微创经皮肾镜取石术联合输尿管软镜治疗复杂性肾结石临床研究[J]. 健康必读,2019, 15(27):219.

[8]张修诚,周慧. 微创经皮肾镜钬激光碎石术与开放性肾切开取石术治疗复杂性肾结石的临床疗效研究[J]. 中国医疗器械信息,2019,25(5):109-111.

三虫通络饮治疗糖尿病周围神经病变的疗效观察

陈愚

射洪市中医院 四川射洪 629200

摘要：目的：研究三虫通络饮治疗糖尿病周围神经病变的疗效。方法：将我院在 2018 年 4 月-2022 年 1 月接收 102 例糖尿病周围神经病变患者作为本次研究对象，利用 Excel 函数法将其均分 2 组，对照组实施常规西药治疗，实验组给予三虫通络饮治疗，对比疗效。结果：实验组神经传导速度明显高于对照组，血糖水平、中医证候评分显著低于对照组， $P<0.05$ 。结论：三虫通络饮治疗糖尿病周围神经病变的疗效显著。因此，在对糖尿病周围神经病变患者进行临床治疗时，可及时将三虫通络饮高效用于其中，促使治疗质量、治疗价值不断提升。

关键词：三虫通络饮；糖尿病周围神经病变；血糖水平；神经传导速度；证候评分

Effect of three worm in diabetic peripheral neuropathy

Chen Yu

Shehong City Hospital of Traditional Chinese Medicine, Sichuan Shehong 629200

Abstract: Objective: To study the effect of polyspsia in the treatment of diabetic peripheral neuropathy. Methods: In 102 patients from April 2018 to January 2022, we were divided into two groups by Excel function method. The control group performed conventional western medicine treatment, and the experimental group compared the effect. Results: The nerve conduction velocity in the experimental group was significantly higher than the control group, and the blood glucose level and TCM syndrome score were significantly lower than the control group, with $P<0.05$. Conclusion: It is effective in treating diabetic peripheral neuropathy. Therefore, in the clinical treatment of patients with diabetic peripheral neuropathy, the three worms can be effectively used in time, to promote the continuous improvement of treatment quality and therapeutic value.

Key words: three worms; diabetic peripheral neuropathy; blood glucose level; nerve conduction velocity; syndrome score

临床中糖尿病患者病症较为严重时易导致其因此而产生周围神经病变并发症，患者因此而产生躯体疼痛、感知功能障碍、腰膝酸软、身体乏力、手脚寒冷等各种症状，对患者身心健康、生活自理能力及生活质量等均产生严重影响，药物是治疗此病症较为有效方式之一，主要可分为中药、西药 2 类，既往西药治疗对患者症状改善效果相对有限，同时患者易产生各种不良反应，对临床治疗效果产生严重影响。对此，为促使患者病症进一步显著改善，本文将主要研究三虫通络饮治疗糖尿病周围神经病变的疗效，现报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

将我院在 2018 年 4 月-2022 年 1 月接收 102 例糖尿病周围神经病变患者作为本次研究对象，利用 Excel 函数法将其均分 2 组，对照组男 29 例，女 22 例，年龄 59-82 岁，平均 (68.71 ± 1.74) 岁；实验组男 27 例，女 24 例，年龄 57-81 岁，平均 (68.69 ± 1.77) 岁，2 组患者基础信息均无显著差异， $P>0.05$ ，具有研究可比性。纳入标准：a、经我院临床诊断确定为糖尿病周围神经病变患者；b、预估生存期限超过 3 月患者；c、无精神障碍、交流障碍、认知障碍患者；d、对临床治疗药物无明显禁忌症反应患者；e、临床信息完整且可积极主动配合完成全程研究患者。排除标准：a、伴有脏器性、传染性、血液性及免疫系统性疾病患者；b、运动功能障碍、感知功能障碍患者；c、有凝血功能障碍或服用抗凝药物患者；d、有明显皮肤溃烂症状患者。

1.2 方法

对照组：实施常规西药治疗，甲钴胺分散片的用法用量：1 片/次，3 次/d，口服。维生素 B1 片：1 片/次，3 次/d，口服。

实验组：给予三虫通络饮治疗，三虫通络饮成分黄芪 60g、粉葛 45g、鸡血藤 30g、赤芍与丹参及当归各 20g、桂枝与威灵仙各 15g、白芥子、水蛭、全虫（研末）及炙甘草各 10g、麻黄 6g、蜈蚣 2 条（研末），针对有麻木症状患者，及时将白芍、刺蒺藜、何首乌及生地各 30g、川芎 15g 加入其中；当患者有四肢疼痛、阴虚恶寒症状且遇寒加重时，可将生姜、附片各 30g、吴茱萸及细辛各 10g 加入其中；当患者有烦热口渴、阴精不足症状时可及时将天花粉、金银花及玄参各 30g 加入其中，文火慢熬，1 剂/d，早晚服用。患者连续用药 2 月。

1.3 观察指标

神经传导速度包含腓总神经感觉与运动神经传导速度、正中神经感觉与运动传导速度；患者临床症状主要包含腰膝酸软、肢体疼痛麻木、手足畏寒及倦怠乏力，各项症状最高分为 3 分，由医生利用《中药新药临床研究指导原则》进行具体评分，分数越低，表明患者症状越轻微，治疗效果越显著；患者血糖水平主要包含糖化血红蛋白、餐后 2h 血糖水平与空腹血糖水平。

1.4 统计学分析

此次研究运用 SPSS21.0 统计学软件进行相关数据分析，计量资料用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示，t 用于计量检验，计数资料用 (n, %) 表示，用 χ^2 检验，

P<0.05 为差异，具有统计学意义。

治疗前，2 组神经传导速度无明显差异，P>0.05。治疗后，实验组神

经传导速度明显高于对照组，P<0.05。（如下表 1 中所示）。

2 结果

2.1 对比神经传导速度

表 1 对比神经传导速度（ $\bar{x} \pm s$ ，m/s）

组别	腓总神经				正中神经			
	感觉神经传导速度		运动神经传导速度		感觉神经传导速度		运动神经传导速度	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组(n=51)	34.06±5.03	39.46±5.63	36.21±5.87	41.42±5.51	35.43±4.58	39.51±4.37	37.61±5.76	42.19±5.73
实验组(n=51)	34.12±5.07	44.19±6.27	36.24±5.82	45.79±4.83	35.32±4.41	43.81±5.43	37.56±5.78	46.72±4.99
t	0.060	4.009	0.026	4.259	0.124	4.406	0.044	4.258
P	0.952	0.000	0.979	0.000	0.902	0.000	0.965	0.000

2.2 对比血糖水平

水平显著低于对照组，P<0.05。（如下表 2 中所示）。

治疗前，2 组血糖水平均无显著差异，P>0.05。治疗后，实验组血糖

表 2 对比血糖水平（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	餐后 2h 血糖（mmol/L）		空腹血糖（mmol/L）		糖化血红蛋白（%）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组（n=51）	13.67±2.05	8.75±1.21	10.14±1.15	7.29±1.11	8.58±0.73	7.29±0.63
实验组（n=51）	13.78±2.06	7.91±1.42	10.21±1.19	6.32±1.51	8.64±0.68	6.71±0.64
t	0.270	3.216	0.302	3.696	0.430	4.612
P	0.788	0.002	0.763	0.000	0.669	0.000

2.3 对比中医证候评分

中医证候评分显著低于对照组，P<0.05。（如下表 3 中所示）。

治疗前，2 组中医证候评分均无较大差异，P>0.05。治疗后，实验组

表 3 对比中医证候评分（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	腰膝酸软		肢体疼痛麻木		手足畏寒		倦怠乏力	
	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=51)	2.64±0.31	1.13±0.29	2.58±0.37	1.39±0.28	2.52±0.31	1.17±0.22	2.61±0.32	1.06±0.23
实验组(n=51)	2.62±0.32	0.75±0.13	2.56±0.39	0.63±0.11	2.51±0.27	0.66±0.15	2.57±0.31	0.53±0.11
t	0.321	8.539	0.266	18.042	0.174	13.678	0.641	14.846
P	0.749	0.000	0.791	0.000	0.862	0.000	0.523	0.000

3 讨论

近年来，糖尿病发生率相对较高，此病症对患者心、肾、眼等相关功能产生严重影响，且当患者病症若未及时得到有效改善，患者还易因此产生其他病症，对患者神经功能、躯体功能及生活自理能力等均产生严重影响，促使其身体健康与生活质量、家庭幸福无法得到有效保障，对此社会各界还需不断加强对糖尿病重视度，降低糖尿病与并发症发生率。

在进行糖尿病周围神经病变病症治疗时，西医治疗采用药物主要有甲钴胺分散片与维生素 B1，甲钴胺分散片对核酸生成具有促进作用，进而可促使患者身体代谢能力不断增强，对患者血糖水平具有一定改善效果。维生素 B1 对轴突运输、再生及进入神经元细胞器等均具有显著促进作用，同时对核酸生成也具有促进作用，促使患者身体代谢功能不断增强，受损神经不断改善，可高效改善患者身体疼痛感^[1]。通过将甲钴胺分散片与维

生素 B1 联合使用，对患者临床症状具有一定改善作用，但对患者神经功能改善作用相对较小，无法促使患者症状从根本上得到有效改善，进而严重影响临床治疗效率^[2]。糖尿病周围神经病变在中医中隶属于“痛症”、“血痹”等范畴，气血亏虚、血瘀气滞、久病入络等是导致患者产生此病症主要因素，在进行中医治疗时需以活血通经、益气温阳等为基本原则，进而促使患者病症可高效改善^[3]。在利用三虫通络饮对患者进行临床治疗时，其成分主要包含黄芪、粉葛、鸡血藤、赤芍、丹参、当归、桂枝、威灵仙、白芥子、水蛭、全虫、炙甘草、麻黄 6g、蜈蚣等，其中黄芪具有升阳举陷、健脾补中、益卫固表功效；粉葛具有通经活络、升阳止泻、生津止渴等作用，不仅可促使患者气血循环得到有效改善，针对患者口渴症状也具有显著改善效果；鸡血藤具有竖筋活络、活血补血及调经止痛等作用，对患者

（下转第 32 页）

AFP在原发性肝癌组织和血清中的表达与临床,病理的相关性研究

谭秀倡

云南省昆明安宁市第一人民医院 云南安宁 650302

摘要: 目的: 探讨甲胎蛋白 (AFP) 在原发性肝癌组织和血清中的表达与临床、病理的相关性。方法: 选择本院于2019年2月至2021年2月期间收治的原发性肝癌组织患者64例作为研究资料, 取肝癌组织、取血清测定AFP表达, 比较不同肿瘤病理分期、不同肿瘤分化、不同肿瘤大小的AFP表达强度。结果: CNLC分期III期血清与肝癌组织AFP阳性率均为100%, 其次为II期90.00%, 95.00%, 稍低为I期36.36%, 45.45%, 最低为IV期14.29%, 28.57%, 比较差异显著, $P < 0.05$ 。中分化患者血清与肝癌组织AFP阳性率为96.43%、100%, 稍低为高分化53.85%, 61.54%, 最低为低分化10.00%, 20.00%, 比较差异显著, $P < 0.05$ 。6-10cm肿瘤血清与肝癌组织AFP阳性率为73.92%, 84.62%最高, 其次为3-5cm肿瘤62.22%, 77.78%, 稍低为<3cm肿瘤60.00%, 66.67%, 最低为>10cm肿瘤0.00%, 比较差异显著, $P < 0.05$ 。结论: 原发性肝癌组织和血清中AFP表达基本一致, 其中病理IV期、低分化及>10cm肿瘤的AFP表达程度最低, 病理II-III期、中分化及6-10cm肿瘤的AFP表达程度越高, 可作为评估原发性肝癌预后的参考依据, 研究价值较高。

关键词: 甲胎蛋白; 原发性肝癌; 肝癌组织; 病理分期; 肿瘤分化; 肿瘤大小

原发性肝癌是指发生于肝细胞或肝内胆管细胞的恶性肿瘤, 起病隐匿, 早期症状不明显, 病情持续进展可出现肝区疼痛、消化道症状、乏力及消瘦等, 临床治疗可采取手术、化疗等方法, 而为准确评估病情进展及预后, 尽早发现病情变化, 采取适宜的治疗手段, 需加强各种诊断方法的研究^[1]。甲胎蛋白 (AFP) 作为诊断原发性肝癌的特异性标志物, 传统研究主要重视其诊断原发性肝癌的价值, 而且多为血清AFP表达, 对其与病情进展、预后的关系研究不足, 而且缺乏肝癌组织AFP表达相关研究^[2]。为此, 本次研究对AFP在原发性肝癌组织和血清中的表达与临床、病理的相关性进行了探讨, 选择本院于2019年2月至2021年2月期间收治的原发性肝癌组织患者64例作为研究资料, 详细报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院于2019年2月至2021年2月期间收治的原发性肝癌组织患者64例作为研究资料, 均经病理检查确诊, 符合《原发性肝癌诊断标准》相关标准, KPS评分 ≥ 60 分, 预计生存期 ≥ 6 个月^[3]。其中男性35例, 女性29例, 年龄35岁至75岁, 平均年龄 (58.45 ± 4.03) 岁, CNLC分期: I期22例, II期20例, III期15例, IV期7例, 肿瘤分化: 高分化26例, 中分化28例, 低分化10例, 肿瘤大小: <3cm15例, 3-5cm18例, 6-10cm26例, >10cm5例; 排除合并严重心、脑血管等疾病患者、临床资料缺失或不完整患者、伴其他恶性肿瘤疾病患者等^[4]。

1.2 方法

1.2.1 血清AFP测定, 取清晨空腹肘静脉血3ml作为样本, 离心处理, 3000r/min, 10min, 分离血清待测, 采用美国贝克曼DXI-800免疫发光分析仪进行AFP检测, 试剂为贝克曼公司配套试剂盒, $\geq 20\mu\text{g/L}$ 为阳性。

1.2.2 肝癌组织AFP测定, 常规石蜡切片脱蜡, PBS冲洗, 3%过氧化氢甲醛溶液处理, 室温下湿盒内作用20min, PBS冲洗, 滴加稀释的动物非免疫血清, 室温下湿盒内作用20min, 滴加AFP单克隆抗体 (福州迈新公司), 室温下湿盒内作用60min, PBS冲洗, 滴加生物素标记二抗, PBS

冲洗, 滴加SP复合物, 室温下湿盒内作用20min, PBS冲洗, 滴加DAB显色剂。自来水冲洗, 苏木素复染, 乙醇脱水, 将PBS代替一抗作染色的阴性对照, 已知阳性染色切片为阳性对照。光镜下观察, 胞浆染为淡黄至棕黄为阳性表达。

1.3 观察指标

比较不同肿瘤病理分期 (I期、II期、III期、IV期)、不同肿瘤分化 (高分化、中分化、低分化)、不同肿瘤大小 (<3cm、3-5cm、6-10cm、>10cm) 患者的血清AFP阳性率及肝癌组织AFP阳性率。

1.4 统计学处理

采用SPSS22.0分析, 计量资料采用 $(\bar{X} \pm S)$ 表示, t检验, 计数资料采用(%)表示, 卡方检验, $P < 0.05$ 为比较差异有统计学意义。

2 结果

2.1 不同肿瘤病理分期AFP表达强度比较

分析表1可知, CNLC分期III期血清与肝癌组织AFP阳性率均为100%, 其次为II期90.00%, 95.00%, 稍低为I期36.36%, 45.45%, 最低为IV期14.29%, 28.57%, 比较差异显著, $P < 0.05$ 。

表1 不同肿瘤病理分期AFP表达强度比较 (%)

CNLC分期	例数	血清AFP阳性率	肝癌组织AFP阳性率
I期	22	8 (36.36)	10 (45.45)
II期	20	18 (90.00)	19 (95.00)
III期	15	15 (100.0)	15 (100.0)
IV期	7	1 (14.29)	2 (28.57)
χ^2	--	29.653	25.250
P	--	0.000	0.000

2.2 不同肿瘤分化AFP表达强度比较

分析表2可知, 中分化患者血清与肝癌组织AFP阳性率为96.43%、100%, 稍低为高分化53.85%, 61.54%, 最低为低分化10.00%, 20.00%,

比较差异显著, $P < 0.05$ 。

表 2 不同肿瘤分化 AFP 表达强度比较 (%)

肿瘤分化	例数	血清 AFP 阳性率	肝癌组织 AFP 阳性率
高分化	26	14 (53.85)	16 (61.54)
中分化	28	27 (96.43)	28 (100.0)
低分化	10	1 (10.00)	2 (20.00)
χ^2	--	27.092	25.642
P	--	0.000	0.000

2.3 不同肿瘤大小 AFP 表达强度比较

分析表 3 可知, 6-10cm 肿瘤血清与肝癌组织 AFP 阳性率为 73.92%, 84.62 最高, 其次为 3-5cm 肿瘤 62.22%, 77.78%, 稍低为 <3cm 肿瘤 60.00%, 66.67%, 最低为 >10cm 肿瘤 0.00%, 比较差异显著, $P < 0.05$ 。

表 3 不同肿瘤大小 AFP 表达强度比较 (%)

肿瘤大小	例数	血清 AFP 阳性率	肝癌组织 AFP 阳性率
<3cm	15	9 (60.00)	10 (66.67)
3-5cm	18	13 (62.22)	14 (77.78)
6-10cm	26	20 (76.92)	22 (84.62)
>10cm	5	0 (0.00)	0 (0.00)
χ^2	--	11.574	15.377
P	--	0.008	0.001

3 讨论

近年来我国加强对恶性肿瘤的筛查工作, 其中原发性肝癌作为常见的癌症, 发病率和病死率均较高, 对其的诊断、治疗及预后评估备受临床重视^[5]。当前临床对原发性肝癌的具体病因尚未明确, 认为是多因素协同作用导致, 其中肝硬化、病毒性肝炎、酒精性肝病为易感因素, 多数患者发病后无明显症状, 而肝癌进展迅速, 导致确诊时已为中晚期, 难以采取根治性手术治疗, 预后差^[6]。为对原发性肝癌患者提前做好预后的判断, 为临床治疗选择提供可靠依据, 及时识别预后不良患者, 采取适当的辅助治疗, 可将 AFP 作为监测指标^[7-8]。成人血清中 AFP 浓度基底, 若肝细胞恶变, 则恢复其合成能力, 导致 AFP 浓度增高, 而且其可作用于免疫系统, 协助肿瘤逃逸免疫攻击, 促进肝癌细胞生长, 因此可依据 AFP 浓度变化进行原发性肝癌的诊断^[9]。一般疑似原发性肝癌患者, 若 AFP 持续升高且超过 2 个月, 即使无肝内占位性病变也需引起重视。虽然 AFP 阳性早于症状发生, 但仍受到病情影响导致部分患者 AFP 阴性, 如病理分期 I 期患者、高分化患者及肿瘤微小患者的癌细胞接近正常细胞, 导致血清与肝癌组织的 AFP 含量不足^[10]。部分肝癌细胞不合成 AFP, 而且旨在细胞周期的一定时期合成, 因此及时病情进展至中晚期, 也可能呈现 AFP 阴性。癌组织中纤维间质可导致 AFP 无法进入血液, 导致血清 AFP 阴性, 肝癌组织 AFP 阳性。此外, 若病情进展至晚期, 低分化, 则肝癌组织失去类似胚胎细胞的机能, 无法检出 AFP。本次研究结果显示 CNLC 分期 III 期患者、中分化

患者及 6-10cm 肿瘤患者的血清与肝癌组织 AFP 阳性率最高, 病理 IV 期、低分化及 >10cm 肿瘤的 AFP 阳性率最低, 证实血清 AFP 与肝癌组织 AFP 的表达基本一致, 而且受到病情影响, 虽然随着病情加重, 原发性肝癌组织和血清的 AFP 逐渐增强, 但若病理分期、肿瘤大且低分化, 则失去合成 AFP 能力, 预后差, 即 AFP 参与评估患者预后具有较高价值。与龙静^[11]结果“观察组原发性肝癌患者 AFP、AFP-L3 及 TNF- α 水平与年龄、肿瘤直径、TNM 分期、卫星灶、分化程度及区域淋巴结转移相关 ($P < 0.05$)”相近, 均证实 AFP 有助于评估患者疾病严重程度, 获得较高的诊断效能。

综上所述, 原发性肝癌组织和血清中 AFP 的表达强度与病理分期、肿瘤分化及肿瘤大小具有相关性, 可作为评估病情进展及预后的可靠依据, 研究价值较高, 值得推广。

参考文献:

[1]张杨,项舟弘,段爱华. 原发性肝癌早期诊断中四种肿瘤标志物检验的准确性分析[J]. 中国肿瘤临床与康复,2020,27(8):969-972.

[2]李采霖,王芳,阮佳泉,等. CDU 与血清 AFP 检测在原发性肝癌患者诊断中的比较研究[J]. 西南国防医药,2020,30(12):1091-1094.

[3]胡广梅,钟日辉,黄利思,等. 甲胎蛋白、 α -L-岩藻糖苷酶、糖链抗原 125 血清检测在原发性肝癌筛查及鉴别诊断中的价值[J]. 中国卫生检验杂志,2020,30(17):2052-2055.

[4]田华,周丽华,高聪. 血清甲胎蛋白、碱性磷酸酶、维生素 K 缺乏诱导蛋白联合检查对原发性肝癌患者的临床意义及相关性分析[J]. 中国基层医药,2020,27(23):2846-2850.

[5]黄学胜,李继泉,罗俊峰,等. IGF-2、AFP、ALP、r-GT 在原发性肝癌模型小鼠血清中的表达水平[J]. 现代肿瘤医学,2019,27(18):3210-3214.

[6]孔令超,贾素兰,张维,等. 原发性早期肝癌诊断血清标志物筛选及临床价值比较[J]. 标记免疫分析与临床,2020,27(11):1899-1903.

[7]裴建华. 血清甲胎蛋白、癌胚抗原、CA153、CA199 联合检测在肝癌诊断中的应用价值[J]. 解放军预防医学杂志,2020,38(10):29-32.

[8]郁森,秦兵,胡道军,等. 血清甲胎蛋白、高尔基体蛋白 73、 α -L-岩藻糖苷酶、血清铁蛋白联合检测在原发性肝癌早期诊断中的价值[J]. 实用临床医药杂志,2020,24(20):37-39,43.

[9]仝艳,吴天歌,王照艳. 甲胎蛋白及甲胎蛋白异质体 L3 对原发性肝癌的诊断价值[J]. 癌症进展,2020,18(17):1774-1777.

[10]杜江标,崔英,梁新强,等. 多种肿瘤标志物对原发性肝癌的诊断价值[J]. 广西医科大学学报,2020,37(12):2210-2214.

[11]龙静,刘洁玲,韩朝辉,等. 甲胎蛋白、甲胎蛋白异质体与 TNF- α 联合检测在原发性肝癌诊断中的应用及其临床价值[J]. 武汉大学学报(医学版),2021,42(3):418-422.

作者简介: 谭秀倡 (1978.3-), 籍贯: 云南省曲靖市富源县, 汉族, 主管技师, 大学本科, 主要从事: 医学检验专业, 从事免疫学, 分子方面的工作。

减压联合植骨融合治疗中央型腰椎间盘突出症的疗效观察

王科伟

淄博化建老年病医院 山东淄博 255438

摘要:目的:探讨减压联合植骨融合治疗中央型腰椎间盘突出症的疗效。方法:收集LDH患者180例,根据随机数字表法将上述患者分为联合组和单纯减压组,各组90例,单纯减压组仅采用减压手术治疗,联合组在对照组基础上进行植骨融合手术治疗。比较两组手术前后腰背痛、疼痛程度的变化,记录两组的手术时间、术中出血量、住院时间。结果:术后,联合组JOA评分为(27.7±1.6)分,明显高于单纯减压组的(23.2±1.7)分($P<0.05$),联合组、对照组VAS评分为(1.8±0.8)分,(1.9±0.9)分,两组VAS评分比较差异无统计学意义($P>0.05$)。联合组手术时间、术中出血量、住院时间均明显多于单纯减压组($P<0.05$)。联合组的总有效率明显高于单纯减压组($P<0.05$)。结论:对中央型LHD患者,采用减压并植骨融合治疗能有效提高临床疗效,改善腰椎功能,提高疗效。

关键词:减压;植骨融合术;中央型腰椎间盘突出症

腰椎间盘突出症(LDH)是指因椎间盘劳损变性、髓核脱出或纤维环破裂等,造成脊神经、椎间盘突出受刺激或压迫,并出现疼痛、麻木等一系列症状的疾病。LDH的临床分型以旁侧型居多,但中央型突出也是常见类型,据报道约5.4~33.5%^[1-3]。本病多发生在中老年患者,是导致患者生活质量下降的重要原因。对于LDH,临床上主要采用手术治疗。本研究对90例LDH患者采用减压联合植骨融合治疗,取得满意效果,现表达如下。

1 对象和方法

1.1 研究对象 收集2017年4月至2019年4月期间在我科行手术治疗的LDH患者180例。纳入标准:经临床、影像学检查明确诊断为中央型LDH;有手术指征,无手术禁忌证;肝肾、心、脑等重要脏器功能正常;签署知情同意书。排除标准:有严重肝肾、心、脑等脏器功能不全者;精神异常、认知异常不能配合治疗者。180例中,男105例,女75例;年龄26~78岁;病程6个月~9年;术前行腰椎正侧位及过屈过伸位X线检查提示突出间隙有不同程度的狭窄,有不同程度的侧弯。根据随机数字表法将上述患者分为联合组和单纯减压组,各组90例。联合组男43例,女47例;年龄27~75岁(36.1±4.7)岁;术前症状:腰部疼痛50例,双侧下肢痛25例,单侧下肢痛12例,股四头肌萎缩5例,双膝发射减弱3例,一侧膝发射减弱2例,股神经牵拉试验阳性5例,伴大小便失禁6例,4例伴会阴部麻木;X线检查显示突出位置:L₁₋₂42例,L₂₋₃34例,L₃₋₄14例;病程6个月~9年(4.2±1.5)年。单纯减压组男48例,女42例;年龄26~78岁(37.4±5.8)岁;术前症状:腰部疼痛48例,双侧下肢痛26例,单侧下肢痛15例,股四头肌萎缩4例,双膝发射减弱5例,一侧膝发射减弱3例,股神经牵拉试验阳性4例,伴大小便失禁7例,伴会阴部麻木5例;X线检查显示突出位置:L₁₋₂42例,L₂₋₃38例,L₃₋₄10例;病程7个月~8年(4.4±1.6)年。两组性别、年龄、病程、术前临床症状等基本情况相近,差异无显著性,具有可比性,本研究通过了医院伦理委员会批准,患者均自愿参加并签署知情同意书。

1.2 方法

单纯减压组仅采用减压手术治疗,用硬膜外麻醉或全麻,患者取俯卧位,常规腰背正中切口,常规显露出患节段上下椎棘突、椎板、关节突,行双侧椎板间开窗减压或改良椎板开窗减压,必要时切除部分关节突,清除硬膜囊椎管侧方、椎板间及后方的肥厚黄韧带,摘除患病椎间盘。对狭

窄侧隐窝、神经根减压使硬膜囊松弛,可在通道中移动0.8~1cm,未行内固定和植骨融合。

联合组在对照组基础上进行植骨融合手术治疗。麻醉方式、手术入路与单纯减压组相同,在找到病变椎间隙后沿其上下位椎体两侧椎弓根方向各打入椎弓根螺钉2~4枚,在C形臂X光机下观察位置理想后,以咬骨钳小心咬除两侧椎板及部分关节突关节,将咬除的椎板剔除软组织后置入椎间隙,行椎间植骨。随后对狭窄处侧隐窝及神经管进行减压,松弛硬膜囊,解除神经根的压迫,充分摘除髓核,刮除软骨终板。在C形臂X光机下确定神经根可平行移动0.8~1cm后,安装连接杆,通过连接杆对凸侧给予合理加压,并用其弧度纠正旋转,以矫正侧凸重建腰椎前凸。若对侧凸矫正不理想,可于凹侧行节段性撑开,拧紧螺钉的螺帽,置引流管1~2根,逐层严密缝合切口,结束手术。

1.3 观察指标

比较两组手术前后腰背痛、疼痛程度的变化,记录两组的手术时间、术中出血量、住院时间。

腰背痛用日本骨科学会下腰痛评分标准(JOA)^[4]评定,疼痛程度用疼痛视觉模拟量表(VAS)评定。

1.4 疗效评定^[5]

治愈:治疗后,患者的腰腿痛完全消失,腰部活动功能正常;显效:治疗后,患者的腰腿痛症状、腰部活动功能较大改善;好转:治疗后,患者的腰腿痛症状、腰部活动功能得到一定程度改善;无效:治疗后,患者的腰腿痛症状、腰部活动功能改善不明显。总有效=治愈+显效+好转。

1.5 统计学方法

用SPSS18.0软件进行统计分析,计量资料用($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较用t检验,计数资料用率表示,组间比较用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术前后腰背痛、疼痛程度的变化

两组术前JOA评分、VAS评分比较差异无统计学意义($P>0.05$),术后,联合组JOA评分明显高于单纯减压组($P<0.05$),两组VAS评分比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表1。

表1两组手术前后腰背痛、疼痛程度的变化(x±s,分)

组别	例数	JOA		VAS	
		术前	术后	术前	术后
联合组	90	13.8±1.9	27.7±1.6 [▲]	6.4±1.5	1.8±0.8 [◆]
单纯减压组	90	13.9±1.8	23.2±1.7 [◆]	6.4±1.6	1.9±0.9 [◆]

注：与术前比较，[◆]P<0.05；与单纯减压组比较，[▲]P<0.05。

2.2 两组的手术时间、术中出血量、住院时间对比

联合组手术时间、术中出血量、住院时间均明显多于单纯减压组(P<0.05)，见表2。

表2 两组的手术时间、术中出血量、住院时间对比(x±s)

组别	例数	手术时间(min)	术中出血量(ml)	住院时间(d)
联合组	90	112.7±68.4 [▲]	516.8±298.8 [▲]	13.9±5.2 [▲]
单纯减压组	90	71.7±32.2	217.5±89.4	10.6±5.4

注：与单纯减压组比较，[▲]P<0.05。

2.3 两组临床疗效对比情况

联合组的总有效率明显高于单纯减压组(P<0.05)，见表3。

表3 两组临床疗效对比情况

组别	例数	治愈	显效	好转	无效	总有效
联合组	90	40(44.4)	26(28.9)	18(20.0)	6(6.7)	84(93.3) [▲]
单纯减压组	90	20(33.3)	31(51.7)	24(40.0)	15(16.7)	75(83.3)

注：与单纯减压组比较，[▲]P<0.05。

3 讨论

中央型LDH的临床表现主要有：①影像学上表现为管狭窄，硬膜受压或神经根受压；②神经根刺激症状可呈单侧型、双侧型、交替型，有椎管狭窄症表现；③棘间或棘旁有固定性压痛点为常见征；④下腰痛为首发症状且续在整个病程中；⑤一般存在髓核脱出、纤维环破裂且多黏连，部分伴有马尾神经损伤。

中央型LDH主要采用手术治疗，而手术方式较多，但以减压手术治疗较为普遍，减压手术分为有限性减压和广泛椎板切除减压两类^[6]。广泛椎板切除是治疗中央型LDH的传统术式，其手术视野清楚，减压彻底，术中能较好的保护硬膜和神经根，术后近期疗效满意^[7,8]。但存在创伤大，后柱结构破坏较多，术后腰椎稳定性欠佳等不足。李宽新等^[9]研究指出，广泛椎板切除减压术会导致后部结构限制腰椎过度活动的作用减弱，腰椎活动度增大显著；剩余的后部结构负荷增加及应力集中则会影响术后腰椎的稳定型，从而再引起腰腿痛、椎间异常的相对位移和耦合活动，最终导致腰椎滑脱而压迫马尾神经；腰椎前部结构负荷增加会增加剩余的后部结构损伤和退变的风险。有研究证实，微创减压治疗中央型LDH能明显改善患者的腰椎功能，维持腰椎稳定性，疗效确切^[10-12]。有研究者用扩大开窗双节段神经根管减压能降低远期神经根管狭窄的风险，其远期疗效良好^[13-14]。

减压是否需要融合、内固定目前尚存分歧。王宏法等^[15]用微创多裂肌

间隙经椎间孔减压联合植骨融合术治疗单阶段LDH，疗效满意。本研究结果显示，联合组患者接受减压并植骨融合治疗后的JOA评分明显高于单纯减压组(P<0.05)，其总有效率明显高于单纯减压组(P<0.05)，说明减压并植骨融合治疗中央型可获得较满意的效果；然而联合组手术时间、术中出血量、住院时间均明显多于单纯减压组(P<0.05)，提示减压并植骨融合治疗中央型LDH尽管增加了手术时间、术中出血量、住院天数，但相对于手术获益，这是可以接受的。

综上所述，对中央型LHD患者，采用减压并植骨融合治疗能有效提高临床疗效，改善腰椎功能，提高疗效。

参考文献：

- [1]刘焱,鲍自立.腰椎间盘突出症的非手术治疗现状[J]. 中医临床研究,2018,10(36):127-130.
- [2]冉鹤,孙绪宝,刘文清.TESSYS 技术治疗重度中央型腰椎间盘突出症[J]. 中国矫形外科杂志,2020,28(17):1613-1615.
- [3]刘永刚,陈超,崔海清. 中央型腰椎间盘突出症应用经皮椎间孔镜治疗疗效分析及手术技巧[J]. 临床医学,2017,37(07):81-82.
- [4]王昊,谢惠斌,姚仕奋.半椎板切除减压术与全椎板切除减压内固定植骨融合术治疗腰椎管狭窄症的疗效对比[J]. 河南外科学杂志,2017,23(1):36-37.
- [5]金成春,鲍广全,徐宏光.颈前路减压椎间融合器植骨融合术治疗单节段脊髓型颈椎病临床观察[J]. 山东医药,2017,57(16):64-66.
- [6]董亮,谭明生,移平,等.颈前路分节段减压植骨融合术治疗多节段颈椎病[J]. 中国骨伤,2019,27(12):995-999.
- [7]田方云.腰椎间盘突出症手术疗效分析[J]. 中国医药导报,2020,9(3):148-149+151.
- [8]袁伟,尹良军,邓忠良.腰椎间盘突出症的外科治疗[J]. 中国临床医生,2021,39(1):21-24.
- [9]李宽新,王维山.探讨不同手术方法对腰椎间盘突出症临床疗效的评估[J]. 农垦医学,2019,33(2):155-157.
- [10]徐奎,覃正仕,赵权.腰椎间盘突出症微创治疗研究进展[J]. 现代中西医结合杂志,2016,25(1):109-112.
- [11]陈海,湛洪宇,刘勇,等.经皮椎间孔镜下微创技术治疗老年腰椎间盘突出症术后恢复的影响因素[J]. 中国老年学杂志,2021,41(7):1424-1427.
- [12]姜宏.腰椎间盘突出症的非手术治疗和微创手术治疗中存在的问题[J]. 中医正骨,2018,30(04):1-3.
- [13]陈智,黄轩,李凤宁,等.前路选择性椎体切除分节段减压植骨融合术治疗多节段脊髓型颈椎病的疗效分析[J]. 脊柱外科杂志,2018,10(3):147-151.
- [14]陈斌彬,毛克亚,韩振川,等.微创经椎间孔腰椎植骨融合术与开放后路腰椎植骨融合术治疗腰椎滑脱症的疗效比较[J]. 解放军医学院学报,2019,40(2):101-105+112.
- [15]王宏法,张向荣.微创置钉后通道入路椎管减压植骨融合术治疗胸腰椎骨折伴神经损伤研究[J]. 浙江创伤外科,2019,24(2):282-284.

感染控制中微生物检验的价值分析

樊晓艳 付强

白城中心医院 吉林白城 137000

摘要：目的：探究感染控制中微生物检验的价值，为降低临床感染发生率提供可靠参考依据。方法：研究对象择取为本院住院部收治的 100 例患者，入选患者就诊时间均在 2019 年 10 月-2020 年 10 月范围内。按照随机方法（即随机数字表法）将 100 例住院患者分为两组，其中观察组、对照组均含 50 例患者。对照组接受常规感染控制方法，观察组在常规感染控制基础上加用微生物检验，对比两组住院患者院内感染发生情况和感染程度。结果：据统计，观察组院内感染发生率为 8%，对照组院内感染发生率为 28%；对照组感染程度明显比观察组感染程度严重，两组住院患者的感染控制情况差异存在统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：将微生物检验应用于临床住院患者院内感染控制过程中能够有效地切断传播途径，从根本上找到传染源，降低院内感染发生率，提高感染控制效果，是一项值得推广的应用。

关键词：微生物检验；感染控制；应用效果

目前在我国各类患者就诊形式主要分为门诊就诊（家中自行遵医嘱用药）及住院治疗，其中前者主要适用于病情轻微者，后者则多见于病情急重者。近几年来，我国社会时代快速发展，医疗技术也得到了很大的提升，在医院运行的过程中，许多新型材料、先进技术都逐渐投入使用。但院内感染仍属于住院患者常见、多发并发症之一，也是严重影响患者原发病病情治疗进度及效果的主要因素，一旦住院患者发生院内感染势必增加其治疗费用，若病情较重、未及时得到有效的对症治疗甚至危及其生命安全。应注意的是，医院内的感染情况也在逐年升高，院内感染的情况使患者病情越来越严重，增加了治疗周期的同时，还会增添患者痛苦，大量医疗资源被消耗。因此，我们需要采取有效地措施来控制感染，降低院内感染率。本次研究择取了 2019 年 10 月-2020 年 10 月在我院治疗的 100 例住院患者为研究对象，采用了微生物检验的方式，探讨微生物检验应用于院内感染控制中的具体价值，希望通过这项措施能够从根本上切断传染途径，提高院内感染控制效果。详细研究过程如下：

1、资料与方法

1.1 一般资料

研究对象择取为本院住院部收治的 100 例患者作为研究对象，患者就诊时间为 2019 年 10 月-2020 年 10 月，按照数字表达法均分为两组，其中接受常规感染控制方法的 50 例住院患者设为对照组，另外在常规感染控制基础上加用微生物检验的 50 例住院患者设为观察组。

对照组：年龄 22-65 岁，平均年龄在（45.5±3.3）岁，男性患者 26 例、女性患者 24 例。

观察组：年龄 23-63 岁，平均年龄在（46.2±3.4）岁，男性患者 28 例、女性患者 22 例。

两组住院患者性别、年龄范围、平均年龄、例数等一般资料比较不存在统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性，本次研究经过医院伦理委员会批准。

纳入标准：（1）本次研究中纳入的 100 例患者均因自身病情所需住院接受治疗；（2）患者均知晓本次研究并自愿参与研究；（3）患者意识清醒；（4）具有完整的病历资料；（5）于入组前在遵循独立、自愿、记名等原则下签署由本院医学与伦理研究会制定的知情同意协议。

排除标准：（1）存在精神异常患者、认知障碍患者；（2）于入组前即存在感染性疾病者；（3）临床资料不完善患者；（4）处于妊娠期、产褥期等特殊生理时期女性住院患者；（5）于本次研究前 1 周内存在抗菌药物使

用史；（6）拒绝签署知情同意协议。

1.2 检验方法

给予对照组 50 例住院患者采用常规感染控制方法，具体实施过程如下：（1）结合本院实际情况制定针对性的无菌操作规章制度、病房消毒制度、医疗器械灭菌消毒流程、手卫生消毒规范等；（2）在日常工作中设立巡视人员监督各科室工作人员对上述各种规章制度的遵守情况，设立完善的奖惩制度，提高医护人员参与院内感染防控的积极性及责任感；（3）医护人员若发现住院患者出现感染症状，则需要立即采取措施进行对症治疗和处理。

给予观察组 50 例住院患者在常规感染控制基础上加用微生物检验，具体实施过程如下：（1）对出现细菌感染的患者进行鉴定，通过实验室检验来检测细菌的耐药性，观察不同细菌表现，常见菌种包括尿肠球菌、阴性葡萄球菌等，研究不同细菌的耐药性；（2）医护人员通过细菌学知识监测细菌感染源，严格按照要求做好院内消毒工作，密切监测医院空气污染情况、医疗器械、医疗用品使用情况；（3）强化院内易感染人群的预防工作，密切监测正常菌群，一般采用全自动微生物鉴定设备和药敏分析仪进行检验，细菌培养选用血培养仪器。

1.3 效果观察

分别为两组住院患者实施不同感染控制方法后，首先记录感染控制后两组住院患者的院内感染发生率。根据《医院感染诊断标准（试行）》摘要（1）判断两组住院患者在住院治疗期间是否发生院内感染，具体感染类型主要包括手术切口感染、软组织感染、胃肠道感染、呼吸系统感染、泌尿系统感染等。结合发生感染患者的病情状况对感染程度进行评估：（1）轻度感染：若感染患者出现轻度感染症状，对日常生活及工作未造成相应影响，则为 I 级；（2）中度感染：若感染患者出现中度感染症状，对日常生活及工作造成一定影响，则为 II 级；（3）重度感染：若感染患者出现重度感染症状，对日常生活及工作未造成严重影响，则为 III 级。

1.4 统计学分析

本文中各类数据表示方式及检验方式如下：（1）计量资料：（ $\bar{x} \pm s$ ）、t 检验；（2）计数资料：[n（%）]、 χ^2 或 Fisher 精确检验。数据处理选用统计产品与服务解决方案软件（版本号：SPSS.26），显示结果为 $P < 0.05$ ，说明组间/组内数据对比差异显著（存在统计学意义）。

2、结果

2.1 两组住院患者院内感染发生率对比

据统计, 观察组院内感染发生率为 8%, 对照组院内感染发生率为 28%, 两组住院患者的感染控制情况差异存在统计学意义 ($P<0.05$)。详细数据见表 1:

表 1 两组住院患者院内感染发生率对比

组别	感染 (例)	未感染 (例)	院内感染发生率
观察组 (n=50)	4	46	4 (8.0)
对照组 (n=50)	14	36	14 (28.0)
X^2			3.1052
P			<0.05

2.2 两组住院患者感染程度对比

据统计, 对照组感染程度明显比观察组感染程度严重, 两组住院患者的感染控制情况差异存在统计学意义 ($P<0.05$)。详细数据见表 2:

表 2 两组住院患者感染程度对比

组别	I 级	II 级	III 级
观察组 (n=50)	3 (6.0)	1 (2.0)	0 (0.0)
对照组 (n=50)	5 (10.0)	6 (12.0)	3 (6.0)
X^2	2.2219	4.0523	2.1130
P	<0.05	<0.05	<0.05

3、讨论

院内感染又称为医院感染, 是临床住院病患常见、多发并发症之一, 具体指患者在住院之前无感染病情, 住院之后发生的感染情况。因此提示, 院内感染可发生于住院治疗期间 (即院内) 以及出院后 (即住院治疗期间获得但出院后发病), 不包括患者在入院治疗前已发病或处于潜伏期的感染情况。发生院内感染的主要因素分析如下: (1) 药物使用: 住院患者由于病情所需, 将使用各类药物控制其原发疾病进程, 药物进入机体后可能对内分泌系统、免疫系统造成相应影响, 院内感染发生风险随之增加; (2) 侵入性操作: 有创机械通气、各类置管、外科手术等治疗方式将对机体局部造成相应损伤, 从而为致病菌的入侵及定植创造有利条件; (3) 医护人员: 部分医护工作者在服务住院患者时未能够严格遵循无菌操作、“六步洗手法”等相关规章制度, 或因病房内人员流动量控制不良、病房环境消毒不彻底等因素造成交叉感染; (4) 患者及家属: 部分患者及家属对院内感染认知度较差, 缺乏基本防范意识, 因此在住院治疗期间可能由于患者本人或家属护理不当造成院内感染。

应注意的是, 无论何种类型的院内感染, 一旦发病势必对住院患者原发疾病治疗进程造成影响 (负面), 同时将增加其住院治疗费用, 若院内感染病情较重甚至危及生命安全, 此外发生院内感染也将对医护患关系造成严重影响, 不利于维持良好的医护患关系。因此提示, 如何采取有效措施降低住院患者院内感染发生几率、一旦确诊院内感染后怎样为患者提供切实有效的感染控制方案等问题, 均已成为现阶段临床研究重点及热点方向。近几年来, 医院人员流动量越来越大, 医院内感染的人数也在逐年升高, 主要的感染对象包括门诊患者、患者家属以及住院患者。按照感染部位的不同, 一般将其划分为血液系统感染、皮肤组织感染、泌尿系统感染、手术部位感染等; 按照病原体分类, 则可以分为病毒感染、细菌感染、真菌感染以及支原体感染。一旦出现院内感染的情况, 会导致患者痛苦增加, 医护人员的工作负担也会加重。为此, 我们将微生物检验应用于临床感染控制的过程中, 主要通过传播途径、易感人群、传染源三个方面进行阻断。在控制院内感染的过程中, 主要利用微生物检验在短时间内鉴别病

原菌, 医生则可以根据检测结果给患者进行针对性治疗并找到相关传染源, 对易感染群提前做好预防工作。

针对院内感染的常规感染控制方法的弊端分析如下: (1) 既往常规感染控制方法缺乏量化指标, 未能够使医护人员及时明确其工作中对感染控制的效果, 提示该控制方法缺乏针对性; (2) 针对已经发生院内感染的住院患者而言, 及时确诊病情、积极对症治疗是保障其疗效及预后的关键, 但可导致院内感染的致病菌种类多样, 在具体治疗时抗菌药物可选择性较强, 一旦所选用的抗菌药物适用范围与引起患者院内感染的具体致病菌不符则将其疗效及预后造成相应影响, 常规感染控制方法中针对院内感染患者选择抗菌药物的主要原则为“广谱抗菌”, 即此法具有一定的盲目性, 待患者院内感染病情控制欠佳方才更换抗菌药物势必贻误其治疗时机, 或将造成严重后果, 此外广谱抗菌药物的盲目使用对院内感染患者抗感染治疗安全性也可能造成相应影响, 应引起相关医护人员注意。

微生物检验在院内感染控制中的优势分析如下: (1) 将微生物检验应用于院内感染控制工作中, 医护人员能够通过监测医院空气污染情况、医疗器械污染情况等指标, 从而使医护人员及时发现其在院内感染防控工作中的不足之处并加以纠正, 因此提示微生物检验应用于院内感染控制工作中能够使医护人员对预防院内感染更具针对性及细致性; (2) 在院内感染控制工作中加入微生物检验, 能够使医护人员及时明确院内感染患者具体致病菌, 结合药敏试验结果有利于根据患者病情选择敏感性高的针对性抗菌药物, 从而对确保此类病患抗感染治疗有效性及安全性具有积极意义。

通过本次研究结果上看, 观察组院内感染发生率为 8%, 对照组院内感染发生率为 28%; 对照组感染程度明显比观察组感染程度严重, 两组住院患者的感染控制情况差异存在统计学意义 ($P<0.05$)。由此可见, 微生物检验在感染控制上的效果十分有效, 能够检测出环境菌群、肠道正常菌群等, 帮助患者避开感染源接触, 从根本上降低感染情况产生。对重要场所进行检测时, 一旦发现感染情况, 则需要立即向上级汇报并做好隔离传染源的工作, 能够从根本上切断传染途径和传染源, 进而降低院内感染率, 达到重点保护易感人员的作用效果。

综上所述, 微生物检验应用于临床住院患者院内感染控制过程中能够有效地切断传播途径, 从根本上找到传染源, 降低院内感染发生率, 提高感染控制效果, 是一项值得推广的应用。

参考文献:

[1]黄庆凤,陈爱灼,蔡丽平,等. 微生物检验在医院感染控制中的价值分析[J]. 中国继续医学教育,2021,13(2):137-139.

[2]向旭霞. 微生物的检验与检测在控制医院感染中的价值分析[J]. 智慧健康,2020,6(26):37-39.

[3]安刚,谭小羽. 在医院感染控制中对患者进行微生物检验的价值分析[J]. 医药前沿,2020,10(24):225-226.

[4]唐琼. 微生物检验在感染控制中的价值分析[J]. 母婴世界,2020(5):54.

[5]刘刚. 研究与分析临床中微生物检验在控制医院感染中的价值[J]. 健康大视野,2020(17):253,255.

[6]田秀华,赵劲松. 微生物检验在医院感染控制中的临床价值分析[J]. 中国现代药物应用,2020,14(24):245-246.

[7]刘爱华,王星化. 微生物检验在感染控制中的价值分析[J]. 医学美容,2020,29(23):126.

妊娠期贫血患者的血常规检验临床意义探讨

邹丹

绵阳市妇幼保健院 四川绵阳 621000

摘要：目的：研究妊娠期贫血患者的血常规检验的临床意义。方法：本次纳入 2020 年 9 月至 2021 年 8 月期间本院在本院进行产前检查的妊娠期贫血患者 100 例和正常孕妇 100 例开展研究，分别纳入观察组、对照组。对两组的血常规检验结果进行比较。结果：观察组的 Hb、RBC、MCV、MCHC、RDW、MCH 均与对照组存在差异， $P<0.05$ ；观察组孕晚期患者的贫血及大细胞性贫血发生率高于孕早期、孕中期患者，小细胞性贫血比例高于大细胞性贫血， $P<0.05$ ；观察组中小细胞性贫血、大细胞性贫血患者比较六项血常规指标检验结果差异明显， $P<0.05$ 。结论：通过血常规检验可尽早检出妊娠期贫血以及鉴别贫血类型，为临床诊治该病提供指导，有助于避免不良事件的发生。

关键词：妊娠期；贫血；血常规检验

贫血是妊娠期并发症中比较常见的一种^[1]，发生率较高，此并发症的出现主要与孕妇自身负荷增加、消化吸收能力变差等因素有关^[2]。妊娠期贫血患者的抵抗力会下降，不仅会影响宫内胎儿的生长发育，还会导致孕妇并发症发生风险增加^[3]。另外妊娠期贫血患者对分娩、手术以及麻醉的耐受力会变差，会增加分娩风险^[4]，故需要及时诊断和防治妊娠期贫血，以保障母婴安全。血常规检验是临床常用于筛查贫血的有效手段，本文进一步分析其作用于妊娠期贫血中的效果及意义。正文阐述如下：

1 资料和方法

1.1 资料

将 2020 年 9 月至 2021 年 8 月期间于本院定期产检的正常孕妇、妊娠期贫血患者依次纳入对照组、观察组，每组各 100 例。

诊断标准：《妊娠期铁缺乏和缺铁性贫血诊治指南》。

纳入标准：（1）未合并血液病者；（2）无其他妊娠并发症者；（3）临床资料齐全者。

排除标准：（1）合并恶性肿瘤者；（2）存在重要脏器功能障碍、认知障碍者；（3）不配合检查者。

对照组的年龄为 22-36（29.20±2.41）岁。孕周为 10-33（23.89±3.18）周。初产妇 68 例，经产妇 32 例。体质指数为 18.50-27.16（23.20±1.88）kg/m²。

观察组的年龄为 23-38（29.35±2.46）岁。孕周为 11-34（23.95±3.24）周。初产妇 70 例，经产妇 30 例。体质指数为 18.60-27.22（23.24±1.93）kg/m²。

组间一般资料具有可比性（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

在检查前一天叮嘱所有孕妇晚上至次日清晨检查时至少保持 8h 空腹状态。抽取所有孕妇的 3mL 静脉血。应用全自动血液分析仪及配套试剂测定血红蛋白（Hb）、红细胞计数（RBC）、血细胞分布宽度（RDW）、红细胞平均体积（MCV）、红细胞平均血红蛋白含量（MCH）、血细胞平均血红蛋白浓度（MCHC）。

1.3 评价指标及判定标准

（1）观察各组的血常规检验结果。

（2）对观察组中不同孕期孕妇的大细胞性贫血、小细胞性贫血的患病情况进行记录。判定标准：Hb<100g/L 提示存在贫血症状。MCV>99.10fL、<82.60fL 分别表大、小细胞性贫血。

（3）观察大细胞性贫血、小细胞性贫血组患者的血常规检验结果。

1.4 统计学处理

运用 SPSS 25.0 统计软件，计量资料行 t 检验，计数资料行卡方检验，差异有统计学意义以 $P<0.05$ 体现。

2 结果

2.1 组间血常规检验结果的比较

观察组的 Hb、RBC、MCV、MCHC 均比对照组数据更低（ $P<0.05$ ），RDW、MCH 均较对照组数据更高（ $P<0.05$ ）。

见表 1 所示：

表 1：对比两组的血常规检验结果

组别	例数（n）	Hb（g/L）	RBC（ $\times 10^{12}/L$ ）	RDW（%）	MCV（fL）	MCH（pg）	MCHC（g/L）
对照组	100	128.65±8.20	4.77±0.84	12.85±1.87	96.91±4.28	26.02±1.19	342.85±14.62
观察组	100	93.10±4.75	3.10±0.62	19.37±2.54	85.70±3.09	34.23±2.17	301.73±9.92
t 值	-	37.514	15.996	20.671	21.236	33.173	23.274
P 值	-	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001

2.2 观察组的贫血类型

观察组中，孕晚期患者的贫血发生率以及大细胞性贫血比例均比孕早期、孕中期患者高（ $X^2_{贫血}=10.637、5.433$ ， $X^2_{大细胞性贫血}=11.926、8.671$ ， $P<0.05$ ）；小细胞性贫血比例与大细胞性贫血比例进行比较数据更高（ $X^2=25.962$ ， $P<0.05$ ）。

如表 2 所示：

表 2：比较观察组不同孕期的贫血类型[n（%）]

组别	例数	大细胞性贫血	小细胞性贫血	其他类型贫血
----	----	--------	--------	--------

孕早期	24	2（8.33）	22（91.67）	0（0.00）
孕中期	30	5（16.67）	23（76.67）	2（6.67）
孕晚期	46	23（50.00）	21（45.65）	2（4.35）
合计	100	30（30.00）	66（66.00）	4（4.00）

2.3 大、小细胞性贫血患者血常规检验结果比较

观察组中，大细胞性贫血患者的 Hb、MCV、MCH、MCHC 均较小细胞性贫血患者高，而 RBC、RDW 则比小细胞性贫血患者低， $P<0.05$ 。

如表 3 所示：

表 3: 比较观察组不同贫血类型患者的血常规检验结果

组别	例数 (n)	Hb (g/L)	RBC ($\times 10^{12}/L$)	RDW (%)	MCV (fL)	MCH (pg)	MCHC (g/L)
大细胞性贫血	30	94.78 $\pm$ 4.20	3.01 $\pm$ 0.49	17.95 $\pm$ 3.15	107.25 $\pm$ 5.81	33.50 $\pm$ 2.22	341.95 $\pm$ 12.09
小细胞性贫血	66	92.04 $\pm$ 3.12	4.18 $\pm$ 0.57	21.07 $\pm$ 3.48	75.66 $\pm$ 4.62	25.05 $\pm$ 1.56	290.68 $\pm$ 10.11
t 值	-	3.567	9.722	4.190	28.594	21.442	21.640
P 值	-	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001

3 讨论

50%左右的孕妇会出现妊娠期贫血,其病因主要包括以下几个方面:

(1) 生理性贫血:从孕中期开始,孕妇血浆容量增加明显,会稀释血液。另外孕妇中晚期的需铁量与铁储存量存在不平衡情况,加上骨髓内含铁黄素减少,会导致贫血发生或加重已发生的贫血。(2) 缺铁性贫血:妊娠期间,孕妇的储存铁大量消耗,而补铁量通过膳食管理难以完全满足。另外随着孕周增加,胎儿迅速发育,对血红蛋白、红细胞的需求增加,且铁的吸收率也在不断提高,若是补铁速度未跟上孕妇体内的储存铁消耗速度或补铁不及时,会引起缺铁性贫血^[5,6]。(3) 巨幼细胞性贫血:叶酸、维生素 B12 缺乏会导致细胞核 DNA 合成障碍,进而引起巨幼细胞性贫血。孕妇对叶酸的需求量高,而孕早期孕妇出现妊娠反应,出现偏食或不能进食等情况,未摄入充足的叶酸,且叶酸在孕期存在吸收差、排泄快等情况,故容易出现孕期叶酸缺乏情况。胃酸分泌不足会导致糖蛋白减少,未能有效结合维生素 B12,且胎儿的需求量高,会导致孕妇体内缺乏维生素 B12^[7]。叶酸和维生素 B12 的缺乏会对幼红细胞内的 DNA 合成、有丝分裂和增殖时间产生影响,引起细胞核浆发育失衡,增大红细胞体积,形成巨幼细胞。此类型的贫血在全身营养不良的女性妊娠期容易出现。(4) 再生障碍性贫血:此种类型的贫血较为少见,妊娠期再生障碍性贫血的发生主要与孕妇体内较高的雌激素水平对红细胞生成进行抑制有关。

妊娠期贫血不仅会增加孕妇贫血性心脏病、充血性心力衰竭、妊高征等并发症发生风险,还会引起子宫收缩不良,导致产后出现出血性贫血性休克,增加了围产期的死亡风险^[8,9]。另外妊娠期贫血患者存在血液循环障碍情况,且血液中的含氧量较低,因此会出现胎盘供血供氧不足以及营养物质不足等情况,导致胎儿围产期不良结局发生^[10]。重度贫血还可能危及孕妇和围产儿生命安全。故早期发现、诊断和治疗妊娠期贫血对于改善妊娠结局、保护母婴安全具有重要意义。临床上一一般通过血红蛋白等血常规指标对妊娠期贫血进行筛查诊断。

血常规检验是疾病诊断的一种辅助诊断,在诊断有无血液系统疾病、有无贫血及反映骨髓造血功能等方面具有重要作用^[11]。同时血常规检验的操作简单、检测时间短,便于对症治疗的尽快开展,如补充铁剂、叶酸、维生素 B12 以及饮食干预等,尽早纠正患者的贫血状况,有助于降低母体围产期并发症发生率,减轻分娩风险,获得良好的妊娠结局^[12]。通过分析此次血常规检验结果可以得知,观察组与对照组、小细胞性贫血患者与大细胞性贫血患者之间的血常规检验结果均存在差异,提示临床可根据血常规检验结果对孕妇是否存在妊娠期贫血进行诊断,同时能够对贫血类型进行鉴别分型^[13]。同时还发现,观察组孕晚期患者的贫血总发生率、大细胞性贫血发生比例同其他孕期阶段进行比较更高,说明了随着孕周的增加,妊娠期贫血情况也会随之发生改变。分析原因在于,孕早期,孕妇的妊娠反应严重会影响进食,导致营养供给不足,加上消化吸收差,故会缺乏铁元素;孕中期胎儿迅速增长,孕妇和胎儿对铁元素的需求量均在增大,通过常规饮食难以满足需求,故会出现缺铁情况,降低血红蛋白含量,导致贫血发生^[14];孕晚期,孕妇的铁元素消耗量、铁元素需求量均更大,减缓红细胞分裂增殖速度,会引起红细胞数量减少,进而导致大细胞性贫血发

生^[15,16]。孙悦^[17]文章中研究组的血常规检验结果以及孕晚期贫血发生率与本文相似,充分证明了血常规检验的应用价值高,佐证了此次研究真实可靠。另外铁代谢检测也是诊断妊娠期贫血的有效指标,而在此次研究中仅通过血常规检验结果对妊娠期贫血进行诊断存在一定的局限性,因此在今后的研究中还应进一步探究血常规检验联合铁代谢检测在妊娠期贫血中的作用,为临床更好地诊治妊娠期贫血提供指导。

总而言之,血常规检验结果能够为临床诊断妊娠期贫血提供可靠的参考,有助于临床及时进行孕期保健干预,以促进妊娠结局的改善。

参考文献:

- [1]李苗,赵秀艳,张跃.秦皇岛市妊娠期妇女营养不良性贫血调查研究[J].解放军预防医学杂志,2019,37(10):131-132,135.
- [2]郑康鑫.60 例妊娠期贫血患者血常规检验结果分析[J].临床医学,2020,40(2):79-80.
- [3]白蕊.对妊娠期贫血患者进行血常规检查的效果评价[J].当代医药论丛,2020,18(7):175-176.
- [4]吕会敏.血常规检查在妊娠期孕妇贫血中的应用效果[J].中国卫生标准管理,2020,11(13):106-108.
- [5]赵男男.血常规检测在妊娠期贫血患者中的临床应用价值[J].中国现代药物应用,2020,14(22):62-63.
- [6]黄飞巍,夏苏桦.妊娠期妇女缺铁性贫血的危险因素[J].广西医学,2018,40(7):771-774.
- [7]刘馨遥,邵盈盈.妊娠期贫血患者血常规检测情况及妊娠结局分析[J].中国妇幼保健,2020,35(5):823-826.
- [8]蒋永悟.妊娠贫血患者不同孕期血常规及凝血功能变化研究[J].陕西医学杂志,2019,48(8):1052-1055.
- [9]何婷婷.对妊娠期贫血患者进行血常规检测的效果分析[J].当代医药论丛,2020,18(21):120-121.
- [10]刘洋,白经纬.妊娠期贫血患者的血常规检验分析[J].医学理论与实践,2019,32(12):1925-1926.
- [11]刘旭.妊娠期贫血患者的血常规检验价值研究[J].中国现代药物应用,2019,13(12):57-59.
- [12]陈冬妮.妊娠期贫血患者血常规检验的临床价值探讨[J].基层医学论坛,2019,23(8):1123-1124.
- [13]常英.妊娠期贫血患者的血常规检验临床分析[J].医学新知杂志,2019,29(21):201-203.
- [14]刘丽娜.血常规检查对妊娠期贫血患者的临床作用分析[J].中国现代药物应用,2019,13(21):69-70.
- [15]陈洁.妊娠期贫血患者的血常规检验结果评价[J].中外医疗,2019,38(2):190-192.
- [16]常英.妊娠期贫血患者的血常规检验临床分析[J].医学新知杂志,2019,29(21):201-203.
- [17]孙悦.妊娠期贫血患者的血常规检验结果分析[J].中国民康医学,2020,32(10):89-91.

临床血糖检验中快速血糖仪与常规生化仪检验价值比较分析

付强 樊晓艳

白城中心医院 吉林白城 137000

摘要: 目的: 在临床血糖检验中分别应用常规生化仪、快速血糖仪两种检验方式, 并分析其检验价值。方法: 选取 2019 年 1 月-2021 年 1 月, 在我院治疗的 118 例有血糖检测需求的受检者作为研究对象, 其中, 2 型糖尿病患者 59 例, 健康体检者 59 例, 所有受检者均接受常规生化仪、快速血糖仪检验, 对比两种检验方式对两组受检者空腹血糖 (FPG)、餐后 2h 血糖 (2h PBG) 等血糖相关指标检测结果, 同时对比其需血量、检测时间。结果: 常规生化仪、快速血糖仪分别对健康体检者、糖尿病患者 FPG、2h PBG 等指标检测结果对比无明显差异 ($P>0.05$); 与常规生化仪检验对比, 快速血糖仪检测时间更短, 需血量更少, 差异明显 ($P<0.05$); 受检者对快速血糖仪、常规生化仪的检验满意度分别为 96.61%、89.83%, 差异明显 ($P<0.05$)。结论: 快速血糖仪检测 FPG、2h PBG 结果与常规生化仪相当, 但前者检测所需时间更短、需血量更少、被检测者满意度更优。

关键词: 常规生化仪; 快速血糖仪; 血糖检验

糖尿病 (diabetes mellitus, DM) 是临床发病率较高的内分泌系统疾病之一, 具体包括 1 型糖尿病 (diabetes mellitus type 1, T1DM)、2 型糖尿病 (diabetes mellitus type 2, T2DM) 等不同类型, 其中 T2DM 所占比例高达 DM 患者总数 90% 左右。T2DM 既往临床又将其称为成人发病型糖尿病 (adult-onset diabetes)、非胰岛素依赖型糖尿病 (noninsulin-dependent diabetes mellitus, NIDDM), 发病人群年龄分布以中老年为主。及时确诊病情、积极对症治疗仍是现阶段临床处理 T2DM 病患的主要原则, 血糖检测是糖尿病诊断、病情监测、指导临床治疗的常用技术。目前, 常用的血糖检测技术主要包括常规生化仪、快速血糖仪两种, 前者是传统的检测方式, 主要采取静脉血利用生化仪进行检测, 具有较高的准确性。但该技术也存在一定的局限性, 例如需要采集空腹静脉血, 对于急症、危重患者检测时间较长, 不利于指导临床治疗^[1]。快速血糖仪是一种新型、快捷的检测方式, 可即刻获得检验结果, 具有较强的灵活性, 且无需静脉采血, 需血量小, 患者接受度较高, 但也有学者对其检测准确性提出质疑。因此, 本文将在临床血糖检验中分别应用以上两种检验方式, 并分析其检验价值, 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 1 月, 在我院治疗的 118 例有血糖检测需求的受检者作为研究对象, 其中, 2 型糖尿病患者 59 例, 男性 34 例, 女性 25 例, 年龄 33~74 岁, 平均 (51.92±3.49) 岁, 病程 1-27 年、平均病程 (9.09±0.21) 年。另选取同期前来我院体检的健康人群 59 例, 男性 32 例, 女性 27 例, 年龄 31~72 岁, 平均 (52.02±4.05) 岁。

纳入标准: (1) 2 型糖尿病患者于本次研究前经由口服葡萄糖耐量试验 (oral glucose tolerance test, OGTT) 及其他辅助检查确诊病情, 符合中华医学会糖尿病学分会制定的《中国 2 型糖尿病防治指南(2017 年版)》中关于 2 型糖尿病诊断标准; (2) 具有完整的病历资料; (3) 健康体检者既往无血糖水平异常情况; (4) 意识清醒, 能够配合本次研究中涉及的常规生化仪、快速血糖仪等检测方法; (5) 入选者本人及家属对本次研究内容均具有知情权, 于研究前遵循独立、自愿、记名等方式签署本院医学与伦理研究会制定的知情同意协议。

排除标准: (1) 合并其他内分泌系统疾病者; (2) 非 2 型糖尿病因素所致血糖水平异常情况; (3) 合并恶性肿瘤患者; (4) 合并精神系统疾

病者; (5) 意识不清者, 无法配合完成本次研究中相关血糖检测方法; (6) 处于妊娠期、哺乳期、产褥期等特殊生理时期女性人群; (7) 存在心脏、肝脏、肾脏等机体重要器官严重器质性病变 (功能不全) 者; (8) 病历资料不全者; (9) 拒绝签署知情同意协议者。

1.2 方法

所有受检者均接受常规生化仪、快速血糖仪检验, 指定同一名具有高年资、高职称的临床医护人员完成样本采集工作, 经由同一名具有高年资、高职称的临床实验室检验医师完成常规生化仪、快速血糖仪血糖检验相关操作。具体如下: (1) 常规生化仪检验: 于清晨空腹状态下采集静脉血, 抗凝、离心后应用 DG-302 全自动生化分析仪 (江苏英诺华医疗) 检测相关指标。餐后 2 h 以同样的方式检验血糖指标; (2) 快速血糖仪检验: 对受检者指尖进行消毒, 使用采血笔采集指尖血, 第一滴血舍弃, 在血糖试纸上滴上血液标本, 将试纸插入快速血糖仪, 读取血糖值。餐后 2 h 以同样的方式检验血糖指标。所有受检者采血、检验等操作均严格按照相关标准完成, 尽量避免外界因素干扰。检测前, 应为患者讲解检测方法、注意事项, 确保患者有效配合。

1.3 评价标准

(1) 组间血糖检测情况对比: 记录并对比两种检验方式对两组受检者血糖检测结果, 具体指标涉及空腹血糖 (fasting plasma glucose, FPG)、餐后 2h 血糖 (two hours postprandial blood glucose, 2h PBG) 等; (2) 不同血糖检测方法相关指标对比: 记录并对比两种血糖检测方法所需血量、检测时间等指标; (3) 满意度: 应用本院自制问卷评价评估受检者对两种检验方式的满意度, 该量表评价内容包括血糖检测过程中自觉疼痛感、血糖检测结果等待时间等, 量表满分 0-100 分, 根据得分情况设非常满意 (80 分以上)、基本满意 (60-80 分)、不满意 (60 分以下) 三项, 即分数越高、被评价者对血糖检测方法满意度越优, 前两项合计即为该血糖检测方法总满意率。

1.4 统计学方法

本文中各类数据表示方式及检验方式如下: (1) 计量资料: ($\bar{x}\pm s$)、t 检验; (2) 计数资料: [n (%)]、 χ^2 或 Fisher 精确检验。数据处理选用统计产品与服务解决方案软件 (版本号: SPSS.26), 显示结果为 $P<0.05$, 说明组间/组内数据对比差异显著 (存在统计学意义)。

2. 结果

2.1 检测结果对比

常规生化仪、快速血糖仪分别完成健康体检者、糖尿病患者的 FPG、2h PBG 指标检测，经对比可知健康体检者、糖尿病患者经常规生化仪、快速血糖仪检测 FPG、2h PBG 水平对比结果无明显差异 ($P>0.05$)，见表 1。

表 1 两组受检者检测结果对比 ($n=59$, $\bar{x} \pm s$, mmol/L)

组别	健康体检者		糖尿病	
	FPG	2h PBG	FPG	2h PBG
常规生化仪	4.37±0.46	9.03±0.43	8.86±0.98	11.34±1.04
快速血糖仪	4.33±0.52	8.98±0.39	8.88±1.01	11.32±1.02
t	0.443	0.662	0.109	0.105
P	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2.2 检测时间、需血量对比

与常规生化仪检验对比，快速血糖仪检测时间更短，需血量更少，差异明显 ($P<0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者检测时间、需血量对比 ($n=59$, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	检测时间 (min)	需血量 (mL)
常规生化仪	118	30.30±4.06	2.28±0.25
快速血糖仪	118	1.20±0.48	0.04±0.01
t	--	77.320	97.253
P	--	<0.05	<0.05

2.3 受检者满意度对比

受检者对快速血糖仪的检验满意度为 96.61% (114/118)，其中非常满意 72 例，基本满意 42 例；对常规生化仪的检验满意度为 89.83% (106/118)，其中非常满意 58 例，基本满意 48 例，差异明显 ($X^2=4.29$, $P<0.05$)。

3. 讨论

T2DM 是一种由于胰岛素分泌缺陷所致的代谢性疾病，患者发病后主要表现为机体血糖水平异常上升。现阶段临床尚无治愈 T2DM 病情的有效方法，因此提示患者一旦确诊此病即需终身应用药物、运动、饮食等干预措施控制机体血糖水平处于合理稳定范围内，且多项研究均已证实若 T2DM 患者机体血糖控制不良，机体各组织器官及系统长期受到高血糖水平影响，从而势必增加相关并发症（如糖尿病肾病、糖尿病视网膜病变、糖尿病周围神经病变等）发生几率，病情较重甚至引发机体水电解质、酸碱度失衡，患者致残、致死风险随之上升。由此提示，如何尽早确诊 T2DM 病情是保障此类病患疗效及预后的关键。但应注意的是，T2DM 患者临床常见特征为“三多一少”，即多饮、多尿、多食、体重减少，但由于不同患者间存在个体差异，加之多数患者发病早期临床症状缺乏典型性，因此对临床诊断 T2DM 工作造成一定困难，如何采取辅助检查措施提高此病检出率已成为广大临床医务工作者、患者本人及家属共同关注的热点问题。

血糖检测是糖尿病临床判断、评估、监测的重要指标，以往临床上主要采取常规生化检验。常规生化仪虽然检测血糖准确度高，但也存在较为明显的弊端，主要表现为需静脉采血，过程复杂，耗时较长，在紧急状态下检验时，难以保障其准确性，且不利于指导临床治疗。近年来，各医疗

机构中均开始逐步应用快速血糖仪，其特点在于采血较少，较为简便，且检测时间短，具有较强的临床应用性。因此有研究认为，T2DM 患者由于未能够遵从医嘱及药品使用说明书合理应用降糖药物、运动及饮食方案欠佳等因素从而出现低血糖、糖尿病酮症酸中毒等异常情况，针对疑似低血糖、糖尿病酮症酸中毒等血糖代谢相关急危情况的人群而言，若采用常规生化仪完成血糖检测则等待结果所需时间较长，而此类病患病情大多存在不稳定性、复杂性等特点，一旦贻误治疗时机势必造成严重后果，从而推荐针对此类患者经由快速血糖仪及时判断其机体血糖代谢情况，以利于临床医生根据血糖水平及时制定针对性的治疗方案，确保其获得良好的临床疗效及预后。但以往有学者认为，快速血糖仪在检测准确度方面有所不足^[2]。由于该检测为全血检验，含有红细胞、血小板等成分，其他指标也较为复杂，因此干扰其检测结果。而常规生化仪由于剔除了血细胞的影响，因此检测针对性更强，准确度更高。但从临床检验情况上看，全血检验的干扰性较低，对检测结果无显著影响，与常规生化仪基本一致。在本次研究中，常规生化仪、快速血糖仪对健康体检者、糖尿病患者的 FPG、2h PBG 水平检测结果无明显差异 ($P>0.05$)，可见两种检验方式对糖尿病患者、健康体检者的血糖检验结果均无显著差异，检验效果相当。以往研究显示，生化仪、快速血糖仪对空腹血糖、餐后 2h 血糖水平的检测结果及误诊率均无明显差异，与本次研究结果相符^[3]。

同时，与常规生化仪检验相比，快速血糖仪的操作相对便捷，仪器体积较小，灵活度高，因此适用于院内、院外等各类医疗场所，在各级医疗机构中推广应用可行性较强，且此法在实际操作时能够快速得到检验结果。在本次研究中，与常规生化仪检验对比，快速血糖仪检测时间更短，需血量更少，差异明显 ($P<0.05$)，可见快速血糖仪具有更为突出的优势，更适合紧急状态下检测。若患者处于昏迷状态或病情危急，通过快速血糖仪检验其血糖水平可为判断患者昏迷原因提供参考依据，有利于尽早识别、判断低血糖所致的早期昏迷，可及时控制病情，防止其病情进行性加重，从而给予患者高效、迅速的诊治。同时，对于其他危重症患者，尽量判断患者是否为糖尿病、低血糖，可减少错误用药情况发生，避免发生医患纠纷。此外，对于血糖控制较差引起的高血糖昏迷、糖尿病酮症酸中毒等疾病，快速血糖仪也能够实现早期诊断，可缩短诊疗用时，降低大型检查的高额消耗，提高诊断效率。在本次研究中，受检者对快速血糖仪、常规生化仪的检验满意度分别为 96.61%、89.83%，差异明显 ($P<0.05$)，可见受检者对快速血糖仪的接受度、满意度更高。

综上所述，快速血糖仪检测 FPG、2h PBG 结果与常规生化仪相当，但前者检测所需时间更短、需血量更少、被检测者满意度更优，具有一定优势。

参考文献：

[1]郑新云. 基于临床血糖检验中快速血糖仪与常规生化仪的检验结果分析[J]. 生物化工,2021,7(1):99-101.

[2]靳路,王妍妍. 快速血糖仪与常规生化仪在临床血糖检验中的应用研究[J]. 糖尿病天地,2020,17(3):179.

[3]王昊. 快速血糖仪及常规生化仪的血糖临床检验的效果研究[J]. 中国医疗器械信息,2020,26(22):130-131.

颅脑外伤后脑积水治疗方案的选择及其临床应用价值分析

黄平东

河口县人民医院 云南河口 661300

摘要：目的：探讨颅脑外伤后脑积水的临床治疗方案及其治疗效果。方法：在 2017 年 1 月至 2021 年 12 月期间我院病人中，随机选出颅脑外伤后脑积水患者并作为研究观察对象，共计 20 例。按照信封盲选法分成对照组 10 与观察组 10 例。对照组接受脑室—腹腔分流术 4~8 个月后实施颅骨修补术治疗，观察组接受脑室—腹腔分流术的同时实施颅骨修补术。评估两组患者神经功能和认知功能，同时观察两组患者不良症状，对比分析临床治疗有效性。结果：观察组 MMSE 评分（ 27.45 ± 2.33 ）分、NIHSS 评分（ 19.20 ± 1.48 ）分均较对照组（ 20.03 ± 1.45 ）分、（ 25.49 ± 2.43 ）分优，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；观察组感染、引流管阻塞不良症状发生率 10.00%（1/10）低于对照组 70.00%（7/32），差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；观察组患者治疗总有效率 90.00%（9/10）明显较对照组 40.00%（4/10）高，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：脑室—腹腔分流术同步颅骨修补术治疗颅脑外伤后脑积水患者的临床有效率高，可改善患者神经功能与认知功能，降低并发症发生风险，选择此种临床治疗方案的价值较高。

关键词：颅脑外伤后脑积水；脑室—腹腔分流术；颅骨修补术；神经功能；认知功能

我国经济的快速发展，人们生活水平显著提升，私家车拥有率逐渐升高，工业化发展也越来越快，因意外所致的颅脑外伤患者人次越来越多，属于临床常见的身体损伤。对此，临床有两种类型，一是开放式损伤，二是闭合式损伤，一般单纯头皮损伤患者预后效果不佳，若累及颅骨、脑内和脑实质，会进一步影响患者预后改善效果^[1]。通常在颅脑外伤后，患者多出现脑积水并发症，不仅病情危重，而且是临床常见并发症，需要选择合适的手术治疗方案进行救治。传统治疗中，临床会选择大骨瓣减压术治疗，虽然有一定临床疗效，但会进一步增加患者颅骨缺损、脑膨出以及脑积水的发生风险^[2]。就目前而言，脑室—腹腔分流术与颅骨修补术已成为临床治疗颅脑外伤后脑积水的重要术式，但是不少学者对于何时提供这两种手术有不同意见。本文对 2017 年 1 月至 2021 年 12 月颅脑外伤后脑积水患者给予同期手术治疗，与不同期手术治疗的组别进行对比，现汇报结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机选择 20 例我院 2017 年 1 月至 2021 年 12 月颅脑外伤后脑积水患者作研究对象，信封盲选分成两组，每组 10 例。对照组患者中涵盖了 6 例男性患者，4 例女性患者，最小年龄是 23 岁，最大年龄是 67 岁，平均年龄值为（ 45.63 ± 3.49 ）岁；受伤原因：交通意外 3 例，高空坠落 4 例，其他伤 3 例。观察组患者中涵盖了 7 例男性患者，3 例女性患者，最小年龄是 26 岁，最大年龄是 65 岁，平均年龄值为（ 45.66 ± 3.45 ）岁；受伤原因：交通意外 5 例，高空坠落 3 例，其他伤 2 例。纳入标准：（1）明显外伤且头颅 CT 或 MRI 诊断确诊；（2）持续昏迷，且早期患者伴不同程度呕吐、头痛、颅内压升高现象，后期痴呆或运动障碍症状；（3）符合《现代颅脑损伤学》相关诊断标准；（4）医学伦理委员会审核通过；（5）患者或家属认可研究，自愿参加。排除标准：（1）脑血管畸形或者心脑血管疾病患者；（2）脑肿瘤患者；（3）精神异常或认知障碍患者；（4）妊娠与哺乳期女性；（5）肝肾功能不全或障碍患者。对比两组对象的一般资料（性别、年龄、受伤原因等），并不见差异的明显性（ $P > 0.05$ ），可以进行对比分析。

1.2 治疗方式

对照组患者脑室—腹腔分流术治疗 4~8 个月后，再接受颅骨修补术；观察组患者同步实施这两种手术治疗。具体治疗方法如下：（1）脑室—腹

腔分流术：在患者右耳轮上后方 5cm 部位，作弧形切口，缓慢切开患者硬脑膜，在脑室前角置入导管至合理长度后剪断，连接贮液器，然后连接阀门近端和贮液器出口，分离皮下隧道，经头颅切口放置腹腔导管，经过患者颈部、项颞部和耳后直至上腹部，在患者腹部剑突下侧作 5cm 切口，切开患者腹壁、抚摸，充分暴露肝脏右叶，腹腔导管末端置入肝脏膈面，腹腔内导管置入的深度以 10cm 为宜，然后固定在肝圆韧带旁，避免脱落。

（2）颅骨修补术：全身麻醉，根据患者骨缺损状态选择合适的 3D 成型的钛网修补片，对患者补片边缘进行打磨使其光滑，然后放置在骨窗中实施固定。术后对患者给予抗菌药物抗感染处理，留置引流管 1~2d，拔除即可。

1.3 观察指标

（1）应用简易智力状态检查量表^[3]（MMSE）评价两组患者认知功能，涉及理解力、记忆力、计算力题目，总分 30 分，24 分以上为正常水平，21~24 分为轻度认知功能障碍，11~20 分为中度认知功能障碍，0~10 分为重度认知功能障碍。分数越高说明认知功能越好。

（2）采用卒中量表^[4]（NIHSS）评价两组患者神经功能，总分 42 分，分数越低即神经功能越好。

（3）对比两组患者临床治疗有效性，判定级别分为显效、有效以及无效三种，具体疗效评价标准是：①患者头痛、昏迷和运动障碍症状完全消失不见，头颅 CT 未见异常，表示显效；②患者头痛、昏迷和运动障碍症状基本消失，头颅 CT 明显恢复，表示有效；③患者头痛、昏迷以及运动障碍症状并不见明显性症状，头颅 CT 发现异常，表示无效。治疗总有效例数=显效例数+有效例数。

（4）观察并记录两组患者感染、引流管阻塞不良症状。

1.4 统计学处理

运用 SPSS23.0 软件分析数据，均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表述计量资料，并给予 t 值检验；百分率（%）表述计数资料，并给予卡方验证； $\alpha = 0.05$ 为研究检验标准，若 $P < 0.05$ ，则说明差异具有统计学意义，反之 $P > 0.05$ ，则说明差异不具有统计学意义。

2 结果

2.1 分析认知功能与神经功能

较对照组，观察组患者 MMSE 评分更高，NIHSS 评分显著更低，差异十分明显（ $P < 0.05$ ）。如表 1 所示。

表 1 两组患者认知功能与神经功能比较[n, (x±s)]

组别	例数	MMSE 评分	NIHSS 评分
对照组	10	20.03±1.45	25.49±2.43
观察组	10	27.45±2.33	19.20±1.48
t		8.550	6.991
P		0.000	0.000

2.2 分析临床治疗有效性

对照组患者治疗总有效人数少于观察组，总有效率低于观察组（P<0.05）。如表 2 所示。

表 2 两组患者临床治疗有效性比较[n, (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率 (%)
对照组	10	2 (20.00)	2 (20.00)	6 (60.00)	40.00%
观察组	10	5 (50.00)	4 (40.00)	1 (10.00)	90.00%
X ²					5.495
P					0.019

2.3 分析患者不良症状发生情况

观察组患者治疗后的不良症状发生率明显低于对照组，差异显著（P<0.05）。如表 3 所示。

表 3 两组患者不良症状发生情况比较[n, (%)]

组别	例数	感染	引流管阻塞	发生率 (%)
对照组	10	4 (40.00)	3 (30.00)	7 (70.00)
观察组	10	1 (10.00)	0 (0.00)	1 (10.00)
X ²				7.500
P				0.006

3 讨论

颅脑外伤合并脑积水在当前临床中相对常见，发生率高达 15~35%，对于脑积水并发症的发生原因较多，例如脑水肿或颅内血肿压迫了颅内静脉压；脑脊液循环受压；蛛网膜绒毛覆盖脑内红细胞，影响了脑脊液的吸收，增加脑积水发生^[5]。通常脑积水发生和受伤后治疗不及时，会直接关系到患者疾病进展，一旦脑积水发生，患者预后效果会遭受影响，因此，临床需要提供颅脑外伤后脑积水患者合理的治疗方案，以此提高临床治疗效果^[6]。

手术是临床治疗颅脑外伤后脑积水患者的重要途径，脑室外引流术的操作简单，手术用时短，不需要配备特殊设备，优势较多，但是术后颅内感染与引流管阻塞风险高。随着脑室—腹腔分流术与颅骨修补术的不断完善，在颅脑外伤后脑积水患者病情改善中具有较大的推动作用，但是临床仍对两种术式的时机选择产生争议^[7]。在神经功能障碍的影响下，脑外伤伴脑出血患者意识障碍明显，尽早开展手术治疗，可有效控制脑水肿，但过早应用脑室—腹腔分流术治疗，也会增加患者脑组织塌陷的发生机率，所以对于患者来说，伤后三个月内实施相关手术治疗，效果最佳^[8]。

合适时间内实施脑室—腹腔分流术与颅骨修补术会有效减少脑外伤后脑积水患者脑部神经功能损伤程度，降低术后不良并发症发生风险，促使患者术后尽早恢复病情，提高患者生活质量^[9]。另外，针对脑外伤后脑积水患者，同期实施脑室—腹腔分流术和颅骨修补术治疗，会防止患者出现脑组织塌陷现象，良好改善患者神经功能，改善患者认知功能^[10-11]。除此之外，这两种手术同期实施，也不会对患者带来多次创伤，便于恢复患

者脑组织和颅腔形态，更好的改善患者脑内环境平衡状态，加快患者神经功能恢复速度，保证临床治疗有效性，避免患者出现术后感染和引流管堵塞现象^[12]。在本次研究中，观察组 MMSE 评分和 NIHSS 评分分别是（27.45±2.33）分、（19.20±1.48）分，均较对照组（20.03±1.45）分、（25.49±2.43）分更优，差异有统计学意义（P<0.05）；观察组感染、引流管阻塞不良症状发生率低至 10.00%（1/10），明显较对照组 70.00%（7/10）更低，差异有统计学意义（P<0.05）；观察组患者治疗总有效率高达 90.00%（9/10），与对照组 40%（4/10）相较之明显更高，差异有统计学意义（P<0.05）。这充分表明：临床面对脑外伤后脑积水患者，积极选择脑室—腹腔分流术与颅骨修补术同期治疗的治疗方案，会显著提高临床治疗效果，改善患者神经功能和认知功能，降低患者感染与引流管堵塞机率，促使患者病情早日康复。

综上所述，同期颅骨修补术与脑室—腹腔分流术联合治疗是颅脑外伤后脑积水的良好治疗方案，具有颇高临床应用价值，在改善患者神经功能与认知功能、降低不良症状风险、提高治疗有效性中的效果非常显著，值得医学界重视并推广。

参考文献：

- [1]赵瑞良. 颅脑外伤后脑积水治疗方案的选择及其临床效果观察[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19(41):5-6.
 - [2]王辉. 成人颅脑外伤去骨瓣减压术后脑积水脑室-腹腔分流术同期颅骨修补临床价值研究[J]. 河南外科学杂志,2021,27(5):27-29.
 - [3]闫凤岐,秦海杰,刘宏斌. 同期脑室腹腔分流术及颅骨修补术治疗脑外伤术后脑积水效果观察[J]. 河南外科学杂志,2020,26(2):91-93.
 - [4]李元朋,康宁,魏欢,等. 颅骨缺损修补术联合同期脑室腹腔分流术治疗颅骨缺损合并脑积水的效果[J]. 临床医学研究与实践,2021,6(18):61-63.
 - [5]郭亚辉. 早期颅骨修补术联合侧脑室-腹腔分流术治疗重型颅脑损伤术后伴脑积水患者的临床疗效[J]. 首都食品与医药,2021,28(8):34-35.
 - [6]李春林. 同期脑室腹腔分流术与颅骨修补术治疗颅骨缺损合并脑积水的临床疗效评价[J]. 基层医学论坛,2021,25(29):4185-4187.
 - [7]高玉华,赵有发,魏民,等. 脑室-腹腔分流术联合同期颅骨修补术治疗脑创伤合并脑积水的临床疗效[J]. 医学综述,2020,26(9):1869-1873.
 - [8]关毅,任振强,谭少允. 脑室腹腔分流术联合颅骨修补术同期治疗颅骨缺损合并脑积水患者临床疗效[J]. 临床心身疾病杂志,2020,26(1):41-44.
 - [9]李占忠. 早期脑室-腹腔分流术同期联合颅骨修补术治疗脑外伤伴脑积水的临床效果研究[J]. 中国实用医药,2020,15(16):13-16.
 - [10]武保华. 同期颅骨修补术与脑室腹腔分流术联合治疗重症颅脑损伤颅骨缺损并脑积水的临床效果[J]. 临床医学研究与实践,2020,5(19):63-65.
 - [11]周明安,田少斌. 颅骨修补术与脑室腹腔分流术联合治疗重症颅脑损伤颅骨缺损并脑积水的临床疗效分析[J]. 当代医学,2020,26(10):63-65.
 - [12]张嘉莹,孙晔,王志强. 早期同期脑室-腹腔分流术加颅骨修补术治疗脑积水合并颅骨缺损的效果分析[J]. 当代医药论丛,2020,18(15):97-99.
- 作者简介：黄平东（1982.10-），籍贯：云南省石屏县，汉族，主治医师，本科，主要从事神经外科工作（2008年在河口县人民医院工作至今）。

关于碳酸锂联合喹硫平治疗双相情感障碍的临床疗效和安全性

李 旬

西安市阎良铁路医院 陕西西安 710089

摘要：目的：探讨双相情感障碍（BD）应用喹硫平联合碳酸锂治疗的安全性和临床效果。方法：研究前抽取 90 例病例，截止年限为 2020.11~2022.02 期间，均确诊为 BD，研究中以随机法分设为甲、乙组进行对比，各组分别纳入 45 例。甲组应用碳酸锂治疗，在此用药上乙组应用喹硫平联合治疗。对比不良反应率、躁狂量表(BRMS)、PANSS 评分、总有效率及炎症因子水平等情况，以评定效果。结果：统计显示，2 组对比不良反应率结果，乙组优于甲组（P<0.05）。2 组对比 BRMS、PANSS 评分等结果，乙组优于甲组（P<0.05）。2 组对比总有效率结果，乙组高于甲组（P<0.05）。2 组对比炎症因子水平结果，乙组优于甲组（P<0.05）。结论：BD 应用喹硫平联合碳酸锂治疗效果显著，不仅能改善患者躁狂情况，降低炎症因子水平，还能降低不良反应率，提高治疗效果。

关键词：双相情感障碍；喹硫平；碳酸锂；安全性；临床效果

在临床疾病中，双相情感障碍（BD）较为常见，其所属范畴为精神病，指的是人体两种病症同时存在，以躁躁、抑郁为主要表现，二者可交替发作，也可呈周期性发作，主要特征为精神症状^[1-2]。在对该病症进行治疗时。有研究显示，BD 患者采用精神病药物中的非典型类药物快速控制各种症状，可减少不良反应，疗效较为确切^[3]。在对此类疾病进行治疗的过程中，目前采取的主要药物为硫酸锂，但该药物起效较为缓慢，长时间用药可导致一些不良反应，难以对患者各症状予以有效缓解，所以应用受到限制^[4]。而作为治疗 BD 躁狂发作的主要药物之一，回流平起效迅速，可减少各种不良反应，具有较高的有效性和安全性^[5]。因此本文抽取 90 例病例，截止年限为 2020.11~2022.02 期间，均确诊为 BD，研究中以随机法分设为甲、乙组进行对比，各组分别纳入 45 例，研究了 BD 应用喹硫平联合碳酸锂治疗的安全性和临床效果，现将研究情况做以下阐述：

1. 资料与方法

1.1 资料

研究前抽取 90 例病例，截止年限为 2020.11~2022.02 期间，均确诊为 BD，研究中以随机法分设为甲、乙组进行对比，各组分别纳入 45 例。研究开展前统计处理 2 组基本资料，其中男女比例为 23:22（甲组）和 25:20（乙组）；所选病例年龄范围位于 40-70 岁之间，2 组均值统计结果分别为（50.2±3.4）岁（甲组）、（50.5±3.2）岁（乙组）。通过对各项数据经 X²、T 值检验分析，若 P>0.05，说明研究可开展。所有对象均知情，且事先签订同意书，正式开展研究前已获伦理委员批准。

入选条件：均满足《美国精神障碍诊断与统计手册》^[6]中关于 BD 的确诊条件；资料完整；无器质性病变；配合度良好。排除条件：哺乳期妊娠女性；药物或酒精依赖史；1w 内使用其他药物；严重肝肾功能障碍；对本次用药过敏；严重神经系统病症；资料缺失；中途退出。

1.2 方法

甲组应用碳酸锂（国药准字 H32023141，产自江苏联环药业股份有限公司）治疗，分早晚 2 次服用，初始剂量 500mg/d，之后调整为 1000-2000mg/d。在此用药上乙组联合喹硫平（国药准字 H20010117，产自湖南洞庭药业股份有限公司）治疗，分早晚 2 次服用，初始剂量 100mg/d，1w 内调整为 400-600mg/d，最大为≤800mg/d。2 组疗程均为 8w，确保血锂浓度为 0.7-1.2mmol/L。

1.3 评价指标

对比不良反应率（包括嗜睡、头晕、便秘及恶心等。）、躁狂程度（工具为倍克-拉范森躁狂量表^[7]（BRMS），项目共 11 项，以 0-4 分评价每个项目，总评分越低越好。）、PANSS（评估精神症状，工具为阴性症状与阳性症状量表^[8]，分值越低越好。）评分、总有效率（按照 BRMS 减分率做出评估：减分率>75%为显效；减分率 51%-75%为有效；减分率≤51%为无效。）及炎症因子水平（包括肿瘤坏死因子（TNF-α）、白细胞介素-1（IL-1）、白介素-10（IL-10）等水平。）等情况，以评定效果。

1.4 分析数据

各项数据在研究中以评价指标为准，在 SPSS22.0 软件中对结果数据加以处理，以 T 值、X²检验为统计方法，结果资料分别经 $\bar{x} \pm s$ （均数加减标准差）和[n（%）]（例、百分率）来表示，分别对应计量和计数值，若 P 值显示为<0.05，则差异符合统计意义。

2. 结果

2.1 对比不良反应率结果

统计显示，2 组对比不良反应率结果，乙组低于甲组（P<0.05）。如表 1 示。

表 1：2 组对比不良反应率指标[例（%）]

组别	n	嗜睡	头晕	便秘	恶心	总发生率 (%)
乙组	45	1 (2.22)	0 (0.00)	1 (2.22)	0 (0.00)	2 (4.44)
甲组	45	4 (8.89)	2 (4.44)	3 (6.67)	2 (4.44)	11 (24.44)
X ² 值						5.2677
P 值						0.000

2.2 对比 BRMS、PANSS 评分结果

统计显示，2 组对比 BRMS、PANSS 评分等结果，乙组优于甲组（P<0.05）；但治疗前 2 组对比差异不显著（P>0.05）。如表 2 示。

表 2：2 组对比 BRMS、PANSS 评分指标（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	n	BRMS		PANSS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
乙组	45	31.61±4.45	10.01±2.01	72.56±6.73	38.54±4.23
甲组	45	32.02±4.65	12.19±5.71	72.91±6.82	45.71±5.70
T 值		0.5274	3.2637	0.2687	7.1679
P 值		0.639	0.000	0.807	0.000

2.3 对比总有效率结果

统计显示, 2 组对比总有效率结果, 乙组高于甲组 ($P<0.05$)。如表 3 示。

表 3 : 2 组对比总有效率指标 [例 (%)]

组别	n	无效	有效	显效	总有效率 (%)
乙组	45	6 (13.33)	10 (22.22)	29 (64.44)	39 (86.67)

表 4: 2 组对比炎症因子水平指标 ($\bar{x}\pm s$, ng/L, n=45)

组别	TNF- α		IL-1		IL-10	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
乙组	160.22 $\pm$ 37.41	114.25 $\pm$ 32.52	118.65 $\pm$ 19.11	69.01 $\pm$ 11.59	159.12 $\pm$ 16.26	205.31 $\pm$ 50.16
甲组	160.85 $\pm$ 37.02	130.41 $\pm$ 38.22	117.34 $\pm$ 20.61	85.43 $\pm$ 8.62	160.31 $\pm$ 19.91	185.37 $\pm$ 42.39
T 值	0.0827	2.2395	0.3217	7.8789	0.4167	2.2367
P 值	0.876	0.000	0.749	0.000	0.687	0.000

3. 讨论

在精神疾病中, BD 较为多发和常见, 目前临床尚未弄清该病症的具体发生机制, 但多数认为患者发病后存在较为突出的破坏和敌意的情绪, 同时认知功能受到一定损伤, 若不及时治疗或治疗不当, 则会导致病情进一步发展, 促使患者产生自杀倾向, 甚至对患者的生活和社会安定造成严重影响^[9]。目前在对该病症进行治疗的过程中, 主要目的为消除相关症状, 恢复其社会功能, 降低复发风险, 而关键在于规律、坚持、长期用药。已有研究显示, BD 的发生于中枢神经系统的多巴胺和 5-羟色胺等功能异常关系密切, 所以治疗的关键则在于调节二者功能。目前治疗该病症的基础用药为心境稳定剂, 此类药物可对双相躁狂症状予以改善, 具有预防复发、双效调节、我弟被挤得够呛, 常规药物涉及卡马西平、丙戊酸盐、碳酸锂等, 非典型性第 2 代抗精神病药物也具有一定心境稳定作用, 如齐拉西酮、喹硫平、奥氮平等^[10-11]。其中最为基础的药物则为碳酸锂, 该药物在治疗 BD、躁狂症等方面作用显著, 其作用机制为调节细胞生物电活动, 可对躁狂发作予以有效控制, 从而对患者情绪起到稳定作用。该药物一般使用 2-3w 可充分发挥药效, 但缺陷在于镇静不足, 治疗窗狭窄, 起效耗时长, 长时间用药还可损伤神经及消化系统, 甚至造成锂中毒, 所以实际应用受到限制。为了帮助 BD 患者加速康复和改善预后, 近几年多采取非典型抗精神药联合治疗, 其中较为常用的则为喹硫平, 该药物可靶向抑制机体内的 5-羟色胺受体以及多巴胺受体等, 可对患者的阴性及阳性症状予以显著改善, 同时对 5-羟色胺受体具有较高的亲和力, 副作用少, 对机体其他部位仅存在较小影响, 所以疗效较为确切。通过将前述两种药物联合使用, 不仅能对患者的躁狂发作予以有效控制, 还可对其精神症状予以显著改善, 且可对机体炎症予以缓解和改善, 可对神经系统起到良好的保护作用, 所以可发挥较为理想的抗精神症状功效^[12]。本文结果中, 统计显示, 2 组对比不良反应率结果, 乙组优于甲组 ($P<0.05$)。2 组对比 BRMS、PANSS 评分等结果, 乙组优于甲组 ($P<0.05$)。2 组对比总有效率结果, 乙组高于甲组 ($P<0.05$)。2 组对比炎症因子水平结果, 乙组优于甲组 ($P<0.05$)。可见, BD 应用喹硫平联合碳酸锂治疗发挥着良好优势和作用。

综上, BD 应用喹硫平联合碳酸锂治疗效果显著, 不仅能改善患者躁狂情况, 降低炎症因子水平, 还能降低不良反应率, 提高治疗效果。

参考文献:

甲组	45	14 (31.11)	9 (20.00)	23 (51.11)	31 (68.89)
X ² 值					4.4869
P 值					0.000

2.4 对比炎症因子水平结果

统计显示, 2 组对比炎症因子水平结果, 乙组优于甲组 ($P<0.05$); 但治疗前 2 组对比差异不显著 ($P>0.05$)。如表 4 示。

[1]李静,代淑云. 碳酸锂联合喹硫平治疗双相情感障碍的临床疗效和安全性[J]. 当代医学,2021,27(23):137-139.

[2]张璘. 碳酸锂联合喹硫平治疗双相情感障碍的效果与安全性[J]. 中国现代医生,2021,59(26):13-16.

[3] Bartoli Francesco, Callovin Tommaso, Calabrese Angela, et al. Disentangling the Association between ADHD and Alcohol Use Disorder in Individuals Suffering from Bipolar Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis[J]. 2021, 12(1):38-38.

[4]罗家焱. 富马酸喹硫平片联合碳酸锂片治疗双相情感障碍躁狂发作的效果研究[J]. 当代医药论丛,2021,19(15):96-98.

[5]蔡超员. 富马酸喹硫平片与丙戊酸镁缓释片分别联合碳酸锂治疗双相情感障碍的效果对比[J]. 基层医学论坛,2021,25(28):4098-4099.

[6]王晓利. 碳酸锂联合喹硫平对双相情感障碍患者执行力及记忆力水平的影响[J]. 黑龙江中医药,2021,50(4):141-142.

[7]刘海艳,钟伟英. 富马酸喹硫平片联合碳酸锂治疗青少年双相情感障碍在躁狂发作的效果及对认知功能的影响[J]. 实用中西医结合临床,2021,21(15):103-104.

[8]孟鑫鑫. 喹硫平与碳酸锂联合用药对双相情感障碍躁狂发作患者炎症因子水平及认知功能的影响[J]. 内蒙古医学杂志,2021,53(2):209-210.

[9]姜海军,刘兰兰,苏金哥. 喹硫平联合碳酸锂对双相情感障碍躁狂发作患者 PANSS 评分及认知功能的影响[J]. 中国医学创新,2020,17(14):118-121.

[10]胡长波. 碳酸锂联合喹硫平治疗双相情感障碍的疗效观察[J]. 中国现代药物应用,2020,14(12):186-187.

[11]王婷婷. 喹硫平联合碳酸锂治疗双相情感障碍躁狂发作效果及认知功能分析[J]. 泰山医学院学报,2020,41(2):117-119.

[12] Goulding Evan H, Dopke Cynthia A, Michaels Tania, et al. A Smartphone-Based Self-management Intervention for Individuals With Bipolar Disorder (LiveWell): Protocol Development for an Expert System to Provide Adaptive User Feedback.[J]. 2021, 5(12):e32932-e32932.

射频热凝术联合脉冲射频术治疗三叉神经眼支疼痛的疗效观察

李九强¹ 郭连英² 李超¹

1.邯郸市眼科医院（邯郸市第三医院）疼痛科 河北邯郸 056001；2.邯郸市中心医院 河北邯郸 056001

摘要：目的：观察射频热凝术（RF）联合脉冲射频术（PRF）治疗三叉神经眼支疼痛的疗效。方法 选择 2018 年 12 月—2021 年 1 月于我院治疗的 96 例三叉神经眼支疼痛患者，按随机数字表法将其分为两组，各 48 例。对照组采用 RF 治疗，观察组采用 RF 联合 PRF 治疗。比较两组术后疼痛治愈率、术后 6 个月、12 个月时无痛生存率、角膜反射减弱、面部感觉减退发生情况及角膜反射减弱恢复时间。结果：观察组疼痛治愈率高于对照组，但两组比较，无统计学差异（ $P>0.05$ ）；观察组术后 6 个月、12 个月的无痛生存率（83.33%、79.17%）高于对照组，观察组角膜反射减弱发生率（10.42%）低于对照组，观察组角膜反射减弱恢复时间（7.82±2.49）月短于对照组，有统计学差异（ $P<0.05$ ）；两组面部感觉减退发生率比较，无统计学差异（ $P>0.05$ ）。结论：三叉神经眼支疼痛患者采用 RF 联合 PRF 治疗疼痛治愈率高，可提高患者无痛生存率，减少角膜反射减弱发生率，角膜反射减弱恢复时间短，临床应用安全、有效。

关键词：三叉神经眼支疼痛；射频热凝术；脉冲射频术；疼痛治愈率；并发症

原发性三叉神经痛（TN）是一种常见的颜面部疼痛，多以三叉神经支配区域针刺样、电击样剧烈疼痛为表现，可由刷牙、洗脸等动作触发，对患者身心健康、生存质量影响较大^[1]。射频疗法为慢性疼痛微创治疗的重要方法，已在颈部、头面部疼痛治疗中不断应用。依据射频电流产生方式的不同，可分为射频热凝术（RF）、脉冲射频术（PRF）两种模式，其中 RF 是一种经皮微创治疗方法，手术创伤小且治愈率高，但 RF 治疗中温度过低会影响疗效，温度过高会诱发相关并发症^[2-3]。PRF 不会导致不可逆神经损伤，是一种非破坏性神经调节技术，局部组织温度≤42℃，不产生神经损毁相关并发症^[4-5]。鉴于此，本研究将观察 RF、PRF 联合治疗三叉神经眼支疼痛的疗效，并与单纯 RF 治疗效果进行比较，以为三叉神经眼支疼痛患者的治疗提供指导。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2018 年 12 月—2021 年 1 月于我院治疗的 96 例三叉神经眼支疼痛患者，按随机数字表法将其分为两组，各 48 例。获医学伦理委员会批准。观察组：男 20 例，女 28 例；年龄 34-78 岁，平均年龄（61.85±4.20）岁；患病时间 1-8 年，平均患病时间（4.09±1.23）年；体质指数（BMI）18.2-28.5kg/m²，平均 BMI（23.49±1.40）kg/m²；患侧：左侧、右侧各有 22 例、26 例。对照组：男 18 例，女 30 例；年龄 31-76 岁，平均年龄（62.09±4.25）岁；患病时间 1-7 年，平均患病时间（3.97±1.19）年；BMI 18.2-28.7kg/m²，平均 BMI（23.54±1.38）kg/m²；患侧：左侧、右侧各有 20 例、28 例。两组一般资料相比，无统计学差异（ $P>0.05$ ）。

1.2 入选标准 （1）纳入标准：①患者签署知情同意书；②TN 诊断标准：《神经病学》^[6]；③疼痛仅累及三叉神经眼支支配区域；④患者均经药物治疗无效；⑤可耐受 RF、PRF 治疗；⑥患者年龄≥18 岁。（2）排除标准：①精神行为异常，依从性较低，无法积极配合临床诊治及随访；②存在头面部外伤病史；③合并心脑血管疾病或恶性肿瘤。

1.3 方法 两组患者入室后均进行常规生命体征监护，开放静脉通路，术前采用 1-2μg/kg 芬太尼、0.01-0.02mg/kg 咪达唑仑镇痛、镇静，采用 1%利多卡因浸润麻醉，于 CT 引导下采用 22G 射频针经 Hartel 入路穿刺卵圆孔，穿刺点取于口角外侧 3.5cm，对准同侧瞳孔进针约 6-7cm，针

尖进入卵圆孔，再次运用 CT 确认，穿刺完成后，连接安科 ASA—601TP 射频热凝器，射频前静注 0.8-1.0mg/kg 丙泊酚，随后靶控静脉注射丙泊酚 5mg/（kg·h）。对照组采用 RF 治疗，温度从 50℃升高至 65℃，持续时间 1.5-2min，次数 1-2 次。观察组采用 RF 联合 PRF 治疗，RF 治疗方法同上；PRF 参数设置：脉冲宽度、输出电压分别为 10ms、45V，温度 42℃，持续时间 5min。

1.4 评价指标 （1）比较两组术后疼痛治愈率，采用巴罗神经学研究所（BNI）疼痛分级评估疼痛情况，其中疼痛治愈，无需药物控制为 I 级；疼痛减轻，采用小剂量药物即可控制为 II 级；疼痛有所减轻，药物治疗可控制疼痛为 III 级；疼痛减轻，但经药物无法控制为 IV 级；疼痛无改善为 V 级，其中 I 级、II 级为疼痛治愈。（2）比较两组术后 6 个月、12 个月时无痛生存率。（3）统计两组角膜反射减弱、面部感觉减退发生情况。（4）同时两组角膜反射减弱恢复时间。

1.5 统计学方法 采用 SPSS22.0 软件分析数据，计数资料以百分数和例数表示，采用 χ^2 检验或 Fisher 精确检验，等级资料采用秩和检验；计量资料用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示，用 t 检验；以 $P<0.05$ 为有统计学差异。

2 结果

2.1 疼痛治愈率 观察组疼痛治愈率高于对照组，但两组比较，无统计学差异（ $P>0.05$ ）。见表 1。

表 1 两组疼痛治愈率比较 n（%）

组别	I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级	疼痛治愈率
对照组 (n=48)	22(45.83)	20(41.67)	5 (10.42)	1 (2.08)	0	42 (87.50)
观察组 (n=48)	23(47.92)	21(43.75)	4 (8.33)	0	0	44 (91.67)
Z/χ^2			0.397			0.447
P			0.691			0.504

2.2 无痛生存情况 观察组术后 6 个月、12 个月的无痛生存率高于对照组，有统计学差异（ $P<0.05$ ）。见表 2。

表2 两组无痛生存情况比较 n (%)

组别	术后 6 个月	术后 12 个月
对照组 (n=48)	31 (64.58)	26 (54.17)
观察组 (n=48)	40 (83.33)	38 (79.17)
χ^2	4.381	6.750
P	0.036	0.009

2.3 并发症 观察组角膜反射减弱发生率低于对照组,有统计学差异 ($P<0.05$); 两组面部感觉减退发生率比较,无统计学差异 ($P>0.05$)。见表 3。

表3 两组并发症比较 n (%)

组别	角膜反射减弱	面部感觉减退
对照组 (n=48)	13 (27.08)	29 (60.42)
观察组 (n=48)	5 (10.42)	31 (65.48)
χ^2	4.376	0.178
P	0.036	0.673

2.4 角膜反射减弱恢复时间 观察组角膜反射减弱恢复时间短于对照组,有统计学差异 ($P<0.05$)。见表 4。

表4 两组角膜反射减弱恢复时间比较 ($\bar{x} \pm s$, 月)

组别	角膜反射减弱恢复时间
对照组 (n=48)	10.94±3.65
观察组 (n=48)	7.82±2.49
t	4.892
P	0.000

3 讨论

射频治疗是疼痛微创科治疗慢性疼痛最为常用方法,其中 RF 属于射频治疗的一种常用模式,RF 通过高温效应,造成热损害,导致组织变性,丧失生物活性,进而可阻断神经传导,减轻或消除疼痛^[7-8]。RF 手术创伤小,60℃-90℃的射频温度已被广泛用于不能耐受开颅微血管减压术治疗的患者中^[9]。但经临床实践发现,RF 会造成角膜反射减弱、面部感觉减退等并发症。

在 1997 年,Sluijter 等首次提出 PRF 概念,通过脉冲式电流对三叉神经节进行刺激,电极最高温度控制≤42℃^[10]。目前 PRF 的镇痛机理尚未十分清晰,但 PRF 的调节神经功为缓解疼痛的主要原因。本次研究结果显示,观察组疼痛治愈率高于对照组,但两组比较相近;观察组术后 6 个月、12 个月的无痛生存率高于对照组,观察组角膜反射减弱发生率低于对照组,观察组角膜反射减弱恢复时间短于对照组。提示出 RF 联合 PRF 治疗三叉神经眼支疼痛效果优于单独 RF 治疗,可提高患者术后无痛生存率,降低角膜反射减弱发生率,加快角膜反射减弱恢复时间。PRF 可对无髓神经纤维传导进行抑制,并可减少脱髓鞘三叉神经的异常神经递质传递,将疼痛基因 C-fox 表达及参与疼痛信号传播细胞的结构改变,促使大脑接收不到疼痛信号,无法产生疼痛感^[11]。PRF 作为一种调控神经的治疗方法,通过调控神经以“治病”,而不是通过损毁神经以“治痛”,手术过程中对神经纤维结构无破坏,可改善患者疼痛症状,降低术后角膜反射减弱等并发症发

生率,降低三叉神经眼支疼痛的复发风险,患者易于接受^[12]。但本次研究中仅纳入 96 例三叉神经眼支疼痛患者,样本量小,还有待临床深入分析研究,以进一步证实 RF 联合 PRF 治疗三叉神经眼支疼痛的疗效及安全性,以期临床三叉神经眼支疼痛治疗方案的制定提供参考。

综上所述,三叉神经眼支疼痛采用 RF 联合 PRF 治疗治愈率高,可减少角膜反射减弱发生率,提高患者无痛生存率,角膜反射减弱恢复时间短,可作为治疗三叉神经眼支疼痛的优选方法。

参考文献:

- [1] Kawasaki K, Sugawara S, Watanabe K, et al.Differences in the Clinical Characteristics of Persistent Idiopathic Facial Pain (Atypical Odontalgia) Patients with or Without Neurovascular Compression of the Trigeminal Nerve[J].Pain Med, 2020, 21(4):814-821.
- [2]何睿林,冉娅,胡鑫,等.原发性三叉神经痛术前 MRI 特征与疼痛程度及射频热凝术预后的关系[J].中国疼痛医学杂志, 2021, 27(5):342-347.
- [3]王新伟,连泽豪,郭伟旭,等.微血管减压术、微球囊压迫术和射频热凝术治疗三叉神经痛的远期疗效比较[J].中国临床神经科学, 2021, 29(1):67-71.
- [4]樊肖冲,任欢,徐富兴,等.周围神经电刺激植入术与脉冲射频治疗带状疱疹后眼神经痛的疗效[J].中华实验外科杂志, 2021, 38(7):1360-1363.
- [5] Yeh KY, Chiu HW, Tseng WT, et al.A Dual-Mode Multifunctional Pulsed Radio-Frequency Stimulator for Trigeminal Neuralgia Relief and its Animal Model[J].IEEE Trans Biomed Circuits Syst, 2021, 15(4):719-730.
- [6]贾建平,陈生弟.神经病学[M].第 7 版.人民卫生出版社,2013:63-68.
- [7] Lin H, Cao G, Jin G, et al.Extracranial Non-Gasserian Ganglion Application of Radiofrequency Thermocoagulation on the Mandibular Branch of the Trigeminal through the Foramen Ovale for Trigeminal Neuralgia[J].Pain Physician, 2021, 24(4):E425-E432.
- [8]荣道建,张海波,潘海,等.神经导航联合电生理监测辅助下半月神经节射频热凝术治疗原发性三叉神经痛[J].中国临床神经外科杂志, 2021, 26(1):11-13.
- [9]赵素倩,穆楠楠,马树泽,等.3D 打印导板辅助卵圆孔定位射频热凝术中不同热凝时间治疗三叉神经痛的效果及安全性[J].局解手术学杂志, 2021, 30(6):529-535.
- [10]南忠庆,张明晓,刘建龙,等.背根神经节脉冲射频刺激联合普瑞巴林治疗对三叉神经痛的疗效及患者血清 CGRP、5-HT 水平的影响[J].重庆医科大学学报, 2020, 45(8):1184-1187.
- [11]刘东,汤芹芹,颜铭,等.CT 引导下脊神经脉冲射频调控治疗带状疱疹性神经病理性疼痛的效果及安全性分析[J].中国 CT 和 MRI 杂志, 2020, 18(11):166-169.
- [12]孟岚,任浩,赵春美,等.射频热凝和脉冲射频治疗三叉神经痛疗效和安全性评价[J].中国疼痛医学杂志, 2021, 27(12):898-904.

硝普钠联合多巴胺治疗顽固性心衰的效果分析

林俊伟

惠阳三和医院重症医学科 广东惠州 516200

摘要：目的：分析合用硝普钠与多巴胺对于顽固性心力衰竭患者的治疗价值。方法：抽取2019年6月~2021年4月惠阳三和医院228例顽固性心力衰竭患者，随机数字表法分组，即对照组、观察组，各组均为114例患者，对照组应用硝普钠治疗，观察组则加用多巴胺治疗，对比2组患者的治疗总有效率、血清炎性因子水平、心功能指标和并发症率等。结果：治疗总有效率观察组为94.74%，对照组为84.21%（ $P<0.05$ ）；治疗后观察组HR、LVESD、LVEDD以及血清BNP、CRP较对照组更低，LVEF较对照组更高（ $P<0.05$ ）；并发症率观察组为5.26%，对照组为21.05%（ $P<0.05$ ）；药物不良反应率观察组为5.26%，对照组为7.89%（ $P>0.05$ ）。结论：对于顽固性心衰患者通过给予硝普钠和多巴胺进行联合治疗可改善心功能并降低并发症率，并可获得较为满意的临床疗效。

关键词：顽固性心衰；硝普钠；多巴胺

顽固性心衰是常见的心血管疾病，近年来的患病率较高，通过给予血管扩张剂、洋地黄制剂以及利尿剂等可在一定程度上缓解其症状，然而患者的病理状态仍然无法获得有效改善^[1]。硝普钠是血管扩张剂，可促使血管平滑肌恢复舒张，在降低血压、缓解心肌负荷以及降低患者心肌耗氧量方面具有重要作用^[2]。多巴胺是十分常用的儿茶酚胺类药物，在心肌梗死、肾功能衰竭等诱发的休克综合征等治疗中应用广泛，能够迅速增加患者的心排量^[3]，以下将分析对于顽固性心衰患者通过给予硝普钠和多巴胺进行联合治疗的临床价值。

1 资料以及方法

1.1 临床资料

抽取2019年6月~2021年4月惠阳三和医院228例顽固性心力衰竭患者，随机数字表法分组，观察组：114例，男60例/女54例；年龄45~79岁，均值为（61.8±0.5）岁；原发心脏病类型：高血压性心脏病48例，扩张型心肌病24例，缺血性心肌病27例，以及风湿性心脏病15例。对照组：114例，男63例/女51例；年龄45~78岁，均值为（61.7±0.6）岁；原发心脏病类型：高血压性心脏病51例，扩张型心肌病21例，缺血性心肌病24例，以及风湿性心脏病18例。2组各项基础资料具备可比性 $P>0.05$ 。

纳入标准：（1）患者符合顽固性心力衰竭的诊断标准；（2）患者的各临床检查资料以及病史资料完善；（3）患者和家属对治疗方案等知晓，并已签署知情同意书。排除标准：（1）合并肾功能障碍者；（2）合并重度主动脉瓣膜狭窄者；（3）合并重度肥厚型梗阻性心肌病者；（4）合并精神疾病。

1.2 方法

2组均进行常规治疗，例如强心、缓解心脏负荷、积极去除诱因和改善患者的心肌供血等。在此基础上，对照组应用硝普钠治疗，即注射用硝普钠12.5~25mg+5%葡萄糖溶液50ml实施微量泵入，通常初期泵入速度控制在6.25ug/分钟，之后充分结合其症状与体征表现对泵入速度进行调

节，使其达到12.5~150ug/分钟。同期观察组则进一步增加多巴胺治疗，即多巴胺注射液20mg+5%葡萄糖溶液250ml实施静脉滴注。2组患者治疗期间需密切监测心电图以及血压等指标，2组均于治疗1周后观察疗效。

1.3 评价标准

（1）对比2组疗效，显效：心衰症状完全或基本消失，同时NYHA心功能分级改善≥2级；有效：心衰症状有所缓解，NYHA心功能分级提升1级；无效：心功能分级以及心衰症状表现等未能改善。（2）记录2组心率（HR）、左室射血分数（LVEF）、左室收缩末期内径（LVESD）和左室舒张末期内径（LVEDD）。（3）对于血清脑钠肽水平（BNP）与C反应蛋白水平（CRP）测定。（4）记录并发症，如肝肾功能不全、心律失常、低钠血症以及肺部感染等。（5）记录药物不良反应。

1.4 统计学方法

文中数据行SPSS22.0分析，计量资料数据标准差为（ $\bar{x} \pm s$ ），组间数据行t检验，计数资料为[n(%)]，组间数据行 χ^2 检验， $P<0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效组间对比

治疗总有效率观察组为94.74%，高于同期对照组的84.21%，且组间对比具有统计学意义， $P<0.05$ ，见表1。

表1 临床疗效组间对比[n(%)]

分组	n	显效	有效	无效	总有效率
观察组	114	60(52.63)	48(42.11)	6(5.26)	108 (94.74)
对照组	114	39(34.21)	57(50.00)	18(15.79)	96(84.21)
χ^2		10.362	6.352	8.635	8.635
p		0.000	0.006	0.002	0.002

2.2 心功能指标组间对比

治疗后2组的HR、LVESD、LVEDD均低于本组治疗前，LVEF均高

于本组治疗前, $P<0.05$, 且治疗后均低于本组治疗前 HR、LVESD、LVEDD 较对照组更低, LVEF 观察组较对照组更高, $P<0.05$, 见表 2。

表 2 心功能指标组间对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	HR (次/min)		LVEF (%)		LVESD (mm)		LVEDD (mm)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=114)	117.95±12.65	72.19±8.92	38.26±3.16	46.53±7.59	57.69±5.19	48.06±4.09	65.16±4.79	58.26±2.08
对照组 (n=114)	118.06±12.35	88.53±10.19	38.25±3.18	40.06±5.97	57.70±5.17	51.16±5.09	65.18±4.78	61.16±3.16
t	0.195	10.352	0.179	6.635	0.537	7.162	1.052	5.362
p	0.671	0.000	0.653	0.003	0.273	0.000	0.098	0.006

2.3 血清 BNP、CRP 水平组间对比

治疗后 2 组的血清 BNP、CRP 水平均低于本组治疗前 $P<0.05$, 治疗后观察组血清 BNP、CRP 水平较对照组更低, $P<0.05$, 见表 3。

表 3 血清 BNP、CRP 水平组间对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	BNP (pg/ml)		CRP (mg/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=114)	516.26±170.19	201.16±140.62	27.62±10.19	13.62±2.05
对照组 (n=114)	515.29±171.18	395.26±153.19	27.63±10.17	19.95±3.86
t	0.392	23.635	0.182	7.152
p	0.718	0.000	0.869	0.001

2.4 并发症率组间对比

并发症率观察组为 5.26%, 对照组为 21.05%, $P<0.05$, 见表 4。

表 4 并发症率组间对比[n(%)]

分组	n	肝肾功 能不全	心律失 常	低钠血 症	肺部感 染	总计
观察组	114	0	3	3	0	6 (5.26)
对照组	114	6	9	6	3	24 (21.05)
χ^2						6.362
p						0.007

2.5 药物不良反应率组间对比

药物不良反应率观察组为 5.26%, 对照组为 7.89%, $P>0.05$, 见表 5。

表 4 药物不良反应率组间对比[n(%)]

分组	n	心跳 缓慢	恶心 呕吐	皮疹	呼吸 困难	头痛 头晕	总计
观察组	114	0	3	0	0	3	6 (5.26)
对照组	114	3	0	3	3	0	9 (7.89)
χ^2							1.053
p							0.806

3 讨论

心力衰竭是患者各类心血管疾病发展至终末期阶段的表现, 特别是顽固性心衰的治疗难度较高, 是近年来医学领域的重要研究课题, 该类患者具有较高的病死风险^[4-5]。顽固性心衰的发病机制十分复杂^[6-7], 通常是在各类病理因素以及生理因素的共同交错作用下而导致的结果。

硝普钠属于血管活性物质类药物, 在给药后可对平滑肌代谢产生良性影响并加快血管扩张, 可帮助控制心脏前后负荷以及降低患者的心肌耗氧量^[8-9], 对于改善水肿等心衰症状有重要帮助。硝普钠具备强效的血管扩张作用, 在应用后可促使小动脉以及静脉血管平滑肌获得松弛, 该药物的代谢速度较快, 其安全性良好^[10-11], 在血管平滑肌当中能够迅速代谢并形成一定量的一氧化碳, 从而可促进血管平滑肌舒张^[12-14]。硝普钠在各类重度心力衰竭治疗中具有非常广泛的应用, 在给药后可促使静脉扩张, 可帮助降低左心室以及右心室负荷。硝普钠具有的动脉松弛作用可有效缓解周围动脉阻力, 帮助控制左室容量、缓解室壁压力, 提升每搏心输出量, 进一步降低患者的心肌耗氧量。将硝普钠应用于顽固性心衰患者的临床治疗中, 有利于降低其心肌耗氧量。多巴胺小剂量应用能够快速作用于机体多巴胺受体, 促使血管扩张, 帮助改善血流量。中等剂量多巴胺治疗可促进 β_1 受体迅速激活, 改善心肌收缩能力。通过增加多巴胺应用剂量能够对动静脉血管受体产生激活并加快血管收缩。所以将硝普钠和多巴胺进行联合, 有利于提升患者的心排量, 帮助血压水平能够维持于较为理想的状态下, 对于改善患者的心脏功能也具有重要帮助。硝普钠与多巴胺联合可充分发挥协同作用, 确保患者的治疗效果及改善心功能, 例如本次研究中观察组的治疗总有效率高于对照组, 以及治疗后的心功能指标观察组改善情况好于对照组, 原因在于硝普钠与多巴胺两者联合能够发挥协同增效作用, 可提升心排量, 调节收缩压水平以及维持舒张压稳定, 进而为患者心脏功能的恢复奠定了良好基础。机体炎症性反应参与顽固性心衰的产生和病情进展过程, 在治疗中需要关注血清炎症因子指标, 本研究显示观察组治疗后的血清炎症因子指标 BNP、CRP 改善情况优于对照组, 表明与单一用药相比硝普钠与多巴胺联合, 能够更好地抑制机体炎症性反应, 改善患者的血清炎症因子。经统计观察组的并发症率较对照组明显降低, 提示该联合用药方案可有效提升顽固性心衰患者的治疗价值。

综上所述, 对于顽固性心衰患者通过给予硝普钠和多巴胺进行联合治

疗可改善心功能并降低并发症率,并可获得较为满意的临床疗效。

参考文献:

- [1]姜庆喜. 硝普钠联合多巴胺和呋塞米治疗顽固性心衰的临床观察[J]. 中国现代药物应用,2021,15(4):156-158.
- [2]滑俊峰,马朝晨. rhBNP 与硝普钠对顽固性心力衰竭的疗效比较[J]. 热带医学杂志,2016,12(1):57-59.
- [3]白冬阳,肖普,白瑞莉. 小剂量多巴胺静脉持续泵入联合利尿剂治疗顽固性心力衰竭[J]. 医药论坛杂志,2014,35(3):134,136.
- [4]于辉,董安琴,赵阳,等. 托伐普坦联合小剂量多巴胺治疗顽固性心衰的临床效果[J]. 医药论坛杂志,2021,42(8):14-17.
- [5]张广建. 托拉塞米配伍多巴胺对顽固性心衰患者氨基末端脑钠肽前体水平及心功能的影响[J]. 中国医学工程,2018,26(12):92-94.
- [6]王艳英,王荣军,赵大字,等. 硝普钠、多巴胺与氨茶碱联合应用治疗顽固性心衰 60 例疗效观察[J]. 现代妇女(医学前沿),2014,10(11):132-132.
- [7]张玉臣. 硝普钠与多巴胺和呋塞米合用治疗顽固性心衰的临床研究[J]. 医药论坛杂志,2018,39(7):147-149.

(上接第 13 页)

血液循环、疼痛等症状具有显著改善效果;赤芍可活血散瘀、清热凉血等;丹参可清心除烦、通经止痛、活血散瘀、凉血消痈等;当归具有润肠通便、调经止痛、补血活血等作用;桂枝具有助阳化气、温通经脉、发汗解肌等功效,对患者气血循环、神经传导等均具有促进作用;威灵仙可通经络、祛风湿等,可促使患者手脚畏寒、气血不畅症状均被有效改善;白芥子可通经散瘀、温肺利气、止痛等功效,再次促使患者相关症状可高效改善,进而病症也随之有效改善;水蛭可散瘀消癥、破血通经等;全虫、蜈蚣可攻毒散结、通经止痛、息风镇痉等,对患者手足畏寒、肢体疼痛、气血不畅、神经传导阻滞等均具有显著改善效果;灸甘草可通阳复脉、益气滋阴等;麻黄具有利水消肿、发汗解表等作用,通过将以上中药材联合使用具有理气、通经散瘀、活血补血、止痛等功效,可促使患者气血循环得到高效改善,同时还可促使患者相关临床症状也随之不断改善,进而促使临床治疗效果不断提升,高效促进患者病症改善^[4-5]。在此基础上医生及时根据患者具体症状对其进行中医加减治疗,可促使治疗效果进一步显著提升。另外,受中药成分天然性特点影响,患者服用药物过程中不易致使其产生不良反应,进而促使治疗质量、治疗安全性等进一步显著提升^[6]。因此,在本次研究中,经中药三虫通络饮治疗患者中医证候评分、血糖水平及神经传导速度等均明显优于经西药治疗患者,进而促使治疗质量、治疗价值等不断提升^[7]。

综上所述,三虫通络饮治疗糖尿病周围神经病变的疗效显著,可促使

[8]王蓉,吕红君,郭春萍. 酚妥拉明加多巴胺治疗顽固性心衰 7 例[J]. 吉林大学学报(医学版),2007,33(6):1017.

[9]林琳,唐农,刘布谷,等. 小剂量多巴胺联合米力农对顽固性心力衰竭的疗效及对心功能的影响[J]. 现代生物医学进展,2017,17(33):6498-6501,6522.

[10]贾志义,王艳娟. 硝普钠联合多巴胺治疗慢性肺心病顽固性心力衰竭 132 例疗效观察[J]. 中国煤炭工业医学杂志,2010,13(1):102.

[11]胡业梅,史玉露,关欣,等. 新活素治疗老年顽固性心力衰竭的疗效观察[J]. 中华全科医学,2018,16(7):1081-1084.

[12]李红,钱坤,张尉华. 盐酸多巴胺注射液与注射用托拉塞米的配伍稳定性考察[J]. 抗感染药学,2015,12(6):824-827.[15] 刘鸿玲,雷锐,张洪亮,等. 超滤脱水装置在顽固性心衰患者中的应用[J]. 现代生物医学进展,2018,18(6):1107-1111.

[13]马晓元. 诺欣妥联合人重组脑钠肽治疗 EF≤35% 顽固性心衰的疗效观察[J]. 青海医药杂志,2020,50(4):77-78.

[14]杜贺,唐念中,陈少萍. 静脉给予两次低剂量重组人脑利钠肽治疗顽固性心衰的疗效及安全性[J]. 药学服务与研究,2015,15(2):115-118.

患者临床症状、神经传导速度及血糖水平等均高效改善,显著促进患者病症改善,其身体健康指数不断提升。因此,在对糖尿病周围神经病变患者进行临床治疗时,可及时将三虫通络饮高效用于其中,促使治疗质量、治疗价值不断提升。

参考文献:

- [1]徐晟,华文进. 中医药治疗糖尿病周围神经病变(气阴两虚夹瘀证)研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘,2021,21(10):136-137,139.
- [2]白燕. 生脉散加味对糖尿病周围神经病变患者中医证候评分及神经病变评分的影响[J]. 临床研究,2021,29(10):5-7.
- [3]方文煌,陈雪颖,邱英明. 中医针灸联合西药治疗糖尿病周围神经病变的临床疗效[J]. 糖尿病新世界,2021,24(14):21-24,44.
- [4]郭强,赵欢,闫旭,等. 中医外治法联合依帕司他治疗糖尿病周围神经病变患者临床疗效及安全性 Meta 分析[J]. 世界中西医结合杂志,2021,16(1):17-22.
- [5]张明珠,李娜,虞梅. 中医药治疗糖尿病周围神经病变临床研究进展[J]. 山西中医,2021,37(2):61-62.
- [6]赵丽娜,高雅楠,马国库. 中医补气活血通络法治疗糖尿病周围神经病变的研究进展[J]. 广东医学,2020,41(6):646-648.
- [7]张西杰. 中医针灸对 2 型糖尿病周围神经病变的治疗价值研究[J]. 中华养生保健,2021,39(18):8-10.

DDR 骨组织像及核素骨显像技术用于肿瘤患者肋骨病变诊断的临床价值

汪瑞

烟台市莱州荣军医院 山东烟台 261400

摘要: 目的: 探讨 DDR 骨组织像及核素骨显像技术用于肿瘤患者肋骨病变诊断的临床效果与价值。方法: 选取我院于 2020 年 4 月~2021 年 7 月收治核素骨显像检查发现肋骨病变的 50 例肿瘤患者作为观察对象, 再对这些患者行 DDR 骨组织像判定其病变性质 (转移或非转移)。结果: 50 例患者中, 核素骨显像考虑转移性 29 例 (58.0%), 非转移性 21 例 (42.0%); DDR 骨组织像发现肋骨病变 39 例 (78.0%), 无肋骨病变 11 例 (18.6%); 有肋骨病变 39 例中, 转移性 27 例 (69.4%), 非转移性 12 例 (30.8%)。放射性核素骨显像和骨组织显像对肋骨病变的检出率有统计学意义 ($P < 0.05$); GDR 骨组织显像和放射性核素骨显像在肋骨病变中的假阴性率有统计学意义 ($P < 0.05$); GDR 骨组织显像和放射性核素骨显像在肋骨病变中的实际阳性率具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 肿瘤患者肋骨病变核素骨显像的真阳性率与假阴性率显著低于 DDR 骨组织像, 且检出率也高于 DDR 骨组织像, 由此得出核素骨显像可比 DDR 骨组织像更早发现病变现象, 临床应用价值明显。

关键词: DDR 骨组织像; 核素骨显像技术; 肿瘤; 肋骨病变

患者确诊肿瘤后, 后期常常出现肿瘤转移的现象, 而人体肋骨就是恶性肿瘤转移的常见部位之一。在对肿瘤患者的病变部位临床检验上, 核素骨显像已成为一种安全、简便、准确度较高的常规检查方案, 在临床上诊断骨转移肿瘤中起到了积极的作用。但是由于该检查方法缺乏特异性, 因此在对临床肿瘤患者诊治的帮助上有限^[1]。为了对肋骨病变的肿瘤患者进一步诊断, 本次研究利用 DDR 系统的能量减影对已接近通过核素骨显像的 48 例肿瘤患者进行诊断, 并对肿瘤患者的肋骨病变特异性进行评估。

1 临床资料与方法

1.1 临床资料

选取我院于 2020 年 4 月~2021 年 7 月收治核素骨显像检查发现肋骨病变的 50 例肿瘤患者作为观察对象, 其中男性患者有 38 例, 女性患者有 22 例; 年龄范围为 22~75 岁之间, 平均年龄为 (45.2±18.3) 岁。

1.2 方法

1.2.1 判断肋骨病变的方法

核医学医师判断肋骨病变性质标准:

①患者肋骨呈现团块或者条形状放射性异常浓聚影, 首先考虑为肿瘤肋骨转移。②患者肋骨局部发现有点状放射性异常浓聚影, 应询问患者肋骨局部有无疼痛, 有无外伤史以及手术史, 患者体检局部有无明显肿胀以及压痛感; 若患者回答无明确外伤、手术史以及局部症状时, 即表示不能将骨转移排除, 建议患者进行相关影像学检查, 并对骨显像结果进行随访^[2]; 若患者回答有明确外伤、手术史以及局部症状时, 则考虑为外伤或者炎性等良性肋骨病变。③但患者肋骨局部出现相邻肋骨之间有点状放射性异常浓聚, 且呈现纵向的串珠状时, 则可考虑为肋骨的外伤所致。

放射科医师判断肋骨病变性质的标准:

溶骨性病变: ①患者的肋骨局部发生膨胀性骨质变化, 局部骨质吸收能力下降, 且患者骨皮质连续性中断出现或不出现局部软组织影, 与临床相同病例结合可诊断为骨瘤转移。②患者肋骨局部较小的透亮区, 其骨质吸收能力以及骨皮质为正常状态的, 与临床相同病例结合可诊断为可疑转移, 随诊检查或结合核素骨显像检查^[3]。

成骨性病变: ①患者肋骨局部有骨密度增加的现象, 且骨皮质不光滑、不整齐, 局部没有发现软组织影; 单根单处, 单根两处, 多根多处, 多根每根两处; 询问患者是否有外伤史、手术史, 与体检结果相结合, 若患者

有外伤史或手术史, 且病变局部有疼感, 可考虑为陈旧性肋骨骨折^[4]。②单根多处, 且大于 3 的局部骨质密度增加, 骨皮质光整且光滑; 或多根多处且大于 3 的局部骨质密度增加, 结合临床疾病类型, 则可以将其考虑为骨性转移。

1.3 检查设备

①X 线平片摄片机器为 CE 公司生产的双数板 Revolution XR/d 型 DDR 系统

②PHILIPS IRIX 型 SPECT, PACS (图像传输与存储系统) 和 RIS (放射学信息管理系统)。

1.4 研究设备

选择 2K 双屏 PACS 报告工作站将所选 PACS 骨组织图像数据下载到本地硬盘。邀请 5 名放射科医生 (3 名高级医生和 2 名初级医生) 独立阅片, 所有医生不知道无病史和是否有正常肋骨片。观看时间和距离不受限制, 可以执行 PACS 后处理功能, 如窗口宽度和窗口级别调整、增益和黑白反转。肋骨病变的胶片结果应根据病变的存在或不存在来判断。如果肋骨有病变, 放射科医生和核医确定病变类型 (转移性和非转移性), 并记录每位放射科医生和核外科医生的结果, 以便进行统计处理。

1.5 观察指标

对患者的检出率、真阳性率以及假阴性率的差别进行检验。

1.6 统计学方法

数据采用 SPSS13.0 统计学处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比核素骨显像与骨组织像对 50 例有肋骨病变的判定结果

①在条件允许的情况下, 对 20 例高度怀疑骨转移的患者进行穿刺活检, 18 例病理已证实, 2 例为陈旧性骨折。②30 病例: 对患者进行半年至一年的随访, 结合其他检查和临床表现, 发现胸部肋骨病变或其他部位骨转移增多、增大。5 例诊断为肋骨转移。如果临床表现没有进展和异常, 则考虑为 25 例非肋骨转移如表 1 所示。DDR 骨组织成像对肋骨病变的诊断具有较高的分辨率, 本次研究没有误诊放射科医生因成骨病变的分辨率稍差而误诊 5 例。放射性核素骨显像和骨组织显像对肋骨病变的检出率有统计学意义 ($P < 0.05$), GDR 骨组织显像和放射性核素骨显像在肋骨病变

中的假阴性率有统计学意义 ($P<0.05$), GDR 骨组织显像和放射性核素骨显像在肋骨病变中的实际阳性率具有统计学意义 ($P<0.05$)。

表 1 核素骨显像与骨组织像对 50 例有肋骨病变的判定结果比较[n]

		核素骨显像			DDR 骨组织像		
		转移性	非转移性	未发病灶	转移性	非转移性	未发病灶
病理确诊及随访确定	转移性	28	20	6	24	2	1
	非转移性	22	19	15	3	10	10
	合计	50	29	21	27	12	11

3 讨论

肿瘤患者的肋骨病变就是指患者身体的其他器官或者是组织长了恶性肿瘤,向肋骨部位转移而导致肋骨肿瘤。同时良性肋骨肿瘤中的骨软骨瘤是比较常见的一种,然而比较多见的是骨巨细胞瘤和软骨瘤。肋骨肿瘤的早期症状通常只是体表肿块。如果是良性肋骨肿瘤,早期一般没有明显症状,甚至疼痛症状。如果是恶性肋骨肿瘤,除了局部接触肿块外,还会有局部肿胀疼痛,一些患者还会出现严重的肋间神经痛症状^[5]。随着疾病的发展,肋骨肿瘤患者通常会出现一些全身症状,以及体重减轻的消瘦症状。当感到不适,或不小心碰到肋骨上的肿块时,尽快去正规医院治疗,以免延误最佳治疗时间。肋骨肿瘤并不一定很严重。关键取决于其病理类型。如果是良性的,就不会危及生命,并不严重^[6]。如果是恶性的,判断其临床分期并评估其严重程度。在临床上诊断肿瘤患者肋骨病变的常用有核素骨显像、能量减影骨组织像、X 光。

放射性核素骨显像在骨肿瘤的早期诊断中具有重要价值,因为它可以显示骨疾病早期的病变。恶性肿瘤患者是否有远隔转移对疾病分期、治疗选择和预后非常重要。所有类型的恶性肿瘤都可以通过血液循环扩散并发生骨转移。其中,肺癌、乳腺癌和前列腺癌的骨转移率最高,通常发生在没有骨痛症状的情况下。骨显像可一次发现不同部位的多个病变,x 线检查改变前 6~18 个月有明显异常体征^[7]。临床上,它可以作为早期检测恶性肿瘤骨转移的一种方法。恶性肿瘤患者应定期进行全身放射性核素骨显像检查,以促进骨转移的早期发现和早期治疗。骨显像前后的对比观察对评价疗效、了解病程、判断预后具有重要参考价值。如果骨转移患者的骨转移数量增加,则表明病情正在恶化,检查前后的变化不明显,表明病情稳定,如果骨转移数量减少或消失,则表明病情正在改善^[8]。骨显像是一种简单、安全、灵敏、有效的骨肿瘤诊断方法。对骨肿瘤的早期诊断、治疗和随访有一定价值。然而,它无法区分骨病变的好坏,尤其是骨肿瘤和炎性病变之间的区别更为困难。骨骼表现的清晰度和解剖关系不如 X 光片详细。对于晚期骨病变,即骨溶解、破坏和修复的病理过程已进入第三阶段。当病变变老时,代谢缓慢甚至完成,显像剂沉积减少或仅轻微增加。骨显像可能是正常的,其检出率与 X 光检查相反。因此,这两种方法仍然是相辅相成的,必须与临床相结合,以减少误诊和漏诊,达到较高的准确性^[9]。能量减影是利用两种不同的 X 射线能量同时获得两幅图像,并进行减影处理,从而获得软组织、骨组织或某些物质的影像。能量减影的理论基础是物质的光电效应和康普顿散射。随着科学技术的不断发展,新一代数字平板探测器 (FPD) 已成功开发并应用于医学领域,DDR 系统的两次曝光法

是在曝光过程中(200ms 内),切换 X 线管电压即 X 线球管输出的 X 线能量 (kVP),如 150(110- 150)kVP 和 75(60- 80)kVP。因此,可以获得具有不同能量的两幅影像。两张影像的时间必须非常短(约 60-70 毫秒),以便两张影像的位置不会在两次曝光之间病人的部位不移动,否则它们不能完全重叠。虽然两次曝光法的两幅影像是在不同的时间获得的,但由于间隔较短,时间变量可以忽略。能量减影技术首次使人类能够在正常 X 射线胶片上分离骨组织和心肺组织。简单的骨模式去除了除骨组织以外的胸部组织,如肺组织和心血管组织,消除了这些组织结构对肋骨的重叠和干扰作用,可以更好、更清晰地显示肋骨的小病变,如肋骨骨折而不脱位,提高了肋骨病变的特异性。这是没有能量减影技术和非数字射线照相技术的数字射线照相技术所无法比拟的^[10]。X 线片只能在骨破坏和骨小梁或皮质改变后检测到骨转移,所以 X 线片可以发现大多数中晚期病变。Traill 等人指出,在 X 光片上可以观察到 30~50% 的骨结构缺失。骨组织图像可以清楚地显示肋骨的病变,肋骨的骨皮和骨结构(骨小梁)是否发生了改变,是破坏性、成骨性及骨皮质的连续性有较强的分辨率成骨性及骨皮质的连续性有较强的分辨率;对成骨性改变的病变性质的分辨率略差,主要是由于对陈旧性肋骨骨折和成骨转移的识别较差,皮质隆起的成骨改变为陈旧性肋骨骨折,而皮质骨的连续性平滑,肋骨内有局部成骨改变,这被视为成骨转移。本次研究中共 3 例被放射科医生误诊。骨皮质和骨的不规则破坏,正常骨组织被非骨组织替代,骨组织像的分辨率很高,本次研究中未见误诊。

综上所述,放射性核素骨显像具有较高的敏感性,但无特异性;骨组织成像显著提高了肋骨转移的特异性,但敏感性稍差。尤其是在小病灶和早期病变中,核素骨显像具有其他检查无法替代的优势。为了解决肋骨病变的类型,DDR 骨组织像是核素骨成像的必要补充。

参考文献:

[1]张迪,陈虞梅,赵海涛,王成,魏伟军,刘建军.免疫 PET 显像在肿瘤诊疗中的研究进展[J].中华核医学与分子影像杂志,2022,42(02):113-117.

[2]薛倩倩,林泽方,陈少明,林军,缪蔚冰.单发肋骨转移的 SPECT 和 CT 影像学表现[J].福建医科大学学报,2021,55(05):458-463.

[3]王婧伊,杨卫东,汪静.肿瘤新型显像剂~(68)Ga-FAPi 的研究进展[J].中华核医学与分子影像杂志,2021,41(06):374-377.

[4]段云,杨颖卓,王乔,杨雯,何文果,徐蓉生.SPECT/CT 融合显像在肿瘤患者骨盆病变中的诊断价值[J].国际放射医学核医学杂志,2021,45(05):276-283.

[5]杜思赐.SPECT 全身骨显像联合肿瘤标志物水平检测在非小细胞肺癌骨转移中的应用[J].河南医学研究,2021,30(14):2654-2656.

[6]张瑞萍.定量 SPECT/CT 中 SUV 值对肿瘤骨转移病灶的诊断意义[D].郑州大学,2021.

[7]张伟,罗晓燕.SPECT/CT 显像诊断转移性骨肿瘤的价值[J].中国卫生标准管理,2021,12(05):80-82.

[8]李周雷,曹昱,张祥松.分子影像学在肿瘤乏氧(二): PET/CT 在肿瘤乏氧显像中的应用[J].影像诊断与介入放射学,2021,30(01):74-76.

[9]朱虹静,董爱生,左长京.放射性核素显像在肾肿瘤诊断中的应用[J].国际放射医学核医学杂志,2021,45(01):41-46.

[10]王卫,朱研佳.单光子发射计算机断层成像术/CT 显像诊断原发性肿瘤骨转移的应用分析[J].实用医技杂志,2020,27(12):1627-1629.

氧气雾化与超声雾化在神内脑梗死肺炎患者的应用效果研究

王彤

中一东北国际医院 辽宁沈阳 110000

摘要：目的：比较脑梗死肺炎患者将超声雾化与氧气雾化应用在治疗中的临床价值。方法：在 2017.11-2018.11 期间，我院接诊了 100 例脑梗死肺炎患者，这些患者随机分组，每组各 50 例，其中对照组进行超声雾化，另外研究组实施氧气雾化，对比两组的祛痰效果、临床时间、肺功能检测及血气指标，分析治疗情况。结果：研究组患者的祛痰总有效率高于对照组患者（ $P<0.05$ ）。研究组患者喘息、咳嗽、呼吸困难、肺部啰音等临床症状消失时间及住院时间短于对照组患者（ $P<0.05$ ）。治疗前两组患者肺功能指标（FEV1%）、二氧化碳分压（PaCO₂）、氧分压（PaO₂）、PH 值比较， $P>0.05$ ；治疗后两组患者 FEV1%、PaCO₂、PaO₂、PH 值比较， $P<0.05$ 。结论：氧气雾化治疗脑梗死肺炎有一定优势，值得应用。

关键词：脑梗死肺炎；超声雾化；氧气雾化

Effect of oxygen atomization and ultrasonic atomization on patients with cerebral infarction and pneumonia in shennei

Wang Tong (middle one Northeast International Hospital, Shenyang, Liaoning, 110000)

[Abstract]: Objective: To compare the clinical value of ultrasonic atomization and oxygen atomization in the treatment of patients with cerebral infarction and pneumonia. Methods: from November 2017 to November 2018, our hospital received 100 patients with cerebral infarction and pneumonia. These patients were randomly divided into 50 patients in each group. The control group received ultrasonic atomization and the study group received oxygen atomization. The expectorant effect, clinical time, pulmonary function test and blood gas indexes of the two groups were compared, and the treatment was analyzed. Results: the total effective rate of expectorant in the study group was higher than that in the control group ($P<0.05$). The disappearance time and hospitalization time of clinical symptoms such as wheezing, cough, dyspnea and pulmonary rale in the study group were shorter than those in the control group ($P<0.05$). Before treatment, the indexes of pulmonary function (FEV1%), partial pressure of carbon dioxide (PaCO₂), partial pressure of oxygen (PaO₂) and pH value of the two groups were compared ($P>0.05$); After treatment, the FEV1%, PaCO₂, PaO₂ and pH values of the two groups were compared ($P<0.05$). Conclusion: oxygen atomization has certain advantages in the treatment of cerebral infarction and pneumonia, which is worthy of application.

[Key words]: cerebral infarction pneumonia; Ultrasonic atomization; oxygen atomization

大多数脑梗死患者意识不清，侵犯呼吸中枢，导致合并感染。肺部感染会导致脑梗塞，使自主呼吸、咳嗽反射、呼吸机功能等功能减弱，易患气道阻塞和肺炎^[1]。对于脑梗塞后肺部感染，现代临床医学已将雾化吸入治疗方法广泛应用于临床治疗^[2-4]。现研究氧气雾化吸入与传统超声雾化吸入在神经系统脑梗死合并肺内感染患者中的临床应用，报告如下。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

我院收治的 100 例脑梗死肺炎患者为研究对象，收集时间于 2017.11-2018.11 间，根据随机抽签法分组，各 50 例。两组患者的临床资料如表 1 所示，经统计学分析，两组的数据结果为 $P>0.05$ 。如今，该项目的实施情况已报告给伦理委员会，通过审核和批准。

表 1：比较两组的基线资料

组别	例数	性别 (n,%)		平均年龄 ($\bar{X}\pm S$, 岁)
		男	女	
研究组	50	23 (46.00)	27 (54.00)	54.45 $\pm$ 2.10
对照组	50	24 (48.00)	26 (52.00)	54.35 $\pm$ 2.10

X ² /t	0.040	0.238
P	0.841	0.812

1.2 方法

对照组（超声雾化）：入院后立即按脑梗死常规治疗进行操作，在一般对症治疗的基础上，将沐舒坦针剂 30mg 与生理盐水 50mL 混合，注入雾化器中，将药物压制成喷雾剂并由患者吸入。一天两次，每次治疗 15 分钟，7 天为一个疗程。

研究组（氧气雾化）：在雾化吸入的过程中，让患者坐下，对于呼吸微弱、神志不清的患者要求侧卧。在 a-糜蛋白酶 4000U 加入生理盐水 5mL 中，中间进行氧气驱动喷雾吸入疗法，连接氧气管道，保持氧气加湿瓶干燥。接上雾化器后，应将流量调至 6-8L/min，避免过小或过大。叮嘱患者吸嘴并插入口中，深吸一口药雾，通过鼻子呼气，吸入所有液体，取出雾化器，让患者冲洗口腔。一天两次，每次治疗 15 分钟，7 天为一个疗程。

1.3 观察指标

（1）检测祛痰效果。患者的体温连续测量 4 次，低于 37.5℃，胸片示肺部阴影明显减少，咳嗽和痰液变薄变白为相关标准。在 3 天内实现上述目标的被认为显效，10 天内达到上述目标视为有效，治疗期间与上述指标不符且需要其他抗生素或治疗的指标视为无效。（2）临床时间。主要

为喘息、咳嗽、呼吸困难、肺部啰音等临床症状消失时间及住院时间。(3) 肺功能检测及血气指标。主要为肺功能指标 (FEV1%)、二氧化碳分压 (PaCO₂)、氧分压 (PaO₂)、PH 值。

1.4 统计学分析

通过统计学软件 SPSS 22.0 处理数据, 计数资料 (n,%) 比较检验值为 χ^2 , 计量资料 ($\bar{X} \pm S$) 比较检验值为 t, 选择 $P < 0.05$ 代表差异具备统计学意义。

2. 结果

2.1 比较祛痰效果 研究组祛痰效果优于对照组 ($P < 0.05$)。见下表 2:

表 2: 比较祛痰效果 (n,%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
研究组	50	35	13	2	48 (96.00)
对照组	50	21	11	18	32 (64.00)
χ^2					16.000
P					0.000

表 4: 比较肺功能检测及血气指标 ($\bar{X} \pm S$)

组别	例数	PH 值		PaO ₂ (mmHg)		PaCO ₂ (mmHg)		FEV1 (%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	50	7.20±0.21	7.45±0.18	53.15±3.90	97.84±2.10	86.20±4.35	40.30±2.15	42.14±1.20	78.55±3.30
对照组	50	7.24±0.22	7.30±0.20	52.22±3.00	87.24±2.35	84.44±5.00	51.50±3.15	42.20±1.33	51.35±3.00
t		0.930	3.942	1.337	23.783	1.878	20.766	0.237	43.126
P		0.355	0.000	0.185	0.000	0.063	0.000	0.813	0.000

3. 结论

脑梗塞后, 呼吸道分泌物难以排出。脑梗塞肺部感染在众多传染病中居首位, 是脑梗塞患者死亡的主要原因之一^[5,6]。肺部感染还会延长病程, 加重病情, 增加家庭经济和心理负担, 严重危及生命。氧气动力雾化吸入疗法基于氧气喷射的原理, 氧气流使用氧气流, 当它进入气管、支气管和肺泡时, 它能够液体变成小颗粒。易被黏膜吸收, 能稀释痰液, 促进痰液排出。同时, 患者可以获得充足的氧气供应。氧驱动雾化吸入通过直接从下呼吸道吸入药物产生良好的药理作用, 同时可改善换气不足, 纠正缺氧引起的肺血管收缩, 改善气喘、紫绀等症状。因此, 与传统雾化吸入器相比, 氧动力雾化吸入器以氧气为气源, 提高吸入氧的浓度, 从而增加患者内动脉血氧分压, 胸闷, 缺氧, 这种治疗方法特别适用于治疗过程中需要吸入氧气的患者^[7]。另外, 氧驱喷雾浓度越高, 颗粒越小, 排痰效果越好。避免刺激性咳嗽反应, 让气雾吸入器更直接地作用于患者的病灶表面。通过保持患者颈部和喉咙湿润, 可以更快更好地缓解患者的局部症状, 对病灶愈合有明显影响。氧气动力气雾剂吸入疗法可以更加有效地治疗需要用痰液治疗有效稀释的患者的痰液, 使咳嗽更容易, 有效缓解术后局部疼痛症状, 消除喉咙干燥、疼痛和其他不适。

综上所述, 氧驱动雾化吸入疗法作为临床辅助治疗方法, 具有见效快、效果稳定、副作用安全、手术简单等优点。

2.2 比较临床时间 研究组各临床时间短于对照组 ($P < 0.05$)。见下表 3:

表 3: 比较临床时间 ($\bar{X} \pm S$, d)

组别	例数	咳嗽	喘息	肺部啰音	呼吸困难	住院时间
研究组	50	4.60±1.10	3.50±0.88	6.20±1.66	1.80±0.30	8.50±2.90
对照组	50	7.24±1.98	4.00±1.24	7.98±1.95	2.95±0.70	12.90±3.68
t		8.242	2.325	4.915	10.677	6.640
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 比较肺功能检测及血气指标 研究组肺功能检测及血气指标优于对照组 ($P < 0.05$)。见表 4:

参考文献:

[1] 庞璐, 吴霞云, 卢俊梅, 等. ICU 特殊护理联合氧驱动雾化吸入对重症肺炎患者炎症因子的影响[J]. 中华全科医学, 2017, 15(12):2176-2178.

[2] 李永梅, 张丽君, 吕秋平, 等. 信任建立在支气管肺炎患儿雾化吸入治疗中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志, 2020, 26(19):2612-2615.

[3] 李尔琴. 动画视频教育在雾化吸入治疗支气管肺炎患儿中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(28):3662-3666.

[4] 中华医学会神经病学分会. 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014[J]. 中华神经科杂志, 2015, 48(4):246-257.

[5] 卒中相关性肺炎诊治中国专家共识组. 卒中相关性肺炎诊治中国专家共识[J]. 中华内科杂志, 2010, 49(12):1075-1078.

[6] Bruening T, Al-Khaled M. Stroke-Associated pneumonia in thrombolized patients: incidence and outcome[J]. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2015, 24(8):1724-1729.

[7] 李永华, 施春波, 厉为良. 临床肺部感染评分和降钙素原与重症肺炎患者病情严重程度评分的相关性研究[J]. 临床内科杂志, 2016, 33(5):323-325.

探讨阿托伐他汀钙联合美托洛尔治疗冠心病的疗效及安全性

吴少珊

武警广东省总队医院 药剂科 广东广州 510000

摘要：目的：探讨阿托伐他汀钙联合美托洛尔治疗冠心病的疗效及安全性，为冠心病患者的临床治疗提供参考。方法 将武警广东省总队医院 2020 年 9 月至 2021 年 9 月收治的 100 例冠心病患者纳入研究对象，采用随机数字表法分为观察组和对照组各 50 例。对照组采用单一服用阿托伐他汀钙的治疗方式，观察组联合使用阿托伐他汀钙与美托洛尔治疗。观察两组不同药物治疗方式的治疗效果、患者的血脂水平以及患者不良反应的发生率。结果 对照组的疗效有效率为 78.00%，观察组的疗效有效率为 96.00%，两组比较（ $\chi^2=7.162$ ， $P<0.05$ ）；治疗前，两组血脂水平各指标无统计学差异（ $P>0.05$ ）。治疗后，两组的血脂水平各指标均较治疗前明显降低，且观察组改善效果好于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：在冠心病患者的临床治疗中，应用阿托伐他汀钙联合美托洛尔的治疗方式，可有效改善患者的血脂水平，提升治疗有效率，且安全性高，值得临床应用及推广。

关键词：阿托伐他汀钙；美托洛尔；冠心病；疗效；安全性

冠心病是临床常见的心血管系统疾病，该病可导致心前区疼痛、胸闷气短等多种临床症状，且具有病程长、反复发作等特点，随病情不断进展可诱发严重不良心血管事件，危害性较大^[1]。据相关研究^[2]显示：冠心病是发达国家的主要死亡原因，近些年来在我国死亡原因的排名中呈逐年上升的趋势，也是造成人类死亡的三大严重疾病之首。临床医学研究显示，导致冠心病的主要病因是由于人体冠脉供血不足或冠脉堵塞所导致，而高血脂是诱发该病的重要因素。因此，控制血脂水平，疏通并恢复冠脉供血功能是治疗 and 预防冠心病的重要保障。目前，临床上针对冠心病多采用药物治疗，部分冠脉阻塞严重的需要行桡动脉支架术。其中，药物治疗仍是冠心病主要治疗方式，治疗机理是扩张血管、降低血脂水平从而实现疏通血管，恢复正常冠脉供血。阿托伐他汀是临床常用的降血脂药物，该药通过抑制 HMG-CoA 还原酶达到降低体内低密度脂蛋白胆固醇水平，从而控制血脂的效果^[3]。然而，临床研究发现，对冠心病患者仅单一采用降脂药物治疗冠心病起效较慢，对改善冠心病心绞痛等症状效果并不理想。因此，在临床治疗中合理应用降脂药物的同时，对冠心病的各种临床症状进行针对性、见效快的治疗是临床用药探索的重点。美托洛尔为 β_1 受体阻滞剂，可以降低血压，减慢心率，减少心输出量，从而减少心脏做功，降低心肌耗氧量，起到抗心肌缺血的作用^[4]。美托洛尔起效迅速，能通过血脑屏障，口服后约 1.5h 可达到血浓度峰值，可持续作用 3~6h，在降低心肌耗氧量、增加心肌缺血区血流灌注、减慢心率、抑制心肌收缩率等方面效果显著，能有效减少心绞痛发作，改善患者心功能，提高运动耐力^[5]。本研究采用阿托伐他汀钙作为基础治疗方式，并对照阿托伐他汀钙联合美托洛尔的治疗方式，通过比较单一药物治疗与联合治疗对冠心病患者的治疗效果，并分析了两组患者治疗前后血脂水平以及不良反应的差异，为冠心病的临床用药提供参考依据，现报道如下。

1. 资料与方法

将武警广东省总队医院 2020 年 9 月至 2021 年 9 月收治的 100 例冠

心病患者纳入研究对象，采用随机数字表法分为观察组和对照组各 50 例。

纳入标准：（1）与本院签署知情同意书并经医院伦理委员会批准者；（2）符合中华医学会心血管分会制定的《冠状动脉粥样硬化诊断标准》；（3）经冠状动脉 CT 检查显示冠状动脉粥样硬化；（4）在本医院接受机械通气治疗者。**排除标准：**（1）合并心、肝、肾等重大疾病者；（2）既往合并药物治疗过敏史者；（3）精神病患者；**脱落标准：**（1）治疗期间出现严重的并发症；（2）由于疾病或治疗原因，主动退出实验。经利用统计学软件对两组的基线资料（包括性别、年龄、合并疾病等）予以处理，结果显示，两组患者的性别、年龄、合并疾病等基线资料不存在统计学差异（ $P>0.05$ ），有可比性。

1.1 研究方法

入院后，两组患者均给予扩张血管、溶纤等常规治疗，并进行生活方式调整及饮食控制等，在此基础上给予对照组阿托伐他汀钙片（立普妥）（生产企业：辉瑞制药有限公司；批准文号：国药准字 H20051408）治疗：口服，初始剂量为 10mg/次，1 次/d，连续服用 2 周后调增剂量以 20mg/次，2 次/d 维持。给予观察组患者阿托伐他汀钙联合美托洛尔治疗：（1）阿托伐他汀钙使用方法同对照组。（2）给予琥珀酸美托洛尔缓释片（倍他乐克）治疗（生产企业：阿斯利康制药有限公司；批准文号：国药准字 J20150044）治疗：口服，23.75mg/次，1 次/d，长期治疗的目标用量为 190 mg。

1.2 观察指标：

对比两种用药方案下患者的临床治疗总有效率、血脂改善情况及不良反应发生情况进行对比观察，其中临床治疗总有效率为治疗显效与治疗有效患者例数之和与总例数的比值，判定标准为：若治疗后患者心功能改善 >2 级，心电图正常，胸闷、胸痛等临床症状消失，治疗后 1 个月内无心绞痛发生，则为治疗显效；若治疗后患者心功能改善 1 级，临床症状有所减轻，心电图 ST 段有所升高，治疗后 1 个月内心绞痛次数明显减少，则为

治疗有效；若治疗后患者临床症状无好转甚至有加重，心电图无改善，则为治疗无效。从血清总胆固醇（TC）、血清甘油三酯（TG）、高密度脂蛋白-胆固醇（HDL-C）及低密度脂蛋白-胆固醇（LDL-C）水平的改善情况评估患者血脂改善情况；常见的不良反应主要包括肌肉痛、胃肠道反应、食欲不振等。

1.4 统计学分析

采用 SPSS24.0 统计软件对研究所得计数、计量资料进行分析、处理。其中，有效率计数资料采用（%）表示，（ χ^2 ）检验，而在处理血脂水平指标等计量资料时，则采用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，（t）检验，运用 $P < 0.05$ 表示差异存在统计学意义。

2. 结果

2.1 临床疗效比较

通过对两组治疗有效率情况予以统计分析，结果显示，观察组治疗后的总有效率明显高于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表 1

表 1 两组临床疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	有效率
观察组	50	26（52.00）	22（44.00）	2（4.00）	48（96.00）
对照组	50	20（40.00）	19（38.00）	11（22.00）	39（78.00）
χ^2					7.162
P					0.007

2.2 血脂水平指标比较

经对两组的治療前后的血脂水平指标予以比较，结果显示，治疗前，两组的血脂水平各指标无统计学差异（ $P > 0.05$ ）。治疗后，两组的血脂水平各指标均低于治疗前，且观察组改善效果好于较对照组（ $P < 0.05$ ）。见表 2

表 2 两组血清水平指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）（mmol/L）

血脂水平	观察组(n=50)				对照组(n=50)			
	治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P
TC	5.38±0.52	4.24±0.68	3.121	0.013	5.36±0.59	4.98±1.02	6.021	0.014
TG	3.98±0.52	1.83±0.15	7.061	0.002	3.95±0.55	2.51±0.53	6.815	0.009
HDL-C	1.21±0.22	1.43±0.31	6.159	0.003	1.23±0.21	1.31±0.22	2.706	0.010
LDL-C	4.21±1.22	2.03±0.33	6.323	0.012	4.17±1.11	2.91±0.32	6.017	0.014

2.3 不良反应比较

与对照组相比，治疗过程中 2 组患者的不良反应发生率比较无明显差异，（ $P > 0.05$ ）。见表 3，

表 2，2 组患者治疗过程不良反应发生率比较(n%)

组名	例数	肌肉痛	胃肠道反应	食欲不振	总计
观察组	50	1（2%）	2（4%）	3（6%）	6
对照组	50	1（2%）	3（6%）	1（4%）	5
χ^2 值	-	-	-	-	1.177
P 值	-	-	-	-	$P > 0.05$

3. 讨论

冠心病是中老年人常见的心血管疾病，该病是由于患者冠状动脉发生器质性病变或功能性障碍而引发的心肌损伤。临床症状以心绞痛、心率失常为主，心梗是该病的严重后果。目前，对于早期冠心病患者，临床普遍采用扩血管、降血脂类药物进行治疗。冠心病的发病基础为冠状动脉粥样硬化，而人体糖代谢障碍导致的血脂异常是造成冠状动脉粥样硬化的主

要原因，因此，控制血脂是治疗冠心病的主要方式，他汀类药物是调节血脂的主要药物，阿托伐他汀可对高血脂患者内皮细胞间黏附因子的表达产生抑制作用，可减少肝脏胆固醇的合成，从而保护血管、抑制炎症^[6]。该药自发现以来因显著的降脂效果而被广泛应用于细血管疾病的临床治疗中。但是临床研究发现，单用他汀类降脂治疗的患者起效较慢，对改善冠心病临床症状效果尚不理想。因此，临床中经常采用他汀类药物联合其他改善心脏功能的药物来治疗冠心病。美托洛尔是心血管疾病常用的治疗药物，经大量临床应用具有减慢心率，降低心肌耗氧量，起到抗心肌缺血、缓解心脏负担的作用。有研究^[7]证实：美托洛尔对治疗冠心病引发的心绞痛、心律失常等症状具有显著的疗效，并且安全性及和耐受性良好。因此，将该药作为临床治疗冠心病的联合药物有着显著的作用。

通过表 1 数据可以发现，在本次研究中，对照组单一使用阿托伐他汀治疗，其治疗总有效率为 78%，说明阿托伐他汀对治疗冠心病有着显著的效果，而观察组采用阿托伐他汀联合美托洛尔治疗，其治疗总有效率为 98%，这说明阿托伐他汀联合美托洛尔的治疗方式效果更佳。而表 2 数据显示，治疗前，两组患者的血脂水平各指标无明显差异，治疗后，2 组患者的血清总胆固醇（TC）、血清甘油三酯（TG）、高密度脂蛋白-胆固醇

（下转第 49 页）

不同药物治疗小儿维生素 D 缺乏性佝偻病的临床治疗效果观察

吴绍霞

临朐县人民医院儿科 山东潍坊 262600

摘要：目的：探究不同药物治疗小儿维生素 D 缺乏性佝偻病的临床治疗效果。方法：选取 2020 年 9 月至 2021 年 5 月收治的 90 例小儿维生素 D 缺乏性佝偻病患者为研究对象。采用随机数字表法进行分组，分为三组，每组各 30 例，A 组患者实施五维葡钙口服液联合维生素 D 口服治疗，B 组患者采用维生素 AD 滴剂口服治疗，C 组患者采用五维葡钙口服液联合维生素 AD 滴剂治疗，对比三组患儿治疗效果。结果：三组患者治疗后 3 个月、6 个月、9 个月的血清 25-(OH)D 水平比较，差异 $P<0.05$ ，由高到低依次是 C 组、B 组、A 组。三组患者治疗后 3 个月、6 个月、9 个月的骨密度 Z 值比较，差异 $P<0.05$ ，由高到低依次是 C 组、B 组、A 组。C 组患者治疗有效率高高于 B 组、A 组，差异 $P<0.05$ 。三组患者并发症发生率，C 组低于 B 组、A 组，差异 $P<0.05$ ，有统计学意义。结论：小儿维生素 D 缺乏性佝偻病患者采用五维葡钙口服液联合维生素 AD 滴剂治疗，有助于提高血清 25-(OH)D 水平，并改善骨密度，提高治疗有效率，减少并发症，治疗效果显著，可广泛应用于临床。

关键词：小儿维生素 D 缺乏性佝偻病；骨密度；血清 25-(OH)D；五维葡钙口服液；维生素 AD 滴剂；维生素 D3

维生素 D 对人体具有重要的作用，维生素 D 是一组具有生物活性的脂溶性的类固醇衍生物，具有维持人体钙磷代谢平衡的主要激素之一，促进骨样组织的成熟和钙盐沉积。血清中 25-(OH)D 水平缺乏是引起佝偻病的最主要原因^[1]。儿童维生素 D 缺乏性佝偻病无特异性症状，主要表现为烦躁、爱发脾气、易哭闹、夜间容易惊醒、多汗、乏力，免疫力低易感冒等。骨骼改变是维生素 D 缺乏性佝偻病的主要特征，表现为颅骨软化或者方颅、前囟闭合时间和出牙时间延迟，部分患者出现胸廓畸形，如鸡胸和漏斗胸等，以及四肢改变，如腕踝畸形、X 形腿、O 形腿等^[2]。小儿维生素 D 缺乏性佝偻病在确诊以后，需积极治疗，以控制活动期、预防骨骼畸形为治疗目的，主要包括饮食保健、药物治疗等。小儿维生素 D 缺乏性佝偻病患者药物治疗种类较多，不同药物治疗效果存在差异^[3]。本文将我院近年来 90 例患者为对象，探究不同药物治疗小儿维生素 D 缺乏性佝偻病的临床治疗效果，结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 9 月至 2021 年 5 月收治的 90 例小儿维生素 D 缺乏性佝偻病患者为研究对象。采用随机数字表法进行分组，分为三组，每组各 30 例。A 组，18 例是男患儿，12 例是女患儿；最小年龄是 1 岁，最大年龄是 6 岁（ 3.53 ± 1.17 ）岁。B 组，16 例是男患儿，14 例是女患儿；最小年龄是 2 个月，最大年龄是 10 月，平均（ 6.62 ± 1.18 ）月。C 组，17 例是男患儿，13 例是女患儿；最小年龄是 1 个月，最大年龄是 11 个月，平均（ 6.91 ± 1.03 ）月。三组患儿一般资料进行比较， $P>0.05$ 。本研究经医院医学伦理委员会审核批准，儿童家属签署知情同意书。纳入标准：资料齐全；经实验室诊断，确诊疾病。排除标准：骨骼疾病；代谢性疾病，近期发生急、慢性感染患儿，肝肾等重要器官功能障碍；有免疫抑制剂、糖皮质激素等药物服用史的患儿。

1.2 方法

A 组患者实施五维葡钙口服液联合维生素 D 口服治疗：使用五维葡钙口服液用药，来自于江西杏林白马药业欧限公司（H36022077），2-4ml/次，2-3 次/天；使用维生素 D 滴剂治疗，来自于青岛双鲸药业有限公司（H20113033；），1 粒/次，1 次/天；持续用药 1 年。

B 组患者采用维生素 AD 滴剂口服治疗：使用维生素 AD 滴剂口服用药，来自于南京海鲸药业有限公司（H32020132），1 滴/次，1 次/天，持续

用药 1 年。

C 组患者采用五维葡钙口服液联合维生素 AD 滴剂治疗：使用五维葡钙口服液用药，2ml/次，2-3 次/天，持续用药 1 年。使用维生素 AD 滴剂口服用药，1 滴/次，1 次/天，持续用药 1 年。

1.3 观察指标

（1）随访所有患者 9 个月，在治疗 3 个月、6 个月、9 个月，分别监测患者的血清 25-(OH)D 水平，采集静脉血 3 至 5 毫升，在 2 至 8℃环境中保存，常规离心，静置后取血清，然后用串联质谱法检查。评价标准如下所示：血清 25-(OH)D 水平低于 ≤ 20 ，表示缺乏；血清 25-(OH)D 水平为 21—31，表示不足；血清 25-(OH)D 水平为 32—100，表示正常。（2）对比骨密度，专职医生在室内环境温度 20—23℃，采用 HORUS BMD-1000C 超声骨质分析仪，产地河北宏扬，进行骨密度检测，测量右下肢胫骨中段，为测量部位，参考数据以中国儿童 SOS 中 Z 值评分为标准，骨密度正常（ $Z>0$ ），骨密度轻度不足（Z 值—1.5—-1）中度骨强度不足（—2—1.5），严重骨强度不足（ <-2 ）。（3）评估治疗有效率，临床症状消失，骨密度指标、血清 25-(OH)D 水平正常，则为显效；临床症状改善，骨密度指标、血清 25-(OH)D 水平提高，但未恢复正常，表示有效；其余则是无效。（4）详细统计并发症发生率，对比分析。

1.4 统计学分析

使用 SPSS20.0 分析本研究数据，治疗效果使用 χ^2 检验，[例（%）] 表示，症状消失时间使用 t 检验，（ $\bar{x}\pm s$ ）表示。 $P<0.05$ ，统计学意义存在。

2 结果

2.1 三组患儿血清 25-(OH)D 水平比较

三组患者治疗后 3 个月、6 个月、9 个月的血清 25-(OH)D 水平比较，差异 $P<0.05$ ，由高到低依次是 C 组、B 组、A 组。见表 1。

表 1 三组患儿血清 25-(OH)D 水平比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	n	治疗前	治疗后 3 个月	治疗后 6 个月	治疗后 9 个月
A 组	30	14.42±2.28	22.08±2.17	32.22±5.63	52.33±5.86
B 组	30	14.23±2.27	25.32±2.16	38.17±4.85	61.47±6.76
C 组	30	14.51±2.09	32.89±3.67	46.74±5.96	75.56±5.43
t 值	/	0.3448	7.3922	9.4351	11.6151

P 值 / 0.7319 0.0000 0.0000 0.0000

2.2 三组患儿骨密度比较

三组患者治疗后 6 个月、12 个月、18 个月的骨密度 Z 值比较，差异 P<0.05，由高到低依次是 C 组、B 组、A 组。见表 2。

表 2 三组患儿骨密度比较 (x±s)

组别	n	治疗前	治疗后 3 个月	治疗后 6 个月	治疗后 9 个月
A 组	30	(-1.23) ±0.43	(-0.87) ±0.18	0.03±0.12	0.11±0.07
B 组	30	(-1.17) ±0.16	(-0.43) ±0.42	0.32±0.14	0.64±0.29
C 组	30	(-1.19) ±0.23	0.07±0.09	0.78±0.32	1.23±0.34
t 值	/	0.6483	6.1783	7.3828	9.8545
P 值	/	0.541	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 对比三组患儿治疗有效率

C 组患者治疗有效率高于 B 组、A 组，差异 P<0.05。见表 3。

表 3 对比三组患儿治疗有效率[例 (%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
A 组	30	10 (33.33%)	11 (36.67%)	9 (30.00%)	21 (70.00%)
B 组	30	13 (43.33%)	12 (40.00%)	5 (16.67%)	25 (83.33%)
C 组	30	16 (53.33%)	14 (46.67%)	0 (0)	30 (100%)
χ ² 值	/	/	/	/	5.4545
P 值	/	/	/	/	0.0195

2.4 对比三组患儿并发症发生率

三组患者并发症发生率，C 组低于 B 组、A 组，差异 P<0.05，有统计学意义。见表 4。

表 4 对比三组患儿并发症发生率[例 (%)]

组别	n	恶心	食欲不振	腹泻	发生率
A 组	30	3 (10.00%)	1 (3.33%)	2 (6.67%)	6 (20.00%)
B 组	30	2 (6.67%)	1 (3.33%)	1 (3.33%)	4 (13.33%)
C 组	30	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
χ ² 值	/	/	/	/	5.0945
P 值	/	/	/	/	0.0357

3 讨论

维生素 D 缺乏是儿童营养性疾病之一，是引起佝偻病的重要原因，影响因素较多，如药物影响、疾病、钙含量过低、光照射不足等^[4]。随着社会经济文化水平的提高，常规给婴幼儿补充维生素 D 使其发病率有所下降，但是仍存在亚临床维生素 D 缺乏的情况。小儿维生素 D 缺乏性佝偻病多采用药物治疗，控制病情，预防骨骼畸形，常见药物包括维生素 D、维生素 AD 滴剂、钙剂等^[5]。本次研究中，针对小儿维生素 D 缺乏性佝偻病患者实施不同药物治疗，结果可见，三组患者治疗后 3 个月、6 个月、9 个月的血清 25-(OH) D 水平比较，差异 P<0.05，由高到低依次是 C 组、B 组、A 组。表明五维葡钙口服液联合维生素 AD 滴剂治疗可有效改善维生素 D 水平。血清 25 羟维生素 D 水平和超声骨密度可以作为婴幼儿维生素 D 缺乏性佝偻病诊断的指标^[6]。研究指出，1 岁以内为婴儿骨密度不足的高发时期，这主要由于此阶段儿童为生长速度最迅速阶段，当钙、维生素 D 补充不足时，且受到日照时间、运动少等因素影响，极易引起骨密度

不足^[7]。机体缺乏维生素 D 可造成甲状旁腺素水平升高，激活称骨细胞，导致破骨细胞分化，继而引起骨密度与骨量减少。维生素 D 受体基因为骨骼代谢主要调节基因，可调控磷、钙代谢，对骨密度产生影响，增加骨质疏松发病率^[8]。由此可见，骨密度能够反映出钙营养状况、骨健康情况，定期监测儿童骨密度，为指导补充钙剂、维生素 D 提供依据，有助于预防儿童骨质疏松症、佝偻病、成年骨质疏松骨折，具有显著应用价值^[9]。

本次研究结果可见，三组患者治疗后 3 个月、6 个月、9 个月的骨密度 Z 值比较，差异 P<0.05，由高到低依次是 C 组、B 组、A 组。通过实施维生素 D 治疗，可有效提高骨密度，治疗小儿维生素 D 缺乏性佝偻病。研究数据表明^[10]，少数民族 25-(OH) D 水平不足百分比高，汉族的儿童 25-(OH) D 充足的百分比高，可能存在以下几个原因，婴儿有母体-胎儿的转运，生后按时补充维生素 D，较大的婴幼儿家长不按时补充维生素 D，奶制品，钙剂的摄入较少，再加上较大儿童在幼儿园，户外活动少，所以年长儿维生素 D 缺乏的现象比婴幼儿严重，所以加强奶制品，维生素 D 摄入^[11]。本次研究中，研究组小儿维生素 D 缺乏性佝偻病实施维生素 D3 治疗，结果可见，本次研究结果可见，C 组患者治疗有效率高于 B 组、A 组，差异 P<0.05。三组患者并发症发生率，C 组低于 B 组、A 组，差异 P<0.05，有统计学意义。

综上所述，小儿维生素 D 缺乏性佝偻病者采用维生素 D3 治疗，有助于提高血清 25-(OH) D 水平，并改善骨密度，提高治疗有效率，减少并发症，治疗效果显著，可广泛应用于临床。

参考文献：

[1]王艳娜,贾改艳. 不同药物治疗小儿维生素 D 缺乏性佝偻病的临床治疗效果分析[J]. 家有孕宝,2021,3(11):79.

[2]刘也平,张娟. 不同药物治疗小儿维生素 D 缺乏性佝偻病的临床治疗效果分析[J]. 健康之友,2020(16):279.

[3]李金良. 不同药物治疗小儿维生素 D 缺乏性佝偻病的临床效果分析[J]. 世界临床医学,2015,9(8):153,158.

[4]曹智红. 不同药物治疗小儿维生素 D 缺乏性佝偻病的临床治疗效果分析[J]. 北方药学,2020,17(7):130-131.

[5]梁立香. 探讨不同药物治疗小儿维生素 D 缺乏性佝偻病的临床疗效[J]. 东方药膳,2020(10):84.

[6]高海涛. 不同药物治疗小儿维生素 D 缺乏性佝偻病的临床治疗效果分析[J]. 健康大视野,2021(22):77.

[7]徐仁琴. 醋酸钙颗粒加维生素 D3 治疗小儿维生素 D 缺乏性佝偻病早期 60 例的临床观察[J]. 养生保健指南,2020(40):33-34.

[8]郝小叶,刘敏. 伊可新用于小儿维生素 D 缺乏性佝偻病患者治疗临床观察[J]. 中国保健营养,2020,30(34):133-134.

[9]汪峰. 不同药物治疗小儿维生素 D 缺乏性佝偻病的临床治疗效果分析[J]. 康颐,2020(16):234.

[10]吴正华. 维生素 D 缺乏性佝偻病患儿的临床治疗与护理体会[J]. 医药前沿,2020,10(4):196-197.

[11]于雪. 肌注维生素 D3 对维生素 D 缺乏性佝偻病患儿的疗效观察[J]. 母婴世界,2020(12):112.

作者简介：吴绍霞（1974.06-），女，汉族，籍贯：山东省潍坊市临朐县，硕士研究生，副主任医师，研究方向：儿科呼吸、儿童保健。

MRI 在常见卵巢良性囊性病变影像诊断中的应用与临床价值

杨星

自贡市第三人民医院 四川自贡 643020

摘要：目的：在实际针对常见卵巢良性囊性病变患者进行诊断的过程中，探讨 MRI 影像诊断的特征以及其具体的应用价值。方法：选择 2019 年 3 月至 2022 年 2 月我院接诊的卵巢良性囊性病变的患者 81 例为研究对象，参与研究的所有患者均需要接受 MRI 诊断以及病理检查，一方面以病理检查结果为金标准判断 MRI 诊断结果的临床参考价值，另一方面分析卵巢良性囊性病变患者的 MRI 影像特征，包括患者的病变形态、病变位置、囊内容物、病变大小、实性成分、囊壁和分隔等相关部分的信号特点，对于各序列 MRI 影像的特征进行有效的归纳。结果：参与本次研究的 81 例卵巢良性囊性病变患者中，32 例患者属于卵巢囊肿，15 例患者属于外在型子宫内膜异位囊肿，3 例患者为卵巢脓肿，13 例患者为成熟畸胎瘤或皮样囊肿，18 例患者为囊腺瘤。结论：对于卵巢良性囊性病变患者来说，包括成熟畸胎瘤或皮样囊肿、卵巢囊肿、卵巢脓肿、外在型子宫内膜异位囊肿、囊腺瘤等类型的病变都具有显著的 MRI 表现，MRI 的诊断方式对于定性诊断患者的病变以及确定患者属于恶性病变还是良性病变有着十分重要的临床价值，诊断的准确率整体较高。

关键词：MRI；卵巢良性囊性病变；影像诊断；临床价值

在具体诊断女性盆腔病变的过程中，MRI 的诊断方式有着十分显著的应用优势，这种方式不仅能够实现良好的软组织对比，除此之外，在软组织信号方面有着较高的分辨率。通过多参数以及多序列成像，对于盆腔软组织器官的解剖结构能够做到更加清晰的显示，使得医生在判断患者病情的时候能够有更为丰富的依据。结合病变以及正常组织学的变化，结合脂质、出血、实性成分、钙化等 MRI 信号，达到对患者的病变性质进行定性分析的目标，使得卵巢病变的组织学特性能够得到较好的显示，进而真正实现定性的诊断。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择的研究对象为 2019 年 3 月至 2022 年 2 月我院接诊的卵巢良性囊性病变患者 81 例为研究对象，81 例患者中，年龄最小 27 岁，最大 72 岁，平均年龄 (43.4 ± 5.8) 岁，参与研究的所有患者均出现了腹部触及包块、月经不调、慢性盆腔痛以及下腹部不适等方面的临床症状，而在对患者实施实验室检查的过程中，其 AFP 值以及 CA125 等肿瘤标志物均没有呈现出增高的态势。

1.2 方法

患者在实际接受检查的过程中，所采用的均为 MRI 检查的方式，检查过程中使用的仪器为荷兰 PHILIP 公司生产的 PHILIPS MULTIVA 1.5T 磁共振仪，在图像采集的过程中，使用的为多通道相控线圈，在实际对患者实施 MRI 序列扫描的过程中，从患者的髂嵴部位开始，到患者的会阴水平位置为止，其间的部位均需要进行扫描，扫描过程中要能够全部采用盆腔大视野平扫，在进行冠状位、矢状位、横轴位扫描的过程中，要能够采用三期增强的方式，包括动脉期增强、静脉期增强以及延迟期的增强，在对患者进行了对比剂注射之后，分别在 25s、60s 以及 180s 的时间节点进行 MRI 信号的采集，在这一过程中往往会形成几百幅的图像，借助所获得的图像对患者病变的大小、形态、位置、囊壁、囊内容物、分隔以及实性成分等的信号特点进行分析，除此之外，还需要分析患者病变和周围组织之间所具有的结构关系，对不同序列所具有的 MRI 的影像特征进行归纳^[1]。

1.3 临床观察指标

首先，从患者的病变形态、病变位置、囊内容物、病变大小、实性成

分、囊壁和分隔等相关部分的信号特点对患者的 MRI 影像特征进行归纳。

其次，结合患者的病理诊断结果，分析患者的 MRI 影像诊断结果的准确率。

1.4 统计学方法

采用 SPSS25.0 软件分析数据，计量资料采用均数 $\pm$ 标准差表示，组间比较采用 t 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

参与本次研究的 81 例患者中，MRI 检查结果显示，所有患者均属于卵巢良性囊性病变，其中 42 例患者为双侧发病，39 例患者为单侧发病。其中，32 例患者属于单纯性囊肿，此类患者在接受 MRI 检查的过程中表现的主要为长 T1 以及长 T2 的液体信号影，囊液没有出现强化，影像检查结果为没有任何内部结构的光滑而且外壁相对较薄的单房囊肿，19 例囊壁未见强化，13 例囊壁强化病例的动脉期呈现出了轻度强化的特征，而在静脉期以及延迟期则呈现出了中度强化的特征，囊肿的整体结构相对均匀，卵巢间质的区分度整体较高。15 例患者属于外在型子宫内膜异位囊肿，其中 10 例患者为多房分隔，囊壁的分隔形态整体较薄，5 例患者属于单房，患者的囊内部出血灶主要呈现出短 T1 以及 T2 的低信号，部分位置也会呈现出高低混杂信号的状态，囊壁较厚而且具有较高的光滑性，整体信号相对均匀，静脉期以及延迟期阶段会呈现出较为明显的环形强化^[2]。从 18 例卵巢囊腺瘤患者的情况来进行分析，12 例患者属于浆液性，这一部分患者均呈现出了单侧壁薄的特点，具有较好的均匀性以及一致性，7 例患者属于单房，5 例患者属于多房；6 例患者属于黏液性，所有患者均为多房，不仅体积较大，而且囊壁整体较厚，肿瘤的实性部分整体较少，多数为囊性部分，分隔以及囊壁之间呈现出了较为明显的均匀强化特征。3 例患者属于卵巢脓肿，患者整体呈现出多房而且厚壁的状态，其病变位置呈现出分隔以及囊状的特点。13 例患者为成熟畸胎瘤或皮样囊肿，这一部分的患者瘤体体积整体较大，通常情况下瘤体的体积都在 8cm 以上，T2WI 中低信号，T1WI 高信号，牙齿以及骨骼会呈现出低信号影或是无信号影的状态，个别时候会出现化学位移的伪影，在脂肪抑制的状态之下，脂肪会呈现出低信号的状态，在实际进行增强扫描的过程中，不会出现强化的情况^[3]。

而在影像检查的基础之上，所有患者也进行了病理方面的检查，从检

查的结果来看,通过影像检查结果对患者病情的判断,与病理检查结果差异整体较小,患者的诊断准确率整体较高,漏诊以及误诊的概率较低。由此能够说明,在采用 MRI 的方式对卵巢良性囊性病变患者进行诊断的过程中有着较高的准确性。

3 讨论

第一,从正常的卵巢系统解剖以及 MRI 影像的角度来进行分析,常规情况之下,卵巢的位置处于女性小骨盆的侧壁,其位于子宫的外侧位置,属于结节样的结构,其位置呈现出较多的变化。通常情况之下,其位置主要在髂总血管分叉下方子宫角的外侧面。对于成年女性来说,卵巢的体积约为 $4.0\text{cm} \times 3.0\text{cm} \times 1.0\text{cm}$,部分女性会呈现出小幅度的差异,相比于成年女性来说,幼儿的卵巢体积整体较小,而女性在进入到老年之后卵巢则会呈现出整体萎缩的状态, MRI 检查过程中显示的难度相对较高。对于育龄期的妇女来说,伴随着月经周期的变化,卵巢的形态也会相应的发生变化,其内部通常会包含几个大小不一的囊状结构的卵泡,卵泡从 T1 加权像的情况来看,在女性的子宫体两侧位置能够见到结节性或是卵圆形的低信号,而从 T2 加权像的显示结果来看其整体呈现出高信号的特点,在增强扫描的过程中,处于卵泡周围位置的卵巢间质也会整体呈现出强化的特征。

第二,从生理性卵巢囊肿的角度来进行分析,通常情况下认为如果卵巢囊肿的直径在 3.0cm 以下,那么则将其界定为生理性的卵巢囊肿,临床上也将这种卵巢囊肿称为功能性的卵巢囊肿,激素分泌失调是导致此类问题出现的常见原因,常见的包括黄体囊肿以及卵泡囊肿两大类。如果患者自身属于生理性的卵巢囊肿,那么,其病灶多数情况下呈现出小囊性以及单房的状态,检查过程中主要呈现的为长 T1 以及长 T2 信号,病变内的液体成分相对单纯。而如果患者是属于出血性囊肿,那么,信号则通常情况下体现为 T1WI 的高信号状态。如果患者属于功能性囊肿,那么部分在薄壁位置会呈现出 T2WI 的低信号状态,薄壁位置具有动态增强的特点,而且属于多血供结构。

第三,从外在型子宫内膜异位的角度来讲,这一问题主要指的是子宫外部组织之中出现的子宫内膜组织,通常情况下都出现于患者的宫骶韧带部位以及卵巢部位,有 40% 的患者属于双侧卵巢受累,患者在出现此类问题之后,多数会表现为出血性囊肿,而且具有多发的特点。在患者的囊肿内部有着较高的铁浓度信号,其会引发脂肪抑制的问题, T1WI 属于较为典型的高信号,而 T2WI 则属于低信号状态,由于此类囊肿多数情况下与周围的组织器官都具有一定的粘连性,无论是在 T1 加权像上,还是在 T2 加权像上,在囊腔的周围位置都可见增厚的纤维膜,即表现为低信号影。在腔内则能够看到短 T2 信号以及短 T1 信号,这些信号多数反映患者存在近期出血的情况,对于在周围位置则会出现环状的低信号,并且其中含有一部分的铁血黄素影。

第四,从卵巢囊腺瘤的角度来进行分析,这本质上属于一种发生概率较高的上皮源性卵巢良性囊肿,其组织学亚型主要包括两个方面:第一个方面是黏液性囊腺瘤,第二个方面是浆液性囊腺瘤,预后效果与患者的病理学表现并不存在显著的关联。浆液性囊腺瘤多数属于单房,部分患者的内壁比较平滑,部分患者的内壁则可见十分清晰的较大的乳头状突起。而对于黏液性囊腺瘤来说。由于其体积整体较大,因此,更容易出现多房的

情况,囊腔内容物普遍有着较为复杂的结构。从浆液性囊腺瘤 MRI 表现的角度来进行分析,其多数为单纯的液体信号,而从黏液性囊腺瘤 MRI 表现的角度来进行分析,其信号则呈现出多变的特征,这主要受到患者囊腔内部成分的影响。但是,在临床诊断的过程中,要注意有效的区别巧克力囊肿以及黏液性囊腺瘤合并囊内出血,前者大多不会出现超越盆腔的情况,而后者则会超越盆腔沿着患者的中上腹部生长。而对于黏液性囊腺瘤来说,还需要有效区分黏液性的囊腺瘤,后者主要呈现间隔增厚以及壁结节的特征,间隔增厚软组织成分整体较多,而且周围组织具有侵犯的趋向。

第五,从成熟畸胎瘤以及皮样囊肿的角度来进行分析,其本质上属于良性卵巢病变的一种,其主要包含三个胚胎的细胞层结构,从影像学表现的角度来进行分析,对于成熟囊性畸胎瘤来说,其最为主要的征象就是囊性卵巢肿块内的脂肪成分,45 岁以下女性发生的概率整体较高,通常情况下,此类问题都是在单侧发生,只有约 15% 的患者为双侧发生,多数患者属于单房性病变。从 MRI 表现的角度来进行分析,成熟的畸胎瘤多数为椭圆形或是圆形的形态,边缘具有清晰以及锐利的特征,在检查中所出现的稍长 T2 中等信号以及短 T1 的高信号均呈现为富含脂肪的囊性液体,脂肪饱和序列中高信号消失,而牙齿与钙化在 T2WI 以及 T1WI 中均呈现出低信号或无信号的特征,非常容易出现漏诊的问题。MRI 的化学位移图像或是脂肪抑制图像能够更好地帮助医生针对出血以及脂肪进行鉴别。

第六,从卵巢脓肿的角度来进行分析,其主要指的就是卵巢部位出现的脓肿,有部分患者病灶是出现在卵巢实质的内部,也有部分患者是出现在卵巢上皮的表面。多数患者都表现为附件区位置的多房囊实性肿块, T1WI 信号具有等低混杂的特点, T2WI 则整体呈现出了不均匀的高等信号,在对患者的脓肿部分进行增强扫描的过程中,其整体呈现出了厚壁分隔以及均匀强化的特点。

综上所述,对于卵巢良性囊性病变患者来说,可以依托多模块影像技术,这项技术无论是对于患者疾病的检出来讲,还是对于患者后续的治疗来说都有着十分积极的影响价值。通过影像学检查的方式,能够方便医生制定最适合患者的治疗方案,现阶段在实际针对患者的卵巢良性囊性病变进行评估的过程中,主要以超声技术为主,但是,在采用此种方法对患者进行检查的过程中,在对部分患者的肿块性质进行确定的过程中,难度整体较高。而通过采用 MRI 的方式来对定性难度较高的卵巢恶性病变以及良性病变进行诊断以及鉴别,不仅有着较高的特异度,而且有着较高的敏感度,除此之外, MRI 技术能够实现较高质量的软组织对比,针对某些病理类型能够给出具有较高精确度的定性诊断,对于临床上有效治疗卵巢良性囊性病变以及更好地判断患者的病情都有着十分积极的影响意义。

参考文献:

- [1]黄秋亚. MR 检查卵巢囊性病变的诊断结果以及鉴别诊断的准确性研究[J]. 影像研究与医学应用,2022,6(03):131-133.
- [2]李凡,毕胜利,张学林,郝洁,吕佳. 血清 Cyr61 mRNA、Angpt14 mRNA 联合检测对良恶性卵巢囊性病变的鉴别诊断价值[J]. 国际检验医学杂志,2021,42(09):1046-1050.
- [3]徐厚勇. MRI 对卵巢良性囊性病变的影像诊断与临床价值[J]. 安徽卫生职业技术学院学报,2021,20(01):43-44+47.

一例唾液分泌过多的重症肺炎患者的用药分析

杨毅

浙江大学医学院附属邵逸夫医院下沙院区药学部 310018

摘要：临床药师参与 1 例收治 ICU 的重症肺炎合并脓毒血症患者治疗的全过程，监测患者抗感染药物的治疗效果，对抗感染治疗用药进行分析，评估抗感染治疗用药合理性。另外，患者在经抗感染、护胃、气道保护等对症支持治疗后病情好转，而在计划拔除气管插管时因唾液分泌过多症状有引起吸入性肺炎风险，临床药师排查患者使用的药物后认为引起唾液分泌过多症状的药物可能是氯氮平，在比较了各种 M 胆碱受体拮抗剂后，结合患者心动过速的临床特点，综合分析后不建议使用 M 胆碱受体拮抗药纠正，医生采纳建议停用氯氮平后，患者唾液分泌过多症状明显改善，次日成功拔除了气管插管，顺利转回普通病房。临床药师参与重症患者诊疗过程，根据患者的病情特点结合药物的药理特点协助医生制定个体化用药方案，解决特殊患者临床用药问题可发挥重要作用。

关键词：唾液分泌过多；重症肺炎；氯氮平

1 资料与方法

患者，男性，50 岁，因“进食后恶心欲吐 3 月余”，于 2018-1-1 入院收入普外科。患者先天智障（因近亲结婚），精神分裂症 33 年，窦性心动过速 5 年，ERCP+EST+乳头扩张+胆道双猪尾支架（7Fr*7cm 一根）置入+鼻胆管引流术后 2 月余。青霉素一般过敏史。入院诊断为胆总管结石、先天智障、精神分裂症。患者因精神分裂症长期使用喹硫平片 0.3g po bid，丙戊酸钠片 0.2g po bid，氯氮平片 100mg po bid，苯海索片 2mg po bid，银杏叶片 2 片 po tid 治疗。入院排除禁忌后于 1 月 4 日行 ERCP+拔胆管支架+柱状气囊扩张+乳头扩张术+网篮+气囊取石+胆道支架置入+金属夹夹闭止血术，术顺，术后予头孢噻肟针联合奥硝唑针抗感染、生长抑素针止血、硫普罗宁针保肝、腺苷蛋氨酸针利胆、泮托拉唑针抑酸护胃、维持电解质平衡等对症治疗。1 月 9 日患者最高体温 38.3℃，伴咳嗽咳痰，胸部 CT 提示右下肺炎，吸入性肺炎考虑，查白细胞计数 $8.8 \times 10^9/L$ ，中性粒百分数 71.5%，超敏 C 反应蛋白 80.1mg/L，根据呼吸内科会诊意见使用莫西沙星针抗感染治疗后感染指标下降，另外还给予特布他林雾化液、布地奈德混悬液雾化吸入改善气道，氨溴索针化痰。1 月 14 日下午出现高热 39.3℃、咳嗽咳痰加剧，予物理降温，面罩吸氧，氧饱和度维持 90% 以上，复查胸部 CT 提示两肺炎症、右下肺为主，白细胞计数 $18.3 \times 10^9/L$ ，中性粒百分数 97.2%，超敏 C 反应蛋白 113.7mg/L，前降钙素原 15.8ng/mL，抗生素升级为亚胺培南西司他丁针。1 月 15 日患者肺部炎症较前进展，收入 ICU 监护治疗。APACHE II 评分 17 分，SOFA 评分 3 分。入 ICU 诊断：重症肺炎、脓毒血症、胆总管结石胆管炎、先天智障、精神分裂症。

入 ICU 后予储氧面罩吸氧，15L/min，血压 100/52mmHg，心率 124 次/分钟，呼吸 26 次/分钟，尿量 1800ml。患者神清，精神可，双肺呼吸音粗，可闻及散在湿罗音。心律齐，心动过速，未闻及明显病理性杂音，其余查体无殊。患者物理降温，吲哚美辛栓用后体温降至正常，白细胞计数 $19.7 \times 10^9/L$ ，中性粒百分数 95.7%，超敏 C 反应蛋白 154.8mg/L，前降钙素原 12ng/mL，加用利奈唑胺针抗感染。患者肝功能、肾功能正常。另予氨溴索针化痰，泮托拉唑针护胃，抗感染、预防应激性溃疡、解痉、化

痰等对症治疗。1 月 19 日因呼吸急促，氧饱和度下降至 75~85%，痰多不易咳出，行气管插管，呼吸机辅助治疗，同时予舒芬太尼针镇痛，丙泊酚针联合右美托咪定针镇静。当天报告痰培养检出铜绿假单胞菌，药敏结果提示氨苄西林、氨苄西林舒巴坦、头孢替坦、头孢曲松、头孢唑林、SMZ、呋喃妥因耐药，致病菌明确为铜绿假单胞菌故停用利奈唑胺针，抗感染方案调整为亚胺培南西司他丁针联合依替米星针，查白细胞计数 $8.6 \times 10^9/L$ ，中性粒百分数 88.4%，超敏 C 反应蛋白 132.3mg/L，前降钙素原 2.27ng/mL，患者感染指标下降，说明抗感染治疗有效。1 月 23 日复查白细胞计数，查白细胞计数 $11 \times 10^9/L$ ，中性粒百分数 75.5%，超敏 C 反应蛋白 15mg/L，前降钙素原 0.45ng/mL，患者感染指标好转，抗生素降级为左氧氟沙星针治疗。1 月 24 日患者肺部感染已明显改善，经呼吸功能评估已有拔除气管插管指征，但该患者唾液分泌很多，医生担心拔除气管插管的误吸可能性较大。医师初步考虑后怀疑患者唾液分泌过多症状与抗精神病药物的使用有关，但不确定是哪个药物导致，计划使用抗胆碱能药物抑制唾液分泌改善多涎症状，请药师协助制定治疗方案。药师经过查阅药物说明书和文献资料，分析使用的抗精神病药特点，然后比较了几种常用的 M 受体阻断药，结合患者心率偏快的特点，建议可停用氯氮平，不使用抗胆碱药物，医生采纳建议，精神卫生科会诊后也同意停用氯氮平片，停用氯氮平片后患者唾液分泌过多症状改善，于 2018 年 1 月 25 日顺利拔除气管插管。2018 年 1 月 26 日转至普外科继续治疗。

2 分析讨论

患者因胆总管结石入院行 ERCP+胆总管取石术，术后予抗感染、止血、保肝利胆、护胃、维持电解质平衡等对症治疗。术后 5 天发热，因重症肺炎使用莫西沙星针 0.4g 静脉滴注 每日一次抗感染治疗但效果不佳，莫西沙星使用 5 天后肺部炎症较前进展，发展为脓毒血症，收入 ICU 治疗，并改用亚胺培南西司他丁 0.5g 静脉滴注 6 小时一次联合利奈唑胺针 0.6g 静脉滴注 12 小时一次抗感染。入 ICU 后 4 天细菌室报告痰培养检出铜绿假单胞菌，根据药敏结果调整抗感染方案为亚胺培南西司他丁针 0.5g 静脉滴注 6 小时一次联合依替米星氯化钠针 0.15g 静脉滴注 12 小时一次，

治疗后感染好转,4 天后降级为左氧氟沙星 0.5g 静脉滴注 每日一次。药师监测患者感染指标变化情况,监测肝功能正常,监测肾功能正常,评估患者抗感染治疗方案合理,抗感染治疗效果良好。

患者唾液分泌过多症状明显,拔除气管插管前亟需纠正患者唾液分泌过多的症状,以防发生误吸而造成吸入性肺炎发生。药师查询患者 1 月 24 日使用的药物有氨溴索针、泮托拉唑针、白蛋白针、乌司他丁针、氯氮平片、苯海索片、喹硫平片、丙戊酸钠片、银杏叶片、依诺肝素针、舒芬太尼针、美托洛尔片、左氧氟沙星针。经查阅药物说明书,本患者长期使用的喹硫平片、苯海索片可抑制唾液分泌而引起口干,且与抗胆碱能药物联用会增加抗胆碱药的作用。药师在查阅氯氮平说明书时找到其常见不良反应是口干,进一步查阅文献报道发现,氯氮平使用时却常见唾液分泌过多的情况,有文献报告认为该不良反应可能与氯氮平作用于多巴胺 D4 受体或 $\alpha 2A$ -肾上腺素能受体有关^[1,2]。氯氮平诱发过度流涎通常发生在低剂量时,且在睡眠期间可加重,这增加了吸入性肺炎发生的风险,而且氯氮平治疗的患者发生吸入性肺炎已有报道^[3-4]。药师认为本患者的多涎症状有可能是由氯氮平引起的,目前唾液分泌过多的情况如不改善直接拔除气管插管导致吸入性肺炎的风险高,建议减少使用氯氮平片的剂量或停用氯氮平片以限制唾液分泌。

另外,为了减少唾液分泌,医生首先想到了抗胆碱类药物的腺体抑制作用。我们知道,抗胆碱类药物能拮抗胆碱受体,使递质乙酰胆碱不能与受体结合而呈现与拟胆碱药相反的作用,包括拮抗 M 胆碱受体的药物、拮抗骨骼肌运动终板内的 N 胆碱受体的药物、拮抗神经节内 N 胆碱受体的药物,其中抗 M 胆碱受体的药物可呈现抑制腺体分泌、散大瞳孔、加速心率、松弛支气管平滑肌和胃肠道平滑肌等作用^[5]。常用抗 M 胆碱能药物有阿托品、东莨菪碱、山莨菪碱与盐酸戊乙奎醚。阿托品通过阻断 M 受体的作用而抑制腺体分泌,可使唾液腺、呼吸道腺体与汗腺分泌。较大剂量的阿托品阻断窦房结 M2 受体,解除迷走神经对心脏的抑制作用,引起心率加快。山莨菪碱具有平滑肌解痉与心血管的抑制作用,扩瞳和抑制腺体分泌的作用较弱,且极少引起中枢兴奋症状。东莨菪碱对涎腺、支气管和汗腺分泌的抑制作用较阿托品强,对眼的散瞳和调节麻痹作用较阿托品迅速,但作用消失较快,对心脏、肠管和支气管平滑肌的作用较弱。盐酸戊乙奎醚选择性作用于气道和肺组织中的 M1、M3 受体,对 M2 受体作用不明显,不增加心肌耗氧量,同时能抑制心率变异性,降低患者心律失常的发生率^[6-8]。这些抗胆碱药物中,盐酸戊乙奎醚在抑制唾液分泌的同时对心率没有影响,但是此药仅限于麻醉前使用或用于有机磷中毒解救,本患者使用不合适。阿托品对心脏影响大,不适合选用。山莨菪碱和东莨菪碱相比,东莨菪碱对心脏影响较小,且东莨菪碱对腺体分泌的作用要强于山莨菪碱,选择东莨菪碱较好。澳大利亚治疗产品管理局(TGA)提醒医务人员,注射用丁溴东莨菪碱可引起心动过速、低血压和过敏反应,因此在

心脏病患者中应谨慎使用。在澳大利亚的不良反应数据库中有 28 例报告描述了使用丁溴东莨菪碱引起的心动过速和/或低血压^[9],同样,东莨菪碱引起心动过速的不良反应不可忽视。不管是阿托品、山莨菪碱还是东莨菪碱,在发挥抑制腺体分泌作用的同时,也会导致心率加快,而且本患者长期使用丙戊酸钠片、喹硫平片、苯海索片都会增加抗胆碱能药物的作用,药物间的相互作用会导致抗胆碱药物心率加快的不良反应更严重,这是临床上不愿意看到的。格隆溴铵是一种类似阿托品的季铵类抗胆碱能药物,具有比阿托品更强的抗唾液分泌作用,且作用维持时间更长。由于季铵基团限制了药物通过血脑屏障,与中枢神经系统相关的不良反应极少发生^[10]。但我院没有格隆溴铵,故此方案不予考虑。药师经过综合考虑,建议可停用氯氮平片。

临床药师参与重症患者诊疗过程,在详细了解患者的病情特点后,全面掌握候选药物的药理药效特点,结合患者的具体情况协助医生优选治疗药物,在解决特殊患者临床用药问题方面可发挥重要作用。

参考文献:

- [1] Solismaa A, Kampman O, Seppälä N, et al. Polymorphism in alpha 2A adrenergic receptor gene is associated with sialorrhea in schizophrenia patients on clozapine treatment[J]. Hum Psychopharmacol 2014; 29:336.
- [2] Rajagopal V, Sundaresan L, Rajkumar A P, et al. Genetic association between the DRD4 promoter polymorphism and clozapine-induced sialorrhea[J]. Psychiatr Genet 2014; 24:273.
- [3] Freudenreich O. Drug-induced sialorrhea[J]. Drugs Today (Barc) 2005; 41:411.
- [4] Gurrera R J, Parlee A C, Perry N L. Aspiration Pneumonia: An Underappreciated Risk of Clozapine Treatment[J]. J Clin Psychopharmacol 2016; 36:174.
- [5] 李秀英,赵艾草.老年重症肺炎患者电解质紊乱的治疗与预后分析[J].特别健康.2021,(12): 111-112.
- [6] 黑子清,黄焕森,靳三庆,等.麻醉前应用抗胆碱能药物的专家共识[J]. 广东医学, 2016, 37(17): 2533-2535.
- [7] 刘进,朱涛,等.盐酸戊乙奎醚用于围术期气道管理的专家共识[J]. 临床麻醉学杂志, 2015, 31(6): 621-624.
- [8] 陈涌鸣,朱慧琛,王祥瑞.盐酸戊乙奎醚和阿托品对老年患者心率变异性及心率影响的比较[J]. 中华麻醉学杂志, 2005, 25(1): 59-60.
- [9] 俞彤,郑小燕,刘志燕.抗生素阶梯治疗重症肺炎的临床疗效及安全性[J].药品评价.2019,(14).27-29.
- [10] 中华医学会呼吸病学分会.中国成人社区获得性肺炎诊断和治疗指南(2016年版)[J].中华结核和呼吸杂志.2016,(4).253-279.

苯磺酸左旋氨氯地平片治疗高血压的临床研究

姚世威

陕西省安康市镇坪县医院 陕西安康 725600

摘要:目的:研究高血压 (HTN) 采取苯磺酸左旋氨氯地平片治疗的临床效果。方法:本次总共抽取 60 例病例展开研究,年限截止为 2020.05~2022.01,均以 HTN 确诊,对比研究以随机法展开,分为对比组 (30 例) 与分析组 (30 例)。采取苯磺酸左旋氨氯地平片治疗分析组,采取硝苯地平控释片治疗对比组。结束研究后对比 2 组血压、肾功能等指标变化、不良反应及疗效数据,以评定效果。结果:结束研究后,2 组对比治疗后 DBP、SBP 等水平数据,分析组分别为 (80.5±6.4) mmHg、(120.6±9.3) mmHg 均低于对比组 (89.2±6.7) mmHg、(142.5±9.8) mmHg ($P<0.05$)。2 组对比 GFR、 β_2 -MG 等水平数据,分析组分别为 (121.5±16.8) mL/min、(1.6±0.3) mg/L 均优于对比组 (113.5±16.2) mL/min、(2.1±0.4) mg/L ($P<0.05$)。2 组对比不良反应数据,分析组发生率 6.67% 低于对比组 23.33% ($P<0.05$)。2 组对比总有效率数据,分析组 96.67% 高于对比组 83.33% ($P<0.05$)。结论:HTN 采取苯磺酸左旋氨氯地平片治疗的效果确切,即可对患者血压予以有效控制,且可改善其肾功能,还可减少不良反应,疗效可靠安全,利于改善患者预后,可进一步研究推广。

关键词: 高血压; 苯磺酸左旋氨氯地平片; 临床效果

在心血管疾病中,高血压 (HTN) 较为多发和常见,其属于慢性疾病,是造成人类死亡的重要病因。该病症发生后可出现各种并发症,如心脏病、脑卒中、持续性血压过高等,加剧患者病程较长,所以对患者的生命健康和生活质量威胁巨大^[1-2]。近些年该病症发病人数呈不断增多趋势,所以人们对其治疗给予了高度关注和重视^[3]。在治疗此类患者时,临床多数采用降压药治疗,涉及 β 受体阻滞剂、钙通道拮抗剂、利尿剂等,而实际用药时还需结合患者病情变化,以保证用药的合理性和有效性^[4-5]。因此本文总共抽取 60 例病例展开研究,年限截止为 2020.05~2022.01,均以 HTN 确诊,对比研究以随机法展开,分为对比组 (30 例) 与分析组 (30 例),研究了 HTN 采取苯磺酸左旋氨氯地平片治疗的临床效果,现将研究情况做以下阐述:

1. 资料与方法

1.1 资料

本次总共抽取 60 例病例展开研究,年限截止为 2020.05~2022.01,均以 HTN 确诊,对比研究以随机法展开,分为对比组 (30 例) 与分析组 (30 例)。研究开展前统计处理 2 组基本资料,其中男女比例为 18:12 (分析组) 和 17:13 (对比组);所选病例年龄、病程范围位于 47-79 岁、2-18 年之间,2 组均值统计结果分别为 (59.3±4.8) 岁、(7.5±1.5) 年 (分析组)、(58.6±5.3) 岁、(7.6±1.8) 年 (对比组)。通过对各项数据经 X^2 、T 值检验分析,若 $P>0.05$,说明研究可开展。所有对象均知情,且事先签订同意书,正式开展研究前已获伦理委员批准。

入选条件:均满足 2018 年修订版《中国高血压防治指南》^[6]中关于 HTN 的确诊条件;认知正常,意识清晰;资料完整。排除条件:近期使用其他降压药者;对本次用药过敏;恶性肿瘤;严重肝肺、肺部及肾脏功能损害;合并心衰、冠心病等;精神疾病。

1.2 方法

采取苯磺酸左旋氨氯地平片治疗分析组,该药规格 5mg/片,产自华北制药股份有限公司,国药准字 H20143054,于清晨口服,1 次/d,2.5mg/次,4w 后若血压未降至正常,则增加至 5mg/d,治疗 8w。采取硝苯地平控释片治疗对比组,该药规格 30mg/片,产自拜耳医药保健有限公司,国药准字 J20180025,口服,1 次/d,30mg/次,治疗 8w。

1.3 评价指标

结束研究后对比 2 组 DBP (舒张压)、SBP (收缩压) 等血压、GFR (肾小球滤过率)、 β_2 -MG (血 β_2 微球蛋白) 等肾功能指标变化、不良反应 (观察患者有无水肿、头痛、心悸等反应。) 及疗效 (依据 2017 年版《老年高血压的诊断与治疗中国专家共识》^[7]做出评估,患者血压降低 ≤ 10 mmHg 为无效;患者血压降低 > 20 mmHg 为有效;患者血压降至正常水平为显效。) 数据,以评定效果。

1.4 分析数据

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

2. 结果

2.1 对比血压水平

结束研究后,2 组对比治疗后 DBP、SBP 等水平数据,分析组均低于对比组 ($P<0.05$);但 2 组治疗前对比各项指标差异较小 ($P>0.05$)。如表 1 示。

表 1: 2 组对比血压水平 ($\bar{x} \pm s$, mmHg)

组别	n	治疗前		治疗后	
		DBP	SBP	DBP	SBP
分析组	30	96.8±9.5	150.4±13.2	80.5±6.4	120.6±9.3
对比组	30	96.3±10.2	150.6±12.8	89.2±6.7	142.5±9.8
T 值		0.4132	0.0324	7.8569	11.5234
P 值		0.652	0.985	0.000	0.000

2.2 对比肾功能水平

结束研究后,2 组对比 GFR、 β_2 -MG 等水平数据,分析组均优于对比组 ($P<0.05$);但 2 组治疗前对比各项指标差异较小 ($P>0.05$)。如表 2 示。

表 2: 2 组对比肾功能水平 ($\bar{x} \pm s$, %)

组别	n	GFR (mL/min)		β 2-MGmg/L (mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
分析组	30	110.6 $\pm$ 13.8	121.5 $\pm$ 16.8	2.1 $\pm$ 0.5	1.6 $\pm$ 0.3
对比组	30	110.7 $\pm$ 13.5	113.5 $\pm$ 16.2	2.1 $\pm$ 0.3	2.1 $\pm$ 0.4
T 值		0.5263	6.5417	0.1225	7.2145
P 值		0.748	0.004	0.856	0.000

2.3 对比不良反应

结束研究后, 2 组对比不良反应数据, 分析组发生率 6.67%低于对比组 23.33% ($P<0.05$)。如表 3 示。

表 3: 2 组对比不良反应[例 (%)]

组别	n	水肿	头痛	心悸	发生率 (%)
分析组	30	0 (0.0)	2 (6.67)	0 (0.0)	2 (6.67)
对比组	30	2 (6.67)	3 (10.0)	2 (6.67)	7 (23.33)
X ² 值					4.3265
P 值					0.035

2.4 对比疗效结果

结束研究后, 2 组对比总有效率数据, 分析组 96.67%高于对比组 83.33% ($P<0.05$)。如表 4 示。

表 4: 2 组对比不良反应[例 (%)]

组别	n	有效	无效	显效	有效率 (%)
分析组	30	8 (26.67)	1 (3.33)	21 (70.0)	29 (96.67)
对比组	30	9 (30.0)	5 (16.67)	16 (53.33)	25 (83.33)
X ² 值					4.6317
P 值					0.028

3. 讨论

近些年由于人们生活方式的转变, 加之社会经济的飞速提升, 各种慢性疾病在临床上的发生率呈不断增高趋势, 其中以 HTN 最为常见^[8]。该病症发生后的主要特征为机体循环动压增高, 而对于冠心病和心力衰竭等患者而言, HTN 是十分重要的诱因之一^[9]。目前在对该病症进行治疗的过程中, 常用药物为硝苯地平控释片, 钙药物可抑制细胞内钙离子的释放, 可在一定程度上降低患者血压水平, 但此种药物可导致代谢异常和消化及循环系统不良反应, 可造成下肢浮肿、血压降低、心悸以及头痛的反应, 若用药期间遵医嘱不严格, 用药过量还可过度扩张外周血管, 从而引起低血压^[10]。而作为一种长效钙离子拮抗剂, 苯磺酸左旋氨氯地平是氨氯地平的左旋部分, 该药物属于 2 氢吡啶类, 可对血管平滑肌以及心肌细胞外钙离子加以阻滞, 从而避免其从细胞膜的钙离子通道内流, 可有效降低平滑肌张力, 从而显著降低机体血压水平。同时该药物具有较高的生物利用度, 可通过相对较少的服用剂量发挥效果, 可防止多种不良反应, 用药可靠安全^[11]。本文结果中, 2 组对比治疗后 DBP、SBP 等水平数据, 分析组均低于对比组 ($P<0.05$)。这表明苯磺酸左旋氨氯地平的降压疗效更为显著, 该药物血药浓度可在用药 7~8 天后达到稳定水平, 可发挥较长时间的持续降压作用, 从而对血压水平予以平稳控制。2 组对比 GFR、 β 2-MG 等水平数据, 分析组均优于对比组 ($P<0.05$)。这表明苯磺酸左旋氨氯地平可对

患者的肾功能加以改善和恢复, 分析原因为该药物可促使肾小球小动脉阻力有效下降, 可降低其基底膜通透性和毛细血管内压力, 从而增加 GFR 水平, 进一步保护肾脏靶器官^[12]。2 组对比不良反应数据, 分析组发生率 6.67%低于对比组 23.33% ($P<0.05$)。2 组对比总有效率数据, 分析组 96.67%高于对比组 83.33% ($P<0.05$)。这表明苯磺酸左旋氨氯地平的疗效更明确一切, 可有效预防和减少各种不良反应, 降压可靠安全。可见, HTN 采取苯磺酸左旋氨氯地平片治疗发挥着显著作用和积极优势。

综上, HTN 采取苯磺酸左旋氨氯地平片治疗的效果确切, 即可对患者血压予以有效控制, 且可改善其肾功能, 还可减少不良反应, 疗效可靠安全, 利于改善患者预后, 可进一步研究推广。

参考文献:

[1]康彦同,赵丽贞. 心脉通胶囊联合苯磺酸左旋氨氯地平片对原发性高血压病人血清炎症因子及血管内皮功能的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2021,19(7):1137-1140.

[2] Kifle Zemene Demelash, Adugna Meaza, Chanie Gashaw Sisay, et al. Prevalence and associated factors of hypertension complications among hypertensive patients at University of Gondar Comprehensive Specialized Referral Hospital[J]. Clinical Epidemiology and Global Health, 2021,11(13):100951-.

[3]温鑫洋,章杨. 苯磺酸左旋氨氯地平片加杞菊地黄汤治疗原发性高血压临床研究[J]. 中国中医药现代远程教育,2021,19(12):145-147.

[4]刘子仲,卢惠伦,刘圣林. 苯磺酸左旋氨氯地平片治疗老年高血压患者的临床分析[J]. 中国卫生标准管理,2021,12(9):116-118.

[5]李丰涛,刘丹丹. 当归益气方联合苯磺酸左旋氨氯地平片治疗阴阳两虚型原发性高血压的临床疗效及对中医证候积分和血液流变学的影响[J]. 中医研究,2021,34(11):30-33.

[6]郑林筠,许洁伟. 苯磺酸左旋氨氯地平对轻中度高血压的疗效及动态血压变化[J]. 中国临床药理学杂志,2021,37(12):1491-1493,1497.

[7]张宝明. 苯磺酸左旋氨氯地平片治疗高血压药理学分析[J]. 中国药物与临床,2021,21(11):1946-1947.

[8]王莉,缙芳红,王甜甜. 苯磺酸左旋氨氯地平联合阿托伐他汀钙片对高血压合并冠心病患者血压、血脂水平的影响[J]. 山西医药杂志,2021,50(24):3392-3395.

[9]栗醒. 苯磺酸左旋氨氯地平联合血管紧张素转换酶抑制剂治疗老年高血压疗效观察[J]. 医药论坛杂志,2020,41(9):165-167.

[10] Sadoo Annie B, Davies Neil M, Kehoe Patrick G, et al. Investigating the relationship of drugs prescribed to treat hypertension and hypercholesterolemia with disease progression in Alzheimer's disease and related dementias[J]. Alzheimer's & Dementia, 2021, 17(05):1126-1128.

[11]崔艳慧. 苯磺酸左旋氨氯地平片治疗高血压临床治疗效果评价[J]. 中国保健营养,2021,31(1):75.

[12]权中文. 苯磺酸左旋氨氯地平片治疗原发性高血压的效果研究[J]. 山西医药杂志,2020,49(21):2957-2958.

甲钴胺用于糖尿病周围神经病变临床治疗中改善神经传导功能的作用研究

张宇

华北石油二部医院 河北任丘 062550

摘要: 目的: 探讨甲钴胺用于糖尿病周围神经病变临床治疗中改善神经传导功能的作用。方法: 对我院 2020.08-2021.10 这期间, 收治的糖尿病周围神经病变患者, 随机选 74 例用于此次的研究, 根据数字抽签法将患者分成 2 组, 有 37 例患者为对照组, 实施常规治疗, 另外 37 例患者为观察组, 应用甲钴胺治疗, 分析 2 组患者治疗的神经传导功能改善情况。结果: 观察组患者的运动神经传导速度、感觉神经传导速度与对照组患者相比明显更优, ($P < 0.05$); 此外, 2 组患者治疗前的血清神经功能水平相比之下, 差异无统计学意义, ($P > 0.05$), 通过治疗, 2 组患者的血清神经功能水平与治疗前相比明显改善, ($P < 0.05$), 且观察组患者的各项指标水平显著优于对照组患者, ($P < 0.05$); 另外, 观察组与对照组患者的治疗总有效率相比, 观察组更高, ($P < 0.05$); 但 2 组患者的不良反应发生率相比差异不显著, 不具有统计学意义, ($P > 0.05$)。结论: 对于糖尿病周围神经病变患者的治疗, 临床应用甲钴胺的疗效确切且安全, 可有效的改善患者神经传导功能, 值得推广。

关键词: 甲钴胺; 糖尿病周围神经病变; 神经传导功能

糖尿病周围神经病变是糖尿病中常见的一种并发症, 其发病率已经高达 80% 左右, 对患者的运动、感觉神经造成影响。往往患者临床表现为肢体麻木、疼痛等症状, 不利于患者的日常生活及工作, 加之其发病机制较为复杂, 所以临床通常采取对症、对因治疗的原则, 来减轻患者的症状, 控制其血糖水平, 但不同的药物之间疗效存在较大的差异。其中甲钴胺作为内源性辅酶 B₁₂, 对患者的神经组织具有良好的传递性, 由此进一步改善患者的神经传导功能^[1]。基于此, 本文对我院近年期间, 收治的糖尿病周围神经病变患者, 随机选 74 例用于此次的研究进行具体临床调查, 报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

对我院 2020.08-2021.10 这期间, 收治的糖尿病周围神经病变患者, 随机选 74 例用于此次的研究, 根据数字抽签法将患者分成 2 组, 有 37 例患者为对照组, 实施常规治疗, 患者中有男性 20 例、女性 17 例, 年龄在 41 岁-78 岁, 平均 (57.37±2.52) 岁, 病程持续 4 个月-10 个月, 平均 (5.12±1.89) 岁; 另外 37 例患者为观察组, 应用甲钴胺治疗, 分别有 19 例男患者及 18 例女患者, 年龄在 40 岁-80 岁, 平均 (58.52±2.87) 岁, 病程持续 3 个月-11 个月, 平均 (5.39±1.82) 月。2 组患者均符合糖尿病周围神经病变的诊断标准, 且患者全部为自愿加入调查, 签署知情同意书; 排除合并肝肾功能不全、癌症、严重过敏体质及精神障碍等患者。对 2 组患者的临床基线资料, 由统计学分析其差异无意义, 可以比较 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组患者实施常规治疗, 控制患者的血糖, 给予患者口服 10mg 的西洛他唑, 一天 2 次, 连续用药 8 周^[2-4]。

1.2.2 观察组患者在对照组治疗基础之上, 应用甲钴胺治疗, 每次服用 0.5mg, 一天 3 次, 连续用药 8 周^[5-8]。

1.3 观察指标

(1) 运用肌电图仪, 对 2 组患者的正中、腓总神经的运动神经传导速度、感觉神经传导速度进行检测后, 详细的记录。(2) 在治疗前、治疗 2 周之后, 于同一时间点取 2 组患者 2ml 的外肘静脉血, 于室温静置进行离心处理后, 取上清液, 以酶联免疫吸附试验试剂盒, 测定血清神经功能指标, 包括 BDNF (脑源性神经营养因子)、MBP (髓鞘碱性蛋白)。(3) 根据 2 组患者的临床症状变化情况判定疗效, 其中患者的症状基本消失, 跟腱反射恢复, 或者深浅感觉恢复正常, 神经传导相比治疗前增加 5m/s 为显效; 患者症状及跟腱反射有所改善, 且神经传导增加 <5m/s 为好转; 患者的症状、跟腱反射及神经传导速度没有变化为无效。总有效率=显效率+好转率。(4) 详细记录 2 组患者治疗期间出现的不良反应, 包括食欲减退、腹痛及呕吐等。

1.4 统计学分析

以 SPSS20.0 统计软件处理研究数据, 根据 ($\bar{x} \pm s$) 进行计量资料的表示, 组间对比检验为 t , 根据 (%) 进行计数资料的表示, 组间对比检验为 X^2 , 差异为 $p < 0.05$ 有统计学意义。

2. 结果

2.1 对比 2 组患者的神经传导功能

观察组患者的运动神经传导速度、感觉神经传导速度与对照组患者相比明显更优, ($P < 0.05$); 所见下表 1 为数据详情。

2 组患者的神经传导功能比较 [$(\bar{x} \pm s)$, m/s]

组别	例数	运动神经传导速度	感觉神经传导速度
----	----	----------	----------

	(n)	正中	腓总	正中	腓总
观察组	37	48.05±4.07	43.88±3.71	45.04±4.63	37.62±4.73
(n)					
对照组	37	41.86±4.12	36.07±2.98	39.46±3.94	34.29±2.97
(n)					
t 值		7.536	11.557	6.487	4.823
p 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 对比 2 组患者的血清神经功能水平

2 组患者治疗前的血清神经功能水平相比之下,差异无统计学意义,($P>0.05$),通过治疗,2 组患者的血清神经功能水平与治疗前相比明显改善,($P<0.05$),且观察组患者的各项指标水平显著优于对照组患者,($P<0.05$);所见下表 2 为数据详情.

表 2 2 组患者的血清神经功能水平比较[$\bar{x}\pm s$], $\mu\text{g/L}$]

组别	例数 (n)	BDNF		MBP	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	37	4.32±0.53	10.78±1.17	0.33±0.02	0.76±0.05
(n)					
对照组	37	4.54±0.62	7.07±0.68	0.34±0.03	0.46±0.02
(n)					
t 值		1.939	20.346	1.411	29.518
p 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:同组患者治疗后的 BDNF、MBP 与治疗前相比差异有统计学意义, $P<0.05$ 。

2.3 对比 2 组患者治疗的临床疗效

观察组与对照组患者的治疗总有效率相比,观察组更高,($P<0.05$);所见下表 3 为数据详情.

表 3 2 组患者治疗的总有效率比较

组别	例数 (n)	显效 (n)	好转 (n)	无效 (n)	总有效率 (%)
观察组	37	25	11	1	97.3
(n)					
对照组	37	18	12	7	81.08
(n)					
X ² 值					4.889
p 值					<0.05

2.4 对比 2 组患者的不良反应情况

但 2 组患者的不良反应发生率相比差异不显著,不具有统计学意义,($P>0.05$);所见下表 4 为数据详情.

表 4 2 组患者治疗的不良反应发生率比较

组别	例数 (n)	食欲减退	腹痛 (n)	呕吐 (n)	总反应率 (%)
观察组	37	2	1	1	10.81
(n)					
对照组	37	3	1	1	13.51
(n)					
X ² 值					1.012
p 值					>0.05

3. 讨论

近几年我国糖尿病患者中,一半以上均并发周围神经病变,主要表现为神经纤维的萎缩、脱髓鞘、神经内微循环改变。由于患者长期处于慢性高血糖状态下,便会引起神经损伤,以患者的四肢麻木、疼痛,仿佛脚踩棉花感等为主的临床表现,并伴有肌肉松弛无力,自主神经损伤而引起患者产生呕吐、腹泻及尿潴留等症状^[9]。其中约有 35% 左右的患者,尚无明显的糖尿病周围神经病变症状,对患者的生活质量乃至生命安全造成严重的影响,已经成为十分棘手的公共卫生问题,故而临上的及时诊断与有效治疗迫在眉睫。

目前,临床上采用西洛他唑进行治疗,来改善患者的微循环,但是却无法发挥出营养神经的作用,而维生素 B 族类药物,比如甲基微生物 B₁₂,可参与核酸、蛋白质及脂肪的代谢,在合成轴突结构蛋白中具有重要的作用,同时能够参与修复损伤的神经纤维,提升神经传导速度,以此促进 RNA 与 DNA 的合成,以及形成髓鞘,改善神经组织传递与代谢障碍,利于轴索内运输与轴索的再生。其中甲钴胺便属于一种内源性辅酶 B₁₂,易于进入神经细胞的细胞器内,参与一碳单位循环,通过强化甲硫氨酸合成酶的活性,促使培养大鼠组织中的卵磷脂合成,以及神经元髓鞘的形成,以此提升神经组织的传递性,从而促进细胞内物质的代谢,实现患者的神经传导功能的改善^[10]。基于此,为了进一步证实其效果,本文对我院 2020.08-2021.10 这期间,收治的糖尿病周围神经病变患者,随机选 74 例用于此次的研究,根据数字抽签法将患者分成 2 组,有 37 例患者为对照组,实施常规治疗,另外 37 例患者为观察组,应用甲钴胺治疗展开调查。数据结果表明:观察组患者的正中、腓总运动神经传导速度(48.05±4.07) m/s、(43.88±3.71) m/s,正中、腓总感觉神经传导速度(45.04±4.63) m/s、(37.62±4.73) m/s,与对照组患者的正中、腓总运动神经传导速度(41.86±4.12) m/s、(36.07±2.98) m/s,正中、腓总感觉神经传导速度(39.46±3.94) m/s、(34.29±2.97) m/s 相比明显更优,($P<0.05$),这一结果说明甲钴胺可有效的改善患者的神经传导速度,与乔慧子^[11]等人的研究报道数据相似。此外,2 组患者治疗前的血清神经功能水平相比之下,差异无统计学意义,($P>0.05$),通过治疗,2 组患者的血清神经功能水平与治疗前相比明显改善,($P<0.05$),且观察组患者的 BDNF

(10.78 ± 1.17) $\mu\text{g/L}$ 、MBP (0.76 ± 0.05) $\mu\text{g/L}$, 显著优于对照组患者的 BDNF (7.07 ± 0.68) $\mu\text{g/L}$ 、MBP (0.46 ± 0.02) $\mu\text{g/L}$, ($P < 0.05$), 结果证实甲钴胺对血清神经功能水平具有提升作用; 另外, 观察组与对照组患者的治疗总有效率相比, 观察组更高, ($P < 0.05$)。另外, 用药安全性始终都是患者及家属关注的重点问题之一, 本文研究数据显示, 2 组患者的不良反应发生率相比差异不显著, 不具有统计学意义, ($P > 0.05$), 但观察组患者的不良反应情况较少, 提示甲钴胺治疗的安全性高。

综上所述, 对于糖尿病周围神经病变患者的临床治疗, 其甲钴胺应用的疗效显著, 对患者的神经传导功能具有明显的改善作用, 利于提升患者的血清神经功能水平, 加之用药安全, 值得在临床上进行积极推广及应用。

参考文献:

- [1] 李欣媛, 张涵涛. 甲钴胺用于糖尿病周围神经病变临床治疗中改善神经传导功能的效果[J]. 检验医学与临床, 2021, 18(10):4.
- [2] 陈易, 李岩峰, 甘宜邈, 等. 八段锦结合甲钴胺片治疗 2 型糖尿病周围神经病变临床研究[J]. 国际中医中药杂志, 2022, 44(1):5.
- [3] 尹慧霞. α -硫辛酸联合甲钴胺治疗 2 型糖尿病周围神经病变的临床

疗效研究[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(14):4.

[4] 苗克新. α -硫辛酸联合甲钴胺治疗糖尿病周围神经病变的效果研究[J]. 山西医药杂志 2021 年 50 卷 3 期, 393-395 页, ISTIC CA, 2021.

[5] 高润霞, 雷烨, 史勤利. 常规降糖联合甲钴胺治疗糖尿病周围神经病变患者的临床效果[J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7(13):4.

[6] 田沛文, 余雪梅. 依帕司他联合甲钴胺用于治疗糖尿病周围神经病变患者的临床效果[J]. 中国药物经济学, 2020, 15(9):4.

[7] 胡燕燕. 温通散中药熏洗联合甲钴胺片治疗糖尿病合并周围神经病变的疗效研究[J]. 基层医学论坛, 2021, 25(34):3.

[8] 卢玩芳, 张畅. 甲钴胺联合复方芪丹方治疗糖尿病周围神经病变 48 例临床观察[J]. 中国民族民间医药, 2021, 30(4):5.

[9] 王朝霞, 李亚钊. 不同剂量甲钴胺联合硫辛酸对糖尿病周围神经病变患者周围神经传导功能的影响[J]. 海南医学, 2020, 31(6):3.

[10] 张颖, 刘小溪, 张兰. 血塞通定向透药导入疗法联合甲钴胺治疗糖尿病周围神经病变疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(11):6.

[11] 乔慧子. 依帕司他与甲钴胺治疗糖尿病周围神经病变的疗效观察[J]. 九江学院学报: 自然科学版, 2020, 35(1):3.

(上接第 38 页)

(HDL-C) 及低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C) 等血脂水平指标均较治疗前均有了显著的下降, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 这说明两种治疗方式对改善患者血脂水平都有确切的疗效; 而对比两组治疗后的血脂水平指标可以发现, 观察组的 TC、TG、HDL-C 及 LDL-C 等血脂水平指标改善效果显著优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。这说明观察组治疗方式对改善患者血脂水平的效果更明显。而表 3 数据显示, 与单一使用阿托伐他汀治疗的对照组相比, 联合使用美托洛尔的观察组治疗过程中并未增加明显的不良反应 ($\chi^2 = 1.177$, $P > 0.05$)。这说明阿托伐他汀联合美托洛尔的治疗方式较单一使用阿托伐他汀的治疗方式并未增加用药风险, 在安全性方面并无明显差异。分析原因为阿托伐他汀与美托洛尔联用可从不同机制发挥治疗效果, 阿托伐他汀是强效降脂药物, 能抑制胆固醇的合成, 降低血脂水平, 从而实现扩张血管、改善冠脉功能的治疗效果。而美托洛尔是一种 β_1 受体阻滞剂, 具有调节心脏功能、缓解心血管功能性负担, 预防心肌缺血等功能性作用。两者的作用机制不同, 也不冲突, 所以, 在治疗过程中, 不会产生更多的不良反应^[8]。

综上所述, 阿托伐他汀联合美托洛尔治疗冠心病安全、有效, 可以显著改善患者的血脂水平, 并能改善患者的心脏功能与疾病症状, 而且不会增加治疗过程中的各种不良反应。是一种安全有效的治疗方式, 值得推广应用。

参考文献:

- [1] 张昊洲. 益心舒片联合尼可地尔治疗冠心病心绞痛患者的临床疗效[J]. 中国药物与临床, 2020, 20(5):3.
- [2] 王冬花. 冠状动脉造影及支架植入术后局部出血危险因素分析及护理分析[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(1):3.
- [3] 李涛. 阿托伐他汀钙联合依折麦布药物对冠心病治疗效果与安全性分析[J]. 黑龙江医学, 2019, 43(9):3.
- [4] 郑壮勋, 郑成芳, 陈壮荣. 美托洛尔联合曲美他嗪治疗冠心病合并心力衰竭患者的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2020, 36(13):4.
- [5] 孙靖. 阿托伐他汀联合美托洛尔对冠心病合并心衰患者血浆 NT-pro BNP 水平的影响[J]. 实用糖尿病杂志, 2018, 3(8):13-14.
- [6] 杨德志. 阿托伐他汀钙片联合依折麦布片治疗急性心肌梗死的临床疗效[J]. 实用心脑血管病杂志, 2017, 25(8):4.
- [7] 张媛媛, 高行军, 康启, 等. 稳心颗粒联合酒石酸美托洛尔治疗冠心病合并心律失常临床疗效及安全性分析[J]. 解放军医药杂志, 2020, 32(1):4.
- [8] 刘文捷、周婵娟、吴玉英、柯剑辉. 美托洛尔联合阿托伐他汀钙治疗老年冠心病心绞痛患者的疗效及安全性观察[J]. 中国现代药物应用, 2020, v.14(23):12-15.

噻托溴铵粉吸入剂结合布地奈德福莫特罗粉吸入剂对重症 COPD 稳定期患者肺功能及运动耐力的影响研究

崔铁军

乐陵市人民医院重症医学科 山东乐陵 253600

摘要:目的:分析噻托溴铵粉吸入剂结合布地奈德福莫特罗粉吸入剂对重症 COPD 稳定期患者肺功能及运动耐力的影响。方法:择取 2018.6.3~2021.6.3 本院呼吸内科收治的 122 例缓解期 COPD 者为研究样本。按照治疗法则,分为单药组和双药组,各 61 例;前者使用布地奈德福莫特罗,后者在前者基础上加用噻托溴铵,分析结果。结果:干预后双药组 FEV1/FVC、FEV1%、FEV1 值高于单药组, $P<0.05$;患者不良反应率无明显差别, $P>0.05$;双药组急性加重次数低于单药组, $P<0.05$;干预后双药组运动耐力分数高于单药组, $P<0.05$ 。结论:对于重症缓解期 COPD 患者使用噻托溴铵和布地奈德福莫特罗粉吸入剂治疗安全性强,能提高肺功能以及运动耐力,能减少急性加重次数。值得推广。

关键词:噻托溴铵粉吸入剂;布地奈德福莫特罗;联合治疗;重症 COPD;肺功能;运动耐力

慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 在临床中并不罕见。中老年是本病的重要发生群体。慢性支气管炎以及慢性阻塞性肺气肿和 COPD 的发生发展关联性很强。患者气流受限不完全可逆,呈进行性发展。因气流受阻,可能引起缺氧、二氧化碳潴留而引起呼吸衰竭,成为危及患者生命的重要性因素。临床中,将本病分为急性期加重阶段和稳定期,不同阶段的治疗原则存在差异^[1]。慢性缓解期的治疗原则是改善患者肺部功能、减少急性发作频次、缓解临床症状。布地奈德福莫特和罗噻托溴铵为 COPD 缓解期常见用药。对 COPD 患者实施联合用药方案治疗疾病,可以改善运动耐力和肺功能。

1. 资料与方法

1.1 基线资料

择取 2018.6.3~2021.6.3 本院呼吸内科收治的 122 例缓解期 COPD 者为研究样本。经诊断,患者符合卫健委制定的缓解期 COPD 标准^[2]。纳入对象:资料完整、知情同意、意识正常、依从性强。排除对象:意识模糊者、肝肾功能严重不全者、精神疾患、拒绝调查、资料缺失、妊娠女性、依从不佳。实验经本院医学伦理委员会批准,同意实施。按照治疗法则,分为单药组和双药组,各 61 例。单药组男 33 例、女 28 例,年龄区间为 48.88~87.28 岁,年龄均值为 (70.25±1.55) 岁;双药组内男 34 例、女 27 例,年龄区间为 49.11~88.24 岁,年龄均值为 (71.64±1.48) 岁。经比较,病患基线资料差别不大, $P>0.05$, 可比。

1.2 方法

病患入院,接受常规内科治疗。详细是:结合药敏培养结果使用抗生素,营养干预、解痉平喘治疗。单药组在此基础上使用布地奈德福莫特罗粉吸入剂 (批准文号: H20140459, 厂家: AstraZeneca AB), 1 吸/次, 2 次/d。治疗 12 周。双药组使用布地奈德福莫特罗粉吸入剂以及噻托溴铵粉吸入剂 (国药准字 H20060454, 厂家: 正大天晴药业集团股份有限公司)。

前者用药方式和单药组相同,噻托溴铵使用方式: 1 次/d, 1 吸/次。治疗 12 周。

1.3 观察指标

第一,分析干预前后肺功能指标。实验使用四川省思科达科技公司出品的肺功能测定设备开展检查。型号是 S-980A III 型。指标为: FEV1/FVC、FEV1%、FEV1。

第二,对比急性加重次数以及不良反应。

第三,分析两组干预前后运动耐力。实验使用 6min 步行距离评价运动耐力 (6MWD 量表)。步行距离和运动耐力为正比关系。

1.4 统计学原理

应用 SPSS21.0 软件包,对计量、计数资料分别应用 T 值、 χ^2 计算,如果 $P<0.05$,为有统计学意义。

2. 结果

2.1 治疗前后肺功能对比

患者干预前肺功能指标无明显差别, $P>0.05$;干预后双药组 FEV1/FVC、FEV1%、FEV1 值高于单药组, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1. 治疗前后肺功能对比 (x±s)

指标	时间	双药组	单药组	t	P
	段	(n=61)	(n=61)		
FEV1 (L)	干预前	1.20±0.40	1.22±0.43	0.269	>
	干预后	1.81±0.49	1.41±0.43	3.936	<
FEV1%	干预前	40.20±4.55	40.47±4.28	0.089	>
	干预后	54.26±6.37	45.26±5.82	6.936	<

	后				0.05
FEV1/FVC	干预	50.16±5.28	50.33±5.41	0.158	>
(%)	前				0.05
	干预	67.07±4.23	61.53±4.37	4.936	<
	后				0.05

2.2 急性加重次数以及不良反应对比

患者不良反应率无明显差别， $P>0.05$ ；双药组急性加重次数低于单药组， $P<0.05$ 。见表 2。

表 2.急性加重次数以及不良反应对比

指标	双药组 (n=61)	单药组 (n=61)	T/x ²	P
皮疹	2 (3.28%)	2 (3.28%)		
嘶哑	2 (3.28%)	3 (4.92%)		
头部疼痛	3 (4.92%)	3 (4.92%)		
肌肉震颤	2 (3.28%)	2 (3.28%)		
不良反应发生	9 (14.75%)	10 (16.39%)	0.182	>
率				0.05
急性加重次数	0.77±0.35	1.24±0.27	5.296	<
				0.05

2.3 分析两组运动耐力

患者干预前运动耐力差别不大， $P>0.05$ 。干预后双药组运动耐力分数高于单药组， $P<0.05$ 。见表 3。

表 3.两组运动耐力 (x±s, m)

时间段	双药组 (n=61)	单药组 (n=61)	t	P
干预前	220.25±20.25	222.26±20.61	0.528	>0.05
干预后	281.26±21.54	255.61±19.38	5.936	<0.05
t	13.264	6.639		
P	<0.05	<0.05		

3. 讨论

最近几年，随着我国自然环境恶化加上民众原本生活习惯发生改变、吸烟人数比例增加^[3]。在这样的背景下，慢性阻塞性肺病的发生概率表现出了逐年上涨的势态。如果患者没有在第一时间接受到行之有效的治疗，极有可能引发肺部恶性肿瘤、肺衰竭等严重疾病，造成患者死亡。当前，临床针对于重症缓解期 COPD 患者，临床治疗仍以基础干预和对症药物治疗为主。通过上述方式，有效缓解患者病情进展。

肺功能检查为诊断重症 COPD 疾病的金标准。和正常人相比，COPD 患者由于受到自身疾病的影响，其肺泡壁以及气道受到了程度不一的损害^[4]。这些患者肺部的弹性回缩能力以及顺应程度比正常人更低。由于患者的肺部残气量增加造成 FVC 以及 FEV1 值降低。因存在这一不良情况在极大程度上影响了患者的生活质量。

本组实验研究表明：干预之后双药组患者的各项肺功能指标改善情况好于单药组， $P<0.05$ 。和单药组相比，双药组患者干预之后运动耐受能力改善情况更好， $P<0.05$ 。这一点代表对于重症 COPD 稳定期患者来讲应用噻托溴铵粉联合布地奈德福莫特罗粉吸入剂治疗疾病，能够取得不俗效果。该法可以改善患者的运动耐受力以及肺部功能。

噻托溴铵属于一种长效抗胆碱制剂季铵衍生物。有研究表明^[5]：这种药品进入到人体之后，能够和人体之内的支气管平滑肌中毒蕈碱受体相互结合，通过这种方式抑制因副交感神经末端释放大乙酰胆碱所引发的气管收缩。值得注意的是，噻托溴铵针对于 M1、M2、M3、M4 以及 M5 型毒蕈碱型受体都能够发挥出同样的亲和力^[6]。当噻托溴铵进入到患者气道之内，能够和受体产生非常高的亲和力。且值得注意的是，这种药品和毒蕈碱型 M3 受体以及 M1 受体解离速度相当缓慢，可以实现长期阻滞胆碱能神经介导支气管平滑肌收缩。通过该项机制，发挥出缓解患者以往所表现出的呼吸困难症状，有效扩张患者支气管。通过该项法全面提升患者的肺部功能，减少慢阻肺加重频次，改善病患生活质量，防止病情恶化。应用本品针对 COPD 患者开展治疗，能够有效提升患者的生活质量。噻托溴铵针对于毒蕈碱 M3 型受体以及 M1 型受体具有高度选择性的特点，可延长药物的作用时间。经此法规避由于 M2 受体阻滞引发唾液大量分泌以及瞳孔散大等副作用发生^[7]。

布地奈德福莫特罗属于速效、高效 β_2 肾上腺素受体完全激动剂富马酸福莫特罗以及糖皮质激素布地奈德所组成的复方制剂。该制剂中的布地奈德成分进入到人体之后，能够全面阻止重症缓解期 COPD 患者病情恶化速度，同时也能解除患者既往所表现出的哮喘症状^[8]。从副作用发生率来看，这种药物不良反应发生率比较低。当福莫特罗进入到人体之后，能够有效舒张可逆性气道阻塞 COPD 患者支气管平滑肌。这种药物在吸入之后 1-3min 之内就能够起到良好的效果。本品的支气管扩张作用迅速，单次应用福莫特罗能够维持 12h 的药效作用。患者每天服用两次即可^[9]。

本组内，干预后双药组急性加重次数比单药组低， $p<0.05$ 。COPD 患者之间不良反应发生率无明显差别， $P>0.05$ 。这一点代表：双药组患者所应用的方案安全性强。这一方法可以达到减少患者疾病急性加重频次的效果，又处于促进患者疾病转归。

有文献分析了以上药物治疗重症 COPD 稳定期的运动耐力以及肺功能之影响，该学者研究证实^[10]：对于此病患者应用噻托溴铵联合布地奈德福莫特罗吸入剂治疗方案治疗疾病。观察组患者治疗前的 SGQR 评分从 50.62±8.88 分降低到了治疗后 30.62±8.86 分，同期对照组患者治疗前 SGQR 评分为 50.58±8.94 分，治疗后 41.34±7.92 分。和对照组相比而言，观察组患者治疗以后的 SGQR 评分明显更低。这一点也代表了观察组治疗方案能够有效改善患者运动耐力水平。本组实验的研究结果也证实了这一点真实性。

心脏彩超诊断冠心病节段性室壁运动异常的价值分析

冯业平 黄振秀 李辉丽

海南省万宁市人民医院超声科 海南万宁 571500

摘要：目的：观察在诊断冠心病节段性室壁运动异常的过程中应用心脏彩超诊断的临床价值。方法：将我院 2020 年 10 月至 2022 年 2 月期间收治的疑似冠心病节段性室壁运动异常患者 62 例作为观察对象，对 62 例疑似患者实施心脏彩超的诊断观察，将心脏彩超的诊断结果与金标准冠脉造影诊断结果（确诊患者为 56 例）相对比，分析心脏彩超诊断冠心病节段性室壁运动异常的诊断价值。结果：与冠脉造影诊断结果相比，心脏彩超对于诊断冠心病节段性室壁运动异常的敏感度为 96.43%，特异度为 71.43%，准确性为 95.16%，与金标准诊断结果相比（ $P>0.05$ ），差异无统计学意义；56 例患者中包括右冠脉狭窄、左前降支狭窄、左旋支狭窄、左旋支狭窄及右冠脉狭窄、回旋支及左前降支狭窄等类型。结论：对冠心病节段性室壁运动异常患者实施心脏彩超诊断的临床价值较高，具有较高的诊断敏感度及准确性，为患者疾病的确定、制定个性化的治疗方案等打下坚实的基础，改善患者的生活质量。

关键词：心脏彩超；冠心病；节段性室壁运动异常；冠脉造影；诊断价值

冠心病主要是指临床中较为常见和基础的冠状动脉管腔狭窄或闭塞后引发心肌缺氧、缺血后导致的心脏疾病^[1]。冠心病主要是由于年龄、性别、遗传、不良生活习惯、基础性疾病、长期酗酒、缺乏体力劳动、超重及不健康饮食等导致的。冠心病患者随着病情的发展和变化，其心肌细胞会不断呈现纤维化和坏死的表现，导致代谢循环紊乱现象的出现，不利于患者预后^[2]。及时有效的诊断技术是保障患者生命安全及促进患者预后的基础，而在临床诊断中，缺血性心肌节段性室壁运动异常能作为冠心病诊断的重要依据，为疾病的确诊提供参考。现阶段的临床诊断中提倡对患者实施心脏彩超的诊断技术，具有操作简便、价格低廉、无创无辐射及可重复性较高等优势^[3]。为了分析心脏彩超应用于冠心病节段性室壁运动异常诊断中的应用价值，本院针对收治的 62 例疑似冠心病节段性室壁运动异常患者展开了诊断观察的分析，详细内容如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

将我院收治的疑似冠心病节段性室壁运动异常患者 62 例作为观察对象（2020 年 10 月至 2022 年 2 月），62 例疑似冠心病节段性室壁运动异常患者中男性患者 37 例，女性患者 25 例，患者的年龄集中分布在 47 至 78 岁之间，平均年龄为（62.23±5.64）岁。

62 例疑似冠心病节段性室壁运动异常患者经金标准冠状动脉造影诊断后确诊的患者为 56 例，本次观察均已排除妊娠期及哺乳期、无先天性精神障碍患者、先天性心脏病及不同意参与本次观察的患者^[4]。

1.2 方法

对 62 例疑似患者实施心脏彩超的诊断观察，将心脏彩超的诊断结果与金标准冠脉造影诊断结果相对比：（1）心脏彩超：采用美国 GE 公司生产的心脏彩超诊断仪为患者实施检查，叮嘱患者检查前将颈部首饰取下，协助患者采用仰卧位，在接受检查的部位涂抹上耦合剂，将探头的频率设置为 3.5MHz，采用 16 节段室壁运动积分法对患者实施分析。以心脏和肺部位中心实施辐射扫描处理，探查和记录患者左室长轴、心室短轴、心尖腔切面、心室壁瘤、心室壁运动消失和异常、心室壁运动缓慢等情况。后使用彩色多普勒超声诊断仪辅助对不同节段室壁收缩期运动幅度、增厚率进行测量和记录，分析患者的心肌舒缩功能，对心脏射血分数进行计算。

（2）冠脉造影诊断：造影检查前给予患者 200ug 硝酸甘油扩张血管的处理，协助患者采用仰卧位，在桡动脉穿刺建立血管通路，将造影管插入后注入非离子造影剂开展动脉造影的处理：通过 6F 导管将压力导丝引入目标血管中，待导丝末端压力传至导管出口后将压力导丝移至远端狭窄病变部位对其压力进行测量，遵循 140ug/kg 的标准向肘正中静脉滴注三磷酸腺苷，等冠脉充血后引导导管和压力导丝进行数据的测量处理。

1.3 观察指标

将冠脉造影诊断结果作为金标准，分析对比心脏彩超对于诊断冠心病节段性室壁运动异常的诊断价值。

1.4 统计学软件

开展 spss26.0 软件对两组诊断技术下的诊断结果展开处理，敏感度、特异性、诊断准确性为计数资料，采用 χ^2 表示， $P<0.05$ 说明冠脉造影诊断结果和心脏彩超诊断结果之间的差异有统计学意义；当 P 大于 0.05 表示两种诊断技术下的诊断结果的统计学无意义。

2 结果

2.1 冠脉造影诊断和心脏彩超诊断比较

与冠脉造影诊断结果相比，心脏彩超对于诊断冠心病节段性室壁运动异常的敏感度、特异性、诊断准确性等诊断结果与金标准相比无明显的差异（ $P>0.05$ ），差异无统计学意义。详细数据见表 1 所示：

表 1：冠脉造影诊断和心脏彩超诊断冠心病节段性室壁运动异常对比

金标准诊断（冠脉造影检查）	心脏彩超结果	
	冠心病节段性室壁运动异常	非冠心病节段性室壁运动异常
冠心病节段性室壁运动异常	54	2
非冠心病节段性室壁运动异常	1	5

注：心脏彩超诊断冠心病节段性室壁运动异常的敏感度为 96.43%，特异度为 71.43%，准确性为 95.16%。

2.2 冠状动脉造影诊断冠心病节段性室壁运动异常的具体情况

冠状动脉造影诊断后 56 例冠心病节段性室壁运动异常患者中诊断出

异常的患者 54 例，未出现异常的 2 例，其中 56 例患者的造影结果中具体类型见表 2 所示：

表 2：冠状动脉造影诊断冠心病节段性室壁运动异常的具体分布

类型	右冠脉 狭窄	左前降 支狭窄	左旋支 狭窄	左旋支狭 窄及右冠 脉狭窄	回旋支及左 前降支狭窄
例数(n)	32	12	6	4	2
百分比 (%)	57.14	21.43	10.71	7.14	3.57

3 讨论

临床研究表明，冠心病的发生主要是由于冠状动脉血管出现动脉粥样硬化后引发的血管腔狭窄表现及阻塞症状后导致的一系列心悸缺氧、缺血和坏死等病症但临床中的冠心病具有更为广泛的疾病范围，具体包括栓塞、炎症等引发管腔内的闭塞或狭窄等疾病类型当前，WHO 明确表示应将冠心病分成 5 种不同的类型，

包括心肌梗死、心绞痛、无症状心肌缺血、猝死及缺血性心力衰竭等等不同类型^[5]，临床中一般将冠心病分成急性冠状动脉综合征及稳定性冠心病。冠心病的发生若不及时给予有效的诊断和治疗将会引发较为严重的并发症现象甚至死亡意外的发生，因此临床中应结合患者的临床症状、年龄及基础性疾病为患者开展专业的诊断检查。

而诊断冠心病的重要依据之一为节段性室壁运动异常，临床诊断中应给予重视。冠心病发病之后会出现冠状动脉血管内皮结构和功能的受损表现，使得管腔内呈现粥样硬化，很大程度上加重了心肌缺血缺氧的严重程度，对患者的正常生活甚至生命安全产生一定的影响和威胁^[6]。现阶段，在临床中主要通过冠状动脉造影、心脏彩超诊断技术、心电图、CT 等诊断技术，其中诊断的金标准为冠状动脉造影这一诊断技术，这种诊断技术能很好的用于冠心病的临床诊断中。冠状动脉造影的诊断过程中一般在患者大腿股动脉或其周围动脉中插入导管，将导管更好的送入主动脉中，后对左/右冠状动脉口探寻插入，注射碘对比剂后显影冠状动脉，更好的将冠状动脉的解剖畸形、阻塞性病变的范围、具体部位及严重程度等充分的显示出来。且这一诊断技术还可以很好的全面、直接将冠状动脉形态显示出来，方便临床中对疾病进行明确，属于临床诊断这一疾病的“金标准”^[7]。能很好的判断相应的病征，为疾病的确诊提供可靠、专业的参考依据。而心电图诊断检查中存在着较多的干扰因素，诊断结果缺乏特异性及敏感度，具有一定的局限性；而 CT 诊断对于患者机体具有一定的辐射性，缺乏可重复性。而心脏彩超属于临床诊断中唯一能动态显示心腔内结构、心脏的搏动和血液流动的诊断技术和设备，对人体不会产生任何的损伤，诊断过程中使用的探头就像摄像机的镜头，随着探头的转动能在屏幕上全面、清晰的显示心脏的各个结构及具体情况^[8]。且心脏彩超这一诊断技术通过对心脏和外周血管的检查诊断过程具有操作简便、无创、可重复性高等诊断优势，能直接反映出心脏的解剖结构和血流改变特点，对于心脏生理功能的危险程度展开综合性的评估，其中节段性室壁运动异常包括左心室侧壁、左心室间隔、左心室后壁、左心室前臂等收缩程度显著减低和心

尖部位收缩幅度的缩小等，方便临床疾病的明确和参考，为影像学医师对于疾病的诊断、制定治疗方案和判断患者的预后价值等打下坚实的基础，为患者赢得最佳的治疗时间^[9]。本研究表明，本研究收治的 62 例疑似冠心病节段性室壁运动异常患者经心脏彩超诊断仪的诊断检查后敏感度为 96.43%，特异度为 71.43%，准确性为 95.16%，与临床诊断金标准冠脉造影诊断结果相比无明显的差异，这一结果与杨彦文、王慧、韩瑞、曾碧城、董凡^[10]在临床研究报道“分析心脏超声在诊断冠心病节段性室壁运动异常中的价值”中所得结果相近，进一步说明了心脏彩超应用在冠心病节段性室壁运动异常临床诊断中的应用价值和意义。

由此可见，心脏彩超诊断技术应用在冠心病节段性室壁运动异常诊断中的价值较为显著，具有较高的可重复性、操作便利、价格低廉，建议在日后的诊断中推广。

参考文献：

[1]郭英杰,张伟.房性期前收缩诱发阵发性心房颤动患者采用动态心电图、心脏彩超检查的作用研究[J].世界复合医学,2022,8(01):60-63.

[2]Gaibazzi A N , Picano B E , Ss A , et al. Coronary Flow Velocity Reserve Reduction Is Associated with Cardiovascular, Cancer, and Noncancer, Noncardiovascular Mortality[J]. Journal of the American Society of Echocardiography, 2020, 33(5):594-603.

[3]尹海威,黄琼.心脏彩超联合心电图对冠心病患者心力衰竭严重程度的评估价值[J].中国卫生工程学,2021,20(03):457-458+461.

[4]宋兆峰,高进,陈东育,王冬梅,周俊华,杜波.心脏彩超检测在急性心肌梗死后心室重塑中的应用价值[J].中国医学工程,2021,29(02):86-88.

[5]张丽,蔡丽霞.心脏彩超在冠心病患者节段性室壁运动异常诊断中的应用价值分析[J].现代医用影像学,2021,30(02):377-379.

[6]Li M , Wang Y , Zhu W , et al. Transthoracic echocardiography features of adult-type anomalous left coronary artery from the pulmonary artery before and after surgery: highlights from observational study in a single center of China[J]. The International Journal of Cardiovascular Imaging, 2020, 36(8):1477-1487.

[7]湛兰.心脏彩超对高血压合并冠心病患者左心室肥厚伴心力衰竭的诊断价值[J].中国卫生工程学,2020,19(04):588-590.

[8]石雪莲,练荣秀,钟桂秀.心脏彩超联合颈动脉超声检查在疑似冠心病诊断中的临床价值研究[J].心血管防治知识,2021,11(01):31-33.

[9]Devaraj S M , Kriska A M , Orchard T J , et al. Cardiovascular health in early adulthood predicts the development of coronary heart disease in individuals with type 1 diabetes: 25year follow-up from the Pittsburgh Epidemiology of Diabetes Complications study[J]. Diabetologia, 2021, 64(3):571-580.

[10]杨彦文,王慧,韩瑞,曾碧城,董凡.分析心脏超声在诊断冠心病节段性室壁运动异常中的价值[J].影像研究与医学应用,2019,3(08):115-116.

作者简介：冯业平（1987 年 06 月），男，黎族，学士，本科，主治医师，研究方向：腹部，浅表，血管，心脏。

基于网络药理学的岩藻甾醇对抗 2 型糖尿病作用机制研究

刘博洋

浙江大学医学院第一临床医学系 浙江杭州 310058

摘要：目的：通过网络药理学方法研究岩藻甾醇对抗 2 型糖尿病的物质基础及作用机制。方法：利用 PharmMapper、SwissTargetPrediction、NCBI、DisGeNET、STRING、Cytoscape、Metascape、KEGG、Uniprot 和 Pymol，进行数据采集与处理。结果：共捕获岩藻甾醇作用靶点 374 个，其中与 2 型糖尿病（T2DM）共有靶点 35 个。生物功能富集分析发现，岩藻甾醇可能通过参与正调控小分子代谢过程等生物学机制发挥作用，这些生物学作用可能与 PPAR 信号通路、黏着斑、胰岛素抵抗、EGFR 酪氨酸激酶抑制剂抗性、AGE-RAGE 信号通路相关。结论：岩藻甾醇可能通过负调控胆固醇的储存及定位、脂肪酸的转运、正调控细胞对胰岛素刺激的反应等作用协同治疗 T2DM。

关键词：岩藻甾醇；2 型糖尿病；网络药理学；作用机制

糖尿病是一组以血糖升高、胰岛素分泌异常和胰岛素作用异常为特征的慢性疾病。据 IDF 统计，2021 年约 5.37 亿成年人（20-79 岁）患有糖尿病，预计到 2030 年将增至 6.43 亿，2045 年将增至 7.83 亿。T2DM 的特征是脂肪和葡萄糖代谢的稳态紊乱，是多因素交互作用下的复杂疾病，需要多靶点、多途径的干预才能达到理想的治疗效果^[1]。

岩藻甾醇是一种从海藻、藻类和硅藻中提取的植物甾醇，具有多种生物治疗作用，包括抗癌、抗糖尿病、抗氧化、保肝、抗高脂、抗真菌、抗组胺、抗胆碱能、抗光损伤、抗骨质疏松、降胆固醇、预防血管血栓形成和抑制丁基胆碱酯酶活性^[2]。研究证实，岩藻甾醇可通过抑制血糖水平和糖原降解对肾上腺素诱导的糖尿病大鼠产生治疗作用^[3]，也能通过下调蛋白酪氨酸磷酸酶 1B（PTP1B）的表达和激活胰岛素信号通路来刺激葡萄糖摄取并改善胰岛素抵抗^[4]。同时，岩藻甾醇被证明对大鼠晶状体醛糖还原酶（RLAR）和人重组醛糖还原酶（HRAR）表现出混合型抑制，而非竞争性抑制 PTP1B^[5]。以上结果表明，岩藻甾醇可作为治疗 T2DM 的潜在药物。为探索岩藻甾醇对 T2DM 的治疗效应，本研究采用网络药理学方法进行了机制探讨，并采用分子对接进行了初步验证。

1. 材料与方法

1.1 数据采集与处理

利用 PubChem、PharmMapper 和 Swiss Target Prediction 数据库，获得岩藻甾醇的潜在靶点。基于 NCBI 和 DisGeNET，得到疾病相关靶点。利用 R 软件映射构建韦恩图，筛选出药物-疾病的共同靶点，靶点以与疾病的相关性得分排序。在 PANTHER 对交集靶点分类，并利用 g:Profiler 进行 GO-BP、GO-MF、GO-CC 和 KEGG Pathway 富集分析，获得岩藻甾醇治疗 T2DM 的生物学功能及 KEGG 信号通路。利用 STRING 分析岩藻甾醇结合靶点与 T2DM 相关蛋白的相互作用，构建网络并进行可视化处理，基于 Network Analyse 功能分析其网络。

1.2 分子对接验证

综合靶点的节点度值、介数中心性与疾病的相关性得分选择目标蛋白，在 RCSB PDB 数据库下载其数据，使用 PyMOL、AutoDock Tools 处

理目标蛋白及岩藻甾醇分子的构象，将最佳对接构象与靶点蛋白导出为复合文件，并上传到 PLIP 分析对接分子中的相互作用。

2. 结果

2.1 分子靶点与互作机制

共捕获有岩藻甾醇潜在靶点 374 个，T2DM 相关基因 1056 个，共同作用靶点 35 个。分别是：PPARG、PTPN1、VDR、SOD2、NOS2、ESR1、IGF1R、AR、PPAR- α 、GCGR、CYP19A1、CYP2C19、SHBG、HSD11B1、HMGR、PSEN1、ACPI、PLA2G2A、PRKCB、APP、TNF、CNR1、BCHE、NR3C1、SRC、PPARD、FABP4、MAPK3、FABP1、GC、SCD、USF1、PRKCE、ALK 和 CRHR1。

生物过程富集分析表明，岩藻甾醇潜在靶标与细胞对含氧化合物的反应最相关，共涉及 19 个靶点，其中胆固醇储存的负调节的富集度最高，相关的潜在靶点为 PPARG、PPARD 和 PPARG。分子功能富集结果显示，配体激活的转录因子活性和核受体活性最相关，同时涉及 7 个靶点：AR、ESR1、PPARG、PPARD、NR3C1、PPARG 和 VDR。细胞组分富集发现，膜微域和膜筏显著性最高。KEGG 分析到 7 个信号通路，其中 T2DM 显著水平最高，包括 3 个结合靶点，PRKCE、MAPK3 和 TNF。靶点最多的信号通路是 PPAR 信号通路。

PPI 网络表明，AKT1、MAPK1、RELA、INS、EGFR 等 5 个程度最高的节点在 T2DM 中起核心作用。在岩藻甾醇的潜在靶标中，MAPK3、SRC、ESR1、IGF1R 和 PPARG 的相互作用蛋白数量最多。

2.2 分子亲和力和验证

综合靶点的节点度值、介数中心性与疾病的相关性得分，选择 IGF1R、PPARG、MAPK3 及 PTPN1，通过分子对接评估岩藻甾醇与 PPI 网络关键蛋白的结合能力（图 1）。岩藻甾醇与 4 个靶点的结合能均小于 -5.0 kcal/mol，表明岩藻甾醇能与这些蛋白质形成稳定的复合物，其相互作用主要是疏水作用和氢键作用。

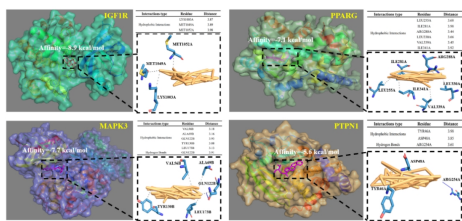


图1 岩藻甾醇与 IGF1R、PPARG、MAPK3 和 PTPN1 的分子对接模型

3. 讨论

本研究根据岩藻甾醇和 T2DM 相关分子的化学结构特点,通过预测工具筛选出了 35 个潜在的靶分子,主要包括 15 种酶、7 个转录调控因子、5 个受体蛋白亚群和 8 个其他功能蛋白。根据富集分析和 PPI 网络的结果,这些分子在正调控小分子代谢过程、负调控胆固醇的储存及定位、脂肪酸的转运、正调控细胞对胰岛素刺激的反应等方面发挥作用,对 T2DM 的治疗起到有益的作用。在 7 条匹配的信号通路中,T2DM 相关通路的相关度最高,PPAR 信号通路是包含靶点最多的信号通路。综合富集分析及 PPI 分析,交集靶点中 MAPK3、PTPN1、ESR1、IGF1R 和 PPARG 等蛋白在岩藻甾醇抗 T2DM 的机制中起核心作用。

过氧化物酶体增殖物激活受体 (Peroxisome proliferator-activated receptors, PPARs) 是配体激活的转录因子,属于核激素受体家族,由 3 个成员 PPAR- α 、PPAR- β/δ 、PPAR- γ 组成^[5]。这些同源亚型可以通过与维甲酸 X 受体 (retinol X receptors, RXR) 结合形成异二聚体,并结合特定过氧化物酶体增殖物反应元件 (Peroxisome Proliferator Responsive Element, PPRE) 以进行基因表达的调控。PPAR- γ 是维持机体糖稳态和脂质代谢的调节因子,也担当着抗炎症反应的重要角色^[6],被证明密切参与了脂肪细胞功能的调节,其激动剂在 AP-1 信号通路中可通过启动下游基因转录从而加强胰岛素的信号转导并调控脂肪代谢相关基因的表达,已在治疗 2 型糖尿病改善胰岛素抵抗方面发挥重要临床作用。其中应用最广泛的是噻唑烷二酮类,其代表药物罗格列酮、曲格列酮等。通过分子对接,PPARG 与岩藻甾醇显示出较高的结合能 (亲和力=-7.1kcal/mol),说明药物可能通过类似 PPAR- γ 激动剂的方式实现胰岛素抵抗的改善。

胰岛素与胰岛素受体 α 亚基结合,改变 β 亚基的构型,激活细胞内酪氨酸激酶,使胰岛素受体底物 (IRS) 上的酪氨酸残基磷酸化,磷酸化的胰岛素受体结合并激活下游效应分子。IRS 参与激活两条下游信号通路,PI3K/AKT 通路和 MAPK 通路,PI3K/AKT 通路对胰岛素的代谢活性至关重要,MAPK 通路负责细胞的生长和发育^[7]。MAPK3,即细胞外调节蛋白激酶 1 (Extracellular regulated protein kinases, ERK1),是 MAPK 信号通路中将信号转导到核内的关键,主要作用于调节细胞生长、发育及分裂信号网络的核心和共同通路,它通过对细胞增殖、细胞周期、细胞分化及细胞凋亡的调控来调节细胞代谢和功能,影响细胞产生特定的生物学效应^[8]。在本研究中,通过分子对接进一步证实了岩藻甾醇与 PTPN1 结合的稳定

性 (亲和力=-5.6kcal/mol),二者的结合来自于疏水作用力和氢键作用。

胰岛素样生长因子 1 (insulin-like growth factor-1, IGF-1) 是一种多肽,可以诱导细胞增殖、分化、存活和迁移以及维持细胞功能^[9]。前人的研究很早表明 IGF1 可以明显改善胰岛素抵抗的 2 型糖尿病病人的代谢状态^[10]。在本研究中,岩藻甾醇与 IGF1R 亲和力高达-8.9kcal/mol,预示着其可能直接作用于 IGF1R 并参与信号通路调控。

本研究通过网络药理学研究方法初步阐明了岩藻甾醇从多靶点、多通路治疗 2 型糖尿病的作用机制,为其今后研究提供思路和依据。鉴于网络药理学技术的局限性,后期仍需要相应的实验研究加以验证。

参考文献:

- [1] Yildirim MA, Goh KI, Cusick ME, et al. Drug-Target Network [J]. Nature Biotechnology, 2007, 25(10):1119-1126.
- [2] Abdul QA, Choi RJ, Jung HA, et al. Health benefit of fucosterol from marine algae: a review [J]. Journal of the Science of Food and Agriculture. 2016, 96: 1856-1866.
- [3] Lee YS, Shin KH, Kim BK, et al. Anti-diabetic activities of fucosterol from *Peletia siliquosa* [J]. Archives of Pharmacal Research. 2004, 27(11): 1120-1122.
- [4] Jung HA, Bhakta HK, Min BS, et al. Fucosterol activates the insulin signaling pathway in insulin resistant HepG2 cells via inhibiting PTP1B [J]. Archives of Pharmacal Research. 2016, 39: 1454-1464.
- [5] Jung HA, Islam MN, Lee CM, et al. Kinetics and molecular docking studies of an anti-diabetic complication inhibitor fucosterol from edible brown algae *Eisenia bicyclis* and *Ecklonia stolonifera* [J]. Chemico-Biological Interactions. 2013, 206: 55-62.
- [6] Posner BI. Insulin signalling: the inside story [J]. Canadian Journal of Diabetes. 2017, 41: 1-6.
- [7] 王海利, 刘冬梅, 赵晓杰, 等. PPAR- γ 相关信号通路与结核病 [J]. 宜春学院报. 2021, 43(12): 13-25.
- [8] Haeusler RA, McGraw TE, Accili D. Biochemical and cellular properties of insulin receptor signaling [J]. Nature Reviews Molecular Cell Biology. 2018, 19: 31-44.
- [9] 刘宝英, 薛沿宁, 聂尚海, 等. IGF1R 在介导 IGF1 促糖代谢过程中的作用研究 [J]. 中国糖尿病杂志. 2000, 8(3): 158-160.
- [10] Cubbon RM, Kearney MT, Wheatcroft SB. Endothelial IGF-1 receptor signalling in diabetes and insulin resistance [J]. Trends in Endocrinology & Metabolism. 2016, 27(2): 96-104.

经鼻高流量鼻导管湿化氧疗治疗中老年重症难治性肺炎合并呼吸衰竭的临床价值分析

罗维 陈起龙 (*通讯作者)

泾阳县中医医院 陕西咸阳 713700

摘要：目的：通过对老年重症难治性肺炎合并呼吸衰竭患者进行经鼻高流量鼻导管湿化氧疗治疗，做好其可行性分析。方法：参与本次研究的患者，其治疗时间为2020年1月到2021年1月，共计患者40例。其中男性患者23例，女性患者17例。对于患者来说，采用随机排列的方式进行随机分组，均符合重症难治性肺炎呼吸衰竭患者相关标准。随后选取40例重症难治性肺炎无呼吸衰竭患者作为本次研究的对照组，采用经鼻高流量鼻导管湿化氧疗治疗，随后对其进行血气等相关分析。结果：通过对患者进行比较，其中观察组患者Pao₂、Paco₂/Fio₂、CHE低于对照组，Paco₂高于对照组(P<0.05)。通过对比，对照组的相关生命体征的值(呼吸频率、收缩压、舒张压)相比观察组来说较为优良(P<0.05)。结论：通过对老年呼吸衰竭患者进行经鼻高流量鼻导管湿化氧疗治疗，患者情况明显改善，整体预后及安全性较好。

关键词：慢性阻塞性肺疾病；呼吸衰竭；经鼻高流量鼻导管湿化氧疗；可行性研究

慢性阻塞性肺疾病患者其和迷走神经张力等持续增高，同时将会导致高胆碱引起的高分泌。在目前来说其重症难治性肺炎等疾病等发病率呈明显增高态势，和环境污染等具有一定联系，致死率等较高。为实现对于病情评估，其中胆碱酯酶作为一种有效方式，根据相关研究表明，病情越严重患者胆碱酯酶活性呈明显降低态势^[1]。在目前来看，呼吸衰竭作为现阶段临床功能不全的严重表现，同时也是造成患者死亡的主要原因。在医学的不断展下，经鼻高流量湿化氧疗技术的应用范围逐渐增加，其优势较为广泛，通过对患者的呼吸道阻力进行有效克服，在缓解呼吸机疲劳的同时，能够进行气体交换，促进效果的提升。

1 资料与方法

1.1 对照资料

参与本次研究的患者，其治疗时间为2020年1月到2021年1月，共计患者40例。其中男性患者23例，女性患者17例。对于患者来说，采用随机排列的方式进行随机分组，对于观察组患者另选取40例为重症难治性肺炎呼吸衰竭重症难治性肺炎患者。重症难治性肺炎患者的年龄平均值在(63.57±1.43)岁。患者的病程时长平均值在(4.58±1.23)年。其中呼吸衰竭患者入选标准：第一，出现严重感染、外伤、烧伤、出血以及中毒等危重疾病。第二，患者其临床表现为呼吸困难和呼吸急促，患者的动脉氧分压小于正常值，二氧化碳分压大于正常值^[2]。第三，患者及家属均知情。随后在收治住院后给予机械通气进行应用，在此基础上采用呼吸机进行辅助。

1.2 方法

首先给予对照组和观察组重症难治性肺炎患者常规抗感染、平喘等常规治疗。

对照组采用常规氧气吸入法。

观察组患者呼吸机经口鼻面罩辅助通气治疗，并设置相关通气模式。参数设定如下：温度37℃，气体流速为30-60L/min，氧压保持在60-80mmHg左右。所使用系统来自于新西兰公司，整套设备包含空氧混合器，专用呼吸通路，湿化器等。设定参数为加温到37摄氏度，气体流量设置为30-60L/min，血氧饱和度维持在90%-98%。随后对患者进行血气值的分析，对患者血氧分压(PaO₂)、动脉血二氧化碳分压(PaCO₂)以及胆碱酯酶

等指标进行比较^[3-4]。

1.3 观察指标

(1)对患者进行血气值的分析，对患者血氧分压(PaO₂)、动脉血二氧化碳分压(PaCO₂)以及胆碱酯酶等指标进行比较。(2)对患者进行心率、收缩压、舒张压以及呼吸频率比较。

1.4 统计学分析

运用统计学软件SPSS20.0对组间试验研究数据加以统计学分析，计量数据通过均数±标准差(±s)表示，应用t法对组间计量资料进行检验，应用X²检验组间研究的计数资料。如若对比差异P<0.05，则充分表明组间统计学研究有意义。

2. 结果

2.1 通过对对照组和观察组治疗前后血气变化情况进行分析，其中观察组患者Pao₂值为63.58±6.35mmHg，观察组患者Paco₂值为59.60±6.42mmHg，Paco₂/Fio₂为320.69±10.36mmHg，CHE值为3843.5±620.4U/L。对照组患者Pao₂值为72.68±7.36mmHg，观察组患者Paco₂值为46.54±6.08mmHg，Paco₂/Fio₂为399.27±14.09mmHg，CHE值为5878.6±872.3U/L。通过对患者进行比较，其中观察组患者Pao₂、Paco₂/Fio₂、CHE低于对照组，Paco₂高于对照组(P<0.05)。

表1.对照组和观察组治疗前后血气变化情况

组别	例数	Pao ₂ (mmHg)	Paco ₂ (mmHg)	Paco ₂ /Fio ₂ (mmHg)	CHE (U/L)
观察组	40	63.58±6.35	59.60±6.42	320.69±10.36	3843.5±620.4
对照组	40	72.68±7.36	46.54±6.08	399.27±14.09	5878.6±872.3

(P<0.05)

2.2 通过对比，对照组的相关生命体征的值相比观察组来说较为优良(P<0.05)。

表 2. 对照组和观察组相关生命体征对比

组别	例数	呼吸频率	心率	收缩压	舒张压
观察组	20	20.34±3.18	93.31±2.12	130.35±5.27	76.35±3.24
对照组	20	20.34±3.18	83.30±4.32	116.32±4.63	70.34±5.21

(P<0.05)

3. 讨论

重症肺炎致呼吸衰竭作为现阶段一种肺部疾病,其病程长同时难以根治,对于患者生活质量造成一定影响。临床研究表明:重症肺炎疾病与呼吸衰竭合并十分危险,患者可能会出现呼吸衰竭等并发症。而且患者受到疾病影响睡眠质量显著下降,这非常不利于患者的康复,所以临床要特别重视患者的临床治疗。在重症肺炎合并呼吸衰竭患者的综合治疗干预中,病情监测主要是为了保证患者的生命安全,防止意外发生,同时也能记录患者各项数据,监测患者的睡眠情况。

呼吸衰竭作为现阶段重症肺炎患者的严重并发症,同时也是造成患者死亡的主要原因。机械通气作为现阶段治疗呼吸衰竭的一种有效方式,严重时将会导致并发症的发生,从而影响整体的效果。对于其急性呼吸衰竭来说,主要可能由于机体损伤、药物中毒等多种原因造成的患者呼吸功能异常,同时出现缺氧和呼吸性酸中毒特点。

重症难治性肺炎合并呼吸衰竭作为现阶段一种肺部疾病,其病程长同时难以根治,对于患者生活质量造成一定影响。部分患者由于缺乏对重症难治性肺炎合并呼吸衰竭病情的了解,因此,会造成严重的心理负担,不利于重症难治性肺炎患者的根治。对于慢性阻塞性肺疾病患者来说,其临床症状表现为胸闷,同时出现气流受阻的现象。合并呼吸衰竭将会加重患者气道阻塞,通过对无创通气进行应用,有效避免了气道功能障碍和二氧化碳潴留对造成患者生命的威胁。慢性阻塞性肺疾病^[5]主要是受患者机体气流的限制,当前由于重症难治性肺炎患者死亡率较高,同时根据相关工作研究者发现,重症难治性肺炎稳定期是对此疾病进行治疗的关键阶段。重症难治性肺炎作为现阶段呼吸系统一种常见病症,在老龄化社会下,其发病率逐渐上升。感染作为慢性阻塞性肺疾病家中的主要诱因,其呼吸道感染是慢性阻塞性肺疾病患者死亡的一个主要原因。呼吸衰竭主要是患者受肺组织病变、呼吸道病变、肺血管疾病等多种因素的影响,从而导致患者通气功能产生障碍。在引发气体下降的同时,从而造成生理和代谢紊乱。在现阶段临床上主要通过建立人工通道、进行气管负压引流来进行干预,其取得一定的成果。近年来,在医学的不断发展下,无创正压通气技术的应用范围逐渐增加,其优势较为广泛,通过对患者的呼吸道阻力进行有效克服,在缓解呼吸机疲劳的同时,能够进行气体交换,促进效果的提升。

在当前来看,传统的医疗服务不能满足患者及家属的需求,因此应进行优化改革。呼吸衰竭作为现阶段一种综合性疾病,其属于呼吸内科。在患者患病时,患者动脉二氧化碳量会出现增加情况,进而对患者机体造成损害并诱发一系列病例及生理紊乱的临床症状,如患者无法接受及时有效的治疗极可能对其生命安全造成严重危害,因此必须提高重视。临床医学中对此种疾病进行治疗时会对患者的呼吸道功能造成一定损伤,此时患者呼吸道十分脆弱,同时患者患病时会产生不良情绪,从而影响整体的治疗效果。因此需要借助针对性治疗措施提升治疗的有效性,保护患者呼吸道功能的同时帮助患者排解不良情绪,进而促进治疗效果的良好发挥。呼吸窘迫综合征作为一种严重呼吸功能障碍疾病,作为一种功能障碍的生理病

理学过程,该病对患者的身体健康与安全具有严重影响,可增加重症肺炎、重症支气管哮喘等疾病发生率,严重时将会威胁患者生命。

经鼻高流量湿化氧疗是一种氧疗治疗方法,通过软鼻导管直接向患者提供高流量氧气混合的气体。作为一种无创形式的呼吸支持,它能迅速改善病情,目前可用于急性呼吸衰竭患者、术后患者、呼吸衰竭患者未经呼吸道插管患者、免疫抑制患者、心力衰竭患者等,经鼻高流量湿化氧疗可减少呼吸死腔,改善膀胱通气,诱导一定的正压呼吸,减少呼吸做功,改善气道粘膜表面的纤毛运动^[9]。

在本次研究中,通过对患者进行比较,观察组患者 Pao₂ 值为 63.58±6.35mmhg,观察组患者 Paco₂ 值为 59.60±6.42mmhg, Paco₂/Fio₂ 为 320.69±10.36mmhg, CHE 值为 3843.5±620.4U/L。其中观察组患者 Pao₂、Paco₂/Fio₂、CHE 低于对照组, Paco₂ 高于对照组 (P<0.05)。通过对比,对照组的相关生命体征的值(呼吸频率、收缩压、舒张压)相比观察组来说较为优良 (P<0.05)。

综上所述,对于血清胆碱酯酶在进行老年慢性阻塞性肺疾病诊断中具有一定的预后价值,通过进行相关指标的判定和血气值分析,能够提供可靠信息,临床推广价值较为优良。

参考文献:

- [1]汤金波,李英俊.老年慢性阻塞性肺疾病呼吸衰竭患者全血胆碱酯酶表达和临床意义[A].国际检验医学杂志社编辑部、重庆市卫生信息中心.2018年《国际检验医学杂志》学术年会论文集[C].国际检验医学杂志社编辑部、重庆市卫生信息中心,2018:2.
- [2]F. TECLES,S. MARTÍNEZ SUBIELA,L.J. BERNAL,J.J. CERÓN. Use of Whole Blood for Spectrophotometric Determination of Cholinesterase Activity in Dogs[J]. The Veterinary Journal,2000,160(3).
- [3]曹建.老年慢阻肺病呼吸衰竭患者全血胆碱酯酶表达和临床意义研究[J].大家健康(学术版),2014,8(14):63.
- [4]孙乐瑾. COPD 合并呼吸衰竭患者 CHE 表达变化及意义[J].河北医药,2015,37(21):3231-3233.
- [5]Ramachandra S. Naik,Weiye Liu,Ashima Saxena. Development and validation of a simple assay for the determination of cholinesterase activity in whole blood of laboratory animals[J]. Journal of Applied Toxicology,2013,33(4).
- [6]丁方,刘文静,王会青,王维维,杨彩霞.有创机械通气与经鼻高流量鼻导管湿化氧疗序贯法治疗老年 AECOPD 合并呼吸衰竭的疗效[J].中国老年学杂志,2021,41(24):5544-5547.
- [7]陈名珍,杨珺楠,李开来,赵旭静,薛安静,满姗姗,向平超.经鼻高流量鼻导管湿化氧疗治疗改善老年患者呼吸衰竭的可行性研究[J].中华老年医学杂志,2020,39(10):1165-1169.
- [8]曾瀛,高琳,陈勇.经鼻高流量鼻导管湿化氧疗治疗脑卒中伴呼吸衰竭对患者血气分析指标与神经功能及预后的影响[J].当代医学,2020,26(27):3-5.
- [9]刘春艳,乔志飞,李福龙,张丽蓉,丁维敏.经鼻高流量湿化氧疗对老年 AECOPD 合并 II 型呼吸衰竭患者肺动脉压、ET-1 及 NLR 的影响[J].中国老年学杂志,2019,39(22):5501-5505.

*通讯作者: 陈起龙 泾阳县中医医院 陕西咸阳 713700。

腹腔镜手术治疗老年胆结石患者的价值研究

王灿

赵县中医院外一科 河北赵县 051530

摘要：目的：分析腹腔镜手术治疗老年胆结石的效果。方法：选取 54 例于 2021 年 1~12 月间在我院接受手术治疗的老年胆结石患者作为研究对象，随机分为对照组和实验组各 27 例，分别采取常规手术治疗和腹腔镜手术治疗，对比两组患者治疗有效率、并发症发生率、疼痛评分、胃肠功能评分以及术中出血量、手术时间、住院时间、排气时间等临床指标。结果：实验组患者治疗有效率、胃肠功能评分高于对照组且并发症发生率、疼痛评分低于对照组，与此同时，实验组患者各项临床指标均优于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：腹腔镜手术治疗老年胆结石效果显著，可以有效改善患者疾病症状，降低治疗后患者出现并发症的概率，治疗安全性高，同时，采取腹腔镜手术的治疗方式可以有效降低患者疼痛指数，手术过程中患者不易大出血，手术治疗后患者可以快速康复出院，因此这种治疗方式具有较高的临床应用价值。

关键词：腹腔镜手术；治疗；老年胆结石；价值

胆结石是一种常见的消化道系统疾病，该疾病多发于女性人群中，导致该疾病发生的原因比较复杂，患者的饮食、生活习惯以及压力情况均属于诱发该疾病的主要因素^[1]。与此同时，有相关调查研究显示，随着人们年龄的增长，胆结石疾病的发病率也会逐渐上升。如今我国社会老龄化问题严重，使老年胆结石患者数量不断增长^[2]。胆结石对患者生活质量有极大影响，患者发病后会出现胆管出血、肝脓肿等症状，甚至会威胁到患者生命。临床中多采取外科手术的方式治疗胆结石，但是常规外科手术治疗方式容易给患者机体造成伤害，不利于患者康复，基于此，本次研究选取 54 例老年胆结石患者作为研究对象，分析了腹腔镜手术的治疗效果，现将分析结果报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取 54 例老年胆结石患者进行研究，所有患者均于 2021 年 1~12 月间在我院接受治疗，将 54 例患者随机分为对照组和实验组，其中对照组 27 例，男 8 例、女 19 例，年龄 61~82 岁，平均年龄（ 65.39 ± 1.84 ）岁；实验组 27 例，男 7 例、女 20 例，年龄 62~82 岁，平均年龄（ 65.35 ± 1.86 ）岁。两组患者一般资料差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），有可比性。

纳入标准：对本次研究知情同意并签署研究同意书；经临床诊断确诊为胆结石且具有相关临床症状；临床资料完善。

排除标准：脏器功能不全的患者；患有肿瘤或者其他严重血液疾病的患者。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组

对照组患者接受常规手术治疗，即电刀切除手术治疗。首先，引导患者保持仰卧位接受手术，做好术前冲洗工作，采取全麻的方式对患者进行麻醉，麻醉药物发挥效果后即可开始手术。其次，采取 B 超检查的方式确定手术切口位置，在胆囊处做切口，手术切口长度约为 5~8cm，切开皮肤与皮下组织后，进入腹腔在患者胆囊左侧及其下方垫纱布，隔离手术

位置与周边脏器，充分暴露胆囊^[3]。最后，游离胆囊动脉，采用电刀沿着胆囊底部切除病灶，于胆总管 5mm 处进行胆囊管切断并结扎，完成切口缝合并置留引流管。手术完成后，需要密切关注患者恢复情况，必要时可以使用抗生素预防感染。

1.2.2 实验组

实验组采取腹腔镜手术方式治疗，首先，引导患者采取仰卧位接受手术，对手术室和相关器具进行消毒后，为患者进行气管插管，采用七氟烷进行麻醉。其次，在患者肚脐下方开一切口，切口长度约为 1cm 左右，在患者腹腔中缓缓注入二氧化碳，根据患者实际病情和病灶发展情况置入腹腔镜^[4]。再次，通过腹腔镜观察，在清晰视野下置入手术器材，对患者胆囊进行钝性分离，进行结石去除操作。最后，完成手术之后，手术人员需要为患者进行止血，帮助其排除腹腔中的二氧化碳，进行腹腔冲洗后对切口进行缝合，后续需要使用无菌敷贴对手术部位加以保护并定期进行更换^[5]，为了防范感染问题，可以适当使用抗生素加以预防，后续采取与对照组相同的方式进行治疗。

1.3 观察指标

对比两组患者治疗有效率、并发症发生率、疼痛评分、胃肠功能评分以及术中出血量、手术时间、住院时间、排气时间等临床指标。

疗效评定：（1）显效：患者各项生命体征和指标得到显著恢复，其日常生活逐渐恢复正常；（2）有效：患者各项生命体征和指标有一定恢复，但是仍然无法进行较大幅度的日常活动；（3）无效：患者生命体征和各项指标恢复缓慢，甚至病情出现加重趋势。治疗有效率=（显效+有效）/总例数 $\times 100\%$ 。

对比两组患者并发症发生率，包括呼吸道感染、切口开裂、腹腔感染等，并发症发生率=（发生并发症例数/总例数） $\times 100\%$ 。

采用 VAS 自评量表评估两组患者治疗前后疼痛症状评分，满分 100 分，得分越高表示患者疼痛症状越严重。

评估两组患者治疗前后胃肠功能，满分 100 分得分越高表示患者胃肠

功能越理想。

1.4 统计学方法

采用 SPSS24.0 统计学软件对数据进行处理，计数资料以 χ^2 检验，计量资料以 t 检验，差异有统计学意义以 $P<0.05$ 表示。

2 结果

2.1 对比两组患者治疗有效率

实验组患者治疗有效率显著高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，如表 1 所示。

表 1 对比两组患者治疗有效率 (%)

组别	例数	显效	有效	无效	治疗有效率
对照组	27	6 (22.22)	17 (62.96)	4 (14.81)	23 (85.18)
实验组	27	8 (29.62)	19 (70.37)	0 (0.00)	27(100.00)
χ^2					4.3200
P					<0.05

2.2 对比两组患者并发症发生率

实验组患者并发症发生率显著低于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，如表 2 所示。

表 2 对比两组患者并发症发生率 (%)

组别	例数	呼吸道感染	切口开裂	腹腔感染	并发症发生率
对照组	27	2 (7.40)	4 (14.81)	2 (7.40)	8 (29.62)
实验组	27	1 (3.70)	1 (3.70)	0 (0.00)	2 (7.40)
χ^2					4.4182
P					<0.05

2.3 对比两组患者疼痛评分和胃肠功能评分

治疗干预前，两组患者疼痛评分和胃肠功能评分差异不大，无统计学意义 ($P>0.05$)；治疗干预后，实验组患者疼痛评分显著低于对照组且胃肠功能评分显著高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，如表 3 所示。

表 3 对比两组患者疼痛评分和胃肠功能评分 (分)

组别	例数	疼痛评分		胃肠功能评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	27	68.37±5.85	49.56±5.22	51.28±7.64	69.21±7.57
实验组	27	68.34±5.87	35.61±5.19	51.25±7.66	81.29±7.18
t		0.0188	9.8473	0.0144	6.0162
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 对比两组患者各项临床指标

实验组患者术中出血量低于对照组且手术时间、住院时间以及排气时

间均短于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，如表 4 所示。

表 4 对比两组患者各项临床指标 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	术中出血量 (ml)	手术时间 (min)	住院时间 (d)	排气时间 (h)
对照组	27	85.64±10.28	90.84±11.53	12.93±2.64	31.88±11.65
实验组	27	59.31±10.14	59.42±12.67	7.62±1.25	19.34±7.28
t		9.4751	9.5303	9.4460	4.7432
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

胆结石是一种非常常见的消化系统疾病，随着如今我国经济水平的不断提升，人们的生活方式发生改变，饮食习惯的变化和工作压力的增长也让胆结石这种疾病的发生概率出现提升。胆结石这种疾病多发于中老年女性群体中，临床中一般将该疾病划分为三种类型，分别是胆囊结石、胆总管结石以及胆管结石，其中尤其以胆囊结石发病率最高^[6]。有相关调查研究显示，胆结石疾病的发病率与患者年龄有直接关系，年龄越高发生胆结石的概率越高，因此，胆结石也成为了危害老年人生命健康安全的主要疾病类型之一。临床中在对胆结石进行治疗时，患者容易并发急性胆管炎、胰腺炎等疾病，严重危害了患者健康，因此，必须采取有效手段对老年胆结石进行预防^[7]。导致老年胆结石疾病发作的主要因素是饮食习惯问题，所以可以从饮食习惯的改变上实现对老年胆结石的防范，避免使用胆固醇过高的食物可以有效减少胆囊分泌液，进而可以降低老年胆结石的发病概率。除此之外，临床中进行手术也是非常重要的老年胆结石治疗方式，可以促使患者快速康复。

常规临床中治疗胆结石多采取电刀切除手术措施，这种手术方式是在患者右侧肋骨边缘位置进行切口，从而实现对胆囊的剥离，与此同时，根据患者实际的症状表现和炎症反应，采取置入引流管的方式进行治疗^[8]。这种手术方式属于有创性操作，虽然具有一定的治疗效果，但是需要注意的是，胆囊炎胆结石多发于老年人群中，这部分患者具有年龄偏大、身体机能下降且免疫力不高的特点，正是因为老年胆结石患者对各种疾病的抵抗力较差，所以很容易在接受常规手术后出现不良反应，给老年胆结石患者造成很大伤害^[9]，患者术后不易快速恢复健康，手术期间的风险也比较大，患者术后疼痛感强烈且需要长时间住院，不利于提升患者生存质量。而腹腔镜手术则是一种安全性更强的手术方式，这种手术技术的广泛使用，充分落实了微创手术的理念，采取腹腔镜手术的方式对老年胆结石患者进行治疗，可以避免对患者造成极大的机体损伤。腹腔镜手术作为一种微创手术方式，主要是通过为患者肚脐下方建立切口，采取人工气腹的方式进行穿刺和手术，去除胆囊后再进行后续的引流管置入等操作^[10]。采取这种手术方式，手术过程中医务人员的视野不会受到影响，可以更加清晰地观察病灶，有利于医务人员更加简便的实施手术，手术效果显著。如今

我国医疗技术水平不断发展,腹腔镜手术技术也在临床中得到了广泛应用,这种手术方式具有手术时间短、手术期间不易出现操作失误以及患者出血量小等优势,同时,患者在接受手术后不易出现并发症,因此比较适合在老年患者中使用。由于腹腔镜手术过程不需要消耗大量时间,所以有效减轻了医务人员的工作压力,使其工作效率得到进一步提升,有利于强化手术效果。胆结石患者接受腹腔镜手术后不需要长时间住院,不仅帮助患者降低了经济负担,还可以改善患者心理状态,促使其积极配合后续治疗。采取腹腔镜手术治疗,可以进一步提升胆结石患者的生存几率和生存质量,患者术后肛门排气时间得到缩短,是一种有较高临床应用价值的治疗方式。

本次研究结果显示,相比于对照组,实验组患者治疗有效率和胃肠功能评分更高,同时,实验组患者并发症发生率和疼痛症状评分更低,此外,实验组患者术中出血量、手术时间、住院时间、排气时间等临床指标更优。

综上所述,在老年胆结石患者治疗过程中,应用腹腔镜手术治疗方式效果理想,可以有效缩短患者住院时间,患者围手术期不易出现不良反应和并发症,同时,患者术后疼痛症状得到显著改善,其术后肛门排气时间也得到一定缩短,患者不需要长时间住院,其生活质量得到提升,因此建议临床推广使用。

参考文献:

[1]关聪聪.腹腔镜手术治疗高龄胆结石患者的临床疗效[J].系统医学,2020,5(21):3.

(上接第51页)

总的来讲,将布地奈德福莫特罗粉+噻托溴铵吸入剂方案应用于重症COPD缓解期患者的治疗方案中安全性强,该法能够缩减患者接受疾病治疗期间内急性加重次数,积极改善病患者运动耐力以及肺部功能。值得推广。

参考文献:

[1]余桂东.氨茶碱片联合布地奈德福莫特罗粉吸入剂、噻托溴铵治疗稳定期COPD患者的疗效评价[J].实用中西医结合临床,2021,21(08):125-126.

[2]杨兴辉,阳辉,江伟.沙美特罗替卡松粉吸入剂/布地奈德福莫特罗粉吸入剂联合噻托溴铵治疗支气管哮喘的临床疗效[J].临床合理用药杂志,2020,13(24):73-75.

[3]吴建辉,张国伟,刘小梅.噻托溴铵加用布地奈德福莫特罗粉吸入剂联合无创通气治疗慢性阻塞性肺疾病合并II型呼吸衰竭的临床疗效[J].中国实用医药,2020,15(23):117-119.

[4]王美琴.噻托溴铵吸入剂联合使用布地奈德福莫特罗吸入剂与单用布地奈德福莫特罗吸入剂治疗COPD稳定期的疗效观察[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(64):5-6.

[5] Zhang H G, Zeng W J, Peng G X, et al. Application of budesonide formoterol powder inhalant combined with montelukast in the

[2]薛富平.应用腹腔镜手术治疗高龄胆结石的临床研究[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(8):2.

[3]朱四社.腹腔镜微创治疗对肝胆结石患者临床疗效,不良反应及预后的影响[J].宁夏医学杂志,2020,42(2):3.

[4]林海.研究对比高龄胆结石患者应用腹腔镜手术与开腹手术的治疗效果[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(64):2.

[5]江承剑,陈霞.腹腔镜手术治疗老年人胆结石的疗效及对患者生活质量的影响[J].深圳中西医结合杂志,2020,30(22):3.

[6]左海涛.腹腔镜手术治疗高龄胆结石患者的临床疗效体会[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(28):2.

[7]顾宏,阮汝娟,卢小冬.经胆囊后三角解剖入路腹腔镜手术治疗胆囊结石伴慢性胆囊炎患者临床研究[J].现代消化及介入诊疗,2020,25(4):4.

[8]王磊,刘康伟,段玉灵,等.老年胆结石并胆总管结石病人经内镜下逆行胰胆管造影术后序贯腹腔镜胆囊切除术治疗手术时机的研究[J].临床外科杂志,2021,29(6):3.

[9]马春,蔡相军,王忱,等.腹腔镜胆囊切除术治疗老年胆结石患者的临床效果研究[J].中国现代药物应用,2021,15(22):3.

[10]牛家宇.研究择期和急诊腹腔镜手术治疗急性胆囊炎胆结石患者的临床疗效[J].中国医药指南,2020,18(17):2.

treatment of patients with asthma-chronic obstructive pulmonary disease overlap syndrome[J]. Practical Pharmacy and Clinical Remedies, 2018.

[6]姚淑芳,林建峰,李侨华.哮喘-慢性阻塞性肺疾病重叠综合征使用布地奈德福莫特罗粉吸入剂联合噻托溴铵吸入剂治疗的效果观察[J].实用医技杂志,2018,25(09):1015-1016.

[7] LIANG Xu-men, ZHONG-Zhang-lian, Peng C, et al. Doxofylline with Tiotropium Powder for Treatment of Chronic Obstructive Pulmonary Disease and its Influence on Lung Function[J]. Shenzhen Journal of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, 2016.

[8]余权标,谢锋,刘铁柱,贺雪峰,钟伟兰.噻托溴铵吸入剂与布地奈德福莫特罗粉吸入剂联合无创通气治疗慢性阻塞性肺疾病伴二氧化碳潴留患者的临床效果[J].中国药物经济学,2017,12(01):47-50.

[9]董洪英.噻托溴铵联合布地奈德福莫特罗粉吸入剂治疗慢性阻塞性肺疾病的临床观察[J].健康研究,2017,37(02):203-204+206.

[10]香利红.噻托溴铵联合布地奈德福莫特罗粉吸入剂治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床疗效观察[J].兵团医学,2017,51(01):37-38.

作者简介:崔铁军(1973.1-),男,汉,山东乐陵,本科,副主任医师。

甲硝唑栓联合结合雌激素软膏治疗老年性阴道炎的临床研究

杨生娟¹ 王小莉^(*通讯作者)

1. 陕西省商洛市镇安县高峰镇中心卫生院 陕西商洛 711500;
*通讯作者: 陕西省商洛市镇安县妇计中心 陕西商洛 711500

摘要: 目的: 通过对老年性阴道炎进行分析, 随后对患者进行甲硝唑栓治疗, 比较临床效果。方法: 本次参与随机选取的老年性阴道炎患者共计人数 80 例, 均确诊为老年性阴道炎。分别对常规组、试验组采用不同模式治疗, 常规组患者采用甲硝唑栓治疗, 试验组在此基础上联合雌激素软膏, 比较具体效果。结果: 试验组中老年性阴道炎患者整体治疗有效率 38 (95.0), 常规组患者中整体老年性阴道炎治疗有效率 29 (72.5), 二者具有统计学差异, $p < 0.05$ 。常规组患者治疗前、治疗后评分分别为 18.6 ± 4.3 、 6.8 ± 2.3 , 试验组患者治疗前、治疗后评分分别为 18.4 ± 4.5 、 3.4 ± 1.2 分, 经比较, 治疗前患者不良症状评分差异不大, 治疗后患者老年性阴道炎患者评分差异明显 ($t=6.903$) $p < 0.05$ 。试验组的相对比较来说依从性高, 所占比例为 20 (50.0%)、13 (32.5%)、7 (17.5%)。试验组中促卵泡生成激素为 $18.63 \pm 0.42 \text{ mIU/ml}$, E_2 为 $52.76 \pm 10.84 \text{ pg/ml}$ 。常规组中促卵泡生成激素为 $13.15 \pm 0.34 \text{ mIU/ml}$, E_2 为 $65.12 \pm 10.20 \text{ pg/ml}$ 。经比较, 二者均有统计学差异 ($P < 0.05$)。结论: 在现阶段对老年性阴道炎患者进行甲硝唑栓的治疗, 整体不良情况症状明显改善, 治疗效果明显。

关键词: 老年性阴道炎; 临床效果; 甲硝唑栓

老年性阴道炎作为临床常见疾病, 症状较轻时可以不进行治疗, 如果患者表现为重度一般表现为接触性出血、白带增多、腰疼, 对于女性生活造成一定影响, 需要进行规范治疗^[1]。目前引起老年性阴道炎原因较多。女性阴道酸碱值一般处于 3.8-4.2 之间, 一般具有天然保护能够有效抵抗细菌, 但如果女性有性生活、避孕药口服时均会干扰阴道 PH 值, 并减轻保护, 增加感染风险。如果患者阴道炎未治愈将会造成老年性阴道炎。本文通过对老年性阴道炎患者进行双栓泰栓、糜康栓的应用, 比较具体效果。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

本次参与随机选取的老年性阴道炎患者共计人数 80 例, 均确诊为老年性阴道炎, 采用随机分组方式 (常规组、试验组)。患者为女性, 对于常规组来说, 其中患者年龄在 50 岁到 70, 平均年龄为 63.4 ± 6.3 岁, 对于试验组来说, 其年龄在 51~73 岁之间, 平均年龄为 62.6 ± 5.4 岁。准入标准: 第一, 患者表现为 I 度、II 度、III 度老年性阴道炎。第二, 已婚已育患者。排除标准: 第一, 患者表现为宫颈癌前病变。第二, 肿大脏器疾病。通过对两组患者进行病情、年龄以及相关体征的比较及无统计学差异。

1.2 方法

常规组接受甲硝唑栓治疗, 给药方式为阴道放置, 1 次 1 粒, 每天进行 1 次应用, 并进行为期 1 周的治疗。在放药前, 应注意进行外阴清洗, 并将药物放入到老年性阴道炎患者的阴道部分。

试验组在此基础上加入雌激素软膏治疗, 药物剂量应控制在 1g, 并连续进行 1 周的用药, 1 天 2 次。

两组患者均进行为期 1 个月的治疗。

1.3 观察指标

- (1) 对于疗效判定来说, 显效: 患者阴道以及盆腔等指标恢复正常, 临床症状消失。有效: 检查指标基本正常。无效: 出现新的病灶。
- (2) 两组患者治疗前后不良症状^[2]。
- (3) 用药的依从性情况。
- (4) FSH、 E_2 等相关指标。

1.4 统计学分析

通过 SPSS20.0 的统计学软件对患者的各项基础信息数据进行系统统计分析, 利用 X² 进行检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2. 结果

常规组患者中老年性阴道炎患者痊愈、有效、无效人数分别为 17 例、12 例、11 例, 整体有效人数为 29 例。试验组患者中痊愈、有效、无效人数分别为 25 例、13 例、2 例, 试验组中老年性阴道炎患者整体治疗有效率 38 (95.0), 常规组患者中整体老年性阴道炎有效率 29 (72.5), 二者具有统计学差异, $p < 0.05$ 。

表 1. 常规组和试验组临床效果对比

组别	例数	痊愈	有效	无效	有效率
常规组	40	17 (42.5)	12 (30.0)	11 (27.5)	29 (72.5)
试验组	40	25 (62.5)	13 (32.5)	2 (5.0)	38 (95.0)

2.2 通过对常规组、试验组治疗前后不良症状进行评分, 其中常规组患者治疗前、治疗后评分分别为 18.6 ± 4.3 、 6.8 ± 2.3 , 试验组患者治疗前、治疗后评分分别为 18.4 ± 4.5 、 3.4 ± 1.2 分, 经比较, 治疗前患者不良症状评分差异不大, 治疗后患者老年性阴道炎患者评分差异明显 ($t=6.903$) $p < 0.05$ 。

表 2. 常规组和试验组的治疗前后的不良症状评分对比

组别	治疗前	治疗后
常规组	18.6 ± 4.3	6.8 ± 2.3
试验组	18.4 ± 4.5	3.4 ± 1.2
t	0.578	6.903
P	0.933	0.000

2.3 病人在接受专业性治疗之后用药的依从性明显提高, 与没有接受治疗之前的用药依从性相比存在较大差距 ($P < 0.05$), 详细内容见下表。其中常规组遵医嘱用药、监督用药以及不用药人数及比例分别为 12 (30.0%)、16 (40.0%)、12 (30.0%), 试验组的相对比较来说依从性高, 所占比例为 20 (50.0%)、13 (32.5%)、7 (17.5%)。

表 3.病人在接受专业治疗前后的用药依从性情况

	例数	遵照医嘱用药	监督用药	不用药
常规组	40	12 (30.0%)	16 (40.0%)	12 (30.0%)
试验组	40	20 (50.0%)	13 (32.5%)	7 (17.5%)

通过对两组患者促卵泡生成激素 (FSH)、E2 比对, 其中试验组中促卵泡生成激素为 18.63±0.42mIU/ml, E2 为 52.76±10.84pg/ml。常规组中促卵泡生成激素为 13.15±0.34 mIU/ml, E2 为 65.12±10.20pg/ml。经比较, 二者均有统计学差异 (P<0.05)。

表 4.两组患者促卵泡生成激素 (FSH) 催乳素 (PRL) 促黄体生成素 (LH) 比对

组别	例数	促卵泡生成激素 (FSH) (mIU/ml)	E2 (pg/ml)
试验组	50	18.63±0.42	52.76±10.84
常规组	50	13.15±0.34	65.12±10.20
P	-	<0.05	<0.05

3. 讨论

老年性阴道炎患者作为一种常见妇科疾病, 主要是受生殖器官周围盆腔腹膜、结缔组织等出现慢性病变^[3]。在出现此种疾病后如果不及治疗, 将会诱发其他疾病, 并导致治疗困难。临床出现此种疾病时, 主要表现为治疗困难, 整体复发率相对较高, 除此之外导致老年性阴道炎发生的主要原因即为感染, 直接对患者的身体健康造成影响。

目前, 老年性阴道炎发病率死亡率都逐渐上升。对于此种疾病来说, 患病时间长一般情况下难以完全根治。出现宫颈炎的主要因素为流产、手术等, 同时由于治疗不及时还需给予相应的治疗措施^[4]。

根据相关资料表明, 目前妇女在绝经后阴道炎发生几率在 60%左右。当前老龄化不断加剧, 发病率也在不断提升, 老年阴道炎一般以补充雌性激素为主, 但给予过多补充还会引发子宫内膜以及乳腺癌等, 整体风险相对较大。

阴道炎作为当前一种常见的妇科疾病, 主要表现为外阴瘙痒, 同时阴道分泌物增多, 还会出现灼痛现象, 对于患者的生活质量来说造成了一定的干扰。对于阴道炎主要包括念珠菌阴道炎、滴虫性阴道炎、女性阴道炎等多重类型。对于老年性阴道炎来说, 在其病菌入侵后将会形成念珠菌胚芽, 从而损坏患者的皮肤组织, 一定程度上会造成水肿血管扩张和炎症等症状。

阴道炎是危害女性生殖健康的一种常见妇科疾病, 主要临床症状是患者的下腹出现隐痛并且腰骶部伴随酸痛, 月经出现异常以及有异位妊娠等状况。平素全身症状不明显, 当机体抵抗力低下时容易发病, 此病病程较长, 不易治愈。因此在目前如何寻找有效简便的治疗措施尤为重要。

在出现阴道炎后, 老年性阴道炎也在明显增加^[5]。作为女性生殖系统一种炎性疾病, 和宫颈癌具有明显关系, 发病原因主要和分娩、流产等一切相关, 临床上治疗老年性阴道炎一般采用局部治疗, 除此之外还可以采用生理、药物以及免疫治疗。慢性宫颈炎和宫颈鳞状上皮不典型增生具有密切关系, 因此应积极进行慢性宫颈炎的治疗^[6]。

通过使用甲硝唑, 其具有广谱抗厌氧菌、抗原虫的作用, 临床主要用于预防感染, 例如腹腔、盆腔、消化道等多个部位。在本次通过放置甲硝

唑, 在短期内能够降低感染率, 患者情况明显改善。在用药的过程中, 还要注意自身情况。甲硝唑作为一种广谱抗真菌药物, 能够有效抑制真菌细胞膜的合成, 同时在三药合用的同时整体协作作用明显, 可适用于混合性感染^[7]。

这个过程中要注意: 第一, 在进行治疗的同时, 应通过进行食物或中药的补气来促进食疗保障自身免疫力的提高, 在此过程中要防止受寒。第二, 要注意休息, 避免剧烈运动。第三, 要保证患者的阴道清洁程度, 同时应通过进行定期温水清洗, 确保治疗的效果。第四, 要进行定期复诊。对于患者来说, 应对其出血状况和进行详细记录, 确保其月经恢复情况的良好。对于老年性阴道炎患者出现出血发热症状时应进行复诊, 避免出现其他并发症。

雌激素软膏能够对阴道上皮细胞增殖进行改善, 并能够促进在目前来说阴道炎患者中发病率主要是由于患者自身阴道防御功能受损, 在病原体感染情况下导致阴道被侵入, 最终使患者颈管黏液呈现碱性发展^[8]。在使用时应通过直接进行给药, 并避免对胃肠、肝脏造成刺激, 安全性相对较好^[9]。

试验组患者治疗前、治疗后评分分别为 18.4±4.5、3.4±1.2 分, 经比较, 治疗前患者不良症状评分差异不大, 治疗后患者老年性阴道炎患者评分差异明显 (t=6.903) p<0.05。在现阶段对老年性阴道炎患者进行甲硝唑栓联合雌激素软膏的治疗, 整体不良情况症状明显改善, 治疗效果明显。

参考文献:

[1]谢丽红.甲硝唑栓与结合雌激素软膏联合治疗老年性阴道炎的疗效分析[J].中国社区医师,2021,37(31):83-84+87.

[2]王枫,姚杰,孙珏,胡娟,韩伟理.甲硝唑栓联合结合雌激素软膏治疗老年性阴道炎的疗效分析[J].实用心脑血管病杂志,2021,29(S1):73-75.

[3]张高丽.甲硝唑栓联合结合雌激素软膏治疗老年性阴道炎的可行性分析[J].深圳中西医结合杂志,2021,31(04):128-130.

[4] Hong X . Observation on therapeutic effect of lacidophilin vaginal capsules combined with metronidazole and estrogen in the treatment of senile vaginitis[J]. Chinese Community Doctors, 2017.

[5]耿景菊.甲硝唑栓与结合雌激素软膏治疗老年性阴道炎的疗效及对性激素水平的影响[J].实用中西医结合临床,2020,20(08):134-135.

[6]刘军.甲硝唑栓与结合雌激素软膏倍美力联用治疗老年性阴道炎的临床价值分析[J].中外女性健康研究,2020(11):65-66.

[7] Zhuo J R , Huang L H , Li-Ping X U . Efficacy of metronidazole suppository in combination with conjugated estrogen ointment in the treatment of senile vaginitis[J]. Chinese Journal of New Clinical Medicine, 2017.

[8] Xiao-Feng L I , Chen X B . Analysis of curative effect of Metronidazole Suppositories, conjugated estrogen, estrogen ointment and psychological intervention on senile vaginitis[J]. Chinese Journal of Biochemical and Pharmaceuticals, 2017.

[9]汪荔.甲硝唑栓联合雌激素软膏治疗老年性阴道炎的疗效评价[J].黑龙江科学,2021,12(04):62-63.

*通讯作者: 王小莉 陕西省镇安县妇计中心 陕西商洛 711500。

输尿管结石体外冲击波碎石失败后不同时机行输尿管镜碎石取石术临床对比研究

王岸迪

河北省沧州中西医结合医院 河北沧州 061000

摘要: 目的: 研究输尿管结石经过体外冲击波碎石失败之后不同时机通过输尿管镜碎石取石术所取得的效果。方法 将 2019 年 4 月到 2021 年 12 月到我院经过体外冲击波碎石治疗失败后即刻实施输尿管镜碎石取石的 68 例输尿管结石患者作为对照组, 另将经体外冲击波碎石治疗失败 2 周后开展输尿管镜碎石取石的 75 例输尿管结石患者作为观察组, 比较效果。结果 ①观察组 (72 例, 占比为 96.00%) 的结石清除率和对对照组 (64 例, 占比为 94.12%) 相比差异不显著 ($P>0.05$); ②观察组 (6 例, 占比为 8.00%) 的并发症发生率和对照组 (5 例, 占比为 7.35%) 差异不显著 ($P>0.05$); ③二组术前 IPSS 评分和 Q_{Max} 差异不显著 ($P>0.05$), 治疗后, 差异同样不显著 ($P>0.05$)。结论 针对经过体外冲击波碎石治疗失败的输尿管结石患者, 于失败后即刻开展输尿管镜碎石取石手术和失败 2 周后开展手术治疗没有显著的效果差异, 均能满足对患者的治疗, 临床可根据患者的实际情况和需求灵活的选择两种不同治疗时机。

关键词: 输尿管结石; 体外冲击波; 碎石失败; 手术时机; 输尿管镜; 碎石取石

近几年在临床上出现越来越多的输尿管结石患者, 有研究认为^[1]导致患者形成输尿管结石的原因比较复杂, 与患者的多种因素都存在关联, 所以输尿管结石的病症不好控制就容易在任何群体当中发病, 一旦发病之后会对患者的生活质量产生严重的影响。输尿管结石发病之后会伴随剧烈的疼痛和血尿等症状, 临床通过 X 线、超声和磁共振等手段均可以实现对患者的确诊检测, 也可以为患者通过内镜手术开展检查。通常对输尿管结石的患者通过体外冲击波碎石治疗是首选治疗方法, 这种治疗手段可以在超声、X 线等影像学技术的定位之下通过具有高能量的冲击波作用于结石, 促使结石裂解粉碎, 随尿液从尿道当中排出。但是也有一部分患者经过体外冲击波碎石治疗后碎石效果不理想, 体内仍然存在残余的结石无法排出, 这就需要对患者采用输尿管镜碎石取石手术, 可以达到良好的治疗效果。但有学者认为^[2]输尿管结石体外冲击波碎石治疗失败之后即刻开展输尿管镜碎石取石手术和失败 2 周后开展输尿管镜碎石取石手术在效果上存在一定差异, 为进一步鉴别二者之间的效果差异, 本文特进行此次研究, 详情见如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

将 2019 年 4 月到 2021 年 12 月到我院经过体外冲击波碎石治疗失败后即刻实施输尿管镜碎石取石的 68 例输尿管结石患者作为对照组, 另将经体外冲击波碎石治疗失败 2 周后开展输尿管镜碎石取石的 75 例输尿管结石患者作为观察组。(1) 观察组分别有男女患者 38 例和 37 例, 21~72 (52.16 ± 22.16) 岁, 3~16 (8.16 ± 2.13) 个月病程; (2) 对照组分别有男女患者 35 例和 33 例, 20~74 (53.28 ± 22.42) 岁, 4~17 (8.25 ± 2.24) 个月病程。伦理标准符合《世界医学会赫尔辛基宣言》, 治疗前均在《知情同意书》上签字。以 SPSS 统计学软件对一般资料进行验证, 一般资料差异均不显著 ($P\geq 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准

(1) 所有患者均为输尿管结石, 经过明确的影像学检验确诊; (2)

患者入院后均首先经过体外冲击波碎石手术治疗, 并且均碎石失败; (3) 所有患者具备开展输尿管镜碎石取石手术的条件和指征; (4) 患者具备全面的临床资料, 同意参与研究的调查工作。

1.2.2 排除标准

(1) 合并严重的器官和功能不全的患者; (2) 合并其他部位严重结石的患者; (3) 不适用于输尿管镜碎石取石手术的患者; (4) 合并严重的泌尿系统感染; (5) 过体外冲击波碎石治疗成功; (6) 同期参与其他研究。

1.3 治疗方法

1.3.1 体外冲击波碎石

经过超声引导定位, 确定结石所处的部位之后利用碎石机开展碎石, 将电压控制在 12~16kV, 选取仰卧位或侧卧位接受治疗, 对结石冲击 2500~3000 次。1 周以后对患者复查, 如碎石效果不理想, 可以进行多次碎石。如果经过多次体外冲击波碎石治疗之后仍然失败或者存在“石街”形成, 则对患者通过输尿管镜碎石取石手术治疗。

1.3.2 输尿管镜碎石取石手术

对患者开展腰硬联合麻醉, 协助患者以截石位作为手术治疗的体位, 常规消毒铺巾。然后将输尿管镜经患者的尿道插入的膀胱中并且对输尿管开口进行确认, 然后将斑马导丝置入患侧输尿管内, 沿导丝进镜, 寻找到结石以后利用 30W 的钬激光碎石。然后将较大的结石通过取石网篮取出, 小的结石可以自行排出体外。开展碎石的过程中如果发现患者存在输尿管息肉的情况则可以通过激光将息肉切除。结束手术之后退出输尿管镜, 并且为患者留置双 J 管导尿, 术后常规开展抗感染治疗, 并对患者进行 3 个月的随访。

注: 对照组在体外冲击波碎石失败以后即刻开展输尿管镜碎石取石手术, 而观察组在体外冲击波碎石治疗失败 2 周后开展输尿管镜碎石取石手术。

1.4 观察指标

(1) 结石清除率: 将患者的结石清除情况分为完全清除、大部分清除、基本清除、未清除 4 个等级。主要对患者通过术后的影像学检查来判

断结石残留情况和积水情况。①完全清除：结石积水情况完全消失；②大部分清除：结石清除超过 70%；③基本清除：结石清除在 30%~69%；④未清除：结石清除不达 30%。注：结石清除率=（①+②+③）/n×100%。

（2）并发症发生率：主要包括泌尿道感染、粘膜下损伤、尿道狭窄等。

（3）排尿功能和最大尿流量：①以 IPSS 国际前列腺评分量表对术前和术后的排尿功能进行评估，总分 35 分，排尿功能与评分为负相关；②最大尿流量：通过动力试验患者的最大尿流量（Q_{Max}）进行测试。

1.5 统计学方法

以 IBM SPSS Statistics 26.0 开展统计学分析运算。秩和检验等级资料 [n（%）]，包括结石清除率，挖掘数据 U（Z）值，分析 P 值；卡方检验计数资料 [n（%）]，包括泌尿道感染、粘膜下损伤、尿道狭窄等并发症发生率，预测 χ^2 值，分析 P 值；t 检验计量资料（ $\bar{x}\pm s$ ），包括排尿功能和最大尿流量，运算获取 t 值，分析 P 值；以 P<0.05 表示有统计学差异。

2. 结果

2.1 结石清除率比较

观察组（72 例，占比为 96.00%）的结石清除率和对照组（64 例，占比为 94.12%）相比差异不显著（P>0.05）。详见表 1。

表 1 两组患者的结石清除率比较[n（%）]

项目	n	完全清除	大部分清除	基本清除	未清除
观察组	75	45（60.00）	16（21.33）	11（14.67）	3（4.00）

表 3 两组患者的排尿功能和最大尿流量比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

项目	n	IPSS				Q _{Max}			
		治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P
观察组	75	9.61±2.19	3.16±0.72	24.2303	0.0000	8.75±2.00	26.70±6.09	24.2514	0.0000
对照组	68	9.65±2.13	3.25±0.72	23.4726	0.0000	8.83±1.95	27.19±6.00	23.9978	0.0000
t	/	0.1105	0.7465	/	/	0.2417	0.4839	/	/
P	/	0.9122	0.4566	/	/	0.8094	0.6292	/	/

3. 讨论

输尿管结石是临床上比较常见的一种泌尿系统结石，对患者生活质量影响较大。目前临床上还没有确切的依据表明男性的输尿管结石发病率比女性高或女性的发病率比男性高，这种疾病可以在任何年龄段的人群当中发生，发病之后对患者的肾功能影响较明显。有研究表明^[3]，患者出现输尿管结石之后会存在疼痛和血尿等表现，疼痛与血尿的程度一般与结石出现的部位、结石大小、结石的形状多种因素存在关联。当出现因结石而导致的梗阻时，会使患者形成肾积水和尿路感染，甚至会诱发患者肾功能受损，在很大程度上对患者的生活质量产生威胁。有学者认为除了不足 0.6cm、表面光滑、结石远端尿路没有梗阻的患者可以通过药物进行排石治疗之外，大部分结石患者都需要通过碎石手术开展治疗，能发挥较有效的治疗作用。

临床通过体外冲击波碎石手术，对输尿管结石进行治疗是常用的治疗

对照	68	42（61.76）	12（17.65）	10（14.71）	4（5.88）
组					
Z	/			0.0439	
P	/			0.9650	

2.2 并发症发生率比较

观察组（6 例，占比为 8.00%）的并发症发生率和对照组（5 例，占比为 7.35%）差异不显著（P>0.05）。详见表 2。

表 2 两组患者的并发症发生率比较[n（%）]

项目	n	尿道感染	粘膜下损伤	尿道狭窄	并发症率
观察组	75	3（4.00）	2（2.67）	1（1.33）	6（8.00）
对照组	68	2（2.94）	2（2.94）	1（1.47）	5（7.35）
χ^2	/				0.0210
P	/				0.7363

2.3 排尿功能和最大尿流量

组术前 IPSS 评分和 Q_{Max} 差异不显著（P>0.05），治疗后，差异同样不显著（P>0.05）。详见表 3。

手段，这种治疗方法从上个世纪 80 年代初的应用，在上尿路的结石治疗当中，发挥了显著的治疗作用。由于这种治疗方法能够实现无痛、微创的治疗原则，而且其价格低廉，安全性高，所以被临床医生所广泛的接受，并将这种治疗方法作为对肾结石和输尿管结石治疗的一个主要的手段。但也有学者认为对患者治疗时碎石的效果要和患者的结石部位、结石大小、结石性质、是否存在嵌顿等多种因素存在关联。除了存在一定的失败几率以外，在结石排出的过程中，如果较多的碎石聚集在患者的输尿管中，则可能会引发患者出现“石街”，这很容易使患者诱发感染，所以临床在治疗的时候针对这一类患者应及时采取其他方式开展碎石取石。对患者通过输尿管软镜碎石取石手术开展治疗是一种可靠的治疗方法，这种治疗方法可以经尿道将输尿管镜置入，通过导丝引导进入到患者的输尿管中，然后利用气压弹道、钬激光等方法开展碎石取石。这种治疗方法的优点在于损伤

（下转第 67 页）

腹腔镜与开腹手术在胃肠肿瘤治疗中的效果分析

钟潮伟

高州市人民医院 广东高州 525200

摘要：目的：对比分析胃肠肿瘤患者行腹腔镜手术或开腹手术的治疗效果。方法：抽取2018年3月~2020年3月本院80例胃肠肿瘤患者，依据患者的手术治疗情况分组，观察组患者行腹腔镜手术治疗，对照组患者行传统开腹手术进行治疗，对比2组患者的基本围手术期指标、手术后的并发症率、随访中的复发率以及术后生活质量。结果：2组患者的手术用时、手术中淋巴结的清扫数目比较中 $P>0.05$ ，观察组的术中失血量、手术后肛门排气时间、经口进食时间和住院天数均少于对照组， $P<0.05$ ；观察组的术后并发症率为5.00%，对照组为15.00%， $P<0.05$ ；观察组术后一般健康状况、生理职能、精神健康、躯体疼痛等各项生活质量评分均高于对照组 $P<0.05$ ；观察组患者术后随访12个月内胃肠道肿瘤复发率为0.00%，对照组为2.50%， $P>0.05$ ；术前2组血清IL-6、TNF- α 、CRP水平对比差异较小 $P>0.05$ ，术后3d观察组低于对照组 $P<0.05$ 。结论：胃肠肿瘤患者行腹腔镜手术治疗效果满意、复发率低，能够有效降低手术创伤和术后并发症率，且有助于改善术后生活质量。

关键词：胃肠肿瘤；开腹手术；腹腔镜；效果

胃肠肿瘤是近年来高发的消化系统疾病，特别是胃癌、直肠癌以及结肠癌等胃肠道恶性肿瘤疾病的发病率较高，严重威胁着患者的健康和安全。目前对于此类患者主要以外科手术方案为主进行治疗。随着近年来微创理念的发展，同时外科技术手段不断优化和提升，有助于提升胃肠肿瘤患者的疾病治疗效果，并减少手术创伤，特别是腹腔镜技术的应用可有效降低患者的术后并发症率并加快机体康复进程^[1]。以下将探讨采用腹腔镜手术或开腹手术对于胃肠肿瘤患者的治疗效果。

1 资料以及方法

1.1 临床资料

将2018年3月到2020年3月期间，到我院接受治疗的80例胃肠肿瘤患者作为研究对象，根据手术方式的差异，将患者划分为观察组、对照组两个组别，组别间人数相同均为40例。其中观察组中有男性患者23例、女性患者17例，年龄在37岁到83岁；麻醉ASA分级：I级19例，II级14例，以及III级7例；体质量42.3~81.6kg，均数 (57.5 ± 2.6) kg。对照组中有男性患者24例，女性患者16例，年龄在36岁到82岁之间；麻醉ASA分级：I级20例，II级14例，以及III级6例；体质量42.5~81.5kg，均数 (57.4 ± 2.7) kg。患者在年龄、性别等基础数据方面没有显著差异，具有研究的价值与意义，对于后续研究有着极大的裨益。

纳入标准：(1)经临床、影像学的诊断确诊为胃肠道肿瘤；(2)患者的临床、病理资料均完善；(3)具有外科手术指征，且手术依从性良好；(4)患者对手术方案知情并同意。**剔除标准：**(1)合并肝肾等脏器功能异常者；(2)患者有凝血障碍；(3)患有其他类型的肿瘤；(4)没有接受手术治疗的患者者；(5)处于妊娠期或者哺乳期患者。

1.2 方法

观察组患者接受腹腔镜手术治疗方案，对照组患者接受传统性的开腹手术治疗方案，

2组患者的胃癌根治术/结肠癌根治术以及直肠癌根治术等操作方式相同，在手术中需要遵循无菌操作原则以及无瘤原则，2组患者的手术中

均于静脉复合麻醉下完成。对照组患者在开腹手术中严格依据手术步骤进行，做手术切口后直视下探查腹腔状况并进行病灶切除及淋巴结清扫等。同期观察组患者在腹腔镜手术中结合患者的病变部位以及肿瘤疾病的类型来选择手术体位，并明确穿刺孔的部位，建立12~14mmHg的二氧化碳气腹，在手术中通过手术超声刀进行组织分离，同时对于系膜血管可通过钛夹和可吸收夹进行夹闭处理。在手术中病灶的切除范围和患者的淋巴结清扫范围均需要严格依据结肠直肠癌以及胃癌等胃肠恶性肿瘤疾病的诊疗规范相关要求来确定并切除。

1.3 评价标准

(1)对两个组别患者地手术时间、术中出血量等一般性手术指标进行记录，在此基础上，分析手术中淋巴结的清扫数目、手术后肛门排气时间、经口进食时间和住院天数；(2)观察2组手术后发生的肠梗阻、切口感染、腹腔出血、吻合口瘘等并发症；(3)运用SF-36生活质量表对于2组患者术后1周的生活质量进行评估，选取该量表中一般健康状况、生理职能、精神健康和躯体疼痛4个维度进行评估，各项满分均为100分；(4)2组患者均于术后进行电话、门诊或微信随访，时间均为12个月，统计2组患者术后的胃肠肿瘤复发情况。(5)对于两组患者术前和术后3d的血清炎症因子进行测定，包括白细胞介素6(IL-6)、肿瘤坏死因子 α (TNF- α)以及C反应蛋白(CRP)。

1.4 统计学方法

对研究过程中获取到的数据，使用SPSS20.0软件进行分析，分别使用 t/χ^2 进行数据检验，实现数据的精准性与有效性。

2 结果

2.1 一般手术指标对比

2组患者的手术用时、手术中淋巴结的清扫数目比较中 $P>0.05$ ，观察组的术中失血量、手术后肛门排气时间、经口进食时间和住院天数均少于对照组， $P<0.05$ 。

表 1 2 组一般手术指标对比 ($\bar{x}\pm s$)

分组	n	手术用时 (min)	失血量 (ml)	淋巴结清扫数目 (枚)	肛门排气时间 (h)	进食时间 (d)	住院天数 (d)
观察组	40	112.62±13.06	72.06±5.95	14.62±3.18	23.62±3.95	2.21±0.36	7.06±1.18
对照组	40	115.95±15.08	163.28±12.62	14.59±3.22	29.62±7.18	3.95±1.02	10.62±2.05
t 值		1.925	19.625	0.629	6.385	4.629	5.928
p 值		0.962	0.000	0.206	0.000	0.000	0.000

2.2 术后并发症率对比

观察组的术后并发症率为 5.00%，对照组为 15.00%，P<0.05。

表 2 2 组术后并发症率对比[n(%)]

分 组	n	肠梗阻	切口感 染	腹腔出 血	吻合口 瘘	总计
观 察 组	40	1 (2.50)	0 (0.00)	1 (2.50)	0 (0.00)	2 (5.00)
对 照 组	40	2 (5.00)	1 (2.50)	2 (5.00)	1 (2.50)	6 (15.00)
χ^2 值		1.196	0.698	1.196	0.698	5.183
p 值		0.763	0.225	0.763	0.225	0.032

2.3 术后生活质量评分对比

观察组：一般健康状况 (82.65±3.19) 分，生理职能 (86.97±6.29) 分，精神健康 (90.59±3.26) 分，躯体疼痛 (90.65±5.36) 分；对照组：一般健康状况 (75.06±2.95) 分，生理职能 (80.03±2.09) 分，精神健康 (82.26±2.06) 分，躯体疼痛 (81.62±2.05) 分。观察组的各项生活质量评分均高于对照组 P<0.05。

2.4 术后随访中胃肠道肿瘤复发率对比

观察组患者术后随访 12 个月内胃肠道肿瘤复发率为 0.00% (0/40)，对照组患者术后随访 12 个月内胃肠道肿瘤复发率为 2.50% (1/40)，2 组患者术后随访中胃肠道肿瘤复发率相比无明显差异 P>0.05。

2.5 血清炎症因子两组间对比

术前 2 组血清 IL-6、TNF- α 、CRP 水平对比差异较小 P>0.05，术后 3d 观察组低于对照组 P<0.05。

表 3 血清炎症因子两组间对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	IL-6 (pg/ml)		TNF- α (pg/ml)		CRP (mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	29.16±9.59	37.15±10.06	35.96±11.16	53.69±16.35	8.26±3.36	35.16±15.36
对照组	40	29.15±9.58	52.26±18.79	35.97±11.15	76.95±23.65	8.27±3.35	45.96±17.96
t 值		0.265	9.635	0.715	11.153	0.631	8.635
p 值		0.395	0.003	0.265	0.000	0.174	0.005

3 讨论

近年来，随着人们生活工作、节奏的加快以及日常饮食结构发生变化，同时我国人口老龄化进程不断加快，使得胃肠道肿瘤的发病率明显上升，以及患病人数呈现逐年增多的趋势。胃肠道肿瘤大致上可以划分为良性与恶性两大类，其中良性肿瘤机率较低，临床常见为平滑肌瘤、脂肪瘤等。然而胃肠道肿瘤多数属于恶性肿瘤，该类肿瘤病灶的体积较小，生长速度较为缓慢，如常见的胃肠道恶性肿瘤有胃癌、结肠癌以及直肠癌等，诱发一系列消化道症状，例如腹痛、腹胀以及大便异常改变等，通过给予患者胃镜、肠镜等相关诊断技术，帮助医生快速评估患病情况。对于胃肠道肿瘤患者的主要治疗手段为外科手术，以往多应用开腹手术进行治疗，能够在直视状态下对患者的肿瘤病灶进行切除，从而改善临床症状，降低患者的病死风险。然而开腹手术在应用中存在着一定的缺陷性，例如手术中的缺口较大、创伤性较高，术中脏器暴露与外界空气中的时间较长，增加了患者术后感染等并发症的风险，使得术后的住院时间有所延长，在一定程度上影响了患者的术后康复和总体手术治疗效果。近年来腹腔镜技术快速

发展并在临床中肿瘤疾病患者治疗中得到广泛应用，腹腔镜技术的应用也为胃肠道肿瘤患者的微创治疗奠定了重要的基础。与传统的开腹手术相比，腹腔镜手术的应用中能够有效缩小患者的切口长度，同时对于患者生理机能产生的影响和干扰更小。有报道指出^{[2][3]}，与传统开腹手术对比在胃肠间质瘤患者的治疗中腹腔镜治疗方案，产生的并发症相对较低，并且可以缩短住院的时间，在老龄患者的应用中其优势较为显著。分析原因，在于通过在腹腔镜设备的辅助下能够减少手术操作中对患者腹腔脏器以及组织产生的牵拉和刺激，有利于降低对神经肠道以及血管等形成的影响和干扰，并且术中超声刀以及钛夹等器械的运用，有利于提升操作的精准性并简化组织分离难度，有助于提升止血效果^{[4][5]}。腹腔镜手术在胃肠肿瘤患者治疗中，其微创优势近年来受到认可。然而仍有部分学者担忧，腹腔镜手术在淋巴结处理过程中，无法达到与传统开腹手术的效果。从相关研究数据来看，两个组别淋巴结轻笑数据相较而言，暂无差异。这也证实，腹腔镜手术的应用有利于提升胃肠道肿瘤患者的手术治疗效果，并达到与传统开腹手术同等的淋巴结清扫质量。相关研究数据同时表明，观察组患

者在出血量、机体恢复等参数方面更为优势,具备较强的临床应用价值。

特别是手术后的并发症率低于对照组,手术后一周各维度生活质量评分高于对照组。这也进一步表明,腹腔镜手术的应用更有助于提升胃肠肿瘤患者的临床治疗价值。本次研究中进一步对2组患者的远期预后情况进行了对比,2组患者均于术后进行为期12个月随访,结果显示,观察组患者的胃肠道肿瘤复发率为0.00%,同期对照组为2.50%,2组相比无显著差异($P>0.05$),提示采用传统开腹手术或者腹腔镜微创手术均可取得比较满意的远期预后效果,能够避免患者术后出现肿瘤复发。对于胃肠肿瘤患者来说,手术的应用能够切除病灶,延长生存时间,然而外科手术的本质上也是一种具有创伤性的治疗手段,不可避免的会对患者的机体造成一定创伤影响并诱发应激反应,使得下丘脑垂体肾上腺皮质系统异常激活,患者可出现炎症因子释放,例如IL6、CRP等,患者机体表现为应激反应状态,与此同时持续剧烈的机体应激反应还将对机体免疫功能产生抑制,影响患者的机体免疫功能,不利于术后的恢复,增加了患者的并发症风险。本次研究中,两组患者手术前的血清炎症因子指标对比无明显差异,在手术后三天两组患者的血清CRP、IL-6、TNF- α 水平均高于本组手术前,这表明无论腹腔镜手术或开腹手术在应用中均可对胃肠肿瘤患者产生一定的应激影响,使得炎症因子水平升高,诱发患者机体应激反应,同时对免疫功能造成不良影响。然而观察组术后的血清CRP、IL-6、TNF- α 水平低于对照组,这表明与开腹手术相比腹腔镜手术的应用其创伤性更小,更有利于

(上接第64页)

小不会使患者在治疗过程中产生较大的痛苦,一般患者治疗之后都会迅速恢复,所以能够广泛的适用于各类输尿管结石患者的治疗工作。也适用于经过体外冲击波碎石手术治疗失败以后一些患者。

但在临床研究当中,有学者^[4]对经过体外冲击波碎石手术治疗的输尿管结石失败之后在何种时机对患者开展输尿管镜碎石取石手术的效果最佳提出了疑问。所以本文也针对于此做相关的研究和讨论。一般临床上将经过体外冲击波碎石治疗失败后开展输尿管镜碎石取石手术的时机设置为失败后即刻开展和失败2周以后开展。之所以定为失败以后2周内开展输尿管镜碎石取石手术,其目的是为了隔开和体外冲击波碎石手术的时间,一方面是为促进患者机体的恢复,另一方面也是通过时间来促进残余结石的沉淀等,有助于更加彻底的碎石。但是通过对本文研究结果的分析以后得出:①观察组(72例,占比为96.00%)的结石清除率和对照组(64例,占比为94.12%)相比差异不显著($P>0.05$);②观察组(6例,占比为8.00%)的并发症发生率和对照组(5例,占比为7.35%)差异不显著($P>0.05$);③二组术前IPSS评分和Q_{Max}差异不显著($P>0.05$),治疗后,差异同样不显著($P>0.05$)。这说明在这两个时机开展输尿管镜碎石取石手术对患者而言没有明显的效果差异。简单来说,两个时机对患者进行输尿管镜碎石手术治疗,均能够获取良好的手术效果。

对此情况进行分析,笔者认为在以往的相关研究^[5]过程中所选择的病例数相对较少,而导致最终的统计学结果出现数据上的偏倚;而且还有一方面的原因与手术操作医生的相关技能和操作水平存在一定的关联。笔者

降低对患者的不良影响,缓解其术后的应激反应,预防炎症因子大量释放,这为患者术后的机体免疫功能恢复、并发症预防以及尽早出院等奠定了重要基础。原因在于腹腔镜手术与传统开腹手术相比其切口缩小,创伤性降低,更有利于减少失血量,所以能够减轻患者术后的应激反应,避免炎症介质的大量释放。

综上所述,胃肠肿瘤患者行腹腔镜手术治疗效果满意、复发率低,能够有效降低手术创伤和术后并发症率,且有助于改善术后生活质量。

参考文献:

- [1]谭海洋.腹腔镜手术与传统开腹手术对胃肠肿瘤患者的临床疗效及血凝状态观察[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(12):59-64.
- [2]张武强,崔亚红.探析腹腔镜手术与传统开腹手术对胃肠肿瘤患者的临床疗效及血凝状态的影响[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(51):68-69.
- [3]王旭.探析胃肠间质瘤经腹腔镜与开腹手术治疗的疗效及不同危险度对患者预后的影响[J].当代医学,2018,24(22):78-80.
- [4]王孟奇,刘洋,金也,等.双镜联合手术在治疗胃肠道肿瘤中的应用[J].医学研究杂志,2018,47(6):14-17.
- [5]田首强.腹腔镜微创手术治疗胃肠道肿瘤的疗效分析[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19(46):141-142.

认为为了保证手术的效果,对患者开展输尿管镜碎石取石手术时一定要保证术者具备熟练的操作技能,同时也要在开展治疗之前准确的评估患者的情况,尽可能减轻各种风险,提高手术效果和质量。

综上所述,针对经过体外冲击波碎石治疗失败的输尿管结石患者,于失败后即刻开展输尿管镜碎石取石手术和失败2周后开展手术治疗没有显著的效果差异,均能满足对患者的治疗,临床可根据患者的实际情况和需求灵活的选择两种不同手术时机。

参考文献:

- [1]朱军辉,王晓甫.输尿管结石体外冲击波碎石失败后不同时机行输尿管镜碎石取石术临床对比研究[J].河南外科学杂志,2022,28(01):70-72.
- [2]黄华生,谢永康,方钟进,陈早庆,郁兆存,郑哲明.不同时机手术治疗体外冲击波碎石失败后输尿管结石合并感染的临床效果[J].临床医学工程,2021,28(01):23-24.
- [3]黄华生,谢永康,方钟进,陈早庆,郁兆存,郑哲明.体外冲击波碎石失败后输尿管结石合并感染患者不同手术时机的临床效果观察[J].中国医学创新,2020,17(35):9-12.
- [4]莫仰骐,苏雁峰,蔡崇岳.体外冲击波碎石后不同手术时机治疗输尿管结石的临床研究[J].腹腔镜外科杂志,2018,23(08):585-588.
- [5]韩宏勇,魏敏,赵丽红,贾奋梅.体外冲击波碎石治疗后不同手术时机对输尿管结石患者疗效、安全性及生活质量的影响比较[J].中国基层医药,2017,24(17):2607-2610.

孕期疾病、早产风险和低出生体重在高危儿中的联系

李东城

大理州妇幼保健院 云南大理 671000

摘要：目的：针对高危儿人群回顾性调查孕期疾病、早产风险和低出生体重之间的联系。方法：将我院 2019 年至 2020 年出生的 996 例高危儿的病例资料按母亲怀孕时是否有孕期疾病分为有孕期疾病组和无孕期疾病组，每组各 498 例，比较两组之间早产、足月、低出生体重和正常出生体重高危儿数量的差异，并在两组内分别比较早产高危儿和足月高危儿低出生体重和正常出生体重量例数的差异。结果：有孕期疾病组的高危儿比无孕期疾病组的高危儿低出生体重人数显著降低，足月出生人数显著升高，早产风险显著降低，有统计学差异（ $P<0.05$ ）；无孕期疾病组的早产高危儿中低出生体重人数更多（ $P<0.05$ ），有孕期疾病组的早产高危儿中低出生体重人数虽多但无统计学差异。结论：孕期疾病、早产风险和低出生体重在高危儿中的联系提示孕妇不论有无孕期疾病在妊娠期间都应得到更多的照顾，并且由于对有孕期疾病孕妇关注度的提升，未来早产高危儿和低出生体重高危儿的数量会越来越少，急需更多更有效的诊断技术被开发用于更多其他类型高危儿的早期诊断。

关键词：高危儿；孕期疾病；早产；低出生体重

1 前言：

“高危儿”一词有多种定义，不幸的是，现在我们一般提起高危儿往往带有许多负面含义，这已经严重的违背了初衷，将婴儿描述为高危儿的目的的是为了更加关注那些可能从多个领域加强监测和早期干预中受益的儿童^[1]。根据美国儿科学会的定义，高危儿包括早产儿、有特殊保健需要或依赖技术的婴儿、因家庭问题而处于危险中的婴儿以及预计早逝的婴儿^[2]。其中，早产儿是高危儿中最容易识别和定位的人群，因此在医院受到的特别照顾往往多于足月出生的高危儿，在足月出生婴儿中出现的许多临床状况和危险因素，包括一些使他们在幼儿期及以后会面临较高神经、发育、功能和健康结果方面风险的临床状况和危险因素可能在出院时被忽视，导致这些足月高危儿未得到及时早期干预服务^[3]。另外，跟早产儿受到同样广泛关注的还有低出生体重量婴儿，在许多研究中这两类婴幼儿后期发育如运动发育水平不佳、后期认知能力发育迟缓等都是是一致的，被认为都是源于早期发育的发育级联反应的结果或者是由于大脑的一般性损伤造成。同样的，低出生体重量高危儿也非常容易被识别和定位，因此在许多地区和早产高危儿一样极早期就获得了个性化的干预计划方案，甚至出院后仍会长期享受医院的随访评估以便对随后发育的不同阶段的各项能力进行干预改善^[4]，而正常体重的高危儿跟足月高危儿一样，因其没有比较直观的指标进行识别，导致发现较晚并且容易错过最佳的早期干预时间。由于这些原因，大部分的医疗保健花费在通常被确定为早产儿的高危儿、有较容易诊断发现的具先天性出生缺陷的婴儿和孕妇有特殊孕期疾病长期服用药物生产的婴儿等。目前，虽然已有大量研究发现孕妇孕期疾病可能会增加婴儿流产、早产和低出生体重的风险^[5]，同时还可能影响婴儿的发育^[6]。但关于孕期疾病、早产风险和低出生体重在高危儿中的联系尚未被注意到。因此，本研究将在我院 2019 年至 2020 年出生的 996 例高危儿的病例资料纳入回顾性调查分析，现报告如下：

2 资料与方法

2.1 一般资料

选取在我院 2019 年至 2020 年建档的 996 例高危儿的病例资料，纳入标准：符合高危儿诊断标准者^[2]；从妊娠期各项检查直至分娩均有详细规范的记录，从孕妇到婴儿均有较齐全的病例资料者。排除标准：婴儿死亡；病例资料不全患者。

2.2 方法

按母亲怀孕时是否有孕期疾病分为有孕期疾病组和无孕期疾病组，每组各 498 例，孕期疾病包括：孕期糖尿病、高血压、甲减、胆汁淤积、贫血及出血性疾病等。

2.3 统计指标及判定标准

按胎龄进行分类统计，不足 37 周分娩为早产高危儿，37 周及以上分娩为足月高危儿。按出生时体重进行分类统计，不足 2500g 为低出生体重，2500g 及以上为正常出生体重。对早产、足月、低出生体重和正常出生体重量高危儿分别进行统计计数并进行分组比较。

2.4 统计学处理

所有数据分析均在 SPSS 22.0 软件上进行。计数资料以病例数(n)表示，卡方检验进行比较， $P<0.05$ 被认为差异具有统计学意义。

3 结果

3.1 孕期疾病与高危儿类型的关系

有无孕期疾病对高危儿出生性别和正常体重人数无显著影响， $P>0.05$ ，有孕期疾病组的高危儿比无孕期疾病组的高危儿低出生体重人数显著降低， $P<0.05$ ，有孕期疾病组的高危儿比无孕期疾病组的高危儿足月出生人数显著升高，早产人数显著降低， $P<0.05$ ，有统计学差异，见表 1。

表 1 孕期疾病与高危儿类型的关系(n)

组别		无孕期疾病组 (n=498)	有孕期疾病组 (n=498)	χ^2	P
性别	男	264	234	1.807	0.179
	女	234	264	1.087	0.179
出生体重	正常出生体重	403	455	3.152	0.076
	低出生体重	95	43	19.594	0.000
胎龄	足月	383	450	5.389	0.020
	早产	115	48	27.54	0

3.2 母亲无孕期疾病的高危儿胎龄与出生体重的关系

调查母亲无孕期疾病的高危儿发现，在早产高危儿中低出生体重人数更多，足月高危儿中低出生体重人数更少， $P<0.05$ ，有统计学差异。另外，在正常出生体重量高危儿中，足月出生人数更多，低出生体重量高危儿中早产人数更多， $P<0.05$ ，有统计学差异。见表 2。

表 2 母亲无孕期疾病的高危儿胎龄与出生体重的关系(n)

组别(n)	正常出生体重	低出生体重	χ^2	P
早产高危儿 (n=115)	43	72	7.313	0.007
足月高危儿 (n=383)	360	23	296.525	0
χ^2	249.352	25.274	-	-
P	0	0	-	-

3.3 母亲有孕期疾病的高危儿胎龄与出生体重的关系

调查母亲无孕期疾病的高危儿发现,在早产高危儿中低出生体重人数虽多但无统计学差异,足月高危儿中低出生体重人数更少, $P<0.05$,有统计学差异。另外,在正常出生体重高危儿中,足月出生人数更多,低出生体重高危儿中早产人数更多, $P<0.05$,有统计学差异。见表 3。

表 3 母亲有孕期疾病的高危儿胎龄与出生体重的关系(n)

组别(n)	正常出生体重	低出生体重	χ^2	P
早产高危儿 (n=48)	18	30	3	0.083
足月高危儿 (n=450)	437	13	399.502	0
χ^2	385.848	6.721	-	-
P	0	0.010	-	-

4 讨论

怀孕是一个进化的阶段,在此期间母亲通常会经历更多的压力。与低风险妊娠相反,高风险妊娠对母亲和胎儿的健康或生命构成威胁,在高风险妊娠中研究最多的风险因素包括:现有的健康问题、超重或肥胖、多胎妊娠和年龄(太年轻或超过 35 岁)^[7]等,这些因素加上母亲产生的压力,显著增加了怀孕期间出现一系列问题的可能性:高血压、妊娠糖尿病、甲减、胆汁淤积和早产风险增加等,进而对婴儿的大脑神经发育产生负面影响^[8,9],甚至会影响一些主要器官的发育^[10],甚至未来可能会出现更严重的疾病以及一些行为问题、记忆和学习缺陷、大脑皮层发育不良,并可能影响他们的心理健康^[6,11]。如能尽可能早的发现定位这些高危儿并进行适当有效的干预,对其个人、家庭以及社会将会带来最大的社会和经济利益,但识别那些处于高风险并可能受益的婴儿并不简单。

本次研究采用回顾性调查研究的方法,对已经识别出的高危儿的病历资料进行事后调查统计分析发现一个非常有趣的现象,与以前的调查结果不一样^[12],孕妇有孕期疾病反而早产风险更低,并且具低出生体重特征的高危儿人数也比孕妇无孕期疾病组显著降低,随后我们把母亲有孕期疾病和无孕期疾病分开对比,发现母亲无孕期疾病组的结果跟一般的研究类似,早产高危儿和低出生体重有显著相关性,足月高危儿中正常出生体重人数更多,但令人惊奇的是,在母亲有孕期疾病组的对比结果显示,早产高危儿中低出生体重人数虽多但无统计学差异,表明在该组中早产和低出生体重的显著相关性消失。

我们的研究结果跟近期一项关于高风险妊娠与婴儿神经发育关系的研究^[13]类似,该研究通过对比高风险妊娠组和低风险妊娠组婴儿的认知、语言和运动神经发育发现,高风险妊娠组婴儿这些方面的得分反而更高,跟其他研究认为高风险妊娠会影响婴儿神经发育的结果不一致。可能的解释是在孕妇患有孕期疾病的情况下妊娠期经历了更多更密切的随访和护理治疗,这一点已有研究证实更多的护理和治疗非常有利于母亲的健康并可能促进胎儿的发育。并且,她们更容易获得更专业的临床控制系统,提

供更多的持续性护理、个性化教育、警惕、建议和指导如何正确管理妊娠等,这也有利于专业人员和孕妇之间建立信任纽带,从而提高孕妇的安全性并显著降低妊娠压力。另外,经历孕期疾病的孕妇往往会因为担忧胎儿而发展出更强的内部控制意识,并采取实际行动作出一些能够改善健康的行为改变,也就是说在怀孕期间她们更加小心地尽量减少可能影响婴儿后续发育的风险因素。因此,我们的结果显示有孕期疾病组的早产高危儿和低出生高危儿更少,并且早产和低出生体重的关联性消失。虽然给予我们一个启示,即无论孕妇的健康状况如何,都必须特别照顾她们,并为她们提供最好的医疗服务。但也给我们带来了更大的挑战,即仅凭这些直观的资料如孕期疾病、早产和低出生体重越来越难以识别更多其他类型的高危儿,目前急需开发出更多的早期诊断技术和指标来帮助识别定位除早产以外的其他高危儿,以便更早期的介入有效的干预措施。

综上,本研究发现,孕期疾病组早产高危儿和低出生体重高危儿的数量显著降低,并且早产和低出生体重的显著相关性消失。提示不论有无孕期疾病,孕妇在妊娠期间都应得到更多的照顾,并且随着对孕妇关注度的提升,未来早产高危儿和低出生体重高危儿的数量会越来越少,我们急需更多更有效的早期诊断技术被开发用于更多其他类型高危儿的早期诊断。

参考文献:

- [1]HINTZ S R, HESS R L. Defining outcomes for high-risk infants: Problems and possibilities [J]. Semin Perinatol, 2016, 40(8): 495-6.
- [2]STARK A R, ADAMKIN D H, BATTON D G, et al. Hospital Discharge of the High-Risk Neonate Committee on Fetus and Newborn [J]. Pediatrics, 2008, 122(5): 1119-26.
- [3]TANG B G, FELDMAN H M, HUFFMAN L C, et al. Missed Opportunities in the Referral of High-Risk Infants to Early Intervention [J]. Pediatrics, 2012, 129(6): 1027-34.
- [4]吴旭萍, 朱亭立, 唐云飞, 等. 精细化护理在降低低出生体重儿胃管非计划性拔管中的应用[J]. 护士进修杂志, 2020, 35(24):4.
- [5]林华娟. 高危妊娠的筛查和管理及其与不良妊娠结局的关系分析[J]. 中国全科医学, 2021, 24(S01):2.
- [6]VAN DEN BERGH B R H, VAN DEN HEUVEL M I, LAHTI M, et al. Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy [J]. Neurosci Biobehav R, 2020, 117(26-64.
- [7]Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy [J]. Obstet Gynecol, 2013, 122(5): 1122-31.
- [8]SWEETING A N, ROSS G P, HYETT J, et al. Gestational Diabetes Mellitus in Early Pregnancy: Evidence for Poor Pregnancy Outcomes Despite Treatment [J]. Diabetes Care, 2016, 39(1): 75-81.
- [9]鲍玲, 任军爽, 王蕊. 6 月龄婴儿神经心理发育现状及相关危险因素分析[J]. 首都医科大学学报, 2021.
- [10]ROMERO-GONZALEZ B, CAPARROS-GONZALEZ R A, GONZALEZ-PEREZ R, et al. Newborn infants' hair cortisol levels reflect chronic maternal stress during pregnancy [J]. Plos One, 2018, 13(7): e0200279.
- [11]郑瑞娟, 耿建, 董献文, 等. 0~1 岁婴儿 109 例神经心理发育现状调查及影响因素分析[J]. 中国医药科学, 2020, 10(20):6.

新生儿体重与桡动脉采血穿刺角度的相关性研究

任月红 张樊 李宁 张凤

保定市妇幼保健院 河北保定 071000

摘要：目的：分析新生儿体重与桡动脉采血穿刺角度的相关性，旨意为相关人员的研究工作提供参考文献。方法：选择 2019.05.06~2019.10.06 本院收治的 300 例新生儿为研究对象，依照桡动脉采血穿刺方法不同，分为新式组 150 例（使用改良穿刺法）和传统组 150 例（传统穿刺法）。医院方面针对新式组新生儿开展改良后的桡动脉采血穿刺方法；对于传统组新生儿开展传统桡动脉采血穿刺方法，分析结果。结果：新式组穿刺失败人数和多次穿刺成功人数比传统组少， $P<0.05$ ；新式组单次穿刺成功人数多于传统组， $P<0.05$ ；和传统组比较，新式组新生儿穿刺后无痛、轻度疼痛人数更多， $P<0.05$ ，中度和重度疼痛人数更少， $P<0.05$ ；和传统组比较，新式组穿刺操作时间更短， $P<0.05$ ；新式组新生儿穿刺后皮下淤血发生率更低， $P<0.05$ ；新生儿体重和桡动脉采血穿刺角度表现为正相关性，($r=0.596$, $P<0.05$)。结论：新生儿体重和桡动脉采血穿刺角度表现为正相关性，即体重越大，进针角度就需要越大，以提升穿刺成功率。针对需要接受桡动脉采血穿刺操作的新生儿，医院方面为其实施改良后的桡动脉采血穿刺方法完成操作能减缓新生儿一次穿刺成功率，降低其疼痛感和皮下淤血发生率。这一方式值得推广。

关键词：新生儿体重；桡动脉穿刺；角度；相关性；研究分析

针对新生儿患者来讲，临床为其开展动脉血气分析检查，能够更为客观地体现出患者当前呼吸衰竭程度与性质。该手段为判定新生儿病患机体是否存在二氧化碳滞留以及缺氧的可靠性方式。针对新生儿开展动脉血气分析，有助于指导患者调节机械通气参数以及提升氧疗效果，同时也能够令医生更好的纠正新生儿电解质与酸碱失衡情况^[1]。

关于新生儿的采血工作，长久以来都是一项技术要求颇高的操作。动脉血气分析指标为新生儿疾病诊断的重要性依据。一般而言，针对于发生疾病的新生儿需多次进行穿刺。值得注意的是，与其他群体相比，新生儿外周动脉直径比较小。这种情况会给桡动脉穿刺造成一定困难，无法满足临床检验的血流量需要。可见，选择一类有效方式针对新生儿开展桡动脉穿刺意义重大^[2]。当前，临床上还没有关于新生儿体重与桡动脉采血穿刺角度相关性分析研究。为了全面探讨两者之间的关系，为新生儿患者选择针对性更强、更安全的桡动脉采血穿刺方案，本文对上述命题加以分析，现如下。

1. 资料与方法

1.1 基线资料

选择 2019.05.06~2019.10.06 本院收治的 300 例新生儿为研究对象。所有新生儿均需要接受桡动脉采血穿刺操作。家属自愿参加实验调查，同时签署了有关文献。现依照桡动脉采血穿刺方法不同，分为新式组 150 例和传统组 150 例。新式组内年龄区间是 0.16~28.52d，均值 (8.93 ± 1.28) d。早产儿 120 例、足月儿 30 例。传统组年龄区间是 0.17~28.66d，均值 (8.75 ± 1.15) d。早产儿 115 例、足月儿 35 例。经比较，两组新生儿基线资料差别不明显均衡性高，可比， $P>0.05$ 。

1.2 方法

护士针对新式组新生儿开展改良后的桡动脉采血穿刺方法。详细结合新生儿的体重，选择不同的角度进针。首先按照新生儿的体重实现分组，详细为：分组方法：①组 $wt\leq 1.0Kg$ ，进针角度选择 10-15°；②组 $1.0Kg<wt\leq 1.5Kg$ ，进针角度选择 15-25°；③组 $1.5Kg<wt\leq 2.5Kg$ ，进针角度选择 20-30°；④组 $2.5Kg<wt\leq 3.5Kg$ ，进针角度选择 30-45°；⑤组 $>3.5Kg$ ，进针角度选择 30-45°。收集资料过程中，桡动脉采血时需要二人配合。选择相对固定采血人员，操作者采用统一的桡动脉定位方法，即新目测定位法（将新生儿掌心朝上，手腕中纹桡侧四分之一处为穿刺点），采血用具使用 5.5 号头皮针，针尖斜面向上，以减少干扰因素。助手用自制量角器测

量穿刺成功时的角度，并记录。分析不同体重组的新生儿桡动脉采血成功时的穿刺角度。抽出所需血液量之后，移除针头，利用消毒棉球实施压迫止血，时间为 5-10min。如果新生儿存在出血倾向或者新生儿自身凝血机制障碍，护士要适当加长新生儿的棉球压迫时间。

对于传统组新生儿应用常规桡动脉采血穿刺方法。本组新生儿的详细穿刺采血手法等同新式组，但不结合新生儿体重分组，进针角度均为 30°。

1.3 观察指标

第一，分析新生儿穿刺操作时间比较详情。

第二，分析新生儿桡动脉穿刺状况比较情况。细节是单次穿刺成功（一次性穿刺入动脉，抽出充足动脉血）、多次穿刺成功（多次穿刺入动脉，抽出充足动脉血）、穿刺失败（穿刺后，未抽出动脉血）。

第三，分析新生儿桡动脉穿刺后疼痛程度对比详情。实验使用面部表情法（Wong - Baker），评价新生儿疼痛感。详细为：4-5 分重度疼痛、3 分中度疼痛、1-2 分轻度疼痛、0 分无痛。

第四，对比新生儿桡动脉穿刺后皮下淤血发生情况。

第五，分析新式组新生儿体重和桡动脉采血穿刺角度的相关性。

1.4 统计学原理

本实验使用 SPSS21.0 软件包，对计量资料使用 T 值计算，计数资料使用 χ^2 计算，相关性分析开展直线相关分析。当 $P<0.05$ 视为存在统计学差异。

2. 结果

2.1 两组穿刺操作时间比较详情

传统组穿刺操作时间均值是 (7.99 ± 1.24) min，新式组穿刺操作时间均值是 (5.15 ± 1.14) min。和传统组比较，新式组穿刺操作时间更短， $P<0.05$ 。

2.2 新生儿桡动脉穿刺状况比较情况

新式组穿刺失败人数和多次穿刺成功人数比传统组少， $P<0.05$ ；新式组单次穿刺成功人数多于传统组， $P<0.05$ 。见表 1。

表 1. 新生儿桡动脉穿刺状况比较情况[n, %]

项目	传统组 (n=150)	新式组 (n=150)	χ^2	P
单次穿刺成功	44 (29.33%)	124 (82.67%)	42.151	< 0.05
多次穿刺成功	81 (54.00%)	23 (15.33%)	24.115	

功				0.05
穿刺失败	25 (16.67%)	3 (2.00%)	15.936	<
				0.05

2.3 新生儿桡动脉穿刺后疼痛程度对比详情

和传统组比较,新式组新生儿穿刺后无痛、轻度疼痛人数更多, $P<0.05$,中度和重度疼痛人数更少, $P<0.05$.详见表 2.

表 2.新生儿桡动脉穿刺后疼痛程度对比详情[n, %]

项目	传统组 (n=150)	新式组 (n=150)	X^2	P
无痛	16 (10.67%)	98 (65.33%)	51.251	<0.05
轻度疼痛	27 (18.00%)	28 (18.67%)	16.392	<0.05
中度疼痛	53 (35.33%)	21 (14.00%)	27.558	<0.05
重度疼痛	54 (36.00%)	3 (2.00%)	15.559	<0.05

2.4 新生儿桡动脉穿刺后皮下淤血发生情况

和传统组比较,新式组穿刺后皮下淤血发生率更低, $P<0.05$.详见表 3.

表 3.新生儿桡动脉穿刺后皮下淤血发生情况[n, %]

项目	新式组 (n=150)	传统组 (n=150)	X^2	P
发生皮下淤血	32 (21.33%)	67 (44.67%)		
未发生皮下淤血	118 (78.67%)	83 (55.33%)		
皮下淤血率	21.33%	44.67%	26.993	<0.05

2.5 新式组新生儿体重和桡动脉采血穿刺角度的相关性

通过开展直线相关性分析证实:新生儿体重和桡动脉采血穿刺角度表现为正相关性, ($r=0.596$, $P<0.05$).这一点代表:新生儿的体重越大,桡动脉穿刺角度越大。但因新生儿桡动脉内径极小,最大穿刺角度不应超过 $30^{\circ}\sim 45^{\circ}$ 。

3. 讨论

新生儿静脉血管结构特点为:外周静脉血流量低、出血慢^[3]。在临床中我们可以发现:有时新生儿无法从静脉途径单次收集足够血流量以供检查。新生儿的股静脉采血技术要求相当高,通常而言需双人配合才能够完成相关操作。和其他群体不同的是,新生儿在接受采血过程中容易发生躁动以及哭吵的情况,很容易引发针头穿出血管之外引起抽血量过少、血肿形成甚至穿刺失败的不良情况出现^[4]。也有可能由于强烈刺激造成新生儿出现反射性排尿,对无菌区域造成污染引发感染现象发生。上述不良情况在其他程度上加大了护理人员的工作量以及新生儿苦楚感。对于此,对于新生儿开展桡动脉途径实现采血,能够防止上述情况发生。桡动脉采血是新生儿科比较常见的护理操作技术,其具体的应用频率仅仅比静脉输液低。新生儿的桡动脉固定容易、位置表浅,常常被视为儿科采血的首选位置。但不容忽视的是,随着当前我国民众生活质量的不断提升加上饮食结构的变化,新生儿营养水平也变得越来越好。在这种情况下,超体重新生儿数量和以往相比明显增加。这些新生儿皮下脂肪肥厚体态肥胖,外周血管显露比较难。这种情况会加大护理工作的难度,同时也考验了护士的操作技术^[5-6]。

本组实验研究结果表明:新生儿体重和桡动脉采血穿刺角度表现为正相关性, ($r=0.596$, $P<0.05$).这一点代表:新生儿的体重越大,桡动脉穿刺角度越大。迄今为止,关于新生儿桡动脉穿刺进针角度相关资料以及

教科书上并没有详细介绍。本组实验研究结果表明:结合新生儿的体重选择合适的进针角度对新生儿开展桡动脉穿刺采血,能够减轻新生儿桡动脉穿刺之后皮下淤血发生率,减缓新生儿穿刺后疼痛程度,提升单次穿刺成功率,减少穿刺操作时间。之所以出现这种情况,主要原因在于:由于新生儿的桡动脉直径小,如果统一对其应用 30° 进针,有可能刺穿低体重儿的血管。而结合不同体重新生儿选择 $10^{\circ}\sim 45^{\circ}$ 角度进针能够令针头更好地自相应方向刺入到新生儿血管之中,减少血管穿刺时间,同时也防止了针头刺入血管时间过长引发的血管痉挛,增加穿刺成功率^[7]。

针对新生儿选择改良后的方法完成穿刺工作,能够有效减缓其穿刺后的疼痛感。传统的刺入方式常常需要多次才能成功。这种情况不但加长的穿刺时间,同时也增加新生儿的苦楚,容易导致新生儿机体血管活动神经元以及大脑皮质兴奋,出现缩血管效应,造成交感缩血管中枢兴奋,增加新生儿苦楚。选择具有针对性的方式对新生儿开展穿刺,则有助于减缓其机体痛苦。值得注意的是,护理人员在开展桡动脉采血工作过程之中,应当在短时间内准确收集动脉血液。应用改良后的进针法完成桡动脉穿刺采血工作有着非常强的实用性。但不能忽视的是,护士在进行实际操作中一定要遵循“先快后慢”的原则,具体为:穿刺针进入到皮肤一定要快,进入新生儿血管时则要放慢速度。通过这种办法加大新生儿桡动脉穿刺成功率,减少患儿苦楚^[8]。

总的来讲,针对需要接受桡动脉采血穿刺操作的新生儿,医院方面为其实施改良后的桡动脉采血穿刺方法完成操作能减缓新生儿一次穿刺成功率,降低其疼痛感和皮下淤血发生率。这一方式值得推广。

参考文献:

[1]刘晶晶,汪丽娜,肖婷,颜璐璐,屈双权.超声引导动态针尖定位法在新生儿桡动脉穿刺置管中的应用[J].中国医师杂志,2021,23(02):285-288.

[2]张格格,王玲玲,郭娜娜.不同进针角度对桡动脉穿刺成功率的影响分析[J].临床研究,2021,29(01):181-183.

[3]骆小京,张馨心,吴旭红.改良定位法在新生儿重症监护室桡动脉穿刺中的研究效果[J].徐州医科大学学报,2020,40(05):388-390.

[4]陆涛,程慧,郭婧.不同进针角度对桡动脉穿刺成功率的影响分析[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(13):119+121.

[5]余艳艳.改良桡动脉穿刺在全麻手术患者有创血压监测动脉置管中的应用[J].护理实践与研究,2018,15(10):124-126.

[6]陈凤朱,潘艳,陈梁,罗艳,陈湘平,黄浩.改良穿刺角度在老年重症患者桡动脉置管中的应用[J].护理与康复,2017,16(12):1291-1293.

[7] Karundeng B S, Muradi A, Kekalih A. Correlation Between Hand Ischemia Questionnaire and Peak Systolic Velocity of Radial Artery and Ulnar Artery in Hemodialysis Patients with Upper Arm Native Fistula Arteriovenosa[J]. Journal of Indonesian Society for Vascular and Endovascular Surgery, 2019, 1(1):1-5.

[8] Li X, Fang G, Yang D, et al. Ultrasonic Technology Improves Radial Artery Puncture and Cannulation in Intensive Care Unit (ICU) Shock Patients[J]. Medical Science Monitor International Medical Journal of Experimental & Clinical Research, 2016, 22:2409-2416.

科技项目:保定市科技计划项目(项目编号:1941ZF070)。

作者简介:任月红(1983.2-),女,汉族,河北徐水人,本科,副主任护师,主要从事新生儿护理方面的研究,所在科室:新生儿科。

四肢长骨骨折应用交锁髓内钉治疗的临床效果观察

吴四岗

昆明市经开医院 云南昆明 650215

摘要：目的：研究四肢长骨骨折应用交锁髓内钉治疗的临床效果。方法：将我院在2020年9月—2021年9月间收治的40例四肢长骨骨折患者纳入本次研究，按照随机抽签法进行分组，分别设为研究组与参照组，每组各有20例，其中研究组患者采用交锁髓内钉治疗，而参照组患者则采用切开复位内固定治疗，对比两组患者的临床治疗效果。结果：研究结果来看，研究组患者的治疗有效率为95.00%，明显高于参照组患者的55.00%，组间差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；研究组患者的并发症率为5.00%，明显低于参照组患者的40.00%，组间差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：四肢长骨骨折应用交锁髓内钉治疗能够取得较为理想的治疗效果，且不会出现严重的并发症，是一种有效性与安全性并存的治疗方案，值得临床推广与应用。

关键词：四肢长骨骨折；交锁髓内钉；临床效果

Abstract: Objective: To study the clinical effect of interlocking intramedullary nail in the treatment of limb long bone fractures. Methods: 40 patients with long bone fractures of extremities treated in our hospital from September 2020 to September 2021 were included in this study. They were divided into study group and reference group according to the method of random lottery, with 20 cases in each group. The patients in the study group were treated with interlocking intramedullary nail, while the patients in the reference group were treated with open reduction and internal fixation. The clinical therapeutic effects of the two groups were compared. Results: according to the results of the study, the effective rate of patients in the study group was 95.00%, which was significantly higher than 55.00% in the reference group ($P < 0.05$); The complication rate of patients in the study group was 5.00%, which was significantly lower than 40.00% in the reference group ($P < 0.05$). Conclusion: the application of interlocking intramedullary nail in the treatment of limb long bone fractures can achieve ideal therapeutic effect without serious complications. It is an effective and safe treatment scheme, which is worthy of clinical promotion and application.

Key words: limb long bone fracture; Interlocking intramedullary nail; Clinical effect

四肢长骨骨折在临床中有着较高的发病率，多是因疾病或外伤导致的，主要的表现为肿胀、疼痛、功能障碍及活动异常等，而随着社会经济的不断发展，工业事故与交通事故的发生率也在不断上升，极易发生四肢长骨骨折，而一旦发生骨折，若不能得到及时有效的治疗，甚至会导致患者的运动功能受损，影响患者的正常生活^[1-2]。四肢长骨骨折的治疗中，合理的固定选择一直是研究中的重点，传统的切开复位内固定治疗虽然能够实现较好的骨折稳定，但容易导致感染、关节功能限制等并发症^[3-4]。交锁髓内钉是近年来临床广泛应用的一种治疗方法，且认可度较高^[5]，故本文就四肢长骨骨折应用交锁髓内钉治疗的效果展开探讨，以82例临床患者为例，行随机对照研究，现有研究内容如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

将我院在2020年9月—2021年9月间收治的40例四肢长骨骨折患者纳入本次研究，按照随机抽签法进行分组，分别设为研究组与参照组，每组各有20例，已将研究内容告知患者并征得其同意。研究组中：男性13例，女性7例，年龄最大的72岁，最小的26岁，均值为（43.98±5.87）岁，其中胫骨骨折11例，股骨骨折6例及肱骨骨折3例，致伤原因为：高坠12例，交通事故4例，其他4例；参照组中：男性15例，女性5例，年龄最大的73岁，最小的28岁，均值为（44.09±5.36）岁，其中胫骨骨折10例，股骨骨折7例及肱骨骨折3例，致伤原因为：高坠12例，交通事故5例，其他3例。针对患者的基础资料进行检验，使用SPSS21.0进行，得到的所有结果均为 $P > 0.05$ ，即无统计学差异，组间对比可行。

1.2 方法

所有患者均接受X线检查确认骨折情况，并采取皮牵引、脱水剂治疗等常规方式，参照组患者采用切开复位内固定的方式治疗，操作如下：按照AO原则对骨折进行复位及内固定，在术中需将手术部位完全暴露，对肘、肩部影响内固定放置的骨骼、肌腱进行修整，复位关节面骨折块，并注意矫正下肢力线，撬拨骨折端塌陷处或缺损处，由空隙中取自体髂骨进行植骨，并使用克氏针固定，若采用大骨块则可选择拉力螺钉进行固定。之后在骨折下端前内侧放置三叶草钢板进行固定，并加用支持钢板，再使用三叶草钢板固定。

研究组患者采用交锁髓内钉的方式治疗，方法如下：分为顺行髓内钉内固定与逆行髓内钉内固定，其中顺行髓内钉适用于股骨骨折患者，根据X线片结果选择髓内钉，多用9-11cm髓内钉，患者接受腰麻，于股外侧骨折位置作小切口，完全露出后复位并固定，在患者股骨大粗隆尖10cm处作2.5cm小切口，并切开皮下组织，显露梨状窝，尖锥开口，扩髓将髓内钉钉入，确认复位后以瞄准器安装锁钉；逆行髓内钉则选择骨折处作中线切口，由髌旁内侧入路，牵拉髌腱，显露前十字韧带，并于股骨踝间切迹十字韧带前端1cm处开口置入导针，扩髓后清理髓腔内的碎屑，然后由股骨踝间切迹入口处插入髓内钉，并安装锁钉。

术后处理：术后2d可指导患者进行关节活动，并且为患者进行肢体按摩，避免深静脉血栓的形成，术后7d患者可进行非负重训练，术后30d可进行负重训练，患者定期来院复诊，接受X线片检查，确认骨折愈合情况后取出髓内钉。

1.3 观察指标

（1）判定两组患者的治疗效果，分为显效：治疗后，患者骨折对位

对线理想,固定效果好,切口愈合,运动功能基本正常;有效:治疗后,患者骨折对位对线良好,固定效果较好,切口基本愈合,运动功能有所恢复;无效:治疗后,患者骨折对位对线差,固定效果差,切口愈合差,运动功能出现障碍。有效率=(显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ ^[6-7]。(2)观察两组患者的术后并发症情况。

1.4 统计处理

将研究中取得的数据资料录入 SPSS21.0 系统展开统计学检验,表示所有计数资料均以(n,%)表示,行卡方值检验,而所有计量资料均以($\bar{x} \pm s$)表示,行t值检验,检验结果若为 $P < 0.05$,即统计学差异存在。

2. 结果

2.1 治疗有效率

从研究结果来看,研究组患者的治疗有效率为95.00%,明显高于参照组患者的55.00%,组间差异有统计学意义($P < 0.05$),详见表1。

表1 两组患者的治疗有效率(例,%)

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
研究组	20	13(65.00)	6(30.00)	1(5.00)	19(95.00)
参照组	20	8(40.00)	3(15.00)	9(45.00)	11(55.00)
χ^2					5.674
P					0.005

2.2 并发症情况

研究结果来看,研究组患者的并发症率为5.00%,明显低于参照组患者的40.00%,组间差异有统计学意义($P < 0.05$),详见表2。

表2 两组患者的并发症率(例,%)

组别	例数	螺钉处炎 症	切口感染	血管神经 损伤	并发症率
研究组	20	1(5.00)	0(0.00)	0(0.00)	1(5.00)
参照组	20	3(15.00)	3(15.00)	2(10.00)	8(40.00)
χ^2					5.432
P					0.005

3. 讨论

四肢长骨骨折是临床中常见的疾病之一,近年来发病率呈现逐年上升的趋势,而患者在骨折后骨块可能出现血运障碍,愈合速度相对缓慢,不利于患者的术后恢复,若患者为老年人,则恢复更加缓慢,一旦在恢复过程中出现意外,极有可能导致患者的运动功能障碍或残疾,严重影响患者的生活质量^[8-9]。因此,在长骨骨折的治疗中,需要长期稳定的固定,传统的治疗中,常采用的方法有外固定支架治疗与切开内固定治疗,其中外固定支架治疗虽然能够起到一定的固定作用,但容易影响患者的生活、学习及工作,且长期使用会出现固定针松动、针孔感染等并发症,不仅会给患者造成痛苦,还会影响患者的术后恢复^[10-11]。而切开复位内固定是一种创伤性较大的治疗方式,患者会出现强烈的疼痛感,且在受到外力作用时,用于固定的螺钉可能直接断裂,造成二次损伤,一般患者不耐受^[12-13]。交锁髓内钉是一种新型的治疗方法,作为一种轴向行固定材料,可以在小切

口直视下完成手术,对患者的创伤更小,其具有旋转性,能够提升骨折断端之间的稳定性,且在手术时仅需清除骨折处的凝血块及软组织,不需分离骨膜,对周围血运的影响较小,有利于患者的术后恢复^[14-15]。研究结果来看,研究组患者的治疗有效率为95.00%,明显高于参照组患者的55.00%,组间差异有统计学意义($P < 0.05$);研究组患者的并发症率为5.00%,明显低于参照组患者的40.00%,组间差异有统计学意义($P < 0.05$)。

综上所述,四肢长骨骨折应用交锁髓内钉治疗能够取得较为理想的治疗效果,且不会出现严重的并发症,是一种有效性与安全性并存的治疗方案,值得临床推广与应用。

参考文献:

- [1]刘卫兵,彭宇,黄军,等. 交锁髓内钉治疗四肢长骨骨折的临床价值研究[J]. 当代医学,2019,25(21):112-114.
 - [2]冯俊东. 交锁髓内钉内固定治疗四肢长骨骨折[J]. 河南医学研究,2019,28(17):3154-3155.
 - [3]罗伟斌,林勇,孙春喜,等. 交锁髓内钉联合阻挡钉技术治疗下肢长骨骨折临床观察[J]. 深圳中西医结合杂志,2021,31(3):108-110.
 - [4]李爽. 交锁髓内钉在创伤性下肢长管状骨骨折治疗中的临床应用[J]. 当代医学,2021,27(2):58-60.
 - [5]王建,周颖,张娜. 研究分析交锁髓内钉内固定术对创伤性下肢长管状骨骨折的治疗效果[J]. 中国继续医学教育,2020,12(12):102-104.
 - [6]杨涛. 交锁髓内钉内固定术治疗创伤性下肢长管状骨骨折疗效研究[J]. 临床医药文献电子杂志,2020,7(14):87.
 - [7]赵晶晶. 创伤性下肢长管状骨骨折应用交锁髓内钉内固定术治疗的效果分析[J]. 医药前沿,2020,10(3):61-62.
 - [8]任建伟. 交锁髓内钉内固定术对创伤性下肢长管状骨骨折的治疗效果评价[J]. 临床医药文献电子杂志,2020,7(33):45-46.
 - [9]裴英男. 用交锁髓内钉内固定术治疗创伤性下肢长管状骨骨折的效果评价[J]. 中国保健营养,2021,31(24):72.
 - [10]张言旭. 交锁髓内钉对下肢长管状骨创伤骨折患者膝关节功能及并发症的影响[J]. 医学信息,2020,33(16):121-122.
 - [11]陈洪友,李友文,陈渝. 交锁髓内钉内固定术治疗创伤性下肢长管状骨骨折的临床探究[J]. 智慧健康,2019,5(1):159-160,169.
 - [12]孙军,疏致富,罗辉耀. 交锁髓内钉内固定术对创伤性下肢长管状骨骨折的治疗效果评价[J]. 现代医学与健康研究(电子版),2019,3(14):30-31.
 - [13]刘正宇,刘进炼. 交锁髓内钉在创伤性下肢长管状骨骨折临床治疗应用效果[J]. 世界复合医学,2019,5(10):49-51.
 - [14]丁振平. 用交锁髓内钉内固定术治疗创伤性下肢长管状骨骨折的效果分析[J]. 双足与保健,2019,28(7):115-116.
 - [15]张关平. 交锁髓内钉治疗创伤性下肢长管状骨骨折的临床效果评价[J]. 双足与保健,2019,28(9):101-102.
- 作者简介:吴四岗(1978.05-),云南省昆明市,汉族,骨科中级,大学本科,主要从事骨外科工作。

赖氨酸结合维生素 E 治疗矮小症患儿的有效性研究

方功鑫

蓬莱区妇幼保健院 山东蓬莱 265600

摘要：目的：评价矮小症患儿应用赖氨酸与维生素 E 联合治疗的价值。方法：以 50 例矮小症患儿为样本，样本均在 2020 年 1 月至 2022 年 1 月入选，均同意在 25 例样本量下随机数字表法分组，有单一组和联合组，前者应用维生素 E 治疗，后者应用赖氨酸与维生素 E 联合治疗，观察治疗有效率，评估治疗前后身高变化情况，记录身高差以及治疗时间，统计用药依从性。结果：统计矮小症治疗有效率，在联合组达到 92.00%（23 例），检验后明显高于单一组 60.00%（15 例），差异存在统计学意义， $P < 0.05$ ；治疗前联合组、单一组组间身高变化情况比较，数据与正态分布不符合， $P > 0.05$ ，治疗后两组组间身高变化情况比较，在联合组达到 (109.03 ± 1.26) cm，检验后均高于单一组 (105.67 ± 0.85) cm，差异存在统计学意义， $P < 0.05$ ；统计两组患儿用药依从性数据，在联合组达到 96.00%（24 例），检验后均高于单一组 68.00%（17 例），数据与正态分布符合， $P < 0.05$ 。结论：对矮小症患儿使用赖氨酸和维生素 E 联合治疗，能提高治疗有效率，改善患儿身高，还能有助于患儿用药依从性的提高，对促成患儿生长发育具有显著效果，可推广临床借鉴使用。

关键词：赖氨酸；维生素 E；矮小症患儿；有效性

矮小症主要是指儿童在生长发育过程当中，受到各种因素的影响使生长的速度减慢或者停滞，儿童的生长轨迹偏离正常的生长曲线，最终导致身材比较矮小^[1-2]。常见于生长激素缺乏、性早熟、甲状腺功能低下、小于胎龄儿等等，甚至有些并不常见的异常代谢病以及营养不良也会导致患儿矮小，并且，随着我国“二胎”政策的开放，也在提高我国矮小症的发病率，不仅对患儿整体生长发育造成影响，而且严重时还可导致患儿出现终生残疾的情况，因此，对患儿实施科学有效的治疗措施具有十分重要的意义^[3]。目前，药物干预手段、饮食干预手段以及运动干预手段等等是临床最常用治疗矮小症患儿的方式，其中药物干预手段具有显著的治疗效果，常见的药物有赖氨酸、维生素 E 等等，其中维生素 E 在我国临床上被广泛应用，对促进患者成长有着显著效果，但是，单一用缺乏科学性以及全面性，导致临床效果并不理想，因此，有研究数据表明，对患儿实施联合用药可有效降低矮小症的发病率，而且对治疗矮小症也有着显著效果^[4]。基于此，我院将 2020 年 1 月至 2022 年 1 月入选的 50 例矮小症患儿作为研究样本，研究了赖氨酸与维生素 E 联合治疗矮小症患儿的有效性，其主要研究报道如下。

1、资料与方法

1.1 一般资料

以 50 例矮小症患儿为样本，样本均在 2020 年 1 月至 2022 年 1 月入选，均同意在 25 例样本量下随机数字表法分组，有单一组和联合组，前者应用维生素 E 治疗，后者应用赖氨酸与维生素 E 联合治疗。单一组：男性患儿 15 例，女性患儿 10 例，最小年龄为 2.5 岁，最大年龄为 8 岁，年龄均数值 (4.55 ± 1.02) 岁，最短病程为 10 个月，最长病程为 4 年，病程均数值 (2.55 ± 0.32) 年，身高范围在 80~120cm，均数值 (99.32 ± 1.65) cm；联合组：男性患儿 13 例，女性患儿 12 例，最小年龄为 3 岁，最大年龄为 8.5 岁，年龄均数值 (4.6 ± 1.05) 岁，最短病程为 1 年，最长病程为 4.5 年，

病程均数值 (2.65 ± 0.28) 年，身高范围在 81~121cm，均数值 (99.03 ± 1.62) cm。两组患儿年龄、身高等一般资料比较， $P > 0.05$ ，数据与正态分布不符合，具有可比性，可展开对比。

纳入标准：（1）经临床各项检查确定患儿身高低于两个标准差；（2）无甲状腺功能异常；（3）同意研究，家属签订知情同意书；（4）临床资料齐全；（5）智商测定无异常；（6）伦理委员会批准。

排除标准：（1）侏儒症；（2）因脑组织而导致的矮小症者；（3）无法配合完成本次研究者；（4）临床病历资料丢失者；（5）对本研究药物存在过敏者；（6）此前接受过相关药物治疗者。

1.2 方法

单一组应用维生素 E 治疗，给予患儿维生素 E 胶丸【批准文号】国药准字：H33022103，生产企业：浙江医药股份有限公司新昌制药厂，规格：10mg*100 粒/盒）口服治疗，用法用量：一次 1 粒，一日 2~3 次，连续服用 1 年观察结果。

联合组应用赖氨酸与维生素 E 联合治疗，给予患儿赖氨酸磷酸氢钙颗粒【批准文号】国药准字：H23022569，生产企业：哈药集团三精儿童大药厂有限公司，产品规格：5 克*10 袋）口服治疗，用法用量：一次一袋，一日两次，温开水冲服；维生素 E 治疗方式以及用法用量同单一组，连续服用 1 年观察结果。

两组患儿在治疗期间，均养成良好的作息习惯以及饮食习惯，在作息方面，每天应保证 8 小时的睡眠时间，保证机体睡眠质量，在饮食方面，应以清淡为主，适当补充高纤维、高蛋白质等食物，多食用新鲜蔬菜、水果等等，禁止食用刺激性较强食物的摄入；最后，可指导患儿家属陪同患儿进行户外运动，比如慢跑、打羽毛球等，提高自身免疫力，促进机体生长发育。

1.3 观察指标

治疗有效率，（1）患儿在用药 1 年后，经检查身高明显增高，临床症状消失，即显效；（2）患儿在用药 1 年后，经检查身高逐渐增高，临床症状消失，即有效；（3）患儿在用药 1 年后，经检查身高与治疗前一样，无任何改变，即无效，（显效例数+有效例数）÷总例数×100.00%。

身高变化情况，治疗前与治疗后进行身高变化情况的评估，由观察小组认真观察记录两组患儿治疗前后的身高变化情况，并以此为依据结合临床相关标准客观评估其临床疗效（显效：患儿用药后身高明显增加，1 年内身高增长≥5cm；有效：患儿用药后身高逐步增加且 1 年内身高增长≥3cm；无效：患儿用药后身高无任何变化。

观察两组身高差以及治疗时间。

用药依从性，在患儿用药治疗期间，观察患儿是否按照医嘱按时按量用药，完全依从为患儿严格按照医嘱按时按量用药治疗；一般依从指患儿偶尔按照医嘱按时按量用药；不依从指患儿擅自更换用药剂量以及用药时间等，总有效率=（完全依从例数+一般依从例数）÷总例数×100.00%。

1.4 统计学分析

百分数用于表示治疗有效率、用药依从率等计数资料，（均数±标准差）用于表示身高变化情况、身高差以及治疗时间等计量资料，在 SPSS24.0 中实施 X²、t 检验，当 P<0.05，即表示本次研究所得数据存在统计学意义。

2、结果

2.1 两组患儿治疗有效率比较

统计矮小症治疗有效率，在联合组达到 92.00%（23 例），检验后明显高于单一组 60.00%（15 例），差异存在统计学意义，P<0.05，如表 1 所述。

表 1 两组患儿治疗有效率对比[n(%)]				
组别（n=25）	显效	有效	无效	总有效率
联合组	17（68.00）	5（20.00）	2（8.00）	23（92.00）
单一组	8（32.00）	7（28.00）	10（40.00）	15（60.00）
X ²				7.0175
P				0.0080

2.2 两组治疗前后患儿身高变化情况比较

治疗前联合组、单一组组间身高变化情况比较，数据与正态分布不符合，P>0.05，治疗后两组组间身高变化情况比较，在联合组达到（105.03±1.26）cm，检验后均高于单一组（101.67±0.85）cm，差异存在统计学意义，P<0.05，如表 2 所述。与治疗前相比，两组患儿治疗后的平均身高均有所增长，但研究组患儿治疗后的平均身高明显高于参照组患儿，且相关数据存在统计学差异（P<0.05）。

表 2 两组治疗前后患儿身高变化对比（cm）		
组别（n=25）	治疗前	治疗后
联合组	99.03±1.62	109.03±1.26
单一组	99.32±1.65	105.67±0.85

t	1.5352	3.9224
P	0.1313	0.0000

2.3 两组用药依从性比较

统计两组患儿用药依从性数据，在联合组达到 96.00%（24 例），检验后均高于单一组 68.00%（17 例），数据与正态分布符合，P<0.05，如表 4 所述。

表 4 两组用药依从性对比[n(%)]				
组别（n=25）	完全依从	一般依从	不依从	总依从性
联合组	20（80.00）	4（16.00）	1（4.00）	24（96.00）
单一组	10（40.00）	7（28.00）	8（32.00）	17（68.00）
X ²				6.6396
P				0.0099

3、讨论

矮小症在临床比较常见，发病率较高，主要是由遗传或各种疾病导致的生长发育障碍，主要表现为身材矮小、生长发育迟缓等，临床主要以药物治疗为主，心理治疗为辅进行干预，以此来保障患者生长发育的水平，预防后期不良生长问题的出现，促进患儿健康成长，确保身体素质^[5]。

赖氨酸作为人体中必须的一种氨基酸，对人体具有非常重要的作用，能够完善人体中枢神经系统功能，改善人体的免疫功能，因此，对于正处于成长的儿童来讲，赖氨酸是必不可少的^[6]。人体通常情况下是从谷类食物中来获取赖氨酸，但是，随着我国经济的发展，加工食品也在一定程度上提升，从而导致赖氨酸含量在越来越多的谷类食物中下降，进而提高矮小症的发病率^[7]。除此之外，有研究数据表明，赖氨酸不仅能够对单纯疱疹病毒起到抵抗作用，而且还能快速与人体内其他氨基酸进行合成，使人体中的胶原蛋白提升，在预防女性骨质疏松中也有着显著作用^[8]。最后，给予矮小症患儿使用赖氨酸，不仅能够改善患者临床症状，而且还能在一定程度上提高患儿的身高，效果显著^[9]。

维生素 E 在临床比较常见，它主要是一种脂溶性维生素，并且，该药物的水解产物生育酚能够快速与人体脂肪以及乙醇进行混合后产生有机溶剂，已被广泛应用临床中，而且，维生素 E 还能有效将氧自由基进行清除，为患儿神经系统发育奠定了基础^[10]。两种药物联合应用治疗矮小症患者，能够在最大程度上发挥出共同药物功效，对患儿人体内的生长激素进行刺激，从而加快患儿的生长发育，进而确保患儿后期生长发育的健康^[11]。在本次研究结果中显示，联合组患儿经赖氨酸与维生素 E 联合治疗后，其治疗有效率 92.00%明显高于单纯应用维生素 E 治疗的单一组 60.00%，P<0.05；并且，联合组经联合用药治疗后，其身高变化情况明显高于单一组，P<0.05；其次，联合组治疗后身高差明显高于单一组，治疗时间明显低于单一组，P<0.05；最后，患儿在用药依从性上，检验后研究组 96.00%

（下转第 78 页）

拉贝洛尔联合硫酸镁治疗妊娠高血压的临床效果观察

王丽环

任丘市中医院 河北任丘 062550

摘要：目的：探讨在妊娠高血压的临床应用上不同的诊疗方法所取得的疗效的不同。方法：选择我院妇产科自 2021 年 3 月至 2022 年 3 月期间收治的 80 例妊娠高血压孕产妇作为研究对象纳入此次临床研究工作中，为了探究哪种诊疗方案更加适用于妊娠期高血压孕产妇的临床治疗工作，特由所有参与此次临床研究工作的调查人员商榷两种不同的诊疗方案，并以此作为此次临床调查工作的分组依据，将其中应用硫酸镁治疗的 40 例妊娠高血压孕产妇纳入至对照组中，剩下的 40 例孕产妇则自动归类至试验组中，并在对照组的基础上联合应用拉贝洛尔实施治疗，在诊疗工作结束后，由调查人员负责详细统计两组孕产妇治疗前后的血压变化、症状消失情况、临床效果、妊娠结局、住院情况等各项数据。结果 对照组孕产妇治疗前的收缩压为（146.3±6.4）mmHg、舒张压为（108.6±4.4）mmHg、24 小时尿蛋白水平为（4.85±1.55）g，治疗后的收缩压为（130.5±1.7）mmHg、舒张压为（100.8±3.2）mmHg、24 小时尿蛋白水平为（3.17±1.23）g；试验组孕产妇治疗前的收缩压为（143.8±4.2）mmHg、舒张压为（106.4±3.5）mmHg、24 小时尿蛋白水平为（4.69±1.21）g，治疗后的收缩压为（120.4±1.6）mmHg、舒张压为（96.8±3.4）mmHg、24 小时尿蛋白水平为（2.39±1.61）g，通过统计数据之间的比较得出这样的结论，治疗前，两组孕产妇的血压水平未表现出显著的差异，随着疗程的进展，两组孕产妇的血压水平逐渐拉开差距，试验组显著优于对照组（ $p < 0.05$ ）。对照组孕产妇的头晕症状消失时间为（6.8±1.2）天、水肿症状消失时间为（4.6±1.4）天；试验组孕产妇的头晕症状消失时间为（4.9±0.1）天、水肿症状消失时间为（2.3±1.7）天，数据结果的比较显而易见，试验组显著低于对照组（ $p < 0.05$ ），该项数据结果的比较具有统计学意义。在对照组的 40 例孕产妇中，11 例孕产妇的临床效果为显效，其临床症状完全消失，得到基本的治愈、19 例孕产妇的临床效果为有效，其临床症状得到显著的改善、剩余 10 例孕产妇的临床效果为无效，病情未见好转，其治疗总有效率为 75%；在试验组的 40 例孕产妇中，18 例孕产妇的临床效果为显效，其临床症状完全消失，得到基本的治愈、19 例孕产妇的临床效果为有效，其临床症状得到显著的改善、剩余 3 例孕产妇的临床效果为无效，病情未见好转，其治疗总有效率为 92.5%，通过数据的比较可以看出，试验组孕产妇的治疗总有效率显著高于对照组（ $p < 0.05$ ），该项数据结果的比较具有统计学意义。结论 在妇产科的临床上，为了帮助广大妊娠高血压孕产妇获得良好的分娩结局，改善其血压水平，须给予拉贝洛尔联合硫酸镁的诊疗方式，为广大母婴健康保驾护航。

关键词：妊娠高血压；拉贝洛尔；硫酸镁

前言：在妇产科的临床上，妊娠高血压作为一种常见的疾病类型，有着较高的发病率，也是导致不良母婴结局的主要诱因^[1-2]。为此，广大从事妇产科临床护理工作的医护人员将改善孕产妇的临床症状，维持机体血压水平的平衡视为主要的临床护理目标^[3]。随着我国临床诊疗技术的快速发展，一些特效降压药为广大妊娠期高血压孕产妇解决了疾病带来的困扰，比如拉贝洛尔，而将其同硫酸镁一同联合服用，在降低症状消失率的同时，也帮助广大孕产妇维持机体血压的平衡，将二者的协同效应发挥的淋漓尽致^[4-5]。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院妇产科自 2021 年 3 月至 2022 年 3 月期间收治的 80 例妊娠高血压孕产妇作为研究对象纳入此次临床研究工作中，其年龄均在 29—35 岁，孕周均在 30—39 周，孕次均在 1—4 次。纳入标准：临床上符合妊娠高血压疾病诊断标准、未伴有其他严重妊娠并发症、自愿参与此次临床研究工作的孕产妇；排除标准：伴有其他严重妊娠并发症、临床资料不全的孕产妇。经过所有参与此次临床研究工作调查人员对入选孕产妇年龄、孕周、孕次等临床资料进行多次组间比较后，将差异较大的孕产妇予以排除，并寻找其他适宜的孕产妇临床资料予以补缺，确保所有孕产妇临床资料的比较未呈现出显著的差异（ $p > 0.05$ ）。

1.2 方法

由所有参与此次临床研究工作的调查人员商榷两种不同的诊疗方案，并以此作为此次临床调查工作的分组依据，将其中应用硫酸镁治疗的 40 例妊娠高血压孕产妇纳入至对照组中。由主治医师根据孕产妇的检验结果，给予 10mL 由河北天成药业股份有限公司生产、国药准字号为 JT201310184635 的硫酸镁注射液，将其与 100mL，浓度为 5% 的葡萄糖溶液进行混合，对患者实施静脉滴注，时间为 30 min，每日 1 次，连续用药 7 d。

剩下的 40 例孕产妇则自动归类至试验组中，并在对照组的基础上联合应用拉贝洛尔实施治疗，由主治医师根据孕产妇的检验结果，给予 10mL 由河北天成药业股份有限公司生产、国药准字号为 JT201310184635 的硫酸镁注射液，将其与 100mL，浓度为 5% 的葡萄糖溶液进行混合，对患者实施静脉滴注，时间为 30 min，每日 1 次，连续用药 7 d。同时联合滴注 50mg 由江苏迪赛诺制药有限公司生产、国药准字号为 HY201310269121，规格：10 mL/50 mg 的拉贝洛尔，同样将其与 250 mL 5% 的葡萄糖溶液进行混合，采取静脉滴注的方式，滴注速度为 1~4 mg/min，静滴完之后卧床休息 3 h，连续用药 7 d。

1.3 观察指标

在诊疗工作结束后，由调查人员负责详细统计两组孕产妇治疗前后的

血压变化、症状消失情况、临床效果、妊娠结局、住院情况等各项数据。

(1) 按照所有妊娠高血压孕妇在采取不同的诊疗方式后所取得的临床效果按照从优到劣依次划分为显效、有效与无效,之后由调查人员按照(显效+有效)/40的公式分别计算出两组患者的治疗总有效率。(2) 妊娠结局一般可分为新生儿窒息、产后出血等情况。

1.4 统计学方法

由我院专业的临床研究人员将此次研究所得两组孕产妇治疗前后的血压变化、症状消失情况、临床效果、妊娠结局、住院情况等各项数据结果分别进行统计与计算处理,之后在所得数据统计表格的计算过程中分别用均数差与百分比来表示其中蕴含的计量资料与计数资料,并在进行临床检验的过程中分别以t和 χ^2 作为最佳的临床检验工具,若两组孕产妇治疗前后的血压变化、症状消失情况、临床效果、妊娠结局、住院情况等各项数据结果的线性比较无法呈现出对比差异,则用 $p>0.05$ 来表示,反之则用 $p<0.05$ 来表示。

2. 结果

2.1 两组孕产妇治疗前后的血压变化比较

对照组孕产妇治疗前的收缩压为(146.3±6.4) mmhg、舒张压为(108.6±4.4) mmhg、24 小时尿蛋白水平为(4.85±1.55) g,治疗后的收缩压为(130.5±1.7) mmhg、舒张压为(100.8±3.2) mmhg、24 小时尿蛋白水平为(3.17±1.23) g; 试验组孕产妇治疗前的收缩压为(143.8±4.2) mmhg、舒张压为(106.4±3.5) mmhg、24 小时尿蛋白水平为(4.69±1.21) g,治疗后的收缩压为(120.4±1.6) mmhg、舒张压为(96.8±3.4) mmhg、24 小时尿蛋白水平为(2.39±1.61) g,通过统计数据之间的比较得出这样的结论,治疗前,两组孕产妇的血压水平未表现出显著的差异,随着疗程的进展,两组孕产妇的血压水平逐渐拉开差距,试验组显著优于对照组($p<0.05$),详见表 1。

表 1: 两组孕产妇治疗前后的血压变化比较结果

组别	数量	时间 段	收缩压 (mmhg)	舒张压 (mmhg)	24 小时尿蛋 白(g)
对照 组	40	治疗 前	(146.3±6.4)	(108.6±4.4)	(4.85±1.55)
		治疗 后	(130.5±1.7)	(100.8±3.2)	(3.17±1.23)
试验 组	40	治疗 前	(143.8±4.2)	(106.4±3.5)	(4.69±1.21)
		治疗 后	(120.4±1.6)	(96.8±3.4)	(2.39±1.61)
X ²	-	-	11.328	11.547	11.764
p	-	-	0.041	0.043	0.045

2.2 两组孕产妇症状消失情况比较

对照组孕产妇的头晕症状消失时间为(6.8±1.2)天、水肿症状消失时间为(4.6±1.4)天; 试验组孕产妇的头晕症状消失时间为(4.9±0.1)天、

水肿症状消失时间为(2.3±1.7)天,数据结果的比较显而易见,试验组显著低于对照组($p<0.05$),该项数据结果的比较具有统计学意义,详见表 2。

表 2: 两组孕产妇症状消失情况比较结果

组别	数量	头晕症状消失 (天)	水肿症状消失 (天)
对照组	40	(6.8±1.2)	(4.6±1.4)
试验组	40	(4.9±0.1)	(2.3±1.7)
t	-	11.342	11.548
p	-	0.041	0.043

2.3 两组孕产妇的临床效果比较

在对照组的 40 例孕产妇中, 11 例孕产妇的临床效果为显效, 其临床症状完全消失, 得到基本的治愈、19 例孕产妇的临床效果为有效, 其临床症状得到显著的改善、剩余 10 例孕产妇的临床效果为无效, 病情未见好转, 其治疗总有效率为 75%; 在试验组的 40 例孕产妇中, 18 例孕产妇的临床效果为显效, 其临床症状完全消失, 得到基本的治愈、19 例孕产妇的临床效果为有效, 其临床症状得到显著的改善、剩余 3 例孕产妇的临床效果为无效, 病情未见好转, 其治疗总有效率为 92.5%, 通过数据的比较可以看出, 试验组孕产妇的治疗总有效率显著高于对照组($p<0.05$), 该项数据结果的比较具有统计学意义, 详见表 3。

表 3: 两组孕产妇的临床效果比较结果

组别	数量	显效	有效	无效
对照组	40	11 (27.5)	19 (47.5)	10 (25)
试验组	40	18 (45)	19 (47.5)	3 (7.5)
X ²	-	42.135	42.381	42.576
p	-	0.041	0.043	0.045

2.4 两组孕产妇的妊娠结局比较

在对照组的 40 例孕产妇中, 在分娩的过程中有 4 例产妇发生产后出血、3 例娩出的新生儿出现窒息的情况, 其不良妊娠结局的发生率为 17.5%; 在试验组的 40 例孕产妇中, 在分娩的过程中有 1 例产妇发生产后出血、未发生新生儿窒息的情况, 其不良妊娠结局的发生率为 2.5%, 试验组不良妊娠结局的发生率显著低于对照组($p<0.05$), 该项数据结果的比较具有统计学意义, 详见表 4。

表 4: 两组孕产妇的妊娠结局比较结果

组别	数量	产妇产后出血	新生儿窒息
对照组	40	4 (10)	3 (7.5)
试验组	40	1 (2.5)	0 (0)
X ²	-	42.149	42.377
p	-	0.041	0.043

2.5 两组孕产妇的住院情况比较

两组孕产妇的住院情况比较结果如表 5 所示:

表 5: 两组孕产妇的住院情况比较结果

组别	数量	住院时间(天)	住院总费用(元)
对照组	40	(16.6±3.4)	(24625.45±124.53)
试验组	40	(7.8±2.2)	(19560.46±163.45)
t	-	11.369	11.584
p	-	0.041	0.043

3. 讨论

妊娠期是每个女性必须经历的特殊时期^[6]。在该时期,因为女性的机体免疫力大不如前,也为各种致病菌的侵袭提供了可乘之机,从而导致多种妊娠期并发症的接踵而至,妊娠高血压便是其中一种^[7-8]。患有妊娠期高血压的孕产妇,会感觉到明显的头晕目眩、蛋白尿等临床症状,为广大产妇带来严重的不适感^[9]。若未能采取及时的诊疗措施,会引发心力衰竭、休克、新生儿窒息等症状,甚至诱发不良分娩结局的发生^[10]。随着临床诊疗工作不断取得全新的突破,我国妇产科的临床诊疗技术也实现了长足的发展,尤其是在妊娠期高血压疾病的诊疗工作中,各种药物的广泛应用,帮助广大孕产妇彻底摆脱疾病的束缚,为母婴健康予以重要的保护屏障^[11]。

参考文献:

[1]贾艳爽,王朝. 硫酸镁联合拉贝洛尔治疗重症妊娠高血压患者的临床效果[J]. 医疗装备,2020,33(04):78-79.

(上接第 75 页)

明显比单一组 68.00%高, $P < 0.05$ 。由此可见,赖氨酸与维生素 E 联合应用的效果比单一用药的效果更佳显著,对患儿生长发育具有重要的协同作用^[12]。

综上所述,对矮小症患儿使用赖氨酸和维生素 E 联合治疗,能提高治疗有效率,改善患儿身高,还能有助于患者用药依从性提升,对促成患儿生长发育具有显著效果可进一步推广临床使用。

参考文献:

[1]徐桂林.赖氨酸联合维生素 E 治疗矮小症患儿的临床疗效[J].全科口腔医学杂志(电子版),2020,7(5):179.

[2]梅江华.赖氨酸联合维生素 E 治疗矮小症患儿的效果观察[J].临床医学研究与实践,2018,3(3):89-90.

[3]沐永俊.乳糖酶联合钙剂治疗特发性矮小患儿的临床观察[J].医药前沿,2019,9(13):94.

[4]任丽琴.重组人生长激素注射用于不同病因所致的矮小症患儿中的临床疗效与安全性研究[J].海峡药学,2017,29(9):104-105.

[5]陈立娟,李斌,杨丽昕,等.赖氨酸磷酸氢钙颗粒联合重组人生长激素对矮小症患儿生长发育的影响[J].儿科药学杂志,2022,28(1).

[6]卢素敏,张锦梅,张桂聪.维生素 E 在治疗矮小症患儿中的临床应用效果[J].大医生,2021,(14).

[2]左银燕.拉贝洛尔联合硫酸镁治疗妊娠高血压临床效果观察[J].中外女性健康研究,2020(13):20-21.

[3]何春花.拉贝洛尔联合硫酸镁治疗妊娠高血压的临床效果[J].临床合理用药杂志,2020,13(35):83-85.

[4]肖洁,王文丽.拉贝洛尔联合硫酸镁治疗妊娠高血压综合征的临床效果观察[J].基层医学论坛,2019,23(25):3569+3684.

[5]贾伟静.拉贝洛尔联合硫酸镁治疗妊娠高血压综合征的临床效果[J].临床合理用药杂志,2021,14(16):127-128.

[6]朱爱华.拉贝洛尔与硫酸镁联合治疗妊娠期高血压对患者临床效果及母婴结局的影响[J].中外医疗,2016,35(08):99-100.

[7]王亚军.拉贝洛尔联合硫酸镁治疗妊娠高血压疾病的临床效果观察及不良反应评价[J].河北医科大学学报,2016,37(10):1211-1214.

[8]李晓红.拉贝洛尔联合硫酸镁治疗妊娠期高血压的临床效果[J].临床合理用药杂志,2021,14(34):108-110.

[9]徐帆.重度妊娠高血压疾病经拉贝洛尔联合硫酸镁治疗的临床效果分析[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(04):609-610.

[10]李贤东.拉贝洛尔与硫酸镁联合治疗重症妊娠高血压患者 80 例临床效果及其分娩结局[J].深圳中西医结合杂志,2017,27(12):134-135.

[11]倪建枝.拉贝洛尔联合硫酸镁治疗重度妊娠期高血压疾病的效果分析[J].中国医学创新,2018,15(12):99-102.

[7]郭艳艳,蒋成霞,姚兰,等.不同剂量重组人生长激素治疗对特发性矮小症患儿身高、体重以及血清 IGF-1 和 IGFBP-3 表达的影响[J].解放军医药杂志,2020,(3),44~47.

[8]姜云,陈坚强,乐细喜,等.生长激素缺乏症与特发性矮身材儿童血清 IGF-1 及 25-(OH)D 水平变化的研究[J].中国实验诊断学,2020,(3),479~481.

[9]朱明田.赖氨酸联合维生素 E 治疗矮小症患儿的临床疗效[J].健康大视野,2021(10):83.

[10] Hoover-Fong, Julie, Alade, et al. Blood pressure in adults with short stature skeletal dysplasias[J]. American journal of medical genetics, Part A, 2020, 182A(1), 150~161.

[11] Thais Kataoka, Homma, Bruna Lucheze, et al. Genetic Disorders in Prenatal Onset Syndromic Short Stature Identified by Exome Sequencing[J]. The Journal of Pediatrics, 2019, 215: 192~198.

[12] Grunauer, Michelle, Jorge, et al. Genetic short stature[J]. Growth hormone and IGF research: Official journal of the Growth Hormone Research Society and the International IGF Research Society, 2018, 38: 29~33.

经皮空心拉力螺钉加改良张力带钢丝内固定治疗髌骨骨折的疗效探讨

吴显兴

广西百色市中医医院 广西百色 533000

摘要：目的：针对髌骨骨折应用经皮空心拉力螺钉加改良张力带钢丝内固定治疗产生的效果实施分析与研究。方法：本院总计纳入 110 例 2018.12—2021.12 期间收治的髌骨骨折患者作为研究对象，应用随机数字表法分为两组（对照组、观察组），每组均 55 例。对照组使用张力带钢丝内固定治疗，观察组使用经皮空心拉力螺钉加改良张力带钢丝内固定治疗，对比两组治疗效果。结果：观察组术中出血量低于对照组，且手术时间、下床活动时间、住院时间均短于对照组（ $P < 0.05$ ）；其治疗总有效率高于对照组（ $P < 0.05$ ）；其疼痛程度评分低于对照组，且屈曲度、活动度、膝关节功能评分高于对照组（ $P < 0.05$ ）；其并发症发生率低于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：使用经皮空心拉力螺钉加改良张力带钢丝内固定的方式对髌骨骨折开展治疗，可以产生诸多积极效果，值得推广。

关键词：髌骨骨折；经皮空心拉力螺钉；改良张力带钢丝内固定；治疗效果

髌骨骨折为骨科常见病，导致该疾病产生的因素多以撞伤、踢伤等为主，由于该部位是膝关节的重要组成部分，因此一旦患病，将会导致患者膝关节功能受到严重影响^[1]。目前临床对于此类疾病多通过手术的方式进行治疗，使之能够得到良好固定复位，确保膝关节功能得到早日恢复^[2]。现阶段临床采取的固定方法种类较多，并有各自的优势及不足^[3]。其中张力带钢丝内固定治疗在临床医治工作开展中比较常见，但是对于患者膝关节功能恢复方面仍然存在较多不足。随着医学研究的不断推进，经皮空心拉力螺钉手术治疗开始得到关注，将其与改良张力带钢丝内固定治疗相结合，能够产生更为理想的治疗效果^[4]。本文为深入探讨其在临床中的使用价值，特对 2018.12—2021.12 期间收治的 110 例髌骨骨折患者实施对比分析，相关数据如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究总计纳入 110 例髌骨骨折患者，入组时间为 2018.12—2021.12，使用随机数字表法将其平均分为对照组 55 例、观察组 55 例。在对照组中，男性患者 30 例、女性患者 25 例，年龄范围 25 岁到 60 岁，均值（ 42.66 ± 2.41 ）岁；按致伤原因进行划分，包括 24 例坠落伤、15 例跌落伤、10 例交通事故伤、6 例其他原因致伤；受伤至手术时间范围 4h 到 38h，均值（ 20.14 ± 2.88 ）h。根据骨折性质进行划分，包括 22 例横行骨折、16 例纵行骨折、12 例斜行骨折、5 例大块粉碎性骨折。在观察组中，男性患者 29 例、女性患者 26 例，年龄范围 24 岁到 59 岁，均值（ 42.57 ± 2.35 ）岁；按致伤原因进行划分，包括 23 例坠落伤、16 例跌落伤、11 例交通事故伤、5 例其他原因致伤；受伤至手术时间范围 3h 到 39h，均值（ 20.20 ± 2.81 ）h。根据骨折性质进行划分，包括 23 例横行骨折、15 例纵行骨折、11 例斜行骨折、6 例大块粉碎性骨折。对比两组患者一般资料（性别、年龄、致伤原因、受伤致手术时间、骨折性质），显示差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），存在可比意义。所有患者和家属均知情同意本次研究，且于知情告知书上签字确认。

纳入标准：（1）符合髌骨骨折^[5]诊断标准的患者；（2）有完整一般资料的患者；（3）有明显骨折移位的患者；（4）受伤至入院时间在 48 小时

以内的患者。

排除标准：（1）经诊断为开放性骨折的患者；（2）存在手术禁忌症的患者；（3）有凝血功能障碍的患者；（4）有血液系统疾病的患者；（5）有严重脏器疾病的患者；（6）有恶性肿瘤的患者；（7）处于妊娠期、哺乳期的患者；（8）中途退出研究的患者；（9）有精神障碍性疾病，无法配合临床治疗的患者。

1.2 方法

对照组患者接受张力带钢丝内固定治疗，观察组接受经皮空心拉力螺钉加改良张力带钢丝内固定治疗，二者具体治疗方法如下：

对照组：术前予以腰硬联合麻醉，建立 6-10 厘米的手术切口，将手术视野充分暴露，对关节腔进行反复清洗，准确复位固定后，取 2 枚克氏针从髌骨上下骨折部位纵向穿透，然后沿着克氏针利用钢丝（约 1mm）以“8”字形对髌骨实施捆绑。克氏针具体位置在距离髌骨三分之一处，将针尾部弯折，防止出现打滑的情况。

观察组：术前予以硬膜外麻醉或全麻，调整体位至仰卧位，常规消毒铺巾。在髌前正中间的位置建立手术切口，长度在 5-6 厘米左右，逐层切开皮肤组织（包括皮肤、皮下、筋膜等），分离皮瓣，充分暴露骨折部位。充分清除关节内积血，然后清理骨折端，对骨折部位通过复位钳进行复位，于 C 臂机直视下对复位效果进行观察。辅助换则会将膝盖微屈，使之处于 30°屈曲状态，并取导针（直径 2mm）在靠近关节面的位置垂直穿入骨折线，然后从上极穿出，在穿入的过程中，需要注意处于平行状态，间距大概在髌骨横径三分之一左右。在 C 臂机观察下对导针位置进行确定，然后沿其方向拧入两枚空心加压螺钉（长度适宜，直径 4.5mm），而后再次通过 C 臂机观察，对空心钉位置确认无误后，拔出导针，并将复位钳取出。将钢丝（直径约为 1mm）穿过钉以后，以“8”字交叉的方式在髌骨前进行打结，并在部拧紧。辅助患者开展关节的被动屈伸活动，并仔细检查骨折固定情况，若无异常后，逐层缝合切口，并置引流管。

1.3 观察指标

对比分析两组手术相关指标、治疗总有效率、治疗后膝关节功能指标

以及并发症发生率。

(1) 手术相关指标：含术中出血量、手术时间、下床活动时间、住院时间。

(2) 治疗总有效率：含显效、有效、无效。患者在接受治疗后，其膝关节恢复到正常状态，没有疼痛感受，膝关节活动范围在 141°到 150°之间，同时关节面错位距离<1mm，即评定结果为显效；患者在接受治疗后，其膝关节功能得到良好恢复，但未恢复至正常状态，偶尔在活动过程中出现疼痛症状，膝关节活动范围在 121°到 140°之间，同时关节面错位距离<1mm，即评定结果为有效；患者接受治疗后，其膝关节功能并未见明显改变，甚至失去了原有劳动能力，经常会出现疼痛感受，膝关节活动范围在 90°以内，同时关节面错位距离>2mm，即评定结果为无效。治疗总有效率=显效率+有效率。

(3) 膝关节功能指标：含疼痛程度评分、屈曲度、活动度、膝关节功能评分，所有指标均在随访一年后评价获取，其中疼痛程度评分主要通过视觉模拟疼痛量表（VAS）评价后获取，总分值为 10 分，分值结果与膝关节疼痛严重程度之间正相关。膝关节功能评分主要通过膝关节功能分量表（HSS）评价后获取，总分值为 100 分，分值结果与膝关节功能优劣程度之间为正相关。

(4) 并发症发生率：含内固定松动、术后疼痛、内固定脱落、术后感染等，该指标同样随访一年后统计获取。

1.4 数据处理

应用统计学软件包（SPSS21.0 版本）将计数资料（治疗总有效率、并发症发生率）、计量资料（手术相关指标、膝关节功能指标）分别开展处理分析，计数资料以 χ^2 检验，并以百分比的方式表达；计量资料以 t 检验，并以平均值±标准差的方式表达， $P<0.05$ 代表差异对比有意义。

2 结果

2.1 两组患者手术相关指标对比情况

观察组各项指标均低于对比组（ $P<0.05$ ），具体见表 1。

表 1.两组患者手术相关指标对比情况（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	术中出血量 (ml)	手术时间 (min)	下床活动 时间 (d)	住院时间 (d)
观察组	55	35.25±6.25	54.16±1.24	1.21±0.34	3.14±0.98
对比组	55	107.66±20.28	56.24±1.81	4.35±1.26	7.28±1.33
t 值		25.3051	7.0308	17.8434	18.5847
P 值		0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

表 4.两组患者并发症发生率对比情况[（n）%]

组别	例数	内固定松动	术后疼痛	内固定脱落	术后感染	并发症发生率
观察组	55	0（0.00%）	1（1.82%）	0（0.00%）	0（0.00%）	1（1.82%）
对比组	55	1（1.82%）	4（7.27%）	1（1.82%）	2（3.64%）	8（14.55%）
χ^2 值		-	-	-	-	5.9296
P 值		-	-	-	-	0.0148

3 讨论

髌骨骨折在临床中并不罕见，其为关节内骨折的一种，一旦发生，患者骨折部位在被动屈伸、主动屈伸的过程中都会产生应力，且以股四头肌收缩的牵张力、髌骨关节的作用力为主。由于其骨折部位前端的负载应力较大，因此十分容易导致患者出现骨折移位的情况，对其生活质量带来的影响较大^[6]。在对此类患者实施治疗时，应当对张力侧产生的抗张强度进行充分考虑，确保其治疗后膝关节功能可以得到良好恢复^[7]。

2.2 两组患者治疗总有效率对比情况

观察组治疗总有效率 96.36%高于对比组 81.82%（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2.两组患者治疗总有效率对比情况[n（%）]

组别	例数	显效	有效	无效	治疗总有效率
观察组	55	24(43.64%)	29(52.73%)	2（3.64%）	53(96.36%)
对比组	55	17(30.91%)	28(50.91%)	10(18.18%)	45(81.82%)
χ^2 值		-	-	-	5.9864
P 值		-	-	-	0.0144

2.3 两组患者治疗后膝关节功能指标对比情况

观察组治疗后疼痛程度评分低于对比组（ $P<0.05$ ），其他指标高于对比组（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3.两组患者治疗后膝关节功能指标对比情况（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	疼痛程度 评分（分）	屈曲度（°）	活动度（°）	膝关节功 能评分 （分）
观察组	55	0.68±0.16	135.55±3.98	136.82±3.44	94.21±1.08
对比组	55	1.54±0.67	110.58±4.71	111.78±4.08	85.85±1.36
t 值		9.2589	30.0308	34.7973	35.7003
P 值		0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.4 两组患者并发症发生率对比情况

观察组并发症发生率 1.82%明显高于对比组 14.55%（ $P<0.05$ ），见表 4。

传统治疗以张力带钢丝内固定治疗为主，效果存在一定的局限。本文主要针对经皮空心拉力螺钉加改良张力带钢丝内固定产生的效果展开分析，最终结果显示：观察组手术相关指标、后膝关节功能指标并发症发生率、治疗总有效率均明显优于对比组（ $P<0.05$ ）。进一步分析原因可以发现：通过将张力带钢丝与空心拉力螺钉相结合，能够形成一个较为完整且稳定的立体结果，在治疗髌骨骨折患者时，可以确保骨折固定效果进一步

（下转第 91 页）

冠心病心肌缺血后心电图波形变化规律与炎症因子表达关系

马辰洁 刘健 (通讯作者)

空军军医大学第一附属医院 陕西西安 710032

摘要: 目的: 本研究探讨 12 导联动态心电图结合临床路径评价在冠心病伴心律失常诊断中的价值。方法: 选取冠心病伴心律失常患者 92 例, 所有患者给予 12 导联动态心电图结合临床路径评价。结果显示, 动态心电图心律失常检出率明显高于常规心电图 ($P < 0.05$); QTc 间期、QRS 时限预测冠心病预后不佳的 ROC 曲线下面积分别为 0.733 和 0.802 ($P < 0.05$)。临床路径评价体系结合 12 导联动态心电图预测预后不佳的 ROC 曲线下面积为 0.901 ($P < 0.05$)。结论: 由此可见, 冠心病心肌缺血可伴随有心电图波形变化异常与炎症因子的大量释放, QRS 时限与患者的心功能与炎症因子表达存在相关性, 诊断冠心病心肌缺血也有很好的价值。

关键词: 冠心病; 心肌缺血; 心电图

引言

冠心病在临床上比较常见, 是由于冠脉粥样斑块沉积在冠脉, 表现为心肌需氧量剧增, 狭窄的冠脉无法满足需要, 从而导致心肌缺血。冠心病心肌缺血是一种最常见的心血管疾病症状, 并且在近几年的发病率正逐年升高。现代研究认为心肌缺血是一种与脂质代谢异常、动脉内皮细胞损伤等有关的情况, 炎症反应在心肌缺血的发病过程中起着十分重要的作用, 炎症因子的大量释放可增加血液粘滞, 加速心血管动脉硬化的发生。冠状动脉造影检查是诊断心肌缺血的金标准, 但是其对患者有一定的创伤, 但是很难具有普查检查。心电图检查为临床上比较常见的检查方法, 具有操作简单、无创性、价格低廉等特点, 特别是运动心电图能够对患者 24 h 心电变化进行精准的记录, 可明确心脏负荷状况, 可有效诊断患者一过性的的心脏事件, 从而明确心肌缺血状况。C-反应蛋白 (CRP) 与白介素 (IL)-6 为重要的炎症因子, 能进一步促进血管内皮细胞增生、新生血管形成及血管重塑, 并对心肌缺血的发生与发展起到负面影响作用。本文具体探讨了冠心病心肌缺血后心电图波形变化规律与炎症因子表达的关系, 以明确心电图检查的价值, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 1 月至 2021 年 1 月我院冠心病伴心律失常患者 92 例, 其中男性 52 例, 女性 40 例; 年龄 41~72 岁, 平均年龄 (54.48 ± 6.60) 岁; 体质指数 $19.20 \sim 24.40 \text{ kg/m}^2$, 平均体质指数 (22.07 ± 2.54) kg/m^2 。本次研究获得医院伦理委员会批准。纳入标准: 均经影像、临床随访等确诊; 纳入前 3 d 未经任何药物治疗; 在我院同时行常规心电图、动态心电图检查; 患者及家属知情同意。排除标准: 有心脏瓣膜病、心肌炎、心肌病等其他心脏疾病; 有心脏手术史者; 合并有恶性肿瘤等其他严重疾病。

1.2 方法

(1) 心电图检查所有患者都给予心电图检查, 选择博声医疗的 Holter Patch 心电图检查系统。心电图参数: 电压 100 mm/mV, 走纸速度 250 mm/s, 记录 RR 间期、T 波时限、QRS 时限、PR 间期等心电图指标。(2) 血清炎症因子检测所有患者都抽取空腹静脉血 1~2 ml, 静息 30 min 后, $4^\circ\text{C} 2000 \text{ r/min}$ 离心 10 min, 取上层血清, 采用酶联免疫法检测血清 CRP 与 IL-6 含量, 检测试剂盒购自上海伯杰公司, 严格按照试剂盒进行操作。(3) 心功能检查所有患者都给予超声心功能检查, 采用 Philips Sonos 7500 型超声仪, 探头频率为 4~8 Hz, 连续测量 3 个心动周期, 记录左室舒张末内径 (LVEDD)、左室收缩末内径 (LVESD)、左心室收缩末期容积 (LVESV)、左心室舒张末期容积 (LVEDV)、左室射血分数 (LVEF) 等指标, 取平均值。

1.3 观察指标

观察常规心电图和动态心电图心律失常检出率, 以及心律失常类型检出差异; 分析不同病变程度、不同预后患者心电图 QTc 间期、QRS 时限差异。

1.4 统计学方法

采用 SPSS22.0 对研究对象采集的数据进行分析处理, 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 心律失常检出率比较

动态心电图心律失常检出率明显高于常规心电图 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 心律失常检出率比较

检查方法	例数	心律失常检出率 (%)	χ^2	p

常规心电图	92	61 (66.30)	15.461	0.000
动态心电图	92	83 (90.22)		

2.2 心律失常类型检出比较

在室早二、三联律，室早成对，房早二、三联律，房早成对，短阵室上速方面，动态心电图检出率明显高于常规心电图（ $P<0.05$ ）。见表2。

表2 心律失常类型检出比较

检查方法	例数	室早单发(%)	室早二、三联律(%)	室早成对(%)	房早二、三联律(%)	房早成对(%)	短阵室上速(%)	房室传导阻滞(%)
常规心电图	92	56 (60.87)	15 (16.30)	17 (18.49)	20 (21.74)	18 (19.57)	4 (4.35)	26 (28.26)
动态心电图	92	62 (67.39)	44 (47.83)	46 (50.00)	45 (48.91)	43 (46.74)	26 (28.26)	32 (34.78)
X ²		0.851	20.982	20.300	14.867	15.327	19.276	0.906
p		0.356	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.341

2.3 冠心病不同病变程度患者心电图QTc间期、QRS时限比较

重度冠心病患者QTc间期、QRS时限明显高于轻中度患者（ $P<0.05$ ）。见表3。

表3 冠心病不同病变程度患者心电图QTc间期、QRS时限比较

病变程度	例数	男/女	年龄(岁)	提质量指数(kg/m ²)	QTc 间期 (ms)	QRS 时限 (ms)
轻中度	59	30/29	55.40±5.65	22.10±2.08	410.04±11.02	110.40±9.92
重度	33	22/11	53.10±6.92	22.02±3.15	470.20±12.82	129.21±8.89
t/x ²		2.155	1.726	0.164	-23.671	-9.045
p		0.142	0.088	0.884	0.000	0.000

2.4 冠心病不同预后患者心电图QTc间期、QRS时限比较

冠心病预后不佳患者年龄、QTc间期、QRS时限明显高于预后良好患者（ $P<0.05$ ）。见表4。

表4 冠心病不同预后患者心电图QTc间期、QRS时限比较

预后	例数	男/女	年龄(岁)	提质量指数(kg/m ²)	QTc 间期 (ms)	QRS 时限 (ms)
预后不佳	21	13/8	57.20±7.28	22.06±2.14	488.39±13.23	130.32±9.72
预后良好	71	39/32	52.49±6.80	22.09±3.06	450.60±16.29	120.02±8.92
t/x ²		0.321	2.744	-0.042	9.714	4.555
p		0.571	0.571	0.967	0.000	0.000

2.5 QTc间期、QRS时限预测冠心病预后的价值

QTc间期、QRS时限预测冠心病预后不佳的ROC曲线下面积分别为0.733和0.802（ $P<0.05$ ），截数值分别为480.50ms和135.00ms，灵敏性分别为72.00%和79.00%，特异性分别为62.00%和78.00%。

3 讨论

心肌缺血发病原理为心脏冠状动脉狭窄、堵塞造成心脏供血减少，心肌血液供应失衡，从而导致心肌缺血疾病发生。随现今生活、工作压力的不断增大，冠心病发病率呈现明显上升趋势和低龄化发病情况，由此导致心肌缺血发病人数逐年增多。患者出现心肌缺血后，可对患者机体运动

功能及日常生活质量造成不良影响，受疾病因素干扰，患者可出现呼吸困难、胸骨后心前区阵发性疼痛、机体运动耐受度降低、睡眠质量差、血压低、易疲劳等。该病存在一定致死率，因此需及时进行临床检测以诊断患者有无患病，从而实施有效诊疗，降低疾病不良影响及疾病危害，保障患者临床治疗效果，提升患者生存率。心电图作为临床上检测心脏功能、电位变化的有效检测方式，以生物电观察患者心脏健康水平，可对多种心脏疾病做到有效检测及临床诊断。以往临床上对心肌缺血疾病患者多采用常规心电图检测方式，获取患者心脏疾病临床诊断数据，对患者患病情况做初步诊断。检测过程中，患者无需做过多配合，通过保持机体静止状态，即可在短时间内获取患者心电活动信息及临床数据。通过对数据进行读取分

析,能够有效诊断患者是否患心脏病,具有检查快捷、无痛苦、操作简单等特点。当前随着医学技术的发展,冠心病的病死率明显下降,但是出现心肌缺血情况也越来越常见。心肌缺血可激活心肌兴奋收缩耦联过程,导致肌原纤维挛缩,不能促进血小板粘附、聚集以及释放等反应,促进血栓的形成,进一步损伤细胞膜。心电图检查具有安全无创、重复性强、实用性等优点,特别是动态心电图可以记录到患者 24 h 的心电变化,能早期发现患者的微小病变特征。冠心病心肌缺血患者冠状动脉明显狭窄,血流严重下降,常伴有心腔扩张、心肌重构甚至纤维化,导致心肌灌注、心脏低搏出,可以造成心脏自主神经功能的异常,继而引起心电图的异常。从机制上分析,心肌组织发生缺血后,会引起细胞膜电阻抗降低,调节心肌细胞膜的钠离子通道功能,可干扰心肌电生理功能,从而导致 QRS 时限缩短。动态心电图诊断冠心病心肌缺血的敏感度较常规心电图高,动态心电图诊断冠心病心律失常的敏感度、准确度高于常规心电图,表明动态心电图诊断冠心病心肌缺血、心律失常具有较高的价值。常规心电图仅记录瞬间(10s 左右)的心电图变化,而动态心电图记录 24h 心电图变化,可避免一过性心肌缺血的漏检,可弥补常规心电图的不足,因而对心肌缺血诊断价值更高。因房室交界处心室肌可出现自主性节律的变化,该变化常规心电图无法有效反映,而动态心电图经长时间连续记录能较好反映此节律性改变,诊断价值更好。但动态心电图也有不足,首先其记录的导联有限,一般仅有 2~3 个;其次动态心电图可获取患者休息、活动与睡眠状态下心电图资料,但记录质量或多或少会受影响,导致图形质量差于常规心电图,这可能是导致本研究动态心电图诊断特异度不高的原因。因此动态心电图诊断价值虽然较高,但是不能完全替代常规心电图,二者相辅相成不可或缺。动态心电图对 CHD 患者心律失常的监测准确性优于常规心电图检查,可及时发现不同类型的心律失常,从而给予进一步诊断及治疗。分析原因为,动态心电图可更加详细全面地呈现患者心律情况。通常情况下,持续性心律失常可依靠常规心电图观察,但并非所有 CHD 患者心律失常均为持续性,尤其是一过性心律失常及短暂时发作的心肌缺血,采用动态心电图检查可持续性记录人体的心电信号,经系统分析后反映检查者静息及活动时的心脏电活动变化,有助于提高 CHD 心律失常诊断效能。冠心病心肌缺血也为一种代谢紊乱性疾病,其中炎性学说逐渐成为研究的热点,血清 CRP、IL-6 水平升高不仅能够反应慢性低水平炎性反应的存在,也能够反应患者的病情。心肌缺血患者往往处于心肌能量饥饿状态,导致相关电生理参数发生紊乱。动态心电图可以长时间连续记录心脏动态电活动,也能够更加有效捕捉一过性的心肌缺血与短暂的心律失常。当前有研究显示 QRS 时限缩短可仍被认为是临床上判断心血管疾病患者发生心肌缺血的重要指标,也可判断患者的左室功能。本研究由于经费限制,

没有纳入健康人群,研究的指标也比较少,人数也比较少,存在一定的研究偏倚性,将在后续研究中进行深入分析。随着当前医疗领域科学技术的不断发展及进步,临床检测设施得到有效更新,动态心电检测的研发,改变了以往仅能够短时间检测患者心电情况的弊端性,以记录盒子对患者实施 24h 心电信息的采集,以闪存卡进行详细记录。检测后,医务人员通过对记录内容中具有特异性心脏异常波动及心脏基础数据等项目临床数据进行有效选取分析,可以更为精准地检测到患者心脏异常情况,同时获取患者疾病发作频率、持续时间、心脏功能等信息资料,因此临床检测精准度更高,漏诊、误诊发生概率能够得到有效控制,从而为患者疾病临床确诊提供更为可靠且科学的诊断依据。本次研究证明,动态心电检测的实施,能够对心肌缺血疾病做到有效诊断。

结束语

总之,冠心病心肌缺血可伴随有心电图波形变化异常与炎性因子的大量释放, QRS 时限与患者的心功能与炎性因子表达存在相关性,诊断冠心病心肌缺血也有很好的价值。

参考文献:

- [1]黎维桃.十二导联动态心电图对冠心病心肌缺血发作患者的诊断价值研究[J].影像科学与光化学,2020,38(01):52-58.
- [2]哈森,曹俊爽.动态心电图对冠心病诊断价值的研究进展[J].医疗装备,2019,32(24):200-201.
- [3]南湖平,张付荣.动态心电图和常规心电图对冠心病心肌缺血发作的诊断效能[J].解放军预防医学杂志,2019,37(12):61-62.
- [4]杨海霞.动态心电图诊断冠心病伴心律失常的效果分析[J].罕少疾病杂志,2019,26(06):33-34+79.
- [5]毛素行.动态心电图及常规心电图对无症状性心肌缺血的诊断价值分析[J].吉林医学,2019,40(12):2854-2856.
- [6]麦惠珊.动态心电图在老年冠心病心律失常诊断中的价值[J].中国老年学杂志,2018,38(02):338-339.
- [7]王兰.动态心电图在冠心病无症状性心肌缺血诊断中的临床应用观察[J].中外医学研究,2018,16(03):68-69.
- [8]丁丽丽,邓雪英,艺茹汉.动态心电图与常规心电图诊断冠心病患者心肌缺血及心律失常的临床效果比较[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(07):131-132.
- [9]艺茹汉,邓雪英,丁丽丽.动态心电图在诊断冠心病无症状性心肌缺血中的应用价值[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(07):130+132.
- [10]仇杰,孙伟.动态心电图与常规心电图诊断冠心病的临床对比分析[J].系统医学,2018,3(02):119-121.

血清 CEMIP、CA19-9 和 CA242 水平变化对胰腺癌临床意义的分析

张泽芳

河间市人民医院 河北省沧州市 062450

摘要: 目的: 对血清 CEMIP、CA19-9 和 CA242 水平变化对胰腺癌临床意义进行研究分析。方法 对我院 2019 年 1 月-2022 年 1 月诊治胰腺癌患者, 对符合研究标准的 96 例患者进行研究, 作为实验组, 选取同期在一样就行治疗胰腺良性疾病 96 例患者作为参照组, 对两组的血清 CEMIP、CA19-9 和 CA242 水平变化进行分析。结果 实验组患者血清 CEMIP、CA19-9 和 CA242 水平分别为 0.7 (0.4, 1.0) ng/mL、180.1 (89.1, 230.3) U/mL 和 61.7 (20.7, 93.5) U/mL 均高于参照组患者 ($P<0.05$); 实验组血清 CEMIP、CA19-9 和 CA242 的阳性率均高于参照组 ($P<0.05$); 血清 CEMIP、CA19-9 和 CA242 水平单独检查敏感度低于血清 CEMIP、CA19-9 和 CA242 水平联合检测 ($P<0.05$), 且特异性略高于单一检测 ($P>0.05$)。结论 在胰腺癌筛查中, 对患者进行血清 CEMIP、CA19-9 和 CA242 水平的联合检测, 对胰腺癌的诊断具有较高的敏感性和准确性, 有助于提高疾病的诊断率, 改善患者预后评估, 具有良好的临床检测意义。

关键词: 血清 CEMIP; 糖类抗原 19-9; 糖类抗原 242; 胰腺癌; 临床意义

胰腺癌 (pancreatic cancer, PC) 是消化系统常见的肿瘤, 具有高恶性程度, 预后较差^[1]。目前, 胰腺癌的发病率和死亡率逐年增长。但早期胰腺癌患者临床表现还未有典型症状, 肿瘤的迅速成长, 早期容易转移, 90% 以上的患者在确诊时属于中晚期, 错过最佳的治疗时机, 治疗难度高, 预后不良^[2]。目前, 尚缺乏对胰腺癌的早期诊断和预后具有高度敏感性和特异性的肿瘤标志物^[3]。国外相关研究显示, 胰腺癌会导致患者血清 CEMIP、CA19-9、CA242 水平高于其他胰腺疾病患者, 但对这三种情况的胰腺癌诊断和预后评估的研究还很少^[4]。为对血清 CEMIP、CA19-9 和 CA242 水平在胰腺癌筛查中的临床应用意义进行探析, 本研究对 2019 年 1 月-2022 年 1 月诊治胰腺癌患者展开研究, 研究内容如下:

1 资料与方法

1.1 基线资料

对我院 2019 年 1 月-2022 年 1 月诊治胰腺癌患者, 对符合研究标准的 96 例患者进行研究, 作为实验组, 选取同期在一样就行治疗胰腺良性疾病 96 例患者作为参照组。纳入标准: (1) 实验组患者均符合临床诊断胰腺癌标准^[6], 患者均为经手术切除术后, 术后病理学检测证实; 参照组患者均符合临床慢性胰腺炎诊断标准^[7]; (2) 未接受过相关的放疗化疗; (3) 主要器官功能正常; (4) 研究对象均为被告知研究情况下, 自愿参与其中, 并签署知情同意书; 排除标准: (1) 处于妊娠及哺乳时期患者; (2) 精神状态异常, 认知言语障碍患者; (3) 患者生存期限在 3 个月内; (4) 体内合并其他恶性肿瘤或严重疾病。其中参照组患者 96 例, 男性与女性比例为 57:41 例, 年龄 33 岁~83 岁, 平均年龄 (55.55±6.30) 岁, 实验组患者 96 例, 男性与女性比例为 50:46 例, 年龄 32 岁~84 岁, 平均年龄 (54.85±6.10) 岁, 此次研究得到了医院伦理委员会的批准, 患者组间年龄与性别等资料比较与可比性原则相符 ($P>0.05$)。

1.2 仪器与检查方法

1.2.1 主要仪器与试剂

本研究主要采用贝克曼 DX1800 生化分析仪, 罗氏电化学全自动免疫分析仪, 血清 CEMIP 试剂来自于武汉 USCN 商贸有限公司; 血清 CA19-9

试剂由上海广锐生物科技有限公司生产提供; 糖类抗原 CA242 试剂由上海江莱生物科技有限公司生产提供。

1.2.2 检测方法

在受试者清晨空腹采集 3 毫升外周静脉血。离心半径为 15 cm, 转速为 3000 R/min, 离心时间为 10 min。分离血清样品, 并在±20℃下保存^[9]。血清 CEMIP 水平采用 ELISA 法检测、糖类抗原 CA19-9 和 CA242 的值是严格按照试剂盒手册的标准用化学发光分析仪测量的^[10]。

1.3 统计学方法

应用 SPSS21.0 软件对研究中的各项研究数据进行分析处理, 计量资料采用 t 检验, 计数资料, 采用卡方检验, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 血清 CEMIP、CA19-9 和 CA242 水平两组间比较

实验组患者血清 CEMIP、CA19-9 和 CA242 水平分别为 (0.76±0.38) ng/mL、(22.09±5.32) U/mL 和 (44.69±6.32) U/mL 均高于参照组患者 ($P<0.05$), 如表 1 所示。

表 1 血清 CEMIP、CA19-9 和 CA242 水平两组间比较

组别	n	CEMIP (ng/mL)	CA19-9 (U/mL)	CA242 (U/mL)
参照组	96	0.12±0.15	8.60±4.48	10.40±5.28
实验组	96	0.76±0.38	22.09±5.32	44.69±6.32
t	-	15.350	19.000	40.800
P	-	0.000	0.000	0.000

2.2 血清 CEMIP、CA19-9 和 CA242 诊断胰腺癌敏感度及特异性比较

血清 CEMIP、CA19-9 和 CA242 水平单独检查敏感度低于血清 CEMIP、CA19-9 和 CA242 水平联合检测 ($P<0.05$), 且特异性略高于单一检测 ($P>0.05$), 如表 2 所示。

表 2 血清 CEMIP、CA19-9 和 CA242 诊断胰腺癌敏感度及特异性比较

组别	n	敏感度 (%)	特异性 (%)
CEMIP	96	47 (48.95)	86 (89.58)
CA19-9	96	68 (70.83)	88 (91.66)
CA242	96	60 (62.50)	90 (93.75)
联合检测	96	83 (86.45)	94 (97.91)
χ^2	-	32.177	6.652
P	-	0.000	0.084

3 讨论

临床上高度恶性的肿瘤之一胰腺癌，目前还未有能够对其进行早期诊断和筛查方法^[11]。血清肿瘤标志物主要是指肿瘤发生发展过程中的物质，可能反映早期肿瘤的存在，在恶性肿瘤中高表达，在良性病变或正常组织中表达较少，且操作简单，重复性好，损伤小，成本低，在临床上的应用越来越广泛^[12]。

糖类抗原 CA242 和 CA19-9 是胰腺癌临床诊断中常见的肿瘤标志物，主要存在于消化系统的组织中^[13]。后者是糖脂类抗原，主要在胰腺和结肠恶性肿瘤中表达，在正常生理状态下，血清 CA19-9、CA242 表达较低，但胰腺癌患者常出现血清 CA19-9、CA242 水平异常升高，肿瘤肿胀、浸润深度、转移的影响等。能在一定程度上反映胰腺癌的发生发展^[14]。CEMIP 也称为 KIAAL199，是一种由人体 CEMIP 基因编码的蛋白质^[15]。相关研究证实了胰腺癌患者血清 CEMIP 水平升高^[16]。因此，本研究分析与研究了胰腺癌患者血清 CEMIP、CA19-9 和 CA242 水平变化的临床意义，并取得了理想的研究结果，研究结果显示：

本次研究中，实验组患者血清 CEMIP、CA19-9 和 CA242 水平分别为 (0.76±0.38) ng/mL、(22.09±5.32) U/mL 和 (44.69±6.32) U/mL 均高于参照组患者 (P<0.05)；血清 CEMIP、CA19-9 和 CA242 水平单独检查敏感度低于血清 CEMIP、CA19-9 和 CA242 水平联合检测 (P<0.05)，且特异性略高于单一检测 (P>0.05)。与临床以往研究^[17-18]大致相同，证实了在胰腺癌筛查中，联合检测患者血清 CEMIP、CA19-9 和 CA242 水平对胰腺癌的诊断具有较高的敏感性和准确性，有助于提高疾病的诊断速度，改善患者的预后评估。提升临床可通过对各指标水平的动态监测来评价胰腺癌治疗的情况和效果，并调整治疗方案，以确保治疗的有效性和安全性。

综上所述，在胰腺癌筛查中，对患者进行血清 CEMIP、CA19-9 和 CA242 水平的联合检测，对胰腺癌的诊断具有较高的敏感性和准确性，有助于提高疾病的诊断率，改善患者预后评估，具有良好的临床检测意义。

参考文献：

[1]吕梦,王健.血浆 CA19-9、lncRNA HOTTIP 水平对胰腺癌的诊断价值[J].山东医药,2021,61(10):21-25.

[2]沈国荣,钱靖,马春芳.血清 CA19-9、CEA、ga1-3 水平对胰腺癌的诊断价值及其与病理特征的关系[J].川北医学院学报,2021,36(11):1463-1466.

[3]郭立仪,邓明辉.CA19-9、CA125 及 CEA 联合磁共振成像诊断胰腺癌的价值研究[J].中国实用医药,2021,16(15):82-84.

[4]Wang S, You L, Dai M, Zhao Y. Mucins in pancreatic cancer: A well-established but promising family for diagnosis, prognosis and therapy. J Cell Mol Med. 2020 Sep;24(18):10279-10289.

[5]曹淑琴,朱朝勇,陈维英,祁永花,张晓媛.胰腺癌患者预后的影响因素及血清 CA19-9、CEA 对生存结局的预测价值研究[J].现代生物医学进展,2021,21(18):3554-3558,3587.

[6]程冰冰,陈艳军,李晓勇,陈升阳,胡水全.CA19-9 水平预测纳米刀消融术治疗局部进展期胰腺癌患者预后的价值[J].江苏医药,2020,46(11):1114-1117.

[7]康鑫威,李祥哲,刘杰.计算机断层扫描联合血清肿瘤标志物检测在胰腺癌诊断中的应用价值分析[J].癌症进展,2020,18(21):2187-2190.

[8]柴玲娜,李娅,徐峰.糖类抗原 19-9、肿瘤异常蛋白和 D-二聚体在胰腺癌诊断中的价值[J].肿瘤基础与临床,2020,33(1):27-29.

[9]张美华,薛静,辛勇,徐清芳.胰腺癌患者化疗前后血红蛋白、癌胚抗原、糖类抗原 19-9 和糖类抗原 125、糖类抗原 50 水平变化与价值研究[J].实验与检验医学,2019,37(3):505-507.

[10]张力,王勇.糖类抗原 19-9 联合血红蛋白及嗜酸性粒细胞分数对胰腺癌的的诊断价值分析[J].癌症进展,2019,17(20):2426-2428,2474.

[11]Jia S, Qu T, Wang X, Feng M, Yang Y, Feng X, Ma R, Li W, Hu Y, Feng Y, Ji K, Li Z, Jiang W, Ji J. KIAA1199 promotes migration and invasion by Wnt/ β -catenin pathway and MMPs mediated EMT progression and serves as a poor prognosis marker in gastric cancer. PLoS One. 2017 Apr 19;12(4):e0175058.

[12]郝一,张煦,李红超,项炬.血清糖类抗原 19-9 与血红蛋白及嗜酸性粒细胞分数鉴别自身免疫性胰腺炎与胰腺癌的临床价值研究[J].中国全科医学,2018,21(33):4077-4081.

[13]Kim K, Yong SH, Lee SH, Lee SH, Leem AY, Kim SY, Chung K, Kim EY, Jung JY, Park MS, Kim YS, Lee HJ, Kang YA. Correlation between serum carbohydrate antigen 19-9 levels and computed tomography severity score in patients with nontuberculous mycobacterial pulmonary disease. Sci Rep. 2021 Feb 2;11(1):2777.

[14]张定富,吴秋芳,戈长征.肿瘤标记物 CA19-9、CA242 对胰腺癌转移和预后预测价值的分析[J].现代肿瘤医学,2017,25(8):1258-1260.

[15]李小琼,罗勤,赵静,刘光艳.血清 CA19-9 联合五项肝功能指标检测对胰腺癌早期肝转移预警的价值[J].标记免疫分析与临床,2018,25(2):241-244.

[16]Shimizu H, Shimoda M, Mochizuki S, Miyamae Y, Abe H, Chijiwa M, Yoshida H, Shiozawa J, Ishijima M, Kaneko K, Kanaji A, Nakamura M, Toyama Y, Okada Y. Hyaluronan-Binding Protein Involved in Hyaluronan Depolymerization Is Up-Regulated and Involved in Hyaluronan Degradation in Human Osteoarthritic Cartilage. Am J Pathol. 2018 Sep;188(9):2109-2119.

[17]郑旭,邱雄,邵泽勇,罗文杰,唐世孝.胰腺癌患者血清 CEMIP、CA19-9 和 CA242 水平变化及其临床意义[J].实用肝脏病杂志,2019,22(2):280-284.

[18]赵营营,于政,杨晓樾,崔文静.血清癌胚抗原联合糖类抗原 19-9 检测对胰腺癌筛查的临床价值评估[J].癌症进展,2021,19(16):1694-1696,1713.

农村学龄前儿童龋齿状况及相关的影响因素分析

肖国蓉 杜津 向雨彤 杨军成 王佑萍

广元市第一人民医院 四川广元 628000

摘要：目的：实验将针对农村学龄前儿童龋齿状况及相关的影响因素进行探讨。方法：选择 2020 年 1 月至 2021 年 12 月期间农村学龄前儿童，且患有龋齿，将其做本次调研的对象，采用分层抽样方式选择样本。结果：从数据可见，在抽样调研的 200 名农村学龄前儿童龋齿患者中，性别对龋齿的影响不大。但是，在年龄层上，可见年龄越大，龋齿率越高。此外，在龋齿填充率上可见，农村地区普遍较低。同时，在龋齿填充率上可见，农村地区普遍较低，缺乏对龋齿治疗的重视。在 200 名学龄前儿童的乳牙患龋牙数为 304 颗，龋均为 2 颗。最后，在龋齿的影响因素上，主要集中为饮食习惯、口腔卫生意识、家长对儿童口腔卫生缺乏重视和关注，口腔疾病知识薄弱。结论：儿童龋齿在农村学龄前儿童中的发生率较高，且从治疗和预防上，家属缺乏重视，应当针对这一问题加强健康知识普及力度，降低儿童龋齿率，保障口腔卫生。

关键词：农村学龄前儿童；龋齿状况；影响因素

龋齿属于儿童常见疾病，在不同因素影响下可对牙体组织造成破坏，也是常见的口腔疾病。在农村地区，儿童龋齿率较高，一旦形成龋洞，需要经过专业口腔治疗控制疾病发展。但是要彻底解决口腔健康问题，需要家属肩负起主要责任，单靠患病后治疗所达成的疗效仍然十分有限^[1]。故而，我们要加强对农村地区学龄前儿童家长的口腔预防保健知识宣讲，认识到口腔疾病的危害，讲解乳牙、恒牙龋齿的诊断和治疗，关注儿童口腔健康问题。鉴于此，选择 2020 年 1 月至 2021 年 12 月期间农村学龄前儿童，且患有龋齿，将其做本次调研的对象，重点分析农村地区学龄前儿童的龋齿患病情况和影响因素，从而制定有效的干预措施，更好地提升儿童口腔健康。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2020 年 1 月至 2021 年 12 月期间农村学龄前儿童，且患有龋齿，将其做本次调研的对象，采用分层抽样方式选择样本。所有对象均为 3-5 岁的学龄前儿童，且取得了监护人同意，参与本次调研。

1.2 实验方法

在龋齿检查中，可分为已填充（有齿/无齿）、龋齿缺失、外伤等。此外，对学龄前儿童进行口腔知识问卷调研，内容涉及儿童饮食习惯、口腔卫生习惯、对口腔健康的态度、对口腔卫生知识的认知度。

1.3 评价标准

在龋齿的诊断中，结合 CPI 探针探查牙齿的窝沟点隙或光滑面有明显的龋洞。随后统计乳牙患龋齿率以及龋齿补充比。由 2 名口腔医师进行检查，按照统一方法，对学龄前儿童进行口腔检查。此外，对学龄前监护人发放调研问卷进行回收，统计结果，所有问卷均全部收回，且为有效问卷。

1.4 统计方法

在数据的录入上应当由两人进行数据整理及核对。采取统计产品与服务

务解决方案 SPSS21.0 进行数据处理，患者的信息确认无误后，数值变量、无序分类资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）、%表示， χ^2 检验和 t 检验；组间对比以 $P=0.05$ 为界值， $P<0.05$ 则表示差异具备统计学含义。此外，以影响龋齿的因素为自变量，是否有龋齿为因变量，进行 Logistic 回归分析，检验水平 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 农村学龄前儿童龋齿情况对比

就数据中看，在抽样调研的 200 名农村龋齿学龄前儿童中，男女龋齿率差异不大，但是不同年龄段儿童的龋齿率对比中，可见存在差异。如表 1 所示。

表 1 200 名农村学龄前儿童龋齿情况对比（例，%）

项目	分类	乳牙患龋	乳牙患龋
		人数	率
性别	男	96	48.0%
	女	104	52.0%
年龄	3 岁	53	26.5%
	4 岁	61	30.5%
	5 岁	86	43.0%

2.2 农村学龄前儿童龋齿填充率对比

此外，在龋齿填充率上可见，农村地区普遍较低，缺乏对龋齿治疗的重视。在 200 名学龄前儿童的乳牙患龋牙数为 304 颗，平均为 2 颗。乳牙龋失补牙数 2 颗的人数最多，占比 12.5%（25 人），合计龋、失、补牙数为 46 颗。绝大部分儿童患龋颗数集中在 9 颗内，9 颗以上的人数占 4.0%（8 人），合计龋、失、补牙数为 78 颗。合计儿童龋齿填充率为 20.0%(40/200)。

2.3 引起农村学龄前儿童龋齿的主要因素探讨

在龋齿的影响因素上，主要集中为饮食习惯、口腔卫生意识、家长对儿童口腔卫生缺乏重视和关注，口腔疾病知识薄弱。如表 2 所示。

表 2 儿童监护人对龋齿的认知调研分析（例，%）

项目	类别	频率	人数	占比
儿童饮食习惯	甜点和糖果	每月 1-3 次	8	4.0%
	果	每周 1-3 次	71	35.5%
		每周 2-6 次	121	60.5%
	饮料（多为碳酸饮料、牛奶）	每月 1-3 次	5	2.5%
		每周 1-3 次	80	40.0%
		每周 2-6 次	115	57.5%
	睡前饮食	每月 1-3 次	20	10.0%
		每周 1-3 次	66	33.0%
		每周 2-6 次	114	57.0%

儿童卫生	刷牙频率	偶尔刷牙	59	29.5%
行为		每天一次	114	57.0%
		每天二次	27	13.5%
监护人口	达标	≥80 分	28	14.0%
腔疾病知识	未达标	<80	172	86.0%
定期口腔	是	-	12	6.0%
检查（三个月）	否	-	188	94.0%
患病后及	是	-	38	19.0%
时治疗	否	-	162	81.0%

2.4 儿童乳牙龋齿的影响多因素分析

最后，在儿童乳牙龋齿的影响因素分析中，可见与甜品饮料摄入频率、是否有牙痛不适、是否看过牙以及牙齿口腔卫生自评有关，结果如表 3 所示。

表 3 学龄前儿童乳牙龋齿影响因素的 Logistic 回归分析

自变量	系数值	标准误	卡方值	自由度	P 值	OR 值	OR 值的 95%可信区间	
							下限	上限
儿童年龄	0.402	0.072	30.518	1	0.000	1.495	1.296	1.725
甜饮料摄入频率	0.180	0.078	5.323	1	0.020	1.198	1.027	1.397
过去 1 年是否有牙痛或不适	0.212	0.076	7.661	1	0.005	1.237	1.063	1.439
是否看过牙	-0.474	0.155	9.232	1	0.001	0.621	0.457	0.844
牙齿和口腔健康状况自评	0.649	0.073	77.161	1	0.000	1.914	1.656	2.213

3 讨论

在农村地区，学龄前儿童的龋齿率较高，监护人对于儿童的口腔疾病问题缺乏重视，口腔健康意识也相对薄弱，对口腔疾病的常规知识了解甚少，故而，我们要诊断这一实际情况作出分析，尽可能地可能地帮助更多的农村地区家庭减少儿童的龋齿率，重视口腔卫生管理。

3.1 调研情况分析

口腔卫生直接关系到牙齿的健康，有学者在调研中提及，如果刷牙次数不足每天 1 次，龋齿的发生率将高出 3.3 倍^[2]。刷牙是预防龋齿的必要措施，可针对口腔的食物残渣进行清除，有效地保护口腔卫生。结合本地调研，在刷牙频率中，可见每天一次刷牙的人数占比为 57.0%，偶尔刷牙的占比则为 29.5%，这些都不符合儿童刷牙的健康要求。此外，还有学者提出，早晚刷牙的人群和不刷牙的人群相比，龋齿率显著下降，且针对儿童群体，建议尽早开始刷牙，同时要掌握正确的刷牙方式，而不是乱刷牙，这样也有助于降低龋齿率。在口腔卫生行为中，是否刷牙、刷牙频率以及家属是否能够对儿童刷牙行为进行指导和监督有一定关系^[3]。在多因素分

析下，儿童出现牙痛和不适，但是未及时进行医院检查和治疗，针对这一情况且患有龋齿的人数较多。由此，建议针对儿童倾诉的牙痛，家属应当给予重视，及时带领儿童就诊，尽早地开展龋齿治疗。

在儿童饮食习惯中，如果有过度吃甜食、或者刷牙后再次进食，在术前进食等情况，其患有龋齿的概率较高。在本次调研中可见，每周食用 2-6 次甜点和糖果的占比为 60.5%，每周 2-6 次饮料的人数占比为 57.5%，由此可见，儿童在个人饮食上缺乏自我控制能力，家属也缺乏重视，往往满足儿童对于甜食、饮料的需求，殊不知，这对于儿童牙齿健康也造成了不良来了不良影响。在多因素分析中，牙齿口腔卫生自评也是一项重要因素，很多家长缺乏对儿童口腔状况的观察，认为儿童口腔健康，无相关疾病，并未真正地重视到儿童日常行为造成的不良影响，特别是缺乏对儿童饮食的关注，无论是饮食类型还是饮食时间，都或多或少成为龋齿发生的诱因。由于缺乏龋齿防范意识，加之儿童年龄小，无法表达口腔的不适，当家属察觉时往往较晚，故而延迟了治疗^[4-5]。故而，建议家属可定期携带儿童进行口腔情况检查，特别是存在不健康饮食的儿童，一方面要纠正其行为，

另一方面要做好检查。

关于填充率问题,在调研中可见 3-5 岁儿童龋齿的填充率仍然较低,即乳牙龋失补牙数 2 颗的人数最多,占比 12.5%,合计龋、失、补牙数为 46 颗。但是随着年龄增长,人数有所增加,更多开展补牙的儿童主要是由于龋齿数量多,所采取的必要治疗措施。针对已经筛查出龋齿病的儿童,应当制定治疗指导计划,为其提供口腔卫生支持^[6]。

在监护人口腔知识方面,其知识储备、态度、行为都会对儿童口腔健康产生影响,正确的、积极的态度,能够更好地预防口腔龋齿,也加紧了对儿童口腔问题的监督和预防^[7]。从家属口腔知识上看,可见了解度相对较薄弱,应当加强口腔健康知识宣讲,纠正错误的观念,如乳牙坏了不用治疗,等患牙后自然生成健康牙齿等^[8]。值得一提的是,很多儿童会进行刷牙,但是在牙膏的选择上家属仍然缺乏关注,应当选择儿童牙膏,含有氟化物的牙膏可以更好地对乳牙进行保护。龋齿作为感染性疾病,龋菌的存在不仅仅停留在口腔中,也会扩散、引起其他全身疾病,这也是很多家长所不知道的^[9]。乳牙的产生也会导致儿童咀嚼功能不足,导致恒牙萌出受到影响,还有可能引起错颌畸形。这些不仅仅是牙齿美观度的问题,也会影响到儿童的发音,营养的摄取,对于儿童的健康成长也会带来一些心理健康问题,故而,不能忽视乳牙健康管理^[10]。

3.2 农村学龄前儿童龋齿的防控建议

通过一系列分析,我们也针对农村学龄前儿童龋齿提供了一些防控建议。首先,要认识到农村地区儿童龋齿形势的严峻性,有目的、有针对性地开展区域口腔卫生保健宣讲工作,针对地区龋齿风险进行评估,制定龋齿指导计划^[11]。同时,可联合幼儿园和当地的卫生院,为儿童建立口腔健康档案,这对学龄前儿童的龋齿问题加大关注。其次,家属作为儿童健康成长的第一责任人,对其加强口腔健康知识十分重要,在预防保健工作中,应当重点普及口腔健康知识,如甜食摄入量控制、从半岁可建议刷牙、牙膏的选择和刷牙方式的学习等等。在儿童口腔疾病上也应当加强综合干预,在儿童反馈口腔不适后应当及时就诊检查,且除了龋齿外,还应当对儿童常见的其他疾病进行讲解。在学龄前儿童口腔知识上,可针对氟化物防龋效益评估、窝沟封闭防龋作用效果评估等方面进行推广。要重视疾病的早诊断早治疗,避免在年龄增长下,龋齿的严重化。最后,则是龋齿预防的一项重要条件,完善农村地区口腔卫生服务体系,优化口腔健康的大环境,这就需要卫生管理部门的协作,加强口腔专业人才的队伍建设与管理,加强口腔健康保健制度的建立,且专业人员能够下基层,下农村,落实宣讲工作。推荐以“320”世界爱牙日和“920”全国爱牙日为契机进行口腔健康知识的分享,引导家属树立正确的口腔健康意识,帮助儿童从小养成良好的口腔卫生习惯^[12]。

综上所述,儿童龋齿在农村学龄前儿童中的发生率较高,且从治疗和预防上,家属缺乏重视。应当针对这一问题加强健康知识普及力度,降低儿童龋齿率,保障口腔卫生。

参考文献:

- [1]张颖,雷迅,严金利,苟愉,古施施,唐书勤.2018 年石渠县学龄前儿童患龋率及其防治状况[J].预防医学情报杂志,2020,36(04):389-393.
 - [2]黄鹏飞.上海市中心城区 3-6 岁学龄前儿童龋齿状况及其影响因素研究[D].中国人民解放军海军军医大学,2018.
 - [3]舒成军,潘莉萍.余姚市城区 3~6 岁儿童龋齿状况及其影响因素调查分析[J].中国农村卫生事业管理,2018,38(05):640-642.
 - [4]陶建琳.甘肃省白银市白银区学龄前儿童龋齿患病调查[J].疾病预防控制通报,2018,33(02):68-69.
 - [5]郝玉娥,咏梅.5 岁儿童龋病现状及与其父母口腔健康知信行的关联性研究[J].医学研究杂志.2016(12):51-3+42.
 - [6]熊筱艳,许玮.某地区学龄前儿童龋病及牙龈炎患病分析和影响因素研究[J].医学信息,2021,34(24):5-8.
 - [7]刘晨红.学龄前儿童的生长发育与父母健康素养和教养方式的相关性研究[D].延边大学,2020.
 - [8]Shirzad M,Taghdisi MH,Dehdari T,et al.Oral health education program among pre-school children:an application of health-promoting schools approach[J].Health Promotion Perspectives.2016,6(3):164-70.
 - [9]宋秋坤,李智伟,李爱军,王亚涛,王孝文,马红梅.平顶山市 8 岁学龄儿童患龋状况及影响因素分析[J].实用预防医学,2019,26(01):74-77.
 - [10]王志刚,吉雅丽,何健,杨汴生,刘宝盈,刘学军,王丽茹,孙经,李凤娟.河南省 3~5 岁儿童龋病流行状况及影响因素[J].中国学校卫生,2019,40(09):1376-1379.
 - [11]Naidu R,Nunn J,Irwin JD.The effect of motivational interviewing on oral healthcare knowledge,attitudes and behaviour of parents and caregivers of preschool children:an exploratory cluster randomised controlled study[J].BMC Oral Health.2015,15.
 - [12]姚瑶,欧晓艳,周小军,周银双,罗蝶,赖佳伟.江西省赣南赣北两地 3~5 岁学龄前儿童患龋现状与进食模式的差异性分析[J].中国全科医学,2019,22(25):3099-3103.
- 课题名称:广元农村地区学龄前儿童口腔健康知信行调查及综合干预模式研究,课题编号:19ZDYF0047。

盐酸西替利嗪滴剂在婴幼儿急性荨麻疹治疗中的疗效评估

蔡晓君

广州市番禺区中心医院 广东广州 510000

摘要：目的：分析盐酸西替利嗪滴剂在婴幼儿急性荨麻疹治疗中的疗效。方法：选取医院 2020 年 1 月-2022 年 2 月收治的 45 例婴幼儿急性荨麻疹患儿作为研究对象，根据患儿就诊号单双数分组，就诊号为双数者纳入参照组（22 例），就诊号为单数者纳入研究组（23 例）。参照组给予地奈德乳膏治疗，研究组在参照组基础上给予盐酸西替利嗪滴剂治疗。对比两组治疗总有效率、不同皮肤损害评分占比率、不良反应发生率。结果：研究组治疗总有效率高，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。两组不良反应发生率比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。治疗后，研究组皮肤损害评分为 0、1 分占比率高于参照组，皮肤损害评分为 2、3 分占比率低于参照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：对急性荨麻疹婴幼儿采用盐酸西替利嗪滴剂治疗可增强临床疗效，显著改善病情，不良反应少。

关键词：盐酸西替利嗪滴剂；婴幼儿；急性荨麻疹

[Abstract] Objective: to analyze the efficacy of cetirizine hydrochloride drops in the treatment of acute urticaria in infants. Methods: 45 infants with acute urticaria treated in the hospital from January 2020 to February 2022 were selected as the research object. They were grouped according to the single and even number of children's treatment number. Those with an even number of treatment number were included in the reference group (22 cases) and those with an odd number of treatment number were included in the study group (23 cases). The reference group was treated with desnide cream, and the study group was treated with cetirizine hydrochloride drops on the basis of the reference group. The total effective rate, the proportion of different skin damage scores and the incidence of adverse reactions were compared between the two groups. Results: the total effective rate of the study group was significantly higher than that of the reference group ($P<0.05$). There was no significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups ($P>0.05$). After treatment, the proportion of skin damage score of 0 and 1 in the study group was higher than that in the reference group, and the proportion of skin damage score of 2 and 3 was lower than that in the reference group ($P<0.05$). Conclusion: cetirizine hydrochloride drops can enhance the clinical efficacy, significantly improve the condition and reduce adverse reactions in infants with acute urticaria.

[Key words] cetirizine hydrochloride drops; baby; Acute urticaria

前言

婴幼儿急性荨麻疹是一种常见的皮肤病，以瘙痒、风团为临床表现，该疾病病因包括药物过敏、食物过敏、感染、自身免疫异常等引起，急性发作时，患儿会出现大小不一的风团，风团会互相融合成大片皮损，并伴有肿胀、喉头水肿，引起呼吸困难，甚至休克、窒息^[1]。急性荨麻疹若不及时治疗，会病情加重，威胁患儿的生命健康。目前，临床治疗急性荨麻疹采用糖皮质激素、抗组胺药物治疗，可以控制患儿的症状，地奈德乳膏是该疾病治疗常用的糖皮质激素外用药物，可以缓解患儿皮肤瘙痒、风团损害症状，但治标不治本，患儿容易病情反复^[2]。盐酸西替利嗪是第二代 H1 抗组胺药，能抑制致敏物质传递与作用，还能降低炎症细胞的活性，减轻皮肤变态反应，该药物不通过血脑屏障，安全性较高，配合地奈德乳膏治疗该疾病起到内外兼治的作用^[3]。鉴于此，本研究分析急性荨麻疹婴幼儿给予盐酸西替利嗪滴剂治疗效果，报告如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取医院 2020 年 1 月-2022 年 2 月收治的 45 例婴幼儿急性荨麻疹患

儿作为研究对象，根据患儿就诊号单双数分组，就诊号为双数者纳入参照组（22 例），就诊号为单数者纳入研究组（23 例）。此次研究已获得医院伦理委员会批准，已告知婴幼儿家属，并征得同意和配合。纳入标准：具有瘙痒、风团症状者；首次患病者；皮肤划痕试验呈阳性者。排除标准：参与研究前已采用糖皮质激素、抗组胺、免疫抑制类药物治疗者；合并严重器质性疾病者；神经系统病变、免疫系统障碍者；对盐酸西替利嗪滴剂、地奈德乳膏过敏者。参照组：男 11 例，女 11 例；年龄 4 个月-3 岁，平均（ 1.55 ± 0.62 ）岁；病程 1-5d，平均（ 3.64 ± 1.39 ）d。研究组：男 9 例，女 14 例；年龄 7 个月-3 岁，平均（ 1.61 ± 0.51 ）岁；病程 1-5d，平均（ 3.27 ± 1.45 ）d。两组一般资料比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

参照组给予地奈德乳膏（重庆华邦制药有限公司，国药准字 H20060725，规格 15g）涂抹，用温水清洗患处皮肤，干燥后，涂抹适量软膏，早晚各 1 次，2 次/d，持续治疗 3d。治疗期间，禁止食用可能致敏的食物，如海鲜、芒果等，禁止接触毛絮过多的物品、花粉。

在参照组治疗基础上，研究组给予盐酸西替利嗪滴剂（香港澳美制药

厂,批准文号 HC20150029,规格 20ml)治疗,6个月-1岁患儿 0.25mg/kg,早晚各 1 次,6kg 患儿 0.14ml (4 滴)/次;7kg 患儿 0.18ml (5 滴)/次;8-9kg 患儿 0.66ml (6 滴)/次;10kg 患儿 0.25ml (7 滴)/次。1-6 岁患儿早晚各服用 1 次,0.25ml/次 (2.5mg,约 7 滴),持续治疗 3d。

1.3 观察指标

(1) 临床疗效^[4]: 瘙痒、发热、风团等症状消失,皮损完全消退,评为痊愈;临床症状明显改善,皮损消退>80%,评为显效;临床症状减轻,皮损消退 30-70%,评为有效;临床症状未得到显著缓解,皮损消退<30%,评为无效。治疗总有效率=(痊愈+显效+有效)例数/总例数。

(2) 采用 Likert 4 级评分法评估两组患儿治疗 7d 后皮肤损害情况,无皮肤损害为 0 分,皮肤损害面积小于 2 cm² 为 1 分,皮肤损害面积 2~5 cm² 为 2 分,皮肤损害面积>5 cm² 为 3 分。比较两组患儿治疗后不同皮肤损害评分占比率。

(3) 比较两组患儿不良反应发生率,包括神经系统不良反应(烦躁、嗜睡等)、消化系统不良反应(腹泻、恶心等)、皮肤不良反应(皮肤干燥、毛囊炎等)。

1.4 统计学方法

使用 SPSS23.0 统计学软件分析研究数据,计数资料与计量资料分别以百分比(%)、均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,并分别行 χ^2 、t 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组治疗总有效率比较

研究组治疗总有效率高于参照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组治疗总有效率(例,%)

表 3 两组不良反应发生率比较(例,%)								
组别	例数	嗜睡	恶心	腹泻	烦躁	皮肤干燥	毛囊炎	总发生率
参照组	22	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (9.09)	1 (4.55)	3 (13.64)
研究组	23	1 (4.35)	0 (0.00)	1 (4.35)	2 (8.70)	1 (4.35)	0 (0.00)	5 (21.74)
χ^2								0.51
P								>0.05

3. 讨论

小儿急性荨麻疹是皮肤黏膜毛细血管渗透性骤然增加和血管扩张所致,变态反应是该疾病主要病因,过敏原包括寄生虫、病毒、细菌、食物、花粉等,患儿发病突然,短时间内会出现皮肤刺痒、风疹块,病情反复发作,严重则累及消化道、喉头、支气管,引发休克。若想快速、彻底消除患儿的症状,就要寻找和清除过敏原,采用抗过敏药物抑制过敏性变态反应。临床以往采用糖皮质激素外用药物治疗小儿急性荨麻疹,在一定程度上发挥抗过敏、抗炎的作用,改善皮肤瘙痒,但是并不能快速控制病情蔓延,从根本上消除病因,患儿治疗后仍可能存在病情复发情况,若想促进

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
参照组	22	5 (22.73)	6 (27.27)	5 (22.73)	6 (27.27)	16 (72.73)
研究组	23	8 (34.78)	8 (34.78)	6 (26.09)	1 (4.35)	22 (95.65)
χ^2						4.50
P						<0.05

2.2 两组治疗后皮肤损害评分占比率比较

治疗后,研究组皮肤损害评分为 0、1 分占比率高于参照组,皮肤损害评分为 2、3 分占比率低于参照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组治疗前后皮肤损害评分占比比较(例,%)

组别	例数	0 分	1 分	2 分	3 分
参照组	22	3 (13.64)	5 (22.73)	10 (45.45)	4 (18.18)
研究组	23	10 (43.48)	12 (52.17)	1 (4.35)	0 (0.00)
χ^2		4.87	4.15	10.29	4.59
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组不良反应发生率比较

两组不良反应发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表 3。

患儿快速康复,应寻求更安全、有效药物治疗。盐酸西替利嗪是第二代 H1 抗组胺药,相比于马来酸氯苯那敏,具有分子极性优势,极少透过血脑屏障,抗胆碱能活性的副作用很少,还能选择性作用于 H1 受体,增强治疗的靶向性,少量药物经肝肾代谢,对于婴幼儿而言,耐受性良好。

本研究结果显示,研究组患儿治疗总有效率高于参照组(95.65%比 72.73%, $P<0.05$),与贺奎强^[5]研究结果具有一致性[观察组治疗总有效率为 95.00%,高于对照组的 81.67%,差异有统计学意义($P<0.05$)]。表明盐酸西替利嗪治疗效果显著。其原因为,盐酸西替利嗪是一种具有选择性作用的强效抗变态反应药物,药效作用时间长。相比于西替利嗪,盐酸西

替利嗪对 H1 受体亲和力高出 2 倍,口服后吸收迅速,快速发挥药效,血药浓度峰值可维持 24h,可以持续阻断致敏原对免疫系统的刺激,抑制组胺的传递,使患儿风团、皮损得到显著消退。同时涂抹地奈德乳膏缓解患儿刺痒感,减轻患儿的不适,两种药物联合发挥标本兼治的优势。本研究结果显示,研究组皮肤损害评分为 0、1 分占比高于参照组,皮肤损害评分为 2、3 分占比低于参照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$),表明盐酸西替利嗪滴剂更好缓解患儿皮肤损害情况。其原因为,地奈德乳膏外用于患儿皮肤损害处,虽能阻止皮肤组织对炎症的反应,但并不能从根本上抑制变态反应,患儿皮肤损害改善效果不理想。盐酸西替利嗪滴剂可以抑制变态反应,还能降低细胞间粘附分子与血管活性肠肽的活性,进而减轻变态反应引起皮肤组织黏膜毛细血管通透性骤然增加和血管扩张,最大限度改善患儿皮肤损害症状^[6]。因此,采用盐酸西替利嗪治疗有效改善患儿皮肤受损情况。本研究结果显示,两组不良反应发生率比较差异无统计学意义 ($P>0.05$),表明盐酸西替利嗪滴剂治疗婴幼儿急性荨麻疹的药物副作用轻微,具有一定的安全性。其原因为,地奈德乳膏局部使用可能会出现毛囊炎、皮肤干燥等副作用,值得注意的是患儿外用皮质激素的吸收率较高,系统毒副作用明显,尽量减少给药次数或给药剂量,故需配合其他药物使用,缩短患儿药物使用时间或减少使用剂量,降低患儿不良反应发生率^[6]。盐酸西替利嗪滴剂由胃肠道吸收,相对生物利用度高达 98%,与

蛋白结合率较高,70%以原形药物随尿液排泄,仅少量可能到达血-脑脊液屏障,但不易通过血-脑脊液屏障组用于中枢 H1 受体,对患儿中枢抑制作用影响比较轻微,可能存在嗜睡、烦躁、激动等不良反应。

综上所述,采用盐酸西替利嗪治疗婴幼儿急性荨麻疹的临床疗效显著,改善患儿皮损症状,药物副作用轻微。

参考文献:

- [1]陈娜.麻杏石甘汤加味佐治风热犯表型儿童急性荨麻疹 78 例[J].浙江中医杂志,2021,56(12):904.
- [2]李建设,常锦萍,田涛.消疹汤联合盐酸西替利嗪治疗儿童荨麻疹疗效观察[J].河南医学高等专科学校学报,2021,33(2):148-151.
- [3]周筱芬,蒋志成.玉屏风颗粒联合盐酸西替利嗪滴剂治疗慢性荨麻疹疗效观察[J].中国社区医师,2020,36(4):98-99.
- [4]单洪强,宋飞妮.除湿止痒洗液联合西替利嗪治疗小儿湿疹效果观察[J].中国乡村医药,2021,28(2):164-165.
- [5]贺奎强.地奈德乳膏联合盐酸西替利嗪滴剂治疗儿童丘疹性荨麻疹的应用研究[J].系统医学,2020,5(23):108-110.
- [6]陶靓,许雯.尿素乳膏辅助治疗儿童湿疹效果观察[J].中国乡村医药,2019,26(16):9-10.

(上接第 80 页)

提升^[8]。该方式还能够具有更为理想的生物力学稳定性,因此术后更加有助于患者早期开展功能锻炼活动,使之术后骨折愈合效果得到进一步提升^[9]。另外该方法还能够将张力带作用、骨折端加压作用等充分体现,并使抗张力强度进一步增强,因此可以使患者术后各项膝关节功能指标得到良好恢复^[10]。由此也能够看出该方法在临床诊治中的可行性较强,安全性较高,更加容易被患者所接受。为了防止螺钉长度过长,使张力带在螺钉出过多的集中张力,在对患者实施医治时,还需要将螺钉尖端做好控制,确保其在对侧皮质以内。另外,患者在接受该方法治疗的过程中,还需要对手术适应症加以明确。特别是使用两枚空心钉需要较大的吃骨量,因而需要严格选择治疗病例。一般该方法多适用于髌骨纵行骨折患者、髌骨斜行骨折患者、髌骨横断性骨折患者、骨折块为两大块的患者等。此外,在使用经皮空心拉力螺钉加改良张力带钢丝内固定方法开展治疗时,还应当注意手术时间的选择,一般建议在软组织肿胀前开展急诊手术治疗。否则,若患者出现显著的软组织肿胀表现后,往往会对微创操作、骨折复位等工作内容带来较多困难。

综上所述,髌骨骨折患者通过接受经皮空心拉力螺钉加改良张力带钢丝内固定治疗,不但能够改善各项手术指标、提升膝关节功能、降低术后疼痛感受,同时还能够具有较低的并发症发生率,因此总体疗效突出,适合普及使用。

参考文献:

- [1]何仁建,罗园超,余超,等.经皮空心拉力螺钉联合改良张力带钢丝

内固定治疗髌骨骨折疗效研究[J].实用骨科杂志,2020,26(6):559-562.

[2]申大幸.空心钉张力带钢丝联合内固定促进髌骨骨折患者骨折愈合效果分析[J].国际医药卫生导报,2018,24(5):676-678.

[3]张伟,郑均炬,陈芒芒.空心拉力螺钉加金属线缆治疗髌骨骨折[J].温州医科大学学报,2018,48(6):437-440,445.

[4]刘有才,王玉林,李宝成.空心钉内固定与传统张力带内固定治疗髌骨骨折的疗效对比[J].中外医疗,2019,38(2):71-73.

[5]苏佳灿,吴永发.髌骨疾病治疗学[M].第二军医大学出版社,2012.

[6]林奕鹏,岳凯,徐盈舒,等.新型可吸收空心螺钉结合不可吸收缝线张力带固定治疗髌骨骨折:与传统改良张力带的对比[J].中国组织工程研究,2019,23(22):3506-3511.

[7]任伟,郑慧锋,牛晶,等.加压空心螺钉张力带治疗髌骨骨折的扩大手术适应证和手术技巧 36 例分析[J].临床外科杂志,2019,27(1):76-78.

[8]刘润璟,张阳春,邓少杰.经皮微创空心螺钉与钢丝张力带治疗髌骨骨折的疗效观察[J].骨科临床与研究杂志,2021,6(6):346-349,354.

[9]王建雄,李永宁,张晨,等.改良张力带钢丝内固定治疗髌骨骨折的效果分析[J].宁夏医科大学学报,2020,42(8):824-827.

[10]李成.空心钉联合张力带钢丝内固定治疗髌骨骨折患者的效果[J].中国民康医学,2021,33(1):35-37.

降钙素原、超敏 C 反应蛋白及 D-二聚体在重症肺炎诊断和预后评估价值研究

柏立辉

坦洲人民医院内二科 广东省中山市 528467

摘要：目的：探讨分析降钙素原、超敏 C 反应蛋白及 D-二聚体在重症肺炎诊断和预后评估中的临床价值。方法：选取中山市坦洲医院 2020 年 4 月至 2022 年 3 月期间入住 ICU 及呼吸重症医学科的 60 例肺炎患者为研究对象，根据患者入院时的病情分为普通肺炎组（15 例）、重症肺炎组（45 例）；重症肺炎组又细分为脓毒症组（15 例）、严重脓毒症组（15 例）、脓毒症休克组（15 例）。结果：治疗前、治疗后 24h、48h、72h、96h/出院时的 PCT、Hs-CRP 以及 D-D 水平皆为普通肺炎组<脓毒症组<严重脓毒症组<脓毒症休克组（ $P<0.05$ ）。9 例死亡病例的 PCT、Hs-CRP 及 D-D 水平均在治疗前、治疗后 24h、48h、72h、濒死急救时呈现为持续升高（ $P<0.05$ ）。结论：PCT、Hs-CRP 及 D-D 在重症肺炎诊断和预后评估中有着较高的临床价值，值得推广应用。

关键词：降钙素原；超敏 C 反应蛋白；D-二聚体；重症肺炎；预后

肺是人体结构颇为复杂、功能极为重要、血管最为丰富的器官之一，也是唯一的气体交换器官，承担着为机体提供氧气、排出体内废气的功能，一旦受到损伤，可出现胸闷、憋气、咳嗽、咳痰及咳血等相关症状^[1-2]，危及身体健康安全。由于解剖结构等多方面因素的影响，肺部极为容易受到外界的侵袭而发生感染、形成肺部炎症。重症肺炎是肺部炎症中程度较为严重、处于进展状态的一种类型，在治疗干预的过程中往往还容易出现一系列并发症，导致机体严重炎症反应，而进一步又可以引起多器官功能障碍，反过来还会造成更大程度的机体炎症反应，恶性循环之下出现自身破坏^[3-4]，预后极差。如何早期诊断和预测重症肺炎的预后状况，实施适宜的综合治疗干预措施，尽可能的控制病情进展、挽救患者生命，是重症肺炎临床治疗的主要原则。鉴于此，本研究中笔者选取中山市坦洲医院 2020 年 4 月至 2022 年 3 月期间入住重症监护室（intensive care unit, ICU）及呼吸重症医学科的 60 例肺炎患者为研究对象，探讨分析降钙素原（procalcitonin, PCT）、超敏 C 反应蛋白（hypersensitive C-reactive protein, hs-CRP）、D 二聚体（D-Dimer, D-D）诊断和预测重症肺炎患者预后方面的临床价值，以期为本地区重症肺炎患者病情与预后评估提供一定的参考依据。

1、资料与方法

1.1 一般资料：选取中山市坦洲医院 2020 年 4 月至 2022 年 3 月期间入住 ICU 及呼吸重症医学科的 60 例肺炎患者为研究对象，根据入院时病情分为普通肺炎组（15 例）、重症肺炎组（45 例）；重症肺炎组又细分为脓毒症组（15 例）、严重脓毒症组（15 例）、脓毒症休克组（15 例）。纳入标准：①符合《成人社区获得性肺炎基层诊疗指南（2018 年）》^[5]诊断标准；②签署知情同意书；③年龄≥18 岁；④医院伦理委员会论证通过。排除标准：①合并恶性实体肿瘤；②肺栓塞、肺梗死等；③合并严重的肝肾

功能衰竭；④合并血液或凝血功能异常；⑤活动性肺结核；⑥器官移植后肺部感染；⑦自身免疫性疾病引起的肺部病变；⑧陈旧性肺结核合并有空洞；⑨长期使用华法令或低分子肝素等；⑩孕妇或哺乳期女性。普通肺炎组：男性 8 例，女性 7 例；年龄 45-74 岁，平均（55.24±8.71）岁；脓毒症组：男性 7 例，女性 8 例；年龄 44-76 岁，平均（55.22±8.79）岁；重症肺炎组：男性 9 例，女性 6 例；年龄 45-75 岁，平均（55.20±8.77）岁；脓毒症休克组：男性 6 例，女性 9 例；年龄 43-75 岁，平均（55.31±8.84）岁。四组一般资料比较（ $P>0.05$ ）。

1.2 研究方法

1.2.1 采集样本：在患者入院后，分别在应用抗生素治疗前、治疗后 24h、48h、72h、出院/濒死急救时抽取外周静脉血置于抗凝管中，检测不同时刻的 PCT、Hs-CRP 及 D-D 水平。

1.2.2 PCT 检测：采用全自动荧光免疫定量分析仪（型号：Getein1600，基蛋生物科技股份有限公司生产）及其配套免疫荧光法试剂盒进行检测。

1.2.3 hs-CRP 检测：采用全自动化学发光仪（型号：科麦斯 smart300，上海聚慕医疗器械有限公司生产）应用快速免疫透射比浊法进行检测。

1.2.4 D-D 检测：使用枸橼酸抗凝管抽取血液，留取血浆，采用全自动荧光免疫定量分析仪（型号：Getein1600，基蛋生物科技股份有限公司生产）检测。

1.3 统计方法：采用 SPSS 20.0 分析数据，计量资料以均数±标准差表示，多组间比较行方差分析， $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2、结果

2.1 不同时刻 PCT 水平比较

治疗前、治疗后 24h、48h、72h、96h/出院时的 PCT 水平皆为普通肺炎组<脓毒症组<严重脓毒症组<脓毒症休克组（ $P<0.05$ ）。见表 1：

表 1 不同时刻的 PCT 水平比较（ng/mL， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	n	治疗前	治疗后 24h	治疗后 48h	治疗后 72h	治疗后 96h/出院时
普通肺炎组	15	4.18±1.42	5.37±1.87	3.64±1.31	1.06±0.54	0.58±0.27

脓毒症组	14	5.76±1.93	7.18±2.04	4.53±1.76	2.96±0.78	1.56±0.31
严重脓毒症组	12	10.08±2.14	11.93±2.25	6.59±1.87	3.47±1.10	2.25±0.46
脓毒症休克组	10	12.06±2.37	13.17±2.41	8.19±2.08	5.12±1.34	3.18±0.54
<i>F</i> 值		9.764	11.375	6.658	7.792	5.651
<i>P</i> 值		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 不同时刻 Hs-CRP 水平比较
治疗前、治疗后 24h、48h、72h、96h/出院时的 Hs-CRP 水平皆为普通肺炎组<脓毒症组<严重脓毒症组<脓毒症休克组（*P*<0.05）。见表 2：

表 2 不同时刻的 Hs-CRP 水平比较（mg/L， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后 24h	治疗后 48h	治疗后 72h	治疗后 96h/出院时
普通肺炎组	15	13.12±3.86	8.21±3.05	4.25±1.78	2.14±0.74	1.32±0.41
脓毒症组	14	17.28±4.07	11.76±3.53	5.83±2.06	3.01±0.85	1.83±0.49
严重脓毒症组	12	20.54±4.74	13.29±3.92	6.27±2.31	4.23±0.92	2.41±0.56
脓毒症休克组	10	25.31±5.62	16.45±4.76	7.57±2.84	5.20±1.08	2.97±0.62
<i>F</i> 值		10.568	8.376	6.518	5.039	4.267
<i>P</i> 值		<0.001	<0.001	<0.001	0.002	0.005

2.3 不同时刻 D-D 水平比较
治疗前、治疗后 24h、48h、72h、96h/出院时的 D-D 水平皆为普通肺炎组<脓毒症组<严重脓毒症组<脓毒症休克组（*P*<0.05）。见表 3：

表 3 不同时刻的 D-D 水平比较（mg/L， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后 24h	治疗后 48h	治疗后 72h	治疗后 96h/出院时
普通肺炎组	15	4.96±1.08	3.57±0.86	3.05±0.73	1.33±0.45	0.47±0.18
脓毒症组	14	6.07±1.41	5.08±1.24	4.06±0.92	2.64±0.52	0.75±0.29
严重脓毒症组	12	7.98±1.65	6.27±1.36	5.87±1.14	3.29±0.75	1.28±0.42
脓毒症休克组	10	9.76±2.32	7.93±1.58	7.05±1.43	4.81±1.02	2.04±0.64
<i>F</i> 值		9.351	7.645	5.373	4.359	3.672
<i>P</i> 值		<0.001	<0.001	0.001	0.004	0.016

2.4 9 例死亡病例不同时刻的 PCT、Hs-CRP 及 D-D 水平比较

死亡病例的 PCT、Hs-CRP 及 D-D 水平均在治疗前、治疗后 24h、48h、72h、濒死急救时呈现为进行性升高（*P*<0.05）。见表 4：

表 4 9 例死亡病例不同时刻的 PCT、Hs-CRP 及 D-D 水平比较（*n*， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	<i>n</i>	PCT（ng/mL）	Hs-CRP（mg/L）	D-D（mg/L）
治疗前	9	6.57±2.06	30.31±6.36	12.56±5.32
治疗后 24h	9	11.28±2.46	32.56±7.56	15.61±5.94
治疗后 48h	9	12.71±3.32	36.82±7.49	16.87±6.15
濒死急救时	9	18.14±4.16	44.52±8.57	20.63±6.32
<i>F</i> 值		13.752	9.534	17.316
<i>P</i> 值		<0.001	<0.001	<0.001

3、讨论

重症肺炎的病情往往较为严重，疾病的发病进展较快，持续进展可出现严重脓毒症，在脓毒症发生时，肺脏因为解剖结构的影响，在其引发的多器官功能衰竭中的损伤最早、伤害最深^[6-7]，主要体现为急性呼吸窘迫综合征或急性肺损伤，危害极为严重。严重的还可能发生脓毒症休克，预后差、病死率高，可能在短短的几个小时至几天内死亡^[8-9]，现已发展成为临

床上医护人员研究的重点内容。目前，临床上对于重症肺炎的治疗主要是依据患者的临床病例资料、病原学情况、机体耐受程度、抗生素应用等方面来进行综合治疗的，都需要对患者病情及预后进行合理且充分的评估与预测，进而选择最合适的干预措施^[10]，因而诊断和预后评估尤为重要。

研究结果显示，治疗前、治疗后 24h、48h、72h、96h/出院时的 PCT、Hs-CRP 以及 D-D 水平皆为普通肺炎组<脓毒症组<严重脓毒症组<脓毒症休克组（*P*<0.05），9 例死亡病例的 PCT、Hs-CRP 及 D-D 水平均在治疗前、治疗后 24h、48h、72h、濒死急救时呈现为持续升高（*P*<0.05），笔者认为，近年来，随着我国社会经济不断发展和医疗水平的显著提高，临床上对于重症肺炎的研究也在不断的深入并取得了新的突破。生物标志物这一新型的评估工具在临床上的广泛应用，PCT 是体内较为稳定的一种蛋白质，在局部有限的感染等一般情况下，其水平并不会出现较大的波动，而当机体炎症程度严重恶化、存在脓毒症或者发生多脏器衰竭的时候，PCT 水平会呈现大幅升高；Hs-CRP 是一种炎症反应状态下极为常见的非特异性标志物，对于危险事件的发生有着较为敏感的提示作用；D-D 可以较好的反映机体的高凝状态和继发纤溶亢进，这些指标的升高都能充分提示重症肺炎病情进展以及恶化^[11-12]，而且与患者的预后和死亡息息相关，能够

（下转第 96 页）

阴道 B 超和腹部 B 超在瘢痕妊娠诊断中的临床应用价值分析

方华丽

桂林市全州县人民医院 广西桂林 541500

摘要：目的：分析在瘢痕妊娠诊断中阴道 B 超和腹部 B 超的临床应用价值。方法：从我院（2020 年 3 月至 2021 年 3 月）接收的疑似瘢痕妊娠患者中抽取 60 例开展本次研究，所有患者在明确病情之前均开展过阴道 B 超和腹部 B 超检查诊断，并以手术病理组织检查结果作为金标准，评估阴道 B 超和腹部 B 超检出率、诊断符合率、灵敏度与特异度，并分析阴道 B 超和腹部 B 超影像学图像。结果：经手术病理组织检查，明确为瘢痕妊娠者有 48 例，其中包括孕囊型、包块型、混合型分别 25 例、20 例、3 例，非瘢痕妊娠者为 12 例，其中包括难免流产 4 例，瘢痕憩室 3 例、不完全流产 3 例、宫颈妊娠 1 例、稽留流产 1 例。经阴道 B 超检查，检出瘢痕妊娠者 47 例，确诊为瘢痕妊娠者 45 例，其中包括孕囊型、包块型、混合型分别 23 例、19 例、3 例，非瘢痕妊娠者 13 例，确诊为非瘢痕妊娠者 10 例，包括难免流产 3 例，瘢痕憩室 2 例、不完全流产 3 例、宫颈妊娠 1 例、稽留流产 1 例。腹部 B 超检查，检出瘢痕妊娠者 34 例，确诊为瘢痕妊娠者 30 例，其中包括孕囊型、包块型、混合型分别 15 例、13 例、2 例，非瘢痕妊娠者 26 例，确诊为非瘢痕妊娠者 8 例，包括难免流产 2 例，瘢痕憩室 2 例、不完全流产 2 例、宫颈妊娠 1 例、稽留流产 1 例。以金标准为依据，阴道 B 超检出率、诊断符合率、灵敏度、特异度相比，均高于腹部 B 超， $P < 0.05$ 。通过超声图像检查，孕囊型患者会发现孕囊处于子宫前壁的下层切口处或是下段的肌层处，孕囊周围可以发现较为丰富的肌层血流信号；而对于包块型患者，超声图像会发现子宫前壁下段边界不清，会在膀胱的突出部位发现混合性的回声团块，而且其内部具有较为丰富的血流信号；对于混合型表现的患者，在超声图像下可以发现子宫前壁的下段切口附着变形的孕囊，并在其宫腔内生长，孕囊的内部与周围均具有较为丰富的血流信号团块。结论：在瘢痕妊娠诊断，阴道 B 超和腹部 B 超均具有一定的诊断应用价值，但前者可以清晰地观察到妊娠情况，能为临床提供有效的诊断图像，故前者诊断符合率明显较高，更值得推广。

关键词：瘢痕妊娠；诊断；阴道 B 超；腹部 B 超；应用价值

近年来，随着医疗技术的不断发展，难产、妊娠高血压等孕产妇为了保证母婴安全，均采取了外科分娩方式，即剖宫产，取得了一定的效果^[1]。因此，剖宫产已成为目前分娩的一种主要方式，但在剖宫产后，产妇会受到不同因素的影响，而出现相应的并发症，其中最为常见的为瘢痕子宫妊娠。目前，随着生育计划的不断推进，剖宫产女性再次妊娠率得到了极大地提升，从而增加了瘢痕妊娠发生率^[2]。瘢痕妊娠是指胚胎种植在子宫瘢痕部位，多数患者早期症状并不典型，也没有明显的临床表现，易被忽视，从而增加了大出血率与子宫破裂的风险，对孕产妇的健康与生命造成极大的威胁^[3]。因此，对于瘢痕妊娠来讲，做好有效的诊断非常有必要。在影像学技术的发展下，瘢痕妊娠早期诊断方法越来越多，也具有多样性等特点，如宫腔镜、超声检查、腹腔镜等，其中超声检查，属于瘢痕妊娠诊断最常用的一种检查诊断方法，其具有方便、有效、快捷等特点，可以对患者的实际情况进行实时监测，临床诊断效果较好^[4]。超声检测方式有阴道超声与腹部超声检查，两种检查诊断方式不同，故其具有不同的诊断效果，临床也存在一定的争议^[5]。因此，本文就以 60 例疑似瘢痕妊娠的患者作为研究主体，分析在瘢痕妊娠诊断中阴道 B 超和腹部 B 超的临床应用价值，内容做如下阐述。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

从我院（2020 年 3 月至 2021 年 3 月）接收的疑似瘢痕妊娠患者中抽取 60 例开展本次研究，落实对患者相关资料的分析，发现所有患者在明确病情之前均开展阴道 B 超和腹部 B 超检查诊断，并以手术病理组织检查结果作为金标准。60 例疑似患者年龄在 25-38 岁之间，均值为（32.55±4.56）岁，距上次剖宫产时间 1.5-5.5 年，平均（3.75±0.95）年，停经时间为 35-60 天，平均（47.54±10.22）天，产次 1-4 次，平均（2.54±1.34）次。

本次研究符合医院伦理委员会批准。

纳入标准：（1）参照《妇产科学》中的瘢痕妊娠内容发现有明显的疑似瘢痕妊娠者^[6]；（2）有停经、阴道出血、腹痛等症状者；（3）经 β -HCG 检查，发现 β -HCG 出现异常上升者；（4）患者心肝肾功能正常者；（5）患者均知情，并签署同意书；（6）经超声检查，发现宫腔下段出现病灶，与剖宫产的瘢痕位置的关系明确。

排除标准：（1）不耐受超声检查者；（2）孕周超过 12 周者；（3）合并有心肝脑肾等脏器病变者；（4）临床资料丢失者；（5）神经与血液系统、免疫系统功能障碍者；（6）合并有腹部疾病者；（7）不愿配合本次研究者。

1.2 方法

疑似患者为了明确病情，均先开展阴道 B 超检查与腹部 B 超检查，方法如下：

阴道超声检查：在检查时，应用彩色多普勒超声检查仪，叮嘱开展阴道超声检查的患者先排空膀胱，取膀胱截石位，在阴道 B 超探头上涂抹适量的耦合剂，并在其上覆盖无菌保险套，再次在保险套上涂抹耦合剂，从阴道内缓慢的置入探头，对子宫内的实际情况进行全面的检查，观察子宫的大小、妊娠囊的着床部位、腹腔处的切口状态、瘢痕回声情况等，同时记录孕囊与膀胱间的肌层厚度，了解其是否出现异常，如有异常，即将其诊断为异常情况。

腹部 B 超检查：设置好超声探头的频率，在检查前叮嘱患者保持平躺位，并要求其保证膀胱的充盈度，并在患者的小腹部位涂抹适量的耦合剂，并将涂抹好耦合剂的探头放在患者的小腹耻骨处，开展上行纵切面、横切面、斜切面等探查。对妊娠瘢痕形态进行仔细地观察，了解回声情况与位置情况，记录孕囊、膀胱间的肌层厚度，判断其是否为异常类型。

1.3 观察指标

以手术病理组织检查结果作为金标准,评估阴道 B 超和腹部 B 超检出率、诊断符合率、灵敏度与特异度,并分析阴道 B 超和腹部 B 超影像学图像。

准确度: (真阳性+真阴性) / (真阳性+假阳性+真阴性+假阴性)。

敏感度: 真阳性 / (真阳性+假阴性)。

特异度: 真阴性 / (真阴性+假阳性)。

诊断标准: 孕囊型: 在剖宫产手术切口处发现宫腔峡部出现孕囊环,而且宫腔峡部有膨大现象,手术创口的肌层较薄;包块型: 手术切口发现边缘较为模糊的回声团块,而且子宫前端的肌层较薄;混合型: 在切口发现杂乱的回声,宫腔内还发现积血^[7]。瘢痕妊娠超声表现: 宫腔内无妊娠囊;宫颈管出现空虚表现,而且没有发现妊娠囊;孕囊出现在子宫峡部的前端;膀胱与妊娠囊之间的厚度较薄,且低于 5mm,或是出现破损表现^[8]。

1.4 统计学方法

本文中的所有数据,均依照表示方式分为 $(\bar{x} \pm s)$ 表达的计量资料和(%)表达的计数资料,两者均应用计算机检验系统的(SPSS26.0)统计学软件处理, t 检验计量资料 χ^2 检验计数资料若 $P < 0.05$ 确认组间数据有统计学意义。

2. 结果

2.1 手术病理组织检查结果分析

经手术病理组织检查,明确为瘢痕妊娠者有 48 例,其中包括孕囊型、包块型、混合型分别 25 例、20 例、3 例,非瘢痕妊娠者为 12 例,其中包括难免流产 4 例,瘢痕憩室 3 例、不完全流产 3 例、宫颈妊娠 1 例、稽留流产 1 例。

2.2 阴道 B 超检查结果分析

经阴道 B 超检查,检出瘢痕妊娠者 47 例,确诊为瘢痕妊娠者 45 例,其中包括孕囊型、包块型、混合型分别 23 例、19 例、3 例,非瘢痕妊娠者 13 例,确诊为非瘢痕妊娠者 10 例,包括难免流产 3 例,瘢痕憩室 2 例、不完全流产 3 例、宫颈妊娠 1 例、稽留流产 1 例,见表 1。

表 1 阴道 B 超检查结果分析

金标准	阴道 B 超检查		合计
	阳性 (n)	阴性 (n)	
阳性	45	3	48
阴性	2	10	12
合计	47	13	60

2.3 腹部 B 超检查结果分析

腹部 B 超检查,检出瘢痕妊娠者 34 例,确诊为瘢痕妊娠者 30 例,其中包括孕囊型、包块型、混合型分别 15 例、13 例、2 例,非瘢痕妊娠者 26 例,确诊为非瘢痕妊娠者 8 例,包括难免流产 2 例,瘢痕憩室 2 例、不完全流产 2 例、宫颈妊娠 1 例、稽留流产 1 例,见表 2。

表 2 腹部 B 超检查结果分析

金标准	腹部 B 超		合计
	阳性 (n)	阴性 (n)	
阳性	30	18	48
阴性	4	8	12
合计	34	26	60

2.4 检出率、诊断符合率、灵敏度、特异度对比

以金标准为依据,阴道 B 超检出率、诊断符合率、灵敏度、特异度相比,均高于腹部 B 超, $P < 0.05$,见表 3。

表 3 检出率、诊断符合率、灵敏度、特异度对比

组别	准确率	灵敏度	特异度
腹部 B 超	38/60 (63.3)	30/48 (62.5)	8/12 (66.7)
阴道 B 超	55/60 (91.7)	45/48 (93.8)	10/12 (83.3)

2.5 阴道 B 超和腹部 B 超的图像表现

在阴道 B 超检查中,多数患者会出现囊样回声与混杂性回声,而且多数会发现孕囊;而腹部 B 超检查,患者会有囊样回声与混杂性回声,并发现孕囊,但还会出现其他表现。

通过超声图像检查,孕囊型患者会发现孕囊处于子宫前壁的下层切口处或是下段的肌层处,孕囊周围可以发现较为丰富的肌层血流信号;而对于包块型患者,超声图像会发现子宫前壁下段边界不清,会在膀胱的突出部位发现混合性的回声团块,而且其内部具有较为丰富的血流信号;对于混合型表现的患者,在超声图像下可以发现子宫前壁的下段切口附着变形的孕囊,并在其宫腔内生长,孕囊的内部与周围均具有较为丰富的血流信号团块。

3. 讨论

近年来,剖宫产已成为临床最为常用的一种分娩方式之一,其在难产、早产产妇中,具有较为特殊的应用优点,但产妇通过剖宫产分娩后,易出现相应的并发症,其中以子宫瘢痕最为常见^[9]。随着人们生活方式、饮食习惯与观念的不断变化,剖宫产率正在直线上升,而且在目前生育计划的改变下,增加了子宫瘢痕妊娠发生率。瘢痕妊娠是指具有子宫瘢痕妊娠的女性再次妊娠后,胚胎出现于子宫的瘢痕处,此时易被误诊为早孕^[10]。而子宫瘢痕处的肌纤维强度较差,当受精卵在此部位着床后,随着滋养细胞的侵入,会改变子宫的肌层,使得子宫壁变薄,增加子宫破裂的风险,对孕妇生命安全均造成极大的威胁,甚至还会增加子宫切除率,使得患者失去生育功能。因此,瘢痕妊娠具有极大的危害性,需要对其进行加强诊断与治疗。

在诊断瘢痕妊娠时,手术病理组织检查属于金标准。瘢痕妊娠发病初期没有明显的临床表现,不易被早期发现,在发病晚期,会随着妊娠囊的发育而影响子宫瘢痕部位的肌层,从而引发大出血、子宫破裂。近年来,随着超声技术的不断发展,在瘢痕妊娠诊断中,超声检查可以全面地观察到肌层的薄厚程度与妊娠囊部位等实际情况,对其病理类型作出准确的判断。临床对瘢痕妊娠的病理类型进行分析,而病理分类有两种,一是通过对妊娠囊与膀胱间的肌层厚度进行检查,以肌层厚度是否超过 3mm 为分界线,对其薄层进行观察,另一种是以妊娠囊的生长方向、回声形状进行分类,即分为三种,即孕囊型、包块型、混合型,其中孕囊型患者的孕囊向膀胱外凸出,而且在子宫的切口处发现孕囊;包块型患者可以观察到不均匀质地的团块,且回声杂乱,子宫的前壁发现隆起,并有低阻血流信号;混合型患者的回声区发现斑片状,子宫腔内发现液性暗区。而在超声诊断瘢痕妊娠时,通过阴道 B 超与腹部 B 超检查,即可以明确检查结果。其中腹部 B 超检查可以观察到病灶实际情况,患者接受度较高,但腹部 B 超检查时需要患者充盈膀胱,操作不及时,而且探头处于腹部时易受到腹部脂

肪的影响,降低图像的清晰度,不能准确的测量出孕囊与膀胱间的肌层厚度,易引起漏诊、误诊。阴道B超检查瘢痕妊娠时,不需要充盈膀胱,将充分消毒的探头置入阴道,可以清晰地观察到子宫内的实际情况,能减轻其他因素的干扰,清晰地观察切口瘢痕与孕囊之间的关系,准确的测量肌层的薄厚,具有较高的分辨率^[11]。同时,通过对比阴道B超与腹部B超检查结果,发现前者在观察病理类型、回声区、孕囊、血流信号、肌层薄厚等方面均优于后者,故在瘢痕妊娠诊断中,阴道超声检查诊断符合率明显要高于腹部B超。此外,瘢痕妊娠具有一定的影像学特点,如宫腔内会有积液、积血;内膜线出现增厚;子宫前壁处的肌层变薄;妊娠囊出现于子宫的切口处;宫颈管与宫腔没有妊娠囊;妊娠囊与包块处具有丰富的血流信号,而阻力指数较低。

综上所述,在诊断瘢痕妊娠时,阴道B超和腹部B超均具有一定的应用价值,但前者诊断符合率明显要高于后者,更值得推广。

参考文献:

- [1]徐慧芳.经阴道彩色B超诊断在瘢痕子宫妊娠中的应用效果分析[J].影像研究与医学应用,2021,5(08):185-186.
- [2]李晓兰,赵骏达,马俊旗.彩色B超在瘢痕子宫妊娠诊断中的临床应用价值[J].影像研究与医学应用,2019,3(09):197-198.
- [3]罗立红,胡正丽.观察B超在子宫瘢痕妊娠诊断及治疗中的应用价值[J].影像研究与医学应用,2020,4(13):173-174.

(上接第93页)

准确诊断评估和预测重症肺炎患者的预后,有着较好的临床参考价值。

综上所述,笔者认为,PCT、Hs-CRP及D-D在重症肺炎诊断和预后评估中有着较高的临床价值,值得推广应用。

参考文献:

- [1]张春玲,杨远见,刘畅,等.血清降钙素原、肝素结合蛋白、白细胞介素-6联合序贯器官衰竭评分对重症肺炎患者预后评估的意义[J].实用医学杂志,2022,38(2):168-172.
- [2]黎代强,陈琳,缪锦松,等.乌司他丁联合美罗培南治疗老年重症肺炎的疗效及对患者肺氧合功能及血清C反应蛋白、降钙素原水平的影响[J].海南医学,2022,33(1):17-20.
- [3]黄红铭,陈旭,陈良春.重症肺炎血清脑钠肽、降钙素原、C反应蛋白水平与病情变化的关系及其在临床预后中的价值[J].实用医院临床杂志,2022,19(2):140-143.
- [4]Sun Bo,Zhang Bo,Guo Xiang,et al. Combined CT score, blood mononuclear cell count, LDH, and plasma D-dimer for viral pneumonia diagnosis: a retrospective study.[J]. International journal of clinical and experimental pathology,2021, 14(10):1022-1030.
- [5]陈丽萍,符小玲,邓超,等.1M3S护理管理模式联合优化个体护理对ICU重症肺炎患者的临床疗效、APACHEⅡ评分及不良并发症的影响[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2022,17(2):239-242.
- [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.成人社区获得性肺炎基层诊疗指南(2018年)[J].中华全科医师杂志,2019,18(2):117-126.

[4]赵红霞.不同途径的彩色多普勒超声检查对剖宫产瘢痕妊娠的诊断效果观察[J].中外女性健康研究,2020,(08):171-172.

[5]郑玉江.腹部及阴道B超联合检查在孕晚期剖宫产后再妊娠妇女瘢痕子宫下段厚度评估中的应用[J].临床研究,2020,28(04):136-137.

[6]Xiu-Na L I, Luo Y H, Xia M Y, et al. Value of transvaginal ultrasound combined with abdominal ultrasound in early diagnosis of scar pregnancy after cesarean section[J]. Chinese Journal of Modern Drug Application, 2018.

[7]颜杰,袁超燕.剖宫产瘢痕妊娠发生机制及治疗进展[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(80):139+141.

[8]陈静.剖宫产瘢痕妊娠经阴道及经腹部超声诊断的临床价值研究[J].齐齐哈尔医学院学报,2019,40(10):1212-1214.

[9]Chen L, Chen L, Liu J, et al. Value of Qualitative and Quantitative Contrast-enhanced Ultrasound Analysis in Preoperative Diagnosis of Cervical Lymph Node Metastasis From Papillary Thyroid Carcinoma[J]. Journal of Ultrasound in Medicine, 2020, 39(1).

[10]白友会.经阴道彩超诊断及鉴别诊断子宫瘢痕妊娠的价值分析[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(57):171.

[11]张丽娟.腹部B超联合阴道B超对妊娠晚期孕子宫下段瘢痕的诊断效果研究[J].中国医疗器械信息,2019,25(12):172-173.

志,2019,18(2):117-126.

[7]张添威,郭微微,张蓉映,等.动态监测血清CRP对指导重症肺炎患者临床用药的意义及联合IL-8、Th1对预后预警的价值[J].广东医学,2021,42(3):283-287.

[8]Uwemedimo Omolara T,Lewis Todd P,Essien Elsie A,et al. Distribution and determinants of pneumonia diagnosis using Integrated Management of Childhood Illness guidelines: a nationally representative study in Malawi.[J]. BMJ global health,2018,3(2):e000506.

[9]田庆.辅助应用纤维支气管镜肺泡灌洗对重症肺炎患儿病情转归进程及血清脑钠肽、降钙素原水平的影响[J].川北医学院学报,2021,36(2):205-208.

[10]王真,张家艳,王玉霞,等.重症肺炎合并脓毒症患者外周静脉血TLR-4、CRP、TNF- α 、PCT表达水平及近期生存情况[J].临床与病理杂志,2021,41(11):2517-2523.

[11]覃鑫,胡量子.重症肺炎患者降钙素原、C反应蛋白、D-二聚体的水平变化及其对预后的诊断价值[J].医学综述,2020,26(15):3077-3081.

[12]黄朋,方杰,陈波,等.重症肺炎患者血清降钙素原、C-反应蛋白、D-二聚体及炎症因子水平变化及其临床意义[J].安徽医药,2018,22(3):478-482.

作者简介:柏立辉(1977-09-08),男,大学本科,主治医师,研究方向:普通内科,呼吸,心血管。

中山市医学科研项目 项目编号:2020A020030

全身麻醉复合硬膜外阻滞麻醉在腹腔镜手术治疗老年直肠癌中的临床效果

支梨花¹ 薛江涛^(*)

1. 西安马应龙肛肠医院 陕西西安 710000; *通讯作者: 三原县红原医院 陕西咸阳 713800

摘要: 目的: 探讨在腹腔镜手术 (LS, Laparoscopic surgery) 治疗老年直肠癌中实施硬膜外阻滞麻醉复合全身麻醉 (全麻) 的临床效果。方法: 研究前抽取 90 例老年病例, 截止年限为 2020.01~2022.02 期间, 均为行 LS 治疗的直肠癌患者, 研究中以随机法分设为甲、乙组进行对比, 各组分别纳入 45 例。甲组行气管插管全麻处理, 在此方案上乙组复合硬膜外阻滞麻醉。对比两组血清皮质醇 (Cor, cortisol)、肾上腺素 (AD, adrenaline) 等指标变化、镇痛效果、不良反应及恢复情况, 以评定效果。结果: 统计显示, 两组对比术后 Cor、AD 等指标结果, 乙组分别为 (408.05±34.26) nmol/L、(1.16±0.24) mmol/L 均低于甲组 (434.21±47.86) nmol/L、(1.34±0.42) mmol/L ($P<0.05$)。两组对比镇痛优良率结果, 乙组 97.78% 高于甲组 80.00% ($P<0.05$)。两组对比不良反应结果, 乙组发生率 2.22% 低于甲组 20.00% ($P<0.05$)。两组对比术后回答问题时间、睁眼、拔管等时间结果, 乙组分别为 (7.55±2.61) min、(7.25±2.51) min、(4.69±2.23) min 均短于甲组 (16.27±6.74) min、(13.46±5.33) min、(9.26±0.24) min ($P<0.05$)。结论: 在 LS 治疗老年直肠癌中实施全麻复合硬膜外阻滞麻醉的镇痛效果显著, 不仅能降低应激反应, 减少各种不良反应, 还能促进术后快速苏醒和恢复, 安全性高, 可进一步借鉴推广。

关键词: 腹腔镜手术; 老年直肠癌; 硬膜外阻滞麻醉; 全身麻醉; 临床效果

在恶性肿瘤中, 直肠癌较为多发和常见, 其发生后致死率较高, 所以对患者的生命安全威胁极大^[1]。对于老年直肠癌患者而言, 临床多采取腹腔镜手术 (LS, Laparoscopic surgery) 加以治疗, 但因老年人机体功能不断降低, 加之对手术和麻醉应激不耐受, 所以其手术风险相对更大^[2]。以往采取全身麻醉实施手术时, 尽管其可将皮层下组织与大脑皮层的投射系统加以阻断, 但无法将创伤处低位神经反射予以有效阻断, 加之创伤处存在一定的疼痛, 且可经交感神经丛脊髓背根开始传导, 从而引起强烈的低位中枢神经反射, 这一传导通路则为典型的疼痛传导路径, 且全麻实施期间无法对这一通路造成的反射加以有效抑制^[3-4]。而实施硬膜外麻醉可对创伤处疼痛加以抑制, 可对局部神经加以阻滞, 有利于减轻疼痛传导所以通过将全麻与硬膜外阻滞麻醉联合使用, 则可最大程度的保障手术顺利实施和安全性^[5]。本文抽取 90 例老年病例, 截止年限为 2020.1~2022.02 期间, 均为行 LS 治疗的因此直肠癌患者, 研究中以随机法分设为甲、乙组进行对比, 各组分别纳入 45 例, 研究了在 LS 治疗老年直肠癌中实施全麻复合硬膜外阻滞麻醉的临床效果, 现将研究情况做以下阐述:

1. 资料与方法

1.1 资料

本次研究前抽取 90 例老年病例, 截止年限为 2020.01~2022.02 期间, 均为行 LS 治疗的直肠癌患者, 研究中以随机法分设为甲、乙组进行对比, 各组分别纳入 45 例。研究开展前统计处理两组基本资料, 其中男女比例为 27:18 (甲组) 和 26:19 (乙组); 所选病例病程、年龄范围分别为 5-16 个月、62-80 岁之间, 0 组均值统计结果分别为 (9.42±3.62) 个月、(73.44±2.62) 岁 (甲组) 和 (9.47±3.42) 个月、(74.35±2.21) 岁 (乙组)。美国麻醉医师协会 (ASA, American Society of Anesthesiologists) 分级^[6]:

甲组 I 级 34 例、II 级 11 例, 乙组分别为 35 例、10 例。通过对各项数据经 X^2 、T 值检验分析, 若 $P>0.05$, 说明研究可开展。所有对象均知情, 且事先签订同意书, 正式开展研究前已获伦理委员批准。

入选条件^[7]: 均满足直肠癌的确诊条件; 年龄≥60 岁且<80 岁; ASA 为 I-II 级; 均经肠镜或手术活检病理确诊; 资料齐全; 意识清晰; 无手术或麻醉禁忌。排除条件: 脑血管疾病; 消化道溃疡; 其他恶性肿瘤; 意识障碍; 精神疾病; 手术或麻醉禁忌; 凝血障碍; 自身免疫性疾病; 对所用药物有过敏史; 资料不全。

1.2 方法

甲组行气管插管全麻处理, 入室后对患者实施常规监护, 首先实施麻醉诱导处理, 依次给予 0.04mg/kg 咪达唑仑、0.3ug/kg 舒芬太尼、0.3mg/kg 依托咪酯、0.1mg/kg 维库溴铵静脉注射, 成功诱导且达到理想的肌松效果后, 则行气管插管, 辅助使用麻醉机, 将丙泊酚 0.1-0.2mg/kg/min、瑞芬太尼 0.25-1ug/kg/min 采取靶控微量泵持续泵入, 为了维持肌松状态, 可采取维库溴铵间断性泵入。在此方案上乙组复合硬膜外阻滞麻醉, 入室后患者取标准侧卧位, 行连续硬膜外阻滞, 首选穿刺部位为 L2-3 椎间隙, 穿刺成功向头侧置管, 试验量后注入 8mL 1.5% 利多卡因, 待达到所需麻醉平面后, 协助患者调整体位, 并实施气管插管全麻, 具体操作同前组。术中采取 1.5% 利多卡因间断给药, 以维持阻滞作用。

1.3 评价指标

对比两组血清皮质醇 (Cor, cortisol)、肾上腺素 (AD, adrenaline) 等指标变化、术中镇痛效果 (评估要求^[8]: 阻滞完善, 肌松良好, 无需药物辅助为优; 患者肌松一般, 需辅助静脉药物为良; 患者肌松较差, 需辅助其他麻醉为差。)、不良反应 (包括躁动、恶心、呕吐等) 及恢复情况 (包

括回答问题切题、睁眼、拔管等时间),以评定效果。

1.4 分析数据

各项数据在研究中以评价指标为准,在 SPSS22.0 软件中对结果数据加以处理,以 T 值、X²检验为统计方法,结果资料分别经 $\bar{x}\pm s$ (均数加减小标准差)和[n(%)](例、百分率)来表示,分别对应计量和计数值,若 P 值显示为<0.05,则差异符合统计意义。

2. 结果

2.1 对比应激指标

统计显示,两组对比术后 Cor、AD 等指标结果,乙组均低于甲组(P<0.05);但术前两组对比前述指标差异较小(P>0.05)。如表 1 示。

表 1: 两组对比应激指标 ($\bar{x}\pm s$)

组别	n	Cor (nmol/L)		AD (mmol/L)	
		术前	术后	术前	术后
乙组	45	307.52±16.59	408.05±34.26	0.89±0.28	1.16±0.24
甲组	45	309.62±15.47	434.21±47.86	0.86±0.25	1.34±0.42
T 值		1.4152	8.5144	0.0365	4.2155
P 值		0.236	0.000	0.748	0.026

2.2 对比镇痛效果

统计显示,两组对比镇痛优良率结果,乙组 97.78%高于甲组 80.00%(P<0.05)。如表 2 示。

表 2: 两组对比镇痛效果[例(%)]

组别	n	差	良	优	优良率(%)
乙组	45	1 (2.22)	10 (22.22)	34 (75.56)	44 (97.78%)
甲组	45	9 (20.0)	11 (24.44)	25 (55.56)	36 (80.00%)
X ² 值					7.3241
P 值					0.004

2.3 对比不良反应

统计显示,两组对比不良反应结果,乙组发生率 2.22%低于甲组 20.00%(P<0.05)。如表 3 示。

表 3: 两组对比不良反应[例(%)]

组别	n	躁动	恶心	呕吐	发生率(%)
乙组	45	0 (0.00)	1 (2.22)	0 (0.00)	1 (2.22%)
甲组	45	3 (6.67)	3 (6.67)	3 (6.67)	9 (20.00%)
X ² 值					7.8562
P 值					0.002

2.4 对比恢复情况

统计显示,两组对比术后回答问题切题、睁眼、拔管等时间结果,乙组均短于甲组(P<0.05)。如表 4 示。

表 4: 两组对比恢复情况 ($\bar{x}\pm s$, min)

组别	n	回答问题切题	睁眼	拔管
----	---	--------	----	----

乙组	45	7.55±2.61	7.25±2.51	4.69±2.23
甲组	45	16.27±6.74	13.46±5.33	9.26±0.24
T 值		8.6529	6.4514	4.6958
P 值		0.000	0.005	0.025

3. 讨论

这些年由于临床医疗水平的不断提升和微创技术的飞速发展,目前采取手术治疗直肠癌时,LS 也获得了广泛应用,此种术式创伤较小,可有效减轻组织损伤,所以 LS 的不良反应和并发症等相对较少^[9]。采取 LS 对直肠癌患者进行治疗的过程中,因手术时间相对较长,加之人工气腹、体位改变等因素影响,所以对麻醉要求相对较高^[10]。对于直肠癌患者,采取 LS 治疗期间首选麻醉方式为气管插管全麻处理,此种麻醉方式下药物可对皮质下中枢产生直接作用,也可对边缘系统和大脑皮层等部位产生作用,以促使神经系统投射活动有效被阻断,从而发挥较好的麻醉作用^[11]。但在手术影响和创伤刺激下,机体的应激反应相对较为明显,机体会大量分泌皮质醇和儿茶酚胺,从而造成明显的循环及呼吸系统异常,从而导致机体损伤进一步加重^[12]。尤其是对于老年人而言,其脏器储备和代偿等功能逐渐降低,肝肾功能明显降低,所以其循环及呼吸系统受到的干扰更为明显,所以麻醉风险及管理难度较高^[13]。以往单纯采取全麻处理尽管可提供较好的条件供手术实施,但麻醉药物用量较多,循环影响严重、呼吸恢复缓慢、苏醒时间延长等。而采取硬膜外阻滞麻醉则可直接作用于外周神经部位,可将脊髓背根神经有效阻断,从而减轻低位神经中枢活动,降低交感神经兴奋度,同时此种麻醉方式还可降低血管阻力,可促使平面下血管舒张获得有效抑制,从而促使外周血加速循环,进一步有效稳定血流动力学^[14]。通过将硬膜外麻醉与全麻复合使用,不仅能将脊髓的感觉神经束有效阻滞,还可对交感神经干发挥阻断作用以减少机体释放的应激激素,从而降低机体应激反应。同时此种麻醉还可有效减少各种不良反应,可显著提升肌松效果和镇痛作用,可在一定程度上减少麻醉药物的用量,进一步保证麻醉的有效性和安全性^[15]。本文结果中,两组对比术后 Cor、AD 等指标结果,乙组分别均低于甲组(P<0.05)。两组对比镇痛优良率结果,乙组 97.78%高于甲组 80.00%(P<0.05)。两组对比不良反应结果,乙组发生率 2.22%低于甲组 20.00%(P<0.05)。两组对比术后回答问题切题、睁眼、拔管等时间结果,乙组均短于甲组(P<0.05)。

综上,在 LS 治疗老年直肠癌中实施硬膜外阻滞麻醉复合全麻的镇痛效果显著,不仅能降低应激反应,减少各种不良反应,还能促进术后快速苏醒和恢复,安全性高,可进一步借鉴推广。

参考文献:

[1]齐英军,冯英博. 全身麻醉复合硬膜外阻滞对行腹腔镜手术老年直肠癌患者的影响研究[J]. 癌症进展,2021,19(1):85-87.
[2]孙秀丽. 全身麻醉复合硬膜外阻滞麻醉在腹腔镜手术治疗老年直肠癌中的临床效果[J]. 中国保健营养,2021,31(6):55.

(下转第 104 页)

社区应用达格列净对老年 2 型糖尿病肾病预后改善作用

韩进超 张金金 李婧 侯宝宵

北京市朝阳区东风社区卫生服务中心 100016

摘要：目的：研究老年 2 型糖尿病(T2DM)肾病患者行达格列净治疗的效果。方法：数据取自门诊 2021 年 1 月-2021 年 12 月收治的 88 例老年 T2DM 肾病患者，“随机数字表法”分参考组(二甲双胍, n=44)、科研组(二甲双胍+达格列净, n=44)，2 组疗效比较。结果：用药前比较两组血糖波动情况、肾功能无差异；用药后比较不良反应也无差异, $P>0.05$ ；用药后与参考组比较, 科研组 FBG、2hPG 及 HbA1c 值更低, FINS 值更高；SCr、CysC、24h Upro 值更低, GFR 值更高；科研组有效率(95.45%)高于参考组(77.27%), $\chi^2=4.062$, $P=0.044$, $P<0.05$ (具有统计学意义)。结论：达格列净治疗老年 T2DM 肾病患者可稳定血糖波动、改善肾功能, 增强用药效果、保证用药安全, 值得推崇。

关键词：达格列净；老年；2 型糖尿病肾病；血糖控制；临床疗效

经研究发现, 糖尿病患者常见微血管并发症为 2 型糖尿病(T2DM)肾病, 据统计^[1], 此病在终末期肾病中的患病率为 26.3%, 多发生于老年人群, 具患病率高、病程长及预后差等特征, 分析病因尚未明确, 可能与年龄大、各器官功能减退及抵抗力弱等因素有关, 此病是引起患者致残、致死的重要原因。研究表明^[2], T2DM 肾病的病理机制为: 机体因细胞外基质堆积、肾小球基底膜增厚等因素, 引起肾小球硬化, 呈结节性、弥漫性, 导致患者表现为蛋白尿、水肿及高血压等, 疾病持续进展则发展为终末期肾脏病, 危及生命^[3], 故早期需实行针对性治疗对策。郭泽华^[4]证实, 既往治疗此病以二甲双胍为主, 减轻不适程度、保护肾脏, 对控制病情有积极作用, 但长期用药易有副作用、影响疾病转归, 未获得患者青睐认可。鉴于此, 本文选择门诊 2021 年 1 月-2021 年 12 月收治的 88 例老年 T2DM 肾病患者为研究对象, 分析达格列净用于老年 T2DM 患者治疗的价值, 汇总:

1 资料和方法

1.1 基线资料

将门诊 2021 年 1 月-2021 年 12 月收治 88 例老年 T2DM 肾病患者纳入研究, 科研组(44 例): 男女比例 23:21, 年龄 60-79 岁, 均值(72.21±2.39)岁; T2DM 病程 1-8 年, 均值(4.21±1.15)年; BMI 值 19-26kg/m², 均值(23.51±0.35)kg/m²; 收缩压均值(126.24±4.38)mmHg; 舒张压均值(78.52±5.26)mmHg; 参考组(44 例): 男女比例 25:19, 年龄 61-80 岁, 均值(72.35±2.42)岁; T2DM 病程 1-10 年, 均值(4.59±1.21)年; BMI 值 18-25kg/m², 均值(23.45±0.26)kg/m²; 收缩压均值(126.38±4.42)mmHg; 舒张压均值(78.61±5.34)mmHg。 $P>0.05$ 、可比较。患者知情、对“知情同意书”签字确认, 经伦理委员会审批同意。

【纳入标准】①诊断标准与《中国 2 型糖尿病防治指南(2017 年版)》^[5]、《糖尿病肾脏疾病诊断标准》相符; ②经临床检查确诊; ③近期末服用

降糖药物; ④表现为消瘦、多饮多食多尿等; ⑤年龄 60-80 岁、病程>1 年; ⑥资料完整。

【排除标准】①严重躯体疾病; ②伴疼痛、创伤及严重感染; ③近期出现感染性疾病; ④伴糖尿病酮症、肾病综合征及高血压肾病; ⑤恶性高血压、心衰引起尿蛋白升高; ⑥近半年内发生心脑血管事件、酮症酸中毒; ⑦用药禁忌症; ⑧精神病史或患有精神疾病; ⑨中途退出研究。

1.2 方法

参考组(二甲双胍): 患者初始单次口服 0.5g 二甲双胍缓释片(厂家: 北京太洋药业有限公司, 国药准字 H20090050, 规格 0.5g*30 片), 2 次/d, 持续用药 2 周后, 调整用药剂量为 1g/次, 2 次/d。

科研组(二甲双胍+达格列净): 二甲双胍的用药剂量、方式同参考组, 联合达格列净(厂家: AstraZeneca Pharmaceuticals LP, 批准文号 H20170119, 规格 10mg*14 片)治疗, 患者单次口服 10mg 达格列净, 1 次/d。

2 组持续用药时间均为 3 个月。

1.3 观察指标

血糖波动情况: 抽取 2 组空腹静脉血 3ml, 离心待检, 血糖仪检测空腹血糖(FBG)、餐后 2h 血糖(2hPG), 糖耐量试验检测空腹胰岛素(FINS), 糖化血红蛋白仪检测糖化血红蛋白(HbA1c), 由深圳晶美有限公司提供试剂盒, 根据试剂盒说明书操作^[6]。

肾功能: 抽取两组空腹静脉血 2ml, 离心待检, 全自动生化分析仪检测患者肌酐(SCr)、胱抑素 C(CysC), 并留取患者空腹中段尿 4ml 为尿液标本, 尿蛋白分析仪检测 24h 尿蛋白定量(24h Upro)、肾小球滤过率(GFR), 贝克曼库尔特公司提供仪器, 根据仪器说明书进行^[7]。

临床疗效: 显效: 症状减缓, HbA1c 值下降>30%, 肾功能正常; 有效: 症状改善, HbA1c 值下降 10%-30%, 肾功能改善; 无效: 未达上述

标准且病情加重^[8]，有效率= $\frac{(\text{显效}+\text{有效})\text{例数}}{44}\times 100\%$ 。

不良反应：记录 2 组出现低血糖、尿路感染及胃肠道不适的例数。

1.4 统计学方法

excel 表整理，SPSS22.0 软件分析，计量资料均数±标准差 ($\bar{x}\pm s$)，*t* 检验。计数资料构成比[n(%)]， χ^2 检验。检验水准 *P*=0.05。

2 结果

2.1 血糖波动情况

用药前比较两组血糖波动情况无差异，*P*>0.05；与用药前比较，用药后 FBG、2hPG 及 HbA1c 值下降，FINS 值增加，且科研组高于参考组 (*P*<0.05)，见表 1。

表 1 血糖波动情况比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	FBG(mmol/L)				2hPG(mmol/L)			
	用药前	用药后	<i>t</i>	<i>p</i>	用药前	用药后	<i>t</i>	<i>p</i>
科研组(n=44)	8.22±2.45	6.48±1.34 ^{*#}	4.133	<0.05	14.79±4.81	7.45±2.34 ^{*#}	9.102	<0.05
参考组(n=44)	8.21±2.36	6.95±0.27 [*]	3.519	<0.05	14.62±4.59	11.49±3.32 [*]	3.665	<0.05
<i>t</i>	0.019	2.281	--	--	0.173	6.598	--	--
<i>p</i>	0.985	<0.05	--	--	0.863	<0.05	--	--

组别	HbA1c(%)				FINS(mIU/mL)			
	用药前	用药后	<i>t</i>	<i>p</i>	用药前	用药后	<i>t</i>	<i>p</i>
科研组(n=44)	7.35±1.36	5.45±0.58 ^{*#}	8.524	<0.05	7.78±2.25	14.62±3.54 ^{*#}	10.817	<0.05
参考组(n=44)	7.32±1.27	6.24±2.19 [*]	2.830	<0.05	7.72±2.34	11.45±3.23 [*]	6.203	<0.05
<i>t</i>	0.107	2.313	--	--	0.123	4.388	--	--
<i>p</i>	0.915	<0.05	--	--	0.903	<0.05	--	--

注：组内比较，^{*}*P*<0.05；组间比较，[#]*P*<0.05。CysC、24h Upro 值下降，GFR 值增加，且科研组高于参考组(*P*<0.05)，见表 2。

2.2 肾功能

用药前比较两组肾功能无差异，*P*>0.05；与用药前比较，用药后 SCr、

表 2 肾功能比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	SCr(umol/L)				CysC(mg/L)			
	用药前	用药后	<i>t</i>	<i>p</i>	用药前	用药后	<i>t</i>	<i>p</i>
科研组(n=44)	70.41±12.35	52.57±15.38 ^{*#}	5.999	<0.05	1.79±0.32	1.19±0.14 ^{*#}	11.395	<0.05
参考组(n=44)	71.32±13.26	64.61±16.52 [*]	2.101	<0.05	1.78±0.31	1.25±0.13 [*]	10.458	<0.05
<i>t</i>	0.333	3.538	--	--	0.149	2.083	--	--
<i>p</i>	0.740	<0.05	--	--	0.882	<0.05	--	--

组别	24h Upro(g/24h)				GFR(%)			
	用药前	用药后	<i>t</i>	<i>p</i>	用药前	用药后	<i>t</i>	<i>p</i>
科研组(n=44)	1.62±0.34	1.12±0.21 ^{*#}	8.299	<0.05	82.49±13.35	137.21±28.35 ^{*#}	11.583	<0.05
参考组(n=44)	1.69±0.32	1.41±0.25 [*]	4.574	<0.05	82.48±13.21	92.28±17.24 [*]	3.707	<0.05
<i>t</i>	0.994	5.892	--	--	0.004	8.982	--	--
<i>p</i>	0.323	<0.05	--	--	0.997	<0.05	--	--

2.3 临床疗效

与参考组比较，科研组有效率更高(*P*<0.05)，见表 3。

表 3 临床疗效比较[n(n),%]

组别	显效	有效	无效	有效率
科研组(n=44)	29(65.91)	13(29.55)	2(4.55)	42(95.45%)

参考组(n=44)	23(52.27)	11(25.00)	8(18.18)	34(77.27%)
χ^2	--	--	--	4.062
P	--	--	--	0.044

2.4 不良反应

2 组比较不良反应占比无差异($P>0.05$), 见表 4。

表 4 不良反应比较[n,(%)]

组别	胃肠道不适	低血糖	尿路感染	发生率
科研组(n=44)	1(2.27)	1(2.27)	0(0.00)	2(4.55%)
参考组(n=44)	2(4.55)	0(0.00)	1(2.27)	3(6.82%)
χ^2	--	--	--	0.212
P	--	--	--	0.645

注：两组经停药或者对症处理后，不良反应均消失。

3 讨论

T2DM 为临床常见慢性代谢性疾病，其与胰岛素分泌不足、胰岛素敏感性下降等因素有关，患病后有消瘦、多尿及高血糖等表现，若机体长期呈高血糖状态，则引起脑梗死、糖尿病肾病等，危及生命，故早期提供药物治疗很重要。有文献报道^[9]，达格列净用于老年 T2DM 肾病患者治疗中具有可行性，分析发现：①其为新型的降糖药物，属于 SGLT2 抑制剂，患者经口服用药后减少机体重吸收尿糖，增强降糖效果，用药并未对胰岛素分泌控制有依赖性，实际用药时以选择性抑制 SGLT2 途径为基点，将血糖控制于合理范围，增强渗透样利尿效果^[10]；

②达格列净的药理机制为：此药对血糖有过量负荷作用，对肾脏功能依赖性较强，用药后控制血糖峰值、稳定血糖波动，保护潜在的胰岛 β 细胞功能、增强机体调节能力，通过对胰岛敏感性加以改善，充分发挥外源胰岛素作用，控制血糖于合理范围，刺激胰岛素生长抑素分泌、对分泌高血糖素产生抑制，避免机体有低血糖现象发生，使肠道对果糖、葡萄糖的吸收起到延缓作用，增强疗效；③达格列净可选择性阻断钠-葡萄糖协同转运蛋白，使肾脏近曲小管重吸收葡萄糖减少，促进尿糖排出、增强降糖效果，并经用药后可增加肾血流量，增强利尿效应、稳定血糖，增强抗炎、保护心肌细胞及降低心肌耗氧等效果，促进疾病转归、可改善预后效果，疗效较理想^[11]。

本研究示：①科研组 FBG、2hPG 及 HbA1c 值低于参考组，FINS 值高于参考组($P<0.05$)，分析：血糖异常升高是引起此病的常见原因，患者因蛋白尿、水肿及高血压等不适，引起血糖严重异常，故达格列净可控制血糖到合理水平，减轻不适、促进治疗进展顺利；②科研组 SCr、CysC、24h Upo 值低于参考组，GFR 值高于参考组($P<0.05$)，分析：肾功能指标可指导医师判定病情、疗效，其中 SCr 可反映肾功能损害性，故达格列净用药可减轻肾功能损害、减缓病情，可改善预后效果；③2 组比较不良反

应无差异($P>0.05$)；④科研组较参考组有效率更高($P<0.05$)，说明本文与阳皓^[12]文献一致，故达格列净治疗可增强疗效、缩短患者疗程，可促进疾病恢复，具实践价值。

综上所述：老年 T2DM 肾病患者行达格列净治疗可稳定血糖、改善肾功能，发挥药效的同时、保证用药安全性，可控制病情、效果显著。

参考文献：

[1]全英.硝苯地平控释片联合缬沙坦治疗老年 2 型糖尿病肾病合并高血压的效果评价[J].慢性病学杂志,2019,20(04):592-593.

[2]孙婧,苏爱梅.达格列净对老年 2 型糖尿病患者肾功能和钙磷代谢的影响[J].东南大学学报(医学版),2021,40(06):840-842.

[3]Baer P C , Koch B , Freitag J , et al. No Cytotoxic and Inflammatory Effects of Empagliflozin and Dapagliflozin on Primary Renal Proximal Tubular Epithelial Cells under Diabetic Conditions In Vitro[J]. International Journal of Molecular Sciences, 2020, 21(2):391.

[4]郭泽华.达格列净对早期 2 型糖尿病肾病患者尿微量白蛋白和促炎症因子的影响探析[J].中国疗养医学,2021,30(12):1331-1333.

[5]Ele F , Jimenez R S , Afshin S , et al. Dapagliflozin monotherapy in type 2 diabetic patients with inadequate glycemic control by diet and exercise: a randomized, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial[J]. Diabetes care,2021,33(10):2217.

[6]吴美芬,黄兴丽,韦晓丹.达格列净对 2 型糖尿病肾病 III 期患者微量白蛋白尿的影响[J].慢性病学杂志,2021,22(08):1274-1276.

[7]祁兴,柏凤,张勇.达格列净对 2 型糖尿病早期糖尿病肾病患者尿外泌体微 RNA 的影响[J].中华糖尿病杂志,2021,13(01):73-79.

[8]连明珠,赵莹,康静.达格列净对早期 2 型糖尿病肾病患者肾小球和肾小管功能的影响[J].中国现代医学杂志,2021,31(02):13-18.

[9]朱展雯.维格列汀联合门冬胰岛素 30 对老年 2 型糖尿病肾病患者血糖和胰岛素抵抗和 β_2 -微球蛋白影响[J].慢性病学杂志,2020,21(11):1695-1697.

[10]李金生,张一平,任苗苗.达格列净联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病肾病的临床疗效研究[J].黑龙江医学,2020,44(07):948-950.

[11]Theodoros E , Georgios P , Konstantina T , et al. A unifying model of glucotoxicity in human renal proximal tubular epithelial cells and the effect of the SGLT2 inhibitor dapagliflozin[J]. International urology and nephrology ,2020,52(06):1179-1189.

[12]阳皓,谭巧灵,王岑.达格列净对早期 2 型糖尿病肾病患者尿微量白蛋白和促炎症因子的影响[J].华中科技大学学报(医学版),2019,48(04):400-404.

龋病群体口腔健康及自我保健措施探究

秦勤

浙江大学医学院附属口腔医院·浙江大学口腔医学院·浙江省口腔疾病临床医学研究中心·
浙江省口腔生物医学研究重点实验室·浙江大学癌症研究院 浙江杭州 310000

摘要: 口腔健康对个体的健康及生活质量发挥着积极的影响,一旦发生龋病,不但会对咀嚼功能产生影响,此外还会影响牙齿美观度,进而会影响社交积极性,甚至引发心理障碍。在口腔疾病中,龋病属于发生率较高的疾病类型之一。作为慢性疾病的其中一种,对其发生机制进行分析,认为疾病可预防。考虑到疾病预防效果提升,对于提升大众健康程度具有积极作用。本文从认识龋病诱发原因入手,了解龋病相关风险因素,并针对性提出龋病群体的口腔健康及自我保健措施,旨在为龋病防治效果提升提供更为详实的参考依据。

关键词: 龋病; 高危群体; 口腔健康; 自我保健措施

Abstract: Oral health plays a positive impact on individual health and quality of life. Once caries occurs, it will not only have an impact on chewing function, but also affect the beauty of teeth, which will affect social enthusiasm, and even cause psychological disorders. In oral diseases, caries is one of the disease types with a higher incidence. As one of the chronic diseases, the mechanism of their occurrence is analyzed to believe that the disease is preventable. Considering the improved effect of disease prevention, it has a positive effect on improving the degree of public health. This paper starts with understanding the causes of caries, understanding the risk factors related to caries, and proposes the oral health and self-care measures of caries groups, aiming to provide a more detailed reference for the improvement of caries prevention effect.

Key words: caries; high-risk groups; oral health; self-care measures

传统观点认为,在以细菌为主的多种因素作用下,牙体硬组织会出现缓慢的渐进性破损,继发感染性疾病被称之为龋病^[1]。现代研究结果证实,口腔生物膜菌群生态异常变化是导致疾病发生的主要诱因^[2]。具体发生机制为:频繁摄入可发酵碳水化合物,会对稳定的微生物菌群进行刺激,进而生成酸性/耐酸性主导菌群。生物膜活性异常变化,会打破脱矿—再矿化平衡,致使硬组织发生脱矿进而引发龋损^[3]。世界范围内,龋病均有较高的发生率,对数十亿人口的健康存在不同程度影响。我国开展口腔流行病学第四次调查,结果证实,5岁、10岁儿童乳牙龋病发生率分别为70.9%、38.5%,与10年前相比提升分别为5.9%、9.6%^[4]。在多方共同努力下,我国大众口腔健康情况得到一定改善,但是各个年龄阶段,在含氟牙膏使用率、每日刷牙2次以及牙线使用率上达标率仍不理想^[5]。龋病发生初期,并无明显不适及疼痛出现,但是专业检查时能够发现牙齿上存在的黑斑或白斑,未能及时治疗时,会继续发生形成龋洞,暴露牙神经后,如果受到冷热、辛辣刺激,会有明显疼痛感。后期则会导致牙体破损,形成残冠或残根,甚至会导致牙齿丢失,影响正常咀嚼能力。临床研究结果证实,龋病的发生密切相关于牙菌斑,并且通过良好的自我口腔保健,能够有效预防龋病的发生,同时定期进行口腔检查,可针对性治疗,降低疾病影响^[6]。为此,本文特针对龋病的口腔健康状态及自我保健措施进行综述。

一、龋病引发原因

龋病发生机制:牙齿表面粘附致龋性蔗糖或是碳水化合物,并在唾液蛋白影响下形成获得性膜,温度合适条件下,菌斑深层有酸性物质产生,会损伤牙齿有机质进而造成龋损^[7]。对于龋病的诱发因素来说,目前认同度较高的为四联因素学说,具体为:

1、细菌

致病菌主要包含两大类,其一为产酸菌,具备碳水化合物分解生成酸能力,

进而导致牙齿无机质损坏,典型菌种包括乳杆菌、放线杆菌以及变形链球菌^[8]。其二为格兰阳性球菌,会导致牙齿表面有机质被损伤破坏,形成龋洞。

2、口腔环境

食物和唾液属于龋病高危影响因素,食物中影响较大的为碳水化合物,其既能细菌提供能源,同时还能促进菌斑基质形成,碳水化合物代谢生成酸,有机酸能够促进酸量增加,同时还能让牙体组织脱矿。唾液量和龋病发生密切相关,唾液异常群体有较高几率会发生龋病,如果唾液分泌异常,含有的乳酸量过多,就会大大提升龋病发生几率。

3、宿主情况

龋病主要影响宿主的牙齿,因此牙齿的自身情况、健康程度以及矿化程度都属于龋病的影响因素。

4、时间

龋病的发生不是一蹴而就的,从最初发病到形成龋洞,一般情况需要经历24个月,因此上述三个因素只有在较长时间发挥作用,才会导致牙齿龋损。

综合分析上述因素来看,通过有效措施是可以有效预防龋病的,可以理解为,控制四个因素中的其中一项,就能明显降低龋病发生率。

二、龋病风险评估

龋病风险因素主要为两个方面,其一为保护因素,其二为危险因素。

前者可降低龋病发生率，针对性进行保护，能够有效预防疾病的发生。后者为增加龋病发生风险，明确干预后可避免龋病发生。具体分为六项：

（1）外因因素：个体具备良好的管理能力和依从性，可降低龋病发生率。

对于群体水平来说，社会、经济和受教育因素具有一定预测效果，但是无法作为独立判断因素。

（2）全身因素：人体身体健康程度和龋病发生密切相关，如果个体免疫功能因治疗或是用药受损，那么会导致发病风险提高^[9]。

（3）唾液因素：唾液能够对细菌发挥稀释、抑制及杀灭作用，抑制酸生成量，同时还能够提供钙磷离子促进牙釉质再矿化^[10]。唾液量分泌不足，可作为龋病发生独立预测因素，特别适合于老年人群特别是牙龈萎缩预测根面龋发生率。

（4）口腔内因素：龋活跃性的重要参考指标为口腔内因素，在龋病风险判断中发挥重要作用，其主要包括是否存在看见的龋洞、牙釉质斑块、白垩斑，牙齿根面是否裸露或有深窝沟，是否佩戴义齿，牙齿是否接触不良或有不良修复体悬突存在，是否接受托槽正畸^[11]。

（5）口腔微生物因素：龋病发生主要诱因为口腔微生物，其会以细菌斑状态在牙齿表面存在，菌斑位置和聚集状态，可评价龋齿发生率，可接受专业实验室检查明确细菌种类判断^[12]。

（6）饮食习惯因素：蔗糖的过量/频繁摄入，会增强产酸乳酸菌定值效果，

使致龋菌数量提升，并增加其代谢产物，影响口腔生态平衡及牙菌斑生物膜 pH 值。

三、龋齿群体个性化自我保健措施

不同年龄段人群在生理特点和龋病风险上存在明显差异，因此需要加强龋

病管理和预防的针对性和有效性，实现有效自我保健，进而提升大众口腔健康程度，有效预防龋病的发生并控制其严重程度。

1、孕前期

本阶段女性激素水平、饮食习惯和结构发生明显变化，会一定程度影响口腔卫生状况，增加口腔疾病发生率。一旦发生龋病或是牙龈炎，可能会影响胎儿健康。因此需要加强自我保健，利用正确方法刷牙，可使用含氟的牙膏或是漱口水，重视口腔清洁，利用牙线处理牙齿相邻部位的菌斑。另外需要保持良好饮食习惯，不得食用过多酸性食物。此外，备孕期间需要进行口腔检查和必要治疗，避免妊娠后发病造成不利影响。

2、妊娠期

胎儿牙齿会在妊娠阶段内发育，因此此时母体应重视补充蛋白质、叶酸、微生物和各类营养元素，避免营养摄入不足影响其发育，影响牙釉质或牙本质结构及功能。本阶段自我保健重点为：重视进行口腔清洁，可以使用无蔗糖的口香糖帮助清洁牙齿，避免发生龋病。针对已经发生龋病的孕妇，孕早期不建议接受治疗，最佳治疗时间在孕中期，即怀孕的 4 到 6 个月。

3、婴幼儿阶段

婴幼儿主要包括出生 28d 内的新生儿及 0 到 3 岁的婴儿。本阶段尚无牙齿萌出。家长需要使用手指纱布套清除舌头和牙龈位置的奶渍，避免滋生细菌。对于萌出乳牙的幼儿，尽量降低甜味奶或饮料摄入，避免发生幼儿龋。喂养时，保持良好卫生习惯，避免口腔内的致龋菌转移到婴幼儿口中。6 个月以上且未到 1 周岁半的幼儿。使用手指牙刷清洁牙齿，不需要使用牙膏，清水即可。1 周岁半到 3 周岁的婴幼儿，家长指导下使用牙刷刷牙，注意提升其刷牙兴趣进而养成良好的刷牙习惯。第一颗牙齿萌出后，具备条件者可以进行口腔健康评估，了解龋齿发生风险。左右乳牙完全萌出时，建议接受专业口腔健康测评，了解婴幼儿口腔健康状况，并予以针对性指导，提升家长口腔健康重视度，定期进行婴幼儿牙齿检查，针对高龋病风险者，可以利用涂氟进行控制。

4、围学龄期

本阶段以 3 到 12 岁儿童为主，属于儿童龋病高发阶段。主要是因为此阶段内儿童牙弓产生变化，会有生理性间隙生成，食物容易存留或嵌塞，导致邻面龋发生。家长或是幼教教师指导儿童掌握有效刷牙方法，确保口腔清洁度，同时合理使用牙线，避免食物残留。本阶段龋齿发生后，如果未能及时发现或处理，会影响咀嚼状况，导致习惯侧咀嚼，影响面部正常发育。甚至还会对恒牙的萌出和发育造成影响。临床实践结果证实，龋病尽早接受治疗，可降低治疗时间和痛苦程度。因此本阶段儿童可定期接受口腔检查，针对深窝沟龋或是有龋齿倾向的乳牙实施窝沟封闭。此外专业人员能够给予指导，提升家长和孩子口腔健康重视程度。6 岁到 12 岁阶段内会完成乳牙更替，最早萌出的恒磨牙具有强咀嚼能力，同时龋病发生风险也最高，发病严重时甚至会脱落，因此需要针对第一恒磨牙进行保护，最为有效的方法为窝沟封闭。

5、青春期

12 岁到 18 岁为青春期，本阶段内，外恒牙基本全部萌出（智齿除外），但是结构和形态成熟度不高，且处于颌面部发育关键期，本阶段恒牙龋病发生风险较高。由于恒牙牙体硬组织矿化程度不够，萌出的牙齿一般完全矿化需要 2 年时间，2 年内有较高几率发生龋变，同时一旦发生龋齿进展较快。本阶段自我保健措施：坚持每日刷牙两次（单次时间不低于 3min），饭后或进食后及时漱口，牙刷需要合理选择，刷头及柔软程度适宜。掌握改良巴氏刷牙法，避免横刷损伤牙釉质。必要时使用牙线对牙齿邻面进行清洁，避免食物残留。恒牙萌出后可进行窝沟封闭，如果恒牙未按时萌出，接受 X 线检查了解存在问题。学校层面需要增加口腔健康宣传力度，采取多样化形式加强口腔知识宣传力度，提升学生对牙齿健康重视程度。

6、成年阶段

18 岁—65 岁为成年人，本阶段预防龋齿关键措施为加强口腔护理，养成良好卫生习惯。定期接受专业检查，评估龋病风险，并根据具体情况制定有效干预措施。低风险定期含氟牙膏刷牙，中风险可以使用含氟漱口水。高风险在其基础上，降低糖摄入量，遵医嘱使用抗菌药物，唾液量少可以利用口香糖或是口腔湿润剂强化唾液功能，定期接受口腔检查，通过

专业机构和家庭共同保证牙齿健康程度。

7、老年阶段

65 岁以上老年阶段，牙齿健康问题较多，龋病风险高。发病后无典型表现和自觉症状，伤及牙本质或是牙髓产生疼痛后已经发展到晚期阶段，会引发根尖周炎或牙髓炎，影响进食和健康。自我保健措施：掌握正确牙齿或是义齿清洁方法，使用含氟牙膏或局部用氟。坚持早晚刷牙，保持口腔良好卫生程度。由于牙齿松动间隙增加，需要及时清除间隙存留物。长期卧床者，家属需要进行口腔卫生干预，定期刷牙漱口，每年接受口腔检查或是牙周洁治 1-2 次，保证晚年生活质量。

四、结束语

对于个体的身心健康来说，口腔健康具有极大的影响。作为口腔两大典型疾病的龋病，一直以来都对大众口腔健康存在极大的影响。大量研究结果证实，引发龋病的因素多样化，针对不同人群特点辅以有效控制措施，掌握科学的口腔保健方法，能够避免牙齿龋变并控制其严重程度，提升大众口腔健康程度，并有助于促进生活质量提升，社会意义显著，值得重视。

参考文献：

[1]张紫阳, 宣鹏, 崔丹,等. 深圳市 3~5 岁儿童龋病流行现状及影响因素分析[J]. 中国公共卫生, 2021, 37(1):74-77.

[2]云青萍, 刘敏, 赵梅,等. 儿童口腔健康自我评价与推荐标准的一致

性分析[J]. 中国学校卫生, 2020, 41(12):1824-1826.

[3]周月华, 张燕飞. 儿童早期龋齿患病影响因素及预防措施分析[J]. 中国妇幼保健, 2020, 35(21):4093-4096.

[4]陈智, 陈瑞甜. 龋病再认识[J]. 口腔医学研究, 2020, 36(1):1-6.

[5]李红, 侯本祥. 加强全身疾病治疗中的龋病防治[J]. 中华口腔医学杂志, 2021, 56(1):10-15.

[6]程磊, 周学东. 龋病防治的临床难度评估[J]. 中华口腔医学杂志, 2021, 56(1):39-44.

[7]杨志雷, 刘宝盈. 龋病牙菌斑微生态研究进展[J]. 国际口腔医学杂志, 2020, 47(5):506-514.

[8]李凤娟, 王丽茹, 王旭,等. 河南省 12~15 岁儿童龋病流行状况及其影响因素分析[J]. 中国公共卫生, 2021, 37(8):1241-1245.

[9]陈智, 张露. 基于龋风险评估的龋病治疗计划[J]. 中华口腔医学杂志, 2021, 56(1):45-50.

[10]范宇, 程磊. 吸烟影响口腔微环境及其在龋病进展中的作用[J]. 国际口腔医学杂志, 2021, 48(5):609-613.

[11]徐欣, 周学东. 龋病病因学研究及临床诊疗新进展[J]. 中华口腔医学杂志, 2021, 56(1):3-9.

(上接第 98 页)

[3] Hol J C, Burghgraef T A, Rutgers M L W, et al. Comparison of laparoscopic versus robot-assisted versus transanal total mesorectal excision surgery for rectal cancer: a retrospective propensity score-matched cohort study of short-term outcomes[J]. 2021, 12(14):1380-1387.

[4]王宁琳. 全身麻醉复合硬膜外阻滞麻醉在腹腔镜手术治疗老年直肠癌中的效果观察[J]. 基层医学论坛, 2018, 22(34):4841-4842.

[5]伊博, 王玲, 陈鸣, 等. 全身麻醉复合硬膜外阻滞麻醉在老年直肠癌腹腔镜手术中的应用[J]. 微创医学, 2019, 14(4):456-457, 521.

[6]李辉. 全身麻醉复合硬膜外阻滞麻醉在腹腔镜手术治疗老年直肠癌中的临床效果[J]. 中国当代医药, 2020, 27(11):156-159.

[7]田皇华, 薛晓慧, 冯勇, 等. 全身麻醉复合硬膜外阻滞麻醉在腹腔镜手术治疗老年直肠癌中的效果观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(A3):70, 74.

[8]占霖森, 兰允平, 黄莉, 等. 全身麻醉复合硬膜外阻滞的麻醉方式在老年结直肠癌行腹腔镜手术患者中应用效果[J]. 中国临床保健杂志, 2019, 22(1):60-63.

[9] Oncology - Rectal Cancer; New Findings from Nanjing Medical University Describe Advances in Rectal Cancer (Effects of Robotic Versus

Laparoscopic Surgery for Rectal Cancer On Male Urinary Function: a Meta-analysis)[J]. 2020, 11(08):1381-.

[10]杜娟. 老年结直肠癌患者腹腔镜手术不同麻醉方式对 SBP 和 DBP 水平的影响[J]. 中国保健营养, 2020, 30(26):154-155.

[11]黄仕元. 全身麻醉复合硬膜外阻滞麻醉在腹腔镜手术治疗老年直肠癌中应用及对应激反应影响分析[J]. 健康大视野, 2019(7):65.

[12]吴升浩. 硬膜外阻滞复合全身麻醉对老年腹腔镜结直肠癌根治术患者肺通气以及肺内分流量的影响[J]. 智慧健康, 2021, 7(35):126-128.

[13]Law Chi Kin, Stevenson Andrew R L, Solomon Michael, et al. Healthcare Costs of Laparoscopic versus Open Surgery for Rectal Cancer Patients in the First 12 Months: A Secondary Endpoint Analysis of the Australasian Laparoscopic Cancer of the Rectum Trial (ALaCaRT).[J]. 2021, 02(01):1923-1934.

[14]赵卫兵, 陈菲, 彭方亮, 等. 不同麻醉方式应用于腹腔镜手术治疗老年直肠癌患者的效果研究[J]. 重庆医学, 2016, 45(13):1847-1848.

[15]齐英军, 冯英博. 全身麻醉复合硬膜外阻滞麻醉在腹腔镜手术治疗老年直肠癌中的应用效果及对应激反应的影响[J]. 癌症进展, 2020, 18(19):2016-2018.

*通讯作者：薛江涛 三原县红原医院 陕西咸阳 713800。

早期康复护理在脑血栓后遗症患者治疗影响

董苗苗

西安交通大学第一附属医院 陕西西安 710000

摘要：目的：分析早期康复护理用于脑血栓后遗症患者治疗内的作用。方法：从2020年1月-2022年1月区间内院内收治的脑血栓患者内随机选择48例，根据不同的护理模式进行分组，即实验与对照，各24例。对照组接受常规护理，实验组接受早期康复护理，对比两组的最终护理效果。结果：结果显示，实验组CSS评分（ 4.35 ± 1.49 ）分低于对照组，Fugl-Meyer评分（ 94.19 ± 1.72 ）分、Barthel指数（ 92.55 ± 2.43 ）分高于对照组 $P < 0.05$ 。干预前，组间数值比对比差异性不明显， $P > 0.05$ 。干预后实验组患者经干预后负性情绪改善情况明显高于对照组， $P < 0.05$ 。实验组致残率低于对照组， $P < 0.05$ 。结论：对脑血栓患者实施早期康复护理，可以降低患者的致残率，改善患者的相关指标，帮助患者恢复健康。

关键词：早期康复护理；脑血栓；后遗症；治疗影响

0 引言

脑血栓作为神经内科常见的病变之一，该病多见于中老年患者，且患者疾病发作时，脑组织处于持续缺氧的状态，故会对患者的神经功能产生不同程度的影响。脑血栓后遗症是一种十分普遍的情况，极易为患者以及家庭带来较大的影响，加大家属的经济负担。因此，神经内科开展护理工作的过程中，需加大患者的护理力度，重视脑血栓后遗症的护理，及时对患者实施早期护理措施，以此改善患者的后遗症程度，最大程度降低患者的功能障碍^[1]。因此，本文将主要分析早期康复护理用于脑血栓后遗症患者治疗内的作用，如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

从2020年1月-2022年1月区间内院内收治的脑血栓患者内随机选择48例，根据不同的护理模式进行分组，即实验与对照，各24例。实验组年龄在30-80周岁，平均为（ 53.91 ± 1.23 ）周岁，男18，女6，平均病程（ 5.43 ± 3.21 ）d。对照组年龄在30-80周岁，平均为（ 53.92 ± 1.21 ）周岁，男17，女7，平均病程（ 5.33 ± 3.22 ）d。对两组年龄、性别等资料分析后， $P > 0.05$ ，具有可比性。本次实验经医院伦理委员会同意。纳入标准：（1）知情同意，且积极参与。（2）确诊且符合脑血栓诊断标准。排除标准：（1）存在血液疾病。（2）存在传染病变。

1.2 方法

对照组接受常规护理：对患者介绍疾病相关知识，讲解后遗症的知识内容，提升患者对于疾病的认知程度，改善患者的康复依从性，指导患者合理进食^[2]。

实验组接受早期康复护理：（1）康复护理。首先，医院可以成立专门的康复小组，并对患者解释康复锻炼的意义，从而提高患者的康复依从性，并充分掌握康复的相关知识以及注意事项。并且，康复小组还需要指导患者家属掌握正确的康复锻炼方法，并及时对患者的康复进行反馈。其次，护理人员需要充分重视患者的康复训练，以免由于患者进行错误的康复动作，影响患者的康复效果。护理人员也可以对患者针对重点的康复内容进行讲解，情况允许下可以采用现场演示的方法，提高患者对康复锻炼的掌握程度。当前临床常见的体位康复护理主要为：护士需遵循患者上肢多次伸展肌肉、下肢多次屈肌训练。训练需叮嘱患者先进行大关节的训练，随后进行小关节的训练。训练内容需从上至下，从远至近的原则。（2）功能训练：脑梗死患者要合理护理，可以用按摩的方法预防肌肉萎缩，对脑梗

死患者进行一些被动的锻炼，像是对脑梗死患者的大小关节进行深屈膝，深屈肘，弯身手指运动，这些被动的运动方法可以很好的避免关节僵硬，但是如果对患者进行按摩，还是要根据每一个患者的具体情况由医生进行治疗按摩方案。当脑梗死患者可以下床时，这个时候脑梗死患者要合理的护理，脑梗死患者的家属要帮助患者学会逐渐开步走路，通过扶物站立身体向左右两侧活动，下蹲等运动逐渐开步走路。护士需监督患者逐步加强功能锻炼，达到生活自理，可以开步走路以后就可以进行一些功能性锻炼，如走路时将腿抬高做跨步态，并逐渐进行跨门槛，在斜坡上行走，上下楼梯等运动^[3-4]。对于逐渐加长距离，下肢恢复较好的患者可以用小距离跑步等锻炼方法加强锻炼，以达到生活自理的目地。上肢康复训练内容主要包括肩关节在内的被动运动，像内收、外展、外旋等。如果患者病患一侧肩膀处于弛缓期间内，则患者完成一半的运动量即可，切忌不可强硬牵拉患者的关节。护士需维持患者手部关节的正常活动，并使用此种方式，避免患者的腕关节以及掌关节发生不良情况。下肢康复护理主要为下肢训练，以此提高患者的骨盆的控制水准，进而对患者的下肢进行分离工作。通常下肢护理措施，可以最大程度改善患者的气体以及下肢痉挛情况，显著提高患者的床上活动能力。患者进行下肢锻炼的时候，需紧扣双手手指，并将双上肢向上举起，进而提高患者的臀部，让患者的双脚支撑在床上，以此保证骨盆的水平。（3）体位护理。护理人员需要帮助急性脑血栓患者保持正确的姿势，并避免患者出现下肢痉挛等其他不良情况。（4）运动干预。护理人员可以告知患者家属，让患者的患侧肢体进行上下的重复活动，并根据患者的实际情况制定合理的康复运动，从而提高患者的康复效果，促使者早日恢复正常的生理功能^[5]。

1.3 观察指标及效果评价标准

对比两组神经功能缺损程度评分量表(CSS)评分、运动功能评估表(Fugl-Meyer)评分、生活力量表评分(Barthel指数)。

Barthel指数，满分100分，若生活质量越好，分数越高。

Fugl-Meyer评分：满分100分，96-99分代表患肢轻度运动障碍。85-95分代表患肢中等运动障碍。50-84分代表患肢明显运动障碍。

CSS评分：最低分0分。最高分45分。重型31-45分。中型16-30分。轻型0-15分。

观察两组护理前后SAS及SDS评分，总分均为20-80分，分值越高，代表患者焦虑、抑郁情绪越重，心理状态越差。

使用卒中量表评估两组患者的神经功能缺损情况，其评价标准主要分

为改善、好转以及致残。改善：患者的神经功能缺损评分改成程度超过护理之前的 80%。好转：患者的神经功能改善程度为护理之前的 20%-80%。致残：患者的神经功能缺损情况低于护理之前。总致残率=致残人数/总人数。

1.4 统计和分析

统计学软件 SPSS 23.0 分析, 计数型指标则以例 (n/%) 表示, χ^2 检验, 计量型指标则选用均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 描述、t 检验。P<0.05, 则具有差异。

2 结果

2.1 相关指标

实验组 CSS 评分低于对照组, Fugl-Meyer 评分高于对照组 P<0.05。如表 1 所示:

表 1 相关指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	Fugl-Meyer 评分 (分)		CSS 评分 (分)	
		护理前	护理后	护理前	护理后
实验组	24	70.11±2.68	94.19±1.72	21.41±3.86	4.35±1.49
对照组	24	70.25±2.81	84.55±2.08	21.56±3.95	9.28±2.22
T 值	-	0.1766	17.4974	0.1331	9.0333
P 值	-	0.8606	0.0000	0.8947	0.0000

2.2 生活能力

实验组 Barthel 指数高于对照组, P<0.05。

表 2 生活能力 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	Barthel 指数 (分)	
		护理前	护理后
实验组	24	71.41±2.59	92.55±2.43
对照组	24	71.76±2.77	83.68±2.58
T 值	-	0.4521	12.2606
P 值	-	0.6533	0.0000

2.3 负性情绪

干预前, 组间数值比差异不明显, P>0.05。干预后实验组患者经干预后负性情绪改善情况明显高于对照组, P<0.05。有统计意义详见表 3。

表 3 负性情绪对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	SAS (焦虑)		SDS (抑郁)	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	24	51.57±3.76	21.66±1.87	54.98±2.56	22.13±2.43
实验组	24	51.87±3.64	15.87±1.53	55.33±3.61	13.56±2.55
T 值	-	0.2808	11.7398	0.3874	11.9192
P 值	-	0.7801	0.0000	0.7002	0.0000

2.4 致残率

本次临床实验研究过程中发现, 实验组患者改善人数为 14、好转的人数为 8、致残的人数为 2, 总致残率为 8.33%, 而对照组患者改善人数为 6、好转的人数为 10、致残的人数为 8, 总致残率为 33.33%。且 $\chi^2=4.5474$, P<0.05。

3 讨论

脑血栓是缺血性脑卒中的一种类型, 缺血性脑卒中包括脑血栓和脑栓塞等不同类型。脑血栓是由于脑部血管粥样硬化, 导致血管增厚、管腔狭窄和血栓形成, 脑血管内形成了血栓之后, 就会造成脑血管的狭窄和堵塞。如果完全堵死了之后, 远端供血区域的脑细胞, 就由于缺血、坏死而引发了神经功能缺损性的症状。脑血栓患者的临床症状表现不一, 轻的可以出现头晕、头痛、恶心、呕吐; 比较严重的, 可以出现肢体活动不灵、言语障碍、大小便失禁, 甚至肢体瘫痪、昏迷、死亡等^[6]。

早期康复护理在患者的语言方法选择、心理康复护理、被动护理等一系列工作开展的情况下, 让患者可以逐渐恢复康复的信心。能够让老年患者重新拥有治疗的信心。护士也能及时通过翻身、按摩、检查等, 前瞻性的预防患者出现一些并发症, 从而在此条件下让患者恢复生活能力改善生活质量。通过康复训练护理展开科学、合理维护工作刺激各个神经运动通路成为有联系的神经元, 强化运动系统的可塑性, 由此改善患者的症状积极防止预后肌肉萎缩, 早期康复护理工作的开展目的, 也是护理目标, 为患者带去优质的护理服务^[7]。同时, 对患者的生活自理能力进行训练, 可以主动、被动的协助患者完成日常生活的需求, 对患肢的训练可以提高肢体瘫痪对脑梗塞患者肌力的影响, 在临床上应用具有关键性这作用。通过对老年脑梗塞患者实施心理护理, 首先应该详细了解患者的心理状态, 再实施针对性的心理疏导, 可以改善患者的负面情绪, 正逐渐引导患者调整好心态, 可以主动配合康复训练, 继而减少患者后遗症的致残率, 帮助患者提高生活质量^[8]。

综上所述, 将早期康复护理用于脑血栓后遗症护理内, 可以改善患者的功能障碍, 缓解不良情绪, 值得应用。

参考文献:

- [1]高翠翠.早期康复护理在急性脑血栓患者中的应用效果[J].中国医药指南,2022,20(01):29-32.
- [2]冯燕琼,刘乐乐,高玉韶,梁素芳.早期康复护理在脑血栓后遗症患者治疗中的应用价值分析[J].中国实用医药,2021,16(20):199-202.
- [3]李岑.早期康复护理在脑血栓后遗症患者中的应用效果[J].中国实用医药,2021,16(08):182-183.
- [4]刘秀萍.急性脑血栓患者行早期康复护理干预的临床疗效观察[J].智慧健康,2021,7(06):141-143.
- [5]郭珍珍,高瑞瑞.早期康复护理在急性脑血栓患者中的应用效果观察[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(08):106-108.
- [6]和茵,刘佳.早期康复护理在脑血栓后遗症患者治疗中的应用[J].昆明医科大学学报,2020,41(03):165-168.
- [7]龚海燕,刘继霞,刘欣欣,梁慧超,张冬雪.早期康复护理在脑血栓后遗症患者治疗中的应用效果观察[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(69):290-291.
- [8]史云.脑血栓后遗症患者早期康复护理体会[J].中国民族医学,2012,24(01):81-82.

循证护理在急性胰腺炎护理中的应用

卢娟

中航工业西安医院 陕西西安 710077

摘要：目的：对重症急性胰腺炎患者进行循证护理治疗，做好护理效果比较。方法：通过选取 60 例急性重症胰腺炎患者，试验组、常规组患者人数为 30 例。常规组重症胰腺炎患者采用常规模式治疗，试验组在此基础上连用循证护理进行治疗，做好对应的效果比较。结果：试验组急性胰腺炎患者中住院时间为 15.38 ± 0.35 天，患者满意度为 93.33%。试验组、常规组显效、有效、无效人数为 20 例、7 例、3 例/18 例、6 例、6 例，总体有效率为 90.00%、80.00%。经比较，试验组效果较优。通过对两组患者进行分值比较，其中常规组患者中社会能力、个人兴趣、抑郁评分分别为 29.62 ± 0.24 、 16.23 ± 0.35 、 2.23 ± 0.61 ，经研究，其中试验组患者社会能力、个人兴趣评分优于常规组，抑郁等不良情况明显低于常规组 ($t=13.453$ 、 12.636 、 9.536 、 8.526) $P < 0.05$ 。结论：采用循证护理治疗，能够有效改善重症胰腺炎患者的临床效果，并促进患者康复。

关键词：循证护理；急性胰腺炎；护理

急性胰腺炎主要是受多种因素影响，由于病因复杂治疗难度高，临床表现为恶心、呕吐并出现明显的剧痛，在患者的病情发展下，约有 1 成患者将会发展成为重症胰腺炎^[1]。在临床治疗上，一般需要采用科学的方式以此来改善患者的机能。循证护理主要是运用现阶段最好的科学依据服务对象提供服务，同时也是为临床护理决策的依据，并制定较为完整的护理干预。急性胰腺炎作为临床常见疾病，起病急、病情发展较快，整体并发症较多。通过对急性胰腺炎患者进行循证护理，具体研究情况如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

通过选取 60 例急性重症胰腺炎患者，就诊时间于 2020.1-2021.1 月间，试验组、常规组患者人数为 30 例，发病时长一般在 21 小时左右。相比较两组患者来说，年龄差异不大。准入标准：第一，患者临床表现为发热、恶心。第二，符合胰腺炎诊治指南。排除标准：第一，肝肾功能障碍。

1.2 方法

对于两组患者来说，给予对症营养治疗、抗感染、禁食禁水等。

常规组采用常规护理方式。

试验组采用循证护理。

根据循证问题、循证支持、熏蒸观察等几个过程，对病人的疾病本神、心理情绪、家庭环境等资料进行系统评估和分析，制定科学依据并适应个体需要的护理计划。

第一，早期心理护理。对于急性胰腺炎患者来说，整体病程发展较快，整体反复发作，病人会有持续性的疼痛，容易出现焦虑心理。在入院后通过向病人介绍急性胰腺炎的病因、临床症状，并依据病人的知识水平选择合适的评估工具，采用相关措施缓解患者的疼痛，以此来消除患者的紧张情绪。

第二，密切观察患者的生命体征。依据分级护理原则，做好患者的病情评估，对不同的病人采用不同的护理措施。通过监测患者的体温、心率、血氧饱和度，并以获得可靠的临床信息，及时发现患者的病程，做好护理方案的评估。对于重症胰腺炎患者来说，如果出现低血容量休克以及呼吸困难和血氧饱和度下降的情况，严重时还会出现呼吸窘迫综合征。因此在后期要观察病人是否出现意识模糊、智力下降的情况。严格记录尿量，做好护理工作。

第三，早期生活护理。对于急性胰腺炎病人来说需要及时卧床休息，禁饮禁食，同时还要给予持续的胃肠减压，做好口腔护理，因此保证

皮肤清洁是预防感染的关键。通过做好胃肠代谢状态的评估，以此来最大限度的满足病人、家属的要求。

第四，早期用药护理。通过使用生长抑素进行静脉推注，为避免出现针头堵塞、药物渗漏，应选择容易固定的血管进行穿刺。选择安全留置针，并进行输液器的调节。在进行输注的过程中，加强巡视，并观察输液部分。

第五，做好营养支持。严格执行无菌操作，加强对于血糖、尿糖控制，并调节病人的出入量以及补液速度。（1）营养液配置。依据患者的体质量、身体状况做好热量计算。采用营养混合液模式按照规定、顺序进行配置，并避免医污染问题，配置完成后在 24h 内使用。（2）置管静脉选择。TPN 输注途径包含中心静脉、外周静脉两种。依据 TPN 治疗时间、患者的血管情况以及凝血状态做好检查，如果营养液渗透压在 1200 以上，患者 TPN 治疗时间在 2 周以上优先使用外周静脉。（3）输注过程护理。在此过程中应保证一定原则，采取逐渐加量的原则，并保证输注速度。在输液前后应使用碘伏进行消毒，在输注结束后应观察患者的病情变化以及肝功能情况，依据胰腺炎患者的耐受情况进行调整。

第六，作为护理人员需要对患者所需服用药量进行准确把握、并告知指导患者按照医嘱进行药物的服用。针对存在的年龄较大患者，可通过对注意事项的讲解，加强与患者家属沟通工作，使其家属详细了解到药物的情况。通过组织类型多样的健康宣教活动，由护理人员进行组织患者参与、选取的方式可有动画以及图片等形式多样的活动，以此可加强患者对活动的积极性，深入了解自身疾病情况，做好预防以及治疗工作。

1.3 观察指标

（1）显效、有效、无效。

（2）住院时间、效果满意率比较。

（3）社会能力、个人兴趣、抑郁评分。

1.4 统计学分析

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

2. 结果

2.1 通过进行两组患者的治疗效果比较，其中试验组、常规组显效、有效、无效人数为 20 例、7 例、3 例/18 例、6 例、6 例，总体有效率为 90.00%、80.00%。

表 1 对比两组患者治疗有效率 (%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
试验组	30	20	7	3	90.00

常规组	30	18	6	6	80.00
-----	----	----	---	---	-------

2.2 通过对两组患者进行住院时间比较,其中试验组急性胰腺炎患者中住院时间为 15.38±0.35 天,患者满意度为 93.33%。常规组急性胰腺炎患者中住院时间为 27.60±0.56 天,患者满意度为 80.00%,经比较,试验组效果相对较好。

表 2.两组患者的住院时间比较

组别	例数	住院时间	患者满意度
试验组	30	15.38±0.35	93.33
常规组	30	27.60±0.56	80.00

通过对两组患者进行分值比较,其中常规组患者中社会能力、个人兴趣、抑郁评分分别为 29.62±0.24、16.23±0.35、2.23±0.61,经研究,其中试验组患者社会能力、个人兴趣评分优于常规组,抑郁等不良情况明显低于常规组($t=13.453$ 、 12.636 、 9.536 、 8.526) P 均 <0.05 。

表 3.常规组和试验组两组患者分值比较

组别	例数	社会能力	个人兴趣	抑郁
常规组	30	29.62±0.24	16.23±0.35	2.23±0.61
试验组	30	35.53±0.45	24.28±0.56	1.26±0.42
t	-	13.453	12.636	8.526
P	-	<0.05	<0.05	<0.05

3. 讨论

急性胰腺炎患者主要是受机体内胰腺组织的影响,由于病情复杂,将会出现明显的不良情况,由于预后效果差,临床容易出现恶心、呕吐情况,在病情发展下将会导致急性胰腺炎患者的生命安全受到威胁^[2]。

在目前来说急性胰腺炎主要是受多种病因的影响,从而出现的炎症坏死反应。临床主要表现为恶心、呕吐、腹痛等,部分患者出现血胰酶增高等特点。对于患者来说病情一般呈自限性,同时预后效果良好。急性胰腺炎患者一般出现胃肠功能紊乱等情况,并使整体消化和吸收功能丧失。在本次研究中通过进行禁食等能够减轻疼痛,并使患者的胰腺处于休息状态。急性胰腺炎作为一种腹部常见病,将会出现重要脏器损害,死亡率相对较高。在本次研究中通过进行胃肠减压治疗,采用循证护理进行急性胰腺炎胃肠减压处理。在心理、生理以及多方面护理基础上以此来缓解患者的负面情绪及不良情况,促进早期康复。

目前来说,胰腺炎病死率约为 10%,对于患者来说临床表现为水肿。如果患者表现为重症胰腺炎,病死率在 50%以上,因此应及时对患者进行检查,在降低患者死亡率的同时确保及早进行评估。目前常用手段即为影像学评估,在此情况下能够明显了解脓肿、囊肿情况,并及时进行治疗。经研究发现,器官衰竭、超声分级具有明显的关联性。通过进行疾病的严重程度预测,并分析生物学炎症程度指标,是当前的常用手段。在目前来说中胰腺炎由于其情况和腹内压增高具有一定关系,在此同时由于病理生理的变化直接导致压力升高,因此通过进行患者风险压力的测定其对于不良情况的发生具有一定效果。患者急性胰腺炎主要是由于其病急、病程较重,从而使肝脏功能出现了明显损害。由于胃肠期间患者承受各种疼痛导致多种不舒适感觉,降低了治疗依从性。

目前对于急性胰腺炎患者来说,一般表现为水肿型、少数为坏死型,严重者将会威胁患者的生命。在多数病例诊断的同时患者在做实验室检查的同时,通过对病变范围的了解,仅根据常规检查不能有效进行准确诊断。在近年来,随着重症监护、治疗药物的不断发展,同时对于治疗策略在不断变

化^[3]。营养支持作为现阶段重症胰腺炎患者的主要措施,采用 TPN 支持使用治疗,通过无菌配置静脉营养液,在进行血糖的密切监测中能够有效控制感染。在给予对应的全胃肠外营养支持时能够促进患者恢复,并使患者度过危险期。通过做好患者血、尿生化指标的监测,在做好全胃肠营养液配置的同时,能够改善患者情况^[4]。

在目前来说中胰腺炎由于其情况和腹内压增高具有一定关系^[5],在此同时由于病理生理的变化直接导致压力升高,因此通过进行患者风险压力的测定其对于不良情况的发生具有一定效果。

循证护理作为常见的护理模式,主要以患者为中心,提升生命质量,在治疗时能够更好、更快的进行护理^[6]。经研究表明,循证护理组整体治疗效果较好,在有效降低并发症的同时,能够提升患者的护理质量,并体现护理的价值。循证护理模式主要是在常规护理模式之外,通过进行合理举措保证患者心理生理等达到最佳状态。作为一种人性化护理模式,其中患者急性胰腺炎主要是由于其病急、病程较重,从而对肝脏气功能出现了明显损害^[7]。由于胃肠期间患者承受各种疼痛导致多种不舒适感觉,降低了治疗依从性。在本次通过进行综合治疗作为一种安全有效的方式符合生理特点,有助于患者胃肠功能的恢复,并减轻其不良效果,提高工作效率^[8]。其作为临床护理的重要环节,通过有计划有组织的进行活动的组织,一定程度上提高了患者积极配合和自我管理的能力,有助于患者整体质量的提升。健康教育核心即通过进行教育,在患者健康意识的树立下,在培养健康生活方式的同时,减少危害和不良因素。通过进行有效连用,能够维持患者的生命体征,并改善肾脏功能,整体效果相对较好^[9]。综上所述,对于急性胰腺炎患者进展相对较快,在连用的同时能够改善患者的指标,并提升患者疗效。

参考文献:

- [1]杨艳丽,杨晓丽.序贯化营养与肠外营养在小儿急性胰腺炎护理中的应用效果观察[J].护理研究,2022,36(08):1480-1483.
- [2]钱静佳,丰连珠,章姝.心理护理在重症急性胰腺炎患者中的应用效果[J].心理月刊,2022,17(07):145-147.
- [3]刘斌.循证护理模式联合健康教育对急性胰腺炎患者应激心理和生活质量的影响[J].医学信息,2022,35(07):186-188.
- [4]丁亚楠,唐海霞,赵春红.系统化护理在连续性肾脏替代法治疗重症急性胰腺炎中的应用[J].保健医学研究与实践,2022,19(03):86-89.
- [5]翟艳丽,李彦珠,张乐乐,王文敬.人性化护理干预对急性胰腺炎患者恢复情况及并发症的影响[J].黑龙江医学,2022,46(04):490-492.
- [6]郭亚娟,王倩,周亭.危重症专科护理干预在 ICU 重症急性胰腺炎患者中的应用[J].临床医学工程,2022,29(02):261-262.
- [7]段艳艳,韩雪.规范化营养护理流程结合预见性护理干预对急性胰腺炎患者营养状态及并发症发生情况的影响[J].临床医学研究与实践,2022,7(05):149-151.
- [8]余清萍,李金枝,吕洋,李雨.优质服务在急性胰腺炎患者护理中的临床价值分析[J].黑龙江医学,2022,46(03):379-380.
- [9]Pei-Yi Chu,Nicholas Chung-Heng Hsu,Hui-Chun Tai,Chung-Min Yeh,Shu-Hui Lin,Ming-Feng Hou,Kun-Tu Yeh. High nuclear protein kinase expression may correlate with disease recurrence and poor survival in oral squamous cell carcinoma[J]. Human Pathology,2011,43(2).

振动排痰机联合气道护理在气管切开通气治疗患者中的应用

王丽娟

井冈山大学附属医院 江西吉安 343000

摘要: 目的: 探讨振动排痰机联合气道护理在气管切开通气治疗患者中的应用效果。方法: 选取 2019 年 6 月-2021 年 6 月井冈山大学附属医院收治的 60 例行气管切开通气治疗的患者, 采用随机数字表法分为观察组与对照组, 各 30 例; 在常规护理基础上, 对照组采用气道护理干预, 观察组采用振动排痰机联合气道护理干预, 两组均干预 5d。比较两组患者吸痰次数、首次排痰量、呼吸道刺激性咳嗽消失时间、吸痰间隔时间; 并比较两组患者干预期间并发症发生率。结果 观察组吸痰次数少于对照组, 首次排痰量多于对照组, 吸痰间隔时间长于对照组, 呼吸道刺激性咳嗽消失时间短于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 术后, 观察组患者并发症发生率为 10.00%, 与对照组 (16.67%) 比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。结论: 气管切开通气治疗患者采用振动排痰机联合气道护理干预, 可减少排痰次数, 增加首次排痰量, 延长吸痰间隔时间, 缩短呼吸道刺激性咳嗽消失时间, 具有临床意义。

关键词: 气管切开术; 机械通气; 气道护理; 振动排痰机

气管切开术是治疗呼吸功能失常、下呼吸道分泌物滞留等呼吸困难疾病的重要方法, 通过切开气道, 可恢复患者呼吸道通畅, 改善患者肺部换气功能。但患者行气管切开后, 气道失去湿化功能, 常出现呼吸道黏膜干燥、痰液干涸等并发症, 导致痰液排出困难, 影响呼吸功能^[1]。因此, 对气管切开通气治疗患者实施辅助排痰十分必要。传统气道护理主要通过叩击排痰方式清除患者呼吸道痰液, 虽可在一定程度上增加患者肺部通气量, 但叩击排痰的部位、力度、频率等均不易掌握, 导致患者排痰效果不佳^[2]。因此, 需采用有效的排痰方式共同干预。探究表明^[3]: 振动排痰机是集挤压、震颤、叩击为一体的排痰装置, 可有效促进患者呼吸道痰液排出, 改善患者肺部通气功能。鉴于此, 本文选取 2019 年 6 月-2021 年 6 月医院收治的 60 例行气管切开通气治疗的患者, 研究旨在探讨震动排痰机联合气道护理在气管切开通气治疗患者中的应用效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究经井冈山大学附属医院医学伦理委员会审核批准, 选取 2019 年 6 月-2021 年 6 月医院收治的 60 例行气管切开通气治疗的患者, 采用随机数字表法分为观察组与对照组, 各 30 例。观察组男 17 例, 女 13 例; 年龄 32-68 岁, 平均 (58.37±1.24) 岁; 疾病类型: 重型颅脑损伤 14 例, 高血压脑出血 11 例, 脑动脉瘤破裂出血 5 例。对照组男 14 例, 女 16 例; 年龄 33-68 岁, 平均 (58.41±1.22) 岁; 疾病类型: 重型颅脑损伤 12 例, 高血压脑出血 13 例, 脑动脉瘤破裂出血 5 例。两组基础资料比较 ($P>0.05$), 具有可比性。本次探究经本院伦理委员会批准。

1.2 入选标准 (1) 纳入标准: ①具备气管切开术适应症; ②发病至入院时间 < 24h; ③术前无呼吸道感染、口腔感染等其他感染性疾病; ④患者家属签署知情同意书。(2) 排除标准: ①合并张力性气胸、肺结核、肺大疱等其他肺部疾病者; ②合并低血容量休克者; ③合并房颤、心肌梗死等严重心肌疾病者; ④合并出血性疾病或凝血功能异常者; ⑤呼吸暂时性阻塞者; ⑥I 度和 II 度呼吸困难者。

1.3 方法 两组患者均接受常规护理干预, 包括: 环境护理、心理护理、并发症护理等; 环境护理: 为患者提供安静、清洁、空气清新的康复环境, 保持室温为 20-24℃ 左右, 湿度为 50%-60%, 定期用紫外线消毒室内空气, 每天按时通风。心理护理: 护理人员指导患者通过书面交谈、肢体语言或手语以表达内心感受, 主动关心患者, 耐心体会患者所表达的内容, 针对患者存在的心理问题, 采取积极有效措施进行疏导。并发症护理:

密切观察患者生命体征变化, 指导患者半卧位卧床休息, 减少不必要的活动, 避免频繁咳嗽。

1.3.1 对照组 对照组采用气道护理干预: (1) 体位: 协助患者保持侧卧位, 以便气管内分泌物排出, 经常为患者更换体位, 并适当抬高床头, 保持患者气道通畅。(2) 吸痰、排痰: 吸痰前为患者翻身、拍背, 清除患者口鼻分泌物, 然后选择软硬适中、表面光滑的吸痰管, 保持吸痰管外径不超过套管内径的 1/2, 吸痰时坚持由内向外原则, 先吸气管内分泌物, 再吸口腔、鼻内分泌物。吸痰过程中严格监测患者心率、呼吸、血压等重要生命体征, 发现异常指征时, 立即停止吸痰, 汇报医师处理; 指导患者采用正确方式咳嗽, 若患者咳嗽无力时, 可轻击背部使肺内分泌物松脱, 并给予患者雾化吸入治疗。(3) 气道湿化: 以输液方式将湿化液通过头皮针缓慢滴入气管内, 滴速控制在 4-6 滴/min, 湿化液中根据需要适当加入抗生素, 用 1.25% 的碳酸氢钠冲洗气道, 使痰痂软化、痰液变稀薄。在气管套口覆盖 2-4 层湿纱布, 室内经常洒水或采用加湿器。

1.3.2 观察组 在对照组基础上采用振动排痰机 (南京乐基医疗器械有限公司, 型号: SEM6900) 干预, 叩击头直径为 10cm, 叩击输出速度为 20-30 周/s, 输出功率为 120W。患者取侧卧位, 叩击时操作者一手持叩击手柄, 另一手将叩击头置于患者背部, 按右侧-左侧-背部-脊柱-胸骨顺序, 缓慢移动叩击头进行振动排痰, 对于痰多部位可适当延迟叩击时间, 叩击时间为 10-15min/次, 2-3 次/d。连续干预 5d。

1.4 观察指标 (1) 术后恢复指标: 记录两组患者吸痰次数、首次排痰量、呼吸道刺激性咳嗽消失时间、吸痰间隔时间。(2) 并发症: 记录并对比两组患者术后肺部感染、痰栓、拔管困难等并发症发生情况, 计算并发症发生率。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 25.0 统计学软件处理数据, 符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较用独立样本 t 检验; 计数资料用 % 和 n 表示, 采用 χ^2 检验, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后恢复指标比较 观察组吸痰次数少于对照组, 首次排痰量多于对照组, 吸痰间隔时间长于对照组, 呼吸道刺激性咳嗽消失时间短于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组术后恢复指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	吸痰次数	首次排痰量	呼吸道刺激	吸痰间隔时
----	------	-------	-------	-------

	(次/d)	(ml)	性咳嗽消失 时间 (d)	间 (min)
观察组 (n=30)	14.68±1.34	3.65±0.42	4.82±1.23	92.83±4.21
对照组 (n=30)	16.37±1.52	2.82±0.37	6.34±1.44	86.59±3.72
t	4.568	8.122	4.396	6.084
P	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组术后并发症发生率比较 术后,观察组患者并发症发生率为10.00%,与对照组(16.67%)比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表2。

表2 两组术后并发症发生率比较 n (%)

组别	痰栓	肺部感染	拔管困难	总发生率
观察组 (n=30)	0	1 (3.33)	2 (6.67)	3 (10.00)
对照组 (n=30)	2 (6.67)	1 (3.33)	2 (6.67)	5 (16.67)
χ^2	0.144			
P	0.704			

3 讨论

临床针对喉阻塞、下呼吸道分泌物滞留等患者多采用气管切开通气治疗,可缓解呼吸困难症状^[4]。但气管切开会破坏患者呼吸道完整性,痰液刺激反射功能下降,导致患者肺内分泌物难以彻底排出,加之机械通气患者因呼吸道湿化不够,易出现皮下气肿、痰栓等并发症,威胁患者生命安全^[5]。因此对患者实施护理干预十分必要。传统气道护理中,护理人员主要通过吸痰、叩击排痰等方式对气管切开通气患者实施护理干预,但吸痰会损伤患者呼吸道黏膜,部分患者不耐受,且吸痰管操作不当会阻碍患者呼吸,引发窒息^[6]。因此,需采用其他方式进行辅助排痰。

振动排痰机是采用机械振动传递方式,对患者肺部进行准确叩击,可促使呼吸道黏液和代谢物松弛,促使痰液排出^[7]。本研究将振动排痰机与气道护理联合用于气管切开通气治疗患者中,结果显示,观察组吸痰次数少于对照组,首次排痰量多于对照组,吸痰间隔时间长于对照组,呼吸道刺激性咳嗽消失时间短于对照组,说明振动排痰机联合气道护理干预,可减少气管切开通气治疗患者的吸痰次数,增加首次排痰量,延长吸痰间隔时间,且可缩短患者呼吸道刺激性咳嗽消失时间。分析原因在于,振动排痰机可在患者身体表面形成平行和垂直的双重治疗力,其中垂直治疗力具有震颤效果,能够促进呼吸道黏液的分泌和代谢,平行治疗力可产生一系列挤推作用,加速已经液化的呼吸道分泌物排出体外,进而减少患者吸痰次数,增加首次排痰量,缩短患者呼吸道刺激性咳嗽消失时间。同时,振动排痰机通过清除患者呼吸道分泌物,还可减少细菌的滋生,提高患者肺通气质量,促进患者恢复^[8]。气道护理中,护理人员通过吸痰、指导患者采用正确方式咳嗽,并给予患者雾化吸入治疗,可稀释肺部痰液,增加患者首次排痰量;在气道湿化护理中,护士以输液方式将湿化液通过头皮针缓慢滴入气管内,并向湿化液中加入抗生素,可促进患者呼吸道痰液排出,减少患者吸痰次数^[9]。此外,常规护理中,护士定期用紫外线消毒室内空

气,保持病室一定的温度和湿度,可预防患者呼吸道黏膜干燥、痰液干涸,促进患者排痰。

黄艳^[10]等研究表明,振动排痰机可降低气管切开通气治疗患者术后并发症发生率。分析原因在于,振动排痰机通过挤推、震颤及叩击作用,可促进患者呼吸道痰液及肺部气体排出,降低痰栓、拔管困难等并发症发生风险^[11]。但本研究结果显示,两组术后并发症发生率无明显差异,考虑可能与本研究纳入样本量不足有关,具体结论还需今后进一步研究证实。

综上所述,振动排痰机联合气道护理干预,可减少气管切开通气治疗患者的吸痰次数,增加患者首次排痰量,延长吸痰间隔时间,且可缩短患者呼吸道刺激性咳嗽消失时间,具有临床意义。

参考文献:

[1]王妮娜,陈洋,高宏彪,等. 不同声门下单次冲洗时间对气管切开后机械通气患者临床效果及 28d 病死率影响的对比研究[J]. 实用心脑血管病杂志,2021,29(2):108-111.

[2]高胜浩,李琳臻,张晓菊,等. 有创-无创机械通气降级治疗策略在气管切开后呼吸机依赖患者中的应用效果研究[J]. 中国全科医学,2021,24(5):571-576.

[3][1] Voisko T A , Parker S W , Deakins K , et al. AARC Clinical Practice Guideline: Management of Pediatric Patients With Tracheostomy in the Acute Care Setting[J]. Respiratory Care, 2021, 66(1):144-155.

[4]代贤梅,王莉,王菲. 基于 CRAMS 评分的分组护理在急性颅脑损伤患者人工气道管理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2021,27(10):143-146.

[5] Spatenkova V , Teschner E , Jedlicka J . Evaluation of regional ventilation by electric impedance tomography during percutaneous dilatational tracheostomy in neurocritical care: a pilot study[J]. BMC Neurology, 2020, 20(1):374-374.

[6]刘英彦,杜蓓,张民,等. 雾化吸入乙酰半胱氨酸溶液联合振动机械排痰对重型颅脑损伤后坠积性肺炎患者的疗效及 NDS 和 QOL 评分的变化[J]. 脑与神经疾病杂志,2020,28(9):566-570.

[7] N Antonello , Laura P , Bruna G , et al. Diurnal mouthpiece ventilation and nocturnal non-invasive ventilation versus tracheostomy invasive ventilation in patients with amyotrophic lateral sclerosis[J]. Panminerva medica, 2020, 2020 年 62 卷 1 期:19-25 页.

[8]杨国彪,孙小军,徐萌敏. 纤维支气管镜肺泡灌洗联合振动排痰在重症肺炎机械通气患者中的应用[J]. 中华危重症医学杂志(电子版),2020,13(2):138-140.

[9]李秀萍,郑湘毅.背心式高频振动排痰与机械振动排痰对老年肺部感染患者的效果观察[J].中国呼吸与危重监护杂志,2017,16(3):241-244.

[10]黄艳. 循证支持下气道护理用于神经外科重症患者气管切开后护理的实践——评《神经外科重症护理管理手册》[J]. 中国医学装备,2021,18(3):195-196.

[11] Tsuda T , Hehir D A , Thacker D , et al. Overfeeding and obesity in young children with positive pressure ventilation via tracheostomy following cardiac surgery[J]. Cardiology in the Young, 2020, 30(10):1-8.

心内科患者实施个体化认知和行为护理干预的效果分析

周琪钰 李昌

江汉大学附属湖北省第三人民医院 湖北武汉 430033

摘要: 目的: 探讨分析心内科患者实施个体化认知和行为护理干预的临床效果。方法: 选取2018年10月至2021年9月笔者医院心内科收治的60例患者作为研究对象, 随机数字表法分为认知行为干预组(30例)和常规护理组(30例), 比较两组患者的心理状态评估、生活质量水平及护理满意度之间的差异。结果: 干预后, 认知行为干预组患者比常规护理组的SDS、SAS评分更低($P<0.05$), GQOLI-74评分、护理满意度更高($P<0.05$)。结论: 心内科患者实施个体化认知和行为护理干预能够更显著改善患者心理状态和生活质量水平, 更加符合患者的护理需求, 满意度更高, 值得推广应用。

关键词: 心内科; 个体化; 认知和行为护理; 心理状态

心内科是医院诊疗心血管疾病的临床科室, 常见的疾病包括心律失常、心绞痛、心肌梗死、心力衰竭等, 往往都具有病情复杂、病程较长、迁延难愈等特点。在长期的病痛折磨下, 患者及家庭的生活质量也受到了持续的迫害, 而且还容易并发形成多种合并症^[1-2], 严重影响着患者的期望寿命, 成为了当前社会主要的疾病负担类型之一。常规护理模式往往是采取以疾病为中心、以执行医嘱为主要任务的护理操作, 患者及家属往往是处于被动接受的状态, 这一模式已逐渐无法满足人们持续增长的医疗护理服务需求^[3-4], 也对临床治疗的依从性产生了不利影响。为此, 本研究中笔者探讨分析个体化认知和行为护理干预在心内科的临床实施效果, 旨在为进一步提升心内科护理服务效能提供参考。

1、资料与方法

1.1 一般资料: 选取2018年10月至2021年9月笔者医院心内科收治的60例患者作为研究对象, 随机数字表法分为认知行为干预组(30例)和常规护理组(30例)。纳入标准: ①符合心内科收治疾病类型要求; ②符合医院医学伦理委员会的相关要求; ③年龄18-79岁; ④患者及家属知情同意; ⑤依从性良好。排除标准: ①患者病情过重或意识模糊, 无法配合护理操作; ②合并精神性疾病或神经功能障碍; ③依从性较差; ④合并严重感染、自身免疫系统疾病、血液系统疾病等; ⑤合并其他器官和系统功能障碍等; ⑥合并传染性疾病; ⑦中途退出研究。认知行为干预组: 男性/女性为18例/12例; 年龄44-76岁, 平均(60.86±7.53)岁; 急性冠脉综合征8例, 急性心梗7例, 心律失常6例, 慢性冠心病5例, 心绞痛4例。常规护理组: 男性/女性为19例/11例; 年龄42-77岁, 平均(60.82±7.61)岁; 急性冠脉综合征7例, 急性心梗6例, 心律失常6例, 慢性冠心病6例, 心绞痛5例。两组一般资料比较($P>0.05$)。

1.2 研究方法

1.2.1 常规护理组 ①观察患者生命体征和病情变化, 完善相关的辅助检查; ②向患者及家属进行健康宣教和饮食运动指导; ③严格按照医嘱给予相应的治疗护理措施; ④密切关注患者并发症发生情况, 第一时间向责任医师报告和处理; ⑤给予低盐、低脂、清淡易消化的饮食, 少食多餐, 戒烟戒酒, 忌暴饮暴食; ⑥根据心功能情况和医嘱合理安排患者的活动与

休息; ⑦准确执行医嘱, 密切观察药物的疗效和不良反应; ⑧协助患者完成生活护理, 保持大便通畅等。

1.2.2 认知行为干预组 在常规护理基础上, 实施个体化的认知和行为护理干预: ①充分与患者及家属交流, 全面收集、了解患者的病例资料, 根据不同患者的个体病症类型、生理和心理状态、病情严重程度、并发症情况等结合临床病史、辅助检查结果、影像学诊断等, 个性化的制定护理干预措施; ②加强健康宣教, 采取口头与视频宣教、集中讲座与发放宣传资料相结合的方式, 向患者及家属详细介绍心内科疾病的病理特点、详细的治疗方法、相关注意事项及并发症的防控措施, 增强患者对于疾病的相关认知水平, 增强治疗的依从性; ③在患者家属的协同配合下, 给予充分的心理支持, 采取移情、情景演示、角色模拟、换位思考、病友集体活动、沙盘分析等多种专业心理干预方式对患者进行心理疏导, 帮助患者缓解负面心理情绪, 鼓励患者树立积极乐观的治疗观, 增强康复的信心和动力; ④指导患者建立健康的生活行为方式, 在饮食方面做到低盐低油低糖低脂与禁烟戒酒, 尽量选择高维生素、高蛋白的鱼肉蛋与蔬菜水果; 在运动方面指导患者进行太极拳、慢跑、八段锦、游泳等低负荷有氧运动, 强度以能够耐受为宜; 帮助患者建立规律的作息习惯, 尤其注意保障充足的睡眠时间和足够的休息; ⑤指导患者遵医嘱服药, 与患者家属一同做好按时按量用药的跟踪督促, 同时帮助患者养成良好的排便习惯, 避免因便秘导致的血压升高等并发症的发生。

1.3 观察指标: 比较两组患者心理状态、生活质量及护理满意度的差异。心理状态采用焦虑(SAS)与抑郁(SDS)量表评价; 生活质量采用生活质量综合评定问卷(GQOLI-74)进行评估。护理满意度由医院职能管理科室采用自制的问卷进行不记名调查, 分为非常满意、满意、不满意三个类别。

1.4 统计方法: 采用SPSS 20.0统计分析, 以($\bar{x} \pm s$)表示计量资料, 行 t 检验; 以 $n(\%)$ 表示计数资料, 行 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2、结果

2.1 认知行为干预组与常规护理组心理状态评分比较

干预后, 认知行为干预组患者比常规护理组的 SDS、SAS 评分更低, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1:

表 1 认知行为干预组与常规护理组心理状态评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	SDS 评分 (分)		SAS 评分 (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
认知行为干预组	30	59.04±3.27	45.36±3.29*	59.43±3.98	44.01±3.25*
常规护理组	30	58.78±3.45	47.07±3.15*	59.14±3.46	45.87±3.56*
t 值		0.300	2.056	0.301	2.113
P 值		0.766	0.044	0.764	0.039

注: 与干预前相比, * $P<0.05$ 。

2.2 认知行为干预组与常规护理组生活质量水平比较

干预后, 认知行为干预组患者比常规护理组的 GQOLI-74 评分更高, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 认知行为干预组与常规护理组生活质量水平比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	身体 (分)		社会 (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
认知行为干预组	30	54.75±2.37	82.63±5.58*	53.35±5.73	81.69±5.17*
常规护理组	30	55.06±2.81	79.86±4.34*	54.38±4.91	77.92±4.65*
t 值		0.462	2.146	0.748	2.970
P 值		0.646	0.036	0.458	0.004

组别	n	心理 (分)		物质 (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后
认知行为干预组	30	55.84±3.42	81.75±4.27*	56.26±3.97	83.35±4.43*
常规护理组	30	55.68±3.53	76.63±4.34*	56.48±3.54	80.12±4.61*
t 值		0.178	4.606	0.227	2.767
P 值		0.859	<0.001	0.822	0.008

注: 与干预前比较, * $P<0.05$

2.3 认知行为干预组与常规护理组护理满意度比较

认知行为干预组患者比常规护理组的护理满意度更高, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 认知行为干预组与常规护理组护理满意度比较 (n/%)

组别	n	非常满意	满意	不满意	总满意 (率)
认知行为干预组	30	22 (73.33)	8 (26.67)	0 (0.00)	30 (100.00)
常规护理组	30	10 (33.33)	14 (46.67)	6 (20.00)	24 (80.00)
χ^2 值					4.630
P 值					0.031

3、讨论

近年来, 在我国人口老龄化程度持续加剧、人们生活水平大幅改善、不良生活方式普遍存在、慢性心血管疾病呈现“井喷式”增长的当下, 心内科的就诊患者数量也是逐年增加^[5-6], 心脏病危害性极大, 有着致死率、致死率极高的特点, 很多人因此付出生命, 严重影响国民的身心健康。心内科就诊的患者往往都存在一些不利于健康的生活习惯, 如休息时间不规律、大量酗酒、吸烟、二手烟接触、精神压力大、饮食结构不合理等, 临床护理对于这一类疾病的治疗有着非常关键性的作用, 科学良好的护理干预能够促进患者生活质量的提高、病情的快速康复和预后水平的改善^[7-8]。本研究中, 笔者尝试在心内科患者应用个体化认知和行为护理干预, 取得了较好的实施效果。

研究结果显示, 干预后, 认知行为干预组患者比常规护理组的 SDS、SAS 评分更低 ($P<0.05$), GQOLI-74 评分更高 ($P<0.05$), 笔者认为, 传统护理模式的目标往往是紧紧围绕着完成各项医嘱和常见的基础护理操作, 护理人员在过程中主要注重充分发挥护理职能, 重点关心关注的是病情的进展和康复情况, 倾向于医嘱的执行和疾病的控制, 而容易忽视患者本身, 忽视任何疾病都是发生在一个独特而完整的个体身上, 缺乏思考和主动性、机械地护理干预措施是无法达到理想的护理效果的。基于此, 个体化认知和行为护理干预就是在患者和临床迫切需求的背景下应运而生, 作为一种个性化的、创造性的、新型的、整体有效的护理模式, 能够通过患者的个体情况进行针对性分析研判, 制定个性化的健康教育、认知提升、心理护理以及行为干预等措施, 帮助患者奠定治疗护理的知识基础, 树立治疗和护理的信心, 改善焦虑抑郁等负面情绪, 养成健康良好的生活行为习惯^[9-10], 从而促使患者在生理、心理、精神上都处于满足且舒适的状态, 实现生活质量水平产生质的提升。同时, 研究结果还显示, 认知行为干预组患者比常规护理组的护理满意度更高 ($P<0.05$), 笔者认为, 心内科患者长期饱受心慌气短、胸闷乏力、紫绀心悸、胸痛难忍、呼吸困难等病症的折磨, 身心都受到较大的伤害, 而往往单纯依靠药物临床治疗的效果并不理想, 往往需要合理饮食、适量运动、戒烟限酒、心理平衡等

(下转第 115 页)

腹腔镜下卵巢囊肿剥除术对卵巢囊肿的疗效及 E2、FSH 水平影响分析

杨莉

河西学院附属张掖人民医院 甘肃省张掖市 734000

摘要：目的：分析腹腔镜下卵巢囊肿剥除术对卵巢囊肿的疗效及对患者雌二醇（E2）、卵泡刺激素（FSH）水平的影响。方法：72 例卵巢囊肿患者，按照手术方式分 2 组，每组 36 例，对照组行开腹卵巢囊肿剥除术，观察组行腹腔镜下卵巢囊肿剥除术。结果：治疗前两组患者的 E2、FSH 水平差异无统计学意义， $P>0.05$ ，治疗后两组患者 E2 水平均下降，FSH 水平均提高，观察组 E2 水平高于对照组，FSH 水平低于对照组，差异有统计学意义， $P<0.05$ ；观察组患者术中出血量少于对照组，手术时间、术后下床时间以及住院时间均短于对照组，差异有统计学意义， $P<0.05$ ；观察组患者术后并发症（腹痛、感染、粘连）发生率低于对照组，差异有统计学意义， $P<0.05$ ；观察组患者术后生理功能、社会功能、情感职能、生活激情、情绪态度、精神活力以及躯体运动评分均高于对照组，差异有统计学意义， $P<0.05$ ；观察组患者随访一年后的身体康复总有效率高于对照组，卵巢囊肿复发率低于对照组，差异有统计学意义， $P<0.05$ 。结论：腹腔镜下卵巢囊肿剥除术作为微创手术形式，对治疗卵巢囊肿具有理想效果，安全性高，促进 E2、FSH 水平恢复，改善患者整体预后效果，可在临床中推荐使用。

关键词：腹腔镜下卵巢囊肿剥除术；卵巢囊肿；疗效；E2；FSH

卵巢囊肿作为临床常见妇科疾病，严重影响患者卵巢功能，降低其生活质量^[1-2]。随着现代女性生活和工作压力逐渐增加，内分泌失调情况越来越严重，直接导致该病发病率逐年增高，在此大背景下，国内外相关医学专家高度关注，对其治疗方案的研究也逐步深入^[3]。遍览相关医学文献，对于卵巢囊肿治疗方案的研究一直从未间断，且成果丰硕，相关研究认为卵巢囊肿治疗应当遵循“高效、安全”的原则，同时指出腹腔镜下卵巢囊肿剥除术具有相关优势，可在临床中推广应用^[3-4]。

1 资料和方法

1.1 基本资料

在 2015 年 1 月至 2018 年 1 月期间选择 72 例卵巢囊肿患者，按照手术方式分 2 组，每组 36 例，对照组年龄区间（25-36）岁，平均年龄（ 28.56 ± 2.41 ）岁，病程区间（1-4）年，平均病程（ 2.11 ± 0.24 ）年，囊肿大小区间（4-11）cm，平均囊肿大小（ 7.14 ± 1.78 ）cm。观察组年龄区间（24-34）岁，平均年龄（ 28.53 ± 3.39 ）岁，病程区间（1-5）年，平均病程（ 2.18 ± 0.22 ）年，囊肿大小区间（4-12）cm，平均囊肿大小（ 7.20 ± 1.75 ）cm。

纳入标准：①符合卵巢囊肿诊断标准和相关手术指征；②知情同意并签字；③无手术/药物禁忌。

排除标准：①并发重要脏器疾病；②凝血功能障碍；③精神疾病。

1.2 操作方法

两组患者在治疗过程中均接受围术期护理，包括术前检查，准备手术物品，提前准备手术室环境，协助麻醉师和主刀医生完成手术，术后体征监测和康复指导等。以此保障治疗效果，降低意外风险。

对照组行开腹卵巢囊肿剥除术：常规麻醉后，局部皮肤消毒并做手术切口，按顺序依次切开皮肤、腹直肌前鞘，进入腹膜，探查囊肿大小、活性以及表面赘生物，固定卵巢后游离卵巢囊壁，剔除囊肿壁，术毕进行腹腔冲洗并依次缝合切口，后留置导管。

观察组行腹腔镜下卵巢囊肿剥除术：①术前行麻醉、皮肤消毒并取膀胱截石位；②在肚脐下方做切口，长度控制在 10mm；③建立气腹，压力控制在 12mmHg，于切口处置入腹腔镜，建立主、次操作孔；④在腹腔镜辅助下探查患者盆腔，根据卵巢囊肿情况进行剥离剔除；⑤再次探查病灶切除情况，行双极电凝止血，然后处理粘连分离面和卵巢创面；⑥撤离手术器械并放气，逐层缝合切口。

整个治疗过程受患者及其家属监督，并完全按照主治医师的治疗思路执行，相关试验数据交由专家团组分析研究，剔除不可靠、不规范数据。

1.3 观察指标

本次试验涉及五项观察指标，具体如下：①治疗前后卵巢功能指标：采用化学发光法，使用美国贝克曼库尔特公司生产的全自动化学发光分析仪（型号：DX1800）^[5]检测治疗前后（手术前以及术后 3 个月）两组患者雌二醇（Estradiol, E2）、卵泡刺激素（Follicle Stimulating Hormone, FSH）水平。②手术一般情况：记录两组患者术中出血量、手术时间、术后下床时间以及住院时间。③术后并发症发生率：本次试验只记录两组患者在术后出现的并发症，包括腹痛、感染、粘连，均计入术后并发症发生率计算。④术后生活质量评分：采用科室自制的生活质量评分量表，对治疗后两组患者的生理功能、社会功能、情感职能、生活激情、情绪态度、精神活力以及躯体运动进行评分，各项分值 0 分-100 分，分值越高则患者生活质量越高。⑤随访康复效果和疾病复发率：两组患者出院后均随访 1 年，记录 1 年时间内身体康复效果，分为显效（身体各项机能正常，无不适反应）、有效（身体机能有一定影响，但不影响正常生活）和无效（身体机能损伤较大，已影响日常生活），总有效率=显效率+有效率，同时记录 1 年时间内复发卵巢囊肿的患者例数，计算比值，比值越低则患者预后效果越理想。

1.4 统计学处理

SPSS25.0 版本统计学软件处理计数（ χ^2 ）和计量（t）资料，差异显著

则 $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 治疗前后卵巢功能指标

表 1 结果：治疗前两组患者的 E2、FSH 水平差异无统计学意义， $P>0.05$ ，治疗后两组患者 E2 水平均下降，FSH 水平均提高，观察组 E2 水平高于对照组，FSH 水平低于对照组，差异有统计学意义， $P<0.05$ 。

表 1 治疗前后卵巢功能指标记录表[$\bar{X}\pm S$]

组别	例数	E2 (mmol/L)		FSH (IU/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	36	129.72±22.19	116.26±21.27	6.28±2.19	8.46±1.18
对照组	36	129.56±23.41	86.18±19.31	6.24±2.16	9.48±2.17
t	-	0.0298	6.2824	0.0780	2.4777
P	-	0.9763	0.0000	0.9381	0.0156

2.2 手术一般情况

表 2 结果：观察组患者术中出血量少于对照组，手术时间、术后下床时间以及住院时间均短于对照组，差异有统计学意义， $P<0.05$ 。

表 2 手术一般情况记录表[$\bar{X}\pm S$]

组别	例	术中出血量	手术时间	术后下床时间	住院时间
----	---	-------	------	--------	------

表 4 术后生活质量评分记录表[$\bar{X}\pm S$] (分)

组别	例数	生理功能评分	社会功能评分	情感职能评分	生活激情评分	情绪态度评分	精神活力评分	躯体运动评分
观察组	36	86.35±5.76	85.94±5.41	84.91±5.83	85.00±5.93	83.29±5.53	84.90±5.45	87.68±5.99
对照组	36	74.40±5.78	74.94±5.54	77.87±5.53	73.70±5.48	76.28±5.54	73.96±5.12	75.52±5.82
t	-	8.7867	8.5234	5.2567	8.3969	5.3732	8.7780	8.7358
P	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.5 随访康复效果和疾病复发率

表 5 结果：观察组患者随访一年后的身体康复总有效率高于对照组，卵巢囊肿复发率低于对照组，差异有统计学意义， $P<0.05$ 。

表 5 随访康复效果和疾病复发率记录表[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率	卵巢囊肿复发率
观察组	36	30(83.33)	6(16.67)	0(0.00)	36(100.00)	1(2.78)
对照组	36	21(58.33)	10(27.78)	5(13.89)	31(86.11)	9(25.00)
χ^2	-	-	-	-	5.3731	7.4323
P	-	-	-	-	0.0204	0.0064

	数	(ml)	(min)	(h)	(天)
观察组	36	77.72±17.19	62.26±7.27	31.28±6.08	5.46±0.18
对照组	36	100.56±22.41	74.18±8.31	43.44±9.18	8.18±2.17
t	-	4.8521	6.4775	6.6262	7.4950
P	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 术后并发症发生率

表 3 结果：观察组患者术后并发症（腹痛、感染、粘连）发生率低于对照组，差异有统计学意义， $P<0.05$ 。

表 3 术后并发症发生率记录表[n(%)]

组别	例数	腹痛	感染	粘连	术后并发症
观察组	36	1(2.78)	0(0.00)	0(0.00)	1(2.78)
对照组	36	4(11.11)	2(5.56)	2(5.56)	8(22.22)
χ^2	-	-	-	-	6.2222
P	-	-	-	-	0.0126

2.4 术后生活质量评分

表 4 结果：观察组患者术后生理功能、社会功能、情感职能、生活激情、情绪态度、精神活力以及躯体运动评分均高于对照组，差异有统计学意义， $P<0.05$ 。

3 讨论

临床研究指出，卵巢囊肿宜采用手术治疗方式，目前主要分为开腹和腹腔镜两种方式，前者因切口较大，会导致术中出血量过大，同时易发感染风险且手术时间长，不利于患者预后^[6-7]。而腹腔镜是一种微创术式，可大幅度缩小手术切口，避免后续治疗风险，同时提高术后恢复效果。近年来，针对腹腔镜下卵巢囊肿剥除术的研究取得重大突破，该术式也被更多的患者所接受，成为治疗卵巢囊肿的主流术式^[8-9]。

腹腔镜下卵巢囊肿剥除术具有诸多优势：①操作时间短、手术创口小，可有效清除卵巢病变，术后恢复快，可降低腹痛、感染、粘连发生率；②微创方式决定了手术瘢痕非常小，不会影响患者腹部美观，保护患者自尊心；③腹腔镜手术可在不伤害患者卵巢的前提下剔除病变组织，可尽快恢复 E2、FSH 指标，促进卵巢储备功能恢复^[10-12]。

上述试验结果指出，观察组患者治疗后 E2 水平高于对照组，FSH 水平低于对照组，说明腹腔镜下卵巢囊肿剥除术可促进卵巢功能恢复，术中

出血量少于对照组,手术时间、术后下床时间以及住院时间短于对照组,说明腹腔镜下卵巢囊肿剥除术可降低组织损伤,促进术后恢复;而术后并发病(腹痛、感染、粘连)发生率低于对照组,说明腹腔镜下卵巢囊肿剥除术的手术安全性高;加之术后生理功能、社会功能、情感职能、生活激情、情绪态度、精神活力以及躯体运动评分更高,说明腹腔镜下卵巢囊肿剥除术可进一步促进患者术后恢复;随访一年后的身体康复总有效率高于对照组,卵巢囊肿复发率低于对照组,说明腹腔镜下卵巢囊肿剥除术的预后效果理想。

综上所述,腹腔镜下卵巢囊肿剥除术对卵巢囊肿患者的治疗优势明显,效果理想,安全性高,促进 E2、FSH 水平恢复,改善患者整体预后效果,推荐临床使用。

参考文献:

- [1]温爱娜,梁泳敏,李嘉鸣.腹腔镜下卵巢囊肿剥除术治疗卵巢囊肿的效果与安全性观察[J].实用妇科内分泌电子杂志,2022,9(2):33-36.
- [2]ZHU, SHI-YANG, WU, YU-SHI, GU, ZHI-YUE, et al. Preventive therapeutic options for postoperative recurrence of ovarian endometrioma: gonadotropin-releasing hormone agonist with or without levonorgestrel intrauterine system insertion[J]. Archives of gynecology and obstetrics, 2021, 303(2):533-539.
- [3]黄梦丹,黄平.腹腔镜下卵巢囊肿剥除术与传统开腹手术在卵巢囊肿中的治疗效果差异[J].首都食品与医药,2021,28(3):41-42.

(上接第 112 页)

综合治疗干预^[11-12]。个体化认知和行为护理干预是对心内科患者常规治疗和护理模式的重要补充,能够更有针对性和个性化的提升患者护理实效,帮助患者充分认知心血管疾病的发生发展与不良生活习惯之间的密切关系,积极的引导患者进行干预控制,更加符合“以患者为中心”的现代护理理念,具有更高的护理满意度。

综上所述,笔者认为,心内科患者实施个体化认知和行为护理干预能够更显著改善患者心理状态和生活质量水平,更加符合患者的护理需求,满意度更高,值得推广应用。

参考文献:

- [1]李玫,于兆贞,赵敏敏.认知行为干预对冠心病住院失眠患者心理状态及应对方式的影响[J].医学临床研究,2021,38(8):1278-1280.
- [2]刘晓鸿,陈晓霞,许方蕾.认知行为干预对冠心病患者生活质量及心理状态的影响探讨[J].山西医药杂志,2020,48(11):1450-1452.
- [3]汪华芹.团体咨询联合认知行为干预对冠心病患者负性情绪与生存质量的影响[J].护理实践与研究,2019,16(14):34-36.
- [4]Marco José H,Alonso Sandra,Andani Joaquín. Early intervention with cognitive behavioral therapy reduces sick leave duration in people with adjustment, anxiety and depressive disorders.[J]. Journal of mental health (Abingdon, England),2020,29(3):247-255.
- [5]高米,朱艳芬.在冠心病患者的临床护理中实施认知行为干预的应

[4]万海燕,李云春,李清艳,等.腹腔镜下卵巢囊肿剥除术与传统开腹手术治疗卵巢囊肿的效果及安全性对比[J].基层医学论坛,2021,25(28):4080-4081.

[5]陈敏,李丹红,王远菊.经脐单孔腹腔镜辅助下妊娠合并卵巢囊肿体外剥除术 8 例临床分析[J].实用妇产科杂志,2019,35(11):874-876.

[6] BANZAI, CHIAKI, HIRAIISHI, HIKARU, HIGETA, DAISUKE, et al. Live birth by cesarean section after rupture of uterine cornua in simultaneous corneal and intrauterine pregnancies[J]. The journal of obstetrics and gynaecology research,2021,47(8):2773-2776.

[7]郑龙.电凝止血辅助腹腔镜下卵巢囊肿剥除术治疗单侧卵巢囊肿患者的短期随访研究[J].首都食品与医药,2020,27(8):30.

[8]黄金玲,肖亮,朱海洋.腹腔镜下卵巢囊肿剥除术对卵巢囊肿患者术后卵巢储备功能的影响[J].医疗装备,2020,33(15):99-101.

[9]莫如冰.腹腔镜下单侧卵巢囊肿剥除手术前后血清抗苗勒管激素的变化及其价值[J].中外医学研究,2020,18(27):45-46.

[10]李轻霞.腹腔镜下卵巢囊肿剥除术中不同止血方式对患者术后卵巢储备功能的影响[J].首都食品与医药,2020,27(21):19-20.

[11]李聃丹.超声引导下卵巢囊肿穿刺术与腹腔镜卵巢囊肿剥除术治疗卵巢囊肿的疗效比较[J].实用医学影像杂志,2020,21(2):143-144.

[12]廖丽芳.腹腔镜下卵巢囊肿剥除术在卵巢囊肿治疗中的应用效果分析[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(46):48-49.

用效果[J].中国社区医师,2019,35(32):133,136.

[6]周友根,宋平,邓晓剑,等.认知行为疗法对冠心病患者心理及运动处方依从性的影响[J].心血管康复医学杂志,2018,27(4):369-372.

[7]陈珺,丁金玲,马红梅.认知行为疗法对冠心病患者焦虑抑郁的干预效果[J].现代医学,2019,47(4):465-468.

[8]Schwartz Brian,Cohen Zachary D.,Rubei Julian A.,et al. Personalized treatment selection in routine care: Integrating machine learning and statistical algorithms to recommend cognitive behavioral or psychodynamic therapy[J]. Psychotherapy Research: journal of the Society for Psychotherapy Research,2021, 31(1):33-51.

[9]郭丽丽,徐燕,杨秀木.基于 IMB 模型的认知行为干预在慢性心力衰竭患者中的应用[J].中华全科医学,2020,18(11):1961-1965.

[10]王平平,程鑫,王雪.基于 IMB 理念的认知行为干预对慢性心力衰竭患者心功能及生活质量的影响[J].临床与病理杂志,2021,41(10):2400-2406.

[11]刘菲,任雁北,杨华.个体化过渡期护理模式在慢性心力衰竭患者康复中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(6):26-28.

[12]季燕华.认知行为干预对冠心病患者负性心理和生活质量的研究[J].检验医学与临床,2018,15(4):542-544.

作者简介:周琪钰(1982-11),女,主管护师,籍贯:湖北武汉,大学本科,研究方向:心血管介入护理。

智护干预对早产儿视听功能的影响

马艳芳 苍艳 (通讯作者)

南京医科大学附属妇产医院(南京市妇幼保健院) 江苏南京 210000

摘要: 目的: 探讨智护干预在早产儿中的应用效果。方法: 选择 2020 年 7 月至 2021 年 12 月本科室接受治疗的早产患儿 104 例, 按照实验的既定方式分组后, 对照组 52 名早产儿实施常规护理, 观察组 52 名早产儿在常规模式下增加了智护干预措施。分别对患儿的视听功能、发育情况进行比较。结果: 观察组患儿的视力敏感评分高于对照组 ($P<0.05$); 观察组患儿的声音反射阈正常率高于对照组 ($P<0.05$); 观察组患儿智能发育量表评分高于对照组 ($P<0.05$)。结论: 智护干预对早产儿视听功能起到促进作用, 提升了视力敏感度, 患儿的声音反射阈提升, 相关的智能发育情况得到改善, 值得推广。

关键词: 智护干预; 早产儿; 视听功能

早产儿是指患儿在产母体内胎龄未足 37 周, 且大部分患儿的体重低于 2500g, 对于周围环境的适应能力较低, 需要进行相关干预措施, 促进早产患儿的成长^[1]。智护训练作为一种前瞻性的护理, 目前被广泛地运用于新生儿护理当中, 但是护理的实践对象及仅仅是局限于正常分娩的足月儿^[2-3]。在关于早产患儿智护训练这方面的报道中目前仅仅是一些低级别的杂志进行相关的报道, 并且相关数据较少, 缺乏一定的说服力^[4-7]。为了在早产患儿的护理服务中提升护理效果, 我们将智护干预这种科学育婴模式进行应用, 此方法是通过早产儿生理发展的特点, 对早产儿进行相关的感官训练, 对患儿的各方面潜能进行激发^[8-9]。在本次的研究调查中, 我们将 2020 年 7 月至 2021 年 12 月本科室接受治疗的早产患儿 104 例进行智护干预, 促进早产儿视听及感官功能的成熟, 将护患关系提升, 汇报如下:

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2020 年 7 月至 2021 年 12 月本科室接受治疗的早产患儿 104 例。纳入标准: 无遗传性疾病; 全身重要脏器无基础性疾病。排除标准: 家属无经济能力对于本次住院费用进行结算; 无同时参与其他相似的研究实验。本次实验通过医院伦理委员会授权, 在保证早产患儿安全的情况下, 不影响科室的正常工作, 家属在实验开始前签署知情同意书。随机分组后, 对照组 52 名早产儿, 男 28 名, 女 24 名, 胎龄 35.10 ± 1.90 周, 体重 2135.10 ± 18.91 g, 新生儿 Apgar5 分钟评分 8.79 ± 1.21 分; 观察组 52 名早产儿, 男 30 名, 女 22 名, 胎龄 35.23 ± 1.77 周, 体重 2144.10 ± 20.11 g, 新生儿 Apgar5 分钟评分 8.76 ± 1.24 分。所有纳入研究的早产儿身高、体重、胎龄、性别等数据比较无差异性可以进行比较 ($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组的早产儿我们按照 NICU 的护理规范, 进行保暖、喂养、基础护理、生命体征监测, 并且配合医生进行抗感染治疗。

观察组进行了智护干预的模式具体如下: 1. 患儿出生后入住 NICU 的第一天, 护理人员利用沙锤、红色海绵球进行视听功能训练^[10-11]。2. 在条件允许的情况下护理人员和家属可以共同参与, 在患儿安静的状态下, 将红色的海绵球放置在患儿前方 20cm 处, 进行缓慢移动, 观察患儿的视线

是否随着球体而运动, 在进行训练的过程中, 如患儿出现疲态或者哭闹, 训练结束。3. 在温箱的周围放置音乐播放器, 播放一些舒缓的音乐, 并且将沙锤在患儿左右耳边进行摇动, 吸引患儿进行头部左右摇头, 两边耳朵轮流进行, 时间不超过 2 分钟^[12]。4. 护理人员在患儿面前对患儿进行呼唤, 并且不断移动位置, 声音要轻柔, 呼唤的过程中观察患儿的面部表情, 根据患儿的状态决定时间的长短, 并且将相关的数据进行记录^[13]。5. 在按摩过程中对患儿的全身进行按摩, 由内到外的顺序, 从太阳穴到鼻根向下按摩, 腹部的按摩主要是顺时针进行, 对于患儿的手脚进行分别按摩, 特别要注意动作轻柔, 并且对患儿实施一些被动的拉伸运动, 提升肢体的活动度^[14]。6. 上述相关的智护干预方式, 护理人员拍摄成视频, 对家属进行指导, 出院后由家属进行出院后的锻炼。实验中患儿出现困倦及哭闹应及时停止, 防止患儿对智护干预的方式形成不良反射。7. 智护干预的相关内容一般在患儿喂奶后 1 小时后进行, 防止患儿由于饥饿导致实验中止。

1.3 观察数据

分别对患儿的视听功能、发育情况进行比较。视力敏感评分在早产患儿出生后当天及出生后 3 个月分别进行, 通过眼前红色海绵球的转移程度进行对照, 0 分表示患儿的头部及眼神无法对红色海绵球形成视觉上的追踪, 3 分表示患儿的头部可以根据红色海绵球进行缓慢的移动, 但是范围较为局限, 6 分表示眼睛、头部可以随着红色海绵球进行移动。声音反射阈以大于 35dB 为异常^[15]。发育情况我们通过智能评估量表进行比较, 包括智力量表和运动量表, 智力量表总分 121 分, 运动量表总分 61 分, 评分越高表示智力及运动能力越强^[16]。

1.4 统计 采用 SPSS21.0 统计软件对本次智护干预下早产儿的视听功能相关数据(视力敏感评分、声音反射阈、智能量表)进行比较。计量资料以均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

1.5 结果

1.5.1 观察组患儿 3 个月后的视力敏感度评分为 4.98 ± 0.89 分, 对照组患儿的视力敏感度评分为 4.11 ± 0.34 分, 观察组患儿的视力敏感评分高于对照组 ($P<0.05$), 见表一。

表 1 两组早产患儿的视力敏感度评分比较 (分)

组别	人数	住院当天	出生后 3 个月
对照组	52	1.21±0.21	4.11±0.34
观察组	52	1.22±0.22	4.98±0.89
p	-	P>0.05	P<0.05

1.5.2 观察组患儿声音反射阈正常的有 49 人, 对照组患儿声音反射阈正常的有 40 人, 观察组患儿的声音反射阈正常率高于对照组 ($P<0.05$), 见表二。

表 2 两组早产儿声音反射阈情况比较 (%)

组别	人数	反射阈正常人数	反射阈异常人数	正常率
对照组	52	40	12	76.92
观察组	52	49	3	94.23
p	-	P<0.05	P<0.05	P<0.05

1.5.3 观察组患儿的智力量表及运动量表评分分别为 83.21±6.42、48.21±3.41, 对照组患儿的智力量表及运动量表评分分别为 69.33±6.45、36.17±3.23, 观察组患儿智能发育量表评分高于对照组 ($P<0.05$), 见表三。

表 3 两组早产儿智力及运动量表评分

组别	人数	智力量表评分	运动量表评分
对照组	52	69.33±6.45	36.17±3.23
观察组	52	83.21±6.42	48.21±3.41
p	-	P<0.05	P<0.05

3. 讨论

根据相关报道显示目前我国早产儿的发生情况逐年上升, 并且病死情况较高^[17]。早产儿由于在母体内待的时间不足, 导致出生后各器官的发育成熟度不足, 容易出现喂养不耐受的现象, 而且对周围环境的适应能力较差, 容易导致疾病的产生, 所以早产儿的心智及体格发育情况较足月新生儿有差距, 因此需要护理人员进行精心护理, 并且不断完善护理方式。相关研究显示, 早期的智护干预对于新生儿脑细胞及神经细系统的刺激, 使得大脑组织得到训练, 有利于脑组织的发育, 减少并发症的发生, 对于患儿后期的成长及发育有着持续的影响^[18-20]。所以对早产患儿实施有效的干预措施, 促进患儿视听功能的发育, 提升早产患儿的身体机能, 是我们目前 NICU 护理的重点^[21]。

智护干预是针对 NICU 内的早产儿, 通过红色棉球、沙锤等感官上的刺激, 对患儿进行视觉、听觉、按摩、肢体活动等方面的训练, 提升早产患儿的智力及运动能力^[22]。

在本次的智护干预在早产患儿的视听功能中我们发现: 观察组患儿 3 个月后的视力敏感度评分为 4.98±0.89 分, 对照组患儿的视力敏感度评分为 4.11±0.34 分, 观察组患儿的视力敏感评分高于对照组 ($P<0.05$)。护理人员通过红色棉球、沙锤的运用, 在早产患儿的视线范围内及耳边进行不

断的视听刺激, 通过不断反复的训练, 建立良好的反射, 强化了患儿对周围环境的感官刺激^[23]。观察组患儿声音反射阈正常的有 49 人, 对照组患儿声音反射阈正常的有 40 人, 观察组患儿的声音反射阈正常率高于对照组 ($P<0.05$)。早产患儿在受到智护干预后, 由于不断地进行视听的刺激, 患儿需要不断的进行头部的移动寻找声音源, 形成良性的循环和适当的条件反射, 患儿会对护理人员及家属的声音熟悉, 形成安全感。观察组患儿的智力量表及运动量表评分分别为 83.21±6.42、48.21±3.41, 对照组患儿的智力量表及运动量表评分分别为 69.33±6.45、36.17±3.23, 观察组患儿智能发育量表评分高于对照组 ($P<0.05$)。护理人员在院内的护理和家属在居家后对患儿的照顾形成护理上的延续。护理人员在患儿出院后能够通过互联网对家属进行指导, 并且对于智护干预的措施进行监督, 后期的上门定期访视也确保了智护干预措施的落地, 患儿的智能发育情况较好。

早产儿在出生后自身的视听功能已经形成, 但是由于在母体内待的时间较短, 所以存在差异, 智护干预的实施, 丰富了早产儿护理的手段, 通过对患儿视觉、听觉的有效训练, 对患儿感官的刺激加强, 建立了良性反射, 智力发育逐渐完善, 并且由于长期情感上的互动, 患儿的身心得到健康安抚, 体格等各方面发育良好^[24-27]。

综上所述, 智护干预在早产儿中的应用, 患儿的视听敏感度加强, 能够促进患儿智能的发育, 声音反射阈得到提升, 对后期的早产儿护理有着很好的借鉴作用, 值得推广。

参考文献:

- [1]包彩玲, 高明艳, 王丽. 早期干预对早产儿智能发育影响的探讨[J]. 中国实用护理杂志, 2006, 22(6): 1-2.
- [2]李建英, 李桂芳, 万守贞, 等. 早期干预对早产儿智中、运动能力及脑瘫发生的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2005, 20 (6): 443-444.
- [3]光霞, 方鲁阳. 早期综合干预对早产儿早期发育的影响[J]. 中国新生儿科杂志, 2010, 25 (6): 335-338.
- [4]沈润华, 李霞, 谢玉兰等. 智护干预对早产儿视听能力的临床应用研究[J]. 齐齐哈尔医学院学报. 2015, 36 (18): 2769-2770.
- [5]魏真, 闰晶, 张倩. 智护训练对早产儿视听功能的影响[J]. 护理实践与研究. 2019, 16 (14): 130-131.
- [6]方芳, 沈润华, 李顺芝等. 智护训练对早产儿视听能力的影响[J]. 护理学杂志. 2014, 9 (17): 38-39.
- [7]叶菁. 智护训练联合游泳对早产儿视听能力的影响[J]. 江西医药. 2020, 6 (6): 742-744.
- [8]于凤琴, 张家洁, 王爱萍, 等. 家庭早期干预促进早产儿智能发育的探讨[J]. 中国实用儿科杂志, 2005, 20 (2): 101.
- [9]何丹. 超早期干预对早产儿智能和体格发育的影响[J]. 中华妇幼临床医学杂志, 2012, 8 (1): 54-56.
- [10]杜鸿燕, 姜丽华, 苏彬. 临床路径与整体护理整合对早产儿生长发

(下转第 120 页)

反馈式早期康复护理干预对出血性脑卒中患者术后康复的影响研究

田坛

昌乐县人民医院 山东昌乐 262400

摘要: 目的: 探究出血性卒中患者临床护理中应用反馈式早期康复护理干预对术后康复的影响。方法: 选择 2020 年 1 月-2021 年 10 月我院手术治疗的出血性脑卒中患者 70 例为研究对象。随机数字表法分组, 对照组常规护理, 试验组反馈式早期康复护理, 每组各 35 例。比较神经功能、生活质量、并发症、护理满意度。结果: 护理前, 两组患者神经功能 NIHSS 评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 护理后, 两组患者 NIHSS 评分相比于护理前均显著减少, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。试验组护理后 NIHSS 评分比对照组更低, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。两组患者 SF-36 生活质量量表得分在护理前比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。护理后, 两组 SF-36 评分均比护理前增加, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。试验组护理后 SF-36 评分显著高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。试验组并发症概率相比于对照组更低, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。护理满意度试验组高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论: 对出血性脑卒中患者进行反馈式早期康复护理干预可促进其术后康复, 改善神经功能, 提高生活质量, 降低并发症发生率。

关键词: 出血性卒中; 术后康复; 反馈式早期康复护理; 神经功能; 生活质量; 并发症

出血性卒中是临床常见病、多发病, 多见于中老年人群体, 具有发病突然、病情进展快等特点, 症状以及病情严重程度与出血部位、出血量等有关, 需及时治疗^[1]。手术是治疗出血性卒中的重要方法, 可以实现快速止血, 消除血肿, 降低颅内压。卒中发生后对神经有所破坏, 体液调节能力下降, 自主神经中枢受损, 术后并发症多, 神经功能下降^[2]。因此, 术后康复护理对于患者神经功能恢复, 预防术后并发症等有积极作用。反馈式早期康复护理在患者术后及早开展康复护理干预, 并在护理干预期间不断获取患者对康复相关知识以及康复效果的反馈, 对护理干预内容及措施进行持续改进, 提高护理干预针对性与有效性, 提升整体的护理效果, 加快患者术后康复^[3]。基于此, 本研究选择 2020 年 1 月-2021 年 10 月我院手术治疗的出血性脑卒中患者 70 例分组对照, 探究出血性卒中患者临床护理中应用反馈式早期康复护理干预对术后康复的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2020 年 1 月-2021 年 10 月我院手术治疗的出血性脑卒中患者 70 例为研究对象, 根据随机数字表法分组。对照组 35 例, 男 18 例, 女 17 例; 患者年龄 57-84 岁, 均值 (68.34 ± 2.05) 岁; 出血部位: 基底节 20 例、丘脑 5 例、脑叶 7 例、小脑 3 例; 出血量: 30-57mL, 平均 (42.05 ± 1.02) mL。试验组 35 例, 男 19 例, 女 16 例; 患者年龄 57-83 岁, 均值 (68.40 ± 2.06) 岁; 出血部位: 基底节 21 例、丘脑 4 例、脑叶 6 例、小脑 4 例; 出血量: 30-55mL, 平均 (41.93 ± 1.01) mL。一般资料两组间进行比较, $P>0.05$, 具有可比性。两组患者、家属知情并自愿参加本次研究。研究通过医学伦理委员会审核批准。

纳入标准: ①MRI 检查确诊为出血性卒中; ②手术治疗; ③首次发病。
排除标准: ①合并精神疾病; ②合并恶性肿瘤; ③凝血功能障碍;

1.2 方法

1.2.1 对照组

常规护理, 对患者进行疾病、手术相关知识宣教, 告知注意事项、护理要点。遵医嘱为患者用药。给予心电监护, 密切观察生命体征。术后第 3d 开始, 鼓励患者下床, 由护理人员示范并指导患者进行康复锻炼, 进行肢体主动、被动屈伸练习。每天 2 次, 每次 10min。指导患者健康饮食, 清淡饮食、注意营养搭配。忌辛辣、油腻、咖啡、浓茶, 戒烟戒酒。嘱咐患者规律作息, 保证充足睡眠。患者出院后通过电话随访, 了解患者康复情况, 给予生活与康复指导。护理周期 1 个月。

1.2.2 试验组

开展反馈式早期康复护理: ①成立专门护理小组, 对护理内容、护理方式等进行明确。搜集患者一般资料, 制定早期康复护理计划。对患者介绍、说明早期康复护理的具体内容、方式、目的、注意事项等。给予示范和讲解, 要求患者及家属一同学习, 掌握康复训练都给动作。纠正患者错误动作。②康复训练: 间隔 2h 协助患者更换 1 次体位, 将软枕垫于患侧肩下, 保持上肢伸直外旋。主动活动关节、被动活动关节, 包括肘关节、腕关节、指关节、膝关节、踝关节等, 每天 2 次, 每次 15min。指导患者进行床上坐起训练, 以及肌肉等长训练、等张训练。每天 2 次, 每次 15min。指导患者站立位平衡训练、步行训练, 每天 2 次, 每次 30min。③每天对患者康复效果、训练中遇到的问题等进行收集, 得到全面反馈, 对患者康复训练中错误行为进行纠正, 并监督患者训练。患者出院前保证患者可以自行进行训练, 出院后通过电话随访了解患者康复训练开展情况, 以及恢复效果, 对其康复训练进行规范、科学指导。护理时间 1 个月。

1.3 观察指标

比较神经功能、生活质量、并发症、护理满意度。①神经功能: 分别在护理前、护理后, 应用神经功能评定量表 (NIHSS)^[4], 计分 0-42 分, 分数越高表明患者神经功能损伤越大。②生活质量: 在护理前、护理后使

用生活质量自评量表 (SF-36) [5] 评价, 选择量表中生理功能、躯体疼痛、情感职能、社会功能四个维度, 满分均为 100 分。分数越高表明生活质量越好。③并发症: 统计患者术后发生褥疮、肺部感染、下肢深静脉血栓例数。并发症发生率=发生并发症例数/总例数×100%。④护理满意度: 采用自制护理满意度调查问卷, 了解患者及家属 (选择一人) 对护理态度、内容、方式等满意情况。问卷满分 100 分, 分为非常满意 (>85 分)、一般满意 (60-85 分)、不满意 (<60 分) 三个等级。护理满意度= (非常满意例数+一般满意例数) /总例数×100%。

1.4 统计学处理

选用 SPSS25.0 统计软件分析计量资料 (以 $\bar{x} \pm s$ 表示, t 检验)、计数资料 (以 n、%表示, χ^2 检验), 有统计学意义以 $P < 0.05$ 表示。

2 结果

2.1 两组神经功能比较

两组 NIHSS 护理前相比, $P > 0.05$ 。护理后, 两组 NIHSS 均减少 ($P < 0.05$)。试验组护理后 NIHSS 显著少于对照组, $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 神经功能 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	NIHSS (分)
试验组 (n=35)	护理前	20.34±1.24
	护理后	8.34±1.11
对照组 (n=35)	护理前	20.33±1.31
	护理后	11.05±1.34
t/P 试验组 (护理前后)		42.658/0.000
t/P 对照组 (护理前后)		29.297/0.000
t/P 组间值 (护理前)		0.033/0.974
t/P 组间值 (护理后)		9.214/0.000

2.2 两组生活质量比较

两组 SF-36 评分比较, 护理前 $P > 0.05$, 护理后两组 SF-36 评分均比护理前高, $P < 0.05$ 。试验组护理后 SF-36 评分高于对照组, $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 两组生活质量比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	生理功能	躯体疼痛	情感功能	社会功能
试验组 (n=35)	护理前	56.34±2.05	56.71±1.24	58.36±2.63	57.34±1.24
	护理后	90.51±1.21	89.64±1.64	90.64±2.11	91.05±1.05
对照组 (n=35)	护理前	56.33±2.06	56.73±1.22	58.61±2.57	57.32±1.22
	护理后	86.61±1.34	86.34±1.24	87.05±1.98	86.61±1.02
t/P 试验组 (护理前后)		84.922/0.000	94.754/0.000	56.638/0.000	122.739/0.000
t/P 对照组 (护理前后)		72.895/0.000	100.702/0.000	51.862/0.000	108.967/0.000
t/P 组间值 (护理前)		0.020/0.984	0.068/0.946	0.402/0.689	0.068/0.946
t/P 组间值 (护理后)		12.779/0.000	9.496/0.000	7.340/0.000	17.944/0.000

2.3 两组并发症概率比较

并发症概率试验组比对照组低, $P < 0.05$ 。见表 3。

表 3 并发症概率[n(%)]

组别	褥疮	肺部感染	下肢深静脉 血栓	概率
试验组 (n=35)	(0.00)	1(2.86)	(0.00)	1(2.86)
对照组 (n=35)	3(8.57)	2(5.71)	1(2.86)	6(17.14)
χ^2				3.968
P				0.046

2.4 两组护理满意度比较

护理满意度试验组比对照组高, $P < 0.05$ 。见表 4。

表 4 护理满意度[n(%)]

组别	非常满意	一般满意	不满意	满意率
试验组 (n=35)	30(85.71)	4(11.43)	1(2.86)	34(97.14)
对照组 (n=35)	22(62.86)	7(20.00)	6(17.14)	29(82.86)

35)

χ^2

3.968

P

0.046

3 讨论

出血性脑卒中临床发病率高, 患者多数我中老年人, 疾病发生突然, 病情快速发展, 危害性大, 容易造成残疾, 病死率高[6]。出血性脑卒中主要治疗方案是手术, 治疗效果显著。手术对患者有一定创伤, 加上患者年龄偏大、营养水平低、身体虚弱等, 术后并发症多, 康复进程慢[7]。出血性脑卒中患者存在神经功能损伤, 影响患者肢体运动、行为能力, 造成生活质量下降[8]。术后康复护理可以刺激大脑, 使得患者神经系统功能重组, 恢复正常运动、行为能力[9]。本次研究中, 试验组患者护理后神经功能改善情况明显好于对照组, 提示对患者进行反馈式早期康复护理有助于出血性脑卒中患者术后神经功能恢复。分析原因: 以往临床上对出血性脑卒中患者进行术后护理时, 普遍采用常规护理模式, 对患者进行健康教育, 用药指导, 健康饮食、科学运动等, 在术后康复中有一定帮助[10]。但是, 由于患者数量多, 护理人员有限, 难以全面掌握患者康复情况及训练情况, 并且缺乏康复知识及效果的反馈, 护理效果欠佳。反馈式早期康复护理在术后及早开展护理干预, 针对患者实际情况制定护理计划, 高效落实。并

且在康复护理过程中不断进行康复知识与康复训练的效果反馈,能够及时发现护理问题,以及患者不规范细行为,及时解决、纠正,护理针对性强,护理效果突出,提高患者神经功能恢复效果。试验组生活质量比对照组改善好,分析原因:反馈式早期康复护理及时、有效,覆盖面广,患者得到综合护理,神经功能显著改善,减少对生活影响。试验组术后并发症概率低于对照组,原因为反馈式早期康复护理开展及时,促进患者快速康复,护理内容丰富,患者身体状态良好,体抗力与免疫力增强。试验组护理满意度高于对照组,原因是反馈式早期康复护理目的明确,开展及时,患者实时反馈并获得指导,容易被患者接受。

综上所述,反馈式早期康复护理干预对出血性脑卒中患者术后康复有重要影响,有助于患者神经功能改善,提高生活质量,值得应用。

参考文献:

[1]区慧敏.缺血性脑卒中在康复中临床护理路径的应用效果[J].中国城乡企业卫生,2022,37(05):110-112.

[2]胡艳红,陈晨,廖文艺.反馈式早期康复护理对出血性脑卒中患者健康知识掌握程度、遵医行为及生活质量的影响[J].中国老年保健医学,2022,20(02):163-165.

(上接第 117 页)

育的影响[J].河北医学,2016,22(7):1203-1204.

[11]马丹,刘小芹,王华,等.吞咽功能训练对NICU早产儿经口喂养的干预效果分析[J].中国儿童保健杂志,2016,24(2):123-126.

[12]刘玉凤.早产儿头颅CT配套干预方案对运动发育预后的影响[J].临床和实验医学杂志,2016,15(10):1025-1027.

[13]熊家玲,刘宇,喻琴.早期综合干预对早产儿生长发育的影响[J].中国妇幼健康研究,2016,27(9):1035-1037.

[14]翁莉,张爱霞,陈燕,等.极早产儿延续护理服务需求调查分析[J].护理实践与研究,2016,13(12):3-6.

[15]Emberson LL, Boldin AM, Riccio JE, et al. Deficits in top-down sensory prediction in infants at risk due to premature birth Current Biology,2017,27(3):431-436.

[16]陈小冰,张雪梅,谢邦贵,等.个案管理规范化随访模式对早产儿营养状态、体格智能发育的影响[J].中国医药导报,2019,16(6):77-81.

[17]徐苗,孙聪,麦合峰,等.发展性照顾护理模式在早产儿喂养不耐受中的护理效果及其对生长发育的影响[J].山西医药杂志,2019,48(2):256-259.

[18]成莺莺.高胆红素血症对新生儿神经功能和情绪行为的影响[J].中国妇幼保健,2018,33(19):4440-4442.

[19]Monson BB,Anderson PJ, Matthews LU, et al. Examination of the

[3]马江洪,阮晓娟.早期综合康复护理在急性缺血性脑卒中患者中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2022,7(04):176-178.

[4]陈美榕,李碧霞.早期护理干预对急性缺血性脑卒中介入术后患者康复效果的应用效果观察[J].黑龙江中医药,2021,50(06):246-247.

[5]张玉.探讨反馈式早期康复护理对脑卒中认知功能障碍患者认知功能以及预后的影响[J].黑龙江中医药,2021,50(06):429-430.

[6]王利辉.反馈式早期康复护理对脑卒中认知功能障碍患者功能恢复的影响[J].现代诊断与治疗,2021,32(20):3335-3336.

[7]秦寒冬,杨玉洁,冯英璞.脑卒中认知功能障碍患者建立反馈式早期康复护理对其认知与预后效果的影响[J].黑龙江中医药,2021,50(05):340-341.

[8]张鑫鑫.探讨反馈式早期康复护理对脑卒中认知功能障碍患者认知功能以及预后的影响[J].黑龙江中医药,2021,50(05):431-432.

[9]李晓芳.全面早期康复护理干预对出血性脑卒中术后患者生活自理能力的影响[J].中国药物与临床,2021,21(04):705-706.

[10]郑青云.全面早期康复护理干预对出血性脑卒中术后患者生活自理能力的影响[J].中外医疗,2020,39(18):111-113.

pattern of growth of cerebral tissue volumes from hospital discharge to early childhood in very preterm infants [J]. JAMA Pediatr,2016,170(8):772-779.

[20]Novak I, Morgan C, Adde I, et al. Early, accurate diagnosis and early intervention in cerebral palsy: advances in diagnosis and treatment [J]. JAMA Pediatr, 2017, 171(9):897-907.

[21]刘佳,张楠.新生儿智护训练在提高早产儿视听能力中的临床应用思路构架[J].中国保健营养,2016,26(13):138-144.

[22]曹秀英.游泳联合抚触对早产儿智能发育的影响[J].江苏医药,2016,42(17):1951-1952.

[23]戴锦,梁彩霞,李莉.强化母乳喂养对住院期间早产儿生长发育的影响研究[J].中国农村卫生事业管理,2017,37(2):199-200.

[24]孙茂梅,李慧珠.早期综合性护理干预对早产儿体格质量及神经运动发育的影响[J].实用临床医药杂志,2017,21(20):214-215.

[25]高子莹,邓宜雅,陈香韶.鸟巢式护理对早产儿生长发育的影响[J].护理实践与研究,2016,13(10):51-52.

[26]邱小兵,陈雅莉,陈福建.智护训练联合水疗对0-2岁婴幼儿智能发育的影响[J].中国实用护理杂志,2016,32(35):2753-2766.

[27]何丹.超早期干预对早产儿智能和体格发育的影响[J].中华妇幼临床医学杂志,2012,8(1):54-55.

急性脑出血患者接受早期肠内营养护理后的干预价值研究

王力红

昌乐县人民医院 山东昌乐 262400

摘要：目的：阐述急性脑出血患者接受早期肠内营养护理后的干预价值。方法选取 2020 年 1 月—2022 年 3 月我院收治的患者 100 例，根据不同的护理方法将其分为对照组和研究组各 50 例，其中对照组进行传统的护理方法，而研究组则进行早期肠内营养护理，进而通过观察患者间疾病状况与心理情况，以此来详细分析护理方法的有效性。结果 研究组患者的营养状况明显优于对照组（ $P<0.05$ ）。研究组患者疾病状况明显优于对照组（ $P<0.05$ ）。从患者自身出发，研究组患者心理状况明显优于对照组（ $P<0.05$ ），同时研究组患者的护理满意度明显优于对照组（ $P<0.05$ ）。而从护理安全性角度出发，研究组患者的不良事件发生率明显低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论 早期胃肠营养支持对患者预后具有良好的临床意义，不仅可以很好的促进疾病恢复，同时亦可降低患者在院期间的不良事件发生率，因此各医院应正确认识到该项护理方式的重要性及可靠性，并将其应用于患者护理工作中。

关键词：急性脑出血；早期肠内营养；护理干预；价值研究

急性脑出血是指患者的脑组织被脑出血引起的大量出血挤压，导致脑组织水肿和坏死，不仅临床发病率较高，而且死亡率和致残率较高。它是由于高血压导致的大脑底部小动脉的病理变化而发生的。另外，由于过度的身体或精神活动使得患者的血压急剧上升，病理变化是由于躁动或其他因素引起的血管破裂并出血。该疾病的临床治疗通常是通过手术去除血肿，消除脑组织压力并改善患者的神经功能。而对于急性脑出血患者，由于营养代谢的不平衡许多患者会出现意识障碍、进食困难等情况，这类患者更容易出现营养不良，进而无法保证患者的预后^[1]。而临床上患者在治疗期间营养不良一旦发生，将对患者的病情产生不利影响，不利于患者获得良好的治疗效果。因此，积极对急性脑出血患者实施营养干预，对改善其营养状况具有重要意义。以往的肠外营养支持护理临床实践可以保证必要的营养量，但静脉输液可能刺激血管，增加液体负荷，同时肠道内缺乏食物刺激可能导致胃肠功能下降，即使患者的疾病状况有所好转，但是还会在一定程度上引起其他疾病，例如菌群失调等等^[2]。然而早期肠内营养护理可以克服这一缺点，它可以通过肠道直接吸收，增强胃肠粘膜屏障功能，减少内毒素和细菌损伤，减少肠源性并发症的发生，同时提供身体所需的营养^[3]。基于此，本文作者通过选取部分患者来详细分析急性脑出血患者接受早期肠内营养护理后的干预价值，以期今后的临床护理工作提供帮助。

1. 资料与方法

1.1 研究资料

选取 2020 年 1 月-2022 年 3 月我院收治的患者 100 例，根据不同的护理方法将其分为对照组和研究组各 50 例，其中对照组男性患者 36 例，女性患者 14 例，平均病程为（ 4.88 ± 6.52 ）h，平均年龄为（ 48.55 ± 7.33 ）岁。根据患者出血部位可知，皮质下 17 例，基底节 20 例，脑叶 13 例，而研究组男性患者 30 例，女性患者 20 例，平均病程为（ 4.59 ± 6.00 ）h，平均年龄为（ 48.15 ± 7.00 ）岁。根据患者出血部位可知，皮质下 15 例，基底节 25 例，脑叶 10 例，本文选取的患者病情之间不存在明显差异（ $P>0.05$ ），

且已排除不具备沟通能力的患者。本次实验细节已事先告知患者及患者家属，并成功取得院内领导、患者及患者家属同意。

1.2.研究方法

根据患者的分组情况对患者实施不同的护理方法，其中对照组进行传统护理，其中包括，从患者的角度出发在实际工作中，护理人员必须在医生与患者之间建立和谐的关系，将临床护理工作的重要性牢记在患者的脑海中，并让患者自愿配合治疗^[4]。如果当患者的病情达到一定水平时不能很好地控制患者的血压，则应向患者告知服用一定量的药物，并观察患者给药后的不足。与此同时应对患者进行肠外营养，患者术后常规留置静脉导管，进行葡萄糖等常规营养输注期间密切观察患者机体情况并给予随时记录。与此同时，需定期运用 0.9% 浓度生理盐水定期清洗留置管。一旦发现患者静脉出现肿胀情况及时停止输注并采取相应处理措施^[5]。而研究组则进行早期肠内营养护理，具体内容包括（1）通过培训，保证肠内营养使用过程中的质量。树立观念，独立提高工作质量和工作水平，严格遵守各项工作流程。并且不断总结和分析影响实施肠内营养工作中不良事件发生的有关因素，加强工作水平和责任心。（2）患者发病后 48 小时内间断给予肠内营养液，肠内营养支持时间直到患者恢复独立进食。通过面对面指导，详细介绍早期肠内营养的护理目的、具体护理方法、护理技巧，并回答有关肠内营养存在的问题^[6]。（3）术中留置肠鼻管，根据患者术前血标本营养指标检查结果计算患者所需营养能量并给予肠内营养剂。为预防对患者肠胃产生刺激，给予营养剂前需做好保温，输注过程中酌情控制速度，每日保证优质蛋白供给及维生素，补充每日肠外营养补充不足部分。（4）肠内营养支持过程中需严格遵守无菌操作原则。输注情况遵循从慢到快等循序渐进原则进行，一旦患者发生呕吐等征状及时报告医生并给予处理。给予患者 7 天肠内营养支持患者恢复进食，这期间注意逐渐递减营养输注，直至患者可进食米粥等半流质食物暂停输注^[7]。（5）每日应定时对患者口腔进行清理，严格清除寄居微生物。应采用氧化氢对患者口腔进行消毒处理，并通过生理盐水冲洗患者口腔，进而降低呼吸机相关性肺炎

发生的可能性。

1.3 观察指标

通过观察患者间营养状况、患者疾病状况、心理状况以及患者的护理满意度和不良事件发生率，以此阐述急性脑出血患者接受早期肠内营养护理后的干预价值。

1.4.统计学分析

利用 SPSS21.0 统计学软件对患者各项数据进行分析，计量资料用 t 、 χ^2 检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 观察患者间营养状况

研究组患者的营养状况明显优于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 1

表 1 观察患者间营养状况（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	n	PA	ALB	TP	HB
对照组	50	244.18±40.15	38.37±4.71	64.18±6.17	102.58±9.77
研究组	50	210.18±39.37	42.61±4.63	67.36±7.32	109.18±8.94
χ^2		9.185	11.745	14.185	7.851
P		0.001	0.001	0.001	0.001

2.2 观察患者间疾病状况

研究组患者疾病状况明显优于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 2

表 2 观察患者间疾病状况（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	n	Barthel 评分（分）	手术时间（min）	神经功能评分（分）
对照组	50	54.00±10.22	70.25±6.89	15.35±2.37
研究组	50	64.55±9.65	49.02±5.00	8.91±1.58
χ^2		6.442	6.499	5.002
P		0.001	0.001	0.001

2.3 观察患者间心理状况

从患者自身出发，研究组患者心理状况明显优于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 3

表 3 观察患者间心理状况（ $\bar{x}\pm s$ ）

分组	n	SAS 评分	SDS 评分	正性情绪	负性情绪
对照组	50	28.40±8.42	33.95±10.42	33.05±7.03	55.51±9.22
研究组	50	15.20±4.22	20.77±6.11	65.94±8.33	39.51±7.92
t		8.338	4.928	5.099	6.471

P	0.001	0.001	0.001	0.001
---	-------	-------	-------	-------

2.4 观察患者间护理满意度

研究组患者的护理满意度明显优于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 4

表 4 观察患者间护理满意度（ $\bar{x}\pm s$ ）

分组	n	健康宣教	护理操作	护理态度	隐私保护
对照组	50	43.87±6.00	68.01±7.67	32.98±3.22	33.78±5.07
研究组	50	50.38±5.63	70.06±9.02	36.07±4.00	54.84±9.04
t		6.225	11.380	4.840	6.728
P		0.001	0.001	0.001	0.001

2.5 观察患者间不良事件发生率

从护理安全性角度出发，研究组患者的不良事件发生率明显低于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 5

表 5 观察患者间不良事件发生率（%）

组别	n	消化道出血	管道堵塞	恶心呕吐	腹泻
对照组	50	5（10.00%）	3（6.00%）	9（18.00%）	4（8.00%）
研究组	50	1（2.00%）	0（0.00%）	1（2.00%）	1（2.00%）
χ^2					6.975
P					0.001

3. 讨论

急性脑出血在心脑血管疾病是一种发病率很高的疾病，可导致患者语言模糊、头晕、进食困难等情况，因此大多数患者具有严重营养不良和免疫力低下的特点，这将进一步阻碍他们的健康和恢复。肠内营养支持是通过口服或导管输入，为患者的胃肠道提供有益的营养，从而改善患者的营养状况。这种护理方法对急性脑出血患者的预后有重要意义。临床实践中急性脑出血患者，脑损伤后全身将处于高能量代谢状态，体内能量和耗氧量将增加，峰值出现在 3~6d 发作，因此，有必要对这些患者给予相应的营养支持，可虽然对急性脑出血患者实施早期营养支持是临床共识，但选择哪种营养支持方法是临床上不断讨论的问题^[8]。目前常用的营养支持方法主要有肠内营养支持和静脉营养支持，与静脉营养支持相比，肠内营养支持更符合人体的生理过程。这主要是因为肠内营养支持过程中，营养素直接进入肠道并被肠道吸收利用，有利于维持患者肠道粘膜结构的完整性和肠道屏障功能，从而显著降低营养支持过程中细菌感染的风险^[9]。同时，相关学者提出，早期肠内营养护理可以很好地恢复患者的脑神经功能、肾功能和血清蛋白水平。这主要是因为早期肠内营养可以恢复免疫功能，改善胃肠道吸收，为患者提供营养供应。同时，在更高效、科学的早期肠

（下转第 127 页）

手法联合红肿膏治疗急性踝关节扭伤效果及 VAS 评分, 肿胀体积, AOFAS 评分及炎症因子分析

额尔敦达来¹ 胡苏勒² 呼布钦¹

1. 呼和浩特中医蒙医医院, 蒙医骨伤科 内蒙古呼和浩特 010010;
2. 呼和浩特中医蒙医医院, 蒙医治未病中心 内蒙古呼和浩特 010010

摘要: 目的: 探讨急性踝关节扭伤患者行手法联合红肿膏治疗的临床效果以及对 VAS 评分, 肿胀体积, AOFAS 评分及炎症因子的影响。方法: 将 2020 年 11 月至 2021 年 11 月期间于本院接受治疗的急性踝关节扭伤患者共计 50 例作为研究对象, 应用双色球分组法平分为对照组和观察组, 各 25 例。对照组给予局部外涂依托芬那酯凝胶, 观察组给予局部外敷红肿膏并联合实施蒙医手法治疗, 比较两组患者治疗效果、VAS 评分、肿胀体积、AOFAS 评分及炎症因子水平改善情况。结果: 对照组治疗总有效率低于观察组 ($P < 0.05$)。治疗前两组患者 VAS 评分、肿胀体积、AOFAS 评分比较无显著差异 ($P > 0.05$), 治疗后两组患者 VAS 评分和肿胀体积均降低, 观察组低于对照组, AOFAS 评分两组均升高, 观察组高于对照组, 差异显著具备统计学价值 ($P < 0.05$)。治疗前两组患者白细胞介素-6 (IL-6) 和 IL-1 β 水平比较无显著差异 ($P > 0.05$), 治疗后两组患者 IL-6 和 IL-1 β 水平均降低, 观察组低于对照组, 差异显著具备统计学价值 ($P < 0.05$)。结论: 急性踝关节扭伤患者行手法联合治疗的临床效果突出, 可改善患者疼痛程度、肿胀体积以及踝关节功能, 同时可纠正炎症因子水平利于患者病情康复。

关键词: 手法联合红肿膏; 急性踝关节扭伤; 疼痛; 肿胀体积; 炎症因子

临床骨科中, 急性踝关节扭伤属于常见关节疾病之一, 发生扭伤后以肿胀、功能障碍、皮肤瘀斑以及关节疼痛为主要临床症状, 若针对急性踝关节扭伤未采取及时有效的治疗措施则可能导致踝关节出现慢性疼痛, 甚至反复扭伤, 严重损害患者日常生活和工作。在对急性踝关节扭伤实施治疗时, 西医方法主要为冰敷、加压包扎以及抬高患肢等, 而蒙医治疗方法包括蒙药内服、蒙医按摩、蒙药外敷以及针刺等, 其效果显著。有研究指出^[1], 于西医冰敷、加压包扎以及抬高患肢等治疗措施基础上展开中医治疗方法可获得更好的治疗效果。基于此, 本研究从我院选取急性踝关节扭伤患者共计 50 例作为研究对象, 探究了手法联合红肿膏治疗的临床效果, 现报道如下。

1 资料及方法

1.1 一般资料

将 2020 年 11 月至 2021 年 11 月期间于本院选取 50 例急性踝关节扭伤患者作为研究对象, 应用双色球分组法平分为对照组和观察组, 各 25 例。对照组中, 有男 13 例, 女 12 例, 年龄为 19~60 岁, 平均年龄为 (22.87 $\pm$ 7.83) 岁, 病程介于 36 分钟~7 天, 病程均值为 (1.87 $\pm$ 0.53) 天; 观察组中, 有男 14 例, 女 11 例, 年龄为 19~57 岁, 平均年龄为 (23.87 $\pm$ 8.43) 岁, 病程介于 51 分钟~7 天, 病程均值为 (1.83 $\pm$ 0.57) 天。两组的基线资料相比无较大差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组给予局部外涂依托芬那酯凝胶, 此后采用弹性绷带以“8”字进行踝关节的固定和包扎, 内翻扭伤在轻度外翻位实施固定, 外翻扭伤在轻度内翻位实施固定, 1 天冰敷 4 到 6 次, 每次持续时间为 15 分钟, 休息过程中患肢抬高在心脏以上。此后局部外涂依托芬那酯凝胶, 1 天 1 次, 1 疗程 2 周, 2 周平均治疗效果。

观察组给予局部外敷红肿膏并联合实施蒙医手法治疗, 具体内容如下: (1) 蒙医手法治疗。体位选择平卧位, 由操作人员一手托住足跟部, 一手握住足尖部, 缓慢屈伸和内外翻踝关节, 再用双掌掌心轻轻对压内外踝, 此后采用手指掌面从下到上轻轻推抹足背。(2) 外敷治疗。在面积为

15mm $\times$ 15mm 的薄纱布上摊上药膏, 药膏厚度约为 3 到 5mm, 此后用相同大小的薄纱布覆盖药物, 将药膏覆盖在踝关节肿痛部位, 再采用弹性绷带对踝关节实施包扎和固定, 此后以“8”字进行踝关节的固定和包扎, 内翻扭伤在轻度外翻位实施固定, 外翻扭伤在轻度内翻位实施固定, 1 天冰敷 4 到 6 次, 每次持续时间为 15 分钟, 休息过程中患肢抬高在心脏以上。此后局部外涂依托芬那酯凝胶, 1 天 1 次, 1 疗程 2 周, 2 周平均治疗效果。

1.3 观察指标

对比两组患者治疗效果、VAS 评分、肿胀体积、AOFAS 评分及炎症因子水平改善情况。

治疗效果以《中医病证诊断疗效标准》为依据实施评价, 可分为优、良、中、差, 优: 经治疗后疼痛、肿胀等临床症状消失, 关节稳定, 且踝关节功能较好; 良: 经治疗后疼痛、肿胀等临床症状显著减轻, 存在劳累症状, 踝关节基本正常; 可: 经治疗后疼痛、肿胀等临床症状缓解, 踝关节功能受限, 但能行走。差: 不满足上述指标。治疗总有效率= 优率+良率+可率^[2]。

VAS 评分可分为 0~10 分, 0 分表示无痛, 10 分表示剧烈疼痛, 评分越高疼痛越严重^[3]。

肿胀体积为患侧踝关节体积减去健侧踝关节体积。

AOFAS 评分评价踝关节功能, 满分 100 分, 评分越高表示疼痛越严重。

炎症因子指标包括白细胞介素-6 (IL-6) 和白细胞介素-1 β (IL-1 β)。

1.4 数据处理

通过 SPSS25.0 软件对其展开数据处理, 计量指标选择 ($\bar{x} \pm s$) 给予阐释, 然后实施 t 检验。如果 $P < 0.05$ 则说明差异存在统计学优势。

2 结果

2.1 治疗效果比较

对照组治疗总有效率低于观察组 ($P < 0.05$)。相关数据如表 1 介绍。

表 1: 两组患者疗效比较[n (%)]

组	例	差	可	良	优	治疗总有
---	---	---	---	---	---	------

别 数							效率	χ^2	5.357
对	25	7 (28.00)	10(40.00)	5 (20.00)	3 (12.00)	18(72.00)	P	0.021	
照	2.2VAS 评分、肿胀体积、AOFAS 评分治疗前后比较								
组	治疗前两组患者 VAS 评分、肿胀体积、AOFAS 评分比较无显著差异								
观	25	1 (4.00)	4 (16.00)	5 (20.00)	15(60.00)	24(96.00)	(P>0.05), 治疗后两组患者 VAS 评分和肿胀体积均降低, 观察组低于对		
察	照组, AOFAS 评分两组均升高, 观察组高于对照组, 差异显著具备统计								
组	学价值 (P<0.05)。相关数据如表 2 介绍。								

表 2: 比较两组患者 VAS 评分、肿胀体积、AOFAS 评分改善情况 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	VAS (分)		t	P	肿胀体积 (ml)		t	P	AOFAS 评分 (分)		t	P
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
对照	25	6.64±0.77	1.59±0.53	27.012	0.000	275.57±7.49	102.33±4.63	98.370	0.000	48.33±6.53	73.83±4.70	15.847	0.000
组													
观察	25	6.59±0.89	1.09±0.43	27.822	0.000	268.83±6.95	67.63±3.05	137.158	0.000	49.63±6.84	92.62±3.27	28.352	0.000
组													
t	/	0.212	3.663	/	/	0.127	31.293	/	/	0.687	16.409	/	/
P	/	0.833	0.001	/	/	0.899	0.000	/	/	0.495	0.000	/	/

2.3 炎症因子水平治疗前后比较 (P>0.05), 治疗后两组患者 IL-6 和 IL-1 β 水平均降低, 观察组低于对照
治疗前两组患者白细胞介素-6 (IL-6) 和 IL-1 β 水平比较无显著差异 组, 差异显著具备统计学价值 (P<0.05)。相关数据如表 3 介绍。

表 3: 比较两组患者炎症因子水平改善情况 ($\bar{x}\pm s$, pg/mL)

组别	例数	IL-6		t	P	IL-1 β		t	P
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
对照组	25	133.54±24.44	77.86±18.93	9.006	0.000	294.73±109.53	191.35±62.37	4.101	0.000
观察组	25	129.29±23.65	53.64±15.93	13.265	0.000	289.66±102.75	138.42±46.83	6.697	0.000
t	/	0.625	4.895	/	/	0.169	3.393	/	/
P	/	0.535	0.000	/	/	0.867	0.000	/	/

3 讨论

临床中将外伤导致踝关节活动超出生理活动范围继而导致软组织发
生损伤的情况称之为急性踝关节扭伤, 由于小血管或毛细血管发生破裂
而出血, 继而会产生软组织肿胀, 而肿胀会导致静脉回流受阻, 大大增
加了静脉血管的通透性, 继而导致血管内液增加, 继而导致肿胀增加,
上述因素均会导致局部神经末梢受到刺激, 最终产生疼痛症状^[4]。在对急
性踝关节扭伤患者实施治疗时, 西医治疗方法包括局部冰敷、加压包
扎、患肢抬高, 并联合使用理疗以及抗炎镇痛^[5]。在应用非甾体抗炎药
物的情况下, 能够快速消除关节炎症, 并止痛, 同时利于运动功能的恢
复。依托芬那酯凝胶属于新型非甾体抗炎药, 外用效果突出, 能够有效
避免药物直接刺激为倡导, 可保障肠胃安全^[6]。

此次研究结果提示, 对照组治疗总有效率低于观察组; 治疗后两组
患者 VAS 评分和肿胀体积均降低, 观察组低于对照组, AOFAS 评分两组
均升高, 观察组高于对照组; 治疗后两组患者 IL-6 和 IL-1 β 水平均降低,
观察组低于对照组, 分析原因: 中医学认为, 急性踝关节扭伤属于“筋
伤”的范畴, 在踝关节扭伤后以活血化瘀、疏通经络、消肿止痛为主要治
疗原则。中蒙医手法可通过手法促使损伤肌肉和韧带等软组织松懈, 促
使受损部位筋的复位, 利于恢复骨和关节的正常生理功能恢复^[7]。与此同
时, 中医手法可发挥舒筋通络、活血散瘀、行气消肿、解痉止痛、整复
错位、滑利关节等价值^[8]。具体而言, 通过对受损踝关节实施屈伸和内外
翻, 此后对压内外踝, 从而修复错位和滑利关节, 最后通过推抹足背肌
肉可发挥疏松肌肉、活血消肿以及理顺经络等价值。蒙医手法联合红肿

膏治疗可发挥协同作用, 进一步提升患者临床治疗效果^[9]。
综上所述, 急性踝关节扭伤患者行手法联合红肿膏治疗的临床效果突
出, 可改善患者疼痛程度、肿胀体积以及踝关节功能, 同时可纠正炎症因
子水平利于患者病情康复。

参考文献:

[1]张文斌,雷鸣,梁海松,等. 手法联合红肿膏治疗急性踝关节扭伤临
床研究[J]. 中国中医急症,2021,30(8):1382-1384,1391.
[2]齐秀春,孙楠,郭喜钦,等. 栀黄止痛散治疗急性踝关节扭伤的疗效及
对损伤韧带形态学的影响[J]. 南京中医药大学学报,2021,37(3):360-365.
[3]龚韬,张乃. 口服逍遥丸治疗急性踝关节扭伤的临床疗效观察[J].
医学理论与实践,2021,34(5):799-801.
[4]汤周泉,刘惠宇,鲍晓,等. 浮针疗法配合早期康复训练治疗急性踝
关节扭伤的临床疗效[J]. 内蒙古中医药,2021,40(8):106-108.
[5]蒋顺婉,张勇,孙淑芬,等. 清热益气化瘀中药巴布膏治疗急性踝关节
扭伤的临床疗效[J]. 山东医药,2022,62(4):67-70.
[6]张营. 运动机能贴布贴扎联合物理因子治疗急性踝关节扭伤对疼
痛及踝关节功能的影响[J]. 养生保健指南,2021, 12(29):52-53.
[7]雷涛,孙银娣,曹毅,等. 芍药甘草汤联合针刺治疗急性踝关节扭伤的
效果及对踝关节功能的影响[J]. 临床医学研究与实践,2021,6(33):141-143.
[8]李斌杰,周晓芳,黄自冲. 芍药甘草汤加减联合针刺治疗急性踝关节
扭伤的临床研究[J]. 东方药膳,2021,09(21):173.

皮炎汤联合中药塌渍治疗接触性皮炎的临床经验

杜兵

北京中研集团东城中医医院中医皮肤科 北京 100013

摘要：皮炎汤是朱仁康老先生把皮肤科临床实践与温病学相结合自拟的重要方剂之一，常用于药物性皮炎、日光性皮炎、接触性皮炎等。本文从本方在接触性皮炎方面的临床应用联合中药塌渍外治观察后发现用于血热壅盛，外发体肤症候取得良好效果，故总结3例有效病案加以介绍，为读者提供临床思路。

关键词：接触性皮炎；皮炎汤；中药塌渍

1、病因病机

外因：辛热之毒或接触某些刺激性物质，如外用膏药以及接触燃料、化妆品、塑料用品等，都可引起接触性皮炎。内因：禀赋不耐，皮毛腠理不密，毒热蕴于肌肤而发病。

2、症状特点

①发病年龄 任何人

②好发部位 接触部位甚至以外的部位

③皮损特征 一般无特异性，皮炎的部位及范围与接触物接触部位一致，境界非常鲜明。但如接触物为气体、粉尘，则皮炎呈弥漫性而无一定的鲜明界限。轻症时局部呈红斑，淡红至鲜红色，少有水疱，或有针尖大丘疹密集，重症时红斑肿胀明显，在此基础上多数有丘疹、水疱，炎症剧烈时可发生大疱。水疱破裂则有糜烂、渗液和结痂。重症者可坏死。

3、用药特点

皮炎汤，出自《朱仁康临床经验集--皮肤科》，为朱老基于长期的临床经验所创建，本方由白虎汤、犀角地黄汤化裁而来，取二方之长融为一体，药物组成生地 30g、牡丹皮 9g、赤芍 9g、金银花 15g、连翘 15g、淡竹叶 6g、知母 10g、生石膏 30g、生甘草 6g 仅仅 9 位药就囊括了“卫气营血”四个层面。方中生地、丹皮、赤芍清营凉血；知母、生石膏清热解肌；淡竹叶轻清风热；双花、连翘、生甘草重在解毒。大剂量凉血之品请营凉血，清胃解肌之品“透热转气”并酌加轻清风热，清热解毒药物，共达清热凉血，解毒透疹之效。用来诊疗具有肌肤灼热发斑，舌质红绛等临床表现的接触性皮炎。

临床加减变化①热重，舌苔黄厚腻，口苦，小便黄赤加黄芩 15g、龙胆草 9g、炒栀子 12g、白茅根 30g。

②湿重，皮损有渗出者加车前草 30g、茯苓 15g、泽泻 12g

③浮肿较甚者，加茯苓皮 30g、冬瓜皮 30g

④瘙痒重，有鼻炎，怕风者加荆芥 10g、防风 10g、蝉蜕 12g、地肤子 20g

⑤入睡困难，容易醒加生龙骨 30g、煅牡蛎 30g、珍珠母 30g

中药塌渍是中医传统外治法之一^[1]。塌渍法，塌者，湿敷也，指用中药药液渍于药棉或药布后，敷于患处；渍者，浸渍也，指用中药药液直接浸渍患处。塌法与渍法结合为统一的复合治疗方法--塌渍法。塌渍法不仅能清楚创口，且与湿敷相结合，使得药效更加持久。明清时期塌渍逐渐成

为中医外科治法中的重要治疗方法，如明·申拱辰《外科启玄》云：“故先贤所立补泄汗下针灸淋漏敷贴灸烙等治法之，盖取其合宜之用也。”其列举的外科内外主要治法中，包含淋漏治法。皮肤科常用于冷漏渍，冷漏渍能使患部的血管收缩，血流迟缓，从而减少渗出，水肿，达到降温，消肿，减轻炎性渗出的目的^[2]。笔者自拟了接触性皮炎临床常用塌渍方：生地榆 30g、大青叶 30g、马齿苋 30g、牡丹皮 15g、地肤子 30g 共 5 位药组成。生地榆滋润，苦酸微寒，功效清热凉血，收敛止血；马齿苋酸寒滑利，功效为清热解毒，凉血利肠，解毒利湿，抑制组胺释放，缓解瘙痒，收湿敛疮，消肿；大青叶味苦，性大寒，归心，胃经，有清热解毒，凉血消斑之功；牡丹皮，味苦辛，性微寒，入心，肝，肾经，功效清热凉血，活血化瘀，善于凉血消痈，治热毒痈肿疮毒。五位药煮水后待冷后用 6 层纱布沾湿药液湿敷于患处约 5 分钟，连续做 5 到 6 次。

3、经典医案

病例 1

患者姓名：赵某

性别：女

出生年月：1987 年 11 月 18 日

初诊日期：2019 年 7 月 12 日

主诉：双眼水肿性红斑、渗出伴瘙痒 7 天

现病史：7 天前因佩戴金属框新眼镜后双眼突发环状水肿型红斑、渗出，边界清楚，瘙痒剧烈。就诊于某医院，诊断为面部皮炎，予抗过敏药物口服，经治疗后症状未缓解，患者急于拍婚纱照，为求进一步治疗来诊。现症见：患者双眼皮周围和鼻梁部水肿、红斑、渗出、结痂伴瘙痒。烦躁易怒、纳差、睡眠不佳，口苦、口渴、小便黄，大便时溏，舌质红苔黄厚，脉弦滑。

专科检查：双眼皮周围、鼻梁部环状水肿型红斑、边界清楚，周围红晕、有渗出和结痂。

中医诊断：漆疮

西医诊断：接触性皮炎

中医证型：血热壅盛，湿毒内蕴

治法：清热凉血，解毒祛湿

方药：皮炎汤合龙胆泻肝汤加减

生地 30g 牡丹皮 12g 赤芍 12g 金银花 15g

连翘 20g 生石膏 30g 淡竹叶 15g 龙胆草 12g
黄芩 15g 炒栀子 12g 茯苓皮 30g 冬瓜皮 30g
车前草 15g 蝉蜕 10g 防风 10g 荆芥 10g
炒白术 15g 茯苓 15g 柴胡 12g

7 剂水煎服，每日两次，饭后半小时后服用

中药塌渍治疗将湿敷溶液：生地榆 30g、大青叶 30g、马齿苋 30g、牡丹皮 30g、地肤子 30g 煎水倒入消毒碗内，将 6—8 层纱布浸湿，然后将此纱布放在皮肤损害之上，并轻压使之与皮损处密切接触，5—10 分钟更换纱布一次，每日湿敷 2 次，每次 15—20 分钟。连续用 7 天。

复诊：二诊（7 月 19 日）

患者诉瘙痒减轻，现皮损处水肿消失，红斑明显变淡，不渗出，仍纳差、眠不佳，口苦口渴减轻，小便黄，舌质红苔薄黄，脉弦滑。

上方去茯苓皮、冬瓜皮加生龙骨 30g（先煎）煅牡蛎 30g（先煎）继续 7 剂水煎服，中药塌渍治疗改为每日一次，每次 15—20 分钟。

复诊：三诊（7 月 26 日）

患者诉瘙痒消失，皮损进一步减轻，口苦，口渴消失，纳可，二便调，仍眠差，脉弦，舌质淡红苔薄黄。

上方减生地 15g、生石膏 30g、蝉蜕 10、龙胆草 12g、淡竹叶 15g；加炒酸枣仁 15g 7 剂水煎口服，停用中药塌渍，巩固治疗。

复诊：四诊（8 月 2 日）

患者诉眠可，纳可，二便调，舌质淡红，苔薄白，脉弦。现皮损处遗留色素沉着，嘱患者中药停药避免再次接触金属材料眼镜。

病例 2

患者姓名：李某

性别：女

出生年月：1995 年 7 月 12 日

初诊日期：2020 年 3 月 15 日

主诉：口唇周围出现水肿性红斑伴瘙痒 7 天

现病史：7 天前因佩戴医用口罩后出现水肿性红斑、边界清楚，伴瘙痒灼热，自行在药店购买抗过敏药物口服，症状有所缓解，今日再次戴医用口罩后症状加重，为求进一步治疗来诊。现症见：面部口罩接触部位皮肤水肿、红斑、边界清楚，其上可见密集红色丘疹，瘙痒剧烈，平时烦躁易怒，口干，小便黄，大便偏干，睡眠不佳，舌质红苔薄黄，脉数。

专科检查：口唇周围皮肤四方型水肿性红斑、边界清楚，周围红晕、皮肤上有密集红色丘疹

中医诊断：漆疮

西医诊断：接触性皮炎

中医证型：热毒蕴肤证

治法：清热凉血解毒

方药：皮炎汤加减

生地 30g 牡丹皮 12g 赤芍 12g 金银花 15g
连翘 20g 生石膏 30g 淡竹叶 15g 知母 10g
生甘草 6g 白茅根 30g 炒栀子 12g 茯苓皮 30g

地肤子 20g 生龙骨 30（先煎）柴胡 10g

7 剂水煎服，每日两次，饭后半小时后服用

中药塌渍治疗将湿敷溶液：生地榆 30g、大青叶 30g、马齿苋 30g、牡丹皮 30g、地肤子 30g 煎水倒入消毒碗内，将 6—8 层纱布浸湿，然后将此纱布放在皮肤损害之上，并轻压使之与皮损处密切接触，5—10 分钟更换纱布一次，每日湿敷 2 次，每次 15—20 分钟。连续用 7 天。

复诊：二诊（3 月 22 日）

患者诉瘙痒减轻，现皮损处水肿明显消失，红斑明显变淡，丘疹变少，二便调，眠可，仍口干，舌质红苔薄黄，脉数。

上方去茯苓皮、冬瓜皮加芦根 20g、玄参 15g 继续 7 剂水煎服，中药塌渍治疗改为每日一次，每次 15—20 分钟。

复诊：三诊（7 月 26 日）

患者诉眠可，纳可，二便调，舌质淡红，苔薄白，脉缓，现皮损处遗留色素沉着，嘱患者中药停药，避免再次接触致敏口罩，换真丝口罩直接接触皮肤，患者忌用热水或肥皂等清洁用品刺激，避免搔抓、摩擦，日晒，禁用刺激性强的药物。

病例 3

患者姓名：张某

性别：女

出生年月：1965 年 1 月 18 日

初诊日期：2019 年 1 月 12 日

主诉：头面颈部水肿性红斑、渗出伴瘙痒 1 天

现病史：2 天前染发后出现头皮、双耳、颈部、面部水肿型红斑、其上可见水疱、破溃后糜烂渗出，伴瘙痒灼热，平时烦躁易怒，身热口渴，小便短赤，大便干，舌质红，苔薄黄，脉弦滑。

专科检查：头皮、双耳、面部、颈部水肿型鲜红斑、其上可见水疱、糜烂渗出、结痂。

中医诊断：漆疮

西医诊断：接触性皮炎

中医证型：湿热毒蕴

治法：凉血解毒，清热利湿

方药：皮炎汤合龙胆泻肝汤加减

生地 30g 牡丹皮 12g 赤芍 12g 金银花 15g
连翘 20g 生石膏 30g 淡竹叶 15g 龙胆草 12g
黄芩 15g 炒栀子 12g 茯苓皮 30g 冬瓜皮 30g
车前草 15g 白茅根 30g 柴胡 12g 泽泻 12g

7 剂水煎服，每日两次，饭后半小时后服用

中药塌渍治疗将湿敷溶液：生地榆 30g、大青叶 30g、马齿苋 30g、牡丹皮 30g、地肤子 30g 煎水倒入消毒碗内，将 6—8 层纱布浸湿，然后将此纱布放在皮肤损害之上，并轻压使之与皮损处密切接触，5—10 分钟更换纱布一次，每日湿敷 2 次，每次 15—20 分钟。连续用 7 天。

复诊：二诊（1 月 19 日）

患者诉瘙痒减轻，现皮损处水肿减轻，红斑明显变淡，水疱消失，渗

出减少，结痂，仍口渴小便黄，大便干，舌质红苔薄黄，脉弦滑。

上方加玄参 20g 继续 7 剂水煎服，中药塌渍治疗改为每日一次，每次 15–20 分钟。

复诊：三诊（1 月 26 日）

患者诉瘙痒消失，皮损进一步减轻，口渴消失，大便不干，纳差，脉弦，舌质淡红苔薄黄。

上方减生地 15g 去生石膏 30g、龙胆草 12g、淡竹叶 15g、白茅根 30g、玄参 20g、加炒炒白术 15g、茯苓 15g 7 剂水煎口服，停用中药塌渍，巩固治疗。

5、临证心得

1、内外同治 接触性皮炎多由外受辛热之毒或接触某物质，因禀赋不耐，皮毛腠理不密，毒热蕴于肌肤而发病^[3]。所以在治疗时要兼顾风、热、湿三种外淫，并注意调整内在脏腑功能。在外要疏风清热祛湿，在内要清肝健脾。在外联合中药塌渍，在内口服皮炎汤，内外同治，减轻症状，疗效明显^[4]。

2、皮炎汤临床治疗范围除上述主治外，凡辨证只在符合血热外壅症的，证见口渴咽干，小便黄赤短少，舌质红绛，苔净或薄黄，脉细滑或数，皮肤潮红，红斑明显，触之灼热者，病机属于热入营血，血热沸腾，外走

肌腠者，均可使用本方化裁治疗而取效。如药物性皮炎、过敏性紫癜，银屑病进行期等，尤其头面部急性红斑明显的病证，其疗效更佳^[5]。

3、接触性皮炎一定要注重预防调护，首先不宜用热水或肥皂水洗涤或摩擦，禁用刺激性强的止痒药物。忌食辛辣、油腻、鱼腥、豆类、芒果等食物。明确病因，避免继续接触过敏物，如“漆疮”患者应避免再接触过敏物。与职业有关系，应改进工序及操作过程，加强防护措施。

参考文献：

[1]李元文.皮肤病塌渍疗法.北京:中国医药科技出版社, 2018:3–11

[2]赵炳南, 张志礼.简明中医皮肤病学.北京:中国中医药出版社, 2014:159–160

[3]白彦萍, 周冬梅.中医皮肤病临证心得.北京:人民卫生出版社, 2016:94–102

[4]李博鑑.皮科精方心典.北京:人民卫生出版社, 2007:256–257

[5]蔡瑞康, 宋坪.朱仁康皮肤外科临床经验拾遗, 北京:人民卫生出版社:2021:10、28、104

作者简介：杜兵（1979.9–），女，汉族，主治医师，中医皮肤病方面的研究。

（上接第 122 页）

内营养的帮助下，急性脑出血患者的营养状况可以得到最大程度的改善。同时，他们的免疫功能和抵抗功能能够尽快恢复，他们的血糖和 ALB 能够尽快恢复正常，从而确保患者的预后^[10]。此外，健康指导可以促进患者自身运动功能的尽快恢复，提高患者的生活质量。因此，除了对患者进行早期肠内营养护理外，还应对患者进行健康指导。健康指导可以提高患者对疾病的认识，促进早期肠内营养的实施。心理咨询可以消除患者的各种担忧，减少各种负面情绪的发生，增强患者战胜疾病的自信心。从本次研究结果中可得知，研究组患者的营养状况明显优于对照组（ $P<0.05$ ）。研究组患者疾病状况明显优于对照组（ $P<0.05$ ）。从患者自身出发，研究组患者心理状况明显优于对照组（ $P<0.05$ ），同时研究组患者的护理满意度明显优于对照组（ $P<0.05$ ）。而从护理安全性角度出发，研究组患者的不良事件发生率明显低于对照组（ $P<0.05$ ）。

综上所述，早期胃肠营养支持对患者预后具有良好的临床意义，不仅可以很好的促进疾病恢复，同时亦可降低患者在院期间的不良事件发生率，因此各医院应正确认识到该项护理方式的重要性及可靠性，并将其应用于患者护理工作中。

参考文献：

[1]丁力.早期肠内营养护理用于急性脑出血患者护理中的作用探讨[J].当代临床医刊,2022,35(02):119–120.

[2]张晓燕,张凌娟,陶绪梅,张礼璐.急性脑出血患者早期应用肠内营养护理的价值[J].实用心脑血管病杂志,2021,29(S1):132–134.

[3]曹美香,周素敏.早期肠内营养及护理干预对急性脑出血患者颅骨钻孔术后康复效果的影响[J].系统医学,2021,6(14):150–153.

[4]邹红艳.早期肠内营养护理应用于急性脑出血患者中的效果[J].中国医药指南,2021,19(02):160–161.

[5]孟琴.早期肠内营养护理在急性脑出血患者中的临床价值[J].中国社区医师,2020,36(15):162+164.

[6]钟方,张丽,李付华.低热量肠内营养护理对重症高血压脑出血术后患者的临床价值[J].黑龙江中医药,2020,49(01):208–209.

[7]申婷婷.早期肠内营养护理在急性脑出血患者中的临床价值[J].长寿,2020(02):189.

[8]刘琼.早期肠内营养护理用于急性脑出血中你了解吗[J].家庭生活指南,2020(01):78.

[9]罗红梅.评估早期肠内营养护理应用于急性脑出血患者临床护理中的价值[J].中国医药指南,2019,17(28):279–280.

[10]尚晓光.早期肠内营养护理用于急性脑出血患者护理的效果评价[J].中国医药指南,2019,17(20):198.

鸦胆子注射液联合 FOLFOX 方案治疗结直肠癌的 Meta 分析

赵一凡^{1,2} 李小娜¹ 刘海净² 郑洁³ 郑凤磊⁴

1.华北理工大学药学院 河北唐山 063200; 2.开滦总医院药剂科 河北唐山 063000;
3.唐山市中医医院护理部 河北唐山 063000; 4.唐山市妇幼保健院口腔科 河北唐山 063000

摘要: 目的: 系统评价鸦胆子注射液联合 FOLFOX 方案治疗结直肠癌的疗效和安全性。方法: 通过检索 CNKI, WangFangData, VIP, 收集建库至 2021 年 12 月公开发表的有关鸦胆子注射液联合 FOLFOX 方案治疗结直肠癌的临床随机对照试验, 提取文献中的数据资料, 进行质量评价并应用 RevMan5.4 软件进行 Meta 分析。结果: 最终纳入 RCT 14 篇, 共纳入患者 1065 例, 其中试验组 548 例, 对照组 517 例。Meta 分析结果显示, 试验组的客观缓解率高于对照组, 差异有统计学意义[RR=1.38, 95%CI (1.21, 1.57), P<0.00001]。试验组的不良反应白细胞减少发生率、血小板减少发生率均低于对照组[RR=0.56, 95%CI (0.46, 0.68), P<0.00001; RR=0.69, 95%CI (0.49, 0.97), P=0.03]。结论: 鸦胆子注射液联合 FOLFOX 方案治疗结直肠癌相比单独使用 FOLFOX 方案可以显著提高客观缓解率, 减少不良反应骨髓抑制的发生。

关键词: 鸦胆子注射液; 结直肠癌; Meta 分析; FOLFOX 方案

结直肠癌(Colorectal Cancer, CRC)好发于直肠及乙状结肠的交界处, 是消化系统常见的恶性肿瘤之一。有研究显示 CRC 的发生与饮食习惯、生活作息等因素密切相关, 随着近年来我国经济的飞速发展, 国民生活水平不断提高, 我国的癌症谱也逐渐向发达国家转变^[1]。近年来, 我国临床诊疗中常使用 FOLFOX 方案治疗 CRC, 且具有不错的疗效, 但化疗往往会带来较严重的不良反应^[2]。本研究基于 Meta 分析的方法拟对鸦胆子注射液联合 FOLFOX 方案治疗 CRC 的疗效和安全性进行评价。

1 资料与方法

1.1 纳入标准与排除标准

纳入标准: ①临床随机对照试验; ②经 CT 影像、肠镜、病理学、细胞学诊断为 CRC, TNM 分期在Ⅱ期及以上; ③预计生存期 3 个月以上; ④患者性别、年龄、种族、病理类型不限; ⑤对照组只采用 FOLFOX 方案(奥沙利铂+亚叶酸钙+5-氟尿嘧啶); ⑥语种不限。

排除标准: ①单纯病例研究、会议、综述、二次研究、评论或社论; ②动物实验或体外实验; ③不能找到全文或数据未以数字化形式报道的文章; ④低质量文献; ⑤重复发表。

1.2 检索策略

运用计算机和人工相结合的方式进行检索, 计算机检索范围为国内外公认的数据库, 年限为建库至2021年12月, 并根据不同的数据库制定相应的检索策略。中文数据库: CNKI, WangFangData, VIP数据库。中文检索词检索词为“鸦胆子注射液”和“肠癌”。

1.3 资料提取与质量评价

资料提取: 由两位研究者分别根据事先拟定的检索词进行独立检索, 根据纳入排除标准确定最终纳入的文献。当两位研究者之间意见出现分歧时, 由第三方进行判断。

结局指标: 通过比较两组完全缓解例数和部分缓解例数之和与总人数的比值, 即客观缓解率(ORR)来对疗效进行评价。安全性指标主要用过比较不良反应骨髓抑制的指标: 白细胞和血小板减少的发生情况进行评价。

最终所纳入文献的资料包括: 文献的题目, 第一或通讯作者, 发表年份, 治疗方案, 样本数量以及结局指标中提及的各项指标数据。

根据 Cochrane 协作网进行质量评价: ①随机序列生成; ②分配方案是否隐蔽; ③盲法的实施; ④退出偏倚; ⑤选择性报告偏倚; ⑥其他偏倚。

1.4 统计学方法

采用 RevMan 5.4 软件对纳入文献的资料进行 Meta 分析。计数资料选用相对危险度(RR)表示, 计量资料采用均数差(MD)表示, 均计算 95% 可信区间(CI)。异质性用 I^2 表示, Cochrane 协作网认为 $I^2 \leq 50\%$ 或 $P \geq 0.05$ 异质性较低, 采用固定效应模型分析; $I^2 > 50\%$ 或 $P < 0.05$ 说明异质性较高, 采用随机效应模型分析。采用倒漏斗图评价发表偏倚。若图形呈倒漏斗形且左右对称, 说明无明显发表偏倚; 若图形呈偏态分布, 说明可能存在发表偏倚, 提示结论不可靠。 $P < 0.05$ 说明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 文献检索结果

初检共检出文献 204 篇, 均为中文文献, 最后纳入 14 篇^[3-16]文献, 共 有患者 1065 例, 其中试验组 548 例, 对照组 517 例, 各研究样本量从 20 例到 136 例不等。

2.2 纳入研究的基本特征与质量评价

14 篇文献均为 RCT, 所有研究均提及随机分组并未描述具体随机方法; 所有研究均未提及盲法和随机隐藏, 数据脱落和失访情况。纳入文献基本资料见表 1。根据 Cochrane 协作网标准对文献进行质量评价, 结果见图 1。

表 1 纳入文献基本资料

第一作者	发表年份	人数(例)		治疗周期	结局指标
		联合组	对照组		
方明治 ^[3]	2008	48	45	14 天/周期, 2-4 周期	①③
卜金钟	2010	46	34	14 天/周期, 4 周期	①②

[4]					
罗秀玲	2010	30	30	28 天/周期, 2 周期。	②③
[5]					
许慕明	2010	56	40	28 天/周期, 2 周期	②③
[6]					
宋春燕	2012	33	33	14 天/周期, 4 周期	①
[7]					
聂春霞	2012	30	30	21 天/周期, 4 周期	①②
[8]					
李绮云	2013	20	21	21 天/周期, 4 周期。	①
[9]					
包向东	2014	63	62	21 天/周期, 4 周期	①
[10]					
刘梦琰	2016	50	50	14 天/周期, 4 周期	①
[11]					
邓文玲	2016	30	30	21 天/周期, 4 周期	①
[12]					
郑重 ^[13]	2016	38	38	21 天/周期, 2 周期	①②③
郝晶 ^[14]	2019	34	34	21 天/周期, 4 周期	①②
陈娟 ^[15]	2019	38	38	14 天/周期, 2 周期	②③
薛协持 ^[16]	2020	32	32	21 天/周期, 4 周期	①②

结局指标: ①客观有效率; ②白细胞减少发生率; ③血小板减少发生率。

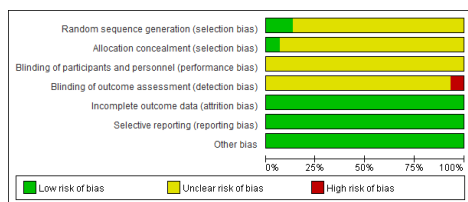


图 1 文献质量评价

2.3 Meta 分析结果

2.3.1 客观缓解率

共有 11 个研究^[3,4,7,9-14,16]报道了客观缓解率 (n=841) 各研究间无统计学异质性 ($I^2=0\%$, $P=0.94$), 固定效应模型显示, 试验组的客观缓解率高于对照组 [$RR=1.38$, $95\%CI$ (1.21, 1.57), $P<0.00001$] (图 2)。

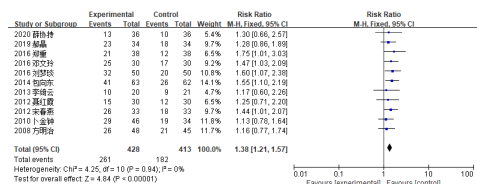


图 2 鸦胆子注射液试验组和对照组客观缓解率森林图

2.3.2 不良反应

2.3.2.2 白细胞减少

共有 8 个研究^[4-6,8,13-16]报道了白细胞减少 (n=572), 各研究间无统计

学异质性 ($I^2=0\%$, $P=0.91$), 固定效应模型显示, 试验组的客观缓解率高于对照组 [$RR=0.56$, $95\%CI$ (0.46, 0.68), $P<0.00001$] (图 3)。

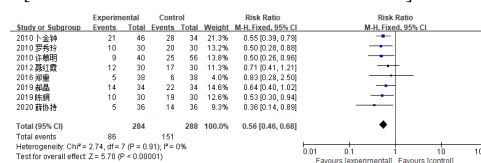


图 3 白细胞减少发生率森林图

2.3.2.3 血小板下降

共有 5 个研究^[3,5,6,13,15]报道了客观缓解率 (n=385), 各研究间无统计学异质性 ($I^2=0\%$, $P=0.55$), 固定效应模型显示, 试验组的客观缓解率高于对照组 [$RR=0.69$, $95\%CI$ (0.49, 0.97), $P=0.03$] (图 4)。

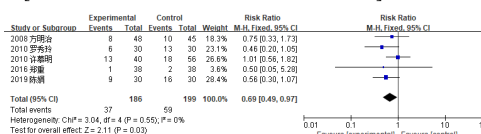


图 4 肝功能损伤发生率森林图

2.4 发表偏倚评估

漏斗图分析鸦胆子注射液联合化疗方案治疗结直肠癌的客观缓解率, 结果显示中线两侧研究略不对称(图 5), 提示研究可能存在一定发表偏倚。

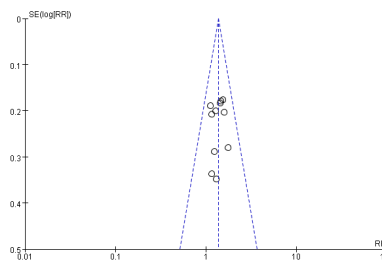


图 5 客观缓解率漏斗图

3 讨论

结直肠癌的发病率近年来持续攀升, 与居民生活水平的不断提高, 饮食结构发生改变有关。作为常见的消化系统肿瘤, 结直肠癌的术后治疗中是否要选择中药注射液联合化疗成为医生和患者需要面对的问题。鸦胆子注射液作为治疗癌症的辅助药物有良好的效果, 大量的临床试验也证实, 鸦胆子注射液联合常规放化疗治疗肿瘤有较好的协同作用, 能有效增强机体免疫力、改善患者生存质量。

关于有效性 Meta 分析结果显示, 相比单用 FOLFOX 方案, 联合鸦胆子注射液治疗结直肠癌可以有效提高客观缓解率, 关于安全性 Meta 分析的结果显示, 联合鸦胆子注射液相比单纯 FOLFOX 方案能有效降低化疗药物造成的白细胞减少, 血小板减少这些有关骨髓抑制的不良反应发生率。本研究也存在一些局限性: 本次评价纳入的研究总体水平不高, 容易受到发表偏倚的影响; 研究均未对盲法实施的描述; 大部分研究在随机方式的描述中仅提及了随机分配, 未说明具体方法, 难以判断随机方法的质量; 缺乏评价长期的疗效, 后期生存质量和不良反应带来损伤的依据。

综上所述, 鸦胆子注射液联合 FOLFOX 方案治疗结直肠癌与单用 FOLFOX 方案相比可以提高客观缓解率, 减少不良反应的发生, 但仍需更

(下转第 138 页)

中药贴敷在骨折长期卧床患者改善腹胀便秘的护理干预

马梅荣 甫丽 杜彩梅 (通讯作者)

新疆医科大学第一附属医院运动医学创伤骨科 新疆乌鲁木齐 830054

摘要: 目的: 探讨中药贴敷在骨折后长期卧床患者改善腹胀便秘的护理效果。方法: 选取本院于2021年4月至2022年1月间收治的120例骨折后长期卧床的患者为研究对象, 采用随机抽签的方式予以分组, 分为实验组和对照组, 每组各60例, 对照组采用常规护理, 实验组采用常规护理联合中药贴敷。结果: 在生活质量方面, 实验组在躯体疼痛、精力、情感职能、精神健康、社会功能、生理职能、生理功能、整体健康状况方面均高于对照组; 在便秘情况方面, 实验组在腹胀、粪便形状、自发排便、排便费力、排便时间、发生便秘方面均低于对照组; 在护理满意度方面, 实验组满意度96.66%, 对照组75.00%, 组间数据差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 在骨折后长期卧床的患者护理中, 给予中药贴敷, 效果显著, 有利于腹胀便秘情况的改善, 从而提高患者的生活质量, 提升患者的满意度, 进而提升护理治疗效果, 促进患者康复, 值得临床推广和使用。

关键词: 中药贴敷; 骨折; 腹胀便秘; 护理

在骨科临床护理中骨折属于较为常见的疾病, 其致病因素主要为(1)直接暴力, 如: 车祸、撞击等; (2)间接暴力, 如: 摔倒、扭伤、高处坠落等; (3)积累性劳损, 如过度过久负重劳动或行走, 逐渐发生骨折者。当骨折发生后患者需卧床制动并抬高, 如: 双下肢骨折、股骨干骨折、骨盆骨折、车祸或高处跌落致多发骨折等; 其治疗方法主要以手术方式为主, 但术后患者仍需长期卧床, 在长期卧床过程中患者的消化功能会逐渐减弱, 胃肠蠕动出现减慢的情况, 从而引起胃肠胀气, 特别是老年患者, 易出现肠道水分缺失的情况, 从而引发腹胀便秘, 进而影响预后效果和治疗效果[2]。为此在骨折后长期卧床患者的治疗中, 采取及时有效的护理措施予以干预尤为重要[3]。本文通过探讨中药贴敷在骨折后长期卧床患者改善腹胀便秘的护理效果, 分析其临床价值, 具体内容如下。

1. 资料与方法

1.1 基线资料

选取本院于2021年4月至2022年1月间收治的120例骨折后长期卧床的患者为研究对象, 采用随机抽签的方式予以分组, 分为实验组和对照组, 每组各60例, 对照组采用常规护理, 实验组采用常规护理联合中药贴敷。其中, 在对照组方面, 男女患者比例35:25, 最小年龄20岁, 最大年龄89岁, 平均年龄(55.63 ± 7.42)岁; 在实验组方面, 男女患者比例40:20, 最小年龄21岁, 最大年龄88岁, 平均年龄(56.03 ± 7.16)岁。两组患者的基线资料对比, 组间数据差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组采用常规护理, 主要包括术前的心理护理、健康宣教, 术中配合医生完成手术操作, 术后的饮食指导、用药指导以及康复训练指导等。

实验组采用常规护理联合中药贴敷, 患者经中医科医生会诊后, 以中医学理论为基本理念, 具体内容如下: 1、中药穴位贴敷: 采用山药、山楂、茯苓、法半夏、丁香等中药材研磨成粉状, 再采用凡士林膏将其调制成药膏, 将调制好的膏状物贴敷于中脘穴、天枢穴、气海穴、神阙穴等, 每日贴敷一次, 每次贴敷时间约3h至4h左右, 持续贴敷7d。此外, 在贴敷前, 护士需要对上述穴位, 进行点揉, 时间约2min, 点揉时注意点揉力度。2、护理干预: 2.1 护士要积极主动和患者进行沟通交流, 为患者普及关于骨折手术后腹胀便秘对术后恢复的影响, 提高患者对腹胀便秘的认知

程度, 帮助患者养成良好的排便习惯, 让患者能够定时排便, 如晚上睡觉前或者在晨起后。2.2 护士需要对患者的实际情况进行综合分析, 科学的评估患者的自理能力, 如下肢活动情况、上肢活动情况、理解能力以及心理状态等, 并指导患者或家属进行腹部按摩训练。2.3 按摩方法: 指导患者平卧位, 放松自身状态, 使腹部处于放松状态, 之后按照顺时针的方向进行脐部的按摩, 双手叠放, 依照从轻到重, 在从重到轻的压力顺序进行按摩, 按摩20min, 每日2-3次, 有效增强患者腹肌的收缩力, 从而改善患者的肠蠕动情况。2.4 在饮食方面, 基于患者的身体情况, 优化患者的饮食结构, 嘱咐患者在饮食上, 以易消化、清淡类食物为主, 多食用新鲜蔬菜、水果以及促进消化的食物, 嘱咐患者要多喝水, 保持每日的饮水量在2000ml至2500ml左右。2.5 在心理方面, 由于大多数骨折患者在长期卧床的过程中, 自理能力下降, 床上排便的行为导致患者出现了一些心理应激反应, 从而诱发了一系列的负面心理情绪, 如焦虑、不安等, 这些心理状况会进一步影响患者的胃肠蠕动, 进而出现腹胀便秘的情况。为此, 在护理期间, 护士需要加强和患者的沟通, 全面了解患者的生活习惯, 同时讲解腹胀便秘对身体的危害, 指导患者正确的排便方法, 提高患者的自理能力, 并疏导患者的心理压力, 从而让患者保持良好的心态, 提升患者的治疗依从性和护理依从性。

1.3 观察指标

比较两组患者的生活质量、便秘情况、护理满意度。便秘情况: 主要包括腹胀、粪便形状、自发排便、排便费力、排便时间、发生便秘。其中, 在腹胀方面, 无腹胀情况, 视为0分; 轻度腹胀, 视为1分; 腹胀明显但不影响正常生活, 视为2分; 腹胀明显且影响生活, 视为3分。在粪便形状方面, 参考Bristol粪便分型。在自发排便方面, 每日排便1-2次, 视为0分; 排便后间隔2-3日后再次排便, 视为1分; 间隔时间增加至3-5日, 视为2分; 间隔时间增加至一周以上, 视为3分。在排便费力方面, 不费力0分, 稍微费力1分, 较为费力2分, 无法正常排除需要手法协助3分。

1.4 统计学分析

采用SPSS22.1软件对数据进行处理和分析, 计量资料, 采用均数标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 计数资料, 采用 χ^2 表示, 用t进行检验, 当P小于0.05表示差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 比较两组患者的生活质量

两组对比,在生活质量方面,实验组在躯体疼痛、精力、情感职能、精神健康、社会功能、生理职能、生理功能、整体健康状况方面均高于对照组,组间数据差异有统计学意义($P<0.05$),详细数据见表1。

表 1: 两组患者的生活质量(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	实验组(n=60)	对照组(n=60)	t 值	P 值
躯体疼痛	68.21±10.38	54.31±10.77	7.198	0.000
精力	74.61±11.41	65.11±10.55	4.735	0.000
情感职能	81.23±12.66	68.44±12.57	5.553	0.000
精神健康	77.07±11.74	66.63±11.34	4.954	0.000
社会功能	73.53±14.65	63.42±10.21	4.385	0.000
生理职能	72.97±10.74	62.11±10.47	5.608	0.000
生理功能	77.23±11.61	63.03±11.22	6.812	0.000
整体健康状况	80.77±14.47	64.54±13.19	6.420	0.000

2.2 比较两组患者的便秘情况

两组对比,在便秘情况方面,实验组在腹胀、粪便形状、自发排便、排便费力、排便时间、发生便秘方面均低于对照组,组间数据差异有统计学意义($P<0.05$),详细数据见表2。

表 2: 两组患者的便秘情况(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	实验组(n=60)	对照组(n=60)	t 值/ X^2 值	P 值
腹胀	1.51±0.34	1.96±0.43	6.358	0.000
粪便形状	1.21±0.24	1.86±0.48	9.381	0.000
自发排便	1.52±0.32	2.04±0.45	7.294	0.000
排便费力	1.29±0.34	1.92±0.44	8.775	0.000
排便时间	15.21±3.45	23.01±4.23	11.068	0.000
发生便秘	5(8.33)	16(26.66)	6.984	0.008

2.3 比较两组患者的护理满意度

两组对比,在护理满意度方面,实验组满意度 96.66%(58/60),对照组 75.00%(45/60),组间数据差异有统计学意义($P<0.05$),详细数据见表3。

表 3: 两组患者的护理满意度

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
实验组	60	38(63.33)	20(33.33)	2(3.33)	58(96.66)
对照组	60	30(50.00)	15(25.00)	15(25.00)	45(75.00)
X^2 值	-	-	-	-	11.582
P 值	-	-	-	-	0.000

3. 讨论

在外科手术治疗中,骨折属于较为常见的疾病,主要是由于外伤所致,或者由于内伤引起的,会对患者的生活造成不利的影响^[4]。在手术治疗后,由于骨折患者需要进行长期的卧床休养,从而导致患者极易出现便秘的情

况^[5]。腹胀便秘,不仅仅只是导致患者排便次数减少,大便干燥,还会导致患者出现腹部不适、腹部疼痛、肠胀气等情况,腹胀便秘严重的患者,甚至会出现抑郁、多梦、焦虑失眠等精神障碍,会大幅度的降低患者的生活质量,引起患者不适,从而影响患者的手术治疗效果,延缓患者的康复进程^[6]。

中药穴位贴敷采用山药、山楂、茯苓、法半夏、丁香等中医药材,将其制成膏状,贴敷于患者的中脘穴、天枢穴、气海穴、神阙穴,能够有效患者的临床症状,避免患者出现便秘情况^[7]。在穴位上,给予药物性刺激,能够让药物通过皮肤的吸收,跳过肝脏代谢,直接作用在患者机体,从而更好的发挥出清火消肿、润肠通气、泻火除烦、清热利湿的药效作用^[8]。再加上,常规的护理措施干预,调节患者的心理状态,规范患者的饮食习惯,能够进一步提高患者的预后效果,促进患者康复^[9]。

本文结果显示,在生活质量方面,实验组在躯体疼痛、精力、情感职能、精神健康、社会功能、生理职能、生理功能、整体健康状况方面均高于对照组;在便秘情况方面,实验组在腹胀、粪便形状、自发排便、排便费力、排便时间、发生便秘方面均低于对照组;在护理满意度方面,实验组满意度 96.66%,对照组 75.00%,组间数据差异有统计学意义($P<0.05$)。这表明,在骨折后长期卧床的患者护理中,采用常规护理联合中医贴敷,能够有效改善患者的生活质量,改善患者的便秘情况,从而提升患者的护理满意度,提升治疗效果,促进患者机体更好的恢复^[10]。

综上所述,在骨折后长期卧床的患者护理中,行中药贴敷效果显著,有利于腹胀便秘情况的改善,从而提高患者的生活质量,提升患者的满意度,进而提升护理治疗效果,促进患者康复,值得临床推广和使用。

参考文献:

[1]唐延凤,韦晓宁. 神阙穴中药贴敷缓解下肢骨折患者的腹胀便秘[J]. 养生保健指南,2021(37):124-125.

[2]王洁瑜. 穴位按摩结合中药贴敷改善胸腰椎骨折术后腹胀便秘的实验研究[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19(58):3-5.

[3]刘娜. 艾灸联合中药贴敷穴位治疗胸腰椎骨折后腹胀及便秘的疗效研究[J]. 健康管理,2021(7):32,10.

[4]张洁. 中药贴敷在改善下肢骨折术后患者便秘和生活质量中的效果[J]. 当代护士(中旬刊),2018,25(4):103-104.

[5]王昱丁. 中药穴位贴敷治疗腰椎骨折术后便秘 42 例[J]. 中国医药科技,2021,28(5):799-800.

[6]闵永娟. 中药穴位贴敷缓解脑外伤患者引起腹胀便秘的临床研究与护理[J]. 世界最新医学信息文摘,2021,21(101):962-963.

[7]严婷婷. 中药穴位贴敷联合血透室护理干预对血液透析患者便秘的临床效果分析[J]. 中外医疗,2021,40(36):13-16,21.

[8]刘倩. 中药穴位贴敷+针对性护理治疗产后便秘的临床效果观察[J]. 现代诊断与治疗,2021,32(17):2847-2849.

[9]何水连. 神阙穴中药贴敷联合耳穴贴压治疗老年功能性便秘的临床疗效[J]. 中国肛肠病杂志,2021,41(8):33-34.

[10]李秀霞. 穴位敷贴治疗长期卧床病人腹胀便秘护理技术[J]. 健康大视野,2019(11):100-101.

针灸对脑梗死患者的临床疗效观察及康复效果分析

王伟

北京市昌平区南口医院 北京昌平 102202

摘要：目的：探究针灸对脑梗死患者的临床疗效与康复效果。方法：研究区间为 2020 年 11 月至 2021 年 11 月，研究对象为此区间内本院收治的脑梗死患者 60 例，以随机抛球法将所有患者分为 2 组，即常规组与观察组，每组各 30 例，常规组实施常规治疗，观察组患者给予中医针灸联合康复治疗。记录并对比两组患者的临床疗效、治疗前后的 Barther 指数、MMSE 评分、FMA 评分及炎症因子水平。结果：对比两组患者的临床疗效：显效、有效、无效、总有效率，观察组的临床疗效显著高于常规组，两组数据对比差异（ $P<0.05$ ）；对比两组患者治疗后的 Barther 指数、MMSE 评分、FMA 评分，观察组患者的 Barther 指数、MMSE 评分、FMA 评分显著高于常规组，两组数据对比差异（ $P<0.05$ ）。结论：给予脑梗死患者实施中医针灸治疗联系康复治疗，有效改善患者的运动功能及认知功能，具有显著的临床疗效，中医针灸具有适用性较强，可以借鉴。

关键词：中医针灸；脑梗死；临床疗效；康复效果

在中医范畴内，脑梗死是人体脑部血流不畅通出现受阻现象，导致人体脑组织出现缺氧及缺血等问题致使脑组织局部出现软化及坏死所引发的疾病，脑梗死的主要症状表现为患者语言出现障碍，身体无法移动，丧失意识等不良症状，同时偏身感觉出现障碍等，脑梗死给患者带来极大的生活影响。脑梗死带来的主要危害是患者大面积梗死导致患者出现偏瘫等现象，病情严重时患者会出现昏迷、意识不清醒、四肢直接瘫痪等严重问题，如果患者心脏存在问题，比如心脏功能不全或是肺部出现感染以及肾功能异常等，脑梗死患者会面临较大的死亡风险^[1-2]。脑梗死多发于老年人，针对脑梗死患者应该多采用抗凝功能的药物，不同脑梗死患者会出现不同程度的神经功能损伤，患者的康复效果深受影响，因此要选择有效的治疗方法，根据患者的具体病情着手治疗，减少患者临床上的不良症状^[3]。针灸属于中医一种特殊的治疗方式，通过刺激人体相关穴位达到治疗效果，能够促进患者恢复，帮助患者疏通经络，在临床上广泛运用，基于此，本研究 2020 年 11 月至 2021 年 11 月本院收治的脑梗死患者 60 例，探究针灸联合康复治疗在脑梗死患者临床上的治疗效果及康复效果，具体分析如下：

1. 资料及方法

1.1 一般资料

研究对象为我院神经内科 2020 年 11 月至 2021 年 11 月收治的脑梗死患者 60 例，将所有参与研究对象的资料进行整理，对研究人员的性别、年龄等其他个人资料进行统计并整理。以随机抛球法将所有患者分为常规组和观察组各 30 人。两组患者的基本资料对比（ $P>0.05$ ）有可比性，具体内容见表 1。

表 1：两组患者基本资料对比

组别	例数	性别		年龄 (岁)	平均年龄 (岁)	小动脉 粥样硬 化型脑 梗死	心源性 脑梗死
		男	女				
常规组	30	15	15	46-77	61.5±15.5	15	15
观察组	30	16	14	47-75	61±14	16	14
<i>t</i>	-	-	-	-	0.131	-	-
<i>P</i>	-	-	-	-	0.896	-	-

入选标准：①均符合脑梗死的诊断标准；②患者同意研究，并主动参与，并已签署知情同意书。③患者认知正常；④患者并未接受过针灸治疗。

排除标准：①患者具有合并恶性肿瘤；②意识不清者；③资料不完整者；④患者不能配合治疗。

1.2 方法

常规组患者实施常规治疗，观察患者病情，实施脱水活血化痰治疗，同时根据患者病情变化及时调整治疗方式。给予患者吸氧，将低分子肝素钙对病人腹壁实施注射，同时给予患者血栓通静脉注射，治疗后期对患者进行抗感染治疗，同时维护患者的水解质平衡治疗。

观察组在常规组的治疗基础上采用中医针灸联合康复治疗，具体内容如下：

（1）训练患者坐姿，根据患者的具体情况及实施针对性训练，训练患者坐姿以及四肢关节活动，在操作的帮助下，可让患者开展扶物站立等活动，根据患者的耐受情况调整训练频率，进而进行步行训练，在医务人员的帮助下不断练习，指导患者日常生活训练，比如日常穿衣、洗脸活动，训练患者双手的协调性等。

（2）针灸治疗：选取患者手臂尺泽穴与肱骨外上髁连线中点的曲池穴、肩峰前下方凹陷处的肩髃穴、手臂臂外侧支沟臂臑穴、手臂内侧内关穴、小腿前外侧足三里穴、大腿后面股门穴以及小腿内侧三阴交等穴位实施针灸治疗，根据患者的具体情况调整针灸穴位，比如患者内火旺盛，可以添加内踝与跟腱的间隙中的太溪穴位；患者气血闭阻，腑脏功能失调时可添加头额后面大筋的两旁与耳垂平行处的风池穴位。患者存在口眼歪斜、口水外流的症状时，可以添加地仓穴与颊车穴位。患者手指活动受限时可以添加中渚穴位。对患者实施针灸治疗时，对针具进行常规消毒，进行针刺时，患者经络疏通、体内淤气顺畅后需将针刺停留 30min，捻动频率 5min/1 次，1d/次。

两组患者均持续治疗 3 个月，对比治疗疗效。

1.3 指标判定

1.临床疗效：显效（患者临床症状改善显著）、有效（患者临床症状有所改善）、无效（患者临床症状无改善或加重）。总有效率（%）=（显效 + 有效）例数/总例数×100%。

2.对比两组患者的 Barther 指数、MMSE 评分、FMA 评分进行比较，分数越高表明患者的恢复情况越好。

1.4 统计学方法

通过 SPSS22.0 软件对研究数据实施处理分析,对研究中涉及的观察指标进行处理和检验,采用卡方和 t 值分别检验组间计数资料(χ^2)与计量资料($\bar{x} \pm s$)($P < 0.05$),数据具有统计学意义。

2. 结果

2.1 组间患者临床疗效比较

对比两组患者临床疗效,观察组显效为 15 例(50.00%)、有效为 14 例(46.67%)、无效为 1 例(3.33%)、总有效率为 29 例(96.67%);常规组显效为 13 例(43.33%)、有效为 12 例(40.00%)、无效为 5 例(16.67%)、总有效率为 23 例(86.34%)。观察组临床疗效显著高于常规组,组间差异具有统计学意义($P < 0.05$),具体内容见表 2。

表 2: 两组患者临床疗效比较[n, (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察	30	15 (50.00)	14 (46.67)	1 (3.33)	29 (96.67)

表 3: 两组患者治疗前后的 Barther 指数、MMSE 评分、FMA 评分($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	Barther 指数		MMSE 评分		FMA 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	25.59±10.01	56.18±21.01	11.02±4.01	22.89±2.30	39.81±25.45	69.81±25.01
常规组	40	24.89±9.90	42.16±12.03	10.9±5.02	17.91±2.41	38.98±25.56	59.61±21.12
t	--	0.272	3.171	0.235	3.145	0.286	3.145
P	--	0.786	0.002	0.851	0.001	0.624	0.001

3. 讨论

脑梗死在临床上属于常见的神经内科疾病,是人脑出现局限性脑组织缺血性坏死或软化所致,脑部出现血液循环障碍,脑组织出现缺血及缺氧。脑梗死在临床上可以称为缺血性脑卒中,在脑血管中脑梗死是常见的一种疾病类型,脑梗死在脑血管的各种疾病类型中占比 70%,多发于中老年人,男性患者与女性患者比例差距较小^[4-5]。脑梗死多发于汉族,少数民族少见。根据脑梗死的病因对该病进行分类,主要可以分为大脑动脉粥样硬化型、心源性栓塞型以及小动脉闭塞型等等。从脑梗死部位进行分类,可以分为全前循环梗死、部分前循环梗死、后循环梗死以及腔隙性梗死,脑梗死的不同病因所使用的分型方法标准不同,其中大脑动脉粥样硬化型导致脑梗死的机制为大脑血栓形成、动脉发生堵塞,人体动脉发生病变,致使颈动脉及低灌注发生堵塞^[6]。心源性栓塞导致脑梗死的主要机制包括心房颤动以及心房扑动,致使人体发生心肌梗死及心力衰竭。脑梗死的诱发因素包括患者自身合并性疾病,比如患者患有高血压、心脏病及糖尿病,有研究表明,烟雾病是脑梗死的高危病因^[7]。脑梗死患者在疾病发作时可表现出阵发性感觉、出现运动功能障碍,比如患者身体会出现不同部位的感觉麻木、头晕。临床上常见的治疗方法是使用药物治疗脑梗死,但是患者的个体差异较大,用药治疗疗效有限,脑梗死至今为止没有特效药,大多使用尿激酶酶改善患者的脑血管,当前出现新的脑梗死治疗手段,能够提高患者的治疗效果。站在中医角度分析,脑梗死与中医范畴内的中风症状相似,该疾病关系到人体经络上足太阳经,因此中医认为脑梗死是由于患者阴阳气血失调所致,应当为患者疏通经络^[8]。针灸是取相应穴位使用针刺,刺激患者穴位,促进患者疾病恢复,能够有效缓解患者疾病症状,脑梗死患者脑组织周围存在病灶,针灸能够有效改善病灶周围的细胞。

本研究中,观察组采用针灸联合康复治疗,临床总疗效为 96.67%,常规组采用常规治疗方法的临床总疗效为 86.34%,观察组临床疗效显著高于常规组,两组差异具有统计学意义($P < 0.05$)。观察组与常规组治疗前的

组	30	13 (43.33)	12 (40.00)	5 (16.67)	25 (86.34)
χ^2	--	--	--	--	6.863
P	--	--	--	--	0.008

2.2 组间患者治疗前后的 Barther 指数、MMSE 评分、FMA 评分比较

对比观察组患者与常规组患者治疗后的 Barther 指数、MMSE 评分、FMA 评分,观察组患者治疗后的 Barther 指数为(56.18±21.01)分、MMS 为(22.89±2.30)分、FMA 为(69.81±25.01)分;常规组治疗后的 Barther 指数为(42.16±12.03)分、MMSE (17.91±2.41)分、FM 为(59.61±21.12)分,由此课件,观察组组的各项评分显著高于常规组,组间差异具有统计学意义($P < 0.05$)具体内容见表 3。

Barther 指数、MMSE 评分、FMA 评分差异($P > 0.05$),治疗后的 Barther 指数、MMSE 评分、FMA 评分,观察组患者各项评分均显著高于常规组,两组差异具有统计学意义($P < 0.05$)。表明观察组采用中医针灸治疗能够有效疏通患者的经络,充分患者曲池穴、足三里、肩髃等穴位能够促进患者恢复,提高治疗效率,改善观察组患者细胞聚集状态,患者原本血液粘度较高,使用针灸刺激穴位有利于降低血液粘度,同时促进患者脑部血液循环,提高患者各项生活指数评分。

综上所述,脑梗死患者采用针灸治疗可以刺激患者穴位,疏通患者经络,将针灸联合康复治疗有利于促进患者恢复,取得显著治疗疗效,值得广泛推广与应用。

参考文献:

- [1]杜宝坤.中药针灸辅助康复训练对脑梗死后偏瘫病人神经功能和肢体运动功能的影响[J].贵州医药,2021,45(09):1440-1441.
- [2]葛杜鹏,吴立雨,孙三峰,李彤,杨晓汝.悬吊运动结合针灸对脑梗死偏瘫患者平衡能力及步态的影响[J].中医临床研究,2021,13(26):78-82.
- [3]陈蕾蕾,朱燕燕,尚熙豪.针灸联合 Bobath 技术对脑梗死偏瘫患者下肢运动功能的影响[J].慢性病学杂志,2021,22(09):1414-1416.
- [4]吴亚楠.针灸疗法与康复训练联合治疗脑梗死后上肢痉挛的临床观察[J].现代养生,2021,21(08):31-33.
- [5]肖亚辉.综合康复治疗对脑梗死偏瘫患者的临床疗效观察[J].中国社区医师,2019,35(26):172+175.
- [6]王小丽.综合康复治疗对脑梗死偏瘫患者的临床疗效观察[J].中国医药指南,2019,17(06):3+5.
- [7]王然.针灸治疗 84 例脑梗死急性期患者的临床疗效观察[J].中国医药指南,2019,17(01):165-166.
- [8]赵嘉诚,邓昌明,王萌.针灸推拿对脑梗死后肩手综合征患者的临床疗效及生活质量的改善[J].临床医学研究与实践,2018,3(09):111-112.

药师药学干预药物应用在药房调剂处方中的价值分析

熊玉学

云南省河口县人民医院 云南河口 661300

摘要：目的 探讨药师药学干预药物于药房调剂处方中的作用。方法 挑选 2019 年 1 月-2020 年 1 月我院收治的 800 份处方，将 2019 年 1 月-6 月末实施药师药学干预药物的 400 份处方列为对照组，把 2019 年 7 月-2020 年 1 月实施药师药学干预药物的 400 份处方列为观察组，分析两组处方情况。结果 观察组不合理用药出现比率较对照组要低，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。与对照组比较，观察组单一用药比率更高，且二联用药、三联及以上用药比率更低，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论 在药房调剂处方当中，运用药师药学干预药物，可以有效提升用药合理性，应用价值高。

关键词：药师药学干预药物；药房；调剂；价值

医院是较为特殊的服务场所，主要是向患者给予特殊服务，服务效率与质量会直接影响患者的机体健康与治疗效果。在上个世纪的医疗领域中，最成功的发明就是发明抗生素药物、合成抗菌药物，抗生素药物与抗菌药物可以较好治疗各类细菌性感染性疾病，降低上述疾病患者的死亡率^[1-2]。伴随抗生素与抗菌药物的普遍应用，细菌耐药性持续上升，多重耐药性细菌不断涌现，这就加大治疗细菌性感染性疾病的难度，严重影响治疗效果，甚至危及患者生命安全。研究人员指出，让药师参与抗菌药物的应用，可以推动临床合理用药。本文分析药师药学干预药物运用于药房调剂处方中的作用，实验如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 1 月-2020 年 1 月我院收治的 800 份处方，将 2019 年 1 月-6 月末实施药师药学干预药物应用的 400 份处方列为对照组，把 2019 年 7 月-2020 年 1 月实施药师药学干预药物应用的 400 份处方列为观察组。两组处方性别、年龄、疾病种类、病情等一般资料比较，无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

对照组实施药师药学干预药物。

观察组实施药师药学干预药物。

（1）药房收到处方后，药师要认真仔细核查处方合理性，严格审查药物使用剂量、配合情史、药物挑选恰当性，防止不合理用药引发不良现象。之后，明确处方中药物吻合诊断结果，明确药物联合恰当，防止发生重复运用情况。处方内容一定要满足急 3 慢 7、用药剂量不能超过 2 周等规定，成功调配后，发放处方中的药物。

（2）审核处方时，需要核查下列项目：科室名称、药物名称、药物使用方法、药物使用剂量、药物性状、患者基本信息。如果审核当中，发现不合理现象，就要及时向开药医师询问，明确药物主治疾病，合适药物名称，用药信息后，然后核查病历与报告单。如果处方中，出现超大处方或严重不合理情况，拒绝调配处方，同时向患者与处方医师解释清楚，处理善后事宜。定期点评处方，在全院公告栏内，公示不合理处方，并给予惩罚。

（3）药师应当在领取药物时，实施药学干预，为患者拟定详细的用药方案，指导患者合理用药。另外，药师应当与医疗人员保持紧密联系，及时掌握用药后情况，同时结合用药状况，适时调整药物使用方法。

1.3 观察指标

分析两组处方中不合理用药情况，包括以下项目：药物配伍禁忌、药物使用剂量不恰当、未挑选恰当药物、重复用药。

分析两组处方中单一用药、二联用药、三联及以上用药情况。

1.4 统计学方法

此次试验通过 SPSS19.0 分析所有数据。计量资料应用（ $\bar{x}\pm s$ ）形式呈现，实施 t 检验，计数资料运用（%）形式反映，实施 χ^2 检验， $P<0.05$ 代表差异显著。

2 结果

2.1 两组处方中不合理用药情况

观察组不合理用药出现比率较对照组要低，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。表 1。

表 1 两组处方中不合理用药情况[n(%)]

分 组	例 数	药物配伍禁忌	药物使用剂量不恰当	未挑选恰当药物	重复用药	出现比率
观 察 组	400	3 (0.75)	2 (0.50)	6 (1.50)	4 (1.00)	15 (3.75)
对 照 组	400	20(5.00)	34 (8.50)	16 (4.00)	10(2.50)	80(20.00)
χ^2						50.4666
P						<0.05

2.2 两组处方中单一用药、二联用药、三联及以上用药情况

观察组单一用药比率较对照组要高，观察组的二联用药、三联及以上用药比率低于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。表 2。

表 2 两组处方中单一用药、二联用药、三联及以上用药情况[n(%)]

分 组	例 数	单一用药	二联用药	三联及以上用药
观察组	400	230 (57.50)	152 (38.00)	18 (4.50)
对照组	400	148 (37.00)	180 (45.00)	72 (18.00)
χ^2			52.5498	
P			<0.05	

3 讨论

抗菌药物能够治疗各类细菌感染性疾病,能够预防发生各种细菌感染

病,还可以控制细菌感染带给患者机体健康的影响,并能够较好减少细菌感染性疾病患者的死亡比率。然而,随着抗菌药物普遍应用于临床,临床研究人员发现,不合理应用抗菌药物会恶化细菌感染疾病,甚至可以直接致细菌感染病患者死亡。

为此,研究人员一直把研究重点落在寻找有效杜绝,扼制滥用抗菌药物的方法。临床研究发现,只有科学合理使用抗生素、合成抗菌药物,才能有效扭转滥用、不合理使用抗菌药物的局面,从而推动临床更加科学使用抗菌药物^[3]。要想实现上述目标,就要从源头做起,持续更新升级主治医师所储备的各类抗菌药物知识,推动主治医师结合患者的具体病情,开具与病况相吻合的处方;与此同时,还要使药房药师的作用得到最大发挥^[4-5]。

相关研究指出,药师干预抗菌药物的应用,能够减少以下不合理用药情况的出现:用药剂量的不恰当、用药方法不合理、重复用药、无指征用药,以及联合用药不恰当,未恰当挑选药物等^[6-7]。另外,实施临床合理用药,能够转变药物不合理应用现象,可以及时向主治医师反馈不合理用药情况,从而及时纠正、调整药物处方,以推动临床合理用药,提升用药精准性^[8-9]。

伴随我国经济的飞速发展,人们的生活水平得到很大提升,随之人们也就更注重机体健康,更进一步了解各类药物的特性,并对医疗服务水平提出更高标准,同时也更清楚明白滥用抗菌药物的危害性。在这样的情况之下,临床药师需要面对巨大挑战,而其于临床合理用药过程中所起到的作用也得到更多关注。让药师加入审核药方、干预抗菌药物的行列中来,能够让药师的专业职能得以充分发挥,药师审核完处方后再发药给患者,在这过程当中,药师就可以找出许多不合理用药的现象,进而辅助临床及时转变不合理用药的局面,更有效保护患者的用药安全^[10-12]。在审核、评估药物处方过程中,药师可以努力更新现有知识体系,努力锤炼个人专业技能水平,从而使自身的专业知识能力更上一个层次,并进一步增强自身判断药物处方的能力,最终尽最大可能减少使用抗菌药物风险,有力保障人们的机体健康^[13-14]。

然而,药师在实施药学干预前,务必要充分了解近些年来,最常见的不合理用药现象,了解临床不合理用药现状,再结合具体情况,开展药学干预。药师在实施药学干预当中,应当主动与各科室的一线医师保持联系,一旦发现不合理用药情况,就要及时反馈给医师,双方展开良好交流,以明确药物使用方法、使用剂量、用药时间,再发放药物^[15-17]。在这当中,医院还需要进一步重视临床合理用药,加大惩处不合理用药的力度,定期培训药房药师、医护人员,重点学习配药相关知识,进而扩充医护人员的有关配药知识,增加知识面,推动临床合理用药。此外,药师在给药当中,还应当制定合理、详尽的用药方案,防止胡乱用药^[18-19]。

近些年来,医疗事业的快速发展,推动人们去深入学习了解相关医疗知识,并进一步提升医疗服务的标准。随之,药物运用环境持续变化,这在一定程度是扩大药师干预抗菌药物的工作难度。所以,药师要努力提高本身的专业技能水平,避免发生药房处方调剂不合理的情况,科学评估处方调剂,并加以合理处置。此外,医院应当制定相关管理机制,高度重视药师干预的重要作用,从而进一步规范门诊药房使用抗菌药物,使医院整体医疗水平上一个新的台阶。

本研究,观察组不合理用药出现比率较对照组要低,差异具有统计学

意义($P<0.05$)。与对照组比较,观察组单一用药比率更高,且二联用药、三联及以上用药比率更低,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

综合以上,药师药学干预药物于药房调剂处方中,效果突出,能够有效推动合理使用药物处方内的抗菌药物,使患者更加信任医院,推动更加科学、规范的应用药房处方,应用前景广阔,值得大力推广与运用。

参考文献:

- [1]周朝晖.药师药学干预药物在药房调剂处方过程中的应用效果[J].北方药学,2020,17(05):169-170.
 - [2]廖思晓,莫燕燕,王钦波.研究药房处方调剂中药师干预对抗菌药物应用的影响[J].中国实用医药,2019,14(28):99-100.
 - [3]刘淑慧.药师干预抗菌药物在药房处方调剂中的作用分析[J].中国保健营养,2019,29(22):309.
 - [4]姜浩.浅析药师干预抗菌药物在药房处方调剂中的作用[J].中国医药指南,2019,17(6):30-31.
 - [5]邓雪香.探析药师干预抗菌药物在药房处方调剂中的作用[J].医药前沿,2019,9(15):253.
 - [6]耿傲蕾.药师干预抗菌药物在药房处方调剂中的作用[J].社区医师,2019,35(15):12,14.
 - [7]郭君.浅析药师干预抗菌药物在药房处方调剂中的作用[J].中国实用医药,2018,13(9):144-145.
 - [8]邓桂平,杨苏敏.药师干预抗菌药物在药房处方调剂中的应用价值[J].临床合理用药杂志,2019,12(2):84,10.
 - [9]罗双明,高玉梅,李冲娜.门诊西药房处方调剂差错的原因及改进措施分析[J].医药前沿,2019,9(23):249-250.
 - [10]宋传亮.分析药房处方调剂过程中药师干预抗菌药物的作用[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(32):191.
 - [11]吴桂芳.浅析药师干预抗菌药物在药房处方调剂中的作用[J].中国实用医药,2018,13(5):186-187.
 - [12]周学俊.药师干预抗菌药物在药房处方调剂中的作用[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(30):207-208.
 - [13]刘传福.临床药师对临床不合理用药的药学干预[J].中国继续医学教育,2017,9(13):163-165.
 - [14]王寅州.探讨临床药师药学干预对抗生素使用情况的影响[J].中国医药指南,2022,20(3):65-67.
 - [15]朱春烁,魏安银,关帅,等.门诊药师对中西药不合理联用的药学干预分析[J].中国疗养医学,2018,27(4):429-430.
 - [16]洪凡青,李明,王嬛嬛,等.门诊不合理处方药师调剂前的点评与干预分析[J].中国医药导报,2020,17(2):193-196.
 - [17]杨茹,刘海霞,肖翠兰.药学干预在抗菌药物合理使用中的应用效果[J].临床合理用药杂志,2020,13(33):174-175.
 - [18]张志刚.加强药师临床药学干预的效果分析[J].中华医院管理杂志,2019,35(S1):55-56.
 - [19]梁晓美,刘丽仙,丁瑜潇.药师进行药学干预的实践与体会[J].中医药管理杂志,2020,28(18):120-124.
- 作者简介:熊玉学(1984.9-),籍贯:云南河口,苗族,本科,主管药师,主要从事医院药学工作。

膝关节骨性关节炎针灸治疗选穴特点及分析

黄彦荣

清水县中医医院 甘肃天水 741400

摘要：目的：探索针灸治疗膝关节骨性关节炎在选穴上的特点，对其进行综合分析。方法：选择 240 例膝关节骨性关节炎患者进行此次研究，实验组采用针灸治疗，对照组采用仙灵骨葆胶囊治疗，对比两组患者的疗效，研究实验组患者的选穴特点。结果：对比两组患者数据可以看出，实验组疗效更佳， $P<0.05$ ，有统计学意义。实验组患者治疗后 HSS 变化、骨代谢指标水平、炎症因子水平、关节肿胀指数、关节压痛指数均显著改善，比较对照组患者的数据， $P<0.05$ ；对比两组患者的治疗前 HSS 变化、骨代谢指标水平、炎症因子水平、关节肿胀指数、关节压痛指数， $P>0.05$ 。结论：在治疗膝关节骨性关节炎患者过程中应用针灸时，选穴有特异性，合理针灸选穴，可以良好治疗患者病情。

关键词：膝关节骨性关节炎；针灸治疗；选穴特点；疗效

临床研究膝关节骨性关节炎之后得出，这种疾病属于慢性关节炎的一种，主要特点是骨质增生、关节软骨变形破坏，主要临床症状是关节畸形、膝关节疼痛、功能障碍，对于老年人来说，更加容易发生此病，随着我国不断增加人口老龄化进程，这一疾病发生率逐年增加^[1]，对于中老年人来说，对其生活质量以及健康会产生严重干扰。以往治疗膝关节骨性关节炎患者过程中采用仙灵骨葆胶囊治疗，效果不够理想，临床希望通过中医治疗方式来提升患者治疗效果，进行了一系列研究。笔者选择 240 例膝关节骨性关节炎患者，分析针灸治疗选穴特点及疗效。

1 资料和方法

1.1 资料

从我院 2021 年 1 月至 2022 年 1 月选择 240 例膝关节骨性关节炎患者进行本组实验，分组方式是随机数表法，实验组患者 120 例，其中男性占比 1 半，是 60 例，女性 60 例，年龄 40-78（52.6±4.7）岁，对照组患者 120 例中男性是 61 例，女性则为 59 例，年龄 41-77（52.5±4.6）岁。可以对比两组患者资料， $P>0.05$ 。

诊断标准：符合《骨关节炎诊治指南》中相关标准。

纳入标准：有完整的临床资料，有良好的依从性。

排除标准：膝关节恶性肿瘤；近期将激素服用过；处于妊娠期；精神障碍；存在痛风性的膝关节炎。

1.2 方法

对照组采用仙灵骨葆胶囊治疗，3 粒/次，2 次 d/，1 个疗程 2-3 周，共计采用 1-2 个疗程的治疗。

实验组采用针灸治疗，取患侧的肝俞、关元、肾俞、血海、膝眼、梁丘、阴陵泉、阳陵泉、足三里、三阴交、曲池、太溪穴，双侧痛，取双侧的曲池。仰卧伸膝，常规消毒穴位，使用 1.5-2.0 寸的 28 号毫针刺穴，平补平泻针灸阳陵泉、血海、膝眼、梁丘，补法针灸足三里、三阴穴以及阴

陵泉、太溪，泻法针灸曲池，时常使用弹、摇、刮进行催气行针，得气后，使用药艾条对患者患侧的足三里穴进行温和灸，时间 1h，在这一过程中，不定时弹灰，1 次/d，1 个疗程是 6 次。

1.3 效果分析^[2]

在治疗后恢复了正常的膝关节功能，症状消失，行走不受限，则为痊愈，改善膝关节，减轻痛感，受凉以及劳累后复发，则为有效；其他情况，则为无效。总有效率=100.00%-无效率。

HSS 变化：使用膝关节功能评分（HSS）表评估。

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

实验组疗效更佳，对比对照组患者数据可以看出， $P<0.05$ ，有统计学意义。比较对照组患者的数据，实验组患者治疗后 HSS 变化、骨代谢指标水平、炎症因子水平、关节肿胀指数、关节压痛指数均显著改善， $P<0.05$ ；比较两组患者的治疗前 HSS 变化、骨代谢指标水平、炎症因子水平、关节肿胀指数、关节压痛指数， $P>0.05$ 。

表 1 对比两组患者疗效（%）

组别	痊愈	有效	无效	总有效率
实验组 (n=120)	59 (49.16)	57 (47.50)	4 (3.33)	96.66
对照组 (n=120)	35 (29.16)	70 (58.33)	15 (12.50)	87.50
χ^2				
P				

表 2 对比两组患者的治疗前后 HSS 变化（分）

组别	行走稳定状况		疼痛程度		行走距离		伸曲状况		行走辅助		肌力水平	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	3.12±1.1	8.77±0.8	16.41±4.7	28.61±3.2	3.25±1.2	9.18±2.1	12.45±3.2	27.25±3.3	4.25±1.2	9.85±1.3	2.82±0.8	9.22±0.7

(n=120)	1	6	2	1	7	5	2	2	2	2	2	6
对照组	3.24±1.3	5.47±1.4	16.32±3.4	21.23±4.1	3.22±1.2	6.27±1.3	12.44±3.4	19.51±3.6	4.21±1.1	6.52±1.1	2.65±0.7	6.55±0.1
(n=120)	6	1	2	5	6	3	4	2	7	2	5	8
t	0.7488	21.8880	0.1691	15.4089	0.1837	12.6091	0.0232	17.2616	0.2592	21.0720	1.6758	37.4487
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

表 3 两组患者对比骨代谢指标水平

组别	CT (pg/ml)		OPG (pg/ml)		BGP (ug/ml)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组 (n=120)	10.54±2.48	10.61±0.81	3.06±1.11	5.36±1.25	3.01±1.22	6.12±1.32
对照组 (n=120)	10.68±2.55	11.11±0.85	3.02±1.27	4.55±1.36	3.02±1.32	4.88±1.27
t	0.4311	4.6649	0.2598	4.8036	0.0609	7.4156
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表 4 两组患者对比炎症因子水平

组别	IL-1 (pg/ml)		TNF-α (pg/ml)		Hs-CRP (mg/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组 (n=120)	112.25±15.61	71.07±14.02	0.88±0.02	0.42±0.01	8.66±1.77	4.12±1.33
对照组 (n=120)	111.26±16.7	91.24±14.02	0.87±0.12	0.65±0.15	8.33±1.85	7.96±1.98
t	0.4744	11.1438	0.9005	16.7596	1.4119	17.6357
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表 5 两组患者对比关节肿胀指数、关节压痛指数

组别	关节肿胀		关节压痛	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组 (n=120)	1.77±0.51	0.32±0.07	2.31±0.66	0.42±0.11
对照组 (n=120)	1.75±0.47	0.68±0.14	2.26±0.72	0.81±0.25
t	0.3159	25.1948	0.5608	15.6418
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

中老年人容易发生膝关节骨性关节炎，我国进入了老龄化社会，因此迫切需要加深研究。分析疾病病理特征，主要是关节软骨纤维化，存在退行性变，会导致患者发生骨端硬化，出现周围骨赘，最终发生邻近肌肉萎缩以及骨膜关节囊瘢痕，患者存在屈曲性挛缩、半脱位、关节不稳等情况，因此，应给予患者实施对症治疗，可以促进患者症状显著改善^[3]。

中医学提出膝关节骨性关节炎是“痹症”，分析病因病机，由于人体存在肝肾亏虚以及气血不足，导致风寒湿邪入体后，发生筋脉痹阻以及气血不畅，长期以往，患者发病。分析本病患者的病情，标是邪实，本是正虚，疾病发生与慢性劳损存在关联，感受到外界湿浊邪气后发病，本病患者的病情呈现为虚实夹杂，标是淤血阻滞、痰凝经脉、寒湿阻络，本是肝肾亏虚以及气血亏虚。

现代医学认为膝关节骨性关节炎是一种退行性疾病^[4]，因为长期劳累

磨损导致，是一种非感染性炎症疾病，风寒湿邪留在患者筋骨、肢体、关节之间，针刺以上腧穴，可以对本病患者症状进行有效缓解，滋补肝肾，温经通络，补益气血，活血化瘀，散寒祛邪，可以对患者脏腑功能进行有效调节，对患者局部组织水肿、渗出、充血、钙化、粘连、缺血、挛缩等病理改变进行有效改善，患者血液循环加快，代谢旺盛，重新修复受损的神经以及组织^[5]，在康复治疗患者过程中，可以起到积极作用。

在治疗膝关节骨性关节炎患者过程中应用针灸方式，效果显著，选穴有特异性，合理开展针灸选穴，可以良好治疗患者所患疾病。本文选择的腧穴很多，对其进行综合分析可以看出，本病常用腧穴是足三里，功效是解痉止痛、补气养血，可以对后天之脾进行有效补益，可以对先天之肾水进行滋养，对气血生化之源产生有益作用；血海的功效是养血祛风，可以促进患者筋脉得养，促进患者关节流利以及宗筋复健；关元的功效是益气温阳，属于任脉强壮要穴。为了滋补肝肾，可以针灸肝俞、太溪、肾俞，能够对患者肾气进行巩固，是因为肾主骨生髓，而筋不得滋润会导致关节活动不利。

对某些穴位进行针灸，可以发挥散寒祛邪、温经通络以及活血化瘀作用^[6]，例如阳陵泉，作用是舒筋通络以及祛风散寒除湿，三阴交以及阳陵泉均属于脾经要穴，作用是散寒止痛以及健脾祛湿；梁丘是足阳明胃经郄穴，作用是活络通经以及补气养血。现代医学提出^[7]，出现膝关节骨性关节炎的原因密切相关血瘀，提出了疾病-骨内高压-血瘀之间的关系，在治疗患者病情过程中，主要开展消肿止痛、活血化瘀。运用针灸治疗，可以对患者局部血液循环进行改善，患者局部淤血好转，可以促进患者吸收关

节炎症^[8],可以发挥良好的中枢以及周围镇痛效果。本组实验中,在选穴过程中,有一部分腧穴是局部取穴,例如血海、梁丘等,针对股四头肌群病变进行治疗。膝关节因为存在关节功能障碍以及疼痛,会导致患者萎缩股四头肌,两者互相影响,互为因果。因为宗筋主束骨,对关节有利,而脾主肌肉,通过刺激脾胃经穴,可以发挥鼓舞中气以及养血健脾作用,对肌肉发挥充养作用,将患者因为膝关节周围保护性反射导致的肌肉痉挛情况有效解除^[9],矫正“伤筋”,达到“正骨”目的,对患者筋骨平衡进行有效恢复。

总结来说,在治疗膝关节骨性关节炎患者过程中应用针灸方式,对以上腧穴进行针刺,可以发挥补益气血、滋补肝肾、散寒祛邪、温经通络、活血化瘀作用^[10],可以对患者脏腑功能进行有效调节,对患者局部组织水肿等病理改变进行改善,促进患者获得理想的康复效果。

此次实验得出:实验组疗效更佳,实验组患者治疗后 HSS 变化、骨代谢指标水平、炎症因子水平、关节肿胀指数、关节压痛指数均显著改善。

总结以上,在治疗膝关节骨性关节炎患者过程中应用针灸时的选穴有特异性,合理针灸选穴,可以良好治疗患者病情,取得理想应用效果,值得临床推荐,患者明显改善治疗后 HSS 变化、骨代谢指标水平、炎症因子水平、关节肿胀指数、关节压痛指数。

参考文献:

[1]王妙华, 谌爱华, 邓凯文. 基于网络拓扑的针灸治疗膝关节骨性关

节炎研究[J]. 中医药临床杂志, 2021, 33(5):6.

[2]邵丰博. 独活寄生汤联合针灸治疗膝关节骨性关节炎 20 例[J]. 中医研究, 2020, 33(4):4.

[3]黄泽灵, 施珊妮, 何俊君, et al. 温针灸治疗阳虚寒凝型膝骨关节炎疗效 Meta 分析及选穴规律研究[J]. 康复学报, 2021, 31(4):10.

[4]杨伟涛, 甄浩冉, 汪晴. 针刺透刺法和传统针灸疗法治疗膝关节骨性关节炎的效果对比[J]. 中国实用医刊, 2022, 49(2):4.

[5]李小贾, 雷梦南, 蒋志明, 等. 温针灸治疗膝关节骨性关节炎 Meta 分析[J]. 河南中医, 2021, 41(2):11.

[6]王序. 针灸治疗膝关节骨性关节炎的效果分析[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(9):2.

[7]杨枝, 刘运珠. 针灸治疗膝关节骨性关节炎研究进展[J]. 实用中医药杂志, 2021, 37(11):3.

[8]唐霞珠, 杜晓梅, 沈录峰, 等. 中药包热敷配合针灸治疗膝关节骨性关节炎的临床研究[J]. 江西中医药, 2020, 51(5):3.

[9]苏丹萍, 宋玉娟, 王雪冰, 等. "双固一通"温针灸治疗膝骨性关节炎疗效观察及对血清炎症因子表达的影响[J]. 山东中医杂志, 2020, 39(4):4.

[10]王雪霞. 温针灸阳陵泉穴治疗膝关节骨性关节炎临床疗效观察[J]. 河南中医, 2020, 40(3):4.

(上接第 129 页)

多的多中心、大样本、随机双盲对照试验来验证鸦胆子注射液的临床效果,指导临床选择更为安全有效的治疗方案。

参考文献:

[1]郭晓斐,喻达.健康中国战略背景下对癌症防控策略的思考与探究[J].中国癌症防治杂志,2021,13(04):339-343.

[2]朱广卿, 王伟夫, 李方. 临床肿瘤诊断[M]. 北京:科学出版社, 2015:209-211.

[3]方明治, 李敏. FOLFOX-4 方案联合鸦胆子油乳治疗转移性直肠癌疗效及不良反应观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2008, 15(11):74-75.

[4]卜金钟, 钟春生. 鸦胆子油乳注射液辅助化疗治疗中晚期大肠癌的临床疗效评价[J]. 淮海医药, 2010, 28(1):63-64.

[5]罗秀玲, 魏万高, 姚彪. 鸦胆子油乳注射液配合化疗治疗大肠癌术后临床观察[J]. 临床医药实践, 2009, 18(11):2216-2217.

[6]许慕明, 吴晓, 庄业忠. 鸦胆子油乳在结直肠癌术后辅助化疗中的应用[J]. 西部医学, 2010, 22(11):2068-2069.

[7]宋春燕, 王翠英, 沈凤梅. 鸦胆子油乳注射液联合化疗治疗晚期消化道肿瘤 33 例[J]. 河南中医, 2012, 32(10):1378-1379.

[8]聂红霞. 鸦胆子油乳注射液联合 folfox4 方案治疗晚期结肠癌患者

疗效观察[J]. 中国社区医师(医学专业), 2012, 14(32):56, 58.

[9]包向东, 崔焯辉, 潘海强, 等. 鸦胆子油乳对晚期结直肠癌患者疗效和生存质量的影响[J]. 中国临床药理学杂志, 2014, 5(6):497-499, 502.

[10]李绮云, 林王美, 黄康龙. FOLFOX6 方案联合鸦胆子油乳治疗转移性大肠癌的临床观察[J]. 肿瘤基础与临床, 2013, 26(1):16-18.

[11]刘梦琰, 孙健, 黄新恩, 等. 鸦胆子油乳注射液对大肠癌患者的临床疗效及可能机制研究[J]. 中药材, 2016, 39(11):2640-2642.

[12]邓文玲, 贾胜杰. 鸦胆子油注射液联合 FOLFOX-6 化疗方案治疗直肠癌术后患者 30 例[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2016, 16(56):60-61.

[13]郑重. 鸦胆子油对 FOLFOX4 方案化疗结直肠癌患者细胞免疫功能的影响[J]. 中国中医药科技, 2016, 23(6):704-705.

[14]郝晶. 鸦胆子油乳注射液联合化疗治疗中晚期大肠癌患者的临床观察[J]. 当代医学, 2019, 25(33):33-35.

[15]陈娟, 方明治, 徐力, 等. 鸦胆子油乳联合 mFOLFOX6 方案治疗中晚期大肠癌的临床疗效[J]. 内蒙古中医药, 2019, 38(8):16-18.

[16]薛协特, 麦丽青. 鸦胆子注射液联合手术后化疗治疗结直肠癌疗效的探讨[J]. 黑龙江医药, 2020, 33(2):324-325.

中医药治疗腰椎间盘突出症 60 例临床分析

鲁晓娟

莱阳市第一人民医院 山东莱阳 265222

摘要：目的：分析中医药治疗腰椎间盘突出症的临床效果。方法：选取我院于 2020 年 1 月至 2021 年 12 月接收治疗的 60 例腰椎间盘突出症患者作为研究对象，利用随机分组法将 60 例腰椎间盘突出症患者平均分为两组，一组为对照组、一组为观察组，对照组患者实施常规西医治疗，观察组患者实施中医药治疗。对比分析两组患者的临床治疗效果。结果：对比分析两组患者的临床治疗效果，观察组患者的总有效率明显优于对照组患者的总有效率。结论：中医药治疗腰椎间盘突出症的临床效果，明显要比西药治疗更具显著的优势与效果，可以有效降低患者的不良临床病症，极大的增强患者总体治疗成效，进一步的提升腰椎间盘突出症患者的整体治疗效果。

关键词：中医；腰椎间盘突出；临床效果；分析

针对腰椎间盘突出症的临床常规治疗，主要是以西医药物治疗为主，但是药物治疗只是从表面上缓解患者的痛感，但是无法从根本上来治愈患者的内在病理，所以患者的病情很容易出现反复发作的情况，由此给患者的正常生活造成很多不利影响。近几年，随着我国中医治疗方法的不断被重新，中医药治疗腰椎间盘突出症的医学研究不断被深化与推广，而通过中医药治疗腰椎间盘突出症当下也取得了不错的成果与疗效。本文，选取我院经腰部 X 线、CT 检查已临床确诊的 60 例腰椎间盘突出症患者作为研究对象，针对中医药治疗腰椎间盘突出症的临床效果开展深入分析^[2]。具体报告如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

对照组 30 例患者中男性患者 15 例、女性患者 15 例，患者年龄 30 至 67 岁，平均年龄（39.5±4.87）岁，病程时间 20d 至 5 年，平均病程为（11.69±3.27）年。观察组 30 例患者中男性患者 18 例、女性患者 12 例，患者年龄 28 至 69 岁，平均年龄（38.4±6.43）岁，病程时间 21d 至 6 年，平均病程为（11.78±6.51）年。

纳入标准：患者基础存在腰部外伤或者是慢性损伤史；患者均存在下腰部疼痛症状，并且伴随有一侧放射性坐骨神经痛，病症时重进轻；患者的脊椎姿态存在改变以及不对称式运动阻碍；患者存在病变棘突压痛，叩击痛且伴随患肢放射痛；患者直腿抬高试验以及加强试验结果均为阳性^[3]。

排除标准：患者存在中医药、针灸、推拿禁忌症；患者患有严重的心脏血管重疾病；患者存在肝肾脏器功能障碍疾病。

1.2 方法

对照组：对照组患者实施常规西药治疗，西药治疗：口服双氯芬酸钠缓释片 100mg，每日一次。或布洛芬片 0.2g，一日三次。住院患者比较严重时配合甘露醇 250ml，加压静滴，每日一次，使用 3 到 5 天。酌情使用地塞米松，以及其它对症治疗。针对腰椎间盘突出症患者实施西药治疗期间，主要以口服消炎药、止痛药以及维生素类药物为主，并搭配患者适当的功能性锻炼，从而有效避免患者出现肌肉萎缩情况。

观察组：观察组患者实施中医药治疗，主要包括内服中药治疗、外敷中药治疗以及中医推拿、针灸治疗^[4]。内服中药针对风寒痹阻：这一类型的腰椎间盘突出症患者基本体形偏旁，患者很容易腰腿冷痛，并且一旦受寒或者是阴雨天腰腿冷痛的情况还会加重，患者肢体偏冷喜暖且畏寒，舌质淡胖苔白滑腻。针对这类腰间盘突出症患者进行治疗，主要应该以祛风湿、止痹痛为主，内服中药组方可以利用细辛乌头汤加减来进行治疗。如

果患者体寒过胜那么可以通过在组方中药中加干姜、桂枝进行调理。内服中药针对气滞血瘀证：气滞血瘀所引起的腰椎间盘突出病症，这类患者有着非常显著的腰部扭挫伤病史，一旦发病就会腰痛如刺且白天症状减轻晚上加重，这类患者痛处拒按且腰部板硬，翻身转侧非常困难。针对这类型腰椎间盘突出症患者进行治疗，主要应该从活血化瘀、舒筋通络入手，内服中药组方可以利用桃仁四物汤加减进行治疗，着重选用桃仁、红花、归尾、川穹、乳香以及没药等活血化瘀的药物，再搭配使用制元胡、白芷与炮穿山甲，从而达到通络止痛的作用。内服中药针对湿热内阻型：湿热内阻型的腰椎间盘突出患者，主要表现为腿腿酸痛并且酸痛处还伴有发热感，遇到闷热天气或者阴雨天气病症就会加重，且患者伴有恶热、口渴干、小便短赤且黄的情况。对于这类型患者进行治疗主要应该针对患者应该以通络止痛为主，内服中药组方可以利用四妙散合五藤逐痹汤加减进行治疗，组方中药包括忍冬藤、鸡血藤、络石藤、海风藤与红藤。如果患者湿气重那么可重用黄析并加用茵陈与龙胆草；如果患者热气重那么可以重用知母、黄芩。内服中药针对脾肾阳虚型：脾肾阳虚型的腰椎间盘突出患者大部分为中老年人，这类患者常有腰部的慢性劳损史，且患者普遍病程时间较长，伴随有手足不湿以及腰腿发凉的情况。脾肾阳虚型的患者其腰腿基本缠绵无力，劳损更严重的患者基本都是靠卧床休息来缓解疼痛，并且很多患者往往伴随肢体麻木乏力等状态，长期卧床休息从而产生肌肉萎缩情况。这类患者的主要治疗方向应该以温补脾肾为主，中药组方为右归丸合独活寄生汤加减进行治疗，组方中药包含菟丝子、枣皮、枸杞、鹿角胶等针对患者进行培元固本，同时再搭配使用桂枝、威灵仙、羌活、木瓜、细辛来进行驱风止痛的治疗作用。

中药外敷治疗：外敷中药组方包括 20g 威灵仙、15 克桂枝、15 克麻黄、20 克独活、15 克当归、30 克鸡血藤、30 克伸筋草、12 克细辛、15 克海桐皮，先利用纱布将所有中药都包裹起来，然后再上蒸锅进行蒸烫，在药材蒸烫的过程中患者将病灶处置于药包的上方，通过蒸出来的药物水蒸汽从而起到外敷治疗的作用^[6]。此药方每日使用一次，一幅药方可以重复使用 3 至 5 次。

针灸、电针组：传统是运用银针进行针灸，但现在普遍都是运用电针来针对患者的相关穴位进行腰椎间盘突出病症进行治疗，主要是取患者腰部夹脊穴、腰阳关、十七椎、环跳、委中、阳陵泉、承山等穴位进行电针刺激治疗。在进行针灸时患者应该取俯卧位或者是侧卧位，然后医务人员利用专业的医用酒精与棉球，然后针对患者需要针刺的部位开展常规消毒，再利用一次性无菌针灸针选用单手进针法。此处值得注意的是，针灸

环跳穴的时候需要用到规格 0.35*75mm 的针灸针刺入患者相关穴位 2.0-2.5 寸距离，其他穴位的针炙针需要用到规格 0.35*40mm 的尺寸且刺入患者相关穴位 0.8-1.2 寸距离。在运针的时候医务人员应该根据患者的病症虚实，再利用小幅度的力度来施展提插捻转泻手法，针灸过程中每个穴位每次需要保持刺激 30 秒，并且在针刺环跳穴的时候针的方向需要朝外生殖器，针感应该保持局部酸胀并且向患者下肢放射并直至其足趾部位。当针炙针刺好以后需要连接低频率的电子脉冲仪，通过正负电极的对流从而针对患者的各个穴位给予低频冲击。

1.3 临床观察指标

基于腰椎间盘突出症诊疗标准，从而针对两组患者的实际治疗效果进行诊断，标准总共分为四个级别，治愈：患者腰腿疼痛症状基本消失，患者直腿抬高试验结果为阴性，且能够参与正常生活与工作；显效：患者腰腿疼痛部分消失，患者病灶处没有明显压痛点，患者直腿抬高试验结果为

阴性，基本能够参与正常生活与工作；有效：患者有轻微的腰腿疼痛，直腿抬高试验结果为阳性，只能参与部分生活与工作；无效：患者腰腿疼痛并无好转，直腿抬高试验结果为阳性，患者无法参与生活与工作，其生活、工作质量受到很大影响。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 25.0 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。计数资料采用 X² 检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

对比分析两组患者的治疗效果，可以明显的看出观察组患者的治疗效果要明显优越于对照组患者，意味着治疗腰椎间盘突出症实施中医药治疗方法临床效果更为显著，两组对比结果差异具备统计学意义。具体详情见表一。

表一 对比两组患者治疗效果（n）%

组别	例数（n）	治愈	显效	有效	无效	治愈率	总有效率
观察组	30	15（50.00）	8（26.67）	6（20.00）	1（3.33）	15（50.00）	29（96.67）
对照组	30	10（33.36）	7（23.33）	7（23.33）	6（20.00）	10（33.36）	24（80.00）
X ²		6.584	5.981	8.021	9.614	10.364	7.584
P 值		0.034	0.029	0.021	0.018	0.032	0.015

3 结论

当下，我国临床上针对腰椎间盘突出症的治疗手段还是多元化的，排除手术治疗方法还可以通过西药治疗、西药治疗、物理腰椎牵引、中医推拿、中医针灸、腰部理疗以及功能锻炼等方法。腰椎间盘突出是临床上常见的一种疼痛性疾病，在人的腰部，共有五节腰椎骨，两节腰椎骨之间的间隙，叫做椎间隙。在椎间隙中有一个解剖组织，这个组织就是椎间盘，椎间盘主要有两部分组成，一个是位于中央部分的髓核，在其外围的一圈叫做纤维环，对髓核起到保护作用。人体在外伤、劳累过渡、动作不当或者是退行性病变等都将引起腰椎间盘突出。这主要是因为因为外部诱因，导致椎间盘中的髓核突出到椎间隙的外面，纤维环对髓核的保护失去作用，从而引起腰部出现疼痛感，到医院就医时，通过手诊以及相应的医疗设备确诊，都能很快确定患者患有腰椎间盘突出。通常情况下，随着年龄的增长，人患有腰椎间盘突出疾病的几率越大。因为人的腰部有五节腰椎骨，要想确定具体是哪一节腰椎骨出现疾病问题，则需要借助 CT 或者核磁，对患者腰部进行诊断，确定是哪些腰椎骨节段出现突出问题，进而确定下一步的诊疗方案。腰椎间盘突出病症属于腰疼、腰腿痛的范畴之内，其诱病原因主要是由于风、寒、湿邪堵塞经络而导致，同时也有可能是患者跌打闪挫的劳损，从而导致患者的经络受损、气血阻滞，气血不通所以带来的疼痛，亦或者患者肾气亏虚、精血匮乏、筋骨缺乏滋养也会导致患者了现腰椎间盘突出病症。腰椎间盘突出症作为骨科的常见病，对于患者的正常生活与工作都会带来很多不利影响，甚至严重的患者只要卧床休息，致使患者的生活质量严重下降，为患者的身心都带来巨大的痛苦与压力。

在临床治疗上最常用的方法就是西药治疗与物理腰椎牵引，但是，西药治疗只能起到缓解浅表问题的作用，但是根本就治标不治本，患者病情反复发作严重的影响了患者的生活质量与生存的意义，同时还给患者的身心与心理造成了很多负面影响。中西药一直致力于从根本上针对患者的机体进行调理，从而达到全面治愈患者病症的发展目标。腰椎间盘突出应用中药疗法进行“治本”治疗，主要使用的是中药内服和中药外用熏洗的方

法。中药内服有两种，患者可以根据自己的实际情况选择适合的中药进行内服，一种是中成药口服，这类内服药的特点有三种：①便于患者随身携带，丸剂、片剂以及口服液都是较为常见的中成药，尤其是一些口感较苦的中药，被做成胶囊后，服用更方便。②便于长期服用。中成药药量比汤药少，较为温和。③用法固定，根据患者的病情对用法进行确定，但一类病的用法是固定的。另一种是直接服用中药汤剂，这类中药需要定期复查，调整药方，价格较中成药便宜。缺点是不能随身携带，每次服用量较大，长时间服用易于引起患者的抵抗情绪。而中药外用熏洗的治疗方法主要是辅助治疗和改善作用，通过蒸汽热敷可将患者全身毛孔张开，毛细血管网处于张开状态，利于机体内部的风邪湿热外出，有效改善患者腰椎间盘突出带来的特通感和麻木感，具有很好的辅助疗效。但在使用此方法时要注意使用正规的治疗方法，避免因操作不当造成身体局部烫伤或者烧伤问题，为下一步病症治疗带来影响。

综上所述，中医药治疗腰椎间盘突出症的临床效果，明显要比西药治疗更具显著的优势与效果，可以有效降低患者的不良临床病症，极大的增强总体治疗成效，进一步的提升腰椎间盘突出症患者的整体治疗效果，值得在临床治疗中运用与推广。

参考文献：

[1]张金明. 中医针灸推拿加牵引治疗腰椎间盘突出症临床分析[J]. 中国民间疗法,2017,25(02):26-27.

[2]蔡乘燕. 联合使用中医针灸疗法和牵引疗法治疗腰椎间盘突出症的效果分析[J]. 当代医药论丛,2014,12(17):173.

[3]路文慧. 腰椎间盘突出症患者应用中医药治疗的疗效评价[J]. 光明中医,2012,27(09):1757-1758.

[4]曾耀明,姜爱华. 中医药治疗腰椎间盘突出症临床分析[J]. 内蒙古中医药,2010,29(24):17-18.

[5]张志伟,穆国福,段大航. 中医药综合疗法治疗腰椎间盘突出症 208 例临床分析[J]. 临床合理用药杂志,2010,3(20):117.

中医情志护理在足部游离股前外侧皮瓣移植患者术后中的应用

吕姣姣 朱丽萍 傅育红

无锡市第九人民医院/无锡市骨科医院/苏州大学附属无锡九院 江苏无锡 214062

摘要：目的：探讨中医情志护理对足部游离股前外侧皮瓣移植患者术后恢复的影响。方法：将 2018 年 8 月-2019 年 12 月足踝外科收治的 32 例行足部游离股前外侧皮瓣移植患者实施皮瓣移植术后常规护理为对照组，将 2020 年 1 月-2021 年 6 月外科收治的 35 例行足部游离股前外侧皮瓣移植患者在术后实施常规护理基础上增加中医情志护理为干预组。两组患者均在术后 72 小时内及术后 2 周后进行了医院焦虑抑郁量表（HAD）评分，收集干预组及对照组术后血管危象发生率，比较其干预效果。结果：足部游离股前外侧皮瓣移植患者术后护理中增加中医情志护理能够改善患者术后不良心理情绪，降低术后血管危象发生率。结论：增加中医情志护理干预有利于游离股前外侧皮瓣修复足部毁损伤患者的早期康复，尽快回归社会。

关键词：游离股前外侧皮瓣；中医情志护理；HAD；血管危象

中医情志护理是指护理人员运用中医心理、护理理论在日常护理工作中通过个人的言行举止等来影响改善患者的情绪、心理，帮助患者战胜烦恼，从而减轻患者因情绪的变化而导致病情改变，促进患者更早、更快地恢复^[1]。足踝部毁损伤患者足部软组织缺损、肌腱血管暴露在外，普通植皮方式无法修复创面，需进行游离股前外侧皮瓣移植术。患者再植的游离股前外侧皮瓣的存活与其紧张、焦虑等情绪的波动都有直接关系，不良的心理情绪会促使血管紧张，引起受区皮瓣的血管痉挛，增加皮瓣动、静脉危象的发生率，导致皮瓣坏死，皮瓣存活观察最为关键时间是术后 24 小时-72 小时内，皮瓣存活结果至少需要 2 周才能确定^[2-3]。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 8 月-2021 年 6 月在我院足踝外科接受治疗的足踝部毁损伤行游离股前外侧皮瓣修复足部创面的 67 例患者为研究对象，并向患者解释研究的目的及过程，患者均表示配合，将 2018 年 8 月-2019 年 12 月符合条件的 32 例患者为对照组，其中男 20 人，女 12 人，平均年龄 51.24 ± 3.42 岁，2020 年 1 月-2021 年 6 月符合条件的 35 例患者为干预组，其中男 22 人，女 13 人，平均年龄 52.13 ± 2.35 岁。纳入标准：符合游离股前外侧皮瓣移植修复足部创面手术的患者，血管条件良好，无基础疾病、精神病史者。排除标准：意识不清者。

1.2 方法

1.2.1 对照组采用足踝外科皮瓣术后护理常规，具体如下：（1）动态监测患者的生命体征，出入量记录准确及时；（2）及时和手术医生沟通了解手术情况，患者的血管情况、血流流动情况；（3）妥善固定管道，保证引流在位通畅，注意伤口渗血、渗液情况，有异常及时汇报医生查看；（4）及时、准确、观察记录皮瓣的血供状况，特别注意皮瓣的颜色、温度、肿胀程度、毛细血管充盈时间，准确辨识血管危象及时报告医生进行处理；（5）严格卧床休息 1-2 周，保持患肢体位正确，防止皮瓣部位受压，影响血运情况，防止足部压疮；（6）温湿度适宜，病房温度调节保持 22-24℃，避免温度过低引起血管痉挛，引起血运障碍；（7）术后遵医嘱使用肝素钠、罂粟碱、低分子右旋糖苷、广谱抗生素等药物；（8）预防深静脉血栓、便秘、坠积性肺炎、压力性损伤等并发症；（9）保证患者营养的需要，给予鱼肉、虾仁、鸡肉、水果、富含高纤维蔬菜、适当补充补血食物如菠菜、红枣等，保持大便通畅，饮水每天至少 2000ml，保证出入量平衡。（10）做好疼痛管理；（11）心理护理。

1.2.2 干预组患者在常规护理基础上术后增加中医情志护理。 1.2.2.1

判断患者情志类型及时对症处理。（1）忧思。由于此类手术难度大、创面大、患者手术时间长，手术费用高、患者担心手术效果等都会造成患者精神抑郁，凭空多虑，心情沉重。中医情志护理主张应以喜胜忧、“移情”转思等情志制约法。护士通过像患者解释逐渐康复的现状，如：引流患者的引流液的逐渐减少、引流管的拔除，患者血运恢复好，鼓励患者增加患者康复的信心；通过多于患者及家属的沟通，了解患者的喜好，帮助患者做其喜欢的事，转移患者注意力。忧伤肺，思伤脾，也让患者多食健脾养肺的食物如：山药、梨、山楂等。（2）易怒。有些患者急躁，对于此类手术患者恢复时间长，需要卧床 1-2 周才能确定手术是否成功，因此患者情绪失控，容易生怒气，怒伤肝，容易引起患者肝气郁结、气血瘀滞。护士应当保持平静温和，安抚其情绪，指导患者放松肌肉、深呼吸等舒缓怒气的方式，控制自我的不良情绪，做到安神静志，从而利于脏腑功能的自我调节以及气血通畅。（3）悲观。有些患者存在情绪低落抑郁等现象，需要家属及医务人员支持，引导患者解开心结，家属多沟通陪伴鼓励患者，医务人员借助情疗法下改善抑郁情志，多给予患者关爱、播放轻松快乐音乐、讲述同类患者康复治疗的经验等方式帮助患者解除悲观。

1.2.2.2 护理人员应辩证施护，及时对症处理：①正确开导：了解患者的文化背景、经济背景、家庭关系、社会关系，成长环境，使用患者容易接受的语言开导患者，了解患者所需所想，帮助患者进行康复治疗，护士声音柔和，态度端正认真，与患者建立相互信赖的护患关系，以此提高患者康复的信心，能够在最佳的状态下接受治疗。②顺情从欲、发泄解郁。顺从患者内心的情绪、意志，满足患者合理需求，不阻止患者的哭闹，正确使用沟通技巧，倾听患者主诉，并适当给予反馈，护患之间做到共情，使患者心理压力得到释放，减少不良情绪。③暗示疗法。护理人员通过言行举止等增加患者康复信心，简单的加油动作，每天的真挚笑容，鼓励患者战胜疾病的信心。

1.2.2.3 护理人员把握中医“时疗”。遵循人体生长发展规律，气血循环从肺经开始顺时针回到肝经，把握时间观点，知道患者正确的作息，保证患者睡眠时间及质量，在不同时间段对患者进行针对性护理干预，如早起、早睡、午休等，顺应“阴、阳”调整患者身体在一个有利的循环中，减轻患者精神及身体负担，同时也有利于再植皮瓣血液循环建立、恢复正常，避免血管危象的发生。

1.3 观察指标 （1）两组患者术后均采用自评医院焦虑抑郁量表（HAD）分别于术后三天内及 2 周后各测评一次，实验组和对照组结果对

比,比较干预是否有效。焦虑抑郁量表(HAD)有两个亚量表,主要是对焦虑(A)和抑郁(D)各七题,每个问题分为四级评分,得出测量总分。总分 0-7 分代表正常; 总分 8-10 分表示轻度抑郁/焦虑; 总分 11-14 分表示中度抑郁/焦虑; 总分 15-21 分表示严重抑郁/焦虑,通过扫二维码网络问卷结合纸质问卷收集患者一般资料,年纪较大文化水平有限患者,通过沟通询问协助其进行问卷调查。(2)收集两组术后 2 周内血管危象发生率,比较其干预效果,血管危象发生率越低,说明实验干预护理有效。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 23.0 软件,计量资料比较采用百分比,方差分析,计数资料比较采用两独立样本的 t 检验。

2 结果

2.1 67 例患者 HAD 轻度抑郁/焦虑比较(表一)

表一 两组患者 HAD 轻度抑郁/焦虑比较						
分 组	评 估 时 机	例 数	轻度抑郁/焦虑人数 (占比)		评分比较	
			A	D	A	D
对照 组	3 天内	32	25 (80%)	17 (53%)	9.66 ± 3.26	8.13 ± 5.45
	2 周后	32	22 (66.7%)	15 (46.7%)	8.46 ± 2.99	7.06 ± 4.73
干预 组	3 天内	35	18 (53%)	9 (25.7%)	7.13 ± 1.85	5.67 ± 3.66
	2 周后	35	12 (33.3%)	7 (20%)	6 ± 1.93	5.26 ± 3.15
t 值	3 天内				5.069	4.704
	2 周后				4.75	3.473
P	3 天内				0.000	0.000
	2 周后				0.000	0.004

2.2 两组患者血管危象发生率比较,其中对照组有 5 例患者发生了血管危象,发生率是 15.6%,干预组有 3 例发生血管危象,发生率 8.5%,两组差异有统计学意义(P<0.05)。

3 讨论

3.1 足踝部毁损伤患者大多数是经历机械绞伤、车祸伤等引起,患者经历过程痛苦,创伤严重,可能会引发残疾,因此患者心理承受不同程度的创伤应激障碍,如焦虑、恐惧、紧张等,护士运用中医情志护理方法早期采取积极地干预措施,能够缓解患者不良情绪,促进身心的早期康复^[4-5]。统计 67 例游离股前外侧皮瓣修复足部毁损伤患者中,60%都经历车祸,40%患者是机器伤;90%患者一期都进行了清创,VSD 引流等,伤口创面大,住院期间平均手术次数 3.67 ± 0.72 次,因此患者会对手术的产生恐惧、担心伤口不愈合、担心是否能够正常回归社会,因此患者的存在不同程度心理疾病,中医情志护理发挥人文护理精神,关注患者心理健康,通过心理健康来影响患者身体健康,此次研究中从患者医院焦虑抑郁量表(HAD)评分表一中可以看出,干预组评分均值明显低于对照组(P<0.01),干预组轻度抑郁焦虑患者人数占比低于对照组,说明情志护理干预有效。

3.2 血管危象是患者再植血管发生血流改变,血管危象是因为再植血管缝合后出现血栓、痉挛,造成血液流通不畅,出现组织缺血、瘀血的现象,是直接影响再植肢体成活率,其主要包括静脉危象和动脉危象,早期识别血管危象及时对症处理也是手术的保障,患者再植肢体血管危象发生与患者情绪、疼痛有着直接的关系^[6-7]。中医情志护理在稳定患者不良术后情绪、缓解患者术后疼痛,避免刺激其中枢神经、交感神经,从而能够有效降低患者血管危象发生率,从两组患者血管危象发生率比较,干预组血管危象发生率低于对照组,说明干预有效。

3.2 中医情志护理的内涵,与现实的转变

情志护理需要护士辩证施护,通过望、闻、问、切分析辨清病因、病位、病性及邪正关系,概括判断为何病、何证。施护,则是根据辨证的结果确定相应的护理方法,通过施护的效果可以检验辨证的正确与否。把握整体观念,中医护理的整体观念包括两个方面,人体是一个有机的整体。其二注重人与自然界的关系。同病异护,相同症状由于引起疾病原因:机体自身、地区、季节、时辰,不同而采取不同的护理措施。按临床表现采取不同的“通法”。护理同样以“相生相克”确定护理措施。在现代护理工作中,中医情志护理是一种新型的心理护理模式,有相关研究结果显示其对手术患者的情绪改善效果显著^[8-9]。将中医情志护理用于游离皮瓣移植患者术后中,针对患者不同心理状态实施辩证施护、情胜式、时疗等不同情志护理措施,改善患者不良的情绪状态,帮助其建立乐观、积极向上的心态,培育患者“正气”,从而能够增强患者抵御“邪气”,促使患者病情好转^[10]。

总之护理人员增加中医情志护理对 35 例游离股前外侧皮瓣修复足部毁损伤患者进行干预确实有成效,减少患者血管危象的发生,促进皮瓣成活,有利于患者身心的早期康复。但是样本量相对较小,结论相对有局限性,但是值得借鉴,是否扩大样本继续研究也是值得探讨。

参考文献:

- [1]程友花,徐立军,王欢.中医情志护理在社区原发性高血压患者中的应用效果[J].当代护士(中旬刊),2019,26(4):80-81
- [2]许甜甜.护患应对式情绪管理在游离股前外侧皮瓣移植术中的应用[J].中国乡村医药,2015,22(6):75-77.
- [3]侯春林,顾玉东.皮瓣外科学[M].上海:科学技术出版社,2006.
- [4]涂媛媛,周红欣.中医情志调畅护理在老年心脏病患者中的应用[J].护理实践与研究,2015,15(15):142-143.
- [5]杜荣焕[1],王小娜[1].中医情志护理对焦虑症患者的心理状态及生活质量的影响分析[J].光明中医,2020(8):1245-1248.
- [6]管玉霞,廖小青,沈文诗,等.预见性护理在游离皮瓣修复手指创面术后预防血管危象中的应用[J].全科护理,2019,17(21):2597-2599.
- [7]韩素琴,贾飞飞,陈盛,等.应用血管危象可控因素集束化管理策略预防断指再植术后血管危象[J].中医正骨,2019,31(05):74-76.
- [8]李云芳.中医情志护理在手术室护理中的应用效果[J].光明中医,2018,33(19):2922-2924.
- [9]林贤娇.中医情志护理应用于手术患者的研究进展[J].蛇志,2022,34(1):112-114.
- [10]周新桃,姜华芳,严芳琴.中医特色护理联合健康教育干预老年高血压随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2019,33(8):53-55.

自制中药穴位敷贴对股骨干骨折患者围手术期疼痛及睡眠质量的临床研究

吴峰 霍志谦^(通讯作者) 钟佩珍 冯周莲

佛山市中医院创伤骨科六科 广东佛山 528000

摘要：目的：研究在股骨干骨折患者围手术期予以自制中药穴位敷贴对疼痛及睡眠质量的改善效果。方法：选取2020年2月至2021年10月佛山市中医院住院治疗的股骨干骨折手术患者80例，按照随机数字表法随机分为穴位敷贴组和对照组，每组40例。对照组术后采用一次性静脉自控镇痛泵，穴位敷贴组在对照组基础上予自制中药穴位敷贴进行穴位贴敷。比较两组术后疼痛（NRS）评分、匹兹堡睡眠质量（PSQI）评分、镇痛泵按压次数，评价两组临床疗效及术后并发症情况。结果：治疗2天后，穴位敷贴组的总有效率为87.5%，对照组为72.5%，穴位敷贴组的疗效明显优于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。两组术后24h、48h的NRS、PSQI评分均低于术前（ $P<0.05$ ），且穴位敷贴组的降低作用均明显优于对照组（ $P<0.05$ ）；治疗过程中，两组不良反应发生率无显著差异（ $P>0.05$ ）。结论：对于股骨干骨折手术患者来说，自制中药穴位敷贴能有效降低患者疼痛感，促进睡眠，提高睡眠质量，减少镇痛泵按压次数，临床疗效确切。

关键词：自制中药穴位敷贴；股骨干骨折；疼痛；睡眠质量

股骨干骨折通常是因高能量损伤而导致。多数骨折患者伴随明显移位现象，因此需要接受手术治疗^[1]。近年来，骨折围术期采取中医相关的强化辅助治疗已逐步取得成效，针灸、艾灸等方法能有效减轻患者术后疼痛及应激反应，改善睡眠质量，提升住院满意度，促进患者康复^[2]。本研究择取2020年2月至2021年10月佛山市中医院住院治疗的股骨干骨折手术患者作为研究对象，分析在股骨干骨折围手术期予以自制中药穴位贴敷对患者疼痛及睡眠质量的改善情况，总结疗效，现将具体内容报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

择取2020年2月至2021年10月佛山市中医院住院治疗的股骨干骨折手术患者80例，按照随机数字表法随机分为穴位敷贴组和对照组，每组40例。穴位敷贴组中男女比例25:15，年龄20~63岁，平均（45.26±12.15）岁；受伤部位中左侧21例，右侧19例，ASA分级：I级30例，II级8例，III级2例；合并高血压4例，糖尿病3例。对照组中男女比例23:17，年龄21~65岁，平均（46.03±11.22）岁；受伤部位中左侧24例，右侧16例，ASA分级：I级32例，II级7例，III级1例；合并高血压5例，糖尿病2例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义（均 $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准：①符合《临床诊疗指南—骨科分册》中对股骨干骨折的诊断标准^[3]；②年龄为18~65岁者，性别不限；③损伤部位为左下肢或右下肢单一部位，无其他复合性损伤者；④于2周内受伤的新鲜骨折并接受手术的患者；⑤患者自愿作为受试对象、积极配合本临床试验并签署知情同意书。

排除标准：①年龄在18岁以下或超过65岁；②不符合拟定的股骨干

骨折的诊断标准者；③属于开放性损伤、超过2周以上的股骨干陈旧性骨折，或病理性骨折；④合并神经、血管损伤、其他部位骨折等复合性损伤患者；⑤对外敷药物及多种药物过敏者；⑥合并重要脏器的器质性病变或免疫、内分泌系统等严重原发性疾病，以及精神病变不能接受手术者；⑦依从性差，治疗期间随意终止或更换治疗药物及方法者；⑧妊娠期和哺乳期的妇女。

1.3 治疗方法

基础治疗：两组患者入院后均在患肢进行黄水纱（本院制剂）外敷、夹板包扎固定。每日予三七化瘀口服液（本院制剂）10ml tid、去瘀片（本院制剂）3粒 tid，有基础内科病患者予相对应内科治疗。两组患者均由同一组医师于入院后第4天行手术治疗，采用闭合复位顺行股骨髓内钉（匈牙利索娜蒙托）固定术，手术方法参考《坎贝尔骨科手术学》第12版第六卷。

对照组：患者术后由麻醉医师配置一次性自控静脉镇痛泵，用药为舒芬太尼100mg、格拉司琼3mg加入生理盐水稀释至100ml，将泵的背景药量设置为1ml/h，自主给药量设置为1ml/h，自控时间间隔设置为15min。告知患者若疼痛不能缓解的情况下，可自行按压一次按钮，单次追加1ml的自控给药量。每隔15min按压一次，每小时最多按压4次。

穴位敷贴组：在对照组的基础上加用通络逐瘀方进行穴位贴敷。在患者健侧肢体的风市、血海、梁丘、足三里、丰隆、三阴交、阴陵泉、阳陵泉、太冲穴贴敷。通络逐瘀方成分：川芎80g、延胡索70g、冰片50g，剂型为粉剂，规格：200克/袋。（以上药品均由佛山市中医院制剂中心统一制作供应）。护士根据当天敷贴患者数量进行药物配制，用酒精浓度29.5%双蒸米酒、蜜糖按1:1比例加药粉一起煮沸，充分搅拌煮至粘稠，敷贴

时将配制好的药物放在穴位敷贴上，用量约 2 克/穴，保持药物温度 38～40 ℃，每天现配现用，以提高患者舒适度，促进药物吸收，每次贴敷 4 小时后取下。

1.4 临床观察指标

①根据疼痛分级法（NRS）^[4]对两组患者术后 24h、48h 作疼痛评价，采用 0-10 数字分级，评分越高疼痛越严重。②通过匹兹堡睡眠质量指数量表（PSQI）^[5]评估术后 24h、48h 的睡眠质量，评分越高表示睡眠质量越差。③观察 2 组术后不良反应发生的情况。

1.5 临床疗效评价

参照《中医病证诊断疗效标准》^[6]。显效：疼痛轻，可忍受，睡眠正常，精神饱满。有效：疼痛稍重，入睡稍难且睡眠时间延长，精神稍倦。无效：疼痛较重，影响睡眠且白天嗜睡，精神疲倦。总有效率＝（显效例数＋有效例数）/总病例数×100%。

表 1 两组患者不同时间点 NRS、PSQI 评分对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	NRS			PSQI		
		术前	术后 24h	术后 48h	术前	术后 24h	术后 48h
穴位敷贴组	40	7.30±1.20	3.50±0.35a	2.28±0.21ab	14.78±2.33	5.05±1.09a	4.35±0.98ab
对照组	40	7.35±1.02	5.21±0.40	4.34±0.20b	14.86±2.38	9.55±1.16	7.65±1.32b

a: $P<0.05$,同一时间点与对照组比较; b: $P<0.05$,与同组术前 24h 比较。

2.2 两组患者的临床疗效比较

治疗 2 天后，穴位敷贴组的总有效率为 87.5%，对照组为 72.5%，经组间秩和检验，穴位敷贴组的疗效明显优于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

表 3 两组临床疗效比较(n/例)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
穴位敷贴组	40	21	14	5	35(87.5%) ^a
对照组	40	16	13	11	29(72.5%)

a: $P<0.05$,与对照组比较。

2.3 两组术后不良反应比较

穴位敷贴组 1 例贴敷 2 天后皮肤稍潮红，予外涂卤米松乳膏后症状缓解，继续本次研究。对照组 2 例出现恶心、呕吐，3 例出现头晕，均给予对症处理后症状缓解。两组患者术后发生并发症无显著差异（ $P>0.05$ ）。

3 讨论

股骨干骨折指的是小转子以下 2-5cm 至股骨髁以上 2-4cm 之间部分骨折，最常见的是中部骨折，通常是因突然外力撞击而导致。相比于其他骨折类型，股骨干骨折有明显的全身症状，除病人无法耐受手术外，均推荐手术治疗^[7]。由于手术对人体的创伤以及伤后应激状态等原因，大多数病人在术后会有不同程度的疼痛，疼痛严重则影响病人睡眠，导致白天精神疲倦，使病人生活质量下降，最终影响骨折术后的早期康复锻炼^[8]。

1.6 统计学方法

本次研究采用 SPSS 22.0 分析数据，计量资料按照（ $\bar{x}\pm s$ ）方式展示，符合正态分布的采用 t 检验，不符合则采用非参数检验，计数资料按照（n/%）方式展示，组间比较采用 χ^2 检验，若 $P<0.05$ 则差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术前、术后 24h 及术后 48h 疼痛 NRS、匹兹堡睡眠质量 PSQI 评分比较

术前两组 NRS 评分比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），术后 24h、48h 穴位敷贴组的 NRS 评分均低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；术前两组 PSQI 评分比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），术后 24h、48h 穴位敷贴组的 PSQI 评分低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

自制中药穴位敷贴是佛山市中医院骨六科主任吴峰教授根据中医药膏配伍理论及长期的临床经验总结得出。通络逐瘀方中川芎味辛、性温，归肝、胆、心包经，具有活血行气、祛风止痛的功效；延胡索辛、苦，性温，具有活血、行气、止痛功效；冰片辛、苦，微寒，芳香开窍，促进药物透皮吸收，引诸药由表达里，辅助川芎加强活血祛瘀功效，诸药合用，共奏行气通络，活血祛瘀功效，可有效缓解股骨干骨折患者术后血瘀气滞所致之“不通则痛”。药理研究表明，延胡索中主要活性成分延胡索乙素、原鸦片碱具有镇痛、催眠作用，能降低大脑中枢处理疼痛信号的活跃度^[9]。川芎具有良好抗炎、镇痛作用，能有效舒张血管平滑肌，改善局部微循环^[10]。通络逐瘀方穴位贴敷采取特效药物处方，特效穴位处方双结合进行治疗，充分利用药物、穴位的作用，既能有效刺激穴位，又能发挥药物的疗效，促进全身血液循环、改善骨折端及术口局部微循环，有效减轻术后肢体疼痛，改善睡眠质量，对整体健康起平衡和调节作用。临床上已有多个应用穴位敷贴治疗术后疼痛的报道^[11-12]。

本研究结果表明，在疗效方面，经治疗 2 天后，穴位敷贴组的总有效率为 87.5%，对照组为 72.5%，临床疗效明显高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。在西药镇痛泵使用的基础上，使用自制中药穴位敷贴能增强其镇痛作用，穴位敷贴组术后 24h、48h 的疼痛 NRS、匹兹堡睡眠质量 PSQI 评分均低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。两组患者并发症发生率无显著差异，但穴位敷贴组中发生头晕、呕吐的患者少于对照组，可

（下转第 147 页）

中药坐浴熏洗对混合痔外剥内扎术后肛门疼痛及肛缘水肿程度的影响

吴龙 周敬祥

赤壁市人民医院 湖北咸宁 437300

摘要：目的：探讨混合痔外剥内扎术后采用中药坐浴熏洗的临床效果。方法：选择2019年7月-2020年10月期间我院收治的行混合痔外剥内扎术患者102例为研究对象，随机分为两组，其中给予对照组常规治疗，而观察组则运用中药坐浴熏洗，比较两组治疗效果。结果：观察组术后3d、7d以及14d的VAS评分均低于对照组（ $P<0.05$ ）；与对照组比较，观察组的治疗有效率高，组间对比差异明显（ $P<0.05$ ）；相比较对照组而言，观察组的住院时间和创面愈合时间均较短，组间对比差异明显（ $P<0.05$ ）；同时，两组的术后肛缘水肿程度对比有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：临床上运用中药坐浴熏洗治疗混合痔外剥内扎术后患者，不仅可以减轻肛门疼痛，还能缓解肛缘水肿程度，提高治疗效果，有助于患者术后恢复，值得推广。

关键词：肛缘水肿；肛门疼痛；混合痔外剥内扎术；中药坐浴熏洗

混合痔的外科的一种常见病、多发病，手术是首选的一种治疗方法，尤其是外剥内扎术，但是术后容易出现并发症如渗血、水肿以及疼痛等，不利于创面愈合。中医学上认为，肛周经络闭阻、气血凝滞与术后水肿、疼痛的发生有关，而中药具有促进创面愈合和镇痛作用，并且采用中药熏洗的给药方法，通过温热作用，能够扩张血管，促进渗出液吸收，从而使水肿消除^[1]。因此，本文对中药坐浴熏洗运用在混合痔外剥内扎术治疗中的临床价值进行了探讨，如下报道。

1. 资料和方法

1.1 一般资料

选择我院2019年7月-2020年10月期间收治的102例行混合痔外剥内扎术患者为研究对象，随机分为两组，每组51例。对照组病程2-8年，平均（ 4.7 ± 2.3 ）年，年龄24-76岁，平均（ 49.4 ± 13.1 ）岁，其中21例为女性、30例为男性；观察组病程2-9年，平均（ 4.8 ± 2.4 ）年，年龄25-77岁，平均（ 49.5 ± 13.3 ）岁，其中20例为女性、31例为男性。两组的性别、年龄等资料对比无差异（ $P>0.05$ ）。

1.2 诊断、纳入和排除标准

1.2.1 诊断标准：（1）黏液外溢。痔核长时间刺激直肠黏膜，生成炎性渗出，增加分泌物；（2）疼痛。单纯性内痔的疼痛感较轻，一些患者可产生坠胀感，当混合痔或者内痔脱出嵌顿，且出现坏死、感染以及水肿时，则会产生明显的疼痛感；（3）痔块脱垂。这一症状多见于混合痔晚期，先出现便血症状，然后出现脱垂，由于晚期痔体逐渐增大，与肌层逐渐分离，粪便时容易推出肛门外；（4）便血。混合痔的临床症状以便后出现鲜红色血为主，具有间歇性、无痛性的特点，也是早期比较常见的一种症状。

1.2.2 纳入标准：（1）患者年龄 ≥ 18 岁；（2）符合混合痔临床诊断标准，且行手术治疗；（3）临床资料完善；（4）患者意识清醒，可正常交流和沟通，且具有较好的认知功能；（5）患者及家属对本次研究知情，且签署同

意书。

1.2.3 排除标准：（1）合并严重心肝肾功能病者；（2）合并严重精神障碍性疾病或者意识障碍者；（3）合并严重感染性疾病者；（4）合并其他肛门疾病如肛瘘、肛裂者；（5）临床资料缺失或者中途退出研究者。

1.3 方法

1.3.1 对照组

对照组行常规治疗，即术后第2d采用高锰酸钾坐浴，在伤口上均匀涂抹红霉素软膏，每天2次，1个疗程为7d，共治疗2个疗程。

1.3.2 观察组

观察组则运用中药坐浴熏洗，基本药方：延胡索15g、枯矾15g、白芷15g、金银花30g、苍术20g、黄柏30g、苦参30g，运用纱布扎紧药物后放入容器内，加入水3000ml进行30min煎煮后，在坐浴器内放入水煎液，设置温度为 45°C ，设定时间为20min，坐浴前，指导患者将二便排空，运用温水对肛周进行清洗，通过蒸汽对局部进行熏蒸，并且坐浴的过程中，指导患者进行提肛运动，2次/d，早晚各1次，1天1剂，7d为1个疗程，共2个疗程。

1.3 观察指标

观察以下指标：（1）疼痛程度。运用视觉模拟评分法（Visual analog scoring, VAS）对患者术后第3、7以及14d的肛门疼痛程度进行评价，总分为0-10分，其中无疼痛为0分；疼痛感较轻，能够忍受，不影响睡眠，且可以正常生活为1-3分；疼痛感比较明显，无法耐受，且服用服用镇痛药物为4-6分；出现剧烈疼痛感，不能耐受，对休息和睡眠产生严重影响，且需要注射止痛针或者运用镇痛药物为7-10分，得分与疼痛呈正比关系^[2]；（2）对肛缘水肿情况进行观察，可分为4度：①I度，没有出现水肿情况；②II度，组织隆起，但是可见清晰的皮肤纹理；③III度，皮肤纹理比较模糊，且组织隆起；④IV度，皮肤纹理消失，且组织隆起^[3]；（3）记

录两组的住院时间和创面愈合时间。

1.4 疗效判定标准

评价治疗效果：（1）显效。创面愈合率为 70%-100%，且患者疼痛感消失；（2）有效。创面愈合率为 30%-69%，且患者疼痛感减轻；（3）无效。创面愈合率<30%，且疼痛感明显，即（有效率+显效率）/总例数×100%=总有效率^[4]。

1.4 统计学分析

由 SPSS20.0 软件分析数据，其中计数资料采用百分率（%）表示，组间对比行 X² 检验，并且运用 t 检验计量资料对比，以 P<0.05 表示有差异。

2. 结果

2.1 两组术后 VAS 评分变化情况

与对照组比较，观察组术后 3d、7d 以及 14d 的 VAS 评分均较低，组间对比差异明显（P<0.05），见表 1。

表 1 两组 VAS 评分对比（x±s，分）

组别	术后 2d	术后 7d	术后 14d
对照组（n=51）	4.9±1.8	3.7±1.2	2.4±0.7
观察组（n=51）	3.7±1.5	2.3±1.1	1.4±0.2
t 值	6.309	8.112	5.034
P 值	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组术后肛缘水肿程度对比

观察组的 I 度所占比例高于对照组，且 III 度、IV 度所占比例低于对照组（P<0.05），但是两组的 II 度所占比例比较无差异（P>0.05），见表 2。

表 2 两组术后肛缘水肿程度比较[n（%）]

组别	I 度	II 度	III 度	IV 度
对照组（n=51）	22（43.14）	11（21.57）	12（23.53）	6（11.76）
观察组（n=51）	34（66.67）	10（19.61）	4（7.84）	3（5.88）
X ² 值	7.034	9.545	6.496	8.112
P 值	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组治疗效果比较

观察组的治疗有效率明显高于对照组（P<0.05），见表 3。

表 3 两组疗效对比[n（%）]

组别	显效	有效	无效	有效率
对照组（n=51）	17（33.33）	22（43.14）	12（23.53）	39（76.47）
观察组（n=51）	31（60.78）	17（33.33）	3（5.88）	48（94.12）
X ² 值				12.863

P 值

<0.05

2.4 两组各项指标对比

相比较对照组而言，观察组的住院时间和创面愈合时间均较短，组间对比差异有统计学意义（P<0.05），见表 4。

表 4 两组各项指标比较（x±s,d）

组别	住院时间	创面愈合时间
对照组（n=51）	12.34±2.43	20.12±2.55
观察组（n=51）	6.56±1.78	12.32±1.73
t 值	7.344	9.112
P 值	<0.05	<0.05

3. 讨论

近年来，随着人们生活方式和饮食习惯的改变，痔疮在我国的发病率呈现出明显的上升趋势，因为具有病程长、迁延不愈、反复发作的特点，不仅危害患者健康，还严重影响正常生活和工作。通常情况下，痔疮主要指的是人体肛管皮肤下和直肠末端黏膜下静脉丛出现屈曲和扩张所形成的一个柔软静脉团，其具有复杂的发生机制，与环境、排便习惯、食物、遗传以及肛垫下移等诸多因素有关。临床上将痔的生长位置作为基本依据，将痔疮划分为三种类型，分别是混合痔、外痔以及内痔，其中混合痔具有较高的发病率，位于齿状线附近，有外痔、内痔静脉丛曲张并互相吻合贯通形成^[5]。当前临床在对混合痔进行治疗时，外剥内扎术是常用的一种方法，虽然效果较差，但是作为开放式的一种手术，术后容易出现诸多并发症如疼痛、水肿等，使创面愈合速度减慢，从而对患者的预后产生直接影响。所以，在混合痔外剥内扎术后，及时采取有效干预措施，使患者的创面水肿和疼痛程度减轻，可以对创面的愈合起到一定的促进作用。现代医学认为，痔疮术后疼痛的发生机制包括以下几点：①手术创面大，并且对肛旁神经造成损伤；②术后水肿严重或者肛门炎症刺激；③手术对局部皮肤肌肉组织造成不同程度的刺激和损伤；④精神紧张过度或麻醉效果不佳以及对于疼痛过度敏感^[6]。有学者^[7]在研究中发现，在肛门直肠疾病如肛裂、肛瘘以及痔疮等患者中，疼痛是术后比较痛苦的一个症状，也是当前迫切需要解决的一个问题。痔疮术后疼痛不仅与肛门的特殊解剖结构有关，还与患者对疼痛耐受程度、精神状态、疾病严重程度以及麻醉方式等有关。同时，齿线以上的肛管部分由于植物神经影像，对疼痛的敏感度较低，所以这一区域的手术，疼痛不明显，以一过性肛门坠胀感为主要表现，但是齿线以下肛管及周围肌肉组织如提肛肌、联合纵肌以及内外括约肌等，在躯体神经的支配下，神经末梢广泛分布，对痛觉敏感度较高，再加上局部炎症、术后活动、排便等刺激创面，从而导致肛门疼痛。对于混合痔外剥内扎术后疼痛、水肿，西医以 1:5000 高锰酸钾坐浴治疗为主，但是整体效果较差。所以，选择一种合适的治疗方法，使混合痔外剥内扎术后疼痛、水肿症状减轻，也是当前亟需解决的一个问题。

中医学上认为,混合痔术后因为经伤络损、金刀创伤,导致血瘀气滞,阻碍机体正常运行,再加上手术耗伤气血,瘀、热以及湿等互为因果、互相作用、互相夹杂,脉络瘀阻、湿热内生、气血不调,瘀、热、湿交互阻碍经脉、不通则痛,并且津液不化可导致水肿。在本次研究中,与对照组比较,观察组的住院时间、创面愈合时间以及术后 VAS 评分均较少,并且治疗有效率较高,提示中药坐浴熏洗治疗混合痔外剥内扎术后肛缘水肿和肛门疼痛具有较好的效果,能够使水肿和疼痛程度减轻,有助于创面愈合。分析原因主要为,在中药坐浴熏洗方中,苦参性寒、苦味,归膀胱经、大肠、胃、肝以及心经,具有利尿、杀虫以及清热燥湿的功效,能够治疗肛门瘙痒、便血以及红肿等症;黄柏性寒,味苦,归膀胱、肾经,可以解热毒、清火除蒸;苍术性温、味苦、辛,归肝、胃、脾经,具有祛风散寒、燥湿健脾的功效;金银花性寒、味甘,归胃、肺经,能够疏散风热、清热解毒;白芷性温、味辛,归胃、脾、肺经,具有消肿排脓、祛风止痛、解表散寒的功效,诸药合用,则能充分发挥行气止痛、活血消肿、清热燥湿的功效。同时,中药坐浴熏洗通过热力和药力,能够利用黏膜、皮肤对机体产生直接作用,使气血畅通、脉络调和、腠理疏通,从而实现疾病防治的目标。现代药理学研究表明,在热力的刺激下,能够扩张病灶部位皮肤血管,使局部新陈代谢加快,使组织微循环得到改善,对创面愈合起到一定的促进作用,并且中药能够使白细胞吞噬能力增加,发挥

(上接第 144 页)

能与选取穴位中具有理气和胃、调和内脏的功效以及由于疼痛缓解减少了镇痛泵的自主使用有关。

综上所述,股骨干骨折手术患者使用静脉连接自控镇痛泵是缓解术后疼痛的常规方法,但其镇痛效果因人而异,且容易出现头晕、呕吐等并发症。而在此基础上行自制中药穴位敷贴能更加有效降低患者疼痛感,提高睡眠质量,减少镇痛泵使用次数,有助于提高患者术后生活质量,安全有效,值得临床借鉴。

参考文献:

- [1]古波,麦敏军,封月勤,等.益气活血法干预股骨颈骨折后血液高凝状态的临床研究[J].内蒙古中医药,2020,39(02):6-7.
- [2]周银好,刘小华,梁丽芬,等.循证护理干预联合中药封包治疗对老年股骨粗隆间骨折患者术后功能康复及并发症的影响[J].护理实践与研究,2020,17(22):73-74.
- [3]曹雪琴.气压泵联合通脉活血中药熏洗在老年股骨颈骨折术后康复中的应用效果及护理体会[J].基层医学论坛,2020,24(18):2636-2637.
- [4]耶志国.冲击波联合中药熏洗治疗股骨干骨折术后骨不连的临床疗效观察[J].健康大视野,2020,01(22):79,82.
- [5]刘云.中药熏蒸结合穴位按摩及推拿技术促进股骨颈骨折患者髋关节置换术后康复的效果观察[J].反射疗法与康复医学,2021,02(17):45-47,5

止痛、消肿散瘀的功效。

综上所述,在混合痔外剥内扎术患者中,通过运用中药坐浴熏洗治疗,不仅能够缓解肛门疼痛,还能减轻肛缘水肿程度,从而改善患者预后,值得推广。

参考文献:

- [1]尹强.改良外剥内扎术结合中药熏洗治疗环状混合痔临床观察[J].实用中医药杂志,2020,36(08):979-980.
- [2]邓进云,代泽来.中药熏洗联合外剥内扎术加后位扩肛治疗重度环状嵌顿混合痔的临床疗效观察[J].中国社区医师,2018,34(32):91+93.
- [3]张新燕,胡明.中药熏洗辅助治疗对混合痔外剥内扎术疗效及术后并发症影响[J].辽宁中医药大学学报,2017,19(02):185-187.
- [4]朱立霞,余灵辉,袁伟超.中药熏洗治疗混合痔外剥内扎术后水肿及促进创面愈合的临床疗效[J].海峡药学,2015,27(12):142-143.
- [5]黄春华.混合痔外剥内扎术后联合自拟苦参汤熏洗治疗的临床疗效[J].内蒙古中医药,2015,34(11):97.
- [6]王锦,印义琼,等.混合痔外剥内扎术后坐浴方法与切口愈合的相关性研究[J].华西医学,2014,24(12):3236-3238.
- [7]杨全甫.加减祛毒汤熏洗防治混合痔外剥内扎术后肛缘水肿66例疗效观察[J].结直肠肛门外科,2015,16(6):366-367.

4.

- [6]中华医学会编著.临床诊疗指南—骨科分册[M].北京:人民卫生出版社,2009:25-26.
 - [7]潘涛,汪海东,姚晓冬,等.中药热敷结合身痛逐瘀汤对股骨干骨折患者术后肢体肿胀的影响[J].浙江中医杂志,2021,56(02):115-116.
 - [8]谢汉洪,陈木升,赵丹青,等.中药熏蒸联合水疗在减轻四肢骨折术后肿胀及疼痛中的作用[J].中国伤残医学,2019,27(15):75-76.
 - [9]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,2002:340-342.
 - [10]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,2012:14.
 - [11]乐军,董刚,陈艳,等.中药活血和血法干预髋部骨折围手术期血液高凝状态的临床观察[J].浙江中医杂志,2019,54(02):90-91.
 - [12]梁艳宁,周伟.临床麻醉及术后镇痛应用右美托咪定和舒芬太尼的效果研究[J].医药论坛杂志,2022,43(01):48-51.
- 作者简介:吴峰(1967-),男,学士,主任中医师,研究方向:四肢创伤。
- 通讯作者简介:霍志谦(1982-),男,硕士,主治医师,研究方向:四肢创伤。
- 课题项目:佛山市科学技术局课题,编号(1920001000986)

苓甘五味姜辛汤合止嗽散加减治疗慢性咳嗽临床效果及安全性评价

宋迎利

北京市怀柔区琉璃庙镇卫生院 北京 101409

摘要：目的探讨慢性咳嗽采用苓甘五味姜辛汤合止嗽散加减疗法的疗效及安全性。方法疾病为慢性咳嗽，随机抽取 158 例患者，其中最早就诊于我院的时间为 2020 年 11 月，最晚就诊于我院的时间为 2021 年 11 月，通过随机数字表法进行分组，其中对照组的例数为 79、方案为常规西药疗法，观察组的例数为 79、方案在常规西药疗法的基础上加用苓甘五味姜辛汤合止嗽散加减疗法。选取的观察指标包括两组患者的肺功能指标、中医证候积分、治疗效果以及不良反应情况。结果第 1 秒用力呼气容积（FEV₁）、用力肺活量（FVC）以及一秒率（FEV₁/FVC）等肺功能指标的对比，差异显著（ $p < 0.05$ ），其中观察组均较优；咳嗽、痰量等中医证候积分的对比，差异显著（ $p < 0.05$ ），其中观察组均较低；治疗总有效率的对比，差异显著（ $p < 0.05$ ），其中观察组较高；头晕、恶心呕吐、口干以及嗜睡等不良反应总发生率的对比，差异显著（ $p < 0.05$ ），其中观察组较低。结论慢性咳嗽采用苓甘五味姜辛汤合止嗽散加减疗法，患者的肺功能水平得以提升，临床症状得以改善，疗效确切，且安全性较高。

关键词：慢性咳嗽；苓甘五味姜辛汤；止嗽散加减；安全性；疗效

慢性咳嗽属于一种呼吸系统较为常见的疾病，患病原因较多，有肺部疾病、支气管疾病及其他系统疾病等疾病因素，也有情绪、服用药物等非疾病因素^[1]。本质上慢性咳嗽是人体自发清除气道异物、呼吸道分泌物的反射性防御行为，但也可能导致患者呼吸道出血、感染以及气胸^[2]。常见的慢性支气管炎、肺脓肿、肺结核以及支气管扩张等呼吸系统疾病会让患者伴有不同程度的长期慢性咳嗽，临床上需要采取及时、有效的治疗措施，否则可能引发患者的呼吸衰竭、肺部组织损伤，甚至危及患者生命^[3]。常规的治疗手段为药物疗法，一般的抗生素、化痰止咳类药物在治疗慢性咳嗽的治疗上效果较差，不仅会给患者造成经济上的负担，还有可能加重患者的症状^[4]。近年来临床研究显示，中药疗法治疗慢性咳嗽的效果确切，有利于改善患者的症状，提升患者的生活质量^[5]。本文就慢性咳嗽采用苓甘五味姜辛汤合止嗽散加减疗法的效果及安全性进行研究，现在报告如下：

1. 资料和方法

1.1 一般资料

本次研究的疾病为慢性咳嗽，选取患者的例数为 158，患者遴选的起止时间分别为 2020 年 11 月和 2021 年 11 月，患者均因慢性支气管炎导致慢性咳嗽。以随机数字表法为分组方法，分别为对照组（ $n=79$ ）和观察组（ $n=79$ ）。

对照组：男女例数之比为 42：37，其中以 26 岁患者的年龄最小，以 74 岁患者的年龄最大，计算得出的均值为（ 48.93 ± 1.25 ）岁；病程时间为 1~8 年，计算得出的均值为（ 3.98 ± 0.63 ）年。

观察组：男女例数之比为 43：36，其中以 28 岁患者的年龄最小，以 72 岁患者的年龄最大，计算得出的均值为（ 48.97 ± 1.22 ）岁；病程时间为 2~7 年，计算得出的均值为（ 3.92 ± 0.71 ）年。

纳入标准：①所有入选本次医学研究的患者均符合《中药新药临床研究指导原则》的慢性咳嗽相关诊断标准；②本次医学研究符合我院伦理委员会标准；③患者的临床资料比较完整，且认知功能正常；④患者及其家属清楚本次医学研究的内容及目的，并签署知情同意书；

排除标准：①合并有其他呼吸系统疾病；②合并有恶性肿瘤疾病；③患者对本次医学研究中所用药物过敏；④患者情绪起伏较大，不配合医护人员的工作，依从性较差；⑤患者中途退出本次研究。

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

对照组的治疗方案为常规西药疗法，具体措施如下：给予患者盐酸氨溴索口服溶液（国药集团致君坪山制药有限公司，国药准字 H20073744，规格为 0.3g：100mL）口服治疗，前三天 10mL/次，3 次/d；之后 2 次/d。

观察组在常规西药疗法的基础上加用苓甘五味姜辛汤合止嗽散加减疗法，具体措施如下：方中药物如下：白前、茯苓以及陈皮各 15g，五味子、干姜、紫苑、法半夏、桔梗以及甘草各 10g，细辛为 3g。之后根据患者的具体症状进行随症加减：①如果患者存在恶寒症，可以往原方中加入黄芪及防风各 9g；②如果患者咳嗽症状加重，可以往原方中加入杏仁、炙麻黄各 6g；③如果患者痰湿苔腻，可以加入 9g 厚朴。以上诸药加水煎服，取 200mL 药汁分为两份，分别在早晚加热温服。

两组患者连续治疗一个月。

1.3 观察指标

1.3.1 将两组患者的肺功能指标情况进行对比。对比两组患者治疗前后的第 1 秒用力呼气容积（FEV₁）、用力肺活量（FVC）以及一秒率（FEV₁/FVC）等肺功能指标水平。

1.3.2 将两组患者的中医证候积分情况进行对比。对比两组患者治疗前后的咳嗽、痰量等主要中医证候的积分情况，每个证候积分均为 3 分，分值越低代表患者的改善情况越好。

1.3.3 将两组患者的治疗效果情况进行对比。我院采用《中药新药临床研究指导原则》评估两组患者的疗效：①患者经过治疗后，咳嗽、胸闷气短以及神疲乏力等症状消失，90%≤中医证候积分下降幅度≤100%，此为治愈；②患者经过治疗后，咳嗽、胸闷气短以及神疲乏力等症状得到明显改善，75%≤中医证候积分下降幅度≤89%，此为显效；③患者经过治疗

后,咳嗽、胸闷气短以及神疲乏力等症状有所改善,30%≤中医证候积分下降幅度≤74%,此为有效;④患者经过治疗后,咳嗽、胸闷气短以及神疲乏力等症状未能有所改善甚至病情加重,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×100%。

1.3.4 将两组患者的不良反应情况进行对比。慢性咳嗽患者治疗后的不良反应情况包括头晕、恶心呕吐、口干以及嗜睡等症。

1.4 统计学分析

本次研究中的治疗效果、不良反应为计数资料,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、中医证候积分为计量资料,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 将两组患者的情况进行对比

由表1中的对比结果可知:观察组在肺功能指标方面存在优势,且差异显著(p<0.05)。

表1 两组患者的肺功能指标情况($\bar{x} \pm s$)

组别	FEV ₁ (L)		FVC (L)		FEV ₁ /FVC (%)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=79)	52.68±3.54	63.87±4.59	0.87±0.29	1.14±0.45	53.36±5.14	65.27±5.26
观察组 (n=79)	52.63±3.51	65.54±4.86	0.86±0.28	1.37±0.51	53.32±5.09	77.68±6.48
t	0.089	2.220	0.220	3.006	0.049	3.099
P	0.929	0.028	0.826	0.003	0.961	0.002

2.2 将两组患者的中医证候积分情况进行对比

由表2中的对比结果可知:观察组在中医证候积分方面存在优势,且差异显著(p<0.05)。

表2 两组患者的中医证候积分情况(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	咳嗽		痰量	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=79)	2.53±0.42	1.52±0.37	2.73±0.21	1.96±0.37
观察组 (n=79)	2.54±0.43	1.35±0.39	2.75±0.22	1.78±0.49
t	0.148	2.811	0.584	2.606
P	0.883	0.006	0.560	0.010

2.3 将两组患者的治疗效果情况进行对比

由表3中的对比结果可知:观察组在治疗效果方面存在优势,且差异显著(p<0.05)。

表3 两组患者的治疗效果情况(例, %)

组别	治愈	显效	有效	无效	治疗总有效率
对照组 (n=79)	9 (11.39)	24 (30.38)	27 (34.18)	19 (24.05)	75.95
观察组 (n=79)	18 (22.78)	29 (36.71)	26 (32.91)	6 (7.59)	92.41
X ²	-	-	-	-	8.031
P	-	-	-	-	0.005

2.4 将两组患者的不良反应情况进行对比

由表4中的对比结果可知:观察组在不良反应方面存在优势,且差异显著(p<0.05)。

表4 两组患者的不良反应情况(例, %)

组别	头晕	恶心呕吐	口干	嗜睡	不良反应
----	----	------	----	----	------

					总发生率
对照组 (n=79)	4 (5.06)	5 (6.33)	3 (3.80)	4 (5.06)	20.25
观察组 (n=79)	0 (0.00)	2 (2.53)	1 (1.27)	1 (1.27)	5.06
X ²	-	-	-	-	5.281
P	-	-	-	-	0.022

3. 讨论

慢性咳嗽治疗周期较为漫长,受多种指标因素的影响容易反复发作,经久不愈会引发肺气肿等病症,过去临床上单纯的抗生素等西药疗法在治疗初期起效迅速,但长期服药后会增加患者机体的耐药性,产生的不良反应较多,治疗效果欠佳,病情难以康复^[6]。中医理论认为慢性咳嗽属于正虚邪恋以及虚实夹杂之症,与心肝脾胃肾等多个脏器功能失调密切相关,正虚指的是患者的肺肾阴虚、脾肺气虚,邪实指的是风、火、燥以及痰偏盛^[7]。临床上根治慢性咳嗽时,应该根据患者的情况,充分考虑综合因素制定治疗方法,综合用药,尽量避免单一用药。《金匱要略》中的苓甘五味姜辛汤主要应用于治疗寒饮内停导致的咳嗽,组方中君药为有温肺散寒、温化水饮以及温运脾阳的干姜;臣药为辛温散寒的细辛,与干姜配伍可以增强温肺散寒化饮之功效;佐药为健脾祛湿的茯苓以及敛肺止咳、敛阴生津的五味子,两种药物与干姜、细辛配伍,有散不伤正、敛不留邪的功效。佐使药为调和诸药、祛痰止咳以及补中益气的炙甘草^[8-9]。《医学心悟》中的止嗽散组方为白前、紫苑、桔梗、陈皮以及法半夏。方中桔梗宣肺止咳;陈皮理气化痰;法半夏燥湿化痰;白前及紫苑功能消痰润肺、降气止咳,以上诸药共奏止咳化痰、温肺化饮以及散寒化湿之效^[10]。苓甘五味姜辛汤合止嗽散加减疗法可以根据患者的具体症状,灵活调整药物配伍,对症治疗,咳嗽等症得以改善,获得了患者的一直好评^[11]。

本次研究中,苓甘五味姜辛汤中的五味子具有调节患者呼吸系统平滑肌兴奋度效果,炙甘草中的甘草苷可以缓解患者呼吸系统中的炎症,也有

(下转第152页)

百合固金汤加减治疗肺癌的效果观察及不良反应发生率分析

敖群霞

福永人民医院怀德社康服务中心 广东深圳 518128

摘要：目的：综合分析肺癌患者接受百合固金汤加减治疗的临床效果及不良反应发生率。方法：本次研究的主要对象为：肺癌患者（共 100 例，病例选取时间开始于 2018 年 10 月，截止时间为 2019 年 10 月）。按照治疗方法的不同命名为 2 组（每组均为 50 例），一组为对照组（应用常规放射疗法），另一组为实验组（在对照组基础上应用百合固金汤加减治疗方法）。采用统计学分析两组肺癌患者的临床疗效、不良反应（放射性肺炎、放射性食管炎、骨髓抑制、胃肠道反应以及其他等）发生率以及治疗前后生活质量评分。结果：对比两组肺癌患者治疗前生活质量评分，结果表明两组比较无差异（ $P>0.05$ ）；对比两组肺癌患者治疗后生活质量评分，结果表明实验组高于对照组（ $P<0.05$ ）。对比两组肺癌患者的不良反应发生率，结果表明实验组放射性肺炎发生率、放射性食管炎发生率、胃肠道反应发生率低于对照组（ $P<0.05$ ），两组肺癌患者在骨髓抑制以及其他（咳嗽、疲乏以及炎症）等不良反应发生率比较无差异（ $P>0.05$ ）。对比两组肺癌患者的临床疗效，结果表明实验组高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：肺癌患者接受百合固金汤加减治疗的临床效果显著，与此同时可显著提高肺癌患者生活质量、具有较高安全性。

关键词：肺癌；百合固金汤加减治疗；生活质量；不良反应；临床疗效

肺癌患者数量近年来呈日益上升趋势。肺癌患者在早期阶段时临床症状不典型，大多数肺癌患者在出现典型症状后前往医院就诊，此时已处于中晚期阶段。对于发展至中晚期阶段的肺癌患者而言，手术疗法已无效，需接受放化疗方法，从而延长生存时间。大量研究显示，肺癌患者接受放化疗后普遍出现免疫力下降、恶心呕吐等不良反应，继而使其身心受损，生活质量显著下降^[1]。为了提高肺癌患者的生活质量，有学者建议在放化疗期间辅以中医疗法^[2]。祖国医学认为，肺癌属于肺积、肺岩范畴。诱发肺癌发生的主要因素有情志失和、饮食不节。治疗肺癌患者时需以清热解毒和健脾益气为主要原则。百合固金汤能够积极调节肺癌患者的免疫功能，提高放化疗效果^[3]。本文将综合分析肺癌患者接受百合固金汤加减治疗的临床效果、对生活质量以及不良反应发生率的影响。

1. 资料和方法

1.1 一般资料

本次研究的患者为：肺癌患者（共 100 例，病例选取时间开始于 2018 年 10 月，截止时间为 2019 年 10 月）。对照组男性/女性患者分别有 35 例、15 例，年龄均值（ 53.84 ± 2.76 ）岁，病程均值（ 5.02 ± 1.45 ）个月；病理类型：15 例腺癌、15 例鳞癌、20 例大细胞癌。实验组男性/女性患者分别有 34 例、16 例，年龄均值（ 52.88 ± 2.51 ）岁，病程均值（ 5.08 ± 1.41 ）个月；病理类型：14 例腺癌、15 例鳞癌、21 例大细胞癌。两组肺癌患者在一般资料比较未有差异（ $p>0.05$ ）。

1.2 方法

对照组应用常规放射疗法（放射剂量为 50Gy~60Gy，共治疗 25 次~30 次）；总共治疗 21d。

实验组在对照组基础上应用百合固金汤（中药处方：20g 党参+20g 丹参+20g 瓜蒌+20g 百合+30g 黄芪+15g 生地黄+15g 玄参+15g 北沙参+15g 代赭石+15g 焦山楂+15g 浙贝母+8g 砂仁+10g 延胡索+10g 鸡内金）加减治疗方法：（1）对痰多且面色黄的患者，需再加入黄芩和胆南星，继而达到化痰效果；（2）对咳嗽严重患者，需再加入五味子和杏仁，继而达到平喘效

果；（3）对咳血严重的患者，需再加入白芨以及仙鹤草，继而达到止血效果；（4）对放射性食管炎患者，需再加入野菊花和金银花，继而达到减轻食管炎效果；（5）对放射性肺炎患者，需再加入薄荷和鱼腥草，继而达到减轻肺炎效果；（6）对骨髓抑制患者，需再加入巴戟天和补骨脂，继而达到减轻骨髓抑制效果；（7）对放疗气短乏力加重患者，需再加入黄芪和西洋参，继而达到缓解气短乏力症状效果；（8）对放疗后口干以及口渴严重患者，需再加入天花粉、石斛，继而达到缓解口干以及口渴效果；（9）对合并锁骨上淋巴结肿大者，需再加入山豆根、板蓝根，继而达到缓解锁骨上淋巴结肿大效果。

加水煎服（煎煮至 300ml，每次服用 150ml，分早晚 2 次口服），在化疗前 4d 口服，注意在餐后 60min 服用。用药期间忌吃油腻生痰食物，多吃新鲜水果和蔬菜。对呼吸比较困难的患者，医护人员可协助患者选取合适体位，及时吸氧。

1.3 观察指标

分析两组肺癌患者的临床疗效^[4-5]（病灶直径增加大于或等于 25%为进展、新病灶未产生且原病灶未有任何进展为稳定、病灶最大直径缩小大于或等于 50%且维持时间大于或等于 30d 为部分缓解、病灶完全消失且持续时间大于或等于 30d 为完全缓解）、不良反应（放射性肺炎、放射性食管炎、骨髓抑制、胃肠道反应以及其他等）发生率以及治疗前后生活质量评分^[6-7]（采用 QLQ 量表，分数越高说明肺癌患者的生活质量越高，分数越低说明肺癌患者的生活质量越低）。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据分析，临床疗效、不良反应发生率采用 χ^2 检验，治疗前后生活质量评分采用 t 检验， $P<0.05$ 为有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组肺癌患者的不良反应发生率比较

对比两组肺癌患者的不良反应发生率，结果表明实验组放射性肺炎发

生率、放射性食管炎发生率、胃肠道反应发生率低于对照组（ $P<0.05$ ），两组肺癌患者在骨髓抑制以及其他（咳嗽、疲乏以及炎症）等不良反应发生率比较无差异（ $P>0.05$ ）。见表 1。

表 1：两组肺癌患者的不良反应发生率比较（n/%）

组别	放射性肺炎	放射性食管炎	胃肠道反应	骨髓抑制	其他
实验组 (n=50)	3 (6.00)	13(26.00)	4 (8.00)	20(40.00)	2 (4.00)
对照组 (n=50)	12(24.00)	28(56.00)	16(32.00)	21(42.00)	3 (6.00)
χ^2 值	6.3529	9.3014	9.0000	0.0413	0.2105
P 值	0.0117	0.0022	0.0026	0.8388	0.6463

2.2 两组肺癌患者的临床疗效比较

对比两组肺癌患者的临床疗效，结果表明实验组高于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 2。

表 1：两组肺癌患者的临床疗效比较（n/%）

组别	完全缓解	部分缓解	稳定	进展	总有效率
实验组 (n=50)	13(26.00)	31(62.00)	6 (12.00)	0 (0.00)	44(88.00)
对照组 (n=50)	10(20.00)	15(30.00)	17(34.00)	8 (16.00)	25(50.00)
χ^2 值					16.8770
P 值					0.0000

2.3 两组肺癌患者治疗前后生活质量评分比较

两组肺癌患者治疗前生活质量评分比较无差异（ $P>0.05$ ），治疗后实验组生活质量评分高于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 2。

表 2：两组肺癌患者治疗前后生活质量评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

内容	实验组 (n=50)	对照组 (n=50)	t 值	P 值
社会功能	治疗前	60.12±3.39	60.15±3.34	0.0445
	治疗后	75.25±4.94	68.21±5.55	6.6998
认知功能	治疗前	58.58±8.35	59.19±7.84	0.3765
	治疗后	83.85±4.17	76.36±4.26	8.8844
情绪功能	治疗前	62.24±5.15	62.31±5.11	0.0682
	治疗后	84.21±4.84	77.21±3.28	8.4658
身体功能	治疗前	60.77±7.69	60.81±7.62	0.0261

治疗	80.25±5.56	72.27±5.63	7.1312	0.0000
后				
治疗	61.56±6.16	61.72±6.08	0.1307	0.8963
前				
治疗	82.21±2.34	77.17±3.39	8.6517	0.0000
后				

3. 讨论

肺癌患者的常见临床症状有：咳嗽、咯血以及呼吸困难等。肺癌具有较高死亡率和复发率，治疗难度比较大。

常规放射疗法是治疗肺癌患者的常见手段，具有以下作用：（1）有效控制肺癌患者癌细胞的转移情况和增殖情况；（2）有效缓解肺癌患者的临床症状，延长肺癌患者的生存时间^[8-9]。虽然放射疗法具有上述优势之处，但是仍然会出现多种不良反应（如脱发、骨髓抑制、消化不良以及贫血等）。不良反应的发生使得常规放射疗法无法顺利进行，与此同时降低肺癌患者的生活质量。随着放射疗法的日益完善，进一步提高了临床疗效，有效减轻不良反应发生^[10]。但是，放射结束后所出现的不良反应仍然是影响放射治疗的重要因素^[11]。因此，选择合适的药物减轻患者的不良反应对其康复具有重要价值。

中医有关专家指出，肺部比较娇嫩，极易受到外邪侵袭^[12]。有关研究显示，肺癌的发生与患者的气阴两虚、饮食不调和情志不和等密切相关^[13]。肺癌患者在化学药物和放射线的影响下将出现阴虚内热症状。因此，中医建议治疗肺癌患者时以扶正祛邪为主。

百合固金汤中的党参、鸡内金和砂仁等中药具有和胃健脾之功，延胡索和丹参具有活血止痛之功，浙贝母具有化痰散结之功，代赭石具有降逆止呕之功，生地黄和北沙参具有润肺滋阴之功，黄芪具有扶正益气之功。上述诸药联合应用可达到滋阴润肺和止咳化痰功效。百合固金汤治疗肺癌患者时能够快速改善其病情，减轻咳嗽症状和痰毒聚集症状，最终积极改善肺癌患者的呼吸状态，提高生活质量。本研究中，治疗后实验组生活质量明显高于对照组（ $P<0.05$ ）。

百合固金汤中的玄参和北沙参等具有提高吞噬细胞功能，释放细胞激素，调节免疫球蛋白功能，延长抗体在肺癌患者体内的存在时间^[14]。百合固金汤不仅仅能够积极改善肺癌患者的临床症状，还能够降低相关不良反应发生。本文研究结果显示，与对照组比较，实验组放射性肺炎发生率（6.00%，2/50）、放射性食管炎发生率（26.00%，13/50）、胃肠道反应发生率（8.00%，4/50）低于对照组（24.00%，12/50；56.00%，28/50；32.00%，16/50）（ $P<0.05$ ），实验组骨髓抑制以及其他（咳嗽、疲乏以及炎症）等不良反应发生率比较无差异（实验组分别为 40.00%，20/50；4.00%，2/50；对照组分别为 42.00%，21/50；6.00%，3/50）（ $P>0.05$ ）。

与对照组（50.00%，25/50）比较，实验组（88.00%，44/50）肺癌患者的临床疗效更高（ $P<0.05$ ）。一项研究指出，将 91 例肺癌患者纳入研究，随机分为对照组（45 例，应用放射治疗方法）和治疗组（46 例，在放射治疗基础上联合应用百合固金汤加减治疗方法），结果显示治疗组不良反应发生率低于对照组，与本文的研究结果保持高度一致^[15]。

从中医角度来看,放射线属于热毒之邪,会相应损伤肺癌患者机体的阴液。中医认为放射治疗是一种以毒攻毒方式,多次放射治疗后会残留多种毒素,因此需适当解毒。百合固金汤加减治疗肺癌患者可显著提高临床疗效,降低不良反应发生率。

综上所述,肺癌患者接受百合固金汤加减治疗的临床效果显著,与此同时可显著提高肺癌患者生活质量、具有较高安全性。

参考文献:

- [1]孙延沙.百合固金汤加减治疗肺癌的临床疗效及不良反应观察[J].智慧健康,2021,7(33):147-149.
- [2]刘宁宁,赵炫,康婷.百合固金汤加减治疗肺癌的临床疗效及不良反应观察[J].东方药膳,2020,14(23):44.
- [3]张育荣,王琦.百合固金汤加减治疗肺癌放射治疗不良反应56例观察[J].世界中医药,2016,11(7):1221-1223.
- [4]王美莺.百合固金汤治疗肺癌放射所致不良反应临床观察[J].光明中医,2021,36(15):2502-2504.
- [5]陈丽芝,刘立平,李明星.百合固金汤加减治疗肺癌放射治疗不良反应58例效果观察[J].世界最新医学信息文摘,2017,18(84):98,101.
- [6]张启家,刘俊波,胡联民,等.百合固金汤加减治疗肺癌放射治疗不良反应91例[J].广西中医药大学学报,2017,20(2):19-20.

(上接第149页)

利于呼吸道痰液的排出,镇咳祛痰效果较好,所以观察组的FEV₁、FVC以及FEV₁/FVC等肺功能指标均较优。苓甘五味姜辛汤全方具有温肺散寒、化饮利水以及宣肺止咳功效,结合止嗽散的散寒化湿、温肺化饮以及止咳化痰之效,有效治疗患者的外感咳嗽、咳嗽痰多及咳嗽不畅等症,所以观察组的咳嗽、痰量等中医证候积分均较低。针对慢性咳嗽患者的主要症状以及患者自身的病症特点,实施苓甘五味姜辛汤联合止嗽散加减法,在治疗慢性咳嗽主证的同时,患者如存在恶寒症,则加入黄芪及防风;患者如咳嗽症状加重,则加入杏仁、炙麻黄;患者如痰湿苔腻,则加入厚朴;对症加减法,可以更好的改善患者的临床症状,促进患者病情的好转,所以观察组的治疗总有效率较高。苓甘五味姜辛汤联合止嗽散加减法治疗慢性咳嗽,不仅可以改善患者的症状,还可以起到标本兼治的效果,提升了患者的肺功能水平;且药性温和,驱邪不伤正,所以观察组的头晕、恶心呕吐、口干以及嗜睡等不良反应总发生率较低。

综上所述,苓甘五味姜辛汤合止嗽散加减法共同治疗慢性咳嗽,可以改善患者的肺功能水平,缓解患者的临床症状,疗效显著,且安全性高。

参考文献:

- [1]唐明杰.苓甘五味姜辛汤联合止嗽散加减治疗慢性咳嗽40例临床观察[J].中医临床研究,2021,13(18):29-32.
- [2]赖春林.苓甘五味姜辛汤合止嗽散加减治疗慢性咳嗽的效果观察[J].临床合理用药杂志,2020,13(14):52-53.

[7]赵玉芬.传统中药百合固金汤加减对肺癌放射治疗的减毒作用效果分析[J].系统医学,2021,6(14):126-128.

[8]刘娜,赵卫华,温学红.生脉散合百合固金汤加减辅助治疗气阴两虚型肺癌的疗效评价[J].黑龙江医药,2021,34(3):585-588.

[9]陈新超.生脉散合百合固金汤加减辅助治疗气阴两虚型肺癌的价值[J].健康之友,2021,14(16):96-97.

[10]凌仕良,崔丽花,董婷,等.百合固金汤加减维持治疗放疗后小细胞肺癌验案1则[J].湖南中医杂志,2021,37(11):91-92.

[11]谢文杰,白云霞,许迪魁.百合固金汤加减联合心理干预治疗非小细胞肺癌的临床疗效[J].心理月刊,2021,15(13):97-98.

[12]董婷,崔丽花,毛露凤,等.百合固金汤加减联合顺铂胸腔内注射治疗非小细胞肺癌合并恶性胸腔积液临床研究[J].新中医,2020,52(18):40-43.

[13]肖朝霞,张志芳.百合固金汤加减配合伽玛刀治疗中晚期非小细胞肺癌24例总结[J].湖南中医杂志,2016,32(2):50-52.

[14]李保健,张冉冉,朱竹.百合固金汤联合吉非替尼对晚期非小细胞肺癌疗效分析[J].中国继续医学教育,2016,8(7):195-196.

[15]刘春媛,张伟伟,张翠霞.百合固金汤加减治疗肺癌放射治疗不良反应分析[J].饮食科学,2021,18(4):265.

[3]徐传藩,吴怀敏,徐盼,等.苓甘五味姜辛汤合止嗽散加减治疗慢性咳嗽的疗效观察[J].内蒙古中医药,2020,39(4):57-58.

[4]李迎春.苓甘五味姜辛汤合止嗽散加减治疗慢性咳嗽的疗效及安全性分析[J].中国农村卫生,2021,13(4):5-6.

[5]丘冠东,黄飞平,李发茂,等.苓甘五味姜辛汤合陈夏六君子汤加减治疗咳嗽变异性哮喘的临床疗效研究[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(47):141-142.

[6]范国梅.止嗽散加减治疗慢性咳嗽的效果及安全性分析[J].北方药学,2021,18(8):158-159.

[7]刘燕,马洁,王蓓蓓,等.止嗽散联合脱敏煎对感染后咳嗽患者临床效果的影响及安全性分析[J].世界中西医结合杂志,2019,14(12):1735-1737.

[8]任永魁,王秀兰,冯超,等.加味三拗汤合止嗽散联合氢溴酸右美沙芬治疗感染后咳嗽疗效观察[J].中国药业,2021,30(23):76-78.

[9]马文校,彭昌,谭坚毅,等.止嗽散加味治疗感冒后咳嗽风寒痰湿证的临床疗效[J].中医临床研究,2021,13(18):27-28.

[10]王平川,何珍.辛前甘桔汤联合苓甘五味姜辛汤加味治疗慢性鼻窦炎的临床效果及对炎症因子的影响[J].临床医学研究与实践,2021,6(32):143-145.

[11]邓秀娟,谭宇军.苓甘五味姜辛汤联合三子养亲汤治疗哮喘-慢阻肺重叠综合征的临床观察[J].中国社区医师,2020,36(16):88-89.

类风湿性关节炎疼痛患者采用藏医火灸进行治疗的效果

纪尕玛草

天祝藏族自治县藏医院 甘肃武威 733299

摘要：目的：探究类风湿性关节炎疼痛患者采用藏医火灸进行治疗的效果。方法：纳入我院在2021年2月至2022年2月期间接诊的100例类风湿性关节炎患者为本文研究对象，根据随机数字表法分为参照组与研究组，单组患者50例，研究组实施藏医火灸治疗，参照组实施常规西药治疗，对比两组疗效、症状缓解情况、治疗前后血液生化指标及VAS评分、生活质量。结果：研究组疗效（98.00%）显著高于参照组（80.00%）， $P<0.05$ ；症状缓解时间对比，研究组短于参照组， $P<0.05$ ；治疗前两组VAS评分对比无差异，血液生化指标、生活质量对比无差异， $P>0.05$ ；治疗后研究组VAS评分显著低于参照组， $P<0.05$ ；血液生化指标均两组低于治疗前，研究组低于参照组， $P<0.05$ ；生活质量对比研究组高， $P<0.05$ ；复发率对比研究组低， $P<0.05$ 。结论：类风湿性关节炎患者应用藏医火灸治疗的效果理想，可以提升治疗效果，降低疼痛复发率，改善血液生化指标、症状，提升生活质量，降低复发率，值得推广。

关键词：类风湿性关节炎；藏医火灸；疼痛；疗效

类风湿性关节炎是临床常见自身免疫性疾病，具有异质性和系统性特点。常表现为小关节滑膜病变，伴有麻木僵硬、体温上升等症状，可造成患者残疾或劳动力丧失^[1]。近年来我国类风湿性关节炎发病率呈现递增趋势，且患此病逐渐趋向于年轻化，如不及时治疗将影响患者的生活质量^[2]。藏医学认为类风湿性关节炎发病与患者饮食习惯不良有关，缺乏锻炼、过量饮凉水，长期食用油腻、未成熟食物进而导致消化不良脾胃虚寒，节疼痛肿胀等症^[3]。临床治疗常以药物治疗为主，但其对肠胃和肝肾功能有一定的损害，不利患者恢复。藏医火灸治疗类风湿性关节炎具有悠久的历史，效果突出^[4]。火灸是藏医五种传统外治法之一，茫在穴位或痛点上置放已配制治好的火绒草柱，利用药火之热力将疾病平息于发病部位，达到根除隆病和寒性疾病的一种治疗法^[5]。藏医火灸可以益气活血，通络止痛，祛寒散结，消除炎症，松解压迫，使局部毛细血管扩张。消除组织粘连及神经压迫，并且可以改善局部血液循环和代谢，缩短炎症期，减轻神经根及周围软组织水肿，抑制炎性肉芽增生及粘连，达到缓解疼痛和促进组织修复的目的。基于此，本文选取2021年2月至2022年2月期间我院100例类风湿性关节炎患者为研究对象，分析藏医火灸治疗方案的价值，报道如下。

1. 资料和方法

1.1 基线资料

选取我院就诊的100例类风湿性关节炎患者，患者入组时间在2021年2月至2022年2月，按照随机数字表法分为两组，参照组（常规药物治疗）与研究组（藏医火灸治疗）均为50例。参照组，女患者21例。男患者29例；年龄46岁~72岁，均值（56.86±4.12）岁；病程1年~5年，均值（3.12±1.33）年。研究组，女患者25例。男患者25例；年龄46岁~70岁，均值（56.77±4.20）岁；病程1年~5年，均值（3.09±1.25）年。两组类风湿性关节炎患者资料无明显差异性， $P>0.05$ 无统计学意义。

纳入标准：（1）患者均符合类风湿性关节炎的诊断标准要求；（2）患者服从所有的研究内容。

排除标准：（1）合并严重的肝肾功能障碍患者；（2）其或其家属拒绝签署知情同意书的类风湿性关节炎患者。

1.2 研究方法

参照组患者应用常规治疗：使用益赛普（生产厂家：三生国健药业（上海）股份有限公司；国药准字：S20050058；）治疗，皮下注射，每次25mg，每周2次，持续用药3个月，调整为每周1次，每次25mg，持续用药3个月。使用甲氨蝶呤（生产厂家：通化茂祥制药有限公司；）治疗，口服用药，每周1次，每次10mg，持续用药6个月。

研究组患者应用外用藏医火灸法配以内服藏成药辅助治疗：（1）藏医火灸法：保持仰卧位体位，明确火灸位置，并准确标记，用蒜片将制好的火绒草粘于穴位后点燃，使用吹气助力方式，促使燃烧速度提高，燃烧到皮肤，病人感觉灼热或略疼时，使用针头去除灰烬，方可移去。若患者火灸穴位多，初始穴位的药草燃烧到2/3时，或灸下一个穴位，依照上述方式，标记穴位，实施火灸处理。治疗完毕后，让患者休息半小时，再进行活动。在治疗过程中，密切关注患者，若发现视线模糊、头晕、恶心呕吐等症状，应立刻停止治疗。火灸当天不能饮用冷水、凉食、需注意保暖。1次/天，持续治疗7天。（2）藏成药辅助：石榴日轮丸：温补胃肾（天祝藏族自治县藏医药开发研究生所；甘药制备字：Z20200926000；）治疗，每日一次，一次4粒，早上饭后半小时嚼碎服用；二十五味驴血丸：驱风、除湿、干黄水（天祝藏族自治县藏医药开发研究生所；甘药制备字：Z20210956000；）治疗，每日两次，一次4粒，中午、晚上饭后半小时嚼碎服用。

1.3 观察指标

（1）治疗总有效率。疗效评价标准：当患者的疼痛彻底消失，每个

关节的功能全部恢复到正常状态，X 线检查发现患者的软组织肿胀完全消失殆尽，为显效。当患者的疼痛获得一定程度的缓解，关节的功能获得一定程度的改善，X 线检查发现患者的软组织肿胀明显减轻，为有效。当患者的疼痛没有任何改变，关节的功能也没有任何改善，X 线检查发现患者的软组织肿胀明显不仅没有减轻，甚至出现加重现象，为无效。

（2）症状缓解：包括治疗后患者的 20m 步行用时、晨僵时长、ESR。20m 步行和晨僵时间越少越好，ESRP 数值越小越好。

（3）VAS 疼痛评分，选择 VAS 量表实施评估，分值越高，则疼痛越明显。

（4）对比两组血液生化指标，指标包括：CRP、ESR、RF，取其均值。

（5）统计两组生活质量，使用 GQOLI—74 量表评估患者的生活质量，指标包括躯体、心理、物质及社会四项指标，分值为 100 分，分值与生活质量成正比。

（6）疾病复发率。

1.4 统计学处理

本实验统计学分析软件为 SPSS23.00，计数资料为率，（n,%）表示，X² 检验；计量资料由[n ($\bar{x} \pm s$)]表示，称之为均数，满足正态分布要求，t 检验；以<0.05 为标准，判断组内统计学差异。

2. 结果

2.1 两组类风湿性关节炎患者的治疗总有效率对比

如表 1，研究组治疗有效率高于参照组，（P<0.05）差异具有统计学意义。

表 1 两组类风湿性关节炎患者的治疗总有效率对比 {n（%）}

组别	无效	有效	显效	有效率
研究组（n=50）	1（2.00）	20（40.00）	29（40.54）	49（98.00）
参照组（n=50）	10（20.00）	18（36.00）	22（44.00）	40（80.00）

表 4 对比两组血液生化指标（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	CRP（mg/L）			ESR（mm/h）		RF（IU/ml）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
研究组（n=50）	29.55±5.34	10.24±4.26	74.34±8.71	28.01±6.55	38.15±1.24	17.16±4.35	
参照组（n=50）	29.45±6.20	11.99±2.31	74.84±8.04	31.87±7.14	38.20±1.36	18.85±1.13	
T	0.086	2.554	0.298	2.817	0.192	2.658	
P	0.931	0.012	0.8776	0.006	0.848	0.009	

X ² 值	-	-	-	8.274
P 值	-	-	-	0.004

2.2 两组症状缓解对比

通过记录对比两组患者的症状缓解情况，可以发现研究组患者走动速度更快、身体关节晨僵时间更少，且 ESR 比常规组患者更低。两组患者的数据差异显著 P<0.05，详细数据记录于下方表 2。

表 2 两组症状缓解时间对比

组别/项目	20m 步行用时 (s)	晨僵时长（min）	ESR（mm/h）
研究组（n=50）	21.52±5.12	25.41±10.12	29.02±3.41
参照组（n=50）	16.24±4.84	17.42±10.31	20.11±3.03
t	2.299	3.911	13.811
P	0.000	0.000	0.000

2.3 两组类风湿性关节炎患者的 VAS 疼痛评分对比

如表 3，治疗前组间 VAS 评分对比，（P>0.05）差异无统计学意义。治疗后，两组评分均低于治疗前，且研究组 VAS 评分更低，（P<0.05）差异具有统计学意义。

表 3 两组类风湿性关节炎患者的 VAS 疼痛评分对比 { $\bar{x} \pm s$ ，分}

组别	治疗前	治疗后	T 值	P 值
研究组（n=50）	7.25±1.05	2.15±0.52	30.777	0.000
参照组（n=50）	7.36±1.00	4.52±1.56	10.837	0.000
T 值	0.536	10.191	-	-
P 值	0.593	0.000	-	-

2.4 对比两组血液生化指标

治疗前两组对比，P>0.05，治疗后研究组各项指标均低于参照组，P<0.05，见表 4：

2.5 比较两组患者生活质量评分

出院时，研究组与参照组生活质量（躯体、心理、社会及物质）指标

对比无差异， $P>0.05$ ；出院 3 月后，两组生活质量评分均提升，研究组分值更高， $P<0.05$ 。详见表 5。

表 5 比较两组患者生活质量评分[n=50, ($\bar{x}\pm s$)]

组别	躯体功能		心理功能		社会功能		物质生活	
	出院时	出院 3 个月后	出院时	出院 3 个月后	出院时	出院 3 个月后	出院时	出院 3 个月后
研究组	58.96±10.21	84.00±7.28	59.32±9.21	83.01±7.55	56.68±8.55	82.01±8.55	60.11±10.20	85.54±8.23
参照组	59.23±10.14	71.36±8.01	58.96±8.92	70.40±8.02	57.12±8.61	70.11±9.55	61.02±10.34	74.41±9.06
t	0.133	8.257	0.198	8.095	0.256	6.565	0.443	6.429
P	0.895	0.000	0.843	0.000	0.798	0.000	0.658	0.000

2.6 两组类风湿性关节炎患者的复发率对比

随访时间为半年，研究组的复发率（0/50）0.00%低于参照组（6/50）12.00%，（ $X^2=6.658$, $P=0.009<0.05$ ）差异具有统计学意义。

3 讨论

类风湿性关节炎是一种慢性全身性病变，在全球范围中均有较高发病率。类风湿性关节炎是常见的免疫系统疾病，以关节滑膜慢性炎症为主要特征，患者的会出现关节软骨受损、滑膜炎，导致关节间隙变窄，出现疼痛畸形，严重者会出现残疾，类风湿性关节炎伤残率最高可达 80%，类风湿性关节炎与内分泌因素、遗传因素、感染因素、环境因素相关，病变位置会出现僵直、疼痛以及肿胀的表现，严重者会导致残疾，影响患者的生活^[6]。

临床上使用吲哚美辛等药物治疗类风湿性关节炎的疗效并不比十分明显，甚至还会损害患者的肝肾功能和胃肠功能，因此大多数患者都不愿意接受治疗。藏医学认为，类风湿性关节炎发生是因为患者长时间吃油腻、未成熟的食物，并且饮用过量凉水，使用过量酸甜食物，再加上患者长期在潮湿地方居住，从而导致脾胃虚寒、消化不良，引起黄水偏衰或者偏盛，最终引起关节疼痛肿胀、关节炎、水肿、浮肿等症状^[7]。藏医火灸属于一种古老而有效的治疗方式，除湿为火灸根本目的，《本草纲目》中有言，艾草可有效除湿散寒、温经消炎，采用艾叶进行火灸，可有效消肿散结、祛除阴寒、通经活络，通过在患者穴位上实施艾柱火灸，可有效通过穴位、神经传至大脑，进而调节大脑皮层相关功能，使风、胆、痰得以平衡，促进患者临床疗效。藏医火灸是常见藏医传统疗法，艾叶施灸有通经活络，回阳救逆的作用，能有效疏通受阻经络，调理气血，促进大脑皮层的调节功能，缓解患者疼痛症状。藏医火灸治疗的原则是除湿，在类风湿性关节炎的治疗中不良反应小，费用较低，操作简便，值得推广。

本研究结果表明，藏医火灸法结合藏成药在类风湿关节炎治疗内应用价值显著，疗效高于常规西药治疗，症状缓解时间短于常规西药治疗，P

<0.05 ；实施治疗期间，还可降低 VAS，血液生化指标，提升患者生活质量，降低复发率。究其原因在于，藏医提出，类风湿性关节炎与饮食习惯不良存在相关性，若患者长期饮用高糖分、高油等食物，胃火减弱，引起脾胃虚寒、关节炎等表现。藏医火灸法为藏医传统外治法之一，当以祛湿、止痛为治疗原则，在指定穴位或患处用配制好的火绒草药烧熨，利用药物和火的热力作用将隆（气血）和培根（寒性）病平息于发病部位，对手足经络有效疏通，调理气血，缓解疼痛。再加以藏成药温补胃肾，驱风除湿、干黄水的辅助治疗相结合。

综上所述，类风湿性关节炎患者应用藏医火灸的疗效突出，具有推广应用价值。

参考文献：

[1]公保东智,孕藏措,更藏加.藏医火灸疗法治疗 80 例高原尿失禁临床疗效评价[J].中国民族医药杂志,2016,22(12):16.

[2]王胜平.藏医火灸治疗类风湿性关节炎疼痛患者的临床疗效评析[J].中国医药指南,2015,13(27):198-199.

[3]先巴.藏医五味甘露浴疗法治疗类风湿性关节炎的临床有效性研究[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(30):160+166.

[4]央金卓玛,吉太加.藏医火灸联合七十味珍珠丸对卒中偏瘫患者肢体功能的影响[J].吉林中医药,2020,40(05):642-646.

[5]公保扎多,扎西屯珠.藏医火灸治疗类风湿性关节炎疼痛的疗效[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(23):42.

[6]完玛土旦.藏医火灸治疗类风湿性关节炎疼痛患者的临床疗效评析[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(88):67.

[7]卡先才让,卡吉,多杰拉旦.藏医火灸+内服藏药治疗脑中风后遗症的临床研究[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(61):21.

作者简介：纪玖玛草（1978.06-），女，藏族，甘肃武威人，藏医主治医师，本科学历。主要研究方向：类风湿性关节炎。

补阳还五汤联合血塞通注射液对脑梗塞后遗症患者神经功能恢复情况影响

王浩 张锋^{通讯作者}

志丹县永宁镇中心卫生院 陕西延安 717504

摘要：目的：探析脑梗塞后遗症应用补阳还五汤联合血塞通治疗后患者神经功能的恢复情况。方法：将我院收治的脑梗塞后遗症患者 80 例以随机数字表法均分 2 组，对照组以血塞通注射液治疗，观察组在血塞通注射液基础上联合补阳还五汤，比较两组患者治疗效果，以神经功能缺损评估量表（NIHSS）、蒙特利尔认知评估量表（MoCA）、长谷川痴呆量表（HDS）对患者用药治疗前后的神经功能变化情况进行评估。结果：观察组的总有效率高于对照组，观察组患者治疗后的 NIHSS 评分、MoCA 与 HDS 评分均优于对照组治疗后指标数据，两组间有统计学差异（ $P < 0.05$ ）。对照组与观察组 2 组间比较后，不良反应总发生率分别 7.50%，5.00%，差别无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。结论：脑梗塞后遗症患者接受补阳还五汤联合血塞通注射液治疗，可有效减轻神经损伤，恢复神经功能与认知功能，临床疗效确切，安全性高。

关键词：脑梗塞；后遗症；补阳还五汤；血塞通注射液

脑梗塞多为急性发作，是因血栓或脱落斑块堵塞血管，导致脑组织的血液供应减少，进而导致局部脑组织因为缺血、缺氧而坏死，根据损伤脑组织不同患者的临床表现也存在一定差异，患者发病后多以肢体感觉异常、运动受限、偏瘫、麻木、语言不清等表现为主，严重时也会危及患者的生命安全。近年来，随着临床诊疗技术的提高，脑梗塞可在早期确诊并得到专业治疗，虽然可有效提升抢救成功率，但是仍会遗留偏瘫、语言功能障碍等后遗症，会大幅降低患者的生活质量^[1]。因此，选择科学的治疗药物，减少神经损伤，促进神经功能恢复，可有效改善脑梗塞后遗症，使患者的生活质量大幅提升。因此，我院特以 80 例脑梗塞后遗症患者作为研究对象，通过分组对比观察补阳还五汤联合血塞通注射液治疗对于患者神经功能的影响，现汇总如下。

1 资料与方法

1.1 资料

选择我院收治的 80 例脑梗塞后遗症入组，治疗时间在 2021 年 3 月初至 2022 年 3 月末，以随机数字表法划分为两组，对照组共有 40 例中男女各有 26 例与 14 例，年龄范围 46~83 岁，平均年龄（67.18±3.45）岁，病程范围 3 个月~2 年，平均病程（6.75±2.84）个月；观察组共有 40 例中男女各有 28 例与 12 例，年龄范围 47~84 岁，平均年龄（67.21±3.09）岁，病程范围 4 个月~3 年，平均病程（6.23±2.33）个月；两组间资料无明显差异， $P > 0.05$ 。

纳入标准：（1）符合脑梗塞临床诊断标准；（2）残留局灶性神经功能缺损的相关体征与症状表现，症状持续时间 > 24h；（3）知情同意，签署同意书。

排除标准：（1）对采用的研究药物过敏者；（2）脑出血患者；（3）配合度与依从性差者；（4）分娩期与妊娠期患者；（5）合并其他严重脏腑疾病患者。

1.2 方法

对照组应用血塞通注射液治疗，将 2~5mL 的血塞通注射液与 250~500mL 生理盐水混合，静脉滴注给药，每日 1 次，连续用药 4 周。

观察组在血塞通注射液治疗基础上，应用补阳还五汤，基础方：生黄

芪 30g，赤芍、川芎各 12g，红花、当归尾、桃仁、地龙各 9g；随证加减：恶心呕吐者加入 12g 半夏；腹痛走窜不定者加入 15g 枳壳、10g 川楝子；食欲减退者加入 10g 焦三仙；口干舌燥者加入 8g 乌梅、10g 沙参。上述药物用温水煎服，每日服药 1 次，连续治疗 4 周。

1.3 观察指标

利用量表评估患者的神经功能变化情况，神经功能缺损评估量表（NIHSS）可对患者的神经功能损伤情况进行评估，评分范围在 0~42 分，分值越高，神经功能越佳；蒙特利尔认知评估量表（MoCA）可快速筛查认知功能异常，总分 30 分，≥26 分为正常，分值越低提示认知功能异常越明显；长谷川痴呆量表（HDS），评分范围在 0~30 分，分值越低提示认知功能障碍越重^[2]。

1.4 疗效评估标准

痊愈：经药物治疗后患者的体征平稳，各项指标趋于正常，神经功能与认知功能明显恢复；**显效：**患者的各项生命体征趋于稳定，各项指标趋于正常；**无效：**临床症状与体征均未见明显改善^[3]。总有效率=显效率+痊愈率。

1.5 统计学处理

临床疗效为计数资料，以百分数（%）形式描述，NIHSS 评分、MoCA 评分、HDS 评分为计量资料，以（ $\bar{x} \pm s$ ）形式描述，数据上传至 SPSS24.0 软件内，分别行 χ^2 值检验与 t 检验， P 值 < 0.05，有统计学差异。

2 结果

2.1 临床疗效比较

观察组患者的总有效率与对照组相比更高， $P < 0.05$ ，有明显差异。

表 1 两组临床疗效对比（n，%）

分组	n	痊愈	显效	无效	总有效率
对照组	40	15（37.5%）	16（40.0%）	9（22.5%）	31（77.5%）
观察组	40	21（52.5%）	17（42.5%）	2（5.0%）	38（95.0%）
χ^2					5.1647

P	<0.05	相比于治疗前，观察组治疗后的NIHSS评分较低，HDS与MoCA更高，与对照组治疗后各项评分相比有明显统计差异，P<0.05。
2.2 两组神经损伤量表评分		

表2 两组神经损伤量表评分（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

分组	n	NIHSS		HDS		MoCA	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	14.95±2.77	9.26±0.52	18.56±2.81	21.65±2.77	16.58±1.78	20.14±2.07
观察组	40	14.59±2.65	5.98±0.44	18.64±2.77	25.69±2.07	16.78±1.65	24.68±1.79
t		0.5939	30.4540	0.1282	7.3890	0.5212	10.4924
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 不良反应情况	因此，血塞通应与其它药品联合应用开展临床治疗。
观察组和对照组的不良反应发生率差别无统计学意义(P>0.05)，见表3。	中医学认为脑梗塞可归属于“中风”范畴，多与气血逆乱、经络瘀滞、气血不行有关，治疗时与活血化瘀原则为主 ^[6] 。补阳还五汤属于中药方剂，在脑梗塞治疗中多与其他药物配合治疗，可有效改善患者的临床症状与体征，控制病情发展。补阳还五汤在治疗中可有效疏通血管，调节患者体内阴阳平衡，效果确切。配方药物分析可知，生黄芪作为组方中的君药，可促进血气运行，具有补脾胃，祛瘀活血之效；当归尾作为臣药，具有活血、养血之效；配合赤芍、桃仁、川芎、红花等药物，可发挥调节血气，使血液循环运行有效改善 ^[8] 。临床上述药方具有补气活血，气血双治之效，在临床用药时结合患者的临床表现症状增添药物，可进一步提升临床治疗效果。

表2 两组患者的不良反应发生情况对比（n，%）

组别	头痛	恶心	头晕	总发生率
对照组	0	2	1	3
(n=40)	(0.00)	(5.00)	(5.00)	(7.50)
观察组	0	1	1	2
(n=40)	(0.00)	(2.50)	(2.50)	(5.00)
X ²				0.1636
P				0.6858

3 讨论	补阳还五汤的本方位医治脑梗塞后遗症的药方，其主要的治疗原则是养血、活血、活脉，以补气为主，活血通络为辅。补阳还五汤中的核心药物类型是生黄芪，生黄芪具备补气补血的基本功能，以活血化瘀为目的，属于药方中的君药。当归尾具备活血活脉而不伤血的功效，是阴补阳还五汤中的臣药。该汤中的其他中药材，如赤芍、羌活、桃仁等，配合当归尾，能有效加快血液循环。其中的黄芪可以激发患者的肠胃活力，与此同时可以辅助气血升华，加快血液循环。川芎，能活血、补血、补气，化瘀生新，合乎中药治疗脑梗塞后遗症的标准，即“扶正祛邪而不伤正”。辅以桃仁、赤芍等，能活血化瘀，经络疏通。羌活中常含有的川芎嗪能抑制血栓素A2样化学物质诱发的血小板聚集。桃仁、红花、赤芍能促进血液循环，抑止血小板聚集，调整凝血功能，避免形成血栓，推动溶血栓。桃仁和赤芍共用可加快缺血性区毛细血管的开放，溶解纤维蛋白，减少血管渗透性，减轻脑梗塞后遗症患者的颅压。甘草可以将以上药品调和应用，以充分发挥药效。
随着人口老龄化趋势加剧，脑梗塞患病率有所提升。脑梗塞作为常见的脑血管疾病，发病后会遗留全身麻木、偏瘫、口齿不清等症状，部分患者也会存在神经功能缺损，导致患者的生活质量大幅降低 ^[4] 。脑梗塞后遗症发生多与神经损害有关，患者会出现不同程度的肢体功能障碍、认知功能障碍，随着病情发展也会出现血管性痴呆，若未能及时给予干预，功能性损伤则无法逆转，不仅降低生活质量，而且会危及生命 ^[5] 。脑梗塞后遗症出现后，需要积极开展有效的治疗，方可减轻症状，改善临床体征，使患者的身体健康水平提高，更好提升生活质量。常规治疗时采用血塞通注射液治疗，此药物具有调节血管功能，改善血液循环的功效。应加强对脑梗死后遗症的医治，防止其危害患者的身心健康和生命安全。血塞通对脑梗塞后遗症有较好的疗效，能软化血管，改进脑血液循环系统，提升脑血容量。血塞通还能使患者脑部的血液流变性和大脑缺氧情况，降血脂水平，促进其神经功能的恢复。血塞通通常是以三七中提炼的，可以活血化瘀。血塞通的主导成分是三七总皂苷，在临床实验和细胞实验中具备药理学活性，但仍须进一步的临床试验来证明其安全性和稳定性 ^[6] 。现阶段，血塞通在医学上一般用以有关病症的标准化治疗，尚不可以取代降血压药、调脂药、抗血小板药和抗缺血性药。服药的时间要依据患者身体状况适度增加。假如对三七、人参或西洋参有过敏情况的患者，就不能应用血塞通。过敏性体质者慎用血塞通。同时值得注意的是孕妇应严禁应用血塞通，以防流产的情况出现，哺乳期间同样慎用血塞通，因会提升出血的风险性 ^[7] 。生理期和围手术期患者应禁止使用血塞通。尽管这类药品可以独立应用，对脑梗塞后遗症患者开展医治，但治疗效果会受限制，并很有可能对人体造成一定的损害。常见的异常反应有呼吸不畅、过敏症状、发烫和胸闷气短。	当代药理学证实，补阳还五汤能扩张血管，提升脑血容量，维护患者已经损伤的直觉和运动功能，通过改善患者脑部的缺血性氧气不足，降血脂水准，提高总体药效。用少许的活血药品就能达到标本兼治，补气补血，化瘀活脉，活血不伤元气的作用。合而用之，则患者的淤消、气旺，络脉通畅，全部的病症变回逐渐痊愈。除为益气活血法的代表方之外，该方也是医治脑梗塞后遗症的常用方。临床症状为中风偏瘫，口眼歪斜，舌暗，苔白，脉缓而弱。然而补阳还五汤本方中的生黄芪用量比较大，对患者初期可少许应用（一般30~60g），若效果不显著时再慢慢增加。原方的活血化瘀方剂量比较轻，应用时可依据身体状况调节。半身不遂病人可加蚂蟥15g，穿山甲15g；语言功能迟缓者可添加菖蒲15克、远志15克。补阳换

（下转第160页）

中医治疗重症呼吸衰竭的疗效观察

杜春波

大庆市中医医院 黑龙江大庆 163000

摘要: 目的: 探究中医治疗重症呼吸衰竭临床疗效。方法: 选我院 2020 年 1 月至 2022 年 3 月期间 86 例重症呼吸衰竭患者为研究对象, 随机分为 A 组 (43 例)、B 组 (43 例), 分别应用常规治疗、常规治疗联合中医治疗, 比较两组治疗效果、治疗前后肺功能指标[呼气峰流速 (PEF)、用力肺活量 (FVC)、第 1s 用力呼气容积 (FEV₁)]、动脉血气指标[动脉二氧化碳分压 (PaCO₂)、动脉血氧分压 (PaO₂)、血氧饱和度 (SaO₂)]、预后情况[急性生理与慢性健康状况 II (APACHEII)、不良反应 (肝功能损伤、腹泻、恶心呕吐)、死亡]。结果 B 组治疗有效率为 95.35%, 较 A 组 81.40% 高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗前两组 PEF、FVC、FEV₁ 水平相近, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后 B 组 PEF、FVC、FEV₁ 水平均较 A 组高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗前两组 PaCO₂、PaO₂、SaO₂ 水平相近, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后 B 组 PaO₂、SaO₂ 水平较 A 组高, PaCO₂ 水平较 A 组低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗前两组 APACHEII 评分相近, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后 B 组 APACHEII 评分评分较 A 组低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); B 组不良反应发生率 4.65%, 与 A 组 6.98% 相近, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 在对重症呼吸衰竭患者常规治疗基础上, 联合中医治疗, 可提升治疗效果, 改善患者肺功能及血气指标, 改善预后。

关键词: 重症呼吸衰竭; 中医治疗; 肺功能

重症呼吸衰竭为 ICU 病房常见疾病, 表现为呼吸困难、发绀等通气障碍症状, 影响其机体循环状态, 增加其多器官功能损伤, 威胁其生命安全, 死亡率较高^[1-2]。在对该病治疗中, 以机械通气治疗、营养支持、止咳化痰等基础治疗为主, 通过被动改善患者通气能力, 以促进其血氧水平恢复, 改善预后^[3]。随近年来中医治疗在临床被重视程度逐渐提升, 在对重症呼吸衰竭治疗中, 可通过中药辨证治疗, 针对性改善患者临床症状, 改善其临床症状, 促进患者呼吸功能恢复^[4]。相关研究表示^[5], 在对呼吸衰竭患者中药治疗中, 应用中药灌肠治疗, 可减少毒素在肠道内吸收作用, 缓解其消化道低血氧状态, 促进其生理功能康复。为此, 本次研究选我院 2020 年 1 月至 2022 年 3 月期间 86 例重症呼吸衰竭患者为研究对象, 探究在常规治疗基础上, 应用中医治疗对其影响。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选我院 2020 年 1 月至 2022 年 3 月期间 86 例重症呼吸衰竭患者为研究对象, 随机分为 A 组 (43 例)、B 组 (43 例)。A 组男性 23 例、女性 20 例, 年龄 45~74 岁, 平均 (56.42±3.77) 岁; 体质指数 (BMI) 18~34 kg/m², 平均 (25.63±2.11) kg/m²; 呼吸衰竭分型: I 型 20 例、II 型 23 例; B 组男性 24 例、女性 19 例, 年龄 43~76 岁, 平均 (56.91±4.01) 岁; BMI 18~36 kg/m², 平均 (25.95±2.35) kg/m²; 呼吸衰竭分型: I 型 22 例、II 型 21 例; 两组基础资料相近 ($P > 0.05$); 研究所选患者均经我院伦理委员会审核通过。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: ①符合重症呼吸衰竭诊断标准: 海平面呼吸空气时, 动脉血气分析中动脉血氧分压 (PaO₂) < 8 kPa, 伴或不伴动脉二氧化碳分压 (PaCO₂) > 6.67 kPa; I 型诊断标准: 缺氧无 CO₂ 潴留 (PaCO₂ 正常或下降, PaO₂ < 8 kPa); II 型诊断标准: 缺氧伴 CO₂ 潴留 (PaCO₂ > 6.67 kPa, PaO₂ < 8 kPa); ②均接受机械通气治疗, 合并感染性休克者应用血管收缩剂治疗; ③年龄 ≤ 80 岁; ④急性生理与慢性健康状况 II (APACHEII) > 10 分;

⑤患者家属对研究知情同意。

排除标准: ①近期使用过免疫抑制剂类药物; ②预生存期 < 1d; ③合并免疫系统、血液系统疾病; ④妊娠期或哺乳期; ⑤研究期间死亡。

1.3 方法

A 组 (常规治疗): 解痉平喘、抗感染、营养支持等治疗, 同时予以机械通气治疗。

B 组 (常规治疗+中医治疗): 在 A 组治疗基础上, 应用中医辨证治疗: (1) 中药口服: ①痰湿壅肺证: 茯苓 12g, 厚朴、陈皮各 10g, 半夏 16g, 橘红 8g; ②痰热壅肺证: 川贝母、麦冬各 14g, 法半夏、瓜蒌各 12g, 桔梗 9g; ③随证加减: 并发腑实证, 加芦荟 12g; 并发血瘀证, 加当归 8g, 红花 6g; 并发痰湿闭窍, 加苏合香 3g; 水煎服, 每日 1 剂, 早晚 2 次分服; (2) 中药灌肠: 黄芪、丹参各 50g, 瓜蒌 35g, 厚朴、葶苈子各 30g, 枳实、生大黄各 25g, 茯苓 20g; 水煎取浓缩汁, 温度下降至 37~38℃ 后, 患者排空大便后, 侧卧位灌肠, 药液保留 30min, 1 次/d。

两组均于治疗 7d 时进行疗效评价。

1.4 观察指标

(1) 治疗有效率: ①显效: 呼吸困难、咳嗽、气短等症状消失, PaO₂ 水平较治疗前改善 > 80%; ②有效: 呼吸困难、咳嗽、气短等症状改善, PaO₂ 水平较治疗前改善 50~80%; ③无效: 未能达到上述标准; 有效率 = (①+②)/例数 × 100%; (2) 肺功能指标: 呼气峰流速 (PEF)、用力肺活量 (FVC)、第 1s 用力呼气容积 (FEV₁), 以肺功能检测仪 (日本福田, ST-150) 检验; (3) 血气指标: PaO₂、PaCO₂、血氧饱和度 (SaO₂), 均以动脉血气分析仪 (丹麦雷杜米特, ABL 800 FLEX) 检测; (4) 预后情况: ①治疗前后 APACHEII 评分^[6]; ②不良反应: 腹泻、恶心呕吐、肝功能损伤。

1.5 统计学方法

($\bar{x} \pm s$)、(%) 表示计量、计数资料, t 、 χ^2 检验; $P < 0.05$ 表示差异

有统计学意；数据统计计算过程均以 SPSS 24.0 软件完成。

2. 结果

2.1 治疗有效率

B 组治疗有效率为 95.35%，较 A 组 81.40%高，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1 治疗有效率[n（%）]

组别	n	显效	有效	无效	有效率
A 组	43	13(30.23)	22（51.16）	8（18.60）	81.40（35/43）

表 2 肺功能指标（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	n	PEF（dL/s）		FVC（L）		FEV ₁ （L）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A 组	43	58.51±2.63	89.94±2.71	0.63±0.07	0.84±0.14	0.54±0.06	0.75±0.09
B 组	43	57.99±2.00	91.43±2.85	0.62±0.10	0.91±0.18	0.52±0.07	0.81±0.10
t		1.032	2.484	0.537	2.013	1.423	2.924
P		0.305	0.015	0.593	0.047	0.159	0.004

2.3 血气指标

治疗前两组 PaCO₂、PaO₂、SaO₂ 水平相近，差异无统计学意义（ $P >$

B 组	43	16(37.21)	25（58.14）	2（4.65）	95.35（41/43）
χ^2					4.074
P					0.044

2.2 肺功能指标

治疗前两组 PEF、FVC、FEV₁ 水平相近，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；

治疗后 B 组 PEF、FVC、FEV₁ 水平均较 A 组高，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 2。

0.05）；治疗后 B 组 PaO₂、SaO₂ 水平较 A 组高，PaCO₂ 水平较 A 组低，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 3。

表 3 血气指标（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	n	PaCO ₂ （mmHg）		PaO ₂ （mmHg）		SaO ₂ （%）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A 组	43	53.34±8.77	47.09±5.39	49.85±4.20	67.79±7.22	0.80±0.11	0.91±0.10
B 组	43	54.26±7.19	42.25±7.40	48.71±3.24	71.13±5.76	0.78±0.12	0.97±0.15
t		0.532	3.467	1.409	2.371	0.806	2.182
P		0.596	0.001	0.162	0.020	0.423	0.032

2.4 预后情况

治疗前两组 APACHEII 评分相近，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；治疗后 B 组 APACHEII 评分较 A 组低，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；B 组不良反应发生率 4.65%，与 A 组 6.98%相近，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），见表 4。

表 4 预后情况

组别	n	APACHEII（分）		不良反应			
		治疗前	治疗后	腹泻	恶心呕吐	肝功能损伤	发生率
A 组	43	24.48±4.22	18.81±3.20	1（2.33）	2（4.65）	0（0.00）	6.98（3/43）
B 组	43	25.15±3.98	16.07±4.11	0（0.00）	1（2.33）	1（2.33）	4.65（2/43）
t/ χ^2		0.757	3.449				0.212
P		0.451	0.001				0.645

3. 讨论

重症呼吸衰竭患者常规治疗中，多以对症治疗为主，以针对性改善患者气道痉挛、通气障碍等症状，同时多联合机械通气治疗，通过增强患者

肺部气体交换能力，以改善其血氧水平，保持其各器官组织功能稳定性。但受人机对抗、患者治疗耐受性等因素影响，单纯依靠西医方法治疗效果相对有限^[7]。

中医理论认为，重症呼吸衰竭属“喘症”范畴，属虚实夹杂疾病，发病原因与外部风寒湿热、内部饮水痰瘀有关，发病基础为脾肺虚损、肺部痰瘀积热，因此在治疗中，需补脾益肺、清热化痰、祛痰燥湿治疗，以改善患者临床症状^[8]。本次研究中，对 B 组患者常规治疗基础上，联合应用中医治疗，包括中医辨证口服药物治疗、中药灌肠治疗，结果显示，B 组治疗有效率显著提升，治疗后其肺功能指标均显著改善，考虑原因为，在对患者中医辨证口服药物治疗中，对痰热壅肺证治疗中，主要应用清肺化痰治疗，方中桔梗可宣肺养气，麦冬可清热润肺，川贝母可镇咳润肺，瓜蒌可祛痰润肺，法半夏可化痰清肺，改善患者肺功能状态；痰湿壅肺证，主要治疗目的为祛痰燥湿，本次研究中方中厚朴可平喘散湿，陈皮可理气燥湿，橘红可镇咳化痰，茯苓可化痰祛湿，在此基础上应用半夏，可温肺散寒；现代医学研究发现，桔梗具消炎、降糖、止咳化痰等作用，降低其道炎症反应状态；麦冬可抗血栓形成、改善微循环、调节免疫能力、提升抗缺氧能力等作用，在减少患者全身缺氧症状同时，可通过调节其免疫能力提升患者自身炎症反应对抗能力；川贝母生物碱成分具祛痰、镇咳等作用，促进患者呼吸功能稳定；瓜蒌具祛痰、抗缺氧、抗氧化等作用，减轻患者

缺氧性损伤;法半夏具镇咳、祛痰等作用;厚朴可抗炎镇痛,陈皮、橘红可止咳化痰,茯苓可调节机体免疫能力,因此可改善患者呼吸困难、咳嗽等临床症状,促进患者肺部通气能力恢复。在此基础上应用益气通腑法中药灌肠治疗,方中大黄中大黄素、蒽醌可作用于肠腔平滑肌,促进粪便排出,同时可抑制肠道内细菌繁殖、抑制炎性介质形成,抑制肠道内毒素吸收过程;葶苈子可降低炎症反应过程,减少肺功能损伤,黄芪可抑菌、抗氧化、调节免疫能力,同时联合茯苓、厚朴,可进一步控制肠道炎症反应,为患者提供稳定内环境;同时通过药物成分肠道吸收,可减少药物代谢对患者肝肾功能影响,提升药物成分吸收速度,进而可全面性控制患者肺部炎症反应、促进患者肺功能自我修复,满足临床治疗需求^[9-10]。研究结果显示,治疗后B组血氧指标显著改善,且APACHEII评分评分较A组低,考虑原因为,随患者肺部炎症反应清除能力增加、肺部通气障碍症状改善,可提升患者自主肺循环能力,改善其血氧指标,并促进其整体生理机能恢复,改善预后,进一步说明,在常规治疗基础上,联合中药治疗方案,可提升患者症状控制效果,改善其整体生理状态。研究结果显示,两组不良反应发生率相近,考虑原因与中药制剂治疗期间安全性相对较高有关,因此联合治疗后并未增加药物不良反应。

综上,在对重症呼吸衰竭患者常规治疗基础上,联合中医治疗,可提升治疗效果,改善患者肺功能及血气指标,改善预后。

参考文献:

[1]张慧慧,胡月红,周尧英,等.俯卧位机械通气对重症肺炎呼吸衰竭并发呼吸机相关肺炎的影响[J].中华医院感染学杂志,2020,30(24):3734-3738.

(上接第157页)

五汤需长期服用才可以奏效,痊愈后应继续服食,以加固功效,避免再次发作。有中医学专家学者表示:“服用此药方痊愈后,药仍不能断,或3、5日服用一付,也可以7、8日服用一付^[9]。”但假如半身不遂属阴虚阳亢,痰阻气滞血瘀,舌红苔黄,脉强有力者,则不宜用己方。血塞通与补阳还五汤协同医治脑梗塞后遗症,可以充分运用中西医结合的优点,加速病人自主神经功能的修复,并有效提升临床总有效率,在一定程度上保障了治疗的可靠性与安全性。本组研究结果显示,与对照组相比,观察组患者的临床总有效率更高,患者的NIHSS评分在治疗后明显降低,HDS与MoCA评分明显升高;通过本次研究结果可知,补阳还五汤联合血塞通注射液治疗时,可使患者的神经损伤程度有效降低,改善认知功能障碍程度,使患者的临床症状与体征有效改善,整体临床治疗效果明显优于单独应用血塞通注射液的疗效。本研究结果与有关临床研究结果基本一致。由此可见,对脑梗塞后遗症患者的实行药物联合的治疗措施对减轻病况具有重要意义,且有较高的治疗安全性,可作为临床用药的参照实例^[10]。

综上所述,脑梗塞后遗症患者应用补阳还五汤联合血塞通注射液治疗,疗效确切,可促进患者神经功能恢复,减少神经损害与认知功能障碍,可在临床推广联合用药方案。

参考文献:

[1]都春杰.中医治疗脑梗塞后遗症的临床效果[J].中国冶金工业医学杂志,2020,37(04):444-445.

[2]李志刚,袁媛,郑太祖,等.呼吸康复训练联合针灸治疗在呼吸衰竭患者脱机治疗中的临床意义探讨[J].中国中西医结合急救杂志,2021,28(6):672-675.

[3]赵丰莹.参附注射液联合机械通气治疗重症哮喘合并II型呼吸衰竭临床研究[J].湖北中医药大学学报,2021,23(4):30-33.

[4]崔金玲,卢丽珠,荆慧娟,等.中药雾化在慢性阻塞性肺疾病急性加重期伴呼吸衰竭中的应用[J].中国中医急症,2020,29(5):879-881.

[5]侯梦星,王晨曦,曹心宁,等.益气通腑法中药灌肠联合正压无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺疾病合并II型呼吸衰竭疗效观察[J].河北中医,2020,42(1):68-72.

[6]聂卫群,高志凌,尹硕森,等.中医辨证联合西医治疗重症肺炎呼吸衰竭临床疗效及对血清PCT、hs-CRP的影响[J].时珍国医国药,2021,32(3):669-672.

[7]吕春燕,陈东华.针刺对呼吸衰竭患者机械通气期间人机对抗的临床应用价值[J].上海针灸杂志,2020,39(10):1240-1244.

[8]袁思成,黄肖玲,华胜毅,等.利用超声探测评价针刺对慢性阻塞性肺疾病急性加重期II型呼吸衰竭患者膈肌功能的影响[J].中国针灸,2021,41(7):703-710.

[9]陈骏,徐吕,唐丹,等.温肾中药复方对慢性阻塞性肺疾病急性加重期合并呼吸衰竭临床疗效的Meta分析[J].四川中医,2020,38(10):219-222.

[10]陈永昶,林利,茆俊卿,等.射干麻黄汤对急性呼吸衰竭模型大鼠的干预效果及作用机制研究[J].中国中医急症,2020,29(6):966-969+993.

[2]刘辉,罗文芳.补阳还五汤加加减联合血塞通治疗脑梗塞后遗症的效果观察及NIHSS评分影响分析[J].中国全科医学,2020,23(S2):227-229.

[3]袁磊,闻瑛,杨进平.补阳还五汤加加减联合康复治疗治疗脑梗塞后遗症的疗效及对BI评分的影响[J].云南中医中药杂志,2020,41(10):37-39.

[4]张自伟.脑梗塞后遗症药物治疗的有效方法及效果分析[J].医学食疗与健康,2020,18(21):110-111.

[5]徐清菊,毛江英,徐玉兰.补肾通络复元汤联合康复训练治疗脑梗塞后遗症30例[J].中国中医药科技,2020,27(06):972-973.

[6]刘洋,梁平.电针穴位刺激结合中药治疗脑梗塞后遗症的临床效果[J].临床医学研究与实践,2020,5(05):148-149.

[7]方艳丽.补阳还五汤联合血塞通注射液治疗脑梗塞后遗症的疗效观察[J].医学食疗与健康,2021,19(18):32-34.

[8]曹芳芳,郑倩,张蕊,等.补阳还五汤联合悬吊运动训练治疗脑梗死合并下肢偏瘫临床研究[J].国际中医中药杂志,2022,44(3):268-272.

[9]王彦鹏,崔强.补阳还五汤加加减联合温针灸治疗退行性腰椎管狭窄的疗效及对患者中医证候和炎症因子的影响[J].海南医学,2022,33(6):707-710.

[10]李静,刘睿,周婷,等.补阳还五汤加加减联合针刺治疗缺血性脑卒中后肢体运动功能障碍临床观察[J].安徽中医药大学学报,2022,41(2):39-43.

愈腰方联合推拿手法治疗肾虚血瘀型腰椎间盘突出症的疗效及其对炎症因子的影响

郑浩江¹ 王瑾¹ 唐烨霞¹ 刘诗蓉¹ 李娜¹

内蒙古科技大学包头医学院中医学院 内蒙古包头市 014040

摘要: 目的: 愈腰方联合推拿手法对肾虚血瘀型 LDH 的临床疗效及血清 IL-6、hs-CRP 的影响。方法 选取门诊肾虚血瘀型 LDH 患者 60 例随机分 2 组 (2018 年 12 月-2020 年 12 月, 每组各 30 例)。对照组给予非甾体抗炎药联合推拿手法。实验组给予愈腰方联合推拿手法。观察临床疗效及血清 IL-6、hs-CRP 的水平。结果 与对照组相比, 实验组 VAS 评分、JOA 评分、IL-6、hs-CRP 降低明显, 差异均有统计学意义 ($p < 0.05$)。结论 愈腰方联合推拿手法治疗肾虚血瘀型 LDH 有效, 能降低 IL-6、hs-CRP 的水平, 值得推广。

关键词: 愈腰方; 腰椎间盘突出症; 肾虚血瘀证; 白介素-6; 超敏 C 反应蛋白

The clinical observation of kidney deficiency and blood stasis LDH treated in YuYao Decoction combined with Massage Technique and the influences on IL-6 and hs-CRP

ZHENG Haojiang¹, WANG Jin¹, TANG Yexia¹, LIU Shirong¹, LI Na¹

1.Inner Mongolia University of Science and Technology ,Baotou Medical College,School of Traditional Chinese Medicine,Inner Mongolia,Baotou 014040)

【 Abstract 】 Objective:The clinical efficacy of YuYao Decoction combined with Massage Technique in the treatment of the kidney deficiency and blood stasis LDH and the effect of serum IL-6 and hs-CRP.Methods:60 patients with kidney deficiency blood stasis were divided into two groups randomly (December 2018-December 2020,30 cases in each group) .The control group was given non-sterite anti-inflammatory drug combined Massage Technique.The experimental group was given YuYao Decoction combined with Massage Technique. The clinical efficacy was observed and the level of serum IL-6 and hs-CRP was detected.Results:Compared with the control group, VAS score, JOA score, IL-6 and hs-CRP of the experimental group were decreased significantly, the difference was statistically significant($p < 0.05$). Conclusion: YuYao Decoction combined with Massage Technique in the treatment of the kidney deficiency and blood stasis LDH was effective, which can reduce the level of IL-6 and hs-CRP and was worthy of promotion.

【 Keywords 】] Yuyao Decoction;LDH;Kidney Deficiency and Blood Stasis;IL-6;hs-CRP

腰椎间盘突出症 (Lumbar Disc Herniation, LDH) 为临床常见病和多发病, 主要是由于腰椎间盘突出发生退行性病变引起, 属中医学“腰痛”、“痹证”的范畴^[1-3]。近年来, LDH 发病呈上升和年轻化趋势, 且影响患者的生活质量并带来经济负担^[4-6]。目前临床治疗方法各有优势和不足, 西医治疗虽有疗效, 多见不良反应, 手术风险大, 远期疗效因人而异^[7-9]。本研究选取门诊确诊的 LDH 患者 60 例 (2018 年 12 月-2020 年 12 月), 针对临床治疗存在的各种问题, 寻找一个疗效好、创伤小、复发率低、价格低廉的治疗方法, 因此选用多年临床治疗 LDH 的愈腰方, 观察疗效, 研究其对炎症因子的影响, 为临床推广奠定基础。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取门诊确诊肾虚血瘀型 LDH 患者 60 例 (2018 年 12 月-2020 年 12 月), 本研究通过医院伦理委员会批准 (KY20180001) 并获得本人同意。对照组男 16 人, 女 14 人; 年龄在 29~65 岁 (49.91±8.30); 病程 (8.32±4.22)。实验组男 13 人, 女 17 人; 年龄在 27~63 岁 (49.33±8.20); 病程 (8.27±3.98), 两组数据差异无统计学意义 ($p > 0.05$)。

1.2 诊断标准 西医和中医分别使用第五版《实用骨科学》和《中医病证诊断疗效标准》中 LDH 诊断标准。肾虚血瘀证: 腰膝酸软或酸重, 痛如针刺, 腰间僵硬, 不能自转, 舌呈暗紫或淡紫, 或有瘀点瘀斑, 脉弱或沉涩。

1.3 纳入标准 (1) 与西医和中医 LDH 诊断标准相符; (2) 属于肾虚血瘀证; (3) 成年男性或女性 (18 周岁以上); (4) 腰椎功能属于 I~III 级。

1.4 排除标准 (1) 与纳入标准不符; (2) 腰椎功能 IV 级; (3) 脊柱严重畸形; (4) 其他腰椎关节病证; (5) 心力衰竭、呼吸衰竭等重症疾病; (6) 自动退出试验者。

1.5 治疗方法 对照组予布洛芬缓释胶囊, 1 粒/次, 2 次/日, 联合推拿手法: 患者取俯卧位, 手法为: 拇指或肘尖点压腰阳关、肾俞等。实验组予愈腰方, 3 次/日, 1 粒/次 (装胶囊), 联合推拿手法 (同上)。愈腰方组成: 怀牛膝 40g, 杜仲 30g, 川续断 30g, 乳香 20g, 没药 20g, 全蝎 20g, 僵蚕 20g, 苍术 30g, 元胡索 30g, 当归 20g, 桂枝 30g。 (中药药品批号: C329-18051401)

1.6 观察指标

1.6.1 临床疗效 治愈：无临床症状，直腿抬高 70°以上；显效：基本无临床症状，直腿抬高试验接近 70°以上；有效：疼痛减轻，症状缓解；无效：症状未见减轻^[13]。

1.6.2 VAS 和 JOA 评分 VAS 评分 1-10 分，分值越高，疼痛严重，分值越低，疼痛较轻；JOA 评分共 29 分，分值越高，病情较轻，分值越低，病情较重^[13]。

1.6.3 IL-6 和 hs-CRP 的检测 IL-6(Cat#SEKH-0013)等炎症因子的检测采用 ELISA 试剂盒。

1.7 统计学方法 采用 SPSS26.0 软件处理。计量资料用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，采用配对 t 检验，计数资料采用[n(%)]表示，采用卡方检验，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较 实验组有效率达 90%，对照组有效率达 66.66%，有统计学差异($p<0.05$)，见表 1。

表 1 疗效比较 (n, %)

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效率
实验组 (n=30)	14	10	3	3	27(90.00)
对照组 (n=30)	3	7	10	10	20(66.66)
χ^2					15.186
P					0.000

注：与对照组相比，* $p<0.05$ 。

2.2 VAS 评分比较 对照组和实验组的 VAS 分值均较治疗前下降，实验组分值变化程度较对照组更大，经统计：与对照组相比，有统计学差异($p<0.05$)。见表 2。

表 2 VAS 评分比较 ($\bar{x}\pm s$, n=30, 分)

组别	样本量	治疗前	治疗 3 周	治疗 6 周
实验组	30	8.6±0.7**	5.3±1.1*	1.8±0.9*
对照组	30	8.6±0.8	6.9±0.9	6.1±1.1
t		-0.203	7.738	17.733
P		0.841	0.000	0.000

注：与对照组相比，* $p<0.05$ ，** $p>0.05$ 。

2.3 JOA 评分比较 实验组和对照组 JOA 评分较治疗前下降，有统计学差异 ($p<0.05$)，见表 3。

表 3 JOA 评分比较 ($\bar{x}\pm s$, n=30, 分)

组别	样本量	治疗前	治疗 3 周	治疗 6 周
实验组	30	12.4±2.5**	19.2±1.9*	24.9±1.3*
对照组	30	13.0±2.4	15.6±2.2	18.0±1.9
t		0.842	-6.609	-15.599

P 0.407 0.000 0.000

注：与对照组相比，* $p<0.05$ ，** $p>0.05$ 。

2.4 IL-6 和 hs-CRP 的比较 IL-6 和 hs-CRP 在治疗 6 周后，数值不同程度下降，与对照组相比较，有统计学差异 ($p<0.05$)，见表 4。

表 4 IL-6 和 hs-CRP 值的比较 ($\bar{x}\pm s$, n=30, pg/ml)

组别	样本量	治疗前 IL-6	治疗 6 周 IL-6	治疗前 hs-CRP	治疗 6 周 hs-CRP
实验组	30	98.9±4.5**	65.1±11.7*	29.9±4.3**	12.7±4.5*
对照组	30	98.1±5.3	88.6±6.6	29.7±4.5	21.9±3.2
t		-0.710	9.549	-0.204	8.416
P		0.483	0.000	0.840	0.000

注：与对照组相比，* $p<0.05$ ，** $p>0.05$ 。

3 结论

LDH 目前已成为常见病、多发病，目前 LDH 轻症患者采用西药、中药、针推、康复等手段治疗^[10-11]，重症患者采用手术治疗，但治疗效果不尽人意。本研究选用愈腰方联合推拿手法观察其治疗 LDH 的疗效，为了对比愈腰方的效果，在对照组中亦采用推拿手法，经研究，在临床疗效、VAS、JOA 及炎症因子方面，与对照组相比，差异有统计学意义，提示愈腰方治疗 LDH 有效果，可能通过炎症因子的改变达到治疗效果。

中医认为 LDH 为本虚标实，“正气存内，邪不可干，邪之所凑，其气必虚”，肾本为全身阴阳之本，正气之本，且肾主骨生髓，肾虚髓不充骨，失去濡养^[12-13]，风寒湿之邪侵入体内，深著骨髓筋脉，气血受阻，阴阳失衡，不荣则痛或不同则通，诱发病本。该病补肾为治疗机要。因此，本研究特选较为柔和之补肾之品：杜仲、续断、桑寄生、怀牛膝，补肝肾壮骨强筋充髓，治疗肾虚之本，结合临床 LDH 久病有瘀血的特点，建立愈腰方，用于肾虚血瘀型 LDH 患者，其乳香、没药、元胡索、当归、桂枝等活血化瘀、通利血脉之品，使得气血运行无滞，佐以全蝎、僵蚕、苍术，发挥通经络、搜剔骨中之风寒湿的作用。综观本方以补肾强筋壮骨活血通脉为主，以搜剔著骨之风寒湿为辅，标本兼顾，治疗用药简便廉验，值得临床应用推广。

炎症因子在 LDH 的发病中起重要作用^[14-15]，本研究将 IL-6 和 hs-CRP 作为研究的靶标，但形成炎症机制的机理较为复杂，本研究的炎症因子的范围较为局限，且对炎症因子仅进行量变检测，尚未深入研究炎症因子的机制网络是本研究的不足之处。

参考文献：

[1]马志红,白玉,马富强.白玉教授治疗腰椎间盘突出症 94 例临床报道[J].中国中医骨伤科杂志,2020,28(05):67-69.

[2]王伟军.活血益气通经汤治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J].中医学报,2018,33 (08) :1563 -1566.

(下转第 165 页)

中医药在恶性肿瘤防治中的应用初探

张涛 胡幸

济南市中医医院 山东济南 250021

摘要：恶性肿瘤疾病在当前医疗技术水平下还没有较为良好的根治方式，多以西医手术治疗为主，给患者身心健康都会造成极大危害。随着中西医结合疗法的不断推广，中医药产品在恶性肿瘤治疗过程中也得到了较为广泛的应用，且发挥出了较为显著的作用价值。以下本文主要从中医“治未病”理论在肿瘤防治中的应用，以及中医药在恶性肿瘤术后治疗过程中的应用进行了简要探讨，希望能够为相关医疗工作者提供参考。

关键词：中医药；恶性肿瘤；防治；应用

中医药在恶性肿瘤临床治疗领域已经有非常悠久的历史，近几年随着国家政策的支持，中医药治疗方法也越来越受到人们重视。相比较于常规西医治疗方法而言，中医药治疗更倾向于从病根出发，而且能够贯穿病症起始的全过程，甚至是能够在肿瘤还未恶化之前就进行抑制，而已经发展到一定阶段的恶性肿瘤，也可以采取一定的保守治疗方法，让患者带瘤生存，保障患者的生活质量。因此，中医药在恶性肿瘤治疗领域有着非常广阔的应用空间。

1、中医“治未病”理论在恶性肿瘤防治领域的应用

1.1“未病先防，既病防变”在肿瘤防治领域的应用

恶性肿瘤的致病诱因较为复杂，目前还没有统一的论证可以证明其明确来源，因此无法采取针对性治疗方法进行彻底预防。但是从中医学角度而言，肿瘤的形成基本都是由于人们的气血静脉问题导致的，因此，通过调节人体这些方面的健康问题，能够从一定程度上起到“未病先防”的作用。比如常见的中医“精神内守”理论、“节欲保精”理论、“和于术数”理论以及“谨知五味”理论等，都属于养生之道，提醒人们按照自然规律进行身心养护，戒掉主观过于强烈的欲望思想，这样能够让自身的身心舒畅，体内血气运行顺畅，自然也就不会轻易患肿瘤类病症。

另外，对于已经发生的病情，中医中还有一个“既病防变”的理论。同样是防范为主，防的是病情继续恶化，这样也能够维护患者的生命健康不再继续变差。比如对于萎缩性胃炎，通过让患者服用刺猬汤，可以有效改善其胃部伴肠上皮的化生病变，从而预防病变部位发生癌变，截断病情发展态势，从而保护患者的生命。另外，中医中的药膳治疗方法，能够通过食疗方式，为患者激发胃气，促进其食欲，从而让患者自身通过合理饮食增强免疫力，提高对病患的抵抗力，这也是中医药物应用起到防治未然和预病情恶化效果的重要手段。

对于一些中晚期癌症病人，西医有时候已经没有进行手术治疗的必要，或者病人自身不愿意接受手术治疗，此时可以通过中医疗法使其病情得到有效控制，让患者直接带瘤生存。这类患者虽然体内的肿块并没有完全消失，但是在长期的中药辅助下，再配合食疗、运动等养生手段，可以达到与肿瘤共存的效果，甚至比手术治疗后患者存活期更久，患者的生活质量也能够得到最大程度保障。

1.2 中医在肿瘤的预测预报领域的应用

中医让人佩服的地方主要在于，可以对一些还未发生的病症进行预判，其核心理论中讲述的是“藏于内而象于外，有诸内而必形诸外”。意思

是病人如果存在内里的病理现象，其外在形体必然会有所显现，通过明辨这些细微的表征，就能够提前预判病人可能会出现的健康问题，从而提前进行针对性防治。比如最为基础的望闻问切法，医术精湛的中医即可从中对病人的病情窥探个八九不离十。如果将中医的这种见微知著的诊断精华理论现代西医疗科技相结合，有望通过计算机智能技术，对是患者肿瘤的形成以及发展状态进行动态预测，帮助患者及早采取治疗方案，遏制肿瘤的形成，甚至直接达到根治效果。

2、中医药在维护接受各种治疗的恶性肿瘤患者生活质量的重要作用

2.1 肿瘤手术的中医药维护

当前时期对于恶性肿瘤类病症大多采用手术切除方法，这种方法可以以最直接的方式让肿瘤在体内消失，但是手术本身也会给患者造成不可逆的身体组织破坏，降低患者生活质量，使其承受较大的心理压力。另外，手术也有可能发生各类不确定性并发症风险，比如创伤性感染等，导致患者血气津液不足，机体免疫能力下降。再比如可能导致组织器官功能障碍，像是呼吸系统手术之后，有可能使患者肺功能下降，出现胸闷胸痛、气短等后遗症；消化系统手术后，可能引起患者胃肠功能紊乱，使其经常性嗝气，腹泻或便秘、腹胀腹痛等，让患者苦不堪言。而各类组织器官的手术，都有可能会因为创口感染导致患者出现高热等症状。

术后通过中医药物治疗，可以对患者肌体素质进行及时调节，比如恢复血气等，以提高患者免疫力，减少上述并发症的发生，从而促进患者快速恢复。与此同时，中医药物应用还能够对患者术后残存的病变细胞进行控制，防止其再次复发或者发生转移，这对于优化手术治疗的远期效果也大有裨益。

2.2 肿瘤放疗的中医药维护

放疗治疗是恶性肿瘤手术治疗的伴随疗法，在术后治疗中占据着至关重要的地位。比如鼻咽癌、喉癌、舌癌、宫颈癌等恶性肿瘤，基本都需要采取放疗稳固措施。通是放疗治疗，可以有效提高早期恶性肿瘤术后患者的术后生存率，对于晚期患者，也能够起到延缓病情发展和减轻症状的作用。比如一些恶性肿瘤患者出现骨转移或肿瘤压迫症状，会有明显的疼痛感；一些癌性溃疡症状长期得不到有效愈合，反复出血，通过放疗都能够得到明显改善。但是放疗治疗存在较为非常大的缺陷，因为其采用放射疗法，所以只能对照射视野内的肿瘤细胞起到局部控制与好杀灭的作用，其他身体部位的亚临床病灶并不能得到有效控制，而且受到射线影响，病人的身体还有可能发生局部不良反应，比如头晕、恶心、纳差以及白细胞下

降等，使患者自身免疫系统受到负面影响。

中医药物在这方面发挥出了较为积极的作用，大量临床实践表明，中医药不仅能够抑制肿瘤细胞生长，延长患者的生存期，而且对于放疗原因形成的放射性验证以及免疫力下降等副作用现象也可以很好地进行改善。从中医病理角度分析，放疗其实就是一个通过射线向人体内释放大量热的过程，这种瞬时间的大量热辐射，容易导致人体出现热毒入侵，伤血耗气，损阴伤津，进而人体的脏腑器官功能可能就会存在一定的失调问题。通过服用中药对人体机能进行恢复，就能够及时化解这种毒副作用。比如鼻咽癌放疗前后服用清热养阴和扶正固本类的中药，患者咽喉肿痛以及口干舌燥等症状都能够得到明显改善，缓解患者治疗过程中的痛苦。另外还有研究表明，患者使用中医药产品之后，肿瘤部位对于放疗的敏感度会一定增加，有利于更加充分发挥放射疗法的作用。

2.3 肿瘤化疗的中医药维护

除了放疗以外，化疗也是恶性肿瘤术后采取的主要巩固治疗手段之一。随着医疗领域技术水平的不断进步，各类抗肿瘤西药不断被研发推广，市场上的抗肿瘤药物种类越来越丰富，不同药品的作用机理存在一定差别。但是总体而言，治疗恶性肿瘤的化疗药物主要分为以下几类：其一是起到干扰肿瘤细胞核酸合成代谢的；其二是能够直接作用于肿瘤细胞的DNA 使其不能成功复制的；其三抑制肿瘤细胞有丝分裂的；其四是抑制肿瘤细胞蛋白质合成的。通过破坏肿瘤细胞的正常生长和繁殖，达到控制病情发展的效果。相比较于放射治疗而言，化学药物治疗法可以对患者全身病灶起到治疗效果，防止肿瘤细胞扩散和转移。但是基于当前的技术水平，还没有研制出能够针对性破坏肿瘤细胞的药物产品，因此，化疗在抑制肿瘤细胞功能的同时，也会对正常细胞产生负面作用，加上化疗疗程较多，用量较大，所以药物对人体的伤害性也非常大。

临床实践证明，全身化疗配合中医药治疗，可以更好地在保证患者身体状态的前提下，有效消灭镜下转移灶。再者，随着化疗药物应用频率的增加，肿瘤细胞也逐渐提高了自身的耐药性，加上部分患者自身身体素质原因，在采取化疗方法的过程中，会存在一定是局限性，导致治疗效果不佳。此时如果联合中医药物，可以增强患者的耐受性，改善患者器官组织以及 气血运行等体质状况，起到化疗药增效作用，提高癌组织对化疗的敏感性，用更少的药物达到更好的治疗效果，减轻毒副作用的发生。有研究表明，部分中药单味药即可起到诱导杀死肿瘤细胞的作用，复合类中药产品疗效更为明显。比如生脉散、黄芪、川芎嗪、参麦、天保宁等，都能够有效地清除氧自由基，起到抗脂质过氧化作用和调节钙离子稳定作用，在减轻蒽环类化疗药物所诱发的心肌肌原纤维肿胀、溶解坏死、嗜酸性变与间质水肿等方面，效果十分显著。

3、中医药在晚期癌症姑息作用中的重要地位

癌症晚期患者身心都会遭受巨大的痛苦，很多患者由于不具备足够的治疗条件，无法开展正常的治疗工作。另外，即便在有条件治疗的情况下，受到医疗水平限制，有些恶性肿瘤疾病也无法再采取治疗方案，只能用药物缓解患者的病痛，病人本身仍然饱受疾病煎熬。基于这种现状，我国也允许使用姑息治疗方法，这种方法不能对病症进行彻底消除，只能尽可能保障患者生存质量，延长其寿命周期，需要长期通过药物来维系病人体质。由于西药讲究疗效快，副作用相对也较大，因此并不适用于该治疗

方法，中药在这方面则可以起到很好的弥补作用。

3.1 缓解癌性疼痛

现代医学研究认为，癌痛的发生主要是由于癌症本身引起的，是由于癌肿压迫神经及邻近组织，癌细胞浸润淋巴组织或转移到邻近骨组织，引起周围组织的缺血、坏死，产生炎症和化学致痛物质，而导致疼痛，绝大多数属于慢性疼痛。WHO 的三阶梯疗法已被广泛接受，但机体会对吗啡等毒麻药物产生耐受性及成瘾性，导致治疗效果欠佳。中医学认为，导致癌痛的病机是气滞血瘀痰凝，经络闭阻不通，日久邪胜正虚，气血亏虚不荣。即若“不通则痛”采取活血化盛、温经散寒、祛风除湿、理气化痰等法；“不通则痛”则采取养血柔肝、益气养血、填精助阳、甘缓和中等治法，常用方剂可选失笑散、芍药甘草汤、血府逐瘀汤、四物汤等加减治疗，加用有止痛效果的中药如乳香、延胡索、香附、川芎、桃仁等。亦可采用外敷及针灸等治法来改善症状，外治中药多是芳香走窜气味浓烈的药物及穿透性强的矿物类药物。治法多为舒筋活络、活血化瘀、除湿祛寒，常用药物如蟾酥、血竭、冰片等。针灸最常用穴位有：阿是穴、5 足三里、中脱、内关、期门、肾俞等，可配合艾条熏灸。

3.2 晚期癌症患者心理和社会问题的中医药调适

晚期癌症患者心理和社会问题的主要表现有五个，即恐惧、愤怒、孤独、焦虑、抑郁。因此，患者的心理要求，如安全感、爱与被爱、理解、自尊等，如得不到确认和较好的满足，就不可能获得疼痛及其他症状的满意缓解。姑息治疗必须承认、尊重、评价病人的精神要求，然后才能提供充分的精神支持。对于临近死亡的晚期癌症患者和他们的家庭，在心理上、感情上和精神上予以支持和疏导，再加上社会的帮助，是姑息治疗的一部分。中医药在这方面也有丰富的经验。首先要依据中医整体观念，对病人进行情志调适。中医历代名家一再提倡“善医者，必先医其心，而后医其身”，这是治疗情志疾病的基本原则。积几千年医疗实践，中医已形成了一套成熟的心理治疗方法，如“静志安神法”、“怡悦开怀法”、“以疑释疑法”、“转移注意力”、“说理开导法”、“导引行气法”以及“以情胜情法”等，使病人了解到五脏之间的相互影响，防止五志过极。如当病人心情苦闷、忧虑预后时，可采用释疑法“开之以其苦”，根据病人文化背景及接受程度，适当介绍有关疾病的常识、一般规律及转归，针对性说明治疗意义及调护内容方法等，解除其疑虑，逐渐缓解忧虑情绪。其次可以应用中药加以调理，解除病人恐惧、愤怒、孤独、焦虑、抑郁状态，如养心、安神、疏肝的中药可以调节患者的精神状态，改善睡眠，减少抑郁症的发生。

3.3 改善恶病质

中晚期患者由于癌性消耗而易出现体质消耗，临床上表现为以短期内体质下降、营养不良、厌食、乏力、疲劳、衰竭、脂肪和肌肉群进行性消耗，及脏器功能损害为特征的综合征。恶病质的发生机制很复杂，可能由代谢异常，宿主免疫系统产生致炎细胞因子，体循环中肿瘤产生的分解代谢因子及体内各种因子平衡失调、摄食减少等因素引起。从中医学角度来看，癌症恶病质出现的一系列脏腑功能低下、形体消瘦、纳呆等临床症状主要系因久病癌耗伤人体气、血、阴、阳所致，其病损部位主要在五脏。对于癌症恶病质虚劳的治疗应以补益为主。临床上应根据虚损性质的不同，分别采取益气、养血、滋阴、温阳的治法。肾为先天之本，脾为后天之本，脾气盛则正气虚弱，邪实易袭，故补益脾肾相对较为重要。患者

易出现食欲下降和消瘦,胃主受纳,脾主肌肉,存得一分胃气,就有一分生机,故培补胃气、健脾益胃等扶正培本之法应贯穿治疗始终。常用的药物有人参、党参、白术、黄芪、山药等;方剂有四君子汤、参苓白术散、归脾汤、补中益气汤等加减。

4、中医药物在肿瘤治疗中的定位

临床实践中,有超过三分之二的恶性肿瘤患者接受现代手术治疗方法的同时,也会配合中药治疗,中医药物的应用范围已经非常广泛。但是人们也必须充分认识到,至今还没有成功案例表明可以通过单纯服用中药来彻底治愈肿瘤。因此,中医药物在恶性肿瘤治疗过程中,更主要的是作为配合疗法,实际运用时切不可喧宾夺主、本末倒置。具体而言,采用中医药物,可以在术前一到两周左右的时间对患者脏腑功能以及气血环境等进行调节,使患者的身体质量达到最佳的手术状态,降低术后炎症等各类并发症的发生几率;术后可以通过中医药物进行免疫力调节,促进患者伤口愈合等。中医的优势主要在于辨证治疗,临床上有很多病症的外在表现实际上都是类似的,比如直肠癌与痢疾,都会有脓血便现象,但是两者的病因来源却截然相反,如果不能明辨病因,很容易治标不治本。而西医治疗通过表征和一些固定指标判断,容易出现误诊,中医治疗则能够通过仔细观察和仔细询问分辨其中的不同,进而采用恰当的中药,使得治疗过程更加具有针对性。因此,相关医疗工作者在采用中医药物防治恶性肿瘤疾病的过程中,应当正确认识中西医结合治疗方法的特征,合理运用两种方法对患者的病情进行分析,从而保证用药的科学性,最大程度提高治疗有效性。而不是一味突出中医药物的好处,使中医药疗效神魔化。

(上接第 162 页)

[3]刘煜丞.中医药治疗腰椎间盘突出症文献 Meta 分析[J].甘肃科技纵横,2020,49(02):4-6+9.

[4]胡伟雄,林涌鹏,王德林,林锐,陈博来.中药内服配合经皮内窥镜下椎间盘切除术治疗腰椎间盘突出症临床疗效观察[J].广州中医药大学学报,2020,37(06):1040-1044.

[5]张俊锴,肖斌,许啸.独活寄生汤联合针刺治疗腰椎间盘突出症的临床效果[J].世界中医药,2020,15(07):1067-1070.

[6]龚新征.独活寄生汤治疗对类风湿关节炎患者临床效果及血清 IL-1 β IL-6 TNF- α 水平的影响[J].基层医学论坛,2022,26(04):120-122.

[7]鹿斌,齐万里.腰椎间盘突出证的中医药治疗进展[J].临床医药文献电子杂志,2019,6 (8 9):192.

[8]胡伟雄,林涌鹏,王德林,林锐,陈博来.中药内服配合经皮内窥镜下椎间盘切除术治疗腰椎间盘突出症临床疗效观察[J].广州中医药大学学报,2020,37(06):1040-1044.

[9]杜江.近 5 年腰椎间盘突出症流行病学调查研究概况[J].临床医药文献电子杂志,2017,4 (28):5529-5530.

[10]张小定,朱剑平,张周虎,马一平.骨愈方联合推拿治疗急性期腰椎

5、结束语

经过以上分析阐述不难发现,中医药在恶性肿瘤防治过程中的应用有着十分突出的作用价值。尤其是当前医疗条件下,恶性肿瘤常规手术治疗方法较为直接粗暴,肿瘤问题虽然解决,但是患的疗后生活质量也严重下降。因此,相关医疗工作者应当对此形成全面而正确的认识,积极学习和深化自身对于中医学的认识,以便能够在为患者制定恶性肿瘤治疗方案的过程中,合理使用中药产品,有效保障患者身体素质和生活质量。

参考文献:

[1]段振东, 方文岩. 中医药治疗恶性肿瘤对药的应用经验[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊) 2020 年 20 卷 19 期, 237, 239 页, 2020.

[2]张天宇, 吴乾. 中医药在治疗恶性肿瘤骨转移中的应用[J]. 中国民间疗法, 2021, 29(5):3.

[3]罗双, 谢裕安. 再谈中医药在恶性肿瘤防治中的应用[J]. 2022(6).

[4]王笑民. 中医药防治恶性肿瘤相关并发症研究[C]// 第十五届全国中西医结合肿瘤学术大会学习材料. 2017.

[5]王惠枫, 张颖, 唐佳沁, 等. 中医药在癌症治疗中的定位思考与研究[J]. 养生保健指南, 2019, 000(037):130.

[6]朱紫薇, 顾媛媛, 韩玉生, 等. 中医药在癌症治疗中的定位思考与研究[J]. 辽宁中医杂志, 2018, 45(2):3.

间盘突出症的疗效观察及其对血清炎症因子的影响[J].中国中医药科技,2017,24(04):412-414+434.

[11]滕金艳,丁德光,黄国付,潘红玲,马飞,邵义燕.补肾壮腰膏联合补肾祛瘀针法治疗腰椎间盘突出症急性发作的疗效观察[J].中华全科医学,2020,18(04):654-656+685.

[12]严伟健,胡赢,李梓灏,周沛,李永津,潘建科,陈海云,黄刚.邓晋丰教授治疗腰椎间盘突出症的用药规律研究[J].中国中医急症,2019,28(03):534-536.

[13]陈怀民. 腰痛病证古代文献研究[D].北京中医药大学,2013.

[14]黄玉云. 独活寄生汤治疗肝肾亏虚型腰椎间盘突出症的临床研究[D].广州中医药大学,2015.

[15]秦晓宽,孙凯,方圣杰,王旭,杨博文,魏戌,朱立国.基于文献数据挖掘和网络药理学分析的腰椎间盘突出症用药规律及作用机制研究[J].中药新药与临床药理,2021,32(10):1490-1499.

[16]陈广辉,李波霖.针刺治疗腰椎间盘突出症的作用机制研究进展[J].广西中医药大学学报,2017,20(02):88-90.

思维导图在初级伤口专业人才实训教学的应用探讨

吴友成 边凯欣 钱飞虎 蔡蕴敏

上海市同仁医院神经外科 上海 200050

摘要：目的：探讨思维导图在培训初级伤口专业人才过程中的应用效果。方法：采用数字随机分组法将一批学员分成两组，对照组采用传统一对一带教方法，实验组采用思维导图辅助教学的方法，两周后比较教学效果。结果：实验组的临床思维能力得分要高于对照组（ $P<0.05$ ），实验组实践操作考核分数要高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：思维导图能够提高初级伤口专业人才的临床思维能力和实践操作能力，提升初级伤口专业人才面对伤口时的判断能力。

关键词：思维导图；初级伤口专业人才；教学

【Abstract】 Objective: To explore the application effect of mind mapping in training primary wound professionals. Methods: a batch of students were randomly divided into two groups. The control group was given traditional one-to-one teaching method, and the experimental group was given mind map assisted teaching method. The teaching effect was compared two weeks later. Results: the score of clinical thinking ability in the experimental group was higher than that in the control group ($P<0.05$), and the score of practical operation in the experimental group was higher than that in the control group ($P<0.05$). Conclusion: mind mapping can improve the clinical thinking ability and practical operation ability of primary wound professionals, and enhance the judgment ability of primary wound professionals when facing wounds.

【Key words】 mind mapping, primary wound professionals, teaching

随着人口老龄化的加重，慢性伤口、造口及失禁患者人数日益增多，社会对伤口、造口、失禁专科护理需求日益增加^[1]。此外我国截至 2015 年仅有伤口造口失禁专科护士 400 多名^[2]，且大多服务于住院病人和门诊病人，尚未扩大至社区^[3]。因此，满足患者从医院到家庭的延续性护理^[4]的重要性日益凸显。初级伤口专业人才主要是指经过初级伤口培训的普通伤口护士，此类护士有一定的理论和实践基础，很好的解决了患者出院后慢性伤口的延续性护理问题。但是培训初级伤口专业人才的过程存在时间短，欠缺系统性等问题^[5]。思维导图是一种具有放射性思维的直观表达，在应用思维导图的过程中可有效发挥思维的自然功能^[6]。本研究旨在通过思维导图辅助教学的方式，提升初级伤口专业人才面对伤口时的判断能力。

1 对象与方法

1.1 对象 选取 2020 年 7 月上海市护理学会适认证学习班学员作为对照组，2020 年 8 月上海市护理学会适认证学习班学员为实验组。纳入标准：尚未取得伤口造口国际认证的护士；自愿参加本研究。排除标准：进修培训期间休息时间 ≥ 3 天。两组护士的培训时间均为两周。两组一般资料，均无统计学差异（ $P>0.05$ ）见表 1。

组别	n	护 士	护 师	主管护 师	专 科	本 科	<1 年	1-2 年	2-3 年	3-4 年
实验	10	2	6	2	4	6	8	1	0	1

组	对照	10	3	3	4	2	8	5	4	1	0
t				-0.287		-0.949			-0.530		
P				0.777		0.355			0.602		

表 1：一般资料

1.2 方法

1.2.1 培训师资 由创面诊疗中心主任，带教老师 7 名组成带教小组，其中 4 人为国际造口治疗师，2 人为国际伤口治疗师，1 人为失禁专科护士，负责伤口进修护士的业务培训。小组成员有丰富的伤口造口护理经验。小组成员根据进修要求设计培训方案，包括绘制思维 导图、制作教学课件、制定培训考核内容等。

1.2.2 培训内容 两组培训内容统一，由组内国际造口师根据《现代伤口与肠造口临床护理实践》^[7]、2014《澳大利亚全科医疗对下肢静脉溃疡的管理指南》^[8]和《慢性伤口诊疗指导意见》^[9]的相关内容并结合创面诊疗中心护理工作设计课程，其中理论培训 2 学时，内容包括创面处理原则，包扎，敷料等相关知识，实践操作培训两周，包括伤口清创、压力治疗、踝肱指数测定、超声清创仪使用等。

1.2.3 培训方法 对照组和实验组均以集中授课形式进行伤口处理原则和包扎理论知识集中授课 2 次，每次授课 1 课时。各项技术操作按照相

应的操作标准由带教老师进行示范讲解，学员现场观摩，实践操作，共培训两周。观察组采取思维导图辅助教学的方式进行培训。具体如下。

1.2.3.1 思维导图的绘制及案例编写 培训小组成员依据培训内容应用 WPS Office 软件编写伤口造口思维导图，具体包括伤口评估，既往病史，清创选择和敷料选择等。以伤口为中心主题词根据伤口的处理流程发散出 7 个一级分支，如伤口评估，伤口清洗，伤口的消毒与清创以及合理的辅料选择等，然后利用不同的颜色、线条连接各二、三级至末级分支，呈现一个系统性和多样性的思维表达过程。同时培训小组成员结合实际临床工作中，带教老师处理伤口时的选择，并与思维导图理论内容同步呈现。

1.2.3.2 思维导图培训 共 1 学时。培训老师结合伤口造口思维导图集中讲授理论知识 1 次。培训间隔时间、培训地点和考核方式同对照组。老师授课时以伤口处理流程为核心，带动伤口造口进修护士以发散性思维^[7]从伤口评估，伤口清洗，伤口的消毒与清创以及合理的辅料选择等一级分支出发，按照伤口的多样性和敷料的功能，以不同的颜色和线条系将两者系统性的联系起来，以便于学员能够全面的掌握伤口处理的全过。

1.2.4 评价方法

1.2.4.1 实践考核 两组操作考核内容统一标准。操作考核选取不同急性伤口进行判断，处理，用药以及包扎，带教老师根据学员处理过程存在的问题，现场指出，纠正并打出分数，作为实践考核成绩。

1.2.4.2 医学生临床思维能力调查表在最后 1 天发放医学生临床思维能力调查表，采用 Likert5 级评分法，五级评分法进行赋值:非常好=5 分，较好=4 分，一般=3 分，较差=2 分，非常差=1 分，分值越高，表示其临床思维水平越高。

1.2.5 统计学方法 应用 SPSS19.0 软件进行统计学处理，符合正态分布的计量资料采用均数±标准差（ $\bar{X} \pm S$ ）表示，行独立样本 t 检验，检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 培训后两组学员实践考核成绩比较 见表 2。

组别	n	实践考核成绩	t	P
对照组	10	92.40±1.264	3.694	0.002
实验组	10	94.80±1.619		

表 2：实践考核成绩

2.2 培训后两组医学生临床思维能力评分比较 见表 3。

组别	n	临床思维能力得分	t	p
对照组	10	77.10±8.937	2.611	0.018
实验组	10	89.40±11.918		

表 3：临床思维能力得分

3 讨论

目前我国伤口造口专科护士培训模式相对单一，多是以老师教学生听的传统方式^[7]。医学专业具有极强的临床实践性，填鸭式的教学越来越不适合临床工作的要求。国外自 1978 年设立世界造口治疗师协会以来，经过多年的发展，培训教材统一，培训方式多样^[8]，但是也存在重实践轻理论的现象。思维导图自从 1971 年托尼·博赞发明以来，越来越凸显出其在锻炼思维能力方面的作用。近几年来，越来越多的教育学专家将思维导图的方式投入到教学中去，成果显著^[9]。在应用思维导图的过程中发现，思维导图不但可以激发学生的学习兴趣，而且有利于系统性的理解和学习知识和方法。本研究在将思维导图方式用于初级伤口专业人才的培训中后，其临床评判性思维能力得到了提升（ $P<0.05$ ）也证明了这一观点。

综上所述,思维导图应用于初级伤口专业人才的培训,能够提升初级伤口专业人才对于伤口的判断能力和实践操作能力。但是本研究样本量小，培训时间短等问题，该培训方式在初级伤口专业人才大样本中的应用效果还有待进一步研究证实。

参考文献：

[1]PIEPER B, COLWELL J. Doctoral education for WOC nurses considering advanced practice nursing [J].Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing,2012,39(3):249-255

[2]李丹丹,郑维民,赵东梅,等.国内外伤口、造口、失禁护理专科护士培训体系发展现状[J]. 护理研究, 2015, 29(3c): 1040-1042.

[3]郑晓凤.国内外伤口造口失禁专科护士现状及发展研究进展[J].全科护理,2019,17(29):3619-3621

[4]蒋琪霞,郑美春,刘云,等.中美伤口造口失禁护理专科护士培养和实践方式的比较[J].护理研究,013,27(4c): 1139-1141.

[5]陈佳丽,宁宁,李佩芳.中国伤口专科护理的发展[J].华西医学,2015,30（10）:1801-1804

[6]张正亚,王修贵.思维导图发应用研究综述[J].黑龙江科学,2018,9（23）:28-32

[7]邵琼洁,王芳华,黄卫东.我国伤口专科护士的培养现状研究[J].吉林医学,2020,41（6）: 1471-1473

[8]蒋琪霞.美国伤口造口失禁专科护理特色与启示[J].中华护理杂志,2012,47(9):853-855

作者简介：吴友成（1996.01-），男，汉族，籍贯：江苏，学历：本科，职务：副护士长，职称：护士，研究方向：伤口造口。

艾滋病患者预防保健和疾病控制中健康教育的应用分析

张杰

孟村回族自治县孟村镇卫生院 河北孟村 061400

摘要:目的:探究在艾滋病患者的疾病控制中应用不同的护理干预手段对其预后的影响。方法 选择我院感染科自 2021 年 1 月至 12 月收治的 80 例确诊为艾滋病的 80 例患者作为参考对象,为了深入探究采取何种护理干预手段能够有效的预防和控制艾滋病的传播,特由所有参与此次临床研究的数名调查人员共同商议并制定了两套护理干预方案,并用以此次临床研究工作的临床分组,将其中应用常规护理的 40 例患者一并纳入至对照组中,剩余 40 例患者则在实施常规护理的基础上联合健康教育,并将其所在的组别命名为试验组,最后由调查人员负责统计和比较两组患者的艾滋病知识掌握情况、护理满意度、预后情况、住院情况等各项数据。结果:对照组的护理满意度为 77.5%;试验组的护理满意度为 95%,数据结果的比较显而易见,试验组的护理满意度显著高于对照组 ($p < 0.05$),该项数据结果的比较具有统计学意义。结论 在艾滋病患者的临床护理工作中,为了促使广大患者能够掌握更多的疾病知识,杜绝传染源,须针对患者实施健康教育,在增强患者疾病知识的基础上,提升了临床护理质量,达到事半功倍的效果,是感染科临床上不可替代的临床护理方案之一。

关键词: 艾滋病;预防保健;疾病控制;健康教育

前言:在临床上,艾滋病是由人体免疫缺陷引发的慢性传染病之一,有着较高的发病率^[1]。虽然我国的抗击艾滋病防控阻击战取得了阶段性的胜利,但其防控形势依然严峻,尤其是近年来的发病率不断攀升,为我国广大感染科的临床工作者提出了更加严峻的考验^[2-3]。众所周知,艾滋病可以通过母婴、血液、性交等多种途径传播^[4]。因为传播途径之广泛,故而成为了全球临床医学共同关注的焦点,对广大人类的健康造成了严重的威胁^[5]。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院感染科自 2021 年 1 月至 12 月收治的 80 例确诊为艾滋病的 80 例患者作为参考对象纳入到此次临床研究工作中,其中,男 51 例,女 29 例,病程均在 1 个月—1 年。纳入标准:临床上符合艾滋病疾病诊断标准、无严重并发症、自愿参与到此此次临床研究工作的患者;排除标准:伴有严重并发症、临床资料不全的患者。经过所有参与此次临床研究调查人员入选患者的临床资料进行反复的组间比较后,证实未见显著的差异,故而将其进行临床比较符合统计学标准要求 ($p > 0.05$)。

1.2 方法

为了深入探究采取何种护理干预手段能够有效的预防和控制艾滋病的传播,特由所有参与此次临床研究的数名调查人员共同商议并制定了两套护理干预方案,并用以此次临床研究工作的临床分组,将其中应用常规护理的 40 例患者一并纳入至对照组中。第一,患者自入院后,由责任护士每日定时为其测量血压、心率、体温等各项生理指标,遵医嘱给予适量的抗病毒药物,严格监测患者的营养状况,详细记录患者的体重、血糖及 24 小时的液体进出量。第二,指导患者每日进行皮肤、口腔及四肢等部位的清洁,养成良好的卫生习惯,以防止感染症状的发生。第三,加强对患者的病房巡视,一旦发现患者出现发热、腹泻、头晕等异常表现后,应及时与主治医师取得联系,并给予救治。第四,艾滋病患者的饮食要与其他类别的患者区别开来,由营养师嘱咐责任护士多给予高热量、高蛋白的饮

食,比如牛奶、牛羊肉等,以补充机体能量。避免摄入更多辛辣、刺激性食物,以增加机体的负担。同时,为了保证每日营养摄入量的充足,护理人员还需指导患者饭后服用适量的水果,注意饮食卫生,以免发生感染。

剩余 40 例患者则在实施常规护理的基础上联合健康教育,并将其所在的组别命名为试验组,具体方案如下:

(1) 采用我院自制的评估量表对患者疾病知识的认知、掌握情况进行专项评估工作,之后由责任护士依据评估结果,同时结合患者文化程度的不同制定个性化的健康教育方案,通过健康教育方案的实施,从根本上转变患者对于疾病认知的偏差,并帮助树立对疾病的正确观念,使其积极配合治疗、护理,提升临床护理质量。

(2) 随着我国临床护理工作的多元化发展,疾病的健康教育模式也实现了同步发展。尤其是传染科的健康教育工作更要突破传统护理工作的隔阂,跟着时代发展的潮流,借助现代化的社交网络,比如微信、微课、QQ 等开展健康教育工作。将科室所有的患者组建共同的群聊,并在群聊中推送更多相关疾病知识的文章、影像资料,同时向科室内所有的患者发放健康知识宣传手册,利用多媒体设备播放与疾病知识相关的视频资料。护理人员在实施健康教育的过程中,要温文尔雅、态度温和,尊重和保护患者的隐私权,多站在患者的角度思考问题,以取得患者的信任感。

(3) 艾滋病同肿瘤疾病一样,无特效药和其他根治手段,这也为广大患者蒙上了心理的阴影。久而久之,患者因为过于担心自己的病情而产生焦虑、抑郁的负面心理,严重则诱发抑郁症的发生,降低了其生活质量,这也充分体现了在感染科针对广大艾滋病患者实施健康教育的重要性。通过合理的健康教育,指导患者正视自身的疾病,以积极乐观的心态去面对接下来的诊疗工作,树立战胜病魔的信心。必要时可以邀请治愈出院的患者回院现身说法,加强患者之间的交流,巩固其治疗的信心。此外,指导患者忌烟酒,如果发生腹泻、便秘等症状,可以口服糖盐水以缓解其症状。考虑到患者因为皮肤营养摄入不足而导致其免疫力严重降低,这也为皮肤感染埋下了安全的隐患。为此,护理人员须在日常生活中指导患者正确清

洁皮肤，以羊毛脂香皂代替抗菌香皂。若患者的皮肤十分干燥，可以适当涂抹护肤品，一旦发生感染可以用 1:5000 的高锰酸钾于患处湿敷，在淋浴后涂抹适量的氯霉素润膏。

（4）因为患者长期存在发热、腹泻等症状，从而致使患者口干舌燥，继而发生口腔感染的并发症。为了避免上述并发症的发生，护理人员须指导患者养成良好的口腔卫生习惯，督促患者每日早晚饭后漱口刷牙，以保证口腔的清洁。同时，可以在饭后咀嚼口香糖、饮水等方式缓解口感症状，一旦发生口腔感染后，护理人员可给予患者适量的克霉唑等药物予以治疗。

（5）为了保证患者居住环境的清洁、无毒，护理人员须每日定时为病房开窗通风，在病房内进行 360 度无死角消毒工作，用含氯消毒液擦拭患者的日用品及地面，将患者的床单、被褥进行阳光暴晒后进行消毒。患者日用的碗筷在使用前后须用煮沸的水进行消毒工作。指导患者性交时做好安全措施，经期的女性患者还需对经血进行常规处理，以避免其污染到其他用品及衣物。

1.3 观察指标

由调查人员负责统计和比较两组患者的艾滋病知识掌握情况、护理满意度、预后情况、护理前后的生活质量评分、住院情况等各项数据。

（1）采用我院专业评估量表对患者的艾滋病知识掌握情况进行专业评估工作，分别从日常护理、饮食护理、预防措施三方面进行评估，每项内容评分的上限为 100 分。（2）按照艾滋病患者对所给予护理干预满意程度的不同将其划分为非常满意、满意与不满意三种类别，之后分别计算出两组患者的护理满意度。（3）出院 6 个月后，对所有患者进行随访，并分别从社交功能、运动功能、心理状态三方面比较所有患者护理前、出院 6 个月后的生活质量评分，同艾滋病知识掌握情况评分一样，生活质量评分的满分也是 100 分。

1.4 统计学方法

由医院临床专业的工作人员将此次我院临床研究所得两组患者的艾滋病知识掌握情况、护理满意度、预后情况、护理前后的生活质量评分、住院情况等数据结果分别进行详细分析记录与计算处理，之后在此次临床绘制所得数据统计表格的系数计算表示过程中分别用总体的均数差与百分比两个系数区间之比计算来表示临床护理计量中的计量资料与计数资料，并在对临床长期护理服务检验的过程中分别用 t 和 χ^2 作为最佳的此次临床护理检验工具，若两组所得患者的艾滋病知识掌握情况、护理满意度、预后情况、护理前后的生活质量评分、住院情况等数据结果之间的线性比较计算结果不能呈现出明显的对比差异，则用 $p < 0.05$ 来表示，反之则用 $p > 0.05$ 来表示数据结果之间的比较不存在显著的差异，其比较不具备统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患者的艾滋病知识掌握情况比较

两组患者的艾滋病知识掌握情况比较结果如表 1 所示：

表 1：两组患者的艾滋病知识掌握情况比较结果

组别	数量	日常护理	饮食护理	预防措施
----	----	------	------	------

对照组	40	(73.59±5.85)	(70.87±3.81)	(74.48±3.69)
试验组	40	(90.55±2.46)	(94.64±2.49)	(95.18±2.49)
t	-	11.346	11.548	11.734
p	-	0.041	0.043	0.045

2.2 两组患者的护理满意度比较

两组患者的护理满意度比较结果如表 2 所示：

表 2：两组患者的护理满意度比较结果

组别	数量	非常满意	满意	不满意
对照组	40	13 (32.5)	18 (45)	9 (22.5)
试验组	40	18 (45)	20 (50)	2 (5)
χ^2	-	42.148	42.371	42.589
p	-	0.041	0.043	0.045

2.3 两组患者的预后情况比较

两组患者的预后情况比较结果如表 3 所示：

表 3：两组患者的预后情况比较结果

组别	数量	减轻	加重	死亡
对照组	40	8 (20)	24 (60)	8 (20)
试验组	40	16 (40)	21 (52.5)	3 (7.5)
χ^2	-	42.131	42.359	42.546
p	-	0.041	0.043	0.045

2.4 两组患者护理前后的生活质量评分比较

两组患者护理前后的生活质量评分比较结果如表 4 所示：

表 4：两组患者护理前后的生活质量评分比较结果

组别	数量	时间	社交功能	运动功能	心理状态
对照组	40	护理前	(76.05±3.84)	(75.18±3.78)	(73.85±5.15)
		出院后 6 个月	(80.45±2.46)	(83.89±3.55)	(82.45±5.43)
		护理前	(78.16±1.54)	(72.85±5.96)	(72.58±3.69)
试验组	40	出院后 6 个月	(92.46±3.58)	(94.45±3.44)	(95.85±1.87)

(下转第 174 页)

临床检验质量控制中 PDCA 循环管理的实施效果

李兰娅

资中县人民医院 四川内江 641200

摘要：目的：分析 PDCA 循环管理开展于临床检验质量控制中的实施效果。方法：我院于 2021 年 1 月-2021 年 12 月开展 PDCA 循环管理模式，从该时段随机抽选 1000 例临床检验样本作为探究组，并抽选 2020 年 1 月-2020 年 12 月开展常规管理期间所采集的 1000 例临床检验样本作为参照组，对管理前后两组检验样本不合格率、管理质量、质控不良发生情况进行评价。结果：探究组检验样本不合格率、质控不良发生率均低于参照组，而探究组管理质量评分均较参照组明显更高，两组结果比较具备统计学分析意义 $P < 0.05$ 。结论：临床检验质量控制中实施 PDCA 循环管理能较好的降低检验样本不合格率和质控不良发生率，提高管理质量，值得参考。

关键词：PDCA 循环管理；临床检验质量控制；管理质量；检验样本

临床检验主要是对分泌物、血液、体液等进行检验的过程，检验结果能够为医院各科室的诊疗提供一定参考依据，临床检验的质量控制能充分保障检验结果的准确性，同时能为临床制定有效、科学的治疗方案提供一定指导依据^[1]。临床检验期间结果的准确性还会直接影响患者的治疗效果，因此需积极加强针对临床检验质量的控制。常规检验质量控制措施往往是根据科室有关规定完成各项操作，随意性相对较强，整体管理效果不甚理想。PDCA 循环管理是新型管理方式的一种，包括计划、实施、检查和处理 4 个环节，有较强的高效性、时效性、可靠性特点，在开展期间有效明确了质量管理目标，通过不断发现并解决问题，形成良性循环，进而达到持续改进管理质量的目的，有利于提升质量控制效果^[2]。为此，本文特选入 2000 例临床检验样本展开分析，意在探讨开展 PDCA 循环管理的效果，结果具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

抽选 2020 年 1 月-2020 年 12 月开展常规管理期间所采集的 1000 例临床检验样本作为参照组，其中健康体检样本 351 例，住院患者样本 207 例，门诊患者样本 442 例。于 2021 年 1 月-2021 年 12 月我院开展 PDCA 循环管理模式，从该时段随机抽选 1000 例临床检验样本作为探究组，其中健康体检样本 349 例，住院患者样本 215 例，门诊患者样本 436 例。两组样本来源的比较差别不存在统计学分析意义， $P > 0.05$ ，能进行比较。

1.2 方法

参照组（2020 年 1 月-2020 年 12 月）开展常规管理：常规检验质量控制主要是根据相关规定完成各项规范化操作，根据相关流程采集被检者样本，正确存放样本后，在合理时间对样本开展检验，对结果进行详细记录。

探究组（2021 年 1 月-2021 年 12 月）开展 PDCA 循环管理：（1）计划阶段（P）：成立 PDCA 质量管理小组，针对小组成员开展临床检验专业化知识培训和 PDCA 应用方法流程的培训，有效提升小组成员的专科知识技能和综合能力水平，对于以往管理方法中存在的问题和不足之处进行分析，提出针对性整改措施。在实际工作期间保证小组成员各环节均能顺利开展，保证循环管理流程开展方便快捷、有章可循。整体性安排临床检验过程，根据检验的具体要求和检验项目特点，制定合理的检验质量控制标准，并将标本的准备、采集、处理、检验等多个阶段详细列出，明确小组成员的岗位职责、明确分工、细化责任。只有在小组成员充分明确自身职责后才能有条不紊地开展各项工作，保障检验过程的顺利完成，提高检验结果的准确性。质量控制小组成员还负责对样本的准备、采集、保存、检验等多个过程的操作进行监督指导，并负责对信息进行收集和反馈，发现问题后立即开展小组讨论会议，制定针对性的解决方案，严格把控各项环

节。（2）实施阶段（D）：在进行样本采集前，充分介绍临床检验的作用和意义，提高受检者对临床检测的认知度，在完成标本采集后全面检查标本情况，反复核对受检者信息，避免出现采集失误情况，采集期间积极与受检者进行交流，介绍采集期间的注意事项，以免由于受检者个体原因造成检验不准确的情况。加强针对检验实验室的管理，不断完善各项规章制度和验收制度，操作期间严格保证无菌操作，完成采集后保证两小时内送检，对相关检验人员进行定期的培训，有效提高检验人员的操作技能水平、理论知识能力和职业道德水平等。采集标本期间严格控制采集量，以免由于采集量不足而对检验造成不利影响。PDCA 管理小组成员在发现不合格标本时，立即提出疑问并进行有效核对，与受检者及时沟通，重新进行检验和采集。（3）检查阶段（C）：对于完成检验的化验单和申请表等内容需反复进行核对，保证信息准确、内容完整、全面真实。检验过程中详细对各项工作内容进行核对检查，适当增加查岗次数，便于及时有效地发现问题，在检查期间发现对应问题后，则于 PDCA 管理小组内开展有效讨论，拟定解决措施，及时纠正不足之处，以免对检验结果造成不利影响。对于各个检验环节进行全面的检查，充分对检验工作落实情况进行评价，建立检验跟踪机制，对于出现检验结果和患者症状不相符的情况，则立即进行跟踪调查，充分探讨检验期间存在的不同问题，并开展有效的整改措施。并加强对整改结果落实情况的检查和监督。（4）处理阶段（A）：根据测定结果进行有效评价，对于发生的错误情况进行有效整改，对于严谨认真、态度端正的检验人员提出表扬，不负责任的人员提出批评，并将相关考核结果与绩效奖金挂钩，有效调动检验人员的工作积极性，提升其责任意识和责任意识，并将成功结果进行推广，持续改进质控效果。对于未得到解决的问题放入到下一次循环中，直到全部问题均被解决，持续性改进质量控制水平。

1.3 观察指标

对管理前后两组检验样本不合格率、管理质量、质控不良发生情况进行评价。（1）对两组检验样本不合格率进行计算，包括健康体检样本不合格、住院患者样本不合格、门诊患者样本不合格。（2）管理质量的评价主要从检验环境管理、样本采集管理、样本保存管理、样本处理管理四个方面进行评价，各项分值均为 0-100 分，分值越高，管理质量越高。（3）记录两组质控不良发生情况，包括样本准备期间、样本采集期间、样本处理期间质控不良发生情况。

1.4 统计学分析

将 SPSS27.0 统计检验软件用作此次研究的处理工具，检验样本不合格率、质控不良发生情况均采用百分比的形式表示，以卡方检验，管理质量用 t 检验，以（均数±标准差）的形式表述，有统计学意义则： $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 检验样本不合格率的两组对比

探究组检验样本不合格率较参照组明显更低, $P < 0.05$ 。如表 1。

表 1 评价两组样本检验不合格率[n (%)]

组名	例数	健康体检样 本	住院患者样 本	门诊患者样 本	不合格率
探究 组	1000	1 (0.10)	1 (0.10)	2 (0.20)	4 (0.40)
参照 组	1000	7 (0.70)	6 (0.60)	8 (0.80)	21 (2.10)
χ^2	-	-	-	-	11.706
P	-	-	-	-	0.000

2.2 管理质量的两组对比

探究组检验环境管理、样本采集管理、样本保存管理、样本处理管理质量的评分均较参照组明显更高, $P < 0.05$ 。如表 2。

表 2 评价两组管理质量 ($\bar{x} \pm s$)

组名	例数	检验环境管 理	样本采集管 理	样本保存管 理	样本处理管 理
探究 组	1000	94.35±3.48	93.26±3.57	94.01±3.65	94.85±3.72
参照 组	1000	88.74±3.45	87.54±3.73	88.18±3.92	89.04±3.59
t	-	36.202	35.033	34.420	35.538
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 质控不良发生情况的两组对比

探究组样本准备期间、样本采集期间质控不良发生率均低于参照组, $P < 0.05$ 。如表 3。

表 3 评价两组质控不良发生情况[n (%)]

组名	例数	样本准备期间	样本采集期间	样本处理检验期间
探究 组	1000	1 (0.10)	2 (0.20)	1 (0.10)
参照 组	1000	7 (0.70)	9 (0.90)	5 (0.50)
χ^2	-	4.518	4.479	2.674
P	-	0.033	0.034	0.101

3 讨论

临床检验与临床诊疗是相互促进、相辅相成的,而临床检验标本的采集、运送、检验等过程,均是保证检验结果准确性的基础^[3]。临床检验质量会对相关标本的检验结果以及疾病的诊疗结果造成直接影响,对于医疗治疗发挥着至关重要的作用。因此,现阶段临床针对检验结果准确性的要求也逐渐增高,如何采取有效的措施加强针对临床检验的有效质量控制管理,进一步促进检验结果准确性、可靠性的提升,越来越被各医疗机构所重视^[4-5]。

PDCA 循环管理是广泛应用于工作管理过程中的管理方法,主要包括计划、实施、检查、处理 4 个阶段,开展 PDCA 循环管理能充分明确质量控制管理的具体目标,保证各项质量管理措施的执行更加有效,通过对问题的不断发现和解决,促进形成良性循环,进而达到提高临床检验准确性

的目的^[6]。开展 PDCA 循环管理模式还能建立管理小组,落实各岗位人员职责,划分责任,出现任意环节的问题均能够追根溯源,更有利于促进问题的整改。PDCA 循环管理模式还能够根据实际检验项目的具体要求,做好对应的准备工作,建立循环管理小组,检验实施阶段能及时明确检验结果准确性造成的直接影响,将其作为检验质控中的重点环节,充分反映出医院检验管理水平。通过反复核对检查和处理环节,能充分落实各项检验工作的有效性,把控检验工作落实情况,应用于临床检验质量控制中,能发挥良好效果,提高临床检验质量水平,充分总结其中发生的各项问题,开展有效处理,形成良性循环,持续提升临床检验质量水平^[7-8]。在临床检验质量控制中应用 PDCA 循环管理能有效加强采集前的管理,为受检者详细介绍检验的作用和目的,提高受检者对检验措施的了解度,加强与受检者的沟通,介绍检查前相关注意事项,以免由于受检者个体问题导致出现检验准确率受影响的情况。在检验期间加强针对检验室的管理,严格保证无菌操作,控制样本量,以免由于样本量较少而对检测结果造成不利影响,在检验期间及时了解到检验过程中存在的问题,并积极进行总结分析,探究有效的改进措施,在处理阶段合理落实奖惩机制,对于存在未解决的问题将其作为下一循环中的问题,进一步进行分析解决,有效持续的提升临床检验质量水平^[9-10]。本次结果显示,探究组检验样本不合格率较参照组明显更低, $P < 0.05$; 探究组检验环境管理、样本采集管理、样本保存管理、样本处理管理质量的评分均较参照组明显更高, $P < 0.05$; 探究组样本准备期间、样本采集期间质控不良发生率均低于参照组, $P < 0.05$ 。

综上所述,PDCA 循环管理开展于临床检验质量控制中能较好的提升管理质量水平,降低质控不良发生率和检验样本不合格率,值得推广。

参考文献:

[1]陈卓诚,卢文深,覃俊龙,等.应用 PDCA 循环改进医院床旁检验项目管理[J]. 检验医学与临床,2020,17(23):3535-3537.
[2]杜良琴,罗永钊,钟国权,等. PDCA 循环管理检验科标本的条码不合格数量的应用效果分析[J]. 实验与检验医学,2021,39(2):326-328,332.
[3]赵旦,吴文蓉,程雯,等. 综合运用现代化管理工具持续改进医疗检验质量的研究[J]. 中国当代医药,2021,28(18):180-183.
[4]苗东瑞,刘家云,李园园,等. 基于 PDCA 模式的 QCC 活动对检验窗口静脉采血人员等候时间及采血标本不合格率的影响[J]. 临床医学研究与实践,2021,6(34):176-178.
[5]余艳丽,汪建军,张亚兰. PDCA 循环在临床输血检验标本质量管理中的应用[J]. 现代检验医学杂志,2021,36(3):154-156.
[6]钟康颖,廖娟,毛志刚,等. 质量控制指标监测和 PDCA 循环管理对急诊标本持续性质量改进的作用[J]. 国际检验医学杂志,2020,41(18):2295-2298.
[7]张媛媛. PDCA 循环结合 Mini-CEX 量表在医院检验科临床实习教学中的探究[J]. 中国卫生产业,2021,18(25):1-4.
[8]衣鲁江,蒋叶,颜群,等. PDCA 循环理论在临床生化检验技术实验教学质量管理体系建立中的应用[J]. 检验医学与临床,2021,18(12):1812-1814.
[9]邹红珊. PDCA 循环法在临床检验危急值管理中的应用[J]. 中国继续医学教育,2021,13(13):145-147.
[10]陈洁,周丽,宣世海,等. 应用 PDCA 循环法提高区域性临床检验中心标本可接受性[J]. 实验与检验医学,2021,39(1):88-92.

健康教育护理干预在老年急性阑尾炎护理中的应用价值分析

朱新梅

湖北省荆州市沙市区观音垱中心卫生院 湖北荆州 434000

摘要：目的：研究在老年急性阑尾炎患者的护理活动中应用健康教育护理干预的效果。方法：利用计算机随机分组法将2020年3月至2021年5月在本院接受手术治疗的80例老年急性阑尾炎患者分为2组，接受常规护理干预的患者为对照组，在以上基础上配合健康教育护理干预的患者为观察组。将两组患者的遵医行为、疾病相关知识知晓程度进行比较，同时对比两组患者的并发症发生情况、生活质量以及心理情绪状态。结果：对观察组老年急性阑尾炎患者的遵医行为展开分析，其按时服药占比、定期复查占比、适当锻炼占比和戒烟酒占比均高于对照组， $P < 0.05$ ；观察组患者的疾病相关知识知晓评分明显高于对照组，并发症发生率明显低于对照组， $P < 0.05$ ；分析观察组纳入患者的生活质量，发现量表各项目评分均高于对照组，焦虑和抑郁自评量表（SAS）和（SDS）评分均低于对照组， $P < 0.05$ 。结论：于老年急性阑尾炎患者的护理管理活动当中落实健康教育护理干预措施，可以提高患者对相关知识的认识水平，改善遵医行为，对术后机体康复有益。

关键词：老年；急性阑尾炎；护理活动；健康教育护理干预；遵医行为

急性阑尾炎是外科临床当中发病率极高的一种急腹症，下腹部剧烈疼痛、恶心呕吐等属于疾病的主要临床表现，该病症通常为突然发作，且患者的病情进展极快，若治疗不及时，可能有穿孔、坏死等严重并发症，提高治疗难度以及患者的死亡风险。手术为目前临床治疗急性阑尾炎的常用措施，虽然可以快速解除病症，降低复发风险，但是受手术所致应激影响，患者术后极易出现系列并发症，对机体康复和生活质量等均存在不良影响^[1]。老年人群的疼痛感知较为迟缓，身体素质伴随年龄增长而逐渐减退，加之多数老年患者同时患有糖尿病以及高血压等慢性病，影响诊治工作且不利于患者机体康复及生活质量改善。临床相关研究指出^[2]，老年急性阑尾炎患者的治疗效果、心理情绪状态等均同其对相关知识的认识水平之间有密切关联，为此临床医护人员需充分重视患者的护理干预和宣教工作，将其对疾病以及手术存在的不良认知纠正，促进其配合程度以及依从性提升^[3]。本文就老年急性阑尾炎患者接受健康教育护理干预的效果展开分析，具体内容作如下阐述。

1 资料、方法

1.1 资料

在本院接受治疗的老年急性阑尾炎患者中选取80例（2020.3-2021.5）作为研究对象，对照组患者例数和观察组患者例数相同，均为40例。

对照组纳入研究的40例患者中，包含男性21例，包含女性19例；经统计，年龄以61-79岁为范围，求取平均值（ 69.17 ± 2.28 ）岁；发病时间以1-6h为范围，求取平均值（ 3.61 ± 0.42 ）；受教育时间以4-11年为范围，求取平均值（ 5.84 ± 0.54 ）年。

观察组所纳入的40例患者当中，男、女性各占25例、15例；经统计，年龄以62-77岁为范围，求取平均值（ 69.09 ± 2.16 ）岁；发病时间以1-5h为范围，求取平均值（ 3.54 ± 0.38 ）；受教育时间以3-9年为范围，求取平均值（ 5.72 ± 0.46 ）年。

研究中组间所呈现的自然信息相比无差异（ $P > 0.05$ ）。

入选标准：CT检查、B超检查结果提示为急性阑尾炎者；年龄在60

周岁及以上者；意识清晰可正常沟通交流和配合护理工作；ASA分级为I级和II级者。

排除标准：患有严重营养不良、严重贫血等病症者；以往有血栓史者；患有恶性肿瘤、肺结核者；重要脏器功能衰竭者；精神状态异常，无法配合研究者。

1.2 方法

对照组：本组为纳入患者执行常规护理，手术前落实患者的心理干预工作，利用健康宣教手册帮助患者理解疾病相关知识；完善手术前相关准备工作；于手术后对患者的生命体征展开密切监测，针对疼痛症状展开合理管理，加强腹部按摩护理，缓解机体不适感的同时，促进胃肠功能和机体恢复。

观察组：本组中纳入的患者均应用健康教育护理干预，详细内容如下：

（1）详细掌握患者的文化水平、理解能力以及对相关知识的认识水平，利用图片、视频、动画等帮助患者了解手术治疗相关知识以及老年人群罹患的急性阑尾炎后相关注意事项等知识，注意应用通俗易懂的话语完成宣教工作，以便于患者理解。

（2）由于疾病发生突然，加之多数老年患者极为抵触手术治疗，为此患病后，多数患者存在不同程度的负性情绪。通过向患者例举成功治愈的案例，帮助患者建立疾病治疗的信心，使其以积极的心态面对手术和疾病；患者的情绪受病情影响，处于极为敏感的阶段，护理人员需注意落实护理工作过程中，自身态度、语气和表情等，切不可出现训斥患者和不耐烦表现的情况；主动同患者交流，了解其情绪状态、意志状态等，分析影响患者情绪的原因，并且依据分析结果落实患者的心理护理工作。

（3）针对手术后清淡饮食和摄入易消化食物对机体康复的重要性向患者详细介绍，同时告知患者增加绿色蔬菜、新鲜水果摄入量以及多食用优质蛋白和纤维素的意義，将抽烟、喝酒对疾病治疗以及身体健康存在的危害告知患者，并且向其例举反面案例，以提高患者的重视度，帮助其形成良好且科学的饮食习惯。

(4) 手术结束后, 护理人员需尽早指导患者开展康复锻炼, 术后早期以被动运动锻炼为主, 随后根据患者的身体耐受程度、机体恢复情况, 逐渐过渡为主动运动锻炼, 针对术后首次下床者, 护理人员或家属需要给予陪同, 期间注意落实保护工作, 减少跌倒等不良事件的发生风险; 患者的下床活动范围可依据身体恢复情况, 由床旁逐渐过渡为楼道, 叮嘱患者若活动过程中有剧烈疼痛症状出现且自身难以耐受, 需即刻停止锻炼。

(5) 术后初期(患者意识清醒以后), 护理人员需加强体位管理力度, 通过调整体位, 缓解切口疼痛等不适感; 针对手术后的常见并发症、主要表现和特征等向患者详细介绍, 叮嘱家属观察患者的临床表现, 若患者有剧烈疼痛或恶心呕吐等表现, 需要及时向上级医生汇报。

(6) 患者出院之前, 护理人员向其发放康复指导手册, 叮嘱其出院以后, 仍需注意身体养护工作, 根据温度适当增加衣物, 注意保暖; 再次向患者强调戒烟酒、良好生活习惯对身心健康的重要性, 告知患者来院复查时间以及康复期间相关注意事项。组建急性阑尾炎患者微信交流群, 于患者出院以后, 护理人员每日于群内发布疾病康复知识、对病情有益的健康生活习惯知识等内容, 持续提高患者的健康意识; 每两周开展一次电话随访活动, 掌握患者的康复情况。

1.3 观察指标

1 疾病相关知识知晓程度: 向两组老年急性阑尾炎患者发放疾病相关知识调查问卷, 满分一百, 以评分越高表示越占据优势。

2 遵医行为: 统计两组老年急性阑尾炎患者住院治疗期间的按时服药占比、定期复查占比、戒烟酒占比、适当锻炼占比情况。

3 生活质量: 两组患者出院前, 利用生活质量评定表评估, 量表涉及环境维度、心理维度、生理维度以及社会关系维度, 量表总分一百, 各维度得分越高则越占据优势。

4 心理情绪状态: 向两组老年急性阑尾炎患者发放焦虑和抑郁自评量表(SAS 和 SDS) 完成评估工作, 均为分值越低则情绪状态越好。

5 并发症发生率: 统计两组患者于术后康复期间, 切口感染、肠梗阻及肺部感染等并发症发生情况。

1.4 统计学处理

将本次实验当中所调取的资料数据利用 SPSS20.0 统计学软件进行规范统计处理, 两组间的计量经($\bar{x} \pm s$)表示, 施 t 检验; 两组间计数经“%”表述, 施卡方检验获取结果。若差异存在统计学意义, 用 $P < 0.05$ 表述。

2 结果

2.1 两组遵医行为相比

观察组老年急性阑尾炎患者的遵医行各项目占比和对照组患者相比对, 均明显更高, $P < 0.05$, 详细结果如表 1 所述:

表 1: 对比两组遵医行为[n (%)]

组别	n	按时服药占比	定期复查占比	戒烟酒占比	适当锻炼占比
对照组	40	29 (72.50)	25 (62.50)	23 (57.50)	31 (77.50)

观察组	40	37 (92.50)	34 (85.00)	32 (80.00)	39 (97.50)
X ²	-	5.541	5.230	4.713	7.314
P	-	0.019	0.022	0.030	0.007

2.2 两组生活质量、疾病相关知识知晓程度和心理状态相比

和对照组患者相比较, 观察组患者的生活质量各项目评分、疾病相关知识知晓评分均明显更高, SAS 评分、SDS 评分均明显更低, $P < 0.05$, 详见表 2 所述:

表 2: 对比两组生活质量、知晓度及心理状态 (n=40, 分)

组别	生活质量				疾病相关知识知晓
	环境评分	心理评分	生理评分	社会关系评分	评分
对照组	16.19±2.28	14.74±1.96	13.39±1.57	17.09±1.12	81.39±2.94
观察组	21.53±3.06	22.81±2.03	21.08±2.24	22.08±2.32	93.45±3.16
t	8.850	18.088	17.780	12.250	17.672
P	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001

续表:

组别	心理状态	
	SAS 评分	SDS 评分
对照组	23.19±2.84	20.49±1.92
观察组	14.97±1.52	12.25±0.86
t	16.139	24.771
P	0.001	0.001

2.3 两组并发症发生率相比

观察组并发症发生率统计结果为 2.50%, 和对照组 (17.50%) 相比, 明显更低, $P < 0.05$, 详细结果如表 3 所述:

表 3: 对比两组老年急性阑尾炎患者的并发症发生情况 (n, %)

组别	n	切口感染	肠梗阻	肺部感染	合计
对照组	40	4	1	2	17.50
观察组	40	1	0	0	2.50
X ²	-	-	-	-	5.000
P	-	-	-	-	0.025

3 讨论

急性阑尾炎是由于盲肠病变因素、遗传因素以及阑尾扭曲折叠因素所致病症, 具有发病急骤、进展快等特征, 未及时接受治疗者, 伴随病情进一步发展, 可出现腹腔感染以及穿孔等病症, 提高患者的死亡风险^[4]。手

术治疗可以改善急性阑尾炎患者的病症,降低病症复发风险。但是手术操作、麻醉药物均可对患者的生理和心理产生应激影响,加之术后疼痛症状的影响,均可对其疾病治疗信心和治疗效果产生影响^[5]。

常规护理工作均为护理人员遵照医嘱开展,存在随意性、片面性及盲目性,使得其整体护理效果欠佳^[6]。健康教育护理干预指的是临床护理人员在遵照医嘱执行护理服务工作的基础之上,结合老年急性阑尾炎患者的特征、心理情绪状态以及病情需求等,落实心理管理、生活指导、饮食指导、用药指导等工作,将患者对病症和手术相关知识的认识水平提升,使其自觉配合医务人员,遵照医嘱用药以及优化自身的生活行为习惯,减轻心理压力和负面情绪,促进机体功能状态改善,加速术后机体恢复^[7]。

研究中,观察组的生活质量、认知程度、遵医行为等均显著优于对照组,心理压力较对照组小,并发症发生率更少。说明在老年急性阑尾炎患者的护理工作当中,应用健康教育护理干预的效果理想,护理人员在该护理模式下,重视患者的个体性差异,主张通过多种方法和多种途径严格落实患者的宣教工作,减轻其心理压力的同时,帮助患者建立正确的认识,同时调整其心态,便于后续护理服务工作的开展的同时,保证机体康复效果^[8]。此外健康教育工作开展后,患者可深刻认识到抽烟、喝酒等不良生活习惯对机体健康的影响,使其自觉形成对自身健康有益的生活习惯^[9]。

总之,老年急性阑尾炎患者的护理工作当中应用健康教育护理干预方案的效果理想,可进一步推广应用。

(上接第 169 页)					
t	-	-	11.384	11.581	11.768
p	-	-	0.041	0.043	0.045

2.5 两组患者的住院情况比较

两组患者的住院情况比较结果如表 5 所示:

表 5: 两组患者的住院情况比较结果

组别	数量	平均住院时间 (天)	加重(平均住院费用)
对照组	40	(19.5±2.5)	(35624.56±152.46)
试验组	40	(14.7±2.3)	(21552.57±165.25)
t	-	11.226	11.537
p	-	0.041	0.043

3. 讨论

艾滋病是我国公认的危害性较大的传染病类型,临床上将其划分至乙级传染病疾病的范畴^[6]。近年来,艾滋病的传播率居高不下,甚至一度超过了乙肝,成为危害人类健康的“慢性杀手”之一,以青壮年群体为好发人群^[7]。该疾病的传播力极强,可以通过母婴、性交等途径进行传播,这也不禁让公众不寒而栗。随着临床研究工作的不断深入,广大临床上总结出了艾滋病传播率近年来居高不下的原因与人民自我保护意识的薄弱息息相关^[8]。因为人们常抱有侥幸心理,认为艾滋病与自己的生活毫不相干,

参考文献:

[1]杜凤其. 健康教育护理模式在老年急性阑尾炎患者中的应用效果研究[J]. 基层医学论坛,2020,24(3):411-412.

[2]李凤香. 健康教育护理干预在老年急性阑尾炎护理中的应用价值体会[J]. 中国保健营养,2020,30(12):328.

[3]李雪琴. 老年急性阑尾炎护理中应用健康教育干预的效果研究[J]. 中国保健营养,2020,30(20):26.

[4]石兆霞. 健康教育护理干预在老年急性阑尾炎护理中的实施价值分析[J]. 中国农村卫生,2021,13(6):71,75.

[5]王小兰. 健康教育护理干预在老年急性阑尾炎护理中的应用分析[J]. 心理月刊,2020,15(11):77.

[6]赵素云. 健康教育护理干预在老年急性阑尾炎护理中的应用及对生活质量的影响分析[J]. 中国农村卫生,2021,13(15):80-81.

[7]李双. 健康教育在老年急性阑尾炎护理中的作用[J]. 中国医药指南,2020,18(1):259-260.

[8]南桂荣. 健康教育护理干预在老年糖尿病合并急性阑尾炎护理中的应用效果评价[J]. 糖尿病新世界,2019,22(5):115-116.

[9]王芳. 健康教育对老年急性阑尾炎患者的护理效果[J]. 心理医生,2019,25(3):260-261.

自然而然也不会想到自己最终会成为 HIV 病毒的最佳“宿主”,所以放松警惕。为此,在艾滋病患者的临床护理工作中,健康教育占据了重要的席位。

参考文献:

[1]陈凤美. 浅析健康教育在艾滋病患者预防保健和疾病控制中的作用[J]. 世界讨论新医学信息文摘, 2019, 14(25):1.

[2]苏比努·马木提. 浅析健康教育在艾滋病患者预防保健和疾病控制中的作用[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, v.18(23):196+198.

[3]汤英芬. 健康教育在艾滋病患者预防保健和疾病控制中的作用[J]. 中华养生保健, 2021,51 (18):63-64.

[4]王岭. 健康教育在艾滋病患者预防保健和疾病控制中的应用分析[J]. 2020.

[5]徐雅琴. 艾滋病患者预防保健和疾病控制中健康教育的实施效果分析[J]. 家有孕宝 2020 年 2 卷 14 期, 282 页, 2020, 2 (14): 282.

[6]吴海祯. 艾滋病患者预防保健和疾病控制中健康教育的应用探讨[J]. 智慧健康, 2019,95(13):2.

[7]陈泽海. 艾滋病患者预防保健和疾病控制中健康教育的作用[J]. 中国保健营养, 2019, 29(020):372-373.

[8]涂斌. 艾滋病患者预防保健和疾病控制中健康教育的应用效果分析[J]. 家庭保健, 2019, 095(014):127-128.

健康教育在老年骨质疏松性髌部骨折护理中的应用分析

张婷

铜陵市人民医院脊柱病区 安徽铜陵 244000

摘要：目的：探索分析健康教育在老年骨质疏松性髌部骨折护理中的应用。方法：选取我院2020年3月—2021年3月间收治的老年骨质疏松性髌部骨折患者80例，随机均分（ $n=40$ ）为常规组和观察组两组，常规组患者采用常规护理干预措施；观察组患者在常规组的基础上增加健康教育，对比观察两组的临床护理效果、髌关节功能、疼痛阈值评分、生活质量和护理满意度的变化情况。结果：观察组患者的护理效果明显优于常规组患者（ $P<0.05$ ）；观察组患者髌关节功能和疼痛阈值评分均明显优于常规组（ $P<0.05$ ）；观察组患者生活质量明显优于常规组（ $P<0.05$ ），观察组患者护理满意度明显高于常规组（ $P<0.05$ ），差异具有统计学意义。结论：健康教育对老年骨质疏松性髌部骨折患者有着显著的临床护理效果，并能够有效改善患者髌关节功能、疼痛阈值、生活质量的变化情况，有效提高患者的护理满意度，值得临床推广应用。

关键词：健康教育；老年骨质疏松性髌部骨折；护理效果

近年来随着骨质疏松患者在老年人群中的逐渐增多，老年人群中出现骨折的病例也在随之增加，其中老年骨质疏松性髌部骨折是最为严重的骨折类型，若无法采取及时有效的治疗措施就会导致患者致残、致死，尤其是该病征高达50%的致残率和1年内20%~30%的死亡率，都会严重影响患者治疗的信心^[1]。大部分主治医生都只注重老年骨质疏松性髌部骨折患者的手术治疗效果，但往往忽略术后患者由于需要长期卧床休养和活动量的减少，会进一步加剧患者骨质疏松的严重程度，同时也会诱发患者术后并发症，危及患者生命安全和手术的治疗效果，因此在患者治疗过程中配合相应的护理干预措施，能够有效改善患者的手术治疗效果^[2]。现对我院2020年3月—2021年3月间收治的老年骨质疏松性髌部骨折患者80例，观察健康教育在老年骨质疏松性髌部骨折患者中的护理干预效果。

1 资料和方法

1.1 基本资料

选取我院2020年3月—2021年3月间老年骨质疏松性髌部骨折患者80例，随机均分（ $n=40$ ）为常规组和观察组两组，常规组男性14例，女性26例，年龄在63—72岁，平均年龄为（ 67.52 ± 2.34 ）岁，平均受伤到入院时间（ 2.56 ± 1.25 ）d，其中盆骨骨折患者10例，股骨粗隆间骨折患者9例，股骨粗隆下骨折患者7例；观察组男性16例，女性24例，年龄在62—75岁，平均年龄为（ 68.31 ± 2.17 ）岁，平均受伤到入院时间（ 2.63 ± 1.43 ）d，其中盆骨骨折患者12例，股骨粗隆间骨折患者7例，股骨粗隆下骨折患者11例，两组患者在性别、年龄、受伤差异的比较无统计学意义（ $P>0.05$ ），故具有可比性。

纳入标准：（1）符合老年骨质疏松性髌部骨折诊断标准^[3]；（2）患者病历资料完整；（3）患者认知功能和精神状态正常；（4）患者年龄均大于60岁；（5）患者及患者家属已全面了解本次研究的内容，且签订知情同意书；

排除标准：（1）患者病历资料缺失，不完整；（2）受伤情况已经危及生命安全的患者；（3）患者对部分治疗药物存在过敏史；（4）患者存在认知功能障碍和精神类疾病；（5）患者及患者家属拒绝参与本次研究；

1.2 方法

两组患者在手术治疗的基础上，常规组对老年骨质疏松性髌部骨折患者采用常规护理干预措施，其主要包括对患者生命体征的实时监测、患者日常饮食、用药、康复训练等。

观察组对老年骨质疏松性髌部骨折患者，在常规组患者护理的基础上增加健康教育，其主要内容如下：（1）护理人员在患者入院时详细了解并记录其年龄、病情、受教育程度、家族病史等基本情况，在与患者沟通交流的过程中对患者心理状态做出一个初步的评估，引导患者表述出自己对病情最真实的想法和存在的疑虑，护理人员结合自身的专业知识尽量减轻和消除患者的负面情绪，通过向患者介绍以往成功的治疗案例来树立患者治疗的信心，同时护理人员也要向患者详细讲解关于该病症和治疗的相关知识，避免患者对自身病情进行盲目猜测而产生更多的负面情绪，从而影响患者的治疗效果^[4]；（2）护理人员也要加强与患者家属的沟通交流，因为患者在治疗过程中患者家属的情绪及配合程度也会对患者产生很大影响，患者家属如果没有充分了解患者病情，就会对患者病情产生错误的判断，从而导致患者家属产生一定的负面情绪，同时在配合患者进行治疗的过程中没有采取正确有效的措施，从而影响患者的治疗效果。因此护理人员需要通过自身的专业知识，对患者家属也要进行健康教育，及时纠正患者家属错误的思想，使患者家属也能了解掌握关于疾病和治疗的相关知识，以提高患者的治疗效果^[5]；（3）护理人员需要在日常工作当中加强对患者及其家属在饮食方面的安全教育，护理人员要详细了解患者日常饮食习惯，对患者不良的饮食习惯进行指导和纠正，同时根据患者自身实际情况和主治医生的医嘱，制定出合理的饮食计划，在患者日常饮食当中适量增加肉类、牛奶、豆制品等食物的摄入量，通过食补的方式为患者补充钙质，以达到促进患者骨骼恢复的目的，患者在日常饮食过程中需要以清淡、易吸收、增强患者免疫力的食物为主，避免辛辣刺激性的食物，以促进患者骨折部位尽快恢复^[6]；（4）护理人员在日常工作当中还要对患者及其家属加强日常清洁的健康教育，患者由于骨折和外科手术治疗需要长期卧床休养，在此过程中护理人员及患者家属要对患者身体定期进行清理帮助患者清洗身体、洗漱、侧卧等，并且要定时帮助患者进行按摩，以促进患者身体血液循环和恢复，避免患者由于长时间卧床而产生肢体僵硬或压疮，

同时护理人员还要对患者伤口部位进行消毒处理,以避免患者伤口发生感染,一方面引起患者并发症的发生,若未能及时有效的采取相应的治疗措施,就会危及患者生命健康;另一方面伤口消炎和恢复延会缓患者身体恢复;(5)护理人员还需要对患者及其家属加强后期康复运动的健康教育,护理人员及患者家属要根据主治医生的医嘱,并根据患者身体恢复的实际情况并结合自身的专业知识,指导患者尽早展开床上的康复运动,并遵循循序渐进的原则,避免由于过度运动而对患者造成二次伤害,患者要逐渐从床上的康复运动逐步向着床下康复运动、户外运动过渡,以确保患者有效提高机体的抵抗力和免疫力,使得患者骨折部位和老年骨质疏松的恢复效果更加显著。

1.3 观察指标

(1) 对比两组患者治疗总有效率,评价标准分为显效、有效和无效。显效:患者采取治疗后身体情况恢复良好;有效:患者采取治疗后身体情况出现轻度或重度残疾;无效:患者采取治疗后身体情况出现植物生存或病死;治疗总有效率=(显效+有效)/总病例数*100%;

(2) 对比两组患者护理前后髌关节功能和疼痛阈值评分的变化情况,使用 Harris 髌关节功能评分表来评价髌关节功能恢复水平,满分为 100 分,得分越高髌关节功能恢复程度越好;使用视觉模拟评分法评价疼痛阈值,得分 0~10 分,得分越高表示疼痛感越强烈;

(3) 对比两组患者生活质量。采用生活质量(SF-36)评分量表,对患者心理水平、社会认知、自身活动和功能因素四个方面进行测评,分数越低患者生活质量越好;

(4) 观察两组患者护理满意度。评价标准分为非常满意、满意和不满三个层次,非常满意:治疗后,患者对护理服务及整个服务流程非常满意;满意:经过治疗,患者对护理服务基本满意,但仍有小问题不满意;不满意:治疗后,患者对护理服务不满意,认为服务不全面或服务态度不佳。总满意度=(非常满意+满意)/总例数*100%。

1.4 统计学处理

本次观察数据采用 SPSS19.0 软件处理实验数据,计量资料使用 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验和计数资料使用 χ^2 组间检验,若输出结果 ($P < 0.05$),为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者治疗总有效率

观察组患者治疗总有效率明显高于常规组 ($P < 0.05$),详见表 1。

表 1 两组患者治疗总有效率 (n, %)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
常规组	40	14 (35.00)	9 (22.50)	17 (42.50)	23 (57.50)
观察组	40	21 (52.50)	16 (40.00)	3 (7.50)	37 (92.50)
X ²	-	2.489	2.851	8.873	8.873
P	-	>0.05	>0.05	<0.05	<0.05

2.2 对比两组患者进行护理干预前后髌关节功能、疼痛阈值评分变化情况;

观察组患者进行护理干预前髌关节功能、疼痛阈值评分与常规组无明

显差异 ($P > 0.05$),详见表 2。

表 2 对比两组患者进行护理干预前髌关节功能、疼痛阈值评分变化情况

($\bar{x} \pm s$)			
组别	n	髌关节功能评分	疼痛阈值评分
常规组	40	48.53±3.64	5.68±1.06
观察组	40	48.87±3.35	5.45±1.34
X ²	-	0.435	0.852
P	-	>0.05	>0.05

观察组患者进行护理干预后髌关节功能和疼痛阈值评分明显优于常规组患者 ($P < 0.05$),详见表 3。

表 3 对比两组患者进行护理干预后髌关节功能、疼痛阈值评分变化情况

($\bar{x} \pm s$)			
组别	n	髌关节功能评分	疼痛阈值评分
常规组	40	85.33±3.61	3.42±1.21
观察组	40	96.62±1.72	2.34±1.13
X ²	-	17.856	4.126
P	-	<0.05	<0.05

2.3 对比两组患者进行健康教育护理干预后生活质量评分

观察组患者进行健康教育护理干预后生活质量评分明显优于常规组 ($P < 0.05$),详见表 4。

表 4 对比两组患者进行心理护理干预后生活质量变化情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	心理水平	社会认知	自身活动	功能因素
常规组	40	85.23±8.46	85.42±8.67	87.75±8.93	91.52±6.15
观察组	40	75.51±4.93	77.85±4.26	75.72±5.35	83.81±5.69
X ²	-	6.278	4.956	7.309	5.820
P	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.4 两组患者护理满意度比较

观察组患者护理总满意度 97.50%高于常规组 85.00% ($P < 0.05$)。详见表 5。

表 5 两组患者护理满意度比较 (n, %)

组别	n	非常满意	满意	不满意	合计
常规组	40	12 (30.00)	22 (55.00)	6 (15.00)	34 (85.00)
观察组	40	20 (50.00)	19 (47.50)	1 (2.50)	39 (97.50)
X ²	-	0.068	0.502	0.479	0.479
P	-	>0.05	>0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

老年骨质疏松性髋部骨折是一种较为常见且严重的骨折类型,该病症

(下转第 179 页)

个体化健康教育联合康复训练对腰椎间盘突出症患者功能恢复的影响

毛联媚

重庆三峡医药高等专科学校附属医院 重庆万州 404000

摘要：目的：研究分析腰椎间盘突出症患者实施个体化健康教育与康复训练联合干预对其腰椎功能恢复的影响。方法：选取我院收治的腰椎间盘突出症患者 78 例，入院时间 2020 年 12 月至 2021 年 12 月，随机将患者分为单一组（ $n=39$ ）与联合组（ $n=39$ ），单一组患者予以个体化健康宣教护理，联合组在上述基础上予以康复训练，对其护理效果进行对比分析。结果：2 组患者生活质量评分及腰椎功能评分在干预前对比，无统计学差异， $P>0.05$ ，干预后 2 组均提升，联合组提升效果明显，有统计学差异， $P<0.05$ ；2 组患者满意度对比，联合组较单一组高，有统计学差异， $P<0.05$ 。结论：个体化健康宣教与康复训练联合干预可加快腰椎间盘突出症患者的腰椎功能恢复，提升其生活质量，获得患者一致认可。

关键词：腰椎间盘突出；康复训练；个体化健康教育；腰椎功能

腰椎间盘突出症发病率较高且易复发，发病原因与腰椎间盘变性、破裂后引发椎管狭窄，压迫脊神经有关，临床以活动受限、腰部疼痛、下肢功能障碍为主要表现^[1-4]，给患者的肢体运动功能和生活质量带来严重影响。临床治疗腰椎间盘突出症以手术治疗为主，但手术带来的应激反应和疼痛也在一定程度上影响治疗效果^[5,6]。因此，需要采取有效干预措施减轻患者疼痛，改善患者腰椎功能。本研究以 2020 年 12 月至 2021 年 12 月间于我院住院治疗的 78 例腰椎间盘突出症患者为研究样本，予以个体化健康宣教与康复训练联合干预，对其应用效果进行探究分析，现详细报道内容如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取我院收治的腰椎间盘突出症患者 78 例，入院时间 2021 年 5 月至 2022 年 5 月，随机将患者分为单一组（ $n=39$ ）与联合组（ $n=39$ ）。单一组男 23 例，女 16 例，年龄 43 至 62 岁，平均年龄（ 50.41 ± 6.32 ）岁，病程 1 至 5 年，平均病程（ 2.83 ± 0.51 ）年。联合组男 22 例，女 17 例，年龄 45 至 64 岁，平均年龄（ 50.79 ± 6.44 ）岁，病程 1 至 6 年，平均病程（ 2.94 ± 0.64 ）年。纳入标准：（1）经 X 线片、CT 检查均确诊；（2）均接受手术治疗；（3）各项临床资料齐全；（4）患者家属完成知情书签署，主动参与本研究。排除标准：（1）手术禁忌症；（2）脏器功能严重不全；（3）认知功能异常；（4）治疗依从性差；（5）免疫功能障碍；（6）凝血功能障碍。2 组患者平均年龄及病程等一般资料经对比， $P>0.05$ ，存在可比性。

1.2 方法

单一组患者干预方式以健康教育为主，护理人员将疾病有关知识告知给患者及其家属，如腰椎间盘突出症治疗方法、发病机制等，增强患者疾病认知，帮助患者养成良好工作习惯与生活习惯。伴有抑郁、焦虑患者，护理人员主动与患者交谈，分析其心理变化状况，多给予安慰与鼓励，帮助患者树立战胜疾病信心。

联合组在上述基础上予以康复训练，指导患者进行腹肌、背伸肌以及臀大肌等训练，充分考虑患者实际情况，完成康复训练计划表制定。具体方法如下：其一，飞燕点水法。取患者俯卧位，护理人员指导患者缓慢向后背伸双上肢，用力挺胸抬头，保证头胸部远离床面。同时保证膝关节伸直、与床面分离，把腹部作为支撑点，将双腿向上抬动，活动 5s 后休息 5s。其二，弓步推腰法。指导患者前后分开双脚，做弓步，双手掌置于下腰部，用力推腰，身体重心置于前方，维持 3s。其三，半桥训练。训练方式选用“五点法”，取患者仰卧位，去枕屈膝，作用点置于头部、双肘及双足以支撑身体，随后进行腾空后伸，持续 5s 后休息 5s。其四，站立踢腿法。嘱咐患者站立后将一手扶物，伸直膝关节后向前后方缓慢踢腿，尽可能抬到最高，双腿交替训练，每日 2 次，每次 10min。其五，做好腰部保护。护理人员做好患者腰部保暖工作，利用腰围带保护腰椎。嘱咐患者禁止过度运动，以免损伤腰椎。日常生活中勿搬提重物，合理饮食，维持体重稳定，避免出现过度肥胖。其六，出院随访。护理人员在患者出院后，每月进行 1 次电话随访，了解患者自我功能锻炼情况，若患者存在疑问应耐心予以解答。对患者为期半年随访。

1.3 观察指标

生活质量：用生活质量评分量表对患者生活质量进行评估，项目包括精神健康、社会职能、心理健康及躯体功能，满分 100 分，患者评分越高表明生活质量越好。

腰椎功能：用 JOA 评分（Japanese Orthopaedic Association Scores）对患者腰椎功能进行评估，满分 29 分，患者评分越高表明腰椎功能越好。

满意度：采用满意度调查表评估患者满意度，问卷内容为服务态度、服务流程等，满分 100 分，完全满意：患者评分超过 90 分，基本满意：患者评分 80 至 90 分，不满意：低于 80 分。满意度=（完全满意例数+基本满意例数）/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学分析

本研究中各项数据分析均借助统计学软件 SPSS25.0, t 用于对比干预前后 2 组患者生活质量及腰椎功能, χ^2 用于对比 2 组患者满意度, 当 $P<0.05$ 表明有统计学差异。

2 结果

2.1 2 组生活质量对比分析

单一组与联合组生活质量评分在干预前比较, 无统计学差异, $P>0.05$, 与干预后单一组相比, 联合组生活质量评分明显较高, 组间对比, 有统计学差异, $P<0.05$, 见表 1。

表 1 2 组生活质量对比分析 (分)

组别	例数	干预前	干预后
单一组	39	72.48±6.34	79.57±5.28
联合组	39	72.37±6.51	86.33±4.19
t	/	0.076	6.263
P	/	0.940	0.000

2.2 2 组腰椎功能对比分析

单一组与联合组腰椎功能在干预前比较, 无统计学差异, $P>0.05$, 与干预后单一组相比, 联合组腰椎功能评分明显较高, 组间对比, 有统计学差异, $P<0.05$, 见表 1

组别	例数	干预前	干预后
单一组	39	11.43±3.45	19.24±5.19
联合组	39	10.96±4.07	24.47±7.25
t	/	0.550	3.663
P	/	0.584	0.000

2.3 2 组满意度对比分析

单一组满意组为 76.92%, 与联合组的 97.44%相比, 单一组明显较低, 组间对比, 有统计学差异, $P<0.05$, 见表 3。

表 3 2 组满意度对比分析[n (%)]

组别	例数	完全满意	基本满意	不满意	满意度
单一组	39	13(33.33)	17(43.59)	9 (23.08)	30(76.92)
联合组	39	25(64.10)	13(33.33)	1 (2.56)	38(97.44)
χ^2	/	/	/	/	7.341
P	/	/	/	/	0.007

3 讨论

腰椎间盘突出症多发于中老年人群, 青少年人群罕见发病^[7]。近几年来, 腰椎间盘突出症已经成为常见的一种职业病, 多发于久坐人群, 如教师、白领及司机等^[8], 长期久坐导致腰椎下沉, 出现退变^[9]。另外, 长期久坐增加腰间盘压力, 降低纤维环稳定性, 引发髓核移位, 神经根被压迫, 最终引发疾病^[10-12]。因此, 改善软组织粘连, 减轻神经压迫, 舒缓腰间盘压力是治疗腰椎间盘突出症的重点^[13]。

临床治疗腰椎间盘突出症以手术治疗为主, 常用术式为开窗式髓核摘

除术, 该术式通过“开窗”、“抽取”操作, 将退化的髓核组织全部摘除, 以缓解神经根压迫, 缓解椎间盘压力, 该术式具备并发症小、创伤小等优势, 在临床中受到广泛应用^[14,15]。然而, 就术后康复锻炼时间仍然存在争议^[16]。有研究指出, 手术治疗后患者应长期卧床休养, 以加快身体机能恢复^[17]。但也有研究指出, 长时间卧床增加坠积性肺炎、褥疮等并发症发生^[18]。另外, 长期卧床治疗导致血液运行受阻, 给患者切口恢复带来不良影响。因此, 建议在术后尽早实施康复锻炼, 以促进患者生活质量提升, 加快患者腰椎功能恢复。

手术作为应激反应的一种, 导致患者出现反应性水肿且术野内存在积液^[19,20]。术后首日实施直腿抬高锻炼, 通过被动牵引, 加快血液循环, 促进神经根松弛, 缓解炎症反应, 预防组织粘连^[21]。初次训练时, 应控制训练强度与训练频次, 避免神经根过度摩擦加重水肿。腰背部肌肉作为重要的结构, 其能够维持腰椎稳定, 飞燕式训练方法与五点支撑式方法可促进患者腰背肌肌力提升, 使腰背部具备较强的支撑力量, 促进腰椎稳定性提升, 改善患者腰椎功能, 缓解肢体麻木、腰痛等临床症状^[22,23]。本研究结果表明, 干预前 2 组患者腰椎功能对比, 无差异, 干预后联合组腰椎功能明显优于单一组。提示健康宣教与康复训练可加快患者腰椎功能恢复。通过训练, 改善患者腰椎功能, 促进患者生活质量提升。本研究结果表明, 2 组生活质量评分在干预前对比, 无差异, 干预后 2 组均提升, 联合组提升效果明显。再次证实健康宣教与康复训练可提高生活质量。另外, 研究结果发现, 联合组满意度明显较单一组高。提示健康宣教与康复训练联合干预可促进患者满意度提升。

综上所述, 个体化健康宣教与康复训练联合干预可加快腰椎间盘突出症患者的腰椎功能恢复, 促进其生活质量及满意度提升。

参考文献:

[1]中国康复医学会脊柱脊髓专业委员会基础研究与转化学组. 腰椎间盘突出症诊治与康复管理指南[J]. 中华外科杂志,2022,60(5):401-408.

[2]PD Delgado-López, A Rodríguez-Salazar, J Martín-Alonso, et al. Lumbar disc herniation: Natural history, role of physical examination, timing of surgery, treatment options and conflicts of interests [J]. Neurocirugia, 2017, 28(3):124.

[3]王雷,柳超,李广庆,等. 经椎间孔椎体间融合术在合并腰椎不稳的腰椎间盘突出症中的应用[J]. 中华医学杂志,2012,92(39):2781-2784.

[4]姚海斌,董晓斌,孙月梅. 腰椎间盘突出症伴退变性椎管狭窄手术分析[J]. 中国药物与临床,2015(7):1007-1008.

[5]苗得成,李亚伟. 经皮椎间孔镜和可动式椎间盘镜技术在游离型腰椎间盘突出症治疗中应用价值比较 [J]. 中国临床医生杂志,2022,50(2):204-207.

[6]郭如丹,张蓁. PTED 术式治疗腰椎间盘突出症患者疼痛及预后的影响[J]. 浙江创伤外科,2022,27(1):40-41.

[7]于海江,祝斌,刘晓光. 青少年腰椎间盘突出症的研究进展[J]. 中国

微创外科杂志,2021,21(1):73-76.

[8]张欢欢. 注意久坐带来的危害[J]. 家庭医学,2021(6):36-37.

[9]宋西正. 人体应力与椎间盘退变性腰痛关系[J]. 中南医学科学杂志,2018,46(5):449-451.

[10]王成刚,耿广军. 青年发生腰椎间盘突出症的流行病学特点及射频消融髓核成形术的疗效分析[J]. 沈阳医学院学报,2018,20(6):505-507.

[11]宋西正. 人体应力与椎间盘退变性腰痛关系[J]. 中南医学科学杂志,2018,46(5):449-451.

[12] Sollmann N, Weidlich D, Klupp E, et al. T2 mapping of the distal sciatic nerve in healthy subjects and patients suffering from lumbar disc herniation with nerve compression[J]. MAGMA Magnetic Resonance Materials in Physics Biology and Medicine, 2020,33(5):713-724.

[13]彭思琪,何添艺,曾雯慧,等. 腰椎斜扳手法治疗腰椎间盘突出症的研究进展[J]. 中医正骨,2022,34(4):38-41+45.

[14] Chen B L, Guo J B, Zhang H W, et al. Surgical versus non-operative treatment for lumbar disc herniation: a systematic review and meta-analysis[J]. Clinical Rehabilitation,2018,32(2):146-160.

[15]梁小龙,杨学军,邢文华,等. 腰椎间盘突出症外科治疗进展[J]. 内蒙

古医学杂志,2016,48(4):447-450.

[16]任志楠,李书纲,盛林,等. 腰椎间盘突出症行单纯椎间盘摘除术后康复锻炼的研究进展[J]. 中华骨与关节外科杂志,2015,8(6):538-541.

[17]李剑,孟庆兵. 经皮椎间孔镜治疗腰椎间盘突出症术后卧床时间的研究分析[J]. 名医,2019(11):11+13.

[18]张希标. 腰椎间盘突出镜手术并发症的分析[J]. 中国医药指南,2016,14(3):163-164.

[19]陈军,齐强,郭昭庆,等. 腰椎后路术后有神经症状硬脊膜外血肿的处理[J]. 中国脊柱脊髓杂志,2015,25(8):733-738.

[20]张瑛,杨新明. 腰椎间盘突出症的术后干预性护理[J]. 河北北方学院学报(自然科学版),2017,33(10):26-29.

[21]黄淑英,曾国华. 主动直腿抬高锻炼在椎间孔镜髓核摘除术后患者康复中的应用效果[J]. 微创医学,2021,16(4):580-582.

[22]王爱爱,常峰,侯学峰,等. 微格教学法在腰椎椎间孔镜术后病人功能锻炼中的应用[J]. 护理研究,2019,33(14):2497-2499.

[23]吴晖,汪珍,潘娜,等. 康复路径在微创治疗腰椎间盘突出症患者术后护理中的应用效果[J]. 实用临床医药杂志,2017,21(10):80-83.

(上接第 176 页)

是由于患者骨质疏松引起,骨质疏松症是老年人群最为常见的退行性病变^[7]。

通过我院 2020 年 3 月—2021 年 3 月间收治的 80 例老年骨质疏松性髋部骨折患者的临床护理干预效果对比发现,两组患者在进行健康教育护理干预前通过髋关节功能和疼痛阈值评分量表测评的分值可以发现,两组患者均存在不同程度的髋关节功能障碍和疼痛感且无明显差异 ($P>0.05$),这些临床症状会逐渐消耗患者的信心,使患者在治疗过程中出现消极懈怠的行为,同时如果不采取及时有效的干预措施,严重时就会导致患者出现放弃治疗的情况发生。当观察组患者在治疗过程中采取健康教育护理干预措施后,通过对比两组患者在进行健康教育护理干预后髋关节功能和疼痛阈值评分量表测评的分值可以发现,观察组患者的髋关节功能障碍和疼痛感得到有效控制和改善 ($P<0.05$),这是因为护理人员首先通过详细了解患者的各项基本信息寻找与其沟通交流合适的切入点,可以取得患者的信任感,并且在日常沟通交流的过程中以自己的专业知识,为患者详细讲解疾病的相关知识和自身病情的实际情况,已达到逐渐疏导和稳定患者情绪的目的;其次护理人员通过给患者讲述治疗成功的病例和积极鼓励,逐渐帮助患者建立对抗疾病的信心,从而提高患者的治疗依从性和配合程度;最后护理人员通过与患者家属的详细沟通,在对患者家属进行健康教育的同时指导其为患者创造出一个轻松、和谐、积极的治疗环境。患者在积极主动配合医护人员进行治疗后其病情得到有效控制,生活质量也得到了有效改善,因此观察组患者的生活质量评分和护理满意度均明显优于常规组 ($P<0.05$)。综上所述在本次研究过程中,观察组患者进行护理干预

后髋关节功能和疼痛阈值评分变化情况、生活质量和护理满意度均明显优于常规组患者。

通过本次临床观察和研究表明,在老年骨质疏松性髋部骨折患者的治疗过程中,采用健康教育的方法进行护理干预,能明显增加患者治疗总有效率,改善患者的髋关节功能和疼痛阈值,患者生活质量改善效果显著,护理满意率较高,值得在临床治疗中推广使用。

参考文献:

[1]王岁娟. 健康教育在老年骨质疏松性髋部骨折护理中的应用分析[J]. 养生保健指南,2019,26(13):84.

[2]邵娟. 健康教育在老年骨质疏松性髋部骨折护理中的应用分析[J]. 健康必读,2020,24(21):199.

[3]陆晓娟. 健康教育在老年骨质疏松性髋部骨折护理中的应用效果分析[J]. 医学食疗与健康,2021,19(10):185-186.

[4]申阳春. 对健康教育在老年骨质疏松性髋部骨折护理中的应用效果进行对比分析[J]. 养生保健指南,2021,12(5):238.

[5]高翠华,祝艳红. 健康教育在老年骨质疏松性髋部骨折护理中的应用效果及满意度分析[J]. 医学美容美容,2021,30(6):13-14.

[6]王春光. 健康教育在老年骨质疏松性髋部骨折护理中的应用措施分析[J]. 健康之友,2019,24(16):247-248.

[7]王秀梅. 探讨并分析健康教育在老年骨质疏松性髋部骨折护理中的应用[J]. 中国伤残医学,2019,27(16):85-86.

“1+X”证书制度下高职护理专业老年护理教学改革探析

王彦霞

乌兰察布医学高等专科学校 内蒙古乌兰察布 012000

摘要：自“1+X”证书制度实施以来，高职护理专业老年护理教学就存在了一些问题，急需采取具体的措施进行教学改革，才可以充分的发挥“1+X”证书制度的效用。基于此，本文首先阐述了“1+X”证书制度的主要内容，其次分析了高职护理专业老年护理教学中存在的具体问题与不足，最后提出了老年护理专业教学改革的具体措施，希望为“1+X”证书制度下高职护理专业老年护理教学改革提供重要的参考意见，也希望能够促进高职护理专业老年护理教学的进一步发展。

关键词：“1+X”证书制度；高职护理专业；老年护理；教学改革

如今，随着我国社会经济正在不断提高与发展，人们的生活质量和医疗水平也正在逐渐地得到了改善，如今人们的寿命普遍得到了延长，我国的老齡化问题也越来越严重。据相关的调查发现，截至 2018 年底，我国老齡化人口已经占总人口数量的 17.9%，其中失能、半失能老人已经超过了 4,000 万，如今社会上急需一大批老年护理专业的人才^[1]。这对高职护理专业老年护理教学来说既是机遇也是挑战。因此，近年来我国正在推动实施“1+X”证书制度，希望能够为社会提供更加专业的老年护理人才。高职学校为了更好地迎合国家政策，也为了更好地与社会的发展需求相符合，必须对高职护理专业老年护理教学进行改革，如此才可以培养出更多专业的老年护理人才。

一、“1+X”证书制度的主要内容

所谓的“1+X”证书制度中“1”指的是学生所取得的学历证书，也就是说学生所在的学校为其颁发的教育文凭。“X”则是指其他各种类型的职业技能证书。那么“1+X”证书制度就是指学生在学习过程中不仅要获得本专业的学历文凭，又要学习其他类型的技能，获得职业技能等级证书，使自己成为一个复合型人才。因而“1+X”证书制度的实施有利于高职院校培养复合型人才。如今，我国的社会正在不断地发展与进步，各种各样的新职业，新岗位也随之出现，如果高职院校在培养人才时，仍旧使用传统的单一培养模式，那么所培养出来的人才就无法符合社会发展的需求。但是在“1+X”证书制度的推动下，高职院校更加注重培养复合型技术人才，在教学时不断地提升学生的专业技能和生存能力，为学生未来的就业奠定基础。除此以外，“1+X”证书制度的实施还有可以使学生的学业与证书进行很好地融合，使学历和职业技能进行有效的衔接，更加与现今社会的发展需求相符合。

二、在“1+X”证书制度下高职护理专业老年护理教学改革时存在的主要问题

（一）等级证书考试内容与教学内容没有进行有效的衔接与融合

目前，高职院校在进行人才培养时，所制定的教学方案都是依据国家的教学标准确定。但是，如今我国正在实施“1+X”证书制度，高职护理专

业老年护理教学就必须将证书考试内容与教学内容进行有效的融合与衔接^[2]。其中主要有两种方法，第 1 种就是在进行老年护理教学时是的内容将等级证书考试的内容融合进来，第 2 种则是在原有的教学方案的基础上将等级证书考试的内容叠加进来，这两种方法都能够使等级证书考试内容与教学内容进行有效的衔接。但是在现实中却只有少部分高职院校会站在“1+X”证书制度的角度出发，大多数高职院校在进行老年护理教学改革时，通常都是对现有的教学方案进行重新的制定，就导致了学生在学习老年护理知识时，他们的知识体系构建方面出现了问题。除此以外，在“1+X”证书制度继续实施原有的教学方案就会导致老年护理教学出现失衡。因为很多证书的内容就已经包含教学方案，但是这些正说他们的知识深度和操作技能的要求又存在很大的不同，这就导致了高职院校的任课教师很难去把握教学深度，不知道是要根据教学标准还是证书的标准来进行教学。不仅如此，高职院校护理专业老年护理的教材内容过于陈旧，与现阶段技能考试证书的要求不相符，等级证书考试内容与教学内容无法进行高效的融合，这就导致了任课教师没有较高的教学性，而学生也无法制定自己学习的方向，严重地影响了高职院校老年护理的教学效果。

（二）师资力量严重缺乏，无法授课需求

“1+X”证书制度的实施对高职院校教师的教学能力提出了较高的要求。但是高职院校护理专业的教学主要是培养临床护理人才为主，只有极少一部分高职院校才会设立老年护理班级，而且这些班级配备的教师也不是专业的老年护理教师。这就导致了高职院校师资力量严重缺乏，无法满足老年护理授课的需求。因此，高职院校应该选派护理专业的教师参加老年护理知识的培训。除此以外，现阶段高职院校护理专业老年护理教学的重点都放在教材分析和政策解析上，基本上都是为学生讲解重理论知识，并不能带领学生进行实践技能的培训。这一切都表明目前高职院校护理专业的老年护理教学仍然存在重理论，轻实践的现象。

（三）缺乏校企合作，学生的实践能力无法得到有效地提升

在“1+X”证书制度的推动下，高职院校护理专业在进行老年护理教学时，不仅要使学生掌握扎实的护理基础知识，进行熟练专业的实践操作，

而且还应该让学生涉猎一些其他专业的知识,如社会、心理等等,如此才可以让学生具备较高的同理心去进行老年护理工作。但是,目前高职院校护理专业的教师还是秉持着传统的教学思想,认为学生只需要掌握本专业的基础知识就可以了。除此以外,高职院校护理专业老年护理教学严重缺乏校企合作,主要有以下四个原因。首先,很多高职院校并没有创建完善的产教融合制,导致了高职院校缺乏有效的合作制度,缺少与企业对接的渠道,导致了医院或者第三方医疗机构无法与高职院校进行有效的合作。其次,医院或者第三方医疗机构喜欢接受一些实习生或者进修生,很难接受高职院校的护理专业的学生在院进行实习。再次,高职院校的在校生到医院或者第三方医疗机构进行实习,有可能会产生一些风险,不仅涉及实习生的人身安全,还非常容易出现医患纠纷,因此医院或者第三方机构并不喜欢接受在校生^[3]。最后,即便高职院校的在校生到医院或者第三方医疗机构进行了实习,但是在实习结束以后,他们仍旧没有自主选择岗位的权利,这就使得医院或者第三方医疗机构的利益无法得到保证,因此医院缺乏接收在校实习生的积极性。

(四) 缺乏真实的护理情境,学生很难强化自己的实践技能

护理专业本身就具有非常强的实践性,如此才可以使学生更好的提升自己的护理技能,更好的掌握各种护理技巧,这也是护理专业进行实践教学的目标。在高职院校护理专业进行老年护理教学时,可以让学生进行相关护理技能的实践操作,就能够很好的强化学生的护理技能。但是我国医疗法律有明确的规定,没有取得护理资格证的学生无法进行临床实践操作。这就导致了高职院校护理专业老年护理专业的学生常常缺乏具体的实践对象,无法有效地强化自身的实践技能。虽然笼统的教学可以让学生对模拟人体进行实践训练,但是模拟人体总是存在很多不足,与真实的临床患者还是存在很多不同,并不能将实际的老年护理情境呈现出来,仍旧对老年护理实践教学产生不利的影响。除此以外,对老年人进行护理的过程中突发的老年护理情境非常重要,能够有效地考核学生的专业技能,但是传统的模拟人体依旧无法展现突发的老年护理情境,也无法将患者的真实感受模拟出来,更加使得学生无法提升自己的临床护理技能。

三、“1+X”证书制度下高职护理专业老年护理教学改革的具体措施

(一) “1+X”证书制度与教学内容的有效衔接与融合

“1+X”证书制度的实施,不仅要求学生在学校要完成自己的学业任务,取得本专业的资格证书,还要求学生学习其他的职业技能,获得其他资格证书,从而增强自身的技能水平,为自己未来的工作奠定基础,也可以让学生找到适合的岗位。因此,高职院校为了更好地推行“1+X”证书制度,就需要重新对自己的教学方案进行制定,将“1+X”证书制度的内容与教学内容进行有效的衔接与融合,更好的强化学生的职业技能。例如,在进行老年护理专业的实践教学时,教师既要充分的考虑老年护理专业的发展方向和教学标准,也要将执业证书的相关知识融合进来,使自己的教学方案更加优化与完善,也使老年护理专业的实践教学内容得到及时的更新^[4]。

高职院校还应该发挥职业技能培养的主导作用,让每个教师在教学时充分的将“1+X”证书制度的内容融合进来。如此一来,高职院校不仅能够充分地发挥教育教学的作用,还能够有效地帮助学生夯实老年护理的技能,使学生在学校就可以获得更多的职业技能证书,使学生有了更多的就业方向,缓解了如今颇为严重的就业矛盾。

(二) 强化校企合作,实现产教融合

高职院校护理专业应该加强校企合作,充分的实现产教融合的教学理念。高职院校护理专业的管理人员可以寻求一些校外的养老机构与学校共同进行老年护理实践教学。可以寻找一些校外的养老机构,作为学校教师带领学生进行老年护理实践技能培训的基地,如此一来,既使得养老机构的老人得到了良好的护理,又能够让学生到养老机构进行具体的实习与实践,更好的强化了学生的老年护理技能。目前,我国的高职院校并没有全面的开展对失智老人的实际护理项目,高职院校只采购了一些老年护理所需的物品,这就使得高职院校的学生无法获得动手实践的机会,也无法更好的提升学生的老年护理技能^[5]。因此,高职院校应该逐步的进行一些实训项目,给学生设立具体的实践基地,采购配套的物品,让学生可以获得更多的动手实践机会。

(三) 建立双师型教师团队,提高实践教学的效率

高职院校为了更好地推进和落实“1+X”证书制度,必须大力推进双师型教师团队的建设,强化老年护理实践教学的效率。在建设双师型师资队伍时,高职院校可以运用以下两种方式。首先,高职院校要扩大老年护理教师招聘的要求,高职院校拥有一批专业的兼职教师,将社会上比较优秀的师资力量吸引进来。例如,在护理专业进行老年护理实践教学时,高职院校就可以聘请一些医院已经退休的资深护士来担任老年护理的实践教师,从而使学生的实践学习更加具有真实性。而且资深护士本身就有非常多的实践经验,可以更好地帮助学生处理老年护理工作^[6]。并且资深护士还可以与高职院校的全职教师展开高效的沟通,从而更好地强化双师团队的职业能力。其次,高职院校要鼓励全职教师“走出去”。要鼓励教师去参加老年护理的职业培训,院校还应该与一些老年护理评价组织进行深入的合作,对现有的护理专业教师进行针对性地培训,使护理专业的教师获得更加扎实的老年护理知识。高职院校还应该给全职教师提供到医院或者养老机构实践的机会,鼓励这些教师到真实的岗位中完成相应的实践技能培训,更好的强化教师的老年护理实践教学水平。

(四) 创建多元化的实践教学体系,给学生提供更多的实践机会

高职院校为了更好地推进和落实“1+X”证书制度,必须要构建多元化的实践教学体系,从而为学生提供更多的实践机会。高职院校可以利用如今高度发展的信息技术建立仿真模拟教学,构建“真人对练+模型辅助+虚拟固化”老年护理实践教学体系。首先,高职院校应该采购多种多样与老年护理有关的教学设备,从而强化硬件水平。例如高职院校可以采购一些

(下转第 184 页)

高职护理专业正常人体结构教学改革分析

胡杨 王伶俐 李天天

贵州护理职业技术学院 贵州省贵阳市 550000

摘要: 课程改革是提高课程教学质量的重要途径,也是教学改革的重点内容。高职院校基于临床护理工作的基本内容,对《正常人体结构》课程教学的理念、内容、方法做出创新性调整,赋予课程教学更多生机活力,同时也与新形势下职业教育的理念高度契合。

关键词: 高职院校; 护理专业; 正常人体结构; 教学改革

在高职院校的护理专业中,《正常人体结构》属于一门基础性课程,课程内容侧重于对正常人体组织器官的位置、结构、形态、功能的研究。以往的课程教学模式多强调理论教学,没有充分凸显出职业教育的特点,并且在对接职业标准方面也存在一定问题。伴随高职院校教学改革的持续深入,学校开始关注课程教学与护理专业、岗位工作需求的结合。

一、顺应时代需求,更新教学理念

(一) 融合职业发展教育

职业发展的教学模式强调以职业为导向,充分发挥校内现有资源与社会资源的优势,促使学生能够顺利完成学业的基础上,参与到对应专业的顶岗实习活动中,也就是从以往单一学历证书的培养模式,转变为学历证书与职业资格证书融合的培养模式,确保学生个人能力可以最大限度满足用人单位的岗位要求^[1]。国外相关研究结果显示,学生在职业发展教育的融合培养模式下,其在市场中的就业竞争力会更加显著。基于此,高职院校在实施《正常人体结构》课程教学改革的过程中,可以依托自身丰富的医学职业教育的办学经验,适当参考借鉴国外职业教育的前沿办学理念,根据护理专业学生的特点,搭建起以工作性学习任务为载体,工学与职业发展教育相融合的一体化教育模式。

(二) 以“教”为主向以“学”为主的转变

传统的教学模式“以教师为中心、以课堂为中心、以课本为中心”,重视对知识的传承,忽视了对学生主观能动性和创新能力的培养,导致学生被动听课、学习兴趣不高、课堂没 有生机。而《正常人体结构》课程要求学生需要将各个系统的结构和功能紧密联系,还能运用理论知识解决实际问题,对学生要求比较高。因此设计高效、合理的教学方法显得尤为重要。精品在线开放课程建设给教师和学生提供了开放式的学习平台,教师可以将课堂上需要的知识点放在平台上给学生自行获取,学生在精品在线开放课程平台上完成自主学习的过程,从而保证课堂教学的顺利进行。借助课程平台还可搭建在线测试平台,通过测试题目与趣味相结合,让学生在快乐中完成自我测试,体会学习的快乐和成就感,真正做到以学生为主的教学活动。

二、围绕职业能力,整合课程内容

高职院校在筛选《正常人体结构》教学内容的过程中,需要遵循下列几项原则:第一,根据岗位工作需求确定包括职业素质、知识、能力的教育目标;第二,在实践教学环节适当引入与行业实践息息相关的临床工作案例;第三,护士职业资格考试相关内容以及护士“三基”考试要求融入到课程教学环节。为进一步强化教学内容与岗位工作的契合性,专业教师或者教学改革工作组需要立足于现阶段临床护理工作任务,对教学内容

进行整合优化,通过模块式重组的方式,打造出集基础知识、专业需求、能力拓展三模块为一体的课程体系。

三、基础知识模块

该模块以正常人体结构的基础知识为主。细胞-组织-系统-胚胎学概述是该知识模块的核心,同时将必要理论与实践教学结合起来协同进行。以运动系统部分的教学为例,教师可首先引导学生通过观察模型,了解骨骼与肌肉结构、位置、形态之间存在的毗邻关系,在此基础上参照标本为学生讲述运动原理与系统结构,而学生在这一过程中可以自由提问,由教师答疑解惑,帮助学生深化知识理解^[3]。接下来,学生可以在组装解剖标本的同时,摆放各个关节做环转、外展、屈、伸等运动,认识骨骼与肌肉之间的连结方式。最后是教师指导学生借助显微镜,对骨骼肌的微观结构进行观察,并引导学生基于所掌握的正常人体机能知识,思考探究肌肉收缩的原理。通过宏观与微观结合的方式,促使学生系统掌握运动系统的相关知识。同时高职院校需要积极搭建属于本校的网络教育平台,为学生主动探索、互动教学、协作交流提供了实用的教学平台。并且依托校园网络平台,构建正常人体结构课程网络体系。第一,搭建网络教学平台,整理和开放教学资源,把正常人体结构网络课件、教学大纲、练习题、解剖学图库等教学资源在网上开放;第二,搭建微课平台,组织教学团队将教学重点、难点知识制作成微课,添加到微课平台,方便学生加深学习;第三,搭建在线检测平台,添加部分测试题目,适当结合交互式答题,让学生体会学习的快乐和成就感。通过这些网络平台的搭建和完善,形成立体化的网络教学体系。学生可以随时随地在线学习和复习,并实现师生之间的交流互动,延伸了课堂教学的时空范围。

四、专业需求模块

专业需求模块属于课程内容改革的重点,是基于课程中常用护理技术而形成。对此,教师可从就诊开始,一直到出院期间,患者所需要的全部护理服务为基础,将临床护理工作划分为门急诊与病房两个护理情境,然后将学生划分为两个小组,各组完成项目学习任务。在这里,教师需要与相关专业人员共同为学生设置切合实际的工作任务,比如针对门急诊护理需要涵盖生命体征测量、洗胃法操作、心电监护、吸氧法等;针对病房护理需要涵盖清洁护理技术、饮食护理、排泄护理以及诊疗性护理技术等^[4]。本项目设计是基于临床常见案例,从护士工作岗位出发,将临床常见疾病作为案例,运用信息技术资源以“分析病例——收集症状体征——整理解剖知识——学习解剖结构——展示学习成果”,以强化学生能力的培养为核心,以“精理论,多实践,理论够用,技能练透”为指导思想组织教学,以岗位实际工作设计、序化并组织实施教学内容。让课程教学在实验室或

模拟岗位工作环境中进行,教师边教,学生边学边做,融“教、学、做”为一体,增强教学过程的实践性、开放性和职业模拟性。

根据以上所述护理中常用的操作技术,教师还需要针对性设计理实一体化的学习任务。以肌肉注射法为例,教师可安排臀部注射青霉素的模拟操作,要求学生结合患者病情,确定臀部注射位置、操作注意事项以及用药后的医嘱。具体到教学实施阶段,首先教师可要求学生课前自主预习臀肌层次、臀上动脉和静脉、坐骨神经、臀下动脉、阴部内动脉、股后皮神经、阴部神经出梨状肌上下空等走行特征知识^[5]。其次进入到正式教学环节,由学生根据预习结果展示肌肉注射定位图以及具体原因,详细阐述注射时的注意事项以及患者健康教育内容。最后教师需要为学生示范肌肉注射,对涉及到的知识点进行系统性整合,并由学生之间互相评价项目任务的完成效果。

五、能力拓展模块

学校需要积极开设第二课堂,组织社会实践活动,以此来达到强化学生职业素质的目的。首先,第二课堂的活动内容要尽量做到丰富多样,比如专题讲座、科研课题标本制作、数据处理、知识竞赛等。第二课堂活动的开设目的既是让学生在过程中巩固理论知识,增强专业技术的操作能力,增进与临床护理工作的联系,为更具难度的课程学习以及未来步入工作岗位夯实基础,同时也是为加快学生职业道德与科研素质的形成,使其逐步树立严谨、求真、务实的学习态度^[6]。也就是说,高职院校的课程组在关注教学质量的同时,也要发挥出教学科研对于教学质量的促进作用。身为授课教师,不但是要将教材中理论知识传递给学生,同时也要适时适度的将国内外最新研究的动态信息,以及科研成果引入到课堂教学环节,比如在讲解神经系统的传导通路知识点时,教师可结合相关研究展开具体接受,如此一方面可辅助学生轻松具象的理解知识点,另一方面也是赋予讲述一定的启发性,调动学生的学习兴趣与探索欲。

六、创新教学模式,调整教学方法

《正常人体机构》属于形态学,具有较强的直观性。因此,除去基本的问题导入法、案例分析、知识竞赛理实一体化的教学,还需引入信息化教学,以最大限度拓展学生的专业学习空间。

1、信息化教学。为配合信息化教学,高职院校应依托校园网,设置线上网络模式的课程。根据慕课的理念,教师需要在课程网站中定期更新教学资源,在线上上进行授课以及师生互动。同时,教学资源应尽量做到类型丰富,除去电子教材、教案、课件,还要包含授课计划、习题练习、课程重难点解析、实践指导等,这样学生便可根据自身需求,实现随时随地的自主性学习。此外,线上教学网站还需增设单元测试、图学测试、总结考核等模块,便于学生自主检验学习成果。通过课程资源建设、师生互动以及线上线下混合等教学措施,将教学手段与信息技术进行深度融合,不仅有效拓展了学生的课程学习方式,同时也是教学方式的创新。

此外,学校方面还可积极引入虚拟现实技术、3D解剖软件、增强现实等新型技术手段,将其应用在常规的人体结构课程环节,利用好这些技术直观、便捷的应用优势,通过模拟拆分、任意角度旋转乾坤的模式为学生形象直观的呈现人体结构以及器官内部结构,这也是传统教学模式不具备的效能,可以辅助学生理解与掌握结构知识。

2、问题导入法。该方式需要教师在正式授课前,为学生布置1-3个与

课程内容相关的问题,让学生带着问题自主进行预习,从而对新课内容就建立基本了解,避免其因为知识点多、记忆困难等因素影响到课堂学习进程,经过充分的预习,学生参与课堂活动的积极性也会显著提升。需要教师注意到的是,问题的设置需要练习实际,起到启发思考的作用,比如婴儿啼哭时为什么颅顶会出现翕动?人在感到饥饿时肚子为什么会发出“咕咕”声?为什么人在哭泣时会眼泪鼻涕一同流?女生月经周期长短不同的原因是什么?等,引导学生从生活中随处可见的小事入手,解答问题的同时增进对人体结构的了解。其次是将问题与结构学知识、临床联系起来,比如插尿管经过哪些结构?口服药物会经过哪些途径随尿排出体外的?在插胃管时需要注意哪些问题?借助这些具有探究价值的问题创设情境,将护理实践有意识的渗透到教学各个环节,促使学生的探究兴趣得到激活,以此来优化专业学习的效果。

3、案例分析法。采用该方式实施教学,需要教师提前一周时间为学生发放病例资料,并明确学习要求,让学生通过网络途径或者相关书籍查找资料,分析得出答案,然后在组内展开相互交流,并且在交流过程中围绕新产生的问题继续查找资料与讨论,直到问题解决。比如在讲解脑和脊髓的被膜血管与脑脊液的过程中,教师可给出如下病例:建筑工人,男,35岁,从高处坠下,足先着地,后被送到急诊时昏迷,检查头部时没有发现明显外伤,但是患者鼻孔以及左侧外耳道有呈淡黄色的液体持续流出。基于此案例设置如下问题:你认为淡黄色液体为何物?是有哪里受伤所造成的;在护理患者的过程中需要取各种体位;将患者的耳鼻堵塞住防止液体外流是否具备可行性。然后引导学生分组合作研究,通过查阅资料、联系关联知识等方式得出结论。通过以上过程,既可以使学生将解剖学知识与疾病临床表现一一对应起来,同时也巩固所学知识的理解与掌握,进而对护理职业产生责任意识。

七、多维度入手,融入课程思政

(一) 课程思政融入实验课

以往的实验教学,通常是学生按照实验要求逐步进行验证、操作,在教师指导下进行实验演示。此种实验课模式不仅内容单一,方式也相对固化,无法将课程思政元素有机融入其中。对此,教师需要从传统的实验课模式中解脱出来,厚植思政元素,对实验方法加以创新,将研究型实验、综合型实验、设计型实验等引入课堂。比如,在人体解剖学的第一课时,教师可以借助多媒体教学设备,为学生播放“大体老师”捐赠仪式,为学生讲述“大体老师”延续爱与生命的特殊方式,促使学生认识到其对医学研究以及医学教育中做出的重要贡献,使学生懂感恩、知感恩、心存感恩、敬畏生命。在情境与氛围的渲染下,教师需要带领学生集体默哀,齐诵《医学生誓词》,以此来培养学生的人文精神,并使其将人文关怀作为永恒的价值追求,同时引导学生认真思考生命的价值,感悟生命的意义,将德育教育与实验课程进行深度融合,实现护理专业与思政课程的完美结合。

(二) 课程思政衔接理论课

高职院校在开展《正常人体结构》课程思政教学过程,需要找到思政元素与理论知识的切入点,以此来凸显课程思政的作用,同时也可确保学生对课程内容的兴趣。在此,教师需要尽可能应用多种形式进行授课,促进课程思政与基础知识的融合。比如,应用学习通、雨课堂、智慧树等平台实施线上授课,在线下授课环节则引入PBL、启发式、案例式教学,鼓

励学生积极参与到课堂讨论活动中,促使学生会发现问题、分析问题,并掌握自主解决问题的方式,以此来强化其自主学习能力。在布置学习任务的过程中,教师可借助医学人文故事、医疗事件、学科前沿等模块化知识,将思政教育完美衔接到《正常人体结构》的知识讲解中,让学习讨论可以不受任何时空限制,让学生有更多机会展示自己。同时线上与线下混合的教学模式,也便于授课教师及时掌握学情以及学生的思想动态,然后有针对性的答疑解惑,有目的的调整后续教学方案,逐步优化医德医风教育。以消化系统的消化管相关知识讲解为例,教师可导入下列临床案例:小女孩在家中误食安眠药,被家长送往急诊时已经出现意识模糊,经过插管洗胃、输液等一系列抢救措施后慢慢苏醒。基于该案例引导学生思考“在进行食管插管时,需要考虑到消化管的哪些结构特点”,从而引出食管位置、分布等知识内容,并让学生自由讨论食管插管需要注意的具体事项。这样在后续的实践操作练习中,学生也会有意识的规范操作,并学会关爱建设,使其肩负其提高业务能力、对科学知识负责、对职责负责的医学职业责任。通过思政元素与专业理论知识的紧密衔接,与护理专业的学习目标相契合,能够有序促进课程思政的质量与效率。

结束语:

综上所述,《正常人体结构》集合了胚胎学、人体解剖学以及组织学三项课程的内容,《正常人体结构》是高职护理专业学生接触医学知识的第一门课程,是学好护理相关知识非常重要的医学基础学科。医学中 1/3

(上接第 181 页)

虚拟设备、智能模型人等等,使学生在进行老年护理实践学习时,能够更加直观的学习护理技巧,从而强化学生的实践操作技能。其次,将老年护理的实践教学与专业知识进行深入的融合,从而使学生的实践技能与理论知识共同进步。最后,高职院校还可以构建“真人对练+模型辅助+虚拟固化”老年护理实践教学体系^[7]。例如,在进行老年护理实践教学的过程中,需要训练学生的注射技术,就可以利用学校已经采购的虚拟设备和智能模型人进行具体的实践。如此一来不仅可以让学生反复的练习注射技术,还有效地节省了老年护理的教学成本,呈现出了更好的教学效果。这些高新技术可以为学生创设一个真实的模拟世界,使学生在这个模拟世界中积极的练习各种职业技能,充分的强化了学生学习积极性。

结束语:

综上所述,目前我国正在不断的推进“1+X”证书制度,给高职院校护理专业老年护理教学带来了很大的发展机遇,同时也带来了一些挑战。高职院校护理专业老年护理教学必须进行改革,才可以更好地跟上“1+X”证书制度的要求。高职院校护理专业老年护理必须认识到教学过程中存在的不足,如此才可以采取针对性的措施进行老年护理教学改革。高职院校护理专业在进行老年护理教学改革可以采取以下措施:“1+X”证书制度与教学内容的有效衔接与融合;强化校企合作,实现产教融合;建立双师型教师团队,提高实践教学效率;创建多元化的实践教学体系,给学生提供

以上的名词和术语均来自人体解剖学。该课程是研究人体各器官系统的正常形态结构、位置毗邻、生长发育规律及其基本功能的形态科学,通过正常人体结构的学习,一方面牢固而熟练的掌握人体解剖的基本内容和基本技能,正确使用解剖术语,另一方面培养自学、观察、综合判断、思维表达以及分析问题和解决问题的能力。通过本课程的学习,学生的任务在于理解和掌握人体各器官的正常形态结构特征、位置、毗邻、生长发育规律及其功能意义,为学习其他基础医学和临床医学课程奠定必要的基础。

参考文献:

- [1]庄莹,成秀梅,吴隼松,樊伟平. 正常人体结构与功能网络课程建设探索与完善[J]. 山西青年,2022,(02):13-15.
- [2]杨丽. 高职高专护理专业《正常人体结构》实验教学改革探索[J]. 解剖学研究,2015,37(04):344-346.
- [3]袁婕.“BOPPPS+云班课”模式在高职正常人体结构教学中的应用[J]. 现代职业教育,2020,(28):24-25.
- [4]张冬华. 云班课在正常人体结构实验教学中的应用[J]. 卫生职业教育,2020,38(03):95-96.
- [5]萨仁高娃,陈成林,隋哲峰. 信息化背景下的高职护理专业正常人体结构课程教学研究[J]. 职业,2020,(01):64-65.
- [6]陈跃祥. 高职护理专业正常人体结构新课导入方法探讨[J]. 名医,2019,(06):289.

更多的实践机会等等,如此才可以培养出更多高素质、专业能力较强的复合型人才,更好的推进高职院校护理专业老年护理的发展。

参考文献:

- [1]陈艳秋.基于 1+X 证书制度高职老年护理专业人才培养模式探索[J].中国中医药现代远程教育, 2022,20(08):190-191.
 - [2]徐涛.1+X 证书视角下高职护理专业失智老年照护实践教学研究[J]. 产业与科技论坛, 2022, 21(05):119-120.
 - [3]梅萍萍.“1+X”证书制度下高职护理专业老年护理方向教学改革[J]. 中华护理教育, 2022, 19(01):28-32.
 - [4]牛杰, 南桂英, 才晓茹.1+X 证书制度下高职护理专业人才培养模式的探索与实践[J].中国实用护理杂志, 2021, 37(26):2053-2057.
 - [5]罗金桃.“1+X”证书制度下高职护理专业“课证融通”的课程体系探究[J].教育观察, 2021, 10(26):53-56.
 - [6]高正春, 张扬, 李娟.基于“1+X”证书制度的高职护理专业老年照护课程体系的构建[J].护理研究, 2021, 35(03):506-510.
 - [7]张晓念, 王丽娟.1+X 证书制度下的老年照护教学改革探索——以高职护理专业为例[J].现代职业教育, 2020(08):194-195.
- 课题项目:内蒙古自治区教育厅十四五规划课题(NZJGH2021152) 项目名称:“1+X 证书”制度实施的区域与院校案例研究

浅谈基础医学实验教学的现状及改进方向

周德江 邝惠莹

新乡医学院三全学院，生物与基础医学实验教学中心 河南新乡 453000

摘要:课程和人才培养模式创新是现阶段改革传统高等教育模式的重要途径,特别是在目前新冠肺炎疫情的背景下进行传统教育模式的改革尤为重要。医学是一门理论性和实用性比较强的学科,基础医学是医学知识体系的根基。医学高等院校的实验室不仅是办学水平的重要指标,更是实现理论转化实践技能的重要基地,通过对基础医学实验教学的改革,可以更好的调动学生实验操作的积极性,促进人才向实用性转化。本文通过分析基础医学实验教学的现状以及存在的弊端,研究基础医学在实验室教学方面的调整。

关键词:基础医学;实验教学;教学管理;人才培养

随着高等教育改革的推进,为高校教学模式带来希望和机遇的同时也带来了许多挑战,在新冠肺炎疫情的背景下,广大医护工作者的光辉形象深入人心,如何培养优秀的实用性人才是每个医学院校需要思考和解决的问题。基础医学是医学生知识体系的根基,实验室是实现理论转化实践技能的重要基地,高校如何对实验教学进行改革,提高实验室的利用率注重实用性创新性人才培养,是目前需要解决的问题,医学实验教学更应该注重该领域的探索。

一、基础医学实验教学现状

(一)注重理论和技能知识的讲解,缺乏课程思政

近年来,随着社会经济的发展,对人才需求的提升,高校的教育改革在不断的深化。尤其是党的十八大以来,习近平总书记不断强调大学生思想政治教育,课程思政成为近些年来教学改革的热点。改变传统的教学模式,在进行理论知识讲解的同时,注重学生思想政治教学,培养学生在学习过程中的实践能力,深化思政课程内涵,重视学生的全面发展。但目前,在实验课程中,针对性的融入思想政治教育的研究比较少。医学课程教学任务繁重,但医学关乎生命,时刻体现以人民为中心的职业理念,更应加强课堂思政建设,因此,如何将立德树人的教育观念在教学过程中内化,特别是在如何运用于基础医学实验教学中,是现阶段医学高校实验教师应该不断思考和探索的。

(二)教学体系单一,不能满足培养学生要求

传统的基础医学实验课程更注重教授专业知识,以学生被动记忆知识点为主要的教学模式,在教学与实践之间缺乏培养学生独立思考解决问题的能力,同时基础医学实验教学课程也缺乏学科之间的融合,在基础知识和专业能力培养之间有所脱节,学习内容与实践应用之间脱节、教学手段与教学形式有所脱节,学生不能把现阶段所学知识未来的职业规划相关联。这样学生只是枯燥的学习知识而缺乏学习的动力,学习效率低下。教学方法的单一性使得学生在科学素养、综合能力、创新精神等方面得不到较好的体现,不能满足社会对医学高端创新人才的期望。在现在的高校评估体系中,许多医学院校都普遍重科学研究,轻教学。医学教学人员更多是学习医学出身,缺乏专业师范院校培养,教学手段相对单一对教学方法

和学习模式了解程度不够,主动性不强。

(三)评估机制需要提升,对课堂实验教学的效果关注不够

随着教学改革不断推进,越来越多的高校开始重视实验教学过程中的评估对学生的作用,增加了形成性评价及过程中评分等。但在实际应用中,部分教师对形成性评价作用没有充分理解,认为结果只是学生期末成绩的一部分,忽视了课程评估能有效地促进了学生的自主学习的能力,同时忽略了实验课堂教学的课程评估结果以及对学生学习过程中的指导作用。另一方面,评价过程中所实施的方法是单一的,打分人员主观性较强,不够规范和严格,只关注实验结果而忽略实验过程中操作手法、操作步骤是否严谨,医学关乎生命是一门非常严谨的学科,重结果忽视过程不利于医学生职业发展,如在手术过程中不能只关注手术结果而忽略手术过程中的无菌操作一样。

(四)整合程度有待完善,理论与实验融合程度低

基础医学理论讲授与实验教学整合程度有待进一步完善。目前医学类教学大多是以学科为中心的传统教学模式,实验教学是对理论学习的进一步深化和验证,但实验教学与培养职业技能衔接不紧密。在实验的过程中只是讲授或验证了一门课程的知识点,不能将课程之间的知识点融合,这对培养学生综合医学思维能力不利。在基础医学实验教学中采用小班授课的方式进行教学,缺乏对问题的讨论,应逐步进行小组化,加强团队协作意识,强调理论与实践的联系,进一步加强基础知识和基础技能的提升,为学习临床课程打下基础的同时进一步提高未来个人职业的竞争力。

二、建立科学规范实验室管理体系

(一)规范实验教学管理的重要性

为提高基础医学实验教学质量应充分认识到规范实验教学管理的重要性。应加强实验教学管理和规范实验教学要求,制定一系列的科学管理方法,涉及实验教学过程的每个部分,如实验课程计划、实验材料、实验计划和教学质量控制标准等。要求实验室按照教师的教学计划完成实验教学任务,实现高度的开课率。实验室应根据学科发展和专业化需要建立、及时更新实验材料、修改实验课程和教学质量控制标准。实验室教师应进行预试讲制度,并附有测试记录。实验教学工作人员应充分准备教学课件,

按照课前制定的教学计划,完成教学任务,鼓励实验教师积极开展实验教学改革,注重实验的更新教学内容、方法和手段,同时应充分应用现代多媒体技术实现远程授课能力,这点在当前疫情背景下尤为重要。实验课后应成科学合理的实验报告,报告内容突出真实性、客观性,强调对实验过程的总结及对实验结果的分析。基础医学实验教学管理规范有助于教师提高教学质量学生提高学习效果,通过实践的方式深化理论知识,激发学生学习兴趣,为临床学科的学习打下坚实基础。

(二) 充分发挥学生主观能动性

学生作为实验参与人员的主体部分,其学习的主观能动性是实验室教学质量能否得到较好评价的先决条件之一。实验教学要高质量完成既定目标,就不能缺少学生的参与和回应。现阶段,由于医学院校招生规模的扩大和社会对于高素质医学人才的要求不断提高,毕业生面临着:医院就业门槛高,就业压力大等现实情况。很多在校学生为了缓解就业压力选择继续学习深造,致使出现了学生重理论知识而轻实践操作的普遍现象。尤其是部分从踏入大学阶段就怀抱考研之心的医学生,他们对基础医学实验操作的学习兴致极低,甚至将基础医学学习过程当做例行形式,导致实验课程失去了其本身的重要价值。因此,进行实验室教学就需要改变学生原本被动学习的习惯。比如:可以通过定期的小组会议,通过做报告讨论,与学生不定期交流实验进展,建立学生咨询文档,实现实验研究。与此同时,学生被鼓励参与各种学术生活运动,拓宽了视野,从而增加了学生研究的热情,唤起了学生对学习的激情。以这种方式,不知不觉中将学生学习从被动学习转向主动,有意识地努力对实验主题进行研究,为日后进行实验研究打下坚实基础。在实验教学中每两周举行一次小组研讨会,鼓励学生进行研究性学习,并为在学业上取得成功的学生提供学术援助,从而激发了学生的研究热情。此外,实验课本身的特点具有良好的互动性、实操性以及创造性,正式基于此特点,实验课非常适合开展线上线下教学融合。最初,由于疫情的爆发,广大线上教学的开展可以说是“被迫营业”,学生和授课教师多少会不适应。现阶段,可以初步尝试“线上线下相结合”的实验课模式。根据目前的调查况况,绝大部分开展此教学改革的教师均表示授课效率得到明显提高。

(三) 规范实验室管理提升学生的综合素质

标准化和强有力的规章制度,在实验室建设管理中发挥重要的作用。严格规范的规章制度有助于培养实验操作人员的严谨性也有助于实验室安全。同时实验室教学管理要强调以人为本观念在教学中的独特性。医学实验有异于其他学科实验具有独特性,尤其涉及伦理方面,在实验教学中应将课堂思政融入其中,如我们实验室就开展了向大体老师致敬和爱护实验动物的一系列活动,着重培养学生“医者仁心”的思想,和国家倡导的“以人民为中心”的思想联系起来,丰富课堂思政内容。为党、为国家培养思想过硬的优秀人才。医学实验复杂,学生很少能单独完成一系列实验。因此,提高学生的团队意识,加强团队合作这对实验科学教学来说是非常重要的。学生在实验过程中通过相互交流、合作和帮助的方式彼此促进,这有

利于实验研究。严格的规章制度有利于学生早期融入实验室生活,并更快地更规范掌握实验技能,为实验室建立积极和谐环境,形成独特的实验室精神可与实验室的管理建设相互促进,更促进人才培养。学生进行分工的形式合作,增强学生的团队意识,每个人负责实验过程中的一个部分,保持大局理念,使实验合理有序进行。同时团队合作也有助于学生之间沟通交流,锻炼自己的沟通能力,从而提高学生的整体素质。

三、转变实验教师教学观念提升实验技术能力

目前,中国大学生的数量正在增加,每个教师面对的学生不再是之前的少数。实验室教师上课就是一项大的工程,没有时间为学生制定个性化的实验题目。虽然现阶段推广的“小班班主任”“责任导师”等制度,这些在一定层面上增加了教师与学生沟通的机会,但大部分还只是停留在表面。另外教师也有科研任务,无法在学生身上投入太多的精力,对学生来说,这是一种“放羊”方式的教学。对此学校要加强师资投入,教师也必须改变教学的内在观念,关注实验教学人数,进行精英教育,教师有足够的时间与学生交流,实时了解学生的实验进展,提高学生实验的效率。以高度的责任感对待学生,从侧面也激发了学生对课题研究的热情。在我国,重理论和轻实践的传统教学观念依然存在。因此,在实验室教学中对技术定位比较低,教师教学缺乏动力,这些问题直接关系到实验室教学的改进。强调技术对实验室工作的重要性,提高实验教学人员的待遇,为实验室的技术人员提供更多学习和掌握先进的科学研究技术机会。同时,高校需要逐渐完善实验室研究人员的职称晋升机制,使其在完成实验研究之后能得到合理的报酬,激发研究的动力,创造更好的研究成果。通过这些方式充分调动实验室工作人员对医学研究的积极性,提高自己的技术能力和实验教学水平,从而能更好指导学生进行实验,提升教学质量。

四、整合各实验室教学资源

随着科学研究水平的提高,实验室教学对仪器设备的依赖越来越高,许多实验需要更多仪器支持才能更好地工作。近年来,各高校实验室购买了大量的实验室设备,但这些仪器和设备如何更有效的利用也是需要解决的问题。大型仪器和设备的管理分配不均衡也易造成财政和人力资源的浪费。与此同时,个别实验室采购大型实验室仪器和设备作为私有所有权,对其他实验室学生使用设备采取限制性条件,不利于实验的顺利进行。因此,整合各实验室的资源有利于实验的顺利运行,应建立开放式实验室,全校集中管理型仪器,进行专业培训管理人员、操作人员,有利于仪器和设备的使用和维护管理,促进学生实验的技术的发展。同时,避免重复购买用途相近的实验仪器,为实验室、学校、国家省钱,也为学生建立更好、更有针对性的实验室提供了有利的条件,整合实验室教学资源不仅保证资源的合理利用,更能帮助学生快速进行有效的实验研究。

结束语

随着进一步改革开放和科研体制改革,国家重视科研,大学越来越重视研究能力,高水平的实验室能培养高素质人才,提供高水平的研究成果。

(下转第 189 页)

中小型血站血液检验实验室的质量控制及管理

王耀瑛 庞向军 彭晓帝 李宏婷

迪庆藏族自治州中心血站 检验科 674400

摘要：目的：探讨中小型血站血液检验实验室的质量控制及管理措施。方法：随机抽取2018年6-12月份期间血液样本1000份，将其设为对照组并予以常规质量控制，随机抽取2019年6-12月份期间血液样本1000份，将其设为观察组并予以优化质量控制，比较两组应用效果。结果：观察组血液标本不合格率为2.5%，检验结果异常率为2.8%；对照组血液标本不合格率为4.8%，检验结果异常率为5.0%，组间数据进行统计对比差异显著（ $p < 0.05$ ），均具有统计学意义。结论：中小型血站血液检验实验室优化质量控制和管理，可将血液检测合格率提升。只有质量得到了提升，才能为临床安全用血提供保障。

关键词：中小型血站；血液检验；实验室；质量控制；管理

确保人体机能环境平衡的主要组织为血液，有助于新陈代谢，血液成分发生生理改变会影响身体组织器官，为此血站血液实验室质量控制具有重要意义，而血站血液检验主要问题为供血安全^[1]。因为临床血液均源自血站，在进行检验过程中需要确定质量控制有关内容，优化血液检验实验室质量控制和管理能够将血液检测安全性提升，确保其有效性。此次研究以血液样本1000份为研究对象，将其分组后对比不同组别的检验结果，以探究中小型血站血液检验实验室的质量控制及管理措施。现在对其内容进行如下分析与探讨：

1 资料和方法

1.1 一般资料

随机抽取2018年6-12月份期间血液样本1000份，将其设为对照组并予以常规质量控制，男性样本600例，女性样本400例，年龄18-55岁，平均年龄为（35.1±4.6）岁；随机抽取2019年6-12月份期间血液样本1000份，将其设为观察组并予以优化质量控制，男性样本650例，女性样本350例，年龄18-55岁，平均年龄为（36.2±4.8）岁，观察组与对照组各项基线资料进行比较，经统计分析后并无统计学意义（ $p > 0.05$ ），可将其用于组间比较。

1.2 方法

对照组予以常规质量控制，观察组予以优化质量控制，内容如下：①创建完善管理体系，按照ISO质量体系要求积极推行血站质量管理体系认证或实验室认可。②对于血液检验人员予以相关业务培训，使其充分了解到血液检验中质量控制的意义以及目的，对风险事件进行规避。③充分落实血站血液检测全过程标本质量控制相关工作，对样本留取、抗凝、混匀、离心、样本有效时间等进行严格检查确认。④加强试剂及物料管理，试剂与材料的生产商和供应商应具有国家法律、法规所规定的相应资质。应要求试剂供应商提供冷链运输，试剂投入使用前还需进行试剂确认、程序检查，及室温平衡工作。⑤充分落实血站血液检测设备质量控制相关工作，对设备状态、电力供应、检测程序及参数设置等进行严格检查确认，以免设备出现异常影响检验结果。⑥确定检验报告规范性，检测过程中创建数据记录模板，记录实验室的温度以及湿度等有关参数，对检验方案完善，确定控制内容，并安全保存有关信息。

1.3 评估指标^[2]

比较观察组以及对对照组血液标本不合格情况，其中包含溶血、凝血、血量少及条码不识别；同时对比观察和对照两组检查结果异常率，其中包含操作异常、环境异常以及设备异常。

1.4 统计学分析

应用SPSS 21.0统计分析软件分析数据，计数资料采用n%表示，组间差异采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。 $P > 0.05$ 为差异不具有统计学意义。

2 结果

2.1 血液标本不合格

观察组1000份标本中9份出现溶血，6份出现凝血，6份血量少，4份条码不识别，不合格率为2.5%，对照组1000份标本中16份出现溶血，13份出现凝血，12份血量少，7份条码不识别，不合格率为4.8%，对比组间数据 $\chi^2 = 4.964$ ， $P = 0.025$ ，具有统计学意义。

2.2 检验结果异常

观察组1000份标本中10份操作不当，5份环境异常，13份设备异常，异常率为2.8%，对照组1000份标本中18份操作不当，8份环境异常，24份设备异常，异常率为5%，对比组间数据 $\chi^2 = 4.547$ ， $P = 0.030$ ，具有统计学意义。

3 讨论

血站工作过程中完善血液检验工作，能够将血液检验整体质量提升。主要影响血液检验的因素为人员、操作、设备、以及环境，如果未进行有效控制会降低血液检测质量，提升检测风险^[3]。实验室质量控制过程中有关血样检测要按照实验室标准操作，采集和运输样本时需要避免运输时产生溶血或者抗凝，提升检测质量，在血液管理和交接时，工作人员需要详细记录并签字^[4-5]。将工作责任落实到个人，进而将实验室质量控制提升。创建培训机制进行人才培养，将检测人员自身水平以及素养强化，同时提升工作人员风险防范水平，以免出现不良事件。检验人员应该依据专业养护和维护标准检查设备仪器，专业检验和分析故障后维护设备，确保设备处于正常运行状态，以免环境和设备等因素影响检验结果^[6-7]。

从研究结果来看，观察组质量不合格率和结果异常率低至2.5%和

2.8%，与对照组的 4.8%和 5.0%，比较差异有统计学意义 ($p<0.05$)，说明优化血站血液检验质量控制，完善血液检验管理，能够将血液标本不合格发生率和结果异常率显著降低，从而提升整体检验质量。当今，我国血站实验室血液检验存在很多问题。第一，管理体系不完善。据调查，当前很多中小型血站实验室还存在缺乏必要的管理制度文件和标准操作规程 (SOP) 或实验室 SOP 内容不完整等情况，按照质量体系要求，质量管理体系开始在一些血站推行，极大地促进了血站的规范化管理，深入落实质量控制管理要求并应持续改进质量管理体系，这是现阶段我国中小型血站急需解决的重要问题；第二，血液标本质量问题。献血者的状态、饮食对检测结果的影响；标本采集、留样过程中发生张冠李戴现象；标本运输和储存条件直接影响标本的质量。主要表现在外出单位采血或街头流动车采血时，理论知识，熟练掌握操作技能，以更好地适应血液检验的需求。实施职工培训和继续教育是实验室管理层的责任，职工有获得培训和继续教育的权利。实验室管标本在室外储存、运输时间过长影响标本质量。第三，检验仪器设备的管理问题。近年来，检验工作对仪器设备的依赖越来越大，传统的人工操作检验模式有逐渐被自动化、智能化的检验技术设备所代替的趋势。仪器设备已是实验室重要组成部分，仪器设备管理已成为实验室质量管理的重要内容。当前血站都非常重视血站硬件建设，但却忽视了对各项仪器设备的管理，这种情况下为一系列问题的发生埋下了伏笔；第四，实验结果的原始记录问题。实验室缺少规范的实验过程记录或记录内容不能反映实验操作过程，实验原始结果记录不规范、内容不完整，实验室的记录表格不规范、表达不准确、不清晰明了；资料保存安全性差，实验室检验结果原始记录随意存放在科室柜台、抽屉内，没有归入档案室存档。第五，质量控制问题。很多实验室为了得到好的室内质评成绩，采用专人负责考评样品检测，实验室之间存在相互核对结果，这就失去室内质量评价的意义；同时应重视平时的室内质控，防止使用过期的质控物、对不同批号的质控物进行混合使用、质控物反复地解冻导致失控，并应选择适合自身实验室相适应的质控规则。同时出现失控时，应避免采用随机抽样方法抽取部分样本实施再次检验，如果结果符合，则为有效，这种质控处理方式的缺陷很明显，最为直接的缺陷就是会导致一些标本漏检，把存在问题的标本当成是正常的样本^[8]。第六、实验室生物安全防护不足。部分中小型实验室缺乏准入制度，缺乏生物安全制度，室内布局不合理，没有设置清洁区、半污染区和污染区、缺乏安全防护装置，实验室人员缺乏实验室事故处理和紧急处理的知识等。血液检验操作需要在血站检验实验室中完成，检验实验室是初步筛查艾滋病的地方，因此安全防护尤为重要^[9]。血站检验科实验室属艾滋病初筛实验室，应参照二级生物安全防护实验室的管理。就中小型血站血液实验室而言，应该积极面对当前工作中存在的问题，加强对具体管理、控制措施的探索，从而全面提升实验室管理与质量控制。第一、加强检测人员的素质建设。在现代医学的不断发展之下，血液检验人员必须具备扎实的理层应对职工培训和继续教育制订培训计划，编制程序文件，按程序规定实施职工培训和继续教育。为保证培训的有效性，还应建立各级各类人员定期考核评估制度。第二、做好质量记录。在血液质量管理工作中，文件记录是非常重要的一项内容，应该引起人们

的关注与重视。随着我国公民法治意识的增强，输血感染纠纷被诉诸法院寻求法律途径解决的民事案件日趋增多。针对医疗诉讼中的“举证责任倒置”原则，血站的血液采集、加工、检测过程记录和血液检测结果记录已成为医疗纠纷的法律文书。实验室除严格执行各项规章制度和操作规程外，还应做好实验过程和结果记录，这是我们自我保护以及有效避免医疗纠纷的一项有力措施。第三、重视标本质量管理。在对样本进行采集、存储与运输的过程中，要做到无污染、无渗漏、无溶血，如果不能及时送检，应及时冷藏保存，将温度控制在 2~6℃，存储的时间应控制在 2d 以内。对于不抗凝的样本，要注意避免假阳性事件发生，对于已经检验完成的样本，要做好储存及消毒处理工作；第四、加强质量控制管理。做好日常检测室内质控并以平常心态参加室间质评，敢于面对实验室的真实检测水平。发现质量失控后，应组织全员及时仔细分析原因并做纠正，根据实际情况确定是否需要再次进行实验，并将情况详细记录在失控处理登记表上。月末血站实验室还要评价当月累计的数据和质量控制数据，分析假在控和假失控发生的可能性。第五、完善质量管控体系。在质量管理工作中，应该坚持预防为主，在前馈控制的原则基础上，在各环节设计中以规范化程序对工作人员进行指导，严格遵照相关法规制度，对每项工作情况进行控制，并且完善工作记录，这样各项工作都能做到有据可查，从而防患于未然。

血液检验包括三个阶段，分别是检验前的准备阶段，检验阶段，和检验后的核查阶段，在质量管理过程中，只有做好每个阶段的操作规范化，严格按照标准要求把控流程，才能保障质量。把控好血站血液检验三阶段我们应注意以下问题：①人员。人是整个质量体系中最为关键的因素，做好的人的培训，就把握住质量管理体系中的关键。自 2006 年以来依据 ISO9000 标准中质量管理的八大要素^[10]。在血液检验过程中，所有参与人员都要做到持证上岗，定期参加专业知识的相关培训和教育活动，并且做好血液检验先进技术的学习，就工作中遇到的问题进行讨论，并且提出有效的解决方法；②血样。在血液检验环节中，由于标本管理对于血液检验质量有着决策性影响。通常来说，在血站管理过程中血液标本的采集涉及多个环节，因此有效执行血液交接工作也是有效控制标本质量的主要手段。为了进一步提高标本管理水平，有关工作人员应当完善有关管理制度，针对各个环节制定管理程序，保障标本送检、运送采集、处理等环节的准确无误，通过责任划分提高标本质量管理水平^[11]。③环境。在血液检验工作中，不论是实验室建设还是使用标准，都要与二级生物安全实验室标准要求相符，确保实验室内部的温湿度、细菌、照明、通风以及噪声等都要达标，避免以上因素的存在对检测结果带来不良影响；④仪器。实验室内所有在用的仪器都应建立档案并要定期做好程序检查备份及维护，对于发生故障的仪器设备，要及时对故障进行处理，并且分析故障发生的原因，确保仪器设备处在最佳状态，并且定期将其送有检定资质的机构实施校验；⑤物料。包括试剂以及各种原辅材料，物料不仅要求有进货验收、抽检过程以及结论，还要有试剂批检报告、科室试剂确认记录，还要经常对物料存储环境是否与标准要求相符进行检查，检查物料使用是否已登记，明确使用时的有关注意事项等；⑥报告。提高检验报告质量管理水平是血

液检验工作中不可忽视的一个环节。在血液检验结束时, 判别与分析血液检测结果十分重要, 因此该环节应当由接受过专业训练的、具备一定工作经验的人员执行, 同时, 报告检验人员应当在保障血液质量审核无误的情况下方能签字公布报告。血液质量的检验与核查, 主要是对试剂、设备、环境、标本等进行回顾性分析, 以此确保检测结果的可靠性及其有效性^[12]。人员、仪器、物料、环境、标本等因素均影响着实验室检验结果的准确性, 也是造成漏检、误检的直接原因所在。只有满足上述标准要求, 才能达到预期的质量控制目标, 才能提升检验结果的准确性。

综上, 血站实验室是检验血液标本, 为用血者提供安全健康血液的一个重要部门。实验室检验结果是否准确与患者临床用血安全存在直接关联。可以说, 血液质量是血液检验室工作的生命线, 在血液检验工作中, 质量控制管理的实施是确保血液安全至关重要的一个环节, 血站工作者应深刻认识到这项工作的长期性, 并且在实际操作中做到有针对性、持续性的质量管理, 优化以及完善血液检验实验室质量管理体系, 构建一套完善的质量体系, 以提高血液检验质量, 从而保障临床用血的安全性, 有效减少相关事故的发生。

参考文献:

- [1]郭永翠.血站血液检验实验室质量控制方法的探究[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(90):166+168.
- [2]史艳辉,高明伟.血站血液检验实验室质量控制对策分析[J].临床合理用药杂志,2019,12(29):158-159.

(上接第 186 页)

对于医学生来说基础医学在医学知识体系中占有重要地位, 作为研究人类生理和病理现象性质和规律的自然科学, 好的实验室需要有规范的教学管理制度, 重视人性化管理。基础医学实验室教学管理重在激发学生学习的主动性调动学生操作的积极性有利于实验教学和人才培养。良好的实验室教学管理有助于学生提高独立分析问题的能力, 养成拥有自我管理的好习惯, 同时也是培养具有创新型意识人才的重要措施。总之, 实验室教学应改变传统的教学观点, 将学生作为教学主体开展课堂思政, 充分发挥学生在基础医学实验学习中的积极性, 通过创造轻松自由的教学环境, 使得学生更好的融入到基础医学实验教学过程, 理论联系实践, 为我国医学发展做出重要的贡献, 为高质量的医学研究提供条件, 进而培养更多医学人才。

参考文献:

- [1]徐涛,陈小江,王佩,刘娟.基础医学教育的立体化教学改革探讨[J].基础医学教育,2020,22(10):767-769.
- [2]朱亮,孙国超,管又飞.基础医学阶段系统整合教学改革在医学教育中的作用[J].生理学报,2020,72(06):699-706.
- [3]林兴,韦锦斌,黄建春,黄仁彬.基础医学实验室开放模式的探讨[J].

[3]邱娜.刍议血站血液检验实验室质量控制管理的优化[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(82):203+287.

[4]杨素英.血站血液检验实验室质量控制方法的探究[J].中国医药指南,2018,16(27):289-290.

[5]黄五平,李江.优化血站血液检验实验质量控制管理的策略研究[J].实用妇科内分泌杂志(电子版),2017,4(26):59+62.

[6]谯兴强.基层医院临床血液标本检验不合格的原因分析与应对策略[J].中国医药指南,2020,18(25):71-72.

[7]徐荣梅,李素莲,徐琴,苏梅,简云霞.探讨标准作业程序在血液检验样本分析前管理中的应用[J].中国卫生产业,2019,16(25):163-164.

[8]程路玲,汪邦山,卫明珠,林正明.输血检验流程的质量控制对输血安全改进的探究[J].中国卫生产业,2017,14(33):45-46.

[9]徐巧叶,徐雅萍.根本原因分析法配合精细化管理在血液样本检验全程质量控制管理中的应用[J].中医药管理杂志,2018,26(14):147-150.

[10]刘海田.血液制品采集检测技术标准及质量控制实践全书[M].第3卷.北京:中软电子出版社 2003.

[11]辛本勤,董艳.血站检验科关键控制点质量管理的探讨.中国卫生产业,2016,06(05):321-324

[12]谭军.探讨质量管理在血站检验科关键环节的作用.中国卫生产业,2014,08(25):152-155.

教育教学论坛,2014(14):245-246.

[4]张英展,周应毕,刘斌.浅谈基础医学实验室人性化教学管理[J].中国民族民间医药,2013,22(15):44+46.

[5]徐立兴.论高职院校基础医学实验室的建设与管理[J].现代商贸工业,2012,24(05):149.

[6]李小亚,刘文和.高校医学实验室管理初探[J].临床医药实践,2009,18(14):1659-1661.

[7]郑梅.基础医学实验室规范化管理的探索与实践[J].西北医学教育,2007(02):266-267.

[8]郭跃伟.我校基础医学课程实验教学改革及成效[J].医学教育探索,2006(10):925-926.

[9]刘宇,张星,陈健康,刘利兵.基础医学教学实验室的建设与管理[J].山西医科大学学报(基础医学教育版),2004,6(05):522-524.

[10]郭巧云,王丽,龚子珊,赵春歌.病原生物学实验课线上线下融合式教学模式的构建研究[J].继续医学教育,2022,36(02):29-32.

作者简介:周德江(1988.5-)男,汉族,河南商丘人,硕士,新乡医学院三全学院,助理实验师,研究方向:基础医学。

CT 对肠梗阻的诊断和临床应用价值分析

么秀明

唐山市截瘫疗养院 河北唐山 063000

摘要：目的：探究 CT 对肠梗阻的诊断及临床应用价值。方法：研究时间为 2021 年 1 月—2021 年 12 月，研究对象为此期间在我院就诊的已确诊的 60 例肠梗阻患者。入组患者均需接受腹部 X 线片及 CT 方式对疾病进行诊断，对两种诊断方式相关情况进行比较。结果：CT 检出率为 95.00%（57/60），高于 X 线片检出率 83.33%（50/60），存在统计学意义（ $P<0.05$ ， $\chi^2=4.227$ ）。CT 对肠梗阻位置、肠梗阻形成原因判断的准确率分别为 90.00%（54/60）/83.33%（53/60），X 线片同指标准确率分别为 73.33%（44/60）、68.33%（41/60），均低于 CT 检查方式，存在统计学意义（ $P<0.05$ ， $\chi^2=5.566/7.070$ ）。本次研究中，肿瘤性梗阻患者共计 24 例，绞窄性肠梗阻患者共计 16 例。CT 在肿瘤性梗阻及绞窄性肠梗阻的成因判断方面准确率分别为 87.50%（21/24）、87.50%（14/16），同指标下 X 线片准确率分别为 58.33%（14/24）、50.00%（8/16），均为后者低于前者，存在统计学差异（ $P<0.05$ ， $\chi^2=5.169/5.236$ ）。结论：在肠梗阻的临床诊断中，CT 方式的准确率更高，与常规 X 线片方式相比，对梗阻位置、梗阻成因等诊断更加准确，可以为后续治疗提供更加有效的参考依据。

关键词：肠梗阻；CT 诊断；腹部 X 线片；应用价值

肠梗阻是临床外科中，比较常见的一种急腹症。对于该疾病患者来说进行早阶段诊治，特别是进行绞窄性肠梗阻检查，是进行肠梗阻的最佳治疗方式。肠梗阻大多是因患者存在肠腔机械性堵塞或物理型堵塞情况，而引发的一种疾病。以往，临床中常采用腹部 X 线片平道的方式对患者进行相关检查与诊断^[1]。但长期临床实践发现，存在较高漏诊、误诊的情况，使得患者最佳治疗时间被耽误^[2]。而且，该方式无法对患者的肠梗阻类型、患病原因等进行较为明确的判定。因此，临床中需要寻找一种更加有效的方式对患者进行疾病的诊断。随着 CT 技术不断发展，逐渐在肠梗阻诊断中应用。尤其是多层螺旋 CT 的使用，为肠梗阻诊断提供了更加便利的条件。本文主要针对 CT 诊断肠梗阻及其临床应用价值进行分析。具体情况汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究时间：2021.01.01-2021.12.31；研究对象：肠梗阻确诊患者；纳入

例数：60 例；检查方式：CT/腹部 X 线片。详细录入入组患者一般资料，保证信息无误，具体如下表 1：

表 1 患者基本信息

例数	性别		年龄（平均年龄） （岁）	临床症状		
	男	女		恶心 呕吐	腹痛 腹胀	停止 排气 排便
60	33	27	40~75（60.14±4.68）	18	23	19

本研究已经过我院伦理委员会批准。

患者与其家属均为自愿参加，在了解本次研究内容后，进行知情同意书签署。

1.2 方法

入组 60 例患者均需接受 CT 与腹部 X 线片扫描，具体方式如表 2：

表 2 两种诊断方式

诊断方式	具体方法	影像表现
螺旋 CT 检查 型号：SIEMENS	层厚：5.0mm，进行全腹部扫描； 范围：膈顶部-耻骨； 螺距：1.352:1。 增强扫描：部分患者； 造影剂：碘海醇； 速率：3.0-4.5ml/s； 剂量：70-110ml。 完成后，重新设置参数（层距：0.5mm；层厚 0.65mm）对薄层进行重建处理，并将扫描结果传送至 CT 工作站内，检查结果的分析应由经验丰富的医生进行。	（1）小肠梗阻，内径>2-5cm，表现为小肠扩大； 结肠梗阻，内径>5cm，表现为结肠扩大。 （2）肿瘤型肠梗阻：肠壁增厚不均匀，或梗阻处存在组织肿块。 （3）胆石性肠梗阻：胆道积气、肠袢扩大液积气、肠管中钙化胆石较少。

腹部 X 线片	检查前，患者需接受减压操作。	(1) 站立位，患者腹部平片存在肠袢积气，充气后，空肠黏膜表现出“鱼骨刺型”状况，结肠存在结肠袋。
	体位：站立后前位、仰卧前后位；	(2) 小肠全面梗阻，结肠位置无法发现。
	接受腹部 X 线片检查；	(3) 左侧结肠梗阻，右侧结肠出现充气情况。
	部分患者可在侧卧位下进行水平 X 线片检查。	
	检查结果的分析应由经验丰富的医生进行。	

1.3 观察指标

将手术后结果作为诊断标准，入组 60 例患者均为肠梗阻患者，对多层螺旋 CT 与腹部 X 线片的检出率进行比较。

观察 X 线片与 CT 检查结果，包括肠梗阻位置、肠梗阻原因进行判定，比较其准确率。

比较两种监测方式对肿瘤性梗阻原因及绞窄性肠梗阻患者的判断情况。

1.4 统计学分析

研究中相关数据，均需通过 SPSS24.0 进行统计学处理。计数资料以[n(%)]表示，行 χ^2 检验。设定标准为 $P=0.05$ ，若有 $P<0.05$ ，表明比较存在统计学意义；反之，则无。

2 结果

2.1 两种方式检出率对比

X 线片检出率为 83.33%，CT 检查检出率为 95.00%，前者低于后者，有明显差异， $P<0.05$ ，存在统计学意义，详细如表 3：

表 3 两种检测方式检出率对比[n(%)]

检查方式	例数	检出例数	未检出例数	检出率
X 线片	60	50 (83.33)	10 (16.67)	50 (83.33)
CT 检查	60	57 (95.00)	3 (5.00)	57 (95.00)
χ^2	-	-	-	4.227
P	-	-	-	0.040

2.2 两种检测方法对肠梗阻的判断情况

在对肠梗阻的位置判断，以及对肠梗阻原因的判断方面，CT 准确率分别为 90.00%、88.33%，X 线片准确率分别为 73.33%、68.33%，均为前者高于后者， $P<0.05$ ，组间差异较大，存在统计学意义，详细如表 4：

表 4 两种检测方式对肠梗阻判断情况对比[n(%)]

检查方式	例数	肠梗阻位置	肠梗阻原因
X 线片	60	44 (73.33)	41 (68.33)
CT 检查	60	54 (90.00)	53 (88.33)
χ^2	-	5.566	7.070
P	-	0.018	0.008

2.3 两种检测方式对不同成因肠梗阻的判断

本次研究中，肿瘤性梗阻患者共计 24 例，绞窄性肠梗阻患者共计 16 例。

在对肿瘤性梗阻及绞窄性肠梗阻的成因判断方面，CT 准确率分别为

87.50%、87.50%，X 线片准确率分别为 58.33%、50.00%，均为前者高于后者，组间存在明显差异， $P<0.05$ ，存在统计学意义，详细如表 5：

表 5 两种检测方式对不同成因肠梗阻的判断[n(%)]

疾病成因	肿瘤性梗阻 (n=24)	绞窄性肠梗阻 (n=16)
X 线片	14 (58.33)	8 (50.00)
CT 检查	21 (87.50)	14 (87.50)
χ^2	5.169	5.236
P	0.023	0.022

3 讨论

肠梗阻在临床中并不罕见。该疾病的出现是因患者肠腔内容物无法顺利通过肠管，使得肠管内出现异常积气、积液等情况。梗阻部位可能存在肠管管腔狭窄情况，也有可能正常。近年来，临床中对于肠梗阻的分类有很多种方法，包括根据病因、梗阻部位、梗阻程度、肠壁血运有无障碍、发病急缓程度等^[3]。而且，肠梗阻的原因不同，疾病的进展程度也就不同，也使得临床诊断具有较大难度。如果肠梗阻的原因是肠粘连，临床中大多采用保守治疗的方式。但如果疾病原因为粪石、肿瘤、腹内疝等，则需要采用手术的方式进行治疗干预。在这种情况下，临床医生需要依靠影像学检查进行辅助，才能够的及时、准确、有效的进行科学治疗方案的确定。现阶段，临床中对于肠梗阻的诊断可以通过多种影像学方法进行。其中，多层螺旋 CT 更为主要，引起在疾病病因、并发症诊断方便具有更高准确率，所以受到医生与患者的青睐，临床中常用在肠梗阻以及其他急腹症的鉴别诊断中^[4]。本文则主要针对 CT 对肠梗阻的诊断及临床应用效果进行分析。

从长期临床经验来看，十二指肠、空肠、回肠各段都有发生肠梗阻的可能性。而且，梗阻的部位不同，影响需而表现也各有不同。小肠的起始段是十二指肠，位于腹膜后位，长度较短，不存在明显肠系膜支撑，所以比较不容易出现梗阻。小肠的上段，位于左上腹；小肠的中远段是回肠，位于右下腹及盆腔。两针并不存在明显的界限。空肠、回肠有比较长的肠系膜，所以肠管的移动性是非常灵活的，一旦出现小肠梗阻的情况，十分容易出现腹内疝或肠扭转情况。空肠、回肠的黏膜环形皱襞在小肠上 1/3 段最密集，远段逐渐稀疏以至消失。多层螺旋 CT 对于黏膜皱襞的判断，及时是在肠管扩张情况下，也是可以进行的，对于鉴别梗阻的小肠、结肠肠袢具有积极作用。结肠带与结肠袋是结肠的特有结构，也是多层螺旋 CT 对肠梗阻进行辨别的明显标志。相比之下，肠系膜比较固定，另有侧腹膜的牵制，升结肠与横结肠梗阻情况下的位置的比较固定的。但是，横

(下转第 194 页)

一例两性霉素 B 治疗新型隐球菌性脑膜炎患者的护理

刘思雨

西安交通大学第一附属医院 陕西西安 710000

摘要：目的：探究新型隐球菌性脑膜炎的治疗经过及护理过程，提升患者的治疗效果，改善预后情况。方法：选用一例新型隐球菌性脑膜炎患者为研究对象，总结两性霉素 B 及其他对症用药过程，为患者实施个性化整体护理，观察治疗及护理效果。结果：经 80 天治疗及针对性护理后，患者身心健康均得到很大改善，顺利出院。结论：新型隐球菌性脑膜炎治疗周期长，特别是两性霉素 B 用药过程复杂，副作用多，加剧了患者的身心痛苦，因此，为患者实施个性化整体护理至关重要。

关键词：新型隐球菌性脑膜炎；两性霉素 B；护理

0 引言

新型隐球菌性脑膜炎（Cryptococcalneoformansmeningitis, CM）是由新型隐球菌引起的亚急性或慢性颅内真菌感染性疾病，近年来该病发病率有逐年上升之势^[1]。该病起病隐匿，早期临床表现往往不典型且表现多样。因此，一经确诊，规范的治疗及精心的护理对该病的治愈及预后至关重要。两性霉素 B 静脉用药及鞘内注射治疗是治疗此疾病的首选方法。本科室于 2021 年 4 月 27 日收治一例新型隐球菌性脑膜炎患者，经两性霉素 B 静脉用药兼鞘内注射治疗，以及其他对症支持治疗和针对性护理，经 80 天治疗后好转出院。现将治疗用药及护理过程报道如下。

1 病例介绍

1.1 一般资料

患者梁某男 63 岁诊断：新型隐球菌性脑膜炎；电解质紊乱；双侧头静脉血栓形成；肝功能异常；多发性脑梗死；2 型糖尿病；高血压 2 级（高危）；双眼高血压性视网膜病变（II 级）；贫血（轻度）；食管溃疡（轻度）。患者以“头晕 1 月”之主诉于 2021 年 4 月 27 日入院。

1.2 现病史

患者于 1 月前无明显诱因出现头晕症状并摔倒，立即送往当地医院以“脑梗死”住院治疗（具体用药不详），20 天后无明显缓解出院。出院次日患者头晕加重，无法睁眼，伴头痛、恶心、呕吐等症状，呕吐物为胃内容物，呈非喷射状，头痛为全头部持续性闷痛，再次就诊于当地医院，查头颅 MRI+DWI+FLAIR：右侧背侧丘脑、胼胝体压部灶状较新鲜脑梗死，双侧颞顶、侧脑室旁及三脑室、四脑室周围脑实质、小脑齿状核、桥脑、延髓周围多发异常信号，考虑炎性病变。建议转上级医院进一步诊治，遂来我院。

1.3 既往史

食管多发溃疡（AI 期）、浅表性胃炎。个人史：在钛厂工作 10 余年，从事管理岗。婚育史及家族史无特殊。家庭经济状况良好。

1.4 入院情况

生命体征：T:37.1℃，P:77 次/分，R:16 次/分，BP:160/100mmHg，身高：170cm，体重：55kg。神经系统查体：意识清，精神差，食欲极差，双侧瞳孔等大等圆，直径约 3mm，对光反应存在，双眼可见水平眼震，快

相向左，四肢肌力 5 级，右上肢肌张力增高，右上肢腱反射活跃，右上肢痛觉减退右侧指鼻试验欠稳准。双侧 Rossolimo 征阳性，右侧 Babinski 征阳性。颈强直，颈胸距离约 4 横指。双侧布氏征及克氏征均阳性。护理评估：住院患者坠床、跌倒风险评分：8 分，Caprini 血栓风险评分：8 分，生活自理能力评分：25 分，EAT10 及洼田饮水试验不配合，住院患者误吸高危评分：4 分，营养风险筛查评估表（NRS2002）评分：3 分，病人健康状态问卷-9（PHQ-9）评分：20 分（重度抑郁）；GAD-7 焦虑状态自评量表：2 分（正常）。

1.5 辅助检查

该患者辅助检查结果内容如表所见

表 1 梁某患者辅助检查内容表

辅助检查项目	辅助检查结果
头颅核磁共振 MRI+DWI+FLAIR	双侧大脑半球、双侧齿状核、第三四脑室周围脑白质异常信号，双侧颞枕软脑膜强化，双侧枕叶及左侧海马多发异常强化影，符合视神经脊髓炎表现
双上肢静脉超声	双侧头静脉前臂段血栓形成
脑脊液压力	180mmH2O
脑脊液颜色	淡黄色
新型隐球菌涂片检查	阳性
新型隐球菌荚膜抗原测定	阳性
肝/肾功	谷草转氨酶：13U/L、总胆红素：20.4ummol/L、直接胆红素：8.4ummol/L
电解质	钾：2.93mmol/L、钠：131mmol/L

续表（表 1）

辅助检查项目	辅助检查结果
葡萄糖耐量测定	血糖（空腹）5.81mmol/L、血糖（餐后 60 分）14.3mmol/L、血糖（餐后 120 分）15.61mmol/L、血糖（餐后 180 分）15.27mmol/L

2 治疗

2.1 抗真菌治疗（两性霉素 B 联合氟胞嘧啶、地塞米松及尿激酶综合治疗）

因两性霉素 B 静脉应用时与血浆蛋白结合，难以通过血脑屏障，在脑脊液中的浓度不高^[2]，因此两性霉素 B 治疗分为静脉用药和鞘内注射用药。静脉用药以 0.7mg 每公斤体重缓慢加量，初始剂量为 5mg，无不良反应后逐渐加量至 35mg，后持续 35mg 治疗，同时每周两次鞘内注射联合地塞米松及尿激酶治疗，即两性霉素 B 0.25mg+地塞米松 1mg+尿激酶 10 万 U 鞘内注射，同时给予患者氟胞嘧啶一次 1g，一日 4 次口服用药。

2.2 脱水降颅压治疗

静脉滴注：20%甘露醇 125mlQ8h，甘油果糖氯化钠 250mlQ12h。

2.3 营养支持治疗。

静脉滴注：【乐凡命】复方氨基酸（18AA-II）250ml、【卡文 1440】脂肪乳氨基酸葡萄糖、【脂肪乳】中/长链脂肪乳（C6-24）250ml、乳酸钠林格 500ml、复方氯化钠 500ml 等。

2.4 保肝治疗

静脉滴注：异甘草酸镁 200mg+0.9%氯化钠 250ml、谷胱甘肽 1.8g+0.9%氯化钠 100ml、多烯磷脂酰胆碱 10ml+0.9%氯化钠 250ml。

2.5 抗凝治疗

皮下注射【克赛】依诺肝素钠（低分子肝素钠）4000IUQ12h、口服利伐沙班（拜瑞妥）20mgQD。

2.6 纠正电解质紊乱治疗

除静脉补钾及钠以外，同时给予患者口服 10%氯化钠 10mlTID；枸橼酸钾颗粒 2gTID；氯化钾 1gTID 治疗。

2.7 控制血糖治疗

三餐前皮下注射【诺和锐特充】门冬胰岛素 6IU，睡前皮下注射【诺和达】德谷胰岛素 6IU。

2.8 其他对症支持治疗

给予患者口服厄贝沙坦氢氯噻嗪（安博诺）150mg+硝苯地平（拜新同）30mgQD 降低血压、碳酸钙 D3（钙尔奇 D）600mg+骨化三醇（罗盖全）0.25ugQD 补钙、多糖铁复合物（力蜚能）150mgQD 纠正贫血等。

3 护理

3.1 静脉用药护理

两性霉素 B 应遮光、密闭、且冷藏（2-10℃）保存，因此，两性霉素 B 应现配现用，配置时先用灭菌注射用水充分溶解，再按所需剂量加入到 5%葡萄糖溶液中（不可用氯化钠注射液，可能产生沉淀）^[3]，且输注时采用避光袋及避光输液器。由于两性霉素 B 不良反应多，因此须使用输液泵输入，严格控制输液速度，500ml 液体输注时间应不少于 6h。为减少不良反应，应用两性霉素 B 前地塞米松静脉注射。

3.2 静脉通路选择

由于该患者病情复杂，静脉用药种类多，液体总入量多，且包含高渗性液体如卡文、脂肪乳等，而且两性霉素 B 的通透性大，刺激性强，治疗周期长，易出现静脉炎^[4]，所以，针对该患者，根据药物治疗特征，采用

静脉留置针输注普通液体、中线导管置管输注两性霉素 B 等刺激性强的液体的多静脉通路给药方式。

3.3 静脉用药不良反应护理

3.3.1 胃肠道反应

由于患者入院后出现间断恶心、呕吐等症状，呕吐物为胃内容物，呈非喷射状。护理方面：协助患者头偏一侧卧位，防止窒息，嘱其安静休息，避免剧烈活动，并遵医嘱及时给予抑酸保护胃粘膜的药物；饮食习惯方面：责任护士鼓励患者多进食营养丰富的清淡食物，如清淡鲜鱼汤、蒸鸡蛋等以补充蛋白质，根据患者喜好少量多次进食新鲜蔬菜、水果等，避免进食油炸或辛辣等刺激性食物。

3.3.2 电解质紊乱及肝肾功能损伤

患者入院时已出现电解质紊乱的情况，再加之治疗期间静脉用药使用了具有肾毒性及排钾作用的两性霉素 B，因此用药期间，遵医嘱给予患者口服及静脉补充钠、钾等电解质，指导其进食含钾高的食物，应用保肝药物，并定期复查电解质及肝肾功能。

3.3.3 心血管系统反应

应用两性霉素 B 时容易出现心律紊乱、房颤、过敏性休克等症状，因此，用药期间给予患者心电监护，严密观察各项生命体征，并询问患者主观感受，如有无胸闷、气短等不适症状。

3.4 中线导管护理

穿刺前评估：患者四肢活动良好，意识清，可配合穿刺，无颈部外伤史、血管外科手术史、放射治疗史、静脉血栓形成史，无接受乳腺癌根治术及腋下淋巴结清扫术，无上腔静脉压迫综合征，穿刺部位皮肤完整无破损，静脉良好有弹性，经家属、患者同意后，于 5 月 1 日在 B 超引导下行右上肢贵要静脉中线导管置管术，置入过程顺利，导管型号为：PB-3Fr-1-A，置入深度为 26cm，穿刺侧肘上 10cm 臂围为 24cm，给予加压包扎，妥善固定。置管后及时向患者及家属宣教相关注意事项，穿刺后 24 小时给予更换贴膜一次，以后常规每 7 天更换贴膜及输液接头，贴膜下有渗血渗液及卷边时及时更换。置管期间护士每班交接，严密观察穿刺点及周围有无并发症情况，并做好记录。在用药时做好规范冲封管，两性霉素 B 的说明书中明确指出，该药与 0.9%氯化钠溶液直接接触会形成结晶，导致管路堵塞，因此，护士在输液时要合理安排输液顺序，用药前先用 0.9%氯化钠 20ml 给予中线导管冲管，在静脉滴注两性霉素 B 前后用 5%葡萄糖溶液冲管。该患者于 7 月 16 日将其中线导管拔除，住院期间 B 超显示置管周围均无血栓形成，且无置管并发症发生。

3.5 鞘内注射护理

鞘内注射前应保证病房内干净整洁，对病房进行通风消毒，严格控制人员探望，责任护士应评估患者的心理状况，患者如有紧张焦虑等应及时给予患者心理安慰。配置药物时应严格遵守无菌操作原则，药液现配现用，按照所需剂量进行稀释，避光保存。鞘内注射时，协助患者卧于舒适体位，并充分暴露手术部位，操作中严密观察患者各项生命体征情况，并询问患者主观感受，如有不适及时处理。操作结束后嘱患者去枕平卧 4-6 小时，

保护好伤口防止感染。由于鞘内给药易损伤脊神经,从而出现感觉异常及运动障碍,因此腰穿后还要密切观察患者有无下肢无力、疼痛、大小便失禁或尿潴留等症状出现。

3.6 吞咽功能障碍护理

患者入院时误吸高危评分为4分,因此需严密观察患者进食情况,根据患者自身情况建立个案化饮食表并执行,选择软硬度合适的食物,每次进食时抬高床头30-45°,嘱患者头稍前倾,每勺一口量,速度宜慢,以后每日评估患者吞咽功能,病情变化时及时进行调整。

3.7 心理护理

患者入院时精神差,整日卧床不起,很少与人交流沟通,家属也由于担心患者病情处于焦虑状态,这对患者情绪也有相当大的影响。所以,入院初期,责任护士及时了解患者家庭基本情况及经济支持情况,加强与患者及家属的沟通交流,及时解释家属及患者对治疗用药等的疑惑,同时鼓励患者床旁活动,锻炼身体,同情并鼓励患者,从患者的角度出发,帮助其树立战胜疾病的信心,从而帮助其以最佳身心状态积极主动地配合治疗^[5]。

4 体会

新型隐球菌性脑膜炎治疗过程复杂,两性霉素B是目前临床治疗新型

隐球菌性脑膜炎病症的最佳药物,但是治疗周期长,而且还需要反复多次的进行静脉滴注以及鞘内注射,加剧了患者的身心痛苦。因此,在患者住院期间,为患者制定个性化整体护理方案是非常有必要的,这样,不仅能让患者增加对医护人员的信任,也会树立战胜疾病的信心,对整个治疗过程及病情的恢复都至关重要。

参考文献:

- [1]齐雪姣,卜晖,郭小肃,等.多种脑脊液外科引流术治疗新型隐球菌脑膜炎合并颅内压增高1例报告[J].中国神经精神疾病杂志,2019,45(03):175-177.
- [2]曾杏芳,刘平.一例两性霉素B治疗新型隐球菌脑膜炎患者的护理[J].当代护士(中旬刊),2017,0(4):147-148.
- [3]黄志伟,张菁.两性霉素B临床药理研究概述[J].中国真菌学杂志,2021,16(03):188-193+210.
- [4]黄丽华,黄丽葵,刘婕,等.两性霉素B在隐球菌性脑膜炎患儿中的应用及护理[J].全科护理,2014,12(20):1857-1858.
- [5]梁韶婧.两性霉素B治疗小儿新型隐球菌脑膜炎的护理[J].世界最新医学信息文摘.2015,15(35):203-203.

(上接第191页)

结肠、乙状结肠的肠系膜较长,移位情况发生率较高,较容易出现肠扭转。

在密度、空间、时间等方面的分辨力,多层螺旋CT都是比较强的,所以已经在临床中被认为是诊断肠梗阻的主要方式。据相关研究表明,与超声、磁共振成像等影像学检查方式相比,CT对肠梗阻疾病的病因检查准确度更高。临床中,将多层螺旋CT确定为使肠绞窄的最佳诊断方式,灵敏度可达70%-100%,特异度可达60%-100%。因此,在CT的辅助下,临床医生能够更为准确的进行治疗方案的确定,极大程度上保证手术治疗的效果及安全性。患者CT检查的结果,是临床中判定患者选择哪种方案进行治疗的最基本且最科学的依据,在其干预下,可以正确判断患者需要接受保守治疗,还是需要采取手术方式进行干预,并未手术方案提供有效参考依据。

而且,多层螺旋CT可以对肠梗阻的病因进行较为准确的判断,并且能够进行有效分析^[5]。如果梗阻部位近端扩张的肠管管径,与远端空虚肠管相比,已经多了2倍以上,就可以诊断为完全性肠梗阻。将远端肠管内容物排干净,两端肠管直径差达到最大值。临床中较常使用的对扩张肠管与空虚肠管移行部确定的方法有两种,其一是从胃部开始,向下对肠管进行理顺;其二是从直肠逆行向上。有学者提出,梗阻移行部的标志是小肠粪征。这种情况在CT影像中表现为形状不固定,比较松散,实质是含气体、颗粒状物质的混杂密度影。

本次研究中,对CT于X线片对于肠梗阻的诊断情况进行对比。可以发现,在检出率、梗阻位置判断、梗阻成因判断方面,均是CT的准确率更高($P<0.05$),且在肿瘤性梗阻、绞窄性肠梗阻便方面,CT优势更加突出($P<0.05$)。因此,对于急性肠梗阻患者来说,通过CT检测方式,可以更加快速、准确的了解到患者疾病的发生原因、梗阻位置等情况,可以更加及时、有效地对肠梗阻情况作出判断,让患者得到及时、正确地医治。

综上所述,CT诊断肠梗阻方式在临床中具有优势,值得使用。

参考文献:

- [1]才春红,黄崎,代百言.超声、CT和X线诊断肠梗阻的临床应用价值分析[J].医学食疗与健康,2020,18(05):166-167.
- [2]郑玉飞,朱丽丽,徐辉.多层螺旋CT增强扫描联合后处理技术在肠梗阻病因诊断中的应用价值[J].广西医学,2020,42(15):1931-1934.
- [3]方晓义.分析对比多层螺旋CT和腹部X线平片在诊断肠梗阻中的临床价值[J].影像研究与医学应用,2021,5(06):166-167.
- [4]佟鑫.CT诊断肠梗阻的临床效果及安全性分析[J].中国当代医药,2021,28(13):169-172.
- [5]李光伟.多层螺旋CT与腹部X线平片在诊断肠梗阻中的临床价值对比[J].影像研究与医学应用,2020,4(12):118-119.

挑羊毛疗法治疗 I、II 期痔病 120 例临床疗效观察

赵岚¹ 杨云¹ 赵红波¹ 刘亚琴² 安娜²

1.银川市中医医院肛肠科 宁夏银川 750001; 2.宁夏医科大学中医学院 宁夏银川 750004

摘要: 目的: 观察挑羊毛疗法挑刺痔点(齿龈交界处、腰背部反应点)治疗I、II期痔病的临床疗效。方法: 选择2020年10月-2021年12月就诊于银川市中医医院门诊的患者中符合I、II期痔病诊断标准的患者120例, 采用挑羊毛疗法进行治疗, 分别观察患者1周、3周及3个月后的出血及粘膜改善情况。结果 治疗120例患者, 其中痊愈25例, 显效63例, 有效15例, 有效患者共103例, 总有效率为85.83%。治疗前后出血症状及粘膜改变, $P<0.05$, 差异有统计学意义; 随访3月, 两者积分均减少。结论 挑羊毛疗法治疗I、II期痔病患者, 操作简单, 小创伤, 低风险, 临床疗效确切, 无不良反应发生。

关键词: 挑羊毛疗法; 痔病; 临床研究

痔病是肛肠疾病中的常见病和多发病, 肛肠疾病的患病率50.1%, 且98.09%的患者有症状, 痔病患者中以便血为主的发生率达22.52%^[1]。因其痔病的因素众多, 临床主要症状为出血、疼痛、脱出, 严重影响人们的生活工作。对于常见的I、II期痔病, 常以药物治疗为主, 但生活习惯稍有不当容易反复发作, 且非药物治疗的方式较少。我院肛肠科在使用传统的民间疗法“挑羊毛疗法”治疗痔病, 并随访3个月。取得明显的临床效果。现将结果报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2020年10月-2021年12月就诊于3家医院门诊且符合纳入标准的痔病患者共120例, 男性65例, 女性55例; 病程3天-5年, 平均病程(5.14 ± 0.65)天; 年龄16-67岁, 平均年龄(39.28 ± 3.59)岁。诊断I期患者47人, II期患者73人。

1.2 诊断标准、纳入及排除标准

1.2.1 诊断标准: 西医根据全国高等学校教材第九版《外科学》^[3]中痔疮的诊断标准。中医根据全国高等中医药院校规划教材第十版《中医外科学》^[2]中痔病的诊断标准。

1.2.2 纳入标准

①符合西医诊断标准中的I、II期内痔及混合痔的患者; ②符合中医痔病一期、二期诊断的患者; ③年龄在16-70岁之间; ④签署知情同意书, 依从性好; ⑤治疗前2周内未接受药物、手术等痔病相关治疗者。

1.2.3 排除标准

①不符合中医及西医痔病诊断标准者; ②年龄小于16岁, 大于70岁者; ③妊娠及哺乳期妇女; ④合并有严重心脏、高血压病、糖尿病及精神疾病病史的患者; ⑤内痔分期确诊为III期及以上, 合并其他疾病患者; ⑥有严重并发症, 难以发挥治疗作用或不能做出确切疗效评价的患者; ⑦不能完全接受或了解本研究, 依从性差, 不能按规定复诊或数据不完整者。

1.3 治疗方案

1.3.1 操作方法

器械: 华佗牌三棱针(苏州医疗用品厂有限公司)。操作流程: 患者取坐位或俯卧位, 充分暴露患者的齿龈交界处及腰背部, 寻找痔点(可在刮痧后)。经局部消毒, 术者以左手拇指、食指固定施术部位, 右手持三棱针刺入痔点皮肤1~2mm, 随即将针身倾斜再刺入3~5mm深, 挑出并挑尽色白有弹性的纤维组织后, 挤血3~5下, 擦拭并消毒, 覆盖清洁敷料。每次挑3~4个痔反应点, 治疗1次/周, 3周为一疗程。观察挑羊毛疗法治疗痔病的临床疗效, 分别观察第1周、第3周患者出血及粘膜改善情况, 随访3月, 不设对照组, 采用自身前后对照研究。

1.3.2 操作要点及注意事项

①寻找“羊毛疔点”——痔点, 患者腰背部的皮肤上出现的红色丘疹点, 本临床研究羊毛疔点(齿龈交界处、腰背部反应点2处)共3处; ②操作前休息30分钟, 操作后留观30分钟; ③操作前告知患者操作过程和操作后可能出现得情况, 消除患者顾虑, 如发生晕血、晕针等情况, 立即采取相应处理措施; ④操作当天及操作后2天保持操作部位清洁干燥; ⑤整个治疗过程及随访, 告知患者忌食辛辣刺激食物。

1.4 观察指标

1.4.1 便血症状 排便时无便血0分; 排便时便血量少, 便纸染血为主, 色红或淡2分; 排便时便血量适中, 出血点滴而下, 色红或淡4分; 排便时大量出血, 呈喷射状, 色红或淡6分。

1.4.2 痔核表面粘膜情况 粘膜基本正常0分; 粘膜轻度充血2分; 粘膜充血伴有增生, 无糜烂及明显出血点4分; 粘膜糜烂, 散在出血点6分。

1.4.3 不良反应 观察治疗前后及随访3月期间患者有无挑治部位的感染、红肿等情况, 随时记录可能出现的不良反应并做相应的处理, 最终客观评价该法安全性。

1.5 疗效标准

参照2012年中华医学会外科学分会肛肠外科学组制定的《痔诊治暂行标准》中的疗效标准及尼莫地平法。

治愈：无便血，肛检痔核消失或萎缩，总积分值减少≥95%；显效：偶有拭纸染血，肛检痔核缩小 1/2，总积分值减少≥70%；有效：偶有便血或肛门坠胀感，肛检痔核缩小 1/3，总积分值减少≥30%；未愈：仍有便血、肛门坠胀或肛周潮湿感，粘膜改变不明显，总积分值减少<30%。总有效率=(治愈+显效+有效)/总例数×100%。

1.6 统计学方法

采用 SPSS26.0 统计软件对数据进行统计分析，符合正态分布的用 ($\bar{X} \pm S$) 描述。同一患者自身治疗前后对照采用配对 T 检验或重复测量资料的方差分析。显著性水准全部为 $\alpha=0.05$, $P<0.05$, 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者治疗前后症状积分变化

表 1 治疗前后出血症状积分比较[($\bar{X} \pm S$)]

	($\bar{X} \pm S$)	F	P
治疗前	4.27±0.932	732.014	P<0.05
治疗 1 周	1.80±1.142		
治疗 3 周	0.50±1.077		
治疗 3 月	0.17±0.555		

由表 1 得知：随着治疗次数的增加，出血积分逐渐下降，各时间段之间比较，P 值均小于 0.05，治疗前后差异有统计学意义。

2.3 患者治疗前后体征积分变化

表 2 治疗前后粘膜积分比较[($\bar{X} \pm S$)]

	($\bar{X} \pm S$)	F	P
治疗前	4.27±1.010	322.352	P<0.05
治疗 1 周	3.20±1.453		
治疗 3 周	2.24±1.725		
治疗 3 月	0.83±1.434		

由表 2 得知，随着治疗次数的增加，粘膜积分改变逐渐下降，各时间段之间比较，P 值均小于 0.05，治疗前后差异有统计学意义。

2.3 临床疗效分析

表 3 患者治疗效果

n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
120	25(20.83)	63(52.50)	15(12.50)	17(14.17)	103(85.83)

接受治疗共 120 例患者，其中痊愈 25 例，显效 63 例，有效 15 例，无效 17 例，临床有效患者共 103 例，总有效率为 85.83%。

2.4 不良反应

所有接受挑羊毛疗治疗患者均未发生治疗部位的感染、肿胀等不良反应。

3 讨论

“羊毛疔”民间又称羊毛痧或羊毛疹，用挑刺法治疗“羊毛疔”，又称挑“羊毛疔”法。“针挑”一词首见于晋代《肘后备急方》^[4]。挑刺法起源于九针之后，在民间广为流传，由于历史源流、习惯、治疗疾病、症状等不同，逐渐产生许多不同的称谓，《理瀹篇文》就有挑羊毛疔、挑背筋、挑疳积、挑疹等民间挑治法的记载。挑刺法有作用部位多，面积小，疼痛少，时间短，无需麻醉等优点，在肛肠疾病中尤其对痔病的治疗较为广泛，因此挑羊毛疗法的临床运用是治疗痔病又一独特方式。

“三棱针”由锋针演变而来，锋针最早记载于《灵枢·九针论》^[5]：“锋其末，长一寸六分，主痈热出血。”挑断皮下纤维，当属于“五刺法”中的“半刺”，《灵枢·官针》^[6]所言“半刺者，浅内而疾发针，无针伤肉，如拔毛状，以取皮气，此肺之应也”。查阅相关文献，根据民间挑刺的经验看，寻找痔病在体表的异常反应点常用的有：①唇系带上的阳性反应；②腰骶部膀胱经第 1 侧线腧穴，以大肠腧最为常用；③靠近脊柱和肛门部位的丘疹（如针帽大小白色、棕色、暗红色，按压不褪色）和压痛点。苗医讲^[7]“毒之内存必显于外，毒之所乱必有其根”。因此挑羊毛疗法治疗痔病，操作点的选取尤为重要。

对于挑羊毛疗法的治疗机理，根据中医学中“循经取穴”原则，足太阳膀胱经和督脉的循行背部部位，膀胱经、督脉与肛门联系紧密，故主痔病。以人体气血经脉为基础，以“通则不痛，不通则痛”为原则，络脉是气血津液运行的通道，络脉能沟通体表与内在脏腑，不仅是邪气内传的通道，亦是治疗的通道^[8]。皮肤为“卫气之所留止，邪气之所客也，针石缘而去之”^[9]。挑刺皮肤、皮下纤维等所产生的刺激，通过体表络脉逐层深入向内传递达脏腑深部，不仅疏通局部气血，更能作用于内部而调整脏腑。针灸具有双重调节作用，挑刺法治疗痔病：①疏通经络，人体卫气行于表，营气行于里，脉络输送营卫气血散步渗透全身组织细胞。②平衡阴阳，人体经络外络肌表肢节，内通五脏六腑。督脉主人体一身之阳气，调节机体气血运行，膀胱经多血少气。

西医学认为^[10]三棱针挑刺，挑断皮下纤维，放出少许血液能够调整局部微血管的血液流速及血压，促进血液循环，保证组织细胞的正常代谢，可加速损伤细胞的修复和再生。另外挑破出血，局部毒素和炎症介质随血流出，可促进炎症恢复的功能，进而能达到调理气血，调整五脏六腑的功。挑羊毛疗法的机制^[11]：①产生明显酸麻胀痛感的针刺效应；②有良好的活血通经效应，改善微血管、血流速及局部组织缺血缺氧状态，缓解血管痉挛；③以挑提、牵拉、摇摆的刺激方式对肌体特定部位进行机械性按摩。陈守强^[9]等研究认为刺络疗法具有显著的持续性，短期疗效的信息传递基础可能为神经-内分泌调节，后续效应可能为免疫系统应答。卢灿省^[12]等研究认为挑刺疗法流出的血液中含有致痛物质，挑刺局部后能加快血流速，同时可活化内皮细胞刺激分泌生物活性物质，调节机体恢复功能。

通过此次运用“挑羊毛疗法”治疗 120 例 I、II 期痔病患者，其便血症

(下转第 199 页)

分析中心静脉导管持续胸腔引流治疗胸腔积液的护理干预效果

杨涛

云南省第一人民医院 云南昆明 650000

摘要：目的：探讨中心静脉导管持续胸腔引流治疗胸腔积液患者的护理干预策略及其应用效果。方法：本院2020年9月至2021年12月期间共计收治到胸腔积液患者80例，均接受中心静脉导管持续胸腔引流治疗，按照信封随机分组原则实施分组，把常规护理干预应用在对照组患者中，并在此基础上把护理干预策略应用在研究组患者中。统计并详细记录两组患者引流时间和并发症（胸膜反应、血气胸、肿瘤种植、脓胸）发生情况，同时调查评价两组患者对护理干预工作的满意状况，对比分析干预效果。结果：研究组患者引流时间明显较对照组短，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；研究组患者引流并发症发生率显著低于对照组，差异明显（ $P<0.05$ ）；研究组患者护理总满意率高，与对照组而言差异十分明显（ $P<0.05$ ）。结论：临床通过中心静脉导管持续胸腔引流方法治疗胸腔积液患者过程中，实施有效的护理干预策略会显著缩短患者引流时间，降低引流并发症发生风险，增加患者对护理工作的满意程度，值得临床大力推广与应用。

关键词：中心静脉导管；胸腔引流；胸腔积液；护理干预；引流时间；并发症；满意率

人体胸膜脏层与壁层间潜在一个腔隙，临床称该腔隙为“胸膜腔”，正常胸膜腔两层的胸膜宽度是10~20mm，中间含有0.1~0.2ml/kg的无色、透明浆液，具有胸膜润滑之功效，可通过渗出和再吸收维持平衡，一旦机体患有胸膜恶性肿瘤、结核性胸膜炎、心肝肾功能障碍等疾病，都会减慢吸收胸膜腔内部液体的速度，使得患者出现胸腔积液^[1-2]。胸腔积液作为现阶段临床常见疾病，会在一定程度上压迫患者肺脏，引起纵隔移位，影响机体心肺功能，此时临床可通过抽出胸腔积液的措施来减弱积液对肺部的挤压力度，缓解患者临床症状，从而降低患者胸膜粘连和肥厚发生率。经过长时间的临床探索，发现中心静脉导管持续引流治疗期间，提供胸腔积液患者护理干预措施，可以有效缓解患者临床症状，保证胸腔内部用药效果，增强临床疗效^[3]。为了进一步分析中心静脉导管持续胸腔引流治疗胸腔积液的护理干预效果，本研究以2020年9月-2021年12月我院胸腔积液患者为例，进行对照分析，现汇报结果如下。

1 资料与方法

1.1 病例资料

依据信封随机分组原则要求，把本研究所收录的我院胸腔积液患者（2020年9月至2021年12月入院且接受中心静脉导管持续胸腔引流治疗）分组为对照组和研究组，每组40例，共计80例。对照组患者中，男性病例23例，女性病例17例，年龄上下限分别为20岁、78岁，年龄平均值（ 52.14 ± 4.59 ）岁；患病类型：良性27例，恶性9例，尚未查明原因4例。研究组患者中，男性病例25例，女性病例15例，年龄上下限分别为23岁、76岁，年龄平均值（ 52.10 ± 4.56 ）岁；患病类型：良性24例，恶性10例，尚未查明原因6例。对不同组别患者的基线资料都经统计软件处理，尚未发现差异存在统计学意义（ $P>0.05$ ），可以进行比较研究。

纳入标准：（1）符合医学伦理委员会的相关要求；（2）患者或家属知情，并在同意书上签字。

排除标准：（1）精神疾病；（2）意识障碍；（3）妊娠或哺乳期女性。

1.2 引流与护理方案

两组患者都需通过胸腔超声波定位，放置中心静脉导管实施持续引流操作，穿刺点确定在7~10肋间腋前线—腋后线间，术前常规消毒，局部麻醉，确定穿刺点下肋骨上侧，作2cm手术切口，并把穿刺针置入患者胸腔内部，引流积液并拔除导丝，固定导丝，然后取出套管针，扩张器扩张患者胸壁入口，导管导丝置入胸腔8~10cm，拉导丝。如果并未发现患者胸膜活检异常，则不需实施以上操作，借助活检针套推中心静脉导管至胸腔中，固定导管，退出胸膜活检针，消毒导管周边皮肤，并妥善固定导管使其呈现横S形，接入三通管并注入胸腔药物，连接引流管。

实施持续引流期间，对对照组患者实施常规护理，即术前巡视病房，告知患者相关注意事项，要求患者多多配合；协助患者取合理体位；向患者及其家属介绍术后注意事项；观察导管和患者引流状况，及时处理异常现象等。而对研究组患者实施护理干预策略，具体内容涉及：（1）术前干预：主动与患者和家属沟通，介绍胸腔积液的科学知识，并说明持续引流的重要性和必要性，减轻患者心理压力，积极配合临床治疗；以耐心、亲切、和蔼的态度与患者保持交流，鼓励患者说出自身疑虑，耐心倾听患者主诉，了解患者不良情绪和心理压力来源，提供患者针对且个性化的心理疏导措施，缓解甚至消除患者焦虑、抑郁心理，增强治疗依从性；提前准备好手术所需的相关物品，如一次性中心静脉导管、穿刺包、一次性引流袋、无菌橡胶接管、透明贴等，确保穿刺手术的准确无误和及时性。（2）术中干预：术前给氧，密切监护患者生命体征，如脉搏、心率、血压等，指导患者正确摆放手术体位，并告知患者术中平稳呼吸，不要过度紧张；对患者引流期间的体征状态进行仔细观察，患者如果出现头晕、心悸、出汗现象，则需及时告知操作医生，并对症干预；导管弯曲部位合理垫一块纱布，减少引流管的弯折角度，防止因死角降低引流效果；倾倒胸腔引流

液期间，需要科学关闭管道，切不可让空气进入患者胸腔；对患者加强健康宣教，患者离床活动时应该确保引流袋低于引流口，防止患者出现逆行感染，缓慢更换体位，不要大幅度更改体位。（3）术后干预：对患者引流过程中的体征状况加以密切监测，多多关注导管，及时记录引流量颜色和性质，避免导管阻塞、折叠或脱落，同时控制患者引流速度需低于50ml/min；告知术后患者切不可剧烈运动；合理调控引流速度和量，对患者心率、血压、呼吸状态进行观察，对症处理患者不良反应；引流干净胸腔积液后，需要使用100mg顺铂和生理盐水、白介素混合注入患者胸腔，生理盐水常规冲洗导管，肝素封闭导管，并根据医嘱提供患者营养支持处理，增强患者抵抗力；鼓励患者多多喝水，避免药物出现过度的毒副作用；告知患者家属定期帮助患者清洁皮肤，并协助清洁导管周边皮肤处于干燥卫生状态，插管24h后，需要及时更换敷料，之后可更改为每周换敷料2次，撕贴膜过程中，应注意先撕开导管暴露端，防止导管脱出；如果患者导管周边皮肤出现红肿现象，则需尽早拔管。

1.3 观察指标

表1 两组引流时间和引流并发症情况比较

组别	引流时间（d）	引流并发症				
		胸膜反应	血气胸	肿瘤种植	脓胸	总发生率（%）
对照组（n=40）	8.23±0.35	2（5.00）	3（7.50）	1（2.50）	3（7.50）	9（22.50）
研究组（n=40）	5.66±0.21	0（0.00）	1（2.50）	0（0.00）	1（2.50）	2（5.00）
t/x ²	39.822					5.165
P	0.000					0.023

2.2 分析两组对护理工作的满意状况

研究组患者对护理干预策略的总满意率是97.50%，与对照组相比而言明显更高，差异具有统计学意义（P<0.05）。如下表2所示。

表2 两组患者对护理工作的满意状况比较[n，（%）]

组别	非常满意	基本满意	不满意	总满意率（%）
对照组（n=40）	20（50.00）	13（32.50）	7（17.50）	33（82.50）
研究组（n=40）	24（60.00）	15（37.50）	1（2.50）	39（97.50）
X ²				5.000
P				0.025

3 讨论

胸腔积液在目前多见，胸膜内积聚大量病理性积液是其主要病理特征，无论因何原因所引起的胸膜腔内液体剧增或剧减，都会严重影响患者身体状态，降低患者生活质量，甚至累及生命安全^[4]。所以临床需要尽早给予有效且安全的治疗措施。常规胸膜穿刺引流对于抽出积液的量有一定

对两组患者引流时间进行统计和记录；同时观察两组患者引流并发症发生情况，包括胸膜反应、血气胸、肿瘤种植、脓胸，比较发生率；经本院自制问卷按评定两组患者对护理干预的满意程度，该问卷含有20道题目，16~20道患者回答满意表示患者非常满意，10~15道患者回答满意表示患者基本满意，其余则表示患者不满意。

1.4 统计学处理

研究统计处理软件选用SPSS23.0，[n，（x±s）]计量资料符合正态分析，并实施t值检验；[n，（%）]计数资料实施卡方检验；检验标准选择α=0.05，如果P值小于0.05，则判定为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 分析两组引流时间和引流并发症

与对照组相比，研究组患者引流时间更短，胸膜反应、血气胸、肿瘤种植、脓胸等引流并发症总发生率更低，差异具有统计学意义（P<0.05）。如下表1所示。

限制，反复操作才可，但会损伤患者胸膜，也会造成患者因疼痛而出现不良心理^[5]。而此时中心静脉导管持续引流仅需穿刺一次，加上穿刺导管光滑柔软，并不会过度损伤患者组织器官，对机体组织具有良好的相容性，较小刺激患者局部组织，不利于造成患者感染，与此同时，胸腔积液排出相对均匀，不会增加患者肺水肿的发生风险，可以充分引流，尽可能的缩短积液引流时间，减弱患者痛苦，增强临床引流效果^[6-7]。

中心静脉导管持续引流操作简单便捷，安全且有效，微创性高，有助于抽液、注药、引流，但此期间配合有效且全面的护理干预策略，会显著提高引流效果。经过本次研究，发现采用护理干预的研究组患者引流时间更短，胸膜反应、血气胸、肿瘤种植、脓胸等引流并发症发生率更低，护理总满意率更高，与对照组相比引流效应更好^[8-9]。这是因为：（1）操作过程中，只需一次性放置穿刺导管，便可多次应用，有助于节省卫生资源，减少患者痛苦及其家庭经济负担，确保患者积极配合治疗^[10]。（2）可以良好解除引流不畅问题，能够尽早彻底清除患者胸腔内部积液，缩短患者引流时间，促使患者病情尽早好转，从而增加患者对护理满意工作的满意程度^[11]。（3）中心静脉导管内径偏小，不会因难以固定问题而丧失引流作用，加上引流袋可以由患者提在手上，或者放置在床边，并不会影响患者活动，

护理人员术后护理干预更有优势^[12]。(4)中心静脉导管管腔细小,不难以控制患者胸腔积液流速,可保证患者引流平稳度,配合有效的护理服务可以让患者减少不良反应的发生机会,提高护理干预效果^[13]。

综上所述,中心静脉导管持续胸腔引流治疗胸腔积液患者的护理干预策略及其应用效果非常显著,值得临床推广。

参考文献:

- [1]马静.多维度健康教育模式在中心静脉导管持续引流治疗恶性腹腔、胸腔积液中的应用[J].国际护理学杂志,2018,37(19):2690-2693.
- [2]王甜甜.护理干预对胸腔闭式引流治疗胸腔积液疗效的影响效果分析[J].科学养生,2020,23(3):176.
- [3]闫文娟.中心静脉导管持续胸腔引流治疗胸腔积液的护理[J].实用临床护理学电子杂志,2017,2(16):66,69.
- [4]陈忠梅,李燕霞,韩玉霞.深静脉导管在胸腔闭式引流中的应用及护理[J].医药前沿,2017,7(14):289-290.
- [5]邱金英.中心静脉导管胸腔置入持续引流胸腔积液的护理要点分析[J].健康前沿,2017,26(7):75.
- [6]杨芹.胸腔留置中心静脉导管引流治疗胸腔积液患者的护理分析

(上接第 196 页)

状和粘膜情况均明显改善。根据就诊患者主诉,我们统计发现痔病发作时出血、疼痛、肛门异物感等不适给人们带来严重的身体痛苦和精神心里压力,而增生的皮赘所致的结缔组织性外痔对其工作生活无明显影响。因此对于I、II期痔病的治疗,采取“急则治其标”的原则。而“挑羊毛疗法”操作部位局限,损伤小,无并发症出现,简单易施,且用时少,无需住院,安全有效,能够被人们所接受。

本项目基于针灸及中医基础理论对于经脉的研究,通过应用解剖及人体生理病理的体现进一步深入研究“挑羊毛疗法”,其临床疗效确切,为治疗痔病提供更多的治疗方法,解决居民经济负担,进一步提高居民生活质量。

参考文献:

- [1]田振国,陈平.中国成人常见肛肠疾病流行病学调查[M].武汉:武汉大学出版社,2015:33-101.
- [2]陈红风.中医外科学[M].新世纪4版.北京:中国中医药出版社,2016.
- [3]陈孝平,汪建平.外科学[M].—9版.—北京:人民卫生出版社,2018:419-420.
- [4]萧家琅.民间“羊毛疗”挑刺法及其治验[J].江西中医药,1957,(06):29-30.

[J].中国医药科学,2020,10(7):165-167.

[7]李宏伟.护理干预对胸腔闭式引流治疗胸腔积液疗效的影响[J].中国医药指南,2019,17(33):298-299.

[8]王应霞,罗儿雪,吴雪婷.综合护理干预在胸腔闭式引流治疗胸腔积液中的应用效果[J].实用临床医学,2019,20(10):89-91.

[9]王金红.优质护理干预在胸腔闭式引流治疗胸腔积液中的应用价值[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19(29):296,298.

[10]骆贺.胸腔闭式引流治疗胸腔积液的护理干预方式研究[J].中国医药指南,2019,17(33):384-385.

[11]顾小磊.胸腔闭式引流治疗胸腔积液中的护理干预措施与效果[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(3):70,100.

[12]孙颖.优质护理干预在胸腔闭式引流治疗胸腔积液中的应用价值[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(6):129.

[13]晏雪情,温松梅.胸腔闭式引流治疗胸腔积液患者的临床精细化护理探析[J].家有孕宝,2020,2(4):173-174.

作者简介:杨涛(1982.10-),云南,汉,主管护师,本科,主要从事临床护理工作。

[5]谢晨,杨文佳,刘臻,等.三棱针法的起源与发展[J].上海针灸杂志,2015,34(11):1129-1130.

[6]柳佳彤,王亚飞,李艳梅.挑刺法临床应用研究进展[J].河北中医,2018,40(02):309-315.

[7]李瑞雪,李宝杰,冯雪兰,等.苗医挑痔疗法配合烟油抹搽治疗内痔出血医案举隅[J].中国民族医药杂志,2019,25(07):20-21.

[8]丁元庆.从“久病入络”“久痛入络”探讨络病的特点[J].疑难病杂志,2006,5(1):31-33.

[9]陈守强,马艳,武少玮.挑络疗法源流及其理论基础[J].光明中医,2016,31(19):2849-2851.

[10]王路,潘巧燕,代燕,等.三棱针应用的研究进展[J].吉林医药学院学报,2019,40(03):229-231.

[11]李彬锋,刘智斌,张晶晶,等.中医针挑“羊毛疗”的诊疗思路与临床应用体会[J].中国针灸,2016,36(02):157-158.

[12]卢灿省,石健,张鑫龙,等.挑刺腧穴治疗内痔出血的临床疗效及机制研究[J].安徽中医药大学学报,2017,36(05):41-45.

基金项目:中国民族医药学会,中国民族医药学会科研项目(2022ZY011-380102)

小儿脑瘫康复治疗中应用磁共振成像的临床分析

常正伟^{1,2} 高瑞雪³ 陈欣² 罗婷² 白芝兰^(1.通讯作者)

1.西安交通大学医学部 陕西西安 710000; 2.西安中医脑病医院 陕西西安 710000;
3.武警陕西总队医院 陕西西安 710000

摘要: 目的: 探讨在康复治疗小儿脑瘫(CP)中磁共振成像(MRI)的临床应用价值。方法: 本次展开研究时总共抽取 200 例病例, 年限截止为 2018.01~2020.12, 均以小儿 CP 确诊, 回顾性分析其相关资料。所有对象均接受康复治疗, 为期 1 年, 同时均采取 MRI 在治疗前后进行检查。对比治疗前临床分型与 MRI 表现的关系, 对比治疗后康复情况与 MRI 结果的关系, 并计算 MRI 诊断的效能。结果: 统计结果中, 治疗前 100 例患儿经 MRI 显示脑内病变 186 例, 分别为多发性脑软化灶 30 例、先天脑畸形 30 例、脑室周围白质软化 46 例、脑萎缩 80 例, 检出率 93.0%, 另 14 例均表现正常, 占比 7.0%, 其中混合型 2 例、肌张力低下型 4 例、手足徐动型 2 例、痉挛型 6 例。治疗后 100 例患儿中疗效不显著 92 例、基本康复 16 例、显著改善 92 例, 而 MRI 显示 102 例疗效不显著, 98 例病灶改善, MRI 诊断准确性 89.0% (178/200)、特异度 93.48% (86/92)、灵敏度 85.19% (92/108), 阴性及阳性预测值分别为 84.31% (86/102)、93.88% (92/98)。结论: 在康复治疗小儿 CP 中应用 MRI 的价值较高, 有利于诊断患儿脑发育迟缓和脑瘫等病情, 可为评估预后和后续治疗提供可靠的依据和指导, 且依据 MRI 结果可在后续治疗中对治疗方案及时做出调整, 以有效改善患儿病情, 预防迁延不愈。

关键词: 康复治疗; 小儿脑瘫; 磁共振成像; 临床价值

在临床上, 脑瘫(CP)较为多发和常见, 又称之为脑性瘫痪, 是一种脑损伤非进行性综合征, 由各种因素所致。因患儿存在脑部发育迟缓, 所以可出现肢体异常姿势及中枢性运动障碍等表现, 所以是造成运动残疾的重要病症之一^[1]。同时脑瘫存在多样性、复杂性等特征, 其病因涉及迁延性黄疸、缺氧缺血性脑病、核黄疸、新生儿窒息等, 若诊断不及时且治疗不当, 则会对其生命安全产生威胁^[2]。目前在该病症进行诊断时, 因患儿配合度较差, 存在较大的诊断难度, 无法直接通过临床加以辨别, 所以极易造成病情延误或漏诊^[3]。而在诊断颅内疾病方面, 磁共振成像(MRI)的主要特点为无放射性、无创伤性, 可清晰显示脑干结构、心态及周围相关间隙, 可多序列和多方位成像, 对大脑白质和皮质具有较高的分辨率, 所以诊断效果较为理想^[4]。因此本文展开研究时总共抽取 200 例病例, 年限截止为 2018.01~2020.12, 均以小儿 CP 确诊, 研究了在康复治疗小儿 CP 中 MRI 的临床应用价值, 现将研究情况做以下阐述:

1. 资料与方法

1.1 资料

本次展开研究时总共抽取 200 例病例, 年限截止为 2018.01~2020.12, 均以小儿 CP 确诊, 回顾性分析其相关资料。研究开展前统计处理基本资料, 其中男女比例为 126:74; 所选病例年龄范围位于 1-5 岁之间, 均值统计结果为 (3.3±1.1) 岁。其中足月儿 138 例、早产儿 62 例。临床分型: 混合型 12 例、肌张力低下型 34 例、共济失调型 16 例、手足徐动型 24 例、痉挛型 114 例。所有有患儿家属均知情, 且事先签订同意书, 正式开展研究前已获伦理委员批准。

入选条件: 均满足《小儿脑性瘫痪的定义、分型和诊断条件》^[5]中关于 CP 患儿的确诊要求; 资料完整; 均完成为期 1 年的康复治疗。排除条件: 伴重要脏器如心肝肾等功能障碍; 无法实施头颅 MRI 或 CT 检查; 因其他疾病所致 CP 者; 资料缺失。

1.2 方法

所有对象均接受康复治疗, 为期 1 年, 同时均采取 MRI 在治疗前后进行检查。检查方法为: 采取镇静药于检查前让患儿口服, 待其熟睡后展开相关检查, 采取 3.0T 超导 MRI 仪(美国 GE 公司), 在头相控阵线圈内置入患儿头部, 采取 MR 平扫患儿头颅, 以横轴位和矢状位为扫描序列,

分别采取 T2WI、T1WI 等, 相关参数设置: 矩阵 256×256, 视野 200mm×200mm, 层间隔 0.5mm, 层厚 0.4mm。由影像科医师负责对检查结果进行审阅, 以对患儿病变所处位置及影像特征加以明确。

1.3 评价指标

1.3.1 对比治疗前临床分型与 MRI 表现的关系

临床分型涉及混合型、肌张力低下型、共济失调型、手足徐动型、痉挛型; MRI 表现涉及正常、多发性脑软化灶、先天脑畸形、脑室周围白质软化、脑萎缩等。

1.3.2 对比治疗后康复情况与 MRI 结果的关系

针对患儿病情康复效果采取 Gesell 发育量表^[6]做出评估, 涉及 4 项能力, 即应人、言语、应物、动作等, 以 100 分为满分, 改善显著则≥85 分, 疗效不显著则<85 分。

1.3.3 MRI 诊断的效能

计算公式^[7]: 真阳性数/(假阳性数+真阳性数)*100.0%=阳性预测值; 真阴性数/(假阴性数+真阴性数)*100.0%=阴性预测值。真阴性数/(假阳性数+真阴性数)*100.0%=特异性; 真阳性数/(假阴性数+真阳性数)*100.0%=敏感性; (真阳性数+真阴性数)/总例数*100%=准确性。

1.4 分析数据

各项数据在研究中以评价指标为准, 在 SPSS22.0 软件中对结果数据加以处理, 以 T 值、X²检验为统计方法, 结果资料分别经 $\bar{x} \pm s$ (均数加减标准差) 和 [n (%)] (例、百分率) 来表示, 分别对应计量和计数值, 若 P 值显示为<0.05, 则差异符合统计意义。

2. 结果

2.1 对比治疗前临床分型与 MRI 表现的关系

统计结果中, 治疗前 100 例患儿经 MRI 显示脑内病变 186 例, 分别为多发性脑软化灶 30 例、先天脑畸形 30 例、脑室周围白质软化 46 例、脑萎缩 80 例, 检出率 93.0%, 另 14 例均表现正常, 占比 7.0%, 其中混合型 2 例、肌张力低下型 4 例、手足徐动型 2 例、痉挛型 6 例。如表 1 示。

表 1: 对比治疗前临床分型与 MRI 表现的关系[例]

临床分型	正	多发	先天	脑室周围	脑萎缩	合计
	常	性脑	脑畸	白质软化		

	软化灶	形				
混合型	2	2	2	2	4	12
肌张力低下型	4	12	2	4	12	34
共济失调型	0	2	4	4	6	16
手足徐动型	2	4	4	2	12	24
痉挛型	6	10	18	34	46	114
合计	14	30	30	46	80	200

2.2 对比结果

统计结果中, 治疗后 100 例患儿中疗效不显著 92 例、基本康复 16 例、显著改善 92 例, 而 MRI 显示 102 例疗效不显著, 98 例病灶改善。如表 2 示。

表 2 对比治疗后康复情况与 MRI 结果的关系

MRI 结果	康复情况		总计
	改善显著	疗效不显著	
病灶改善	92	6	118
疗效不显著	16	86	102
合计	108	92	200

2.3 诊断效能

统计结果中, MRI 诊断准确性 89.0% (178/200)、特异度 93.48% (86/92)、灵敏度 85.19% (92/108), 阴性及阳性预测值分别为 84.31% (86/102)、93.88% (92/98)。

2.4 影像学表现

经 MRI 显示, 治疗前患侧脑白质在半卵圆中心 (双侧) 中有所减少, 侧脑室 (两侧) 旁多发低信号, 呈小片状、斑片状等, 侧脑室双侧形态不规则, 且增大。治疗后额叶脑外 (双侧) 间隙稍宽, 侧脑室壁 (双侧) 旁见稍高信号, 呈细线样。脑白质在半卵圆中心 (双侧) 中有所减少, 侧脑室 (两侧) 旁有稍低信号, 呈斑片状等, 侧脑室双侧形态欠佳。

3. 讨论

在临床上, CP 指的是各种原因影响下小儿尚未发育成熟的大脑出现发育不全, 其病因较为常见的则为颅内感染、围产期窒息、脑部发育畸形等, 同时肌肉关节等可以脑发育迟缓而无法较好完成大脑指令, 从而引起异常姿势和运动障碍等表现, 严重影响患儿的语言和智力的发展^[9-10]。CP 是一组以活动受到限制的症候群, 其中枢性姿势和运动障碍持续存在, 部分婴幼儿或胎儿主要是在发育期内多饮非进行性脑部损伤而造成 CP, 其多伴有交流、行为、知觉、认知等障碍, 也存在骨骼肌肉继发性问题或癫痫等^[10]。

作为一类断层成像技术, MRI 可从人体中利用 MRI 仪器获取电磁信号, 以有效重建人体信息。该技术可从多序列、多方位成像对脑干结构、周围间隙、形态等予以显示, 从而获取清晰图像, 进一步对患儿病情诊断提供可靠的信息^[11]。本文结果中, 治疗前 100 例患儿经 MRI 显示脑内病变 186 例, 检出率 93.0%, 另 14 例均表现正常, 占比 7.0%。该结果表明, MRI 可较好的检出患儿病变, 可达到较高的检出率。文中显示: 治疗后 100 例患儿中疗效不显著 92 例、基本康复 16 例、显著改善 92 例, 而 MRI

显示 102 例疗效不显著, 98 例病灶改善, MRI 诊断准确性 89.0%、特异度 93.48%、灵敏度 85.19%, 阴性及阳性预测值分别为 84.31%、93.88%。该结果表明, MRI 对患儿康复治疗效果的诊断效果较为理想, 可达到较高的准确性和特异性。对于 CP 患儿而言, 其 MRI 图像在很大程度上临床表现存在一定关系。如脑萎缩等与智力或语言有关的症状, 其在 MRI 中以脑室扩大、蛛网膜下腔增宽为主要表现; 若患儿脑部发育不全, 属于早产儿, 则其极易因缺氧或缺血造成角质或瘢痕增生, 可出现白质液化或髓鞘华延迟, 从而引起脑室周围白质软化, 其在 MRI 中以白质区域异常信号为主要表现^[12]。经康复治疗, 患儿的应人应物、语言表达、肢体功能等改善显著, MRI 显示双侧侧脑室无异常斑片状信号, 且脑室大小正常。

可见, 在康复治疗小儿 CP 中应用 MRI 发挥着积极作用和显著优势。

综上, 在康复治疗小儿 CP 中应用 MRI 的价值较高, 有利于诊断患儿脑发育迟缓和脑瘫等病情, 可为评估预后和后续治疗提供可靠的依据和指导, 且依据 MRI 结果可在后续治疗中对治疗方案及时做出调整, 以有效改善患儿病情, 预防迁延不愈。

参考文献:

[1]王薇. 小儿脑瘫康复治疗中应用磁共振成像的临床分析[J]. 反射疗法与康复医学, 2020, 29(10): 70-71.

[2]陈斌. 小儿脑瘫康复治疗中应用磁共振成像的临床研究[J]. 反射疗法与康复医学, 2020, 29(7): 113-114.

[3]Prabha Jayanti, Alam Areesha, Kumar Chandrakanta, et al. Neuroradiologic Features Associated With Severe Restriction of Functional Mobility in Children With Cerebral Palsy in North India[J]. Journal of Child Neurology, 2021, 36(9): 883073821993613-883073821993613.

[4]崔培培. 小儿脑瘫康复治疗中 MRI 磁共振成像的临床效果观察[J]. 中国保健营养, 2021, 31(13): 37-40.

[5]李霞, 张伟. 小儿脑瘫康复治疗中应用磁共振成像的临床分析[J]. 中外医疗, 2019, 38(14): 180-182.

[6]王萍, 童光磊, 周陶成, 等. 磁共振弥散张量成像在婴幼儿痉挛型脑瘫中的应用[J]. 安徽卫生职业技术学院学报, 2018, 17(3): 27-29.

[7]马菲. MRI 多序列扫描应用于小儿脑瘫康复治疗期间的诊断价值[J]. 影像研究与医学应用, 2021, 5(24): 92-94.

[8]郝明珠, 张晓凡, 王志伟, 等. DTI 基于白质骨架的纤维束空间统计分析对认知障碍脑瘫患儿的研究[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2020, 18(9): 1-3, 10.

[9]杨昕, 杨凯华, 李健. 多模态功能磁共振成像技术对脑瘫儿童诊治的应用指导及作用观察[J]. 影像研究与医学应用, 2021, 5(23): 86-87.

[10]Chen Dong, Bao Chao, Geng Yan Xia, et al. Effect of "Tonifying Kidney and Invigorating Brain" acupuncture in children with spastic cerebral palsy analyzed by multi-modality MRI combined with dynamic electroencephalogram[J]. Medicine, 2020, 99(30): e21082-e21082.

[11]郭鑫, 张英英, 姜元俊. 磁共振成像在小儿脑瘫康复治疗中的应用价值[J]. 世界临床医学, 2016, 10(3): 190.

[12]张晓凡, 郝明珠, 王志伟, 等. 脑瘫儿认知功能损害的 3T 多模态脑功能 MR 成像[J]. 中国医学计算机成像杂志, 2020, 26(1): 1-8.

通讯作者: 白芝兰 西安交通大学医学部。

浅谈男性尿道狭窄的手术治疗

方崇国

温州市人民医院 浙江温州 325000

摘要：男性尿道狭窄一直是个复杂且棘手的问题。关于尿道狭窄的手术方式日新月异，包括尿道扩张术，尿道内切开术，尿道成形术以及其他综合手术方式等，但是治疗尿道狭窄手术的金标准目前尚无定论。本文就男性尿道狭窄的各种手术治疗方式做一简单综述。

关键词：尿道狭窄；手术治疗；综述

尿道狭窄在日常临床工作中并不少见，由于其容易复发的特性，导致该疾病的处理变得较为棘手，特别是对年轻的泌尿外科医师来说。在性别分布上，尿道狭窄常见于男性患者，而女性患者的发病率相对较低，约 0.19%^[1]，这与男女的不同生理构造相关。在解剖学上，男性尿道可被分为前尿道和后尿道两部分，而尿道狭窄最好发于前者，特别是球部尿道部分。男性尿道狭窄的病因种类繁多，主要包括外伤性，医源性和感染性三个大类^[2]。外伤性病因可见于骑跨伤引起的球部损伤，骨盆骨折引起的膜部损伤，暴力引起的尿道口损伤等；医源性病因可见于经尿道前列腺电切术后，尿道息肉手术后，膀胱镜检查暴力操作等；感染性病因可见于尿道炎，前列腺炎，外阴硬化性苔藓等问题。尿道狭窄的临床表现根据狭窄的不同程度也有不同，基本上以排尿困难，排尿变细为主，还可以合并反复泌尿道感染、膀胱结石形成、尿瘘、甚至慢性肾功能不全等问题^[3]。按照 2021 年欧洲泌尿外科学会发布的指南，对于无症状的尿道狭窄可予观察等待^[4]。男性尿道狭窄的手术治疗一直是个复杂的问题，无论是传统的尿道扩张，还是开放手术或者腔内治疗，越来越多的手术方法不断涌现。本文就此问题做一简单综述。

1. 尿道扩张术

尿道扩张术目前在临床上经常使用，其原理是利用物理方法扩张狭窄尿道，撕裂尿道黏膜，从而尿液外渗，浸润周围组织，最终形成新的瘢痕组织。该治疗方式可在局麻下进行，临床医师应用不同型号的尿道扩张器进行逐步的尿道扩张，最终达到需要的扩张程度。尿道扩张器不仅仅是指传统意义上的尿道金属扩张条，现在也可以是指球囊扩张器等。尿道扩张术简单便利，学习曲线短，要求操作医师充分了解男性的生理弯曲和狭窄，但是由于该操作属于盲扩（非直视下操作），如果操作医师临床经验缺乏或技术不佳也可能构成一系列的问题，如假道生成，严重出血，甚至尿道直肠瘘等情况。有时尿道扩张术无法改善尿道狭窄问题，甚至由于操作不当，反而进一步加重尿道狭窄问题。因此目前临床上出现了一些改良版本，如在导丝（如斑马导丝）的辅助下利用筋膜扩张器（如经皮肾穿刺扩张套件）进行扩张，石松山等回顾性分析 2015 年 1 月至 2021 年 2 月利用输尿管镜联合经皮肾穿刺扩张套治疗尿道狭窄的患者，发现所有 21 例患者经常规尿道扩张后均取得预期疗效^[5]。由于筋膜扩张器扩张术可在内窥镜下完成，而且筋膜扩张器具备一定的硬度和韧性，因此该操作减少了盲扩带来的损害。尿道扩张术可以多次操作，但其术后的尿道狭窄复发率较高，因此临床上需要做好相应的门诊定期随访。

2. 尿道内切开术

直视下尿道内切开术（DVIU）总共包括冷刀和热刀两大类，而后者又包括常见的激光及等离子电刀。冷刀的手术原理是通过切开尿道狭窄处周围的瘢痕组织（深达正常组织）进而使尿道的腔内空间扩大。冷刀的历史可以追溯到 1972 年，当时 Saches 第一次采用冷刀技术行尿道内切开术，如今随着医疗技术和设施的逐步完善，它被越来越多的应用于临床实践当中，王志刚等^[6]通过 25 组随机对照研究指出，前列腺手术后尿道狭窄患者采用冷刀切开术治疗的效果非常显著。激光热刀技术主要是利用其热效应原理处理狭窄瘢痕问题，它具有止血效果佳，创伤小，治疗效果好等优点，刘大伟等^[7]通过 80 例男性创伤性后尿道狭窄患者的研究指出，腔内钬激光内切开术治疗的有效性和安全性较高。激光的选择目前多是钬激光，也可以是绿激光，铥激光等种类，不同激光的波长不同，各自产生的效果也不同。关于冷刀内切开术和激光内切开术的手术疗效比较，许多研究给出了它们的答案。胡冀生等通过 40 组尿道狭窄患者的临床手术对照研究指出，经尿道激光尽管手术时间长，但是在手术效果、复发等方面比冷刀治疗有着较大优势^[8]，而章杰城等通过两种手术方式的 Meta 分析指出，冷刀切开所需手术时间更短，激光治疗则术后 1 年最大尿流率改善更明显，同时可减少术中出血量和住院时间，并且可显著降低术后总体并发症发生率、1 年内复发及再次手术率^[9]，但是由于缺乏大量的数据支持，目前关于两种手术方式孰优孰劣的问题仍未有答案，因此 2021 年 EAU 指南指出^[4]，目前研究并不能明确指出哪种 DVIU 技术更有效。

区别于传统的单极电切技术，等离子电刀技术是由于电流通过两侧电极激发中间的介质离子化，然后作用于组织，使其化学键断裂，大分子破坏，最终可以产生汽化切割和电凝。等离子电切术不仅可以切开较难处理的瘢痕组织，也可以起到电凝止血的作用，罗黔等通过 96 例男性后尿道狭窄患者的回顾性分析指出，比起冷刀切开治疗，经尿道等离子柱状电极与环状电极联合治疗可减少手术时间和出血量，提高手术成功率和最大尿流率，降低复发率和并发症发生率^[10]。目前电切也衍生出一些新技术，如悬浮离子刀电切术，超脉冲等离子汽化电切术等。DVIU 临床效果明显，但是也存在一些缺点，如肉眼血尿，尿失禁，尿道感染，尿液外渗等问题。

2021 年 EAU 指南指出，既往未曾接受过治疗的单发、狭窄长度≤2cm 的球部狭窄患者可使用冷刀 DVIU，但是对于狭窄长度>2cm 的患者，不建议单独采用 DVIU 或尿道扩张术。目前没有证据表明尿道扩张与 DVIU 哪个疗效更佳^[4]，部分研究支持前者，也有部分研究支持后者，如薛国军

等通过 115 例治疗男性后尿道狭窄的回顾性研究指出,输尿管镜直视下球囊扩张术与尿道冷刀内切开术比较具有明显的优势,是治疗男性后尿道狭窄疗效更好的手术方式^[11]。

3、尿道成形术

尿道成形术主要有两大类,即尿道端端吻合术和移植物替代尿道成形术,前者又包括为横断性与非横断性两种。有研究表明,相对于 DVIU,尿道成形术的成功率较高^[12],而且对应的并发症的发生率和复发率较低^[13],尿道成形术也具有有一些缺点,如创面相对较大,对术者要求较高,学习曲线较长等。尿道端端吻合术主要步骤是首先切除尿道的狭窄部分(包括瘢痕组织),然后将尿道粘膜在无张力的条件下端端吻合。谢弘等通过回顾性分析指出,对于治疗球部尿道狭窄,非离断尿道成形术是一种创伤小、有效的术式,适用于狭窄相对较短、瘢痕组织较少的患者^[14],其一大特点是对尿道球部动脉的保留。

然而当临床上遇到狭窄长度>2 cm 的复杂性尿道狭窄时,由于无法保证无张力吻合,需要选择后一种手术方式。常用的移植替代物就是口腔黏膜,其他替代物也包括舌部黏膜、直肠黏膜、阴茎皮肤等,毕晓方等利用阴茎游离皮片背侧镶嵌成形术治疗 TURP 术后前尿道狭窄,发现通过 1 年随访,13 例患者中 1 例失访,15 例均无再次狭窄致排尿梗阻^[15]。

4、其他综合治疗

1.尿道支架置入术。尿道支架可以分成临时性支架和永久性支架两种,余青松等人通过分析指出,大多数研究结果显示尿道支架的短期疗效明显,可以显著缓解症状,提高最大尿流率,降低残余尿量,改善患者生活质量^[16]。除了单独使用,临床医师也可以采用激光内切开联合尿道支架治疗尿道狭窄。2.联合药物注射治疗。药物的选择包括类固醇类药物,丝裂霉素 C、富含血小板的血浆等,战立龙等人的研究指出,曲安奈德联合尿道扩张术治疗尿道外口狭窄共计 15 例,取得了良好的手术效果^[17]。3.中西医结合辅助治疗。中西医结合治疗一直是我国的一大特色,在一些疾病的治疗上起到重要的辅助作用,刘朝鲜通过 78 例尿道狭窄患者的随机对照研究指出,比起单纯的尿道扩张术,在行尿道扩张术的基础之上配合中西医结合疗法(八正散)效果显著^[18]。4.多种手术方式结合。DVIU 包括冷刀和热刀,一般在临床上采用单独的冷刀手术或者热刀手术,但是部分研究将两种手术方式结合在一起,发现可以取得不错的临床结果,王君辉等通过 42 例男性尿道狭窄患者的随机对照研究指出,比起单纯冷刀内切开手术,输尿管镜联合钦激光与冷刀内切开治疗男性尿道狭窄,可有效缩短患者手术时间及住院时间,降低手术并发症的发生率,且临床总有效率较高^[19]。

小结

尿道狭窄的治疗目前仍未有一个定论,相应的手术方式也在不停改变和提高,这些都还需要时间和数据的积累。尿道狭窄的不同,手术选择的不同,相应的结果也不同。每个不同的手术方式有利也有弊,一些巧妙的术式结合也会带来一些不错的效果。关于不同患者的尿道狭窄问题,应该从实际情况出发,制定一个合适的方案。

参考文献:

[1]涂洋,刘相臣,刘中华,等.女性尿道狭窄的外科治疗研究进展[J].

山东医药 2021 年 61 卷 14 期,109-112 页,ISTIC PKU CA, 2021..

[2]陈佳伟,邓欣,双卫兵.男性尿道狭窄的病因,诊断及治疗研究进展[J].解放军医学杂志,2020,45(10):6.

[3]CHRISTOPHER, KING, KEITH, et al. Urethral Stricture is Frequently a Morbid Condition: Incidence and Factors Associated With Complications Related to Urethral Stricture [J]. Urology, 2019, 132(189-94.

[4]甘澍,李柏谋,何君伟,等.2021 欧洲泌尿外科学会男性前尿道狭窄诊治指南(治疗部分)解读[J].临床外科杂志,2022,30(1):27-31.

[5]石松山,李栋,李昌璟,等.输尿管镜联合经皮肾穿刺扩张套袋治疗尿道狭窄疗效分析[J].泌尿外科杂志(电子版),2021,13(2):24-26.

[6]王志刚.前列腺手术后尿道狭窄的临床疗效探究[J].保健文汇,2019(2):278.

[7]刘大伟.腔内钦激光内切开治疗男性创伤性后尿道狭窄的临床效果[J].当代医学,2020,26(11):54-56.

[8]胡冀生,王子清.经尿道激光与冷刀对比治疗男性尿道狭窄临床疗效[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(84):26,28.

[9]章杰城,何弘毅,陈雨鑫,等.经尿道激光与冷刀治疗男性尿道狭窄疗效的对比分析[J].现代泌尿外科杂志,2019,24(2):114-121.

[10]罗黔,吕杰,王宁,等.等离子体柱状电极联合环状电极腔内治疗男性后尿道狭窄的疗效及安全性分析[J].微创泌尿外科杂志,2020,9(5):356-360.

[11]薛国军.输尿管镜直视下球囊扩张术与尿道冷刀内切开术治疗男性后尿道狭窄的疗效比较[J].中国基层医药,2020,27(11):1303-1306.

[12]NIMA BARADARAN, LINDSAY A. HAMPSON, TODD C. EDWARDS, et al. Patient-Reported Outcome Measures in Urethral Reconstruction[J]. Current urology reports.,2018,19(7):48-1-48-9.

[13]CHUNG, AMANDA S. J., MCCAMMON, KURT A.. Incidence and Management of Lower Urinary Tract Symptoms After Urethral Stricture Repair[J]. Journal of Turbulence,2017,18(9).

[14]谢弘,杨涛,罗志强,等.非离断尿道成形术治疗球部尿道狭窄的疗效分析[J].中华泌尿外科杂志,2021,42(8):609-614.

[15]毕晓方,平秦榕,王春晖,等.阴茎游离皮片背侧镶嵌成形术治疗 TURP 术后前尿道狭窄的疗效分析[J].中华泌尿外科杂志,2019,40(12):915-919.

[16]余青松,马骏杰,李超.尿道支架在尿道狭窄中的临床应用进展[J].中华泌尿外科杂志,2020,41(9):717-720.

[17]战立龙,宋兆录,魏瑞雪,等.曲安奈德联合尿道扩张术治疗尿道外口狭窄的临床报道[J].中国男科学杂志,2019,33(6):64,66.

[18]刘朝鲜.中西医结合与单纯尿道扩张术治疗尿道狭窄的疗效比较[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(4):43-44.

[19]王君辉,王玲.评价输尿管镜联合钦激光与冷刀内切开治疗男性尿道狭窄的临床疗效[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(31):38,40.

基于卡诺模型的优质护理服务模式对降低急诊护理服务投诉效果研究

钱飞虎 周丽金* 刘庆 贺一铭

上海交通大学医学院附属同仁医院 200336

摘要：目的：探讨基于卡诺模型优质护理服务模式在急诊科运用后对降低急诊投诉的效果。方法：2021 年 1 月至 6 月运用卡诺模型调查方案，制定急诊科服务对象需求评估，根据调查结果制定急诊科优质护理服务具体方案措施，对急诊护理人员进行培训并按照方案措施实施，比较 2020 年 7 月-12 月急诊护理服务投诉。结果：2020 年 7 月-12 月急诊护理投诉 60 例，2021 年 1 月至 6 月急诊护理服务投诉为 11 例，下降 81.67%。结论：运用卡诺模型实施急诊优质护理服务能够使得急诊护理服务投诉下降，能够提升急诊护理服务质量。

关键词：卡诺模型；优质护理；护理服务投诉

自 2010 年全国开展优质护理以来，护理服务水平不断提高，患者满意度大幅度提升^[1]。急诊科作为各大医院的窗口，近年来护理服务投诉屡见不鲜。由于急诊的特殊性，工作繁忙，人员短缺，急危重症患者多任务重等，一旦护理工作出现失误现象后，不但会影响患者治疗效果，还会引发护患纠纷^[2-3]。急诊开展优质护理服务更加容易被忽略。随着人们对医院服务的要求不断增加，而恰巧是这些忽略的优质护理服可能导致急诊不必要的纠纷和投诉发生。为了维护医院良好形象，提高急诊科护理质量，响应“优质护理服务示范工程”的号召，迫切需要在急诊系统推行优质护理服务^[4-5]。因此，在治疗急诊患者时，规范急诊科护理流程，减少医疗纠纷和投诉的发生^[6]。

卡诺模型（Kano Model）是一种重要的需求分析方法，是日本狩野纪昭（Noriaki Kano）根据赫兹伯格赫茨伯格双因素理论基础上创立的质量模型，根据不同类型的服务特性与客户满意度之间的关系将服务分为基本属性、期望属性、兴奋属性、无差异属性和反向属性^[7]；卡诺模型可对产品的属性进行分类，识别哪些属性最能影响用户对产品的满意度^[8]。急诊开展基于卡诺模型的急诊优质护理服务，旨在降低急诊护理服务投诉的发生率，提高急诊优质护理质量。

1 对象与方法

1.1 研究对象

以 2020 年 7 月至 2021 年 6 月，上海某三级医院急诊科就诊患者 400 例，纳入标准：①急诊看诊的患者和家属；②直系亲属（直系血亲和直系姻亲）；③患者和家属知晓本研究内容并自愿参加的。排除标准：①来急诊看诊有纠纷的患者和陪同人员；②家属年龄大于 70 岁；③本身有认知功能障碍或视听障碍；④非直系亲属。

1.2 方法

以顾客满意卡诺模型为指导，以整体护理理论为框架，结合实际工作，解决人文关怀理念落后问题，护理人员人文服务理念落后，医护人员和患者沟通不畅的现实问题。2020 年 7 月-12 月，急诊就诊患者 200 例为对照组，对照组患者和家属接受急诊常规的服务，告知急诊的基本就诊流程和注意事项。2021 年 1 月至 6 月，急诊就诊患者 200 例为观察组，根据卡诺模型设计调查问卷，由研究者自主设计的基于的卡诺模型优质护理服务的标准调查问卷，包括正向提问和反向提问。向您提供，您会觉得：①很喜

欢；②理所当然；③无所谓；④勉强接受；⑤很不喜欢。不向您提供，您会觉得：①很喜欢；②理所当然；③无所谓；④勉强接受；⑤很不喜欢。见表 1

表 1 急诊危重患者调查表

调查项目
1 能让我了解患者的预后结果
2 希望在第一次进入抢救室之前，医护人员能为我介绍急诊室内的有关情况
3 希望每天和医生进行交流
4 当不能去探视时，可以打电话给专门的人员来询问患者病情
5 医护人员能如实回答我的问题
6 希望当出现某些特殊情况时，探视时间可以适当更改
7 希望能和医护人员谈论我的不良情绪，诸如负罪感、生气等
8 希望医院伙食很可口
9 医护人员交给我一些关于床边护理需要注意的事项
10 希望随时都可以探视
11 能知道在抢救室哪种工作人员能提供哪方面的信息
12 希望随时可以得到朋友的帮助
13 清楚患者进行特殊治疗的目的
14 能感觉到病情好转的希望
15 能了解患者的主管医生和责任护士的一般情况，如职称、经验、水平等
16 清楚患者目前接受的治疗
17 保证患者得到最佳的救治
18 希望在医院有可以独处的地方
19 了解患者正在接受的治疗
20 希望家属休息室内有舒适的休息设备
21 希望医护人员认同我
22 希望能有人帮我解决患者的费用问题
23 希望在家属休息室附近设有电话
24 允许牧师、其他宗教人员、心理医生等为患者提供心理安慰
25 医护人员不回避病情，能与我谈论患者有医治无效死亡的可能

- 26 希望能和其他亲属一起去探视患者
- 27 希望有医护人员关心家属的健康
- 28 希望偶尔能允许暂时离开医院片刻
- 29 希望能和同一名护士每天进行交流,了解患者病情
- 30 希望能允许有时大声哭叫
- 31 希望了解其他可以解决患者问题的人员
- 32 希望家属休息室附近还设有浴室
- 33 希望任何时候都能独处
- 34 希望了解某些能帮助解决家庭问题的人员
- 35 医护人员给出的解释通俗易懂
- 36 希望探视时间准时开放
- 37 了解医院能提供的宗教服务
- 38 希望能亲自照顾患者
- 39 当患者的治疗方案将有变化时,医护人员能告知我
- 40 当病情变化时,能有人打电话通知家人
- 41 每天都能得到有关患者病情的消息
- 42 感受到医护人员对患者的关心
- 43 能知道有关病情进展的具体情况
- 44 能经常探视患者
- 45 希望抢救室外附近设有专门的家属休息室

1.2.1 基于卡诺模型急诊优质护理服务措施的制定

1.2.1.1 急诊患者及家属需求调研

制定急诊患者及家属需求调研表,随机跟踪抽取急诊预检台、抢救室、观察室和输液室各 50 例患者家属,跟踪各个诊疗环节,了解患者急诊就诊需求。进行需求的整理发现患者对于当时继续解决的眼前问题普遍需求。如预检台提供一次性水杯、有人专人指导测量血压,取检验报告;抢救室提供被服、枕头;观察室护士多巡视观察患者;输液室静脉穿刺困难患者让穿刺技术高的护士穿刺,患者及家属认为其为魅力需求。

1.2.1.2 急诊优质护理服务具体措施

一、制定规范语言 50 条,规范流程 10 项

在繁忙的的急诊工作中,为了使得急诊护理人员语言服务更加规范,急诊科制订了各个岗位语言规范服务 50 条,规范了各种情况下的规范用语。同时制定急诊突发情况应急流程 10 项,能够让护士在处理各种突发情况下有应急预案,能够有效避免不必要的纠纷。

二、急诊预检台

(1) 根据患者需求提供一次性水杯;(2) 在之前文员的基础上每日安排一名实习生培训后为急诊患者指导打印报告,测量血压;(3) 提供外科专用箱,为创伤患者在预检台就可以进行初步的止血包扎;(4) 对于行动不便需经急诊平推车去门诊的患者,预检台安排专门工勤人员送至相应诊室并做好交接,保障患者安全。

三、急诊抢救室

(1) 根据患者需求提供一次性床单和枕头;(2) 在抢救室门口增加座椅,为患者家属提供专门等候区;(3) 抢救室安排护工 24 小时上班,在抢救室无陪护化管理下帮助患者解决生活问题;(4) 抢救室护士帮助患者取检查报告并及时向患者家属介绍患者病情。

四、急诊观察室

(1) 观察室为患者床位提供床头柜,上层用于放置心电监护仪,抽屉放置患者杂物;(2) 安排固定护士定点留观区,及时发现患者需求,主动为观察室患者提供护理服务,减少家属去护士站呼叫护士频率。

五、急诊输液室

(1) 为穿刺困难的患者敲“爱心章”,安排高年资护士穿刺;(2) 输液室提供租借被服、充电宝、充电器、雨伞等,满足患者个性化需求;(3) 输液室安排专职工勤人员,为行动不便患者提供帮助。

1.2.2 基于卡诺模型急诊优质护理服务措施培训及督查

1.2.2.1 措施培训

采取理论与实践相结合的集中授课培训模式,急诊科邀请院外护理专家来院授课,组织科室护理组成员外出参观学习相结合。实施“以患者为中心”的整体护理理论为框架,以顾客满意卡诺模型为指导,结合本院急诊科临床护理工作实际,创新人文护理思维模式,开启创新优质护理服务新思路^[9]。开展优质护理服务培训专项例会,对于规范语言采取情景模拟对话形式进行培训;对于突发事件处理流程则采取事件演练的方式,加深印象,保障培训效果;对于具体岗位优质护理服务措施由各组长具体负责培训。

1.2.2.2 督查

制定急诊优质护理服务督查表,护士长每日根据清单督查优质护理服务措施落实情况,并及时反馈,发现问题及时分析原因,进行持续整改。

2 结果

2020年7-12月,急诊科共发生护理服务投诉60例,其中大部分为预检台口头投诉42例,门诊办公室电话投诉7例,党办投诉6例,市、区信访投诉5例。投诉原因为护士服务态度差20例,护士与家属沟通不到位25例,护士未能帮助患者或家属解决实际问题10例,护理差错导致投诉3例,因为疫情原因投诉3例。2021年1-6月,实施卡诺模型优质护理服务后,急诊科共发生投诉11例,其中预检台口头投诉5例,门诊办公室电话投诉5例,党办投诉0例,市、区信访投诉1例。投诉原因为护士解释沟通不到位7例,护理操作不当投诉2例,急诊疫情防控相关2例。另外收到锦旗表扬4次,书面表扬超过20封,大众点评表扬超过10次。见表2

表 2 2020 年 7-12 月和 2021 年 1-6 月急诊科投诉例数[n, %]

组别	总例数 (n)	预检台 口头 投诉	门诊办公 室电话投 诉	党办投 诉	市、区信访投 诉
2020 年 7-12 月	60	42 (70)	7 (11.67)	6 (10)	5 (8.33)
2021 年 1-6 月	11	5 (62.5)	5 (62.5)	0 (1)	1 (1.25)
χ^2 值					8.2313
P 值					0.0415

3 讨论

随着优质护理服务工作的全面推广和持续深入,对护理管理工作者和

(下转第 208 页)

抑郁症患者临床治疗中心理护理的应用及对患者服药依从性的影响

孙淑萍

山东省烟台市莱州荣军医院 山东烟台 261400

摘要：目的：探究心理护理在抑郁症患者治疗中的应用价值。方法：80 例抑郁症患者用随机数法分组，对照组和观察组分别应用常规护理和心理护理，观察效果。结果：观察组的服药依从性高于对照组 ($P<0.05$)。护理后观察组的 SDS、SAS、SSQ-53 评分均低于对照组 ($P<0.05$)，护理前两组的三项评分无显著区别 ($P>0.05$)。结论：心理护理在抑郁症患者的临床治疗中应用价值极高，能够明显提升服药依从性，还能改善负面状态，减轻心理压力，推广性强。

关键词：抑郁症；临床治疗；心理护理；服药依从性

抑郁症是当前临床中发病率极高的一种精神类疾病，该病的发生与多种因素有关，其中具有遗传性，而社会环境的变化以及心理压力的增加都会催化疾病的发病^[1]。抑郁症对患者的生活以及人际交往、身心健康都会产生比较严重的危害，

患者会表现出自我封闭的状态，不爱与人交往和沟通，同时对生活兴趣明显下降、心情长时间的低落以及缺乏刺激反应等，而病情比较严重的患者还会彻底丧失生活的兴趣、厌世的特征，容易产生自残甚至是自杀的倾向，给患者的个人家庭以及社会均会造成负面的影响和沉重的负担^[2]。而药物治疗是抑郁症患者的重要治疗手段，由于病情的特殊性，患者往往对药物治疗的配合度较低，导致临床治疗效果不理想。为了改善抑郁症患者的这一治疗现状，提升用药的配合度，从而提升疾病的治愈率，在临床治疗中对患者提供支持性的心理疏导非常的必要，有相关报道表明，心理护理在抑郁症患者的治疗中能够帮助患者建立治疗信心和信念，化解内心的矛盾，积极的配合医生的治疗，能够大幅度的改善患者治疗进程中的服药依从性^[3]。本研究则对心理护理用于抑郁症患者中的干预效果进行探讨，探究其具体的应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究时间是 2019 年 1 月到 2020 年 1 月，80 例抑郁症患者用随机数法分成两组，对照组 40 例，男 21 例，女 19 例，年龄 36 岁到 60 岁，均值 (48.1 ± 0.7) 岁，观察组 40 例，男 18 例，女 22 例，年龄 31 岁到 64 岁，均值 (47.6 ± 0.8) 岁，通过对比两组的个人资料无较大差异 ($P>0.05$)。

1.2 方法

两组患者均接受临床中的药物治疗，所用药物是帕罗西汀片，每次口服剂量是 20 毫克，每天用药一次。对照组：(1) 用药指导。在用药之前护理人员需要将用药的注意事项进行详细的说明，发药时一定要保证药物的种类、剂量准确，严格遵照医嘱为患者进行发药。将药物治疗抑郁症的工作途径以及与其效果、用药疗程和不良反应等药物的基本信息都要对患

者及家属进行详细的交代，争取获得患者的合作，配合用药。应该确认患者服药后在离开，避免发生藏药等情况。患者用药后护理人员应该周期性的进行巡查，观察患者是否出现用药后的不适反应。(2) 睡眠指导。很多抑郁症患者都存在不同程度的失眠，因此需要对患者的睡眠情况予以帮助，提升其睡眠的质量。白天应该进行室内的通风，驱散室内的二氧化碳浓度，利于晚间的睡眠。睡前的半个小时应该关闭电子产品，避免屏幕的反射光线影响睡眠。睡前可以请听一些有助于睡眠的平和的轻音乐，能够放松精神，促进睡眠。同时患者要注意自身睡前情绪的调节，避免产生过激的情绪。为患者建立起作息规律，按时作息^[4]。如果患者实在入睡困难或者夜醒次数频，可以在寻医嘱指导下进行一些助眠药物的使用。(3) 安全护理。在患者的房间中维持光线的明亮，保持环境整洁，可以在墙壁上挂上一些颜色鲜艳明亮的挂画，在房间内摆放一些温馨的花朵和绿植，使患者对生活的热爱度可以提升，减少自我伤害的现象。加强病房的安全设施检查，在夜间以及凌晨等重点时段加强对患者的巡查。

观察组在上述的护理基础上应用心理护理：(1) 加强抑郁症健康知识教育。患者入院后，护理人员应该向患者以及家属中了解到患者日常的家庭环境以及生活氛围等，结合患者的发病特征分析出患者的发病的影响因素。加强抑郁症健康知识宣教，采取多种教育途径来达到教育的目的，如定期开展疾病的专题讲座、发放疾病的健康手册以及一对一口语宣教、在科室的公共区域内进行生动形象的动画视频播放等形式来为患者以及家属传递抑郁症的健康内容，包括发病机制、临床症状以及危害和治疗方法等。使患者和家属对疾病的认识能够加深了解，也可以让患者意识到自身的病态的表现，了解到规范的用药对自身病情缓解的益处，增强用药配合性^[5]。(2) 心理疏导。很多抑郁症患者都比较自闭，不爱与人说话和接触。护理人员应该帮助患者建立起良好的人际关系，可以介绍患者间互相认识，互相吐露内心的真实想法。护理人员也要和患者多交流，引导患者对自身的情绪和想法勇敢的表达出来。护理人员要充分尊重患者，对患者的想法仔细的倾听，要换位思考，以患者的理解和角度对去看待一些事情和

问题的处理，从而尽量的了解患者当时的心境和想法，达到共情。在交流中，护理人员要对患者感兴趣的事物和话题进行留意，并以此作为沟通的切入点逐渐的引导患者。对患者所提出的问题，护理人员也要积极详细的解答，解除其疑虑。如果在沟通的过程中，护理人员发现患者心中对疾病以及自身存在一些错误的观念或者是非常的否定自己，护理人员应该对患者的疾病错误观念进行纠正，同时要积极的鼓励患者、引导患者，避免患者产生自卑、否定自己的心态^[6]。可以定期的组织一些团体活动，鼓励患者和家属参加，让患者识别出这些动向，通过一些集体活动，让患者意识到自身的价值以及感受到社会中对抑郁症群体的关爱，解除自身的自卑、消极的心态。（3）认知重建。患者患病的因素与日常生活和工作的较大压力感有关，护理人员应该让患者充分的意识到这一点，指导患者进行心态上的调节，避免出现心态失衡，当负面情绪出现时应该进行情绪的宣泄，懂得压力的释放。护理人员要带给患者正面、积极的心理情绪作为正向的情绪引导，对于患者的社会应激因素要进行的耐心的探讨，帮助患者解决日常人际交往与社会交往中的一些困境和问题。使患者对自身的认知和想法能够正确的理解和认识，从而建立健康的行为^[7]。（4）建立家庭支持。对家属进行正确交流方式的技巧指导，避免家属与患者在交流时语言不当而引起患者病情变化加重。发动家属给予患者足够的耐心和理解以及安全感，让患者感受到家人的理解与关爱，减轻孤独感，可以定期进行家庭出游，借助大自然来促使患者的心态以及认知有所改善，建立温馨的家庭氛围对患者的心态恢复十分的有利。让家属作为患者用药的监督者，并且要多陪伴患者，鼓励患者与身边的人接触，改善患者的社会功能和心理的承受力。

1.3 观察指标

1.3.1 统计两组的服药依从性，患者对用药以及护理环节都能自觉积极

配合，视为完全依从；对用药以及护理环节都能维持配合，使治疗以及护理能够完全落实，视为部分依从；患者对用药以及护理的落实比较抵触，进行各项临床干预时需要反复劝说，视为不依从。

1.3.2 观察两组心理状态变化，使用抑郁评价表（SDS）和焦虑评价表（SAS）以及压力自评量表（SSQ-53）进行抑郁、焦虑以及心理压力的评估，前两项量表均是 20 个问题，每个问题的分值分别是 1 分、2 分、3 分、5 分，焦虑以及抑郁为反向计分。后项量表包含 30 个题目，总分 30 分，心理压力为反向计分^[8]。

1.4 统计学方法

统计学处理软件 SPSS20.0，用均数标准差（±）表示计量资料，用 t 检验，用百分比（%）表示计数资料，用 χ^2 检验，当 $P<0.05$ 时视为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 服药依从性

观察组的服药依从性高于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 1。

表 1 服药依从性（n，%）

组别	例数	完全依从	部分依从	不依从	依从性
对照组	40	17（42.50）	13（32.50）	10（25.00）	30（75.00）
观察组	40	22（55.00）	17（42.50）	1（2.50）	39（97.50）
t					5.620
P					<0.05

2.2 心理状态评分

护理后观察组的 SDS、SAS、SSQ-53 评分均低于对照组（ $P<0.05$ ），护理前两组的三项评分无显著区别（ $P>0.05$ ）。见表 2。

表 2 心理状态评分（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	SDS 评分		SAS 评分		SSQ-53 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	40	62.75±1.24	51.45±0.78	60.72±1.30	49.85±1.11	16.27±0.97	10.75±0.94
观察组	40	63.04±1.30	39.72±0.65	61.24±1.34	40.79±0.97	16.85±1.06	5.74±0.62
t		0.892	6.782	0.419	9.754	0.352	11.631
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

随着社会环境的变化，当今时代中抑郁症的发病率越来越高，并且发病年龄广泛，是成年人中比较高发的一类精神类疾病，抑郁症虽然发病率在逐渐升高，但是通过对其进行规范系统化的治疗，是可以达到治愈效果的，所以，对于抑郁症患者来说，规范的接受药物治疗是缓解以及消除疾病的重要举措之一。抑郁症的发病与患者的心境变化、生理生物学的改变密不可分，患者发病后思想以及心态均会存在负面的情绪，容易产生自我否定、自卑的心理，社会功能和生活会严重的下降。药物治疗是抑郁症患者的有效治疗方式之一，能够帮助患者进行情绪的调节，促进病情的

改善。但是经过临床调查显示，有很多抑郁症患者在药物治疗过程中自我控制能力较低，导致用药的疗程不规范，还容易产生错误用药的情况，不但会影响治疗的效果，更会加重用药的危险性^[9]。所以，对于用药治疗的抑郁症患者采取正确的护理方式对患者治疗依从性产生正向的影响，改善病情是非常必要的。心理护理是抑郁症患者常见的一种心理支持疗法，通过对患者的心理状态进行疏导和干预能够帮助患者走出心理的阴影，正确的意识以及看待自身的疾病，能够帮助患者恢复生活的信心和树立正确的治疗观念，促进疾病的转归。通过加强抑郁症健康知识教育，为患者提供治疗上的有利指导，改善错误的疾病认知观念，使患者意识到用药治疗的

必要性,可以通过患者的主观用药意识的改善而加强服药的主动性。在心理护理的过程中,通过心理引导的方式充分的与患者进行沟通,使患者能够敞开心扉,能够引导出患者对自身想法的表达。护理人员进行换位思考,尽量的理解患者的治疗想法,通过与患者的共情而使沟通的成效提升。护理人员对患者的诉求进行分析而对患者开展情绪上的疏导、促进负面情绪的释放,从而帮助患者解决问题,创造良好的心境,这对患者的心态改善具有重要的帮助^[10]。而通过发动家属予以患者家庭上的支持和积极参与社会活动,能够帮助患者寻找并发现自身的存在感和自豪感,刷新患者对自身的错误认知,恢复自信心,更加配合临床治疗。

综上所述,抑郁症患者的临床治疗介入心理护理能够促进患者病情的减轻,增强用药的配合度,使各项临床干预措施落实更加顺利,增强护理的有效性,从而促进患者焦虑及抑郁情绪的改善,减轻心理负担,对于疾病的恢复非常有益,参考性强。

参考文献:

[1]徐开营,李晶,赵宾宾.支持性心理治疗联合艾司西酞普兰对抑郁症患者循环交替模式及社会功能的影响[J].国际精神病学杂志,2020,47(2):293-296.

[2]郑美琴.心理护理干预后对抑郁症患者采取其自我接纳的转变和抑郁评分的影响分析[J].重庆医学,2021,50(S02):452-453.

(上接第 205 页)

护理人员提出了更高的要求,改变传统的功能制护理,让患者在接受医疗服务过程中能接受一个连续全程无缝隙的整体护理,成为护理工作所追求的目标。近年来,用于精准探查患者需求的卡诺模型被广泛引入各个服务领域^[10]。本研究将该模型运用于创新急诊优质护理服务工作推进中,立足于急诊各个岗位,包括急诊预检台,抢救室,留观室,输液室患者和家属的需求,结合本地区本院实际情况为患者及家属提供优质护理服务你举措。实施后急诊患者对护理服务的满意度明显提高,同时急诊护理人员对自身工作满意度也明显提高。在此过程中,将护理工作满意度的卡诺模型与急诊护理工作质量结合后,患者的魅力优先需求被满足,护理服务满意度也得到了很大的提升。

4 结论

随着医学模式的不断完善,病人对医疗质量和服务的要求日益增高,尤其是急诊科,作为医院的窗口,是对患者实施抢救、治疗与提供心理疏导的重要场所,同时也成为了医疗护理纠纷和投诉的场所。通过基于卡诺模型的急诊优质护理服务举措实施运用于急诊各岗位,能够使得急诊优质护理质量得到提升,能够降低急诊护理服务投诉。

参考文献:

[1]高丹丹,李军,许春娟,等.北京市护理人员对优质护理可持续发展的认知研究[J].中国医院管理,2015,35(12):77-79.

[2]庄鹭虹.优质护理对于降低急诊科护理纠纷发生率的效果评价[J].临床合理用药杂志,2019,12(32):155-157.

[3]李少华,易筱荣,张翠芳,等.奥氮平联合氟西汀治疗对抑郁症患者血清 NE 水平以及抑郁情绪影响的临床研究[J].现代生物医学进展,2021,21(23):4578-4582.

[4]张蕾,齐学洁,邹琳.米氮平联合艾司西酞普兰治疗产后抑郁症的效果及对患者睡眠质量和心理状态的影响[J].中国妇幼保健,2021,36(20):4643-4637.

[5]喻红.以家庭为中心的优质护理对抑郁症患者焦虑和抑郁情绪的影响[J].护士进修杂志,2020,35(3):272-274.

[6]秦高玲,秦阿敏,王庆玲.护患沟通技巧在胃癌根治术后护理中的应用及对患者治疗依从性的影响[J].中国药物与临床,2021,21(24):4078-4078.

[7]周玉洁.抑郁症患者实施心理护理干预后对其自我接纳的转变及抑郁评分的影响[J].重庆医学,2021,50(S02):413-414.

[8]郑春美,蒋海潮,彭玲,等.抑郁症患者药物治疗态度和依从性的影响因素研究[J].浙江医学,2022,44(2):145-149.

[9]孙军伟,李作佳,邹旭明,等.正念认知疗法联合文拉法辛对抑郁症患者心理状态和生活质量的影响[J].国际精神病学杂志,2020,47(3):482-484.

[10]翟倩,丰雷,张国富.抑郁症患者自身因素对其服药依从性的影响[J].神经疾病与精神卫生,2020,20(3):175-178.

[3]黄春燕.观察优质术前护理干预在急诊科脑外伤患者中的应用效果[J].特别健康,2019(19):16.

[4]张华.急诊护理中优质护理服务的效果分析[J].中国社区医师,2019,35(4):176,178.

[5]胡川霞.优质护理和常规护理在急性心肌梗死患者护理中的效果研究[J].中国社区医师,2019,35(33):170-171.

[6]范娟娟.优质护理服务在急诊科的应用效果研究[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(3):124.

[7]KANON, SERAKUN, TAKAHASHI, et al. Attractive quality and must be quality[J]. J. J. Soc. Qual. Control, 1984, 4: 147-156.

[8]LI Y, ZHU L. Product form Design Model Based on the Robust Posterior Preference Articulation Approach[J]. Concurrent Engineering: Research and Applications, 2019, 27(2): 126-143.

[9]胡小红,黄紫霞.应用卡诺模型开展优质护理服务前后护士工作满意度的调查分析[J].实用临床医学,2017,18(09):80-82.

[10]洪玲娜.本院护理人员对推进“优质护理服务”工作的满意度调查[J].海南医学,2017,28(16):2745-2746.

基金项目:上海市长宁区十大杰出护理青年人才培养项目,项目编号 202140010

第一作者:钱飞虎,男,护师,通讯作者:周丽金,女,主管护师。

生化检验中血脂、血糖、血清酶检测和脂肪肝的关系研究

刘红荣

山西省区域医疗中心大同市第五人民医院检验科 山西大同 037006

摘要：目的：探讨生化检验中血脂、血糖及血清酶检测与脂肪肝的关系。方法：选择 2019 年 6 月-2021 年 12 月脂肪肝患者 83 例为观察组，根据患者疾病严重程度分为轻度组、中度组、重度组；选择同期健康体检者 71 例为对照组；采用全自动生化分析仪测定患者血脂水平；采用葡萄糖氧化酶法测定各组血糖 GLU 水平；采用速率酶法测定血清丙氨酸氨基转移酶（ALT）、天门冬氨酸氨基转移酶（AST）及 γ -谷氨酰基转移酶（ γ -GGT）水平；采用 Pearson 相关分析软件对脂肪肝患者血清酶与血脂、血糖进行相关性分析。结果：观察组脂肪肝患者血脂 TC、TG、LDL-C、GLU、ALT、AST 及 γ -GGT 水平均高于对照组健康体检者（ $P<0.05$ ）；HDL-C 水平低于对照组健康体检者（ $P<0.05$ ）；重度组患者血脂 TC、TG、LDL-C、GLU、ALT、AST 及 γ -GGT 水平均高于轻度组与中度组（ $P<0.05$ ）；HDL-C 水平低于轻度组与中度组（ $P<0.05$ ）；Pearson 相关性分析结果表明：脂肪肝患者血脂 TC、TG、LDL-C 及 GLU 水平与血清酶 ALT、AST 及 γ -GGT 水平呈正相关性（ $P<0.05$ ）；而 HDL-C 与血清酶 ALT、AST 及 γ -GGT 呈负相关（ $P<0.05$ ）。结论：生化检验中血脂、血糖在脂肪肝患者中表达异常，且与血清酶存在强相关性，其表达水平能反映患者疾病严重程度，可指导临床诊疗。

关键词：生化检验；血脂；血糖；脂肪肝；血清酶；相关分析

脂肪肝是由于各种原因引起的以肝细胞弥漫性脂肪变为病理特征的临床综合征。流行病学调查结果表明：我国脂肪肝的患病率为 27%，起病年龄趋于年轻化，且随着居民高脂肪、高果糖及高热量的膳食结构，再加上多坐少运动的生活方式，均会增加脂肪肝发生率^[1]。目前，临床上对于脂肪肝发病机制尚未阐明，普遍认为与遗传易感、环境因素及代谢应激等有关，多数患者发病早期临床症状缺乏典型性，随着病程延长可伴有乏力、右上腹不适、睡眠障碍等，影响居民生活与健康。生化检验是脂肪肝患者常用的检测方法，具有操作简单、安全、便利及经济等优势，借助生化指标完成血脂、血糖及血清酶等相关生化指标的测定，不仅能反映患者的疾病严重程度，亦可指导临床治疗^[2]。因此，本研究以脂肪肝患者为对象，探讨生化检验中血脂、血糖及血清酶检测与脂肪肝的关系，报道如下。

1. 资料与方法

1.1 临床资料

选择 2019 年 6 月-2021 年 12 月脂肪肝患者 83 例为观察组，男 37 例，女 46 例，年龄（26-83）岁，平均（56.79±6.71）岁；体重指数（BMI）（18-29） kg/m^2 ，平均（23.15±4.31） kg/m^2 ；病程（1-15）年，平均（6.71±0.84）年；合并症：高血压 6 例，糖尿病 4 例，高脂血症 26 例；根据患者疾病严重程度分为轻度组（ $n=41$ 例）、中度组（ $n=23$ 例）、重度组（ $n=19$ 例）；选择同期健康体检者 71 例为对照组，男 45 例，女 26 例，年龄（27-84）岁，平均（57.12±6.74）岁；BMI（19-30） kg/m^2 ，平均（23.31±4.36） kg/m^2 ；合并症：高血压 5 例，糖尿病 6 例，高脂血症 24 例。

1.2 纳入、排除标准

纳入标准：（1）符合脂肪肝诊断标准，均经 CT、超声检查确诊；（2）病情稳定，能进行有效的沟通和交流^[3-5]；（3）能积极配合完成血液标本采集及生化指标测定；排除标准：（1）精神异常、血液系统疾病或伴有自身免疫系统疾病者^[6]；（2）凝血功能异常、器质性疾病或严重心、肾功能异常者；（3）伴有肝脏其他疾病或伴有其他传染性疾病者^[7]。

1.3 方法

（1）血液标本采集。观察组办理入院后第二天早晨，对照组于健康体检当天采集外周空腹血 3mL，30min 离心，速度为 4000rpm，血清分离后置于低温下，备用。（2）检测方法。采用全自动生化分析仪（型号：日

立-7600）测定患者血脂水平（包括：总胆固醇（TC）、甘油三酯（TG）、高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）及低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C））；采用葡萄糖氧化酶法、测定各组血糖 GLU 水平；采用速率酶法测定血清丙氨酸氨基转移酶（ALT）、天门冬氨酸氨基转移酶（AST）及 γ -谷氨酰基转移酶（ γ -GGT）水平，上述操作均严格遵循仪器与试剂盒说明书完成；（3）相关性分析。采用 Pearson 相关分析软件对脂肪肝患者血清酶与血脂、血糖进行相关性分析。

1.4 统计分析

采用 SPSS24.0 软件处理，计数资料行 χ^2 检验，采用 n （%）表示，计量资料行 t 检验，采用（ ）表示， $P<0.05$ 差异有统计学意义^[8]。

2 结果

2.1 两组血脂、血糖及血清酶比较

两组均完成血液标本采集，并完成生化检验，结果表明：观察组脂肪肝患者血脂 TC、TG、LDL-C、GLU、ALT、AST 及 γ -GGT 水平均高于对照组健康体检者（ $P<0.05$ ）；HDL-C 水平低于对照组健康体检者（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 两组血脂、血糖及血清酶比较（ ）

生化检验指标	观察组（ $n=83$ 例）	对照组（ $n=71$ 例）	t	P
TC（mmol/L）	5.87±0.83	3.59±0.61	10.581	0.000
TG（mmol/L）	5.53±0.74	2.21±0.61	11.312	0.000
LDL-C（mmol/L）	3.81±0.54	2.53±0.48	5.603	0.000
HDL-C（mmol/L）	0.84±0.12	1.32±0.24	6.991	0.000
GLU（mmol/L）	6.69±0.61	5.22±0.59	7.039	0.000
ALT（U/L）	78.61±7.59	29.64±4.12	6.673	0.000
AST（U/L）	56.73±5.67	28.41±4.36	5.997	0.000
γ -GGT（IU/L）	68.31±6.91	36.57±5.61	9.015	0.000

2.2 观察组不同严重程度下血脂、血糖及血清酶比较

根据脂肪肝患者疾病严重程度对患者进行常规分组,并分析不同分组下生化检验各指标,结果表明:重度组患者血脂 TC、TG、LDL-C、GLU、ALT、AST 及 γ -GGT 水平均高于轻度组与中度组 ($P<0.05$); HDL-C 水平低于轻度组与中度组 ($P<0.05$); 中度组血脂 TC、TG、LDL-C、GLU、ALT、AST 及 γ -GGT 水平均高于轻度组 ($P<0.05$); HDL-C 水平低于轻度组 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 观察组不同严重程度下血脂、血糖及血清酶比较 ()

生化检验指标	重度组	中度组	轻度组	F 值	P 值
TC (mmol/L)	6.15±0.79 [#]	5.81±0.74 [#]	5.34±0.62	75.325	0.000
TG (mmol/L)	5.41±0.46 [#]	5.51±0.72 [#]	5.15±0.59	61.418	0.000
LDL-C (mmol/L)	3.74±0.59 [#]	3.66±0.56 [#]	3.29±0.51	68.487	0.000
HDL-C (mmol/L)	0.64±0.15 [#]	0.82±0.19 [#]	0.91±0.23	71.216	0.000
GLU (mmol/L)	6.72±0.79 [#]	6.66±0.72 [#]	6.31±0.70	64.341	0.000
ALT (U/L)	80.58±6.62 [#]	63.69±5.81 [#]	48.63±4.69	70.449	0.000
AST (U/L)	58.67±5.61 [#]	50.12±5.34 [#]	43.15±5.12	19.582	0.000
γ -GGT (IU/L)	72.69±6.74 [#]	66.45±5.63 [#]	55.12±4.39	18.548	0.000

与轻度组比较, [#] $P<0.05$; 与中度比较, ^{*} $P<0.05$

2.3 脂肪肝患者血脂、血糖与血清酶的关系

Pearson 相关性分析结果表明: 脂肪肝患者血脂 TC、TG、LDL-C 及 GLU 水平与血清酶 ALT、AST 及 γ -GGT 水平呈正相关性 ($P<0.05$); 而 HDL-C 与血清酶 ALT、AST 及 γ -GGT 呈负相关 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 脂肪肝患者血脂、血糖与血清酶的关系 (r, P)

生化检验指标	重度组	中度组	轻度组
TC	0.593 (0.040)	0.643 (0.031)	0.631 (0.033)
TG	0.485 (0.049)	0.496 (0.046)	0.503 (0.045)
LDL-C	0.612 (0.031)	0.655 (0.031)	0.456 (0.047)
HDL-C	-0.557 (0.039)	-0.623 (0.030)	-0.612 (0.036)
GLU	0.691 (0.027)	0.645 (0.028)	0.581 (0.043)

3 讨论

脂肪肝是近年来随着居民生活水平的提高, 长期摄入高脂肪、高糖及油炸类食品, 导致的血脂水平明显增高, 使得肝脏细胞发生脂肪样变形, 且随着病程的延长, 临床多表现为上腹部胀痛、刺痛, 部分患者可伴有反酸及嗝气等, 影响居民生活及健康。既往研究表明: 肝脏对人体的危害性较大, 不仅会增加肝硬化发生率, 亦可破坏人体心脑血管系统。肝穿刺病理活检是肝硬化诊断“金标准”, 具有较高的准确性, 但是该方法对机体造成的损伤较大, 导致患者接受程度较低, 影响患者诊断耐受性和依从性。

而生化检验是临床上常用的检测方法, 具有操作简单、经济、便利及安全等诸多优势, 通过测定患者血清酶、血糖、血脂等, 能动态了解患者的疾病严重程度, 能作为脂肪肝的辅助诊断方法。本研究中, 观察组脂肪肝患者血脂 TC、TG、LDL-C、GLU、ALT、AST 及 γ -GGT 水平均高于对照组健康体检者 ($P<0.05$); HDL-C 水平低于对照组健康体检者 ($P<0.05$),

从本研究结果看出, 加强脂肪肝患者血糖、血脂及血清酶水平测定, 能反映脂肪肝患者的病情状况, 且多数患者血脂、血糖及血清酶水平异常明显。血脂水平中 TC 临床使用较多, 是血液内全部脂蛋白所含的胆固醇之和, 主要由肝脏贮存和合成, 其表达水平与患者的生活方式、遗传因素等有关。长期摄入大量脂肪酸、高胆固醇摄入等, 均会引起 TC 水平升高。同时, 受体基因活脂蛋白相关酶出现突变, 亦可造成 TC 水平升高。GLU 属于临床上常用的血糖测定指标, 即血液中葡萄糖的含量, 主要源于食物中的淀粉、甘蔗等, 通过吸收转化为葡萄糖, 并存储于肝脏组织中, 能为人体活动提供能量。既往研究表明: GLU 在正常人体中表达水平较低或处于动态平衡状态, 而对于伴有肝脏损伤者, 体内的葡萄糖代谢受到影响, 导致 GLU 表达水平升高。本研究中, 重度组患者血脂 TC、TG、LDL-C、GLU、ALT、AST 及 γ -GGT 水平均高于轻度组与中度组 ($P<0.05$); HDL-C 水平低于轻度组与中度组 ($P<0.05$), 从本研究结果看出, 加强脂肪肝患者血糖、血脂及血清酶水平测定, 能反映患者的疾病严重程度。血清酶是人体重要的肝功能指标, 包括: ALT、AST 及 γ -GGT。ALT 广泛分布存在于人体各组织器官中, 可参与蛋白质的新陈代谢, 而当肝细胞受到不同程度破坏时, 将会引起血清酶水平升高, 其表达水平能反映患者肝脏功能。为了进一步分析脂肪肝患者生化检验血糖、血脂和血清酶的关系, 本研究中进行 Pearson 相关性分析, 结果表明: 脂肪肝患者血脂 TC、TG、LDL-C 及 GLU 水平与血清酶 ALT、AST 及 γ -GGT 水平呈正相关性 ($P<0.05$); 而 HDL-C 与血清酶 ALT、AST 及 γ -GGT 呈负相关 ($P<0.05$), 从本研究结果看出, 脂肪肝患者血清酶水平与血糖及血脂水平存在强相关性。因此, 临床上对于脂肪肝患者, 应加强患者血糖、血脂及血清酶等生化检验, 了解患者疾病严重程度, 辅助脂肪肝的诊疗, 促进患者恢复。

综上所述, 生化检验中血脂、血糖在脂肪肝患者中表达异常, 且与血清酶存在强相关性, 其表达水平能反映患者疾病严重程度, 可指导临床诊疗。

参考文献:

- [1]赵卓,杨维娟.血液生化检验标本分析过程中影响检验结果准确性的因素分析[J].贵州医药,2021,45(11):1787-1788.
- [2]陈晨.探讨生化检验对糖尿病临床诊断的价值[J].糖尿病新世界,2021,24(21):54-56+68.
- [3]王秀媛.改良抗酸染色法在早期结核性脑炎诊断中的应用[J].黑龙江医药,2021,34(05):1203-1205.
- [4]麦雪婧,李发标,麦雪婷.生化检验中血脂、血糖、血清酶检测水平及与脂肪肝的关系研究[J].黑龙江医药,2021,34(05):1201-1203.
- [5]王宏伟.血脂生化检验中采用分级检验方法的检验效果[J].中国现代药物应用,2021,15(18):247-249.
- [6]叶红珍,唐熟能,黄江山,陈小明.分析糖尿病患者应用糖化血红蛋白和血清 C 肽联合检验的诊断价值及准确率[J].糖尿病新世界,2021,24(14):33-36.
- [7]刘婷婷.血液生化检验在糖尿病诊疗中的临床应用分析[J].糖尿病新世界,2021,24(03):66-68.
- [8]夏宇.探讨消除脂血对临床生化检验常用指标干扰的方法[J].当代医学,2020,26(13):151-153.

助产士产前门诊对初产妇焦虑抑郁情绪和分娩结局的影响

杨淑娟 刘俐 何娅娟 罗岳西 谭小勇 熊丽

南充市中心医院 四川南充 637000

摘要：目的：对初产妇实施助产士产前门诊干预，观察该种方式对产妇情绪和分娩结局影响情况。方法：2021年4月—2022年3月为本组研究的观察时间，将96例初产妇采用数字表法分为普通组和优化组，普通组产妇采用门诊常规干预；优化组产妇采用助产士产前门诊干预，观察两组产妇情绪状态评分、分娩结局情况。结果：（1）普通组和优化组情绪状态评分对照中，两组在入组时评分结果无明显的区别，在干预后，普通组焦虑和抑郁评分分别为 51.88 ± 2.03 （分）、 50.69 ± 2.15 （分），优化组焦虑和抑郁评分分别为 42.19 ± 2.47 （分）、 42.77 ± 2.04 （分），（ $t=14.241$ ， $p=0.012$ ），两组结果有差异。（2）普通组和优化组分娩结局情况对照中，普通组产后2小时出血量以及剖宫产数例明显高于优化组，新生儿Apgar评分评先低于优化组，（ $t=17.800$ ， $p=0.009$ ），两组结果有差异。结论：对初产妇实施助产士产前门诊干预效果优越，值得推荐。

关键词：初产妇；助产士产前门诊；情绪状态；分娩结局；影响

近年来，随着人们生活质量提高，对于社会医疗、自身健康关注度不断提高。产妇作为特殊人群，产妇产后结局、身心健康、接受医疗服务质量等备受社会各界所关注。妊娠与分娩是女性的一个重要生理过程，在这一过程中，女性生理、心理都发生巨大改变；尤其是初产妇，由于自身认知水平有限及生理状态的改变，初产妇往往更为敏感，容易受到外界因素刺激，引起生理、心理的应激反应；加之产妇可能对分娩剧烈疼痛错误认知，产生恐惧心理，出现抵触、焦虑等情绪，不仅可能影响产妇顺利分娩，降低阴道分娩率，还会影响产妇产后结局。因此，如何有效预防初产妇消极心理情绪，改善分娩结局，提高产妇依从性已经成为了临床妇产科研究重点课题。近年来，临床中随着助产士产前门诊干预模式的不断推广，在产科取得较为显著成绩。但在临床中，初产妇由于初为人母，部分产妇未能调整好自身角色与心理状态，极易诱发产后抑郁，对患者家庭生活质量造成严重影响，基于此，在本组研究中对初产妇实施助产士产前门诊干预，观察该种方式对产妇情绪和分娩结局影响情况，现将其具体分析结果呈现于下文中^[1-3]。

1. 一般资料和方法

1.1 一般资料

在本组研究96例对象，选择2021年4月—2022年3月的初产妇，随后将其分为普通组和优化组，普通组的48例成员年龄跨度在21--33岁之间，均龄为 26.48 ± 3.11 岁；平均孕周为 31.77 ± 0.72 周。优化组的48例成员年龄跨度在22--34岁之间，均龄为 25.17 ± 2.19 岁；平均孕周为 31.49 ± 0.68 周。（ $p>0.05$ ），两组资料无差异。

1.2 纳入标准

纳入标准：（1）所有产妇均为初产妇；（2）无孕产期高危因素；（3）32孕周胎儿双顶径值正常；（4）骨盆各径线值正常；（5）未合并妊娠综合征等；（6）家属及孕妇本人对研究知情，自愿参与。

排除标准：（1）资料不完整孕妇；（2）中途失访孕妇；（3）不愿配合研究者；（4）合并其他系统疾病孕妇；（5）合并妊娠期疾病孕妇。

1.3 方法

1.3.1 普通组

采用门诊常规干预，主要内容为：指导产妇在分娩前进行一次分娩健康教育，在活动中主要采用视频观看的方式开展，一般时间在30分钟--40分钟左右，观看完视频资料后，向每一位产妇发放孕产保健手册，指导其在家进行翻阅学习^[4]。

1.3.2 优化组

采用助产士产前门诊干预，该种干预方式主要包括以下几点内容：

（1）产妇产检由自身产房助产士坐诊，分别在孕30-32周、34-35周、36、37、38-39周孕妇及家属接受门诊咨询教育。每次产前坐诊需家属陪同、以一对一形式开展，门诊时间为20-40分钟；助产士需具备良好的沟通能力、承担医院孕产学校课程、具备丰富助产经验与技术，工作年限需要在10年以上。通过门诊了解孕产妇近期状况，并进行四部触诊、体格检查、胎心监护、听胎心等。根据诊断结果，为孕产妇制定下一阶段运动训练内容、训练量，日常饮食计划等，并耐心解决孕产妇及家属疑问，建立良好关系^[5]。

（2）于32孕周产前门诊干预：助产士根据孕产妇意愿，为其制定相应的分娩计划，如包括：产后母乳喂养时间选择、分娩镇痛方法、分娩环境等，并详细记录存档，帮助助产士了解孕产妇需求，根据孕产妇意愿、态度等，为其普及阴道分娩益处。

（3）于34-35孕周产前门诊干预：助产士与孕产妇及家属保持沟通，为其介绍产房环境，可通过实景照片或3D视频等方式进行；指导孕产妇如何识别产兆，介绍入院时机，指导其做好分娩心理准备与物品准备，如何处理破水等，指导孕产妇自行数胎动等，同时观察孕产妇心理变化，必要时予以心理疏导、鼓励支持等^[6]。

（4）于36孕周产前门诊干预：这一阶段助产士需要为孕产妇介绍三个产程基本知识，及配合方法，可通过3D模拟分娩视频、幻灯片等方式，提高孕产妇理解能力；根据孕产妇选择麻醉镇痛方式，为其介绍麻醉镇痛相关知识、原理及注意事项等，提高孕产妇配合度。同时指导孕产妇学习拉玛泽呼吸法，并进行相应的训练，确保其完全掌握。助产士为孕产妇介绍准

父亲角色，及助产士导乐陪伴制度及导乐陪伴作用，取得孕妇与家属认可与支持。

(5) 37 孕周产前门诊干预：为孕产妇介绍留脐带血、胎盘留置等相关事宜与注意事项等。

(6) 38-39 孕周产前门诊干预：为孕产妇指导产褥期保健方式，包括：新生儿护理、母乳喂养、会阴水肿、恶露、产后缩宫等。此外，产前门诊干预期间，需在不同阶段对孕产妇心理状态进行评价，必要时予以心理干预，避免产妇出现消极情绪^[7]。

1.4 观察指标

情绪状态：采用情绪量表，评分阈值设定为 50 分，分数越大，情绪越差^[8]。

分娩结局：观察两组分娩结局情况。

新生儿结局：观察两组新生儿结局情况。

生活质量和依从性：采用百分制 SF-36 评价生活质量情况，采用自制调查问卷评价产妇依从性情况^[9]。

1.5 数据统计分析

应用 SPSS.22 统计分析数据，计量资料以均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，采用 t 检验，计数资料以（n，%）表示，采用 χ^2 检验，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组产妇情绪状态评分情况

普通组和优化组情绪状态评分对照在表 1 呈现：

表 1 两组产妇情绪状态评分对比

组别	数例	焦虑		抑郁	
		入组时	干预后	入组时	干预后
普通组	48（例）	56.17±3.02 （分）	51.88±2.03 （分）	55.06±3.51 （分）	50.69±2.15 （分）
优化组	48（例）	56.88±3.15 （分）	42.19±2.47 （分）	55.48±3.17 （分）	42.77±2.04 （分）
t	--	1.022	15.294	1.015	13.188
p	--	0.154	0.011	0.177	0.013

2.2 两组分娩结局情况

普通组和优化组分娩结局情况对照在表 2 呈现：

表 2 两组分娩结局对比

组别	数例	产后 2 小时	新生儿	剖宫产
		出血量	Apgar 评分	
普通组	48（例）	192.14±17.93 （mL）	8.28±0.44 （分）	23（例）
优化组	48（例）	140.38±15.46 （mL）	9.51±0.47 （分）	9（例）
t	--	23.922	12.665	16.814
p	--	0.003	0.014	0.010

2.3 两组新生儿结局情况

普通组和优化组新生儿结局情况对照在表 3 呈现：

表 3 两组新生儿结局对比

组别	数例	围生儿死	新生儿室	转 NICU	巨大儿
		亡	息		
普通组	48（例）	3（例） 6.25%	4（例） 8.33%	4（例） 8.33%	7（例） 14.58%
优化组	48（例）	0（例） 0.00%	1（例） 2.08%	2（例） 4.16%	2（例） 4.16%
χ^2	--	10.294	9.887	7.305	12.055
p	--	0.016	0.017	0.019	0.014

2.4 两组生活质量和依从性情况

普通组和优化组生活质量和依从性评分对照在表 4 呈现：

表 4 两组生活质量和依从性对比

组别	数例	生活质量	依从性
普通组	48（例）	78.39±3.35（分）	82.17±3.66（分）
优化组	48（例）	92.17±3.04（分）	94.65±3.01（分）
t	--	18.637	14.882
p	--	0.008	0.012

3. 讨论

助产士产前门诊干预是一种新的产前护理理念，根据“国际助产联盟”倡导的服务理念，临床助产士主要责任是侧重母婴连接、指导教育孕产妇、适时干预、促进自然分娩等。既往传统助产士只具备临照陪护的作用，其工作内容局限于产房，已不能满足实际临床需求。相比于传统助产士干预模式，助产士产前门诊干预，可谓孕产妇提供系统化、连续化的服务；助产士通过产前门诊干预，对孕产妇妊娠知识、认知水平等进行评价掌握，对其实施早期分娩积极教育，通过早期干预引导，促使孕产妇正确认识到妊娠、自身角色及阴道分娩的重要性，同时协助孕产妇养成良好心理状态，保持积极向上的心理面对分娩，消除孕产妇产前抑郁、焦虑、恐惧等情绪，确保妊娠的顺利进行。在助产士产前门诊干预中，能够根据产妇不同的妊娠阶段给予不同的指导，充分引导产妇在分娩前能够提高相关的分娩知识内容，引导产妇能够更加客观、正确、科学的看待和认识分娩事宜，从而选择更加适合自己的分娩方式和喂养方式，避免了妊娠期不良情绪的发生，帮助产妇和新生儿提高分娩结局，促进新生儿和产妇的健康水平^[10-12]。

在本组研究中，首先对两组新生儿结局情况观察分析：普通组和优化组新生儿结局情况对照中，普通组围生儿死亡、新生儿窒息、转 NICU、巨大儿占比均高于优化组，（ $\chi^2=9.885$ ， $p=0.016$ ），两组结果有差异。从以上分析结果能够发现，给予初产妇助产士产前门诊干预能够降低新生儿的不良结局情况，其主要是因为，由于助产士产前门诊的介入，能够指导产妇更加合理、科学地开展饮食、生活习惯的开展，同时帮助产妇控制体重、减少妊娠期的抑郁和教育情绪状态，降低了妊娠期高血压和糖尿病的发

（下转第 215 页）

分析静脉用抗菌素对良性气管狭窄呼吸内镜介入治疗术后长期效果研究

李 诚

甘谷县人民医院 甘肃天水 741200

摘要：目的：探究静脉用抗菌素对良性气管狭窄呼吸内镜介入治疗术后长期效果。方法：研究对象为我院2021年1月~2022年1月接诊的20例良性气管狭窄患者，数字表法随机分为两组，均在外院三甲医院实施介入治疗，本院应用静脉抗生素治疗，短期组静脉用抗菌素时间 ≤ 14 d，长期组静脉用抗菌素时间 ≥ 30 d，单组患者10例。对比两组疗效(术后长期与短期)、感染发生率、治疗前后气促评分指标。结果：治疗前两组指标对比并无统计学意义， $P > 0.05$ ；治疗后，长期组临床指标更优， $P < 0.05$ ；近期疗效两组一致(100%VS100%)， $P > 0.05$ ；长期疗效对比，长期组高于短期组， $P < 0.05$ ；感染发生率短期组与长期组对比无差异， $P > 0.05$ 。结论：良性气管狭窄呼吸内镜介入治疗后配备 ≥ 30 d静脉用抗菌素治疗，长期疗效显著，且安全性较高。

关键词：静脉用抗菌素；良性气管狭窄；呼吸内镜；介入治疗；术后长期疗效

研究资料表明^[1]，良性气管狭窄致病原因为瘢痕形成、肉芽肿。重度狭窄在一定程度上会对患者的生存质量造成影响，严重者还会导致患者出现呼吸衰竭(急性)。研究认为，良性气管狭窄患者，实施内镜介入治疗方案，再狭窄率为38.80%-69.50%^[2]。临床研究认为，气管球囊扩张成形术与介入治疗(气道内支架置入、激光消融、点灼烧、光动力)联合应用近期疗效90.0%以上^[3]。后期治疗发现第一次治疗就加入静脉抗菌素，并持续应用30d以上，持续雾化吸入布地奈德悬液、阿米卡星，可实现气管通畅率的提升。抗菌药物自从上个世纪被发现以来，经过无数次的改良优化，其作用效果已经趋于稳定。主流抗生素的作用特点主要分为四种，但其实际上的作用区别并不是很大，主要还是通过破坏细菌的生长周期来对细菌进行抑制。不过，对于部分患者来讲，抗菌药物的使用副作用较大，应尽量减少抗菌药物的使用剂量。如果部分患者本来身体情况较差，容易受到细菌性侵入，则可以提前进行针对性的免疫注射，从而降低抗菌药物的使用频率。选取本院2021年1月~2022年1月接诊的20例良性气管狭窄患者作为研究对象，在本院实施介入治疗后，分析不同时间段静脉用药抗菌素时间对术后长期疗效的影响，详细报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究对象为2021年1月~2022年1月接诊的20例良性气管狭窄患者，均在外院三甲医院实施介入治疗，本院应用静脉抗生素治疗，按照使用抗菌药物时间段分组。短期组患者10例，男性8例、女性2例，年龄20-60岁，平均(40.24 $\pm$ 15.13)岁，入院前合并病症：肺部感染2例、未发生8例，致病原因：气管插管2例、气管切开5例、结核3例；狭窄部位：上段并中段3例、气管上段2例、器官中段5例；长期组患者10例，男性5例、女性5例，年龄21-60岁，平均(40.81 $\pm$ 13.62)岁，入院前合并病症：肺部感染3例、未发生7例，致病原因：气管插管3例、气管切开4例、结核3例；狭窄部位：上段并中段2例、气管上段2例、器官中段6例。

纳入标准：①患者入院前经过影像学诊断，确诊为良性气管狭窄；②患者知情下参与此次研究；③本实验经过医学伦理委员会批准同意。

排除标准：①患者合并心脑血管疾病；②患者有出血倾向，且病症严重。

1.2 研究方法

外院三甲医院实施介入治疗：术前做好相应的准备工作，检测良性气管狭窄患者的凝血功能、血气指标、脉饱和度、CT成像(胸部、颈部)、血压、血气指标、心电图，评估患者气促分值。手术麻醉方式：选择国药准字H31021071利多卡因，浓度为2.0%，规格为20mL/04g，雾化吸入。术中鼻导管吸氧，氧流量控制为3L/min-5L/min，使用气管球囊扩张成形联合介入治疗。气管球囊扩张成形术：患者在接受治疗过程中使用的仪器为BF-1T150型纤维支气管镜，活检操作孔道为2.8mm直径，根据患者气管狭窄的程度以及狭窄部位的不同，选择不同型号的球囊扩张设备。球囊长度参数是4cm，导管长度参数是110cm。高压枪泵为Boston Scientific生产的5061型高压枪泵。患者在接受治疗的过程中，需要先接受局部麻醉，经患者的口腔或是鼻腔插入纤维支气管，直到纤维支气管到达患者支气管狭窄端气道的上部为止。在直视的状态之下，确定患者狭窄部位的长度、狭窄的程度以及狭窄病变的发生部位，通过支气管镜的工作管道，使球囊能够到达患者的支气管狭窄段，将枪泵与球囊导管连接好，使用枪泵为球囊注水，对球囊进行填充，填充过程中，泵注压力控制在300—800kPa之间，泵注时间控制在1min左右。在对球囊进行第一次扩张之后，以患者支气管狭窄位置的直径为参考，对球囊进行反复填充，反复进行上述操作，3~4次之后，如果患者的气道直径有了较大幅度的扩张，则说明扩张成功。如果患者的气道直径没有发生变化，一周后再次使用球囊扩张的方式对患者进行治疗，直到患者的气道狭窄问题逐渐好转为止。热消融介入：电烧灼功率为20-25W、电凝模式功率为30-35W，消融方式为后退式操作，将坏死组织清除。冷冻治疗方案：选择接触式冻融方法、冻切方法，冷冻

时间为 20-30s，冷冻部位为 2-3 处，冷冻时间为 3-5d，后期复查支气管镜，分析组织。

本院静脉抗菌治疗：入院前、治疗中留取痰液标本，实施病原学检查，入院前 1d 开始使用药物治疗，国药准字 H2302045 头孢噻肟钠，12h 用药 1 次，每次用药 1g；联合应用国药准字 H20010781 左氧氟沙星，每天用药 0.3-0.6g，分为 1-2 次静脉滴注；联合应用国药准字 H20054699 克林霉素，每天用药 0.3-1.2g，分为 2-4 次使用，用药期间结合患者的病原学检查结果，对用药方式灵活调整。同时雾化吸入布地奈德悬液，国药准字 H20140475，每天 2 次，每次用药 1mg；阿米卡星，国药准字 H37020562，15mg/(kg·d)。短期组使用≤14d 抗菌素，长期组使用≥30d 抗菌素。

1.3 观察指标

分析两组患者术后长期疗效，详细分级：①治愈：治疗后患者气管畅通、症状缓解时间超半年，无需再次实施介入治疗、手术治疗；②有效：治疗结束后患者气管畅通、症状时间时间在 3-6 月内，不需要再次实施介入化疗、手术治疗；③无效：治疗后患者再次出现气管狭窄，需要再次实施介入治疗、手术治疗。术后近期疗效以治疗结束后患者气管内径增加原本的 1.5 倍以上，气促评分下降 1 分、1 分以下为有效。

表 1 两组临床指标对比 [n（ ）]

组别	气促评分（分）		狭窄段气管内径（mm）		动脉血氧分压（mmHg）		动脉血二氧化碳分压（mmHg）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
短期组	3.52±0.75	1.18±0.59	3.83±0.79	10.02±1.12	85.01±11.02	87.03±11.02	42.61±4.78	40.60±3.70
长期组	3.50±0.71	0.58±0.52	3.78±0.74	12.38±1.43	84.37±11.42	97.38±11.80	41.90±4.21	35.29±3.18
t	0.061	2.413	0.146	4.108	0.128	2.223	0.352	3.442
P	0.952	0.027	0.886	0.000	0.899	0.039	0.728	0.003

注：同组治疗前后指标对比差异显著，P<0.05。

2.2 两组疗效及感染率对比

短期疗效对比，长期组与短期组均一致，无差异无统计学意义（P>0.05）；长期疗效对比，长期组显著高于短期组，P<0.05；治疗期间，两组均未发生感染情况，对比无差异无统计学意义（P>0.05），见表 2。

表 2 两组疗效及感染率对比 [n（%）]

组别/项目	例数	近期疗效	感染发生率	长期疗效
短期组	10	10（100.0）	0（0.00）	5（50.00）
长期组	10	10（100.0）	0（0.00）	9（90.00）
χ ²	-	-	-	3.809
P	-	-	-	0.050

3 讨论

气道狭窄属于支气管介入治疗领域内的常见病症，发达国家多选择气管切开术、气管吻合术治疗，我国将外科手术作为金标准^[4]。但当前，介入治疗法应用范围较广，成为治疗气道狭窄的主要手段。但是，单一治疗

统计两组感染发生率、治疗前后气促评分（正常为 0 级、快步走时出现气促 1 级、平均速度步行出现气促 2 级、平均速度步行且气促无法继续步行 3 级、轻微活动后出现气促为 4 级）。

狭窄段气管内径，实施影像学 CT 处理后，测距功能检测气管内径，取其均值，对比两组动脉血氧分压、动脉血二氧化碳分压。

1.4 统计方法

本实验统计学分析软件为 SPSS23.00，计数资料为率，（n,%）表示，X² 检验；计量资料由[n（ ）]表示，称之为均数，满足正态分布要求，t 检验；以<0.05 为标准，判断组内统计学差异。

2 结果

2.1 两组临床指标对比

治疗前两组气促评分、狭窄段气管内径、动脉血氧分压、动脉血二氧化碳分压对比无差异，P>0.005；治疗后，气促评分均降低，长期组短于短期组（P<0.05）；动脉血二氧化碳分压指标治疗后对比长期组更低（P<0.05）；狭窄段气管内径、动脉血氧分压治疗后对比均提升，长期组高于短期组（P<0.05），见下表 1。

方案疗效一般，且部分患者会实施反复治疗。

随着介入性肺病学的发展，其逐步应用在良性气管狭窄治疗中，气管球囊扩张成形术就是其中之一^[5]。大部分患者极易出现再次狭窄情况，会加剧患者的身心压力，延长患者的住院时长，增加患者的住院成本。气管支气管狭窄致病原因在于患者气管狭窄、气道堵塞，影响肺部通气功能，使得通气功能下降，极易出现反复肺部感染，在一定程度上，伴随着胸闷、气促症状^[6]。

良性气管狭窄患者，选择内镜介入治疗，近期疗效显著^[7]。可实现良性气管狭窄患者病症的改善，但是有资料表明，内镜治疗后气道再狭窄率较高，且插管会对气管黏膜造成损伤，加重对气道黏膜的损害，使得气管感染发生^[8]。基于此，抗感染治疗是预防术后气管再狭窄的主要措施，良性气管狭窄患者，应用静脉用抗菌素可将急性加重发生率降低^[9]。

本文研究结果也表明，短期组近期疗效与长期组对比无差异、感染发生率对比无差异，（P>0.05）；长期疗效对比，长期组显著高于短期组，（P<0.05）；何海艳,马航,朱杰等^[10]学者在研究中表明，就 50 例良性气管

狭窄患者,实施≤14d 静脉抗菌素用药分为 A 组,≥30d 分为 B 组,术后近期疗效 100.0%(50/50)VS100.0%(50/50),感染发生率 0.0%(0/50)VS0.0%(0/50),远期疗效 50.0%(25/50)VS94.0%(47/50)。上述研究结果与本文结果高度一致的,可见,良性气管狭窄治疗期间,静脉用抗菌素时间≥30d 疗效显著高于静脉用抗菌素时间≤14d。可见,静脉用抗菌素治疗时间越长,则患者术后长期疗效越高。

综上所述,良性气管狭窄呼吸内镜介入治疗术后应用静脉用抗菌素时间≥30d 长期疗效显著高于静脉用抗菌素时间≤14d,值得推广。

参考文献:

- [1]宋端虹,张华平,林亚兰,林辉煌,吴炜景,骆晓婷.钦激光经呼吸内镜介入治疗中央气道狭窄的疗效[J].中国医药指南,2021,19(35):57-58+61.
- [2]国家卫生健康委人才交流服务中心儿科呼吸内镜诊疗技术专家组,中国医师协会儿科医师分会内镜专业委员会,中国医师协会内镜医师分会儿科呼吸内镜专业委员会,中华医学会儿科学分会呼吸学组支气管镜协作组,中国妇幼保健协会微创分会儿童介入呼吸病委员会,中国儿童中心气道狭窄呼吸介入与多学科协作诊疗专家共识[J].中华实用儿科临床杂志,2021,36(15):1121-1137.
- [3]赖朝丽.静脉用抗菌素对良性气管狭窄呼吸内镜介入治疗术后长期疗效的影响[J].世界复合医学,2020,6(09):65-67.

(上接第 212 页)

生,因此改善了新生儿的结局情况。

在本组研究中,再次对两组生活质量和依从性情况观察分析:普通组和优化组生活质量和依从性评分对照中,普通组生活质量和满意度评分分别为 78.39±3.35(分)、82.17±3.66(分),优化组生活质量和依从性评分分别为 92.17±3.04(分)、94.65±3.01(分),($t=16.759$, $p=0.010$),两组结果有差异。从以上分析结果能够发现,给予初产妇助产士产前门诊干预能够提高产妇的生活质量和依从性,其主要是因为,在助产士产前门诊干预中,能够帮助产妇形成良好的生活习惯,指导其尽快适应角色的转变,并引导产妇憧憬新生儿的出生和生活参与,激发产妇的母性角色,建立与产妇的共情,指导其调整良好的心态,积极配合医护人员,因此产妇的依从性更高。

综上所述,对初产妇热采用助产士产前门诊干预能够降低其焦虑和抑郁状态,提高分娩结局,避免不良事件的发生,该种方式与传统门诊干预更具有优势性和多元性,值得临床推广使用。

参考文献:

- [1]孙燕.探讨助产士产前门诊对初产妇抑郁焦虑情绪和分娩方式的影响[J].智慧健康,2022,8(03):109-111.
- [2]郭丹洁,俞可惠,俞飞云,宣文.助产士团队参与产前门诊对初产妇分娩方式和妊娠结局的影响[J].全科医学临床与教育,2021,17(10):953-955.
- [3]古聪慧,秦成路,肖丹璇,李碧彩,邹清,杨婧.助产士参与产前门诊对初产妇分娩结局影响[J].齐齐哈尔医学院学报,2021,40(18):2351-2353.

[4]范应省.41 例良性中心气道狭窄呼吸内镜介入综合治疗的疗效分析[D].广西医科大学,2019,20(10):115-116.

[5]甘敬华.联合应用青霉素、阿米卡星及布地奈德防治兔气管狭窄的初步研究[D].广西医科大学,2018,01(11):114-116.

[6]李莉华,黎雨,甘罗曼,徐明鹏,李文涛,侯长春,唐丽安,李丽芳,李娜,柳广南.静脉用抗菌素对良性气管狭窄呼吸内镜介入治疗术后长期疗效的影响[J].国际呼吸杂志,2017,37(15):1154-1160.

[7]苏柱泉,李时悦,陈汉章,陈愉,钟长镐.气管狭窄段切除术联合气道介入治疗创伤性气管狭窄的效果[J].广东医学,2017,38(S1):43-45+47.

[8]徐明鹏,李莉华,黎雨,梁毅林,甘罗曼,柳广南.长疗程抗生素联合雾化吸入在良性气管狭窄呼吸内镜治疗中的作用[J].临床荟萃,2017,32(04):327-330+335.

[9]叶乐平,王广发,徐昱皓,湛美正,刘玺诚,李昌崇.肺动脉吊带 Slide 术后中心气道狭窄的呼吸内镜介入治疗[C]//第十三届江浙沪儿科学术会议暨 2016 年浙江省医学会儿科学学术年会论文汇编,2016:779-780.

[10]何海艳,马航,朱杰,等.喉罩通气全身麻醉下经纤维支气管镜辅助置入 Montgomery T 型硅酮支架治疗气管狭窄的临床研究[J].中国内镜杂志,2018,24(9):54-58.

[4]田聪聪.助产士产前门诊对初产妇焦虑抑郁情绪和分娩结局的影响[J].黑龙江中医药,2021,48(01):120-121.

[5]汤茹.助产门诊模拟分娩教育对初产妇妊娠结局的影响[J].临床医药文献电子杂志,2020,5(A1):83+85.

[6]李杉.产前门诊咨询服务对改善初产妇情绪的效果[J].中国城乡企业卫生,2020,33(09):68-69.

[7]赵红萍.助产士门诊对初产妇焦虑抑郁情绪及妊娠结局的影响[J].临床医药文献电子杂志,2020,4(43):8446.

[8]何晔.助产士产前门诊咨询服务对改善初产妇焦虑、抑郁情绪的效果评价[J].中国护理管理,2020,14(06):659-661.

[9]金生.助产士产前门诊对初产妇抑郁焦虑情绪和分娩方式的影响[J].西南军医,2019,16(03):284-285.

[10]黄秋明.助产士产前门诊对初产妇焦虑抑郁情绪和分娩结局的影响[J].大家健康(学术版),2019,8(05):217-218.

[11]付义霞,李华英,熊芷可,舒兴玉.助产护士产前门诊对初产妇焦虑抑郁情绪和分娩结局的影响[J].临床医学工程,2019,20(07):903-904.

[12]黎秋妹,叶巧梅,周志云.助产士产前门诊对初产妇焦虑抑郁情绪和分娩结局的影响[J].中国现代医生,2019,51(10):103-104+106.

课题名称:助产士产前门诊干预与产后家庭随访对初产妇分娩结局、情绪、盆底功能锻炼依从性的随访研究 课题编号:NC2020B071。

连续性血液净化治疗脓毒症休克并发急性肾损伤的临床效果研究

李作卿 陈崇高 吴坤武

澄迈县人民医院 ICU 海南澄迈 571900

摘要：目的：针对脓毒症休克并发急性肾损伤的患者，探究分析连续性血液净化治疗方法在实际临床应用中的具体效果。方法：回顾分析了我院 2020 年 1 月到 2021 年 1 月内在我院接受的患者，从中选取了 60 例脓毒症休克并发急性肾损伤患者作为本次研究、观察的对象。通过随机分组的方式（随机数字表法）将 60 例病患分成了两组，对照组共 30 例，采取间接性血液净化治疗手段，另一组为实验组，共计 30 例，采取连续性血液净化治疗手段。对比分析 2 组病患在不同治疗手段应用下的各项观察指标变化情况，包括治疗前后的炎性因子水平变化、肾功能指标变化、健康情况以及住院时间、致死率、肾功能恢复正常率、血红蛋白浓度等。结果：经过治疗后，同对照组患者相比，实验组的炎性因子水平、尿素氮血、清肌酐、血红蛋白浓度、的改善情况更为显著，并且 APACHE II 评分低于对照组，住院时间更短，肾功能恢复正常率更高。上述所对比的研究观察指标在 2 组患者比较中均具有明显的统计学差异（ $P<0.05$ ）。结论：连续性血液净化在脓毒症休克并发急性肾损伤患者中的治疗效果显著，提高肾功能、降低炎性水平，值得在临床治疗中推广。

关键词：连续性血液净化；脓毒症休克；急性肾损伤；肾功能；炎性因子

急性肾损伤在临床治疗中十分常见，根据相关研究显示，超过 5% 的患者在治疗过程中会出现急性肾损伤状况，并且在 ICU 中超过一半的患者都具有急性肾损伤^[1]。患有此疾病的患者表现出恶心、纳差、无尿、浮肿等不良症状，而脓毒症休克合并急性肾损伤是较为常见的综合征，受到感染后会严重危害患者的肾脏功能，病死率较高^[2]。在治疗方面，目前并无干预效果十分显著的治疗药物，而血液净化是治疗急性肾损伤的有效干预手段，但在净化方法方面仍然具有疑问。针对连续性、间歇性血液净化方法，探究、分析其在脓毒症休克并发急性肾损伤中应用效果，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究选取的 60 例脓毒症休克并发急性肾损伤患者均来自我院，回顾分析的时间段处于 2020 年 1 月到 2021 年 1 月之间。用随机数字表法将病人分成了对照组和实验组，两组人数相同，均为 30 例。对照组和实验组的一般资料比较无明显差异（ $P>0.05$ ），值得进行比较分析，如表 1 所示。本次研究通过我院伦理委员会同意。

表 1 两组患者一般资料比较情况

组别	性别（例）		年龄（岁）		感染来源（例）			
	男性	女性	年龄范围	年龄均值	肺部	尿路	腹腔	软组织
实验组（n=30）	16	14	31-77	56.25±8.29	12	6	5	5
对照组（n=30）	17	13	34-72	57.16±8.21	14	4	6	6
t/χ^2 值	0.2667	0.2667	/	0.4272	0.2715	0.4800	0.1113	0.1113
P 值	0.6056	0.6056	/	0.6708	0.6023	0.4884	0.7386	0.7386

纳入标准^[3]：①在本院首次接受血液净化治疗者；②经我院临床诊断为脓毒症并且具有急性肾损伤者；③对本次研究内容、流程、目的均已了解，自愿签署相关协议书者；④能正常沟通、交流且接受我院治疗的患者；⑤年龄 30-80 岁的患者。

排除标准^[4]：①与医护人员沟通存在障碍或者认知功能不全者；②合并其他肿瘤疾病或血液、心脑血管疾病者；③本次研究治疗前 3 个月服用过糖皮质激素类药物或免疫抑制剂药物；④不具有治疗依从性者。⑤具有严重出血状况。

1.2 方法

2 组脓毒症休克并发急性肾损伤患者的一般治疗方法为：首先针对休克现象进行液体复苏处理，并做好肾脏衰竭处理，及时对酸碱度平衡实施干预措施，并且预防电解质紊乱情况。结合患者的药物过敏情况选取针对性的抗生素药物进行抗感染治疗，并及时处理感染灶。若患者出现呼吸衰竭情况，则需要连接通气设备^[5]。2 组患者采取统一的常规治疗药物和预

防手段。

对照组患者施行间接性血液净化治疗，血液透析钠浓度（132-137）mmol/L，且钾浓度要结合患者血钾指标进行合理调整。透析时间为 4h/次，3 次/周，间歇血液净化次数为 5 至 20 次。

实验组患者施行连续性血液净化治疗。透析采用 CVVHDF（静脉血液透析滤过）进行连续性净化治疗，置换液流速控制在 550 至 850mL/h，透析液则控制在 1500 至 2500mL/h，血液流速 1.8-3.7mL/h^[6]。结合患者病情发展情况来调整滤量。实验组患者连续性血液透析 4-13 次。

1.3 观察指标

1.3.1 炎性因子水平。本项炎性因子观察指标包括 IL-6 和 TNF- α ，即白细胞介素 6 和肿瘤坏死因子- α 。其中，IL-6 采用检测试剂（ELISA）对检测。若在检测试剂上现实出兰色，即阳性，若没有颜色则为阴性。并通过用酶联免疫吸附法对 IL-6、TNF- α 两者的指标水平进行检测^[7]。检测试剂盒由上海西堂生物科技有限公司所提供，规格：48T/96T。

1.3.2 肾功能指标。本项研究的肾功能变化情况观察指标包括尿素氮和血清肌酐。检测方法采用苦味酸法^[8]。

1.3.3 健康状况和血红蛋白、白细胞情况。其中,健康状况评估方法采用了 APACHE II 评分方法,评估的内容包含了急慢性生理、健康评分、年龄评分。理论最高分为 71 分,评分越低说明患者的病情改善的越好,预后效果更好,病死率越低。血红蛋白情况评估其浓度,即 Hb。白细胞情况评估其计数水平,即 WBC。

1.3.4 观察统计患者的住院时间、病死率以及治疗 14d 后的肾功能恢复正常占比情况。

1.4 统计学分析

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

2 结果

2.1 2 组患者炎症因子水平变化情况对比

2 组脓毒症休克并发急性肾损伤患者 TNF- α 、IL-6 指标对比(如表 2 所示),治疗前的 2 组炎症因子指标对比无较大差异($P > 0.05$),治疗后,同对照组相比,实验组的 TNF- α 、IL-6 水平更低,2 组对比差异显著($P < 0.05$),并且 2 组患者治疗前后对比也具有较大的差异性($P < 0.05$)。

表 2 2 组患者炎症因子对比($\bar{X} \pm S$)

组别	TNF- α (ng/L)		IL-6 (ng/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组 (n=30)	98.60 $\pm$ 96.81	171.23 $\pm$ 75.23	98.24 $\pm$ 31.11	31.98 $\pm$ 14.41
对照组 (n=30)	101.32 $\pm$ 35.76	67.90 $\pm$ 16.25	99.52 $\pm$ 30.17	68.21 $\pm$ 15.32
t 值	0.1444	7.3535	0.1618	9.4351
P 值	0.8857	0.0000	0.8720	0.0000

2.2 2 组患者肾功能指标变化情况对比

2 组患者血清肌酐、尿素氮指标对比(如表 3 所示),治疗前,2 组患者对比差异性不大($P > 0.05$),治疗后,血清肌酐、尿素氮指标水平,同对照组对比,实验组有明显提升,2 组对比差异明显($P < 0.05$),且治疗前后对比也有明显差异($P < 0.05$)。

表 3 2 组患者肾功能指标对比($\bar{X} \pm S$)

组别	血清肌酐 ($\mu\text{mol/L}$)		尿素氮 (mmol/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组 (n=30)	203.11 $\pm$ 19.15	85.09 $\pm$ 5.57	16.73 $\pm$ 3.38	8.17 $\pm$ 1.87
对照组 (n=30)	202.33 $\pm$ 19.36	122.44 $\pm$ 8.96	16.99 $\pm$ 1.88	13.16 $\pm$ 2.27
t 值	0.1569	19.3906	0.3682	9.2930
P 值	0.8759	0.0000	0.7141	0.0000

2.3 2 组患者健康状况、血红蛋白浓度情况对比。

2 组 APACHE II 评分、血红蛋白浓度水平指标对比(如表 4 所示),治疗前,2 组患者对比差异不大($P > 0.05$),治疗后,各项指标比较,实

验组明显优于对照组,比较差异显著($P < 0.05$)。

表 4 2 组患者 APACHE II 评分、Hb 指标对比($\bar{X} \pm S$)

组别	APACHE II (分)		Hb (g/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组 (n=30)	25.58 $\pm$ 3.41	14.42 $\pm$ 2.31	97.87 $\pm$ 2.33	121.33 $\pm$ 9.77
对照组 (n=30)	25.67 $\pm$ 3.52	19.45 $\pm$ 2.09	97.24 $\pm$ 2.77	110.46 $\pm$ 8.95
t 值	0.1006	8.8440	0.9533	4.4935
P 值	0.9202	0.0000	0.3444	0.0000

2.4 2 组患者住院时间、病死率、肾功能恢复正常占比情况分析:实验组住院时间(11.47 $\pm$ 2.42) d,与对照组(17.11 $\pm$ 4.22) d 相比更短,具有统计学差异($t=6.2502$; $P=0.0000$);实验组病死率为 4/30 (13.33%),与对照组的 5/30 (16.67%) 相比更低,但对比差异无统计学意义($\chi^2=0.1307$; $P=0.7177$);实验组肾功能恢复正常率为 29/30 (96.67%),与对照组的 24/30 (80.00%) 相比更高,比较差异显著($\chi^2=4.0431$; $P=0.0444$)。

3 讨论

在重症护理病房中,急性肾损伤是临床中较为常见的并发症之一,并且具有较高的病死率。对于急性肾损伤患者而言,脓毒症是主要的病因之一,受到细菌感染的程度较为严重时会出现休克临床危重症状,严重威胁到患者的生命安全^[9]。在治疗方法上,通过采取血液净化治疗,主要通过血液净化装置对患者体内代谢物、异常血浆等有毒物质进行过滤,让患者的血液处于健康的环境条件中,从而能维持各项身体机能,维持酸碱度、电解质平衡^[10]。其中,连续性和间歇性是最为常见的透析方法。间歇性血液净化治疗方法由于受到超滤量影响,导致实际的有毒物质清楚效果会受到一定的阻碍,而连续性血液净化治疗手段在毒素清除、肾功能恢复、炎症因子改善方面具有明显的优势,具体可以分为:①控制氮质血症、电解质、水、盐等代谢方面具有持续、稳定的特点;②能不间断的清楚血液循环中的毒素以及中分子物质;③结合患者的实际情况给予针对性的营养物质和药物治疗。④当患者进行液体复苏时若外周循环血流量严重不足或者已经超出了患者的负荷范围,则会导致患者的生命安全受到严重影响,甚至会出现死亡等严重后果。而通过连续性血液净化治疗手段能稳定外周循环血流量,确保学动力指标能够保持在合理的范围内,为患者的生命安全提供有力支持,延长生存时间。基于上述连续性血液净化方式的特点,能为患者治疗、稳定生命体征提十分重要的作用。并且该技术已经广泛应用于多个临床治疗工作当中,随着医疗技术的发展,越来越多的病人都会通过连续性血液净化技术得到收益,大幅提升患者的生存几率。从本次研究中可以证明,连续性血液净化治疗手段,同间歇性方法相比,在治疗 14d 后患者的肾功能恢复水平更高,且 APACHE II 评分更高也说明了此方法在降低病情严重程度、提高预后水平方面有显著优势。炎症因子水平作为脓毒症发展的重要判定指标,炎症因子水平若过高,则会加重脓毒症以及急性肾损伤病情程度,从而增加死亡率。连续性血液净化后的各项炎症因子

(下转第 220 页)

盐酸氨溴索+阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎合并急性支气管炎的临床价值

马静

乌鲁木齐经济技术开发区（头屯河区）第一人民医院 新疆乌鲁木齐 830023

摘要：目的：探究盐酸氨溴索+阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎合并急性支气管炎的临床价值。方法：在2020年5月~2022年5月间进行，选出104例小儿支原体肺炎合并急性支气管炎病患，以之为样本并做简单分组，即对照组（单一阿奇霉素治疗）以及观察组（盐酸氨溴索+阿奇霉素），同为52例。比较临床应用价值，从症状改善情况、病理指标改变、相关功能指标以及不良反应入手。结果：观察组在发热及咳嗽等症状的改善时间方面均比对照组短且 $p < 0.05$ ；用药后，观察组的C反应蛋白等病理指标水平比对照组更低且 $p < 0.05$ ；功能指标仅在用药后的 $p < 0.05$ ，且观察组的肺功能及血气指标均优于对照组；不良反应发生率有显著差异且观察组更低， $p < 0.05$ 。结论：以盐酸氨溴索+阿奇霉素这一方案治疗小儿支原体肺炎合并急性支气管炎可促患儿快速康复，对改善其病理及血气指标以及肺功能有重要作用，相较单一药物治疗的不良反应更少，应做进一步推广。

关键词：盐酸氨溴索；阿奇霉素；小儿支原体肺炎；急性支气管炎；临床价值

就小儿支原体肺炎而言，发病之前有2周左右的潜伏期，肺炎支原体侵袭小儿呼吸道为主要病因，该疾病可能在幼儿园等密集度较大的环境中传播，临床表现及严重程度因人而异，就体温而言，部分可能持续性高热或低热，部分可能并不发烧，症状较轻者可能头痛、咽喉痛或是恶心呕吐，而严重者则呼吸困难甚至喘鸣^[1]。就急性支气管炎而言，就是发生于（支）气管黏膜上的炎症反应，病患大多为小儿或老人等抵抗力较差的群体，与病原菌侵袭有直接的关系，最先仅表现出喉咙疼痛及鼻塞等一般性上呼吸道感染症状，随后由于咳嗽发展至痰咳，病情较重时伴随发热、上吐下泻等症状，治疗延误就可能发展为肺炎，但很容易与流行性感染等疾病相混淆，为此需做临床检查以得到准确的诊断结果^[2-3]。为探究盐酸氨溴索+阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎合并急性支气管炎的效果，研究人员以阿奇霉素的单独治疗为对照处理，并对2020.5~2022.5间的104例样本做差异分析。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

秉持自愿参与的原则，于2020年5月~2022年5月做病例筛选工作，共得到104例小儿支原体肺炎合并急性支气管炎病患，按治疗药物的不同做简单分组，随后得到了对照组（阿奇霉素治疗）以及观察组（盐酸氨溴索+阿奇霉素），均52例。具体统计情况如下：观察组中有男、女各29例、23例，其年龄上至6岁、下为1岁，均值为 (3.02 ± 0.82) 岁，其病程为2~13日，而平均为 (7.19 ± 2.04) 日；对照组中有男、女分别31例、21例，年龄的范围为6个月~5岁，而平均为 (2.77 ± 0.92) 岁，其病程在3~10日间而均值为 (6.22 ± 1.12) 日；经差异比较，各个维度的 $p > 0.05$ ，且此次研究是经患儿家属以及院方同意的。

纳入标准：（1）患儿因持续发展以及咳嗽喘息等症状，由家属送入医院；（2）同时符合“小儿支原体肺炎”以及“急性支气管炎”的临床诊断标准；（3）近两周并未使用过任何免疫抑制剂，也未使用过糖皮质激素；（4）配合度良好。

排除标准：（1）未通过药物过敏试验；（2）伴随多脏器功能不全者；（3）无先天性疾病；（4）无任何继发性免疫缺陷。

1.2 方法

对照组：以辉瑞制药有限公司生产的阿奇霉素片为治疗药物，即希舒美（H10960167），其规格为 $0.25g \times 6s$ ，推荐方法为整片吞服，且与食物同用，4片/次、1次/日即可，连续服三日，需做个体化处理，可逐日减少用量。

观察组：遵循盐酸氨溴索+阿奇霉素这一治疗方案。基础用药为阿奇霉素片，其用量及用法基本一致，注意使用同厂家甚至是同批次的药物以控制研究变量；联合用药为上海勃林格殷格翰药业有限公司生产的盐酸氨溴索口服溶液，即沐舒坦（H20031314），其规格为100ml:0.6g，建议与食物同食，在用量方面， < 2 岁的患儿需保持2.5ml/次、2次/日即可，而2~6岁的样本可维持基础量不变并调整至3次/日用药、而6~12岁的患儿则需要调整至5ml/次、2~3次/日。

1.3 观察指标^[4]

（1）临床症状：记录其症状消失时间，具体包括发热、咳嗽、咳痰、气喘、畏寒、咽痛、鼻塞、呕吐、腹泻等。

（2）病理指标：需在用药前后做测量对比，主要包括CRP（以ELISA法测定C反应蛋白，应 $< 10mg/L$ ）、IL-6（同样以ELISA法测白介素6，检测值应在 $0.1 \sim 100pg/ml$ 间）、TNF- α （为肿瘤坏死因子- α ，同样做ELISA测定，应在 $20 \sim 400ng/L$ 之间）、IFN- γ （结核特异性细胞免疫三项检验）以及PCT（降钙素原，检测值应当 $< 2ng/ml$ ）这五项指标。

（3）功能指标：主要包括三项肺功能指标以及两项血气指标，前者包括FEV₁（第一秒用力呼气容积，正常应在83%以上）、FVC（用力肺活量，标准值为1000~1500ml）以及PEF（呼气流量峰值，应当在450~600L/min之间），后者包括PaCO₂（二氧化碳分压，检测值应在35~45mmHg间）与PaO₂（动脉血氧分压，检测值应在80~100mmHg间），需做用药前、后的测量

（4）不良反应：包括消化不良、胃肠胀气、头晕头痛、嗜睡乏力、恶心呕吐、皮疹瘙痒、排尿困难等多种

1.4 统计学方法

录数据至 SPSS 25.0, 选择 T 值法处理症状改善时间、病理及功能指标等计量数据($\bar{x} \pm s$), 再选 X^2 法处理不良反应等计数数据(%), $p < 0.05$ 时差异显著。

2. 结果

表 1 多症状的改善时间[($\bar{x} \pm s$),d]

组别	发热	咳嗽	咳痰	气喘	畏寒	咽痛	鼻塞	呕吐	腹泻
观察组 (n=52)	1.28±0.83	2.06±1.12	3.23±1.07	2.58±1.33	3.09±1.25	2.77±2.02	2.56±1.14	3.30±1.07	1.22±1.17
对照组 (n=52)	2.16±0.79	4.43±1.31	5.10±1.11	4.37±1.28	5.11±0.97	3.80±1.66	4.02±1.04	5.12±1.25	2.37±1.73
t	9.223	8.884	8.120	7.456	8.311	7.932	6.903	8.493	9.022
p	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 多项病理指标的变化情况

仅在用药后有显著差异且观察组的指标水平优于对照组, 详细数据见表 2。

表 2 病理指标的变化情况($\bar{x} \pm s$)

组别	CRP (ng/l)	IL-6 (pg/ml)	TNF- α (μ g/l)	IFN- γ (mg/l)	PCT (mg/l)
观察组 (n=52)	139.40±4.29	180.35±5.95	4.64±1.53	10.85±2.53	4.24±2.89
对照组 (n=52)	153.23±5.06	198.79±5.77	6.82±1.50	19.55±3.23	7.85±2.74
t	8.123	8.929	7.743	7.466	7.249
p	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 多项功能指标的对比分析

两组患者在多项功能指标上有显著差异且观察组更优, 详细数据见表 3。

表 3 功能指标的对比分析($\bar{x} \pm s$)

组别	FEV ₁ (L)	FVC (L)	PEF (L/S)	PaCO ₂ (mmHg)	PaO ₂ (mmHg)
观察组 (n=52)	3.71±0.48	3.84±0.34	5.28±0.74	38.78±4.77	92.53±4.26
对照组 (n=52)	3.23±0.49	2.96±0.47	3.98±0.69	42.60±4.56	84.20±4.43
t	9.022	9.146	8.234	8.643	8.321
p	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.4 用药后的不良反应统计

观察组的总发生率明显比对照组低, 详细数据见表 4。

表 4 用药后的不良反应 (n, %)

组别	消 化 不 良	胃 肠 胀 气	头 晕 头 痛	嗜 睡 乏 力	恶 心 呕 吐	皮 疹 瘙 痒	排 尿 困 难	总发生率
观察组	1	0	1	0	1	1	0	7.69

2.1 多种临床症状的改善情况

两组的多项症状改善时间有显著差异且观察组明显更短, 详细数据见表 1。

(n=52)

对照组 3 1 2 2 3 2 1 26.92

(n=52)

X^2

7.833

p

<0.05

3. 讨论

小儿支原体肺炎以及急性支气管炎都是呼吸内科及儿科中的常见病, 二者之间彼此联系, 分析之时可从其独立概念入手, 进而探究二者之间的关系^[5-7]。支原体感染而引发的小儿急性支气管炎需要尽早做药物干预, 以 X 光片结果为指导, 可见其肺部明显阴影, 做血常规检查可分析其病理指标, 同时还可结合专项检查来明确患儿的功能指标。临床方面首选阿奇霉素等抗生素药, 而使用剂量及方法都需以医嘱为准, 小儿支原体肺炎合并急性支气管炎患者蔓延不愈, 及时经科学药物干预也很容易复发或出现多种并发症, 而临床方面也在多年的实践经验之中逐渐认识到了单一药物治疗的局限性, 并尝试联合盐酸氨溴索等药物以改善疗效。

此次研究的基础用药为阿基霉素且为片剂, 其本质为氮杂内酯类药物, 临床方面对抗生素的应用向来有严格要求, 该药物即可达到控制炎症的目的又不会影响的蛋白质的生成, 其局限性在于肝肾功能不全者慎用, 用药后的不良反应较多, 易反复^[8-9]。联合用药为盐酸氨溴索, 用药后可促进患儿呼吸道内的分泌物排出并减少粘液在呼吸道内的滞留, 为此也被广泛应用于慢性呼吸系统疾病患儿之中, 且盐酸氨溴索的本质为一种祛痰类药物, 不仅可以溶解痰液, 还可以润滑气道, 从作用机制上来说, 可促进患儿肺表面活性物质的分泌, 还可促进纤毛的运动^[10-12]。

本次研究的结果: (1) 症状改善情况: 以时间指标为准, 观察组在发热及咳嗽等多项上均明显对于对照组, 差异显著, 以上结果可说明盐酸氨溴索+阿奇霉素这一方案可快速改善小儿支原体肺炎合并急性支气管炎的临床症状。(2) 病理指标变化: 两组仅在用药后呈现显著的差异, 且观察组的 C 反应蛋白及白介素 6 水平等均比对照组更低, 且差异显著, 以上结果可用于说明盐酸氨溴索+阿奇霉素对改善患者炎症反应、增强抵抗力的重要作用。(3) 相关功能指标: 同样仅在用药后表现出显著差异, 观察组优于对照组, 主要包括 FEV1、FVC 等肺功指标以及 PaCO₂、PaO₂ 等血气指标, 这一结果有效说明经盐酸氨溴索+阿奇霉素治疗可更好的改善患

儿肺功指标及通气情况。(4) 不良反应情况: 用药后可见消化不良及恶心呕吐等多种不良反应, 且在总发生率上有显著差异, 观察组更低, 这也说明盐酸氨溴索+阿奇霉素治疗后的不良反应相对更少。联合用药之后可以快速的分布体内, 其组织渗透性大大提高, 为此组织内的血药浓度也有所变化, 药物可精准的运转至炎性发生部位, 进而发挥了增强免疫应答作用。二者之间发挥出协同作用, 可以促使患儿的粘液分泌情况尽快恢复至正常状态, 且呼吸道黏膜上的活性物质大大增加, 为此也在一定程度上起到了保护气道的作用。联合用药的代谢完全, 会随着尿液彻底排除, 为此不良反应也相对更少, 即使是小儿患者, 其适用性、耐受性、安全性也非常高, 也因此得到了临床上的广泛应用。

综上所述, 单一阿奇霉素的治疗效果并不理想, 为此临床方面也尝试对小儿支原体肺炎合并急性支气管炎患者进行联合用药治疗, 本次研究所用药物为盐酸氨溴索, 这一方案治疗可促使患儿的临床症状迅速改善, 对缓解患儿的炎性反应、恢复其通气能力、提高其肺功能具有重要作用, 且用药后的不良反应明显更少。

参考文献:

- [1]樊成, 刘颖, 李桂贤, 等. 阿奇霉素联合孟鲁司特治疗小儿支原体肺炎的临床疗效评估[J]. 解放军预防医学杂志. 2019, (4). 118-119.
- [2]常光妮, 张哈, 尚云晓. 盐酸氨溴索经纤维支气管镜灌洗治疗儿童难治性肺炎支原体肺炎的疗效观察[J]. 国际儿科学杂志. 2018, (8). 652-654.
- [3]李娟. 口服与静脉阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎的疗效及安全性的

(上接第 217 页)

水平降低程度更为明显, 会减缓各种临床并发症发生程度, 为患者的生命安全提供保障。

综上所述, 对于脓毒症休克并发急性肾损伤患者而言, 在治疗方法上采用连续性血液净化手段, 预后效果更高, 肾功能恢复水平更加显著, 降低炎症反应, 值得在临床治疗中进一步普及。

参考文献:

- [1]贝学柱. 应用连续性血液净化治疗 40 例脓毒症休克并发急性肾损伤的临床疗效[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2019, 19(33): 41-42.
- [2]孙海军, 李泉, 丁丽丽, 等. 连续性血液净化治疗脓毒症休克并发急性肾损伤患者的临床疗效及对其血肌酐水平的影响分析[J]. 中国实用医药, 2019, 14(17): 61-63.
- [3]徐小亮. 连续性血液净化治疗脓毒症休克并发急性肾损伤的临床疗效研究[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2019, 19(3): 117.
- [4]李旺龙, 叶少波, 李鹤. 连续性血液净化治疗脓毒症休克并发急性肾损伤患者的临床疗效[J]. 深圳中西医结合杂志, 2021, 31(16): 180-182.
- [5]韩佳滨, 岳桂芳, 郑露, 等. CRRT 治疗脓毒症休克并发急性肾损伤的临

对比[J]. 临床医药文献电子杂志. 2017, (15). 2941.

[4]蒋丽影, 宿创勋. 阿奇霉素对小儿支原体肺炎患儿的临床疗效与安全性研究[J]. 中西医结合心血管病电子杂志. 2019, (12). 92, 94.

[5]韩鹏. 小儿支原体肺炎应用盐酸氨溴索联合阿奇霉素治疗的效果评析[J]. 中国医药指南. 2020, (5). 115-116.

[6]刘顺达. 小儿支原体肺炎应用盐酸氨溴索联合阿奇霉素治疗的效果评析[J]. 中国医药指南. 2020, (2). 131-132.

[7]庞卫花, 李金巍, 宗广帅, 等. 阿奇霉素联合布地奈德对支原体肺炎患儿细胞因子、共刺激分子和免疫功能的影响[J]. 河北医药. 2020, (3). 362-365.

[8]高科, 赵武, 王文辉, 等. 阿奇霉素序贯疗法联合复合可托治疗小儿肺炎支原体感染的疗效观察[J]. 国际检验医学杂志. 2020, (8). 943-946, 951.

[9]朱从敬, 黄斯铭, 蔡广创. 阿奇霉素序贯疗法治疗小儿肺炎支原体肺炎的有效性[J]. 智慧健康. 2020, (12). 192-193.

[10]魏琼, 陈思思, 吕莉, 等. 阿奇霉素序贯疗法治疗小儿支原体肺炎的疗效和安全性分析[J]. 临床医药文献电子杂志. 2019, (22). 15, 20.

[11]刘国青. 阿奇霉素联合红霉素治疗小儿支原体肺炎的临床价值[J]. 中国继续医学教育. 2020, (21). 132-134.

[12]卢敏君, 张春莲, 陈美珍. 阿奇霉素不同疗程治疗小儿肺炎支原体肺炎的临床疗效观察[J]. 中国医药指南. 2019, (19). 107-108.

床效果[J]. 中国现代医生. 2020, 58(19): 107-109, 114.

[6]祝云鹤, 吴召利, 崔旭, 等. 早期连续性血液净化在胃癌术后并发脓毒症急性肾损伤患者中的应用价值[J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7(5): 38-41.

[7]徐广民, 吴化奎, 曹子君, 等. 连续性血液净化治疗脓毒症合并急性肾损伤患者预后的危险因素[J]. 临床与病理杂志, 2021, 41(12): 2877-2881.

[8]赵云峰, 徐志华, 顾维立. 连续性血液净化治疗脓毒症合并急性肾损伤患者效果及对免疫和炎症因子影响[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2021, 16(8): 895-898.

[9]郑春和, 曲楠. 早期连续性血液净化对严重脓毒症合并急性肾损伤患者免疫功能、肾功能及微循环指标的影响[J]. 现代医学与健康研究(电子版), 2021, 5(9): 35-37.

[10]马文录, 郝吉林, 阮超, 等. 连续性血液净化治疗脓毒症引发的急性呼吸窘迫综合征并急性肾损伤患者的临床效果[J]. 国际移植与血液净化杂志, 2021, 19(3): 5-10.

作者简介: 李作卿(1980-10), 男, 汉族, 籍贯: 海南, 本科, 副主任医师, 研究方向: 重症医学。

小剂量糖皮质激素布地奈德吸入在支气管哮喘治疗中的应用 疗效观察

张燕

淄博高新华庚医院 山东淄博 255035

摘要：目的：探讨支气管哮喘治疗中小剂量糖皮质激素布地奈德吸入治疗方案的应用价值。方法：纳入对象为本院2020年10月-2021年9月诊治的支气管哮喘患者，共110例，根据治疗方式不同分组，对照组55例实施常规治疗，观察组55例实施小剂量糖皮质激素布地奈德吸入治疗，对比两组治疗的临床疗效以及主要临床症状消失时间，日间与夜间哮喘发作频率、治疗前后肺功能指标、并发症发生率。结果：观察组疗效明显高于对照组（98.18%VS81.82%），有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组症状消失时间短于对照组（ $P<0.05$ ），有统计学意义；并发症发生率对比，观察组（3.64%）低于对照组（16.36%）（ $P<0.05$ ）；14d、28d后患者日间哮喘发作、夜间哮喘发作对比，观察组低（ $P<0.05$ ）；在实施治疗前两组肺功能三项指标对比并无差异，且无统计学意义， $P>0.05$ ；实施治疗后，两组肺功能三项指标均改善，观察组分值更高（ $P<0.05$ ）。结论：支气管哮喘治疗期间，小剂量糖皮质激素布地奈德吸入治疗疗效显著，能够促进患者病症的恢复，可提升疗效，管控病症，降低发作频率，缩短发作时间，且用药安全。

关键词：支气管哮喘；中西医结合治疗；疗效

临床上，哮喘十分常见，为呼吸道疾病之一，其病程较长且反复发作，会导致患者胸廓畸形，严重损害患者身体健康，并且其发病率和致死率在逐年上升^[1]。现阶段医学水平还无法完全治愈，只能通过用药得到改善、控制。哮喘临床主要症状为：呼吸困难、反复咳嗽、喘鸣等，部分患者伴有呼吸道梗阻性病症，常在夜间和（或）清晨发作或加剧^[2]。许多哮喘在发病初期，未能及时治疗或未能选择合理治疗措施，会导致哮喘久治不愈，成为痼疾。哮喘疾病已经深深影响了患者的生长发育和学习生活，而且也给学生家属带来了沉重的经济负担和精神压力。因此，临床上对哮喘患者的规范化诊断与治疗，有助于控制哮喘，缓解临床症状，促使生活质量有效提高^[3]。支气管哮喘治疗期间，不同治疗方案疗效不一。本文研究选取110例支气管哮喘患者为研究对象，分析小剂量糖皮质激素的应用价值，探究疗效，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次样本选自我院110例支气管哮喘患者，样本选取时间为2020年10月-2021年9月，按照随机数字的分组方式分为观察组和对照组。观察组患者中男性25例，女性30例，年龄15-73岁，平均年龄（45.1±5.41）岁，病程2月-12年，平均病程（5.1±3.22）年；对照组男性28例、女性27例，年龄范围为16-73岁，平均（45.3±3.65）岁，病程3月-15年。平均病程（5.6±2.99）年。患病程度中重度支气管哮喘占30例，中度支气管哮喘占40例，轻度支气管哮喘占40例。观察组与对照组性别、病程及年龄资料对比无差异，无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：经伦理委员会批准；基础资料完整；认知无异常；患者家属均签订知情表；患者均为已确诊支气管哮喘，符合《支气管哮喘防治指南》的相关标准。

排除标准：全程实验未完成；接受其他方式治疗；依从性差；中途退出；合并肿瘤患者。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组

采用常规西医对症治疗，予以患者泼尼松（天津信谊津津药业有限公司（原上海上药信谊药厂有限公司委托），国药准字H31020771，产品规格5mg*100s）每天一次每次5mg，茶碱控释片（广州迈特兴华制药有限公司，国药准字H44023791，产品规格0.1g*24s），2次/d，0.2g/次，沙丁胺醇吸入剂（GlaxoWellcome,S.A.批准文号H20150673，产品规格100ug*200揆）每天三次每次200ug，持续治疗一年时间。

1.2.2 观察组

小剂量糖皮质激素布地奈德吸入治疗，鲁南贝特制药有限公司200ug布地奈德粉雾剂（国药准字H20030987）与2-3ml0.9%氯化钠注射液（国药准字H32023180，江苏因倍思科技发展有限公司）混合，使用一次性口罩，吸入方式为氧气驱动法，每日2-3次。发作期患者每天三次沙丁胺醇气雾剂，持续用药1年。

1.3 观察项目和评价标准

1.比较两组临床疗效。治疗后患者主要临床症状全部消失，精神状态恢复正常，判定为痊愈；治疗后患者临床症状明显改善，精神状态良好，判定为好转；治疗患者病症未见改善或加重定为无效。

2.统计两组患者的病症消失时间，指标包括：咳嗽、气喘、肺啰音消失时间。

3.对比两组患者肺功能，指标包括：第一秒用力呼气量（FEV₁）、用力肺活量（FVC）以及FEV₁/FVC水平，统计治疗前、治疗后数据。

4.两组患者治疗期间，14天和28天两个周期，观察患者的日间和夜间哮喘发生频率，取其均值。

5.统计两组并发症发生率，指标包括：呼吸衰竭、缺氧性脑病、肺气肿，计算式：（发生例数/总例数）×100.0%。

1.4 统计学方法

临床数据统一收集于Excel 2021表格，使用SPSS23.00软件分析指标，率（n,%）为计数资料，X²检验；计量资料为均差，[n（ $\bar{x} \pm s$ ）]表示，t检验；指标统计学以 $P<0.05$ 为标准。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

疗效对比, 观察组更高 (98.18%VS81.82%), 有统计学意义 ($P<0.05$), 如下表 1。

表 1 两组临床疗效比较 (n,%)

组别	例数	痊愈	好转	无效	有效率
对照组	55	30	15	10	45 (81.82)
观察组	55	40	14	1	54 (98.18)
X^2	-	-	-	-	7.244
P	-	-	-	-	<0.05

2.2 两组主要临床症状消失时间比较

病症消失时间对比, 观察组低 ($P<0.05$), 有统计学意义。

表 2 两组主要临床症状消失时间比较 (d, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	咳嗽消失时间	肺啰音消失时间	气喘消失时间
对照组	55	7.61±1.81	6.56±1.34	8.11±1.21
观察组	55	4.32±1.43	4.11±2.86	4.66±1.12

表 4 两组患者肺功能指标比较 ($\bar{x}\pm s$, n=55)

组别	FEV ₁ (L)		FVC (L)		FEV ₁ /FVC (%)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	1.59±0.48	3.81±0.77	2.66±0.39	4.23±0.87	58.26±6.29	91.53±7.21
对照组	1.53±0.44	2.42±0.46	2.63±0.41	3.09±0.34	58.33±6.31	71.19±6.74
t	0.683	11.493	0.393	9.051	0.058	15.284
p	0.496	0.000	0.695	0.000	0.954	0.000

注: 同组治疗前、治疗后 (FEV₁)、FVC 及 FEV₁/FVC 指标对比存在显著差异, $P<0.05$ 。

2.5 两组并发症发生率对比

观察组并发症发生率 3.64%低于对照组 16.36%, $P<0.05$ 。见表 5。

表 5 组间并发症发生情况 (n、%)

组别	例数	呼吸衰竭	肺气肿	缺氧性脑病	并发症发生率 (%)
观察组	55	1	1	0	2 (3.64)
对照组	55	2	4	3	9 (16.36)
x^2	-	-	-	-	4.949
P	-	-	-	-	0.026

3 讨论

哮喘是一种严重的疾病, 是一种慢性变态反应性气管炎症, 其发病部位为呼吸道。少数的哮喘患者可能会出现胸痛的情况, 而对于绝大多数患者来说, 哮喘常常会伴有发作性的喘息、气急、胸闷或咳嗽等为主要表现, 一般早期症状都是干咳, 病情加重的时候会咳出白色黏液, 严重的患者可出现烦躁不安, 满色苍白、出冷汗等^[4]。哮喘病因呈现多样化, 检查手段有支气管激发试验、支气管扩张实验等多种检查手段。正在生长关键期的儿童抵抗力比较弱, 一旦患上此病会严重影响机体健康, 不但对其日常生活和生活会造成很大的困扰, 还给患者家属带来了沉重的经济负担和精神压力^[5]。目前我国对于该病的治疗已经具有丰富的经验, 一旦有类似症状

t	-	10.577	5.753	15.518
P	-	0.000	0.000	0.000

2.3 对比两组 14d、28d 后日间、夜间的哮喘发作频率

14d 后哮喘发作频率 (日间、夜间) 观察组低, $P<0.05$; 28d 日间、夜间哮喘发作频率对比, 观察组低, $P<0.05$, 见下表 3。

表 3 对比两组 14d、28d 后日间、夜间的哮喘发作频率 [$n(\bar{x}\pm s)$]

组别	例数	14 天后日间	14 天后夜间	28 天后日间	28 天后夜间
对照组	55	5.36±1.42	2.05±0.56	4.72±1.15	1.37±0.42
观察组	55	3.54±0.36	1.37±0.28	2.01±0.48	0.76±0.12
t	-	9.214	8.055	16.128	10.356
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 两组患者肺功能指标比较

治疗前两组患者第一秒用力呼气量 (FEV₁)、用力肺活量 (FVC) 以及 FEV₁/FVC 水平比较不具差异性, $P>0.05$, 治疗后指标对比治疗前均改善, 且观察组指标评分更高, $P<0.05$ 。见表 4。

出现要及时进行检查治疗, 以免错过最佳治疗时期^[6]。

作为呼吸内科的常见疾病, 支气管哮喘发病率较高, 致病原因与嗜酸性细胞、炎症细胞或介质、肥大细胞关系密切, 是机体的一种慢性炎症, 对患者的机体健康会造成不利影响。对哮喘来说, 多出现在身体素质低的老年和儿童中, 发生风险比较高, 对患者非常不利, 对老年人群来说, 生理机能下降明显, 伴随出现其他慢性疾病的风险比较高, 加重病情, 对患者非常不利, 影响到身体健康度, 要及时开展治疗^[7]。

糖皮质激素是治疗哮喘的常用药物, 也是首选药物, 对细胞内受体基因重组产生影响, 发挥细胞膜的非基因组机制, 实现治疗目的。该药物在治疗中, 能减少炎症介质和细胞因子的合成量, 快速缓解哮喘的情况, 改善气流受限的情况, 提升肺部的通气功能, 纠正低氧血症, 对气道黏膜下炎症反应实现抑制, 避免加重病情, 减少并发症的出现^[8]。

布地奈德是比较常见的糖皮质激素, 属于吸入性药物, 在雾化吸入治疗中, 效果更加直接^[9], 对病灶产生直接影响, 改善病灶的情况, 缩短药物起效的时间, 在治疗中, 吸入剂量比较小, 所以大部分患者的耐受比较好, 减少副作用的出现。该药物已经成为慢性哮喘长期治疗的首选药物^[10]。在高剂量给药下, 治疗效果比较明显, 但是药物成分对机体产生影响, 容易出现堆积等不良情况, 对患者不利。小剂量给药, 药物的效果有限, 出现不良反应比较少。所以在治疗中, 高剂量药物治疗, 然后选择低剂量维持治疗, 获取到良好的效果, 更为有效地改善疾病的情况, 加快疾病的恢

(下转第 225 页)

乳腺癌和宫颈癌筛查率及检出率的相关因素分析

蔡书琴 谢学英 施玲玲 李瑞爱 卢伟燕

肇庆市鼎湖区妇幼保健计划生育服务中心保健科 广东肇庆 526070

摘要：目的：探讨乳腺癌和宫颈癌筛查率及检出率的相关因素。方法：选取 2018 年 3 月至 2020 年 12 月肇庆市鼎湖区妇幼保健计划生育服务中心对肇庆市鼎湖区收治的 35~64 岁 10387 例妇女进行免费自愿宫颈癌、乳腺癌（下称“两癌”）筛查分析影响因素。结果：单因素分析结果显示，影响女性宫颈癌、乳腺癌筛查的原因与年纪不同、是否结婚、文化水平、户口、每月收入有关，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。Logistic 回归模型进行多因素分析结果显示，年龄、文化程度、婚姻状况 和月平均收入是影响“两癌”的独立危险因素（ $P<0.05$ ）结论：通过对鼎湖区乳腺癌和宫颈癌检查率及检出率相关因素分析与研究，为“两癌”筛查的宣传及筛查高危人群提供科学依据以达到早发现、早诊断、早治疗的目的。

关键词：乳腺癌；宫颈癌；筛查率；检出率；相关因素

对于女性来说，乳腺癌及宫颈癌是威胁期生命健康的疾病之一。近几年来随着人们生活方式的改变导致两癌的发病率呈逐年上升的趋势，这导致女性患者的生活质量的夫妇降低，给患者带来极大的心理压力，并且影响家庭的及夫妻间的关系，尽早进行两癌的筛查尽早控制疾病对患者的生命健康起保障作用。本次研究，2018 年 3 月至 2020 年 12 月鼎湖区妇幼保健计划生育服务中心针对鼎湖区 35-64 岁女性开展的免费两癌筛查项目中乳腺癌的检出率平均为 154.05/10 万，宫颈癌检出率平均为 57.76/10 万，发现鼎湖区该类人群的乳腺癌及宫颈癌的发病率远高于全国的发病率而且发病的趋势呈低龄化发展趋势，引起了人们的重视。在中青年女性中“两癌”的发病在所有恶性肿瘤中发病率为最高^[1]。目前对于肿瘤发病的原因尚未完全清楚，因此需要采取有效的预防措施^[2]。本次研究对鼎湖区乳腺癌和宫颈癌检查率及检出率相关因素分析与研究，并对相关结果进行分析并指定方案，如下文所示。

1. 资料和方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 3 月至 2020 年 12 月肇庆市鼎湖区妇幼保健计划生育服务中心保健科收治的 35-64 岁的女性妇女作为研究对象。该种筛查方式能够帮助患者更早诊断出患者是否有宫颈癌、乳腺癌发生的可能性，确保筛查的准确率以便于为患者提供更加优质的服务，在进行筛查前需对人员进行培训。利用调查问卷询问接受检查的女性并为其建立档案，问卷的内容包括女性的年龄、家庭情况及身体状况等，询问结束后进行记录，本研究经医院医学伦理委员会批准同意（伦理编号：2022SI-00322003）入选患者和家属均签署研究知情同意书。

1.2 纳排标准

（1）纳入标准：①能够正常进行交流，无精神障碍；②无其他恶性疾病。

（2）排除标准：①未检查前存在宫颈癌；②精神类疾病，无法正常沟通；③肝、肾均存在问题；④对于治疗表现出抗拒；。

1.3 调查工具和方法

1.3.1 乳腺癌、宫颈癌检出率相关因素

单病相关因素研究：统计分析两年来我院两癌筛查项目中宫颈癌、乳腺癌的检出率，在对相关资料进行阅读并且根据以往的治疗经验，指定相

适配的问卷，对向筛查人员进行提问的人员训练后，进行相应的检查其中包括乳腺触诊、乳腺 B 超、妇科检查，宫颈 HPV 检测。

所有问卷均由调查对象独立完成，填写完毕后当场收回。

统计鼎湖区妇幼保健院举办“两癌”筛查宣教班班次、人次与同年筛查人数；统计鼎湖区内参加“两癌”筛查人员的年龄、受教育程度等因素。

1.3.2 统计学方法 采用 SPSS 13.00 统计学软件进行数据分析，计量资料用均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，两组间比较采用 t 检验；计数资料用率表示，组间比较采用 χ^2 检验，多因素相关性分析采用 Logistic 回归分析，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 调查女性对“两癌”知识的了解情况

调查女性对“两癌”知识的了解情况得分为（9.45±3.46）分，知晓评分为（36.44±12.41）%。根据年龄得出，35~45 岁最了解“两癌”知识，45~59 岁对“两癌”知识了解最低；患有乳腺癌患者了解情况高于宫颈癌（ $P<0.05$ ）。见表 1

表 1.58 例调查对象对乳腺癌和宫颈癌的知晓情况（ $\bar{x} \pm s$ ）

	例数（n）	知晓总分 （分）	知晓评分 （%）	F/t 值	T 值
年龄 （岁）					
35—59	9510	6.12±0.14	26.05±2.15	11.160	<0.001
35—45	3875	11.75±1.60	44.36±2.69		
45—59	5635	9.42±0.26	36.14±3.04		
≥60	877	9.52±0.37	35.48±0.14		
肿瘤病 史					
乳腺癌	16	10.65±2.15	40.15±12.69	15.156	<0.001
宫颈癌	6	8.15±2.16	31.59±10.05		

2.2 鼎湖区妇幼保健计划生育服务中心举办“两癌”筛查宣教班班次、

人次与同年筛查人数情况

经调查后显示,鼎湖区妇幼保健计划生育服务中心 2018 年举办“两癌”筛查宣教班 11 次,参加人数 283 人,当年筛查人数 3363 人,2019 年举办“两癌”筛查宣教班 38 次,参加人数 866 人,当年筛查人数 5127 人。2020 年举办两癌宣教班次 14 场,参加人次 520 人,当年筛查人数 1897 人(受疫情影响),分析数据可见举办“两癌”筛查宣教班班次增多,人次增多,当年参加两癌筛查人数也增多。

2.3 鼎湖区内参加两癌筛查人员的年龄、受教育程度情况

筛查人员年龄 35-64 岁,平均年龄在 42 岁。受教育程度:小学以下的占 40%,初中占 45%,高中占 9%,大专及以上学历占 6%统计分析学历高的人有体检的意识,基本每年自费检测,学历低的缺乏筛查意识,基本不会主动去做检查,而两癌筛查是免费的,基本都到各个镇街去宣传,宣传覆盖人群广,所以很多学历低的农村妇女都会来参加。

2.4 乳腺癌和宫颈癌筛查率分析

在本次研究中发现不同年龄、户口、婚姻状况、文化程度、月平均收入妇女的乳腺癌、宫颈癌筛查率,比较有意义($P<0.05$),见表 3

表 3.不同特征妇女“两癌”筛查情况[n(%)]

人口学特征		数量		X ²	P
		数量 (人)	筛查率 (%)		
年龄	<35	5110	40.39	6.038	0.014
	>35	5277	42.10		
户口	户籍人	4900	54.23	66.367	<0.001
	口				
	常驻人	5487	37.29		
	口				
婚姻状况	未婚	5056	32.19	14.561	<0.001
	已婚	5331	45.38		
文化程度	高中以下	5310	32.38	10.453	<0.001
	高中及以上	5077	46.31		
月平均收入	<2000	5429	32.39	42.715	<0.001
	>2000	4958	45.82		

2.5 多因素 Logistic 回归分析

经多因素 logistic 回归分析,导致患者发生乳腺癌、宫颈癌与患者年龄、文化程度、婚姻状况 和月平均收入均相关($P<0.05$);见表 4。

表 4.多因素 Logistic 回归分析

因素	β 值	Se	P 值	OR 值	95%CI
年龄	0.401	1.763	0.0321	0.738	1.321~3.281
文化程度	0.061	2.391	0.021	0.283	0.712~1.382

婚姻状况	0.738	3.381	0.018	0.727	1.429~4.291
月平均收入	-1.381	2.283	<0.01	2.121	0.273~3.289

3. 讨论

近年来,乳腺癌和宫颈癌的发病率呈上升趋势。中青年妇女的死亡率相对更高。宫颈癌是目前唯一有明确病因的肿瘤,但其也有肿瘤早期无特殊表现的特征,需要妇女主动筛查才能尽早被发现,经过干预才能够防止宫颈癌的发生减低患者的死亡率^[5-6]。乳腺癌是女性最常见的恶性肿瘤之一。它的发病常与遗传有关,在 40 ~60 岁、绝经期前后的妇女发病率较高,其初始症状不明确,晚期乳腺癌治疗困难。因此,加强乳腺癌的预防,早发现、早诊断对于临床治疗具有重要意义^[3-4]。因此,需加强女性对乳腺癌、宫颈癌筛查的意识以防止“两癌”的发生。

本研究调查对象对乳腺癌和宫颈癌防治知晓总分为(9.45±3.46)分,知晓评分为(36.44±12.41)%,分数较低,需要对女性进行癌症预防相关知识的宣教。本调查表 1.58 显示,对肿瘤防治知识的知晓情况与年龄有一定的关系,调查女性对两癌知识的了解情况得分为(9.45±3.46)分,知晓评分为(36.44±12.41)%。根据年龄得出,35~45 岁最了解“两癌”知识,45~59 岁对“两癌”知识了解最低;患有乳腺癌患者了解情况高于宫颈癌($P<0.05$)。在鼎湖区妇幼保健计划生育服务中心统计的举办两癌筛查宣教班班次、人次与同年筛查人数的数据中也印证了宣教次数越多,覆盖人数越广,“两癌”筛查率就越高。因此,在肿瘤防治健康教育中,应对患者按照不同年龄、不同病种进行健康教育,对癌症预防相关知识进行宣教能够让更多的人了解到癌症预防的重要性,及时进行治疗及诊断,防止癌症的发生^[7-8],从预防做起,推进防治事业的发展。

本研究显示, Logistic 回归模型进行多因素分析结果显示,年龄、文化程度、婚姻状况 和月平均收入是影响乳腺癌、宫颈癌的独立危险因素($P<0.05$),相对于未婚妇女,已婚妇女的“两癌”筛查率较高,自我健康意识和防范意识强,能够自主进行筛查。女性月平均收入增加能够提高对自身疾病的关注,更加重视“两癌”筛查^[9-12]。文化程度高的人群对两癌“两癌”相关知识认知程度较高,有体检的意识能够自主进行“两癌”的筛查,学历较低的人缺乏筛查意识,基本不会主动去做检查,只要等到免费“两癌”筛查开展才开始被动筛查。因此,年龄、文化程度高低,婚姻状况和月平均收入均影响两癌筛查人群的防范意识,决定了她们是否能尽早开始接受规范的定期筛查并尽早发现疾病及早进行干预,这也直接决定了乳腺癌、宫颈癌的发生率和死亡率的高低。

综上所述,一项大样本调查显示,大多数女性不了解筛查乳腺癌和宫颈癌的重要性。加强公共关系和社区教育,普及卫生教材,普及公共教育和知识,让大多数女性都同意筛查的重要性,同时,我们必须加强对绝经后妇女、教育程度低的弱势群体和低收入妇女的关爱和宣传,利用妇联、残联、工会或者社会公益机构为弱势群体争取更多关怀优惠政策,并通过更多通俗易懂的宣传手段提高她们对这两种癌症的认识,提高她们的筛查主动性和健康预防意识,让她们意识到常规筛查十分必要,防范优于治疗。政府也应该加大对两癌筛查的投入力度,合理改善和分配卫生保健资源,采取适当措施在基层“评估妇女健康”和“保护妇女

健康”。

参考文献:

[1]詹海侠,等. 集束化护理模式对乳腺癌改良根治术后患者肩关节功能恢复及生命质量的影响[J]. 中国医药导报, 2020, v.17;No.544(14):184-187.[J].中国医药,2019,014(007):1029-1032.

[2]龙琦,等.贵阳市 2015—2019 年农村妇女宫颈癌和乳腺癌筛查情况分析[J].现代预防医学,2020,47(21):85-89.

[3]张思维,等. 从肿瘤登记看癌症防控 40 年变迁[N]. 健康报,2020-08-26(008).

[4]杜佳,等.2012—2017 年重庆市城市女性乳腺癌筛查结果分析[J].中国肿瘤,2020,v.29(12):42-47.

[5]庞国栋,等.数字化乳腺摄影对癌症检出率和召回率的影响:英国国家卫生服务机构乳腺癌筛查项目中的 1130 万次筛查[J].国际医学放射学杂志,2019,42(03):102.

[6]姚星妹编译.2020—2099 年 181 个国家扩大 HPV 疫苗接种和宫颈癌筛查的影响以及全球消除宫颈癌的可能性:一项建模研究[J].中华预防医学杂志,2019(7):712-712.

[7]刘洋,等.宫颈癌变中 C-MYC,hTERT 表达及其与 SPR 技术检测 HPV 结果的相关性分析[J].昆明医科大学学报,2019,040(010):P.85-88.

[8]晏燕,等.液基薄层细胞学和高危型人乳头瘤病毒及 DNA 倍体分析在

宫颈癌筛查中的对比分析[J].中国计划生育和妇产科,2019,v.11(02):68-71.

[9]朱超,等.评估普通筛查人群中的乳腺癌风险:开发乳腺癌风险模型以识别乳腺 X 线摄影筛查中的高危妇女[J].国际医学放射学杂志,2020,43(06):124-124.

[10]赵健编.采用高危型人乳头瘤病毒检测筛查宫颈癌:为美国预防服务工作组提供最新的证据报告和系统综述[J].中华预防医学杂志,2019(3):333-333.

[11]张晓丽.2015—2019 年南通市通州区适龄妇女

宫颈癌及乳腺癌筛查结果分析[J].中国初级卫生保健,2021,35(2):48-51.

[12]郁慧敏,吴春林.2016 年至 2019 年连云港市海州区妇女乳腺癌筛查结果分析[J].大医生,2021,6(10):91-93.

[13]颜增花."两癌"筛查技术在农村妇女宫颈癌和乳腺癌防治中的价值[J].健康大视野,2020,(2):112.

[14]曾雪平."两癌"筛查技术在农村妇女宫颈癌和乳腺癌防治中的效果评价[J].河南预防医学杂志,2020,31(10):770-771.

[15]汪扬,李兰娟,廖义琛.重庆市渝中区 35~64 岁妇女 2010-2018 年宫颈癌和乳腺癌筛查情况分析[J].现代医药卫生,2020,36(1):103-106.

课题:肇庆市科技计划项目(编号:201904030925)

(上接第 222 页)

复速度,减少不良反应的发生。

基于本文上述实验分析能够得知,观察组疗效显著高于对照组($P<0.05$);并发症发生率对照组显著高于观察组($P<0.05$);治疗 14d 后日间、夜间哮喘发作频率观察组低($P<0.05$);治疗 28d 后日间、夜间哮喘发作频率对照组高($P<0.05$);实施治疗后,两组肺功能指数均提升,观察组更高($P<0.05$);观察组症状消失时间短于对照组($P<0.05$)。可见,中西医结合治疗方案在支气管哮喘患者群体内应用价值显著,糖皮质激素的一类也包含布地奈德,其亲和力较强,可加速受体刺激,局部抗炎效果最佳。相比于二丙酸倍氯米松,布地奈德的气道抗炎效果更强,其有助于平滑肌细胞、内皮细胞及溶酶体膜的稳定性提高,对免疫反应有效抑制,减少抗体的生成,减少组胺等过敏活性低脂释放量,同时,其有助于抗原抗体结合减轻,对支气管收缩物质的释放及合成抑制,改善平滑肌收缩反应。布地奈德局部使用,可抗过敏、抗炎,且可促进药物作用在病症上,此外,小剂量糖皮质激素布地奈德混悬液有助于患者肺功能改善,减轻气道高反应性,及早改善喘憋及呼吸困难等症。

综上所述,小剂量糖皮质激素布地奈德吸入治疗支气管哮喘,临床疗效显著,能够加速患者病症的恢复,改善肺功能,值得推广。

参考文献:

[1]张慎兵.观察小剂量糖皮质激素布地奈德吸入在支气管哮喘治疗中的应用[J].心理月刊,2020,15(11):182.

[2]王丽.小剂量糖皮质激素布地奈德吸入在支气管哮喘治疗中的应用

[J].人人健康,2020(08):224.

[3]万淑英.小剂量糖皮质激素配合布地奈德吸入治疗支气管哮喘的效果分析[J].系统医学,2020,5(08):117-119.

[4]陶佳.小剂量糖皮质激素布地奈德吸入在支气管哮喘治疗中的应用价值体会[J].中国现代药物应用,2020,14(01):143-145.

[5]刘东辉,张欣怡.小剂量糖皮质激素布地奈德在支气管哮喘治疗中的应用[J].中国疗养医学,2019,28(10):1099-1100.

[6]帅艳平.支气管哮喘治疗中小剂量糖皮质激素布地奈德吸入的应用观察[J].基层医学论坛,2019,23(10):1476-1477.

[7]程静辉.小剂量糖皮质激素布地奈德吸入在支气管哮喘治疗中的应用疗效分析[J].中国医药指南,2019,17(07):16.

[8]包红珠,刘蕾.支气管哮喘治疗中小剂量糖皮质激素布地奈德吸入的应用观察[J].中国妇幼保健研究,2017,28(S2):15.

[9]廖新良.小剂量糖皮质激素布地奈德吸入在支气管哮喘治疗中的应用[J].当代医学,2017,23(12):89-91.

[10]王玉屏,贾晓云,陈宏君,吉大章,马朝霞.小剂量糖皮质激素布地奈德吸入在支气管哮喘治疗中的应用疗效分析[J].中国现代药物应用,2016,10(11):130-132.

作者简介:张燕(1973.3),女,汉族,山东省淄博市桓台县唐山镇人,主治医师,本科学历。主要研究方向:呼吸系统疾病诊疗技术。

延续性护理对冠脉介入治疗术后患者再发不良心血管事件的影响研究

孙长红

山东颐养健康集团莱芜中心医院导管室 导管室 山东莱芜 271100

摘要：目的：冠脉介入治疗术后患者采取延续性护理对再发不良心血管事件的影响。方法：选取 2019 年 11 月-2021 年 11 月在我院进行冠脉介入的 100 位患者作为本次的研究对象，所有的患者随机分成研究组与常规组两组，每组各 50 位患者。常规组的患者采取常规护理，研究组的患者采取延续性护理。比较两组患者的不良事件发生率，依从性，护理满意度以及护理前后两组患者的生活质量评分。结果：研究组患者的心血管不良事件发生率为 8.00%，明显的要比常规组患者的 28.00%低 ($P < 0.05$)。护理前两组生活质量评分无差异 ($P < 0.05$)，而在护理后，两组患者的生活质量评分均有所提高，并且循证组患者的认知功能，躯体功能，社会功能以及角色功能评分显著高于参照组患者 ($P < 0.05$)。研究组患者的定期复查，合理饮食，遵医用药以及科学运动依从性均比常规组的患者要高 ($P < 0.05$)。研究组患者的护理满意度为 98.00%，明显的要比常规组的 82.00%高 ($P < 0.05$)。结论：对冠脉介入术后患者采取延续性护理，能够有效地降低患者不良血管发生率，提高患者的依从性，进而对患者的生活质量进行改善，提升患者的满意程度。

关键词：延续性护理；不良心血管事件；生活质量；满意度；冠脉介入

冠状动脉血管如果出现粥样硬化时，可导致血管阻塞改变，引起患者心肌梗死，缺氧以及缺血等，严重的威胁着患者的生命健康^[1]。当前，主要采取冠脉介入手术对该病进行治疗，这种治疗方式有着出血少，创伤小，成功率高以及恢复快的优势，为了预防术后再次形成血栓的情况，提倡患者建立良好的生活习惯，并坚持服药，以此来对手术效果进行巩固^[2]。有相关研究表明^[3]，不良生活习惯以及不正确的服药方式是因为家庭环境，心理因素，经济因素以及认知不足导致的。所以，是非常有必要对患者术后进行护理干预。本文选取 2019 年 11 月-2021 年 11 月在我院进行冠脉介入的 100 位患者作为本次的研究对象，来探究采取延续性护理对不良心血管事件的再发影响，现结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 11 月-2021 年 11 月在我院进行冠脉介入的 100 位患者作为本次的研究对象，所有的患者随机分成研究组与常规组两组，每组各 50 位患者。常规组男性有 26 位，女性有 24 位，年龄在 46-74 岁之间，平均为 (61.86±5.46) 岁。研究组男性有 27 位，女性有 23 位，年龄在 47-73 岁之间，平均为 (62.35±5.14) 岁。纳入标准：①接受冠脉介入治疗的患者。②临床资料完整的患者。③血流动力学稳定的患者。排除标准：①精神障碍无法交流的患者。②合并免疫系统疾病的患者。③治疗中途退出的患者。研究组与常规组患者的一般资料对比，没有统计学意义 ($P > 0.05$)。所有的患者均签有知情同意书，本次研究能够得以进行，是经过医学伦理委员会审批通过的。

1.2 方法

常规组的患者采取常规护理，叮嘱患者遵照医嘱用药，健康饮食等。

研究组的患者采取延续性护理，具体实施如下，①出院计划：患者在出院前三天对其进行全面评估，建立患者住院期间的健康档案，发放术后康复手册，让患者多进行阅读^[4]。并且要把科室电话告知给患者以及家属，让其有任何异常情况能够第一时间进行咨询。叮嘱患者对体重，吸烟数量，

血脂，血糖以及血压检测等进行自我监测^[5]。②随访档案：根据每位患者的实际情况来建立随访档案，包括病情改善情况，饮食情况，服药情况，随访结果等^[6]。③建立网络随访机制：使用微信或者是 QQ 等社交方式来联系患者，建立微信群，在群中每天发一些冠心病的康复方法，对术后的相关注意事项进行反复强调，也可以通过视频的方式来对患者的恢复情况进行观察，对患者的锻炼和自我学习进行指导，在群里不定期的发一些激励的文章句子，以此来对患者的情绪进行改善^[7]。④建立门诊与电话随访机制：专门安排电话联系患者的护理人员，每月至少一次电话随访，对患者的服药情况以及恢复情况进行了解，可以设置闹钟来对经常忘服药的患者进行提醒，在患者睡觉前，家属可以提前准确第二天需要服用的药物，如果患者有异常情况或者疑虑时，都可以打电话进行咨询。在患者出院后的第一个月，第三个月以及第六个月进行上门随访，以此对患者心血管不良事件发生情况进行详细了解^[8-9]。

1.3 观察指标

比较研究组与常规组两组患者的不良事件发生率，包括心律失常，心力衰竭，心源性休克，心绞痛以及再次心脏病入院。比较两组患者的依从性，包括定期复查，合理饮食，遵医用药以及科学运动等。比较护理前后研究组与常规组两组患者的生活质量，采取 SF-36 量表对患者的生活质量进行评分，满分为一百分，分数越高说明生活质量越好。比较研究组与常规组患者的护理满意度，采取我院自制量表来对患者满意度进行调查，主要分为非常满意，一般满意以及不满意三个级别，满意度=（非常满意例数+一般满意例数）/总例数*100.00%。

1.4 统计学方法

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

2 结果

2.1 比较两组患者的不良事件发生率

研究组患者的心血管不良事件发生率为 8.00%，明显的要比常规组患者的 28.00%低，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。如下表 1 所示。

表 1 对比两组患者的不良事件发生率[n(%)]

组别	例数	心律失常	心力衰竭	心源性休克	心绞痛	再次心脏病入院	总发生
研究组	50	1 (2.00)	1 (2.00)	0 (0.00)	1 (2.00)	1 (2.00)	4 (8.00)
常规组	50	3 (6.00)	3 (6.00)	1 (2.00)	3 (6.00)	4 (8.00)	14 (28.00)
χ^2							6.775
P							0.009

2.2 比较护理前后两组患者的生活质量评分
躯体功能，社会功能以及角色功能评分显著高于参照组患者，且 $P<0.05$ 护理前两组生活质量评分无差异， $P>0.05$ 不具有统计学意义，而在护理后，两组患者的生活质量评分均有所提高，并且循证组患者的认知功能，

表 2 对比护理前后两组患者的生活质量评分[$(\bar{x} \pm s)$ ，分]

组别	例数	角色功能		社会功能		躯体功能		认知功能	
		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	50	53.11±5.95	86.22±6.87*	57.85±6.04	85.47±6.07*	57.17±5.04	87.25±4.57*	63.92±6.04	86.74±6.37*
常规组	50	52.44±5.88	77.35±6.04*	57.10±5.31	74.87±5.93*	56.23±5.57	77.20±5.84*	64.57±5.00	75.91±6.99*
t		0.566	6.856	0.659	8.833	0.885	9.583	0.586	8.098
P		0.572	0.000	0.511	0.000	0.378	0.000	0.559	0.000

注：与护理前对比，* $P<0.05$ 。

2.3 比较两组患者的依从性

研究组患者的定期复查，合理饮食，遵医用药以及科学运动依从性均比常规组的患者要高，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。如下表 3 所示。

表 3 对比两组患者的依从性[n(%)]

组别	例数	定期复查	合理饮食	遵医用药	科学运动
研究组	50	47(94.00)	46(92.00)	47(94.00)	42(84.00)
常规组	50	37(74.00)	36(72.00)	38(76.00)	33(66.00)
χ^2		7.440	6.775	6.353	4.320
P		0.006	0.009	0.012	0.038

2.4 比较两组患者的护理满意度

研究组患者的护理满意度为 98.00%，明显的要比常规组的 82.00%高，有统计学意义（ $P<0.05$ ）。如下表 4 所示。

表 4 对比两组患者的护理满意度[n(%)]

组别	例数	非常满意	一般满意	不满意	满意度
研究组	50	36(72.00)	13(26.00)	1 (2.00)	49(98.00)
常规组	50	29(58.00)	12(24.00)	9 (18.00)	41(82.00)
χ^2					7.111
P					0.008

3 讨论

在接受冠脉介入治疗的冠心病患者，虽然能够改善患者的心肌供血，但是手术之后还是有心血管危险事件，支架内再狭窄的风险，所以，对于患者术后需要对调脂药物，受体阻滞剂以及抗血小板聚集药正确服用，并对患者的健康生活方式进行培养，这非常利于手术的效果^[10-11]。根据相关研究表明^[12]，延续性护理能够对出院患者的健康情况进行改善，并对其就诊次数以及再入院率进行降低。

本次研究结果显示，研究组患者的心血管不良事件发生率为 8.00%，

明显的要比常规组患者的 28.00%低（ $P<0.05$ ）。护理前两组生活质量评分无差异（ $P<0.05$ ），而在护理后，两组患者的生活质量评分均有所提高，并且循证组患者的认知功能，躯体功能，社会功能以及角色功能评分显著高于参照组患者（ $P<0.05$ ）。研究组患者的定期复查，合理饮食，遵医用药以及科学运动依从性均比常规组的患者要高（ $P<0.05$ ）。研究组患者的护理满意度为 98.00%，明显的要比常规组的 82.00%高（ $P<0.05$ ）。由此能够看出，延续性护理能够对患者的依从性，饮食，服药等进行提高，对患者的再发心血管不良事件进行降低^[13]。通过分析，延续性护理专门成立护理小组，在患者出院前根据护理人员自身特长来进行明确分工，以此来对患者提供高效的护理服务^[14]。在患者出院之前发放术后康复手册，让患者多进行阅读。并建立自我监测，对于出院之后的相关注意事项要让患者熟知，定期的给患者进行电话随访，以此了解患者的恢复情况以及服药情况，自我监测要做好，每天按时完成监测的项目，完成的患者打√，没有完成的患者打×，这样能够对患者的积极性以及自觉性进行调动，对一些依从性比较差的患者，要根据患者的特点来制定相应的措施^[15-16]。

综上所述，对冠脉介入术后患者采取延续性护理，能够有效地降低患者不良血管发生率，提高患者的依从性，进而对患者的生活质量进行改善，提升患者的满意程度。

参考文献：

[1]黄妹,马惠文,罗萍萍.延续性干预护理对冠脉介入治疗术后患者再发不良心血管事件及生活质量的影响分析[J].首都食品与医药,2021,28(3):2.
[2]曾淑媛,邓春友,谢艳群,宏峰,黄秀霞.延续性护理对急性心肌梗死 PCI 术后患者治疗依从性及主要不良心血管事件的影响[J].慢性病杂志,2021,22(01):147-148+151.
[3]关德娟,李春蓉.微信强化模式的延续性护理对冠状动脉粥样硬化

（下转第 230 页）

静脉药物配置中心护理人员职业危险因素及防范措施

王妍

烟台山医院 山东烟台 264000

摘要：目的对静脉药物配置中心护理人员的相关职业危险因素和防范措施进行分析和总结。方法研究对象选择 2021 年 1 月-2022 年 1 月时间段内我院接收的 60 例静脉药物配置中心护理人员，对所有护理人员事迹工作的相关信息资料进行整理和汇总，对其职业暴露发生率进行计算，并探讨分析护理人员的学历、工龄与其职业暴露发生率的关系，针对职业暴露危险因素借助多因素进行回归分析，并在充分总结和分析相关危险因素的基础上制定预防措施。结果不同工龄、不同学历的护士的职业暴露发生率有明显的统计学差异存在（ $P<0.05$ ）。两组护理人员在使用化学消毒剂、使用防护器、防护器完备、防御过当、物理因素等方面的职业暴露发生率均有比较明显的统计学差异存在（ $P<0.05$ ）。通过 Logistic 多因素回归分析发现，学历、工龄、物理因素、使用防护器、防护器完备、使用化学消毒剂、防御过当均为护理人员职业暴露发生的主要危险因素。结论引发静脉药物配置中心护理人员职业暴露的危险因素较为复杂，主要包括物理因素、使用化学消毒剂、防御过当等因素，护理人员不断的通过学习和培训来提升自身的防护意识，医院也要制定职业暴露防护制度并对其不断的完善和补充，并监督落实，以降低护理人员的职业暴露有关防护制度发生率，保证护理人员的安全。

关键词：静脉药物配置；职业暴露；危险因素；防范措施；护理人员

静脉药物配置中心负责对科室静脉药物进行集中的合理的配置，配药工作由护理人员完成，护理人员对药物进行核对无误后，按医嘱实施配药。通过集中配药是的护理人员的工作量得到减轻，使得人力得到合理的发挥，有效的避免了配药人员不足的问题，对患者的用药安全性也起到了非常有效的保障^[1]。近年来，静脉药物配置中心在大部分医院都得到了应用，从医生开具处方开始，一直到病区的护理人员接受药物，整个工作涉及环节较多，需要药师、护理人员的密切配合。静脉注射给药方式在临床上比较常用，药物起效迅速，疗效较好，但是静脉药物配置工作较为复杂繁琐，对专业性要求较高，相关影响因素较多,容易职业暴露风险，院方需要针对引发静脉配置中心护理人员的相关职业暴露危险因素进行总结和分析，并制定相关措施加以预防^[2-3]。此次研究通过对药房的 60 名护理人员的静脉药物配置工作情况及其职业暴露相关危险因素进行分析和总结的基础上，提出相关防范措施的具体建议，以保证后期临床实践工作的安全和有效。

1 基础资料和方法

1.1 基础资料

研究对象纳取 2021 年 1 月-2022 年 1 月时间段内我院接收的 60 例静脉药物配置中心护理人员。60 例护理人员性别均为女性；年龄最小 21 岁，最大 45 岁，平均年龄为（33.15±6.28）岁；学历分布：初中、中专 25 例、大专及以上 35 例；工龄范围 5-22（9.53±3.15）年。

1.2 纳入及排除标准：

1.2.1 纳入标准：①60 例护理人员工龄均大于 1 年；②均为在职注册人员；③均对本次本研究并自愿加入。

1.2.2 排除标准：①排除有精神类疾病及认知障碍存在的人员；②正在进修阶段或转轮期间的护士，③医院管理人员，③不配合本次研究的人员。

1.3 方法

对 60 例护理人员开展问卷调查。调查问卷为本院自制，共分为一般资料、管理效果评估、工作情况评估三个项目，信效度问卷值较高为 0.975，问卷有效。①一般资料统计：研究人员将医院自制的调查问卷发放给 60 例护士进行填写后收回，对 60 例护士的性别、年龄、文化程度、从业年

限等基础资料进行详细的记录。②工作情况记录：使用本院自制的工作评估表，对护理人员在实际工作和操作的过程中的情况进行记录和调查，内容涉及操作情况、防护器完备情况，防护器材的使用和管理等、防御得当、物理因素、化学消毒剂的使用等方面。③管理效果评估：对所有护士的职业暴露发生率和具体情况进行记录，对实施管理前后护理人员的职业暴露发生率情况变化进行比较和分析。

1.4 观察及评估指标

对 60 例护理人员的基础资料和工作情况进行详细的记录和分析，计算出其职业暴露发生率，并对护理人员的职业暴露发生率与其文化程度、工龄之间的关系，借助多因素回归分析法对护理人员的职业暴露相关危险因素进行分析，并在此基础上制定针对性的预防措施，并加以落实，以降低临床护理人员的职业暴露发生率。

1.5 统计学方法

收集相关研究资料并纳入 SPSS24.0 版本的统计学软件中进行处理，使用百分率 n(%)表示计数资料，使用 χ^2 进行验证；借助素 Logistic 多因素回归分析法对护理人员的职业暴露危险因素进行分析，当结果为 $P<0.05$ 时说明组间数据比较差异存在统计学参比意义。

2 结果

2.1 护理人员的职业基露发生率情况

60 例护理人员 14 例发生职业暴露，发生率为 23.33%，未发生职业暴露的有 46 例，所占比例为 76.67%。

2.2 职业暴率相关影响因素分析

从表 1 可以看出，60 例护理人员中工龄不同，学历不同的其职业暴露发生率也相对不同，并且职业暴露发生率差异存在明显的统计学差异（ $P<0.05$ ）。护理人员使用的防护器不同、物理因素不同、防护器完备情况不同、防御过当不同以及化学消毒剂的使用情况不同都会导致职业暴露发生率产生统计学差异 $P<0.05$ 。

表 1 职业暴露相关影响因素分析

相关因素	项目	例数	职业暴露发生率	χ^2	p
------	----	----	---------	----------	---

n(%)					
年龄 (Y)	21~30	20	5 (25.00)	0.012	>0.05
	31~45	40	9 (22.50)		
工龄 (Y)	≤3	20	10 (50.00)	9.794	<0.01
	>3	40	4 (10.00)		
学历	高中或中专	28	12 (42.85)	11.187	<0.01
	大专及以上	32	2 (6.25)		
	以上				
使用防护器	是	40	4 (10.00)	9.794	<0.01
	否	20	10 (50.00)		
防护器完备	是	38	5(13.15)	5.998	<0.05
	否	22	9(41.51)		
防御过当	是	21	11(52.38)	12.843	<0.01
	否	39	3(7.69)		
化学消毒剂使用	是	28	12(42.86)	11.187	<0.01
	否	32	2(6.25)		
物理因素	是	25	12(48.00)	19.56	<0.01
	否	45	2(4.44)		

2.3 护理人员职业暴露的影响因素多因素回归分析

使用多因素 Logistic 回归分析法对单因素中影响护理人员产生职业暴露发生率的相关因素包括学历、工龄、是否使用防护器、防护器完备情况、是否存在防御过当、是否使用化学消毒剂、以及相关物理因素进行分析发现：学历、工龄、是否使用防护器、防护器完备情况、是否存在防御过当、是否使用化学消毒剂、以及相关物理因素护理人员职业暴露的危险因素。详情见表 2、3。

表 2 变量赋值表

变量	赋值
学历	大专及以上=1, 高中或中专=0
工龄	>3 年=1, ≤3 年=0
使用防护器	是=1, 否=0
防护器完备	是=1, 否=0
防御过当	是=0, 否=1
化学消毒剂	是=0, 否=1
物理因素	是=0, 否=1

表 3 多因素 Logistic 回归分析

变量	β	SE	Waldx ²	p	OR 值	95%CI
学历 (大专及以下)	1.179	0.319	39.802	0.004	3.918	2.750~5.479
工龄 (≤3 年)	1.360	0.301	40.868	0.011	4.539	2.658~5.341
使用防护器 (否)	1.298	0.303	33.239	0.006	3.749	2.530~5.609

防护器完备 (否)	1.208	0.350	35.492	0.002	4.003	2.340~5.529
防御过当 (是)	1.270	0.392	31.668	0.002	3.690	2.269~5.778
使用化学消毒剂 (是)	0.772	0.320	50.762	0.000	2.541	2.172~5.441
物理因素 (是)	1.262	0.383	31.479	0.005	3.886	2.480~5.738

3 讨论

在诊疗以及护理的过程中，医护人员皮肤黏膜被携带患者的血液、体液、感染性病原体以及射性物质所污染，或者被有污染的利器或针头伤害导致感染风险增加的情况叫做职业暴露^[4-6]。为了提高医院的静脉输液效率，充分发挥医院的护理人员资源，医院成立了静脉配置中心，将专业人员集中到一个封闭的环境，并为其提供洁净的操作台来完成静脉输液配置工作，逐渐有效的避免了由开放区配药所引发的医护人员或患者被医用材料损伤的几率，并加强了用药处方合格校对，对静脉配置中心工作过程中的用药安全起到了有效的保证^[7-8]。

护理人员一般工作量大、工作较为繁忙，加上复杂的工作环境，配药过程中容易受外界环境的干扰，导致肌体受伤，倘若护理人员对职业危害知识不够熟悉，防范措施不到位，缺乏手部卫生的管理，那么引发感染的几率将大幅度增加，一旦感染将影响护理人员的正常工作，甚至生命安全也会受到严重的威胁^[9]。

3.1 护理人员职业暴露的相关影响因素分析：

本研究发现，60 例护理人员的防护器使用情况、防护器完备情况，是否使用化学消毒剂、是否存在防御过当、物理因素等情况的职业暴露发生率也存在着明显的差异 (P<0.05)。Logistic 多因素回归分析发现：物理因素、防御过当、使用化学消毒剂等均均为引发职业暴露的风险因素。护理人员的年龄对职业暴露发生率没有明显的影响。但是护士的工龄越长、学历越高，职业暴露发生概率越低。分析其原因可能是，护士的工龄越长其临床工作时间也就相对越长，工作经验较为丰富，对职业暴露的危机意识较高，相关防护措施也较为了解，因此防护措施做的比较合理规范，不容易发生职业暴露。反之护士的学历越低、工龄越短、则防护意识就相对较为缺乏，对职业暴露的危机意识相对缺乏，经验较为缺乏，无法冷静理智的处理突发状况，处理结果也相对不够有效。相关因素分析：①防御过当。由于护理人员对消毒知识缺乏具体的了解，平时缺乏学习，导致消毒液使用过量，出现双消毒的现象，造成空气中消毒液的浓度过大，大量的毒气释放对护理人员的身体造成非常不利的影响；②使用化学消毒剂。化学消毒剂多用于浸泡消毒物品和对物体及地面进行擦拭消毒等。人体长期接触，会出现头痛、皮肤过敏、眼部灼烧等症状，甚至会影响记忆力。③物理因素。护理人员在工作过程中经常会与换药碗、镊子等换药用具进行接触，这些器具经过环氧乙烷消毒后表面有消毒剂残留，在气体状态下，散发毒性，在长期接触的情况下，容易引发神经功能紊乱，以及头痛、乏力等^[10]。

3.2 针对性的防范措施

①定期组织学习培训。通过培训和学习提高护理人员的职业暴露危机意识，提高职业人员的职业安全。针对工作年限较短、经验不足的护理人

员加强静脉配置中心工作环节和要点的培训和学习,定期公布引发职业暴露的高危操作环节和相关高危因素,对护理人员的操作进行规范,降低职业暴露引发几率。②依据国家卫生部门的相关规定并与医院的实际情况结合,综合考虑的基础上,制订并完善并监督落实相关安全防护措施。对职业暴露的相关规章制度制定和完善。③合理管理药物。对配置药物进行护理存放,保证适宜的温湿度并确保药品存放区内空气的流通。规范处理并隔离处理存在细胞毒性的药品,在负压环境中配置以减少毒性危害。并且药物配置人员要做好自我防护,将手洗干净,然后佩戴好防护器具包括药物的配置过程中,应当先洗手,并佩戴好口罩、帽子、防护镜、防护服、防护手套等防护器具,尽可能的缩小皮肤暴露面积。一切装备妥当后进入药品配置区域。严格控制药品集中配置区域的人员出入,以降低细胞毒性溢出,并且确保配置工作在生物安全柜中进行,并确保空气良好的流通。④规范操作流程,对操作人员的规范性进行监督。护理人员要正确使用医疗器械并对不良配置习惯进行纠正,保证整个配置过程中操作的规范护理,分区操作,做好区域分离,妥善对处理废弃物,并做好个人防护,预防划伤、感染。

总之,引发静脉药物配置中心护理人员职业暴露的危险因素较为复杂,主要包括物理因素、使用化学消毒剂、防御过当等因素,护理人员不断的通过学习和培训来提升自身的防护意识,医院也要制定职业暴露防护制度并对其不断的完善和补充,并监督落实,以降低护理人员的职业暴露有关防护制度发生率,保证护理人员的安全。

(上接第 227 页)

性心脏病介入术后服药依从性的影响[J].中国当代医药,2020,27(14):224-227.

[4]梁振娥,刘灿华,杨奕,刘欣欣,颜羽.延续护理对冠心病介入术后患者生存质量、心绞痛症状及服药依从性影响研究[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(08):83-88.

[5]尹育华,张莎莎,马志会,郝璐璐,佟娜,周桂荣,李新华.延续性健康教育对中青年冠心病患者 PCI 术后焦虑抑郁情绪及生活质量的影响[J].心血管康复医学杂志,2021,30(06):671-675.

[6]付莹莹.微信手机 APP 平台的随访干预对 PCI 术后出院患者健康行为依从性及心脏不良事件发生风险的影响分析[J].心血管病防治知识,2021,11(20):32-34.

[7]李媛媛,王新娟,王素英.护士引导下的同伴支持教育对冠心病介入治疗患者自我管理行为及预后的影响[J].护士进修杂志,2020,35(07):650-654.

[8]陈春燕,凌宇鹏,李亮.延续性护理结合心脏康复运动训练应用于急性心肌梗死并左心衰竭 PCI 后患者的效果分析[J].心血管病防治知识,2021,11(20):78-80.

[9]王晓梅,孙宁.早期心脏康复护理对冠心病经皮冠状动脉介入治疗术后患者生活质量及不良心血管事件发生率的影响[J].中国实用医药,2021,16(28):197-199.

[10]王丽丽,胡秋华,国园园.延续性护理对冠心病经皮冠状动脉介

参考文献:

[1]赵嫣霞.手术室新入科护理人员自我防护情况的调查研究[J].护理实践与研究,2017,14(12):122-124.

[2]王效霞.静脉药物配置中心护理人员职业危险因素分析与防范措施[J].中国医药科学,2021,11(06):171-174.

[3]陈英华,林丽芳.静脉药物配置中心护理人员职业危险因素分析与防范措施探讨[J].中外女性健康研究,2016(07):161+158.

[4]岑展芬,林逸纯,彭淑辉.静脉药物配置中心护理人员职业危险因素及防范探讨[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(12):159+166.

[5]卓金旋.静脉用药调配中心常见护理安全风险因素分析及对策[J].齐鲁护理杂志,2018,24(16):89-91.

[6]卢秀娟,穆维.静脉药物配置中心护理人员职业危险因素及防范探讨[J].实用临床护理学电子杂志,2016,1(01):175-176.

[7]金幸.静脉药物配置中心护士的职业危险及防范探究[J].中外女性健康研究,2020(09):190-191.

[8]刘娴.手术室护理人员血源性职业暴露的高危因素分析与防护[J].护理实践与研究,2020,17(16):26-28.

[9]丁红美,周晓平,黄继峰.某三级传染病医院护理人员职业暴露调查分析及防护对策[J].中华劳动卫生职业病杂志,2018,36(2):134-136.

[10]丁红美,周晓平,黄继峰.某三级传染病医院护理人员职业暴露调查分析及防护对策[J].中华劳动卫生职业病杂志,2018,36(2):134-136.

入治疗术后患者自护能力及心理状态的影响分析[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(55):2.

[11]柯俊,郭镇,李春祥,卢维胜.急性冠状动脉综合征患者经皮冠状动脉介入治疗术后血浆游离脂肪酸水平对于主要不良心血管事件的影响[J].心肺血管病杂志,2021,40(09):906-911.

[12]韦文艳,孙利娜,刘玲.延续性护理干预对冠心病经皮冠状动脉介入治疗术后患者自护能力和心理状态的影响[J].鄂州大学学报,2021,28(02):111-112.

[13]徐英,侯霖芯,庄雪平,耿丽容,王沛坚.医护患协同模式对经皮冠状动脉介入治疗术后患者自我管理能力及心血管事件的影响[J].中国实用护理杂志,2021,37(03):190-196.

[14]陈鑫森,邵萌,张天,张鸿雁,孟幼保,海花,李桂花.血液学参数预测急性 ST 段抬高型心肌梗死患者经皮冠状动脉介入治疗术后发生主要不良心血管事件的价值研究[J].中国全科医学,2020,23(27):3389-3395.

[15]王云,张向前,康豪鹏.血清高敏肌钙蛋白 T、N 末端 B 型脑钠肽前体对急性心肌梗死患者经皮冠状动脉介入术后主要心血管不良事件的影响[J].河南医学研究,2021,30(28):5342-5345.

[16]黄丽虹.双联抗血小板方案对老年急性冠状动脉综合征伴 2 型糖尿病患者介入术后心血管不良事件的影响研究[J].心血管病防治知识,2021,11(05):20-22.

匹伐他汀钙片联合阿司匹林治疗冠心病高脂血症效果及血脂指标分析

张锋 王浩^{通讯作者}

志丹县永宁镇中心卫生院 陕西延安 717504

摘要：目的：分析冠心病高脂血症患者应用匹伐他汀钙片联合阿司匹林治疗的临床疗效以及血脂指标的影响。方法：选取 70 例冠心病高脂血症患者入组，通过随机数字表法划分为两组，对照组应用匹伐他汀钙片治疗，观察组联合采用匹伐他汀钙片与阿司匹林治疗，评估两组药物治疗效果，检测两组治疗后血脂指标（TC、TG、LDL-C、HDL-C），统计用药后出现的不良反应发生率。结果：观察组患者的总有效率高于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组的 TC、TG 与 LDL-C 水平在治疗后均低于对照组（ $P<0.05$ ），观察组 HDL-C 水平在治疗后高于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组的不良反应发生率低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：冠心病高脂血症患者应用匹伐他汀钙片与阿司匹林联合治疗，可有效改善血脂指标，临床疗效确切，用药安全性高，可推广。

关键词：冠心病；高脂血症；匹伐他汀钙片；阿司匹林；血脂

高脂血症是因脂质斑块在血管内大量堆积导致血脂升高，引起冠状动脉粥样硬化，导致血管狭窄、阻塞，导致心肌组织因无法获取充足的血氧供应，导致心肌出现缺血性坏死，进而增加冠心病发生风险，危及生命安全^[1]。临床针对冠心病高脂血症治疗多采用药物治疗，其中阿司匹林、普伐他汀钙片均是常用药物，单独用药时虽然具有一定效果，但是整体疗效仍有待进一步提升，近年来，临床采用两种药物联合治疗，获取了较为满意效果，可有效控制血脂水平^[2]。因此，本文为了进一步验证匹伐他汀钙片与阿司匹林联合治疗在冠心病高脂血症中的应用效果，特选择我院收入的 70 例病例开展分组对比，现将研究过程与结果整理如下。

1 资料与方法

1.1 资料

选取 70 例冠心病高脂血症患者入组，入选时间为 2020.1~2021.1，通过随机数字表法划分为两组，对照组中男性 18 例，女性 17 例，年龄 51~76 岁，平均年龄（ 68.49 ± 2.74 ）岁，合并症：糖尿病 12 例，高血压 10 例；观察组中男性 19 例，女性 16 例，年龄 50~78 岁，平均年龄（ 68.21 ± 2.88 ）岁，合并症：糖尿病 10 例，高血压 11 例；两组间资料比较无明显差异， $P>0.05$ 。

纳入标准：（1）经冠状动脉 CT、血压检查等多项检查综合确诊为冠心病；（2）符合高脂血症的临床诊断标准，经实验室指标证实；（3）近 1 个月内未服用其他他汀类药物；（4）患者在知晓治疗药物与不良反应后自愿用药。

排除标准：（1）因认知功能异常、精神疾病致无法正常沟通交流者；（2）有脏器官严重功能障碍患者；（3）合并感染性疾病患者；（4）合并恶性肿瘤患者。

1.2 方法

对照组应用匹伐他汀钙片治疗，每次用药 2mg，每日 1 次，连续治疗 3 周。

观察组联合采用匹伐他汀钙片与阿司匹林治疗，匹伐他汀钙片的用药剂量同对照组，阿司匹林每次用药 75mg，每日 1 次，连续治疗 3 周。

1.3 观察指标

（1）评估两组药物治疗效果，标准如下：心电图检测正常，心功能改善幅度超过 80%，临床症状完全消失评价为显效；心电图 ST 段正常，心功能水平提高 30%~70%，心绞痛、胸闷等症状有所缓解评价为有效；患者的临床症状与体征均未见明显改善评价为无效，总有效率=显效率+有效率。（2）血脂指标：抽取患者治疗前、治疗后的空腹静脉血 3mL，离心处理后，将上层血清放入到全自动生化分析仪内对血脂指标进行检测^[3]，包括总胆固醇（TC）、三酰甘油（TG）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）以及高密度脂蛋白胆固醇 HDL-C。（3）统计用药后出现的不良反应，计算总发生率。

1.4 统计学处理

涉及数据输入到 SPSS24.0 软件内，以（ $\bar{x}\pm s$ ）表达其中的计量资料，行 t 检验；以百分数（%）表达其中的计数资料，行 χ^2 值检验；两组间比较 P 值 <0.05 ，有统计学相关性差异。

2 结果

2.1 疗效对比

观察组患者用药治疗 3 周后的总有效率高于对照组（ $P<0.05$ ），有明显统计差异。

表 1 两组用药疗效对比（n，%）

分组	n	显效	有效	无效	总有效率
对照组	35	18 (51.43%)	10 (28.57%)	7 (20.00%)	28 (80.00%)
观察组	35	22 (62.86%)	12 (34.29%)	1 (2.86%)	34 (97.14%)
χ^2					5.0806
P					<0.05

2.2 血脂水平对比

观察组的 TC、TG 与 LDL-C 水平在治疗后均低于对照组（ $P<0.05$ ），观察组 HDL-C 水平在治疗后高于对照组（ $P<0.05$ ）；有明显统计差异。

表 2 两组血脂水平对比 ($\bar{x} \pm s$)

分组	n	TC		TG		LDL-C		HDL-C	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	35	4.28±1.21	2.32±0.17	6.51±1.21	4.59±0.24	5.26±1.11	3.29±0.45	0.86±0.15	1.57±0.31
观察组	35	4.36±1.22	1.56±0.28	6.52±1.32	3.12±0.18	5.28±1.21	2.21±0.36	0.86±0.16	2.06±0.27
t		0.2754	13.7261	0.0330	28.9888	0.0721	11.0872	0.0000	7.0516
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 用药不良反应对比

观察组的不良反应发生率低于对照组 (P<0.05), 有明显统计差异。

表 3 两组用药后不良反应统计对比 (n, %)

分组	n	皮疹	头痛	肠胃反应	总发生率
对照组	35	2 (5.71%)	3 (8.57%)	1 (2.86%)	6 (17.14%)
观察组	35	0 (0%)	0 (0%)	1 (2.86%)	1 (2.86%)
X ²					3.9683
P					<0.05

3 讨论

高脂血症患者由于血脂水平升高, 极易诱发全身血管病变, 导致血流动力学改变, 增加血小板水平, 进而使血管腔内出现粥样硬化的风险升高, 导致心肌缺血或坏死发生, 不仅会导致冠心病发生, 而且治疗不及时也会累及肝肾等其他脏器官, 严重影响患者的身体健康与生活质量^[4]。冠心病高脂血症是临床医学心血管科的常见疾病。根本原因是身体血脂不断升高, 造成全身血管病变。血脂不断升高造成心血管系统发生变化, 可推动血小板的产生, 造成血管腔内发生动脉粥样硬化, 从而引发心脏供血不足乃至坏死。如不及早医治, 很有可能侵及肝、肾等主要人体器官, 致死率和致残率高, 严重影响患者的身体健康与生活。高血压合并冠心病一直是我国人口死亡的首要缘故, 而血压值升高是心脏疾病发生的重要原因。据数据分析资料证实, 许多冠心病高脂血症患者多是由血脂水平过高、冠状动脉狭窄等多种因素共同造成的。在临床过程中, 患者通常主诉胸口呈穿胸性疼痛、胸闷气短、呼吸功能受到限制。当患者静止歇息后, 以上情况可得到显著改善。但假设继续从事体力活或中、高韧性健身运动, 病症会愈发显著, 严重甚至影响身体机能。在发病机制层面, 相关资料指出, 不良的饮食结构与生活习惯、过度肥胖、劳累等要素都有可能致此病的产生。医学界研究者提出, 在诊治过程中, 为了更好地、有效地控制患者的病况, 应积极主动控制患者的血脂指标值, 与此同时指导患者改善日常生活方式。在医治层面, 诊断后早期服药控制血脂水准, 可以有效推动冠心病高脂血症的改进。临床医学上主张采用他汀类药物对患者进行干预治疗。其中传统治疗中多见辛伐他汀。但这类药品的治疗效果还存有一定的不足。DBP 和 SBP 水准不断升高, 更改血液速率, 加快心肌损伤和免疫指标值紊乱。因此高血压是一种慢性疾病, 临床医学上需要采用血管舒张药和降血压药的干预治疗, 对改进身体状况有较大的帮助。现阶段, 冠心病高脂血症的临床治疗主要选用血管紧张素缓聚剂和强心药品等基本药品控制, 但一部分患者的治疗功效并不理想化。因此, 必须找寻一种高质量、有效的医治冠心病和高脂血症的药品, 这对改进患者的各种临床表现

和治疗效果具备充分的实际意义。

高血压合并冠心病患者的血脂、血压含量会不断升高。伴随着病史的提升, 患者在晨起活动或血压值不断升高时极易引发冠心病。血脂代谢的指标值指 TG 和 TC 的统称。高血压合并冠心病患者的甘油三酯和总胆固醇偏高的升高可加快毛细血管内斑块的产生。研究表明, 高血压、冠心病患者身体内 TG、TC 水准升高, 会加快高脂血症的产生。血脂升高会阻塞血管壁, 提升内毒素和斑点的沉积, 加快冠脉损害引起心脏疾病^[5]。阿司匹林是普遍的心脑血管病, 能明显抑制血细胞活性, 降低心血管疾病的产生。阿司匹林在很多体外实验中被证实能有效防止心脑血管疾病。匹伐他汀钙片是临床应用的一线降脂药物, 对于胆固醇生成、分泌具有拮抗作用, 口服给药后, 可在机体内对 HMG-CoA 合成、分泌过程发挥抑制作用, 使肝脏内合成的胆固醇含量减少, 同时使 LDL 受体表达增强, 进而有效控制血脂水平、匹伐他汀钙片的药效持续时间^[6], 用药后可使极低密度脂蛋白在血液内的含量明显减少, 更好降低机体内总胆固醇含量, 但是单独用药时, 部分患者的血脂控制效果并不理想。阿司匹林是抗血小板聚集类药物的一种, 具有止痛、解热的功效, 可作用于环氧化酶中的 COX-1 产生乙酰化反应, 此反应不可逆, COX 失活后会使环氧化酶的合成与分泌受阻, 同时阻断花生四烯酸转化, 可有效抑制血小板聚集, 从而使血管壁内脂肪沉积减少, 可有效控制冠心病病情。研究发现, 临床医学上采用的他汀类药物不但可以降低胆固醇水平、抗动脉硬化, 还能够通过产生自由基、血管内抗炎反应和细胞生长因子来保护血管^[7]。有益于应用药品调整毛细血管表皮因素的功能和毛细血管渗透性外周阻力, 阻拦炎症因子的释放, 进而降低卒中发作的风险。有关于 LDL-C 水平的研究的评价说明, 他汀类药物可以降低脑梗塞的风险性, 对抗炎症因素, 降低 LDL-C 水平, 对降低心脑血管病的患病率十分关键。与此同时, 能抑制动脉硬化斑点内的炎症现象, 避免斑点裂开, 说明他汀类药物具备独立自主的降血脂抗炎功效。有学者发现阿托伐他汀钙片能降低脑梗塞后 hs-CRP 水平, 且初期加强阿伐他汀组到降低 hs-CRP 水平层面比基本剂量更合理。有专家用阿司匹林协同他汀类药物降血压合并心脏疾病病人, 可明显抑制血压值和胆固醇高, 改进病况。还有研究发现, 服食阿司匹林和阿托伐他汀钙片 6 个月, 协同组的血压值、TG 和 TC 降低, 临床治疗成效优良。

本组研究结果显示, 与对照组单一应用匹伐他汀钙片治疗效果而言, 观察组同时联合阿司匹林治疗后的 TC、TG 与 LDL-C 水平明显降低, HDL-C 水平明显升高, 患者的临床症状与体征有效改善, 整体治疗效果更理想, 且用药后患者出现的肠胃反应、皮疹与头痛等不良反应明显降低,

(下转第 235 页)

精准化护理干预在脊髓型颈椎病患者围手术期的应用效果

林妍

广西梧州市人民医院骨科 广西梧州 543000

摘要：目的：对脊髓型颈椎病患者围手术期治疗中，采用精准化护理干预，观察其护理应用效果情况。方法：2020年5月-2022年4月为本次研究的观察时间，采用数字表法的方式，将100例患者分为普通组和优化组，普通组采用临床常规护理，优化组采用精准化护理干预，观察两组患者的治疗前后JOA评分、生活质量和情绪状态情况。结果：（1）普通组和优化组JOA评分对照中，治疗前两组评分结果无明显区别，治疗一年后，普通组JOA评分为 46.57 ± 3.32 （分），优化组JOA评分为 59.88 ± 3.04 （分），（ $t=17.634$ ， $p=0.010$ ），两组结果有差异。（2）普通组和优化组生活质量和情绪状态评分对照中，普通组评分分别为 71.05 ± 3.47 （分）、 54.59 ± 3.14 （分），优化组评分分别为 86.18 ± 3.36 （分）、 42.58 ± 3.25 （分），（ $t=15.780$ ， $p=0.012$ ），两组结果有差异。结论：对脊髓型颈椎病患者围术期治疗中采用精准化护理干预，效果优越，值得临床推广应用。

关键词：精准化护理；脊髓型颈椎病；围手术期；应用效果

脊髓型颈椎病约占全部颈椎病10%-15%，属于临床常见的疾病。手术治疗是避免脊髓型颈椎病继续恶化的有效治疗方法。通过手术治疗干预，从而改善患者出现的感觉异常、运动障碍、反射障碍，甚至出现的大小便功能障碍等临床症状。脊髓型颈椎病主要是由于颈椎体以及相邻的软组织出现退行性病变后造成的颈椎受损，常会对患者的日常生活、肢体功能等造成严重影响，从而降低其生活质量。由于疾病本身以及患者术后切口疼痛感等出现的影响因素，导致患者的心理、身体状态康复不理想，从而影响手术治疗及护理的效果，因此需要医护人员找到临床治疗与护理相结合的方式，为患者提供精准的护理干预。在本次研究中，通过对相关医学文献查阅中获得，对脊髓型颈椎病性手术中采用精准化护理，能够满足患者的治疗需求，该种方式效果更佳，但是精准化护理在实际临床工作开展中的效果还需要进行深入的剖析和研究，同时将实践研究的数据作为观察依据，然后以实际患者的临床状况为准，帮助脊髓型颈椎病患者找到更加最佳的护理方案，从而提高患者的康复效果。在本组研究中，对脊髓型颈椎病患者围术期治疗中采用精准化护理干预，观察其护理效果情况，现将具体分析结果呈现于下文^[1-3]。

1. 一般资料和方法

1.1 一般资料

在本组研究开展前需要保证100例患者均自愿参与本次观察研究，然后选择2020年5月-2022年4月的脊髓型颈椎病患者，随后将其分为普通组和优化组，普通组的50例成员年龄跨度在43-75岁之间，均龄为 60.58 ± 3.84 岁；症状持续时间在4-18个月之间，均数为 10.17 ± 2.05 个月，其中男性占据有29例，女性占据有21例。优化组的50例成员年龄跨度在44-74岁之间，均龄为 61.148 ± 3.63 岁；症状持续时间在5-17个月之间，均数为 9.88 ± 2.14 个月，其中男性占28例，女性占22例。（ $p>0.05$ ），两组资料无差异。在本次研究前需要指导患者或家属签订知情同意书，同时排除具有精神类疾病、不配合研究患者以及中途放弃研究者。

1.2 方法

1.2.1 普通组

实施临床常规护理，主要内容为：告知患者治疗及护理事项，保证患者治疗及护理有效性，为患者提供洁净的病房环境和做好生活护理等，告知手术前后需要注意的问题，并指导患者进行术前相关训练及术后功能锻

炼等。

1.2.2 优化组

采用精准化护理干预，主要包括以下几点：

术前健康教育：向患者通过视频资料等方式讲解疾病发展的过程、手术开展的流程以及手术方式等内容，并在视频资料中讲解围手术期的注意事项，引导患者能够客观、正确地认知自身疾病，从而自觉积极配合医护人员开展治疗及护理，提高其依从性。然后护理人员与患者开展一对一的指导，对患者提出的疑问，及时耐心解答患者，在解答过程中需要注意沟通方式和技巧，使用举例子、病例讲解等方式来建立患者治疗及护理的信心，引导患者能够提升对疾病的认知度。在与患者交流完成后，可以使用知识小问答，游戏抢答等方式来加强患者的记忆力，指导患者全面认识现代医疗手段的先进性及科学性，并告知患者手术治疗及护理的必要性。

术前心理疏导：患者由于对手术本身的恐惧感以及担心术后康复效果，而产生的焦虑、负面的情绪对手术开展以及术后恢复均会造成影响，因此护理人员根据患者的具体心理情况，需要及时做好心理疏导工作，帮助患者树立自我价值观念，使其感受到自身的重要性，并指导家属做好亲情干预工作，引导患者具备情绪平稳的术前心态。及时向患者讲解以往手术治疗及护理成功的病例，增强其战胜疾病的信心。

术后饮食指导：指导患者在手术后采用清淡饮食，注意加强术后优质蛋白、维生素的摄入，严禁术后进食刺激性较大的食物，当患者术后进食出现因手术切口疼痛造成吞咽不适时，需要耐心地解释及鼓励，及时建立恢复患者康复的自信心，避免出现术后营养不良的发生，而影响手术切口的愈合，延缓患者的康复。

术后颈部制动干预：对脊髓型颈椎病患者开展术后颈部制动的护理干预是非常重要。护理人员需要指导患者在手术完成以后，避免出现颈部的过度后伸和扭曲等动作。术后定时协助患者翻身时，采用轴线翻身法。患者术后下床活动时，必须佩戴好颈托，并需要保持自身的头部处于一个中立的位置，不要向两边扭头，指导患者将自己的头部、颈部、身体、躯干以及下肢位置处于同一个轴线上，术后颈部的制动干预能够避免和减少患者在术后出现切口疼痛、切口出血以及植骨块脱落移位等情况，有利于手术切口愈合，促进患者术后康复。

预防术后并发症干预：由于脊髓型颈椎病手术的开展难度较大，因此

术后出现的并发症较多，主要并发症为:呼吸困难、切口出血、切口感染、脊髓神经损伤、吞咽困难及植骨块脱落移位等，因此护理人员需要在手术完成后对患者的精神状态和生命体征、颈部切口敷料等情况进行密切观察，及时发现患者的变化情况并立即采取应用相应的护理干预方式。

康复功能指导：脊髓型颈椎病患者的术后康复占据特别重要的位置，护理人员在手术开展前，首先对其肢体整体情况进行观察评估和分析，然后根据患者的术后恢复情况，采用针对性康复功能运动指导。患者术后在卧床期间，及早协助并指导患者开展四肢康复功能训练，防止发生肌肉萎缩及关节僵硬。

延续性护理：患者在出院前，护理人员建立与患者的延续护理联系机制，出院后通过微信群、微信视频和电话随访等方式开展延续性护理干预，告知患者出院后日常注意事项，指导患者出院后继续开展康复训练，叮嘱患者在康复训练中遇到任何问题都可以及时询问，从而使患者在出院后仍然能够得到专业的指导。

1.3 观察指标

1.3.1 依从性和疾病知识知晓：观察用药、治疗、康复训练、饮食依从情况；评价患者疾病知晓情况，总分 100，分数在 70 以上为合格^[4]。

1.3.2 手术后并发症和满意度：指导患者开展主观评价，观察手术后并发症发生情况。

1.3.3 生活质量和情绪状态：采用 SF-36 量表和情绪自评表，分数与生

活质量呈正相关性，与情绪评分呈负相关性^[5]。

1.3.4 JOA 评分：对治疗前后 JOA 评分观察，分数越大越佳^[6]。

1.4 数据统计分析

应用 SPSS.22 统计分析数据，计量资料以均数±标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，采用 t 检验，计数资料以（n,%）表示，采用 χ^2 检验，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组依从性和疾病知识知晓情况

普通组和优化组依从性和疾病知识知晓率对照在表 1 呈现：

表 1 两组依从性和疾病知识知晓对比

组别	数例	依从性		疾病知识知晓	
		满意数例	占比	知晓数例	占比
普通组	50（例）	41（例）	82.00%	34（例）	68.00%
优化组	50（例）	49（例）	98.00%	45（例）	90.00%
χ^2	--	--	18.371	--	22.769
p	--	--	0.009	--	0.005

2.2 两组手术后并发症和满意度情况

普通组和优化组手术后并发症和满意度对照在表 2 呈现：

表 2 两组手术后并发症和满意度对比

组别	数例	手术后并发症						满意度
		呼吸困难	切口感染、出血	脊髓神经损伤	吞咽困难	植骨块脱落移位	总发生率	
普通组	50（例）	3（例）6.00%	2（例）4.00%	1（例）2.00%	2（例）4.00%	2（例）4.00%	10（例）20.00%	42（例）84.00%
优化组	50（例）	1（例）2.00%	1（例）2.00%	0（例）0.00%	1（例）2.00%	0（例）0.00%	3（例）6.00%	48（例）96.00%
X2	--	--	--	--	--	--	17.294	12.117
p	--	--	--	--	--	--	0.010	0.015
2.3 两组生活质量和情绪状态情况					P	--	0.107	0.010

3. 讨论

脊髓型颈椎病患者多发于中老年人、长期伏案工作者、头颈部受过外伤者、姿势不良者以及先天性颈椎管发育不良的人群。该疾病在早期大多数无明显的临床表现症状，因此患者早期的重视程度并不高，在就诊时多已发生了严重的颈椎压迫，因此会出现明显的临床表现症状和神经性损伤。患者在手术治疗后还需要采取精准化护理，通过精准化护理来提高患者手术治疗的康复效果。精准化护理是近年临床护理工作开展中的一种重要护理方式，该种护理方式能够根据患者的疾病治疗方案以及康复情况，实施针对性更强、落实性更高的护理措施，真正地做到以患者为中心的护理模式内容。在精准化护理中，首先通过术前健康教育来提升患者对自身疾病的认知度，引导提升治疗护理依从性，通过心理护理指导患者建立良好的治疗心态。通过饮食干预，保证患者术后营养充足，促进术后切口愈合。通过术后颈部制动干预，避免患者术后颈部扭动而造成切口疼痛和切口出血。通过并发症预防干预，能够降低术后出现的各种并发症情况。

通过康复功能指导,帮助患者完成制定的完善、科学康复计划,促进患者的康复。通过延续性护理,了解和指导患者出院后的康复情况,加快提高其康复的有效性^[7-8]。

在本组研究中,首先对两组依从性和疾病知识知晓情况观察分析:普通组和优化组依从性和疾病知识知晓率对照中,普通组依从性和疾病知识知晓率分别为:82.00%、68.00%,优化组依从性和疾病知识知晓率分别为98.00%、90.00%,($\chi^2=20.570$, $p=0.007$),两组结果有差异。对以上研究观察后能够发现,其原因主要是由于将精准化护理运用于脊髓型颈椎病患者围术期中,通过术前健康教育、心理疏导能够采用视频资料讲解和一对一的指导等引导患者可以的正确看待自身疾病,患者能够了解到疾病的危害性以及积极治疗的意义,因此其疾病认知度以及治疗护理依从性更高。

在本组研究中,再次对两组手术后并发症和满意度观察分析:普通组和优化组手术后并发症和满意度对照中,普通组手术后并发症和满意度和发生率分别为:10(例)20.00%、42(例)84.00%,优化组手术后并发症和满意度发生率分别为:3(例)6.00%、48(例)96.00%,($\chi^2=14.705$, $p=0.012$),两组结果有差异。对以上观察研究后能够发现,其原因主要是由于将精准化护理运用于脊髓型颈椎病患者围术期中,能够通过饮食干预、术后颈部制动干预、并发症预防干预、康复指导、延续性护理等满足患者的护理需求,同时采用专业的护理操作和护理康复指导等措施来降低、避免患者术后并发症的发生,随之术后并发症的发生率也会降低,患者手术治疗及护理得到有效性提升。

综上所述,将精准化护理运用于脊髓型颈椎病患者围术期中,能够

有效提升患者治疗护理有效性,达到疾病康复的效果,提高患者的满意度及生活质量,提升医院的知名度。该种护理方式与常规护理相比较而言,更具有针对性和科学性,值得在临床中推广应用。

参考文献:

- [1]王忠钰.聚焦解决护理模式对脊髓型颈椎病患者术中应激反应的影响[J].航空航天医学杂志,2021,32(08):1009-1010.
- [2]康玉玲.构建小组制护理在脊髓型颈椎病前路植骨术患者中的应用效果[J].河南大学学报(医学版),2021,40(03):219-221.
- [3]康晓霞,黄洁,韩冰.循证护理方案在脊髓型颈椎病围手术期护理中的应用价值[J].现代中西医结合杂志,2020,29(03):318-321.
- [4]黄敏,蒋耀颖,董婉华,李凌云.优质护理在脊髓型颈椎病患者护理中的临床应用[J].产业与科技论坛,2019,18(15):49-51.
- [5]王芙蓉.脊髓型颈椎病围手术期的康复护理及功能影响[J].中国继续医学教育,2019,11(24):166-168.
- [6]陈翠萍,蒋耀颖,温世锋.规范化康复护理对脊髓型颈椎病行颈椎前路手术患者的影响[J].广州医药,2020,51(01):86-91.
- [7]李秀玲,张萌,孙涛.针对性护理在经颈后路椎管扩大成形术治疗多节段脊髓型颈椎病患者中的应用效果[J].国际护理学杂志,2019(14):2279-2282.
- [8]许苑.综合护理干预在脊髓型颈椎病患者围手术期中的应用效果[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(04):129-130.

(上接第 232 页)

用药安全性高,也可使患者对于药物治疗的耐受性与认可度升高,保证用药依从性,进一步提升治疗效果。上升的 ET 水平会导致血细胞在血管中很多繁殖和集聚。一些研究发现,当应用 ET 拮抗剂时,NO 表述将提升,斑点产生将被抑止。ET 是一种血管活性肽化学物质,能推动血管扩张和收拢。高血压合并冠心病患者血液内 ET 上升可加快人体损害和应激状态。NO 会减少血小板聚集,舒张血管。阿司匹林协同匹伐他汀钙片可改进血管表皮作用,抑止 ET 表述导致血管急性性损害,抗血小板可提升 NO 表述。高血压合并冠心病患者通常还存在着心功能障碍,查验心血管系统的指标值有很多,如 LVEF 和 LVDD。LVEF 水平能体现左心室作用,而 LVDD 能精确体现心的样子。而冠心病患者 LVEF 水平显著降低,很有可能与冠脉严重受损有关,导致动脉的血氧供应发生障碍,导致水平降低。阿司匹林和匹伐他汀钙片能缓解血压高合并冠心病患者的心脏功能。2 种药品协同应用可充分发挥抗血小板、降血脂、降低血脂的功效。本研究表明,协同医治的观察组患者血清蛋白中 ET 水平减少,NO 水平上升,心脏功能改进,说明协同医治对患者有良好的功效。

综上所述,冠心病高脂血症患者临床治疗时,选用匹伐他汀钙片与阿司匹林联合治疗方案,可有效改善血脂指标,可更好改善患者的临床症状与体征,控制血脂与心血管病变水平,临床疗效确切,用药后不良反应少,安全性高,因此联合治疗方案可在临床广泛应用。

参考文献:

- [1]董早英.匹伐他汀钙片联合阿司匹林治疗冠心病高脂血症的临床效果[J].中国当代医药,2021,28(03):83-86.
- [2]马斌.稳心调脂汤对冠心病合并高脂血症患者中医证候积分及血脂水平的影响[J].临床医学工程,2020,27(07):901-902.
- [3]王建岩.降脂通脉汤配合瑞舒伐他汀治疗冠心病心绞痛合并高脂血症疗效[J].中外医疗,2020,39(16):172-174.
- [4]任志坚.阿托伐他汀对冠心病高脂血症患者血脂及肝肾功能的影响[J].西藏医药,2019,40(06):65-67.
- [5]郁冲.冠心病患者 PCI 术后口服阿司匹林、氯吡格雷依从性、MACE 发生率及发生 MACE 的影响因素[J].黑龙江医药科学,2022,45(01):56-58.
- [6]李境珠,张敬钊.阿司匹林合并阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病临床疗效[J].吉林医学,2022,43(01):159-162.
- [7]王秀梅,王静.大剂量阿托伐他汀钙联合拜阿司匹林治疗 55 例冠心病高脂血症患者的临床研究[J].海峡药学,2019,31(02):181-182.
- [8]崔留义,毛幼林,王瑞敏.依洛尤单抗对合并高脂血症的冠心病多支病变不完全血运重建患者的临床价值[J].实用医学杂志,2021,37(11):1466-1469.
- [9]闫屏屏.瑞舒伐他汀与阿托伐他汀在老年冠心病合并高脂血症治疗中的临床效果对比[J].中国医药导刊,2021,23(7):500-504.

循证护理干预对高血压脑出血手术患者 GCS,ESS 评分影响观察

杨志华

迁安市人民医院 河北迁安 064400

摘要:目的探讨高血压脑出血手术患者围术期采用循证护理干预后对其昏迷及脑卒中评分产生的积极影响。方法高血压脑出血为本次医学研究的病症名称,入选研究的患者样本数目为 106 例,第一例入院时间为 2020 年 12 月,最后一例入院时间为 2021 年 12 月,分组处理的方法为随机法,53 例为对照组的患者数量,常规护理措施为其应用方案,53 例为观察组的患者数量,其应用方案则为循证护理干预措施。主要以心理状态评分、昏迷指数评分、卒中评分以及护理满意度评分等方面为切入点,对效果进行评估。结果焦虑(SAS)及抑郁(SDS)评分的评估中,观察组更具优势,且组间差异较为悬殊($p < 0.05$);昏迷指数(GCS)评分的评估中,观察组更具优势,且组间差异较为悬殊($p < 0.05$);美国国立卫生研究院卒中(NIHSS)评分与欧洲卒中(ESS)评分的评估中,观察组更具优势,且组间差异较为悬殊($p < 0.05$);护理满意度评分的评估中,观察组更具优势,且组间差异较为悬殊($p < 0.05$)。结论高血压脑出血患者围术期采用循证护理措施后,负面情绪得以改善,GCS 及 ESS 评分得到较好的改善,护理效果显著。

关键词:高血压脑出血手术患者;循证护理;格拉斯哥昏迷指数评分;脑卒中评分

高血压脑出血是一种好发于春冬季、中老年人群的高血压危重并发症,临床上男性相对多见,患者如果过度劳累、情绪激动,血压会突然升高,脑部病变血管随着发生管道破裂、出血,患者发病后多伴有不同程度的突发性头疼、呕吐、偏瘫以及意识障碍等症,因此其特点为起病急骤、病情进展快及死亡率高^[1-3]。高血压患者需要长期服药来控制血压,否则容易引发脑出血等多种并发症,血压控制不佳就是脑出血突发的最主要原因,如果患者剧烈活动、饮酒、情绪激动以及用力排便都容易诱发脑出血^[4-5]。患者出现意识障碍后,受出血部位、出血量的影响,患者可能出现不同程度的昏迷^[6]。手术疗法可以有效改善患者的脑出血症状,围术期的护理干预对患者的手术疗效及术后康复也很关键^[7]。本文就循证护理干预措施应用于高血压脑出血患者围术期的护理后,对其昏迷、卒中评分产生的积极影响进行分析,现报告如下:

1. 资料和方法

1.1 一般资料

高血压脑出血为我院本次研究的病种,106 例为病患数量,患者入选的时间始于 2020 年 12 月,止于 2021 年 12 月。医护人员以随机法对样本进行划分组别,对照组样本数量为 53 例,其余 53 例则为观察组。

对照组:男性患者数量/女性患者数量=36/17,样本中年龄的单位为岁,最小值、最大值及均值分别为 52、78、(63.84±1.57);出血量为 35~110mL;出血部位:基底节区 24 例、丘脑 19 例、外囊和岛叶 10 例;

观察组:男性患者数量/女性患者数量=35/18,样本中年龄的单位为岁,最小值、最大值及均值分别为 53、77、(63.79±1.71);出血量为 30~115mL;出血部位:基底节区 22 例、丘脑 17 例、外囊和岛叶 14 例。

纳入标准:①所有入选患者经 CT 检测确诊为高血压脑出血;②患者的年龄在 50~80 岁之间,且临床资料比较完整;③患者自愿加入本次医学研究;④患者及其家属清楚本次研究内容及目的,且在知情同意书上签字;⑤本次医学研究符合我院伦理协会标准;

排除标准:①合并有心肝肾等重要器官的功能障碍性疾病;②合并有免疫系统疾病;③合并有凝血功能障碍;④患者情绪激动,依从性较差,

不配合医护人员工作;⑤患者中途退出本次医学研究。

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

常规护理措施为对照组的既定方案,以下为详实方案流程:入院后引导患者进行相关指标检测,术前相关准备的告知以及术后住院期间的禁忌事宜等护理措施;

循证护理干预措施为观察组的既定方案,以下为详实方案流程:①成立循证护理小组,护士长担任组长,业务能力强、理论知识丰富的护理人员入选为小组成员,利用网络及专业医学书籍、资料查询高血压脑出血及循证护理方面的专业知识,共同学习高血压脑出血患者的循证护理专业技能,针对可能出现的突发事件进行组间讨论,制定最佳循证护理方案;②术前健康宣教护理:用通俗易懂的语言对患者及其家属科普高血压脑出血的医学知识,让患者及其家属知晓自身病情,告知患者术中注意事项及应对措施,提高患者的依从性;③术前相关准备护理:引导患者进行相关指标的检测,缩短患者检测时间,有利于患者尽快实施手术治疗;告知患者保持平稳情绪,有利于提升手术效果;④心理护理:患者发病后,血压较高,情绪较为激动,护理人员根据患者的性格特点及症状,与之进行有效沟通,减轻其内心的压力,缓解其焦虑、抑郁、紧张及应激等负面情绪,促进患者术前生命体征指标的好转;⑤术后护理:及时进行抗感染护理;对患者手术切口进行动态监测,防止发生切口感染、出血、渗液等不良事件;⑥术后生活护理:部分患者术后处于昏迷状态,需及时清理患者呼吸道分泌物,防止发生误吸;患者术后容易出现发热症状,护理人员须及时进行物理降温等干预措施,以减轻患者脑部细胞及神经组织的损伤;术后适量通过静脉注射补充机体所需营养及水分;恢复期可以适量进食低脂低盐高蛋白类流食,保证患者机体的营养水平处于良好状态;⑦术后并发症护理干预:动态监测患者呼吸道,防止发生误吸、窒息风险;定期观测手术切口,防止发生感染;留置导尿管后,3h 观测一次,避免产生尿路感染。

1.3 观察指标

1.3.1 心理状态评分。采用焦虑(SAS)自评量表以及抑郁(SDS)自

量表评估患者的心理状态，得分越低代表患者的心理状态越好。

1.3.2 昏迷指数评分。采用格拉斯哥昏迷指数（GCS）评分量表来评估患者的昏迷情况。以下为 GCS 评估标准：评估包括睁眼反应、语言反应以及肢体运动等三方面内容，GCS 总分为 15 分。测评得分=15 分，代表无昏迷；13 分≤测评得分≤14 分，代表轻度昏迷；9 分≤测评得分≤12 分，代表中度昏迷；3 分≤测评得分≤8 分，代表重度昏迷。得分越高代表患者的昏迷程度越低。

1.3.3 卒中评分。采用美国国立卫生研究院卒中（NIHSS）评分量表与欧洲卒中（ESS）评分量表评估患者的卒中情况。NIHSS 评分标准如下：评估患者意识、语言、运动、感觉、视野、眼球运动以及共济运动等方面的情况，NIHSS 总分为 42 分，测评得分越高代表患者的神经缺损程度越严重。ESS 评分标准如下：对患者的意识、语言功能、理解力、水平凝视、手指屈肌、伸腕、上肢近端肌状态、下肢近端肌、足背屈、步行能力等内容进行评估，ESS 总分为 100 分，测评得分越高代表患者的恢复效果越好。

1.3.4 护理满意度。我院采用护理过程评价量表（MPOC-56）来评估患者对医护人员护理的满意度情况，评估内容包括协调与全面的护理（17 个条目）、授权与合作（16 个 条目）、尊重与支持性护理（9 个条目）、提供基本信息（9 个条目）以及提供与患者有关的特殊信息（5 个条目）等 5 个维度在内的 56 个条目。护理满意度与测评得分正相关。

1.4 统计学分析

本次研究中的心理状态评分、昏迷指数评分、卒中评分以及护理满意度评分属于计量资料的范畴，在医学统计学中以（ $\bar{x} \pm s$ ）对其进行表示，再通过 t 检验对比，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 心理状态评分

在心理状态评分的对比中，观察组占据着较为显著的优势（ $p < 0.05$ ）。数据和对比结果以表 1 为准。

表 1 心理状态评分（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	SAS 测评得分		SDS 测评得分	
	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组 (n=53)	56.83±4.62	51.46±3.73	58.57±5.24	53.52±3.98
观察组 (n=53)	56.89±4.67	46.93±2.91	58.61±5.26	47.61±3.67
t	0.066	6.971	0.039	7.947
P	0.947	0.000	0.969	0.000

2.2 昏迷指数评分

在昏迷指数评分的对比中，观察组占据着较为显著的优势（ $p < 0.05$ ）。数据和对比结果以表 2 为准。

表 2 昏迷指数评分（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	GCS 测评得分	
	护理前	护理后
对照组 (n=53)	11.53±4.79	12.93±5.82
观察组 (n=53)	11.53±4.79	12.93±5.82
t	12.945	11.188
P	0.000	0.000

对照组（n=53）	5.82±1.37	9.76±2.63
观察组（n=53）	5.79±1.34	12.42±2.54
t	0.114	5.296
P	0.909	0.000

2.3 卒中评分

在卒中评分的对比中，观察组占据着较为显著的优势（ $p < 0.05$ ）。数据和对比结果以表 3 为准。

表 3 卒中评分（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	NIHSS 测评得分	ESS 测评得分
对照组（n=53）	24.18±5.26	72.93±5.82
观察组（n=53）	11.53±4.79	85.31±5.57
t	12.945	11.188
P	0.000	0.000

2.4 护理满意度

在护理满意度的对比中，观察组占据着较为显著的优势（ $p < 0.05$ ）。数据和对比结果以表 4 为准。

表 4 护理满意度（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	协调与全面的护理	授权与合作	尊重与支持性护理	提供基本信息	提供与患者有关的特殊信息
对照组 (n=53)	4.02±0.16	4.18±0.29	5.26±0.32	4.08±0.53	4.15±0.62
观察组 (n=53)	5.63±0.59	5.34±0.35	5.97±0.41	5.76±0.38	5.73±0.41
t	19.174	18.579	9.938	18.754	15.475
P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3. 讨论

高血压脑出血患者的病情危重，护理人员在围术期相对较短的时间内采取及时、有效的护理措施，可以控制病情的发展，最大程度降低对患者脑部组织及神经的损伤，促进患者神经功能的好转^[8]。临床上常规的护理措施对高血压脑出血患者的病情有一定效果，但护理周期较长，容易延误患者病情最佳康复时间，护理效果欠佳，难以获得患者及其家属的满意^[9]。随着生活水平的全面提升，人们的健康意识及对优质护理的需求逐年增加，循证护理以患者为中心，以患者的具体情况为出发点，提出护理干预的问题，再寻找护理方案，以制定对每一位患者的最佳护理方案^[10]。循证护理干预措施可以结合常见高血压脑出血患者常见症状，对患者制定针对性的护理方案，并在护理过程中根据患者的实际症状，灵活调整干预方案，改进既定的循证护理措施，提升高血压脑出血患者的护理效果^[11]。高血压脑出血患者的病情进展迅速，给患者及其家庭带来经济、精神的双重负担，循证护理干预可以通过给予患者心理疏导，缓解患者的负面情绪，同时对症实护，改善患者的神经受损及昏迷等意识障碍症状^[12]。

本次研究中，护理人员与患者进行良性的沟通交流，减轻患者的压力，

（下转第 240 页）

循证护理在老年糖尿病中的应用研究

姜丽丽

东阿县高集中心卫生院 山东聊城 252224

摘要：目的：对老年糖尿病治疗中，采用循证护理干预，观察其作用情况。方法：2021年5月—2022年4月为本次的观察时间，采用数字表法的方式，将86例患者分为普通组和优化组，普通组采用临床常规护理方式，优化组采用循证护理方式，观察两组血糖控制效果、满意度和疾病知晓率情况。结果：(1)普通组和优化组血糖控制情况对照中，护理前两组结果无明显区别，护理后普通组空腹血糖为 7.59 ± 1.12 (mmol/L)，优化组为 6.22 ± 1.08 (mmol/L)，普通组饭后2小时血糖为 9.74 ± 1.15 (mmol/L)，优化组为 7.15 ± 1.04 (mmol/L)，($t=15.368$, $p=0.011$)，两组结果有差异。(2)普通组和优化组满意度和疾病知晓率对照中，普通组满意度为74.41%、优化组为95.34%，普通组疾病知晓率为69.76%、优化组为93.02%，($\chi^2=15.886$, $p=0.011$)，两组结果有差异。结论：对老年糖尿病治疗中，采用循证护理干预效果优越，值得推荐。

关键词：老年糖尿病；循证护理；应用效果

糖尿病是临床工作开展中一种典型的代谢障碍性疾病，近年来该种病症发病率呈现出了逐年上涨的态势。近30年来，我国糖尿病患病率显著增加，1980年糖尿病患病率为0.7%，1994-1995年间全国19省市21万人群糖尿病流行病学调查，25-64岁年龄段糖尿病的患病率为2.5%。最近10年糖尿病流行情况更为严重，中国成人糖尿病总数达9240万，我国可能已成为糖尿病患病人数最多的国家，其中老年人群中糖尿病患者的占比更高。目前临床中还没有完全治愈糖尿病的方式，只能依靠药物干预控制血糖水平。患者在长期治疗中，由于老年患者的自我主观意识较为严重，因此其依从性并不理想，造成血糖控制水平效果较差，因此就需要开展针对性护理干预方式来提高患者的治疗依从性，改善患者的生活质量。在本组研究过程中，通过对相关医学文献查阅中获得，对老年糖尿病患者治疗过程中采用循证护理能够满足患者的治疗需求，该种方式效果更佳，但是循证护理在实际临床工作开展中的效果还需要进行深入的剖析和研究，同时将实践研究的数据作为观察依据，然后以实际患者的临床状况为准，帮助老年糖尿病患者找到更加最佳的护理方案，从而提升患者的康复效果。基于此，在本组研究中针对老年糖尿病治疗中采用循证护理干预，观察其作用情况，现将具体分析结果呈现于下文^[1-3]：

1. 一般资料和方法

1.1 一般资料

在本组研究开展前需要保证86例患者均自愿参与本次观察研究，然后选择2021年5月—2022年4月的老年糖尿病患者，随后将其分为普通组和优化组，普通组的43例成员年龄跨度在56--79岁之间，均龄为 62.88 ± 3.71 岁；患病时间在3-12年，均数为 5.78 ± 1.19 年；其中男性占据有24例，女性占据有19例。优化组的43例成员年龄跨度在57--80岁之间，均龄为 63.16 ± 3.39 岁；患病时间在3-11年，均数为 5.61 ± 1.28 年；其中男性占据有23例，女性占据有20例。($p>0.05$)，两组资料无差异。在本次研究前需要指导患者或家属签订知情同意书，同时排除具有精神类疾病、不配合研究患者以及中途放弃研究者。

1.2 方法

1.2.1 普通组

采用临床常规护理，主要内容是：向患者讲解用药注意事项以及其作

用效果等，帮助患者检测血糖指标等情况，为患者营造良好的治疗环境等。

1.2.2 优化组

采用循证护理，其方式主要涵盖了以下几点：

建立循证护理小组：科室对老年糖尿病患者开展循证护理工作时，为了保证循证护理工作质量并切实有效地推荐开展，首先需要建立一个专业的循证护理小组，小组成员由科室护理经验丰富以及年资较高的护理人员组成。循证护理小组组建完成后，需要及时对小组成员进行培训工作，科室对循证护士开展培训工作时，首先进行网络培训，这种培训方法的优点是能够通过网络帮助护士掌握最先进的护理技术；其次，科室还可以采用护士长培训模式，这种培训方法是利用护士长对循证护理技术掌握优势培训护士专业技术，帮助护士能够使用熟练的循证护理技术开展护理工作，以此来提高循证护理质量。护理人员完成培训后，科室还将考核制度应用在培训中，只有通过考核护士，才有资格参与实际的循证护理工作，以此来保证循证护理质量^[4]。

制定循证护理方案：急性静脉血栓患者循证护理工作中，为了保证循证护理能够顺利开展，首先护士需要制定循证护理方案。本次在制定循证护理方案中，需要护理小组采用多种方法了解老年糖尿病护理中存在的问题，并且通过网络循证的方法选择护理措施。本次对急性静脉血栓患者护理工作存在的问题分析后，主要有以下方面的内容：①患者对糖尿病知识不了解，配合度差；②患者心理素质不理想，影响治疗护理工作的实施；③并发症预防和自我护理效果差。根据循证后分析问题，整理护理方法如下^[5]：

健康宣教：由于老年糖尿病患者对自身病程的了解程度不高，因此长期治疗中出现懈怠感，以至于造成血糖控制水平不理想，护理人员对其开展健康宣教活动，能够采用积极的手段建立其疾病认知，但是宣教中需要依据老年患者年龄特点开展，采用视频文献资料宣讲的方式，能够通过直观的画面感、声情并茂的疾病讲解、举例子和动漫形式的比喻来提高老年患者的记忆力，刺激其感官系统，使其了解到发病原因、用药注意事项、自我护理方式等内容，全面提升患者的疾病认知度，引导其积极配合医护人员开展后续治疗。

用药指导：向老年患者讲解严格用药的重要性，禁止私自停药和增减

药量事件的发生,引导患者了解到药物服用的方式和注意事项,尤其针对使用胰岛素控制血糖水平的患者,护理人员要告知患者正确的注射方式,提升老年患者的用药安全性。

心理疏导:由于糖尿病不能完全治愈,老年患者在长时间的治疗过程中难免会出现各种不良状态,不因此护理人员要积极与患者开展沟通,向患者讲解良好的案例来树立治疗信心,告知患者良好的情绪状态对疾病治疗的意义,引导患者积极参加社会活动,通过与家人聊天、下棋、观看减压视频等方式转移疾病注意力,积极建立乐观的心态,向其讲解心态对疾病干预的重要意义,使其消除不良情绪^[6]。

生活指导:首先向患者讲解饮食干预和运动对疾病治疗的积极意义,然后针对患者的年龄、饮食习惯和血糖水平等情况综合评估后制定一个科学的饮食计划,向患者发放饮食参照表,告知患者哪些食物可以吃,哪些食物不能吃,指导患者按照少食多餐的饮食原则开展,日常中增加饮水量,禁止食用生冷、辛辣、甜度较高等刺激性饮食,多食用粗纤维食物和维生素食物。指导患者开展运动锻炼,根据自身年龄和身体承受情况进行合理

的体育锻炼,通过散步、爬山、骑自行车等活动,引导其坚持锻炼,引导患者定期测量血糖水平,将测量结果进行记录,方便在后期复查时供医护人员参考。

1.3 观察指标

血糖控制:观察两组血糖水平情况。

满意度和疾病知晓率:采用满意度调查表和疾病知晓率调查表。

依从性和心理状态:采用依从性评价表和情绪自评量表^[7]。

生活质量和住院时间:采用 SF-36 量表评价^[8]。

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 两组血糖控制效果情况

普通组和优化组血糖控制情况对照在表 1 呈现:

表 1 两组血糖控制效果对比

组别	数例	空腹血糖		饭后 2 小时血糖	
		护理前	护理后	护理前	护理后
普通组	43 (例)	8.79±1.33 (mmol/L)	7.59±1.12 (mmol/L)	13.84±2.25 (mmol/L)	9.74±1.15 (mmol/L)
优化组	43 (例)	8.81±1.17 (mmol/L)	6.22±1.08 (mmol/L)	13.64±2.07 (mmol/L)	7.15±1.04 (mmol/L)
t	--	1.152	14.839	1.366	15.898
p	--	0.174	0.012	0.124	0.010

2.2 两组满意度和疾病知晓率情况

普通组和优化组满意度和疾病知晓率对照在表 2 呈现:

表 2 两组满意度和疾病知晓率对比

组别	数例	满意度		疾病知晓率	
		满意数例	占比	知晓数例	占比
普通组	43 (例)	32 (例)	74.41%	30 (例)	69.76%
优化组	43 (例)	41 (例)	95.34%	40 (例)	93.02%
X ²	--	--	16.779	--	14.994
p	--	--	0.010	--	0.012

2.3 两组治疗依从性和心理状态评分情况

普通组和优化组治疗依从性和心理状态评分对照在表 3 呈现:

表 3 两组治疗依从性和心理状态评分对比

组别	数例	依从性	心理状态
普通组	43 (例)	81.59±3.66 (分)	54.04±3.08 (分)
优化组	43 (例)	92.78±3.15 (分)	43.22±3.12 (分)
t	--	17.191	16.854
p	--	0.009	0.010

2.4 两组生活质量和住院时间情况

普通组和优化组生活质量和住院时间对照在表 4 呈现:

表 4 两组生活质量和住院时间对比

组别	数例	生活质量	住院时间
普通组	43 (例)	75.39±3.51 (分)	16.57±1.33 (天)

优化组	43 (例)	87.14±3.68 (分)	12.03±1.15 (天)
t	--	19.334	13.481
p	--	0.007	0.013

3. 讨论

老年糖尿病患者护理工作中,为了提高患者护理质量,可以对患者采用循证护理干预方法,这种护理方法在老年糖尿病患者护理中应用后,主要有以下方面的优点。首先是采用循证护理工作中,能够收集临床先进护理方法,并且将这些护理方法应用在患者实际护理工作中,以此来帮助患者提高护理效果。其次是在循证护理工作,需要对护士开展培训,并且考核护士,这些管理方法的应用,能够提高护士专业技术水平。护士专业护士技术水平提高,开展的循证护理质量也会随之提高。再次是在循证护理中有心理护理,帮助老年糖尿病患者解决心理问题,使其心理健康。然后是在循证护理工作中采用健康教育,提高患者对糖尿病知识了解,使其积极配合治疗,提高患者治疗效果。最后是在护理工作中采用生活指导护理,帮助患者养成良好、规律、科学的生活习惯,减少糖尿病并发症发生,以此来保证患者治疗安全^[9-11]。

在老年糖尿病循证护理工作中,这种护理方法能够提高其护理质量,不仅仅是有以上方面的优点,而且在循证护理中,这种护理方法是目前临床上一种先进的护理方案,护理中以患者为中心开展护理工作,和传统临床上采用的常规护理方法对照,常规护理以治疗为中心开展护理工作,这种护理方法没有考虑患者需要,因此患者对常规护理不满意。而使用循证护理以患者为中心开展护理服务,能够满足患者不同需要,因此患者对护

理内容满意,使其护理质量提高^[12-14]。

在本次研究中,从表3数据中(普通组和优化组治疗依从性和心理状态评分对照中,普通组依从性为 81.59 ± 3.66 (分)、优化组为 92.78 ± 3.15 (分),普通组心理状态评分为 54.04 ± 3.08 (分)、优化组为 43.22 ± 3.12 (分),($t=17.022$, $p=0.009$),两组结果有差异。)分析获得,老年糖尿病患者采用循证护理后,可以提高患者的依从性和心理状态。再对普通组和优化组生活质量和住院时间比较分析,从表4数据中(普通组和优化组生活质量和住院时间对照中,普通组生活质量评分为 75.39 ± 3.51 (分)、优化组为 87.14 ± 3.68 (分),普通组住院时间为 16.57 ± 1.33 (天)、优化组为 12.03 ± 1.15 (天),($t=16.407$, $p=0.010$),两组结果有差异。)分析获得,老年糖尿病患者采用循证护理后,可以帮助患者提高生活质量,并且解决患者心理问题,使其心态健康,帮助患者的良好治疗奠定了坚实基础,因此有效缩短了患者的治疗时间。

综上所述,对老年糖尿病患者采用循证护理能够满足其需求,该种方式与临床常规护理相比较更具有依据性和科学性,值得在临床中推广。

参考文献:

- [1]高徐玲.循证护理在老年糖尿病失眠患者中的应用分析[J].世界睡眠医学杂志,2021,8(06):989-991.
- [2]崔珊.循证护理对老年糖尿病患者的应用效果及满意度分析[J].家庭生活指南,2021,37(03):58-59.
- [3]景英,刘萍.循证护理干预在老年糖尿病护理中的应用效果分析[J].糖尿病新世界,2020,23(21):170-172.
- [4]丁玉艳.循证护理模式在老年糖尿病患者的应用效果[J].名

医,2020(09):158-159.

[5]张研,刘化芹,李晶.以保护动机理论为框架的循证护理干预在老年糖尿病患者中的应用[J].中华现代护理杂志,2020,26(15):2086-2090.

[6]程晶,邓文聪,张娜.循证护理干预在老年糖尿病中的应用效果[J].中外女性健康研究,2019(24):156-157.

[7]杨丽.在老年糖尿病患者护理中循证护理的应用价值研究[J].中国农村卫生,2019,11(22):58+60.

[8]黄友丽.分析在老年糖尿病患者护理中循证护理的应用价值[J].中国社区医师,2019,35(27):135-136.

[9]殷启秀.循证护理干预在老年糖尿病护理中的应用效果分析[J].糖尿病新世界,2019,22(14):119-120.

[10]朱婉芳.循证护理在老年糖尿病护理中的应用分析[J].黑龙江中医药,2019,48(03):256-257.

[11]梁秋圆,张亚鑫,孙晓梅,宋苏杭,徐冰洋,张坦.循证护理于老年糖尿病患者的应用研究进展[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(37):117-118.

[12]唐杭燕,许月下,段琦.循证护理模式在老年糖尿病护理中的价值分析[J].基层医学论坛,2019,23(06):792-793.D01:10.19435/j.1672-1721.2019.06.031.

[13]沈丽月,沈美妹,刘玫瑰.循证护理干预在老年糖尿病中的应用效果[J].中国卫生标准管理,2019,10(01):194-196.

[14]叶彦,陈丽明,席雅君.循证护理在老年糖尿病患者疝气手术后护理中的应用分析[J].糖尿病新世界,2018,21(24):157-158.

(上接第237页)

疏导、安慰患者,缓解其负面情绪,因此观察组的SAS及SDS评分均较低。循证护理小组给予患者术前健康宣教,提升患者对自身病情的认知程度,有利于增加患者术中与医护人员的配合度,改善患者的依从性,提升手术效果,且术后实施科学防治措施,所以观察组的GCS评分较优。护理人员共同对患者的临床资料、症状及生命体征指标进行分析、研究,查阅相关医学资料,针对有可能出现的神经功能缺损状况,实施循证干预措施,术后行抗感染、防治常见术后并发症护理措施,有利于改善患者的神经功能缺损及意识障碍等症状,因此观察组的NIHSS评分与ESS评分均较优。护理人员以高血压脑出血患者为中心,根据患者的症状及体征指标等具体情况,实施科学高效的干预措施,改善患者的昏迷、神经功能缺损等意识障碍症状,因此观察组的护理满意度评分较高。

综上所述,循证护理措施应用于高血压脑出血患者围术期的护理中,可以缓解患者的负面情绪,优化GCS及ESS评分,护理效果较好,在临床一线的应用价值较高。

参考文献:

- [1]陶建群,耿留珍,李晓艺,等.改良早期预警评分结合格拉斯哥昏迷评分在高血压脑出血病人中的应用[J].全科护理,2020,18(7):854-856.
- [2]郭丽娟.四感联合促醒刺激护理对高血压脑出血术后昏迷患者功能障碍评分及并发症的影响[J].医学理论与实践,2021,34(16):2873-2874.
- [3]林晶晶,金文秀,林雅,等.循证护理对高血压脑出血手术患者术后恢

复的效果观察[J].心血管病防治知识,2020,10(27):66-68.

[4]王芳英.循证护理对高血压脑出血手术患者生活自理能力及护理满意度的作用分析[J].全科口腔医学杂志(电子版),2019,6(34):128.

[5]姜惠敏.Framingham卒中风险评分联合RDW预测H型高血压患者远期卒中风险的价值[J].四川医学,2020,41(1):56-61.

[6]严雪雯.综合护理干预模式在高血压缺血性脑卒中患者的应用效果及患者血压改善情况[J].中国药物与临床,2020,20(4):663-665.

[7]李艳玲.反馈式健康宣教对基底节区高血压脑出血患者术后Fugl-Meyer评分的影响[J].黑龙江中医药,2021,50(4):148-149.

[8]李艳娇,秦晓军.延续性护理干预对中等量高血压基底节区脑出血患者术后ESCA评分的影响[J].首都食品与医药,2020,27(13):151.

[9]纪艳菊,郑蕾蕾,吕巍,等.脑出血术后行时效性激励护理模式对患者卒中量表评分运动功能评分Barthel指数的影响分析[J].中国药物与临床,2021,21(21):3648-3650.

[10]李峰.接受开颅手术的高血压性脑出血患者进行全面护理的效果[J].中外医疗,2021,40(15):122-124,128.

[11]胡洋,王绍谦,王丽萍,等.神经功能缺损评分与高血压脑出血老年患者心脏事件的关系[J].中国实用神经疾病杂志,2021,24(3):220-226.

[12]姚凯锋,张丽华.老年患者高血压脑出血NIHSS评分与病死率、致残率以及疾病相关耻辱感的相关性研究[J].老年医学与保健,2022,28(1):103-106,124.

3 例复发难治多发性骨髓瘤患者口服 XPO-1 的护理

郑倩

浙江大学医学院附属第一医院 浙江杭州 310000

摘要：总结 3 例复发和难治性多发性骨髓瘤患者口服核输出抑制剂（XPO1）联合激素治疗的观察和护理。护理要点包括：做好心理护理，为患者和家属提供心理支持，正确执行化疗用药；严密观察及处置药物所致不良反应，如胃肠道反应，骨髓抑制；提高患者对药物耐受度。

关键词：多发性骨髓瘤；核输出抑制剂；心里护理；胃肠道反应；骨髓抑制

多发性骨髓瘤（Multiple Myeloma, MM）是血液系统的第二大常见恶性肿瘤，约占血液系统恶性肿瘤的 10%[1]。中国 MM 发病率为 1.6/10 万 [2]，死亡人数为 14655[3]。主要症状为骨痛，肾功能损伤，高钙血症及贫血。MM 属于非根治性疾病，大部分患者最终都会复发，其治疗仍然面临和护理均面临很大挑战。随着社会和科技的发展，应用靶向技术向肿瘤区域精确传递药物的“靶向治疗”是肿瘤研究的热点[4]。核输出抑制剂（XPO-1）是细胞中关键的核质转运蛋白，是一种核输出受体蛋白，负责将蛋白质（包括肿瘤抑制蛋白）运出细胞核。肿瘤抑制蛋白的核输出是肿瘤细胞逃避凋亡的重要机制。2019 年 7 月 3 日获得美国食品药品监督管理局（FDA）批准上市，XPO-1 联合皮质类固醇地塞米松用于接受过 4 种疗法，对至少 2 种蛋白酶抑制剂，至少 2 种免疫调节剂，抗 CD38 单抗抗体耐药的复发难治性的多发性骨髓瘤 [6]。目前 XPO-1 已用于复发难治骨髓瘤患者治疗中，在国内使用样本量较少，在使用过程中，患者出现了较多的不良反应。2021 年 8 月至 2022 年 1 月，我科对 3 例复发难治的 MM 患者采用了 XPO-1 联合地塞米松治疗，现将护理经验总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组 3 例，均为男性，年龄：50 岁-60 岁；按照疾病诊断标准诊断为多发性骨髓瘤，DS 分期为 3 期，第 1 例为自体造血干细胞移植后复发，第 2 例经过 3 种系统化规范治疗方案分别为：VRD 方案（硼替佐米 2.1mg D1, 4,8,11 来那度胺 25mgD1-28，地塞米松 20mg D1-2,4-5,8-9,10-11），DECIP(地塞米松+顺铂+环磷酰胺+依托泊苷)方案，伊沙佐米联合泊马度胺；治疗后仍处于疾病进展期，第 3 例经过 VRD 治疗后，提示髓外病变产生，联合放疗后效果不佳。在患者个人史方面，第 1 例患者患有高血压，第 2 例患者有肝脏肿瘤史，切除部分肝脏并伴有肾功能不全，第 3 例患者无殊。经评估后，3 例患者均接受了 XPO-1 联合其他敏感性药物化疗。其中，XPO-1 剂量为 60mg/次，每周一次口服，联合地塞米松及患者敏感化疗药物，辅以护胃止吐，水化碱化，28 天为一个周期。化疗过程中定期复查血常规、血生化，免疫球蛋白，免疫固定电泳及尿轻链相关指标。化疗过程中，患者疾病达到缓解，未复发。已完成 6 个疗程的治疗。

2. 护理

2.1 心理护理：

使用 XPO-1 的患者，均为复发难治的多发性骨髓瘤患者，已经接受了多个方案的化疗及放疗，费用昂贵，反复呕吐，骨髓抑制等化疗相关反应导致患者舒适度低，治疗效果不佳。XPO-1 为新型口服药，患友间无经验可交流借鉴，且价格昂贵，效果未知，易对肿瘤患者造成怀疑，焦虑及担忧的心理问题。除此之外，第 2 例及第 3 例患者产生了疲惫，厌烦及恐惧的情绪。表现为 2 人频繁地找医生谈话，反复询问药物治疗效果；夜班护

士反馈，两位患者夜间难以入睡，不停询问护士以往病例是否与有经验可以借鉴，反复询问该药物可能造成的不良反应，化疗效果等。针对这些情况，护士在用药前为患者及家属讲解相关疾病及化疗知识，用药顺序，使其充分了解该化疗方案的有效性及其不良反应；并安排同期化疗的患者互相交流，邀请患者加入患友群，鼓励表达疑问，及时解答增加患者信心；指导家属鼓励患者，为患者提供心理支持；经过护士宣教后患者能掌握该化疗方案用药期间的注意事项。2-3 个疗程后患者询问逐渐减少，情绪平稳，能积极配合治疗。

2.2 药物常见不良反应及预防：

2.2.1 胃肠道反应

XPO-1 为白色片剂，20mg/片，30 度以下保存。每个治疗日同一时间温水送服，避免咬碎。胃肠道反应是患者最常见的问题，恶心欲呕吐的发生率分别可达到 72%和 41% [7]，发生中位时间为服药后的 3 天及 5 天。

首次使用时，医生使用神经激肽-1（NK-1）受体拮抗剂来预防化疗相关性恶心呕吐（CINV）[8]，但 3 例患者仍发生恶心呕吐，其中第 1 例第 3 例患者为急性呕吐，程度分级为 II 级。第 2 例患者为延迟性呕吐，呕吐程度为 I 级。恶心呕吐给患者造成了不好的体验，甚至可能诱发预期性呕吐。患者对治疗方案造成极大的恐惧。为减轻患者痛苦，我们查找化疗所致恶心呕吐的高危因素，分别为年龄，饮酒，吸烟，情绪，工作状态以及睡眠。其中老年患者 CINV 发生率低；吸烟以及饮酒会降低药物疗效，焦虑以及不好的睡眠会增加患者对化疗的恐惧，从而促进恶心呕吐条件反射的形成。结合 2010 版癌症支持治疗多国协作组（MASCC）用药指南，总结经验，提出应用高催吐性化疗药时，联合使用、地塞米松以及阿瑞匹坦预防急性 CINV，使用地塞米松和阿瑞匹坦，或单独使用阿瑞匹坦预防延迟性 CINV [9]。综合考虑我们在服药当日，阿瑞匹坦服药时间为化疗前 1 小时，空腹口服，125mg（第 1 天），第 2 天口服 80mg 和第 3 天口服 80mg。用药前 30min 使用地塞米松及 5-HT3 受体阻滞剂，同时指导患者戒烟戒酒，在个人史、情绪及睡眠上予以干预。化疗前，指导患者避免饮酒，少量多餐，宜进食优质蛋白饮食，提供良好的就餐环境。化疗中，化疗与进食时间间隔 2h 以上，除去预防性止吐药物以外，联合中药房，制备止吐贴敷神阙穴，并在神阙穴进行按摩，每日 3-5 次，每次 3-5 分钟，重要外贴的方法对患者完全无伤害，成本低，简单快速，适合推广。在稳定患者情绪方面，入睡前，指导患者播放轻音乐，喝牛奶辅助睡眠，护士提供吴茱萸粉贴于涌泉穴来帮助睡眠。化疗间歇期指导患者进行少量的有氧锻炼，如散步，深呼吸有效咳嗽咳痰等，指导患者观看书本及电视，参与人与人之间的沟通及交往，鼓励患者投入日常的生活中，起到转移注意力的效果。患者出院后，随访护士进行患者居家随访，以电话访谈的方式，从居家环境、饮食、生活、吸烟饮酒、呕吐时机，次数及诱因多个维度了

解患者的生活状态以及主诉,给予个性化的健康指导。在效果评价上,责任护士使用呕吐生活功能指数量表(FLE),在化疗前及化疗后填写,依据量表的客观内容和患者的主观感受进行填写,保证量表填写的真实性和准确性,生活功能指数量表包含恶心和呕吐2个维度,每个维度有9项条目,采用数字模拟评分法(visual analogue scale, VAS, 0~7分)进行评估,止吐措施改进前,平均得分为74分,止吐措施改进后的平均得分为108分,量表表明,通过医生、护士及患者共同努力下,患者化疗期间呕吐症状得以明显改善,患者舒适度得以提高,对日常生活影响大大降低[10]。

2.2.2 骨髓抑制

XPO-1引起的骨髓抑制以中性粒细胞减少、白细胞减少最常见,血小板减少最为严重。3例患者中,第1组患者出现2度骨髓抑制,第2例患者出现1度骨髓抑制,第3例患者出现III度的骨髓抑制。第1例及第2例及第3例患者表现为白细胞减少及中性粒细胞减少,白细胞计数最低至 $1.1 \times 10^9/L$,第3例患者除白细胞减少外,还出现血小板减少。

针对白细胞减少及中性粒细胞减少我们采用了三阶梯的护理对策[11]:①第一阶梯以预防为主,强调健康管理,在化疗开始前,加强患者、护理团队的健康知识宣教,宣教对象包括患者、主要照顾者。宣教内容包括化疗相关注意事项、营养支持、饮食卫生等,如七步洗手法,饮食卫生,生活习惯的养成等。②第二阶梯,强调护士与患者共同参与的护理模式,加强患者生活监督与指导。每日查房时,观察患者口腔一次,每日至少3次漱口。根据不同情况选择不同的漱口液。第1例患者口腔黏膜正常,使用碱性漱口水漱口。第2例患者口腔黏膜白斑,与碱性漱口水漱口,外加制霉菌素外用。第3例患者右侧颊部发生口腔溃疡创面深,局部伴有疼痛,影响进食及吞咽,我们将5ml利多卡因加入200ml生理盐水中,口腔护理前含漱5分钟,之后患者疼痛感减轻,去除口腔溃疡假膜,之后康复新液漱口及稀释后的人粒细胞刺激因子生理盐水漱口,外用重组人表皮生长因子,进食时,指导患者进食新鲜清洁饮食,避免隔夜食物,避免腌制品,水果去皮食用。每日观察呼吸道护理,听诊双肺呼吸音3例患者均无咳嗽咳痰。无38度以上发热。在生活上,每日睡前与便后,清水清洁肛周皮肤,与1:100的稀碘伏溶液坐浴预防肛周感染。3例患者无肛周脓肿发生。③第三阶梯强调医生护士及患者三方共同参与管理的护理模式,当出现III度的骨髓抑制时,医生开具保护性隔离医嘱,在患者床尾、腕带及病历夹悬挂防控标识,睡层流床,床头备手消净,每日两次消毒湿巾擦拭床头柜,每日对病房空气进行消毒,每3-5天更换床单被套。固定陪护,谢绝探视,加强医务人员、患者及家属手卫生。建议食物彻底杀菌消毒,在食用前提倡微波炉再次加热,做好细节管理,指导水果削皮后尽快服用,避免长时间暴露。同时遵医嘱予重组人粒细胞刺激因子注射液 150 Ixg 皮下注射,每日1次,每2日复查血常规一次,至白细胞升至 $2.0 \times 10^9/L$ 后停药。患者注射部位有无皮下硬结,患者局部肌肉有无酸痛不适。

本组第3例出现血小板降低明显。血小板计数为 $23 \times 10^9/L$,遵医嘱予阿伐曲泊帕片口服,20mg每天,与食物同服,每天一次。每日复查血常规。可见患者抽血后皮肤出现小块瘀青,护士告知患者抽血、注射后按压穿刺点20min,每班观察患者皮肤、黏膜有无出血,并做好记录。可见患者双下肢出现散在新鲜出血点,告知患者避免碰撞,宣教生活中,使用软毛牙刷或漱口水清洁口腔,避免用力咳嗽及用力排便,避免进食坚硬

粗糙食物如坚果等,每日关注大便颜色,如有变黑变红等出血征兆,应立即告知护士;用药7d后血小板升至 $52 \times 10^9/L$,患者因经济原因暂停服用此药物,改服用升血小板胶囊口服,每日3次,每次4颗,13天后患者血小板计数恢复至 $82 \times 10^9/L$ 。整个骨髓抑制期间,无出血时间发生。

3. 小结

XPO-1为新型靶向药物,目前国内临床使用较少,暂无可借鉴的护理经验,通过积极查找国内外文献以及3例患者的回顾,从药物的使用疗程、口服注意事项、化疗相关性呕吐药物的预防,XPO1药物并发症的观察,骨髓抑制期的护理等多维度为今后的护理奠定了基础。为同行提供了宝贵的经验。

参考文献:

- [1]管楠楠等. 肿瘤防治研究. 2019;46(4):547-550.
- [2]PUPH and Peking University Health Science Centre's unpublished data (have authorized). Based on UEBMI and URBMI database, from 2012 to 2016 in Chinese 23 provinces.
- [3]Globocan 2018 World Fact Sheet: China. <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/160-china-fact-sheets.pdf>.
- [4]BRANAGAN A, LEI M, LOU U, et al. Current treatment strategies for multiple myeloma [J]. JCO Oncology Practice, 2020, 16(1): 5-14.
- [5]狄潘潘,贾淑云. 一种治疗多发性骨髓瘤新药——核输出蛋白 XPO-1 抑制剂塞利尼索[J]. 肿瘤药学, 2019, 9(5): 705-709, 715. DOI: 10.3969/j.issn.2095-1264.2019.05.01.
- [6]Camus V, Stamatoullas A, Mareschal S, et al. Detection and prognostic value of recurrent exportin 1 mutations in tumor and cell-free circulating DNA of patients with classical Hodgkin lymphoma [J]. Haematologica, 2016, 101(9): 1094-1101. doi: 10.3324/haematol.2016.145102.
- [7]Podar K, Shah J, Chari A, et al. Selinexor for the treatment of multiple myeloma[J]. Expert Opinion on Pharmacotherapy, 2020, 21(4): 1-10.
- [8]孙宇, 康倩. 化疗所致恶心呕吐影响因素及评估工具研究进展[J]. 中国护理管理, 2018, 18(8): 5.
- [9]Roila F, Herrstedt J, Aapro M, et al. Guideline update for MASCC and ESMO in the prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced nausea and vomiting: results of the Perugia consensus conference. Annals of Oncology, 2010, 21(suppl 5): v232-v243.
- [10]薛静, 张丽燕, 杨琪. 音乐治疗缓解癌症患者化疗后恶心呕吐改善生活质量的研究[J]. 护理学报, 2017, 24(1): 70-72. DOI: 10.16460/j.issn.1008-9969.2017.01.070.
- [11]胡明星, 林梓乐. 淋巴瘤化疗IV期骨髓抑制期医院感染的影响因素[J]. 护理实践与研究, 2021, 18(11): 1598-1601. DOI: 10.3969/j.issn.1672-9676.2021.11.005.
- [12]王静, 孙红翠. 家属参与护理对血小板减少性紫癜患儿恢复效果的影响[J]. 血栓与止血学, 2022, 28(2): 341-343. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6213.2022.02.073.

腹腔镜手术与开放手术治疗急性阑尾炎的疗效与安全性分析

程广兴

河北省邯郸市人民医院外三科 河北邯郸 056001

摘要：目的：评估腹腔镜手术、开放手术应用在急性阑尾炎（AA）患者中的疗效与安全性。方法：纳入 2020 年 6 月—2021 年 11 月的 84 例 AA 患者，遵循随机数字表法将病例分配至对照组（纳入 42 例，行开放手术）、观察组（纳入 42 例，行腹腔镜手术），评价组间血清炎症因子、血浆胃肠激素、细胞免疫功能、围手术期指标、术后并发症。结果：（1）术前，组间血清炎症因子、血浆胃肠激素、细胞免疫功能无差异， $P>0.05$ ；术后 3d 后，观察组血清炎症因子、血浆胃肠激素、细胞免疫功能更佳， $P<0.05$ ；（2）较之对照组，观察组围手术期指标更佳，且术后并发症发生率更低， $P<0.05$ 。结论：较之开放手术，对 AA 患者行腹腔镜手术时兼具并发症少、恢复快、创伤小、炎症反应轻、免疫功能恢复好等优势，值得推广。

关键词：腹腔镜手术；开放手术；急性阑尾炎；安全性

急性阑尾炎（AA）是以恶心呕吐、阑尾点压痛等为主要症状的常见急腹症^[1]，好发于青壮年群体，容易诱发内外疝形成、腹膜炎等并发症^[2]。另外，由于保守疗法自愈率低，故临床主张外科手术切除阑尾^[3]，并且以往常对 AA 患者进行开放手术治疗，虽然能够有效切除病灶，不过因手术创面大，容易发生感染等并发症^[4]，同时会影响术后胃肠功能恢复。近年来，随着微创外科理念的推广及腹腔镜技术的进步，相关报道指出^[5]，腹腔镜手术因兼具切口美观、创伤小等优势，呈现取代开放手术的趋势，但是关于其到底能否取代开放手术尚有争议。基于此，本文以 2020 年 6 月—2021 年 11 月的 84 例 AA 患者为例，就腹腔镜手术、开放手术应用在 AA 患者中的疗效与安全性展开分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入 2020 年 6 月—2021 年 11 月的 84 例 AA 患者，遵循随机数字表法将病例分配至对照组（纳入 42 例）、观察组（纳入 42 例）。对照组：男/女为 27 例（64.29%）/15 例（35.71%），年龄 21-69 岁，平均年龄（44.9±8.5）岁，送医时间 1-12h，平均送医时间（6.5±0.6）h，非化脓性 30 例（71.43%）、化脓性 12 例（28.57%）；观察组：男/女为 25 例（59.52%）/17 例（40.48%），年龄 22-71 岁，平均年龄（45.4±8.3）岁，送医时间 1-11h，平均送医时间（6.2±0.5）h，非化脓性 29 例（69.05%）、化脓性 13 例（30.95%）。纳入标准：①基于腹部彩超、实验室检查等确诊；②符合手术指征；③充分了解研究方法、目的，自愿作为受试者。排除标准：①腹腔镜中转开腹者；②合并冠心病、高血压等严重基础疾病者；③孕期妇女者；④下腹部手术史者；⑤病程>72h 者；⑥过度肥胖者。基本病例资料（送医时间、AA 类型等）无差异， $P>0.05$ 。

1.2 方法

术前准备：全部入组者术前详细询问病史，同时接受凝血功能、水电解质参数、胸片、血常规、梅毒抗体、肝肾功能等检查，排除手术。麻醉禁忌症，全麻、常规气管插管下完成手术，具体而言：

对照组（行开放手术）：选择传统开腹阑尾切除术，操作流程：于脐与右侧髂前上棘连线中外 1/3 行麦氏切口（长约 3-5cm），或作旁正中探查切口（长约 6cm），探查右下腹，之后游离阑尾系膜，处理阑尾动脉，双重结扎根部，在从阑尾近端 0.5cm 部位切断阑尾，以络合碘处理阑尾残端，最后 1 号肠线荷包包埋。

观察组（行腹腔镜手术）：选择标准三孔腹腔镜阑尾切除术，操作流程：沿脐缘行 1cm 弧形切口，提起切口皮肤，行气腹针穿刺，注入二氧化碳，建立人工气腹；以腹腔镜行全腹腔镜探查，明确有无其他需手术处理的病变，若无则确定主操作孔（脐与右锁骨中线交点处）、副操作孔（耻骨上 3cm），穿刺时注意保护髂血管、肠管，取头低脚高位；另外，及时吸净腹腔积液，沿结肠带定位阑尾，再从副操作孔提起患者阑尾尖端系膜，再切断阑尾系膜，阑尾根部双重结扎后，将阑尾予以切断，残端实施烧灼处理，但不做包埋，取出阑尾，缝合切口。

术后处理：行抗生素抗感染处理。

1.3 观察指标

将血清炎症因子、血浆胃肠激素、细胞免疫功能、围手术期指标、术后并发症作为观察指标。（1）血清炎症因子：于术前、术后 3d 采集血样，离心（德国 Hermle 公司的 Z206 型医用离心机）分离血清后待检，包括以酶联免疫吸附试验（ELISA）检测白细胞介素-8（IL-8）、白细胞介素-6（IL-6），以胶体免疫结合法检测降钙素原（PCT）^[6]；（2）血浆胃肠激素：于术前、术后 3d 采集血样，离心处理，以 ELISA 检测血管活性肠肽（VIP）、胆囊收缩素（CCK）、胃泌素（GAS）^[7]；（3）细胞免疫功能：采血、离心，

以美国 B-D 公司 FAS Caliber 流式细胞仪检测 T 淋巴细胞亚群 (CD4⁺、CD3⁺)，以全自动血液分析仪检测中性粒细胞计数 (NEUT)^[8]；(4) 围手术期指标：术中出血量 (切开-缝合皮肤期间出血量)、手术时间 (切开-缝合皮肤时间)、切口长度 (切口总长度)、抗感染时间 (术后开始-停用抗生素时间)、术后排气时间 (术毕-肛门首次排气时间)、术后禁食时间 (术毕-进食流食时间)^[9]；(5) 术后并发症：腹腔脓肿、切口感染、肠梗阻。

1.4 统计学方法

以 SPSS23.0 分析数据，血清炎症因子、血浆胃肠激素、细胞免疫功能、围手术期指标为计量型数据，以均数±标准差 ($\bar{x}\pm s$) 表示，组间比较行 t 检验，术后并发症为计数型数据，以率 (%) 表示，组间比较行 χ^2 检验， $P<0.05$ 代表数据差异有意义。

2 结果

2.1 分析血清炎症因子

术前，组间 IL-8、IL-6、PCT 无差异， $P>0.05$ ；术后 3d，观察组 IL-8、IL-6、PCT 更低， $P<0.05$ ，见表 1。

表 1 血清炎症因子对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	IL-8 (ng/L)	IL-6 (ng/L)	PCT (μg/L)
对照组	术前	8.36±0.64	8.11±0.94	6.90±1.15
(n=42)	术后	25.37±2.86	26.98±3.45	11.53±1.36
观察组	术前	8.44±0.61 [@]	8.28±0.87 [@]	7.01±1.12 [@]
(n=42)	术后	21.24±1.95 [#]	21.52±1.76 [#]	9.33±1.14 [#]

注：①组间术前：[@] $P>0.05$ ；②组间术后 3d：[#] $P<0.05$ 。

2.2 分析血浆胃肠激素

术前，组间 VIP、CCK、GAS 无差异， $P>0.05$ ；术后 3d，观察组 VIP 更低，CCK、GAS 更高， $P<0.05$ ，见表 2。

表 2 血浆胃肠激素对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	VIP (ng/L)	CCK (ng/L)	GAS (ng/L)
对照组	术前	43.46±5.91	29.59±3.37	78.31±6.58
(n=42)	术后	65.52±7.36	12.82±1.74	57.28±5.87
观察组	术前	43.37±5.93 [@]	29.37±3.28 [@]	78.40±6.63 [@]
(n=42)	术后	50.13±4.85 [#]	21.42±2.16 [#]	65.35±5.66 [#]

注：①组间术前：[@] $P>0.05$ ；②组间术后 3d：[#] $P<0.05$ 。

2.3 分析细胞免疫功能

术前，组间 CD4⁺、CD3⁺、NEUT 无差异， $P>0.05$ ；术后 3d，观察组 CD4⁺、CD3⁺更高，NEUT 更低， $P<0.05$ ，见表 3。

表 3 细胞免疫功能对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	CD4 ⁺ (%)	CD3 ⁺ (%)	NEUT ($\times 10^9/L$)
对照组	术前	44.41±6.17	72.36±8.05	9.88±1.12
(n=42)	术后	27.58±2.90	50.45±4.17	8.53±1.23
观察组	术前	44.59±5.34 [@]	72.66±7.98 [@]	9.91±1.09 [@]
(n=42)	术后	31.66±2.84 [#]	55.79±4.56 [#]	7.32±1.03 [#]

注：①组间术前：[@] $P>0.05$ ；②组间术后 3d：[#] $P<0.05$ 。

2.4 分析围手术期指标

较之对照组，观察组术中出血量、术后禁食时间等围手术期指标更佳， $P<0.05$ ，见表 4。

表 4 围手术期指标对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	术中出血量 (mL)	手术时间 (min)	切口长度 (cm)	抗感染时间 (d)	术后排气时间 (d)	术后禁食时间 (d)
对照组 (n=42)	82.64±10.44	112.63±19.58	6.35±1.42	7.11±1.35	4.60±0.98	3.71±0.62
观察组 (n=42)	59.64±10.15	87.49±12.78	2.67±0.36	5.56±1.09	3.12±0.73	3.23±0.36
<i>t</i>	10.237	6.968	16.280	5.789	7.849	4.339
<i>P</i>	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.5 分析术后并发症

经症状观察及数据统计，在术后并发症发生率 (腹腔脓肿、肠粘连、肠梗阻) 方面，观察组 (4.76%) 低于对照组 (23.81%)， $P<0.05$ ，见表 5。

表 5 术后并发症对比 (n/%)

组别	腹腔脓肿 (例)	切口感染 (例)	肠梗阻 (例)	总发生率 (%)
对照组	1 (2.38)	6 (14.29)	3 (7.14)	10 (23.81)

(n=42)				
观察组	0 (0.00)	1 (2.38)	1 (2.38)	2 (4.76)
(n=42)				
χ^2				6.222
<i>P</i>				0.013

3 讨论

AA 是外科多发病、常见病，由于保守治疗效果有限^[10]，所以通常进

行手术治疗,同时随着腹腔镜手术的应用及推广,关于腹腔镜手术、开放手术治疗 AA 的价值产生了争议。

本次研究表明,腹腔镜手术对 AA 患者有较好效果。第一,本研究显示观察组术中出血量、切口长度较小, $P<0.05$,提示腹腔镜手术创口小,不易出血;另外,本报道中腹腔镜手术手术时间更少, $P<0.05$,提示既往腹腔镜手术用时长可能与术者经验不足有关^[11],导致术中腹腔探查、操作等均需花费较多时间,但是随着医师积累了大量经验,能够改善上述情况,加之腹腔镜手术无需开腹、无需耗时缝合,同时定位阑尾速度快^[12],故能缩短手术时间;此外,观察组术后抗感染时间较少, $P<0.05$,提示采用腹腔镜手术时无需长时间使用抗生素,有助于患者尽快恢复健康。第二,本研究显示观察组术后排气时间、术后禁食时间、血浆胃肠激素更佳, $P<0.05$,分析原因:开放手术尽管已经较为成熟,但是因切口大、术中探查不便、患者畏惧疼痛而不下床活动等^[13],容易影响胃肠功能恢复,而腹腔镜手术一方面时间较短,胃肠道操作少,所以不易影响胃肠道功能,另一方面腹腔镜手术疼痛感轻,不易影响患者情绪及植物神经功能,也能促进胃肠道功能恢复,同时腹腔镜手术后伤口愈合快,能够尽早下床活动,有效展开康复锻炼,也能促进胃肠道蠕动。第三,本研究显示观察组血清炎症因子、细胞免疫功能更佳, $P<0.05$,与乐浩^[14]学者的报道一致,分析原因:手术麻醉与创伤均会引起应激反应,导致术后炎症介质失衡、免疫功能抑制,不利于术后康复,本次监测两组血清炎症因子(IL-8、IL-6、PCT)、细胞免疫功能($CD4^+$ 、 $CD3^+$ 、NEUT),其中 IL-8、IL-6 属于中性粒细胞活化因子,能够促进免疫细胞活化,诱导炎症反应;PCT 稳定性强,当出现免疫功能抑制后, PCT 呈高表达,能够作为炎症反应标志物,预测感染性疾病预后; $CD4^+$ 、 $CD3^+$ 是重要的 T 淋巴细胞,正常情况下能够维持相对稳定,手术创伤则会改变上述平衡状态,从而降低特异性免疫功能,影响 NEUT 水平;开放手术因术野有限,加之松解粘连、寻找阑尾期间可能会造成腹腔污染,容易诱发术后炎症反应,腹腔镜手术创伤小,能够减少引起炎症反应的诱因,同时腹腔镜手术视野清晰,充分暴露阑尾,明确腹腔受污染程度,有效分离坏死组织与完成阑尾切割操作,控制炎症反应诱因,避免造成免疫抑制。第四, AA 患者术后容易发生切口感染、肠梗阻等并发症,本研究亦显示两组均出现了术后并发症,不过观察组术后并发症发生率更低, $P<0.05$,分析原因:开放手术中人为拿捏、夹持等操作容易刺激胃肠道^[15],损伤肠系膜、浆膜,造成肠梗阻,而腹腔镜手术能够减少人为操作损伤,且能及时清除腹腔脓性、炎性分泌物,能够避免腹腔分泌物刺激胃肠道,加之腹腔镜手术与阑尾内容物接触面积小,手术切口小,充分消毒的基础上也不易出现切口感染。值得注意的是,本研究未评估两组术后疼痛程度、住院费用,加之样本量偏少,可能影响术式选择,

今后尚需改进。

综上所述,由于腹腔镜手术治疗 AA 时兼具有效性与安全性,具有推广价值。

参考文献:

- [1]陈志达,鄱洪庆,唐云.吗啡硝唑联合腹腔镜微创手术治疗急性非单纯性阑尾炎有效性及安全性分析[J].中华普通外科杂志,2022,37(1):35-38.
- [2]尹克宁,卓凡.单孔腹腔镜手术治疗急性阑尾炎的临床疗效[J].腹腔镜外科杂志,2018,23(2):109-112.
- [3]赵学忠.腹腔镜与开放手术治疗急性阑尾炎的临床效果及对患者术中出血量的影响[J].中国药物与临床,2021,21(18):3136-3138.
- [4]杨雨民,刘丹,周金,等.腹腔镜与开腹手术治疗成人急性阑尾炎临床效果的对比分析[J].中国全科医学,2021,24(1):146-147.
- [5]陈烨楠.研究腹腔镜与开放手术治疗急性阑尾炎的疗效[J].中国实用医药,2020,15(27):31-33.
- [6]郑豪杰.腹腔镜手术与开放手术治疗急性阑尾炎的疗效与安全性[J].中国卫生标准管理,2021,12(23):91-94.
- [7]袁博,张岚,唐海灵,等.传统开腹和腹腔镜手术对急性阑尾炎患者临床疗效、胃肠功能以及并发症的影响[J].解放军医药杂志,2019,31(12):85-89.
- [8]吴开李,王连臣,符国宏.腹腔镜手术对穿孔性阑尾炎患者术后切口感染和免疫功能的影响[J].湖南师范大学学报(医学版),2020,17(2):102-106.
- [9]裴志忠.腹腔镜手术与开放手术治疗急性阑尾炎患者的疗效[J].医疗装备,2020,33(12):93-94.
- [10]胡慧,弓小雪.阑尾炎合并高血压患者行开放与腹腔镜手术对血管内皮素与 C 反应蛋白的影响[J].腹腔镜外科杂志,2020,25(2):138-140.
- [11]刘文能,曹宸,阳川华,等.腹腔镜手术治疗老年复杂阑尾炎的临床分析[J].实用医院临床杂志,2019,16(3):216-218.
- [12]杨方.腹腔镜与传统开腹手术治疗阑尾炎的临床效果对比及对住院时间、术中出血量的影响[J].中外医学研究,2019,17(9):140-141.
- [13]章征文,龚清.腹腔镜手术治疗急性阑尾炎临床分析[J].中国医学创新,2018,15(32):68-71.
- [14]乐浩.急性阑尾炎腹腔镜手术前后血清炎症因子水平及细胞免疫功能变化的研究[J].中国内镜杂志,2020,26(7):25-30.
- [15]彭飞,阿多,欧珠拉姆,等.腹腔镜手术治疗急性阑尾炎的临床疗效[J].西藏医药,2018,39(2):31-33.

腹腔镜胃袖状切除术治疗肥胖症的手术护理配合

张杰

西安交通大学第一附属医院麻醉手术部 陕西西安 710000

摘要: 目的: 讨论腹腔镜胃袖状切除术治疗肥胖症的手术护理配合措施及价值。方法: 将我院 2021 年 1 月至 2021 年 12 月, 收治 42 例行腹腔镜胃袖状切除术治疗的肥胖症患者, 随机分组各 21 例, 观察对照组 (施以常规围术期护理)、研究组 (加强手术护理配合) 干预成效。结果: 研究组的护理满意度高于对照组, $P < 0.05$ 。研究组的护理质量评分高于对照组, $P < 0.05$ 。研究组的术中并发症率低于对照组, $P < 0.05$ 。研究组术中舒张压与收缩压及心率低于对照组, $P < 0.05$ 。结论: 手术护理配合服务干预, 能够提高手术室护理质量与患者的医疗服务满意度, 减少手术应激反应, 值得临床应用推广。

关键词: 腹腔镜胃袖状切除术; 肥胖症; 手术护理

腹腔镜袖状胃切除术是目前临床应用范围最广的微创减重代谢手术术式之一, 也被称作是腹腔镜缩胃手术, 随着医疗技术水平的不断提升, 腹腔镜袖状胃切除术的临床应用越发成熟与自如。要想提高整体疗效, 确保手术的安全可靠性, 要求手术室护士加强护理模式的转变, 引入细节护理等先进的护理措施, 加强对护理细节与潜在问题的把控, 利用预见性和创造性及人文性的手术护理配合, 确保手术顺利进行, 对患者的安全提供重要保障, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 42 例行腹腔镜胃袖状切除术治疗的肥胖症患者当作观察对象, 纳入标准: ①符合手术指征; ②患者及家属均知情同意。排除标准: ①精神意识障碍; ②手术禁忌症; ③临床资料不全者。随机分组各 21 例, 对照组 13 例女性, 男性 8 例; 年龄 20-64 岁, 年龄平均 41.3 ± 4.4 岁; 平均体重指数 $44.12 \pm 5.24 \text{ kg/m}^2$ 。研究组 14 例女性, 男性 7 例; 年龄 22-65 岁, 年龄平均 41.7 ± 4.8 岁; 平均体重指数 $44.36 \pm 5.17 \text{ kg/m}^2$ 。两组临床数据相匹配, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组接受常规围术期护理, 包括环境干预与病情观察等。研究组施行手术护理配合服务, 如下所示:

1.2.1 术前护理

涉及以下几方面: ①术前 1d 访视: 肥胖症患者担忧减重手术的风险与效果等方面的顾虑, 从而出现不同程度的负面情绪。在术前访视时, 需根据患者的性格特点与心理状态等情况, 注意沟通方式, 用热情的服务态度增进亲和力。手术室护士需掌握艺术沟通技巧, 讲解手术方式与过程及配合要点等内容, 运用顺情等心理护理技巧, 引导患者主诉内心的困惑与真实想法, 通过介绍成功案例和家庭力量支持等措施, 缓解患者的负面情绪与消极心理, 消除其顾虑, 主动摆脱不良情绪的刺激, 提高其治疗信心与配合度。②术前评估: 采用深静脉血栓与压疮评分表, 评估患者的深静

脉血栓和压疮危险程度, 预防术中与术后出现并发症。③术前准备: 根据手术流程与用物要求, 充分准备各种手术物品与药品及器械和特殊手术器材。

1.2.2 术中护理

涉及以下几方面: ①手术体位: 协助麻醉师摆放“人”字位, 双腿板外展 15° - 30° 角, 检查患者身体是否出现超出手术床及与金属床部件触及情况, 避免手术发生意外。根据手术进程, 术中合理调整患者体位, 在不影响患者血流动力学的前提下充分暴露手术部位, 便于手术医师操作。②安全管理: 为避免术中出现急性压疮, 根据压疮评估结果, 对血糖高和体型大的压疮高风险患者, 采取在骨隆突处垫软垫和减压贴等措施防止发生压疮。按摩非手术部位, 以防止水肿。对评估结果显示下肢深静脉血栓高风险的患者, 通过预防性穿上尺寸合适的弹力袜或使用间歇压力泵等措施进行处理。术程做好输液预热和盖毛毯等保暖措施, 控制手术室内的温度与湿度和无菌环境, 预防术中低体温引起的各种不良情况。观察生命体征变化, 提醒手术操作医师及时进行处理。③术中管理: 配合麻醉师与手术医师完成手术操作, 充分游离后, 精准裁切与做好胃校准管管理, 确保消化道通畅。协助医师在胃袖状切除后检测“新胃”的完整性及有无渗漏的情况。熟练利用手术器械收纳袋, 协助助手连接固定各线路, 递纱布摄像白平衡。术中定时保养超声刀, 清理刀头上的血痂, 确保超声刀有效使用。做口袋固定于主刀右侧, 避免滑脱和方便取用。手术野彻底止血, 检查有活动性出血, 递 Hem-o-Lock 夹闭。协助医生敷贴固定。管理术中贵重的手术器材与耗材, 做好安装与使用及拆卸和消毒等工作。

1.3 观察指标

观察两组的术中应激反应。比较两组的术中并发症情况。统计两组的护理质量评分, 采取百分计, 分数与手术室护理质量呈正相关。向患者发放自拟满意度调查, 采取百分计, 0-59 分为不满意, 60-89 分为满意, 90-100 分为非常满意。分数越高表示对医疗服务的满意度越高。

1.4 统计学方法

数据处理用 spss22.0 软件,以均数±标准差表示的计量数据,行 t 检验;以百分数表示的计数资料,行 χ^2 检验;组间统计学差异用 $P<0.05$ 表示。

2 结果

2.1 满意度情况

研究组的护理满意度高于对照组, $P<0.05$, 如表 1 所示。

表 1 满意度比对 (n,%)

组别	n	非常满意	满意	不满意	满意度
对照组	21	8 (38.10)	7 (33.33)	6 (28.57)	71.43
研究组	21	14 (66.67)	6 (28.57)	1 (4.76)	95.24
χ^2					4.286
P					0.038

2.2 术中应激反应

研究组术中舒张压与收缩压及心率低于对照组, $P<0.05$, 如表 2 所示。

表 2 应激反应比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	n	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)	心率 (次/min)
对照组	21	131.25±8.05	89.28±7.25	91.08±8.34
研究组	21	108.35±7.45	73.17±5.54	85.13±5.12
t		19.137	15.062	7.334
P		0.000	0.000	0.008

2.3 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 3 所示。

表 3 护理质量评分比对 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	护理态度	手术流程	术中配合	手术室环境
对照 组	21	81.33±1.21	85.12±0.62	82.26±2.41	87.41±0.25
研究 组	21	92.41±1.06	93.24±0.46	93.24±2.58	94.33±0.14
t		13.134	8.285	9.137	7.134
P		0.000	0.006	0.003	0.008

2.4 术中并发症情况

研究组的术中并发症率低于对照组, $P<0.05$, 如表 4 所示。

表 4 术中并发症比对 (n,%)

组别	n	压疮	下肢深 静脉血 栓	寒颤	其他	发生率
对照 组	21	2 (9.52)	2 (9.52)	3 (14.29)	2 (9.52)	42.86

研究 组	21	0 (0)	0 (0)	1 (4.76)	1 (4.76)	9.52
2						6.035
P						0.014

3 讨论

腹腔镜胃袖状切除术也被称作是袖状胃切除术, 主要利用腹腔镜技术将胃大弯侧的垂直部切割, 使胃形成约 150ml 的小胃囊, 以此达到治疗肥胖的目的。腹腔镜胃袖状切除术的原理在于减少胃容量和激素分泌。袖状胃切除术的优势特点突出, 可不改变胃肠道的生理状态及正常的分泌与吸收; 手术操作简单, 风险小, 并发症少, 治疗效果显著。本着三分治疗七分护理的服务理念, 在手术治疗中配合术中护理, 更利于确保手术的顺利与安全进行^[1]。

手术护理配合可减少手术应激, 促使手术顺利进行。手术室属于特殊的治疗场所, 护理工作质量对患者生命安全的影响较大。虽然腹腔镜胃袖状切除术属于微创术式, 但兼具工作量大与技术要求高和风险大及工作时间长等外科手术的风险, 对接受腹腔镜胃袖状切除术治疗的患者, 施行全面优质的护理操作显得尤为重要。术前护理人员访视, 稳定患者的身心状态, 做好术前的评估与准备等工作, 确保手术顺利进行。术中密切配合手术医师与麻醉师完成手术安全操作, 观察患者的生命体征变化, 及时发现和处理异常情况。影响手术顺利进行和引起手术应激反应的因素较多, 包括手术侵入性创伤与负面心理等刺激因素。患者术前存在恐惧与焦虑等负面心理, 强烈的负面情绪会促使机体的内分泌系统发生变化, 对手术和麻醉安全的影响较大。手术护理配合, 本着提高手术安全可靠性的目的进行, 在术前与术中合理满足患者的心理与生理等需求, 稳定其身心状态, 做好手术治疗的准备。术前明确讲解病因和手术治疗及护理等方面的内容, 做好解疑答惑和信息咨询等服务工作, 提高家属和患者的认知度, 将其从错误的思想观念和态度中脱离出来, 明确掌握注意事项及配合要点, 消除其顾虑, 提高手术治疗的信心。术中不断优化手术护理流程, 提高手术护理工作的创造性与人文性, 减少各种刺激因素对患者血压与心率等生命体征的影响, 确保手术效果。

手术护理配合可减少术中并发症, 提高手术疗法的安全有效性。引起术中并发症的因素, 一是患者自身因素, 尤其是高血糖患者, 手术操作对其血流动力学的影响较大, 极易发生术中急性压疮与下肢深静脉血栓等并发症。二是护理人员因素, 手术室护士的并发症预防意识不足, 术中护理忽视并发症危险因素的把控, 导致术中的并发症率增大。因此, 要想充分发挥手术护理配合对腹腔镜下袖状胃切除术安全可靠性的作用价值, 需不断提高护理人员的风险意识与责任意识和负责意识, 加强对存在和潜在并发症危险因素的有效评估与把控。术前调整患者的基础疾病, 如糖尿

病等, 确保生命体征稳定, 降低手术风险。术中合理控制手术室的环境, 包括温度与湿度等, 通过冲洗液加温和控制手术室温度等保暖措施, 减少低体温引起的寒颤等不适。受压部位垫软垫, 防止出现术中急性压疮。通过弹力袜等措施, 预防下肢深静脉血栓。密切观察患者的生命体征变化, 发现异常情况及时医师处理。本着为患者负责的理念, 加强实践经验总结, 分析和预测腹腔镜下袖状胃切除术中可能出现的并发症风险, 做好并发症的评估工作, 采取前瞻性和预见性的护理措施干预, 观察血流动力学与皮肤受压及体温变化等情况, 及时把握并发症的先兆特征, 在手术室护理人员的配合下, 规范落实各种并发症的预防护理措施, 切实降低手术风险^[2]。

手术护理配合可提高医疗服务质量, 促使手术室护理内涵更加丰富。在手术护理前, 组织手术室护士接受系统性的培训, 使其明确掌握腹腔镜下袖状胃切除术护理配合的要点及注意事项等, 使其能够得心应手的展开岗位工作。术前组织手术室护理分析常规术中护理中的问题, 落实基于循证的手术护理措施, 贯彻落实规章制度, 逐步优化护理流程, 切实弥补常规护理模式的不足, 确保手术室护理工作得以有序进行。护理人员在以人为本和外科快速康复等现代化服务理念的下, 在不违背医院规章制度的基础上, 规范落实各项手术护理操作, 减少手术护理操作失误及误差, 最大程度的推动护理服务质量和效率的持续改进。优质的手术护理配合服务, 对护理人员的职业素养和专业能力的要求较高, 护理人员掌握艺术沟通技巧, 通过细致化的服务与情感交流。突出对患者的人性化护理, 缓解患者及家属的紧张感。建立良好的护患关系, 可提高患者的信任度与安全感。手术室护士的责任意识更强, 能够为患者提供高质量的护理服务, 促使手术护理配合服务的干预价值得以充分发挥。术前准备手术物品与器械, 检查物品的齐全性与功能性, 确保设备处于正常工作状态, 减少手术操作中设备问题引起的各种风险。术中人性化的护理服务, 提供软枕等舒适化护理服务; 提供手术室环境介绍等细节化服务; 提供安全评价等预见性护理服务; 提供人文关怀教育等快速外科康复护理服务, 可有效缩短手术时间, 降低手术风险, 充分体现出手术室护士的核心价值。术中要求巡回护士科学合理的展开体位摆放与放置胃校准导管和病情观察等护理配合工作; 器械护士规范展开连接仪器设备与 建立气腹及腹腔镜下胃袖状切除及取出标本等护理配合工作。在护理工作中, 通过加强心理护理与舒适护理, 严格防控并发症情况; 合理把握胃管的选择及插拔时机, 避免操作不当导致的误损伤; 确保胃袖状切除时切割吻合的质量, 以保证手术的成功率。通过严格要求护理人员的操作行为, 确保其得以训练有素, 促使手术室护士的责任感与服务能力逐步强化, 提高腹腔镜下胃袖状切除术的效率与质量, 更利于推动护理学的发展^[3]。

手术护理配合可提高患者的医疗服务满意度。手术优质护理配合服务, 从患者的合理需求入手, 根据术前评估等结果, 制定个体化的手术护

理方案, 护理操作的系统性和针对性更强, 更利于达到手术室护理服务的目的。常规手术室护理以疾病控制的理念为主, 根据患者生命体征变化与手术进展, 被动性与主观性的落实护理措施干预, 护理效果不尽理想。手术优质护理配合服务的创造性更强, 在手术室护理中根据情况及时调整干预方案, 积极把控患者的失血量与手术时间等刺激因素, 帮助患者摆脱多种应激因素间的恶性循环状态, 尤其是术前心理护理及术中保暖及保持嘴唇的湿润和按摩局部预防水肿等细节性的手术护理干预, 更利于腹腔镜下袖状胃切除术的整体疗效提升。患者对手术效果的担忧较大, 对手术室护士的依赖度更大, 不断优化手术室护理管理模式, 及时掌握和满足患者的合理需求, 更利于强化手术的安全可靠性, 从而提高整体疗效。尤其是优质与综合性及精细化的手术室护理干预, 以医学科研为基础的新型护理模式, 取代了以往的经验主义的护理概念, 更利于达到预期的手术护理效果。在医患关系越发紧张背景下, 施行优质的手术室护理配合, 把握手术护理服务的细节, 是护理服务的进步, 更利于改善护患关系。在生理-心理-社会医疗的护理服务理念导向下, 规范落实手术室护理工作。术前访视是手术室护理的第一阶段, 掌握患者的病情与各项检查结果与评估结果, 与患者进行面对面的沟通, 做好宣教与心理护理工作, 让患者轻松积极的面对手术。术中从生理与心理等方面提供护理, 尊重患者的隐私, 让患者从心理上获得轻松。术中以适当的体位和体温进行手术, 合理使用软枕和支架等, 减少体位等原因引起的肌肉拉伤和神经损伤。要求手术室护士提供准确熟练的护理操作, 密切检查受压与受损等情况。在使用器械时, 减少器械间的碰撞, 减少对患者的感官刺激。热情的服务态度和娴熟的技能操作, 更利于提高患者的满意度与认可度, 积极配合护理工作展开, 促使临床操作得以顺利进行。护患关系的改善, 可提高患者的医疗服务满意度, 更利于维护医院的良好形象, 利于推动医院的长远发展。

综上所述, 手术护理配合服务对手术室工作的影响较大, 可降低腹腔镜下袖状胃切除术的应激反应, 提高患者的医疗服务满意度及手术室护理的服务质量, 降低术中并发症与不良反应, 确保腹腔镜下袖状胃切除术得以顺利进行, 值得深入研究。

参考文献:

- [1]陈燕芳,张新梅,奚敏秋,张白易.手术护理流程优化在病态性肥胖症全腹腔镜下袖状胃切除术中应用[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(52):17-18.
- [2]张少华,王莹莹,曹经纬,何宇辉.快速康复在腹腔镜胃袖状切除术治疗2型糖尿病合并肥胖患者的护理体会[J].中国现代医生,2018,56(28):156-158.
- [3]何丽君,张君,龚荣花,吕晴,马艳,王伟,王道荣.腹腔镜胃袖状切除术治疗肥胖症的手术护理配合[J].天津护理,2018,26(1):43-44.

普芦卡必利联合生物反馈治疗对慢性传输型便秘患者的疗效分析及氧化应激指标的影响

宋顺丰 王永彬 郭志鑫

河北省定州市人民医院 胃肠外科 073000

摘要：目的：探究普芦卡必利联合生物反馈治疗对慢性传输型便秘患者氧化应激指标、肛门直肠测压水平、生活质量的影响。方法：选取 2021 年 2 月-2022 年 2 月来本院行慢性传输型便秘治疗的 80 例患者作为研究对象，随机将其分为观察组（ $n=40$ ）和对照组（ $n=40$ ）。对照组患者口服普芦卡必利，观察组患者在此基础上联合生物反馈治疗。比较两组患者氧化应激指标、肛门直肠测压水平、生活质量。结果：治疗前，两组患者氧化应激指标比较无统计学意义（ $P>0.05$ ）；治疗后，两组患者氧化应激指标均改善且观察组优于对照组（ $P<0.05$ ）；治疗前，两组患者肛门直肠测压水平比较无统计学意义（ $P>0.05$ ），治疗后，两组患者肛门直肠测压水平均改善且观察组优于对照组（ $P<0.05$ ）；治疗前，两组患者生活质量比较均无统计学意义（ $P>0.05$ ）；治疗后，两组患者生活质量均改善且观察组高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：对慢性传输型便秘患者进行普芦卡必利联合生物反馈治疗，能够改善患者的氧化应激水平，降低患者肛门直肠测压水平从而改善患者的生活质量。

关键词：普芦卡必利；生物反馈治疗；慢性传输型便秘；氧化应激指标

慢传输型便秘是指肠道的蠕动比较缓慢，肠道里的大便传输比较慢说引起的便秘^[1]。慢传输型便秘是一种功能性便秘，也就说肠道没有器质性问题，主要是结肠传输功能发生障碍，肠道里的内容物传输缓慢，所表现出来的症状大多是大便次数的减少，或者没有便意，大便干硬，排便困难，3-4 天解一次大便，甚至 10 天半个月解一次，同时伴有腹部胀满，解大便解不尽的感觉，症状随着时间逐渐的加重，但其发病机制尚不完全清楚^[2-3]。对于慢性阻塞性肺疾病患者和功能性出口梗阻患者，西医主要使用药物改善肠神经兴奋性和细胞生物学治疗，但长期使用会产生各种副作用，停药后很容易复发，因此，制定有效的临床治疗方式对于慢性传输型便秘患者具有积极意义^[4-5]。本文将普芦卡必利联合生物反馈治疗应用于慢性传输型便秘患者中，观察其干预效果。

1. 研究对象与方法

1.1 研究对象

选取 2021 年 2 月至 2022 年 2 月来本院行慢性传输型便秘治疗的 80 例患者作为研究对象，随机其分入观察组（ $n=40$ ）和对照组（ $n=40$ ）。对照组患者口服普芦卡必利，观察组患者在此基础上联合生物反馈治疗。对照组男性患者 26 例，女性患者 24 例，年龄 20-45 岁，平均年龄（ 25.39 ± 2.49 ）岁；观察组男性患者 22 例，女性患者 18 例，年龄 21-46 岁，平均年龄（ 25.45 ± 2.48 ）岁。纳入标准：（1）符合《中国成人慢性便秘评估与外科处理临床实践指南》中诊断标准；（2）无精神认知障碍，能够正常进行交流；（3）生化检查正常；（4）无其他恶性疾病；（5）患者知情同意。排除标准（1）精神认知障碍，不能正常进行沟通；（2）肝、肾功能不全；（3）对本次研究药物过敏。参加本次研究患者一般资料比较无明显差异

（ $P>0.05$ ），本研究经本院医学伦理委员会审批。

1.2 方法

1.2.1 对照组：本组患者单纯口服普芦卡必利（生产厂家：河北仁合益康药业有限公司；国药准字：H20203020；包装规格：1mgx7 片 x2 板/盒），每日温水送服两次，每次 2mg。

1.2.2 观察组：本组患者在口服普芦卡必利的基础上行生物反馈治疗。采用上海寰熙医疗器械有限公司生产的生物反馈训练系统。治疗前向患者讲述肛门直肠治疗中患者的解剖学特征及排便机制，在插管前让患者进行模拟训练，并理解直肠是指肛门肌肉收缩的检查。在插管进行前指导患者进行小肠运动在侧卧位，根据屏幕上患者的喜好选择不同的卡通，并解释屏幕上符号的含义。指导患者增加腹压，收缩和放松肛门。每次锻炼持续 40 分钟至 1 小时，持续到第二天。两周后每周 2~3 次，一次跑 10-30 次，在治疗期间和治疗后，患者可以在家接受 20 分钟的训练，每天 2~3 次。

1.3 观察指标

（1）氧化应激指标：在治疗前及治疗后采用上海原鑫提供的氧化应激试剂盒检测超氧化物歧化酶（SOD）和丙二醛（MDA）水平。

（2）直肠测压：在治疗前及治疗后采用高分辨率肛肠测压仪检测肛管静息压、肛管最大收缩压及持续挤压时间。

（3）生活质量：在治疗前及治疗后由护理人员采用 SF-36 健康调查简表（Short-form health survey-36, SF-36）^[6]评估患者的生活质量，共 36 个条目，分为 8 个维度，包括生理功能、生理职能、躯体疼痛、总体健康、活力、社会功能、情感职能、精神健康，可概括为生理健康和心理健康两大类，其中心理健康总分 70 分，躯体功能总分为 105 分，评分越高表明

患者生活质量越好。

1.4 统计学方法

使用 SPSS 22.0 软件对数据进行统计学处理。氧化应激指标、生活质量、直肠测压用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间、组内比较采用 t 检验。以 n (%) 表示计量资料, 采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患者氧化应激指标比较

治疗前, 两组患者氧化应激指标比较无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后, 两组患者氧化应激指标均改善且观察组优于对照组 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者氧化应激指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	SOD/ (IU/L)		MDA(nmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后

表 2 两组患者肛门直肠测压水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	肛管静息压 (mmHG)		肛管最大收缩压 (mmHG)		持续挤压时间 (s)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	97.43±11.29	89.34±4.29*	254.20±34.20	213.29±32.20*	15.30±3.12	13.20±2.30*
观察组	40	97.39±11.34	78.49±4.28*	254.39±34.29	180.48±32.42*	15.39±3.29	10.29±2.10*
T 值		0.016	11.32	0.025	4.541	0.126	5.909
P 值		0.987	<0.001	0.980	<0.001	0.900	<0.001

注: 与护理前比较, * $P<0.05$

2.3 两组患者生活质量比较

护理前, 两组间心理健康、躯体健康、生活质量总分的差异均无统计

对照	40	17.39±3.24	22.59±3.45*	7.28±1.27	4.29±0.32*
组					
观察	40	17.58±3.20	26.49±3.48*	7.38±1.35	2.31±0.54*
组					
T 值		0.264	5.034	0.341	19.95
P 值		0.793	<0.001	0.734	<0.001

注: 与护理前比较, * $P<0.05$

2.2 两组患者肛门直肠测压水平比较

治疗前, 两组患者肛门直肠测压水平比较无统计学意义 ($P>0.05$), 治疗后, 两组患者肛门直肠测压水平均改善且观察组优于对照组 ($P<0.05$), 见表 2。

学意义 (P 值均) 0.05); 护理后, 两组心理健康、躯体健康、生活质量总分评分均高于护理前 (P 值均 <0.05); 且观察组心理健康、躯体健康、生活质量总分均高于同期对照组 (P 值均 <0.05)。见表 3。

表 3 两组患者生活质量比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	心理健康		躯体健康		生活质量总分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	61.24±3.98	65.23±4.26*	93.87±4.18	99.68±4.67*	154.55±8.58	164.77±8.58*
观察组	40	61.32±4.02	68.14±4.36*	93.09±4.29	104.46±4.28*	154.85±8.47	169.58±8.67*
T 值		0.089	3.019	0.824	4.772	0.157	2.494
P 值		0.929	0.003	0.413	<0.001	0.875	0.015

注: 与护理前比较, * $P<0.05$

3. 讨论

慢性传输型便秘病理证实结肠肌间神经节细胞减少伴空泡变性,肌间神经节细胞减少,神经丛退行性变,由于肠肌间神经节细胞减少,变性等改变,导致肠壁营养不良,从而结肠蠕动进一步减退,肠壁扩张变薄,进一步加重便秘症状。相关研究表明,以超氧化物歧化酶(SOD)和丙二醛(MDA)为代表的异常氧化应激广泛参与慢性功能性便秘的发生和发展^[7-8]。自由基的过度积累可直接或间接损伤肠粘膜细胞,而SOD可捕捉过量的氧自由基,改善肠粘膜屏障功能,并评估慢性功能性便秘患者的长期预后。因此,调节患者氧化应激指标能够改善患者避免症状的严重程度。

本次研究结果显示,对慢性传输型便秘患者采取普芦卡必利联合生物反馈治疗的方式进行干预,观察组患者氧化应激水平优于对照组($P<0.05$),观察组患者肛门直肠测压水平低于对照组($P<0.05$),分析其原因在于普芦卡必利是最常用的药物之一,通过减少5-羟色胺受体来改善肠道运动和肠道运动。5-羟色胺受体是提高动力和肠力最常用的药物之一,药物依赖性在50%以上,在药物停用后复发率较高^[9]。此外,生物反馈治疗通过训练促进骨盆和腹肌的生物反馈,促进肠痉挛,特别是在腹肌收缩的患者中,训练后压力显著增加。对慢性传输型患者进行测压,部分患者进食后腹腔内压力没有增加,测压后显示,24小时内运动减少^[10-11]。生物反馈可以改善大脑活动,对于慢性传输型便秘治疗效果明显。由此提示普芦卡必利联合生物反馈治疗慢性功能性出口梗阻型便秘能够改善患者临床症状,改善结肠传输功能和肛门直肠压力,并有助于调节氧化应激指标水平^[12]。本次研究结果还显示,对患者采取普芦卡必利联合生物反馈治疗后,观察组患者生活质量优于对照组($P<0.05$),生物反馈对于治疗患者适应症明显,生物反馈法对适应症的选择非常重要,耐心和信任也是治愈效果的关键。采用两种方式联合使用能够促进患者的治疗效果,患者临床症状改善较快。并且这种方法是非侵入性的,无痛且副作用较小^[13]。对各种类型的功能性便秘患者有良好的治疗效果,因此提高患者生活质量。

综上所述,对慢性传输型便秘患者进行普芦卡必利联合生物反馈治疗后,能够有效改善患者氧化应激水平,降低患者肛门直肠测压水平,从而提高患者生活质量。

参考文献:

[1] Lorena M, Costa, Marcela M, Mendes, Amanda C, Oliveira, Kelly G, Magalhães, Nitin, Shivappa, James R, Hebert, Teresa H M, da Costa, Patrícia B, Botelho. Dietary inflammatory index and its relationship with gut microbiota in individuals with intestinal constipation: a cross-sectional study. [J]. European journal of nutrition, 2022, 61(1): 341-355.

[2] Fabiana Cristina Rosa, Mitelmão, Cristianede Cassia, Bergamaschi, Marli, Gerenutti, Karin, Hächel, Marcus Tolentino, Silva, Victor M, Balcão, Marta Maria Duarte

Carvalho, Vila. The effect of probiotics on functional constipation in adults: Double-blind, randomized, placebo-controlled study. [J]. Medicine, 2021, 100(10): e24938.

[3] 李睿瑛, 杨锋, 郭海霞. ABF 联合益肠通便方治疗老年慢性传输型功能性便秘患者的效果及其对直肠推进力水平的影响 [J]. 华夏医学, 2021, 34(5): 22-26.

[4] 皇菊莲, 刘竺华, 李玮, 任泓瑾, 孙瑞丽. 神阙穴中药贴敷治疗慢传输型功能性便秘气滞热结型的临床观察及护理体会 [J]. 中国药物与临床, 2021, 21(10): 1789-1790.

[5] 张莉, 顾清, 张璐. 普芦卡必利和伊托必利分别联合生物反馈治疗老年功能性便秘的疗效比较 [J]. 医学理论与实践, 2018, 31(14): 2070-2072.

[6] 中华医学会外科学分会结直肠外科组. 中国成人慢性便秘评估与外科处理临床实践指南(2022版) [J]. 中华胃肠外科杂志, 2022, 25(1): 1-9.

[7] 王芳, 潘薇, 谢幼华. 微信延续性营养干预对胃癌术后患者希望水平、生活质量及营养状态的影响 [J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(24): 59-60.

[8] Akiko, Kobayashi, Keiko, Nagashima, Ailing, Hu, Yoshinao, Harada, Hiroyuuki, Kobayashi. Effectiveness and safety of kamikihito, a traditional Japanese medicine, in managing anxiety among female patients with intractable chronic constipation. [J]. Complementary therapies in clinical practice, 2022, 46: 101526.

[9] Guanhua, Rao, Zhijian, Meng. A commentary on "The efficacy and safety of probiotics for patients with constipation predominant irritable bowel syndrome: A systematic review and meta-analysis based on seventeen randomized controlled trials" [Int. J. Surg. 2020; 79: 111-119]. [J]. International journal of surgery (London, England), 2021, 91: 105993.

[10] 赵若木, 梁劲军. 温阳行气中药灌肠联合普芦卡必利治疗慢性功能性出口梗阻型便秘疗效及对肛门直肠测压、氧化应激指标的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27(10): 1053-1056.

[11] 纪晨光, 刘改芳, 吴婧, 孟霞, 朱新影, 杨亮. 普芦卡必利与伊托必利在慢性便秘患者肠道准备中的效果比较 [J]. 河北医科大学学报, 2019, 40(2): 153-155, 160.

[12] 洪丽莉, 杨红旗, 方道连, 彭辉. 琥珀酸普芦卡必利联合双歧杆菌四联活菌片治疗脑卒中后便秘的疗效研究 [J]. 广东医学, 2019, 40(16): 2404-2407.

[13] 阿英, 屈海燕, 高东. 老年便秘患者联合应用普芦卡必利与复方聚乙二醇电解质散行结肠镜检查肠道准备的效果观察 [J]. 临床误诊误治, 2018, 31(10): 78-81.

基层医院 60 例抗菌药物不良反应分析

周丽杨

北京市顺义区空港医院 北京顺义 101318

摘要：目的：通过对我基层医院出现的抗菌药物不良反应进行分析，了解不良反应发生时间、类型等规律，为医师临床安全用药提供有价值的参考。

方法：选择我院 2020 年 1 月-2021 年 12 月上报的抗菌药物不良反应 60 例，依据其因果关系进行分析，找出可参考的规律。结果：60 例抗菌药物不良反应中，皮肤损害 22 例，消化系统损害 18 例，过敏反应 15 例，中枢神经损害和听力损害各 2 例，视力损害 1 例。评价与转归不良反应恢复时间：小于 1 小时 16 例，1-24 小时 28 例，1-3 天 8 例，3-7 天 5 例，7 天以上 3 例。对患者病情影响不明显 43 例，病程延长 6 例，病情严重 4 例，治愈 3 例，好转 4 例。因果关系评价：很可能 45 例，可能 9 例，肯定 6 例。结论：抗菌药物不合理使用和滥用一方面导致细菌耐药性增加，另一方面也增加 ADR 和药物事件的发生。加强抗菌药物的管理，通过合理使用而降低抗菌药物的使用率，从而延缓临床耐药株的产生和发展，减少因不规范的使用或滥用而产生的不良反应，更好的发挥每一种抗菌药物的作用，保证每个感染患者的救治疗效均有特别重要的意义。

关键词：抗菌药物；不良反应；合理使用

Analysis of 60 cases of adverse reactions of antibiotics in grass-roots hospitals

Zhou Liyang

Airport Hospital of Shunyi District of Beijing, Shunyi 101318, China

[Abstract] Objective: by analyzing the adverse drug reactions of antibiotics in our grass-roots hospitals, to understand the occurrence time and type of adverse reactions, so as to provide valuable reference for doctors to use drugs safely in clinic. Methods: 60 cases of adverse reactions of antibiotics reported in our hospital from January 2020 to December 2021 were selected and analyzed according to their causal relationship to find out the reference law. Results: among the 60 cases of adverse reactions of antibiotics, there were 22 cases of skin damage, 18 cases of digestive system damage, 15 cases of allergic reaction, 2 cases of central nervous system damage and 2 cases of hearing damage, and 1 case of visual damage. Evaluation and outcome: the recovery time of adverse reactions was less than 1 hour in 16 cases, 1-24 hours in 28 cases, 1-3 days in 8 cases, 3-7 days in 5 cases and more than 7 days in 3 cases. 43 cases were not cured, 4 cases were not significantly affected, and 4 cases were not cured. Causality evaluation: 45 cases are likely, 9 cases are possible and 6 cases are positive. Conclusion: on the one hand, the irrational use and abuse of antibiotics lead to the increase of bacterial drug resistance, on the other hand, it also increases the occurrence of ADR and drug events. It is of great significance to strengthen the management of antibiotics and reduce the use rate of antibiotics through rational use, so as to delay the generation and development of clinical drug-resistant strains, reduce the adverse reactions caused by non-standard use or abuse, give better play to the role of each kind of antibiotics and ensure the rescue and treatment effect of each infected patient.

[Key words] antibiotics; Adverse reactions; Rational use

抗菌药物一般是指由细菌、霉菌或其它微生物在繁殖过程中产生的，能够杀灭或抑制其它微生物的一类物质及其衍生物，用于治疗敏感微生物（常为细菌或真菌）所致的感染。其能挽救无数生命，但其在临床应用中也会引发不良反应^[1]。药物的不良反应（ADR）是临床用药中的常见现象。它不仅指药物的副作用，还包括药物的毒性、特异性反应、过敏反应、继发性反应等^[2]，所有的药物都可能引起不良反应，只是不良反应的程度和

发生率不同。

抗菌药物是临床应用最广、种类最多的一类药物，在各种感染性疾病的治疗中发挥了重大作用，但抗菌药物在临床的使用还存在许多问题，影响患者的用药安全，现将我院 60 例抗菌药物引起的 ADR 情况进行分析，为临床用药提供参考。

1 资料方法

1.1 临床资料。选择我院 2020 年 1 月-2021 年 12 月由临床各科室医师、护士和临床药师上报的 ADR 病历 60 例，男 26 例，女 34 例。其中 18 岁以下 14 例，18 到 60 岁 30 例，61 岁以上 16 例。ADR 发生时间为给药后数分钟至 14 天。其中 1 小时内发生 16 例，1-24 小时发生 25 例，1-7 天发生 14 例，大于 7 天发生 5 例。口服给药 9 例，外用 13 例，肌内注射 5 例，静脉 33 例。单一用药 21 例，联合用药 39 例。呼吸系统感染用药 28 例，感染性疾病科 21 例，围手术期用药 5 例，外科各 4 例，妇科、口腔科各 2 例。

1.2 方法。根据临床医师会诊和终末病例统计，并对收集的资料按国家 ADR 监测中心制定的标准进行因果关系分析评价及 ADR 分级、汇总，并依照 ADR 分类标准进行分类统计。对临床相关资料按照涉及药物、临床表现和因果关系进行分类统计。

2 结果

2.1 涉及药物及分类：喹诺酮类 20 例，左氧氟沙星。头孢类 14 例，头孢唑肟、拉氧头孢等。大环内酯类 8 例，阿奇霉素。氨基糖苷类 6 例，庆大霉素、阿米卡星。青霉素类 5 例，青霉素、阿莫西林钠等。硝基咪唑类 5 例，奥硝唑。抗真菌类 2 例，伊曲康唑、阿昔洛韦。各类药物占比分别为 33.33%、23.33%、13.33%、8.33%、10.00%、8.33%、3.33%，具体资料见表 1。

表 1 涉及抗菌药物百分比和排序

排序	涉及药物分类	例数	占比
1	喹诺酮类	20	33.33%
2	头孢类	14	23.33%
3	大环内酯类	8	13.33%
4	青霉素类	6	10.00%
5	氨基糖苷类	5	8.33%
6	硝基咪唑类	5	8.33%
7	抗真菌类	2	3.33%
合计		60	100.00%

2.2 ADR 的临床表现与分类。皮肤损害 22 例，(利复星 11 例，头孢唑肟 4 例，阿莫西林 4 例，奥硝唑 2 例，头孢他啶 1 例。)，消化系统损害 18 例(阿奇 8 例，利复星 5 例，头孢呋辛 3 例，克拉霉素 2 例)，过敏反应 15 例，中枢神经损害和听力损害各 2 例，视力损害 1 例,详见表 2。

表 2 涉及抗菌药物的临床表现

药物分类	例数	皮肤损害	消化系统损害	过敏反应	中枢神经损害	听力损害	视力损害
喹诺酮类							
头孢类	20	11	5	4	0	0	0
大环内酯类	14	5	3	6	0	0	0
青霉素类	8	0	8	0	0	0	0
氨基糖苷类	6	4	2	0	0	0	0
硝基咪唑类	5	0	0	2	2	1	0
抗真菌类	5	2	0	2	0	1	0
合计	2	0	0	1	0	0	1
合计	60	22	18	15	2	2	1

2.3 因果关系。评价与转归 ADR 恢复时间：小于 1 小时 16 例，1-24 小时 25 例，1-3 天 8 例，3-7 天 6 例，7 天以上 5 例。ADR 对患者病情影响不明显 43 例，病程延长 6 例，病情严重 4 例，治愈 3 例，好转 4 例，见表 3。因果关系评价：很可能 45 例，可能 9 例，肯定 6 例。

表 3 抗菌药物 ADR 恢复时间及评价

恢复时间	例数	影响不明显	病程延长	病情严重	治愈	好转
<1h	16	16	0	0	0	0
1-24h	25	24	0	1	0	0
1-3d	8	3	0	1	2	2
3-7d	6	0	3	1	1	1
>7d	5	0	3	1	0	1
合计	60	43	6	4	3	4

3 讨论

抗菌药物可以治疗各种病原菌，疗效可靠，使用安全。但由于差异以及长期大剂量地使用等问题，也会引起各种不良反应。就本院 60 例 ADR 临床表现以皮肤损害最多，其中左氧氟沙星发生的例数最多。其他常见 ADR 表现为因静脉滴速过快引起的静脉炎，中枢神经系统头痛，头晕及

幻觉。ADR 分类主要有以下几方面：(1)过敏反应：由于个体差异，任何药物均可引起过敏反应，只是程度上的不同。易引起过敏反应或过敏性休克的药物主要有青霉素类、头孢菌素类、氨基糖类、四环素类、氯霉素、洁霉素、磺胺类等抗菌药物。我院出现的药物为头孢哌酮、头孢他啶等。过敏反应不光因为药物本身，也可能因为药物中的辅料引起过敏，临床医师在用药前还需自己询问患者过敏史以及做相应的过敏试验。(2)肝损害：通过直接损害或过敏机制导致肝细胞损害或胆汁郁滞的药物主要有四环素、氯霉素等。(3)肾损害：大多数抗菌药物均以原形或代谢物经肾脏排泄，故肾脏最容易受其损害。主要有氨基糖苷类（庆大霉素等）、磺胺类、头孢菌素类（尤其是第一代）、多粘菌素 B、二性霉素 B 等。(4)白细胞、红细胞、血小板减少，甚至再生障碍性贫血、溶血性贫血：主要见于庆大霉素、四环素、青霉素、头孢菌素等。(5)恶心、呕吐、腹胀、腹泻和便秘等消化道反应，我院多见于左氧氟沙星、阿奇霉素等药物。(6)神经系统损害：可表现为头痛、失眠、耳鸣、耳聋、郁、头晕以及多发性神经炎，甚至神经肌肉传导阻滞。多见于氨基糖苷类抗菌药物，如链霉素、卡那霉素等，我院 ADR 为阿米卡星。(7)二重感染：长期或大剂量使用广谱抗菌药物，由体内敏感细菌被抑制，而未被抑制的细菌以及真菌即趁机大量繁殖，引起菌群失调而致病，以老年人、幼儿、体弱及合并应用免疫抑制剂的患者为多见。需要临床在药物使用过程中注意疗程。(8)产生耐药：目前国内金黄色葡萄球菌对青霉素 G 耐药率可达 80%-90%，革兰氏阴性杆菌对链霉素等耐药率达 75%以上。因此，严格掌握抗菌药物的适应症，避免不合理滥用抗菌药物^[3]。

在临床使用过程中应注意，首先判断是否是感染性疾病，如：上呼吸道感染以及咽痛、咽喉炎，大部分是病毒感染所致，因此这类疾病无需抗菌药物而应使用病毒灵、病毒唑等抗病毒药物以及中草药治疗^[4]。其次，应根据细菌培养和药敏试验结果选用抗菌药物。但如果受条件限制或病情危急，亦可根据感染部位和经验选用，然而可靠性较差。一般情况下，呼吸道感染以革兰氏阳性球菌为多见。尿道和胆道感染以革兰氏阴性菌为多见。皮肤伤口感染以金黄色葡萄球菌为多见。为避免耐药的产生，尽量不选用广谱抗菌药物，注意用药疗程。新生儿、老年人和肝肾功能不全的人应避免或慎用主要经肝脏代谢和肾脏排泄的毒性较大的抗菌药物。因手术等情况预防性应用抗菌药物要严加控制，尽量避免在皮肤、粘膜等局部使用抗菌药物，因其易导致过敏反应，也易引起耐药菌株的产生。抗菌药物可以治病，同时也会产生副作用，没有一个抗菌药物绝对安全无副作用。

如链霉素、庆大霉素、卡那霉素等可损害第八对脑神经而造成耳聋。青霉素可发生过敏性休克，还会引起皮疹和药物热。应用广谱抗生素如四环素会使体内耐药细菌大量生长繁殖，而引起新的更严重的感染，因此使用抗菌药物应有的放矢，不可滥用。

在治疗过程中，如果使用抗菌药物 2-3 天后仍不显疗效时，应查找原因，可从下列八个方面进行分析：(1)是否诊断有误，或所患疾病并非细菌感染，而是病毒所致。(2)抗菌药物选择不当。致病菌与抗菌谱不符(3)给药途径不当，剂量不足，导致感染不能控制。(4)抗菌药物不能到达感染部位，或药物到达病灶部位的浓度太低，如包裹性脓胸、深部脓肿，以及骨和前列腺等组织感染等。(5)抗菌药物联用不当。(6)病人身体状况不佳，如营养不良、水电解质紊乱、酸碱平衡失调以及长期使用免疫抑制剂等。此时即使应用大剂量强有力的抗菌药物，也难收到预期效果，故必须加强综合治疗措施，改善身体状况。(7)病原菌已产生耐药性，此时应根据血培养及药敏试验选择敏感抗菌药物治疗。(8)可能混合细菌感染，如室内或院内病原菌存在，而导致重复感染或交叉感染等。

抗菌药物不合理使用和滥用一方面导致细菌耐药性增加，另一方面也增加 ADR 和药物事件的发生^[5]。由于我院联合用药种类多，容易引起药物相互作用，引起 ADR,因此需加强对药物联合应用的管理。加强抗菌药物的管理，通过合理使用而降低抗菌药物的使用率，从而延缓临床耐药株的产生和发展，减少因不规范的使用或滥用而产生的不良反应，更好的发挥每一种抗菌药物的作用，保证每个感染患者的救治疗效均有特别重要的意义。

参考文献：

- [1]文婧,冯婧,刘丹.145 例头孢菌素类抗菌药物不良反应的分析[J].中国处方药,2022,20(04):74-76.
- [2]徐品,鞠萍,罗琪,杨欢,汪洋.930 例儿童抗菌药物不良反应分析[J].中国药物警戒,2022,19(03):317-321.DOI:10.19803/j.1672-8629.2022.03.19.
- [3]苏玲,何文琼.我院 195 例抗菌药物致不良反应报告分析[J].海峡药学,2021,33(12):223-226.
- [4]区坚辉,莫婷,谭柏森,梁刚.289 例抗菌药物不良反应报告[J].中国药物经济学,2021,16(11):106-109.
- [5]陈明弟,成明建,辛海怡.抗菌药物不良反应 160 例分析及预防措施[J].中国医药科学,2021,11(14):143-146.

接纳与承诺疗法对青年乳腺癌患者配偶心理韧性及创伤后成长的影响

卓雪飘 何英煜 陆华 梁驿

广西医科大学附属肿瘤医院乳腺外科一病区 广西南宁 530021

摘要：目的：探讨接纳与承诺疗法对青年乳腺癌患者配偶心理韧性、创伤后成长的影响。方法 选择 2021 年 1 月至 2021 年 12 月于本院接受治疗的青年乳腺癌患者的配偶 80 名,随机分为观察组和对照组各 40 例。对照组给予常规干预,观察组在此基础上实施接纳与承诺干预,两组均干预 8 周。采用心理韧性量表、创伤后成长评定量表进行评估。结果 观察组心理韧性水平显著高于对照组 ($P<0.05$), 创伤后成长显著高于对照组 ($P<0.05$)。结论 接纳与承诺疗法能有效提高青年乳腺癌患者配偶的心理韧性水平, 提升其创伤后成长水平。

关键词：青年乳腺癌患者; 患者配偶; 接纳与承诺疗法; 心理韧性; 创伤后成长

乳腺癌发病年轻化趋势明显, 乳腺癌青壮年患者占比例高达 10%~15%^[1]。

乳腺癌的诊断对于年轻患者及其配偶来说, 都是一种巨大的心理创伤。作为患者的主要照顾者, 配偶不仅要承担繁重的照护任务, 还要承担沉重的经济负担, 承受着巨大的压力。有关研究表明, 患者配偶的心理韧性水平低下, 不仅造成自身的负面情绪, 而且对患者的康复和整个家庭的生活质量产生了直接的影响^[2-5]。因而, 提高配偶的心理韧性, 积极调节内心状态^[6], 对患者及配偶的生活质量都有积极意义。接纳与承诺疗法是一种行为干预措施, 强调以接纳与正念, 改变行为及承诺行动来提高心理灵活性^[7], 在临床工作中, 可有效改善患者及其家属的身心健康。本研究将接纳与承诺疗法应用于青年乳腺癌患者配偶, 以探讨该方案对配偶心理韧性水平及创伤后成长的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 (1) 患者纳入标准: ①年龄: 18-44 周岁; ②经细胞学穿刺检查确诊为乳腺癌; ③均进行乳房切除术; (2) 排除标准: ①患者意识不清或者出现其他严重并发症者; ②既往有心理障碍或精神病史; ③严重认知功能障碍者。患者配偶纳入标准: ① 均为青壮年乳腺癌手术患者的配偶; ②夫妻感情平稳;

③能正常沟通和交流; ④研究经医院伦理委员会审核同意, 患者和配偶均签署知情同意书。

排除标准: ①有精神方面疾患, 认知功能欠缺者; ②有视听障碍影响正常沟通者; ③患者严重慢性病患者; ④夫妻感情紧张者; 研究对象选取本院 2021 年 1 月至 2021 年 12 月接受治疗的 80 名年轻乳腺癌患者的配偶。采用随机数表法, 分为观察组 40 名, 对照组 40 名, 两组基线资料比较, 差异无显著性 ($P>0.05$), 具有可比性, 见表 1。

1.2 方法

1.2.1 干预方法

对照组按照乳腺外科常规给予护理, 入院后由责任护士告知住院须知事项, 缓解及消紧张焦虑情绪; 治疗期间主动向配偶解释患者相关病情及治疗方案, 同时讲解乳腺癌患者的照顾技能, 并根据个体情况给予心理护理、乳腺癌治疗的康复指导等; 出院时, 向患者及其配偶发放健康宣教手册并详细讲解出院后护理的方法和技巧, 嘱患者定期回院复查; 观察组在乳腺外科患者及配偶照护常规的基础上, 给予接纳与承诺疗法干预, 具体如下。

成立干预团队, 成员包括科室护士长 1 名、乳腺专科医生 2 名、高级心理咨询师 1 名、专科护士 3 名。对小组成员进行规范化培训, 明确各成员的工作职责。制定干预计划并落实具体措施, 对患者配偶依次进行接纳与承诺疗法 8 个模块的干预。干预频次为每周 2 次, 每次 30~60min。

(1) 创建干预关系 (第 1 周)。收集研究对象信息, 与其建立信任关系, 签署知情同意书。评估研究对象心理状态。(2) 接纳 (第 2 周)。^①加强与干预对象的沟通交流, 介绍乳腺疾病的病因、治理方法、治疗效果等信息。^②鼓励其接纳妻子患病及失去乳房的现实, 正视疾病带来的负担情绪 (焦虑、恐惧、抑郁等), 不逃避、不抗拒。^③充分利用乳腺外科现有的“彩虹沙龙”病友志愿者平台, 组织康复的病友志愿者及其家属回病房进行现身说法, 树立榜样的作用。^④指导其进行冥想放松等训练, 督促坚持练习, 舒缓紧张焦虑情绪。(3) 认知解离 (第 3 周)。引导患者配偶从从固有意象中分离出自我, 即将客观存在的事物在自己脑海的固有想法分离出来, 例如“癌症就等于死亡”, 从而加重心理负担。干预者可以引导其在不断重读“乳腺癌”这个词, 使其最终明白, 这仅仅是一个词, 它的意义都是人们自己附加的, 事实本身并非如此。癌症不等于死亡, 也并不意味着什么, 而是有着无限的可能, 应采取灵活的应对措施。(4) 关注当下 (第 4 周) 引导患者配偶关注当下的妻子患病情况、家庭生活、工作, 不加评判而完全接受。编制《乳腺癌手术患者配偶照顾行为手册》, 提高其照护能力。指导其采用正念冥想、深呼吸方法缓解紧张情绪, 鼓励其与妻子一起欣赏

音乐或观看电视转移其注意力。(5) 以己为景 (第 5 周) ① 建立乳腺癌手术患者配偶之友微信群, 将相关提高照顾能力音视频资料推送到群中, 组织编写有关乳腺癌手术患者相关消息, 组织配偶参与讨论; 组建乳腺癌手术患者配偶之友俱乐部, 定期开展相关活动, 交换照顾心得及效果。(6) 明确价值 (第 6 周) ①干预者鼓励患者配偶从工作学习、亲密关系、健康促进等方面构建出所向往的生活方向, 确定生活中真正重要的是什么, 尽管此刻妻子正在患病并且在治疗中, 但是这与美好生活的向往并不冲突, 为更好地改变, 积极调整自身状态, 对未来充满希望。②帮助患者配偶采取具体的行动: 制定行动计划表并发放, 制定切实可行的具体措施。③通过定期举办学术讲座等方式创造相互学习的机会。④与亲人一起讨论价值, 明确思考自己的价值方向。(7) 承诺行动 (第 7 周)。明确价值后, 督促其做出行动, 在行动中发现真正重要的事情, 促使其成长及改变。(8) 总结效果 (第 8 周)。对于干预过程中的核心部分进行总结, 提供干预对象相关练习的音频、视频及书面资料。

1.2.2 评价方法 两组患者配偶均进行干预前及干预后两次测评, 采用统一的指导语指导干预对象完成心理韧性量表、创伤后成长的填写。①采用心理韧性量表中文版 (CD-RISC) [8]评价患者配偶的心理韧性水平, 该量表含坚韧维度、自强维度、乐观维度总共 3 个维度, 分别包括 13 个、8 个、4 个条目, 每个条目计分 0~4 分, 评分越高, 提示心理韧性越好。②采用汉化版创伤后成长评定量表 (Post-Traumatic Growth Inventory, PTGI) [9]评价患者配偶的创伤后成长水平。包括人际关系、新的可能性、个人力量、自我转变和人生感悟维度, 每个条目依次计分 0~5 分, 得分越高表示创伤后成长水平越多。

1.2.3 统计学方法
本研究采用 SPSS 22.0 进行数据统计分析。计量资料采用均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者配偶心理韧性评分比较
干预前, 两组的 CD-RISC 各维度评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 观察组的 CD-RISC 各维度评分均高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.2 两组患者配偶创伤后成长评分比较, 见表 3。

表 1 两组患者配偶基线资料比较

变量	对照组 (n=40)	干预组 (n=40)	检验值 (χ^2/t)	P 值
年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	39.95±4.67	39.75±5.15	0.205	0.838
文化程度[例 (%)]			0.617	0.735
小学及以下	3	2		
初中、高中	12	15		
大专及以上	25	23		
家庭月收入			0.202	0.904
<3000 元	9	8		
3000~5000 元	12	11		
>5000 元	19	21		
家庭关系			0.472	0.790
一般	4	5		
较好	16	18		
很好	20	17		
职业状态			0.125	0.725
(人)				
在职	35	36		
退休/无业	5	4		

表 2 两组患者配偶干预前、后的心理韧性评分比较 (n=40, ($\bar{x} \pm s$), 分)

组别	坚韧		自强		乐观	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	35.7±4.20	37.9±3.11*	17.8±2.75	18.5±2.59*	8.58±1.32	9.13±1.22*
观察组	36.2±3.92	45.5±2.24*	17.7±3.07	21.9±3.47*	8.20±1.40	11.1±1.22*
t	0.495	12.585	-0.153	5.00	-1.234	7.243
P	0.622	0.000	0.878	0.000	0.221	0.000

注: 与同组干预前比较, * $P < 0.05$

表 3 两组患者配偶干预前、后创伤后成长比较 (n=40, ($\bar{x} \pm s$), 分)

组别	创伤后成长	
	干预前	干预后
对照组	63.43±3.15	67.18±3.88*

观察组	63.70±3.15	76.43±3.93*
t	0.390	10.60
P	0.70	0.000

注: 与同组干预前比较, * $P < 0.05$

3. 讨论

3.1 接纳与承诺干预疗法有助于提高青年乳腺癌患者配偶的心理韧性水平

心理韧性是指个体在面对创伤性事件、挫折、人生逆境、重大压力等事件中具有良好适应能力^[10-11]。对于妻子罹患乳腺癌这件应激性事件,配偶作为主要照护者,陪患者一起经历治疗及康复整个过程,同时兼顾工作、赡养老人以及抚养小孩等压力,易导致负性心理问题的发生^[12],以往研究表明,青年乳腺癌患者配偶心理韧性水平整体偏低^[13-14]。本研究结果显示,干预后,观察组患者配偶在坚韧、自强、乐观维度得分均高于对照组($P < 0.01$)。说明基于接纳与承诺疗法的干预措施,能显著提高青年乳腺癌患者配偶的心理韧性水平。ACT疗法通过对疾病不抗拒、不逃避,将其视为客体的态度,帮助患者配偶接纳妻子患病及术后形体改变的事实,同时通过正念减压等放松训练帮助其达到以自己为背景的觉察,体验当下的压力、情绪,活在当下,鼓励患者配偶与亲朋好友倾诉,病友配偶互助等方式,提高自我良好的适应能力,同时通过交流,做出与人生价值观一致的选择,提升心理韧性水平。

3.2 接纳与承诺干预疗法有助于提升青年乳腺癌患者配偶的创伤后成长水平

创伤后成长指个体在抗争创伤性事件或情境过程中体验到的正向性积极改变,从而改善心理状态和提升行为能力^[15]。本研究中,通过ACT疗法干预后,观察组创伤后成长水平显著高于对照组($P < 0.01$),提示ACT疗法可显著提升青年乳腺癌患者配偶的创伤后成长水平。分析可能的原因:ACT促使青年乳腺癌患者配偶有意识地体验当下,而不是徘徊过去或者担忧未来,通过对当下内心感受的体验,重新审视自己与患者的共同经历,“更加珍惜每一天的生活”。通过对生命价值观的反思和澄清,重新设定人生目标和生命价值,促进个体正性人格的成长,提高其创伤后的成长水平。

综上所述,本研究通过接纳与承诺疗法干预应用于青年乳腺癌患者配偶中,能有效提高其心理韧性水平,促进其创伤后成长,能够以积极心理去认识并接纳疾病,进而提高青年乳腺癌患者及其配偶的生活质量。

参考文献:

- [1] Cornell L F, Mussallem D M, Gibson T C, et al. Trends in Sexual Function After Breast Cancer Surgery [J]. Ann Surg Oncol, 2017, 24(9): 2526-38.
- [2] Catania AM, Sammut Scerri C, Catania GJ. Men's Experience of Their Partners' Breast Cancer Diagnosis, Breast Surgery and Oncological Treatment[J]. J Clin Nurs, 2019,28(9-10):
- [3] Borges Yoshimochi LT, dos Santos MA, Caetano de Loyola EA, et al.

The Experience of the Partners of Women with Breast Cancer[J]. Revista Da Escola De Enfermagem Da Usp,2018, 52(1):33-66.

[4] 牛爱芳,付菊芳,王宏玫,等.住院癌症患者配偶照顾者焦虑抑郁状况及影响因素分析[J].护理学报,2015,22(13):4-9.

[5] 王艺璇,李惠萍,张婷等.乳腺癌患者照顾者照护体验质性研究的Meta整合.2019,34(6):87-91.

[6]张丹妮,朱慧,谢传艺.乳腺癌患者配偶照顾体验质性研究的Meta整合[J].护理学报,2020,27(4):32-35.

[7] 蒋维连,吕文静,黄颖健,等.接纳与承诺疗法干预对乳腺癌术后患者创伤后成长的影响[J].中国实用护理杂志,2020,36(2):109-114.

[8] 陈清钦,彭山玲,林福美.脑卒中偏瘫患者心理弹性与生存质量相关性分析[J].齐鲁护理杂志,2017,23(23):8-10.

[9]汪际,陈瑶,王艳波,等.创伤后成长评定量表的修订及信效度分析[J].护理学杂志,2011,26(14):26-28

[10] CONNOR K M, DAVIDSON J R. Development of a New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CDRISC) [J]. Depression and Anxiety, 2003,18(2):76-82.

[11] OKUYAMA J, FUNAKOSHI S, TOMITA H, et al. Longitudinal Characteristics of Resilience among Adolescents: a High School Student Cohort Study to Assess the Psychological Impact of the Great East Japan Earthquake [J]. Psychiatry and Clinical Neurosciences,2018,72(11):821-835.

[12] Kim L, Han J Y, Shaw B, et al. The Roles of Social Support and Coping Strategies in Predicting Breast Cancer Patients' Emotional Well-being: Testing Mediation and Moderation Models[J].J Health Psycho, 2014, 15(4):543-552.

[13]许迎丽,付东英.中青年乳腺癌患者配偶心理弹性水平与焦虑抑郁状态及应对方式的相关性分析[J].中国肿瘤外科杂志,2018,10(5):337-340

[14]张丽燕,陆宇晗.365例晚期癌症患者照顾者心理韧性现状及影响因素分析[J].护理学报,2018,25(14):44-48.

[15] TEDESCHI R G, CALHOUN L G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence[J]. Psychol Inq,2004,15(1):1-18.

作者简介:卓雪飘,(1986.07~)主管护师,硕士研究生,研究方向:肿瘤护理。

广西壮族自治区卫生健康委员会自筹课题:Z20200792

干体重对顽固性高血压血液透析患者血压控制情况的影响

顾洁

贵州省毕节市第一人民医院 贵州毕节 551700

摘要：目的：针对顽固性高血压血液透析患者来说干体重干预的重要意义。方法：选取我院在 2020 年 1 月至 2022 年 1 月期间维持性血液透析的 40 例顽固性高血压血液透析患者，使用抽签的形式将其平均分为两组，分别为对照组和研究组，对照组 20 例患者未达到干体重标准，研究组 20 例患者达到了干体重标准。比较两组患者不同体重的 SAS、SDS 评分、生活质量评分、满意度、血压指标、使用的降压药物种类。结果：在通过不同的干预手段后，两组病人的各项治疗指标差异明显 ($P<0.05$)，证实差异有统计学意义。结论：对顽固性高血压血液透析患者采用干体重干预后能够有效提高临床治疗效果，改善患者的生活质量、心理状态，提高患者的满意度，改善其临床指标，值得在临床治疗中进行广泛的推广。

关键词：干体重干预；顽固性高血压；血液透析；心理状态；生活质量

血液透析是慢性肾功能衰竭患者肾脏替代治疗方式之一^[1]。它通过将体内血液引流至体外，经一个由无数根空心纤维组成的透析器中，血液与含机体浓度相似的电解质溶液在一根根空心纤维内外，通过弥散对流进行物质交换，清除体内的代谢废物、维持电解质和酸碱平衡；同时清除体内过多的水分，并将经过净化的血液回输的整个过程^[2-3]。血液透析最主要的作用是清除每天饮食、运动以后代谢的毒素，通过血液透析清除出来。包括小分子毒素，比如尿素氮、肌酐、小分子的胍类物质、一些酸性物质。可以纠正病人的酸中毒，以及高钾血症过多的尿毒症毒素，导致病人的食欲不好等^[4]。本次研究主要是选择我科维持性血液透析的 40 例顽固性高血压血液透析患者作为研究对象，主要目的就是探究干体重干预对于顽固性高血压血液透析患者的作用，报告如下：

1 资料与方法

1.1 基础资料

选取我院在 2020 年 1 月至 2022 年 1 月期间维持性血液透析的 40 例顽固性高血压血液透析患者，使用抽签的形式将其平均分为两组，分别为对照组和研究组，对照组 20 例患者未达到干体重标准，研究组 20 例患者达到了干体重标准，对比组年龄 20-75 岁，平均 (49.21 ± 1.84) 岁（备注：40 岁以上占 66%，看看平均年龄怎么算），其中男性患者 13 例，女性患者 7 例。研究组年龄 21-76 岁，平均 (48.06 ± 1.93) 岁（备注：40 岁以上占 66%，看看平均年龄怎么算），其中男性患者 14 例，女性患者 6 例。两组患者的年龄等一般资料对比差异不具有统计学意义 ($p>0.05$)，具有可比性。此项研究已经过我院伦理委员会批准，患者及家属均对研究内容知情，并签署了知情同意书。

纳入标准：①经诊断符合顽固性高血压指征^[5]；②能进行正常的沟通交流。③年龄在 20 周岁以上。

排除标准：①患者有恶性肿瘤；②认知功能障碍患者；③有用药禁忌

症、依从性差者。

1.2 方法

两组病人均接受六个月以上的血液透析治疗，每次 4 个小时，每周 3 次，血流量标准为 220-250ml/min，设定透析液流量为 500ml/min。对照组服用降压药物。研究组病人在透析期间如果体重增加就在其基础上增加超滤 0.3-0.5kg/次，如果血压过低或者出现不良反应，应该停止超滤。

1.3 观察指标

1.3.1 使用生活质量评分表对患者生活质量进行评定内容包括四项：物质生活，心理状态，躯体功能，社会功能评分，每项均取总分进行比较，分数越高病人的生活质量越好。

1.3.2 评定两组患者的抑郁情况采用抑郁（SDS）评分量表进行评分；对患者的焦虑情况采用焦虑（SAS）评分量表进行评分，评估的分数越低，病患的心理状态越好。

1.3.3 调查病人满意度使用我院自制的满意度调查表，调查表的满分为 10 分，8-10 分表示病人非常满意，4-7 分表示病人满意，3 分以下表示病人不满意，满意度=（非常满意+满意）/总数*%。

1.3.4 对比两组患者治疗前后的血压水平。

1.3.5 对比两组病人在透析前后的所使用的降压药物的种类。

1.4 统计学方式

使用 SPSS20.0 系统处理各方面获取的数据，所得到的数据行 t 检验，以 $\bar{x}\pm s$ 表示，计数资料行 χ^2 检验，以 % 表示。 $P<0.05$ 时具有统计学意义。

2 结果

2.1 生活质量对比

在治疗前，两组病人的物质生活，心理，躯体，社会评分没有明显差异 ($P>0.05$)，在治疗后，对比组病人的物质生活，心理，躯体，社会评分

均显著高于系统组 (P<0.05), 对比差异明显具有统计学意义。见表 1。

表 1 治疗前后生活质量评分比较 (n=20, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	物质生活		躯体功能	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对比组	20	83.55±2.26	87.63±2.57	81.20±3.65	86.26±3.03
研究组	20	83.40±2.58	70.42±2.18	81.40±2.52	91.67±2.53
t		0.1956	22.8380	0.2017	6.1292
P		0.8460	0.0000	0.8413	0.0000

组别	例数	社会职能		心理功能	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对比组	20	80.55±3.26	87.63±2.57	79.20±2.65	86.26±2.03
研究组	20	81.40±2.58	91.42±2.18	80.40±3.52	91.67±2.53
t		0.9143	5.0294	1.2180	7.4588
P		0.3663	0.0000	0.2307	0.0000

2.2 心理状态对比

治疗前, 两组病患的抑郁焦虑两项评分没有明显差异 (P>0.05), 在治疗后, 系统组和对比如组患者的负面情绪状态均有明显改善 (P<0.05), 两组间抑郁焦虑评分对比, 系统组患者两项评分均低于对比如组 (P<0.05), 具有统计学意义, 见表 2。

表 2 治疗前后 SAS、SDS 评分比较 (n=20, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	SAS (分)		SDS (分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对比组	20	50.55±0.26	43.63±0.57	49.20±0.65	42.26±0.03
研究组	20	50.20±1.58	30.42±0.18	49.20±0.52	33.67±0.53
t		0.9775	98.8328	0.0000	72.3665
P		0.3345	0.0000	1.0000	0.0000

2.3 满意度对比

研究组和对比如组患者满意度对比两组差异明显。具有统计学意义 (p<0.5) 见表 3。

表 3 两组患者满意度对比 (n, %)

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
----	----	------	----	-----	-----

研究组	20	14(70.00)	6(30.00)	0(0.00)	20(100.00)
对比组	20	11(55.00)	5(25.00)	4(20.00)	16(80.00)
X ²					4.4444
P					0.0350

2.4 血压指标对比

在治疗前, 两组患者的 DBP、SBP 对比没有明显差异 (P>0.05), 在治疗后, 研究组患者的 DBP、SBP 指标明显优于对比如组 (P<0.05), 具有统计学意义, 见表 4

表 4 治疗前后 DBP、SBP 指标比较 (n, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	SBP (mmhg)		DBP (mmhg)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	20	180.8±20.7	138.4±16.0	111.8±10.5	84.7±8.4
对比组	20	179.2±40.1	155.5±14.2	112.7±10.3	105.3±12.1
t		0.1586	3.5748	0.2736	6.2544
P		0.8749	0.0010	0.7858	0.0000

2.5 降压药物使用情况对比

研究组病人的降压药物使用种类明显少于对比如组 (P<0.05), 差异有统计学意义, 见表 5

表 5 两组患者降压药物使用对比 (n=20, %)

组别	无	1 种	2 种	3 种	4 种
对比组	1(5.00)	2(10.00)	8(40.00)	6(30.00)	3(15.00)
研究组	4(20.00)	12(60.00)	3(15.00)	1(5.00)	0(0.00)
X ²	2.0571	10.9890	3.1348	4.3290	3.2432
P	0.1515	0.0009	0.0766	0.0375	0.0717

3. 讨论

血液透析就是将患者血液引出体外, 流经利用半透膜的原理制成的透析器, 将血液中多余的水分, 毒素, 电解质就被过滤出体外, 同时还可补充机体所缺乏的碱基, 然后再将净化的血液返回体内, 替代病变的肾脏所不能完成的水和溶质的清除功能, 而达到治疗的目的, 这个过程就称为血液透析^[6-7]。血液透析需综合各项检查指标和临床表现来确定肾脏替代治疗作用。1、治疗急性肾损伤。2、慢性肾功能衰竭, 清除代谢产物肌酐、尿素、胺类、酚类。3、急性药物或毒物中毒: 凡能够通过透析膜清除的药物及毒物, 分子小、不与组织蛋白结合, 在体内分布均匀。4、严重水、电解质代谢紊乱。纳水潴留引起的浮肿、高钾、高钙。5、调节酸碱平衡: 纠正酸中毒^[8]。血液透析治疗急性和慢性肾衰竭最有用的方法, 自 1960

年,血液透析技术就开始用于治疗肾功能衰竭。现今随着透析设备不断地改善,操作程序更简单,透析的效果不断提高,并发症明显减少。血液透析主要用于肾衰竭患者,由于患者的肾功能损坏,尿素等毒素不能通过正常途径排出体外,所以要用透析的方法除去他们体内的毒素,当然如果是急性的肾衰竭,通过一段时间的透析,肾功能会有恢复的过程,可以停止透析的。但如果是慢性肾脏病导致的尿毒症,是不能够随意停止透析的,因为肾脏固有细胞受损肾脏发生纤维化,具有滤过功能正常的肾单位被纤维组织代替,失去了排毒功能使毒素在体内堆积不能排出体外,如果不行透析治疗,毒素和过多的水分会在我们的病人体内蓄积,造成患者严重的并发症,甚至会失去生命。血液透析并发症分为急性并发症和长期并发症。急性并发症是因为过敏或透析急性超滤导致血压下降或血压升高等,发生概率较低,还通常伴随着低血压、肌肉痉挛、恶心呕吐等现象。长期并发症是在透析一段时间后发生的并发症,起病缓慢,但病情重,危害更大,需加强防治。也可能引起肾性骨病,也会出现营养不良。顽固性高血压是高血压病患者在改善生活方式的基础上,应用了足量且合理联合的3种降压药物后,血压仍然在目标水平之上,或至少需要4种降压药物才能使血压达标。顽固性高血压易导致心脏、脑、肾脏等靶器官损害,心脑血管事件率高。顽固性高血压的发生原因:1.不良的生活方式如肥胖、糖尿病、过量饮酒、吸烟、盐摄入量增加导致容量负荷增加、持续精神紧张和运动量不足等。2.药物如非甾体类抗炎药、肾上腺类固醇类、拟交感神经药物、口服避孕药、普通感冒治疗药物、促红细胞生成素以及中药甘草、麻黄等。3.伴随患有慢性疼痛或者长期焦虑等疾病。顽固性高血压因合并症不同,其症状类型表现不同,具体如下:1、急性高血压发作、急性左心衰竭、呼吸困难和心悸为心功能不全症状的表现;2.高血压危象后,脑血管损伤时会出现头晕、头痛和意识丧失。3、合并肾损害,表现为肾功能损害,如不能进食、食欲不振、尿量减少。临床表现没有固定的模式。顽固性高血压应药物和生活习惯配合治疗的方式进行。1、调整用药:顽固性高血压的患者一定要坚持用药治疗,如果血压控制不完全可以在医生的指导下,及时调整降压药物。2、增加体力活动:顽固性高血压怎么治,顽固性高血压的患者,在平时应该坚持适当体育锻炼。3、改善饮食习惯:顽固性高血压患者在饮食当中应该注意严格限盐,每天摄入的盐分应小于3克,含钠的调味如耗油、酱油、味精、鸡精等也要注意少吃。顽固性高血压用药选择适当的联合方案,先选用三种药的方案,例如血管紧张素转化酶抑制剂或血管紧张素、二受体拮抗剂加钙拮抗剂加长效噻嗪类利尿剂,来减慢心率,和利尿剂组合的三种药物联合的方案,能够针对血压升高的多种机制,体现平衡的高效降压的特点,往往可以奏效。顽固性的高血压在临床上是比较严重的一种疾病,而且在治疗上也是比较困难的,有可能

会引起肾血管的病变,比如会造成高血压肾病,肾功能衰竭等,而且还有可能会引起一些心血管的病变,比如冠心病,心力衰竭等,而且还有可能会造成脑血管的病变,比如脑卒中等,而且还有可能会造成眼底血管的病变,比如眼底动脉硬化,眼底出血等。如果患者一旦确诊有顽固性高血压,应该要积极的进行干预,尽早的治疗,使血压控制在正常范围之内。同时还应该注意放松心情,避免情绪过度紧张、焦虑、激动,有一个好的心态对于血压的控制也有很好的帮助。针对顽固性高血压血液透析病人来说采用干体重干预的方式能够有效地改善其血压。本次研究中,在治疗前,两组病人的物质生活,心理,躯体,社会评分没有明显差异($P>0.05$),在治疗后,对比组病人的物质生活,心理,躯体,社会评分均显著高于系统组($P<0.05$),对比差异明显具有统计学意义。治疗前,两组病患的抑郁焦虑两项评分没有明显差异($P>0.05$),在治疗后,系统组和对组患者的负面情绪状态均有明显改善($P<0.05$),两组间抑郁焦虑评分对比,系统组患者两项评分均低于对比组($P<0.05$),具有统计学意义;研究组和对组患者满意度对比两组差异明显。具有统计学意义;研究组病人的降压药物使用种类明显少于对比组($P<0.05$),差异有统计学意义。

综上所述,通过给予顽固性高血压血液透析患者干体重干预,能够有效提高患者的治疗效果,改善患者的心理状态,值得临床治疗中广泛推广。

参考文献:

- [1]任红旗,葛永纯,张传桢.血液透析患者全身多频生物电阻抗和临床方法评估干体重间的差异[J].中国实用内科杂志,2022,42(03):224-228.
- [2]郭佳钰,侯惠如,张瑞芹,吴贞,王志英.维持性血液透析患者容量负荷评估与管理的最佳证据总结[J].中华护理杂志,2021,56(10):1490-1497.
- [3]吴珊,刘金芝,张玉.基于多元化的家属同步健康教育在维持性血液透析患者中的应用效果[J].中国医药导报,2021,18(25):186-189.
- [4]牛洪艳,刘金凤,祝喜鹰.以奥马哈系统为框架的个案管理模式在血液透析患者中的应用[J].当代护士(中旬刊),2021,28(07):12-15.
- [5]党晓青.微信同伴教育对维持性血液透析患者液体摄入的干预效果研究[D].青岛大学,2021.
- [6]蔡士铭,李月红,武向兰.维持性血液透析患者透析超滤率与透析前后生化指标变化率的相关性[J].临床内科杂志,2020,37(10):699-702.
- [7]张寅,周亦伦,赵海丹.轻度下调血液透析液钠浓度可有效降低处于干体重的行维持性血液透析的终末期肾病伴高血压患者血压和血钠:多中心、自身对照研究[J].中国全科医学,2020,23(36):4585-4589.
- [8]叶坚旭.老年血液透析患者 NT-proBNP 水平在干体重评估中的临床意义[J].中国医药科学,2020,10(01):292-294.

急诊心肺复苏患者采取优化急救护理流程的抢救效果及预后研究

任玉杰 许克丽

宁夏回族自治区中卫市人民医院 急诊科 宁夏中卫 755000

摘要: 目的 分析急诊心肺复苏患者采取优化急救护理流程的效果。方法 双盲法随机抽取并均分急诊 40 例心肺复苏患者(2021 年 3 月—2022 年 3 月),对照组——常规急救护理流程,观察组——优化急救护理流程,对比两组效果。结果 观察组治疗有效率和不良事件发生率、GCS 评分、抢救效果优于对照组($P < 0.05$)。结论 对急救护理流程进行优化,有条理性和程序性开展心肺复苏的抢救工作,能有效提高抢救成功率,降低不良事件的发生率,值得推广。

关键词: 急诊心肺复苏;优化急救护理流程;治疗有效率;不良事件发生率;GCS 评分;抢救效果

患者在发生重大外伤以及突发性的心脑血管疾病后,易出现突发性心跳、心脏骤停问题,心跳骤停是临床上比较严重的病症,是心脏突然出现衰竭症状,由于不能搏出充足的血液保证脑组织及其他主要脏器的日常所需,临床中通常将心跳暂停 5-8min 这个时间段称之为临床死亡期,如果处理不及时且有效,则可导致患者的全部脏器和脑组织由于缺血、缺氧而受损,严重危害患者的生命安全,且致死率极大,但如果及时进行心肺复苏处理则很有机会拯救患者生命^[1]。心肺复苏是目前临床处理心跳和呼吸骤停的最主要方法。对急诊心肺复苏患者来说,如何提高急救护理效率,减少患者心跳和呼吸骤停时间是提高心肺复苏效果的关键问题。心肺复苏可以有效缓解患者病症,但同样要注重过程的规范化,并增强医师和护士协调度,才能提升护理成效,减少并发症发生率^[2]。本研究分析了急诊心肺复苏患者采取优化急救护理流程的效果,阐述如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

以双盲法随机抽取并均分 40 例自愿参与、资料齐全并签署知情文件的急诊 40 例心肺复苏患者(2021 年 3 月—2022 年 3 月),将合并其他严重器质性疾病、精神和意识障碍、不能使用语言交流等患者排除,对照组年龄 28-79 岁,均值(52.37 ± 4.23)岁,体重 48-76kg、均值(68.32 ± 6.26)Kg,呼吸和心跳停止时间(2.21 ± 1.26)min,男女比例(17:14);观察组 26-80 岁、均值(52.59 ± 4.31)岁,体重 47-78kg、均值(68.82 ± 6.47)Kg,(2.25 ± 1.29)min,男女比例(19:12)。一般资料对比,无统计学意义($p > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组——常规急救护理流程。在发生患者心跳呼吸功能骤停后,及时告知医护人员开展急救工作,作为领导的护理人员要具备丰富的工作经验,要具备领导其他护理人员辅助医生实施心肺复苏护理的能力,协助医生完成检测患者神志、大动脉情况的工作,确诊后立即辅助医生进行心肺复苏。护理人员协助辅助医调节患者的体位,并完成胸外按压心脏、监护心电、建立静脉通道等操作,遵医嘱给予患者服用药物。

1.2.2 观察组

观察组——优化急救护理流程。(1) 患者出现心脏骤停症状后,护理人员需要在第一时间将患者经急诊通道送入相关科室,经主治医师确诊后实施心肺复苏治疗,实施胸外按压心脏,给予患者全导联心电图监护。(2) 采用分工协作方法实施护理,采用三人分工法,由一名具有丰富护理经验的对护理人员为患者开展呼吸道管理,给患者彻底清除呼吸道中的分泌物,维持患者呼吸畅通,并协助医生完成气管插管的相应动作,为患者提供机械通气,并密切监视患者体征改变状况以及报告心电显示变化情况。(3) 由一名具有丰富急诊护理工作经验的护理人员在患者侧位负责管理循环系统,第一时间为患者创设静脉通路,并严格遵医嘱为患者实施血液配型及输血作业,并协助医生完成胸外按压心脏,遵医嘱给予患者除颤、心电监护、穿刺操作。由一名护理经验相对差的护理人员遵医嘱为患者包扎止血、导尿,并详尽记载患者急救信息(急救次数、苏醒时限等),在术后给予患者适当的心理干预措施,积极主动地与患者交流,耐心回答患者提出来的每一个问题,举出成功治疗案例以提高患者和医护人员的配合度,使患者改善不良情绪。

1.3 指标观察

对比指标:(1) 治疗有效率和不良事件发生率。治疗有效率=(显效+

有效)/总例数×100%。临床症状和体征：消失为显效；显著改善为有效；无变化为无效。不良事件观察指标：抽搐、反应迟钝。不良事件发生率=发生例数/总例数×100%。(2) 格拉斯哥昏迷评分(GCS)量表分数越高意识障碍越轻^[3]，总分 15 分，意识障碍：12-14 分轻度、9-11 分中度、<8 分昏迷。(3) 抢救效果。

1.4 统计学分析

SPSS20.0 处理数据，($\bar{x}\pm s$)与(%)表示计量与计数资料，分别用 t 值与 χ^2 检验，(P<0.05)有统计学意义。

2 结果

2.1 对比治疗有效率和不良事件发生率

管理前两组对比 (p>0.05)，观察组 于对照组 (P<0.05)，见表 1：

表 1 对比治疗有效率和不良事件发生率 (n,%)

分 组	例 数	治疗有效率			不良事件发生率		
		显效	有效	有效率	抽搐	反应迟 钝	发生率
观 察 组	20	15	5	20	1	0	1
		75.00	25.00	100.00	5.00	0.000	5.00
对 照 组	20	10	6	16	2	4	6
		50.00	30.00	80.00	10.00	20.00	30.00
t				4.444			4.329
P				0.035			0.037

2.2 比较 GCS 评分

护理前两组 GCS 评分对比 (p>0.05)，护理后观察组高于对照组 (P<0.05)，见表 2：

表 2：对比 GCS 评分 (n=20, $\bar{x}\pm s$, 分)

指标	时间	观察组	对照组	t 值	P 值
睁眼	护理	1.32±0.67	1.34±0.65	0.095	0.924
	前				
	护理	3.01±0.52	2.53±0.43	3.181	0.002
语言	后				
	护理	1.16±0.53	1.14±0.54	0.118	0.906
	前				

护理	3.05±0.67	2.45±0.41	3.416	0.001
后				
护理	1.24±0.46	1.21±0.42	0.215	0.830
肢体运 前				
动	3.15±0.41	2.67±0.38	3.840	0.000
后				
护理	8.28±0.51	8.21±0.53	0.425	0.672
前				
总分				
护理	13.52±0.68	11.03±0.56	12.641	0.000
后				

2.3 对比抢救效果

观察组抢救效果优于对照组 (P<0.05)，见表 3：

表 3 对比抢救效果[n=31, %)($\bar{x}\pm s$, min)]

组别	观察组	对照组	t/ χ^2	p
接诊至开始胸外心脏按压	1.12±0.43	2.48±0.87	6.267	0.000
时间				
接诊至开始心电监护时间	1.26±0.54	3.29±1.15	7.145	0.000
接诊至建立静脉通道时间	3.14±1.23	4.67±1.14	4.080	0.000
存活率 (%)	20 (100.00)	15 (75.00)	5.714	0.016

3 讨论

心脏骤停，是由重大外伤、休克、突发心血管疾病、内平衡失调等多种原因共同导致的疾病，为临床上急症中的最危重病之一^[4]。该病的主要特征是机体突然中断了心脏射血功能，患者突出表现为心音、大动脉脉搏、呼吸骤停等，具有较高的致死率，如不进行及时有效的急救，将造成心脏、脑、肾脏等主要脏器发生不可逆损伤，此疾病的机理相当复杂，是由多个因素共同作用导致的，医生无法提前预估患者在什么时候出现心脏骤停症状，从而造成心脏泵血功能突然停止，有效循环骤然停止，从而导致全身所有组织缺血，如果急救效果不好，在短时间内患者就会死亡，所以在给患者进行心肺复苏的过程中，即使浪费一秒钟也会加大患者死亡的概率，因此医护人员必须用最短的时间确诊心搏骤停，然后迅速开展持续的、有效的胸外心脏按压，心肺复苏成功的关键是成功恢复心跳^[5]。心肺复苏是救治呼吸性心脏骤停患者的首选措施，其目的是迅速解除脑组织缺血或缺氧症状，抢救更多的脑细胞，以避免大量脑细胞由于缺氧缺血而坏死^[6]。

临床上以往所使用的常规急救护理由于管理不规范,抢救工作人员的意识欠缺、行动不够主动、分工不明确等因素,导致在实施抢救的时候有慌乱状况的出现,导致心脏复苏的效果达不到预期,成功率一直不理想,而且不利于医患双方的融洽交流。所以,对急救护理流程进行科学合理的、有效的优化对提高心脏复苏成功率有着十分关键的作用^[7]。对常规护理流程进一步完善和优化,要求护理人员必须熟悉急救有关常识与技能,提高护理人员的应变能力、思维敏捷度,提高护理人员对疾病的预知力,可以在第一时间准确的评估心脏骤停患者的病情,协助医生进行心脏康复护理。对急救护理流程实行严格的分工,每个护理人员根据分工规定实施所有的护理操作,各项抢救工作同步实施可以有效地减少抢救患者的时间、效果、效率,同时能降低治疗费用,并促进医患双方融洽的交流。优化急救护理流程所有的护理操作都紧紧围绕患者的实际需求开展,对常规护理中存在的缺陷进行完善,提高服务链的流畅性,从而为患者提供高质量的护理服务。优化护理流程的另一个主要内容是全面落实安全管理措施,并科学规范的完善各项规章制度^[8]。在日常护理工作中新老医护人员合理搭配,使之相辅相成。对护理流程进一步完善,提高其规范化,严格规定操作的具体步骤,并将实施护理每一项措施落实到个人,并指导其如何规范性地完成相应护理操作,避免抢救工作由于盲目的、重复地进行护理操作,而导致抢救时间延长,降低急救护理效果。

优化急救护理流程是以流程为改革目标,对原有流程加以调整和重新设置,护理人员必须熟练掌握急救知识和抢救方法,具有较高的应急反应能力,前瞻性监测病情,能够瞬间评估判断心搏骤停患者的病情,有效的、及时的协调医护人员开展紧急的各种诊断与治疗操作^[9]。优化急救护理流程完善救治急危重患者的流程和规章制度,急救护理成员站位固定、分工清楚,各类抢救工作同时开展,有效缩短了抢救时限,使整体抢救流程更加简化,提升了抢救效率,减少治疗成本,提高了抢救效率。急诊护理流程优化的另一个主要内涵就是积极完善护理安全管理措施、严格执行各种规章制度,让护理人员的工作制度化、流程性、规范性、科学性,使各种作业都有章可循。在人才配置上强调新老融合,突出各自特色,做到优势互补,严格明确每个护理人员首先做什么、再做什么、由哪些人去完成、怎么进行,建立了标准化的抢救程序,有效降低了抢救任务的盲目性和重复性,减少了抢救费用和时间的花费,保证患者在短期内获得有效的治疗和照顾。使呼吸、心搏骤停患者在最短时间内恢复基本生活能力,大大提高了抢救效果和存活率。

本文中观察组治疗有效率和不良事件发生率、GCS 评分、抢救效果优

于对照组 ($p<0.05$),说明对急救护理流程进行合理有效的优化,能大大提高心肺功能恢复效果,从而有效降低脑细胞的缺血缺氧性损害,也有利于病情康复。优化急救护理流程是对抢救中的分工加以明确,每个参与抢救护理人员必须根据分工进行各种操作,保证各种抢救工作同步顺利完成,从而最大限度减少抢救费用,提升抢救效率。对急救护理流程进行优化就是对常规护理流程中的缺点进行弥补和改善,通过新老合理搭配,可实现优势互补^[11]。明确划分每一个护理人员的护理操作项目,确定各项操作的先后顺序,可减少护理动作的复杂性与盲目性。有研究资料指出,明确规定各项护理流程及分工,能大大提高护理人员护理工作的效率,更可大幅度提升护理质量。在急救护理过程时,护理人员能提前预见病情,与医生有效配合,可为疾病治愈创造良好条件,从而改善抢救效果,提高抢救效率。

综上所述,优化急诊心肺复苏患者的护理流程,能对抢救成功率和效果以及预后效果有效提升。

参考文献:

- [1]林吓姜,林青青,黄晓云. 优化护理急救流程对缩短急诊冠心病心脏骤停患者心肺脑复苏抢救时间的效果分析[J]. 心血管病防治知识,2021,11(15):52-54.
- [2]曾薇. 针对性护理干预在心肺复苏患者急救护理中的实施意义[J]. 赣南医学院学报,2021,41(4):389-392.
- [3]吴小娟,邹素华,黄媛媛,陈苗妙. 优化急救护理流程对急诊心肺复苏患者抢救成功率及预后的影响[J]. 中国现代医生,2021,59(12):171-174.
- [4]胡新雨. 基于急救护理的心肺复苏康复教学 APP 的设计研究[J]. 循证护理,2021,7(4):563-565.
- [5]曹雪莉. 优化急救护理流程干预对行心肺复苏的心脏骤停患者康复效果分析[J]. 心血管病防治知识,2021,11(6):74-76.
- [6]马静. 优化护理急救流程对急诊心肺脑复苏抢救应用效果及预后分析[J]. 当代临床医刊,2019,32(6):540-541.
- [7]余霞,邓海艳,龙深海. 优化急救护理流程在心肺复苏患者抢救中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2019,25(23):83-85.
- [8]白璐. 心肺复苏情景模拟教学在急救护理学教学中的应用分析[J]. 世界最新医学信息文摘,2019,19(97):244-245.
- [9]钟晓荣,张周鑫. 急诊护理流程在院前心肺复苏及无缝隙衔接急救中的应用[J]. 基层医学论坛,2019,23(33):4787-4788.

盐酸氨溴索治疗慢阻肺合并肺部感染的临床疗效分析

唐静

隆昌市人民医院 四川隆昌 642150

摘要：目的：分析盐酸氨溴索在慢阻肺（COPD）合并肺部感染的治疗价值。方法：选取2021年1月-2021年8月100例医院收治COPD合并肺部感染患者，随机分组。对照组基于常规治疗，观察组加入盐酸氨溴索。比较两组疗效差异以及肺功能、血气指标与血生化指标变化，同时记录药物不良反应。结果：①观察组总有效率为92.00%，对照组为78.00%，观察组疗效高于对照组（ $P < 0.05$ ）；②观察组治疗前后FEV1分别为（ 1.82 ± 0.74 ）L和（ 3.42 ± 1.03 ）L，FVC分别为（ 2.73 ± 0.75 ）L和（ 4.05 ± 1.24 ）L；对照组治疗前后FEV1分别为（ 1.83 ± 0.68 ）L和（ 2.74 ± 0.91 ）L，FVC分别为（ 2.74 ± 0.84 ）L和（ 3.51 ± 1.02 ）L，观察组肺功能变化高于对照组（ $P < 0.05$ ）；③观察组血生化指标变化高于对照组（ $P < 0.05$ ）；⑤观察组总不良反应率为6.00%，对照组为4.00%，两组不良反应差异无意义（ $P > 0.05$ ）。结论：在常规治疗方案上加入盐酸氨溴索，可提高COPD联合肺部感染的疗效，降低炎症因子水平，改善血气指标与肺功能，值得推广使用。

关键词：盐酸氨溴索；COPD；肺部感染；临床疗效

COPD是呼吸内科常见疾病，多发生于老年人群，对患者的健康安全造成较大威胁，加重家庭社会负担。近些年来临床研究发现，该病的发生年龄段呈青年化发展趋势，且死亡率逐年升高，引起了临床医学的关注。肺部感染是COPD患者病情加重的重要原因，也是导致患者医疗费用增加的重要原因，反复肺部感染会导致患者多次住院治疗，使得患者负担加重。COPD患者本身的气道清除能力下降，痰液不容易排出，因此容易造成肺部感染，加重气道阻塞，形成恶性循环，使得病情反复^[1]。肺部感染会造成COPD患者肺功能降低，也是病情进展的重要原因，因此采取有效的治疗措施对于改善患者的生活质量，降低经济负担具有重要的现实意义。目前临床对于COPD合并肺部感染的患者通常是采取抗感染、改善通气功能、低流量吸氧等综合干预措施，由于患者的痰液排出困难，排痰措施是临床治疗的重要环节，采用有效的祛痰药物，能够缩短患者症状缓解时间，减少抗生素使用时间^[2]。氨溴索是目前呼吸道疾病治疗常用药物，具有较好的祛痰效果，该药物一方面可以促进浆液分泌，降低痰液粘稠度，另一方面可以裂解黏蛋白，加速痰液排出。还有研究指出，该药物可改善呼吸道纤毛运动，提高呼吸道的自洁能力，保持气道通畅，因此在COPD合并肺部感染中可获得较好的应用价值^[3]。为了观察盐酸氨溴索的临床疗效，文章选取2021年1月-2021年8月100例医院收治COPD合并肺部感染患者进行对比观察，报道如下。

1. 资料与方法

1.1 临床资料

选取2021年1月-2021年8月100例医院收治COPD合并肺部感染患者，随机分组。观察组有男性56例，女性44例；年龄为52~77岁，平均为（ 62.2 ± 6.8 ）岁。对照组有男性56例，女性44例；年龄为52~77岁，平均为（ 62.2 ± 6.8 ）岁。入选标准：①符合《慢性阻塞性肺疾病诊治指南（2013版）》中的诊断标准，近一周内出现痰液增多、脓性痰液或伴随发热症状等且痰菌实验室培养为阳性的患者；②患者及家属签署同意书。排除标准：①合并其他肺部疾病（支气管扩张、间质性肺病、肺结核、肺癌）的患者；②合并严重免疫系统疾病以及肝肾功能衰竭的患者；③临床资料不完整的患者。两组在一般资料方面的比较差异无统计学意义，具有可比性。

1.2 方法

对照组基于常规治疗，包括解痉平喘、静脉滴注抗生素、低流量吸氧、支气管扩张剂、吸入型糖皮质激素等干预措施，同时给予患者对症干预，例如纠正水电解质紊乱、营养支持等措施。

观察组加入盐酸氨溴索，常规治疗方案同对照组，盐酸氨溴索的使用方法为：将30mg盐酸氨溴索注射液加入150mL生理盐水静脉滴注，1天2次。治疗期间密切观察患者有无不良反应，严格控制药物输注速度，同时叮嘱患者若有不适感及时通知医生，尽早处理。

1.3 观察指标

比较两组疗效差异以及肺功能、血气指标与血生化指标变化，同时记录药物不良反应。

1.4 统计学分析

采用 SPSS22.0 统计学软件进行统计学分析, $P<0.05$ 时为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组疗效差异

观察组疗效高于对照组 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 两组疗效差异

组别	显效		有效		总有效率 (%)
观察组 (n=50)	22 (44.00)		24 (48.00)	4 (8.00)	92.00
对照组 (n=50)	19 (38.00)		20 (40.00)	11 (22.00)	78.00
X^2 值					5.513
P 值					0.045

2.2 两组肺功能变化

观察组肺功能变化高于对照组 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 两组肺功能变化

组别	FEV1 (L)		FVC (L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	1.82±0.74	3.42±1.03	2.73±0.75	4.05±1.24
对照组	1.83±0.68	2.74±0.91	2.74±0.84	3.51±1.02
t 值	1.254	5.325	1.185	5.228
P 值	0.116	0.043	0.109	0.042

2.3 两组血气指标变化

观察组血气指标变化高于对照组 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 两组血气指标变化

组别	PO ₂ (mmHg)		PCO ₂ (mmHg)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	82.22±4.22	93.36±5.36	52.21±4.24	32.32±2.23
对照组	82.13±4.34	88.41±4.67	52.22±4.19	38.61±3.12
t 值	1.234	5.325	1.174	5.228
P 值	0.114	0.043	0.108	0.042

2.4 两组血生化指标变化

观察组血生化指标变化高于对照组 ($P<0.05$), 见表 4。

表 4 两组血生化指标变化

组别	hs-CRP(mg/L)		PCT(ug/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	20.54±5.43	8.14±1.42	0.59±0.12	0.13±0.06
对照组	20.61±5.37	12.23±2.62	0.61±0.13	0.31±0.08
t 值	1.225	5.326	1.247	5.285
P 值	0.113	0.043	0.115	0.042

2.5 两组不良反应差异

两组不良反应差异无意义 ($P>0.05$), 见表 5。

表 5 两组不良反应差异

组别	恶心呕吐	胃肠不适	呼吸困难	总发生率 (%)
观察组 (n=50)	1 (2.00)	1 (2.00)	1 (2.00)	6.00
对照组 (n=50)	1 (2.00)	1 (2.00)	0 (0.00)	4.00
X^2 值				1.124
P 值				0.103

3. 讨论

COPD 是临床高发疾病, 近些年来该病的死亡率不断升高, 给医疗卫生行业带来了较大的负担。COPD 的病理特征为气道重塑以及肺实质病变, 同时反复的肺部感染会加重气道炎症反应, 导致气道狭窄、气流受限, 而引起肺功能降低^[4]。肺部感染的发生会导致 COPD 患者的病情加重, 主要表现为原有的咳嗽咳痰喘息等症状加重, 常规的 COPD 治疗方法的疗效不够理想, 因此需要采取更加有效的治疗方案。

COPD 肺部感染多为细菌或病毒感染, 其中有 40~60% 的患者是细菌感染, 比较常见的致病菌为卡他莫拉菌、流感嗜血杆菌、金黄色葡萄球菌等, 还有少部分患者是由于肺炎支原体感染引起^[5]。目前临床对于 COPD 合并肺部感染的治疗主要是采取抗感染药物, 同时积极改善患者的通气状况, 包括扩支气管药物、茶碱药物等, 适当使用糖皮质激素改善气道炎症, 持续低流量吸氧可以改善患者的血氧状况。此外由于患者痰液分泌增多, 因此还要采取有效的祛痰措施, 可以减轻气道阻塞, 减少患者抗感染治疗时间, 减少耐药菌的出现。

氨溴索是目前临床常用的祛痰药物,其可作用于支气管腺体,加速浆液分泌,减轻痰液粘稠度,加速痰液排出,同时可裂解痰液中的黏蛋白,使其易于排出^[6]。COPD 合并肺部感染的临床治疗中,合理的祛痰药物以及吸氧治疗都是重要的辅助措施,盐酸氨溴索的联合应用可以同时满足上述两种要求,因此可以缓解患者的咳嗽症状,降低痰液黏度,改善喘息症状,提高血氧分压,改善二氧化碳潴留症状^[7-8]。本次研究中观察组总有效率为 92.00%,对照组为 78.00%,观察组疗效高于对照组 ($P<0.05$),由此可见氨溴索的应用可提高 COPD 合并肺部感染患者的临床疗效。

氨溴索除了能够降低痰液浓度外,还具有清除氧自由基、抗炎、抗氧化等作用,能够加速肺表面活性物质的施放,从而改善患者的肺功能状况^[9]。本次研究中观察组治疗前后 FEV1 分别为 (1.82 ± 0.74) L 和 (3.42 ± 1.03) L, FVC 分别为 (2.73 ± 0.75) L 和 (4.05 ± 1.24) L; 对照组治疗前后 FEV1 分别为 (1.83 ± 0.68) L 和 (2.74 ± 0.91) L, FVC 分别为 (2.74 ± 0.84) L 和 (3.51 ± 1.02) L, 观察组肺功能变化高于对照组 ($P<0.05$), 由此可见氨溴索的应用可改善患者的肺功能状况。

COPD 合并肺部感染患者多存在气流受限的特征,加上痰液阻塞,会导致病情反复迁延,因此治疗中需要加入呼吸道辅助干预措施,从而提高临床治疗效果^[10]。PO₂ 是指溶解血液氧气产生的张力,正常水平为 100mmHg,其主要取决于吸入气体中的氧分压与人体的呼吸功能,可以反应人体呼吸状况^[11]。PCO₂ 是指溶解血液二氧化碳产生的张力,其主要是受到呼吸功能的影响,可以反应血液 pH 值,因此可用于评估患者呼吸功能变化。本次研究中观察组治疗前后 PO₂ 分别为 (82.22 ± 4.22) mmHg 和 (93.36 ± 5.36) mmHg, PCO₂ 分别为 (52.21 ± 4.24) mmHg 和 (32.32 ± 2.23) mmHg; 对照组治疗前后 PO₂ 分别为 (82.13 ± 4.34) mmHg 和 (88.41 ± 4.67) mmHg, PCO₂ 分别为 (52.22 ± 4.19) mmHg 和 (38.61 ± 3.12) mmHg, 观察组血气指标变化高于对照组 ($P<0.05$), 由此可见氨溴索的使用可有效改善患者的血气指标,缓解临床症状。

肺部感染会引起炎症反应,导致炎症因子指标升高。Hs-CRP 是一种急性蛋白,对细菌感染有较高的敏感性,是预测炎症反应变化的重要因子之一。PCT 是一种蛋白质,在细菌、真菌、寄生虫感染是会出现升高趋势^[12],其能够反应全身炎症反应变化。本次研究中观察组治疗前后 hs-CRP 分别为 (20.54 ± 5.43) mg/L 和 (8.14 ± 1.42) mg/L, PCT 分别为 (0.59 ± 0.12) ug/L 和 (0.13 ± 0.06) ug/L; 对照组治疗前后 hs-CRP 分别为 (20.61 ± 5.37) mg/L 和 (12.23 ± 2.62) mg/L, PCT 分别为 (0.61 ± 0.13) ug/L 和 (0.31 ± 0.08) ug/L, 观察组血生化指标变化高于对照组 ($P<0.05$), 由此可见氨溴索的

应用可降低患者的炎症反应,进一步改善患者的预后情况。

盐酸氨溴索在临床实验中的不良反应少,主要为胃肠道反应,少有过敏以及严重不良反应,具有较好的耐受性。本次研究中观察组总不良反应率为 6.00%,对照组为 4.00%,两组不良反应差异无意义 ($P>0.05$),由此可见氨溴索有着较高的安全性。

综上所述,在常规治疗方案上加入盐酸氨溴索,可提高 COPD 联合肺部感染的疗效,降低炎症因子水平,改善血气指标与肺功能,有着非常好的治疗效果,能在短时间内加快患者的恢复周期,让患者更快速的摆脱疾病的忧虑,值得推广使用。

参考文献:

- [1]李万芬,王冬. 盐酸氨溴索治疗老年慢阻肺合并肺部感染疗效与药物不良反应[J]. 中国社区医师,2018,34(19):90.
- [2]廖珍慧. 氧驱动雾化吸入盐酸氨溴索治疗慢阻肺急性加重期患者的临床疗效和护理[J]. 药品评价,2017,14(7):44-46,59.
- [3]王辉,张庆军,李小丽. 盐酸氨溴索联合康复训练对慢阻肺的临床疗效及其对患者肺功能的影响研究[J]. 海南医学院学报,2020,26(5):351-354.
- [4]徐艳霞. 盐酸氨溴索治疗老年慢阻肺合并肺部感染的临床效果观察[J]. 北方药学,2019,16(8):88-89.
- [5]官姝宁,武彩凤,张玲燕,等. 盐酸氨溴索治疗老年慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染临床效果评价[J]. 基层医学论坛,2019,23(19):2706-2707.
- [6]严洁. 氧驱动雾化吸入盐酸氨溴索治疗慢阻肺急性加重期患者疗效观察与护理经验分享[J]. 影像研究与医学应用,2018,2(14):223-225.
- [7]林玲,蒋志鹏,陈宁华. 盐酸氨溴索配合肺康复治疗老年慢阻肺合并肺部感染的疗效分析[J]. 国际感染病学(电子版),2019,(03):61-62.
- [8]娄秀娟. 盐酸氨溴索治疗慢阻肺合并肺部感染的临床疗效分析[J]. 世界最新医学信息文摘,2019,(75):144-145.
- [9]李益,刘显妮. 盐酸氨溴索治疗老年慢阻肺合并肺部感染的临床疗效[J]. 世界最新医学信息文摘,2019,(68):150-151.
- [10]郑晓东,郑佳琦. 盐酸氨溴索治疗老年慢阻肺合并肺部感染疗效与药物不良反应分析[J]. 中西医结合心脑血管病电子杂志,2020,8(8):73,75.
- [11]孙霁茜. 盐酸氨溴索治疗老年慢阻肺合并肺部感染的临床疗效研究[J]. 临床医药文献电子杂志,2019,(16):151.
- [12]刘超. 盐酸氨溴索治疗慢阻肺合并肺部感染的临床疗效探究[J]. 人人健康,2019,(02):230-231.

蒙药药浴疗法在蒙医治未病中干预分析

胡苏勒¹ 额尔敦达来² 娜仁其木格³

1. 呼和浩特中医蒙医医院，蒙医治未病中心 内蒙古呼和浩特 010010；
2. 呼和浩特中医蒙医医院，蒙医骨伤科 内蒙古呼和浩特 010010；
3. 内蒙古国际蒙医医院，蒙医点穴反射疗法科 内蒙古呼和浩特 010010

摘要：目的：探讨在蒙医治未病中应用蒙药药浴疗法的作用价值。方法：2020年12月至2021年12月期间于本院接受治疗的中老年下肢关节炎类疾病体检者共计86例作为研究对象，应用双色球分组法平分为对照组和观察组，各43例。对照组给予常规健康知识宣传教育引导进行自行锻炼预防，观察组于对照组干预基础上实施蒙药药浴疗法，对比两组研究对象下肢关节病发生率、下肢运动功能改善率、下肢其他疾病发生率、生活质量改善情况以及满意度。结果：观察组下肢关节病发生率和下肢其他疾病发生率均低于对照组，观察组下肢运动功能改善率高于对照组，差异显著具备统计学价值（ $P<0.05$ ）。护理前两组患者GQOLI-74评分两组比较，差异不显著无统计学价值（ $P>0.05$ ），GQOLI-74评分护理后两组均升高，观察组高于对照组，差异显著具备统计学价值（ $P<0.05$ ）。干预满意度观察组高于对照组，差异显著具备统计学价值（ $P<0.05$ ）。结论：蒙医治未病中应用蒙药药浴疗法的临床效果突出，可降低下肢关节病发生率和下肢其他疾病发生率，提升下肢运动功能改善率，利于患者生活质量的改善，最终获得了患者的满意认可，建议临床推广应用。

关键词：蒙药药浴疗法；蒙医；治未病；生活质量；满意度

当前人们的生活水平呈现不断提高的趋势，在此环境下人们对于自身健康以及合法权益的重视程度以及相关意识也在逐渐增强，定期到院接受体检也正在逐渐成为预防保健、保障身体健康的有效手段。近年来，在我国人口老龄化问题日益严重的新形势下，中老年疾病的预防受到了社会各界的广泛重视。蒙药药浴疗法作为一种逐渐被大众所广泛接受的一种外治法，在“治未病”中应用得到了十分广泛的应用。基于此，本研究于2020年12月至2021年12月期间于本院接受治疗的中老年下肢关节炎类疾病体检者共计86例作为研究对象，探究了分析了蒙药药浴疗法的临床效果。现报道如下。

1 资料及方法

1.1 一般资料

将2020年12月至2021年12月期间于本院接受治疗的中老年下肢关节炎类疾病体检者共计86例作为研究对象，应用双色球分组法平分为对照组和观察组，各43例。对照组中，有男23例，女20例，年龄为41~72岁，平均年龄为（51.42±6.61）岁；观察组中，有男24例，女19例，年龄为42~73岁，平均年龄为（51.61±6.51）岁。两组的基线资料相比无较大差异（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：（1）所选研究对象为关节炎高发职业者，同时存在房征兆或存在轻度下肢关节炎类疾病；（2）所选研究对象知晓且接受此次研究；（3）所选研究对象均签署知情同意书。

排除标准：（1）所选研究对象并发现精神疾病；（2）所选研究对象并发现恶性肿瘤疾病；（3）所选研究对象因为多种因素而不愿接受蒙药药浴治疗的患者。

1.2 方法

对照组给予常规健康知识宣传教育引导进行自行锻炼预防，对患者的检查结果予以分析，此后针对检查结果告知患者有关健康知识，比如饮食指导、工作压力自我调节、日常生活禁忌、下肢关节炎有效预防运动、心理调节等。

观察组于对照组干预基础上实施蒙药药浴疗法，包具体方法如下：采用五味甘露汤，药方包括包括冬青叶500g、刺柏叶500g、麻黄1000g、水

柏枝1000g、小白蒿1500g，并结合蒙医药中防治下肢关节炎理论增加马骨50g、狗骨50g、驴骨50g、曲酒100ml、奶酒500ml，用35000ml清水煎煮，煎熬药液至二分之一后取出第一次药汁，此后加满清水持续煎煮直至药液剩下三分之二，取出第二次药汁，此后再次加入清水持续煎煮到药汁剩三分之一，取出第三次药汁。最后将上次药汁合并则为药浴液。将药浴液与温水混合调节至体温适宜状态，此后实施药浴，药浴时间为1周2次，1次20到30分钟，持续治疗3个月，即表示一个疗程。

1.3 观察指标

对比两组患者研究对象下肢关节病发生率、下肢运动功能改善率、下肢其他疾病发生率、生活质量改善情况以及满意度。

生活质量采用生活质量综合评定问卷（GQOLI-74）实施评价，评价指标可分为躯体功能、心理功能、社会功能以及物质生活，评分介于20~100分之间，评分越高生活质量越好。

满意度以自制满意度评价量表评估，总分100，80~100分表示非常满意；60~79分表示满意；<60分表示不满意。 $\left(\frac{\text{总例数}-\text{不满意例数}}{\text{总例数}}\right) \times 100\% = \text{护理满意度}^{[1]}$ 。

1.4 数据处理

通过SPSS25.0软件对其展开数据处理，计量指标选择（ $\bar{x} \pm s$ ）给予阐释，然后实施t检验。如果 $P<0.05$ 则说明差异存在统计学优势。

2 结果

2.1 2组预防效果对比分析

观察组下肢关节病发生率和下肢其他疾病发生率均低于对照组，观察组下肢运动功能改善率高于对照组，差异显著具备统计学价值（ $P<0.05$ ）。相关数据如表1介绍。

表1 两组预防效果比较[n（%）]

组别	例数	下肢关节病发生率	下肢其他疾病发生率	下肢运动功能改善率
对照组	43	8（18.60）	11（25.58）	5（11.63）
观察组	43	1（2.33）	23（53.49）	0（0.00）

组				
χ^2	-	6.081	7.005	5.309
P	-	0.014	0.008	0.021

2.2 2组生活质量评分比较

表 2: 两组患者生活质量改善情况比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	躯体功能		心理功能		社会功能		物质生活	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组 (n=43)	44.75±7.58	49.38±7.49	48.28±7.44	52.53±5.55	46.14±6.66	56.15±7.83	49.26±5.24	54.24±5.77
观察组 (n=43)	45.28±7.69	54.22±7.65	48.35±7.47	59.52±5.81	46.08±6.53	61.04±7.72	49.35±5.28	59.18±5.83
t 值	0.322	2.964	0.044	5.705	0.042	2.916	0.079	3.949
P 值	0.748	0.004	0.965	0.000	0.967	0.005	0.937	0.000

2.3 2组患者干预满意度比较

干预满意度观察组高于对照组, 差异显著具备统计学价值 (P<0.05)。

相关数据如表 3 介绍。

表 3 两组干预满意度比较[n (%)]

组别	例数	不满意	满意	非常满意	干预满意度
对照组	43	8 (18.60)	25 (58.14)	10 (23.26)	35 (81.39)
观察组	43	2 (4.65)	16 (37.21)	25 (58.14)	41 (95.35)
χ^2					4.074
P					0.044

3 讨论

随着人们生活水平日益提高, 人们对自身健康状态的重视程度越来越高, 监看体检作为自我保健方式之一, 得到了广泛普及。在当前的新形势下, 人们对体检过程中的护理服务提出了更高的要求, 因而积极采取有效的管理措施具有重要价值^[2]。进行健康体检能够了解自身身体情况, 及时找到潜在在本身的健康隐患, 达到早发现、早治疗、全面预防的疾病防控效果, 保障身心健康状态^[3]。受老年化问题在我国日趋加剧的影响, 四肢疾病、腰椎疾病、心血管疾病等各类疾病在临床中持续增高, 属于中老年人群中十分常见的疾病种类, 人们逐渐开始意识到疾病的“防”比“治”更加重要^[4]。现代医学认为, 通过改变人们生活方式, 规避威胁健康安全的危险因素和行为, 可在降低危险因素的同时达到维护人们健康的目标。蒙医学治未病是一种以“防”为核心的措施, 对“预防为主, 既病防变”的理念给予了充分体现, 着重强调疾病早期诊断干预, 及时发现, 及时治疗以及及时治疗, 从而避免病情持续发展, 最终实现“治未病”的目标^[5]。与此同时, 蒙医学治未病可发挥“预后防复”的作用, 即除邪务尽, 避免疾病复发。由于“治未病”普遍存在易反复发作, 病程时间长, 会累积下肢关节等特点, 所以采用蒙医药浴实施治疗的效果更为突出^[6]。

此次研究结果提示, 观察组下肢关节病发生率和下肢其他疾病发生率均低于对照组, 观察组下肢运动功能改善率高于对照组; GQOLI-74 评分护理后两组均升高, 观察组高于对照组; 干预满意度观察组高于对照组。由此可知, 蒙医治未病中应用蒙药药浴疗法的临床效果突出, 可降低下肢关节病发生率和下肢其他疾病发生率, 提升下肢运动功能改善率, 利于患者生活质量的改善, 分析原因: 蒙药药浴疗法所应用的五味甘露汤属于经典药浴用药, 其临床效果突出。其中五味甘露可发挥良好的分离清浊价值,

护理前两组患者 GQOLI-74 评分两组比较, 差异不显著无统计学价值 (P>0.05), GQOLI-74 评分护理后两组均升高, 观察组高于对照组, 差异显著具备统计学价值 (P<0.05)。相关数据如表 2 介绍。

同时可发挥益肾壮腰、血液循环改善、活血化瘀、除湿燥黄水以及清除热解毒等价值^[7]。针对四肢僵硬或拘挛、肾脏寒症赫依、胃火衰败、脾血不足患者均可发挥突出作用效果, 同时集合病情增加或减少药物用量以及增加或减少其他蒙药, 能够有效治疗多种疾病^[8]。实际应用期间应用五味甘露汤对多种关节性疾病具有良好的治疗作用, 蒙医认为关节疾病均属于黄水偏盛性, 于“治未病”的理念内, 五味甘露汤能够更好地发挥除湿燥水, 通风活络, 改善四肢能力的价值, 并对关节疾病的发生发挥良好的预防价值^[9]。

综上所述, 蒙医治未病中应用蒙药药浴疗法的临床效果突出, 可降低下肢关节病发生率和下肢其他疾病发生率, 提升下肢运动功能改善率, 利于患者生活质量的改善, 最终获得了患者的满意认可, 建议临床推广应用。

参考文献:

[1]都吉雅.蒙医沙疗结合辨证蒙药治疗巴达干偏盛型原发性痛经的临床观察[J]. 中国民族医药杂志,2021,27(12):4-6.

[2]王秀菊.当归四逆汤结合蒙药药浴治疗慢性荨麻疹的疗效观察[J]. 中国民族医药杂志,2021,27(5):12-13.

[3]Laukkanen J A, Kunutsor S K, Lavie C J. Percutaneous Coronary Intervention Versus Medical Therapy in the Treatment of Stable Coronary Artery Disease: An Updated Meta-Analysis of Contemporary Randomized Controlled Trials[J]. The Journal of invasive cardiology, 2021, 33(8):647-657.

[4]苏和巴特尔,那仁格日乐,白吉日木吐. 蒙医拔罐放血疗法结合口服蒙药治疗慢性支气管炎肺炎临床分析[J]. 临床检验杂志(电子版),2017,6(2):256-257.

[5]张燕. 蒙医针刺放血疗法结合口服蒙药治疗腰椎间盘突出症的疗效观察[J]. 中国民族医药杂志,2021,27(1):27-29.

[6]徐志驰,卢兰.中医辨证分型及治未病干预对肠功能紊乱患者的价值[J]. 中外医学研究,2021,19(17):180-183.

[7]高玉方. 防风通圣丸结合蒙医传统药浴治疗慢性荨麻疹的临床疗效[J]. 中国民族医药杂志,2021,27(3):6-8.

[8]包国庆. 蒙医传统整骨术结合喷酒按摩及药浴疗法治疗踝关节骨折的临床疗效[J]. 中国民族医药杂志,2020,26(1):22-23.

[9]白玉凤,沙日耐,乌云斯日古楞,等. 蒙药联合蒙医心身互动疗法治疗寻常型银屑病临床疗效[J].中国民族医药杂志,2021,27(5):63-64,80.

零缺陷理论应用于心脏手术患者手术室护理中的效果分析

顾甜甜

西安市交通大学第一附属医院 陕西西安 710061

摘要：目的：在心脏手术患者手术室护理中采用零缺陷理论，做好效果分析。方法：本次选取的心脏手术患者共计 60 例，2020 年 1 月-2021 年 1 月入诊。对照组采用常规护理措施，试验组采用零缺陷管理模式，做好效果分析。结果：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 。对于对照组心脏手术患者进行感染比较，其中对照组、试验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 均 <0.05 。通过对试验组与对照组缺陷发生率进行比较，其中对照组、试验组患者中缺陷人数分别为 4 例、1 例，整体缺陷发生率分别为 13.33%、3.33%，经比较，试验组效果较优 ($p<0.05$)。结论：对心脏手术患者进行零缺陷护理理论，整体效果较优，效果相对较好。

关键词：零缺陷理论；心脏手术；手术室管理

手术作为医院诊疗中的一个重要环节，护理质量直接影响患者的生命安全。对于心脏手术来说，容易出现突发事件和并发症，导致患者的生命受到危及，因此提高手术室护理干预尤为重要。零缺陷理论主要是在护理过程中通过进行不断改进，相比较常规的护理来说整体更加科学，作为一种安全有效的护理模式，本文通过使用零缺陷理论应用于心脏手术，具体研究情况如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

本次选取的心脏手术患者共计 60 例，2020 年 1 月-2021 年 1 月入诊。该组患者患病时间范围是 2 年-7 年；患者 43 岁-78 岁，(58.6±7.8) 岁是其平均年龄；纳入标准：第一，均为心内科疾病。第二，无其他重大脏器疾病。排除标准：第一，精神疾病患者。第二，血液系统疾病患者。通过对两组患者进行分组，

1.2 方法

对照组采用常规护理措施。对心脏手术患者进行入院评估。通过对心脏手术患者进行床位安排、病区环境介绍，并由心脏手术患者的主管医师、护士进行病史介绍，做好适当询问^[1]。在做好病情评估，依据心脏手术患者的个体状况做好适当修改。

试验组采用零缺陷管理模式。

第一，成立零缺陷管理小组。通过由副主任护师担任小组组长，并由

小组成员总结其中手术室常见的问题，探讨原因，并针对其中的护理问题进行人员的考核和培训，包含洗手、巡回质量以及仪器操作流程、护理文书质量填写，做好物品的清点工作。在小组成员开展讲座中，应注重护理细节意识和安全意识的培养。

第二，对心脏手术患者进行沟通后，还应对其进行诊疗技术的讲解。在此过程中对心脏手术患者讲解优质护理价值及意义，以此来获得合作。发放健康手册，提升护理效果，监护精神状态，做好鼓励，确保心脏手术患者得到温暖。在提升心脏手术患者配合度的同时，增加治疗效果。在口头宣教的基础上，要进行老年冠心病相关护理知识和治疗知识的实际指导，将其做成宣传卡片，并通过床边交流和模仿问答等形式，指导患者对自身的疾病进行了解，并进行用药指导^[2]。

心理护理。(1) 术前心理护理。在患者接诊前，首先应介绍主治医师、护士长，并带领患者熟悉病房环境，在解说心脏手术患者病因的同时介绍成功案例，确保心理准备充分。在沟通时应注意态度真诚，并使用简单易懂的语言进行交流，增强患者的信心。通过了解患者的个例情况，根据患者的爱好、性格选择较容易接受的手段，并指导患者深呼吸。(2) 术中护理。在手术当日问候患者，并带领患者进入手术室，介绍环境，做好陪伴，消除患者的恐惧感。在手术期间如果存在负面情绪，应及时疏导，注重患者隐私，在覆盖相关部位的同时增加患者的安全感。(3) 术后护理。通过主动护送，并告知患者手术情况。在给予恰当的结果期待的同时，给予患

者关心。在教会患者使用滴眼液的情况下养成良好的习惯，并及时和医生进行沟通。

第三，术中护理。通过控制室内温度，整个温度应控制在 22 度左右，并调节空气湿度，使用消毒剂完成清洗，按照规定的操作完成术前操作，严格依照规定做好灭毒处理，在手术前做好洗手，并做好切口保护，术中全程佩戴无菌口罩完成皮肤的消杀，在进行配合时给予抗生素进行预防给予对应的清理以及局部清洁做好手术严格控制手术时间^[3]，并对手术室的物品进行严格消杀。对于康复过程来说,应及时管控心脏手术患者的情况，监督心脏手术患者用药，定期检查汇报结果，保证工作进行。在定期进行讲座开展的过程中，通过普及心脏手术患者的情况，进行风险能力评估，纠正不良生活习惯，除此之外如果心脏手术患者出现过敏情况应停止用药。

第四，通过对心脏手术患者进行心理评估给予针对性的护理，从而消除心脏手术患者的不良情绪，营造良好的手术环境和氛围，讲解其中可能出现的不良情况，配合医护人员，确保手术顺利实施。通过为患者介绍成功手术的案例消除焦虑抑郁等不良情绪，在术前通过指导患者使用消毒剂进行沐浴，除此之外，术前还要和患者做好对应的交流沟通，明确术中切口感染的因素，做好针对性的护理工作，在这个过程中要保障无菌操作，通过做好手术室的管理。做好手术室温度控制，避免出现感染，做好缝合，最后再次进行碘溶液的洗涤和消毒。对于手术室设备来说，依照顺序进行摆放和检查，在麻醉起效后应转向手术台，在此过程中还应使用抗感染效果^[4]。

第五，术后护理。在做好消毒杀菌工作时，护理人员应通过对患者的用量进行把握指导患者进行药物的服用，一些年龄较大的患者还应做好注意事项的讲解。应讲解关于手术室的相关知识，并讲解保养、清洗方式做好相关培训。采用流程表的方式直接呈现流程图，并在此之后进行制定，供应室器械主要包含清洗、质检、灭菌等几个流程，并进行调整，最后应用于实践中。在检查过程中，应详细、严格把控工作的质量，寻找其中的隐患。

第六，无菌物品管理。应配备电脑，建立追溯系统，通过医院内网，提前一天知道择期腔镜手术数量^[5]，无菌物品存放间应根据科室的情况进

行计划发送，并简化各种申报程序，在提高工作效率的同时，确保程序化。发放人员应根据科室情况进行上报，根据手术室所需要的名称、种类、规格做好检查，在装车时看外包装是否完好，有无湿包、散包、过期包，应杜绝不合格的无菌物品发放到手术室，确保无菌物品的质量。

1.3 观察指标

- (1) 术后感染情况比较。
- (2) 管理质量评分比较。
- (3) 缺陷发生率情况比较。

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、对照组心脏手术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%。对于对照组心脏手术患者进行感染比较，其中对照组、试验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 均 <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

通过对对照组后感染病房管理质量评分比较，其中对照组医疗废物、感染监控、环境管理、感染防护评分分别为 75.64 $\pm$ 2.13、73.50 $\pm$ 1.07、83.30 $\pm$ 1.80、80.40 $\pm$ 1.03，试验组管理质量评分分别为 84.63 $\pm$ 2.14、88.23 $\pm$ 1.60、91.06 $\pm$ 0.50、90.04 $\pm$ 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	75.64 $\pm$ 2.13	73.50 $\pm$ 1.07	83.30 $\pm$ 1.80	80.40 $\pm$ 1.03
组				

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

通过对试验组与对照组缺陷发生率进行比较,其中对照组、试验组患者中缺陷人数分别为4例、1例,整体缺陷出生率分别为13.33%、3.33%,经比较,试验组效果较优($p<0.05$)。

表3 对照组和试验组缺陷发生率

小组	病例	缺陷
试验组	30	1 (3.33)
对照组	30	4 (13.33)
t	-	20.064
P	-	<0.05

3. 讨论

在现阶段医疗事业的不断发展中,心脏作为人体重要器官,因此进行心脏手术的过程中进行护理干预尤为重要,有利于提升手术成功率,并对患者的生命安全提供一定的保障。零缺陷理论源于企业管理,零缺陷的主要目标即为完善护理方案,并提供更加优质的方案^[6]。通过进行护理质量的优化,将护理工作做到位,以此来起到预防的作用。在将零缺陷理论进行应用的同时,有利于完善相关制度,并提升护理质量。在完善绩效考核机制的同时,有利于增强风险管理意识,并能够提升工作的积极性。在手术室护理质量改善中,有利于防止危害事件的发生。在手术室中严格按照无菌操作,有利于及时发现问题并制定零缺陷报告单,并及时解决其中的缺陷。

手术室应严格执行无菌操作程序,对于其中出现的问题及时进行治疗和沟通。在提升麻醉师、护理人员对于感染严重性的同时,必须严格执行无菌操作规程,及时发现其中的不良情况。找出其中存在的问题以及感染风险因素,健全操作管理规范中,结合医院的实际情况,制定对应的管控措施,在此基础上能够体现出患者以及手术史管理的良性发展规律^[7]。对于心脏手术来说,针对其中的问题进行对应的管理,在做好对应患者优化的同时做好感染方案的优化,从而有效保证护理质量。在这个过程中保证

手术室感染的合格率,提升护理效果。通过在术前等几个方面进行对应的管理,针对手术方法、效果以及可能出现的并发症,并取得对应的配合^[8]。

在这个过程中,应观察患者的生命体征,从而确保护理效果的完善。在加大消毒供应中心投入的同时,避免使用手术器械、器具,并由消毒供应中心进行回收管理,严格执行灭菌物品的监测,保障物品的无菌质量,同时避免医疗用品重复使用^[9]。在做好医院的协作中,完善设施、设备,加强强化管理,在有效控制手术室危险感染因素的过程中,保障手术安全。对照组、试验组患者中缺陷人数分别为4例、1例,整体缺陷出生率分别为13.33%、3.33%,经比较,试验组效果较优($p<0.05$)。综上所述,对心脏手术患者进行零缺陷护理理论,整体效果较优,效果相对较好。

参考文献:

[1]王建林,邹华秀.手术室零缺陷护理模式在手术室心脏手术护理实践中的应用效果分析[J].心血管病防治知识,2020,10(19):53-55.

[2]孔丹.零缺陷理论应用于心脏手术患者手术室护理中的效果分析[J].基层医学论坛,2020,24(06):784-785.

[3]郑广娣,江天燕,张小丽,梁倩玲.手术室规范性配合护理干预对体外循环心脏手术影响探析[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(81):291+293.

[4]全海艳.心脏手术中手术室护理与麻醉工作配合的满意度分析[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(31):103+109.

[5]苏琦,刘剑涵,刘常莉.分析心脏外科手术室护理的危险因素及对策[J].中国现代药物应用,2019,13(09):171-173

[6]马艳.零缺陷护理模式在手术室心脏手术护理实践中的应用[J].护理实践与研究,2018,15(20):121-123.

[7]贾靖.分析手术室心脏手术护理的危险因素及对策[J].中西医结合心血管病电子杂志,2017,5(34):134.

[8]周子娟,汪芬兰,韦红梅,董贵福.体外循环心脏手术患者围手术期沟通的体会[J].临床护理杂志,2009,8(06):53-55.

[9] Yin J , Yin J , Tian Z , et al. Integrated management is effective in the prevention and control of COVID-19 in the blood purification center: joint efforts from multiple departments[J]. Renal Replacement Therapy, 2021, 7(1).

HIV 实验室的质量控制管理

周志盛

海南省东方市疾病预防控制中心 海南东方 572600

摘要：目的：分析 HIV 实验室质量控制管理的相关问题。方法：选择 2020 年 1 月至 2020 年 12 月 HIV 实验室接收的 500 份样本为对照组研究对象，选择 2021 年 1 月至 2021 年 12 月 HIV 实验室接收的 500 份样本为观察组研究对象，针对对照组研究对象采用常规方式进行检测以及管理，针对观察组研究对象需要在常规检测以及管理的基础之上应用质量控制管理的方式。结果：相比于对照组研究对象来说，观察组研究对象检测结果的在控率整体更高，失控率整体更低，而从观察组实验室管理的角度来进行分析，观察组实验室管理质量评分相比于对照组来说整体更高。结论：在实际进行 HIV 实验室管理的过程中，在常规检测以及管理方法的基础之上融入质量控制管理的方式，不仅能够有效提升检测结果的在控率，同时也能有效促进 HIV 实验室管理质量的有效提高。

关键词：HIV 实验室；质量控制；管理

HIV，即人们生活中所熟知的艾滋病，这种疾病自身具有较强的传染性，艾滋病病毒感染是导致患者发病的主要原因。艾滋病病毒会对人体的免疫系统进行攻击，在患者感染之后，身体内部的 T 淋巴细胞数量会呈现出逐渐下降的趋势，直到人体完全丧失免疫功能为止。因此，患者在感染了 HIV 病毒之后非常容易出现各种类型的疾病，并且疾病的治愈难度相对较高，疾病有着极高的死亡率。青壮年人群是 HIV 病毒感染主要的人群，在感染之后最初的几年患者通常情况下不会出现较为明显的症状以及表现，但是，后期则会逐渐出现一系列神经系统、消化道以及呼吸道的症状，身体的免疫功能会逐渐下降直至最终消失。在患者 HIV 病毒感染的初期阶段做好抗体检测的相关工作则非常有必要。通过检测人体内部的 HIV 抗体来达到了解人体 HIV 感染情况的目的，确保能够第一时间把握传染源，做好 HIV 传播控制的相关工作。但是，要想保证 HIV 抗体检测结果的准确性，做好实验室质量控制管理的相关工作则十分有必要，文章就针对相关问题进行了详细全面的探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2020 年 1 月至 2020 年 12 月 HIV 实验室接收的 500 份样本为对照组研究对象，500 份样本中，对应男性患者 287 例，对应女性患者 213 例，患者年龄最小 19 岁，最大 42 岁，平均年龄 (28.6 ± 5.7) 岁，选择 2021 年 1 月至 2021 年 12 月 HIV 实验室接收的 500 份样本为观察组研究对象，

500 份样本中，对应男性患者 288 例，对应女性患者 212 例，患者年龄最小 20 岁，最大 44 岁，平均年龄 (28.8 ± 6.1) 岁。

1.2 方法

在实际针对对照组样本进行检测的过程中，要能够严格依照实际的说明书进行操作，在每分钟 3500rpm 的离心机中对所获得的标本进行 15min 的离心处理，离心处理之后提取上清液并且进行相应处理，在对血清进行质控的过程中采用的主要为外部与内部对照的方式，从内部对照质控血清的角度来讲，其采用的主要为试剂盒所提供的阳性以及阴性对照血清，而从外部对照质控的角度来进行分析，主要采用的是实验室自行进行血清配置方式，所使用的稀释试剂盒的稀释倍数为 2~3 倍，实际操作的过程中需要将收集到的 HIV 抗体阳性以及阴性血清加入到相应的诊断试剂盒中，本次研究中使用的为人类免疫缺陷病毒 1+2 型抗体诊断试剂盒，在使用的过程稀释的比例为 1:6^[1]。在实际使用人类免疫缺陷病毒抗体诊断试剂盒的过程中在稀释血清的时候阳性和阴性的比例通常情况下为一比二之后封装过程中要依照七天的试验检测用量保存过程中要在低温的状态之下。

在对照组操作方法的基础上，还需要加入 HIV 实验室的质量控制管理的相关内容，具体操作方法如下：

首先，要针对实验室内部的人员做好质量控制管理的相关工作负责，HIV 抗体检测的人员要能够满足以下几方面的要求：第一，要掌握相应的

专业知识并且曾经接受过相应方面专业的培训、教育等，通过考核而且具备国家相应检测资格的人员目的，在于使得检测结果的质量能够真正得到有效保障^[2]。第二，实验室内部人员在上岗之前要能够做好岗前培训的相关工作，为他们介绍检测方法的相关标准、检测的相关法律法规、检测仪器操作的正确方法以及各种安全措施等，所有上岗的人员均需要保证培训合格。第三，操作人员在实际进行检测的过程中要能够严格监督以及检查重点区域，避免万一。

其次，要能够针对实验室内部的设备做好质量控制管理的相关工作，确保在实际进行检测的过程中所使用的设备能够始终处在受控制的状态之中，确保检测的相关工作能够得以顺利完成。在实际管理 HIV 抗体定量检测设备的过程中要能够从以下几个方面入手：第一，要能够针对实验室内部的设备进行完整的档案的构建，使其能够满足实验室设备的核查标准。第二，对于检测过程中经常使用到的洗板机、酶标读数仪、冰箱以及移液器等相关的设备要能够定期进行维修以及维护，实验室内部要能够构建完善的针对检验设备的维修计划，并且通过制度的方式确保维修计划能够有效得以有效落实，对于标准的设备管理程序要能够进行严格的执行，并且针对执行的结果做好记录。第三，设备的使用人员以及管理人员在工作开展的过程中要能够做到深入以及全面的配合，工作中要能够更好地爱护设备，并且经常对设备进行检查。第四，要经常进行设备的校准，校准的依据为量值溯源程序，并且对校准的结果要进行有效的核查，确保校准的结果能够达到实验室校准的标准。通过“三色标识”的方式对设备进行管理，明确设备现阶段的状态。第五，要能够完整以及详细的记录设备的使用情况、维护情况以及设备的使用计划等。

1.3 临床观察指标

首先，对比相关检测结果的在控率以及失控率。

其次，对比两组的实验室管理质量评分情况。评价工作的实际开展过程中，所采用的主要为量化评价的方式。评价项目涉及实验室的环境管理质量、检测方法的管理质量、检测设备的管理质量以及检测人员的管理质量四个方面，单项评分满分为 100 分，评分越高，说明质量控制管理的效果越好^[3]。

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。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

表 1 对比两组样本的实验室检测结果情况 n (%)

组别	例数 (n)	在控率 n (%)	失控率 n (%)
观察组	500	487 (97.40)	13 (2.60)
对照组	500	455 (91.00)	45 (9.00)
χ^2		8.93154	9.18077
P 值		0.031	0.039

表 2 对比两组的实验室管理效果 (分)

组别	例数 (n)	实验室环境管理质量 (分)	实验室检测方法管理质量 (分)	实验室检测设备管理质量 (分)	实验室检测人员管理质量 (分)
观察组	500	92.18 ± 3.74	93.56 ± 3.21	91.19 ± 3.92	92.83 ± 4.05
对照组	500	81.06 ± 5.33	82.53 ± 3.89	81.92 ± 4.16	80.37 ± 5.81
t 值		9.27	9.76	8.39	8.24
P 值		0.014	0.023	0.029	0.035

3 讨论

HIV 是严重程度较高的一种免疫缺陷的疾病，这种疾病不仅具有较高的传染性，同时也会在较大程度上影响人体的免疫系统，青壮年是 HIV 感染的主要群体，在出现 HIV 病毒感染的问题之后，最初的几年身体方面往往不会出现较为明显的表现以及临床症状，但是，随着感染程度的加深以及病情的逐渐加重，则会出现一系列消化道、呼吸道以及神经系统等方面的临床症状，感染之后患者身体的免疫功能会呈现出下降的趋势，最终直至身体的免疫功能完全丧失，导致患者死亡^[4]。从现阶段的情况来看，临床上还没有完全有效的措施来对 HIV 进行有效的治疗，多数情况下是采用

取有效以及积极的预防措施来达到防控 HIV 感染的目的。通过检测不同人群血清的 HIV 抗体情况来确定其是否存在 HIV 感染的问题,通常情况下,测得结果都为阴性,要能够通过有效的治疗手段来对 HIV 的侵蚀进行抵抗。除此之外,对于 HIV 的相关传染源也需要做好治疗的相关工作以及建档管理的相关工作,进而达到对于 HIV 的传播进行有效防控的目的。

另一方面做好 HIV 抗体检测的相关工作也十分有必要,在保证 HIV 抗体检测结果准确的基础之上,也能确保 HIV 患者能够被及早发现,尽可能地切断 HIV 的传播途径,但是,在实际落实 HIV 抗体检测相关工作的过程中,做好质量控制管理的相关工作,有效落实相关的措施也十分有必要^[5]。HIV 抗体检测结果的准确性也会直接影响最终能否正常发出 HIV 抗体常规检验的实验报告,结合需要采取相应的控制手段以及检测措施,具体操作过程中主要包含以下几方面的内容:

首先,针对室内人员要能够做好质量控制的相关工作,确保室内人员能够掌握扎实的专业知识,并且室内人员接受过专业的相关培训以及教育,接受过系统的训练,室内人员在正式上岗之前要能够对其实施考核,确保其具备完成相关工作的能力,同时具备相应的检测资格,只有如此,检测结果的质量才能切实得到有效保障。

其次,对于设备的质量要能够做好控制的相关工作,要管理好所需要的设备,确保在设备工作的过程中,即检测工作的开展过程中所使用的设备能够始终处于受控的状态之中,降低检测设备设施失控问题的发生概率,减少设备设施因素而给正常检测工作带来的负面影响,进而确保检测的相关工作能够得以顺利完成。

此外,要能够做好检测方法确认以及检测方法选择的相关工作,要能够高质量地落实针对实验室室内工作人员的培训,使得室内工作人员在工作过程中对于不同类型设备的使用方法都能够做到准确以及全面的掌握。

最后,要能够有效控制设备设施的工作环境,不同的设备设施在工作过程中所需要的环境也存在较大的差异性,要能够充分考虑环境的情况以及设备设施的情况,做好针对设备设施工作环境的管理工作,确保设备设施工作过程中的照明环境以及通风环境都能够满足相应的要求。实验室内部的湿度、温度、水、电等都能够有效地维持相关的设备设施的稳定运

转,为检测结果可靠性的保证打下良好的基础。

从本次研究工作的开展结果来看,相比于对照组样本来说,观察组样本在检测的过程中在控率整体更高,失控率整体更低,而从两组样本的实验室管理效果来看,相比于对照组来说,观察组的实验室环境、实验室检测方法、实验室检测设备、实验室检测人员的管理质量均相对较高,由此可见,在实际落实 HIV 实验室管理相关工作的过程中,要想真正将质量管理落到实处,在常规操作方法的基础之上,还需要能够加入质量控制管理的相关内容,不仅能够使得 HIV 实验室质量控制管理工作的效果得到有效提升,除此之外,也能使得检测结果的有效性以及可靠性得到切实保障,非常值得在临床上大面积推广。

但是,在实际进行 HIV 实验室管理相关工作的过程中,要想真正发挥实验室质量控制管理的效果,还需要能够考虑到实验室运转的实际情况,结合检验检测工作开展过程中所存在的问题,针对性地进行实验室质量控制管理措施的制定。

综上所述,HIV 实验室管理工作的开展过程中,在常规操作流程以及操作方法的基础上采用质量控制管理的相关措施,不仅能够有效优化实验室样本检测的结果,提升样本检测的在控率。

参考文献:

- [1]刘平,刘静,程焕义,陈凯,朱祈钰,蒋岩,肖瑶,金聪. 2016-2021 年我国 HIV-1 亲和力和新发感染检测实验室能力验证考核结果分析[J]. 中国艾滋病性病,2022,28(04):397-401.
- [2]黄九如,张有江,王长梅,徐勤,周乐. 一例 HIV-1 早期感染的实验室检测结果分析[J]. 国际病毒学杂志,2021,28(06):463-466.
- [3]陈伟毅,杨育红,郑友限,陈晓玲,占凌云,王增强. 实验室信息管理系统在泉州市 HIV 检测中的有效应用[J]. 海峡预防医学杂志,2021,27(06):89-91.
- [4]王娟,华文浩,刘方遥,崔丽艳,徐国宾. 临床实验室 HIV 感染的筛查、确认及报告[J]. 临床检验杂志,2021,39(11):805-809.
- [5]薛鹏鹏,张鑫,朱祈钰,刘静,陶晓霞,江华州,张岭,蒋岩,金聪,潘品良. 2005—2019 年我国 HIV-1 病毒载量检测实验室能力验证考核结果分析[J]. 中华实验和临床病毒学杂志,2021,35(02):135-139.

郑氏推拿结合易罐疗法治疗膝关节退行性骨关节病的临床研究

崔山瑶 郑旭东

遵义市中医院 贵州遵义 563000

摘要：目的：郑氏推拿结合易罐疗法治疗膝关节退行性骨关节病的临床研究。方法：全部对象均为遵义市中医院推拿科膝关节退行性骨关节病患者60例（2019年2月-2022年3月）。利用单盲随机隐藏方法和SPSS统计软件生成随机分布序列。根据患者抽奖数量，通过随机对照试验，将受试者分配给该组。治疗组I、II组与对照组临床疗效比较，每组20例。治疗组I组（一般推拿手法结合易罐疗法治疗），治疗组II组（郑氏推拿手法结合易罐疗法治疗），对照组采用常规推拿手法治疗。结果：治疗I组内1例治疗无效，对照组为4例，而治疗II组均得到改善，组间治疗有效率结果差异明显（ $p<0.05$ ）；住院时间，治疗I组（ 12.89 ± 2.90 ）d、对照组（ 14.02 ± 2.18 ）d，数据间无明显差异（ $p>0.05$ ），治疗II组（ 10.98 ± 3.01 ）d明显短于其他两组（ $p<0.05$ ）。讨论：应用郑氏推拿手法结合易罐疗法为膝关节退行性骨关节病患者展开干预可显著提升治疗有效率，同时缩短患者住院时间，值得展开进一步研究及临床推广。

关键词：郑氏推拿；易罐疗法；膝关节退行性骨关节病；临床研究

膝关节退行性骨关节病是一种常见的退行性疾病，严重影响中老年人的生活质量。这种疾病进展缓慢，并随着年龄的增长而恶化，目前，膝关节退行性骨关节病尚无完全治愈的临床治疗方法，单纯西医治疗效果相对有限^[1]。口服药物镇痛对机体无毒副作用，关节活动功能改善不明显，同时，不宜长期服用；患者膝关节疼痛、肿胀，医患配合不好，康复治疗难以达到预期目的；手术治疗对患者膝关节有较大的局部损伤，手术本身不能改变膝关节软骨损伤的病理实质，同时，由于术后缺乏康复锻炼，往往难以达到最佳的术后效果。膝退行性骨关节炎属于中医“关节痛”范畴，中医药对膝骨关节炎的研究日益深入，并取得了一定的成果^[2]。在这种情况下，探索越来越有效的中医治疗方法是我国中医工作者的共同目标。本次研究中对治疗II组入选患者实施郑氏推拿手法结合易罐疗法治疗，取得理想的临床效果，现报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

全部对象均为遵义市中医院推拿科（2019年2月-2022年3月）膝关节退行性骨关节病患者60例（年龄49~70岁）。按照随机数字法将入选者划分至治疗I组（20例）、治疗II组（20例）及对照组（20例）。

治疗I组内男11例，女9例，年龄50-67岁（ 62.90 ± 1.09 ）岁，病程1-8年（ 4.01 ± 0.98 ）年。

治疗II组内男12例，女8例，年龄50-68岁（ 62.98 ± 1.13 ）岁，病程1-9年（ 4.05 ± 0.87 ）年。

对照组内男10例，女10例，年龄50-69岁（ 63.45 ± 1.21 ）岁，病程1-8年（ 4.01 ± 0.82 ）年。

试验病例选择标准

①纳入标准：所有患者均符合膝关节退行性骨关节病诊断标准，年龄49~70岁，男女不限；均签署知情同意书，并自愿参加本研究。

②排除标准：

- a、合并靶器官疾病
- b、意识不清或合并精神科病症者。
- c、严重过敏体质者；
- d、妊娠、准备妊娠或哺乳期患者。

③剔除标准：

- a、中途退出研究者；
- b、不按实验方案执行者。

④脱落标准：a、试验过程中依从性差；

b、试验过程中出院者自行退出者；

c、资料不全，影响评价者；

d、其他原因造成的联系不上者。

⑤终止标准：a、临床试验中，严重不良反应，手术适应征等；

b、疗效不显著，甚至是无效可终止研究。

诊断标准：

西医诊断标准参考中国骨科学会2007年制定的骨关节炎诊断和治疗

标准①近1个月反复膝关节疼痛；②X线片显示关节间隙变窄，软骨下骨硬化和/或囊性变，关节边缘骨赘形成；③关节液（至少两次）清激粘稠，白细胞 $<2000/\text{ml}$ ；④年龄 ≥ 40 岁；⑤晨僵 $\leq 3\text{min}$ ；⑥活动中的摩擦声。符合①、②或①、③、⑤、⑥或①、④、⑤、⑥均可确诊^[3]。

中医诊断标准是指 1994 年国家中医药管理局颁布的《中医证候诊断疗效标准》。与气滞血瘀、经络不通的证候相一致：创伤劳损、感风寒湿邪等因素，或老年、肝肾两虚、关节营养不良致使气血瘀滞，阻于经络，客于筋骨，留于肌肉关节，致膝关节肿胀，筋肉力弱，腱鞘无力，疼痛，屈伸不利，功能活动受限，痛有定处，痛处拒按，症状轻者尚可忍受，重者影响工作和生活，舌质紫暗或有瘀斑，舌苔薄白，脉沉迟或沉迟紧^[4]。

1.2 方法

治疗组I采用常规推拿配合易拔罐治疗，治疗组II采用郑氏推拿配合易拔罐治疗，对照组采用常规推拿治疗。每日 1 次，14 次为一个疗程，一个疗程后观察疗效。

①郑氏推拿手法：（1）取穴：梁丘、冲门、血海、内外膝眼、阳陵泉、委中、足三里等（2）一指禅推法：患者卧位，操作者站在一侧，对患肢梁丘、冲门、血海、内外膝眼进行一指禅推法^[5]。（3）捏拿弹拨股四头肌腱及跟腱，再在股二头肌、股四头肌、内收肌处用滚法治疗。（4）弹拨腓总神经。（5）膝关节拔伸法。②一般推拿手法：穴位松筋法：取梁丘、血海、内外膝眼、委中、阴陵泉、足三里、太溪等穴位，点法点穴。摇膝法：固定大腿，握持小腿，摇动膝关节，同时注意屈曲、伸展、内旋和外旋膝关节，最后用揉法和擦法放松膝关节周围肌肉，治疗结束。③易罐治疗手法：捏住易罐排出空气后，分别于血海、梁丘、足三里、阴陵泉四处施罐，并配合易罐的拉筋手法，使患者仰卧位行膝关节屈伸运动，时间 10 分钟^[6]。

1.3 评价标准

疗效判定标准临床治愈：临床症状消失，膝关节功能评分>50 分，随访 3 个月无复发。显效：临床症状显著改善，疼痛明显减轻、局部压痛不明显，膝关节评分 35~50 分，3 个月内无加重或复发。有效：症状改善，疼痛减轻，局部压痛减轻，膝关节评分 25~30 分，随访 3 个月无加重或发作。无效：经过 1 个疗程，症状无明显改善，压痛同前，评分<25 分。愈显率=(痊愈+显效)/n×100%，总有效率=(痊愈+显效)/n×100%。

表 1 膝关节功能评价表

标准		左	右	备注
疼痛	无:日常动作无痛，时有疲劳或沉重感	30	30	患者具体表现
	轻:长距离行走时轻疼痛	25	25	
	中:步行时疼，经短时休息好转，消失	5	5	
	剧:无论静止或各动作均有疼痛	0	0	
00				

活动范围	120°以上:下蹲无困难	20	20	实测角度
	90°~120°:可上楼梯，可以从座椅站起	15	15	左
	60°~89°:可正常平地行走	10	10	左
	30°~59°:可从地上拾起东西	5	5	
主动伸展受限	0°~29°:可迈 5cm 高台阶	0	0	
	无(0°~10°)	10	10	实测屈曲角度
	轻度(11°~30°)	5	5	左
	高度(31°以上)	0	0	右

观察评价组价住院时间及住院费用。

1.4 统计学方法

应用 SPSS23.0 统计软件，测量数据以平均值±标准差(±s)表示，并进行 t 检验；计数数据以百分比(%)表示，使用 X² 检验。P<0.05 有统计学意义。

2 结果

2.1 临床治疗有效率

治疗 I 组内 1 例治疗无效，对照组为 4 例，而治疗 II 组均得到改善，组间治疗有效率结果差异明显 (p<0.05)，见表 2。

表 2 临床治疗有效率 (n%)

组别	痊愈	显效	无效	治疗有效率
治疗 I 组(20)	17 (85.00)	2 (10.00)	1 (5.00)	95.00 (19/20) ab
治疗 II 组 (20)	19 (95.00)	1 (5.00)	0 (0.00)	100.00 (20/20) a
对照组 (20)	13 (65.00)	3 (15.00)	4 (20.00)	80.00 (16/20)

注：a 与对照组对比 p<0.05，ab 与对照组对比 p<0.05。

2.2 组间住院时间及住院费用对比

住院时间，治疗 I 组 (12.89±2.90) d、对照组 (14.02±2.18) d，数据间无明显差异 (p>0.05)，治疗 II 组 (10.98±3.01) d 明显短于其他两组 (p<0.05)，见表 3，

表 3 组间住院时间及住院费用对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	住院时间 (d)
治疗 I 组	20	12.89±2.90
治疗 II 组	20	10.98±3.01

对照组

20

14.02±2.18

3 讨论

膝退行性骨关节病是以膝软骨退行性变化和继发性骨质增生为特征的疾病。其临床表现为进行性膝关节疼痛、无力、僵硬、肿胀、运动受限，伴有肌肉萎缩和畸形，可导致关节功能障碍甚至残疾^[7]。膝关节退行性骨关节病进展缓慢，首先，软骨细胞的数量逐年减少，第二，构建软骨所需的糖和蛋白质的流失会延迟关节软骨组织的新陈代谢，使关节软骨的新合成速率赶不上体内的分解和破坏速率，导致软骨组织越来越薄，表面出现光滑、粗糙和侵蚀的现象。目前，我国广泛开展膝关节内注射透明质酸的工作。虽然由于缺乏现代循证医学证据，它能在短时间内恢复关节腔内润滑液的弹性和粘度，迅速缓解局部滑膜炎，在短时间内改善临床症状和关节功能，而长期使用会削弱和抑制人体自身关节液的分泌和润滑功能，导致长期疗效不佳^[8]。此外，该方法属于侵入性治疗。注射会在关节腔内留下创伤，最终形成疤痕。高频率和长期使用透明质酸制剂将进一步加剧疤痕形成和关节腔局部损伤的累积效应。抑制人体关节液的分泌和局部关节损伤的结合和叠加，最终打破膝关节腔内的环境平衡，导致关节退变进一步加剧。

膝退行性骨关节病属于中医学中的“痹证”、“骨痹”、“膝痹”、“膝风”、“历节”、“痿证”或“弛缓性关节痛”等四肢关节痛类疾病。中医认为，膝关节退行性骨关节病主要是由于劳损或高龄，膝关节失去精血补充，经络气虚，骨质疏松，长期风寒湿滞，导致膝关节气血受阻，经络受阻，骨支持丧失，“阻塞导致疼痛”。中医对该病的治疗方法有很多研究，如中医药的分类及相应的中药口服配方的使用，中医药的外治法，包括敷贴法、熏蒸法、烫熨法等。此外，有关节内注射、中药离子导入法等。在针灸治疗方面，有穴位注射、火针法、电针治疗、温针灸、推拿治疗等。

由于西医治疗膝关节退行性骨关节病的方法比传统医学少，副作用多，我科长期以来一直在使用和探索传统医学的治疗方法。在推拿、针灸的基础上，应用易拔罐疗法，取得了良好的疗效，无副作用。本研究通过观察对照组与治疗组临床疗效的差异，探索治疗膝关节退行性骨关节病的新方法和新思路，为该方法治疗膝关节退行性骨关节病提供一定的客观科学依据。研究结果显示，治疗 I 组内 1 例治疗无效，对照组为 4 例，而治疗 II 组均得到改善，组间治疗有效率结果差异明显；住院时间，治疗 I 组（12.89±2.90）d、对照组（14.02±2.18）d，数据间无明显差异（ $p>0.05$ ），治疗 II 组（10.98±3.01）d 明显短于其他两组。与谭建萍^[9]等研究结果高度一致。

综上所述，应用郑氏推拿手法结合易罐疗法为膝关节退行性骨关节病

患者展开干预可显著提升治疗有效率，同时缩短住院时间，降低住院费用，提高社会效益，减轻患者负担。为今后临床治疗该病提供一种可靠的优选治疗方法。

参考文献：

[1]金伟,贾东奇.手法推拿联合超短波治疗对慢性膝关节骨性关节炎患者疼痛及病灶超声检测指标的影响[J].现代中西医结合杂志,2020,2916:1753-1757.

[2]何挺,凌翠敏,沈庆亮,罗玉明,李盛琳.易罐运动拉伸疗法治疗膝骨关节炎的临床效果及机制探讨[J].中国医学创新,2020,1721:124-127.

[3]黄东良,李剑锋,王正富.温针灸结合推拿手法治疗膝关节骨性关节炎的临床疗效及机制研究[J].海军医学杂志,2020,4104:427-430.

[4]吴晓军.易罐联合四子散热敷对人工膝关节置换术后患者康复效果的影响[J].护理实践与研究,2018,1524:62-64.

[5]李盛琳,邝秋群,谭桂珍,陈平,何挺,李伟赣,李振杰.运动疗法结合易罐治疗膝关节骨性关节炎疗效观察与护理效果[J].中国医药科学,2019,910:155-157+171.

[6]侯来永,徐瑞泽,唐学章,王欢,张美丽,丁海涛.推拿结合等速肌力训练治疗膝关节骨性关节炎临床疗效研究[J].中国康复医学杂志,2019,3405:551-555+572.

[7]汤丽珠,李长辉,张坤木,肖爱娣,潘政炜,林洋.推拿结合等速训练配合五禽戏治疗膝骨关节炎的临床疗效观察[J].湖南中医药大学学报,2019,3907:879-884.

[8]许辉,康冰心,高晨鑫,赵超,徐喜瑞,孙松涛,解骏,肖涟波,施杞.推拿治疗膝骨关节炎全膝关节置换后疼痛的有效性[J].中国组织工程研究,2021,2518:2840-2845.

[9]谭建萍,李云,刘婷婷,邓啟凡,陈敏,周佳馨.中药熏洗联合穴位易罐辅助治疗膝关节骨性关节炎肝肾亏虚型临床观察[J].实用中医药杂志,2021,3706:1047-1049.

作者简介：第一作者：崔山瑶，男，针灸推拿学硕士研究生，长期从事颈肩腰腿痛等疾病的治疗和研究。第二作者：郑旭东，副主任医师，遵义市名中医，贵州省名老中医石玉生传承人，苏州市吴门医派传承人。从事针灸推拿临床工作 40 余年，提出“推拿有推皮与推骨之分，入骨者效乃佳”，“推筋及推骨”，“轻柔透巧”的学术思想。单位：遵义市中医医院。邮编：563000。

家庭医生“1+1+1”签约服务联合全科团队管理对社区 2 型糖尿病患者达标的影响研究

杨顺红

上海市松江区车墩镇社区卫生服务中心 上海 201611

摘要：目的：观察分析社区 2 型糖尿病患者在实施家庭医生“1+1+1”签约服务联合全科团队管理模式下，对患者各项功能指标达标的影响。方法：选取我中心同期治疗的社区 2 型糖尿病患者 138 例，将与我中心签约的 70 例患者为签约组，其他未签约的作为对照组。签约组给予家庭医生“1+1+1”签约服务联合全科团队管理模式，对照组给予常规社区管理模式。对比两组的各项功能指标及其联合达标率、两组患者的生存质量特异性量表（DSQL）评分。结果：签约组干预后各项功能指标明显优于对照组，其各项指标的联合达标率明显高于对照组， $P<0.05$ ，差异均具有统计学意义；签约组患者干预后 DSQL 评分明显低于对照组患者， $P<0.05$ ，差异具有统计学意义。结论：采取家庭医生“1+1+1”签约服务联合全科团队管理有利于提升社区 2 型糖尿病患者各项指标的达标率，并且对于改善患者生活质量具有显著作用。

关键词：2 型糖尿病；家庭医生；全科团队

Abstract: objective to observe and analyze the influence of "1+1+1" contract service and general practice team management mode for community type 2 diabetes patients on the patients' functional indexes reaching the standard. Methods 138 patients with type 2 diabetes in our center were selected for treatment during the same period. 70 patients who were contracted with our center were selected as the signing group, while others who were not were selected as the control group. The contracting group was given the "1+1+1" contracting service joint general practice team management mode, while the control group was given the general community management mode. The functional indicators of the two groups and their combined compliance rate were compared, and the quality of life specificity scale (DSQL) scores of the two groups were compared. Results after intervention, the functional indexes of the signatory group were significantly better than that of the control group, and the combined compliance rate of all indexes was significantly higher than that of the control group ($P<0.05$, the difference was statistically significant). After intervention, the DSQL score of the signatory group was significantly lower than that of the control group ($P<0.05$), and the difference was statistically significant. Conclusion the "1+1+1" contract service of family doctors and general practice team management are conducive to the improvement of the compliance rate of various indicators of community type 2 diabetes patients, and have a significant effect on the improvement of patients' quality of life.

Key words: type 2 diabetes; Family physician; General team

糖尿病是一种以高血糖为主要特征的代谢性疾病，已经成为影响国民身体健康的第一大杀手，近年来我国糖尿病患者数量不断攀升，并且年轻化趋势明显。在糖尿病患者中，2 型糖尿病占有 90%以上，2 型糖尿病患者一般是体内产生胰岛素的能力并未完全丧失，但作用效果较差，需要持续用药来刺激胰岛素的分泌。在社区 2 型糖尿病患者治疗中，家庭医生签约服务模式应用呈现出良好的效果。本文主要针对家庭医生“1+1+1”签约服务联合全科医生团队管理对社区 2 型糖尿病患者的达标影响进行了研究，现根据研究做出如下报道。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择在 2020 年 6 月-2021 年 10 月期间，我中心收治的社区 2 型糖尿病患者 138 例。按照是否与本中心签约，分为签约组 70 例，对照组 68 例。其中，签约组患者中有男性 42 例，女性 28 例；年龄 48-78 岁，平均年龄（ 62.58 ± 8.13 ）岁；病程 4-23 年，平均病程（ 9.1 ± 3.2 ）年。对照组患者中有男性 40 例，女性 28 例；年龄 46-77 岁，平均年龄（ 61.89 ± 8.24 ）岁；病程 4-24 年，平均病程（ 8.9 ± 3.4 ）年。

纳入标准：所有患者均为社区常住人口，且确诊为 2 型糖尿病；排除

标准：所有患者排除无严重器质性损伤、精神疾病、肿瘤等。

本次研究详情均详细告知患者及其家属，并签署完成研究知情同意书。

1.2 方法

对照组给予常规社区管理模式。

签约组给予家庭医生“1+1+1”签约服务联合全科团队管理模式，“1+1+1”主要包括一家三级医院专科医生、一家二级医院专科医生、本社区全科家庭医生。具体干预步骤如下：

第一，与患者签约，建立契约式服务。根据患者在 12 个月内社区干预的具体情况，建立完善个人电子健康档案，并根据档案内容制定详细的干预计划，然后根据计划形成一对一干预模式。第二，为患者提供个性化一对一健康指导咨询，根据患者的实际需求，通过门诊、电话、微信、APP 等向患者提供健康指导；第三，健康教育服务，定期为患者开展健康知识讲座，向患者发放健康教育手册、折页、处方等，对患者进行健康教育；同时，利用微信、短信等，向患者推送日常健康知识、疾控知识、养生保健知识等。第四，签约门诊预约服务，为患者提供家庭医生预约门诊。第五，对患者进行一对一自我管理指导，包括根据患者实际情况进行个性化

的饮食、运动指导、用药指导等，提高患者自我健康管理能力。第六，分级随访管理，根据患者实际血糖水平进行分级管理，对每位患者进行不少于4次的面对面随访以及免费血糖检测；对患者进行体格检查。第七，对血糖未达标的患者通过“1+1+1”转诊平台及时转往二级或三级医院门诊，调整治疗方案。第八，利用信息技术将家庭医生签约服务模式与全科团队管理相连接，建立家庭医生工作站等网络服务熊品台，为患者设立转诊及随访提醒功能，有效提升家庭医生服务效率。

1.3 观察指标及评价标准

观察记录患者各项功能指标，具体包括患者空腹血糖（FBG）、餐后2小时血糖（2hPG）、甘油三酯（TG）、糖化血红蛋白（HbA1c）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-c）。根据WHO糖尿病专家委员会诊断标准，对两组患

者各项功能治疗的达标情况进行评定，计算患者的联合达标率。

借助糖尿病患者生存质量特异性量表（DSQL）对患者生存质量进行评分，分数越高，表示患者受糖尿病影响越大，生活质量越差。

1.4 统计学方法

采用SPSS 20.0进行统计数据分析，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，行t检验， $P < 0.05$ ，则表示差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 对比两组患者干预前后各项功能指标

两组患者干预前各项功能指标对比无差异， $P > 0.05$ ，不具有统计学意义；干预后，签约组患者FBG、2hPG、HbA1c、LDL-c、TG等指标均由于对照组， $P < 0.05$ ，差异具有统计学意义。详见表1。

表1 两组患者干预前后各项功能指标对比分析 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	FBG (mmol/L)	2hPG (mmol/L)	HbA1c (%)	LDL-c (mmol/L)	TG (mmol/L)
签约组	干预前	8.0±1.5	14.5±2.2	8.06±1.13	2.78±0.85	1.66±1.21
	干预后	5.01±0.54	6.24±1.6	6.18±1.16	2.25±0.78	1.43±0.98
对照组	干预前	7.9±1.5**	14.5±2.3**	8.02±1.20**	2.80±0.86**	1.63±1.29**
	干预后	6.54±1.28*	8.5±2.6*	7.75±1.51*	2.75±0.82*	1.65±0.89*

注：*表示 $P < 0.05$ ；**表示 $P > 0.05$ 。

2.2 对比两组患者各项指标达标率

签约组干预后血脂达标率为57.14%（40/70），血糖达标率为44.44%（32/70），联合达标率为31.43%（22/70）；对照组干预后血脂达标率为38.24%（26/68），血糖达标率39.93%（27/68），联合达标率为20.59%（14/68）。签约组患者血脂达标率、血糖达标率、联合达标率均高于对照组， $P < 0.05$ ，差异具有统计学意义。

2.3 对比两组患者干预前后生活质量评分

干预前，签约组患者生活质量评分为（51.6±11.3）分，对照组患者生活质量评分为（52.3±10.6）分，两组患者评分对比差异不明显， $P > 0.05$ ，不具有统计学意义；干预后，签约组患者生活质量评分为（38.4±7.8）分，对照组患者生活质量评分为（45.8±8.6）分，签约组明显低于对照组， $P < 0.05$ ，差异具有统计学意义。

3. 讨论

糖尿病具有病程长、并发症多、发病率高等特点。近年来，随着人们生活方式的巨大转变，糖尿病发病率上升趋势越来越明显，不良生活方式如过量饮酒、饮食不节制、缺乏运动等，以及现代人长期承受巨大的社会压力，导致糖尿病的发病年龄逐年降低。在社区2型糖尿病治疗中，采取家庭医生“1+1+1”签约服务联合全科团队管理模式，在社区家庭医生签约服务基础上，按照社区居民自身实际需求与就医习惯，与本地二级、三级医疗机构签约，形成“1+1+1”签约医疗机构组合。通过家庭医生对患者实施针对性、个性化的健康服务，以提高2型糖尿病患者治疗效率，改善患者生活质量。同时，家庭医生通过对患者及其家庭的深入了解，能够对患者的病情发展掌握更加充分，对实施个性化治疗及护理措施提供了充足的

基础，切实满足患者的真实需求，合理有效的进行健康管理。此外，通过与全科管理团队的联合，有利于患者对自身病情有更加深入的了解，并且有效提升患者的健康知识水平，提高患者自我保健意识，增强患者治疗的依从性，从而提高患者血糖控制水平。

本次研究中，通过采用家庭医生“1+1+1”签约服务联合全科团队管理模式对社区2型糖尿病患者进行管理，患者的血糖、血脂水平控制情况更好，并且联合达标率以及生活质量评分更高。

综上所述，家庭医生“1+1+1”签约服务联合全科团队管理模式对社区2型糖尿病患者进行管理，加强了患者各项指标控制的有效性，提高治疗效率，并且改善了患者的生活质量，具有较高的应用价值。

参考文献：

[1]徐戟.家庭医生团队管理对社区2型糖尿病患者的影响[J].深圳中西医结合杂志,2019,29(10):131-133.

[2]徐蓉,王丽,沈雁红,徐丽娜,梁松梅.家庭医生服务团队模式管理社区2型糖尿病的效果评价[J].上海医药,2019,40(10):45-47.

[3]马静敏,强锐,娄树静,辛意,周瑞凤.家庭医生式服务对社区2型糖尿病慢病管理的效果评价[J].继续医学教育,2019,33(03):154-156.

[4]余晓岚,张立军,张静,王清清,姚青奎.2型糖尿病患者社区家庭医生团队服务效果评价[J].预防医学,2017,29(05):472-474.

[5]李冬梅,黄玉琴,姚青奎,张立军.家庭医生团队服务模式对社区2型糖尿病患者血糖控制效果的研究[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(88):4-5+7.

作者简介：杨顺红（1971-），女，主治医师，本科，主要从事医疗管理、家庭医生团队管理。

早期干预对高危儿身心发育的作用分析

郭芬

海口市妇幼保健院儿保科 海南海口 570000

摘要：目的：探究对高危儿进行早期护理干预对患儿身心发育的影响。方法：选取 2020 年 5 月—2021 年 5 月于我院出生的婴儿中高危患儿 90 例，按照 1:1 随机分组法分为参照组 45 例与试验组 45 例，参照组患儿行常规护理干预，试验组患儿行早期护理干预，对比两组患儿身体发育情况、智力和运动发育情况、神经行为发育情况以及预后不良反应情况。结果：对比两组患儿身体发育情况，两组患儿都有较良好发育但试验组患儿身体发育更快， $p < 0.05$ ；对比两组患儿智力和运动发育情况，干预前两组患儿发育情况差别不大，干预后都有较好的发育，且试验组患儿各项指标评分更高， $p < 0.05$ ；对比两组患儿神经行为发育情况，试验组患儿较参照组各项指标更优， $p < 0.05$ ；对比两组患儿预后出现不良反应的发生率，试验组总发生率 4.44% 小于参照组总发生率 20.00%， $p < 0.05$ 。结论：对高危患儿行早期护理干预，能够保证患儿身体、智力、运动和神经行为的正常发育，同时降低高危患儿的患病率，对保护婴儿健康有积极意义，也有可持续应用的临床应用价值。

关键词：早期护理干预；高危患儿；身心发育；临床价值

高危儿是指在胎儿期、分娩期、新生儿时期存在对其生长发育等有危险因素方面的婴儿^[1]，婴儿刚脱离母体，自己呼吸能力和其他功能都比较弱，身体免疫力极低，而高危儿面临的风险更高，因此高危儿是特别脆弱的群体，大约占新生婴儿中的 60%^[2]。高危儿有一定脑损伤的危险，可能会导致脑性瘫痪、智力低下等疾病，是造成婴幼儿时期致残的主要原因^[3]。随着我国三胎政策的提出，国家对新生儿的健康越来越重视，而保障新生儿健康是目前所面临的问题，有研究表明，对高危儿进行科学专业的护理能够提高其治疗的有效率，加强新生儿成长发育，因此对高危儿进行早期的护理干预尤其重要，且越早干预效果越好，在大脑发育初期培养一系列行为和知识，不仅能够改善大脑发育迟缓，更能加快患儿其他各项功能发育水平^[4]。本文为探究早期护理干预对高危患儿生命安全和身心发育的影响，现选取我院 90 例高危患儿作为研究对象，其中 45 例应用常规护理干预，另外 45 例应用早期护理干预，对比两组患儿身心发育情况和预后出现的不良症状，并对研究结果进行详细报道，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 临床资料

从 2020 年 5 月到 2021 年 5 月我院高危患儿中随机选取 90 例作为研究对象，并对其进行分组研究，参照组 45 例，男患儿 28 例，女患儿 17 例，平均年龄（4.18±0.14）月；试验组 45 例，男患儿 22 例，女患儿 23 例，平均年龄（4.21±0.12）月，两组患儿出现高危原因主要有早产、缺血性脑部疾病、异常分娩和高胆红素血症。对比两组患儿临床资料无明显差别，可以作为本试验的研究对象， $p > 0.05$ 。

纳入标准：①所有患儿均符合关于高危儿的诊断标准；②患儿家属知

晓并同意本次试验全过程且签署同意书；③所有患儿临床资料完整且真实。

排除标准：①患有先天性遗传疾病患儿除外；②存在染色体异常患儿除外；③对药物有严重过敏反应患儿除外。

1.2 方法

参照组应用常规护理干预，主要对患儿身体各项指标进行监测等。

试验组在参照组的基础上实施早期护理干预，具体内容如下：1、组建早期干预治疗小组。由 1 位儿保科医生，护理人员和患儿的家属共同组成，组内成员要互相配合以达到护理效果最大化，医护人员要保证专业能力和职业素养，给患者家属指导性建议，也通过自身语言着装等给患者家属留下较好的印象，提高其信任度。2、健康宣讲。由儿保科医生对家属进行系统性的培训，采取讲座等形式，讲解高危儿早期干预的方法，步骤以及注意事项等，同时指导家长进行科学喂养，以及观察婴儿的身心健康等相关知识，比如吃奶、睡眠等情况；可以在病房附近放一些宣传画报，让家属了解母乳喂养对胎儿成长发育的重要性，高危儿的护理方式等，增加家属的认知以提高与医护人员的配合度。3、早期干预的操作，由小组成员共同对婴儿实施干预，包括以下几点，a.感知训练，由专业的护理人员每日对婴儿进行抚触，按摩面颊，手掌、背部等身体的每个部位，保证每日 1 次，每次 10-15 分钟。b.视觉刺激训练，由专业的护理人员指导家长正确的刺激婴儿的视觉，在距离婴儿眼睛 20cm 处晃动颜色比较鲜艳的玩具，从而对婴儿的视觉神经和视网膜的发育产生一定的刺激；可以用光照射看眼球是否缩小，查看瞳孔是否正常，对光源敏感。c.听觉训练，每日定时为婴儿播放儿歌或者轻音乐，每次 10 分钟，每日 2-3 次，为促进

婴儿的前庭感受器的发育等。以及由母亲环抱,使婴儿倾听母亲的声音以及心跳等,达到对婴儿的听觉进行训练强化的效果。d.被动体操训练,由专业的护理人员对婴儿进行被动体操训练,以及根据婴儿发育的规律进行精细运动,认知行为能力等早期的教育。4、满月宝宝回院复诊时,由小组共同根据婴儿的身体状况制定个体化干预方案,要求家长严格按照制定的方案进行训练。以及建立小组微信群,家长在干预训练中可以及时将问题反馈给护理人员,同样护理人员可以第一时间对其进行指导。在前3个月内每周进行回访,由儿保科医生进行评估早期干预的效果等。以及在婴儿出生6个月后,由家长带患儿回院复诊,检查以及和小组人员根据患儿目前的情况确定下一周期的干预计划。

1.3 观察指标

记录两组患儿身体发育情况,包括身长、体重和头围,数值越高代表发育越快。

依据智力发育指数(MDI)和运动发育指数(PDI)对两组患儿智力和运动发育情况进行评估,评分越高,代表发育越快。

记录两组患儿神经行为发育情况,包括精细动作、语言能力、社会行为和适应能力,评分越高,代表发育越快。

记录两组患儿预后发生的不良情况,包括精神发育迟缓、视听障碍、语言障碍、脑瘫和癫痫,总发生率=不良反应患儿/总人数*100%。

1.4 统计学方法

研究中各项指标应用统计学软件 SPSS23.0 进行分析,两组患儿身体、智力、运动和神经发育情况用 $\bar{x} \pm s$ 表示,用 t 进行检验;两组患儿不良反应情况用 n%表示,用 χ^2 进行检验;以 $P < 0.05$ 代表两组间有明显差异,有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿身体发育情况对比

两组婴儿在刚出生时体重、身长和头围都无较大差别, $p > 0.05$; 1 岁时都有明显长大,但试验组患儿较参照组患儿身体发育情况更好,有统计学差异, $p < 0.05$, 见表 1。

表 1 两组患儿身体发育情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	身长 (cm)		体重 (kg)		头围 (cm)	
		出生时	1 岁时	出生时	1 岁时	出生时	1 岁时
试验组	45	55.29±1.47	75.69±2.84	2.93±0.54	9.65±1.04	32.57±2.85	46.52±1.52
参照组	45	55.81±1.26	79.16±2.01	3.02±0.41	8.93±0.93	33.15±2.54	42.63±1.47
t	/	1.801	6.690	0.890	3.462	1.019	12.341
p	/	0.075	0.000	0.375	0.000	0.311	0.000

2.2 两组患儿干预前后智力和运动发育情况对比

两组患儿在干预前智力和运动评分无明显差别, $p > 0.05$; 干预后两组患儿智力和运动评分都有明显提高,且试验组患儿发育情况较参照组更好,有统计学差异, $p < 0.05$, 见表 2。

表 2 两组患儿干预前后智力和运动发育情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	MDI		PDI	
		干预前	干预后	干预前	干预后
试验组	45	82.52±9.24	110.26±6.82	85.49±9.53	109.65±7.45
参照组	45	82.43±9.13	98.75±6.35	85.27±9.64	95.36±7.55
t	/	0.046	8.285	0.108	9.037
p	/	0.963	0.000	0.913	0.000

2.3 两组患儿护理后神经行为发育情况对比

护理后两组患儿神经行为发育情况有较大差别,试验组患儿各项指标评分明显更优,有统计学差异, $p < 0.05$, 见表 3。

表 3 两组患儿护理后神经行为发育情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	精细动作	语言能力	社会行为	适应能力
试验组	45	100.52±7.59	101.36±7.24	102.48±7.82	101.56±6.93
参照组	45	92.53±6.81	93.58±6.92	95.28±6.93	96.54±6.29
t	/	5.256	5.211	4.622	3.598
p	/	0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 两组患儿预后不良反应情况对比

试验组患儿出现不良反应总发生率 4.44%,参照组患儿不良反应总发生率 20.00%,试验组较参照组总发生率更低,有统计学差异, $p < 0.05$, 见表 4。

表 4 两组患儿预后不良反应情况对比

组别	例数	精神发育迟缓	视听障碍	语言障碍	脑瘫	癫痫	总发生率
试验组	45	1 (2.22)	0 (0.00)	1 (2.22)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (4.44)
参照组	45	3 (6.67)	1 (2.22)	3 (6.67)	1 (2.22)	1 (2.22)	9 (20.00)
X ²	/	/	/	/	/	/	5.075
p	/	/	/	/	/	/	0.024

3 讨论

婴儿身体各器官还未发育完全，很容易出现病症且治疗难度较高，高危患儿更是我国一直以来关注的重点^[5]。据全国 0-14 岁儿童智力低下的病学调查结果表明，在围产期，通过高危因素会导致婴儿有不用程度的智力的损害，主要表现在智力低下等方面，其发生率为 1.2%^[6]，然而随着卫生医学的快速发展和针对新生儿重症的治疗水平的提升，高危儿的存活率相对来说有明显的提升。但是，这些存活下来的高危儿仍然在患有脑性瘫痪、智力低下等这些疾病的可能性会远远高于正常的孩子^[7]。一旦高危儿错过最佳的治疗矫正时机将会极大影响孩子的一生，并对婴儿的家庭造成沉重的打击，以及生活带来无比压力。因此提升高危儿的生命质量问题，已经成为医务工作者必须要关注的重点。

经过国内外多项研究表明^[8]，针对高危儿，早期干预是改善其身心发育的有效措施。同时，我国研究者邹林霞等也提出^[9]，为了改善高危儿的预后，需要在加强医疗和保健的同时，给予高危儿积极、规范的早期干预。但是，由于高危儿的特殊情况，采取早期干预是一项时间比较长、专业性又要求较高的工作，需要医护人员时刻与患儿的家属进行密切的沟通以及有严密的配合。目前，在我国已经有了多项研究去探讨如何对高危儿采取早期干预措施^[10]，且与传统护理模式进行比较，更有大量的学者和研究人员对患儿临床表现和未来的发育情况进行了系统探究。本文也对早期护理干预进行了分组研究，早期护理干预的具体内容有：组建专业小组、对家属进行健康宣讲和专业的护理指导，通过对高危儿进行感知训练、视觉训练以及听觉训练，对高危儿的身心发育有积极意义，避免由于高危因素而影响患儿后期发展，符合我国对新生儿的健康保障。研究结果表明：试验组患儿身体发育情况、智力发育情况、运动发育情况和神经发育情况，各项指标都明显更优于参照组，说明患儿经过早期护理干预能够有效促进高危患儿发育；两组患儿预后不良症状发生情况对比，试验组患儿出现不良症状情况较参照组患儿明显更低，以上数据有统计学意义， $p<0.05$ 。

综上所述，对高危患儿应用早期护理干预，对提高身心发育有重要帮

助，且越早进行护理干预效果越好，不仅能够加快患儿恢复，还能使患儿发育较其他患儿更快甚至赶上正常发育水平，抓住关键期对患儿成长发育有积极影响，也对临床应用有很重要的借鉴意义。

参考文献：

[1]毛旭洁,赵益伟,阮旦青,等. 全身运动质量评估在脑损伤高危新生儿脑发育随访中的应用[J]. 浙江临床医学,2022,24(1):72-74.

[2]袁丽,夏荣明,高月乔,等. 住院早产儿校正年龄 1 岁时体格和神经心理发育情况及影响因素分析[J]. 发育医学电子杂志,2022,10(1):38-44.

[3]林春,孟兆祥,任素伟,等. 全身运动评估指导下的分级早期干预对高危儿预后的影响[J]. 中国康复医学杂志,2021,36(2):161-165.

[4]冯露莹,王志云. 家庭早期干预管理模式对高危新生儿身体及智力发育、运动功能的影响[J]. 国际护理学杂志,2021,40(15):2874-2877.

[5]罗琼. 撤针配合早期干预治疗对高危儿"婴儿运动表现测试"(TIMP)评估的影响[J]. 江西医药,2021,56(5):686-687,703.

[6]张天娥,戴艳,吴爱明. 定期发育监测和早期干预对正常新生儿和高危儿智能发育的影响[J]. 中国妇幼保健,2021,36(14):3275-3278.

[7]孙宾宾,王馨苑,韦臻,等. 基于眼动技术的高危孤独症谱系障碍幼儿限制性兴趣研究[J]. 中国儿童保健杂志,2021,29(9):932-936.

[8]中华医学会儿科学分会康复学组. 2021 年 JAMA Pediatrics《0~2 岁脑性瘫痪及其高危儿的早期干预：基于系统评价的国际临床实践指南》中国专家解读 [J]. 中华实用儿科临床杂志,2021,36(19):1446-1451.

[9]张亚楠,吴丽,任麦青,等. 早期评估及干预在脑性瘫痪高危儿运动发育中的应用[J]. 中华实用儿科临床杂志,2021,36(24):1891-1895.

[10]戴燕琼,唐亮,陈丽,等. 网络化终端指导家庭康复在脑瘫高危儿早期神经发育中的作用[J]. 中国临床研究,2021,34(1):82-85.

作者简介：郭芬（1975-05-07），女，籍贯：海南屯昌，大专，妇产科副主任护师，研究方向：儿童保健、高危儿保健。

风险因素管理在发热门诊护理中的运用意义研究

尹冬梅 何沛兰 刘洁娥

东莞市人民医院 广东东莞 523050

摘要：目的：本文研究目的主要是分析风险因素管理在发热门诊护理中的运用效果及意义。方法：此次研究中入选的 60 例研究对象为我院于 2020 年 11 月-2021 年 10 月期间收治的发热患者，60 例患者通过随机数字表法进行分组即观察组 30 例和对照组 30 例。对照组进行常规管理，观察组进行风险因素管理，比较经两种不同管理方法的临床应用价值。结果：观察组医疗事故发生率以及投诉率分别为 3.33%和 0.00%，对照组医疗事故发生率以及投诉率分别为 26.67%和 13.33%，且观察组进行风险因素管理后安全知识、预判能力、理智感以及自身安全意识评分均高于对照组，观察组护理满意度 29/30（96.67%）高于对照组 20/30（66.67%）；观察组治疗费用 1.37 ± 0.72 /万元与住院时间 24.73 ± 6.33 /d 均低于对照组，以上数据进行统计比较以 $P < 0.05$ 表示具有统计学意义。结论：发热门诊护理中采用风险因素管理可将医疗事故发生率降低。可提升护理人员安全意识以及专业水平。

关键词：风险因素管理；发热门诊；护理；应用意义；满意度

门诊主要收治人群之一为发热患者，伴随目前环境因素可改变患病率，症状表现为发热以及食欲降低，如果病情出现恶化会损伤神经系统，提升癫痫以及智力障碍发生率，降低患者的生活质量^[1]。护理工作人员为发热门诊中主要管理人员，需要对服务流程进行规范，科室需要从人员培训、管理体制以及规范制度等层面上入手，进而提升发热门诊护理工作专业技能。风险因素管理经过探索发现主要因素为：患者、探视者、医务工作人员和家属带来的危险因素，需要对各种危险因素进行正确的识别和评估，运用对应的措施降低医疗事故出现概率。本文分别为了防止不可逆后果出现，需要对护理管理予以重视。此次研究析风险因素管理在发热门诊护理中的运用意义，内容如下：

1 资料和方法

1.1 一般资料

此次研究中入选的 60 例研究对象为我院于 2020 年 11 月-2021 年 10 月期间收治的发热患者，患者体温均在 $38.40.1$ 摄氏度之间，60 例患者通过随机数字表法进行分组即观察组 30 例和对照组 30 例。对照组中男性：女性为 20：10，年龄 25-65 岁，平均年龄（ 50.1 ± 3.2 ）岁；观察组中男性：女性为 21：9，年龄 26-66 岁，平均年龄（ 51.4 ± 3.6 ）岁。比较观察和对照两组患者的基线资料并无统计学意义产生。

1.2 方法

对照组进行常规管理，首先对护理人员进行专业培训，护理人员需要遵循三查七对原则，护士长对护理人员工作情况进行检查，日常护理时护理人员需要加大巡视力度，对患者体温进行及时检测。

观察组进行风险因素管理，内容如下：①建立护理小组：首先，需要

成立起风险因素管理质控组，要求资历比较高，经验比较丰富以及理论知识比较强的护理工作人员组建，专业小组监督护理工作需要进行培训与学习。若是发现其在临床护理中某个环节出现风险，需要全面和精准的记录，然后上报给组长亦或是护士长。其次，则需要积极的培养护理人员风险观念。定期的组织护理人员学习专业技能和法律知识，进一步的强化其专业素养，保障患者的安全性。尽可能地将每一项护理工作细节化，确保护理更具延续性和连贯性。最后，每周都需要组织小组会议。对一周之内出现的护理风险事件进行合理化归类与分析，寻求诱发的因素。运用头脑风暴的方式，制定出专业化的解决策略，对存在高风险因素重点防范，需要护理人员熟练地掌握护理流程，提升风险意识和自我管理能力。②制订科室管理架构，设立相应职能管理小组：护理安全管理小组。小组成员均为经验丰富以及知识水平较高的护理人员，如果护理工作缓解产生风险需要及时记录，并上报至护士长以及组长。此外需要转变护理人员风险理念，组织护理人员学习相关法律知识以及专科知识，提升护理人员自身素质水平，确保患者的利益水平，使得护理工作更加细节化，确保护理工作的延续性。每周需要进行 1 次小组会议，归纳以及识别护理风险事件，将引发因素找出，通过头脑风暴方法制定出来方法，重点防范高风险因素，护理人员需要了解护理流程，提升自我管理水平。③加强护患交流。虽然发热门诊的输液量少，但如果护理人员在进行换药以及注射过程中和患者交流较少，还是容易出现事故隐患，需要重视护患交流的重要意义，和患者创建互相尊重以及信任的关系，以免产生事故。例如在对患者输液前应将擅自调节滴注的危害进行讲解等。④重点防护高风险原因。为了确保护理工作的有效性，根据科室的实际情况，制订配药、

输液、换药等流程，在输液、配药以及换药等过程中严格执行查对制度，同时重视药房输液单以及发放药物核对制度，以此将意外事件发生率降低。此外，应由同一名护理人员对患者进行输液流程操作，以此将思维盲点减少，加强核对差异性，减少缺陷事件的产生。⑤奖惩制度。可通过奖惩制度激发护理人员对于工作的积极主动向，对于隐瞒事故者需要予以惩罚，对于表现良好者予以绩效奖励。

1.3 评估指标^[2]

比较观察组以及对照组护理管理效果，即医疗事故发生率以及投诉率；而后比较观察组以及对照组安全意识评分，评估指标分别为安全知识、预判能力、理智感以及自身安全意识，每项评分范围 0-100 分，分数和评估指标呈现正相关性。对管理服务的满意度，分为：非常满意、满意以及

不满意，总满意度越高越好。

1.4 统计学

文中数据进行统计计算时均选择 SPSS21.0 统计学软件，数据经过计算后均以计数资料以及计量资料呈现，t 值和卡方检验，两组数据通过比较后如 P<0.05 表示具有统计学意义。

2 结果

2.1 护理管理效果

观察组医疗事故发生率以及投诉率分别为 3.33%和 0.00%，对照组医疗事故发生率以及投诉率分别为 26.67%和 13.33%，两组数据进行统计比较差异显著，具有统计学意义，见表 1。

表 1 对比两组患者护理管理效果（n%）

组别	例数	护患纠纷	坠床跌倒	导管脱落	外出检查意外	医疗事故总发生率	投诉率
观察组	30	0（0.00）	1（3.33）	0（0.00）	0（0.00）	1（3.33）	0（0.00）
对照组	30	2（6.67）	2（6.67）	2（6.67）	2（6.67）	8（26.67）	4（13.33）
X ²	-	-	-	-	-	6.4052	4.2857
P	-	-	-	-	-	0.0113	0.0384

2.2 安全意识评分

观察组进行风险因素管理后安全知识、预判能力、理智感以及自身安全意识评分均高于对照组，组间数据进行统计比较差异显著，具有统计学意义，见表 2。

表 2 对比两组患者安全意识评分（分）

组别	例数	安全知识	预判能力	理智感	自身安全意识
观察组	30	94.11±2.14	94.88±2.62	93.25±2.37	94.57±1.44
对照组	30	83.35±2.03	82.14±1.51	84.41±1.24	82.57±2.20
t	-	19.9802	23.0754	18.1018	24.9971
P	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 护理满意度

观察组护理满意度 29/30（96.67%）高于对照组 20/30（66.67%），具有统计学意义，见表 3。

表 3 对比两组患者满意度（n%）

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意度
观察组	30	22(73.33)	7（23.33）	1（3.33）	29(96.67)

对照组	30	18(60.00)	2（15.00）	10(33.33)	20(66.67)
X ²	-	-	-	-	9.0167
P	-	-	-	-	0.0027

2.4 治疗费用与住院时间

观察组治疗费用与住院时间均低于对照组，具有统计学意义，见表 4。

表 4 对比两组治疗费用与住院时间（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	治疗费用/元	住院时间/d
观察组	30	1.37±0.72	24.73±6.33
对照组	30	1.85±0.65	31.46±5.60
X ²	-	2.7104	4.3615
P	-	0.0088	0.0001

3 讨论

对于发热门诊而言，主要接触人群为突发性疾病者，具有集中的就诊时间，同时药剂人员发药、医生开具处方以及医疗服务具有较强的及时性等因素，使得实际工作中会产生相关安全隐患^[3]。与此同时，发热门诊患者流动性较强，护患并不会接触过长时间，会出现较为显著的沟通异常问题，产生护理风险。护理风险作为护理中可能致使患者出现受伤亦或是死

亡的不安全性因素之一。国外诸多国家已经建立起了比较完善性的风险护理管理体制,而且有研究已经证实,对各个护理环节中风险因素进行控制与掌握,而后制定出对应性的整改方式,可大幅度的减少风险事件出现的频率。和传统护理管理模式相对比之下,风险护理管理模式主要先对传统护理环节中存在的风险因素加以分析,而后对应性地制定出相关的整改对策,进而改善亦或是消除相关的风险因素,使得风险事件被高效的预防。风险管理因素可有效弥补以及改进护理不当以及护理问题,可对护理各个环节进行管理,以此将意外事件发生率降低,提升整体护理质量。此次研究采用的风险管理主要内容体现为产创建护理小组、加强护患交流、重点防护风险因素以及奖惩制度等,可将医疗服务质量以及整体形象提升,有助于自身护理能力提升。组建护理小组可对护理人员风险意识进行培训,同时对其专业知识水平重视,以此减少护理风险,有助于为患者提供优质服务^[4-5]。护理人员需分析风险事件和相关原因,对患者检查中出现的风险进行评估和衡量,对应性的制定出更具针对性的预防计划。每周均需组长了解和抽查护理进展和实施效果,在月末对护理风险相关事件的出现频率分析,召开风险管理会议,分析护理计划中存在的不足之处和优势,及时对不足纠正,开展对应性优化。与此同时,进行加强交流可降低由于交流异常引发的纠纷事件发生率,重点防护风险因素可对工作流程进行规范,确定护理人员的工作,进而将工作效率提升。奖惩制度可将护理人员工作积极性调动,确保医疗质量。

王宗敏^[6]学者认为,风险因素管理在发热门诊护理中需要从以下几点入手:首先需要建立起风险控制体系制度,制定出门诊管理制度亦或是有关规定,其中包含风险事件、交班机制、不良记录制度等,对门诊就诊、挂号以及治疗等流程进一步规范,需要护理人员严格的依照流程进行护理。其次,重视对护理人员的控制。需要加强对护理人员管理力度,定期的组织护理人员参与医院中组织的培训工作,进而保障其发现问题与解决问题的能力有所提升,帮助护理人员树立起优质的风险意识,保障其可以严格地履行护理操作^[7]。最后,需要不断的强化各环节管理工作定期的组织会议,对存在的风险因素分析与预防,提前制定一系列的预防对策,加强巡视力度,观测患者输液治疗以及导管固定的状况,规避风险问题出现^[8]。对管理的制度进一步完善,与发热门诊特征相结合,对专家意见进行收集,对科室中护理人员的工作意识和工作职责进一步完善。建立起考核检查的制度和标准化的护理流程,更需要制定出危机处理方案,保障护理操作都能够有章可循,定期的组织护理人员参与演习,将

各项政策和制度落实在日常的护理工作中。进一步地强化风险防范的意识,护理风险事件的出现,主要因素为护理人员自身因素。所以,需要强化风险教育,运用集中培训的方式,定期的组织组内的护理成员对护理操作相关知识内容进行学习。还需要学习护患沟通的技巧、注意事项策略等,明确各类风险事件出现后危机处理方式,了解风险管控的意义,进而有效地提升自身的风险防范意识,给患者提供出更为优质的护理服务^[9]。

本次研究结果显示观察组医疗事故发生率以及投诉率分别为 3.33%、0.00%,对照组医疗事故发生率以及投诉率分别为 26.67%和 13.33%,且观察组进行风险因素管理后安全知识评分 94.11±2.14/分、预判能力评分 94.88±2.62/分、理智感评分 93.25±2.37/分以及自身安全意识评分 94.57±1.44/分显著提升,由此说明风险因素管理模式具有临床可行性。

综上,风险因素管理可创建干预机制,减少医疗事故的产生,提升整体护理质量。

参考文献:

- [1]李丽娜,李瑞.PDCA 循环管理在发热门诊护理管理中的应用效果[J].中国当代医药,2021,28(12):172-174.
 - [2]吕卫英,陈倩,冯利霞.PDCA 管理模式在发热门诊护理管理中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(07):71-73.
 - [3]万琼霞,孙亚男,简碧云.在发热门诊患者护理中加强规范化健康教育提高遵医行为与疾病知晓率的作用[J].保健文汇,2021,22(02):222-223.
 - [4]陈建平.风险因素管理在发热门诊护理中的应用对降低医疗事故发生率的意义[J].中国农村卫生,2021,13(01):71-73.
 - [5]左惠敏,王冬.发热门诊疑似新型冠状病毒感染患者标本采集与转运管理[J].护理学杂志,2020,35(06):62-64.
 - [6]王宗敏.PDCA 循环管理在发热门诊护理管理中的应用效果[J].医疗装备,2019,32(22):172-173.
 - [7]徐德萍,周嘉燕,杨志霞,等.护理风险管理在门诊静脉采血晕血晕针患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(7):165-167.
 - [8]刘坤猛.门诊护理管理中运用风险管理对预防纠纷和提高患者满意度的效果观察[J].饮食保健,2021(4):101.
 - [9]孙冉.护理风险因素识别与评估在门诊护理管理中的应用效果[J].糖尿病天地,2021,18(5):227.
- 作者简介:尹冬梅(1973年12月17日),女,广东东莞;本科,副主任护师,研究方向:护理管理。

SOR 理论结合输液加温对剖宫产患者自我效能及焦虑影响

傅洁 许艳 (通讯作者)

南京医科大学附属妇产医院 (南京市妇幼保健院) 江苏南京 210000

摘要: 目的: 探讨 SOR 理论结合输液加温对剖宫产患者自我效能及焦虑的影响。方法: 选择 2020 年 4 月至 2021 年 2 月行剖宫产手术的患者 146 名, 按照办理住院的先后顺序分成对照组 (围术期护理 n=73) 和观察组 (SOR 理论结合输液加温 n=73)。对照组按照围术期的护理要求及患者住院后的应激反应进行按步骤护理。观察组组织实施了 SOR 理论结合输液加温的护理方式对剖宫产患者进行围术期护理。分别对两组患者的自我效能评分 (GSES)、焦虑抑郁评分 (SAS、SDS)、患者在手术前后的体温变化进行统计分析。结果: 观察组患者在围术期中的 GSES 评分为 23.46±3.41, 对照组患者在围术期中的 GSES 评分为 15.13±1.98, 观察组 GSES 评分较高, 相互数据比较有差异 (P<0.05)。干预前患者的 SAS、SDS 评分比较无差异 (P>0.05); 实施 SOR 结合加温输液后观察组患者的 SAS 评分为 29.11±3.23, SDS 评分为 30.10±3.78; 对照组相对应的数据为 38.33±4.37、40.56±4.22, 相互评分比较有差异 (P<0.05)。在患者术中的体温变化中我们发现在胎儿娩出后及手术结束后的这两个时点, 患者之间的体温变化有差异 (P<0.05)。结论: 对剖宫产患者实施 SOR 理论结合加温输液患者能够在整个围术期护理过程中心态良好, 术中体温控制合理, 提升了患者围术期中的自我效能评分。

关键词: SOR 理论; 输液加温; 剖宫产

由于广大育龄患者对于分娩方式持开放态度加之剖宫产手术技术水平的提升, 选择剖宫产手术。由于手术本身是一种应激源, 延长了分娩的产妇住院时间及后期的康复时间, 加之患者在住院后期及居家后需要进行角色转换, 并且承担喂奶等更多照顾的任务, 患者的心理状态及自我效能均容易出现变化^[1-4]。SOR 理论指的是刺激、机体、反应理论, 主要是服务对象在受到外界的刺激时, 作出的一些合乎情理的反应变化, 目前主要应用于一些服务行业的依从性改善^[5-6]。在剖宫产手术的过程中我们发现容易出现手术源性低血压, 对于患者自身的手术安全及新生儿的健康产生重要影响, 由于保温毯的使用存在较大的局限性, 我们通过加温输液的方式结合 SOR 理论对剖宫产患者进行了围术期的调查, 目的是减少并发症发生, 促进手术安全^[7], 现汇报如下:

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2020 年 4 月至 2021 年 2 月行剖宫产手术的患者 146 名产妇纳入研究。纳入标准: a 经 ASA 分级, 等级为一级或者二级; b 麻醉方式均为腰硬联合麻醉; c 无并发症、早破水, 均为单胎。排除标准: a 围术期中生命体征不稳定; b 急诊患者; c 有严重的并发症, 并且中途转剖宫产患者; d 心理不健康患者。根据患者的入院资料进行整理, 观察组 73 名, 年龄 22-35 岁, 平均年龄 28.15±7.23 岁, 首次进行剖宫产患者为 51 名; 对照组 73 名, 年龄 22-35 岁, 平均年龄 28.46±7.47 岁; 首次进行剖宫产患者为 53 名, 相互数据具有可比性。

1.2 方法

对照组按照围术期的护理大纲要求进行护理, 入院后发放住院手册, 术前做好护理, 针对产妇的心理做好针对性的疏导。术后做好患者的回访工作, 对于患者及家属担心的母乳喂养及新生儿科学养育问题进行沟通。

观察组进行 SOR 理论结合输液加温的护理模式具体如下: 1. 成立护理小组, 由专科护士为主导建立, 主要成员包括护士、医生、专科护士。2. 根据 SOR 的理论架构进行护理, 对患者进行单独的沟通, 对于患者在住院及居家中的疑惑及顾虑进行归纳总结。主要的问题点包括: 伤口的恢复、母乳喂养、新生儿成长、饮食及运动的搭配、身材恢复、夫妻关系、预防接种、睡眠、抑郁等。3. 对患者提出的问题进行针对性的处理, 护理人员

建立公众号, 并且在患者入院后进行公众号的宣传, 根据患者的职业经历建立小群, 对经验进行分享交流。4. 定期地进行线上的课程的播放, 不定期地进行直播互动。5. 护理人员要根据患者的学历及文化层次分等级授课, 尽量采用患者能够理解的语言。6. 护理人员不定期地进行电话随访及上门随访, 对于患者本人的家庭内部关系进行疏导, 并且协助患者制定适宜的饮食及运动计划。7. 将护理人员进行按区划分, 保证患者能够在出现一些问题的时候护理人员能够及时的上门服务。8. 患者在进入手术室后我们将采用统一温度的加温液体, 手术过程中, 使用同一厂家生产的加温仪器进行液体加温。9. 将所有人员进行加温仪器的使用培训, 并且对 SOR 的理论进行授课。

1.3 观察数据

两组患者的自我效能评分 (GSES)、焦虑抑郁评分 (SAS、SDS)、患者在手术前后的体温变化进行统计分析。

1.4 统计 采用 SPSS 19.0 统计学软件对于本次 SOR 理论结合加温输液对剖宫产患者应用中产生的数据 (GSES、SDS、SAS、体温) 进行分析。

1.5 结果

观察组患者在围术期中的 GSES 评分为 23.46±3.41, 对照组患者在围术期中的 GSES 评分为 15.13±1.98, 观察组 GSES 评分较高, 相互数据比较有差异 (P<0.05), 见表一。干预前患者的 SAS、SDS 评分比较无差异 (P>0.05); 实施 SOR 结合加温输液后观察组患者的 SAS 评分为 29.11±3.23, SDS 评分为 30.10±3.78; 对照组相对应的数据 38.33±4.37、40.56±4.22, 相互评分比较有差异 (P<0.05), 见表二。在患者术中的体温变化中我们发现在胎儿娩出后及手术结束后的这两个时点, 患者之间的体温变化有差异, 观察组患者在这两个点的体温分别为 36.61±0.93 度、36.66±0.67 度, 对照组患者在这两个点的体温分别为 36.01±0.45 度、36.03±0.47 度, 相互比较有差异 (P<0.05), 见表三。

表 1 两组患者自我效能评分 (GSES) 比较

组别	人数	自我效能评分 (GSES)
对照组	73	15.13±1.98
观察组	73	23.46±3.41

p	P<0.05		
表 2 两组患者围术期内干预后的 SAS、SDS 评分比较			
组别	人数	SAS	SDS
对照组	73	38.33±4.37	40.56±4.22
观察组	73	29.11±3.23	30.10±3.78
p		P<0.05	P<0.05

表3 两组患者不同时间点的体温变化情况比较			
组别	人数	胎儿娩出	手术结束
对照组	73	36.01±0.45 度	36.03±0.47 度
观察组	73	36.61±0.93 度	36.66±0.67 度
p		P<0.05	P<0.05

3. 讨论

在进行择期剖宫产手术过程中,通过主动加温的方式能够减少术中的并发症,缩短患者的住院时间,降低新生儿的低体温的发生率^[8-10]。然而剖宫产作为一种手术对于患者的创伤明显高于自然分娩的患者,因此患者容易出现围术期中的紧张、焦虑、睡眠障碍、加之新生儿出生后的生活负担,导致患者的生活质量及自我效能出现下降^[11-13]。在调查中我们也发现部分的患者由于对疼痛的畏惧,而直接选择了剖宫产手术,此类患者更容易出现心理上的障碍,对于伤口的疼痛、身材的恢复等等^[14-15]。

在本次关于 SOR 理论结合加温输液在剖宫产患者中的实施中我们发现:观察组患者在围术期中的 GSES 评分为 23.46±3.41,对照组患者在围术期中的 GSES 评分为 15.13±1.98,观察组 GSES 评分较高,相互数据比较有差异(P<0.05)。表明该理论支持干预下的患者,在护理人员的干预下为患者提供了优质的就医环境及强大的医疗团队,以通俗易懂的话术向患者传授相关的注意事项及相关的知识,从而导致患者的自我效能评分较高。干预前患者的 SAS、SDS 评分比较无差异(P>0.05);实施 SOR 结合加温输液后观察组患者的 SAS 评分为 29.11±3.23,SDS 评分为 30.10±3.78;对照组相对应的数据为 38.33±4.37、40.56±4.22,相互评分比较有差异(P<0.05)。表明由于护理人员针对患者自身的心理变化情况进行心理疏导,并且通过暗示等多方式的手段去减少患者自身的心理应激,导致产妇的应激激素分泌减少,从而降低 SAS、SDS 评分^[16]。在患者术中的体温变化中我们发现在胎儿娩出后及手术结束后的这两个时点,患者之间的体温变化有差异,观察组患者在这两个点的体温分别为 36.61±0.93 度、36.66±0.67 度,对照组患者在这两个点的体温分别为 36.01±0.45 度、36.03±0.47 度,相互比较有差异(P<0.05)。由于术中使用了液体加温,观察组的患者在手术的过程中体温一致保持在一个较为理想的状态,特别是在胎儿娩出的过程中,由于热量的损失容易造成患者出现低体温的现象,加温液体的使用极大地保证了患者在整个手术过程中的核心温度,减少围术期并发症的发生,为患者尽早的恢复提供基础保障。

综上所述,对剖宫产患者实施 SOR 理论结合液体加温模式,从首次分娩的患者角度来说,能够得到更多关于家庭健康及新生儿喂养的知识,更加有助于对育儿及母乳喂养相关知识的消化及吸收,提升了干预效果,保障了手术的安全,提升了产后的生活质量,为围产期产妇的护理提供新的途径。

参考文献:

[1]孔瑛孕期体质量管理和助产士连续护理模式在初产妇中的应用效

果[J].当代护士(下旬),2020,27(6):70-71。

[2]李开秀初产妇产后抑郁发生情况及影响因素分析[J].当代护士(下旬),2018,25(2):99-101。

[3]丁煦熙初产妇妊娠心理压力分析及护理对策[J].当代护士(下旬),2016,23(10):26-27。

[4]Moro ET,Silva MAND,Couri MG,et al. Quality of recovery from anesthesia in patients undergoing orthopedic surgery of the lower limbs[J]. Braz J Anesthesiol,2016,66(6):642-650。

[5]李琪,李欣,魏修建.整合 SOR 和承诺信任理论的消费者社区团购研究[J].西安交通大学学报(社会科学版),2020,40(2):25-35。

[6]王文韬,张震,张坤,等.融合 SOR 理论的智能健康手环用户不持续使用行为研究[J].图书馆论坛,2020,40(5):92-102。

[7]Sessler DI.Temperature monitoring and perioperative thermoregulation[J].Anesthesiol,2008,109(2):318-338。

[8]Chen WA, Liu CC, Mnisi Z, et al. Warming strategies for preventing hypothermia and shivering during cesarean section: A systematic review with network meta-analysis of randomized clinical trials[J].Int J Surg, 2019, 71(1):21-28。

[9]Meghana VS, Vasudevarao SB, Kamath SS. The effect of combination of warm intravenous fluid infusion and forced air warming versus forced air warming alone on maternal temperature and shivering during cesarian delivery under spinal anesthesia[J].Ann Afr Med,2020,19(2):137-143。

[10]Ram KK, Sangineni K.The effect of forced-air warmer, ondansetron or their combination on shivering in pregnant women coming for elective cesarean section under spinal anesthesia; a prospective,randomized controlled comparative study[J].Anesth Lssays lies,2019,13(1):19-24。

[11]顾馨,黄云娟,曹晓东,等冥想训练在瘢痕子宫再次剖宫产产妇术后康复中的临床应用.中国实用护理杂志[J],2017,33(16):1242-1245。

[12]赵丽娟,杨俊娟,吴文姬,等连续性心理、行为干预对初产妇剖宫产产后抑郁、自我效能及生活质量的影响[J].国际精神病学杂志,2019,46(5):935-937,957。

[13]申河媛,孙齐云.以问题为导向的健康教育对剖宫产初产妇围术期心理状态与生活质量的影响研究[J].护理实践与研究,2019,16(20):90-92。

[14]段冬梅,孔淦霞,骆志慧,等.精细化护理对产科护理质量和产妇康复的影响[J].中国现代药物应用,2019,13(1):196-198。

[15]Bergs J,Hellings J,Cleemput Led al. Systematic review and meta-analysis of the effect of the World Health Organization Surgical safety checklist on postoperative complications[J].Br J Surg,2014,101(3):150-158。

[16]Garcia C,Lolhamer H,Milchell EM. Provider-identified barriers to cervical cancer screening and perceptions toward self-collection of human papillomavirus in south-west virginia [J]. Pub Heal Nurs, 2016, 33(6):539-546。

护理风险管理在急诊科护理管理中的应用分析

李文娟 任玉杰

宁夏回族自治区中卫市人民医院 急诊科 宁夏中卫 755000

摘要：目的：探讨护理风险管理在急诊科护理管理中的应用。方法：选取 2021 年 1 月~2022 年 1 月期间我院急诊科接收的 100 例患者，将这 100 例患者按照随机数字表法分为 2 组，给予对照组常规护理管理，研究组在此基础上应用护理风险管理，观察两组护理风险事件发生率、护理质量和护理满意度。结果：护理风险事件发生率：研究组和对照组分别为 2.00%、14.00%，前者更低（ $P<0.05$ ）；护理质量评分：研究组更高（ $P<0.05$ ）；总满意率：研究组和对照组分别为 98.00%、82.00%，前者更高（ $P<0.05$ ）。结论：护理风险管理在急诊科护理管理中意义重大，可有效预防护理风险事件发生，提升护理质量和护理满意度。

关键词：急诊科；护理风险管理；常规护理管理；风险事件；护理质量；护理满意度

急诊科是临床常见科室之一，该科室就诊和治疗患者具有疾病种类繁多、病情危急危重、病情变化迅速等特点^[1]。同时该科室人流量大、风险因素不确定、病情复杂、护理人员紧缺、突发状况多，急诊科护理工作相比其他科室更为繁重紧急，护理人员工作强度大、压力高、工作复杂繁琐，加之近年来，随着护理模式的不断改变，新业务、新技术的不断推广应用，导致该科室为风险事件高发科室^[2]。护理风险一旦发生，对患者本人、患者家庭、医患关系以及医院等方面均可造成较为严重的不利影响，故需加强该科室的护理管理^[3]。临床实践发现，于急诊科管理中应用护理风险管理具有显著效果，可发挥良好的风险防控作用，进而确保临床治疗和护理的安全性^[4]。本研究即探讨了护理风险管理在急诊科护理管理中的应用，如下。

1 对象和方法

1.1 对象

选取 2021 年 1 月~2022 年 1 月期间我院急诊科接收的 100 例患者，将这 100 例患者按照随机数字表法分为对照组和研究组，50 例/组，对照组中男性 26 例，女性 24 例，年龄 20~68 岁，平均年龄 44.12 ± 8.29 岁，研究组中男性 25 例，女性 25 例，年龄 20~66 岁，平均年龄 44.03 ± 8.14 岁。纳入标准^[5]：①所有患者的相关疾病均经临床确诊；②临床资料齐全；③同意参与本次研究。排除标准^[6]：①存在严重传染性疾病；②合并精神障碍类疾病；③不能进行有效沟通。两组一般资料无差异（ $P>0.05$ ），可比。

1.2 方法

给予对照组常规护理管理，护理人员严格遵守科室规定，根据患者具体情况遵医嘱实施相关护理，包括协助急救、遵医嘱治疗、健康宣教、心

理护理等，护士长对护理人员进行统一管理。研究组在此基础上应用护理风险管理，如下：

1.2.1 护理风险识别和分析。成立护理风险管理小组，由质控员、主治医师、护士长、年资较高的护理人员等组成，小组成员进行分工，积极配合与合作，对急诊科潜在风险进行识别，统计以往高发的风险事件，分析其诱发因素、发生特点等，分析发现，诱发风险事件的因素主要有以下几个方面：（1）患者因素：患者病情严重性和复杂性、患者态度和行为不配合等；（2）护理人员因素：护理人员专业水平和经验存在局限，护理人员个人责任感欠缺；（3）社会心理因素：患者保健意识增强，信息化，社会舆论对医院宣传欠缺，患者对于医院存在误解，医疗技术设备更新快，学习难度增加，患者维权意识增强，对服务的要求提高；（4）医院管理因素：患者多，护理人员负荷工作，仪器设备不全，物品、药品等准备不充分，护理队伍年轻化，技术力量薄弱，护理人员培训不到位，督察不严格；（5）护患沟通因素：护理人员缺乏沟通技巧，患者及家属认知水平较低，无法理解或接纳护理人员解释，患者或家属情绪过于激动，无法理智沟通；（6）其他：缺乏护理技术操作规范和要求，患者疾病本身存在的风险等；同时小组识别风险事件高发于哪一地点、哪一环节、哪一时间段、哪一类患者等，了解患者安全上存在和潜在的危害，以此明确管理重点。

1.2.2 护理风险的评估。明确急诊科高发风险事件、可能会发生的风险等，对风险事件发生可能性、发生后会对患者以及各方面等造成的不利影响、不利影响严重程度等进行全面评估，根据评估识别和评估结果制定适宜的、科学的、具备针对性的预防措施和应对策略。

1.2.3 护理风险的防控。小组共同商讨，完善或修订急诊科各项护理规

章制度，包括护理人员职责、程序、护理重点、护理规章制度、医疗设备和器械管理、药品管理、护理文书管理、病区管理等；制定患者安全管理预案，包括患者发生跌倒、坠床的应急预案，患者发生误吸、窒息的应急预案，突然停水、停电的应急预案，管道滑脱应急预案；规范关键过程管理，包括院前急救与院前救治的交接、急诊患者入院评估、危重患者转科交接、危重患者床头交接、特殊高危患者风险评估等；规范急救仪器、物品的管理，建立账册，安排专人管理，定点放置，标识清晰，定期补充、检查和维修设备，保持设备清洁，时刻处于备用状态，安排专人定期检查急诊科环境、地面、设施、床栏、输液吊杆、走廊、门窗、氧气等，急救仪器和物品确保先培训，后使用，制定各种物品的使用流程和规范，要求护理人员严格落实；规范医嘱的执行，提升用药安全性，制定以下规定：急救药品管理、高危药品管理、特殊用药管理、毒麻剧限药管理等；加强和规范重点时段管理，加强以下时段的管理：节假日、中午、晚间、交接班、护理工作繁忙或闲暇时，安排弹性排班，确保护理人员得到充分休息，从而便于护理工作的顺利开展；规范教学管理，实习生进入急诊科实习时，安排专人带教，对带教老师资格进行认定和考核，做好实习生的实习前入科培训，带教老师在指导实习生过程中放手不放眼，随时总结、评价，提升实习生水平；规范护理技术管理，总结护理技术操作中常见问题、抢救仪器常见问题等，制定护理技术操作规范、护理常规，规范后对护理人员进行培训，促使其全面掌握操作规范，要求和敦促护理人员严格落实；定期开展护理风险培训，组织护理人员参加，培训内容包括常见护理风险、

护理风险的危害性、护理风险管理、护士条例、操作规范、法律法规、医疗事故处理条例、安全意识教育等，通过培训增强护理人员风险防范意识，指导护理人员从用药安全、病区管理、病房设施、自身操作、健康教育、护理文书等方面进行风险防范，并定期组织个案讨论分析，及时对分析、总结护理中存在的问题和潜在风险。

1.2.4 评价管理效果。小组定期对管理效果进行检查、评价、分析，检查护理人员在日常护理中有没有严格落实风险预防和应对措施，落实是否到位，定期进行讨论总结，将意见反馈至相对应护理人员，敦促其及时改进，同时小组根据具体情况及时对管理措施进行改进。

1.3 观察指标

观察两组护理风险事件发生率、护理质量和护理满意度，并分析数据。护理质量和护理满意度均采用我院自制表评价，前者满分 100 分，得分与护理质量呈正比，后者按照评分结果分为非常满意、较满意和不满三项，统计两组总满意率，均发放于患者打分，打分后护理人员统一收集整理。

1.4 统计学分析

使用 SPSS21.0 统计学软件对数据进行分析，采用 χ^2 检验和 t 检验， $P < 0.05$ 表示数据有统计学差异。

2 结果

2.1 两组护理风险事件发生率对比

护理风险事件发生率：研究组和对照组分别为 2.00%、14.00%，前者更低（ $P < 0.05$ ）。详见表 1：

表 1 两组护理风险事件发生率比较[n(%)]

组别	例数	坠床	护理文书书写错误	院内感染	其他	合计（%）
对照组	50	2（4.00%）	1（2.00%）	1（2.00%）	3（6.00%）	7/50（14.00%）
研究组	50	1（2.00%）	0（0.00%）	0（0.00%）	0（0.00%）	1/50（2.00%）
χ^2	-	0.344	1.010	1.010	3.093	4.891
P	-	0.558	0.315	0.315	0.079	0.027

2.2 两组护理质量和护理满意度对比

分别为 98.00%、82.00%，前者更高（ $P < 0.05$ ）。详见表 2：

护理质量评分：研究组更高（ $P < 0.05$ ）；总满意率：研究组和对照组

表 2 两组护理质量和护理满意度对比（ $\bar{x} \pm s$ ）[n(%)]

组别	例数	护理质量评分（分）	非常满意	较满意	不满意	总满意率（%）
对照组	50	80.23±6.14	24（48.00%）	17（34.00%）	9（18.00%）	41/50（82.00%）
研究组	50	88.97±5.71	36（72.00%）	13（26.00%）	1（2.00%）	49/50（98.00%）

t/χ^2	-	7.371	6.000	0.762	7.111	7.111
P	-	0.001	0.014	0.383	0.008	0.008

3 讨论

医疗行业是一种高技术、高风险的行业，护理工作是医疗活动的重要组成部分之一，只要有护理服务活动，就必定存在着护理风险^[7]。护理风险是指医疗护理服务活动中可能出现的危险和危害，受其主观、客观因素的影响，存在突发性、难以预测性、不确定性、危害性、易忽视性等特点^[8]。急诊科是临床常见科室之一，该科室相比其他科室更具特殊性，收治患者病情危急严重，且病情变化极为迅速，该科室护理工作具有服务性强、人文性强、技术性强等特点，加之急诊科患者的特殊性、疾病本身存在的风险等导致该科室极易发生风险事件^[9]。风险事件造成的危害和不良极大，不仅可促使患者原有病情加重，使其经济负担增加，并可影响疾病治疗和康复，严重时可导致患者残疾或死亡，除此之外，风险事件还可对患者家庭、医患关系、医院名誉等方面造成不良影响，故需加强该科室护理管理^[10]。

往常采取的常规护理管理缺乏针对性，对护理风险事件的预防作用欠佳，需选择其他护理。护理风险管理是指医院系统、组织地对医护人员、患者、探视人员、环境、设备、操作、治疗等可能产生伤害的潜在风险进行识别与评估，并采取针对性预防和处理措施的管理方式^[11]。该管理的目的是识别、评估风险，掌握高发事件的发生规律，促使护理人员和患者风险防范意识、能力增强，核心是减少或规避护理风险事件的发生。护理风险管理可发挥积极良好的防控风险事件作用，在消除风险隐患，提升护理质量，保障患者的治疗和护理安全等方面意义重要^[12]。同时该管理还有以下几个优点：在患者方面，可促使患者治疗信心增强，提升其对于护理服务的评价和满意度；在护理人员方面，可降低护理人员被投诉率，促使护理人员重复工作量减少，进而增强护理人员工作信心；在医院方面，可降低医疗风险，避免风险赔偿，对维护医院形象方面作出贡献^[13]。

本研究结果显示，护理风险事件发生率：研究组更低（ $P<0.05$ ）；护理质量评分、总满意率：研究组更高（ $P<0.05$ ），表明护理风险管理是显著有效的。

综上所述，护理风险管理在急诊科护理管理中意义重大，可有效预防护理风险事件发生，提升护理质量和护理满意度。

参考文献：

[1]杨芸. 护理风险管理在急诊科护理管理中的应用效果分析[J]. 医学美容, 2018, 027(010):89.

[2]黄慧姣. 护理风险管理在急诊科护理管理中的应用价值分析[J]. 中国卫生产业, 2020, 17(14):3.

[3]Li Juan. Application Value of Nursing Risk Management in the Nursing Management in the Department of Emergency[J].Chinese health industry, 2018, 015(027):14-16.

[4]康福娟, 史秀娥, 殷哲,等. 护理风险管理在急诊科护理管理中的应用[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2018, 003(009):146,155.

[5]张海媚. 护理风险管理在急诊科护理管理中的应用价值[J]. 中医药管理杂志, 2018, 26(2):3.

[6]陈钰莲. 护理风险管理在急诊科护理管理中的应用价值分析[J]. 世界最新医学信息文摘(电子版), 2019, 019(069):259.

[7]宋薇, 李敏. 急诊科护理风险管理中应用护理干预后的效果分析[J]. 健康必读, 2020, 000(007):180.

[8]李琳. 全面施行风险管理在急诊科护理管理中的效果及应用价值[J]. 中国卫生产业, 2021, 18(34):4.

[9]常莉华. 风险管理在急诊科护理管理中的应用效果[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(28):2.

[10]Deng F , Ying N I , ICU, et al. Application and Effect Analysis of Nursing Risk Management in Nursing Care of Critically Ill Patients in Department of Respiration[J]. China Continuing Medical Education, 2017, 009(033):129-131.

[11]张燕茹, 富宁宁, 彭惊妮. 分析风险管理标准在急诊护理风险管理中的应用效果[J]. 医药前沿, 2018, 8(12):2.

[12]赵海燕. 探讨风险管理联合绩效考核在医院急诊科护理管理中的应用效果[J]. 中国卫生产业, 2019, 16(10):2.

[13]Sun L Y , Obstetrics D O , Hospital J P . Analysis of Application Advantages of Nursing Risk Management in the Nursing Management in the Department of Obstetrics[J]. China Health Industry,2018,15(5):2.

冠心病介入治疗后再狭窄的中医防治研究进展

赵苗苗

天津市黄河医院 天津 300110

摘要：冠心病是临床常见性、高发性疾病，经皮冠状动脉介入治疗是现今进行冠心病诊断治疗的有效方法，在提高患者生存率，保障生命安全中具有重要意义。然而部分患者术后可能会产生再狭窄等并发症，降低手术治疗效果，因此再狭窄问题仍旧是临床展开冠心病介入治疗的一大挑战。所以积极探索可有效防控冠心病介入治疗后再狭窄发生的可行举措很有必要，近两年医学界不少医者均致力于这方面展开了一系列探索，发现中医在防治冠心病介入治疗后再狭窄方面可取得不错效果，而本文则对冠心病介入治疗后再狭窄形成机制进行介绍的基础上，对相关临床理论研究成果展开简要总结。

关键词：冠心病；经皮冠状动脉介入治疗；术后再狭窄；中医防治；进展

冠心病全称为冠状动脉粥样硬化性心脏病，即冠状动脉血管出现动脉粥样硬化病变发生血管腔狭窄或阻塞，引起心肌缺氧、缺血或坏死诱发的心脏病^[1]。在公众生活水平不断提高，饮食结构发生改变，以及工作生活压力日渐加重的背景下，冠心病发生率呈现出逐年升高趋势，死亡率居高不下且呈现出年轻化特征，因此在医学界引起了高度重视^[2]。当前冠心病的治疗主要是在口服药物基础上采取冠心病经皮冠状动脉介入术（PCI）来让病情得到控制，不过术后机体时常会出现一系列炎症与免疫反应，引起支架内或附近血管血栓形成出现再狭窄，而进行血运重建有一定的风险性^[3]，还会让患者经济负担加重，因此病患及家属较难接受。外加中医药事业的大力发展，将其应用于冠心病治疗中进行 PCI 术后再狭窄的防控可取得突出效果，能够结合再狭窄发生机制进行有效防治，保障手术成功率，挽救患者性命。而以下则对相关实践研究成果作出综述。

1 冠心病的中医认识

中医古籍里没有涉及冠状动脉病变的相关记载，故而中医学无冠心病的病名。不过历代中医药文献里，所展现出的与冠心病心绞痛、心肌梗塞等相似的病症^[4]，都具备一定的描述，如医籍里记载的“久心痛”“卒心痛”“胃心痛”“胸痹心痛”等病症症候。而现代中医主要以“胸痹”病证名称来进行冠心病的辨证论治^[5]。

2 再狭窄的病机病理

PCI 术后出现再狭窄的原因与机理相当复杂，不过大量动物实验以及临床研究均得出其和血栓产生、内皮损伤、局部炎症、细胞因子释放、内膜增生、血管重塑等存在关联。介入治疗属于一类有创治疗方法，虽然能够取得不错的治疗效果，但也必然会损伤血管。手术期间支架植入、导丝

进入、球囊高压扩张等均会使血管部位出现机械损伤。其中内皮损伤属于 PCI 术后再狭窄的最关键因素。有人曾使用大鼠开展了相关实验，发现大鼠颈动脉球囊受损后一周膜出现增生，二周后内膜增生加重，产生中重度血管狭窄。内膜损伤后，暴露的内膜下基质激活了血小板与凝血系统，活化的血小板黏附、聚集导致血小板血栓形成，凝血系统对血小板进行刺激并进行多类活性物质释放，让血栓变大，再让血栓机化加重内膜增生，出现血管狭窄。并且当激活凝血系统后，纤溶系统也被激活，平滑肌的增殖、迁移能力变强，让血管重构能力加强。内皮损伤之际，淋巴细胞、单核巨噬细胞等炎性细胞于附近集合，再进行白细胞介素、肿瘤坏死因子释放，出现非特异性炎症反应，对支架造成持续性机械刺激，进而在术后发生再狭窄。

3 基于中医学论介入治疗术后再狭窄的相关机理

若要通过中医药来对再狭窄展开综合防控，关键是需要对再狭窄病患的中医证候学进行分析，明确中医病因病机，结合现代理论研究成果，且经动物实验验证确定安全可行的情况下，展开中医结合临床的深入研究，结合该思路，诸多医家均展开了探索。通过实践归纳认为：气阴两虚、血瘀痰阻为引起再狭窄的基本中医病机，所以治疗的关键在于活血祛瘀、益气养阴、化痰通脉。具体治疗方法可从单味中药与提取物、中药复方剂进行分析：

3.1 单味中药与提取物

（1）水蛭素。张涛，等^[6]开展兔髂动脉实验性动脉硬化狭窄且开展腔内血管成形术后采取水蛭粉展开治疗，并在这一过程中发现水蛭能够对成形术后血管内膜增厚进行抑制，预防平滑肌细胞于内膜中出现过度增生现

象, 更好的防控术后再狭窄发生。

(2) 川穹嗟。唐利龙, 等^[7]经长时间探索得出川穹嗟能够对所培养的 VSMC 生长分裂进行抑制, 且抑制性会因所用剂量的增加而变强。

3.2 中药汤剂

可用于 PCI 术后再狭窄的中药复方剂种类非常多, 主要包括:

(1) 血府逐瘀汤。杨燕灵^[8]在研究里提及, 清朝的王清任所著的《医林改错》中就有提到血府逐瘀汤, 在“胸中血府血瘀”等一系列痹症的治疗中得到大力应用, 药性非常温和, 若能够合理配伍, 能够化瘀不上血, 理气不耗气, 可用于多类瘀血阻滞病症的治疗。该方剂的基本组成包括桃仁、红花、生地、赤芍、当归、甘草、柴胡等, 联合应用可补血益气、活血化瘀, 通脉、养阴; 王颜^[9]在研究里选择了 40 例行 PCI 术进行治疗的冠心病患者为研究对象, 术后采取血府逐瘀汤展开 3 个月的预防治疗, 此后随访半年, 发现很少有患者出现心悸、乏力、气短等不适, 且冠脉再狭窄发生率、复发率与采取西医进行防治的患者相比更低($P<0.05$)。足可以看出血府逐瘀汤能让冠心病病患的各种临床症状得到改善, 有效防控冠脉再狭窄的出现, 在临床该疾病的治疗中有推广应用价值;

(2) 加味参红宁心方。李明晓, 等^[10]在研究里把 30 例行 PCI 术进行治疗的冠心病患者作为对照组, 术后采用西医进行再狭窄防治; 又把 30 例行 PCI 术进行治疗的冠心病患者作为研究组, 术后在西医治疗基础上再佐以加味参红宁心方进行防治, 12 周后发现对照组中有 5 例发生了再狭窄, 发生率为 16.6%, 但研究组患者仅有 2 例出现了再狭窄, 发生率为 6.7%, 这表明加味参红宁心方在冠心病 PCI 术后再狭窄防治中具有重要意义, 可让术后病患冠脉内炎症反应现象得到改善, 效果确切可靠;

(3) 补阳还五汤。该汤剂的组方为赤芍、生黄芪、川穹、当归尾、桃仁、地龙、红花等, 其中黄芪能够补气固表, 利尿托毒; 桃仁可活血祛瘀, 润肠通便; 赤芍能够发挥清热凉血, 活血祛瘀的功效; 川穹可活血行气, 祛风止痛, 多味重要中药材同用, 可让血液循环得到改善, 促血液黏度下降, 使心脏负荷得到缓解, 提高 PCI 术临床疗效。因此齐锋, 等^[11]在研究里通过加味补阳还五汤进行冠心病 PCI 术后再狭窄的预防, 发现丙二醛(MDA)水平下降, 抗氧化功能指标超氧化物歧化酶(SOD)水平升高, 使得氧化应激状态得到改善, 从而让受损心肌得到有效保护, 成功预防再狭窄, 不过他也认为在后续研究中有必要继续开展相应的临床试验进行论证。吴露, 等^[12]在研究里对 25 例行 PCI 术治疗的冠心病患者术后采

取西医法进行再狭窄的防治, 另对 25 例行 PCI 术治疗的冠心病患者术后在西医基础上用补阳还五汤进行防治, 1 疗程后再狭窄发生率分别为 32% 与 8%, 数据值比较具有显著统计学差异($P<0.05$)。

(4) 四逆汤。高升琴, 等^[13]在研究里对 40 例冠心病患者行 PCI 术治疗, 术后实施常规治疗及护理, 再狭窄发生率为 8.82%, 另对 40 例冠心病行 PCI 术治疗, 术后采取四逆汤进行预防治疗及护理, 再狭窄发生率为 15.63%, 故而认为四逆汤在 PCI 术后冠状动脉再狭窄的防治中具有积极意义。李莲婷, 等^[14]也早在 2006 年就致力于这方面展开了相关探索, 同样对 40 例冠心病采取 PCI 治疗的患者术后实施常规治疗, 再辅以四逆汤进行辅助治疗, 半年后进行冠状动脉造影的复查, 发现患者的再狭窄发生率相当低, 而没有采取四逆汤治疗的患者再狭窄发生率则较高, 因此建议对冠心病行 PCI 治疗的患者术后应用四逆汤进行辅助治疗, 促再狭窄发生率下降, 降低心脏不良事件发生。

(5) 参七汤。黄迎春, 等^[15]在研究里选择了 109 例行 PCI 治疗的冠心病患者作对照组, 术后实施西医常规治疗, 得出术后再狭窄发生率为 34.86%; 又选择 109 例行 PCI 治疗的冠心病患者作研究组, 术后实施在常规西医治疗基础上再采取参七汤进行预防治疗, 得出术后再狭窄发生率为 17.43%, 这展现出了参七汤在 PCI 术后再狭窄防治中的应用优势; 赵华云, 等^[16]为了验证参七汤的应用价值, 将 43 例采取冠心病支架植入术的患者纳入对照组, 术后采用西医常规治疗; 又将 43 例采取冠心病支架植入术的患者纳入研究组, 术后在常规西医基础上予以参七汤治疗, 发现研究组患者的血瘀证积分以及气虚证积分更低, 半年后进行造影复查发现研究组患者再狭窄发生率为 17.78%, 对照组患者再狭窄发生率为 32.56%, 组间比较存在显著统计学差异($P<0.05$)。

(6) 其它。孙志, 等^[17]在研究里分析抵当汤对实验性颈动脉受损后再狭窄大鼠 VEGF-A、AngII 水平的影响, 最终发现使用了小剂量抵当汤的鼠 VEGF-A、AngII 水平比使用大剂量抵当汤的鼠以及使用西药的鼠 TC、TG、LDL-C 含量均更低, 而 HDL-C 的含量却偏高, 因此认为抵当汤能够让颈动脉受损后再狭窄大鼠的 VEGF-A、AngII 水平受到抑制, 对损伤恢复更有利, 但也认为应做好剂量控制, 且保持低剂量最佳; 唐珍, 等^[18]在研究里把 42 例老年冠心病采取 PCI 术进行治疗的患者纳入对照组, 术后予以口服氯吡格雷与阿司匹林进行常规治疗; 另对 42 例老年冠心病采取 PCI 术进行治疗的患者纳入研究组, 术后在常规治疗基础上又添加通脉

化瘀汤进行治疗,半年后展开造影复查,显示研究组患者心血管不良事件发生率为 2.4%,再狭窄发生率为 7.1%,而对照组患者心血管不良事件发生率高达 11.9%,再狭窄发生率高达 19.0%。除此以外,还有不少其它的中药复方方剂(如活血化瘀汤^[19]、自拟逐瘀汤^[20])等均可在 PCI 术后再狭窄防治中发挥作用。

3 结论与展望

当前诸多医学理论研究成果均已经证实大量中药复合方剂均能够在冠心病介入治疗术后再狭窄防治中发挥作用,与单一使用西药进行常规治疗相比,更有希望得到满意效果,病理学基础牵涉到血管内皮细胞保护,促血液流变性改善,抑制血栓形成等多方面;不过现今致力于再狭窄血管重塑机理的相关文献不是特别多,因此后续有必要在细胞与基因分子水平等领域展开多视角多层次研究。此外,此次所提及的医者们研究中的样本数量都比较少,随机大样本量缺乏,因此还有必要展开大样本量的随机对照研究,让 PCI 术后再狭窄发生情况的相关理论成果更加丰富。

参考文献:

- [1]周迎生,苏申慧,汤雅迪,等.经皮冠状动脉介入治疗术后发生支架内再狭窄的冠心病患者心血管危险因素分析[J].中华老年医学杂志,2020,39(4):386-390.
- [2]李永华.冠心病患者介入治疗术后支架内再狭窄多因素分析[J].中国医药指南,2021,19(15):71-72.
- [3]王路瑶,张露苗,李俊楠,等.冠心病病人经皮冠状动脉介入治疗术后支架内再狭窄发生危险因素的 Meta 分析[J].护理研究,2021,35(10):1711-1719.
- [4]关彦军,元培才,郑爱华.浅析冠心病易患因素吸烟与介入治疗后冠状动脉再狭窄的相互作用与关系[J].系统医学,2021,6(5):64-66.
- [5]张巍,石蓓,许官学,等.冠心病患者介入治疗前后血清 CGRP、HMGB1 变化及其与支架内再狭窄的关系[J].中国老年学杂志,2017,37(23):5803-5805.
- [6]张涛,杜兰萍,崔萍等.水蛭和丹参对血管成型术后平滑肌细胞增殖影响的实验研究[J].中国中西医结合杂志,1998,18(3):159-161.

- [7]唐利龙,汪里惠,朱国英等.川芎嗪和肝素对原代培养血管平滑肌细胞生长和分裂的影响[J].中国中西医结合杂志,1995,15(1):38-39.
- [8]杨燕灵.血府逐瘀汤加味对冠心病 PCI 术后再狭窄气虚血瘀症患者的影响[J].中国保健营养,2019,29(32):100.
- [9]王颜.加味血府逐瘀汤对冠心病 PCI 术后再狭窄的干预效果[J].中药导报,2015,21(17):90-92.
- [10]李明晓,师卿杰.加味参红宁心方联合西药防治冠心病经皮冠状动脉介入治疗术后再狭窄 30 例[J].中医研究,2020,33(9):24-25.
- [11]齐锋,宋柏奇.补阳还五汤联合西药常规干预治疗冠心病经皮冠状动脉介入术后不稳定性心绞痛气虚血瘀型 39 例[J].中医研究,2016,29(9):13-15.
- [12]吴露,申泳俭.补阳还五汤联合西药防治冠脉支架植入后再狭窄的临床研究[J].2013,33(9):73-75.
- [13]高升琴,宋开友.四逆汤预防支架置入术后冠状动脉再狭窄 40 例效果观察与护理[J].齐鲁护理杂志,2009,15(18):63-63.
- [14]李莲婷,宋开友.四逆汤对冠状动脉支架术后狭窄的作用[J].长春中医药大学学报,2006,22(2):8-9.
- [15]黄迎春,马丽荣,刘盼功,等.冠心病 PCI 术后应用参七汤对冠脉再狭窄的临床预防干预效果观察[J].世界中医药,2016,11(6):1002-1006.
- [16]赵华云,王文会,郎江明,等.参七汤干预冠心病支架植入术后再狭窄临床研究[J].中国中医药信息杂志,2010,17(2):18-20.
- [17]孙志,张作记,刘妍.抵当汤对颈动脉损伤后再狭窄大鼠 VEGF-A、AngII 的影响[J].山西中医学院学报,2018,19(5):26-29.
- [18]唐珍,漆其良.通脉化瘀汤对老年冠心病经皮冠状动脉介入术后患者临床症状和冠状动脉内再狭窄的影响[J].中国医药,2021,16(2):179-182.
- [19]刘双.活血化瘀汤在冠状动脉支架置入术后再狭窄患者中的应用[J].医疗装备,2020,33(6):20-21.
- [20]张永乐,张军,曹力明.自拟逐瘀汤防治冠脉支架术后再狭窄临床研究[J].云南中医中药杂志,2020,41(5):13-16.

老年心血管疾病患者认知障碍的研究进展及预防策略

韦慧君 袁梁炎 (通讯作者)

海南省人民医院老年医学中心 海南海口 570311

摘要: 心血管疾病是威胁老年患者健康和生命的“头号杀手”,患病率一直在持续上升,造成了极大的社会负担。认知障碍包括记忆力变差、语言功能退化、判断力降低、抽象思维能力下降、行为情绪改变等临床症状,与老年患者摔倒、残疾、痴呆、抑郁等不良结局密切相关。老年心血管疾病与认知障碍有着非常密切的关系,高血压、冠心病、心力衰竭等多种心血管疾病都是引发认知障碍的重要危险因素,积极进行生活方式干预、监测和控制血压血糖血脂水平以及认知能力训练能够有效的预防认知障碍发生。

关键词: 老年; 心血管疾病; 认知障碍; 生活方式干预; 预防

心血管疾病是临床上颇为常见的一组疾病,包括冠心病、高血压、心绞痛、心肌梗塞等,死亡率居于各类疾病的首位,高达 40%以上,尤其是老年人群的器官和功能进行性退化,心血管疾病更为多发^[1-2]。认知障碍也是老年人群极为常见、高发的病症类型,包括记忆力变差、语言功能退化、判断力降低、抽象思维能力下降、行为情绪改变等临床症状^[3-4],与老年患者摔倒、残疾、痴呆、抑郁等不良结局密切相关。本文就近年来关于老年心血管疾病与认知障碍之间关系的研究进展作一综述,旨在为老年心血管疾病患者认知障碍的临床防治提供参考。

1、认知障碍的概念

认知障碍是一种复杂、顽固的精神和心理类疾病,主要是指患者在记忆、感知、思维、语言、执行等方面存在一种或者多种功能损害,致使出现记忆偏差、思维错乱、产生幻觉、感知异常等现象。在一般情况下,人的脑细胞在成年以后也会衰亡,随着年龄的增长和各种基础性疾病的影响,部分患者的脑细胞死亡速度会更快,且会出现脑部萎缩、脑功能严重衰退等,从而导致认知障碍的发生。当前,我国 60 岁及以上老年人群中的认知障碍患者数量已超过 5000 多万,逐渐成为影响老年人及其家庭生活的突出问题^[5-6],对认知障碍的规范治疗、早诊早治也越来越受到重视。

2、认知障碍与老年心血管疾病的关系

老年、心血管疾病都是认知障碍的重要危险因素。随着年龄的增长,老年人的机体功能会呈现为进行性的退化,尤其是患有心血管相关疾病的老年患者,身体健康状况与认知功能都会出现明显的降低,继而会影响正常的生活质量,增加跌倒、受伤、生活自理能力下降等风险。以老年冠心病、高血压、心力衰竭为例,探讨分析心血管疾病与认知障碍之间的关系。

2.1 认知障碍与老年冠心病: 冠状动脉粥样硬化性心脏病是中老年人最常见的健康问题之一,也是心血管疾病的主要类型^[7],危害极大。老年冠心病患者的心肌缺血、缺氧、坏死等状况,可导致心功能受到较大的影响,还可能促进小血管疾病的发生,继而导致大脑血供中断或脑微梗塞形成,从而影响大脑中的血供和氧供水平,出现严重的供血不足现象^[8-9],加速认知障碍及衰退的发生。另外,冠心病体内的血小板活性往往处于异常增高的状态,可以诱发血管周围产生炎症,可以促进脑血管发生收缩,进而不利于脑部的血流灌注,从而启动认知障碍的早期病理变化。还有研究表明,认知障碍与老年冠心病还可通过肥胖、糖尿病等共同的风险因素产生联系,存在共同的发病基础,相互影响、相互促进,对认知障碍的发生和发展起到一定的启动和促进作用。

2.2 认知障碍与老年高血压: 老年人高血压主要是因为遗传、不正确

饮食和生活习惯所引起的一种疾病类型,可导致冠心病、脑血管疾病等严重后果,严重威胁老年人的健康。流行病学研究显示,高血压老年患者的认知功能水平相对更低,而且随着年龄的增长、高血压持续时间的延长,患者认知障碍的发病率也越高,是其重要的危险因素之一。临床上关于高血压对于认知功能影响机制的研究较多,主要包括脑血流灌注失衡、海马区血管周围间隙扩大(enlarged perivascular space in hippocampus, H-EPVS)、血压波动造成血脑屏障通透性增加、脑白质损伤、 β 淀粉样蛋白(amyloid- β , A β)沉积作用增强、神经血管和突触的功能障碍加重等^[10-11],这也已经成为了获得广泛公认的事实,平稳控制血压水平尤其是夜间血压水平,是减少认知障碍发生的重要手段。

2.3 认知障碍与老年心力衰竭: 心力衰竭是许多心血管疾病进展到最后的临床终末阶段,血液循环功能急剧下降,持续恶化还可引起呼吸困难、心源性休克、重度肺水肿等严重后果,对正常的工作和生活都产生不利影响。心力衰竭患者存在认知能力下降的巨大风险,虽然临床上尚不能完全明确心力衰竭和认知障碍之间的确切机制,主流观点认为可能是心力衰竭患者的心脏泵血功能下降、灌注情况出现不足、心房颤动频率增加,进而使得大脑的血液灌注减少,从而增加了认知障碍的发生风险。即使是当前患者可能具有较好的认知功能状态,也没有办法认为他们可以避免未来的认知水平下降。从长期的临床实践来看,老年心力衰竭合并认知障碍患者的死亡率明显增加,应加强对老年心力衰竭患者认知功能的评估。

3、老年心血管疾病患者认知障碍的预防策略

老年心血管疾病患者通过积极有效的健康管理以及预防干预,能够有效降低认知障碍的发生率,不仅有利于延长老年人的寿命,还可以显著改善老年人的生活质量。

3.1 生活方式干预: 老年心血管疾病患者出现认知障碍,不仅是疾病本身造成的影响,吸烟、过度酗酒、缺乏运动锻炼、心理压力、饮食与生活习惯不健康等不良生活方式都是重要的危险因素。预防老年心血管疾病患者认知障碍,关键在于控制和改善这些不良生活方式。首先,要从调整饮食结构入手,低盐、低脂、低糖、清淡、高维生素的健康饮食,尽量减少动物内脏、脂肪以及冰、冷、咸、辣等刺激性食物的摄入,避免进食过多的富含胆固醇的食物,有利于血压、血脂、血糖的控制。其次,要戒烟、戒酒,还要注意防止二手烟、三手烟的吸入。同时,适当的运动也能够对预防认知障碍产生非常积极的作用,如弹琴、走路、慢跑、捡豆子、敲键盘、太极拳、八段锦、骑自行车、游泳等都能够有效刺激区域脑血流量的增加,运动要循序渐进、劳逸结合,运动的强度及频次以患者能够耐

受为宜,并保障患者连续、充足的睡眠休息时间。此外,还有研究显示,两点一线、生活乏味单调、心情低落抑郁的患者更容易发生认知障碍,应尽量避免认知障碍危险因素,丰富的生活内容和社交圈子都可以有效刺激大脑皮层,“老有所学、老有所用”也可以帮助患者持续进行大脑锻炼^[12],积极乐观的态度、外界环境正向的刺激都有利于将认知功能下降的危险性控制在较低水平。

3.2 监测和控制血压、血糖、血脂水平:高血压、高血糖、高血脂都是心血管病变和认知障碍发生的重要因素,三者常常狼狈为奸,相互作用、相互影响^[13],严重危害人们的身心健康。因此,做好血压、血糖、血脂的控制是预防血管性认知功能障碍非常重要的手段。老年心血管疾病患者要定期进行体检,密切监测血压、血糖、血脂水平,坚持服用降压、降脂、抗血小板聚集以及降糖药物进行综合干预,避免出现脑小血管病变等其他严重的并发症,从而减少脑血管损伤,这也是预防血管性认知功能障碍发生、发展的一个重要途径。

3.3 认知能力训练:认知能力训练有利于患者情绪的改善和自信的增强,被广泛应用于防治和延缓老年人的认知功能衰退,对于预防老年心血管疾病患者发生认知障碍也有着非常重要的意义。认知能力训练遵循由易到难、循序渐进的原则^[14-15],并注重训练过程中的正向激励。记忆力训练可以与患者一起分享回忆往事、翻阅相册、鼓励讲述自己的故事等方式,引导患者采用联想法、分解联合法等,将图片、物件、词组等进行归类 and 回忆,并运用背诵法、间隔复述法提高瞬间和延迟记忆能力。语言交流能力训练主要是通过朗读、交谈、听写、互动、歌唱、看图说话、看图作文等方式,帮助、鼓励和引导患者进行沟通和交流,提升患者的言语表达和文字书写能力。定向力训练可利用日历、手表、名片、任务、地点等,将训练融入日常生活,帮助患者正确认识自己周边的环境和所处的情境。视空间与执行能力训练重点结合穿衣服、穿袜子、洗衣服、上厕所、洗澡、接电话、看电视等日常生活相关的技能进行训练,根据患者的认知状况,也可以进行银行存钱取钱、市场买菜砍价、下象棋、玩扑克等加强训练。计算能力训练则根据患者的文化程度,可以采取猜测游戏、数学运算、数目顺序等不同难易程度的针对性训练。通过多种认知能力训练方式,对延缓认知障碍的发生、发展起到至关重要的作用。

4、小结

随着社会经济高速发展和人们生活条件大幅提升,人口老龄化程度日益严峻,不良生活方式也广泛存在,我国近年来的心血管疾病患病率一直在持续上升,造成了极大的社会负担。老年心血管疾病与认知障碍有着非常密切的关系,高血压、冠心病、心力衰竭等多种心血管疾病都是引发认知障碍的重要危险因素,积极进行生活方式干预、监测和控制血压血糖血脂水平以及认知能力训练能够有效的预防认知障碍发生。

参考文献:

- [1]娄方丽,田维毅,田辉,等. 中老年人群认知功能障碍风险的心血管指标联合预测模型构建及诊断价值[J]. 护理研究,2022,36(5):753-761.
- [2]Yao Si-Min,Zheng Pei-Pei,Liang Yao-Dan,et al. Predicting non-elective hospital readmission or death using a composite assessment of cognitive and physical frailty in elderly inpatients with cardiovascular disease.[J]. BMC geriatrics,2020,20(1):218.

[3]樊凡,杨翠,王庆松. 老年缺血性脑卒中患者衰弱状态与脑卒中后认知障碍的相关性研究[J]. 中华老年心脑血管病杂志,2018,20(12):1253-1257.

[4]洪宝珊,吴文法,曹猛,等. 基于 China-PAR 模型中老年患者不同心血管病风险等级与认知功能睡眠质量关系的临床研究[J]. 中国实用内科杂志,2021,41(11):960-965.

[5]Schievink Syenna H J,van Boxtel Martin P J,Deckers Kay,et al. Cognitive changes in prevalent and incident cardiovascular disease: a 12-year follow-up in the Maastricht Aging Study (MAAS).[J]. European heart journal,2017,43(7):546-549.

[6]孟静,何婷,李华,等. 老年慢性心力衰竭患者甲状腺激素水平与认知功能、心功能及心血管事件的关系研究[J]. 现代生物医学进展,2021,21(23):4531-4535.

[7]中国老年医学学会,中国老年医学学会高血压分会,中国老年医学学会认知障碍分会,等. 老年高血压合并认知障碍诊疗中国专家共识(2021版)[J]. 中国临床保健杂志,2021,24(2):145-159.

[8]马迎辉,高瑞雪,周志明,等. 老年高血压患者认知功能及抑郁状态发生及与衰弱相关影响因素的研究[J]. 心肺血管病杂志,2021,40(4):344-348.

[9] Hakala Juuso O.,Raitakari Olli T.,Rovio Suvi P.,et al. Response by Hakala et al to Letter Regarding Article, “Cardiovascular Risk Factor Trajectories Since Childhood and Cognitive Performance in Midlife: The Cardiovascular Risk in Young Finns Study”[J]. Circulation,2021,144(20):e308-e309.

[10]王新强,马继光,李斌,等. 老年射血分数降低心力衰竭合并贫血患者的短期认知功能障碍发生风险分析[J]. 中国心血管杂志,2021,26(4):333-336.

[11]王金芳,陈红燕,李越秀,等. 老年认知功能障碍患者默认网络、凸显网络和中央执行网络研究进展[J]. 中国康复理论与实践,2018,24(3):282-286.

[12]Volders Esme,de Groot Renate H. M.,Coomans Juul M. J.,et al. A randomized controlled trial into the cognitive effects of a computer-tailored physical activity intervention in older adults with chronic disease(s)[J]. European Review of Aging and Physical Activity,2021,18(1):3.

[13]孙梦凡,贾紫嫣,王琳琳,等. 多领域干预:精准降低痴呆风险实施方案的最新研究进展和未来方向——脑健康服务用户手册(第4部分)[J]. 中国卒中杂志,2022,17(2):165-175.

[14]李秀云,郭春明. 老年人心血管疾病认知率以及危险因素掌握情况[J]. 国际护理学杂志,2019,38(5):599-603.

[15]范晓磊,韩斌如. 认知衰弱在老年心血管疾病患者中的研究进展[J]. 护士进修杂志,2020,35(18):1666-1669.

作者简介: 韦慧君(1993-3),女,住院医师,海南海口,硕士研究生,老年神经病学。

通讯作者: 袁梁炎(1989-7),女,住院医师,海南海口,硕士研究生,心血管病学。

冷疗法在肛肠疾病的中西医研究进展

杨玥¹综述 李国峰²审核

1. 长春中医药大学 吉林长春 130117; 2. 长春中医药大学附属医院 吉林长春 130021

摘要: 以痔疮为代表的肛肠疾病在人群中发病率较高, 且各个年龄段均可发生。中西医治疗肛肠疾病主要采取手术、口服中西药、熏洗、坐浴、外用膏剂等。冷疗法作为一种传统的疗法, 因其有止痛、消肿的疗效, 已广泛已用于医学领域, 但在肛肠疾病的治疗中仍不是主流。本文就冷疗法的历史、机理、形式及临床应用、不良反应及禁忌等方面, 探究冷疗法在肛肠疾病的疗效和不足之处。

关键词: 冷疗法; 肛肠疾病; 中西医; 综述

肛肠疾病作为常见病一直困扰着人类, 肛肠疾病主要包括痔疮, 肛痿, 肛周脓肿, 肛裂, 肛周湿疹等。江维等人⁰ 在 2013-2014 年对中国大陆 31 个省(自治区、直辖市)的 42792 名城市居民进行问卷调查和体格检查, 肛肠疾病发病率为 51.14%, 其中以痔的发病率最高, 占 50.28%。有资料显示⁰, 患有肛肠疾病的中国居民最主要的症状依次为便血、肛门周围疼痛、肛门坠胀感、肛内肿物脱出、肛门流脓, 上述症状占比分别为 22.52%、16.53%、14.98%、14.55%、5.88%。无论是缓解上述不适症状的保守治疗, 还是防治术后并发症、加速创面愈合的术后修复, 在中西医外治法主要有熏洗法、坐浴法、纳肛法、掺药法、灌肠法、脐疗法、微波疗法等⁰。

以中药熏洗为代表, 用“热力”来治疗肛肠疾病仍为主流用法。此原理为通过熏洗时的蒸腾之气, 使中药直接作用于肛肠患处, 药力和热气双管齐下, 从而使此处气血流畅, 改善局部血液循环, 起到清热燥湿, 消肿止痛等功效⁰。伴随着现代医学的不断发展, 与之作用原理相反的冷疗法也广泛应用于临床, 例如: 骨科、妇产科、颌面外科等, 同时在治疗肛肠相关疾病上也有着不可小觑的地位。本文对冷疗法在肛肠疾病的中西医研究进展进行总结, 具体如下: 冷疗法是在人体局部或全身施加冷的刺激, 使皮肤和内脏器官的血管收缩, 改变人体局部或全身血液循环和新陈代谢状况以达到治疗目的一种方法⁰。

1 历史

早在公元前 2500 年, 埃及人就利用冷治疗创伤和发炎。在我国的《五十二病方》一书中, 已有井底冷泥外敷的疗法。《肘后备急方》、《儒门事亲》、《本草纲目》等书均有对冷疗法的记载⁰。

2 机理

中医认为肛肠疾病多是因脏腑虚弱, 外感风湿燥热邪气, 致使体内气血纵横、浊气淤血, 流注肛门。所以疾病的治疗原则是清热利湿, 消肿止痛。“热者寒之”, 中药冷敷可起到清热解毒、消肿止痛。

西医认为冷疗法可以使神经纤维传递速度减慢, 提高疼痛阈值, 达到减轻或解除疼痛的作用; 低温可以降低受损组织新陈代谢的速度, 控制术后早期肿胀, 减少局部炎症的渗出; 冷刺激促进血管收缩, 减缓血流速度, 减轻术后渗血的症状。

3 形式及临床应用

3.1 冷水疗法 冷水疗法是用冷水清洗肛门或采用冷水和热中药交替坐浴来防治痔疮。有资料显示⁰, 便后先用卫生纸清拭残余粪便, 再用冷水清洗肛门, 对防治痔疮取得了不错的疗效, 痔疮发病率较未用冷水清洗组显著降低 34%。苏清伦等⁰对炎性外痔的 30 例患者用 0~15℃的冷水清洗肛门, 每天 2~5 次, 每次 2~5min, 两次间隔时间≥2h, 治疗 3d 后结果显示, 用冷水清洗肛门组治愈率 60%, 有效率 90%, 和对照组相比 ($P < 0.05$) 具有统计学意义, 说明冷水清洗肛门对于炎性外痔的红肿、疼痛、灼热感、异物感有一定的疗效。曾桂珍等⁰采用冷水与热中药交替坐浴治疗痔疮也取得了一定的效果, 嘱患者先用热中药坐浴 5min, 再行冷水坐浴 10s, 如此交替 5~6 次直到 30min。10d 后便血及疼痛均有缓解, 痔核缩小, 不脱出于肛外。这是因为用冷热水不同的温度可以刺激肛门处的血液循环, 热使血管扩张, 冷使血管收缩, 以促进中药吸收, 达到清热利湿, 散结止痛的药效。有些学者认为⁰术后用冷水坐浴比热水或温水疗效好, 但王剑锋等⁰对此持怀疑态度, 他将肛裂或混合痔术后的 168 例患者随机分为冷水浴和热水浴两组, 术后第一天分别冷水或热水坐浴 20min, 每日 2 次, 连续 7d。结果显示两组均在一定程度降低了直肠肛门静息压, 在镇痛效果上也无统计学差异。

3.2 冷敷疗法 冷敷疗法是用自制冰袋或一次性痔疮冷疗器直接或间接敷于肛周或肛内, 可用于肛肠疾病的保守治疗、术中及术后并发症的防治。由于肛肠疾病解剖部位的特殊性, 常规的冰袋很难完全贴合病变区, 因此用于肛肠疾病的冷敷工具种类颇多, 除可纳入肛内的一次性痔疮冷疗器、冷冻痔疮器外, 多数都为自制, 如会阴冷敷垫、生理盐水冰袋、肛门

模型冰块、高渗盐水冰棒等。虽然冷敷疗法历史悠久,被医学界广泛接受,但单次冷敷时间、频次及治疗周期的长短莫衷一是,多数依照医者个人经验。对此,本文通过探究冷敷疗法应用于肛肠疾病的各个阶段的冷敷时间差异,试着研究出这一问题的“标准”。

3.2.1 保守治疗 曹明溶等⁰将冷冻消毒器帽端贴于患者外痔处,每次冷敷 10min,每日 3 次,连续使用 1 周,对于痔疮的疼痛、出血、瘙痒、坠胀便意感等症状的总有效率达 81.94%。针对急性血栓性外痔,张盛君等⁰用一次性痔疮冷疗器紧贴近直肠外区域,持续 6~8min,每日 2 次,冷敷后联合肤痔清软膏外擦,治疗 15d 取得了不错的疗效。保守治疗除痔疮轻症或拒绝接受手术治疗的患者外,作为主流患者的孕产妇也不容我们忽视。产期孕妇由于胎儿的增大压迫骨盆,导致静脉堵塞,痔疮的发病率更易增加,因围产期孕妇生理上的特殊性,不宜服药和手术治疗。可能会有研究者质疑冷疗法对孕产妇的安全性,近些年来,有大量的冷敷疗法运用于产后会阴部疼痛,取得了很好的疗效。显然,不论是理论上还是临床研究上,冷疗法用于孕产妇的痔疮治疗也同样安全。针对围产期急性痔病患者,胡予婷等⁰用一次性痔疮冷疗器敷于患处 5min,首日每 2h 敷 1 次,次日开始每天 3 次,连敷 5 日。结果显示治疗 5 天后孕产妇的痔疮几乎无痛,水肿也明显减轻。崔菊芬等⁰将产后痔疮患者的痔核回纳后,用自制的会阴冷敷垫敷在患处半小时,每天两次,持续 3 天,研究结果表明,冷敷的起始时间越接近产后 2h,痔疮的疼痛和水肿的缓解越有效,且冷敷疗法对于早期的急性创伤也是效果显著。

3.2.2 术中配合治疗 由于痔疮手术的术中、术后都有出血的可能性,术后还有疼痛、水肿等并发症,还有些患者术后再进行冰敷,存在依从性差,冻伤等情况,考虑到上述问题,一些医生改用术中冷敷配合手术治疗。朱小霞等⁰将自制的肛门模型冰块置于肛内 5min,再行常规 pph 手术,研究显示患者在术中出血、术后疼痛、水肿、尿滞留等方面都有缓解,相比于对照组具有统计学意义。张竑唏等⁰在手术消毒后,将冰块放置在肛内冷敷 10min,常规 pph 术毕后于肛内吻合口处再放置冰块冷敷 10min,也取得了不错的效果。但是术中肛内冰敷也存在一定的不足,患者在麻醉状态下冰块直接敷在肛内可能会存在冻伤的风险,肛内无法固定冰块,冰块可能发生脱落。而保守治疗和术后的冷敷治疗都是将冰块置于医用敷料之后,不直接接触肛门,加之患者在非麻醉状态下,冻伤风险较低。

3.2.3 术后并发症防治 张雪芳等⁰将混合痔外剥内扎术后的 360 例患者随机分为 3 组,分别为 A 组:术后麻醉消失后,立刻在肛门敷料外冷敷 10%盐水冰袋,30min 后撤掉冰袋,1h 后重置冰袋,连续使用 48h。B 组:冷敷方法同 A 组,连续使用 24h。对照组:做空白对照组。从切口疼痛、

肛缘水肿、肛周不适 3 个方面评估效果,研究显示术后冷敷 48h 效果优于 24h,术后尽早冷敷有利于防治术后并发症的产生。周凤仙等⁰用冷敷法对肛裂、肛乳头肥大、肛瘘、肛周脓肿术后并发症的防治也有显著的疗效,但要注意冷敷的时间,如果发现冷敷的过程中患者皮肤出现青紫,要立刻撤掉冰袋,缩短治疗时间。

综上所述,在术中直接敷于肛内的冰袋持续时间为 5-10min,在保守治疗和术后并发症的防治中,单次冷敷时间在 5~30min,如果单次冷敷时间较短,在 5min 左右,单日冷敷频次较少,则治疗周期最长可持续 15d。若单次冷敷时间较长,在 30min 左右,单日冷敷频次较多,则治疗周期最长为 2~3d。在急性期初起可将单次冷敷时间延长到 30min,增加单日冷敷频次,以达到治疗效果。

3.3 冷湿敷疗法 冷湿敷是将中药液过滤后放入冰箱冷置,以 10~15℃保存,纱布浸湿其中,冷湿敷于肛门患处,主要是针对于痔疮和肛周湿疹患者。其机理是中药液联合低温以透皮吸收,既发挥中药清热利湿等功效,又发挥低温止痛消肿等功能。有研究显示⁰,光子疗法联合苦参汤加五倍子汤化裁冷湿敷于肛周湿疹处 15min,每日 2 次,连续治疗 20d 后,患者的瘙痒、皮疹、渗出均有缓解,总有效率达 100%。王亚男等⁰将中药熏洗坐浴联合黄柏、冰片、白芨、地榆炭、大黄组成的冷湿敷纱条外敷痔疮 15~20min,研究显示患者依从度高,疼痛症状改善明显,总满意率为 97.56%。

3.4 冷冻疗法 冷冻疗法是使用冷冻剂(如氟利昂制冷剂、二氧化碳、液态氧和液氮等)冷冻肛肠病变区域,通过低温使其发生凝固性坏死,反复操作,达到细胞坏死切除的目的。1969 年 Lewis 医生首次用冷冻疗法切除痔疮,由此之后肛肠科最常用的冷冻剂是-196℃液氮、液态一氧化氮等,且应用范围较广,可治疗痔瘘裂、肛乳头肥大、肛周尖锐湿疣、直肠息肉、直肠癌癌、肛周股癣等。其优点在于无痛、无需住院,门诊即可治疗。但也存在术后渗液较多,恢复期长等缺点。李柯旻等⁰用光动力联合冷冻治疗肛周尖锐湿疣也取得了不错的疗效,总有效率达到 90.91%。张波等⁰对于拒绝手术治疗或不宜手术治疗的 114 例低位直肠及肛管癌的患者施行了液氮冷冻治疗,治疗后全身无不良反应,创面 3~4 周愈合,术后疼痛少,不影响肛门功能。因局部药物治疗肛周股癣的疗效十分不理想,徐有全等⁰用液氮冷冻治疗老年肛周股癣,治疗 15d 后,皮损大部分消失,总有效率达 90%,差异具有统计学意义。朱永康等⁰采用冷针治疗出血性内痔,将液氮冷冻制成的冷针插入平行于肠壁方向的痔核中,3~4min 后取出冷针,达到冷冻痔核的效果。此种方法是内痔插钉术的现代版本,在宋代的《太平圣惠方》一书中也有相关记载,将砒霜制成的条子纳入痔疮中。

同时痔疮的冷冻方法不仅有冷针插入法,还有研究者⁰先用胶圈套扎痔的基底部,再行冷冻治疗的方法,这种结扎冷冻法既发挥了冷冻的功效,又能达到结扎坏死的效果。

4 不良反应及禁忌

冷疗法的不良反应较少见,患者在冷疗的过程中可出现寒战、皮肤青紫色、苍白等症状,应立刻停止治疗。冷疗法的禁忌症:出现皮疹、瘙痒等症状的冷过敏者、雷诺综合征者、术后寒战者、局部失去知觉者、体质虚寒者忌用。

5 小结

综上所述,可见冷疗法在肛肠疾病中应用广泛,在止痛、消肿等方面效果显著,且具有易于操作、不良反应少等独特优势。但存在许多争议的地方,如其单次治疗时间、治疗频次和治疗周期的长短没有明确的准则;患者个人的耐受程度不同,冰袋和肛门之间敷料的没有具体的标准;冷疗法具体研究机制尚不明确,加之冷疗法常与其他药物联合使用,很难判定其确切的疗效,以上这些问题还有待于进一步研究。

参考文献:

- [1]江维,张虹玺,隋楠,李荣,严常开.中国城市居民常见肛肠疾病流行病学调查[J].中国公共卫生,2016,32(10):1293-1296.
- [2]刘蔚,高记华,周璐,许建成,陈雪清,王超,魏少兴,田茂生.中国居民肛肠疾病常见症状分析[J].中国公共卫生,2016,32(12):1655-1659.
- [3]张少坡,孙永建.肛肠疾病中医外治法简述[J].河北中医,2010,32(08):1265-1266.
- [4]沈彩芳,顾彩红.中药熏洗治疗痔疮的研究进展[J].中国全科医学,2010,13(S1):129-131.
- [5]何艳梅.冷疗应用在四肢骨折后的效果观察[J].中国实用医药,2009,4(6):146-147
- [6]查晓萍.略述冷疗法在临床护理中的应用[J].中国民间疗法,1997,4:5.
- [7]毕可英,赵永兰,王奕功.冷水洗肛法防治痔疮[J].江西中医药,1996(S1):135-136.
- [8]苏清伦,周锡阳,赵秦,汪洪燕,朱永刚,刘臻.冷疗法治疗炎性外痔的临床研究[J].中国医师进修杂志,2012(11):19-21.
- [9]曾桂珍,包年香,叶红萍.冷水与热中药交替坐浴配合辨证施治痔的疗效观察[J].护理研究(下旬版),2006(12):1072-1073.
- [10]Mazza L, Formento E, Fonda G. Anorectal and perineal pain: new

pathophysiological hypothesis[J]. Techniques in Coloproctology, 2004, 8(2): 77-83.

- [11]王剑峰,郭旭,徐孟,等.肛门疾病术后冷水坐浴与热水坐浴的镇痛效果比较[J].中国肛肠病杂志,2011,31(10):47-48.
- [12]曹明溶,劳学军,张红,席亚鸣.冷冻消痔器治疗30例痔疮的疗效观察[J].暨南大学学报(自然科学与医学版),2005(04):576-577.
- [13]张盛君,李国臣,夏吉旭.肤痔清联合冷敷法治疗急性血栓性外痔的临床观察[J].中国民间疗法,2020,28(10):46-47.
- [14]胡予婷,范颖芳.低温冷疗法治疗围产期急性痔病的效果分析[J].中国肛肠病杂志,2020,40(02):15-17.
- [15]崔菊芬,崔小妹,赵敏芳,沈红丽,石统昆.自制会阴冷敷垫冷敷联合手法回纳对产后痔疮的效果观察[J].现代实用医学,2018,30(08):1108-1110.
- [16]朱小霞,刘莉,吴娟,李显蓉.常规护理辅以PPH术前冷疗对Ⅲ~Ⅳ度混合痔患者的干预效果[J].结直肠肛门外科,2017,23(06):795-798.
- [17]张竑晞,陈梅,杨斌,陈双.局部冷冻预防痔上黏膜环切术出血的疗效观察[J].中华全科医学,2008(12):1270-1271.
- [18]张雪芳,洪艳燕,胡永萍,薛雅红.不同冷疗时间对混合痔外剥内扎术后并发症预防的效果观察[J].护士进修杂志,2015,30(23):2157-2159.
- [19]周凤仙,张宽,张振勇.冷敷预防痔瘁术后并发症的护理[J].护理学杂志,2003(03):178.
- [20]廖颖雯,魏志军,郑璐.中药冷湿敷联合光子疗法治疗肛周湿疹的临床研究[J].内蒙古中医药,2013,32(23):5+4.
- [21]王亚男.痔疮采用中药熏洗坐浴与中药冷敷治疗的效果分析[J].健康必读,2020(15):165.
- [22]李柯旻,李晓红.光动力联合冷冻治疗肛周尖锐湿疣的疗效分析[J].中国继续医学教育,2020,12(15):118-121.
- [23]张波,曹春玲,周长发,等.冷冻疗法治疗低位直肠及肛管癌临床分析[J].中国肛肠病杂志,2005,25(8):21-22.
- [24]徐有全.冷冻疗法治疗老年患者肛周股癣疗效观察[J].中国肛肠病杂志,2016,36(12):33-34.
- [25]朱永康.冷针治疗出血性内痔121例临床分析[J].镇江医学院学报,1998(01):57.
- [26]顾宝清,顾蔚,赵新春.冷冻肛肠区病变的研究[J].中国理疗杂志,1999(2):87.