

慢性病“三分治，七分养”的中医防治对策分析

卓立甬¹ 陈希尔¹ 毛国章² 任君¹ 林娜³

1 宁波市中医院 浙江宁波 315000; 2 宁波市北仑区中医院 浙江宁波 315800;

3 宁波市海曙区龙观乡卫生院 浙江宁波 315000

摘要: 由于经济、社会的发展和人口结构的改变,慢性非传染病(“慢性病”)已经成为中国人民健康的重要因素。资料表明,很多不良的生活习惯都会引起慢性疾病,俗话说“三分治,七分养”。作者认为,在慢性疾病的治理与康复中,除药物外,心态、运动、休息、营养、调理脾胃也是“七分养”的重要内容。

关键词: 慢性病; 中医; 防治对策

中医有一句话:三分治,七分养。所谓“三分治”,就是治疗急性期,消除危险,所谓“临床救治”,真正痊愈,必须在家里静养,“七分养”,繁体“养”是“食”,“食物”是“七分养”的核心。在这种情况下,中医是指“七分养”,也就是“养命”。特别是在慢性病的基础上,要通过饮食、运动等方式来调理自己的身体^[1]。

一、慢性病的患病诱因

慢性疾病的发生是有周期的,通常将其发病过程划分为无危险、危险因素出现、致病因素出现、症状出现、疾病发生、劳动损失六个阶段^[2]。需要指出的是,一旦进入了慢性疾病的发病阶段,基本上就无法挽回了。据医学调查,慢性疾病的发生和发展,除感染、环境污染等因素外,还包括遗传因素、不良行为习惯等。另外,地方经济、卫生服务等因素也与慢性疾病的发生有很大关系。长期受到各种病因的影响,会导致某些慢性病的发生。早期发展较慢,但发展趋势是一种“抛物线”,它的发展速度很快,会影响到其它器官,引起多个器官的病变,对患者的生存和心理健康造成很大的影响。这表明很多慢性疾病都是一种生活方式疾病。

什么是与慢性疾病有关系的生活习惯?

- 1.情绪失去控制。其特点是易怒、易激动、追求完美;
- 2.心理过于压抑。其特点是性格克制、压抑、好闷闷不乐、有寂寞或无助的感觉;
- 3.超重。肥胖者易患高血压、冠心病、脑血管病、高血脂等;
- 4.长期吃高盐食物。世卫组织建议,每天摄入的盐不能超过 6g,高于 6g 就是高盐,高盐容易诱发高血压,并诱发中风;
- 5.嗜好抽烟。抽烟和许多疾病联系在一起,如肺癌,心脑血管病等;
- 6.过度饮酒。人体新陈代谢最强的是大脑和肝脏,酒精对人体的伤害也是最大的。慢性酒精中毒可导致严重的心理和行为异常,并可导致脂肪肝、肝硬化、肝癌等。

个人的健康,不管是健康还是长寿,都要靠自己来决定,除非是天生的基因、突发的自然灾害或者突发事件。生活方式不规范、打麻将通宵、酗酒、抽烟,都会损害身体的健康,减少自己的寿命。对于那些不想要或者不擅长维护自己的人来说,即使是最好的疗法也是没有用的。有的时候,如果不去看医生,那就没什么大不了的,只要心态好,生活规律,劳逸结合,饮食合理,多运动,就可以“不治而愈”。

二、采用中医防治慢性病的现状

(一) 国家政策的积极引导

《中华人民共和国中医药法》第 18 条规定:“县级以上人民政府应当在中医理论指导下,突出中医特色,并将其纳入基本公共卫生服务项目统筹规划实施管理,各级医疗卫生机构应当在疾病防治中积极应用中医药理论技术方法。^[3]”这表明,在今后的防治工作中,国家将加大对中医药的防治力度,加大中医药在防治慢性病方面的应用,加大对慢性病的防治力度,

对促进我国中医药产业发展发挥重要作用。

(二) 中医符合慢性病特殊诊疗理念

慢性病主要是慢性非传染性疾病,并不是一种慢性疾病,这种病的病程比较长,缺乏确切的生物致病因素,其原因比较复杂,主要与吸烟、酗酒、不合理的饮食等不良习惯有关,如高血压、冠心病等,糖尿病、精神疾病等,对个人的身体造成很大的伤害,造成了整个社会的健康状况^[4]。由于受诸多因素的限制,许多慢性病病人的生存质量有较大的不同,中医具有多样化的辨证思维和诊疗方法,具有较强的可操作性,在健康管理、养生保健等方面具有独特的作用,使得中医在防治慢性病方面具有重要的意义。

三、慢性病采用中医防治的优势

(一) 个性化的诊疗手段

中医主要采用望、闻、问、切四种诊法,目的是根据身体的基本健康状态和相关的健康信息,掌握病情的动态,并对其进行分析和判断。这种诊断方式,一方面可以从某种意义上达到个性化治疗的目标,与国外的精准医学有很大的相似性,从而为推动中国中医临床的发展打下坚实的基础;另外,可以根据不同的慢性病进行针对性的早期干预,达到防治慢性病的目的。与西医相比,中医可以通过辨证论治,可以根据病情的不同阶段来判断疾病的类型。如果已经有了疾病,可以根据病人的情况,调整用药剂量,从而达到治疗慢性病的目的。

(二) 有针对性的“治本”原则

《黄帝内经》是我国第一部提出体质论的专著,其内容涵盖了生理病理、诊断和治疗等多个层面,对中医诊断学的发展起到了重要作用。体质是一种客观的生命现象,它对疾病的发生和发展起着至关重要的作用,不同的人的体质不同,对疾病的敏感度也会不同,病情的发展规律也会不同,药物的使用和反应也会不同。通过中医体质识别,可以及早制定针对不同体质的防治措施,达到有针对性的保健干预。体质差异是中医辩证思维的具体实践,在某种意义上也体现了“治本”的理念。

(三) 有整体性的“人与自然”观念

中医的整体观念是人与自然、社会环境的和谐统一。从社会医学的观点来看,季节、气候等自然变化可以间接地影响到身体的某些变化,因此,人体也会随着环境的变化而变化。经济、政治、生活方式等社会因素对身体的健康也有间接的影响,这些因素在许多情况下都有可能成为慢性疾病的诱因。在运用总体概念的基础上,中医防治慢性病,能够充分掌握病人的病情,并运用相应的干预措施来协调内脏,注意身体的恒动与自然、社会的平衡,从而达到一个整体的调控。与目前的多学科分级防治和一类慢性病防治相比较,中医整体观念具有一定的创新性,在防治慢性病的思路上具有一定的优越性,尤其是在现有的医疗条件下,对慢性疾病的风险状况的诊断具有更大的优势。

（四）“医养结合”促进养老产业发展

“医养结合”是中国目前的一种新的发展趋势，它可以将其运用到“医养结合”的计划之中^[5]。老年人的身体机能在某种程度上已经发生了一定的衰老，而中医关于老年健康的理论，则是建立在中医健康管理理论基础之上的一种思维方式，它具有更加突出的健康和健康的优势。

四、慢性病的“七分养”防治对策

（一）心态是防病治病的良药

元·罗天益《卫生宝鉴》曰：“恐而健忘，喜以多思，思忘之道，皆精不足也。心乱则百病生，心静则万病息。”（译文：心生恐惧的人常常容易健忘，而那些常常表现出高兴的人，则容易思虑过度。无论是思虑过度还是健忘，常常是人体内精微物质不足的表现。所以心神烦乱则百病丛生，而心一旦安静了下来，则万病也终将归于平息。）《素问·上古天真论》指出：“恬淡虚无，真气从之，精神内守，病安从来。”恬者，内无所蓄；淡者，外无所逐；虚无者，虚极静笃，臻于自然，就是说在思想上要保持内心清静安宁，不贪求妄想，就可精神健旺，预防疾病。由此可见，人之性情最喜畅快，人之精神最宜焕发，乐观的性格和积极的心态，不但能治病，还能强身健体，增强机体的免疫力。很多疾病都是由心理因素引起的，心理因素会影响到身体的健康，也会影响到身体的健康。所以，调整好心态，就能改善或者治愈疾病。

（二）运动是人体健康的良医，“生命在于运动”。

法国医学科学家迪洙曾说过，运动的效果可以替代药物，但所有药物都不能替代运动；古希腊著名思想家亚里士多德认为，生命在于锻炼，适度锻炼对健康有积极影响。锻炼不能过度，要根据自己的身体基础，符合自己的原则。运动过多和过少都会造成同样的身体伤害；吃得太多或太少都会损害你的健康；只有适度才能提高体力和健康水平。每个社区都应该提供更多的锻炼空间。那些条件好的人可以增加各种健身设施，为个人提供良好的场地维护，并鼓励人们锻炼。可以看出，在体育锻炼条件较好的地区，居民的体育锻炼积极性通常较高。然而，这需要大量投资，涉及多个部门，这对公共部门来说是一个严峻的考验。

（三）休息是对人体健康的日常维护

睡眠是最好的休息方式，它既是补充身体能量，治疗疾病，恢复体力，又是提高身体免疫功能。很多人都是工作压力比较大的，一天下来，去咖啡厅坐坐、去KTV唱歌跳舞，也是一种放松的方式；但要小心不要因此而给人类的健康造成潜在的危险。长时间的夜生活会干扰身体的节律，导致身体出现各种疾病。长期下来会导致失眠健忘，头痛头晕，记忆力减退。人一生中三分之一的时间都处于睡眠状态，充足的睡眠是维持人体生命的根本，也是机体各个器官的健康之源。具有舒缓疲劳、恢复体力、维持脑部思考、促进儿童生长发育的必要元素。

（四）营养是人体健康的基石

人的生命必须通过饮食来维持，人的生命质量与饮食营养有着极大的关系，《黄帝内经·素问》：“五谷为养，五果为助，五畜为益，五菜为充，气味合而服之，以补益精气”。营养是人体和各种组织器官的物质基础，是维持人体各种组织器官生理功能的物质保证，营养的缺乏和过剩会导致疾病。现代人称之为“营养平衡”，即获取人体所需的全部营养，所以我们需要注意食物的搭配，不要太多，否则会对身体产生不良影响。例如，摄入过多脂肪，尤其是高饱和脂肪酸，会增加患某些癌症的风险^[6]；如果你想保持健康，你需要少吃热量高的食物，多吃营养丰富的食物。高质量的食物有纯糖、高脂肪和低纤维的缺点。

（五）调理脾胃是人体的养生之道

《黄帝内经》里说：“圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱”、“上工治未病……见肝之病，知肝传脾，当先实脾”。中医的调理，注重整体

观念，因人因地因时制宜，辩证施策。明代著名医学家张景岳说过：“土气为万物之源，胃气为养生之主。胃强则强，胃弱则弱，有胃则生，无胃则死。”因此，恢复脾胃非常重要。这意味着：脾胃输送水和谷物精华（水和谷物的精华是我们吃的食物）的功能很强，使身体的消化吸收功能得以健康，从而为血液、精华和体液的转化提供足够的原料，从而充分滋养肠道、四肢、骨骼、经络、肌肉、皮肤、毛发等组织。相反，如果脾胃的运水、运粮、运精功能减弱，身体的消化吸收功能也会异常，因此，在日常生活中注意保护脾胃，才是滋养身体的真正途径。

五、慢性病的“七分养”未来展望

（一）中西医结合，共防慢性病

中医体质识别是中医药防治慢性病的重要理念，与西方的精确医学有着异曲同工之妙。中医体质辨证思想，讲究的是融会贯通，人法地，地法天，天法道，道法，每个人的体质都不一样。中医辨证历来重视医疗而忽视预防，目前的慢性病防治主要是治标不治本。“零级预防”是现代医学倡导的三级预防，也是中医“治未病”的基本理念。随着西医医疗模式的改变，健康管理的发展速度越来越快，在防治慢性病方面的成效也越来越明显。然而，与传统的“治未病”理念、中医的“养生保健”理念相比，中医的某些优势和特点还没有得到充分的发挥。所以，要将中医与西医有机地结合，将“三分治，七分养”与卫生管理有机地结合起来，充分利用两者的优势，达到防治慢性病的目的。

（二）做好监测，控制慢性病

慢性病的影响因素十分复杂，控制工作难度大、时间长，在新的形势下，加强对慢性病的监测和健康管理仍是重中之重。随着我国国民经济的快速发展和人民生活水平的不断提高，慢性病发病率和死亡率不断上升，而且因其预后差和病程长，给病人的身体和心理和家庭经济带来了极大的危害，已经成为当今世界上最大的公共卫生问题，威胁着人们的生命和健康。在慢性疾病的严重威胁下，开展慢性病的监测，可以对病人的身体状况进行及时的评价，并采取相应的干预措施，达到对疾病的一级预防。而慢性疾病的治疗，则是贯穿于疾病发生、发展、康复的全过程，可以最大限度的控制疾病的发生、发展和康复。

六、结语

总之，“三分治，七分养”是中医治人的基本理念。从中医的角度来看，慢性疾病的症状多种多样，但归根结底，都是一个人的全身症状，虽然原因很复杂，但都和身体的运动、饮食起居等相关，如果一个环节出了问题，就会引发疾病。慢性病的特殊性决定了其调理的困难，因此，中医应采取“三分治、七分养”的方法，并运用现代医疗保健干预等方法，充分利用中医的辩证、整体观念、体质论等方法，达到把握整体、调理体质、疏通经络、对症下药的“三分治、七分养”的方法。

参考文献：

- [1]钱宇星,严淳,陈烨,张斌.慢性病患者健康信息素养现状与问题[J].信息系统学报,2020(01):1-12.
- [2]庞津昆.中医药守正创新“三分治七分养”——专访医学博士任连智[J].开卷有益-求医问药,2021(06):75-76.
- [3]胡世莲,王静,程翠,吴新春.中国居民慢性病的流行病学趋势分析[J].中国临床保健杂志,2020,23(03):289-294.
- [4]吕兰婷,邓思兰.我国慢性病管理现状、问题及发展建议[J].中国卫生政策研究,2016,9(07):1-7.
- [5]老年慢性病的护理及调养[C]//浙江省中西医结合学会第二届老年病专业委员会第一次年会学术论文集,2007:141-142.
- [6]童启进.慢性病病人的“三分治七分养”[J].健康,1995(04):30-31.

误吸风险评估与饮食分级护理对预防高龄患者误吸的价值研究

浦会玲 张爱波

云南省第一人民医院 云南昆明 650000

摘要：目的 探讨误吸风险评估与饮食分级护理对预防高龄患者误吸的价值。方法 将 2021 年 1 月至 2021 年 12 月于我院接受住院治疗的 129 例高龄患者纳入研究。给予 2021 年 1 月至 6 月入院的 64 例高龄患者常规护理干预，将其归为常规组；65 例 2021 年 7 月至 12 月入院的患者则在常规组基础上采用误吸风险评估与饮食分级护理，将其归为研究组。两组连续干预 2 周后，统计其误吸发生情况，并比较两组干预前与干预 1 周、2 周后的吞咽功能评定量表（SSA）评分，对干预期间两组患者不良事件发生率实施记录。结果 干预期间，研究组出现 39 次误吸，其中有 11 例呛食，28 例呛咳，误吸发生率为 1.43%，常规组出现 157 次误吸，其中有 33 例呛食，124 例呛咳误吸发生率为 5.84%，可见研究组误吸发生率较常规组低（ $P < 0.05$ ）；干预 1 周、2 周后，研究组 SSA 评分均较常规组低（ $P < 0.05$ ）；研究组与常规组干预期间不良事件发生率分别为 1.54%、12.50%，其差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论 给予高龄患者误吸风险评估与饮食分级护理有助于准确判断患者存在的误吸风险并据此采取相应措施，可实现误吸发生率的降低，对患者吞咽功能的改善提供助力，并且可减少不良事件发生风险，应用价值较高。

关键词：误吸风险评估；饮食分级护理；误吸；高龄患者

现阶段，随着人口老龄化的加剧，住院高龄患者比例不断增加，由于高龄患者存在不同程度机体功能退化性改变，有研究指出，相较于青中年群体，老年人吞咽功能出现明显退化，其吞咽时间相对较长，因此进食期间存在较高误吸风险^[1]。发生误吸后，食物、口腔分泌物可进入气道，引起呛咳、噎食，严重者可造成肺部感染、窒息甚至死亡，严重威胁患者生命。所以，有必要于治疗期间配合规范合理的护理干预措施，以减少误吸情况，实现患者生存质量的改善^[2]。常规护理模式在临床应用范围较广，但该模式针对性较弱，护理效果不够理想，而饮食分级护理能以患者存在的误吸风险为依据提供相应干预措施，可操作性较强^[3]。本研究为进一步探讨误吸风险评估与饮食分级护理对预防高龄患者误吸的价值，选取 2021 年 1 月至 2021 年 12 月于我院接受住院治疗的 129 例高龄患者分为两组进行对比探究，现报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

将 2021 年 1 月至 2021 年 12 月于我院接受住院治疗的 129 例高龄患者纳入研究。给予 2021 年 1 月至 6 月入院的 64 例高龄患者常规护理干预，归为常规组；65 例 2021 年 7 月至 12 月入院的患者则采用误吸风险评估与饮食分级护理，归为研究组。其中，研究组男性患者 32 例，女性患者 33 例；年龄 80~93 岁，平均年龄（85.26±3.87）岁；住院时间 8~19d，平均时间（15.15±2.16）d。常规组男性患者 30 例，女性患者 34 例；年龄 82~94 岁，平均年龄（85.84±3.79）岁；住院时间 5~17d，平均时间（14.81±2.13）d。上列两组一般资料差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。已获得患者知情同意。

纳入标准：①无肢体功能障碍；②年龄为 70~90 岁；③病情稳定且临床资料完整；④可经口进食；⑤吞咽功能评定量表（SSA）≥18 分。排除标准：①伴有沟通功能障碍或精神类疾病；②依从性较差；③意识不清醒；④存在严重支气管、呼吸衰竭等呼吸系统疾病；⑤无自主进食能力。

1.2 方法

常规组干预方案：常规护理模式，即为患者开展健康教育，定期进行病情评估，为患者提供易消化、柔软食物，告知患者正确吞咽方式。

研究组干预方案：在常规组基础上应用误吸风险评估与饮食分级护理，即以 SSA 评分结果为依据，判断患者存在的误吸风险，首先，进行临

床检查，检查患者对头部和躯干的控制能力、呼吸模式、唇的闭合、意识情况与自主咳嗽；其次，实施 5ml 水吞咽试验，观察候运动情况，并注意有无重复吞咽、口角是否存在流水，将上述试验重复 3 次；最后进行 50ml 水吞咽试验，记录所需吞咽时间，观察吞咽时有无咳嗽情况。量表评分 < 18 分者表示吞咽功能正常，不存在误吸风险；量表评分 18~25 分提示吞咽功能轻度异常，误吸风险为Ⅰ级；量表评分 26~31 分表明吞咽功能中度异常，误吸风险为Ⅱ级；量表评分 32~46 分表明吞咽功能存在重度异常，误吸风险为Ⅲ级。

以误吸风险为依据为患者提供饮食分级护理：（1）误吸风险Ⅰ级：①为患者做好餐前准备，评估患者进食情况，对患者进食期间聊天、思考问题、看电视等不良习惯进行纠正，促使患者集中注意力进食。协助患者取正确进食体位，半卧位进食时，嘱咐患者吞咽时将头部前屈，卧位进食时需要将躯体倾斜 45°。②监督患者进食，控制患者每一口的进食量，以 <20ml 为佳，嘱咐患者细嚼慢咽，食物以易消化的半固体或流质食物为宜，比如面条、粥等。③进食前后均需使用温水漱口，以清除口腔内残留物，确保口腔清洁条件，护理人员指导患者进行基础吞咽训练，如舌运动、鼓腮等，对口腔、舌肌肉进行强化。（2）误吸风险Ⅱ级：在上述护理基础上加强对患者进食的管理：①采用特殊进食餐具，进食主要以勺为主，勺面应浅小，避免患者每口进食量过多，每口应 <10ml，饮水时为患者提供吸管，每次饮水量应 <100ml。②为患者提供半流质食物，以酸奶、豆腐、鸡蛋羹为主，指导患者采用吞咽技巧吞咽，如低头吞咽、侧方吞咽等。③定期开展吞咽功能训练，使用无菌医用棉签对患者舌根后部以及软腭部位进行刺激。（3）误吸风险Ⅲ级：在上列护理基础上对患者进行实时监督，评估患者进食能力：①护理人员指导患者进食，必要时护理人员应帮助患者喂食，若进食期间出现异常需要重新对患者进行评估，判断其是否能继续经口进食。②将每口进食量控制于 5ml 内，床边准备吸痰器，并准备急救物品，避免进食期间出现意外。③建立饮食监测表，记录患者每次进食的时间、进食种类、进食情况等，并记录其误吸情况，强化对患者的饮食管理。

1.3 观察指标

（1）统计两组患者 2 周进食期间的误吸发生情况，包括呛食与呛咳。2 周总计进食次数=患者例数×每日进食次数×14。（2）比较两组干预前与干预 1 周、2 周后的 SSA 评分，该量表分值设置为 0~46 分，评分维度主要包括咽喉反射、吞咽时间、对面部肌肉的控制以及呼吸模式等，分值越

高提示吞咽功能越差^[4]。(3) 对干预期间两组不良事件发生率实施记录, 包括吸入性肺炎、窒息、肺部感染以及营养不良。

1.4 统计学分析

使用 SPSS22.0 统计学软件对此次研究数据进行分析, 使用 *t* 检验计量资料 ($\bar{x} \pm s$), χ^2 检验计数资料 (%), 检验结果为 $P < 0.05$ 则差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组误吸发生率对比

干预期间, 研究组误吸发生率低于常规组 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组误吸发生率比较[n (%)]

组别	进食次数	噎食	呛咳	总发生率
研究组 (n=65)	2730	11 (0.40)	28 (1.03)	39 (1.43)
常规组 (n=64)	2688	33 (1.23)	124 (4.61)	157 (5.84)
χ^2				75.622
<i>P</i>				<0.001

2.2 两组 SSA 评分对比

干预前, 两组 SSA 评分对比差异不具有统计学意义 ($P > 0.05$); 干预 2 周、4 周后, 研究组 SSA 评分均较常规组低 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组干预前后 SSA 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

时间	干预前	干预 1 周后	干预 2 周后
研究组 (n=65)	31.39±5.21	25.14±3.87	16.39±3.68
常规组 (n=64)	31.14±5.37	29.54±4.28	23.54±4.16
<i>t</i>	0.268	6.126	10.343
<i>P</i>	0.788	<0.001	<0.001

2.3 两组不良事件发生率比较

干预期间, 研究组不良事件发生率低于常规组 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组不良事件发生率比较[n (%)]

组别	例数	吸入性肺炎	窒息	肺部感染	营养不良	总发生率
研究组	65	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (1.54)	1 (1.54)
常规组	64	2 (3.13)	1 (1.56)	2 (3.13)	3 (4.68)	8 (12.50)
χ^2						4.401
<i>P</i>						0.036

3. 讨论

正常进食时, 食物可随吞咽动作进入食管中, 而发生误吸后, 食物将进入气道, 高龄患者呼吸道纤毛活动减少, 其对咳嗽反射的敏感度下降, 可诱发吸入性肺炎、肺部感染等, 导致患者原有病情加重, 甚至对其生命产生威胁^[5]。因此, 需要为高龄患者提供科学合理的护理干预, 强化对患者进食期间指导和监护, 以降低误吸风险。

常规护理干预由于缺乏针对性且护理措施不够全面, 难以达到理想干预效果, 而饮食分级护理能以 SSA 量表为依据, 对高龄患者开展吞咽功能测试, 进而识别其误吸风险, 可为患者提供全面、细节化的饮食指导, 有助于减少患者进食期间误吸风险^[6]。对此, 本研究旨在探讨误吸风险评估与饮食分级护理对预防高龄患者误吸的价值。根据研究结果显示, 干预期间, 研究组误吸发生率低于常规组 ($P < 0.05$), 提示采用误吸风险评估与

饮食分级护理可显著降低患者误吸发生风险, 这是因为 SSA 量表能通过水吞咽试验、临床检查等明确患者咽喉反射、吞咽时间、面部肌肉控制以及呼吸模式等情况, 并以此判断患者存在的误吸风险^[7]。饮食分级护理能根据误吸风险为患者提供针对性饮食护理干预, 予以 I 级误吸风险患者餐前准备并对监督患者进食; II 级误吸风险患者则需要强化进食监督、管理; 对于 III 级误吸风险患者, 护理人员建立饮食监测表并对其进行实施监督, 护理措施较为细化, 可实现误吸发生风险的降低。结果显示, 干预 2 周、4 周后, 研究组 SSA 评分均较常规组低 ($P < 0.05$), 表明误吸风险评估与饮食分级护理有助于改善患者吞咽功能, 因为在该护理模式干预下, 护理人员能以患者吞咽风险为指导, 开展舌运动、鼓腮等吞咽功能训练, 对口腔、舌肌肉进行强化, 并使用无菌医用棉签对患者舌根后部以及软腭部位进行刺激, 同时, 在饮食分级护理中, 护理人员为患者提供可行性较高的饮食方式, 能实现吞咽功能的改善^[8]。结果显示, 干预期间, 研究组不良事件发生率低于常规组 ($P < 0.05$), 说明基于误吸风险评估实施饮食分级护理能减少不良事件发生风险, 因为该护理模式可提前对患者进食期间存在的误吸风险实施预判, 并据此制定措施, 可实现对误吸风险的有效规避, 进而有助于减少因误吸导致的吸入性肺炎、肺部感染、窒息等^[9]。饮食分级护理干预中, 护理人员能为不同误吸风险患者提供针对性饮食指导, 能有效控制患者没口进食量, 让患者掌握正确吞咽方式, 其噎食、呛咳等情况减少, 可避免患者因误吸情况较多而出现的厌食心理, 确保其住院期间营养供给^[10]。另外, 因为该护理模式能实现误吸风险的降低, 所以有助于提高患者住院期间生活质量, 对患者后续康复有积极意义。

综上所述, 给予高龄患者误吸风险评估与饮食分级护理有助于准确判断患者存在的误吸风险并据此采取相应措施, 可实现误吸发生率的降低, 对患者吞咽功能的改善提供助力, 并且可减少不良事件发生风险, 应用价值较高。

参考文献:

[1]刘璐,张娟,张晓瑜,等.鼻饲患者误吸风险评估量表的编制及信效度检验[J].中华护理杂志,2022,57(03):337-342.

[2]陈文端.基于误吸风险评估表实施专项护理降低脑梗死患者误吸率的效果观察[J].基层医学论坛,2021,25(33):4794-4795.

[3]丁月蓉.老年吞咽功能障碍患者预防误吸护理对策及效果评价[J].当代临床医刊,2021,34(05):105+4.

[4]赵巧改.预见性护理在急诊病房高龄老年患者误吸预防中的应用[J].当代临床医刊,2021,34(04):89+45.

[5]赵秋美,司马振奋.误吸风险分级护理在神经内科老年患者中的应用效果[J].中华全科医学,2021,19(05):880-882.

[6]张晶.误吸护理对误吸高危老年患者吸入性肺炎的预防效果[J].中国医药指南,2019,17(31):259-260.

[7]刘青青,钱媛,孔婵,等.高龄吞咽障碍患者基于动态误吸风险评估的康复训练[J].护理学杂志,2019,34(17):73-75.

[8]叶爱华,高琳,陈宗.饮食分级护理预防听神经瘤术后患者进食误吸的效果观察[J].当代护士(下旬刊),2018,25(11):57-58.

[9]刘派.高龄脑卒中患者误吸风险的观察及护理[J].中国医药指南,2018,16(09):269.

[10]周善娟.循证护理对高龄髋部骨折患者围手术期误吸的预防作用[J].河南医学研究,2017,26(23):44-45.

基于“百病皆生于气”探讨糖尿病性神经源性膀胱的病机变化

王前露 杨娟* 凌琬 贾徐徐

贵州中医药大学 贵州贵阳 550025

摘要：中医认为气机失常会导致各种疾病，故在《素问·举痛论》中提出“百病皆生于气”理论。糖尿病性神经源性膀胱作为糖尿病并发症之一，病因病机虽复杂多端，但总体可归为膀胱气化失司，是气机升降失调的病理结果，虽发病病位主要在膀胱与肾，但五脏和三焦作为一个生理上互相协调，病理上相互影响的有机整体，一脏（焦）有病，亦可传及他脏（焦），从而导致疾病的产生。因此糖尿病性神经源性膀胱之发病，不但在膀胱与肾，五脏其余之肺、脾、肝、心及三焦气机紊乱亦与之息息相关。

关键词：糖尿病性神经源性膀胱；百病皆生于气；病因病机

在当前的经济社会迅速发展形势下，全球糖尿病人数也日益增加¹。我国的糖尿病患者人数也居高不下²。糖尿病在没有合理干预情况下，很容易引发血管、神经相关的病变。糖尿病性神经源性膀胱（diabetic neurogenic bladder, DNB），是一种常见病和多发病，为糖尿病自主神经病变的并发症³，糖尿病病程越长者，本病的发生风险越高⁴，根据相关统计资料显示，该疾病占糖尿病患者的 27%~85%⁵；早期多无明显临床表现，随着病变进展，逐渐表现为各种类型的排尿功能异常，给患者日常工作和生活造成严重的影响⁶。

现阶段，学术界尚未完全阐明糖尿病性神经源性膀胱发病机制；患病者通常会伴有局部躯体不适，膀胱敏感性下降和收缩功能衰减。病症随着病程的延长而变化，发病初期，患者膀胱容积增大和感觉丧失，导致即尿液大量形成的情况下不能及时排尿；随着本病的进一步发展，患者逼尿肌收缩功能减退，影响正常排尿，而发展至后期则出现更多症状，比如膀胱大而无力、尿失等**错误！未定义书签。**，严重影响着患者生活质量。近几年来许多学者对该病病机进行分析，从中医的角度看，医家将其归结于“消渴”、“癃闭”范畴⁷。在临床上，本病可表现为多种症状，如尿等待、尿无力等，对于重症患者，由于膀胱机能下降，出现排尿困难甚至尿点滴难出，部分患者因膀胱感觉丧失而出现尿失禁。本病主要为本虚标实之证，病位在肾与膀胱，主要体现在肾气不足，膀胱气化失司和气虚血瘀，阻塞水道两个方面。由此可见，本病与体内“气”的盛衰息息相关。中医认为气为人身之本。气的升降出入与人体新陈代谢活动密切相关，中医学者认为，个体的气机失调和气化失常，将进一步诱发精、津、血等代谢失常，若不进行及时干预，就会形成肥胖、高血脂等疾病。糖尿病性神经源性膀胱作为糖尿病并发症之一，与此也具有一定的相关性，因此本文将从“气”的角度对该病的中医病因病机进行探讨。

一、“百病皆生于气”的内涵与意义

“百病皆生于气”是对中医病机的高度概括，古代医家认为，人类的很多疾病，均由“气”而来，具体来说，个体气虚、气机失调，是百病的病理原因。⁸ 其首见于《素问·举痛论》：“夫百病皆生于气也，怒则气上，……

思则气结。”凡是“气”之病变皆由此阐发，指出情绪变化会引起“气”运行不畅，并发为不同的疾病。气的推动、固摄作用失司会在很大程度上影响精血津液运行输布，如果不能及时进行干预，则痰饮、瘀血等阻滞经络，人体正常生理活动受到影响，并最终变生诸多疾患。DNB 的病位在膀胱，临床特征主要表现为膀胱功能障碍导致排尿功能异常，从中医角度来说，五脏气机失调，气化不利，则水津代谢异常，以致小便不利。

二、以“气”论五脏与 DNB 发病关系

1、心主血脉，心气虚则推动无力

心主血脉，肺所生宗气与心气共同推动血液运行。《灵枢·邪客》中说：“气者……注之于脉化而为血”，“津液流行血脉之中”。津血同源，可以相互转化，且二者又共同流行于血脉之中，心脏在推动血液流行全身的同时推动着津液的运行与输布。消渴日久，不断耗气伤阴，进而累及于心，致心气阴耗伤；心气不足，津液则不能正常的输布与排泄；同时，心气不足，则无力推动血液运行，气血本为一体，两者相辅相成，密切联系；血为气之母，气为血之帅，相互为用，气虚则血瘀；若内有瘀血，将阻滞气机运行，瘀血内阻，可进一步导致心虚；故当心气虚心血推动无力致瘀血内滞，阻塞尿路，血行不畅，导致膀胱失养，膀胱功能减弱，气化不利则生癃闭，使尿液积聚于膀胱。即《景岳全书·癃闭》所谓“或以败精，或以搞血，阻塞水道而不通也”⁹。瘀血内停是由气虚引起，同时又作为致病因素，阻滞气机，加重 DNB 进展。临床可见小便点滴而下，部分患者出现尿细如线，当发展至后期，则膀胱功能异常，出现尿液下注不畅，小腹胀满疼痛。

其次，《内经》云：“心者，君主之官，神明出焉。”又云：“主明则下安，主不明则十二官危。”心为五脏六腑之大主，当心为邪扰或气虚虚弱时，无法主导脏腑活动，可直接导致脏腑气机失常，水液运行受阻，膀胱功能下降，并最终影响正常排尿。

2、肝主疏泄，肝郁则气滞不行

部分消渴病人通常会伴有烦躁易怒等实证，多因情志刺激、暴怒伤肝，进一步诱发肝经不畅，肝失调达，此时津、血循环受阻。在中医学中，肝主疏泄，调节情志，而这是消渴的主要发病因素；同时中医医家认为，七情

内伤,引起肝气郁结,此时肝脏功能下降,导致疏泄不及,使得三焦水液的运行异常,进而影响个体排尿功能,即中医理论中的“水道通调受阻”。

¹⁰《灵枢·经脉篇》曰“肝所生病者,……遗溺闭癃。”¹¹明代孙一奎更明确提出“肝主小便”的观点。在经络分布上,肝经绕阴器,并延伸至少腹,因此该脏器生理机能下降,会随经络影响及膀胱。我国的很多医书中对此有详细记载,如《灵枢·本输篇》论述道:“足少阴之别,……实则闭癃”;《灵枢·经脉》云:“肝足厥阴之脉……是主肝所生病者……闭癃”;若肝气郁结,气结与小肠膀胱之间,则膀胱无法正常发挥作用,气化受影响,将导致水液代谢失调,这种情况下,人体津液四布失常,并最终诱发这部分组织的功能障碍。如果该脏器不能有效疏泄,三焦气化失司,水液下注受阻,易诱发“肺气不宣”,而这一脏器主导水道通调,当其功能衰弱时,亦可出现小便点滴而出,部分还会伴有下窍闭塞。

3、脾主运化,脾气虚则运化无力

消渴病由多饮、多食、多尿等症状,从病理机制上看,本病的形成与水谷精微运化失常输布紊乱有关¹²。《素问·经脉别论》曰:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精……水精四布,五经并行。”说明脾乃水谷精微转运的枢纽,当该脏器的功能下降时,则会导致气液输布不畅,水液不能下输膀胱。津不上乘,故发为口渴多饮,水停下焦则小便不利。脾胃功能失常包括脾胃阳虚和气虚。个体本身存在阳虚或长期服用苦寒之药,久而久之,则耗损脾胃阳气,可导致脾阳不足,此时,患者会出现“清阳不升”“浊阴难降”,进而影响患者正常排尿。

脾气不足多因体劳伤脾所致,且不健康的饮食习惯、作息习惯等均可致脾虚中气下陷,使得小便下注不畅。《灵枢·口问篇》曰:“中气不足,溲便为之变。”又有《素问·玉机真藏论》中有“帝曰:夫子言脾为孤脏,中央土以灌四傍,其太过与不及,其病皆何如?岐伯曰:太过,则令人四肢不举;其不及,则令人九窍不通,名曰重强。”¹³以上两段文字均强调中气对于小便产生、排泄的重要性,其中又特别提出脾气旺盛的重要性。

4、肺气虚,肺失肃降,津液不布

《素问·六节藏象论》曰:“肺者,气之本。”¹⁴肺调节一身之气的运行,而肺与其他脏器是紧密联系的,该脏器功能正常,则各脏腑之气机升降出入有序,机体津液循环畅通,此时个体可正常排尿;古代医家认为,肺清则气行,肺浊则气壅,并影响正常排尿。《丹溪心法》言:“肺为上焦而膀胱为下焦,上焦闭则下焦塞。”明确指出小便不利、闭塞与肺之关系密切¹⁵。肺主之气,宣发肃降,一升一降,气行则水行,使水谷精微在肺气的宣发输布到全身四肢百骸以濡养全身,并将水谷精微之浊者蒸发为汗液排出体外肺的肃降使津液下输,通调水道,通过小肠泌别清浊将多余的水液下输膀胱排出体外。膀胱气化排尿的过程,是尿窍由闭而开,水液下行排出体外的过程,肺气的宣发有助于尿窍的开放,肺的肃降作用则使膀胱中的尿液下行排出。故肺气的宣肃直接影响到膀胱的气化排尿功能。肺气的宣肃又可助心、肾之气升降。水谷精微上输于肺,与肺吸入的

清气相合为宗气,宗气贯心脉助心行血肺与肾一上一下,肺主呼气,肾主纳气,一为水之上源,一在下为水之主,水气之升降,有赖肺肾升降之功能。肺气与天气相通,邪气易通过口鼻、皮毛犯于上焦,导致肺气失于宣发肃降,升降失调,水道通调不利,上输于肺的津液无法通过肺的肃降使水液顺利下行,膀胱气不行,尿窍开阖不利,从而导致排尿功能障碍。

肺失治节,敷布无权,膀胱气化不利,必然引起膀胱开合失常,即肺气无权,则肾水终不能摄,肺肾二脏母子相关,金水相生,是水液代谢输布的重要脏器,均可直接影响膀胱的功能。

5、膀胱表里,气化失司

消渴日久,肾气受损为本病形成的一大影响因素,病程长则耗气伤阴,加上老年人免疫力低下,各器官衰弱,肾阳不足,致膀胱气化无权,因此影响尿液的正常排泄。隋代巢元方认为小便不利的形成主要是由肾气亏虚有关,《诸病源候论·虚劳病诸候篇》“虚劳小便余沥候”中提出:“肾主水……故小便后水液不止而有余沥,尺脉缓细者,小便余沥也。”¹⁶明代张景岳说:“今凡病气虚而闭者……气不化水,则水腑枯竭者有之;水蓄不行,则浸渍腐败者有之。”¹⁷肾为人一身阴阳之根本,肾阳蒸腾,可以激励脾阳的升清,肾阳亦可助膀胱气化,使水液下行而排出。故《素问·水热穴论》言:“肾者,胃之关也。关门不利,故聚水而从其类也。”肾阳虚衰,下焦气化无力,肾失于蒸腾,失于开阖,则小便滞塞,水停于内。下焦水停日久,郁而化热,湿热相合,胶着于膀胱,又进一步加重膀胱气化不利。

三、以“气”论三焦与 DNB 发病关系

DNB 病位在膀胱,与肾、膀胱之气化不利关系密切,但小便的生成与排泄是一个以三焦为核心,肺、脾、肝、肾共同参与的复杂过程。小便是人体水液代谢的最终产物之一,水液进入人体后经过上焦的宣发、肃降,中焦的升清降浊,下焦的蒸腾气化,最终归于膀胱。《灵枢·邪气脏腑病形》曰:“三焦病者……不得小便。”说明癃闭之病因于三焦气机不通,气停故为胀满,气停则水停,留于膀胱,则不得小便¹⁸。

三焦被视作元气的使者,对诸气具主持功能,《难经》中“三十八难”一篇曾云其“有原气之别焉,主持诸气”。其中最为关键的功能为通行元气,专著《难经正义》中“卷三”认为“三焦者,禀元气以资始……为气之所终始也”。即元气由先天之精化生而来,属于人类机体的先天之气,其根在肾,受到肾内元阳的激发作用,通行三焦,上行于肝,在肝疏泄功能下,又传向脾脏,在脾升清功能将其向心肺输送,随后在由肺的宣发、肃降功能作用下,向整个机体布散。元气在被诸脏腑输送的过程中也在对诸脏器的功能活动施以有效激发与促进。三焦不仅可有效通行元气,同时也是卫气、宗气以及营气的生发之处,同时也是其运行的通路。虽然上述三者的所发之处存在上、中、下焦之分,但是“三气”的产生、流通皆由三焦协同作用得以实现,在本质上,三焦属于一个整体,互相依赖。

三焦经由自身主导诸气的作用达成有效沟通、调节脏腑气机目的，同时有效建立诸脏腑的紧密联系，人类机体众脏腑的物质交换皆依赖于气的推动与中介作用、三焦通路。在肺气宣发下，气血津液等得以向肌肤腠理输送，若肃降，水液则向膀胱转移，脾气升则水谷精微向心肺、头目处输送，受到胃气下降影响，腐熟的水谷向小肠处转移，之后排出体内的糟粕，若心中阳气向肾输送，肾水则不寒，若肾内阳气向心输送，心阳则不亢。如此能够明确各脏腑存在紧密联系，同时不同脏腑间的气机出入、升降皆离不开三焦的调控。

在人体水液运行、输布方面，《素问灵兰秘典论》提及“三焦者，决渎之官，水道出焉。”可见，三焦具备运行水液、通调水道的作用，故体内津液运行以三焦为通道，并经此通路，将津液向整个机体输布，有些由下至上运行，有些则由上至下运行，互相贯通的同时各自为用。对于水液运行，三焦调节功能实现的基础为自身对诸气具主导作用，气行故水行，和人类机体气机相同，水液运行也为不同各脏腑间的升降活动，三焦不仅对诸气具主持作用，对机体气机升降具调节作用的同时也对水液运行输布具支配作用。在三焦运行水液方面，上、中、下焦相关脏腑发挥着关键性的辅助功能。《素问》中“经脉别论”篇对此曾做过详细记载。

总之，诸脏腑的气血津液运行以及代谢皆离不开三焦的气化调控。若消渴日久，久病气阴皆亏，五脏六腑俱虚，使得三焦气机失调，使得全身气血津液代谢不能正常代谢，肾和膀胱气化不利，由此导致小便排泄不利。小便作为人类机体水液代谢的一种最终产物，在其运行和代谢中的任何一个环节发生障碍最终都会影响到小便的正常排泄，三焦为人类机体水液流通的通路，同时对诸气具主持作用，水液运行、代谢皆以气的推动为基础，气的升降出入又作为人类机体内部水液的主要运动方式，所以三焦气机是否通利，对机体水液的运行、排泄以及膀胱的气化存在直接影响。

三焦作为一个联络包容脏腑的大腑，总领调节五脏六腑的生理活动，脏腑皆通过三焦相联系。三焦亦是脏腑间沟通的纽带，三焦将它们联系在一起，由此维持人体正常生理活动。只有三焦功能正常，气机通畅，才能保证健康无恙，若气机失调，升降失衡，则百病由生。而脏腑气机也在影响着三焦气机的通利，任何一个脏腑功能失调，均可致水道不通，膀胱气化不利，尿液排泄障碍。

四、结论与展望

综上所述，DNB 病变部位主要在肾与膀胱，但皆以气机失调为因。“气者，人之根本也”（《难经·八难》）^[1]。气的病变是 DNB 发病的根源，气机失调与气化失常会导致气血津液代谢与输布失常。而对 DNB 的病因病机，应该更加深入发掘现代医学机制，因此基于“百病生于气”的发病观去探索五脏与三焦所致的发病因素也是必要之举，同时也有有利于在此病因病机学基础上提出一些更有针对性强的治疗方案。

参考文献：

[1] Wendy K Chung, Karel Erion, Jose C Florez, et al. Precision

Medicine in Diabetes: A Consensus Report From the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Care. 2020;43(7):1617–1635.

[2] Epidemiology of diabetes and diabetic complications in China. Diabetologia. 2018;61(6):1249–1260.

[3] 袁凌青, 廖二元. 内分泌代谢病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2019.

[4] Panigrahy R, Singh B, Das SK. Diabetic uropathy and bladder dysfunctions[J]. Diabetes Metab Syndr, 2017, 11(1): 81–82.

[5] 李婧. 中西医结合疗法在糖尿病神经源性膀胱病治疗中的应用效果[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(4): 173–174.

[6] 刘翊. 穴位贴敷护理技术对神经源性膀胱患者的临床及护理疗效观察[J]. 亚太传统医药, 2017, 13(15): 116–117.

[7] 周妍, 李刚琴. 糖尿病神经源性膀胱中医药研究进展[J]. 中医药导报, (2010) 03–0098–03.

[8] 基于“百病皆生于气”探讨虚实错杂证的辨证思路与方法[J]. 山东中医杂志, (2020) 05–0441–04.

[9] 陈芹梅, 王爱军. 气虚血瘀在糖尿病性膀胱病中的致病意义及治疗[J]. 中国中医药信息杂志, 2017, 24(4): 111–112.

[10] 唐咸玉, 林玉平, 何柳, 等. 乌梅丸治疗久病消渴的理论初探[J]. 中华中医药杂志, 2016, 30(1): 319–321.

[11] 南京中医学院中医系. 黄帝内经灵枢译释[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1980.

[12] 王玲芝. 论脾气下陷是消渴病的重要病机[J]. 山东中医杂志, 2006, 25(9): 585–586.

[13] 张仲景. 伤寒论[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2004.

[14] 彭世桥. 从肺论治癃闭初探[J]. 世界中西医结合杂志, 2009, 4(6): 441–442.

[15] 孙硕, 张莎莎, 刘红亮; 邓伟. 从五脏论治癃闭[J]. 中医临床杂志, 2019. 0078.

[16] 巢元方. 诸病源候论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1955.

[17] 张介宾. 景岳全书[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1991.

[18] 高明. 运用三焦理论辨治癃闭的临床研究. 黑龙江中医药大学, 硕士研究生毕业论文.

[19] 曾广娴, 陈聪. 从中医“百病生于气”探讨代谢综合征[J]. 亚太传统医药, (2021) 03–0216–02.

作者简介: 王前露(1996–), 女, 贵州中医药大学硕士研究生, 研究方向为中西医结合临床。

通讯作者: 杨娟(1970–), 女, 硕士, 贵州中医药大学主任医师, 研究方向为中西医结合防治糖尿病及其并发症。

周洵教授运用培土生金法治疗肺脾气虚型哮喘的医案分析

闫欢¹ 周洵²

1. 贵州中医药大学 贵州贵阳 550000; 2. 贵州中医药大学第二附属医院呼吸与危重症医学科 贵州贵阳 550000

摘要: 支气管哮喘作为呼吸系统最常见的疾病之一,其发病率在逐年上升,哮喘的频繁发作已严重影响患者的日常生活和工作,目前西医对于本疾病的治疗原则是对症支持治疗。传统的中医药对治疗哮喘具有一定的优势。文章系统阐释了周洵教授运用培土生金法治疗哮喘的医案一则,并对其中医的辨证思路、临床治疗经验进行详细分析,总结出周洵教授在培土生金法的基础上根据疾病不同的症状,结合健脾祛湿治疗肺脾气虚型哮喘的临证经验。

关键词: 培土生金; 哮喘; 肺脾气虚证

支气管哮喘(Bronchial asthma,简称哮喘)是一种常见的呼吸系统疾病,是由多种细胞参与,以慢性的气道炎症为特征的特定性疾病,复杂的发病机制决定了该疾病临床表现的多样性。支气管哮喘的主要病理变化是气道炎症、气道重塑等,目前全世界至少有3亿患者[1],2019年中国成人肺部健康研究报告指出,当前我国20岁及以上人群哮喘患病率达4.2%,患病总人数约4570万,其中仅3成患者得到明确诊断,5.6%的患者接受了规范治疗[2],其规范化诊治迫在眉睫。哮喘作为一种需要个体化治疗的异质性疾病[3,4]。需要综合性的治疗。目前而言,针对支气管哮喘的治疗基本以吸入性的糖皮质激素为主并加以联合应用支气管舒张剂等,但是部分患者的症状控制不理想,一部分患者控制的效果不明显。传统中医学治疗支气管哮喘在个体化治疗中效果显著,而将中医方案应用在早期哮喘的患者治疗中会发挥巨大的疗效,可有效降低哮喘的并发症。崔芳因在其的临床研究中将患者分为中医组与西医组,通过对比疗效,得出中药可以提高患者气道的通畅性,改善气道通气功能,缓解气道阻塞[5]。而本次的案例为早期哮喘的中医治疗提供新的思路。

周洵教授,临床医学博士,主任医师,呼吸科副主任,硕士生导师。中国民族医药学会肺病学分会副秘书长,中国民族医药学会热病学分会副秘书长,世界中医药学会联合会中医药抗病毒研究委员会常务理事,世界中联呼吸病专科委员会常务理事,中国医师协会中西医结合呼吸病分会委员,世界华人中医医师协会会员,中国中西医结合学会呼吸学会委员,贵州中西医结合呼吸学会副主任委员贵州省间质病联盟常委。贵州省抗疫先进个人,先后获得贵州省科技进步三等奖;中华中医药学会科技进步三等奖;中国民族医药学会科技进步一等奖。周洵教授长期从事呼吸系统疾病的诊治,对呼吸疾病有着非常丰富的临床经验,故本文对其治疗哮喘的经验进行了简要的阐述。

1. 病因病机

在中医理论中哮喘的发病主要涉及肺、脾、肾三脏,其中肺主呼吸和一身气;脾主运化水湿;肾主纳气。肺、脾、肾三脏功能失调,即脾运化功能失调,不能将精微物质上输于肺,肺继而不能使精微物质输布全身,肾不能蒸腾气化水液,以致津液聚湿成痰,伏藏于肺中,成为哮喘发病的“夙根”,遇到外感、情志、劳倦等诱因,触动伏痰,使痰随气升,结于气

道,以致痰阻气道,肺失宣降,发为哮喘。哮喘反复发作,又会损伤肺、脾、肾之气,肺脾肾三脏虚损,使“痰”不断生成,所以哮喘会反复发作,甚者病久及心,发为喘脱危象,危及生命。哮喘为本虚标实之病,标实为痰浊,本虚为肺脾肾三脏虚损。发作时以标实为主,实证主要证候包括寒哮证、热哮证、寒包热哮证、风痰哮等;虚证主要包括肺脾气虚证、肺气虚证等[6]。周洵教授认为人体正气充盈的时候可以对哮喘发病的“夙根”进行压制,使哮喘进入到一个不发作的稳定期,当因为“内伤七情,外感六淫”等病因而引起人体的正气损耗,使正气不足以和哮喘的“夙根”相抗衡的时候,就会使哮喘进入发作期;因为此时人体的正气不足,但也会和“邪气”做斗争,这样就使得哮喘会反反复复的发作;由于此时的正气本身就不足,还要和邪气做斗争,就会使得正气越来越虚弱,这就是导致虚哮的发生原因。临床常见的、反复发作的虚哮又以肺脾气虚证为多,在李萌等的研究中也提到用以健脾补气、巩固阳气的方式来治疗虚哮[7]。故周洵教授常以参苓白术散为基础方来加减治疗肺脾气虚型的哮喘。

2. 临床资料与诊断

患者,李某,男,45岁,职员,就诊于贵州中医药大学第二附属医院呼吸与危重症医学科门诊,初诊:

主诉:咳嗽伴喘息气促2年,复发加重1月。现病史:2年前无明显诱因出现咳嗽、喘息、气促,遂就诊于当地医院,诊断为“支气管哮喘”,予“沙丁胺醇气雾剂(进口药品注册证号 H20140274)、沙美特罗替卡松吸入剂(H20150325)”控制病情,期间上述症状反复发作,均未得到有效控制。1月前出现喘息、气促,不能平卧,使用药物后未有明显缓解。现症见:咳嗽、气促,咯吐白色粘稠痰,量多,倦怠乏力,食少便溏,小便清长。既往史:既往体健。查体:患者形体偏胖,面色欠华,神疲乏力,呼吸音稍粗,双肺可闻及散在哮鸣音,查其舌,见舌体胖大,苔白腻有齿痕,脉虚无力。辅查:支气管舒张试验阳性,呼出气NO测试值:33.3ppb。中医诊断为哮喘,肺脾气虚证;西医诊断为哮喘。治法:补脾益肺。患者形体偏胖,久坐不运动,且“肥人多痰湿”,易聚湿成痰,痰湿困脾,使清气不升,故肺气宣降失司,发为哮喘。应以培土生金法为治则,健脾胃以去除困于中焦的痰湿之邪,使脾运化的水谷精气得以上升滋养肺脏,进而使肺的宣降功能恢复正常。

3. 治疗方法

参苓白术散加减：人参 10g、茯苓 10g、白术 10g、甘草 10g、山药 10g、莲子肉 5g、薏苡仁 5g、白扁豆 8g、砂仁（后下）5g、桔梗 5g、藿香 12g。煎药方法：煎药前用水浸泡半小时后加水煮沸转小火煎煮 15 分钟，过滤取药液，再加水至高出药面煎煮 20 分钟，过滤取药液，两煎混合。5 付，每日 1 剂，1 日 3 次，混入枣汤服下。

二诊：服 5 剂后，患者感倦怠乏力较前好转，咳嗽、气促症状较前减轻。苔白腻，无齿痕。脉沉细。以原方基础上加佩兰 12g、陈皮 15g 用以加强化湿醒脾之功，继予 5 付服用。

三诊：服 5 剂药后，患者诉哮喘发作间隔时间延长，发作时间变短，发作症状较轻，精神纳眠可，二便调。舌苔薄白，脉沉有力，以原方加百部 10g 加强润肺平喘，继续服用 4 付。

四诊：4 付药服用完后，患者症状明显好转，生活如常。6 月后随访患者，诉偶有发作，约 1 月左右发作一次，且发作症状轻，时间明显缩短，其舌质淡红，苔薄白，脉平和有力。嘱其再服 5 付巩固疗效，随诊。

按语：此案例中，患者哮喘日久，耗损肺气，由于肺属金，脾属土，按五行理论来说，土为金之母，金为土之子，肺气的持续亏损，时间达到一定极限，会使脾向肺输送精微物质（子盗母气），进而会导致脾气的损耗，最后达到脾肺俱虚的状态，故患者有倦怠乏力，食少便溏，舌苔白腻有齿痕的表现。初诊以“培土生金”为法，选方参苓白术散加减，方中人参、茯苓、白术、甘草振奋脾胃之气。配伍山药、莲子肉以加强健脾益气之功，薏苡仁、白扁豆健脾渗湿。加砂仁、藿香之辛温芳香醒脾，助脾胃功能运化，使上下气机畅通。桔梗质轻为舟楫载药上行，达于上焦以润肺平喘。全方配伍严谨，考虑全面，使肺脾之气得以恢复，患者正气逐渐恢复而邪渐去。二诊患者神疲乏力有好转，加陈皮、佩兰增强醒脾化湿的功效；三诊患者整体情况恢复较好，加百部使肺气宣降有节。四诊患者仍偶有哮喘发作的情况，考虑患者病程较长，故继续服药以巩固病情，防止反复。

参苓白术散出自宋代《太平惠民和剂局方》卷之三，书中原文曰：参苓白术散，治脾胃虚弱，饮食不进，多困少力，中满痞噎，心忪气喘，呕吐泄泻及伤寒咳嗽。此药中和不热，久服养气育神，醒脾悦色，顺正辟邪。此方原以补脾胃，益肺气为主要功效，通过辨证加减可以使常用在脾胃气虚证的方剂适用于呼吸系统的疾病治疗，是“培土生金法”的临床经典应用。

4. 讨论与分析

哮喘作为一种呼吸系统常见疾病，在西医的治疗中往往通过激素、支气管扩张剂、白三烯受体拮抗剂等药物，控制急性发作时的症状和降低气道的高反应性来缓解病情，使不规则用药的患者发病次数和症状的缓解并不是能达到理想的预期效果，而且会使病人过度的依赖激素而引起相应的药物副作用。支气管哮喘，除与炎症有关外，肺组织细胞因子或某些激素水平的变化，使气道平滑肌增生肥厚、基底膜增厚，是导致气道重塑，肺功能进行性下降的主要机理。中药单方，或宣肺、补肾等中药复方，能减

轻嗜酸性粒细胞和淋巴细胞浸润，下调肺组织上皮细胞 ICAM-1 的表达，从而有效控制气道炎症，改善气道重塑[8]。本例中患者初诊时以肺脾气虚夹湿为主要病机，故以芳香化湿药祛除其体内湿气使气机调畅，二诊因患者病久湿气不易祛除，故加强祛湿药的用量，来增加祛湿的力量，三诊患者湿气得除，偶有发作，故此时是以肺失肃降为主要病机，故加百部以肃降肺气。并且在鄢鹤铭等人的研究中也表明参苓白术散可以恢复机体的免疫功能以及抑制炎症反应[9]。中医在哮喘的治疗中体现出疗效稳定、安全等优势，在很多临床医案中也被证实过疗效，并且能通过辩证论治来总结出具有个体化的治疗方案，而且能根据不同患者的证型及某一证型的发展阶段作出及时的对应的药物调整，具有不产生药物依赖性等优点逐步显现出来。

在欧阳学认[10]的研究中也提到参苓白术散可以通过调节小鼠的肠道菌群来改善哮喘的气道炎症的表现。结合患者的各方的症状及体征，与哮喘病中的肺脾气虚证相符合，故肺脾气虚为本案例的基本病机。中医理论认为肺脾气虚是哮喘病反复发作的基本病机之一，由于病情的反复发作，正邪的反复相互争斗，不断的消耗机体正气，进而正气亏虚越来越重，使人的机体免疫力逐渐下降。因此哮喘的治疗应按“扶正固本”的总体治疗原则，补足人体正气，使正气驱邪外出，而“培土生金法”是对此方法的充分展示。参苓白术散作为培土生金法的经典方剂，可以健脾益气，恢复脾胃受纳与运化的作用。使脾胃之气得到充实。也只有脾胃之气得到充实，才能将精微物质向上输布于肺，使肺气得以充盈，肃降功能得以恢复。若脾气虚弱，水谷精微不能输布全身，聚湿生痰，母病及子，上犯于肺，使肺宣降失常，发为哮喘。即中医理论常说的“脾为生痰之源、肺为贮痰之器”。在中医理论中将人看作一个整体，对于某一种疾病都不能只看单一脏腑，整体观念非常的重要，因此，哮喘也不能只着眼于肺，对中焦脾胃的调理也非常重要，补足脾土而肺金自生，肺气充盈，宣降有节则哮喘可平。本例患者用参苓白术散加减，健脾化湿以正本清源，补肺敛气使肺气得以宣降有度，从而使哮喘发作得以控制。

治疗周期长、诊断明确、有相应的诊疗措施的医案被称为长时医案。其特点为：图文结合，精细分析，使复杂病情清晰，可视客观，有利于更好地传承名中医经验[11]。其主要特征体现在两个方面：一是在诊疗起始重视个体间的差异性，表现在不同个体内部生理、病理和外部自然、社会共同形成对疾病的空间因素作用；二是在诊疗过程中重视时间状态变化，纵向采集不同个体多个时间点的数据信息，动态比较分析中医个体化疗效和发展特征[12]。如本例肺脾气虚型哮喘患者治疗效果较好，生活的质量得以提高，同时延缓了疾病发作的时间，降低了西药对患者的不良反应，从根本上针对哮喘的“病因”进行中医辨证分析，为患者“量身定做”了只用于该患者的方子，使药物的作用更加具有针对性，符合个性化的治疗，并能通过这种具有个性化的治疗方式使患者更高质量地回归家庭和社会，得益于周洵教授临证丰富的经验，周洵教授从事呼吸系统疾病的诊治多年，

（下转第 12 页）

单纯性应用硫酸镁、联合性应用硫酸镁+硝苯地平治疗妊高症的临床疗效分析

邹小芸

重庆骑士医院 重庆 400021

摘要：目的：分析单纯性应用硫酸镁、联合性应用硫酸镁+硝苯地平治疗妊高症的临床疗效。方法：择取 100 例对象，均为我院产科治疗的妊高症患者，时间控制在 2019 年 02 月至 2022 年 02 月之间。根据患者意愿选取不同的药物治疗并分为两组，其中 50 例单纯性应用硫酸镁进行治疗，将其归为单一组；50 例联合性应用硫酸镁+硝苯地平进行治疗，将其归为联合组。比较不同组别对象治疗前和治疗后的血压指标状况、血管内皮指标水平、临床疗效、不良妊娠结局发生率。结果：从血压指标状况进行分析，联合组对象治疗前的数据与单一组比较差异无意义 ($P>0.05$)；联合组对象治疗后的数据低于单一组 ($P<0.05$)。从血管内皮指标水平进行分析，联合组对象治疗前的数据与单一组比较差异无意义 ($P>0.05$)；联合组对象治疗后的数据优于单一组 ($P<0.05$)。从临床疗效进行分析，联合组对象治疗后的数据高于单一组 ($P<0.05$)。从不良妊娠结局发生率进行分析，联合组对象治疗后的数据低于单一组 ($P<0.05$)。结论：在对本文研究患者治疗时，联合性应用硫酸镁+硝苯地平治疗能够稳定患者血压指标，调节血管内皮功能，提高临床疗效，减少不良妊娠结局，建议参考使用。

关键词：硫酸镁；硝苯地平；妊高症；血压指标状况；血管内皮指标水平；临床疗效；不良妊娠结局发生率

妊高症是指在妊娠后出现的血压升高的情况，已经成为孕产妇和围产儿死亡的主要原因之一^[1]。此疾病的病因和病机尚不明确，可能起源于胎盘，由孕妇、胎盘、胎儿等多方面因素共同作用而成，一般表现为血压升高、蛋白尿、脚踝肿胀、视物模糊、黄疸等症状，如未进行控制治疗，可出现早产、胎盘早剥等并发症，严重危害母婴生命健康^[2-4]。对于此疾病患者的治疗以控制病情、延长孕周、尽可能保障母子安全为目的，不同的治疗药物可对孕妇起到不同治疗效果^[5]。此次研究通过选取 2019 年 02 月至 2022 年 02 月期间我院产科治疗的妊高症患者 100 例作为研究对象，对其单纯性应用硫酸镁、联合性应用硫酸镁+硝苯地平治疗的临床疗效进行分析探讨，具体内容报道见下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

从时间 2019.02-2022.02 期间我院产科收治的妊高症患者中随机选取 100 例作为研究对象，以患者意愿选取药物治疗并进行分组，即单一组、联合组，两组对象例数一致，各有 50 例。单一组对象均为女性，依次以 20 岁、38 岁为年龄下限、上限，计算平均值为 (29.17±3.29) 岁；依次以 36 周、42 周为孕周下限、上限，计算平均值为 (39.04±1.05) 周；产妇类型：经产妇、初产妇依次有 22 例、28 例。联合组对象均为女性，依次以 21 岁、37 岁为年龄下限、上限，计算平均值为 (28.92±3.32) 岁；依次以 36 周、42 周为孕周下限、上限，计算平均值为 (38.95±1.08) 周；产妇类型：经产妇、初产妇依次有 23 例、27 例。不同组别对象的临床基线资料进行比较后差异无意义 ($P>0.05$)，可进行研究比较。

纳入标准：①符合妊高症诊断标准；②出现恶心、头晕、抽搐、蛋白尿等表现；③完全了解此次研究内容，认真阅读同意书并在对应处签字；④临床基线资料均在病历上有所体现。

排除标准：①存在妊娠期糖尿病；②严重肿瘤病变；③脏器功能损害；④在与患者交谈时无法给出有效回答；⑤意识不清醒；⑥凝血因子无法发挥凝血作用；⑦免疫功能缺陷；⑧研究依从性较差。

1.2 治疗方法

单一组 50 例单纯性应用硫酸镁进行治疗。具体用药方法如下：使用生产厂家、国药准字、规格依次为湖南中南科伦药业有限公司、H20057636、10ml；2.5g*5 支的硫酸镁注射液进行治疗，用药剂量为 20ml，将其按剂量加入 100ml 生理盐水中充分混匀，以静脉注入方式给药，时长 30min，之后将 60ml 此药物加入 500ml 生理盐水中进行充分稀释，以静脉滴注方式给药，滴注速度为每小时 2g，每日进行 1 次，共持续治疗 1 个星期。

联合组 50 例联合性应用硫酸镁+硝苯地平进行治疗。具体用药方法如下：使用生产厂家、国药准字、规格依次为安徽永生堂药业有限责任公司、H20083380、15 片*2 板的硝苯地平缓释片进行治疗，用药剂量为 10mg，每日进行 1 次，共持续治疗 1 个星期。另外一种药物使用方法和用药剂量同前组保持一致即可。

1.3 观察指标

比较不同组别对象治疗前和治疗后的血压指标状况、血管内皮指标水平、临床疗效、不良妊娠结局发生率。①血压指标状况：从收缩压状况、舒张压状况进行分析。②血管内皮指标水平：从内皮素水平、一氧化氮水平进行检测。③临床疗效：经过相关药物治疗后血压水平恢复至正常范围，且相关症状完全消失即效果显著；经过相关药物治疗后血压水平有所恢复，维持在 140/90mmHg 至 150/100mmHg 之间，且相关症状有所减轻即有效；经过相关药物治疗后血压水平未见恢复，且相关症状未见缓解即无效。临床疗效 (%) = (效果显著例数+有效例数)/总例数×100%。④不良妊娠结局发生率：不良妊娠结局有胎儿宫内窘迫、早产、新生儿窒息、产

后出血四种，发生率为四者占比之和。

1.4 统计学分析

对不同组别对象治疗前和治疗后的研究数据使用 SPSS21.0 软件包进行统计，其中血压指标状况等（符合正态分布）运用（均值±标准差）表示，进行 t 检验；不良妊娠结局发生率等运用（n%）表示，进行 X² 检验。不同组别研究数据进行比较后差异有意义（P<0.05）。

2. 结果

2.1 比较不同组别对象治疗前和治疗后的血压指标状况

两组对象治疗前的血压指标状况比较差异无意义（P>0.05）；联合组对象治疗后的血压指标状况低于单一组（P<0.05），见表 1。

表 1 两组对象治疗前和治疗后的血压指标状况比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数 (n)	收缩压状况 (mmHg)		舒张压状况 (mmHg)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	50	152.48±12.95	118.63±10.92	97.54±8.20	71.73±6.42
单一组	50	152.97±13.74	129.78±11.17	98.01±8.46	86.46±7.18
t 值	-	0.1835	5.0472	0.2820	10.8140
P 值	-	0.8548	0.0000	0.7785	0.0000

2.2 比较不同组别对象治疗前和治疗后的血管内皮指标水平

两组对象治疗前的血管内皮指标水平比较差异无意义（P>0.05）；联合组对象治疗后的血管内皮指标水平优于单一组（P<0.05），见表 2。

表 2 两组对象治疗前和治疗后的血管内皮指标水平比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数 (n)	内皮素水平 (pg/mL)		一氧化氮水平 (mmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	50	628.93±95.46	347.69±75.32	20.89±2.56	30.88±2.29
单一组	50	628.73±95.51	410.62±70.19	20.96±2.61	25.67±2.42
t 值	-	0.0104	4.3221	0.1353	11.0573
P 值	-	0.9917	0.0000	0.8926	0.0000

2.3 比较不同组别对象治疗后的临床疗效

联合组对象治疗后的临床疗效高于单一组（P<0.05），见表 3。

表 3 两组对象治疗后的临床疗效比较（n%）

组别	例数 (n)	效果显著 (%)	有效 (%)	无效 (%)	临床疗效 (%)
联合组	50	27 (54.00)	22 (44.00)	1 (2.00)	49 (98.00)
单一组	50	23 (46.00)	19 (38.00)	8 (16.00)	42 (84.00)
X ² 值	-	-	-	-	5.9829
P 值	-	-	-	-	0.0144

2.4 比较不同组别对象治疗后的不良妊娠结局发生率

联合组对象治疗后的不良妊娠结局发生率低于单一组（P<0.05），见表 4。

表 4 两组对象治疗后的不良妊娠结局发生率比较（n%）

组别	例数 (n)	胎儿宫内窘迫 (%)	早产 (%)	新生儿窒息 (%)	产后出血发生率 (%)
联合组	50	2 (4.00)	1 (2.00)	1 (2.00)	1 (2.00)
单一组	50	5 (10.00)	1 (2.00)	3 (6.00)	10 (20.00)
X ² 值	-	-	-	-	6.0606
P 值	-	-	-	-	0.0138

联合组	50	0 (0.00)	1 (2.00)	0 (0.00)	1 (2.00)	2 (4.00)
单一组	50	1 (2.00)	5 (10.00)	1 (2.00)	3 (6.00)	10 (20.00)
X ² 值	-	-	-	-	-	6.0606
P 值	-	-	-	-	-	0.0138

3. 讨论

妊高症患者在产科收治患者中占比较高，具有发病率高、死亡率高的特点^[6-7]。典型症状有血压升高、泡沫尿、下肢肿胀、恶心、头晕、抽搐、右上腹疼痛、贫血、肺水肿等，降低患者生活质量^[8-10]。对于妊高症患者常应用药物治疗，不同药物因其成分和作用机理不同产生的效果也有所差异。硫酸镁是一种常用抗惊厥药物，适用于妊娠期高血压、先兆子痫、子痫等临床治疗。此药物见效机制主要是通过进入机体后，镁离子直接抑制中枢神经系统的活动，阻断神经肌肉连接处的传导作用，从而降低肌肉收缩，解除肌肉痉挛，同时还可舒张血管平滑肌，促进血液流通，降低血压水平，以此达到治疗效果，稳定患者妊高症病情^[11-13]。另外，此药物还可抑制子宫平滑肌收缩，预防早产情况发生。但部分患者用药后可出现呼吸抑制、出汗、面部潮红、恶心呕吐等副作用，引起患者不适感，不利于母婴生命健康，故提出联合用药方法，以此减少硫酸镁不良刺激，同时还可稳定患者病情^[14-15]。硝苯地平缓释片是一种常用降压药物，其见效机制主要是通过进入机体后，阻止钙离子由细胞外进入细胞内，从而减少胞内钙离子水平，以此抑制心肌和血管平滑肌收缩，减少心肌耗氧量，促进血管扩张，改善血液循环，降低血压水平，减轻疾病症状，达到治疗效果^[16-18]。本篇文章联合性应用硫酸镁+硝苯地平治疗，实现协同作用，将降压效果进一步扩大，同时也减少对患者的副作用，利于维护母婴生命健康，治疗价值较高。

本研究表明，两组对象治疗前的血压指标状况比较差异无意义（P>0.05）；联合组对象治疗后的血压指标状况低于单一组（P<0.05），说明联合性应用硫酸镁+硝苯地平治疗能够降低患者收缩压和舒张压水平，利于患者病情恢复，缩短康复进程。两组对象治疗前的血管内皮指标水平比较差异无意义（P>0.05）；联合组对象治疗后的血管内皮指标水平优于单一组（P<0.05），说明联合性应用硫酸镁+硝苯地平治疗能够减少内皮素水平，增加一氧化氮含量，改善血管内皮功能。联合组对象治疗后的临床疗效高于单一组（P<0.05），说明联合性应用硫酸镁+硝苯地平治疗能够提高临床疗效，加速患者病情恢复。联合组对象治疗后的不良妊娠结局发生率低于单一组（P<0.05），说明联合性应用硫酸镁+硝苯地平治疗能够减少胎儿宫内窘迫风险，降低早产发生率，维护母婴生命安全，提升新生人口质量。

综上所述，对本文研究患者联合性应用硫酸镁+硝苯地平治疗的疗效更好，能够控制患者血压指标，改善血管内皮指标水平，降低不良妊娠结局发生率，维护母婴生命安全，值得应用。

参考文献：

[1]张明明.硫酸镁与硝苯地平在妊高症治疗中的应用[J].中国实用医药,2020,15(29):160-162.

[2]陈丽娜.硫酸镁联合硝苯地平在妊高症产妇中的应用价值[J].中国现代药物应用,2021,15(24):176-178.

[3]梁娟.硝苯地平联合硫酸镁治疗妊娠期高血压对肾功能、妊娠结局的影响分析[J].现代医学与健康研究电子杂志,2021,5(23):45-48.

[4]肖媛.硫酸镁与硝苯地平联合治疗对妊高症患者血压水平和母婴结局的影响[J].医学信息,2021,34(23):90-92.

[5]姬爱华.硫酸镁及硫酸镁联合硝苯地平治疗妊高症的临床效果比较分析[J].系统医学,2021,6(17):135-138.

[6]陈丽娟.对妊高症患者应用硫酸镁、硝苯地平联合拉贝洛尔的效果进行比较[J].医学食疗与健康,2021,19(16):81-94.

[7]刘捷娜.硫酸镁与硝苯地平治疗妊高症的疗效及对C反应蛋白与同型半胱氨酸的影响[J].中外医疗,2021,40(24):105-108.

[8]吴贵梅,余玲玉.硝苯地平同硫酸镁在妊高症治疗中的应用及对患者血清同型半胱氨酸和C反应蛋白的影响评价[J].北方药学,2021,18(07):46-47.

[9]黄云芝.妊高症采用硫酸镁和硫酸镁联合硝苯地平的治疗的临床分析[J].实用妇科内分泌电子杂志,2021,8(16):49-51.

[10]杨文君.分析采用酚妥拉明、硝苯地平联合硫酸镁在治疗妊高症中

的不良反应[J].北方药学,2021,18(06):184-185.

[11]张向阳,马海萍.硫酸镁联合硝苯地平治疗妊高症的临床疗效及对不良妊娠结局的影响分析[J].中国实用医药,2021,16(14):125-128.

[12]解培琴.硫酸镁硝苯地平 and 拉贝洛尔治疗妊高症的效果与安全性分析[J].山东医学高等专科学校学报,2021,43(03):201-203.

[13]谢娜.硫酸镁与硫酸镁联合硝苯地平治疗妊高症的效果[J].中国农村卫生,2021,13(08):27-28.

[14]王玫.硫酸镁联合硝苯地平治疗妊高症的临床效果分析[J].当代医学,2021,27(12):72-74.

[15]张改红.妊高症患者采用硫酸镁及硫酸镁联合硝苯地平治疗临床效果的对比分析[J].数理医药学杂志,2021,34(04):546-548.

[16]段瑞燕,苏丹丹.硫酸镁与硝苯地平在妊高症治疗中对症状体征改善情况的影响[J].系统医学,2021,6(07):142-144.

[17]陈华珍.硫酸镁联合硝苯地平对妊高症患者的临床疗效及对血压的影响[J].北方药学,2021,18(04):27-28.

[18]马小燕.硫酸镁与硫酸镁联合硝苯地平治疗妊高症的疗效观察[J].甘肃科技,2021,37(03):118-120+104.

(上接第9页)

在治疗虚哮这一证型的哮喘,往往从“脾”论治,补脾土以生肺金,她认为只有脾气充足肺才能安,才能使肺不受邪气侵袭。而参苓白术散此方是“培土生金”的经典代表,所以周教授常以此方作为基本方,在原方基础上加用平喘止咳的药物进行“个性化”的加减,在临床上为很多哮喘患者提高了生活质量同时也积累了大量的临床实践经验。周教授擅长运用中医的方法对各种证型哮喘进行治疗并取得了很好的疗效,通过对本例患者的治疗也体现出中医辨证论治的作用,充分发挥了中医药的无限潜力,为哮喘的治疗方向提供了中医的新思想和新启示。

参考文献:

[1] DE OLIVEIRA MA.Epidemiology of asthma: It is necessary to expand our concepts [J].J Bras Pneumol, 2018, 44 (5) : 341-342.

[2] KEWU HUANG, TING YANG, JIANYING XU, et al.Prevalence, risk factors, and management of asthma in China: a national cross-sectional study [J].Lancet, 2019, 394 (10196) : 407-418.

[3] GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA.Global strategy for asthma management and prevention [EB/OL].https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/06/GINA-2019-main-report-June-2019-wms.

[4] GINA Executive and Science Committee.Global strategy for

asthma management and prevention 2014 [EB/OL]. [2014-05-30]

[5] 崔芳因,张燕萍.麻红止哮汤治疗支气管哮喘慢性持续期的临床研究[J].中国民间疗法, 2008,16 (12): 25-26.DOI: 10.19621/j.cnki.11-3555/r.2008.12.023.

[6] 周仲瑛.《中国中医药信息杂志》2000年7卷8期

[7] 李萌,孙国钧.小青龙汤加减治疗虚哮型支气管哮喘的临床研究[J].中国现代药物应用,2021,15(13):217-219.DOI:10.14164/j.cnki.cn11-5581/r.2021.13.082.

[8] 张庆祥,刘燕,刘明.哮喘气道重塑机理与中药治疗作用的研究

[9] 鄢鹤铭,邓锦星,陈洁,魏宇阳,于斌,陈佳,邓力,陈孝银.参苓白术散对肠道菌群及免疫调节作用的探讨[J].新中医,2015,47(11):1-2.DOI:10.13457/j.cnki.jncm.2015.11.001.

[10] 欧阳学认,梁燕妮,林晓玲,许华.参苓白术散对支气管哮喘小鼠气道炎症的抑制及肠道菌群的调节作用研究[J].中药新药与临床药理,2020,31(11):1282-1288.DOI:10.19378/j.issn.1003-9783.2020.11.004.

[11] 钱真真,李岩,张苑桐,等.翁维良教授益气温阳活血方治疗心肌梗死反复发作5次长时医案分析[J].天津中医药, 2019, 36 (8): 730-735.

[12] 石兆峰,赵晨,胡嘉元,等.构建中医个体化长时程疗效评价方法[J].中国循证医学杂志, 2020, 20 (12): 1373-1378.

系统护理对妊娠期高血压疾病产后出血的影响

何淑霞

南充市第四人民医院 四川南充 637000

摘要：目的：分析妊娠期高血压疾病（HSP）应用系统护理对产后出血的影响。方法：抽取 80 例孕妇，调取时间为 2020.02~2021.09 范围，均为 HSP 孕妇，以随机法进行对照分组，最终均分为 2 组研究。对比组实施常规护理，分析组实施系统护理。对比组间妊娠结局、满意度、产后出血量及血压变化情况指标。结果：与对比组比较显示，分析组妊娠结局指标的结果更优（ $P < 0.05$ ）。与对比组比较显示，分析组满意度指标的结果更优（ $P < 0.05$ ）。与对比组比较显示，分析组剖宫产及自然分娩后 2h 出血量等指标的结果更优（ $P < 0.05$ ）。与对比组比较显示，分析组干预后血压水平等指标的结果更优（ $P < 0.05$ ）。结论：HSP 应用系统护理的效果显著，不仅能有效改善患者心理状态，减少产后出血量，控制产后血压，提高总满意率。

关键词：妊娠期高血压；系统护理；产后出血；影响

ABSTRACT: Objective: to analyze the effect of systematic nursing care in pregnancy-induced hypertension (HSP) on postpartum hemorrhage. Methods: A total of 80 pregnant women with HSP were randomly divided into two groups, and the time was from 2020.02 to 2021.09. Routine nursing was performed in the control group and systematic nursing in the analysis group. Pregnancy outcome, satisfaction, postpartum hemorrhage and blood pressure were compared between groups. Results: compared with the Control Group, the pregnancy outcome index of the analysis group was better ($p < 0.05$). Compared with the control group, the result of satisfaction index of the analysis group was better ($p < 0.05$). Compared with the control group, the analysis group Cesarean section and natural delivery 2 hours after the amount of bleeding better results ($p < 0.05$). Compared with the control group, the result of blood pressure level was better in the analysis group ($p < 0.05$). **CONCLUSION:** The application of HSP nursing system is effective, not only can effectively improve the mental state of patients, reduce postpartum hemorrhage, control postpartum blood pressure, improve the overall satisfaction rate.

Key words: pregnancy-induced hypertension; systematic nursing; postpartum hemorrhage; influence

在妊娠期疾病中，妊娠期高血压疾病（HSP）较为多发和常见，该病症发生与胎盘缺钙或缺血、孕妇神经内分泌失调、免疫力较低等关系密切^[1]。近些年 HSP 患病人数呈不断增多趋势，且极易增加产后出血率、肾衰竭及脑出血的并发症，所以严重威胁胎儿及产妇的生命健康^[2]。在治疗此类孕妇时，临床常用方法为药物治疗，但单一用药的疗效欠佳，无法显著改善患者病情。通过在治疗的过程中对孕产妇展开系统性护理干预，则可采取先进的护理模式为其进行护理，保证护理的系统性、科学性以及完整性，进一步保障母婴安全，改善妊娠结局^[3-4]。因此本文抽取 80 例孕妇，调取时间为 2020.02~2021.09 范围，均为 HSP 孕妇，以随机法进行对照分组，最终均分为 2 组研究，即探讨了 HSP 应用系统护理对产后出血的影响，现做下述阐述报道：

1. 资料与方法

1.1 资料

抽取 80 例孕妇，调取时间为 2020.02~2021.09 范围，均为 HSP 孕妇，以随机法进行对照分组，最终均分为 2 组研究。对 2 组常规资料做出统计，其中年龄区间值均为 21-36 岁之间，统计年龄均值，对比组、分析组分别为（27.6±4.2）岁、（28.5±5.1）岁；孕周均在 34-41 周，平均孕周分别为（37.3±1.1）周、（38.4±1.6）周。正式开展研究前需对 2 组对比统计前述资料，若对比 $P > 0.05$ ，则分组研究可行。本研究满足伦理委员要求，孕妇及家属均知情同意。

入选及排除条件：均满足第 8 版《妇产科学》^[5]中关于 HSP 的相关诊断条件；轻度水肿（+）；单胎妊娠；均存在程度不同的其他症状表现；认知功能正常；临床资料完整。排除认知功能障碍；传染性疾病；恶性肿瘤；其他器质性器官功能障碍或损伤；合并宫颈癌、宫颈糜烂的其他妇科病史；沟通或智力障碍；精神疾病；拒绝顺产；肝肾功能障碍；流产史和早产史；原发性高血压；剖宫产指征。

1.2 方法

对比组实施常规护理，包括遵医嘱提供降压药物、镇静和解痉药物，

对患者血压变化重点记录，对症处理，保持饮食规律和充足休息。分析组实施系统护理，具体为：（1）建立档案：首先对孕妇的临床资料和个人信息进行完善，对每位孕妇建立电子档案，详细记录其诊疗结果和预后情况。

（2）健康宣教：将疾病手册发放给每位孕妇，对其孕期知识掌握情况进行综合评估，告知其生活习惯和孕期心态对胎儿存在的影响，讲解母乳喂养的特点，使之做好孕期准备。同时将疾病知识告知患者，帮助其树立健康且科学的观念，注意采用通俗易懂的语言进行讲解，对患者提出的疑问耐心解答，确保后续工作有序展开，并提升患者依从性。（3）心理疏导：分娩前对产妇加强心理疏导和宣教，告知其产后可能出现产后出血，使之有一定心理准备，以改善其心理状态。而对于发生产后出血的产妇，由于其心理负担相对较大，极易产生一些不良情绪如抑郁、不安以及焦躁等，所以护士需对其不良情绪加以重视，相互之间积极展开交流和沟通，有效疏导患者不良情绪，将产后出血发生可能性及原因详细讲解清楚，以缓解不良心理，消除内心顾虑。可采取放松疗法和音乐疗法等适当转移注意力和充分放松身体等方式消除不良情绪，可给予患者言语鼓励和安慰，消除应激源，彻底放松身体，以促使血压维持稳定状态。（4）病情护理：注意对孕妇的胎儿胎心、工作情况及情绪的密切关注，对其血压改变进行测量和观察，及时提供吸氧干预。注意对胎儿胎心搏动、孕妇血压以及胎动等情况进行密切监测。指导孕妇采取左侧卧位，以促使下腔静脉血液回流。

（5）饮食指导：孕妇食物以高含量微量元素、高蛋白和高热量等为主，注意禁食过热、过冷、辛辣等失误，适当补充钙剂，指导孕妇充分休息和合理运动。叮嘱孕妇注意作息规律，注意个人卫生，在运动时注意控制强度和时长，循序渐进，积极预防剧烈运动。（6）产后护理：注意对产妇阴道出血和宫缩情况密切监测，强化护理干预，注意及时采取有效措施处理突发情况。对产妇的外阴和宫颈的情况仔细检查，一旦发生异常及时处理。注意对产妇的皮肤加强管理，对子宫收缩、尿液颜色等仔细观察等。注意保持外阴干净卫生，定时采取温水清洗，另外适当给予按摩护理，以加速子宫回缩。（7）出院指导：护理人员在产妇出院前需将相关注意事项详细

进行讲解,叮嘱产妇定期复查,告知其及时将身体状况告知医生和护理人员,以便指导其自身或家属及时采取措施加以应对。

1.3 评价指标

对比较组间妊娠结局(包括剖宫产、自然分娩等)、满意度(工具为自制问卷,调查评估满分100分,分为满意(>90分)、不满意(<60分)、一般满意(60~89分)等选项。)、产后出血量及血压变化情况(统计并记录患者舒张压、收缩压指标变化。)等指标。

1.4 分析数据

结合相关数据和评价指标进行统计,在SPSS22.0统计分析软件中输入结果数据,完成T值、X²检验,分别经均数(Mean Value)加减标准差(Standard Deviation)($\bar{x} \pm s$)和例(n)、百分率(%)来表示结果中的计量、计数等资料,当P值<0.05时具有统计学意义。

2. 结果

2.1 比较组间妊娠结局指标

与对比组比较显示,分析组妊娠结局等指标的结果更优(P<0.05)。如表1示。

表1 比较组间妊娠结局指标 [例(%)]

组别	n	剖宫产	自然分娩
分析组	40	5 (12.5)	35 (87.5)
对比组	40	15 (37.5)	25 (62.5)
T 值		13.257	19.629
P 值		0.016	0.024

2.2 比较组间满意度指标

与对比组比较显示,分析组满意度指标的结果更优(P<0.05)。如表2示。

表2 比较组间满意度指标 [例(%)]

组别	n	不满意	满意	一般满意	总满意率 (%)
分析组	40	0 (0.0)	40 (100.0)	0 (0.0)	40 (100.0)
对比组	40	4 (10.0)	24 (60.0)	12 (30.0)	36 (90.0)
X ² 值					13.5644
P 值					0.000

2.3 比较组间产后出血量指标

与对比组比较显示,分析组剖宫产及自然分娩后2h出血量等指标的结果更优(P<0.05)。如表3示。

表3 比较组间产后出血量指标 ($\bar{x} \pm s$, mL)

组别	n	剖宫产 2h 出血量	自然分娩 2h 出血量
分析组	40	210.32±55.78	162.42±100.45
对比组	40	351.76±60.28	253.77±120.65
T 值		17.8467	19.6128
P 值		0.001	0.001

2.4 比较组间血压变化情况指标

与对比组比较显示,分析组干预后血压指标的结果更优(P<0.05);但干预前2组对比各项指标的差异较小(P>0.05)。如表4示。

表4 比较组间血压变化情况指标 ($\bar{x} \pm s$, mm Hg)

组别	n	舒张压		收缩压	
		干预前	干预后	干预前	干预后
分析	40	176.59±4.85	88.95±6.21	179.23±5.11	132.61±6.12

组

对比	40	176.80±5.12	95.65±5.76	180.32±4.30	158.61±5.64
T 值		0.5477	4.4974	0.3246	6.8577
P 值		0.401	0.001	0.621	0.001

3. 讨论

在临床疾病中,HSP属于多发性妊娠疾病,其指的是血压增高与妊娠并存,以局部缺血、内皮损伤以及全身小血管痉挛为病理改变^[6]。该病症一旦发生,患者以高血压为主要表现,病情较轻时可发生蛋白尿,病情较重时可出现抽搐症状。在全部妊娠女性中,HSP占比5%~10%,而在妊娠相关死亡病例中,孕产妇由HSP所致病死率约为10%~16%,所以该病症危害性十分严重,需采取有效措施加以应对^[7]。目前临床尚无有效方案或特效药物可治疗HSP,多采取药物配合有效护理的方式改善孕妇妊娠结局,有效降低其血压值^[8]。作为一种现代化护理模式,系统护理克服了以往机械、片面的护理模式,结合细微护理程序,可为患者提供系统的护理服务,从而确保护理工作的全面性、完整性、决策性以及科学性。孕妇接受此种护理模式进行干预后,不仅有利于稳定控制期血压水平,还可以有效缓解其各种症状,可帮助其形成正确的生活方式和作息规律,使之采取科学的饮食方案,并充分了解疾病的相关知识,然后参与体育锻炼,进一步预防和减少产后出血率,从而保证母婴安全^[9]。本文结果中,与对比组比较显示,分析组妊娠结局指标的结果更优(P<0.05)。与对比组比较显示,分析组满意度指标的结果更优(P<0.05)。与对比组比较显示,分析组剖宫产及自然分娩后2h出血量等指标的结果更优(P<0.05)。与对比组比较显示,分析组干预后血压水平等指标的结果更优(P<0.05)。可见,HSP应用系统护理发挥着极大优势和作用。

综上,HSP应用系统护理的效果显著,不仅能有效改善患者心理状态,减少产后出血量,控制产后血压,提高总满意率。

参考文献:

- [1]王菲.系统化护理在妊娠期高血压疾病患者中的应用价值[J].中外女性健康研究,2021,07(10):161-162.
- [2]杨春燕.系统性护理对妊娠期高血压疾病的影响分析[J].中国卫生标准管理,2019,10(5):121-122.
- [3]房妮,高汉文,边维.系统化护理对妊娠期高血压疾病患者负面情绪及妊娠结局的影响[J].临床医学研究与实践,2018,3(17):177-178.
- [4]张贺美.系统性护理干预措施对妊娠期高血压疾病患者的护理效果[J].中国卫生产业,2016,01(21):92-93.
- [5]李淑芳.系统化护理干预对妊娠期高血压疾病患者负性情绪及妊娠结局的作用探讨[J].医药前沿,2018,8(24):312-313.
- [6]肖瑾,周蕾,周静.妊娠期高血压疾病孕产妇68例的临床护理体会[J].中外医学研究,2017,15(5):97-98.
- [7]李雪群,周爱玲,朱春霞.系统产前检查对妊娠期高血压疾病患者血压控制及改善妊娠结局的影响[J].护理实践与研究,2018,15(10):65-67.
- [8]洪秀霞.系统化护理对妊娠期高血压患者负性情绪及妊娠结局的影响分析[J].心血管病防治知识,2018(21):85-86.
- [9]洪秀霞.系统化护理对妊娠期高血压患者负性情绪及妊娠结局的影响分析[J].心血管病防治知识,2018(19):85-86.
- [10]杨冬梅.优质护理服务模式在妊娠期高血压疾病患者中运用疗效探讨[J].系统医学,2017,2(6):150-153.

个性化护理措施在甲状腺手术护理中的效果体会

陈霞

山东省新泰市中医医院 山东新泰 271200

摘要：目的：探讨在甲状腺手术中个性化护理措施的护理效果体会。方法：研究随机抽取 90 例病例，年限为 2020.01~2022.01 期间实施甲状腺手术的患者，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。甲组应用常规护理措施，乙组应用个性化护理措施。对比 2 组视觉模拟评分量表(VAS)评分、抑郁/焦虑自评量表(SDS、SAS)评分、并发症、生活质量量表(QOL)评分、满意率等情况，以评定效果。结果：统计显示，2 组对比干预后 VAS、SDS、SAS 等评分结果，乙组分别为(2.54±0.52)分、(30.26±2.44)分、(31.06±2.85)分均低于甲组(4.33±0.54)分、(45.85±3.14)分、(46.74±2.56)分($P<0.05$)。2 组对比并发症结果，乙组发生率 2.22%低于甲组 17.78%($P<0.05$)。2 组对比 QOL 量表结果，乙组各项评分均高于甲组($P<0.05$)。2 组对比满意率结果，乙组总体为 97.78%高于甲组 80.00%($P<0.05$)。结论：在甲状腺手术中个性化护理措施的护理效果显著，即可减轻机体疼痛，消除患者负性情绪，还可减少各种并发症，改善其生活质量，患者普遍较为满意，可进一步借鉴推广。

关键词：甲状腺手术；个性化护理措施；护理效果；体会

在内分泌疾病中，甲状腺疾病较为多发和常见，且由于近些年人们生活节奏的加快和生活方式的转变，加之社会经济的飞速发展，此类疾病患病率呈不断增高趋势，且对人们的生活质量和身心健康造成了严重危害^[1-2]。在对此类疾病进行治疗的过程中，临床可采取的方法主要为手术，但因此类手术操作复杂程度高，且存在一定创伤性，患者术后极易发生程度不同的疼痛症状和不快感，且并发症较多，所以对患者的心理状态和生活质量影响极大，进一步也影响到了患者的恢复情况^[3-4]。而通过在手术的过程中对患者采取有效护理措施加以干预，这可帮助患者消除负性情绪和预防各种并发症，从而有效促进其正常康复^[5]。因此本文研究随机抽取 90 例病例，年限为 2020.01~2022.01 期间实施甲状腺手术的患者，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，研究了在甲状腺手术中个性化护理措施的护理效果体会，现将研究情况做以下阐述：

1. 资料与方法

1.1 资料

本次研究随机抽取 90 例病例，年限为 2020.01~2022.01 期间实施甲状腺手术的患者，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 2 组基本资料，其中男女比例为 24:21(甲组)和 23:22(乙组)；所选病例年龄范围位于 21-78 岁之间，2 组均值统计结果分别为(53.26±4.11)岁(甲组)、(52.48±4.06)岁(乙组)。通过对各项数据经 X^2 、T 值检验分析，若 $P>0.05$ ，说明研究可开展。所有对象均知情，且事先签订同意书，正式开展研究前已获伦理委员会批准。

入选条件^[6]：均满足甲状腺疾病的确诊条件；均具有麻醉及手术指征；无其他慢性病或传染病的病史；临床资料齐全；配合度良好；认知正常，意识清晰。排除条件：采取其他药物治疗者；精神疾病；语言功能障碍；重大神经疾病；妊娠期女性；麻醉或手术禁忌；凝血功能障碍；其他慢性疾病或传染病；中途退出研究。

1.2 方法

甲组应用常规护理，具体为：首先对患者各项体征进行密切监测，遵

医嘱展开相关护理，一旦发现异常告知医生及时处理，同时告知其注意事项，科学指导患者用药，做好相关健康教育工作等。

乙组应用个性化护理措施，具体为：(1)术前护理：首先将疾病发生的原因、表现特征、病情进展及手术方式等详细告知患者及家属，使之对本次治疗和疾病有一定的了解和认知。同时与患者加强交流和沟通，主动介绍医院环境和手术优势，帮助患者消除不良情绪如焦躁、恐惧等。注意关心和安慰患者，告知其预期手术疗效和成功案例，增强其治疗信心。同时与家属做好相关交流沟通工作，避免发生纠纷。(2)术中护理：术中注意对患者各项体征变化予以时刻监测，为患者提供良好的手术环境，对室内温湿度合理调节和控制，注意保护患者隐私，必要时提前加温处理术中所需输注的液体，以防发生低体温事件。密切观察患者病情变化，一旦发生异常及时告知医生处理。(3)术后护理：术后待患者病情趋于稳定后将患者护送至普通病房，并与病房护士做好交接工作，叮嘱其加强巡视。同时为患者提供吸氧干预，注意对其体征变化和生命安全进行密切监测，并注意评估患者身体状况，观察其有无出现任何并发症，以便及时处理和预防。若患者存在黏稠痰液，则需采取吸痰措施进行干预，以帮助患者正确排痰。为了舒缓患者不良情绪，适当提供按摩手法处理，协助患者定时翻身。注意与家属积极交流和沟通，同时对患者给予鼓励和安慰，告知家属需给予患者温暖和关心，使之保持良好的心态积极接受康复护理。另外注意对切口部位进行观察，一旦发生渗血或感染事件，则需告知医生及时处理，以防影响患者的术后恢复。(4)出院指导：将出院之后的防护措施和注意事项详细告知家属及患者，将正确用药的方法予以详细告知，并提供良好的健康指导，涉及饮食及康复护理等方面。戒烟酒，饮食需清淡易消化，注意补充优质蛋白，以促进病情恢复。叮嘱患者注意休息，养成良好的作息习惯，确保良好睡眠。

1.3 评价指标

对比 2 组：(1)视觉模拟评分量表^[7](VAS)评分：评估疼痛，让病人在横线上按照自己感觉画上記号，依次反应疼痛程度，分值为 0~10 分，

疼痛轻者分值更低。(2) 抑郁/焦虑自评量表^[8] (SDS、SAS) 评分: 评估抑郁/焦虑心理, 其中 SDS、SAS 量表临界值分别为 53 分和 50 分, 分值越低则抑郁/焦虑程度越轻微。(3) 并发症: 包括呼吸困难、切口出血及感染等。(4) 生活质量量表^[9] (QOL) 评分: 评估 4 个项目, 涉及角色、社会、情绪、躯体等功能评分, 各项满分均为 100 分。(5) 满意率: 调查时自拟工具为问卷, 分为 3 个条目, 满分 100 分, 涉及不满意、满意、非常满意。

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

表 1: 2 组对比 VAS、SDS、SAS 评分 ($\bar{x} \pm s$, n=45, 分)

组别	VAS		SDS		SAS	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
乙组	7.28±0.33	2.54±0.52	55.63±5.44	30.26±2.44	54.12±2.77	31.06±2.85
甲组	7.25±0.41	4.33±0.54	55.78±5.25	45.85±3.14	54.36±2.58	46.74±2.56
T 值	0.0254	7.6155	0.3265	12.4577	0.0587	13.4874
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 对比并发症

统计显示, 2 组对比并发症结果, 乙组发生率 2.22% 低于甲组 17.78% (P<0.05)。如表 2 示。

表 2: 2 组对比并发症[例 (%)]

组别	n	呼吸困 难	切口感 染	切口出 血	发生率 (%)
乙组	45	0 (0.00)	1 (0.00)	1 (2.22)	1 (2.22%)
甲组	45	2 (4.44)	2 (4.44)	4 (8.89)	8 (17.78%)
X ² 值					6.8457
P 值					<0.05

2.1 对比 QOL 量表评分

统计显示, 2 组对比 QOL 量表结果, 乙组各项评分均高于甲组 (P<0.05)。如表 4 示。

表 3: 2 组对比 QOL 量表评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	角色	社会	情绪	躯体
乙组	45	78.54±4.26	78.96±5.55	77.59±3.66	77.52±4.11
甲组	45	62.33±4.31	64.23±4.15	61.22±4.15	62.32±4.03
T 值		15.6525	143.5124	15.0325	13.8457
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 对比满意率

统计显示, 2 组对比满意率结果, 乙组总体为 97.78% 高于甲组 80.00% (P<0.05)。如表 4 示。

表 4: 2 组对比满意率标[例 (%)]

组别	n	一般	不满意	非常	总体 (%)
乙组	45	10(22.22)	1 (2.22)	34(75.56)	44 (97.78%)
甲组	45	11(24.44)	9 (20.00)	25(55.56)	36 (80.00%)

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 VAS、SDS、SAS 评分

统计显示, 2 组对比干预后 VAS、SDS、SAS 等评分结果, 乙组均低于甲组 (P<0.05); 但干预前 2 组对比前述评分的差异较小 (P>0.05)。如表 1 示。

3. 讨论

作为一种临床常见病, 甲状腺疾病近几年的患病人数较多, 且对人们的生产生活存在严重影响^[10]。对于病情较轻者而言, 临床治疗多以药物为主, 且用药后患者病情可逐渐获得控制并消失, 但药物中可能存在一些激素, 长时间用药可导致一些不良反应, 如体重增加, 所以对患者治疗效果存在不利^[11]。而病情较重者多实施手术, 但术后患者可能出现呼吸困难和疼痛等不适, 且还会导致一些并发症, 从而对患者的恢复和心理造成不利影响, 所以采取有效的护理措施对患者加以干预尤为关键^[12]。作为一种新型的护理模式, 个性化护理措施近几年获得了广泛应用, 其主要坚持以患者为核心提供护理干预, 可及时发现患者存在的异常并提供相应处理, 还可对其心理问题和身体状况及时观察和评估, 以采取有效的措施加以干预^[13]。患者在实施手术后, 多数心理和精神状态欠佳, 加之对手术和疾病缺乏足够认知, 所以会出现一些不良情绪或心理, 同时手术存在一定创伤, 导致患者出现程度不同的疼痛或并发症等^[14]。而采取个性化护理措施加以干预, 此刻结合患者病情实际提供相应的疏导, 可将手术和疾病的相关知识详细告知患者, 并能在术中术后对其病情变化进行密切监测, 以便发生异常时及时处理和干预。此种护理措施的优势在于针对性和全面性, 可充分考虑患者的实际病情和手术情况, 可从心理、生理整个方面提供相应的护理服务, 还可以有效预防和减少各种并发症, 从而保证患者良好恢复^[15]。本文结果中, 2 组对比干预后 VAS、SDS、SAS 等评分结果, 乙组均低于甲组 (P<0.05)。2 组对比并发症结果, 乙组发生率 2.22% 低于甲组 17.78% (P<0.05)。2 组对比 QOL 量表结果, 乙组各项评分均高于甲组 (P<0.05)。2 组对比满意率结果, 乙组总体为 97.78% 高于甲组 80.00% (P<0.05)。可见, 在甲状腺手术中个性化护理措施的护理发挥着良好优势和

(下转第 28 页)

针对性护理干预应用于急诊脑卒中患者护理中的效果观察

李喜为

菏泽市牡丹区中心医院 山东菏泽 274000

摘要：目的：对急诊脑卒中护理中针对性护理干预法的护理效果进行观察。方法：36例急诊脑卒中患者，病例选取时间为2021年1月份-2022年1月份，随机分成对照（常规护理）和观察（针对性护理干预）2组，各18例。结果：并发症发生率、诊治时间、HAMA及神经功能缺损评分观察组低于对照组，护理有效率观察组高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：在急诊脑卒中患者护理中使用针对性护理干预法，有助于预防患者出现并发症，改善焦虑感和神经功能缺损，患者临床症状和体征明显改善，护理效果显著。

关键词：脑卒中；针对性护理干预；并发症；神经功能缺损；护理效果

Observation on the effect of targeted nursing intervention in the nursing of emergency stroke patients

Li Xiwei

Heze Mudan District Central Hospital, Heze, Shandong

Abstract】Objective: To observe the nursing effect of targeted nursing intervention in emergency stroke nursing. Methods: Thirty-six emergency stroke patients were selected from January 2021 to January 2022, and they were randomly divided into two groups: control (routine nursing) and observation (targeted nursing intervention), with 18 cases in each group. Results: The incidence of complications, diagnosis and treatment time, HAMA and neurological deficit scores in the observation group were lower than those in the control group, and the nursing effective rate in the observation group was higher than that in the control group ($P<0.05$). Conclusion: The use of targeted nursing intervention in the nursing of emergency stroke patients can help to prevent complications, improve anxiety and neurological deficits, and significantly improve the clinical symptoms and signs of patients, and the nursing effect is remarkable.

【Key words】stroke; targeted nursing intervention; complications; neurological deficit; nursing effect

在现代临床中脑卒中是一种常见的脑血管疾病，在发病初期没有进行及时的救治，随着病情的延误，则会导致患者出现半身不遂、偏瘫等症状，严重还会导致患者死亡，对患者的生命健康安全都造成了严重的威胁^[1]。在临床上治疗脑卒中除了要采取积极有效的治疗手段外，还要进行护理干预，这对患者的治疗和预后都具有重大的意义^[2]。临床上相关实践证明显示，对脑卒中实行常规的护理效果不显著，而实施针对性的护理在临床上取得了较为满意的效果，护理措施的制定以患者病情的实际情况为依据，以此来完成对护理措施的合理制定，在护理工作期间在医护人员的密切配合之下，在一定程度上使疾病抢救效率得以显著提升，改善了患者的预后，患者康复效果突出^[3]。在本次研究中选取36例急诊脑卒中患者作为研究对象，观察针对性护理干预所取得的护理效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

36例急诊脑卒中患者，病例选取时间为2021年1月份-2022年1月份，随机分组。对照组18例，男10例，女8例，42-74（ 60.5 ± 2.6 ）岁；病程1-7（ 3.6 ± 1.2 ）h。观察组18例，男9例，女9例，43-75（ 61.2 ± 2.8 ）岁；病程1-6（ 3.3 ± 1.0 ）h。两组资料无差异（ $P>0.05$ ）。纳入标准：①本次研究选取的所有患者均被诊断为脑卒中疾病者；②所有患者均在急诊中接受急救治疗。排除标准：①合并严重躯体疾病者；②在急诊中接受手术治疗的

1.2 方法

对照组，常规护理，护理人员需要对患者的病情变化情况进行严密的监测，监测患者的生理指标，对于一些出现不良心理情绪的患者，应做好心理疏导，并对患者实施饮食干预和用药指导。

观察组，针对性护理干预，（1）开通急诊绿色通道：在医院接到急诊通知后，要立即与急诊科取得联系，预留抢救科室和人员，患者到达后开

通绿色通道，确保第一时间进行抢救。（2）院前急救：对患者生命体征进行维持和监测。建立静脉通道、吸氧。对患者血糖水平进行监测，并将心电图监护做好，将患者口腔中分泌物或呕吐物进行清除，呼吸道保持通畅，协助患者处于侧位体位。护理人员将患者相关信息和病情尽快先通知急诊科，以便急诊科能够提前做好准备工作，保证抢救及时，急救车要保证平稳，避免患者头部发生震动情况。（3）快速对病情做出评估：在患者入院后，医护人员利用平车推入抢救室，医生对患者的各项生命体征指标进行检测，观察患者的意识、呼吸、脉搏肢体情况，护理人员做好吸氧、吸痰的护理准备，在15分钟内做好患者的CT或MRI、心电图等检查，并做好相应的记录。对患者呼吸、气道不通畅及时进行处理，必要时进行气管插管，对患者心脏情况进行观察实施心电图监护，对患者进行生化和血液检查，针对性处理。针对缺血性脑卒中患者，对是否存在血栓治疗指征进行快速评估，对于符合的患者应立即进行溶栓治疗，做好各辅助科室检查交接。针对脑出血患者，对出血量进行评估，安全的将患者运送到脑血管科，并做好交接。（4）遵医嘱用药：护理人员对患者的生命体征进行实时的监测，每隔半小时对患者的呼吸、心率、瞳孔进行检查，观察患者是否出现呕吐、有无对光反应。保持患者的呼吸通畅，给予持续性输氧，协助患者采取头高脚低的体位。遵照医嘱使用降压药物，并控制好药的剂量，观察患者的皮肤有没有出血情况，有手术指征的患者，要立即对其做术前用药、皮试、胃管、导尿管的准备操作，确保患者能够随时进行手术。（5）心理护理：患者受到疾病的折磨和困扰，在患者的心理难免会产生消极负面的心理情绪，因此护理人员要实行人性化的护理关怀，让患者体验到被关爱和照顾，积极的与患者进行沟通，了解患者产生负面情绪的原因，给予及时的疏通和支持，确保患者能够积极主动的配合治疗，提升其依从性。

1.3 观察指标

（1）并发症发生率。（2）诊治时间。（3）HAMA及神经功能缺损评

分, HAMA 评分使用 HAMA 量表进行评估, 分值范围 0-4 分, 得分与患者的焦虑感呈正比^[4]。

(4) 护理效果: 显效: 患者的体征和临床症状好转; 有效: 患者的体征和临床症状明显改善; 无效: 患者的体征和临床症状未好转或加重^[5]。

1.4 统计学处理

数据处理使用 SPSS22.0 软件, ($\bar{x} \pm s$) 用 t 检验; (%) 用 χ^2 检验, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2 结果

2.1 并发症发生率

并发症发生率观察组低于对照组 ($P < 0.05$)。

表 1 并发症发生率[n(%)]

组别 (n=18)	尿路感染	上消化道出血	肺部感染	下肢深静脉血栓	血糖升高	总发生率
观察组	1 (5.56)	0 (0.00)	1 (5.56)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (11.11)
对照组	3 (16.67)	1 (5.56)	2 (11.11)	1 (5.56)	1 (5.56)	8 (44.44)
χ^2 值						4.985
P 值						0.026

2.2 诊治时间

诊治时间观察组低于对照组 ($P < 0.05$)。

表 2 诊治时间 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n=18)	就诊到确诊时间 (min)	确诊到专科治疗 时间 (min)	住院时间 (d)
观察组	17.23±3.65	26.32±5.85	16.35±2.63
对照组	28.45±5.36	38.22±6.25	21.58±3.68
t 值	7.341	5.898	4.906
P 值	0.000	0.000	0.000

2.3 HAMA 及神经功能缺损评分

HAMA 及神经功能缺损评分观察组低于对照组 ($P < 0.05$)。

表 3 HAMA 及神经功能缺损评分 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n=18)	HAMA (分)	神经功能缺损评分 (分)
观察组	10.22±2.68	8.69±3.52
对照组	22.42±3.75	15.86±3.12
t 值	11.230	6.467
P 值	0.000	0.000

2.4 护理效果

护理有效率观察组高于对照组 ($P < 0.05$)。

表 4 护理效果[n(%)]

组别 (n=18)	显效	有效	无效	有效率
观察组	12 (66.67)	5 (27.78)	1 (5.56)	17 (94.44)
对照组	4 (22.22)	7 (38.89)	7 (38.89)	11 (61.11)
χ^2 值				5.786
P 值				0.016

3 讨论

脑卒中在目前的临床上已发展成为较为常见的脑血管疾病, 采取积极有效的治疗措施是挽救患者健康的前提条件, 除此之外, 急诊护理对于各项救治的有效开展, 对积极推进治疗也起到了至关重要的作用, 伴随着医疗技术的高速发展, 人们对于治疗和护理的也有了更高的要求, 不但要注重疾病本身的护理, 还要对患者的心理、社会各个层面进行护理, 根据患者病情的实际情况, 采取针对性的护理手段, 能够满足的患者急诊手术期间的需要^[6]。

针对性护理用于卒中疾病护理中, 由于该种护理措施本身属于现代护理模式中的一种, 护理工作实施及开展期间以患者病情的实际情况为

出发点开展护理工作, 完成了对绿色通道的快速开通^[7], 有效评估了患者的病情, 且给予了患者有效的护理干预, 完成了对患者疾病的有效诊断, 并给予患者合理化的用药指导, 护理措施更为完善, 为医生参与疾病治疗提供了科学的依据, 护理工作实施积极及开展期间, 会评估患者病情的变化情况, 并与相关的治疗科室进行联系, 提升了疾病治疗效果, 有助于确保患者能够在第一时间得到救治^[8]。

本文研究结果为, 并发症发生率、诊治时间、HAMA 及神经功能缺损评分观察组低于对照组, 护理有效率观察组高于对照组 ($P < 0.05$)。可见在急诊卒中患者护理中使用针对性护理干预法护理效果突出, 解决了常规护理方法灵活性差、护理效率低等缺陷, 护理工作实施及开展期间以患者为中心, 并且护理人员自身有较强的责任心和护理主动性, 从患者的角度出发, 有针对性的对患者实施护理工作, 护理内容包括开通急诊绿色通道、院前急救、评估患者病情、遵医嘱用药、心理护理几方面出发开展护理工作, 经护理之后可确保能够在第一时间对患者进行就诊救治, 医护人员的工作效能显著提升, 患者的心理状态改善效果突出, 避免患者出现较多的并发症, 在一定程度上提升了患者护理质量。

综上所述, 在急诊卒中患者护理中使用针对性护理干预法, 有助于预防患者出现并发症, 改善焦虑感和神经功能缺损, 患者临床症状和体征明显改善, 护理效果显著。

参考文献:

[1]吴翠霞.针对性护理干预应用于急诊卒中患者护理中的效果观察[J].健康必读,2021(2):137.
[2]王津.针对性护理干预应用于急诊卒中患者护理中的效果观察研究[J].家庭医药,2019(11):38-39.
[3]周绍芸.针对性护理干预应用于急诊卒中患者护理中的效果观察[J].中华养生保健,2020,38(4):164-165.
[4]朱晴怡.针对性护理干预应用于急诊卒中患者护理中的效果观察[J].饮食保健,2021(25):177.
[5]王丽威,孙冬梅,孙贺.针对性护理干预应用于急诊卒中患者护理中的效果观察[J].中国保健营养,2019,29(32):173-174.
[6]张爱先.针对性护理干预应用于急诊卒中患者护理中的效果观察研究[J].健康大视野,2020(8):186-187.
[7]刘文君.探讨针对性护理干预应用于急诊卒中患者护理中的效果[J].智慧健康,2019,5(27):94-95.
[8]赵丽莉.针对性护理干预应用于急诊卒中患者护理价值研究[J].医学美容,2019,28(14):168.

慢性胃炎患者护理中实施健康信念模式干预方法的价值研究

孙燕燕

昌乐县人民医院 山东潍坊 262400

摘要：目的：对健康信念模式干预方法在慢性胃炎中的护理效果进行观察。方法：200例慢性胃炎患者，病例选取时间为2021年5月份-2022年5月份，随机分成对照（常规护理）和观察（健康信念模式干预方法）2组，各100例。结果：疾病认知度、护理依从性、自护能力评分实验组高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：在慢性胃炎疾病护理中实施健康信念模式干预方法，有助于增强患者的疾病认知度，患者对护理工作有较高的依从性，自护能力强，疾病预后治疗效果突出。

关键词：慢性胃炎；健康信念模式干预方法；认知度；依从性；自护能力

【Abstract】Objective: To observe the nursing effect of health belief model intervention method in chronic gastritis. Methods: 200 patients with chronic gastritis, selected from May 2021 to May 2022, were randomly divided into two groups: control (routine nursing) and observation (health belief model intervention method), with 100 cases in each group. Results: The scores of disease cognition, nursing compliance and self-care ability in the experimental group were higher than those in the control group ($P<0.05$). Conclusion: The implementation of the health belief model intervention method in the nursing of chronic gastritis disease is helpful to enhance the patients' awareness of the disease.

【Key words】chronic gastritis; health belief model intervention method; cognition; compliance; self-care ability

慢性胃炎在发病之后患者的临床症状以贫血、上腹部疼痛、出血、消瘦为主要表现，但是一些病情较为严重的患者还会有演变为癌症的风险，该疾病属于消化内科中一种发病率较高的疾病，在患病之后给患者的身体带来了极大的不适感^[1]。之所以会患有慢性胃炎疾病，与人们的生活节奏不断加快、人们日益提升的生活质量有直接关系，从近年来的发病率上来看，呈现出逐年上升发展趋势^[2]。近年来，我国的医疗技术发展迅速，医疗学者加大了对慢性胃炎疾病治疗措施的研究，但是临床上最为常用的治疗措施为控制患者临床症状，对患者自身的自护能力提出了较高的要求，因此护理人员应注重对患者实施护理^[3]。在以往慢性胃炎患者护理中主要是使用常规护理方法，但是从该种护理措施的细节上来看可知，护理工作主要集中在基础疾病护理中，不严重对患者主观能动性的护理，因此导致患者的自护能力不强^[4]。为了能够进一步增强患者的疾病认知度，提升疾病治疗依从性和自护能力，建议对患者实施健康信念模式干预方法。

1 资料与方法

1.1 一般资料

200例慢性胃炎患者，病例选取时间为2021年5月份-2022年5月份，随机分组。对照组100例，男50例，女50例，26-65（45.2±2.4）岁；实验组100例，男49例，女51例，27-66（44.8±2.6）岁；两组资料无差异（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

对照组，常规护理方法，护理人员通过与患者沟通和交流的方式，以此来了解患者的饮食情况，是否合并有其他相关疾病。在疾病治疗期间，要求患者应注意休息，以此来保持良好的状态。当患者病情得以明显缓解时候，可参与到正常活动中来。

实验组，健康信念模式干预方法，（1）制定计划：为了使对患者的护理工作更为贴合，在制定护理计划之前，需要先评估患者的病情，以便能够更为清晰的了解患者对于慢性胃炎疾病的认知度，以此为依据，来有针对性的对患者实施护理工作。（2）计划实施：①健康宣教：护理人员在与患者进行沟通和交流期间，需使用一对一的沟通方式，并且在沟通期间应在患者面前表现出热情和积极的态度，确保在护理之后患者能够感受到来自于护理人员的关心，并告知患者在疾病治疗期间需要注意的问题，给予

患者监督指导，以此来提升患者的疾病治疗依从性，使护患之间的关系得以进一步的拉近，以此来完成对良好护患关系的建立。在对患者实施健康教育期间，护理人员需要提前了解患者的文化程度，以便能够采取恰当的健康教育方法，教育方法包括疾病认知度，疾病配合度、消除紧张和焦虑等不良心理情绪等内容。对于一些负面心理情绪较为严重的患者，护理人员应及时对其进行纠正，并将成功的疾病治疗案例分享给患者，以此来促使患者在疾病治疗期间能够保持较高的自信心，并且能够使患者对疾病保持系统化的认知，要求患者需要严格按照医嘱要求做好疾病治疗工作，掌握到更多的健康知识，以促使患者的生活质量得以显著提升。②心理疏导：由于慢性胃炎疾病本身属于一种病程较长的疾病，患者在患病之后会长期处于一种遭受病痛折磨的状态中，尤其是一些不良心理情绪较为严重的患者，会导致病情出现进一步严重的情况。此时，护理人员对于一些出现不良心理情绪的患者，应及时与其进行沟通和交流，以此来使患者的信任度得以增强，使患者更加明确自身的心理状态，并有针对性的对患者实施心理疏导，安慰和鼓励患者，以确保患者的不良心理情绪得以尽快的消除掉，使患者的疾病治疗自信心得以大大提升。另外，护理人员还需要告知患者家属应及时同患者进行沟通和交流，要去患者家属应给予患者支持，以促进患者的疾病治疗配合度得以提升，确保患者在疾病治疗期间能够保持乐观的心理情绪，疾病康复效果显著。另外，在负面心理情绪缓解中还可使用心理暗示和音乐疗法，以此来完成对患者自我心态的有效调节。③饮食指导：通过给予慢性胃炎患者科学的饮食指导，要求患者在疾病临床治疗期间，应进食富含蛋白质、易消化、清淡、富含维生素类的食物，不可进食刺激性强和辛辣类的食物，以使患者养成良好的运动习惯和生活习惯，以此来加速患者的肠道蠕动速度，使患者的消化功能得以显著改善。④出院定期随访：在患者办理出院时，护理人员应留下患者的联系方式及接受随访的日期，并告知护理人员应定期接受医护人员的随访，积极与患者进行沟通和交流，以此来完成对良好护患关系的构建，以此来提升患者的回访效率。

1.3 观察指标

（1）疾病认知度，用医院自制疾病认知度调查问卷进行评估，内容包括饮食健康、作息规律、了解酗酒和吸烟的危害、心理健康等内容，总

分 100 分，得分越高说明患者的疾病知晓度越高。其中，知晓为≥85 分，基本知晓 65-84 分，不知晓<65 分。（2）护理依从性，使用医院自制的疾病治疗依从性调查问卷进行评估，内容包括戒烟戒酒、遵医嘱用药、合理饮食、情绪控制、健康生活方式等，每项总分 20 分，得分越高说明患者的护理依从性越高^[5]。（3）自护能力评分，用自我能力评价量表进行评估，内容包括自护技能、自护责任感、健康知识、自护概念，每项总分为 10 分，得分越高说明患者的自护能力越强^[6]。

1.4 统计学处理

数据处理使用 SPSS22.0 软件，（ $\bar{X} \pm s$ ）用 t 检验；（%）用 χ^2 检验，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

2 结果

2.1 疾病认知度

表 1 疾病认知度[n(%)]

组别 (n=100)	知晓	基本知晓	不知晓	认知度
实验组	68 (68.00)	30 (30.00)	2 (2.00)	98 (98.00)
对照组	34 (34.00)	57 (57.00)	9 (9.00)	91 (91.00)
X ² 值				4.714
P 值				0.030

2.2 护理依从性

护理依从性实验组高于对照组（ $P<0.05$ ）。

表 2 护理依从性（ $\bar{X} \pm s$ ）/（分）

组别（n=100）	戒烟戒酒	遵医嘱用药	合理饮食	情绪控制	健康生活方式
实验组	13.52±1.65	23.06±2.32	22.66±2.33	24.25±3.23	24.33±2.68
对照组	9.85±1.63	17.25±1.78	15.14±2.15	16.56±2.36	17.23±2.23
t 值	15.823	19.869	23.719	19.223	20.365
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 自护能力评分

护理能力评分实验组高于对照组（ $P<0.05$ ）。

表 3 自护能力评分（ $\bar{X} \pm s$ ）/（分）

组别 (n=100)	自护技能	自护责任感	健康知识	自护概念
实验组	9.42±0.33	8.92±0.41	9.36±0.12	9.14±0.52
对照组	7.11±1.26	6.42±2.33	8.13±1.24	6.43±2.33
t 值	17.735	10.567	9.873	11.352
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

慢性胃炎疾病的出现受不同原因所引发的胃黏膜慢性炎症性病变，在发病之后极易导致幽门螺杆菌出现感染，一旦出现该种疾病，会促使患者的免疫力得以降低，进而出现慢性胃炎疾病^[7]。慢性胃炎疾病极易受生活习惯、饮食习惯和情绪等因素影响，从而导致疾病治疗周期较长，疾病容易反复发作，并且治疗难度较高，对患者的正常生活造成极大的影响^[8]。由于在慢性胃炎疾病治疗中单纯使用药物治疗，临床整体治疗效果不好，因此建议在疾病治疗中同时使用有效的护理措施。健康信念模式干预方法在实际的护理过程中将健康教育作为主要的护理内容，在为患者讲解疾病相关知识时将疾病治疗理念知识作为重点治疗内容，使疾病治疗流程和治疗方法更为明确，增强了患者对疾病治疗相关知识的进一步认识和了解，患者自主能动意识显著提升，并且能够更加积极主动的配合医护人员参与到疾病治疗工作中来，患者的健康水平大大提升^[9]。

本文研究结果为，疾病认知度、护理依从性、自护能力评分实验组高于对照组（ $P<0.05$ ）。可见在慢性胃炎疾病护理中实施健康信念模式干预方法具有可行性，解决了患者在长期治疗过程中患者出现的焦虑、身心俱疲及暴躁等不良心理情绪。在对慢性胃炎患者进行护理期间，不仅需要对患者进行健康教育，还需对患者实施心理疏导、饮食指导、出院定期随访等，通过对患者实施健康教育，给予了患者科学的疾病指导，使患者能够进一步增强对慢性胃炎疾病的认知度，患者疾病认知度明显增强，并且能够意识到做好疾病护理工作的必要性，完成了对患者错误观念的有效纠

正，患者疾病治疗依从性显著提升。通过给予患者心理护理，有助于防止患者出现诸多的不良心理情绪，能够更加积极主动的配合医护人员的工作。通过给予患者饮食护理，使患者的饮食方法更为规范，避免患者出现用药不当情况，对疾病治疗工作的实施及开展具有促进作用。通过给予患者出院定期随访，能够更为直观的了解到患者出院后的病情恢复情况，并有针对性的给予患者护理指导，有助于提升疾病预后治疗效果和质量^[10]。

综上所述，在慢性胃炎疾病护理中实施健康信念模式干预方法，有助于增强患者的疾病认知度，患者对护理工作有较高的依从性，自护能力强，疾病预后治疗效果突出。

参考文献：

[1]祁静.健康教育干预应用于慢性胃炎护理的临床分析[J].婚育与健康,2022,28(7):84-85.

[2]刘瑾.健康教育干预在慢性胃炎护理中的应用效果[J].现代养生(下半月版),2022,22(7):1184-1185.

[3]潘莹莹.基于奥瑞姆理论的自护护理模式在慢性胃炎老年患者护理中的应用价值[J].中外医学研究,2022,20(2):94-97.

[4]陈阁,崔亮亮.基于 Orem 自理理论的护理干预对慢性胃炎患者自护能力及生活质量的影响[J].临床医学工程,2022,29(1):121-122.

[5]尚淑平,于辉,张爱云.循证护理干预对慢性胃炎患者护理质量及生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(13):2475-2479.

[6]赵静.健康教育应用于慢性胃炎护理中的效果观察[J].东方药膳,2021(14):226-227.

[7]陈玉.基于微信平台的护理延伸服务在慢性胃炎患者中的应用效果[J].现代养生(上半月版),2022,22(1):46-48.

[8]李国萍,林霞,魏慧文.基于 Orem 自理理论的护理干预对慢性胃炎患者疾病控制能力的影响[J].中国社区医师,2021,37(19):139-140.

[9]曾远银,罗芳,许敏.中医饮食调理联合情志护理干预对慢性胃炎患者情绪及营养状态的影响[J].黑龙江医药,2021,34(2):488-490.

[10]刘娜,齐丽娜,张小燕.循证护理干预对慢性胃炎患者护理质量及满意度影响观察[J].中国保健营养,2021,31(11):19.

口腔肿瘤术后患者的营养护理临床研究

张宏 孟箭 段敏凡 张杰

上海市东方医院 山海 200120

摘要：目的：观察分析营养护理对口腔肿瘤术后患者营养状态的改善、术后并发症发生率、患者生活质量以及患者对护理满意度的作用。方法：于2018年04月—2022年04月就诊于本院的64例口腔肿瘤术后患者作为观察病例，根据患者不同的护理方式设为常规组（常规护理）、研究组（营养护理），各组分别32例。观察两组血浆白蛋白、血红蛋白、BMI指数、术后并发症发生率，护理前后比较两组生活质量评分，统计两组护理满意度。结果：研究组血浆白蛋白、血红蛋白、BMI指数明显高于常规组（ $p<0.05$ ）；研究组术后并发症显著少于常规组（ $p<0.05$ ）；研究组生活质量评分高于常规组（ $p<0.05$ ）；研究组护理满意度高于常规组（ $p<0.05$ ）。结论：贯彻落实营养护理，有助于口腔肿瘤术后患者改善营养状态，降低术后并发症，提升生活质量及护理满意度，值得广泛推荐。

关键词：口腔肿瘤；营养护理；术后并发症；营养状态；生活质量；满意度

口腔肿瘤是一种较为常见的口腔颌面部肿瘤，多数是因为口腔黏膜组织异变导致的口腔疾病，比如牙龈癌、舌癌等等，临床症状主要表现为口腔溃瘍、肿痛、结节等^[1]。现代临床主要通过手术治疗方式根除癌灶，虽然能够在一定程度上提高患者生存率，但是口腔肿瘤所处位置比较特殊，术中治疗通常会影响到唇、舌以及咽部等组织，不利于患者术后咀嚼、进食^[2]。如果术后无法进食或饮食不当，有可能导致口腔肿瘤术后患者贫血、营养不良，增加术后并发症发生风险，延长患者术后恢复时间^[3]。另外，术前营养不良、术中出血、术中创伤引起的高代谢等因素也会在一定程度上影响到口腔肿瘤患者术后营养状态^[4]。因此，对于手术治疗的口腔肿瘤患者，有必要加强营养指导，帮助患者纠正营养状态，提高体力，改善预后。本研究特此纳入64例口腔肿瘤术后患者作为观察病例，探讨了术后营养护理的重要作用，以供参考。

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

本研究64例口腔肿瘤术后患者纳入于2018年04月—2022年04月，按照患者术后采用的护理方法进行分组对照，其中32例术后辅以常规护理的患者作为常规组，包括22例男性和10例女性，年龄22-85岁，均龄（ 53.8 ± 15.4 ）岁；术前BMI指数（ 22.8 ± 2.2 ） kg/m^2 ；术前血浆白蛋白（ 38.8 ± 3.6 ） g/L ；术前血红蛋白（ 125.4 ± 11.8 ） g/L ；7例颊部肿瘤、5例下颌骨肿瘤、9例舌癌、4例唇部恶性肿瘤、7例牙龈癌。另32例术后辅以营养护理的患者作为研究组，包括20例男性和12例女性，年龄21-85岁，均龄（ 53.9 ± 15.5 ）岁；术前BMI指数（ 22.9 ± 2.1 ） kg/m^2 ；术前血浆白蛋白（ 38.7 ± 3.9 ） g/L ；术前血红蛋白（ 126.1 ± 11.7 ） g/L ；6例上颌肿瘤、6例下颌骨肿瘤、10例舌癌、4例唇部恶性肿瘤、6例牙龈癌。两组基线特征匹配，可比性充分，统计学P值检验结果均 >0.05 。

入组标准：通过手术病理证实为口腔肿瘤；术前无放疗史；签署研

究知情同意书；认知正常，意识清醒，能够正常交流沟通；18周岁以上成人。

排除标准：伴有消化系统疾病；癌灶转移；手术前后输注过血制品；术前色素水平低于60g/L的严重贫血患者；肝硬化；颅脑创伤导致的吞咽困难；持续性血液透析；肾病综合征；精神病史；言语交流障碍；视听障碍。

1.2 方法

常规组32例患者术后辅以常规护理，（1）口头简要说明饮食注意事项，术后48h给予胃管留置，然后常规进食本院配置的膳食，以轻软的半流食为主，循序渐进增加饮食摄入量；邀请家属参与膳食制定活动，保证饮食结构合理、科学。（2）术后清洁口腔，确保创面干净卫生，用无菌盐水浸湿的棉球给予擦拭；可以通过雾化吸入方式促排异物，帮助患者清洁呼吸道，避免痰液堵塞而影响患者呼吸功能。（3）患者所处环境一定要保持安静，禁止大声喧哗、大声交谈，调控温湿度，勤通风，全面消毒病房；认真观察并详细记录患者体征变化，警惕胸闷、呼吸困难等不良现象，认真观察患者口腔内有无积液以及创面恢复情况，一旦发现异常，立即向上级反馈。协助患者翻身时，注意保护引流管，避免导管堵塞、滑脱，记录引流量、性质、颜色。

研究组32例患者术后辅以常规护理同时加入营养护理，即（1）运用NRS量表筛查营养风险，若筛查结果评分3分及以上，护理人员结合患者术后恢复情况，对患者进行营养干预。术前胃管留置，术后6h鼻饲摄入200ml温水，帮助患者刺激肠胃，促使肠胃蠕动功能恢复，期间注意观察患者有无不适感受，比如腹部胀痛、恶心呕吐等等，并邀请营养学医师参与会诊，根据患者营养状态、病情、饮食喜好，为患者选取肠内营养液，给予肠内营养支持；术后72h进行第二次营养风险筛查，了解掌握患者营养风险，动态评价患者营养状态，实时掌握患者营养水平变化。（2）术后

护理过程中,协助患者调整好进食体位,保持直立坐位,头部略微向前倾斜,避免胃反流误吸,结束进食之后依旧保持直立坐位 30min。合理控制进食速度,调整好进食间隔时间(≥30s),预防患者呛咳,避免咽部堆积。另外,营养液必须在规定时间内喝完,预防污染,如果需要分次饮用,未用完的一部分营养液保存于冰箱中,下次使用时需要提前加热至 38℃,避免患者胃肠道遭受冷刺激,促使温热的营养液能够被胃肠道完全吸收。(3)为了预防进食呛咳,嘱咐患者低头、弯腰,使下颌与胸口靠近,然后护理人员持续拍打患者背部,促使患者咳出异物。(4)全面记录患者进食情况,比如每餐摄入量、摄入种类、进食体位、进食时间、进食温度、进食前后有无呛咳以及呛咳次数,以便于护理人员尽早发现问题、解决问题,确保患者进食安全。(5)护理人员向患者及其家属耐心讲解术后营养知识、注意要点以及术后营养支持对疾病康复的重要性,现场通过示范、演练等方式,指导患者及其家属科学合理搭配,保证营养均衡,同时指导患者及其家属认真掌握进食速度、进食温度、进食体位以及不良反应的辨别技巧,以提高患者自护能力。

1.3 观察指标

(1) 术后第 3d、术后第 7d 采血测定患者血浆白蛋白、血红蛋白水平,

同时记录患者身高、体重,计算 BMI 指数(kg/m²);(2)观察患者术后有无并发症,主要包括误吸、呛咳、吸入性肺炎等;(3)护理前后进行生活质量评估,评价依据为 SF-36 量表,内含 36 项评价内容,包括八个维度,各维度评分数值越高,患者生活质量就越高;(4)结束护理后运用满意度问卷调查患者对临床服务的满意程度,患者根据自身切实感受进行匿名打分,总分 10 分,其中 1-3 分纳入不满意范畴、4-6 分纳入基本满意范畴、7-10 分纳入非常满意范畴。总满意度=100%-不满意。

1.4 数据统计处理

使用统计学软件(spss22.0)分析、检验研究组与常规组获得的定量资料、定性资料,其中以均值(x)±标准差(s)形式描述的血浆白蛋白、血红蛋白、BMI 指数、生活质量评分属于定量资料,组间 t 检验;以%(率)形式表述的术后并发症发生率、护理满意度属于定性资料,组间 X² 检验。最终以 P 值描述数据差异,P<0.05 说明数据存在统计学意义。

2. 结果

2.1 观察研究组与常规组术后血浆白蛋白、血红蛋白、BMI 指数 见表 1

表 1 研究组与常规组术后血浆白蛋白、血红蛋白、BMI 指数对比

小组	病例数	血浆白蛋白 (g/L)		血红蛋白 (g/L)		BMI 指数 (kg/m ²)	
		术后 3d	术后 7d	术后 3d	术后 7d	术后 3d	术后 7d
研究组	32	34.4±1.9	38.9±2.4	108.6±5.5	118.6±6.7	23.6±1.4	23.8±1.5
常规组	32	30.1±2.6	32.3±1.7	101.2±5.3	107.5±9.4	22.2±0.7	22.7±1.3
t	-	0.514	12.590	0.058	10.497	0.341	7.332
p	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 观察研究组与常规组术后并发症发生率 见表 2

表 2 研究组与常规组术后并发症发生率对比

小组	病例数	误吸	呛咳	吸入性肺炎	总发生率
研究组	32	1 (3.13%)	1 (3.13%)	0	2 (6.25%)

常规组	32	2 (6.25%)	3 (9.38%)	2 (6.25%)	7 (21.88%)
X ²	-				6.088
p	-				<0.05

2.3 观察研究组与常规组生活质量评分 见表 3

表 3 研究组与常规组生活质量评分对比(x±s, 分)

时间	小组	躯体疼痛	生理职能	生理机能	情感职能	社会功能	精力	精神健康	总体健康
护理前	研究组	75.3±3.6	73.2±4.1	72.9±3.8	75.8±4.6	76.3±2.6	74.3±2.2	73.3±5.8	74.4±5.6
	常规组	75.5±3.3	73.7±4.5	72.7±3.6	75.9±4.7	76.8±2.4	74.5±2.8	73.8±5.9	74.7±5.3
	t	0.125	1.331	0.762	2.048	1.565	0.078	1.500	0.645
	p	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
护理后	研究组	87.3±5.2	87.8±5.5	87.9±5.7	88.3±4.6	87.4±5.1	88.8±4.9	89.2±5.6	88.5±4.4
	常规组	80.3±5.4	80.9±5.6	81.2±3.9	81.1±4.2	80.5±5.9	81.3±4.4	82.6±5.8	81.8±4.7
	t	18.705	16.005	17.506	18.923	16.431	15.047	16.892	16.770

p		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05
2.4 观察研究组与常规组护理满意度 见表 4								
表 4 研究组与常规组护理满意度对比								
小组	病例数	非常满意	基本满意	不满意	总满意度			
研究组	32	16(50.00%)	15(46.88%)	1(3.13%)	31(96.88%)			
常规组	32	13(40.63%)	12(37.50%)	7(21.88%)	25(78.13%)			
X ²	-				7.109			
P	-				<0.05			

3. 讨论

手术治疗口腔肿瘤患者之后，部分患者因为疼痛而无法通过口腔摄入食物^[5]。另外，口咽被肿物堵塞也会在一定程度上增加患者经口进食难度^[6]。虽然口腔肿瘤患者术后经口饮食困难，但是肠胃功能良好，所以术后肠内营养支持成为了口腔肿瘤患者术后营养护理重要内容^[7]。通过肠内营养支持，可以帮助患者调节免疫，促进康复^[8]。

常规护理内容缺少针对性，且肠内营养支持时间相对延后，难以第一时间满足患者术后康复需要^[9]。与常规护理相较而言，营养护理内容更加全面，主要根据患者病情以及术后恢复情况提供针对性的营养指导，有效纠正了患者营养状态，提高了患者身体健康水平^[10]。本研究观察对照，结果研究组血浆白蛋白、血红蛋白、BMI 指数明显高于常规组（ $p<0.05$ ）。说明营养护理有助于口腔肿瘤患者改善营养状态。可能与术后营养护理过程中早期肠内营养支持有关^[11]，术后营养支持时间越早、越均衡专业，对患者营养状况的改善效果就越好，有利于患者胃肠道生理功能快速恢复，从而为机体康复夯实基础。

研究组术后并发症 6.25%显著少于常规组 21.88%（ $p<0.05$ ）。说明口腔肿瘤术后营养护理可以帮助患者预防并发症。因为营养护理干预内容相对全面，为了保障患者术后恢复安全，特此考虑到了患者术后进食安全，比如进食体位、进食时间、进食温度、呛咳处理、进食状态记录等护理措施，有效预防了误吸、呛咳的发生^[12]。术后进食安全的情况下，有助于患者顺利完成营养补充，进而增强抵抗免疫功能，使术后并发症发生风险得到了有效控制^[13]。

研究组生活质量评分高于常规组（ $p<0.05$ ）。说明口腔肿瘤术后营养护理有助于患者获得高质量的生活。因为术后并发症发生风险降低，进一步减轻了对患者日常生活的不良影响，所以有效保障了患者躯体功能循序渐进提升，进而提高了患者生活质量。除此之外，也减少住院日及住院费用，研究组护理满意度 96.88%高于常规组 78.13%（ $p<0.05$ ）。说明营养护理备受口腔肿瘤患者青睐。始终以人为本的营养护理，在具体实施过程中针对

性的满足了患者营养需求，让患者切身感受到了自我躯体的良性改变，从而消除了患者不满情绪，提高了患者护理满意度。

总而言之，对于手术治疗的口腔肿瘤患者而言，营养护理作用重大，不仅可以改善患者营养状态，促使其生活质量提升，而且还可以减少并发症，减少住院天数及治疗费用，使护理满意度得到提升，值得在口腔肿瘤术后患者护理活动中广泛应用。

参考文献：

[1]史函菲,吴洋,任朋娟,等.整体护理在口腔颌面部肿瘤手术患者术后护理中的应用效果[J].中国当代医药,2021,28(31):238-240.

[2]汪桂芬,许湘华,欧美军,等.口腔肿瘤患者吞咽困难与营养风险的相关性研究[J].当代护士(下旬刊),2021,28(06):17-20.

[3]张静,李全,杨悦.口腔癌围手术期患者营养管理的证据总结[J].中华现代护理杂志,2021,27(13):1681-1688.

[4]王丽萍,王宇帆,林博,等.个性化口腔护理在口腔肿瘤术后患者中的应用[J].国际护理学杂志,2021,40(07):1282-1285.

[5]崔婷,周素,许湘华.路径化营养管理在围手术期口腔癌患者中的应用[J].当代护士(下旬刊),2021,28(03):5-7.

[6]叶菁菁,何杏芳,林朱梅,等.围手术期个性化营养支持对口腔恶性肿瘤根治同期修复重建患者术后恢复的效果观察[J].中国实用护理杂志,2020,36(31):2455-2460.

[7]鄂平.快速康复外科理念在口腔颌面部肿瘤患者护理中的作用[J].中国医药指南,2020,18(23):227-228.

[8]谢琪,李增宁,高淑清,等.加速康复外科干预对口腔癌患者术后营养状况、炎症指标、血糖波动和康复情况的影响[J].临床误诊误治,2020,33(05):95-100.

[9]孙火花,唐艳凤.对接受手术治疗的口腔颌面部肿瘤患者进行全程优质护理的效果研讨[J].当代医药论丛,2020,18(09):241-243.

[10]霍圆圆,潘永海,徐薇,等.动态营养支持对口腔颌面肿瘤术后能量代谢、免疫功能及应激反应的影响[J].上海口腔医学,2020,29(01):89-92.

[11]郑密文,蒋莉莉,胡嘉乐,等.口腔癌围手术期患者口腔护理体验的质性研究[J].中国实用护理杂志,2019(21):1646-1650.

[12]黄春珍,侯凌烨,石慧娟,等.术前营养风险评估与干预对口腔癌患者预后的效果评价[J].中国实用护理杂志,2019(04):292-297.

[13]刘莹,金武龙.口腔颌面部恶性肿瘤患者营养风险评估及相关因素分析[J].上海口腔医学,2017,26(06):637-640.

对比院内溶栓与急诊溶栓治疗急性心肌梗死的效果

贺磊

曲阜市中医医院 山东济宁 273100

摘要：目的：对比分析院内溶栓与急诊溶栓治疗急性心肌梗死的效果。方法：86例观察对象选取为我院2018年2月-2021年5月间我院收治的急性心肌梗死患者。纳入病例经计算机抽签法分为研讨组（n=43）、对比组（n=43），为对比组患者实施院内溶栓治疗，为研讨组患者开展急诊溶栓治疗。比较组间临床疗效、溶栓情况、心功能、左室射血分数及心脏事件发生情况。结果：研讨组治疗总有效率高于对比组， $P<0.05$ ，有统计学意义；研讨组溶栓时间、胸痛缓解时间及住院时间均低于对比组， $P<0.05$ ；研讨组患者治疗后LVEF指标高于对比组，LVEDD指标、LVESD指标均低于对比组， $P<0.05$ ，有统计学意义；研讨组患者治疗后左室射血分数高于对比组，CPK和CK-MB峰值时间均低于对比组， $P<0.05$ ；研讨组心脏事件发生率明显低于对比组， $P<0.05$ 。结论：急诊溶栓治疗急性心肌梗死能够取得更为理想的治疗效果，安全可靠，值得在临床中加以推广应用。

关键词：急性心肌梗死；急诊溶栓；院内溶栓；心功能；心脏事件

急性心肌梗死是具有病情进展迅速、起病急、病症危重等特点的疾病类型，是指由于冠状动脉出现急性闭塞，导致心肌血液供应不足，而导致出现的心肌坏死^[1]。患者患病后大多以心力衰竭、微循环障碍、心律失常等为主要症状表现，具有病情进展迅速、病死率高等特点，为患者积极开展有效的治疗是保障患者疗效的关键。临床大多以溶栓治疗为主，开展院内溶栓治疗虽能在一定程度上有效改善患者病情，但转送患者时间长，未及时进行介入治疗，可能会使患者错过再灌注的黄金时间。因此早期对患者开展溶栓治疗十分必要。急诊溶栓治疗能有效提早患者的溶栓治疗时间，对于提高总体疗效有着重要意义^[2]。本研究选择86例我院2018年2月-2021年5月间收治的急性心肌梗死患者进行研究，旨在对比分析院内溶栓与急诊溶栓治疗急性心肌梗死的效果，阐述如下。

1 资料和方法

1.1 基础资料

选取2018年2月-2021年5月间我院诊治的86例急性心肌梗死患者。入选对象经计算机抽签法分为对比组（43例）和研讨组（43例）。对比组中20例女性患者，23例男性患者；心功能分级：II级21例，III级22例；年龄上限80岁，下限48岁，均值（ 60.35 ± 4.28 ）岁。研讨组中19例女性患者，24例男性患者；心功能分级：II级20例，III级23例；年龄上限79岁，下限47岁，均值（ 60.42 ± 4.57 ）岁。基础资料的两组比较 $P>0.05$ 。入选患者均签署知情同意书。研究经过伦理审批通过后开展。

纳入标准：（1）接受临床检查确诊为急性心肌梗死者；（2）胸痛持续时间在30分钟以上者；（3）发病时间在12小时以内者；（4）有基本的语言沟通能力者。排除标准：（1）溶栓禁忌症者；（2）合并严重精神类疾病无法配合完成本次研究者；（3）合并其他可能影响本研究结果的疾病者；（4）合并血液疾病、出血性疾病者；（5）合并视网膜出血、缺血性脑卒中者；（6）合并肝肾功能不全或恶性肿瘤等危重疾病者。

1.2 方法

为研讨组患者开展急诊溶栓治疗：患者发病后由急救人员及时采集患者病史，并协助患者完成各项检查，同时为患者加强心电监护，保证患者无溶栓禁忌症后，尽早开展溶栓治疗，首先将4000 U肝素为患者静脉推

注，再应用10 U瑞替普酶融入10 ml浓度为0.9%的氢氧化钠溶液中，为患者静脉推注，开始溶栓治疗后，密切观察患者各项生命指指标变化情况，并及时将患者送入ICU病房。

为对比组患者实施院内溶栓治疗：主要是在患者发病后及时将患者送入ICU病房，随后再对患者实施各项溶栓治疗，具体的溶栓方式与研讨组相同。

1.3 观察指标

比较两组患者的临床疗效、溶栓情况、心功能、左室射血分数及心脏事件发生情况。（1）临床疗效的评价主要从显效（患者症状体征基本缓解，心电图、心肌酶指标恢复正常，心功能改善超过2级）、有效（患者症状体征较前有所改善，心电图、心肌酶指标较前有所恢复，心功能改善超过1级，不足2级）、无效（患者症状体征、心电图、心肌酶、心功能均较前无明显改善）三方面进行评价。总有效率=显效+有效。（2）详细记录两组患者的溶栓情况，包括溶栓时间、胸痛缓解时间及住院时间。（3）采用心脏彩色多普勒超声检测两组患者的心功能，包括左心室收缩末期内径（LVESD）、左心室射血分数（LVEF）以及左心室舒张末期内径（LVEDD）。（4）完成溶栓后详细记录两组患者左室射血分数、CPK和CK-MB峰值时间。（5）详细记录两组患者顽固性心绞痛、心源性猝死发生率。

1.4 统计学处理

本研究相关数据均录入SPSS 27.0中，临床疗效、心脏事件发生情况经 χ^2 检验，以率（%）表示，溶栓情况、心功能、左室射血分数等用（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，实施t检验，具备统计学差异性则： $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 组间患者临床疗效对比

研讨组显效25例（58.14%），有效15例（34.88%），无效3例（6.98%），总有效40例（93.02%）。对比组显效20例（46.51%），有效13例（30.23%），无效10例（23.26%），总有效33例（76.74%）。研讨组治疗总有效率高于对比组， $\chi^2=4.440$ ， $P=0.035$ ，具备统计学差异性。

2.2 组间患者溶栓情况对比

研讨组溶栓时间、胸痛缓解时间及住院时间均低于对比组， $P<0.05$ 。

见表 1。

表 1 组间患者溶栓情况对比 ($\bar{X} \pm S$)

组别	n	溶栓时间 (min)	胸痛缓解时间 (min)	住院时间 (d)
研讨组	43	130.24±34.16	143.28±32.17	9.32±2.01
对比组	43	257.45±29.32	269.38±41.25	15.42±3.54
t	-	18.529	15.807	9.826
P	-	0.000	0.000	0.000

2.3 组间患者心功能对比

研讨组治疗前 LVEF 指标值为 (40.85±5.68) %、LVESD 指标值为 (34.42±5.14) mm、LVEDD 指标值为 (57.85±8.69) mm。对比组治疗前 LVEF 指标值为 (41.26±6.21) %、LVESD 指标值为 (34.57±5.61) mm、LVEDD 指标值为 (57.36±8.72) mm。2 组患者治疗前心功能指标差异比较, $t=0.319$ 、 0.129 、 0.261 , $P=0.750$ 、 0.897 、 0.794 , 无统计学意义。

研讨组治疗后 LVEF 指标值为 (53.37±4.56) %、LVESD 指标值为 (27.36±4.19) mm、LVEDD 指标值为 (41.82±6.63) mm。对比组治疗后 LVEF 指标值为 (49.35±5.46) %、LVESD 指标值为 (30.25±4.62) mm、LVEDD 指标值为 (49.49±7.25) mm。研讨组患者治疗后 LVEF 指标高于对比组, LVEDD 指标、LVESD 指标均低于对比组, $t=3.705$ 、 3.038 、 5.119 , $P=0.000$ 、 0.003 、 0.000 , 具有统计学意义。

2.4 两组患者左室射血分数、CPK 和 CK-MB 峰值时间比较

研讨组治疗后左室射血分数值为 (58.64±6.37) %、CPK 峰值时间为 (13.26±4.25) h、CK-MB 峰值时间为 (12.17±3.42) h。对比组治疗后左室射血分数值为 (45.71±6.22) %、CPK 峰值时间为 (20.35±5.48) h、CK-MB 峰值时间为 (20.12±3.57) h。研讨组患者治疗后左室射血分数高于对比组, CPK 和 CK-MB 峰值时间均低于对比组, $t=9.523$ 、 6.704 、 10.544 , P 均 <0.001 , 具有统计学意义。

2.5 两组心脏事件发生率比较

研讨组中共有 2 例患者发生心脏事件, 其中顽固性心绞痛 1 例, 心源性猝死 1 例, 总发生率为 4.65 % (2/43)。对比组中共有 8 例患者发生心脏事件, 其中顽固性心绞痛 5 例, 心源性猝死 3 例, 总发生率为 18.60 % (8/43)。研讨组心脏事件发生率明显低于对比组, $\chi^2=4.073$, $P=0.043$, 具备统计学差异性。

3 讨论

急性心肌梗死是由于多种危险因素影响, 导致患者动脉血管壁血管内皮出现损伤, 使得局部发生慢性炎症性反应, 产生冠状动脉硬化性斑块, 在斑块破裂后, 会导致出现血管堵塞等情况, 此时被称之为心肌梗死。随着患病时间的不断延长, 患者病情不断加重, 炎症反应加剧, 使得体内冠状动脉硬化斑块破裂, 并对胶原脂质和纤维碎片进行暴露, 激活血小板而生成血栓。此时需积极为患者开展溶栓治疗, 充分发挥有效的治疗作用^[3]。

作为急性心肌梗死的首选治疗方法, 溶栓治疗应用范围相对较为广泛。据有关资料报道显示, 若未及时转运患者或未得到有效的介入治疗,

则可能导致患者错过再灌注黄金时间, 对于查明无明显禁忌症患者, 需在 30 分钟内为患者开展溶栓治疗^[4]。相关研究针对 100 例急性心肌梗死患者展开分析可见, 尽早为患者早期开展有效的溶栓治疗, 能显著缩短肌酸磷酸激酶增高时间, 能避免再通, 有效降低了患者的病死率, 同时不会对患者的左室射血分数造成明显影响。因此大多认为尽早开展溶栓治疗, 能有效改善患者预后。纤维蛋白原是血栓的重要组成成分, 为患者开展溶栓治疗后, 能有效激活纤维蛋白, 对酶原发挥溶解作用, 进而产生纤维蛋白溶解酶。由于受到了 α 抗纤溶酶的抑制作用, 进而能过度激活纤溶酶。临床所选用的溶栓药物大多为纤溶酶原激活物, 本研究选取的瑞替普酶属于新型纤溶酶激活剂的一种, 相比其他抗心肌梗死药物具有更好的溶栓效果。尽早为患者开展血管再通, 能有效挽救损伤的心肌细胞。因此针对急性心肌梗死患者需尽早开展溶栓治疗, 对于改善患者心功能, 降低病死率有着重要意义^[5]。本次研究结果显示, 研讨组治疗总有效率 (93.02 %) 高于对比组, 两组数据结果比较 $P<0.05$, 具有统计学分析意义; 研讨组溶栓时间、胸痛缓解时间及住院时间均低于对比组, 数据结果差异显著 $P<0.05$; 研讨组患者治疗后 LVEDD 指标、LVESD 指标均低于对比组, LVEF 指标高于对比组, 具有统计学分析意义 $P<0.05$; 研讨组患者治疗后左室射血分数高于对比组, CPK 和 CK-MB 峰值时间均低于对比组, 统计结果具有显著差异性 $P<0.05$; 研讨组心脏事件发生率 (4.65 %) 明显低于对比组, $P<0.05$, 数据比较有统计学意义。

综上所述, 院内溶栓与急诊溶栓治疗急性心肌梗死均能取得一定效果, 但急诊溶栓能取得更为理想的治疗效果, 不仅能有效缩短患者的好转时间, 减轻患者痛苦, 改善患者的心功能, 还能有效促进患者良好预后, 值得推广。

参考文献:

[1]高桂秀. 氯吡格雷联合阿托伐他汀钙治疗短暂性脑缺血发作的临床效果观察[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21(17): 99-100.

[2]于淼, 金志忠, 黄龙澳, 等. 早期应用普通肝素在行急诊直接经冠状动脉介入术治疗的急性 ST 段抬高型心肌梗死患者中的应用效果[J]. 广西医学, 2021, 43(9): 1045-1049.

[3]Hong Zhibin, Wen Susheng, Wang Yifeng, et al. The effect of building a chest pain center on the treatment of acute ST-segment elevation myocardial infarction in Tianshui area [J]. Chinese Journal of Evidence-Based Cardiovascular Medicine, 2021, 13(5): 584-587.

[4]Wu Zhixiao, Wang Lu, Li Jie, et al. Analysis of risk factors for new-onset atrial fibrillation after STEMI emergency PCI [J]. Journal of Integrated Chinese and Western Medicine Cardiovascular and Cerebrovascular Diseases, 2021, 19(10): 1719-1722.

[5]陆晓晨, 耿海华, 吴晓晖, 等. 胸痛中心持续优化改进对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者急诊救治时间及诊疗效果的影响[J]. 南通大学学报 (医学版), 2020, 40(4): 311-314.

ICU 重症患者应用营养支持疗法的效果评估分析

陈艳

蒙阴县人民医院 重症医学科 山东临沂 276299

摘要:目的:实施营养支持疗法,观察 ICU 重症患者治疗前后病情恢复状况,依据治疗数据评估治疗效果。方法:选取 2018 年 5 月—2020 年 6 月在蒙阴县人民医院接受治疗的 78 例 ICU 重症患者为样本,采用双色球法分组,对照组 39 例实施常规治疗,观察组 39 例实施营养支持疗法,评估治疗前后临床指标变化情况,包括血清白蛋白、淋巴细胞计数、机械通气时间及体重指数;评估治疗后并发症诱发情况。结果:治疗后观察组血清白蛋白、淋巴细胞计数、体重指数明显高于对照组,机械通气时间明显低于对照组, $P < 0.05$;观察组并发症诱发概率明显低于对照组, $P < 0.05$ 。结论:给予 ICU 重症患者实施营养支持疗法,可帮助患者机体更好地吸收营养物质,同时保护肠道,增强肠道功能,降低治疗期间并发症诱发,改善身体机能,增强自身免疫力,抗击疾病,缓解身体状况,值得推广。

关键词: ICU 重症; 营养支持疗法; 治疗效果

ICU 重症患者病情严重,在疾病的侵害下身体长期处于不良状态,各项机能难以保持稳定状况,部分患者更是在接受手术治疗之后出现应激状态,存在身体代谢异常的问题,比如伤口愈合缓慢、体内营养流失严重、组织功能损伤严重等^[1-2]。对患者实施营养支持疗法,主要是肠内营养支持,直接将营养液输送到肠粘膜,即可让患者机体充分吸收营养,满足营养所需,又可促进肠胃功能恢复,预防相关病症诱发概率。营养支持疗法的专业性较强,关注患者病情发生情况,根据身体营养需求,实施营养干预,提高患者自身免疫力,促进伤口愈合,逐渐改善病情,使患者逐渐拥有更高质量的生活^[3]。鉴于此,本文选用 2018 年 5 月—2020 年 6 月时间段在蒙阴县人民医院接受治疗的 ICU 重症患者中筛选 78 例,对患者实施营养支持疗法,统计分析治疗数据,综合评估以上治疗方法的应用效果。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

2018 年 5 月—2020 年 6 月时间段在蒙阴县人民医院接受治疗的 78 例 ICU 重症患者为样本,采用双色球法分组,组成的对照组 39 例,男性 28 例,女性 11 例,年龄为 50-81 岁,平均年龄 (64.13 ± 2.58) 岁。组成的观察组 39 例,男性 25 例,女性 14 例,年龄 51-83 岁,平均年龄 (64.12 ± 2.97) 岁。对比两组数据,无明显差异 ($P > 0.05$)。

纳入标准:所选 ICU 重症患者均不存在先天性疾病;患者已经签订知情同意书,患者及患者家属愿意加入本次研究;伦理委员会予以批准。

排除标准:将无法实施营养支持疗法的患者予以排除;患者及家属对本次治疗不予支持排除;排除临床表现为中途死亡现象的个别案例。

1.2 方法

给予对照组实施常规治疗方法,在治疗过程中运用医疗器械帮助患者通气;观察患者病情发展情况,做好防控工作,应对突发疾病;确保电解质平衡;实施抗感染等治疗措施,让身体机能逐渐恢复,病情稳定,对患者实施静脉营养注射;如若患者能够进食,指导患者养成良好的饮食习惯,最好选择易消化、易吸收的流质事物,降低对肠道的损伤,吸收营养,提高身体免疫力,抵抗疾病,改善身体状况,实施治疗时间为 14 天。

观察组则以对照组为基础,实施营养支持疗法,具体治疗工作开展之

前对患者消化道予以排查,明确消化道损伤无其他类型,开展治疗干预。

在治疗的过程中了解患者疾病发生情况及身体承受能力,缓慢地将营养管或鼻腔管放入患者的胃内。依据患者营养需求,设置营养液用量,向患者胃内输送营养液,保证每日营养液剂量控制在 1000-2000mL,热量控制在 6.25-12.0MJ 之间。治疗期间观察患者病情恢复情况,指导患者健康饮食,比如食用适量的米汤等流质事物;补充适量的维生素、蛋白质及糖类化合物等,帮助患者身体状况的好转。给患者建立营养通道的基础上,向营养通道内滴入蛋白质、维生素、电解质、微量元素等,补充营养,实施治疗时间为 14 天。

1.3 观察指标

统计治疗数据,分析两组治疗效果,观察标准为对比治疗前后血清白蛋白、淋巴细胞数、机械通气时间、体重指数的数据变化情况,其中血清白蛋白、淋巴细胞数、体重指数越高表示治疗效果越好,机械通气时间数值越低表示治疗效果越好;观察患者并发症诱发情况,统计便秘、溃疡、胃滞留及肺炎并发例数,对比总并发症例数。

1.4 统计学方法

基于 SPSS23.0 统计学软件整理分析治疗数据,其中涉及的计量资料,采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, t 进行检验;涉及的计数资料,采用 $(n, \%)$ 表示,以 χ^2 检验,当 $P < 0.05$ 表明具有统计学意义。

2. 结果

2.1 治疗前后临床指标

对比两组治疗前临床指标数据,两组血清白蛋白、淋巴细胞数、机械通气时间、体重指数的数据无明显差异 ($P > 0.05$);对比两组治疗后数据,观察组治疗后血清白蛋白、淋巴细胞数、体重指数明显高于对照组, ($P < 0.05$);观察组治疗后机械通气时间明显低于对照组, ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 对比治疗前后临床指标 $[n, (\bar{x} \pm s)]$

组别	血清白蛋白 (g/L)	机械通气 时间(d)	淋巴细胞 计数 ($\times 10^9/L$)	体重指数 (kg/m^2)
对照	34.29 $\pm$ 3.96	13.89 $\pm$ 1.34	0.62 $\pm$ 0.29	62.13 $\pm$ 8.79
治				

组	疗				
前					
观察		35.55±4.31	14.01±2.01	0.60±0.25	60.57±9.02
组					
t 值		1.344	0.310	0.326	0.773
P 值		0.182	0.757	0.745	0.441
对照	治				
组	疗				
后					
观察		46.10±4.23 ^{*#}	7.03±0.69 ^{*#}	1.52±0.06 ^{*#}	62.13±7.44 ^{*#}
组					
t 值		8.077	20.399	26.415	4.884
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

注：*表示和治疗前相比，P<0.05；#表示和对照组相比，P<0.05

成组设计的T检验（完全随机设计的两样本均数的比较）					
X1均数	34.29	S1	3.96	n1	39
X2均数	35.55	S2	4.31	n2	39
均差	1.26				50
E3*E3*(G3-1)	595.90				
E4*E4*(G4-1)	705.89				
求和	1301.79				
自由度	76				
1/n1+1/n2	0.051282051				
分母	0.937231329				
T值	1.344385277				
P值	0.1828				
结论					
成组设计的T检验（完全随机设计的两样本均数的比较）					
X1均数	13.89	S1	1.34	n1	39
X2均数	14.01	S2	2.01	n2	39
均差	0.12				50
E3*E3*(G3-1)	68.23				
E4*E4*(G4-1)	153.52				
求和	221.76				
自由度	76				
1/n1+1/n2	0.051282051				
分母	0.38682468				
T值	0.310218055				
P值	0.7572				
结论					
成组设计的T检验（完全随机设计的两样本均数的比较）					
X1均数	0.62	S1	0.29	n1	39
X2均数	0.60	S2	0.25	n2	39
均差	0.02				50
E3*E3*(G3-1)	3.20				
E4*E4*(G4-1)	2.38				
求和	5.57				
自由度	76				
1/n1+1/n2	0.051282051				
分母	0.061310475				
T值	0.326208531				
P值	0.7452				
结论					
成组设计的T检验（完全随机设计的两样本均数的比较）					
X1均数	62.13	S1	8.79	n1	39
X2均数	60.57	S2	9.02	n2	39
均差	1.56				50
E3*E3*(G3-1)	2936.04				
E4*E4*(G4-1)	3091.70				
求和	6027.73				
自由度	76				
1/n1+1/n2	0.051282051				
分母	2.016753548				
T值	0.773520395				
P值	0.4416				
结论					

成组设计的T检验（完全随机设计的两样本均数的比较）					
X1均数	37.95	S1	4.67	n1	39
X2均数	46.10	S2	4.23	n2	39
均差	8.15				50
E3*E3*(G3-1)	828.74				
E4*E4*(G4-1)	679.93				
求和	1508.67				
自由度	76				
1/n1+1/n2	0.051282051				
分母	1.008857319				
T值	8.077645948				
P值	0.0000				
结论					
成组设计的T检验（完全随机设计的两样本均数的比较）					
X1均数	11.58	S1	1.21	n1	39
X2均数	7.03	S2	0.69	n2	39
均差	4.55				50
E3*E3*(G3-1)	55.64				
E4*E4*(G4-1)	18.09				
求和	73.73				
自由度	76				
1/n1+1/n2	0.051282051				
分母	0.223044206				
T值	20.39954355				
P值	0.0000				
结论					
成组设计的T检验（完全随机设计的两样本均数的比较）					
X1均数	0.99	S1	0.11	n1	39
X2均数	1.52	S2	0.06	n2	39
均差	0.53				50
E3*E3*(G3-1)	0.46				
E4*E4*(G4-1)	0.14				
求和	0.60				
自由度	76				
1/n1+1/n2	0.051282051				
分母	0.020064				
T值	26.41547028				
P值	0.0000				
结论					
成组设计的T检验（完全随机设计的两样本均数的比较）					
X1均数	53.89	S1	7.46	n1	39
X2均数	62.13	S2	7.44	n2	39
均差	8.24				50
E3*E3*(G3-1)	2114.76				
E4*E4*(G4-1)	2103.44				
求和	4218.20				
自由度	76				
1/n1+1/n2	0.051282051				
分母	1.687094301				
T值	4.88413718				
P值	0.0000				
结论					

2.2 并发症诱发情况比较

对比治疗后并发症诱发情况，观察组明显好于对照组（P<0.05）。z

表 2 比较治疗后并发症诱发情况 [n,%]

组	n	便秘	溃疡	胃潴留	肺炎	总并发症
对	39	3 (7.69)	5 (12.82)	6 (15.38)	3 (1.69)	17(43.58)
照						
组						
观	39	1 (2.56)	3 (7.69)	2 (5.12)	1 (2.56)	7 (17.94)
察						
组						
X ²	-	-	-	-	-	6.018
值						
P	-	-	-	-	-	0.014
值						

3. 结论

疾病给 ICU 重症患者的打击非常大，患者身体非常脆弱，长期处于应激状态、高代谢状态，身体机能紊乱，难以自主吞咽食物，胃部也难以消

化食物,吸收营养,营养均衡的目的未能达成,长期会造成患者免疫力下降,不利于术后身体机能恢复,抗击疾病。通常情况下,给予ICU重症患者实施的治疗措施是手术治疗、创伤治疗,患者身体承受能力有限,长时间出于应激状态,身体代谢缓慢或者代谢失调,营养吸收困难。长期处于营养不良状态下患者身体各项机能逐渐衰竭,难以抵抗疾病的侵害,疾病恶化严重,患者康复之路将难以实现。高度关注ICU重症患者营养摄取,实施有效治疗方法,可极大程度上改善患者身体状况,增加组织功能,抵抗病原体,逐渐缓解病情^[4-5]。

营养支持疗法主要关注ICU重症患者营养摄取情况,根据患者身体机能变化情况,实施针对性的治疗干预,帮助患者补充所需营养,让患者机体充分吸收营养,增强组织功能,提高术后恢复效果,逐渐消退临床症状,拥有更加健康的身体。营养支持疗法的实施,为患者提供专业化、针对性的治疗干预,可改善患者病情,也可舒缓患者不良的心理状态,比如气馁、消极、自卑等心理。在治疗的过程中将营养管或鼻腔管放入患者的胃内,依据患者身体状况,判断营养需求,进而向患者胃部输送适量营养液、蛋白质、维生素及微量元素等,让患者机体可以充分吸收所需营养,提高机体免疫水平。ICU重症患者吞咽食物,消化食物,吸收营养物质的这一过程,可能造成肠胃黏膜损伤,出现流血现象,加剧感染程度,可能造成疾病的进一步扩散。以上治疗方法的实施,降低了对患者胃肠损伤,避免患者肠胃出血,让肠胃得到恢复,逐渐增强胃肠功能,为后续更好地食用食物,获取营养,改善身体机能做准备^[6-7]。本研究结果显示,治疗后观察组血清白蛋白、淋巴细胞数、体重指数都明显提高,并高于对照组;机械通气时间明显降低,并低于对照组,说明营养支持疗法应用价值较高,对患

者实施针对性的治疗,可改善患者机体难以吸收营养的状况,让患者机体在营养的支持下逐渐恢复,加快新陈代谢,改善细胞组织,抵抗病原体,逐渐消除临床症状,降低并发症诱发的可能。

综上所述,临床治疗ICU重症患者,可实施针对性较强的治疗方案。营养支持疗法的应用价值较高,可为患者提供专业性的服务,帮助患者吸收营养,逐渐提高患者身体免疫水平,同时降低并发症诱发概率,改善患者病情,使患者身体逐渐恢复,可广泛应用于临床。

参考文献:

- [1]李丹菊,杜静,李芳琴.ICU肿瘤重症患者应用营养支持疗法的临床护理要点研究[J].吉林医学,2020,41(4):993-994.
- [2]肖春红,张再重,宋京翔,等.营养支持治疗在慢性危重症治疗中的作用[J].中华胃肠外科杂志,2019,22(11):1016-1020.
- [3]董敬之,刘睿,李璐,等.间断喂养与持续喂养对危重症患者肌肉萎缩和营养状态的影响[J].中华危重病急救医学,2021,33(7):844-848.
- [4]朱娟,王龙安,秦历杰,等.肠内营养序贯疗法在重症脑血管病的应用[J].中华急诊医学杂志,2018,27(8):872-875.
- [5]石俊,席力罡,迟天航,等.静息能量监测在机械通气患者营养支持治疗中的应用价值[J].中华危重病急救医学,2019,31(1):98-101.
- [6]王倩,沈丽娟,关云艳,等.免疫型肠内营养支持对ICU重症患者的免疫功能及预后的影响分析[J].实用临床医药杂志,2017,15(5):79-81+85.
- [7]董敬之,刘睿,李璐,等.间断喂养与持续喂养对危重症患者肌肉萎缩和营养状态的影响[J].中华危重病急救医学,2021,33(7):844-848.

(上接第16页)

作用。

综上,在甲状腺手术中个性化护理措施的护理效果显著,即可减轻机体疼痛,消除患者负面情绪,还可减少各种并发症,改善其生活质量,患者普遍较为满意,可进一步借鉴推广。

参考文献:

- [1]吴敏.个性化护理措施在甲状腺手术护理中的效果[J].婚育与健康,2021,11(13):99.
- [2]Chen Wana, Li Jie, Peng Sui, et al. Association of Total Thyroidectomy or Thyroid Lobectomy With the Quality of Life in Patients With Differentiated Thyroid Cancer With Low to Intermediate Risk of Recurrence.[J]. 2021,11(03):11-12.
- [3]周旭,杜明月,杨旗琴.甲状腺手术护理中个性化护理措施应用效果[J].婚育与健康,2021(5):76.
- [4]孙志慧.甲状腺手术护理中个性化护理措施的应用分析[J].中国保健营养,2021,31(28):130.
- [5]Matsuura Danielli, Yuan Avery, Harries Victoria, et al. Surgical Management of Low-/Intermediate-Risk Node Negative Thyroid Cancer: A Single-Institution Study Using Propensity Matching Analysis to Compare Thyroid Lobectomy and Total Thyroidectomy.[J]. 2021,02(11):114-115.
- [6]赵丽丽,葛婧,魏楠楠,等.个性化护理措施在甲状腺手术护理中的效

果分析[J].中外医疗,2020,39(28):122-124.

- [7]于秋梅.甲状腺手术护理中个性化护理措施的应用效果观察[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(1):148.
- [8]王素清.个性化护理措施在甲状腺手术护理中的效果评价[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(6):121.
- [9]孙平利.个性化护理措施在甲状腺手术护理中的效果分析[J].中外医疗,2019,38(22):148-150.
- [10]乔琳.个性化护理措施在甲状腺手术护理中的应用[J].中国医药指南,2019,17(27):258.
- [11]贺杰美,曾一,陈文君,等.甲状腺手术护理中个性化护理措施的应用分析[J].中国社区医师,2021,37(6):141-142.
- [12]Mahmoud Elsamkary, Heba Isaa, Radwa Elsherif, et al. Assessment of Inflammatory and Morphological Changes in the Conjunctival Cells in Relationship to the Degree of Proptosis in Thyroid - Associated Ophthalmopathy[J]. 2021, 6(4):102-103.
- [13]刘新岩.个性化护理措施应用于甲状腺手术护理中的效果综合分析[J].中国保健营养,2021,31(22):160.
- [14]李爱霞.个性化护理措施在甲状腺手术护理中的应用效果分析[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(75):125.
- [15]俞友芳.个性化护理措施在甲状腺手术护理中临床疗效观察[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(51):143.

掌侧入路钢板内固定旋前方肌处理对桡骨远端骨折腕关节功能的影响分析

程向前

徐州医科大学附属医院急诊医学科 江苏徐州 221000

摘要：目的：分析掌侧入路钢板内固定旋前方肌处理对桡骨远端骨折腕关节功能的影响。方法：对象遴选：桡骨远端骨折患者，合计 60 例，遴选时间段：2019 年 02 月-2022 年 02 月，遵照分配法则（计算机等量分配法），30 例患者资料收录对照组，采取旋前肌切开的掌侧入路钢板内固定处理，30 例患者资料收录观察组，采取旋前肌不切开的掌侧入路钢板内固定处理。观察并统计不同处理措施对患者手术效果、腕关节功能、术后并发症、生活质量的影响。结果：手术效果分析：两组患者手术时间、尺偏角、掌倾角、桡骨高度相差不大， $P>0.05$ ；相较于对照组，观察组切口愈合、住院时间数值明显更低 $P<0.05$ 。腕关节功能分析：相较于对照组，观察组优良率数据更高， $P<0.05$ 。术后并发症分析：相较于对照组，观察组并发症数值明显低， $P<0.05$ 。生活质量分析：治疗前，两组患者数据相距小， $P>0.05$ ；治疗后，相较于对照组，观察组患者的生活质量数值显著提升， $P<0.05$ 。结论：对桡骨远端骨折患者采取旋前肌不切开的掌侧入路钢板内固定处理，治疗效果显著，减少了并发症，获得了良好的腕关节功能恢复效果，有助于患者早期康复。

关键词：腕关节功能；临床效果；手术效果；腕关节功能；术后并发症

桡骨远端骨折是指距离桡腕关节面 3cm 以内的骨折，在临床中较为常见，占全身骨折的 16%，占急诊骨折的 17%，其中涉及关节面骨折约占总数的 1/4。最常发生于青年和老年两个年龄段，其中青年主要以高能量损伤为主，男女发病率没有差别；老年桡骨骨折主要以低能量跌倒为主要原因。桡骨远端骨折治疗的基本原则是恢复关节面平整，维持和稳定解剖复位，保证骨折端稳定，以利于早期行功能锻炼。目前，针对桡骨远端骨折患者，均采取内固定手术治疗，其治疗效果显著，但是是否保留旋前肌成为手术争议的问题^[2]。因此，本研究以收治的患者为对象，实施旋前方肌切开、不切开的掌侧入路钢板内固定旋处理治疗，详细数据做如下陈述。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

筛选对象：于本院就诊、治疗的桡骨远端骨折患者，筛选时间段 2019 年 02 月-2022 年 02 月，合计 60 例，遵照分配法则（计算机等量分配法），每组收录对象 30 例。

对照组（实施旋前肌切开的掌侧入路钢板内固定治疗）：患者年岁取值 45-75 岁，年岁取值经检验（ 60.09 ± 8.37 ）岁，男女比 19:11，BIM 参数 $20.56\text{--}25.03\text{kg/m}^2$ ，BIM 参数经检验（ 22.80 ± 0.67 ） kg/m^2 ，受伤因素：意外事故 13 例、跌倒 10 例、高处坠落 7 例，分型：A3 型 2 例、B1 型 7 例、B2 型 10 例、B3 型 7 例、C1 型 4 例；观察组（实施旋前肌不切开的掌侧入路钢板内固定治疗）：患者年岁取值 46-75 岁，年岁取值经检验（ 60.11 ± 8.39 ）岁，男女比 18:12，BIM 参数 $20.58\text{--}25.05\text{kg/m}^2$ ，BIM 参数经检验（ 22.83 ± 0.69 ） kg/m^2 ，受伤因素：意外事故 12 例、跌倒 9 例、高处坠落 9 例，分型：A3 型 3 例、B1 型 6 例、B2 型 9 例、B3 型 8 例、C1 型 4 例。参数经过系统录入，参数比较差距， $P>0.05$ ，可以实施对比研究。

纳入标准：全部患者经过三维 CT 检查、重建，确诊；对象年龄取值 45-75 岁；受伤至入院时间 ≤ 6 天；经调查，既往无重度心脑血管疾病、家族病史者；无手术禁忌症患者；患者、家属具有知情权，愿意与医护人员配合，签订同意书。

排除标准：排除受伤至入院时间 ≥ 7 天；排除恶性肿瘤、心力衰竭、肝

肾功能不全者；拒绝配合医护人员操作者；对本研究手术有禁忌症或者短期内执行者；一般资料不真实者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 旋前肌切开的掌侧入路钢板内固定，治疗流程：依据病情、身体、生命指数，调节体位，更改为仰卧位，定位臂丛神经，实施阻滞，止血带于患侧上臂绑扎。掌侧入路，牵拉桡神经、动脉，置于桡侧位置，桡侧腕管、腕屈肌实施牵拉，直至尺侧，桡骨远端定位、暴露，旋前方肌位置确认，充分暴露，旋前肌远端执行剥离处理，桡骨隆突筋膜执行剥离，桡骨远端被充分暴露，经过 C 臂机 X 线引导，复位骨折端，确认患者桡骨远端关节面复位情况，之后切开桡骨远端位置的旋前肌，根据患者病情，选择合适的掌侧钢板，螺钉至少选择 3-4 枚固定，固定深度（不超过掌侧皮质穿透深度），近端位置螺钉 3 枚固定，最后，利用 C 臂机 X 线透视观察，复位满意，缝合切口，手术完成。

1.2.2 观察组 旋前肌不切开的掌侧入路钢板内固定，治疗流程：术前准备、阻滞、止血带用法同对照组。确认掌侧入路点，皮下组织逐层切开，桡动脉、侧腕屈肌肌腱位置确认，执行钝性分离，进入位置位于桡侧腕屈肌与肱桡肌间，牵引桡侧腕屈肌，置于尺侧，正中神经与拇长屈肌牵引，安排至尺侧，周围神经保护，旋前方肌被暴露，分离位于远侧缘肌肉位置下方的骨膜，肌肉近侧牵引，骨折端充分暴露，骨折血肿清理，借助 C 臂机 X 线透视，执行复位处理，选择合适的克氏针，临时固定，若发现患者缺损骨严重，可以执行自体髂骨植入处理。旋前方肌、骨膜运用钝性分离法处理，选择合理的钢板，将其置于旋前方肌下掌侧位置，骨膜滑动孔运用血管钳拨开，固定，螺钉选择合适的 3-4 枚固定，穿透深度以掌侧皮质厚度为准，运用螺钉 3 枚固定近端，C 臂机 X 线透视，复位满意，克氏针拔除，手术切口缝合。

两组患者手术完毕后，根据情况，患肢适量抬高，并执行冷敷，术后 1 日内，指关节、掌指关节配合康复功能展开训练。

1.3 分析指标

1.3.1 腕关节功能 对两组患者的腕关节功能、术后并发症进行评估。

其中腕关节评估划分为四级，运用 Gart-land-Werley 万步功能评估，经过治疗，恢复随访，患者的握力、加持力完全恢复，腕部伸屈力有所减少，视为优；经过治疗，恢复随访，患者的握力、加持力有所恢复，腕部伸屈力降低了 30%左右，视为良；治疗且随访，握力、加持力降低原来的 30%，腕部伸屈力减少原来的 50%，视为中；以上三项指数，未达成，视为差。

1.3.2 手术效果 观察并统计两组患者手术时间、切口愈合时间、尺偏角、掌倾角、桡骨高度、住院时间。

1.3.3 生活质量 运用生活质量表分析两组患者的生活状态，内容：躯体功能、物质生活、精神世界、社会支持，每个阶段评估分值 100 分，评估分值高，生活质量明显提升。

1.3.4 术后并发症 观察两组患者的术后并发症情况，内容：腕关节旋前受限、肌腱粘连、创伤性关节炎、切口感染。

1.4 统计学方法

参数经过 Excel 参数收录，将其传输至统计学系统检验，检验版本运用 SPSS23.0，以确定研究是否有统计学意义。持续性计量数据、计数数据为本次参数类型，表述统一运用均数、标准差、频数、构成比，即： $(\bar{x} \pm s)$ 、 $(n, \%)$ ，检验方法统一运用方差、非参数、t、 χ^2 ，比较结果 $P < 0.05$ ，视为本次研究存在统计学意义。

2. 结果

2.1 腕关节功能

相较于对照组，观察组患者的腕关节功能明显改善，优良率更高， $P < 0.05$ ，见表 1。

表 1 腕关节功能 (n, %)

组别	频数	优	良	中	差	优良率
对照组	30	11	9	6	4	66.67
观察组	30	15	12	2	1	90.00
χ^2	--	--	--	--	--	4.8118
P	--	--	--	--	--	0.0283

2.2 手术效果

两组手术效果分析，手术时间、尺偏角、掌倾角、桡骨高度差距小，

表 4 生活质量 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	频数	躯体功能		物质生活		精神世界		社会支持	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	57.89±	70.31±	62.31±	72.34±	58.94±	71.66±	60.34±	76.89±
		5.64	7.64	6.24	5.89	6.37	5.87	5.97	6.13
观察组	30	57.93±	83.22±	63.08±	81.67±	58.99±	85.62±	60.38±	84.65±
		5.69	6.88	5.87	6.37	6.48	6.08	6.03	4.95
t	--	0.0273	6.8777	0.4923	5.8903	0.0301	9.0474	0.0258	5.3945
P	--	0.9783	0.0000	0.6244	0.0000	0.9761	0.0000	0.9795	0.0000

3. 讨论

桡骨远端骨折，在上肢骨折中非常常见，直接暴力和间接暴力都可导致，发病率和致残率也都非常高。累及桡骨远端关节面的骨折如果处理不当可导致腕关节疼痛、僵硬，对后期日常工作造成影响，降低生活质量^[3]。胡海洋等人认为对于桡骨关节面塌陷大于 2mm、手法难以复位的患者，要

无统计学意义 $P > 0.05$ ；相较于对照组，观察组切口愈合、住院时间较短，数据差距大， $P < 0.05$ ，见表 2。

表 2 手术效果 (n, %)

组别	频数	手术时间	切口愈合时间	尺偏角	掌倾角	桡骨高度	住院时间
对照组	30	56.33±	7.56±	25.28±	13.34±	11.55±	12.25±
		7.53	2.11	0.86	0.88	0.39	1.86
观察组	30	53.62±	5.09±	24.96±	13.39±	11.41±	8.10±
		8.49	1.47	0.98	0.75	0.43	1.36
t	--	1.3079	5.2609	1.3443	0.2369	1.3209	9.8649
P	--	0.1960	0.0000	0.1841	0.8136	0.1917	0.0000

2.3 术后并发症

相较于对照组，观察组术后并发症发生率降低，数据为 6.67%，见表 3。

表 3 术后并发症 (n, %)

组别	频数	腕关节旋前受限	肌腱粘连	创伤性关节炎	切口感染	发生率
对照组	30	3	1	3	3	33.33
观察组	30	1	0	0	1	6.67
χ^2	--	--	--	--	--	6.6667
P	--	--	--	--	--	0.0098

2.4 生活质量

治疗前，两组患者的生活质量数据差距小， $P > 0.05$ ；治疗后，相较于对照组，观察组躯体功能评估分值提高，物质生活水平明显改善，精神世界发生明显转变，社会支持评估分值高， $P < 0.05$ ，见表 4。

尽早实施手术切开复位内固定治疗，以达到骨折复位、坚强固定，有利于早期行功能锻炼。就目前手术治疗情况分析，掌侧入路钢板内固定旋前方肌处理应用率较高，但是是否切旋前方肌对患者影响较大，故而此问题成为当下争议的关注点^[4-7]。

(下转第 37 页)

循证护理在急性阑尾炎护理中的应用及满意度分析

李树芬

山东聊城市东昌府人民医院 山东聊城 252000

摘要：目的：测定、探究急性阑尾炎护理中，行循证护理方案的临床意义。方法：选入急性阑尾炎患者。以 2019.09 至 2021.09 为研究时间。所有患者均行手术治疗。总计 88 例。采用随机数字表法将其分为两组。其中 44 例归至参照组，常规护理。其余 44 例纳入试验组，询证护理。对两组护理满意度、生活质量、临床指标、睡眠情况进行评估、测定。结果：（1）试验组护理满意度比参照组高， $P<0.05$ 。（2）出院时，社会关系、环境、心理以及生理等层面，试验组评分均比参照组高， $P<0.05$ 。（3）试验组首次排气、排便、下床时间、住院时间均少于参照组， $P<0.05$ 。（4）出院时，两组睡眠质量评分均下降，试验组更低， $P<0.05$ 。结论：予以急性阑尾炎患者循证护理模式，所获效果理想。除提高患者生活质量外，还可加快患者恢复速度，提高其睡眠质量，在促进护理满意度提升方面价值确切。

关键词：急性阑尾炎；循证护理；睡眠；应用价值

Application and satisfaction analysis of evidence-based nursing in nursing of acute appendicitis

Li Shufen People's Hospital of Dongchangfu, Liaocheng, Shandong (Liaocheng, Shandong) 252000 Liaocheng, Shandong

【Abstract】 Objective: To measure and explore the clinical significance of evidence-based nursing program in the nursing of acute appendicitis. Methods: Patients with acute appendicitis were selected. Take 2019.09 to 2021.09 as the research time. All patients underwent surgery. A total of 88 cases. They were divided into two groups using the random number table method. Among them, 44 cases were assigned to the reference group and received routine care. The remaining 44 cases were included in the experimental group for evidence-based nursing. Nursing satisfaction, quality of life, clinical indicators, and sleep conditions were evaluated and measured in the two groups. Results: (1) The nursing satisfaction of the experimental group was higher than that of the reference group, $P<0.05$. (2) At the time of discharge, the scores of the experimental group were higher than those of the reference group in terms of social relations, environment, psychology and physiology, $P<0.05$. (3) The first exhaustion, defecation, time to get out of bed, and hospital stay in the experimental group were less than those in the reference group, $P<0.05$. (4) At the time of discharge, the sleep quality scores of the two groups decreased, and the test group was even lower, $P<0.05$. Conclusion: The evidence-based nursing model for patients with acute appendicitis has achieved satisfactory results. In addition to improving the quality of life of patients, it can also speed up patient recovery and improve the quality of their sleep, which is definitely valuable in promoting nursing satisfaction.

【Key words】 acute appendicitis; evidence-based nursing; sleep; application value

急性阑尾炎属于临床高发急腹症。患者发病后，可感到右下腹疼痛。由于该病起病较急，并且进展速度快，所以只有及时采取治疗方案，才能避免患者生命安全受到威胁^[1]。临床治疗该病以保守治疗、手术治疗较为常见。由于保守治疗在控制疾病进展方面效果不理想，所以多采用手术方案。但是经由手术治疗，患者术后易出现一些列并发症。为此，本研究探寻询证护理应用于急性阑尾炎护理中的有效性，报告如下。

1 资料与方法

1.1 基础资料

自 2019.09 起，选入急性阑尾炎，且采取手术治疗患者，至 2019.09 结束。以随机数字表法为分组方案，将 88 例患者分至两组。参照组选入 44 例。本组男性 23 例，女性 21 例。最高年纪为 63 岁。最低年纪为 22 岁。平均数值为 (31.36 ± 2.63) 岁。病程区间：3 小时至 6 天。平均为 (2.60 ± 0.37) 天。试验组选入 44 例。本组男性 21 例，女性 23 例。最高年纪为 62 岁。最低年纪为 23 岁。平均数值为 (31.40 ± 2.58) 岁。病程区间：4 小时至 5 天。平均为 (2.58 ± 0.29) 天。对两组基线资料进行分析、统计，差异性较弱， $P>0.05$ ，研究价值存在。

纳入要求：（1）手术治疗患者。（2）知情本研究患者。

排除要求：（1）合并心、肾等脏器严重病变患者。（2）存在精神疾病患者。（3）难以正常沟通患者。

1.2 方法

参照组：常规护理。患者入院，护理人员对其疾病情况进行评估，并指导其完成相关检查。同时，为患者讲解急性阑尾炎发生原因、治疗方案等。

试验组：采用循证护理方案，相关医护人员组成循证护理小组，对急性阑尾炎护理中存在的问题进行分析。同时，查找文献，检索阑尾炎发生机制、护理措施等内容。根据所得资料，制定相应护理方案，具体方案如下：（1）对患者进行健康教育，使其了解阑尾炎相关知识、注意事项等。（2）患者手术后，需要指导其采取相应体位，避免切口受压而致疼痛感增加。此外，还应密切观察引流情况，尤其是引流液颜色、性质等。（3）急性阑尾炎患者术后并发相关并发症的概率较高，极易导致患者心理状态受到影响。为此，还应加强心理干预。护理人员除与患者沟通、交流外，还应了解其相关寻求，并予以其帮助。（4）护理人员还应对患者进行饮食指导，避免其摄入辛辣、刺激等食物。患者应多选择高热量、高维生素食物。（5）并发症护理。患者术后，护理人员需要对其切口情况进行仔细观察。如果出现化脓物质，需要及时行引流处理。此外，对于炎性渗出物较少的患者，可利用药物进行干预，目的是加快肉芽组织生长速度，进而预防感染发生。为防止患者出现黏连性肠梗阻，还应指导患者进行床上运动。对于疾病情况较轻的患者，可让其术后 6 小时下床活动。

1.3 观察指标

（1）护理满意度。该指标测定，以问卷形式进行。患者出院前，邀请其作答本院自制满意度调查问卷。共 20 个题目，每个题目为 0 至 5 分。超过 85 分，为十分满意。低于 60 分，为不满意。在二者之间，为满意。

（2）临床指标。包括首次排气、排便、下床时间、住院时间等。

（3）生活质量。生存质量测定量表为该指标评估根据。涉及社会关系、环境、心理、生理等内容。满分为 100 分。分数与生活质量为正相关。

（4）睡眠质量。匹兹堡睡眠指数量表对该指标进行评估。分数低，

睡眠好。

1.4 统计学方法

统计学软件 SPSS23.0, 对本研究数据进行处理。(%)、($\bar{x} \pm s$) 表示计数、计量资料。检验方式为卡方检验、t 检验。检验结果, $P < 0.05$, 数据存在统计价值。

2 结果

2.1 护理满意度研究

试验组护理满意度比参照组高, $P < 0.05$ 。(数据见表 1)。

表 1: 护理满意度研究[n (%)]

组别	例数 (n)	十分满意	满意	不满意	总满意率
试验组	44	31 (70.45%)	11 (25.00%)	2 (4.54%)	42 (95.45%)
参照组	44	22 (50.00%)	13 (29.54%)	9 (20.45%)	35 (79.54%)
χ^2					5.0909
P					0.0240

2.2 生活质量研究

入院时: 试验组、参照组社会关系评分: (12.56±2.16)分、(12.60±2.21)分。T 值=0.0858, P 值=0.9318。两组环境评分: (11.64±2.30)分、(11.59±2.41)分。T 值=0.0995, P 值=0.9209。两组心理评分: (11.49±2.42)分、(11.51±2.38)分。T 值=0.0390, P 值=0.9689。两组生理评分: (12.05±2.08)分、(12.06±2.52)分。T 值=0.0203, P 值=0.9839。

出院时: 试验组、参照组社会关系评分: (22.38±3.22)分、(16.49±3.31)分。T 值=8.4606, P 值=0.0000。两组环境评分: (20.84±3.12)分、(14.66±3.39)分。T 值=8.8976, P 值=0.0000。两组心理评分: (21.95±3.24)分、(15.76±3.41)分。T 值=8.7290, P 值=0.0000。两组生理评分: (20.83±3.12)分、(15.11±3.39)分。T 值=8.2353, P 值=0.0000。

入院时, 两组各项生活质量评分分布较为均衡, $P > 0.05$ 。出院时, 社会关系、环境、心理以及生理等层面, 试验组评分均比参照组高, $P < 0.05$ 。

2.3 临床指标研究

首次排气时间: 试验组、参照组依次为 (0.91±0.12)天、(1.42±0.36)天。T 值=8.9148, P 值=0.0000。

首次排便时间: 试验组、参照组依次为 (1.01±0.26)天、(1.88±0.28)天。T 值=15.1032, P 值=0.0000。

首次下床时间: 试验组、参照组依次为 (1.41±0.46)天、(2.35±0.42)天。T 值=10.0100, P 值=0.0000。

住院时间: 试验组、参照组依次为 (5.17±0.74)天、(7.03±0.44)天。T 值=14.3308, P 值=0.0000。

试验组首次排气、排便、下床时间、住院时间均少于参照组, $P < 0.05$ 。

2.4 睡眠情况研究

入院时: 试验组、参照组日间活动评分: (2.28±0.54)分、(2.30±0.56)分。T 值=0.1705, P 值=0.8650。两组入睡时间评分: (2.27±0.47)分、(2.29±0.44)分。T 值=0.2060, P 值=0.8372。两组睡眠时间评分: (2.32±0.20)分、(2.33±0.24)分。T 值=0.2123, P 值=0.8324。两组睡眠效率评分: (2.37±0.42)分、(2.36±0.43)分。T 值=0.1103, P 值=0.9124。两组主观睡眠质量评分: (2.44±0.39)分、(2.42±0.41)分。T 值=0.2344, P 值=0.8152。两组睡眠障碍评分: (2.38±0.37)分、(2.39±0.36)分。T 值=0.1284, P 值=0.8981。

出院时: 试验组、参照组日间活动评分: (0.96±0.26)分、(1.60±0.32)

分。T 值=10.2963, P 值=0.0000。两组入睡时间评分: (1.21±0.27)分、(1.95±0.52)分。T 值=8.3776, P 值=0.0000。两组睡眠时间评分: (1.18±0.26)分、(1.83±0.31)分。T 值=10.6565, P 值=0.0000。两组睡眠效率评分: (1.11±0.20)分、(1.62±0.51)分。T 值=6.1753, P 值=0.0000。两组主观睡眠质量评分: (1.30±0.39)分、(1.73±0.47)分。T 值=4.6702, P 值=0.0000。两组睡眠障碍评分: (0.59±0.15)分、(1.33±0.42)分。T 值=11.0062, P 值=0.0000。

入院时, 两组各项睡眠质量评分波动较小, $P > 0.05$ 。出院时, 两组各项评分均下降, 试验组更低, $P < 0.05$ 。

3 讨论

急性阑尾炎在临床具有较高的发生概率。该病主要特征即起病急、病情发展快。现阶段, 临床认为盲肠病变、阑尾扭曲畸形等均是诱发急性阑尾炎的关键因素。此外, 若患者存在家族阑尾炎史, 或者粪石阻塞等, 则发生急性阑尾炎的概率也相对较高^[2]。若治疗不及时, 则随着病情进展, 出现阑尾穿孔、腹膜炎的可能性将会增加。在此情况下, 患者生命安全将会受到威胁。临床治疗该病以手术方式为主^[3]。但是受术后疼痛、长时间卧床等影响, 诱发相关并发症的概率较高。这就导致患者术后康复效果降低。为此, 在患者围手术期, 还应采取必要的护理干预方案。

循证护理以循证理念为基础, 通过分析患者护理中存在的问题、查找资料、制定有效的护理方案, 进而达到加快患者恢复速度, 提高其治疗效果的目的^[4]。本研究显示, 试验组首次排气、排便、下床时间、住院时间均少于参照组, $P < 0.05$ 。究其原因, 该种护理模式可知患者进行早期床上运动, 有利于预防相关并发症发生, 进而促进患者排气、排便, 加快其下床活动时间, 进而缩短其住院时间。除此之外, 急性阑尾炎患者术后伴有不同程度的疼痛感, 进而影响患者睡眠质量。本研究发现, 入院时, 两组各项睡眠质量评分波动较小, $P > 0.05$ 。出院时, 两组各项评分均下降, 试验组更低, $P < 0.05$ 。由此可见, 通过疼痛护理, 环境干预等, 可有效减轻患者术后疼痛感, 进而促进其睡眠质量改善。本研究显示, 试验组护理满意度比参照组高, $P < 0.05$ 。入院时, 两组各项生活质量评分分布较为均衡, $P > 0.05$ 。出院时, 社会关系、环境、心理以及生理等层面, 试验组评分均比参照组高, $P < 0.05$ 。经由循证护理干预, 患者身心状态均发生较大变化, 不仅能够提高其生活质量, 还可提升护理满意度^[5]。

综上所述, 急性阑尾炎护理中, 采用循证护理, 临床效果优异。一方面, 患者下床时间提前, 住院时间减少。另一方面, 患者睡眠质量改善, 生活质量提升。

参考文献:

- [1]张万萍,雷文芳,刘光惠,梁亚惠.针对性护理对急性化脓性阑尾炎患者术后康复及护理工作满意度的影响研究[J].贵州医药,2021,45(10):1675-1676.
- [2]霍转梅.精细化护理干预对开腹手术治疗穿孔坏疽阑尾炎患者的应用及对预后的影响[J].中国药物与临床,2021,21(19):3350-3352.
- [3]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.
- [4]钟素琼.心理护理干预在急性阑尾炎患者手术室护理的应用效果及对患者不良心理的改善分析[J].包头医学院学报,2021,37(07):79-83.
- [5]窦花园.循证护理应用于急性阑尾炎护理中对并发症发生率的影响[J].家庭生活指南,2021,37(08):110-111.

临床护理路径在老年高血压护理中的临床应用及有效性分析

李玉

泗水县人民医院 山东济宁 273200

摘要:目的: 研究分析老年高血压患者实施临床护理路径的有效性。方法: 本次选取研究目标为老年高血压患者, 共计 50 例, 入组后采用双盲形式进行患者分组, 分为路径组、一般组, 路径组采取临床护理路径、一般组应用常规护理模式, 对比两组护理依从性、护理前后患者血压水平(收缩压、舒张压)、生活质量评分。结果: 路径组护理依从性与一般组比较, 存在差异明显, 路径组护理依从性更高($P < 0.05$), 护理前, 测量两组患者血压水平(收缩压、舒张压), 两组血压水平(收缩压、舒张压)相近($P > 0.05$), 护理后, 路径组血压水平显著低于一般组, 存在较强指标对比优势($P < 0.05$), 护理前, 路径组生活质量评分对比一般组, 统计学差异较小($P > 0.05$), 护理后, 路径组与一般组生活质量评分对比, 路径组评分更高, 有显著指标对比优势性($P < 0.05$)。结论: 老年高血压护理中采取临床护理路径可促进患者血压水平及生活质量均明显改善, 提高护理依从性。

关键词: 老年高血压; 临床护理路径; 血压水平; 生活质量评分

Clinical application and effectiveness analysis of clinical nursing pathway in elderly hypertensive nursing

【Abstract】 Objective: To study and analyze the effectiveness of implementing clinical nursing pathway in elderly hypertensive patients. Methods: The target of this study was elderly hypertensive patients, with a total of 50 cases. After enrollment, patients were grouped in a double-blind manner and divided into a pathway group and a general group. The nursing compliance, blood pressure levels (systolic blood pressure, diastolic blood pressure) and quality of life scores of patients before and after nursing were compared between the two groups. Results: Compared with the general group, the nursing compliance in the pathway group was significantly different, and the nursing compliance in the pathway group was higher ($P < 0.05$). (systolic blood pressure, diastolic blood pressure) were similar ($P > 0.05$). After nursing, the blood pressure level of the pathway group was significantly lower than that of the general group, and there was a strong comparative advantage in indicators ($P < 0.05$). Before nursing, the quality of life score of the pathway group was compared with that of the general group. , the statistical difference was small ($P > 0.05$). After nursing, the scores of life quality of the pathway group and the general group were compared, and the scores of the pathway group were higher, and there was a significant index comparative advantage ($P < 0.05$). Conclusion: The clinical nursing pathway in elderly hypertension nursing can significantly improve the blood pressure level and quality of life of patients, and improve nursing compliance.

【Key words】 elderly hypertension; clinical nursing pathway; blood pressure level; quality of life score

高血压为临床中发病率较高的疾病, 老年人为高血压的主要发病人群, 其患病时间较长, 大部分患者会合并各类慢性病, 使患者病情加重。同时, 提高了并发症心血管疾病的危险^[1-2]。现阶段, 口服降压药为老年高血压的常用治疗方法, 大部分患者均需要通过终身服药来实现血压水平维持。伴随患者的用药时间延长, 治疗依从性逐步降低^[3]。同时, 由于患者对于疾病相关知识及治疗方法了解不够透彻、不全面, 会对于总体治疗效果产生影响, 临床上应注重加强护理。临床护理路径为系统的护理模式, 能够以时间作为横轴, 以护理内容作为纵轴, 积极执行护理操作中的各项路径, 严格执行工作顺序及时间要求, 进一步提高护理质量。本次选取我院老年高血压患者应用临床护理路径的应用价值, 报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

本次从 2020.4-2021.7 期间入院的老年高血压患者进行选择, 从中共计选取 50 例入组。纳入标准: 年龄 60 岁以上, 无沟通障碍、血常规及尿常规指标均正常者。排除标准: 存在精神障碍者, 双盲法进行患者分组, 命名为路径组及一般组, 两组均 35 例, 路径组: 入组男患 12 例、女患 13 例, 均在 67-89 岁内, 均值为 71.42 ± 2.35 (岁); 一般组: 入组男患 11 例、女患 14 例, 均在 66-90 岁内, 均值为 71.37 ± 2.29 (岁), 对于入组患者的一般资料实施进一步分析, 结果比较得 $P > 0.05$, 对比成立。

1.2 方法

一般组应用常规护理, 为患者实施健康宣教, 向患者介绍其用药方法, 并说明遵医嘱用药的重要意义。

路径组应用临床护理路径: ①建立临床护理路径小组: 将患者入院时间

作为横轴, 护理方法作为纵轴, 制定相应的路径表, 在完成表格中的护理措施后在后面打“√”。②患者入院 1-2 天, 护理人员需要向患者及家属进行科室内以及医院病房内的相关情况介绍, 与患者进行积极沟通, 对患者既往用药史、病史、用药禁忌进行了解。同时, 护理人员需要对患者的个体情况进行综合评估, 进一步掌握患者的身体情况。③入院第 3 天, 应注重患者的健康宣教, 健康宣教模式及内容制定应依据患者的理解能力、文化程度、认知水平进行实施, 利用健康知识讲座、视频、宣传手册的形式积极开展健康宣教, 有效增强患者对于高血压的认知。同时, 健康宣教过程中应积极主动向患者讲解用药过程中以及用药后可能产生的不良反应症状, 并指导患者能够遵医科学用药, 避免产生不良医患矛盾及纠纷。④出院时应进行手册发放, 为患者提供相应医疗机构的联系方式, 告知患者如存在任何疑问及不适应及时取得联系。

1.3 观察指标

观察研究护理指标: 护理依从性、护理前后患者血压水平(收缩压、舒张压)、生活质量评分。护理依从性: (1)完全依从: 可配合完成各项护理; (2)一般依从: 可配合完成部分护理; (3)不依从: 不配合护理。护理依从性 = (总数 - 不依从数) / 总数 $\times 100\%$ 。生活质量评分: 采用 SF-36 生活质量评估表对于患者的生活质量进行全面评估, 分为 5 项, 总分 100 分, 分数高表示患者生活质量好。

1.4 统计学方法

利用统计学 SPSS22.0 针对临床护理路径应用效果相关指标进行计算, 护理依从性持卡方进行检验, (n, %) 表示指标, 护理前后患者血压水平(收缩压、舒张压)、生活质量评分值持 ($\bar{X} \pm s$) 表示方法, t 对数据

检验,软件对比后如 $P<0.05$,则有对比意义。

2. 结果

2.1 一般组及路径组护理依从性比较

路径组护理依从性:一般依从护理11例,占比44.00%,完全依从护理13例,占比52.00%,不依从1例,占比4.00%,护理依从性96.00%,与一般组护理依从性:一般依从护理6例,占比24.00%,完全依从护理8例,占比32.00%,不依从11例,占比44.00%,护理依从性52.00%对比,存在显著差异性,有统计学意义($X^2=1.9649$, $P=0.0009$)。

2.2 路径组、一般组血压水平(收缩压、舒张压)比较

护理前,路径组血压水平(收缩压 $158.37\pm 4.26\text{mmHg}$ 、舒张压 $102.37\pm 4.25\text{mmHg}$),一般组血压水平(收缩压 $157.26\pm 4.39\text{mmHg}$ 、舒张压

$102.55\pm 4.17\text{mmHg}$)相似性较强,差异性小($t=0.0973$ 、 0.1512 , $P=0.3688$ 、 0.8805),护理后,路径组血压水平(收缩压 $125.28\pm 3.37\text{mmHg}$ 、舒张压 $84.37\pm 2.66\text{mmHg}$),一般组血压水平(收缩压 $141.26\pm 4.39\text{mmHg}$ 、舒张压 $91.42\pm 4.38\text{mmHg}$)差异明显,路径组血压水平更低($t=14.4371$ 、 6.8788 , $P=0.0000$ 、 0.0000)。

2.3 路径组、一般组生活质量评分对照

护理前,路径组身体健康、心理功能、生理功能、社会支持、家庭支持与一般组对比,存在显著统计学对比差异($P>0.05$),护理后,路径组与一般组生活质量评分比较,具备统计学意义,路径组评分更高($P<0.05$),见表1所示:

表1 路径组、一般组生活质量评分对照($\bar{x}\pm S$;分)

组别	时间	生理功能	身体健康	心理功能	社会支持	家庭支持
一般组 (n=25)	护理前	41.43 $\pm$ 11.42	42.43 $\pm$ 11.33	42.43 $\pm$ 11.37	41.42 $\pm$ 11.32	42.47 $\pm$ 11.32
	护理后	51.67 $\pm$ 11.47	51.42 $\pm$ 11.43	53.32 $\pm$ 11.51	64.43 $\pm$ 12.72	64.73 $\pm$ 10.32
路径组 (n=25)	护理前	42.43 $\pm$ 11.32	41.44 $\pm$ 11.57	41.14 $\pm$ 11.32	41.45 $\pm$ 11.34	42.42 $\pm$ 11.36
	护理后	78.21 $\pm$ 10.34	75.32 $\pm$ 11.21	78.37 $\pm$ 11.27	84.31 $\pm$ 10.73	87.48 $\pm$ 11.45
t/P 一般组(护理前后)		3.1633/0.0027	2.7930/0.0000	3.3655/0.0015	6.7567/0.0000	7.2659/0.0000
t/P 路径组(护理前后)		11.6687/0.0000	10.5153/0.0000	11.6536/0.0000	13.7268/0.0000	13.9684/0.0000
t/P 组间值(护理后)		8.5931/0.0000	7.4642/0.0000	7.7753/0.0000	5.9731/0.0000	7.3794/0.0000

3. 讨论

近几年,伴随人们生活方式逐步发生改变,生活水平不断提高,部分慢性病发病率表现为逐步上升趋势。高血压属于其中较为常见且发病率较高的慢性病,老年人为高血压的主要患病人群,长期受疾病影响会使患者身体及心理负荷加重,对患者生活质量造成一定影响。同时,会使其并发脑血管疾病的风险增加。临床应注重对于高血压患者的有效护理,常规护理应用广泛,但护理过程中缺乏针对性、规范性护理,内容较为统一及盲目,无法应对突发状况。因此,提出针对老年高血压患者实施临床护理路径,其具备较强的系统性及科学性^[4]。

开展护理前护理人员已经积极掌握了综合情况,同时,依据患者的具体情况制定适宜的护理模式,护理内容实施均具备针对性,可体现出个体差异性认可及尊重。利用临床护理路径能够使老年高血压患者护理后舒张压及收缩压降低,提高健康知识知晓度以及治疗依从性,使患者提高护理工作满意度,充分体现了临床护理路径的护理优势及特征。同时,能够依据时间顺序执行护理流程,满足患者病情治疗需求及心理层面需求,有利于提高整体的护理质量,帮助患者有降低血压提高护理满意度^[5]。

本文研究显示,路径组护理依从性96.00%与一般组护理依从性52.00%对比更高,差异明显($P<0.05$),护理前,两组患者血压水平(收缩压 $158.37\pm 4.26\text{mmHg}$ 、舒张压 $102.37\pm 4.25\text{mmHg}$),收缩压 $157.26\pm 4.39\text{mmHg}$ 、舒张压 $102.55\pm 4.17\text{mmHg}$)对比指标近似,不具备统计学对比意义($P>0.05$),护理后,路径组血压水平(收缩压 $125.28\pm 3.37\text{mmHg}$ 、舒张压 $84.37\pm 2.66\text{mmHg}$)相比一般组明显更低,对比优势性显著($P<0.05$),护理前,路径组生活质量评分(42.43 $\pm$ 11.32、41.44 $\pm$ 11.57、41.14 $\pm$ 11.32、41.45 $\pm$ 11.34、42.42 $\pm$ 11.36)与一般组比较,不具备显著统计学差异($P>0.05$),护理后,路径组生活质量评分(78.21 $\pm$ 10.34、75.32 $\pm$ 11.21、78.37 $\pm$ 11.27、84.31 $\pm$ 10.73、87.48 $\pm$ 11.45)与一般组生活质量评分对比,路径组评分更高,有显著指标对比优势性($P<0.05$),高血压为引发患者产生心脑血管疾病的重要因素,会导致患者产

生脑卒中、心肌梗死、肾功能不全、心力衰竭等相关疾病,使患者社会及家庭经济负担加重。临床护理路径能够依据患者的具体情况为患者制定护理量表,并针对护理计划进行全面综合指导,护理人员能够预见性、主动地为患者实施护理工作,帮助患者实现护理目标明确,促进患者疾病快速康复。临床护理路径的重点突出,内容更加全面,能够有效促进老年患者维持身心健康。全面减少由于集中式教育使患者产生压力大、厌烦感的情况。依据患者的疾病发展情况可促进护理操作过程中减少盲目性,有计划、预见性地实施护理各项操作,促进护理人员能够积极参与个性护理,使患者能够配合各项检查,注重自身的运动、饮食、用药合理性,并对于每日盐的摄入量进行控制,日常保持低脂肪、低胆固醇饮食,多食用新鲜蔬菜及水果。注重自身的血压水平监测,使护理操作内容更加科学化,同时,能够引导患者维持良好的生活习惯及饮食习惯,使其掌握有效自我血压监测方法,并对于相关注意事项能够有效掌握,提高护理质量。

综上,临床护理路径能够通过多个学科人员集中协作,依据患者的个体情况为其实施护理路径制定,使护理内容更加全面及综合,在老年高血压患者中具备较高应用优势,可稳定患者血压水平。

参考文献:

- [1]董海静.基于循证的临床护理路径在老年脑梗死合并高血压患者中的应用[J].中国老年学杂志,2021,41(24):5499-5502.
- [2]郭岭峰,王玲玲.临床护理路径对高血压患者的临床护理效果及护理满意度的影响[J].中国药物与临床,2021,21(16):2892-2894.
- [3]陈叙连,杨凤华,黄彩霞,等.优化院前临床护理路径对高血压脑出血患者抢救效果及满意度的影响[J].基层医学论坛,2021,25(24):3441-3443.
- [4]王月霞.临床护理路径用于微创治疗高血压性脑出血患者护理中的应用[J].中国农村卫生,2021,13(10):64-65.
- [5]汪丽丽.临床护理路径在老年高血压性脑出血患者术后恢复期中的应用效果[J].中国医药指南,2021,19(14):155-156.

西药房日常工作处方调剂中出现的差错分析与防范研究

李振泉

郓城县人民医院 山东/菏泽 274700

摘要：目的：分析西药房日常处方调剂过程中出现的差错情况以及相应的防范措施。方法：研究时间从2020年1月至2021年7月，研究对象为西药房处方调剂中的差错处方，经统计共有188例，对所有的差错处方进行分析，并根据差错原因探究其改进措施。结果：从门诊西药房处方调剂差错类型方面来分析，主要包括品种差错、错发患者差错、用法用量差错、数量差错等类型，其中品种差错和数量差错是比较常见的差错。结论：门诊西药房日常工作处方调剂中比较常见的差错类别为品种差错与数量差错，通过对其原因进行分析并采取相应的防范措施，能降低差错率，临床应该要予以重视。

关键词：西药房；处方调剂差错；差错原因；防范措施

Error analysis and prevention research in prescription dispensing in daily work of western pharmacy

Li Zhenquan, Yuncheng County People's Hospital, Heze City, Shandong Province, 274700

【Abstract】 Objective: To analyze the errors and corresponding preventive measures in the process of daily prescription dispensing in western pharmacies. Methods: The study period was from January 2020 to July 2021. The research object was the wrong prescriptions in the prescription dispensing of western pharmacies. There were 188 cases in total according to statistics. All wrong prescriptions were analyzed, and the improvement measures were explored according to the reasons for the errors. RESULTS: From the analysis of the types of prescription dispensing errors in outpatient western pharmacies, it mainly includes variety errors, wrong patient errors, usage and dosage errors, and quantity errors. Among them, variety errors and quantity errors are relatively common errors. Conclusion: The most common types of errors in prescription dispensing in outpatient western pharmacies are variety errors and quantity errors. By analyzing the causes and taking corresponding preventive measures, the error rate can be reduced, and clinical attention should be paid to it.

【Key words】 Western pharmacy; prescription dispensing errors; error causes; preventive measures

门诊西药房的主要职责在于配置药品、调剂药品等，随着临床医疗卫生事业不断发展、提升，门诊西药部门工作强度逐渐增大，患者的流动性有所增强，同时药品应用范围越来越广，这些因素都会进一步增加门诊西药房工作人员的工作量。临床药师在工作中稍有疏忽就可能会出现差错等情况，且处方调剂质量水平会影响到患者的治疗效果以及治疗安全性，因此临床必须要重视西药房的处方调剂差错发生原因，对其原因进行分析，采取相应措施预防差错发生^[1]。本文主要以我院门诊西药房处方调剂差错作为研究资料，对其差错类别进行分析，并分析其原因，采取相应防范措施，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究样本：于我院2020年1月至2021年7月开具的处方调剂，对其进行回顾性分析，统计其中的差错处方，共有188例，对其差错原因进行分析。

1.2 方法

通过药品调剂差错登记制度对我院门诊西药房处方调剂情况以及药品管理情况进行相应的研究分析，对我院西药房药品调剂、药品管理等方面出现的差错情况予以统计，重点分析其中存在的问题。

1.3 研究指标

统计药品调剂差错类型，对其进行分类，分别为品种差错、错发胡ANZHE差错、用法用量差错以及数量差错等类别，并计算其百分比。

2 结果

经过统计分析发现，品种差错以及数量差错是比较常见的差错类型，具体内容见表1。其中品种差错比较常见于药理作用比较相似的药品当中，如双歧杆菌四联活菌片、双歧杆菌三联活菌散剂等，在配药过程中容易出现混淆等情况；数量差错药品则并没有特异性，但是由于设备槽位异常，可能会出现药品多出或药品少出等故障，最终会出现失误等情况；错发患者差错主要发生在不同患者应用相同药品进行治疗情况下，工作人员在发药过程中并没有仔细核对患者的基本信息，最终导致差错的发生；用法用量差错的主要原因在于药师并没有认真审核处方，仅仅通过处方进行配药等。

表1：门诊西药房处方调剂差错类型分析（%）

差错类型	数量	占比
品种差错	87	46.28
错发患者差错	3	1.60
用法用量差错	13	6.91
数量差错	77	40.96
其他	8	4.26
合计	188	100.00

3 讨论

分析西药房处方调剂差错原因，结果显示主要有药师因素、医师因素以及患者因素等方面，具体内容为：

（1）药师因素：对于门诊西药房来说，药师流动性相对较大，针对药品的品种、药品摆放位置需要一段熟悉时间；药师在临床工作中并没有

严格执行四查十对处方调剂审核工作；处方调剂过程中缺乏认真细致，没有及时发现其中存在的问题，也没有纠正问题处方；药学相关知识掌握力度不够，针对每一种药物的应用方式、药物之间的相互作用、注意事项等均不明确，因此不能进行用药指导。除此之外，药师的精神状态也会对药师的日常工作效率产生不良影响，在长时间的高强度工作情况下，药师容易积累负面情绪，对处方调剂质量产生不良影响，最终会导致调剂差错的发生。药师在处方调剂过程中会受到惯性思维的影响，由于部分药品是以片为单位开具相关处方，因此可能会根据使用数量定期应用自动包药机对其进行包药，包药片数则是根据处方开具频率固定剂量，但是在实际工作当中，医生会结合患者实际情况合理调整药物的使用剂量，药师在工作中按照惯例进行配比可能会导致差错的发生。医院自动发药系统虽然能在一定程度上降低调剂差错发生率，但是由于对其产生的依赖心理，可能会导致药师核对药物品种以及数量时不够仔细，最终出现数量差错等情况。在本次统计过程中并没有发现存在过期药品等差错事件，但是在实际的工作中，药师在配药过程中可能会认为日常工作中已经定期检查药品有效期，因此忽略药品有效期检查工作，有较小概率会出现过期药品差错等问题，对患者的用药安全产生极大影响。

(2) 医师因素：部分医师在电子处方应用过程中可能缺乏足够的熟练度，或者在应用过程中按错数字键等，均可能会对药品规格、药品剂型、药品数量等造成差错；针对多规格药品来说，医师输入药品名称之后并没有核对药品规格，则会出现用法错误等情况，如孟鲁司特钠片有两种规格，分别为 4mg 与 10mg，且均由机器出药，药师在调剂过程中忽略患者年龄就容易发生差错事件；部分需要特殊事件给药的药物或固定给药频率药物并没有对患者进行详细交代，就会导致给药时间差错等情况。

(3) 患者因素：患者会根据医师给出的取药时间到指定窗口进行排队，同时对应窗口会出现患者的名字，在药物调剂高峰期时窗口排队人数比较多，患者等待时间比较长，容易出现各种负面情绪，对发药药师的工作状态产生不良影响，可能会引起调剂差错等情况。针对老年人等特殊群体在窗口取药时可能会出现少拿、错拿等情况，患者对药师的用药指导依从性比较差，部分患者在药物剂量调整过程中比较倾向于按照习惯用药^[2]。

(4) 环境因素：因环境因素引起的处方调剂差错主要包括设备因素、外围药品摆放位置因素以及窗口环境因素等，首先是设备因素，自动发药机设备可能会出现卡槽异常发生药品少出、药品错出以及药品多出等情况；同时设备当中主要放置包装不规则药品以及注射剂，在出药时会出现红点指示药品位置，但是红点颜色会变浅或者指示位置发生偏移等情况，最终导致差错的发生。其次是外围药品摆放位置，部分外包装比较相似，名称比较相似，在摆放位置上也比较相近，因此会出现拿错药物等情况发生，通过对差错案例进行分析发现，不同胰岛素种类差错以及数量差错等情况发生率相对较高。最后是窗口环境，一般来说，门诊西药房发药窗口均为半开放式窗口，在高峰期人员的流动性比较大，声音也比较嘈杂，患者相对拥挤，药师在发药过程中需要对患者的身份进行核对，但是可能会出现听错等情况出现取药对象错误、发药错误等情况。

针对上述处方调剂差错情况，可以提出相应的改进措施，主要为：

(1) 药房人员管理：针对药房工作人员应该要严格执行药品审核、药品调配、药品发放等工作流程，同时也要遵守药房相关规章制度。首先针对信息管理，药房工作人员在处方调剂过程中应该要严格遵守科室相关规章制度，包括患者姓名、药品名称、患者年龄等，明确药品规格、患者用药剂量、药物之间的配伍禁忌以及药品性状等，遵守四查十对这一规章制度，药品发放窗口应该要配备 2 名工作人员，有助于减少差错发生率，同时也能减少工作人员的工作量，在一定程度上能缓解工作人员的心理压力。其次针对工作人员的管理，药房工作人员的工作态度、责任感以及工作作风等均会影响到处方调配发生率，因此需要进一步加强工作人员的岗位责任感，医院可通过定期组织相关培训提升工作人员的责任感，也能通过有规律、有计划的课堂培训，讲解处方调配相关内容，让工作人员在工作期间能积极互帮互助；另外，需要针对工作人员制定相应的上岗培训，完善岗前培训相关工作，选拔带教教师成立带教小组，制作相应的考核题库。最后是针对取药秩序以及相应的核对方式，药房管理者应该要积极合理安排工作班组，避免工作人员出现疲劳工作等情况，取药窗口尽量保持良好秩序，安排安保人员要求患者排队取药，避免出现插队等情况，针对同名同姓患者应该要反复核对患者的发票联以及处方单当中的内容，避免出现取药差错等情况，对处方单存在疑问可让患者到医师处进行确定，避免出现发药差错等情况^[3]。

(2) 药方药品管理：在药品管理工作中，针对同一种药品不同厂家、不同价格以及不同剂量等进行归纳管理，首先是需要对药品进行陈列管理，针对外观比较相似、品名比较相似、包装比较相似的药品，应该要应用不同图案标签进行分类以及警示，如通过灯泡、三角以及标识分别代表相应的药品，针对药物的生产厂家标识可应用“房子”提示卡进行识别；针对外观型号有变化的药品应该要树立提示牌，管理者则需要定期组织工作人员进行相应的学习，加强工作人员对药品信息辨识能力，一旦出现新的容易混淆的药品则要及时予以警示，告知工作人员注意督导。针对药效管理，管理人员则应该要安排专门人员定期对药品的效期进行核查，针对近效期药物及时贴出相应的警示牌，避免药方残留过期药物。

(3) 规范处方调配流程：一般来说，处方调配通常包括四个流程，首先开具相应的处方，其次处方审核，药师应该要针对处方的准确性与合理性进行审核，保证处方的安全性与有效性；其三是进行处方配药，处方审核之后需要根据处方进行配药，在配药过程中必须要明确不同药品的作用，避免出现配药差错等情况，最后是对其进行复核、发药，即在配药之后还需要进一步审核处方以及药品调配合理性，而后再将药物发放到患者手中^[4-8]。在四个流程中，为了尽量减少差错发生率，每一个环节都应该要配备 2 名及以上工作人员进行负责，将个人因素引起的差错率降至最低，从而最大限度保证处方的安全性与有效性。如处方审核过程中，药房工作人员必须要明确处方审核的重要性，同时要养成仔细核对处方以及清单的习惯，从根本上杜绝处方调配差错率的发生。另外，科室之间也要积极交流与沟通，在患者挂号时将患者的联系方式留下，便于出现问题之后及时予以解决，定期编制药讯，并更新药物信息，为临床医师与药师提供相应的用药参考；针对个别医师问题应该要加强与医师之间的交流与沟通，避

免出现类似问题。

(4) 提升临床药师业务水平: 医院除了需要针对药师实际情况提供相应的培训之外, 还应该要建立相应的考核机制, 在处方调配过程中及时发现处方差错, 在对处方合理性产生疑问时也可及时与临床医师进行相应的沟通, 能尽量减少调剂差错发生风险^[9-12]。定期对调剂质量进行检查, 识别患者身份, 予以相应的用药指导, 考察患者取药等待时间以及排队人数等, 充分了解患者在取药过程中常见问题, 评价药师发药时是否予以合理用药指导等, 采取相应措施予以解决, 均能有效降低差错发生率。

综上所述, 西药房日常工作中处方调剂差错类型主要为品种差错以及数量差错, 针对其原因开展相应防范措施, 有助于降低差错发生率, 提升患者用药安全性与有效性。

参考文献:

- [1]李建峰, 欧玲. 门诊西药房处方调剂差错分析及防范措施分析[J]. 海峡药学, 2021, 33(12): 211-212.
- [2]相恒莲, 刘加明. 西药房常见处方调剂问题的分析及改善方案研究[J]. 中国农村卫生, 2021, 13(12): 11-12.
- [3]缪亚芬. 探究 PDCA 循环法在门诊西药房处方调剂工作中的价值[J]. 中国社区医师, 2021, 37(12): 9-10.
- [4]肖爱民. 西药房日常工作处方调剂中出现的差错分析与防范对策研究[J]. 中国农村卫生, 2021, 13(06): 87-92.
- [5]孔庆英. 门诊西药房处方调剂差错分析及防范措施的探讨[J]. 青

(上接第 30 页)

本次研究以收治的桡骨远端骨折为对象, 采取两种手术治疗, 即: 旋前肌切开、不切开的掌侧入路钢板内固定旋前方肌处理术, 结果显示: 相较于对照组, 观察组患者的腕关节优良数值显著提升, 切口愈合时间与住院时间显著缩短, 治疗后血清炎症因子水平明显下降, 术后并发症数值减少, 生活质量数据显著提升, $P < 0.05$ 。研究分析, 掌侧手术入路治疗, 可以充分暴露骨折端, 确保患者桡骨远端的平整性, 降低钢板固定难度, 保护患者软组织, 促使软组织的恢复效果提高, 有效改善了预后效果^[8-10]。虽然术式均为改为掌侧入路钢板内固定, 但切开与不切开旋前方肌手术治疗的效果也明显不同, 若选择旋前肌切开法, 旋前方肌受到损伤, 导致患者自身的旋前力量降低, 影响上肢旋前功能, 不过对旋后功能影响小。而旋前肌不切开的掌侧入路手术, 受到手术自身切口较浅、解剖位置、层次明显等优点, 操作者可以直视解剖情况, 减少关节周围组织的损伤, 有效保留了骨折周围肌肉力量, 减少血运破坏, 进而最大限度减轻术后神经损伤、减少术中出血量, 缩短患者骨折恢复时间, 最重要的是有效规避了骨折畸形愈合的问题^[12]。

综上所述, 对桡骨远端骨折患者运用旋前肌不切开的掌侧入路钢板内固定治疗, 临床疗效显著, 有效改善了患者的腕关节功能, 提高手术效果, 进而提高患者的生活质量, 值得临床推广。

参考文献:

- [1]应晓洲, 陈昭心, 陈辉, 等. 保留旋前方肌改良 Henry 入路掌侧钢板内固定治疗老年桡骨远端骨折[J]. 中华创伤杂志, 2020, 36(6): 514-519.

海医药杂志, 2020, 50(04): 56-58.

- [6]张敏巧, 蔡琰. “互联网+门诊药房”背景下门诊智慧药房的构建与效果[J]. 中医药管理杂志, 2022, 30(03): 193-194. DOI: 10.16690/j.cnki.1007-9203.2022.03.040.

- [7]逯星竹, 赵宇, 侯敏, 鲍和. 品管圈在降低皮肤病专科药房调剂差错中的应用[J]. 中医药管理杂志, 2022, 30(03): 204-206. DOI: 10.16690/j.cnki.1007-9203.2022.03.039.

- [8]冯良容, 郑丹, 李晶晶. PDCA 循环法联合现代化信息管理模式在减少中药房调剂差错中的应用效果[J]. 临床合理用药杂志, 2022, 15(04): 155-157+160. DOI: 10.15887/j.cnki.13-1389/r.2022.04.048.

- [9]郭柳雅. 门诊西药房调剂差错原因与双人核对管理模式的应用[J]. 中医药管理杂志, 2021, 29(23): 107-108. DOI: 10.16690/j.cnki.1007-9203.2021.23.059.

- [10]孙佳. 4M1E 精细化管理法在优化我院门诊药房工作中的应用[J]. 中医药管理杂志, 2021, 29(23): 388-389. DOI: 10.16690/j.cnki.1007-9203.2021.23.222.

- [11]周昕. 西药房药品管理与发放过程中的问题与应对策略研究[J]. 智慧健康, 2021, 7(26): 94-96. DOI: 10.19335/j.cnki.2096-1219.2021.26.030.

- [12]沈李娜. 瑞士奶酪模型根因分析法在我院门诊药房处方调剂管理中的应用[J]. 中医药管理杂志, 2021, 29(02): 115-116. DOI: 10.16690/j.cnki.1007-9203.2021.02.058.

- [2]魏益, 荆新峰. 改良 Henry 入路保留旋前方肌结合掌侧钢板内固定治疗老年桡骨远端骨折的临床效果[J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7(3): 70-73.

- [3]柳晓林, 叶晖, 施进兴. 保留旋前方肌掌侧接骨板内固定治疗成人桡骨远端不稳定骨折[J]. 中国修复重建外科杂志, 2020, 34(7): 814-819.

- [4]孙成立, 张晓娇, 李德怀, 等. 保留旋前方肌掌侧微创入路治疗老年桡骨远端骨折的效果分析[J]. 医药前沿, 2021, 11(23): 81-82.

- [5]何祥忠、陈海云、吕阳、刘军、黄俊翰、高世华、管建豪、王养发. 桡骨远端骨折掌侧钢板固定后是否需要修复旋前方肌的 Meta 分析[J]. 中国组织工程研究, 2021, 25(15): 2423-2429.

- [6]黄建新. 掌侧钢板内固定术中保留旋前方肌对桡骨远端骨折患者腕关节功能的影响[J]. 贵州医科大学学报, 2021, 2021, 64(08): 976-980.

- [7]吴靖宇, 周占锋, 苗建华, 等. Henry 入路保留旋前方肌掌侧锁定加压钢板内固定术治疗桡骨远端不稳定骨折效果分析[J]. 河南外科学杂志, 2022, 28(1): 92-94.

- [8]涂建华. 掌侧入路经旋前方肌下插入锁定钢板治疗桡骨远端不稳定骨折的效果及安全性分析[J]. 中国伤残医学, 2021, 29(6): 57-58.

- [9]白晓冬, 许国强, 王刚, 等. 桡骨远端骨折掌侧钢板螺钉内固定术中保留旋前方肌对疗效的影响[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2022, 37(1): 24-27.

- [10]董立明. 桡骨远端骨折锁定接骨板内固定掌侧入路保留旋前方肌与 Henry 入路疗效比较[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2021, 36(1): 92-94.

妇舒能洗剂与维生素 E 胶丸治疗更年期阴道炎疗效评价

刘丽琼

青岛市虎山路社区卫生服务中心 山东青岛 266000

摘要：目的：分析研讨更年期阴道炎采用维生素 E 胶丸、妇舒能洗剂联合治疗的有效性。方法：选择更年期阴道炎患者纳入小组进行研究，共计选取 60 例，通过单双号模式分组，两组均为 30 例，分析组实施维生素 E 胶丸、妇舒能洗剂治疗、参照组应用保妇康栓及醋酸治疗，对比治疗有效率、阴道健康率、阴道炎评分（瘙痒、灼痛、分泌物、性交痛）、阴道健康状况评分（分泌物、湿润、弹性、黏膜）。结果：分析组治疗有效率对比参照组，指标对比差异明显（ $P < 0.05$ ），分析组阴道健康率与参照组比较明显更高（ $P < 0.05$ ），治疗前，分析组阴道炎评分对比参照组，无统计学差异（ $P > 0.05$ ），治疗后，分析组阴道炎评分相比参照组更低（ $P < 0.05$ ），治疗前，分析组阴道健康状况评分对比参照组，无统计学意义（ $P > 0.05$ ），治疗后，分析组阴道健康状况评分相比参照组更高（ $P < 0.05$ ）。结论：采用维生素 E 胶丸、妇舒能洗剂联合治疗更年期阴道炎效果理想，能够显著改善患者不良症状，提升阴道健康度。

关键词：更年期阴道炎；维生素 E 胶丸；妇舒能洗剂；疗效

更年期的女性其自身体内雌激素水平较低，阴道内环境会发生改变，容易引发病菌入侵繁殖与感染产生^[1]。因此，更年期阴道炎为影响更年期女性身心健康的主要疾病。妇舒能洗剂属于中药制剂，其具备燥湿止痒、清热解毒的功效。维生素 E 胶丸中含有维生素 E，属于机体所需的营养素。本次将对于我院更年期阴道炎应用复舒能洗剂结合维生素 E 丸治疗效果进行分析，报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

从 2020.1-2021.12 期间更年期阴道炎患者中进行选取，共计选择 60 例，将采用单双号模式进行分组，均分为 30 例的两小组。纳入标准：患者符合更年期阴道炎诊断标准，绝经时间 1 年以上；排除标准：合并霉菌、滴虫阴道炎、认知障碍者。参照组，年龄 43-55 岁，平均 47.92 ± 1.25 岁；分析组，年龄 42-55 岁，平均 47.84 ± 1.37 岁，对于入组患者临床资料采取统计学软件对比分析，资料比较为 $P > 0.05$ ，为可对比。

1.2 方法

参照组患者均采取醋酸、保妇康栓（批准文号：国药准字 Z46020058 生产厂家：海南碧凯药业有限公司）治疗，采用 0.1%醋酸进行阴道冲洗，并向阴道内塞入 1 粒保妇康栓，放于阴道后穹窿处。

分析组采取妇舒能洗剂（院内自制）、维生素 E 胶丸（批准文号：国药准字 H31020237 企业名称：上海信谊延安药业有限公司）治疗，利用妇舒能洗剂依据 1:10 比例将妇舒能洗剂与温水混合制成冲洗液，对于患者的阴道、外阴进行冲洗。应用维生素 E 胶丸 2 粒，将其刺破后在阴道、外阴部涂抹。每晚应用 1 次，连续治疗 14 d。

1.3 观察指标

本次研究指标：对比治疗有效率、阴道健康率、阴道炎评分（瘙痒、灼痛、分泌物、性交痛）、阴道健康状况评分（分泌物、湿润、弹性、黏膜）治疗效果分级：显效为阴道炎症状消失，综合评分 0-2 分；有效为阴道炎症状减轻，综合评分 3-7 分；无效为阴道炎症状仍然较为严重，综合评分 0-2 分，8 分以上。治疗有效率为有效例数、显效例数总和。

阴道炎症状评分标准：分为瘙痒、灼痛、分泌物、性交痛，分为 0、1、2、3 分，分数高为症状严重，总分 0-12 分。

阴道健康状况评分：分为分泌物、湿润、弹性、黏膜，单一分数区间 0-4 分，总分 0-16 分，分数高为健康度高，阴道健康率：优：11-16 分，良：6-10 分，差 5 分以下。阴道健康率为优、良总和。

1.4 统计学方法

妇舒能洗剂与维生素 E 胶丸治疗应用效果采取 SPSS22.0 软件检验，治疗有效率、阴道健康率可表示为（n，%），卡方检验指标，t 针对阴道炎评分（瘙痒、灼痛、分泌物、性交痛）、阴道健康状况评分（分泌物、湿润、弹性、黏膜）（ $\bar{X} \pm S$ ）进行表示，t 指标检验，如 $P < 0.05$ ，则比较结果有意义。

2. 结果

2.1 参照组、分析组临床疗效对比

分析组临床疗效与参照组对比，分析组治疗有效率更高（ $P < 0.05$ ），对比情况数据见表 1。

表 1 参照组、分析组临床疗效对比（n，%）				
组别	有效	显效	无效	有效率
分析组 (n=30)	10(33.33)	19(63.33)	1(3.33)	29(96.67)
参照组 (n=30)	8(26.67)	11(36.67)	11(36.67)	19(63.33)
χ^2	-	-	-	10.4167
P	-	-	-	0.0012

2.2 分析组与参照组阴道健康率对比

分析组阴道健康度优 13 例，占比 43.33%，健康度良 16 例，占比 53.33%，健康度差 1 例，占比 3.33%，健康率 96.67%，参照组阴道健康度优 9 例，占比 30.00%，健康度良 14 例，占比 46.67%，健康度差 7 例，占比 23.33%，健康率 76.67%，分析组阴道健康率更高（ $\chi^2=5.1923$ ， $P=0.0227$ ）。

2.3 分析组、参比组对阴道炎评分对比

治疗前,分析组阴道炎症评分:瘙痒、灼痛、分泌物、性交痛分别为2.82±0.57分、2.85±0.51分、2.82±0.52分、2.82±0.57分,治疗前,参比组阴道炎症评分:瘙痒、灼痛、分泌物、性交痛分别为2.86±0.52分、2.83±0.54分、2.84±0.51分、2.87±0.55分,两组评分对比,指标相近($t=0.2840, 0.1475, 0.1504, 0.3457, P=0.7775, 0.8833, 0.8810, 0.7308$);治疗后,分析组阴道炎症评分:瘙痒、灼痛、分泌物、性交痛分别为:0.65±0.24分、0.68±0.14分、0.63±0.35分、0.62±0.36分,治疗后,参比组阴道炎症评分:瘙痒、灼痛、分泌物、性交痛分别为:0.99±0.31分、1.12±0.36分、1.15±0.42分、0.97±0.25分,两组评分对比指标差异明显,分析组阴道炎症评分偏低($t=4.7501, 6.2392, 5.2096, 4.3739, P=0.0000, 0.0000, 0.0000, 0.0001$)。

2.4 分析组、参比组阴道健康状况评分对比

治疗前,分析组阴道健康状况评分:分泌物、湿润、弹性、黏膜分别为1.22±0.57分、1.24±0.51分、1.25±0.52分、1.22±0.57分;治疗前,参比组阴道健康状况评分:分泌物、湿润、弹性、黏膜分别为1.27±0.55分、1.25±0.54分、1.24±0.57分、1.27±0.53分,两组评分对比,指标相近($t=0.3457, 0.0737, 0.0710, 0.3519, P=0.7308, 0.9415, 0.9437, 0.7262$)。

治疗后,分析组阴道健康状况评分:分泌物、湿润、弹性、黏膜分别为:3.65±0.45分、3.52±0.34分、3.73±0.35分、3.55±0.42分,治疗后,参比组阴道健康状况评分:分泌物、湿润、弹性、黏膜分别为:2.74±0.31分、2.75±0.36分、2.64±0.45分、2.35±0.27分,两组评分对比指标差异明显,分析组阴道健康状况评分更高($t=9.1213, 8.5170, 10.4724, 13.1638, P=0.0000, 0.0000, 0.0000, 0.0000$)。

3. 讨论

正常情况下,女性阴道内微生物保持动态平衡状态。伴随女性更年期逐步到来,会表现雌激素分泌量减少,卵巢功能减退,机体上述病理变化会引发其出现阴道内乳酸杆菌数量不断下降,阴道局部黏膜免疫力降低,为临床细菌侵入及繁殖提供了条件,容易引发更年期阴道炎^[2]。

中医学当中对于阴道炎主要归为“带下”、“阴痒”范畴,一般由于肝肾不足、湿热内蕴而导致。因此,利用妇舒能洗剂为中药制剂,主要成分为连翘、蛇床子、冰片、苦参、篇蓄、地肤子、薄荷脑、黄柏、白矾、艾叶等相关中草药。苦参能够有效达到燥湿清热的功效,连翘、冰片能够实现散结消肿、清热解毒。篇蓄则能够具备利尿作用,有效杀虫清热,蛇床子能够实现患者机体燥湿清热、止痒祛风,地肤子有利于促进患者利湿清凉,薄荷脑可积极实现止痒清热,白矾能够杀虫解毒,黄柏具备燥湿清热功效,能够帮助患者解毒疗疮,艾叶能够杀虫降湿。因此,妇舒能洗剂当中诸药联合应用,具备祛湿止痒、解毒清热的作用,能够积极有效地实现阴道炎症治疗。维生素E胶丸以及妇舒能洗剂联合治疗更年期阴道炎症疗效显著^[3]。维生素E水解产物为生育酚,其能够实现抗氧化剂的作用,帮助患者实现氧化自由基清除,有利于稳定细胞膜,并保护细胞功能及结构,有利于促进患者正常细胞功能积极康复。临床研究发现,维生素E有利于促进毛细血管及小血管增生,积极改善阴道上皮的血液循环,为其提供全方位营养

支持。同时,维生素能够促进女性体内雌激素分泌,有利于增强卵巢功能,积极改善阴道微生态环境的动态平衡,利用维生素E胶丸,其中含有大豆油、甘油、明胶,阴部外用,可有效避免阴道黏膜干燥,并积极维持局部湿润^[4-5]。

本文研究显示,分析组治疗有效率对比参照组治疗有效率,有显著统计学对比差异($P<0.05$),分析组阴道健康率与参照组比较,分析组阴道健康率明显更高($P<0.05$),治疗前,分析组阴道炎症评分与参照组对比无差异($P>0.05$),治疗后,分析组阴道炎症评分显著低于参照组($P<0.05$),治疗前,分析组阴道健康状况评分对比参照组,无意义($P>0.05$),治疗后,分析组阴道健康状况评分高于参照组($P<0.05$)。更年期阴道炎为绝经后体内雌激素水平显著降低而导致,绝经后妇女患病率一般为30%,主要由于更年期妇女期阴道的乳酸杆菌含量减少导致阴道pH值提高到6~8之间,此环境下适用于细菌繁殖生长,同时,阴道上皮变薄,引发弹性消失,因此,均为细菌入侵体内创造有利条件。正常情况下,阴道内存在各类微生物,主要包含真菌、细菌、原虫、病毒等,最为重要的成员为乳酸杆菌,其占据阴道微生物含量在95%以上,阴道微生物动态平衡能够实现阴道自净以及维持宿主健康。1粒维生素E胶丸当中维生素E含量为50mg,当中具备人体所需的营养素为抗氧化剂,能够有效发挥肌肉组织及神经细胞结构不饱和脂肪酸不受自由基损伤,同时,能够积极促进雌激素分泌,使女性卵巢功能增强,同时,维生素E能够有效实现抗衰老,减轻脂褐素在细胞中的大量沉积,积极改善细胞功能,使组织细胞的衰老过程得到减缓。维生素E为经典的自由基清除剂,能够实现高效抗氧化,使细胞免受体内的有毒废物及自由基破坏,积极维持细胞膜稳定,同时,大量维生素E又能够促进小血管毛细血管增生,促进周围血液循环改善,有效增加组织中的抗氧化能力,能够积极有效促进患者机体内循环改善,提升整体治疗效果。

综上,维生素E胶丸阴部擦拭以及妇舒能洗剂联合治疗,可达到标本兼治的效果,可积极改善患者的阴道健康状况,为临床更年期阴道炎的有效治疗措施。

参考文献:

- [1]刘建新. 妇舒能洗剂与维生素E胶丸治疗更年期阴道炎的疗效观察[J]. 中国医药指南,2019,17(01):169-170.
- [2]赵志杰. 妇舒能洗剂与维生素E胶丸外擦阴部治疗更年期阴道炎的效果观察[J]. 中国医药指南,2018,16(36):206.
- [3]张琳红. 更年期阴道炎采用维生素E胶丸与妇舒能洗剂联合治疗的疗效探讨[J]. 基层医学论坛,2018,22(14):1893-1894.
- [4]张娟,林凛然. 妇舒能洗剂联合维生素E胶丸阴部外擦治疗更年期阴道炎疗效观察[J]. 海南医学,2017,28(18):3060-3062.
- [5]董晓鸽. 妇舒能洗剂与维生素E胶丸治疗更年期阴道炎的临床疗效分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2017,38(12):1395-1396.

舒适护理在阑尾炎手术患者中的应用

刘娜娜

宁津县张大庄中心卫生院 山东德州 253412

摘要：目的：分析在阑尾炎手术患者中应用舒适护理的护理干预价值。方法：选择阑尾炎手术患者纳入小组进行研究，共计选取 70 例，通过抽签模式分组，两组均为 35 例，研讨组实施舒适护理、一般组应用常规护理，对比护理满意度、并发症（切口感染、腹部胀痛、胆道损伤）发生率、护理前后患者负性情绪评分。结果：研讨组并发症发生率与一般组对比，具备明显差异，研讨组并发症（切口感染、腹部胀痛、胆道损伤）发生率偏低（ $P < 0.05$ ），研讨组护理满意度与一般组对比更高（ $P < 0.05$ ），护理前，研讨组负性情绪评分对比一般组，无显著对比差异（ $P > 0.05$ ），护理后，研讨组负性情绪评分相比一般组较低（ $P < 0.05$ ）。结论：舒适护理能够促进阑尾炎手术患者负性情绪改善，减少临床并发症。

关键词：阑尾炎；负性情绪；并发症；舒适护理

临床阑尾炎为较为常见的疾病，一般由于阑尾管腔堵塞以及细菌入侵使其阑尾炎性病变，可划分为急性阑尾炎及慢性阑尾炎，大部分病例为急性阑尾炎发作。通常来讲，慢性阑尾炎能够采取保守治疗，如中药外敷以及经静脉输液治疗，有效实现消炎^[1-2]。急性阑尾炎需要采取手术方式进行治疗，通过阑尾炎切除能够彻底有效根治，如救治时间存在推迟，会对患者然后生命安全造成一定危险。手术会导致患者出现应激性刺激，使其存在情绪波动，对于手术的正常进行造成影响，延长患者的康复进程。因此，应针对患者手术过程中结合相应护理，使手术能够顺利进展，进一步提高手术医治效果。舒适护理为具备系统性、创造性、针对性的护理模式，其更加关注患者的医疗服务体验及主观感受。本次对于我院阑尾炎手术患者应用舒适护理的临床价值进行分析，报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

共计选取 70 例阑尾炎手术患者，均在 2019.2 至 2021.3 期间入组。纳入标准：患者自愿参与本研究，存在阑尾炎手术指征；排除标准：患者依从性差，中途退出。抽签模式分为一般组、研讨组，研讨组纳入病例中，男患者 18 例、女患者 17 例，年龄 20-64 岁，平均为 50.31 ± 1.38 岁。一般组纳入病例中，男患者 19 例、女患者 16 例，年龄 21-63 岁，平均为 50.35 ± 1.34 岁，针对基础病例资料统计及计算，通过统计学软件比较， $P > 0.05$ ，则两组能够进行对比。

1.2 方法

一般组患者应用常规护理，对患者生命体征变化进行监测，依据病情情况进行有效指导，并为患者讲解手术的重要意义，提高患者手术配合度。研讨组应用舒适护理：①心理护理：护理人员需要为患者提供干净、舒适、整洁、空气流通的病房，并询问患者湿度、温度是否适宜，结合患者意愿实现调整，协助患者共同完成病床、病房整理，确保病房环境熟悉，利用交流技巧与患者进行密切沟通。在此过程中应保持足够的耐心及热情，为患者讲解疾病发生的重要因素以及手术流程、护理措施等相关知识，使患者能够全面提高手术正确认知，对于手术的重要意义进行了解，并适当帮助患者舒缓紧张焦虑情绪，预防负面情绪对于手术顺利进行造成影响。②术前、术后禁食：医护人员需要为患者讲解术前、术后的禁食及注意事项，

使患者能够严格遵医嘱进行相关饮食，提升整体依从性，如患者面对术前十分紧张，可指导其进行自我暗示及深呼吸，通过注意力转移的方式有效缓解负面情绪，确保睡眠状况以及时间，同时，应结合相应的皮肤及口腔清洁护理，提高患者的术前、术后适度体验。③医护人员需要对患者的身体状况随时观察，密切关注患者的用药情况，保证输液畅通，输液完毕后可以用热毛巾为患者进行热敷，预防患者出现血管硬化，使其不适降低，如患者产生恶心需要立即进行保护及口腔分泌物清理，并定时进行衣物、床单更换，根据病情状况适量应用止痛药，确保室内干净整洁，激励患者能够有效诉说自身的需要，包括精神需要、心理需要、生理需要，耐心倾听患者的内心感受及疼痛情况、心理状况，积极展开干预措施，如患者存在疼痛剧烈时护理人员需要辅助患者进行体位姿势改变，并通过弯腰的姿势，使其疼痛感减轻，同时，依据患者病情给予一定的镇静、镇痛药物，帮助患者降低疼痛。④术中引导患者维持舒适体位，保持动作轻柔，同时，预防用力过大，为患者带来不适，在进行静脉穿刺过程中，应保证一次性穿刺成功，预防反复性穿刺。⑤术后密切对患者的心率、呼吸进行关注，预防产生并发症，麻醉后患者容易产生疼痛情况，可指导患者服用镇痛药物，同时，进行体位变换，有效缓解患者不适感，对于患者的体温变化进行随时观察，预防切口处产生感染。

1.3 观察指标

观察研究护理指标：护理满意度、并发症（切口感染、腹部胀痛、胆道损伤）发生率、护理前后患者负性情绪评分。护理满意度：通过发放满意度问卷形式对于患者的满意度情况进行调查，①不满意：问卷：0-30 分、②满意：问卷：31-70 分、③很满意：问卷：71-100 分，护理满意度=（总数-不满意数）/总数 $\times 100\%$ 。负性情绪评分采用焦虑、抑郁评价表评分，对于患者的情绪状态进行反馈，评分高为患者负性情绪评分严重。

1.4 统计学方法

舒适护理应用效果研究数据分析系统为 SPSS22.0，n，%表示护理满意度、并发症（切口感染、腹部胀痛、胆道损伤）发生率，通过卡方指标检验，负性情绪评分利用（ $\bar{X} \pm S$ ）方法表示，采用 t 形式检验，统计学对比结果为 $P < 0.05$ ，则有比较意义。

2. 结果

2.1 研讨组、一般组护理满意度对照

研讨组满意患者 20 例、占比 57.14%、很满意患者 14 例、占比 40.00%、不满意患者 1 例、占比 2.86%，护理满意度 97.14%，一般组满意患者 11 例、占比 31.43%、很满意患者 12 例、占比 34.29%、不满意患者 12 例、占比 34.29%，护理满意度 65.71%，比较优势性明显 ($X^2=11.4305$, $P=0.0007$)。

2.2 研讨组、一般组并发症结果对比

研讨组并发症（切口感染 1 例、腹部胀痛 0 例、胆道损伤 0 例）发生比率 2.86%，一般组并发症（切口感染 1 例、腹部胀痛 3 例、胆道损伤 2 例）发生比率 17.14%，有统计学对比意义 ($X^2=3.9683$, $P=0.0464$)。

2.3 研讨组、一般组负性情绪评分对比

护理前，研讨组、一般组负性情绪评分对比差异性小 ($P>0.05$)，护理后，研讨组、一般组负性情绪评分对比差异性明显，研讨组优势更显著 ($P<0.05$)，见表 1 所示：

表 1 研讨组、一般组负性情绪评分对比 ($\bar{x} \pm s$; 分)

组别	时间	焦虑评价分数	抑郁评价分数
一般组 (n=35)	护理前	72.37±4.52	71.42±4.22
	护理后	51.77±3.82	55.37±3.47
研讨组 (n=35)	护理前	72.15±4.45	72.37±5.26
	护理后	35.43±3.15	30.45±3.41
t/P 一般组（护理前后）		20.5933/0.0000	17.3797/0.0000
t/P 研讨组（护理前后）		39.8452/0.0000	39.3562/0.0000
t/P 组间值（护理后）		19.5241/0.0000	30.3035/0.0000

3. 讨论

阑尾炎的发生一般由于阑尾感染引发炎症反应，此疾病病情发作迅速，进展速度快，发作时患者会出现右下腹痛、发热、呕吐等症状，未及时治疗容易引发重症腹膜炎^[3]。慢性阑尾炎发作会导致患者出现粘连性肠梗阻，现阶段，针对此疾病的一般多采用阑尾手术，能够减小对患者的影响，具备术后恢复速度快、失血量小的特点，此疾病可发生在任何年龄段，一般在青年男性中高发。患者手术过程中，积极开展舒适护理，能够促进患者维持健康意识，满足患者的心理、生理需求，提高患者舒适体验感，并取得医院医护的满意度。同时，面对患者的饮食及日常生活干预应格外谨慎，针对腹痛患者应确保维持斜坡卧位、半卧位，使其肌肉压力降低，缓解术后疼痛，同时，应随时对患者生命体征进行关注，每隔 30 分钟进行一次呼吸脉搏测量，并随时对于精神脸色状况进行观察，如发现异常需要通知主治医师，并采取相应救治措施，告知患者能够日常静养休息，排气后可选择流质食物，多使用纤维素、维生素等果蔬，确保饮水量在 1000ml 以上，预防便秘，使患者减轻焦虑以及疼痛等情况，提升整体生活质量^[4-5]。

急腹症当中阑尾炎患者较为常见，大部分患者属于急性发病患者，通常症状为右下腹存在腹部疼痛，患者病情较急，容易产生不同程度的病情改变，未及时治疗会引发患者产生阑尾炎穿孔等相关并发症，对患者的生命安全造成严重威胁。阑尾炎患者通常需要采取手术治疗，但由于患者的病情具备复杂性，部分患者容易存在一定的生理、心理应激反应，如未进行有效护理，会使其手术效果无法获得有效保障。患者接受手术后可能由

于淋巴部位组织丰富以及护理不当产生并发症，对于患者的疾病康复产生不利影响。在此背景下，对于阑尾炎手术患者应采取有效、科学的护理方式。本医院对于接受手术治疗的阑尾炎患者采用舒适护理，针对患者围手术期三个阶段着手护理，选择对应的护理措施。伴随患者医学观念逐步发展，针对护理的临床要求更高，除了需要对于生理层面进行考量，也会需要针对患者的舒适度、心理感受的进行有效护理。舒适护理具备较强的人性化特点，护理人员在常规护理的基础上更加注重患者的舒适度、满意度以及内心感受，将生理层面的护理结合心理因素进行分析，保证患者提升个人舒适度，并积极提高配合度，预防患者产生应激反应。

本文研究显示，研讨组并发症（切口感染、腹部胀痛、胆道损伤）发生率与一般组对比，研讨组偏低 ($P<0.05$)，研讨组护理满意度与一般组护理满意度对比，研讨组护理满意度更高 ($P<0.05$)，护理前，研讨组负性情绪评分对比一般组，差异较小 ($P>0.05$)，护理后，研讨组负性情绪评分低于一般组 ($P<0.05$)。舒适护理过程中，本医院护理人员术前应为其实现环境改善以及术前访视、心理护理，维持术前患者心态以及机体平稳，术中护理人员为患者选择适宜的体位，注重技术指标的各项监测，并结合肢体保护，能够预防患者产生低体温。术后阶段护理人员积极为患者结合下肢静脉血栓以及疼痛护理预防，并结合康复指导，能够使其康复进程加快，确保其整体状态维持稳定。在此过程中，应针对患者积极实现生命体征监测以及指标观察，遵医嘱为其实现规范化给药，患者入院时，护理人员需要第一时间为患者进行接诊，向患者进行病房病区内的环境介绍，并结合患者的需求积极营造舒适的病房环境，避免患者感觉不适。患者卧床休息时，护理人员需要指导其保持舒适体位，如患者存在强烈疼痛感，护理人员需要遵医嘱为其给予镇痛药物，如患者产生发热需要结合患者个体情况为其实施物理降温，叮嘱患者术前应禁食禁水，手术前护理人员应积极做好患者访视，注重加强与患者之间的沟通，并告知患者手术的注意事项及方式以及可能产生的不良反应，纠正患者错误认知，预防患者产生较大的心理压力，同时，在术中患者被送入手术室后护理人员需要为其摆放正确的手术体位，做好有效安抚，避免患者过度紧张，使患者能够消除手术室的陌生感，密切配合临床手术。

综上，阑尾炎手术患者采取舒适护理能够积极减轻负性情绪，提高患者舒适性，值得推广。

参考文献：

[1]王杨,余坤昊,赵子明,等. 舒适护理在阑尾炎手术患者中的效果及并发症观察[J]. 中国当代医药,2021,28(35):231-233.
[2]李雪梅,陶晓晶. 舒适护理在阑尾炎围术期中的效果观察[J]. 甘肃医药,2021,40(12):1139+1146.
[3]薛金丽. 舒适护理在阑尾炎手术护理中的作用分析与探究[J]. 医学食疗与健康,2021,19(15):140-141.
[4]徐莉娜. 舒适护理在阑尾炎手术护理中的应用效果观察与分析[J]. 黑龙江中医药,2021,50(04):400-401.
[5]毛巧梅. 在阑尾炎患者手术护理中应用舒适护理的临床效果分析[J]. 甘肃科技,2021,37(10):120-122.

古今结合取穴法对腰椎间盘突出症的疗效分析

刘胜强

鄄城县阎什中心卫生院 山东菏泽 274600

摘要：目的：研究《素问-刺腰痛篇》取穴法对腰椎间盘突出症的疗效。方法：选择2018年2月-2019年2月来我院治疗腰椎间盘突出症的120例患者作为研究对象，按照入院先后顺序平均分成两组，实验组和对照组，每组60例患者，实验组按照《素问-刺腰痛篇》取穴法+常规取穴对腰椎间盘突出症进行治疗，对照组按照常规的取穴方法进行治疗，每天治疗一次，7天为一个疗程。治疗结束后对比两组患者的VAS评分、临床疗效以及治疗结束三个月后患者的复发率。结果：经过治疗后两组患者的症状均有所改善，实验组VAS评分低于对照组，且差异具有统计学意义（ $p<0.05$ ）。实验组的治疗有效率96%明显大于对照组的87%，且差异具有统计学意义（ $p<0.05$ ）。经过三个月的跟踪调查发现实验组患者的复发率是3.76%，明显小于对照组的8.12%，且差异具有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：《素问-刺腰痛篇》取穴法对腰椎间盘突出有显著的治疗效果，能有效减轻患者的痛苦，提高腰椎功能，降低复发率，在临床治疗腰椎间盘突出中值得广泛推广和使用。

关键词：《素问-刺腰痛篇》；取穴法；腰椎间盘突出；疗效观察

Observation on the curative effect of acupoint selection in "Plain Questions - Thorn Low Back Pain" on lumbar intervertebral disc herniation

Liu Shengqiang, Juancheng County Yanshi Central Health Center, 274600

Abstract: Objective: To study the curative effect of acupoint selection in "Plain Questions - Tingling Back Pain" on lumbar disc herniation. Methods: A total of 120 patients who came to our hospital for treatment of subjects, and were equally divided into two groups according to the control group, and the difference was statistically significant ($p<0.05$). The treatment effective rate of the experimental group, 96%, was significantly higher than that of the control group, 87%, and the difference was statistically significant ($p<0.05$). After a three-month follow-up investigation, it was found that the recurrence rate of the experimental group was 3.76%, which was significantly lower than that of the control group, 8.12%, and the difference was statistically significant ($p<0.05$). CONCLUSION: The acupoint selection method in "Su Wen - Tingling Back Pain" has a significant therapeutic effect on lumbar intervertebral disc herniation, which can effectively relieve the pain of patients, improve lumbar vertebral function, and reduce the recurrence rate. It is worthy of widespread promotion and use in the clinical treatment of lumbar intervertebral disc herniation.

Key words: "Plain Questions - Thorn Low Back Pain"; acupoint selection method; lumbar intervertebral disc herniation; curative effect observation

腰椎间盘突出症是指人体腰椎间盘因为外力的作用发生了改变，使腰部纤维发生损伤，髓核向外突出，从而导致刺激和压迫了周围的神经，引起腰腿疼痛。腰椎间盘突出症可以分为发病急性期、发病缓解期和发病恢复期三个阶段^[1]。主要临床症状表现为腰腿痛或者下腰疼痛，这两者症状可以同时出现，发病时期会给患者带来很大的生理疼痛，致使患者的肢体活动功能降低，形成腰部活动功能障碍症状，且该疼痛呈放射症状，患者排便、喷嚏、咳嗽、弯腰、久坐或者久站时，均可导致腰痛症状加重，卧床时可缓解疼痛，疼痛程度严重时，能够导致患者出现跛行现象，患者的日常生活活动能力因而下降，严重影响着患者的生活质量。西医治疗该疾病时，多以药物方案或者手术方式实施治疗，但效果并不显著，且有很高几率出现反复。中医治疗该疾病时，多以舒筋活血、通络化瘀、除湿散寒为治疗方向。《素问-刺腰痛篇》取穴法对腰椎间盘突出症有显著的治疗疗效，并且没有毒副作用，不会对人体造成损伤^[2-3]。为了进一步研究《素问-刺腰痛篇》取穴法对腰椎间盘突出症的治疗效果，选择2018年2月-2019年2月来我院治疗腰椎间盘突出症的120例患者作为研究对象，现将详细报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择2018年2月-2019年2月来我院治疗腰椎间盘突出症的120例患者作为研究对象，按照入院先后顺序平均分成两组，实验组和对照组，每组60例患者，实验组患者的年龄在19~75岁，平均年龄在（55.14±13.22），

身高在158~182cm，平均身高在（163.45±2.39）cm，体重在49~73kg，平均体重在（65.48±2.46）kg，体质指数在15~28kg/m²，平均体质指数在（24.37±2.36）kg/m²，男性患者32例，女性患者28例，患病时间在4~13个月，平均患病时间在（7.02±1.05）个月，学历：19例初中以下、24例高中、17例大专及以上；对照组患者的年龄在18~77岁，平均年龄在（56.14±12.76），身高在157~183cm，平均身高在（163.58±2.41）cm，体重在49~75kg，平均体重在（65.63±2.57）kg，体质指数在16~27kg/m²，平均体质指数在（24.29±2.17）kg/m²，男性患者33例，女性患者27例，患病时间在4~13个月，平均患病时间在（7.14±1.05）个月，学历：18例初中以下、23例高中、19例大专及以上。两组患者的一般资料相比较，差异不明显，不具有统计学意义，具有研究意义（ $p>0.05$ ）。参与本次研究的患者均符合腰椎间盘突出症的诊断标准。

入组要求：患者、患者家人对该项研究知晓且愿意签订协议书；拥有齐全的临床资料；拥有正常的沟通能力及认知能力。

剔除要求：癌症；传染疾病、血液疾病、免疫疾病；入组前有残疾或者瘫痪；意识障碍；肝、肾、心、肺等器官功能有障碍。

1.2 方法

对照组按照常规的取穴法进行治疗：取患椎上下腰夹脊、肾俞、大肠俞，太阳经加刺患侧秩边、委中、昆仑，少阳经加刺患侧环跳、阳陵泉、悬钟。患椎上下腰夹脊接电针连续波进行治疗，每日治疗一次，每次留针二十分钟^[4]。一周为一个疗程。

实验组在常规取穴的基础上根据《素问-刺腰痛篇》出现的腰痛症状加刺对应经脉的双侧穴位（足太阳令人腰痛取委中；少阳令人腰痛取阳陵泉；阳明令人腰痛取足三里；足少阴令人腰痛取复溜；厥阴之脉令人腰痛取蠡沟；解脉令人腰痛取委阳；同阴之脉令人腰痛取阳辅；阳维之脉令人腰痛取承山；衡络之脉令人腰痛取殷门；会阴之脉令人腰痛取承筋；飞扬之脉令人腰痛取蠡沟；昌阳之脉令人腰痛取复溜；散脉令人腰痛取地机；肉里之脉令人腰痛取阳辅），配合电针连续波进行治疗，每日治疗一次，每次留针二十分钟^[4-8]。一周为一个疗程。

1.3 判定指标

根据 VAS 视觉模拟疼痛评分量表对患者的腰痛进行评价，0 分为无痛，1 分到 3 分为轻度疼痛，4 分到 6 分为中度疼痛，7 分到 10 分为重度疼痛；根据 JOA 腰椎功能量表评价临床疗效，分值范围 0 分-29 分，评分与腰椎功能恢复程度呈正比关系，即 JOA 评分为 16 分-29 分为显效；JOA 评分为 10 分-15 分为有效；JOA 评分不足 10 分时为无效，治疗有效率=有效率+显效率；对两组患者实施 3 个月随访观察，记录疾病复发例数，复发率=复发患者例数/总例数×100%。

1.4 统计学方法

在此次的研究中，所有相关资料和调查数据的处理都通过 SPSS21.0 软件计算，所有的计量资料都采用 t 检验，用（均数±标准差）来表示；所有的计数资料统一运用 X² 来检验，用（n，%）表示，P<0.05 的时候，两组数据的差异具有统计学意义。

2 结果

经过治疗后两组患者的症状均有所改善，实验组 VAS 评分低于对照组，实验组的治疗有效率 96%明显大于对照组的 87%，经过三个月的跟踪调查发现实验组患者的复发率是 3.76%，明显小于对照组的 8.12%，差异均具有统计学意义（p<0.05）。

3. 讨论

腰椎间盘突出症在临床上主要表现为站立行走困难、腰腿疼痛，属于中医学腰痛、腰股痛等范畴，以为风寒湿邪、肝肾失调、外伤等均可造成该疾病，其中，风寒湿邪可对腰部进行侵袭，从而生成腰肌痉挛之症，而肝肾亏虚之症能够导致筋脉失养，致使纤维环发生改变，最终形成腰椎间盘突出疾病。目前临床上对腰椎间盘突出症的治疗方式有手术和非手术两种方式，两种治疗方式均能缓解腰椎间盘突出症的症状，但是腰椎间盘突出症容易出现反复复发的症状，并且手术治疗会对患者的身体带来很大的损伤，使患者的恢复期延长^[9-13]。《素问-刺腰痛篇》取穴法对腰椎间盘突出症有显著的治疗效果，在本次研究中，实验组的治疗有效率 96%明显大于对照组的 87%，且差异具有统计学意义（p<0.05）。提示该种中医方案在腰椎间盘突出症患者的治疗工作中有较高可行性和临床价值，究其原因可知，该种治疗方案在常规治疗方案的基础上选择相应穴位，包括委中、阳陵泉、足三里、复溜、蠡沟、委阳、阳辅、承山、殷门、承筋、地机等穴，并行电针治疗，电针委中穴时，可起到通络、舒筋、活血散瘀效果，与阳陵泉穴相配合时，可以缓解腰痛；电针蠡沟穴时，有缓解足脛酸痛、经络不通等疾病；电针委阳穴时，可改善腿足挛痛、腰脊强痛之症，与殷门穴相配时，能够用于治疗腰痛疾病；电针阳辅穴，并与阳陵泉穴相配时，可起到活络舒筋作用；电针承山穴时，有活络舒筋、止痛理气疗效；电针承筋穴时，有强健腰膝、舒筋活络疗效；电针地机穴时，有健脾渗湿作用；联合电针

以上穴位后，腰椎间盘突出病情明显缓解^[14-15]。

综上所述，《素问-刺腰痛篇》取穴法对腰椎间盘突出有显著的治疗效果，能有效减轻患者的痛苦，降低复发率，在临床治疗腰椎间盘突出值得广泛推广和使用。

参考文献：

- [1]石海平,李家劫.基于数据挖掘的补肾活血法针灸治疗腰椎间盘突出症取穴规律分析[J].中医药学报,2020,48(2):34-39.
- [2]周彦君,张文娟,刘晶晶.中医取穴干预联合 Pilates 运动操对腰椎间盘突出症患者腰椎功能与疼痛程度的影响[J].护理实践与研究,2020,17(5):143-145.
- [3]齐文斌,朱彦海.PELD 手术联合体外冲击波局部取穴治疗腰椎间盘突出症的临床观察[J].颈腰痛杂志,2020,41(1):77-79.
- [4]曹玉华.腰三针联合分经辨证取穴配合揞针留针候气治疗腰椎间盘突出症急性期临床研究[J].中国社区医师,2019,35(24):97,100.
- [5]吴萍,邓小兰,赵红,等.普通针法、动气针法与瞬间强电针法治疗腰椎间盘突出症疗效比较及对 TNF- α 、IL-6 的影响[J].针灸临床杂志,2019,35(6):19-23.
- [6]张善忱,张登部,史兰华.内经针灸类方与临床讲稿[J].人民军医出版社,2009.
- [7]于志国,关睿,李同军,郑春泽,武良群,黄长龙.五段拔伸法联合中药热敷治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症的疗效观察[J].中医药学报,2022,50(03):58-61.DOI:10.19664/j.cnki.1002-2392.220061.
- [8]宋晓磊,丁志敏,张丽红,吴明莉,李瑞青,冯晓东.“两针一灸”整合疗法治疗老年腰椎间盘突出症临床观察[J].河南中医,2022,42(04):624-628.DOI:10.16367/j.issn.1003-5028.2022.04.0136.
- [9]黄振星,杨少锋,郭彦涛,罗振华,张超,李兆勇,杨雷,贺美宇.恒古骨伤愈合剂治疗瘀血阻络型腰椎间盘突出症的临床疗效[J].中国中医骨伤科杂志,2022,30(03):35-38.
- [10]乔红伟,朱惠玮.传统推拿手法联合脏腑推拿治疗瘀血阻络型腰椎间盘突出症的临床观察[J].中国民间疗法,2022,30(05):51-54.DOI:10.19621/j.cnki.11-3555/r.2022.0518.
- [11]曾帅,江树连.温肾通痹汤联合理筋手法治疗寒湿型腰椎间盘突出症的临床观察[J].中国民间疗法,2022,30(05):78-80.DOI:10.19621/j.cnki.11-3555/r.2022.0526.
- [12]卢奔腾,赵飞.内镜下髓核摘除术结合术后口服十七味大活血胶囊治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症的临床观察[J].中国民间疗法,2022,30(05):85-87.DOI:10.19621/j.cnki.11-3555/r.2022.0528.
- [13]王妞,高丙南,王洋.针刺联合独活寄生汤加减对盘源性腰椎间盘突出症疼痛程度和血清炎症因子的影响[J].新中医,2022,54(05):194-196.DOI:10.13457/j.cnki.jncm.2022.05.045.
- [14]陈广辉,雷龙鸣,苏吟,韦业,王伟,蔡卓文,黄光田.罗氏正骨手法结合牵引疗法治疗腰椎间盘突出症的临床观察[J].中国民族民间医药,2022,31(04):105-108.
- [15]刘志鹏,李霞,赵海泉,卫孟佳,于超,杜鹏.磁共振弥散张量成像在 PTED 术治疗腰椎间盘突出症效果评估中的应用[J].河北医药,2022,44(04):520-523.

中药和西药结合治疗输尿管中下段结石 50 例

卢太平

海南省东方市新街社区卫生服务中心 海南省东方市 572621

摘要：目的： 探讨中药和医药结合治疗输尿管中下段结石的临床疗效。 方法：回顾 2017 年至 2021 年 50 例输尿管中下段结石的治疗方法和效果。 对患者治疗前、后中医证候积分、血清炎性因子水平、生活质量进行评估、研究。 结果：（1）50 例输尿管中下段结石的治愈率为 96%。（2）治疗后各项中医证候积分均有所下降， $P<0.05$ 。（3）治疗后各项血清炎性因子水平均有所下降， $P<0.05$ 。（4）治疗后各项生活质量评分以升高为表现， $P<0.05$ 。结论：中药和西药结合治疗输尿管中下段结石疗效显著，明显改善患者的临床症状，治疗时间短，既能够减轻患者炎性因子水平，还可促进其生活质量提升，值得临床推广。

关键词：中药；西药；输尿管中下段结石

输尿管结石在临床较为多见，可单侧发病，也可多侧发病。一般情况下，双侧发病率较低，仅有 2%至 8%左右。该病在治疗不及时情况下，可导致结石嵌顿，进而诱发输尿管急性闭塞。在此情况下，患者可感到腹部疼痛，并且以持续性放射性绞痛为主要特征。若未及时得到有效干预，则患者诱发肾积水、肾功能损伤的概率将会提升，进而导致其生活质量下降^[1]。近些年，中医在治疗输尿管结石方面取得理想效果。为此，本研究选入 50 例输尿管中下段结石患者，对中药和西药应用其中的价值进行分析、讨论，作如下报告。

1. 资料与方法

1.1 临床资料

所有病例为 2017 年至 2021 年本院急诊患者，患者具有典型肾绞痛伴恶心呕吐，疼痛多放射至会阴部，查体多有肾区叩痛，腹部压痛不明显。50 例输尿管结石患者都经彩超确诊，男 31 例，女 19 例，年龄为 18-65 岁，平均年龄 33.6 岁；输尿管中段结石 21 例，输尿管下段结石 29 例，输尿管中下段结石最小为 4x5mm，最大为 8x10mm。

1.2 治疗方法

患者确诊为输尿管中下段结石，并了解结石位置、大小，体外冲击波碎石有禁忌症或不愿意做体外冲击波碎石治疗；给予中药排石汤，药物组成：石苇 30g，滑石 30g，海金沙 30g，车前仁 30g，白芍 30g，瞿麦 10g，冬葵子 15g，鸡内金 10g，木通 10g，金钱草 30g，川牛膝 30g，甘草 10g，前三天疼痛期，予大黄 10-15g，中药水煎两次混合共 600ml，分早、中、晚三次服，每次 200ml，每日 1 剂。当日就确诊后，出现剧烈腰腹疼痛者，给予盐酸曲马多注射液或盐酸哌替啶注射液肌注止痛。治疗期间嘱患者适当运动，如双脚跳绳或立定跳远等。保证每日足够饮水量，以增加尿液，促进结石排出。2 周为 1 个疗程，1 周后复查泌尿系彩超，了解结石情况。

1.3 观察指标

（1）临床疗效：疗效标准： 治愈：结石排出，临床症状消失，彩超未见输尿管结石，能正常生活、工作及参加重体力活。好转：临床症状消失或改善，彩超检查见结石变小或位置下移，可能正常生活、工作，不能参加重体力活。未愈：临床症状未见明显好转，彩超检查结石无明显改变，不能正常生活及工作。（2）中医证候积分。主症：腰痛、腹痛、小便浑浊。次症：面色少华、少气乏力、精神萎顿。主证：0 至 6 分。次症：0 至 3 分。分值越大，则代表症状越严重。（3）血清炎性因子水平。包括 hs-CRP（超敏 C 反应蛋白）、IL-6（白介素-6）。（4）生活质量评分。包括生理职能、情感职能等，共 7 个项目。每项均为 100 分。所得分数低，代表生活质量差。

1.4 统计学处理

本研究数据均采用 SPSS26.0 软件检验，采用 t 检验、x² 检验。 $p<0.05$ ，代表差异显著。

2. 结果

2.1 临床有效率

2.1 排石时间 1-3 天 治愈 8 例，男 3 例，女 5 例，平均 2.75 天，好转 22 例，未愈 20 例，治愈率为 16%，总有效率为 60%。

2.2 排石时间 1-7 天 治愈 20 例，男 12 例，女 8 例，平均 4.55 天，好转 21 例，未愈 9 例，治愈率为 40%，总有效率为 82%。

2.3 排石时间 1-14 天 治愈 40 例，男 23 例，女 17 例，平均 6.72 天，好转 8 例，未愈 2 例，治愈率为 80%，总有效率为 96%。

2.2 中医证候积分

治疗后各项中医证候积分均有所下降， $P<0.05$ 。（见表 1 数据）

表 1：中医证候积分（ $\bar{x}\pm S$ ，分）

组别	例数（n）	腰痛积分	腹痛积分	小便混浊积分	面色少华积分	少气乏力积分	精神萎顿积分
治疗前	50	3.12±0.35	3.08±0.41	3.14±0.38	1.29±0.15	1.26±0.19	1.17±0.22
治疗后	50	1.05±0.22	1.01±0.27	1.11±0.29	0.53±0.12	0.61±0.20	0.49±0.13
t		35.4066	29.8158	30.0287	27.9759	16.6611	18.8164
P		0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 血清炎性因子水平

治疗后各项血清炎性因子水平均有所下降， $P<0.05$ 。（见表 2 数据）

表 2: 血清炎症因子水平 ($\bar{x} \pm S$)

组别	例数 (n)	hs-CRP 水平 (mg/L)	IL-6 水平 (ng/L)
治疗前	50	5.97±0.33	3.26±0.17
治疗后	50	4.22±0.26	2.16±0.20

t	29.4544	29.6324
P	0.0000	0.0000

2.4 生活质量评分

治疗后各项生活质量评分以升高为表现, $P < 0.05$ 。(见表 3 数据)

表 3: 生活质量评分 ($\bar{x} \pm S$, 分)

组别	例数 (n)	生理职能评分	情感职能评分	心理健康评分	社会功能评分	躯体疼痛评分	角色功能评分	生命活力评分
治疗前	50	64.47±4.40	62.88±4.71	60.26±4.55	66.93±4.81	63.70±4.21	61.94±4.36	65.83±4.73
治疗后	50	76.48±4.93	73.08±4.25	75.18±4.67	77.25±4.80	74.88±4.30	75.33±4.25	78.25±4.19
t		12.8517	11.3689	16.1808	10.7388	13.1367	15.5504	13.8983
P		0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

3. 讨论

输尿管结石在泌尿系统疾病中较为常见。现阶段, 输尿管结石发病率呈现为升高态势。有统计显示, 泌尿系统结石疾病发病率约为 1/11, 并且超过一般患者存在复发的可能^[2]。受疾病影响, 患者临床症状可见肾绞痛、血尿。临床治疗该病以接触梗阻、保护肾功能为主。当前, 随着临床治疗手段愈加多样, 中药治疗在输尿管结石中的治疗效果得到临床大量实验证实。

中医认为, 输尿管结石可归为“淋症”、“腹痛”范畴^[3]。肾虚、膀胱气化不利、湿热蕴结下焦等属于主要致病原因。受其影响, 尿中浑浊物质结成砂石。现代医学对输尿管结石形成的及时尚不明确, 但是肾钙化斑、结石基质等学说得到诸多研究人员认可。另有研究认为, 生活环境、习惯、个体差异、遗传、所患疾病等均存在诱发结石的可能^[4]。根据中医理论, 治疗输尿管结石应遵循利尿通淋、补肾健脾原则。为达到标本兼治目的, 还应重视本、标所在。其中本为肾脾两虚。标为湿热蕴结。在采取标本统治方案的同时, 还应注重辨证论治。对于邪盛者, 可先攻邪。正虚者, 先补虚。排石汤组方为金钱草、海金沙, 二者为君药。臣药为车前子、瞿麦、滑石、木通、石苇。佐药为大黄、白芍、冬葵子、甘草、鸡内金。使药为川牛膝。方中车前草利尿通淋、祛湿除黄。车前子通淋利尿、渗湿清肝。根据现代药理学研究, 存在于金钱草中的甾醇、氨基酸等, 具有利尿功能, 并且能够促进结石由胆汁、胆管排出。而车前子中的琥珀酸、车前子碱等物质, 在利尿方面价值确切^[5]。方中瞿麦在发挥利尿通淋作用的同时, 还可活血痛经。根据《本草备要》记载, “瞿麦降心火, 利小肠, 逐膀胱邪热。”该药作为治淋之要药, 所得效果已经得到多项研究证实。存在于其中的皂苷、维生素 A 等可加快尿液排出。海金沙可发挥利尿通淋之功效。石苇利水通淋、清热止咳。二者作用于机体后, 可对部分细菌起到抑制作用, 有利于改善患者炎症反应^[6]。方中滑石、木通利水通淋、清下焦湿热。大黄泻下攻积、清热解毒。现代药理学指出, 大黄中的大黄酸、大黄素等, 均具有促进胃肠道蠕动的作用, 能够加快排便速度。同时, 该药物在抗感染方面也具有确切效果, 能够抑制多种细菌^[7]。联合使用上述药物, 可共同发挥利尿通淋、利水渗湿、解毒清热功效。金钱草、海金沙作为君药, 发挥通淋排石、清热渗湿功能。臣药车前子、滑石等属于八正散之要药, 可进一步增强通淋、清热、利湿效果。配伍大黄, 可达到邪热降火的目的。佐药选择白芍、冬葵子、甘草等, 能够发挥补脾益气功效^[8]。就输尿管结石而言, 辩证病机较为复杂, 并且具有气血同病、虚实夹杂特征。因此,

在具体治疗过程中, 应气血同治、虚实兼顾, 随证加减^[9]。本研究结果显示, 50 例输尿管中下段结石的治愈率为 96%。治疗后 hs-CRP、IL-6 等血清炎症因子水平依次为 (4.22±0.26) mg/L、(2.16±0.20) ng/L, 均低于治疗前, $P < 0.05$ 。治疗后腰痛、腹痛、小便混浊、面色少华、少气乏力、精神萎顿等中医证候积分依次为 (1.05±0.22) 分、(1.01±0.27) 分、(1.11±0.29) 分、(0.53±0.12) 分、(0.61±0.20) 分、(0.49±0.13) 分, 均低于治疗前, $P < 0.05$ 。治疗后, 生理职能、情感职能、心理健康、社会功能、躯体疼痛、角色功能、生命活力等生活质量评分依次为 (76.48±4.93) 分、(73.08±4.25) 分、(75.18±4.67) 分、(77.25±4.80) 分、(74.88±4.30) 分、(75.33±4.25) 分、(78.25±4.19) 分, 均高于治疗前, $P < 0.05$ 。由此可见, 中药在治疗输尿管中下段结石方面作用显著。

综上所述, 中药和西药在治疗输尿管中下段结石中具有确切效果。一方面, 患者治疗效果提升。另一方面, 患者临床症状缓解速度加快, 可促进结石排出。同时, 患者治疗后血清炎症因子减轻, 生活质量提升。

参考文献:

[1]陈绮方, 骆倚菁, 王燕源, 等. 中医定向透药疗法对输尿管结石患者术后康复的影响[J]. 基层医学论坛, 2021, 25(30): 4407-4409.

[2]赵佩. 中医情志相胜法用于输尿管软镜钬激光碎石术围手术期的临床研究[J]. 中国社区医师, 2019, 35(33): 161-162.

[3]黄明伟, 唐海, 罗松涛, 等. 研究分析中药热奄包对输尿管结石患者腰部疼痛的缓解作用[J]. 内蒙古中医药, 2021, 40(02): 122-123.

[4]杨志敏, 何吉梅, 张潇. 盐酸坦洛新缓释片联合中药排石汤治疗输尿管中下段结石的临床研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(64): 165-167.

[5]焦娟. 中药配合 X 线定位体外冲击波碎石治疗单发输尿管结石临床效果观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(14): 169-172.

[6]黄文彬, 王浩强, 刘国敏. 中药三金排石汤对输尿管镜钬激光碎石术后的排石疗效[J]. 内蒙古中医药, 2018, 37(09): 58-59.

[7]杨明, 朱文静, 国荣良, 等. 中药联合输尿管镜钬激光碎石术治疗嵌顿性输尿管上段结石的临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2017, 44(12): 2561-2564.

[8]闫波, 纪志欣, 高永涛, 等. 中药排石汤辅助输尿管软镜下钬激光碎石术治疗输尿管上段结石临床疗效分析[J]. 山西医药杂志, 2018, 47(02): 163-165.

[9]武日平, 田静. 输尿管镜钬激光碎石术联合中药治疗输尿管上段结石疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2017, 33(02): 151-152.

米氮平+草酸艾司西酞普兰片治疗抑郁症的药学分析

倪效东

梁山县梁山街道社区卫生服务中心 山东济宁 272600

摘要：目的：评析、检验米氮平、草酸艾司西酞普兰片于抑郁症治疗中的药学价值。方法：抑郁症患者选入本研究。共 99 例。时间点：2019.09 至 2021.11。随机分为两组。参照组：49 例，单独使用草酸艾司西酞普兰片治疗。试验组：50 例，参照组基础上，联合米氮平治疗。评价依据：PANSS 评分、治疗效果、抑郁、焦虑评分、不良反应。结果：（1）试验组治疗效果更为优异， $P<0.05$ 。（2）治疗后，试验组各项 PANSS 评分、抑郁、焦虑评分更低， $P<0.05$ 。（3）头痛、嗜睡、口干发生率方面，两组无显著区别， $P>0.05$ 。结论：治疗抑郁症，米氮平、草酸艾司西酞普兰片在其中的药学价值得到有效发挥。除减轻患者抑郁症状外，还促进治疗效果提升，减少并发症发生，安全性、有效性均值得肯定。

关键词：抑郁症；草酸艾司西酞普兰片；米氮平；药学分析

Pharmacological analysis of mirtazapine + escitalopram oxalate tablets in the treatment of depression

Ni Xiaodong, Liangshan Street Community Health Service Center, Liangshan County 272600

【Abstract】 Objective: To evaluate and test the pharmacological value of mirtazapine and escitalopram oxalate tablets in the treatment of depression. Methods: Depressed patients were enrolled in this study. A total of 99 cases. Time: 2019.09 to 2021.11. Randomly divided into two groups. Reference group: 49 cases, treated with escitalopram oxalate tablets alone. Experimental group: 50 cases, on the basis of the reference group, combined with mirtazapine treatment. Evaluation basis: PANSS score, treatment effect, depression, anxiety score, adverse reactions. Results: (1) The treatment effect of the experimental group was more excellent, $P<0.05$. (2) After treatment, the PANSS scores, depression and anxiety scores of the experimental group were lower, $P<0.05$. (3) There was no significant difference between the two groups in the incidence of headache, lethargy and dry mouth, $P>0.05$. Conclusion: In the treatment of depression, the pharmacological value of mirtazapine and escitalopram oxalate tablets can be effectively exerted. In addition to alleviating the depressive symptoms of patients, it also promotes the improvement of the treatment effect and reduces the occurrence of complications. The safety and efficacy are both worthy of recognition.

【Key words】 depression; escitalopram oxalate tablets; mirtazapine; pharmaceutical analysis

抑郁症作为现阶段常见精神障碍的一种，具有较高的发生概率。现阶段，临床对抑郁症的发病机制尚不明确。部分学者认为，大脑单胺神经递质减少是诱发抑郁症的关键因素^[1]。临床治疗该病多采用药物联合认知干预法。就药物治疗而言，常用药物包括五羟色胺再摄取抑制剂等，例如出草酸艾司西酞普兰。临床大量实验证实，该药物在抗抑郁方面作用显著。有文献报道称，相较于单独用药，联合用药能够进一步提升治疗效果^[2]。为此，本研究纳入 99 例抑郁症患者，对草酸艾司西酞普兰片、米氮平在其中的药学价值进行分析，作如下报告。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2019.09 至 2021.11 区间。录入抑郁症患者。共 99 例。随机分为两组。参照组：共 49 例。男 20 例、女 29 例。年龄：23 至 62 岁。平均数：(41.37±2.04) 岁。试验组：共 50 例。男 22 例、女 28 例。年龄：21 至 63 岁。平均数：(41.40±2.15) 岁。处理、分析各组相关资料， $P>0.05$ 。

入选要求：（1）无酒精依赖者。（2）知情本实验患者。

排除根据：（1）妊娠、哺乳期者。（2）存在明显自杀倾向者。

1.2 方法

参照组：单独予以患者草酸艾司西酞普兰（生产商：H.Lundbeck A/S/H.

Lundbeck A/S；批号：H20140121；规格：20mg），初始剂量为每天 10mg。根据患者耐受情况逐渐加量，目标剂量为每天 10 至 20mg。

试验组：参照组基础上，联合米氮平（生产商：Novartis (Bangladesh) Limited；批号：国药准字 J20140004；规格：30mg），初始剂量为 15mg。根据患者病情、耐受情况，调整剂量。目标剂量为 15 至 45mg。

两组患者治疗期间，均不适用抗精神病类药物。所有患者均治疗 2 个月。

1.3 观察指标

（1）PANSS 评分：采用阳性、阴性症状量表，对该指标进行评估，判断患者治疗前后症状改善情况。分数高，代表症状严重。

（2）治疗效果：患者抑郁评分下降超过 3/4，即为显效。抑郁评分下降超过 1/2，小于 3/4，即为有效。与上述标准不符，为无效。

（3）抑郁、焦虑评分：以汉密顿焦虑、抑郁量表进行测评。分值高，症状严重。

（4）不良反应：头痛、嗜睡、口干。

1.4 统计学方法

SPSS21.0 软件处理数据。应用 t 检验、 χ^2 检验。 $P<0.05$ ，统计价值存在。

2. 结果

2.1 治疗效果

试验组治疗效果更为优异, $P < 0.05$ 。(见表 1)

表 1 治疗效果[n (%)]

组别	例数(n)	显效	有效	无效	总有效率
试验组	50	37 (74.99%)	12 (24.00%)	1 (2.00%)	49 (98.00%)
参照组	49	24 (48.97%)	17 (34.69%)	8 (16.32%)	41 (83.67%)
X^2					6.1461
P					0.0131

2.2 PANSS 评分

治疗前, 试验组、参照组阳性症状评分依次为 (20.53±2.49) 分、(20.48±2.37) 分。T 值为 0.1023, P 值为 0.9187。两组阴性症状评分依次为 (21.07±2.31) 分、(20.75±2.28) 分。T 值为 0.6935, P 值为 0.4896。两组总分依次为 (72.45±6.55) 分、(72.39±6.48) 分。T 值为 0.0458, P 值为 0.9636。

治疗后, 试验组、参照组阳性症状评分依次为 (8.23±1.53) 分、(10.22±1.52) 分。T 值为 6.4912, P 值为 0.0000。两组阴性症状评分依次为 (8.42±1.60) 分、(11.37±1.63) 分。T 值为 9.0873, P 值为 0.0000。两组总分依次为 (30.06±3.52) 分、(37.12±3.07) 分。T 值为 10.6267, P 值为 0.0000。

治疗后, 试验组各项评分更低, $P < 0.05$ 。

2.3 抑郁、焦虑评分

治疗前, 试验组、参照组抑郁评分依次为 (74.64±7.33) 分、(74.59±7.09) 分。T 值为 0.0344, P 值为 0.9726。两组焦虑评分依次为 (75.84±7.29) 分、(76.06±7.13) 分。T 值为 0.1517, P 值为 0.8797。

治疗后, 试验组、参照组抑郁评分依次为 (52.12±3.60) 分、(62.39±4.15) 分。T 值为 13.1610, P 值为 0.0000。两组焦虑评分依次为 (53.47±3.58) 分、(61.42±4.33) 分。T 值为 9.9646, P 值为 0.0000。

治疗后, 试验组较参照组更低, $P < 0.05$ 。

2.4 不良反应发生情况

试验组: 头痛: 1 例。占比: 2.00%。嗜睡: 1 例。占比: 2.00%。口干: 0 例。占比: 0.00%。总发生率: 4.00% (2/50)。

参照组: 头痛: 1 例。占比: 2.04%。嗜睡: 1 例。占比: 2.04%。口干: 1 例。占比: 2.04%。总发生率: 6.12% (3/49)。X² 值=0.2325。P 值=0.6296。

头痛、嗜睡、口干发生率方面, 两组无显著区别, $P > 0.05$ 。

3 讨论

抑郁症属于临床常见精神类疾病。现阶段, 人们生活节奏改变、生活

压力增加, 致使抑郁症发病率呈逐年升高趋势。抑郁症发生与神经生化、内分泌、遗传等因素有关^[3]。患者发病后, 临床症状可见情绪低落、兴趣丧失、思维迟钝。如果治疗不及时, 或者治疗方案不理想, 则疾病进展为难治性抑郁症的概率将会增加。在情况严重时, 患者还会出现自杀倾向, 进而导致家庭、社会负担增加。为此, 予以患者有效的药物干预方案还十分关键。

草酸艾司西酞普兰在抗抑郁治疗中应用较广。其作为五羟色胺再摄取抑制剂的一种, 可促进患者突触间五羟色胺分泌, 使其浓度增加。随着其对五羟色胺受体选择性降低敏感性作用的发挥, 神经元重新再摄取五羟色胺的难度提升, 进而达到抗抑郁效果。米氮平在抗抑郁中也十分多见。药物作用于机体后, 能够发挥阻滞肾上腺素 α_2 的作用。由于肾上腺素 α_2 存在于突触前的 NE 神经末梢, 所以能够达到调节肾上腺素受体功能的作用^[4]。在此情况下, 五羟色胺释放量将会增加, 进而促进抑郁症状改善。联合使用二者, 能够发挥协同作用。一方面, 机体五羟色胺水平提升, 另一方面, 机体去甲肾上腺素表达得到调节。相较于单独使用草酸艾司西酞普兰而言, 联合使用二者能够弥补单独用药的不足, 进而促进药物价值得到最大化发挥。此外, 草酸艾司西酞普兰不会对肝细胞色素 P450 酶等产生影响, 所以不会抑制胆碱能等, 有利于减少毒副作用, 提高患者耐受性^[5]。本实验结果显示, 试验组治疗效果更为优异, 治疗后, 试验组 PANSS 评分、抑郁、焦虑评分较参照组更低, $P < 0.05$ 。头痛、嗜睡、口干发生率方面, 两组无显著区别, $P > 0.05$ 。

总而言之, 治疗抑郁症, 联合使用米氮平、草酸艾司西酞普兰, 具有确切的药学价值。既能够改善患者临床症状, 还可减少不良反应, 有利于促进治疗效果提升。

参考文献:

[1]莫小恩.米氮平联合草酸艾司西酞普兰治疗抑郁症伴睡眠障碍的疗效及对患者症状改善及睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2021,8(06):1097-1098.

[2]毕雪飞,袁梅菊,温盼.不同剂量米氮平联合草酸艾司西酞普兰治疗精神分裂后抑郁患者的临床价值分析[J].四川解剖学杂志,2021,29(01):107-108.

[3]王龙,张晓梅,吕明维.不同剂量米氮平联合草酸艾司西酞普兰治疗抑郁症的临床疗效及其安全性[J].临床合理用药杂志,2018,11(27):51-52.

[4]赖文文,卢辉耀,蔡克锋,等.奥氮平联合草酸艾司西酞普兰治疗冠心病支架植入后以躯体不适症状为典型表现抑郁症的临床研究[J].中外医学研究,2021,19(28):5-8.

[5]曹春,姚全,于雯,等.草酸艾司西酞普兰对高血压伴焦虑抑郁患者血压变异性、负性情绪及神经功能的影响[J].中南医学科学杂志,2021,49(02):178-182.

超声引导下经支气管镜针吸活检术全麻后护理

齐洁

济宁医学院附属医院 山东济宁 272029

摘要：目的：对于精准护理干预应在超声引导下经支气管镜针吸活检术全麻患者的效果进行探讨。方法：收集在我院接受治疗的 80 例肺门或纵隔淋巴结肿大患者临床资料，所有患者均进行超声引导下经支气管镜针吸活检术全麻术。将患者随机分成干预组和常规组，分别实施精准护理模式和常规护理模式。比较和评估两组患者的应用效果。结果：干预组患者的应用效果远远优于常规组患者，（ $P<0.05$ ）。结论：在实施超声引导下经支气管镜针吸活检术全麻患者护理中运用精准护理模式能够获得显著的效果，大幅度减少患者发生并发症的风险，使患者的安全得以有效保障。

关键词：超声；支气管镜针吸活检术；全麻；护理效果

超声引导下经支气管镜针吸活检术指的是将超声探头安装在支气管镜前端，利用超声图像实时监视气管支气管周围病变组织，之后开展穿刺活检技术。该技术在诊断肺内肿瘤、肺癌临床病例分析评估和不明原因肺门淋巴结肿大等诊断方面得到广泛应用。针对存在疑似病变的单个淋巴需反复进行超过五次的抽吸穿刺，旨在获得最佳的标本，但是患者同时也需要承受对其气管产生的剧烈刺激。临床所采用的常规局部表面麻醉方式患者具有较低的依从性，而且患者轻微的移动或者咳嗽都有可能造成穿刺失败，进而增加再次穿刺的风险^[1]。因此，在临床实践中一般在执行该操作时对患者实施全身麻醉，要想确保该活检术能够顺利完成，最大程度的减少患者术后发生并发症的风险，实施全麻之后的护理干预也至关重要。现对 80 例在我院接受治疗的肺门或纵隔淋巴结肿大患者运用不同护理方案的效果进行如下分析。

1.1 一般资料

患者一般资料（表 1）。

表 1 两组患者一般资料比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别(n)	男/女	年龄（岁）
干预组（n=40）	24/16	49.55±7.53
常规组（n=40）	22/18	50.51±8.02
t	0.721	0.278
P	1.029	5.003

1.2 方法

所有研究对象均进行超声引导下经支气管镜针吸活检全身麻醉检查，该项操作均是在无菌内镜室进行，患者保持仰卧位，对患者实施常规的心电监护。第一，对患者实施常规支气管镜检查，清理患者的呼吸道，对整个手术区进行查看，预防出现意外情况，减少因出血对视野造成污染，对整个操作造成不良影响。第二，换用超声内镜，在进镜的过程中，在对准声门之前联合进入气道，待视野到达目标区域之后，撤出镜头，和探查目标之间保持一定的距离，有利于之后开展超声检查。在光镜到达指定的位置之后，采用水囊向其内部注水，气管注入量不超过 0.5 毫升，支气管注入剂量不超过 0.3 毫升。对其结构进行观察，交替使用支气管镜和超声，

对支气管自身方向的调整给予高度重视。在确认目标之后，采用超声详细记录其大小。第三，穿刺准备工作，固定镜身，置入穿刺针，对穿刺点明确之后，对穿刺套管进行调整并固定，确保出针的过程中能够看到套管尖，对穿刺目标再次确认之后进针。第四，针刺的深度取决于病灶的大小，通常情况下针刺深度超过病灶 0.5 厘米，进针到达病灶之后多次轻推内芯，清理针腔，将内芯导丝拔出。连接负压之后，抽吸 35 次左右。第五，将负压松开，将穿刺针拔出^[2]。

常规组：执行常规护理模式。即护理人员详细检查手术过程中所使用的相关医疗器械和物品，并对患者的药物禁忌情况进行了解和掌握，对患者的禁食状态进行查看，避免出现相关并发症。

干预组：执行精准护理方案。（1）术前干预。护理人员均参与到患者术前的病例讨论中，对患者的病情进行全面评估，尤其是存在较高风险的患者，对其用药史和过敏史进行充分的了解，并协助患者完成常规的检查项目，包括肺功能检查、感染免疫化验等，并制定精准的护理方案。由于患者及其家属并不了解该项检查，护理人员将该项操作的方法和意义介绍给患者，缓解患者及其家属产生的紧张等不良情绪，之后根据患者的实际情况开展精准的健康教育，将该项操作过程中需要配合和注意的内容告知患者，并在术前通知患者禁饮禁食，做好口腔的清洁工作，将义齿取下，提高患者及其家属的依从性。护理人员将手术过程中需要使用到相关医疗器械和常用药以及抢救药物准备充分，包括多巴胺和垂体后叶素等药物，并根据上述器械和药品所使用的顺序将其科学摆放起来，分开放置有菌和无菌物品，严格按照无菌操作原则开展护理操作。（2）术中干预：护理人员协助患者安全的平躺检查床上，并对患者实施不断的安抚。将软枕放在肩部，头部充分后仰，打开气道，带一次性帽子，遮盖眼睛，防止内镜冷光源对患者的眼睛产生刺激，同时也能够避免在检查的过程中液体进入到患者的眼睛内。将氧气连接好，并连接心电监护仪器，对患者的生命体征进行监测，对其血氧饱和度和血压以及心率等指标的变化情况进行观察，将浅静脉留置针进行妥善的固定。护理人员协助麻醉师完成相应的麻醉处理工作，并配合医生完成鼻腔或者口腔进镜护理操作。护理人员佩戴好无菌手套等，并将无菌物品准备充分，按照相关要求有序的开展护理工作。

作。医生锁定目标之后，护理人员及时的传递穿刺针，确保其处于安全锁定的状态，防止镜头受到损伤。同时要确保模块化无菌操作，在医生出针的过程中，护理人员将镜子固定好，确保其不发生移动，避免对患者血管造成损伤出现意外事件。护理人员将取出的标本迅速的进行涂片，确保操作手法正确，并采用福尔马林进行固定。按照淋巴结的分组固定留取的组织，并做好标识等工作，迅速送检。在整个手术的过程中，护理人员对患者的各项生理指标进行实时观察，一旦出现异常情况迅速的反馈给医生，避免发生意外情况^[3]。（3）术后干预：护理人员为患者营造一个安静舒适的休息环境，叮嘱患者应尽量保持卧床休息的状态，并对其心率、血压以及呼吸等生命体征进行监测。对于术后2小时之后的患者叮嘱患者家属可以为其提供少量的温凉食物，并叮嘱患者应尽量不说话，并对患者是否出现异常情况进行观察。鼓励患者咳出痰液，并对其咳嗽情况进行观察，观察患者痰液量和颜色，正常情况下，手术当天患者出现少量痰中带血现象正常，针对具有较大咯血量的患者，应及时的反馈给医生，避免发生窒息。针对如果患者术后出现胸闷气促的情况，必要的情况下需进行胸部X线检查。在对患者身体状态进行监测的过程中，应有效预防患者发生相关并发症。护理人员将一些预防并发症的常识传授给患者，包括患者术后禁忌和活动量以及饮食等方面需要注意的内容，提高患者预防并发症的意识，加快患者术后的康复速度。在对患者实施必要的监测和生理检查之外，护理人员加强对患者的心理干预，促进患者疾病的尽快康复^[4]。

1.3 观察指标

对比两组患者的相关指标。

1.4 统计学分析

用 SPSS21.0 统计学软件对数据进行分析，用 t、 χ^2 检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 术后 48 小时出血量比较

表 2 术后 48 小时出血量比较 ($\bar{x} \pm s$, ml)

组别(n)	例数	术后 48 小时出血量
干预组	40	61.42±8.65
常规组	40	75.82±10.42
t	-	4.474
P	-	0.000

2.2 术后胸闷发生情况比较

表 3 术后胸闷发生情况比较 (n, %)

组别(n)	例数	胸闷发生率
干预组	40	2 (5.00)
常规组	40	16 (40.00)
χ^2	-	5.161
P	-	0.023

2.3 取材满意度比较

表 4 取材满意度比较 (n, %)

组别(n)	例数	取材满意度
干预组	40	40 (100.00)
常规组	40	28 (70.00)
χ^2	-	4.902
P	-	0.027

2.4 并发症发生情况比较

表 5 并发症发生情况比较 (n, %)

组别(n)	例数	恶心呕吐	喉部损伤	寒战	总发生率
干预组	40	2 (5.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (5.00)
常规组	40	6 (15.00)	4 (10.00)	6 (30.00)	16 (40.00)
χ^2	-	5.556	10.526	35.294	35.125
P	-	0.018	0.001	0.000	0.000

3 讨论

近年来临床上所使用的微创诊断技术之一就是超声引导下经支气管镜针吸活检术，其在纵隔和肺门旁的小淋巴结穿刺中得到广泛应用。该项诊断技术能够有效规避开胸淋巴结活检或者纵隔镜淋巴结活检对患者产生的创伤和痛苦，其不但能够准确判断肺门旁纵隔淋巴结的良恶性，同时还能够精确分期原发性支气管肺癌^[5]。

近几年，在我国医疗技术不断发展的背景下，在临床上广泛应用超声支气管镜，即将超声探头安装在支气管镜前端，并辅助专用的活检针，在超声的引导下开展经支气管镜针吸活检术，能够对患者检查部位的血管位置和血流情况实施密切的观察，且能够有效防止刺伤到血管。在有关报道中提到，该项检查技术是将支气管镜和超声有机的结合在一起，在患者的气道腔内插入之后开展相关检查，能够对病灶进行更加广泛的观察^[6]。在临床实践中，肺癌淋巴结分期和纵隔病变以及肺门病变的检查金标准仍然是纵隔镜检查，然而该项检查存在众多弊端，其不但具有较大的创伤，而且检查费用较高，取材的范围有限。因此，在临床上应用该项诊断技术受到一定的限制，但是超声引导下经支气管镜针吸活检术却存在诸多优势，其不但具有广泛的取材范围，而且存在较少的并发症，具有相对较小的创伤，也正是因为其具备上述多种优点被广泛的应用在临床疾病诊断中^[7]。

在本文中，干预组患者的术后 48 小时出血量远远少于常规组患者，而且干预组患者的术后胸闷发生率远远低于常规组患者，干预组患者的取材满意度远远高于常规组患者。证实对接受超声引导下经支气管镜针吸活检术麻醉后的患者实施精准护理干预措施，不但具有较高的安全性，同时还能够减少患者发生胸闷的风险，有效保障取材的成功^[8]。

虽然该项手术操作有着众多的护理细节，但是在医生和护理人员的高度配合之下，再加上术后的精确的护理干预，使干预组患者获得更加全面

(下转第 66 页)

冠心病患者检验血清胆红素、尿酸及超敏 C 反应蛋白的价值分析

齐欣

禹城市妇幼保健院 山东德州 251200

摘要：目的：对冠心病患者临床诊断中，检验超敏 C 反应蛋白、血清胆红素、尿酸的价值进行分析，旨在为后续的临床诊断工作提供科学指导。方法：将我院接收的 50 例（入选开始时间为 2020 年 01 月 01 日，结束时间为 2021 年 12 月 01 日）冠心病患者作为此次评估对象（设置为研究组），随后选取同期入院接受健康体检的 50 例受检者（设置为对照组）与之进行对比，所有入选者均给予超敏 C 反应蛋白、血清胆红素、尿酸检测，对两组的检测结果进行对比，评估上述指标状况在疾病诊断中的有效性。结果：研究组 hs—CPR（超敏 C 反应蛋白）、尿酸 UA（血清尿酸）水平高于对照组，IBIL（血清间接胆红素）、DBIL（血清直接胆红素）以及 TBIL（血清总胆红素）均低于对照组，统计学有意义（ $P<0.05$ ）；无钙化 TBIL 水平、hs—CPR 水平高于钙化，UA 水平低于钙化，数据差异大， $P<0.05$ ，统计学有意义。结论：检验超敏 C 反应蛋白、血清胆红素、尿酸诊断价值显著，对冠心病具有积极意义，可以提升疾病诊断效果，对后续治疗措施的针对性具有积极意义，推广价值较高。

关键词：冠心病；超敏 C 反应蛋白；血清胆红素；尿酸；应用价值

冠心病发病率较高，是最常见的心脏病之一，主要是由于冠状动脉粥样硬化引起的供血不足、冠状动脉狭窄，进而导致器质性疾病、心脏功能障碍，是临床多发疾病，症状是胸腔中央出现挤压性疼痛，可延伸至手臂、背部、胃部、颈部、下巴^[1]。其他可能的发作症状是出汗、发冷、恶心、头晕、气短以及昏厥。随着病情的发展及进步，会导致患者心力衰竭，严重情况下会直接导致患者死亡。冠心病作为心血管科的常见病，40 岁以上人群发病率较高，与高糖高脂饮食、遗传、社会心理因素以及年龄等因素具有直接相关关系有关^[2]。冠心病患者常以胸痛、心绞痛为主要症状，并伴有胃肠道反应（恶心、乏力等），甚至休克，对患者机体健康、生活质量、生命安全等均产生不同程度的威胁。因此，冠心病早期的积极诊断和治疗对于疾病的发展和预后至关重要。临床上，冠心病患者通过血液学检查、冠状动脉造影以及心电图来诊断和检查^[3]。本文主要是对 50 例冠心病患者、健康体检者 50 例进行分析，研究超敏 C 反应蛋白、血清胆红素、尿酸在疾病诊断中的应用价值，方便对后续诊断工作提供科学依据，帮助患者改善治疗及预后。现具体分析为：

1 资料与方法

1.1 一般资料

2020 年 01 月 01 日-2021 年 12 月 01 日，收集我院 50 例冠心病患者数据信息，将其设置为研究组，随后选取同期入院接受健康体检者 50 例与之进行对比，并将其设置为对照组。

纳入标准：（1）入选 50 例患者均符合冠心病相关指征；（2）思维意识无障碍；（3）语言沟通情况良好；（4）经院伦理委员会批准；（5）患者及家属均对本次研究试验知情；（6）临床数据、资料完整。

排除标准：（1）期间参与其他研究者；（2）自身免疫性疾病；（3）恶性肿瘤疾病；（4）中途退出研究；（5）心功能、免疫功能异常；（6）依从性差；（7）重大疾病史、过敏史；（8）未签署相关同意书；（9）凝血功能

障碍；（10）主要器官器质性病变；（11）血液疾病；（12）精神疾病。

对照组（50 例受检者）：年龄区间为 35-75 岁，平均年龄为（55.37±1.41）岁；男性、女性分别为 28 例、22 例。研究组（50 例患者）：男性、女性患者分别为 30 例、20 例；平均年龄为（55.29±1.39）岁（年龄区间为 36-74 岁）。经 SPSS20.0 对比： $P>0.05$ ，统计学无意义。

1.2 方法

DX-800 贝克曼全自动生化分析仪（生产厂家：上海卓茵医疗仪器有限公司）。试剂由四川鑫诚生物科技有限公司生产供应，在有效期内使用。研究组和对照组早上空腹静脉采血 5mL。离心后取血清测定 IBIL、DBIL、hs—CPR、UA、TBIL。免疫比浊法用于 C 反应蛋白；钼酸盐氧化用于总胆红素；脲酶用于尿酸，；钼酸盐氧化用于直接胆红素。所有检验方法均按照国家标准检验方法进行检验，检验结果按照有效数修正原则上报。

1.3 观察指标

对两组受检者各血清指标状况进行分析，主要研究指标包括：TBIL、DBIL、hs—CPR、IBIL、UA；观察有、无冠状动脉壁钙化冠心病 TBIL、hs—CPR、UA 指标状况。

1.4 统计学分析

SPSS20.0 软件：计量资料（hs—CPR、UA、IBIL、DBIL、TBIL）：T 检验；计数资料： χ^2 检验，以上分别以 $\bar{x} \pm s$ 、% 为表现形式。50 例冠心病患者、健康体检者 50 例数据资料： $P<0.05$ ，表示结果有意义；反之无意义。

2 结果

2.1 hs—CPR、UA、IBIL、DBIL、TBIL 等指标水平差异显示：对照组 TBIL、DBIL、IBIL 高于研究组，hs—CPR、UA 低于研究组，数据差异大， $P<0.05$ ，统计学有意义。具体见表一：

表一 两组 TBIL、DBIL、hs—CPR、IBIL、UA 指标对比（ $\mu\text{mol/L}$ ， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	TBIL	hs—CPR	IBIL	UA	DBIL
研究组	50	12.36±3.25	18.34±3.12	8.33±2.25	408.36±99.12	4.36±1.25

对照组	50	18.56±6.55	2.13±0.33	12.59±4.36	324.23±65.12	5.69±0.45
T	-	5.9957	36.5340	11.4574	5.0160	7.0788
P	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 TBIL、hs—CPR、UA 指标在有、无冠状动脉粥样硬化性心脏病统计学差异分析显示：无钙化（35 例）UA 水平、TBIL 水平、hs—CPR 水平分别为（285.36±42.25） $\mu\text{mol/L}$ 、（11.25±3.47） $\mu\text{mol/L}$ 、（16.14±2.12） $\mu\text{mol/L}$ ；钙化（15 例）UA、TBIL、hs—CPR 水平分别为，（371.33±60.56） $\mu\text{mol/L}$ 、（7.36±2.25） $\mu\text{mol/L}$ 、（18.56±2.44） $\mu\text{mol/L}$ ；上述指标对比结果显示 T=5.7660、3.9849、3.5353，P=0.0000、0.0002、0.0009，数据差异大，提示统计学对比分析有意义。

3 讨论

冠心病的症状主要取决于涉及心脏的缺血程度，当冠状动脉狭窄的直径大于 75%以上时，可产生心绞痛、心律失常，甚至发生猝死。但也有部分患者，狭窄程度未达到 75%，仍可出现冠心病症状。如冠状动脉痉挛等因素均受累，而剧烈活动后也可诱发心绞痛。典型心绞痛一般为心前区或胸骨后区疼痛，一般在劳累、兴奋或受凉、饱餐后诱发，疼痛部位至胸骨上、胸骨下，胸骨也可累及心前区，放射至左侧肩，左肩。同时，部分患者会出现牙痛、胃痛，疼痛的性质一般为窒息、挤压痛、隐隐作痛，甚至濒临死亡的感觉。疼痛发作一般不超过 15 分钟，一般为几秒或几分钟，休息后可缓解。有的心绞痛在夜间恰巧称为变异型心绞痛，发病时可出现面色苍白、目光炯炯、表情焦虑或大汗不止，所以对于变异型心绞痛，一般时间较长，心电图可见明显 ST 段向上移动。如果活动时出现胸闷或胸痛，持续 5 分钟以上，应立即到就近医院就诊，尽快做心电图检查。如果有明确的心肌缺血，应尽快对患者进行治疗，甚至紧急介入治疗。

临床研究表明，检测冠心病患者直接胆红素、尿酸、血清胆红素和超敏 C 反应蛋白具有重要的临床意义。抽取每位患者空腹静脉血 5mL。离心分离血清，测定上述指标状况。本文研究结果显示，根据对上述指标状况检测结果的统计分析，冠心病组患者的血清尿酸、超敏 C 反应蛋白均高于健康者；冠心病组患者血清总胆红素和直接胆红素普遍降低。对疑似冠心病症状患者进行上述指标检测，可以提高冠心病的诊断率，及时救治危重症患者，对临床医生具有重要的临床意义。

冠心病多见于高血脂、糖尿病、高血压、高血脂和肥胖症，常见高危因素包括饮酒、吸烟、精神因素等，在已知的危险因素中尚难以预测冠心病的发生。在消化内科疾病的诊治过程中，需要检测必要的肝功能指标，直接胆红素、血清总胆红素也经常作为指标之一进行检测。近年来，随着医学的飞速发展，发现冠心病有很多低胆红素水平，二者之间关系密切。相关研究学者在对冠心病患者与血清直接胆红素、总胆红素之间关系的分析中表示，患有重症冠心病患者血清总胆红素比健康人低，冠心病风险与上述指标状况的检测直接相关，可以作为疾病诊断的高危因素。在冠心病患者中，血清胆红素浓度降低可能会加速低密度脂蛋白的形成，削弱血浆的抗氧化能力，促进心脏冠状动脉的动脉粥样硬化。血清蛋白与体内胆红素结合后，延缓心脏内壁的斑块和动脉粥样硬化，阻止心脏冠状动脉内壁低密度脂蛋白的氧化修饰，新的结合能清除超氧自由基^[4]。

本文研究结果显示，研究组 hs—CPR、尿酸 U 水平高于对照组，IBIL、DBIL 以及 TBIL 均低于对照组（P<0.05）；无钙化 TBIL 水平、hs—CPR 水平高于钙化 UA 水平低于钙化（P<0.05）。由此分析结果可以看出，hs—CPR、UA、IBIL、DBIL、TBIL 等指标水平对疾病的诊断及检出具有积极意义，有利于疾病的早期诊断。在心脏冠状动脉粥样硬化过程中，冠心病患者尿酸是通过如下机制发挥效应：在心脏动脉血栓形成的初期，加快了血小板性血栓的形成；血液中的尿酸溶解度较低，临床出现高尿酸血症时，尿酸盐结晶在血管壁沉积，容易形成尿酸盐结晶，直接对血管内膜造成损伤；尿酸的结晶析出而诱发炎症反应，氧自由基生成增加伴随着尿酸量的增加，发生炎症反应是冠状动脉粥样硬化的一个重要表现；血小板的聚集、黏附与尿酸有关，提示有可能导致心脏冠状动脉堵塞。冠状动脉粥样硬化的重要机制：脂质的过氧化反应。尿酸作为机体内源性抗氧化剂，冠心病病人出现严重的冠状动脉粥样硬化，机体内的尿酸量增加，机体氧化的能力增强，尿酸水平增高^[5]。

除此之外，血栓的形成还与高尿酸血症患者的嘌呤代谢途径有关。在高尿酸血症患者中，导致冠心病的发生，促进血液循环中内皮素水平的提高，加重患者病情。在高尿酸血症患者中，出现对胰岛素的抵抗，导致血管壁细胞增生、胰岛素血症、动脉斑块形成、脂质代谢紊乱、心肌肥厚、高血压以及生长激素作用增加等。血液中的尿酸水平是心脏冠状动脉发生粥样硬化的重要危险因素，除与糖尿病、高血压、胰岛素抵抗、高脂血症以及肥胖等有关外，还与男性、年龄等有关。随着医学科学技术的日新月异，尖端的敏感的检测方法不断应用于临床检验，临床诊断的范围正在逐步扩大，超敏 C 反应蛋白广泛应用于中风、冠心病、周围血管栓塞等疾病预测和临床诊断工作中，作用也越来越重要。

参考文献：

[1]杨怀宇,刘长河,郑振国. 超敏 C 反应蛋白及同型半胱氨酸对焦虑障碍患者合并冠心病的临床预测意义[J]. 大连医科大学学报,2021,43(6):509-513,519.

[2]胡翔稳,张先林,宣玲,等. 血清 C1q 肿瘤坏死因子相关蛋白 4 及超敏 C 反应蛋白水平与冠心病的相关性研究[J]. 海南医学院学报,2021,27(5):338-343.

[3]范辉,马骏,省格丽. 参松养心胶囊联合胺碘酮及美托洛尔对冠心病合并心律失常患者血流动力学、B 型利钠肽及超敏 C-反应蛋白的影响[J]. 世界中西医结合杂志,2021,16(12):2289-2293,2297.

[4]王丹,殷晓明,唐文娟,等. 脂蛋白(a)、同型半胱氨酸、超敏 C 反应蛋白和颈动脉内膜中层厚度与高血压合并冠心病相关性研究[J]. 中国临床保健杂志,2021,24(1):63-67.

[5]许坚锋,钟志娟,郭国威,等. 血脂、总胆红素、尿酸及超敏 C 反应蛋白联合检测在冠心病诊断中的应用价值[J]. 广东医科大学学报,2021,39(3):287-290.

急性脑梗死患者采用舒适护理的效果及对降低患者痛苦的作用评价

孙吉钰 何慧贇^{通讯作者}

同济大学附属杨浦医院神经内科 上海杨浦 200090

摘要: 目的: 探讨对罹患急性脑梗死的病例采用舒适护理干预的效果及对降低患者痛苦的作用。方法: 以计算机随机抽取的 70 例我院心血管内科急性脑梗死患者为本实验研究对象, 首位患者与末位患者的收治时间分别为 2021 年 1 月及 2022 年 5 月, 采用双色球法将该 70 例患者分为两组, 组 1: 对照组 (n=35, 常规护理), 组 2: 观察组 (n=35, 舒适护理)。观察两组的护理效果。结果: 35 例观察组病例在经过舒适护理后: 运动能力、日常生活能力更好, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 生活质量更高, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论: 对罹患急性脑梗死的病患进行舒适护理的效果要明显好于常规护理, 可有效提高患者日常生活能力, 并可减轻患者痛苦, 改善其生活质量, 具有较高应用价值。

关键词: 急性脑梗死; 舒适护理; 降低痛苦; 临床价值

Abstract: Objective: to study the cases of acute cerebral infarction by the effect of comfortable nursing intervention and the role of pain in patients with lower. Methods: 70 cases with a computer, the hospital cardiovascular internal medicine for the patients with acute cerebral infarction experimental research object, and the bottom first patients treated time respectively in January 2021 and May 2022, by using the double chromosphere the 70 patients were divided into two groups, group 1: the control group (n = 35, the conventional nursing), group 2: the observation group (n = 35, the comfortable nursing). Observe the nursing effect of the two groups. Results: 35 cases of observation group cases after a comfortable nursing: sports ability, daily life ability is better, the difference was statistically significant ($P < 0.05$); Higher quality of life, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion: for patients suffering from acute cerebral infarction the effect of comfortable nursing to better the conventional nursing, which can effectively improve the patients daily life ability, and can relieve patients' pain, improve their quality of life, has higher application value.

Key words: acute cerebral infarction; Comfortable nursing; Reduce pain; Clinical value

前言: 脑血管突然发生破裂或是血管突然阻塞引起脑部血液循环异常, 损伤脑组织而引起的一种急性脑血管疾病被称为急性脑梗死^[1]。大部分急性脑梗死患者的发病时间都为夜间睡眠时, 一旦发生急性脑梗死, 可出现一系列临床症状, 如一侧肢体麻木、面部麻木, 口角歪斜, 口齿不清或视物不清等^[2]。目前, 急性脑梗死已变为亟待解决的全球公共健康的重大问题, 其高发病率、致残率和死亡率给全球经济都带来了严重影响。因此, 对急性脑梗死的治疗和护理已被列为临床医学研究重点之一^[3]。目前舒适护理正被广泛用于临床上急性脑梗死的护理之中, 并得到了众多专家、学者的一致好评^[4]。本研究特以我院心血管内科收治的 70 例急性脑梗死为研究对象, 旨在探讨舒适护理在急性脑梗死患者护理中对减轻患者痛苦的应用效果, 以期对临床护理上治疗这类患者提供一定的借鉴。现做如下总结。

1 资料及方法

1.1 资料

实验对象为急性脑梗死病例 70 个, 抽样方法为计算机随机抽取, 抽样时间为 2021 年 1 月至 2022 年 5 月, 使用双色球法分组, 并分别使用不同的护理方式 (常规护理、舒适护理)。35 例对照组中, 患者均位于 45-85 岁年龄段内, 经观测, 其平均年龄为 (61.32±5.32) 岁; 35 例观察组中, 患者均位于 43-83 岁年龄段内, 经观测, 其平均年龄为 (61.28±5.35) 岁。

【纳入标准】: (1) 符合《国际急性脑梗死实践指南》的诊断标准; (2) 经委员会核对通过; (3) 患者及家属了解研究内容, 并同意参与本次研究;

【排除标准】: (1) 合并重大器质性疾病或恶性肿瘤疾病; (2) 有精神病史或言语及沟通功能障碍; (3) 血液、免疫系统缺陷。组间观测信息经检验均衡可比 ($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组行常规护理。监测患者病情变化, 落实用药等医嘱。

观察组行舒适护理: ①环境舒适护理: 保持环境的安静、舒适, 嘱咐清醒患者取平卧位, 以便脑供血充足, 有意识障碍的患者则取侧卧位, 并保持头部抬高, 禁止使用冷疗。②心理舒适护理, 为患者提供有关疾病、治疗和预后的可靠消息, 关心并尊重患者, 避免刺激和损伤患者自尊的言行, 指导患者正确地面对疾病, 避免患者产生急躁心理或悲观情绪, 避免患者产生过分的依赖心理, 鼓励患者做一些力所能及的事情, 列举一些成功的病例, 增强患者自我照顾的能力和战胜疾病的信心。③疾病健康教育, 向患者及家属介绍急性脑梗死的基本知识, 保证患者及家属了解该病的病因和预后, 鼓励患者积极治疗原发病, 对危险因素进行及时干预和治疗, 以便尽早溶栓治疗, 尽早恢复。④安全护理, 对有意识障碍和躁动不安的患者, 应重点关注患者安全防护, 在病床边要加装护栏, 部分患者还应使用约束带, 每位患者床尾均应放置防跌倒防坠床标识。病房地面要平整干燥, 走道和卫生间要安装扶手, 避免患者摔倒。⑤生活护理, 协助和指导患者完成洗漱、进食、如厕、穿脱衣服等日常生活。定期为患者更换床单被套, 对于无法自己翻身的患者应每隔两个小时协助其翻身一次, 嘱咐患者家属早晚均应用温水帮助患者擦洗全身, 保持皮肤干净, 促进血液循环。对于大小便失禁的患者, 要嘱咐家属为患者勤换尿布, 每次便后均应使用温水为其擦洗干净。对于处于恢复期的患者, 应嘱咐他们训练独立进行生活自理活动, 以增强患者自我护理的能力。

1.3 观察指标

指标 1: 运动能力: 在护理前及护理后采用 FMA 评分量表进行评测, 评分与运动能力呈正相关。

指标 2: 日常生活能力: 在护理前及护理后采用 Barthel 指数进行测评, 评分与运动能力呈正相关。

指标 3: 生活质量: 在护理前及护理后采用自制生活质量评分量表进行测评, 包括睡眠、饮食、生理功能、心理功能 4 项, 每项总分为 100 分,

分数与患者的生活质量呈正比。

1.4 统计学

数据分析用 SPSS22.0。计数资料和计量资料在进行表述时,分别应用 [n (%)]、($\bar{x} \pm s$) 予以表示,经卡方检验和 t 值检验对结果获取, $P < 0.05$ 提示差异具统计学意义。

2 结果

2.1 两组运动能力、日常生活能力对比

护理前,两组的运动能力、日常生活能力并无明显差别 ($P > 0.05$),护理后观察组的运动能力、日常生活能力相较于对照组呈更高显示 ($P < 0.05$)。如表 1:

表 1: 两组运动能力、日常生活能力对比 ($\bar{x} \pm s$)

分组	例数 (n)	FMA 评分		Barthel 指数	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	35	29.55±5.32	49.25±7.22	37.33±5.32	43.88±7.32
观察组	35	29.54±5.17	65.18±8.22	37.54±5.43	55.36±8.22
t 值	-	0.008	8.614	0.163	6.170
P 值	-	0.994	0.001	0.871	0.001

2.2 两组生活质量对比

护理前,两组的生活质量并无明显差别 ($P > 0.05$),护理后观察组的生活质量相较于对照组呈更高显示 ($P < 0.05$)。如表 2、表 3:

表 2: 两组生活质量对比 (分) ($\bar{x} \pm s$)

分组	例数 (n)	睡眠		饮食	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	35	54.56±8.31	60.52±7.16	43.25±8.32	57.87±9.32
观察组	35	54.63±8.32	74.51±7.64	43.35±8.14	71.98±9.13
T 值	-	0.035	7.905	0.051	6.389
P 值	-	0.972	0.001	0.960	0.001

表 2: 续表 (分) ($\bar{x} \pm s$)

分组	例数 (n)	生理功能		心理功能	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	35	38.25±6.24	55.24±7.22	39.87±5.31	55.59±6.58
观察组	35	38.45±6.23	64.57±7.54	40.31±5.17	68.48±7.42
T 值	-	0.134	5.287	0.351	7.689
P 值	-	0.894	0.001	0.726	0.001

3 结论:

急性脑梗死在本质上就是急性脑血液循环异常,该病以 50 岁以上的人群多见,主要发病机制是脑动脉粥样硬化和(或)血管内膜受损,导致脑动脉管腔变细,给脑组织提供血液的供血动脉灌注不足,无法提供充足的血液,导致无法得到血供的脑组织坏死,引起相应的神经功能障碍^[5]。据世界卫生组织调查显示,脑梗死目前已到了占全部脑卒中的 60%~80%,在我国每年发生脑梗死的患者数已超过 200 万^[6]。因急性脑梗

死预后欠佳,易出现后遗症,导致患者出现多种功能障碍,因此对患者及早进行正确的诊断、治疗和护理是保障患者健康的关键^[7]。对于急性脑梗死,临床上多采用多学科综合治疗,除了治疗疾病本身之外,还提倡对患者进行合理的护理支持^[8]。多项研究证明,把早期规范的康复治疗和护理进行有机结合,可明显延缓患者病情进展,防止患者出现并发症,并使患者受损的功能得到很大程度的恢复,进而使患者的日常生活能力和生活质量得到大幅度的提升^[9]。如何做好急性脑梗死护理已成为目前临床重点研究课题。随着临床上对循证医学的重视,经过多年的临床多中心对比实验结果显示,舒适护理干预和急性脑梗死的疾病进展密切相关。经舒适护理干预的急性脑梗死患者的各项指标都要明显优于经常规护理的患者,证明舒适护理在急性脑梗死中发挥了一定作用。舒适护理的出现将急性脑梗死的护理提上来一个新台阶,它极大完善了现有的不健全的护理模式,在患者的生理方面,舒适护理能够缓解患者的疾病症状,协助患者养成良好生活习惯等;在心理方面,舒适护理能够改善了患者的负性情绪等;在社会方面,舒适护理能够给予患者系统的社会支持;在物理环境方面,舒适护理能够调控患者的物理环境,消除了环境带来的安全隐患^[10]。总之,在舒适护理过程中护理人员从细节入手,关注患者的认知变化、情绪变化、生命体征变化等生活、心理、躯体以及社会多方面的变化,并对其进行了针对性的护理,使患者获得了生理舒适、心理舒适、社会舒适以及物理环境舒适,对急性脑梗死患者的预后极大促进作用^[11]。本实验探讨了急性脑梗死患者舒适护理的效果,结果为,观察组的运动能力、日常生活能力、生活质量更好。

综上所述,对急性脑梗死患者来说,舒适护理有较高的应用价值,建议推广。

参考文献:

- [1]白晰. 舒适护理在急性脑梗死护理干预中的效果分析[J]. 中国医药指南,2019,17(33):353-354.
- [2]杨艳. 舒适护理在急性脑梗死护理中的临床价值[J]. 家有孕宝,2020,2(9):283.
- [3]何菲菲. 阿替普酶静脉超早期溶栓治疗急性脑梗死的近期转归及舒适护理探究[J]. 国际护理学杂志,2019,38(2):203-205.
- [4]石晓颖. 舒适护理在急性脑梗死护理干预中应用效果分析[J]. 系统医学,2019,4(13):169-170,173.
- [5]张敏,曹艳芬,胡萍. 舒适护理在急性脑梗死患者早期康复中的应用效果观察[J]. 当代护士(上旬刊),2019,26(7):56-57.
- [6]吴道钰. 舒适护理在急性脑梗死护理干预中的应用价值分析[J]. 健康前沿,2019,28(2):86.
- [7]张利群. 急性脑梗死护理中应用舒适护理干预模式的效果观察[J]. 临床医药文献电子杂志,2019,6(79):122,140.
- [8]吴月坤,袁敏. 急性脑梗死护理干预中应用舒适护理的效果分析[J]. 实用临床护理学电子杂志,2019,4(6):33,39.
- [9]薛圣敬. 舒适护理在急性脑梗死护理中的临床价值[J]. 中国保健营养,2019,29(36):276.
- [10]赵婵娟,李娜. 急性脑梗死护理干预中早期舒适护理模式的效果观察[J]. 中国保健营养,2019,29(14):210.
- [11]刘小梅,李连. 舒适护理在急性脑梗死护理中的价值研究[J]. 医药前沿,2019,9(8):188-189.

针对性护理在偏头痛患者护理中的应用效果及对神经功能的改善

徐颖

山东省曹县公费医院 山东省菏泽市 274400

摘要: 目的: 对偏头痛患者护理过程中, 针对性护理的有效性进行分析, 旨在帮助患者改善治疗及预后, 为今后的护理提供参考。方法: 按照住院号实施奇偶分组, 将我院接收的 50 例偏头痛患者分为两组, 入选开始时间为 2020 年 03 月 30 日, 结束时间为 2022 年 01 月 30 日。组别设置为: 研究组 (25 例: 针对性护理)、对照组 (25 例: 常规护理), 分析两组各指标变化情况。结果: 神经功能 { 降钙素基因相关肽(CGRP)、脑源性神经营养因子(BDNF) } 对比后, 研究组各指标水平均低于对照组, 统计学有意义 ($P<0.05$); 研究组偏头痛发作情况优于对照组, 统计学研究结果存在对比意义 ($P<0.05$); 对照组生活质量各指标评分均低于研究组, $P<0.05$, 表示统计学差异对比有意义; 满意度对比显示, 研究组高于对照组, 分析有意义 ($P<0.05$)。结论: 针对性护理干预效果显著, 对偏头痛患者预后具有积极意义, 可以改善患者生活质量, 对神经功能以及患者满意度的提升具有积极作用, 预后价值较高。

关键词: 偏头痛; 针对性护理; 神经功能; 生活质量; 满意度

偏头痛是临床上常见的神经科疾病, 发病率较高, 发患者常以单侧或双侧头部跳动痛为特征, 疾病发作后常见的伴随症状包括畏光、恶心、呕吐等, 病程时间长, 反复发作, 增加患者疼痛感的同时, 对患者的生活和心理有一定程度的负面影响, 不利于患者机体健康、生活质量, 甚至直接危及生命安全^[1]。偏头痛每次发作时间一般持续 4-72h, 发作时多表现为中重度搏动性头痛, 难以治愈, 紧张、焦虑等负面情绪出现后, 会加重头痛的严重程度, 降低患者治疗依从性, 不利于疾病预后^[2]。因此, 强调在偏头痛发作期采取相应的干预措施, 以缓解负面情绪, 控制病情, 促进预后的改善。针对性护理干预主要是通过及时掌握干预对象的情况, 提倡以人为本, 设定相应的目标, 充分激发干预对象的主观能动性, 从而达到既定目标, 实现最佳预后^[3]。本文主要是对 50 例偏头痛患者进行分析, 对上述护理措施的应用价值进行评估, 旨在帮助患者改善生活质量, 为后续护理提供针对性指导。现具体分析为:

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究开始及结束时间: 2020 年 03 月 30 日至 2022 年 01 月 30 日, 收集我院 50 例偏头痛患者数据信息 (在住院号奇偶分组下进行分组), 分为两组研究组、对照组。对照组 (25 例患者): 年龄区间为 30-80 岁, 平均年龄为 (55.26±1.34) 岁; 病程区间: 2-10 年, 平均为 (6.29±0.11) 年; 男性、女性患者分别为 14 例、11 例。研究组 (25 例患者): 病程区间: 2-11 年, 平均为 (6.33±0.19) 年; 男性、女性患者分别为 15 例、10 例; 平均年龄为 (55.40±1.22) 岁 (年龄区间为 21-78 岁)。经 SPSS20.0 对比: $P>0.05$, 统计学无意义。

纳入标准: (1) 入选患者均确诊偏头痛; (2) 思维意识无障碍; (3) 临床数据、资料完整; (4) 经院伦理委员会批准; (5) 患者及家属均对本次研究试验知情; (6) 语言沟通情况良好; (7) 病程均在 1 年以上。

排除标准: (1) 合并多种慢性疾病者; (2) 未签署相关同意书; (3) 恶性肿瘤疾病; (4) 中途退出研究; (5) 神经性头痛或癫痫导致的头痛;

(6) 依从性差; (7) 严重脏器疾病者; (8) 期间参与其他研究者; (9) 凝血功能障碍; (10) 重大疾病史、过敏史; (11) 血液、自身免疫性疾病; (12) 全身性感染症状者; (13) 妊娠及哺乳期妇女; (14) 药物滥用者。

1.2 方法

对照组: 对患者实施常规护理。对患者实际状况进行分析后, 给予其口头健康疏导, 帮助患者提供常规环境护理及用药指导等。

研究组: 给予针对性护理干预。具体实施措施为: (1) 成立针对性护理干预小组: 选择本院护理经验丰富、沟通能力强的护理人员成立护理小组, 定期组织小组培训, 帮助护理人员提升护理技能, 实现最佳护理结局。

(2) 针对性环境护理: 对患者病情进行评估后, 为偏头痛患者安排舒适干净的单病房, 保持床单被褥干净, 室内温度及湿度适宜, 做好病房通风, 保持空气清洁, 保持光线柔和, 增加患者舒适度, 进而提升患者依从性。

(3) 针对性心理护理: 对患者心理健康状况进行分析, 通过焦虑及抑郁状况评估表, 对患者进行情绪评估, 给予患者针对性心理疏导, 根据患者的不同表现, 及时沟通, 一方面可以了解患者内心实际需求, 另一方面可以构建和谐护患关系, 实施针对性护理。为患者讲解本院救治成功案例, 增加患者疾病治疗自信心。(4) 针对性健康教育护理: 对患者文化水平、受教育程度、家庭文化环境等进行综合分析, 向偏头痛患者普及有关疾病和治疗的相关知识, 帮助患者提升疾病认知, 增加自我健康管理意识及能力。重点讲疾病发作原因、护理及治疗、自我保健的知识, 提升患者依从性、配合度。(5) 针对性疼痛护理: 与偏头痛患者建立有效沟通, 了解其疼痛阈值, 明确神经源性偏头痛患者心理特点, 对患者进行针对性心理疏导, 帮助患者转移注意力, 降低患者对疼痛的感知, 减轻疼痛。

1.3 观察指标

对两组神经功能指标状况进行分析, 主要分析内容为: CGRP、BDNF; 对两组患者偏头痛发作情况进行分析, 具体研究指标为: 发作频率、持续时间、疼痛程度 (采用 VAS 视觉疼痛模拟评分表进行评估, 按照满分十分制评分原则实施, 分数越高, 表示患者疼痛状况越严重), 评估时间为

护理前后；对两组患者的生活质量（研究时间为护理前后：QL-INDEX）进行分析，具体分析指标为：健康状况、精神状况、日常生活，上述指标状况总分均设置为5分，分数与患者生活质量成正比（即分数越高，表示患者生活质量越好）；将患者满意度情况分为以下三项指标（采用本院自制护理满意度（百分制评分原则实施）评估表），计算满意度 $\{(\text{总例数}-\text{不满意例数})/\text{总例数} \times 100.00\}$ ，指标名称、评分区间分别为：非常满意（80-100分）、一般满意（60-79分）、不满意（0-59分）。

1.4 统计学分析

SPSS20.0 软件（50 例偏头痛患者数据资料）： $P < 0.05$ ，表示结果有意义；反之无意义。计量资料（神经功能、偏头痛发作情况、生活质量）：T 检验（ $\bar{x} \pm s$ ）；计数资料（满意度）： χ^2 检验（%）。

2 结果

2.1 两组神经功能指标状况统计学分析显示：护理前，两组数据差异对比无意义（ $P > 0.05$ ）；护理后，对照组各指标水平平均高于研究组，数据差异大，对比分析存在统计学意义（ $P < 0.05$ ）。具体见表一：

表一 两组患者神经功能指标状况统计学对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	BDNF (ng/ml)		CGRP (ng/L)	
		护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	25	8.34±3.12	0.78±0.11	17.23±3.19	11.13±2.12
对照组	25	8.33±2.17	1.33±0.15	17.22±3.22	14.25±2.23
T	-	0.0129	14.7840	0.0110	5.0700
P	-	0.9897	0.0000	0.9912	0.0000

2.2 两组患者生活质量各指标差异分析结果显示：护理前，对照组健康状况、精神状况、日常生活上述指标评分分别为（2.36±0.35）分、（2.12±0.12）分、（1.78±0.25）分，研究组患者健康状况、精神状况、日常生活上述指标评分分别为（2.26±0.36）分、（2.15±0.11）分、（1.80±0.23）分，上述指标差异较小，统计学对比分析无意义（ $T=0.9959, 0.9214, 0.2943$ ， $P=0.3243, 0.3614, 0.7697$ ）；护理后，对照组患者上述指标状况评分分别为（3.45±0.33）分、（3.39±0.27）分、（3.57±0.34）分，研究组患者上述指标状况评分分别为（4.56±0.22）分、（4.58±0.25）分、（4.64±0.33）分，此时 $T=13.9935, 16.1699, 11.2913$ ， $P=0.0000, 0.0000, 0.0000$ ，前者个指标评分均低于后者，统计学差异对比有意义。

2.3 两组患者偏头痛发作情况统计学分析显示：护理前，研究组持续时间、发作频率、疼痛程度分别为（3.34±1.22）次/h、（3.34±1.15）次/周、（6.45±1.24）分，对照组上述指标分别为（3.27±1.18）次/h、（3.36±1.11）次/周、（6.39±1.31）分，上述指标对比显示 $T=0.2062, 0.0625, 0.1663$ ， $P=0.8375, 0.9504, 0.8686$ ；护理后，研究组持续时间、发作频率、疼痛程度分别为（1.14±0.12）次/h、（0.64±0.12）次/周、（2.15±0.24）分，对照组上述指标分别为（1.94±0.11）次/h、（1.34±0.15）次/周、（4.05±1.14）分，

上述数据差异较大，表示统计学数据差异对比有意义（ $T=24.5718, 18.2202, 8.1545$ ， $P=0.0000, 0.0000, 0.0000$ ）。

2.4 护理满意度统计学数据分析结果显示：对照组非常满意为10例、一般满意为9例、不满意为6例，占比分别为40.00%、36.00%、24.00%，患者总满意度为76.00%（19/25）；研究组患者非常满意、一般满意、不满意分别为15例、10例、0例，占比分别为60.00%、40.00%、0.00%，患者总满意度为100.00%（25/25）。上述指标对比显示， $\chi^2=6.8183$ ， $P=0.0090$ ，表示统计学数据分析有意义。

3 讨论

偏头痛是一种多发性持续性头痛，主要是搏动性疼痛，持续4至72小时。女性的发病率高于男性，偏头痛具有遗传倾向^[4]。偏头痛分为有先兆偏头痛、无先兆偏头痛。数据研究结果显示，无先兆偏头痛占80%。偏头痛主要症状为搏动性疼痛，伴有畏光、恶心呕吐，部分患者可合并脑血管病。偏头痛的治疗主要是手术。偏头痛是一种慢性神经血管疾病，主要症状表现为头部疼痛，同时伴有恶心、呕吐等症状，对患者日常生活、生理、心理等造成极大的负面影响。临床研究结果显示，在治疗的过程中，通过基于患者有效胡丽丽干预可以改善治疗及预后，对缓解患者偏头痛状况具有积极意义，可以提升生活质量^[5]。

常规护理一般仅凭经验给患者制定相应的护理措施，缺乏计划性、科学性、针对性，护理效果通常不理想。针对性的护理干预重视以患者为中心，侧重于护理目标和护理步骤，确保一系列护理过程可以有循证依据，可以保障护理的科学性及有效性。除此之外，针对性护理是根据患者的具体表现，落实一种基于患者需求的护理干预，采取适合患者的护理方，基于心理、健康教育、生活等护理，纠正患者不良行为，可以帮助患者养成良好的生活习惯，改善偏头痛发作，提高患者的生活质量。

综上所述，针对性护理推广价值较高，各院可积极推广，实现疾病最佳预后。

参考文献：

- [1]孙威. 护理干预在偏头痛患者护理中的应用及对患者负性情绪和生活质量的影响[J]. 糖尿病天地, 2020, 17(7): 247.
- [2]高婧婧, 周晓光, 田菲. 综合护理干预对偏头痛患者睡眠质量与生命质量的影响[J]. 世界睡眠医学杂志, 2020, 7(2): 332-333.
- [3]熊莲花, 王娟. 探讨对甘露醇治疗偏头痛急性发作期患者给予个性化护理干预的临床效果[J]. 心理月刊, 2020, 15(14): 104.
- [4]王金媛. 对心理护理干预在偏头痛患者护理工作中所发挥的临床效果进行分析[J]. 中国医药指南, 2020, 18(6): 254-255.
- [5]张丽蓉. 个性化程序化护理干预在偏头痛性眩晕治疗中的应用效果分析[J]. 中国农村卫生, 2021, 13(10): 72, 74.

六君子汤结合化疗治疗中晚期非小细胞肺癌的临床价值分析

俞美玲

青岛盛泰佳康医疗管理有限公司市北长青医院 山东青岛 266000

摘要：目的：观察中晚期非小细胞肺癌患者实施六君子汤与化疗联合治疗的临床价值。方法：选取 80 例我院 2020 年 1 月-2021 年 11 月间诊治的非小细胞肺癌患者展开研究，均为中晚期。随机分为两组，对照组 40 例患者给予化疗治疗，而研讨组 40 例患者则给予化疗+六君子汤治疗。评价 2 组治疗效果、血清肿瘤标志物指标、肿瘤组织相关蛋白表达水平及不良反应发生率。结果：研讨组患者治疗总有效率较对照组明显更高， $P<0.05$ ；研讨组治疗后的 NSE、CYERA21-1、CEA 指标、MT、ERCC-1、TUBB3 指标值均低于对照组， $P<0.05$ ；研讨组患者不良反应总发生率较对照组明显更低， $P<0.05$ 。结论：在化疗治疗中晚期非小细胞肺癌患者的基础上，联合六君子汤治疗能有效提高总体疗效，降低不良反应。

关键词：化疗；六君子汤；中晚期；非小细胞肺癌；血清肿瘤标志物；疗效

晚期非小细胞肺癌是常见的肺癌疾病类型，患者患病后早期大多无明显症状表现，在患者确诊时往往已达到病情的中晚期，失去了最佳诊疗时机，无法通过手术进行治疗，临床大多采用放化疗的方式，以延长患者的生存期^[1]。虽能在一定程度上改善患者病情，但常规化疗方案往往会使患者受到严重的伤害，对患者的总体疗效造成不利影响。祖国医学认为非小细胞肺癌属于中医学“咳血”“咳嗽”等范畴，治疗关键在于行气健脾、除湿化痰。六君子汤是具有健脾化痰、补益肺气的治疗药物，大多用于治疗肺郁痰瘀、脾胃虚弱之症，对于提高总体疗效具有重要意义^[2]。为此，本文对 80 例我院 2020 年 1 月-2021 年 11 月诊治的非小细胞肺癌中晚期患者进行分析，对其实施化疗联合六君子汤治疗，作如下报道。

1 资料与方法

1.1 研究资料

选取 2020 年 1 月-2021 年 11 月间我院诊治的 80 例中晚期非小细胞肺癌患者作为观察对象。随机将患者分为研讨组（40 例）与对照组（40 例）。对照组患者年龄为 44~71 岁（63.42±3.27）岁；女患者 18 例，男患者 22 例；病程最长 3 年，最短 6 个月，均值（1.57±0.49）年；腺癌 24 例，鳞癌 16 例。研讨组患者年龄为 3~12 岁（6.24±1.12）岁；女患者 14 例，男患者 26 例；病程最长 3 年，最短 4 个月，均值（1.62±0.68）年；腺癌 25 例，鳞癌 15 例。入组患者一般资料比较无明显差别， $P>0.05$ 。研究通过伦理审核批准后开展。

纳入标准：①接受临床检查确诊非小细胞肺癌；②符合化疗指征，为病情中晚期者；③在知情同意书上签名者。排除标准：①合并肺结核、支气管炎等其他肺部疾病者；②合并严重肝肾等脏器官损伤者；③严重过敏体质或对研究药物过敏者。

1.2 方法

对照组给予化疗（培美曲塞+顺铂）治疗：选择南京亚东启天药业有限公司推出的培美曲塞为患者口服用药，药品生产批号为国药准字 H20060672，取 500 mg/m² 培美曲塞加入 0.9 % 浓度 100 ml 的氯化钠注射液中，充分稀释后为患者静脉滴注，控制第一天输注时间在 10 分钟以上；并在第 1 天到 3 天采用齐鲁制药有限公司推出的顺铂注射液，药品生产批

号为国药准字 H53021740，在为患者静脉滴注培美曲塞治疗 30 min 后，将顺铂注射液与 500 ml 浓度为 0.9 % 的氯化钠注射液进行稀释，为患者静脉滴注用药，用药剂量为 75 mg/m²，滴注时间在 2 小时以上，分 3 天给药，连续治疗 21 d 记作 1 个疗程，持续治疗 4 个疗程。

研讨组在对照组基础上加用六君子汤加味治疗：六君子汤方组：9 g 人参，4.5 g 半夏，9 g 茯苓，3 g 陈皮，9 g 白术，10 g 甘草。辨证加味：对于痰中带血者，加用 15 g 白茅根、10 g 白芨、15 g 仙鹤草；胸闷胸痛者加 10 g 薤白，30 g 全瓜蒌，10 g 旋覆花；咳嗽剧烈者加 15 g 百部，15 g 枇杷叶。每日 1 剂，用水煎至 200 ml，分早、晚口服用药，化疗前一周到化疗后一周用药，连续治疗 21 天为一个疗程，连续治疗 4 个疗程。

1.3 观察指标

比较两组患者治疗效果、血清肿瘤标志物指标、肿瘤组织相关蛋白表达水平及不良反应发生率。①临床疗效包括显效（患者治疗后症状体征较前明显好转，生活质量和体重明显增加）、有效（患者治疗后症状体征有所改善，生活质量和体重有所增加）、无效（患者治疗后症状体征和生活质量、体重等较前均无明显改善），总有效率=显效+有效。②针对两组患者的血清肿瘤标志物指标（NSE、CYERA21-1、CEA）应用酶联免疫吸附法进行检验。③两组患者的肿瘤组织相关蛋白表达水平（MT、ERCC-1、TUBB3）用 western-blot 法进行检验。④详细记录两组患者呕吐恶心、头痛、白细胞减少等并发症的发生情况。

1.4 统计学分析

将数据结果录入 SPSS 27.0 中，治疗效果、不良反应发生率用率表示，用卡方检验，血清肿瘤标志物指标、肿瘤组织相关蛋白表达水平用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，用 t 检验，差异显著则： $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 评价 2 组患者治疗效果

研讨组非小细胞肺癌患者治疗总有效率高于对照组， $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 组间患者临床疗效统计比较[n (%)]

组别	例数	无效	有效	显效	总有效率
----	----	----	----	----	------

研讨组	40	2 (5.00)	18 (45.00)	20 (50.00)	38 (95.00)
对照组	40	9 (22.50)	15 (37.50)	16 (40.00)	31 (77.50)
χ^2	-	-	-	-	7.424
P	-	-	-	-	0.006

2.2 评价 2 组患者血清肿瘤标志物指标

研讨组治疗前 NSE 指标值为 (26.42±1.35) ng/ml, CYERA21-1 指标值为 (23.65±2.41) ng/ml, CEA 指标值为 (16.35±2.18) ng/ml。对照组治疗前 NSE 指标值为 (26.18±1.32) ng/ml, CYERA21-1 指标值为 (23.46±2.17) ng/ml, CEA 指标值为 (16.27±2.03) ng/ml。组间治疗前的肿瘤标志物指标差别不明显, $t=0.803$ 、 0.370 、 0.169 , $P=0.423$ 、 0.712 、 0.865 。

研讨组治疗后 NSE 指标值为 (13.25±2.34) ng/ml, CYERA21-1 指标值为 (11.37±2.49) ng/ml, CEA 指标值为 (6.32±1.65) ng/ml。对照组治疗后 NSE 指标值为 (20.41±1.38) ng/ml, CYERA21-1 指标值为 (17.44±1.57) ng/ml, CEA 指标值为 (10.26±1.08) ng/ml。研讨组治疗后的 NSE、CYERA21-1、CEA 指标均低于对照组, 组间比较 $t=16.669$ 、 13.041 、 12.636 , P 均 <0.001 , 有统计学意义。

2.3 评价 2 组患者肿瘤组织相关蛋白表达水平

研讨组治疗前 MT 指标值为 (184.36±7.51), ERCC-1 指标值为 (169.47±7.62), TUBB3 指标值为 (175.32±7.44)。对照组治疗前 MT 指标值为 (184.47±7.38), ERCC-1 指标值为 (169.51±7.26), TUBB3 指标值为 (174.83±7.55)。组间治疗前的肿瘤标志物指标差别不明显, $t=0.066$ 、 0.024 、 0.292 , $P=0.947$ 、 0.980 、 0.770 。

研讨组治疗后 MT 指标值为 (67.18±6.34), ERCC-1 指标值为 (58.42±4.61), TUBB3 指标值为 (63.95±4.57)。对照组治疗后 MT 指标值为 (102.08±6.79), ERCC-1 指标值为 (104.45±8.32), TUBB3 指标值为 (101.03±7.29)。研讨组治疗后的 MT、ERCC-1、TUBB3 指标均低于对照组, 组间比较 $t=22.534$ 、 27.830 、 29.983 , P 均 <0.001 , 有统计学意义。

2.4 评价 2 组患者不良反应发生率

研讨组中有 1 例患者出现呕吐恶心, 1 例出现白细胞减少, 不良反应发生率为 5.00 % (2/40)。对照组中有 3 例患者出现呕吐恶心, 5 例头痛患者, 2 例出现白细胞减少, 不良反应发生率为 25.00 % (10/40)。研讨组患者不良反应总发生率低于对照组, $\chi^2=6.274$, $P=0.012$, 有统计分析意义。

3 讨论

晚期非小细胞肺癌是常见的恶性肿瘤疾病类型, 对于无法接受根治性手术的中晚期肺癌患者, 大多以靶向治疗、放疗、化疗等, 延长患者的生存期。但放化疗治疗具有毒性作用大等特点, 加之老年群体耐受性相对较差, 机体免疫能力降低, 会对患者的治疗进程和疗效造成不利影响。在化疗治疗基础上, 针对中晚期非小细胞肺癌加用中药汤剂进行巩固治疗, 在一方面能有效使患者机体的免疫能力明显增加, 另一方面还能有效减少放化疗治疗造成的毒副作用, 有利于提升总体疗效^[3]。

祖国医学认为肺癌属“肺疾”“内伤咳嗽”等范畴, 主要是由于脾阳不足、六邪侵肺、正气不足等导致, 病理基础在于痰瘀毒结, 病位在肺部, 属脾虚痰湿症。中晚期非小细胞肺癌患者正气亏损、化热生阴, 以肺部肿瘤快速转移、扩大等为主要表现, 易出现阴精涸竭等情况。六君子汤方中主要包括陈皮、白术、茯苓、人参、枳实、半夏、甘草等药物, 其中生姜能杀菌驱寒; 天南星可祛痰散结; 枳实能化痰行气; 半夏有化痰燥湿之效; 炙甘草能祛痰化痰, 补血滋阴, 和中干缓; 陈皮具有健脾行痰之效; 白术可健脾燥湿、补脾益气; 茯苓具有润肺化痰、补脾宁神、运化水湿之效; 人参可甘温益气、补脾益肺。诸药共奏补益肺气、燥湿化痰、健脾化湿之效^[4]。同时本次研究针对患者实施辨证用药, 对于咳血者则加用仙鹤草、白毛根, 能充分发挥收敛止血、清热解毒之效; 胸痛者增加元胡、白芍等, 能理气止痛, 敛阴收汗; 咳嗽严重者增加杏仁、桔梗等, 能润肺止咳、清肺排脓。因此, 针对中晚期非小细胞肺癌患者应用中药六君子汤治疗, 能理气解郁、化痰开窍、益气健脾。根据患者病情辨证施治, 能提高临床疗效。现代药理学研究证实, 六君子汤方中茯苓、炙甘草、白术、人参等, 均具有免疫活性因子, 能增强机体免疫功能, 提高白细胞水平, 有效改善患者的疲乏感; 天门星具有抗肿瘤的治疗作用; 半夏能保护胃黏膜, 发挥镇咳的用药效果。诸药共奏能有效控制肿瘤生长, 最大限度减轻胃肠道反应和毒副作用, 有效改善患者化疗期间出现的系列不良反应。同时中药汤剂联合化疗治疗中晚期非小细胞肺癌, 能通过扶正培本、辨证施治的方式, 充分发挥增效减毒的治疗作用, 提高患者的生活质量水平^[5]。本组结果表明, 研讨组患者治疗总有效率高于对照组, $P<0.05$; 研讨组治疗后的 NSE、CYERA21-1、CEA 指标均低于对照组, $P<0.05$; 研讨组治疗后的 MT、ERCC-1、TUBB3 指标均低于对照组, $P<0.05$; 研讨组患者不良反应总发生率低于对照组, $P<0.05$ 。

综上所述, 六君子汤联合化疗治疗中晚期非小细胞肺癌患者能有效提高总体疗效, 降低不良反应发生率, 值得推广应用。

参考文献:

[1]周磊. 六君子汤结合化疗治疗中晚期非小细胞肺癌的临床价值分析[J]. 科学养生, 2021, 24(24): 106.

[2]岳亚丽, 徐梦嫻, 朱其聪, 等. 养金护肺汤对厄洛替尼治疗老年中晚期非小细胞肺癌 B 细胞、NK 细胞的影响[J]. 中华中医药学刊, 2021, 39(7): 235-238.

[3]袁坤, 张振, 曹普华, 等. 固肺消积饮联合支气管化疗灌注治疗老年局部晚期非小细胞肺癌 27 例[J]. 湖南中医杂志, 2020, 36(8): 1-4.

[4]谢英英, 徐溶慧. 沙参麦冬汤联合化疗治疗中晚期非小细胞肺癌的效果及对患者免疫功能的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6(26): 137-139.

[5]刘丹, 欧雅丽, 邓晓杰, 等. 化疗联合补中益气汤对中晚期非小细胞肺癌的治疗效果分析[J]. 中国社区医师, 2021, 37(11): 90-91.

布地奈德结合孟鲁司特钠治疗小儿咳嗽变异性哮喘的疗效观察

袁艳平 刘凯 鲍丽丽 卢可斌

单县中心医院 山东菏泽 274300

摘要:目的: 探讨对小儿咳嗽变异性哮喘的患儿使用布地奈德结合孟鲁司特钠的治疗方式, 对其临床治疗效果的影响; 方法: 将在 2020 年 4 月至 2022 年 1 月期间在我院儿科确诊并接受治疗的 136 例患儿作为研究对象, 按照患儿入院号的奇偶不同分为观察组和对照组, 每组 68 例。其中给予对照组单纯孟鲁司特钠治疗, 观察组在对照组的基础上增加给予布地奈德雾化吸入, 治疗 14 天后对比两组患儿的临床治疗总有效率。结果: 治疗后观察组的临床治疗总有效率 (95.58%) 高于对照组 (85.29%), 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 在小儿咳嗽变异性哮喘的临床治疗中, 采取布地奈德联合孟鲁司特钠的治疗方法, 能够显著提高患儿的临床疗效, 接受度高, 预后佳, 值得临床推广。

关键词: 小儿咳嗽变异性哮喘, 布地奈德, 孟鲁司特钠, 雾化吸入

小儿咳嗽变异性哮喘又称为过敏性咳嗽、不典型哮喘, 是临床儿科中常见的呼吸道疾病, 患儿的临床症状为咳嗽持续或反复发作一个月以上, 并伴有夜间、清晨发作性咳嗽, 在运动后咳嗽的症状会加重, 该疾病的患儿常常存在过敏症或家族过敏史。因最初的发病与感冒等疾病症状相似, 容易引起家长的忽视, 使患儿不能够得到及时、有针对性的治疗, 病情得不到改善严重影响患儿的身心健康。小儿咳嗽变异性哮喘的高发年龄段在 1-6 岁之间, 特别是在冬季、换季时节和秋季, 学龄后的患儿发病率有减少的趋势。就目前而言, 由于对该疾病的发病机制还未明了, 所以在临床治疗中以抗感染为主, 此方法虽然能够一定程度的缓解患儿的症状, 但是不能有效抑制气道炎症的反应介质, 使得最终的临床疗效不尽人意。布地奈德是一种具有抗炎作用的糖皮质激素, 能够抑制致敏介质的形成, 改善由过敏性疾病引起的哮喘、气急等症状。而孟鲁司特钠是一种临床常见的白三烯受体拮抗剂, 有着平喘、抗过敏的治疗效果。基于上述内容, 本研究主要讨论对小儿咳嗽变异性哮喘的患儿使用布地奈德联合孟鲁司特钠的方法, 对患儿临床疗效的影响。报道如下。

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料 将在 2020 年 4 月至 2022 年 1 月期间在我院儿科确诊并接受治疗的 136 例患儿作为研究对象, 按照患儿入院号的奇偶不同分为观察组和对照组, 每组 68 例。其中观察组男 38 例、女 30 例, 年龄范围在 3-8 岁之间, 平均年龄为 (4.32±1.64) 岁, 病程范围在 3-9 个月之间, 平均病程为 (5.71±1.22) 月, 其中存在食物性过敏源 9 例、吸入性过敏源 16 例, 家族过敏史 17 例; 对照组男 35 例、女 33 例, 年龄范围在 3-9 岁之间, 平均年龄为 (4.29±1.74) 岁, 病程范围在 4-10 个月之间, 平均病程为 (5.68±1.42) 月, 其中存在食物性过敏源 9 例、吸入性过敏源 15 例, 家族过敏史 18 例。将两组患儿的一般资料统计并进行对比, 差异不具备统计学意义 ($P > 0.05$)。本研究内容经我院伦理委员会同意后开展。

1.2 纳入标准与排除标准

纳入标准: ①所有患儿的临床诊断符合《儿童支气管哮喘诊断与防治指南》; ②患儿在 2 个月内未接受过抗哮喘或糖皮质激素类药物; ③患儿咳嗽持续或反复 4 周以上; ④患儿及家属对本研究内容知晓, 并签订知情同意书。

排除标准: ①合并心脏、肾脏等重要器官严重的器质性疾病的患儿;

②合并认知、意识障碍的精神疾病的患儿; ③合并传染性疾病的患儿; ④对本研究中所使用的药物存在过敏反应的患儿; ⑤一般资料缺失的患儿。

1.3 方法 入院后, 给予所有患儿常规吸氧、消炎止咳、解痉平喘的治疗, 并给予营养支持, 嘱患儿在治疗期间避免使用或接触过敏源, 清淡饮食, 忌食用生冷、辛辣刺激、过分油腻的食物, 严格遵从医嘱按时按量服用药物。

给予对照组单纯孟鲁司特钠片 (生产厂家: 杭州默沙东制药有限公司, 国药准字: J20130047) 治疗, 每日睡前服用一次, 每次 1 粒。

观察组在对照组的基础上增加给予布地奈德治疗。采取雾化吸入布地奈德混悬液的方式, 将 1ml 的布地奈德混悬液与 2ml 的 0.9%氯化钠溶液充分混合后倒入空气压缩式雾化器 (生产厂家: 深圳康泰科技有限公司, 型号: AXD-303) 中, 用一次性呼吸面罩罩住口鼻, 通过呼吸将药物吸入机体内部。每次 5-10 分钟, 每日 2 次, 治疗 6 天后应暂停 2 天再继续治疗。

两组患儿均进行为期 14 天的治疗, 随访 2 周, 每 7 天一次门诊随访。

1.4 观察指标

1.4.1 临床治疗总有效率

在治疗结束后对比两组患儿在整个治疗和随访过程中的临床治疗有效率。其中显效: 患儿咳嗽、哮喘及夜间、晨起咳嗽的症状完全消失且睡眠质量良好, 仅在白天偶见间断性咳嗽, 在随访时间内复发率低于 20%; 有效: 患儿咳嗽、哮喘及夜间、晨起咳嗽的症状显著改善且睡眠质量受影响的程度小, 白天间断咳嗽, 在随访时间内复发率低于 50%; 无效: 患儿咳嗽、哮喘及夜间、晨起咳嗽的症状改善不明显且严重影响睡眠质量, 白天咳嗽频繁, 在随访时间内复发率高于 50%。治疗总有效率=显效率+有效率。

1.5 统计学分析 选取 SPSS25.0 的统计学软件对研究中的数据进行处理分析, 使用 n (%) 来表示研究中例数、人数等计数资料, 采取 χ^2 来进行检验; 使用 ($\bar{x} \pm s$) 表示研究中年龄、病程等计量资料, 采取 t 来进行检验。

2. 结果

2.1 对比两组患儿的临床有效率

治疗后观察组的临床治疗总有效率 (95.58%) 高于对照组 (85.29%), 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患儿临床治疗总有效率对比[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	68	29	36	3	65(95.58%)
对照组	68	26	32	10	58(85.29%)
χ^2 值	-	-	-	-	4.168
P 值	-	-	-	-	0.041

3. 讨论

小儿咳嗽变异性哮喘的患儿大多数的临床表现为慢性气道炎症反应，和气道高反应有着紧密的联系。由于小儿咳嗽变异性哮喘具有反复发作的特点，对患儿的日常生活有着严重的负面影响，不利于儿童的生长发育，并且极为容易并发其他的肺部疾病。因小儿咳嗽变异性哮喘是一种不典型哮喘，在临床中常常被诊断为支气管炎、上呼吸道感染、气管异物、肺结核等肺部疾病，严重耽误患儿的早期诊断治疗。在临床的治疗中，小儿咳嗽变异性哮喘由于诊断不明确，治疗往往按照细菌感染的治疗方式，因抗生素治疗效果不佳，只能不断升级抗生素的应用，不仅对患儿的身心发展产生负面的影响还会为家长带来沉重的经济负担。因小儿咳嗽变异性哮喘和哮喘属同一类型，均存在气道慢性变应性炎症和气道高反应性的病理特点，因此可选择相似的治疗方案。有研究指出，对于小儿咳嗽变异性哮喘治疗的关键在于支气管的扩张，首选的药物为盐酸丙卡特罗片，若长期使用控制类的药物如雾化吸入布地奈德混悬液和孟鲁司特钠片，可取得较好的治疗效果。

本研究最终结果为：治疗后观察组的临床治疗总有效率（95.58%）高于对照组（85.29%），差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。布地奈德是一种作用于局部且不含有卤素的糖皮质激素类的药物，有着抗炎、抗过敏、止痒、抗渗出的作用。布地奈德进入肺部后吸附于气道和肺部组织上，能够收缩已经扩张的粘膜和血管，提高支气管平滑肌和炎症细胞对 β_2 激动剂的敏感程度。布地奈德除了能够有效治疗哮喘等症状、改善肺部的通气情况等还能够一定程度的缓解因慢性哮喘造成的气道粘膜水肿的症状。而且因为布地奈德的抗炎作用非常强大，在进行局部治疗时，即使通过气道吸收和进入消化道，也不会导致出现严重的全身性的糖皮质激素不良反应。雾化吸入是通过雾化仪器将大分子的药物液体转化为小分子气雾状，通过鼻腔或口腔进入肺部达到治疗效果的一种给药方式。雾化吸入的方式使得药物成分直接作用于病灶部位，快速发挥药效。气雾状的药物进入肺部后能够起到湿润气道、稀释痰液的作用，并且能够加强药物消炎、解痉、减轻呼吸道粘膜水肿的情况。特别需要注意的是在每次接受雾化治疗前的一小时内尽量不要进食，避免在治疗的过程中因气流刺激造成呕吐的现象。在雾化的过程中需要密切关注患儿的反应，若出现不良反应应立即停止、协助患儿保持平稳呼吸。雾化治疗结束后应及时清理面部、口腔残留的雾珠，避免应残留的雾珠对局部皮肤、粘膜造成刺激，引起皮肤过敏或破损。对于患儿来说，雾化吸入较轻松简单、不会有疼痛感，有显著接受度和依从性。

孟鲁司特钠属于半胱氨酰白三烯受体拮抗剂的一种，具有平喘、抗过敏的作用。半胱氨酰白三烯是一种效果显著的炎症介质，由肥大细胞、嗜

酸性粒细胞、嗜碱性粒细胞等多种炎症细胞所释放的，而孟鲁司特钠能够有效的阻断半胱氨酰白三烯和在气管、粘膜上的受体相互结合，显著阻止半胱氨酰白三烯引发的支气管收缩、分泌粘液、增加血管的通透性等炎症反应的发生。孟鲁司特钠对于运动诱发的哮喘、病毒诱发哮喘以及阿司匹林诱发的哮喘有很好的针对性和相对独特的作用。选择在睡前服用是因为人体正常生理的前提条件下，夜晚时分迷走神经格外亢奋，非常容易引起气管痉挛、狭窄等这也是为何哮喘病患者往往在夜间出现咳嗽、咳痰、气喘等症状变重的原因，因此在睡前服用孟鲁司特钠能够很好的缓解上述症状，除此之外，在正常情况下人体自身分泌的糖皮质激素高峰时间在 8 点以及 16 点左右，夜间分泌会减少，在夜间服用孟鲁司特钠还能一定程度的补充抗炎物质，帮助机体不会出现抗炎物质的水平缺口。服用剂量为每日 1 粒，能够一定程度的提高患儿的治疗依从性。雾化吸入布地奈德混悬液与孟鲁司特钠片的联合治疗，能够达到标本兼治的临床疗效，布地奈德消炎、抗过敏配合孟鲁司特钠平喘止咳，解痉顺气能够有效的缓解患儿的临床症状并且显著的提高患儿的临床治疗效果。

除了药物治疗外，家长应引导患儿积极采取预防措施。①留意患儿每次发病前都接触过什么物品吃过什么食物，积极排查，找出致敏原，注意再次接触诱发疾病的发生；②小儿 2 咳嗽变异性哮喘的诱因主要有气候的突变、运动后、情绪的激动。应注意冷空气的刺激，在出行中可佩戴口罩避免。若患儿病情较重应尽量避免剧烈运动或吸入快速解痉的药物后再进行运动。情绪激动，特别是大哭大闹也可诱发小儿咳嗽变异性哮喘的发作，在日常生活中应引导患儿尽量保持平稳的情绪。③小儿咳嗽变异性哮喘的本质是哮喘，哮喘属于变应性疾病，往往因为免疫功能的异常而产生炎症反应，因此除了积极避免各种因素外，也需要增强自身的免疫功能。

综上所述，在小儿咳嗽变异性哮喘的临床治疗中，采取布地奈德联合孟鲁司特钠的治疗方法，能够显著提高患儿的临床疗效，接受度高，预后佳，并且能够一定程度的缓解家长的经济压力。此方案值得临床推广。

参考文献：

[1]范爱红,代育中,陈翔,等. 清肺止咳片联合孟鲁司特钠治疗小儿咳嗽变异性哮喘对呼气峰流速及诱导痰炎症因子的影响[J]. 世界中西医结合杂志,2021,16(8):1500-1505,1510.

[2] 吕中信,石乐冬,吕莉丽. 布地奈德雾化联合孟鲁司特钠治疗小儿咳嗽变异性哮喘对全身炎症反应影响[J]. 中国医药科学,2020,10(3):90-92.

[3]苏浓树. 白三烯受体拮抗剂联合布地奈德气雾剂对小儿咳嗽变异性哮喘肺功能及 EOS 水平的影响[J]. 白求恩医学杂志,2019,17(1):33-36.

[4]唐静雅. 气雾型布地奈德联合孟鲁司特钠治疗小儿咳嗽变异性哮喘的疗效及对肺功能和血清炎症因子的影响分析[J]. 中国现代药物应用,2021,15(13):118-121.

[5]林媛. 气雾型布地奈德联合孟鲁司特钠治疗小儿咳嗽变异性哮喘疗效及对肺功能和血清炎症因子的影响分析[J]. 中国医药指南,2019,17(20):147-148.

健康教育护理干预在老年急性阑尾炎护理中的应用及满意度分析

张志清

宁津县城区社区卫生服务中心 山东德州 253400

摘要：目的：分析在老年急性阑尾炎护理中应用健康教育护理干预的效果及对患者满意度的影响。方法：选择82例我院2020年1月到2021年8月间诊治的急性阑尾炎老年患者进行分析，用计算机抽签法将患者分成各含有41例的两组，对照组开展常规护理，研究组开展健康教育护理干预，比较两组的健康知识掌握度、负面情绪评分、生活质量水平以及满意度。结果：研究组知晓率、护理满意度较对照组明显更高，研究组护理后焦虑情绪和抑郁情绪评分均低于对照组，数据结果有统计学分析意义 $P<0.05$ ；同时对比两组护理后的生活质量评分，可见研究组社会、躯体、心理、生活评分均高于对照组， $P<0.05$ ，差异显著。结论：健康教育护理干预能有效提高急性阑尾炎老年患者健康知识的知晓率，改善患者的负面情绪，提高患者的生活质量和护理满意程度，有较高的推广价值。

关键词：健康教育护理干预；老年患者；急性阑尾炎；护理；满意度

急性阑尾炎是由于多种细菌感染导致发生的阑尾化脓性感染情况，是常见的外科疾病类型患者，患病后主要症状以阑尾点反跳痛、压痛、转移性右腹痛为表现，部分患者可能伴有持续加剧阵发性的呕吐、恶心、腹痛等，受到疾病和治疗的影响，往往会导致患者出现焦虑、抑郁等负面情绪，加重患者病情。加之部分老年患者对疾病的认知度不足，因此积极加强针对患者的有效护理十分必要。然而常规护理主要是以患者病情为主开展的各项服务，针对患者心理情绪的关注度相对不高。健康教育护理干预是根据患者实际情况开展的健康教育措施，更加注重对患者心理情绪的管理，对于提高患者的认知度和护理效果有着重要意义^[1]。对此，本文选入82例我院2020年1月到2021年8月间诊治的急性阑尾炎老年患者进行分析，结果内容报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

从2020年1月到2021年8月期间，选择82例我院诊治的急性阑尾炎老年患者进行分析，用计算机抽签法将患者分成各含有41例的两组。对照组中男性共22例，女性共19例；年龄最高71岁，最低50岁，年龄均值 (58.45 ± 3.27) 岁。研究组中男性共23例，女性共18例；年龄最高70岁，最低51岁，年龄均值 (58.95 ± 3.31) 岁。临床资料的两组比较无统计分析意义， $P>0.05$ 。研究通过伦理审批通过后开展。

纳入标准：（1）接受检查确诊为急性阑尾炎者；（2）有基本的语言沟通能力者；（3）在知情同意书上签署姓名者。排除标准：（1）精神障碍者；（2）合并高血压、糖尿病等基础性疾病者；（3）合并恶性肿瘤等危重症疾病者；（4）合并凝血功能障碍者。

1.2 方法

对照组开展常规护理：常规为患者介绍医院相关环境和规章制度，及时解答患者及家属疑问，发放健康教育手册，叮嘱患者及家属自行阅读。

研究组开展健康教育护理干预：（1）健康教评估：与患者进行有效的交流沟通，详细为患者进行健康知识知晓度的评估，掌握患者对疾病知识的认知度、文化水平、家庭背景等具体内容，根据患者实际情况有针对性的开展各项护理服务。主要健康教育形式以面对面沟通为主，以提高患者

的配合度。（2）术前健康教育：为患者详细讲解手术治疗环境、麻醉方式、具体流程以及手术程序等内容，让患者保持平静的心态，提高患者的认知度和配合度，根据患者实际情况适当调整手术治疗方案，协助患者完成各项术前准备工作，主要内容以应用药物、胃肠减压、卧床排便练习、深呼吸练习、正确咳嗽练习等为主。（3）术中健康教育：手术过程中加强针对患者的心理疏导，通过语言交流、肢体安慰等方式疏导患者焦虑情绪，为患者提供心理支持，让患者以积极的心态面对各项治疗，有效提高患者的依从性，让患者保持良好、乐观的心理状态。（4）术后健康教育：了解患者个体特点和病情实际情况等内容，有针对性的为患者制定有关护理计划，了解患者个体特点和病情实际情况等内容，根据患者手术部位的不同及时调整睡眠姿势，保证患者的呼吸道通畅，最大限度避免呕吐等副作用的发生，在手术后6~8小时严格禁食，密切监测患者生命体征和病情的变化情况，术后8小时后，根据患者有无反胃、呕吐等情况，着量为患者进食流质食物，尽量食用富含蛋白质、维他命、易消化、清淡的饮食，保证患者肠道的通畅性，同时避免患者出现伤口破裂情况。（5）出院前健康教育：在患者出院前一天，加强针对患者的出院健康教育指导，严格叮嘱患者遵医嘱用药，避免随意增减药物用量，合理控制日常饮食，保证营养补充充足，避免患者剧烈运动，定期复诊复查。

1.3 观察指标

比较两组的健康知识掌握度、负面情绪评分、生活质量水平以及满意度。（1）采用自制的健康知识掌握度量表评价两组患者对健康知识的掌握情况，分值范围在0-100分之间，根据得分划分为完全知晓（得分超过80分）、部分知晓（得分在60-80分之间）、不知晓（得分不足60分）三项，知晓率=完全知晓+部分知晓。（2）对两组患者的负面情绪采用焦虑自评量表和抑郁自评量表进行评分，得分越高表示患者的负面情绪越严重。（3）针对两组患者的生活质量采用生活质量评分量表进行评估，主要包括社会、躯体、心理、生活四个方面，各项评分均为0-100分，分值越高表示患者的生活质量水平越高。（4）对两组患者的满意程度进行评价，用自制评分表进行评估，实施百分制评分，得分不足60分表示不满意，得分超过80分表示非常满意，得分在60-80分之间表示基本满意，总满意度=基

本满意+非常满意。

1.4 统计学分析

将 SPSS27.0 统计工具作为研究数据的处理工具,用构成比表示健康知识掌握度和满意度,用(均数±标准差)表示生活质量和负面情绪,分别用 χ^2 检验和 t 检验,具备统计学分析意义则: $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 健康知识知晓率的组间比较

研究组完全知晓 24 例,部分知晓 15 例,不知晓 2 例,知晓率为 95.12%(39/41)。对照组完全知晓 20 例,部分知晓 13 例,不知晓 8 例,知晓率为 80.49%(33/41)。研究组知晓率较对照组明显更高, $\chi^2=4.100$, $P=0.042$,有统计学意义。

2.2 负面情绪的组间比较

研究组护理前焦虑情绪(53.42±3.24)分,抑郁情绪(56.42±1.87)分。对照组焦虑情绪(53.45±3.38)分,抑郁情绪(56.39±1.56)分。研究组和对照组评分相比, $t=0.041$ 、 0.078 , $P=0.967$ 、 0.937 ,无统计学意义。

研究组护理后焦虑情绪(41.54±2.48)分,抑郁情绪(42.81±1.53)分。对照组护理后焦虑情绪(47.35±3.26)分,抑郁情绪(48.56±1.57)分。研究组护理后焦虑抑郁情绪评分均低于对照组, $t=9.082$ 、 16.794 , P 均 <0.001 ,有统计学意义。

2.3 生活质量的组间对比

研究组护理前生活质量社会评分(60.32±4.58)分、躯体评分(61.45±5.19)分、心理评分(60.52±4.91)分、生活评分(61.37±4.56)分。对照组护理前生活质量社会评分(60.41±4.63)分、躯体评分(61.39±5.03)分、心理评分(60.48±4.79)分、生活评分(61.45±4.43)分。两组护理前生活质量各项评分差别不明显, $t=0.088$ 、 0.053 、 0.037 、 0.080 , $P=0.929$ 、 0.957 、 0.970 、 0.936 ,无统计学分析意义。

研究组护理后生活质量社会评分(89.65±4.37)分、躯体评分(90.36±4.53)分、心理评分(91.45±4.82)分、生活评分(88.71±4.46)分。对照组护理后生活质量社会评分(75.32±4.56)分、躯体评分(76.84±4.31)分、心理评分(78.62±4.39)分、生活评分(79.38±3.57)分。两组护理后生活质量各项评分对比, $t=14.527$ 、 13.845 、 12.600 、 10.457 , P 均 <0.000 ,有统计学分析意义。

2.4 护理满意度的组间对比

研究组护理满意度高于对照组, $P<0.05$ 。如表 1。

表 1 对比两组满意度[n(%)]

组名	例数	非常满意	基本满意	不满意	总满意度
研究组	41	22 (53.66)	17 (41.46)	2 (4.88)	39 (95.12)
对照组	41	16 (39.02)	15 (36.59)	10 (24.39)	31 (75.61)

χ^2	-	-	-	-	6.247
P	-	-	-	-	0.012

3 讨论

急性阑尾炎是急腹症的一种,高发于老年群体,主要是由于厌氧菌、肠球菌、大肠杆菌等病菌导致出现的阑尾化脓性感染情况,具有起病急、病情进展迅速、病情危重等特点^[2]。随着病情进展可能造成阑尾穿孔、腹腔脓肿等并发症,会在一定程度上威胁患者生命安全。临床大多通过手术治疗改善患者病情,但由于术后极易出现系列并发症,会对患者的病情康复造成不利影响,积极采取有效的干预措施十分必要。

健康教育护理干预是根据患者实际情况开展的针对性护理干预措施,能充分为患者提供改善生活习惯所需的各类知识,提高患者的防病治病能力,促进患者配合度的不断提升^[3]。开展健康教育护理干预能有效提高患者的生活质量,从患者行为习惯和健康生活方式等方面着手,培养患者养成更好的疾病预防意识,最大限度控制患者病情进展,在实际护理过程中,能从术前、术中和术后健康教育等不同阶段采取针对性、有计划性、系统性的教育内容,提高患者的健康认知,促进患者自觉采纳各项有益于身心健康的生活方式和行为,促进患者病情康复^[4]。此外,配合精心、细致的护理措施,能充分满足新时代下急性阑尾炎患者老年患者的各项需求,帮助患者认识到疾病和手术相关知识,缓解患者焦虑抑郁等负面情绪,进一步提高患者的愈后效果^[5]。本次结果证实,研究组知晓率较对照组明显更高,具备统计学差异性 $P<0.05$;研究组护理后焦虑情绪(41.54±2.48)分,抑郁情绪(42.81±1.53)分均低于对照组, $P<0.05$,有统计学分析意义;研究组护理后生活质量社会评分(89.65±4.37)分、躯体评分(90.36±4.53)分、心理评分(91.45±4.82)分、生活评分(88.71±4.46)分均高于对照组,有统计学分析意义 $P<0.05$;研究组护理满意度高于对照组,数据差异显著 $P<0.05$ 。

综上所述,在老年急性阑尾炎护理中应用健康教育护理干预能有效提高患者的健康知识知晓率,提高患者的生活质量水平,改善患者的负面心理情绪,提高患者的满意度,值得推广。

参考文献:

[1]谢婕.健康教育护理干预在老年急性阑尾炎护理中的应用效果分析[J].现代养生(下半月版),2021,21(10):78-79.
[2]杨冬梅.健康教育护理干预在老年急性阑尾炎护理中的效果观察[J].中国保健营养,2021,31(21):245.
[3]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.
[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]王翠英.健康教育护理干预在老年急性阑尾炎护理中的应用及满意度分析[J].药店周刊,2021,30(35):13-14.

急性脑梗死病人应用氯吡格雷联合阿司匹林方案治疗的效果观察

赵宝山

宁津县人民医院 山东德州 253400

摘要：目的：观察急性脑梗死实施氯吡格雷联合阿司匹林治疗的临床效果。方法：将 82 例本院 2020 年 8 月-2021 年 9 月间诊治急性脑梗死病人选定为研究样本，以随机抽签法进行分组，分配到参考组和分析组当中， $n=41$ 。参考组开展阿司匹林单药治疗，分析组开展阿司匹林+氯吡格雷联合治疗，对比两组血小板指标、神经功能、日常生活能力、临床疗效以及不良反应发生情况。结果：经统计分析后可见分析组血小板 PMA、CD62p、CD63 指标均低于参考组，分析组日常生活能力评分高于参考组，分析组神经功能评分低于参考组，且分析组治疗总有效率明显高于参考组，两组基本资料具备统计学意义 $P<0.05$ ；两组治疗后的不良反应发生率无统计学意义， $P>0.05$ 。结论：急性脑梗死实施氯吡格雷联合阿司匹林治疗可有效改善患者血小板指标，提高患者的日常生活能力，改善患者的神经功能，降低患者不良反应的发生率，适合推广应用。

关键词：急性脑梗死；氯吡格雷；阿司匹林；血小板指标；疗效

作为临床常见的疾病类型，急性脑梗死具有较高的发病率、死亡率。患者患病后主要症状表现为呕吐、恶心、耳鸣、头痛等症状，部分患者会出现意识不清、半身不遂等情况。随着病情不断进展，患者脑组织损伤逐渐加重，会导致出现缺血性缺氧或坏死情况，引起脑组织功能障碍，对患者身心健康造成不利影响。临床针对急性脑梗死治疗的关键在于抗血小板聚集。阿司匹林是急性脑梗死常用的治疗药物，具有抗炎、抗血小板聚集、预防血栓形成等多种功效，虽能在一定程度上取得一定治疗效果，但急性脑梗死患者个体差异性相对较大，单独应用阿司匹林治疗可能会引起心肌梗死、脑卒中等血栓事件，对于患者的预后具有不利影响。氯吡格雷在临床中主要应用于动脉循环障碍的防治过程中，能有效提高血液供应量，具有扩张血管的治疗作用，对于减轻患者神经损伤状况较为有利^[1]。为此，本观察选择 82 例本院诊治（2020 年 8 月-2021 年 9 月）急性脑梗死病人进行分析，对其开展氯吡格雷联合阿司匹林治疗的效果，做如下报告。

1 资料及方法

1.1 基本资料

观察时间为 2020 年 8 月-2021 年 9 月，将本院诊治 82 例急性脑梗死病人选定为观察样本。纳入标准：（1）接受临床检查确诊为急性脑梗死者；（2）无心源性脑栓塞者；（3）未服用其他影响血小板功能或抗凝药物；（4）在知情同意书上签名者。排除标准：（1）既往脑出血、脑外伤者；（2）合并凝血功能障碍或血小板减少者；（3）出血性疾病史；（4）急性慢性感染者。

入选对象以随机抽签法进行分组，分配到参考组和分析组当中，参考组共有 41 例患者，其中男性 22 例，女性 19 例；年龄范围为 44-73 周岁，均值（ 59.38 ± 2.71 ）周岁；病程 8 小时到 68 小时，均值（ 43.54 ± 1.27 ）小时。分析组共有 41 例患者，其中男性 23 例，女性 18 例；年龄范围为 43-75 周岁，均值（ 59.26 ± 2.59 ）周岁；病程 7 小时到 69 小时，均值（ 43.62 ± 1.34 ）小时。两组基础资料对比无统计学意义（ $P>0.05$ ）。研究通过伦理审批同意。

1.2 方法

参考组应用阿司匹林治疗急性脑梗死：将阿司匹林片为患者口服用药，初始用药剂量为：每日 1 次，300 mg/次，随后更改药物用量为 100 mg/

次，1 次/d 药品生产厂家为拜耳医药保健有限公司，药品批准文号：国药准字 J20130078，对患者连续治疗 14 d 后评价疗效。

分析组在参考组基础上加用氯吡格雷治疗：初始用药将 300 mg 氯吡格雷加 100 mg 阿司匹林为患者口服用药，氯吡格雷的生产批号为：国药准字 J20180029，生产厂家为 Sanofi Winthrop Industrie(法国)(赛诺菲(杭州)制药有限公司)，每日治疗 1 次，随后用药维持在 75 mg 氯吡格雷+100 mg 阿司匹林进行口服用药，1 次/d，对患者连续治疗 14 d 后对治疗效果进行评价。

1.3 观察指标

对比 2 组血小板指标、神经功能、日常生活能力、临床疗效以及不良反应发生情况。（1）采集两组患者的清晨空腹静脉血，应用血细胞分析仪（BC5150 型）对两组患者的血小板指标进行评价，严格根据说明书和试剂盒操作规范完成各项操作，主要检测指标包括 PMA、CD63、CD62p。（2）组间患者的神经功能采用 NIHSS 脑卒中量表进行评价，日常生活能力用 Barthel 指数进行评价。（3）对两组患者治疗效果的评价主要从显效（治疗后患者血小板活性明显增强，NIHSS 评分降低幅度较前超过 50 %）、有效（治疗后血小板活性有所增加，NIHSS 评分较前降低幅度在 20 %-50 %）、无效（血小板活性无明显增加，NIHSS 评分降低幅度不足 20 %）进行评估。总有效率=显效（%）+有效（%）。（4）对两组恶心、皮疹、呕吐等不良反应进行评价。总发生率=[（皮疹+恶心+呕吐）/总例数]×100 %。

1.4 统计学检验

通过 SPSS 27.0 统计学软件对研究数据进行检验，临床疗效以及不良反应发生情况以[n（%）]表示，血小板指标、神经功能、日常生活能力以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，分别应用 χ^2 检验、t 检验，具备统计学意义为 $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 比较两组血小板指标

分析组治疗前的 PMA 指标为（ 29.58 ± 3.24 ），CD62p 指标为（ 5.37 ± 1.49 ），CD63 指标为（ 0.98 ± 0.31 ）。参考组治疗前的 PMA 指标为（ 29.51 ± 6.23 ），CD62p 指标为（ 5.42 ± 1.52 ），CD63 指标为（ 1.02 ± 0.45 ）。两组血小板指标的对比无统计学意义， $t=0.063$ 、0.150、0.468， $P=0.949$ 、

0.880、0.640。

分析组治疗后的 PMA 指标为 (18.43±3.27), CD62p 指标为 (1.35±0.42), CD63 指标为 (0.21±0.10)。参考组治疗后的 PMA 指标为 (22.54±3.12), CD62p 指标为 (3.51±0.49), CD63 指标为 (0.53±0.12)。分析组 PMA、CD62p、CD63 指标均低于参考组, $t=5.822$ 、21.430、13.117, $P<0.001$ 。

2.2 比较两组神经功能、日常生活能力

分析组治疗前的神经功能为 (8.45±1.26) 分, 日常生活能力为 (61.48±5.17) 分。参考组治疗前的神经功能为 (8.53±1.31) 分, 日常生活能力为 (61.59±5.26) 分。两组评分的对比无统计学意义, $t=0.281$ 、0.095, $P=0.778$ 、0.924。

分析组治疗后的神经功能为 (3.45±1.08) 分, 日常生活能力为 (75.45±4.34) 分。参考组治疗后的神经功能为 (6.23±1.54) 分, 日常生活能力为 (67.29±5.32) 分。分析组日常生活能力评分高于参考组, 分析组神经功能评分低于参考组, $t=9.463$ 、7.610, $P<0.001$ 。

2.3 比较两组临床疗效

分析组治疗总有效率明显高于参考组, 两组对比有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 对比组间治疗效果[n (%)]

组别	n	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	总有效率 (%)
分析组	41	25 (60.98)	14 (34.15)	2 (4.88)	39 (95.12)
参考组	41	20 (48.78)	12 (29.27)	9 (21.95)	32 (78.05)
χ^2 值	-	-	-	-	5.144
P 值	-	-	-	-	0.023

2.4 比较两组不良反应发生情况

分析组治疗后共 1 例患者出现恶心, 1 例患者出现皮疹, 1 例患者出现呕吐, 总发生率为 7.32 % (3/41)。参考组治疗后共 1 例患者出现恶心, 1 例患者出现呕吐, 无皮疹患者, 总发生率为 4.88 % (2/41)。两组治疗后的不良反应发生率无明显差别, $\chi^2=0.213$, $P=0.644$, 无统计学意义。

3 讨论

急性脑梗死是神经内科常见疾病类型, 具有较高的发病率, 会导致患者出现脑组织缺氧、缺血性坏死等情况, 使患者出现神经功能损伤症状, 具有病情进展快等特点, 在临床脑血管疾病中具有较高的致残率和死亡率^[2]。临床大多为高脂血症、冠心病、糖尿病、高血压等疾病基础上出现血栓或动脉粥样硬化等情况引起的, 血小板活性降低可能导致出现管腔狭窄闭塞等情况, 因而造成急性脑梗死。由于急性脑梗死疾病出现的主要病理基础在于动脉硬化性血栓, 故血栓形成的关键在于血小板的活化, 所以在急性脑梗死的疾病治疗过程中, 需积极采用有效的抗血小板药物进行治疗。

阿司匹林作为镇痛解热药物的一种, 在临床中大多应用于抗血小板聚集的治疗中, 包括心肌梗死复发、脑卒中、动脉手术等疾病的治疗中, 能有效发挥抗血小板治疗作用, 对花生四烯酸盐代谢途径发挥良好的阻断作

用, 进而有效抑制纤维蛋白原和血栓素 A2 的生成, 有效发挥抗血小板合成的治疗作用, 进一步控制血小板的聚集, 以免出现血栓形成情况^[3]。但在临床治疗过程中单独应用阿司匹林治疗过程中会对患者的肾脏造成一定损害, 使得单独用药治疗的安全性相对较低。故临床大多建议开展联合用药治疗模式, 以最大限度提高总体治疗效果。氯吡格雷能有效控制 ADP 受体的合成, 进而有效降低血小板活性, 抑制糖蛋白和纤维蛋白原受体的合成, 有效发挥抗血小板聚集的治疗作用。同时氯吡格雷还能有效阻断由于机体释放 ADP 而导致的血小板活化扩增情况, 以免出现急冻剂诱导的血小板聚集状态, 通过为患者进行口服治疗, 能有效迅速的被机体所吸收, 抑制血小板聚集的治疗作用能维持 3 到 7 天, 发挥良好的治疗作用^[4]。但仍需注意的是长期应用阿司匹林可能会导致患者机体肝肾负担明显增加, 因此需联合氯吡格雷进行治疗, 有效减少药物用量, 进一步促进总体治疗效果的不断提升。

血小板活化是动脉粥样硬化改变造成出现急性脑梗死的关键条件, PMA、CD62p、CD63 是血小板水平变化的关键性指标, PMA 能有效增加白细胞、内皮细胞和血小板间的相互作用, 增加内膜炎和附壁血栓; CD62p 能对细胞间的附着发挥调节作用, 提高单细胞的区分; CD63 能反映出机体血小板活化颗粒的具体表现情况^[5]。本研究中分析组血小板 PMA、CD62p、CD63 指标均低于参考组, $P<0.05$, 组间结果比较具备统计学分析意义; 分析组日常生活能力评分高于参考组, 分析组神经功能评分低于参考组, 两组数据结果有统计学意义 $P<0.05$; 分析组治疗总有效率明显高于参考组, $P<0.05$, 组间数据比较差异显著; 两组治疗后的不良反应发生率比较无统计学分析意义, $P>0.05$ 。

综上所述, 在急性脑梗死疾病的治疗中, 应用氯吡格雷+阿司匹林治疗的效果良好, 能有效改善患者的血小板指标和神经功能, 提高患者的日常生活能力和治疗总有效率, 同时不会增加不良反应的发生风险, 有较高的用药安全性, 值得推广。

参考文献:

- [1] 马兰. 阿司匹林联合氯吡格雷治疗急性脑梗死的临床效果及不良反应发生情况分析[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(10): 164-166.
- [2] 刘想林, 王茹莹, 徐平. 阿司匹林与氯吡格雷对急性脑梗死患者血小板聚集率的影响比较[J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14(19): 1-3.
- [3] 于国华, 赵立伟, 张福鼎, 等. 阿加曲班联合阿司匹林、氯吡格雷双抗治疗急性进展性脑梗死的有效性与安全性[J]. 航空航天医学杂志, 2021, 32(3): 321-322.
- [4] 李君颜. 阿托伐他汀联合硫酸氯吡格雷片及阿司匹林治疗老年急性脑梗死的效果观察[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21(5): 46-47.
- [5] 刘仲秋. 丹参川芎嗪注射液联合氯吡格雷和阿司匹林在急性脑梗死治疗中的应用价值[J]. 中国社区医师, 2021, 37(13): 44-45.

作者简介: 赵宝山, 男, 1986.02, 民族: 汉, 籍贯: 山东省武城县, 职称: 主治医师, 学历: 大学本科, 科室: 神经内科, 研究方向: 脑血管病, 眩晕, 癫痫, 神经免疫病相关疾病。

新生儿坏死性小肠结肠炎的护理及对患儿并发症发生率影响分析

于相玲

厦门市妇幼保健院 新生儿科 福建厦门 361000

摘要:目的: 分析、研究新生儿坏死性小肠结肠炎采取护理干预的效果及对其并发症的影响。方法: 选择 22 例坏死性小肠结肠炎患儿研究, 均于 2015 年 6 月至 2021 年 12 月入院治疗, 按入院单双号分组, 等分为 2 组, 一组视作常规组, 一组视作观察组, 接受常规化护理者纳入常规组, 基于此, 接受全面护理者纳入观察组, 对比效果, 如并发症、家属满意度、住院时间、SNAP-II 评分 (危重症患儿病情严重水平评分) 等。结果: ①住院时间、SNAP-II: 干预前, 两组 SNAP-II 评分值比较 ($P>0.05$), 干预后, 观察组住院时间、SNAP-II 表现出更低水平, 且与常规组比较 ($P<0.05$); ②并发症: 观察组红臀、脱水等发生率与常规组比更低 ($P<0.05$); ③家属满意度: 观察组经对抽取患者家属满意度实施测定, 其测定值高于常规组 ($P<0.05$); ④舒适度: 干预后, 观察组舒适度明显升高, 与常规组比 ($P<0.05$); ⑤护理效果: 相较于常规组, 观察组护理有效率表现出更高水平 ($P<0.05$)。结论: 新生儿坏死性小肠结肠炎采取全面护理干预效果可观, 可改善症状, 提高患儿治疗舒适度, 规避并发症, 使家属满意度提高, 值得推广。

关键词: 新生儿; 坏死性小肠结肠炎; 全面护理; 并发症; 舒适度

在临床上, 坏死性小肠结肠炎为儿科常见、多发性病症, 属新生儿获得性消化系统病症, 对其生命安全有严重威胁, 是致使新生儿死亡的关键因素^[1]。小肠、结肠大面积出血坏死为该病典型病例特征, 于新生儿肠穿孔、全身炎症效应综合征等疾病发生、进展中占重要地位^[2]。而其中以早产儿为主要发病主体, 一旦发病致死率高达 10%~45.26%^[3]。现阶段, 临床针对坏死性小肠结肠炎发病机制尚处于研究阶段, 所以在新生儿治疗过程中需对护理及预防予以高度重视。有学者认为, 坏死性小肠结肠炎在对症治疗过程中辅以护理干预可减轻、改善病情, 规避并发症, 从而优化生命结局^[4]。鉴于此, 本研究对 2015 年 6 月至 2021 年 12 月接治 22 例患儿分析, 详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 22 例坏死性小肠结肠炎患儿研究, 均于 2015 年 6 月至 2021 年 12 月入院治疗。

1.1.1 基础资料 按入院单双号分组, 等分为 2 组, 一组视作常规组, 一组视作观察组, 常规组男童 7 例, 女童 4 例, 日龄 3~15 (9.15±1.38) d; 5 例足月儿, 6 例早产儿; 观察组男童 8 例, 女童 3 例, 日龄 3~17 (10.21±1.45) d; 4 例足月儿 7 例早产儿, 两组相关性信息比较 ($P>0.05$), 存在可比性。

1.1.2 纳入标准 ①通过全方位诊断满足《实用新生儿学》中的 Bell-NEC 分级标准; ②患儿、家属知情, 并自觉参与; ③经 X 线、临床表现确诊, 伴便血、呕吐及腹胀等症状。

1.1.3 排除标准 ①肝肾等器官器质性病变; ②其他因素所致结肠炎; ③全身急性慢性感染; ④先天性心脏病; ⑤自身免疫缺陷; ⑥先天性消化道疾病。

1.2 方法

常规组 (常规化护理): 准确、及时评估患儿病症, 与其家属沟通, 告知家属疾病有关知识、并发症、护理方法及相关须知事项等, 增强疾病认知, 疏解不良情绪; 密切观察生命体征, 及时处理异常, 按医嘱展开护理操作。

观察组 (常规化护理结合全面护理): ①成立小组: 收集、整合患儿

资料, 对其病情有效评估, 结合个体差异拟定针对性方案及干预目标, 视减少住院时间、降低并发症为护理目标。②护理内容: a 加强病情观察: 针对初期发病患儿, 治疗与保守治疗为主, 且初期患儿症状不显著, 易于出现误诊, 所以, 在护理期间严密监测各生理指标变化, 以第一时间发现异常。对患儿精神、面色予以观察, 同时掌握患儿有无烦躁、心率减慢等表现; 观察大便性状, 当出现黏液性、鲜血样时需开展进一步检查, 予以对症处理。b 持续性心理疏导: 因疾病因素, 患儿无法正常进食, 哭闹、烦躁等行为较为常见, 给予患儿适当吮吸, 播放轻柔、舒缓音乐, 使患儿心绪稳定, 且维持室内温湿度适宜, 提高患儿舒适度; 加强家属情绪疏导, 及时告知其患儿治疗结果及进展, 减轻焦虑、恐惧情绪, 构建和谐护患关系, 从而提高其配合度。c 胃肠减压: 研究指出, 胃肠减压效果直接影响着患儿预后, 故护理人员需予以患儿胃肠减压操作, 借助经口插胃管与胃肠减压器连接的方式开展持续性减压干预, 结束后, 对机体胃液量、性状展开观察, 记录数据。d 体位干预: 如若患儿体位不当, 可增加窒息、猝死风险。合理摆放体位, 通常采取侧卧位或是半卧位, 这是因为该体位可降低胃部张力, 使疼痛感下降, 此外, 教授家属如何正确抱患儿, 以免引起患儿不适。e 感染预防护理: 集中实施护理操作, 在与患儿接触前后遵从七步洗手法原则, 做好手卫生干预, 同时落实保护性隔离措施, 消毒使用器具, 避免交叉感染。f 合理喂养: 由于疾病影响, 患儿需禁食禁饮较长时间, 为确保身体发育需求, 先予静脉营养供给, 输注营养液量应结合患儿体质量、病情等配置。同时, 营养液中加入抗生素时需使药物浓度合适, 不仅达到治疗要求, 且保证液体均匀输注。而后渐渐恢复饮食, 可以喂葡萄糖水, 喂养 3 次后, 患儿如若无腹胀、呕吐等表现, 可运用微量配方奶粉亦或是母乳实施喂养, 坚持从少到多的原则, 循序渐进增加喂养量。g 遵医嘱用药: 为避免或减少不良反应, 基于医嘱用药至关重要。对患儿用药后反应密切监测, 一旦表现出异常, 第一时间予以干预。h 皮肤护理: 采取温开水对患儿腋窝、会阴部轻轻擦拭, 大便后, 清洗臀部, 且擦干, 而后予以软膏涂抹, 防止红臀。基于条件允许下对尿布行高压灭菌处理, 降低感染。定期翻身, 以防压疮。i 体温护理: 因患儿就诊前体温已处于

非正常状态，护理人员需帮助其复温。对于需要复温患儿，需将暖箱温度设定 26℃，缓慢增加暖箱温度，一般每小时增加 1℃即可，最高温度≥34℃，间隔 1h 测定一次体温，且予以仔细记录。

1.3 观察指标

①住院时间、SNAP-II 评分。SNAP-II 评分用于评价患儿病情程度，包含尿量、体温及平均动脉压、惊厥等，分数 0~115 分，分数越高，病情严重程度越高。统计住院时间，仔细记录。

②并发症。并发症类型主要有红臀、脱水及酸中毒等。

③家属满意度。以自拟问卷表予以评价，以百分制评分，涵盖非常满意（>95 分）、一般满意（75~94 分）与不满意（<74 分），

④舒适度。依据 Kolcaba 简化舒适量表评价干预后舒适度，临界分 60 分，分数与舒适度呈正比。

⑤护理效果。患儿肠道功能达正常水平，临床相关症状消失视为显效；患儿肠道功能与临床相关症状较干预前显著改善视为有效；未达上述标准视为无效。

1.4 统计学方法

本研究资料采用 SPSS24.0 的统计学软件展开处理，定量资料用 t 验证、 $\bar{x} \pm s$ 说明，定性资料选用 χ^2 验证，%表示，统计数据以 SPSS24.0 分析， $P < 0.05$ 统计学意义重大。

2 结果

2.1 住院时间、SNAP-II 评分

统计结果可知，观察组住院时间、SNAP-II 评分与常规组比表现出更低水平（ $P < 0.05$ ），数据见表 1。

表 1 住院时间、SNAP-II 评分（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	SNAP-II 评分（分）		住院时间（d）
	干预前	干预后	
观察组（n=11）	27.65±4.64	11.52±2.65	16.22±2.58
常规组（n=11）	27.08±4.85	17.72±2.36	25.22±2.53
t	0.282	5.795	8.261
P	0.781	<0.001	<0.001

2.2 并发症

相较于常规组，观察组红臀、脱水及酸中毒发生几率更低（ $P < 0.05$ ），见表 2。

表 2 并发症（n；%）

组别	红臀	脱水	酸中毒	总发生率
观察组（n=11）	1（9.09）	0（0.00）	0（0.00）	1（9.09）
常规组（n=11）	4（36.36）	1（9.09）	1（9.09）	6（54.55）
χ^2	--	--	--	5.238
P	--	--	--	0.022

2.3 家属满意度

在家属满意度方面，观察组表现出更高水平，与常规组比较（ $P < 0.05$ ），见表 3。

表 3 家属满意度（n；%）

组别	非常满意	一般满意	不满意	总满意度
观察组（n=11）	7（63.64）	4（36.36）	0（0.00）	11（100）
常规组（n=11）	4（36.36）	2（18.18）	5（45.45）	6（54.55）
χ^2	--	--	--	6.471
P	--	--	--	0.011

2.4 舒适度、护理效果

与常规组比较，观察组舒适度、护理效果表现出更高水平（ $P < 0.05$ ），见表 4。

表 4 舒适度、护理效果

组别	显效	有效	无效	总有效率 （n；%）	舒适度 （分）
观察组 （n=11）	7（63.64）	3（27.27）	1（9.09）	10（90.91）	82.92±1.42
常规组 （n=11）	3（27.27）	2（18.18）	6（54.55）	5（45.45）	66.45±2.53
t/χ^2	--	--	--	5.238	18.828
P	--	--	--	0.022	<0.001

3 讨论

新生儿坏死性小肠结肠炎（NEC）具高发病率、死亡率特征，发病机制繁杂，如产妇胎膜早破（妊娠中晚期亦或是分娩前胎膜破裂，羊水从阴道突然流出，可致宫内感染，使新生儿早产，增加 NEC 罹患风险）、出生后低血糖（机体位于低血糖状态下会形成过氧化物等具毒性作用的产物，使脏器功能遭受损伤，继而引起 NEC）及出生胎龄小（低体重儿黏膜屏障功能尚处于发育状态，胃肠、免疫功能发育不全，为细菌繁殖提供了便利，促进炎性效应发生，进而使肠道局部出现病理性改变，最终进展为 NEC）等^[5-7]。此外，有资料表示，NEC 亦存在保护因素，如产前运用地塞米松、母乳喂养添加母乳强化剂与给皮肤接触护理可在一定程度上可降低 NEC 发病率。分娩前运用地塞米松使发病率下降，考虑与激素促进肠道发育完善及成熟有关，但因药物主要是作用于母体，所以现阶段研究并未证实采取糖皮质激素于 NEC 患儿中预防与控制效果，还需进一步研究。研究表明，相比于混合喂养及部门强化母乳比较，完全强化母乳喂养出现 NEC 的几率明显下降，与配方奶比较，母乳内含多种营养素，且免疫力相对较高，但依旧无法满足低体重儿生长所需要的蛋白质等物质需求，所以，予母乳强化剂母乳喂养不仅促进患儿生长发育，且有益于留存母乳自身所携带的免疫功能，降低感染几率。皮肤接触护理指的是使新生儿紧紧贴于自己的胸口，为新生儿提供足够的安全感，以促进其生长发育，规避相关并发症。通常情况下，所有患儿均可采取袋鼠式护理，通经评估后开具医嘱，由责任护士协助实施，严格遵从床旁隔离制度，密切观察，防范不良反应。NEC 发生后若未及时救治可致患儿生命安全遭到威胁，阻碍身心发育。由于疾病本身与发病群体的特殊性，在诊疗过程中还需辅以全面、科学的护理干预，从而起到治疗辅助作用，有效改善症状，提高患儿生命质量。

结果显示：观察组住院时间、SNAP-II 评分及并发症均低于常规组，

提示全面护理有益于延缓疾病发展,减少并发症,住院时间短。分析:全面护理属主动护理,经对疾病发生危险因素展开全面的评估,针对性疏导家属情绪,减轻因患儿病情所致担忧、焦虑等情绪的影响,获取家属信任,提高其配合度。该护理模式包含病情观察、心理疏导、胃肠减压及皮肤护理等内容,通过密切观察患儿各项生命指征,第一时间处理异常;加强体位指导、皮肤护理,使患儿舒适度提高,减少红臀、压疮等形成^[8-9]。结果显示:观察组家属满意度、舒适度及有效率与常规组比表现出更高水平,提示全面护理可增强临床疗效,维持患儿治疗舒适度,提升家属满意度。分析:全面护理兼具系统化、个性化特征,可在不同治疗阶段予患者针对性干预,确保其体征稳定。胃肠减压对患儿预后水平极为重要,结合腹胀程度,测定胃液量、颜色等,便于医生全面掌握患儿病况,调整治疗方案。全面护理中要求在接触患儿前后遵从七步洗手法原则,落实保护性隔离措施,最大程度降低感染^[10-11]。此外,给予患儿合理喂养,在无呕吐、腹胀等表现后采取配方奶、母乳喂养,满足营养需求,进而提高免疫力,促进身心恢复。胡小英等人对 68 例坏死性小肠结肠炎患儿实施研究,随机分组发现,全面护理组并发症低于常规护理组,与本研究结果一致^[12]。

综上,新生儿坏死性小肠结肠炎采取全面护理干预效果可观,可改善症状,提高患儿治疗舒适度,规避并发症,使家属满意度提高,值得推广。

参考文献:

- [1]鞠磊.综合护理在新生儿坏死性小肠结肠炎中的效果[J].中国医药指南,2022,20(07):177-179.
- [2]张真真.人文关怀在新生儿坏死性小肠结肠炎护理中的应用分析

[J].临床研究,2022,30(03):195-198.

[3]陈新红,刘晓鑫,欧蕾,等.个体化营养护理在新生儿坏死性小肠结肠炎患儿中的应用效果[J].中国民康医学,2022,34(03):190-192.

[4]尹晓敏.综合护理在新生儿坏死性小肠结肠炎中的临床应用效果分析[J].包头医学,2021,45(03):61-63.

[5]刘利爱,徐晓丽,何秀云.SBAR 交班模式在新生儿坏死性小肠结肠炎患儿中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(06):20-22.

[6]姜灿禅,李文,刘墨言.新生儿坏死性小肠结肠炎的影响因素分析[J].全科护理,2020,18(16):2033-2036.

[7]张丹.基于目标策略的针对性护理在新生儿坏死性小肠结肠炎中的应用效果[J].河南医学研究,2020,29(16):3058-3060.

[8]王瑞花.袋鼠式护理在新生儿坏死性小肠结肠炎患儿中的应用观察[J].现代诊断与治疗,2020,31(10):1647-1648.

[9]陶晓玲,周秀华.护理干预在新生儿坏死性小肠结肠炎中的应用效果[J].当代护士(中旬刊),2019,26(11):66-68.

[10]陈梅,林艳,陈燕霞.新生儿坏死性小肠结肠炎不同临床特征的护理对策[J].国际护理学杂志,2019,(20):3423-3424-3425-3426.

[11]练素斌,王丹莹.全面优质护理服务在新生儿坏死性小肠结肠炎中的应用价值[J].中外医学研究,2019,17(29):100-102.

[12]胡小英.综合护理在新生儿坏死性小肠结肠炎中的效果观察[J].基层医学论坛,2019,23(15):2115-2116.

(上接第 49 页)

的护理服务。而常规组患者的护理工作主要是根据医嘱进行,其缺少针对性和全面性。该项检查后患者常见的并发症之一就是出血,而且大多数患者都会出现痰中带血和少量血痰的情况,一般在手术的三天之内都会自行消退。然而,如果在此期间患者未得到妥善的护理干预,就有可能增加其出血量,对患者的生命安全产生极大威胁^[9]。另外,该项手术之后,患者常见的并发症还有寒战、喉部损伤以及恶心、呕吐等。然而,通过护理人员实施更加精准的护理干预,能够对患者术后并发症进行精准的把握,及时的采取精准有效的预防护理干预措施,从而有效预测患者术后并发症的发生情况,最大程度地减少患者发生并发症的风险,使患者的安全得以有效保障^[10]。

4 结论

总而言之,对接受超声引导下经支气管镜针吸活检术麻醉后的患者实施精准护理方案能够促进患者术后安全性的进一步提升,减少其术后出血量,值得进行广泛推广和应用。在本文中纳入到本组研究的样本数量偏少,而且回顾性分析存在偏倚,因此,在今后的相关研究中需加大样本量,从而更加科学的证实本研究结果的科学性。

参考文献:

- [1]刘媛,李倩倩,黄婷婷,黄凯,徐兵,肖华平.超声引导下经支气管镜针

吸活检术全麻后护理研究[J].中国当代医药,2022,29(07):160-162+167.

[2]张兰兰,吴芳,朱玲琴.运用品管圈改进超声支气管镜引导针吸活检术护理配合质量[J].中西医结合护理(中英文),2019,5(07):166-169.

[3]黄文婷,王琼萍,陈素玲,龙亮.静脉麻醉超声支气管镜引导下经支气管针吸活检术患者的精准护理[J].中国医药科学,2019,9(09):107-109.

[4]王薇.老年患者局麻下经支气管镜针吸活检术预见性护理干预效果探讨[J].中西医结合心血管病电子杂志,2017,5(32):152-153+156.

[5]李姗姗,王曼丽,宋新翠,等.针对性护理在经支气管镜超声引导针吸活检术纵隔疾病患者检查中的应用[J].2021.

[6]折红玉,任华丽.超声支气管镜引导下经支气管针吸活检术的护理配合[J].2021.

[7]周虹媛,宋云华,刘桂苹,等.静脉麻醉下经支气管超声内镜引导针吸活检术的护理干预[J].当代护士:下旬刊,2020,27(2):2.

[8]黄文婷,王琼萍,陈素玲,等.静脉麻醉超声支气管镜引导下经支气管针吸活检术患者的精准护理[J].中国医药科学,2019,9(9):3.

[9]武秋菊.经支气管针吸活检术的临床分析与护理配合[J].医药前沿,2018,008(006):54-55.

[10]杨会珍,张群成,张晓菊.超声支气管镜引导的经支气管针吸活检术临床应用进展[J].结核与肺部疾病杂志,2021,2(3):6.

急诊接收的急性阑尾炎患者中 CT 检查的辅助诊断价值和鉴别诊断思路分析

李想

核工业 417 医院 急诊科 陕西西安 710600

摘要：目的：探究急性阑尾炎不同病理类型患者临床表现与 CT 检查辅助诊断价值。方法：选取我院 2019 年 1 月至 2021 年 12 月期间收治的 96 例急性阑尾炎患者。按照患者病理类型，将其分为三组，分别为 A 组（急性单纯性阑尾炎）、B 组（急性化脓性阑尾炎）、C 组（急性坏疽性阑尾炎）。三组患者数量分别为 33/32/31 例。观察对比三组患者临床症状（阵发性疼痛、轻压痛、体温升高、腹肌紧张）、CT 检查征象（脂肪厚度、阑尾直径、阑尾粪石嵌顿、阑尾周围积液、游离腹腔积液）。以病理结果作为金标准，判断 CT 诊断准确率、灵敏度、特异度。结果：三组患者临床体征中，阵发性疼痛、轻压痛、体温升高无显著差异，（ $P>0.05$ ）；腹肌紧张 B 组患者最多，且差异显著，（ $P<0.05$ ）。CT 检查征象比较，脂肪厚度、阑尾直径、阑尾周围积液比较差异显著，（ $P<0.05$ ）；其余征象无显著差异，（ $P>0.05$ ）。以病理结果作为金标准，CT 诊断准确率分别为 96.97%、93.75%以及 90.32%；灵敏度分别为 96.97%、93.75%以及 90.32%。结论：急性阑尾炎根据其病理类型不同，体征多表现为不同类型，脂肪厚度、阑尾直径以及阑尾周围积液情况为 CT 检查主要征象，CT 检查准确率、灵敏度与特异度均较高，故具有较高应用价值。

关键词：急性阑尾炎；CT 检查；辅助诊断；鉴别诊断

急性阑尾炎是外科常见临床疾病，属于急腹症，主要是在阑尾管腔受到阻塞，或遭受细菌入侵情况下产生阑尾感染，引发阑尾急性炎症病变^[1]。一经确认，能通过手术干预治疗^[2]。临床症状主要表现为恶心呕吐、右下腹疼痛、发热等，根据其病理体征，能分为单纯性阑尾炎、化脓性阑尾炎以及坏疽性阑尾炎三种^[3]。不同病理体征患者需要采用不同治疗方式。但不同病患临床表现存在不同，故病理分型难度较大。CT 检查是一项现代化影像检查技术，是使用 X 线束对患者进行扫描，用于判断患者疾病发生情况，该检测方式速度较快，能更好地应用于急性阑尾炎的诊断中^[3]。CT 检查主要特征有：①密度分辨力高；②检查方便迅速；③能获取到患者正常组织与病变组织的 X 线吸收系数，并对系数予以定量分析，组中显示患者病变位置影像；④图像可处理，所获得图像密度以及灰度可调节^[4]。目前我国 CT 检查技术多用于神经系统病变、心血管系统病变、胸部病变、腹部器官病变、盆腔脏器病变、骨关节病变以及肝脏病变中，能了解患者病变发生位置以及发生后患者脏器或骨骼形态^[5]。在这一检查原理下，该检测技术应用于急性阑尾炎分型检查中意义重大，临床应用广泛，对于区分急性单纯性阑尾炎、急性化脓性阑尾炎以及急性坏疽性阑尾炎效果较佳。为进一步探究 CT 检验方式的临床价值，文章以我院收治急性阑尾炎患者作为研究对象，按照疾病发生情况对患者予以分型，探究 CT 检查应用于急性阑尾炎分型检查中的临床价值，报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

研究选取我院收治急性阑尾炎患者共 96 例，收治时间（2019 年 1 月至 2021 年 12 月），按照患者病理类型对患者予以分组。A 组（33 例），为急性单纯性阑尾炎，其中男 17 例，女 16 例，年龄：18-59（39.86±2.41）岁；B 组（32 例），为急性化脓性阑尾炎，其中男 17 例，女 15 例，年龄：19-60（39.68±2.50）岁；C 组（31 例），为急性坏疽性阑尾炎，其中男 16

例，女 15 例，年龄：18-60（39.35±2.28）岁。组间数据对比无统计学差异（ $P>0.05$ ），可比。

纳入标准：①此次纳入患者均经病理学检验确诊患有急性阑尾炎疾病，且为急性症状；②此次研究不违背医学伦理委员会批准标准；③此次纳入患者均对研究内容知情；④患者能主动接受 CT 检查干预工作。

排除标准：①合并其他急性病症者；②合并肝肾功能障碍者；③合并凝血功能障碍者；④合并精神系统疾病，或存在意识障碍及沟通障碍者，无法依从检验工作以及研究工作；⑤临床资料存在缺失者。

1.2 方法

所有患者均接受 CT 检查，检查所用仪器为 GE Optima CT520Pro 新一代超高端平台 16 排 CT 检查仪。以 120kVp 电压以及自动调节电流扫描患者自耻骨联合至膈肌平面位置，探测器准直 1.5mm，转速 0.8s。重建切片。总结三种不同炎症在 cT 平扫时影像变化，以而体现 cT 检查的快速优势。

1.3 观察指标

对比观察三组患者临床体征、CT 检查征象以及 CT 检查准确率与灵敏度。

①比较三组患者临床体征，对比三组患者不同临床体征发生率。

②比较三组患者 CT 检查征象，对比三组患者不同检查征象发生率。

③以三组患者临床体征为金标准，判断患者 CT 检查准确率、灵敏度。

1.4 统计学分析

研究所有数据行统计数据，计量资料（ $\bar{X} \pm s$ ）表示、计数资料 n（%）表示，组间对比 t 、 χ^2 检验， $P<0.05$ ，统计意义标准，应用 SPSS 24.0 软件统计分析。

2. 结果

2.1 临床体征

对比三组患者临床体征，阵发痛、轻压痛、体温升高均无显著差异，（ $P>0.05$ ）；腹肌紧张有显著差异，且 B 组患者数量最多，（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 三组患者临床体征（n/%）

组别	例数	阵发痛	轻压痛	体温升高	腹肌紧张
A 组	33	20(60.60%)	10(30.30%)	3（9.09%）	10(30.30%)
B 组	32	21(65.63%)	8（25.00%）	8（25.00%）	20(62.50%)

表 2 三组患者 CT 征象（n/%）

组别	例数	脂肪厚度	阑尾直径	阑尾粪石嵌顿	阑尾周围积液	游离腹腔积液
A 组	33	8.83±2.08	8.18±2.01	4（12.12%）	1（3.03%）	1（3.03%）
B 组	32	6.27±1.35	10.20±1.93	8（25.00%）	7（21.88%）	2（6.25%）
C 组	31	4.02±1.21	17.41±3.02	4（12.90%）	2（6.45%）	1（3.23%）
χ^2/F	-	72.212	133.650	2.407	6.954	0.523
P	-	0.000	0.000	0.300	0.031	0.770

2.3CT 检查准确率、灵敏度与特异度

以病理检查结果为金标准，对患者进行 CT 检查，检查结果中三组患者阳性检出率以及检测灵敏度均较高，分别为 96.97%、93.75%以及 90.32%，且三组检验结果差异未见显著。见表 3。

表 3 三组患者 CT 检查准确率、灵敏度与特异度（n/%）

组别	病理金标准	CT 诊断结果	阳性检出率	灵敏度
A 组	33	32	96.97%	96.97%
B 组	32	30	93.75%	93.75%
C 组	31	28	90.32%	90.32%
χ^2	-	-	1.205	1.205
P	-	-	0.547	0.547

3. 讨论

急性阑尾炎是急腹症的一种，主要临床体征为患者右下腹疼痛，属于炎症反应^[6]。近年来，经济建设与医疗技术水平发展背景下，人们安全意识不断加强，除生活质量外更注重身体健康，故阑尾炎发病率呈下降趋势。但当前该疾病仍位于急腹症发生率首位，对居民身体健康造成较大威胁^[7]。且该疾病发病过程中患者会产生较明显疼痛感，严重影响其身体健康以及生活质量。阑尾指的是与盲肠下端相连的细长管道，发生阑尾炎主要原因为阑尾梗阻，导致管内形成异物沉积，增强阑尾内压，对阑尾管壁造成压迫，影响阑尾血液循环，降低患者机体免疫能力，导致细菌入侵，并且在阑尾清除细菌能力下降的基础上发生的炎症反应^[8]。根据急性阑尾炎病理特征，能将其分为三类，分别为急性单纯性阑尾炎、急性化脓性阑尾炎与急性坏疽性阑尾炎。单纯性阑尾炎主要于患者阑尾黏膜位置发生病变。阑尾表现为轻微肿胀以及充血等，发病后黏膜上皮可产生损坏，伴有炎症渗出或炎性水肿。化脓性阑尾炎通常为单纯性阑尾炎恶化结果，病变位置不仅包括阑尾黏膜，更包含肌层。阑尾表现为明显肿胀以及高度充血，阑尾黏膜被渗出液完全覆盖，炎性水肿现象明显，并蔓延至阑尾壁。坏疽性阑尾炎相较于上述两种阑尾炎类型，最为严重。该类阑尾炎发生原因为阑尾管道阻塞，腔内压升高，阑尾壁血液循环不畅。经进一步发展，坏疽

C 组	31	20(64.52%)	9（29.03%）	5（16.13%）	15(48.39%)
χ^2	-	0.195	0.245	2.970	6.805
P	-	0.907	0.885	2.226	0.033

2.2CT 征象

对比三组患者 CT 征象，脂肪厚度、阑尾直径以及阑尾周围积液相比，均差异显著，（ $P<0.05$ ）；阑尾粪石嵌顿以及游离腹腔积液无显著差异，（ $P>0.05$ ），见表 2。

性阑尾炎会产生阑尾壁组织坏死，其表面会产生暗红色穿孔。为此，根据发病情况不同，阑尾炎发生在临床体征中也存在不同表现。临床干预过程中，能根据患者临床提升分辨急性阑尾炎发生情况，并予以病理判断。但不同病理类型急性阑尾炎疾病产生差异不明显，故患者急性阑尾炎发生类型很难判断。但急性阑尾炎病理分型对治疗方式、治疗效果均产生较大影响，医护人员在开展救治工作前，应明确判断患者病理情况。为此准确探究患者病理分型情况十分必要。

CT 检查方式是一项较为快速的腹腔扫描方式，能通过平面重建方式对患者阑尾予以扫描。扫描中探测器接收 X 线，并将 X 线转变为可见光，并由光信号转变为电信号，再在数字转换器的辅助下转变为数字，数字被输入到计算机中接受处理。扫描后所获取到的信息将经过计算转变为吸收系数，经过排列形成数字矩阵，储存于磁盘或光盘中。数字矩阵在模拟转换器中被转换为黑白灰小方块，并通过不同矩阵排列转换为图像，也就是 CT 图像。图像可显示患者阑尾位置、阑尾大小、阑尾形态等，以此为基础，判断患者阑尾病变情况，区分急性阑尾炎患者病理类型。随着阑尾炎疾病深入发展，病变程度加深，水肿范围扩大，水肿情况加剧，渗出液量增多，积液增多，周围脂肪厚度也随之变小。为此，CT 检查方式能根据患者直接征象分析病例情况发生类型。

本研究结果中显示，三组患者中发痛、轻压痛、体温升高无明显变化，只有腹肌紧张在三组患者中差异显著。三组患者中脂肪厚度、阑尾直径以及阑尾周围积液程度具有明显差距，其他 CT 检查征象之间无显著差异。三组患者 CT 检查结果与病理金标准相比，无显著差异，并且 CT 检查结果显示阳性真出率与灵敏度均较高，均在 90.00%以上。此次研究结果表明，CT 检查诊断方式能准确分辨患者阑尾炎症发生情况，能明确分辨急性阑尾炎不同病理情况，在急性阑尾炎病理诊断指导中价值显著。除判断急性阑尾炎分型之外，CT 检查方式还能协助医师监理三维图像，定位阑尾炎发病范围以及位置，在此基础上医生能采用合理治疗方案。

除此之外，急性阑尾炎手术前应对患者完成以下诊断分析。第一，应
(下转第 71 页)

米非司酮周期疗法与孕激素在围绝经期功血治疗中的应用探究

李艳侠

青铜峡市人民医院 宁夏青铜峡 751600

摘要：目的：探究与分析米非司酮周期疗法与孕激素在围绝经期功能失调性子宫出血(dysfunctional uterine bleeding, DUB)治疗中的应用效果。方法：选择2019年1月到2021年1月在本院诊治的围绝经期功血患者180例作为研究对象，根据随机数字表法把180例患者分为孕激素组与米非司酮组各90例。孕激素组给予孕激素治疗，米非司酮组给予米非司酮周期疗法治疗，记录与观察患者的预后。结果：治疗后米非司酮组与孕激素组的治疗总有效率分别为98.89%和87.78%，米非司酮组的治疗总有效率明显高于孕激素组($P<0.05$)。治疗后两组的子宫内膜厚度都明显降低($P<0.05$)，同时治疗后米非司酮组的子宫内膜厚度明显低于孕激素组($P<0.05$)。两组治疗后的血清雌二醇(Estradiol, E2)、促卵泡生成素(follicle-stimulating hormone, FSH)都明显高于治疗前($P<0.05$)，同时米非司酮组治疗后的血清E2与FSH值明显高于孕激素组($P<0.05$)。结论：相对于孕激素，米非司酮周期疗法在围绝经期功血治疗中的应用能促进血清E2与FSH的分泌，还能促进降低子宫内膜厚度，提高总体治疗效果。

关键词：米非司酮周期疗法；孕激素；围绝经期；功能失调性子宫出血；性激素；子宫内膜厚度

功能失调性子宫出血(dysfunctional uterine bleeding, DUB)简称功血，当前在临床上比较常见，是由于生殖内分泌轴功能紊乱造成的子宫异常出血，而非全身及生殖器官器质性病变所引起。围绝经期是女性的一种生理状态，指的是女性即将绝经的过程，围绝经期容易发生功血，占比在50.0%以上^[1-2]。特别是女性到围绝经期时，机体卵巢功能逐渐弱化，可诱发围绝经期功血的发生，临床上主要表现为失血性贫血、继发感染、不孕等，增加了患者精神负担^[3]。严重影响妇女的身心健康；严重者可导致失血性休克、子宫内膜癌，极大地威胁到了患者的身心健康^[4]。当前对于围绝经期功血多用激素疗法、抗纤溶、刮宫、子宫切除术等方法进行治疗，其中孕激素在临床的应用比较多，但是疗效的持续性有待提高^[5]。随着医学技术的提高，当前米非司酮周期疗法在临床上得到了广泛应用，其能有效降低细胞间黏连引发的病理过程，调节子宫局部微环境状况，抑制炎症因子的表达^[6-7]。本文具体探讨与对比了米非司酮周期疗法与孕激素在围绝经期功

血治疗中的应用效果，以促进米非司酮周期疗法的临床应用。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选择2019年1月到2021年1月在本院诊治的围绝经期功血患者180例作为研究对象，纳入标准：符合围绝经期功血的诊断标准；年龄45-55岁；患者均存在月经经期延长、月经量多等症状；患者病情稳定，知情同意且得到医院伦理委员会的批准。排除标准：过敏体质者；精神病患者；合并有心、肝、肾等原发性疾病者；临床资料不全者；精神病患者；存在本次研究的用药禁忌或近3个月有激素治疗史患者；生殖道感染患者；入院前3个月有腹部手术史患者。

根据随机数字表法把180例患者分为孕激素组与米非司酮组，各90例，两组患者的阴道流血时间、年龄、体重指数、收缩压、舒张压等对比无明显差异($P>0.05$)。见表1。

表1：两组一般资料对比

组别	例数(n)	阴道流血时间(d)	年龄(岁)	体重指数(kg/m ²)	收缩压(mmHg)	舒张压(mmHg)
孕激素组	90	32.13±2.53	48.11±2.87	22.18±1.11	124.28±11.68	76.28±3.15
米非司酮组	90	32.46±3.22	48.62±3.13	22.98±1.47	124.78±10.51	76.69±5.16
P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

1.2 治疗方法

孕激素组：给予孕激素治疗，诊断性刮宫后第3天给予口服炔诺酮(国药准字H44022829，广州康和药业有限公司)5mg，1次/d。待患者阴道停止出血后15d停止口服炔诺酮，而后在第2个、3个月经周期的第15d口服甲羟孕酮(国药准字H33020715，浙江仙琚制药股份有限公司)10mg，1次/d。

米非司酮组：给予米非司酮周期疗法治疗，诊断性刮宫后第3d给予米非司酮(国药准字H10950202，上海新华制药有限公司)10mg，1次/d，持续口服给药5d，在第2个、3个月经期第1天也口服10mg米非司酮。

1.3 观察指标

(1)比较两组的治疗效果。疗效标准：痊愈：出血停止，自觉症状消失；显效：出血停止，月经周期基本正常，经期仍较长；有效：出血减少，自觉症状得到明显改善；无效：以上各项均无改善者甚或恶化。(痊愈+显效+有效)例数/组内例数×100.0%=总有效率。(2)所有患者在治疗前后选择采用超声观察与肌瘤子宫内膜厚度的变化。(3)所有患者治疗前后抽取空腹前臂静脉血，3h内送检验科，分离血清后，采用放免法进行雌二醇(Estradiol, E2)、促卵泡生成素(follicle-stimulating hormone, FSH)含量。

1.4 统计学方法

选择SPSS23.00软件进行分析， $P<0.05$ 为差异有显著性。计量数据选择均数±标准差表示，对比采用t检验；而计数数据采用率表示，对比采用卡方分析， P 为双侧检验，检验水准为 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 疗效对比

治疗后米非司酮组与孕激素组的治疗总有效率分别为 98.89%和 87.78%，米非司酮组的治疗总有效率明显高于孕激素组($P<0.05$)。见表 2。

表 2：两组治疗后总有效率对比(n)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
米非司酮组	90	70	13	6	1	89(98.89%)
孕激素组	90	40	20	19	11	79(87.78%)
P						<0.05

2.2 子宫内膜厚度变化对比

治疗后两组的子宫内膜厚度都明显降低($P<0.05$)，同时治疗后米非司酮组的子宫内膜厚度明显低于孕激素组($P<0.05$)。见表 3。

表 3：两组治疗前后子宫内膜厚度变化对比(cm，均数±标准差)

组别	例数(n)	治疗前	治疗后	P
米非司酮组	90	1.18±0.21	0.81±0.09	<0.05
孕激素组	90	1.17±0.11	0.98±0.11	<0.05
P		>0.05	<0.05	

2.3 血清性激素变化对比

两组治疗后的血清 E2 与 FSH 值都明显高于治疗前($P<0.05$)，同时米非司酮组治疗后的血清 E2 与 FSH 值明显高于孕激素组($P<0.05$)。见表 4。

组别	例数(n)	E2- 治疗前	E2- 治疗后	P ₁	FSH- 治疗前	FSH- 治疗后	P ₂
米非司酮组	90	42.33±4.23	63.98±3.23	<0.05	21.76±2.43	40.33±3.28	<0.05
孕激素组	90	42.98±4.43	51.87±3.24	<0.05	21.33±4.94	29.46±3.22	<0.05
P		>0.05	<0.05		>0.05	<0.05	

3 讨论

围绝经期功血是妇科常见的疑难病，主要是女性在围绝经期时，机体剩下的卵泡受垂体促性腺激素的刺激作用衰减，受单一雌激素作用，子宫内膜出现增生情况，同时伴随有内分泌失调，导致血管结构功能出现病变，可影响患者子宫内膜微循环，引起诱发围绝经期功血的发生^[8-9]。西医治疗围绝经期功血主要为性激素和手术治疗，而多数患者因惧怕手术而不愿接受，而普通止血药对本病疗效欠佳^[10]。在孕激素治疗时，炔诺酮可作用于机体肠道内和细菌结合后将水解酶释放出来，同时在肝肠循环中进行重复性吸收利用。甲羟孕酮可以利用反馈作用对垂体前叶的生成造成抑制，但是两者在使用过程中容易受到其他药物作用的影响，很难持续改善患者的预后^[11]。本研究显示，治疗后米非司酮组与孕激素组的治疗总有效率分别

为98.89%和87.78%，米非司酮组的治疗总有效率明显高于孕激素组($P<0.05$)；治疗后两组的子宫内膜厚度都明显降低($P<0.05$)，同时治疗后米非司酮组的子宫内膜厚度明显低于孕激素组($P<0.05$)，表明相对于孕激素，米非司酮周期疗法在围绝经期功血治疗中的应用能促进降低子宫内膜厚度，提高总体治疗效果。从机制上分析，米非司酮可在子宫内膜处进行直接作用，对排卵和月经正常周期未产生严重影响，对内膜雌激素以及孕激素的反应进行阻断，对雌激素以及孕激素受体的含量进行调整，从而可抑制内膜的生长^[12]。同时米非司酮可经非竞争性抗雌激素效果对雌激素受体介导基因转录进行抑制，具有很好的抗雌激素效果，可抑制子宫内膜在雌激素作用下细胞分裂、增生，从而降低子宫内膜厚度^[13]。

现代医学认为正常月经周期依赖于下丘脑-垂体-卵巢轴功能的正常与相互协调，围绝经期功血由于下丘脑-垂体对卵巢分泌的雌激素正反馈作用的缺陷，无黄体生成素高峰形成，此时垂体分泌的卵泡刺激素呈低水平，导致机体性激素分泌紊乱^[14]。特别是在围绝经期功血患者中，如果外周组织中雄性素转化为雌酮增多，可造成雌酮水平的增高，造成血清E2与FSH分泌降低，可导致血管周围纤维化，导致异常子宫出血。甲羟孕酮联合炔诺酮孕激素治疗可进一步抑制垂体释放促黄体激素、促肾上腺皮质激素。米非司酮具有扩张子宫颈、软化子宫颈的作用，特别是其给药后生物利用率约为40.0%，给药后60分钟内可达到血药峰值^[15]。同时米非司酮的作用发挥并不依赖于雌孕激素浓度，阻断子宫内膜对雌孕激素的反应性，可直接作用于子宫内膜以减少雌孕激素的浓度，进而使子宫螺旋动脉萎缩变薄，从而促使增生细胞凋亡^[16]。本研究显示两组治疗后的血清E2与FSH值都明显高于治疗前($P<0.05$)，同时米非司酮组治疗后的血清E2与FSH值明显高于孕激素组($P<0.05$)，表明相对于孕激素，米非司酮周期疗法在围绝经期功血治疗中的应用能促进血清E2与FSH的分泌。当前也有研究显示米非司酮周期疗法能通过调节机体的炎症因子表达状况，改善患者阴虚内热的病理状态，从而持续改善患者的预后^[17]。

总而言之，相对于孕激素，米非司酮周期疗法在围绝经期功血治疗中的应用能促进血清E2与FSH的分泌，还能促进降低子宫内膜厚度，提高总体治疗效果。

参考文献：

[1]吴海霞,肖新益.炔雌醇环丙孕酮联合米非司酮治疗围绝经期功血的临床观察[J].当代医学,2022,28(11):89-91.

[2]夏冰.去氧孕烯炔雌醇片联合米非司酮治疗围绝经期功血患者的疗效及血清性激素水平分析[J].临床研究,2021,29(7):40-41.

[3]闫宁.小剂量米非司酮联合官血宁对围绝经期功血临床疗效及性激素水平的影响分析[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2021,21(2):177-178.

[4]李建梅.联用米非司酮、优思明对围绝经期功血患者激素水平及子宫内膜厚度的影响分析[J].中国保健营养,2021,31(1):291.

[5]王芳.米非司酮联合优思明对育龄期功血女性子宫内膜厚度及激素水平的影响[J].妇儿健康导刊,2021,11(3):63-64.

[6]李玉林,张萍.左炔诺孕酮宫内节育系统联合米非司酮治疗围绝经期功能失调性子宫出血临床研究[J].中国药业,2021,30(2):46-48.

[7]陈静,韩莉莉.屈螺酮炔雌醇片联合曼月乐对绝经过渡期功血患者止血效果及性激素水平的影响[J].临床研究,2021,29(11):32-33.

[8]赖雪丹.对比分析米非司酮周期疗法与孕激素治疗围绝经期功血的效果[J].系统医学,2020,5(20):104-106.

[9]周琼,毛跃如,皮阿琼,等.崩证固冲汤联合米非司酮治疗围绝经期功能失调性子宫出血临床研究[J].陕西中医,2020,41(11):1587-1590.

[10]Osuga Y, Seki Y, Tanimoto M, et al. Relugolix, an oral gonadotropin-releasing hormone receptor antagonist, reduces endometriosis-associated pain in a dose-response manner: a randomized, double-blind, placebo-controlled study[J].Fertil Steril,2021,115(2):397-405.

[11]扈灵盘,韩振坤.米非司酮结合左炔诺孕酮宫内缓释系统对围绝经

期功能失调性子宫出血的疗效[J].河南医学研究,2020,29(24):4542-4544.

[12]苏美霞,黄小区,潘洁婷,等.地屈孕酮与米非司酮治疗对围绝经期功能失调性子宫出血患者月经量、子宫内膜厚度、血红蛋白浓度及性激素水平的影响[J].广州医科大学学报,2020,48(4):12-15.

[13]茅菲,徐京晓.养血当归胶囊联合米非司酮治疗围绝经期功能性子宫出血的可行性[J].中药材,2020,43(4):1000-1002.

[14]马睿.左炔诺孕酮宫内节育系统+米非司酮对围绝经期功能性子宫出血患者疗效及血清性激素水平的影响[J].中国药物与临床,2020,20(8):1351-1353.

[15]常晚霞.青春期功血采用米非司酮治疗的临床疗效以及对患者内分泌功能的影响分析[J].医学理论与实践,2020,33(13):2167-2169.

[16]李洪瑞.养血当归胶囊联合低剂量米非司酮治疗对功能性子宫出血患者激素水平、子宫内膜的影响[J].齐齐哈尔医学院学报,2020,41(1):42-43.

[17]温燕逸,刘桂英.去氧孕烯炔雌醇联合米非司酮治疗围绝经期功血的临床疗效及作用机制分析[J].医学食疗与健康,2021,19(8):70-71.

(上接第 68 页)

分析患者疾病发生情况,排除无法手术因素。尤其需要重点分析患者右侧输尿管结石情况。针对上述问题,采用腹腔镜或开腹手术均未必能完成正确诊断,这一情况会导致医师处于被动局面,阻碍手术进程。面对明显存在腹膜炎患者,应了解其消化道穿孔情况,并通过CT检查判断患者对“气腹”敏感性,并做出迅速判断。如患者临床症状中表现为肠梗阻,则能通过CT检查判断患者产生原因,了解患者肠道周是否存在粪石,是否伴有阑尾周边积液,综合考虑患者在临床症状以及腹膜炎引发麻痹性肠梗阻情况。面对女性患者,医师应更加注重患者手术过程中可能产生的内出血状况,患者经期正常并不能证明女性患者未发生宫外孕,在经期中患者也会出现黄体破裂情况。第二,医师应重点考虑下述因素。诊断急性阑尾炎时,应先对急性阑尾炎有基础性的病理学理解,如急性阑尾炎主要表现为右下腹疼痛,初期表现为上腹疼痛,或脐部有明显痛感,周围内脏也可表现出疼痛反应,并且疼痛表现为持续性,随着病情进一步加剧,患者疼痛情况愈发明显。如不能通过临床体征判断患者急性阑尾炎发生情况,可进一步实行辅助检测干预,并在检查结果的基础上判断是否接受手术干预以及手术方式。

综上所述,急性阑尾炎病变不同病理类型的临床体征多不明显,患者入院后续对患者开展CT检查,以患者阑尾直径、阑尾脂肪厚度、阑尾周围积液情况判断患者病理类型,并以此为基础为患者提供手术治疗干预,

该检测方式准确率较高,具有较高诊断指导价值。但除此之外医护人员应重点关注患者各项临床体征,手术工作需结合患者疾病发展进程以及患者个人身体状况决定。

参考文献:

[1]王欢,阮杰,刘娟,等.双源CT鉴别诊断急性阑尾炎和盲肠憩室炎价值分析[J].陕西医学杂志,2022,51(2):215-218.

[2]朱静.多层螺旋CT在阑尾炎患者术前诊断中的应用价值[J].黑龙江科学,2022,13(8):112-113.

[3]唐涛,陈抚标.CT联合改良Alvarado评分对急性阑尾炎的诊断价值[J].浙江创伤外科,2022,27(1):108-109.

[4]区携乐,李均堂,吴秋云,等.64排螺旋CT多平面及曲面重建在急性阑尾炎诊断中的价值分析[J].大医生,2022,7(2):123-125.

[5]陈伟纲,韦巧萍,尤宇晴.多层螺旋CT与腹部超声在小儿急性阑尾炎临床诊断中的应用[J].中国基层医药,2022,29(4):517-520.

[6]潘银梅,洪志友,汪保平,等.采用MSCT征象诊断不同急性阑尾炎病理类型的可行性[J].中国CT和MRI杂志,2022,20(3):138-140.

[7]刘伟业,叶敏.16排螺旋CT检查在急性阑尾炎患者中的诊断价值[J].数理医药学杂志,2021,34(7):984-986.

[8]张向阳.急性阑尾炎患者中CT检查具有的辅助诊断价值和鉴别诊断的思路[J].影像研究与医学应用,2021,5(7):173-174.

达格列净联合利拉鲁肽治疗 2 型糖尿病伴代谢综合征患者的临床效果

殷微微 赵佳慧 马佳妮

齐齐哈尔市第一医院 黑龙江齐齐哈尔 161000

摘要：目的 分析达格列净联合利拉鲁肽治疗 2 型糖尿病（T2DM）伴代谢综合征（MS）患者的应用效果。方法 选取 2021 年 05 月-2022 年 05 月本院 82 例 T2DM 伴 MS 患者，用随机数字表法平均分为对照组 41 例，行利拉鲁肽治疗，观察组 41 例，联合达格列净治疗，比较两组临床疗效。结果 观察组的 HDL-C 明显高于对照组，并发症发生率、空腹血糖、HOMA-IR、HbA1c、餐后 2h 血糖、LDL-C、TG 和 TC 均明显低于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论 给予 T2DM 伴 MS 患者达格列净联合利拉鲁肽治疗能够有效调节糖脂代谢，预防并发症，具有推广价值。

关键词：达格列净；利拉鲁肽；2 型糖尿病；代谢综合征；血糖；血脂

Clinical effect of dapagliflozin combined with liraglutide in the treatment of patients with type 2 diabetes mellitus with metabolic syndrome

Yin Weiwei Ma Jiani, Zhao Jiahui

The First Hospital of Qiqihar City, Heilongjiang, Qiqihar 161000

Abstract: Objective To analyze the effect of dapagliflozin combined with liraglutide in the treatment of type 2 diabetes mellitus (T2DM) with metabolic syndrome (MS). Methods 82 patients with T2DM and MS in our hospital from May 2021 to May 2022 were randomly divided into the control group (41 cases) and the observation group (41 cases) treated with liraglutide and dapagliflozin. The clinical effects of the two groups were compared. Results HDL-C in the observation group was significantly higher than that in the control group, and the incidence of complications, fasting blood glucose, HOMA-IR, HbA1c, 2h postprandial blood glucose, LDL-C, TG and TC were significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$). Conclusion dapagliflozin combined with liraglutide can effectively regulate glucose and lipid metabolism and prevent complications in patients with T2DM and MS.

Key words: dapagliflozin; Liraglutide; Type 2 diabetes; Metabolic syndrome; Blood glucose; blood fat

2 型糖尿病（T2DM）是临床多发代谢疾病，近些年来，生活环境变化、生活方式改变、生产生活水平提升，该病发生率逐年增加【1】。随着病程增加，患者病情显著进展，胰岛素功能受到影响，血糖指标明显提升。机体长期处于高血糖状态，多项脏器、组织会受到影响，例如外周神经、心、眼等，如果未能有效控制血糖，则患者有可能出现高渗性昏迷、低血糖等症状【2】。针对同时合并代谢综合征患者，其主要表现为血脂异常，血压升高，血脂升高，肥胖等，选取适宜药物，改善机体代谢情况，调节血糖水平，能够抑制病情进展，预防并发症。本次研究以 T2DM 伴 MS 患者为对象，分析达格列净联合利拉鲁肽治疗的应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 05 月-2022 年 05 月本院 82 例 T2DM 伴 MS 患者，用随机数字表法平均分为对照组 41 例，男 22 例，女 19 例，年龄为 21-79 岁，平均年龄（ 59.18 ± 5.89 ）岁；观察组 41 例，男 23 例，女 18 例，年龄为 22-80 岁，平均年龄（ 59.76 ± 5.13 ）岁。两组一般资料（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：符合 T2DM 诊断标准；符合 MS 诊断标准；临床资料完整；知情本次研究。

排除标准：1 型糖尿病；存在重要脏器功能异常；急性脑血管病变；尿路感染；恶性肿瘤；精神疾病。

1.2 方法

两组患者均实施健康教育，鼓励其适当运动，进行饮食调控，指导用药，教会患者识别不良反应，并掌握对应处理技能。对照组行利拉鲁肽（诺和诺德制药有限公司；国药准字 J20160037）治疗：起始剂量为选取本品 0.6mg，于早餐前给予患者皮下注射，7 天后，分析患者耐受度，将剂量调整为 1.2mg。共治疗 12 周。观察组联合达格列净（阿斯利康制药有限公司；国药准字 J20170040）治疗：选取本品 10mg，令患者口服，服用时间为早餐前，1 次/天。治疗 12 周。

1.3 观察指标

1.3.1 评价两组血糖指标：采取葡萄糖氧化酶法检验空腹血糖，采取葡萄糖氧化酶法检验餐后 2h 血糖，采取胰岛素抵抗指数稳态模型观察 HOMA-IR，采取液相层析法检验 HbA1c。

1.3.2 评价血脂指标：获取两组空腹静脉血，应用生化检测仪展开检验，包括 HDL-C、LDL-C、TG 和 TC。

1.3.3 评价并发症：（视网膜病变例数+糖尿病足例数+周围神经病变例数）/总例数 $\times 100\%$ =并发症发生率。

1.4 统计学分析

SPSS23.0 处理数据，（ $\bar{x} \pm s$ ）与（%）表示计量与计数资料，分别行 t 与 χ^2 检验， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组血糖指标比较

观察组的空腹血糖、HOMA-IR、HbA1c 和餐后 2h 血糖均明显低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。详见表 1。

表 1 两组血糖指标比较 $[n(\bar{x}\pm s)]$

组别	例数	空腹血糖 (mmol/L)	HOMA-IR	HbA1c (%)	餐后 2h 血糖 (mmol/L)
观察组	41	6.62±0.50	5.31±0.35	7.01±0.73	8.58±1.10
对照组	41	8.19±0.98	6.25±1.11	8.00±0.64	9.84±1.79
t		9.137	5.171	6.530	3.840
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组血脂指标比较

观察组的 HDL-C 明显高于对照组，LDL-C、TG 和 TC 均明显低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。详见表 2。

表 2 两组血脂指标比较 $[n(\bar{x}\pm s)]$

组别	例数	HDL-C (mmol/L)	LDL-C (mmol/L)	TG (mmol/L)	TC (mmol/L)
观察组	41	1.16±0.25	2.01±0.44	2.40±0.52	4.07±0.45
对照组	41	0.90±0.22	2.47±0.83	2.99±0.64	4.55±0.67
t		4.999	3.135	4.581	3.808
P		0.000	0.002	0.000	0.000

2.3 两组并发症比较

观察组的并发症发生率明显低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。详见表 3。

表 3 两组并发症比较 $[n(\%)]$

组别	例数	视网膜病变	糖尿病足	周围神经病变	发生率
观察组	41	1	1	0	4.88
对照组	41	4	4	2	24.39
χ^2					6.248
P					0.012

3 讨论

T2DM 属一种非传染性疾病，疾病发展缓慢，发生率高，受到全球重视。经长期观察发现，代谢综合征和该病之间存在密切联系，糖尿病患者多采取药物治疗，常见药物有磺酰脲类药物，例如格列本脲、格列吡嗪和格列奈等；双胍类药物，例如二甲双胍；格列酮类药物，例如吡格列酮

和罗格列酮； α -葡萄糖苷酶抑制剂，例如阿卡波糖等。对于 T2DM 伴 MS 患者达，经采取降糖药物，难以起到预期效果，需要同时控制患者血压、体重指标，调控血脂代谢，保护胰岛素功能，从而减轻疾病对机体相关脏器、组织造成的损伤。

利拉鲁肽是一种 GLP-1 类似物，其和天然 GLP-1 之间存在明显同源性，可以降低血糖水平，作用于胰岛 β 细胞，推动其凋亡，同时相关研究证实，该药物可以控制患者体重【3】。相关临床研究以糖尿病肥胖患者为对象，为其展开利拉鲁肽治疗，结果显示治疗 1 年后，患者的体重指数明显降低，平均降低数值为 1.9kg/m^2 ，分析其原因可能为该药物可以有效刺激胰岛素分泌，既可以降低患者的血糖水平，同时又能延长胃排空时间，减少患者的摄食量，获取到降低体质量这一目的。该药物能够将 GLP-1 受体激活，以患者体内葡萄糖含量为依据，选择性作用于胰岛 β 细胞，推动其分泌胰岛素，对其分泌胰高血糖素产生拮抗作用，可以调节 β 细胞，改善其对葡萄糖产生的应答性，控制血糖水平，起到降糖功效。GLP-1 受体主要分布于患者的胰腺外、外周/中枢神经系统、内皮、肺、心脏、肾脏、胃、垂体中，靶点较多，生理作用具有多效性【4】。可以致使胃排空延迟，提升饱腹感，起到控制血压、降低体重等功效。在葡萄糖水平呈现出增加趋势时，该药物能够结合 GLP-1 受体，激活和受体处于偶联状态的 G 蛋白，活化腺苷酸环化酶。

达格列净是一种 SGLT2 抑制剂，具有较高选择性，能够加速尿液排泄葡萄糖，既可以起到控制血压、降糖效果，又能够促进体重减轻。该药物能够对 SGLT2 形成阻碍，作用于滤过葡萄糖，抑制其重吸收，致使肾葡萄糖阈值降低。针对内源性葡萄糖控制和生成过程以及全身葡萄糖摄取情况展开研究，发现，采取该药物治疗，能够提升内源性葡萄糖和空腹胰高血糖素水平，同时可以强化肌肉针对胰岛素产生的敏感性【5】。给予患者禁食处理，一般于早餐前，令患者服用该药物，用药 2 小时左右，血药浓度达到峰值。在治疗剂量下，该药物的 AUC 和 C_{max} 和用药剂量存在相关性，用量越高，其比例越高。选取本品 10mg，令患者口服，本品生物利用度约为 78%。如若未令患者禁食，患者食用高脂食物，则会导致药物的 C_{max} 降低一半， t_{max} 会增加约 1 小时，药物的 AUC 基本无变化。该药物的血浆蛋白结合率大概为 91%，针对肝肾功能受损者，基本一致。该药物代谢途径主要为 UCT1A9，在机体内部，由 CYP 介导，形成的代谢较少，该药物的代谢产物为 3-0-葡萄糖醛酸代谢物，不存在活性，选取本品 50mg，用碳-14 标记，3-0-葡萄糖醛酸代谢物占比约为 61%，其他产物以肾脏为主要排泄途径。单次给药 50mg 后，经由尿液排泄率约为 75%，经由粪便排泄率约为 21%，在二者中原形药物占比分别为 2%和 15%。经一项试验表明，选取健康者 28 例为对象，选取本品 5mg，令其服用，共计 7 天，或者选取本品 10mg，令其服用，共计 10 天。研究结果为该药物在短时间内被患者吸收， t_{max} 低于 1.5 小时，消除半衰期为 10-12 小时，就 3-0-葡萄糖醛酸代谢物而言，其 t_{max} 不超过 2 小时，和原药 t_{max} 相比更长，消除 t_{max} 基本一致。尿液中含有的原形药物约为 1.9%，代谢物排泄率约为

（下转第 76 页）

PDCA 循环模式对门诊输液室护士手卫生依从性的影响

夏瑜青

江南大学附属医院南院急诊输液室 江苏无锡 214062

摘要：目的：研究 PDCA 循环模式对门诊输液室护士手卫生依从性的影响。方法：2019 年 10 月-2020 年 10 月在我院门诊输液室中采取常规管理模式，2020 年 11 月-2021 年 11 月在我院门诊输液室内采取 PDCA 循环模式，比较两段时间内护士的手卫生依从性、手卫生知识知晓情况以及手卫生检测合格率。结果：PDCA 循环管理模式后，门诊输液室内护士的手卫生依从率为，与实施前相比，有了显著提升， $P<0.05$ ；采取 PDCA 循环管理模式后，护理人员的手卫生知识知晓情况有明显提升， $P<0.05$ ；在 PDCA 循环模式执行前后分别进行手卫生质量检测，检测护理人员手部的菌落数量情况，实施前护理人员的手卫生检测合格率为 79.97%，实施后护理人员的手卫生检测合格率为 97.45%，差异显著。结论：采取 PDCA 循环模式可以有效改善门诊输液室护士的手卫生依从性，并提升护士的手卫生知识治疗情况。

关键词：PDCA 循环模式；门诊输液室；手卫生

近年来，医院感染的防控工作越来越严格，特别是新冠疫情爆发以来，做好医院感染防控工作确保医院顺利运转的重点^[1]。手卫生是最简单、最有效的控制医院感染的方式。门诊输液室内护士需要频繁进行输液、采血等侵入性操作，这些过程都存在着医院感染的风险^[2]。保证医护人员双手的洁净度可以有效保护医护人员的安全，也可避免损害患者的安全。手卫生不仅要求医护人员保证必要的洗手次数，也要求医护人员保证足够的洗手时长、洗手过程，虽然这些操作简单，但在工作中完全严格执行的难度较大，特别是门诊输液室内的护理人员，面对大量的病人多无法保证每次操作前严格按照手卫生标准进行操作^[3]。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

研究对象为门诊输液室内的护士 10 名，均为女性，工作年龄 2-20 年，平均工作年龄（ 4.68 ± 0.98 ）年；年龄 22-45 岁，平均年龄（ 35.23 ± 5.34 ）岁；学历情况：大专：3 名，本科 6 名；职称：初级护士 2 名，初级护师 4 名，主管护师 3 名，副主任护师 1 名。

1.2 方法

2019 年 10 月-2020 年 10 月在我院门诊输液室中采取常规管理模式，2020 年 11 月-2021 年 11 月在我院门诊输液室内采取 PDCA 循环模式，作为实施前后对比。统计两段时间内护理人员的手卫生依从性、手卫生知识知晓情况以及手卫生检测合格率。

1.2.1 PDCA 循环管理模式 1.计划阶段 成立手卫生质量检测小组，分析影响手卫生依从性的原因，并提出整改措施。主要影响原因如下：（1）门诊输液室内病人较多，护理人员工作量较大，因此在每次进行采血、输液、拔针等操作时无法做到严格进行手卫生操作。（2）手卫生设备配备较少，门诊室内只有 1 个感应式手卫生设备（2020 年 10 月份前），无法满足多位护理人员的工作需求。设备布局不合理，设备隐藏在治疗室角落，不易被人发现且不利于护理人员进行手卫生操作。（3）医院未强调手卫生的重要性，且缺乏关于手卫生知识的宣传，导致护理人员手

卫生意识不强。2.实施阶段 （1）加大宣传力度 由护理部组织进行关于手卫生知识、手卫生操作等类型的讲座，并要求各个科室进行手卫生技能培训。同时制作手卫生重要性的宣传视频，发放到各工作群内供大家学习。此外，可每个月进行网上知识问答，提升护理人员对手卫生知识的知晓率。（2）整改门诊输液室内的手卫生设备，增加手卫生设备 2 台，并放置在利于护理人员操作的地方。设备需配备感应式水龙头以及感应式消毒液，并保证纸巾配备充足，可依据需求配备感应式烘干机。此外，将七步洗手法示意图贴在每个手卫生设备旁边，保证每次在进行手卫生操作时可以清楚看到。（3）适当调整排班模式，保证白天工作量较大时护理人员足够。同时注意调整病人输液时间，避免病人大量聚集在一个时间段内接受治疗。4.制定合理的检查监督机制，护士长可定时抽查门诊输液室内护理人员的手卫生执行情况，表扬鼓励严格执行手卫生操作规范的护士，提高大家的积极性。3.检查处理阶段 由护理部成立质量检查小组，在管理模式实行后不定期抽查门诊输液室内护理人员的手卫生执行情况，进行评分评价，做好检查记录，将检查记录结果公布在医院内部的网站上。详细检查结果也会反馈给各科室护士长，要求各护士长加强管理与培训，对于手卫生依从性较差的护理人员需加强培训。护理部依据检查结果，针对新出现的问题提出可行的解决方案。护理部应不断完善管理模式，不断提升护理人员对于消毒管理办法的知晓率和执行率。

1.3 疗效观察指标

1.3.1 手卫生依从性 比较两段时间内护理人员手卫生依从性情况，分为正确执行、执行错误、不执行三种情况，正确执行：洗手指征正确，洗手步骤正确；执行错误：洗手指征把握不清或者洗手消毒步骤不充分；不执行：在具备洗手指征的情况下不进行洗手操作。依从率为（正确执行+执行）/（正确执行+执行+不执行）。

1.3.2 手卫生知识知晓情况 通过自制问卷表，从手卫生概念、洗手指征、手部消毒指征、七步洗手步骤，每项总分为 100 分。

1.3.3 手卫生检测合格率 依据《医护人员手卫生规范》监测门诊输液室内护理人员的手卫生情况，手卫生合格标准为细菌菌落数 $\leq 10\text{cfu/cm}^2$ 。

1.4 统计学方法 所有数据均采用 SPSS20.0 软件进行统计分析，计量资料应用平均值 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)，计量资料组间比较采用独立样本 t 检验，计数资料以百分率 (%) 表示，采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 手卫生依从率 PDCA 循环管理模式后，门诊输液室内护士的手卫生依从率为，与实施前相比，有了显著提升， $P<0.05$ 。详见表 1，

表 1 手卫生依从率

组别	正确执行 (%)	执行错误 (%)	不执行 (%)	依从率 (%)
实施前 (n=10)	3 (30.00)	4 (40.00)	3(30.00)	7 (70.00)
实施后 (n=10)	8 (80.00)	1(10.00)	1(10.00)	9 (90.00)
χ^2				6.067
P				0.024

2.2 手卫生知识知晓情况 采取 PDCA 循环管理模式后，护理人员的手卫生知识知晓情况有明显提升， $P<0.05$ ；详见表 2，

表 2 手卫生知晓情况

组别	手卫生概念	洗手指征	手部消毒指征	七步洗手步骤
实施前 (n=10)	70.34 $\pm$ 7.98	76.24 $\pm$ 9.25	80.56 $\pm$ 10.34	83.34 $\pm$ 9.78
实施后 (n=10)	86.89 $\pm$ 4.67	89.45 $\pm$ 4.67	95.24 $\pm$ 8.34	96.28 $\pm$ 6.16
t	12.694	9.651	11.019	10.037
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 手卫生检测合格率 在 PDCA 循环模式执行前后分别进行手卫生质量检测，检测护理人员手部的菌落数量情况，实施前护理人员的手卫生检测合格率为 79.97%，实施后护理人员的手卫生检测合格率为 97.45%，差异显著。

3 讨论

手卫生是防控医院感染的关键步骤，但临床工作中手卫生操作繁多，多数医护人员手卫生依从性较差，或者由于缺乏手卫生知识，无法严格执行手卫生操作标准^[4]。自从新冠疫情爆发以来，手卫生变得越来越重要，但手卫生的监督管理难度较大，需选择合理的方式进行监督管理，不断提升护理人员的手卫生依从性^[5]。手卫生是医务工作过程中对院内感染管控工作的重要环节，具体内容包括：洗手，外科手消毒，卫生手消毒。

洗手：是指清除手部的皮屑、尘垢以及附着的细菌，一般用七步洗手法，使用有一定压力流动的清水和清洁剂进行清洗；外科手消毒：是指术前使用弱碱清洁剂进行正常的洗手操作后，对手部喷洒消毒剂进行进一步的灭菌处理；卫生手消毒：指医务工作者工作过程中随时性的使用酒精干洗剂对手部进行消毒处理。经国内多项研究显示：全国范围内每 100 名发生院内感染的患者中有 30 名是由于医务人员手部卫生处理不当导致的^[3]。频发的院内感染不仅给医疗机构带来巨大的医疗资源的损失并且给患者带来许多从身体到心灵上的痛苦。发生感染的患者与其同病房患者、该患者直接接触的医务工作者、该患者的家属发生接触，继发感染的概率大大增加，为后续的治疗、控制和预防带来极大的挑战。PDCA 循环管理模式是由美国管理学家提出的，分为设计计划执行、检查与改善四个阶段，可不断完善管理漏洞，提升工作质量。

门诊输液室与普通门诊不同，不仅每天需要接触不同的患者，还需要为每位患者进行采血、输液等侵入性操作，且部分患者也可作为病菌传染源存在，因此在门诊输液室内护士需严格遵守手卫生管理标准，避免医院感染的发生^[6-7]。由于手卫生管理监督难度较大，因此选择合理的管理模式是提高医护人员依从性的关键。PDCA 循环管理模式在各类行政机构以及医院内均有应用，可有效提升各类工作质量，保证工作机构高效运转，不断改进。PDCA 循环管理模式与普通管理模式不同，其四个模块相互协调，相互促进^[8-9]。PDCA 循环模式计划阶段的主要目的是发现管理工作中出现的漏洞，分析出现各种问题的原因，依据实际情况作出合理的计划方案。计划阶段是 PDCA 循环管理模式的起始阶段，也是确保后续各项工作顺利开展的重点。针对门诊输液室内护士手卫生依从性问题，需准确了解护理人员手卫生依从性差的原因，从加大宣传、改善设备、合理排班等多个方面着手，全面分析护理工作人员在执行过程中遇到的问题^[10]。在执行阶段，主要是依据计划，准确落实各项措施。落实各项措施是提升工作质量的关键步骤，在执行阶段，通过增加手卫生设备，配备感应式水龙头、消毒液、洗手液等措施，为护理人员提供更加便利的操作环境。同时注重手卫生知识的宣传，通过知识竞答、护士长抽查等措施提升护理人员对手卫生的重视程度，不断提升护士手卫生依从性^[11]。在实施阶段也注重观察总结，及时发现实施过程中出现的问题，做好总结。在检查阶段，通过质量检测及时了解工作执行情况，有利于管理人员及时调整执行策略。在此阶段护理部作为主要的监督部门需做好检查工作，通过定期的评分检测，及时了解各科室的执行情况，同时定期公式检测结果也可起到激励作用，提升各科室工作人员的积极性^[12-13]。但在此阶段，护理部应注意奖惩机制力度，避免由于惩罚措施过于严苛打击护理人员自信心，影响工作质量。在处理阶段，主要目的是总结执行过程中出现的问题，提出改进策略，促进执行过程高效顺利进行^[14]。处理阶段对于现存问题的改进十分重要，是下一阶段执行过程的主要参考依据，对于门诊输液室内护士的工作质量提升效果也较大。

本次研究显示，实施 PDCA 循环管理模式后，护士的手卫生依从性有

了显著提升,此外,问卷调查显示,实施后护士对于手卫生概念、洗手指征、手部消毒指征、七步洗手步骤等手卫生知识知晓情况有了显著提升,从质量检测结果来看,实施后,护士手部菌落水平合格率也有了显著提升。因此,在医院管理工作中,可适当采取 PDCA 循环管理模式。

参考文献:

- [1]彭洁,林艳辉,曹霞,等.积分制管理与 PDCA 循环在健康管理行业医疗质量管理中的应用[J].中华健康管理学杂志,2022,16(05):349-352.
- [2]张玲,任绪华,张雷,等.9S 管理联合 PDCA 循环在手术室腔镜设备管理中的应用[J].医疗装备,2022,35(09):76-79.
- [3]巩蕊蕊.PDCA 循环法手术室管理的实施效果分析[J].中国社区医师,2022,38(13):159-161.
- [4]容欢余,蓝秀英,朱振宏,等.PDCA 循环法对门诊药房药师服务态度的影响[J].临床合理用药杂志,2022,15(10):153-155.
- [5]刘甜,阎红琳,陈意,等.PDCA 循环在病理耗材管理中的应用[J].诊断病理学杂志,2022,29(03):287-289.
- [6]张珍.PDCA 循环法在多重耐药菌医院感染管理中的应用价值[J].临床医学,2022,42(03):68-70.
- [7]任雯.基于 PDCA 循环的行政 MDT 模式在医保管理中的应用[J].江苏

(上接第 73 页)

69.7%。给药 10 天后,给药剂量为 5mg 的尿糖排泄量为 28.1g, 10mg 的为 41.1g,该药物具有较高耐受性。该药物多发不良反应有肾损伤、低血压、生殖系统感染、尿路感染、阴道真菌感染、膀胱癌、LDL-C 提升,在联合胰岛素时,有可能引发低血糖,部分患者会出现过敏反应,血清有机磷和血细胞比容提升。有相关实验显示,给予患者单药治疗,在 6 个月,采取安慰剂、5mg 剂量治疗和 10mg 剂量治疗,患者均未形成低血糖;联合应用二甲双胍,6 个月后,安慰剂治疗患者未形成低血糖,5mg 剂量治疗发生率为 1.5%,10mg 剂量治疗发生率为 0.7%,程度均较轻;联合格列美脲,6 个月后,安慰剂治疗发生率为 2.1%,5mg 剂量为 5.5%,10mg 剂量为 6.0%;联合胰岛素,6 个月后,安慰剂治疗发生率为 34.0%,5mg 剂量为 43.4%,10mg 剂量为 40.3%,出现重度低血糖的概率为 0.5%。

本次研究结果表明观察组的空腹血糖、HOMA-IR、HbA1c 和餐后 2h 血糖均明显低于对照组 ($P<0.05$),表示联合用药能够有效改善血糖指标,调控胰岛素功能。分析原因为利拉鲁肽能够作用于胰岛 β 细胞,促使其分化,提升胰岛素分泌量,同时可以干预 α 细胞,对机体分泌高血糖素形成阻碍,进而保护胰岛功能,调控血糖,联合达格列净,一方面能够强化控制血糖功效,一方面可以调节胰岛功能,促使胰岛素抵抗减轻。观察组的 HDL-C 明显高于对照组,LDL-C、TG 和 TC 均明显低于对照组 ($P<0.05$),表示联合用药的调节血脂功效更明显,能够帮助患者尽快解除肥胖状态,调节脂代谢。利拉鲁肽可以发挥出抑制胃排空效果,长期控制患者体重指数,具有长期性和稳定性等优势。达格列净能够减轻体重,分析其机制可能在渗透性利尿作用下,皮下和内脏脂肪加速分解,体液丢失,同时该药

卫生事业管理,2022,33(02):201-203+207.

[8]彭赛凤.PDCA 循环管理模式在改善护士手卫生依从性和医院感染方面的效果分析[J].现代诊断与治疗,2021,32(21):3495-3497.

[9]王艳.PDCA 循环法在提高儿科门诊护士手卫生依从性中的应用[J].中国误诊学杂志,2020,15(10):476-478.

[10]黎琼.PDCA 循环管理法在提高 ICU 护士手卫生依从性中的应用[J].中国卫生产业,2020,17(20):54-56.

[11]曹绣花,王桂芳.分析 PDCA 循环对门诊护士手卫生依从性的影响[J].国际感染病学(电子版),2020,9(02):23.

[12]张银花.探讨 PDCA 循环对改进门诊输液室护士手卫生依从性的影响[J].人人健康,2020,(03):17.

[13]陈英秀,汪文莉.PDCA 循环用于提高门诊输液室护士手卫生依从性效果分析[J].中外医学研究,2020,18(03):176-178.

[14]Harred JF, Knight AR, McIntyre JS. In ventors. Dow chemical campany, assignee e XpoXidation process. US Patent 3. 2014, 3 (17). 1 9 2 7 ~ 1 9 0 4

物存在良好血脂谱,能够令 HDL-C 水平提升, TG 水平降低,还可以发挥出降低尿酸、利钠效应和利尿等作用。联合治疗降压效果明显,有助于降低血糖水平,减轻胰岛素抵抗,致使体重降低。观察组的并发症发生率明显低于对照组 ($P<0.05$)。说明联合用药可以促使血糖降低,对周围脏器、组织提供保护,提升安全性。

综上所述,给予 T2DM 伴 MS 患者达格列净联合利拉鲁肽治疗能够有效调节糖脂代谢,预防并发症,具有推广价值。

参考文献:

- [1]罗颖,曾晓,任碧池,等.利拉鲁肽注射液对超重及肥胖的 2 型糖尿病伴微量白蛋白尿患者的肾功能及胰岛功能的影响分析[J].医学理论与实践,2020,(2):229-231.
- [2]范晓霞,姚勇利,胡耀嘉,等.超重和肥胖 2 型糖尿病伴微量白蛋白尿患者使用达格列净或沙格列汀控制血糖疗效和安全性的观察[J].中国糖尿病杂志,2020,(2):85-88.
- [3]乐小婧,陈婕,张帆,等.代谢综合征与 2 型糖尿病的相关研究进展[J].昆明医科大学学报,2020,(5):145-149.
- [4]缪培智.达格列净在心血管疾病中的作用研究进展[J].内科理论与实践,2020,(2):77-81.
- [5]逢琪琪,高倩,苏俊平,等.达格列净对 2 型糖尿病患者血、尿电解质的影响[J].临床荟萃,2019,(9):827-831.

SGLT2 抑制剂联合缬沙坦治疗高血压合并 2 型糖尿病临床效果分析

安明彦 宁朋军

石家庄市栾城人民医院 河北石家庄 051430

摘要：目的：探讨 SGLT2 抑制剂联合缬沙坦治疗高血压合并 2 型糖尿病临床效果。方法：选取 2021 年 1 月-2021 年 12 月我院 108 例确诊为高血压合并 2 型糖尿病患者作为研究对象，随机分为观察组（n=54）、对照组（n=54）。对照组给予缬沙坦，观察组采用 SGLT2 抑制剂联合缬沙坦治疗。分析两组患者临床疗效；血糖、血压达标时间；治疗前后两组患者的血糖水平（空腹血糖、餐后 2h 血糖、糖化血红蛋白）；治疗前后两组患者的血压水平（收缩压、舒张压）；治疗前后两组患者的血脂水平[总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)]；治疗前后两组患者的肾素、醛固酮水平。结果：观察组患者总有效率为 94.44%，对照组患者的总有效率为 75.93%，观察组患者的总有效率高于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ）；观察组患者的血糖、血压达标时间明显短于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ）；治疗前，两组患者血糖水平差异不显著（ $P>0.05$ ），治疗后，两组空腹血糖、餐后 2h 血糖、糖化血红蛋白均降低，其中，观察组患者空腹血糖、餐后 2h 血糖、糖化血红蛋白明显低于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ）；治疗前，两组收缩压、舒张压水平差异不显著（ $P>0.05$ ），治疗后，两组收缩压、舒张压水平均降低，其中，观察组收缩压、舒张压水平明显低于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ）；治疗前，两组 TC、TG、LDL-C、HDL-C 水平差异不显著（ $P>0.05$ ），治疗后，两组 TC、TG、LDL-C、HDL-C 水平均改善，其中，观察组 TC、TG、LDL-C、HDL-C 水平明显优于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ）；治疗前，两组肾素、醛固酮水平差异不显著（ $P>0.05$ ），治疗后，两组肾素、醛固酮水平均提高，其中，观察组肾素、醛固酮水平明显高于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ）。结论：SGLT2 抑制剂联合缬沙坦治疗高血压合并 2 型糖尿病临床效果显著，能够快速稳定患者的血糖、血压的水平，改善患者的血脂水平，改善患者的肾功能，有利于患者病情的控制，值得在临床上推广。

关键词：SGLT2 抑制剂；缬沙坦；高血压合并 2 型糖尿病；临床效果

近年来，随着我国经济的飞速发展，人们生活水平得到显著提高，饮食习惯发生较大的改变，2 型糖尿病、高血压的发病人数逐年增多^[1-2]。相关研究指出，随着年龄的增加，糖尿病、高血压的发病风险越高。与普通人群相比，2 型糖尿病在高血压人群中发生风险更高。高血压合并 2 型糖尿病患者的病情较为复杂^[3-4]，与单一疾病患者相比，其治疗方案的制定以及预后均存在一定的差异。在临床上，针对高血压合并 2 型糖尿病患者，多采用药物控制治疗，稳定患者的血糖、血压水平^[5-6]。但是，临床实践证实，单纯采用一种药物治疗，其临床效果并不显著，无法达到临床预期。进一步探讨 SGLT2 抑制剂联合缬沙坦治疗高血压合并 2 型糖尿病临床效果，选取 2021 年 1 月-2021 年 12 月我院 108 例高血压合并 2 型糖尿病患者作为研究对象，现报告如下。

一 资料与方法

1.1 对象与分组

选取 2021 年 1 月-2021 年 12 月我院 108 例高血压合并 2 型糖尿病患者作为研究对象，按照随机数字表将其分为观察组（n=54）、对照组（n=54）。经统计学分析，观察组与对照组的一般资料差异不显著（ $P>0.05$ ），具有可比性，其详细情况见表 1。

表 1 两组患者一般资料情况比较

组别	年龄（岁）	男/女	病程（年）
----	-------	-----	-------

观察组（n=54）	59.32±3.17	30/24	5.82±0.75
对照组（n=54）	59.87±3.22	32/22	5.87±0.86
T/X ²	0.294	0.193	0.492
P 值	>0.05	>0.05	>0.05

1.2 方法

对照组：缬沙坦（北京诺华制药有限公司，国药准字 H20040216）治疗，每次 80 mg，每天 1 次。

实验组：在对照组的基础上给予患者 SGLT2 抑制剂治疗，加用达格列净每次 10mg（阿斯利康制药有限公司生产，批准文号：国药准字 J20170040），每天早餐后半小时服用。上述两组患者均治疗 6 周。

1.3 观察指标^[7-8]

分析两组患者临床疗效；血糖、血压达标时间；治疗前后两组患者的血糖水平（空腹血糖、餐后 2h 血糖、糖化血红蛋白）；治疗前后两组患者的血压水平（收缩压、舒张压）；治疗前后两组患者的血脂水平[总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)]；治疗前后两组患者的肾素、醛固酮水平。

1.4 统计学方法

应用 SPSS22.0 统计系统进行分析，数据以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，差异性比较用 t 检验，计数资料采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 代表差异具统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床效果比较

观察组患者总有效率为 94.44%，对照组患者的总有效率为 75.93%，差异显著（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 两组患者临床效果比较

组别	显效	有效	无效	总有效率
观察组 (n=54)	30	21	3	51 (94.44)
对照组 (n=54)	22	19	13	41 (75.93)
χ^2				6.305
P 值				<0.05

2.2 两组患者血糖、血压达标时间比较

观察组患者的血糖、血压达标时间明显短于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 两组患者血糖、血压达标时间比较

组别	血糖达标时间（d）	血压达标时间（d）
观察组（n=54）	12.24±3.38	13.23±4.29
对照组（n=54）	17.18±3.82	18.13±4.23
t	5.394	6.305
P 值	<0.05	<0.05

2.3 两组患者空腹血糖、餐后 2h 血糖、糖化血红蛋白比较

治疗前，两组患者血糖水平差异不显著（ $P>0.05$ ），治疗后，两组空腹血糖、餐后 2h 血糖、糖化血红蛋白均降低，其中，观察组患者空腹血糖、餐后 2h 血糖、糖化血红蛋白明显低于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ），见表 4。

表 4 两组患者空腹血糖、餐后 2h 血糖、糖化血红蛋白比较

组别	空腹血糖		餐后 2h 血糖		糖化血红蛋白	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组（n=54）	9.87±2.14	6.18±0.49	14.29±3.28	9.01±0.59	9.84±2.14	7.01±1.24
对照组（n=54）	9.79±2.11	7.56±0.62	14.36±3.15	10.78±1.03	10.02±2.13	8.32±1.54
t	0.239	5.384	0.195	6.382	0.195	5.393
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 两组患者收缩压、舒张压水平比较

治疗前，两组收缩压、舒张压水平差异不显著（ $P>0.05$ ），治疗后，两组收缩压、舒张压水平均降低，其中，观察组收缩压、舒张压水平明显低于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ），见表 5。

表 5 两组患者收缩压、舒张压水平比较

组别	收缩压		舒张压	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=54)	140.25±5.39	123.26±5.39	92.15±6.48	75.24±4.93

对照组 (n=54)	140.26±5.38	130.26±6.23	92.10±6.43	84.26±4.69
t	0.394	4.328	0.195	5.391
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.5 两组患者 TC、TG、LDL-C、HDL-C 水平比较

治疗前，两组 TC、TG、LDL-C、HDL-C 水平差异不显著（ $P>0.05$ ），治疗后，两组 TC、TG、LDL-C、HDL-C 水平均改善，其中，观察组 TC、TG、LDL-C、HDL-C 水平明显优于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ），见表 6。

表 6 两组患者 TC、TG、LDL-C、HDL-C 水平比较

组别	TC		TG		LDL-C		HDL-C	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组(n=54)	6.13±0.92	5.21±0.799	3.86±0.52	1.64±0.38	2.90±0.94	2.31±0.84	1.14±0.42	1.39±0.41
对照组(n=54)	6.16±0.89	5.98±0.91	3.89±0.51	2.08±0.53	2.91±0.89	2.84±0.61	1.16±0.43	1.20±0.39
t	0.938	6.383	0.029	5.395	0.321	6.394	0.393	6.478
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.6 两组患者肾素、醛固酮水平比较

治疗前，两组肾素、醛固酮水平差异不显著（ $P>0.05$ ），治疗后，两组肾素、醛固酮水平均提高，其中，观察组肾素、醛固酮水平明显高于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ），见表 7。

表 7 两组患者肾素、醛固酮水平比较

组别	肾素		醛固酮	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	3.11±0.63	3.52±0.59	373.24±70.32	340.34±69.21

(n=54)				
对照组	3.06±0.73	3.22±0.62	374.24±71.25	370.42±68.30
(n=54)				
t	0.948	3.295	0.195	4.290
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

在我国,心脑血管疾病的发病率呈逐年上升趋势,其中,高血压合并 2 型糖尿病的患病人数逐年增多,大大影响到患者的生命健康^[9-10]。针对该疾病,临床上多采用药物治疗,但是单一用药,其疗效不佳。

SGLT2 抑制剂是治疗高血压合并 2 型糖尿病的新药物之一,达格列净作为 SGLT2 抑制剂的一种,能够减少患者肾脏对葡萄糖的重吸收,增强尿液中葡萄糖的排泄,从而降低血糖水平^[11-12]。同时,该药物并不依赖于胰岛素的作用,或是通过增加胰岛素分泌的方式进行,该药物是通过增加尿糖的排泄^[13]。此外,该药物还能增强渗透性利尿,排出体内多余的水与钠,进一步减轻体内的水钠潴留,减轻患者的心脏负荷,改善其临床症状。研究结果显示,观察组患者总有效率为 94.44%,对照组患者的总有效率为 75.93%,观察组患者的总有效率高于对照组,差异显著 ($P<0.05$);观察组患者的血糖、血压达标时间明显短于对照组,差异显著 ($P<0.05$);治疗前,两组患者血糖水平差异不显著 ($P>0.05$),治疗后,两组空腹血糖、餐后 2h 血糖、糖化血红蛋白均降低,其中,观察组患者空腹血糖、餐后 2h 血糖、糖化血红蛋白明显低于对照组,差异显著 ($P<0.05$);治疗前,两组收缩压、舒张压水平差异不显著 ($P>0.05$),治疗后,两组收缩压、舒张压水平均降低,其中,观察组收缩压、舒张压水平明显低于对照组,差异显著 ($P<0.05$),其可能原因在于达格列净能够改善患者肾脏重吸收的机制,调节近曲小管对于钠盐的重吸收机制,形成良好的利尿、排钠的功能,从而调节患者的血压^[14-15]。治疗前,两组肾素、醛固酮水平差异不显著 ($P>0.05$),治疗后,两组肾素、醛固酮水平均提高,其中,观察组肾素、醛固酮水平明显高于对照组,差异显著 ($P<0.05$),可能原因在于达格列净主要是在患者肾小球、肾小管发生降糖的功效,随着肾脏对葡萄糖重吸收功能的改善,患者的肾脏功能也得到改善。上述研究结果进一步说明 SGLT2 抑制剂联合缬沙坦治疗高血压合并 2 型糖尿病能够显著提高改善患者的临床症状,促进患者的健康恢复。

综上所述,SGLT2 抑制剂联合缬沙坦治疗高血压合并 2 型糖尿病临床效果显著,能够快速稳定患者的血糖、血压的水平,改善患者的血脂水平,改善患者的肾功能,有利于患者病情的控制,值得在临床上推广。

参考文献:

- [1]梁万添,陈姣,庞军刚,周婉明,杨莉军,陈伟强.达格列净对糖尿病合并高血压患者左心室重构的影响分析[J].中华老年心脑血管病杂志,2022,24(06):591-594.
- [2]李娟,陈俊,邢旭武,董学滨,王学忠,王岳松.达格列净辅助治疗 2 型糖尿病合并慢性心力衰竭的疗效观察[J].中国临床医生杂志,2022,50(06):678-680.

- [3]王宁,田鑫华,杜欣.达格列净联合二甲双胍、阿卡波糖治疗血糖控制效果不佳 2 型糖尿病患者的效果观察[J].临床医学工程,2022,29(05):627-628.
- [4]黄家锋,查世泽,欧玉玲.达格列净联合依那普利治疗 2 型糖尿病肾病的疗效及对患者血清 Cys-C、Hcy 水平的影响[J].海南医学,2022,33(09):1126-1129.
- [5]王诗淦,林辉雄,张泰胜,董丽雯,王英霞,林秋香.二甲双胍联合达格列净治疗 T2DM 合并 NAFLD 患者疗效及血清二肽基肽酶 4 和 C 肽变化[J].实用肝脏病杂志,2022,25(03):379-382.
- [6]刘华芳,李世云,李可法.达格列净联合二甲双胍、阿卡波糖治疗血糖控制效果不佳 2 型糖尿病的临床效果观察[J].保健医学研究与实践,2022,19(04):9-12.
- [7]陈子微,朱威达,沈阳,吴晓晖,潘海燕,于小红.达格列净治疗扩张型心肌病合并 2 型糖尿病临床效果评价[J].交通医学,2022,36(02):169-171+179.
- [8]王亮,刘安宁,陈利灵,李红玲,郑宽勇.达格列净联合阿卡波糖治疗初诊 2 型糖尿病的疗效及对血清视黄醇结合蛋白 4 水平的影响[J].临床合理用药杂志,2022,15(11):20-22+27.
- [9]郭宇,刘婕,张文博.达格列净联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病的临床效果及对患者内分泌激素水平的影响[J].临床医学工程,2022,29(04):483-484.
- [10]刘姗姗,罗力亚,赵璨.达格列净对老年 2 型糖尿病合并射血分数保留型心力衰竭患者的治疗效果及对心功能的影响[J].中国医药,2022,17(04):539-543.
- [11]兰群芳,张耀文,蓝勤勤,欧小娟,黄旭开,陈晓婷,覃文威,黎晓亮.达格列净联合苯磺酸氨氯地平治疗 2 型糖尿病合并高血压的临床效果[J].临床合理用药杂志,2022,15(07):14-17.
- [12]王会鑫,杨再刚,周正,陈玉娟,岳欣阁,乔磊.达格列净片对老年 2 型 DKD 合并高血压患者尿蛋白的影响[J].西部医学,2022,34(02):229-234.
- [13]张楠,阮丹杰,刘新颖,杨正强,张明红,禹芸,王伟,任国钰,赫兴华,赵腾,田勇.达格列净对 2 型糖尿病合并高血压患者醛固酮/肾素浓度比值的影响[J].中华糖尿病杂志,2022,14(01):63-67.
- [14]杨杰华,杨忠现,陈纯娟,吴焕泽,陈薇,朱志宏.基于 DKI 技术对高血压合并 2 型糖尿病患者脑部磁共振成像研究[J].磁共振成像,2021,12(07):1-5+17.
- [15]郝雁红,吴清,李云,王滢丽,张颖,罗雅会,刘彦栋,周丽静.达格列净联合缬沙坦胶囊在 2 型糖尿病合并新发高血压患者中的应用效果[J].中国当代医药,2021,28(17):67-70.
- 项目来源:河北省石家庄市科学技术研究与发展计划项目(201201163)

炎琥宁注射液联用消旋卡多曲颗粒改善轮状病毒肠炎患儿心肌酶谱的效果观察

柴华

北京圆心科技集团西安云智门诊部 陕西西安 710032

摘要: 目的 探讨炎琥宁注射液联用消旋卡多曲颗粒改善轮状病毒肠炎患儿心肌酶谱的效果。方法 选取 2020 年 11 月~2021 年 11 月我院的 200 例轮状病毒肠炎患儿,随机分成两组。对照组服用消旋卡多曲颗粒,观察组采取炎琥宁注射液联用消旋卡多曲颗粒。检测两组轮状病毒肠炎患儿的血清心肌酶谱[磷酸肌酸激酶同工酶(CK-MB)、磷酸肌酸激酶(CK)、天门冬氨酸氨基转移酶(AST)和乳酸脱氢酶(LDH)]水平,且检测血清白介素-17(IL-17)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)和白介素-6(IL-6)水平。结果 观察组轮状病毒肠炎患儿的发热缓解时间、脱水缓解时间和腹泻缓解时间明显短于对照组($P<0.05$);治疗前,两组的血清 CK-MB、CK、AST 和 LDH 水平无明显差异($P>0.05$),治疗后,两组轮状病毒肠炎患儿的血清 CK-MB、CK、AST 和 LDH 水平均明显降低($P<0.05$),且观察组的血清 CK-MB、CK、AST 和 LDH 水平明显低于对照组($P<0.05$);治疗前,两组的血清 IL-17、TNF- α 和 IL-6 水平无明显差异($P>0.05$),治疗后,两组轮状病毒肠炎患儿的血清 IL-17、TNF- α 和 IL-6 水平均明显降低($P<0.05$),且观察组的血清 IL-17、TNF- α 和 IL-6 水平明显低于对照组($P<0.05$)。结论 炎琥宁注射液联用消旋卡多曲颗粒能有效改善轮状病毒肠炎患儿的心肌酶谱。

关键词: 炎琥宁注射液; 消旋卡多曲颗粒; 心肌酶谱; 轮状病毒肠炎

轮状病毒是引起小儿腹泻的一个主要病原体,主要感染患儿机体的小肠上皮细胞,导致细胞受到损伤,从而引发腹泻^[1]。轮状病毒肠炎的起病较急,潜伏期较短,临床表现为排黄色水样便、腹泻,部分病情严重的轮状病毒肠炎患儿可伴呼吸道症状^[2]。目前主要采取对症治疗和抗病毒药物治疗,但效果不甚满意,且需要较长的治疗时间,对轮状病毒肠炎患儿身体的影响较大。本研究探讨了炎琥宁注射液联用消旋卡多曲颗粒改善轮状病毒肠炎患儿心肌酶谱的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 11 月~2021 年 11 月我院的 200 例轮状病毒肠炎患儿,纳入标准:(1)血常规检测发现患儿的白细胞数量均偏低;(2)患儿每天的大便次数超过 5 次,呈水样便,且大便中含有大量的水分;(3)既往身体健康,无哮喘病史和先天性心脏病,近期没有严重发热和感冒等症状;(4)大便镜检发现少量的白细胞和大量的脂肪球。排除标准:(1)期间使用过止泻药的患儿;(2)近期服用损害心肌细胞的药物或者既往有心脏病史;(3)中度以上的佝偻病、贫血、营养不良等基础疾病的轮状病毒肠炎患儿。随机分为两组。观察组 100 例,男 55 例,女 45 例;年龄 8 个月~5 岁,平均(1.73 $\pm$ 0.42)岁;病程 1~4 d,平均(2.17 $\pm$ 0.35) d。对照组 100 例,男 56 例,女 44 例;年龄 8 个月~5 岁,平均(1.75 $\pm$ 0.39)岁;病程 1~4 d,平均(2.19 $\pm$ 0.34) d。两组的基线资料具有可比性($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组:服用消旋卡多曲颗粒, ≤ 1 岁的患儿每次服用 10 mg/次,每天 2 次/d; >1 岁的患儿每次服用 20 mg,每天 3 次。

观察组:联合将 10 mg/kg 的炎琥宁注射液加入到 100 mL 的 5% 生理盐水进行静脉滴注,每天 1 次。

两组轮状病毒肠炎患儿均治疗 7 d。

1.3 观察指标

(1)记录两组轮状病毒肠炎患儿的发热缓解时间、脱水缓解时间和腹泻缓解时间。

(2)治疗前后,采取酶联免疫吸附法检测两组轮状病毒肠炎患儿的血清心肌酶谱[磷酸肌酸激酶同工酶(CK-MB)、磷酸肌酸激酶(CK)、天门冬氨酸氨基转移酶(AST)和乳酸脱氢酶(LDH)]水平。

(3)治疗前后,采取酶联免疫吸附法检测两组轮状病毒肠炎患儿的血清白介素-17(IL-17)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)和白介素-6(IL-6)水平。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 25.0 软件,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间对比用 t 检验,组间率的比较用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 表明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组发热缓解时间、脱水缓解时间和腹泻缓解时间对比

观察组轮状病毒肠炎患儿的发热缓解时间、脱水缓解时间和腹泻缓解时间明显短于对照组($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组发热缓解时间、脱水缓解时间和腹泻缓解时间对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	n	发热缓解时间(d)	脱水缓解时间(d)	腹泻缓解时间(d)
对照组	100	5.17 $\pm$ 1.34	6.82 $\pm$ 1.45	7.73 $\pm$ 1.26
观察组	100	2.98 $\pm$ 0.75*	3.57 $\pm$ 0.92*	5.39 $\pm$ 1.14*

注:与对照组相比,* $P<0.05$ 。

2.2 两组血清 CK-MB、CK、AST 和 LDH 水平对比

治疗前,两组的血清 CK-MB、CK、AST 和 LDH 水平无明显差异

($P>0.05$), 治疗后, 两组轮状病毒肠炎患儿的血清 CK-MB、CK、AST 和 LDH 水平均明显降低($P<0.05$), 且观察组的血清 CK-MB、CK、AST 和 LDH

水平明显低于对照组($P<0.05$), 见表 2。

表 2 两组血清 CK-MB、CK、AST 和 LDH 水平对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	n		CK-MB(U/L)	CK(U/L)	AST(U/L)	LDH(U/L)
对照组	100	治疗前	70.93±14.26	273.69±23.85	67.43±12.84	545.29±23.87
		治疗后	34.26±2.78 [#]	145.29±11.63 [#]	42.89±7.46 [#]	313.67±15.92 [#]
观察组	100	治疗前	69.72±13.42	272.45±24.17	67.25±13.16	544.36±24.15
		治疗后	21.25±1.34* [#]	131.28±10.42* [#]	31.35±2.57* [#]	267.34±12.87* [#]

注: 与对照组相比, * $P<0.05$, 与治疗前相比, [#] $P<0.05$ 。

2.3 两组血清 IL-17、TNF- α 和 IL-6 水平对比

治疗前, 两组的血清 IL-17、TNF- α 和 IL-6 水平无明显差异($P>0.05$), 治疗后, 两组轮状病毒肠炎患儿的血清 IL-17、TNF- α 和 IL-6 水平均明显降低($P<0.05$), 且观察组的血清 IL-17、TNF- α 和 IL-6 水平明显低于对照组($P<0.05$), 见表 3。

表 3 两组血清 IL-17、TNF- α 和 IL-6 水平对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	n		IL-17(ng/mL)	TNF- α (ng/mL)	IL-6(ng/mL)
对照 组	100	治疗 前	40.27±5.39	58.49±6.27	48.72±5.39
		治疗 后	32.25±3.71 [#]	43.25±3.92 [#]	35.14±4.27 [#]
观察 组	100	治疗 前	39.58±4.36	58.21±5.73	48.25±4.93
		治疗 后	24.36±2.28* [#]	31.49±2.17* [#]	27.34±2.86* [#]

注: 与对照组相比, * $P<0.05$, 与治疗前相比, [#] $P<0.05$ 。

3 讨论

轮状病毒性肠炎的发病机制主要是 A 组轮状病毒侵袭患儿机体的肠道, 导致小肠黏膜上皮细胞的吸收功能明显减弱, 引起电解质和水的吸收发生障碍, 从而促进电解质和水向肠腔渗透, 大量的肠液不断发生聚集和积累, 而形成腹泻^[3-4]。腹泻会造成糖类物质不能正常地被吸收, 引起肠道菌群紊乱, 不利于水以及其他物质的吸收, 加重机体的胃肠道负担, 从而进一步加重腹泻情况^[5-7]。加上机体处在负氮平衡的状态, 会加重肠道黏膜的损伤程度, 导致病情更加恶化。轮状病毒性肠炎患儿常见的症状为呼吸道感染, 而且呕吐、大便出现异常、发热和腹泻等。轮状病毒性肠炎患儿生病时, 大便的量和性质就会出现变化, 大便变稀, 且大便的次数增多^[8]。随着病情的增长, 就会使轮状病毒性肠炎患儿发生电解质紊乱, 严重脱水, 而且还会出现营养不良的情况。轮状病毒性肠炎尽管属于肠道疾病, 但是部分患儿会出现循环系统、呼吸系统、神经系统和消化系统等功能损害, 其中最为常见的是心肌损害, 据相关报道, 轮状病毒性肠炎患儿的继发性心肌损害发生率可以高达 10%~20%^[9]。此类轮状病毒性肠炎患儿在出现心肌损害时常常没有明显的症状和体征, 通过进行生生化监测能发现患儿的心肌酶明显升高, 心电图检查可以发现非特异性的异常改变, 若未及时

治疗, 可以引起猝死或暴发性心肌炎, 因而, 必须引起临床上的高度重视^[10]。引起心肌损害发生的机制主要包括如下: ①肠炎脱水造成冠脉流量以及外周血液循环量不足, 导致酸中毒及心肌细胞缺氧、缺血, 使心肌细胞受到损伤。②轮状病毒可以进入患儿的血液循环后, 直接对患儿的心肌造成侵犯。③轮状病毒可以刺激患儿的机体免疫炎症细胞如淋巴细胞、单核细胞等, 导致患儿机体出现氧化应激反应和炎症反应, 大量的炎症因子可诱导氧自由基生成或免疫反应, 从而会损害心肌^[11-13]。消旋卡多曲颗粒可以有效抑制脑啡肽酶, 使脑啡肽的利用时间明显延长, 有效激活轮状病毒肠炎患儿胃肠道黏膜细胞上的阿片受体, 从而可以明显减少肠腔内分泌的电解质以及水, 发挥快速止泻的治疗效果, 且对肠道基础分泌以及胃肠道蠕动没有明显的影响, 因此不会导致便秘等相关的副反应^[14-15]。炎琥宁注射液临床上广泛应用于治疗多种的病毒性疾病, 具有快速退热以及强效抗病毒的效果^[16]。本研究发现, 观察组轮状病毒肠炎患儿的发热缓解时间、脱水缓解时间和腹泻缓解时间明显短于对照组($P<0.05$), 表明炎琥宁注射液联用消旋卡多曲颗粒能明显减轻轮状病毒肠炎患儿的发热、脱水和腹泻症状。观察组的血清 CK-MB、CK、AST 和 LDH 水平明显低于对照组($P<0.05$), 表明炎琥宁注射液联用消旋卡多曲颗粒能明显改善轮状病毒肠炎患儿的心肌酶谱水平; 观察组的血清 IL-17、TNF- α 和 IL-6 水平明显低于对照组($P<0.05$), 表明炎琥宁注射液联用消旋卡多曲颗粒能明显减轻轮状病毒肠炎患儿的炎症反应。

综上所述, 炎琥宁注射液联用消旋卡多曲颗粒能有效改善轮状病毒肠炎患儿的心肌酶谱。

参考文献:

[1]蔡海芳. 双歧杆菌三联活菌散对儿童轮状病毒性肠炎患者肠道菌群及肠黏膜通透性的影响[J]. 中国微生态学杂志, 2018, 30(4): 434-437.
[2]王立东, 张玉霞, 王茜. 维生素 B2 联合双歧杆菌乳杆菌三联活菌和蒙脱石散治疗小儿轮状病毒性肠炎的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2021, 36(2): 355-358.
[3]汪莎莎, 李敬凤, 丁娜, 等. 消旋卡多曲、醒脾养儿颗粒联合甘草锌治疗儿童轮状病毒性肠炎疗效及对心肌酶谱的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27(32): 3584-3586.
[4]韩玲琳, 张晓, 丁婷燕. 布拉酵母菌辅助治疗小儿轮状病毒性肠炎的疗效及对患儿肠道菌群的影响[J]. 中国妇幼保健, 2021, 36(6):

沙库巴曲缬沙坦治疗老年扩张型心肌病致慢性心力衰竭患者的短期疗效

晁鹏敏

西安医学院附属宝鸡医院 重症医学科 陕西宝鸡 721000

摘要：目的：探究沙库巴曲缬沙坦治疗老年扩张型心肌病致慢性心力衰竭患者的短期疗效。方法：研究时间为2021年1月—2021年12月，研究对象为此期间我院收治的老年扩张型心肌病致慢性心力衰竭（CHF）患者，共计130例。根据治疗方式不同，将入组患者分为对照组与观察组，每组各65例。两组患者治疗均使用常规康心衰药物，观察组加用沙库巴曲缬沙坦，对照组加用盐酸贝那普利。比较干预后两组患者相关情况。结果：治疗3个月后，观察组患者左心室收缩末期容量（LVESV）、左心室舒张末期容量（LVEDV）、左心室射血分数（LVEF）、血N末端B型利钠肽原（NT-proBNP）水平分别为（135.24±25.06）mL、（225.64±32.38）mL、（35.49±4.02）%、（2284.83±1060.29）ng/L，对照组同指标数据分别为（148.19±29.06）mL、（245.35±38.16）mL、（32.29±3.18）%、（483.42±1162.37）ng/L，观察组NT-proBNP、LVESV、LVEDV指标均低于对照组，LVEF指标高于观察组，存在统计学意义（ $P < 0.05$ ）。治疗3个月后，观察组同型半胱氨酸（Hcy）指标为（15.63±6.59） $\mu\text{mol/L}$ ，低于对照组（18.94±8.41） $\mu\text{mol/L}$ ，存在统计学意义（ $P < 0.05$ ）。治疗有效率，观察组为95.38%，对照组为83.08%，观察组高于对照组，存在统计学意义（ $P < 0.05$ ）。不良反应发生率，观察组为3.08%，对照组为4.62%，两组之间差异较小，不存在统计学意义（ $P > 0.05$ ）。结论：老年扩张型心肌病致慢性心力衰竭患者治疗过程中，血N末端B型利钠肽原在常规治疗基础上加用沙库巴曲缬沙坦进行治疗，可以使得患者的心功能等临床指标得到显著改善，使得治疗有效率得到显著提升，且不会产生过多不良反应，安全性较为理想，短期效果理想，值得在临床中进一步推广与使用。

关键词：沙库巴曲缬沙坦；扩张型心肌病；慢性心力衰竭；心功能；不良反应

扩张型心肌病是异质性心肌病的一种，主要特征为心室扩大、心肌收缩功能降低，发病时应将高血压、心脏瓣膜病、先天性心脏病或缺血性心脏病等排除^[1]。近年来，临床中对于扩张型心肌病致慢性心力衰竭患者的治疗，已经从以往应用强心、利尿、扩血管药物，逐渐转变为使用神经内分泌异质性药物治疗^[2]。沙库巴曲缬沙坦是临床中首个血管紧张素受体-脑啡肽酶抑制剂（ARNA）类药物，具有全新的作用机制^[3]。本文则主要针对沙库巴曲缬沙坦对老年扩张型心肌病致慢性心力衰竭患者的治疗效果进行探究。现将具体情况进行如下汇报。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究已经我院伦理委员会审核通过。研究时间为2021年1月—2021年12月，研究对象为此期间我院收治的130例老年扩张型心肌病致慢性心力衰竭患者。将入组患者根据治疗方式不同，平均分为对照组（常规用药+盐酸贝那普利）与观察组（常规用药+沙库巴曲缬沙坦）。对照组65例患者中，男性34例，女性31例，年龄66-81岁，平均年龄（75.24±3.91）岁。观察组65例患者中，男性35例，女性30例，年龄66-80岁，平均年龄（75.19±4.03）岁。详细录入两组患者一般资料，包括性别、年龄等，比较发现差异较小， $P > 0.05$ ，不存在统计学差异，具有良好可比性。患者与其家属均为自愿参与本次研究，《知情同意书》在了解具体研究内容后签署。

纳入标准：（1）经临床诊断，确诊为扩张型心肌病致慢性心力衰竭患者；（2）年龄≥65岁；（3）纽约慢性心脏病协会（NYHA）慢性心功能分级II-IV级；（4）左心室射血分数≤40%；（5）入院时，患者收缩压≥100mmHg

（1mmHg=0.133kPa）。

排除标准：（1）高血压、心脏瓣膜性、先天性心脏病、缺血性心脏病患者；（2）对沙库巴曲缬沙坦、盐酸贝那普利或治疗过程中使用药物存在过敏情况；（3）存在血管紧张素转化酶抑制剂（ACEI）或血管紧张素II受体阻滞剂（ARB）治疗相关的血管性水肿既往病史；（4）重度肝功能损害；（5）终末期肾病；（6）血肌酐≥265 $\mu\text{mol/L}$ ，血钾>5.4mmol/L。

1.2 方法

两组患者均需使用常规抗心衰药物进行治疗，包括 β 受体阻滞剂、利尿剂、洋地黄类、正性肌力药物等。以此为基础，对照组加用盐酸贝那普利，观察组加用沙库巴曲缬沙坦。

贝那普利（国药准字H20043648），口服，2.5mg，qd，为初始剂量。后续应根据患者疾病情况，适当增加用量，但每天最多20mg。

沙库巴曲缬沙坦（国药准字J20190002），口服，每次25mg，bid。后续以患者病情为基础，进行药物用量调节，每天最多为200mg。

1.3 观察指标

（1）通过产心脏超声诊断仪分别在患者治疗前后检测患者左心室收缩末期容量（LVESV）、左心室舒张末期容量（LVEDV）、左心室射血分数（LVEF）。检测治疗前及治疗后血N末端B型利钠肽原（NT-proBNP）水平。

（2）分别于治疗前及治疗后采集患者清晨空腹静脉血5ml，进行同型半胱氨酸（Hcy）生化检测。

（3）结合NYHA分级方法，观察并比较患者治疗效果。显效：治疗后，患者慢性心力衰竭症状及体征改善显著，心功能提高>2级；有效：

治疗后，患者慢性心力衰竭患者症状及体征有所缓解，心功能提高 1 级；无效：不符合上述标准，甚至存在病情加重情况。总治疗有效率=显效率+有效率。

（4）观察并统计患者不良反应发生情况，包括症状性低血压、轻度血管性水肿、肾功能损伤、高钾血症。

1.4 统计学分析

研究中相关数据需进行统计学分析，软件使用 SPSS24.0。计量资料以 $(\bar{X} \pm s)$ 表示，采用配对资料 t 检验，计数资料以 $[n (\%)]$ 表示，检验用 χ^2 。

表 1 心功能及血 N 末端 B 型利钠肽原水平对比 $(\bar{X} \pm s)$

组别	例数	NT-proBNP (ng/L)		LVESV (mL)		LVEDV (mL)		LVEF (%)	
		治疗前	治疗后 3 个月	治疗前	治疗后 3 个月	治疗前	治疗后 3 个月	治疗前	治疗后 3 个月
对照组	65	5024.91±1498.28	3483.42±1162.37	165.28±31.08	148.19±29.06	260.09±40.92	245.35±38.16	31.34±3.59	32.29±3.18
观察组	65	4650.18±1690.38	2284.83±1060.29	170.07±32.01	135.24±25.06	264.82±36.97	225.64±32.38	31.42±3.52	35.49±4.02
t	-	1.338	6.142	0.866	2.721	0.692	3.175	0.128	5.033
P	-	0.183	<0.001	0.388	0.007	0.491	0.002	0.898	<0.001

2.2Hcy 水平

治疗前，观察组与对照组 Hcy 水平不存在显著差异， $P>0.05$ ，无统计学意义。治疗 3 个月后，两组患者 Hcy 水平均有所改善，且观察组低于对照组，差异显著， $P<0.05$ ，观察组情况优于对照组，存在统计学意义。详细情况如表 2：

表 2 Hcy 水平对比 $(\bar{X} \pm s)$

组别	例数	治疗前 ($\mu\text{mol/L}$)	治疗 3 个月 后 ($\mu\text{mol/L}$)	t	P
对照组	65	21.62±8.60	18.94±8.41	1.796	0.075
观察组	65	20.49±8.62	15.63±6.59	3.611	<0.001
t	-	0.748	2.498	-	-
P	-	0.456	0.014	-	-

2.3 治疗有效率

对照组治疗有效率为 83.08%，观察组治疗有效率为 95.38%，对照组低于观察组，差异显著存在统计学意义， $P<0.05$ 。详细情况如表 3：

表 3 治疗有效率对比 $[n (\%)]$

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	65	23(35.38)	31(47.69)	11(16.92)	54(83.08)
观察组	65	26(40.00)	36(55.38)	3 (4.62)	62(95.38)
χ^2	-	-	-	-	5.123
P	-	-	-	-	0.024

2.4 不良反应发生率

对照组不良反应发生率为 4.62%，观察组不良反应发生率为 3.08%，两组不存在显著差异， $P>0.05$ ，不存在统计学意义。详细情况如表 4：

以 $P=0.05$ 为标准，若存在 $P<0.05$ ，表明组间比较具有统计学意义。

2 结果

2.1 心功能及血 N 末端 B 型利钠肽原水平

干预前，两组患者 LVESV、LVEDV、LVEF、NT-proBNP 水平，差异较小， $P>0.05$ ，不存在统计学意义。干预后，两组患者相应指标均有所改善，且观察组 NT-proBNP、LVESV、LVEDV 指标均低于对照组，LVEF 指标高于观察组，差异显著， $P<0.05$ ，观察组情况优于对照组，存在统计学意义。详细情况如表 1：

表 4 不良反应发生率对比 $[n (\%)]$

组别	例数	低血压	轻度血管 性水肿	肾功能 损伤	高钾血 症	总发生 率
对照组	65	1 (1.54)	2 (3.08)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (4.62)
观察组	65	1 (1.54)	1 (1.54)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (3.08)
χ^2	-	-	-	-	-	0.208
P	-	-	-	-	-	0.648

3 讨论

从目前研究情况来看，导致扩张型心肌病出现的原因并不明确，此类患者主要特征是心脏扩大伴收缩功能障碍，进而导致严重的充血性心力衰竭，预后不理想。现阶段研究认为，该疾病的产生与遗传、基因突变、病毒感染、自身免疫等多种因素有关^[4]。慢性心力衰竭是导致扩张型心肌病患者死亡的主要原因。该疾病特点为病程长、预后差、易反复住院治疗，对于患者来说，身体健康与家庭经济都面临较为沉重的负担。研究表明，慢性心力衰竭的主要发病机制是神经内分泌性系统与细胞因子的异常激活，因此， β 受体阻滞剂、ACEI、ARB、血管紧张素受体脑肺酶抑制剂（ARNI）、盐皮质激素受体拮抗剂（MRA）等神经拮抗剂能够对神经内分泌系统的激活进行有效阻断，进而使得患者心衰症状得到改善，延缓患者生命，提高其生存质量^[5]。

随着沙库巴曲缬沙坦纳入我国医保，近年来，临床中越来越多使用这种新型抗心衰药物进行相关疾病治疗，且取得了较为理想的效果。长期临床实践表明，与传统的 ACEI/ARB 类药物相比，沙库巴曲缬沙坦具有更为

理想的治疗效果,且安全性有一定保证。因此,临床中对于符合用药情况的患者,大多用该药物替代传统药物进行治疗。沙库巴曲缬沙坦是临床中一种较为新颖的治疗慢性心力衰竭的药物,属于双效神经拮抗剂。其中含有的缬沙坦通过对肾素-血管紧张素-醛固酮系统的抑制,起到舒张血管、减轻心脏负荷、减少水钠潴留的作用。沙库巴曲是一种脑啡肽酶抑制剂,通过对脑啡肽酶的活性进行抑制,使得利钠肽系统的有一作用得到增强,发挥出利尿排钠、扩张血管的作用。这两种药物共同作用,为慢性心力衰竭患者的治疗提供了新的思路,与 ACEI/ARB 类药物相比,对患者预后的改善情况更加理想^[6]。本次研究中采用 ARNI、ACEI 对比治疗,以三个月为期限进行短期效果观察。结果表明,治疗有效率,观察组为 95.38%,对照组为 83.08%,观察组高于对照组,并且治疗 3 个月后观察组 NT-proBNP、LVESV、LVEDV、Hcy 指标均低于对照组,LVEF 指标高于观察组,均存在统计学意义 ($P<0.05$)。由此表明,沙库巴曲缬沙坦能够使得慢性心力衰竭患者的左心功能等指标得到显著改善,利于患者恢复。近年来,Hcy 是心脑血管疾病的危险因素已经被普遍接受。它是一种含硫氨基酸,能够使患者血管内皮功能出现异常,引发动脉粥样硬化,并促使其发展。既往研究表明,血浆 Hcy 可以通过对细胞骨架蛋白含量的改变,损伤机体内皮细胞。因此,其与血管性疾病的关系十分密切。有研究表明,内皮细胞损伤情况能够使得 CHF 患者的外周血肿循环内皮细胞 (CECs) 数量显著上升,进而加快反应血管损伤与功能障碍。由此可知,内皮细胞损伤会对 CHF 产生影响。现阶段,临床中对于 Hcy 与冠心病的相关性已经达成共识,CHF 的发生、发展以及预后很大程度上与 Hcy 有密切联系。

(上接第 81 页)

1318-1321.

[5]李燕,邵利红.双歧三联活菌联合重组人干扰素 $\alpha 1b$ 对轮状病毒性肠炎患儿肠道菌群和心肌酶谱的影响[J].中国妇幼保健,2021,36(8):1793-1796.

[6]陈国琴,王丽丽.轮状病毒性肠炎患儿肠道菌群与病情程度、肠道黏膜屏障功能及体液免疫的相关性[J].世界华人消化杂志,2022,30(6):287-294.

[7]陈琼,梅红,高源,等.轮状病毒性肠炎患儿血清 1,25-(OH)₂D₃, INF- γ , CD11b 水平变化及意义[J].山东医药,2021,61(31):26-29.

[8]李志,张广超,赵保玲,等.布拉酵母菌散治疗儿童轮状病毒性肠炎的疗效及对患儿血清和粪便 IL-6 TNF- α 和 IFN- γ 水平的影响[J].临床心身疾病杂志,2018,24(3):18-20,23.

[9]吴立明,林钊慧,方德平,等.磷酸肌酸钠对轮状病毒性肠炎合并心肌损伤患者的疗效及对心肌酶、cTnI 水平的影响[J].包头医学院学报,2018,034(004):27-29.

[10]唐光群,万娟,钟晓梅,等.重组人干扰素 $\alpha 1b$ 联合无乳糖饮食对小儿轮状病毒感染性肠炎肠黏膜损伤及心肌酶谱的影响[J].临床和实验

且从本次研究结果来看,使用沙库巴曲缬沙坦治疗后,慢性心力衰竭患者的心功能得到明显改善,效果理想,且不良反应发生率较低,安全性良好,可鼓励患者尽早使用该药物治疗。

综上所述,在扩张型心肌病致慢性心力衰竭患者的治疗过程中,沙库巴曲缬沙坦的治疗效果优于贝那普利,患者的左心功能、NT-proBNP 水平、Hcy 水平得到显著改善,治疗有效率显著提升,且安全性理想,不良反应发生率较低,具有临床使用价值。

参考文献:

[1]许以静.沙库巴曲缬沙坦治疗老年人扩张型心肌病致慢性心力衰竭的疗效分析[J].中外医疗,2020,39(05):10-12.

[2]吴睿.沙库巴曲缬沙坦治疗老年人扩张型心肌病致慢性心力衰竭的疗效分析[J].中外医疗,2020,39(04):101-103.

[3]朱琳,邱雅慧.沙库巴曲缬沙坦对扩张型心肌病致慢性心力衰竭患者的疗效分析[J].中国医学工程,2021,29(06):69-72.

[4]陈会校,李娟,柴巧英,张巍,刘存祥,韩继如,房健健.沙库巴曲缬沙坦对老年扩张型心肌病继发性心力衰竭病人心脏功能及运动耐量的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2020,18(24):4195-4197.

[5]陈春梅.探讨低剂量沙库巴曲缬沙坦治疗扩张型心肌病心力衰竭患者的短期效果[J].世界复合医学,2020,6(04):1-3.

[6]王一楠,张领.低剂量沙库巴曲缬沙坦治疗扩张型心肌病心力衰竭的短期效果[J].中国实用医刊,2020(06):97-98-99-100.

医学杂志,2019,18(24):2665-2668.

[11]李惠丽,王凯萍,林俊荣,等.降钙素原、C 反应蛋白与心肌酶 CK-MB 对小儿轮状病毒性肠炎的诊断价值[J].包头医学院学报,2020,36(12):47-50.

[12]严飞飞,李国铭.赖氨酸锌颗粒联合消旋卡多曲治疗小儿轮状病毒性肠炎的疗效及其对心肌酶指标及心肌肌谱的影响评价[J].海峡药学,2019,31(1):166-167.

[13]杨红,张莉.加味葛根芩连汤联合醒脾养儿颗粒治疗小儿轮状病毒性肠炎的临床疗效及其对患儿心肌酶谱的影响[J].临床合理用药杂志,2018,11(21):83-85.

[14]王耕.益生菌辅助消旋卡多曲颗粒对轮状病毒性肠炎患儿的临床疗效及其对轮状病毒抗原转阴的影响[J].抗感染药学,2020,17(2):272-274.

[15]朱艳平.消旋卡多曲颗粒联合双歧杆菌三联活菌胶囊治疗小儿轮状病毒性肠炎的临床效果[J].河南医学研究,2019,28(1):83-84.

[16]林海燕,胡水勋,林秋文.磷霉素钠联合炎琥宁注射液治疗急性感染性心内膜炎的临床疗效分析[J].中国现代药物应用,2020,14(5):120-122.

序贯机械通气治疗重症肺炎合并呼吸衰竭患者的应用价值分析

黄苏 俞朝贤 卢庭裕 李德宪

广州市胸科医院 重症医学科 广东省广州市 510000

摘要：目的：探究重症肺炎合并呼吸衰竭患者采用序贯机械通气治疗的应用价值。方法：将 60 例到我院进行治疗的患者进行分组对比分析，入选者均为重症肺炎合并呼吸衰竭患者，病例选取截止时间为 2020 年 2 月-2022 年 2 月，其中将 30 例采用常规有创机械通气治疗者设为对照组，将 30 例采用序贯机械通气治疗者设为观察组，对两组患者临床果进行评估。结果：NT-proBNP、PaO₂、PaCO₂ 水平在治疗前进行对比两组数据 $P > 0.05$ ，NT-proBNP、PaO₂、PaCO₂ 水平在治疗后进行对比两组数据 $P < 0.05$ ，治疗前两组 pH 值经过对比均 $P > 0.05$ ，同时观察组机械通气时间以及住院时间和对照组相比显著缩短，好转率较对照组相比高，以上数据进行统计对比以 $P < 0.05$ 表示具有统计学意义。结论：呼吸衰竭患者采用序贯机械通气治疗可将其血气指标改善，同时将 N-末端脑利钠肽前体（NT-proBNP）水平降低，应用价值显著。

关键词：重症肺炎；呼吸衰竭；血清指标；治疗效果

重症肺炎患者因为病情发展较为迅速，且起病较急，如果患者未进行有效治疗，会产生相关并发症，而重症肺炎常见并发症之一为呼吸衰竭^[1]。在传统通气模式上实施的一种新型疗法为序贯机械通气，此方法可将患者目前呼吸衰竭病情进行改善，患者满足脱机要求前尽量采用无创通气，并为后续脱机工作提供依据，将有创通气时间减少^[2]。此次研究探究重症肺炎合并呼吸衰竭患者采用序贯机械通气治疗的应用价值，内容如下：

1 资料和方法

1.1 一般资料

我院抽取 60 例重症肺炎合并呼吸衰竭患者作为研究对象并进行对比分析，2020 年 2 月即病例抽取开始，2022 年 2 月即病例抽取截止。患者分组模式即随机分组。30 例对照组年龄跨度 32-75 岁，本组患者平均年龄计算为（56.6±3.4）岁，男性 18 例，女性 12 例；观察组年龄跨度 34-76 岁，本组患者平均年龄计算为（57.5±3.2）岁，男性 19 例，女性 11 例。记录两组患者以上资料数据并通过统计学比较，并未产生明显差异，数据间具有可比性。

1.2 纳入和排除

纳入^[3]：通过临床诊断均为重症肺炎合并呼吸衰竭，出现喘息、咳嗽以及发热等表现；患者以及家属通过医务人员临床解释均对本次研究知情，签署同意书；本次研究通过医院伦理委员会批准。

排除：排除精神异常者；排除患有肝肾功能障碍者；排除拒绝参与研究者；排除合并肺部其他疾病者；排除患有心脑血管疾病者。

1.3 方法

对照组进行常规有创机械通气治疗，参数设置如下：设置 PEEP（呼气末正压）4cmH₂O，设置气道压力 15cmH₂O，每分钟通气频率设置为 20 次，每分钟触发灵敏度 5L。医务人员对患者实施治疗时按照患者的呼吸情况对有关参数实施调整。

观察组进行序贯机械通气，医务人员依据患者身体情况选择有创呼吸机通气，并且对其实施同步间歇通气，对动脉血气指标和通气状况予以分

析，同时对吸入氧浓度、呼吸频率和潮气量进行调整。如患者处于肺部感染控制窗，可转变呼吸模式为口鼻面罩通气，并调整设备设置为双水平气道内正压通气。而后对患者通气状况以及动脉血气指标予以分析，同时对呼吸频率、吸氧浓度以及潮气量进行调整，将其无创正压通气时间调整直至成功脱机。操作步骤如下：选择通气口鼻面罩，设置为 S/T 模式，对相关参数予以设置，每分钟呼吸频率 14-20 次，设置吸入氧浓度 40%，初始吸气压为 6-8cmH₂O，随后依据患者的实际病情加大压力，以 25cmH₂O 以下为宜，并且调整呼气压开始为 3-6cmH₂O，血氧饱和度在 90%以上。与此同时，采用硅胶膜材质面罩，前 3 日护理人员需要对其食用时间以及频率进行控制。患者病情稳定后和肺部实际病情结合对参数进行调整。依据医生医嘱将呼吸机停机时间延长，如果出现特殊情况可选择鼻导管进行低流量吸氧，以此逐渐撤机。

观察组以及对照组患者按照实际病情持续治疗 1 个疗程，1 个疗程为 5-10 日。

1.4 评估指标^[4-5]

治疗前后对比观察组以及对照组患者 NT-proBNP 水平；治疗前后对比观察组以及对照组患者血气指标，通过 PaO₂、PaCO₂ 以及 pH 进行评估；治疗后对比观察组以及对照组患者住院时间以及机械通气时间；治疗后对比观察组以及对照组患者预后情况，通过死亡以及好转比例进行评估。

1.5 统计学

文中组间患者的基线资料通过比较 $P > 0.05$ ，选择 SPSS23.0 统计学软件包对文中涉及数据予以计算，计数资料以及计量资料进行表示，均符合正态分布，检验时选择 t 值和卡方，组间数据对比以 $P < 0.05$ 表示存在统计学意义。

2 结果

2.1 NT-proBNP 水平

NT-proBNP 水平在治疗前进行对比两组数据 $P > 0.05$ ，NT-proBNP 水平在治疗后进行对比两组数据 $P < 0.05$ ，见表 1。

表 1 对比两组患者治疗前后 NT-proBNP 水平 (pg/ml)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	30	130.21±8.63	71.15±9.21
对照组	30	131.11±8.41	92.66±9.63
t		0.4090	8.8415
P		0.6840	0.0000

2.2 血气指标

PaO₂、PaCO₂ 以及 pH 水平在治疗前进行对比两组数据 P>0.05, PaO₂、PaCO₂ 水平在治疗后进行对比两组数据 P<0.05, 治疗后两组 pH 值经过对比同样无统计学意义 (P>0.05), 见表 2。

表 2 对比两组患者血气指标

指标		观察组	对照组	t	P
PaO ₂ (mmHg)	治疗前	74.80±9.32	74.40±8.91	0.1699	0.8657
	治疗后	97.12±2.33	82.63±3.65	18.3278	0.0000
PaCO ₂ (mmHg)	治疗前	58.63±9.13	58.71±9.25	0.0337	0.9732
	治疗后	36.44±4.05	45.73±3.42	9.5991	0.0000
pH	治疗前	6.34±0.88	6.35±0.89	0.0437	0.9652
	治疗后	7.43±0.45	7.39±0.42	0.3559	0.7232

2.3 机械通气时间以及住院时间

通过比较后可知, 观察组机械通气时间以及住院时间和对照组相比显著缩短, 两组数据比较 P<0.05, 见表 3。

表 3 对比两组患者机械通气时间以及住院时间 (d)

组别	例数	机械通气时间	住院时间
观察组	30	6.90±1.12	12.11±1.89
对照组	30	9.92±2.33	16.78±2.65
t		6.3984	7.8584
P		0.0000	0.0000

2.4 预后

通过比较后可知, 观察组好转率较对照组相比比较高, 表示本组患者治疗效果良好, 两组数据比较 P<0.05, 见表 4。

表 4 对比两组患者预后情况 (n%)

组别	例数	好转	死亡
观察组	30	30 (100)	0 (0)
对照组	30	26 (86.67)	4 (13.33)
X ²		4.2857	
P		0.0384	

3 讨论

就目前而言, 肺炎患者常见并发症之一为呼吸衰竭, 呼吸衰竭在一定程度上会限制肺炎患者的恢复^[6]。重症肺炎患者合并呼吸衰竭会提升治疗难度, 进而将患者康复有效率降低。呼吸衰竭则是患者肺部功能运动异常,

不能满足机体新陈代谢中需要的氧气消耗量, 从而降低了自身的动脉血氧分压以及二氧化碳潴留, 如果未对患者实施有效治疗, 会影响其病情恢复, 提升死亡率^[7]。常用药物治疗效果并不确切, 仅仅缓解症状表现, 将炎症反应降低, 对于患者气流受限改变并无变化, 为此疾病存在相应的局限性。临床主要治疗重症肺炎合并呼吸衰竭的主要方法为机械通气, 可将患者肺换气功能以及肺通气功能改善, 将其肺通气不足纠正。机械通气伴随时间的增加极易出现呼吸机相关肺炎以及肺损伤等相关并发症, 对肺部感染控制产生影响。

重症肺炎属于肺实质急性炎症, 由于降低自身抵抗力和其他脏器功能受损, 可累及肺脏, 降低肺脏抵御能力。急性呼吸衰竭是因为各种原因引起的肺通气和换气功能严重障碍, 不能进行有效的气体交换, 导致缺氧伴二氧化碳潴留, 从而引起一系列生理功能和代谢紊乱的临床综合征^[8]。重症肺炎、急性呼吸衰竭为重症监护病症, 临床通常选择控制感染进行治疗, 确保患者的呼吸道顺畅, 将其二氧化碳潴留以及缺氧现象改善, 有助于缓解患者的心力衰竭和呼吸困难表现。传统有创机械通气通常通气干预时间较长, 因此极易引发相关性肺炎和不良表现, 长时间采用有创机械通气后使得患者在呼吸时对于呼吸机存在一定依赖性, 患者因此会出现脱机困难^[9]。就目前而言, 临床对重症肺炎合并呼吸衰竭进行治疗采用方法为有创机械通气以及无创机械通气, 医务人员对患者病情确诊后需要及时进行机械通气, 将目前机体缺氧状态进行纠正, 确保患者生命, 缓解患者因为疾病产生的痛苦。然而在实际治疗时对于重症肺炎合并呼吸衰竭治疗存在不同治疗方法, 无论是无创机械通气还是有创机械通气, 在应用时会出现劣势, 提升患者并发症发生率, 长期采用患者会出现营养不良表现, 并且依赖呼吸机, 出现喉头水肿等^[10]。

临床研究显示, 序贯机械通气对患者实施治疗首选采用机械通气将症状表现改善, 而后通过无创机械通气实施治疗, 将有创机械通气治疗时间减少, 进而将其呼吸功能改善。此次研究抽取 60 例患者进行分组研究, 结果表示 NT-proBNP、PaO₂、PaCO₂ 水平在治疗前进行对比两组数据 P>0.05, NT-proBNP、PaO₂、PaCO₂ 水平在治疗后进行对比两组数据 P<0.05, 治疗前两组 pH 值经过对比均 P>0.05, 同时观察组机械通气时间以及住院时间和对照组相比显著缩短, 好转率较对照组相比比较高, 以上数据进行统计对比以 P<0.05 表示具有统计学意义。无创机械通气经过持续正压通气治疗可缓解呼吸机疲劳, 将气道阻力降低, 有助于提升有创机械通气质量, 将患者不良预后改善。与此同时, 观察组患者住院时间以及机械通气时间均有所减少, 说明序贯机械通气治疗可有效防止长期采用有创机械通气产生的呼吸道黏膜损伤, 进而将呼吸道防御能力提升^[11]。

患者通气功能不全以及出现呼吸道感染后, 首要需要处理的问题则是引流痰液以及通气障碍缓解, 选择有创机械通气虽然具有一定的效果, 但是当通气功能缓解以及引流痰液后会出现呼吸肌疲劳现象, 对双相压力进行调节对通气量大小进行调整, 可将肺泡通气量改善, 进而可避免因为低

(下转第 91 页)

不同膝关节置换术治疗膝关节骨性关节炎临床效果观察

骆顺

宿州中煤矿建总医院 骨科一病区 安徽省宿州市 234000

摘要：目的：对不同膝关节置换术治疗膝关节骨性关节炎临床效果进行观察。方法：选取 30 例膝关节骨性关节炎患者作为研究对象，采用随机抽样法将患者分为实验组和对照组，每组 15 例。实验组患者采用单髁置换术进行治疗，对照组采用全膝关节置换术进行治疗，然后对比两组的相关指标。结果：实验组患者的相关指标优于对照组 ($P < 0.05$)。结论：对膝关节骨性关节炎患者应用单髁置换术的效果较为显著，可有效减少对患者机体造成的创伤，值得临床推广。

关键词：单髁置换术；全膝关节置换术；膝关节骨性关节炎

引言：膝关节骨性关节炎在患病初期，患者在静止状态下会感受到较为轻微的钝痛，在活动时会明显加强，出现痛感后立即休息可有效缓解钝痛。膝关节骨性关节炎患者的病情发展至中后期，痛感会不断加强，甚至影响患者的站立和正常行走功能。临床上对膝关节骨性关节炎患者的主要治疗方法为手术治疗，常用的手术治疗方法有单髁置换术、胫骨高位截骨、全膝关节置换手术等方式^[1]。单髁置换术具有并发症少、住院时间短、患者预后良好等优势，逐渐成为膝关节骨性关节炎的首选治疗方案。全膝关节置换手术也具有较为明显的治疗作用，临床上对这两种治疗方法的效果存在一定争议。本次研究对不同膝关节置换术治疗膝关节骨性关节炎临床效果进行观察，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究时间为 2016 年 8 月~2021 年 8 月，选取 30 例膝关节骨性关节炎患者作为研究对象，采用随机抽样法将患者分为实验组和对照组。其中实验组 15 例，男 10 例，女 5 例，年龄 52~79 岁，平均年龄 (66.37 ± 5.72) 岁；对照组 15 例，男 9 例，女 6 例，年龄 53~77 岁，平均年龄 (65.88 ± 5.64) 岁；对比两组患者的一般资料 ($P > 0.05$)，具有可比性。

1.2 方法

两组患者在手术结束后需要接受一系列的术后护理和治疗，需要对膝关节进行加压包扎，通过冰敷法缓解患者的疼痛症状，冰敷时间需要持续 24h。在手术结束 48h 后拔除患者的引流管，为了避免患者出现术后感染症状，需要对患者进行针对性的抗生素防感染治疗，抗生素持续使用 3~7d，并根据医嘱服用抗凝药物，持续服用 2 周。在上述流程处理完成后还需要对患者进行血常规、CRP 等基本特征的检查，检查患者的生命体征。对照组患者在术后 1d 即可进行适当的功能锻炼，实验组患者在术后 3d 可进行适当功能锻炼。

对照组：采用全膝关节置换术进行治疗

对照组患者在术前，相关手术护士需要对患者进行术前指导，引导患者保持仰卧位，并根据患者的身体基本状态进行麻醉。患者取仰卧位常规消毒、铺巾。大腿近段气囊止血带，压力 55KPa。做膝前正中髌旁内侧入路，长约 15cm。依次切开皮肤，皮下，内侧支持带、关节囊，翻转髌骨于外侧，显露膝关节，切除关节内炎症滑膜，切除骨赘和两侧半月板以及前、后交叉韧带，充分显露股骨髁和胫骨平台。骨膜下松解部分内侧副韧带。屈膝 90 度、外旋小腿。于后交叉韧带止点前方偏内方钻孔入髓。安装股骨远端截骨导向器，6 度外翻，进行股骨远端截骨，胫骨髓外定位胫骨力线，进行胫骨平台截骨，用 10mm 衬垫测试伸直间隙合适后。后测量法测得股骨假体大小。安装外旋 3 度的 4 合 1 截骨定位器进行股骨前髁、后髁以及前、后斜面截骨。摘除残余骨赘。调整屈曲，伸直间隙合适。进

行髁间截骨。试模测量胫骨假体大小，清除胫骨边缘的骨赘。冲洗伤口、截骨端准备好骨水泥，依次安装合适型号胫骨平台、股骨髁假体。清除多余骨水泥，置入合适的胫骨平台试模，复位膝关节。待骨水泥固定后取出胫骨平台试模，置入大小合适的聚乙烯垫，复位膝关节，被动活动膝关节见膝关节活动范围正常、稳定。冲洗伤口，关节腔放置引流管 1 根。清点纱布器械无误缝合关节囊。逐层缝合伤口。术中切下组织送病理检查。完成手术。

实验组：采用单髁置换术进行治疗

实验组患者在术前相关手术护士需要对患者进行术前指导，引导患者保持仰卧位，使患者的膝关节能够有较高的自由度，能够在伸直和弯曲 90° 之间保留膝关节自由，根据患者的身体基本状态进行麻醉。取髌骨内侧上缘至髌韧带内侧关节线下方弧形切口长约 8cm，依次切开至关节囊滑膜腔，切除部分脂肪垫，切除前侧半月板及胫骨平台前侧软组织。去除内侧髁及髌间窝、内侧副韧带下方、胫骨前侧骨赘，安放胫骨截骨板，截骨板力线杆矢状面和冠状面同时平行胫骨长轴决定胫骨截骨平面为病灶磨损下方 2-3 毫米处，头钉固定截骨板，窄锯片靠近胫骨脊内侧处伸到胫骨后侧垂直截骨至截骨板水平，探查内侧副韧带完好，保护好内侧副韧带行水平截骨，完整取出截除内侧平台骨块对比试模确认胫骨假体大小，切除后侧残留半月板，选择已确认的试模假体覆盖在胫骨截下的平台上确定四配的假体尺寸，5 毫米间隙试模可以轻松插入间隙，确定垫片厚度，取下胫骨截骨板。膝关节屈曲 45 度，在内侧髁外侧髌间窝上方 1cm 处钻孔，插入股骨髓内定位杆，放上胫骨试模和间隙试模，放置股骨钻孔导向器，导向器紧贴股骨，导向器与髓内定位杆冠状面和矢状面保持平行，位于内侧髁中间部位，于导向器上定位孔钻孔后取下导向器、髓内定位杆及试模，将股骨后髁截骨板置入股骨髁定位钻孔内紧贴股骨髁，沿截骨板截骨，取出截骨板，于股骨髁定位钻孔置入研磨钻导向杆，研磨钻研磨股骨远端确定匹配股骨髁试模，骨刀修整研磨后的边角及股骨髁前侧骨和后髁骨赘，避免膝关节屈伸时与垫片撞击，装入试模，测屈伸间隙，屈伸活动正常，取出试模，将胫骨试模放置截骨平台上，确认覆盖良好，固定试模于试模槽锯片向下开槽约 1cm 深，取出试模，开槽器清理槽中残留骨。放置胫骨假体及所有试模，全面活动膝关节，膝关节稳定，无撞击，取出假体试模，在股骨部分钻几个小孔用于骨水泥渗透，生理盐水后反复冲洗，无菌干纱布拭干。假体涂抹骨水泥后安装假体，清除周围多于骨水泥，插入相应间隙试模，屈曲膝关节 45 度保持骨水泥固化，探针探查确认周围无多余骨水泥，再次确认间隙试模合适后，按入相应垫片，全面活动膝关节，膝关节稳定。无撞击，下肢体线正常，冲洗切口，清点器械无误后，切口置负压引流管并固定，逐层间断缝合术口，术口酒精消毒，无菌敷料包扎。放松止血带，完成手术。

1.3 观察指标

对比实验组和对照组的相关指标，具体内容如下：（1）对比两组患者的治疗有效率；（2）对比两组手术前后膝关节功能评分和膝关节弯曲角度变化；（3）对比两组手术指标。

1.4 统计学方法

研究数据分析软件为 SPSS20.0，其中（ $\bar{X} \pm s$ ）表计量资料， t 检验对比，（n）%表计数资料， χ^2 检验对比，若计算数据显示 $P < 0.05$ 则表示差异明显，有对比意义。

2 结果

2.1、两组患者治疗有效率对比

实验组患者的治疗有效率为 93.33%，高于对照组的 73.33%，组间差异不明显（ $P > 0.05$ ），见表 1。

表 1 两组患者治疗有效率对比 [(n)%]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	15	7 (46.67)	4 (26.67)	4 (26.67)	11 (73.33)
实验组	15	9 (60.00)	5 (33.33)	1 (6.67)	14 (93.33)

表 3 两组手术指标对比 [$\bar{X} \pm s$]

组别	例数	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	术后引流量 (ml)	住院时间 (d)
对照组	15	84.13±6.47	60.71±13.14	331.21±50.11	12.45±1.93
实验组	15	72.81±10.32	22.29±5.18	112.28±12.17	8.04±1.91
t		3.599	10.535	16.443	6.290
P		0.001	0.000	0.000	0.000

3 讨论

膝关节炎性骨性关节炎作为老年群体常见病，对老年人的身体健康和生活质量造成了较大的不良影响。临床上治疗膝关节炎性骨性关节炎的手术方法主要有全膝关节置换术、胫骨高位截骨术、单髁置换术等。单髁置换术作为当前应用较为广泛的术式，在手术过程中保留了患者的前后交叉韧带和侧副韧带等结构，使患者在手术结束后能够恢复更快，患者机体自身的结构保留越多，行走功能恢复就越快。除此之外，单髁置换术在手术结束后不需要制动，患者在术后 1 天就可以适当活动，可以使患者更早的恢复运动和行走能力^[2]。但是单髁置换术在临床应用过程中仍旧存在一定的局限性，手术有严格适应症，主要是针对单间室膝关节炎性骨性关节炎，且对于运动量较大的患者也不适用。膝关节炎性骨性关节炎在病情发展过程中会对多个间室造成影响，需要根据患者的具体情况和实际病情选择适当的手术方法。对于关节畸形较为明显，且前后较差韧带损伤较为严重的患者可以选择全膝关节置换术进行治疗，尽量把握最佳治疗时机，提升治疗效果^[3]。随着我国医疗技术的不断进步，临床上对膝关节炎性骨性关节炎的治疗研究越来越深入，单髁置换术的出现使得临床上对这一疾病有了更为有效的治疗手段，单髁置换术以往在临床上被认为是禁忌证的因素已经得到了新的认识，患者的体重、髌骨关节退行性改变已经不再是单髁置换术的禁忌证。但是对于存在合并髌骨半脱位的患者，应用单髁置换术的效果不够理想，假体失效率较高，这类患者在选择手术治疗方式时还需要做进一步考量。单髁置换术在设计假体时具有更高的灵活性，在肢体的前后方向活动的自由度较高，不会受到机体损害的限制，患者需要有较为完整的前后交叉韧带^[4]。单髁置换术根据假体的活动程度分为活动型和固定型，固定型假体能够避免患者的内衬出现脱位现象，活动型假体的胫骨角效果更为理想，矫正患者下肌力线的效果显著。解剖型活动内衬作为手术治疗应用较多的医用内衬，与患者股骨髁正球形假体之间存在很高的匹配性，两者之间的配合度较高，在患者的活动能力方面能够保持完全的一致性，且两者之间所保留

χ^2	2.160
P	0.142

2.2、两组手术前后膝关节功能评分和膝关节弯曲角度变化对比

实验组的膝关节功能评分和膝关节弯曲角度变化在手术前与对照组相比，组间差异不明显（ $P > 0.05$ ），在手术后的膝关节功能评分和膝关节弯曲角度变化高于对照组（ $P < 0.05$ ），见表 2。

表 2 两组手术前后膝关节功能评分和膝关节弯曲角度变化对比

组别	例数	[$\bar{X} \pm s$]			
		膝关节功能评分（分）		膝关节弯曲角度（°）	
		术前	术后	术前	术后
对照组	15	65.57±5.74	84.17±6.21	88.42±5.51	96.57±7.82
实验组	15	64.81±5.53	88.68±6.42	87.55±7.37	110.61±8.67
t		0.369	1.956	0.366	4.657
P		0.357	0.030	0.358	0.000

2.3、两组手术指标对比

实验组患者术后的手术指标优于对照组（ $P < 0.05$ ），见表 3。

的接触面较大，边缘应力为零，可以有效减少内衬磨损，降低假体失效率^[5]。单髁置换术与全膝关节置换术在并发症方面存在较大区别，前者主要以内衬脱位、假体松动等症状为主，后者主要以感染、假体周围骨折等症状为主。临床研究表明，单髁置换术在假体翻修方面的发生率较高，主要的翻修原因为假体松动、脱位等。单髁置换术在手术结束后存在一定的失败率，主要原因是患者出现膝关节外侧间室退行性改变，导致这一原因的主要因素是手术过程中患者力线矫正过度。因此，在对患者进行治疗时需要对患者的身体状况和病情进行全面考量，选择合适的假体，进一步提升假体存活率。

综上所述，对符合指征的膝关节炎性骨性关节炎患者应用单髁置换术的效果较为显著，可有效减少对患者机体造成的创伤，值得临床推广。

参考文献：

[1]黄超,李恒毅,栾峰,崔锁明.全膝关节置换术与膝关节镜清理术治疗膝关节炎性骨性关节炎的临床效果[J].现代医学与健康研究电子杂志,2022,6(10):56-59.

[2]惠曙国,赵光辉,王建朋,马建兵.单髁置换术与全膝关节置换术治疗同一患者双膝关节单间室骨性关节炎的疗效观察[J].中国骨与关节损伤杂志,2022,37(04):359-362.

[3]宋文联,单正宜,徐奎帅,付海涛,李淳朴,孙申杰,于腾波,陈进利.胫骨高位截骨术或膝关节单髁置换术治疗膝关节炎性骨性关节炎围手术期患者隐性失血情况比较[J].精准医学杂志,2021,36(05):418-421.

[4]王一哲,李武强.全膝关节置换术对膝关节炎性骨性关节炎患者肢体功能及并发症发生情况的影响[J].临床医学研究与实践,2021,6(29):101-103.

[5]齐晓玉.膝关节单髁置换术与全膝关节置换术治疗膝关节炎内侧单间室骨性关节炎的临床对比研究[J].河南外科学杂志,2021,27(04):82-84.

尿液分析在儿童无症状性泌尿系疾病中的作用

罗欢

遵义市妇幼保健院 563000

摘要：目的：研究尿液分析在儿童无症状性泌尿系统疾病中的作用。方法：选取2019年6月~2021年10月于我院接受检查的4500名儿童，采用尿常规方式观察尿异常者，在采用B超筛选泌尿系统异常者。观察尿常规检查方式和尿沉渣检查方式观察出的尿异常者，并将尿常规的检查结果与尿常规结合B超筛选的检查结果进行对比，评价尿液分析与B超筛选结合检查的临床诊断作用。结果：尿常规结合B超检查观察出219例尿异常者，尿常规检出180例，尿常规检出率（4.00%vs.4.87）显著低于尿常规结合B超检查，（ $P<0.05$ ）；尿常规检出的180例中，101例患儿尿液中红细胞含量过多，67例患儿尿液中白细胞过多，12例患儿出现蛋白尿症状。尿沉渣检出的92例中，白细胞尿43例，脓细胞10例，镜下血尿38例，霉菌孢子1例。采用B超检查可检出138例泌尿系统异常患儿，其中39例先天性肾脏异常者，在这部分患儿中，8例患儿肾器官发育欠佳、6例患儿肾器官位置异常且发育欠佳、3例患儿肾器官出现不发育状况、9例患儿肾器官出现囊肿、5例患儿肾器官皮质和髓质出现多个含有尿液的囊肿、8例患儿出现重复的输尿管畸形。由此可得尿常规结合B超检查的检出率高于单独采用尿液分析检查（ $P<0.05$ ）。结论：在进行小儿尿液检查时，除去进行尿常规和尿沉渣检查外，还可进行肾脏B超检查，能够有效检出无症状或症状不明显的泌尿系统疾病，从而开展早期诊断和治疗，有效避免因诊治不及时而出现慢性肾脏疾病的情况发生，有效保护儿童的生命健康安全，让他们能够茁壮成长。

关键词：尿液分析；儿童；泌尿系统疾病；B超

泌尿系统疾病是指患者肾脏、输尿管、膀胱、尿道等器官发生感染，从而影响整个泌尿系统的正常运行，甚至波及全身身体机能的疾病。该疾病主要表现在患者的泌尿系统本身，如排尿异常、尿液含量改变、肾或（和）输尿管部位疼痛、肿块等，也有可能因泌尿系统异常而出现代谢异常疾病的情况，如高血压、贫血等。从泌尿系统疾病的成因和特征来看，与其他身体系统疾病相似，多出现包括先天肾脏器官畸形、相关部位感染、肿瘤等症状，而肾小球肾炎、尿石症等是该类疾病中较为特殊且独有的疾病，这类疾病的出现说明患者身体处于亚健康或不健康的状态^[1-3]。儿童无症状性泌尿系统疾病大多数为泌尿系统感染，少数会出现结石、肾病的情况，该疾病相较于其他疾病而言较为隐蔽，若不进行专项检查很难检出，部分出现蛋白尿、血尿或肾脏器官先天发育异常问题的患儿若未能及时得到诊治，将会影响到其肾功能正常，从而逐渐转变为慢性肾功能不全等症，不仅影响儿童正常的学习和生活，也会使家长的心理压力和经济压力加重，长期处于焦虑、着急等负面情绪当中。因此为早期检出儿童无症状性泌尿系统疾病，并对患儿进行及时治疗是十分重要的。尿液分析是尿液检查的方式之一，通过目测、理学、化学、显微镜及仪器，筛查受检查者是否患有泌尿系统疾病，以达到预防肾脏器官、输尿管等器官异常疾病，并及时进行诊断疗效观察及预后判断等目的。因此尿液分析中也会使用尿常规检查、颜色、混浊度、干化学试带十一项及尿沉渣检查等，是较为全面的检查方式之一。B超检查是常用于进行诊断的方法，临床操作较为简洁，且影像直观，在费用方面更加亲民，使其受到不少医患的喜爱。因此将B超检查加入尿液检查中，能够更好地观察受试者是否存在泌尿系统异常和先天肾脏异常，从而做到早期诊断和早期治疗^[4]。

随着国内科学技术的进步，医疗器械也逐渐得到升级，这使得大部分国内医院在进行尿液检测时，已从尿培养这一单一方式转变为尿常规、尿沉渣等耗时较短、检出结果较为精确的方式，然而仍有部分慢性肾病等，

由儿童时期泌尿系统和先天肾脏异常导致的疾病发生。本次研究主要以尿液分析和B超作为检查方式，统计两种检查方法所检出的泌尿系统异常者及其具体异常方面。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取2019年6月~2021年10月于我院接受检查的4500名儿童，在接受尿液分析检查并统计后，进行B超检查。被检儿童中男2264例，女2246例；年龄0~6岁，平均年龄（ 3.10 ± 0.52 ）岁。排除标准：患儿或其家属存在认知障碍或患有精神疾病；未签署知情同意书；确诊其它内外科疾病者。

1.2 方法

样本收集方法：嘱咐家长采集被检儿童晨起尿液，保证前晚入夜后未进食，晨起至采集样本过程中未饮水，采用一次性尿杯取尿液，收集结束后必须立即送往检验，保证检查结果的准确性。尿液分析：即需要医生对尿液进行进行目测，当尿液颜色不为黄色或深黄色且澄清时，或尿液中带有异常红色、白色，则判断为泌尿系统疾病。除此之外还需进行尿常规和尿沉渣检查。

进行尿液分析检查后进行B超检查，嘱咐患儿将粪便和肠气排空，保证膀胱的充盈。在确认无问题后进行B超检查，让受试者保持仰卧姿态，对其侧腰进行切面扫描检查，观察受试者泌尿系统是否存在异常，再沿路往上检查受试者肾脏是否出现形态或结构异常。

1.3 观察指标

统计两组受试者中出现泌尿系统异常的患者，对比单独采用尿液分析检查和尿液分析及B超检查的检出率。

1.4 统计学分析

采取SPSS20.0统计学软件对以上相关数据进行统计检验，（%）率形

式为计数资料，两组涉及数据采取卡方检验，结果有明显差异性，存在统计学意义（ $P<0.05$ ）。

2. 结果

根据观察尿常规检查结果，可观察出 180 例泌尿系统异常患儿，检出隐血 101 例，蛋白尿 12 例，单纯性血尿 100 例，单纯性蛋白尿 11 例，血尿合并蛋白尿 1 例；白细胞尿 67 例；尿沉渣检出数量较少，数量为 92 例，其中白细胞尿 43 例，脓细胞 10 例，镜下血尿 38 例，霉菌孢子 1 例。根据 B 超结果分析，可观察出泌尿系统异常 138 例，其中 39 例先天性肾脏异常者，在这部分患儿中，8 例患儿肾器官发育欠佳、6 例患儿肾器官位置异常且发育欠佳、3 例患儿肾器官出现不发育状况、9 例患儿肾器官出现囊肿、5 例患儿肾器官皮质和髓质出现多个含有尿液的囊肿、8 例患儿出现重复的输尿管畸形。检查结果已通知患儿及其家属，并展开治疗。数据表明，B 超能够检出尿液分析检查无法检测的肾脏异常，因此两种方法共同采用的检出率高于单独采用尿液分析检查，存在统计学意义（ $P<0.05$ ），对比结果见表 1，具体数据见表 2、表 3。

表 1 尿液分析和尿液分析结合 B 超检查的检出率对比[n(%)]

组别	例数	检出率
尿常规	4500	180（4.00）
尿常规结合 B 超检查	4500	219（4.87）
X ²	-	3.988
P	-	0.045

表 2 尿常规与尿沉渣检出情况

组别	例数	隐血	蛋白尿	白细胞尿
尿常规	4500	101	12	67
尿沉渣	4500	38	10	43

表 3 B 超检查情况

症状	B 超检查
泌尿系统异常	138
先天性肾脏异常	39
肾器官发育欠佳	8
肾器官位置异常且发育欠佳	6
肾器官不发育	3
肾器官囊肿	9
肾器官出现多个含有尿液的囊肿	5
重复输尿管畸形	8

3. 讨论

导致人们患上泌尿系统疾病的病因较多，且较为复杂，这是因为人体的泌尿系统主要包括肾脏、输尿管、膀胱等部位，主要功能在于排出尿液，即对人体无用或有害的液体。这也使得泌尿系统感染是临床诊治过程中较为常见的泌尿系统疾病，通常以无症状的、尿液中带有有害细菌为主要表现，且通常会出现急性肾炎。主要原因在于其致病因为细菌、真菌等^[5]。因此在诊断泌尿系统感染时，通常以患者清洁中段尿液所培养的结果作为标准，但细菌和真菌的培养通常需要两到三天，无法做到快速诊断，不能

有效保障患者身体健康安全。当大肠杆菌等细菌入侵输尿管和尿道引发感染时，通常会并发尿道炎、膀胱炎、肾盂肾炎等症状，其中根据器官的部位，又将尿道和膀胱的感染称为下尿路感染，而肾盂肾炎则称为上尿路感染^[6]。男性患者的泌尿系统感染多为尿道、前列腺、精囊、睾丸等器官受到细菌和病菌等入侵感染，且这种情况大多由外部细菌和病菌所导致，这类病菌从外部入侵所引起的疾病多表现为感染部位的炎症。引起这类感染的病原体常为淋球菌、结核杆菌、滴虫、沙眼衣原体等细菌和病菌，及其他非特异性病菌，而支原体或衣原体所造成的感染较为常见。若该疾病患者在发病初期没有接受有效治疗或接受的治疗不彻底，在细菌尚未灭杀完全之前停药会导致残留病菌仍然潜伏在患者体内，繁重的劳动或患上其他疾病导致身体免疫力、抵抗力下降时，将会导致该疾病细菌在此滋生，从而复发泌尿系统疾病。泌尿系统疾病的危害极大，由于其涉及人体较为隐私的部位，导致家长在进行求医时不愿意选择大医院，而是选择小诊所等，若这类场所提供的治疗不符合规范，则更容易扩大感染或加重感染^[7-9]。

儿童所患的泌尿系统疾病通常为感染、结石和肾病三种，泌尿系统感染的主要致病菌为大肠杆菌，它广泛存在于人和许多动物的肠道中，若家长没有教导儿童形成正确且完整的卫生保洁观念，极容易出现感染症状。泌尿系统结石又称为尿石症，通常包括输尿管结石、肾结石、尿道结石等。尿石症的发病与恶化通常和患者的饮食习惯相关，若食物中含有的植物蛋白过多，且未补充磷酸盐，出现膀胱结石的概率提高，对于挑食的儿童而言，该病的发病率极高^[10]。泌尿系统的堵塞、出现异物或感染都会有概率引发尿石，反之同样成立。若儿童并非患有以上疾病而是肾病，则需要家长给予其极高的重视，儿童出现隐秘性血尿或蛋白尿后，在进一步诊断中极有可能出现狼疮性肾炎、紫癜性肾炎、弥漫性增生性肾小球肾炎、良性家族性血尿等，这些疾病若无法得到及时的诊断和治疗，将会导致患儿从上述疾病逐渐发展成慢性肾功能不全，影响今后的生活。因此为减少该类疾病对儿童的影响，应当进行定期的检查和预防，对儿童展开尿液分析便是较好的一种方式。

尿液分析主要检查糖尿病类项目、泌尿感染类项目、以及其他疾病项目，其中糖尿病类项目的检测结果，能够帮助医护人员了解其并发症或器官损伤等相关情况，如是否并发酮血症等。泌尿感染类项目能够充分展现尿液中红细胞和白细胞的状况，若患者泌尿系统发生感染，其尿液颜色和浑浊度也会发生改变，通常会表现为尿液中夹带白色或红色，但有时尿液中亚硝酸盐含量过多也会检测为阳性^[11]。其他疾病类项目主要检查被检者胆红素和尿胆原两项指标，主要检测被检者肝脏代谢功能是否正常。在尿液检查时，医护人员需要提醒家长其儿童前一天晚上九点后不要进食，在采集样本当天起床尽量不要饮水，以避免尿液结果不准确的情况发生。肾脏 B 超检查通过 B 超探测器检查目标脏器的形态、位置等方面是否正常的检查方式，用于检查肾器官能够有效诊断患者是否患有肾肿瘤、囊肿、结石等疾病，能够较为直观地呈现出患者的肾脏受损情况，能够作为检查和诊断患者肾功能的参考依据，但不能作为诊断依据使用。该方法能够有效检出受试者是否患有肾脏功能异常，对于检出儿童是否患有先天性肾脏疾病具有较好的检出效果啊。

尿液分析检查的范围较广,肾脏B超检查能够观察到被试者是否出现肾脏异常,两种方法同用能够取得较为理想的诊断效果,本次研究结果表明,尿液检查结合B超检查能够有效检出受试者是否出现泌尿系统异常和肾脏功能异常。因此在进行相关的检查时,除去采用尿液分析检查外,还需要进行B超检查,及时诊断并开展治疗,避免漏诊情况发生,值得注意的是进行尿液分析前的准备环节和标本采集、保存、运送等环节,若忽略或未能给予足够的重视,将会导致检查结果出现偏差甚至错误,从而出现无可避免的漏诊、误诊现象,严重影响临床诊疗,也无法及时开展对患者的治疗^[12]。

综上所述,在进行小儿尿液检查时,除去进行尿常规和尿沉渣检查外,还可进行肾脏B超检查,能够有效检出无症状或症状不明显的泌尿系统疾病,从而开展早期诊断和治疗,有效避免因诊治不及时而出现慢性肾脏疾病的情况发生,有效保护儿童的生命健康安全,让他们能够茁壮地成长。

参考文献:

- [1]王晓英,葛瑛,马小军.尿常规及尿培养与尿路感染诊断相关性探讨[J].中华内科杂志,2020,59(07):570-573.
- [2] A.Y.Elzouki,崔晓玲.不同发育期儿童症状性泌尿道感染[J].实用儿科临床杂志,1987(02):120.
- [3]邹慧青,张玲,王厚照.全自动尿液分析仪在测定尿路感染患者尿液细菌分布情况及白细胞计数中的应用价值[J].中国医学装

(上接第86页)

氧血症和高碳酸血症产生的呼吸肌疲劳^[12]。序贯机械通气则是促进患者气道分泌物引流,确保患者呼吸顺畅。通过无创机械通气患者可训练其自身的自主呼吸功能,患者病情改善后可以撤机,因此减少了其通气时间。

综上所述,重症肺炎合并呼吸衰竭患者进行临床治疗过程中选择序贯机械通气治疗可改善其不良预后,将NT-proBNP水平降低,改善其血气指标,可将其进行临床大力推广。

参考文献:

- [1]田杨.无创呼吸机应用于治疗重症心力衰竭合并呼吸衰竭患者的临床效果研究[J].中国医疗器械信息,2022,28(09):131-133.
- [2]丁帅,霍小艳.有创通气与经鼻高流量鼻导管湿化氧序贯治疗肺炎合并呼吸衰竭患者的临床效果[J].临床医学研究与实践,2022,7(13):39-43.
- [3]马天威,李宁,肖秋生,苏懿,张兴胜.重症肺心病合并呼吸衰竭患者应用辅助-控制通气联合BiPAP治疗的效果观察[J].黑龙江医药,2022,35(02):267-269.
- [4]张淑莲,张振宝,王文文,孙亚玲,刘欣.通腑益肺汤治疗痰热壅肺型重症肺炎合并II型呼吸衰竭的疗效观察[J].中国社区医师,2022,38(10):73-75.
- [5]林耘.经鼻持续气道正压通气对儿童重症肺炎合并呼吸衰竭的治疗价值[J].中国现代药物应用,2022,16(07):28-30.
- [6]郑华,胡亚兰,张绵,曾东.经鼻高流量氧疗在治疗重症肺炎合并急性

备,2019,16(11):107-109.

- [4]易著文,白海涛.小儿无症状性微小血尿的诊断[J].实用儿科临床杂志,2004(09):724-726.
- [5]胡文娟.影响尿液分析仪检验结果的因素分析[J].现代诊断与治疗,2022,33(1):107-110.
- [6]阎峻,赵磊.尿液分析仪测定结果分析及进展[J].中国医疗器械信息,2021,27(17):49-51.
- [7]刘璐.尿液镜检法在尿液分析中的不可替代性分析[J].中国医药指南,2021,19(4):99-101.
- [8]梁坤龙.影响尿液分析仪检测结果的因素分析[J].实用医技杂志,2021,28(9):1095-1097.
- [9]赵淑凤.尿液分析仪和镜检法在尿液检测中的应用价值分析[J].中国保健营养,2021,31(1):268.
- [10]赵芳晴,孙晨,邢诗涵,等.中国人尿酸水平与血管性痴呆关系的Meta分析[J].实用心脑血管病杂志,2022,30(1):85-89.
- [11]李丽莲,赵立悦,陈燕辉.IQ200全自动尿液分析仪在尿路感染中的应用价值分析[J].检验医学与临床,2022,19(5):660-663.
- [12]商薇.尿液分析仪与显微镜检测在尿液检测中的应用分析[J].中国保健营养,2021,31(12):267.

呼吸窘迫综合征患者中的应用[J].上海医药,2022,43(07):58-61+65.

- [7]ANDEY, MANISH, PEETERMANS, MARIJKE, DOYLE, ANDREW J., et al. Extracorporeal membrane oxygenation in a patient with newly diagnosed acute myeloblastic leukaemia presenting with severe respiratory failure[J]. Journal of artificial organs: The official journal of the Japanese Society for Artificial Organs,2021,24(3):387-391.
- [8]孙传鹏,孙传娜.呼吸机冷凝水逆灌注对重症肺炎合并慢性心力衰竭患者预后的影响[J].慢性病学杂志,2022,23(03):347-349+354.
- [9]柴明思.多沙普仑联合无创通气对重症肺炎合并呼吸衰竭患者血清sTREM-1、HMGB-1水平的影响[J].吉林医学,2022,43(03):729-731.
- [10]谢华文,黎焯基,林桂花,陈俊,郑因碧.影响经鼻高流量氧疗治疗社区获得性肺炎合并呼吸衰竭患者预后的因素的研究[J].中国当代医药,2022,29(04):57-60.
- [11]张志勇.低分子肝素钙治疗重症肺源性心脏病合并呼吸衰竭患者的效果及对患者心肺功能的影响[J].中国现代药物应用,2022,16(06):104-106.
- [12]AOYAMA, HIROKO, UCHIDA, KANJI. Respiratory characteristics and related intraoperative ventilatory management for patients with COVID-19 pneumonia[J]. Journal of anesthesia,2021,35(3):356-360.

盐酸帕罗西汀和氟哌噻吨美利曲辛片治疗躯体形式障碍的疗效和安全性分析

董永生

唐山市第五医院三病区 063000

摘要：目的：分析盐酸帕罗西汀和氟哌噻吨美利曲辛片治疗躯体形式障碍的临床效果。方法：经随机抽签方式对我院2020年4月至2022年4月期间收治的躯体形式障碍患者68例分为研究组和参照组，各组分别有34例患者。行盐酸帕罗西汀治疗的患者命名为参照组，行氟哌噻吨美利曲辛片治疗的患者命名为研究组，对临床治疗效果进行比较和总结。结果：研究组治疗后的总有效率（97.05%）显著高于参照组（76.47%），差异显著， $P < 0.05$ 。治疗前研究组SAS评分和SDS评分与参照组比较无较大差异， $P > 0.05$ ；治疗后研究组SAS评分和SDS评分显著低于参照组，差异显著， $P < 0.05$ 。治疗前研究组患者的SCL-90评分和SF-36评分与参照组相比较无较大差异， $P > 0.05$ ；治疗后研究组患者的SCL-90评分和SF-36评分显著高于参照组，差异显著， $P < 0.05$ 。两组不良反应发生率结果比较，研究组（5.90%）与参照组（11.78%）无较大差异， $P > 0.05$ 。结论：躯体形式障碍选择氟哌噻吨美利曲辛片治疗其临床疗效较盐酸帕罗西汀更优，不仅可将不良情绪予以改善，同时可提高生活质量，具有较高的用药安全性，值得进一步推广。

关键词：盐酸帕罗西汀；氟哌噻吨美利曲辛片；躯体形式障碍；临床效果

现阶段社会经济的飞速发展，致使人们的生活模式发生诸多变化，且精神卫生健康问题受到了高度关注。躯体形式障碍指长期担心或相信躯体各种症状的优势观念为临床特征的精神障碍^[1]。此类患者由于表现上述症状反复来院就诊，虽然检查结果均为正常，但是医生的解答也无法将患者的疑虑消除。目前临床对于去提醒是障碍的治疗常选择抗抑郁和焦虑，从而使其生活质量显著提高。为此，本文将盐酸帕罗西汀和氟哌噻吨美利曲辛片两种药物进行比较，对其获取的临床疗效展开分析，现汇报如下。

1 资料与方法

1.1 基线资料

抽取我院68例躯体形式障碍患者展开分析和研究，选取时间介于2020年4月至2022年4月，通过随机抽签方法将其划分为研究组和参照组两组。研究组34例中男性患者、女性患者分别有21例、13例，年龄汇总介于22岁至55岁之间（ 37.96 ± 6.79 ）岁。最长病程9年，最短病程4年，均值（ 6.53 ± 0.96 ）年。参照34例中，男性患者、女性患者分别有23例、11例，年龄汇总介于23岁至56岁之间（ 38.05 ± 6.82 ）岁。最长病程10年，最短病程5年，均值（ 6.54 ± 1.02 ）年。2组躯体形式障碍患者的年龄、性别、病程等信息进行比较，组间差异不明显， $P > 0.05$ 。

纳入标准：与国家疾病分类（ICD-10）躯体形式障碍诊断标准相符^[2]；基础资料完整；家属、患者均签订知情表。

排除标准：存在严重器质性疾病；怀孕者；近期接受精神类药物治疗；实验室结果表示异常；存在药物过敏。

1.2 方法

参照组患者接受盐酸帕罗西汀（葛兰素史克(天津)有限公司(中美天津史克制药有限公司委托) 国药准字 H10950043）治疗，药物使用剂量为20mg，1d/次，共进行8周的治疗。研究组患者接受氟哌噻吨美利曲辛片

（重庆圣华曦药业股份有限公司 国药准字 H20153122）治疗，药物初始使用剂量为1片，1d/次，治疗1周后将用药剂量适当增加，改为2片，共进行8周的治疗。

1.3 观察指标

①疗效评估：治疗后患者的躯体化因子评分减少显著，超过50%，显著标准；治疗后患者的躯体化因子评分有所减少，在25%以上，有效标准；治疗后患者的躯体化因子减分率低于25%，无效标准。

②利用抑郁自评量表和焦虑自评量表对患者治疗后的不良情绪展开评估，分值越高则表示患者的不良情绪越重。

③经健康调查简表（SF-36）对患者的生活质量进行评估，主要评价内容为：躯体、角色和社会，总分12分，得分越低表示生活质量越低；利用症状自评量表对患者的心理社会事情状况展开评估，评价内容共计90项，经5级评分法，总分450分，分值越低则表示心理适应状况越差。

④不良反应包括：恶心、头晕和厌食。

1.4 统计学意义

对本文患者例数、治疗总有效率和不良反应数据采取%统计，给予 χ^2 值统计，患者的SAS评分、SDS评分、SF-36评分和SCL-90评分等数据采取（ $\bar{x} \pm s$ ）统计，对数据均开展SPSS21.0汇总，对卡方值、t值、P值进行分析，P在0.05以下则统计学有意义。

2 结果

2.1 组间总有效率结果比较

研究组患者行氟哌噻吨美利曲辛片治疗，治疗总有效率统计后为97.05%；参照组患者行盐酸帕罗西汀治疗，治疗总有效率统计后为76.47%；比较后前者数据显著高于后者，差异显著， $P < 0.05$ ，见表1。

表1 组间总有效率结果比较（n,%）

分组 (n)	显效	有效	无效	总有效率
研究组 (n=34)	21 (61.76)	12 (35.29)	1 (2.95)	97.05
参照组 (n=34)	16 (47.06)	10 (29.41)	8 (23.53)	76.47
X ² 值				6.2750
P 值				0.0122

2.2 组间治疗前、治疗后的 SAS 评分和 SDS 评分

治疗前比较两组患者的 SAS 评分和 SDS 评分, 无明显差异, $P>0.05$; 治疗后研究组患者的 SAS 评分和 SDS 评分显著低于参照组, 差异显著, $P<0.05$, 见表 2。

表 2 组间治疗前、治疗后的 SAS 评分和 SDS 评分 (分)

分组 (n)	SDS 评分		SAS 评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组 (n=34)	62.9±6.2	34.2±6.6	64.2±7.9	36.6±5.0
参照组 (n=34)	63.2±3.9	45.4±3.8	62.9±7.6	48.6±6.7
t 值	0.2388	8.5752	0.6915	8.3697
P 值	0.8120	0.0000	0.4917	0.0000

2.3 组间治疗前、治疗后的 SCL-90 评分和 SF-36 评分

治疗前比较两组患者的 SCL-90 评分和 SF-36 评分, 无明显差异, $P>0.05$; 研究组患者行氟哌噻吨美利曲辛片治疗, 参照组患者行盐酸帕罗西汀治疗, 比较治疗后的 SCL-90 评分和 SF-36 评分, 前者高于后者, 差异显著, $P<0.05$, 见表 3。

表 3 组间治疗前、治疗后的 SCL-90 评分和 SF-36 评分 (分)

分组 (n)	SCL-90 评分		SF-36 评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组 (n=34)	332.6±23.7	164.4±10.7	52.7±5.3	72.4±3.5
参照组 (n=34)	336.5±20.5	241.8±8.6	50.4±4.8	75.0±2.5
t 值	0.7257	32.8763	1.8755	3.5247
P 值	0.4706	0.0000	0.0651	0.0008

2.4 组间治疗后的不良反应发生情况

研究组患者行氟哌噻吨美利曲辛片治疗, 2 例患者发生不良反应, 发生率为 5.90%; 参照组患者行盐酸帕罗西汀治疗, 4 例患者发生不良反应, 发生率为 11.78%; 比较前后者与后者数据无较大差异, $P>0.05$, 见表 4。

表 4 组间治疗后的不良反应发生情况 (n,%)

分组 (n)	头晕	恶心	厌食	发生率
--------	----	----	----	-----

研究组 (n=34)	1 (2.95)	1 (2.95)	0 (0.00)	5.90
参照组 (n=34)	1 (2.95)	2 (5.88)	1 (2.95)	11.78
X ² 值				0.7312
P 值				0.3925

3 讨论

躯体形式障碍的诱发因素尚不清楚, 当前研究结果表明躯体形式障碍的病因多数由心理社会和生物学因素引发^[3]。患者患病后的症状表现出多元化, 常选择的治疗方法为精神类药物和心理疗法。后者可让患者对自身疾病的性质有更进一步的了解, 将自身存在的错误观念纠正, 精神因素引发的不良影响可明显减轻, 让自己充分认识健康状态。但是对于心理治疗而言, 其过程相对较长, 因此选择精神类药物对症治疗至关重要。与患者不同精神状态对精神类药物合理选择, 若患者伴有抑郁和焦虑情绪, 可给予抗抑郁药物, 包括: 三环类以及 SSRI; 若患者伴有偏执倾向, 可给予非经典抗精神病类药物, 但是由于上述药物有较大的副作用, 同时较易出现依赖性, 最终降低了临床治疗效果^[4]。

有资料显示, 躯体形式障碍患者中血清包含色氨酸、支链氨基酸和 5-羟色胺能单胺, 脑脊液中的 5-羟色胺能单胺传递功能会表现出不同程度的障碍^[5]。现阶段, 临床常选择选择性 5-HT 再摄取抑制剂, 药物为氟西汀和帕罗西汀, 不仅可有效抑制 5-HT 再摄取, 同时可对突触间隙中 5-HT 浓度的增加起到促进作用。与此同时, 此类药物会收到单一作用位点的影响, 不会对去甲肾上腺素、组氨酸 H 和 M 胆碱受体造成影响, 具有方便、吸收速度快的优点^[6]。

氟哌噻吨美利曲辛片为复方制剂, 主要组成为氟哌噻吨和美利曲辛, 前者为噻吨类神经阻滞剂, 小剂量使用可将抗焦虑和抗抑郁效果充分发挥; 后者为双相抗抑郁药物, 小剂量使用可将兴奋作用充分发挥^[7-9]。两种药物活性成分联合使用可将抗抑郁效果的协同效果充分发挥, 在不良反应反面拮抗效应较为显著。除此之外, 若患者伴有抑郁症状, 大剂量使用后可与多巴胺 D2 受体和多巴胺 D1 受体产生拮抗效果, 小剂量使用可对突触前面的巴胺 D2 受体进行阻断, 使 5-羟色胺和神经递质释放显著增加, 从而发挥抗抑郁作用^[10]。美利曲辛可对 5-HT 和去甲肾上腺素的摄取途径进行有效抑制, 将突触间隙单胺类递质水平显著提升。

数据结果表明: 研究组患者治疗后的总有效率、SCL-90 评分和 SF-36 评分显著高于参照组, 这一结果表示氟哌噻吨美利曲辛片治疗躯体形式障碍可获取理想的临床效果, 同时可将患者的临床症状有效改善。结果也显示, 研究组患者治疗后的 SAS 评分、SDS 评分显著低于参照组, 进一步证实了氟哌噻吨美利曲辛片治疗躯体形式障碍较盐酸帕罗西汀更具有优势, 可改善患者的不良心理^[11]。从不良反应发生率结果来看, 研究组与参照组数据无明显差异, 说明两种药物治疗后均会产生不同程度的不良反

(下转第 96 页)

结肠镜下冷圈套切除术对结肠微小息肉术后并发症及复发率的影响

郭爱霞

延安市博爱医院 消化内科 陕西延安 716000

摘要：目的：分析治疗结肠微小息肉患者时，采取结肠镜下冷圈套切除术的价值。方法：择本院2020年12月至2021年11月收治的90例结肠微小息肉患者，随机数字表法分对照组（行结肠镜下高频电凝电切术）、观察组（行结肠镜下冷圈套切除术），比较效果。结果：观察组息肉切除时间短于对照组[（1.57±0.22）min，（3.48±1.12）min， $t=11.225$ ， $P<0.05$]；观察组术中出血量少于对照组[（31.33±10.46）ml，（115.47±35.28）ml， $t=15.339$ ， $P<0.05$]；观察组hs-CRP水平低于对照组[（1.35±0.32）mg/L，（2.03±0.37）mg/L， $t=9.325$ ， $P<0.05$]；观察组TNF- α 水平低于对照组[（0.54±0.23）ng/L，（0.65±0.15）ng/L， $t=2.687$ ， $P<0.05$]；观察组IL-6水平低于对照组[（5.34±1.22）ng/L，（5.98±1.03）ng/L， $t=2.689$ ， $P<0.05$]；观察组并发症发生率低于对照组（2.22%，17.78%， $X^2=4.444$ ， $P<0.05$ ）；观察组复发率低于对照组（0.00%，26.67%， $X^2=13.846$ ， $P<0.05$ ）；观察组IL-33水平低于对照组[（40.32±5.47）pg·mL⁻¹，（55.18±7.19）pg·mL⁻¹， $t=8.105$ ， $P<0.05$]；观察组sST2水平低于对照组[（10.28±3.04）ng·mL⁻¹，（15.69±3.12）ng·mL⁻¹， $t=2.689$ ， $P<0.05$]；观察组每小时红细胞沉降率水平低于对照组[（13.74±4.30）mm，（17.20±5.88）mm， $t=2.689$ ， $P<0.05$]。结论：结肠微小息肉患者采取结肠镜下冷圈套切除术，具有高临床价值，能够提高治疗效果，改善患者临床症状，安全性高。

关键词：结肠微小息肉；结肠镜下冷圈套切除术；结肠镜下高频电凝电切术

结肠息肉属于临床一种常见的肠道疾病，患者在患病后较易发展为结肠癌。另外在结肠息肉患者展开治疗时，使用较为广泛的术式便是结肠镜下高频电凝电切术，操作较为简便，且手术操作时间短，安全性较高等优势。但患者若为无蒂息肉，切除效果较差，且术后患者可能会出现出血、穿孔等并发症。结肠镜下冷圈套切除术是近些年新兴的一种结肠息肉切除术，有学者在研究后提出，若患者结肠息肉直径在10mm以上时，该术式治疗效果显著。但目前对结肠微小息肉患者治疗方式存在一定争议，结肠镜下冷圈套切除术与结肠镜下高频电凝电切术的选择成为重要问题。基于此，本次研究择本院2020年12月至2021年11月收治的90例结肠微小息肉患者，分析结肠镜下冷圈套切除术的价值，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

对象：结肠微小息肉患者；时间：2020.12-2021.11；例数：90例。随机数字表法分观察组、对照组。观察组（45例）：男/女为25/20，年龄为58-79岁，平均（64.31±1.14）岁；Boston肠道准备评分为（7.65±1.42）分；息肉直径为（3.21±0.74）mm。对照组（45例）：男/女为27/18，年龄为56-84岁，平均（64.12±1.30）岁；Boston肠道准备评分为（7.28±1.31）分；息肉直径为（3.47±0.25）mm。两组基本资料一致， $P>0.05$ 。所有患者及家属对本次研究内容均知情同意，且本次研究经伦理委员会批准。

1.2 方法

所有患者在术前1d均进食流食，在晚餐后禁食禁水，与术前8h指导患者口服复方聚乙二醇电解质散2盒，进行肠道清洁处理。随后2名内镜医师实施手术。给予患者经鼻吸氧，利用结肠镜发现息肉后进行处理。对照组：结肠镜下高频电凝电切术，利用高频电凝电切进行息肉切除，功率设定为20w，每次持续的通电时间为3-5s。观察组：结肠镜下冷圈套切除

术，利用活检孔道，置入冷圈套，将息肉套取后，逐步收紧，勒除息肉。两组患者均将息肉进行病理检查。

1.3 观察指标

（1）手术情况。记录两组患者息肉切除时间（准备器材到收集标本完成时间）、术中出血量。

（2）炎症因子。采集患者干预前、后静脉血，离心处理后，利用全自动化学分析仪，使用化学发光法检测C反应蛋白（hs-CRP）、肿瘤坏死因子- α （TNF- α ）以及白细胞介素-6（IL-6）。

（3）并发症发生率与复发率。记录两组患者出现结肠穿孔、腹胀以及出血的例数，以及术后1年复发例数。

（4）实验室指标：观察两组患者红细胞沉降率。使用酶标免疫法、全自动血沉分析仪分析患者红细胞沉降率。观察两组患者血清白细胞介素（IL-33）、可溶性血清基质裂解素（sST2）。在空腹状态下抽取两组患者治疗前，以及治疗后外周静脉血3mL，置于抗凝管中，离心后将血清保存在EP管中，并将其放置于-80℃冰箱中保存。使用酶联免疫吸附实验（ELISA）实际，检测两组患者血清中IL-33、sST2水平，操作需严格按照说明书进行。其中人血清IL-33检测试剂盒是由北京百奥莱博科技有限公司购买，人血清sST2检测试剂盒是由上海江莱生物科技有限公司购买。

1.4 统计学分析

数据利用SPSS22.0分析，计量资料用 t 检验；计数资料用 X^2 检验。 $P<0.05$ 为有意义。

2 结果

2.1 手术情况

对比手术情况，观察组优于对照组， $P<0.05$ ，见表1。

表1 手术情况（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	息肉切除时间 (min)	术中出血量 (ml)
对照组	45	3.48±1.12	115.47±35.28
观察组	45	1.57±0.22	31.33±10.46
<i>t</i> 值		11.225	15.339
<i>P</i> 值		<0.001	<0.001

2.2 炎性因子

对比炎性因子, 干预前, 两组水平相似, $P>0.05$; 干预后, 与对照组比, 观察组更低, 见表 2。

表 2 炎性因子 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时 间	hs-CRP (mg/L)	TNF- α (ng/L)	IL-6 (ng/L)
观察组 (45 例)	干 预	3.36±0.51	1.84±0.35	11.28±1.56
	前			
	干 预	1.35±0.32	0.54±0.23	5.34±1.22
对照组 (45 例)	干 预	3.30±0.65	1.86±0.55	11.39±1.27
	前			
	干 预	2.03±0.37	0.65±0.15	5.98±1.03

表 4 实验室指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	IL-33 (pg·mL ⁻¹)	sST2 (ng·mL ⁻¹)	每小时红细胞沉降率 (mm)
观察组 (45 例)	干预前	127.69±22.31	54.31±14.27	36.49±10.22
	干预后	40.32±5.47	10.28±3.04	13.74±4.30
对照组 (45 例)	干预前	127.38±22.54	54.16±14.45	36.31±10.57
	干预后	55.18±7.19	15.69±3.12	17.20±5.88
组间对比 (干预前 <i>t</i> / <i>P</i> 值)		<i>t</i> =0.423, <i>P</i> =0.673	<i>t</i> =0.179, <i>P</i> =0.859	<i>t</i> =0.319, <i>P</i> =0.751
组间对比 (干预后 <i>t</i> / <i>P</i> 值)		<i>t</i> =8.105, <i>P</i> <0.001	<i>t</i> =2.336, <i>P</i> =0.023	<i>t</i> =2.337, <i>P</i> =0.022

3 讨论

作为临床上一种常见的恶性肿瘤, 结直肠癌患者发病机制因素较多, 其主要是多种因素长期作用而导致病发。现阶段我国经济发展速度不断加快, 人们的饮食习惯以及生活习惯都出现较大的变化, 而结直肠癌患者的数量则呈现逐年上升以及年轻化的趋势。结肠癌的发生经历息肉、腺瘤、癌变的演变过程。因此, 结肠息肉是一种结肠癌前病变。借助消化内镜的微创治疗手段已成为目前临床应用广泛的结肠息肉切除方法。

本研究结果显示, 观察组息肉切除时间短于对照组 [(1.57 ± 0.22) min, (3.48 ± 1.12) min, $t=11.225$, $P<0.05$]; 观察组术中出血量少于对照组 [(31.33 ± 10.46) ml, (115.47 ± 35.28) ml, $t=15.339$, $P<0.05$]; 观察组 hs-CRP 水平低于对照组 [(1.35 ± 0.32) mg/L, (2.03 ± 0.37) mg/L, $t=9.325$, $P<0.05$]; 观察组 TNF- α 水平低于对照组 [(0.54 ± 0.23) ng/L, (0.65 ± 0.15) ng/L, $t=2.687$, $P<0.05$]; 观察组 IL-6 水平低于对照组 [(5.34 ± 1.22) ng/L, (5.98 ± 1.03)

后

组间对比 (干预前 <i>t</i> / <i>P</i> 值)	<i>t</i> =0.487, <i>P</i> =0.627	<i>t</i> =0.206, <i>P</i> =0.837	<i>t</i> =0.367, <i>P</i> =0.715
组间对比 (干预后 <i>t</i> / <i>P</i> 值)	<i>t</i> =9.325, <i>P</i> < 0.001	<i>t</i> =2.687, <i>P</i> =0.009	<i>t</i> =2.689, <i>P</i> =0.002

2.3 并发症发生率及复发率

对比并发症发生率, 观察组低于对照组, $P<0.05$, 见表 3。

表 3 并发症发生率 (n, %)

分 组	例 数	结肠穿 孔	腹胀	出血	并发症发 生率	复发率
对 照 组	45	3 (6.67)	3 (6.67)	2 (4.44)	8 (17.78)	12 (26.67)
观 察 组	45	0 (0.00)	1 (2.22)	0 (0.00)	1 (2.22)	0 (0.00)
χ^2 值					4.444	13.846
<i>P</i> 值					0.035	<0.001

2.4 实验室指标

对比实验室指标, 干预前, 两组水平相似, $P>0.05$; 干预后, 与对照组比, 观察组更低, 见表 4。

ng/L, $t=2.689$, $P<0.05$]; 观察组并发症发生率低于对照组 (2.22%, 17.78%, $\chi^2=4.444$, $P<0.05$]; 观察组复发率低于对照组 (0.00%, 26.67%, $\chi^2=13.846$, $P<0.05$]; 观察组炎症因子水平低于对照组, $P<0.05$ 。

高频电凝电切术和冷圈套切除术是两种主要的微创治疗技术。但高频电凝电切术易导致组织严重坏死, 尤其是对小息肉 (直径<10mm) 的切除死亡率更高, 且无法准确判断术后息肉残留情况; 冷圈套切除术后能够立即看到创面, 对判断术后组织病理及息肉残留情况更为有利。而二者对微小息肉的切除效果比较研究较少。

冷圈套切除治疗效果较好, 具有较高的完整切除率, 冷圈套切除术在息肉切除过程中, 操作者将冷圈套器送入并套取息肉后即可机械性勒除息肉, 无需电凝烧灼, 可有效缩短切除时间, 使用更为方便快捷。冷圈套器切除术中需套取息肉周围 1~2mm 边缘的正常组织, 在收圈套时轻柔地向肠壁压下圈套, 更有利于将息肉切除完整, 减少术后复发, 而高频电凝电

术中需尽量避免套取多余的息肉周围组织,一旦套取后则需尽可能向肠腔内抬高圈套器,以防止电切时对肠壁造成损伤,从而导致切除范围缩小,影响息肉的切除效果,可增加术后复发的风险。此外,冷圈套切除术操作过程中注射生理盐水后,更有利于圈套器套取息肉后直接予以机械性勒除,还可观察到息肉切除处即刻创面,更能快速找到残留组织并予以再次切除。

综上所述,结肠微小息肉患者采取结肠镜下冷圈套切除术治疗,临床症状改善显著,值得推广。

参考文献:

- [1] 翟春颖,柯小丽,徐耀华,等. 结肠镜下高频电凝电切术与冷圈套切除术治疗结肠微小息肉的临床效果观察[J]. 结直肠肛门外科, 2021, 27(4): 360-363.
- [2] 柴晓霞,张秋丽. 结肠镜辅助下结直肠息肉切除术的临床效果及对患者术后疼痛、胃肠功能的影响[J]. 中国全科医学, 2020,23(S02): 181-183.
- [3] 李华铭,何亚红,朱伟琴,等. 冷圈套器息肉切除术在老年患者右半结肠小息肉内镜治疗中的应用[J]. 浙江医学, 2020, 42(14): 1464-1468+1569.
- [4] 邓超,吴素华,郭晓东,等. 门诊冷圈套器切除术治疗结直肠小息肉安全性与有效性的回顾性研究[J]. 重庆医学, 2021, 50(6): 987-990+995.
- [5] 李杨,汪胡根,蔡扶,等. 结肠息肉圈套器冷切除术后瞬时性出血风险因素分析[J]. 安徽医药, 2021, 25(8): 1505-1508.

(上接第 93 页)

应,但是均为轻度,差异不显著,不会对治疗疗效造成任何影响,进一步证实了氟哌噻吨美利曲辛片治疗躯体形式障碍较比盐酸帕罗西汀治疗有极强的针对性^[12]。

综上所述,躯体形式障碍选择氟哌噻吨美利曲辛片治疗其临床治疗效果明显优于盐酸帕罗西汀,不仅可将患者的不良情绪得以改善,同时对生活质量的提升和躯体因子的改善具有积极作用,同时也可将不良反应发生率显著减少,具有较高的可行性,值得进一步推广和实践。

参考文献:

- [1] 贾成奎. 盐酸帕罗西汀和氟哌噻吨美利曲辛片治疗躯体形式障碍的疗效和安全性分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017,4(84):16582-16583.
- [2] 王文娟,葛运芬,庞连杰,等. 盐酸帕罗西汀与氟西汀治疗躯体形式障碍的疗效及安全性比较[J]. 山东医药, 2015,55(41):87-88.
- [3] 姚艳苓. 盐酸帕罗西汀与氟西汀治疗躯体形式障碍的疗效及安全性比较[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2017,5(25):15-16.
- [4] 缪雪娜,江惠霞. 盐酸帕罗西汀与氟西汀治疗躯体形式障碍的疗效及安全性比较[J]. 慢性病学杂志, 2018(7).
- [5] 蒙向红,杨燕,李慧伟. 氟哌噻吨美利曲辛片联合劳拉西泮治疗躯体形式障碍的疗效分析[J]. 中国体视学与图像分析, 2016,21(3):340-343.
- [6] 赵娜. 氟哌噻吨美利曲辛片联合劳拉西泮治疗躯体形式障碍的疗

效分析[J]. 健康管理, 2020(32):156.

[7] 胡阳,欧阳文,刘贞,等. 结肠镜下高频电凝电切术与冷圈套切除术治疗结肠微小息肉效果对比[J]. 山东医药, 2020, 60(01): 58-60.

[8] 顾俊骏,李兴华. 胃镜镜下高频电圈套电切术对胃肠道较大息肉的近期疗效及并发症分析[J]. 现代消化及介入诊疗, 2020, 25(11): 1519-1521.

[9] 邵长江,赵昌东,王淑芳,等. 内镜下黏膜切除术治疗结肠粗蒂性息肉的临床效果及复发影响因素[J]. 临床误诊误治, 2021, 34(12): 59-63.

[10] 李敏哲,李康悦,沈荐,等. 腹腔镜右半结肠癌完整结肠系膜切除术后并发症的 Clavien-Dindo 分级及影响因素分析[J]. 中华胃肠外科杂志, 2020, 23(1): 51-55.

[11] 曹婷婷,陶国全,杨晓钟,等. 冷圈套切除术治疗 $\leq 1.0\text{cm}$ 结直肠息肉的有效性和安全性[J]. 中国内镜杂志, 2021, 27(5): 1-6.

[12] 李成坤,孟凡军. 内镜下黏膜切除术对老年患者胃肠道息肉切除后红细胞免疫功能、炎症因子影响[J]. 临床军医杂志, 2020, 48(9): 1024-1026.

[13] 孙海英,孙英智,焦海洋,等. 结肠镜下高频电凝电切术与冷活检钳息肉切除术治疗结直肠息肉患者的临床效果[J]. 医疗装备, 2022,35(06): 82-84.

效分析[J]. 健康管理, 2020(32):156.

[7] 王文娟,葛云芬,胡静云,等. 盐酸帕罗西汀与氟西汀治疗躯体形式障碍疗效及安全性对比研究[A]. 中华医学会航海医学分会航海康复医学专业委员会第一次学术会议论文集[C]. 2014:88-90.

[8] 徐志阳,张红娇,唐金彩. 三种不同方法治疗女性躯体形式障碍伴抑郁症状临床效果[J]. 中外医学研究, 2022,20(2):16-20.

[9] 王晓环,马占平,栗建辉,等. 文拉法辛联合度洛西汀治疗老年躯体形式疼痛障碍临床研究[J]. 中国药业, 2021,30(8):26-28.

[10] 黄佳茜,白新刚,郭鸿,等. 舍曲林联合重复经颅磁刺激治疗对持续性躯体形式疼痛障碍患者神经电生理的影响[J]. 精神医学杂志, 2021,34(5):391-395.

[11] BAWEJA, RAMAN, HALE, DANIEL E., WAXMONSKY, JAMES G.. Impact of CNS Stimulants for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder on Growth: Epidemiology and Approaches to Management in Children and Adolescents[J]. CNS drugs, 2021,35(8):839-859.

[12] K KELLER, J O'GRADY, B GORDON, et al. C - 18: An Informal Intervention to Promote Social Engagement Using Communication Technologies with an Adult with Level 3 Autism Spectrum Disorder[J]. Archives of clinical neuropsychology: the official journal of the National Academy of Neuropsychologists, 2018,33(6):703-794.

粉尘作业工人职业体检中肺功能检查的应用分析

哈志云 陈志云

宁夏第五人民医院职业病防治所 宁夏石嘴山市 753000

摘要：目的：探讨粉尘作业工人职业体检中肺功能检查的应用。方法：观察本院 2021 年 2 月至 2021 年 12 月期间接收的 820 例粉尘作业工人职业体检案例，随机分为对照组与观察组各 410 例，对照组运用常规检查，观察组添加肺功能检查，分析不同检查工作后检出率、检测结果、肺功能异常类型与比例等情况。结果：在患者 FVC、FEV1、FEV1/FVC、MVV、V25、V50 等肺功能检测结果上，观察组各项与对照组对比差异明显，有统计学意义 ($p<0.05$)；在患者肺功能异常检出率上，观察组为 27.07%，对照组 15.37%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。结论：粉尘作业工人职业体检中肺功能检查可以更好地提升肺功能异常检出率，在肺功能检测指标上会有明显的监测价值效果，更好的掌握患者肺功能变化状况。

关键词：粉尘作业工人；职业体检；肺功能检查；应用

工业粉尘作业促使有关工作人员在粉尘接触中出现肺部功能损害的可能性增加。由于长时间的接触与吸入粉尘，导致肺组织纤维化的状况更为明显，进而引发尘肺病，由此也促使有关职业病更为凸显，患者会合并存在限制性的通气功能障碍。在职业病防护方面的意识建立相对较晚，同时当下的执行力也相对不理想。整体的发展水平低，工作人员与管理人员方面对于粉尘作业的防护意识都相对较弱，由此导致与粉尘有关的职业病相对常见，对人们的生命健康构成威胁。要积极开展有关健康教育指导工作，同时也需要考虑肺功能检查工作的落实与效果优化。本文采集 820 例粉尘作业工人职业体检案例，分析运用肺功能检查后检出率、检测结果、肺功能异常类型与比例等情况，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

观察本院 2021 年 2 月至 2021 年 12 月期间接收的 820 例粉尘作业工人职业体检案例，随机分为对照组与观察组各 410 例，所有受检者均为男性。对照组中，年龄从 22 岁至 52 岁，平均 (36.74 ± 3.09) 岁；粉尘作业时长为 1 年至 23 年，平均 (12.87 ± 2.30) 年；观察组中，年龄从 22 岁至 54 岁，平均 (37.28 ± 5.16) 岁；粉尘作业时长为 1 年至 23 年，平均 (11.19 ± 4.26) 年；两组患者在基本年龄、性别、粉尘作业时长等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用常规检查，观察组添加肺功能检查，主要指标观察 FVC（用力肺活量）、FEV1（1s 用力呼气容积与用力肺活量比）、FEV1/FVC（1s 用力肺活量在用力肺活量占比）、MVV（每分钟的最大通气量）、V25（25% 肺活量最大呼气流量）、V50（50% 肺活量最大呼气流量）。

1.3 评估观察

分析不同检查工作后检出率、检测结果、肺功能异常类型与比例等情况。肺功能异常主要集中在阻塞性通气障碍、限制性通气障碍、混合性通气障碍等。检测结果主要集中在 FVC、FEV1、FEV1/FVC、MVV、V25、V50 等检测指标上。

1.4 统计学分析

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

2 结果

2.1 各组患者肺功能检测结果情况

见表 1，在患者 FVC、FEV1、FEV1/FVC、MVV、V25、V50 等肺功能检测结果上，观察组各项与对照组对比差异明显，有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 1： 各组患者肺功能检测结果 ($\bar{x}\pm s$)

分组	FVC (ml)	FEV1 (ml)	FEV1/FVC	MVV (ml)	V25	V50
观察组	80.48±3.76	80.14±4.25	104.72±2.47	91.25±3.86	151.67±36.02	76.28±15.29
对照组	85.97±4.16	83.87±5.66	99.58±3.78	95.62±4.01	144.67±32.17	71.62±13.26

注：两组对比， $p<0.05$

2.2 患者肺功能异常检出率情况

见表 2 所示，在患者肺功能异常检出率上，观察组为 27.07%，对照组 15.37%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 2： 患者肺功能异常检出率评估结果[n(%)]

分组	n	混合性通气障碍	限制性通气障碍	阻塞性通气障碍	肺功能异常
观察组	410	22 (5.37)	78 (19.02)	11 (2.68)	27.07%
对照组	410	13 (3.17)	42 (10.24)	8 (1.95)	15.37%

注：两组对比， $p<0.05$

3 讨论

长时间与粉尘接触的作业人员,需要定期做好肺功能检测。一般会运用肺功能检查仪器进行对应的呼吸指标检测,可以更好地了解呼吸系统疾病具体状况,而为后续的治疗提供参考依据。要积极地展开肺功能检查仪的应用,具有较好的操作性与适用性^[1]。可以对疾病临床治疗、预后评估与有关劳动能力鉴定形成对应的手段支持。

本研究中,在患者 FVC、FEV1、FEV1/FVC、MVV、V25、V50 等肺功能检测结果上,观察组各项与对照组对比差异明显,有统计学意义($p<0.05$)。可以发现,观察组患者由于长时间的接触粉尘作业,粉尘被吸入到支气管与肺泡内,进而通过巨噬细胞吞噬,而后长时间地停留在机体内,让呼吸性支气管狭窄与肺泡管阻塞等情况更为明显。在其疾病更为严重的情况下,会逐步出现支气管、肺泡管阻塞等问题,导致机体诱发多种炎症,让支气管壁上平滑肌、支气管弹力纤维组织受到一定压迫与受损^[2]。粉尘致敏性,会导致机体炎性分泌物分泌能力受到影响,甚至由此导致支气管管壁痉挛等,会构成肺部通气功能受损。本研究中,在患者肺功能异常检出率上,观察组为 27.07%,对照组 15.37%,对比有统计学意义($p<0.05$)。可以发现通过肺功能检查,可以更好地提升肺功能指标的异常发现,有关疾病检出率更高。这也说明,长时间接触粉尘作业环境,会导致患者吸入更多的粉尘,进而导致肺功能异常水平相对更高。

肺功能检查属于相对常规性的呼吸系统检查指标,检查结果可以更为直观地了解患者肺与气道病变、疾病预后、药物效果评估等有关支持^[3]。肺功能检查具体的指标项目较多,甚至不同的指标观察检测需要对应不同的仪器设备支持,具体的检查方法也多种多样^[4]。通常在肺功能检查中,需要专业医师做对应指导。检查中,需要配合医生有关口令,做好呼吸状态的调控。依据情况控制呼吸的时间、速度、节奏等,由此保证检查指标的全面有效性。职业体检中,粉尘作业的长期刺激会导致患者出现气胸、肺气肿等问题,由此导致限制性通气障碍的严重化。尘肺对小气道的影响较小,由此导致其周围气道阻力的提升,进而引发阻塞性通气障碍问题^[5]。尘肺病、职业接触粉尘等会导致患者肺通气功能受损与小气道功能敏感,进而导致患者肺部问题。职业体检是为了更好地了解有关作业人员存在的职业性健康损害与职业禁忌的问题,可以依据作业人员实际的职业病危害因素接触史,开展上岗前、在岗期间和离岗时的职业健康体检。具体职业健康检查项目、周期等都需要依据《职业健康监护技术规范》执行^[6]。肺功能检查是粉尘作业人员职业健康体检的项目之一,需要配合其他指标综合观察。高浓度的粉尘作业环境,会导致患者肺纤维化损害,导致肺弹性阻力明显提高,由此导致机体呼吸不畅。有关职业体检中,可以针对具体的职业病危害因素与健康损害的情况做有效的鉴定、评估与预测,可以更好地预防工人自身的职业损害,减少有关工作的风险性,保证工人的自身权益^[7]。

尘肺病属于职业病常见类型之一,一般属于接触粉尘作业人员常见疾病。引发职业病的常见因素与多方面有关,例如认知缺乏,缺乏自我保护

能力与意识等。甚至较多劳动者在用人单位提供有关防护用品后,仍旧以自身习惯为主,不做规范的防护,由此导致粉尘影响持续刺激,进而导致肺部疾病问题。在相关检查工作后,需要对照有关指标,做好受检人员的教育指导工作^[8]。尤其当下体检中心,会展开对应的健康管理工作的,积极地提供科学合理且针对个体情况的教育指导,规范其生活、工作习惯,提升其整体的健康意识与职业病防控能力。需要带动劳动者对有关职业病的重视程度,积极配合检查工作的开展,有效地反馈个人工作与生活习惯情况,辅助有关检查与健康管理工作开展,减少信息隐瞒与表述不全而导致的负面问题。要通过对劳动者职业病检查工作的数据与信息的收集整理,由此促使有关工作的逐步完善。

在职业健康检查工作中,需要对相关检查做基本的教育指导,让用人单位体检安排人员、劳动者对相关检查工作都有充分的知晓,由此提升用人单位和劳动者双方对职业健康体检工作的配合度,保证肺功能指标检查得到有序地推进。有关检查不会产生生理上的痛苦刺激,受检者的接受度较好,由此促使肺功能指标检查可以更顺利开展。例如进行鼻部的夹持来达到嘴部呼吸,而后依照医生的指令做呼吸的操作。在其操作中,需要保持鼻部得到充分的夹住,要习惯嘴部呼吸。要做好嘴部的有效管控,避免漏气。要依照医生的有效执行配合,减少操作不当导致的结果偏差。在进行呼吸操作中,要尽可能的最大吸气,而后依据医生的要求做最大力的呼气,避免力量的保留,要做好充分规范的引导与说明,让受检者有充分的认知,保证最终的落实效果。在检查方面还需要配合做好注意事项的管控,例如在肺功能检查之前的三天左右需要将使用的支气管扩张药物暂停,例如沙丁胺醇、吸入性糖皮质激素、氨茶碱等。在肺功能检查上要避免禁忌症,在检查之前需要进行胸部影像的检查,避免气胸对检查工作构成的影响。如果有心血管疾病与心功能不全等问题,也避免做肺功能检查。在检查之前的 2h 一般不建议进行大量的进食,同时在检查当天需要禁止咖啡、浓茶、可乐等饮料的饮用,同时在检查之前的一小时不能吸烟。检查前的半小时也不可以剧烈活动。检查时还需要配合做好身高体重的监测。如果患者自身在三个月内出现过休克、心梗,或者有严重心功能不全、心绞痛、咯血、癫痫发作、高血压控制不良,收缩压在 200mmHg 以上,舒张压在 100mmHg 以上,心率在 120 次/min,主动脉瘤等问题,都不适宜展开肺功能检查。如果有肺大疱、气胸,如果不准备手术,也不适宜展开肺功能检查。如果患者属于怀孕状况,不建议进行肺功能检查。当患者有鼓膜穿孔,如果需要肺功能检查,需要进行患侧耳道的堵塞操作防控。如果有传染病,也不建议进行肺功能检查。一般情况下,在检查之前,需要嘱咐患者对自身通气功能障碍做及时的报告,这样才能更好的辅助检查工作的开展。在检查之前,最好对体检工作有预先的通知。可以运用手机短信,发放健康宣教文章,或者电话通知,让受检者做好对应的检查准备,提升有关工作开展的有效性,避免检查之前不良行为对检查当天构成的干扰。一般肺功能检查时不要空腹检查,在空腹情况下膈肌运动相对自如,但是因

(下转第 116 页)

自动弹力线痔疮套扎吻合器治疗痔疮的临床效果研究

胡尊朋 徐会聪

山东省莒南县人民医院 276600

摘要：目的：对自动弹力线痔疮套扎吻合器治疗措施实施后，痔疮的治疗效果进行分析，研究患者手术时间、住院时间、不良反应、治疗有效率，评估上述措施的应用价值及可行性。方法：按照随机分组法，将我院接收的痔疮患者 56 例（样本开始：2021 年 01 月 01 日；结束：2022 年 05 月 21 日）作为此次评估对象，进行分组（两组）：研究组（28 例：自动弹力线痔疮套扎吻合器治疗）、对照组（28 例：混合痔外剥内扎术治疗），对以上治疗的实施价值进行对比。结果：研究组手术时间、住院时间短于对照组， $P<0.05$ ，对比分析有意义；研究组治疗有效率高高于对照组，对比分析有意义（ $P<0.05$ ）；研究组不良反应（术后疼痛、术后出血、创缘水肿）低于对照组， $P<0.05$ ，差异对比有意义。结论：自动弹力线痔疮套扎吻合器治疗安全性、可行性较高，可以帮助患者提升治疗效果，对抑制不良反应具有积极意义，缩短疾病恢复进程，对疾病预后具有较高价值。

关键词：自动弹力线痔疮套扎吻合器；痔疮；住院时间；不良反应；治疗有效率

痔疮发病率较高，是目前最常见的肛肠疾病之一^[1]。痔疮的症状包括疼痛或不适、排便期间或排便后出血、肛门周围的瘙痒或刺激。临床上对于 I-II 期痔疮，一般建议从三个方面（饮食、生活、药物干预治疗）优先考虑保守治疗。药物包括糖皮质激素、止痛药、血管收缩剂，有助于暂时缓解痔疮症状。对于更严重的痔疮(III-IV)，通常建议进行手术干预，包括吻合术、痔疮切除术、搭接术、痔疮动脉结扎术^[2-3]。最常用的手术方法是传统的痔疮切除术。痔疮切除术的主要缺点是术后并发症，如术后疼痛、尿潴留。考虑到这一缺点，临床开发了一种新的治疗方法，即自动弹力线痔疮套扎吻合器，对提升治疗效果，减少术后并发症的发生率具有积极意义^[4]。本文主要是对 2021 年 01 月 01 日-2022 年 05 月 21 日期间选取的 56 例痔疮患者为例，对上述治疗措施的实施价值进行分析，旨在为后续相关治疗工作提供指导。现具体为：

1 资料与方法

1.1 一般资料

以 56 例患者为研究对象（痔疮，研究开始、结束时间分别为 2021 年 01 月 01 日、2022 年 05 月 21 日），在随机分组下，分为研究、对照两组。

前者 28 例：病程 2-6 年，平均（4.23±1.15）年；年龄 20 岁-60 岁，平均（40.09±1.18）岁；男 15 例、女 13 例。后者 28 例：平均年龄（40.10±1.19）岁（年龄 21 岁-59 岁）；病程 1-6 年，平均（4.34±1.11）年；男 17 例、女 11 例。纳入 SPSS22.0 统计学： $P>0.05$ ，结果无意义，可以进行下一步分析。

纳入标准：（1）入选均符合痔疮指征；（2）在院伦理委员会批准下实施；（3）临床资料完整；（4）56 例患者及家属均自愿配合。

排除标准：（1）严重脏器病变（肾、肝、骨髓等）；（2）合并肺部、呼吸道感染；（3）肺功能检查禁忌证；（4）依从性差；（5）精神疾病；（6）中途退出研究；（7）意识、智力、语言障碍；（8）肺部手术史；（9）凝血功能异常者；（10）有生命危险的重症患者；（11）进行二次治疗的患者；（12）血液、自身免疫性疾病；（13）植入心脏起搏器的高龄心功能障碍者；（14）处于生理期的女性。

1.2 方法

对照组：混合痔外剥内扎术治疗，主要实施措施为：2%利多卡因（商品规格：10ml:0.173g；批准文号：国药准字 H20064856；生产厂家：上海旭东海普药业有限公司）和 0.9%氯化钠（包装规格：100ml:0.9g；批准文号：国药准字 H51021156；生产厂家：四川科伦药业股份有限公司）（1：1）20mL 作椎管内麻醉，在麻醉、常规肛门消毒后，于外痔底部作一“V”形切口，用血管钳钳夹外痔底部，剥离曲张的静脉团、结缔组织（在皮下静脉丛与括约肌之间）至齿线上（约 0.2cm），于钳下做“8”字贯穿缝扎（小圆针 7 号丝线，用大弯钳钳夹内痔底部），去痔核残端，残端保留约 0.5cm，将其推回肛内（同法处理其他痔核）。术后纱布受压绷带止血，住院期间使用阿片类镇痛药、非甾体抗炎感染药物，术后住院期间恢复日常护理。

研究组：对患者实施自动弹力线痔疮套扎吻合器治疗，具体实施方案为：自动弹力线痔疮套扎吻合器生产常见：威尔创（武汉）医疗科技有限公司。在麻醉、常规肛门消毒后，引导患者保持正确的体位状况（取左侧卧位），肛门范围插入肛管，自动弹力线痔疮套扎吻合器被放置在肛门窥镜的地方，组装自动弹力线痔疮套扎吻合器，连接，然后打开负压吸引装置。对准时吸入内痔及附近粘膜组织，手术时注意负压，当-0.08~-0.1mpa 时，扣动开关，释放压力，弹力线自动收紧套扎组织，剪断弹力线，通过打开负压装置释放负压，移除套扎器。根据患者的情况，常规切除外痔，术后进行包扎以防止出血。返回病房后，进行常规护理，预防感染（使用阿片类镇痛药、非甾体抗炎感染药物），缓解疼痛。

1.3 观察指标

对两组手术时间、住院时间进行分析及对比；研究两组患者不良反应发生情况，主要分析指标为：术后出血、术后疼痛、创缘水肿，计算不良反应发生率 $\{(\text{总发生例数}/\text{总例数}) \times 100.00\%\}$ ；对两组患者治疗有效情况进行分析，有效率 $= (\text{有效} + \text{显效}) / \text{总例数} \times 100\%$ ，将以下三种情况，即临床症状消失，创面愈合、上述指标状况显著改善、无变化甚至加重，分别设置为显效、有效、无效。

1.4 统计学分析

SPSS22.0 统计学软件（P 值评估： $P<0.05$ ，表示对比有意义）；56 例

数据资料〔计量资料（手术时间、住院时间）：T 检验；计数资料（不良反应、治疗有效率）： χ^2 检验，表现形式： $\bar{x} \pm s$ 、%〕。

2 结果

2.1 两组患者临床指标状况统计学数据分析显示：对照组各时间指标状况均长于研究组，统计学数据差异大，对比有意义（ $P < 0.05$ ）。具体见表一：

表一 两组手术时间、住院时间对比

组别	例数	手术时间（min）	住院时间（d）
研究组	28	30.26±1.34	4.55±1.24
对照组	28	33.68±1.26	8.25±1.33
T	-	9.8387	10.7670
P	-	0.0000	0.0000

2.2 两组患者治疗有效性情况统计学分析显示：对照组显效、有效、无效例数及占比分别为 8（28.57%）例、14（50.00%）例、6（21.43%）例，患者总治疗有效例数为 22（78.57%）例；研究组患者显效、有效、无效例数分别为 15 例、13 例、0 例，占比分别为 53.57%、46.43%、0.00%，患者总治疗有效例数为 28（100.00%）例；前者显著低于后者，统计学数据对比有意义（ $\chi^2=6.7200$ ， $P=0.0095$ ）。

2.3 两组患者不良反应情况统计学数据分析显示：研究组术后出血 0（0.00%）例、术后疼痛 1（3.57%）例、创缘水肿 0（0.00%）例，总不良反应发生例数为 1（3.57%）例；对照组术后出血、术后疼痛、创缘水肿发生例数及占比分别为 2（7.14%）例、3（10.71%）例、1（3.57%）例，总发生例数为 6（21.43%）例，前者不良反应发生率低于后者， $\chi^2=4.0816$ ， $P=0.0433$ ，统计学数据对比有意义。

3 讨论

痔疮在普通人群中很常见，分为内痔、外痔、混合痔，其病因尚不清楚，但肛门血管垫向下滑动被认为是最可能的解释^[5]。痔疮发生后多数伴有出血、血栓形成、粘液排出、脱垂、疼痛、瘙痒等症状。外痔起源于齿状线以下的外痔簇；内痔起源于齿状线以上的内痔簇。疾病发作与怀孕、膳食纤维含量低、慢性便秘、排便困难有关。通常，无症状或偶发症状不需要治疗，其发生也不需要侵入性治疗。

临床研究结果显示，自动弹力线痔疮套扎吻合器能显著提高临床疗效，缩短住院时间，安全可靠，不良反应少^[6]。原因深入分析：传统痔疮切除术手术时间长、并发症发生率较高、术后疼痛明显，令患者担心。虽然传统的痔疮切除术是完整的，但其主要的局限性会导致术后尿潴留、疼痛。随着临床医学的发展及进步，自动弹力线痔疮套扎吻合器的优势逐渐显现，患者疼痛较小，长期疗效较好。除此之外，自动弹性痔结扎装置得到了广泛的认可和推广，是一种改进原有缺陷的新型仪器产品^[7]。与传统痔疮结扎相比，其可以有效避免橡胶环变质的缺点，提高了结扎的性能；其次，由于使用了弹性材料，自动弹力线痔疮套扎吻合器可以最大限度地抑制、防止伤口出血，结扎强度更高、更牢固^[8]。除此之外，自动弹力线痔疮套扎吻合器可以在多个部位结扎，提升治疗效果。

本文研究结果显示，研究组手术时间、住院时间短于对照组，术后疼痛、术后出血、创缘水肿等不良反应发生率低于对照组，治疗有效率高于对照组（ $P < 0.05$ ）。其原因分析结果显示：与外剥内扎术相比，自动弹力线痔疮套扎吻合器可以减少患者术后并发症的发生，提升手术治疗患者的临床疗效，预后良好，安全性高，对缩短疾病恢复进程具有积极意义^[9]。

随着自动弹力线痔疮套扎吻合器的逐渐应用于推广，相关研究发现该措施的实施主要是在自动痔吻合机技术基础上进行改进的一种外科器械。相关学者将其优势总结为以下几个方面的内容^[10]：（1）自动弹力线痔疮套扎吻合器具有特殊的双层结构，表面摩擦力高，强度高。结扎后很难滑动或断裂；（2）当弹性线拍打痔核，牢固的将痔核套扎在弹力线内，环的内孔径可以逐渐减少拉弹性线，痔血管闭塞完全，痔核脱落后的部位创面面积小，对术后出血的抑制具有积极意义；（3）多结扎：可在同一水平面上进行多次结扎，结扎部位黏膜愈合后恢复光滑，上提肛垫效果明显，基本无残留瘢痕和异物组织；（4）弹性丝采用特殊聚合物材料，采用弹性线圈代替传统橡胶环，可避免传统橡胶环缺陷造成的不良后果，提高治疗效果。

综上所述，在实际手术过程中，自动弹性线痔疮结扎吻合器具有特殊的性能，手术效果简单，改善预后以上，可发挥良好的临床效果。此外，可减少不良反应的发生率，实施价值较高，各院可积极推广，创造最佳预后价值。

参考文献：

- [1] 苏其玲. 自动弹力线痔疮套扎术联合外剥内扎术与吻合器痔上黏膜环切术治疗重度环状混合痔的临床效果对比[J]. 吉林医学, 2022, 43(2): 346-347.
- [2] 黄兆健, 杨克敏, 方军, 等. 自动弹力线痔疮套扎术治疗 III、IV 期混合痔的临床疗效[J]. 江苏医药, 2022, 48(4): 364-367.
- [3] 黄玉宝, 陈至玉, 周雄. RPH 与 PPH 分别联合外剥内扎术治疗中重度混合痔高龄患者的手术分析[J]. 岭南现代临床外科, 2020, 20(4): 448-451, 455.
- [4] 王勇. RPH-4 和 PPH 治疗 III、IV 期混合痔合并直肠前突的效果比较[J]. 中外医学研究, 2022, 20(2): 32-35.
- [5] 林颖岚. 自动弹力线痔疮套扎吻合器治疗痔疮的疗效观察[J]. 医学理论与实践, 2018, 31(21): 3219-3220.
- [6] 刘志浩, 李奇. 自动弹力线痔疮套扎吻合器治疗痔的效果及安全性[J]. 大医生, 2021, 6(8): 81-83.
- [7] 徐一劲. RPH 联合外剥内扎术治疗重度混合痔的疗效及对肛门功能的影响[J]. 广州医药, 2019, 50(3): 45-47, 121.
- [8] 范雷涛, 孙源, 李春雨. RPH 联合外剥内扎和聚桂醇治疗混合痔的临床疗效[J]. 中国现代普通外科进展, 2021, 24(7): 564-567.
- [9] 种王斌, 冯沛滔, 王清奎. 自动弹力线痔疮套扎吻合器治疗低位带蒂直肠良性息肉的临床效果[J]. 临床医学研究与实践, 2020, 5(12): 58-60.
- [10] 曾志坚. 自动弹力线痔疮套扎吻合器治疗痔疮的效果及并发症发生率观察[J]. 中国现代药物应用, 2020, 14(13): 77-79.

布地奈德福莫特罗联合孟鲁司特钠治疗支气管哮喘的疗效及对炎症因子水平的影响

蒋秋月

柳州市潭中人民医院 广西柳州 545000

摘要：目的 探讨支气管哮喘患者采用孟鲁司特钠联合布地奈德福莫特罗治疗的临床效果。方法 纳入 50 例支气管哮喘患者为研究对象，患者资料收集时间在 2018 年 10 月至 2022 年 1 月，回顾性分析患者的临床资料，根据治疗方案的不同分为两组，对照组患者 25 例，单纯给予布地奈德福莫特罗治疗，研究组患者 25 例，联合给予孟鲁司特钠和布地奈德福莫特罗治疗，两组疗程均为 2 周，比较治疗前后两组炎症因子和肺功能指标的差异，评价患者治疗效果和安全性。结果 两组治疗前肺功能指标水平比较无明显差异 ($P>0.05$)；研究组治疗后肺功能各种指标水平均高于对照组 ($P<0.05$)。两组治疗前炎症因子水平比较无明显差异 ($P>0.05$)；研究组治疗后炎症因子水平均低于对照组 ($P<0.05$)。两组治疗总有效率比较无明显差异 ($P>0.05$)。两组不良反应发生率比较无明显差异 ($P>0.05$)。结论 孟鲁司特钠联合布地奈德福莫特罗治疗支气管哮喘患者不仅具有较高的安全性和有效性，还有助于降低患者机体炎症因子水平，提高患者的肺功能，临床治疗效果显著。

关键词：支气管哮喘；孟鲁司特钠；布地奈德福莫特罗；炎症因子；肺功能；不良反应

支气管哮喘是一种常见的呼吸系统疾病，以气道慢性炎症性反应为特征，呼吸困难、喘息和咳嗽为典型症状，具有反复发作、迁延难愈的特点，对患者正常的生活与工作造成严重影响^[1]。目前，支气管哮喘患者的病程可分为急性发作期、慢性持续期和缓解期三个阶段，如何减少哮喘病急性发作的次数，控制其病情发展是临床对于该疾病的研究重点^[2]。常规的抗炎平喘等治疗虽可以缓解患者的临床症状，但却无法促进患者肺功能的恢复，更因治疗周期较长，使得患者治疗的依从性并不理想，继而影响患者的预后^[3]。布地奈德福莫特罗作为一种复方制剂，充分结合糖皮质激素和 β_2 受体激动剂的临床优势，是近年来哮喘患者治疗的常见药物，临床效果显著^[4]。然而支气管哮喘的发病机制较为复杂，单一使用该药物的临床效果相对有限。孟鲁司特钠属于白三烯受体拮抗剂，白三烯作为一种炎症介质，其对支气管平滑肌的收缩作用要强于组胺等物质 1000 倍，在哮喘发作时的气道炎症反应过程中起到重要作用^[5]。有文献证实^[6]，孟鲁司特钠联合布地奈德福莫特罗治疗支气管哮喘患者相较于单一用药而言可以显著提高患者的临床疗效。本研究为验证两种药物联合治疗的安全性和有效性，现对近 5 年来 50 例支气管哮喘患者的临床资料进行回顾性分析，报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入支气管哮喘患者 50 例，资料收集时间在 2018 年 10 月至 2022 年 1 月。研究对象纳入标准：①符合《支气管哮喘基层诊疗指南》诊断标准^[7]；②研究对象年龄 ≥ 18 岁；③处于急性发作期患者，病症发作时间未超过 3d；④哮喘严重程度为轻度和中度患者。排除标准：①合并其他呼吸系统疾病；②对治疗用药过敏；③处于妊娠期和哺乳期的女性患者；④心脑、肝肾等重要脏器存在病变；⑤临床资料不完整。根据治疗方案的不同将研

究对象分为对照组 ($n=25$) 和研究组 ($n=25$)，两组资料经对比提示 $P>0.05$ ，有可比性 (见表 1)。研究的开展已获得院方伦理委员会的批准。

表 1 一般资料比较

组别	例数	性别 (例)		年龄 (岁)	病程 (年)	哮喘严重程度 (例)	
		男	女			轻度	中度
对照组	25	15	10	45.96 $\pm$ 5.71	4.52 $\pm$ 1.07	18	7
研究组	25	13	12	46.12 $\pm$ 6.33	4.55 $\pm$ 1.10	16	9
χ^2/t		0.325		0.094	0.098	0.368	
P		0.569		0.926	0.923	0.544	

1.2 方法

两组均给予抗炎、平喘、止咳、吸氧和维持电解质等基础治疗。在此基础上，对照组给予瑞典 AstraZeneca AB 生产的布地奈德福莫特罗吸入粉雾剂 (II) [国药准字 HJ20160447；规格：(320 μ g+9 μ g)*60 吸]治疗，每日 2 次、每次 1 吸，经口吸入。研究组在对照组基础上增加选用 Merck Sharp & Dohme Ltd. (U.K.) 生产的孟鲁司特钠片 (国药准字：J20130047；规格：10mg*5s) 治疗，每日 1 次、每次 1s，睡前口服治疗。两组均持续治疗 2 周。

1.3 观察指标

①分别于治疗前和治疗 2 周后测定患者的肺功能指标，检测设备选用日本美能便携式肺功能检查仪 (国械注进：20162071982；型号：AS-507)，测定指标包括最大呼吸量 (FVC)、第 1 秒用力呼气量 (FEV₁)、FEV₁/FVC 和最大呼气峰流速 (PEF)，比较两组差异。②分别于治疗前和治疗 2 周后

测定患者的炎症因子水平，检测设备选用英诺华全自动生化分析仪（苏械注准：20172402197；型号：DI-602），检测方式采用酶联免疫吸附试验，测定指标包括白细胞介素 6（IL-6）、白细胞介素 17（IL-17）、白细胞介素 33（IL-33）和 C 反应蛋白（CRP），比较两组差异。③统计两组治疗的不良反应，比较两组发生率的差异。

1.4 疗效判定标准

根据治疗后临床症状和 FEV₁ 水平改善情况评价患者的治疗效果，以 FEV₁ 较治疗前增加 20%~30%，临床症状基本消失代表显效；以 FEV₁ 较治疗前增加 10%~19%，临床症状明显好转代表有效；未满足上述标准者

代表无效；以前两者相加的百分比代表总有效率，比较两组差异^[8]。

1.4 统计学方法

经 SPSS23.0 软件处理研究数据，计量资料行 *t* 检验，以 $\bar{x} \pm s$ 形式表示；计数资料行 χ^2 检验，以 *n*(%)形式表示；以 *P*<0.05 代表该项资料有

2 结果

2.1 肺功能比较

两组治疗前肺功能指标水平比较无明显差异（*P*>0.05）；研究组治疗后肺功能各种指标水平平均高于对照组（*P*<0.05），见表 2。

表 2 肺功能比较[$\bar{x} \pm s$]

组别	FVC（L）		FEV ₁ （L）		FEV ₁ /FVC（%）		PEF（L/s）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组（n=25）	1.65±0.27	1.77±0.30	2.10±0.22	2.57±0.32	51.59±4.28	57.74±4.06	3.42±0.58	4.71±1.22
研究组（n=25）	1.64±0.28	2.01±0.31	2.11±0.23	2.89±0.35	51.63±4.30	64.82±4.15	3.45±0.61	5.68±1.25
<i>t</i>	0.129	2.782	0.157	3.374	0.033	6.097	0.178	2.777
<i>P</i>	0.898	0.008	0.876	0.001	0.974	0.001	0.859	0.008

2.2 炎症因子水平比较

炎症因子水平平均低于对照组（*P*<0.05），见表 3。

两组治疗前炎症因子水平比较无明显差异（*P*>0.05）；研究组治疗后

表 3 炎症因子水平比较[$\bar{x} \pm s$]

组别	IL-6（ng/L）		IL-17（pg/ml）		IL-33（ng/L）		CRP（mg/L）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组（n=25）	42.96±5.74	28.89±4.50	38.64±5.07	30.55±4.29	189.85±20.43	142.65±18.47	7.59±1.42	4.99±0.75
研究组（n=25）	43.02±5.82	19.13±3.73	38.72±5.20	23.24±3.91	189.56±21.25	108.64±15.94	7.62±1.58	3.52±0.61
<i>t</i>	0.037	8.349	0.055	6.297	0.049	6.970	0.071	7.603
<i>P</i>	0.971	0.001	0.956	0.001	0.961	0.001	0.944	0.001

2.3 治疗效果比较

χ^2

0.000

两组治疗总有效率比较无明显差异（*P*>0.05），见表 4。

P

1.000

表 4 治疗效果比较[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	25	8	11	6	19(76.00)
研究组	25	13	10	2	23(92.00)
χ^2					1.339
<i>P</i>					0.247

2.4 不良反应比较

两组不良反应发生率比较无明显差异（*P*>0.05），见表 5。

表 5 不良反应比较[n(%)]

组别	例数	头晕	失眠	恶心	心律失常	发生率
对照组	25	2	1	1	0	4（16.00）
研究组	25	1	1	1	0	3（12.00）

3 讨论

支气管哮喘作为一种常见的呼吸系统疾病，具有起病急、病情难以根治以及各年龄段均可发病的特点，加之该疾病复杂的发病机制，使得常规的抗炎、平喘等治疗措施难以达到理想的治疗效果。糖皮质激素是目前临床用于治疗哮喘最常见药物，凭借其强效的抗炎、免疫抑制等功效几乎适用于任何类型的变态反应性疾病，但单一长期用药容易出现激素抵抗现象，导致治疗效果并不理想^[9]。布地奈德福莫特罗是一种由糖皮质激素布地奈德和 β_2 受体激动剂福莫特罗组成的复方制剂，前者可以有效阻止支气管平滑肌的收缩，发挥显著的局部抗炎功效；后者则具备持久的支气管扩张作用，二者结合时前者可以增强后者的功效，后者可以增强机体对前者敏感性，彼此相辅相成，控制支气管哮喘患者的病情进展，改善患者的病症^[10]。经研究发现^[11]，气道高反应性和气道阻塞是支气管哮喘的主要发病机制，致病的主要原因与炎性介质白三烯大量释放有关，抑制白三烯合成

也成为减轻支气管哮喘患者病情的重要手段。

经本研究发现,研究组治疗后研究组治疗后肺功能各种指标水平高于对照组 ($P<0.05$),该研究结果与邬奇翰^[12]研究结果大致相同,由此可见,孟鲁司特钠联合布地奈德福莫特罗治疗支气管哮喘患者可以有效促进其肺功能的恢复。究其原因可以发现,孟鲁司特钠属于长效白三烯受体拮抗剂,可以有效调节呼吸道的传入感受器,抑制白三烯及其受体的结合,并通过减少支气管黏膜分泌物,松弛呼吸系统平滑肌进而解除患者气道受阻的情况,缓解患者的病情,减轻憋喘、气促等表现;不仅如此,孟鲁司特钠经口服治疗后还具有较高的生物利用度,促进药效的快速吸收,发挥显著的阻断能力,使得患者在短时间快速改善相关表现。当其布地奈德福莫特罗联合治疗时可以快速缓解患者支气管痉挛症状,减少支气管渗出物的同时有效扩张患者的支气管,从而提高患者的肺功能。此外,支气管哮喘属于一种典型的炎症反应疾病,患者病情的严重性很大程度上取决于炎症因子水平的高低。在本研究中,研究组治疗后炎症因子水平均低于对照组 ($P<0.05$),与吴坚^[13]研究结果基本一致,由此可见,联合治疗更有利于降低患者机体的炎症水平。究其原因可以发现,布地奈德具有局部强效的抗炎作用,可以通过减少过敏介质释放发挥抑制机体免疫反应的作用,同时布地奈德还可以通过抑制磷脂 E-A2 的合成来间接抑制 CRP 等炎症因子的表达,减轻气道的炎症反应。有研究指出^[14],在支气管哮喘发病初期阶段,白三烯可以凭借其良好的介导作用使得炎症细胞聚集在患者的气道处,不仅促使气道重构,更引发支气管的高反应性。此时在布地奈德福莫特罗治疗基础上继续给予孟鲁司特钠可以发挥可以有效阻断白三烯与其受体的结合,既抑制嗜酸性和嗜碱性粒细胞的分泌,降低气道的高反应性,又减轻支气管的炎症反应,从多途径、多重作用机制发挥协同增效的作用,有效降低炎症因子水平。除此以外,本研究还发现,两组不良反应发生率比较无明显差异 ($P>0.05$),由此可见,联合治疗并不会增加药物治疗的不良反应,与唐文慧^[15]研究结论一致,但不同的是,本研究中对照组和研究组患者治疗总有效率比较并不具有统计学意义 ($P>0.05$),推测其原因可能与研究样本较少有关,想要进一步展现联合治疗与单一用药在疗效方面的差异还需进一步扩大样本容量,加之本研究为回顾性分析,未对患者进行长期追踪随访,无法采集到患者哮喘复发的相关信息,在今后的研究中还需进一步完善研究方案,开展多中心、前瞻性随机对照研究。

综上所述,布地奈德福莫特罗治疗支气管哮喘患者可以发挥显著的抗炎和持久的支气管扩张作用,在此基础上继续联合孟鲁司特钠治疗可以多途径、多重作用机制发挥协同增效的作用,进一步降低炎症因子水平,改善患者的肺功能,同时减少不良反应的发生,提高患者临床治疗效果,保障患者的治疗的有效性和安全性,值得临床推广应用。

参考文献:

[1]陈垣,陈华妹,肖一佳,等.特布他林联合孟鲁司特钠治疗支气管哮喘

患者效果及对炎症因子和呼吸力学的影响[J]. 疑难病杂志,2020,19(1):26-29,35.

[2]迟春天,周建,张明春.布地奈德福莫特罗联合孟鲁司特钠对支气管哮喘急性发作期患者血清 eotaxin-2、IL-33 水平的影响[J].实用药物与临床,2021,24(12):1087-1090.

[3]周斌,彭淑梅,何敬华,等.孟鲁司特钠联合普米克令舒治疗小儿支气管哮喘急性发作的疗效及对患儿炎症因子和免疫功能的影响[J].海南医学,2021,32(1):53-56.

[4]秦粉粉,秦茜,拜博.孟鲁司特钠联合福莫特罗干粉吸入剂治疗小儿支气管哮喘的临床疗效观察[J].贵州医药,2022,46(4):559-561.

[5]李桂仙,李立维,李倩.孟鲁司特钠布地奈德福莫特罗粉吸入剂联合应用治疗咳嗽变异性哮喘的临床疗效[J].山西医药杂志,2018,47(2):165-166.

[6]张蓉,赵家义,韩一平,等.孟鲁司特钠联合布地奈德福莫特罗粉吸入剂治疗支气管哮喘的临床疗效观察[J].药学服务与研究,2018,18(4):292-295.

[7]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.支气管哮喘基层诊疗指南(2018 年)[J].中华全科医师杂志,2018,17(10):751-762.

[8]李静.孟鲁司特钠联合布地奈德对支气管哮喘患儿神经生长因子的影响[J].中国药业,2021,30(13):87-89.

[9]郑子恢,潘慧杰,张亚同,等.孟鲁司特钠片联合沙美特罗替卡松吸入气雾剂治疗老年中重度支气管哮喘有效性和安全性的系统评价[J].中国医院用药评价与分析,2021,21(10):1227-1234,1240.

[10]韩冰,李静,张京,等.孟鲁司特钠联合福莫特罗干粉吸入剂治疗小儿支气管哮喘临床评价[J].中国药业,2020,29(16):76-79.

[11]陆玮芬,吴娟,陈春荣.布地奈德吸入联合孟鲁司特钠口服对支气管哮喘患儿气道功能重塑和免疫球蛋白水平的影响[J].中国妇幼保健,2022,37(2):255-258.

[12]邬奇翰,邱蕾,吴杰.孟鲁司特钠联合布地奈德福莫特罗粉吸入剂治疗支气管哮喘急性发作的疗效及对炎症的影响[J].广东医学,2022,43(3):380-383.

[13]吴坚,吕世文.孟鲁司特钠辅助治疗小儿支气管哮喘的疗效及对免疫功能及炎症细胞因子水平的影响[J].重庆医学,2020,49(12):1979-1983.

[14]钱利荣.孟鲁司特钠对支气管哮喘患儿常规治疗的疗效影响[J].中国基层医药,2020,27(11):1331-1334.

[15]唐文慧,张伟,李春梅.布地奈德福莫特罗联合孟鲁司特钠治疗支气管哮喘的疗效及对炎症因子水平的影响[J].医学综述,2020,26(12):2493-2497.

早期康复运动指导在急性心梗 PCI 术后患者的应用效果

林亮君

汕头大学医学院第二附属医院 广东汕头 515000

摘要: 目的 评价急性心梗患者经皮冠状动脉介入治疗(percutaneous coronary intervention, PCI)术后开展早期康复运动的效果。方法 选取 2017 年 1 月到 2021 年 6 月 462 例急性心梗 PCI 术后患者作为研究对象, 根据不同康复护理措施分成研究组和对照组, 两组各 231 例。对照组患者为常规术后护理干预, 研究组在对照组基础上应用早期康复运动干预。结果 干预后, 研究组患者 SAS、SDS、LVEF 水平与对照组相比, $P < 0.05$ 。研究组腹胀、腰背酸痛、腰背、排尿困难发生率均低于对照组, $P < 0.05$ 。研究组患者住院时间低于对照组, $P < 0.05$ 。结论 急性心梗 PCI 术后开展早期康复运动能有效提升 LVEF 水平, 改善患者负面情绪, 住院时间缩短。

关键词: 急性心梗; PCI; 早期; 康复运动

Effect evaluation of early rehabilitation exercise after PCI for acute myocardial infarction

Lin Liangjun

The Second Affiliated Hospital of Shantou University School of Medicine, Shantou, Guangdong 515000

[Abstract] Objective To evaluate the effect of early rehabilitation exercise after percutaneous coronary intervention (PCI) in patients with acute myocardial infarction. Methods 462 patients with acute myocardial infarction after PCI from January 2017 to June 2021 were selected as the research objects. They were divided into study group and control group according to different rehabilitation nursing measures, with 231 cases in each group. The patients in the control group received routine postoperative nursing intervention, while the patients in the study group received early rehabilitation exercise intervention on the basis of the control group. Results after the intervention, the levels of SAS, SDS and LVEF in the study group were significantly higher than those in the control group ($P < 0.05$). The incidence of abdominal distension, low back pain, low back and dysuria in the study group was lower than that in the control group ($P < 0.05$). The hospitalization time of patients in the study group was lower than that in the control group ($P < 0.05$). Conclusion early rehabilitation exercise after PCI for acute myocardial infarction can effectively improve the level of LVEF, improve the negative emotions of patients, and shorten the hospital stay.

[Key words] Acute myocardial infarction; PCI; early stage; rehabilitation exercise

急性心梗作为临床中常见的一种急重症, 具有发病急、进展迅速、病死率高等特征, 对患者的身心健康具有严重影响^[1]。随着近年来医疗技术的提升, 经皮冠状动脉介入治疗(PCI)技术不断完善和成熟, 急性心梗患者的生存率也有显著提高, 已成为患者临床治疗的首选方案^[2]。康复运动是促进急性心梗患者 PCI 术后功能恢复的重要措施, 对于提升患者生活质量有重要意义。本文特分析了急性心梗 PCI 术后早期康复运动的临床效果, 现将结果报道如下。

1 受试对象与方法

1.1 受试者资料

选取 2017 年 1 月到 2021 年 6 月 462 例急性心梗 PCI 术后患者作为研究对象, 根据不同康复护理措施分成研究组和对照组, 两组各 231 例。研究组患者中男女构成比为 146:85, 年龄 39-74 岁, 平均 (59.2 ± 9.3) 岁; 文化程度: 初中及以下 47 例, 高中 98 例, 大专及以上 86 例。对照组患者中男女构成比为 143:88, 年龄 42-70 岁, 平均 (58.7 ± 8.4) 岁; 文化程度: 初中及以下 49 例, 高中 99 例, 大专及以上 83 例。两组患者男女构成比、平均年龄及文化程度相比, $P > 0.05$ 。

1.2 病例入选标准

462 例患者均由笔者所在科室收治, 均为急性心梗首次急诊行 PCI 术后病情稳定的患者, 符合 WHO 制定的急性心梗相关诊断标准^[3], 患者及家属均知情且自愿参与本研究。排除语言能力丧失、依从性差等患者。

1.3 方法

对照组患者为常规术后护理干预, 包括疾病宣教、饮食指导、用药指导、心理护理等。研究组在对照组基础上应用早期康复运动干预, 包括: ①康复运动准备: 对患者运动前现状进行评估, 包括心率、呼吸、收缩压、舒张压等, 运动禁忌: 静止状态时心率超过 120 次/分, 呼吸频率超过 30 次/分, 舒张压超过 110mmHg 或收缩压超过 180mmHg^[4]。②指导腹式深呼吸: 指导患者将双手置于胸腹部, 鼻子缓慢吸气, 然后用嘴缓慢呼气, 伴发“f”音。在术后 1-2d 时, 每次做 3-4 个深呼吸, 2 次/d; 之后为 3-5min/次, 2 次/d。③指导举臂握拳运动: 患者胸背部保持直立, 视线平视前方, 将双臂向前伸直, 进行握拳运动联系, 10 次/组, 连续 2-3 组/d。④抬腿屈膝练习: 指导患者双腿并拢, 进行抬腿屈膝运动联系, 注意膝关节应尽量靠近身体。每条腿做 5 次/组, 连续做 2-3 组, 两腿交替进行, 2 次/d。⑤抬脚尖运动: 指导患者双腿自然向前伸直, 确保足尖绷直, 足跟固定, 然后朝小腿方向缓慢靠近。10 次/组, 连续做 2-3 组, 2 次/d。⑥床下运动: 从第 3d 开始, 病情平稳、体力允许的患者, 可协助在床边站立或活动, 并在心电监护条件下步行约 30m; 第 4d 开始, 可在家属陪同下室内或短距离活动, 步行距离在 50-100m, 并进行监护下步行 6min 试验; 第 5d 开始, 在家属陪同下活动, 步行距离在 200-300m, 并进行监护下步行 12min 试验; 第 6-7d 开始, 由家属陪同在病区内活动。

1.4 观察指标

分别于患者干预前后采用焦虑自评量表(SAS)^[5]、抑郁自评量表(SDS)^[6]评价患者负面情绪,得分越高说明负面情绪越严重。心脏彩超监测左心射血分数(LVEF),记录患者住院时间。

1.5 统计学分析

本次研究中数据的收集和处理均由笔者本人完成,并初步以 Epi Data3.1 软件进行校正。后纳入 SPSS20.0 统计学处理软件;计数资料以“n(%)”形式录入,采取 χ^2 检验;符合正态分布的计量资料以“ $\bar{x} \pm s$ ”形式录入,采取 t 检验;检验水准: $P < 0.05$ 示数据比较结果差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者负面情绪、LVE 的分析

干预前,两组患者 SAS、SDS 评分水平相当, $P > 0.05$;干预后,研究组患者 SAS、SDS、LVEF 水平与对照组相比, $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 对两组患者负面情绪、LVEF 的较的比较[n(%)]

组别	例数	SAS		SDS		LVEF (%)
		干预前	干预后	干预前	干预后	
研究组	231	61.8±5.5	49.8±3.6	55.4±4.2	40.6±3.5	57.5±6.4
对照组	231	62.1±5.8	59.7±4.3	55.1±4.9	54.3±4.6	48.7±7.4
t 值	-	0.570	26.831	0.707	36.024	13.671
P 值	-	0.569	<0.05	0.480	<0.05	<0.05

2.2 两组患者术后并发症情况比较

本研究中患者主要并发症有腹胀、腰背酸痛、腰背、排尿困难、穿刺点淤血,研究组腹胀、腰背酸痛、腰背、排尿困难的发生率均低于对照组, $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 对两组患者术后并发症的比较[n(%)]

组别	例数	腹胀	腰背酸痛	烦躁失眠	排尿困难	穿刺点淤血
研究组	231	14 (6.1)	42 (18.2)	35 (15.2)	31 (13.4)	4 (1.7)
对照组	231	55 (23.8)	129 (55.8)	97 (42.0)	79 (34.2)	19 (8.2)
χ^2 值	-	28.640	70.274	40.770	27.491	10.295
P 值	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 患者住院时间分析

研究组患者住院时间为 (6.1±1.3) d, 对照组为 (10.3±2.6) d, 组间相比 $t=21.960$, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。

3 讨论

急性心梗是冠状动脉病变基础上出现的血供减少或者中断,造成心肌长时间的、严重缺血而致的一种心肌坏死。中国心血管病报告(2014)统计显示^[6],我国城市居民致死首要因素的就是心血管疾病,且我国每年的新发急性心梗例数约 60 万,且发病年龄越来越趋于年轻化。急性 ST 段抬高型心肌梗死(STEMI)诊断和治疗指南(2019)^[7]提出,能在 120min 内转

运至医院 PCI 中心并完成 PCI 治疗的已确诊 STMEI 患者,应首选 PCI 治疗。有研究认为^[8],经治疗后的急性心梗患者出院后,无论是生理还是心理上,都难以快速适应家庭和社会生活。传统观点认为,急性心梗患者 PCI 术后至少需绝对卧床 1 周以上,也需限制日常活动。但越来越多的学者认为,绝对卧床休息会降低急性心梗患者肺通气功能,肺部感染几率增加,还可能引起静脉血栓、便秘等并发症,患者预后不良。因此,急性心梗 PCI 术后早期康复成为目前关注的重点。

PCI 术后早期康复运动能够提高心血管的工作效率、冠脉血流的储备能力等,有利于机体恢复,最大程度降低冠脉狭窄的再发生率。邵利辉等^[9]学者研究认为,PCI 术后早期康复能够有效改善冠心病患者心脏康复水平,改善患者心理状态,有效提升生活质量、社会功能等作用。本研究通过在急性心梗 PCI 术后患者中应用于干预后,研究组患者 SAS、SDS、LVEF 水平与对照组相比, $P < 0.05$ 。这可能与早期康复运动先对患者进行低强度锻炼,能够有效刺激运动神经元,增强兴奋性,然后增加运动强度,能够强化代谢量和运动负荷,提高心功能储备,最终有效改善患者心功能;且通过早期康复运动能够转移患者注意力,促进患者参与康复的主动性,改善负面情绪。研究组腹胀、腰背酸痛、腰背、排尿困难的发生率均低于对照组, $P < 0.05$ 。提示,早期康复运动降低了 PCI 术后并发症。这可能是通过早期康复运动改善了患者体位,促使腰背部肌肉放松,避免了长时间保持体位引起肌肉僵直,最大程度降低了患者术后并发症。此外,研究组患者住院时间低于对照组, $P < 0.05$ 。提示早期康复运动有利于患者术后康复,缩短了患者住院时间。

综上所述,早期康复运动能够有利于改善急性心梗患者 PCI 术后的负面情绪、LVEF 水平,减少了术后并发症,住院时间更短。

参考文献:

- [1] 张晓璇,陈名桂,孔丽丽,等.43 例急性心肌梗死 PCI 术后患者坐式八段锦锻炼护理[J].护理学报,2019,26(19):63-65.
- [2] 邵菊香.早期心脏康复训练对急性心肌梗死行 PCI 术后疗效及预后的影响[J].护理实践与研究,2019,16(23):47-49.
- [3] 梁林楠,崔玉芳,虞彬.早期康复对经桡动脉行急诊 PCI 的急性心梗患者左室射血分数及运动耐量的影响[J].实用临床医药杂志,2017,21(8):5-7.
- [4] 郭旭,贾英.心脏运动康复对急性心肌梗死经皮冠状动脉介入术后患者心功能及生活质量的影响研究[J].中国医疗器械信息,2019,25(12):44-45.
- [5] 齐建华,迟锦玉.急性心肌梗死患者行经皮冠状动脉介入术后早期心脏康复护理效果研究[J].河北医药,2019,41(17):2713-2716.
- [6] 高润霖.《中国心血管病报告 2014》(心血管病危险因素部分)[J].中华医学信息导报,2015,30(16):15.
- [7] 急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南(2019)[J].中华心血管病杂志,2019,47(10):766-783.
- [8] 桑海燕,赵冬梅,曾红.早期家庭运动康复改善心肌梗死患者心功能疗效分析[J].长春中医药大学学报,2019,35(4):777-780.
- [9] 邵利辉,王艳娟,李敏,等.PCI 术后早期康复对冠心病患者心脏康复的作用研究[J].心血管康复医学杂志,2019,28(5):571-575.

浅谈特需门诊中的职业素养

刘春

四川大学华西第二医院特需门诊 四川成都 610000

摘要:在不断发展的今天,逐渐出现了特需门诊这一特殊部门。特需门诊对于现有的各门诊而言,有着无法替代的作用和地位。为探究特需门诊的异性、服务群体、以及门诊的规范要求,笔者将一一进行叙述,介绍。

关键词:特需门诊;服务质量;患者需求;有效沟通

随着当前社会水平的提高,人们的生活质量也逐渐上升,对于就诊也有了新的需求。人们开始关注起医院就诊的环境、档次以及服务水平。特需门诊就是为了顺应新时代人们的需求而设立的高质量就诊部门,同时也是适应社会、经济、文化发展和不同消费阶层人群需求的特殊医疗服务。作为医院高质量的服务窗口,特需门诊不仅代表着医院的整体形象,更代表了医院的最高服务水平^[1]。因此特需门诊的护士需要具备比普通门诊护士更高、更全面的职业素养。由于特需门诊在我国各医疗机构的设立时间较短,在实际服务当中仍有不足,因此为探讨特需门诊中需要的职业素养,本文从多个方面进行分析并总结。

一、特需门诊工作的特异性

(1)与普通门诊护理对象之间存在很大差异。特需门诊指在满足社会生活中一些特殊群体对医疗护理的更高需求。在服务要求、文化水平和语言方面存在很大差异。有受过高等教育的专家学者,有受医院名声吸引的外国朋友,有受教育程度较低的老板和农民。因此,他们对疾病的病因、治疗和预后的认识也不同。

(2)对医疗环境要求高。由于医疗费用高昂,每位患者都希望有一个温暖、宽敞、干净的医疗环境,减少等待时间,保护个人隐私,满足他们的健康问诊需求。

(3)对护理人员的要求更高^[2]。随着现代医疗技术的不断进步、医疗模式的改变和人民生活水平的提高,对医疗质量的要求也在不断提高。当患者选择特需门诊时,这不意味着患者仅需要更高精湛技能护士的服务,还需要护士具备良好的服务态度和语言,以满足患者的需求。

(4)就诊的疾病多为疑难杂症。门诊特需病人大多是来自全国各地的疑难患者。他们中的大多数人都特需门诊的名气所吸引。这不仅需要优秀的医疗技术,还需要高质量的护理,让患者就诊后满意地回家^[3]。

二、特需门诊需要具备的素质

(一)职业道德素养

特需门诊是医院重要的窗口服务单位。护士的心理态度、语言和行为以及情绪变化会对患者及其家属产生直接影响。因此,加强护士职业道德培训十分重要。作为一名特需门诊护士,其应该具有高尚的医德、良好的修养、端正的姿势、优雅的行为和温和的语言。只有树立良好的职业道德和正确的人生观、价值观,才能真正做到“以病人为中心”^[4],以真诚善良的心认识、关心、理解和尊重病人,积极与病人沟通,使患者在治疗过程中保持愉快的情绪,提高护士的承诺和责任感。树立护士的良好形象,为患者的康复做出贡献而感到自豪。

(二)专业素养

患者在特需门诊就医时,对医务人员的技术水平和正确诊断的能力有很高的期望。护士作为患者与医生有效沟通的桥梁,必须掌握各专业的疾病知识,了解各专业治疗、护理的新进展以及一些特殊检查流程和注意事项

项,不断学习新知识,更好地服务患者,满足他们的需求。护士应掌握各种护理操作技能和丰富扎实的专业理论知识,具备较强的适应性,及时解决问题的能力,有利于及时发现患者的不良情绪和需求^[5],积极管理和协调医患关系,营造宽松和谐的咨询环境。这些是合格的特需门诊护士所必须具备的专业素质,以向患者提供个性化护理,从根本上使患者的满意度提高^[6]。

(三)业务素养

(1)实施预约就诊服务,优化服务流程。为使患者享受更加便捷的就诊服务,可以建立电话、网络预约通道,实现“足不出户”便可进行挂号就诊,同时在医院就诊系统上为患者建立专属个人电子档案,实现患者的个体化资料管理。预约服务可根据患者的数量或就诊的科室,安排患者在预定的时间内进行就诊^[7],不仅可以显著减少患者就诊的等待时间和医院停留时间,还能大大减少患者之间因聚集而出现的交叉感染的可能性,使患者的整个就诊过程快速、有序。尤其注意的是,特需门诊的患者进行的所有检查项目都优先于普通患者,并在整个就诊服务中实施导医服务。

(2)规范特需门诊护士礼仪,为体现以患者为重心,以优质为核心的服务理念,首先需要对护理人员的服务意识以及礼仪进行专业的培养。医院可定期对特需门诊护士进行礼仪的培训,比如,组织护士观看护士礼仪教育片,并做示范,向护士提问在就诊中常见问题的解决方法,并耐心给予评价;邀请专业的礼仪老师来医院为护士进行礼仪培训,让每位护士在岗位上都保持仪表、言谈举止、礼仪称呼等全面的高素质表^[8]。例如,护士在工作时要保持统一的职业着装,要求服装穿着整齐、规范。服务时采取站姿,要求昂首挺胸,保持积极的精神面貌。与患者沟通时要使用标准的普通话,并做到首问负责制。如果在面对患者的咨询时有无法回答的问题,可做好记录,并及时上报上级,待将问题弄清楚后给患者一个满意的答复。

(3)改变护理模式,提供积极的服务,并对服务行为进行规范,改变传统的护理观念,鼓励患者接受高质量的服务。要使患者感受到高质量与良好医疗服务的完美结合,就必须将被动服务转变为主动服务。比如一所骨科专科医院,前来就诊的患者多为行动不便的老人,此时护士要主动搀扶患者或为患者提供轮椅,使患者能更便捷的进行就诊^[9]。特需门诊的护理人员可定期向医疗服务部门发送调查问卷,以确定患者的等待时间,了解有关患者满足需求患者对护理设施的满意度等方面的各种信息。根据患者反馈的内容及时对症下药,纠正服务中存在的问题,满足患者不同层次的需求,提高护理质量。

(4)注重特需门诊护士整体的素质水平培养,在特需门诊就诊的患者中,会有来自不同国家和地区的患者,这些患者的语言、文化、以及对服务的要求都各不相同,对护理人员的期望度也就越高,因此要对特需门诊护士整体的素质水平进行培养。护士尽可能的要对不同地区的语言以及

文化要有一定的了解,在服务过程中要保持尊重不同文化、不歧视任何国家人民的职业素养,要对各科疾病都做到充分、全面的了解,加强专科知识培训及护士三基三严训练,对各科疾病的检查项目、用药的合理性以及各项检查指标的掌握要十分熟练。在患者候诊、检查的空隙时间里对患者进行适当的健康教育,让患者及时了解健康知识以及注意事项。

(5) 就诊工作要保持灵活性,不死板。为了与专业医师合作成功完成医疗任务,护士应该全面了解患者的诊断和治疗信息。如果患者已接受治疗、正在接受检查或住院,确保每位患者都能有序而快捷地结束就诊,使患者对就诊服务感到满意。

(四) 科学素养

特需门诊注重个性化、人性化、多元化的护理。门诊护士除了具备优秀的操作技能和扎实的理论知识外,还应具备沟通技能、语言沟通、心理知识和教学知识,开展心理护理和健康教育。

(1) 沟通能力。在特需门诊为患者提供服务时,每位护士都应该对沟通这一门语言艺术进行掌握。沟通为医院和患者之间架起了桥梁,不仅是树立良好护患关系的前提,也是保证患者满意度的基础。首先,礼仪服务增强了护士的主动服务意识。护士主动、热情、周到、细致的礼仪服务是解决护患纠纷、改善服务态度、提高服务质量的有效途径。其次,良好的沟通技巧可以帮助护士与患者进行沟通,尽可能满足患者的心理需求,提高护理服务质量,对患者的康复起着至关重要的作用。

(2) 语言能力。特需门诊患者来自不同地区和国家。为了避免语言障碍,特需门诊护士不仅要精通国语,还要具备良好的英语口语表达、听力和理解能力,能够充分理解和准确翻译患者的具体情况,进行有效沟通。

(3) 心理护理能力。特需门诊的大多数患者都是特殊人群,由于疾病焦虑、急躁、抵抗和其他负面情绪,容易产生不同程度的负面情绪。良好的心理沟通技巧有助于了解患者的身心状态,为患者提供正确的信息,为患者服务,缓解患者的身心痛苦,创造最佳的身心状态。因此,作为一名特需门诊护士,拥有良好的心理沟通技能尤为重要。

(4) 健康教育能力。患者对特需门诊护理的需求越来越多样化,而护士应将健康教育贯穿患者整个就诊过程。患者可以从分诊登记、治疗、付款、项目检查和治疗、等方面学习到有关健康的知识^[10],使患者及其家属正确认识自己的疾病,提高预防疾病的能力,普及健康知识,降低护患纠纷。使患者及其家人理解并认可特需门诊的医疗和护理活动,并在治疗过程中提高患者满意度,满足患者的医疗需求。

(五) 心理素质

特需门诊每天接待来自不同行业和地区的大量患者。他们在年龄、性别、文化能力和地位上有所不同,但护士应平等对待这些患者。护士应该开朗自信,有良好的心理应对能力,细心独立,有良好的情绪控制,这对自己的情绪、事业的成功以及患者的身心康复都有很大的好处。因此,要保持乐观自信的工作态度,稳定的情绪和充沛的精力,消除各种心理障碍,在困难复杂的环境中从容对待各种工作。

三、持续优化特需门诊服务

(1) 持续改进服务。要求专家严格按照预约时间就诊,减少患者等待时间。设立护士流动岗,密切观察病情,做好患者就医前的咨询和安抚工作,并通过短信善意提醒专家和患者按照承诺就医。如遇特殊情况,如专家急诊手术、院外会诊等,应及时与患者沟通协调,或更改日期,或更

换其他专家。严格按照在患者预约的时间内提供就诊服务。

(2) 尊重患者的个人需求,保护患者隐私,与医院沟通,解决护士人力资源配置不足的问题,安排轮班流动岗位护士,维护就诊秩序,确保“一诊一患”,解决就诊被围观的问题。

(3) 增加特需诊断室,为儿科特需门诊患者建设独立区域,确保就诊环境的安静、清洁与舒适。

(4) 选拔合格的特需门诊护士,要求特需门诊护士具备专业能力,具备丰富的专业知识,能够进行危重病治疗,具备一定的外语口语交际能力,具备沟通能力,做好与患者、专家及各科室的协调工作。

(5) 倡导人性化的“以人为本”服务理念,为患者提供高效优质的医疗服务和细致的身心护理。

(6) 推进“一站式服务”,扩建特需门诊候诊大厅,增加门诊特需咨询业务,最大限度地满足患者对特需门诊的需求,进一步提高特需服务质量。

四、结语

特需就诊服务是具有现代意识的一种积极的医疗服务形式。特需门诊的目的是为特殊需要的患者提供高质量的护理服务。因此,加强服务质量建设是特需门诊发展和社会进步的必然前提,而护理人员素质是提高护理服务质量的重要前提。只有加强护士的综合素质和技能,才能使特需门诊在水平、规格和条件等方面明显优于基本医疗服务,从而提高患者、公众和医务人员的满意度。本文通过总结职业道德、专业、业务、科学以及心理素养,为特需门诊的可持续发展提供了确切的改进路径,而特需门诊在未来的医疗服务中将持续发挥其重要的作用以及意义。

参考文献:

- [1]陈奇.探讨持续护理质量改进对特需门诊预检分诊准确率及满意度影响[J].黑龙江中医药,2021,50(05):195-196.
- [2]王丽霞,蔡建强,惠周光,梁铨,欧阳超珩.肿瘤专科医院特需门诊新型冠状病毒肺炎疫情常态化防控管理实践分析[J].中国肿瘤,2021,30(05):357-361.
- [3]李忠琼,贺玉兰,关欣.精细化护理服务管理在医院特需门诊中的应用[J].中国中医药现代远程教育,2021,19(06):188-189.
- [4]张诗文,关丽丽.混合式教学法在涉外特需门诊的应用[J].中国中医药现代远程教育,2020,18(19):25-27.
- [5]李逸梅,周英.化验预警反馈系统在特需门诊产科就诊孕妇中的应用[J].齐鲁护理杂志,2020,26(09):97-99.
- [6]李红,徐一心.涉外及特需医疗服务护理人员人力资源管理的思考与实践——以河南省国际医疗中心为例[J].人力资源开发,2020(07):31-33.
- [7]葛德岩.探讨护理咨询门诊在特需门诊服务中的应用价值[J].首都食品与医药,2019,26(17):127.
- [8]卢梅娟,万美代,伍苏婷,朱金玲.护理教育联合随访教育在特需门诊患者干预中的应用[J].齐鲁护理杂志,2019,25(15):65-67.
- [9]杨文静,张琦.特需门诊患者对心理沟通的需求及护理分析[J].按摩与康复医学,2019,10(12):70-72.
- [10]孟雪娇,罗珊珊,刘荣娇.流程再造对眼科特需门诊患者满意度的影响[J].中国卫生产业,2019,16(05):72-73+78.

超细胃镜辅助放置鼻肠管应用于危重症患者的有效性和安全性研究

刘汉影 陈小云 李嘉莉 王启明 陈平湖 陈翔

湛江中心人民医院 广东湛江 524000

摘要：目的 分析超细胃镜辅助放置鼻肠管应用在危重症患者的有效性和安全性。方法 选取 2020 年 1 月-2022 年 5 月本院 100 例进行肠内营养支持的危重症患者，采用随机数字表法分为对照组（胃镜直视下肠内置管）与观察组（超细胃镜辅助放置鼻肠管），对比置管成功率、置管时间、并发症发生状况、置管期间心率、收缩压和舒张压等。结果 一次性置管成功率、并发症发生率方面，观察组（96.00%、12.00%）比对照组（82.00%、30.00%）优（ $P<0.05$ ）。心率、收缩压、舒张压、血氧饱和度方面，观察组置管中较对照组优（ $P<0.05$ ）。置管时间方面，观察组比对照组短（ $P<0.05$ ）。结论 给予危重症患者超细胃镜辅助放置鼻肠管，不仅可以提高一次性置管成功率，降低并发症发生率，且能够平稳血压和血氧饱和度等，缩短置管时间，值得临床采纳、推广。

关键词：危重症；鼻肠管；超细胃镜；营养状况

因危重症患者病情严重，一般情况下，需要进行生命体征指标严密监测，且大部分患者无法正常饮食，容易出现胃动力功能异常、胃功能异常等，再加之机体长时间处于高代谢及高分解状态，增加了机体能量消耗量。较肠外营养，肠内营养可以满足机体生理所需，确保能量供应的同时，确保患者肠黏膜功能和结构良好，降低感染发生率^[1]。经鼻肠管及早实施肠内营养方法具有操作安全性高、便捷等优势，同肠外营养对比，经济实惠，有效性更高。临床上，对经鼻肠管进行肠内营养的关注度不断提高。鼻肠管留置方法有很多，包括内镜引导下置管法、盲插法、X 线透视下置管法等。床旁盲插法操作较为便捷，但是其并发症发生率高，置管时间偏长。本文主要针对超细胃镜辅助放置鼻肠管在危重症患者中的应用效果进行简单分析，具体如下。

1 资料与方法

1.1 资料

选取本院 2020 年 1 月-2022 年 5 月接收的 100 例进行肠内营养支持的危重症患者，采取随机数字表法分组，每组各 50 例；对照组：27 例男，23 例女；年龄均值（ 53.26 ± 4.13 ）岁；原发疾病类型：重症肺炎、重度颅脑外伤、呼吸衰竭、脑出血术后、慢性阻塞性肺疾病分别有 10 例、18 例、4 例、14 例、4 例；文化水平：初中及初中以下 19 例，高中及高中以上 31 例；观察组：28 例男，22 例女；年龄均值（ 53.32 ± 4.37 ）岁；原发疾病类型：重症肺炎、重度颅脑外伤、呼吸衰竭、脑出血术后、慢性阻塞性肺疾病分别有 11 例、17 例、4 例、13 例、5 例；文化水平：初中及初中以下 18 例，高中及高中以上 32 例；两组一般资料差异较小（ $P>0.05$ ）。经医院医学伦理委员会批准。纳入标准：1.家属签署研究同意书；2.年龄高于 18 岁低于 75 岁；排除标准：1.急性鼻咽炎等具有鼻肠管放置禁忌症；2.食管、胃、十二指肠穿孔急性期；3.腐蚀性食管炎、胃炎；4.绞窄性肠梗阻；5.肠道吸收障碍等胃肠道功能衰竭；6.哺乳期、妊娠期妇女；7.精神异

常，或存在严重心理疾病；中途选择退出。

1.2 方法

1.2.1 对照组

胃镜直视下肠内置管：在胃镜的辅助下，通过异物钳对鼻肠管（侧方开口）钳夹，同时推送胃镜，将其送到 Treitz 韧带下方。

1.2.2 观察组

超细胃镜辅助放置鼻肠管：意识清晰，且可以配合操作者，口服 10ml 的 2%利多卡因胶浆，并予以 2%利多卡因溶液鼻腔喷雾，以此进行麻醉。针对烦躁或者无法配合者，予以丙泊酚。以患者实际病情为依据对体位进行调整，一般情况下选择左侧卧位。超细胃镜经鼻腔慢慢插入，如果该侧鼻腔受阻，则需要更换为另一侧。通过 Seldinger 法向 Treitz 韧带下方慢慢送至鼻肠管，详细如下：超细胃镜进入到十二指肠降部后，尽可能的深入胃镜；经活检孔慢慢插入导丝；然后对导丝固定，将超细胃镜退出，退镜时，尽可能的维持良好的导丝部位。将石蜡油注入到鼻肠管中，然后经导丝尾端向胸腔插入鼻肠管，深度控制在 110-130cm。导丝慢慢抽出，留置鼻肠管。采用胶布在鼻翼位置固定鼻肠管外口，完成操作。

1.2.3 置管后操作

置管后，继续连接心电监护，对血氧饱和度进行检测；监测患者是否存在消化道出血、呕吐等。因鼻肠管放置后未采取 X 线透视，术后，可通过 X 线对鼻肠管前端部位进行观察，明确其是否低于 Treitz 韧带；或者利用鼻肠管注水方法对放置部位是否正确进行判断，将生理盐水缓慢注入到鼻肠管中，如果注水时无阻力，畅通，说明置管状况良好。如果无法注入，或者注水时阻力显著，表示鼻肠管可能打圈，或者折回，可采取床边 X 线腹部平扫方法进行明确，如有必要，需要重新置管。针对急性胰腺炎患者而言，通常在置管后 3 与 24 小时对血淀粉酶进行检测。每次结束鼻饲后，通过生理盐水对鼻肠管全面冲洗，避免堵塞鼻肠导管。

1.3 观察指标

①观察一次性置管成功状况；②观察并发症发生状况，具体有反流误吸、腹泻、恶心呕吐、腹胀。③观察生命体征监测结果，包括心率、收缩压、舒张压。④观察置管时间。⑤观察血氧饱和度。⑥观察营养指标，包括血红蛋白（Hb）、前白蛋白（PA）和血清白蛋白（ALB）^[2]。

1.4 统计学方法

本次研究数据的处理均应用统计学软件 SPSS20.0，计量资料与计数资料的表示方法分别是（ $\bar{x} \pm s$ ）与率（%），分别采用 t 与 χ^2 检验；两组比较，差异显著（ $P < 0.05$ ）。

2 结果

2.1 一次性置管成功状况

对照组：41 例一次性置管成功，一次性置管成功率为 82.00%；观察组：48 例一次性置管成功，一次性置管成功率为 96.00%；观察组比对照组高（ $\chi^2=5.005$ ； $P=0.025$ ）。

2.2 并发症发生状况

对照组：5 例反流误吸，4 例腹泻，3 例恶心呕吐，3 例腹胀，并发症发生率为 30.00%；观察组：2 例反流误吸，2 例腹泻，1 例恶心呕吐，1 例腹胀，并发症发生率为 12.00%；观察组比对照组低（ $\chi^2=4.883$ ； $P=0.027$ ）。

2.3 生命体征监测结果

两组置管前生命体征监测结果差异较小（ $P > 0.05$ ）；置管中，两组差异明显（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1 两组生命体征监测结果对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

分组	例数	心率（次/分）		收缩压（mmHg）		舒张压（mmHg）	
		置管前	置管中	置管前	置管中	置管前	置管中
对照组	50	78.61±13.25	94.37±16.23	134.29±12.05	144.57±11.03	81.59±8.67	90.23±6.35
观察组	50	78.56±15.23	86.25±15.42	135.46±11.58	139.12±13.57	82.16±10.94	85.19±9.67
t		0.18	2.565	0.495	2.204	0.289	3.081
P		0.986	0.012	0.622	0.029	0.773	0.003

2.4 置管时间

对照组置管时间为（15.26±3.14）min，观察组置管时间为（6.53±2.71）min，观察组比对照组短（ $t=14.883$ ； $P=0.000$ ）。

2.5 血氧饱和度

血氧饱和度方面，置管前，对照组是（97.15±2.34）%，观察组是（96.38±2.15）%，两组未见明显差异（ $t=1.713$ ； $P=0.089$ ）；置管中，对照组是（95.13±2.35）%，观察组是（90.28±2.69）%，观察组较对照组低（ $t=9.601$ ； $P=0.000$ ）。

2.6 营养指标

Hb、PA、ALB 方面，干预第 1 日，对照组分别是（110.35±9.12）g/L、（154.85±16.23）mg/L、（29.87±5.85）g/L，观察组分别是（111.36±11.87）g/L、（159.87±18.25）mg/L、（29.05±6.15）g/L，两组差异较小（ $t=0.477$ 、1.453、0.683； $P=0.634$ 、0.149、0.496）；干预第 10 日，对照组分别是（121.36±11.59）g/L、（170.58±21.36）mg/L、（33.57±4.85）g/L，观察组分别是（136.02±20.13）g/L、（186.47±24.15）mg/L、（36.91±5.84）g/L，观察组比对照组高（ $t=4.463$ 、3.485、3.111； $P=0.000$ 、0.000、0.002）。

3 讨论

近年，肠内营养支持已经发展成为危重症患者治疗的主要方法，营养支持为危重症患者治疗方案中不可缺少的一部分。创伤、手术 48 小时内，或者血流动力学指标平稳后，仅要具备胃肠道功能，便能够实施肠内营养支持，肠内营养对于肠黏膜功能、结构的改善有利，尽可能维持完整的免

疫屏障功能，增强肠道机械功能、生物功能，增强患者自身免疫能力和抵抗能力，降低并发症发生率。以往，针对无法进食或者长时间禁食者，往往通过全胃肠外营养支持进行，但是该方法具有较高的并发症发生率，包括消化道细菌移位、肠屏障功能受损、肠源性感染等^[3]。肠内营养支持不仅可以为患者提供机体所需营养，且可以对黏膜屏障 保护，及早恢复肠道功能。同时，较肠外营养支持，肠内营养支持价格适中，对于经济压力较大者适用。

肠内营养支持期间，以鼻空肠营养管进行为主。鼻空肠营养管包括两种放置方法，分别是非手术方法与手术方法。因胃肠道组成、结构相对特殊，插入营养管头端时难度较大，特别是幽门部位，因此，具有较低的置管成功率。有关研究显示，尽管改变营养管的头端，使其表现为螺旋形，直接插管法具有较低的置管成功率，大约 57%。于 X 线的辅助下进行鼻肠管放置，虽然从一定程度上提高了置管成功率，但是因为放射线因素，使用范围受到限制。现阶段，临床上大部分在内镜的辅助下置管。

通过内镜放置鼻肠管的方法包括以下几种：①普通内镜放置法：该方法经鼻孔拉出导丝，导丝很容易出现大圈、滑出现象，或者在置管时，极易被弹出，偶尔需要于透视的辅助下置管，置管成功率有待提高。②胃镜直接置管法：该方法具有操作简单、便捷等优势，置管成功率大约 100.00%，置管后，可以立即实施肠内营养，但是该操作对患者影响较为明显，而且存在一定疼痛。

随着医学研究的深入，超细胃镜辅助置管法逐渐被应用于临床中，该

方法不仅安全性高,而且操作便捷、简单,很容易被患者接受。为进一步提升置管成功率,则需要加强对以下内容的关注^[4]:①鼻肠管选择时以前端开口型为主;②导丝插入时,如果存在阻力,或者导丝出现弯曲、曲折等,则需要对导丝进行前后调整,经过调整后继续插入导丝,确保导丝无折回、弯曲;③镜身后退时,导丝固定,避免其位置发生改变,反之,导丝极易出现弹出、打圈等。④将石蜡油均匀涂抹在鼻肠管外,并灌注到管腔中,方便操作。经导丝插入鼻肠管时,保证无阻力,尽可能的减少弯曲。⑤明确置管是否成功。尽可能的深插导丝,鼻肠管头端可以低于 Treitz 韧带下方 20-40cm 位置。初次采用该方法置管时,完成置管后,往往利用床边腹部平片对鼻肠部位进行判断,但是部分研究显示,在不采取腹部平片时,如果置管后注水状况良好,说明鼻肠管放置部位良好。如果注水时存在显著阻力,说明鼻肠管存在打圈、折回等现象,需要重新置管。⑥鼻饲前、鼻饲后,通过生理盐水、清洁水对管道全面冲洗,防止鼻饲物残渣堵塞管腔。

研究结果显示,观察组比对照组一次性置管成功率高,由此可见,同胃镜直视下肠内置管比较,超细胃镜辅助放置鼻肠管置管效果更为明显,其有助于一次性置管成功率提升。Hb、ALB 和 PA 方面,观察组干预第 10 日较对照组优,且并发症发生率比对照组低。超细胃镜辅助放置鼻肠管较胃镜直视下肠内置管的安全性更高,其有助于患者感染和胃肠性并发症发生率降低^[5]。同时,鼻肠管操作并未对操作人员有着较高的要求,在熟练掌握胃镜操作方法便可以进行操作。针对危重症患者而言,采取超细胃镜辅助放置鼻肠管方法,不仅操作快速、便捷,而且安全性高,能够帮助危重症患者在短时间内接受肠内营养,促进危重症患者抢救成功率的提高。但是操作人员也需要具备严谨的工作态度,熟练的操作手法,以便患者可以更加信任医护人员,主动配合操作。医护人员在进行操作时,应主动安慰、关心患者,尽可能的满足其生理需求和心理需求,确保超细胃镜辅助放置鼻肠管开展顺利。从应用安全性、支持效果和价格等方面来看,同肠外营养比较,肠内营养更为显著,针对危重症患者而言,超细胃镜辅助放置鼻肠管方法能够在短时间内放置鼻肠管,确保肠内营养有效,促进抢救成功率的提高^[6]。结果显示,心率、舒张压、收缩压方面,观察组置管中较对照组低($P<0.05$),根据研究结果分析,超细胃镜辅助放置鼻肠管方法对患者生命体征影响较小。原因如下:因为超细胃镜的帮助,能够帮助鼻肠管的每个节点导管前端可以向相应部位顺利抵达,能够减小对机体造成的刺激。结果显示,观察组比对照组置管时间短,由此可见,超细胃镜辅助留置鼻肠管能够缩短置管时间。常规盲插被动等待法经鼻腔向胃内插入鼻肠管,根据胃蠕动帮助营养管头端处于 Trize 下端,该方法对患者损伤较小,但是放置时间长,而且通常需要 X 线辅助,治疗期间,可能会因为管端无法顺利通过幽门,抵达指定位置,针对切胃动力较差者,具

有较低的置管成功率。内镜放置方法有很多,通常选择床边经胃镜直接置管法,该方法能够提高一次性空肠营养置管成功率,有助于并发症发生率降低,仅需要操作人员熟练掌握操作技能便可以操作^[7]。通过本次研究发现,血氧饱和度方面,观察组置管时比对照组优,由此可见,超细胃镜辅助放置鼻肠管能够平稳患者血氧饱和度。超细胃镜辅助放置鼻肠管方法置管时间短,安全性高。针对幽门梗阻、狭窄、食管狭窄者,超细胃镜应用时,无需进行预扩张,便能够顺利通过狭窄位置。针对气管切开、昏迷者,或者食管气管瘘、咽喉位置肿瘤者,也可以很好的插入超细胃镜。采取经鼻超细胃镜放置鼻肠管方法展开肠内营养,能够对危重症患者直接作用,患者耐受性良好,具有较低的不良反应发生率,置管成功率高,操作便捷,能够帮助患者更好的展开针对性治疗,促进整体治疗效果的提高^[8]。通过本次研究发现,超细胃镜下放置鼻肠管能够帮助患者更好的获得营养支持,改善其干预后营养状况,以此增强患者自身免疫能力和抵抗能力,加快其康复速度。

综上所述,超细胃镜辅助放置鼻肠管在危重症患者治疗中应用效果显著,除改善患者营养功能外,有助于降低并发症发生率,缩短置管时间,提高一次性置管成功率,值得采纳、推广。

参考文献:

- [1]万香玉,潘月帅,脱森,赵君露,陈洁,林辉,李萍.温热刺激在危重症病人超声引导下鼻肠管置管中的应用研究[J].护理研究,2022,36(2):337-340.
 - [2]王曼曼,傅伊菲.改良盲插法放置鼻肠管技术在危重症患者治疗中的应用[J].深圳中西医结合杂志,2021,31(18):130-132.
 - [3]吉凤庆,陈云云,陶国全,沈畅.构建医院层面的营养置管亚小组在提高危重患者盲插鼻肠管中的应用[J].中国医药导报,2020,17(26):153-156+181.
 - [4]冷秋,胡蝶,吴香花,庞志强.改良“三步式”盲插鼻肠管法在危重症患者中的应用效果[J].当代护士(下旬刊),2021,28(3):114-116.
 - [5]文雨,廖清华,肖祖华.量化精细护理应用于 ICU 危重症鼻肠管留置者的效果分析[J].黑龙江中医药,2021,50(1):318-319.
 - [6]林艺娟.危重症患者床边徒手盲插螺旋形鼻肠管及其护理[J].中外医疗,2020,39(36):130-132+136.
 - [7]洪秋李.改良床边盲插鼻肠管在内科 ICU 危重患者中的应用效果[J].中国医药指南,2020,18(35):61-62.
 - [8]钟雄平,吴育平,曾安祥.床边徒手置入鼻肠管在危重症患者中的应用[J].中国卫生标准管理,2020,11(18):52-54.
- 【基金项目】广东省 2020 年度第六批湛江市非资助科技攻关计划项目,项目编号:2020B01466

缬沙坦联合氨氯地平治疗老年高血压合并 2 型糖尿病临床效果观察

宁朋军 安明彦

石家庄市栾城人民医院 河北石家庄 051430

摘要：目的：探讨缬沙坦联合氨氯地平治疗老年高血压合并 2 型糖尿病临床效果。方法：选取 2021 年 1 月-2021 年 12 月我院 100 例确诊为老年高血压合并 2 型糖尿病患者作为研究对象，按照随机数字表将其分为观察组（n=50）、对照组（n=50）。对照组给予氨氯地平，观察组在对照组的基础上给予缬沙坦治疗。分析两组患者临床效果；治疗前后收缩压（SBP）、舒张压（DBP）；空腹血糖、餐后 2h 血糖、空腹血清胰岛素、胰岛素敏感性指数；肾功能指标：血尿素氮、血肌酐、血尿酸水平；炎症因子：肿瘤坏死因子- α （TNF- α ）、白介素-6（IL-6）、C 反应蛋白（CRP）水平。结果：观察组患者总有效率为 96.00%，对照组患者的总有效率为 82.00%，差异显著（ $P<0.05$ ）；治疗前，两组 SBP、DBP 水平差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），治疗后，两组 SBP、DBP 水平均降低，其中，观察组 SBP、DBP 水平低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；治疗前，两组患者空腹血糖、餐后 2h 血糖、空腹血清胰岛素、胰岛素敏感性指数差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），治疗后，两组空腹血糖、餐后 2h 血糖、空腹血清胰岛素、胰岛素敏感性指数均降低，其中，观察组患者空腹血糖、餐后 2h 血糖、空腹血清胰岛素、胰岛素敏感性指数低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；治疗前，两组血尿素氮、血肌酐、血尿酸水平差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），治疗后，两组血尿素氮、血肌酐、血尿酸水平均改善，其中，观察组血尿素氮、血肌酐、血尿酸水平水平优于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；治疗前，两组 IL-6、TNF- α 、CRP 水平差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），治疗后，两组 IL-6、TNF- α 、CRP 水平均改善，其中，观察组 IL-6、TNF- α 、CRP 水平水平优于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：缬沙坦联合氨氯地平治疗老年高血压合并 2 型糖尿病临床效果得到提高，能够显著改善患者的血压、血糖水平，改善患者的胰岛功能，改善患者的肾功能指标，延缓患者病情的发展。

关键词：缬沙坦；氨氯地平；老年高血压合并 2 型糖尿病

随着我国人口老龄化的不断加速，老年高血压、糖尿病的发病率呈逐年上升的趋势，大大影响到患者的生活质量^[1-2]。高血压、糖尿病两种疾病相互促进，老年高血压合并 2 型糖尿病患者的人数也随之增加。若是患者不积极配合治疗，随着病情的延长，患者的靶器官会慢慢损伤^[3-4]，患者的代谢功能也会发生异常改变。临床上多采用药物控制治疗，其中氨氯地平是常用药物之一，该药物虽然能够改善患者的临床症状，但是部分患者得临床效果不佳，需要进行联合用药。缬沙坦是一种肾素血管紧张素转换酶抑制剂，能够有效缓解患者的病情^[5-6]，但是其联合用药的具体效果如何，需要进一步探讨。进一步探讨缬沙坦联合氨氯地平治疗老年高血压合并 2 型糖尿病临床效果，选取 2021 年 1 月-2021 年 12 月我院 100 例老年高血压合并 2 型糖尿病患者作为研究对象，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 1 月-2021 年 12 月我院 100 例老年高血压合并 2 型糖尿病患者作为研究对象，按照随机数字表将其分为观察组（n=50）、对照组（n=50）。经统计学分析，观察组与对照组的一般资料差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性，其详细情况见表 1，患者均知情同意。

表 1 两组患者一般资料情况比较

组别	年龄（岁）	男/女	病程（年）
观察组（n=50）	59.32±3.17	29/21	5.42±0.93

对照组（n=50）	59.87±3.22	28/23	5.36±0.85
T/X ²	0.294	0.094	0.193
P 值	>0.05	>0.05	>0.05

1.2 方法

对照组：氨氯地平（北京赛科药业有限责任公司，国药准字 H20010700）治疗，每次 5mg，每天 1 次。

观察组：在对照组的基础上给予缬沙坦（北京诺华制药有限公司，国药准字 H20040216）治疗，每次 80 mg，每天 1 次。

上述两组患者均治疗 6 周。

1.3 观察指标^[7-8]

分析两组患者临床效果；治疗前后收缩压（SBP）、舒张压（DBP）；空腹血糖、餐后 2h 血糖、空腹血清胰岛素、胰岛素敏感性指数；肾功能指标：血尿素氮、血肌酐、血尿酸水平；炎症因子：肿瘤坏死因子- α （TNF- α ）、白介素-6（IL-6）、C 反应蛋白（CRP）水平。

1.4 统计学方法

应用 SPSS22.0 统计学系统进行分析，数据以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，差异性比较用 t 检验，计数资料则用 n（%）来表示，采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 代表差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床效果比较

观察组患者总有效率为 96.00%，对照组患者的总有效率为 82.00%，差异显著（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 两组患者临床效果比较

组别	显效	有效	无效	总有效率
观察组 (n=50)	27	21	2	48 (96.00)
对照组 (n=50)	22	19	9	41 (82.00)
χ^2				5.384
P 值				<0.05

2.2 两组患者 SBP、DBP 水平比较

治疗前，两组 SBP、DBP 水平差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），治疗后，两组 SBP、DBP 水平均降低，其中，观察组 SBP、DBP 水平低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 两组患者 SBP、DBP 水平比较

组别	SBP		DBP	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=50)	140.23±8.24	120.53±7.34	90.15±4.39	72.15±4.20
对照组 (n=50)	140.29±7.03	129.53±6.98	90.38±4.18	80.34±3.98
t	0.048	6.349	0.195	7.0492
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 两组患者空腹血糖、餐后 2h 血糖、空腹血清胰岛素、胰岛素敏感性指数比较

治疗前，两组患者空腹血糖、餐后 2h 血糖、空腹血清胰岛素、胰岛素敏感性指数差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），治疗后，两组空腹血糖、餐后 2h 血糖、空腹血清胰岛素、胰岛素敏感性指数均降低，其中，观察组患者空腹血糖、餐后 2h 血糖、空腹血清胰岛素、胰岛素敏感性指数低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 4。

表 4 两组患者空腹血糖、餐后 2h 血糖、空腹血清胰岛素、胰岛素敏感性指数比较

组别	空腹血糖（mmol/L）		餐后 2h 血糖（mmol/L）		空腹血清胰岛素（mU/L）		胰岛素敏感性指数	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组(n=50)	11.42±2.15	7.80±1.54	13.20±4.39	10.24±3.28	18.23±5.39	13.29±3.29	4.21±0.53	3.64±0.29
对照组(n=50)	11.39±2.30	8.45±1.60	13.29±4.21	12.05±2.89	18.53±5.28	14.53±2.90	4.28±0.31	3.99±0.32
t	0.493	5.383	0.291	5.294	0.239	6.938	0.192	3.294
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 两组患者血尿素氮、血肌酐、血尿酸水平比较

治疗前，两组血尿素氮、血肌酐、血尿酸水平差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），治疗后，两组血尿素氮、血肌酐、血尿酸水平均改善，其中，观

察组血尿素氮、血肌酐、血尿酸水平水平优于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 5。

表 5 两组患者血尿素氮、血肌酐、血尿酸水平比较

组别	血尿素氮		血肌酐		血尿酸	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组（n=50）	4.95±0.62	5.16±0.49	78.43±6.28	83.24±6.39	213.25±62.15	375.34±65.23
对照组（n=50）	4.93±0.69	6.21±0.58	78.53±5.90	91.25±6.23	214.39±65.39	299.53±61.26
t	0.095	5.392	0.195	6.392	0.392	7.382
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.5 两组患者 IL-6、TNF- α 、CRP 水平比较

治疗前，两组 IL-6、TNF- α 、CRP 水平差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），

治疗后，两组 IL-6、TNF- α 、CRP 水平均改善，其中，观察组 IL-6、TNF- α 、CRP 水平水平优于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 6。

表 6 两组患者 IL-6、TNF- α 、CRP 水平比较

组别	IL-6		TNF- α		CRP	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组（n=50）	25.43±7.03	11.21±5.43	27.34±7.59	12.05±5.38	9.14±2.64	6.13±1.29
对照组（n=50）	25.43±6.93	15.49±6.39	27.40±6.98	16.38±5.39	9.21±2.40	7.42±1.35
t	0.394	6.142	0.185	5.392	0.592	6.983

P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05
3 讨论						
大量临床调研证实,老年高血压合并 2 型糖尿病的发病率呈逐年上升的趋势,大大影响到患者的生活质量 ^[9-10] ,病情严重可威胁到患者的生命安全,因此,及时予以患者干预治疗,寻找合适的治疗方案成为临床研究的热点。						
氨氯地平是临床上常用药物之一,该药物属于一种长效钙通道阻滞剂,采用该药物治疗老年高血压合并 2 型糖尿病能够舒张血管平滑肌 ^[11-12] ,扩张患者外周动脉,还能够保护血管内皮以及靶器官保护作用,但是,单纯采用该药物治疗,部分患者的疗效并不显著。缬沙坦是一种血管紧张素 II 受体抑制剂 ^[13-14] ,该药物能够作用于肾素-血管紧张素-醛固酮系统,还能够保护患者的肾脏功能。观察组患者总有效率为 96.00%,对照组患者的总有效率为 82.00%,差异显著 (P<0.05);治疗前,两组 SBP、DBP 水平差异无统计学意义 (P>0.05),治疗后,两组 SBP、DBP 水平均降低,其中,观察组 SBP、DBP 水平低于对照组,差异有统计学意义 (P<0.05);治疗前,两组患者空腹血糖、餐后 2h 血糖、空腹血清胰岛素、胰岛素敏感性指数差异无统计学意义 (P>0.05),治疗后,两组空腹血糖、餐后 2h 血糖、空腹血清胰岛素、胰岛素敏感性指数均降低,其中,观察组患者空腹血糖、餐后 2h 血糖、空腹血清胰岛素、胰岛素敏感性指数低于对照组,差异有统计学意义 (P<0.05),采用缬沙坦联合氨氯地平治疗老年高血压合并 2 型糖尿病,能够改善患者的胰岛功能,改善患者的代谢紊乱,控制患者的病情;治疗前,两组血尿素氮、血肌酐、血尿酸水平差异无统计学意义 (P>0.05),治疗后,两组血尿素氮、血肌酐、血尿酸水平均改善,其中,观察组血尿素氮、血肌酐、血尿酸水平水平优于对照组,差异有统计学意义 (P<0.05),该研究结果证实,采用缬沙坦联合氨氯地平治疗老年高血压合并 2 型糖尿病能够保护肾功能,可能原因在于:首选该药物能够改善肾脏血流动力学,能够减轻肾血管阻力,降低肾小球囊内压,能够增加肾血流量 ^[15] ;其次,该药物还能够抑制肾小球硬化,减少尿蛋白,改善循环功能;治疗前,两组 IL-6、TNF-α、CRP 水平差异无统计学意义 (P>0.05),治疗后,两组 IL-6、TNF-α、CRP 水平均改善,其中,观察组 IL-6、TNF-α、CRP 水平水平优于对照组,差异有统计学意义 (P<0.05),细胞炎症因子在内皮细胞的增殖调控中发挥着十分重要的作用,与高血压的发生与发展,因此改善患者的炎症因子具有其必要性。缬沙坦能够患者患者的炎症状态,其可能原因在于该药物能够降低血压,改善患者肾功能有关。						
综上所述,缬沙坦联合氨氯地平治疗老年高血压合并 2 型糖尿病临床效果得到提高,能够显著改善患者的血压、血糖水平,改善患者的胰岛功能,改善患者的肾功能指标,延缓患者病情的发展,值得在临床上推广。						
参考文献:						
[1]余维巍,李彩萍,张存泰.缬沙坦对老年高血压合并 2 型糖尿病患者 C 肽水平和颈动脉内膜中层厚度的影响[J].华中科技大学学报(医学版),2013,42(05):597-600.						
[2]牛连英,张丽娜,赵晓静.左旋氨氯地平联合缬沙坦治疗老年高血压合并 2 型糖尿病 32 例[J].中国药业,2013,22(17):79-81.						
[3]李菊琴.厄贝沙坦联合氨氯地平治疗老年高血压合并 2 型糖尿病的效果观察[J].中国继续医学教育,2018,10(02):123-124.						
[4]陈锦城.缬沙坦联合消渴丸对老年原发性老年高血压合并 2 型糖尿病的临床疗效研究[J].海峡药学,2017,29(03):144-145.						
[5]陈伟忠,郑振锋,崔中生.缬沙坦联合氨氯地平治疗老年性原发性老年高血压合并 2 型糖尿病的疗效观察[J].慢性病学杂志,2017,18(05):549-550+553.						
[6]吴源渊,邱健青,沈明明.缬沙坦与氨氯地平联合用药治疗老年高血压合并 2 型糖尿病的作用[J].北方药学,2017,14(06):100-101.						
[7]黄德才.缬沙坦治疗原发性老年高血压合并 2 型糖尿病对患者血压及肾功能的影响[J].中国实用神经疾病杂志,2015,18(11):54-55.						
[8]骆高祥,王建刚.缬沙坦与氨氯地平联合治疗老年高血压合并 2 型糖尿病的效果观察[J].海峡药学,2015,27(04):184-185.						
[9]于杨,张利芸,陈娟,陈曼华.替米沙坦对老年高血压合并 2 型糖尿病老年患者糖化血红蛋白水平的影响[J].实用药物与临床,2010,13(01):22-24.						
[10]李昕娅,张丽丽,周雅倩.缬沙坦联合氨氯地平治疗原发性老年高血压合并 2 型糖尿病的效果分析[J].当代医药论丛,2019,17(23):106-107.						
[11]刘素静.消渴丸联合血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂治疗老年原发性老年高血压合并 2 型糖尿病的疗效分析[J].首都食品与医药,2020,27(09):106.						
[12]梁国泉,陈安,黄巧,唐海丽,杨澄,罗剑静.马来酸依那普利叶酸片治疗 H 型老年高血压合并 2 型糖尿病的效果[J].中国卫生标准管理,2020,11(13):68-71.						
[13]史维静.缬沙坦治疗原发性老年高血压合并 2 型糖尿病的应用效果观察及评估[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(30):76-77.						
[14]余盛龙,郭惠庄,张稳柱,李健豪,雷汉东,梁嘉永,陈国钦.缬沙坦与氨氯地平联合治疗老年高血压合并 2 型糖尿病伴尿微量白蛋白的临床研究[J].中华临床医师杂志(电子版),2016,10(13):1862-1865.						
[15]鲍贵峰,王幼亮,林艺.缬沙坦与氨氯地平联用对老年高血压合并 2 型糖尿病患者肾功能的保护作用[J].河北联合大学学报(医学版),2012,14(01):51-52.						
项目来源:河北省石家庄市科学技术研究与发展计划项目 (201201163)						

消旋卡多曲颗粒联合葡萄糖酸锌治疗小儿腹泻病的临床疗效

秦玲玲 孟祥磊

齐齐哈尔市中医医院 黑龙江齐齐哈尔 161000

摘要: 目的探讨在小儿腹泻病的临床治疗中,应用消旋卡多曲颗粒联合葡萄糖酸锌的临床效果。方法 94 例探究对象均为我院接收的小儿腹泻病患儿,接收时间 2020 年 12 月~2021 年 12 月。将随机、单盲法”作为分组参考依据,分为参照组(n=47 例)执行抗感染、补液以及保护肠黏膜等常规方式对患儿进行治疗,探究组(n=47 例)执行常规治疗结合消旋卡多曲颗粒联合葡萄糖酸锌对患儿进行治疗,对比两组患儿在采用不同治疗方式后的临床疗效结果探究组患儿的临床症状缓解时间、住院时间、精神情况、食欲状态以及治疗有效性等各项指标明显优于参照组,差异明显($P < 0.05$)有统计学意义,结论在小儿腹泻病的临床治疗中,通过应用消旋卡多曲颗粒联合葡萄糖酸锌对患儿进行治疗,可以有效缩短患儿的症状缓解时间以及住院时间,对患儿的食欲以及精神状态改善也具有重要帮助,并且还有助于提高治疗有效率,具有很好的临床应用价值,值得不断推广。

关键词: 小儿腹泻病;消旋卡多曲颗粒;葡萄糖酸锌

[Abstract] Objective To explore the clinical effect of racecadotril granule combined with zinc gluconate in the clinical treatment of infantile diarrhea. Methods 94 cases of children with diarrhoeal disease were investigated. The receiving time was from December 2020 to December 2021. Taking the "random and single blind method" as the grouping reference, the patients were divided into the reference group (n=47 cases) and the study group (n=47 cases) who were treated by routine methods such as anti infection, fluid replacement and protection of intestinal mucosa. The children in the study group (n=47 cases) were treated by routine treatment combined with racecadotril granules and zinc gluconate. The clinical efficacy of the two groups after different treatment methods were compared. The results of the clinical symptom relief time, hospital stay, and The mental condition, appetite status and treatment effectiveness were significantly better than those of the reference group ($P < 0.05$). There was significant difference (P, It also helps to improve the treatment efficiency, has good clinical application value, and is worthy of continuous promotion.

【 key words 】 infantile diarrhea; Racecadotril granules; Zinc gluconate

小儿腹泻病在临床治疗过程中,主要以腹泻作为主要症状,还会伴随出现发热、呕吐等临床反应,属于我国儿科的常见疾病之一【1】。这一疾病也是导致儿童出现营养不良以及生长发育障碍的重要问题,在幼儿 6 个月到 2 岁这一期间发病率较高。主要由于感染引起,其中超过 80%以上由病毒感染导致,轮状病毒属于最常见的病毒之一,细菌感染以及真菌感染也会导致婴儿患病。细菌主要包含有致腹泻的大肠杆菌、空肠弯曲菌以及鼠伤寒杆菌等等【2】。并且喂食不当以及气候变化、缺锌等非感染因素也可能导致婴儿患病,为有效提高这一疾病的治疗效果,下面本文以本院收治的 94 例小儿腹泻病患儿作为研究对象,对消旋卡多曲颗粒联合葡萄糖酸锌的治疗效果进行重点研究,具体研究结果如下。

1 一般资料和方法

1.1 一般资料

94 例探究对象均为我院接收的小儿腹泻病患儿,接收时间 2020 年 12 月~2021 年 12 月。将随机、单盲法”作为分组参考依据,分为参照组(n=47 例),年龄 2.4~30.1 个月,平均(13.21±2.32)个月,腹泻症状发生时间 1.1~4.2 天,平均(1.21±1.32)天,男患儿 25 例,女患儿 22 例;探究组(n=47 例)年龄 2.5~31.2 个月,平均(13.23±2.46)个月,,腹泻症状发生时间 1.2~4.4 天,平均(1.24±1.35)天,男患儿 26 例,女患儿 21 例;经比较两组一般资料,差异无统计学意义($P > 0.05$)可以进行对比。

1.2 方法

1.2.1 参照组

两组患儿在实际治疗中都需要进行相应的抗感染、补液,肠黏膜保护以及微生态制剂补充等常规治疗,在治疗中患儿大便性状为水样便,大便常规检查阴性,表明患儿大多属于轮状病毒或者产生毒素性的细菌感染导致,所以在进行抗感染治疗中主要以抗病毒为主【3】。假如患儿大便为黏液脓血便,大便检查结果呈阳性,则需要考虑患儿为侵袭性细菌感染,在对患儿大便进行培养过后,就需要采用针对性的抗生素对患儿进行抗感染治疗。

1.2.2 探究组

探究组在参照组治疗的基础之上,采用消旋卡多曲颗粒联合葡萄糖酸锌颗粒对患儿进行治疗,消旋卡多曲颗粒(四川百利药业,国药准字:H20050411)用量为 1.5 毫克/(kg·次);每天服药三次,葡萄糖酸锌颗粒(湖北纽兰药业,国药准字 H20083652)在小于 6 个月患儿的治疗中,要求患儿每天服用一包,在大于 6 个月患儿的治疗中,要求患儿每日服用两包,分两次服用,持续治疗 10 天,在治疗中需要对出现合并症状的患儿及时采取有效措施进行处理。

在治疗过程中还需要对两组患儿的治疗效果进行密切观察,同时记录两组患儿的呕吐缓解时间,大便性状恢复时间、大便次数恢复时间以及住

院时间的相关指标。

1.3 观察指标

对两组患儿的治疗有效率进行比较,显效为患儿经过 24~48 小时的治疗后,患儿的大便次数明显减少,减少到 2 次每天或者大便次数完全恢复,患儿大便性状恢复正常,患儿所有临床症状完全消失。有效为患儿经过 48~72 小时的治疗后,大便次数减少到 2 次每天,患儿大便性状明显好转水分有所减少,患儿的临床症状基本消失。无效为患儿经过 72 小时的治疗后,腹泻次数仍然大于 2 次每天,患儿的临床症状未发现明显好转,甚至出现加重情况。

对两组患儿的精神情况以及食欲状况进行评分,分数越高表明患儿的精神状况以及食欲情况越好。

1.4 统计学分析

治疗结果采用 SPSS21.00 软件进行分析、计量资料使用均数标准差表示,行 t 值检验,计数资料采用百分比表示,行 χ^2 检验,当 $P<0.05$ 时,差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿的治疗有效率比较

探究组患儿的治疗有效率为 100.00%, 参照组患儿的治疗有效率为 80.85%, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 1:

表 1 两组患儿治疗有效率比较 (n, %)

组别	n	显效	有效	无效	治疗有效率
常规组	47	27	20	0	6 (100.00)
实验组	47	18	20	9	1(80.85)
χ^2					9.953
P					0.002

2.2 两组患儿的临床症状改善时间比较

探究组患儿呕吐缓解时间、大便性状恢复时间、大便次数恢复时间以及住院时间等相关指标明显优于参照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 2:

表 2 两组患儿临床症状改善时间比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	n	呕吐缓解 时间	大便性状 恢复时间	大便次数 恢复时间	住院时间
探究组	47	1.41±0.54	3.09±0.21	2.58±1.31	5.13±1.56
参照组	47	2.53±0.96	5.07±1.21	6.53±1.54	7.24±1.75
t 值		6.668	10.572	13.394	6.170
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组患儿精神情况以及食欲状态比较

探究组患儿精神情况以及食欲状态等指标明显优于参照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 3

表 3 两组患儿精神情况以及食欲状态比较 ($\bar{x}\pm s, d$)

组别	n	精神情况	食欲状态
探究组	47	9.51±0.41	9.14±0.38
参照组	47	8.43±0.16	8.17±0.15
t 值		16.823	16.278
P 值		0.000	0.000

3 讨论

小儿腹泻病作为多病原、多因素所引发的一种临床综合征,患儿在发病中主要会出现大便性状改变以及排便次数增多等临床症状,属于我国儿科较为常见的疾病之一【4】。小儿腹泻病这一疾病一年四季都会发病,并且夏秋季作为这一疾病的发病高峰期,不同季节的疾病表现也会存在一定差异,患儿在夏季发病多与大肠杆菌感染有关,秋冬季发病多与轮状病毒感染有关。轮状病毒作为导致婴幼儿出现小儿腹泻病的常见病原体之一,由于此类腹泻主要发生于秋冬季节,经常被称作秋季腹泻。黄色水样便作为小儿秋季腹泻的常见大便性状,并且婴幼儿在患病过程中每天的大便次数较多,秋季腹泻主要以三岁以下的婴儿作为发病人群,由于在婴幼儿的小肠绒毛上包含着很多的乳糖酶,乳糖酶作为轮状病毒的受体,这就导致婴幼儿非常容易因为轮状病毒感染从而出现腹泻问题【5】。轮状病毒在进入患儿小肠之后,能对患儿小肠黏膜上的上皮细胞进行局部破坏,导致患儿的黏膜上皮细胞出现生理以及病理性变化,进而引发患儿小肠黏膜上皮脱落,轮状病毒感染之后还会对小肠上皮细胞的钠离子转运造成影响,导致患儿出现水电解质紊乱以及腹泻、脱水等问题。

由于婴幼儿身体还未得到完全发育,导致胃酸分泌较少、酸度较低,免疫功能与常人相比有所不足。婴幼儿的肠管微生态平衡较为脆弱,导致容易受到外来因素破坏从而诱发患儿发病【6】。婴幼儿在日常生活中,天气的变化、饮食温度种类数量的改变以及锌元素的缺乏等各种因素都容易导致婴幼儿出现小儿腹泻病。并且在临床研究中发现在婴幼儿的喂养过程中,人工喂养不当所导致的小儿腹泻发病率要明显高于母乳喂养。小儿腹泻病在发病过程中还容易导致婴幼儿出现消化功能紊乱,水电解质以及酸碱度平衡失调等问题,并且患儿长期腹泻还容易导致婴幼儿营养不良以及生长发育迟缓,病情严重者甚至会导致患儿死亡。

消旋卡多曲作为临床上常用的一种脑啡酶抑制剂,临床应用中,可以选择性对患儿的外周性脑啡肽酶进行抑制,同时不会对患儿中神经系统的脑啡肽酶活性造成影响,实现对患儿的内源性脑啡肽的降解过程进行保护,保证其在患儿消化道内的生理活性能得到有效延长,使患儿水和电解质的过度分泌问题能得到有效减轻。在治疗过程中不会对患儿的胃肠道蠕动以及肠道基础分泌造成影响。通过对消旋卡多曲颗粒进行口服,可以减少患儿水和电解质的过度分泌,迅速减轻患儿的腹泻症状。

锌元素在人体细胞生长以及免疫系统功能方面具有的重要价值,并且锌元素缺乏在我国儿童中较为普遍,在小儿腹泻病的治疗中,通过口服补锌,对减轻患儿的腹泻症状以及缩短疾病治疗周期都具有重要价值,还能

有效避免患儿腹泻问题的复发。锌元素在人体的免疫功能方面具有诸多方面的价值,第一通过锌元素的补充,对维持人体上皮细胞具有重要帮助,还有助于人体组织完整性的维持。第二锌作为人体正常活动所必需的微量元素之一,在多种酶的合成中都具有重要价值。第三锌与人体的免疫功能具有密切联系。在小儿腹泻病的治疗中,患儿由于腹泻会导致婴幼儿体内的锌元素快速流失,患儿肠道内锌水平明显降低,这将会对患儿肠道酶功能造成严重影响,还会对患儿肠道的免疫系统造成影响,从而不利于患儿的快速恢复【7】。通过对小儿腹泻病患儿进行锌元素补充,对患儿腹泻时肠黏膜的修复具有重要帮助,有效促进患儿肠道黏膜对水和电解质的吸收,这对提高整体的止泻效果具有重要价值。在小儿腹泻病的治疗中,通过应用消旋卡多曲颗粒联合葡萄糖酸锌对患儿进行治疗,可以通过充分发挥这两者的协同作用,保证患儿的腹泻问题能够得到迅速减轻,这对缩短治疗周期以及降低患儿腹泻问题的复发率都具有重要价值。

本次实验结果显示,探究组患儿的治疗有效率为100.00%,参照组患儿的治疗有效率为80.85%,探究组患儿呕吐缓解时间、大便性状恢复时间、大便次数恢复时间、住院时间以及精神情况以及食欲状态等指标明显优于参照组,差异有统计学意义($P<0.05$)可见在小儿腹泻病的临床治疗中,应用消旋卡多曲颗粒联合葡萄糖酸锌对患儿进行治疗,可以大幅度提升治

(上接第98页)

为肺功能检查会进行反复三遍的操作,由此导致后续患者容易缺乏力气支撑检查工作的有序开展。呼吸操作本身会导致身体能量的消耗,如果属于完全空腹检查,会导致能量过快消耗完,导致最后完全没有力气有效配合,导致检查结果的偏差。但是过度饮食过饱,也会导致过饱状态下的膈肌底下对胃部产生上顶的状态,进而影响正常呼吸状况。因此,饮食上要以适量为原则,把控好应有的尺度。可以在检查之前,稍微适当活动一下,避免肚子过于顶的状态,调整好状态后再做检查。

具体教育指导工作形式与内容可以多种多样,主要针对实际科室情况与受检者状况而定。职业病检查中,多数情况为单位团体检查,因此,可以针对团体做集体性的宣教材料发送,也可以将专业的手机电子文章宣教材料发送给有关单位对应工作负责人员,而后发送到有关工作群组中,供受检者浏览知晓。如果该方式无法执行,可以提供对应电话告知,但是效率低,且投入的人力成本与时间成本更高。可以运用手机短信通知,编辑专业的指导内容,进行对应群发。一般情况下,如果能得到单位内部对应人员的支持,可以有效地将健康教育执行工作落到实处。要重视有关工作的执行,提升有关负责人员的重视,由此来更好地支持有关检查通知工作的落实。具体处理应对上,要做好内部讨论分享,积极集合众人思维解决问题。更好的落实人性化操作,提升受检者的便捷感。要意识到调动受检者的配合度,可以更大程度地减少不良认知与行为构成的检查结果干扰,提升检查工作的效率与质量。要维护有关工作的标准、流程,提升各方面

疗有效率,对缩短患儿的临床症状改善时间以及住院时间都具有重要帮助,还有助于改善患儿的精神情况以及食欲状态,临床价值突出。

综上所述,通过应用消旋卡多曲颗粒联合葡萄糖酸锌对小儿腹泻病患儿进行治疗,与常规治疗方式相比,治疗有效率更高,还有助于缩短患儿的治疗时间以及住院时间,临床应用价值更加突出,值得推广。

参考文献:

- [1]邓衍圣,韩道野,余孝冬,等.消旋卡多曲颗粒联合葡萄糖酸锌治疗小儿轮状病毒肠炎的临床分析[J].安徽医药.2019,(6).1241-1243.
- [2]周利胜,李杰文,谢伟琼,等.胞磷胆碱钠联合参芎葡萄糖治疗老年高血压性脑梗死的临床效果[J].中国医师杂志.2019,(1).44-47.
- [3]李月茹.红臀预警报告表在小儿腹泻护理中的应用效果[J].实用临床医药杂志.2017,(4).223-224.
- [4]慈淑华,闫晓华.消旋卡多曲颗粒联合葡萄糖酸锌治疗小儿腹泻病的临床疗效观察[J].中国卫生标准管理.2018,(11).81-83.
- [5]郑淑丹.小儿氨基酸与消旋卡多曲颗粒联合治疗婴幼儿轮状病毒性肠炎疗效观察[J].现代消化及介入诊疗.2018,(3).380-382.
- [6]季松茂.消旋卡多曲颗粒联合锌制剂改善小儿轮状病毒性肠炎的疗效[J].河北医药.2018,(20).3148-3150,3154.

人员的配合度。

总而言之,粉尘作业工人职业体检中肺功能检查可以更好地提升肺功能异常检出率,在肺功能检测指标上会有明显的监测价值效果。

参考文献:

- [1]孟昱.肺功能检查仪在接触粉尘作业工人职业健康体检中的应用[J].医疗装备.2020,33(4):41-42.
- [2]王媛,李良,王兴康,等.职业健康体检中粉尘作业人员肺功能检查结果分析[J].中国卫生产业.2020,17(8):185-187.
- [3]陈世赞,方雪芹.职业健康体检中粉尘作业人员肺功能检查结果分析[J].东方药膳.2021(3):44.
- [4]王寅银,宁津.便携式肺功能仪在粉尘作业人员慢性阻塞性肺疾病筛查中的应用[J].河南医学研究.2022,31(3):400-403.
- [5]吴友珍,李文婷,宋宇美.深圳市龙华区粉尘作业人员肺功能损害情况分析 & 预防[J].中国卫生产业.2020,17(17):55-57.
- [6]邹丽.肺功能检查在接尘职业健康监护及尘肺病诊断中的研究新进展[J].保健文汇.2021,22(9):123-124.
- [7]李三荣.肺功能检查在职业病体检中的应用[J].东方药膳.2021(11):63.
- [8]戴伟荣,殷备战,李欣,等.问卷筛查与肺功能检测在粉尘作业农民工中的应用[J].中华劳动卫生职业病杂志.2021,39(8):582-585.

西吡氯铵含片联合曲安奈德注射液治疗轻中度糜烂型口腔黏膜扁平苔藓的临床研究

孙娜

任丘市疾病预防控制中心健教科 河北任丘 062550

摘要: 目的: 观察西吡氯铵含片联合曲安奈德注射液治疗轻中度糜烂型口腔黏膜扁平苔藓患者的临床效果。方法: 将 2020 年 6 月至 2021 年 6 月任丘市疾病预防控制中心联合任丘市石门桥镇中心卫生院收治的 100 例轻中度糜烂型口腔黏膜扁平苔藓患者纳入研究, 依据临床资料进行匹配后, 分为对照组及观察组, 各 50 例。对照组给予曲安奈德注射液, 观察组在对照组治疗基础上加用西吡氯铵含片治疗, 疗程均为 4 周。治疗结束后比较两组患者溃疡消失时间、临床疗效、并发症发生率、复发率及治疗前后疼痛 VAS 评分。结果: 治疗前, 两组患者 VAS 评分组间比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后两组 VAS 评分均显著下降, 观察组疼痛缓解情况优于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。观察组患者溃疡消失时间为 (4.13 ± 1.13) d, 明显短于对照组 (6.54 ± 1.20) d, 比较差异有显著统计学意义 ($t=-10.339, P<0.001$)。观察组的总有效率高于对照组, 不良反应发生率低于对照组, 两组比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。随访 6 个月, 对照组复发率高于观察组复发率, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论: 西吡氯铵含片联合曲安奈德注射液治疗轻中度糜烂型口腔黏膜扁平苔藓的疗效显著, 缓解疼痛效果好, 降低并发症和复发的发生。

关键词: 西吡氯铵含片; 曲安奈德; 口腔黏膜扁平苔藓, 轻中度糜烂型; 并发症

口腔黏膜扁平苔藓 (OLP) 是口腔黏膜病的常见类型, 有研究显示, 口腔黏膜病属于自身免疫系统疾病, 而现代医病理学也表明, 免疫功能紊乱是口腔黏膜病的主要病理变化, 机体的免疫功能由免疫细胞亚群及相关因子共同调控^[1-2]。OLP 虽然不具有传染性且危险性较低, 但患者病情反复发作、经久不愈将导致恶变, 目前该病已被 WHO 列为癌前状态。此外, 有研究表明, 饮酒、家族史均为 OLP 的独立危险因素, 可导致患者病情复发, OLP 病情复发加重前, 患者进食辛辣刺激食物的发生率为所有暴露因素中最高, 这是由于辛辣食物可造成口腔黏膜微血管收缩或物理损伤, 引发 T 淋巴细胞向皮下浸润, 最终导致病情复发甚至加重^[3-4]。对于 OLP 的治疗, 现阶段主要是以控制临床症状为主, 尚无法被根治。本研究观察西吡氯铵含片联合曲安奈德注射液治疗轻中度糜烂型口腔黏膜扁平苔藓患者的临床效果, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2020 年 6 月至 2021 年 6 月医院收治的 100 例轻中度糜烂型口腔黏膜扁平苔藓患者纳入研究, 依据临床资料进行匹配后, 分为对照组及观察组, 各 50 例。两组患者疾病类型、年龄、性别等一般资料比较差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性, 见表 1。入选患者均知情并同意参加本研究; 且本研究经伦理委员会审批通过。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	男/女	年龄(岁)	病程(月)	疾病类型(轻/中度)
对照	50	28/22	32~57	3~16	23/27
组			(41.84±5.47)	(13.47±3.35)	
观察	50	24/26	30~58	3~17	22/28
组			(42.72±6.46)	(13.59±3.37)	
χ^2/t	0.641	-0.735	-0.179	0.040	
值					
P 值	0.423	0.464	0.858	0.841	

1.2 入选标准 (1) 纳入标准: ①所有患者均符合口腔黏膜扁平苔藓的诊断标准^[5]; ②年龄 18-60 岁; ③首次诊断为口腔黏膜扁平苔藓; ④近 1 个月无抗炎、激素、神经、苯二氮类药物治疗史。(2) 排除标准: ①精神病史; ②酗酒、滥用药物和药物依赖者; ③躯体或精神疾病等所致的继发性失眠; ④有心、肝、肾等严重病; ⑤恶性肿瘤者。

1.3 治疗方法 嘱托所有患者治疗期间忌辛辣刺激食物, 注意休息, 减少诱发因素。对照组: 用曲安奈德注射液 (浙江仙琚制药股份有限公司, 批准文号: H33020762, 规格 1 ml : 40 mg) 饭后涂抹患处, 涂抹 30min 内禁食水。观察组在对照组基础上给予西吡氯铵含片 (山东新时代药业有限公司, 批准文号 HC20052638), 每日 3 次, 每次 1 片, 含于口中使其缓慢溶化。两组患者均连续治疗 4 周。

1.4 观察指标及检测方法

1.4.1 治疗前后疼痛程度观察: 治疗 4 周后, 由专业医务人员 (不知具体分组情况) 在治疗前后应用视觉模拟评分 (VAS) 评价患者体征情况及疼痛程度。

1.4.2 溃疡消失时间: 治疗 4 周后, 由专业医务人员 (不知具体分组情况) 记录两组轻中度糜烂型口腔黏膜扁平苔藓患者溃疡消失时间。

1.4.3 临床疗效判定: 治疗 4 周后, 疗效标准判定: 显效为治疗后患者疼痛症状消失、溃疡症状痊愈或明显好转; 有效为患者疼痛明显减轻、溃疡症状得到明显改善; 无效: 不符合上述标准。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。

1.4.4 不良反应及复发情况: 统计治疗期间不良反应, 包括恶心、头痛等。每月电话随访或应邀来院复查, 最长随访时间 6 个月, 比较两组复发情况。

1.5 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计软件分析数据。计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 计量资料采用 t 检验或秩和检验; 计数资料用 [例 (%)] 表示, 采用卡方检验。P < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后疼痛程度及溃疡消失时间比较 治疗前, 两组患者

VAS 评分组间比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后两组 VAS 评分均显著下降 ($P<0.05$), 观察组疼痛缓解情况优于对照组 ($P<0.05$), 见表 2。观察组患者溃疡消失时间为 (4.13 ± 1.13) d, 明显短于对照组 (6.54 ± 1.20) d, 比较差异有显著统计学意义 ($t=-10.339, P<0.001$)。

表 2 两组患者治疗前后 VAS 评分比较

组别	例数	治疗前	治疗后	t/P 值
对照组	50	7.56 $\pm$ 1.21	4.01 $\pm$ 0.25	20.317/ <0.001
观察组	50	7.55 $\pm$ 1.23	3.14 $\pm$ 0.22	24.956/ <0.001
t/P 值		0.041/0.967	18.473/ <0.001	

2.2 两组治疗后临床疗效比较 观察组的总有效率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 两组治疗后临床疗效比较 (例, %)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	50	21 (42.0)	18 (36.0)	11 (22.0)	39 (78.0)
观察组	50	24 (48.0)	23 (46.0)	3 (6.0)	47 (94.0)
X ² /P 值					5.316/0.021

2.3 两组不良反应及复发情况比较 治疗期间, 对照组不良反应发生率高于观察组, 两组比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。随访 6 个月, 对照组复发率高于观察组复发率, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组患者不良反应及复发情况比较 (例, %)

组别	例数	恶心	头痛	血压升高	不良反应发生率 (%)	复发率
对照组	50	3 (6.0)	2 (4.0)	3 (6.0)	8 (16.0)	12 (24.0)
观察组	50	1 (2.0)	0	1 (2.0)	2 (4.0)	4 (8.0)
X ² /P 值					4.00/0.046	4.762/0.029

3 讨论

OLP 是一种由 T 淋巴细胞介导的影响皮肤和黏膜表面的慢性炎症性疾病, 该病程较长, 反复发作且缺乏特效治疗方法, 目前临床常用药物包括激素、环孢素和羟氯喹等^[6]。若该病反复发作并继续发展, 根据病变部位的不同, 可能发展为种类不同的口腔癌, 严重影响患者的身心健康。

大量研究均显示口腔黏膜病属于自身免疫系统疾病, 其发病机制主要与免疫功能紊乱以及炎症反应激活有关^[7-8]。有研究显示, 口腔黏膜扁平苔藓受损时, 黏膜组织极易发生破损、坏死, CD3⁺、CD4⁺、CD56⁺表达均会下降, CD8⁺浓度上调, 削减了机体免疫能力, 并且机体在免疫反应的同时, 炎症反应应答也参与其中, 如 IL-6、IL-10、TNF- α 等因子, 均是反映或评估口腔黏膜扁平苔藓受损程度的敏感评价指标^[9-10]。

基于 OLP 的发生发病机制, 本研究中采用西吡氯铵含片联合曲安奈德注射液进行治疗, 结果显示, 治疗后观察组疼痛缓解情况优于对照组, 溃疡消失时间明显短于对照组, 其总有效率也高于单纯采用曲安奈德治疗, 用药期间不良反应发生率和复发率也低于对照组。分析原因可能为: 曲安奈德属于长效激素类药物, 具有抗炎、免疫抑制、抗毒作用及抗休克作用,

该药用于 OLP 患者中, 可通过调节患者免疫和炎症反应因子的表达, 进而控制疾病的进展^[11]。有研究表明, 曲安奈德软膏对萎缩型/糜烂型口腔扁平苔藓具有较好效果, 且用法简单, 局部用药对全身反应小等优点^[12]。发生 OLP 时, 患者口腔中链球菌、奈瑟氏菌、韦荣氏菌数均升高, 而西吡氯铵则可穿透细胞膜, 破坏细菌的新陈代谢, 抑制细胞生长, 从而发挥杀灭细菌的作用^[13]。两药联合应用, 从不同治疗方面对疾病进行控制, 可起到互补作用, 达到事半功倍的效果。

综上所述, 西吡氯铵含片联合曲安奈德注射液治疗轻中度糜烂型口腔黏膜扁平苔藓的疗效显著, 缓解疼痛效果好, 降低并发症和复发的发生。

参考文献:

[1] 陈杰. 口腔黏膜扁平苔藓病变的危险因素及预防[J]. 造纸装备及材料, 2020, 49(1): 248-249. DOI: 10.3969/j.issn.1672-3066.2020.01.202.

[2] 徐晓雨, 卢恕来. 口腔扁平苔藓免疫学因素的研究现状[J]. 中华老年口腔医学杂志, 2021, 19(2): 118-122. DOI: 10.19749/j.cn.cjgd.1672-2973. 2021.02.013.

[3] 周刚, 樊明文, 陈谦明. 口腔扁平苔藓的免疫发病机制[J]. 国外医学 (口腔医学分册), 2004, 31(4): 265-267. DOI: 10.3969/j.issn.1673-5749.2004.04.006.

[4] 郭梦瑶, 聂敏海, 刘旭倩. 四川泸州地区口腔扁平苔藓致病危险因素分析[J]. 实用口腔医学杂志, 2020, 36(4): 632-636. DOI: 10.3969/j.issn.1001-3733.2020.04.017.

[5] 王莉丽, 刘恒朗. 口腔扁平苔藓疗效评价系统的发展及应用现状[J]. 北京口腔医学, 2020, 28(3): 170-173.

[6] 李佳薇. 口腔扁平苔藓治疗的研究进展[J]. 吉林医药学院学报, 2020, 41(6): 455-457.

[7] 张春燕, 林志勇, 慕成, 等. T 淋巴细胞介导后细胞免疫在口腔扁平苔藓发病中的作用研究[J]. 山东医药, 2005, 45(35): 49-50. DOI: 10.3969/j.issn.1002-266X.2005.35.023.

[8] 陈怡, 刘贞敏, 雍翔智, 等. 炎症因子对人口腔黏膜上皮细胞 β -防御素表达的影响[J]. 广西医学, 2018, 40(10): 1182-1185. DOI: 10.11675/j.issn.0253-4304.2018.10.19.

[9] 麦照, 王新红, 何霞. 温阳健脾汤结合艾灸治疗脾胃虚寒型复发性口腔溃疡疗效及对患者血清炎症因子、补体 C3、C4 水平的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2018, 24(8): 189-193. DOI: 10.13422/j.cnki.syfjx.20180817.

[10] 张天栋. 他克莫司联合醋酸泼尼松片对口腔黏膜扁平苔藓患者临床疗效和免疫功能的影响[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21(20): 144-145. DOI: 10.13638/j.issn.1671-4040.2021.20.069.

[11] 黄先菊, 叶晓明, 朱丹, 等. 补气活血汤联合曲安奈德对口腔扁平苔藓的疗效及对炎症、血液流变学指标的影响[J]. 中华中医药学刊, 2018, 36(8): 1930-1932. DOI: 10.13193/j.issn.1673-7717.2018.08.035.

[12] 刘磊, 范淑霞, 杨旭. 曲安奈德溶液联合西吡氯铵含片治疗轻中度糜烂型口腔扁平苔藓的临床效果[J]. 黑龙江科学, 2022, 13(2): 86-87. DOI: 10.3969/j.issn.1674-8646.2022.02.036.

[13] 杨瑶, 杜红, 陈方淳. 曲安奈德溶液联合西吡氯铵含片治疗轻中度糜烂型口腔扁平苔藓的临床疗效[J]. 新医学, 2021, 52(1): 38-42. DOI: 10.3969/j.issn.0253-9802.2021.01.008.

人际心理治疗与认知行为治疗对躯体形式障碍的疗效观察

孙淑红

唐山市第五医院二病区 063000

摘要：目的：研究人际心理治疗的效果。方法：纳入对象为躯体形式障碍 100 例，随机分组，分为对照组、观察组，采取不同治疗。结果：观察组各项指标优于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：人际心理治疗与认知行为治疗效果显著。

关键词：人际心理；认知行为；躯体形式障碍；疗效

躯体形式障碍疾病在临床十分的常见，临床对于该种疾病均实施相关心理治疗，但是单一措施效果不显著，现如今认知行为治疗广泛开展，该项方式通过对患者自身的行为模式、思维进行改变，从而对行为和情绪有效调节，能对患者自身的心理问题进行调整^[1]，因此，本次研究对联合治疗进行分析，见下文。

1 资料和方法

1.1 资料

选取躯体形式障碍患者，均在我院 2019 年 12 月至 2020 年 2 月时间段所收治。根据病情进行随机分组处理，观察组纳入 50 个病例、对照组纳入 50 个病例。表 1 为患者的基本资料、表 2 为纳入和排除病例的相关标准，具体如下：

表 1：基本信息

组名	例数（n）	男/女	年龄（岁）
对照组	50	30/20	56.17±1.21
观察组	50	31/19	56.11±1.26

表 2：纳排标准

纳排标准	①	②	③	④
纳入	符合躯体形式障碍诊断标准	意识清晰，沟通无障碍	临床资料齐全	积极配合后期随访
排除	合并恶性肿瘤、胃肠道等重症疾病	凝血功能异常	存在精神病史	后期失访

1.2 方法

对照组实施：常规药物治疗和心理干预。

对于患者应用药物治疗相关操作，给予患者采用度洛西汀药物（早餐后服用）进行治疗，药物的起始剂量为每日 40mg，在 4 天-7 天将药物的剂量增加为每天 60mg，患者均治疗六周左右^[2]。

心理护理：患者入院后，加强与其沟通，并耐心倾听患者诉说，根据其不同心理状态调整其心理，并采用图片、视频等资料给予患者正面鼓励，同时为其讲解躯体形式障碍的相关知识，使其能够充分了解自身病情；治疗后告知患者病情显著好转，使其能够树立战胜疾病的信心，建立良好的

护患关系，了解患者的基本情况，从患者入院应卧床休息，每日清洁病房，定时开窗通气，保持患者的舒适度，不宜给患者食用生冷食物，根据医嘱给予饮食指导，提高患者机体抵抗力^[3]。

观察组在对照组基础上实施人际心理治疗与认知行为治疗。

心理治疗：在初始阶段患者的治疗目标主要为以下几点：（1）对于疾病不仅仅需要了解，还需要积极面对，（2）将人际关系方面、患者躯体化症状方面的联系建立，（3）对于患者自身存在人际关系方面的相关问题进行确定，（4）对于患者对 IPT 的相关适宜性进行有效评估，（5）另外对于治疗协议需要建立。中间阶段：根据患者存在多个方面的人际问题进行分析，例如第一个方面为悲伤、第二个方面为角色冲突、第三个方面为角色转变、第四个方面为人际关系缺乏，对患者自身情况进行结合，同时解决存在的问题。最后一个阶段是终止阶段，对于治疗存在的问题有效回顾，每次治疗时间在 50min-60min 内，每周均需要进行两次，一共 12 次。

认知行为治疗：在第一个阶段，需要对患者自身的各项症状有效了解，对于症状进行记录，同时指导患者对认知、行为、情感方面的关系进行了了解，采用认知相关行为，对患者功能失调性进行分析，预防负性自动思维。第二个阶段：首先对于患者的信心需要树立，坚持采用理性观念、客观观念，对于非理性认知方面进行调整，对于疗效进行加强，每次治疗时间为 30 分钟-40 分钟，每周进行两次，一共 12 次左右。

1.3 观察指标

对比两组各项指标(总有效率、HAMD 评分、HAMA 评分、SCL-90 评分、再次住院率、2 年痊愈率、生活质量)。

1.4 统计学处理

统计学软件应用 SPSS24.0，结果显示 $P<0.05$ ，说明以上数据存在明显差异。

2. 结果

2.1 对比两组总有效率

就总有效率而言，观察组更优（ $P<0.05$ ），见表 3 所示。

表 3：对比两组的总有效率指标（%）

组别	例数 (n)	显效 (n)	有效 (n)	无效 (n)	总有效率
观察	50	40	7	3	94.00

组					
对照	50	30	6	14	72.00
组					
卡方	-				12.1127
值					
P 值	-				0.0146

2.2 对比 HAMD 评分

治疗后观察组 HAMD 评分低于对照组 ($P<0.05$), 见表 4 所示。

表 4: 对比两组的 HAMD 评分指标

组别	例数(n)	治疗前 (分)	治疗后 24 周 (分)
观察	50	36.17±3.21	17.26±2.14
组			
对照	50	36.11±3.17	23.14±2.16
组			
t 值	-	1.2614	8.1124
P 值	-	0.0927	0.0000

2.3 对比 HAMA 评分

治疗后观察组 HAMA 评分低于对照组 ($P<0.05$), 见表 5 所示。

表 5: 对比两组的 HAMA 评分指标

组别	例数(n)	治疗前 (分)	治疗后 24 周 (分)
观察	50	27.12±1.27	16.27±3.21
组			
对照	50	26.11±1.91	19.11±3.27
组			
t 值	-	2.1624	6.4217
P 值	-	0.0824	0.0000

2.4 对比 SCL-90 评分

观察组 SCL-90 评分低于对照组 ($P<0.05$), 见表 6 所示。

表 6: 对比两组的 SCL-90 评分指标

组别	例数(n)	治疗前 (分)	治疗后 (分)
观察	50	1.42±0.21	0.41±0.21
组			

表 9: 对比生活质量 (分)

组别	躯体功能		心理功能		社会功能		物质生活	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=50)	58.25±1.02	90.25±1.20*	62.25±1.52	92.56±1.45*	65.25±1.52	93.25±1.45*	63.25±1.45	92.75±1.45*
对照组 (n=50)	58.53±1.52	78.25±1.58*	62.26±1.52	71.25±1.52*	65.26±1.78	75.25±1.14*	63.26±1.55	72.25±1.45*
T 值	1.082	42.768	0.033	71.731	0.030	69.006	0.033	70.690

对照	50	1.43±0.26	0.97±0.23
组			
t 值	-	1.1126	4.1127
P 值	-	0.0914	0.0000

2.5 对比再次住院率

观察组再次住院率明显优于对照组 ($P<0.05$), 见表 7 所示。

表 7: 对比两组再次住院率指标

组别	例数(n)	再次住院 (n)	再次住院率(%)
观察	50	1	2.00
组			
对照	50	16	32.00
组			
卡方	-		9.2617
值			
P 值	-		0.0216

2.6 对比 2 年痊愈率

观察组 2 年痊愈率高于对照组 ($P<0.05$), 见表 8 所示。

表 8: 对比两组的 2 年痊愈率

组别	例数(n)	痊愈 (n)	2 年痊愈率(%)
观察	50	49	98.00
组			
对照	50	39	78.00
组			
卡方	-		16.1427
值			
P 值	-		0.0019

2.7 两组生活质量评分的比较

观察组躯体功能 (90.25±1.20) 分、心理功能 (92.56±1.45) 分、社会功能 (93.25±1.45) 分、物质生活评分 (92.75±1.45) 分显著高于对照组躯体功能 (78.25±1.58) 分、心理功能 (71.25±1.52) 分、社会功能 (75.25±1.14) 分、物质生活评分 (72.25±1.45) 分, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。如表 9 所示:

P 值	0.282	0.000	0.974	0.000	0.976	0.000	0.974	0.000
注：和治疗前比较，*P<0.05					综上所述，对躯体形式障碍患者采取联合治疗，效果显著，值得在临床中推广运用。			
3 讨论					参考文献：			
据相关研究显示 ^[4] ,就躯体形式障碍而言,病因具有多种,第一种为心理方面、第二种为社会方面、第三种为生物学因素方面,该疾病是由于多种因素造成的,患者内心的矛盾、压抑情况通过自身躯体症状进行表达,因此会出现各种不适症状,如腹泻、头痛等等,同时多数患者均存在情绪方面的障碍,患者除了采取药物治疗相关方面外,对于患者自身的心理方面治疗也尤为重要 ^[5] 。在国外,人际心理方面的治疗是研究相关热点,该项方式主要强调人体情感症状、生活事件方面的联系,是治疗的主要焦点,通过对人际功能进行改善,对于人际危机有效处理,能对患者自身情感症状进行改善,提高患者的社会功能。该项方式对于治疗效果十分显著,对于患者自身躯体相关症状可以有效改善 ^[6] 。医学相关研究显示,该类患者存在异常认知情况,通过采取认知行为技术,不仅能利于患者自身认知重建,还能对患者不良情绪反应有效改善。由于单独进行心理方面的治疗,存在周期长、起效慢等相关情况,导致效果不显著。					[1]孟春燕. 躯体形式疼痛障碍患者近亲属的心理健康状况及家庭健康教育[J]. 中国医药指南,2020,18(12):169-170.			
度洛西汀为一种双重抑制剂,在治疗该疾病方面具有一定效果,但是相关研究结果显示,药物单一治疗效果不显著 ^[7] 。通过将心理、认知方面联合应用,能对于该疾病的靶症状有效缓解,另一方面除了能对患者自身躯体化相关症状进行改善外,还能增强患者治疗方面的依从性和相关信心。上述两种方式进行比较外,心理治疗过程中患者具有更多的自主权,而认知行为治疗方面主要是控制患者行为,尽管两者之间在治疗策略上存在不同之处,但是疗效显著 ^[8] 。					[2]王淑君,张媛媛,杨宝琴,等. 影视团体心理治疗应用于躯体形式障碍患者的护理研究[J]. 中国现代医生,2020,58(21):176-180.			
躯体形式障碍不仅对患者自身日常生活存在影响,在行为方面也存在影响,医学各项研究显示,该疾病在国外实验显示,患者终身发病率较高,存在非正常各项情况,通过对于患者自身异常认知进行纠正,改善患者的观念,能促进患者自身疾病转归 ^[9-10] 。另外认知行为治疗为近年来发展显著的方式,在开展该项方式后,能促进患者对非理性观念认清,对于认知结构进行重建,从而利于患者对行为进行转变,减轻患者抑郁方面、焦虑方面的情况 ^[11-12] 。在躯体形式障碍患者发病前,均存在多种心理方面的相关因素,患者歪曲了正确的认知,当患者产生压力时,不同患者的应对方式也大不相同,部分患者无法应用有效的言语进行表达,从而通过躯体语言进行各方面表达,最终形成了躯体继发相关表现,造成不良症状,对于患者自身的生活质量造成影响 ^[13-14] 。多项研究认为,对于该疾病患者来说,采取单一治疗效果不显著,对于疾病采取躯体形式治疗较为有限。通过采取联合应用方式,不仅能将疗效显著提高,还能提高患者治疗依从性 ^[15] 。					[3]张雄华,刘志刚,李金贵. 认知行为心理治疗对躯体形式障碍临床疗效的作用探讨[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(24):154-155.			
经研究表明,观察组总有效率、HAMD 评分、HAMA 评分、SCL-90 评分、再次住院率、2 年痊愈率、生活质量优于对照组总有效率、HAMD 评分、HAMA 评分、SCL-90 评分、再次住院率、2 年痊愈率、生活质量(P<0.05)。					[4]梁婉仪,梁东霞. 综合医院心理门诊躯体形式障碍患者焦虑抑郁状况分析[J]. 中国实用医药,2020,15(28):51-53.			
					[5]项瑞,周晓琴,程方烁,等. 躯体形式障碍患者心理痛苦与述情障碍相关性研究[J]. 临床心身疾病杂志,2020,26(5):68-71.			
					[6]颜文静,张玲,陆昶谋,等. 综合护理联合认知行为心理干预对躯体形式障碍患者的影响[J]. 华夏医学,2020,33(2):162-165.			
					[7]欧阳丽君,贺莹,陈晓岗. 误诊为躯体形式障碍的 DPPX 相关自身免疫性脑炎 1 例[J]. 中国神经精神疾病杂志,2020,46(2):110-112.			
					[8]闫栋,吴松斌,宋奕,等. 持续性躯体形式疼痛障碍病人血清激素水平改变研究分析[J]. 中国疼痛医学杂志,2020,26(8):588-593.			
					[9]万礼霞,朱相华,胡存昆,等. 躯体形式障碍患者社会支持与功能失调性认知、人格障碍倾向的相关性研究[J]. 中华行为医学与脑科学杂志,2020,29(5):448-452.			
					[10]蔡文婷,赖燕,廖梅蓉,等. 阿立派唑联合米氮平治疗躯体形式障碍患者的临床疗效及安全性研究[J]. 中国当代医药,2020,27(35):82-85.			
					[11]栗雪琪,岳建新,王晓丝,等. 团体正念认知治疗对躯体形式障碍患者临床效果的分析[J]. 中外医学研究,2020,18(24):175-176.			
					[12]朱伟. 躯体形式障碍患者述情障碍与焦虑抑郁的相关性研究[J]. 山东医学高等专科学校学报,2020,42(4):304-306.			
					[13]陶莉,彭红,顾静,等. 躯体形式障碍患者衰弱现状及与其相关因素分析[J]. 吉林医学,2020,41(12):3025-3027.			
					[14]周艺新. 躯体变形障碍中体像三要素研究[J]. 校园心理,2020,18(6):562-564.			
					[15]GIOVANNETTI, CECILE, GARCIA ARCE, SARA, RUSH, BRIAN, et al. Pilot Evaluation of a Residential Drug Addiction Treatment Combining Traditional Amazonian Medicine, Ayahuasca and Psychotherapy on Depression and Treatment Combining Traditional Amazonian Medicine, Ayahuasca and Psychotherapy on Depression and Anxiety[J]. Journal of psychoactive drugs,2020,52(5):472-481.			

不同手术方法治疗重型对冲性颅脑损伤的临床效果研究

孙伟涛

莱州市中医医院神经外科 山东莱州 261400

摘要:目的:探讨不同手术方法治疗重型对冲性颅脑损伤的临床效果。方法:研究对象为2019.6-2020.6月在我院收治的70例重型对冲性颅脑损伤患者,使用随机数字表法将其分为对照组(35例)和观察组(35例),对照组应用双侧开颅去骨瓣减压术,观察组应用着力部位硬膜外清除血肿联合双侧或单侧去骨瓣减压术。将两组患者术后颅内压、对侧中线移位程度、血肿厚度进行比较。比较两组患者治疗效果及并发症发生情况。结果:两组患者术后颅内压、对侧中线移位程度、血肿厚度差异明显,观察组优于对照组($P < 0.05$)。比较两组治疗有效率,观察组高于对照组($P < 0.05$)。比较两组并发症发生率,观察组低于对照组($P < 0.05$)。结论:对重型对冲性颅脑损伤患者采取着力部位硬膜外清除血肿联合双侧或单侧去骨瓣减压术进行治疗效果确切,并发症发生风险较低,有助于降低颅内压,值得临床采纳。

关键词:重型对冲性颅脑损伤;双侧开颅去骨瓣清除术;硬膜外清除血肿

Abstract: Objective: To explore the clinical effect of different surgical methods in the treatment of severe contrecoup craniocerebral injury. Methods: the subjects were 70 patients with severe contrecoup craniocerebral injury admitted to our hospital from June 2019 to June 2020. They were randomly divided into control group (35 cases) and observation group (35 cases). The control group was treated with bilateral craniotomy and bone flap decompression, and the observation group was treated with epidural hematoma removal and bilateral or unilateral bone flap decompression. The intracranial pressure, the degree of contralateral midline displacement and the thickness of hematoma were compared between the two groups. The therapeutic effects and complications were compared between the two groups. Results: there were significant differences in postoperative intracranial pressure, contralateral midline displacement and hematoma thickness between the two groups. The observation group was better than the control group ($P < 0.05$). The effective rate of the observation group was higher than that of the control group ($P < 0.05$). The incidence of complications in the observation group was lower than that in the control group ($P < 0.05$). Conclusion: epidural hematoma removal combined with bilateral or unilateral decompressive craniectomy is effective in the treatment of patients with severe craniocerebral injury. It has a low risk of complications and is helpful to reduce intracranial pressure, which is worthy of clinical adoption.

重型对冲性颅脑损伤在临床较为常见,属于重型颅脑损伤的一种主要病型,具有较高的致残风险和致死风险,对患者来说,通过头部影像学检查可知,患者伴随或不伴随硬膜外血肿,因为患者病情的差异性,其所受作用力各不相同,导致患者脑部出血情况存在不同,但无论何种情况均会影响患者预后^[1]。目前临床对该疾病的主要治疗方法为手术治疗,但是尚未明确规范统一的术式,多数情况下需要结合挫伤、水肿的位置明确手术位置,但是由于受伤的影响存在急性脑膨出或者对侧存在更大的水肿,对术后恢复造成影响^[2]。为了探讨最佳的手术治疗方案,本研究对不同手术方法的应用效果进行对比分析。

1. 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象为2019.6-2020.6月在我院收治的70例重型对冲性颅脑损伤患者,使用随机数字表法将其分为对照组(35例)和观察组(35例)。对照组男、女例数分别为19例和16例,年龄区间32-65岁,平均(42.05±5.23)岁;观察组男、女例数分别为20例和15例,年龄区间33-65岁,平均(42.18±5.29)岁。两组患者基线资料无明显差异($P > 0.05$),可用于对比分析。纳入标准:(1)全部患者均经临床影像学确诊为重型对冲性颅脑损伤,具有外伤史;(2)患者及家属均为知情自愿参与本次研究。排除标准:(1)合并其他恶性病症;(2)手术禁忌证;(3)对手术方式及麻醉方式不耐受。

1.2 方法 两组患者采取不同的术式进行治疗,将双侧开颅去骨瓣减压术应用于对照组,操作方法:帮助患者保持高脚低仰卧位,使用气管插管,全麻,常规消毒铺巾,明确手术切口,为颞弓上耳屏至中线旁,逐渐向前延伸至前额部发际。之后通过骨窗后到乳突前,向前延伸至额极,将肌皮瓣翻转至前往下侧,将额颞顶区暴露,明确手术过程中骨窗的最大面积,为15cm×12次,手术阶段尽量使减压窗低至颅中窝底,将颅内血肿、坏死组织等全部清除,放置引流管,缝合硬脑膜。对侧颅内压手术操作同上,同时将侧硬膜外血肿清除。如果手术过程中患者颅内压升高或者脑部膨出,需要立即进行气管插管,通过头部CT进行检查,如果存在脑挫裂伤及时进行开颅血肿清除术。观察组采取着力部位硬膜外清除血肿联合双侧或单侧去骨瓣减压术。首先清除损伤部位硬膜外血肿,之后清除单侧或双侧额颞部血肿,嘴周进行去骨瓣减压术。

1.3 观察指标 (1)比较两组患者术后5d颅内压、侧中线移位程度及血肿厚度。(2)比较两组患者治疗效果,通过格拉斯哥预后量表(GOS)进行评估,分为显效(GOS为5分,病情得到明显改善,能够正常工作生活)、有效(GOS为4分,病情得到一定缓解,伴随缺陷但是可以独立生活)、无效(病情未得到改善甚至加重)。治疗有效率=(显效+有效)/总例数×100%。(3)比较两组患者并发症发生情况,常见的并发症主要包括颅内感染、出血、外伤性癫痫、脑脊液漏、急性脑膨出。

1.4 统计学处理 使用 SPSS18.0 对本次研究所得数据进行处理和分析,使用 $\bar{x} \pm s$ 表示计量资料,使用t进行检验。使用%表示计数资料,使用 χ^2 进行检验。如果 $P < 0.05$ 则说明组间比较差别较大,具有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患者颅内压、对侧中线移位程度及血肿厚度比较 两组患者术后颅内压、对侧中线移位程度、血肿厚度差异明显,观察组优于对照组($P < 0.05$)。如表1所示。

表1 两组患者颅内压、侧中线移位程度及血肿厚度比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	颅内压 (mmHg)	对侧中线移 位程度 (mm)	血肿厚度 (mm)
观察组	35	14.22±1.05	0.61±0.12	1.22±0.14
对照组	35	15.87±1.13	1.41±0.16	3.57±0.31
t		4.015	5.872	5.903
P		<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者治疗效果比较 比较两组治疗有效率,观察组高于对照组($P < 0.05$)。如表2所示。

表2 两组患者治疗效果比较 [n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
观察组	35	22	12	1	34(97.14)
对照组	35	17	11	7	28(80.00)
χ^2					5.592
P					<0.05

2.3 两组患者并发症发生率比较 观察组并发症发生率明显低于对照组($P < 0.05$)。如表3所示。

表3 两组患者并发症发生率比较 [n (%)]

组别	例数	颅内 感染	出血	外伤 性癫 痫	脑脊 液漏	急性 脑膨 出	发生率
观察组	35	0	0	1	0	0	1 (2.86)
对照组	35	2	1	2	1	1	7 (20.00)
χ^2							6.572
P							<0.05

3. 讨论

重型颅脑损伤在临床较为常见,同时该疾病类型较多,主要为对冲性脑挫裂伤、硬膜外雪中损伤、弥漫性轴索损伤等,其中重型对冲性颅脑损伤的发病风险较高,同时该疾病病情变化快,手术过程中发现出血灶困难,

具有较高的致残、致死风险^[3]。随着医疗技术的不断发展,对重型对冲性颅脑损伤病理机制的研究不断深入,治疗观念也得到了更新。

传统模式下对患者进行开颅手术,因为开颅创较小,不能对颅脑损伤情况进行全面观察,止血效果加不加,无法全面清除血肿,进而导致手术效果不理想。近些年来大骨瓣减压术得到了临床的广泛应用,同传统开颅手术相比,能够将手术带止血位置充分暴露,缓解脑部血管压力,减少在此血肿压迫伤发生风险,保证脑部组织供养、供血,有助于全面清除血肿。但是对冲性颅脑损伤具有多变性和特殊性的特点,如果存在重型对冲性损伤,患者额底以及颞部周围脑组织为损伤的严重区域,周围存在减速损伤,导致颅底部骨质存在对冲运动,脑组织发生伤害导致脑部血流量降低。减速伤害发生的过程越短,颅内出血的风险就越高。随着病情的发展,通过一次颅内CT影像难以评估脑损伤具体情况。因此需要结合重型对冲性颅脑损伤的发病特点,对手术的重点进行分析,将额颞部血肿全面清除,之后对硬膜下血肿进行全面清除^[4]。相关临床研究显示^[5],对两组重型对冲性颅脑损伤患者采取不同的手术方法进行治疗,结果表明双侧骨瓣减压开颅术的治疗效果明显优于单侧外伤大骨瓣减压开颅术。根据本次研究结果可知, 两组患者术后颅内压、对侧中线移位程度、血肿厚度差异明显,观察组优于对照组($P < 0.05$)。观察组治疗有效率明显高于对照组($P < 0.05$),同时观察组并发症发生率明显低于对照组($P < 0.05$)。术后患者存在较高的出血发生风险,所以在选择手术方案的过程中,需要将手术指征作为主要依据,首先对占位效应较为明显的侧病变实施开颅减压。同时在选择手术方案的过程中,还需要全面分析患者血肿或者损伤的情况,加强对患者病情的监测,结合具体的病例进行具体分析。另外,在完成血肿清除术后,需要结合对侧血肿、脑侧裂伤的变化情况明确选择单侧开颅手术或者双侧开颅手术,进一步保证手术的效果及安全性,进而有效改善患者预后,促进术后恢复。

综上所述,对重型对冲性颅脑损伤患者采取着力部位硬膜外清除血肿联合双侧或单侧去骨瓣减压术进行治疗效果确切,并发症发生风险较低,有助于降低颅内压,值得临床采纳。

参考文献:

[1]申达光. 不同手术方法治疗重型对冲性颅脑损伤的临床效果观察[J]. 中国现代药物应用,2020,14(12):29-31.

[2]陈圣泉,梁坚,黄祖锵. 预见性平衡双侧去骨瓣减压术联合着力部位硬膜外血肿清除术对重型对冲性颅脑损伤的影响研究[J]. 基层医学论坛,2019,23(16):2224-2225.

[3]郑文平. 分析不同术式(2种)对重型对冲性颅脑损伤患者的治疗价值[J]. 中外医疗,2019,38(3):77-80.

[4]李东岗. 双侧去骨瓣减压手术治疗重型对冲性颅脑损伤82例临床分析[J]. 河南外科学杂志,2019,25(5):83-84.

[5]王志超. 双侧去骨瓣减压术治疗31例重型对冲性颅脑损伤效果观察[J]. 河南外科学杂志,2018,24(5):92-93.

口腔溃疡运用康复新口服液与口腔炎喷雾剂治疗的效果对比分析

王婧

宁夏石嘴山第一人民医院 宁夏石嘴山市 753200

摘要：目的：探讨口腔溃疡运用康复新口服液与口腔炎喷雾剂治疗的效果对比。方法：采集本院 2020 年 9 月至 2021 年 11 月期间接收的 164 例口腔溃疡患者，随机分为对照组与观察组各 82 例，对照组运用口腔炎喷雾剂治疗，观察组运用康复新口服液治疗，分析不同治疗用药后患者治疗疗效、症状改善速度、有关检验指标、复发率、治疗满意度情况。结果：在患者治疗总有效率上，观察组为 95.12%，对照组 78.05%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者复发率上，观察组为 4.88%，对照组 26.83%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者龈沟液前列腺素 E2、白细胞介素-8 等指标上，观察组治疗后改善幅度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者溃疡愈合时间与疼痛消除时间上，观察组各项明显少于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在治疗满意度上，观察组为 97.56%，对照组 80.49%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：口腔溃疡运用康复新口服液与口腔炎喷雾剂治疗可以有效地提升治疗疗效，加快疾病恢复速度，减少复发率，提升患者治疗满意度，整体状况更好。

关键词：口腔溃疡；康复新口服液；口腔炎喷雾剂；治疗效果

口腔溃疡属于常见的口腔科疾病，一般呈现出患者口腔黏膜有浅表性溃疡，可以遍布舌缘、颊、唇部等。该病发病率在 20%至 35%，容易复发，甚至呈现周期性的发作。因为其局部疼痛而导致说话表达、进食与睡眠受到影响。本文采集 164 例口腔溃疡患者，分析运用康复新口服液与口腔炎喷雾剂治疗后患者治疗疗效、症状改善速度、有关检验指标、复发率、治疗满意度情况，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院 2020 年 9 月至 2021 年 11 月期间接收的 164 例口腔溃疡患者，随机分为对照组与观察组各 82 例。对照组中，男 51 例，女 31 例；年龄从 12 岁至 68 岁，平均（34.92±3.18）岁；病程从 1 天至 5 天，平均（2.85±0.97）天；观察组中，男 46 例，女 36 例；年龄从 11 岁至 69 岁，平均（35.07±4.64）岁；病程从 1 天至 6 天，平均（2.45±0.59）天；两组患者在基本年龄、性别与病程等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用口腔炎喷雾剂治疗，针对溃疡面喷药，进行每天 3~5 次。观察组运用康复新口服液治疗，每天 3~5 次，将药物使用在溃疡面上。所有用药后半小时内不可以饮水饮食。

1.3 评估观察

分析不同治疗用药后患者治疗疗效、症状改善速度、有关检验指标、复发率、治疗满意度情况。治疗疗效主要分为显效、有效以及无效。显效为治疗后溃疡得到愈合，不影响正常饮食，没有流涎与疼痛感；有效为溃疡缩减幅度在 50%以上，食欲得到改善，流涎与咽痛情况得到好转；无效为治疗后患者溃疡缩减幅度在 50%以内，症状没有改善，甚至严重化。有关检验指标主要集中在龈沟液前列腺素 E2、白细胞介素-8 等指标。治疗满意度=很满意率+基本满意率。症状改善速度主要观察溃疡愈合时间与疼痛消除时间。

1.4 统计学分析

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

2 结果

2.1 各组患者症状改善速度情况

见表 1，在患者溃疡愈合时间与疼痛消除时间上，观察组各项明显少于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表 1： 各组患者症状改善速度结果（ $\bar{x}\pm s$ ，d）

分组	溃疡愈合时间	疼痛消除时间
观察组	3.28±0.49	2.81±0.48
对照组	4.72±0.65	3.65±0.91

注：两组对比， $P<0.05$

2.2 两组患者治疗前后生理指标检测情况

如表 2 所示，在患者龈沟液前列腺素 E2、白细胞介素-8 等指标上，观察组治疗后改善幅度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表 2：两组患者治疗前后生理指标检测对比（ $\bar{x}\pm s$ ，pg/ μ L）

分组	时间	前列腺素 E2	白细胞介素-8
观察组	治疗前	55.27±4.19	13.42±4.98
	治疗后	22.38±5.27	2.38±3.39
对照组	治疗前	56.12±5.32	13.27±4.33
	治疗后	39.07±6.41	5.87±5.16

注：两组治疗前对比， $P>0.05$ ，两组治疗后对比， $P<0.05$

2.3 患者治疗疗效情况分析

见表 3 所示，在患者治疗总有效率上，观察组为 95.12%，对照组 78.05%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者复发率上，观察组为 4.88%，对照组 26.83%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；

表 3：患者治疗疗效评估结果[n(%)]

分 组	n	显效	有效	无效	治疗总有效率	复发率
观察组	41	28(68.29)	11(26.83)	2(4.88)	95.12%	2(4.88)
对照组	41	23(56.10)	19(46.34)	9(21.95)	78.05%	11(26.83)

注：两组对比， $P<0.05$

2.4 患者护理满意度情况

见表 4 所示，在治疗满意度上，观察组为 97.56%，对照组 80.49%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表 4：患者护理满意度评估结果[n(%)]

分组	n	很满意	基本满意	不满意	护理总满意
----	---	-----	------	-----	-------

					率
观察组	41	29(70.73)	11(26.83)	1(2.44)	97.56%
对照组	41	18(43.90)	15(36.59)	8(19.51)	80.49%

注：两组对比， $P<0.05$

3 讨论

口腔溃疡属于口腔科的常见口腔黏膜炎症问题，在各年龄段中都较容易常见，具体的病因没有明确统一的认定，所选择的治疗药物方案也相对较多^[1]。但是多数的药物没有较好的效果，疾病容易反复发作，对患者生活构成一定的影响。

口腔溃疡容易在发展严重时导致其饮食疼痛、说话疼痛，甚至影响其睡眠，因此构成较大的生活困扰。口腔溃疡一般与病原菌侵入口腔有关，如果机体口腔黏膜受损，因为对应的毛细血管通透性提升，有关病菌感染的风险更高^[2]。有关口腔炎喷雾剂的药物成分主要集中在忍冬藤、蒲公英、皂角刺以及蜂房等有关中药提取物。从现代药理角度来说，蒲公英的提取物可以针对溶血性粘球菌与金黄色葡萄球菌产生较强的清除灭菌作用，由此来控制口腔局部病原菌，切断对应的疾病感染源。忍冬藤药物的成分主要集中在异绿原酸、绿原酸、咖啡酸等有关化合物，可以发挥降血脂以及清热解痛的功效^[3]。蜂房可以达到祛风杀毒以及消肿止痛的功效。皂角刺可以抑菌，对于较多的革兰阴性与阳性菌达到一定的抗菌、杀菌以及抗病毒等功效。康复新液属于美洲大蠊干燥虫体的提取物溶液，药物中所包含的肽类、多元醇类以及黏糖氨酸等物质，可以有较好的消肿解毒以及破瘀化积的效果^[4]。康复新液在一定程度上可以发挥更好的病原菌吞噬效果，同时进行自由基的释放，由此来达到病原菌生长环境的干扰，进而发挥抗菌以及抗病毒的效果^[5]。康复新液类的肽类物质可以达到干扰素、白细胞介质-1、白三烯以及前列腺素等活性物质的分泌抑制，由此来控制炎症的发展^[6-8]。对于口腔环境的免疫功能达到更好的调控作用，让口腔溃疡区域肉芽组织以及血管新生得到优化，促使溃疡创面循环得到改善，让坏死组织更快的脱落，促使溃疡区域得到更好地愈合。康复新液在口腔溃疡治疗方面中的药效快速，整体的疼痛刺激性相对较小，药物作用时间长，不仅可以改善疼痛问题，同时可以减少溃疡发作带来的影响。康复新液有关的粘糖氨酸，可以提升多形核白细胞以及巨噬细胞在病原菌方面的吞噬能力，发挥更好的抗炎以及消肿功效。忍冬藤在中药角度来说，可以降血脂，清热消毒，同时其抗菌功效明显；蒲公英可以达到上结力道以及通灵的效果，改善口腔病原菌残留物防控感染问题。口腔炎喷雾剂的药效相对迟缓，一般用药一段时间后才能达到药物生效。同时用药之后，患者的溃疡复发率相对较高，治疗的远期效果相对不理想。康复新液的重要价值在于促使肉芽组织新生，同时达到消炎抗菌的功效，无论是烫伤、褥疮、烧伤等，都可以达到一定的创面修复效果。康复新液所达到生肌止痒的效果，可以帮助溃疡区域坏死组织更好的清除，促使创面得到有效的修复。其药物作用机制在于可以促使碱性成纤维细胞生长因子的蛋白更好的表达，由此来促使生长因子更好的分泌与合成，让创面得到有效的修复。创面愈合中需要较多的生长因子做好支持，而康复新液可以优化口腔黏膜表皮生长因子与表皮生长因子受体有关的表达程度，进而促使介导上皮细胞促黏膜修复功效得到优化，让溃疡发作期得到有效的缩减，改善疼痛问题更为便捷。

在口腔溃疡的治疗过程中，康复新液的使用反馈效果相对较好，作为局部口腔溃疡用药中相对实用的治疗方案，有效地提升治疗效果，改善疼痛问题，缩减溃疡复发情况，让溃疡得到更快速的愈合。整体的疾病恢复速度更快，恢复效果也更为理想，用药之后可以更好地改善进食、说话等

效果。如果在使用中还可以联合其他药物做配合使用，在一定程度上可以更好地控制炎症问题，降低炎症因子的释放水平，提升口腔舒适度。一般情况下，临床联合用药中会使用抗菌药、麻醉药以及激素做配合使用，由此来改善局部黏膜水肿以及炎症问题，减少溃疡带来的疼痛，同时对于口腔感染因素得到更好的防控功效。

本研究中，在患者治疗总有效率上，观察组为 95.12%，对照组 78.05%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。观察组用药方案可以更好地提升治疗疗效，恢复情况更好，其主要的用药功效更为突出。在患者复发率上，观察组为 4.88%，对照组 26.83%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。观察组用药方案可以更好地降低复发率，减少后期疾病反复波动带来的影响。在患者龈沟液前列腺素 E2、白细胞介素-8 等指标上，观察组治疗后改善幅度明显多于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。观察组可以改善有关指标，口腔健康指标更好。在患者溃疡愈合时间与疼痛消除时间上，观察组各项明显少于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。观察组用药方案可以有效提升疾病恢复速度，降低疾病对患者构成的生活干扰，体验更好。在治疗满意度上，观察组为 97.56%，对照组 80.49%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。从综合情况上可以发现，观察组的治疗效果与体验感受更好，因此患者对治疗的满意度更高，整体状况更好。

本研究中，虽然样本相对有限，不能代表全面情况，但是可以从侧面反映出在实际应用中，康复新口服液比常规的口腔炎喷雾剂有更强的治疗效果实用性，患者接受度好。今后可以更好地扩展有关案例情况，将更为复杂的案例做研究观察，有助于有关用药方案情况的全面性观察，提升有关治疗方案工作开展的有效性。细节处理上，要考虑个人实际情况，做好用药方案的针对性调整，避免笼统一刀切。要做好用药效果的反馈，为有关治疗方案提供更多参考。要做好患者教育指导工作，提升其生活管理与用药管理的规范性意识，避免不良生活习惯与不规范用药导致的疾病控制效果不佳问题。要做好书面指导与口头指导的结合，减轻教育指导工作压力，保证最终效果。

总而言之，口腔溃疡运用康复新口服液与口腔炎喷雾剂治疗可以有效地提升治疗疗效，加快疾病恢复速度，减少复发率，提升患者治疗满意度，整体状况更好。

参考文献：

[1]苏东旭,李晓轩. 康复新液联合利多卡因辅以氧疗治疗复发性口腔溃疡疗效分析[J]. 中国烧伤创疡杂志,2022,34(1):12-15.

[2]许海凤,邹建明,侯德强. 康复新液联合自制溃疡膜治疗口腔溃疡的效果研究[J]. 现代医药卫生,2022,38(4):647-649.

[3]周政. 康复新液及思密达治疗儿童口腔炎及口腔溃疡的临床效果观察[J]. 中国医药指南,2021,19(3):125-126.

[4]付琳,张文生. 康复新液在复发性口腔溃疡治疗中的应用价值评价[J]. 饮食保健,2021(16):62.

[5]王明,李亮,金成日. 康复新液与外用溃疡散治疗口腔溃疡的临床观察[J]. 中国继续医学教育,2021,13(5):174-177.

[6]朴艳茹. 康复新治疗复发性口腔溃疡临床效果分析[J]. 中国保健营养,2021,31(3):200.

[7]李仕舒,王裕洲,王康浴,等. 康复新液与碘甘油治疗复发性口腔溃疡的临床效果比较[J]. 临床合理用药杂志,2021,14(23):152-154.

[8]黄国芬,瞿霞,杨艳,等. 康复新液对复发性口腔溃疡患者的治疗效果探讨[J]. 饮食保健,2021(8):59.

康复新液联合双歧杆菌四联活菌片治疗消化性溃疡临床效果观察

王苏¹ 梁晴² 孙凤转² 李超² 韩华² 孟兵涛³

1、泊头市医院内三科 河北沧州 062150; 2、辛集市第一医院消化内科 河北辛集 052360;
3、辛集市中医院心内科 河北辛集 052360

摘要：目的：探讨康复新液联合双歧杆菌四联活菌片的疗效。方法：选取2018年6月-2020年6月我院110例确诊为消化性溃疡患者作为研究对象，随机分为观察组、对照组，每个分组各55例。对照组给予常规方案，观察组另外给予康复新液联合双歧杆菌四联活菌片。分析各项指标。结果：观察组总有效率为94.55%，对照组总有效率为80.00%（ $P<0.05$ ）；未接受治疗前，两组炎症因子不具备差异性（ $P>0.05$ ），接受治疗后，两组炎症因子均改善，其中，观察组IL-6、TNF- α 、CRP水平优于对照组（ $P<0.05$ ）；未接受治疗前，两组bFGF、EGF水平差异不显著（ $P>0.05$ ），接受治疗后，两组bFGF、EGF均改善，其中，观察组明显更高（ $P<0.05$ ）；未接受治疗前，两组CD3、CD4、CD8不具备显著差异（ $P>0.05$ ），接受治疗之后，CD4、CD8均改善，其中，观察组CD8高于对照组，CD4低于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组复发率明显低于对照组（ $P<0.05$ ）；接受治疗前，两组MTL、SS水平不具备显著差异（ $P>0.05$ ），接受治疗之后，MTL水平显著降低，SS水平升高，其中，观察组升高或是降低程度更为明显（ $P<0.05$ ）。结论：对于消化性溃疡，在基础治疗的基础上采用康复新液联合双歧杆菌四联活菌片治疗，提高疗效。采用该治疗方案，能够改善免疫功能，改善MTL、SS水平，提高bFGF、EGF水平，控制炎症。

关键词：康复新液；双歧杆菌四联活菌片；消化性溃疡；临床效果

随着生活环境及生活方式的改变，消化性溃疡的发病率呈明显上升的趋势，该疾病大大降低患者的生活质量，病情严重患者可威胁患者的生命安全^[1-2]。针对该疾病，临床上多采用多联疗法，能够改善患者的临床症状^[3-4]，但是，临床实践证实，其临床效果并不显著。为进一步探讨康复新液联合双歧杆菌四联活菌片治疗消化性溃疡临床效果，选取2018年6月-2020年6月我院110例消化性溃疡患者作为研究对象，现报告如下。

一资料与方法

1.1 对象与分组

选取2018年6月-2020年6月我院110例消化性溃疡患者作为研究对象，按照随机数字表将其分为观察组（ $n=55$ ）及对照组（ $n=55$ ）。经统计学分析，两组一般资料差异不显著（ $P>0.05$ ），具有可比性，见表1。

表1 两组患者一般资料情况比较

组别	年龄（岁）	男/女	病程（月）
观察组（ $n=50$ ）	41.7 $\pm$ 3.2	33/22	1.42 $\pm$ 0.93
对照组（ $n=50$ ）	42.8 $\pm$ 3.4	28/23	1.36 $\pm$ 0.85
T/ χ^2	0.349	0.192	0.093
P 值	>0.05	>0.05	>0.05

1.2 方法

对照组给予常规方案口服治疗；观察组另给予双歧杆菌四联活菌片口服治疗，0.5g/次，3次/d；10mL 康复新液口服，3次/d，上述两组患者持续用药10d。

1.3 观察指标^[5-6]

观察并比较两组患者临床效果、炎症因子：IL-6、TNF- α 、CRP水平；bFGF、EGF水平；免疫功能：CD3、CD4、CD8水平；MTL、SS水平；复发情况。

1.4 统计学方法

应用SPSS22.0统计学系统进行分析。数据以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，差异性比较用t检验，计数资料采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 代表差异具统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床效果比较

观察组总有效率为94.55%，对照组总有效率为80.00%（ $P<0.05$ ），见表2。

表2 两组患者临床效果比较

组别	显效	有效	无效	总有效率
观察组 ($n=55$)	21	31	3	52 (94.55)
对照组 ($n=55$)	18	26	11	44 (80.00)
χ^2				6.394
P 值				<0.05

2.2 两组患者IL-6、TNF- α 与CRP水平比较

未接受治疗前，两组炎症因子不具备差异性（ $P>0.05$ ），接受治疗后，两组炎症因子均改善，其中，观察组IL-6、TNF- α 、CRP水平优于对照组（ $P<0.05$ ），见表3。

表 3 两组患者 IL-6、TNF-α 与 CRP 水平比较

组别	IL-6 (ng/L)		TNF-α (μg/L)		CRP (mg/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=55)	31.24±2.45	11.54±1.20	5.39±1.29	1.42±1.04	15.32±2.14	4.36±1.04
对照组 (n=55)	31.29±3.04	15.41±1.30	5.40±1.32	2.94±1.25	15.09±3.18	7.32±2.15
t	0.394	4.902	0.492	5.051	0.094	4.106
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 两组患者 bFGF、EGF 水平比较

未接受治疗前, 两组 bFGF、EGF 水平差异不显著 (P>0.05), 接受治疗后, 两组 bFGF、EGF 均改善, 其中, 观察组明显更高 (P<0.05), 见表 4.

表 4 两组患者 bFGF、EGF 水平比较

组别	bFGF (ng/L)		EGF (μg/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=55)	21.43±1.94	27.32±2.32	4.32±0.29	4.76±0.31

对照组

(n=55)	21.39±2.04	25.49±2.15	4.29±0.31	4.50±0.29
t	0.394	5.389	0.194	3.283
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 两组患者 CD3、CD4、CD8 水平比较

未接受治疗前, 两组 CD3、CD4、CD8 不具备显著差异 (P>0.05), 接受治疗之后, CD4、CD8 均改善, 其中, 观察组 CD8 高于对照组, CD4 低于对照组 (P<0.05), 见表 5.

表 5 两组患者 CD3、CD4、CD8 水平比较

组别	CD3		CD4		CD8	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=55)	56.42±3.41	56.92±3.29	28.43±2.94	33.25±4.19	25.19±3.13	20.14±4.28
对照组 (n=55)	56.13±3.29	57.03±3.18	27.98±3.02	31.02±3.95	25.09±3.21	23.43±2.94
t	0.093	5.392	0.192	4.394	0.492	5.292
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.5 两组患者 MTL、SS 水平比较

接受治疗前, 两组 MTL、SS 水平不具备显著差异 (P>0.05), 接受治疗之后, MTL 水平显著降低, SS 水平升高, 其中, 观察组升高或是降低程度更为明显 (P<0.05), 见表 6.

表 6 两组患者 MTL、SS 水平比较

组别	MTL (ng/mL)		SS (pg/mL)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=55)	563.23±93.24	360.42±72.24	48.65±12.45	89.45±21.34
对照组 (n=55)	560.32±94.21	441.25±65.39	49.02±13.28	72.15±15.39
t	0.404	5.393	0.103	6.392
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.6 两组患者复发情况比较

观察组复发率为 94.55%, 对照组复发率为 80.00% (P<0.05), 见表

2.

表 2 两组患者复发情况比较

组别	复发	未复发	复发率
观察组 (n=55)	4	51	4 (7.27)
对照组 (n=55)	11	44	11 (20.00)
X ²	6.473		
P 值	<0.05		

3 讨论

因为现阶段大部分人饮食不规律, 消化性溃疡的发病率呈逐年上升的趋势, 直接影响到患者的日常生活, 病情严重可直接威胁到患者的生命安全。目前, 临床上针对消化性溃疡的治疗, 多采用多联治疗方案, 但是其临床效果并不显著, 不良反应较高。因此, 如何提高消化性溃疡的临床效果, 降低复发成为临床研究热点^[7-8]。

康复新液经研究证实, 能够有效促进患者新肉芽组织生长, 修复受损组织, 提高患者的免疫能力, 有利于患者的病灶愈合^[9-10]。在此基础上联

合应用双歧杆菌四联活菌片,双歧杆菌四联活菌片是一种微生态制剂,能够有效调节消化性溃疡胃内菌群失调,能够有效抑制患者胃肠致病菌的繁殖,控制幽门螺旋杆菌的感染率,有效改善患者的胃肠功能,进一步提高患者的临床治疗效果,改善患者的炎症细胞因子水平^[11]。本次研究结果显示,观察组总有效率为 94.55%,对照组总有效率为 80.00% ($P<0.05$),说明另给予康复新液联合双歧杆菌四联活菌片治疗,能够改善患者的临床症状,促进患者恢复,提高治疗效果;未接受治疗前,两组炎症因子不具备差异性 ($P>0.05$),接受治疗后,两组炎症因子均改善,其中,观察组 IL-6、TNF- α 、CRP 水平优于对照组 ($P<0.05$);未接受治疗前,两组 bFGF、EGF 水平差异不显著 ($P>0.05$),接受治疗后,两组 bFGF、EGF 均改善,其中,观察组明显更高 ($P<0.05$),炎症因子在消化道溃疡疾病的发展过程中发生关键作用。例如, bFGF、EGF 的分泌能够促进患者创伤的愈合, TNF- α 因子与患者免疫功能相关。相关研究指出, CRP、IL-6 水平的增高^[12-13],对加重患者的病情,尤其是胃粘膜损伤,因此,对于炎症因子进行清除,能够改善患者的病情。采用康复新液治疗,能够发挥消炎抗菌的功效,消除患者的炎症反应,从而促进溃疡的愈合程度^[14-15];未接受治疗前,两组 CD3、CD4、CD8 不具备显著差异 ($P>0.05$),接受治疗之后, CD4、CD8 均改善,其中,观察组 CD8 高于对照组, CD4 低于对照组 ($P<0.05$);观察组复发率明显低于对照组 ($P<0.05$),在常规治疗的基础上,给予患者双歧杆菌四联活菌片,能够调节患者的胃肠道功能,改善患者的免疫功能,促进患者恢复;接受治疗前,两组 MTL、SS 水平不具备显著差异 ($P>0.05$),接受治疗之后, MTL 水平显著降低, SS 水平升高,其中,观察组升高或是降低程度更为明显 ($P<0.05$),进一步说明康复新液联合双歧杆菌四联活菌片治疗消化性溃疡能够有效提高患者的临床治疗效果,在常规方案的基础上联合应用康复新液联合双歧杆菌四联活菌片,能够有效提高患者的临床效果,改善患者的炎症细胞因子水平。

综上所述,对于消化性溃疡,在基础治疗的基础上采用康复新液联合双歧杆菌四联活菌片治疗,提高疗效。采用该治疗方案,能够改善免疫功能,改善 MTL、SS 水平,提高 bFGF、EGF 水平,控制炎症。

参考文献:

- [1]汪海涛,张杰,蒋晓忠,段和力. 含铋四联疗法联合双歧杆菌四联活菌片治疗幽门螺杆菌感染阳性消化性溃疡疗效观察[J]. 临床军医杂志,2018,46(03):329-330+333.
- [2]邵华. 含铋四联疗法联合双歧杆菌四联活菌片治疗 Hp 阳性消化性溃疡的疗效及对 Hp 根除率、不良反应的影响[J]. 中国现代药物应用,2018,12(23):74-75.
- [3]汪官富,徐颖鹤,苏杭,罗波,韩子华,朱汝健,章灵芝,詹石斐,徐伟铭.

双歧杆菌四联活菌片联合三联疗法治疗幽门螺杆菌阳性消化性溃疡的疗效[J]. 中华医院感染学杂志,2013,23(09):2074-2076.

[4]崔旭辉. 含铋四联疗法联合双歧杆菌四联活菌片治疗老年消化性溃疡的临床疗效及对患者溃疡径长和症状评分的影响[J]. 内蒙古医科大学学报,2020,42(S1):1-4.

[5]叶旦阳,郑虹立,诸景辉,沈伟鹏. 双歧杆菌四联活菌片联合常规三联疗法治疗幽门螺杆菌阳性消化性溃疡的疗效观察[J]. 现代实用医学,2017,29(09):1159-1160.

[6]卢丹,张堃芳,龚大范,廖惠充,麦建志. 思连康联合三联疗法治疗幽门螺杆菌阳性慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J]. 中国现代药物应用,2016,10(09):6-7.

[7]陶进勇,赵运志,官瑜,袁岸龙,鲁斌,寇继光,李光曙,王燕霞,尹小伍. 双歧杆菌四联活菌片联合 PPI 三联疗法根除幽门螺杆菌的临床疗效及对血清 IL-6 表达水平影响[J]. 现代消化及介入诊疗,2016,21(04):531-534.

[8]孙娟,向进平. 基于抗幽门螺杆菌的含铋四联疗法联合双歧杆菌四联活菌片治疗消化性溃疡的有效性和安全性分析[J]. 世界临床药物,2016,37(11):753-756.

[9]施彦卿,刘斌,张蒙蒙,周婷,徐芳,张娟. 康复新液联合奥美拉唑治疗非幽门螺杆菌感染消化性溃疡的临床效果[J]. 中国当代医药,2019,26(03):117-119.

[10]解淑蕊,李鹏,方文,黄茜,杨湛南,岳亚光,赵慧敏,韩宝娟,李帅,薛敏捷. 荆花胃康胶丸联合双歧杆菌四联活菌根除幽门螺杆菌对服用抗血小板药物老年患者消化道出血的影响[J]. 贵州医科大学学报,2019,44(03):326-330.

[11]杨清荣,李明捷,廖汝清,朱宣德,陈伟斌,吴炯松. 双歧杆菌四联活菌片联合三联疗法治疗耐药幽门螺杆菌感染患者临床研究[J]. 内科,2019,14(03):350-352.

[12]刘辽,杨代喜,蒋丹,范瑾. 康复新液联合泮托拉唑治疗消化性溃疡疗效及安全性的系统评价[J]. 中成药,2014,36(03):491-497.

[13]厉琴,李静如,马智慧,张莉,高小花,汪银莹. 康复新液联合泮托拉唑钠肠溶胶囊治疗消化性溃疡的效果[J]. 中国当代医药,2021,28(12):84-88.

[14]尹基颖,齐荣,荆元宏,赵秋英. 康复新液联合泮托拉唑三联疗法治疗幽门螺杆菌相关性消化性溃疡的临床疗效[J]. 中国实用医药,2012,7(05):143-144.

[15]刘红艳,左奇伟. 康复新液联合胶体果胶铋兰索拉唑四联治疗难治性消化性溃疡的临床观察[J]. 当代医学,2012,18(30):105-106.

项目来源:河北省辛集市科技计划项目(ZC202101)

DCE-MRI 定量分析对正常卵巢及囊实性卵巢肿瘤诊断价值分析

王鑫¹ 董雷英² 李飞飞³ 张亚涛¹ 孙腾月¹

1 河北友爱医院 河北石家庄 050000; 2 唐山市丰南区医院 河北唐山 063300;
3 北京恒和中西医结合医院 北京 100000

摘要: 目的: 探讨 DCE-MRI 定量分析对正常卵巢及囊实性卵巢肿瘤诊断价值。方法: 选取 2019 年 6 月-2021 年 12 月我院 100 例盆腔肿块患者作为研究对象。上述所有患者均进行多排螺旋 CT 检查、DCE-MRI 检查以及病理学检查。以病理学检查结果为金标准, 将正常卵巢为对照组, 囊实性卵巢肿瘤为研究组, 比较两组患者的表现弥散系数、对比剂容积转换常数、速率常数、血管外细胞外间隙百分比; 比较多排螺旋 CT 检查、DCE-MRI 检查以及 DCE-MRI 联合多排螺旋 CT 检查诊断正确率、敏感度、特异度、阳性预测值、阴性预测值。结果: 病理学检查证实, 100 例患者中, 35 例为正常卵巢, 65 例为囊实性卵巢肿瘤; 多排螺旋 CT 检查结果显示, 囊实性卵巢肿瘤患者共 51 例, 与病理学检查相比, 多排螺旋 CT 检查诊断正确率、敏感度、特异度、阳性预测值、阴性预测值分别为 76.00% (76/100)、72.31% (47/65)、88.57% (31/35)、88.68% (47/53)、61.70% (29/47); DCE-MRI 检查结果显示, 囊实性卵巢肿瘤患者共 58 例, 与病理学检查相比, DCE-MRI 检查诊断正确率、敏感度、特异度、阳性预测值、阴性预测值分别为 83.00% (83/100)、81.54% (53/65)、85.71% (30/35)、91.38% (53/58)、71.43% (30/42); DCE-MRI 联合多排螺旋 CT 检查结果显示, 囊实性卵巢肿瘤患者共 51 例, 与病理学检查相比, DCE-MRI 联合多排螺旋 CT 检查诊断正确率、敏感度、特异度、阳性预测值、阴性预测值分别为 97.00% (97/100)、96.92% (63/65)、97.14% (34/35)、98.44% (63/64)、94.44% (34/36); 研究组患者的表现弥散系数低于对照组, 对比剂容积转换常数、速率常数、血管外细胞外间隙百分比明显高于对照组患者, 数据差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); DCE-MRI 联合多排螺旋 CT 检查诊断的诊断正确率、敏感度、特异度、阴性预测值明显高于单一多排螺旋 CT 检查、单一 DCE-MRI 检查, 数据差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 与多排螺旋 CT 相比, DCE-MRI 定量分析能够有效诊断囊实性卵巢肿瘤, 有效提高诊断正确率, 减少误诊、漏诊, 为囊实性卵巢肿瘤的临床治疗提供有效依据。

关键词: DCE-MRI 定量分析; 正常卵巢; 囊实性卵巢肿瘤; 诊断价值

卵巢肿瘤是临床上常见的女性生殖系统肿瘤, 由于女性近年来的生活模式的改变, 卵巢肿瘤的发病率呈逐年上升的趋势, 且呈年轻化趋势^[1-2]。相关数据显示, 卵巢肿瘤的病死率也较高, 直接威胁到患者的生命安全。该疾病早期并无特异性的临床表现, 少部分患者可能会表现为下腹部牵引痛、下腹部沉坠以及可触及的腹部肿块等。有相关研究指出, 大约 70% 的患者在确诊的时候已经处于中晚期, 恶性肿瘤细胞飞速扩张, 在短期时间内可能会出现食欲不振、恶心呕吐等临床症状, 但部分患者的预后相对较差, 大约 70% 的患者可能会出现复发或是死亡^[3-4]。因此, 对于卵巢肿瘤患者的早期诊断、早期干预治疗具有重要意义。近年来, 随着医疗水平的飞速发展, 卵巢肿瘤的早期诊断效率显著提高, 其中最常应用的是 CT、MRI 检查^[5-6]。为进一步探讨 DCE-MRI 定量分析对正常卵巢及囊实性卵巢肿瘤诊断价值, 选取 2019 年 6 月-2021 年 12 月我院 100 例囊实性卵巢肿瘤患者作为研究对象, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 对象与分组

选取 2019 年 6 月-2021 年 12 月我院 100 例囊实性卵巢肿瘤患者作为研究对象, 年龄 21-75 岁, 平均 (42.25±3.16) 岁。其中, 已婚患者 66 例, 未婚患者 34 例。

1.2 方法

本次研究采用西门子 64 排螺旋 CT 检查仪进行检查, 患者在检查前 2h 服用泛影葡胺, 充盈肠道, 同时采用纱布将阴道填塞。扫描参数按照临

床标准设定。

本次研究采用西门子 Avanto-DOT 进行 MRI 检查。在检查之前, 嘱咐患者憋尿, 检查的时候患者膀胱应该处于充盈的状态, 扫描范围从膈顶到耻骨水平。扫描参数按照临床标准设定。

1.3 观察指标^[7-8]

比较两组患者的表现弥散系数、对比剂容积转换常数、速率常数、血管外细胞外间隙百分比; 比较多排螺旋 CT 检查、DCE-MRI 检查以及 DCE-MRI 联合多排螺旋 CT 检查诊断正确率、敏感度、特异度、阳性预测值、阴性预测值。

1.4 统计学方法

应用 SPSS22.0 统计学系统进行分析, 数据以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 差异性比较用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 代表差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 多排螺旋 CT 检查对于囊实性卵巢肿瘤的诊断情况

多排螺旋 CT 检查结果显示, 囊实性卵巢肿瘤患者共 51 例, 与病理学检查相比, 多排螺旋 CT 检查诊断正确率、敏感度、特异度、阳性预测值、阴性预测值分别为 76.00% (76/100)、72.31% (47/65)、88.57% (31/35)、88.68% (47/53)、61.70% (29/47), 见表 1。

表 1 多排螺旋 CT 检查结果

多排螺旋 CT	病理结果		
	阳性	阴性	合计

阳性	47	6	53
阴性	18	29	47
合计	65	35	100

2.2DCE-MRI 检查对于囊实性卵巢肿瘤的诊断情况

DCE-MRI 检查结果显示，囊实性卵巢肿瘤患者共 58 例，与病理学检查相比，DCE-MRI 检查诊断正确率、敏感度、特异度、阳性预测值、阴性预测值分别为 83.00%(83/100)、81.54%(53/65)、85.71%(30/35)、91.38%(53/58)、71.43% (30/42)，见表 2.

表 2 DCE-MRI 检查对于囊实性卵巢肿瘤的诊断情况

DCE-MRI 检查	病理结果		
	阳性	阴性	合计
阳性	53	5	58
阴性	12	30	42
合计	65	35	100

2.3DCE-MRI 联合多排螺旋 CT 检查对于囊实性卵巢肿瘤的诊断情况

DCE-MRI 联合多排螺旋 CT 检查结果显示，囊实性卵巢肿瘤患者共

表 4 不同检查诊断正确率、敏感度、特异度、阳性预测值、阴性预测值比较

组别	诊断正确率	敏感度	特异度	阳性预测值	阴性预测值
DCE-MRI 联合多排螺旋 CT 检查诊断	97.00 (97/100)	96.92 (63/65)	97.14 (34/35)	98.44 (63/64)	94.44 (34/36)
单一 DCE-MRI 检查	83.00 (83/100)	81.54 (53/65)	85.71 (30/35)	91.38 (53/58)	71.43 (30/42)
单一多排螺旋 CT 检查	76.00 (76/100)	72.31 (47/65)	88.57 (31/35)	88.68 (47/53)	61.70 (29/47)
X ²	6.383	7.304	5.390	1.103	8.294
P 值	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.5 两组观弥散系数、对比剂容积转换常数、速率常数、血管外细胞外间隙百分比比较

研究组患者的观弥散系数低于对照组，对比剂容积转换常数、速率常数、血管外细胞外间隙百分比明显高于对照组患者，数据差异具有统计学意义 (P<0.05)，见表 5.

表 5 两组表观弥散系数、对比剂容积转换常数、速率常数、血管外细胞外间隙百分比比较

组别	表观弥散系数	对比剂容积转换常数	速率常数	血管外细胞外间隙百分比
研究组 (n=65)	0.92±0.12	0.21±0.09	0.85±0.13	0.73±0.23
对照组 (n=35)	1.54±0.21	0.10±0.03	0.34±0.12	0.41±0.10
t	5.384	6.203	4.205	5.285

51 例，与病理学检查相比，DCE-MRI 联合多排螺旋 CT 检查诊断正确率、敏感度、特异度、阳性预测值、阴性预测值分别为 97.00%(97/100)、96.92%(63/65)、97.14% (34/35)、98.44% (63/64)、94.44% (34/36)，见表 3.

表 3DCE-MRI 联合多排螺旋 CT 检查对于囊实性卵巢肿瘤的诊断情况

DCE-MRI 联合多排螺旋 CT 检查	病理结果		
	阳性	阴性	合计
阳性	63	1	64
阴性	2	34	36
合计	65	35	100

2.4 不同检查诊断正确率、敏感度、特异度、阳性预测值、阴性预测值比较

DCE-MRI 联合多排螺旋 CT 检查诊断的诊断正确率、敏感度、特异度、阴性预测值明显高于单一多排螺旋 CT 检查、单一 DCE-MRI 检查，数据差异具有统计学意义 (P<0.05)，见表 4.

3 讨论

针对卵巢肿瘤患者，早期诊断、早期干预治疗能够显著改善患者的预后，提高患者的生存质量，这是临床实践证实的。但是由于大部分卵巢肿瘤患者的发病早期并无显著临床表现，确诊的时候往往已经错失了最佳的治疗时机，因此，卵巢肿瘤的整体预后并不理想。针对逐年上升的卵巢肿瘤发病率，必须寻找高效、科学的诊断方法，提高卵巢肿瘤的早期诊断效率，为患者的治疗提供有效依据。研究结果显示，病理学检查证实，100 例患者中，35 例为正常卵巢，65 例为囊实性卵巢肿瘤；研究组患者的观弥散系数低于对照组，对比剂容积转换常数、速率常数、血管外细胞外间隙百分比明显高于对照组患者，数据差异具有统计学意义 (P<0.05)；DCE-MRI 联合多排螺旋 CT 检查诊断的诊断正确率、敏感度、特异度、阴性预测值明显高于单一多排螺旋 CT 检查、单一 DCE-MRI 检查，数据差异具有统计学意义 (P<0.05)，说明 DCE-MRI 定量分析能够有效诊断囊

(下转第 133 页)

根尖保留联合引导骨再生辅助治疗青少年颌骨囊肿对患者生活质量影响

温志霞 王梦梦

石家庄市桥西区口腔医院 河北石家庄 050000

摘要: 目的: 分析根尖保留联合引导骨再生辅助治疗青少年颌骨囊肿对患者生活质量影响。方法: 对我院颌骨囊肿患者进行研究。随机分为两组并给予不同治疗方案。观察两组术后不同时间牙齿功能恢复情况、治疗疗效、并发症以及生活质量。结果: 实验组术后牙齿功能恢复情况更好, 治疗有效率更高, 并发症发生率更低, 且生活质量更好, $P < 0.05$ 。结论: 在青少年颌骨囊肿治疗中, 根尖保留联合引导骨再生辅助治疗的效果显著, 值得推广。

关键词: 根尖保留; 引导骨再生; 青少年; 颌骨囊肿; 生活质量

颌骨囊肿指发生在颌骨内的含有液体的囊性肿物逐步增大, 导致颌骨膨胀、破坏^[1-2]。颌骨囊肿的发生主要有两个方面。一方面是牙齿发育过程中形成牙齿的一些牙源性上皮残留或者是遗留在颌骨内, 这些上皮组织在各种外界刺激的作用下会有增生、分泌液体, 最终形成颌骨囊肿。而这也是颌骨囊肿最常见的形成机制, 包括牙源性角化囊肿, 含牙囊肿等。另一方面则是牙齿本身的炎症, 尤其是根尖周炎, 炎症会不断地释放炎性因子, 刺激周围骨组织吸收, 炎性组织发展。而炎症反复刺激牙根周围的骨质, 会促进上皮增生^[3-4], 从而促使炎症性囊肿的形成。颌骨囊肿的典型症状有膨隆畸形、牙齿松动或移位或脱落、感染症状。膨隆畸形可发生于面部各种部位, 往往症状轻微, 没有明显疼痛感, 质地较硬, 而这主要是由于颌骨膨隆所引起的^[5]。牙齿松动或移位或脱落则主要是由于颌骨囊肿在膨胀性生长的过程中, 会对邻近的牙齿产生一些推挤, 骨吸收造成牙齿的松动和移位。若囊肿长期存在, 会增加细菌进入囊肿风险, 从而引起局部感染症状, 如红、肿、热、痛。除此之外, 部分患者也可引起神经系统症状, 如下唇麻木、张口受限等^[6-7]。颌骨囊肿一般是以手术治疗为主的, 根据颌骨囊肿的大小、影响范围选择适宜的手术方式。但不同手术方式所产生的效果不同。本研究通过对 104 例颌骨囊肿患者进行研究, 分析根尖保留联合引导骨再生辅助治疗的临床价值。

1. 资料与方法

1.1 临床资料

对我院 2018 年 1 月-2022 年 1 月 104 例颌骨囊肿患者进行研究。纳入标准: (1) 符合临床颌骨囊肿诊断标准^[8-9], 如具有牙齿疼痛症状、病史; 且 X 线检查显示颌骨内有密度减低的区; 或经穿刺检查等。(2) 年龄 < 18 岁, > 7 岁。(3) 具有完整的临床资料, 包括患者基本信息、体格检查、辅助检查等。(4) 患者具有强烈的保牙意愿。(5) 口腔牙周情况良好, 或炎症患者控制稳定。(6) 知晓研究内容, 并签署相关协议书。排除标准: (1) 合并骨质疏松、免疫性疾病等影响骨愈合或再生的疾病。(2) 伴有严重的心脑肾疾病, 使其无法耐受手术治疗。(3) 急性感染期, 且未完全控制者。(4) 患有精神疾病, 或存在其他的颌骨病变者, 如造釉细胞瘤等。(5) 临床资料缺失, 或依从性差。(6) 研究者认为有必要退出者。随机

分为对照组与实验组, 每组 52 例。两组一般资料无统计学差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

术前常规准备, 如评估受累牙的生理功能、测量受累牙牙髓活力等。若受累牙牙髓失去活力, 则需在术前 3d 实施根管治疗, 并在根管填充时应保持根尖处处于超填充状态。而对于牙髓活力正常的受累牙, 则不需实施根管治疗, 术后根据牙髓活力情况而选择是否实施牙髓治疗。对于符合纳入标准患者需在术前 1 周实施龈上洁治术。若患者存在牙周炎等口腔性炎症, 则需及时相对应的治疗, 用以控制病情。术前完成各项检查工作, 如 CBCT、OPG 等, 明确颌骨囊肿的位置、大小以及与周围组织的关系等, 并根据患者实际情况制定适宜的手术安全。同时术前将手术方案告知患者, 在取得患者同意后再开始研究。对患者实施局部阻滞麻醉, 在麻醉起效后, 于病灶邻近处行角型或前庭沟切口。翻瓣粘膜, 充分暴露病变区域骨板。注意在此操作过程中, 应尽量收集患者自体的健康碎骨, 并置于生理盐水中, 以便后需使用。若患者骨膜下骨较为完成, 则需连同骨壁翻瓣。对囊肿区域进行处理, 使用小刮匙对囊肿及内容物进行充分刮除, 并对尖锐骨壁进行适当打磨。判断刮除的囊肿及其内容物性质, 若疑似肿瘤则需进行病理活检。

对照组实施单纯颌骨囊肿摘除术、根尖切除术。实验组实施根尖保留联合引导骨再生辅助治疗: 在完整刮除病变组织后, 使用高频电刀对根面进行修整, 在无明显活动性出血后, 使用 Bio-oss 骨粉混合适量的自体血及自体碎骨, 用以提高混合物的维持能力, 促进骨再生能力。于受累牙及相邻牙间隙处填充混合物, 并覆盖根面 3mm 以上。注意在覆盖过程中需要建立一个稳定且具有良好血供的整体。并在骨增量区域覆盖大小适宜的生物膜, 用以固定骨粉。视患者情况选择是否进行黏骨膜瓣下切口。完成骨增量后, 观察是否存在渗血现象, 若无则对位缝合切口。若存在渗血则需先止血后再进行个切口缝合。并对口外进行包扎, 但注意松弛度, 以免力度过大或多小, 导致骨移植材料发生移位。

1.3 观察指标

(1) 牙齿功能: 采用自制牙齿功能评价量表进行评价。总分为 10 分, 分值越高则表示患者丧失正常功能牙恢复情况更好。

(2) 治疗疗效: ①显效: 临床症状消失, CBCT 显示遗留骨腔明显缩小, 无明显阴影, 未见明显降解。②有效: 临床症状有所好转, 且 CBCT 显示遗留骨腔所有缩小。③无效: 不满足以上标准, 或病情加重。同时记录两组并发症发生情况, 包括伤口裂开、下唇麻木以及术后感染等。

(3) 生活质量: 采用 SF-36 量表^[10], 该量表主要分为心理、生理两个维度, 共计 8 个方面。总分 100 分, 分值越高则生活质量越高。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 21.0 对数据处理, 计数、计量分别采用%、($\bar{X} \pm S$)表示, 使用 X^2/t 校检; $P < 0.05$ 表示有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组术后不同时间牙齿功能恢复情况对比

表 2 两组治疗效果及并发症发生情况对比 (n%)

组别	例数	显效	有效	无效	有效率	并发症
参照组	52	17 (32.69)	25 (48.08)	10 (19.23)	42 (80.77)	6 (11.54)
实验组	52	30 (57.69)	20 (38.46)	2 (3.85)	50 (96.15)	1 (1.92)
X^2 值					5.126	4.126
P 值					<0.05	<0.05

2.3 两组生活质量对比

实验组术后牙齿功能恢复情况更好, $P < 0.05$ 。详见表 1。

表 1 两组术后不同时间牙齿功能恢复情况对比 ($\bar{X} \pm S$)

组别	例数	术后 3 个月	术后 6 个月	术后 12 个月
参照组	52	5.04±0.56	6.55±0.59	7.67±0.58
实验组	52	6.54±0.61	7.89±0.63	9.01±0.64
t 值		4.236	4.128	4.835
P 值		<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组治疗效果及并发症发生情况对比

实验组治疗有效率更高(96.15%>80.77%), 并发症发生率更低(1.92%<11.54%), $P < 0.05$ 。详见表 2。

表 3 两组生活质量对比($\bar{X} \pm S$, 分)

组别	例数	PE	RP	GH	VT	SF	RE	MH	BP
参照组	52	73.26±3.04	72.21±1.26	73.15±2.01	70.14±1.27	73.25±4.03	71.24±3.24	75.12±4.13	73.24±3.67
实验组	52	91.01±2.56	90.25±2.21	94.58±1.35	94.04±1.07	93.27±3.69	94.21±2.15	95.17±4.08	94.25±3.51
t 值		4.263	4.123	4.836	5.282	4.129	4.352	4.834	4.835
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

实验组生活质量更高, $P < 0.05$ 。详见表 3。

3. 讨论

颌骨囊肿是口腔颌面外科较为常见的疾病之一, 颌骨的囊肿绝大部分是因为炎症感染而引起的, 另外胚胎发育时期不正常也可以导致下颌骨囊肿的发生。虽然我国颌骨囊肿发病率并不高, 但多好发于青少年。而一旦青少年发生颌骨囊肿, 则会极大的影响青少年身心健康的发展。主要是由于颌骨囊肿若不及时治疗, 不仅会导致颌骨膨隆, 引起面部的各种畸形, 影响面部美观、咀嚼功能等。同时也会影响邻牙, 出现牙齿的松动、移位, 牙齿的各种疼痛症状。若病情进一步发展, 则可引起相关神经的症状, 影响局部功能^[11-12]。甚至出现继发性的感染、病理性骨折等情况。本研究中, 实验组术后牙齿功能恢复情况更好, $P < 0.05$ 。说明了根尖保留联合引导骨再生辅助治疗更有利于促进患者患者丧失正常功能牙恢复。

手术是颌骨囊肿的主要方式, 根据不同病情患者选择适宜的手术方式。对于颌骨囊肿较小, 影响范围较小患者可通过简单的刮治手术去除病变。对于病变部位较大, 已经影响到邻近的牙齿, 甚至引起病理性骨折患者, 则需进行开窗减压手术, 在病情稳定后在进行二期的刮治手术。若患者反复发生、反复复发的颌骨囊肿, 则需实施颌骨切除手术^[13], 用以保证颌骨囊肿的根治, 避免反复复发的发生。颌骨囊肿摘除术+根尖切除术是治疗颌骨囊肿常见的术式, 但由于临床为了进一步清除囊肿周围组织, 减

少病变组织的残留。往往需要切除患牙根尖 3mm 以上^[14], 用以避免根管变异区域病灶对手术区域的刺激。同时也能清晰暴露根尖区域的视野, 有利于彻底清除根尖区残留囊壁。而根尖的切除会减少受累牙的骨内根长度, 从而不利于患牙的后期修复。同时颌骨囊肿刮治手术会极大的延长伤口愈合, 增加术后并发症发生率, 降低预后质量。相关研究表明^[15], 患牙根尖的保留在根尖周骨缺损中具有重要的作用, 且在一定程度上也促进骨缺损的愈合速度。本研究中, 实验组治疗有效率更高(96.15%>80.77%), 并发症发生率更低(1.92%<11.54%), $P < 0.05$ 。同时实验组生活质量更高, $P < 0.05$ 。说明了根尖保留联合引导骨再生辅助治疗更利于提高临床治疗疗效, 提高手术安全性, 促进患者康复, 从而有效的改善患者生活质量。分析其原因在于: 首先根尖保留后根尖区域具有良好得血供, 有利于促进新骨的形成。同时也维持了较为丰满的牙槽骨, 对后期牙齿修复、患牙的留存均具有重要意义。其次骨移植材料可以促进骨再生, 骨移植材料主要包括自体骨、自体血以及 Bio-oss 骨粉。自体骨具有骨再生能力、骨传导能力以及骨诱导能力, 是骨填充首选材料。但也具有不足之处, 如手术难度较大, 自体骨移植量有限等。而 Bio-oss 骨粉是将小牛松质骨加工后形成的异种生物骨基质, 具有天然骨的成分及结构, 有利于快速血管化、液体浸润以及营养输送, 从而有利于骨再生的顺利。

综上所述, 根尖保留联合引导骨再生辅助治疗有利于促进颌骨囊肿患者丧失正常功能牙恢复, 提高疗效, 且能够有效控制并发症发生, 提高预后质量, 从而有利于提升患者生活质量, 值得推广。

参考文献:

- [1]曾宾华,陈家财,罗艳荣,许志亮,林晨阳,陈玉琳. 开窗减压术与颌骨囊肿刮治术治疗颌骨囊肿的疗效比较及对术后血清疼痛介质的影响[J]. 现代生物医学进展,2022,22(08):1498-1501+1523.
- [2]唐丽宇,龚飞飞,宁晔,庄劭玉,夏华宽. 富血小板纤维蛋白和浓缩生长因子修复上颌前牙颌骨囊肿术后组织缺损的疗效观察[J]. 安徽医学,2022,43(04):415-419.
- [3]谭桂莲,刘艾芑,赵娅琴,杨凯文,李鸿宇,王注力,邓文正. 微创辅助技术在颌骨囊肿手术中的应用研究进展[J]. 中国现代医药杂志,2021,23(12):101-105.
- [4]陈爱国. 数字化技术在下颌骨囊性肿物开窗减压术治疗中的应用[J]. 中外医疗,2021,40(36):89-92.
- [5]金岚,赵文妍,阮妍,钟林玲,杨帆,张国兴. 开窗减压术治疗颌骨囊肿的临床价值[J]. 中华全科医学,2021,19(11):1851-1854.
- [6]努尔艾拉·努尔买买提. 颌骨囊肿刮治术与开窗减压术治疗颌骨囊肿的效果比较[J]. 中国实用医药,2021,16(24):62-64.
- [7]陈博,郭传波,张斌. 开窗减压术在口腔颌面部骨囊肿疾病患者中的应用效果分析[J]. 当代医学,2021,27(15):22-24.

(上接第 130 页)

实性卵巢肿瘤, 提高诊断效率。

综上所述, 与多排螺旋 CT 相比, DCE-MRI 联合多排螺旋 CT 检查能够有效诊断囊实性卵巢肿瘤, 有效提高诊断正确率, 减少误诊、漏诊, 为囊实性卵巢肿瘤的临床治疗提供有效依据。

参考文献:

- [1]徐熾,杨贤卫,王千里,李明睿,蔡德春.DCE-MRI 定量分析对扶正消瘀散结方联合内分泌治疗III、IV期前列腺癌疗效的评估研究[J].临床放射学杂志,2022,41(04):686-689.
- [2]Zhou, Yang,Zhou, Guofeng,Zhang, Jiulou,Xu, Chen,Zhu, Feipeng,Xu, Pengju. DCE-MRI based radiomics nomogram for preoperatively differentiating combined hepatocellular-cholangiocarcinoma from mass-forming intrahepatic cholangiocarcinoma[J]. European Radiology,2022(prepublish).
- [3]Zhang Jing,Li Longchao,Zhe Xia,Tang Min,Zhang Xiaoling,Lei Xiaoyan,Zhang Li. The Diagnostic Performance of Machine Learning-Based Radiomics of DCE-MRI in Predicting Axillary Lymph Node Metastasis in Breast Cancer: A Meta-Analysis [J]. Frontiers in Oncology,2022,12.
- [4]Wang Jie,Hu Yue,Zhou Xuejun,Bao Shanlei,Chen Yue,Ge Min,Jia Zhongzheng. A radiomics model based on DCE-MRI and DWI may improve the prediction of estimating IDH1 mutation and angiogenesis in gliomas[J]. European Journal of Radiology,2022,147(prepublish).

[8]马胜男. 同期联合 GBR 技术修复颌骨囊肿摘除术后骨缺损的临床应用研究[D].福建医科大学,2021.

[9]李玉宝. 开窗减压术联合囊肿塞在颌骨囊肿治疗中的应用研究[J]. 基层医学论坛,2021,25(05):663-664.

[10]高丽梅,刘璐,崔麦芹,千春风. 开窗减压术联合囊肿塞治疗青少年大型下颌骨囊肿的临床研究[J]. 现代口腔医学杂志,2021,35(01):23-25+36.

[11]魏继兵,何中恒,李志,王新,刘会林,姜志鸿. 医用生物蛋白胶应用于颌骨囊肿刮除术中的效果分析[J]. 青岛医药卫生,2020,52(05):362-364.

[12]张旭辉,李子文,赵怡芳. 颌骨囊肿刮除术并发症的预防与处理[J]. 中国实用口腔杂志,2020,13(10):595-598+603.

[13]李淑华,曹发明,许从平,黄涛,刘安东. 开窗减压术与传统刮治术治疗颌骨囊肿的手术效果、生活质量和预后的对比研究[J]. 现代生物医学进展,2020,20(17):3260-3263.

[14]刘一秀,瞿杨,李真华,王洪鹏. 开窗减压术联合二期刮治术及自体牙骨粉植入在治疗颌骨较大囊肿中的应用[J]. 华西口腔医学杂志,2020,38(04):464-469.

[15]丁翔. 根尖保留联合引导骨再生在颌骨囊肿术中的应用研究[D]. 蚌埠医学院,2020.

项目来源: 河北省石家庄市科技计划项目(211460673)

[5]Huang Weiyan,Zhang Qihao,Wu Gang,Chen Pianpian,Li Jiao,McCabe Gillen Kelly,Spincemille Pascal,Chiang Gloria C,Gupta Ajay,Wang Yi,Chen Feng. Corrigendum to "DCE-MRI quantitative transport mapping for noninvasively detecting hypoxia inducible factor-1 α , epidermal growth factor receptor overexpression, and Ki-67 in nasopharyngeal carcinoma patients" [Radiother Oncol (2021) 164:146-154]. [J]. Radiotherapy and oncology: journal of the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology,2022,169.

[6]陈建生.DCE-MRI 定量分析对正常卵巢及囊实性卵巢肿瘤的诊断价值研究[J].中国医疗器械信息,2021,27(21):39-40+166.

[7]钟任佳,邹玉坚,郑晓林,邓磊,袁灼彬,黄国祥.3T DCE-MRI 定量分析在甲状腺良性结节和乳头状癌鉴别诊断中的应用价值[J].广东医科大学学报,2021,39(05):608-611.

[8]王亮,张晓琴,包智华,李元.糖耐量减低人群、2 型糖尿病患者胰腺 DCE-MRI 定量分析与胰腺微循环的相关性研究[J].内蒙古医科大学学报,2022,44(01):31-34.

[9]盛盼,杨林,汪婷.DCE-MRI 定量分析评估消癌平联合新辅助化疗治疗乳腺癌临床疗效及近期预后[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志,2021,19(09):86-88+127.

项目来源: 河北省石家庄市科学技术研究与发展计划项目(191201183)

癌症终末期患者尊严的研究现状

徐雯菁

自贡市第一人民医院 四川省自贡市 643000

摘要: 癌症患者在患病过程中, 尊严水平普遍降低, 影响生存质量, 加速死亡。本文主要对肿瘤晚期患者尊严相关影响因素、尊严疗法概念及意义, 尊严疗法评价工具进行综述, 以期指导临床实践。

关键词: 尊严; 尊严疗法; 癌症终末期

癌症是一种危及生命的疾病, 中国新发癌症人数占全球 23.7%, 居世界第一, 形势严峻^[1]。癌症患者随着病情发展, 身心痛苦及负面情绪也逐渐显现, 低自尊, 甚至出现自杀倾向^[2]。我国癌症晚期患者尊严丧失发生率在 62.7%-63.3%^[3-4], 我国晚期癌症患者尊严丧失严重, 应引起重视。使患者有尊严的逝世是临终关怀的核心宗旨^[5], 鉴于尊严在临终关怀中的重要性, 本文对肿瘤晚期患者尊严相关影响因素、尊严疗法、尊严疗法评价工具进行综述, 以期指导临床实践。

1 临终尊严与尊严模型

临终尊严指的是终末期患者尊严的状态和品质, 包括: 控制症状、身体完整、自主权、隐私、被尊重、看待死亡态度等。Chochinov 等应用扎根理论方法, 提出疾病终末期患者尊严模型。该模型主要包括个人疾病相关因素, 个人尊严维护因素及社会尊严三个方面因素^[6]。此后对尊严模型进行不断验证、完善及推广。孙轶文^[7]对尊严模式进行了本土化的调试, 并提出了躯体、心理、社会、灵性尊严。马丽莉^[8]从中华文化视角下对尊严模型进行解析, 得出新的主题, 包括家庭支持、病耻感和财务担忧。这表明由于文化、社会、经济、医疗保险方面的差异, 以后需要基于中国文化特色, 制订具有中国特色的尊严理论模型。

2 癌症晚期病人尊严的相关影响因素

2.1 个人因素

①心理痛苦: 癌症患者在患病过程中会产生心理痛苦, 而且心理痛苦会随着身体症状的加重而增加^[9], 癌症患者心理痛苦与尊严受损密切相关^[10]。②焦虑抑郁: 研究表明, 焦虑抑郁的患者更容易丧失尊严^[10]。③病情知晓程度: 肿瘤分期越高并伴有转移患者自尊受损程度高^[11]。对病情进展知晓越充分, 患者尊严水平越高。④经济负担: 癌症患者从患癌到治疗, 承受着严重经济负担, 经济压力过大会造成患者自尊感降低, 失去生存意志^[11]。

2.2 社会因素

①社会支持反应人与社会的密切程度, 尊严丧失与社会支持呈负相关^[12]。所以, 医务人员应对患者进行评估, 帮助其采取不同的应对方式, 使患者能主动寻求社会支持, 维持其身、心、社、灵统一, 提高患者尊严。②社会角色缺失: 患者因患病社会角色的缺失, 认为自身失去价值, 自觉失去人生无意义, 自尊也会因此受到损害^[13]。③医护人员行为与态度: 医护人员的行为和态度均能影响癌症患者的尊严^[14]。医护人员应在工作中保

持对癌症晚期患者的同理心, 注意言语及行为, 努力帮助患者有意义度过生命最后阶段。

3 尊严疗法与意义

Chochinov 等基于尊严系列研究基础上于 2005 年提出了尊严疗法 (dignity therapy DT)。是一种个体化心理治疗方法^[15]。尊严疗法要求需经尊严疗法培训的医护人员、心理治疗师实施, 访谈以录音的形式为患者提供一个回顾及讲述重要人生经历, 分享其内心感受和情感, 重新审视自己的人生, 进行积极的自我认知和评价, 并将录音转换为可打印的叙事文本提供患者及家属保存和传承。该疗法已十多个国家实施。DT 的可行性、有效性、在各国得到验证及推广。

从患者角度, 通过尊严疗法的过程中回顾自己有价值及重要的人生经历, 在此过程中不断认识自己, 进行积极的自我评价及认证, 剖析过去的遗憾及冲突, 从中发现生命意义, 珍惜生命中的一切, 从而坦然面对死亡, 增加希望感, 以达到善终。从家属角度, 尊严疗法的实施, 帮助家属更好地了解患者的想法及需求, 加强彼此的沟通。在患者逝世后, 得到一份病人“生命的答卷”^[16], 所留下的文档对其家属起到一个持续慰藉的作用, 缓解丧亲之痛, 同时成为他们在以后的生命中最好的激励和自我疗愈。从医务人员角度, DT 为晚期癌症患者提供了一种心理干预方式, 当被允许参与生命回顾过程, 也得到患者的认同与接纳, 可以让护士全面地深入了解病人需求, 保持与患者双向的沟通, 有利于后续护理、医疗工作的开展^[17]。

4 尊严疗法的评估工具

癌症患者尊严量表 (PDI) 由加拿大学者 Chochinov 等于 2008 年编制, PDI 共包含 25 个条目, 5 个维度。维度分别为症状困扰、生存困扰、独立性、社会支持及和平心态。每个条目按 1~5 分计分, 1 分无困难, 5 分不可战胜的困难。得分与患者的尊严感呈负相关。总分 25~50 分为轻度受损, 51~75 分为中度受损, 76~125 分为重度受损。PDI≤50 分定义为“尊严无明显受损”, PDI≥50 分定义为“存在尊严丧失”^[18]。国内学者^[19]对中文版患者尊严量表进行了初步修订及信、效度评价, 该量表 Cronbach's α 系数为 0.924, 信效度良好, 在各国得到验证, 应用广泛, 主要用于评估和筛查晚期癌症患者尊严相关困扰, 可以使医护人员快速识别影响尊严的相关因素, 并进行尊严疗法的效果评级。

状态自尊量表 (SSES) 由学者 Heatherton、Polivy 于 1991 年编制, 共有 20 个项目, 包括行为自尊 (7 项)、身体自尊 (6 项) 和社会自尊 (7

项) 3 个维度。采用 Likert 5 级评分法进行评分, 其中 13 项为反向评分, 量表总分是每个项目的粗略得分之和, 分数越高, 自尊水平越高^[20]。兰兴姐对 SSES 进行汉化修订, 其 Cronbach's α 系数为 0.82, 分半信度为 0.74, 并具有跨文化的实用性^[21]。该量表在国外应用较为成熟, 在我国尊严疗法中的应用较少, 有待研究者对此量表的应用做进一步探索。

自尊量表 (SES) 最初由研究者 Rosenberg 编制, 量表共包含 10 个条目, 包括 2 个维度自我肯定 (5 个条目)、自我否定 (5 个条目)。采用 Likert 4 级评分法计分, 其中 4 个条目需反向计分^[22]。田录梅等^[23]研究发现, 该量表汉化后存在一些不足, 第 8 题“我希望能为自己赢得更多尊重”在国内看来应该是正向计分条目, 而英文原版却是反向记分。所以田录梅建议删去该项目, 用自尊量表的 9 个项目进行测评, 总分为 9~36 分, 得分越高代表自尊水平越高。该量表 Cronbach's α 系数为 0.835, 分半信度为 0.785^[24]。该量表修订版虽具有较高的信效度, 但个别条目的鉴别指数较低, 有待研究者做进一步的探索。

尊严是个人的情感体验, 不能仅仅依赖客观条目评价, 应主动与患者沟通, 了解患者内心真实想法, 了解患者是否缺乏社会支持, 对死亡态度, 是否有焦虑抑郁等负性情绪, 以此获得患者尊严状况及影响因素。

小结及展望

国外尊严相关研究发展快, 效果佳, 由于我国与外国相比, 死亡观不同, 患者及家属对待死亡都是以逃避方式面对, 晚期癌症患者尊严的相关研究发展相对缓慢, 希望加强尊严系列培训, 不断深入对患者尊严的认识, 将尊严理念贯穿到临床工作中。在以后的研究中, 应采取纵向研究了解尊严水平在癌症患病过程的变化, 并制定符合中国本土文化的尊严模型及尊严疗法实施方案, 更好的维护患者尊严, 指导临床实践。

参考文献:

- [1] CHEN W, ZHENG R, ZHANG S, et al. Cancer incidence and mortality in China, 2013 [J]. Cancer Lett, 2017, 401:63-71.
- [2] HENOCH I, DANIELSON E. Existential concerns among patients with cancer and interventions to meet them: an integrative literature review [J]. Psychooncology, 2009, 18(3): 225-236.
- [3] 冯佳莉, 薛云珍, 曹艳梅, 等. 山西省两家肿瘤医院晚期癌症患者尊严现状及其情绪、生命质量的比较研究 [J]. 医学与社会, 2017, 30(4): 75-78.
- [4] 曹艳梅, 薛云珍, 葛国靖, 等. 晚期癌症患者尊严现状及影响因素研究 [J]. 护理学报, 2017, 24(7): 30-34.
- [5] CHOCHINOV H M, HACK T, HASSARD T, et al. Dignity and psychotherapeutic considerations in end-of-life care [J]. J Palliat Care, 2004, 20(3): 134-142.
- [6] OEHCHSLE K, WAIS M C, VEHLING S, et al. Relationship between symptom burden, distress, and sense of dignity in terminally ill cancer patients [J]. J Pain Symptom Manage, 2014, 48(3): 313-321.

[7] 孙铁文. 晚期癌症患者本土化尊严模型的建构和量表的编制及应用[D]. 山西医科大学, 2017.

[8] 马丽莉, 刘俐惠, 阎冬梅, 等. 中华传统文化视角下疾病终末期患者尊严模型解析 [J]. 中国护理管理, 2020, 20(04): 582-587.

[9] 龚湖萍, 魏清风, 谢志芬, 等. 农村宫颈癌患者自我感受负担及影响因素研究 [J]. 护理管理杂志, 2017, 17(03): 153-155.

[10] 庞微, 肖珊, 张青月, 等. 终末期肿瘤病人尊严受损现状调查及影响因素分析 [J]. 全科护理, 2018, 016(031): 3844-3848.

[11] 宋颖, 田畅, 阎玲. 208 例肿瘤晚期患者尊严状况与病情进展知晓度相关性分析 [J]. 护理学报, 2018, 1): 60-63.

[12] 邓珍珍, 刘化侠, 田靖, 等. 中晚期癌症病人尊严丧失与社会支持的相关性研究 [J]. 护理研究, 2017, 31(16): 2031-2034.

[13] 聂婷瑶, 罗艳, 王冬华. 癌症患者尊严影响因素及其干预措施的研究进展 [J]. 护理管理杂志, 2019, 19(1): 43-47.

[14] CHOCHINOV H M, KRISTJANSON L J, BREITBART W, et al. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial [J]. Lancet Oncol, 2011, 12(8): 753-762.

[15] CHOCHINOV H M, HACK T, HASSARD T, et al. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life [J]. J Clin Oncol, 2005, 23(24): 5520-5525.

[16] FRIED T R, BRADLEY E H, O'LEARY J R, et al. Unmet desire for caregiver-patient communication and increased caregiver burden [J]. J Am Geriatr Soc, 2005, 53(1): 59-65.

[17] SCARTON L J, BOYKEN L, LUCERO R J, et al. Effects of Dignity Therapy on Family Members: A Systematic Review [J]. J Hosp Palliat Nurs, 2018, 20(6): 542-547.

[18] SCARTON L J, BOYKEN L, LUCERO R J, et al. Effects of Dignity Therapy on Family Members: A Systematic Review [J]. J Hosp Palliat Nurs, 2018, 20(6): 542-547.

[19] 葛国靖, 曹艳梅, 刘捷, 等. 中文版患者尊严量表初步修订及信、效度评价 [J]. 中国公共卫生, 2016, 32(08): 1088-1091.

[20] Bobbio A. Relation of physical activity and self-esteem. Percept Mot Skills. 2009 Apr;108(2):549-57.

[21] 兰兴姐. 抑郁症状大学生自尊稳定性的实验研究——基于内隐自尊和外显自尊的研究[D]. 重庆: 西南大学, 2008.

[22] 高爽, 张向葵. 应用 Rasch 模型分析 Rosenberg 自尊量表[J]. 心理学探新, 2018, 38(5): 445-450.

[23] 田录梅. Rosenberg(1965)自尊量表中文版的美中不足[J]. 心理学探新, 2006, 26(2): 88-91.

[24] 孙钦铃. 自尊量表的修订[D]. 广州: 暨南大学, 2007.

羟考酮缓释片与即释吗啡片联合治疗对癌痛患者的药学作用分析

杨智怡

苏州大学苏州医学院 江苏/苏州 215000

摘要：目的：探讨对癌痛患者采用羟考酮缓释片+即释吗啡片完成治疗后获得的临床效果。方法：选取2019年10月~2021年12月收治的72例癌痛患者进行治疗研究；随机分为常规组（采用盐酸羟考酮缓释片完成疾病治疗）和研究组（在常规组基础上，采用即释吗啡片完成疾病治疗），各36例；完成10d治疗后，比较两组患者用药治疗总有效率、不良反应（恶心呕吐、头晕嗜睡、排尿困难、便秘）发生率、起效时间、VAS（视觉模拟评分法）疼痛评分。结果：研究组联合用药治疗总有效率（97.22%）较单一用药治疗总有效率（77.78%）显著提升（ $P<0.05$ ）；研究组恶心呕吐、头晕嗜睡、排尿困难、便秘发生率较常规组无明显差异（ $P>0.05$ ）；研究组起效时间（ 20.15 ± 7.05 ）min较常规组起效时间（ 47.49 ± 10.49 ）min明显缩短（ $P<0.05$ ）；治疗前，研究组VAS评分（ 7.13 ± 1.85 ）分较常规组VAS评分（ 7.25 ± 1.79 ）分无明显差异（ $P>0.05$ ）；治疗后，研究组VAS评分（ 2.12 ± 0.29 ）分较常规组VAS评分（ 5.69 ± 1.85 ）分明显降低（ $P<0.05$ ）。结论：羟考酮缓释片+即释吗啡片联合应用，可将患者用药效果明显增强，将起效时间缩短，并将疼痛症状改善，可促进癌痛患者良好预后。

关键词：羟考酮缓释片；即释吗啡片；癌痛；用药效果；不良反应；起效时间；VAS疼痛评分；药学作用

癌痛也被称之为癌性疼痛，诸多表现为全方位疼痛，并且往往合并强烈心理异常以及植物神经异常等^[1]。对此确定有效方法对癌痛患者进行治疗，将患者预后水平改善，具有显著意义^[2]。当前针对癌痛患者在治疗期间，以综合性药物治疗为主，但是患者会对疼痛治疗效果判断以及疼痛评估产生较大程度主观性影响，从而导致治疗效果推广应用受到对应阻碍。近年来，在癌痛治疗研究逐渐深入情形下，羟考酮缓释片以及吗啡等系列阿片类药物获得广泛应用。本研究选取2019年10月~2021年12月收治的72例癌痛患者进行治疗研究；随机分为常规组（采用盐酸羟考酮缓释片完成疾病治疗）和研究组（在常规组基础上，采用即释吗啡片完成疾病治疗），旨在探讨对癌痛患者采用羟考酮缓释片+即释吗啡片完成治疗后获得的临床效果，为达到促进癌痛患者良好预后目标，现报告如下。

1、资料与方法

1.1 一般资料

选取2019年10月~2021年12月收治的72例癌痛患者进行治疗研究；随机分为常规组（采用盐酸羟考酮缓释片完成疾病治疗）和研究组（在常规组基础上，采用即释吗啡片完成疾病治疗），各36例；纳入标准：①恶性肿瘤通过临床诊断以及病理组织检查，获得确诊；②具有完整临床资料；③知晓本次研究内容，顺利签署对应文件；排除标准：①患者预计生存期在6个月以下；②近期选择阿片类药物进行治疗；③存在阿片类药物应用禁忌症情况；④伴有严重脏器功能障碍；⑤存在精神异常以及语言障碍等。终止试验标准：①癌痛患者在接受治疗期间表现出系列不良事件，经判别后，需要停止本次临床治疗试验；②针对患者在实施临床治疗试验期间，癌痛患者表现出系列体征以及症状，使此次治疗研究无法顺利进行，所以临床医师需要终止此次试验；③在对癌痛患者实施治疗试验期间，呈现出严重偏差现象，表现出的配合度较差；④在临床治疗试验期间，所有癌痛患者不愿继续进行，向上级提出将本次治疗试验终止要求；脱落标准以及处理原则：①针对癌痛患者在实施临床治疗试验期间，所有对象自愿退出，或者主动向主管医师提出撤回知情同意书要求；②癌痛患者呈现出的配合态度较差，无法顺利完成本次治疗；③研究人员针对病例病情、病因以及脱落情况展开详细、清晰记录，并且对于癌痛患者相关数据均保存，创建档案，以供后期数据分析。常规组男、女各20、16例；年龄19~65（ 45.29 ± 5.31 ）岁；研究组男、女各21、15例；年龄21~67（ 45.33 ± 5.35 ）

岁；两组性别、年龄比较，具有均衡性（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

1.2.1 常规组

采用盐酸羟考酮缓释片完成疾病治疗。控制10mg/12h初始剂量。依据患者病情状况，将用药剂量酌情调整，直至疼痛获得显著缓解或者疼痛消失，对患者实施为期10d治疗。

1.2.2 研究组

在常规组基础上，采用即释吗啡片完成疾病治疗。控制20mg/12h初始剂量。依据患者病情状况，将用药剂量酌情调整，直至疼痛获得显著缓解或者疼痛消失，对患者实施为期10d治疗。

1.3 观察指标

①比较两组患者用药治疗总有效率，显效：患者疼痛获得完全缓解或者显著缓解；有效：患者疼痛获得中度缓解；无效：患者疼痛无缓解；②比较两组患者

不良反应（恶心呕吐、头晕嗜睡、排尿困难、便秘）发生率；③比较两组患者起效时间、VAS（视觉模拟评分法）疼痛评分，0分：无痛；1~3分：轻度疼痛；4~6分：中度疼痛；7~10分：重度疼痛。

1.4 统计学方法

研究结果导入SPSS22.0软件分析数据。计数资料以 χ^2 检验完成，表现形式为百分比。计量资料以t检验完成，表现形式为 $\bar{x}\pm s$ 。以 $P<0.05$ 为统计学意义显著。

2、结果

2.1 两组患者用药治疗总有效率比较

研究组联合用药治疗总有效率（97.22%）较单一用药治疗总有效率（77.78%）显著提升（ $P<0.05$ ）。（见表1）

表1 两组患者用药治疗总有效率比较 [n(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效
研究组 (n=36)	30 (83.33)	5 (13.89)	1 (2.78)	35 (97.22)
常规组 (n=36)	18 (50.00)	10 (27.78)	8 (22.22)	28 (77.78)
χ^2				6.2222

P 0.0126

2.2 两组患者不良反应发生率比较

研究组恶心呕吐、头晕嗜睡、排尿困难、便秘发生率较常规组无明显差异 ($P>0.05$)。(见表 2)

表 2 两组患者不良反应发生率比较 [n(%)]

组别	恶心呕吐	头晕嗜睡	头晕嗜睡	便秘
研究组 (n=36)	0 (0.00)	1 (2.78)	0 (0.00)	1 (2.78)
常规组 (n=36)	1 (2.78)	2 (5.56)	1 (2.78)	0 (0.00)
χ^2	1.0141	0.3478	1.0141	1.0141
P	0.3139	0.5553	0.3139	0.3139

2.3 两组患者起效时间、VAS 疼痛评分比较

研究组起效时间较常规组明显缩短 ($P<0.05$)；治疗前，研究组 VAS 评分较常规组无明显差异 ($P>0.05$)；治疗后，研究组 VAS 评分较常规组明显降低 ($P<0.05$)。

表 3 两组患者起效时间、VAS 疼痛评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	起效时间 (min)	VAS 疼痛评分 (分)	
		治疗前	治疗后
研究组(n=36)	20.15±7.05	7.13±1.85	2.12±0.29
常规组(n=36)	47.49±10.49	7.25±1.79	5.69±1.85
t	12.9789	0.2796	11.4386
P	0.0000	0.7805	0.0000

3、讨论

近年来，我国肿瘤患者发病率显著增加，对于肿瘤晚期患者而言，其往往表现出癌性疼痛现象，并且无法耐受，针对患者心理、人际关系、机体等诸多方面均造成严重影响，导致患者生活质量降低^[3]。对于癌性疼痛而言，其特征体现为社会性疼痛、精神性疼痛、伴有心理学异常、伴有躯体性变化、势不可挡疼痛、伴有强烈植物神经异常以及全方位疼痛等^[4]。癌痛主要于患者神经纤维、神经中枢以及感受器几个环节出现，机械或者化学将患者血管、内脏、软组织、淋巴管、骨机械感受器或者化学感受器激活，从而表现出疼痛感^[5]。治疗期间，以药物为主。而对于手术治疗而言，则往往需要同患者生存期以及总体生存状况加以结合^[6]。

盐酸羟考酮作为新型阿片类镇痛药物一种，其应用后可获得显著镇痛效果。对其镇痛效果作用机制进行分析，同脑内特异性中枢神经系统内源性阿片受体以及自身脊髓存在相关性。并且伴随剂量上升，盐酸羟考酮缓释片应用剂量会呈现出一定程度增强。可通过患者表现出嗜睡以及呼吸抑制等系列不良反应情况控制剂量最高限度。此外其主要利用 *acrocontin* 新型缓释技术，在患者用药后做到迅速起效，可维持长达 12h 镇痛效果，同吗啡片比较，其镇痛强度极高。同其他阿片类镇痛药物比较，盐酸羟考酮缓释片针对患者表现出较强 K 受体作用，特别对于内脏疼痛以及病理性神经痛可以进行有效治疗。但是此种药物可对患者脑干进行直接作用，从而表现出呼吸抑制等系列不良反应现象。

本次研究发现，研究组联合用药治疗总有效率 (97.22%) 较单一用药治疗总有效率 (77.78%) 显著提升 ($P<0.05$)；研究组恶心呕吐、头晕嗜睡、排尿困难、便秘发生率较常规组无明显差异 ($P>0.05$)；研究组起效时间 (20.15±7.05) min 较常规组起效时间 (47.49±10.49) min 明显缩短

($P<0.05$)；治疗前，研究组 VAS 评分 (7.13±1.85) 分较常规组 VAS 评分 (7.25±1.79) 分无明显差异 ($P>0.05$)；治疗后，研究组 VAS 评分 (2.12±0.29) 分较常规组 VAS 评分 (5.69±1.85) 分明显降低 ($P<0.05$)，分析此种结果因为，吗啡作为临床经典阿片类药物一种，呈现出强效镇痛特点，于癌痛患者治疗中获得广泛应用。但是如应用剂量过高，会导致患者呈现出嗜睡以及呼吸抑制等系列不良反应^[7]。对此需要严格控制应用剂量，但是却会导致镇痛疗效降低。盐酸羟考酮缓释片作为阿片受体激动剂一种，对于中~重度持续性疼痛患者表现出较强适用性，伴随剂量增加，其镇痛效果有所增加，呈现出平稳镇痛以及快速镇痛特点^[8,9]。将两种药物联合应用，可将镇痛效果显著提高，并且安全性较高，不会导致药物不良反应明显增加，将患者疼痛程度明显缓解，使药物起效时间获得明显缩短，充分表明羟考酮缓释片+即释吗啡片联合应用于癌痛疾病治疗中临床价值。

综上所述，羟考酮缓释片+即释吗啡片联合应用，可将患者用药效果明显增强，将起效时间缩短，并将疼痛症状改善，可促进癌痛患者良好预后。

参考文献：

[1]Gumus, Kenan, Musuroglu, Seval, Ozlu, Zeynep Karaman, et al. Determining the Use of Nonpharmacologic Methods by Surgical Nurses for Postoperative Pain Management and the Influencing Professional Factors: A Multicenter Study[J]. Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses,2020,35(1):75-79.

[2]张国平,赵利平,韩光明,等. 盐酸羟考酮缓释片治疗中重度癌痛的效果及对患者免疫功能的影响[J]. 中国药物应用与监测,2021,18(2):71-73,78.

[3]孙峰,鲍扬满,朱婷,等. 羟考酮缓释片联合即释吗啡在癌痛滴定治疗中的镇痛效果及不良反应[J]. 现代肿瘤医学,2021,29(10):1768-1771.

[4]陈润,曾睿芳,方平,等. 耳穴压豆联合盐酸羟考酮缓释片对癌性疼痛患者疼痛爆发次数及 PPI 与 KPS 评分的影响[J]. 西部医学,2021,33(11):1683-1686.

[5]刘立凡. 瑞舒伐他汀联合羟考酮缓释片治疗非小细胞肺癌癌痛及对患者血清细胞因子水平的影响[J]. 中国临床医生杂志,2021,49(12):1457-1460.

[6]张天虹,祖恒兵,高浩美,等. 吗啡控释片与芬太尼透皮贴联合盐酸羟考酮缓释片治疗中重度癌痛的疗效观察[J]. 中国肿瘤临床与康复,2021,28(5):604-608.

[7]Jacob J. Jones, Samuel Oduwole, Richard Feinn, et al. Postoperative Bracing on Pain, Disability, Complications, and Fusion Rate Following 1-3+ Level Lumbar Fusion in Degenerative Conditions: A meta-analysis of spine Surgery in Spine Surgery [J]. Spine Surgery, 2021,34(2):56-62.

[8]胡妍,廖丽丽. 超大剂量盐酸羟考酮缓释片联合硫酸吗啡缓释片治疗重度癌痛的临床效果及安全性[J]. 临床合理用药杂志,2021,14(26):117-119.

[9]黄胜波. 盐酸羟考酮缓释片治疗中重度癌痛患者的效果及安全性分析[J]. 海峡药学,2021,33(5):136-137.

对比两种胃管固定方法在预防压力性损伤发生中的效果

张爱波 浦会玲

云南省第一人民医院 云南昆明 650000

摘要:目的 探讨对比两种胃管固定方法在预防压力性损伤发生中的效果。方法 将2020年5月~2021年5月于本院行保留胃管治疗的患者中,随机抽出100例作为观察对象,其中50例患者予以常规胃管固定方法,纳入对照组,50例患者基于对照组常规固定前提下进行方法改良,视为观察组,比较两组患者压力性损伤、胃管滑脱事件发生率和舒适度。结果 观察组鼻部压力性损伤率、胃管滑脱率分别为6.00%、4.00%,均低于对照组的24.00%、20.00% ($P<0.05$);观察组总舒适度率为96.00%,高于对照组的74.00% ($P<0.05$)。结论 针对需保留胃管质量患者,在原胃管固定方法进行改良,可有效预防鼻部压力性损伤、胃管滑脱等不良事件发生,并提高患者置管舒适度,整体应用价值显著,值得推广。

关键词: 胃管固定; 压力性损伤; 预防效果

前言

留置胃管作为临床常用治疗手段,主要用于胃肠减压、鼻饲饮食、术前准备等,对于有留置胃管需求患者,操作时不仅要注意其管道留置的舒适程度,而且要避免胃管引起的相关压迫性损伤和确保留置胃管的牢固,避免管道发生意外拔出^[1]。但是,临床表示若只是单纯追求胃管的固定效果,导致胃管与鼻腔的接触过于紧密,会增加患者鼻部压力,最终形成压疮,造成损伤,增加患者机体疼痛、感染风险和医疗费用。关于如何有效留置胃管,现阶段临床一直在探索有效且有较高实用性的固定方法,提高患者带管舒适度和减少医疗操作所致的创伤性,也给医护人员减少了工作强度。目前关于胃管固定方法有较多选择,对于传统固定方法表示仍有较多不足之处,如鼻贴不透气、黏性不足,贴在面颊部的胶布反复取下、粘贴,胶布起不到固定效果,与此同时,固定手法通过在患者面部多处进行交叉固定,影响面部形象的同时会容易脱落^[2]。因此,需针对传统固定胃管方法进行改良,现阶段可用方法包括“人字型”固定法、爱心型固定方法、扁纱带固定法、双重敷料固定法等,均能有效防止管道移位,减轻其皮肤黏膜受损程度,提高患者舒适度^[3]。基于此,本次研究将2020年5月~2021年5月于本院行保留胃管治疗的患者中随机抽出100例作为观察对象,分析改良后的胃管固定方法对降低其压力性损伤发生率的应用价值,报告如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

采取盲选法将2020年5月~2021年5月于本院行保留胃管治疗的患者中随机抽出100例作为观察对象,根据胃管固定方法差异性进行观察、对照分组,每组50例,均对研究表示知情且同意。观察组中男26例,女24例,年龄70~90岁,平均年龄 80.14 ± 4.67 岁;住院时间10~20d,平均住院时间 16.32 ± 1.48 d;胃管留置时间11~20d,平均时间 15.47 ± 1.01 d。对照组中男28例,女22例,年龄71~88岁,平均年龄 79.69 ± 4.52 岁;住院时间9~20d,平均住院时间 15.82 ± 1.45 d;胃管留置时间10~19d,平均时间 14.88 ± 1.57 d。两组患者一般资料差异值为 $P>0.05$ 。

1.2 入选标准

本次研究所选患者,均可以遵循医嘱配合胃管留置,鼻部皮肤检查完整,未见瘢痕和其他皮肤病变。与此同时,对胃管保留时间低于10d、合并鼻部皮肤损伤(如抓伤)及不适合继续观察的患者,均予以排除。

1.3 方法

对照组采取传统胃管固定方法,即当前科室所用的3M“叶形”鼻贴,由胃管固定人员负责裁剪,鼻贴包括两个长、宽约2~3cm的叶柄,其功

能是将胃管固定在鼻翼上,两个叶柄长、宽约4cm,主要起到缠绕在胃管上的作用,可自行调节松紧度。鼻贴更换的时机是鼻贴污染、胃管脱出超过3cm,而脸部则用相同的材料采取高桥式固定方法做二次固定。

观察组在原胃管固定方法基础上进行改良,具体方法为:(1)基于原有胃管固定法进行改造,继续使用3M“叶形”敷贴,将“叶形”鼻贴叶柄长度延长到5~6cm。在胃管固定时,叶柄部和胃管之间的敷贴进行挤捏,避免胃管与鼻部的直接接触,从而防止胃管固定部位对鼻部内侧和侧壁形成压力。在固定胃管时,首先将胃管反向转动,然后进行脸部二次固定,能有效地防止脸部二次固定操作对鼻部内侧形成侧压力。(2)对于已发生压迫性损伤的患者,剪下叶形鼻贴的叶部分,以高桥型固定法将叶柄横贴在上唇位置,并以水胶体敷料保护破溃处,并随时记录皮肤变化到护理日志中,对于面部水肿、皮肤较差的患者,在进行鼻部及二次固定贴面部之前,应先使用水胶敷料做好保护工作,交接班时对接好记录患者皮肤情况的信息数据。(3)规范胃管管理:为了加强护士遵从性,规范胃管固定时间,统一规定每日一次进行胃管更换,并于早上7点左右由夜班护士进行统一替换;同时,为了加强监测力度,将胃管更换的时间和位置详细地记录在早上7点的护理记录中,例如,胃管位置更换顺序是从左鼻翼到右鼻翼,以便及时发现和追踪胃管留置情况。在科室内设立一个固定的胃管检查组,可以由副领班护士作为主要负责人员。每日早晨交接班时,巡查组人员监督夜间值班护理人员胃管固定情况,检查患者鼻部皮肤状况,并对不合格的胃管固定操作,通过现场指导护理人员进行纠正,并及时处理患者鼻部皮肤红肿和破溃。护士长每周进行随机抽样调查,监督胃管固定的实施情况和可行性。(4)强化实习人员管理。考核新入科室的实习生关于压力性损伤方面的认知水平,并提供理论培训,同时通过现场教授胃管固定术,并由总带教老师进行考核,合格后方可进入临床,将胃管固定纳入实习生入科及出科考核内容。

1.4 观察指标

比较两组患者不良事件发生率和置管期间的舒适度。

(1)舒适度:采取临床自制舒适度量表在患者清醒状态下进行评分,量表涉及鼻腔疼痛、不适、鼻部皮肤是否出现异常等,总分范围在0~100分,超过90分(含90分)表示舒适程度较高,75~89分表示舒适程度中等,低于75分表示舒适程度较低,舒适度=(较高+中等)/总例数 $\times 100\%$ 。

(2)不良事件:记录两组患者鼻部压力性损伤、胃管滑脱等不良事件发生情况。

1.5 统计学分析

采用SPSS22.0统计学软件,计量资料行 t 检验,以($\bar{x} \pm s$)表示;

计数资料行卡方 χ^2 检验,以率(%)表示,当 $P<0.05$,有统计学差异。

2. 结果

2.1 比较两组患者鼻部压力性损伤率、胃管滑脱率

观察组鼻部压力性损伤、胃管滑脱等事件发生率分别为 6.00%、4.00%,均低于对照组的 24.00%、20.00%,且 $\chi^2=6.352$ 、6.060, $P<0.05$,有统计学意义。详情见表 1。

表 1 比较两组患者鼻部压力性损伤率、胃管滑脱率 (n%)

组别	例数	鼻部压力性损伤发生率	胃管滑脱发生率
观察组	50	6.00 (3/50)	4.00 (2/50)
对照组	50	24.00 (12/50)	20.00 (10/50)
χ^2		6.352	6.060
P		0.011	0.013

2.2 比较两组患者舒适度

观察组舒适度较对照组对应值高 (96.00%>74.00%),且 $\chi^2=9.490$, $P<0.05$,有统计学意义。详情见表 2。

表 2 比较两组患者舒适度 (n%)

组别	例数	较高	中等	较低	舒适度
观察组	50	28(56.00)	20(40.00)	2 (4.00)	48(96.00)
对照组	50	15(30.00)	22(44.00)	13(26.00)	37(74.00)
χ^2					9.490
P					0.001

3. 讨论

留置胃管是临床常用操作技术,胃管能降低胃肠道内压力和张力,改善胃肠壁的血液循环,是促进胃肠功能恢复的一种有效的治疗措施,肠内营养管能注入食物、药物,达到补充营养、维持生命的作用。鼻胃管置入方法虽较易掌握,但如何既能牢固地固定胃管又能防止滑脱,一直是临床护理所需重点关注的问题。与此同时,在胃管留置护理工作中,可以看到躁动患者出现拔管现象,也有些患者在清醒状态下可能会因为咳嗽、排痰、出汗等使鼻饲管脱出^[4]。为避免反复插胃管对患者鼻腔、食道、胃黏膜的刺激和损伤,减轻患者痛苦,妥善固定鼻饲管极为重要。为此,临床表示对于需长期放置胃管的患者,应做好黏液过敏、皮肤损伤等方面的预防工作,是维持胃管长期稳定和降低不良事件发生风险的重要因素。

据相关报道指出,鼻黏膜局部的压力主要来源于胃管对组织造成的局部压迫,这种压力依赖于医护人员使用胶带进行胃管固定时所产生的张力^[5]。在临床护理中,许多护理人员都会将胃管固定的很牢,以避免胃管脱落,这样就会间接性增加了胃部 and 胃管的接触面积和压力。本研究中,对原来胃管固定上进行改良,就是在固定胃管时,将“叶形”鼻贴叶柄的长度延长,在叶和叶柄的交界处敷贴进行挤压,可以有效地缓解胃管固定时因胃管和鼻部接触部位太紧而造成的鼻翼和鼻部内侧面的压力,与此同时,每天进行胃管固定位置调整,可以缓解胃管对鼻部同一处的压力,从而有效地降低了胃管对同一处的持续施压,这样既能达到良好固定效果,又能降低患者压力性损伤发生率^[6-7]。本次研究结果显示,观察组鼻部压力性损伤率较对照组低 ($P<0.05$),证实此类方法具有较高可行性。

考虑到需行胃管留置患者一般病情都较为严重,摄取营养有限,容易造成压力性损伤,而且胃管粘贴时间过长,不仅会导致患者面部产生胶痕,还很容易造成患者皮肤损伤或是过敏。本次研究所行的胃管改良方法中,通过一天一次更换鼻贴,有助于护理人员能及时发现鼻部皮肤的异常,如

皮肤发红、压之褪色问题,就能在第一时间得到有效治疗。对已发生的压力性损伤,研究是剪掉“叶形”鼻贴的叶片,采取高桥式固定法把叶柄平贴在上唇上,这样可以减轻胃管对鼻腔的压迫,避免鼻腔继续受到压迫,并使用水凝胶敷料保护患者破裂处。水凝胶能明显减少 1~2 期压疮患者的护理时间,促进伤口愈合,提高治疗效果,同时,在破溃伤口周围覆盖水胶体敷料,可以有效地避免伤口和胃管的直接接触,促进伤口愈合^[8]。与此同时。人体鼻腔内有丰富的腺体,会分泌出大量油脂,而气候、温度、患者活动度等,都会影响到胶带的黏性,导致胶带很容易脱离粘贴的皮肤,造成胃管滑脱。所以护理人员在改良方法中,通过每日换鼻贴,及时清理鼻腔内的油脂和其他分泌物,然后进行胃管的再固定,能有效地减少胃管因分泌过多而造成的滑脱现象,提高固定的稳定性,有效地降低胃管滑脱率^[9]。本次研究结果显示观察组胃管滑脱率明显低于对照组 ($P<0.05$),可见此类方法的固定效果较为理想。因为每天更换鼻贴位置为鼻部皮肤提供了充分的休息空间,而且可以每天都做一次固定,也能减少患者对胃管滑脱的担忧,让其在日常活动中更有安全感,患者的自我感觉舒适度相对于常规未固定有明显增强,据相关报道指出,改善患者的舒适度能有效地降低其自行拔管率,减少由胃管引起的外源性刺激,从而改善护理质量和提高患者舒适度^[10]。本次研究结果显示观察组护理舒适度明显优于对照组 ($P<0.05$),可见方法有效。此外,为全包改良后的胃管固定方法得到精准展开,需加大科室护理人员的监管力度,提高其胃管执行依从性,并通过专业培训来掌握胃管固定技巧,明确患者诱发鼻部压疮的危险因素,有预见性地展开护理能提高护理效果和意外事件的防控效果。

综上所述,针对需保留胃管质量患者,在原胃管固定方法上进行改良,可有效预防鼻部压力性损伤、胃管滑脱等不良事件发生,并提高患者置管舒适度,整体应用价值显著,值得推广。

参考文献:

- [1]刘天颀,龙玉娟,刘欢,等.ICU 患者不同部位黏膜压力性损伤的特征及护理研究进展[J].护理学报,2022,29(08):35-39.
- [2]钱晓,潘苏京,戴荣兄.综合性术中压疮管理方案预防长时间手术老年患者压力性损伤的效果[J].河北医药,2022,44(03):413-415+419.
- [3]林灵旭.根本原因分析法在降低 ICU 患者留置胃管相关压力性损伤发生率中的应用[J].当代护士(下旬刊),2021,28(09):136-138.
- [4]李纯香,王贤君,郑少端.留置胃管操作及留置期间不良反应分析与干预策略[J].中国处方药,2021,19(05):154-155.
- [5]张飞,肖冬梅,钟先进.PDCA 在预防经口气管插管致口唇黏膜压力性损伤中的作用分析[J].当代临床医刊,2021,34(01):36+38.
- [6]晏蓉,李素云,詹昱新,等.经鼻肠内营养并发鼻黏膜压力性损伤风险预警分级标准及干预方案的构建[J].中华临床营养杂志,2020,28(06):346-350.
- [7]罗岗.黏膜压力性损伤预防策略研究现状[J].广西中医药大学学报,2020,23(04):70-73.
- [8]曲巍立,庄璇,吴越,等.护理敏感指标在降低胃管相关性压力性损伤发生率中的应用[J].基层医学论坛,2020,24(30):4324-4326.
- [9]焦品莲,陆霞,王俊,等.PDCA 护理干预在预防鼻咽癌放疗患者口腔黏膜损伤中的作用探讨[J].卫生职业教育,2020,38(13):151-153.
- [10]孟海婷.改良胃管固定方法在重症医学科中的临床应用研究[J].现代医药卫生,2019,35(19):3045-3047.

玻璃体视网膜联合手术治疗复杂性眼外伤患者的手术室护理效果观察

刘赞 李红 赫月霞^{通讯作者}

宁夏回族自治区人民医院眼科手术室 宁夏银川市 750001

摘要: 目的: 总结玻璃体视网膜联合手术治疗复杂性眼外伤患者的手术室护理效果。方法: 纳入 2020—2021 年我院 52 例复杂性眼外伤患者, 随机均分为观察组与对照组, 分别予以常规护理(对照组)以及强化手术室护理(观察组), 比较组间睡眠时间、住院时间、术后并发症、视力与眼压、舒适度评分。结果 观察组患者手术 1 周、术后 1 个月内的日均睡眠时间分别为 (7.97±1.55) h、(8.03±1.38) h, 对照组患者手术 1 周、术后 1 个月内的日均睡眠时间分别为 (5.37±1.44) h、(6.04±1.06) h, 观察组均长于对照组, 差异显著 ($P<0.05$); 观察组患者的住院时长为 (11.24±1.37) d, 对照组患者的住院时长为 (16.79±2.36) d, 观察组均短于对照组, 差异显著 ($P<0.05$); 观察组患者的并发症发生概率低于对照组, 差异显著 ($P<0.05$); 观察组患者术前、术后 7 天的视力为 (0.13±0.08) D、(0.77±0.06) D, 眼压为 (28.97±1.72) mmHg、(14.55±1.86) mmHg, 对照组患者术前、术后 7 天的视力为 (0.14±0.06) D、(0.56±0.07) D, 眼压为 (28.66±1.55) mmHg、(19.85±2.13) mmHg, 术前两组患者的视力与眼压比较无差异 ($P>0.05$), 术后 7 天, 观察组患者的视力高于对照组, 且眼压低于对照组, 差异显著 ($P<0.05$); 观察组患者术后第 1、3、7 天的舒适度评分均高于对照组, 差异显著 ($P<0.05$)。结论 针对接受玻璃体视网膜联合手术治疗的复杂性眼外伤患者, 以常规护理为基础, 强化手术护理, 可以促进患者视力的提升, 减少并发症, 确保治疗的兴安全性与有效性, 值得推广。

关键词: 玻璃体视网膜联合手术; 复杂性眼外伤; 手术室护理; 护理效果

前言

复杂性眼外伤的病情比较严重, 患者的玻璃体视网膜已经遭到了严重的损坏, 累及范围较广, 情况非常复杂, 干扰了机体前部的相关结构, 导致炎症聚集。受炎症及病变的增殖, 会导致已经损伤的玻璃体视网膜情况进一步恶化, 患者可能因此丧失视力而失明^[1]。近几年, 玻璃体视网膜手术技术有所进步, 这对于未治愈的复杂性眼外伤患者而言是极大的福音, 有希望可保持眼球, 并恢复或促进部分视觉功能, 增加了复杂性眼外伤患者的康复可能性。玻璃体视网膜联合手术可将复杂性眼外伤患者的眼内病变组织彻底清除, 联合在眼内填充硅油或长效气体, 可保证理想的治疗效果。同时, 联合人工晶体植入术, 可保留患者眼球的完整, 推动患者视力的恢复。众所周知, 护理质量的高低将会直接影响到手术效果。基于现代医疗模式的转变, 患者对护理服务的要求逐渐严格, 延伸出了手术室护理模式, 目前已在临床各科室广泛应用。在患者治疗期间, 保证为患者提供情感、精神、文化等各个方面的护理服务, 充分满足患者的生理需求与心理需求, 以保证理想的手术效果。基于此, 文章为玻璃体视网膜联合手术治疗复杂性眼外伤患者的手术室护理效果展开研究, 旨在指导临床强化手术室护理管理, 提升护理质量, 确保手术安全, 详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入 2020—2021 年期间我院 52 例复杂性眼外伤患者, 随机均分为观察组与对照组, 组间基线资料比较结果显示可比 ($P>0.05$)。

对照组: 26 例, 男 16 例, 女 10 例, 年龄范围 25—55 岁, 均值 (40.37±1.64) 岁, 受伤至手术时间范围 4—40h, 均值 (22.18±1.85) h;

观察组: 26 例, 男 15 例, 女 11 例, 年龄范围 26—55 岁, 均值 (40.87±1.66) 岁, 受伤至手术时间范围 6—40h, 均值 (23.20±1.34) h。

纳入标准: 临床确诊复杂性眼外伤且符合相应手术指征者; 眼部 B 超

检查结果显示玻璃体浑浊; 本人及其家属均对研究知情同意。

排除标准: 眼部合并其他疾病者; 凝血功能障碍者; 合并靶器官器质性疾病者; 精神疾病者。

1.2 方法

予以对照组患者常规护理, 具体包括: 体征监测、认知干预、情绪疏导、用药指导。

观察组患者以常规护理为基础联合强化手术室护理, 具体包括:

(1) 术前护理。①患者准备。一般情况下, 外界暴力因素导致复杂性眼外伤的病例较多, 事发突然, 且接诊后需要立即为患者清创, 从而患者恐惧心理比较严重, 需要护理人员在急救的过程中予以患者心理疏导。医护人员在进行各项检查与操作时, 需要展示出稳定、娴熟的技术, 以让患者安心, 外伤后玻璃体切除的最佳时间为外伤后 7—14d, 越早越好, 并且向患者介绍医院先进的设备以及优良的医护团队, 打消患者的顾虑, 将患者的身心状态调整到最佳; ②术前访视。玻璃体视网膜联合手术治疗难度较大, 患者及其家属了解甚少, 极易由于未知产生不良情绪。同时, 由于复杂性眼外伤发病突然, 患者心理难以承受, 思想负担较重, 对手术治疗的期望值较高。这时需要护理人员加强术前访视来充分了解患者的心理状态, 向患者及其家属告知手术的相关知识及注意事项, 耐心解答患者的疑问, 以良好的术前沟通工作来安抚患者的情绪, 提高治疗护理依从性; ③眼部准备。术前 3 天予以患者抗生素滴眼液治疗。术前合理控制眼压, 剪睫毛, 冲洗泪道与结膜囊。术前常规洗眼, 遵医嘱使用散瞳液、镇静药、止血药。④手术物品准备。准备好术所需仪器、器械、药品、用品, 并严格检查仪器、器械的功能是否完整, 药品与用品的质量是否合格、是否处于有效期内。

(2) 术中护理。①基础性护理。术前, 详细的向患者及其家属做好解释沟通工作, 与病房护士做好交接, 严格执行核对审查制度, 以热情的

态度与患者交谈,予以患者充分的鼓励,减轻患者紧张的情绪,叮嘱患者术中一定要积极配合,如有不适立即表达,不可肆意乱动。患者仰卧,以约束固定双手,充分暴露术野。予以患者常规低流量吸氧,监测患者的各项体征。常规消毒时叮嘱患者闭眼,固定帕巾钳,依次铺巾,并合理摆放手术仪器,调整到合理的参数。②安全护理。眼部手术要求必须高度精细、严谨,因此术中安全护理非常重要,术间医护人员严谨碰撞手术床,全力保证手术的顺利进行。术中确保患者呼吸道通畅,常规吸氧,时刻观察患者是否发生眼-心反射,如果发生需要立即停止手术,尤其停止牵拉患者的眼部肌肉,并立刻予以阿托品 0.5mg 静脉注射,结合患者的具体情况实施抢救。③感染预防护理。玻璃体视网膜联合手术对手术技术与手术配合的要求非常严格,需要手术护士具备极其丰富的手术室护理经验,在递交手术器械时动作轻柔、敏捷、熟练,确保在最短的时间内高质量的完成手术。同时,眼科手术护理需要具备强烈的职业责任心,严格遵照无菌操作原则。

(3) 术后护理。术毕,点涂碘比舒眼膏,以无菌纱布、绷带包扎,详细交代术后注意事项。针对玻璃体腔注气或注硅油的患者,需要嘱咐其卧床休息,并告知卧床的必要性。同时,术后护理人员严格遵照相关制度与标准对手术器械进行全面的清洁与消毒。眼科手术器械微小而尖锐,需要在日常管理中合理摆放,并注意分类,根据器械的具体说明来进行常规保养,确保手术期间使用时的安全性。

1.3 观察指标

- (1) 统计组间术后 1 周、1 个月的日均睡眠时间以及住院时间。
- (2) 术后并发症:白内障、眼压升高、角膜水肿。
- (3) 测量组间术前、术后 7 天的视力与眼压。
- (4) 舒适度评分:以舒适度评估量表对组间舒适度进行评估,评估项目包括:颈肩背部疲劳、腰背酸痛、失眠、肢体麻木、烦躁,分值 1-10 分,1-4 分为轻度不适、5-7 分为中度不适、8-10 分为重度不适。

1.4 统计学处理

统计学软件 SPSS21.0,利用该软件对本次研究中的两组数据进行分析,其中计量资料采取 ($\bar{x} \pm s$) 表示, t 检验,计数资料应用百分比表示, χ^2 检验; $P < 0.05$ 说明数据对比有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的日均睡眠时间、住院时长比较

见表 1,观察组患者手术 1 周、术后 1 个月内的日均睡眠时间分别为 (7.97 $\pm$ 1.55) h、(8.03 $\pm$ 1.38) h,对照组患者手术 1 周、术后 1 个月内的日均睡眠时间分别为 (5.37 $\pm$ 1.44) h、(6.04 $\pm$ 1.06) h,观察组均长于对照组,差异显著 ($P < 0.05$);观察组患者的住院时长为 (11.24 $\pm$ 1.37) d,对照组患者的住院时长为 (16.79 $\pm$ 2.36) d,观察组均短于对照组,差异显著 ($P < 0.05$)。

表 1 两组患者的日均睡眠时间、住院时长比较 [$\bar{x} \pm s$]

组别	日均睡眠时间 (h)		住院时长 (d)
	术后 1 周	术后 1 个月	
观察组 (n=26)	7.97 $\pm$ 1.55	8.03 $\pm$ 1.38	11.24 $\pm$ 1.37
对照组 (n=26)	5.37 $\pm$ 1.44	6.04 $\pm$ 1.06	16.79 $\pm$ 2.36
t 值	6.266	5.831	10.371

P 值 0.000 0.000 0.000

2.2 两组患者并发症发生概率比较

见表 2,观察组患者的并发症发生概率低于对照组,差异显著 ($P < 0.05$)。

表 2 两组患者并发症发生概率比较 [n/%]

组别	白内障	眼压升高	角膜水肿	发生率
观察组 (n=26)	0(0.00)	1(3.85)	0(0.00)	1(3.85)
对照组 (n=26)	2(7.69)	3(11.54)	2(7.69)	7(26.92)
χ^2 值				5.318
P 值				0.021

2.3 两组患者的视力、眼压比较

见表 3,观察组患者术前、术后 7 天的视力为 (0.13 $\pm$ 0.08) D、(0.77 $\pm$ 0.06) D,眼压为 (28.97 $\pm$ 1.72) mmHg、(14.55 $\pm$ 1.86) mmHg,对照组患者术前、术后 7 天的视力为 (0.14 $\pm$ 0.06) D、(0.56 $\pm$ 0.07) D、(28.66 $\pm$ 1.55) mmHg、眼压为 (19.85 $\pm$ 2.13) mmHg,术前两组患者的视力与眼压比较无差异 ($P > 0.05$),术后 7 天,观察组患者的视力高于对照组,且眼压低于对照组,差异显著 ($P < 0.05$)。

表 3 两组患者的视力、眼压比较 [$\bar{x} \pm s$]

组别	视力 (D)		眼压 (mmHg)	
	术前	术后 7 天	术前	术后 7 天
观察组 (n=26)	0.13 $\pm$ 0.08	0.77 $\pm$ 0.06	28.97 $\pm$ 1.72	14.55 $\pm$ 1.86
对照组 (n=26)	0.14 $\pm$ 0.06	0.56 $\pm$ 0.07	28.66 $\pm$ 1.55	19.85 $\pm$ 2.13
t 值	0.510	11.614	0.683	9.557
P 值	0.612	0.000	0.498	0.000

2.4 两组患者术后第 1、3、7 天的舒适度评分比较

见表 4,观察组患者术后第 1、3、7 天的舒适度评分均高于对照组,差异显著 ($P < 0.05$)。

表 4 两组患者术后第 1、3、7 天的舒适度评分比较 [$\bar{x} \pm s$ /分]

组别	术后第 1 天	术后第 3 天	术后第 7 天
观察组 (n=26)	1.46 $\pm$ 0.55	1.66 $\pm$ 0.49	1.69 $\pm$ 0.44
对照组 (n=26)	1.84 $\pm$ 0.33	2.24 $\pm$ 0.55	2.44 $\pm$ 0.58
t 值	3.021	4.015	5.253
P 值	0.004	0.000	0.000

3 讨论

人体眼部玻璃体、视网膜受到严重的损伤就是复杂性眼外伤。患者眼组织多处损伤,伴眼内积血、异物、视网膜脱落与眼内感染等多种严重性综合症。传统手术治疗对这一疾病束手无策。玻璃体联合手术治疗复杂性眼外伤是目前比较先进的临床治疗方式,是较为理想的复杂性眼外伤治疗

(下转第 144 页)

甲状腺癌术后淋巴漏的护理

周小晴

华中科技大学同济医学院附属同济医院 湖北武汉 430000

摘要：目的：针对甲状腺癌术后淋巴漏的相关问题进行详细的护理要点探讨。方法：选择 2021 年 1 月至 2022 年 1 月我院接诊的 20 例甲状腺癌术后淋巴漏患者为研究对象，对照组患者在接受护理的过程中采用常规方式，观察组患者在接受护理的过程中采用针对性护理方式。结果：对比对照组患者，观察组患者在接受护理之后，不仅护理的有效率相对更高，而且患者自身对于护理服务有着更高的满意度。结论：针对甲状腺癌术后出现淋巴漏问题的患者的护理中，通过对患者采用针对性的护理措施不仅能够有效提升患者对护理服务的满意度，还能够使得患者的病情得到更好的改善。

关键词：甲状腺癌；术后；淋巴漏；护理

甲状腺癌是临床上发生概率较高的颈部恶性肿瘤疾病，临床上通常情况下通过甲状腺癌淋巴清扫术对患者进行治疗，而治疗过程中患者出现乳糜漏的概率整体较高。临床治疗中，在对患者的颈侧区位置实施淋巴清扫术之后，约有 1%至 5.8%的概率会出现乳糜漏的问题，而在对患者的中央区实施淋巴清扫术之后，约有 0.6%至 1.4%的概率出现乳糜漏的问题，如果患者的颈部淋巴漏问题没有得到及时有效的干预，那么则会出现乳糜胸、水电解质平衡紊乱、皮瓣坏死、感染等一系列的问题，导致患者的住院时间延长，严重者甚至会使得患者的生命受到威胁。因此，在患者甲状腺癌手术之后做好针对淋巴漏的观察以及护理则非常有必要，下文针对研究结果进行详细的报告。

1 资料与方法

1.1 一般资料

对照组患者中，男性患者 1 例，女性患者 9 例，患者年龄 33 至 59 岁，平均年龄（42.3 ± 4.7）岁，患者的淋巴结位置情况方面，左侧患者 7 例，右侧患者 3 例，患者的淋巴结个数在 2 至 58 个之间，平均淋巴结个数（31.3 ± 3.9）个。观察组患者中，男性患者 1 例，女性患者 9 例，患者年龄 36 至 56 岁，平均年龄（42.7 ± 4.6）岁，患者的淋巴结位置情况方面，左侧患者 7 例，右侧患者 3 例，患者的淋巴结个数在 50 至 66 个之间，平均淋巴结个数（31.9 ± 3.8）个。

1.2 方法

对照组患者进行常规护理，要注意检查患者在接受甲状腺癌手术治疗之后淋巴漏问题的发展倾向，并且及时将观察到的结果与医生进行沟通，在充分听取医生意见以及结合自身护理经验考量患者实际护理需求的基础之上，为患者进行护理方案的制定^[1]。常规对患者进行用药护理、基础的生活护理以及配合医生的治疗落实护理操作。

观察组患者需要结合对照组患者的护理方法以及针对性护理方法，其大体包含的内容有七个方面：

第一，患者在实际接受过甲状腺癌手术之后，引流液的状态往往提示着患者出现淋巴漏问题的风险以及患者淋巴漏的发展倾向，常规状态之下，患者引流管内部引流液所呈现的状态多数为血性，在经过 1~2d 之后，引流管内部的引流液会逐渐转化为清亮以及淡黄色状态的液体。随着时间的推移，引流液的数量会整体呈现出减少的趋势，尤其是对于颈部淋巴漏

患者来说，引流管内部所引出的引流液多数情况下呈现出乳白色或是淡黄色的状态，整体颜色相对浑浊，而且随着时间的推移，患者的引流液不会呈现出减少的趋势，部分患者的引流液数量会随着时间的推移而增加，患者单日的引流液数量少则几十毫升数，量较多的患者则会达到几千毫升，多数患者在进食之后引流液的数量会进一步增加，尤其是患者饮食中有着较高脂肪含量的前提之下，引流液往往会呈现出典型的乳白色状态，因此，患者在接受了甲状腺癌手术之后，护理人员要能够加大对于患者的巡视力度，尤其需要强化对于患者引流液性质、颜色以及数量的观察，一旦发现异常，需要及时采取有效措施并且联系医生进行干预。

第二，要能够高质量的落实针对患者的心理护理，患者在接受甲状腺癌手术之后，对于肿瘤普遍存在一定的恐惧感，尤其是患者在出现了乳糜漏的问题之后，无论是拔管的时间还是住院的时间都会相应延长，加之引流量增多，体液大量流失，饮食也需要相应的做出调整，这些都会诱发患者情绪方面的变化，导致患者出现担心、焦虑及失眠等方面的问题，严重者甚至会导致患者因此而失去治疗的信心。因此，在手术之前护理人员则需要能够做好针对医生的配合工作，为患者进行详细的疾病知识的讲解，尤其需要重点为患者介绍术后容易出现的一系列并发症，使患者对于自身的并发症能够有正确的对待，护理人员尤其需要在结束手术之后观察患者心理状态的变化情况，耐心地与患者进行沟通，结合患者实际情况针对性的对其进行指导，使患者对于乳糜漏能够有正确的认识，缓解患者的心理负担，指导患者本人以及患者家属及早的发现乳糜漏问题的发生倾向，对于患者主动参与的行为要能够给予足够的肯定，保证患者的配合，为了强化患者的安全感，要能够提醒患者家属多给予他们一些陪伴。

第三，要能够做好针对患者的呼吸道护理。患者在实际结束甲状腺癌手术之后，颈部位置非常容易出现水肿和炎性渗出等方面的问题，进而影响切口加压包扎的效果，这也是导致患者淋巴漏问题出现的最为主要的因素，此时要能够注意观察患者呼吸道的通畅程度。患者在苏醒之后，要能够适度为其抬高床头，促进患者的呼吸以及引流，患者在咳嗽的过程中要能够通过手部进行固定，尽可能地避免咳嗽过程中身体较大的震动，要常规为患者吸氧，通常情况下氧流量为每分钟 3L。结束手术之后，为了使患者的淋巴管能够最大限度地保证通畅，则需要使用负压吸引的方式降低患者感染问题的发生概率，对患者的局部位置实施加压包扎，并且对于

包扎的固定情况给予高度的关注。

第四,要能够有效落实针对患者的感染预防工作。结束手术之后,要能够做好针对患者的手术切口护理工作。在这一过程中,护理人员要能够注意关注患者伤口的状态情况,包括患者的伤口部位是否存在渗血等方面的情况,注意询问患者的主诉。要能够最大限度地保证患者手术切口位置的干燥以及清洁,同时结合医生的叮嘱为患者使用抗生素,对其实施必要的抗感染干预。

第五,要能够高质量的落实针对患者的引流管护理,患者在实际结束甲状腺癌手术之后,并发淋巴漏的概率相对较高,而患者一旦出现了此类问题,则需要能够通过引流瓶对患者实施负压吸引,操作过程中,一方面能够对患者淋巴管的闭塞起到一定的促进作用,另一方面能够达到排液的目的,因此,对于改善患者的淋巴漏病情有着十分积极的影响价值。在患者的引流量降至每天 10ml 以下的时候,则可以为患者进行拔管操作。在结束手术之后,护理人员要能够对患者引流管的状态给予密切的关注,一旦患者的敷料出现了渗血的状态,作为医护人员来说,则需要能够第一时间与医师进行沟通,并且清理患者的引流管。通过对患者的引流管进行消毒处理,达到降低患者感染风险的目的。在进行引流管相关操作的过程中,要最大限度地避免引流管弯折以及牵拉,如果发现患者出现了引流管脱落的情况,则需要能够及时联系医师进行处理,使得患者的引流管能够最大限度地保持通畅。

第六,做好针对患者的药物生长抑素使用的护理,要能够严格遵照医嘱为患者使用生长抑素药物,患者在使用生长抑素药物的过程中能够提升肠道激素的释放量,同时对于患者胰液以及胃液的分泌起到一定的抑制作用,缓解患者的胆道以及胃部的运动,对患者内脏血管的收缩起到一定的促进作用,降低患者身体淋巴液的生成量。患者在用药之后,护理人员要能够注意观察患者的反应情况,部分患者在用药之后会出现恶心呕吐、低血糖以及明显的心慌等方面的不良症状,主要原因在于患者在使用了生长抑素之后其自身的胰高血糖素以及胰岛素的分泌会相应的受到抑制,进而使得患者的血糖水平出现短暂的下降。因此,在此过程中要能够注意对患者的血糖指标进行监测,尤其需要为患者家属做好解释的工作。常用的药物为阿托品,这种药物是一种十分常见的 M 胆碱受体阻滞剂 会对患者淋巴液的生成起到一定的抑制作用,在针对患者接受甲状腺癌手术之后淋巴漏的治疗中,患者用药后容易出现一系列的不良反应,常见的不良反应,主要包括唾液分泌减少、口干、眩晕、皮肤潮红、心率加快、失明、视力模糊以及烦躁等,如果患者年龄较大的情况之下,正常的排尿也会相应的受到影响 因此,要能够切实强化对于患者的护理以及观察。

第七,对于甲状腺癌术后患者来说,由于在对患者实施淋巴清扫治疗的过程中淋巴管的分支也会相应地发生损伤。如果手术过程中没有对于淋巴管的分支进行相应的结扎处理,患者在术后进食过程中则会在一定程度上增加淋巴管的压力,致使淋巴管再次开放出现乳糜漏的问题,对于出现乳糜漏问题的患者来说,要能够在严格遵循医嘱的前提之下,对患者实施禁食管理,主要目标在于减少胃肠道的吸收,避免淋巴液丢失以及大量淋巴液的产生,使得淋巴管裂口的闭合时间能够得以较大幅度的缩短,尤其

对于病情比较严重的患者来说,如果单日的引流量在 500ml 以上,那么则需要遵照医嘱对患者实施严格禁止饮食管理、营养补充方面主要采用全肠外营养的方式,为患者适度补充蛋白质、电解质以及水分等,使得治疗的需求能够得以充分满足。

1.3 临床观察指标

首先,对比两组患者对于护理服务的满意度,评价过程中使用的评价工具为问卷,护理人员负责对患者的填写结果进行统计,结合患者的评分情况划分成非常满意、满意以及不满意三个评价等级。

其次,对比患者接受护理之后的效果情况。结果氛围显效、有效以及无效三个等级。

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 对比两组患者对于护理服务的满意度 n (%)

组别	例数 (n)	非常满意 n (%)	满意 n (%)	不满意 n (%)	总满意度 n (%)
观察组	10	6 (60.00)	4 (40.00)	0 (0.00)	10 (100.00)
对照组	10	5 (50.00)	3 (30.00)	2 (20.00)	8 (80.00)
χ^2			9.99906		
P 值			0.028		

表 2 对比两组患者的实际护理效果情况 n (%)

组别	例数 (n)	显效 n (%)	有效 n (%)	无效 n (%)	总有效率 n (%)
观察组	10	7 (70.00)	2 (20.00)	1 (10.00)	9 (90.00)
对照组	10	6 (60.00)	1 (10.00)	3 (30.00)	7 (70.00)
χ^2			9.18109		
P 值			0.033		

3 讨论

患者在接受过甲状腺癌手术之后,淋巴漏虽然发生的概率不高,但是却是严重程度较高的一种并发症,约有 3% 的甲状腺癌手术患者会出现淋巴漏的问题,如果患者在出现了此类问题之后没有及时的进行处理,那么患者在乳糜漏积聚或是淋巴液积聚的基础之上则会进一步出现感染以及皮瓣漂浮坏死的情况,部分患者还会出现类似于大出血的严重程度更高的并发症^[2]。

导致患者出现淋巴漏的原因有很多,患者在实际接受过甲状腺癌手术之后,导致其出现淋巴漏问题的原因有很多,首先从解剖因素的角度来进行分析,淋巴导管的管壁相对较薄,而且具有较大的脆性,管壁呈现出透明的状态,手术的过程中非常容易出现牵拉撕裂的问题,而且淋巴液的整

体性状整体呈现出透明的状态。手术的过程中,如果患者的淋巴导管出现损伤的情况非常容易被遗漏。其次从患者个体因素的角度来进行分析,患者在接受二次手术之后颈部正常的解剖结构也会相应的受到影响,进而导致手术的难度进一步增加部分患者的肿瘤已经侵犯了周围的大范围组织,而且出现了面积较大的淋巴转移情况,导致手术的清扫范围进一步增加,手术时长增加,这也会在一定程度上导致患者出现淋巴肉的风险进一步增加。此外,从能量平台的角度来进行分析,超刀能够在一定程度上起到凝固血管的作用,为了使得患者的手术进程进一步加快,在对患者的组织进行分离的过程中需要频繁地进行高频电刀的使用,很少通过丝线的方式进行结扎,这就会在一定程度上导致手术过程中虽然能够收到满意的凝固效果,但是手术结束之后则会出现较大的压力,进而诱发淋巴漏的问题。最后从其他因素的角度来讲,患者饮食中的含脂占比也会在一定程度上影响到淋巴的流量。如果患者在饮食的过程中没有严格遵照医嘱,食物摄入过程中脂肪含量较高,那么则会进一步增加淋巴流量,增加管内的压力,进而使得没有完全实现闭合的淋巴管断端重新开放,诱发淋巴漏的问题。

为此,为了避免此类问题的出现,手术结束之后及时对患者进行处理并且观察患者的状态则十分有必要^[3]。在患者的术后护理过程中,引流管护理是重点的一部分工作,在对患者实施负压引流干预的过程中要能够最大限度地保证患者引流管的通畅。常规情况之下,乳糜漏患者或淋巴管漏

患者在结束手术之后的3~4d,护理人员就可以通过肉眼观察到此类问题的发生倾向。而一旦发现患者出现了此类问题,如果患者在这一阶段还没有拔出引流管,那么,则需要能够进一步对患者实施负压引流的治疗干预,使得患者的引流管通畅度能够真正得到有效保证。如果患者每天的引流量在10ml以下,那么则需要及时为患者拔除引流管。在患者拔除引流管之后,要能够对患者伤口局部的情况进行仔细的观察,检查患者是否存在肿胀的问题,确保能够及时发现患者的病情发展倾向。

综上所述,甲状腺癌术后淋巴漏患者护理中,在常规护理方式的基础之上,针对患者在发生淋巴漏问题之后容易出现的问题进行针对性的预防性护理干预措施的应用,不仅能够促进患者护理服务满意度的提升,还能实现患者整体护理效果的改善,收到较为显著的干预效果。

参考文献:

- [1]马纪蕾,李振云,孙珊珊,胡建. 1例甲状腺癌颈部淋巴结清扫术后淋巴漏患者的个案护理[J]. 当代护士(中旬刊),2021,28(12):152-153.
- [2]唐华. 颈肩部运动康复训练在甲状腺癌术后患者功能康复中的应用效果[A]. 中国体育科学学会.第十一届全国体育科学大会论文摘要汇编[C].中国体育科学学会:中国体育科学学会,2019:2271-2272.
- [3]李晓霞. 优质护理在甲状腺癌患者术后化疗中的应用探讨[J]. 心理月刊,2019,14(16):110.

(上接第141页)

手段。同时,结合患者的具体情况术中予以效应气体硅油填充,可有效促进视网膜复位率的提高^[2]。植入人工晶体后,患者的眼睛视觉功能将会得到明显的改善,从而保证良好的治疗效果。术前,需要充分做好手术相关准备,要求护理人员加大访视力度来缓解患者不良的情绪状态,建立患者的安全感,确保手术的顺利性。同时,玻璃体联合手术的手术护士需要熟知手术操作流程,保证术中与操作医生积极配合,明晰手术的发展阶段。而且,护理人员术中应紧密监测患者的体征与病情变化,注意观察患者是否存在眼-心反射,并懂得对手术各种设备的操作,一旦发现异常需要立即制止手术^[3]。必须由专人保管玻璃体切割机显微镜,以确保术间的正确操作,这是确保手术成功的基础。术后感染的有效预防,需要术前叮嘱患者保持良好的个人卫生。术中保持手术室空气清新,严格限制手术室人员流动,合理严格消毒手术器械,强化对一次性手术用品的管理^[4]。除此之外,严格落实手术室消毒规范,缩短手术时间,以此才可严格控制手术感染的发生。文章研究中针对观察组患者,以常规护理为基础,联合了强化手术室护理,获得了理想的临床护理效果。结合文章研究结果,观察组患者术后的睡眠时间显著长于对照组,且住院时间短于对照组。可知,强化手术室护理后,患者获得了细致、有效的手术治疗,术后恢复良好,从而可确保充足的睡眠;同时,观察组患者的视力、眼压在术前与术后7日均优于对照组,体现了强化手术室护理对提升治疗效果的积极作用。观察组患者的舒适度评分高于对照组,说明强化手术室护理充分发挥了护理学积极的辅助治疗优势,保证了全面的护理干预,提升了患者治疗期间的舒适度。

综上,观察组患者的术后并发症发生率低于对照组,强化手术室护理严格、细微的护理干预充分保证了手术的安全性。目前,手术室护理已经在临床逐步推广,护理措施涉及情感、文化、精神、疾病等各个方面,力求全面满足患者的生理需求与心理需求,保证理想的手术治疗效果^[5]。与此同时,手术器械的保管也是手术室护理的重要内容,加强对手术各类器械物品的管理力度,遵照规定进行手术室清洁消毒,以确保规范的手术操作、严谨的护理干预,力求在最短的时间内安全成功的完成手术。

对于玻璃体视网膜联合手术治疗的复杂眼外伤患者,在常规护理的基础上,加强手术护理可以促进患者视力的改善,减少并发症,保证治疗的安全性和有效性,值得推广。

参考文献:

- [1]张艳.共情式心理护理配合体位护理在玻璃体切除术治疗严重眼外伤中的应用效果[J].哈尔滨医药,2022,42(01):113-114.
- [2]万丽萍,李晓玲.多体位护理在复杂性眼外伤患者玻璃体视网膜联合手术后的应用效果[J].临床医学研究与实践,2021,6(34):149-151.
- [3]李晓玲,陈新艳.现代护理模式在急诊眼外伤患者救治和康复治疗过程中的应用[J].山西医药杂志,2021,50(22):3193-3196.
- [4]陈慕秋.玻璃体视网膜联合手术治疗复杂性眼外伤患者的手术室护理效果观察[J].中国医药指南,2021,19(06):212-213.
- [5]杨笑.综合护理在复杂性眼外伤玻璃体切割围术期患者中的应用效果[J].中国民康医学,2020,32(24):162-164.

加速康复外科护理在腰椎压缩骨折球囊扩张椎体成形术患者围术期的应用

穆立贤 柳卓 刘伟

宁夏第五人民医院 宁夏石嘴山 753000

摘要：目的：探究分析在腰椎压缩骨折球囊扩张椎体成形术患者围术期采取加速康复外科护理的效果。方法：从2020年3月至2022年3月我院收治的腰椎压缩骨折球囊扩张椎体成形术患者中抽选88例作为本次研究对象，采用随机数字表法分为两组，实验组有患者44例，接受加速康复外科护理干预，对照组有患者44例，接受常规护理干预，对比两组临床护理效果。结果：护理前，两组患者疼痛评分、焦虑评分、抑郁评分、腰椎功能评分差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；护理后，实验组患者疼痛评分、焦虑评分、抑郁评分、腰椎功能评分明显低于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。护理前，两组患者精神健康、情感职能、社会功能、整体健康、活力、躯体疼痛、生理职能、生理功能等生活质量评分差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；护理后，实验组患者精神健康、情感职能、社会功能、整体健康、活力、躯体疼痛、生理职能、生理功能等生活质量评分明显高于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。实验组患者深静脉血栓、泌尿系统感染、压疮、呼吸系统感染、尿潴留、便秘等并发症发生率明显低于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。实验组患者护理满意度明显高于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：在腰椎压缩骨折球囊扩张椎体成形术患者围术期采取加速康复外科护理可以有效促进患者康复，改善患者心理状态，提升患者生活质量，临床护理效果显著，值得推广应用。

关键词：加速康复外科护理；腰椎压缩骨折球囊扩张椎体成形术；围术期

腰椎压缩骨折球囊扩张椎体成形术是治疗腰椎压缩骨折的主要方式，患者在接受手术治疗期间，还需要加强围术期护理，通过有效的护理干预，帮助更好的促进患者康复^[1]。因此，临床上也需要围术期护理方式的选择，通过科学有效的选择相应护理模式，更好的提升护理效果。加速康复外科护理属于新型护理模式的一种，将其运用于腰椎压缩骨折球囊扩张椎体成形术患者围术期护理中，能够通过有效的康复护理来促进患者康复，进一步提升护理质量。因此，本文从2020年3月至2022年3月我院收治的腰椎压缩骨折球囊扩张椎体成形术患者中抽选88例作为本次研究对象，主要探究分析在腰椎压缩骨折球囊扩张椎体成形术患者围术期采取加速康复外科护理的效果，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

从2020年3月至2022年3月我院收治的腰椎压缩骨折球囊扩张椎体成形术患者中抽选88例作为本次研究对象，采用随机数字表法分为两组，实验组有患者44例，其中男性患者25例，女性患者19例，患者最大年龄78岁，最小年龄46岁，平均年龄（ 63.58 ± 1.77 ）岁。对照组有患者44例，其中男性患者24例，女性患者20例，患者最大年龄77岁，最小年龄47岁，平均年龄（ 63.63 ± 1.74 ）岁。两组患者临床资料进行统计学分析，结果显示差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），数据可比性高。

1.2 方法

对照组患者接受常规护理。实验组患者接受加速康复外科护理，具体操作如下：（1）术前护理。患者接受手术前，护理人员需要对患者的心理状态进行评估，然后根据心理评估结果，分析患者出现负面心理的原因，针对性的制定心理干预策略，对于担忧病情的患者，可以多给患者展示一些手术成功案例，帮助患者建立手术治疗信心；对于担心家庭负担的患者，

可以多给患者和患者家属做好解释工作，选择性价比高的手术方案，更好的消除患者的不安感，让患者积极配合完成治疗。同时，护理人员还需要加强手术体位训练，即俯卧位耐受训练，提升患者的手术耐受度。在手术前三天，保持患者大便通畅，同时可以给患者口服缓泻剂清理肠道，必要时可以选择温盐水灌肠；术前24小时，禁止使用豆制品、牛奶等产气食物，做好术前肠道准备。（2）术中护理。患者进入手术室前，仔细核对患者的信息，确保信息无误后，配合手术室转运，然后调节相应的体位，做好手术区域的常规消毒铺巾，患者接受麻醉时，配合麻醉师完成麻醉操作，手术过程中，护理人员需要做好保温措施，所有进入患者体内的液体都需要提前预温，遮盖非手术区域。同时积极配合医生完成手术操作。（3）术后护理。患者完成手术后，护理人员需要实时监测患者的生命体征，包括心率、血压、心电监护、血氧饱和度、心肺功能等。同时关注患者的伤口敷料，确定有无渗血，及时更换敷料，保持敷料清洁卫生。患者术后选择卧位24小时，术后2小时到4小时，选择平卧，预防伤口渗血。结合患者的恢复情况，制定早期康复训练方案，患者卧床的时候，可以进行一些床上被动和主动训练，包括关节活动、翻身、按摩、腿抬高，促进血液循环，以免出现深静脉血栓。患者术后第一天腰部使用腰围保护，可以循序渐进地进行主动活动，包括床上坐起、站立、行走等，帮助患者恢复日常活动能力。患者刚下地行走期间，保证患者安全，防止患者因突然下地引起的体位性低血压。

1.3 观察指标

主要以两组患者护理前后疼痛评分、焦虑评分、抑郁评分、腰椎功能评分、生活质量评分以及并发症发生率、护理满意度等作为观察指标，其中疼痛评分以视觉模拟疼痛评分量表（VAS）^[2]测定，总分为10分，分数越高，疼痛感越严重；焦虑评分以焦虑自评量表测定，满分为100分，分

数越高焦虑情绪越严重；抑郁评分以抑郁自评量表测定，满分为 100 分，分数越高抑郁情绪越严重；腰椎功能评分以腰椎功能障碍指数问卷表（ODI）^[3]测定，包括生活自理、日常旅行、社会生活、性生活、睡眠、站立、行走、提物、坐、骨折处疼痛程度等；总分为 100 分，分数越高腰椎功能税负越差；生活质量评分以生活质量评分量表（SF-36）^[4]测定，包括精神健康、情感职能、社会功能、整体健康、活力、躯体疼痛、生理职能、生理功能等，每个部分总分为 100 分，分数越高生活质量越高；并发症包括深静脉血栓、泌尿系统感染、压疮、呼吸道感染、尿潴留、便秘等；护理满意度以医院自制护理满意度问卷调查表测定，满分为 100 分，0-69 分为不满意、70-89 分为满意、90-100 分为非常满意，总满意度=（非常满意例数+满意例数）/总例数×100%。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 33.0 处理，计量资料与计数资料分别采用 t 检验与 χ^2 检验，当 P 小于 0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者护理前后疼痛评分、焦虑评分、抑郁评分、腰椎功能评分比较
护理前，两组患者疼痛评分、焦虑评分、抑郁评分、腰椎功能评分差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；护理后，实验组患者疼痛评分、焦虑评分、抑郁评分、腰椎功能评分明显低于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。
表 1 两组患者护理前后疼痛评分、焦虑评分、抑郁评分、腰椎功能评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

指标	时间	实验组 (n=44)	对照组 (n=44)	t	P
疼痛评分	护理前	7.55±2.11	7.51±2.18	0.087	0.931
	护理后	3.85±1.11	4.59±1.28	2.897	0.005
焦虑评分	护理前	66.58±7.98	66.42±7.86	0.095	0.925
	护理后	36.42±7.77	43.59±7.84	4.309	0.000
抑郁评分	护理前	63.44±8.34	63.17±8.56	0.150	0.881
	护理后	33.42±7.94	38.72±8.06	3.107	0.003
腰椎功能	护理前	66.49±7.32	66.41±7.79	0.050	0.961

表 3 两组患者并发症发生率比较[n(%)]

组别	例数	深静脉血栓	泌尿系统感染	压疮	呼吸道感染	尿潴留	便秘	并发症发生率
实验组	44	0	0	0	0	0	1 (2.27)	1 (2.27)
对照组	44	1 (2.27)	1 (2.27)	1 (2.27)	1 (2.27)	1 (2.27)	2 (4.55)	7 (15.91)
χ^2	-	-	-	-	-	-	-	4.950
P	-	-	-	-	-	-	-	0.026

2.4 两组患者护理满意度比较
实验组患者护理满意度（97.73%）明显高于对照组（86.36%），差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

表 4 两组患者护理满意度比较[n(%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	护理满意度
----	----	------	----	-----	-------

评分	护理后	42.13±7.61	48.97±7.83	4.155	0.000
----	-----	------------	------------	-------	-------

2.2 两组患者护理前后生活质量评分比较

护理前，两组患者精神健康、情感职能、社会功能、整体健康、活力、躯体疼痛、生理职能、生理功能等生活质量评分差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；护理后，实验组患者精神健康、情感职能、社会功能、整体健康、活力、躯体疼痛、生理职能、生理功能等生活质量评分明显高于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

表 2 两组患者护理前后生活质量评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

指标	时间	实验组 (n=44)	对照组 (n=44)	t	P
精神健康	护理前	58.66±7.44	58.75±7.52	0.056	0.955
	护理后	83.56±8.32	77.46±8.42	3.418	0.001
情感职能	护理前	55.21±7.38	55.68±7.48	0.297	0.767
	护理后	81.46±8.66	76.32±8.95	2.738	0.008
社会功能	护理前	57.44±7.56	57.55±7.81	0.067	0.947
	护理后	86.36±8.66	80.42±8.79	3.193	0.002
整体健康	护理前	59.67±7.54	59.78±7.59	0.068	0.946
	护理后	87.38±8.33	82.36±8.66	2.777	0.007
活力	护理前	54.21±7.95	54.36±7.99	0.088	0.930
	护理后	85.46±8.77	79.67±8.69	3.111	0.003
躯体疼痛	护理前	58.99±7.92	60.11±7.99	0.660	0.511
	护理后	88.77±8.94	83.41±8.97	2.807	0.006
生理职能	护理前	59.64±7.08	59.77±7.24	0.085	0.932
	护理后	89.46±9.34	84.12±9.58	2.647	0.010
生理功能	护理前	56.37±7.55	56.82±7.64	0.277	0.782
	护理后	87.46±8.79	81.46±8.88	3.185	0.002

2.3 两组患者并发症发生率比较

实验组患者深静脉血栓、泌尿系统感染、压疮、呼吸道感染、尿潴留、便秘等并发症发生率（2.27%）明显低于对照组（15.91%），差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

实验组	44	24(54.55)	19(43.18)	1 (2.27)	43(97.73)
对照组	44	17(38.64)	21(47.73)	6 (13.64)	38(86.36)
χ^2	-	-	-	-	3.880
P	-	-	-	-	0.049

（下转第 149 页）

运动康复护理对老年“三高症”患者血压、血糖及生活质量的影响评价

白云

济南市钢城区人民医院 山东济南 271104

摘要：目的：探析在老年“三高症”患者中应用运动康复护理对其血压、血糖及生活质量的具体影响。方法：本次试验收集 2021.5 至 2022.4 我院接诊的 70 例老年“三高症”患者进行分析评价，并将其依照数字表格法分成对照组和研究组，每组共 35 例，前者运用常规护理，后者在对照组的基础上实施运动康复护理，评析两组护理前后血压、血糖变化指标、生活质量评分情况及护理满意度。结果：经不同方式护理后，研究组血压、血糖水平低于对照组，生活质量评分及护理满意度均高于对照组。 $P < 0.05$ ，两组间的对比差异有统计意义。结论：在老年“三高症”患者中灵活运用运动康复护理，可以有效改善患者血压及血糖指标，进一步提高其日常生活质量及护理满意度，值得临床推广。

关键词：老年“三高症”；运动康复护理；血压与血糖；生活质量；影响

“三高症”又称“代谢综合征”，其是由高血糖、高血压以及高血脂三种疾病共同组成。近年来，由于我国生活环境不断变化，饮食结构持续调整，人们日常生活水平随之提升，导致“三高症”疾病发病率也随之上升，若不及时接受有效治疗，则会对患者机体健康水平和日常生活质量造成重大不利影响。现阶段，临床对于“三高症”患者主要采用药物治疗，该治疗方式虽然可以起到一定效果，但仍旧存在局限性，无法达到彻底根除病症效用。因此，在“三高症”患者接受治疗过程中，要予以其运动康复护理干预服务，有效改善其血压及血糖指标，进一步提高其生活质量，维护其生命健康安全^[1]。基于此，为明确运动康复护理法在“三高症”患者中的应用效果，本文择取我院接治的 70 例该疾病者进行分析探究，最终结果如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料 本试验择取 2021.5 至 2022.4 我院接诊的 70 例老年“三高症”患者，并依照数字表格法分成对照组和研究组，每组 35，对照组男：女=18:17，年龄 60-85 岁，均龄 (68.42 ± 2.17) ；研究组男：女=19:16，年龄 61-84 岁，均龄 (68.17 ± 2.08) 。两组基线数据资料无特别差异 $(P > 0.05)$ ，可比。本试验由我院伦理委员会审批。纳入标准：①年龄 ≥ 60 岁，符合“三高症”诊断标准者；②无认知、意识、语言障碍者；③知情并自愿签订协议者。排除标准：①伴严重内脏器官功能障碍者；②存在意识及精神障碍者；③依从性差且半途退出者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 运用常规护理：根据患者病情严重程度及用药情况，合理选择有效治疗方式控制血压、血糖及血脂水平；指导其按时、按量服用药物；向患者及其家属讲解“三高症”基础护理及保健教育等相关知识；定期检查其病症控制情况，叮嘱其在日常生活中养成良好的饮食及作息习惯，告知其戒烟戒酒。

1.2.2 研究组 在对照组的基础上实施运动康复护理：在患者入院后，护理人员要指导患者完成各项常规检查，并根据检查结果准确评估其病情

状况，而后制定具有针对性的康复运动护理方案。同时，护理人员要积极主动与患者交流，向患者及其家属详细阐释“三高症”相关知识、药物药理作用及应用方法等，进一步提高患者对临床治疗的支持度及配合度。入院第 2d，要根据患者实际情况，协助其进行小范围床上肢体运动或者翻身运动等，2 次/周。入院第 4d，根据其身体舒展程度，指导其有序进行适量肢体活动，活动范围由腿部逐渐上升至上肢部位，待病情稳定后协助其进行下床运动，比如，让其坐在椅子上，身体尽量坐直并靠近椅背，保持 11min。在这一过程中，护理人员要根据患者病况适当调整活动次数和时间。若住院期超出 3d 者，可增加肩、颈运动，协助其开展适当上下阶梯运动训练。另外，护理人员要加强对其心功能检查与护理力度，对于心功能较差者，要叮嘱其卧床休养，协助其进行关节活动，待病情稳定后，再辅助其尽心床上上肢运动。护理人员要对患者及其家属讲解有效独立护理的方法及措施，并向其介绍临床治疗和护理中的相关注意事项，帮助患者尽早改善日常行为及生活习惯，消除其因病症而造成的焦虑不安情绪。与患者交流沟通中，要尊重其心理感受，并制造个人独立空间，有效缓解其不良情绪。随着患者心功能逐步稳定，护理人员要指导其进行床边站立训练、扶床步行等运动训练，4 次/d，9min/次；而后逐渐转移至室内练习，训练过程中要保证患者休息充足，确保其体力充沛。护理人员或家属要帮助患者独立离床排便，家属要予以患者时刻陪伴。根据患者心功能变化情况，指导其进行室内步行训练，2 次/d，450m/次；叮嘱患者多卧床休息，时刻保持良好的心态配合康复治疗。护理期间要注重观察和调整患者运动练习时间和强度，一旦发生异常，要及时缩短运动时间及次数。比如，在运动期间，若患者出现胸闷、闭气、心率加快等现象，要加强对其生命体征监测力度，随着体征稳定，引导其由室内转为室外活动，通过打太极、做操等方法进行康复。

1.3 观察评价指标 ①护理前后血压指标对比：静坐 15min 后，检测患者护理前后上臂肱动脉舒张压和收缩压，共检测 3 次，取平均值^[2-3]。②护

理前后血糖指标对比：在空腹、餐后 2h 抽取 2 mL 静脉血，采用型号为 H5509 的血糖检测仪检测血糖编著指标^[4]。③生活质量评分情况对比：借助生活质量评分量表（SF-36）对患者生活情况进行评估，具体包含躯体功能、认知功能、角色功能及社会功能，总分 0-100，分值与生活质量呈正比^[5]。④护理满意度对比：采用医院自制调查问卷，满分 100，其中 90 以上为非常满意，80-90 为基本满意，80 以下为不满意^[6]。

1.4 统计学方法 用 SPSS21.0 软件处理试验数据；例数用 n 表示；计数资料用%表示， χ^2 检验；计量资料用（ $\bar{X} \pm s$ ）表示，t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 护理前后血压指标对比

经不同方法护理后，研究组血压指标低于对照组， $P < 0.05$ ，有统计学意义。见表 1。

表 1 护理前后血压指标对比（mmHg， $\bar{X} \pm s$ ）

组别	n	舒张压		收缩压	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照 组	35	92.35±2.64	79.65±1.28	142.28±15.87	125.14±10.49
研究 组	35	92.58±2.37	71.04±1.33	142.39±15.85	104.83±9.62
t	-	0.384	27.595	0.029	8.442
P	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 护理前后血糖指标对比

经不同方法护理后，研究组血糖指标低于对照组， $P < 0.05$ ，有统计学意义。见表 2。

表 2 护理前后血糖指标对比（mmol/L， $\bar{X} \pm s$ ）

组别	n	空腹血糖		餐后 2h 血糖	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照 组	35	9.73±1.53	7.84±1.13	13.37±2.19	9.48±1.45
研究 组	35	9.76±1.49	6.02±1.09	13.61±2.04	7.21±1.33
t	-	0.083	6.858	0.474	6.825
P	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 生活质量评分情况对比

研究组生活质量评分高于对照组， $P < 0.05$ ，有统计学意义。见表 3。

表 3 生活质量评分情况对比（分， $\bar{X} \pm s$ ）

组别	n	躯体功能	认知功能	角色功能	社会功能
对照 组	35	74.36±1.81	76.49±1.48	78.25±1.50	75.83±2.38

研究 组	35	92.32±1.25	93.26±2.09	91.36±1.84	90.62±2.91
t	-	48.304	38.740	32.671	23.275
P	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.4 护理满意度对比

研究组护理满意度高于对照组（94.3vs71.4）， $P < 0.05$ ，有统计学意义。

见表 4。

表 4 护理满意度对比（n，%）

组别	n	非常满意	基本满意	不满意	总满意度
对照 组	35	16	9	10	25（71.4）
研究 组	35	21	12	2	33（94.3）
χ^2	-	-	-	-	6.437
P	-	-	-	-	<0.05

3 讨论

“三高症”是由高血压、高血糖、高血脂组成，其中高血压临床表现为头晕、头痛、心悸、眼花、耳鸣、记忆力减退等症状；高血糖临床表现为多饮、多食、多尿、体重下降等症状；而高血脂可以诱发胆结石、胰腺炎、高血压等病症。近年来，随着我国经济发展进程不断加快，人们日常生活水平显著提升，其生活和工作压力逐渐增加，饮食结构随之发生改变，使得高血压、高血糖、高血脂疾病发病率逐年升高。根据调查研究显示，“三高症”主要发病于中老年群体，其不仅会影响其机体健康，更有甚者会威胁患者生命安全，大大增加其死亡风险^[7]。“三高症”病程较长，各类并发症发生率及病死率相对较高，患者需要接受长期诊疗。目前，临床对于“三高症”患者主要借助药物进行抗压、抗脂、抗糖治疗，但该疗法存在一定局限性，无法彻底根除患者病症。因此，在临床治疗过程中，要辅以护理干预服务，以此来改善患者机体健康指标，加快其病症康复进程^[8]。根据本研究数据显示，经不同方式护理后，研究组血压、血糖水平低于对照组，生活质量评分及护理满意度均高于对照组。 $P < 0.05$ ，两组间的对比差异有统计意义。说明在老年“三高症”患者临床治疗和护理工作中，常规护理虽然具备一定应用效果，但其无法满足患者实际需求^[9-10]。而运动康复护理作为一种新型护理模式，在临床护理中得以广泛应用，并且其应用效果优于常规护理模式。这是优于运动康复护理指的是在专业护理人员指导下，根据患者病情严重程度及身心状态，制定具有针对性、个性化康复运动训练方案，维护患者身心健康水平，抑制病症发展，加快患者机体恢复进程^[11]。因此，在老年“三高症”患者临床治疗与护理过程中，要充分发挥运动康复护理实际价值效用，根据患者实际情况，制定科学、合理运动训练方案，通过指导患者进行有效康复训练，以此来改善其肢体活动情况、神经功能及生活质量，降低各种并发症发生几率，使患者血糖及血压指标逐渐

恢复正常,为患者机体健康提供重要保障^[12]。同时,护理人员要叮嘱患者养成良好的生活习惯,并合理调整其饮食结构,保证日常饮食均衡、规律;另外,护理人员要对患者开展健康教育,让其正确认识运动康复的重要性,通过为患者提供更加优质、高效护理服务,以此来强化其自我管理能力和临床依从性,真正实现有效控制血压、血糖目标,有效改善其日常生活质量,从而更好地满足患者临床护理需求。

综上所述,在老年“三高症”患者中灵活运用运动康复护理,可以有效改善患者血压及血糖指标,进一步提高其日常生活质量及护理满意度,值得临床推广。

参考文献:

- [1]李丽娟.运动康复护理对老年“三高症”患者血压、血糖及生活质量的影响分析[J].中华养生保健,2021,39(18):44-45.
- [2]李鑫楠.运动康复护理对老年“三高症”患者血压、血糖及生活质量的影响[J].吉林医学,2019,40(3):648-651.
- [3]郭红婧.运动康复护理对老年高血压、高血脂、高血糖患者血压、血糖及生活质量的影响[J].中国医药指南,2021,19(1):11-13.
- [4]赵旭芳,黄正娥.探究老年人中风后的中医护理方法[J].科学养

生,2021,24(13):297.

[5]杨明仙.探究老年人中风后的中医护理方法[J].科学养生,2021,24(9):294.

[6]唐杼,钱英.强化式护理宣教在健康体检“三高症”患者中的应用效果[J].医药前沿,2020,10(28):202-203.

[7]王杉.健康查体后延续护理干预对“三高”患者生活质量的影响[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(48):5,24.

[8]翟静.健康查体后延续护理干预对于三高患者生活质量的影响分析[J].保健文汇,2022,23(15):202-204.

[9]张新玲.高血压护理管理的有效方法分析[J].中国卫生产业,2020,17(23):28-30.

[10]王军凤,唐基楠.糖尿病周围神经病变的中医治疗及护理研究进展[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(52):37-39.

[11]李云峰,李兴华,郝建春,等.2015—2017年河钢集团唐钢公司钢铁工人“三高”疾病患病情况分析[J].中国医药导报,2020,17(30):64-67.

[12]邹清梅.系统化健康管理在健康体检“三高与肥胖”人群中的实践与效果评估[J].护理实践与研究,2019,16(1):149-150.

(上接第146页)

3 讨论

腰椎压缩骨折是临床上发生率非常高的一类骨折,主要发生在腰椎部位,对患者的日常生活影响非常大^[5]。手术是治疗腰椎压缩骨折的主要方式,其中腰椎压缩骨折球囊扩张椎体成形术属于常见的手术类型,可以很好的恢复患者的腰椎功能。而患者在接受手术治疗期间,还需要积极的配合相应的护理干预措施,通过有效的护理干预措施来更好的促进手术顺利开展,减轻患者的疼痛感^[6]。加速康复外科护理是一种在常规护理之上进行改革和优化的新型护理模式,将其运用于腰椎压缩骨折球囊扩张椎体成形术患者中可以在围术期为患者提供优质的护理服务。同时,患者完成手术后,护理人员还可以积极的配合进行康复训练,进一步促进患者康复。在加速康复外科护理中,护理人员兼顾患者的生理和心理,能够更好的满足患者的需求,患者恢复效果也会更好。

本次研究选择88例腰椎压缩骨折球囊扩张椎体成形术患者进行对比,研究结果显示,采取加速康复外科护理的患者经过护理干预后,疼痛评分、焦虑评分、抑郁评分、腰椎功能评分明显更低,精神健康、情感职能、社会功能、整体健康、活力、躯体疼痛、生理职能、生理功能等生活质量评分明显更高,并发症发生率明显更低,护理满意度明显更高,表明加速康复外科护理可以更好的促进患者康复,提升患者生活质量,减轻患者手术疼痛感,调节患者的情绪状态,患者对护理服务的满意度更高。该研究结果与王淑娜^[7]在康复护理干预改善老年腰椎压缩骨折疼痛及生活质量的疗效中相关研究结果相似度高。

综上所述,在腰椎压缩骨折球囊扩张椎体成形术患者围术期采取加速康复外科护理可以有效促进患者康复,改善患者心理状态,提升患者生活质量,临床护理效果显著,值得推广应用。

参考文献:

- [1]张继娜,赵姜楠,周燕,等.互联网+康复护理服务和延续性护理对骨质疏松性腰椎压缩骨折患者术后康复的作用[J].中华创伤杂志,2021,37(03):261-266.
- [2]陈丽,郝仕强,刘敏如.胸腰椎压缩性骨折术患者实施一体化康复护理对其术后恢复的价值[J].黑龙江中医药,2020,49(04):234-235.
- [3]王淑娜.康复护理干预改善老年人腰椎压缩骨折疼痛及生活质量的临床观察[J].中国民间疗法,2018,26(07):96-97.
- [4]张倩.经皮椎体成形术治疗骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折的康复护理效果观察[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(91):261-262.
- [5]陈玲琳,杭国珍,谈海萍,等.康复护理对经皮椎体成形术治疗骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折患者生活自理能力的改善作用[J].中国初级卫生保健,2018,32(12):77-78+81.
- [6]黄莺,刘长俊,陈娇娇.康复护理对老年腰椎压缩骨折疼痛及生活质量的影响[J].中国继续医学教育,2019,11(05):168-171.
- [7]王淑娜.康复护理干预改善老年腰椎压缩骨折疼痛及生活质量的疗效[J].中国老年保健医学,2018,16(03):140-141.

四肢骨折手术室内采用精细化护理干预的效果分析

曹菁

贵州茅台医院手术室 贵州遵义 564500

摘要:目的:探讨四肢骨折手术室内采用精细化护理干预的效果。方法:采集贵州省六盘水市水矿集团总医院2019年2月至2020年3月期间接收收治的106例四肢骨折手术室患者,随机分为对照组与观察组各53例,对照组运用常规手术室护理,观察组运用精细化护理干预,分析不同护理操作后患者心理状况、手术指标、手术切口愈合程度、护理满意度情况。结果:在患者焦虑、抑郁等心理评分上,观察组各项护理后评分明显少于对照组,对比有统计学意义($p<0.05$);在患者手术切口愈合情况上,观察组各项愈合程度均高于对照组,对比有统计学意义($p<0.05$);在手术切口感染率上,观察组1.89%,对照组13.21%,对比有统计学意义($p<0.05$);在患者手术时间、切口愈合时间、出院时间等指标上,观察组各项明显少于对照组,对比有统计学意义($p<0.05$);在患者护理满意度上,观察组96.23%,对照组84.91%,对比有统计学意义($p<0.05$)。结论:四肢骨折手术室内采用精细化护理干预,可以有效的改善负面情绪,提升手术切口愈合程度,减少手术切口感染率,加快手术治疗恢复速度,提升患者护理满意度,整体状况更好。

关键词:四肢骨折;手术室;精细化护理干预;效果

四肢骨折属于骨科常见问题,受伤患肢存在软组织、骨骼、神经血管等多方面的损伤,特别是开放性损伤,严重者甚至导致患肢血液供应与静脉回流障碍,患者有剧烈的肢体疼痛症状,软组织的严重损伤及污染,导致切口感染的风险成倍的增加,甚至会有全身性感染风险,进而引发患者死亡。本文采集106例四肢骨折手术室患者,分析运用精细化护理干预后患者心理状况、手术指标、手术切口愈合程度、护理满意度情况,具体内容如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集贵州省六盘水市水矿集团总医院2019年2月至2020年3月期间接收收治的106例四肢骨折手术室患者,随机分为对照组与观察组各53例。对照组中,男29例,女24例;年龄从23岁至67岁,平均 (47.82 ± 4.19) 岁;骨折类型中,尺桡骨骨折为14例,足踝骨折为21例,股骨骨折为9例,肱骨骨折为9例;观察组中,男32例,女21例;年龄从22岁至69岁,平均 (48.16 ± 3.54) 岁;骨折类型中,尺桡骨骨折为11例,足踝骨折为24例,股骨骨折为10例,肱骨骨折为8例;两组患者在基本年龄、性别与骨折类型上没有明显差异,有对比研究意义。

1.2 方法

对照组应用常规手术室护理:应用常规手术室护理,包含术前指导、术中配合医生工作、术后并发症护理等常规护理措施。

观察组应用精细化护理干预,具体内容如下:

(1)手术室精细化护理是指在思想观念和医疗行为上,处处为病人着想,一切活动都要把病人放在首位;紧紧围绕病人的需求,提高服务质量,简化工作流程,为病人提供“优质、高效、低耗、满意、放心”的医疗服务。其中利用护理人员所学的知识和相关技能,在术前、手术期间和术后为病人提供持续的专业护理,以解决围手术期的健康问题和病人的需

要。

(2)手术前护理:在手术前,护理人员仔细阅读医疗及护理病历,了解患者的手术和麻醉方式,病情及各种检查结果,评估患者综合情况,对手术的全过程做到心中有数,术中可能出现的问题,采取积极有效的措施进行预防。主动自我介绍,消除护患之间的陌生感,以及根据患者的情况做好有效沟通,尽可能的采用通俗易懂的语言做简要说明^[1],有效消除患者及其家人对治疗的担忧和焦虑,引导患者在接受手术治疗前保持平静的精神状态。鼓励患者表达其意愿和担心,告知四肢骨折的手术方式、术中的体位、可能的不适及入室前的注意事项,如禁食、禁饮的时间等。提升其整体对治疗的认可度,由此保持更好的治疗配合。这样才能更好的让护理人员根据其情况做好对应的相关护理治疗的安排,保证其个人情况的匹配性^[2]。

(3)有针对性地进行患者心理护理工作,一般情况下需要向其介绍主治医师在四肢骨折手术方面的权威性,合理引导,增强患者树立战胜疾病的信心,避免其因紧张、恐惧的不良心理状况,对整个手术治疗过程中构成干扰。要保持良好的、健康的精神状态,配合有关治疗工作的进行,避免负面情绪对整体工作构成的影响^[3]。由于老年患者对有关疾病以及治疗缺乏理解,甚至容易产生负面情绪,抵触治疗工作的开展,因此需要做好患者以及家属双方面的教育指导,提升整体配合度。在健康宣教工作中,形式以及内容不应该墨守成规,笼统一刀切,而应该做好多样化内容的设置,由此匹配不同患者实际情况所需。要综合考虑患者的认知水平、思维习惯、兴趣爱好、家庭情况、经济能力、社会角色等,由此来保证有关内容符合个体综合情况所需,保证其良好的落实效果。甚至必要情况下,可以做好患者认知情况的综合评估,做好问卷调查,知晓其认知情况的薄弱点以及诉求点,然后做针对性的解答。形式上,除了常规的口头指导,也可以运用书面指导为辅助。一般情况下,护理人员在会面对多种多样的患

者提问,因此,书面材料的规范用语、图文结合等多种方式,可以更强的提升护理人员的宣教效果,减轻沟通压力。更要和家属多做沟通,家属对手术了解愈多,就愈能协助病人减轻术前焦虑,取得家属的信任与配合,为保证病人的生命和手术顺利进行赢得宝贵的时间。做到将人性化、系统化、规范化的术前访视延伸到家属。

(4) 手术中护理:要严格落实手术室无菌环境管理的必要性,要做好预防术中感染问题的防控工作,一般术前需要做好手术间规范性全方位消毒管理。术前需要运用的各项手术器械,严格执行灭菌消毒处理,保证无菌化处理工作落实到实处。在进行患肢移动的过程中,需要保持柔和的手法,避免二次损伤导致的不良问题。依据其骨折区域做好合适搬动方法策略的调整,防控骨折端产生的组织损伤。皮肤护理:手术开始前,做好皮肤清洁,局部消毒,开展备皮,进行必要的毛发处理,在毛发处理之中避免过度剃毛而引发的不良影响。对于毛发过多的部位,注意防止毛囊损伤引发感染。一般情况下,在切口或伤口附近 15cm 范围剃毛处理^[4]。如果患者身体消瘦,需要保证皮肤完整性,做好保护工作。要落实好有关术区皮肤消毒处理,避免对消毒区域做来回擦拭,保证无污染基本原则。同时消毒需要严格的遵循从中心向外的放射性清洁流程。术前需要做好有关伤口表面消毒处理,严格管控手卫生质量,确定有关手卫生清洁流程与步骤落实到实处,确保消毒剂的合理合规使用。术中切口冲洗一般运用 0.2%~0.5%的碘伏处理,同时要做好冲洗液的引流,防控回流问题。术前需要合理使用抗生素,要关注其药物半衰期,确保抗生素血药浓度能够在术中达到峰值,由此来保证手术顺利开展。一般情况下,在术前半小时做用药管理,术中需要做好严密的医护人员配合。做好患者情绪安抚,保证医生更顺利的展开手术操作。同时要严格控制手术时间,避免切口暴露而导致的不良问题。在手术过程中注意老年患者整体身体功能退化,免疫力低,要做好有关抵抗力增强工作,需要防控切口感染等不良手术并发症问题。术中根据手术时间,需要做好抗生素的追加处理,防控感染^[5]。保证手术器械有序摆放,使用过的器械不可以越过无菌物做操作。要严格有关无菌化操作细节,尽可能通过无菌化、规范性操作、提高手术配合默契度来减少手术时间消耗。如果患者术中出现突发的不良事件,如休克,要及时进行静脉通道的建立以及扩容处理^[6]。杜绝术中低体温对患者造成的术中需不良影响,手术间配备加温毯、各种功能不同的体位凝胶垫、根据人体结构定制的小棉被等用物、设备,为缓解患者的术前紧张感转移患者注意力。

(5) 术后需要做好患肢皮肤皮温、肿胀程度、血液循环情况的观察,做好有关功能位固定。同时鼓励患者做好主动以及被动活动,通常情况下在床上做活动训练,以自身耐受度为主,避免过度活动而导致的不良问题。有关活动在一定程度上可以防控肌肉萎缩,改善关节僵硬等不良问题。术后感染防控方面,需要及时做好敷料更换,确保敷料清洁干燥,加强营养支持,保证机体有充足营养摄取,调整机体营养状况。

1.3 评估观察

分析不同护理操作后患者心理状况、手术指标、手术切口愈合程度、护理满意度情况。心理状况运用 SAS、SDS 有关心理评估量表,评分越低代表负面情绪越轻。手术指标主要集中在手术时间、切口愈合时间、出院时间等。手术切口愈合程度可以分为甲级、乙级、丙级等不同程度愈合情况,护理满意度分为很满意与基本满意的比例之和。

1.4 统计学分析

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

2 结果

2.1 两组患者治疗前后心理评分情况

如表 1 所示,在患者焦虑、抑郁等心理评分上,观察组各项护理后评分明显少于对照组,对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 1: 两组患者治疗前后心理评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	时间	焦虑	抑郁
观察组	治疗前	53.74±5.82	54.18±4.53
	治疗后	25.62±2.04	27.46±2.14
对照组	治疗前	52.16±5.18	55.15±3.53
	治疗后	41.89±2.45	44.28±2.54

注: 两组治疗前对比, $p > 0.05$, 两组治疗后对比, $p < 0.05$

2.2 各组患者手术指标情况

见表 2, 在患者手术时间、切口愈合时间、出院时间等指标上, 观察组各项明显少于对照组, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 2: 各组患者手术指标结果 ($\bar{x} \pm s$)

分组	手术时间 (min)	切口愈合时间 (d)	出院时间 (d)
观察组	62.78±3.49	5.38±2.49	8.15±2.49
对照组	78.54±4.61	7.84±3.15	10.54±3.28

注: 两组对比, $p < 0.05$

2.3 患者手术切口愈合情况分析

见表 3 所示, 在患者手术切口愈合情况上, 观察组各项愈合程度均高于对照组, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$); 在手术切口感染率上, 观察组 1.89%, 对照组 13.21%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 3: 患者手术切口愈合评估结果[n(%)]

分组	n	甲级	乙级	丙级	手术切口感染率
观察组	53	41(77.36)	11(20.75)	1(1.89)	1(1.89)
对照组	53	29(54.72)	15(28.30)	9(16.98)	7(13.21)

(下转第 154 页)

护理干预对小儿咳嗽变异型哮喘的康复效果探讨

陈林林

山东省济南市第二妇幼保健院 山东济南 271100

摘要:目的:通过护理干预对小儿咳嗽变异型哮喘的康复效果。方法:将130例患儿按随机数字表法分为治疗组70例和对照组60例,治疗组应用清肺止咳散(处方组成:白前10g,前胡10g,百部6g,紫菀6g,炙麻黄5g,甜杏仁6g等)治疗,对照组必可酮气雾剂,两组患者在以上治疗的基础上,进行护理干预(包括生活护理,症状护理,心理护理及健康教育等)。结果:治疗组在改善患儿腹泻症状方面优于对照组,两组总有效率治疗组(97.50%)优于对照组(77.5%)。结论:中医特色治疗及护理对防治小儿秋季腹泻可明显改善患儿腹泻症状,提高疗效,为临床提供有效、安全的治疗措施。

关键词:小儿咳嗽变异型哮喘;护理干预;康复效果

咳嗽变异型哮喘是儿科常见病,国内外的学者都曾在这方面做了大量的研究工作。如今国内外公认的有效方法是皮质激素的吸入和 β_2 受体激动剂的吸入,但在治疗过程中遇到的许多新问题,主要表现为激素的不良反应,患儿依从性差,用药时间长,易复发等,影响了治疗效果。根据咳嗽变异性哮喘的特点,我们认为“风邪”是本病发生、发展及演变过程中的主要病理因素,本病以干咳为主,咽干无痰,常于夜间、清晨发作明显,符合“阴虚燥咳”的特点。中医又有“久病入络”之说,如果肺的呼吸功能失常,日久肺气不畅,肺失治节而肺气上逆,必然影响心主血脉之功能,据此病理特点,我们制定了“祛风、滋阴、活血”的治疗原则,应用于临床,经临床观察,该文我们应用护理干预结合清肺止咳散治疗小儿咳嗽变异性哮喘取得了较好疗效,探讨如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料 选取自2020年11月~2022年4月之间前来我院诊治的小儿咳嗽变异型哮喘患者130例,病源以我市各乡镇居住人口为主。其中常住人口109例(83.8%),暂住人口21例(16.2%);男76例,女54例;年龄1~2岁20例,3~4岁42例,5~8岁48例,9~14岁20例;病程最短者1个月,最长者2年;夏秋季节或无固定季节者29例(22.4%);年发病人数 ≥ 2 次78例(60%)。追问病史,家族中有过敏史或哮喘史者65例;既往有湿疹或过敏性鼻炎者72例。所有病例均排除结核、鼻窦炎、慢性咽炎等相关病史。

将130例患儿随机分为治疗组和对照组,其中治疗组70例,对照组60例,两组患儿一般资料经统计学处理无显著差异。

1.2 诊断标准 全部病例均符合全国儿科哮喘协作组1998年制定的标准:(1)反复或持续咳嗽 >1 个月,常在夜间和(或)晨起发作,遇冷空气加重,痰少,临床无感染征相,或经长期抗生素治疗无效。(2)支气管舒张剂治疗可使咳嗽发作缓解。(3)有个人或家族过敏史。(4)气道呈高反应性,支气管舒张试验阳性可作辅助诊断。(5)除外其他原因引起的慢性咳嗽。

1.3 治疗方法 两组均于发作期治疗1个月后分别测肺功能,结果作统计学处理。两组均于4周内应用 β_2 受体激动剂:万托林(葛兰素史可公司生产,产品批号(112156)规格20ml/瓶,含沙丁胺醇100mg),12岁以下最小起始量为将0.5ml雾化溶液(含沙丁胺醇2.5mg)用生理盐水稀释至2ml用储雾罐吸入,或用5-6L/min氧气驱动,10min吸入,每日可用至3次,症状缓解后停用。

治疗组加用清肺止咳散(处方组成:白前10g,前胡10g,百部6g,紫菀6g,炙麻黄5g,甜杏仁6g,赤芍10g,当归12g,僵蚕6g,地龙6g,苏子10g,橘红10g,法半夏6g,旋复花6g,蝉蜕6g,乌梅6g,炙甘草5g)治疗,剂量为1~2岁1/3包,3~4岁1/2包,5~6岁1包,7~14岁1.5包,均为每日3次口服,10天为1疗程。

对照组加用必可酮气雾剂(葛兰素史可公司生产,产品批号00120113,规格50ug/瓶),发作期每8小时吸1次,稳定期12小时吸1次,缓解后每晚1次。

治疗期间两组患儿均忌食辛辣、海鲜食物,适当参加户外活动。

2. 护理干预

2.1 环境的洁净 保持室内空气新鲜和流通,维持室温18℃~22℃,湿度50%~60%,每天开窗通风,尽量减少病室内过敏原的存在,如不铺地毯,不放花草,避免使用陈旧被褥,湿式或使用吸尘器打扫。

2.2 休息与体位 哮喘发作时应绝对卧床休息,极度气急时予以高枕卧位或半坐位,有条件时放一床头桌,使病人上身尽量前倾,有利于呼吸肌运动和膈肌的扩张。

2.3 饮食与水分 哮喘病人呼吸困难过度通气,出汗致大量水分丧失,加之呼吸劳累使食欲下降,进食减少,痰液粘稠不易咳出,应及时补充水分,准确记录出入量,注意液体及酸碱平衡,饮食宜清淡,易消化,不食可能引起哮喘的食物如鱼、虾、牛奶、蛋等。

2.4 生活护理 严重哮喘时,生活不能自理,应及时帮助擦汗、更衣。

2.5 症状护理

①保持气道通畅 在补充足够液体的基础上,给予雾化吸入,翻身,拍背,促进痰液排出,必要时气管插管。

②调整吸氧流量 严重支气管痉挛,尤其严重哮喘时,气促明显,给经加温湿化的氧气吸入,氧流量3~5L/min,至氧分压高于8.0kPa。

③加强对心脏的监护 注意观察心律。心律因缺氧和药物治疗(如茶碱类、肾上腺素)均可致心动过速和心律失常。

④观察并发症 哮喘严重呼吸困难及易产生自发性气胸、肺不张、脱水,电解质紊乱,呼吸衰竭等并发症,应严密观察。

2.6 β_2 受体激动剂的用药观察 口服后10~20min见效,作用持续3~12h,气雾吸入5min见效,本类药物虽具较强选择性,仍有兴奋心脏 β_1

受体和使骨骼肌震颤副作用,使用初及剂量过大时有心悸、心律失常、手指颤抖、头痛、兴奋、低血钾,部分有失眠、尿潴留、恶心、呕吐等,大部分不良反应随用药时间延长可减轻,肾功能不全、高血压甲亢者和妊娠初3个月禁用。冠心病、老年病人和低血钾者在使用中应加强心率、心律的监测。

2.7 茶碱类的药物用药观察和注意事项 茶碱对改善呼吸困难有较好疗效,但其毒副作用大大限制了临床应用。毒副作用与用药浓度密切相关。如血浆有效浓度 $>20\mu\text{g/L}$ 时可发生胃肠道刺激症状、中枢神经兴奋作用、心脏兴奋作用。注射过快可致惊厥,甚至死亡,还可有多尿、尿潴留等,对心、肝、肾功能不全和甲亢者需注意药物浓度不宜过高;滴注速度不能过快,不宜与大环内酯类抗生素、喹诺酮类抗生素、避孕药、甲氧咪呱等药合用,以免降低茶碱的清除率。如必须同时应用,需减少茶碱类药物的剂量。

2.8 抗胆碱能药物的用药观察 本类药物主要为吸入给药,用药后作用时间快,副作用相对减少。但大量吸入仍可诱导支气管反常收缩,有头痛、头晕、恶心、呕吐、口干、面部潮红、心动过速、食欲下降、乏力、低血压等症状,连续应用一段时间后副作用可逐渐减少。

2.9 糖皮质激素用药观察 大剂量全身应用后易致肥胖、多毛、皮肤菲薄、肌无力、低钾性碱中毒、水钠潴留、高血压、糖尿病、骨质疏松等。还可诱发或加重消化性溃疡,引起中枢神经系统兴奋,导致伤口不愈合。现在多主张以局部气道吸入为主。用药过程应注意观察副作用和预防口腔真菌感染。

2.10 特殊治疗(免疫疗法)的护理 在生活中完全避免环境中过敏原的接触是不可能的,用阻断或减轻过敏原引起的变态反应性炎症成为免疫治疗的目的,对过敏原明确的病人用单一抗原物,如尘螨、花粉、真菌等浸出液,在缓解期进行季节性和终年性减敏治疗。从低浓度、低剂量开始,每周逐渐递增至病人所能耐受的最大许可量,维持2~3年。使机体产生足够的特异性IgG抗体。阻断抗原与肥大细胞表面的IgE受体结合,从而使IgE下降。抑制炎症细胞释放炎症介质达到预防哮喘发作的目的。免疫治疗过程中不影响支气管解痉药应用,但有发生严重哮喘和全身过敏反应的可能,每次注射用药后需观察30min,应在有急救措施的医疗单位内进行。

2.11 心理护理 心理因素在哮喘的发作中具有重要作用,在进行躯体治疗和生活护理同时还应对精神紧张、情绪异常给予心理支持,应关心、体贴病人,通过暗示、说服、示范、解释、训练哮喘病人逐渐学会放松技巧及转移注意力。

2.12 健康教育 解释哮喘发作的有关因素,调整和保持稳定情绪,避免冷空气的刺激和进入诱发哮喘发作的环境。居住环境空气清洁、卫生、温湿度适宜,不使用地毯,家中不养宠物,不种花草。日常饮食以营养丰富、清淡为宜,避免进食诱发哮喘的食物和刺激性饮料。冬季或气候多变季节预防感冒,减少发病机会。生活规律化,保证充足的睡眠和休息,鼓励参与力所能及的体育锻炼,如耐寒锻炼、呼吸保健操、增强机体抗病能力。了解常用平喘药物正确用量、用法与观察副作用,正确掌握定量型气雾的吸入技术,同时,还要注意患者的心理变化,以提高哮喘患者的生活

质量[1]。

3. 结果

3.1 疗效标准 参照1988年10月中国中医药管理局颁布的《中医儿科病症诊断及疗效标准》制订相关标准为:治愈:咳嗽于用药3周内消失,疗程结束后随访9个月无复发;显效:治疗3周或疗程内咳嗽消失,疗程结束后9个月复发1-2次,短期治疗后咳嗽消失;有效:疗程内咳嗽基本消失,停药后仍有少许咳嗽,但无明显不适;无效:经治疗后症状无改善或转变为典型哮喘病历。

3.2 治疗及护理干预后两组疗效比较 见表1

表1 两组治疗后疗效比较 [n(%)]

组别	n	治愈(率)	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	70	42(60.0)	16	8	4	94.3 [*]
对照组	60	26(46.7)	9	12	13	78.3

经统计学处理,两组对比有显著差异(* $p<0.01$)

3.3 两组治愈时间比较:截至目前为止,治疗组中42例痊愈,治愈率为60.0%,总有效率为94.3%,平均痊愈时间为 (9.89 ± 3.36) 天,对照组60例中26例痊愈,治愈率为46.7%,总有效率为78.3%平均痊愈时间为 (28.20 ± 22.38) 天,两组对比有显著性差异($p<0.01$)。

3.4 两组起效时间比较:治疗组起效时间为 (5.2 ± 2.6) 天,对照组起效时间为 (9.8 ± 3.4) 天,两组对比差异显著($p<0.01$)。

3.5 两组复发率比较:治疗组70例中有3例复发,复发率为4.3%;对照组60例中有16例复发,复发率为26.7%,两组对比有显著性差异($p<0.05$)

3.6 两组治疗前后肺功能比较 两组第一次肺功能各项指标相比,经统计学处理无显著差异, P 均 >0.05 ,治疗组用药前后肺功能测定指标对比见表2,对照组用药前后肺功能测定指标对比见表3,治疗组的检测指标显著上升者有6项,而对照组仅有2项,经统计学处理,两组疗效对比有显著差异($p<0.05$),治疗组明显优于对照组。

表2 治疗组用药前后肺功能测定指标对比

指标(单位)	用药前	用药后	P
FVC(ml)	3013.87 $\pm$ 893.65	3162.90 $\pm$ 912.17.	>0.05 .
FEV ₁ (ml)	2169.03 $\pm$ 771.22	2499.68 $\pm$ 626.49.	>0.05 .
MVV(ml)	69192.26 $\pm$ 1818.29	2979291.61 $\pm$ 18739.62	>0.05 .
PF(L/s)	5.06 $\pm$ 1.37	5.76 $\pm$ 1.19.	>0.05 .
V ₇₅ (L/s)	4.84 $\pm$ 1.36	5.56 $\pm$ 1.21.	>0.05 .
V ₅₀ (L/S)	3.71 $\pm$ 1.20	4.32 $\pm$ 1.19..	>0.05 .
V ₂₅ (L/s)	1.89 $\pm$ 0.79.	2.35 $\pm$ 0.89.	>0.05 .

表3 对照组用药前后肺功能测定指标对比

指标(单位)	用药前	用药后	P
FVC(ml)	2922.4 $\pm$ 886.713	3044 $\pm$ 831.14	>0.05 .
FEV ₁ (ml)	2296.8 $\pm$ 580.74	2429.2 $\pm$ 597.75	>0.05 .
MVV(ml)	67256.18 $\pm$ 21964.76	71514 $\pm$ 23124.32	>0.05 .
PF(L/S)	4.912 $\pm$ 1.238	5.552 $\pm$ 1.11	>0.05 .

V ₇₅ (L / S)	4.736±1.31	5.384±1.21	>0.05.
V ₅₀ (L / S)	3.932±1.153.	4.276±1.21	>0.05.
V ₂₅ (L / S)	1.956±0.697	2.144±0.696.	>0.05.

4. 讨论

咳嗽变异型哮喘是儿科临床的常见病，据我们临床观察，本病患儿以2~5岁者较多见，其他年龄段相对较少，本病患儿以长期干咳为主，临床上无喘息症状，听诊也没有哮鸣音，但人们通过基础和临床研究发现，本病患儿同样存在气道的慢性炎症及高反应性，符合典型哮喘的基本特征，目前，西医治疗首选皮质激素的吸入和β₂受体激动剂的吸入，但在治疗过程中遇到的许多新问题，主要表现为激素的不良反应，患儿依从性差，用药时间长，易复发等，影响了治疗效果。

辩证论治是祖国医学的精髓。根据本病的特点，我们确立了祛风、滋阴、活血的治疗，并组方。风性轻扬，其性多变，治疗上用药宜轻，通过疏散，透邪外出。上述诸药物中，配伍白前、前胡宣肺解表，透邪外出，祛痰顺气；百部、紫菀润肺止咳；苏子、橘红、法半夏顺气化痰止咳；旋复花消痰平喘降逆；僵蚕疏风解表，化痰散结；蝉蜕、地龙祛络中之风痰；乌梅敛肺止咳；甘草健胃和中。麻黄、杏仁相伍宣降肺气，镇咳平喘；当归、赤芍配伍则清热、活血、行气，使气血通畅；诸药合用，共奏祛风、活血、滋阴、润肺、止咳之功。

现代药理研究，综观清肺止咳散全方，具有抗炎、抗过敏、增强和调节机体免疫状态的功能。有些药物能松弛和缓解支气管平滑肌痉挛而止咳平喘。

不断发展完善的祖国中医事业，对人类健康做出了巨大贡献，中医在

疾病的康复治疗中的作用日趋明显。不断研究完善这一理论，结合临床和现代医学理论，相互切磋交流，不断探索实践，我们有理由有信心，中医药将会为人类健康作出更大的贡献。在遵循中医传统理论的前提下，结合现代医药对中药成分的研究，将优秀成果有机地结合应用于临床为患儿解除痛苦，正是本科研课题的任务。

本科研课题提出的咳嗽变异型哮喘的病因病机是外感风邪，日久化燥伤阴，血液瘀滞；治疗原则是祛风、滋阴、活血，组成的中药方剂清肺止咳散是治疗小儿咳嗽变异型哮喘的有效方法，经检索证实，国内外尚无相同的治疗方法。这是对中医药治疗疾病的进一步深化和发展。

咳嗽变异型哮喘在儿科发病率逐年上升，如何使咳嗽变异型哮喘患儿早日康复是诸多临床工作者面临的问题，本方组方简单，并与现代医学理论相结合，制剂方便，临床用药方便，无任何毒副作用，价格便宜，能使患儿尽快康复。社会效益和经济效益良好，具有很好的推广前景。

参考文献：

[1]胡亚美，诸福棠实用儿科学第6版[M]，北京：人民卫生出版社2002. 12

[2]许建中，中西医结合哮喘病学[M]，北京：人民卫生出版社2001. 7

[3]江育仁，实用中医儿科学[M]，上海：上海科学技术出版社1990.4

[4]刘青云，中药药理学[M]，北京：人民卫生出版2000. 1

[5]沈映君，中药药理学[M]，北京：人民卫生出版社2000. 3

[6]贺石林，中医科研设计与统计学[M]，长沙：湖南科技出版社2001

（上接第151页）

注：两组对比， $p<0.05$

2.4 患者护理满意度情况

见表4所示，在患者护理满意度上，观察组96.23%，对照组84.91%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表4：患者护理满意度评估结果[n(%)]

分组	n	很满意	基本满意	不满意	护理总满意率
观察组	53	36(67.92)	15(28.30)	2(3.77)	96.23%
对照组	53	22(41.51)	23(43.40)	8(15.09)	84.91%

注：两组对比， $p<0.05$

3 讨论

手术室，是为患者提供手术、抢救的重要场所，也是医院重要的技术部门。随着外科技术不断发展和创新，手术室护理管理也不断趋向专业化和精细化。手术室整体护理服务范围围绕患者手术前、术中及术后进行，术前由专人到病房携带访视工具进行访视，用视频、图片的方法让患者了解手术环境、介绍手术体位、手术配合要点、术前注意事项等，耐心的解答患者及家属的疑问。术中是与患者密切接触的手术时间，也是患者在诊疗过程中最重要、最具风险的时间。术后，由专人访视患者术后情况，如对各管道、皮肤、恢复状态等方面进行评估，并向患者及家属发放手术满

意度调查表，了解术中患者的服务感受。这对我们护理工作提出了更高的要求，优质护理需要以人为本、以患者安全为中心去“抠细节”。

综上所述，四肢骨折患者予以手术室精细化护理干预，可以有效的改善其负面情绪，减少手术切口感染率，促进手术切口更好更快愈合，减少患者的围手术期并发症及促进患者的快速康复，提升患者恢复效率，同时缩短住院时间，降低再入院风险与死亡风险，节省医疗开支。

参考文献：

[1]颀佳,杨放,杨慧君,等. 探讨手术室精细化护理干预模式在四肢骨折患者围手术期中的应用效果及提高手术室护理质量[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2021,21(12):6-8.

[2]杨竹. 手术室精细化护理干预模式在四肢骨折患者围术期中的应用效果分析[J]. 中国伤残医学,2020,28(6):70-71.

[3]江旭霞. 分析手术室精细化护理干预模式在四肢骨折患者围术期中的应用效果[J]. 中国伤残医学,2020(21):70-71.

[4]赵睿. 精细化护理干预模式在四肢骨折患者手术室中的应用[J]. 中国伤残医学,2021,29(10):79-80.

[5]郭超. 精细化护理管理对开放性四肢骨折手术切口感染的影响分析[J]. 中国卫生产业,2020,17(9):1-2,5.

[6]任艳,朱晓燕. 手术室无缝隙护理对开放性四肢骨折患者术后切口感染的干预价值[J]. 婚育与健康,2022,28(4):43-44.

基于互联网+延续护理平台的护理对乳腺癌化疗患者的干预效果探讨

仇慧敏

西安交通大学第一附属医院 陕西西安 710061

摘要：目的：探讨基于互联网+延续护理平台的护理对乳腺癌化疗患者的干预效果。方法：选取本院于2021年1月至2022年1月间收治的124例乳腺癌化疗患者为研究对象，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62例，对照组采用常规护理，实验组采用互联网+延续护理平台护理，比较两组患者的自我护理能力、生活质量、心理状态、护理满意度。结果：护理后，在自我护理能力方面，实验组在自护能力、自我概念、健康知识、自护责任感方面均高于对照组，比较组间有显著性的差异（ $P < 0.05$ ）；在生活质量方面，实验组在社会功能、情感职能、生理功能、健康状况方面均高于对照组，比较组间有显著性的差异（ $P < 0.05$ ）；在心理状态方面，实验组在SAS评分、SDS评分方面均低于对照组，比较组间有显著性的差异（ $P < 0.05$ ）；在护理满意度方面，实验组满意度96.77%，对照组满意度79.03%，组间数据差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：在乳腺癌化疗患者的治疗中，行互联网+延续护理平台护理，效果显著，有利于患者自我护理能力的提升，能有效调整患者的心理状态，改善患者的生活质量，从而提高患者的护理满意度，值得临床推广和使用。

关键词：互联网；延续护理平台；乳腺癌

乳腺癌，属于女性发病率最高的恶性肿瘤之一，其发病率正有着逐年上升的趋势，对女性的身心健康、生活质量都造成了严重的影响^[1]。在乳腺癌的治疗中，最常规的治疗方式之一就是化疗治疗，同时，该治疗方式会导致患者出现一系列的并发症，如脱发、呕吐、恶心等，对患者的心理健康和生理健康都会造成严重不利的影响^[2]。据相关研究表明，在以往的护理方式中，以结构化电话随访为方式的护理，虽然能够满足乳腺癌患者对信息的一定需求，但是却无法让护理人员在第一时间内接收到患者的反馈^[3]。在传统的延续护理中，如微信交流群、QQ聊天软件、电话随访等方式，存在着诸多的问题，如联系方式不符、缺乏护患互动、拒访等，这些问题的存在，严重影响了延续护理的质量^[4]。为此，在信息技术快速发展的今天，通过利用互联网，建立延续护理平台，不仅能够弥补以往延续护理中存在的不足，能够进一步加强护患间的互动，让护理人员能够及时的收到患者的反馈，从而提升患者的认知水平，加强患者的自护能力，进一步降低并发症的发生率，改善患者的心理状态和生活质量^[5]。本文选取本院收治的124例乳腺癌化疗患者，通过探讨基于互联网+延续护理平台的护理对乳腺癌化疗患者的干预效果，分析其临床价值，具体内容如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院于2021年1月至2022年1月间收治的124例乳腺癌化疗患者为研究对象，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62例，对照组采用常规护理，实验组采用互联网+延续护理平台护理。其中，在对照组方面，最小年龄32岁，最大年龄66岁，平均年龄（ 52.14 ± 3.59 ）岁，平均病程时间（ 3.76 ± 0.82 ）年；在实验组方面，最小年龄33岁，最大年龄65岁，平均年龄（ 52.06 ± 3.62 ）岁，平均病程时间（ 3.82 ± 0.93 ）年。两组患者的一般资料对比，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，实验组采用互联网+延续护理平台护理，具体

内容如下：（1）在患者入院后，根据患者的身份证号码，注册患者账号。在患者第一次登录后，护理人员需要指导患者或者患者家属如何使用，主要指导的内容包括账号注册、视频信息发送、图片信息发送、语音信息发送、文字信息发送以及各信息的接收、如何查看功能模块等等，确保每一位入院患者都能够正确的应用平台。若患者出现了使用问题，相关护理人员要及时的帮助患者解决问题。（2）在乳腺癌患者化疗期间，责任护士需要根据患者的健康档案，有效的掌握患者的预防性用药时间、化疗时间、出院时间等，同时，通过日程提醒功能，有计划的在化疗间歇期间推送一些关于化疗健康教育的信息。在患者出院后的1-7天里，护理人员需要定期推送不同内容的乳腺癌康复知识给患者，提升患者的认知水平，加强患者自我护理的意识，以及预防并发症的意识。此外，针对乳腺癌患者在化疗期间，全天候开放平台，不限制患者的登录次数，和阅读时间，让患者能够随时随地的查看相关内容，补充自己的认知盲区。（3）健康教育的质量控制：①密切监视健康教育的落实情况，护理人员在利用线上互动模块，进行定期信息发送时，要注意提醒患者，及时进行查看。通过消息页面上的消息显示状态“未读”、“已读”等，来判断患者是否已经查看信息。若患者一直处于“未读”的状态，护理人员则需要再次发送提醒信息，告知其注意查看推送内容，或者采用电话询问的方式，了解一下患者未阅读信息的原因，从而提高信息反馈的真实性。②跟踪患者的学习情况，在护理期间，护理人员需要定时要求患者通过上传短视频、图片等方式，来展示其是否对推送的内容已经阅读或者已经理解。③个性化调整：在护理期间，若患者遇到问题，护理人员要随时为其解答，并让患者通过图片、视频等方式，让护理人员判断其遇到的问题，从而更好的为患者进行讲解。

1.3 观察指标

比较两组患者的自我护理能力、生活质量、心理状态、护理满意度。

1.4 统计学分析

采用SPSS 22.0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，用t进行检验，计数资料，采用%表示，用 χ^2 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 比较两组患者的自我护理能力

两组对比,在自我护理能力方面,护理前,两组在自护能力、自我概念、健康知识、自护责任感方面,数据差异无统计学意义 ($P>0.05$);护理后,实验组在自护能力、自我概念、健康知识、自护责任感方面均高于对照组,组间数据差异有统计学意义 ($P<0.05$),详细数据见表 1。

表 1: 两组患者的自我护理能力 (分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	实验组 (n=62)	对照组 (n=62)	t 值	P 值
自护技能	护理前	25.87±4.17	25.85±4.22	0.026	0.978
	护理后	37.23±3.04	29.47±3.35	13.507	0.000
自我概念	护理前	18.47±3.87	18.44±3.88	0.043	0.965
	护理后	30.76±3.23	21.24±3.17	16.563	0.000
健康知识	护理前	32.58±3.28	32.55±3.32	0.050	0.959
	护理后	42.49±3.36	34.54±3.03	13.835	0.000
自护责任感	护理前	17.47±4.14	17.32±4.08	0.203	0.839
	护理后	25.47±3.12	19.74±3.36	9.839	0.000

2.2 比较两组患者的生活质量

两组对比,在生活质量方面,护理前,两组在社会功能、情感职能、生理功能、健康状况方面,数据差异无统计学意义 ($P>0.05$);护理后,实验组在社会功能、情感职能、生理功能、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 2。

表 2: 两组患者的生活质量 (分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	实验组 (n=62)	对照组 (n=62)	t 值	P 值
社会功能	护理前	35.87±5.17	35.85±5.22	0.021	0.982
	护理后	57.23±4.04	49.47±4.35	10.292	0.000
情感职能	护理前	38.47±5.87	38.44±5.88	0.028	0.977
	护理后	60.76±4.23	51.24±4.17	12.619	0.000
生理功能	护理前	35.58±5.28	35.55±5.32	0.031	0.974

健康状况	护理后	62.49±4.36	54.54±4.03	10.543	0.000
	护理前	37.47±5.14	37.32±5.08	0.163	0.870
	护理后	55.47±4.12	49.74±4.36	7.521	0.000
	护理前				

2.3 比较两组患者的心理状态

两组对比,在心理状态方面,护理前,两组在 SAS 评分、SDS 评分方面,数据差异无统计学意义 ($P>0.05$);护理后,实验组在 SAS 评分、SDS 评分方面均低于对照组,组间数据差异有统计学意义 ($P<0.05$),详细数据见表 3。

表 3: 两组患者的心理状态 (分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	62	55.24±7.44	36.35±5.22	56.35±7.45	37.28±5.19
实验组	62	55.32±7.46	20.27±3.41	56.42±7.38	21.36±3.52
t 值	-	0.059	20.306	0.052	19.989
P 值	-	0.952	0.000	0.958	0.000

2.4 比较两组患者的护理满意度

两组对比,在护理满意度方面,实验组满意度 96.77% (60/62),对照组满意度 79.03% (49/62),组间数据差异有统计学意义 ($P<0.05$),详细数据见表 4。

表 4: 两组患者的护理满意度 (n, %)

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
对照组	62	30 (48.38)	19 (30.64)	13 (20.96)	49 (79.03)
实验组	62	40 (64.51)	20 (32.25)	2 (3.22)	60 (96.77)
X ² 值	-	-	-	-	9.177
P 值	-	-	-	-	0.002

3. 讨论

在乳腺癌的临床治疗中,通常都是采用手术治疗的方式,对患者机体内的肿瘤组织进行切除,虽然能够保证患者的生命安全,但是对患者的生理状态会造成一定的影响,从而降低患者的治疗积极性^[6]。在乳腺癌的治疗中,化疗作为重要的治疗手段之一,虽然效果明显,但是极易造成患者出现一系列不良反应,如免疫力降低、恶心呕吐、食欲不振等^[7]。再加上,长期的服药后产生的不良反应,极易导致患者出现负面情绪,如焦虑、抑郁等^[8]。为此,在乳腺癌患者化疗期间,采用有效的护理措施尤为重要^[9-10]。

本文结果显示,护理前,在自我护理能力方面,两组在自护能力、自我概念、健康知识、自护责任感方面,数据差异无统计学意义 ($P>0.05$);在生活质量方面,两组在社会功能、情感职能、生理功能、健康状况方面,数据差异无统计学意义 ($P>0.05$);在心理状态方面,两组在 SAS 评分、SDS 评分方面,数据差异无统计学意义 ($P>0.05$)。护理后,在自我护理

(下转第 159 页)

临床护理干预在老年慢阻肺护理工作中的应用效果及对患者生存质量的影响

宫娜

齐齐哈尔市中医医院 黑龙江齐齐哈尔 161000

摘要: 目的 分析临床护理干预在老年慢阻肺护理工作中的应用效果及对患者生存质量的影响。方法 本院收集 2019 年 3 月到 2020 年 4 月期间收治的 84 例老年慢阻肺患者进行本次研究, 随机分组, 常规组 (n=42) 与观察组 (n=42), 分别给予一般护理与临床护理干预, 比较两组的生存质量、社交能力、临床护理满意度及各项临床指标。结果 通过比较两组生存质量、社交能力各项临床指标与总体护理满意度, 发现观察组优于常规组, 具有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 选择临床护理对老年慢阻肺患者进行干预, 可以减少并发症的发生, 提高患者的生存质量, 改善其肺功能, 进而不断提高临床护理效果。

关键词: 临床护理干预; 老年慢阻肺护理; 生存质量

[Abstract] Objective To analyze the effect of clinical nursing intervention in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and its impact on the quality of life of patients. Methods 84 elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease treated in our hospital from March 2019 to April 2020 were randomly divided into routine group (n=42) and observation group (n=42). They were given general nursing and clinical nursing intervention respectively. The quality of life, social ability, clinical nursing satisfaction and various clinical indicators of the two groups were compared. Results by comparing the quality of life, social ability and overall nursing satisfaction of the two groups, it was found that the observation group was better than the routine group, with statistical significance ($p<0.05$). Conclusion clinical nursing intervention for elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease can reduce the occurrence of complications, improve the quality of life of patients, improve their lung function, and then continuously improve the effect of clinical nursing.

[Key words] clinical nursing intervention; Nursing care of elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease; Quality of life

目前, 慢阻肺已经成为老年群体的常见肺部疾病之一, 临床特征为呼吸气流受限, 并发症多, 易反复发作【1】。在发作时, 患者一般还存在呼吸困难、咳嗽、喘息和胸闷等症状, 并不利于老年患者的快速康复, 这会降低他们的生存质量【2】。要想提高老年患者治疗依从性, 需要加强对慢阻肺知识的了解, 更好地控制病情, 提高临床治疗的有效性。对此, 要将临床护理干预应用到老年慢阻肺患者的护理中, 减轻疾病对患者的影响, 改善预后。

1 资料和方法

1.1 一般资料

本院收集 2019 年 3 月到 2020 年 4 月期间收治的 84 例老年慢阻肺患者进行本次研究, 随机分组, 常规组 (n=42) 与观察组 (n=42)。入选标准: 年龄大于等于 60 岁患者; 肺部不存在其他严重疾病患者, 并且肺功能检查符合慢阻肺诊断标准。排除合并其他严重疾病患者, 合并心脏病、恶性肿瘤和甲状腺疾病患者。其中常规组男女患者的比例为 22: 20; 最小年龄 62 岁, 最大年龄 76 岁, 中位年龄 (67.45±1.29) 岁。观察组: 男 19 例, 女 23 例; 年龄为 63-75 岁, 中位年龄 (66.78±1.33) 岁。上述两组在年龄与性别上, 不存在统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 常规组

该组进行一般护理: 医护人员要正确引导患者与家属办理好各项手

续, 结合患者的饮食爱好与习惯等, 制定合理化的饮食方案。

1.2.2 观察组

在常规组基础上给予此组临床护理干预, 具体操作为:

(1) 用药干预。由于老年患者自身存在多种疾病, 易出现不良事件, 如高血压、冠心病与糖尿病等【3】。再加上慢性阻塞性肺疾病患者还合并呼吸衰竭等情况, 在治疗中要运用多种药物, 并且给药方式也比较多, 会增加护理难度与风险对此, 需要加强对患者的用药管理, 遵循医嘱科学给药, 降低用药的失误, 观察患者在用药后的具体情况, 通过正确的用药指导, 加强对不良反应的预防。

(2) 心理护理干预。老年患者会受到病情的影响, 治疗依从性低。再加上, 一些患者表述不清, 无力交流或者是拒绝交流, 家属与患者本人, 不了解疾病知识, 对治疗存在疑问【4】。再加上, 慢阻肺患者会因为长期反复发作, 增加其自身的不适感, 导致患者出现不同程度的自卑心理, 这会产生非常极端的放弃治疗, 或者是抗拒治疗行为, 并不配合, 也不听从护理人员进行临床护理操作。因此, 要针对现有情况, 对患者进行心理护理, 告知家属在日常生活中需要多给予患者积极鼓励与陪伴, 加大心理疏导力度, 耐心倾听他们内心的想法, 在缓解患者负面情绪的同时, 提高其治疗自信心。

(3) 练习呼吸功能。结合患者各项检查结果, 对他们的呼吸能力进行评估, 然后按照其恢复情况, 为他们制定更加科学的呼吸运动方案, 如

适当有氧运动等，运动量与时间要根据患者能够承受量为主，正确指导患者定时定量，完成基本的呼吸训练【5】。主要包括缩唇式呼吸、呼吸体操、腹式呼吸和吹气球等，结合患者实际病情，制定合理化运动方案。在气候天气环境比较好的情况下，要正确指导患者及时完成如下运动：跟着音乐，做体操、散步与慢跑等运动，不可以进行剧烈，或是过度运动，更好地改善患者的呼吸环境，从而进一步促进对呼吸功能的恢复进程。

（4）排痰与雾化护理。医护人员在具体的临床护理中，要教会患者如何正确进行呼吸与咳嗽，在咳嗽时要轻扣其背部，促进痰液排出。在雾化治疗过程中，也要加强护理力度，及时询问患者的感受，采取措施适当调整相应的参数，等到雾化治疗结束后，需要及时清理与消毒治疗设备【6】。当然还要注意口腔皮肤护理，在每次进食后，要指导患者正确使用温水进行漱口，按时应用棉签，对患者口腔分泌物进行清理【7】。同时，每晚睡前还要帮助患者擦拭全身皮肤，一定要注意会阴的清洁。加强健康宣教，定期组织老年患者学习慢阻肺预防知识，主要通过讲座与面对面指导等方式，全面告知患者慢阻肺的发病原理及处理措施，整合注意事项，提高其配合度。

（5）生活习惯干预。不良的饮食与生活习惯，会加强患者病情。所以说护理人员具体的临床护理干预中，要为其制定动态变化的饮食方案，加强对饮食摄入糖分及盐分的严格控制【8】。饮食方面，一定要坚持少食多餐等原则，摄入容易消化、清淡与高纤维的食物，指导患者在日常生活中，时刻维持健康生活习惯，更好地缓解患者的病情程度，提高其舒适度。此外，还要注意环境护理，每天定时开窗通风，保证室内空气的流通，清除室内灰尘，主要为了减少灰尘对患者的刺激。在此过程中，患者家属要定期清洁与更换床单被罩等，避免交叉感染的发生。

（6）功能锻炼干预。根据不同患者的肢体功能与生活能力，为他们制定针对性运动锻炼方案，及时转移其注意力，提高患者的生存质量。在运动锻炼中，首先要指导其开展腹式呼吸，缩唇呼气，注意不同体位的深呼吸，加大训练的力度，并且还要告知患者和自身情况结合，然后展开太极拳与慢走等有氧运动。等到患者的病情逐渐缓解后，还要指导患者训练自己的日常生活能力，改善生活质量。同时，在生活能力与肢体能力强化中，要锻炼患者的肺功能，提高机体耐受力。最后，要加强出院指导，告知他们在日常生活中的注意事项，确保日常康复训练的有效性，提高临床护理效果。

1.3 观察指标

采用满意度调查表评估患者对护理的满意度，分为满意、基本满意和 不满意。对比两组患者生存质量与社交能力。观察并记录两组患者的临床指标，一般包括住院时间与肺功能。

1.4 统计学分析

录入 SPSS18.0 软件进行统计处理，一般资料用[n（%）]表示， χ^2 检验，计量资料，以[n（ $\bar{x} \pm s$ ）]表示，t 进行检验，以 $P < 0.05$ 为差异，有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者临床满意度

观察组与常规组在对护理干预后，总体满意度分别为 97.62%、83.33%，观察组明显高于常规组，有统计学价值（ $P < 0.05$ ）。详见表 1：

表 1 两组满意度对比[n(%)]

组别	例数	非常满意	基本满意	不满意	满意度
观察组	42	24	17	1	97.62
常规组	42	20	15	7	83.33
χ^2					4.974
P					0.026

2.2 对比两组患者生存质量与社交能力

护理后，观察组的生存质量与社交能力都得到了显著改善，优于常规组，存在统计学价值（ $P < 0.05$ ）。如表 2：

表 2 两组患者生存质量与社交能力对比[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	生存质量	社交能力
观察组	42	4.11 $\pm$ 1.08	4.57 $\pm$ 0.98
常规组	42	5.17 $\pm$ 1.01	5.62 $\pm$ 1.31
t	/	4.646	4.159
P	/	0.000	0.000

2.3 对比两组临床指标

临床干预后，观察组各项临床指标改善情况，都优于常规组，组间差异性显著（ $P < 0.05$ ）。见表 3：

表 3 两组临床指标对比[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	住院时间	肺功能
观察组	42	8.77 $\pm$ 1.01	5.65 $\pm$ 0.54
常规组	42	12.73 $\pm$ 0.97	7.89 $\pm$ 1.02
t	/	18.327	12.578
P	/	0.000	0.000

3 讨论

针对老年慢阻肺，其属于一种以气流受限为特征的呼吸系统疾病，中 老年人群出现此疾病的概率较高，病程长，容易反复发作，整体疗效差。特别是最近几年，老年慢阻肺的发病率正在逐渐增加，主要发病因素为吸烟与环境等，男性多于女性，并且此疾病存在不可逆特点。在发病后，需要进行早期治疗，加强对呼吸衰竭疾病的预防。再加上，慢阻肺在发病后，具备持续消耗性，这会减弱患者的免疫能力，降低其抵抗力，增加患者感染的风险。尤其在急性发病时期，更会加重对支气管的损伤，老年患者受到病痛折磨，会出现抑郁烦躁等不良情绪，减弱其生存质量。因此，需要对此类患者进行临床护理干预。

临床护理干预与一般护理模式比较，综合性与针对性更强，可以通过对患者及家属心理状态的全面评估，为他们制定更加详细的护理计划，及时对患者进行临床护理干预，消除老年慢阻肺患者在治疗中的负面情绪，

提高患者的治疗依从性,促进疾病的康复速度。对老年慢阻肺患者进行临床干预,能够在全方位对患者进行系统性临床护理,减轻其焦虑、抑郁程度,在强化患者治疗依从性的同时,更加快速地恢复患者的身体机能,减轻他们的经济负担。通过系统性临床干预,可以帮助患者养成良好的生活习惯,加强功能锻炼,指导他们行呼吸功能锻炼,进行有氧运动。等到患者病情好转后,要指导他们行日常生活能力训练,提升其生活质量,提高他们的不适感。此外,通过开展口腔皮肤护理对,可以确保皮肤、口腔与会阴的干净性,加强对感染症状的预防,减轻患者的痛苦,提升肺功能,在缩短康复时间的同时,进一步提高患者的生活质量。

在本次实验研究中发现,观察组的护理满意度显著高于常规组;在临床各项指标与生活质量改善情况下,观察组优于对照组,差异性显著($P<0.05$)。所以说应用临床护理对老年慢阻肺患者进行干预,作用价值更高,加强健康宣教力度,通过心理建设,让患者在临床治疗中更加了解自身的疾病与治疗方,提升他们的治疗依从性。正确指导患者练习呼吸功能,能够增强其呼吸功能,促进康复速度,优化环境,增加患者的舒适性。这种护理方式还可以减少灰尘对咽喉部的刺激。同时,排痰与雾化护理可以加速排除痰液,时刻保持患者呼吸道的畅通性,缓解他们的痛苦,改善其肺部功能,减少不良反应的发生,消除不良情绪,提高患者对临床护理的满意度。

综上所述,在老年慢阻肺护理中,实施临床护理方案,可以强化患者

肺功能,提高生存质量,缓解他们的临床症状,改善患者的生活质量,促进其康复速度。

参考文献:

- [1]杨利,厉丹丹.老年慢阻肺疾病护理中优质护理应用的效果观察[J].实用临床护理学电子杂志.2020,(6).110,152.
- [2]刘小坚.浅析临床护理干预在老年慢阻肺护理工作中的应用效果及对患者生存质量的影响评价[J].临床医药文献电子杂志.2020,(35).117.
- [3]郭芳芳,孟浩,帖亚楠.心理护理在老年慢阻肺患者护理中的应用疗效分析[J].全科口腔医学杂志(电子版).2020,(4).142,147.
- [4]陈海霞.浅析临床护理干预在老年慢阻肺护理工作中的应用效果及对患者生存质量的影响[J].临床医药文献电子杂志.2019,(69).114,116.
- [5]黄于岚,翁海燕.综合评估(CGA)在老年慢阻肺患者护理中的临床应用效果观察[J].福建医药杂志.2019,(5).150~151.
- [6]冯玲.分析优质护理在老年慢性阻塞性肺疾病(慢阻肺)护理中的应用效果[J].医学食疗与健康.2019,(19).184,186.
- [7]朱小娟.临床护理干预在老年慢阻肺护理工作中的应用效果及对患者生存质量的影响[J].临床医药文献电子杂志.2019,(92).129.
- [8]林花,魏美霞,钟丽玲.心理护理在老年慢性阻塞性肺疾病患者护理中的应用效果及有效性[J].国际护理学杂志.2021,(17).3132~3134.

(上接第156页)

能力方面,实验组在自护能力、自我概念、健康知识、自护责任感方面均高于对照组;在生活质量方面,实验组在社会功能、情感职能、生理功能、健康状况方面均高于对照组;在心理状态方面,实验组在SAS评分、SDS评分方面均低于对照组;在护理满意度方面,实验组满意度96.77%,对照组满意度79.03%,组间数据差异有统计学意义($P<0.05$)。这表明,在乳腺癌化疗患者中,采用互联网+延续护理平台护理,能够有效提升患者的自我护理能力,从而调整患者的心理状态,改善患者的生活质量,进而提升患者对护理人员的满意度,有利于良好护患关系的建立^[11-12]。

综上所述,在乳腺癌化疗患者的治疗中,行互联网+延续护理平台护理,效果显著,有利于患者自我护理能力的提升,能有效调整患者的心理状态,改善患者的生活质量,从而提高患者的护理满意度,值得临床推广和使用。

参考文献:

- [1]黄聪,湛永毅,刘翔宇,等.基于互联网+延续护理平台的护理对乳腺癌化疗患者干预效果的研究[J].肿瘤药学,2020,10(2):244-251.
- [2]杨文,青晓,王小清,等."互联网+"延续性护理在乳腺癌患者输液港置入术后的应用[J].齐鲁护理杂志,2020,26(20):22-25.
- [3]曾根花.基于正念减压理念的居家护理平台在乳腺癌术后深静脉血栓高危患者延续护理中的应用[J].医学理论与实践,2022,35(3):501-503.

[4]姚倩,蔺子,蒋亚茹,等.基于多媒体网络平台的延续性护理结合社会支持对乳腺癌术后化疗患者生存质量的影响[J].临床医学研究与实践,2021,6(2):146-148.

[5]李肖莹,李颜,陈丽霞,等.基于微信平台延续护理模式对乳腺癌术后患者功能锻炼依从性及预后的影响[J].智慧健康,2021,7(18):115-117.

[6]李帆,黄莹,袁伟,等.延续护理信息平台对乳腺癌化疗患者自我管理能力和生存质量的影响研究[J].解放军护理杂志,2022,39(4):22-25,84.

[7]张艳霞.基于微信平台的延续性护理干预对乳腺癌患者术后自我效能及遵医行为的影响[J].河南医学研究,2019,28(15):2857-2858.

[8]邓丽娜,李燕,吴志华,等.基于微信平台的延续性护理干预在乳腺癌患者术后护理中的应用效果[J].中国当代医药,2019,26(22):215-218.

[9]张洁,朱怡柯,赵楠.微信平台的延续性护理干预对乳腺癌术后患者自我效能及遵医行为的影响[J].黑龙江中医药,2019,48(2):165-166.

[10]郎均荷.微信平台的延续性护理干预对乳腺癌患者术后疾病相关知识知晓率及治疗依从性的影响[J].当代医学,2018,24(19):68-70.

[11]石维红,李双凤,朱林波,等.以奥马哈系统为理论框架的微信群平台在乳腺癌患者术后延续护理中的应用[J].护理与康复,2020,19(3):88-90.

[12]邢颖喆.探讨微信平台为框架的延续性干预对乳腺癌术后患者康复治疗依从性及生活质量的影响[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2021,21(24):316-317.

采用无缝隙护理在老年冠心病病人护理中的临床效果体会

胡海凤

合肥市第二人民医院 安徽合肥 230011

摘要:目的:用于探究采用无缝隙护理在老年冠心病病人护理中的临床效果。方法:选取我院2017年1月-2019年6月收治的100例行老年冠心病患者作为观察对象,随机将其分为对照组和实验组,每组各50例,对照组实施常规护理干预,实验组在常规护理的基础上给予患者无缝隙护理干预,观察对比患者在两组护理模式下的SAQ评分、不良反应发生情况以及护理满意程度。结果:实验组患者的活动受限程度评分、心绞痛稳定状态评分以及心绞痛发作情况的评分均高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$);对照组的不良反应发生率为22%,实验组的不良反应发生率为8%,实验组的不良反应发生率明显低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$);对照组的总满意度为84%,实验组的总满意度为94%,实验组的总满意度明显高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论:采用无缝隙护理在老年冠心病病人护理中的临床效果显著,有助于患者提高生活质量和对护理的满意度,恢复其机体功能状态,减少并发症的发生,无缝隙护理值得在临床上广泛应用。

关键词:无缝隙护理;老年冠心病;临床效果;常规护理

冠心病即冠状动脉粥样硬化性心脏病,是指冠状动脉粥样硬化使血管腔狭窄或阻塞,或因冠状动脉功能性改变导致心肌缺血缺氧或坏死而引起的心脏病,亦称缺血性心脏病^[1]。冠心病是老年人最常见的心脏病,也是心血管病致死的首要原因。本文选取收治于我院的100例行老年冠心病患者作为观察对象,以此探究采用无缝隙护理在老年冠心病病人护理中的临床效果,具体报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院2017年1月-2019年6月收治的100例行老年冠心病患者作为观察对象,随机将其分为对照组和实验组,每组各50例,对照组中男性患者27例、女性患者23例,年龄60-75岁,平均年龄(67.2±2.5)岁,病程1-12年,平均病程(6.5±1.3)年,对照组实施常规护理干预;观察组中男性患者26例,女性患者24例,年龄62-79岁,平均年龄(70.6±2.7)岁,病程2-13年,平均病程(7.5±1.5)年,实验组在常规护理的基础上给予患者无缝隙护理干预。根据临床比较发现,两组患者在性别、年龄、病程等方面的基本资料对比均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

对照组实施常规护理干预,患者入院后进行相关检查,给予吸氧,监测患者血压、心率、心律等生命体征的变化情况,进行病房巡视,给予患者心理疏导和宣教工作。实验组在常规护理的基础上给予患者无缝隙护理干预,具体方法如下:(1)成立无缝隙护理干预小组,包括临床医师1名、护士1名、专业护理人员3名,每位小组成员的信息公开,附加照片及个人简历,方便患者和家属的咨询及提供建议。(2)护理人员进行无缝隙排班,每位护理人员均实施8小时工作制,保证护理工作的连续性,同时又要保障护理人员得到充分的休息^[2]。(3)患者入院后,协助患者及其家属办理住院手续,做好入院介绍与指导,介绍医护人员、医院的环境及病房设施,了解患者的基本信息、生活习惯、病情程度以及心理状态等,陪同患者做好各项检查,密切监测患者的生命体征,记录患者的体温、血压及脉搏等。(4)老年人患者由于机体器官的衰老伴随复杂的心理变化,情绪紧张、激动

时可使冠状动脉痉挛,加重病情,因此更需注意老年患者的情志护理,护理人员随时了解患者的心理变化、性格特征,提供治疗性、安慰性的心理指导^[3],使患者保持心情舒畅,乐观、松弛的心理状态。在饮食方面指导患者合理膳食,选择清淡、易消化、低脂低盐的食物,多进食富含不饱和脂肪酸的食品,多食富含维生素C和粗纤维及新鲜水果,严禁患者暴饮暴食,可少食多餐。(5)对于心绞痛发作的患者给予舌下含服硝酸甘油,用药后注意观察胸痛变化情况,若服药后3-5分钟仍不可缓解可重复使用14,每隔5分钟1次,连续3次未能缓解者及时报告医生,并配合处理。(6)保持病房干净整洁,空气清新,光线充足,温湿度适宜;注意患者的睡眠护理,冠心病多于夜间发作,应加强夜间巡视,密切观察脉搏、呼吸、血压、面色、口唇等变化,一旦发现异常情况应立即报告医生;患者睡前可用温水泡脚以消除疲劳,养成规律性睡眠。老年患者易发生便秘,其与患者的用药、卧位、生理、心理等因素有密切关系,因此需注意患者便秘的预防和护理。(7)患者在急性期需绝对卧床休息,恢复期可进行适当运动,在护理中应根据患者的不同情况,合理安排运动方法和运动量,并加以指导,根据患者的体质、病情以不感到过度疲劳为宜。对于体软、病重者可先在床上进行四肢运动或在室内走动,亦可做老年保健操,帮助患者树立战胜冠心病的信心。

1.3 观察指标

(1)采用SAQ评分量表对患者的躯体活动受限程度、心绞痛稳定状态、心绞痛发作情况进行评分,评分越高,表明患者生活质量及机体功能状态越好。

(2)观察对比护理后患者的不良反应发生情况以及对护理的满意程度进行评分,满分为100分,>85分为非常满意,85-90分为满意,<85分为不满意。总满意度=(非常满意+满意)/总例数*100%。

1.4 统计学方法

运用SPSS18.0软件进行数据处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用t检验,计数资料用百分比表示, $P<0.05$ 的差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患者 SAQ 评分的比较

从表中数据可以看出,实验组患者的活动受限程度评分、心绞痛稳定状态评分以及心绞痛发作情况的评分均高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)(见表 1)。

表 1 两组患者 SAQ 评分的比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	活动受限程度	心绞痛稳定状态	心绞痛
对照组	50	65.32±5.28	76.21±5.12	78.17±3.86
实验组	50	79.36±5.34	89.47±5.46	94.13±5.26
P		<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者不良反应发生情况的比较

从表中数据可以看出,对照组的不良反应发生率为 22%,实验组的不良反应发生率为 8%,实验组的不良反应发生率明显低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)(见表 2)。

表 2 两组患者不良反应发生情况的比较(例)

组别	例数	心肌梗死	心力衰竭	心绞痛	不良反应发生率(%)
对照组	50	2	5	4	11 (22.00)
实验组	50	1	2	1	4(8.00)
P					<0.05

2.3 两组患者对护理满意度的比较

从表中数据可以看出,对照组的总满意度为 84%,实验组的总满意度为 94%,实验组的总满意度明显高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)(见表 3)。

表 3 两组患者对护理满意度的比较(例)

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意度(%)
对照组	50	22	20	8	42(84.00)
实验组	50	27	20	3	47(94.00)
P					<0.05

3. 讨论

据统计,老年人常见的死亡原因中,冠心病在 80 年代跃居第一位,在急性心肌梗死中,小于 45 岁的患者占总人数的 10.2%45-59 岁的患者占 32.5%,大于 60 岁的患者占总人数的 57.3%,冠心病的患病率随着年龄的增长而显著增加^[4]。冠心病在男性 40 开始发病率显著增高,50-60 岁达到高峰,女性 50 岁开始发病率显著增高,60-70 岁达到高峰,70 岁后均有所下降,男、女患病率大致相同。WHO 资料显示,2010 年我国冠心病患病率约为 52%,冠心病死亡人数已列世界第二位^[5]。冠心病是由冠状动脉壁上的斑块聚集引起的,斑块由胆固醇和动脉中的其他物质沉积物组成,斑块积聚导致动脉管腔不断变窄,从而导致部分或完全阻塞血流,从而引起动脉粥样硬化。经研究发现,影响冠心病的因素有很多,包括年龄、性别、遗传因素、吸烟、高血压、血脂异常、糖尿病、超重、肥胖、缺乏体力活动、精神压力大、不健康饮食和大量饮酒等^[6]。其中,除了年龄、性别和遗传因素属于不可控的危险因素外,其余为可以控制的因素,因此绝

大部分冠心病的危险因素可以通过生活方式或药物干预而控制。随着研究的进展,有学者发现还有一些危险因素,包括睡眠呼吸暂停、高敏 C 反应蛋白水平升高、高甘油三酯血症、同型半胱氨酸血症、子痫前期、自身免疫性疾病等也都是冠心病的危险因素。此外,体力劳动或情绪激动可诱发冠心病发作,尤其是诱发出胸痛症状。冠状动脉出现狭窄后,无法为心脏提供足够的含氧血液^[7],尤其是在剧烈运动时,最开始时,血流量减少可能不会引起任何冠心病症状,但随着冠脉内的斑块不断积聚,冠脉越来越窄,最终会导致冠心病体征和症状。其中最常见的症状为胸痛,也可能出现心悸、不正常呼吸短促等。短暂的冠脉狭窄阻塞引起的胸痛,即为心绞痛,患者可能会感到胸部有压迫感或紧绷,通常发生在胸部的中间或左侧。心绞痛通常由劳累或情绪激动引发,常在停止活动或平静休息几分钟后疼痛感消失,在部分人中,特别是女性,疼痛可能是短暂或尖锐的,并且疼痛感可同时“放射”到颈部、手臂或背部。老年冠心病患者的临床特点表现为病史长、病变累及多支血管,常有陈旧性心梗,且伴有不同程度的心功能不全;也可表现为慢性稳定型心绞痛,也可以急性心梗为首发症状。冠心病患者常伴有高血压、糖尿病、阻塞性肺气肿等慢性疾病,多存在器官功能退化性病变。因此,老年冠心病发生急性冠脉综合征的危险性相对较大。

全程无缝护理是优化医院服务,加强内部管理,提高医疗质量,促进医患关系和谐的一种护理模式。在临床护理工作中,不断丰富对患者的护理服务在做好规定的护理服务基础上,根据患者要求,提供全程无缝隙护理,促进护理工作更贴近患者,贴近临床,贴近社会。本文的研究结果显示,采取无缝隙护理的患者的活动受限程度评分、心绞痛稳定状态评分以及心绞痛发作情况的评分均高于对照组,且护理后患者的不良反应发生率,患者对护理的满意度较高。综上所述,采用无缝隙护理在老年冠心病病人护理中有显著的临床效果,实施无缝隙护理有利于提高患者生活质量,恢复机体功能状态,降低不良反应发生率,值得在临床方面广泛应用。

参考文献:

- [1]王晓萍无缝隙护理在老年冠心病病人护理中的应用效果[J] 医学食疗与健康 2018(05)111-112
- [2]靳飞无缝隙护理在老年冠心病患者护理中的应用效果分析[J] 基层医学论坛 2020.24(06)768-769
- [3]祝春丽无缝隙护理在老年冠心病患者心绞痛中的应用效果分析[J] 首都食品与医药 2019.26(17):153
- [4]朱猛牛迎东刘晓欣宋岩涛无缝隙护理在老年冠心病患者护理中的应用效果探究[J] 中西医结合心血管病电子杂志 2019(15):149
- [5]王诗超无缝隙护理在老年冠心病病人护理中的应用效果观察及有效性分析[J] 实用临床护理学电子杂志 2019(19):144+148
- [6]巩芳.观察无缝隙护理在老年冠心病患者护理中的应用效果[J] 实用临床护理学电子杂志 2019(13):45
- [7]程晓梅无缝隙护理在老年冠心病患者护理中的应用效果研究[J] 实用临床护理学电子杂志 2018(48):61

护患沟通性语言在手术室护理中的应用效果评价

胡晓华

浙江大学医学院附属邵逸夫医院 浙江杭州 310000

摘要：目的：评价护患沟通性语言在手术室护理中的应用效果。方法：将 2020 年 1 月~2022 年 1 月 70 例在我院接受手术治疗的患者随机均分两组，接受常规手术室护理的为对照组，在此基础上给予护患沟通性语言护理的为研究组，对比两组护理效果、负性情绪评分、护理依从性、护理满意度以及护理质量评分。结果：经过护理，研究组患者的护理效果、负性情绪评分、护理依从性、护理满意度以及护理质量评分均优于对照组，两组数据对比差异显著（ $P<0.05$ ）。结论：护患沟通性语言在手术室护理中的应用效果较好，可显著优化治疗效果，提高护理质量评分，减少患者不良情绪，提高患者依从性，适宜推广应用。

关键词：护患沟通性语言；手术室护理；应用效果

外科手术治疗是目前临床上各类疾病较为常用的治疗手段之一，可以有效治疗多种疾病，展现出较高的临床治疗效果^[1-2]。但外科手术由于具有较大的创伤性及危险性，因此会让许多患者感觉到害怕、焦虑，治疗依从性会受到影响^[3-5]。因此，对于外科患者来说，是否在围术期与护理人员进行了十分有效沟通是决定手术治疗效果好坏的关键因素。本研究评价护患沟通性语言在手术室护理中的应用效果，为手术室护理提供更加适宜的方

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次 70 例研究对象一般资料均可比（ $P>0.05$ ），具体如表 1 所示。参与试验的 70 例接受手术治疗的患者及其家属均已经充分了解了此次研究相关内容，同时签署了研究知情同意书；均符合手术治疗指征；不存在治疗禁忌。对存在精神系统疾病以及因自身问题，无法配合完成本次研究的患者，我们不纳入此次研究范围。

表 1 70 例研究对象一般资料

组别	性别（例）		年龄范围/平均年龄 （岁）	手术类型 例（%）			麻醉方式 例（%）		
	男	女		骨科手术	普外科手术	泌尿科手术	全麻	椎管内麻醉	臂丛麻醉
研究组	20	15	（42-62）	15	11	9	16	12	7
			51.38±5.24	（42.86）	（31.43）	（25.71）	（45.71）	（34.29）	（20.00）
对照组	21	14	（40-61）	16	12	7	17（48.57）	10（28.57）	8（22.86）
			51.15±5.53	（45.71）	（34.29）	（20.00）			
χ ² /t	0.059		0.179	0.058	0.065	0.324	0.057	0.265	0.085
P	0.808		0.859	0.810	0.799	0.569	0.811	0.607	0.771

1.2 研究方法

对照组接受常规手术室护理：仔细核对患者的医疗资料，告知患者手术治疗的相关预防措施和基本程序，耐心回答患者及其家人提出的各方面问题，做好基础的手术室护理。研究组在此基础上给予护患沟通性语言护理：①手术开始的前一天，护理人员积极主动的开展术前访视活动，注意语言的温和、轻缓，主动和患者介绍自己，告诉患者来访的目的是什么，运用沟通性语言技巧为患者开展术前教育活动，给予患者适宜的心理安慰以及支持，为患者讲述此类手术的相关成功病例，并详细说明患者不了解的部分，为患者讲述手术室环境以及麻醉的相关感觉。②手术进行当日，认真检查核对患者的相关信息，用简要易懂的语言为患者介绍下手术室里面的设备功能，以真挚的语言，引导患者进入手术室，注意患者体温的保持，认真细致的关心患者情绪变化情况，以温柔且谨慎的态度去护理患者，有效地传达患者的病情特点，输液时注意要提前通知患者，如果穿刺不成功需及时诚恳道歉并给予患者及时的安慰鼓励，麻醉前向患者解释接下来

可能会出现的情况，叮嘱患者无需紧张；手术操作过程中注意患者的诉求，陪伴在患者左右，不断给予患者精神上的支持和鼓励，给足患者安全感，手术操作结束后及时通知患者手术结果。③手术完成后注意关注患者的情绪变化，问询患者的感受，如有不适，及时给予处置，麻醉药效后告知患者可以给予术后镇痛处置。护理人员将相关术后预防措施逐一同患者及其家人进行讲解，并做好同病房责任护理人员的交接。

1.3 观察指标

护理效果（患者情况显著好转，各种不良情况消失，患者依从度明显提高，判定为显效；患者情况有所改善，各种不良表现发生频率减少，患者依从度有所改善，判定为有效；患者情况未见好转，不良情况并未消失，患者依从度并未提高，判定为无效）；负性情绪评分（通过 SDS 抑郁自评量表和 SAS 焦虑自评量表开展评价，二者的严重程度随分值升高而加重）、护理满意度（分为非常满意、基本满意以及不满意三个等级）、护理依从性（由医护人员对患者进行评估，分为完全依从、部分依从、不依从三个

等级, 总依从率等于完全依从与部分依从例数和占总例数百分比) 以及护理质量 (借助 Kolcaba L 量表开展评价, 分为维度心理、生理、环境以及社会文化四个方面, 分值越高, 护理质量越好)。

1.4 统计学处理

SPSS20 分析; 计量资料 t 检验; 计数资料 χ^2 检验。P<0.05 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者护理效果对比

研究组护理总有效率 94.29% 比对照组 71.43% 高, 两组差异具有统计学意义 (P<0.05), 见表 2。

表 2 两组患者护理效果对比 (n=35, n%)

组别	显效 (n, %)	有效 (n, %)	无效 (n, %)	总有效率 (n, %)
研究组	18 (51.43%)	15 (42.86%)	2 (5.71%)	33 (94.29%)
对照组	13 (37.14%)	12 (34.29%)	10 (28.57%)	25 (71.43%)
χ^2	1.448	0.543	6.437	6.437
P	0.229	0.461	0.011	0.011

2.2 两组患者焦虑、抑郁状态对比

护理前, 研究组患者 SDS 评分、SAS 评分无明显差异 (P>0.05); 经过护理后, 两组患者的 SDS 与 SAS 评分均有所降低, 且研究组患者 SDS 与 SAS 评分更优于对照组, 两组差异具有统计学意义 (P<0.05), 见表 3。

表 3 两组患者焦虑、抑郁状态对比 (n=35, $\bar{x} \pm s$)

组别	SDS		SAS	
	护理前 (分)	护理后 (分)	护理前 (分)	护理后 (分)
研究组	60.25±5.65	51.75±4.53	61.66±5.33	50.64±4.52
对照组	60.31±5.71	57.86±5.02	61.24±5.42	57.75±5.15
t	0.044	5.346	0.327	6.139
P	0.965	0.000	0.745	0.000

2.3 两组患者护理依从性对比

研究组患者依从性 97.14% 比对照组 74.29% 高, 两组差异具有统计学意义 (P<0.05), 见表 4。

表 4 两组患者护理依从性对比 (n=35, n%)

组别	完全依从 (n, %)	部分依从 (n, %)	不依从 (n, %)	总依从率 (n, %)
研究组	20 (57.14%)	14 (40.00%)	1 (2.86%)	34 (97.14%)
对照组	15 (42.86%)	11 (31.43%)	9 (25.71%)	26 (74.29%)
χ^2	1.429	0.560	7.467	7.467
P	0.232	0.454	0.006	0.006

2.4 两组患者护理满意度对比

研究组患者的护理总满意度 97.14% 比对照组 74.29% 高, 两组差异具有统计学意义 (P<0.05), 见表 5。

表 5 两组患者护理满意度对比 (n=35, n%)

组别	非常满意 (n, %)	一般满意 (n, %)	不满意 (n, %)	总满意度 (n, %)
研究组	20 (57.14%)	14 (40.00%)	1 (2.86%)	34 (97.14%)
对照组	15 (42.86%)	11 (31.43%)	9 (25.71%)	26 (74.29%)

研究组	21 (60.00%)	13 (37.14%)	1 (2.86%)	34 (97.14%)
对照组	14 (40.00%)	12 (34.29%)	9 (25.71%)	26 (74.29%)
χ^2	2.800	0.062	7.467	7.467
P	0.094	0.803	0.006	0.006

2.5 两组患者护理质量评分对比

研究组患者护理质量显著优于对照组, 两组差异具有统计学意义 (P<0.05), 见表 6。

表 6 两组患者护理质量评分对比 (n=35, $\bar{x} \pm s$)

组别	心理 (分)	生理 (分)	环境 (分)	社会文化 (分)
研究组	68.41±5.23	79.94±5.22	91.35±2.18	77.52±5.31
对照组	54.28±7.53	68.47±9.33	80.67±3.56	65.62±8.04
t	9.118	6.347	15.136	7.307
P	0.000	0.000	0.000	0.000

3. 讨论

接受手术治疗的患者需要经历一段较为特殊的治疗过程, 由于对陌生事物的恐惧, 加之手术治疗的风险性, 往往会让患者产生多种负面情绪以及手术应激反应^[6-8]。目前, 随着医疗服务意识的不断提升, 手术室护士与患者间的交流也越来越受到关注, 对护理工作的要求也在逐渐升高, 如何加强护患沟通成为了医护人员关注的重点。随着临床医疗的深入发展, 人们发现, 只有不断加强护理, 才能深入改善护患关系, 才能有效提高患者对自身病症的认知程度, 以此提高患者配合治疗的依从性。手术室护士与患者之间有两种常用沟通方式, 即言语沟通和非言语交流。前者对减轻围手术期患者的应激反应有着非常重要的作用^[9-10]。

本次在护患沟通性语言在手术室护理中的应用效果评价研究中发现: 经过护理, 研究组护理总有效率 94.29% 比对照组 71.43% 高, 两组差异具有统计学意义 (P<0.05)。护理前, 研究组患者 SDS 评分、SAS 评分无明显差异 (P>0.05); 经过护理后, 两组患者的 SDS 与 SAS 评分均有所降低, 且研究组患者 SDS 与 SAS 评分更优于对照组, 两组差异具有统计学意义 (P<0.05)。经过护理, 研究组患者依从性 97.14% 比对照组 74.29% 高, 两组差异具有统计学意义 (P<0.05)。经过护理, 研究组患者的护理总满意度 97.14% 比对照组 74.29% 高, 两组差异具有统计学意义 (P<0.05)。经过护理, 研究组患者护理质量显著优于对照组, 两组差异具有统计学意义 (P<0.05)。由此可知: 护患沟通性语言在手术室护理中的应用效果较好, 可显著优化治疗效果, 提高护理质量评分, 减少患者不良情绪, 提高患者依从性, 适宜推广应用。相较于常规护理而言, 在护理沟通过程中运用良好的沟通语言与患者开展交流, 充分考虑了手术患者的特殊要求, 满足患者的安全感, 通过术前沟通, 为患者介绍了手术目的和如何配合, 通过手术前手术室的环境、器械设备等重点交流, 缓解患者焦虑、不安的情绪, 确保患者能够在沟通中得到安慰, 有效降低了因过度焦虑而导致的对麻醉、对手术等过程产生的影响。加之术中和术后的沟通, 能够让患者更好的配合完成手术治疗。此外, 在干预过程中, 应充分考虑患者的职业、年龄、受教育程度以及性别等因素, 获取恰当的称谓, 确保患者充分感受

(下转第 166 页)

常规胃镜与无痛胃镜采用护理干预的效果分析

马灵凤

同心县人民医院消化内镜室 宁夏同心县 751300

摘要: 目的: 探讨常规胃镜和无痛胃镜采用护理干预的效果。方法: 将 2020 年 10 月到 2021 年 10 月在本院进行胃镜检查的患者 90 例作为本次的观察对象, 并将这 90 例进行胃镜检查的患者随机分为实验组和对照组两组, 每组有 45 例进行胃镜检查的患者, 对照组的 45 例胃镜检查的患者使用常规的胃镜检查, 并且给予常规的胃镜护理干预进行护理, 而实验组的 45 例进行胃镜检查的患者则是给予无痛胃镜检查以及无痛胃镜的护理干预措施进行护理, 并将两组进行胃镜检查的患者检查指标的评分以及不良反应的发生情况进行对比和分析。结果: 采用无痛胃镜以及无痛胃镜护理干预进行护理的实验组胃镜检查的患者检查指标的评分情况以及患者不良反应的发生情况均优于采用常规胃镜以及常规胃镜护理干预进行护理的对照组胃镜检查的患者, 且两组进行胃镜检查的患者检查指标的评分情况以及不良反应的发生情况对比后产生的差异数据具有统计学意义 ($p < 0.05$)。结论: 本文通过对常规胃镜、常规胃镜护理措施和无痛胃镜、无痛胃镜护理措施进行对比发现, 无痛胃镜检查以及护理干预具有非常好的效果, 能够降低患者出现疼痛以及不良反应的发生率, 同时改善患者不良的心理情绪, 提高患者的治疗效果, 在临床上值得推广和使用。

关键词: 常规胃镜; 无痛胃镜; 护理干预

在消化内科当中, 胃镜是一种比较常用的检查手段, 并且胃镜的检查被广泛的应用在临床当中。但是由于胃镜检查属于一种侵入性的检查操作, 在患者检查过程中会引发患者出现恶心、呕吐以及血压升高和咳嗽等症状, 同时还会使患者出现疼痛感以及不适感, 而临床上有大部分的患者都会因为胃镜这种侵入性的操作以及带来的不适而放弃检查。但是由于近几年我国经济水平以及生活水平的不断提高, 所以我国医疗技术也在不断的发展, 而胃镜的检查也发展成为无痛的胃镜检查, 无痛胃镜检查是一种没有痛苦的临床检查技术, 通过利用一定量的镇静剂, 使患者能够在检查的过程中处于睡眠的状态, 并且在检查结束以后患者能够立刻的恢复意识。无痛胃镜具有减轻痛苦、检查速度快、清醒时间短的特点, 目前在临床上受到广大患者以及广大医护人员的欢迎。为了能够更加准确的区分常规胃镜以及无痛胃镜的区别以及各自的价值, 所以本文将对在本院进行胃镜检查的患者给予常规胃镜以及无痛胃镜进行检查, 并对其使用针对性的护理措施进行护理, 将结果进行对比和分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2020 年 10 月到 2021 年 10 月, 在本院进行胃镜检查的患者 90 例作为本次的观察对象, 将这 90 例进行胃镜检查的患者随机分为实验组和对照组两组, 每组有 45 例进行胃镜检查的患者, 对照组的 45 例进行胃镜检查的患者中, 有男性患者 30 例, 女性患者 15 例, 年龄在 21~58 岁之间, 平均年龄在 (46.9 ± 4.8) 岁, 而实验组的 45 例进行胃镜检查的患者中有男性患者 32 例, 女性患者 13 例, 年龄在 22~60 岁之间, 平均年龄在 (47.4 ± 4.3) 岁。两组进行胃镜检查的患者中包括: 胃溃疡的患者为 44 例、患有胃息肉的患者为 24 例、患有慢性胃炎的患者为 22 例。纳入标准: 90 例进行胃镜检查的患者均经过临床的病理学确诊病情, 同时患者自愿参加本次研究, 并且签署知情同意书。排除标准: 本次的研究需要排除患有重度呼吸系统疾病以及心、肝、肺、肾等疾病的患者, 同时还应该排除伴有严重器质性疾病的患者以及伴有消化系统和血液系统疾病的患者, 对于有麻醉药物过敏或者有过敏体质患者也应该排除。两组进行胃镜检查的患者均符合

本次研究的纳入标准, 并且两组进行胃镜检查的患者的临床资料对比后产生的差异数据不具有统计学意义 ($p > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 检查的方法

对照组的 45 例进行胃镜检查的患者采用常规的胃镜检查方法进行检査, 在进行检查前的 10 分钟需要指导患者服用胃镜胶, 在患者感觉到咽部出现麻木的状态下, 就可以进行胃镜检查了。而实验组的 45 例进行胃镜检查的患者, 则是采用无痛的胃镜检查进行, 首先需要对患者进行鼻导管输氧的工作, 并且建立静脉通道为患者注射丙泊酚 ($1-1.5\text{mg/kg}$), 在患者进入到前睡眠状态后可以停止使用药物, 随后对患者进行无痛的胃镜检查, 在检查的过程中需要严密的观察患者的麻醉状况, 如果麻醉的效果不是很理想, 需要立刻再次注射麻醉药物。

1.2.2 护理的方法

对照组进行常规胃镜检查的患者使用常规的胃镜护理干预措施进行护理, 主要的内容包括: 1. 护理人员在患者进行常规胃镜检查前, 叮嘱患者保持 6 小时以上的禁食状态, 并且将口腔内的义齿以及佩戴的饰物去掉。2. 对患者进行有效的心理护理, 护理人员需要告知患者在检查过程中可能出现的不适状况, 同时给予患者个性化的护理措施来改善患者的负面情绪, 并且引导患者保持正确的体位方便操作。3. 检验人员需要提前做好胃镜检查的准备工作, 并且准备好口垫, 同时嘱咐患者在检查的过程中不能够拔掉胃镜, 如果患者在检查的过程中出现恶心、呕吐、咳嗽等不良反应的情况, 可以通过举手来表达。同时确保患者在检查的过程中, 患者的头部不能够出现移位的情况。当进行胃镜检查时, 将胃镜深入到患者的舌根部, 嘱咐患者做吞咽的时候, 需要严密的观察患者的面色以及患者的表情, 如果患者表现出异样的情绪, 需要马上停止检查。4. 对患者进行检查结束以后, 护理人员需要严密的观察患者生命体征的变化, 并且嘱咐患者在检查完的当天只能吃半流质的食物, 禁止食用辛辣以及刺激性的食物。

实验组进行胃镜检查的患者使用无痛胃镜进行检查, 并且给予患者无痛胃镜的护理措施进行护理, 主要的内容包括: 1. 在患者进行无痛胃镜检

查前,护理人员首先需要了解患者的病史以及患者对麻醉药物过敏的情况和患者的过敏史。2. 护理人员需要帮助检查人员提前准备好在检查过程中所需要的器械以及麻醉药物和监护的仪器、负压吸引器等。3. 在患者进行无痛胃镜检查前,护理人员需要对患者进行心理护理干预,告知患者麻醉的主要方法,以及在检查过程中可能出现的不良反应情况,引导患者保持良好的心理状态去面对胃镜的检查工作,调节患者不良的心理情绪。4. 在患者进行无痛胃镜检查前,护理人员需要对患者口腔内的义齿情况进行检查,并且将患者的衣领以及裤袋松开,帮助患者取下身体上的饰品。5. 在对患者进行无痛胃镜检查的过程中,首先需要为患者建立静脉通道,并且使用心电监护仪来监测患者各项生命体征的变化,同时需要根据患者实际的病情情况给予患者针对性的药物治疗。6. 在对患者进行无痛胃镜检查结束以后,需要护送患者回到观察室,并且安排专业的护理人员对患者进行护理,等患者恢复意识并且患者的生命体征已经恢复到正常指标时可以安排家属陪同患者办理出院。7. 护理人员需要叮嘱患者再进行无痛胃镜检查后的两小时才能够吃东西、喝水,并且在检查结束的当天只能进食半流质的食物,不能够食用辛辣以及刺激性的食物。

1.3 观察指标

将两组进行胃镜检查的患者检查指标的评分情况以及不良反应的发生情况进行对比和分析。

1.4 统计学分析

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

2 结果

2.1 采用无痛胃镜和无痛胃镜护理干预措施的患者检查指标的评分情况优于采用常规胃镜和常规胃镜护理的对照组胃镜检查的患者,且两组胃镜检查的患者检查指标评分情况对比产生的差异数据具有统计学意义($p<0.05$)见表1

表1 两组胃镜检查患者检查指标评分的对比情况

组别	呼吸(次/min)	心率(次/min)	舒张压(mmHg)	收缩压(mmHg)
实验组	16.7 $\pm$ 1.6	82.5 $\pm$ 2.9	88.3 $\pm$ 14.9	128.2 $\pm$ 17.2
对照组	19.3 $\pm$ 1.2	98.4 $\pm$ 3.6	111.2 $\pm$ 16.1	145.1 $\pm$ 19.3
t	5.0348	13.3211	4.0430	2.5318
P	0.0000	0.0000	0.0004	0.0172

2.2 采用无痛胃镜和无痛胃镜护理的实验组胃镜检查的患者不良反应的发生情况优于采用常规胃镜和常规胃镜护理的对照组的患者,且两组胃镜检查的患者不良反应的发生情况对比后产生的差异数据具有统计学意义($p<0.05$)见表2

表2 两组胃镜检查患者不良反应发生的对比情况

组别	恶心	呛咳	躁动	总发生率
实验组	1(6.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	1(6.7%)
对照组	4(26.7%)	1(6.7%)	1(6.7%)	6(40.0%)
t				4.6584

3 讨论

对于消化内科诊断疾病的最主要方法就是进行胃镜检查,目前在临床上胃镜检查又包括常规的胃镜检查以及无痛的胃镜检查。常规的胃镜检查是指通过患者的口腔插入胃镜,伸入到患者的舌根,但是在这一过程中会引发患者出现很多的不良反应情况,如患者会出现恶心、呕吐以及呛咳、流涎和躁动等情况,所以大部分的患者在进行常规胃镜检查以后,都不愿意接受第2次的检查。由于常规胃镜检查在临床上的价格比较亲民,所以被广泛的应用在临床当中。无痛胃镜检查是一种没有痛感的检查技术,是由常规胃镜检查技术发展而来的,无痛胃镜的检查是指在检查前为患者注射一定的镇静剂,使患者在检查过程中能够保持在睡眠的状态,并在检查结束以后立刻恢复意识。无痛胃镜检查能够提高患者的承受能力,同时也能够缓解患者出现痛苦的情况,降低疾病出现漏诊的几率,同时也能够降低患者在检查过程中出现不良反应的情况,所以目前无痛胃镜更受广大患者和医护人员的喜爱。由于大部分的患者对于常规胃镜的检查会产生紧张以及恐惧等不良的心理状态,所以护理人员需要给予进行常规胃镜检查的患者更多的心理护理来降低患者的不适感,使其能够顺利的进行检查。

常规胃镜的检查以及常规胃镜的护理干预,主要强调的是能够成功执行胃镜的置管操作,对于患者的心理护理只是简单的进行疏导,但是在操作的过程中还是会出现很多的问题,所以也使患者的心理状况出现极其不稳定的情况,这也使患者在检查过程中会出现生命体征和情绪波动比较大的情况,如果没有及时对不良反应进行有效的预防,还会影响检查工作,甚至有患者还会出现放弃胃镜检查的情况。

无痛胃镜检查以及无痛胃镜的护理干预是从多方面为患者进行考虑的,能够满足进行无痛胃镜检查的患者护理的需求,护理人员在患者进行无痛胃镜检查前,先与患者进行主动的沟通和交流,拉近与患者之间的关系,提高患者对医护人员的信任度,同时也能够了解患者的病情情况和患者的过敏情况,并且将检查的流程详细的告知给患者,消除患者对检查时的恐惧以及陌生感。而心理护理能够帮助患者改善内心的负面情绪,使患者能够保持良好的心理状态去面对无痛胃镜的检查,并且在检查的过程中检验人员必须要按照规程去进行检验,防止由于操作不当引发患者出现不良反应。并且在检查以后需要给予患者更多的关怀,安排专业的护理人员对患者进行护理,降低不良事件的发生。

综上所述,本文对常规胃镜、常规胃镜护理和无痛胃镜、无痛胃镜的护理进行对比发现,无痛胃镜的检查以及护理,对于进行胃镜检查的患者来说,具有着非常好的效果,同时还能够改善患者的不良情绪,降低患者在检查过程中出现不良反应的几率,值得推广和使用。

参考文献:

- [1]张雪萍.高龄人群常规胃镜与无痛胃镜检查的护理要点分析[J].中国社区医师, 2021, 34(11):162+164.
- [2]徐兵.无痛胃镜与常规胃镜检查的临床对照研究[J].中国城乡企业卫生, 2021, 32(12):105-106.
- [3]孟祥娟, 苏心镜.护理人员在无痛胃镜检查中的配合与护理[J].河北北方学院学报(自然科学版), 2021, 33(06):50-51.
- [4]侯涛.常规胃镜和无痛胃镜的护理干预管理研究[J].临床医药文献

电子杂志, 2021, 4(31):6034-6035.

[5]马绪伟.护理干预对常规胃镜和无痛胃镜检查效果的观察[J].实用临床护理学电子杂志, 2021, 1(12):35, 37.

[6]洪鑫芳, 张钰, 杨丽.高龄人群无痛胃镜与常规胃镜检查的护理要点分析[J].中华保健医学杂志, 2021, 17(2):140-141.

[7]吴嘉训, 方一, 刘倩, 等.无痛胃镜与常规胃镜检查的前瞻性对照研究[J].中华消化内镜杂志, 2021, 31(4):189-193.

[8]周莲.无痛胃镜与普通胃镜的临床对照及护理[J].当代护士(下旬刊), 2021(9):130-131.

[9]赵小钧.常规胃镜和无痛胃镜的护理干预[J].中国医药指南, 2021(4):249-250.

[10]李晋灏, 刘丽萍, 毕淑娟, 等.无痛胃镜与普通胃镜检查的临床对照及护理[J].山西职工医学院学报, 2021, 18(3):63-64.

[11]王金荣, 马静.无痛胃镜检查中两种护理干预效果的比较[J].宁夏医科大学学报, 2021, 35(12):1398-1400.

[12]黄明玉, 陈新妹, 陈聪.全程护理干预对无痛胃镜检查患者生命体征及心理状态的影响[J].医学理论与实践, 2021, 031(014): 2171-2172.

[13]沈榕.无痛胃镜与普通胃镜检查的临床护理效果比照分析[J].系统医学, 2021(11).

[14]罗子青, 朱金早.高龄人群无痛胃镜和常规胃镜检查的护理要点

探讨[J].中国医学创新, 2021, (30):67-69.

[15]李增荣, 安玉梅, 杨祥宏等.无痛胃镜术后复苏期的不良反应观察及护理[J].国际护理学杂志, 2021, 33(1): 136-137.

[16]张高坤, 王晶茹, 陈宏等.系统护理与传统护理在无痛胃镜检查中的比较[J].中国医药导刊, 2021, 13(8): 1412-1413.

[17]靳玉红, 贺新禹, 常廷民等.循证护理模式对改善无痛胃镜检查患者不良情绪及治疗配合度的效果评价[J].中国实用护理杂志, 2021, 28(7): 11-13.

[18]王成, 龙焱华, 罗曼等.老年超重患者无痛胃镜检查中呼吸道并发症的护理[J].中华现代护理杂志, 2021, 17(27): 3284-3285.

[19]黄文花.常规胃镜和无痛胃镜的护理干预[J].内蒙古中医药, 2021, 29(12): 151-152.

[20]赵小钧.常规胃镜和无痛胃镜的护理干预[J].中国医药指南, 2021, 12(04): 249-250.

[21]聂会萍.心理护理干预在无痛胃镜检查中的应用效果观察[J].延边医学, 2021, 10(150):201-202.

[22]周其莲, 宇丽, 汤玉霞, 等.小儿无痛胃镜与普通胃镜检查护理干预的对比分析[J].医学信息, 2021, 22(10): 190-191.

[23]李静海.无痛胃镜与常规胃镜检查效果的对比分析[J].山西医药杂志, 2021, 17(11):1294-1295.

(上接第 163 页)

到护理人员的真诚关怀。

综上所述,在手术室护理中采用护患沟通性语言的应用价值较高,能显著改善护理效果,提高患者的护理质量,确保患者治疗效果,降低不良情绪发生风险,临床应用效果较好。

参考文献:

[1]唯淑清.手术室护理中护患沟通性语言的应用效果[J].中国药物与临床, 2020, 20(6):1015-1017.

[2]刘晓芳, 张春艳, 阎莉, 等.复合保温措施在腹腔镜全子宫切除术患者手术室护理中的应用[J].中华现代护理杂志, 2021, 27(2):269-272.

[3]李婷婷, 奉水华.基于量化评估策略的手术室护理在老年股骨粗隆间骨折内固定术中的应用[J].重庆医学, 2021, 50(5):887-892.

[4]周建国, 李莹, 王守艳.TeamSTEPPS模式在手术室护理人员安全管理中的应用[J].中国医院管理, 2020, 40(8):91-93.

[5]赵慧霞.手术室护理结合疼痛干预对创伤骨折患者术后恢复及睡眠的影响[J].现代中西医结合杂志, 2021, 30(7):771-774.

[6]孙静, 韦金翠.加速康复外科理念在手术室护理中的应用现状[J].腹腔镜外科杂志, 2021, 26(2):153-154.

[7]钱文静, 刘佳, 王维, 等.基于结构-过程-结果的三维质量评价模式构建手术室护理质量评价指标体系[J].中国医学装备, 2020, 17(9):165-171.

[8]许娟.整体护理在小儿手术室护理中的应用及对患儿预后情况的影响[J].实用心脑血管病杂志, 2020, 28(S1):166-168.

[9]张夏悌.手术室护理路径在提高腹腔镜手术配合效率中的应用[J].蚌埠医学院学报, 2020, 45(5):682-684.

[10]连敏.手术室护理干预在预防胃肠道手术切口感染中的应用效果[J].中国药物与临床, 2021, 21(9):1631-1633.

[11]史春梅.护患沟通性语言在手术室护理中的应用效果评价[J].河北医学, 2016, 22(6):1043-1044.

[12]涂必翠.护患沟通性语言在手术室护理中的应用效果评价[J].家庭医药, 2018, (8):220-221.

[13]王平芳.护患沟通性语言在手术室护理中的应用效果初探[J].医学信息, 2018, 31(21):283.

[14]钟永钧.护患沟通性语言在手术室护理中的应用效果[J].中西医结合心血管病电子杂志, 2018, 6(14):128.

[15]董桂云.护患沟通性语言在手术室护理中的应用效果[J].现代养生(下半月版), 2019, (5):242-243.

[16]高影.护患沟通性语言在手术室护理中的应用效果[J].世界临床医学, 2017, 11(14):199.

[17]徐云, 郑小英, 黄慢莉.沟通方法在手术室护理中应用的效果观察[J].国际医药卫生导报, 2018, (8):1299-1302. doi:10.3760/cma.j.issn.1007-1245.2018.08.055.

[18]陈秀伟.沟通技巧在手术室护理中的应用效果评价[J].中国医药指南, 2018, (24):35.

宫腔镜下子宫粘膜下肌瘤电切术后并发症的预防及护理探析

陶茜茜 杨蓉 (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: 探析宫腔镜下子宫粘膜下肌瘤电切术后并发症的预防及护理效果。方法: 研究时间: 2021 年 5 月--2022 年 5 月; 研究样本: 我院宫腔镜下子宫粘膜下肌瘤电切术患者 62 例。随机分为研究组、对照组, 各组 31 例。对照组实施一般护理, 研究组实施并发症护理。观察两种护理方法并发症率、生活质量评分、总满意度、负性情绪评分、住院时间及费用。结果: 研究组并发症率低于对照组 ($P<0.05$)。研究组生理职能、情绪功能、认知功能、社会功能评分优于对照组 ($P<0.05$)。研究组总满意度高于对照组 ($P<0.05$)。研究组焦虑、抑郁评分低于对照组 ($P<0.05$)。研究组住院时间、费用均低于对照组 ($P<0.05$)。结论: 并发症护理应用于宫腔镜下子宫粘膜下肌瘤电切术可降低并发症率, 护理方法安全高效。同时, 有利于缓解患者不良情绪, 从而缩短住院时间, 改善预后效果, 总满意度高。

关键词: 宫腔镜; 子宫粘膜下肌瘤; 电切术; 并发症护理; 总满意度

子宫粘膜下肌瘤是女性多发病, 发病率为 10%--15%。宫腔镜手术是首选治疗方案, 具有无创伤、恢复快的优势。但任何手术都存在风险, 术后并发症风险高, 易影响预后效果。所以, 科学的护理方法具有重要作用^[1]。据研究: 并发症护理模式可以提高患者护理满意度, 降低并发症率, 提高预后效果^[2]。但目前, 关于并发症护理应用于宫腔镜子宫粘膜下肌瘤电切术效果的研究较少, 临床缺乏可靠理论支持。鉴于此, 本文选择 62 例子宫粘膜下肌瘤患者作为研究对象, 分别实施不同护理方案, 结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:

研究时间: 2021 年 5 月--2022 年 5 月; 研究样本: 我院宫腔镜下子宫粘膜下肌瘤电切术患者 62 例。随机分为研究组、对照组, 各组 31 例。

对照组: 年龄上限值 25 岁, 下限值 61 岁 (均值: 45.3 ± 3.1) 岁。分型标准: O 型 11 例、I 型 10 例、II 型 10 例。

研究组: 年龄上限值 24 岁, 下限值 62 岁 (均值: 45.4 ± 3.2) 岁。分型标准: O 型 9 例、I 型 12 例、II 型 10 例。62 例患者病历资料比较无差异 ($P>0.05$), 可比。

入选指标: (1) 经检查患者确诊为子宫粘膜下肌瘤。(2) 年龄范围 20 岁--70 岁。(3) 患者无血液系统疾病。(4) 自愿入组, 已签署同意书。

排除指标: (1) 重要脏器 (心、肝、肾) 等不全者。(2) 中途退出, 配合度不高者。(3) 认知障碍、语言交流障碍者。

1.2 方法

对照组: 一般护理: 交代患者需要完成的检查, 禁食禁水, 交代注意事项。核查手术器械, 辅助医生手术。术后告知患者手术结果, 创口护理。

研究组: 并发症护理: 第一, 术前护理。多数患者会在术前伴有紧张、焦虑等情绪, 护理依从性不高。为此, 护理人员要注意观察患者心理情绪, 态度温和、语气和蔼, 主动与患者交谈并鼓励主诉, 耐心解答患者提出的问题, 创建和谐护患关系。对患者进行健康宣教, 介绍疾病有关知识、治疗和护理的重要性、宫腔镜的优点, 以缓解紧张情绪, 正视疾病并有充足的心理准备, 积极配合医护工作。第二, 术中护理。核对患者一般资料, 监测生命体征, 创建静脉通路。辅助患者适合体位, 做好医疗设备检查, 确保器械处于正常状态。维持手术室适宜温度 (25°C)、湿度 (50%), 预

防低温, 注意保暖。第三, 术后护理。术后及时告知手术非常成功, 交代注意事项。同时引导平卧位, 若患者伴有恶心表现可引导将头偏向一侧。注意观察出血情况, 一旦出现出血异常要立即上报医生, 加强感染预防。加强外阴清洁, 每日 2 次碘伏棉球擦拭, 预防术后感染。术后给予缩宫素或抗生素, 观察引流状态。交代 2h 翻身 1 次, 4--6h 排尿, 预防尿潴留。首先, 水中毒护理。由于膨宫灌注压力较大导致膨宫液进入血液循环。为此, 护理人员应严格记录灌注量、排出量, 观察有无水中毒表现。患者一旦出现视力模糊、疲乏、恶心、嗜睡表现应立即采取相应措施, 如: 静滴利尿剂。其次, 子宫穿孔护理。子宫穿孔是较为严重的并发症, 多因医生技术操作不娴熟, 可通过降低膨宫液压力, 应用缩宫素和地塞米松及时处理。最后, 静脉空气栓塞护理。该病临床表现为血氧饱和度下降, 烦躁、恐惧、呼吸困难。为此, 护理人员可取膀胱截石位时避免头低臀高位。一旦发现该表现要立即响应急救方案。

1.3 评价指标

(1) 记录护理后患者感染、子宫穿孔、静脉空气栓塞发生率。(2) 采用 SCL-90 评分量表从生理职能、情绪功能、认知功能、社会功能四个维度比较患者生活质量。每项共 100 分, 评分越高代表生活质量越高。(3) 调查 62 例患者对护理服务的满意度: 十分满意、满意、不满意。总满意度 = (十分满意 + 满意) / 例数 * 100%。(4) 利用焦虑 (SAS)、抑郁 (SDS) 评分量表评估不同阶段患者心理状态。分数越低代表不良情绪越小。

1.4 数据处理

根据观察指标统计相关数据, 分别使用均数 (Mean Value) 加减标准差 (Standard Deviation) 和例 (n)、百分率 (%) 来表示计量资料和计数资料, 将有效数据输入到 SPSS18.0 软件中进行统计分析, 进行 T 值和 χ^2 检验, 当 P 值 <0.05 时组间比较具有统计学意义。

2 结果

2.1 评估 62 例患者并发症发生率

研究组感染 0 例、子宫穿孔 0 例、静脉空气栓塞 1 例。对照组感染 2 例、子宫穿孔 2 例、静脉空气栓塞 2 例。研究组总并发症 (3.23%) 低于对照组 (19.35%) ($P<0.05$), 详见表 1。

表 1, 评估 62 例患者并发症率

分组	例数	感染	子宫穿孔	静脉空气栓	总发生率
研究组	31	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.23)	1 (3.23)
对照组	31	2 (6.45)	2 (2.45)	2 (6.45)	6 (19.35)
X ²	-	-	-	-	4.03
P	-	-	-	-	0.04

2.2 评估 62 例患者生活质量评分

研究组生理职能 (84.52±10.24)、情绪功能 (86.41±8.46)、认知功能 (86.51±7.49)、社会功能 (87.52±5.61) 评分高于对照组 (77.08±6.39、80.00±4.16、79.24±4.55、80.00±3.27) (P<0.05), 详见表 2。

表 2, 评估 62 例患者生活质量评分

分组	例数	生理职能	情绪功能	认知功能	社会功能
研究组	31	84.52±10.24	86.41±8.46	86.51±7.49	87.52±5.61
对照组	31	77.08±6.39	80.00±4.16	79.24±4.55	80.00±3.27
t	-	3.43	3.79	4.62	6.45
P	-	0.00	0.00	0.00	0.00

2.3 评估 62 例患者护理满意度

研究组十分满意 20 例、满意 10 例、不满意 1 例。对照组十分满意 17 例、满意 7 例、不满意 7 例。研究组总满意度 (96.77%) 高于对照组 (77.42%) (P<0.05), 详见表 3。

表 3, 评估 62 例患者护理满意度

分组	例数	十分满意	满意	不满意	总满意度
研究组	31	20 (64.52)	10 (32.26)	1 (3.23)	30 (96.77)
对照组	31	17 (54.84)	7 (22.58)	7 (22.58)	24 (77.42)
X ²	-	-	-	-	5.17
P	-	-	-	-	0.02

2.4 评估护理前后患者负性情绪评分

护理前, 两组患者焦虑、抑郁评分比较无意义 (P>0.05)。护理后, 研究组焦虑 (31.60±2.19)、抑郁 (32.04±2.66) 评分低于对照组 (41.08±4.99、42.07±4.81) (P<0.05), 详见表 4。

表 4, 评估护理前后患者负性情绪评分

分组	例数	护理前		护理后	
		SAS	SDS	SAS	SDS
研究组	31	54.61±6.34	53.04±3.84	31.60±2.19	32.04±2.66
对照组	31	55.29±6.48	53.11±3.60	41.08±4.99	42.07±4.81
t	-	0.42	0.07	9.69	10.16
P	-	0.68	0.94	0.00	0.00

3 讨论

子宫粘膜下肌瘤是良性肿瘤, 是妇科常见病。临床症状多表现为: 月经改变、白带增多、不孕、继发性贫血。治疗主要采用宫腔镜电切术, 该项技术具有盆腔粘连形成少、术后恢复快的优势, 多数患者手术当日即可下床活动、进食, 切口小且美观, 满足更多女性外观需求^[3]。尽管是微创

手术, 但仍然存在一定风险。因此, 配合科学的护理方案具有重要作用, 能够有效降低并发症发生^[4]。本研究通过实施并发症护理措施有效降低了术后并发症风险, 改善预后效果。

本研究中, 研究组并发症率、负性情绪评分低于对照组 (P<0.05)。研究组总满意度、生活质量评分低于对照组 (P<0.05)。这是因为: 本研究主要围绕宫腔镜电切术存在的风险实施护理计划。其中, 包括: 术前做好患者思想工作、手术准备工作。术中与医生密切配合, 实时监测患者生命体征, 科学评价水肿风险^[5]。术后加强并发症预防护理、阴道护理、监测电解质变化、预防性压迫止血等, 为患者康复创造更多有利条件^[6]。并发症护理强调以患者为中心的护理理念, 重视满足患者实质需求。宫腔镜电切术治疗时给予并发症护理可以改善预后效果, 缩短住院时间。经过强化术前护理干预, 关注患者心理状态和健康宣教提高自我保健意识, 调动护理积极性。此外, 术中护理人员积极配合医生工作, 促进手术顺利进行, 有利于提高治疗效果^[7]。术后加强护理干预, 引导患者舒适体位、并发症护理从而预防术后呼吸道堵塞、感染、子宫穿孔等不良事件风险, 提高预后效果。这一点在其他研究中也得到了证实: 乔晓曼^[8]等人通过对 102 例子宫黏膜下肌瘤患者实施护理干预得出: 观察组术后并发症率低于对照组 (P<0.05)。观察组总满意度高于对照组 (P<0.05)。因此, 我们认为: 并发症护理应用于宫腔镜下子宫粘膜下肌瘤电切术可降低不良事件风险, 提高护理满意度, 建议作为该类疾病首选护理方法。

综合分析, 并发症护理对子宫粘膜下肌瘤电切术治疗反响良好, 预防各种并发症, 消除焦虑、抑郁情绪, 改善生活质量, 提高护理满意度, 值得借鉴采纳。

参考文献:

[1] 俞建国, 曹俏玮, 杨日辉, 等. 经胸超声心动图持续监测在宫腔镜子宫黏膜下肌瘤电切术中的应用价值[J]. 重庆医学, 2020, 49(2):5.

[2] 王利霞, 刘润萍. 宫腔镜电切术治疗黏膜下子宫肌瘤患者疗效及围手术期血液流变学变化[J]. 血栓与止血学, 2021, 27(5):2.

[3] Wang Limin, Gu Guanghua. Effect of levonorgestrel intrauterine birth control system on preventing polyp recurrence after hysteroscopic polypectomy [J]. Chinese Medicine, 2021, 16(4):4.

[4] 郑美玲. 宫腔镜子宫肌瘤电切术联合消结安胶囊治疗子宫黏膜下肌瘤对不孕患者卵巢功能的影响[J]. 陕西中医, 2021, 42(S01):2.

[5] Wu Liping, Hou Weitao, Niu Sanqiang, et al. Hysteroscopic resection combined with GNRH-A in patients with abnormal uterine bleeding due to submucosal fibroids [J]. Sex Science in China, 2021, 30(2):5.

[6] 任秀朋, 崔微微. 宫腔镜下射频激光治疗子宫黏膜下肌瘤的效果及对性激素、性生活质量的影响[J]. 解放军医药杂志, 2021, 33(2):5.

[7] 管红娟. 宫腔镜手术治疗黏膜下子宫肌瘤的临床疗效及对患者月经量的影响[J]. 中国妇幼保健, 2020, 35(9):4.

[8] 乔晓曼, 王静, 张梦娟, 等. 全程精细化护理在妇科宫腔镜下子宫黏膜下肌瘤切除手术患者中的应用分析[J]. 中西医结合护理(中英文), 2020, 6(12):3..

临床护理路径在老年原发性高血压患者护理中的应用效果评价

田满化

长庆油田职工医院 陕西西安 710021

摘要:目的:探讨老年病发原发性高血压疾病时采取临床护理路径后对其疾病的改善效果。方法:抽取本院2020年9月至2021年9月收诊的120例老年原发性高血压患者作为观察对象,入组后由科室自制分组标准,对120例予以随机分配,设为观察组与对照组,每组以60例为基准,将临床护理路径用于前一组老年原发性高血压患者护理工作中,将科室常规高血压疾病护理用于后组患者护理中,对两组分别干预后的血压变化、病患自我管理能力和用药依从性、高血压疾病相关知识知晓情况、血脂指标变化、干预3个月后的血压达标率、生活质量得分予以统计学计算。结果:两组间病患均在入科护理前,血压水平值均无显著性差异($P>0.05$);均在入科实施护理后,两组血压均有所下降,观察组收缩压与舒张压值更低于对照组($P<0.05$)。两组老年原发性高血压患者均于科室展开护理后,自我管理能力和更高组为观察组($P<0.05$)。对两组病患用药情况予以观察,得出用药依从性更高组为观察组($P<0.05$)。获得两组高血压疾病知识问卷结果,得出观察组病患对高血压疾病相关知识的考核分值均呈更高水平显示($P<0.05$)。两组老年原发性高血压病患在入组干预前,测得血脂指标数值均无显著性差异($P>0.05$);均入组实施护理后,组间血脂指标有所改变,观察组更低于对照组($P<0.05$)。经对两组干预3个月后的血压情况随访得出结果,血压达标率占比更高组为观察组($P<0.05$)。两组病患均在开展高血压疾病护理后,得出生活质量更高组为观察组($P<0.05$)。结论:开展临床护理路径用于老年原发性高血压疾病治疗中,能调节患者血压值,并强化其自我管理能力,使患者用药依从性提升,进一步改善老年患者生活质量。

关键词:老年原发性高血压;临床护理路径;血压水平;血脂;依从性

前言

随着我国逐渐步入老龄化社会,看似很普通存在的高血压病已成为威胁中老年人群身体健康的健康杀手^[1]。原发性高血压是导致心血管疾病的元凶,更是形成许多严重心血管疾病的危险因素和病理基础。虽然采取药物降压能对患者血压水平有一定控制效果,但却欠缺满意。是由于老年患者存在的特殊性,如性格偏激、固执己见、记性差、自我管理能力弱等,这些因素均成了阻碍高血压疾病治疗的关键。通过近几年来临床护理路径在老年高血压治疗过程中起到的良好效果,能减少患者的心理误区,并从根本上改变老年高血压患者对疾病的认识,使他们从治疗误区中走出来,从而提升疾病治疗效果,使老年患者生活质量得到提升。对此,本研究将针对临床护理路径用于老年原发性高血压患者的护理效果展开探讨,现将结果汇总如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

抽取本院2020年9月至2021年9月收诊的120例老年原发性高血压患者作为观察对象,入组后由科室自制分组标准,对120例予以随机分配,设为观察组与对照组,每组以60例为基准,将临床护理路径用于前一组老年原发性高血压患者护理工作中,该组抽取的病患年龄范围为53~80岁,平均值为(66.33±2.10)岁,其中男性31例,女性29例;将科室常规高血压疾病护理用于后组患者护理中,该组抽取的病患年龄范围为54~80岁,平均值为(66.26±2.34)岁,其中男性33例,女性27例;两组病患基线资料均衡可比($P>0.05$)。纳入标准:①所抽取的原发性高血压患者均为老年人群,年龄范围在50~80岁以内;②符合高血压病2级患者;③患者及其家属知悉本研究,自愿配合开展工作,且签署知情同意书。排除标准:①患者合并心力衰竭、脑血管疾病;②对口服药物过敏;③存在严重精神异常且无法正常沟通,临床资料缺失者。

1.2 方法

将常规护理用于对照组患者:患者入院后,为之展开原发性高血压疾病的健康宣教,让患者能保持平衡且乐观的心态接受治疗、面对治疗。在疾病预防保健方面,需强化患者及其家属对治疗过程中的注意事项,提高其重视,能规范用药,严格遵医嘱用药。让患者和家属对用药后的疗效有一定的心理预期,并知晓在用药后可能出现的并发症。

观察组开展临床护理路径:(1)组建护理小组:科室需成立临床护理路径小组,并定期开展小组成员培训,共同学习老年原发性高血压疾病知识。(2)设计护理路径:依据本组患者的实际情况和个体差异性,设计护理计划,将临床护理措施用于患者疾病改善中,需遵循一切为患者着想、将其利益最大化、提高康复效果作为护理目标。(3)实施护理:患者入院第1天,需对医院环境、科室规章制度、医务人员情况作充分介绍。并对患者的疾病和家庭背景、个人信息等充分评估和排查,减轻患者对科室存在的恐惧感,以及到达陌生环境后存在的焦虑。入院后2~3天,由患者的主治医生为之讲解病理知识,以及用药期间的注意事项。提高患者用药的规范性,严格遵医嘱用药。入院后第4~6天,对患者展开高血压饮食注意事项的指导,严格要求患者限制钠盐的摄入量,多以蔬菜水果为主,适量食用蛋白质,确保饮食低脂、低胆固醇。入院后第7~11天,需对患者展开高血压相关保健知识的讲解,劝导患者戒烟限酒,并讲解不良生活习惯对疾病的影响,协助患者养成良好的生活作息,教会患者自测血压。在患者出院前,需叮嘱注意事项,并建立随访关系,对患者院外情况提供帮助,提高其对自身疾病的认知。

1.3 观察指标

(1)血压变化比较:老年原发性高血压患者均在科室展开疾病治疗及护理时,对病患护理前后的血压水平展开对比,以收缩压(SBP)与舒张压(DBP)两项血压指标进行有效测量,并予以数值统计。(2)自我管

理能力比较：病患均在护理干预实施后，参与医院自制的自我管理能力问卷调查，包含 4 项调查内容，即用药管理、饮食管理、运动管理、危险因素管理，单项管理予以 0-100 赋分，与病患自我管理成正比。（3）用药依从性比较：病患应用科室自制的依从性调查问卷，对用药期间的护理配合展开评价，划分为三个评价等级，即低依从性、中依从性、高依从性，将中、高依从性归结为总依从率。（4）高血压疾病知识认知对比：与高血压相关的知识考核由科室自制问卷开展，均在病患入组实施干预后予以发放，问卷为百分制，总共包含 4 个主要知识点，即发病原因、治疗及护理、饮食管理、用药管理，测得分值越高则表示病患对高血压相关知识的掌握程度越理想。（5）血脂指标比较：病患均在入组施展护理干预前后，对其身体展开基础检查，就病患高密度脂蛋白、低密度脂蛋白、三酰甘油检测结果予以比较。（6）血压达标率比较：两组老年原发性高血压病患均实施干预后，对其 3 个月后的血压达标率进行随访，以 140/90mmHg 作为血压达标值用于两组对照。（7）生活质量比较：分别在两组老年原发性高血压病患入组干预后，选取健康调查简表对组间展开生活质量分值评估，重点对量表中的生理机能、躯体功能、情感职能、社会功能进行观察，单项赋予 0-100 分，计分越高则代表病患生活质量越理想。

1.4 统计学方法

本研究中的测验数据均在 SPSS22.0 统计学软件中记录，对两组计量资料的表述时，选取（ $\bar{x} \pm s$ ）与 t 检验获取结果，对两组计数资料的表述时，选取（%）与 χ^2 检验获取结果， $P < 0.05$ 差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 血压变化比较

两组间病患均在入科护理前，血压水平值均无显著性差异（ $P > 0.05$ ）；均在入科实施护理后，两组血压均有所下降，观察组收缩压与舒张压值更低于对照组（ $P < 0.05$ ）。由表 1 所示。

表 1 血压变化比较（ $\bar{x} \pm s$ ，mmHg）

组别	例数	收缩压		舒张压	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	60	156.63±5.46	130.56±5.79	95.99±2.53	90.23±1.96
对照组	60	156.26±6.33	150.21±5.21	95.85±2.56	94.12±1.77
t	-	0.343	19.541	0.301	11.410
P	-	0.732	0.000	0.764	0.000

2.2 自我管理能力比较

两组老年原发性高血压病患均于科室展开护理后，自我管理能力更高组为观察组（ $P < 0.05$ ）。由表 2 所示。

表 2 自我管理能力比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	用药管理	饮食管理	运动管理	危险因素管理
观察组	60	85.16±3.65	90.11±1.26	86.95±3.33	87.56±3.06
对照组	60	74.39±2.54	84.16±3.22	78.59±3.46	80.11±2.16
t	-	18.760	13.329	13.485	15.407

P - 0.000 0.000 0.000 0.000

2.3 用药依从性比较

对两组病患用药情况予以观察，得出用药依从性更高组为观察组（ $P < 0.05$ ）。由表 3 所示。

表 3 用药依从性比较[n(%)]

组别	例数	高依从性	中依从性	低依从性	总依从率
观察组	60	39(65.00)	20(33.33)	1(1.67)	59(98.33)
对照组	60	25(41.67)	26(43.33)	9(15.00)	51(85.00)
χ^2	-	-	-	-	6.982
P	-	-	-	-	0.008

2.4 高血压疾病知识认知对比

获得两组高血压疾病知识问卷结果，得出观察组病患对高血压疾病相关知识的考核分值均呈更高水平显示（ $P < 0.05$ ）。由表 4 所示。

表 4 高血压疾病知识认知对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	发病原因	治疗及护理	饮食管理	用药管理
观察组	60	86.55±3.95	88.11±2.28	89.29±3.88	90.14±2.41
对照组	60	78.33±4.26	79.59±3.88	82.77±3.95	84.11±2.85
t	-	10.960	21.550	9.121	12.514
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.5 血脂指标比较

两组老年原发性高血压病患在入组干预前，测得血脂指标数值均无显著性差异（ $P > 0.05$ ）；均入组实施护理后，组间血脂指标有所改变，观察组更低于对照组（ $P < 0.05$ ）。由表 5 所示。

表 5 血脂指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ，mmol/L）

组别	例数	高密度脂蛋白		低密度脂蛋白		三酰甘油	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	60	1.33±0.45	1.21±0.11	3.12±0.78	2.71±0.35	1.78±0.33	1.51±0.21
对照组	60	1.32±0.54	1.30±0.22	3.11±0.76	3.01±0.46	1.80±0.34	1.70±0.22
t	-	0.111	2.834	0.071	4.020	0.327	4.839
P	-	0.912	0.005	0.943	0.000	0.744	0.000

2.6 血压达标率比较

经对两组干预 3 个月后的血压情况随访得出结果，血压达标率占比更高组为观察组（ $P < 0.05$ ）。由表 6 所示。

表 6 血压达标率比较[n(%)]

组别	例数	达标	未达标
观察组	60	56(93.33)	4(6.67)
对照组	60	48(80.00)	12(20.00)
χ^2	-	4.615	-
P	-	0.032	-

（下转第 173 页）

急性脑梗塞患者护理中进行全程系统护理干预对患者并发症发生率的影响

万芭芭

潼关县人民医院 陕西渭南 714300

摘要:目的:探究急性脑梗塞患者护理中进行全程系统护理干预对患者并发症发生率的影响。方法:依据随机数字表法对本院2020年4月-2021年4月收治的60例急性脑梗塞患者进行分组探究,对照组(常规护理, n=30)与观察组(在对照组基础上给予全程系统护理, n=30),对比各组美国国立卫生研究院卒中量表(NHSS)评分、失语指数(AQ)评分、汉密抑郁量表(HAMD)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、并发症发生率、护理满意度。结果:干预前,两组NIHSS、AQ评分、HAMA、HAMD评分对比无差异($P>0.05$);干预后,观察组NIHSS评分低于对照组, AQ评分高于对照组,数据差异明显($P<0.05$)。干预后,观察组HAMA、HAMD评分低于对照组,数据差异明显($P<0.05$)。干预后,观察组并发症发生率低于对照组,数据差异明显($P<0.05$)。干预后,观察组护理满意度高于对照组,数据差异明显($P<0.05$)。结论:全程系统护理可显著减少本研究患者负面情绪,减轻并发症,有助于语言功能的恢复,临床应用效果显著。

关键词:急性;脑梗塞;全程系统护理;并发症发生率;NIHSS评分;AQ评分;FM评分

近年来,随现在人生活方式、饮食习惯的变化,也进一步提高了脑血管疾病的不良影响。在我国截止到2018年,脑血管病患者数已超过150万,且仍有不断增长表现^[1]。脑梗塞疾病属于脑血管疾病中的一种,具有较高的发病占比,可达70%。近年来,脑梗塞疾病发病率的提升,也为我国居民健康以及公共卫生系统的建立产生了一定负担。除高致死率外,致残率也是脑梗塞疾病较为常见的一项特点。就近三年临床数据表明,有3/4的疾病患者会受脑梗塞疾病影响,出现不同程度的肢体功能障碍,其中有40%患者,则会发展为重度残疾制约其终身,为患者及家庭均带来一定程度的经济负担与治疗负担,因此现阶段临床也较为关注脑血管疾病的预后质量提升^[2]。脑梗塞是临床较为常见的脑血管疾病,近年来最临床疾病研究的深入以及药物研究的发展虽有效提高了疾病治疗效率,最大化降低了疾病致死率,但疾病造成的脑功能受损、肌肉萎缩等肢体运动障碍症状还是难以通过药物治疗得到较好恢复,需要患者在疾病治疗后期积极开展康复训练,才可达到一定的康复的效果^[3]。本文对2020年4月-2021年4月收治的60例急性脑梗塞患者分组探究全程系统护理干预的护理效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

依据随机数字表法对本院2020年4月-2021年4月收治的60例急性脑梗塞患者进行分组探究,对照组男26例,女24例;年龄-72岁,平均(47.15±6.21)岁;病程1-9年,平均(5.21±1.32)年。观察组男27例,女23例;年龄-71岁,平均(56.20±5.13)岁;病程2-12年,平均(7.01±2.01)年。两组患者基础资料无统计学差异, ($P>0.05$)。

纳入标准:①符合《各类脑血管病的诊断要点》^[4]诊断标准;②均通过头部CT或MRI诊断确诊;③均为首次发病,且发病至入院时间<72h;④病历资料均完善;⑤均签署知情同意书。排除标准:①合并感染性疾病;②既往有输血或出血史;③心肝肾功能异常患者;④短暂性脑缺血发作患者;⑤研究期间退出患者。

1.2 方法

对照组给予常规护理:生命体征监护、饮食护理、常规功能锻炼等。

观察组在对照组的基础上给予全程系统护理:①心理干预:医护人员耐心与患者及家属交流,了解其心理状态,并给予心理疏导;讲解既往成功病例,以此增强患者治疗信心;鼓励患者表达内心感受,医护人员据此采取针对性心理干预;患者治疗期间给予进步鼓励与肯定,从而缓解其心理负性情绪^[5]。②语言康复护理:评估患者语言功能,并制定针对性的语言恢复方案,30-40 min/次,1次/d。若患者出现运动性失语,可协助患者做张口发音、嚼口香糖、口腔内舌部活动等护理,医护人员为患者示范示音节练习,可从元音音标向单词、单句扩展;若患者出现感觉性失语,可协助患者做记忆训练、手势训练,同时进行听觉刺激,即为患者播放喜爱的音乐、电视节目等刺激听觉,与之交流轻松的话题,引导患者回忆,同时做患者日常习惯性手势,提升患者理解能力,有助于改善语言功能^[6];若患者为命名性失语,医护人员应创造良好的语言环境,如制作名词图片、摆放室内实物等,让患者说出所见事物,对语言中枢不断刺激,以此强化患者记忆,提升语言表达能力。③机体功能锻炼:首先做好体位训练,帮助患者了解仰卧位、侧卧位等不同卧位对提高肢体康复能力,增加肌耐力的价值,通过护理人员协助、小软枕帮助,改变体位提高治疗舒适度。其次做好被动训练,在患者卧床期间,护理人员应每日定时帮助患者进行翻身拍背,并通过按摩刺激患者患侧肢体肌肉组织,做好康复准备。第三为主动练习,在卧床期间,协助患者进行床上各关节锻炼,如肢体关节活动、腕指关节活动、肩肘关节活动等,逐渐向坐位训练过渡。待患者能完成卧位到坐位训练时,开展坐位平衡力训练,指导患者取坐位双手依次完成交叉、平举、侧举、指前物。逐步延长训练时间并通过护理人员协助提高患者起坐、站立练习熟练程度。第四为生活能力训练,依照患者自身情况,指导其自主完成穿衣、吃饭、入厕等能力训练,并有计划的引导患者完成手部抓取练习。

1.3 观察指标

①采用美国国立卫生研究院卒中量表(NHSS)评分对患者神经功能缺损情况实施评估,总分值为42分,总分值越高表明神经缺损越严重。

②采用失语指数(AQ)评估患者语言功能,总分为100分,分值与失语严重程度成反比。③采用汉密尔抑郁量表(HAMD)与汉密尔顿焦虑量表(HAMA)进行评分,总分值越高表明抑郁、焦虑越严重。④对比两组肺部感染、中枢性高热、胃肠道出血发生率。⑤采用小组自制量表,对比两组患者的护理满意度。

1.4 统计学方法

表1 两组NIHSS、AQ评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	NIHSS		AQ	
	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组(n=30)	15.80±3.05	20.99±1.44	82.05±4.90	87.83±5.12
观察组(n=30)	16.58±3.22	15.14±1.11	80.33±4.66	94.52±5.44
t	0.963	17.623	1.393	4.905
P	0.339	0.000	0.169	0.000
2.2 对比两组负性情绪评分			χ^2	5.454
干预前后,两组负性情绪评分对比见表2。			P	0.019

表2 两组负性情绪评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	HAMA		HAMD	
	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组(n=30)	18.98±3.12	11.13±1.68	21.99±7.20	17.17±3.01
观察组(n=30)	20.10±3.20	8.08±1.40	22.20±3.42	12.92±2.20
t	1.373	7.639	0.144	6.244
P	0.175	0.000	0.886	0.000

2.3 对比两组并发症发生率

干预后,观察组肺部感染、中枢性高热、胃肠道出血发生率低于对照组,数据差异明显($P<0.05$)。见表3。

表3 两组并发症发生率比较[n,(%)]

组别	n	肺部感染	中枢性高热	胃肠道出血	发生率
对照 组	30	2 (6.67)	2 (6.67)	3 (10.00)	7 (23.33)
观察 组	30	0 (0.00)	1 (3.33)	0 (0.00)	1 (3.33)
χ^2					4.001
P					0.045

2.4 对比两组护理满意度

干预后,观察组不满意人数更少,满意度要高于对照组,数据差异明显($P<0.05$)。见表4。

表4 两组护理满意度比较[n,(%)]

组别	n	不满意	比较满意	非常满意	满意度
对照 组	30	9 (30.00)	10 (6.67)	11 (33.33)	21 (70.00)
观察 组	30	2 (6.67)	10 (3.33)	18 (33.33)	28 (93.33)

采用SPSS23.0计算,NIHSS、AQ评分、负性情绪评分以($\bar{x}\pm s$)表示,并发症发生率以(n,%)表示,若 $P<0.05$,则两组数据有差异。

2 结果

2.1 对比两组NIHSS、AQ评分

干预前后,两组NIHSS、AQ评分对比见表1。

3 讨论

急性脑梗塞主要是因脑动脉突然闭塞,使神经元坏死,发病急,导致患者在较短时间内出现神经功能缺损症状,对患者语言、肢体等功能造成严重损伤,预后较差,严重影响患者生活质量^[7]。急性脑梗塞发病机制较为复杂,主要影响因素有血液动力学异常、糖尿病、冠心病等,由于神经系统具有技能代偿与重组特性,可通过自然修复恢复脑神经功能,但修复时间缓慢,若患者部分神经细胞严重受损,很难自行重塑,随着疾病不断进展,患者极易出现失语、偏瘫等后遗症,多数患者表现为思维迟滞、活动机能减退、情绪低沉等^[8]。研究发现,抑郁患者多伴有认知功能、社会功能障碍,不利于预后,早期护理干预对恢复各项功能至关重要^[9]。

全程系统护理是目前临床应用的一种新型护理干预,通过不同护理干预体现护理的系统性与科学性^[10]。研究显示,该护理模式可提升医护人员护理自觉性,转变护理观念,较传统护理更具科学性^[11]。此护理能够从多个方面对患者实施护理,如心理护理、机体功能护理等,对稳定患者情绪发挥重要作用^[12]。本研究发现,干预后,观察组NIHSS评分、HAMA、HAMD评分低于对照组,AQ评分高于对照组,同时观察组并发症发生率低于对照组,可能是因通过展开全程系统护理,有效提高了护理干预计划设计的全面性,有助于医护人员多方面展开患者康复能力评估,提供康复指导,提升了总体护理质量^[13]。脑梗塞患者受疾病影响,会出现自身机体退化症状,难免会在治疗康复期间产生孤独、失落、丧失信心等不良情绪,影响个人配合能力^[14]。在此过程中,医护人员通过对患者进行心理护理,可使患者保持良好的精神状态,为患者机体康复打下心理基础,而且及时进行针对性疏导,运用良好、亲切的态度解答患者疑问,提高护理服务,也有助于建立良好护患关系,增加患者信任感,提高护理满意度^[15]。通过对患者语言功能护理,能够对患者语言神经中枢进行良性刺激,有助于语言功能的恢复;通过分阶段、有规划的对患者进行机体功能康复指导,以综合运动刺激为主,每日坚持锻炼患者上肢、下肢,可有效提高其肌肉肌张力,并加重感觉刺激与运动刺激,利于促进患者脑部功能恢复,最大化激发中枢神经系统的可塑性潜能,提高患者肌肉协调能力与肢体功能改善

能力^[16]。而且,坚持训练也可避免患者出现肌肉关节萎缩,并能够对大脑皮层功能区产生良性刺激,激发脑细胞活力,对神经肌肉功能恢复发挥重要作用^[17]。

综上所述,全程系统护理干预可显著改善患者负性情绪,提高患者神经功能及语言功能的恢复,同时减少并发症,临床应用效果显著,值得进行推广^[18]。

参考文献:

- [1]甘丽娇,蒋玮,李诗媛.系统化康复理念指导下的护理干预在急性脑梗塞患者中的应用及对其肢体功能的改善作用研究[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(8):115-119.
- [2]黄素珍.系统护理干预对高血压并脑梗塞患者适应状况及自我管理水平的的影响[J].世界最新医学信息文摘(电子版),2019,7(21):261.
- [3]杨佳佳.早期康复护理模式在脑梗塞患者的临床护理中的应用效果分析[J].系统医学,2019,4(8):157-159.
- [4]中华神经科学会,中华神经外科学会.各类脑血管疾病诊断要点.中华神经科杂志,1996;29:379-380.
- [5]何桂敏.早期系统化康复护理对急性脑梗塞伴抑郁症状患者康复效果研究[J].系统医学,2019,4(3):156-158.
- [6]王聪.脑梗塞患者的全程化护理服务与实施价值评估[J].特别健康,2019(16):175.
- [7]王宇华,周曼.早期系统化康复护理对急性脑梗塞伴抑郁患者的康复效果及神经功能缺损情况探讨[J].山西医药杂志,2020,49(6):767-768.

(上接第170页)

2.7 生活质量比较

两组病患均在开展高血压疾病护理后,得出生活质量更高组为观察组($P<0.05$)。由表7所示。

表7 生活质量比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	生理机能	躯体功能	社会功能	情感职能
观察组	60	89.54±2.55	81.58±3.14	80.11±3.66	85.97±4.21
对照组	60	76.39±3.18	74.62±3.02	74.33±3.11	71.74±5.29
t	-	24.989	12.375	9.322	16.097
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

随着年龄的增长,使老年原发性高血压患者出现血管弹性下降、顺应性变差、以及动脉硬度升高风险。若患者血压在长时间内未得到合理控制,会引起患者出现缺血性肾病、脑卒中、冠心病等危急状态,这对其生命安全带来严重威胁^[2]。在护理工作中,需开展临床护理路径,用于提升疾病护理效果。临床护理路径作为较为新颖的护理模式,能在实施护理干预前,充分对患者情况做以了解,并评估其病情,制定标准化的护理流程,可确保将更为专业且全面的护理干预用于患者疾病治疗中,帮助其尽快康复。

在护理初期,向患者介绍科室环境,以及护理工作目标、护理流程等,能便于患者在短时间内知晓自身状态,使患者可积极配合护理人员开展各项措施^[3]。在护理中期,能结合主治医师以及专业的护理人员,为患者普

[8]曹丽颖,辛牧坤.急性脑梗塞患者中全程优质护理干预的临床应用分析[J].人人健康,2020,521(12):183.

[9]王冰.急性脑梗塞患者中应用全程优质护理干预的效果研究[J].健康之友,2020,11(15):207

[10]刘蕊.全程优质护理在急性脑梗塞病人护理中的应用及对降低患者并发症发生率的作用[J].饮食科学,2020,7(12):17

[11]王欣.全程优质护理在急性脑梗塞患者中的应用效果分析[J].中国保健营养:下半月,2013,9(4):1.

[12]陈艳妮,安爱荣,王丽敏.护理干预对急性脑梗死后构音障碍患者焦虑情绪的影响[J].中国误诊学杂志,2010,10(35):2.

[13]孙耀霞,李艳军,郑冰杰.急性脑梗塞病人护理中全程优质护理的应用[J].中外医疗,2014,33(2):2.

[14]张桂英.全程优质护理在急性脑梗塞患者中的效果观察[J].中国药物经济学,2013,5(14):21.

[15]金学兰.急性脑梗塞病人护理中全程优质护理的作用分析[J].人人健康,2018,473(12):130-130.

[16]王春艳.护理干预对急性脑梗塞患者负性心理及生活质量的影响[J].大家健康旬刊,2017,21(43):57

[17]张梅,赵敬富.优质护理干预对急性脑梗塞患者神经功能恢复及生活质量的影响[J].中国保健营养,2017,27(15):186.

[18]孙芳.全程优质护理在急性脑梗塞病人护理中的应用价值探讨[J].世界最新医学信息文摘,2016,41(77):342-343.

及高血压的相关知识,能提高其认知,强化自我管理能力。出院前,告知患者疾病护理中的注意事项,规范患者用药,并为之建立随访信息,积极与患者沟通交流,能获得患者的信任,让其充分参与到护理工作中,从而使护理效果得到提升。

通过开展临床护理路径实施干预后,能将高血压疾病知识贯穿于整个护理过程,可充分起到保障教育有效性的作用,且不会给患者带来压力,有利于患者改善疾病。上述研究结果显示,开展临床护理路径实施干预后,观察组患者血压明显改善,自我管理能力有所提升,用药依从性高于对照组,该组患者对高血压疾病的认知各项分值存在优势,血脂有所下降,血压达标率更高,生活质量较对照组更具优势,进一步突出了临床护理路径应用的有效性。

综上所述,开展临床护理路径用于老年原发性高血压疾病治疗中,能调节患者血压值,并强化其自我管理能力,使患者用药依从性提升,进一步改善老年患者生活质量。

参考文献:

- [1]周琪钰,李昌.临床护理路径在提高老年原发性高血压患者治疗依从性及减轻经济负担中的作用[J].临床合理用药杂志,2020,13(17):147-148.
- [2]姚友丽.临床护理路径在老年原发性高血压患者护理中的应用研究[J].中国医药指南,2020,18(16):28-29+61.
- [3]李素红,海仙,杨伟琴.老年原发性高血压患者应用临床护理路径和常规护理模式的效果对比[J].航空航天医学杂志,2018,29(10):1263-1264.

牙周综合护理对于牙周病患者牙龈及牙周健康情况的影响

于佳莉¹ 金叶²

1 齐齐哈尔市中医医院 黑龙江齐齐哈尔 161000; 2 齐齐哈尔市五官医院 黑龙江齐齐哈尔 161000

摘要: 目的 对牙周综合护理应用于牙周病患者护理对患者牙龈及牙周健康的影响展开研究。方法 将我院在 2021 年 1 月到 2022 年 4 月期间收治的 90 例牙周病患者作为研究对象,按照不同的护理方法进行分组,对照组 45 例使用常规护理方案,观察组对牙周综合护理进行应用,对比两组患者护理干预后牙龈及牙周健康情况,分析牙周综合护理应用效果。结果 对比发现观察组护理满意度更高,牙周与牙龈健康情况更佳,患者口腔护理认知评分以及口腔护理依从率更高。(P<0.05) 结论 牙周综合护理在牙周病护理中的应用对患者牙龈与牙周健康的保持有益,可促使患者护理满意度、认知满意度评分以及护理依从率。

关键词: 牙周综合护理; 牙周病; 牙龈及牙周健康情况; 影响

Effect of comprehensive periodontal care on gingival and periodontal health of patients with periodontal disease

Yujiali 1 golden leaf 2

1 Qiqihar traditional Chinese medicine hospital,Qiqihar, Heilongjiang 161000

2 Qiqihar Wuguan hospital,Qiqihar,Heilongjiang 161000

Abstract: Objective To study the effect of comprehensive periodontal care on patients' gingiva and periodontal health. Methods 90 patients with periodontal disease treated in our hospital from January 2021 to April 2022 were taken as the research objects.They were divided into groups according to different nursing methods.45 patients in the control group used routine nursing scheme,and the observation group applied comprehensive periodontal nursing.The gingival and periodontal health of the two groups were compared after nursing intervention,and the application effect of comprehensive periodontal nursing was analyzed. Results the comparison found that the observation group had higher nursing satisfaction,better periodontal and gingival health,higher oral care cognitive score and oral care compliance rate.(P<0.05) conclusion the application of periodontal comprehensive nursing in periodontal disease nursing is beneficial to the maintenance of patients' gingival and periodontal health,and can promote patients' nursing satisfaction, cognitive satisfaction score and nursing compliance rate.

key words: comprehensive periodontal care;Periodontal disease;Gum and periodontal health;influence

牙周病为临床上常见的口腔疾病,在中老年群体中的发病率尤为高,牙周病属于一种感染性疾病,患者的牙周组织会严重受到破坏,发展到最后,可导致牙体缺失【1】。牙龈出血、牙菌斑、牙周袋、口腔异味以及咀嚼能力下降等均为牙周病常见症状,患者的牙龈健康情况与牙周健康情况直接受牙周病病情的影响。受牙周病各种临床病症的影响,患者的日常生活也会受到严重影响【2】。首先,牙周病会影响患者的咀嚼能力,患者进食时往往口腔中的食物咀嚼不完全就进入消化道内,这会对患者的肠胃健康产生一定影响,可导致腹胀等胃肠道症状,也可促使患者营养不良【3】。再者,牙菌斑、口臭等症状会影响患者面部美观度,促使患者不愿意与人交往,出现自卑心理,总之,牙周病对患者身心健康不利,为减少其对患者生活的不良影响,患者应尽早接受救治,并遵从医嘱做好日常的口腔管理工作【4】。常规的牙周护理方法对患者情绪、医嘱遵从性以及日常习惯等干预较少,干预广度不够,为进一步帮助牙周病患者改善口腔健康,现对牙周的综合护理干预措施及应用效果展开研究,过程结果如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

研究对象为我院在 2021 年 1 月到 2022 年 4 月期间收治的 90 例牙周

病患者,接受常规护理干预的对照组与接受综合牙周护理的观察组各 45 例。纳入标准:所有患者均存在一定牙周问题,患者知情且已经在知情同意书上签字。排除标准:将情绪失控、神经系统异常、合并全身性疾病的患者排除在外。观察组男女比例 25:20,年龄 25-53 岁,均龄 39.26±8.74 岁。患病类型:牙周炎 15 例,牙周脓肿 15 例,牙龈炎 10 例;对照组男女比例 25:20,年龄 24-54 岁,均龄 40.26±12.84 岁。患病类型:牙周炎 15 例,牙龈炎 15 例,牙周脓肿 10 例。两组患者一般资料呈现良好均衡性,年龄、性别以及病情等一般资料没有明显差别,不具有统计学意义(P>0.05),能够进行比较。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组实施常规护理。对患者进行龈上洁治、龈下刮治以及根面平整术的同时对患者进行牙周基础护理干预。医护人员在牙结石清除干净之后,常规对患者牙齿进行抛光,随后对牙周进行冲洗,并在病损牙齿牙龈处进行局部上药【5】。连续用甲硝唑进行一周的药物治疗,与此同时为患者提供医用漱口水,最后常规告知患者相关注意事项。

1.2.2 观察组

观察组用综合牙周护理对患者进行干预。(1)健康教育:告知患者牙周病形成的原因,在这一过程中注意与患者互动,询问患者是否在日常生活中存在口腔清洁不当、饮食不当等问题,帮助患者将牙周病致病因与自身生活习惯相对应,加深患者的印象,提高健康教育有效性。护理人员叮嘱患者日常做好口腔清洁工作,同时在饮食上注意少吃酸性的、含糖量高的以及黏性的食物,避免酸甜食物对牙齿的侵蚀,避免黏性食物对牙齿造成物理伤害。护理人员告知患者保持健康生活习惯的重要性,鼓励患者每天早睡早起,保持八个小时左右的睡眠,同时告知其定期来院复查的重要性。(2)心理护理:牙周病患者受病情影响可能会存在焦虑、烦躁、自卑等情绪,护理人员需要对患者进行心理护理干预。护理人员应告知患者口臭、牙菌斑等症状都是暂时的,引导患者减少顾虑与担心,提高患者治疗信心,并促使患者能够积极按照护理人员的护理安排做好日常口腔管理工作。护理人员在与患者交流沟通时,要注意自身言行,不要表现出不耐烦、嫌弃等不良态度,而是要本着以患者为中心的服务态度,沟通时看着患者的眼睛,尽可能表现的真诚。(3)口腔护理:告知患者在治疗期间每天用康齿灵乳膏刷牙,并每天控制好牙齿清洁次数,除了每天早期和晚睡之前清洁牙齿,进食、用药之后都要对牙齿进行清洁。为避免错误的刷牙方式导致牙龈损伤,护理人员用正确刷牙宣传视频对患者进行刷牙教学,确保患者掌握了正确的刷牙方法。不良咀嚼习惯也会对口腔健康造成不良影响,为此护理人员要引导患者刻意培养双侧咀嚼的习惯,促使患者双侧牙龈均得到有效锻炼,避免单侧牙龈的萎缩以及面部畸形等不良问题。牙周病患者的牙龈等牙体组织环境相对脆弱,因此常规的牙刷,尤其是硬毛牙刷可能会导致牙体与牙龈损伤,为避免这种情况,护理人员为患者提供毛刷较软且富有弹性的牙刷。牙周病患者往往伴随口腔炎症的问题,为避免炎症蔓延进一步侵蚀口腔健康,护理人员引导患者注意保持牙刷清洁,让患者用完牙刷后将刷头清理干净,并将其放到阴凉通风的地方,避免放在洗手间等阴暗、细菌量较多的地方。针对牙石这种顽固性牙齿污渍,护理人员引导患者对牙石进行分辨,并告知患者定期来院使用超声对牙菌斑与牙石进行清理。(4)口腔锻炼:护理人员引导患者有意识地多食用一些粗纤维的食物,且告知患者对口中的食物多咀嚼再下咽,以借助咀嚼让口腔肌肉、牙龈与牙体得到有效锻炼,同时也促进唾液的分泌,帮助口腔清洁食物残渣。为进一步预防牙龈萎缩,护理人员引导患者用手指进行口腔按摩,即让患者将右手食指放置在牙龈处,手指左右活动,横向对牙龈进行按摩,促使牙龈处血液流速增加,促进牙龈生长。为提高患者的咬合能力,护理人员引导患者每天早晨起床进行叩齿锻炼,即上下牙轻轻叩击进,对咀嚼动作进行模拟,每天上下齿叩击二百下,促使牙体加固。

1.3 指标观察

对比两组护理干预后牙菌斑指数 (PLI)、牙周袋深度 (PD)、牙龈指数 (GI)、牙龈出血指数 (GBI);对比两组患者口腔护理认知评分与依从率;对比两组患者护理满意度。

1.4 统计学分析

将SPSS20.0 统计学软件作为数据分析的工具,计量资料用均数±平方差表示,t值为组间数据比较情况的检验指标,计数资料为“率”,x²检验组间具备差异性时,说明比较结果有比较意义 (P<0.05)。

2 结果

2.1 护理满意度对比

对比发现观察组护理满意度明显更高,组间对比差异性明显,呈统计学意义 (P<0.05),见表 1

表 1 护理满意度 (n,%)					
分组	例数	非常满意	满意	不满意	护理满意度
观察组	45	30	14	1	44 (97.78)
对照组	45	20	17	8	37 (82.22)
X ²					6.049
P					0.014

2.2 两组患者牙周与牙龈健康情况对比

观察组经护理干预后牙菌斑指数更低,牙周袋探诊深度更浅,牙周健康情况更好,同时观察组患者牙龈指数与牙龈出血指数更少,牙龈健康情况更好,比较具有统计学意义 (P<0.05),见表 2

表 2 两组患者牙菌斑指数、牙周袋深度、牙龈指数、牙龈出血指数 (n,%)					
分组	例数	牙菌斑指数	牙周袋深度 (mm)	牙龈指数	牙龈出血指数
观察组	45	1.23±0.22	2.02±0.36	1.33±0.32	28.54±2.33
对照组	45	1.85±0.26	3.20±1.03	1.79±0.35	46.22±3.22
X ²		12.211	7.255	6.507	29.840
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组患者口腔护理认知评分与依从率对比

观察组患者口腔护理认知评分更高,口腔护理依从率更高,比较具有统计学意义 (P<0.05),见表 3

表 3 两组患者口腔护理认知评分与依从率 (n,%)			
分组	例数	口腔护理认知评分	口腔护理依从率
观察组	45	95.36±3.22	44 (97.78)
对照组	45	70.36±5.23	37 (82.22)
T/X ²		27.306	6.049
P		0.000	0.014

3 讨论

牙周病是一种常见的口腔疾病,一般由细菌病菌感染导致。人体口腔作为进食通道的入口,负责食物的咀嚼工作,因此容易含有大量的细菌,且口腔环境湿润、结构复杂,残留的食物残渣等也容易滋生细菌病菌,若

(下转第 180 页)

宫颈癌患者护理中全程护理干预的应用分析

徐淑翠 邹祺

青岛西海岸新区中医医院 山东青岛 266500

摘要：目的：研究宫颈癌患者护理中全程护理干预的应用。方法：选取2020年1月-2022年1月收治的宫颈癌患者78例，随机分成对照组39例和观察组39例。对照组采取常规护理干预，观察组采取全程护理干预。比较两组护理前后的心理情绪、生活质量，以及术后并发症情况。结果：在心理情绪上，两组护理前相比无显著差异， $P>0.05$ ；护理后观察组SAS（38.72±4.15）分、SDS（39.60±4.48）分，分别低于对照组的（45.67±5.22）分、（46.24±5.41）分， $P<0.05$ 。在生活质量上，两组护理前相比无显著差异， $P>0.05$ ；护理后观察组躯体状况（82.64±7.82）分、心理状况（83.10±7.24）分、生活情况（81.61±7.17）分、社会情况（84.62±7.75）分，分别高于对照组的（65.91±5.09）分、（70.69±5.26）分、（63.64±5.03）分、（71.25±5.93）分， $P<0.05$ 。在术后并发症上，观察组的总发生率5.13%低于对照组的25.64%， $P<0.05$ 。结论：在宫颈癌患者的护理中，应用全程护理干预的方法，能够使患者的心理情绪、生活质量得到显著改善，同时能够减少术后并发症的发生，对患者身体恢复更为有利，护理效果也更加理想。

关键词：宫颈癌；护理；全程护理干预；应用效果

宫颈癌在妇科恶性肿瘤疾病中十分常见，具有较高的发病率和死亡率，对患者的生活质量和生命安全均有较大影响^[1]。目前临床上主要采取手术的方法治疗宫颈癌，手术技术相对成熟，能够保证确切的疗效。但是，由于手术会对患者造成较大的创伤，因此患者容易出现术后并发症。且患者在疾病症状和手术治疗的影响下，也容易产生不良的心理情绪，生活质量明显下降^[2]。因此，对于宫颈癌患者来说，在手术治疗的同时也要采取有效的护理方法进行配合，以保证患者安全，促进患者恢复。在整个护理过程中涉及到的环节较多，因此常规护理可能有所遗漏，需要更加注意护理的整体性，采取有效的全程护理干预，提升护理效果^[3]。基于此，本文选取2020年1月-2022年1月收治的宫颈癌患者78例，研究了宫颈癌患者护理中全程护理干预的应用。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2020年1月-2022年1月收治的宫颈癌患者78例，随机分成对照组39例和观察组39例。对照组患者中，年龄为最小43岁、最大75岁，平均（56.54±3.42）岁，病程为最短2个月、最长6个月，平均（4.18±1.32）个月；观察组患者中，年龄为最小44岁、最大76岁，平均（56.72±3.28）岁，病程为最短3个月、最长7个月，平均（4.22±1.31）个月。两组在上述指标方面进行对比，均无显著差异， $P>0.05$ 。

纳入标准：均符合宫颈癌诊断标准，经病理检查确诊，均采取宫颈癌根治术治疗，符合手术指征，研究内容已被患者知情同意，医学伦理委员会批准。

排除标准：近期内有其它相关手术史的患者，有精神病史或认知沟通障碍的患者，合并其它器官严重病变的患者，有手术或麻醉禁忌症的患者。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组采取常规护理干预。入院后对患者完成相关检查，评估病情情况，制定手术方案。术前常规开展术前准备和健康宣教，提高患者依从性。术中正常配合医生操作，监测患者生命体征。术后持续观察患者症状变化，遵医嘱采取常规用药和康复指导。

1.2.2 观察组

观察组采取全程护理干预。入院时开展全面评估，包括跌倒坠床风险评估、营养风险筛查评估、压力性损伤风险评估、疼痛综合评估、管道滑脱风险评估等，保证对患者各方面情况全面了解，进而制定详细的全程护

理干预方案。入院后安排患者完成肠镜、胃镜、MRI、CT、X线、心电图、超声等各项检查。化疗患者正确指导化疗药物输注，采取中心静脉置管护理和口服化疗药物护理，同时对患者开展心理康复、营养康复指导。手术患者在术前开展详细的健康宣教，由手术医生、麻醉医生、护士、患者、家属共同参与术前会议，充分协调好各方面情况，保障患者的知情同意权。了解患者的病史、症状等，制定合理的手术方案。注意安抚患者情绪，开展心理干预，帮助患者消除紧张、焦虑、抑郁等不良情绪，减轻心理应激反应。开展详细的健康宣教，将关节疾病、手术、护理、康复的相关知识，告知注意事项，提醒患者积极正确配合。向患者介绍治疗成功的案例，提高患者信心。术前监测血氧、血糖、血压、心率等各项指标，确保情况稳定。术前常规禁食8h、禁水4h，做好皮肤清洁准备。手术过程中，要合理调节手术室温湿度，对患者做好保温，使用保温床垫和保温毯，尽量减少非手术区域肢体裸露，保持体温不低于36℃。术中使用的液体都要提前预热，同时补液量尽量不要超过1000ml，以免对患者会产生不良影响。术后及时告知患者和家属手术结果，采取术后并发症、膀胱功能、肢体功能、疼痛的评估，采取针对性术后护理。正确使用镇痛药物和镇痛泵，缓解患者疼痛。定期帮助患者翻身拍背，促进咳嗽排痰。定时改变体位，按摩受压部位，预防压疮。采取按摩、针灸、推拿等辅助方式，促进患者术后康复。

1.3 评价指标

比较两组护理前后的心理情绪、生活质量，以及术后并发症情况。在心理情绪评价中，采用SAS量表、SDS量表评价，分数越低说明心理情绪越好。在生活质量评价中，采用SF-36量表评价，指标包括躯体状况、心理状况、生活情况、社会情况，分数越高说明生活质量越好。在并发症评价中，选取指标为压疮、阴道感染、术后疼痛、下肢深静脉血栓。

1.4 统计学处理

数据应用SPSS20.0软件处理，以数或率、均数±标准差的方式，分别表示计数、计量资料，并且使用 χ^2 、t分别检验，以 $P<0.05$ ，代表有显著差异。

2 结果

2.1 在心理情绪上两组的对比

在心理情绪上，两组护理前相比无显著差异， $P>0.05$ ；护理后观察组SAS（38.72±4.15）分、SDS（39.60±4.48）分，分别低于对照组的（45.67±5.22）分、（46.24±5.41）分， $P<0.05$ 。

表1 在心理情绪上两组的对比 ($\bar{X} \pm s$)

组别	例数	SAS (分)		SDS (分)	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	39	57.84±6.47	38.72±4.15	58.96±7.22	39.60±4.48
对照组	39	57.68±6.54	45.67±5.22	58.83±7.31	46.24±5.41
t		0.109	6.508	0.079	5.903

表2 在生活质量上两组的对比 ($\bar{X} \pm s$)

组别	例数	躯体状况 (分)		心理状况 (分)		生活情况 (分)		社会情况 (分)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	39	53.24±4.42	82.64±7.82	55.90±4.02	83.10±7.24	52.69±4.28	81.61±7.17	54.92±4.15	84.62±7.75
对照组	39	53.22±4.46	65.91±5.09	55.82±4.13	70.69±5.26	52.53±4.33	63.64±5.03	54.80±4.27	71.25±5.93
t		0.020	11.197	0.087	8.660	0.144	12.813	0.126	8.556
P		0.984	0.000	0.931	0.000	0.886	0.000	0.900	0.000

2.3 在术后并发症上两组的对比

在术后并发症上, 观察组的总发生率 5.13% 低于对照组的 25.64%, $P < 0.05$ 。

表3 在术后并发症上两组的对比[n(%)]

组别	例数	压疮	阴道感染	术后疼痛	下肢深静脉血栓	总发生率
观察组	39	0 (0.00)	1 (2.56)	1 (2.56)	0 (0.00)	2 (5.13)
对照组	39	2 (5.13)	3 (7.69)	3 (7.69)	2 (5.13)	10 (25.64)
χ^2		0.513	0.264	0.264	0.513	4.826
P		0.474	0.608	0.608	0.474	0.028

3 讨论

在各种妇科疾病中, 癌症是一种相对严重的疾病, 其中宫颈癌具有较高的发病率, 是主要的妇科恶性肿瘤之一^[4]。该病一般是由于人类乳头状瘤病毒感染造成的, 患者发病后会出現明显的阴道流血症状, 如果不能及时治疗, 癌细胞会逐渐对盆腔脏器造成侵犯, 进而引起输尿管梗阻等并发症。一旦癌细胞发生其它位置转移, 就会大大增加治疗难度, 严重威胁患者的身体健康和生命安全。因此, 对于宫颈癌的疾病, 必须采取积极的治疗措施^[5]。目前临床上可采用手术的方法进行治疗, 利用宫颈癌根治术能够取得十分确切的疗效, 使患者症状改善、生存时间延长。但是该手术对患者造成的创伤很大, 患者术后需要长期卧床, 因而容易发生多种并发症, 对预后恢复造成不利影响。所以, 必须要对宫颈癌患者采取有效的护理干预措施, 为患者提供全面的支持和保护, 进而减少并发症, 促进术后恢复^[6]。

全程护理干预模式是一种新型护理模式, 与常规护理相比更加全面、系统。将患者入院到出院后的整个过程均纳入到护理范畴中, 避免了护理遗漏, 能使整个护理环节有条不紊的推进^[7]。在患者入院开始, 直到出院为止, 全程对患者采取精细化和全面化的护理, 有利于护理效果的进一步提升。例如, 在入院时对患者进行全面的评估, 充分了解患者各方面情况, 以便制定合理的护理方案, 与患者能够有效契合^[8]。在手术前做好健康教

P 0.914 0.000 0.937 0.000

2.2 在生活质量上两组的对比

在生活质量上, 两组护理前相比无显著差异, $P > 0.05$; 护理后观察组躯体状况 (82.64±7.82) 分、心理状况 (83.10±7.24) 分、生活情况 (81.61±7.17) 分、社会情况 (84.62±7.75) 分, 分别高于对照组的 (65.91±5.09) 分、(70.69±5.26) 分、(63.64±5.03) 分、(71.25±5.93) 分, $P < 0.05$ 。

育、心理干预, 做好各项术前准备, 了解患者情况, 评估患者体征, 为手术过程提供保证。提前预测可能发生的并发症, 进而采取更加积极的护理措施进行预防, 能够减少术后并发症的发生^[9]。在手术过程中, 做好患者的保暖保温和体征监测, 确保手术顺利安全的进行, 提高患者的舒适度。术后及时评估患者情况, 针对可能发生的并发症采取积极的干预措施, 同时采取有效的方式促进患者康复, 使护理效果得到了较大的提升^[10]。

综上所述, 在宫颈癌患者的护理中, 应用全程护理干预的方法, 能够使患者的心理情绪、生活质量得到显著改善, 同时能够减少术后并发症的发生, 对患者身体恢复更为有利, 护理效果也更加理想。

参考文献:

- [1] 代莉, 杨荣, 吴茜. 观察健康教育干预模式应用于宫颈癌术后化疗病人胃肠道反应护理中的价值 [J]. 现代消化及介入诊疗, 2019, 12(1): 132-134.
- [2] 龙甜, 张薇, 张蓓. Hogan 理论阶段性护理干预对宫颈癌患者配偶家庭功能的影响分析 [J]. 中国性科学, 2021, 24(16): 187-188.
- [3] 姬素芬. 全程强化护理干预对宫颈癌术后患者下肢深静脉血栓发生率及健康状况调查简表评分的影响 [J]. 中国药物与临床, 2020, 20(6): 223-225.
- [4] 王静萍, 负雯洁, 侯水亮. 基于 FMEA 模式的护理干预对宫颈癌 PICC 化疗患者的护理效果及并发症的影响 [J]. 海南医学, 2021, 35(2): 193-194.
- [5] 郑锦萍, 马莹, 李惠娴, 等. 基于信息-动机-行为模型的宫颈癌术后尿管留置出院患者的护理干预 [J]. 护理学杂志, 2018, 33(2): 123-124.
- [6] 姜振娟, 郭琳, 徐华, 等. 人性化护理在宫颈癌患者围手术期护理中的应用价值 [J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(23): 174-177.
- [7] 王宁娟, 唐晓妮. 宫颈癌患者手术室护理中应用心理干预模式的效果及患者负面情绪的影响 [J]. 中国药物与临床, 2020, 20(14): 153-156.
- [8] 何晓玲, 杨绍平, 闵丽华, 等. 多学科协作下团体健康管理对宫颈癌患者术后延续性护理的应用效果 [J]. 实用医院临床杂志, 2020, 17(3): 133-135.
- [9] 赵娟, 张保祯. 阶段性护理干预在同步放化疗结合中药治疗局部晚期宫颈癌患者中的应用价值 [J]. 沈阳药科大学学报, 2021, 38(1): 152-154.
- [10] 伊莉萍, 任杰. 护理干预在宫颈癌放疗患者急性胃肠道反应中的应用及效果 [J]. 现代消化及介入诊疗, 2018, 23(1): 221-223.

护理配合在无痛胃镜联合肠镜检查并发症预防中的应用

王晓艳

山东省临沂市蒙阴县人民医院内窥镜室 276200

摘要：目的：此次研究主要针对无痛胃镜联合肠镜检查应用护理配合的效果进行分析。方法：随机选取 2021 年 1 月-2022 年 1 月内在我院接受无痛胃镜联合肠镜检查的 80 例患者展开研究，患者通过数字表法分成两组，分别为对照组和研究组（各 40 例），对照组进行常规检查干预，研究组在此基础上进行护理配合，观察患者心理状态、生命体征、并发症等影响。结果：检查指标对比，研究组麻醉药用量与呼吸抑制发生率均低于对照组，检查时间短于对照组，且收缩压、舒张压、心率等生命体征指标均优于对照组， $P<0.05$ 。患者心理状态对比，干预前两组患者心理状态均无显著差异， $P>0.05$ ；经干预后研究组 SAS、SDS（焦虑、抑郁）评分均低于对照组， $P<0.05$ 。并发症与满意度对比，研究组并发症发生率低于对照组，患者满意度高于对照组， $P<0.05$ 。结论：护理配合在无痛胃镜联合肠镜检查中可以发挥出重要作用，可预防并发症，改善患者心理状态，稳定生命体征。

关键词：护理配合；无痛胃镜；肠镜；并发症；应用效果

胃肠道内镜作为当前消化道疾病最为有效的一种检查方法，通过内镜观察，能够将患者病灶形态、大小与类型等进行检查，但是无法直观观察病灶，需要刮取病灶组织进行活检才可以进行准确诊断，进而提高诊断准确率。但是传统胃肠镜检查可能会给消化道带来较大刺激，导致患者检查过程中产生不适，以致于产生一些负面心理情绪，依从性降低，不利于检查工作顺利进行^[1]。这些年在诊断技术快速进步下，无痛胃镜联合肠镜检查方法逐渐得到应用，该方法不只是针对耐受性较低群体，对于年轻患者同样也可以选择这类方式进行检查。无痛胃镜和肠镜联合检查通常需要在麻醉下完成各项操作，所以在检查过程中可能会伴有一定麻醉不良反应，并且侵入性操作等可能给患者机体产生应激反应，导致患者生命体征出现波动，增加并发症发生风险，因此如何预防并发症是当前临床一个重要问题^[2]。为了能够有效预防并发症，在无痛胃镜联合肠镜检查中，需要及时配合护理措施干预，通过各项针对性护理干预，以降低并发症发生率，确保检查诊断效果。基于此，本文就我院接受无痛胃镜联合肠镜检查患者实施护理配合干预的效果展开分析。

1 资料与方法

1.1 基础资料

以 2021 年 1 月-2022 年 1 月期间在我院进行无痛胃镜联合肠镜检查患者当作研究对象，患者例数共 80 例，所有患者通过数字表法进行随机分组，总共分成两组，一组是对照组，40 例，男女比重 22:18，年龄介于 20-60 岁间，年龄均值（ 41.37 ± 1.36 ）岁，患者体重范围在 55-80kg，平均体重（ 70.13 ± 1.25 ）kg；一组是研究组，40 例，男女比重 23:17，年龄介于 21-61 岁间，年龄均值（ 41.45 ± 1.43 ）岁，患者体重范围在 53-79kg，平均体重（ 70.24 ± 1.36 ）kg；上述无痛胃镜联合肠镜检查患者年龄、性别与体重等资料经统计学软件计算发现无差异性（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：（1）均经过临床常规检查确认满足麻醉指征^[3]，符合无痛胃镜联合肠镜检查适应症；（2）各项资料齐全；（3）神经系统与认知功能正常；（4）患者及其家属均知情研究，签署同意书。排除标准：（1）并发

消化系统急性炎症或者咽喉疾病者；（2）伴有严重精神疾病而无法配合研究者；（3）药物过敏与过敏体质；（4）妊娠期与哺乳期女性。

1.2 方法

对照组实施日常检查前准备干预，护理人员需要做好各项用药准备工作，将患者所涉及药物、呼吸机以及氧气罩等妥善准备，并加强常规消毒；同时需要将相关疾病知识进行宣教，确保患者与家属能够掌握基本认知，了解自身情况。检查前需要指导患者如何控制饮食，禁止食用一些明确规定不可食用的食物^[4]。

研究组在无痛胃镜联合肠镜检查过程中，全程进行护理配合，方法如下：（1）检查前护理，护理人员在检查前需要做好各项护理干预，具体有：①心理护理，护理人员需要和患者展开密切沟通交流，掌握患者个性特点与疾病认知情况，由于患者自身情绪影响，护理人员需要及时疏导，尽可能指导患者将家庭、工作或者其他情况进行更加详细说明，从而有助于护理人员评估患者心理状况，并根据所了解情况制定针对性护理干预措施，将无痛胃镜联合肠镜检查重要性以及相关原理进行讲解，尽可能消除患者内心恐惧感与焦虑感，保持最好状态进行检查^[5]。②肠道清洁护理，检查前需要进行麻醉指征评估，当评估合格后，需要指导患者做好肠道清洁工作，并将肠道清洁重要性告知，以提高患者依从性，在清洁过程中严格根据各项规范操作开展，避免对检查结果造成影响。③体位指导干预，需要严格按照检查体位要求，指导患者更换肠镜检查专用裤，并指导患者保持左侧卧位，将患者双腿自然弯曲，做好保暖措施，需将衣领适当松开，垫上一次性检查单。（2）检查中护理，当患者在进行检查时，需要加强静脉通路保护，并应用专用面罩进行吸氧，密切监测心电图，查看患者生命体征与腹部胀气情况，如果发现异常必须第一时间通知医生，采取针对措施处理。等到患者麻醉药物效果完全起效后，将相关检查设备置入。护理人员需要配合医生更换患者体位，确保内镜可以正常进行检查。同时还需要加强患者呼吸频率、血氧饱和度等指标监测，查看是否存在呛咳、恶心以及舌后坠等发生可能，避免患者出现窒息。（3）检查后护理，当所有检查

操作完成后,当患者生命体征保持在稳定水平,则需要转移患者至恢复室进行观察,恢复室内护理人员需要做好各个患者唤醒工作。患者苏醒后,协助患者采取侧卧位,并将患者头部偏向一侧,保证呼吸通畅,并给予面罩吸氧干预与心电监护,同时需要在患者病床两旁装设护栏,避免患者出现坠床事故。因为患者刚苏醒时,麻醉药效还没有彻底消退,所以可能会伴有乏力与头晕等症状,这时应该告知患者保持卧床休息,防止摔伤。

1.3 观察指标

心理状态评估:应用 SAS、SDS (焦虑、抑郁评分量表) 进行评估^[6],评估项目共 20 个,取标准分作为评估分值,以 50 份为分界值,如果 SAS、SDS 分值在 50 分以下,则说明焦虑与抑郁表现正常状态;若是 SAS、SDS 分值在 50-59 分,则表示处在轻度焦虑、抑郁;若是 SAS、SDS 分在 60-69 分,则为轻度焦虑、抑郁;分值超过 69 分为重度焦虑抑郁,分数越高表示焦虑、抑郁心理情绪越严重。

记录两组患者检查期间麻醉用药用量、检查时间、呼吸抑制发生、收缩压与舒张压、心率以及并发症发生情况(包括心律失常、低血压、恶心呕吐)。检查结束后在患者恢复期间,将我院自制满意度调查问卷^[7]发放并指导患者自行填写,问卷分值共 100 分,根据分值划分相应等级,调查统计分值超过 90 分为十分满意,调查统计分值在 70-90 分为基本满意,分值低于 70 分则为不满意,总满意度=(十分满意+基本满意)/总例数×100%。

1.4 统计学分析

SPSS23.0 处理分析, X²、t 检验,并用 (n/%) ($\bar{x} \pm s$) 表示, P<0.05, 则数据有差异。

2 结果

2.1 检查指标

从表 1 数据可见,研究组麻醉药物用量比对照组少,呼吸抑制发生率低于对照组,且收缩压、舒张压、心率等指标水平相比对照组更加稳定,检查时间较短, P<0.05。

表 1 比较两组检查期间指标改善情况 ($\bar{x} \pm s$)

指标	对照组 (n=40)	研究组 (n=40)	t	P
麻醉药物用量 (ml)	26.37±4.52	20.67±4.11	5.9009	0.0000
检查时间 (min)	31.54±3.88	24.56±3.65	8.2871	0.0000
呼吸抑制 (%)	10 (25.00%)	3 (7.50%)	4.5006	0.0338
收缩压 (mmHg)	125.37±3.58	120.54±4.17	5.5582	0.0000
舒张压 (mmHg)	91.58±4.13	82.46±3.88	10.1788	0.0000
心率 (次/min)	94.47±8.56	80.12±7.63	7.9147	0.0000

2.2 心理状态改善情况

经焦虑与抑郁评分量表评估,在还未进行检查与干预前,对照组和研究组患者心理状态上均存在一定程度焦虑、抑郁情绪,两组焦虑与抑郁程度相差不大, P>0.05; 经干预后, 两组患者焦虑与抑郁心理状态均得到改

善, 相比研究组 SAS、SDS 评分低于对照组, P<0.05。

表 2 比较两组 SAS、SDS 评分 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n (例)	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照 组	40	58.22±6.37	38.91±5.46	59.24±6.15	37.45±5.25
研究 组	40	58.14±6.45	27.39±5.05	59.17±6.24	27.88±4.85
t		0.0558	9.7964	0.0505	8.4683
P		0.9556	0.0000	0.9598	0.0000

2.3 并发症发生率

检查后观察发现研究组并发症总发生率低于对照组, P<0.05。

表 3 对比并发症发生率 (n/%)

组别	n (例)	恶心呕吐	心律失常	低血压	总发生率
对照组	40	3 (7.50)	2 (5.00)	1 (2.50)	6 (15.00)
研究组	40	0	1 (2.50)	0	1 (2.50)
X ²					3.9139
P					0.0478

2.4 满意度

研究组总满意度高于对照组满意度, P<0.05。

表 4 比较两组检查满意度 (n/%)

组别	n (例)	十分满意	基本满意	不满意	总满意度
对照组	40	15	18	7	33(82.50)
研究组	40	18	21	1	39(97.50)
X ²					5.0000
P					0.0253

3 讨论

胃镜与肠镜检查作为消化道疾病检查诊断的一个有效手段,但是在检查过程中会给患者消化道带来较大刺激,并且大多数患者均是初次体验,所以十分容易产生紧张、焦虑以及恐惧等负面情绪^[8]。

近几年无痛胃镜联合肠镜检查逐渐得到广泛应用,该方法可以在静脉麻醉基础上,完成胃镜和肠镜两项检查,患者能够在安全无痛状态下完成检查,所以可以保证患者配合度,确保检查顺利进行,缩短检查时间,避免其他因素给检查结果造成的影响^[9]。经临床实践发现,无痛胃镜联合肠镜检查具有较高安全性,可行性较高,且方便快捷,可以减少分别给予无痛胃镜和肠镜麻醉风险,降低患者痛苦。但是在检查开始前,仍然需要进行肠道清洁工作,检查后可能会伴有一定不适,同时患者心理状态仍然未得到改善,因此在心理负面情绪影响下,仍然可能给检查过程带来不利影响。为了能够改善这一现状,则需要及时配合护理措施干预,改善患者心理状态,降低并发症发生率。

在无痛胃镜联合肠镜检查前后,配合护理措施进行操作,通过舒适护理、针对性护理与个性化护理等干预,和传统护理对比,该护理表现出更加显著的个性化与全面化特征,具体护理过程中,通过检查前、检查中与检查后护理等多方位开展护理干预,可以有效改善患者心理负面情绪,提高依从性,保证手术顺利进行,同时加强各项监测,能够及时发现异常,防止并发症发生,避免对患者术后恢复造成影响^[10-11]。

此次结果中,在未开展干预前评估患者心理状态,两组焦虑评分(SAS)、抑郁评分(SDS)均无显著差异, $P>0.05$;经过有效干预后,患者SAS、SDS评分降低,且研究组SAS、SDS评分低于对照组,具有统计学意义。同时观察统计各项检查指标,研究组各项指标优势更加明显,并发症发生率研究组较低,患者满意度高。结果数据体现出护理配合应用在无痛胃镜联合肠镜检查中能够发挥出重要作用,可减轻患者焦虑与抑郁心理情绪,减少并发症风险,稳定患者生命体征,以保证各项检查操作顺利进行,提高检查准确率。

综上所述,护理配合在无痛胃镜联合肠镜检查中可取得显著效果,可预防并发症,减轻患者负面情绪,提高满意度。

参考文献:

[1]麦爱贞,黄圆圆,钟希,陶云燕,赖学文.基于性格特征的心理护理对无痛胃镜联合肠镜检查患者配合度干预效果[J].国际护理学杂志,2021,40(23):4301-4304.

[2]包萍,成敏,顾政.护理安全管理措施在清醒镇静麻醉下无痛胃镜及

肠镜检查患者中的应用效果[J].国际护理学杂志,2021,40(14):2644-2647.

[3]黄凤桃,夏瑰丽,蒲瑶,雷正霞,程庆,朱志红.探究针对性护理在无痛胃镜联合肠镜检查患者中的临床运用效果[J].医学食疗与健康,2021,19(09):103-104.

[4]龚彩丽,罗铮娜.分析护理配合标准指南在无痛胃镜、无痛肠镜检查中的应用效果[J].心理月刊,2020,15(09):58.

[5]许贵敏.基于KAP模式的护理干预在无痛胃镜联合肠镜检查中的应用效果[J].河南医学研究,2019,28(20):3794-3795.

[6]罗子青,谭金婷.基于知-信-行模式的护理干预在无痛胃镜联合肠镜检查及并发症预防中的应用[J].护理实践与研究,2017,14(24):12-14.

[7]罗龙平,李爱英,杨琴,黄秀江,陈礼娟,张志刚.全程护理干预对无痛胃镜联合肠镜检查患者的影响效果[J].实用临床护理学电子杂志,2017,2(36):48-49.

[8]黄福秀,亢媛,吕长虹,周静.舒适护理干预在无痛胃镜联合肠镜检查并发症预防中的应用分析[J].实用临床医药杂志,2017,21(06):68-70+77.

[9]周桂芳.护理配合标准指南在无痛胃镜、无痛肠镜检查中应用的效果[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(17):183.

[10]章绵华,冯柳娜,罗小清,徐海容.全程护理干预对无痛胃镜联合肠镜检查的临床效果分析[J].现代诊断与治疗,2015,26(21):5028-5029.

[11]周貽静.护理配合标准指南在无痛胃镜、无痛肠镜检查中应用的效果[J].中国社区医师,2015,31(09):134-135.

(上接第174页)

口腔清洁不当,很容易因长时间的细菌增生产生牙结石、牙菌斑等固结的污渍,长此以往,容易诱发炎症,从而让人体发作牙周炎、牙龈炎等牙周疾病。牙周病不仅影响患者的个人形象,还会促使患者咀嚼等口腔生理功能下降,进而导致胃肠道消化不良等全身性的病症,因此尽快消除牙菌斑与牙结石、消除口腔炎症,并借助口腔护理来对口腔良好环境进行维持对牙周病患者的健康来说十分重要。

对于牙周病患者来说,及时治疗十分重要,及时治疗能够有效避免牙周炎症的蔓延以及病症的持续加重,治疗之后健康口腔环境的维持已经牙齿的维护同样重要,牙齿护理工作做不好,牙周病有很高的复发性。常规的牙周病护理中,牙菌斑与牙齿清除之后护理人员一般只针对口腔健康保持的注意事项进行简单的健康告知,这种护理方法下,患者往往意识不到做好口腔自我管理的重要性,同时由于健康告知往往不够详细,患者在进行后期牙齿维护的时候容易陷入误区,本次研究中的综合护理则区别于简单的健康告知,观察组对患者进行综合护理干预时,护理人员首先对患者的情绪关注度比较高,且针对患者焦虑情绪的改善进行了心理护理干预,这不仅对护患关系的良好维系有益,还可促使患者提高口腔护理的依从性,本次研究中观察组更高的护理依从率证实了这一点。针对更加健康有效的口腔护理干预,观察组护理人员还就牙周病患者日常饮食、口腔清洁方法、口腔环境维持要点等展开更加详细的健康教育,促使患者口腔护理

的认知水平得以提高。考虑到口腔锻炼对口腔组织的重要促进作用,护理人员还引导患者进行了口腔锻炼,这对颌面畸形以及牙龈萎缩的预防有重要促进作用,结果显示,观察组患者牙龈健康情况与牙周健康情况果然显著优于对照组。

牙周综合护理在牙周病护理中的应用可帮助患者改善牙龈与牙周健康情况同时促使患者护理满意度与护理依从性提升。

参考文献:

[1]李力,张诗涵.牙周综合护理对慢性牙周炎患者病情变化及患者满意度的影响[J].全科口腔医学电子杂志,2018,5(31):111-112.

[2]刘燕.牙周综合护理对慢性牙周炎患者病情变化及患者满意度的影响分析[J].全科口腔医学电子杂志,2019,6(33):127,132.

[3]钱丽莲,官风云,王伟,等.综合护理干预对慢性牙周炎临床疗效的影响观察[J].全科口腔医学电子杂志,2019,6(1):115,117.

[4]韩淑芬,徐莹,张士博,等.系统化口腔护理在慢性牙周炎护理中的应用效果及护患关系改善观察[J].全科口腔医学电子杂志,2019,6(1):107-108.

[5]姚瑶,关为群.综合护理对牙周炎患者的干预效果及对患者牙周相关指标及生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(1):149-151.

TCRA 术联合人工周期治疗宫腔粘连的护理分析

张樱 陶茜茜 (通讯作者)

南京医科大学附属妇产医院 (南京市妇幼保健院) 十三病区腔镜科 江苏南京 210000

摘要: 目的: 探讨 TCRA 术联合人工周期治疗宫腔粘连的临床护理效果。方法: 本次调研中, 选取 2020 年 1 月-2021 年 1 月期间, 院内收诊的 60 例宫腔粘连患者, 依据随机分配原则, 60 例患者分成对照组 (n=30) 和实验组 (n=30), 对照组, 对患者实施 TCRA 术, 实验组, 对患者实施 TCRA 术联合人工周期治疗, 对比两组临床护理疗效。结果: 从治愈、有效、无效等指标, 对比两组患者临床治疗效果, 基于数据对比分析可知, 对照组有效率 83%, 实验组有效率为 97%, 实验组较于对照组具有显著优势, 组间数值差异明显, $P<0.05$, 有统计学意义; 从月经量少、继发性闭经患者, 对比两组患者治疗后月经恢复情况, 从数据统计可知, 实验组患者上述两项指标对比均优于对照组, 组间数值满足 $P<0.05$, 有统计学意义; 从治疗后复发率进行对比分析, 依据数据分析可知, 对照组复发率为 20%, 实验组复发率为 7%, 组间对比差异显著, 满足 $P<0.05$, 有统计学意义。结论: TCRA 术联合人工周期治疗宫腔粘连的临床疗效极好, 改善患者临床症状, 提高患者生存质量, 减少术后复发率, 建议临床推广应用。

关键词: TCRA 术; 人工周期; 联合治疗; 宫腔粘连; 疗效

从临床医学来说, 宫腔粘连是临床中较为普遍的病症, 亦可称之阿谢曼综合征, 属于妇科类疾病, 之所以出现上述疾病与患者的以下情况有极大的关联, 即手术次数、感染及内分泌等, 近些年来发病率在 0.1%-0.4% 区间, 伴随人工流产递增, 该类疾病的发生率呈现出逐年升高的趋势, 较为明显的症状有: 周期性腹痛、月经过少, 还有不孕。针对上述疾病, 临床采取 TCRA 术 (宫腔镜下粘连分离术) 对患者开展临床治疗, 予以粘连分离或者实施切除, 帮助患者恢复正常月经, 改善患者妊娠, 然而这种治疗方法在治疗后, 患者极易出现再次粘连情况, 影响患者预后效果, 务必在治疗之后实施防粘连措施, 避免患者疾病复发, 提高患者临床治疗效果。本次研究将重点探讨 TCRA 术联合人工周期治疗宫腔粘连的临床疗效, 具体报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次调研中, 选取 2020 年 1 月-2021 年 1 月期间, 院内收诊的 60 例宫腔粘连患者, 依据随机分配原则, 60 例患者分成对照组 (n=30) 和实验组 (n=30), 对照组, 患者年龄 20-45 岁之间, 平均值 (26.3±0.7), 病程 4-36 个月, 平均病程为 (14.9±1.6); 实验组, 患者年龄 21-43 岁之间, 平均值 (25.2±0.6), 病程 3-34 个月, 平均病程为 (14.1±1.4), 对比两组患者基本资料, 在年龄、病程等方面均无差异, $P>0.05$, 无统计学意义。

1.2 治疗方法

对照组: 对患者给予 TCRA 术, 具体如下: (1) 术前准备: 准备相关器械, 主要有微型剪、电切环、电视宫腔镜等。患者月经结束后 7 日内, 对患者进行手术, 在术前 6 小时, 引导患者在其阴道位置, 贴服药膏, 选取米索前列醇, 剂量为 400μg, 贴服使用, 1 次/d, 7d 一疗程。(2) 手术操作: 对患者实施麻醉, 全身麻醉, 在宫腔镜下, 运用微型剪, 实施宫腔粘连分离, 如若粘连严重, 或是存在明显瘢痕, 借助 B 超引导, 以针状电极分离, 让宫角充分显露, 同时还有输卵管。在手术过程中, 要保护子宫内膜, 假设手术难度高, 可以分次进行。

实验组: 在对照组治疗的基础上, 联合人工周期治疗, 筛选 1 根 16 号球囊导尿管, 将其放置好, 然后持续导尿 48 小时, 按照患者耐受程度, 对球囊冲水, 大概 4-6ml, 术后 48 小时, 拔出球囊, 选取“宫”节育器, 放置在患者宫内。选取戊酸雌二醇片, 每次口服 3mg, 2 次/d。总计需要治疗 21d, 共三个周期, 第 1 周期, 于第二天开始, 第二周及第三周期, 从月经第一天, 患者开始服药。

1.3 效果评价

对比两组患者临床治疗效果

观察两组患者治愈后复发率及月经量变化

1.4 统计学意义

获取数据应用 SPSS19.0 进行处理, 用 (n,%) 表示计数资料, 用卡方检验, 用 ($\bar{x} \pm s$) 表示计量资料, 用 t 检验。 $P<0.05$, 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床治疗效果对比

从治愈、有效、无效等指标, 对比两组患者临床治疗效果, 基于数据对比分析可知, 对照组有效率 83%, 实验组有效率为 97%, 实验组较于对照组具有显著优势, 组间数值差异明显, $P<0.05$, 有统计学意义, 详见表 1:

表 1: 两组临床治疗效果对比 (n,%)

组别	n	治愈	有效	无效	总有效率 (%)
对照组	30	18 (60%)	7 (23%)	5 (17%)	25 (83%)
实验组	30	20 (67%)	9 (30%)	1 (3%)	29 (97%)

2.2 观察两组患者月经量变化情况

从月经量少、继发性闭经患者, 对比两组患者治疗后月经恢复情况, 从数据统计可知, 实验组患者上述两项指标对比均优于对照组, 组间数值满足 $P<0.05$, 有统计学意义, 详见表 2:

表 2: 两组患者月经量变化情况 (n,%)

组别	月经量少			继发性闭经			
	例数	恢复正常	无变化	例数	恢复正常	月经量少	无变化
实验组	30	28 (93%)	2 (7%)	30	22 (74%)	7 (23%)	1 (3%)
对照组	30	18 (60%)	12 (40%)	30	19 (63%)	6 (20%)	4 (17%)
χ^2 值		4.3363	4.0178		4.6650	4.8469	4.3718

P 值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05
2.3 观察两组患者疾病复发情况					
从治疗后复发率进行对比分析,依据数据分析可知,对照组复发率为 20%,实验组复发率为 7%,组间对比差异显著,满足 $P<0.05$,有统计学意义,详见表 3:					
表 3: 对比两组患者疾病复发率 (n,%)					
组别	n	复发例数	复发率 (%)		
对照组	30	6	20%		
实验组	30	2	7%		
P 值		<0.05	<0.05		

3 讨论

宫腔粘连作为临床医学中常见的妇科疾病有逐年递增的趋势,因而临床中对该疾病的治疗务必要予以极高的重视,从患者的患病的实际情况给予更恰当的治疗措施,强化患者生活质量,提高临床治疗效果。对于宫腔粘连,引发疾病的因素有很多,从而导致患者子宫内膜损伤,对患者月经有极大的影响,且关系到患者生育功能,继而导致患者出现以下情况:月经量变少、继发性闭经等。一旦出现宫腔粘连,则势必阻碍血液流通,患者具有周期性腹痛,同时,还会导致更为严重的后果,不孕不育、流产等,甚至出现死胎,还会引发不同并发症,如大出血、胎盘粘连等,危害患者生命健康。

正是因为宫腔粘连疾病的特殊性和威胁性,临床对于该类疾病的重视度不断提升,对宫腔粘连予以分离或是切除,保护患者子宫内膜,恢复其正常功能,避免粘连情况再次发生。现阶段,我国医疗技术呈现出快速发展趋势,TCRA 术在宫腔粘连治疗中得到广泛的应用,而相对应的宫腔镜技术运用趋于成熟,在临床治疗中获得极好的治疗效果。然而在治疗之后,很多患者会出现再次粘连的情况,影响患者预后效果,对临床治疗造成极大的阻碍。为了提高宫腔粘连临床治疗效果,临床中联合人工周期治疗,临床效果极佳,极大的降低宫腔再次粘连情况的复发率,因而针对宫腔粘连采取 TCRA 术联合人工周期治疗是非常必要,极大的改善临床病症,提高患者生存质量,减少疾病复发对患者预后效果的困扰,是相对有效的临床治疗方案,值得临床推广应用。

宫腔粘连给患者的生活造成极大的困扰,在对患者开展治疗之后,还需要引导患者做好相应的护理工作,增强预后效果。在患者出院之前,需要做好相应的出院指导,为了避免粘连情况再次发生,强化子宫内膜功能,做好其修复及增生,TCRA 术务必要配合人工周期治疗,在出院之后,患者务必要坚持服药,不可随意停药,注意保持良好的作息习惯,不可过度劳累;合理膳食,维持体内营养均衡,筛选高蛋白食物,选取高维生素食物,禁止性生活 1 个月,保持会阴清洁,不可久站、久坐等,提高临床治疗效果,避免疾病再次复发。

本次调研中,选取 2020 年 1 月-2021 年 1 月期间,院内收诊的 60 例宫腔粘连患者,依据随机分配原则,60 例患者分成对照组 (n=30) 和实验组 (n=30),对照组,对患者实施 TCRA 术,实验组,对患者实施 TCRA 术联合人工周期治疗,对比两组临床护理疗效。从治愈、有效、无效等指标,对比两组患者临床治疗效果,基于数据对比分析可知,对照组有效率 83%,实验组有效率为 97%,实验组相较于对照组具有显著优势,组间数值差异明显, $P<0.05$,有统计学意义;从月经量少、继发性闭经患者,对比两组患者治疗后月经恢复情况,从数据统计可知,实验组患者上述两项指标对比均优于对照组,组间数值满足 $P<0.05$,有统计学意义;从治疗后

复发率进行对比分析,依据数据分析可知,对照组复发率为 20%,实验组复发率为 7%,组间对比差异显著,满足 $P<0.05$,有统计学意义。基于上述数据分析可知,实验组采取的联合治疗方式相对于参照组单一化的治疗临床效果更为显著,可最大程度遏制宫腔粘连,临床治疗安全性极高。在术后,放置球囊,对于患者术后宫腔起到保护,避免发生粘连,但是不可长期放置,避免内膜受损,影响内膜功能修复。在患者术后,对患者实施人工周期治疗,对患者子宫内膜功能恢复大有益处,强化其基底层增厚,促进血管增生。在患者治疗过程中,医师及护理人员需要给予患者一定的心理疏导,帮助患者减轻精神及心理负担,使其能够更好的配合治疗,达到最佳的治疗效果,给予他们情感支持,减少患者焦虑和不安情绪,让患者以更好的心态面对治疗,增强临床治疗有效性。宫腔粘连采取 TCRA 术联合人工周期治疗是相对有效的临床治疗方式,建议在今后的临床中推广应用。可以在今后的临床中大力推广,强化患者临床治疗效果。

【结语】

总而言之,宫腔粘连采取 TCRA 术联合人工周期治疗能够达到最佳的治疗效果,不仅可以减少疾病复发率,而且能够提高患者生活质量,减少患者焦虑不安情绪,临床治疗效果较好,恢复患者子宫内膜正常功能,恢复患者正常月经量,是相对有效的临床治疗方案,

参考文献:

- [1]王娟,张仁琦,李燕. 宫腔镜下子宫纵隔切除术后不同处理方式对患者妊娠结局影响[J]. 中国计划生育学杂志,2021,29(2):275-279,424.
- [2]崔丹华. 电子灸治疗宫腔镜下宫腔粘连分解术后放置子宫球囊支架患者疼痛的效果观察[J]. 浙江临床医学,2020,22(8):1126-1128.
- [3]黄美. 宫腔镜术后放置球囊导尿管治疗宫腔粘连的护理措施分析[J]. 黑龙江中医药,2020,49(6):228-229.
- [4]邱淑琴,梁银珠,叶素婷,等. 延续性护理干预在宫腔粘连患者宫腔镜术后的应用效果分析[J]. 实用临床护理学电子杂志,2020,5(31):43-44.
- [5]李汉芬. 宫腔粘连合并不孕症术后延续护理的开展及对患者护理满意度、并发症及月经恢复的影响分析[J]. 饮食保健,2020,7(29):100-101.
- [6]王丹. 延续性护理模式在宫腔镜手术治疗不孕症合并宫腔粘连中的应用效果分析[J]. 家有孕宝,2020,2(7):64-65.
- [7]谢美莲,王绮雯,张玉红. 优质护理对重度宫腔粘连宫腔镜电切术后患者心理状况、生活质量及疼痛的影响分析[J]. 中国社区医师,2021,37(16):142-143.
- [8]余琴,刘玮楚,李娟,等. 宫腔粘连分离术后再次使用宫腔镜探查预防宫腔粘连的效果及其护理分析[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19(44):13-14.
- [9]郑婷婷,周梦梦,杜丽利. 不孕症患者宫腔粘连行宫腔镜手术后优质护理干预措施对生育功能的影响评价[J]. 家有孕宝,2021,3(17):108.
- [10]张婷,管子涵. 延续性护理在宫腔粘连合并不孕症患者宫腔镜术后护理的应用效果[J]. 健康女性,2021(21):35.
- [11]骆巧玲,游宇园,王汉和,等. 延续性护理模式在宫腔镜术后放置球囊子宫支架治疗宫腔粘连的研究[J]. 外科研究与新技术,2020,9(4):293-296.
- [12]陈昭君. 优质护理模式在宫腔镜冷刀切除术治疗 I 型黏膜下子宫肌瘤患者中的效果研究[J]. 中外医学研究,2020,18(16):74-76.

小青龙汤合三子养亲汤加减治疗肺胀肺气虚寒证的疗效研究

叶占兰

东莞市中西医结合医院 内科 523000

摘要:目的 研究肺胀肺气虚寒证应用小青龙汤合三子养亲汤加减治疗的效果。方法 围绕本院收治的 100 例肺胀肺气虚寒证患者展开研究, 均于 2020 年 11 月-2021 年 11 月期间在本院就诊, 并以随机抽样法为分组依据将其分为西医组 (n=50) 及中医组 (n=50), 两组患者均采用不同治疗方案, 西医组采用常规西医疗法, 中医组在西医组基础上采用小青龙汤合三子养亲汤加减治疗, 针对两组患者治疗效果、肺功能进行分析比较。结果 中医组治疗总有效率 (92.00%) 相较于西医组 (48.00%) 较高, $P<0.05$; 治疗前西医组及中医组一秒用力呼气容积 (FEV1)、用力肺活量 (FVC)、最大用力呼气中期流速 (MMEF) 水平无差异, $P>0.05$, 治疗后中医组相较于西医组 FEV1、FVC、MMEF 水平较高, $P<0.05$ 。结论 在肺胀肺气虚寒证治疗中应用小青龙汤合三子养亲汤加减治疗效果显著, 可调整患者肺功能, 建议临床采纳。

关键词: 肺胀; 小青龙汤; 肺气虚寒证; 三子养亲汤

[Abstract] Objective To study the effect of Xiaoqinglong decoction combined with Sanzi Yangqin Decoction in the treatment of lung distension, lung qi deficiency and cold syndrome. Methods a study was carried out on 100 patients with lung distension, lung qi deficiency and cold syndrome treated in our hospital. They were all treated in our hospital from November 2020 to November 2021, and were divided into western medicine group (n=50) and traditional Chinese medicine group (n=50) based on random sampling. The patients in the two groups were treated with different treatment schemes. The western medicine group was treated with conventional western medicine, and the traditional Chinese medicine group was treated with Xiaoqinglong Decoction and Sanzi Yangqin addition and subtraction based on the western medicine group. The treatment effect and lung function of the two groups were analyzed and compared. Results the total effective rate of traditional Chinese medicine group (92.00%) was higher than that of Western medicine group (48.00%), $P<0.05$; Before treatment, there was no difference in the levels of forced expiratory volume in one second (FEV1), forced vital capacity (FVC) and maximum forced expiratory mid-term flow rate (MMEF) between the western medicine group and the traditional Chinese medicine group, $P>0.05$. After treatment, the levels of FEV1, FVC and MMEF in the traditional Chinese medicine group were higher than those in the western medicine group, $P<0.05$. Conclusion the application of Xiaoqinglong Decoction and Sanzi Yangqin Decoction in the treatment of lung distention and lung qi deficiency cold syndrome has a significant effect, which can adjust the lung function of patients, and it is recommended to be adopted in clinic.

慢阻肺是一种由肺实质和气道受慢性炎症侵袭, 中性粒细胞上升促进炎症介质释放, 对肺部结构造成破坏引起的疾病, 在中医中将其称为肺胀, 以肺气虚寒证最为常见。由于慢阻肺对正常肺部结构造成破坏, 因此患病后肺部功能逐渐下降, 若未及时采取有效治疗措施, 可进展为呼吸衰竭, 甚至危及生命^[1]。常规西医疗法主要围绕止咳、平喘、抗感染, 但在治疗过程中忽略了不同患者之间不同症状, 因此治疗效果并不理想, 且随着用药剂量的增加及治疗时间延长, 并发症发生风险也在不断提高。小青龙汤合三子养亲汤是一种中医药方, 由多种中草药组成, 以中医中的辨证论治为基本原理, 针对患者病因病机进行治疗, 从而可获得良好的治疗效果。本文现针对院内 100 例患者展开研究, 内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以随机抽样法为依据, 将本院收治的 100 例肺胀肺气虚寒证患者分为西医组及中医组, 每组各纳入 50 例, 所有患者均于 2020 年 11 月-2021 年 11 月期间在本院就诊西医组纳入男女比 26: 24, 最小 46 岁, 最大 84 岁, 均值 (65.24±7.63) 岁, 患病时长最短 1 年, 最长 5 年, 均值 (2.63±0.37) 年; 中医组纳入男女比 23: 27, 最小 47 岁, 最大 84 岁, 均值 (65.43±7.55) 岁, 患病时长最短 1 年, 最长 6 年, 均值 (2.81±0.38) 年。所有患者临床

资料完整且组间无差异, $P>0.05$ 。

纳入标准: ①均符合《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》诊断标准^[2]; ②均符合《中医症状鉴别诊断学》中肺胀-肺气寒证诊断标准^[3]; ③经影像学诊断确诊者; ④自愿参与本次研究者; ⑤患者及家属均了解研究内容。

排除标准: ①精神、意识及认知功能障碍者; ②既往有治疗药物过敏史者; ③合并心、肝、肾等脏器功能障碍或恶性肿瘤者; ④中途退出本次研究者。

1.2 方法

两组患者入院后均给予吸氧、止咳及营养支持等临床常规治疗, 完善相关检查, 根据检查结果选择合适的治疗方式, 若经过痰培养等检查发现存在感染现象需及时给予抗感染治疗, 并以此为基础进行研究。

西医组: 治疗方案为常规西医疗法, 治疗药物为氨茶碱注射液 (2ml/0.25g; 国药准字 H41022266; 河南润弘制药有限公司), 给药剂量及频率分别为 0.25g/次、3 次/d, 给药方式为采用 40ml50%葡萄糖溶液稀释后静脉注射, 治疗周期为 10d。

中医组: 以西医组治疗为基础展开小青龙汤合三子养亲汤加减治疗, 药方主要由 5g 细辛、竹茹、甘草, 10g 麻黄、前胡、杏仁、白芍、紫苏叶、藿香、胆南星、陈皮、桔梗、五味子、葶苈子, 15g 黄芪、白芥子、莱菔

子、紫苏子组成，根据患者临床症状适当加减药物，如咽痒增加 6g 地龙及 12g 僵蚕，咳嗽增加 10g 百部及 12g 款冬花，痰多增加 8g 陈皮及 9g 天南星，咽干增加 8g 玉竹及 10g 沙参，1 剂/d，加入 500ml 饮用水后煎至 300ml，分早晚服用，治疗周期为 10d。

1.3 观察指标

(1) 以疗效判定标准为依据^[4]，将治疗效果分为三个等级，主要包括显效：相关症状完全消失，肺部啰音相较于治疗前减少>50%；有效：相关症状相较于治疗前明显改善，肺部啰音减少≤50%；无效：相关症状及肺部啰音相较于治疗前无变化；并将显效率+有效率作为总有效率进行比较。

(2) 比较组间肺功能，评估时间为治疗前及治疗 10d 后，评估指标包括一秒用力呼气容积 (Forced expiratory volume in one second, FEV1)、用力肺活量 (Forced vital capacity, FVC)、最大用力呼气中期流速 (maximal midexpiratory flow rate, MMEF)。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 20.0 统计软件，计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数

资料用百分比表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 组间治疗效果比较

中医组治疗总有效率 (92.00%) 相较于西医组 (48.00%) 较高， $P < 0.05$ ，见表 1。

表 1 组间治疗效果比较 (n=50, %)

组别	显效	有效	无效	总有效率
西医组	11	13	16	24 (48.00)
中医组	20	26	4	46 (92.00)
χ^2	-	-	-	13.166
<i>P</i>	-	-	-	0.001

2.2 组间肺功能比较

治疗前西医组及中医组 FEV1、FVC、MMEF 水平无差异， $P > 0.05$ ，治疗后中医组相较于西医组 FEV1、FVC、MMEF 水平较高， $P < 0.05$ ，见表 2。

表 2 组间肺功能比较 (n=50)

组别	FEV1 (L)		FVC (L)		MMEF (L/s)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
西医组	1.19±0.22	1.24±0.23	1.87±0.28	2.03±0.31	0.97±0.10	1.03±0.21
中医组	1.20±0.23	1.93±0.29	1.90±0.29	3.08±0.41	0.96±0.10	2.09±0.31
<i>t</i>	0.222	13.182	0.526	14.445	0.500	20.018
<i>P</i>	0.825	0.001	0.600	0.001	0.618	0.001

3 讨论

在中医中通常将慢阻肺称为肺胀，是呼吸内科较为常见的一种慢性阻塞性疾病，主要表现为呼吸道气流受限，具有发病率高、迁延不愈的特点，同时随着病情不断发展，对肺功能造成的损伤逐渐加重可引起呼吸衰竭，甚至死亡，因此需采取合适治疗方案。

常规西医治疗肺胀时，主要围绕止咳、平喘、消炎、抗感染等方面展开，虽具有一定治疗效果，但受到不同患者之间症状不同的影响，无法有效根治疾病，且并发症发生率较高。在中医理论中，将肺胀归于“痰饮、咳嗽”现象，主要以肺气虚寒证较为常见，认为其发病机制为脏腑虚损、正气不足、外寒里饮、脾肺阳气失常，因以治外寒、化内饮、温脾肺为主要治疗目的。小青龙汤合三子养亲汤由细辛、竹茹、甘草、麻黄、前胡、杏仁、白芍、紫苏叶、藿香、胆南星、陈皮、桔梗、五味子、葶苈子、黄芪、白芥子、莱菔子、紫苏子等多种药材组成，两方合用可起到润肺散寒、清热解毒及祛风化痰、降气平喘的作用^[5]。本文研究发现，治疗前西医组及中医组 FEV1、FVC、MMEF 水平无差异， $P > 0.05$ ，治疗后中医组相较于西医组肺功能指标水平及治疗总有效率较高， $P < 0.05$ 。表明小青龙汤合三子养亲汤具备良好疗效的同时还可改善患者肺功能。药方中每一味药材均具有其不同的功效，如细辛解表散寒，竹茹、胆南星清热化痰，甘草清热解毒，麻黄宣肺平喘，前胡、白芥子、莱菔子、紫苏子降气化痰，杏仁止咳平喘，白芍平抑肝阳，紫苏叶解表散寒，藿香化湿醒脾，陈皮燥湿

化痰，桔梗宣肺祛痰，五味子益气生津，葶苈子祛痰平喘，黄芪补气固表，诸药合用能够补肺气、止咳化痰，并以此为基础针对不同症状加减药物，提高治疗效果。

综上所述，应用小青龙汤合三子养亲汤治疗可提高患者肺功能，临床疗效较为理想，在肺胀肺气虚寒证治疗中具有显著意义。

参考文献:

[1]徐东波,李艳静,李站领,等.小青龙汤联合西药治疗哮喘-慢阻肺重叠综合征疗效及对血清炎症因子、肺功能的影响[J].现代中西医结合杂志,2021,30(29):3233-3237.

[2]中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组,中国医师协会呼吸医师分会慢性阻塞性肺疾病工作委员会,陈荣昌,康健.慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2021 年修订版)[J].中华结核和呼吸杂志,2021,44(3):170-205.

[3]姚乃礼.中医症状鉴别诊断学[M].人民卫生出版社,2004:458-462.

[4]王淑娟,胡魁,韩静茵,等.二陈汤合三子养亲汤治疗矽肺的疗效观察及其对肺功能和炎症因子的影响[J].中国中医药科技,2021,28(3):356-358.

[5]屈宜,袁武龙.二陈汤合三子养亲汤治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的疗效及安全性观察[J].贵州医药,2021,45(1):114-115.

[6]海瑞奇,达春水.小青龙汤合三子养亲汤加减联合穴位贴敷治疗儿童过敏性咳嗽的临床疗效观察[J].贵州医药,2020,44(12):1894-1895.

五脏统治法干预糖代谢异常的经验总结

侯昕 王幸栓 李洪阳 王敏 王甜 李琥

川北医学院附属遂宁市中医院 四川遂宁 629000

摘要: 糖代谢异常被认为是糖尿病的前期阶段,是延缓甚至逆转糖尿病发生的重要阶段。导师王幸栓主任中医师对中医药干预糖尿病代谢异常具有独到见解和丰富经验,认为五脏虚弱是其病机的关键,提出了“五脏统治理论”,治疗上滋补为主,疏泻为辅。以宣肺疏肝,健脾宁心,补肾固元为治疗大法。在临床运用中疗效满意,结合临床病案对王幸栓老师治疗糖尿病前期的经验进行介绍。

关键词: 糖尿病前期; 五脏统治法; 经验总结

Summary of experience on intervention of abnormal glucose metabolism by the rule of five internal organs

Hou Xin, Wang Xingshuan, Li Hongyang, Wang Min, Wang Tian, Li Hu

(Suining Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to North Sichuan Medical College, Suining, Sichuan)

Abstract: Abnormal glucose metabolism is considered to be the pre-diabetes stage and is an important stage to delay or even reverse the occurrence of diabetes. Instructor Wang Xingshuan has unique insights and rich experience in the intervention of diabetic metabolic abnormalities by traditional Chinese medicine. He believes that the weakness of the five viscera is the key to its pathogenesis, and puts forward the "five viscera rule theory". To disperse the lungs and soothe the liver, invigorate the spleen and calm the heart, and invigorate the kidneys and invigorate the essence. In clinical application, the curative effect is satisfactory, and the experience of Wang Xingshuan in treating prediabetes is introduced in combination with clinical medical records.

Key words: prediabetes; rule of five internal organs; experience summary.

0 引言

糖尿病前期又称糖调节受损,虽有血糖升高但未达到糖尿病诊断标准的糖代谢紊乱期。糖调节受损包括空腹血糖受损和糖耐量受损,两者可单独或同时存在。指在正常血糖与糖尿病之间的中间高血糖状态^[1]。大部分患者症状轻微,容易忽视病情而进展为糖尿病,威胁生命健康。据统计糖尿病前期患病率高达 35.2%^[2],患病人群相当庞大。中医学“治未病”思想强调“未病先防”,对疾病进行早期干预,可望在疾病初始阶段将其逆转。而中医药在治疗糖尿病前期方面具有独到优势^[3-4]。

导师王幸栓主任中医师是遂宁市名中医,长期从事中医药防治糖尿病临床和科研工作,在总结历代医家经验的基础上,受《灵枢·五变》“五脏皆柔弱者善病消瘕”启示,创新性的提出了“五脏统治法治疗糖尿病”的新理论,临床疗效满意。笔者有幸跟师学习,现将其临床经验总结介绍如下:

1. 传统医学对糖尿病前期病因病机的认识

祖国医学学认为糖尿病前期的发病多与先天不足、饮食失节、情志失调、房劳过度等因素有关。先天之精源于父母所授并藏于肾,受后天脾胃的濡养。若先天禀赋不足加之后天失养,可以致运化功能失调,津液输布异常,凝湿为痰。饮食无度失节,脾胃受纳运化不及,以致运化无力,日久则脾胃逐渐虚弱,输布水谷精微无力,停则生湿,胃中肥甘厚腻郁而生痰,痰湿郁久化热,伤阴耗气。情志失调,则肝失疏泄,肝气郁结,气郁生热,日久则灼津伤液,燥热内生,从而影响机体气、血、津、液的输布和运行。房事不节,劳欲过度,肾精亏损则虚火内生,灼津伤液,则火因水竭益烈,水因火烈而益干,终致肾虚肺燥胃热。王幸栓老师认为五脏虚

弱是糖尿病发病的始动因素。

糖尿病前期属于现代医学概念,中医典籍中没有与之直接对应的病名,根据其特点,其病因病机等大体归属于祖国医学的“脾瘕”、“肥胖”、“食郁”等范畴,其中“脾瘕”与之最为贴近。在《尔雅》以及《说文解字》中将中将“瘕”释为“劳病”,《管子·小匡》言“过用谓之劳”。因此“脾瘕”之义可引申为过用脾所导致的疲劳而致病^[5]。《素问·奇病论》中论述到:“夫五味入口,藏于胃,脾为之行其精气。津液在脾,故令人口甘也。此肥美之所发也。此人必数食甘美而多肥也。肥者令人内热,甘者令人中满,故其气上溢,转为消渴”,认为脾瘕之病因在于过食肥甘厚味,病位在脾。

2. 五脏统治法的中医理论基础

首先五脏统治法是导师王幸栓主任中医师受《灵枢·五变》中“五脏皆柔弱者善病消瘕”^[6]启示,认识到糖尿病发生的根本是五脏虚弱;其次导师观察到糖尿病发展到终末阶段,会导致多脏器多系统损伤,涵盖了中医五脏的功能范畴,因此可以说五脏虚弱,功能失调贯穿于糖尿病发生发展的全过程。糖尿病终末期的慢性严重并发症是五脏虚弱的延续;再次《素问·经脉别论》:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱,水精四布,五经并行”^[7]的论述阐明了水谷精微、津液的运化、输布、代谢都依赖于五脏功能正常协调,一旦功能失调,则发为消渴。因此防治糖尿病应从从统调五脏入手,协调五脏功能,则津液输布正常,消渴可愈。

王旭教授^[8]认为脾瘕多责脾虚,且常兼夹痰热、瘀滞。治法当以健脾为主,辅以清热、养阴、益气活血等方药。倪青、王祥生^[9]认为,脾虚

脾瘕的病理基础,阴虚内热是核心病机,最终转进展为气阴两虚,提出治疗宜补脾健脾、益气养阴。何泽^[10-11]认为脾瘕由邪气藏匿膏、经脉所致,提出治疗脾瘕当扶正祛邪并重。朱明丹、于志强^[12]等认为肝郁气滞是脾瘕的主要病机,其结合临床经验将脾瘕分为郁火伤阴型、脾虚失摄型、肝肾阴虚型、湿热蕴脾型4型,用消渴煎加减辨证论治,收获了一定的临床疗效。王春霞^[13]在研究中发现,运用复元活血汤治疗脾瘕的疗效明确,故主张活血疏肝来治疗脾瘕。芦少敏^[14]在长期的诊治经验中总结出,脾瘕的核心病机是肝郁脾虚,以疏肝健脾燥湿为治法,处方加味甘草汤,临床收效颇佳。李小可^[15]用肾气丸加减治疗糖尿病前期,也收获了一定的临床疗效。现代医家提出了诸多关于治疗糖尿病前期的理论和方法,这些方法可以说涵盖了所有中医五脏的功能,但这些治法大多从单一的脏腑机能失调来阐明消渴的病因病机,存在一定的局限性。

导师王幸栓把祖国医学防治糖尿病经验和现代医学研究相结合,认为现代医学所提出的2型糖尿病从糖尿病前期到糖尿病的演变过程主要包括高胰岛素血症、胰岛素抵抗、胰岛素释放延迟、胰岛素B细胞功能损伤、糖代谢异常、显性糖尿病病理过程和祖国医学认识的五脏功能失调到消渴病的过程相一致。创新性地提出了“五脏统治法”防治糖尿病的新理论。其理论核心是五脏虚弱是消渴病的始动病因且贯穿整个病程。基于以上的认识,提出以“五脏统治法”为治疗大法,治疗上以滋补为主,疏泻为辅。即宣肺疏肝,健脾宁心,补肾固元,兼以脏腑具体辨证而适当有所侧重调整。宣肺疏肝在于条畅气机,以利于气血津液的输布;健脾在于运化水湿,布散津液,祛湿浊而润脏腑;宁心在于心宁则五脏和调;补肾以固其本。只有五脏功能协调,水谷精微得以正常输布代谢,糖尿病才能向愈,才能从根本上防治糖尿病。

3. 五脏统治方药物组成及方解

导师王幸栓以五脏统治立法,参考历代文献,结合临床实践拟定的五脏统治方如下:麻黄9g、柴胡9g、白术12g、肉桂6g、熟地18g、生龙骨12g、丹参15g、泽泻15g、酸枣仁18g、大黄6g、栀子9g、生牡蛎12g^[16]。本方选用麻黄合柴胡宣肺疏肝,通调水道,调畅气机;白术健脾化湿;栀子清心除烦,酸枣仁敛汗生津,合生龙骨、牡蛎以养心安神,助神明之官安和统摄五脏调达,佐少量丹参活血通脉,用熟地以滋补肾阴,肉桂温补肾阳,重用泽泻以泻肾浊,补泄共施。少量大黄通利大便使邪气得以下消,泽泻、麻黄宣可达内运水津以畅行无碍、外泄浊津以泻浊留精。五脏功能得以协调,津液正常输布,消渴诸证即可向愈。

4. 临证加减

由于糖尿病前期脏腑偏盛和偏衰不明显,患者多无明显症状,辩证分型界限不明,患者舌脉多属正常,因此,没有进行明确的分型论治。在临床上如果阴阳虚实过于明显者可以适当加减,如阳虚明显者可加炮附子6g,鹿角霜6g;若肾阴虚明显者可加枸杞12g,萸肉12g;若心火偏亢者可加黄连6g;心血偏虚者可加柏子仁12g等^[8]。

5. 生活方式干预

对患者进行必要的运动指导、饮食指导和健康教育。来达到健康生活、规范就诊的良性转变,以期能改变糖尿病前期患者的临床结局。

6. 必要的心理干预

通过宣传普及糖尿病的防治知识,让患者避免两种极端情绪:因为没有明显的症状,所以不够重视,不进行任何干预。或者过于害怕罹患糖尿病,而恐惧,紧张。这两种极端情绪对糖尿病及糖尿病前期的防治都是极端不利的。让患者既重视又不惧怕,保持心态的平和。

7. 医案举例

患者梁某某,女,54岁,2022年02月07日初诊,因“发现血糖异常1-月”就诊。初诊时症见:神志清楚,精神稍疲倦,形体稍胖,自觉头部昏沉感;无明显口干多饮、多食易饥、多尿、体重减轻等症,纳眠可,二便基本正常;舌淡红,苔白腻、舌苔中间微黄,脉细滑。辅助检查:2022年02月08日检查结果提示:空腹血糖:6.11 mmol/L,空腹胰岛素:29.7pmol/L,餐后2h血糖:8.69mmol/L,餐后2h胰岛素:237.03pmol/L,糖化血红蛋白:6.73%。遂于2022年02月08日开始中医干预治疗。予以五脏统治方原方,具体方药如下:麻黄6g、柴胡9g、白术12g、肉桂6g、熟地18g、生龙骨12g、丹参15g、泽泻15g、酸枣仁18g、大黄6g、栀子9g、生牡蛎12g。共处方14剂,每日1剂,免煎颗粒剂,早中晚饭后开水冲服1格。并根据患者个体情况针对性的饮食运动指导,嘱其规律监测血糖。2022年4月15日二诊复查血糖及临床症状明显改善。空腹血糖:4.11mmol/L,餐后2h血糖:4.34mmol/L,糖化血红蛋白:5.1%。患者清神志清楚,精神可,形体稍胖,未诉特殊不适;无明显口干多饮、多食易饥、多尿、体重减轻等症,纳眠可,二便基本正常;舌淡红,苔白腻、舌苔中间微黄,脉细滑。

7 小结

导师王幸栓看到了糖尿病前期发病的根本在于“五脏虚弱”,治病求本。在中医整体观指导下统调五脏,同时教育患者,使之饮食有节,起居有常,不妄作劳,保持良好心态和生活方式。从而达到五脏功能协调,疾病向愈的目的。导师提出的“五脏统治法”预防及治疗糖尿病对及早、有效干预糖尿病前期从而延缓甚至逆转糖尿病发病有重要的临床和社会价值。中医药在干预糖尿病前期方面具有显著的降低血糖、改善症状,降低糖尿病发生风险等作用,且无明显的不良反应。值得进一步研究和推广。

参考文献:

- [1] 中华医学会内分泌学分会,中华医学会糖尿病学分会,中国医师协会内分泌代谢科医师分会,等.中国成人糖尿病前期干预的专家共识[J]. 中华内分泌代谢杂志,2020,36(5):371-380.
- [2] Li Y, Teng D, Shi X, et al. Prevalence of diabetes recorded in mainland China using 2018 diagnostic criteria from the American Diabetes Association: national cross sectional study [J]. BMJ, 2020, 369(997):1-11.

(下转第189页)

面部扁平疣采用冷冻疗法治疗的效果分析

李可心

宁夏医科大学总医院皮肤科 宁夏银川 750000

摘要：目的：探讨面部扁平疣采用冷冻疗法治疗的效果。方法：采集本院 2020 年 5 月至 2021 年 11 月期间接收的 112 例面部扁平疣患者，随机分为对照组与观察组各 56 例，对照组运用卡介菌多糖核酸治疗，观察组运用冷冻疗法治疗，分析不同治疗后患者治疗疗效、不良反应、治疗满意度、治疗依从性情况。结果：在患者治疗总有效率上，观察组为 89.29%，对照组 69.64%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者治疗依从性上，观察组为 96.43%，对照组 80.36%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者治疗不良反应率上，观察组为 3.57%，对照组 16.07%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者治疗满意度上，观察组为 96.43%，对照组 83.93%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：面部扁平疣采用冷冻疗法治疗，可以有效的提升治疗疗效，患者治疗依从性高，不良反应少，整体的患者治疗满意度更高，整体状况更好。

关键词：面部扁平疣；冷冻疗法；治疗效果

面部扁平疣属于相对常见的皮肤科面部疾病之一，治疗难度大，一般在青少年、儿童等群体中，成年人也容易发生。一般患者会出现手臂、颜面等区域的对称性、形状不规则的扁平丘疹，其外观相似扁豆、淡褐色、表皮光滑，会有密集型与分散型的分布特点，甚至会有直接性对融合与小片状情况^[1]。一般患者会因为人乳头瘤病毒感染引发该病，因此患者机体免疫力低下的时候会出现该病。患者会对患处进行接触与抓而导致该病程延长，甚至对其外貌与心理构成影响。本文采集 112 例面部扁平疣患者，分析运用冷冻疗法治疗后患者治疗疗效、不良反应、治疗满意度、治疗依从性情况，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院 2020 年 5 月至 2021 年 11 月期间接收的 112 例面部扁平疣患者，随机分为对照组与观察组各 56 例。对照组中，男 31 例，女 25 例；年龄从 10 岁至 37 岁，平均（ 24.78 ± 4.18 ）岁；病程从 14 天至 2 年，平均（ 1.48 ± 0.65 ）年；观察组中，男 34 例，女 22 例；年龄从 11 岁至 35 岁，平均（ 25.15 ± 6.39 ）岁；病程从 16 天至 2 年，平均（ 1.63 ± 0.78 ）年；两组患者在基本的年龄、性别、病程等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用卡介菌多糖核酸治疗，每天 1 次用药，每隔一天用药一次，持续用药 1 个月。

观察组运用冷冻疗法治疗，在对照基础上，进行液氮蘸取，而后针对皮损做按压处理让其出现冰状，在复温之后再次冷冻治疗，针对皮损区域做 2 个冻融周期，一直到其痊愈后为标准，治疗间隔时间需要保持 2 周，在达到冷冻治疗后的 2 周内，不可以做治疗区域的抓挠，同时也避免接触水，尤其是洗漱过程中需要留意，也不要因为淋雨等情况接触水，做好必要的提醒指导。

1.3 评估观察

分析不同治疗后患者治疗疗效、不良反应、治疗满意度、治疗依从性

情况。治疗疗效主要分为治愈、显效、有效以及无效。治愈为治疗后患者皮疹消除，没有色沉等问题；显效为治疗后患者皮疹得到明显的改善，消除幅度达到 70%以上；有效为治疗后患者皮疹得到改善，消除幅度达到 30%~70%；无效为治疗后患者没有达到上述有关标准。治疗总有效率为治愈率+显效率+有效率。

1.4 统计学分析

数据运用 spss26.0 软件处理，计数资料使用 $n(\%)$ 表示，采用卡方检验，计量资料运用（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，采用 t 检验， $P<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 患者治疗疗效情况分析

见表 1 所示，在患者治疗总有效率上，观察组为 89.29%，对照组 69.64%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表 1：患者治疗疗效评估结果[n(%)]

分 组	n	治愈	显效	有效	无效	治疗总有效率
观 察 组	56	23(41.07)	16(28.57)	11(19.64)	6 (10.71)	89.29%
对 照 组	56	11(19.64)	12(21.43)	16(28.57)	17(30.36)	69.64%

注：两组对比， $P<0.05$

2.2 患者治疗不良反应率情况

见表 2 所示，在患者治疗不良反应率上，观察组为 3.57%，对照组 16.07%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表 2：患者治疗不良反应率评估结果[n(%)]

分组	n	色沉	不良反应率
观察组	56	2 (3.57)	3.57%

对照组	56	9 (16.07)	16.07%
-----	----	-----------	--------

注：两组对比， $P<0.05$

2.3 患者治疗依从性情况

见表 3 所示，在患者治疗依从性上，观察组为 96.43%，对照组 80.36%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表 3：患者治疗依从性评估结果[n(%)]

分组	n	完全依从	部分依从	不依从	治疗依从性
观察组	56	35(62.50)	19 (33.93)	2 (3.57)	96.43%
对照组	56	20(35.71)	25 (44.64)	11 (19.64)	80.36%

注：两组对比， $P<0.05$

2.4 患者护理满意度情况

见表 4 所示，在患者治疗满意度上，观察组为 96.43%，对照组 83.93%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表 4：患者护理满意度评估结果[n(%)]

分组	n	很满意	基本满意	不满意	护理总满意度
观察组	56	34(60.71)	20 (35.71)	2 (3.57)	96.43%
对照组	56	21(37.50)	26 (46.43)	9 (16.07)	83.93%

注：两组对比， $P<0.05$

3 讨论

扁平疣属于相对常见的病毒性皮肤疾病之一，在皮肤科较为常见。一般发病在患者的面部、手部等区域，会导致患者个人外观形象受到一定影响，甚至构成身心伤害。一般该病的发生与人乳头瘤病毒感染有一定关系，对于治疗上没有绝对的特效药^[2]。而具体的治疗方式多样，例如抗病毒治疗、中医治疗、聚肌胞治疗等多种处理。卡介菌多糖核酸是一种免疫性增强药物。药物具有一定的非特异性，对 T 淋巴细胞与巨噬细胞有一定的激活性，由此促使机体免疫力提升。同时一般是因为细胞介导所引发，因为抗原刺激，有关特异性会导致敏 T 细胞相对快的增殖以及合成，由此达到淋巴因子的更强释放，产生一定的治疗协同性，改善细胞的免疫功能^[3]。该治疗可以达到特异性抗体的产生，对有免疫以及人乳头瘤病毒产生一定的排斥，由此发挥治疗的功效。液氮冷冻疗法在实际应用中相对较广，有更强的细胞破裂强化，促使组织坏死，由此来达到疣状体的治疗功效^[4]。有关方式是冷冻生物学综合效应所致，一般在较强的冷冻情况下促使病变细胞快速灭亡，由此来达到组织修复作用。治疗之后还需要做好有关创面的清洁，保持干净，避免与水接触，同时不可以对病变区域做抓搔处理，防控有关感染。冷冻治疗扁平疣中，通过液氮所具备的低温特性来促使细胞冰晶产生，进行对应的变性中毒细胞膜的破裂，低温还可以促使有关病毒活性降低。由于有关病毒细胞失活以及受到抑制，可以产生对应的机体免疫力，由此让机体免疫以及细胞免疫力得到强化。冷冻治疗法效果相对快速，一般情况下治疗之后的一周就可以发现瘤体出现坏死、结痂以及脱落的情况，由此来改善疾病带来的不良影响。患者的心理压力也得到尽快

的释放，促使患者身心更为健康，提升整体的治疗信心，治疗的配合度也相对更好^[5]。冷冻治疗方式相对于其他方法而言更加快速有效，患者接受度好，治疗耐受度高，治疗副作用少，整体的治疗成本相对降低，因此在一般患者中相对于适用，适宜广泛推广。在实际的操作中，对于医生自身的谨慎细致度要求更高，避免构成不必要的损害。

冷冻治疗促使疣体组织形成冰晶、脱水以及电解质浓缩提升，在其组织冷冻之后，其小静脉、小动脉、毛细血管整体的血流速相对减缓，形成对应栓塞，促使微循环受到阻断，进而让病毒感染有关组织细胞出现缺血性梗阻坏死，由此达到治疗的功效^[6]。冷冻治疗方法可以针对于面部皮肤扁平疣、雀斑、丝状疣、色素痣等多种疾病产生一定的治疗功效，属于皮肤疾病治疗的较好手段。但是在具体治疗上，汗管瘤效果相对不理想。在冷冻治疗之后，一般一次治疗结痂脱落之后，当其皮损区域没有得到良好的愈合，需要做二次冷冻治疗^[7]。当其中断治疗之后，疣体则会更大程度的提升，甚至在有关周围区域出现新疣体。冷冻治疗要保持彻底性、及时性。冷冻治疗之后可以做好对应观察，会出现水肿、疼痛、色素改变等多种情况。疼痛情况一般可以耐受，而水肿一般在几天之内可以得到有效的消退。部分患者会出现色素沉着，具体情况与个体身体状况有关。轻度色素沉一般在短时间内可以消除，同时没有痕迹，只有少数患者可能会有长期色素沉而不容易消退。冷冻治疗扁平疣，可以适宜的促使上皮组织再生，创面区域有少量纤维组织生长之后，其表面会快速的被新生上皮组织所覆盖^[8]。因此愈合之后，表面没有瘢痕，同时也相对平滑。会有萎缩性瘢痕，避免挛缩畸形有关问题。

本研究中，在患者治疗总有效率上，观察组为 89.29%，对照组 69.64%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。从总体的核心治疗目标角度出发，可以发现冷冻治疗可以更大程度的提升治疗疗效，患者恢复情况更好。在患者治疗依从性上，观察组为 96.43%，对照组 80.36%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。观察组运用冷冻治疗，可以更大程度的调动患者的治疗配合度。其治疗恢复快速，一般一周就可以看到效果，患者对治疗的认可度，治疗耐受度好，因此治疗配合度更好，治疗方案可以更好的落实，效果可以得以实现。在患者治疗不良反应率上，观察组为 3.57%，对照组 16.07%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。患者治疗中，观察组冷冻治疗可以控制不良反应，患者不适感少，避免强烈不适感与不良反应导致的患者中断治疗，因此也是促使上述治疗依从性较好的原因之一。在患者治疗满意度上，观察组为 96.43%，对照组 83.93%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。观察组冷冻治疗由于整体的治疗效果、体验感受、不良反应等综合情况更好，患者对疾病治疗康复的信心更强，对治疗工作的评价也相对更好。患者因为对护理工作的认可度更高，由此可以促使有关工作开展更为顺利，减少不必要的矛盾纠纷。尤其是对于面部扁平疣，患者敏感度更强，因此对治疗的要求更高。这种方式既然可以得到更好的治疗满意度，说明这种治疗手段在实际应用中可以有更强的适应性，值得广泛推广。

在常规的生理治疗基础上，同时也需要意识到患者的负面情绪等问

题,除了生理方面的疼痛不适以及应激反应等问题之外,与认知水平也有一定的关联性。错误的认知直接导致其错误的行为以及心理压力问题,因此健康教育的意义可以有助于提升整体的认知水平,提高治疗依从性。提高患者以及家属有关治疗配合度,减轻治疗工作压力,也尽可能的减少有关误解导致的矛盾纠纷,提升整体医疗口碑形象。

而治疗人员自身也需要做好专业性工作态度的管理,保持充分耐心。要充分意识到患者以及家属并非专业的医疗从业人员,不理解有关工作属于相对正常的情况。因此在工作中需要有基本的同理心以及换位思考,要充分意识到患者并不是对护理人员个人产生情绪,而是他自身疾病导致其内心的不愉悦感,或者是对医护有关行业产生一定的误解,导致负面情绪的滋生。在面对有关问题时,需要保持更好的专业性,避免冲突升级,甚至必要情况下转换其他人员进行辅助。治疗人员在实际操作过程中避免孤军奋战,当个人能力不足的时候,需要及时的寻求其他人员支持,尽可能的将有关矛盾缩小到更小范围。如果患者对治疗人员产生排斥情绪,需要及时做好有关对接工作的灵活调整,避免冲突矛盾的恶化。要充分意识到医疗工作的目标是更好的让患者配合治疗工作的展开,实现最终的治疗效果。在其过程中也需要保持其良好的心理状态,尽可能减少矛盾纠纷。

对于工作人员筛选工作也需要朝多样化素质培养,不仅要有专业的理论基础,同时也需要有更强的沟通表达能力。鼓励工作人员做多方面相关能力的深造以及培养,提升其个人深造的积极性。要构建科室内部工作人员自身素养提升的氛围,加大团队内部经验分享,做好各方面细节的优化。对于实际工作中遇到的问题,积极拿出来分享。利用团队的头脑风暴做有关工作的经验总结以及应对措施的讨论,为有关工作的开展提供更可靠的

措施。人才的培养需要多样化的激励措施,同时要考虑工作人员自身的身心诉求,做好人性化的工作安排,避免工作任务过重,或者工作内容不匹配而导致个人适应困难。

总而言之,面部扁平疣采用冷冻疗法治疗,可以有效的提升治疗疗效,患者治疗依从性高,不良反应少,整体的患者治疗满意度更高,整体状况更好。

参考文献:

- [1]许文,李京京.液氮冷冻疗法在临床中治疗面部扁平疣的效果及不良反应观察[J].医学美容,2020,29(18):35-36.
- [2]张雨洁,宋星宜,蔡伟伦,等.探究液氮冷冻疗法治疗面部扁平疣疗效[J].特别健康,2020(28):147-148.
- [3]刘丽华,杨万军,吴思,等.临床观察对面部扁平疣运用光动力疗法结合重组人干扰素 α -2b乳膏的疗效[J].医学美容,2020,29(16):5-6.
- [4]陈颖妮,杨文志,林良才.祛疣方联合外用祛疣酊治疗扁平疣的临床疗效观察[J].广州中医药大学学报,2022,39(6):1296-1299.
- [5]卢海洪.扁平疣的治疗进展研究[J].当代医药论丛,2021,19(6):8-10.
- [6]蔡艳丽,苏戈,黄梦雅,等.祛疣汤治疗面部多发性扁平疣临床研究[J].实用中医药杂志,2021,37(3):483-484.
- [7]冒晓香.祛疣汤联合复方黄柏涂剂治疗扁平疣的临床观察[J].当代医学,2021,27(8):106-107.
- [8]蒋婷.平疣汤治疗扁平疣临床疗效观察及对血清白细胞介素-2、白细胞介素-4的影响[J].中医临床研究,2022,14(3):42-45.

(上接第 186 页)

- [3]方朝晖,赵进东,石国斌,等.脾瘕(糖尿病前期)中医综合防治方案及其临床研究[J].天津中医药,2014,31(10):583-587.
- [4]尤良震,于东东,方朝晖,等.基于循证中医药学的糖尿病前期临床研究探析[J].中华中医药杂志,2020,35(3):1343-1346
- [5]张怡,李海峰.释《黄帝内经》中的“瘕”[J].中国中医基础医学杂志,2020,26(5):561-563,590
- [6][M].灵枢经,第一版.北京:人民卫生出版社.1956.80
- [7][M].黄帝内经素问,第一版.北京:人民卫生出版社.1963.139
- [8]曹燕,王旭.脾瘕从脾论治——王旭教授临床诊治糖尿病前期经验撷萃[J].浙江中医药大学学报,2014,38(4):408-410.
- [9]倪青,王祥生.内分泌代谢病中医循证治疗学[M].北京:科学技术文献出版社,2016:4-5.
- [10]王碧莹,何泽.何泽教授从“邪伏散膏”治疗脾瘕经验撷萃[J].甘肃中医药大学学报,2017,34(5):8-10.
- [11]庄新茹,何泽.何泽教授从“邪伏散膏”论治糖尿病前期湿热蕴脾证验案1则[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(25):166.

- [12]朱明丹,于志强.于志强主任从肝论治糖尿病的经验[J].云南中医中药杂志,2016,37(9):8-9.
 - [13]王春霞,华健,张瑞东.复元活血汤加减治疗血瘀型糖尿病前期患者的临床疗效观察[J].中国中医药科技,2017,24(4):473-475.
 - [14]李浩冉,马蕊芳,魏亚莉.芦少敏主任医师基于《内经》“除陈气”“木郁达之”理论治疗糖尿病前期临床经验[J].亚太传统医药,2018,14(10):120-122.
 - [15]李小可,周义浪,赵丹丹,等.肾气丸类方干预糖尿病前期与早期糖尿病血糖漂移的理论与应用分析[J].世界中医药,2015,10(5):793-797.
 - [16]王幸栓,欧晓燃,杜杏坤等.五脏通治法联合胰岛素治疗初诊2型糖尿病的可行性探讨[J].中医药学刊,2006,24(7):1319-1320
- 作者简介:侯昕,女(1994年—),籍贯:四川绵阳,科室:内分泌科,学历:硕士研究生,职称:住院医师,研究方向:内分泌与代谢病。
- 通讯作者:王幸栓,(1975,4—),男,主任中医师 硕士研究生导师;研究方向:中医内科内分泌与代谢病学。
- 四川省中医药管理局中医药科研专项课题基金项目(2020LC0218)

异位妊娠临床诊治及疗效分析

潘年玉

贵州省黔东南州黎平县妇幼保健院 贵州黎平 557300

摘要：目的：研究分析异位妊娠发病原因、临床治疗方法及疗效，为异位妊娠治疗提供相应的借鉴及参考。方法：选取本院 2016 年 1 月至 2021 年 12 月门诊收治不排除异位妊娠患者 484 例作为本次研究对象，进行回顾性分析，包括诊断及鉴别诊断、治疗方法、疗效、住院时间、住院费用。结果：共收集 484 例不排除异位妊娠患者中，确诊为异位妊娠 459 例，占总病例 94.83%，其中输卵管妊娠 445 例，占异位妊娠病例 96.95%，子宫残角妊娠 4 例，占异位妊娠病例 0.87%，腹腔妊娠 2 例占异位妊娠病例 0.43%，宫内外复合妊娠 1 例，占异位妊娠病例 0.22%，持续异位妊娠 7 例，占异位妊娠病例 1.52%；其他疾病 25 例，占病例总数 5.17%，其中：先兆流产 2 例、完全流产 5 例、不完全流产 3 例、稽留流产 2 例、早孕 9 例、左卵巢囊性成熟性畸胎瘤 1 例、左侧卵巢黄体囊肿 1 例、左侧输卵管积水 1 例、完全性葡萄胎 1 例。手术治疗 430 例，占异位妊娠病例总数 93.68%，药物治疗 27 例，占异位妊娠总数 5.88%，期待治疗 2 例，占异位妊娠病例 0.44%。患者平均年龄 30.11 岁，平均住院日 5.49 天，平均住院费用 3942.18 元。结论：临床诊治异位妊娠应与宫内早孕、流产及平素有月经不规律、阴道流血、腹痛症状且妇科检查可扪及附件区包块病史的相关疾病相鉴别；腹腔镜手术治疗异位妊娠逐年上升，为异位妊娠主要治疗方法；药物杀胚治疗因为需要住院时间相对较长同时需严密监测生命体征和血 hCG 等原因，病人选择药物治疗方案逐年减少；使用甲氨蝶呤联合米非司酮、甲氨蝶呤联合中药、甲氨蝶呤联合米非司酮及中药治疗异位妊娠取得了非常显著的临床治疗效果，可以有效的降低患者的包块大小、血 hCG 值，安全性高并发症少，值得进一步研究应用。

关键词：异位妊娠；治疗方法；临床效果

异位妊娠是妇科常见急腹症之一，是受精卵在子宫体腔以外的部位着床种植和发育，也称为宫外孕，根据受精卵着床部位不同，异位妊娠又可分为：子宫残角妊娠、宫颈妊娠、腹腔妊娠、卵巢妊娠、阔韧带妊娠、输卵管妊娠，其中最为常见的是输卵管妊娠，在异位妊娠中占 95% 左右，异位妊娠破裂或流产时会有严重的腹腔内出血，若诊断及处理不及时，会对患者生命安全造成威胁，根据输卵管妊娠部位不同分为输卵管壶腹部妊娠、输卵管峡部妊娠、输卵管伞部妊娠、输卵管间质部妊娠，较为常见的是输卵管壶腹部妊娠，输卵管异位妊娠的发病原因有：①输卵管炎症，是导致异位妊娠的首要原因，也是输卵管妊娠的主要原因。输卵管黏膜炎黏膜皱襞粘连可导致输卵管官腔变窄，或使黏膜层的纤毛细胞纤毛受损，纤毛摆动受限，导致受精卵在输卵管内不能通畅运行，着床于该处输卵管；输卵管周围炎则导致输卵管与周围组织粘连，输卵管扭曲，蠕动受限，影响受精卵在输卵管内正常运行。②输卵管妊娠史或手术史。输卵管绝育史输卵管成型术、输卵管粘连分离术、输卵管妊娠史患者；③输卵管发育不良或功能异常。输卵管过长或组织结构、形态异常均影响其功能，输卵管中层为平滑肌层，肌肉收缩协助拾卵及运送受精卵，输卵管内层为黏膜层，黏膜上皮细胞形态是否正常、其分泌及纤毛摆动功能直接影响输卵管正常功能。④辅助生殖技术、避孕失败、使输卵管官腔变窄影响受精卵运行的其他因素。

对此，回顾性分析我院门诊收治的不排除异位妊娠的 484 例患者的临床资料，并将结果报告如下

1 资料和方法

1.1 临床资料

选取我院 2016 年 1 月-2021 年 12 月门诊收治不排除异位妊娠患者 484 例作为研究对象，年龄 17 岁至 46 岁，平均 30.11 岁，病程为 2 小时至 10 天，临床多数血 hCG 高于正常值，输卵管异位妊娠中多数是输卵管壶腹部妊娠，主要临床表现典型症状为停经、腹痛与阴道出血，根据受精卵着床部位、是否破裂或流产以及破裂后出血量多少，患者可表现出不同的临床症状和体征，严重者出现晕厥、失血性贫血、失血性休克，危及患者生命，流产或破裂形成血肿时间较久时会形成腹部粘连性包块，腹部检查下腹压痛、反跳痛、肌紧张，患侧尤其明显，有时腹部可扪及包块，妇科检查可见阴道少许血液自子宫腔流出，流产或破裂时可见阴道后穹窿饱满，宫颈抬举痛、摇摆痛，子宫软略大于正常，输卵管肿大且压痛，子宫一侧或其后方可扪及不规则肿块，边界多不清楚，触痛。临床上异位妊娠未破裂或未发生流产时，症状多不明显，诊断较困难，可以通过尿 hCG 阳性和血 hCG 的监测高于正常值、B 型超声检查宫腔内未探及妊娠囊，常于子宫旁探及低回声区，并且见胚芽及胎心搏动，可确诊为异位妊娠，腹腔镜探查、异位妊娠流产或破裂后有腹腔内出血时行阴道后穹窿穿刺抽出不凝血也可协助诊断；鉴别诊断应该与平素月经不规律、有腹痛、阴道不规则流血、妇科检查发现子宫旁或附件区包块病史等相关疾病相鉴别，尤其是早孕受精卵尚未着床者和完全流产后宫腔未探及孕囊者相鉴别，可以通过严密跟踪监测血 hCG 和子宫附件 B 超检查来进行鉴别。

1.2 治疗方法

异位妊娠治疗有手术治疗、药物治疗和期待疗法，根据病人病情及受精卵着床部位不同客观制定不同的治疗方案：

一、手术治疗。分保守手术和根治手术，适用于：患者生命征不平稳

或有腹腔内出血征象、异位妊娠有进展包块增大附件区大包块或血 hCG 大于 3000IU/L 或是持续上升、随诊困难、药物治疗禁忌或无效、持续性宫外孕患者,病人有内出血征象出现休克体征时,需积极抗休克治疗的同时准备手术治疗,迅速积极补充血容量,根据情况进行输液、输血、吸氧、监测生命征、监测中心静脉压,因为异位妊娠流产或是破裂原因导致腹腔内大出血,所以需要尽快取出胚胎组织并及时止血以挽救患者生命,同时达到治疗的目的,常行腹腔镜下输卵管开窗取胚术或根据术中所见胚胎附着情况,手术同时切除患侧输卵管,切除异位妊娠的残角子宫,腹腔妊娠需充分备血及术前准备下行剖腹取胚术,术后抗生素预防感染,所有异位妊娠手术治疗患者术后应严密动态监测血 hCG 值,若术后血 hCG 值升高或是术后 1 日 hCG 值下降低于 50%,或术后 12 日血 hCG 值未下降至术前血 hCG 值的 10%以下,均可诊断为持续性异位妊娠,需立即给予药物杀胚治疗,必要时再次手术治疗;

二、药物治疗。需要注意把握适应症和禁忌症,适应症包括:(1)无药物治疗禁忌症;(2)输卵管妊娠无破裂情况;(3)妊娠囊直径小于 4cm;(4)血 hCG 为 2000U/L 以内;(5)无明显的内出血。禁忌症为:(1)生命体征不稳定;(2)妊娠囊发生破裂;(3)妊娠囊直径为 4cm 以上,或妊娠囊直径为 3.5cm 以上且伴有胎心搏动;(4)有药物过敏史或存在药物治疗禁忌。病人病情平稳,在药物治疗适应症范围内予以药物治疗。

药物治疗有以下几种方案:①常用药物甲氨蝶呤,剂量 0.4mg/(kg.d),肌肉注射,5 日为一疗程。②甲氨蝶呤单次剂量 50mg/m²体表面积肌肉注射。③米非司酮 50mg 口服,2 次/日,连服 5~10 日;④中药宫外孕 II 号方加减杀胚治疗,3 次/日,连续水煎服 7 日;⑤甲氨蝶呤联合米非司酮杀胚治疗,单剂量 MTX50mg/m²体表面积肌肉注射联合米非司酮 50mg po bid 连服 7 天;⑥甲氨蝶呤联合中药杀胚治疗,单剂量 MTX 50mg/m²体表面积肌肉注射联合中药宫外孕 II 号方加减水煎内服 5~7 天;⑦甲氨蝶呤联合米非司酮及中药宫外孕 II 号方杀胚治疗,MTX50mg/m²体表面积肌肉注射 qd+米非司酮 50mg po bid×5~7 日加服中药宫外孕 II 号方加减 7 日。药物治疗方案在第 4d、第 7d 对患者的血 hCG 水平进行监测^[12],若下降幅度在 15%以上,每周需对 hCG 水平继续严密监测,直到到达非妊娠水平,若下降幅度低于 15%,可肌肉注射 MTX (50mg/m²) 重复治疗,在药物杀胚期间期间需要严密监测血-hCG、患者生命体征、腹痛情况、包块大小以及药物的毒副反应,若血 hCG 降低幅度低于 15%、病情无改善、或是有输卵管破裂症状时,则应立即手术治疗。药物治疗后,需持续对患者的 hCG 水平进行监测,直到非妊娠水平,确保滋养细胞活动消失,将持续性宫外孕的可能性消除;

三:期待疗法

患者生命征平稳、无腹痛、或腹痛和阴道流血症状已经明显好转且有腹痛逐渐减轻、阴道流血逐渐减少甚至无阴道流血,血 hCG 极低(<1500u/L)且呈下降趋势,此类患者可在严密监护生命体征、监测血 hCG 值情况下住院观察,实施本方案前提是需将病情及可能出现的情况向病人

说明并征得其同意方可进行,本次研究中有两例予以期待疗法,患者血 hCG 值均低于 100U/L,是成功案例。

1.3 临床疗效标准

无效标准:行手术治疗患者,若术后血 hCG 值升高或是术后 1 日 hCG 值下降低于 50%,或术后 12 日血 hCG 值未下降至术前血 hCG 值的 10%以下;药物治疗患者腹痛症状无改善甚至加重,包块未缩小,血 hCG 治疗 14 天后下降幅度低于 15%,或是出现手术适应症行剖腹探查术或者转手术治疗;

有效标准:行手术治疗患者,术后血 hCG 值下降,术后 1 日 hCG 值下降幅度大于 50%,或术后 12 日血 hCG 值下降幅度超过术前血 hCG 值的 10%以下;药物治疗患者生命体征平稳,腹痛症状明显缓解,B 超检查包块缩小,血 hCG 治疗 14 天后,每周检查下降幅度均高于 15%。

2 结果

484 例患者中,确诊为异位妊娠 459 例,占总病例 94.83%,其中输卵管妊娠 445 例,占异位妊娠病例 96.95%,子宫残角妊娠 4 例,占异位妊娠病例 0.87%,腹腔妊娠 2 例占异位妊娠病例 0.43%,宫内外复合妊娠 1 例,占异位妊娠病例 0.22%,持续异位妊娠 7 例,占异位妊娠病例 1.52%;其他疾病 25 例,占病例总数 5.17%,其中:先兆流产 2 例、完全流产 5 例、不完全流产 3 例、稽留流产 2 例、早孕 9 例、左卵巢巢囊性成熟性畸胎瘤 1 例、左侧卵巢黄体囊肿 1 例、左侧输卵管积水 1 例、完全性葡萄胎 1 例。通过积极治疗取得显著疗效,其中:手术治疗 430 例,占异位妊娠总数 93.68%,有效病例 428 例,有效率 98.47%,药物治疗 27 例,占异位妊娠总数 5.88%,有效率 96.29%,期待治疗 2 例,治疗有效率 100%。通过统计分析,住院患者平均年龄 30.11 岁,平均住院日 5.49 日,平均住院费用 3942.18 元。

3 讨论

异位妊娠典型的临床表现是停经、腹痛、阴道流血,在临床诊治中,有很多月经不规律患者经常是异位妊娠出现阴道不规则出血被误认为是月经来潮,也有 20%-30%无明显停经史,或是月经已超过两三日,故出现阴道流血时往往被误认为是月经来潮,这也是导致异位妊娠未能及时诊治的主要原因。临床诊治异位妊娠要与早孕、完全流产、盆腔炎症患者妇科检查或 B 超探及附件区炎性包块、卵巢黄体囊肿、输卵管积水等疾病充分鉴别,因为月经不规律原因,宫内早孕受精卵迟迟不着床、有时候已经完全流产了 B 超探查宫腔内未探及妊娠囊而此时尿 hCG 或血 hCG 阳性常导致误诊。本次研究中,手术治疗后发生持续性异位妊娠 7 例,其中 2 例是停经 40 天和停经 42 天患者,占持续性宫外孕患者 28.57%,都是通过监测血 hCG 值确诊、术后 20 天再次入院,所以临床中手术治疗异位妊娠孕囊较小时尤其要考虑到持续异位妊娠的发生率并向患者及家属说明,以防患医疗纠纷。异位妊娠发病原因主要是盆腔炎症性疾病导致输卵管功能受影响,导致受精卵着床于子宫体腔外妊娠,所以该病的防治至关重要,平时

(下转第 194 页)

茯苓四逆汤治疗慢性心力衰竭脾肾阳虚型的理论探讨

唐红艳

彭州市中西医结合医院 四川成都 611930

摘要：目的：分析慢性心力衰竭（脾肾阳虚型）患者经茯苓四逆汤治疗后病情控制情况。方法：筛选 70 例慢性心力衰竭（脾肾阳虚型）患者均自 2020 年 10 月~2021 年 10 月入院，作随机（双盲法）分组处理后按照 1:1 的比例分组，对照组共计 35 例给予西药进行常规治疗，观察组共计 35 例在对照组基础上给予茯苓四逆汤治疗，对比 2 组临床疗效、心功能、临床指标、中医症候积分。结果：观察组临床疗效（97.14%）高于对照组（80.00%）（ χ^2 为 5.081， $P<0.05$ ）；观察组 LVSED 低于对照组，SV、LVEF 高于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组 BNP、CysC、NGAL 低于对照组，6min 步行距离高于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组中医症候积分低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：将茯苓四逆汤应用在脾肾阳虚型的慢性心力衰竭患者治疗中可改善其心功能，通过缓解其临床症状可延长其步行距离，达到改善预后效果的目的，值得借鉴。

关键词：茯苓四逆汤；慢性心力衰竭；脾肾阳虚型；临床疗效；中医症候积分

慢性心力衰竭（CHF）是冠心病、高血压、心梗、心肌炎症等疾病所致的心肌组织损伤，不仅可导致心肌结构及功能发生变化，亦可影响心室泵血能力，严重时疾病可威胁患者生命^[1]。统计显示^[2]，近年受生活、饮食习惯等影响，CHF 发生率持续增加，且成为导致老年人死亡的关键原因，加之该病具有病程长、病情反复发作等特点，导致治疗难度大、预后效果差，单一应用西药虽可控制病情但存在一定局限性，因此需通过分析疾病的临床特点重新选择新的方案进行治疗，达到延缓 CHF 患者病情进展的目的^[3]。查阅资料发现^[4]，中医在治疗 CHF 中具有一定优势，临床认为 CHF 主要以脾肾阳虚型为主，因此治疗该病需以健脾、温肾、滋养补阴为主，茯苓四逆汤出自《伤寒论》，具有回阳益阴之功效，为准确评估其在控制 CHF 中价值，本文遴选 70 例慢性心力衰竭患者（2020 年 10 月~2021 年 10 月）研究，相关内容汇总如下。

1 资料与方法

1.1 资料

选择的 70 例慢性心力衰竭患者均自 2020 年 10 月~2021 年 10 月入院，作随机（双盲法）分组处理（每组 35 例）。

观察组中男/女=20/15，年龄 35~75 岁（均值 54.25 ± 8.34 岁），病程 2~6 年（均值 3.51 ± 1.11 年），心功能分级：20 例 II 级、7 例 III 级、8 例 IV 级；对照组中男/女=19/16，年龄 34~76 岁（均值 54.24 ± 8.28 岁），病程 2~6 年（均值 3.56 ± 1.08 年），心功能分级：18 例 II 级、8 例 III 级、9 例 IV 级，数据统计 $P>0.05$ 。

纳入标准：①参考《心力衰竭治疗指南》中相关标准，结合超声心动图、X 线、实验室检查结果确诊为慢性心力衰竭者^[5]；②出现心悸、气短、神疲乏力、水肿等症状者；③无药物治疗禁忌症者；④NYHA 分级在 II-IV 级者^[6]；⑤自愿入组并签署“知情同意书”者；⑥经中医检查确诊为脾肾阳虚型者。

排除标准：①临床资料丢失者；②合并其他心脏疾病者；③合并恶性肿瘤或消化系统疾病者；④无法耐受本次研究药物者；⑤自愿退出本次研究者。

1.2 方法

对照组共计 35 例给予西药进行强心、利尿、扩血管、抗心律等常规治疗：将卡托普利（H44024904，国药集团汕头金石制药有限公司）、螺内酯（H33020070，杭州民生药业有限公司）、地高辛（H31020678，上海上药信谊药厂有限公司）、酒石酸美托洛尔（H32025391，阿斯利康药业（中国）有限公司）联合应用在临床治疗中，卡托普利口服 12.5mg/次，3 次/天；螺内酯 20mg/次，1 次/天；地高辛 0.125mg/次，1 次/天；酒石酸美托洛尔口服 6.25mg/次，2 次/天，持续治疗 4 周。

观察组共计 35 例在对照组基础上给予茯苓四逆汤治疗：方剂中含有茯苓（共计 20g）、人参（共计 10g）、附片（先煎共计 10g）、炙甘草（共计 10g）、干姜（共计 10g），将其混合后水煎取汁 400ml，于早晚分 2 次口服，每日 1 剂，持续治疗 4 周。

1.3 观察指标

（1）治疗后根据中医症候改善情况评价疗效，显效患者中医症候改善明显，其中总积分下降 $\geq 1/3$ ，心功能提升 2 级以上；有效患者中医症候改善且总积分下降 $\geq 1/2$ ，心功能提升 1 级；无效患者未达到上述标准^[7]。

（2）采用超声心动图测定治疗前后 LVSED、SV、LVEF 变化。

（3）临床指标包括：BNP、CysC、NGAL、6min 步行距离。

（4）采用 4 级评分法评价治疗前后患者心悸、气短、神疲乏力、水肿等症状积分，得分越高临床症状越严重^[8]。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 23.0 软件整理分析数据，计量资料采用（ $\bar{X} \pm s$ ）表示，计数资料采用（n，%）表示， $P<0.05$ 表示有统计学差异。

2 结果

2.1 两组临床疗效对比

表 1 可见：观察组临床疗效（97.14%）测定值高于对照组（80.00%）（ $P<0.05$ ）。

表 1：两组临床疗效对比[n(%)]

组别	显效	有效	无效	临床疗效
----	----	----	----	------

对照组 (n=35)	18(51.43)	10(28.57)	7 (20.00)	80.00% (28/35)	2.2 两组心功能对比
观察组 (n=35)	20(57.14)	14(40.00)	1 (2.86)	97.14% (34/35)	表 2 可见：治疗前两组 3 项指标对比无统计学差异，治疗后观察组 LVSED 低于对照组，SV、LVEF 高于对照组 ($P<0.05$)。
χ^2	--	--	--	5.081	
P	--	--	--	0.024	

表 2：两组心功能对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	LVSED (mm)		SV (mL)		LVEF (%)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=35)	49.04±8.36	45.58±6.22	49.89±6.35	65.41±6.11	41.02±6.82	58.61±6.32
观察组 (n=35)	49.12±8.33	40.27±4.11	50.67±7.11	74.71±6.28	41.32±7.32	63.78±7.25
t	0.040	4.214	0.484	6.279	0.177	3.180
P	0.968	<0.05	0.629	<0.05	0.859	<0.05

2.3 两组临床指标对比 CysC、NGAL 低于对照组，6min 步行距离高于对照组 ($P<0.05$)。

表 3 可见：治疗前两组 4 项指标对比无差异，治疗后观察组 BNP、

表 3：两组临床指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	BNP (pg/ml)		CysC (mg/L)		NGAL (ng/L)		6min 步行距离 (米)	
	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=35)	1814.61±102.12	574.52±78.51	2.11±0.07	1.94±0.05	163.25±10.25	135.71±7.68	258.67±25.71	360.96±17.41
观察组 (n=35)	1823.52±114.24	458.92±84.62	2.12±0.06	1.61±0.04	162.52±10.67	112.56±5.84	260.65±24.62	435.15±15.42
t	0.344	5.925	0.642	30.489	0.292	14.195	0.329	18.872
P	0.732	<0.05	0.523	<0.05	0.771	<0.05	0.743	<0.05

2.4 两组临床症状积分对比 症候积分低于对照组 ($P<0.05$)。

表 4 可见：治疗前两组 4 项症状积分对比无差异，治疗后观察组中医

表 4：两组中医症候积分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	心悸		气短		神疲乏力		水肿	
	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=35)	1.86±0.82	0.89±0.14	1.94±0.71	0.76±0.12	1.84±0.62	0.89±0.13	1.91±0.68	0.74±0.11
观察组 (n=35)	1.85±0.42	0.41±0.11	1.95±0.72	0.38±0.14	1.86±0.61	0.46±0.11	1.92±0.61	0.42±0.13
t	0.064	15.949	0.058	12.192	0.136	14.938	0.065	11.117
P	0.949	<0.05	0.953	<0.05	0.892	<0.05	0.948	<0.05

3. 讨论

CHF 是指持续存在的心力衰竭症状，西药治疗虽可在一定程度上控制患者病情，但受药物适应症、不良反应、病理机制复杂性等影响，西药治疗获得临床疗效有限，因此中西医结合必然成为治疗该病的趋势^[9]。中医将慢性心力衰竭纳入“心悸”、“水肿”范畴，认为该病是血瘀水停、阳气衰微所致，心主血脉，心阳推动助血脉运行，阳气亏虚则血行不利，血液瘀阻外周发为心衰，故 CHF 辨证多属于脾肾阳虚型，治疗需以化瘀利水、益气温阳为主，同时兼顾活血化瘀、利水渗湿^[10-12]。

结果显示，观察组临床疗效 (97.14%) 高于对照组 (80.00%)，LVSED 低于对照组，SV、LVEF 高于对照组，由此证实选择茯苓四逆汤对慢性心力衰竭进行治疗可缓解其临床症状，并促进心功能恢复，分析原因是茯苓四逆汤以茯苓、附片为君药，发挥利水消肿、健脾止泻、补益心脾、宁心

安神、回阳救逆、助阳补火之功效，机体阳气充沛可鼓动血脉，促使瘀血、水湿消散；以人参等为臣药，发挥大补元气、复脉固脱喘等功效，佐以炙甘草、干姜等，既可调节诸药，亦可发挥活血化瘀、利水渗湿等作用，在西药治疗的基础上应用茯苓四逆汤，既可在短时间内控制患者病情，亦可避免长期、大量给药增加患者身心压力、负担，继而影响整体治疗效果^[13]。

结果显示，观察组 BNP、CysC、NGAL 低于对照组，6min 步行距离高于对照组，且各项中医症候积分低于对照组，可见慢性心力衰竭经茯苓四逆汤治疗后病情得到有效控制，可减少疾病对患者运动功能、肾功能的影响，分析原因是现代药理学研究表明，附片中的有效成分去甲乌药碱具有增强心肌收缩力、增加心脏输出量，提高心脏泵血功能的目的，继而提高患者心肌组织耐缺氧能力；人参中的有效成分可强心、扩张冠脉及周围血管，继而改善缺血心肌组织的合成及代谢，继而改善患者预后效果，将

各种药物联合并结合患者病情合理调整药物剂量既可控制患者病情,亦可改善其心脏功能及运动能力,避免病情持续加重影响预后效果^[14, 15]。

综上所述,茯苓四逆汤在治疗脾肾阳虚型慢性心力衰竭患者中效果理想,通过周期性给药可改善其临床症状及心功能,同时减少疾病对患者运动能力的影响,值得借鉴及参考。

参考文献:

- [1]潘小亮,黄灿华. 茯苓四逆汤治疗慢性肺源性心脏病心力衰竭的临床研究[J]. 中国中医药现代远程教育,2021,19(22):99-101.
- [2]郑泽荣,陈建强,陈华武. 加味茯苓四逆汤对慢性心力衰竭患者心功能的影响[J]. 广东医科大学学报,2021,39(4):440-442.
- [3]尹俊艳,宫颖,谷万里. 加味茯苓四逆汤治疗慢性心力衰竭的临床效果[J]. 中国医药导报,2020,17(20):151-155.
- [4]蒋虎刚,赵信科,王新强,等. 芪苈强心胶囊联合沙库巴曲缬沙坦钠片治疗慢性心力衰竭的 Meta 分析[J]. 中医临床研究,2022,14(6):43-47.
- [5]郭海山. 西药联合茯苓四逆汤治疗阳气亏虚血瘀型慢性心力衰竭 43 例临床观察[J]. 中国民族民间医药,2019,28(20):106-107,110.
- [6]潘茜,曹锐红,王雅君,等. 基于络病理论研究加味茯苓四逆汤对心阳亏虚型慢性心衰患者心功能与血管内皮细胞的保护作用研究[J]. 四川中医,2021,39(9):76-79.
- [7]刘运阳,欧奇林,王素侠,等. 环氧二十碳三烯酸对老年慢性心力衰竭

大鼠的保护作用及机制[J]. 中国老年学杂志,2022,42(8):1942-1946.

[8]杨慧锋,牛伟华,施月仙,等. 慢性心力衰竭患者发生认知功能障碍影响因素的系统评价[J]. 中国全科医学,2022,25(13):1642-1650.

[9]王林华,李小静,常建航. 氟伐他汀联合重组人脑利钠肽对老年慢性心力衰竭患者心功能及 PS、UA 水平的影响[J]. 中国老年学杂志,2022,42(9):2060-2064.

[10]董荣,王志华,陈龙锦,等. 血清 MSTN、MuRF-1 水平与老年慢性心力衰竭患者预后的关系[J]. 山东医药,2022,62(1):34-38.

[11]王小婕,兰小梅,李学善. 视黄醇结合蛋白 4 对老年慢性心力衰竭诊断和心血管事件预测的作用[J]. 中国老年学杂志,2022,42(7):1545-1548.

[12]杨荣军,史钰芳,王庆海. 慢性心力衰竭与抑郁症共同发病机制及药物治疗的研究进展[J]. 中国全科医学,2022,25(5):625-630.

[13]来利红,杨兰,汪晓东,等. 血清 TGF- β 1、MCP-1 在慢性心力衰竭患者合并早期肾功能衰竭中的诊断价值[J]. 中国循证心血管医学杂志,2022,14(2):194-196,201.

[14]苏义冬,莫懿哈,刘莉,等. 慢性心力衰竭患者 D 型人格与心理压力:应对方式和心理弹性的中介作用[J]. 解放军护理杂志,2022,39(3):19-23.

[15]孙媛媛,余其贵,谢军. 血清 CTRP3、CTRP5、CTRP9 水平与老年慢性心力衰竭的临床关系[J]. 中国老年学杂志,2021,41(17):3633-3636.

(上接第 191 页)

注意月经期保健、及时并彻底治疗盆腹腔感染性疾病、尽量减少子宫、输卵管损伤性操作、养成锻炼身体习惯增强身体素质,加强对早孕患者管理、加强异位妊娠知识宣教等措施可很大程度降低异位妊娠的发生率,提高知晓率和诊治及时率。

通过本次研究分析,患者经过手术治疗或药物治疗,都取得较好的疗效,在药物治疗中,甲氨蝶呤联合米非司酮、中药宫外孕Ⅱ号方杀胚治疗方案患者血 hCG 值下降幅度最大,疗效显著,且未增加药物不良反应,安全性高,其次是甲氨蝶呤联合米非司酮或甲氨蝶呤联合中药宫外孕Ⅱ号方治疗方案,甲氨蝶呤单独给药疗效稍强于米非司酮单独给药,总之各种药物治疗方案在治疗异位妊娠中均取得较好疗效,值得进一步研究推广和应用。

参考文献:

- [1]于小凤,王世艳,雁丽.米非司酮配合中药治疗异位妊娠的疗效观察[J].西部医学,2009 年 09 期
- [2]林珊,罗义妹.单剂量甲氨蝶呤合并米非司酮治疗输卵管异位妊娠的临床疗效观察[J].黑龙江中医药,2020,49(5):17-18.
- [3]方国平,方彩云.中药杀胚方联合米非司酮、甲氨蝶呤治疗异位妊娠[J]中国临床研究,2017,35 期.
- [4]罗秀清.米非司酮联合甲氨蝶呤治疗输卵管妊娠 148 例的临床效果分析[J].中国社区医师,2019,35(9):2.

[5]文会.自拟房舍汤联合甲氨蝶呤和米非司酮治疗输卵管异位妊娠的效果[J].河南医学研究,2021,30(23):4382-4384

[6]郑利平.甲氨蝶呤单剂量肌内注射联合米非司酮口服治疗异位妊娠效果观察[J].河南医学研究,2018,27(9):1693-1694.

[7]唐丽,李爱明,张艳丽.甲氨蝶呤联合腹腔镜手术对异位妊娠患者输卵管通畅情况、血清学指标的改善效果[J].临床医学研究与实践,2020,5(35):30-32.

[8]陆志红,朱娟娟.甲氨蝶呤治疗异位妊娠临床效果及体质指数在治疗中的重要性分析[J].中外医学研究,2020,18(26):40-43.

[9]崔娟.腹腔镜手术联合小剂量甲氨蝶呤治疗异位妊娠的效果观察[J].中国民康医学,2020,32(6):70-72.

[10]陈雪容,黄芳,黄颜.腹腔镜手术联合大剂量甲氨蝶呤治疗异位妊娠的临床效果及安全性[J].吉林医学,2018,39(3):2.

[11]黄慧菲,周洪友,王福美,等.甲氨蝶呤不同给药方式联合米非司酮治疗输卵管妊娠术后持续性异位妊娠效果分析[J].临床药物治疗杂志,2018,16(3):58-61.

[12]李娇娇,杨莉,刘珍珍.小剂量甲氨蝶呤联合腹腔镜保守手术治疗异位妊娠的效果观察[J].中国实用医刊,2021,48(24):51-54.

[13]宁小军.甲氨蝶呤高低剂量对异位妊娠患者血药浓度及临床疗效探讨[J].山西医药杂志,2019,48(19):2378-2379.

探讨肝积方对肝郁脾虚证原发性肝癌疗效与免疫效应影响

王佳媚¹ 杨同堂¹ 孟云² 金建斌¹ 苟振华² 杨晓军³ 通讯作者

1. 甘肃省定西市陇西县第一人民医院 甘肃定西 748100; 2. 甘肃中医药大学第一临床医学院 甘肃兰州 730000;
3. 甘肃省人民医院 甘肃兰州 730000

摘要: 目的: 探讨肝积方对肝郁脾虚证原发性肝癌的治疗效果及免疫效应影响。方法: 研究对象为 2018.10–2021.10 月在我院收治的 32 例肝郁脾虚证原发性肝癌患者, 通过随机数字表法将其分为对照组 (16 例) 与观察组 (16 例), 对照组采取常规西药在进行治疗, 观察组在对照组的基础上采取肝积方进行治疗, 比较两组中医证候疗效、卡式 (KPS) 评分、不良反应发生率及细胞免疫学指标 (CD4+CD25+FoxP3+Treg)。结果: 观察组中医证候改善率明显优于对照组 ($P<0.05$)。治疗前两组 KPS 评分无明显差异 ($P<0.05$), 治疗后观察组明显高于对照组 ($P<0.05$)。两组不良反应发生率无明显差异 ($P<0.05$)。治疗后观察组 CD4+CD25+FoxP3+Treg 较治疗前明显下降 ($P<0.05$), 对照组治疗前后 CD4+CD25+FoxP3+Treg 比较无明显差异 ($P>0.05$)。结论: 对肝郁脾虚证原发性肝癌患者采取肝积方进行治疗能够有效缓解患者症状, 提高临床疗效, 改善患者功能状态, 安全性较好, 疗效的改善机制可能与中药对机体的免疫作用相关。

关键词: 原发性肝癌; 肝郁脾虚; 肝积方; 治疗效果; 免疫效应

原发性肝癌是临床较为常见的恶性肿瘤病症, 主要类型包括肝细胞癌、肝内胆管癌以及两种细胞癌混合型, 其中肝细胞癌较为常见, 该疾病具有较高的发病率和死亡率, 对患者的健康造成严重威胁。近些年来该疾病的发病率呈逐年增加的趋势, 多数患者发现时已处于中晚期阶段, 基本已经失去最佳的手术时机。近年来, 随着中医学的发展, 中医药治疗得到了临床恶性肿瘤治疗的广泛应用, 临床实践表明取得了较为明显的成效。在辨证方面, 多数中医学者认为原发性肝癌以正虚为主, 其中以“肝郁脾虚”最为常见, 因此按照中医辨证施治的精髓需要遵循补气健脾、活血化瘀的治疗原则^[3]。基于此, 本研究使用肝积方对符合条件的患者进行针对性治疗, 患者多存在疼痛、纳呆等肝郁脾虚证表现, 与本方的适应症相符。因此, 本研究对肝积方的治疗效果以及免疫效应展开分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究对象为 2018.10–2021.10 月在我院收治的 32 例肝郁脾虚证原发性肝癌患者, 通过随机数字表法将其分为对照组 (16 例) 与观察组 (16 例)。对照组中, 男性患者 10 例、女性患者 6 例; 年龄 51~72 岁, 平均年龄 (60.32 ± 4.57) 岁; 分期: IIb 期 3 例, IIIa 期 7 例, IIIb 期: 6 例; Child-Pugh 分级^[4]: A 级 6 例, B 级 10 例; 观察组中, 男性患者 9 例, 女性患者 7 例; 年龄 50~73 岁, 平均年龄 (60.59 ± 4.81) 岁; 分期: IIb 期 2 例, IIIa 期 7 例, IIIb 期: 7 例; Child-Pugh 分级^[4]: A 级 7 例, B 级 9 例。两组一般资料无明显差异 ($P>0.05$), 可用于比较分析。诊断标准: 西医诊断标准: 参照《原发性肝癌的临床诊断与分期标准》^[4]中原发性肝癌的诊断标准确诊; 病理学诊断: 肝组织学或者肝外组织学证实为肝细胞癌。中医根据《中医内科学》^[5]中胁痛、积聚诊断标准诊断, 辨证为肝郁脾虚证; 纳入标准: (1) 符合中西医诊断标准; (2) 肿瘤体积<肝脏体积的 70%, 病灶数量<5

个; (3) 肝功能 Child-Pugh 分级为 A-B 级; (4) 卡式 (KPS) 评分>60 分; (5) 患者及家属均为知情自愿参与本研究。排除标准: (1) 合并其他恶性病症; (2) 具有严重精神、意识障碍; (3) 预计生存期<3 个月; (3) 近期接受化疗、放疗或生物治疗。本研究提交医院伦理委员会审议并获得批准, 两组患者的性别构成、年龄分布、临床分期与分级等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

对照组采取常规西药治疗, 在健康宣教、心理疏导和饮食指导等一般支持措施的基础上, 给予患者恩替卡韦 (苏州工业园区药科大新药开发中心有限公司, 国药准字 H20133073) 进行治疗, 服用方式为口服, 剂量为 0.5mg, 每日服用 1 次; 给予患者谷胱甘肽片 (重庆药友制药有限责任公司, 国药准字 H20050667), 服用方式为口服, 剂量为 0.3g, 每日服用 3 次。治疗周期为 3 个月。

观察组在以上基础上采取肝积方治疗, 药方组成: 党参、半枝莲、黄芪各 30g, 白术、白芍各 12g, 茯苓、莪术各 15g, 地鳖虫 10g, 柴胡 9g、甘草 6g。开水冲 300ml, 对半每日服用 2 次, 每日 1 剂。在基本方剂的基础上, 根据中医辨证施治的原则进行化裁加减治疗。如果患者存在腹部胀满、下肢水肿症状、增加大腹皮、车前子各 15g, 如果患者存在恶心呕吐症状, 增加生姜、半夏各 9g; 如果患者存在口苦、口干症状, 增加知母 15g、栀子 10g。治疗周期为 3 个月。

1.3 观察指标

比较两组患者治疗后的中医证候疗效。根据《中药新药临床研究指导原则》^[6]的辨证标准与症状分级量表标准进行评估, 通过症状评分变化评估疗效, 主要症状为胃胀或胁肋部胀痛、腹胀、食少纳呆、便溏不爽, 根据症状程度分为无 (0 分)、轻 (1 分)、中 (2 分)、重 (3 分)。显效: 治

疗后症状总分同治疗前相比下降 $\geq 70\%$ ；有效：治疗后症状总分同治疗前相比下降 30%-69%；无效：症状总分同治疗前相比下降 $<30\%$ 。改善率=（显效+有效）/总例数 $\times 100\%$ 。通过 KPS 评估两组治疗前后功能状态，分数越高表示功能状态越佳。观察两组治疗期间不良反应发生情况并进行比较。治疗前后在清晨、空腹状态下，采集患者外周静脉血，通过 Ficoll 分离单个核细胞，通过流式细胞数对患者 CD4+CD25+FoxP3+Treg 进行检测。

1.4 统计学处理

研究所得数据通过 SPSS20.0 统计学软件进行处理和分析，正态分布的计量资料使用 $\bar{x} \pm s$ 表示，组间比较使用 t 进行检验。使用 % 表示计数资料，使用 χ^2 进行检验。如果 $P < 0.05$ 则说明组间比较差别较大，具有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组中医症候疗效比较

观察组中医证候改善率明显优于对照组（ $P < 0.05$ ）。如表 1 所示。

表 1 两组中医症候疗效比较 [n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
观察组	16	11 (68.75)	4 (25.00)	1 (6.25)	15 (93.75)
对照组	16	4 (25.00)	6 (37.50)	6 (37.50)	10 (62.50)
χ^2					5.832
P					< 0.05

2.2 治疗前后两组 KPS 评分比较

治疗前两组患者的 KPS 评分比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；治疗后，观察组 KPS 评分明显高于对照组水平（ $P < 0.05$ ）。如表 2 所示。

表 2 治疗前后两组 KPS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	16	62.25 $\pm$ 9.43	75.32 $\pm$ 4.87
对照组	16	62.32 $\pm$ 9.57	68.53 $\pm$ 5.06
t		0.054	6.813
P		> 0.05	< 0.05

2.3 两组不良反应发生率比较

对照组 1 例患者出现腹泻症状，1 例患者出现发热症状，不良反应发生率为 12.50%（2/16）。观察组 1 例患者出现恶性呕吐症状，不良反应发生率为 6.25%（1/16）。两组不良反应发生率比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

2.4 治疗前后两组细胞免疫结果比较

治疗后观察组 CD4+CD25+FoxP3+Treg 较治疗前明显下降（ $P < 0.05$ ），对照组治疗前后 CD4+CD25+FoxP3+Treg 比较无明显差异（ $P > 0.05$ ）。如表 3 所示。

表 3 治疗前后两组细胞免疫结果比较 (%) ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	t	P
----	----	-----	-----	---	---

观察组	16	5.12 $\pm$ 1.35	4.68 $\pm$ 1.65	2.093	< 0.05
对照组	16	5.08 $\pm$ 1.34	5.02 $\pm$ 1.44	0.189	> 0.05
t		0.229	0.537		
P		> 0.05	> 0.05		

3. 讨论

原发性肝癌的主要症状表现为持续性钝痛或胀痛，食欲衰退、消瘦等，目前临床尚未明确其发病机制，已知与乙型肝炎病毒或者其他病毒导致的肝炎、肝硬化，黄曲霉素等毒素对饮用后造成污染以及遗传因素等关系密切。目前，肿瘤免疫治疗日渐变成肿瘤临床的研究热门。肿瘤免疫疗法的机制是刺激个人的免疫能力，提高肿瘤微环境对抗癌子的免疫作用，从而抑制并杀死肿瘤细胞。对比传统的肝癌治疗措施，免疫疗法的毒副作用小，患者更容易承受，并起到增强宿主本身的免疫能力，延缓肿瘤生长，最终延长患者的生存期限的作用。

中医中并无原发性肝癌这一词语，在中医理论中，该疾病属于“肝积”、“胁痛”、“黄疸”等范畴，其主要病因病机是外邪内侵，气血亏虚，本虚标实，脏腑功能失调，气滞血瘀，痰凝毒聚。本虚以肝脾两伤、气阴两虚和脾肾阳虚为主，而在中医临床中肝郁脾虚是肝癌的主要中医证型，瘀血为其病理特征。故根据以上病机，肝郁脾虚型原发性肝癌在中医治疗中当以疏肝健脾，清化湿热瘀毒为本。

本研究中所用肝积方主要包括茯苓、党参、白术、白芍、地鳖虫、莪术、半枝莲、甘草、黄芪等多味中药。其中党参能补益中焦之气，和胃健脾，除燥烦消渴；柴胡疏肝行气，顺从肝脏喜调达恶抑郁的禀性，使肝气舒畅，中焦脾阳之清气得以升发输布，同时也使本身脾脏气机舒畅，脾病得缓；莪术、地鳖虫可以起到破血逐瘀、行气散结的作用，有利于明显改善肝癌病人的血瘀症状。半枝莲能够起到解热毒、清湿热，活血除瘀、消红肿止痛的作用。茯苓、白术健脾补气，燥湿利水；白芍平抑肝阳。以上诸药合用，共奏健脾益气、舒肝理气、益气活血之功。

肝积方在益气健脾、疏肝理气的基础上，辅以活血除瘀，解毒清热。现代药理学表明，党参中的皂苷成分可以提高肝癌病人血清中 CD4+T 细胞、CD3+T 细胞、自然杀伤细胞的数量以及 CD4+/CD8+ 比率，提高病人的免疫功能。半枝莲可以有效治疗消化道肿瘤、肺部肿瘤及宫颈肿瘤等。黄芪提取物的黄芪多糖可以减弱 Wnt/ β -catenin 信号通路，减少基因表达，使肝肿瘤 HepG2 细胞发生死亡。黄芪甲苷可以干扰血管形成，减少水道蛋白的产生以及减少转移相关表达基因，最终控制 H22 腹水瘤肝癌。莪术提取物莪术油则经过干扰小鼠肝癌 HepA 细胞 DNA 生成，起到明显的抗癌作用。另外，还有研究显示，柴胡、白芍等可作用于机体的免疫系统，增强细胞免疫机能；地鳖虫等能抑制血小板聚集，降低血液黏度，改善血瘀状态。有研究显示，肝郁脾虚型原发性肝癌患者服用肝积方后，患者的肝功能与血小板水平均有明显的改善。

（下转第 201 页）

中药茶饮治疗顽固性失眠的临床研究

吴振庭

任丘市疾病预防控制中心, 慢病科 河北任丘 062550

摘要:目的: 观察中药茶饮联合艾司唑仑治疗顽固性失眠患者的临床疗效, 以及对睡眠质量的作用效果。方法: 选取 2020 年 1 月到 2021 年 12 月医院收治的顽固性失眠患者 120 例, 依据临床资料进行匹配后, 将患者分为对照组和观察组, 每组 60 例。对照组给予西药艾司唑仑治疗, 观察组在此基础上给予中药茶饮治疗, 两组疗程均为 4 周。治疗 4 周后, 比较两组睡眠质量[匹兹堡睡眠质量指数 (PSQI)]、临床疗效、中医证候评分以及负面情绪情况。结果: 与治疗前比较, 观察组和对照组治疗 2、4 周后 PSQI 评分均明显降低, 并且观察组治疗后 PSQI 评分明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 治疗后, 观察组中医证候评分、负面情绪评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 观察组治疗总有效率明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论: 中药茶饮联合艾司唑仑可以有效提高顽固性失眠患者睡眠质量和治疗临床效果, 改善患者不良情绪。

关键词: 中药茶饮; 顽固性失眠; 匹兹堡睡眠质量指数; 中医证候评分; 艾司唑仑

失眠, 尤其是顽固性失眠, 不仅影响人类的身体健康, 而且还影响患者的生活和工作等各方面, 降低生活质量和工作效率, 增加事故风险的发生。有研究发现, 随着科技的发展, 人们生活方式、工作方式的改变以及来自各方面的压力, 导致顽固性失眠的发病率也逐渐升高, 各个年龄段的人群均有发病, 成为越来越普遍的疾病^[1]。艾司唑仑是临床常用于治疗失眠的苯二氮类药物, 虽然可有效改善患者睡眠质量, 但也容易导致药物依赖, 因此不建议长期大量服用。中医学认为, 失眠多由气机不畅、肝肾不足、痰血郁滞, 使肝气郁结、阴亏于内、虚阳浮外而致阴不敛阳、阴阳不交, 最终化火扰神而致夜不能眠, 故对证应以滋阴潜阳、补益肝肾、安心宁神治之^[2-3]。基于此, 本研究通过给予顽固性失眠患者中药茶饮结合艾司唑仑治疗, 探讨其对患者睡眠质量、临床疗效和不良情绪的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2020 年 1 月到 2021 年 12 月医院收治的顽固性失眠患者 120 例, 依据临床资料进行匹配后, 将患者分为对照组和观察组, 每组 60 例。两组一般资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性, 见表 1。入选患者均知情并同意参加本研究; 且本研究经伦理委员会审批通过。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	男/女	年龄(岁)	体质量指数(kg/m ²)	病程(月)
对照组	60	28/32	42~55 (46.84±5.27)	20~27 (24.67±3.25)	11~14 (10.58±1.51)
观察组	60	26/34	41~56 (47.72±5.16)	21~28 (24.58±3.33)	10~13 (10.62±1.49)
χ^2/t 值		0.135	-0.844	0.137	-0.133
P 值		0.714	0.401	0.891	0.894

1.2 入选标准 纳入标准: ①符合顽固性失眠诊断标准; ②年龄>18 岁; ③近 1 个月无抗炎、激素、神经、苯二氮类药物治疗史。排除标准: ①精神病史; ②对本研究所用药物过敏; ③躯体或精神疾病等所致的继发性失眠; ④有心、肝、肾等严重病。

1.3 方法 两组患者均给予艾司唑仑片(济川药业集团有限公司生产, 批准文号 H32021079)睡前口服, 1mg/次, 1 次/d。观察组则在此基础上

加用中药茶饮治疗。(1)菊花枸杞茶: 菊花 3 钱、枸杞 1 钱放入麻布袋中束紧, 以 500ml 沸水冲泡, 闷约 10 分钟即可饮用。(2)白芍甘草饮: 白芍 2 钱、甘草 2 钱放入水中以小火炖煮至颜色呈现深褐色、水份收至约剩下 300ml 左右, 即可熄火。(3)五味子生枣茶: 五味子 2 钱、生枣仁 2 钱放入水中以小火炖煮至茶汤变色、水份收至约剩下 300ml 左右, 即可熄火。

1.4 指标观察 比较两组睡眠质量、临床疗效、中医症状评分、负性情绪及不良反应。①睡眠质量: 于治疗前和治疗 2、4 周后采用匹兹堡睡眠质量指数 (PSQI) 评估, 包括 7 个因子计分, 采用 4 级评分法 (0~3 分), 总分 21 分, 评分越高表示睡眠质量越差, Cronbach's α 信度系数为 0.875; ②临床疗效, 参照《中药新药临床研究指导原则》, 临床症状和体征明显改善、睡眠时间基本正常为显效, 临床症状和体征缓解、睡眠时间明显增加为有效, 未达上述标准为无效, 有效率= (有效+显效)/总例数 $\times 100\%$; ③中医证候评分: 采用“中医病证诊断疗效标准”进行评价, 包含入睡困难、多梦、早醒、情绪抑郁、醒后难以入睡 5 项内容, 每项内容 0-3 分, 分数越高则失眠症状越严重。④负性情绪: 采用焦虑自评量表 (SAS)、抑郁自评量表 (SDS), 每个量表均包含 20 个项目, 每项 1-4 分, 指标总分的运算方法为: 各项目总分相加为初始总分, 初试总分乘以 1.25 得到标准分, 取整数部分。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 22.0 软件, 计数资料以 (%) 表示采用 χ^2 检验, 计量资料以 ($\bar{x}\pm s$) 表示采用 t 检验, 多组比较采用方差分析, $P<0.05$ 为有统计学差异。

2 结果

2.1 两组 PSQI 评分比较 治疗前, 两组 PSQI 评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 治疗 2、4 周后, 两组 PSQI 评分明显低于治疗前, 且观察组治疗 2、4 周后 PSQI 评分明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 两组 PSQI 评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗 2 周后	治疗 4 周后	F 值	P 值
对照组	60	16.54±1.56	13.65±1.38	9.05±0.85	642.459	<0.001
观察组	60	16.87±1.67	11.51±1.31	8.07±0.87	672.779	<0.001
t 值		-1.119	8.712	6.241		
P 值		0.265	<0.001	<0.001		

2.2 两组临床疗效比较 观察组治疗有效率明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 两组临床疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
对照组	60	21(35.0)	29(48.33)	10(16.67)	50(83.33)
观察组	60	26(43.33)	31(51.67)	3(5.00)	57(95.00)

表 4 两组治疗前后中医证候评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	时间	入睡困难	多梦	早醒	情绪抑郁	醒后难以入睡
对照组 (n=60)	治疗前	2.63±0.18	2.60±0.25	2.35±0.28	2.26±0.25	2.51±0.25
	治疗后	1.42±0.15	1.34±0.17	1.24±0.14	1.49±0.18	1.24±0.21
	t 值	40.001	32.283	27.465	19.361	30.13
	P 值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
观察组 (n=60)	治疗前	2.61±0.11	2.61±0.28	2.37±0.22	2.24±0.26	2.52±0.27
	治疗后	0.70±0.19*	0.71±0.12*	0.85±0.17*	0.92±0.17*	0.65±0.24*
	t 值	67.388	48.312	42.348	32.914	40.097
	P 值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

注: 与对照组治疗后比较, * $P<0.05$

2.4 两组负性情绪比较 干预前两组患者 SAS、SDS 评分差异无统计学意义 ($P>0.05$); 干预 4 周后, 观察组患者的 SAS、SDS 评分明显低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 5

表 5 两组治疗前后 SAS、SDS 评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	60	67.72±4.8	60.20±4.3*	68.35±7.2	60.65±5.3*
对照组	60	67.58±4.6	64.21±4.2*	68.24±6.9	64.78±5.2*
t 值		0.163	-5.168	0.085	-4.309
P 值		0.871	<0.001	0.932	<0.001

注: 与本组治疗前比较, * $P<0.05$

3 讨论

失眠中医又称为“不寐”, 其最早见于《难经》。《难经·四十六难》: “.....老人血气衰 故昼日不能精 夜不得寐也”。现代医学发现, 失眠的发病机制复杂, 主要与精神压力、社会心理因素、慢性疾病等有关, 具有病情反复、病程长等特点, 长期入睡难、易醒、睡眠质量差、睡眠时间少、健忘、注意力下降等症状, 会严重降低患者的生活质量^[4-5]。

有大量研究显示, 中医药在治疗失眠中体现了较好的治疗效果。中医认为失眠的病机为阴阳失和、脏腑功能失调导致的阴虚火旺, 治疗上当以疏肝解郁、疏通经络、虚补实泻、调和阴阳为主^[6-7]。而中医里有多种中草药成分, 具有滋肾养阴、安神宁心的功效, 如生地黄、炒麦芽、夜交藤等, 均改善患者临床症状^[8]。本研究中, 采用了三种中药茶饮, 辅助治疗患者顽固性失眠, 结果显示, 可以有效提高患者睡眠质量和临床效果, 改善患者不良情绪。其原因主要为: 菊花能疏风清热、降肝火, 枸杞能滋补肝肾、益精明目、清热凉血的效用, 经常饮用有助于泻肝火、舒肝理气, 对于改善肝火旺盛导致的烦躁、情绪不佳、失眠问题, 有不错的效果^[9]。白芍甘草茶饮味甘甜, 有助于补肝、活血, 对于改善气血循环不佳、手脚冰冷所造成的失眠问题, 有不错的舒缓作用, 白芍养血柔肝敛心阴, 甘草有补气益脾之用, 且性温和, 有调诸药之妙; 诸药共奏滋阴补肾、益气泻火、安心宁神之功效。五味子能益气生津、补肾宁心, 有助于补养肝肾; 生枣仁, 归于胆经和肝经, 具有和胃运脾、宁心安神、除烦止渴的功效, 能补中、益肝气, 更有镇静、催眠的作用^[10]。三种中药茶饮均具有宣达枢机、

χ^2 值	4.227
P 值	0.040

2.3 两组中医证候评分比较 观察组治疗 4 周后入睡困难、多梦、早醒、情绪抑郁、醒后难以入睡评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 4。

疏解少阳、潜阳敛阴、调和阴阳、调和肝胆、平衡阴阳、引阳入阴、养心安神、理气和中、疏肝解郁、清心降火化痰等功效。辅助于失眠治疗中, 有利于提高治疗疗效, 降低艾司唑仑用量, 减轻其成瘾性和依赖性^[11-12]。

综上所述, 中药茶饮联合艾司唑仑可以有效提高顽固性失眠患者睡眠质量和治疗临床效果, 改善患者不良情绪。

参考文献:

[1] 刘琼, 关双, 陈亚飞, 等. 中西医结合治疗顽固性失眠的研究进展[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(10): 1670-1674.

[2] 许天兴, 宋建宁, 蔡景辉. 65 例顽固性失眠症中医治疗观察[J]. 健康之友, 2020(10): 276, 275.

[3] 赵海丹. 温胆汤加味方治疗顽固性失眠临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2021(3): 106-107. DOI: 10.3969/j.issn.1672-2779.2021.03.045.

[4] 高慧, 任东垚, 常中飞. 失眠的病因学分析[J]. 首都食品与医药, 2021, 28(4): 14-16. DOI: 10.3969/j.issn.1005-8257.2021.04.007.

[5] 滑宏巨, 张淑娟, 雷冰冰, 等. 慢性失眠症病因及相关危险因素分析[J]. 世界睡眠医学杂志, 2019, 6(5): 532-535. DOI: 10.3969/j.issn.2095-7130.2019.01.002.

[6] 赵文军, 郭平. 失眠的病因分析及诊断与治疗[J]. 中国社区医师, 2019, 35(2): 106, 108. DOI: 10.3969/j.issn.1007-614x.2019.02.074.

[7] 鲁青芳. 浅谈中医“病因干预”对失眠症的治疗与临床观察[J]. 东方药膳, 2020(22): 201.

[8] 中国民族医药学会睡眠分会. 中国民族医药治疗成人失眠的专家共识[J]. 北京中医药大学学报, 2022, 45(1): 21-28. DOI: 10.3969/j.issn.1006-2157.2022.01.004.

[9] 孙慧丽. 中医治疗失眠的现状[J]. 中华养生保健, 2022, 40(1): 10-11.

[10] 舒适, 王琦, 陈宝瑾, 等. 中药联合耳穴治疗肝郁脾虚型卒中后失眠临床疗效观察[J]. 中医药通报, 2021, 20(3): 48-50.

[11] 王昭明. 中药酸枣仁汤用于治疗失眠的有效性评价[J]. 饮食保健, 2021(17): 86.

[12] 李麟颖, 王成铨, 吴辉. 血府逐瘀汤加减治疗顽固性失眠的 Meta 分析[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6(1): 19-22. DOI: 10.19347/j.cnki.2096-1413.202101006.

安肠愈疡汤联合美沙拉嗪治疗脾虚湿阻型溃疡性结肠炎的效果对炎性因子的影响

许迪 张靖宇 郭丽

河北省沧州中西医结合医院 河北沧州 061000

摘要：目的：探究将安肠愈疡汤联合美沙拉嗪应用于脾虚湿阻型溃疡性结肠炎患者治疗中的效果。方法：选择2019年1月至2022年11月进行研究录入资料，登记完整有效的60名脾虚湿阻型溃疡性结肠炎患者作为研究对象，在开展实验时，医务人员按要求针对患者进行组间数据均分，组内各设置30名患者进行对比，为了保障实验公正性，分组方式为随机分组，同时根据实验习惯记录为对照组与实验组。对照组患者单纯应用美沙拉嗪作为治疗药物，实验组患者在此基础上增加安肠愈疡汤作为治疗药物；所有患者在接受治疗后，疗程均为12周；治疗后由医务人员针对两组患者的中医症状积分进行记录，同时记录患者治疗前后的肠镜黏膜Baron积分、血清炎性因子的表达状况以及患者的不良反应发生状况，评估治疗效果。结果：在接受12周的治疗后，相较于治疗前两组患者的中医症状积分有明显改善，同时患者治疗后的肠镜黏膜Baron积分优于治疗前，组间进行对比发现实验组患者的各项积分水平相较于对照组更优，差异对比显著（ $P < 0.05$ ）。而在两组患者治疗完成后的血清炎性因子的结果中，发现两组患者的治疗后结果改善状况良好，并且实验组患者的炎性因子表达水平低于对照组，提示实验组内患者的炎症状况改善更为良好，差异显著（ $P < 0.05$ ）。针对两组患者治疗后不良反应发生状况进行分析，实验组患者不良反应发生率为3（10.00%），对照组患者的不良反应发生率为10（33.33%），差异对比显著（ $X^2=8.198$ ； $P=0.000$ ）。结论：在进行脾虚湿阻型溃疡性结肠炎患者的临床治疗时，将安肠愈疡汤应用于脾虚湿阻型溃疡性结肠炎患者治疗，能够使患者的血压症状得到控制，并且还能够消除患者的中医症状，同时提高患者的生活质量，具有良好的可应用价值，值得进行推广。

关键词：美沙拉嗪；安肠愈疡汤；炎症因子；白细胞介素-10；肿瘤坏死因子- α

溃疡性结肠炎属于一种慢性非特异性结肠炎症疾病，随着近年来社会的不断发展，以及人们生活方式和饮食结构发生了转变，溃疡性结肠炎的社会发病率呈现逐年上升的趋势^[1]。在近年来的研究中^[2]，对于这一病症的病因和发病机制，还并未完全明确研究认为可能与免疫、遗传、基因、环境等多方面因素密切相关。其中的临床研究中表明免疫因素的异常与溃疡性结肠炎的发病有密切的关联。常见的肿瘤坏死因子- α （tumor necrosis factor- α TNF- α ）、白介素-10（IL-10）等因子都有可能致溃疡性结肠炎的发生。这类细胞因子会通过调节机体的免疫系统诱导炎症反应的发生，对患者的肠黏膜屏障功能产生损伤。溃疡性结肠炎的发生因素复杂，并且病程迁延，存在反复发作难以治愈的情况，并且也有出现癌变的可能性，目前被世界卫生组织归类为现代难治性的疾病之一。而临床上缺乏针对溃疡性结肠炎的特效药物，现代医学主张采用水杨酸类、糖皮质激素类以及免疫抑制剂等药物给予患者治疗，但综合来讲产生的疗效并不令人满意，而近几年推崇的生物治疗和干细胞治疗等新型治疗手段，虽然在研究上获得了一定的效果，但由于受到技术以及资金等多方面的因素限制并不能够合理，且长期的广泛应用于临床的治疗中。近年来中西医结合治疗应用于溃疡性结肠^[3]，也显示出独特的优势和特色，中医药物对于防治溃疡性结肠炎具有极大的潜力和优势。安肠愈疡汤是应用于溃疡性结肠炎患者治疗的常用经验方的相关临床研究中显示这种中药汤剂疗效确切，同时实验也提示了安肠愈疡汤具有良好的抗炎和黏膜修复作用，故而研究人员将安肠愈疡汤与西药联合应用与溃疡性结肠炎患者的治疗中，本次研究选择2019年1月至2022年11月进行研究录入资料，登记完整有效的60名脾虚湿阻型溃疡性结肠炎患者作为研究对象，探究将安肠愈疡汤联合美沙拉嗪应用于脾虚湿阻型溃疡性结肠炎患者治疗中的效果，现整理如下。

一、资料与方法

1.1 一般资料

选择2019年1月至2022年11月进行研究录入资料，登记完整有效的60名脾虚湿阻型溃疡性结肠炎患者作为研究对象，在开展实验时，医务人员按要求针对患者进行组间数据均分，组内各设置30名患者进行对比，为了保障实验公正性，分组方式为随机分组，同时根据实验习惯记录为对照组与实验组。对照组中包含15例女性患者，其余15例均为男性患者，患者的年龄在23-66（44.2±6.1）岁之间；实验组中包含18例女性患者，其余12例均为男性患者，患者的年龄在24-68（43.1±5.8）岁之间。

诊断标准：所有患者在入院时病情诊断标准参考2018年中华医学会消化病学分会炎症性肠病制定的《炎症性肠病诊断与治疗共识意见》^[4]。中医辨证诊断标准则参考中国中医医学结合学会消化系统疾病专业委员会制定的《溃疡性结肠炎，中西医结合诊疗共识意见》^[5]，本次研究中所有患者均属于脾虚湿阻型。

纳入标准：患者接受相关临床检验，确诊为脾虚湿阻型溃疡性结肠炎；患者外部症状表现与诊断结果一致；患者积极配合治疗；患者认知状况正常，未见精神性疾病或心理疾病；

排除标准：患者合并存在恶性肿瘤或其他严重器质性疾病；患者预计生存期在三个月以内；患者存在血尿常规、肝功能、凝血功能或心肺功能任何一项异常；患者存在具有临床治疗的禁忌症。

本次研究患者资料可进行对比，基本资料录入Excel表格，确认患者基本资料，可进行后续的对比工作（ $P > 0.05$ ）。

1.2 治疗方法

对照组为患者，在接受治疗时，由医务人员给予患者美沙拉嗪肠溶片（批准文号：国药准字H19980148；生产企业：葵花药业集团佳木斯鹿灵制药有限公司）进行治疗，当时为口服用药每日用药一次，单次用药剂量为1.5g，患者于午餐前1h服用。

实验组患者在对照组的用药基础上增加安肠愈疡汤作为治疗药物；药

方如下：生黄芪 30g，炒白术 30g，薏苡仁 30g，败酱草 30g，黄连 9g，黄芩 9g，木香 9g，槟榔 15g，地榆炭 15g，白及 12g，当归 9g，炒白芍 12g，防风 6g，生甘草 9g，可根据病情变化进行随症加减，如腹痛肠鸣明显者改防风 9g、白芍 15g，加醋延胡索 15g；脓血便明显者加炒槐米 15g、白头翁 30g；大便夹不消化食物者，加炒谷芽 15g、炒麦芽 15g 消食导滞。所有药物取水 400ml，水煎，分 2 次早晚服用。

1.3 评价标准

在对患者进行治疗前，由医务人员给予患者常规症状积分评估，症状积分参考《中药新药临床治疗指导原则》^[6]，治疗完成前后观察，患者腹泻、脓血便、腹痛以及食少纳差等症状的积分变化，满分为 12 分，得分越高，说明患者的对应症状越严重。

治疗前后由医务人员对患者进行结肠镜检查并记录患者的 Baron 积分；正常黏膜记录为 0 分，轻度黏膜病变记录为 1 分，中度病变则记录为 2 分；重度病变则记录为 3 分。

治疗完成后，由医务人员记录患者在治疗期间出现的不良反应发生状况，包括：恶心、胃肠道出血、呕吐。

1.4 数据分析

本次研究统计工作的开展选择软件 spss 21.00 for Windows，由医务人员针对数据应用 T 值和卡方值进行检验，判断 P 值，P 值<0.05 则说明实

验结果具有统计学意义，可进行参考。

二、结果

2.1 两组患者的肠镜黏膜 Baron 积分和中医症状积分对比

在接受 12 周的治疗后，相较于治疗前两组患者的中医症状积分有明显改善，同时患者治疗后的肠镜黏膜 Baron 积分优于治疗前，组间进行对比发现实验组患者的各项积分水平相较于对照组更优，差异对比显著（P<0.05）。

表 1 两组患者的肠镜黏膜 Baron 积分和中医症状积分对比（ $\pm s$ ，分）

组别	肠镜黏膜 Baron 积分		中医症状积分	
	治疗前	治疗 12 周后	治疗前	治疗 12 周后
对照组（n=30）	1.31±0.45	0.91±0.25	10.53±1.25	6.34±0.82
实验组（n=30）	1.29±0.39	0.62±0.41	10.41±1.17	2.41±0.41
T	0.1839	3.3077	0.3839	23.4792
P	0.8547	0.0016	0.7025	0.0000

2.2 两组患者的炎症因子表达水平对比

而在两组患者治疗完成后的血清炎症因子的结果中，发现两组患者的治疗后结果改善状况良好，并且实验组患者的炎症因子表达水平低于对照组，提示实验组内患者的炎症状况改善更为良好，差异显著（P<0.05）。

表 2 两组患者的炎症因子表达水平对比（ $\pm s$ ）

组别	IL-1 β （pg/ml）		IL-6（ng/L）		TNF- α （pg/ml）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组（n=30）	8.26±0.55	4.52±0.36	16.65±3.12	9.85±1.26	58.28±12.52	26.28±5.58
实验组（n=30）	8.12±0.69	2.29±0.89	16.32±3.12	6.21±2.13	57.89±10.29	18.12±4.12
T	0.8692	12.7224	0.4096	8.0561	0.1318	6.4436
P	0.3884	0.0000	0.6836	0.0000	0.8956	0.0000

2.3 两组患者治疗过程中的不良反应发生状况对比

针对两组患者治疗后不良反应发生状况进行分析，实验组患者不良反应发生率为 3（10.00%），对照组患者的不良反应发生率为 10（33.33%），差异对比显著（ $X^2=4.8118$ ；P=0.0282）。

表 3 两组患者治疗过程中的不良反应发生状况对比

组别	恶心	胃肠道出血	呕吐	总发生率
对照组（n=30）	4	3	3	10（33.33%）
实验组（n=30）	1	2	0	3（10.00%）
X^2	-	-	-	4.8118
P	-	-	-	0.0282

三、讨论

近年来溃疡性结肠炎在我国的发病率呈现逐年上升的趋势，对于患者的身心健康和日常生活质量都会产生极大的影响。目前临床上普遍认为的溃疡性结肠炎的发病机制是在基因和环境因素共同作用下而引发的。白芥

素属于一种具有多种生物活性的淋巴因子^[7]，在免疫细胞的分化和免疫应答以及多种细胞激活的过程中有十分重要的调节作用。而 IL-10 作为一种抗炎症细胞因子，能够对体内的中性粒细胞、单核细胞与巨噬细胞的产生进行抑制，同时还能够抑制机体促炎性因子的聚集，影响机体内部慢性炎症的发生，这种疾病与溃疡性结肠炎的肠黏膜损伤有极为密切的关联^[8]。

美沙拉嗪是一种溃疡性结肠炎治疗的一线用药，仅疗效明确并且安全可靠，但在对患者进行治疗时^[9]，患者可能容易出现恶心呕吐以及胃脘不适的症状。除此之外，在溃疡性结肠炎患者进入缓解期后，患者的治疗疗程可以长达 3~5 年，长期用药必然会引发患者出现额外的不良反应，同时也会在一定程度上降低患者的治疗依从性，故而研究人员在针对患者的临床治疗时，建议将中医药物应用于溃疡性结肠炎患者的治疗中。

中医将溃疡性结肠炎的病情表现归类为“休息痢”、“久痢”等范畴。这一疾病的发生与患者饮食不节、感受外邪和损伤脾运有极为密切的关联。在进行患者的治疗时，需要标本兼治^[10]，扶正祛邪，进而起到补气健脾的治疗效果。安肠愈疡汤以生黄芪、炒白术、薏苡仁为君药，补气健脾，燥湿利水，复中焦气血，黄连、黄芩、败酱草三者共为臣药，清热解毒、厚肠止利、化瘀排脓；木香、槟榔行气止痛，与君药相须，补而不滞；当归

活血养血,炒白芍补阴,柔肝缓急止痛,与木香、槟榔配伍共奏行气养血之功^[11-12]。

在本次研究结果显示两组患者在治疗完成后,病情状况均得到一定的控制,而相较于对照组来说,实验组患者的各项评分明显更优,同时实验组患者的炎症因子表达水平有明显地降低,提示实验组内患者在接受安肠愈疡汤联合美沙拉秦治疗后,炎症因子得到有效的抑制,消除患者体内的炎症状况,进而达到治疗溃疡性结肠炎的效果。

综上所述,在进行脾虚湿阻型溃疡性结肠炎患者的临床治疗时,将安肠愈疡汤应用于脾虚湿阻型溃疡性结肠炎患者治疗,能够使患者的血压症状得到控制,并且还能够消除患者的中医症状,同时提高患者的生活质量,具有良好的可应用价值,值得进行推广。

参考文献:

- [1]Jiao C H,Jiang Y,Yan F F,Zhang H J. [Severe ulcerative colitis complicated with intracranial venous sinus thrombosis in a young man].[J]. Zhonghua nei ke za zhi,2022,61(4).
- [2]Mohamed munert M B,floressantiagos nosean,perincheria sudhir t,velezo Juan Carlos Q. Granulomatous interstitial nephritis in a treatment-naïve patient with ulcerative colitis.[J]. Renal failure,2022,44(1).
- [3]张卿,陈允旺,魏引廷,周克振. 清溃愈疡汤灌肠联合美沙拉秦治疗湿热型溃疡性结肠炎的临床研究[J]. 实用临床医药杂志,2022,26(02):93-97.
- [4]孙大娟,王哈滢,王帅,迟莉丽. 安肠愈疡汤对溃疡性结肠炎大鼠肠

黏膜屏障的修复作用及机制研究[J]. 天津中医药,2021,38(12):1590-1596.

[5]柳朝晴,孙鹏,叶新颖,陆利娟. 清肠愈疡汤留置灌肠联合高压氧治疗溃疡性结肠炎 54 例疗效分析[J]. 中华航海医学与高气压医学杂志,2021,28(05):612-616.

[6]张冬梅,张雅明,夏泽华. 清肠愈疡汤口服及中药灌肠对溃疡性结肠炎患者血清 I-FABP、swage 和 p-ANCA 水平的影响[J]. 西部中医药,2021,34(03):14-18.

[7]徐琛. 愈疡汤保留灌肠+美沙拉秦栓塞肛对大肠湿热型直肠型溃疡性结肠炎症状改善及 GIQLI 评分的影响[J]. 江西中医药大学学报,2020,32(05):61-63.

[8]白宁,刘巍,张光宇. 清肠愈疡汤联合美沙拉秦治疗溃疡性结肠炎临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育,2020,18(12):123-125.

[9]王钦. 安肠愈疡汤加味联合美沙拉秦治疗活动期炎症性肠病疗效及对免疫功能的影响[J]. 中医临床研究,2020,12(14):60-62.

[10]叶惠珍,陈陶甫,徐权胜. 安肠愈疡汤联合美沙拉秦治疗溃疡性结肠炎的疗效及对血清炎症因子水平的影响[J]. 云南中医中药杂志,2019,40(04):58-59.

[11]姜春芳. 清肠愈疡汤与美沙拉秦治疗溃疡性结肠炎的效果观察[J]. 中国医药指南,2019,17(09):179-180.

[12]韩丽. 清肠愈疡汤联合美沙拉秦治疗溃疡性结肠炎的疗效分析[J]. 中医临床研究,2017,9(30):75-76.

(上接第 196 页)

通过本次研究结果可知,观察组医证候改善率明显优于对照组 ($P < 0.05$)。说明对患者采取肝积方进行治疗效果确切,观察组采用中西药联合治疗方法,西药治疗以保肝为主,同时辅以中药治疗进一步改善患者中医临床症状。肝积方从发病关键因素入手,从根本上改变肝癌患者肝郁脾虚的状态,使中气充实,脾运

正常,肝气疏泄功能恢复。中西药联合治疗更有利于改善肝癌病人的中医临床证候,从一个侧面也反应了肝积方对于原发性肝细胞癌病人肝郁脾虚证候的改善疗效显著。治疗后观察组 KPS 评分明显高于对照组 ($P < 0.05$),说明观察组对于肝癌病人的生活质量改善方面优于治疗组,联合使用肝积方进行治疗具有比较优势。肝积方可以益气健脾、疏肝解郁、化痰解毒,切合肝癌病人所出现的脾虚、肝郁和血瘀等病机。肝癌病人体内时常呈现一正虚邪实的情况,中医“以人为本”,提倡“带瘤生存”,对肝癌病人实行总体的调理诊治,使患者出现“阴平阳秘”的平衡状态;患者不适症状随之改善,生活能力提高,生活质量上升。同时两组不良反应发生率无明显差异 ($P > 0.05$),说明在西药治疗的基础上联合中药治疗不会导致不良反应发生风险增加,具有良好的安全性。本次研究中,观察组患者的 CD4+CD25+FoxP3+Treg 同治疗前相比明显下降,表面肝积方可能对患者预后具有积极作用,有助于提高患者的免疫能力。这与类似文献研究的结果是一致的。

综上所述,对肝郁脾虚证原发性肝癌患者采取肝积方进行治疗能够有

效缓解患者症状,提高临床疗效,改善患者功能状态,安全性较好,疗效的改善机制可能与中药对机体的免疫作用相关。当然,本研究亦有不足之处,限于样本量较少的原因,本研究结果可能会出现一定程度的偏倚,无形之中在一定程度上影响了本研究结果的信度。且本研究未能对患者进行长期随访,未能屁股患者的长期疗效,拟在以后的研究中给予进一步完善和补充。

参考文献:

- [1]郭若闻,杨森,曹林,等. 原发性肝癌的中西医结合治疗进展[J]. 中西医结合肝病杂志,2019,29(6):573-576.
- [2]胡泽明,陈彪,钟佳宁,等. 原发性肝癌治疗方法的应用进展[J]. 山东医药,2019,59(9):106-110.
- [3]罗双,黄伟师,黄丁平,等. 疏肝健脾法对肝郁脾虚型原发性肝癌患者放疗后不良反应和生存质量的影响[J]. 广西中医药,2020,43(4):11-16.
- [4]原发性肝癌的临床诊断与分期标准[J]. 肝脏,2004, (S1):67-68.
- [5]吴勉华,王新月. 中医内科学[M].9 版. 北京:中国中医药出版社,2012:96-105.

基金支持:甘肃省外科肿瘤分子诊断与精准治疗重点实验室(甘肃兰州 730000)

国家级科研培育计划院内重点项目(19SYPYA-12)

甘肃省创新基地和人才项目资助(20JR10RA433)

音乐镇痛联合一对一导乐陪伴促进自然分娩的护理研究

许美

齐齐哈尔市中医医院 黑龙江齐齐哈尔 161000

摘要: 目的: 评估音乐镇痛在分娩过程中的应用及效果。方法: 选择 2021 年 5 月至 2021 年 12 月在我院产科行音乐镇痛联合一对一导乐陪伴的患者 100 例,采用护理干预的方法正确的有目标性的观察患者心理情绪和疼痛程度以及患者对护理服务的满意度等。结果: 100 例患者均已顺利完成音乐镇痛联合一对一导乐陪伴分娩, 观察组产妇的产程时间及产后出血量显著低于对照组, 两组结果具有统计学意义 ($P<0.05$), 观察组产妇护理满意度显著高于对照组, 两组结果具有统计学意义 ($P<0.05$)。结论: 根据产科实验患者的具体情况, 有针对性的对其采取护理干预,既可以降低分娩的疼痛程度,又可以降低剖宫产率, 同时可以改善患护关系,从而使患者能够顺利分娩, 早日出院。

关键词: 音乐; 分娩方式; 导乐分娩; 产程

Nursing research on music analgesia combined with one-to-one Music Guide to promote natural delivery

Xu Mei

Qiqihar Traditional Chinese Medicine Hospital, Heilongjiang, Qiqihar 161000

[Abstract] Objective: To evaluate the application and effect of Music labor in labor. Methods: 100 patients who were accompanied by music pain and one-to-one doula in the obstetrics department of our hospital from May 2021 to December 2021 were selected. Nursing intervention methods were used to correctly and purposefully observe the psychological emotion and pain degree of patients and their satisfaction with nursing services. Results: 100 patients have successfully completed music analgesia combined with one-on-one doula accompanying delivery. The labor process time and postpartum hemorrhage of the observation group were significantly lower than those of the control group. The results of the two groups were statistically significant ($p<0.05$). The nursing satisfaction of the observation group was significantly higher than that of the control group. The results of the two groups were statistically significant ($p<0.05$). Conclusion: according to the specific conditions of patients in obstetric experiments, targeted nursing intervention can not only reduce the pain of delivery, but also reduce the rate of cesarean section, and improve the relationship between patients and nurses, so that patients can deliver smoothly and leave the hospital as soon as possible.

[Key words] music; Mode of delivery; Doula delivery; Labor process

分娩是人类繁衍后代的自然规律, 影响自然分娩的因素有很多, 除了自身的因素外, 产妇的情绪也是至关重要的【1】。自然分娩需要妈妈们去忍受疼痛长达十几个小时。因此, 她们迫切想知道如何才能让自己少受痛苦, 顺利地度过分娩过程。随着科技的发展, 分娩镇痛的技术逐渐增多, 包括现在最常用的硬膜外麻醉下的分娩镇痛, 它的好处是镇痛效果较明显, 弊端就是有一定的副损伤【2】。大部分的患者比较担心副损伤为身体所带来的伤害, 避免应用此方法。目前出现了一种新的研究, 发现音乐也可以缓解疼痛。音乐镇痛分娩是一种新型的无副作用、无药物干预的天然的镇痛分娩方式【3】。音乐带给人的愉悦感可以阻断大脑有关疼痛的感觉, 可以降低疼痛 2-3 个等级, 可减少 1/2 到 1/3 的麻醉剂量。疼痛减轻了, 产妇就会放松心情, 可缩短产程时间平均 6-8 个小时, 从而降低剖宫产率, 促进产妇产后的身心健康【4】。一对一导乐陪伴就是产妇可以自己选择一个比较信任的资深的、有生育经验的助产士陪伴于自己的整个产程。因此, 两者结合后对于产妇一起起到了一个积极的引导作用, 从而促进自然分娩。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究对象 100 例为音乐镇痛分娩联合导乐一对一护理患者, 以电脑随机法分为观察组 ($n=50$)、对照组 ($n=50$) 两组, 研究起止时间为 2021 年 5 月—2021 年 12 月。所有患者均为在我院分娩且应用音乐镇痛联合导乐一对一的患者, 同时产科资料齐全, 并对本次研究表示知情且同意。此外本次研究将排除凝血功能障碍、血液传染性疾病、精神疾病、沟通异常、认知功能障碍、严重代谢性/免疫性疾病患者。其中观察组年龄 21-38 岁, 均值 (25.22 ± 3.54) 岁; 孕周 38-40 周, 平均 (39.21 ± 1.42) 周。体重 69-95kg, 均值 (82.36 ± 6.62) kg; 受教育年限 9-18 年, 均值 (14.85 ± 3.51) 年。对照组年龄 20-39 岁, 均值 (27.26 ± 3.52) 岁; 孕周 37-39 周, 平均 (38.35 ± 1.57) 周。体重 66-88kg, 均值 (69.65 ± 7.42) kg; 受教育年限 9-18 年, 均值 (14.93 ± 3.41) 年。一般资料对比 ($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 观察组: 产妇进入产程后, 使用音乐镇痛联合一对一导乐陪伴。音乐镇痛仪 2.6 版每个阶段都有 6 个疼痛等级, 根据产妇宫口开大的情况, 评估产妇的疼痛等级, 选择相应的表情后, 再选择语音版还是音乐版, 根据情况来选择音乐催眠、音乐冥想、音乐呼吸、音乐曼舞、音乐分娩球等【5】。助产士在第一产程要为产妇建立信心与勇气, 鼓励并协助产妇活动,

变换体位,不断表扬产妇,指导应用呼吸等放松技巧,分散注意力等等【6】。
第二产程指导产妇正确呼吸,改变体位,避免平卧位,产妇有屏气感时指导如何用力。第三产程向产妇表示祝贺,对产妇说一些赞美的话。

1.2.2 对照组: 产妇进入产程后,单纯使用一对一导乐分娩陪伴。

观察两者的产程时间、进展情况、自然分娩率、中转剖宫产率、产后出血、新生儿状况等等。

1.3 护理方法

使用的音乐均为治疗性音乐,处理为 a 脑波音乐,能激发产妇分娩身体本能与潜能,其音乐频率还跟身体细胞产生共振,能有效达到镇痛的作用。音乐不具备任何情绪色彩,不需要任何音乐素养,轻松享受音乐【7】。所有音乐频率除了肉眼能听见的一些元素,还有一些其他特殊处理的肉眼听不见、但是身体的频率能够得到的镇痛音乐元素。

音乐镇痛分娩的第一阶段:(睡、忍痛)

即在第一产程帮助产妇利用音乐放松、音乐呼吸、音乐催眠、音乐按摩、音乐慢舞等技巧,充分的帮助孕产妇放松身心、保存体力、缩短产程时间。

音乐镇痛分娩的第二阶段:(慢临产)

即在分娩的过程中,也即第二产程胎儿娩出阶段,使用具有力量型的镇痛音乐,帮助产妇产生良好的心理动力,同时配合闭气用力的方式帮助产妇用力并娩出胎儿。

音乐分娩的第三阶段:(放松)

即在第三产程,胎儿娩出后,为产妇播放放松及亲子类型的音乐,为其减轻产程中的疲劳感,并帮助其恢复体力,同时促进产妇与新生的婴儿进行第一次亲子交流,促进亲子关系的建立。

一对一导乐陪伴:在产妇分娩过程中,给予其心理、生理持续的、全方位的支持,使其顺利完成自然分娩。

评估需要—提供恰到好处的帮助

心理需要: 饮食、休息、活动、身体舒适度、疼痛

心理需要: 情绪、情感、被尊重

分娩环境: 私密性、清洁度、明暗度、温湿度、活动空间

助产士应具备的知识

分娩知识: 孕育分娩知识、分娩行程

人文知识: 社会文化背景、信仰及特殊心理

社会知识: 法律法规、医院规章制度

助产士应具备的能力

沟通能力: 获取信息、了解需求、提供服务、获得信任

专业能力: 产妇情况异常的识别、胎儿异常的识别、产程进展的识别
分娩后,助产士要向夫妇表示祝贺,协助产妇和新生儿进行皮肤接触,一起回忆分娩过程,让夫妇分享感受初为人母的喜悦。

1.4 观察指标

1.4.1 产程时间

观察并记录产妇第一二三产程时间。

1.4.2 产后出血量

观察并记录产妇产娩过程中的出血量。

1.4.3 护理满意度

通过匿名调查问卷的形式对产妇护理满意度进行分析。一般分为满意、一般满意及不满意三类。其中护理满意率=【满意(例数)+一般满意(例数)】/总例数

1.5 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以[n(%)]表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产程时间比较

观察组产妇的产程时间显著低于对照组,两组结果具有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组产妇产程时间比较 ($\bar{x} \pm s, h$)

组别	例数	第一产程	第二产程	第三产程
对照组	50	7.21±1.21	1.86±0.32	13.52±2.14
观察组	50	6.24±1.14	0.69±0.24	10.69±2.36
t		3.623	1.985	5.631
P		<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组出血量比较

观察组产妇的出血量显著低于对照组,两组结果具有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组产妇出血量比较 ($\bar{x} \pm s, ml$)

组别	例数	出血量
对照组	50	205.32±13.28
观察组	50	178.36±13.69
t		4.3201
P		<0.05

2.3 两组产妇护理满意度对比

观察组产妇护理满意度显著高于对照组,两组结果具有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组产妇护理满意度比较

组别	例数	满意 (n)	一般满意 (n)	不满意 (n)	满意度 (%)
对照组	50	27	17	6	88.00
观察组	50	36	13	1	98.00
χ^2		6.531	7.325	7.362	8.123
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

(下转第 216 页)

肾脏疾病生化免疫检验临床诊治的效果评价

杨敏敏

启东市中医院检验科 江苏启东 226200

摘要：目的：评估生化检验结合免疫检验共同诊断在肾脏疾病临床诊治中的应用价值。方法：选择启东市中医院检验科在2021年1月至2022年1月期间就诊的70例肾脏疾病患者，均提供生化检验、生化检验结合免疫检验共同诊断，对比生化检验以及生化检验结合免疫检验共同诊断的效果。结果：生化检验结果显示：尿素氮（13.05±2.89）mmol/L、肌酐（345.52±80.15）mmol/L、尿酸（511.46±85.52）mmol/L、24小时尿蛋白（24.13±6.11）g/L、胱抑素（1.98±0.55）mg/L、视黄醇（68.65±9.34）mg/L。免疫检验结果显示：尿微量白蛋白（72.34±6.56）mg/L、尿微量白蛋白/尿肌酐（143.45±54.54）mg/mmol。生化检验结合免疫检验共同诊断的检出率为95.71%高于生化检验的检出率为51.43%，（ $P<0.05$ ）具有统计学意义。生化检验结合免疫检验共同诊断的满意度（98.57%）高于生化检验的满意度（87.14%），（ $P<0.05$ ）存在统计学意义。结论：生化检验结合免疫检验共同诊断在肾脏疾病临床诊治中具有较高的应用价值，值得在临床中推广使用。

关键词：肾脏疾病；生化检验结合免疫检验共同诊断；肌酐；尿素氮

随着社会和经济的发展，人们的物质生活质量显著提高，生活节奏和饮食方式都有了很大的改变，这些改变带来了很多新的健康问题，如肾脏疾病的发病率每年都在增加，不但会对患者个人的身体造成危害，而且也会为社会发展造成严重负担^[1-2]。因此，应加强对肾病患者的诊断，以达到对其正确治疗的目的。生化检验和免疫检验是目前肾脏疾病诊断的主要方法，在疾病诊断中取得了很好的效果^[3-4]。肾是人体重要器官，具有促进代谢、维持机体循环的作用，它可以促进人体对水的吸收，同时也可以促进体内的电解质和酸碱平衡。肾损伤后，机体会产生一些生理机能紊乱，影响肾滤过能力，通过肾脏生化检验可以有效评估机体的肾脏健康情况，所以，肾脏疾病的早期诊治非常重要。为探究生化检验结合免疫检验共同诊断在肾脏疾病中的临床效果，此次研究纳入启东市中医院检验科2021年1月至2022年1月就诊的肾脏疾病患者70例开展调研。

1. 资料和方法

1.1 基线资料

2021年1月至2022年1月，选择启东市中医院检验科收治的70例肾脏病患者，均接受生化检验以及生化检验结合免疫检验共同诊断。70例肾脏病患者中，女性患者25例、男性患者45例；年龄最小者42岁，年龄最大者为65岁，平均年龄（54.46±6.82）岁。其中，19例高血压肾病（占比27.14%）、17例糖尿病肾病（占比24.29%）、13例肾囊肿疾病（占比18.57%）、11例肾炎（占比15.71%）、10例肾小球疾病（占比14.29%）。

纳入标准：（1）均为我院就诊的肾脏病患者；（2）自愿入组，签署知情同意书；（3）本次研究在伦理委员会批准下进行；（4）癌症患者；（5）自身免疫系统疾病患者；（6）肝脏功能障碍的患者。

排除标准：（1）临床资料缺失者；（2）中途退出研究者；（3）认知功能障碍者；（4）中途转诊或死亡；（5）依从性较差者；（6）合并癌症的患者；（7）合并感染性疾病的患者。

1.2 方法

生化检验：抽取患者空腹静脉血3毫升，分离血清后进行离心处理，3000r/min，使用全自动生化分析仪（贝克曼5800）进行检验。对尿素氮、肌酐、尿酸、24小时尿蛋白、胱抑素、视黄醇进行检验。

免疫诊断采用外送方式，化验结果以反馈的方式记录，项目包含尿微量白蛋白、尿微量白蛋白/尿肌酐。

1.3 观察指标

（1）记录生化检验（尿素氮、肌酐、尿酸、24小时尿蛋白、胱抑素、视黄醇）与免疫检验（尿微量白蛋白、尿微量白蛋白/尿肌酐）的数据。

（2）对比生化检验、生化检验结合免疫检验共同诊断的肾脏疾病检出率。（3）不同检验方式的满意度相比对比，采用我院自制的满意度评分量表进行评定，赋分为100分，分为不满意（低于65分）、基本满意（66分至90分）以及非常满意（91分至100分），总满意为基本满意与非常满意率之和。

1.4 统计学处理

采用统计学软件SPSS23.0对70例肾脏病患者的数据资料进行处理，采用（均数±标准差）表示计量资料（白蛋白、尿素氮、肌酐、尿酸），对比差异性采用t检验。使用（%）表示计数资料（肾脏疾病检出率、满意度），对比差异性应用卡方检验。若具有统计学意义，则（ $P<0.05$ ）。

2. 结果

2.1 记录生化检验与免疫检验的数据

生化检验结果显示：尿素氮（13.05±2.89）mmol/L、肌酐（345.52±80.15）mmol/L、尿酸（511.46±85.52）mmol/L、24小时尿蛋白（24.13±6.11）g/L、胱抑素（1.98±0.55）mg/L、视黄醇（68.65±9.34）mg/L。

免疫检验结果显示：尿微量白蛋白（72.34±6.56）mg/L、尿微量白蛋白/尿肌酐（143.45±54.54）mg/mmol。

2.2 对比生化检验、生化检验结合免疫检验共同诊断的肾脏疾病检出率

生化检验的检出率为（36/70）51.43%，生化检验结合免疫检验共同诊断的检出率为（67/70）95.71%，两种检验方式的肾脏疾病检出率相比，生化检验结合免疫检验共同诊断的检出率明显高于生化检验，差异性显著，（ $X^2=39.032$ ， $P<0.001$ ）存在统计学意义。

2.3 不同检验方式的满意度相比对比

生化检验结合免疫检验共同诊断的满意度高于生化检验的满意度，（ $P<0.05$ ）存在统计学意义。数据见表1：

表1 不同检验方式的满意度相比 {n（%）}

组别	不满意	基本满意	特别满意	满意度
生化检验（n=70）	1（1.43）	46（65.71）	23（32.86）	69（98.57）
生化检验结合免疫 检验共同诊断 （n=70）	9（12.86）	50（71.43）	11（15.71）	61（87.14）
X^2 值	-	-	-	6.125
P 值	-	-	-	0.013

3. 讨论

肾脏疾病发病率呈逐年上升趋势,对人民的身心健康造成了极大的影响。肾是人类的一个重要的生理组织,它可以将身体中的毒素和多余的新陈代谢物质排泄出来,从而促进身体对有益的物质和水分的吸收,而且还可以稳定和调节内分泌和水酸碱电解质的平衡^[5-6]。在身体各大组织器官里面,肾起到了很大的功效,它可以帮助身体内的垃圾清除。肾脏疾病患者在早期并不会出现太多的征兆,往往会被忽略,从而影响病情的发展。如果肾受损,那么身体的其他机能肯定会受到影响,引发其他疾病。肾脏疾病不是单独发展的,如果肾小球的毛细血管滤过膜,通透性受损,就会引起一系列的病症,比如高脂血症、低蛋白血症、蛋白尿等。在肾脏疾病的临床上,常用的检验手段有:免疫检验、生化检验等等^[7]。

医疗科学处于一个发展和探索的阶段,在临床上,如何改善肾脏疾病的检出率,为临床治疗提供关键的参考成为临床诊断研究的重点。肾脏疾病是一种以尿量异常、排尿异常、腰部疼痛为主的疾病,部分患者还会出现血尿症状,如果能通过血液中的微量白蛋白来判断出肾脏疾病的病因,那么对于患者的治疗规划就有很大的帮助。免疫检验包括血清免疫球蛋白水平、血清补体和尿微量白蛋白等,免疫检验在诊断其它疾病的时候也能起到辅助的功能,还可以对患者的肾功能进行检查,从而确定其病因,从而为以后的治疗提供科学的参考。虽然生化检验和免疫检验都可以作为临床诊断手段,但是单一的检验方法不可避免的会出现一些偏差,因此通过免疫检验结合生物化学检验进行临床诊断和治疗,可以获得患者的信赖,从而增加患者的满意度^[8]。免疫检验与生化检验是医疗机构中的重要组成部分,主要是对人体外周血中的T淋巴细胞亚群比例进行定量检测和分析,通过T细胞抗原受体的变化来分析患者的细胞免疫应答能力,为临床诊治提供确切依据。免疫检验与生化检验的准确率直接对患者的疾病治疗具有重要价值。但是,在临床实践中发现,影响免疫检验的因素较多,如果出现检验差错,容易延缓患者的治疗。

肾脏疾病是一种很常见的疾病,它包括肾炎、肾小球疾病、糖尿病肾炎、高血压肾脏疾病、肾囊肿、肾脏疾病综合征等,主要是因为细菌感染造成的,如果没有得到有效的处理,很可能引发不良预后。生物化学和免疫检验是近年来医学领域大力提倡的一种新的诊断手段,它可以有效的帮助诊断患者的疾病,提高患者的健康,提高患者的生存质量。目前生化检验、免疫检验已被大量用于各种病症的诊疗,诊断效果理想。如果患者是因为急性链球菌感染引起的肾脏炎症,可以通过检验血清补体来进行检验。检验血清白蛋白、肌酐、肾小球肾小管受损情况以及血清中的胆固醇含量。在生化检验结合免疫检验共同诊断中,血浆中的白蛋白是一种非常有价值的物质,其含量的改变与肾小球滤过能力有很大的联系,当检验的时候患者的肾小球滤过率下降,肾小球滤过功能受损,肾小球滤过膜的保护作用会减弱。肾脏疾病的诊断指标主要是通过肾脏生化检测获得的,在临床上应用广泛。生化检验可通过抽取患者的空腹部静脉血液,通过提取血清中的尿酸、补体C3、肌酐、补体C4等,全面的了解患者的肾脏功能,以便判断其是否存在肾功能疾病^[9]。

肾功能下降是肾功能不全的主要表现,如果人体的肾功能减少,尿量就会减少,肾小球的血流量、滤过面积、有效滤过压力和滤过膜通透性就会相应减少。肾是人体排泄代谢废物,维持人体钠、钾、钙等电解质的平衡,是人体的排泄和内分泌器官。肾脏疾病是由多种原因造成的,如肾丝球肾炎、肾盂肾炎、糖尿病、高血压、全身性红斑性狼疮等。尿素氮是人体蛋白质代谢的产物,肾小球过滤尿素的主要方式,肾小管反复吸收速度快尿流和低尿素,但与缺血肾脏的异常状态,水缺乏、高分解代谢可以增加

血液尿素氮肌酐的表达是肌肉新陈代谢的产物。肌酐在体外被过滤和排泄时通过肾小球。如果肾小球滤过率受到干扰,肌酐的过滤和排泄困难,导致肌酐水平显著升高。目前,国内外有关专家从血流变性的观点来探讨肾脏疾病,发现肾脏疾病患者普遍存在血浆粘度、纤维蛋白含量、血小板聚集性增高等问题。肾小球滤屏障功能障碍引起的肾脏疾病主要表现为蛋白质的大量损失,特别是白蛋白,如果血清中的白蛋白低于30g/L,就会表现为低蛋白血症。因为肾小球的功能是滤水,如果肾组织受到损伤,其过滤功能就会下降,导致尿素、肌酐、尿酸等无法及时排出,导致其浓度升高。所以做生化、免疫检验时要检验患者的尿,发现有少量的分子量蛋白,说明肾小球滤过膜受损伤,而肾小球滤过功能异常是主要的表现。另外还可以通过血清肌酐清除率、尿酸、尿素、血清肌酐等来判断肾脏滤过率的变化。肾脏疾病检查的比例显著提高,证实了生化和免疫检验的有效性^[10]。总之,对可疑的肾脏疾病患者进行生化和免疫检验,可以提高患者的诊断率,并根据患者的具体病情,选择合适的检查项目,从而为医生的诊断和治疗提供参考。

据本次研究结果显示,生化检验结合免疫检验共同诊断的检出率高于生化检验的检出率,($P<0.05$)组间差异性存在统计学意义。说明在肾脏疾病的诊断中,与生化检验相比,采用生化检验结合免疫检验共同诊断可以提高诊断的准确性,可以避免耽误患者的最佳救治时机。但是,在临床免疫检验与生化检验中,应严格规范标本采集流程,合理储存患者的血液样本,在最短时间内完成样本的检验工作,降低环境因素对检验结果的影响。在临床诊断中需要重视血液样本的溶血问题,血液采集中避免损伤组织,控制止血带的捆扎时间,以降低溶血发生率。

综上所述,生化检验结合免疫检验共同诊断在肾脏疾病临床诊治中具有较高的检出率,值得推广。

参考文献:

- [1]李芳,张树苗,马彩虹. 肾脏疾病的生化免疫检查 80 例分析[J]. 山西医药杂志,2021,50(11):1856-1858.
- [2]李超强,朱凯欣,黄美燕,等. 慢性肾脏病患者外周血单核细胞内IL-37 水平及临床意义[J]. 国际检验医学杂志,2021,42(6):641-644.
- [3]张洁,刘晶,高晓芳,等. 利拉鲁肽对老年 2 型糖尿病大鼠肾脏组织转化生长因子 $\beta 1$ 与细胞内信号蛋白 Smads 基因信号通路的影响[J]. 中华老年医学杂志,2021,40(6):778-783.
- [4]王雷,陈健文,李怀康,等. 大鼠肾脏外科性缺血时间与急性肾损伤的剂量-反应曲线特征研究[J]. 中华实验外科杂志,2021,38(11):2204-2207.
- [5]张旭,南京柱. 2 型糖尿病合并肾脏病患者血清 SOD、SA、HCY、CysC 的变化规律及临床意义[J]. 标记免疫分析与临床,2020,27(5):746-750.
- [6]余安乐. 常规生化检验中的血清同型半胱氨酸酶转换法检测价值研究[J]. 中国药物与临床,2019,19(6):987-988.
- [7]刘玲,杨辉. 生化免疫检查在肾脏疾病的临床治疗价值[J]. 山西医药杂志,2019,48(17):2121-2123.
- [8]桑国耀,胡金伟,张朝霞. 血清 HE4 在慢性肾脏疾病分期中的诊断价值[J]. 标记免疫分析与临床,2019,26(1):40-43.
- [9]杨雄,尹爱萍. 慢性肾脏病患者血液中 FGF23、TNF- α 、RANTES 和 IL-12 检测水平的相关性研究[J]. 现代检验医学杂志,2020,35(1):25-28.
- [10]胡豪飞,许盟,李梦如,等. 2 型糖尿病患者基线肾功能水平对室间隔厚度及肾脏预后影响的研究[J]. 中国实用内科杂志,2020,40(9):738-743.

中医整体辨证护理在慢性支气管炎患者中的临床效果分析

赵甜

昆山市中医医院 江苏昆山 215300

摘要：目的：研究慢性支气管炎患者的病情干预中，开展中医整体辨证护理的临床应用价值。方法：收录本院慢性支气管患者为样本（2019 年 12 月到 2021 年 6 月），共收录样本 114 例，接受常规护理的患者录入对照组，接受辨证护理的患者录入干预组，分析护理服务结果。结果：慢性支气管炎病情对患者的呼吸功能影响严重，在临床医疗干预阶段遵循传统中医学理论，开展中医整体辨证护理方案，通过病情辨证与对症下药的方式，更好的优化病情状态，有效促进干预组病情控制效果（ $P < 0.06$ ）；基于传统中医学理论的辨证护理措施开展能更好地优化患者的病理表现，就慢性支气管炎病情而言，通过病情的辨证使得后续医疗干预措施与护理服务措施的开展更具有针对性，有效优化患者病理表现，同时促进医疗护理服务质量的有效提升（ $P < 0.05$ ）；肺功能状态表现对生理状态有着重要的影响，慢性支气管炎患者肺功病情的针对性干预能进一步促进患者生理状态的有效改善；所以在临床护理阶段，选择中医整体辨证护理方案，发挥温肺化痰、降气止咳的护理效果，更好地促进干预组患者肺功能指标恢复（ $P < 0.05$ ）；由于慢性支气管炎对患者呼吸功能限制较大，导致患者日常生活中的生活质量也会降低，基于治疗方案的实施，在护理阶段选择中医整体辨证护理措施，以中医学理论为基础辨证施护，能够更好地优化干预组患者的生活质量（ $P < 0.05$ ），中医整体辨证护理措施的发展，对慢性支气管炎患者临床症状的改善效果显著，由于护理措施为辨证施护，使得不同症型患者的肺功能状态改善效果显著，有效促进了临床症状的改善，干预组患者接受护理干预后的症候积分明显低于对照组（ $P < 0.05$ ）。讨论：慢性支气管炎的病情管理阶段，开展有效的护理干预措施可促进患者生理状态的提升，中医整体辨证护理措施的实施有效地帮助患者改善了病情状态，促进患者生理状态与生活质量的改善，值得推广使用。

关键词：中医整体辨证护理；慢性支气管炎；临床效果

慢性支气管炎属于中老年常见慢性疾病，有效的治疗方案对病情的改善效果显著。该疾病属于气管支气管黏膜周围的慢性非特异性炎症病理表现，临床症状以气促、憋喘、啰音、喘鸣、咳嗽等症状为主，病情缓慢，病程较长且容易反复发作，对患者的肺部功能，生活质量均有着极大的影响；在临床医疗干预阶段医疗措施的开展能在短期内显出控制病情，但长期疗效依旧捉襟见肘；据传统中医学理论，采用“本标双治”的医疗干预方案来进一步保证治疗效果的提升，优化患者的生理状态表现^[1-2]。基于传统中医学理论的分析，在常规医疗干预期间，开展以中医辨证为基础的中医护理干预可有效促进患者生理状态的改善，提升其预后质量与生活质量^[3-4]。本次研究以本院慢性支气管患者为样本，分析中医整体辨证护理的应用价值，详见下文。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

收录本院慢性支气管患者为样本（2019 年 12 月到 2021 年 6 月），共收录样本 114 例，接受常规护理的患者录入对照组，资料分析中，男性 34 例，女性 23 例，年龄区间[50-67]岁，平均（ 58.42 ± 1.75 ）岁、病程[3-7]年，平均（ 5.11 ± 1.42 ）年；接受辨证护理的患者录入干预组，资料分析中，男性 35 例，女性 22 例，年龄区间[50-66]岁，平均（ 58.17 ± 1.68 ）岁、病程[3-8]年，平均（ 5.64 ± 1.37 ）年；一般资料分析有意义（ $P > 0.05$ ），数据可比。

1.2 方法

对照组在医疗干预阶段接受常规护理内容，护理措施的实施中，开展简单的健康宣教心理指导、饮食指导的内容措施。同时联合开展健康宣教、

心理辅导、作息干预等护理内容，同时开展简单的排痰护理的工作，使患者能够掌握自主排痰的技巧，从而有利于生理状态的有效改善^[5-6]。

干预组接受中医整体辨证护理，给予常规护理措施的实施，以患者阵型为护理导向开展各方面的护理干预，促进患者身体状态改善与恢复。

痰浊阻肺证：在护理阶段可使用鬼灯草熬煮药汁，指导患者泡脚，改善机体气血状态，患者存在严重的反复咳嗽、夜不能寐的症状时，通过按压二神门、涌泉穴进行反复按压，促进机体生理状态该改善^[7-8]。

肺脾两虚证：脾胃两虚证患者在饮食方面增加使用党参 30 克，山药 20 克，炙黄芪 15 克，陈皮 8 克，薏苡仁 20 克的药物原材料熬煮而成的水熬粥，根据患者口味适当调味后，每周服用 2~4 次^[9-10]。

肺肾两虚证：肺肾阳虚型的患者在日常饮食中，可使用芦根 30 克、核桃仁 20 克、百合 25 克、竹茹 10 克、枇杷叶 15 克、红枣 8 枚、共同煎煮取药汁，加入 200 克粳米后熬煮成稀粥，适当调味后增加使用。在接受药膳干预期间，知道患者戒烟戒酒，戒辛辣刺激食物，补充维生素与蛋白质，从而改善生理状态^[11-12]。

痰热雍阻症：该类患者护理阶段，基于更好改善身体状态的目的，可使用热毛巾对大鱼际肌反复摩擦，同时按摩印堂穴、迎香穴等穴位，直至患者鼻翼两侧微微发热为佳；还可通过对于丰隆穴、廉泉穴、内关穴、迎香穴进行针灸干预，从而促进局部神经状态变化，改善症状表现与生理状态^[13-14]。

1.3 评判标准

病情控制：患者临床病情症状消失，影像学检查肺部阴影消失即为显效；临床症状显著改善，影像学检查肺部阴影明显缩小即为有效；临床症

状改善不显著即为无效。

护理服务质量：自拟护理服务评价量表，总分 100 分，评价内容为护理内容、态度、细节、方案等相关内容，评价分值与护理质量成正比。

肺功能指标：收集干预前后 FEV1、FVC、FEV1/FVC 等相关数据，统一数据格式进行分析。

GQOL-74 生活质量：评价患者心理功能、社会功能、躯体功能、物质生活等四个维度，评价分值 0-100 分，分值与生活质量成正比。

症状评分：基于医疗护理阶段的气促、憋喘、啰音、喘鸣等症状进行评价，分值为 0~6 分，0 分无症状，6 分重症。

1.4 统计学意义

调研过程中产生的数据借助 SPSS22. 0 统计软件处理，正态分布的计量资料采用均值±标准差的格式表示，组间检验采用 t 值；计数资料采用频数及构成比的格式描述，计数资料采用 χ^2 检验。P<0.05 为组间差异存在统计学意义。

2. 结果

2.1 病情控制效果分析

慢性支气管炎病情对患者的呼吸功能影响严重，在临床医疗干预阶段遵循传统中医学理论，开展中医整体辨证护理方案，通过病情辨证与对症下药的方式，更好的优化病情状态，有效促进干预组病情控制效果（P<0.06），详见表 1。

表 1 病情控制效果分析（n，%）

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
对照组	57	8	42	7	87.72
干预组	57	11	45	1	98.25
χ^2	-	-	-	-	4.8396
P	-	-	-	-	0.0278

2.2 护理服务质量评分

基于传统中医学理论的辨证护理措施开展能更好地优化患者的病理表现，就慢性支气管炎病情而言，通过病情的辨证使得后续医疗干预措施与护理服务措施的开展更具有针对性，有效优化患者病理表现，同时促进医疗护理服务质量的有效提升（P<0.05），详见表 2。

表 2 护理服务质量评分（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	护理内容	护理态度	护理细节	护理方案
对照组	57	17.65±1.35	17.88±1.24	17.45±1.25	16.98±1.29
干预组	57	19.85±1.48	18.98±1.38	19.45±1.46	19.37±1.41

T	-	8.2915	4.4734	7.8562	9.4419
P	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 肺功能改善评价

肺功能状态表现对生理状态有着重要的影响，慢性支气管炎患者肺病情的针对性干预能进一步促进患者生理状态的有效改善；所以在临床护理阶段，选择中医整体辨证护理方案，发挥温肺化痰、降气止咳的护理效果，更好地促进干预组患者肺功能指标恢复（P<0.05），详见表 3。

表 2 肺功能指标评价（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	FEV1（L）	FVC（L）	FEV1/FVC（%）
对照组	57	1.48±0.22	2.24±0.47	55.52±3.45
干预组	57	1.88±0.23	2.51±0.46	67.47±3.86
T		9.4884	3.0996	17.4269
P		0.0000	0.0025	0.0000

2.4 GQOL-74 生活质量评分对比

由于慢性支气管炎对患者呼吸功能限制较大，导致患者日常生活中的生活质量也会降低，基于治疗方案的实施，在护理阶段选择中医整体辨证护理措施，以中医学理论为基础辨证施护，能够更好地优化干预组患者的生活质量（P<0.05），详见表 4。

表 4 GQOL-74 生活质量评分对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

项目	时间	对照组(57例)	干预组(57例)	T	P
心理功能	干预前	78.85±4.85	78.68±4.79	0.1883	0.8510
	干预后	82.95±5.74	89.47±6.45	5.9372	0.0000
社会功能	干预前	78.58±4.61	79.68±4.84	1.2425	0.2167
	干预后	83.15±5.11	90.15±6.57	6.3495	0.0000
躯体功能	干预前	78.49±4.85	78.78±4.79	0.2618	0.7940
	干预后	82.44±5.35	88.87±6.43	5.8036	0.0000
物质生活	干预前	78.49±4.68	79.11±4.58	0.7148	0.4762
	干预后	83.14±5.24	88.97±6.31	0.0840	0.9332

2.5 症候积分评价

中医整体辨证护理措施的发展，对慢性支气管炎患者临床症状的改善

效果显著，由于护理措施为辨证施护，使得不同症型患者的肺功能状态改善效果显著，有效促进了临床症状的改善，干预组患者接受护理干预后的症候积分明显低于对照组（ $P<0.05$ ），详见表 5。

表 5 症候积分评价（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

项目	时间	对照组（57 例）	干预组（57 例）	T	P
气促	干预前	4.65±0.26	4.61±0.25	0.8373	0.4042
	干预后	3.14±0.16	2.11±0.09	42.3604	0.0000
憋喘	干预前	4.58±0.25	4.51±0.27	1.4362	0.1537
	干预后	3.26±0.16	2.05±0.08	51.0679	0.0000
啰音	干预前	4.96±0.23	4.92±0.26	0.8700	0.3862
	干预后	3.16±0.14	2.16±0.07	48.2341	0.0000
喘鸣	干预前	4.84±0.25	4.78±0.25	1.2812	0.2028
	干预后	3.09±0.16	2.08±0.09	41.5378	0.0000

3. 讨论

慢性支气管炎疾病，在传统中医学理论范畴中属于“咳症”、“痰饮”、“喘证”范畴，病理病机是肺功能失调，外感风寒引起的呼吸系统功能限制，在冬季寒冷的季节发病率较高，会伴有肺气肿疾病并发症的产生，对患者生活质量有着较大的影响。传统的医疗干预能够对患者病情有着良好的改善效果，基于传统中医学理论，在医疗干预阶段开展中医整体辨证护理干预，以冬病夏治的方式应用穴位敷贴、针灸刺穴、药膳干预等方式加强患者生命状态的改善效果。基于阵型不同实施针对性的护理干预措施，提高肺部循环功能，促进炎症的消失，实现补肾化痰平喘止咳的临床效果，同时告诫患者科学养生、规律饮食，自觉作息的生活习惯，对生理状态的影响，从而更好地提升患者自主能动性^[13]。慢性支气管炎病情对患者的呼吸功能影响严重，在临床医疗干预阶段遵循传统中医学理论，开展中医整体辨证护理方案，通过病情辨证与对症下药的方式，更好的优化病情状态，有效促进干预组病情控制效果，有效促进医院医疗服务质量提升，改善医院形象；基于传统中医学理论的辨证护理措施开展能更好地优化患者的病理表现，就慢性支气管炎病情而言，通过病情的辨证使得后续医疗干预措施与护理服务措施的开展更具有针对性，有效优化患者病理表现，同时促进医疗护理服务质量的有效提升；肺功能状态表现对生理状态有着重要的影响，慢性支气管炎患者肺病情的针对性干预能进一步促进患者生理状态的有效改善；所以在临床护理阶段，选择中医整体辨证护理方案，发挥温肺化痰、降气止咳的护理效果，更好地促进患者肺功能指标恢复，更好地促进患者肺功能质量的改善，缓解患者日常生理压力；由于慢性支气管炎对患者呼吸功能限制较大，导致患者日常生活中的生活质量也会降低，基于治疗方案的实施，在护理阶段选择中医整体辨证护理措施，以中医学理论为基础辨证施护，能够更好地优化患者的生活质量，中医整体辨证护理措施的发展，对慢性支气管炎患者临床症状的改善效果显著，由于护理

措施为辨证施护，使得不同症型患者的肺功能状态改善效果显著，有效促进了临床症状的改善，上述调研数据分析结果进一步证实慢性支气管炎病情干预阶段的中医整体辨证护理方案，应用价值显著，基于患者病理症型，开展针对性的护理措施，有效优化临床症状，表现改善生理机能，值得推广^[14]。

综上所述，在老年慢性支气管炎疾病的医疗干预阶段，联合开展基于中医理论的整体辨证护理，通过不同病理类型的辨证，更好地促进患者生理状态的改善调节肺腑功能、改善心机气血状态，有效促进中医辨证护理措施的临床应用价值充分体现，更好地保障患者生理状态的改善与预后质量的提升。

参考文献：

[1]柯益寿. 中医内科治疗慢性支气管炎的临床效果分析[J]. 健康必读, 2020, 000(006):173,175.

[2]刘焱. 中医护理用于老年慢性支气管炎的临床分析[J]. 养生保健指南, 2020, 000(007):142-143.

[3]李恒. 中医内科治疗慢性支气管炎临床分析[J]. 家庭医药.就医选药, 2019, 000(001):14-14.

[4]王永会, 廖小凤, 廖欢. 中医护理用于老年慢性支气管炎的临床分析[J]. 健康之友, 2019, 000(024):252-253.

[5]沈省博. 中医辨证治疗慢性支气管炎患者的具体方法及效果分析[J]. 中医临床研究, 2019, 11(03):71-73.

[6]常玲. 慢性支气管炎患者实施中医整体辨证护理的效果分析[J]. 饮食保健, 2019, 006(027):160-161.

[7]管川. 中医整体护理在慢性支气管炎中的应用效果[J]. 家庭医药, 2019, 000(009):262-262.

[8]陈秀秀. 综合护理在老年慢性支气管炎患者护理中的应用效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, v.19(70):290-291.

[9]迟玉双. 中医辨证治疗慢性支气管炎肺气肿的临床病情控制效果[J]. 中国保健营养, 2020, 030(002):153-153.

[10]徐德森. 中医辨证治疗慢性支气管炎临床观察研究[J]. 健康大视野, 2019, 000(009):89-89.

[11]李安芝. 中医辨证治疗长期住院的老年慢性支气管炎的临床疗效分析[J]. 世界复合医学, 2020, 6(2):126-128.

[12]楚玉雯, 龚广峰, 肖释. 中医辨证施护在慢性支气管炎缓解期患者中的应用[J]. 中国民康医学, 2021, 33(22):187-189.

[13]田凤蛟. 中西医结合护理在慢性支气管炎急性发作患者中的临床疗效[J]. 山西卫生健康职业学院学报, 2021, 31(1):125-126.

[14]刘世扬. 中西医结合护理在老年慢性支气管炎患者中的应用效果观察[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2021, 38(5):591-591.

温阳活血法改善缓慢性心律失常的临床疗效分析

王源

北京市丰台中西医结合医院 100072

摘要: 目的: 探索温阳活血法治疗缓慢性心律失常的临床疗效。方法: 选取 2019 年 3 月至 2020 年 10 月本院收治的缓慢性心律失常患者 56 例作为观察对象, 采用随机数表法将其分为对照组和治疗组, 每组患者各 28 例。给予对照组患者常规扩血管、降压、降脂、降糖等基础疾病药物治疗, 同时口服生脉饮口服液及金匱肾气丸, 治疗组患者在常规基础疾病治疗的基础上联合自拟温阳活血方药治疗。比较两组患者治疗前后心率、LVEF、临床症状积分、生活质量改善情况。结果: 治疗后, 两组患者 LVEF 均有改善, 且治疗组 LVEF 改善情况显著高于对照组 ($P < 0.05$); 治疗组患者临床治疗总有效率为 85.71%, 显著高于对照组的 60.71% ($P < 0.05$); 同时治疗后两组患者的中医症状积分及生活质量评分均得到改善, 且治疗组改善程度显著优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 运用温阳活血法对缓慢性心律失常患者进行治疗, 可以有效提高患者的临床疗效, 改善患者临床症状, 临床可根据具体辨证情况参考应用。

关键词: 缓慢性心律失常; 中医; 中药

临床中, 缓慢性心律失常是一种以心率减慢为主要特征的疾病, 在美国心脏学会中明确指出, 成年人心率低于 60 次/min, 则可将其定义为缓慢性心律失常^[1]。临床中患者的主要表现为乏力、低血压、心悸及脑供血不足所致的头晕、黑矇等, 严重者甚至出现晕厥、猝死。临床对缓慢性心律失常患者治疗时, 可选药物极其有限, 西药口服药物如阿托品、异丙肾上腺素、氨茶碱等, 由于副作用明显, 且无法从根本上改善患者生活质量, 多作为急救用药, 不适合日常使用^[2]。口服中成药以生脉饮口服液^{[3][4]}、金匱肾气丸^[5]为代表, 可在一定程度上改善此类患者心悸、头晕等症状。相比于药物而言, 起搏器的植入可以有效提升患者的心率, 缓解患者的不良临床症状, 减少猝死的发生率, 但起搏器的治疗费用较为昂贵, 同时作为手术治疗, 具有其相应的适应症, 且术后存在起搏器综合征、电极脱落等风险, 无法真正普遍推广应用^[6]。作者在总结前人经验的基础上, 临床中采用温阳活血法治疗此类患者疗效较好, 现将其临床疗效和安全性进行总结分析, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 3 月至 2020 年 10 月我院收治的缓慢性心律失常, 辨证属阳虚血瘀的患者 56 例作为观察对象, 采用随机数表法将其分为对照组和治疗组, 每组患者均为 28 例。其中对照组中包括男性 13 例和女性 15 例, 患者的年龄为 26~57 岁, 平均年龄为(37.57±8.16)岁。治疗组 28 例患者中有男 12 例, 女 16 例, 患者的年龄为 26~57 岁, 平均年龄(33.89±6.45)岁。比较两组患者年龄、性别临床一般资料, $P > 0.05$, 组间比较差异无统计学意义。

纳入标准: (1) 患者经心电图检查, 符合缓慢性心律失常诊断标准;

(2) 患者的年龄在 18~60 周岁; (3) 患者中医辨证属于阳虚血瘀证; (4) 患者具有至少一种与缓慢性心律失常有关的临床不适症状(如心悸、头晕、头痛、黑矇、乏力、胸闷、肢冷等); (4) 患者同意并签署知情同意书。

排除及剔除标准: (1) 重要脏器功能严重受损或恶性肿瘤及凝血功能

障碍者; (2) 病情严重需进行紧急处理者; (3) 无法控制的高血压等心脑血管疾病患者; (4) 药物或高钾血症引起的缓慢性心律失常; (5) 酗酒或药物成瘾者; (6) 病例及相关检查资料缺失者; (6) 治疗过程中发生意外情况或病情突然恶化难以继续治疗的患者; (7) 治疗依从性较差, 无法判定疗效的患者。

1.2 研究方法

对照组: 给予该组患者常规扩血管、降压、降脂、降糖等基础疾病药物治疗, 同时口服生脉饮口服液(北京同仁堂科技发展股份有限公司制药厂, 国药准字 Z11020363)和金匱肾气丸(北京同仁堂科技发展股份有限公司制药厂, 国药准字 Z11020147), 服用方法为: 生脉饮口服液 10ml/次, 每日三次; 金匱肾气丸 25 粒/次, 每日 2 次。

治疗组: 在常规基础疾病治疗的基础上给予该组患者温阳活血方药治疗, 中药配方为: 生黄芪 10-30g、党参 10g、麻黄 5-9g、肉桂 3-5g、炮附子 9g、细辛 3g、姜黄 10g、郁金 10g、桂枝 10g、赤芍 10g、丹参 10g、山萸肉 10g。临床根据具体表现加减药物。将上述药物制成配方颗粒, 每日 1 剂, 分早晚两次分别以 200ml 热水冲服, 治疗时间 8 周。

患者心电图检测使用电脑多导联心电图机(上海光电医用电子仪器有限公司, ECG-I350C), 由专业护士严格按照操作规定为患者进行检测, 并由两名专业医师进行心电图判读。

1.3 观察指标

1.31 西医指标: 对治疗前后患者的心率、左室射血分数(Left ventricular ejection fraction, LVEF)进行记录。

1.32 中医症状指标: 参照《中医诊断学》、《中药新药临床研究指导原则》, 对治疗前后相应症状进行积分量化, 记录治疗前后两组患者中医症状积分。0-3 分依次分别为无症状、轻度、中度、重度。症状越严重, 相应的分值越高。所记录的相关症状包括: 头晕、头痛、心悸、胸闷、黑矇、乏力、肢冷、畏寒、面色苍白。

1.33 临床疗效判定标准: 参考《2019 致心律失常性右室心肌病(ARVC)

目前诊断标准及鉴别诊断国际专家报告解读》^[7]而制定本次研究的疗效标准。显效：患者处于平静状态，测得心率增加 10 次/分以上，或心率恢复到 60 次/分以上，心电图表现正常；有效：患者处于平静状态，测得心率增加 5~10 次/分，心电图表现传导障碍程度减轻；无效：患者处于平静状态，心率增加小于 5 次/分，心电图表现为传导障碍程度未缓解或加重。治疗有效率=（显效人数+有效人数）/总人数×100%。

1.34 生活质量水平比较：使用生活质量综合评定量表（GQOLI-74）对两组患者治疗前后社会、心理以及躯体功能进行判定，各项均为 100 分，分值越高代表相应的生活质量水平越佳。

1.35 安全指标：对两组患者治疗前后的血常规、心肌酶、尿常规、肝肾功能有无异常及有无临床不良反应进行记录比较。

1.4 统计方法

本研究收集的所有数据，均使用 SPSS23.0 统计学软件进行处理，计量数据使用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间数据使用独立样本 t 检验，组内数据使用配对样本 t 检验，计数资料使用（%）表示， χ^2 检验，以 $P < 0.05$ 认为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后的 LVEF 对比

治疗前，两组患者 LVEF 之间无显著差异（ $P > 0.05$ ）；治疗后，两组患者 LVEF 均有改善，且治疗组 LVEF 高于对照组（ $P < 0.05$ ），详见表 1。

表 1 两组患者治疗前后的 LVEF 对比（ $\bar{x} \pm s$ ，%）

组别	治疗前（%）	治疗后（%）
对照组（n=28）	58.62±4.25	63.53±4.78*
治疗组（n=28）	59.02±4.33	69.49±5.16* [△]

注：*表示和本组治疗前相比， $P < 0.05$ ；[△]表示和对照组相比， $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗后的临床疗效对比

经治疗，治疗组患者临床疗效总有效率为 85.71%，显著高于对照组的 60.71%（ $P < 0.05$ ），详见表 2。

表 2 两组患者治疗后的临床疗效对比

组别	显效 n （%）	有效 n （%）	无效 n （%）	有效率 n （%）
对照组（n=28）	2（7.14）	15（53.57）	11（39.29）	17（60.71）
治疗组（n=28）	6（21.43）	18（64.28）	4（14.29）	24（85.71）*

注：*表示和对照组相比， $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者治疗前后症状积分对比

治疗前，两组患者中医症状积分无明显差异，治疗后两组患者中医症状积分均较治疗前有改善（ $P < 0.05$ ），其中治疗组改善较对照组更明显（ $P < 0.05$ ），详见表 3。

表 3 两组患者治疗前后中医症状积分对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	治疗前	治疗后
对照组（n=28）	22.37±3.68	17.25±4.61*
治疗组（n=28）	21.59±4.02	11.06±4.22* [△]

注：*表示和本组治疗前相比， $P < 0.05$ ；[△]表示和对照组相比， $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者治疗后生活质量评分情况对比

治疗前，两组患者生活质量评分未见明显差异（ $P < 0.05$ ），治疗后，与对照组相比治疗组生活质量评分较高（ $P < 0.05$ ），具体见表 4。

表 4 比较两组生活质量评分（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	时间	心理功能	社会功能	躯体功能
对照组（n=28）	治疗前	62.34±3.17	61.39±4.36	60.39±6.06
	治疗后	68.25±4.36*	66.98±5.10*	69.21±5.86*
治疗组（n=28）	治疗前	61.89±4.32	62.01±4.67	60.89±5.98
	治疗后	76.45±5.21* [△]	79.52±4.92* [△]	80.23±6.12* [△]

注：*表示和本组治疗前相比， $P < 0.05$ ；[△]表示和对照组相比， $P < 0.05$ 。

2.5 安全指标

对两组患者治疗前后的血常规、尿常规、心肌酶、肝功能、肾功能等安全性指标进行监测，均未见明显异常，且未出现明显不良反应记录。

3 讨论

现代医学认为，导致缓慢性心律失常的病因非常多，有生能性的，如长期高强度训练的运动员的心脏搏动频率大多较缓慢，但生理性心律失常无头晕、心悸、胸闷、黑矇等临床症状；有病理性的，如内分泌失调（甲状腺功能减退等）、缺血性心脏病、心肌炎、电解质紊乱等。缓慢性心律失常在中医属于心悸、头晕、迟脉、胸痹的范畴，有中医临床学者提出，该病的发病机制为本虚标实，本主要为气虚、阳虚、阴虚和脾虚、肾虚，而标实可见血瘀、痰浊、水饮等^[8]。在《素问·痹论篇》中有记载，“心痹者脉不通”，提示“胸痹”的发生与“瘀滞”有关。《素问·脉要精微论》云“代则气衰，细则气少，涩则心痛”，提出了气虚与代脉的关系”。东汉末年医圣张仲景提出“脉来缓，时一止复来者，名曰结……，名曰代，阴也”，而《濒湖脉学》有言“迟来一息至惟三，阳不胜阴气血寒”，提示“阴”、“寒”在“结代脉”“迟脉”发生机制中的重要性，通过对以上古代中医典籍的相关记载分析，类比现代医学病名即“缓慢性心律失常”，可知中医病机与“阴寒”、“瘀滞”、“气虚”密切相关。

目前西方医学对缓慢性心律失常的治疗主要以手术植入心脏起搏器为主，口服药物以阿托品、异丙肾上腺素、氨茶碱为代表，由于存在较为严重的副作用，目前主要作为急救药物使用。因此目前临床医学家均希望能探索出更加经济、便捷、安全、有效，且适合日常使用的药物治疗方法。国医大师翁维良教授治疗缓慢性心律失常的经验十分丰富，翁老认为，缓慢性心律失常根本病机属于本虚标实，本虚以心肾阳气不足为主，标实以血瘀为主^[9]。而在对患者进行治疗时，应以标本兼治为主，治本宜选用温

阳为主,辅以益气、滋阴,而治标可根据实际情况辨证选用活血、驱寒及祛痰之法^{[10][11]}。邓潇等学者^[12]通过给予复杂性心律失常患者益气温阳活血法治疗,发现其临床疗效和预后效果均较为显著。有中医临床学者^[13]使用麻黄附子细辛汤加减方治疗慢性心律失常临床疗效显著。本研究所选方药以温阳活血法为主,全方由生黄芪、党参、麻黄、肉桂、炮附子、细辛、姜黄、郁金、桂枝、赤芍、丹参、山萸肉组成,方中的生黄芪被称为补气之长和疮家圣药,可以清除五脏间瘀血,具有补气生肌之功效;党参益气养血健脾;麻黄的主要作用是辛温、发越阳气,药物中所含的麻黄碱和肾上腺素的作用相近,在人体内可以直接促进 β 肾上腺素受体,增加机体的心肌收缩力,从而加快心率^[14];桂枝起到温通心阳、温经通脉的作用;肉桂的作用主要是滋补命门阳气;附子被称为“回阳救逆第一品药”,具有补火助阳之功效,《本草分经》对其描述为“能引补气药之元阳以复失散,引补血药以滋不足之真阴”,现代药理学研究发现,附子有效成分之一“去甲基乌药碱”具有强而有力的强心作用,能抗心律失常,降低外周血管阻力,改善心肌供血量^{[15][16]};细辛气盛而味烈,疏散能力较强,可以起到驱寒、振奋心阳的作用,且相关药理研究表明,对离体实验动物进行研究,发现经细辛干预后,动物的心脏明显兴奋,且细辛可以增强心肌收缩能力,使心率加快,且其作用持续的时间较长^[17];赤芍的主要功效为清热凉血、祛瘀止痛,而丹参具有养心活血、除烦安神的功效,赤芍、丹参一散一养,具有畅通心脉的作用;方中姜黄与郁金同为活血化瘀药,一温一凉为翁老常用药对,山萸肉《雷公炮制药性解》记载其微温无毒,具有“逐风痹,破癥结,通九窍……安五脏,壮元阳,固精髓”的作用,用于方中对麻黄、附子、细辛等促使阳气发越的药物起到收敛作用,防止阳气过度发越,并具有滋补肝肾的作用。全方以麻黄附子细辛汤为底方,同时增加补气温阳活血药物,以温热药物为主,佐以凉性药物以防止药物过于燥烈引起患者“上火”,或火热扰心导致心悸不宁等不适症状。

在本次研究中,发现经治疗后,两组患者LVEF均有所改善,且治疗组LVEF显著高于对照组($P<0.05$),说明本方对改善患者心功能具有较好的效果。同时治疗组有效率及中医症状积分、治疗后生活质量评分均显著优于对照组($P<0.05$),说明对于慢性心律失常患者而言,温阳活血法可以显著提升患者的临床治疗效果,改善患者生活质量,值得临床参考使用。

综上所述,对于慢性心律失常患者而言,运用温阳活血法对其进行治疗,可以有效改善患者的心功能,提升临床疗效,且临床治疗安全性较高,可供诸位中医临床医学家辩证参考选用。

参考文献:

[1]朱玉花.慢性心律失常的诊疗体会[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2015,0(40):78-78.

[2]段菊花.归脾汤联合阿托品治疗慢性心律失常临床观察[J].实用中医药杂志,2020,328(5):47-48.

[3]季鹏飞.生脉饮加减治疗慢性心律失常临床疗效的meta分析[D].湖北中医药大学,2021. DOI:10.27134/d.cnki.ghbzc.2021.000218.

[4]纳金顶,包静,高超.生脉饮口服液治疗慢性心律失常 35 例报告[J].宁夏医学院学报,1998(03):54.

[5]傅华洲,童燕玲,朱祥俊,金匱肾气丸治疗慢性心律失常 60 例临床观察——附生脉饮、心痛定治疗各 30 例对照[J].浙江中医杂志,1996(05):196-197.

[6]杨天睿,张彤,穆宁晖,等.心脏起搏技术在 COPD 合并慢性心律失常中的应用研究[J].重庆医学,2017,46(15):2125-2128.

[7]王鑫,刘彤.2019 致心律失常性右室心肌病(ARVC)目前诊断标准及鉴别诊断国际专家报告解读[J].中国循证心血管医学杂志 2020,12(3):257-258.

[8] Liu S,Tian G,Jing Chen,et al.Traditional Chinese Medicine for Bradyarrhythmia:Evidence and Potential Mechanisms[J].Frontiers in Pharmacology,2018,9:(1)324.

[9]崔博雅,钱真真,张菀桐,杨巧宁,孙明月,高蕊,翁维良.翁维良温阳活血法治疗慢性心律失常合并阵发性房颤验案及分析[J].世界中医药,2020,15(12):1787-1791.

[10]刘梦阳,翁维良.翁维良教授治疗慢性心律失常经验[J].时珍国医国药,2020,31 (02):456-458.

[11]李秋艳,马学竹,翁维良.翁维良治疗慢性心律失常经验[J].中医杂志,2017,58(04):287-290.DOI:10.13288/j.11-2166/r.2017.04.005.

[12]邓潇,姜建强,郑宝钧.翁维良教授治疗复杂性心律失常经验谈[J].世界中医药,2020,15(11):113-117.

[13]关俐娜.麻附增率汤治疗心肾阳虚型慢性心律失常临床观察[D].黑龙江省中医药科学院,2016.

[14] Liu Zhigang,Chai Chengzhi.Study on the medicinal syndrome of ephedra based on the combination of medicinal properties and pharmacology[J].Chinese Journal of Chinese Materia Medica,2019,44(18):53-59.

[15]许欣,李刚敏,孙晨,陈俊仁,彭成,谢晓芳,曹小玉.附子水溶性生物碱及其药理作用研究进展[J].中药药理与临床,2021,37(05):213-219.DOI:10.13412/j.cnki.zyy1.2021.05.029.

[16]杜春波.麻黄附子细辛汤合阳和汤加减治疗慢性心律失常的临床研究[D].黑龙江中医药大学,2012.

[17]孙天才.麻黄附子细辛汤对慢性心律失常患者心率指标及血液流变学的影响[J].中国民间疗法,2019,27(5):38-39.

针灸推拿结合中药治疗神经根型颈椎病的有效性研究

祖丕珍

沂南县中医医院 273600

摘要：目的：临床通过中医技术为神经根型颈椎病患者实施治疗时，针灸推拿与中药联合方案的效果分析。方法：70 例样本选自该院神经根型颈椎病患者，总纳入 70 例，时间是 2021 年 1 月到 2021 年 12 月，根据随机数字表原则将其划分成 2 组，35 例/组，常规组、研究组，常规组治疗方法为针灸推拿方案，研究组治疗方法即针灸推拿结合中药方案，比较颈椎功能恢复情况、睡眠质量、疼痛程度、中医证候改善情况及临床疗效。结果：与常规组的治疗效果相比，研究组疗效更确切，即研究组的颈椎功能分值较高，中医证候、睡眠质量、疼痛等分值很低，临床总有效率较高，组间数据比较结果 $P < 0.05$ 。结论：通过传统中医方法治疗神经根型颈椎病时，针灸推拿对证候有快速改善作用，联合中药治疗后，颈椎功能的恢复有效性提升，痛感减轻，睡眠质量好转，是治疗效果拔群的方法。

关键词：颈椎功能；神经根型颈椎病；中药疗法；中医证候；针灸推拿

疼痛及麻木是神经根型颈椎病患者感受之一，损伤机体生理功能及精神功能^[1]。手术及保守方案是该病患者较常采取的医疗手段，但是，手术疗法对机体有损伤，且颈椎部位的结构组织具有复杂性特征，很容易受到手术操作的影响，致使颈椎功能下降，故而，手术疗法在临床上有一定局限性。保守疗法即通过药物方案实施治疗，西医药物疗法对疼痛等不适体会有缓解效果，但神经根型颈椎病的复发率很高，而西药在此方面的抑制作用并不突出。针灸推拿属于中医理疗技术，有疏通经络、缓解疼痛、活血舒筋之效，应用于颈椎病患者时，其身体负担明显减轻^[2]。中药方案在中医中较常使用，即根据病机、症状等，选择适当中药材，组成药方，而后通过口服药液方式对疾病进行治疗的措施，疗效显著。鉴于该背景，我院在 2021.1-2021.12 间实施以下研究，该项研究的样本为 70 例神经根型颈椎病患者。

1 资料与方法

1.1 一般资料

加入该项研究的患者均符合神经根型颈椎病诊断要求^[3]，共 70 例，选择时间即 2021.1 开始，2021.12 结束，分组原则即随机数字表，常规组 35 例、研究组 35 例。常规组中，20 例患者性男、15 例患者性女，最高年龄 75 周岁，最低 31 周岁，中位（48.05±5.28）周岁，最长患病 11 年，最短患病 0.5 年，均值（4.09±0.96）年；研究组中，22 例患者性男、13 例患者性女，最高年龄 75 周岁，最低 30 周岁，中位（47.95±5.16）周岁，最长患病 11.2 年，最短患病 0.6 年，均值（4.23±0.87）年。组间基本资料间差异不具备突出性， $P > 0.05$ ，有可比意义。该项研究符合伦理委员会审批标准，且纳入患者均已签订协议书。

入选条件：无骨结核、骨质疏松；有清醒意识；有完整的基本资料；有良好的沟通理解能力。

筛除条件：脏腑组织有严重病变；伴其他类型骨科病；精神层面存在阻碍；皮肤有损伤；治疗依从性低下；处在哺乳期、孕期的女性。

1.2 方法

常规组颈椎病患者行针灸推拿方案，针灸选穴：风池穴、手三里穴、两侧肩外俞穴、天宗穴，颈夹脊穴数量需依据压迫神经根的程度进行决定，最少 3 个，最多 6 个，针灸用针即 2.5 寸、30 号的毫针，消毒处理穴位皮肤，完成后采取针刺，而后通过提、插、捻、转方式以快频率、小幅度方法进行针灸，患者表示有肿胀、酸麻感受时，表明针灸程度良好，最后实施 30min 留针处置。推拿：完成针灸时，督促患者短时间休息，而后指导患者维持坐姿体位，以拿、揉、按等手法实施综合推拿，以达到放松颈部

两侧肌肉组织效果，确定放松良好之后，对曲池穴、天宗穴、肩井穴、风池穴、风府穴等实施 30s 点按；在此期间，医师需对患者下颌部位行肘部托住操作，通过另外一只手托住其颈枕部，实施 1min 左右拔伸牵引法，在此期间，其牵引方式应以患侧为方向实施旋转操作，直至达到最大程度，而后以揉压、点按手法对痛点实施按摩，以上推拿操作完成之后，再以拿、揉、按等手法放松颈肩两侧的肌肉组织。一天一次针灸推拿，治疗周期：1 个月。

研究组颈椎病患者行针灸推拿结合中药疗法，针灸推拿疗法与常规组相同，中药疗法选择黄芪桂枝五物汤，组方：大枣 8 枚，芍药、桂枝各 12g，生姜 20g，黄芪 15g。以上药材中加入 1000ml 清水，熬煮至余 300ml 药液，一天一剂，一次 100ml，一天三次，于餐前服用。治疗周期：1 个月。

1.3 观察指标

（1）评估二组治疗效果，评估项包括颈椎功能、疼痛程度、睡眠质量，颈椎功能的恢复情况由颈椎功能测评表完成，恢复情况较佳时，评分较高，VAS 疼痛评估表对疼痛程度实施评估，疼痛体会不明显时，评分较低；PSQI 睡眠指数量表对睡眠质量实施评估，睡眠质量良好时，评分低，评估时间即治疗后。

（2）评估二组中医证候，中药新药临床研究指导原则为评价手指、上肢麻木疼痛，及颈肩背不适等中医证候的标准，证候严重，分值较高，评估时间即治疗前和治疗后。

（3）评估二组临床疗效，显著：上肢活动能力受限及肢体麻木、颈肩疼痛等症状消退，对臂丛神经实施牵拉检测，显示阴性，对日常生活的影响明显下降或者未产生负面影响；好转：上述疾病症状明显缓解，上肢活动能力、颈肩功能等有显著恢复；无效：未达到显著或者好转的评价要求；总有效率为显著有效率与好转有效率之和。

1.4 统计学分析

数据统计方法是 SPSS 软件系统，版本是 20.0，t 核量计量数据， $(\bar{x} \pm s)$ 展现计量数据， χ^2 核量计数数据， $(n\%)$ 展现计数数据； $P < 0.05$ 说明组间数据有显著性统计学差异。

2 结果

2.1 研究组、常规组治疗效果对比

治疗后，常规组的颈椎功能分值较研究组低，疼痛分值、睡眠质量分值较研究组高，二组数据对比 $P < 0.05$ 。如下表（1）。

表 1. 研究组、常规组治疗效果对比 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$

组别	例数	颈椎功能	疼痛	睡眠质量
----	----	------	----	------

常规组	35	19.47±4.86	2.93±1.15	9.28±3.35
研究组	35	23.18±2.53	1.05±0.62	5.24±1.02
t	-	4.0058	8.5131	6.8252
P	-	0.0002	0.0000	0.0000

2.2 研究组、常规组中医证候对比
二组中医证候分值间差异显示,治疗之前差异不显著, $P>0.05$, 治疗之后,差异显著,且常规组分值明显比研究组高,组间数据对比 $P<0.05$ 。如下表(2)。

表 2.研究组、常规组中医证候对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	手指麻木疼痛		肢体麻木疼痛		颈肩不适	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	35	2.13±0.29	1.09±0.45	2.14±0.39	1.19±0.57	2.27±0.51	1.28±0.55
研究组	35	2.15±0.27	0.67±0.31	2.16±0.36	0.61±0.38	2.26±0.49	0.79±0.43
t	-	0.2986	4.5471	0.2229	5.0088	0.0836	4.1522
P	-	0.7661	0.0000	0.8243	0.0000	0.9336	0.0001

2.3 研究组、常规组临床疗效对比

常规组 35 例患者中,显著疗效 14 例、好转疗效 13 例、无效 8 例,有效率分别是 40.00%、37.14%、22.86%,总有效率 77.14% (27/35);研究组患者中,显著疗效 20 例、好转疗效 14 例、无效 1 例,有效率分别是 57.14%、40.00%、2.86%,总有效率 97.14% (34/35);组间比较 X^2 为 6.2477, P 为 0.0124。由此可知,二组总有效率间存在显著性差异, $P<0.05$,即常规组低于研究组。

3 讨论

人们罹患神经根型颈椎病后,会出现指端酸胀、麻木、疼痛症状,是造成患者痛苦的重要原因,依据当前时期医疗技术水平而言,并无疗效优异的医疗方案,故而,药物疗法,及封闭、按摩、牵引等疗法在临床上较常使用,对疾病带来的痛苦有减轻疗效,但未及理想水平。在我国传统中医内,痹症、颈肩痛疾病中涵盖了神经根型颈椎病,以为劳累过度,导致营卫有失调养,湿、寒、风等邪毒于此时入侵,可形成血瘀气滞、痹阻经络症状,天长日久后,会对骨、筋形成伤害,造骨筋失和现象,最终发生神经根型颈椎病^[4]。所以,中医治疗该疾病时以活血行气、调和营卫、兼治标本为治疗方向。

针灸疗法对神经有刺激作用,对血液循环有改善效果,对肌肉痉挛之症有减轻疗效,神经根型颈椎病患者实施针灸时,常选择风池穴、两侧肩外俞穴、手三里穴、颈夹脊穴、天宗穴等,针刺风池穴时,可缓解眩晕头痛之症;针刺手三里穴时,可达到理气活络作用;针刺肩外俞穴时,有活络舒筋效果;针刺天宗穴时,可缓解肩胛疼痛症状;针刺颈夹脊穴时,有缓解眩晕效果^[5]。推拿疗法即通过各种手法对颈肩部实施按摩,以放松颈肩肌肉,而后依据痛点对曲池穴、风池穴、天宗穴、风府穴、肩井穴等实施点按等手法的物理治疗方式,有改善局部血液循环,减轻疼痛程度作用,与针灸疗法结合使用后,疗效有明显促进^[6]。由此可知,神经根型颈椎病患者运用针灸推拿之后,其痉挛筋脉及肌肉等状况改善,血液循环不佳情况好转,局部疾病症状因而得到缓解。然而,仅实施针灸推拿方案时,患者骨筋失和、经脉失养等病情无法得到改善,这是因为物理治疗无法对体内病因发挥作用^[7]。中药治疗属于内治法,主要针对体内病情。该项研究中,神经根型颈椎病患者运用了黄芪桂枝五物汤药方,方中君药为黄芪,有通痹行滞、固表益气疗效,臣药为芍药及桂枝,前者有活血益气作用,后者有通脉温经效果,此二种药材联合使用后,对营卫有调和功效,从而提升了黄芪药效,固表益气作用随之增强;佐药为生姜,对桂枝的通脉温经有促进作用,对黄芪的解表疗效、芍药的营卫调和作用均有积极影响^[8]。

将针灸推拿、黄芪桂枝五物汤联合作用于神经根型颈椎病后,可达到兼治标本作用,疾病的反复性因而提升。

分析相关数据可以证明,研究组的治疗效果优于常规组,中医证候改善情况好于常规组,治疗总有效率高于常规组,对比结果显示 $P<0.05$ 。提示针灸推拿与中药的联合疗法有促进睡眠质量作用,探析原因发现,睡眠质量之所以有明显改善,是因为针灸推拿对颈椎不适有缓解功效,疼痛程度降低,颈肩不适体会减弱,此外中药内服疗法对内因有根本疗效,极大程度上提高了临床有效性^[9]。

综上,临床以中医疗法为神经根型颈椎病患者采取治疗时,以针灸推拿疗法减轻疾病症状过程中,再辅助以黄芪桂枝五物汤中药方案,可以达到内治病因效果,有降低疾病反复性作用,对提高患者的睡眠质量有显著疗效,值得在颈椎病的临床治疗工作中广泛推行此疗法,利于提高临床治疗颈椎病的效果,应用价值突出。

参考文献:

[1]赵晓东,方芳,白雪松,等. 针灸+推拿联合康复理疗治疗神经根型颈椎病的临床观察[J]. 内蒙古中医药,2020,39(6):132,139.
[2]赵春,李俐依. 中医推拿结合针灸治疗神经根型颈椎病的临床效果与价值研究[J]. 中国社区医师,2019,35(20):108-109.
[3]神经根型颈椎病诊疗规范化研究专家组. 神经根型颈椎病诊疗规范化的专家共识[J]. 中华外科杂志,2015,53(11):812-814.
[4]刘宝涛,安国俊,耿鑫,等. 针灸推拿配合颈舒颗粒治疗神经根型颈椎病临床疗效[J]. 新疆中医药,2020,38(3):39-41.
[5]李爱君. 针灸推拿配合中药治疗神经根型颈椎病的临床效果分析[J]. 中国继续医学教育,2019,11(4):139-141.
[6]郑桂梅. 针灸推拿配合中药治疗神经根型颈椎病的效果探讨[J]. 糖尿病天地,2020,17(11):91.
[7]王岚萱,阮和球,陈丽媚. 针灸推拿结合黄芪桂枝五物汤治疗神经根型颈椎病的临床观察[J]. 世界中医药,2019,14(12):3343-3348.
[8]罗海强,冯仲成. 黄芪桂枝五物汤联合针灸推拿治疗神经根型颈椎病的效果分析[J]. 内蒙古中医药,2020,39(4):138-139.
[9]王艳菊,敬胜伟,元永金,等. 针灸推拿配合中药治疗神经根型颈椎病的临床作用研究[J]. 甘肃科技,2020,36(10):118-120.
作者简介:姓名:祖丕珍,性别:女,出生年月: 1977 年 1 月,籍贯:山东省沂南县,学历:本科,专业:针灸推拿康复,职称:主治医师,主要研究方向:针灸推拿康复治疗颈肩腰腿疼及脑卒中等疾病。

论同伴教育在糖尿病健康教育中的应用及意义

陈航 张瑞红

新疆吉木萨尔县人民医院 新疆吉木萨尔 831700

摘要: 目的 研究同伴教育模式在糖尿病患者教育中的应用。方法 将吉木萨尔县人民医院老年病科 2021 年 1 月至 4 月收治的 100 例糖尿病患者进行研究,按照随机的方法进行分组,对照组 50 例,实验组 50 例,对照组糖尿病患者开展常规性护理教育方法,实验组采用糖尿病同伴教育模式,比较两组的效果差异。结果 在对比两组患者护理后指标时,实验组的治疗有效率高于对照组,实验组患者改善更为明显 ($P<0.05$); 观实验组患者对饮食知识、运动知识、血糖监测知识、用药知识、心理健康知识掌握合格率均显著高于对照组,数据比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 应用同伴教育模式对糖尿病患者进行健康教育,促进了患者形成良好的生活方式、提高了生活质量,应深入开展同伴教育模式研究,以推进和促进糖尿病健康教育事业的进一步发展。

关键词: 糖尿病; 同伴教育; 健康教育; 应用现状

近年来,随着世界各国社会经济的发展和居民生活水平的提高,糖尿病的发病率及患病率逐年升高,已成为威胁人民健康的重大社会问题。糖尿病已成为继肿瘤,心血管病变之后,第三大严重威胁人类健康的慢性疾病。糖尿病指的是以高血糖为主的代谢性综合征,主要病机在于机体出现胰岛素分泌缺陷,或者胰岛素作用出现障碍,该病患者往往需要长期坚持或终身治疗,才能有效控制血糖水平,改善生活质量^[1]。中国是全球糖尿病患者第一大国,有关数据显示,2015 年病患人数高达 1.096 亿人,130 万人死于糖尿病及其并发症。据统计,2015 年全球 20-79 岁的人中有约 4.15 亿人患糖尿病(患病率 8.8%),另外有 3.18 亿人糖耐受受损(前期患病率 6.7%),也就是说,平均十个人里面,就有一个是糖尿病患者。可以讲,我国的糖尿病防治工作,是相当的严峻。近日,国务院印发健康中国行动(2019-2030 年),共有 15 个专项行动,其中糖尿病防治首次列入专项行动中,和糖尿病相防治关的专项行动有 3 个,足以说明全社会对糖尿病防治的紧迫和重要。提示居民关注血糖水平,引导糖尿病前期人群科学降低发病风险,指导糖尿病患者加强健康管理,延迟或预防糖尿病的发生发展非常重要^[2]。糖尿病教育主要是由医务人员来承担,但医务人员人力和时间有限,而且非糖尿病患者,不能充分的用切身体会融入到患者的生活中,因此,同伴教育显得尤为重要^[3]。本文选择吉木萨尔县人民医院老年病科 2021 年 1 月至 4 月收治的 100 例糖尿病患者进行研究,现对同伴教育在糖尿病患者中的应用效果进行如下研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次调查地点是吉木萨尔县人民医院老年病科,对糖尿病患者进行了关于同伴教育应用过程的现状调查,将 2021 年 1 月至 4 月收治的 100 例糖尿病患者进行研究,按照随机的方法进行分组,对照组 50 例,实验组 50 例,其中对照组男性患者 28 例,女性患者 22 例,年龄最大是 75 岁,最小是 41 岁,平均年龄 (60.68 ± 2.86) 岁,患病时长最短为 2 年,最长为 15 年,平均病程 (9.87 ± 1.36) 年;实验组男性患者 26 例,女性患者 24 例,年龄最大是 74 岁,最小是 45 岁,平均年龄 (60.86 ± 2.91) 岁,患病时长最短为 2.5 年,最长为 16 年,平均病程 (9.98 ± 1.55) 年,两组的资料经过统计分析没有显著性 ($P>0.05$),可以进行比较。

1.2 方法

对照组患者展开常规性护理教育方法;实验组采用糖尿病同伴教育模式,具体操作流程如下:(1) 饮食培训指导。讲解日常饮食原则,饮食过程中,应营养合理搭配、少食多餐、定时定量,有固定大小的餐具,烹饪方法忌煎、炸等油腻烹饪方法,告知参与的患者,护理人员会根据患者的血糖情况,帮助制定个性化饮食套餐,促使其能够及时获得足够能量,以此促进代谢,保持血糖稳定。(2) 运动培训指导。护理人员向组长详细讲解运动注意事项,如餐前不易锻炼,易引起低血糖,应餐后一小时锻炼,锻炼时间、方式、强度宜根据自身身体状况来定,不易运动强度过大,避免适得其反,造成不必要的伤害。(3) 用药培训指导。用药时,应严格遵循医嘱,不可随意停药、加药等,应根据医生指导,正确用药,才能更好的达到药物疗效,从而控制血糖。(4) 监测血糖培训指导。讲解按时监测血糖在糖尿病中的重要意义,尤其是注射胰岛素的患者,每周至少监测血糖 4 到 5 次,并记录,从而更好的预防低血糖的发生。规律的监测血糖,可以更好的了解近期自身血糖情况,从而辅助医生帮助调节药物剂量,更加有效的维持好血糖。(5) 心理培训指导。糖尿病是一种终身性的慢性疾病,周期相对较长,需长时间服用药物控制血糖。长期以往患者会产生焦虑、厌烦的情绪。同时受到环境的影响,老年患者非常容易产生悲观心理,致使血糖升高,加重病情。基于此,可采取心理暗示、培养兴趣以及放松疗法等措施缓解糖尿病患者紧张情绪,消除患者焦虑与紧张情绪,促使其能够积极配合各项护理措施与治疗。在治疗期间,尽可能获取家属的配合,促使患者能够保持轻松愉悦的心情。

组长(同伴教育者)负责在糖友沟通会中结合自身经验教训,进行经验交流及防治糖尿病的相关知识健康教育,组织相应的讨论,督促组员的自我管理,从而提高糖友们的自我管理能力。

1.3 观察指标

观察指标主要为患者病情改善情况和健康知识掌握情况,疗效判定标准:显效:患者的血糖基本上恢复到正常水平,有效:患者的血糖有明显的降低,无效:血糖变化很小或者没有变化,总有效率= $(1-\text{无效}/\text{总例数})\times 100.00\%$ 。评价患者对健康知识掌握情况,包括合理饮食、保持运动、遵医嘱用药、按时监测血糖、心理健康几方面,满分为 100 分,达到 85 分

为合格，计算合格率。

1.4 统计学方法

依靠 SPSS 19.0 软件来分析，计数资料用百分数（%）表示，比较用 χ^2 检验，计量资料用均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，比较用 t 检验，当 $P < 0.05$ 时表示数据有明显差异。

2 结果

2.1 治疗有效率比较

实验组的治疗有效率高于对照组（ $P < 0.05$ ）。

表 1 治疗有效率比较

分组	n	显效	有效	无效	总有效率
----	---	----	----	----	------

表 2 健康知识掌握情况比较

分组	n	饮食	运动	用药	按时检测血糖	心理健康
对照组	50	30（60.00%）	35（70.00%）	40（80.00%）	40（80.00%）	35（70.00%）
实验组	50	45（90.00%）	47（94.00%）	49（98.00%）	48（96.00%）	48（96.00%）
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

（一）饮食方面

对照组通过医务人员的健康教育后，60.00%的糖尿病患者遵守了定时定量、少食多餐、营养合理搭配、使用规定大小的餐具、健康的烹饪方式的原则；40.00%的糖尿病患者依从性较差，虽然了解饮食原则，却很难遵循，烹饪方式不健康，仍然无法短时间内改变饮食习惯。实验组患者通过同伴教育后，90.00%的糖尿病能感同身受的切实快速改变饮食习惯，依从性较好，而且会与他人进行交流饮食降血糖经验，主动询问饮食方面的小技巧，分享健康的饮食套餐，讲解饮食的重要性；10.00%的糖尿病患者改变饮食原则的行为缓慢，但是也在积极努力改变。

（二）运动方面

对照组通过医务人员的健康教育后，70.00%的糖尿病患者饭后一小时能按时锻炼身体，锻炼方式单一；30.00%的糖尿病患者偏懒惰，无法做到饭后一小时按时锻炼，锻炼时间短或者不锻炼。实验组患者通过同伴教育后，94.00%的糖尿病患者能坚持锻炼，锻炼前穿宽松衣裤，软底运动鞋，选择适合自身健康状况的锻炼方式，并且遵循锻炼到身体微微发热、微微发汗原则，锻炼后会检查自己的足部皮肤，看有无破损；4.00%的糖尿病患者锻炼时间偏短；2.00%的糖尿病患者由于身体因素未按时锻炼，由家属辅助锻炼。

（三）用药方面

对照组通过医务人员的健康教育后，80.00%的糖尿病患者了解降糖药物服用方法及计量，可以在无人督促下按时服用；16.00%的糖尿病患者由家人督促下服药；4.00%的糖尿病患者忘记服药，经护士督促后服药。实验组患者通过同伴教育后，98.00%的糖尿病患者能自觉服药，服药方法正确，了解药物的作用及不良反应，牢记按时服药的重要性；2.00%的糖尿病患者因忘记服药，而延误服药时间 15 分钟左右。

（四）按时监测血糖方面

对照组通过医务人员的健康教育后，80%的糖尿病患者能自觉遵守测血糖时间（餐前半小时、餐后两小时），主动在家或者在院监测血糖；20%的糖尿病患者忘记吃饭时间，进而未按时监测血糖。实验组患者通过同伴

对照组	50	25	22	3	47（94.00%）
实验组	50	23	17	10	40（80.00%）
P					<0.05

2.2 健康知识掌握情况比较

相比于对照组，实验组在接受同伴教育的糖尿病患者，通过教育者通俗易懂的语言，能更好地掌握糖尿病疾病的相关知识，实验组患者对饮食知识、运动知识、血糖监测知识、用药知识、心理健康知识掌握合格率均显著高于对照组，数据比较差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

教育后，96%的糖尿病患者能按时监测血糖，并记录监测具体时间及时数值；4%的糖尿病患者因做检查而无法按时监测血糖。

（五）心理方面

对照组通过医务人员的健康教育后，70.00%的糖尿病患者心理不再消极，接受所患疾病的事实，积极面对以后的生活；30.00%的糖尿病患者偏年轻化，心理仍然存在焦虑、紧张，对疾病产生恐惧心理。实验组患者通过同伴教育后，96.00%的糖尿病患者重建信心，坦然接受患病现状，并且主动与其他糖尿病患者沟通交流，分享自己的心理变化，接受对方的意见及建议；4.00%的糖尿病患者仍然处于焦虑中，需要循序渐进的开导，给予个性化指导。

4 同伴健康教育的影响

（一）对知识掌握程度的影响

全球青少年糖尿病的发病率在增加，且青少年糖尿病患者负面情绪较重，依从性差，给糖尿病的治疗带来较大的影响。通过同伴教育小组管理以后，小组成员之间互相帮助、互相鼓励、互相促进，分享自己降糖的好方法^[4]。结果显示同伴教育法促使其更好地接受糖尿病健康知识，降低其负面情绪，有效控制血糖，提高患者治疗的依从性。

（二）对依从性的影响

糖尿病患者的依从性直接影响治疗效果，健康教育作为五大治疗措施之一，对提高患者治疗依从性具有积极作用。通过同伴教育小组教育以后，提高了糖尿病患者治疗依从性，表明同伴教育是更为可行有效的糖尿病健康管理方法。也表明，采用同伴教育对糖尿病患者进行干预，可以提高其依从性，有利于控制血糖达到正常水平，防止并发症的发生，提高糖尿病患者生活质量^[5]。

（三）对自我管理行为的影响

良好的自我管理是糖尿病治疗的基础和关键，健康教育是糖尿病患者成功自我管理和疾病控制的前提，促进自我管理教育是一切有效的治疗计划中的核心部分，也是糖尿病患者治疗的重要环节，被公认为糖尿病治疗成败的关键。干预后，患者的自我管理知识、自我效能、健康行为和之前相比均有明显提高^[6-7]。

(四) 对积极度的影响

对照组中的糖尿病患者积极度并不理想,而我们的实验组同伴教育者通过自我管理经验、糖尿病相关知识介绍和讨论为主,自制食谱、运动锻炼、自测血糖等形式,教育两周后,患者的积极度明显提高,懂得分享,由此表明同伴教育可以改善糖尿病患者的积极度。

5 总结

综上所述,糖尿病属因胰岛素分泌缺陷与胰岛素作用障碍而引发的代谢性疾病,具有终身性。我们了解到,健康教育作为糖尿病重要的基础治疗措施之一,是治疗成功的关键。而同伴教育能分享很多医务人员没有的病患知识及经验,让其他患者有感同身受的切实感受,更容易接受健康指导,由此得出同伴教育是健康教育的一种重要模式,既缩短了医护人员在健康教育中消耗的时间,又让糖友们更加愿意去改变自己,变得更加自信,依存性由差变好,有效的控制患者的血糖,预防和控制糖尿病患者并发症的发生。在沟通中,倾听患者的心理状况,缓解其焦虑、消极和情绪障碍,促进患者睡眠,保证良好的休息环境,提高生活质量,减轻了很多家庭的经济负担。对照组中,糖尿病患者的血糖空腹维持在 6-11 (正常是 5-7),餐后血糖维持在 7-15 (正常是 7-11),部分患者血糖忽高忽地,不容易控制,且对疾病重视程度不够。实验组中,患者的空腹血糖基本维持在 5-9,餐后血糖基本维持在 6-12,基本正常且逐渐平稳,患者明显感觉到身体较以往更加轻松,四肢麻木、视物模糊的症状较前明显缓解,心理压力逐渐减小。糖尿病患者通过自己近两周的改变后,都非常高兴,对控制血糖、

合理饮食、保持运动、按时监测血糖更加有信心,并逐渐恢复健康。在以后的生活中,糖友们会继续保持好的生活习惯。临床上,医护人员也会更好的将同伴教育应用到健康宣教当中,后期将开展多种形式的同伴教育,如组建糖尿病健康管理微信群、电话宣教、进入社区、组建志愿者团队等,更为丰富的教育模块。使我们医疗现状不断完善并发展,以推动和促进糖尿病健康教育事业进一步发展。

参考文献:

- [1]牛林艳,黄金. 同伴教育在糖尿病健康教育中的应用现状[J]. 中华护理杂志,2014,49(1):79-82.
- [2]黄琦,林泽娜,官玲燕,等. 同伴支持在老年 2 型糖尿病患者健康教育中的实施[J]. 护理学报,2013(13):70-72.
- [3]刘洪丽,吴英凤,马洪俊,等. 同伴教育对伴有情绪障碍的 2 型糖尿病患者的影响[J]. 海南医学,2013,24(12):1726-1728.
- [4]付莉,张海波. 同伴教育在社区 2 型糖尿病病人血糖控制中的效果评价[J]. 护理研究,2012,26(5):448-449.
- [5]陶静,罗丽,徐蓉. 同伴教育法在青少年糖尿病患者健康管理中应用观察[J]. 护理学报,2010,17(11):7-9.
- [6]朱京伟,刘青青,陈菊明,等. 同伴支持健康教育法对糖尿病患者使用胰岛素的影响[J]. 当代护士(下旬刊),2015(2):27-28,29.
- [7]高菲菲. 同伴教育在糖尿病患者健康教育中应用的研究进展[J]. 中华现代护理杂志,2015(34):4215-4216.

(上接第 203 页)

3 讨论

分娩是一种危险且复杂的生理过程,是每一位产妇的必经阶段【8】。产妇进入产程后疼痛难忍,且营养过剩导致巨大儿偏多,故大多数的产妇会选择剖宫产,而剖宫产的并发症较多,对产妇及胎儿极其不利【9】。为了响应国家的号召,在新的二胎政策下,做好降低剖宫产率的工作,关键是提高第一胎的自然分娩率【10】。本次研究表明观察组产妇的各产程时间均低于对照组,出血量也低于对照组。观察组的护理满意度高于对照组,说明音乐阵痛联合导乐分娩护理可以缩短产妇的分娩产程,减少出血量,与陈力等研究结果一致【11】。目前如果此方法得到广泛应用,就可以让更多的产妇不再害怕分娩时的疼痛,从而树立正常分娩的信心此方法如果得到了广泛的应用,就可以让产妇的分娩旅程变的不再恐惧、害怕、紧张、疼痛难忍【12】。在柔和的音乐声中,在每一位和蔼可亲的助产士面前,让每一位产妇都能度过一个难忘的分娩经历。远期效应就是让每一个顺产的宝宝通过产道的挤压都可以变的更聪明伶俐。

参考文献:

- [1]梁润容, 吴小麦.自由体位分娩模式对持续性枕横位初产妇分娩结局及新生儿的影響[J].护理实践与研究, 2020, 17(10): 85-87.
- [2]刘雪霞, 谢营, 伍娃.产程早期体位指导联合心理干预对初产妇分娩的影响[J].齐鲁护理杂志, 2020, 26(10): 42-44.
- [3]黄丽华, 梁曼.硬膜外麻醉分娩镇痛对初产妇分娩结局及产时发热

影响的回顾性分析[J].护士进修杂志, 2020, 35(16): 1495-1498.

- [4]崔劲花, 韩叶芬, 丁利萍, 等. 分娩球配合自由体位助产对初产妇妊娠结局影响的 Meta 分析[J]. 循证护理, 2019, 5(1): 14-18.
- [5]周燕莉, 卢建兰, 王琴.自由体位分娩在胎膜早破初产妇中的应用[J].中国妇产科临床杂志, 2020, 21(2): 172-175.
- [6]于长莉,吴海珍,朱丹.一对一全程导乐分娩护理对产妇分娩产程时间及产后恢复的影响[J].新疆医科大学学报.2019,(4).555-558.
- [7]徐晶晶,曹书艳,章琼.一对一陪产模式结合体位管理在分娩过程中的应用效果研究[J].华南预防医学.2019,(6).574~576.
- [8]苑媛,孙秋雨,王晓莹,等.非药物分娩镇痛仪联合导乐陪伴分娩促进自然分娩的临床研究[J].现代生物医学进展.2019,(5).938~941.
- [9]莫凤,朱丹,李婷芳.专人全程陪伴分娩护理联合自由体位分娩对产妇产率及产后抑郁的影响[J].中国妇幼保健.2019,(12).2720-2722.
- [10]魏威.导乐助产干预改善足月妊娠产妇分娩疼痛及妊娠结局的效果[J].中国妇幼保健.2018,(11).2411-2413.
- [11]陈力,徐珩.导乐分娩镇痛联合全程陪伴无痛分娩在高龄产妇的应用[J].国际生殖健康/计划生育杂志.2018,(2).110-112.
- [12]顾文莉,付静.助产士全程导乐分娩模式在初产妇自然分娩中的应用[J].检验医学与临床.2018,(21).3291-3293.

基金名称: 2021 年齐齐哈尔市科学技术局创新激励计划项目(科研编号: CSFGG-2021244)

社区慢性病患者中采用综合健康教育后治疗依从性情况分析

李文洁

宁夏回族自治区银川市第三人民医院 宁夏银川 750001

摘要：目的：探讨社区慢性病患者中采用综合健康教育后治疗依从性情况。方法：观察本院2020年2月至2021年9月期间接收的108例社区慢性病患者，随机分为对照组与观察组各54例，对照组运用常规护理，观察组运用综合健康教育，分析不同处理后患者治疗依从性、血糖、血压、护理满意度、心理状况等指标情况。结果：在患者血压与血糖达标率上，观察组干预后比例明显高于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者SAS、SDS有关心理评分上，观察组护理后评分降低程度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者治疗依从性上，观察组94.44%，对照组79.63%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者护理满意度上，观察组93.33%，对照组66.67%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：社区慢性病患者中采用综合健康教育后，可以提升患者治疗依从性，患者血压血糖水平更为稳定，负面心理情绪更少，护理满意度更高。

关键词：社区慢性病；健康教育；治疗依从性

社区慢性病主要集中在冠心病、高血压、糖尿病等疾病，该类疾病容易引发多种心、脑、血管、肾的并发症，对患者生命健康构成威胁。健康教育在基层慢病管理中应用广泛，有助于纠正患者错误思维与行为，提升整体疾病控制效果。本文采集108例社区慢性病患者，分析运用综合健康教育后患者治疗依从性、血糖、血压、护理满意度、心理状况等指标情况，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

观察本院2020年2月至2021年9月期间接收的108例社区慢性病患者，随机分为对照组与观察组各54例。对照组中，男31例，女23例；年龄从60岁至83岁，平均（ 72.58 ± 4.09 ）岁；病程从1年至17年，平均（ 8.25 ± 1.49 ）年；观察组中，男35例，女19例；年龄从60岁至81岁，平均（ 73.87 ± 6.56 ）岁；病程从1年至17年，平均（ 8.28 ± 1.73 ）年；两组患者在基本年龄、性别、病程等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用常规护理，观察组运用综合健康教育，具体内容如下：

要做好有关健康教育指导工作，其基础在于有专业的工作执行人员以及合理的健康教育内容与形式设计。一般情况下做好定期随访工作，每周可以通过电话或者医护团队入户指导做对应的随访执行。知晓患者的疾病状况，了解其用药、身心、生活状况，然后做好针对性的指导干预^[1]。如果患者病情控制情况不佳，或者出现多种并发症，则需要嘱咐其按时的进行疾病复查。

健康教育工作要做好医护人员的专业培训指导，保证其健康教育工作执行落实的有效性。可以提供专业的健康教育宣传手册、讲座视频、实体的健康讲座等。其内容上可以包括疾病影响因素、发病原因、生活管理要点、注意事项、定期复诊、疾病自我监测等各方面内容。要引导患者改变不良的生活习惯，提升整体的治疗配合度，避免个人随意增减药物或者不良生活习惯导致的疾病复发或者严重化等问题。要指导患者定期的到社区

进行疾病监测变化观察，定期掌握疾病变化状况，为临床用药以及治疗干预提供更可靠的支持^[2]。

要做好有关治疗依从性的价值、按时用药必要性强调，避免不良用药导致的负面问题。要做好患者必要心理干预工作，让其意识到良好的心理状态疾病治疗控制的支持效果，做好针对性的教育安抚指导^[3]。教育指导的形式与内容依据实际情况，一方面要做好基本重要性内容的强调，另一方面也要依据不同的社会变化、季节状况、患者个体需求做好内容的针对性设计。当下要充分地意识到健康教育不仅针对慢病管理的对象患者，同时也要包括其家属。要充分发挥家属对有关工作的支持配合效果。在形式上除了常规的一对一口头指导，一对多的健康讲座，也可以充分发挥网络平台的优势，将健康教育指导文章以及有关视频材料做好对应的剪辑设计，发送给患者以及家属。也可以开展网络群组的沟通交流，让患者群发挥更好的健康教育指导落实效果。充分地发挥社区志愿者对有关慢病管理工作的支持，做好有关宣传活动的扩展^[4]。要充分地意识到健康教育需要全社会各方面支援者支持，才能保证最后的落实效果。

随着后疫情时代的来临，非直接接触性的健康教育工作受到更多人的欢迎，网络平台的健康教育指导较为盛行。可以构建患者QQ群、微信群等，在线上发放有关电子材料的健康讲座、健康宣教文章，提供在线咨询沟通，嘱咐患者定期来医院复诊。患者日常的生活状况也可以通过视频图文的形式反馈给医护人员，让医护人员更好地了解患者疾病治疗控制过程中的状况，做好针对性地引导^[5]。

要做好科学饮食管理，针对不同疾病情况做好对应的饮食食谱。可以具体地将饮食方案量化以及细化，方便患者以及家属执行，避免个人认知错误导致的不良影响。一方面要按照疾病所需做好饮食原则的坚持，另一方面也要考虑患者个人的饮食喜好做好具体内容的调整引导，保证患者良好的治疗体验。尤其是意识到饮食管理也直接引起患者疾病状况的波动以及心理体验感受，保持良好的心理状况在一定程度上对控制疾病有更好地理解、支持。负面情绪在一定程度上也是引发疾病波动的关键性影响因素，

要通过良好的指导提升患者生活质量,更大程度地提升整体生活的积极情绪对疾病治疗配合以及疾病控制的支持作用。要多安慰、多鼓励,多提供正面积极的信息来提升整体的治疗信心,避免消极情绪对个人构成的影响。要积极的构建良好乐观的病友群氛围,避免消极情绪蔓延导致的患者负面情绪滋生等问题。

1.3 评估观察

分析不同处理后患者治疗依从性、血糖、血压、护理满意度、心理状况等指标情况。治疗依从性=完全依从率+部分依从率。护理满意度=很满意率+基本满意率。心理状况主要运用 SAS、SDS 心理评估测量,评分越低情况越好。

1.4 统计学分析

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

2 结果

2.1 患者治疗依从性情况分析

见表 1 所示,在患者治疗依从性上,观察组 94.44%,对照组 79.63%,对比有统计学意义 ($p<0.05$);

表 1: 患者治疗依从性评估结果[n(%)]

分组	n	完全依从	部分依从	不依从	总治疗依从率
观察组	54	37(68.52)	14 (25.93)	3 (5.56)	94.44%
对照组	54	23(42.59)	20 (37.04)	11 (20.37)	79.63%

注: 两组对比, $p<0.05$

2.2 患者护理满意度情况

见表 2 所示,在护理总满意率上,观察组 93.33%,对照组 66.67%,对比有统计学意义 ($p<0.05$);

表 2: 患者护理满意度评估结果[n(%)]

分组	n	很满意	基本满意	不满意	护理总满意率
观察组	54	37(68.52)	15 (27.78)	2 (3.70)	93.33%
对照组	54	24(44.44)	22 (40.74)	8 (14.81)	66.67%

注: 两组对比, $p<0.05$

2.3 两组患者干预前后 SAS、SDS 评分情况

如表 3 所示,在患者 SAS、SDS 有关心理评分上,观察组护理后评分降低程度明显多于对照组,对比有统计学意义 ($p<0.05$);

表 3: 两组患者干预前后 SAS、SDS 评分对比 ($\bar{x}\pm s$,分)

分组	时间	SAS	SDS
观察组	干预前	54.89 $\pm$ 5.12	56.91 $\pm$ 6.74
	干预后	31.58 $\pm$ 4.71	33.87 $\pm$ 3.61
对照组	干预前	55.62 $\pm$ 6.25	54.72 $\pm$ 5.84

干预后 45.79 $\pm$ 4.38 42.78 $\pm$ 4.98

注: 两组干预前对比, $p>0.05$, 两组干预后对比, $p<0.05$

2.4 两组患者干预前后血压与血糖达标率情况

如表 4 所示,在患者血压与血糖达标率上,观察组干预后比例明显高于对照组,对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 4: 两组患者干预前后血压与血糖达标率对比[n(%), n=54]

分组	时间	血压	血糖
观察组	干预前	33 (61.11)	31 (57.41)
	干预后	52 (96.30)	53 (98.15)
对照组	干预前	35 (64.81)	30 (55.56)
	干预后	46 (85.19)	42 (77.78)

注: 两组干预前对比, $p>0.05$, 两组干预后对比, $p<0.05$

3 讨论

在健康教育沟通过程中,需要充分地意识到,沟通本身需要结合具体情境环境而定。每个患者的接受程度,以及他对疾病治疗的期待各有不同,因此在沟通中需要尽可能地保持专业性的态度,拉近护患之间的距离,避免对患者进行过度严肃、审判性的态度而导致患者的抵触情绪。首先需要让患者放下内心的抵触情绪进行沟通,才能保证后续沟通的有效性^[6]。如果患者对护理人员有抵触情绪,首先需要暂停有关沟通,但是暂停沟通的前提是在于进行必要的提醒以及说明,然后离开或者更换其他人员做替代性的工作,避免过多的直面冲突。沟通过程中,除了常规的语言性的沟通,也需要注重个人形象、态度、语速、肢体动作、眼神表情等各方面细节的配合。首先要保持内心层面的一种端正态度,对于不适合进行护患沟通的护理人员,需要尽可能地减少有关工作的参与^[7]。

对于沟通技巧的培养,需要专业指导进行。要充分的通过现代化教学手段来引导护理人员掌握专业的沟通技巧方法。如果条件允许,可以聘请专业的团队制作对应的微课内容,让材料针对实际工作内容以及科室特点开展,做好教学计划、内容以及评价标准的设定。可以展开专业人员的头脑风暴,进行细致的文献资料查找与反复论证,做好教学内容的逐一分解,然后依据教学内容进度做好对应的微课设计制作。可以依据微课学习所需建立对应的微信群,然后在网络平台上做好对应的学习讨论交流。带教人员需要针对科室情况以及学习所需安排对应的指导老师。具体学习形式以及内容设计,都可以在网络平台上及时有效回复。微课教学过程中所遇到的问题进行对应理论以及技术层面的指导,配合开展对应的情境化教学。微信群中需要每周做好对应微课视频材料的发送,依据视频内容为基础来引导学员进行对应的讨论。依据微课视频做好有关实践任务的安排,同时在对教师带教的场景下进行任务的执行^[8]。而代教老师则需要依据实际学员完成的情况做对应的点评总结,指出问题,肯定优点,做好针对性的引导。学习结束时需要进行专业性的理论知识以及实践技能考核,由此来

(下转第 227 页)

健康教育对小儿哮喘护理效果的影响评价

杨列平

西安市北方医院 陕西西安 710043

摘要：目的：本文主要是在小儿哮喘的护理方案中，探讨了对其实实施健康教育的效果。方法：选取到我院接受治疗的 78 例小儿哮喘患儿作为研究样本，然后采用随机数字表法将这 78 例患儿分为研究组 39 例与常规组 39 例，并分别给予两组患儿不同的护理方案，给予常规组患儿常规护理干预，在常规组的基础上，给予研究组患儿健康教育干预，对不同组别患儿的护理效果、满意度、遵医行为、肺功能以及哮喘评分展开研讨。结果：对两个小组患儿经不同护理方式干预后的效果、满意度调查后得知：研究组患儿的总有效率、总满意度分别为 94.87%、(95.65±1.75) 分，常规组患儿的总有效率、总满意度分别为 71.79%、(76.54±0.65) 分，数据对比，研究组更高 ($P < 0.05$)；在对两组患儿经不同护理方式干预后的遵医行为调查中得知：研究组患儿的遵医行为显著优于常规组 ($P < 0.05$)；分析两组患儿经不同护理方式干预前后的肺功能显示：研究组与常规组在护理前的肺功能无明显差异 ($P > 0.05$)，但在护理后两组患儿的肺功能评分均呈上升趋势，且研究组更为显著 ($P < 0.05$)；将两组患儿经不同护理方式干预前后的日间哮喘评分、夜间哮喘评分进行对比可知：研究组与常规组在护理前的日间哮喘评分、夜间哮喘评分差异不大 ($P > 0.05$)，但在护理后两组患儿的日间哮喘评分、夜间哮喘评分均呈下降显示，且研究组更为明显 ($P < 0.05$)。结论：对于小儿哮喘患儿来说，应采取健康教育进行干预，可有效提升患儿的护理效果、满意度、遵医行为，改善其哮喘情况和肺功能恢复情况，应用效果十分显著。

关键词：小儿哮喘；健康教育；护理效果；影响

在临床上，小儿哮喘（又称儿童支气管哮喘）是儿科呼吸系统常见病，其发病率较高，而且病情易反复发作^[1]。该病的主要临床症状为咳嗽、胸闷、反复喘息等，部分患儿会出现梗阻性及可逆性呼吸道疾病，对患儿的学习、生活、健康产生不同程度的影响，若在发病时未能采取有效的措施，可能会危及到患儿的生命安全^[2]。因此在对小儿哮喘实施针对性治疗的同时需配合高效的护理措施，从而提高患儿的治疗效果^[3]。为了探讨健康教育对小儿哮喘护理效果的影响，本次研究选取了 78 例我院收治的小儿哮喘患儿，并将其作为本次研究的研究样本，现做出如下报告。

1、资料与方法

1.1 一般资料

本次研究的起止时间分别为 2021 年 3 月、2022 年 3 月，本次研究的 78 例样本均来自到我院接受治疗的小儿哮喘患儿，通过随机数字表法分为两组，一个小组为研究组，另一个小组为常规组，每组有相同数量的患者。通过调查研究组患儿的基本信息可知：男性、女性患儿分别为 21 例、18 例；年龄最大、最小、均值分别为 10 岁、3 岁、(4.46±2.52) 岁；病程最长、最短、均值分别为 5 年、1 年、(3.56±2.49) 年。通过调查常规组患儿的基本信息可知：男性、女性患儿分别为 22 例、17 例；年龄最大、最小、均值分别为 11 岁、2 岁、(4.62±2.48) 岁；病程最长、最短、均值分别为 6 年、0.5 年、(3.65±2.41) 年。对研究中所涉患儿的基本信息进行调查后，数据差异不大，因此可纳入分析。

将以下内容予以纳入：（1）经临床确诊为小儿哮喘者；（2）临床各项资料齐全无缺项者；（3）患儿及家属均在知情的前提下对同意书进行签署；（4）配合度较高者。

将以下内容予以排除：（1）由于个人因素或者外在因素中途退出研究者；（2）存在精神障碍者；（3）伴有严重的传染性疾病者；（4）患有器官功能异常者。

1.2 方法

两组患儿在入院后均接受祛痰、补液、抗感染等常规药物治疗。

常规组：给予常规组患儿常规护理，主要包括并发症、病情、药物等方面的护理。

研究组：在常规组基础上，给予研究组患儿健康教育干预措施，具体内容如下：入院后，医护人员需要带领患儿及家属熟悉医院的环境，并详细告知其住院的相关注意事项。将疾病的相关知识（病因、预后）、遵医嘱的重要性讲与患儿及家属，使其提高对疾病的认知以及对治疗的依从性^[4]。并且讲解成功案例，用温和、耐心的态度与患儿进行深度的交流，促进友好关系，帮助患儿树立治疗信心。部分患儿在发病时身体会出现明显的不适症状，护理人员需要通过提供玩具或者播放音乐、电视的方式转移其注意力，使不适感得以改善，对产生恐惧、紧张等不良情绪的患儿实施针对性的心理疏导^[5]。帮助患儿养成良好的饮食习惯，以新鲜的水果、蔬菜为主，采用少食多餐的方式，避免食用辛辣油腻性食物，确保营养摄入均衡^[6]。同时需要鼓励患儿进行适当的锻炼，例如游泳、慢跑等，但不能进行剧烈运动，在运动期间时刻关注患儿的各项生命体征，若发生异常需立即与医生取得联系^[7]。在患儿出院后，医护人员需要通过上门或者打电话的方式进行随访，叮嘱家属监督患儿坚持用药、锻炼，养成合理饮食的习惯，定期到医院复查，提高患儿家属的护理能力，从而有效预防患儿出现哮喘复发的情况。

1.3 评价标准

将不同组别患儿经过不同护理方式干预后的效果、满意度、遵医行为、肺功能以及哮喘评分作为本次研究的主要评估标准，详情如下：

1.3.1 各组护理效果对比分析

对比两组患儿的护理效果：以完全改善、部分改善以及无效为主要评估标准，干预后，患儿的临床症状完全消失视为完全改善；干预后，患儿的临床症状部分缓解视为部分改善；干预后，患儿的临床症状无变化或者加重的视为无效^[8]。

1.3.2 各组护理满意度对比分析

对两组患儿护理满意度经不同护理方式干预后的变化进行统计，评估标准主要包括护理服务、护理方式及护理环境等 3 个维度，并通过这 3 个维度计算总满意度，分值区间均在 0-100 分之间，分数高低代表了患儿护理满意度的高低。

1.3.3 各组遵医行为对比分析

对比两组患儿的遵医行为，以用药情况、饮食管理、按时锻炼、预防呼吸道感染等为主要评估标准，每个项目总分为 20 分，该量表总分为 100 分，分数越高，患儿的遵医行为越好。

1.3.4 各组肺功能对比分析

对比两组患儿的肺功能，以 FVC、PEF、PEV₁、FEV₁/FVC 为主要评估标准，详细记录干预前后的数据，对所得数据进行探讨分析。

1.3.5 各组哮喘评分对比分析

对两组患儿日间哮喘评分、夜间哮喘评分经不同护理方式干预前后的变化进行统计，并对所得数据进行探讨分析。

1.4 统计学分析方法

统计分析时先检查各组数据的完整性，然后进入到数据分析环节，使用 SPSS 20.0 软件对本次研究所得出的数据进行评估，其中，相关的数据

资料主要为计量资料和计数资料，在检验计数资料时选择卡方，结果为百分比，在检验计量资料时选择 t，结果为 ($\bar{x} \pm s$) 标准，对数据意义评估，主要依据 P 值，其数据的临界值为 0.05，当 $P < 0.05$ 时，代表数据在统计学中占据重要意义。

2. 结果

2.1 各组护理效果对比分析，详情如表 1 所示。

表 1 两组护理效果调查分析 (n, %)

组别	例数	完全改善	部分改善	无效	总有效率 (%)
研究组	39	25 (64.10)	12 (30.77)	2 (5.13)	37 (94.87)
常规组	39	18 (46.15)	10 (25.64)	11 (28.21)	28 (71.79)
χ^2 值	-	-	-	-	7.477
P 值	-	-	-	-	$P < 0.05$

2.2 各组护理满意度对比分析，详情如表 2 所示。

表 2 两组护理满意度调查分析 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	护理方式	护理环境	护理服务	总满意度
研究组	39	92.75±3.53	97.24±2.16	92.35±3.66	95.65±1.75
常规组	39	78.35±2.65	72.35±2.65	76.49±2.64	76.54±0.65
t 值	-	20.373	45.466	21.948	63.928
P 值	-	$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$

2.3 各组遵医行为对比分析，详情如表 3 所示。

表 3 两组遵医行为调查分析 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	按时锻炼	用药情况	饮食管理	预防呼吸道感染	总分
研究组	39	18.47±1.21	18.32±1.05	17.46±1.01	19.01±0.15	90.27±0.71
常规组	39	16.23±1.15	16.32±0.26	14.24±1.65	17.35±1.04	81.26±0.82
t 值	-	8.380	11.547	10.394	9.866	51.875
P 值	-	$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$

2.4 各组肺功能对比分析，详情如表 4 所示。

表 4 两组肺功能调查分析 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	FVC(L)		FEV ₁ (L)		PEF(L/sec)		FEV ₁ /FVC(%)	
		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	39	2.23±0.53	3.03±0.45	1.43±0.31	1.73±0.25	50.21±3.18	59.68±4.52	48.14±4.87	57.74±4.47

常 规 组	39	2.14±0.57	2.74±0.30	1.44±0.37	1.54±0.25	50.24±4.72	55.36±4.59	48.42±4.72	53.24±4.68
t 值	-	0.722	3.349	0.129	3.356	0.033	4.188	0.258	4.342
P 值	-	P>0.05	P<0.05	P>0.05	P<0.05	P>0.05	P<0.05	P>0.05	P<0.05

2.5 各组哮喘评分对比分析, 详情如表 5 所示。

表 5 两组哮喘评分调查分析 ($\bar{x} \pm s$)

组 别	例 数	日间哮喘评分		夜间哮喘评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
研 究 组	39	3.43±1.24	0.75±0.13	3.34±1.28	0.75±0.12
常 规 组	39	3.45±1.26	1.47±0.58	3.32±1.24	1.58±0.69
t 值	-	0.071	7.565	0.070	7.401
P 值	-	P>0.05	P<0.05	P>0.05	P<0.05

3、讨论

小儿哮喘的发病群体主要为学龄前儿童, 发病机制复杂, 其原因通常与环境、遗传等因素相关, 发病率也随着人们生活方式的改变不断升高^[9]。幼儿发生哮喘的概率相比成年人高的原因是幼儿鼻腔内的鼻毛较少, 抵御能力较差^[10]。目前临床中尚无根治哮喘的有效方案, 加上患儿及家属对疾病知识的缺乏, 导致治疗不及时引起病情加重, 因此在小儿哮喘的护理中需要加强健康教育工作^[11]。健康教育是在常规护理的基础上对患儿实施针对性的健康指导, 帮助患儿熟悉医院环境, 将疾病的发生原因以及有效预防措施告知患儿及家属, 使其提高认知程度^[12]。部分患儿会因病情反复而产生紧张、恐惧等心理, 因此需要对其实施心理疏导, 与其耐心地沟通, 并且根据患儿情况定制合理的饮食方案, 指导其进行运动锻炼, 并且在患儿出院后, 要定期的对其回访, 了解患儿的用药、饮食、运动情况, 叮嘱家属带领患儿定期到医院复查, 时刻关注患儿的各项生命体征, 确保其康复效果, 避免哮喘复发^[13]。本次研究将常规护理干预与健康教育干预进行了对比, 结果显示, 经不同护理方式干预后, 研究组患儿的护理效果、满意度、遵医行为均优于常规组, 就两组患儿经不同护理方式干预前后的哮喘评分而言, 研究组患儿护理后的日间哮喘评分、夜间哮喘评分均低于常

规组, 说明研究组患儿哮喘的改善效果更好, 在对比两组患儿的肺功能情况后得知, 研究组患儿在经过护理后的肺功能改善情况相对常规组更佳。

综上所述, 对小儿哮喘患儿应实施健康教育干预措施, 这种措施可以改善患儿的肺功能以及哮喘情况, 对提高患儿的护理效果、满意度、遵医行为具有促进作用, 值得在临床上应用与推广。

参考文献:

- [1]林益斌.异丙托溴铵联合孟鲁司特钠治疗小儿哮喘的效果及其对肺功能的改善效果[J].中国医药科学,2020,10(24):89-91+95.
- [2]周仁友, 张文春, 陈波曼等.孟鲁司特钠联合普米克令舒治疗小儿哮喘急性发作期临床疗效及对血清 IL-17、TNF- α 、hs-CRP 的影响[J].检验医学与临床, 2020,17(23):3515-3517.
- [3]周主华.强化健康教育对小儿哮喘护理效果及对喘急性发作次数的影响分析[J].中国医药指南,2019,17(16):19-20.
- [4]陈爱美, 高晓燕, 薛红丽,等. 强化健康教育对小儿哮喘护理效果的影响[J]. 护理实践与研究, 2016, 13(12):2.
- [5]张映辉. 健康教育对小儿哮喘护理效果的影响分析[J]. 中外医疗, 2014, 33(10):2.
- [6]杨锦梅. 健康教育对小儿哮喘护理效果的影响[J]. 现代养生, 2014,7(10):1.
- [7]高洁, 钱晓红, 董惠亭,等. 加强健康教育对提高小儿哮喘护理质量的影响分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015,21(13):77.
- [8]刘鑫. 加强健康教育对提高小儿哮喘护理质量的影响评价[J]. 大家健康旬刊, 2014.11(24):31.
- [9]海新霞, 向敏, 努依拉. 健康教育对小儿哮喘患者治疗依从性及小儿哮喘控制率的影响[J]. 中华现代护理学杂志, 2008, 5(7):658-659.
- [10]胡莉敏. 个性化健康教育对小儿哮喘护理效果中的影响研究[J]. 心理医生, 2017, 23(023):62-63.
- [11]张瑛. 强化健康教育对小儿哮喘护理效果及哮喘急性发作次数的影响[J]. 我和宝贝, 2020, 10(1):2.
- [12]苟琴. 健康教育对小儿哮喘护理临床疗效评价[J]. 家庭保健, 2019, 05(027):78.
- [13]黄西. 健康教育对提高小儿哮喘护理质量及治疗依从性的影响评价[J]. 家庭医药.就医选药, 2018,7(02):22.

基于影像组学定性算法的肺腺癌精准治疗方案决策系统设计 与实现

王春霓¹ 林琳¹ 崔志柔¹ 王司晨¹ 张浩¹ 李俊横² 刘宜鑫² 戚丽霜¹ (通讯作者)

1. 哈尔滨医科大学生物信息科学与技术学院 黑龙江哈尔滨 150080;

2. 哈尔滨医科大学基础医学院 黑龙江哈尔滨 150080

摘要:在大数据与人工智能时代背景下,人工智能、医学影像和生物信息诊断等技术可为肿瘤早期筛查及用药指导提供决策支持,推动个体化医疗突破。本研究针对当前智能挖掘影像组学标志受批次效应影响而无法临床转化的痛点以及我国医疗影像服务模式的短板,基于肺腺癌常规的计算机断层扫描(CT)检查图像,创新性提出利用CT影像特征值之间的相对大小关系开发个体化预后和放化疗疗效的耦联预测标志。利用耦联预测标志,项目搭载智能影像诊疗助手开发而成在线评估系统。该系统面向临床医师,仅需上传患者的CT影像,即可评估患者的复发风险以及对放化疗的敏感性,辅助精准治疗方案的制定。该项目的实施将大幅提高医疗机构和医生的工作效率、减少医疗支出、推动精准医疗的发展和智能复合型人才培养、带动就业,具有深远的科学与社会价值。

关键词:影像组学;定性算法;肺腺癌;决策系统

2015年,科技部召开了“国家精准医疗战略专家会议”,计划在2030年前投入600亿元,精准医疗在中国已经上升为了“国家战略”【1】。2022年5月,国家发展改革委印发《“十四五”生物经济发展规划》针对生物医药技术惠民工程,提出以高通量基因测序、质谱、医学影像、生物信息诊断等技术为主,重点开展肿瘤早期筛查及用药指导,继续推动个体化医疗突破。近年来,核医学成为推动肺癌诊疗进入精准医疗时代的关键因素【2-3】。

人工智能(artificial intelligence, AI)对医疗产业的赋能最为重要,在医学影像、AI辅助诊断等多个领域均能起到重要作用,是发展智慧医疗产业的核心技术基础,开启肺癌诊疗新纪元【4】。在临床诊疗中,人工智能赋能医学影像已经由临床辅助检查手段发展成临床诊断疾病的主要方法,广泛应用于体检、疾病筛查、诊断与鉴别、疗效评价及预后等多个方面,为人民群众提供全方位全周期的健康保障。近几年基于多模态医学影像图谱,如电子计算机断层扫描(computerized tomography, CT)、核磁共振成像(Magnetic Resonance Imaging, MRI)和正电子发射计算机断层显像(Positron Emission Tomography-Computed Tomography, PET-CT)等,能够高通量地提取描述肿瘤特征性的影像特征(即影像组学)【5】,其中包含大量有价值的反映癌症亚型的信息,能够为癌症的早期诊断、预后及药效亚型提供无创、精准以及非主观性的评估。

肺癌是我国发病率和死亡率最高的恶性肿瘤之一,每年约有近300万人死于肺癌。肺腺癌(lung adenocarcinoma, LUAD)是肺癌最主要的亚型,其治疗方案的制定主要根据患者的TNM分期。根治性手术切除和/或术后辅助化疗是早中期患者的标准治疗方案,但即使是I期患者仍有30%以上的复发率【6-7】。同步放化疗(concurrent chemoradiotherapy, CCR)是中晚期患者的首选治疗方案,但患者生存率仅为15%左右。计算机断层

扫描(CT)是肺癌中最常用的成像方式,可以无创检测组织密度,并描述肿瘤的空间异质性。因此,利用患者的CT成像建立快速精准的智能诊疗辅助决策系统,评估患者复发风险和对放化疗治疗的敏感性以指导患者接受恰当的治疗方案,对提高癌症患者预后具有重要作用。

1. 基于影像组学定性算法预测标志的优势

医疗数据中超过90%的数据来自于医学影像,电子计算机断层扫描(computerized tomography, CT)影像是LUAD患者主要的检测项目。然而,目前基于CT影像的评估主要依赖于临床医师的主观经验,阅片医师的经验是制约当前医疗可持续发展的关键。通常根据病灶大小、形态、数目、位置和密度(或信号)等形态学信息做出判断,难以准确量化,不能满足当前精准医疗背景下疾病诊疗评估的需求。

同时,医学影像设备飞速发展,图像空间分辨率、时间分辨率大幅提升。单个患者的扫描或重建即可产生大量薄层、高分辨率的医学图像,给医生阅片带来巨大压力。我国医疗机构的影像设备装机数量逐年攀升,而影像科医生的数量增加有限,导致医生工作严重超负荷。

因此针对现今医学影像学诊断中存在的依赖医师主观经验以及阅片数量大出现误诊率高的问题【8】。本项目创新性提出基于样本内影像组学定量特征值的相对大小(秩序)关系开发预测标志的算法,该方法不受不同医学中心影像组学定量特征值批次效应的影响,能够直接应用于每个患者进行治疗指导,适于临床转化,促进AI影像从“云端”落地,实现基础研究向临床转化。该项目提出的创新方法可平行应用于其它癌型及影像技术,有利于科研成果向临床转化。

2. 基于影像组学定性算法的肺腺癌决策系统的体系结构

本项目开发的定性标志构建方法,应用了基于样本内影像组学定量特

征值的相对大小（秩序）关系的算法，并结合互联网大数据的背景，构建了针对肺癌无创个体化预后和放疗化疗敏感性评估系统。同时该系统也提供了针对癌症患者各类临床指标（如诊断、预后和药效评估等）的标志构建模块，将有力推进研究成果转化为可应用于临床的辅助工具。该系统基于 Django 框架和 B/S 架构，使用 Python 编程语言、Pycharm 编译器和 Mysql 数据库进行开发，并通过使用 Bootstrap 对网页进行美化。系统的主要架构如图 1 所示。

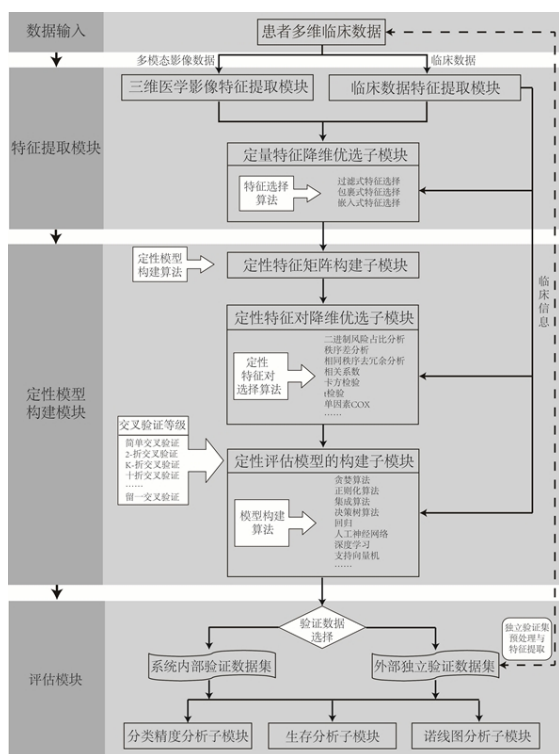


图 1 影像组学定性算法构建癌症临床指标评估系统组成示意图

2.1 特征提取模块构建

(1) 三维肿瘤建模模块：基于 PyRadiomics 工具包【9】对所述原始三维医学图像进行处理，根据 CT 影像图片构建肿瘤三维模型。

(2) 临床数据特征提取子模块：肿瘤临床数据主要包括但不限于：患者个人基本数据：性别、年龄、吸烟史、治疗史与基础性疾病；肿瘤 TNM 分期数据；患者已接受的治疗策略；患者生存随访信息：生存时间与生存状态；患者对治疗药物的应答情况，包括完全应答、部分应答、稳定性和进展性。

(3) 定量特征特征提取子模块：利用高通或低通小波滤波器和具有不同 λ 参数的拉普拉斯高斯滤波器进行处理，得到 8 个小波预处理后图像和 5 个拉普拉斯滤波器处理后的图像，提取所述原始三维医学图像和处理后图像的影像组学特征。

(4) 定量特征降维优选子模块：将影像组学特征作为输入特征向量，针对特定临床问题，利用多种降维算法识别与患者癌症各类临床指标相关的影像组学特征。

2.2 定性标志模型构建模块

(1) 定性特征对矩阵构建子模块：利用（上述筛选）影像组学特征两两组成特征对，根据每对特征值的相对秩序关系对样本进行定性描述（0 或 1），构建特征值对的定性二进制矩阵。

(2) 定性特征对降维优选子模块：利用多种特征选择算法结合临床信息，识别与患者癌症各类临床指标相关的影像组学定性特征对；定性特征对选择算法与定量降维算法相似。

(3) 定性标志模型构建子模块：用于构建评估癌症各类临床指标的定性标志模型，利用多种模型构建算法结合临床信息，优化选取多种交叉验证等级，识别一组与患者癌症特定临床指标相关的影像组学定性特征对集合作为评估模型。

2.3 定性标志模型评估模块

(1) 分类精度分析子模块：利用回归分析构建分类精度分析评估，验证分类准确性。

(2) 生存分析子模块：采用 log-rank 检验、单因素和多因素 Cox 风险回归、时间 ROC 曲线、C-index 等预后治疗评估标志模型预测预后性能，并展示 KM 生存曲线。

(3) 诺线图分析子模块：利用诺线图展示模块的临床增益价值。

2.4 定性标志模型应用模块

输入患者的 CT 影像图谱，即可对患者进行临床亚型进行评估；本系统目前主要评估患者术后复发风险（高或低复发风险）和对放疗化疗一体化治疗的敏感性（敏感或耐药），后续可拓展于其它肺癌临床亚型评估，如 EGFR 突变、免疫治疗敏感性等。

3. 基于 Django 框架的决策系统的功能及实现

3.1 肺癌癌诊疗评估标志的构建

本项目针对患者术后是否需要采取辅助治疗的决策需求，依据上述描述的影像组学定性算法流程，已开发了一组包含 9 个特征对的预后标志模型，根据每个特征对的秩序关系对患者风险进行投票，半数以上特征对认为患者为高风险，则该患者被判定为高风险，反之若半数以上特征对认为其为低风险，则该患者被判定为低风险。该类标志能够个体化评估患者术后复发和死亡风险。

同时，本项目针对患者药物治疗方案是否采用放疗化疗一体化（CCR）的决策需求，依据上述描述的影像组学定性算法流程，利用临床收集的样本开发了一组包含 14 个特征对的 CCR 敏感性预测标志模型（14-FPS）。同理，根据每个特征对的秩序关系对患者 CCR 敏感性进行投票，半数以上特征对认为患者为敏感，则该患者被判定为 CCR 敏感患者，推荐其采用 CCR 治疗；反之若半数以上特征对认为其为 CCR 耐药，则该患者被判定为对 CCR 耐药，推荐其选择其它治疗方案。该类标志能够个体化评估

患者对 CCR 的敏感性, 指导其治疗方案的选择。

3.2 环境配置

系统硬件为一台接入医院局域网计算机服务器, 操作系统为 Windows Service 2012, 数据库为 Mysql。系统软件基于 B/S 架构, 在开源 Web 框架 Django 4.1 基础上, 整合开源软件工具包 Pycharm 开发而成。系统后端编程语言 Python 3.7.2, 前端页面开发语言 HTML、CSS 及 JavaScript, 利用 Windows 互联网信息服务提供反向代理和静态文件服务。

3.3 决策系统使用流程

使用者(临床医师)仅需上传肺癌患者 CT 影像图像及肿瘤勾画, 系统将调用特征提取模块, 自动提取影像组学特征谱; 根据定性系统中临床标志应用模块, 通过解析标志中特征对之间的秩序关系即可对该患者进行复发风险、放化疗敏感性进行个体化诊疗评估, 为临床医生制定患者个性化治疗方案提供指导意见。

3.4 决策系统功能页面展示

平台具有清晰的操作界面, 无需培训即可操作, 易于应用与推广。智能诊疗模块能够通过上传患者的 CT 影像对患者的预后、放化疗一体化治疗敏感性进行评估, 返回评估结果指导治疗方案的选择, 部分功能展示如下图 2 所示: 上图为系统的主页面, 介绍了本系统主要功能和导航框, 可以根据所需内容进行选择。下图左图为智能诊疗页面, 使用者可点击上传患者的 CT 影像, 对诊疗内容进行勾选, 点击提交系统即可根据影像对患者的预后和 CCR 敏感性进行评估, 评估结果展示为下图右图。



图 2 肺癌智能影像诊疗助手功能展示

4. 成效与展望

在社会需求和国家政策的双重驱动下, 本项目面向精准医学的“国家战略”目标, 针对我国影像诊疗的痛点问题, 着眼于技术突破与创新, 开展医学影像、精准医疗、信息科学与 AI 智能等多个学科的交叉研究【10】。

本项目重点针对影像组学定量标志无法临床转化的核心问题, 创新性提出利用特征值相对大小的定性关系抵抗批次效应, 开发预后和放化疗敏感性的联合预测标志, 构建面向临床医师的肺癌智能诊疗助手辅助治疗决策。使用者(临床医师)仅需上传患者常规检查的 CT 影像, 平台即可提取定性影像组学特征, 据此评估患者的复发风险以及对放化疗治疗的敏感性, 辅助临床医师制定患者的个性化治疗方案。该项目具有较好的创新优势和重要的科学、社会价值。

参考文献:

- [1]翟运开, 王天琳, 杨一旋等.面向精准医疗的大数据治理框架研究[J].中国卫生事业管理.2020, 37(7): 481-483,528.
- [2]庞小溪, 霍焱, 王荣福.精准医学时代的核医学分子影像[J].标记免疫分析与临床.2016, 23(10): 1119-1122,1133.
- [3]王红.医学影像诊断报告质量优化的研究与探讨[J].东方药膳.2021, (17): 246.
- [4]李娟娟, 刘敏, 杨斌.人工智能辅助肺结节筛查及定性诊断的应用研究[J].实用临床医药杂志.2022, 26(8): 8-12.
- [5] Lambin P, Rios-Velazquez E, Leijenaar R, et al. Radiomics: extracting more information from medical images using advanced feature analysis. Eur J Cancer. 2012;48(4):441-446.
- [6]吴坤, 张国良.肺癌放射治疗的应用策略及研究进展[J].临床内科杂志.2020, 37(2): 78-81.
- [7] Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer Statistics, 2021. CA Cancer J Clin 2021;71:7-33.
- [8]滕树凝.浅谈医学影像大数据的发展及应用[J].中国科技纵横.2019, (24): 191-192.
- [9] Zwanenburg A, Vallieres M, Abdalah MA, et al. The Image Biomarker Standardization Initiative: Standardized Quantitative Radiomics for High-Throughput Image-based Phenotyping. RadioLOGY 2020;295:328-338.
- [10]徐国利, 吴新淮, 孙绪芳.影像诊疗管理面临的问题及对策[J].中国医院管理.2003, 23(12): 42-42.

*基金项目: 全国大学生创新创业训练计划国家级重点领域项目(202110226018)。

第一作者简介: 王春霓, 哈尔滨医科大学生物信息科学与技术学院本科生。

通讯作者简介: 戚丽霜, 副教授, 博士, 主要研究方向为肺癌临床亚型个体化标志识别、肺癌系统性发病机制研究等。

中文版亚隆疗效因子问卷在成长性团体中的适用性

王凡^{1,2} 吴锐³ 彭丹¹

1. 贵州医科大学大学生心理健康教育与咨询中心 贵州贵阳 550025; 2. 贵州医科大学医学人文学院 贵州贵阳 550025;
3. 贵州中医药大学人文与管理学院 贵州贵阳 550025

摘要: 目的 探讨中文版亚隆疗效因子问卷在成长性团体中的适用性。方法 采用征集的模式选取某高校 4 个团体共 112 人, 对其进行发展性团体心理咨询, 并与三次咨询后施测中文版亚隆疗效因子问卷。结果 中文版亚隆疗效因子问卷具有良好的项目区分度, 所有项目与所属分量表得分均显著相关 ($p < 0.01$)。所有分量表与量表总分均显著相关 ($p < 0.01$), 单因子模型拟合良好, 量表 Cronbach's α 系数为 0.83。结论 中文版亚隆疗效因子问卷信效度良好, 可作为发展性团体心理咨询中疗效因子的评估工具。

关键词: 团体心理; 疗效因子; 心理咨询

1 问题提出

团体心理咨询是一门以心理学为基础的专业助人知识、理论与技术。它通过团体内人际交互作用, 促使个体在交往中通过观察与体验, 认识自我、探讨自我、接纳自我, 学习新的态度与行为方式, 以发展良好适应的助人过程^[1]。随着高校扩招及个体心理素养提高, 传统的个体咨询方式已经难以满足高校日益增加的咨询需求。在此背景下, 团体心理咨询模式在全国各高校中愈受重视。研究表明, 团体心理咨询对于大学生心理困扰有良好的干预作用, 如刘慧瀛等人探讨了生命意义团体心理咨询对大学新生心理症状的干预效果^[2], 渠立松及梁晓燕探讨认知归因团体心理咨询对大一新生人际交往困扰的改善效果^[3], 方双虎及郑凯探讨团体心理咨询对大学生强迫症状的干预方式及效果^[4]。有学者提出, 国内对团体心理咨询的研究, 主要集中于效果研究^[5], 初步研究极少^[6], 且尚未有对团体心理疗效因子的专门研究。如果能够明确团体治疗是通过哪些因素帮助团体成员, 咨询师就能依照改变过程的相关因素作为理论依据, 从而据此确定有效的咨询策略, 使团体咨询发挥最大的效力^[7]。因此, 疗效因子是团体心理咨询机制中重要的研究主题, 并有助于帮助咨询师在咨询过程中给予个案针对性的帮助。

Yalom 最早提出并定义了 12 种疗效因子, 并且开发了一个 60 个测试项的疗效因子 Q 分类^[8], 之后 Yalom 将其修订为 11 个疗效因子, 原“指导建议”修改为“传达信息”, 原“外现性人际学习”修改为“发展社交技巧”, 并删除了“自我了解因子”^[7], Karen 和 Rebecca 在此基础上开发了疗效因素清单^[9]。目前国内测量团体疗效因子最常使用中华团体心理治疗协会翻译发行的二十四题亚隆疗效因子问卷^[10], 使用于各类治疗性团体以测量其疗效因子, 例如运用在门诊抑郁症团体^[11]、性侵害被害人团体^[12]; 国外针对疗效因素的研究发现不同类型的团体对不同疗效因素的重视程度不同, 住院病人团体治疗疗效因子比较重要的有存在因素、希望灌注和自我了解^[13]; 社交恐惧症的认知行为团体治疗更为重视人际学习、指导和普同性^[14]; 住院酒瘾患者团体治疗最重视的疗效因子为存在因素、自我了解和凝聚力, 最不重视的是指导和认同^[15]。在既往的研究中, 疗效因子问卷用于治疗性团体的测量学指标良好, 而该量表尚未用于成长性团体的疗效因子测量, 且其采用 Q 分类法, 实施起来较为耗时。因此本文旨在研究亚隆疗效

因子的李克特式问卷在成长性团体中应用, 期望为成长性团体中的疗效因子测量提供合适的工具。

2 研究方法

2.1 研究对象

本研究在某高校的心理咨询团体中收集数据, 共选取 4 个团体, 团体规模从 30 人至 40 人, 共发放问卷 130 人, 回收整理后保留 112 份, 有效回收率 85.15%。其中男生 27 人, 女生 84 人, 未标注性别 1 人, 大一 43 人, 大二 8 人, 大三 55 人, 未标注年级 6 人, 平均年龄 20.75 岁 ($SD=1.32$, 18~24 岁)。

2.2 研究工具

采用 1985 年欧文亚隆编制中文版亚隆疗效因子问卷, 由中华团体心理治疗学会翻译的二十四题亚隆疗效因子问卷。内容分为利他、团体凝聚、普同性、内注性人际学习、外现性人际学习、指导、宣泄、仿同、家庭重现、自我了解、希望灌注及存在因素十二项疗效因子, 每项各两题, 评估团体心理咨询中团体成员认为有效的疗效因子。采用李克特五点评分法, 从“1”到“5”按照程度变化代表“非常重要”到“不重要”。

2.3 研究步骤

从某高校选取两个班级共 130 人参加团体, 将其分为 4 个组, 在团体心理咨询前, 咨询师集体说明团体规范、参与态度以及团体进行方式。团体进行方式为每周一次、每次 120 分钟。团体咨询师由学校两位进行过团体咨询训练的咨询师共同带领。每期团体共进行 3 次, 每次进行时, 除结构化团体的活动促进交流分享外, 同时集中在此时此地成员人际关系的困难, 并通过解释共情指出其重复出现的现象, 以通过人际觉察促进其个人内在世界成长。于三次团体结束后, 针对该次团体的过程, 由所有团体成员填写亚隆疗效因子问卷。

2.4 统计方法

采用 SPSS 21.0 进行描述性统计、项目分析、内部一致性信度的分析; 用 AMOS 21.0 进行验证性因素分析。

3 研究结果

3.1 描述性统计

量表各项目均分范围为 3.06 至 4.25, 均大于 3, 说明团体成员认可各

项目所描述内容,亚隆提出的 12 个疗效因子在团体活动中可以促进成员的改变。

在各项目得分的分布中(图 1),第 12 题(了解到不论从别人身上得到多少引导和支持,我终究必须对自己的生活方式负责)得分最高,为 4.25 分;第 15 题(发现团体中有我可以模仿的对象)得分最低,为 3.06 分。就疗效因子而言,得分最高的分别为外现性人际学习、存在因素及希望灌注。

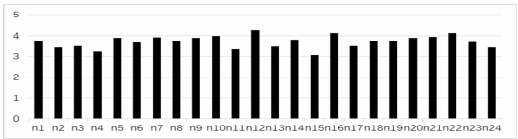


图 1 各项目得分

3.2 项目分析

采用 Pearson 相关法,分析项目之间的关系。所有项目与所属分量表得分均显著相关($r=0.58\sim0.80, p<0.01$)。所有分量表与量表总分均显著相关($r=0.44\sim0.67, p<0.01$),结果见表 1。

	利他	宣泄	团体凝聚	仿同	普遍	家庭重现	内注式人际学习	外现性人际学习	自我了解	希望灌注	指导	存在因素
总分	0.67**	0.65**	0.60**	0.44**	0.50**	0.57**	0.61**	0.67**	0.46**	0.67**	0.55**	0.64**

表 1 亚隆疗效因子问卷各因子与总分相关分析(N=112)

注: *代表 $p<0.05$, **代表 $p<0.01$, ***代表 $p<0.001$,下同。

3.3 效度检验

采用验证性因素分析,检验量表的结构效度,因单个因素项目数少于 3,且被试与自由参数的比值小于 5,因此按照因素对项目进行合并^[16]。结果显示,所有条目负荷都介于 0.31~0.67 之间, χ^2/df 小于 2, GFI、CFI、TLI、IFI 均大于 0.9, RMSEA 小于 0.05,即模型拟合数据良好,模型有意义,结果见表 2。

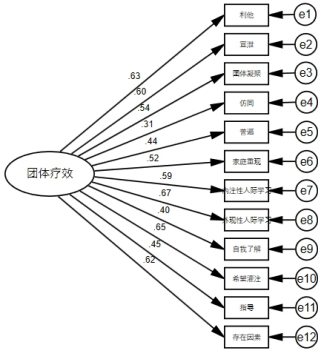


图 2 单因子结构图

3.4 信度检验

总量表的内部一致性信度为 0.83。亚隆疗效因子问卷前 12 题与后 12 题分别包含相同的 12 项疗效因子,因此将亚隆疗效因子前 12 题与后 12 题拆开分别计算其 Cronbach's α 系数,前 12 题 Cronbach's α 系数为 0.67,后 12 题 Cronbach's α 系数为 0.75。其分半系数为 0.69(见表 3)。

表 2 亚隆疗效因子问卷信度指数

内部一致性系数	前 12 题内部一致性系数	后 12 题内部一致性系数	分半信度
0.83	0.67	0.75	0.69

4 讨论

项目分析表明,所有项目与总分均呈正相关,相关系数大于 0.5,提示量表项目鉴别力良好,各项目都具有较好的区分度,量表各项目均分范围为 3.06~4.25,均大于 3,说明团体成员认可各项目所描述内容,没有项目需要删除。

本研究结果表明,疗效因子问卷分为利他、团体凝聚、普同性、人际内注、人际外现、指导、宣泄、仿同、家庭重现、自我了解、希望灌注及存在因素十二个维度,研究结果与 Q 分类法结果大体一致^[10],具有跨团体一致性,但同时也有跨团体差异性。此研究的团体疗效因子分布中,得分最高的分别是外现性人际学习、存在因素和希望灌注,与鍾明勋等人调查得到的结果不同,在前人研究中,研究者尝试在门诊/住院病人相对照的差别去解释疗效因子的差异,因此鍾明勋等认为此类差异源于团体发展阶段及文化差异性^[10]。而在国内近期的研究中,在团体发展初期,不同团体类型成员对疗效因子的重视程度亦有很大差别,如支持性团体治疗焦虑时“在 1-4 周重要的团体疗效因子为:团体凝聚力、情绪宣泄、家庭情景重现、希望重塑”^[17],成长性团体咨询中最为重视的疗效因子为团体的积极感受、信息的传授、对主要家庭团体的经验^[18]。鍾明勋等人的结论是基于门诊/住院病人的对照模式而进行归纳的,这是因为最早 Yalom 提出团体疗效因子是基于医院的病人团体,而随着时代的发展,越来越多的咨询师使用团体咨询模式进行成长咨询,此类团体不再适用于门诊/住院模式,因此,对于不同类型、不同团体成员对疗效因子重要性的排序,需要在进一步的研究中予以分辨。

本研究以中国大学生为被试,检验了李克特式团体疗效因子问卷中文版在中国文化背景下的信、效度。研究结果显示,所有项目与所属分量表得分均显著相关($r=0.58\sim0.80, p<0.01$),所有分量表与量表总分均显著相关($r=0.44\sim0.67, p<0.01$)。此量表具有理想的信度,即内部一致性信度为 0.83,分半信度为 0.79。验证性因素分析结果显示,量表 12 个条目的单因子模型适配性较好,各项目载荷在 0.31~0.63 之间,均为可接受范围。上述所有检验结果均达到了测量学的标准。通过本研究验证,李克特式亚隆疗效因子问卷的信度与效度达到心理测量学的标准,可以在团体心理咨询中广泛使用。

参考文献:

[1]樊富珉.我国团体心理咨询的发展:回顾与展望[J].清华大学学报(哲学社会科学版),2005(06):62-69.
[2]刘慧瀛,杨怡帆,王婉,等.生命意义团体心理咨询对大学新生心理症状的影响[J].中国心理卫生杂志,2020,34(5):393-397.

[3]渠立松,梁晓燕.认知归因团体心理咨询对大一新生人际交往困扰的改善效果[J].中国心理卫生杂志,2016,30(2):109-114.

[4]方双虎,郑凯.团体心理咨询对大学生强迫症状的干预效果[J].中国临床心理学杂志,2010,18(5):671-674.

[5]张英俊,涂翠平,胡昭然,等.中国团体心理治疗发展的文献计量分析[J].中国心理卫生杂志,2017,31(5):356-363.

[6]王茹婧,樊富珉,李虹,等.2001-2016年国内团体心理咨询效果评估:现状、问题与提升策略[J].中国临床心理学杂志,2017,25(3):577-583.

[7]Yalom, I. D. (1995). The theory and practice of group psychotherapy[M].New York: Basic Books.

[8]詹姆斯 L.迪露西亚瓦克,黛博拉 A.格里提,辛西亚 R.卡伦娜,玛利亚 T. 丽娃(2014)团体咨询与团体治疗指南(李松蔚,鲁小华,贾烜等译)[M].北京:机械工业出版社.

[9]Lese, K. P., & MacNair-Semands, R. R. (2000). The Therapeutic Factors Inventory: Development of a Scale[J]. Group, 24(4):303-317.

[10]钟明勳,郭珀如,杜家興,等.中文版雅乐姆疗效因素量表之信效度[J].中华团体心理治疗,2011,17(3):5-19.

[11]钟明勳,郭建成,杜家興,等.忧郁症动力取向人际关系团体心理治疗之气氛变化及疗效因素[J].中华团体心理治疗,2008,14(4):5-23.

[12]钟明勳,陈若璋,陈筱萍,等.团体心理治疗对本土性侵害加害人

之影响.中华团体心理治疗,2004,10(4):1-26.

[13]Sayin, A., Karslioglu, E. H., Sürgit, A., Sahin, S., Arslan, T., & Candansayar, S. u. Perceptions of Turkish psychiatric inpatients about therapeutic factors of group psychotherapy[J]. International Journal of Group Psychotherapy,2008,58(2),253-263.

[14]Choi, Y. H., & Park, K. H. Therapeutic factors of cognitive behavioral group treatment for social phobia[J]. Journal of Korean medical science,2006,21:333-336.

[15]Lovett, L., & Lovett, J. Group therapeutic factors on an alcohol in-patient unit[J]. The British Journal of Psychiatry, 1991,159:365-370.

[16]侯杰泰,温钟麟,成子娟(2004).结构方程模型及其应用.北京:教育科学出版社.

[17]季丽(2010).支持性团体治疗对大学新生焦虑的对照研究.硕士学位论文.苏州:苏州大学.

[18]史卉,樊富珉.一个成长性团体的治疗性因素,中国临床心理学杂志,2007,15(1),108-110+104.

项目基金:青春期留守儿童孤独感的影响因素及对策研究——基于潜在剖面分析,贵州省教育科学规划课题(2019C015)

(上接第218页)

评估学员的综合素质水平,对整体的培训教学情况做效果评估。理论考核主要针对呼吸科护理沟通有关知识做对应书面考核,专业实践操作考核则主要注重呼吸科护理沟通所需要应用的技能做对应的实操考核演练。

随着健康教育经验的丰富,健康教育工作所需要的素材来源越来越广,选择空间越来越大。技术层面也在不断升级,人们自行制作微课内容与获取健康教育经验的便捷性更好,为健康教育工作提供更好的助力。多种健康教育素材,尤其是网络课程素材的出现不是代替健康教育人才的位置,而是作为辅助角色来降低健康教育工作的压力,这样就有更多的精力针对每个学员所需,做针对性的教育引导与讨论,而其他规律性、大众性的内容,则可以通过微课传递给学员做自行吸收。

本研究中,在患者血压与血糖达标率上,观察组干预后比例明显高于对照组,对比有统计学意义($p<0.05$)。说明教育指导纠正错误意识与行为,有助于提升疾病控制效果。在患者 SAS、SDS 有关心理评分上,观察组护理后评分降低程度明显多于对照组,对比有统计学意义($p<0.05$)。纠正了错误认识,有助于达到心理安抚效果,避免负面情绪的严重化。在患者治疗依从性上,观察组 94.44%,对照组 79.63%,对比有统计学意义($p<0.05$)。患者治疗依从性提升,整体的状况得到优化,患者体验感受更好。在患者护理满意度上,观察组 93.33%,对照组 66.67%,对比有统计学意义($p<0.05$)。说明整体工作的开展有助于患者对有关工作认可度的提升。

总而言之,社区慢性病患者中采用综合健康教育后,可以提升患者治

疗依从性,患者血压血糖水平更为稳定,负面心理情绪更少,护理满意度更高。

参考文献:

[1]李燕.健康教育在社区老年慢性病生活方式管理中的效果[J].中国现代医生,2021,59(27):176-179.

[2]郭莹.社区老年高血压患者实施健康教育与慢性病管理联合护理的效果观察[J].健康之友,2021(11):227.

[3]钟燕莉.加强健康教育在社区老年慢性病患者中的效果观察[J].基层医学论坛,2021,25(29):4246-4247.

[4]魏静.健康教育护理对社区老年慢性病的防护效果[J].养生保健指南,2021(18):265.

[5]刘春凡,陈玉荣,张婕.个体化健康教育模式在签约家庭医生团队的社区老年慢性病患者中的应用[J].河南医学研究,2020,29(19):3483-3486.

[6]白静.探讨健康教育与慢性病管理护理在社区老年糖尿病患者中的作用[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(22):220-221.

[7]叶文娟.高血压健康教育在社区慢性病防治中的应用价值[J].中国保健营养,2020,30(10):304.

[8]李慈女.健康教育与慢性病管理护理在社区老年高血压患者中的作用研究[J].饮食保健,2020(50):260.

间歇性鼻饲配合吞咽康复护理在脑卒中吞咽障碍患者中的应用价值分析

朱晓丽 田园

阿克苏地区第一人民医院 康复科 843000

摘要:目的: 分析间歇性鼻饲配合吞咽康复护理在脑卒中吞咽障碍患者中的应用价值。方法: 针对脑卒中吞咽障碍患者做回顾研究, 选定 2021.7~2022.7 间的 20 例为样本, 按照其干预方式进行分组, 即以间歇性鼻饲配合吞咽康复护理的 10 例为观察组, 以留置胃管鼻饲配合吞咽康复护理的 10 例为对照组, 分析吞咽障碍情况、比较营养相关指标、统计其并发症发生情况、测量其生活质量。结果: 观察组在干预后的吞咽功能障碍评级显著高于对照组, $p < 0.05$; 营养水平仅在干预后有显著差异, 观察组的 HGB 等指标优于对照组, $p < 0.05$; 较之对照组, 观察组并发症发生率显著更低, $p < 0.05$; 观察组的 SF-36 量表得分显著高于对照组, $p < 0.05$ 。结论: 对脑卒中吞咽障碍患者进行间歇性鼻饲配合吞咽康复护理可改善患者的吞咽功能及营养状态, 对减少并发症、提高生活质量有重要价值。

关键词: 间歇性鼻饲; 吞咽康复护理; 脑卒中吞咽障碍; 应用价值

世卫组织的调查表明, 我国处于脑卒中发病率的世界首位, 在国内, 脑卒中已然成为致残及致死的首要原因, 由于该疾病可能反复发作, 为此对国民生命健康及生活质量均有不利的影响。脑卒中又称脑血管意外, 急性发作为其特点, 大多与脑部血管的突然破裂或阻滞相关^[1], 不同区域、不同程度的脑组织损伤以认知、语言、运动障碍为具体表现, 常伴随摄食-吞咽功能障碍, 且发生率可达 73%。脑卒中吞咽障碍患者的随意性舌运动开始延迟, 与吞咽相关的肌群运动协调性明显下降, 具体的临床表现为发音困难、构音障碍、流涎、呛咳及声音改变^[2], 而吸入性肺炎、低蛋白血症、营养不良为其常见并发症, 病情严重还有可能因窒息而死亡。为探究间歇性鼻饲配合吞咽康复护理在脑卒中吞咽障碍患者中的应用效果, 研究者便对 2021.7~2022.7 间的 20 例样本进行常规分组及对比分析。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

研究对象为脑卒中吞咽障碍患者 ($n=20$), 背景为 2021 年 7 月~2022 年 7 月, 按其干预方式分组, 得到观察组(间歇性鼻饲配合吞咽康复护理)、对照组(留置胃管鼻饲配合吞咽康复护理)各 10 例。进一步统计, 观察组中男性 6 例、女性 4 例, 其年龄最小 48 岁、最大 70 岁, 平均为(55.47±2.66)岁; 对照组中男、女各 5 例, 其年龄在 42~72 岁间, 平均(55.42±2.60)岁; 组间 $p > 0.05$ 。

纳入标准: (1) 经临床症状观察、饮水试验及反复唾液吞咽试验后确诊; (2) 无任何口腔及咽喉处病变; (3) 意识清晰, 可配合治疗, 均为自愿参与。

排除标准: (1) 患严重心脏疾病; (2) 患严重呼吸道疾病; (3) 患胃部溃疡, 例如溃疡; (4) 患精神疾病; (5) 严重窒息者; (6) 资料有缺失。

1.2 方法

观察组: 间歇性鼻饲配合吞咽康复护理, 主要内容如下:

(1) 间歇性鼻饲: ①制定鼻饲计划: 由责任护士负责, 留置间歇性胃管, 4 次/日即可, 所选时间段分别为早九点、中午十四点、十九点及十二点, 选择质地较为柔软且软硬度适宜的胃管, 常用 16F 胃管, 而鼻饲食物则为流质饮食, 即 300ml 左右的糊状食物, 鼻饲标准为患者有饱感。②基础操作: 对患者进行体位指导, 一般选择坐位, 还可选半坐卧位, 小心插入胃管, 事先以石蜡油棉球对其前端进行润滑处理, 深入约 10cm 时, 需指导患者做吞咽动作, 以便于胃管能够顺利的入内, 插入后还需要确认其具体位置, 经不同方法共同判定, 以确保患者安全。③注意事项: 鼻饲之前, 指导患者吞咽口水约 30 次; 留置期间, 需以胶带固定管道以避免脱落, 可将原本使用的纸胶带换成输液敷贴, 亦可使用橡胶胶布; 正确处理使用后的胃管, 需以温水反复冲洗并以开水浸泡 30min; 结束后, 需在患者呼气末迅速的将胃管拔出, 每日需更换 1 次胃管, 以避免不必要的感染。

(2) 康复训练: 需要在患者生命体征平稳且神经系统症状消失后的 48h 进行, 关注患者心理状态, 适当的进行疏导及引导后开展。①基础训练内容: 以发音训练为基础, 指导患者张嘴、打开口腔以发出“啊”的音, 指导患者闭嘴、推出双唇以发出“呜”的音, 训练原则为循序渐进, 即以常

用的单因子开始训练，配合缩唇动作（似吹口哨），诱导患者发音，其重点在于口唇肌肉的运动以及声门的关闭，10min/次、2次/日即可；关注颊肌及喉部内收肌的训练，引导患者做吮吸动作并体会那种感觉，轻轻吸满一口气以鼓腮，再做吹气动作以锻炼，10min/次、2次/日即可；关注舌肌及咀嚼肌运动，于每日三餐前进行按摩，5min/次即可。②强化吞咽训练：对患者咽喉做冷刺激并指导患者做空咽运动，即以冰冻过后的棉棒刺激患者的咽后壁、软腭及舌根等部位，于每日三餐前进行一次；对患者做咳嗽指导，按照深呼吸、憋气、咳嗽的顺序练习，提高自身排气管异物的能力，避免呛咳。③强化摄食训练：需在患者吞咽功能所有好转之后进行，有关体位，应尽可能正直身躯并将头部微微前倾，向健侧转身30度，将患侧肩部适当垫高，对于仰卧位患者需将其躯干抬高30度角，保持大体不变，头前屈，并在其膝关节之下垫一软枕，尤其是在进食时，需要将其头部转向麻痹的一侧，促进食物向舌根运动，进食后半小时应该严防食物返流。就食物的选择而言，需要依据患者的吞咽困难障碍程度，以密度均匀、粘性适当、不易松散、不易变形、无残留的标准。④明确患者的一口量：避免因过少而无法达到预定的刺激程度，同时也不因过多而残留、倒吸，临床经验表明，正常人一口量为20ml，最开始建议使用3~4ml即可，进食时需要做反复多次的吞咽动作，指导患者调整自己的呼吸、刺激患者的知觉、促进患者的舌体运动。⑤加强饮食指导：对于无法闭口及颊肌收缩无力的患者，可以手按压其口角，并将食物直接送至舌根附近，进食时吸气、吞咽时憋气可尽可能减少误吸，吞咽后需咳嗽一次，以此排空咽喉部残存物并实现肺中气体的排出，关注患者的会厌谷，可指导患者适当后仰头部，促使残存的食物能经此排出，进食量要少、进食速度要慢、咀嚼需完全、时间需充足。

对照组：留置胃管鼻饲配合吞咽康复护理，其康复护理内容同对照组相一致，而鼻饲则采取长期留置胃管的方式，需由责任护士负责将胃管经鼻腔插入胃部，予以管道以常规加固处理，做好后续管道护理，给予患者以流质饮食，4次/日。

1.3 观察指标

（1）吞咽障碍程度：以吞咽障碍七级评价法为标准，共7级，1至7级表示唾液误咽、食物误咽、水误咽、机会误咽、口腔问题、轻度障碍、正常；（2）营养相关指标：主要包括HGB（表示血红蛋白，应在110~150或是120~165g/L间）、TRF（表示转铁蛋白，检测值应在2.20~4.0g/L（成人）或是1.80~3.8g/L）、ALB（表示白蛋白，检出值应在40~55g/L这一区间内）及PA（表示前白蛋白，其检测值应在280~360mg/L间）；（3）并发症发生情况：主要包括反流恶心、腹胀腹痛、吸入性肺炎、低蛋白血症、营养不良；（4）生活质量：干预后以心理量表进行测评，工具为SF-36，计分标准为分量表总分，与生活质量呈正相关。

1.4 统计学方法

以SPSS（25.0）完成统计分析及差异比较，吞咽障碍程度、营养相关指标及生活质量等计量数据，需以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示并做T检验，并发病等其他计数数据则需做 χ^2 检验并以（%）表示，最终结果以 $p < 0.05$ 表示差异显著。

2. 结果

2.1 吞咽障碍程度评价情况

干预后有显著差异，观察组评级高于对照组， $p < 0.05$ 。见表1：

表1 吞咽障碍程度 $(\bar{x} \pm s)$

组别	前	后
观察组（n=10）	2.04±0.69	5.12±0.53
对照组（n=10）	2.06±0.84	3.32±0.49
t	0.834	8.034
p	>0.05	<0.05

2.2 营养水平指标对比

干预后，观察组HGB、TRF、ALB及PA显著优于对照组， $p < 0.05$ 。

见表2：

表2 营养水平指标 $(\bar{x} \pm s)$

组别	HGB（g/L）		TRF（g/L）		ALB（g/L）		PA（mg/L）	
	前	后	前	后	前	后	前	后
观察组（n=10）	92.20±5.15	99.68±9.48	1.76±0.37	2.32±0.32	29.42±3.42	35.07±2.26	122.58±34.35	202.32±23.25
对照组（n=10）	92.18±5.30	96.72±8.19	1.75±0.40	1.94±0.45	29.16±3.75	31.63±2.85	123.24±36.53	174.26±24.20
t	0.778	8.478	0.668	9.464	0.855	9.556	0.654	8.573
p	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 并发症发生情况

观察组的总发生率显著低于对照组, $p<0.05$ 。见表 3:

表 3 并发症发生情况 (n, %)

组别	反流 恶心	腹胀 腹痛	吸入性 肺炎	低蛋白 血症	营养 不良	总发 生率
观察组 (n=10)	1	1	0	0	0	20.00

对照组 (n=10)	2	1	1	1	1	60.00
---------------	---	---	---	---	---	-------

χ^2	9.046
p	<0.05

2.4 生活质量对比分析

与对照组相较, 观察组的 SF-36 得分均显著更高, $p<0.05$ 。见表 4:

表 4 生活质量[($\bar{x} \pm s$), 分]

组别	生理 功能	生理 职能	一般 健康	躯体 疼痛	情感 职能	日常 活力	社会 功能	精神 健康
观察组 (n=10)	18.46±2.63	19.07±1.53	19.07±1.45	18.32±1.25	5.50 ±0.63	18.21±1.71	7.89 ±1.11	18.24±1.21
对照组 (n=10)	15.23±2.45	15.78±1.55	16.25±1.35	15.67±1.38	4.10 ±0.63	16.04±1.53	5.40 ±1.12	16.09±1.22
t	7.895	8.142	8.903	8.332	9.253	8.005	7.883	8.257
p	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3. 讨论

吞咽障碍患者几乎无法经口自行进食, 部分甚至处于昏迷的状态, 为此需要以科学医疗手段将食物直接送入胃中以消化、供能。个体在不进食时其食管呈关闭状态, 但患者在治疗时其食管及鼻咽腔均留有胃管, 一旦关闭不全就会出现反流, 且若倒吸进口咽部就有可能引发肺炎^[3], 进而导致病情加重, 甚至于威胁患者生命。间歇性鼻饲作为一项新护理技术给吞咽障碍患者带来了更多福音, 其中之一便是减少并发症, 相较传统的胃管长期留置而言, 能够更好的维持其消化道生理结构的正常, 且管道不进入胃部, 因而无出血风险, 最大程度道德保留了吞咽功能, 避免胃肠道紊乱或反流性疾病^[4], 亦不会对皮肤黏膜造成严重损伤。

研究结果表明: 两组在干预前的吞咽障碍程度无明显差异, 而观察组在干预后的评级显著高于对照组, $p<0.05$, 这就说明经间歇性鼻饲配合吞咽康复护理的患者其吞咽障碍得到明显的改善; 营养相关指标也仅在干预后才有显著差异, 具体表现为, 观察组的 HGB、TRF、ALB 及 PA 优于对照组, $p<0.05$, 这就说明间歇性鼻饲配合吞咽康复护理的患者其机体营养指标明显好于其他患者; 护理过程中常见吸入性肺炎等并发症, 而与对照组相较, 观察组的总发生率显著更低, $p<0.05$, 与倪明明、耿梦琦^[5]在 2022 年中的最新研究结果相一致, 再次印证了间歇性鼻饲配合吞咽康复护理可

有效预防脑卒中吞咽障碍并发症的这一观点。

综上所述, 脑卒中吞咽障碍患者深受疾病困扰, 在体征基本平稳后, 干预越早、效果越好, 且间歇性鼻饲配合吞咽康复护理可改善患者的吞咽功能, 还可改善其机体营养状态, 对减少及预防并发症均有重要价值, 应予以推广。

参考文献:

[1]张涛,区美琼.家属参与康复护理在脑卒中后吞咽障碍患者中的应用效果[J].中国当代医药,2020,27(01):238-240.

[2]李丹,黄海波.家属参与护理结合舌压抗阻反馈训练在脑卒中后吞咽障碍患者康复护理中的应用[J].临床医学工程,2022,29(05):701-702.

[3]王晓燕.间歇性鼻饲法联合分组康复训练对脑梗死后吞咽障碍患者吞咽功能及康复护理依从性的影响[J].现代诊断与治疗,2021,32(17):2837-2838.

[4]黎景春,谢雷,苏树芬,等.间歇性鼻饲结合吞咽功能康复护理训练对脑梗死吞咽障碍患者康复效果的影响[J].白求恩医学杂志,2020,18(04):413-414.

[5]倪明明,耿梦琦.间歇性经口胃管置管鼻饲在脑卒中吞咽障碍患者中的标准化应用效果观察[J].中国标准化,2022(10):203-205.

科学临床思维的养成和在急危重症中的实践

刘庆鱼

河北燕达医院急诊医学科 065201

摘要：良好的临床思维是高水平诊疗的基础。养成良好的临床思维，不仅需要扎实的专业理论基础、一定的社会科学知识和人文素养，也需要在临床实践中汲取养分。医生在诊疗工作中应用逻辑思维、动态思维、发散思维、比较思维、个体思维、辩证思维等思维方法，逐渐形成自己的思维理论体系。急危重症诊疗中“问题导向思维模式”是可以借鉴的临床思维体系。

关键词：临床思维；急危重症；问题导向思维模式

临床工作中一个医生是否合格、成熟及其专业能力水平高低在很大程度上取决于他是否有一套成熟、系统、正确的临床思维体系。临床思维就是对疾病现象进行调查、分析、综合、判断、推理等一系列的思维活动，以认识疾病的本质。它既是重要的诊断方法，也适用于疾病的治疗^[1]。临床思维体系建立在医生深厚的理论功底与丰富临床实践相结合的基础之上，经过本人系统化的理论总结而成型。临床思维可能没反映在纸面上，但却贯穿于一名医生对患者疾病的认知以及诊疗的全过程，能够帮助医生解释并且处理所面对的临床现象。正确、系统的临床思维体系是高水平诊疗技术的基础，会使医患双方都受益；凌乱、碎片化、僵化、不成体系甚至一知半解、错误的思维体系不仅直接影响医生本人诊疗技术水平的提高，也会给患者造成误诊、漏诊乃至不可逆的损害。

1. 如何建立良好的临床思维

科学的临床思维就是医生在诊治疾病时，其思维真实与患者病情的客观真实实现同一或者同构，这在哲学上称为主体与客体的同一^[2]。然而由于患者病情的复杂性和医方个体思维的自由与独立性，要在复杂的机体中挖掘到患者病情的真实世界并形成无限接近于真实的临床思维是很有难度的，这是一个需要不断培养、循序渐进、不断积累、不断完善的过程。培养良好的临床思维要从以下几个方面着力。

1.1 扎实的专业知识

扎实的专业知识是构筑良好临床思维的基础。医学生在学校学习到的解剖、病理、生理、病生、生化、药学以及内、外、妇、儿等知识建立起简单的线性思维；把这些基础与专业知识有机结合，尽可能做到融会贯通，形成平面思维；应用到患者身上出现了立体思维；结合患者的既往病史、发病过程则对疾病的认知更加深刻、生动，最终将抽象的知识形象化，形成多维思维；随着对疾病的认识深入，医生主动检索文献、总结创新，逐渐形成自己的临床思维体系。

1.2 丰富的临床实践

临床工作是建立临床思维的重要渠道。医生亲自站到患者床边，认真倾听患者叙述病情，加以针对性地引导，不为表象所迷惑，去伪存真，通过假设、求证、否定等思维过程，经过整理加工、概括提炼出一份内容翔实的病史。这样的病史生动、形象的描绘出疾病的发病过程，通过症状分析和症状组合背后的病理生理机制，本身就有诊断意义。体格检查是采集病史的延续，也受到病史地引导，全面、细致、系统、有重点地查体，可以与病史相互印证^[1]。急危重症更强调临床，通过对患者一段时间的严密观察得到第一手资料，研判患者病情变化后面的病理生理改变，以便作出有效地应对。在临床中反复思考、反复求证，临床思维逐步达到完善。譬如一个急性心力衰竭的患者在进行无创正压通气过程中出现意识障碍，这时候发生了什么：缺氧？休克？脑血管意外？在临床过程中需要一一求证，仔细追问患者既往有 COPD 病史，在无创呼吸机使用的 CPAP 模式的

情况下出现二氧化碳的潴留，血气分析提示为高碳酸血症，患者因肺性脑病而致昏迷。

1.3 一定的社会知识和人文素养

医学具有科学属性、社会属性、人文属性^[3]。任何医学知识的产生都有其背景，都存在一定的时间、空间、价值观念、文化传统等因素之中，医生在学习与应用医学知识的过程中，也无法摆脱个人的经验、背景、情感等，并且加入自己的理解和不自觉地加工。医疗工作也是一个患方充分参与的过程，患者的年龄、性别、民族、宗教、生活环境、家庭、教育背景、经济条件、个人嗜好等都对疾病的起因有重要的影响，患者及其家属的理解、配合对疾病的诊治有重要的意义。医疗工作服务于社会，“医乃仁术”的先天赋予使从业人员对德行操守有较高的要求，医疗活动要避免触及法律、道德的底线。在社会生活中，医生要从病人“人”之属性的立体角度考虑问题，而不是单纯从“病”的角度出发，从而使医生的临床诊疗思维能够自觉回归到人性化的一面^[4]。

2. 急危重症常用的临床思维方法

2.1 逻辑思维

逻辑思维通过概念、判断、推理等思维方式，反映疾病的本质与规律的认识过程。临床上常见的肺动脉栓塞的诊疗，这个疾病背后的病理生理基础就是肺动脉高压，条分缕析可以分为四条主线，可以解释肺栓塞生命体征不稳定、低氧血症、胸痛、及体循环栓塞等的机制。第一、血流动力学不稳定：肺动脉高压→右心扩张→右心压迫左心呈“D 字征”（右心左心共用心包腔）→左室舒张末期容积下降→CO 降低；第二、低氧血症：肺栓塞后血管床容积显著减少→有通气无血流→V/Q 比例失调→低氧血症；右室高压→室间隔开放→静脉血入左心→低氧血症；第三、胸痛：肺动脉高压→右室扩张→右室壁张力升高→供应右心得冠状动脉受压→冠脉缺血→二型心梗；第四、反常栓塞：右室高压→室间隔开放→右心系统栓子入左心→体循环栓塞。“知其然知其所以然”，透过一个临床表象，能看到现象背后的病理生理变化，以及这些变化给患者带来一系列的影响，从而针对性地采取措施并判断预后，做到料敌先机、先发制人。

2.2 系统化的思维

良好的临床思维必须是系统化的、全面的，仅从片面、局部角度的思维往往会一叶障目、以偏概全。系统化的临床思维能对疾病的认知更加清晰，避免临床工作顾此失彼的窘态。我们都知道 CRRT 是治疗血流动力学不稳定的肾损伤的有效手段，但是在初始及治疗过程中仍存在掉压的风险，这对一些有危险因素老年患者可能就是致命的，会发生分水岭脑梗塞或者脏器功能受损，所以在治疗中就要充分予以关注并全面地评估患者的状况及 CRRT 的适应症及并发症。

2.3 动态思维

机体的稳定状态是相对的，变化状态则是绝对的，临床思维不是一次完

成的,而是一个反复观察、反复思考、反复验证的动态过程^[5]。古希腊哲学家赫拉克里特曾言“人不能两次踏进同一条河流”,我国古老的《易经》也曾说“识时之义,知时之行,观时之变,用时之机”。疾病的动态演变的过程决定了我们需要以动态的眼光看问题。阑尾炎早期表现为脐周痛,影像学可无水肿等明显阳性征象,就可能误诊为肠炎、胰腺炎等疾患,随着病情进展,疼痛转移到右下腹,阑尾影像学出现水肿、渗出等表现,阑尾炎的诊断才可能明朗,如果以僵化的思维看待疾病就可能导致误诊、漏诊。

2.4 比较思维和发散思维

同一的临床表现背后可能隐藏着不同的病因,尤其是急诊患者通常以症状就诊,由症状推理出疾病就需要发散思维、比较思维。一个以血性便就诊的患者,就便的性状而言,柏油样便指向消化道出血;鲜血便指向下消化道出血;便与血不相混合原因可能是痔疮出血可能性大;粘液脓血便则是肠道感染的表现。一个血性便通过发散思维与比较思维来诊断与鉴别诊断,通常病因就比较明确了,诊治也就有了章法。

2.5 个体化的思维

疾病固然有共同的特征和规律,但它在每一个人身上的表现都会不同,疾病的共性寓于临床病人千差万别的个性表现之中,因此,在研究具体病人时,切不可照搬书本理论,犯教条主义错误。患者的个体性体现为年龄、性别等生物学等特征以及民族、宗教、文化等人文以及地区、社会、经济等各个方面,理解患者的生物学以及所处的家庭、社会的环境因素对患者的诊疗有很大的帮助^[6]。例如冠心病患者,冠心病家族史、北方地区高盐、高脂摄入等个体家庭与环境特征都是冠心病的高危因素,女性绝经期前因体内雌激素水平较高则是冠心病的保护因素。

2.6 辩证的思维

辩证法的思想在急危重症治疗中的应用是很多的。举个例子,急性心衰的患者为了监测患者的容量负荷选择行颈内静脉置管测量 CVP,这样的想法无可厚非,但是在置管过程中,患者不可避免地要选择平卧位,此时的回心血量是增加的,直接导致心脏的前负荷增加,引起患者喘憋加重甚至危及生命,因此就需要辩证的看待患者选择颈内静脉置管监测 CVP 的时机,至少目前是不合适的。在急危重症的实践中,面对一个整体意义的“人”,要兼顾各方面的平衡,知进退、懂得失、不冒进、不伤害,体现了辩证法的思想。

3. 急危重症患者临床思维的应用实践

临床工作中有各种各样的诊疗思维体系,如疾病脚本的训练、假设-演绎推理、贝叶斯定理、“5A”等^[7]。朝阳医院急诊科郭树彬教授提出的危重症诊疗“问题导向的思维模式”是契合临床诊疗工作实际的。第一步,患者此次发病的启动因素是什么?启动因素即发病的直接原因或诱因,直接导致了机体病理生理损害,强调“此次”启动因素是和患者的基础状态相区分,基础状态包括患者既往的病史和随年龄增长引起的病理生理改变,基础状态很大程度上决定了患者的愈后。第二步,器官、系统评价。患者发病的启动因素对机体局部和全身各个器官系统的影响。患者的病情重不重,客观地评价患者的一般情况及器官系统功能。第三步,治疗方面的总体思路是在祛除或者是控制病因基础上的脏器功能支持治疗^[8]。该思维体系主线脉络清晰,实用性强,在急危重症方面有很好的推广示范效果。

患者男,46岁,乙肝肝硬化病史,肝癌切除术后,颈部、纵膈后及腹膜后淋巴结多发转移,为寻求放疗入院。患者因胸腹水、血小板减少、肝功能不全、低蛋白血症等情况辗转多院治疗,在入院进行数次放疗后,出现食欲减退、尿量减少的情况,一天前出现寒战、高热,低血压转入重症监护室。

面对这样一个患者,第一步:思考患者此次发病的启动因素是什么?

患者发病前有寒战、高热等症状,发病的启动因素考虑是感染,感染因素引起微循环障碍继发肾脏、凝血、心脏等脏器功能障碍,患者的基础状态有肝炎、肝硬化和肝癌引起的肝功能不全、纳差、血小板减少、低蛋白血症等,患者的基础状态决定了患者愈后较差。第二步:器官、系统评价:患者目前低血压状态,需要进一步进行休克评估及脏器功能评价,观察神志、尿量及生命体征,完善乳酸、血气分析、肝肾功能、凝血功能、心脏彩超等检查,该患者出现休克状态,肾脏、心功能、凝血功能等多个器官系统功能受损,病情危重。第三步:治疗问题,对该患者而言,控制感染基础上的液体复苏抗休克措施是治疗主线,但决定患者愈后的是肝炎、肝硬化和肝癌所致的肝损害,因此要同时进行保肝治疗。在该患者的诊疗过程中,明确休克的病因应用了比较思维和逻辑思维;针对感染问题,抗感染过程中选择较高级别的抗生素是考虑到该患者肝癌术后,经过多次放、化疗,机体免疫力低,这是个体化思维和辩证思维在该患者的应用;随着治疗的进展,容量复苏成功,原发病导致的肝功能损害就变成了患者面临的主要矛盾,体现了临床思维的动态性。整个思维体系条理清楚,抓住主要矛盾,突出解决主要问题,起到牵一发而动全身的效果。

4. 急危重症患者临床诊疗思维的落实

临床诊疗思维的落地,需要医疗之间和医患之间密切的沟通、理解、配合,建立起相互尊重、信任、合作的关系。医疗之间包括急危重症室的医生、医护之间以及同各个专科和辅助科室的同事之间,都要密切的沟通交流,统一认识,形成共同责任感,共同面对困难和挑战。医患之间包括医生和患者之间以及医生和患者家属之间形成尊重和信任的关系,这种关系不仅建立在医方对病情的合理把握,而且掺杂着一些社会和人文思维。医生对病情的把握低于患者的预期,患者会情绪低落、抑郁甚至一蹶不振,这个时候面对患者和家属要采取共同但有区别的原则,尽量鼓励患者,但对患者家属要如实相告;医生也不能过高的估计患者的预后,会和患方对疾病预期的产生落差感,容易引发医患矛盾。

结语

临床思维是一种高度专业性的思维方式,需要医生在临床实践中逐渐摸索,最终建立起一套符合自己的行之有效的思维体系。

参考文献:

- [1]张孝骞.漫谈临床思维[J].医学与哲学,1984(02):1-5.
- [2]张锦英,金鑫,沈途.临床思维与决策能力是医学教育的重要组成部分[J].医学与哲学,2013,34(14):3-6.
- [3]樊代明.试论医学的正确实践(三)——临床思维的转变与循证医学的完善[J].医学争鸣,2020,11(03):1-10.DOI:10.13276/j.issn.1674-8913.2020.03.001
- [4]汪明灯,姜东辉,杨圣良.重症医学科医生哲学素养与临床决策[J].医学与哲学(临床决策论坛版),2010,31(05):71-72
- [5]余占海,姜兆侯.临床思维的基本特征[J].医学与哲学,1993(03):36-37.
- [6]王肇扬,向阳.临床思维的基本原理[J].中国毕业后医学教育,2020,4(2):97-107.DOI:10.3969/j.issn.2096-4293.2020.02.001.
- [7]Richards JB, Hayes MM, Schwartzstein RM. Teaching Clinical Reasoning and Critical Thinking: From Cognitive Theory to Practical Application. Chest. 2020 Oct;158(4):1617-1628. doi: 10.1016/j.chest.2020.05.525. Epub 2020 May 22. PMID: 32450242.
- [8]郭树彬.微循环复苏——从理论到实践[J].实用休克杂志(中英文),2018,2(04):193-195.

手足口病与水痘的鉴别及防控措施探讨

崔君妍

江苏省淮安市妇幼保健院 223001

摘要：目的：探究手足口病、水痘的鉴别方法和防控措施。方法：文章研究以某地区 10 岁以下的水痘和手足口病患儿作为本次研究对象，选取时间 2020 年 1 月到 2021 年 12 月。结果：2020 年全年该地区共有手足口病和水痘患儿 200 人，以上患者均为轻症且无生命危险，其中，手足口病患儿 105 人、水痘患儿 95 人；2 种疾病好发期存在一定差异，水痘一般多发于十一月到次年的二月，多发于 3-6 岁的小儿，手足口病则好发于每年的五月到八月，多见于 0-5 岁的小儿，水痘男女患儿发病率为 54.73/45.26，手足口病男女患儿发病率为 55.24/44.76，组间好发期发病率、患儿年龄、性别对比（ $P>0.05$ ）。结论：研究表明手足口病与水痘疾病应明确前期疾病诊断，区分与以上 2 种疾病相似的皮疹或丘疹，并采取积极防控和治疗措施方可提高治愈率，降低发病率。

关键词：手足口病；水痘；鉴别；防控措施

水痘和手足口病均属于全球范围内的传染疾病，多见于发展中国，主要发病群体为 10 岁以下的儿童，疾病典型症状为散在红疹^[1]。其中，手足口病主要集中在手心、脚心等位置，同时伴有口腔疱疹和溃疡，患儿表现为口角痛、流口水；水痘患儿全身均可见红疹，早期以头面部为主，红疹多分批出现，常规检查时可见疱疹和结痂同时存在^[2-3]。目前以上 2 种疾病已经逐渐成为继禽流感 and 甲型 H7N9 之后病死率最高的疾病^[4]。基于此，临床医护人员必须注重疾病的前期健康宣教，提高患儿家属的认知水平，明确 2 种疾病的鉴别方法，提高临床诊断准确率和治愈率^[5]。文章选取某地区水痘和手足口病患儿作为本次研究对象，探究手足口病、水痘的鉴别方法和具体防控措施，报道如下。

1. 资料和方法

1.1 一般资料

文章研究以某地区 10 岁以下的水痘和手足口病患儿作为本次研究对象，选取时间 2020 年 1 月到 2021 年 12 月，2020 年全年该地区共有手足口病和水痘患儿 200 人，其中，手足口病患儿 105 人、水痘患儿 95 人，年龄范围 0.5-10 岁，平均值（岁）： (4.21 ± 0.35) 。患儿的病历资料源自该地区传染病防控登记手册，包括患儿各项具体信息，如性别、年龄、学历以及体质量，本文章研究经过该地区相关医学机构审核，患儿及其家属均签署研究知情，患儿症状经后期临床确诊为水痘或手足口病。

1.2 方法

统计 200 名患儿的临床资料和流行病学数据，利用调查问卷的方式进行数据收集，问卷具体内容包括患儿基础性别、年龄信息、疾病表现、发

病时间、体征以及实验室检查结果。

1.3 统计学分析

临床资料统一采用统计学软件 SPSS23.0 进行数据分析。分析结果中，计量资料行 t 检验，运用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示；计数资料行 χ^2 检验，运用百分比表示；分析结果中若 P 值小于 0.05 则说明数据存在统计学意义。

2. 结果

2.1 手足口病和水痘流行病概况

2020 年全年该地区共有手足口病和水痘患儿 200 人，以上患者均为轻症，无生命危险，其中，手足口病患儿 105 人、水痘患儿 95 人。

2.2 发病时间

2 种疾病好发期存在一定差异，水痘一般多发于十一月到次年的二月，手足口病则好发于每年的五月到 8 月，2 项疾病好发期发病率存在一定差异（ $P>0.05$ ），具体见表。

表 1 发病时间分布（n，%）

疾病种类	发病高峰期	百分比（n）
水痘（n=95）	11 月—次年 2 月（春冬季）	72/95（78.95）
手足口病（n=105）	5 月—8 月（夏秋季）	75/105（71.42）
χ^2	-	0.4870
p	-	0.4853

2.3 发病年龄

2 种疾病的好发年龄存在一定差异，水痘多发于 3-6 岁的小儿，手足口病多见于 0.5 岁的小儿，组间发病率对比（ $P>0.05$ ），具体见表。

表 2 发病年龄分布 (n, %)

疾病种类	好发年龄 (岁)	百分比 (n)
水痘 (n=95)	3-6	80/95 (84.21)
手足口病 (n=105)	0-5	87/105 (82.86)
X ²	-	0.0663
p	-	0.7968

2.4 性别分布

水痘男女患儿发病率为 54.73/45.26, 手足口病男女患儿发病率为 55.24/44.76 (P>0.05), 具体见表。

表 3 发病年龄分布 (n, %)

疾病种类	男	女
水痘 (n=95)	52/95 (54.73)	43/95 (45.26)
手足口病 (n=105)	58/105 (55.24)	47/105 (44.76)
X ²	0.0051	0.0051
p	0.9432	0.9433

3. 讨论

3.1 水痘和手足口病鉴别方法

以上 2 组疾病典型症状均为红色丘疹或疱疹, 且存在传染性, 如果诊断医师缺少临床儿科工作经验和相关疾病知识容易出现误诊或漏诊现象, 严重影响患儿的生命安全^[6]。一旦前期疾病未确诊或混淆, 将会导致后期各项传染病防控措施无法实行。手足口病顾名思义多发生在手、足、口等 3 个位置, 此处疱疹多为离心状分布, 最先出现在小儿口腔, 疱疹形状较小, 破溃后呈现为浅表性溃疡, 且伴随明显灼痛感, 头面部和胸腹部的疱疹较少, 手足口病与水痘相比, 患儿身体上的皮疹数量相对较少, 表面相对坚硬, 不容易破裂; 水痘是由带状疱疹病毒引起, 传染性极强, 该病毒可长期在患儿体内潜伏, 也可诱发带状疱疹, 疾病具有自愈性, 结痂后不存在传染性, 疱疹、斑疹呈向心状分布, 疾病潜伏期患儿通常会低烧 1 到 2 天, 皮疹起初呈现粉红色, 该时期结束后, 患儿将进入到为期 1 到 2 周的疾病传染期 (发病期), 小皮疹逐渐转变为红色丘疹, 一般在数小时后, 丘疹将进一步转变为疱疹, 皮疹最先出现在患儿头面部, 后逐渐扩散至躯干 (皮疹较多) 和四肢 (皮疹较少), 病程大约 1 到 2 周, 在整个病程中可同时出现结痂、丘疹以及疱疹, 此外, 患儿口腔、会阴区等处黏膜也可见散在皮疹^[7-9]。

目前, 伴随我国医疗卫生条件的不断改善, 诊疗技术的不断提高, 疫

苗接种也在逐渐普及, 水痘患病率逐渐降低, 与此同时, 部分儿童接种后仍出现水痘, 但患儿症状不典型, 鉴别难度加大^[10]。在实际临床工作中若遇到以上症状不典型的患儿, 可以使用临床实验室检测技术进行诊断, 对患儿的疱疹液进行检查或抽取患儿静脉血, 测定血清特异性抗体^[11-12]。若检查结果显示患儿镜下新鲜疱液中有病毒颗粒或细胞出现气球样变则提示为手足口病, 通过酶联免疫法分析患儿的肠道病毒, 其特异性抗体的病初滴度和恢复期数值相比, 结果显示大于四倍, 此时也可确诊为手足口病^[13]。当前, 伴随人们物质水平的不断进步, 社会各界对医疗诊疗技术的要求越来越高, 要求临床医护人员必须了解并掌握水痘、手足口病的发病特点, 提高疾病的临床诊断准确率, 为患者的诊疗安全保驾护航^[14]。

3.2 手足口病及水痘的防控

手足口病流行传染机制是通过病毒携带者进行传播的, 易感人群经日常肢体接触、飞沫、体液等途径感染。其疾病高峰期一般为每年的 5 到 8 月, 5 岁以下的儿童是主要易感群体^[15]。传染疾病的控制在于管控传染源、保护易小儿等感染人群、阻断传染途径, 基于此, 手足口病的控制需要从以下几个步骤入手。首先, 在小儿聚集处如幼儿园、长托班以及小学, 严格消毒儿童日常使用的玩具、书桌、椅子、门把手以及餐具, 从源头控制手足口病的传播, 儿童教学场所每日开窗通风, 同时要注意患儿家庭及其周围环境的清洁, 指导小儿养成良好的个人卫生习惯^[16]。幼儿教学机构完善晨检制度, 督促儿童饭前、便后洗手, 此外, 教师每天接触不同的儿童, 也要注意个人卫生, 触碰公共设施后做好常规消毒, 教学机构中若在 1 周内出现 2 例以上手足口病感染者, 可结合学校实际情况停课 5-10 天^[17]。疾病流行期, 家长尽量不带儿童到人多、空气密闭的环境中, 避免接触手足口病儿童。针对已发病或疑似手足口病例 (患儿出现发烧或皮疹症状) 应及时到正规医院就诊, 做好保护性隔离, 避免与其他正常小儿接触, 预防 2 次感染^[18]。手足口病的预防关键在于养成良好卫生习惯, 婴幼儿和儿童居家时间长, 因此, 也要做好家庭的疾病防控, 具体措施如下: 看护人接触儿童、幼童前, 家长在为其处理 2 便、更换尿布前后、处理污染物后要立即洗手消毒, 婴幼儿使用的食具 (奶嘴和奶瓶) 要和家长的区分清洁, 幼儿衣被要勤洗勤晾晒。儿童、婴幼儿以及家长, 饭前、外出和便后都要及时使用消毒剂清洁手部, 教育小儿不吃生冷食物、不饮用生水^[19]。

水痘属于自限性传染病, 痊愈后患者对该种致病菌终生免疫, 水痘发病期可存在疱疹和结痂同时存在的现象, 结痂也具有一定的传染性, 当前为控制水痘的传播率和发病率, 首先, 应进行疾病知识宣教, 在地区卫生机构和小儿疫苗接种点张贴宣传海报, 社区公众号推送传染病防控视频,

提升小儿家长的疾病认知水平和防范意识,提高水痘疫苗的接种率,预防和控制水痘疾病的暴发和流行^[20]。同时,还需要注意既往有细胞免疫缺陷或使用大剂量激素药的小儿不可接种疫苗。除疫苗接种外还需要社会教育机构做到保持教室和小儿休息环境的整洁,定时通风消毒,切断水痘源和传播途径,若有小儿出现发热和皮疹症状,应立即停课送医就诊,确诊为水痘后需要进行隔离治疗两周左右,为避免其他小儿感染,对患病学生所在教室、宿舍进行彻底清洁消毒,使用含氯消毒液擦拭桌椅等公共设施。

当地疾控中心根据水痘疾病的流行特点对小儿集聚场所托幼机构和中小学校管理人员进行专项传染病技术培训,详细讲解水痘和手足口病不同时期的防控要点,进一步加深基层工作人员防控意识。疾控中心成立督导组,在疾病高发季节对以上机构的防控工作进行全面检查,并结合其实际情况提出整改意见。此外,还要求地区疾控中心设立手足口病和水痘等传染病咨询热线,解答群众的传染病防治问题,积极开展卫生保健运动,全面提升群众的健康素养。文章研究结果显示,2020年全年该地区共有手足口病和水痘患儿200人,以上患者均为轻症无生命危险,其中,手足口病患儿105人、水痘患儿95人;2种疾病好发期存在一定差异,水痘一般多发于十一月到次年的二月,多发于3-6岁的小儿,手足口病则好发于每年的五月到八月,多见于0-5岁的小儿,水痘男女患儿发病率为54.73/45.26,手足口病男女患儿发病率为55.24/44.76,组间好发期发病率、患儿年龄、性别对比($P>0.05$)。

综上所述,研究表明手足口病与水痘疾病应明确前期疾病诊断,区分与以上2种疾病相似的皮疹或丘疹,并采取积极防控和治疗措施提高治愈率,降低发病率。

参考文献:

- [1]刘隽华,吴蕙慧,赵玉昆,李雨静,李晖婷,罗迪青.2010-2018年广州市黄埔区某院手足口病和水痘流行病学分析[J].热带医学杂志,2019,19(07):922-925.
- [2]江茹菲.小儿外科洗方治疗婴幼儿湿疹、手足口病、水痘疗效及安全性的临床观察[J].医药前沿,2020,10(21):202-203.
- [3]马庆予.儿童手足口病、水痘、湿疹的家庭识别方法及应急处理技巧[J].特别健康,2019(21):118.
- [4]于金华.手足口病与水痘的鉴别及防控措施分析[J].世界临床医学,2016,10(9):15.
- [5]王洁,孙浩森,梁丹丹,等.柯萨奇病毒A6型手足口病误诊为水痘1

例[J].医学信息,2020,33(24):187-188.

- [6]谭晓东,向阳.水痘合并手足口病1例报告[J].湖北民族学院学报(医学版),2016,33(2):84,86.
- [7]张少辉,李玉琴.手足口病与水痘的鉴别及防控措施分析[J].中外医学研究,2015,13(34):163-164.
- [8]邓慧玲,蒋荣猛,李兴旺,等.手足口病的鉴别诊断[J].中国临床医生杂志,2018,46(7):760-763.
- [9]王保正.2013~2017年河南省镇平县手足口病流行病学特征分析[J].现代诊断与治疗,2019,30(3):457-458.
- [10]魏志胜,吕永梅.2007—2016年北京市海淀区水痘和手足口病流行病学特征分析[J].中国校医,2018,32(10):718+798-801.
- [11]SHI YONG,周珺,龚甜,等.PCR-RFLP方法快速鉴别水痘-带状疱疹病毒野病毒与疫苗株[J].中华实验和临床病毒学杂志,2016,30(5):490-492.
- [12]刘彦玲,张敬,董梁,等.手足口病与水痘的鉴别及防控措施分析[J].中国公共卫生,2015,31(0):113.
- [13]金玉兰,陈哲文,瞿爱东,等.水痘-带状疱疹病毒gE糖蛋白基因扩增法鉴别水痘减毒活疫苗[J].中国生物制品学杂志,2006,19(6):644-646.
- [14]郭宏,扈瑞平,马艳华,等.水痘-带状疱疹病毒的致病机制与防治[J].内蒙古医科大学学报,2021,43(2):210-213,217.
- [15]赵则超.小儿水痘疫情防治的方法与干扰因素分析[J].健康必读,2019(33):247.
- [16]余在逵.浅析儿童水痘疫情控制的干扰因素及防治措施[J].中国保健营养,2018,28(34):395.
- [17]彭江滨,李飞莹.分级管理加健康促进在手足口病防治中的应用价值分析[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2021,21(26):270-271.
- [18]刘君.儿童手足口病48例流行病学分析及防治策略探讨[J].中国实用医药,2021,16(17):120-122.
- [19]李中瑞,王明旭.手足口病的流行及防治措施研究[J].养生保健指南,2021(33):283.
- [20]周文娟.196例学龄前期手足口病患儿家属疾病相关防治知识调查结果分析[J].内蒙古医学杂志,2020,52(8):961-962.

观察以腹腔镜手术治疗急腹症的临床效果

段昆朋

河北省三河市医院 河北三河市 065200

摘要：目的：验证以腹腔镜手术方式治疗急腹症与开腹手术治疗的效果。方法：从本院普外科收治的急腹症患者中选定 100 例参与试验，将其进行机选分组，一组用开腹手术法，一组用腹腔镜手术法。两相对照，比较治疗和术后相关指标，并调查两组患者对不同治疗方法的满意度。结果：参与试验的 50 例患者在手术进行时间上、手术时的出血量上都呈现较低数据，且术后较少发生并发症，患者在测评时较为满意。结论：在普外用腹腔镜手术治疗急腹症，可实现安全系数高、预期效果好的疗效，因此腹腔镜手术具临床推广价值。

关键词：普外；腹腔镜；急腹症；疗效

急腹症在普外较为常见，腹部器官及其周边所发生的急性胰腺炎、阑尾炎、胆道感染以及溃疡病急性穿孔，以及腹部出现外伤等都被列为急腹症，患者患有上述类型疾病可表现出发病较急、病情进展快，如果不予以及时处理会给患者身体健康造成严重的不良后果，甚至产生生命危险。患者在发病时会感到急性腹痛，其病理机制为患者腹膜后、腹腔，包括盆腔在内的相关组织内部发生器质性的病变，从而使患者产生剧烈的疼痛感。在以往的治疗方案选择上，由于传统的开腹手术治疗手段成熟，对器械操作的技术要求不高，医师比较多的采取此种方式，但是开腹手术有着不可逾越的弊端，即手术切口和创面大，患者的术后恢复期很慢，而且以开腹手术方式治疗极易引发患者产生并发症，危险性较高。近年来，我国的医疗水平稳步提高，一些更为先进的医疗器械和医疗手段应用在临床领域，治疗急腹症的手术方式也不仅限于开腹手术。腹腔镜技术就是一种比较先进的治疗方式，该技术在手术时会留下较小的创口，使得患者的预后恢复期缩短，并较小伴有并发症发生，其所具有的优势较为明显，在治疗急腹症病症时得到广泛应用，并逐渐成为主要的治疗手段。本文即以我院在 2020 年 4 月至 2021 年 4 月期间所收治的急腹症患者为研究对象，用以验证腹腔镜治疗急腹症的治疗效果，现将情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 1 月到 2022 年 1 月期间在我院就诊的急腹症患者 100 例，通过随机方式以分组。两组分组情况如表 1。

表 1：对照组和试验组两组分组情况

组别	例数	男	女	平均年龄	平均病程	病例情况			
						(h)	胆结石	阑尾炎	溃疡病急性穿孔 其他
对照组	50	29	21	41.25±3.12	2-6	21	18	7	4
试验组	50	31	19	42.65±2.58	2-5	19	16	12	3

注：经卡方检验及各项独立样本检验后，呈现两组数据无明显差异，符合实验要求。

所选定的病患平均分组，每组各 50 例，男女比例和平均年龄相当，即对照组男女患者分别为 29 例、21 例，试验组男女患者分别为 31 例、19 例；两组平均年龄保持在（41.25±3.12）岁和（42.65±2.58）岁；对照组平均病程 2-6 小时，而试验组也在 2-5 小时；对照组有 21 例为胆结石患者、急性阑尾炎患者 18 例、溃疡性急性穿孔 7 例、其他病例 4 例，试验组胆结石患者 19 例、急性阑尾炎患者 16 例、溃疡性急性穿孔 12 例、其他病例 3 例。分组显示两组具有良好的可比性。本研究所选取的患者完全符合急腹症的诊断标准，并且所有病患都保持着清醒的认知，对本次研究充分的知情；病患认知模糊、精神障碍的不参与试验，同时患者患有其他可

能影响试验效果的疾病也被排除在外。本院伦理委员会对本次试验予以批准。

1.2 方法

1.2.1 对照组

该组以传统的开腹手术方式治疗。医护人员在对患者的各项体征进行检查后，打印体征指标交手术医师，根据患者的指标情况敲定手术时间和手术方案。医护人员对患者手术前实施全身麻醉，在腹直肌的位置切口，探查病变位置并施以大动脉结扎和导尿管辅助等手段，实施病灶切除手术。主治医生实行手术处理切除病灶后予以伤口创面的清洁工作，对切口进行缝合。术后观察患者的临床症状表现。

1.2.2 试验组

试验组施以腹腔镜手术治疗。在手术前安排常规性的生命体征检查，并将各项检查结果排列整理好，以供手术操作医师详细了解患者的生命体征情况以及用药禁忌。手术前，医护人员需要将采用腹腔镜治疗急腹症的成功率以及治疗效果、相关注意事项等详细介绍给患者家属，必要时将本院施以腹腔镜手术治疗的成功案例向患者进行详细介绍，以安抚患者的紧张情绪，使其能够在相对平和的状态下接受手术。手术需采用仰卧位，医护人员帮助患者固定位置，给予患者全身麻醉，对脐周进行消毒，在脐下以弧形切口建人工气模，采用三孔法的方式置腹腔镜于患者腹腔内，观察并确定病变的位置、病灶的大小等具体情况。于病灶的两侧开两个操作孔，防止手术治疗后病灶组织结构伤口出现粘连。准备工作就绪后，操作医师开操作孔，入孔进行手术操作。一般操作孔选择 4 个为宜。实施手术前需检查并确保腹腔内无出血迹象、腔内结构安全正常。待手术完成后，清理积液，缝合伤口。术后对临床症状予以仔细观察。为了提高患者的预后质量，实施营养补液操作和常规抗生素治疗。

1.3 观察指标

两组患者的临床治疗情况予以观察比对，并对术后情况仔细观察护理。其观察指标应该包括：其一，手术操作的时间范围，手术时出血情况，手术后需留院观察的时间。其二，手术后有无发生并发症。其三，满意度测评。

1.4 统计学处理

使用 SPSS22.0 软件进行统计学分析，按照正常的统计学校验值来检验统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床相关治疗指标对比：表 2。

表 2：两组患者临床相关治疗指标对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	手术时间（min）	出血量（ml）	住院时间（d）
----	----	-----------	---------	---------

对 照 组	50	40.15±7.32	39.86±9.28
8.2±1.8			
试验组	50	19.25±6.25	23.51±8.56
t 值		18.006	17.652
P 值		0.001	0.001

对照组和试验组分别采取了不同的治疗方法,从上表所列数据进行分
析对比和数据统计。试验组的相关数据指标均低于对照组,可见施以腹腔
镜治疗急腹症的治疗优势,两组数据可见明显的统计学意义。

2.2 两组患者术后并发症发生率对比:表 3。

表 3: 两组患者术后并发症发生率对比 (n, %)

组别	例数	切口感染	残余脓肿	其他	并发症发生率
对照组	50	5	8	3	32.00
试验组	50	2	1	0	6.00

从上表数据来看, 两组患者在手术后都具有可能发生并发症,但试
验组显著低于对照组,数据可见明显的统计学意义。

2.3 两组患者治疗满意度对比:表 4。

表 4: 两组患者治疗满意度对比 (n, %)

组别	例数	十分满意	满意	基本满意	不满意	满意度
对照组	50	10	12	16	12	76.00
试验组	50	21	16	11	2	96.00

由问卷调查所得数据,列表如上,对两组满意度进行观察,试验组满
意度为 96%,对照组满意度 76%,数据体现试验组的满意度显著高于对照
组。

3 讨论

普外临床上收治的急腹症患者,均主诉腹部表现出剧烈的痛感,需紧
急就医。急腹症的发病主要是腹腔包括盆腔的腹膜后组织或者脏器发病
理性的急性变化,使患者产生痛感,甚或伴有全身性疼痛反应。患者出
现急腹症后,其最明显的体征状态就是感觉到腹部剧烈疼痛。任何急性发
作的阑尾炎、肠穿孔、肠梗阻、胰腺炎等都属急腹症,另外泌尿系统性的
泌尿性结石、急性胆道感染、胆石症也归于急腹症,还有腹部出现外伤、
宫外孕破裂也列为急腹症。患者患有急腹症后,会感觉到剧烈疼痛,甚至
还可能感到全身性的疼痛。另外,由于患者急腹症症状病因不同,患者在
痛感上也呈现出不一样的状态。有些病症所表现出来的疼痛感觉为锐利性
的刺痛,有些病症所表现出来的疼痛感觉则可能是反复发作的痉挛感;在
患者的疼痛范围上也有所不同,有的病症引发的疼痛感可以是整个腹部都
感疼痛,有的病症引发的疼痛感可以是在腹部的某一处,或者是在某一处
的周围都能感觉到疼痛。更有些病症会导致患者在胃部也感不适,比如出
现有恶心、呕吐的现象。因此很多医师在初诊时经常以按压方式初步判定
患者的急腹症病症类别。

引发急腹症的因素有很多。人体的腹部器官是人体最为复杂的,腹部
器官中不仅包括消化系统,还包括泌尿系统,甚至还含有一部分女性生殖
系统。患者的腹部器官的一个或者多个发生病变,发生急腹症的可能性就
会加剧。不仅如此,有时患者胸部受到感染,生殖系统受到感染,也有急
腹症发生的可能性,尽管患者的病变根源不在腹部,但是患者还是会感觉
到腹部疼痛。老年人患有急腹症时一般都较为严重,由于老年人的身体机
能逐渐衰退,其反应相对迟钝,老年人在发生肠胃穿孔、胆道疾病等病症
时,自身往往没有明显的痛感,或者是体会不到痛点部位,加之老年人自
身感觉到自己的身体已经老化,对于身体上出现疼痛不加重视,不愿及时

就医,所以当老年人的急腹症症状更为明显时才被紧急送往医院,此时其
症状已经发展到较为严重的地步,治疗较为困难。不管是哪种因素引发的
急腹症,都需要紧急就医,以免延误病情危及患者生命。

在常规的急腹症治疗手段中,常规以开腹治疗。尽管此方式对于消除
急腹症患者病灶、缓解疼痛、预后恢复等方面都具有相当的可行性,治疗
经验也较为丰富,但是相对来讲,开腹手术的临床效果一般,其操作的安
全性不高,再加上切口大、预后质量不佳,而且在术后观察时也发现一些
并发症时有发生,对于患者的尽快恢复不利。而且经过开腹手术后,患者
需要在一个很长的恢复期内才能逐渐恢复元气,因此,开腹手术在临床治
疗中其应用范围受到限,且在一些临床治疗中逐渐被新的治疗方案所取
代。在众多的临床实践中,腹腔镜手术治疗被越来越多的医护人员所倡导,
也被越来越多的患者和患者家属所接受。腹腔镜是一种相对新颖的微创手
术治疗方式,采用这种手术方式不仅切口较小,创伤较小,出血量少,而
且安全性高,对于解除患者病痛、尽快恢复健康以及保证患者生命安全具
有重要意义。另外,尽管在对患者术前进行 CT、B 超以及 X 光线等辅助
设备的常规检查,但是由于腹腔结构的复杂性以及患者急性腹痛所产生的
诊疗误差,在短时间内和优势位置确定大多数患者的具体发病部位还是具
有一定的难度,而普外腹腔镜技术已经具备了相当成熟的应用技术,在确
定患者病灶位置上具有先见性。腹腔镜手术的优势具体包括:①腹腔镜可
以深入到患者腹腔内,发挥探查器的功能直达腹部内部病灶,了解腹腔病
变情况。②腹腔镜器械精密,具有较高的精细度,在手术操作中损伤器官
和组织的可能性降低,可有效降低患者的术中痛苦,出血量也少,腹腔镜
所造成的创面很小,患者对美观的需求也得到满足。③腹腔镜深入腹部,
可以帮助医护人员迅速和准确的探查病灶位置并施以病灶部位的切除,
使切口感染和脂肪液化的风险降低。④手术操作完成后,操作者利用腹腔
镜继续探查病灶周围的组织,及时发现出血点兵有效止血,防止因出血量
大引发的肠粘连、腹腔脓肿以及脏器损伤等并发症的发生。

本研究对以开腹手术和腹腔镜手术治疗急腹症的治疗效果进行了论
证。得出的试验结果证明,相较于开腹手术,采用腹腔镜治疗急腹症,在
手术操作的时间、手术中的出血情况等治疗情况以及术后留院观察的时间
都较低,且拥有较低发生率的并发症(6.00%),数据明显低于开腹手术
(31.00%);患者的满意程度也高(96.00%)。总体看腹腔镜手术效果更
显著。

综上所述,以腹腔镜手术治疗急腹症的临床效果更好。该手术方式安
全性高,并发率低,预后质量较好,具有临床应用价值。

参考文献:

- [1]徐流波,柳福海,刘威等.普外急腹症中应用腹腔镜的临床效果探
讨[J].心理月刊,2019(12):187.
- [2]杨国印.普外急腹症中应用腹腔镜的临床疗效观察[J].临床医药
文献电子杂志,2020(07):15.
- [3]贺旭东.普外急腹症患者 360 例应用腹腔镜治疗的临床分析[J].
数理医药学杂志,
- [4]郭建军.腹腔镜在普外急腹症临床治疗中的应用[J].系统医学,
2021(04):106-108.
- [5]张喜春.普外急腹症临床治疗的初步探讨[J].中华养生保健,
2020(5):52-54.
- [6]刀有福.腹腔镜在普外急腹症临床治疗中的应用[J].心理月刊,
2019(08):120.

ICU 呼吸衰竭有创机械通气患者采用康复护理的效果分析

康楠 丁涛 高永芳^{通讯作者}

宁夏回族自治区人民医院 宁夏银川 750001

摘要：目的：探讨 ICU 呼吸衰竭有创机械通气患者采用康复护理的效果。方法：采集本院 2020 年 5 月至 2021 年 11 月期间接收的 ICU 呼吸衰竭有创机械通气患者 116 例，随机分为对照组与观察组各 58 例，对照组运用常规护理，观察组运用康复护理，分析不同护理操作后患者呼吸功能指标、并发症、生命体征、治疗恢复速度情况。结果：在机械通气时间、ICU 时间上，观察组各项明显少于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在患者呼气量、肺活量、潮气量、气道峰压等呼吸功能指标上，观察组各项明显与对照组差异明显，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在患者 HR、RR、MAP 等生命体征指标上，观察组护理后改善幅度明显多于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在患者并发症发生率上，观察组 10.34%，对照组 31.03%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。结论：ICU 呼吸衰竭有创机械通气患者采用康复护理，可以有效改善患者生理指标，减少并发症，提升治疗恢复速度，整体状况更为理想。

关键词：ICU；呼吸衰竭；有创机械通气；康复护理；效果

一般呼吸衰竭有创机械通气患者在长时间运用呼吸机之后可能出现气道损伤、呼吸机依赖、呼吸机相关性肺炎等各种并发症问题。有创机械通气属于常见的呼吸衰竭治疗辅助方法，可以达到通气状况的调整，然而因为活动受限、长时间卧床、气管切开、心理压力等问题，导致患者容易有焦虑、抑郁、躁动等负面情绪。本文采集 ICU 呼吸衰竭有创机械通气患者 116 例，分析运用康复护理后患者呼吸功能指标、并发症、生命体征、治疗恢复速度情况，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院 2020 年 5 月至 2021 年 11 月期间接收的 ICU 呼吸衰竭有创机械通气患者 116 例，随机分为对照组与观察组各 58 例。对照组中，男 24 例，女 34 例；年龄从 22 岁至 69 岁，平均 (46.72 ± 8.14) 岁；疾病情况中，重症肺炎为 20 例，肺气肿为 15 例，其他为 23 例；观察组中，男 27 例，女 31 例；年龄从 21 岁至 68 岁，平均 (45.85 ± 7.25) 岁；疾病情况中，重症肺炎为 24 例，肺气肿为 18 例，其他为 16 例；两组患者在基本年龄、性别、疾病情况等信息上没有明显差异，有对比研究价值。

1.2 方法

对照组运用常规护理，观察组运用康复护理，具体内容如下：

依据情况做好患者综合情况的评估了解，由此来保证后续康复护理工作符合实际情况所需。依据个体情况设定对应的康复护理计划，包括要评估其呼吸功能以及各项生命体征指标状况，同时还要做动态性的观察，了解有关指标的波动变化情况，由此来指导有关护理工作方案的设定，以及观察其护理工作的效果，让有关工作能够顺利地展开，发挥其实质作用。

要做好呼吸道护理工作，一般可以通过吸痰以及雾化吸入等方式来促使其呼吸道分泌物更好的清理。同时在护理中可以依据其情况做好排痰仪使用，排痰仪使用的振动频率保持在 30~50 赫兹，每天 3~5 次。在治疗过程中，需要进行对应的呼吸功能训练，做好对应的吸气、呼气用力训练等处理。

要做好运动护理工作。一般情况下，有关患者如果属于清醒状态，可

以进行其自身功能活动恢复训练，同时在活动过程中通过对应的沟通交流来感受患者的心理状况变化，了解其诉求，开展针对性的护理方案调整。一般早期运动护理中，需要依据其情况做好运动护理方案合理调整，做好对应的呼吸功能指标观察，包括其肺活量、气道峰值，呼气量等指标。

ICU 呼吸衰竭有关有创机械通气治疗过程中，需要依据其情况做好呼吸机设备选用，开展对应的喉管切口插管，如果其呼吸功能丧失，就会导致其肌肉组织更快萎缩。同时因为其呼吸机相关肺炎与导管脱落等问题，需要做好对应的护理干预工作来防控风险问题的发生。早期标准化康复护理在一定程度上需要依据其护理计划做标准化设定，做好对应的呼吸道有关功能练习。如果其清醒状况可以做好对应的下床活动锻炼来辅助其康复训练，让其护理工作更为高效。对于运动计划设定方面，需要通过医护人员、康复师做对应患者恢复情况的检测，了解其活动度、关节活动能力以及肌肉状况，然后做康复护理运动计划的安排。同时还需要观察有关计划执行过程中的患者整体身心状态，依据其情况做好运动频率以及运动量的合理设定，有效提升患者对运动的耐受度，避免超负荷运动而导致的不良问题。情况需要，还可以通过呼吸机做对应的氧气支持处理。可以做好对应的床上康复护理工作，将其床头做 65 度的抬升，辅助其做好体位管控，保持半卧位或者半坐卧位。依据其情况做好合理的活动量安排，肌肉与关节活动。包括其四肢、肌肉、关节以及神经肌肉刺激等有关处理，每天保持两次，每次 20 分钟左右。可以展开对应的主动活动训练，主动训练上可以依据情况做好坐位训练调整，引导其进行主动肢体活动锻炼，保持每天两次，每分钟 20 次。要做好其呼吸频率的调控，依据其呼气、吸气，做好 1~2 秒的停止，而后再重复性处理。初始期气体排出保持 8~10 秒的维持，辅助患者做好平卧位处理，让其双手在其上腹部做对应的按压，保持 2~3 秒吸气之后转变为 4~6 秒的呼气，由此让其做交替处理，保持每天两三次，每次控制在 15 分钟，引导患者做好鼻子吸气、嘴呼气等有关肢体配合的呼吸训练。吸气过程中需要将其双手做上举，在呼气时放下双手，保持来回 20 次的重复处理。进行双手交替的顺着身体上移下滑的活动，配合对应的呼吸动作，反复操作 20 次。依据其呼吸情况做好出拳活动训

练,一般出拳的时候做呼气处理,收拳的时候进行吸气,保持 10~20 次的训练。可以做下床活动锻炼,让其双腿保持 90 度的微屈状态,而后进行对应的抬腿交替处理。在抬腿过程中做吸气,放下时做呼吸,还可以通过吹小球做对应呼吸训练。上肢肌肉训练依据其具体的机体恢复状况而定,做对应的上肢上举活动,保持每天两次,每次 2~3 分钟,可以做好 0.5~2 千克器械辅助活动,训练过程中需要依据情况进行呼吸节奏配合,在其康复过程中可以适宜的提升其训练量。

1.3 评估观察

分析不同护理操作后患者呼吸功能指标、并发症、生命体征、治疗恢复速度情况。并发症主要集中在,观察 HR、RR、MAP 等生命体征指标。呼吸功能指标主要集中在呼气量、肺活量、潮气量、气道峰压等。

1.4 统计学分析

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

2 结果

2.1 两组患者治疗前后生命体征情况

如表 1 所示,在患者 HR、RR、MAP 等生命体征指标上,观察组护理后改善幅度明显多于对照组,对比有统计学意义 ($p<0.05$);

表 1: 两组患者治疗前后生命体征对比 ($\bar{x}\pm s$)

分组	时间	HR (次/min)	RR (次/min)	MAP(mmHg)
观察组	治疗前	125.64±8.53	38.76±5.12	54.62±8.74
	治疗后	92.41±7.29	16.29±3.51	79.18±9.32
对照组	治疗前	126.72±9.25	38.17±6.49	55.26±9.15
	治疗后	104.87±8.46	23.61±5.28	95.22±10.41

注: 两组治疗前对比, $P>0.05$, 两组治疗后对比, $P<0.05$

2.2 各组患者呼吸功能指标情况

见表 2, 在患者呼气量、肺活量、潮气量、气道峰压等呼吸功能指标上, 观察组各项明显与对照组差异明显, 对比有统计学意义 ($p<0.05$);

表 2: 各组患者呼吸功能指标结果 ($\bar{x}\pm s$)

分组	呼气量 (L)	肺活量 (L)	潮气量 (ml)	气道峰压 (cmH ₂ O)
观察组	37.28±4.19	178.25±8.74	34.71±4.29	9.43±1.52
对照组	59.42±8.14	284.11±9.63	46.37±7.97	13.19±3.41

注: 两组对比, $P<0.05$

2.3 各组患者机械通气时间、ICU 时间情况

见表 3, 在机械通气时间、ICU 时间上, 观察组各项明显少于对照组, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 3: 各组患者机械通气时间、ICU 时间结果 ($\bar{x}\pm s$)

分组	机械通气时间 (d)	ICU 时间 (d)
观察组	8.95±2.47	7.43±2.11
对照组	11.85±4.25	9.46±3.15

注: 两组对比, $P<0.05$

2.4 患者并发症发生率情况

见表 4 所示, 在患者并发症发生率上, 观察组 10.34%, 对照组 31.03%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 4: 患者并发症发生率评估结果[n(%)]

分组	n	急性肺水肿	心脏骤停	并发症发生率
观察组	58	4 (6.90)	2 (3.45)	10.34%
对照组	58	11 (18.97)	7 (12.07)	31.03%

注: 两组对比, $P<0.05$

3 讨论

要做好护理人员自身素养提升的激励工作, 要充分意识到面对的实际工作变化多样, 要更好的降低不良问题的发生率。护理人员自身的专业素养需要不断的优化升级, 符合时代发展所需要^[1]。充分学习新时代下的社会观念、技术条件, 提升自身工作能力对多样化实际状况的灵活应对能力。护理人员自身的综合素养水平越高, 应对的问题范围可以更广, 处理的效果也会更佳。甚至要提倡整个科室团队内部的工作人员做好经验分享, 保持以老带新, 不断优化提升的队伍建设意识^[2]。

在具体处理应对中, 需要考虑有关护理人员工作的专业性, 不仅要有专业的医学常识以及护理技巧, 同时也要懂得心理学、沟通技巧、观察判断能力、社会学、法律常识等, 要充分意识到每个操作流程规范性的价值^[3]。不仅在于可以提升整体分娩的安全性以及质量, 同时也可以更大程度地优化整个配合过程, 减少出现违规操作涉及的法律风险问题。作为护理人员不仅要做好本职工作, 同时也要维护自身以及科室、医院方面的安全问题, 尽可能地减少不必要的矛盾纠纷, 提升整体工作开展的顺畅性。因此在与产妇沟通互动过程中, 要保持更为专业合理的态度, 尽可能地减少矛盾纠纷带来的工作阻力^[4]。

对于护理人员的培养, 可以通过线上方式, 也可以通过线下方式做融合, 提升有关工作开展的有效性。线上方式可以做视频讲座、电子文章, 将视频、图文、音频等多种素材集合, 具体依据实际需求而定^[5]。线下方式可以通过小组内部的沟通讨论, 或者由骨干护理人员做经验传导, 还可以让护理人员学习专业的国内课程。提供多样化的有关人才培养计划, 还可以积极鼓励护理人员深造, 不断优化自身专业化水准。科室内部还可以展开有关健康教育工作的建设活动, 从中选拔出优秀的健康教育人才为有关健康教育工作的开展提供更可靠的人才支撑。健康教育工作最好有专人负责, 做好科室工作情况的了解, 依据情况收集健康教育材料。做好对应的健康教育工作安排、培训指导, 保证护理团队在健康教育工作水准上能够与时俱进。充分吸收时代技术条件以及资源信息等, 为有关工作的开展提供更可靠的质量以及效率保证^[6]。在有关工作的开展上, 对人才培养需要做多样化的安排, 同时要保持耐心。人才的筛选上面, 首先需要有一定教育素养以及天赋基础, 而后在后续的培养上会更为顺畅, 减少不适合人

(下转第 248 页)

人性化护理对提升盆腔炎患者治疗依从性的效果分析

李海棠

青海红十字医院妇一科 青海西宁 810000

摘要：目的：探讨人性化护理对提升盆腔炎患者治疗依从性的效果。方法：采集本院2020年5月至2021年11月期间接收的盆腔炎患者108例，随机分为对照组与观察组各54例，对照组运用常规护理，观察组运用人性化护理，分析不同护理操作后患者治疗依从性、生活质量、护理满意度、心理状况情况。结果：在患者治疗依从性上，观察组为94.44%，对照组为77.78%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者焦虑、抑郁等心理评分上，观察组各项评分明显少于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者躯体、心理、社会各功能评分上，观察组护理后提升幅度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者护理满意度上，观察组为96.30%，对照组为79.63%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：盆腔炎患者中运用人性化护理后可以有效地提升患者治疗依从性，改善其负面情绪，提升其生活质量，患者护理满意度更高，整体状况更好。

关键词：人性化护理；盆腔炎；治疗依从性；效果

盆腔炎属于妇科常见生殖道与有关组织的炎症疾病之一，该病涵盖了子宫内膜炎、输卵管卵巢囊肿、盆腔腹膜炎、输卵管炎等。有关炎症疾病一般表现为患者下腹疼痛、性交痛与月经失调等，甚至会导致患者较大的生活影响与身心压力。本文采集盆腔炎患者108例，分析运用人性化护理后患者治疗依从性、生活质量、护理满意度、心理状况情况，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院2020年5月至2021年11月期间接收的盆腔炎患者108例，随机分为对照组与观察组各54例。对照组中，年龄从23岁至64岁，平均（ 44.98 ± 4.91 ）岁；病程从1年至6年，平均为（ 3.48 ± 1.07 ）年；文化程度中，初中及以下为27例，高中为18例，大学为9例；观察组中，年龄从22岁至63岁，平均（ 45.73 ± 3.06 ）岁；病程从1年至6年，平均为（ 3.86 ± 1.15 ）年；文化程度中，初中及以下为28例，高中为14例，大学为12例；两组患者在基本年龄、性别、文化程度等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用常规护理，观察组运用人性化护理，具体内容如下：

1.2.1 饮食护理

需要做好人性化护理工作，一般情况需要评估患者整体的身心状况，遵循其饮食习惯，设计对应的饮食方案。要确保整体饮食方面，膳食纤维、蛋白质、营养水平平均丰富，有助于整体机体的恢复。同时要避免生冷、辛辣刺激构成的不良影响^[1]。要做好具体饮食方案细节的说明，提升其执行的有效性，避免笼统模糊表述导致其理解障碍。对于禁忌问题以及有关饮食方案需要细致、量化的表述，提升其理解的效果。同时还需要依照其喜好设定来提升整体的用餐心理舒适度^[2]。

1.2.2 健康教育

在健康教育工作上，需要引起患者以及家属对有关工作的配合，纠正错误认知习惯。可以通过发送健康手册，提供对应的健康指导电子文章，开展健康讲座，组建对应的患者微信群组，做好对应信息内容的指导，将有关治疗护理注意事项做有效说明^[3]。有关方式可以在一定程度上减轻一对一口头指导的工作压力以及经济、精力消耗，提升整个工作开展效率。具体方式以及内容的设定，可以吸收多样化的经验支持，减少有关工作开展的人力资源消耗。如果自身在有关工作规划设计上，没有充分的人力支持，可以借助有关医疗平台做对应的辅助，提升有关工作开展的效果^[4]。在环境护理工作上面，需要保持舒适温馨的整体环境，保证室内光线、温

度、湿度的合理性，提升体感舒适度。要做好室内每天的消毒、杀菌处理，防控环境因素对其构成的不良影响，减少其感染风险。同时可以做好人性化的设置，保持柔和的室内颜色安排，做好植物摆设，控制人员探访量以及流动量。尽可能提供舒适的环境，让患者保持较好的休息^[5]。

1.2.3 心理护理

心理护理层面上，需要做好积极的沟通指导，让其意识到负面情绪产生的原因以及危害，提升其自觉控制负面情绪的意识。同时指导多样化的方式来进行心理建设，例如注意力转移法，正面信息心理暗示引导法^[6]。具体处理应对上，需要依据实际情况所需，避免笼统一刀切而导致的不匹配。

1.2.4 出院指导

出院指导方面，需要让其个人做好生活管理，保持个人卫生，同时做好会阴区域的清洁，防控感染问题。穿戴的内衣裤需要保持棉质透气材料，每天更换清洁，做好内衣的消毒灭菌清理^[7]。定期做好复诊。要做好用药护理工作，指导其合理规范用药，避免随意增减药物以及中断治疗，让其意识到疾病的彻底治疗对日常生活可以带来更好的支持效果，避免半途而废导致的不良问题。要保持耐心的沟通讲解，让其了解用药方法、技巧、注意事项，提升有关用药配合度^[8]。

1.3 评估观察

分析不同护理操作后患者治疗依从性、生活质量、护理满意度、心理状况情况。治疗依从性=完全依从率+部分依从率。生活质量主要集中在患者躯体、心理、社会各功能评分方面。护理满意度=很满意率+部分依从率。护理满意度=很满意率+部分满意率。心理状况主要运用焦虑、抑郁有关心理评分，评分越低情况越好。

1.4 统计学分析

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

2 结果

2.1 各组患者心理评分情况

见表1，在患者焦虑、抑郁等心理评分上，观察组各项评分明显少于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表1： 各组患者心理评分结果（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

分组	焦虑	抑郁
观察组	28.46±4.19	30.82±5.24
对照组	37.82±5.11	39.11±6.47

注：两组对比， $P < 0.05$

2.2 两组患者护理前后生活质量评分情况

如表2所示，在患者躯体、心理、社会各功能评分上，观察组护理后提升幅度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p < 0.05$ ）。

表2：两组患者护理前后生活质量评分对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

分组	时间	躯体功能	心理功能	社会功能
观察组	护理前	61.84±3.42	58.27±4.11	51.87±3.52
	护理后	76.85±4.77	74.29±5.16	76.29±4.61
对照组	护理前	62.18±4.25	57.43±5.08	52.76±4.59
	护理后	64.92±5.23	66.87±5.26	62.38±3.97

注：两组护理前对比， $P > 0.05$ ，两组护理后对比， $P < 0.05$

2.3 患者治疗依从性情况

见表3所示，在患者治疗依从性上，观察组为94.44%，对照组为77.78%，对比有统计学意义（ $p < 0.05$ ）。

表3：患者治疗依从性评估结果[n(%)]

分组	n	完全依从	部分依从	不依从	治疗依从性
观察组	54	31(57.41)	20(37.04)	3(5.56)	94.44%
对照组	54	17(31.48)	25(46.30)	12(22.22)	77.78%

注：两组对比， $P < 0.05$

2.4 患者护理满意度情况

见表4所示，在患者护理满意度上，观察组为96.30%，对照组为79.63%，对比有统计学意义（ $p < 0.05$ ）。

表4：患者护理满意度评估结果[n(%)]

分组	n	很满意	基本满意	不满意	护理总满意率
观察组	54	36(66.67)	16(29.63)	2(3.70)	96.30%
对照组	54	24(44.44)	19(35.19)	11(20.37)	79.63%

注：两组对比， $P < 0.05$

3 讨论

盆腔炎的具体发病原因多样，一般是由于患者经期个人卫生不注意，有关组织周围器官炎症感染所引发该病，会导致生活、工作一定影响。而采用人性化护理是一种以人为本的护理工作理念，考虑到患者身心诉求，提升其整体治疗恢复的心理、生理体验，减少治疗恢复不适感。具体处理中，包括关注患者用药、饮食、运动、环境、心理状况，复诊等方面的指导以及干预处理。其护理工作可复制性强，在多数人群中都可以广泛适用。在具体处理应对上，人性化护理需要做好不同患者情况分类，把每一个环节的护理操作工作做多样化的准备处理，由此来灵活应用匹配不同患者个体情况所需。例如，健康教育所涉及的内容形式就可以多样化，匹配不同患者信息接收习惯所需。心理护理的方式也多种多样，每一个患者的心理诉求以及特点不同，能够产生效果的心理建设方法也各有不一样。因此，需要做好对应的干预处理，提升有关工作开展的有效性。在生理层面，一方面是辅助疾病治疗用药提升疾病改善的效果，另一方面需要减少疾病带来的生理不适感，提升生理的舒适度。具体处理应对上，需要护理人员做好患者综合情况的观察了解，依据个体情况做匹配性的护理方案设计，保证有关工作落实的有效性。

人性化护理是近年来医疗发展理念不断提升情况下的护理方向，与传统的仅仅注重生理层面护理以及疾病康复不同，人性化护理对护理工作进行了进一步的拓展，同时对护理人员的综合要求也更高。护理人员不仅仅要能够落实基本的生理护理工作，也需要有更强的心理学、沟通能力、观

察判断能力、法律常识等各方面综合素养，由此才能应对多样化情况所需。

在护理工作中，要充分意识到护理的对象不是统一不变的患者情况，实际情况下包含着多种多样不同习惯、不同病情，以及不同家属情况的案例。因此，在具体的护理处理中则需要做好灵活应对，避免因为个人处理不当导致的患者以及家属的负面情绪以及不良事件。尽可能地保证护理工作更好的落实，提升整体工作开展的效果以及质量，减少护理风险问题等。

本研究结果中，在患者治疗依从性上，观察组为94.44%，对照组为77.78%，对比有统计学意义（ $p < 0.05$ ）；在患者焦虑、抑郁等心理评分上，观察组各项评分明显少于对照组，对比有统计学意义（ $p < 0.05$ ）；在患者躯体、心理、社会各功能评分上，观察组护理后提升幅度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p < 0.05$ ）；在患者护理满意度上，观察组为96.30%，对照组为79.63%，对比有统计学意义（ $p < 0.05$ ）。本研究中，从患者心理评分、治疗依从性、生活质量、护理满意度等各项指标，结果可以发现观察组采用人性化护理之后，对于盆腔炎患者的治疗恢复有更好的支持作用，患者对整体的护理工作认可度更高，整个流程治疗配合度更好，帮助治疗方案更好地实现其效果，减少患者负面情绪以及不良问题整体的工作开展效果好，可推广性更强。

一方面要做好护理工作流程的安排，尽可能地通过更为科学合理的护理路径做有关工作的指导支撑，让护理人员在执行过程中依照规范内容落实，避免个别工作落实的遗漏以及差错问题。同时要做好护理工作的监督管理，提升护理人员自觉规范工作的意识，落实好有关护理人员在各负责岗位工作中的责任制管理。一方面要做好个人责任制管理，另一方面也需要做好小组以及科室的责任制管理，提升整个部门所有人员在有关工作上的配合度，避免因个人工作能力不足以及缺乏他人支持导致的不良工作后果。

要做好护理人员的培训管理，同时也需要严格做好人员纳入机制。保证护理人员在专业基础上相对扎实，有较高的工作素养，能够胜任护理工作所需。无论是在思想状态、性格、脾气等各方面都能够符合护理岗位的特殊性，避免在护理工作中与患者发生冲突矛盾而导致了不良后果。同时护理工作也要有更强的身心素质，生理层面上要有良好的精力，能够应对护理工作的高强度所需；另一方面，心理层面要有更强的细致性，避免马虎大意导致的工作疏忽差错等。因此，对于人员的选择以及培训管理非常重要，多运用现代化的培训技术以及信息内容，提升护理人员的综合素养。

总而言之，盆腔炎患者中运用人性化护理后可以有效地提升患者治疗依从性，改善其负面情绪，提升其生活质量，患者护理满意度更高，整体状况更好。

参考文献：

- [1]刘影. 人性化护理在盆腔炎护理中的应用[J]. 黑龙江医药科学, 2021, 44(5): 195-196.
- [2]张淑娟. 人性化护理对盆腔炎患者生活质量的影响[J]. 中外女性健康研究, 2021(11): 142-143.
- [3]刘晓慧. 慢性盆腔炎实施人性化护理的分析[J]. 健康之友, 2021(15): 240.
- [4]潘立秀. 人性化护理在盆腔炎护理中的应用效果研究[J]. 心理月刊, 2020, 15(13): 83.
- [5]张倩云. 分析人性化护理在盆腔炎患者护理中的应用效果[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(17): 46.
- [6]樊丽丽. 人性化护理在盆腔炎护理中的临床应用效果[J]. 中国保健营养, 2020, 30(4): 173.
- [7]张静. 人性化护理在盆腔炎护理中的应用效果研究[J]. 健康必读, 2020(18): 144.
- [8]李波. 人性化护理对妇科盆腔炎患者生活质量的影响分析[J]. 母婴世界, 2020(9): 153.

心理健康护理在妊娠高血压护理中的应用及对生活质量的影响

廉玉霞 徐慧 张娟

解放军第九六〇医院南院 妇产科门诊 山东济南 250031

摘要: 目的 探讨对妊娠高血压综合征患者实施心理健康护理的临床效果, 分析对其生活质量、血压水平、心理状态的影响。方法 纳入 2020 年 1 月-2022 年 1 月本院收治的妊娠高血压患者, 筛选其中 80 例作为研究对象。按照不同护理方式将患者分为两组进行对照研究, 即对照组 (40 例, 常规产科护理) 和研究组 (40 例, 心理健康护理)。通过两组量表评分 (生活质量、心理状态) 和血压水平情况评估两种护理模式的应用价值。结果 从生活质量方面比较: 相较于对照组, 研究组护理后生活质量量表得分显著更高 ($P<0.05$); 从心理状态方面比较: 相较于对照组, 研究护理后不良情绪评分显著更低 ($P<0.05$); 从血压水平方面比较: 相较于对照组, 研究组血压水平具备显著优势 ($P<0.05$)。结论 对妊娠高血压综合征患者实施心理健康护理的临床效果显著, 能够有效改善患者生活质量和心理状态, 有利于维持患者血压水平稳定, 值得推广及应用。

关键词: 妊娠高血压; 心理健康护理; 生活质量

Application of mental health nursing in pregnancy hypertension nursing and its influence on quality of life

Lian Yuxia, Xu Hui, Zhang Juan

Department of Obstetrics and Gynecology, South Hospital, 960th PLA Hospital, Jinan 250031, Shandong, China

Abstract: Objective To explore the clinical effect of mental health nursing for patients with pregnancy-induced hypertension syndrome, and to analyze the impact on their quality of life, blood pressure level and psychological state. Methods A total of 80 patients with gestational hypertension admitted to our hospital from January 2020 to January 2022 were selected as the study subjects. Patients were divided into two control groups according to different nursing styles: control group (40 cases, routine obstetric care) and study group (40 cases, mental health care). The application value of the two nursing models was evaluated by two scale scores (quality of life, psychological state) and blood pressure level. Results In terms of quality of life, compared with the control group, the score of post-nursing quality of life scale in the study group was significantly higher ($P<0.05$); Compared with the control group, the score of bad mood after nursing was significantly lower ($P<0.05$). In terms of blood pressure level, compared with the control group, the blood pressure level of the study group had significant advantages ($P<0.05$). Conclusion The clinical effect of mental health nursing for patients with gestational hypertension syndrome is significant, which can effectively improve the quality of life and psychological state of patients, and is conducive to maintaining the stable level of blood pressure of patients, which is worth popularizing and applying.

References: Hypertension in pregnancy; Mental health care; The quality of life

妊娠期高血压综合征是妊娠期女性特有的并发症之一, 水肿、蛋白尿是该类患者的主要临床表现, 该症状若未能得到及时有效的控制, 将影响产妇及新生儿围产期的安全性和生活质量^[1]。赵春迎等^[2]研究表明, 妊娠高血压综合征会随着孕周延长呈现显著加重的趋势, 控制血压是改善该类患者临床症状的重要途径。临床除了常规对症处理外, 积极、科学的干预配合也具有重要意义^[3]。为提高本院妊娠高血压患者生活质量, 本研究对其实施心理健康护理, 探讨对其血压水平、生活质量及心理状态的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

经我院伦理委员会批准, 纳入 2020 年 1 月-2022 年 1 月本院收治的妊娠高血压患者, 筛选其中 80 例作为研究对象。按照不同护理方式将患者分为两组进行对照研究, 即对照组 (40 例) 和研究组 (40 例)。纳入标准: 均为妊娠期妇女; 均符合妊娠期高血压综合征相关诊断标准; 认知功能无明显异常可配合各项护理措施。排除标准: 既往高血压、糖尿病史患者。对照组年龄区间 25-40 岁, 平均年龄 (28.70±1.66) 岁; 研究组年龄区间 24-39 岁, 平均年龄 (28.29±2.04) 岁。两组患者一般资料比较后符合研究要求, 即差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有一定可比性。

1.2 方法

对照组采取妊娠高血压综合征患者常规产科护理, 主要包括血压水平

监测、产前检查完善等措施。

研究组在此基础上实施心理健康护理模式, 具体包括: (1) 由护士长发起成立心理健康护理管理小组, 组内成员还包括 1 名产科医师、3 名产科工作经验超过 10 年的护师。小组成员共同分析每位患者一般情况、病情状态、血压情况等, 结合既往护理工作中存在的问题, 制定针对性心理健康护理措施。(2) 入院心理健康护理, 患者入院时, 护理人员亲切、热情地带领患者熟悉病区环境, 消除由于陌生环境对患者造成的心理应激。为患者介绍医师及主管护师, 告知患者出现任何疑问随时沟通, 取得患者信任。为患者介绍治疗过程、注意事项等, 通过成功病例的讲解消除患者对于疾病和、治疗及护理过程的担忧和恐惧。与患者和患者家属之间建立良好的沟通桥梁, 引导患者树立正向心态面对治疗。(3) 分娩前护理, 分娩前详细为患者介绍分娩相关知识, 纠正患者对于分娩或剖宫产的错误认知。降低其心理、生理应激对分娩产生的不良影响, 给予患者的鼓励和支持, 帮助患者建立信心。(4) 全程心理健康护理, 告知患者整个流程期间各阶段可能出现的症状和表现, 指导患者掌握正确的自我护理方法和应对方式。帮助患者明确遵医嘱完成检查、用药及各项护理操作对其病情和分娩结局产生的影响, 提高患者依从性。针对患者危险因素、个人特点制定针对性的妊娠高血压综合征饮食和运动方案, 提高患者机体耐受度。(5) 分娩后心理健康护理, 在胎儿娩出后, 第一时间告知患者顺利分娩并鼓励其与新生儿接触, 提高患者满足感和成就感。

1.3 观察指标

(1) 血压水平: 分别于护理前后测量对照组、研究组血压水平, 并通过该值的组间差异分析两种护理模式对患者血压水平的影响。(2) 生活质量: 护理后采用 SF-36 量表对对照组、研究组患者进行调查, 通过组间该得分的差异分析护理模式对患者生活质量的影响, 分数区间 0-100 分, 分数与生活质量成正比。(3) 心理状态, 采用 SAS、SDS 在护理前后对对照组、研究组患者进行调差, 通过组间该得分的差异分析两种护理模式对患者心理状态的影响, 分数与对应不良情绪程度成正比。

1.4 统计学方法

相关数据均通过 SPSS25.0 软件分析, 均数标准差表示计量资料, 计数资料用 (%) 表示, 分别采用独立样本 t 、卡方检验, $P<0.05$ 提示差异具备统计学意义。

2 结果

2.1 对照组、研究组血压水平对比

从血压水平方面比较: 相较于对照组, 研究组血压水平具备显著优势 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 对照组、研究组血压水平对比 (mmHg, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	SBP		DBP	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	40	151.63±6.02	149.65±5.07	97.29±2.98	90.39±3.01
研究组	40	151.48±5.83	136.62±4.55	97.67±3.04	83.01±2.84
t 值		0.1132	12.0971	0.5646	11.2788
P 值		0.9102	0.0000	0.5740	0.0000

2.2 对照组、研究生活质量评分对比

与从生活质量方面比较: 相较于对照组, 研究组护理后生活质量量表得分显著更高 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 对照组、研究生活质量评分对比 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	生理功能	生命活力	精神健康	社会功能	躯体疼痛	生理职能	情感职能	总体质量
对照组(n=40)	85.32±3.04	84.61±3.93	86.47±3.58	85.54±3.90	86.00±4.13	85.66±3.93	84.53±3.84	85.11±4.74
研究组(n=40)	94.80±2.95	90.35±3.11	92.07±4.02	93.50±4.77	93.87±4.25	94.62±4.05	91.73±4.17	94.50±5.08
t 值	14.4120	7.2437	6.5795	8.1708	8.3991	10.0416	8.0330	8.5475
P 值	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0012	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 对照组、研究心理状态评分对比

与从心理状态方面比较: 相较于对照组, 研究护理后不良情绪评分显著更低 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 对照组、研究心理状态评分对比 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	40	53.16±2.87	42.53±3.51	51.49±3.04	40.46±2.99
研究组	40	53.51±3.02	39.72±2.99	51.65±2.98	38.50±2.63
t 值		0.5313	3.8544	0.2377	3.1130
P 值		0.5967	0.0002	0.8127	0.0026

3 讨论

妊娠高血压综合征是一种以小静脉痉挛为主要病理基础的是妊娠期常见合并症, 根据患者疾病严重程度采取不同的干预措施^[4]。对于轻症患者而言, 可采用饮食指导、运动干预等方式帮助患者控制血压, 从而达到缓解临床症状, 促进生活质量提高的目的; 较重患者则需要入院接受规范治疗。随着人们饮食习惯和生活方式的不断转变, 现阶段妊娠高血压综合征发病率呈逐年升高态势^[5]。由于部分妊娠高血压患者对疾病和治疗方式存在错误认知, 认为药物可能对胎儿生长发育产生不良影响, 导致其对治疗和护理存在不同程度的抵触、恐惧、焦虑等不良情绪, 这种心态可能进一步加重生理症状, 影响血压水平。因此, 有必要针对患者错误认知和不良心态给予针对性的心理指导^[6]。

心理健康护理是基于传统干预模式, 强化对患者健康宣教、心理支持的一种人性化服务模式, 能够纠正患者错误认知, 排解负性情绪^[7]。本研究将该模式应用于研究组患者, 结果显示: 相较于对照组, 研究组护理后生活质量量表得分显著更高 ($P<0.05$); 研究护理后不良情绪评分显著更

低 ($P<0.05$); 研究组血压水平具备显著优势 ($P<0.05$)。分析原因可能为以下几点: 心理健康护理帮助患者全面了解遵医嘱服药、自我护理对疾病和新生儿的正向影响, 患者依从性得到提升, 规律服药、测量血压, 血压水平得到有效控制^[8]。心理健康护理通过案例介绍、心理引导等方式帮助患者消除顾虑, 建立分娩信心, 改善心理状态, 促进生活质量的提升。

综上所述, 对妊娠高血压综合征患者实施心理健康护理的临床效果显著, 能够有效改善患者生活质量和心理状态, 有利于维持患者血压水平稳定, 值得推广及应用。

参考文献:

- [1]高洁. 心理健康护理在妊娠高血压护理中的临床效果分析[J]. 婚育与健康,2021(12):94.
- [2]赵春迎. 心理健康护理在妊娠高血压护理中的实施效果分析[J]. 养生保健指南,2021(38):166-167.
- [3]吴敏. 妊娠高血压护理中实施心理健康护理的临床效果及满意度分析[J]. 心血管防治知识,2021,11(11):66-68.
- [4]江燕. 探讨在妊娠高血压护理中采用心理健康护理的应用价值[J]. 东方药膳,2020(17):257.
- [5]姜秀香. 心理健康护理在妊娠高血压护理中的实施效果观察[J]. 心理月刊,2020,15(10):91.
- [6]颜美杰. 心理健康护理在妊娠高血压护理中的应用分析[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(22):288,291.
- [7]唐龙凤. 心理健康护理在妊娠高血压护理中的应用观察[J]. 心血管病防治知识,2020,10(10):83-85.
- [8]冯春梅,任春艳,赵琼芬. 分析讨论心理健康护理在妊娠高血压护理中的效果[J]. 心理医生,2018,24(2):255-256.

综合护理模式在老年性阴道炎临床护理中的效果分析

吕玲 尚甜甜

济南市中西医结合医院 山东济南 271100

摘要：目的：对老年性阴道炎患者实施综合护理模式，比较其与常规护理的实施效果，分析综合护理模式的应用优势。方法：本次研究中共有研究对象 86 例，所有患者均经实验室诊断被确诊，均于 2020 年 1 月至 2022 年 5 月在我院接受治疗，根据患者首次入院日期，将入院日期为单号的患者列为对照组，行常规护理，有患者 43 例，将入院日期为双号的患者列为观察组，有患者 43 例，行综合护理，护理结束后，对两组患者阴道症状进行评分，采用本院自制的护理满意度调查表调查两组护理满意度，评估两组对护理的依从性，采用专业的统计学软件比较两组效果。结果：以各阴道症状评分为评价标准，观察组均较对照组低，($P < 0.05$)；观察组护理满意度 (95.35%) 较对照组 (74.42%) 高，($P < 0.05$)；观察组依从性 (95.35%) 较对照组 (72.09%) 高，($P > 0.05$)。结论：临床上对老年阴道炎患者实施治疗的过程中，配合应用综合护理干预，能够有效改善患者的症状，并且患者对护理工作的满意度较高，能够更好的配合治疗，有推广价值。

关键词：综合护理；老年性阴道炎；护理满意度；临床症状

女性在绝经后，其卵巢功能减弱，卵巢雌激素分泌量降低，阴道内 pH 值不断升高，逐渐出现了卵巢萎缩等症状，阴道对细菌的抵抗力降低，一些病原体直接侵入至阴道后生长繁殖，导致患者出现了阴道炎症^[1]。尤其是老年患者，发病后主要表现为阴道分泌物异常增多、外阴灼热瘙痒、阴道持续性疼痛等症状，如果未能及时接受有效的治疗，随着时间的延长，炎症的反复发作，对患者的内生殖器造成损伤，导致治疗难度增加^[2]。目前，临床上对老年性阴道炎患者的治疗主要以药物为主，可单一用药，也可联合用药。但是有研究人员发现，在治疗的过程中，大部分患者的依从性比较低，导致治疗效果欠佳^[3]。本院近年来对于老年性阴道炎患者在治疗的同时配合应用了综合护理干预，从多个方面为患者提供了高质量的护理服务。本次研究选取了 86 例老年性阴道炎，通过比较常规护理干预与综合护理干预的应用效果，详细的分析了综合护理干预的应用优势。具体如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究中共有研究对象 86 例，所有患者均经实验室诊断为老年性阴道炎，均于 2020 年 1 月至 2022 年 5 月在我院接受治疗。根据患者首次入院治疗的日期将入院日期为单号的患者列为对照组，有患者 43 例，将入院日期为双号的患者列为观察组，有患者 43 例。观察组研究对象年龄 61~76 岁，平均 (68.68±3.69) 岁，病程 1~4 (2.41±0.96) 年；对照组研究对象年龄 61~77 岁，平均 (68.73±3.65) 岁，病程 1~5 (2.46±0.98) 年。本次研究经过了本院伦理委员会的批准。两组年龄、病程等比较 ($P > 0.05$)。

纳入标准：(1) 符合老年性阴道炎的诊断标准^[4]，且经实验室诊断被确诊；(2) 表现出不同程度的外阴灼热、瘙痒、阴道疼痛、阴道干涩、阴道充血等症状；(3) 患者及家属均对本次研究内容及流程知晓，且自愿参与；

排除标准：(1) 对本月份所使用的治疗药物有过敏史；(2) 合并其他感染性疾病；(3) 合并精神疾病；(4) 不能配合本次研究。

1.2 方法

对照组 行常规护理。护理人员对本组患者进行阴道炎相关知识的健康宣教，增强患者对自身疾病的认知程度，对患者实施用药指导，保障患者的安全用药，同时对患者实施一些基础性的护理措施。

观察组 行综合护理。主要包括以下几个方面：(1) 心理护理。护理人员首先要对患者的心理状况进行评估。患者发病后由于受到病情的影响、年龄的增加、机体雌激素分泌量减少导致生理特征方面出现的部分变

化，使患者心理上出现了或多或少的负性情绪，部分患者表现出的抑郁、焦虑等情绪比较严重，对治疗及护理工作出现了抵抗情绪，导致对治疗的依从性降低。针对此种情况，护理人员首先要掌握正确的心理评估量表的使用方式，对患者的心理状态进行评估，根据评估结果对其实施针对性的心理疏导。通过与患者进行有效的沟通及交流，掌握影响患者心理情绪的因素，耐心的倾听患者的诉求，并针对性的进行因素分析，准确的解答患者提出的一些问题^[5]。还要告知患者不良心理情绪对病情造成的影响。或者向患者讲解一些治疗成功的案例，也可以邀请一些治疗成功的患者现身说法，为患者讲解一些自身治疗中配合的内容以及方式，让患者能够以积极乐观的心态去面对治疗，促进治疗效果的改善；(2) 健康宣教。大部分患者文化程度并不高，对自身疾病相关知识不能有个正确的了解，导致不能更好的配合治疗。针对此种情况，护理人员要对患者实施针对性的健康知识宣教，可根据患者的具体情况进行 1 对 1 讲解，也可以组织患者集体参加讲座，或者可以通过手机智能终端，通过微信公众号、抖音以及快手等平台向患者推送一些疾病相关的知识，比如患者发病后的表现症状、引发患者发病的因素、具体的治疗方式、治疗过程中需要注意的事项等等，指导并监督患者改变一些不健康的卫生习惯，日常生活中叮嘱患者要保持阴道卫生的清洁，可以根据患者的具体情况、实验室检查结果选择一些适宜的清洗液定期对阴道进行清洗^[6]。如果患者病情发作，可适当的应用温开水对外阴进行充分的冲洗；(3) 用药指导。患者治疗的过程中治疗人员根据其具体情况对其实施了局部用药以及全身用药，本次研究中所选取的患者，护理人员在遵医嘱的情况下加强了对患者的用药指导，指导患者取 0.125~0.250mg 的乙烯雌酚放置在了阴道后穹窿部位，连续治疗 7 天为一个疗程。然后指导患者正确使用了尼尔雌醇，根据患者的具体情况对用药剂量进行了调整，共用药 3 个月。由于为老年患者，记忆力减退，极易出现用药错误，护理人员要对每一种药品详细标明用药的方法、剂量以及用药时间，告知患者家属要加强日常监督^[7]；(4) 阴道灌洗。阴道灌洗也是老年阴道炎患者治疗的主要环节。护理人员要详细告知患者正确的灌洗方式，比如在清洗之前要保证手卫生的清洁，避免造成细菌感染，适当的排空膀胱，保持截石体位，将外阴充分的暴露出来，采用阴道扩张器对阴道内部进行石蜡油润滑，利用乳酸或者醋酸溶液对阴道穹窿部位、宫颈等部位进行充分的冲洗^[8]；(5) 饮食指导。护理人员还要指导老年阴道炎患者保持清淡的饮食，同时还要加强对一些新鲜蔬菜、水果、牛奶等物质的摄入量，保证机体营养的均衡。尤其要避免食用辛辣刺激性的食物，疾病复发。

1.3 观察指标

护理结束后,对两组患者阴道症状进行评分,共有外阴灼热、瘙痒、阴道疼痛、阴道干涩、阴道充血等五个症状,各症状满分为5分,评分越低,提示患者的症状越轻^[9]。采用本院自制的护理满意度调查表调查两组护理满意度,评估两组对护理的依从性,采用专业的统计学软件比较两组效果。

1.5 统计学分析

采用SPSS 25.0软件整理分析数据,计数资料以($n, \%$)形式展开, χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)形式展开, t 检验, $P < 0.05$ 提示存在统计学差异。

2 结果

2.1 各症状评分

以各阴道症状评分为评价标准,观察组均较对照组低, ($P < 0.05$)。见表1:

表1 各症状评分比较

组别	外阴灼热	阴道疼痛	阴道干涩	阴道充血	阴道瘙痒
观察组 ($n=43$)	0.81±0.15	0.25±0.09	0.53±0.85	0.45±0.11	0.23±0.05
对照组 ($n=43$)	2.59±0.62	2.44±0.59	2.54±0.54	3.16±0.84	2.74±0.74
t	2.741	3.546	3.215	3.885	3.905
P	0.042	0.036	0.038	0.034	0.033

2.2 护理满意度

观察组护理满意度(95.35%)较对照组(74.42%)高, ($P < 0.05$)。见表2:

表2 护理满意度比较

组别	非常满意	满意	不满意	满意度(%)
观察组($n=43$)	31	10	2	41(95.35)
对照组($n=43$)	17	15	11	32(74.42)
χ^2	/	/	/	12.006
P	/	/	/	0.000

2.3 依从性

观察组依从性(95.35%)较对照组(72.09%)高, ($P > 0.05$)。见表3:

表3 依从性比较

组别	完全依从	部分依从	不依从	依从性(%)
观察组($n=43$)	30	11	2	41(95.35)
对照组($n=43$)	18	13	12	31(72.09)
χ^2	/	/	/	12.006
P	/	/	/	0.000

3 讨论

老年性阴道炎在临床上较为常见,属于绝经后女性常见疾病中的一种,除了机体生理特征变化之外,老年性阴道炎的发生还与患者的个人卫生习惯、日常饮食等多种因素有关。患者发病后,其日常生活受到了极大的影响^[10]。目前临床上主要以药物治疗为主,治疗人员根据患者的具体情况对其实施了单一药物治疗或者联合药物治疗,但是为了进一步提高临床治疗效果,在治疗的同时配合应用有效的护理干预也就显得尤其重要^[11]。本次研究中,给观察组患者应用了综合护理干预,给对照组患者应用了常

规护理干预,结果发现,观察组各阴道症状评分均较对照组低, ($P < 0.05$)。提示观察组各症状改善的更加明显,治疗效果更好。这与本人的研究结果是一致的。这是因为本院所实施的综合护理干预,护理人员在护理的过程中充分的遵循了人文关怀理念,从多个方面为患者提供了周到细致的护理服务,患者对护理工作的满意度更高,对治疗的依从性增强,本次研究结果也显示,观察组护理满意度(95.35%)较对照组(74.42%)高,观察组依从性(95.35%)较对照组(72.09%)高, ($P > 0.05$)。

本院给对照组实施的常规护理,在护理工作中护理人员主要以叮嘱患者遵医嘱为主,护理人员所实施的护理干预措施并不全面,缺乏系统性。综合护理干预的应用,护理人员从多个方面提供了服务,首先对患者实施了心理护理,分析了影响患者出现心理负面情绪的因素,对患者实施了针对性的心理疏导,促进了患者心理情绪的缓解,通过与患者进行有效的沟通及交流,向患者进行一些治疗成功案例的讲解,联系相关治疗成功的患者为患者提供了治疗成功的经验,增强了患者对治疗的信心。通过实施健康宣教,向患者及家属讲解了一些疾病相关的知识,帮助患者更加深刻的了解到了自身病情情况,对自身的行为进行了规范管理,日常生活中养成了更加健康的生活方式,避免了疾病的复发,对患者实施了用药指导,根据患者的具体情况,给其注明了具体的用药方式、用药时间以及用药剂量,叮嘱患者家属加强监督,保证了用药的安全性和有效性,通过对患者实施阴道灌洗方式的指导,帮助患者掌握了正确的灌洗方式,保证了治疗的有效性。最后还对患者实施了饮食指导,保证了营养摄入的均衡,避免了疾病的复发。这种综合护理干预模式更加系统、更加全面,临床应用效果更佳。本次研究结果也进一步证实了这一结论。

综上所述,临床上对老年阴道炎患者实施治疗的过程中,配合应用综合护理干预,能够有效改善患者的症状,并且患者对护理工作的满意度较高,能够更好的配合治疗,建议将此种护理方式推广在更多的临床上应用。

参考文献:

- [1]陈薇.综合护理模式在老年性阴道炎临床护理中的效果观察[J].现代养生(下半月版),2022,22(1):136-138.
- [2]郑维.综合护理模式对老年性阴道炎患者临床症状好转时间、不良情绪的影响[J].婚育与健康,2021,11(6):20.
- [3]张静.综合护理干预在老年性阴道炎护理中的应用效果观察[J].特别健康,2021,22(29):277.
- [4]李玉花.综合护理在老年性阴道炎护理中的应用效果[J].中国保健营养,2021,31(5):198.
- [5]马新飞.综合护理干预在老年性阴道炎护理中的应用效果观察[J].中国保健营养,2021,31(13):32-33.
- [6]王颖.综合护理干预在老年性阴道炎护理中的应用分析[J].东方药膳,2020,13(19):162.
- [7]周静,张蓉,唐晓辉,等.综合护理干预在老年性阴道炎护理中的应用效果观察[J].中华养生保健,2020,38(8):88-89.
- [8]杨眷.综合护理干预在老年性阴道炎护理中的应用效果观察[J].母婴世界,2020,21(6):179.
- [9]刘庆.探讨综合护理干预和治疗在老年性阴道炎患者护理中的实践研究[J].科学养生,2020,23(6):149.
- [10]张文丽,郭丹林,饶翠丹.综合护理干预在老年性阴道炎护理中的应用效果观察[J].中国现代药物应用,2019,13(15):199-200.
- [11]李晴惠,黄玲.护理干预在老年性阴道炎护理中的应用效果及护理满意度影响[J].东方药膳,2020(21):171.

心理护理干预对产科助产自然分娩的影响分析

盛春燕 岳海娟

银川市第二人民医院 宁夏银川 750001

摘要：目的：探讨心理护理干预对产科助产自然分娩的影响。方法：采集本院2020年8月至2021年11月期间接收的98例产科产妇产案例，随机分为对照组与观察组各49例，对照组运用常规护理，观察组运用心理护理干预，分析不同护理操作后患者分娩时间、分娩出血量、产程时间、自然分娩率、疼痛程度、心理状态、新生儿Apgar评分、生活质量评分、不良妊娠结局情况。结果：在产后出血、新生儿窒息、胎儿窘迫等不良妊娠结局率上，观察组为2.04%，对照组为16.33%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者焦虑、抑郁心理评分上，观察组各项评分明显少于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在新生儿Apgar评分、生活质量评分上，观察组各项明显高于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者自然分娩率上，观察组为83.67%，对照组为61.22%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者分娩时间、分娩出血量、产程时间上，观察组各项明显少于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在疼痛程度上，观察组明显低于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：心理护理干预对产科助产自然分娩可以提升自然分娩率，减少疼痛感，降低产后出血，加快分娩速度，减少不良妊娠结局，提升新生儿质量。

关键词：心理护理干预；产科；助产；自然分娩；影响

分娩所存在的疼痛刺激与风险性，会构成产妇强烈的心理压力。宫缩过程会导致产妇分泌更多的内茶氨酸，由此导致患者疼痛情况严重化，甚至导致母婴双方健康威胁。自然分娩备受推崇，但是其过程会带来产妇强烈的身心压力。需要做好有关心理建设，提升产妇分娩的效果与安全性。本文采集98例产科产妇产案例，分析运用心理护理干预后患者分娩时间、分娩出血量、产程时间、自然分娩率、疼痛程度、心理状态、新生儿Apgar评分、生活质量评分、不良妊娠结局情况，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院2020年8月至2021年11月期间接收的98例产科产妇产案例，随机分为对照组与观察组各49例。对照组中，年龄从23岁至39岁，平均（ 32.87 ± 5.19 ）岁；孕周为37周至41周，平均（ 38.22 ± 1.07 ）周；初产妇为32例，经产妇为17例；观察组中，年龄从22岁至38岁，平均（ 33.16 ± 4.54 ）岁；孕周为37周至41周，平均（ 38.76 ± 1.12 ）周；初产妇为35例，经产妇为14例；两组产妇在基本的年龄、性别、孕周等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用常规护理，观察组运用心理护理干预，具体内容如下：

心理护理需要贯穿整个分娩全程，做好各环节的针对性处理，坚持基本原则，做好灵活应对。

首先，在产前需要做好基本的分娩常识，让产妇以及家属对有关医护人员、科室状况、医院整体环境有基本了解，避免其因为陌生以及不适应而引发的心理压力以及各种错误行为举动等。同时要提供产妇成功案例现身说法，尤其是让分娩成功产妇阐述说明，可以有更多的感同身受以及经验分享，改善产妇的负面心理状况。同时要充分意识到心理干预工作与多方面因素有关，例如其生理感受、认知状况、环境条件^[1]。一般情况下，如果产妇心理压力过大，可以通过相邻产妇的陪伴、沟通、解说来达到负面情绪的疏导，同时鼓励家属做好对应的心理建设，避免家属的负面情绪

对产妇构成了心理压力。在产前需要多提供积极的心理暗示信息，提升其心理质量，避免负面情绪对整体工作构成的影响。必要情况下，可以通过放松训练、音乐疗法以及注意力转移等多种方式来改善其产前生理不适感，避免其过多关注负面信息以及情况而导致的心理压力。同时让家属提供更为便捷的人性化辅助，提升产妇整体的分娩前舒适度，在一定程度上也可以疏解其心理压力问题^[2]。

在分娩过程中，需要做好人性化的调整，依据情况可以让其亲友做陪伴来给予对应的鼓励。同时在分娩过程中，可以让助产士做对应分娩经验的细致强调指导，让其有更有效的方式应对分娩，给予更多的鼓励。鼓励的方式可以是语言、肢体动作、眼神交流等多种方式，同时让产妇知道分娩中可能出现的不适感属于正常情况，避免其过度的担忧^[3]。如果需要，还可以通过手机视频等多种方式来做好联系操作，让其在异地或者产房外的亲人或者朋友给予对应的心理支持鼓励，具体依据其需求而定，避免其家属直接在病房内陪护而导致的交叉感染等其他多种风险问题。要积极采用现代化的技术来对产妇分娩提供更多的支持，同时也提升整个分娩过程的安全性。尽可能地减少非必要人员加入对整体分娩构成的影响。到达第二产程、第三产程时，可以提供更多的鼓励，让其知晓当下的分娩情况，通过激励手段来让产妇更好的配合医护人员做操作，确保其更顺利的分娩^[4]。

产后需要及时告知产妇有关胎儿的具体情况，让产妇能尽早地卸下心理压力，感受迎接新生命的喜悦。同时要引导产妇了解产后的自我护理方法，防控感染等问题，同时引导其做好有关母乳喂养，通过多样化的方式来讲解有关产后注意事项。有关讲解过程中，需要采用多样化的形式以及内容，依据产妇个体情况而定。讲解的方式除了常规的口头强调，注重产妇个人认知缺陷做对应的说明，同时也可以通过手机文章、纸质文章的方式来将全面性的信息做对应的指导^[5]。让其更好地适应产后状况，做好心理调适，避免突如其来的角色转变而导致心理压力过重以及不适应情况。期间，还需要尽可能调动家属对产妇的配合，不仅要关注产妇的生活，同

时要关注产妇的心理状况，及时反馈产妇的心理变化，让医护人员做好针对性的调整。

1.3 评估观察

分析不同护理操作后患者分娩时间、分娩出血量、产程时间、自然分娩率、疼痛程度、心理状态、新生儿 Apgar 评分、生活质量评分、不良妊娠结局情况。疼痛程度分为轻度、中度与重度。不良妊娠结局主要集中在产后出血、新生儿窒息、胎儿窘迫等方面。

1.4 统计学分析

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

2 结果

2.1 各组产妇心理状况、新生儿 Apgar 评分、生活质量评分情况

见表 1，在患者焦虑、抑郁心理评分上，观察组各项评分明显少于对照组，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。在新生儿 Apgar 评分、生活质量评分上，观察组各项明显高于对照组，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 1： 各组产妇心理状况、新生儿 Apgar 评分、生活质量评分结果 ($\bar{x} \pm s$)

分组	SAS (分)	SDS (分)	新生儿 Apgar 评分 (分)	生活质量 (分)
观察组	37.28±4.19	178.25±9.74	34.71±4.29	9.43±1.52
对照组	59.42±8.14	284.11±10.63	46.37±7.97	13.19±3.41

注：两组对比， $P < 0.05$

2.2 各组患者分娩时间、分娩出血量、产程时间情况

见表 2，在患者分娩时间、分娩出血量、产程时间上，观察组各项明显少于对照组，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 2： 各组患者疾病恢复速度结果 ($\bar{x} \pm s$)

分组	分娩时间 (h)	分娩出血量 (ml)	产程时间 (h)
观察组	19.25±3.19	161.85±14.98	8.92±1.14
对照组	37.56±5.30	245.28±12.97	12.37±1.93

注：两组对比， $P < 0.05$

2.3 产妇疼痛程度情况

见表 3 所示，在产妇疼痛程度上，观察组明显低于对照组，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 3： 产妇治疗疗效评估结果[n(%)]

分组	n	轻度	中度	重度
观察组	49	15 (50.00)	18 (45.00)	1 (2.50)
对照组	49	14 (35.00)	19 (47.50)	7 (17.50)

注：两组对比， $P < 0.05$

2.4 两组产妇自然分娩率情况

见表 4 所示，在产妇自然分娩率上，观察组为 83.67%，对照组为 61.22%，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 4： 两组产妇自然分娩率评估结果[n(%)]

分组	n	自然分娩	剖宫产
观察组	49	41 (83.67)	8 (16.33)
对照组	49	30 (61.22)	19 (38.78)

注：两组对比， $P < 0.05$

2.5 两组不良妊娠结局率情况

见表 5 所示，在产后出血、新生儿窒息、胎儿窘迫等不良妊娠结局率上，观察组为 2.04%，对照组为 16.33%，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 5： 两组不良妊娠结局率评估结果[n(%)]

分组	n	产后出血	新生儿室 息	胎儿窘迫	不良妊娠结 局率
观察组	49	0	0	1	2.04%
对照组	49	3	2	3	16.33%

注：两组对比， $P < 0.05$

3 讨论

在沟通中需要保持亲和有礼、通俗易懂的方式，避免过多专业术语而导致其理解障碍。要充分意识到对患者以及家属的讲解工作主要目的是让其清晰了解，同时提升整体的配合度，而不是考验其专业性。因此，甚至可以通过大白话或者地方方言的方式来让其更清晰的理解有关内容^[6]。由此确保最终执行上的准确性，避免错误理解以及不良行为而导致的负面问题。在分娩中，产妇本身会承受较大的身心压力，同时各自的家庭情况、社会角色、知识结构情况不同，所产生的压力情况多种多样。护理工作无法做到面面俱到的关注到产妇各方面情况，因此心理护理工作会存在较大的有限性。而做好产妇以及家属的评估工作，在一定程度上可以掌握更多有效的信息，保证在与产妇以及家属沟通互动中保持更合理的方式以及内容，做好针对性的心理解压。

本研究中，在产后出血、新生儿窒息、胎儿窘迫等不良妊娠结局率上，观察组为 2.04%，对照组为 16.33%，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)；在患者焦虑、抑郁心理评分上，观察组各项评分明显少于对照组，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)；在新生儿 Apgar 评分、生活质量评分上，观察组各项明显高于对照组，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)；在患者自然分娩率上，观察组为 83.67%，对照组为 61.22%，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)；在患者分娩时间、分娩出血量、产程时间上，观察组各项明显少于对照组，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)；在疼痛程度上，观察组明显低于对照组，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。从实际数据可以发现，心理护理干预的价值发挥了实质的作用。一般情况下，产妇容易因为分娩而出现抑郁等问题，甚至因为惧怕自然分娩的疼痛不适感而选择剖宫产处理。但是从专业角度而言，为了产妇术后更好的恢复，一般情况下多倾向于运用自然分娩的方式。当自然分娩中发现有胎儿窘迫、巨大儿以及其他因素影响时，一般会转为剖宫产。对于产妇在分娩中可能出现的多种不良反应，其中包括心理应激反应，都需要做好针对性的干预处理^[7]。

现代化的护理工作不仅仅关注新生儿安全以及产妇产后的安全性，同时也需要考虑产妇心理因素对整个分娩过程构成的影响。要积极展开心理

疏导工作,提升其整体治疗工作的配合度,建立积极的护患互动关系,保证产妇在分娩过程中获得更多的支持。让其了解分娩的专业技巧,获得心理层面的积极鼓励。同时在产后得到更好的康复指导工作,确保其得到更为顺利的分娩。提升整体的身体恢复质量,尽可能减少分娩工作对产妇以及新生儿构成的不良影响^[8]。在具体处理应对中,需要考虑有关护理人员工作的专业性,不仅要有专业的医学常识以及护理技巧,同时也要懂得心理学、沟通技巧、观察判断能力、社会学、法律常识等,要充分意识到每个操作流程规范性的价值。不仅在于可以提升整体分娩的安全性以及质量,同时也可以更大程度地优化整个配合过程,减少出现违规操作涉及的法律风险问题。作为护理人员不仅要做好本职工作,同时也要维护自身以及科室、医院方面的安全问题,尽可能地减少不必要的矛盾纠纷,提升整体工作开展的顺畅性。因此在与产妇沟通互动过程中,要保持更为专业的态度,尽可能地减少矛盾纠纷带来的工作阻力。

要充分借助时代各种技术以及信息的支持,提升工作开展的效率及质量。当个人工作能力有限时,需要积极地寻求团队中其他人的支持,避免问题的严重化。在实际工作中,较多问题是从很小的萌芽状况下疏忽大意所造成,因此在实际工作中需要做好各细节工作的关注,提升职业敏感度。发现异常情况能够及时地反馈以及控制,减少负面问题对整个工作带来的不良影响。

要做好护理人员自身素养提升的激励工作,要充分意识到面对的实际工作变化多样,要更好的降低不良问题的发生率。护理人员自身的专业素养需要不断的优化升级,符合时代发展所需要。充分学习新时代下的社会观念、技术条件,提升自身工作能力对多样化实际状况的灵活应对能力。

(上接第 239 页)

做有关工作开展的压力。对于护理人员筛选工作也需要朝多样化素质培养,不仅要有专业的理论基础,同时也需要有更强大的沟通表达能力^[7]。鼓励护理人员做多方面相关能力的深造以及培养,提升其个人深造的积极性。要构建科室内部工作人员自身素养提升的氛围,加大团队内部经验分享,做好各方面细节的优化。对于实际工作中遇到的问题,积极拿出来分享。利用团队的头脑风暴做有关工作的经验总结以及应对措施讨论,为有关工作的开展提供更可靠的措施^[8]。人才的培养需要多样化的激励措施,除了常规的薪资福利,也可以提供假期、晋升机会、进修机会、荣誉表彰等多种形式,具体依据个体诉求而定。同时要考虑护理人员自身的身心诉求,做好人性化的工作安排,避免工作任务过重,或者工作内容不匹配而导致个人适应困难。要保持人才培养中的耐心状态,避免对新员工有过高的要求,做好分层护理人员管理。不同护理能力的人员做对应工作的责任安排,充分地发挥不同能力护理人员的价值,保证健康教育工作的有效性。

实际应对中,会有多种多样的问题,要容易护理人员以及团队在健康教育工作上试错的空间,只要问题控制在一定范围便可。让护理人员能够通过经验的积累不断完善健康教育工作的执行能力,保持护理人员不断成长。而不应该畏惧犯错而完全遏制护理人员的实践操作,要从实践中去总结经验,同时积极创新。要通过实际工作人员与患者的反馈来总结经验,为有关工作开展提供更可靠的信息支持。沟通中,懂得更强的应对方法,将所需的方法投入实际中去检验。可以积极地做好不同方法效果的对比,

护理人员自身的综合素养水平越高,应对的问题范围可以更广,处理的效果也会更佳。甚至要提倡整个科室团队内部的工作人员做好经验分享,保持以老带新,不断优化提升的队伍建设意识。

总而言之,心理护理干预对产科助产自然分娩可以提升自然分娩率,减少疼痛感,降低产后出血,加快分娩速度,减少不良妊娠结局,提升新生儿质量。

参考文献:

- [1]荣月华.心理护理在产科助产促进自然分娩中的应用效果[J].中华养生保健,2021,39(9):124-126.
- [2]孟庆娜.心理护理在产科助产促进自然分娩中的应用效果[J].中国当代医药,2020,27(14):244-246.
- [3]邹晓玲.产科助产实施心理护理促进自然分娩中的效果研究[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(46):48.
- [4]王雪.分析产科助产实施心理护理促进自然分娩中的效果[J].母婴世界,2020(9):174.
- [5]李艳.心理护理用于产科助产对产妇自然分娩质量及新生儿 Apgar 评分的影响[J].临床医学研究与实践,2019,4(10):190-192.
- [6]叶晓会.助产士心理护理模式对提高产科自然分娩率的影响[J].科学养生,2020,23(11):184.
- [7]吴娜.助产士心理护理在促进自然分娩中的临床应用价值[J].中国社区医师,2021,37(25):152-153.
- [8]陈静.助产士心理护理在促进自然分娩中的效果及对降低剖宫产率分析[J].中国保健营养,2021,31(2):114.

同时考虑方法的各种投入成本,包括经费、人力、物力、时间等,综合考评,得出最适合本科室的方式。

总而言之,ICU 呼吸衰竭有创机械通气患者采用康复护理,可以有效改善患者生理指标,减少并发症,提升治疗恢复速度,整体状况更为理想。

参考文献:

- [1]张燕.分析早期康复护理干预对 ICU 呼吸衰竭有创机械通气患者的影响[J].医学食疗与健康,2021,19(26):141-142.
- [2]黄娟,冯莉莉,赵永梅.早期康复护理干预对 ICU 呼吸衰竭有创机械通气患者的影响[J].临床医学工程,2021,28(8):1113-1114.
- [3]汤杰.早期康复护理对 ICU 呼吸衰竭有创机械通气患者的影响分析[J].东方药膳,2021(1):164.
- [4]聂孝友,吕红.早期康复护理对 ICU 呼吸衰竭有创机械通气患者的影响研究[J].养生保健指南,2021(18):177.
- [5]贺万蓉.早期康复护理干预对 ICU 呼吸衰竭有创机械通气病人的影响分析[J].东方药膳,2021(18):268.
- [6]关雪.早期康复护理对 ICU 呼吸衰竭有创机械通气患者的影响分析[J].中国医药指南,2021,19(5):234-235.
- [7]李芳芳,王芳梅.ICU 呼吸衰竭有创机械通气患者的早期康复护理分析[J].反射疗法与康复医学,2020,1(20):120-122.
- [8]刘冬平.早期康复护理对 ICU 呼吸衰竭有创机械通气患者的影响[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(80):116,121.

全面优质护理在剖宫产术后产妇护理中的应用效果分析

孙芳

兰州市第一人民医院妇产科 甘肃兰州 730050

摘要：目的：探讨全面优质护理在剖宫产术后产妇护理中的应用效果。方法：采集本院2020年4月至2021年11月期间收治的206例剖宫产患者，随机分为常规组与实验组各103例，常规组运用常规护理，实验组运用全面优质护理，分析各组护理后产妇术后康复情况、心理状况、哺乳情况、不良反应等情况。结果：在首次排气时间、拔除尿管时间、首次下床时间等术后恢复时间上，实验组各项明显少于常规组（ $p<0.05$ ）；在首次哺乳时间、每天哺乳次数、产后3天泌乳量等哺乳情况上，实验组与常规组各项差异明显（ $p<0.05$ ）；在母乳喂养率上，实验组95.15%，常规组76.70%（ $p<0.05$ ）；在不良反应率上，实验组5.83%，常规组13.59%（ $p<0.05$ ）；在患者SAS、SDS有关心理评分上，实验组护理后评分各项明显低于常规组（ $p<0.05$ ）。结论：全面优质护理在剖宫产术后产妇护理中应用，可以有效地改善产妇负面情绪，提升其泌乳与哺乳水平，母乳喂养率更高，术后康复速度更快，不良反应更少。

关键词：全面优质护理；剖宫产；术后；产妇护理；效果

分娩容易合并多种母婴并发症，甚至存在难产风险。剖宫产可以改善多种危险妊娠问题，及早结束妊娠。但是相比自然分娩而言，剖宫产会引发子宫受损、出血与术后疼痛等多种问题，同时术后恢复速度也更慢。护理工作可以辅助治疗恢复工作的开展，提升治疗恢复质量，降低不良影响因素。本文采集206例剖宫产患者，分析运用全面优质护理后产妇术后康复情况、心理状况、哺乳情况、不良反应等情况，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院206例剖宫产患者，采集时间区间集中在2020年4月至2021年11月期间本院收治案例，随机分为常规组与实验组各103例。常规组中，年龄从20岁至39岁，平均（ 27.84 ± 3.91 ）岁；孕周为38周至41周，平均（ 39.82 ± 0.94 ）周；初产妇为83例，经产妇为20例；实验组中，年龄从20岁至39岁，平均（ 27.25 ± 3.18 ）岁；孕周为38周至41周，平均（ 39.43 ± 0.74 ）周；初产妇为79例，经产妇为24例；两组患者的基本年龄、孕周、产次等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

常规组运用常规护理，实验组运用全面优质护理，具体内容如下：

1.2.1 术前护理

术前护理方面需要由护理人员引导产妇以及家属熟悉病区整体环境，介绍各科室的功能以及方位，方便其进行有关检查。减少陌生环境对其个人造成的不适应感，让其更好地适应住院期间的治疗护理所需。熟悉有关环境，提升其适应度，也可以优化其整体的身心舒适感，提升整体的应对效果，保证良好的睡眠质量，确保休息更为充分^[1]。同时依据其个体情况选择病房环境，个人如果情况需要可以提供单人病房。如果缺乏有关家属辅助支撑，可以选择多人病房。尤其是后疫情时代，有关病区的陪护管理严格，陪护人员一般只能一人，但是产后照料工作压力大，较多爸爸没有经验，无法有效应对^[2]。产后护理工作方面，如果没有较多家属人员的支撑，在一定程度上容易导致不适应以及各种慌乱错失。如果居住多人病房，在一定程度上可以让不同家庭之间的成员做互相的支持，减少单一人支撑工作所带来的压力感。同时也可以让产妇及家属直接沟通互动，消解紧张、恐惧不良情绪，提升更好的适应度^[3]。

剖宫产产妇中有较多初产妇，其个人与家属没有对应的经验，需要做好对应的教育指导工作。教育指导不仅可以提升其认知水平，纠正错误行为，也可以改善其负面情绪，达到心理层面安抚需要。及时地回答产妇以及家属所提出的问题，提升其更好的医护工作配合效果，确保有关工作顺利的展开^[4]。术前12小时需要指导患者做好术区备皮，术前8小时需要对

应的产妇禁食管理，术前4小时开始禁水^[5]。

1.2.2 术中护理

术中护理工作中，需要确保手术室干净、清洁、舒适感。完善有关待产准备工作，辅助产妇在产床上保持良好体位。确保其松弛的心情，让其保持平稳的呼吸状态。辅助手术医师以及麻醉医师做好产妇生命体征以及有关麻药反应情况的观察。如果有异常情况，可以让医师做及时处理。要做好整个手术室内环境管理，确保温度在23摄氏度左右，湿度在55%上下^[6]。避免过多的噪音不适感带来的负面影响，也可以通过播放患者喜欢的柔和音乐来达到心理安抚的效果。

1.2.3 术后护理

术后护理方面，需要保持6小时去枕平卧，同时做好患者生命体征变化状况的了解。术后6~8小时之后，可以将腹部的沙袋取下，通过温水做好腰骶部以及阴部的清洁，做好恶露排除，防控感染^[7]。同时要做好手术切口区域的清洁干燥效果。术后6小时需要尽可能地鼓励产妇做好肢体活动以及提肛训练，防控血栓生成，同时也避免痔疮以及直肠突出问题，做好有关胃肠道消化排泄功能的恢复。

要依据产妇情况做好翻身以及体位转换工作，防控压疮生成。术后饮食方面，需要确保充分的营养供给，保证清淡、易消化的基本原则。防控突然性的胃肠负担提升而导致不良影响，可以适宜的补充蛋白质以及脂肪的摄取量，确保乳汁分泌得到充分，提升整体的母乳喂养效果。术后24小时需要向产妇做好母乳喂养有关知识的教育指导，让产妇以及家属对喂养方面的知识以行为保持更为专业性。同时积极的鼓励产妇与新生儿做好尽早的接触，通过乳头吮吸的操作来让产妇得到更多催乳素的分泌。

1.2.4 心理护理

在心理护理方面，从整个流程中需要做好产妇心理变化的观察，依据其个体综合情况做对应的心理安抚方式以及技巧的处理。要积极的做好沟通互动，了解产妇的心理状况，同时通过沟通来让其宣泄压力情绪，避免压力感的持续积累。同时要做好家属有关心理建设以及认知建设工作，避免其对产妇术后生活构成各方面的干扰以及负面影响，减少产妇对此方面的心理压力。产妇家属做好积极氛围的搭建，多陪伴，多给予更舒适的照料，这样让产妇可以更好地转变自身角色，适应产后生活，避免不良感受导致的焦虑、抑郁等负面情绪。术后可能会有疼痛的刺激影响，需要，积极并引导产妇进行注意力转移，来提升对疼痛的耐受度，避免疼痛对其个人构成的身心压力要积极的鼓努力以及肯定产妇的想法以及行为，提升其整体康复的信心。必要情况下可以做好对应的心理咨询建设，提升整体心理疏导工作的有效性。

1.3 评估观察

分析各组护理后产妇产后恢复情况、心理状况、哺乳情况、不良反应等情况。产后恢复情况主要观察首次排气时间、拔除导尿管时间、首次下床时间等术后恢复时间。心理状况运用评估患者焦虑、抑郁评分,运用SAS、SDS 有关心理评估量表,评分越低情况越好。哺乳情况包括母乳喂养率、首次哺乳时间、每天哺乳次数、产后3天泌乳量等。其中母乳喂养率=完全母乳率+部分母乳率。不良反应主要集中在

1.4 统计学分析

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

2 结果

2.1 各组产妇剖宫产后恢复时间情况

见表 1,在首次排气时间、拔除导尿管时间、首次下床时间等术后恢复时间上,实验组各项明显少于常规组,对比有统计学意义 ($p<0.05$);

表 1: 各组产妇剖宫产后恢复时间结果 ($\bar{x}\pm s, h$)

分组	首次排气时间、 (min)	拔除导尿管时 间 (ml)	首次下床时间 (d)
实验组	6.72±1.24	5.01±1.27	16.74±1.95
常规组	8.25±1.57	6.03±1.38	18.53±2.04

注:两组对比, $p<0.05$

2.2 各组产妇心理评分情况

见表 2,实验组护理后 SAS、SDS 有关心理评分各项明显低于常规组,对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 2: 各组产妇心理评分结果 ($\bar{x}\pm s, 分$)

分组	SAS	SDS
实验组	30.25±4.49	27.26±4.28
常规组	41.76±5.26	38.14±7.52

注:两组对比, $p<0.05$

2.3 产妇不良反应率情况

见表 3 所示,在产妇不良反应率上,实验组 5.83%,常规组 13.59%,对比有统计学意义 ($p<0.05$);

表 3: 产妇不良反应率评估结果[n(%)]

分组	n	切口感染	恶露	不良反应率
实验组	103	2 (1.94)	4 (3.88)	5.83%
常规组	103	5 (4.85)	9 (8.74)	13.59%

注:两组对比, $p<0.05$

2.4 各组产妇哺乳情况

见表 4,在首次哺乳时间、每天哺乳次数、产后3天泌乳量等哺乳情况上,实验组与常规组各项差异明显,对比有统计学意义 ($p<0.05$);

表 4: 各组产妇疾病恢复速度结果 ($\bar{x}\pm s$)

分组	首次哺乳时间 (h)	每天哺乳次数 (次)	产后3天泌乳量(ml)
实验组	3.09±1.58	7.34±1.29	194.56±20.18
常规组	4.37±1.79	4.73±0.97	135.28±18.76

注:两组对比, $p<0.05$

2.5 产妇母乳喂养率情况

见表 5 所示,在母乳喂养率上,实验组 95.15%,常规组 76.70%,对比有统计学意义 ($p<0.05$);

表 5: 产妇母乳喂养率评估结果[n(%)]

分组	n	完全母乳	部分母乳	非母乳	母乳喂养率
实验组	103	81(78.64)	17 (16.50)	5 (4.85)	95.15%
常规组	103	56(54.37)	23 (22.33)	24 (23.30)	76.70%

注:两组对比, $p<0.05$

3 讨论

当前我国妊娠分娩工作中较多的产妇比较能够接受剖宫产治疗,其认为该治疗可以减少不适感,同时降低阴道损伤等问题。但是剖宫产本身也会造成一定的创伤性以及手术应激反应,对患者身心构成一定的伤害。

本研究中,在首次排气时间、拔除导尿管时间、首次下床时间等术后恢复时间与患者心理评分上,实验组各指标均优于常规组 ($p<0.05$);在首次哺乳时间、每天哺乳次数、产后3天泌乳量等哺乳情况上,实验组与常规组各项差异明显,对比有统计学意义 ($p<0.05$);在母乳喂养率上,实验组 95.15%,常规组 76.70%,对比有统计学意义 ($p<0.05$);在不良反应率上,实验组 5.83%,常规组 13.59%,对比有统计学意义 ($p<0.05$)。通过总体的评估指标观察到,实验组通过全面优质护理工作,可以在一定程度上促使产妇身心各方面优化提升,让产妇得到更快的恢复,减少产后不良问题的发生率。产妇的整体舒适度得到提升,有关泌乳量以及母乳喂养的水平也得到优化。产妇自身的负面情绪更好,整体的治疗恢复情况更为理想。说明了这种全面优质护理在实际操作中具有一定的适应性,对于多数产妇以及家属情况都较为适宜。具体处理上,个别案例还会有个体情况的差异,需要做好因人制宜的合理调整。需要借鉴国内外优秀的经验,同时匹配产妇个体情况。要做好产妇基本情况的充分了解,这样才能保证多样化的护理方案能够筛选出其适宜的部分,避免笼统一刀切而导致的不良问题。尤其是产妇与家属情况多样,护理工作不是统一模板,护理对象情况多样,有情绪有想法,不能完全一种方式应对所有问题。

总而言之,全面优质护理在剖宫产术后产妇护理中应用,可以有效地改善产妇负面情绪,提升其泌乳与哺乳水平,母乳喂养率更高,术后恢复速度更快,不良反应更少。

参考文献:

[1]彭菲. 优质护理干预在初产妇剖宫产术后母乳喂养中的应用[J]. 养生保健指南,2021(32):146.
[2]赵红梅. 舒适护理在剖宫产术后产妇护理中的应用[J]. 饮食保健,2021(13):222.
[3]宋静. 预见性护理在剖宫产产妇术后出血的应用价值[J]. 健康大视野,2021(19):83.
[4]黄慧敏,陈晓文,陈淑芳. 护理干预对剖宫产产妇术后乳汁分泌的影响评价[J]. 基层医学论坛,2020,24(3):354-355.
[5]邱多欣,张洁,刘炳霞. 对优质护理对剖宫产产妇术后恢复及舒适度的影响分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(33):138,146.
[6]钟燕文,严彩玲. 饮食护理对剖宫产术后产妇泌乳和胃肠功能的影响[J]. 中国当代医药,2020,27(16):218-220.
[7]喻少红,李仁兰,杨靛,等. 对进行剖宫产术后的产妇实施快速康复外科护理的效果分析[J]. 实用临床护理学电子杂志,2020,5(5):99,106.
[8]李丹. 舒适护理对择期剖宫产产妇术后舒适度及疼痛的影响分析[J]. 中国保健营养,2020,30(17):230.

孕产联动集束化护理对初产妇母乳喂养的影响

唐梅银¹ 李小芒² 韦春淞^{通信作者¹} 唐美琼¹

1.桂林医学院附属医院 广西桂林 541001; 2.桂林医学院护理学院 广西桂林 541001

摘要: 目的 探讨孕产联动集束化护理对初产妇母乳喂养中的影响。方法: 选取我院 2019.1–2020.12 年期间收治的 84 例顺娩初产妇随机分为实验组和对照组 (实验组 43 例, 对照组 41 例)。对照组给予常规产后母乳喂养宣教, 实验组采用孕产联动集束化护理, 比较两组泌乳启动延迟发生的情况、产后 72h 泌乳量以及 6 个月纯母乳喂养率。结果: 两组泌乳启动延迟比较, 实验组明显优于对照组, 差异存在统计学意义 ($P < 0.05$), 两组产后 72h 泌乳量对比, 实验组明显优于对照组, 差异存在统计学意义 ($P < 0.05$), 两组 6 个月纯母乳喂养率对比, 实验组明显低于对照组, 差异存在统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 孕产联动集束化护理能有效缩短泌乳启动时间, 促进泌乳, 提高 6 个月纯母乳喂养成功率, 值得推广。

关键词: 初产妇; 集束化护理; 孕产; 母乳喂养

Effects of cluster nursing for pregnancy and childbirth on breastfeeding of primiparas

Tang Meiyin 1, LI Xiaomang2, Wei Chunsong 1, TANG Meiqiong1

Abstract: Objective To explore the impact of pregnancy and childbirth combined cluster nursing on the breastfeeding of primiparas. Methods: 84 cases of parturient delivery during 2019.1–2020.12 in our hospital were randomly divided into experimental group and control group (experimental group 43 cases, control group 41 cases). The control group was given routine postpartum breast-feeding education, and the experimental group was given combined cluster nursing for pregnancy and childbirth. The occurrence of delayed lactation initiation, milk yield 72h postpartum and the rate of 6-month exclusive breast-feeding were compared between the two groups. Results: The experimental group was significantly better than the control group ($P < 0.05$), the experimental group was significantly better than the control group ($P < 0.05$), the experimental group was significantly better than the control group ($P < 0.05$), and the 6-month exclusive breastfeeding rate of the two groups was significantly lower than that of the control group. The difference was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion: Combined pregnancy and childbirth cluster nursing can effectively shorten the start time of lactation, promote lactation, and improve the success rate of 6-month exclusive breastfeeding, which is worthy of promotion.

Key words: primipara; Cluster nursing; Maternal; breastfeeding

母乳是新生儿早期最理想的天然食品, 不仅为新生儿提供了丰富的营养而且还增加其抗病的免疫力^[1], WHO 和联合国儿童基金会倡导: 出生后 6 个月内纯母乳喂养为婴儿生长发育的最佳喂养方式^[2]。然而, 我国 6 个月内纯母乳喂养情况不容乐观, 6 个月纯母乳喂养率约为 29.2%, 远低于中国儿童发展纲要确定的 50% 的目标。产妇早期泌乳和足够的泌乳量是保障 6 个月纯母乳喂养成功的关键。近年来, 国内外对泌乳研究有一定的基础, 干预多以单种方法、单时间段进行, 有一定的局限性。孕产联动集束化护理是一种新的护理理念, 集合孕期护理门诊、孕妇学校及分娩期和产后四个时间段实施一系列有循证支持的联合护理措施。它们的共同实施比单独执行更能提高治疗的效果^[3]。本研究将孕产联动集束化护理应用于我院建卡分娩的初产妇母乳喂养管理中, 取得了良好的效果, 现介绍如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019.1–2020.12 年期间在我院产科建卡及分娩的初产妇。入选标准: ①单胎妊娠的初孕妇; ②自愿顺娩; ③自愿参加本研究, 签署知情同意书。排除标准: ①存在哺乳禁忌症; ②存在妊娠合并症或并发症者; ③胎盘娩出前已有乳汁分泌的产妇。实验组 43 例, 对照组 41 例。实验组分娩时中转剖 3 例, 新生儿羊水吸入转新生儿科治疗退出实验 2 例, 早产 2 例。对照组分娩时中转剖 5 例, 早产 2 例, 新生儿羊水吸入转新生儿科治疗 2 例, 两组一般资料见表 1, 比较方面, 无意义 ($P > 0.05$)。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	年龄	学历			职业	
		($\bar{X} \pm S$)	高中及	大	本科及以	有	无

			以下	专	上		
实验组	43	29.49+3.31	9	19	15	39	4
对照组	41	29.10+4.06	11	16	14	35	6
统计值		t=0.484		$\chi^2=0.444$		$\chi^2=0.174$	
P		0.629		0.801		0.676	

1.2 方法

1.2.1 对照组产后采取母乳喂养常规护理：即母婴同室，发放母乳喂养小册子指导，责任护士进行母乳喂养知识口头宣教和指导。实验组采取孕产联动集束化护理进行干预，具体实施如下：

1.2.1.1 成立孕产联动集束化护理团队。团队设组长 1 名，副组长 1 名，负责制定实施方案，团队成员的培训和考核；产科催乳师兼母乳喂养指导师 3 人，负责护理门诊的咨询、孕妇学校的授课、操作演示视频的拍摄、产后催乳项目的实施及答疑；质控人员 2 人，负责措施的同质化实施及数据的收集。

1.2.1.2 孕期干预。①孕早中期（12-20 周）护理门诊实施护理干预，催乳师一对一和孕妇交流，向孕妇讲解母乳喂养的益处；人工喂养的危害性；评估有无影响母乳喂养的障碍，从而提升产妇的母乳喂养自我效能。②孕晚期孕妇学校实施护理干预，自 36 周及以后在孕妇学校接受 1 次母乳喂养专题讲座培训：采用多媒体课件，拍摄短视频以及现场演示的方法向孕妇宣教泌乳原理、母乳喂养的好处和技巧、含接的正确姿势、乳房的护理、促进乳汁分泌的方法、挤奶的手法、饮食及宝宝护理的知识等；指导乳头扁平凹陷的孕妇 37 周后每天用食指合中指轻轻将乳头提拉 5-10 次。为提高学习效果，课间授课人员进行答疑或强调普遍存在的问题，进一步改善孕妇的哺乳认知。③建立实验组孕产妇微信群。实验组孕产妇进入微信群，可以在微信平台随时在线提问，研究人员每晚集中进行答复；同时，鼓励孕产妇在微信群中进行经验交流，研究人员监督交流信息的准确性，适时进行答疑解惑。实现线上线下一体化的实时交流。

1.2.1.3 分娩期：①早接触、早吸吮：新生儿娩出后 1 小时内利用自制的婴儿保护袋让婴儿裸体与母体接触，吸吮乳头>50min，回病房后按需哺乳，24 小时母婴不分离。②热敷乳房：产后 24h 内，由催乳师来完成，利用设计的盐袋热敷双侧乳房，每天 1 次，每次 15 分钟，使用前微波炉

高火加热 1 分钟，温度 37-42 度。③穴位按摩：产妇取仰卧位，取膻中穴、乳根穴（两侧）、少泽穴（两侧）。先膻中穴、再乳根穴、最后少泽穴，每个穴位拇指按揉法 3min，频率 60 次/min，强度以皮肤微微发红即可^[4]。在穴位按摩后配合乳房按摩，催乳师一手固定，一手手掌大小鱼际自乳房根部向乳头方向螺旋按摩，重复数次。③低频电疗法：低频脉冲治疗仪利用低频脉冲刺激的治疗作用，对产妇乳房内部产生机械振荡及旋转作用，并带动乳头部位，产生婴儿吸吮的作用^[5]，设定时间为 15min，每天 1 次。④病房电视循环播放团队自行拍摄以及来源于网络的母乳喂养及新生儿护理等视频，对哺乳技能、环抱姿势等再次逐一进行介绍。

1.2.1.4 产后母乳喂养随访：产后 15 天、3 个月、6 个月电话回访喂养情况及哺乳过程中出现的实际问题，如：发烧 38.5 度可以喂奶吗？积极给予针对性的回答。

1.3 观察指标：①泌乳启动延迟的情况：记录产妇首次自感乳房充盈、出现胀感伴有乳汁流出的时间，并计算其距离新生儿出生的时间即为泌乳启动时间。产后 72h 后才感觉到泌乳启动为泌乳启动延迟。②产后 72h 泌乳量,判断标准为：无，挤压乳窦时无乳汁分泌；量少，乳汁点滴而下，间断挤出；量中，挤压时乳汁流出尚可；量多，挤压时乳汁呈喷射状，可持续挤出。③6 个月纯母乳喂养率=6 个月纯母乳喂养例数/总例数×100%，

1.4 统计学方法 采用 SPSS16.0 进行统计分析。计量资料采用 t 检验，计数资料采用卡方检验，以 $\alpha=0.05$ 作为统计标准。

2. 结果

2.1 两组泌乳启动延迟情况比较

两组泌乳启动延迟比较，实验组明显优于对照组，差异存在统计学意义（ $P<0.05$ ），具体如表 2 所示。

表 2 两组泌乳启动延迟情况比较

组别	例数	泌乳启动延迟情况	
		≤72 小时（例）	>72 小时（例）
实验组	43	40	3
对照组	41	31	10
χ^2			4.865
P			0.027

2.2 产后 72h 泌乳量比较

两组产后 72h 泌乳量对比，实验组明显优于对照组，差异存在统计学意义（ $P<0.05$ ），具体如表 3 所示。

表3 产后72h泌乳量比较

组别	例数	泌乳量		
		少	中	多
实验组	43	9	13	21
对照组	41	18	13	10
χ^2			6.859	
P			0.032	

2.3 6个月纯母乳喂养率

两组6个月纯母乳喂养率对比,实验组明显低于对照组,差异存在统计学意义($P<0.05$),具体见表4

表4 6个月纯母乳喂养率

组别	例数	6个月纯母乳喂养[例(%)]
对照组	43	34(79.07)
观察组	41	16(39.02)
χ^2		13.970
P		0.000

3. 讨论

3.1 孕产联动集束化护理可促进泌乳启动

泌乳启动是一个复杂的过程,受多方面因素影响:①泌乳认知,产妇早期自觉无乳汁或乳量少;②母乳喂养自我效能低;③喂哺行为,早期吸吮不够;④催乳素的释放;⑤乳腺管的畅通;⑥产妇感觉疲劳,睡眠不足体力不支;需多方面干预协作管理。孕产联动集束化护理顺应这种需要,针对泌乳启动的影响因素进行了充分的考虑,从不同的角度促进乳汁的分泌。针对泌乳认知和母乳喂养自我效能低的影响因素,实验组在孕期、产时、产后及时给予她们最需要的健康教育,从而改善泌乳认知,提高产妇母乳喂养的自我效能,充分调动产妇的积极性。孕产联动集束化护理有效弥补了早期吸吮不够的不足,产后早期持续不间断地进行皮肤接触1h,吸吮>50min,能提高新生儿首次母乳喂养正确吸吮率^[6],同时达到刺激乳头末梢神经,反射性的刺激脑垂体前释放催乳素的作用;低频脉冲治疗模拟婴儿吸吮,其强度是婴儿吸吮的5-10倍,能反射性地促进催产素及泌乳素的分泌,达到产后催乳的作用^[7]。而热敷乳房、乳房按摩、穴位按摩,可有效疏通乳腺管,改善血液循环,有效促进泌乳启动。针对分娩期体能消耗大、疲劳的影响因素,改

良哺乳工具:①坐位哺乳垫和卧位哺乳垫,坐位哺乳枕可垫高婴儿体位,缓解双手疲劳,增加产妇腰部舒适度;卧位哺乳垫由两部分组成,L型垫用于固定婴儿吸吮体位、三角枕垫高产妇膝部,使哺乳更轻松;②哺乳凳:哺乳凳增高椅背,增加脚步支撑踏板;缓解产妇全身疲劳,延长婴儿吸吮时间。

3.2 孕产联动集束化护理可增加产后72h泌乳量,提高6个月纯母乳喂养率^[8] 本研究结果显示,观察组产后72h乳汁分泌量显著高于对照组。频繁的、有效的吸吮是利于乳汁分泌的动力。在孕产联动集束化护理中,我们重视有效吸吮的重要性和关键性:①通过健康教育,使孕妇顺利完成对母乳喂养认知、接受,自觉地参与,有效吸吮有了保障;②产后即刻帮助产妇进行有效的早吸吮;③随后鼓励产妇多次哺乳,按需哺乳,利用视、听、接触等刺激直接间接的作用于乳腺导致泌乳,结合饮食指导,有效的增加泌乳量。

综上,孕产联动集束化干预策略可促进初产妇泌乳启动,增加产后72h泌乳量,提高6个月纯母乳喂养率。

参考文献:

- [1]杨世萍,张淑萍,方红.实施产科全程护理模式促进产妇早泌乳充分泌乳[J].中华护理杂志,2003(01):25-27.
- [2]郑晓龙,章瑶,徐鑫芬.泌乳启动延迟影响因素及其干预的研究进展[J].中华护理杂志,2014,49(03):340-344.
- [3]桑宝珍.集束化护理在护理质量敏感指标控制中的应用[J].护士进修杂志,2017,32(09):807-809.
- [4]陈霞,莫丽霞.温和灸联合穴位按摩对气血虚弱型缺乳产妇泌乳启动的影响[J].解放军护理杂志,2020,37(02):40-43.
- [5]张双娥,王晶霞,闫小平.低频脉冲刺激对剖宫产术后产妇乳汁分泌影响的研究[J].护理研究,2010,24(02):147-148.
- [6]柏婷,杨雅卉,付雪妹,周莹,韦晓曼,张凤.产妇产后疲乏程度对泌乳发动时间的影响[J].中华护理杂志,2018,53(04):438-442.
- [7]刘玉玲.低频脉冲治疗对初产妇产后泌乳量和乳房舒适度的影响[J].护理研究,2016,30(18):2290-2292.
- [8]王玉芳,陶丽玲,张妮,等.集束化护理干预对初产妇产后泌乳状态的影响效果观察[J].医药前沿,2020,10(36):3.

头颈部肿瘤放疗患者口腔黏膜炎的循证护理实践

王丽美 郭清^{通讯作者}

宁夏回族自治区人民医院 宁夏银川 750001

摘要：目的：探讨头颈部肿瘤放疗的患者口腔黏膜炎采用循证护理的效果。方法：将 2020 年 9 月到 2021 年 9 月在本院进行头颈部肿瘤放疗的患者 30 例作为本次的观察对象，并将这 30 例头颈部肿瘤放疗的患者随机分为实验组和对照组两组，每组有 15 例进行头颈部肿瘤放疗的患者，而对照组的 15 例头颈部肿瘤放疗的患者使用常规的护理措施进行护理，实验组的 15 例头颈部肿瘤放疗的患者则是在常规护理的基础上给予患者循证护理措施进行护理，并在两组头颈部肿瘤放疗的患者采用不同护理措施护理后口腔黏膜炎的发生率以及患者对护理工作的满意度情况进行对比和分析。结果：在两组进行头颈部肿瘤放疗的患者使用不同的护理方法护理后，采用循证护理的实验组头颈部肿瘤放疗的患者口腔黏膜炎的发生情况（0 级和Ⅱ级度）以及患者对护理工作的满意度情况均优于采用常规护理的对照组头颈部肿瘤放疗的患者，且两组头颈部肿瘤放疗的患者口腔黏膜炎的发生情况（0 级和Ⅱ级）以及患者对护理工作的满意度情况对比后产生的差异数据具有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：本文对进行头颈部肿瘤放疗的患者采用循证护理措施进行护理，能够有效的降低头颈部肿瘤放疗的患者出现口腔黏膜炎的发生率和感染率，同时还能够提高头颈部肿瘤放疗的患者对护理工作的满意度，也改善了患者的治疗效果，在临床上值得推广和使用。

关键词：头颈部肿瘤放疗；口腔黏膜炎；循证护理

头颈部肿瘤是目前我国临床上比较常见的一种肿瘤类型，头颈部的肿瘤包含了人体的多个器官，包括鼻咽、口腔以及咽喉和口咽等部位的肿瘤，大部分患者在发病时就已处于肿瘤的晚期阶段，所以在这时期对患者进行放疗是最有效的治疗方法之一。而口腔黏膜炎是在头颈部肿瘤患者放疗时最常见的一种并发症，患者会出现口腔黏膜充血，同时还会出现口腔溃疡以及疼痛和感染的情况，对于患者的生活带来了非常严重的影响，同时还影响着患者疾病的康复，降低了患者的生活质量，同时也降低了患者的治疗效果。目前在临床上对于口腔黏膜炎的防治并没有特效的药物能够预防，但是经过研究发现，对于头颈部肿瘤放疗的患者给予有效的护理措施，能够预防口腔黏膜炎并发症的发生，提高患者的治疗效果以及患者的生活质量。循证护理是目前临床上一种新型的护理模式，主要是以临床护理问题的解决作为护理的出发点，能够通过文献的检索来查找有关问题的证据，同时对护理工作中出现的问题进行综合性的评估并制定出解决的方案、实施。因此，本文将头颈部肿瘤放疗的患者采用循证护理措施进行护理，并将护理的结果进行对比和分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2020 年 9 月到 2021 年 9 月，在本院进行头颈部肿瘤放疗的患者 30 例作为本次的观察对象，并将这 30 例头颈部肿瘤放疗的患者随机分为实验组和对照组两组，每组有 15 例头颈部肿瘤放疗的患者，而对照组的 15 例头颈部肿瘤放疗的患者中，有男性患者 8 例，女性患者 7 例，年龄在 28~74 岁之间，平均年龄在（52.2±9.4）岁，而实验组的 15 例头颈部肿瘤放疗的

患者中，有男性患者 9 例，女性患者 6 例，年龄在 30~75 岁之间，平均年龄在（53.4±9.5）岁。两组头颈部肿瘤放疗的患者病程在 1~9 年之间，平均的病程在（4.1±0.4）年。两组头颈部肿瘤放疗的患者均符合本次研究的纳入标准，并且两组头颈部肿瘤放疗的患者临床资料对比后产生的差异数据不具有统计学意义（ $p>0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法：

对照组的头颈部肿瘤放疗的患者使用常规的护理方法进行护理，而实验组的头颈部肿瘤放疗的患者则是采用循证护理措施进行护理，主要的内容包括：1. 首先护理人员需要根据临床护理工作中出现的问题进行总结，并且将这些问题根据文献检索来查找相关的证据，并将查找的证据结合临床的专业知识以及经验和患者的需求，制定出合理的护理计划。2. 本次提出的护理问题为：头颈部肿瘤放疗的患者出现口腔黏膜炎的原因以及采用何种有效的护理措施能够降低头颈部肿瘤放疗患者出现口腔黏膜炎的发生率和缩短口腔溃疡的愈合时间。3. 寻找的证据，通过以上在护理工作中遇到的问题进行文献检索，通过查找相关的文献后发现，引发头颈部肿瘤放疗患者在放疗期间出现口腔黏膜炎的主要原因为：通过放射线对恶性肿瘤的患者治疗，放射线需要通过损伤患者的肿瘤细胞 DNA，抑制肿瘤细胞的分裂以及增殖进行治疗的，但是在放射线杀灭肿瘤细胞的同时，也会使正常的组织细胞受到损伤。而人体口腔的黏膜表层主要是复层扁平上皮细胞，这种细胞具有着分化增殖、速度快的特点，特别是软腭的复合体以及舌腹的 U 形区、口腔底部等对于放射线都是特别敏感的，所以很容易因放射线而导致放射性的黏膜损伤。此外，在进行放射线治疗的过程中，腮

腺以及唾液腺和其他的口腔分泌腺体也会受到放射线的照射,从而产生抑制的作用,会降低唾液的分泌,导致粘液的成分增加,降低了口腔内的pH值,同时也使口腔内的自我清洁能力不断的下降,也正是因此导致病微生物在不断的增殖以及繁殖。此外,放射线还会导致患者出现放射性龋齿,从而出现牙痛、口臭以及咀嚼困难的症状,加重了患者口腔黏膜的反应。

4. 制定针对性的护理对策,在掌握头颈部肿瘤放疗患者出现口腔黏膜炎的原因以后,制定有效的护理对策来降低口腔黏膜炎的发生率,同时缩短患者口腔溃疡的愈合时间。5. 对患者进行心理护理,首先护理人员需要对患者进行健康宣教,在宣教的过程中应该使用温柔并且通俗易懂的语言向患者及其家属详细的讲解疾病的治疗方案以及预防并发症的方法,同时护理人员还应该告知患者正确的口腔清洁方法以及清洁口腔的重要性,有效的缓解患者不良的心理情绪,使患者能够积极主动的配合临床医护人员的治疗。6. 对患者进行口腔的护理:在对头颈部肿瘤患者进行放疗以前,护理人员需要对患者的口腔状况进行掌握,并对于现有的口腔疾病进行及时的处理,清除掉患者口腔内的牙垢以及填补口腔的龋齿。同时告知患者需要保持口腔的清洁状态,在每次进食以后或者在睡觉之前,都应该使用软毛的牙刷,并且用含氟的牙膏进行刷牙,告知患者禁止使用牙签进行剔牙。此外,护理人员还应该鼓励患者每天的饮水量达到2500ml,保证口腔的湿润。告知患者多嚼口香糖,做一些咀嚼的动作,能够有效的减轻患者出现张口困难的情况。7. 对于放射性口腔黏膜炎的护理,在头颈部肿瘤患者放疗的第1天,需要根据WHO的口腔黏膜炎分级量表对患者的口腔进行每日的评估,同时还应该记录患者口腔黏膜的状况,而在放疗的第2周开始,需要测定患者口腔的pH值指数,根据患者口腔pH值的变化,指导患者使用针对性的漱口水。①对于I级反应的口腔护理,I级反应是发生在头颈部肿瘤患者放疗的1~2周左右,如果放疗的剂量达到20Gy时,患者的口腔黏膜会出现充血、红肿,同时还会伴有轻度疼痛的情况,所以对于出现I级反应的患者需要指导患者保证口腔的清洁度,在每天进食后以及睡觉前都用软毛牙刷和含氟的牙膏进行刷牙,同时避免服用过冷、过热以及过硬和辛辣刺激的食物,禁止喝酒。②对于II级反应的口腔护理,II级反应是发生在头颈部肿瘤患者放疗的3~4周,在放疗的剂量达到40Gy时,患者的口腔黏膜会出现充血水肿以及点状溃疡,同时还会伴有中度疼痛的情况,这时期的患者可以选择半流质的饮食来提供身体的营养。并且护理人

员需要根据患者口腔的pH值指标为患者选择针对性的漱口水,每天漱口8~10次,每次需要含5分钟,对于口腔伴有溃疡的部位可以使用西瓜霜或者金黄散等进行交替喷涂来达到保护口腔黏膜以及消炎止痛的作用,同时护理人员还应该鼓励患者进食高蛋白以及高维生素和易消化的半流质食物。③对于III级反应的口腔护理,三级反应是指头颈部肿瘤患者在放疗的第5~6周,放疗的剂量达到50Gy时,患者的口腔黏膜会出现充血、水肿以及片状溃疡的状况,同时还会伴有重度疼痛,这时期的患者只能够进食流质的饮食。护理人员需要根据患者口腔的pH值指数以及咽拭子培养的结果选择漱口水,并且在患者进食之前,先用500ml的生理盐水和2ml的维生素B12以及8万U的庆大霉素和5mg的地塞米松、20ml含有2%的利多卡因制成的漱口水进行含漱,这样能够帮助患者减轻疼痛感,同时也能够加速片状溃疡的愈合。此外,护理人员需要根据患者的实际情况,遵医嘱对患者进行静滴抗生素治疗,或者补充所需的营养,如葡萄糖等。④IV级反应的口腔护理,这时期患者的口腔黏膜会出现大面积的溃疡、出血以及坏死,同时还会伴有剧烈疼痛的情况,此期患者不能够进食,需要暂时停止进行放疗,并且通过口服止痛药物保护口腔,能够起到清除口腔内脓性分泌物的作用。护理人员还应该嘱咐患者勤漱口,每天8~10次,并且加用氟康唑预防患者出现霉菌以及真菌感染的情况,并给予患者肠内或者肠外的营养支持。

1.3 观察指标

将两组头颈部肿瘤放疗患者口腔黏膜炎的发生情况以及对护理工作的满意度情况进行对比和分析。

1.4 统计学分析

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

2 结果

2.1 采用循证护理的实验组头颈部肿瘤放疗的患者口腔黏膜炎(0级和II级)的发生情况优于采用常规护理的对照组头颈部肿瘤放疗的患者,且两组头颈部肿瘤放疗的患者口腔黏膜炎发生情况(0级和II级)对比产生的差异数据具有统计学意义($p<0.05$)见表1

表1 两组患者口腔黏膜炎发生情况的对比

组别	例数	0级	I级	II级	III级	IV级
实验组	15	8(53.3%)	5(33.3%)	1(6.7%)	2(13.3%)	0(0.0%)
对照组	15	4(26.7%)	6(40.0%)	2(13.3%)	3(20.0%)	0(0.0%)
p		<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	

2.2 采用循证护理的实验组头颈部肿瘤放疗的患者对护理工作的满意度优于采用常规护理的对照组头颈部肿瘤放疗的患者，且两组患者对护理工作满意度对比后产生的差异数据具有统计学意义（ $p<0.05$ ）见表 2

表 2 两组患者对护理工作满意度的对比情况

组别	例数	满意	一般	不满意	总满意度
实验组	15	12(80.00%)	3(20.00%)	0 (0.00%)	15(100.00%)
对照组	15	9 (60.00%)	2 (13.33%)	4 (26.67%)	11 (73.33%)
P					<0.05

3 讨论

对于头颈部肿瘤的患者最有效的治疗方法就是放疗，但是在对患者进行放疗治疗的同时，患者会出现口腔黏膜炎的并发症情况。通过本次研究的结果发现，对于头颈部肿瘤放疗的患者使用循证护理能够明显的降低患者出现口腔黏膜炎的发生率，同时也能够根据头颈部肿瘤放疗患者在护理中出现的问题进行查找，并为患者制定针对性的护理方案，提高了护理工作的质量，同时也能够提高患者对护理工作的满意度。

本文对头颈部肿瘤放疗的患者使用循证护理措施进行护理，能够有效的降低口腔黏膜炎的发生情况，同时也能够提高患者对护理工作的满意度以及患者的治疗效果，在临床上值得推广和使用。

参考文献：

[1]沈世银,周维华,陈丽萍,等.白介素-11 联合循证护理对血液病化疗患者口腔黏膜炎疗效的影响[J].西部中医药,2021,63(6):126-128.

[2]顾艳茹,桑 燕,朱健华.癌症患者口腔黏膜炎评估的最佳实践[J]. 护士进修杂志,2021,(11):1010-1014.

[3]顾艳茹,胡雁,桑燕,等.癌症放疗患者口腔黏膜炎护理循证实践方案的构建[J].中华现代护理杂志,2021,(29).

[4]倪 杰,陆勤美,周晓梅,等.全程护理干预对鼻咽癌调强放射治疗 病人口腔黏膜炎的影响[J].护理研究,2021,(08):993-996.

[5]沙锦芳.对行化疗的患者进行循证护理和标准化口腔护理对预防其发生口腔黏膜炎的效果分析[J].当代医药丛,2021,(21):65-66.

[6]周永超,肖雪月,高许欢.三氧水漱口防治头颈肿瘤放疗患者口腔黏膜 反应的护理体会[J].实用临床医药杂志, 2021, 19 (24): 239- 240.

[7]陈燕, 吕淑玲.鼻咽癌患者放射性口腔黏膜反应的早期预防与护理干预[J].实用临床医药杂志, 2021, 17 (8): 18- 20.

[8]张丽芬.放射性口腔炎的护理[J].中国医疗前沿 (上半月刊), 2021 (3): 266-268.

[9]程芳,王玉娟,王薇. 头颈部肿瘤患者放射治疗期间舒适水平及其影响因素的研究 [J]. 中华护理杂志, 2021, 49 (3): 304-308.

[10]Maurer J,Rebbapragada V,Borson S,et al.Anxiety and depression inCOPD: current understanding,unanswered questions,and research needs[J].Chest,2021,134 (4): 43-56.

[11]李骥波,李啸波,俞焕苗,等. 康复新、地塞米松、甲硝唑混合液治疗 放疗患者口腔黏膜炎的临床疗效观察 [J]. 中国基层医药, 2021, 1 (2): 255-257.

[12]邓丹华,董小俊.个体化健康教育在改善头颈部肿瘤放疗患者口腔 黏膜炎中的效果分析 [J]. 中国医学创新, 2021, (1): 27-29.

[13]张春梅,雷圣凤. 口腔黏膜疼痛护理联合营养支持在头颈部放疗 射性口腔黏膜炎患者中的应用效果观察[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2021, (11): 59.

[14]袁红娟 . 系统护理干预在头颈部放疗患者放射性口腔黏膜炎 中的应用 [J]. 中国实用医药 ,2021,8(08):193-195.

[15]叶政君 , 陈玉珍 , 郑化灵等 . 预防头颈部肿瘤放疗患者口腔 黏膜炎的护理干预 [J].当代护士 (学术版),2021,8 (08):66-67.

[16]邓丹华 , 董小俊 .个体化健康教育在改善头颈部肿瘤放疗患者 口腔黏膜炎中的效果分析[J].中国医学创新 ,2021,12 (01):136-138.

[17]苏俊红 . 舒适护理在恶性肿瘤放疗患者中的应用 [J].齐鲁 护理杂志 ,2021,17(12):64-66.

[18]徐国萍,李银喜 利多卡因联合庆大霉素与地塞米松超声雾化吸 入 治疗喉黏膜损伤的疗效观察 [J]. 全科护理, 2021, 7 (11): 976.

[19]雷新,杨晓霞,王东,胡南,刘岩海 . 鼻咽癌调强放疗和常规放 疗早期反应的对照观察 [J]. 解放军医学杂志, 2021, 04(11): 45-46.

[20]冉启志,吴绍勇 . 鼻咽癌放疗所致口腔粘膜反应的治疗对策 [J]. 四川省卫生管理干部学院学报, 2021, 05(03): 58-59.

宁夏护理学会科研课题：项目编号（NXHL20-2），项目名称：头颈部 肿瘤放疗患者口腔黏膜炎的循证护理实践。

优质护理服务联合心理干预对银屑病临床疗效研究

王柳莹

中国航天科工集团七三一医院 皮肤及整形科 100074

摘要：目的：分析对于银屑病患者通过联合应用优质护理服务及心理干预的实际价值。方法：病例选取自 2019 年 1 月~2021 年 6 月我院，均确诊为银屑病，共计 76 例，随机数字表法予以平均分组，及对照组、观察组，各组均为 38 例患者，对照组运用优质护理服务，观察组联合运用优质护理服务以及心理干预，就 2 组患者护理前后的负性情绪、生活质量以及睡眠质量等进行评估和对比。结果：护理前 2 组 HAMA、HAMD 评分相比差异小 $P>0.05$ ，护理后 HAMA、HAMD 评分观察组低于对照组 $P<0.05$ ；护理前 2 组 WHOQOL-BREF、PSQI 评分相比差异小 $P>0.05$ ，护理后 WHOQOL-BREF 评分观察组高于对照组，PSQI 评分观察组低于对照组 $P<0.05$ 。结论：对银屑病患者通过联合应用优质护理服务以及心理干预可有效改善其精神心理状态，并提升生活质量及睡眠质量。

关键词：银屑病；优质护理服务；心理干预；价值

银屑病是比较常见的慢性皮肤病，患者可出现皮肤表面鳞屑性红斑，呈现局限性分布或全身广泛性分布。该疾病的发生与免疫介导、环境因素刺激、家族遗传、肥胖、酗酒、精神紧张、吸烟、病毒及细菌感染等有关。患者的症状为皮肤红色斑块，并可覆盖大量银白色鳞屑，同时伴随皮肤瘙痒、疼痛、关节肿胀、皮肤干燥以及关节疼痛等症状。常见的疾病类型为寻常型银屑病、关节病型银屑病、脓疱型银屑病以及红皮病型银屑病等。该疾病的病情迁延以及易反复发作，一旦患病需长期进行治疗，从而控制患者的皮肤症状，有效抑制其病情持续进展。由于该疾病是一种毁容性疾病，所以患病后可对患者的精神心理状态产生严重影响，多数患者具有一定的病耻感和焦虑感等，患者的负性情绪影响其治疗信心和病情控制，也导致生活质量下降^[1]。所以需要做好患者的护理服务工作来不断增强其抗病信心，改善其负性情绪，提升患者的生活质量。优质护理服务是顺应近年来医护服务模式转变的新型护理服务模式，注重以患者为核心，优化护理服务措施来提升护理质量。心理干预旨在结合患者的心理状态采取有效的干预措施来增强患者的抗病信心，缓解其思想压力。以下将分析对银屑病患者通过联合应用优质护理服务以及心理干预的临床效果。

1 资料与方法

1.1 常规资料

病例选取自 2019 年 1 月~2021 年 6 月我院门诊，均为门诊治疗的银屑病患者，共计 76 例，随机数字表法予以平均分组，均为 38 例，观察组男、女分别为 20 例、18 例；年龄分布于 22~65 岁，均数 (39.8 ± 2.5) 岁；病程 6 个月~12 年，均数 (4.5 ± 1.3) 年；受教育水平：高中及以下 17 例，大专及以上 21 例。对照组男、女分别为 19 例、19 例；年龄分布于 23~63 岁，均数 (39.7 ± 2.6) 岁；病程 7 个月~11 年，均数 (4.6 ± 1.2) 年；受教育水平：高中及以下 16 例，大专及以上 22 例。2 组以上资料均有其可比性 $P>0.05$ 。

纳入标准：①符合目前对银屑病的疾病诊断准则，标准参照《皮肤性病学》；②患者年龄 18~80 岁；③对研究方案知晓并已征得知情同意；④意识状态清晰，并且认知功能正常；⑤门诊诊治患者。排除标准：①罹患其他相关皮肤病变者；②罹患各类免疫性疾病者；③罹患重度心脑血管病者；④具有重要脏器功能不全者；⑤妊娠期、哺乳期患者；⑥罹患精神疾病者；⑦同时参与其他临床研究；⑧罹患恶性肿瘤者；⑨研究中途失访者。

1.2 方法

对照组运用优质护理服务，方法为：①优化护患关系：患者在门诊就诊期间积极主动与患者接触和沟通，给予患者主动、耐心、细致以及热情服务，充分进行鼓励、引导和安慰，从而提升患者的信赖感，优化护患之间的关系；②皮肤护理：利用患者门诊就诊的等候间隙、护理操作期间等给予皮肤护理宣教，指导患者日常选择宽松、舒适以及较为柔软的棉质衣物来进行穿着，从而防止衣物对皮肤产生刺激。告知患者出现瘙痒症状时，叮嘱其避免直接用指甲抓挠，向患者讲解遵医嘱用药的重要性。对于应用激素类软膏的患者，应叮嘱其避免大量以及大面积进行涂抹。存在感染以及皮损等情况的患者，需严格遵医嘱给予患者对症外敷治疗。督促患者日常需对其家庭中被褥等物品做到定期清洗并与阳光下曝晒，维持居室的通风换气，防止在患者皮损处或感染处实施穿刺操作；③饮食护理：患者皮肤不断脱落容易引起皮肤蛋白质以及维生素等物质的快速流失，为了预防相关继发性疾病，应做好患者的饮食指导。例如补充优质蛋白以及维生素，选择清淡和容易消化的营养食物，做到少食多餐、营养均衡以及食物的科学合理搭配，避免患者食用海产品、辛辣、生冷以及辛辣等刺激性食物；④高热护理：部分患者可能产生发热情况，需叮嘱患者日常注意监测体温，发现体温持续升高时应尽早入院就诊，告知患者家庭物理降温方法，例如局部冰敷以及温水擦浴等方式促进降温，鼓励患者饮用温开水，预防脱水现象。物理降温仍无效时，需及时遵医嘱进行药物降温治疗；⑤口腔及眼部护理：患者应用免疫抑制剂类药物以及激素类药物进行治疗，可能引起口腔念珠菌感染。督促患者日常进行自我口腔卫生护理，并指导其正确操作方法，例如留心观察自我口腔黏膜状况，可利用温水等进行漱口，发现唇黏膜干裂时，可应有适量红霉素软膏局部涂抹。发现眼睑外翻以及结膜充血等情况时，需及时告知医生，遵医嘱给予患者地塞米松滴眼液等药物进行治疗；⑥夯实基础护理：在患者的门诊护理中需要积极优化各项基础护理服务，例如每日对门诊环境进行清洁消毒，维持物品摆放整齐，确保光照、通风等良好。静脉输液等护理过程中做到动作的轻柔以及和缓，避免表现出对患者厌恶、嫌弃的行为或者表情。鼓励患者培养优良的生活习惯，对于工作、生活以及日常膳食等进行科学合理的安排。引导家属为患者提供支持和关怀，共同营造优良的医疗氛围，增强患者的康复信心；⑦全程无缝隙护理：积极协助患者完成治疗、疾病检查等相关工作，同时做好患者的病情密切观察，在各项护理配合中做到及时准确，运用熟练以及规范化的护理操作技术。在护理服务过程中细致耐心，及时发现存在的问题，与医生进行沟通，共同评估患者的实际情况来制定治疗方案。

在药物应用护理中详细讲解用药方法以及注意事项,与患者之间进行有效联系和沟通,例如运用短信、微信以及电话等耐心解答患者的疑问,使患者充分感受到医护人员的关怀以及支持。

观察组联合运用优质护理服务以及心理干预,其中优质护理服务方法同对照组,心理干预如下:①心理评估:在心理干预以前需要做好全面细致的心理评估,掌握其心理状况和出现负性情绪的影响因素,评估其负性情绪的严重程度,结合其实际情况做好心理分型。在心理评估期间,需要通过给予患者关怀帮助,构建优良、互相信任的护患关系,增强患者的信赖感,为后续的心理疏导奠定良好基础;②门诊就诊期间心理干预:在其门诊就诊期间需做好全程心理护理,与患者及家属做好充分密切的沟通,开展全程、多元化的健康宣教,帮助患者全面了解自身病情。详细介绍银屑病的病因、症状、目前的研究进展、治疗手段以及护理方法等,耐心细致的解答其相关疑问,从而增强患者的认知水平。列举成功治疗案例,同时介绍主治医师的经验和技术水平,不断提升患者的自信心。鼓励其进行倾诉和表达,了解其内心状况,通过进行语言开导、解释、给予安慰等疏解其负性情绪。鼓励患者与其他患者之间多进行沟通和交流,护理中为患者营造愉悦、积极向上的门诊就诊氛围,转移患者的注意力;③延续性心理干预:患者在家庭疗养期间可借助微信、短信以及电话等,给予患者鼓励、支持和关怀,使其树立信心,与此同时向其传递正能量,给予持续性的健康宣教,引导其正确看待疾病以及症状表现。与家属共同配合继续给予患者院外的心理支持,多给予患者鼓励、安慰以及关怀。

1.3 评价准则

(1) 利用汉密尔顿焦虑、抑郁评估表(HAMA、HAMD)对于患者的焦虑、抑郁严重程度评估,分数与负性情绪之间成正比。(2) 以WHOQOL-BREF量表评估患者生活质量,分数与其生活质量成正比;以PSQI睡眠量表评估其睡眠障碍得分,分越高睡眠障碍越严重。

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 HAMA、HAMD 评分 2 组间相比

护理前 2 组 HAMA、HAMD 评分相比差异小 $P > 0.05$,护理后 HAMA、HAMD 评分观察组低于对照组 $P < 0.05$ 。

表 1 HAMA、HAMD 评分 2 组间相比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	HAMA		HAMD	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	38	23.65±3.17	15.39±2.05	19.86±2.53	11.63±1.16
对照组	38	23.63±3.18	18.96±3.06	19.87±2.51	15.63±1.53
t 值		0.195	5.632	0.526	6.635
p 值		0.806	0.031	0.337	0.026

2.2 WHOQOL-BREF、PSQI 评分 2 组间相比

护理前 2 组 WHOQOL-BREF、PSQI 评分相比差异小 $P > 0.05$,护理后 WHOQOL-BREF 评分观察组高于对照组,PSQI 评分观察组低于对照组 $P < 0.05$ 。

表 2 WHOQOL-BREF、PSQI 评分 2 组间相比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	WHOQOL-BREF	PSQI
----	----	-------------	------

		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	38	61.36±8.09	98.65±9.75	13.63±2.01	5.36±1.17
对照组	38	61.37±8.10	78.69±8.36	13.62±2.02	8.69±1.22
t 值		0.255	9.635	0.175	4.365
p 值		0.637	0.000	0.296	0.037

3 讨论

银屑病属于发病率较高的慢性皮肤疾病,该疾病虽不具有致死性特征,然而由于患者的皮肤外观变化影响其社会交往及心理健康,使得患者出现自卑、胆怯、焦虑以及抑郁等不良情绪,进一步可对患者的神经系统、免疫系统造成影响,不利于患者的病情康复甚至加重病情^{[2]~[4]}。银屑病的发病也对患者的生活质量造成严重影响,患者除了具有一系列的皮肤症状表现外,还可能产生缺乏食欲、睡眠障碍等情况,所以在银屑病患者门诊诊治期间,做好护理服务工作来改善其身心状况至关重要。优质护理服务在应用中,紧密围绕患者的实际病情以及个体化护理服务需求来制定具有人文关怀特征的全面护理方案,进而给予患者全程优质和针对性的护理服务与帮助,例如皮肤护理、饮食护理、症状护理、口腔护理等,对于改善患者的临床症状并增强其舒适度有重要价值^{[5]~[7]}。在此基础上,配合心理干预,关注患者的精神心理状态并做好心理评估,并在门诊诊治期间和家庭疗养期间等各个阶段给予患者全程心理疏导,不断增强其自信心与抗病勇气^{[8]~[10]}。本研究显示,观察组护理后的焦虑、抑郁得分显著低于对照组,同时生活质量评分高于对照组,睡眠质量评分改善效果优于对照组。表明优质护理服务以及心理干预两者进行联合,可有效提升银屑病患者护理服务质量。

综上所述,对银屑病患者通过合用优质护理服务以及心理干预可有效改善其精神心理状态,并提升生活质量及睡眠质量。

参考文献:

- [1]王燕,路霞,薛露露. 优质护理对红皮病型银屑病患者效果观察及心理状态影响分析[J]. 东方药膳,2020, 13(8):174.
- [2]颜士芳,杨中文. 优质护理对红皮病型银屑病患者心理状态的影响[J]. 饮食保健,2020,7(3):37.
- [3]杨霄,张茜. 优质护理对红皮病型银屑病患者心理状态及生活质量的影响[J]. 养生保健指南,2019,11(29):115.
- [4]孙武燕. CICARE 沟通模式护理对银屑病患者心理状态及生活质量的影响[J]. 皮肤病与性病,2020,42(3):375-377.
- [5]杨磊,张琳,李偲源. 分析多元化护理对银屑病患者治疗效果、希望水平及 PASI 评分影响[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(79):275-276.
- [6]梁福荣. 基于奥马哈系统的延续性护理对银屑病患者治疗依从性、自我效能及生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志,2020,39(15):2860-2864.
- [7]徐珍珍. 心理护理干预在寻常型银屑病患者护理中的应用对改善患者不良心理状态的价值[J]. 健康之友,2020,21(20):219.
- [8]唐二云. 心理护理干预在寻常型银屑病患者护理中的应用效果观察及效果评价[J]. 黑龙江中医药,2020,49(1):252-253.
- [9]赵静. 泛发性脓疱型银屑病的身心系统护理联合常规心理干预疗效分析[J]. 实用临床护理学电子杂志,2020,5(47):88.
- [10]梁淑鸿,钟洁敏,谭剑萍. 辅助心理康复治疗对银屑病患者 SDS 和 SAS 水平的影响[J]. 首都食品与医药,2020,27(11):139.

彩色多普勒超声在脑梗死颈动脉粥样硬化斑块疾病诊断中的应用价值

王玉

沧州市中心医院 河北沧州 061001

摘要：目的 探讨彩色多普勒超声在脑梗死颈动脉粥样硬化斑块疾病诊断中的应用价值。方法 选取 2018 年 5 月至 2021 年 11 月我院收取脑梗死患者 35 例（观察组）及同期来我院接受健康检查患者 30 例（对照组），两组均接受彩色多普勒超声检查，对比两组检查结果。结果 观察组斑块检出总数 29 例（82.86%），对照组斑块检出总数 7 例（23.33%）；观察组左、右侧颈动脉内-中膜厚度、均厚于对照组， $P<0.05$ ；观察组 PSV 及 EDV 数值小于对照组，对比 $P<0.05$ ，RI 数值观察组大于对照组，对比 $P<0.05$ ；观察组管腔总狭窄率 42.86% 高于对照组 6.67%，对比 $P<0.05$ 。结论 颈动脉粥样硬化斑块可作为脑梗死的提示信息，其中彩色多普勒超声可较好的反应颈动脉管壁结构、动脉粥样斑块性质及部位等，可为脑梗死患者与健康患者的鉴别诊断提供可靠数据参考，临床应用价值较高，值得推广。

关键词：彩色多普勒超声；脑梗死；颈动脉粥样硬化斑块；诊断；价值

脑梗死属于临床常见缺血性脑血管疾病，受社会老龄化的加剧以及其它综合因素影响该病患人群不断增加，显然成为对人类健康危害性较大的疾病。其危害性不仅体现在发病人数的增加，其所可能引起的症状如感觉障碍、运动障碍、平衡障碍乃至突视力改变等都严重影响到患者生存质量。颈动脉粥样硬化是脑梗死患者较为常见的临床表现，同时颈动脉粥样硬化斑块的性质、部位等也在一定程度上反应了病情程度。由此，对于颈动脉粥样硬化斑块的性质的诊断便显得尤为重要。对此，本研究选取我院 2018 年 5 月到 2019 年 5 月我院收治的脑梗死患者及健康体检者共 65 例接受彩色多普勒超声检查，情况整理报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 5 月至 2021 年 11 月我院收取脑梗死患者 35 例（观察组）及同期来我院接受健康检查患者 30 例（对照组）。其中对照组 30 例患者性别比例：男性：女性=17:13，年龄在 55~75 岁，平均年龄（66.25±2.11）岁。观察组 35 例患者性别比例：男性：女性=18:17，年龄在 55~76 岁，平均年龄（66.87±2.35）岁。两组患者在年龄、性别分布上对比无显著差异， $P>0.05$ 。

纳入标准：脑梗死患者经相关检查确诊；参与研究患者对本次内容完全知情。

排除标准：呼吸衰竭患者。

1.2 方法

65 例受检者均接受彩色多普勒超声检查，使用仪器：GE Logic E9 彩色多普勒超声诊断仪；相关参数：探头频率：2~10MHZ；

患者采取仰卧体位充分暴露颈部，涂抹耦合剂，以超声探头对颈动脉进

行横纵扫描，观察记录回声、血流量及颈动脉厚度等情况。

1.3 观察指标

（1）颈动脉粥样硬化斑块检出情况：斑块判断标准：综合局部 IMT、彩色血流充盈缺损情况（缺损面积大于等于 10mm）进行判定，并结合回声情况对斑块性质进行鉴别，其中软斑回声表现为回声强弱不均，硬斑回声表现为强回声，兼具软斑与硬斑特性的为混合斑；（2）颈动脉内-中膜厚度；（3）血流量参数：PSV、EDV、RI；（4）管腔狭窄：以颈动脉流速进行判断，分为一级（流速 $<125\text{cm/s}$ ）、二级（ $230\text{cm/s}>$ 收缩期流速 $>125\text{cm/s}$ ，管腔狭窄在 50%~69%）、三级（收缩期血流速度 $>230\text{cm/s}$ 、管腔狭窄在 70%~99%）、四级（几乎没有血流信号与闭塞），根据管腔狭窄百分比将狭窄程度分为闭塞、重度（管腔狭窄百分比在 70%~99%）、中度（管腔狭窄百分比在 50%~69%）及轻度（管腔狭窄百分比 $<50\%$ ）。

1.4 统计学方法

以软件 SPSS21.0 进行差异性分析，其中计量资料（颈动脉内-中膜厚度、血流量参数）以“ $\bar{x}\pm s$ ”进行录入，计数资料（颈动脉粥样硬化斑块检出情况）以“%”进行录入，分别行“t 检验”与“ χ^2 检验”，以 P 值验证差异有效性，其中 $P<0.05$ 表示统计学有意义。

2 结果

2.1 两组颈动脉粥样硬化斑块检出情况

如表 1 所示，观察组斑块检出总数 29 例（82.86%），其中软斑：硬斑：混合斑=7:5:17，部分分布：颈总动脉：颈内动脉起始段：颈动脉分叉处=6:5:18；对照组斑块检出总数 7 例（23.33%），软斑：硬斑：混合斑=1:2:4，部分分布：颈总动脉：颈内动脉起始段：颈动脉分叉处=1:1:5。

表 1 两组颈动脉粥样硬化斑块检出情况[n(%)]

组别	斑块检出总数	斑块性质			部位		
		软斑	硬斑	混合斑	颈总动脉	颈内动脉起始段	颈动脉分叉处
观察组（n=35）	29(82.86)	7(24.14)	5(17.14)	17(58.62)	6(20.69)	5(17.14)	18(62.07)
对照组（n=30）	7(23.33)	1(14.29)	2(28.57)	4(57.14)	1(14.29)	1(14.29)	5(71.42)

注：斑块性质、斑块部位“%”计算的总数为对应组别斑块检出总数。

2.2 两组受检者两侧颈动脉内-中膜厚度对比

如表 2 所示，观察组左侧颈动脉内-中膜厚度（ 1.64 ± 0.28 ）mm 与对照组（ 0.71 ± 0.15 ）mm 相对较厚，右侧颈动脉内-中膜厚度（ 1.67 ± 0.07 ）mm

与对照组 (0.69±0.08) mm 对比相对较厚, 两组两项对比差异经统计学验证具有显著意义, $P<0.05$ 。

表 2 两组受检者两侧颈动脉内-中膜厚度对比 ($\bar{x}\pm s$, mm)

组别	左侧颈动脉内-中膜厚度	右侧颈动脉内-中膜厚度
观察组 (n=35)	1.64±0.28	1.67±0.07
对照组 (n=30)	0.71±0.15	0.69±0.08
t	16.287	52.679
P	0.000	0.000

2.3 两组受检者血流量参数比较

如表 3 所示, 观察组 PSV 及 EDV 数值小于对照组, 对比 $P<0.05$, RI 数值观察组大于对照组, 对比 $P<0.05$ 。

表 3 两组受检者血流量参数对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	PSV (cm/s)	EDV(cm/s)	RI
观察组 (n=35)	74.27±13.73	17.58±2.75	0.82±0.06
对照组 (n=30)	84.75±16.77	27.28±3.75	0.65±0.07
t	2.770	12.000	10.545
P	0.007	0.000	0.000

2.4 两组受检者管腔狭窄情况对比

如表 4, 观察组管腔总狭窄率 42.86% 高于对照组 6.67%, 对比 $P<0.05$ 。

表 4 两组受检者管腔狭窄情况对比[n(%)]

组别	轻度狭窄	中、重度狭窄	闭塞	总狭窄率
观察组 (n=35)	4	8	3	15 (42.86)
对照组 (n=30)	2	0	0	2 (6.67)
t				10.955
P				0.000

3 讨论

医学科技的发展为我国医疗事业做出了巨大贡献, 同时也为更多患者带来了救治希望。脑梗死作为危害性较大的疾病, 其诊断与治疗技术的提升是脑梗死患者的一大福音, 其中彩色多普勒超声所发挥的作用不容忽视, 同时也值得进行更为深入的研究^[1]。

脑梗死在老年群体中较为常见, 脑梗死老年群体最主要的临床表现便是颈动脉粥样硬化, 有相关研究指出其硬化程度与机体脑梗死程度具有直接联系^[2]。动脉粥样硬化的发展过程中最初累及部位以动脉内膜为主, 随病情进展形成机体粥样斑块突至管腔受脂质或管壁压力增加等因素影响则导致血栓形成继而发展成为脑梗死病症, 对患者生命产生威胁^[4]。

彩色多普勒超声的应用价值则在于对粥样硬化发展情况进行多方面展示。其一, 是回声情况。通过超声回声表现可对斑块性质进行初步鉴定^[5]。一般情况下, 硬斑呈强回声部分伴声影, 软斑回声强弱不均表面连续光滑。临床经验及相关文献资料指出目前软斑发展较快危险性更大, 并且临床症状偏多。硬斑则相对较为稳定, 再加上表面钙化不易破裂与脱落^[6]。在表 1 中, 观察组以混合斑与软斑为主, 并且斑块检出率高达 82.86%, 混合斑检出率 58.62%, 可见脑梗死患者中动脉粥样硬化斑块较为常见, 可作为重要提示信息; 其二, 彩色多普勒超声可对斑块部位进行展示, 同时也可观察斑块大小、管腔狭窄情况等^[7]。本研究中脑梗死患者颈动脉粥样硬化斑块多见于颈动脉分叉处, 可能是该区域管径极速伸展, 血流产生

旋涡所致。通过对斑块形态大小等参数的观察, 也可为相关症状的治疗提供依据, 以加强治疗针对性^[8]。再者, 对血流参数及两侧颈动脉内-中膜厚度的显示, 也可进一步分析患者管腔狭窄情况及血流速度等。有研究指出血流速度及压力动脉作用会损害血小板, 此外, 部分狭窄病变在快速发展中或有阻塞风险, 从而导致血栓或斑块形成^[9]。通过对相关参数的分析可对病情发展起到预测作用。脑梗死早期如得到有效控制, 其对患者生命危害性也会相应减小。

颈动脉属于连接心脑血管重要脏器的主要动脉, 同时也容易被累及, 再加上位置表浅易暴露可为彩色多普勒超声诊断创造有利条件, 尽可能降低外界等相关因素对检查结果的影响。综合本研究结果得出, 脑梗死患者与健康受检者在彩色多普勒超声表现上具有显著差异, 如脑梗死患者 PSV 及 EDV 等血流参数显著小于对照组 ($P<0.05$), 通过彩色多普勒超声检测可对脑梗死进行鉴别诊断, 这是其一。其二, 彩色多普勒超声具有无创性、可重复性等优势, 可对颈动脉粥样硬化斑块的大小、形态、性质及分布等参数进行展示, 为病情分析提供依据^[10]。再者, 通过对彩色多普勒超声诊断结果的综合分析, 也可为脑梗死患者的治疗提供指导, 应用价值值得肯定。

参考文献:

- [1]程华,张侠. 彩色多普勒超声在诊断脑梗死颈动脉粥样硬化斑块中的应用观察[J]. 现代诊断与治疗,2020,31(2):280-282.
- [2]ANTHONY F. YU, CARLOS MANRIQUE, SHAWN PUN, et al. Cardiac Safety of Paclitaxel Plus Trastuzumab and Pertuzumab in Patients With HER2-Positive Metastatic Breast Cancer[J]. The Oncologist,2016,21(4):418-424.
- [3]谢科. 彩色多普勒超声对老年脑梗死患者颈动脉粥样硬化斑块的诊断价值[J]. 中国实用神经疾病杂志,2016,19(20):41-42.
- [4]曾理,杨鑫荣,余新堂. 彩色多普勒超声对脑梗死患者颈动脉粥样硬化斑块的诊断价值[J]. 中国实用神经疾病杂志,2015(6):78-78.
- [5]ENRICO RICEVUTO, VALENTINA COCCIOLONE, MARIA MANCINI, et al. Dose-Dense Nonpegylated Liposomal Doxorubicin and Docetaxel Combination in Breast Cancer: Dose-Finding Study[J]. The Oncologist,2015,20(2):109-110. [6]张艳,董梅. 经颅多普勒超声与双侧颈动脉彩超在脑梗死中的应用价值探讨[C]. //中国脑卒中大会 2016 暨第六届全国心脑血管病论坛、2016 中国脑卒中大会中西医结合心脑血管病论坛、世界中医药学会联合会脑病专业委员会第二届学术年会论文集. 2016:130-130.
- [7]D. OROS, S. RUIZ-MARTINEZ, E. STAINES-URIAS, et al. Reference ranges for Doppler indices of umbilical and fetal middle cerebral arteries and cerebroplacental ratio: systematic review[J]. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology,2019,53(4):454-464.
- [8]张帆,常青,王小琴,等. 脑梗死患者颈动脉病变超声表现特点及超声的诊断价值[J]. 现代科学仪器,2021,38(2):113-117.
- [9]ENRIC SERRA-PLANAS, EVA AGUILERA, LAURA CASTRO, et al. Low prevalence of non-alcoholic fatty liver disease in patients with type 1 diabetes is associated with decreased subclinical cardiovascular disease[J]. Journal of Diabetes,2017,9(12):1065-1072.

葡萄糖酸钙联合维生素 AD 滴剂治疗小儿佝偻病的临床效果

张晓懿

镇巴县三元中心卫生院 妇幼保健科 陕西汉中 723609

摘要：目的：浅析在小儿佝偻病治疗中，葡萄糖酸钙联合维生素 AD 滴剂治疗效果。方法：以我院就诊佝偻病患者为研究对象，择样本量 80 例，随机分为两组，对照组 40 例采用葡萄糖酸钙治疗，观察组 40 例葡萄糖酸钙基础上联合维生素 AD 滴剂治疗，分析组间治疗效果。结果：两组患儿治疗前组间患儿血清 25-羟基维生素 D₃[25-(OH)D₃]水平比较：治疗前差异较小 ($P>0.05$)，治疗后观察组患儿 25-(OH)D₃水平较高 ($P<0.05$)。组间血磷、血钙、骨密度水平比较：治疗前两组患者各指标水平无显著差异 ($P>0.05$)，治疗后观察组患儿各指标水平均较高 ($P<0.05$)。观察组患儿疗效以 95.00% 高于 77.50%，组间差异显著 ($P<0.05$)。较之对照组，观察组患儿不良反应发生率较低，组间差异较小 ($P>0.05$)。结论：在小儿佝偻病治疗中，以葡萄糖酸钙治疗为基础，联合维生素 AD 滴剂治疗效果理想，值得研究。

关键词：葡萄糖酸钙；维生素 AD 滴剂；小儿佝偻病；预防效果

佝偻病是小儿常见疾病，是因多因素引起的钙磷代谢异常、骨化障碍，导致骨骼发生病变的慢性疾病，多见于儿童生长发育期，以维生素 D 缺乏性佝偻病最为常见^[1-2]。该病症患儿的主要临床表现为睡眠不安、易激惹、多汗等，随着病情的加剧，患儿会出现颅骨软化、方颅以及 X 型腿等骨骼改变，对其生长发育造成不利影响^[3]。早期进行有效预防，纠正磷代谢异常，可有效预防佝偻病的发生。口服维生素 AD 治疗是目前该病症主要治疗方式，但该治疗方法受多因素影响，极易导致治疗效果呈现个体化差异，例如口服维生素 D 困难或因腹泻影响吸收的患儿。葡萄糖酸钙是一种有机钙盐，可有效降低毛细血管的通透性，同时可助于骨质的形成，临床多用于缺钙症的预防以及治疗等^[4]。鉴于此，本研究以我院的患儿为研究对象，随机分为两组，实施不同治疗方案，重在分析在佝偻病患者预防中，葡萄糖酸钙治疗为基础，联合维生素 AD 滴剂的应用价值，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择我院就诊佝偻病患者 80 例，资料收集时间：2016 年 4 月—2021 年 12 月，随机分为两组，均为 40 例。纳入标准：①患儿符合佝偻病诊断标准；②血清 25-羟基维生素 D₃[25-(OH)D₃]水平 $<20\text{ng/L}$ ；③患儿家属知晓本次研究内容、方法等，自愿将其临床资料用于研究中。排除标准：①合并恶性肿瘤疾病者；②近期服用降钙素、雌激素受体调节剂治疗，对本次研究结果有影响者；③临床资料不全者。对照组：男 22 例、女 18 例，年龄 1 个月~3 岁，平均 (1.46 ± 0.31) 岁；观察组：男 23 例、女 17 例，年龄 1 个月~3 岁，平均 (1.51 ± 0.20) 岁；组间患者基线资料差异甚微 ($P>0.05$)，可对比。

1.2 方法

对照组：采用葡萄糖酸钙[哈药集团三精制药有限公司；国药准字 H20193040]治疗。1 支/次，3 次/d，于早中晚服用。

观察组：以对照组治疗为基础，联合维生素 AD 滴剂[青岛双鲸药业股份有限公司；国药准字 H37023926]治疗。本品为口服制剂，1 粒/次，1 次/d。

两组患儿治疗周期均以 2 周为一疗程，连续治疗 3 个疗程，各疗程之间需相隔 1 周时间。

两组患儿干预期间，需加强营养，确保患儿每日摄入营养能够满足机体所需，及时添加辅食。需增加日照时间，平均户外活动时间不少于 1h，值得注意的是， <6 个月以下婴儿避免直接暴露阳光下。指导患儿进食富含高维生素 D 的食物，例如新鲜的深海鱼、肝脏以及蛋黄等。告知患儿家属需依据医师开具的使用剂量协助患儿用药，不可自行添加或增减剂量，以免剂量偏少无法保障治疗效果，或剂量偏多，引起过量中毒。

1.3 观察指标

(1) 治疗前后两组患儿 25-(OH)D₃ 水平比较^[5]。该指标水平的检测需采用经酶联免疫吸附试验进行。

(2) 微量元素水平。于患儿治疗前后，采集外周静脉血血液样本，使用自动生化仪测定患儿血清中血钙以及血磷水平。

(3) 疗效评估。显效：患儿无佝偻症相关症状，体征、实验室检查生化指标以及 X 片检查均正常；有效：患儿各临床症状、体征均明显改善，实验室检查生化指标以及 X 片检查基本恢复；无效：患儿各项临床症状、体征均未见好转，甚至加重。

(4) 两组患儿治疗前后骨密度变化情况比较。采用双能线骨密度测量仪测量患儿治疗前后桡骨以及尺骨骨密度。

(5) 不良反应发生率。对两组患儿治疗期间出现腹泻、恶心等不良反应情况进行统计, 计算总发生率。

1.4 统计学分析

用 SPSS20.0 分析数据, 计量资料(年龄、25-(OH) D₃ 水平、血钙以及血磷水平、骨密度)采用($\bar{x} \pm s$)表示、计数资料(性别、疗效、不良反应发生率)采用[n (%)]表示, 对应行 t 检验、 χ^2 检验对比。 $P < 0.05$ 为差异显著。

2 结果

2.1 25-(OH) D₃ 水平比较

治疗前: 对照组 (33.25±4.20)、观察组 (33.13±4.41); 经统计学计算, $t=0.125$ 、 $p=0.451$;

治疗后: 对照组 (48.37±4.80)、观察组 (60.24±5.75); 经统计学计算, $t=10.023$ 、 $p=0.000$;

组间患儿 25-(OH) D₃ 水平比较: 治疗前差异较小 ($P > 0.05$), 治疗后观察组患儿 25-(OH) D₃ 水平较高 ($P < 0.05$)。

2.2 微量元素水平比较

两组患儿治疗前血钙、血磷水平差异较小 ($P > 0.05$), 治疗后观察组患儿各指标水平较高 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 微量元素水平比较 ($\bar{x} \pm s$) mmol/L

组名 n	血钙		血磷	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (40)	1.43±0.20	1.77±0.36	1.75±0.34	1.86±0.50
观察组 (40)	1.40±0.25	2.10±0.59	1.70±0.30	2.20±0.78
t	0.593	3.020	0.697	2.321
P	0.278	0.002	0.244	0.011

2.3 疗效评估

较之对照组总有效率 77.50%, 观察组以 95.00% 居高, 组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 疗效评估 [n (%)]

组名 n	显效	有效	无效	总有效率
对照组 (40)	18 (45.00)	13 (32.50)	9 (22.50)	31 (77.50)
观察组 (40)	29 (72.50)	9 (22.50)	2 (5.00)	38 (95.00)
χ^2				5.164

P

0.023

2.4 骨密度水平比较

治疗前两组患儿骨密度水平无显著差异 ($P > 0.05$), 治疗后观察组患儿骨密度水平较高 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 骨密度水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组名 n	桡骨		尺骨	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (40)	0.35±0.10	0.42±0.15	0.30±0.07	0.40±0.08
观察组 (40)	0.33±0.08	0.51±0.23	0.28±0.05	0.53±0.16
t	0.988	2.073	1.470	4.596
P	0.163	0.021	0.073	0.000

2.5 不良反应发生率比较

不良反应发生率: 对照组 2 例 (5.00%) 腹泻、1 例 (2.50%) 恶心, 总发生率为 3 例 (7.50%), 观察组出现 1 例 (2.50%) 腹泻, 经统计学计算 $\chi^2=0.263$ 、 $p=0.608$, 组间不良反应发生率无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3 讨论

佝偻病在婴幼儿时期最为常见, 是一类多因素导致钙磷代谢异常, 骨化障碍而引起的骨骼病变为主要特征的全身营养性疾病, 其中以维生素 D 缺乏性佝偻病最为常见, 具有发病缓慢的特点, 不易引起重视^[6]。该病症会导致患儿自身抵抗力降低, 极易合并肺炎以及腹泻等疾病, 对其生长发育造成影响, 因此需积极防治。同时该病症会导致患儿发育较晚, 关节松弛而有过伸现象, 大脑皮层功能异常条件反射形成机体发育、语言发育落后以及贫血等症状, 严重者可有消化以及心肺功能障碍, 影响患儿的行为发育以及免疫功能, 阻碍其正常生长发育。随着人们营养水平的提高, 该疾病的发病率呈现降低趋势, 但一旦患病, 对患儿的机体健康影响较大, 因此科学、有效的预防以及治疗措施尤为重要, 是改善预后的关键。

3.1 维生素 AD 滴剂治疗佝偻病作用机制分析

目前临床对于佝偻病的预防以及治疗主要以口服维生素 AD 为主, 一方面提高患儿血清中钙浓度, 使其能够长期处于一种较为理想的状态下, 促进甲状旁激素的分泌, 提高骨钙的数量^[7-8]。另一方面可促使肾小管对磷的重吸收, 有效防止体内血磷浓度下降, 达到控制活动期病情, 防止骨骼畸形发生的目的。单一依靠食物摄入改善患儿体内维生素 D 水平, 极易出现个体化差异, 一旦摄入不足, 会影响钙磷代谢, 使其发生后紊乱, 因此需给予外源性维生素 D 制剂治疗。维生素 AD 滴剂是临床常用药物, 主要用于预防以及治疗维生素 A 以及 D 的缺乏症, 例如佝偻病、夜盲症等。

维生素 AD 滴剂主要作用是补充维生素 A 以及 D, 维生素 A 具有保护皮肤黏膜正常的功能, 可促进骨骼肌肉生长等, 维生素 D 能够促进肠道对钙元素的吸收。两者均是人体生长发育的必需物质, 尤其是对血磷以及血钙的恒定有重要作用。患儿口服维生素 AD 滴剂能够通过胆汁、肝脏以及小肠的作用下完成钙吸收, 虽可改善缺钙现象, 但不足以从根本上控制佝偻病疾病的发展, 因此需探讨一种行之有效的治疗方案。

3.2 葡萄糖酸钙治疗佝偻病作用机制分析

葡萄糖酸钙是一种有机钙盐, 属于矿物质类药物, 能够对钙缺乏症进行有效治疗以及预防, 其中包含骨骼发育不全、骨质疏松等^[9]。钙参与骨骼的形成, 参与肌肉的收缩, 神经递质与凝血机制的相关功能, 能够降低血管的渗透性, 作为钙的一种补充剂, 可用于预防以及治疗钙缺乏症。因此葡萄糖酸钙在这一疾病的治疗中能够发挥重要作用。

生化检验患儿血磷、25-(OH) D₃ 以及血钙水平能够反映患儿体内近期维生素水平, 无

法反映人体生长长期钙营养状况^[10]。本研究以上述指标作为疗效评估指标具有高度合理性。研究中表 1、表 2 数据可见: 组间患儿 25-(OH) D₃ 水平比较: 治疗前差异较小 ($P>0.05$), 治疗后观察组患儿 25-(OH) D₃ 水平较高 ($P<0.05$)。两组患儿治疗前血钙、血磷水平差异较小 ($P>0.05$), 治疗后观察组患儿各指标水平较高 ($P<0.05$)。因此联合用药治疗能够进一步有效纠正患儿钙磷水平紊乱, 改善其临床症状。表 3 疗效评估结果可得观察组患儿疗效以 95.00% 高于 77.50%, 组间差异显著 ($P<0.05$)。说明该治疗方案可在不增患儿不良反应的前提下, 保障疗效。可见联合治疗方案优于单一葡萄糖酸钙治疗, 更加符合临床治疗需求。

3.3 治疗体会

为了更好的治疗小儿佝偻病, 笔者通过多年临床经验得出: 患儿疾病治疗期间, 医务人员需通过多渠道告知患儿家属关于佝偻病相关疾病, 包含发病机制、危害以及治疗方案等, 使其有深刻认识, 从而重视疾病, 积极主动配合治疗, 及时纠正自身不良育儿行为习惯, 确保婴幼儿每日有充足日晒, 合理添加辅食, 摄入适量的维生素。同时需告知患儿母亲, 母乳喂养的重要性, 增强婴幼儿抵抗力。在离乳期, 可在小儿饮食中添加适量的营养成分, 例如蛋黄、蔬菜以及黄豆粉等。通过本次研究发现, 绝大部分患儿家属对补钙认知水平较高, 日常生活中也格外注意, 但往往忽视了维生素 AD 的重要性, 导致患儿维生素 A 或 D 缺乏, 增加了佝偻病发生风险, 对此临床医务人员在对患儿实施治疗过程中, 需通过多途径为患儿

家属展开健康教育, 使其知晓维生素 AD 补充的重要性, 对于 0—2 岁儿童需注重补充维生素 AD。

3.4 研究中不足之处分析

本次研究是以设组的形式展开药物疗效对比, 研究设计上存在例数少、研究时间短等不足, 可能导致研究结果存在偏倚性, 建议后期研究中规避上述不足, 以望取得较为全面、准确研究数据, 为后期疾病治疗提供借鉴。

综上: 在小儿佝偻病治疗中, 以葡萄糖酸钙治疗为基础, 联合维生素 AD 滴剂治疗效果理想, 可改善患儿骨代谢水平, 提高血磷、血钙水平, 保障治疗效果, 是一种高效、安全的治疗方案, 建议进一步推广以及应用。

参考文献:

- [1]杨猛.参芪健儿汤联合维生素 D₂ 注射液治疗小儿佝偻病临床观察[J].实用中医药杂志,2021,37(11):1840-1842.
- [2]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(07):130-131.
- [3]刘燕春,田虹,林晓燕.布拉氏酵母菌联合维生素 D 及钙剂治疗婴幼儿佝偻病的临床效果[J].宁夏医科大学学报,2019,41(01):65-68.
- [4]孟晶,焦喜涛.碳酸钙 D₃ 颗粒联合维生素 D 治疗小儿佝偻病的临床观察[J].实用中西医结合临床,2020,20(12):33-34.
- [5]王亮.维生素 D 联合葡萄糖酸钙对维生素 D 缺乏性佝偻病患儿血清 25-(OH)D₃、NBAP 水平变化的影响[J].中国现代药物应用,2021,15(02):217-219.
- [6]孙婷.葡萄糖酸钙锌与维生素 D 联用治疗维生素 D 缺乏性佝偻病患儿的临床效果[J].慢性病杂志,2021,22(07):1110-1111+1114.
- [7]李军石.锌铁钙复合制剂佐治婴幼儿佝偻病的临床效果观察[J].中国现代医生,2019,57(14):55-57.
- [8]高攀攀.维生素 D 联合复方锌铁钙颗粒对维生素 D 缺乏性佝偻病患儿血清 25-(OH)D₃、NBAP 水平变化的影响[J].数理医药学杂志,2019,32(07):1047-1048.
- [9]陈德健.葡萄糖酸钙联合维生素 D 治疗维生素 D 缺乏性佝偻病[J].深圳中西医结合杂志,2019,29(19):145-147.
- [10]王翠翠,谢坤霞,王宽峰.磷酸盐合剂联合维生素 D₃ 对营养性佝偻病患儿血清 25-羟维生素 D 粒细胞集落刺激因子及肿瘤坏死因子- α 水平的影响[J].中国妇幼保健,2021,36(5):4.

PFNA 治疗老年患者股骨粗隆间骨折的临床疗效分析

张永虎

河北省顺平县医院骨内科 河北保定 072250

摘要：目的：探讨 PFNA 治疗老年患者股骨粗隆间骨折的临床疗效。方法：选取医院 2019 年 1 月至 2020 年 2 月收治的 96 例老年股骨粗隆间骨折患者，随机将其分为甲乙组，分别给予动力髌钉手术与 PFNA 治疗，比较两组患者的治疗结局。结果：乙组的手术指标与并发症情况明显优于甲组，两组间差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。治疗前两组 Harris 评分和 VAS 评分数据差异较小 ($P>0.05$)，治疗后两组 Harris 评分和 VAS 评分数据差异较大，主要表现在乙组的 Harris 评分更高和 VAS 评分更低 ($P<0.05$)。两组的 Hb 对比数据差异较大 ($P<0.05$)。HCT 和 ALB 无显著差异 ($P<0.05$)。结论：PFNA 治疗老年患者股骨粗隆间骨折的临床疗效显著，值得在临床上进一步推广。

关键词：PFNA；老年股骨粗隆间骨折；疗效

近几年来，我国社会老龄人口总数占总人口比重较大，社会结构偏向于老龄化，而老年人由于骨质退化很容易发生骨折。骨折是指骨骼发生断裂，往往伴随严重的疼痛和肿胀感，甚至出现位移情况。需要依靠内固定术或者手术进行治疗。老年人骨折类型有多种，股骨粗隆间骨折在临床上较为常见，其引发原因大多为骨质疏松，随着患者年龄的增长，其骨质流失严重，导致出现骨质疏松症，进而引发该类型的骨折。老年患者一旦发生股骨粗隆间骨折，患者就会出现的并发症，极大地影响其生活质量^[1]。据相关调查资料指出，近几年，国家人口基数上升幅度不断增长，股骨粗隆间骨折发生人数也随之增加，因而临床对该骨折的治疗也越来越重视。当前，临床主要用手术治疗股骨粗隆间骨折，但传统锁定钢板手术会增加创伤面积，不利于患者术后恢复。而在现代医学技术水平不断提高的形势下，股骨近端防旋髓内钉手术成为临床治疗中重要方式，且取得的疗效显著^[2-3]。为此，本文将股骨近端防旋髓内钉手术（PFNA）进行分析研究，以下是详细的研究报告。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

医院一共收治 96 例老年股骨粗隆间骨折患者，随机将其分为甲组和乙组，每组 48 例，对本次研究内容均有知晓的权利，具有较为完整的临床资料。年龄：甲组 62-86 岁 (70.32 ± 1.34)，乙组 63-87 岁 (71.43 ± 1.46)；性别：甲组男性 27 例、女性 21 例，乙组男性 28 例、女性 20 例。对比甲乙组的资料，两组间差异均具有可比性 ($P>0.05$)。

1.2 方法

甲组动力髌钉手术治疗如下：麻醉后，指导患者仰卧，在手术中借助

C 型 X 线透视患者骨折部位，并对其予以牵引复位。做切口于患者股骨近端外侧部位，充分暴露股骨骨折位置，选取 C 型臂正侧位作为导针部位，并从导针方向在股骨颈拧入一定长度的髓螺钉，同时将钢板套筒套入该螺钉尾部，于股骨干处固定好钢板套筒，最后留置引流管，对患者切口进行清洗缝合。

乙组 PFNA 治疗如下：指导患者平卧，然后进行硬膜外麻醉。如果有些患者麻醉不起效用，可选择麻醉全身，然后抬高患者患侧臀部，大约 10 厘米，借助 C 型 X 线机进行透视，对其进行复位闭合，待获取满意的效果后，再纵向做切口于距大粗隆顶点 6 厘米的位置，在 3 厘米位置对患者臀中肌、大粗隆顶点等进行逐步分离。进钉点位置选择大粗隆顶点，用电转将导针钻入，然后使用开口器开口，扩大股骨近端髓腔，并将髓内钉插入髓腔，接着依次将螺旋刀片和锁定螺钉分别插入近端和远端，最后对切口进行清洗和缝合，即完成手术。手术后，持续一周进行肝素抗凝处理，然后用抗生素予以治疗，并指导患者参与床上康复训练。

1.3 观察指标

观察两组患者的治疗结局，以手术指标、Harris 髋关节功能评分、VAS 评分、Hb、HCT 及 ALB 指标和并发症对治疗效果进行判定。

1.4 统计学分析

采用 spss25.0 软件分析处理本研究的实验数据，计量资料采用标准差 ($\bar{x}\pm s$) 表示，用 t 进行检验；计数资料采用百分比表示，用 χ^2 检验，以 $P<0.05$ 表示数据差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 手术指标对比

甲乙组患者的手术指标存在显著的差异（ $P<0.05$ ）。

表 1 比较两组患者的手术指标（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	手术时长	术中出血量	术后引流时间	住院时间
甲组	48	82.58±15.58	217.78±30.25	89.82±15.32	12.58±2.99
乙组	48	49.69±11.38	146.39±19.98	59.85±10.35	8.25±2.15
t	-	12.33	14.13	11.66	9.22
P	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 并发症对比

甲组患者在褥疮、下肢深静脉血栓、坠积性肺炎等并发症上的发生率为 18.75%（9/48），而乙组的并发症发生率为 2.08%（1/48），乙组显著低于甲组（ $P<0.05$ ）。

2.3 两组 Harris 评分和 VAS 评分比较

治疗前两组 Harris 评分和 VAS 评分数据差异较小（ $P>0.05$ ），治疗后两组 Harris 评分和 VAS 评分数据差异较大，主要表现在乙组的 Harris 评分更高和 VAS 评分更低（ $P<0.05$ ）。见表 2。

表 2 两组 Harris 评分和 VAS 评分比较

组别	例数	治疗前		治疗后	
		Harris 评分	VAS 评分	Harris 评分	VAS 评分
甲组	48	30.29±5.30	5.21±1.29	66.74±4.44	3.83±0.12
乙组	48	30.19±5.44	5.22±1.30	40.29±3.27	4.10±0.10
t	-	0.192	0.284	7.302	8.392
P	-	0.292	0.381	0.000	0.001

2.4 两组 Hb、HCT 及 ALB 指标比较

两组的 Hb 对比数据差异较大（ $P<0.05$ ）。HCT 和 ALB 无显著差异（ $P<0.05$ ）。见表 3。

表 3 两组 Hb、HCT 及 ALB 指标比较

组别	例数	Hb（g/L）	HCT（%）	ALB（g/L）
甲组	48	84.22±3.29	26.33±3.84	30.29±4.94
乙组	48	92.39±3.12	27.28±3.33	31.29±4.20
t	-	4.322	0.023	0.038
P	-	0.000	0.028	0.083

3. 讨论

当前我国社会人口结构偏向于老龄化，所以导致很多老年人常患疾病的发生率有所增长，其中其中就包括股骨粗隆间骨折。股骨粗隆间骨折的治疗方法采用手术内固定治疗已成为临床上的共识。

在过去，如果年龄超过 80 岁的老年患者。考虑到进行手术会承担比较大的风险，所以往往会选择保守的方法治疗，而这会降低患者的生活质量，甚至是无法起到良好的治疗效果，使患者丧失生命^[4-5]。而随着时代的进步以及医疗技术的发展，针对老年股骨粗隆间骨折手术所体现出的效果越来越明显。手术不仅能够让患者早日康复下床，还能够避免保守治疗带来的一系列并发症，比如长期卧床导致发生褥疮、感染、深静脉血栓等^[6]。手术不仅有助于促进患者生活质量改善还能够提高生存率。所以在条件允许的情况下，尽量选择手术进行治疗，能够从根本上治愈且疗效理想。为了能够进一步缩短手术时间、缩小创伤、降低并发症以及促进髋关节功能恢复，临床上一直接探求一种非常有效的治疗方式，而老年人应该注意术前对于患者进行全身检查，并为患者进行护理干预，使患者保持最佳身心状态，从而提高手术成功率^[7]。

老年群体是股骨粗隆间骨折高发人群，因为骨折发育髋部，所以患者不仅会失去生活自理能力，而且还会严重降低其生活质量。现阶段，临床主要用手术治疗股骨粗隆间骨折患者，目的是帮助患者恢复髋关节功能，改善其生活质量^[8]。

股骨近端髓内钉对股骨粗隆间骨折进行治疗在过去比较常见，也是应用最普遍的一种内固定物^[9]。但是由于骨折不稳定所以术后很容易引起并发症，比如髓内翻，下肢缩短和畸形。比如鹅头三翼固定术后就有高达 30% 的并发症发生。而角钢板治疗也时有发生松动和移动。国外学者研究发现，DHS 有 15% 的并发症发生率。而作为一种新型的固定材料和操作技术，PFNA 自 2003 年开始用于临床治疗。有国内学者对于老年转子间骨折采用股骨近端髓内钉治疗取得了理想效果，特别适用于年龄较大，无法长时间内受手术的患者。手术时间更短，术中出血少，患者不需承担明显的手术风险，术后也不容易出现并发症，安全性高。我们研究也认为，PFNA 内固定的设计具有较强的稳定性，且装置比较精确，操作简便，适用于老年股骨粗隆间骨折患者。

动力髋钉术也是髓外固定手术的一种，在临床上比较常用，虽然该手术固定效果好，但因为患者需要长时间卧床，容易引发众多的并发症，如深静脉血栓、坠积性肺炎等。而且，该手术方式会给患者带来较大的创口，增加术中出血量，同时也会引发术后感染等症状，进而导致患者术后恢复时间延长。而股骨近端防旋髓内钉手术材料有远端螺钉、主钉、尾钉等，

其远端骨折固定的稳定性强,螺旋刀片的接触面积大,而且与动力髌钉术相比,该手术不会给患者带来较大的创伤,可减少术中出血量,同时手术后能更早开展康复训练,有利于加快患者的恢复^[10]。

PFNA 技术对于股骨近端水泥固定系统进行了改进,且提高了操作的可靠性和便捷性。其组成部分分别是螺旋刀片、股骨髓钉和锁定髓钉,是空心设计。在股骨髓钉尾端有外偏角,这样便于置入导针,能够完成整个手术且创伤较小。而螺旋刀片的表面积比较大,能够逐渐增加直径,最大程度地进行骨质填压,锚合效果比较理想^[11]。当刀片打入锁钉之后能够紧密结合骨质,不会退出或松动,稳定性比较高。锁定套筒和螺旋刀片之后通过透视^[12]。对于刀片和于刀片和套筒之间的缝隙进行观察。这种方式实际上能够便于加压,控制骨折旋转移位。螺旋刀片螺旋式前进,所以骨髓道也是螺旋式,在横截面上为四页状,增加了把持力。尾端圆柱的设计,髓内钉孔为相同造型,进一步提高了稳定性。所以在固定时不需考虑骨折是否稳定,主要是能够通过牢固抓取和有效锁定来进行全面支撑。具有更好的优势,且组织相容性高^[13]。患者术后不容易出现感染等不良反应,操作比较简便,手术时间也短,符合人体生物力学要求。此外,患者的髌关节能够更早恢复,整体疗效较为满意^[14]。

本研究结果显示,乙组患者的手术时长、术中出血量、术后引流时间以及住院时间明显少于甲组,此外,乙组患者的并发症发生率显著低于甲组($P<0.05$),治疗前两组 Harris 评分和 VAS 评分数据差异较小($P>0.05$),治疗后两组 Harris 评分和 VAS 评分数据差异较大,主要表现在乙组的 Harris 评分更高和 VAS 评分更低($P<0.05$)。两组的 Hb 对比数据差异较大($P<0.05$)。HCT 和 ALB 无显著差异($P<0.05$)。说明 PFNA 治疗对于临床骨折疾病意义重大。PFNA 能够有效地改善患者的髌关节功能,降低患者的疼痛感,使患者早日康复出院。且 PFNA 的手术时间和住院时间更短,术后引流时间短,术中出血量较少。这符合临床既往研究结果^[15]。

综上所述,PFNA 治疗老年患者股骨粗隆间骨折的临床疗效显著,可缩短患者的手术时长、术后引流时间以及住院时间,减少术中出血量和术后并发症,改善其髌关节功能,值得在临床上推广。

参考文献:

[1]冯红卫,曹希武.PFNA 治疗老年患者股骨粗隆间骨折的临床疗效分析[J].中国保健营养旬刊,2019,23(011):6390-6391.

[2]徐松,王建龙,张雄文,等.PFNA 治疗老年股骨粗隆间骨折的临床疗效分析[C]//玉溪市第三届二次骨科学术研讨会.2018.

[3]陈景宇,顾海洋,高宏文,等.PFNA 治疗老年股骨粗隆间骨折临床应用价值评估及分析[C]//临床急重症经验交流高峰论坛.2017.

[4]张立新,朱锴.外固定架固定与 PFNA-II 内固定治疗老年股骨粗隆间骨折疗效比较[J].中国骨与关节损伤杂志,2020,35(4):375-377.

[5]千伟,项舟.APFN 及 PFNA-II 髓内钉技术治疗股骨粗隆间骨折的有效性和安全性比较[J].医学综述,2020,26(19):3917-3921.

[6]江惠祥,朱聪,高明明,等.体表精准定位微创开口技术在 PFNA 内固定治疗老年股骨粗隆间骨折术中的应用[J].中国骨与关节损伤杂志,2020,35(2):167-169.

[7]尚琦松,盛文辉,吴兵,等.两种内固定治疗股骨粗隆间骨折的比较[J].中国矫形外科杂志,2021,29(19):1808-1810.

[8]李国胜,边朝辉,刘明礼.PFNA 与 PFN 内固定治疗股骨粗隆间骨折的疗效比较[J].中国骨与关节损伤杂志,2020,35(2):169-171.

[9]马腾洋.老年股骨粗隆间骨折 PFNA 失败的危险因素分析[J].中国矫形外科杂志,2020,28(4):292-296.

[10]秦忠堂.关节置换与内固定治疗高龄股骨粗隆间骨折的比较[J].中国矫形外科杂志,2021,29(16):1456-1460.

[11]朱磊,顾一帆,周正新.桃红四物汤加味联合 PFNA 内固定治疗老年股骨粗隆间骨折临床观察[J].安徽中医药大学学报,2020,39(4):1456-1460.

[12]程爱民,单清洁,郝光亮,等.PFNA 联合锁定重建钢板治疗股骨粗隆间骨折的应用价值研究[J].川北医学院学报,2021,36(7):890-893.

[13]刘代忠,李强,邓立庆.全髌双动置换术与 PFNA 在治疗高龄股骨粗隆间骨折的临床疗效比较[J].河北医科大学学报,2020,41(5):554-557.

[14]卜建文,吕云云.人工股骨头置换术与防旋型股骨近端髓内钉术治疗 EvansI 型老年股骨粗隆间骨折的临床对比研究[J].创伤外科杂志,2020,22(1):42-45.

[15]张云,何玉涛.股骨近端交锁髓内钉-抗螺旋刀片治疗老年性股骨粗隆间粉碎性骨折的效果观察[J].实用临床医药杂志,2020,24(3):111-114.

循证护理联合心电监护仪监测在急性心肌梗死患者中的应用效果

周璇华

汕头大学医学院第二附属医院 广东汕头 515000

摘要: 目的 探究循证护理联合心电监护仪监测在急性心肌梗死患者中的应用效果。方法 选取 2021 年 1 月至 2021 年 12 月我院收治的急性心肌梗死患者 332 例,根据护理方法不同分为观察组(166 例)和对照组(166 例),对照组采用常规护理联合心电监护仪监测,观察组在对照组基础上结合循证护理。干预 8 周,观察两组护理质量、心功能、治疗所需时间。结果 观察组护理质量得分高于对照组($P<0.05$)。与对照组比较,观察组心率较低,左室射血分数较高($P<0.05$)。与对照组比较,观察组治疗所需要的时间和纽约心脏病协会心功能分级降低两级时间均较短($P<0.05$)。结论 循证护理联合心电监护仪监测在急性心肌梗死患者可缓解心功能异常,减少治疗所需要的时间,进而提高了护理质量。

关键词: 循证护理; 心电监护仪; 急性心肌梗死

Application effect of evidence-based nursing combined with ECG monitor in patients with acute myocardial infarction

Zhou Xuanhua

The Second Affiliated Hospital of Shantou University School of Medicine, Shantou, Guangdong 515000

[Abstract] Objective To explore the effect of evidence-based nursing combined with ECG monitoring in patients with acute myocardial infarction. Methods 322 patients with acute myocardial infarction treated in our hospital from January 2021 to December 2021 were selected and divided into observation group (166 cases) and control group (166 cases) according to different nursing methods. The control group was monitored by routine nursing combined with ECG monitor, and the observation group was combined with evidence-based nursing on the basis of the control group. After 8 weeks of intervention, the nursing quality, cardiac function and treatment time of the two groups were observed. Results the score of nursing quality in the observation group was higher than that in the control group ($p<0.05$). Compared with the control group, the heart rate of the observation group was lower and the left ventricular ejection fraction was higher ($p<0.05$). Compared with the control group, the treatment time of the observation group and the reduction time of the cardiac function classification of the New York Heart Association were shorter ($p<0.05$). Conclusion evidence based nursing combined with ECG monitoring in patients with acute myocardial infarction can alleviate cardiac dysfunction, reduce the time required for treatment, and then improve the quality of nursing.

[Key words]: evidence based nursing; ECG monitor; acute myocardial infarction

急性心肌梗死是基于冠状动脉病变,心肌出现持续性急性缺血的急性冠脉综合征,具有高病死率,大部分患者为院外发病,需要医护人员外出抢救患者^[1]。心电监护仪可 24 h 连续监测有利于医生掌握患者心电信息变化趋势。循证护理是根据护士临床经验及患者情况的科学护理模式,最大限度满足患者需求,从而提高患者对医生及护士的信任^[2]。目前国内对循证护理联合心电监护仪监测用于急性心肌梗死报道较少,本研究重点探讨循证护理联合心电监护仪监测在急性心肌梗死患者中的应用效果,为提高急性心肌梗死临床治疗效果及优化护理方案提供依据。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 1 月至 2021 年 12 月我院收治的急性心肌梗死患者 332 例。纳入标准:(1)符合《2010 年急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南》^[3]中急性心肌梗死诊断标准;(2)持续时间为 20min~24h 者。排除标准:(1)合并全身炎症反应、恶性肿瘤者;(2)合并精神类疾病无法沟通者;(3)肝、肾等重要脏器严重病变者。根据护理方法不同分为观察组和对照组:观察组 166 例,男 117 例,女 49 例,年龄 37~86 (59.56±12.46)岁;对照组 166 例,男 111 例,女 55 例,年龄 37~81 (64.82±11.65)岁。两组性别、年龄比较具有可比性($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组采用常规护理联合心电监护仪监测:保证病房环境整洁、空气流通及定时查看,发现患者异常及时有效处理,根据患者需求给予帮助;采用心电监护仪(日本光电工业株式会社,BSM-2351C)24h 监测,给予

吸氧防止休克,调整饮食结构,干预 2 周。

观察组在对照组基础上结合循证护理:(1)成立循证护理小组。以护士长为组长,负责监督和考核,科室护士为小组成员,根据护理相关知识及需求保障护理工作顺利实施。(2)发现循证护理问题。急性心肌梗死患者入院后小组成员根据患者病情特征,找出与患者相关的循证护理问题,并根据患者实际进行护理工作。(3)循证护理依据。基于急性心肌梗死患者病情特征和循证护理问题,客观真实地判断循证护理依据,小组开会总结循证护理工作,对于不合理的情况制定改进措施。(4)实施循证护理。①风险评估:根据患者病情及受教育程度及心理情况进行评估,针对性开展护理工作。②认知教育:小组成员耐心向急性心肌梗死患者及家属普及急性心肌梗死疾病因素、治疗状态及注意事项,满足患者需求,获得患者认可和配合度;细心观察患者情绪状态,并及时给予理解、支持、鼓励,尽可能地消除患者负面情绪。③预防并发症:严格监测急性心肌梗死患者生命体征,合理调整患者体位、按摩四肢、促进呼吸道排痰,保障患者正常呼吸;合理调整患者饮食结构,保障营养充足,叮嘱患者及家属多饮水防止便秘。④康复阶段:针对性为急性心肌梗死患者制定康复计划,通过被动训练过渡到主动训练,根据患者耐受程度调整训练强度,干预 8 周。

1.3 观察指标

(1)护理质量:干预后采用《2020 年美国心脏协会心肺复苏及心血管急救指南》^[4]评估,含病房管理、基础护理、医院感染、护理安全、治疗室安全,每项 100 分,得分越高,表示护理质量越好。

(2)心功能评估:通过心电图记录心率,采用多普勒超声心动图

(Philips IE Elite) 检测左室射血分数。

(3) 记录治疗所需时间: 包括治疗所需要的时间和纽约心脏协会心功能分级降低两级时间。

1.4 统计学方法

采用 SPSS20.0 软件对数据进行统计分析, 计量资料均数±标准差

($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验, 计数资料采用例数 (%) 的方式表示, 卡方检验, $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 两组护理质量比较

观察组护理质量各项得分高于对照组 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组护理质量比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	病房管理	基础护理	医院感染	护理安全	治疗室安全
观察组 (n=166)	94.43±1.21	92.76±1.98	93.76±1.54	93.87±1.65	95.43±1.32
对照组 (n=166)	90.10±1.45	89.54±1.87	88.32±1.10	90.21±0.98	91.43±1.54
t	29.540	15.233	37.035	24.572	25.408
P	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组心脏指标比较

与干预前比较, 两组干预后心率较低, 左室射血分数较高 ($P < 0.05$); 与对照组比较, 观察组心率较低, 左室射血分数较高 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组心脏指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	心率 (次/min)		左室射血分数 (%)	
	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组 (n=166)	101.89±7.06	71.32±3.31 ^a	41.90±3.38	56.31±3.45 ^a
对照组 (n=166)	102.99±6.61	94.24±4.63 ^a	41.89±3.28	46.78±3.22 ^a
t	1.465	51.885	0.027	26.018
P	0.143	<0.001	0.978	<0.001

注: 与组内干预前比较, ^a $P < 0.05$

2.3 两组治疗所需时间比较

与对照组比较, 观察组治疗所需要的时间和纽约心脏协会心功能分级降低两级时间均较短 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组治疗所需时间比较 ($\bar{x} \pm s$, d)

组别	治疗所需要的时间	纽约心脏协会心功能分级降低两级时间
观察组 (n=166)	8.77±2.78	6.45±2.67
对照组 (n=166)	10.79±3.01	8.23±2.43
t	6.351	6.352
P	<0.001	<0.001

3 讨论

急性心肌梗死由于病情反复及持续性加重等易造成患者丧失治疗信心。既往研究表明, 急性心肌梗死容易导致心律失常, 而心律失常又会造成功能性冠状动脉血供、脑动脉血供和肾动脉血供下降及心功能不全等并发症, 降低患者生存质量^[5]。因此在临床治疗同时结合科学护理对急性心肌梗死患者康复具有重要意义。

循证护理具有较强科学性、合理性, 干预过程中护士通过自身临床经验及科研结论最大限度满足患者需求, 提高了患者对护士的认可和信任, 同时也促进了护士工作效率^[6]。本研究结果表明, 与干预前比较, 两组干预后护理质量得分较高, 且观察组高于对照组。提示循证护理联合心电监护仪监测在急性心肌梗死患者中可提高护理质量。经分析后得到, 循证护理用于急性心肌梗死患者, 科学合理制定干预措施, 加上心电监护仪严格监

测, 预防心律失常发生, 及时反馈治疗情况, 从而反映了护理质量的提升, 加速患者康复。循证护理中寻找循证护理依据, 通过开会总结形式分析患者实际病情, 并针对性制定护理方法, 利用基础医学围绕患者开展护理工作, 使临床护理整体质量得以提升^[7-8]。本研究中循证护理是根据成立循证护理小组、提出问题、寻找支持证据及实施护理进行针对性护理, 促进患者康复, 结果得到与对照组比较, 观察组心率较低, 左室射血分数较高, 且观察组治疗所需要的时间和纽约心脏协会心功能分级降低两级时间均较短。说明循证护理联合心电监护仪监测可有效改善急性心肌梗死患者心功能, 缩短治疗所需时间。原因在于心电监护仪监测可反映患者心电图情况, 避免突发性病情变化, 保障患者安全; 循证护理经风险评估、认知教育及溶栓治疗, 实时调整护理计划, 进而改善了心功能, 缩短治疗所需时间, 使得整个康复过程更加科学化、合理化。在护理同时还应注重患者心理状态变化, 调整好饮食计划。

综上所述, 循证护理联合心电监护仪监测在急性心肌梗死患者可缓解心功能异常, 减少治疗所需要的时间。本研究未进行并发症护理效果分析, 后续会加深对急性心肌梗死患者并发症护理研究。

参考文献:

- [1] 杨飞云, 孔令宇, 吴畏, 等. 青年急性心肌梗死危险因素及冠状动脉病变特点分析[J]. 新乡医学院学报, 2018, 21(4):333-339.
- [2] 胡叶暖, 潘文龙. 循证护理模式对急性心肌梗死患者 PCI 术后焦虑程度和康复状态的影响[J]. 检验医学与临床, 2021, 18(11):1606-1608.
- [3] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 2010 年急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2013, 20(4):9-16.
- [4] 朱威, 徐佳, 陆远强. 《2020 年美国心脏协会心肺复苏及心血管急救指南》成人生命支持部分建议内容分析[J]. 中华危重症医学杂志 (电子版), 2020, 13(5):379-381.
- [5] 张艳红, 邵丽香, 郑晓丹, 等. 急性心肌梗死 PCI 术患者并发心律失常的影响因素分析及护理对策[J]. 护理实践与研究, 2020, 17(6):1-4.
- [6] 金蕾, 杨淑英. 循证护理模式对胸外科重症患者的呼吸功能、并发症及生活质量的影响[J]. 检验医学与临床, 2018, 12(1):2304-2306.
- [7] 宋秀, 蔡利, 蔡慧, 等. 循证护理在急诊 PCI 术治疗急性心肌梗死患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(16):94-96.
- [8] 张俊红, 张亚玲. 急性心肌梗死并发心律失常护理中循证护理的应用分析[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(10):1834-1835.

延续护理对结核性胸膜炎出院患者的应用价值分析

吴佳臻

人民解放军联勤保障部队第九〇〇医院 福建省福州市 350000

摘要：目的：观察结核性胸膜炎出院患者采取延续护理的价值。方法：对照组行常规护理，观察组行延续护理。结果：观察组遵医行为、生活质量、护理满意度高于对照组，负面情绪评分低于对照组，睡眠质量优于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：针对结核性胸膜炎患者，在出院后，应用延续护理，能够有效提升遵医行为，并且能够起到改善患者生活质量的作用，有利于提升患者睡眠质量以及护理满意度，改善患者负面情绪。

关键词：延续护理；结核性胸膜炎；出院患者

引言：结核性胸膜炎属于呼吸内科疾病，患病后，患者主要表现为咳嗽、患侧胸痛、发热等症状，并且会对机体呼吸系统、循环系统造成损伤，疾病具有多发性特点，对患者生活质量严重。因此，临床多需要对该疾病进行长期治疗，但是即使在出院后，患者仍具有较高的不良反应风险，不仅会导致患者治疗难度提升，还会严重影响患者健康。因此，在出院后，可为患者提供延续护理，在加强患者疾病认知的同时，做好出院指导工作，确保患者能够在家中做好自我护理工作，按时服药，有效促进疾病控制。相关研究显示，经延续护理，能够结合临床工作经验，为出院后的结核性胸膜炎患者提供针对性护理干预，能够实现对患者自我护理的有效监督，进一步规范患者日常行为，降低患者再住院风险。本文选择研究时间2020年7月~2021年7月，选取83例结核性胸膜炎患者作为研究对象，观察延续护理应用价值。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

资料可比（ $P>0.05$ ）。

表 1 比较一般资料

组别	例数	性别		年龄	病程（d）	胸腔积液部位	
		男	女			左侧	右侧
观察组	41	23	18	42.65±1.55	15.31±4.52	20	21
对照组	42	25	17	42.69±1.59	15.33±4.50	20	22
X ² /t		2.611		1.435	1.548	0.972	
P		0.249		0.369	0.147	0.135	

1.2 方法

对照组：常规护理。协助患者进行检查，在出院后，为患者提供常规出院指导，监督患者按时服药。

观察组：延续护理。（1）科室内集中加强延续护理培训，并成立专业的护理团队，在护士长的领导下，结合科室内出院患者实际情况，综合考虑患者病情恢复情况以及后续出院后护理需求，制定护理方案。（2）在患者出院前，指导患者办理出院手续，并协助患者进行检查，以患者生理、病理、心理等多维度出发，做好患者评估工作，对患者在院期间治疗情况予以记录，生成个人回访档案，并记录患者个人信息，指导患者关注医院公众号，添加护理人员微信，并进入病友交流群。（3）借助微信对患者进行健康宣教，重点告知患者遵从医嘱的重要性，并定期了解患者用药情况，监督患者按时用药。为患者推送公众号相关结核性胸膜炎推文，并提醒患者注意阅读，深入了解结核性胸膜炎知识，提高自我护理意识。在与患者沟通过程中，注意倾听患者的问题以及想法，在患者提出问题后，应以通俗易懂的语言进行解答，确保患者能够充分了解护理意图以及护理流程，按照医嘱居家进行自我管理。（4）结合患者实际情况，考虑到患者病情恢复需求，为患者制定饮食计划，提醒患者戒酒，并每天了解患者饮食情况，结合患者喜好，合理对饮食方案进行调整，提高患者依从性。叮嘱患者提高对饮食控制的重视度，坚持少食多餐，并合理增加蛋白质的摄入量，保持少盐少糖的饮食，适当增加维生素摄入量。（5）密切关注患者心理变化，如果发现患者负面情绪较为严重，在微信、电话中与患者进行交谈，明确患者不良情绪出现的具体影响因素，对患者进行安慰，通过多次与患者沟通，帮助患者进行情绪的纾解，使患者保持身心愉快。告知患者负面情绪对于疾病恢复将会产生的影响，提醒患者注意控制情绪，并为患者讲解相关情绪控制的方法，指导患者正确控制情绪，优化患者自我情绪控制能力。指导家属以正确的方式表达对患者的关心，并通过与患者交谈，为患者提

供精神支持,缓解患者心理压力。(6)了解患者生活习惯,加强患者的各项生活习惯指导,并做好细节指导工作,提醒患者定期复查。告知患者每天保持充足的睡眠,并合理调整自身作息,坚持健康生活方式。当患者出现疼痛情况时,护理人员应借助微信、电话等方式了解患者疼痛情况以及具体疼痛程度,对患者进行指导,可借助药物镇痛,缓解患者疼痛感。(7)根据耐受能力以及疾病恢复情况,指导患者进行运动,并监控患者运动量,运动方式的选择可以有氧运动为主,禁止患者高强度运动,应以循序渐进的方式,逐步增加患者运动量,促进患者机体恢复。为确保患者能够坚持运动,护理人员应主动与家属进行沟通,指导家属陪同患者进行有氧运动,并对患者进行监督,确保患者能够每天完成固定的运动量。

2. 结果

2.1 遵医行为

观察组遵医行为评分高于对照组 ($P<0.05$)。

表 2 对比遵医行为 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	正确服药	合理饮食	功能训练	按时复诊
观察组	41	23.47±4.65	24.15±3.63	23.57±4.29	22.64±2.14
对照组	42	12.49±2.41	13.65±1.54	11.47±1.65	11.26±1.29
t		7.699	5.648	5.982	6.944
P		0.001	0.001	0.001	0.001

2.2 负面情绪

护理前两组负面情绪没有差异 ($P>0.05$),护理后观察组负面情绪低于对照组 ($P<0.05$)。

表 3 对比负面情绪 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	HAMA		HAMD	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	41	5.44±1.56	2.15±0.41	13.14±3.64	7.45±1.04
对照组	42	5.50±1.57	4.14±1.01	13.18±3.60	9.56±2.11
t		1.514	4.684	1.564	5.677
P		0.155	0.001	0.154	0.001

2.3 生活质量

观察组生活质量高于对照组 ($P<0.05$)

表 4 对比生活质量 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	躯体疼痛	生理职能	精神健康	社会功能	生理机能
观察	41	10.29±2.34	15.95±4.22	22.63±5.99	8.16±1.21	26.34±4.51

组						
对照	42	6.37±2.06	8.56±1.48	12.48±1.67	4.35±1.05	20.38±2.67
组						
t		10.254	10.398	9.745	8.945	9.655
P		0.001	0.001	0.001	0.001	0.001

2.4 睡眠质量、护理满意度

观察组睡眠质量、护理满意度高于对照组 ($P<0.05$)。

表 5 对比睡眠质量、护理满意度 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	睡眠质量	护理满意度
观察组	41	9.64±2.48	95.48±4.21
对照组	42	17.95±3.67	80.56±3.54
t		10.545	12.514
P		0.001	0.001

3. 结论

结核性胸膜炎在临床十分常见,大部分患者均为急性起病,伴随胸痛等症状,患者在呼吸、咳嗽后,将会表现出胸痛加重现象,并且在疾病时间延长的情况下,患者没有得到及时治疗,还会出现呼吸困难症状,威胁患者生命安全。该疾病男性人群发病率更高,多见于农村人口以及流动人口,并且患病群体多为中青年。与肺结核相比较,结核性胸膜炎治疗药物具有更加严重的潜在副作用,因此,患者往往难以长期坚持用药,并且该类患者具有较高的肝功能损害、药物过敏风险。而我国结核性胸膜炎患病率较高,因此,临床高度重视患者治疗工作的开展,通过为患者采取针对性治疗,并配合护理干预,确保患者能够坚持用药,促进患者疾病康复。

结核性胸膜炎需要接受长期治疗,在治疗过程中,由于患者多会出现不良反应,治疗依从性较差,在出院后,往往不愿意继续服药,这将会严重影响治疗工作的开展,并且还会进一步增加患者肝肾功能损伤风险,引发肺部感染,导致患者生活质量下降。因此,在出院后,应切实加强患者出院指导,确保患者能够坚持在出院后服药,有利于提升患者依从性,进而促进疾病控制,以免患者病情反复^[1]。延续护理强调护理工作的延续性,在医院为患者提供护理指导的同时,将护理工作进一步延续到家庭中,能够有效保证患者在出院后能够积极按照护理人员的指导完成各项护理工作,有利于提升患者依从性。建立在延续护理基础上,能够改变传统护理在家庭护理方面存在的不足,经专业指导,能够使患者积极遵从医嘱,并落实各项护理工作,定期随访,并坚持用药以及饮食控制,定期内接受检查,确保患者能够养成健康的生活习惯以及检查习惯,在整体上提升患者

自我护理能力以及护理效果^[2]。延续护理起源于 21 世纪初,在患者出院后,通过进一步延伸护理工作,做好患者出院随访工作,并结合患者具体恢复情况,制定完整的出院护理计划,能够确保患者护理工作有效开展。结合本文研究,通过采取延续性护理,患者遵医行为得到显著提升^[3]。在遵医行为指标方面对两者进行观察,其中,观察组正确服药(23.47±4.65),对照组(12.49±2.41),观察组合理饮食(24.15±3.63),对照组(13.65±1.54),观察组功能训练(23.57±4.29),对照组(11.47±1.65),观察组按时复诊(22.64±2.14),对照组(11.26±1.29),观察组评分较高($P<0.05$)。延续护理能够在明确患者资料信息的同时,将患者就诊体验考虑在内,为患者提供完善的护理流程,加强健康宣教,借助微信、电话,对患者饮食以及用药进行指导,并及时纠正患者不良生活方式,提醒患者保持健康饮食,监督患者用药,并提醒患者按时复诊、遵从医嘱,能够有效提升患者遵医行为。同时,在本文研究中,延续护理的应用能够进一步改善患者生活质量,结合生活质量指标予以观察,观察组躯体疼痛(10.29±2.34),对照组(6.37±2.06),观察组生理职能(15.95±4.22),对照组(8.56±1.48),观察组精神健康(22.63±5.99),对照组(12.48±1.67),观察组社会功能(8.16±1.21),对照组(4.35±1.05),观察组生理机能(26.34±4.51),对照组(20.38±2.67),观察组评分更高($P<0.05$)。延续护理具有较强的针对性,借助微信保持与患者之间的联系,及时了解患者动态,加强患者健康宣教工作,并借助公众号,加深患者对疾病的了解,提高患者对护理工作的配合度,能够有效提升患者依从性^[4]。同时,通过主动对患者进行心理干预,为患者提供持续性卫生护理服务,加强患者营养支持,可促进患者康复,保持患者始终处于健康范围内,使患者得以恢复信心。延续护理高度重视患者自我管理行为,通过对患者自我管理方法进行指导,能够确保患者养成自我疾病控制意识,可确保患者错误认知得以纠正,每天遵从医嘱用药,实现疾病控制。在出院护理工作中,延续护理能够使患者治疗信心得到显著提升,并且能够对患者负面情绪进行疏导,能够有效降低患者心理负担,进而提升护理效果,使患者生活质量得到提升。结合负面情绪指标进行观察,护理前,观察组 HAMA(5.44±1.56),对照组(5.50±1.57),观察组 HAMD(13.14±3.64),对照组(13.18±3.60),在比较后显示没有差异($P>0.05$),护理后,观察组 HAMA(2.15±0.41),对照组(4.14±1.01),观察组 HAMD(7.45±1.04),对照组(9.56±2.11),观察组更低($P<0.05$)。传统护理认为护理工作的开展仅限于患者住院期间,因此,在出院后,临床将不再为患者提供护理服务,虽然在住院期间能够解决患者的健康问题,但是针对结核性胸膜炎患者,即使在出院后,患者仍具有较高的护理

需求,这强调临床应进一步对护理工作进行延伸,确保患者在出院后也能够得到良好的护理体验。而延续护理的应用能够有效满足患者这一护理需求,作为整体护理的重要组成部分,在提供住院护理的基础上,在出院后继续为患者提供护理干预,能够有效保障护理工作的持续性,进而促进患者康复,能够有效降低患者再住院风险。同时,在出院后,延续护理的应用能够充分将患者个体需求考虑在内,并对患者心理变化进行干预,通过加强患者情绪指导,能够有效提升患者情绪控制,使患者能够始终保持愉快的心情,提高患者护理工作的积极性,确保患者能够长期坚持用药、规律作息、饮食,建立健康生活习惯。对睡眠质量以及护理满意度指标进行观察,评估患者的护理效果,观察组睡眠质量(9.64±2.48),对照组(17.95±3.67),观察组更优($P<0.05$),观察组护理满意度(95.48±4.21),对照组(80.56±3.54),观察组更高($P<0.05$)。延续性护理能够在出院后为患者建立个人档案,详细记录患者一般资料以及治疗、护理信息,并以此作为依据,为患者制定专门的延续护理方案,能够确保护理方案的实施充分适合患者个体。同时,延续护理能够充分尊重患者的变化,并在患者对护理工作提出需求的同时,及时作出反应,实现对患者健康情况的持续性监测,能够为患者提供更加健康的管理方法,能够有效保障患者睡眠质量。另外,延续护理能够密切护理人员、患者两者间的关系,能够形成持续性的护理工作,进而提升患者护理效果,使患者能够充分感受到自身疾病的变化,提高患者满意度。

综上所述,针对结核性胸膜炎患者,在出院后应用延续护理,能够使患者遵医行为得到有效提升,进而促进患者负面情绪改善,能够有效提升患者睡眠质量,进而优化生活质量,改善护理满意度。

参考文献:

- [1]他石花,李娟.延续护理对结核性胸膜炎出院患者的作用分析[J].智慧健康,2021,7(30):162-164.
- [2]张红,卢文巧.人性化护理对结核性胸膜炎患者护理效果及对患者炎症反应的影响研究[J].中国医药指南,2021,19(22):8-10.
- [3]张美艳.延续护理对结核性胸膜炎出院患者的影响分析[J].中国社区医师,2020,35(34):171-172.
- [4]渠丽娟.延续护理对结核性胸膜炎出院患者的影响分析[J].实用临床护理学电子杂志,2020,4(34):21+25.

作者简介:吴佳臻(1990.09—),女,汉族,福建连江,大专,护师,研究方向:护理学。

全程质控管理方法对于医院消毒供应室护理管理质量的影响效果

曾艳丽 陈秀梅

郓城县人民医院供应消毒中心 山东菏泽 274700

摘要：目的：探究消毒供应室实施全程质控管理办法对医院护理管理质量的影响。方法：文章研究人员选取时间 2020 年 2 月到 2022 年 2 月，根据全程质控管理办法实施时间进行分组，即对照组（管理前；20.2-21.2）、观察组（管理后；21.2-22.2），共涉及消毒供应室医护人员 30 人、患者 30 人、消毒物品抽检共 200 次，对比 2 组最终管理效果。结果：管理前，对科室消毒质量进行考核，2 组考核结果无明显差异，管理后，观察组各项医疗器械和物品的管理质量均优于对照组，P 值小于 0.05；管理前，2 组消毒供应室工作自评表分值差异小，管理后观察组医护人员自评表单项评分均超出对照组，P 值小于 0.05；管理后，观察组临床生物检测和 B-D 检测结果均优于对照组，观察组院内感染事件发生率明显低于对照组，P 值均小于 0.01；管理后，观察组仅出现 1 次不良事件，明显低于对照组（13 次/发生率 13.00%），P 值小于 0.01。结论：在医院消毒供应室内实施全程质控管理，可以提高科室医护人员的护理管理理念和工作能力，避免院内交叉感染事件的发生，保证患者的诊疗安全。

关键词：全程质控；消毒供应室；护理管理质量；感染率；合格率

消毒供应室保障医院每日使用的各类无菌物品和器械消毒，是临床上极为重要的职能科室，供应室的消毒灭菌情况直接关系到全院的医疗质量和病人安全^[1]。在当前医疗需求不断增长的现状下，想要建设新型文明医院，必须结合院内实际情况，对消毒供应室进行全程科学质控管理^[2-3]。全程质控管理模式是近些年在临床普及应用的，依靠完善的管理制度，使工作流程和工作内容更加细化，在实际管理过程中，促使医疗器械消毒质量不断提升，院内交叉感染的风险系数不断降低，院内医疗护理质量不断提高^[4-5]。文章选取我院消毒供应室医护人员和患者作为本次研究对象，探究消毒供应室实施全程质控管理办法对医院护理管理质量的影响，报道如下。

1. 资料和方法

1.1 一般资料

文章研究时间自 2020 年 2 月到 2022 年 2 月，根据全程质控管理办法实施时间进行分组，即对照组（管理前；20.2-21.2）、观察组（管理后；21.2-22.2），共涉及消毒供应室医护人员 30 人、患者 30 人、消毒物品抽检 200 次。2 组患者和医护人员基础信息如下：对照组：患者：年龄范围：22-51、平均值（岁）：（39.27±2.14），性别：男性 16 人、女性 14 人；观察组：年龄范围：22-50、平均值（岁）：（39.17±2.19），性别：男性 15 人、女性 15 人。医护人员信息：年龄范围：24-36、平均值（岁）：（31.12±1.33），职称：护士 15 人、护师 11 人、主管护师 4 人，性别：男性 2 人、女性 28 人。对比两组资料可得 $P>0.05$ 。

1.2 方法

对照组（管理前；20.2-21.2）：实施常规消毒供应室管理，不进行其他干预。

观察组（管理后；21.2-22.2）：该阶段全程实施质控管理，由科室护士长带领，建立专项质控小组，做到权责到人，分阶段实施质控管理，具体管理如下：(1)物品回收：科室回收交由专人负责，不同科室明确物品回收时间，回收时要求供应室人员详细检查物品和器械表面是否有病人体液、血液或锈迹，清点物品数量，检查器械性能，减少因为科室器械表面因清洁不到位而造成的灭菌不合格问题，临床科室和供应室人员对消毒物品进行统一检查，确认物品合格后双方签字确认。(2)器械和物品清洁：物品回收后，根据不同品类进行统一清洁，由于这一环节直接关乎物品的消毒质量，因此，要求必须对物品进行全面清洁，如果表面存在血迹或锈迹，可以使用专用清洗剂进行清除，一些结构较复杂的器械，需要先进行拆分，清除掉器械中的病原菌，逐一清洁零部件，如果仍有污染物残留，可以使

用多酶浸泡，浸泡一段时间后，再使用清洁刷进行表面清洁，加强前期物品清洁，可以提高消毒和灭菌合格率，减少院内感染事件的发生率，同时，保证临床医护人员的工作安全。(3)器械分类：器械的分类要根据消毒物品的性能进行划分，回收的物品首先交由分拣人员进行前期检查，筛查出性能严重受损，表面磨损严重的医疗器械，上报院内物资科进行更换，在包装环节前，由消毒供应室工作经验丰富的质检人员进行最后检测，如果仍存在清洁不到位的物品，要返回上一工序再次清洁，其次，铁质医疗器械锈迹清理后，应在表面擦拭润滑油，避免再次生锈影响器械性能，做好器械的后期保养工作。(4)器械包装：消毒的器械分类完成后，根据性能进行包装，器械包括急救包、双钳包以及单钳包，需要注意在包装前再次检查器械表面清洁程度，如果存在异常要及时要求清洗人员进行处理，检查器械的型号、数量以及规格，核对各科室器械回收信息，将不同的器械编号和灭菌指示条放置在包布内。(5)器械灭菌：检查包装完好后放入灭菌压力锅中，进行高压蒸汽灭菌，锅内放置灭菌指示条，压力锅消毒完毕后，检查包布外包装，严格遵守无菌操作原则，避免造成 2 次污染。(6)器械验收：对器械的灭菌情况进行验收，核查灭菌有效期，确保各项检查结果无误后，将无菌包妥善放置于无菌架上，审查过程中不合格的物品返回上一环节进行重新处理，明确灭菌不合格原因，做好痕迹化管理，制定相关监管措施，继续强化管理理念和制度。(7)器械发放：优先发放远效期的器械包，发放环节双方核对。

1.3 观察指标

(1)使用院内制定的消毒供应室管理质量评定表判定 2 组管理质量，对器械消毒流程和环节进行判定。(2)使用自评表对 2 组护理人员能力和工作情况进行了评定。(3)统计 2 组灭菌结果和院内感染发生率。(4)统计 2 组不良事件发生率。

1.4 统计学分析

使用 SPSS23.0 软件进行统计学处理，采用卡方检验和 T 检验，若两组数据之间 p 值小于 0.05，则代表 2 组在以上方面，具有统计学意义。 p 值大于 0.05，则代表两组管理效果无统计学意义。

2. 结果

2.1 对比 2 组供应室管理质量

使用科室资质的护理质量考核表对器械回收质量、清洗质量、外包装质量、灭菌质量、物品摆放以及器械发放等情况进行了评定，其中，管理前，观察组，器械回收（74.22±3.52）分、清洗（73.26±4.47）分、外包装（71.45±3.84）分、灭菌（70.36±3.96）分、物品摆放（70.37±3.64）分、

器械发放 (69.47±4.64) 分, 对照组分别为 (73.72±3.37) 分、(73.67±3.37) 分、(70.69±4.74) 分、(70.47±3.75) 分、(70.36±4.37) 分、(70.37±4.92) 分, 数据对比 $t=0.5620$ 、 0.4012 、 0.6824 、 0.1105 、 0.0096 、 0.7289 , $p=0.5763$ 、 0.6898 、 0.4977 、 0.9124 、 0.9923 、 0.4690 , P 值大于 0.05; 管理后, 2 组评分如下: 观察组: 各项质量评分为 (96.42±3.51) 分、(97.22±3.81) 分、(95.27±4.39) 分、(97.62±4.53) 分、(96.58±4.12) 分、(97.44±3.28) 分, 对照组分别为 (88.91±5.64) 分、(87.46±4.35) 分、(88.46±4.54) 分、(89.34±4.56) 分、(90.57±4.93) 分、(89.57±5.86) 分, 数据对比 $t=6.1921$ 、 9.2446 、 5.9062 、 7.0557 、 5.1235 、 6.4188 , $p=0.0000$ 、 0.0000 、 0.0000 、 0.0000 、 0.0000 、 0.0000 , 管理前, 对科室消毒质量进行考核, 2 组考核结果无明显差异, 管理后, 观察组各项医疗器械和物品的管理质量均优于对照组, P 值小于 0.05, 存在统计学意义。

2.2 对比 2 组医护人员自评

使用科室自制的医护人员自评表对消毒供应室环境、工作效率、管理质量、布局以及流程进行评定, 其中, 管理前, 观察组评分分别为 (72.37±2.36) 分、(71.37±2.36) 分、(73.19±1.37) 分、(75.32±1.38) 分、(72.37±3.27) 分, 对照组分别为 (73.28±3.27) 分、(72.27±2.31) 分、(73.41±1.34) 分、(74.72±3.20) 分、(71.37±1.63) 分, 数据对比 $t=1.2360$ 、 1.4927 、 0.6288 、 0.9430 、 1.4991 , $p=0.2215$ 、 0.1409 、 0.5320 、 0.3496 、 0.1393 , P 值大于 0.05; 管理后, 观察组: 供应室环境 (96.56±2.11) 分、工作效率 (98.08±1.16) 分、管理质量 (94.38±2.67) 分、布局 (95.84±2.36) 分、流程 (94.58±2.15) 分, 对照组 (89.18±2.49) 分、(90.07±1.35) 分、(87.24±2.84) 分、(88.43±2.21) 分、(87.65±2.34) 分, 数据对比 $t=12.3850$ 、 24.6487 、 10.0326 、 12.5529 、 11.9447 , $p=0.0000$ 、 0.0000 、 0.0000 、 0.0000 、 0.0000 , 管理前, 2 组消毒供应室工作自评表分值差异小, 管理后观察组医护人员自评表单项评分均超出对照组, P 值小于 0.05, 存在统计学意义。

2.3 对比 2 组灭菌结果和院内感染发生率

观察组: 生物监测合格例数 100/占比 100%、不合格例数 0/占比 0.00%, B-D 试验检测合格例数 96/占比 96.00%、不合格例数 4/占比 4.00%, 院内感染事件发生例数 0/占比 0.00%; 对照组: 生物监测合格例数 86/占比 86.00%、不合格例数 14/占比 14.00%, B-D 试验检测合格例数 78/占比 78.00%、不合格例数 22/占比 22.00%, 院内感染事件发生例数 12/占比 12.00%, $X^2=15.0538$ 、 14.3236 、 12.7660 , $p=0.0001$ 、 0.0001 、 0.0003 , 管理后, 观察组临床生物检测和 B-D 检测结果均优于对照组, 观察组院内感染事件发生率明显低于对照组, P 值均小于 0.01, 存在统计学意义。

2.4 对比 2 组不良事件发生率

观察组不良事件的发生情况分别为: 前期清洗不合格 0 例/0.00%、科室物品回收不合理 0 例/0.00%、灭菌不达标 0 例/0.00%、后期物品发放错误 1/1.00%、已消毒物品包装不合格 0 例/0.00%, 总发生率为 1.00%(1 例); 对照组各项不良事件的发生率分别为 5 例/5.00%、3 例/3.00%、2 例/2.00%、1 例/1.00%、2 例/2.00%、总发生率为 13.00%(13 例), $X^2=13.9037$, $p=0.0001$, 管理后, 观察组仅出现 1 次不良事件, 明显低于对照组 (13 次/发生率 13.00%) P 值小于 0.01, 存在统计学意义。

3. 讨论

医疗器械需要消毒后重复利用, 在这一过程中消毒供应室发挥着主要作用, 从前期的器械回收、器械表面清洁、器械包装、灭菌到后期的发放环节^[6]。因此, 消毒供应室必须进行有效质控管理, 制定规范的操作标准, 减少再次污染事件的发生, 提高器械和物品的消毒灭菌合格率^[7-9]。文章研

究结果显示, 管理前, 对科室消毒质量进行考核, 2 组考核结果无明显差异, 管理后, 观察组各项医疗器械和物品的管理质量均优于对照组, P 值小于 0.05, 实施全程质控管理后, 消毒供应室的各环节工作质量均明显提升, 与传统管理模式相比, 管理内容逐渐细化, 管理效率更高^[10-12]。管理前, 2 组消毒供应室工作自评表分值差异小, 管理后观察组医护人员自评表单项评分均超出对照组, P 值小于 0.05, 全程质控管理实施后, 对以往存在的消毒灭菌问题进行整改, 建立更加严格的回收的标准, 通过各项强化措施, 提升供应室医护人员工作质量和能力^[13-15]。管理后, 观察组临床生物检测和 B-D 检测结果均优于对照组, 观察组院内感染事件发生率明显低于对照组, P 值均小于 0.01; 管理后, 观察组仅出现 1 次不良事件, 明显低于对照组 (13 次/发生率 13.00%), P 值小于 0.01。

综上所述, 在医院消毒供应室内实施全程质控管理, 可以提高科室医护人员的护理管理理念和工作能力, 避免院内交叉感染事件的发生, 保证患者的诊疗安全。

参考文献:

- [1]李丹丹,陈婧.全程质控管理对消毒供应室护理管理质量的干预效果[J].名医,2022(01):177-178.
- [2]郭芳,冀丽君,于艳妮.消毒供应室全程质控管理对预防医院感染的效果研究[J].中国药物与临床,2021,21(23):3912-3914.
- [3]郑玲光,陈丽华.全程质控管理改善消毒供应室护理管理质量的效果研究[J].中国农村卫生,2021,13(23):30-31.
- [4]朱宁芳.全程质控管理对消毒供应室管理质量及风险事件发生率的影响[J].名医,2021(22):185-186.
- [5]黄沛珍,邢刚,黄流英,何丽梅,谭欣欣.低温等离子体灭菌器配合全程质控管理对消毒供应室器械灭菌效果及工作质量的影响[J].中国当代医药,2021,28(20):219-221+225.
- [6]耿慧.全程质控管理对消毒供应中心护理质量及院内感染的影响[J].中国社区医师,2021,37(19):188-189.
- [7]黄碧珍,张雪花,许雅玲.全程质控管理在消毒供应中心器械管理中的应用效果[J].医疗装备,2021,34(11):73-74.
- [8]曹艳梅,孙佩雯,曾秀月.全程质控管理对消毒供应室护理管理质量的干预效果[J].中西医结合护理(中英文),2021,7(05):181-183.
- [9]韩松花,蒋丽迁,余旭良,余志芬,吴立贞,张军.供应室在消毒管理中施行全程质控管理对医院感染防控的作用分析[J].中华全科医学,2020,18(11):1950-1952+1960.
- [10]王重阳.基于循证支持的消毒供应室全程质控管理对院内感染的预防作用[J].临床研究,2020,28(11):189-190.
- [11]尤丹,陆霞娟,张婧婧.全程质控管理对医院消毒供应室医疗器械消毒灭菌效果及工作质量的影响[J].国际医药卫生导报,2020,26(14):2011-2013,2040+2011-2013,2040.
- [12]冯敏.消毒供应室对再生医疗器械的全程质控管理[J].中国卫生标准管理,2020,11(08):129-131.
- [13]石德梅,黄永维.全程质控管理对消毒供应室护理管理质量的影响分析[J].中国卫生产业,2020,17(11):43-45.
- [14]吴爱英,王丽.全程质控管理对提高消毒供应室护理管理质量、预防医院感染的作用[J].中国卫生产业,2020,17(08):113-115.
- [15]史晓菊.全程质控管理模式对消毒供应室医疗器械合格率及工作质量的影响[J].基层医学论坛,2020,24(06):809-810.

层级管理在护理管理中的应用研究

陈文丽

哈尔滨医科大学附属肿瘤医院 黑龙江哈尔滨 150040

摘要：目的：浅析护理管理中应用层级管理的作用价值。方法：抽取 2021 年 1 月至 12 月期间我院在职护理人员 30 人分为两组，即对照组及观察组，对照组采取普通的护理管理模式，观察组采取层级管理模式，分析不同管理方式下所获得的护理质量、护理管理满意度。结果：观察组的护理文书书写等护理质量均高于对照组，观察组的护理满意度为 100.0%，明显高于对照组的 80.0%，两组数据差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论：在护理管理中，应用层级管理能够明显提高护理质量，降低护理操作失误率，管理满意度较高。

关键词：临床护理；护理管理；层级管理；护理质量

[Abstract] Objective: to analyze the value of applying hierarchical management in nursing management. Methods: 30 on-the-job nurses in our hospital from January to December 2021 were divided into two groups: the control group and the observation group. The control group adopted the common nursing management mode, and the observation group adopted the hierarchical management mode. The nursing quality and nursing management satisfaction obtained under different management modes were analyzed. Results: the nursing quality of the observation group was higher than that of the control group. The nursing satisfaction of the observation group was 100.0%, significantly higher than that of the control group (80.0%). The difference between the two groups was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion: in the nursing management, the application of hierarchical management can significantly improve the nursing quality, reduce the nursing operation error rate, and improve the management satisfaction.

[Key words] clinical nursing; Nursing management; Hierarchical management; Nursing quality

护理作为医疗服务重要的构成，能够促进医院可持续发展，护理人员属于护理工作中的重要部分，其管理方式以及自身的素养直接影响护理质量【1】。伴随医疗技术发展，医院需要为患者提供更加科学规范的护理服务，这对于临床护理工作提出更高的要求，护理人员需要满足患者的内心需求，降低护理风险程度，全面提升护理水平【2】。以往的护理管理模式按照简单的方式进行，护理人员之间不具备协调性，护理水平以及护理质量相对较低。要充分重视对于护理人员的管理，积极建立和谐的护患关系，降低医患纠纷事件发生率就需要有一个合理的护理管理模式【3】。笔者在临床的工作中发现采取层级管理的模式可有效提升护理质量，因此将资料整理作如下汇报，望可以为后续的临床管理提供参考。

1. 资料及方法

1.1 基础资料

取 2021 年 1 月至 12 月期间我院在职护理人员 30 人分为两组，即对照组及观察组，每组具有护士 15 名，所以护士均为女性。对照组的年龄 23~36 岁，平均年龄 (25.9±1.2) 岁；观察组年龄 24~36 岁，平均年龄 (26.5±1.4) 岁，以上两组数据差异具有统计学意义 $P > 0.05$ ，结果具有可比性。

1.2 方法

对照组按照常规的护理管理模式进行管理，观察组采取层级管理方式，根据护士的学历、思维能力、工作经验以及专业护理水平等进行层级分组，分为 4 个层级：护士长-责任组长-责任护士-初级护理人员，然后进一步明确各层级工作人员人员的护理职责，工作待遇，合理进行工作分配，更好的发挥每一位护理人员的工作积极性以及能动性。并且要求护理人员一丝不苟的履行职责，针对有关病患提出的合理要求并结合现有的条件尽可能满足患者的需求，对患者实施人性化的护理，并且严格按照护理流程开展工作【4】。(1) 各层级分工。由护士长对各层级的人员进行工作任务的分配，护士长负责整体护理管理工作，进行各方面护理工作的协调和

监督。责任组长等相关的人员需要做好协助工作，初级护理人员需要对复杂的病例进行处理，组织病房的巡查以及护理会诊等工作，并做好护理方案制定，一些护理难度较大的工作需要全面负责，对下级护理人员的护理工作指导并予以纠正。责任护士需要对患者进行评估，从患者入院至出院期间均需要对患者的身体以及心理状况进行全方位的评估，根据患者的情况制定个性化以及全面的护理计划，注意进一步完善基础护理工作，做好患者的心理健康引导，协助患者舒缓不良情绪，定期检查处理护理人员的工作情况并做好指导【5】。初级护理人员主要是在护士长以及高层及护理人员的指导开展相关的工作，做好患者的生活基础护理，保持病房干净整洁，辅助患者进行各项身体检查，对患者给予生活以及用药护理等。

(2) 各层级的培训和考察。层级管理体系建立好之后，护士长需要根据各层级护理人员的能力进行相关的培训和考察，不断提升护理人员的护理技能。培训的模式包括多种，比如专题讲座、护士长亲身教学、理论与实践相结合的教育方式等，培训完成后需要及时对培训结果进行考核，并将考核结果记录进护士的档案中【6】。(3) 明确各层级护理人员的工作权限以及待遇。依据工作岗位的相关性质、操作技术难以程度以及风险等进行相应的工作分配。有关的责任护士具有充足的专业技术和丰富临床经验，能够熟练掌握护理技能，能够对查房、会诊等护理进程进行专业化的工作指导。依据“责权统一”的原则，根据护士的护理质量、患者的满意程度、工作难以程度，将护士的层级、职位晋升，工作质量以及奖金等方式进行结算和嘉奖【7】。(4) 开展护士轮流值班工作模式。根据患者的生活作息以及性格等情况结合护士自身的护理优势，针对性安排护士的值班工作，在工作高峰期以及工作薄弱的阶段和夜班护理时期需要适当增加人手，保证护理工作均衡性，从而保证护理质量。

1.3 观察项目

观察护理质量，包括整体护理、基础护理、病房管理、护理文书以及健康教育等。

分析 30 例护士对于护理工作的满意程度, 总分为 100 分, ≥ 90 分为满意, ≥ 80 分为基本满意, < 80 分为不满意, 总满意率 = (满意 + 基本满意) / 总例数 * 100%

1.4 统计学分析

相应的数据先纳入 EXCEL 中归类总结, 然后导入 SPSS20.0 中进行分析, 计量和计数资料分别采取 t 检验以及卡方检验, 数据分析后 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组护理质量对比

经过层级管理后护理质量获得明显的提升, 具体结果见表 1。

表 1 护理质量对比[(X±S) 分]

组别	例数	整体护理	基础护理	病房管理	护理文书	健康教育
对照组	15	80.2±1.7	81.2±10.0	88.3±9.1	85.1±11.1	84.2±10.4
观察组	15	93.3±1.9	96.9±10.1	98.6±10.6	95.7±12.5	97.9±10.5
t 值		10.012	11.105	9.273	9.967	10.749
P 值		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组护理满意度对比

在不同管理模式工作, 两组护士对于工作的满意度程度差异比较明显, 观察组高于对照组, 结果见表 2。

表 2 两组护理满意度对比[n(%)]

组别	例数	满意	基本满意	不满意	总满意率
对照组	15	9 (60.0)	3 (20.0)	3 (20.0)	80.0
观察组	15	10 (66.7)	5 (33.3)	0	100.0
X ² 值					7.106
P 值					0.007

3. 讨论

随着临床医疗技术的不断发展, 护理在疾病治疗中的作用越来越明显。良好的护理干预是提升临床治疗效果的基础, 而各个护理科室需要立足与医院实际情况, 积极探索一个适合于自我的护理管理模式, 并不断创新, 有效提升护理服务质量【8】。传统的护理管理只是按照常规进行流程化的管理, 无法满足现阶段需求。护理服务质量以及服务水平能够体现医院整体的护理能力, 是医院重要标志, 可积极建立和谐的护患关系, 减少医患节分, 提升整体护理服务质量, 利于促进医院的快速发展。

护理人员层级管理不同于常规的护理管理, 其将传统单一的护理工作优化, 是以护理人员的专业技能能力, 临床护理经验, 工作任务完成能力, 学历水平等多方面标准为评定指标, 对护理资源进行优化合理分配。相关的研究表明, 护理人员在进行专科的培训时对培训内容的需求和相关护理人员的工资经验以及学历背景差异相关, 而通过分层护理管理能够充分发挥每一位护士的专长, 充分调动护士的工作积极性, 从而弥补传统护理管理中, 病人护理缺乏连续性以及整体护理效果不到位等情况。通过合理对护士的值班时间进行调配能够有效避免护士工作负荷大。出现疲劳, 导致护理质量不理想等情况。在实施护理管理之前对护士进行分层管理理念的培训以及教育是十分必要的, 该操作之后护士能够充分认识到层级管理的必要性, 更能够服从管理和安排, 在护理过程中进一步对自身的专业

技能查漏补缺, 提升专业护理素养, 将具体护理工作分配到个人, 保证各项护理落实到个人。后续工作中根据每一位患者的病情特点以及相关的需求提供全面和个体化的护理干预, 及时发现患者的病情变化, 提供预见性的护理干预, 优化护理质量, 更加利于患者病情康复。在本次的护理研究分析中, 我们将 30 名护士进行分组, 对照组实施常规性的管理, 观察组实施层级管理, 在层级管理中, 根据护士的情况做好相应的分层, 之后进行相应的培训管理, 使得每一位护士均能够充分发挥自身优势, 并根据护士的工作内容等做好相应的管理和奖惩制度, 提升护理工作的积极性。经过以上护理管理之后, 观察组患者的护理工作质量明显优于对照组, 且观察组的护士对于护理工作的满意度为 100%, 明显高于对照组的 80.0%, 说明层级管理对于提升护理质量等方面具有积极的作用。

层级管理管理模式总体而言是层级权责一体化的护理管理模式, 该种模式具体内容是将护士按照职称、学历以及能力水平的差异进行划分, 之后根据不同层级的护士特点开展相应的工作划分, 形成不同层级的考核指标, 将院内的护士充分实现分层级管理, 将人力资源最大化利用。常规的科室护理管理中, 病区的护士需要对科室内涉及到的一应事务进行统筹管理, 护士所需要工作范围比较广, 内容多, 经常会出现各种差错, 降低护理质量。而层级管理是让上级直接管理下一级, 开展指导和管理的工作, 管理层人员将自身的学历、职称、技术等能力充分发挥出来, 该种管理模式更加具有规范性和科学性, 能够提高护理人员在工作中的积极性和效率。该种管理模式落实之后, 管理者可以更加清楚每一位护士的优势, 而护士通过培训等内容可以更加清楚自身的优缺点, 后续的工作和学习中进行查漏补缺, 因此该种管理模式不仅提升护理质量还能够帮助护士快速成长, 是一种双赢的管理模式。本次的研究结果中, 我们也发现经过层级管理之后, 护士对于护理工作满意度提升, 满意度提升后其护理压力减轻, 差错率降低, 这对于融合护患关系具有积极意义。另外, 层级管理加入了晋升考核制度, 高一级的护士能够学习到更多知识, 并且了解每一次晋升所需要具备的条件, 这能够大大促进护士的自我提升积极程度。总之, 经过本次的研究分析笔者认为: 在护理管理中, 应用层级管理能够明显提高护理质量, 降低护理操作失误率, 管理满意度较高。

参考文献:

- [1]裴重重,王颖,张金花.护理技能规范化培训在护理层级管理中的应用[J].西部中医药.2019,(10).27-28.
- [2]韩小萌.岗位绩效等级管理在提高护理服务质量中的应用价值[J].山西医药杂志.2019,(24).3104-3107.
- [3]戴芳.优质护理措施对降低儿科院内感染发生率的效果分析[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊).2020,(21).24-25.
- [4]刘蕾,李艳梅,台晓丽.实施优质护理服务对儿科门诊输液室患儿家属满意度的影响[J].临床医药文献电子杂志.2020,(17).139,141.
- [5]杨爱丽.护士分层级管理在护理管理中的应用效果分析[J].医药前沿,2020,10(14):153-154.
- [6]唐华兰.护士分层管理在临床护理管理中的效果分析[J].大家健康(下旬版).2016,10(5):253-254.
- [7]张汉娟.护士分层管理在临床护理管理中的效果分析[J].中国卫生产业,2015,(12):78-79.
- [8]曹萍.急诊护理管理中护士层级管理的应用效果分析[J].中国卫生产业,2019,16(21):69-70.

探索人性化护理对抑郁症患者实施无抽搐电休克(MECT)治疗的影响

彭剑虹 尹兰

广元市精神卫生中心 四川广元 628000

摘要:目的 探讨人性化护理对抑郁症患者实施无抽搐电休克(MECT)治疗的影响。方法 研究对象60例均为在我院接受MECT治疗的抑郁症患者,治疗期间以电脑随机法分为A(n=30)、B(n=30)两组,并分别给予常规护理及人性化护理干预,1个疗程后进行护理效果的组间对照分析,研究起止时间为2021年5月—2022年5月。结果 B组较A组MECT治疗总有效率、护理满意度、护理舒适度及依从性评分均更高,MECT治疗不良反应发生率、PANSS评分、抑郁量表评分、MECT治疗中血压及心率水平均更低,研究数据对比均有统计学意义($P<0.05$)。结论 人性化护理的应用有助于提升抑郁症患者MECT治疗舒适度、有效率及安全性,并积极影响疾病预后水平,值得被进一步临床推广应用。

关键词:人性化护理;抑郁症;无抽搐电休克;舒适度;依从性;安全性;治疗效果

MECT作为一种电休克改良技术,在精神疾病治疗中,具有并发症少、适应证广等优点。它是指以一定量电流通过患者头部,导致大脑皮层癫痫样放电,同时伴随全身抽搐使患者产生暂时性意识丧失,从而治疗疾病。并且其在ECT治疗的基础上增加使用了麻醉剂和肌松剂,比传统的电休克治疗方法安全性更高。但由于多数患者对其理论知识的掌握程度较低,加之许多患者对MECT疗法存在误解,很容易使患者在治疗前产生不安、焦虑等不良情绪,进而造成治疗期间血压及心率波动明显,给治疗的安全顺利展开带来影响^[1]。此外,MECT治疗后部分患者也可能发生记忆力低下、行为能力减退、专注力减低等状况,以及患者与其家属会由于担心大脑伤害,而产生心理不安,从而抗拒治疗。而为了确保MECT的顺利展开,并确保治疗效果,就需要在治疗期间辅以护理干预以增加患者对MECT的正确认知,改善不良心态,并提升依从性,从而积极影响疾病预后水平。人性化护理是以患者的身心特点为基准,并通过全方位掌握临床情况,进行治疗同步的护理服务,其在临床中具有显著应用效果与价值^[2]。而本次为了进一步提升抑郁症患者在MECT治疗期间的舒适度及疗效,特将人性化护理的应用展开研究,现做如下报告:

1 资料和方法

1.1 一般资料

本次研究所有数据均经过院内伦理委员会核实,并在其批准下展开。研究对象60例均为在我院接受MECT治疗的抑郁症患者,治疗期间以电脑随机法分为A(n=30)、B(n=30)两组,研究起止时间为2021年5月—2022年5月。所有研究病例均与《中国精神障碍分类与诊断标准第三版(CCMD—3)》中抑郁症诊断标准相符,且临床资料完整,家属及患者均知晓研究内容并同意。同时研究将排除年龄 ≤ 18 周岁,以及合并认知障碍、恶性肿瘤、严重器质性/代谢性/免疫性病变、脑器质性损伤、其他神经精神疾病、处于妊娠及哺乳期、无法配合护理人员完成相关问卷调查、标准治疗方案执行过程中应用其他医疗药品或诊疗方式患者。

其中A组男18例(60.00%)/女12例(40.00%),年龄20-73岁,均值(48.22 $\pm$ 5.63)岁;体重45-91kg,均值(65.94 $\pm$ 7.45)kg;受教育年限5-19年,均值(13.74 $\pm$ 3.56)年;病程5个月—3年,均值(2.01 $\pm$ 0.74)年。B组男19例(63.33%)/女11例(36.67%),年龄19-77岁,均值(48.90 $\pm$ 5.81)岁;体重47-88kg,均值(65.42 $\pm$ 7.14)kg;受教育年限3-18

年,均值(13.67 $\pm$ 3.44)年;病程7个月—4年,均值(2.25 $\pm$ 0.86)年。一般资料对比无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 MECT治疗方法

所有患者均采用MECT进行治疗,共治疗1个(8次)疗程,间隔1d/次。治疗当天所有患者于清晨禁食、水,并在建立静脉通道后注射阿托品0.3mg,以及丙泊酚1-1.5mg/kg,麻醉起效后静脉推注琥珀酰胆碱1-1.5mg/kg。然后将电极片贴在患者头部颞侧,并按照患者的年龄和体重,按能量的一定比例通过脉冲电流予以激发,整体医疗流程中由麻醉医师监督并予以面罩或气囊实施加压人工呼吸,直至患者的呼吸能力和认识都恢复,整体医疗流程中还需严密监视着患者的心率、血压、血氧和通气指标。

1.2.2 护理方法

A组患者在MECT治疗期间接受常规护理干预。护理人员于治疗前一天告诉患者或家属MECT治疗的方式、目的、时间、流程和治疗后个别患者会发生头疼、呕吐、恶心等不良反应,并引导患者保持平和情绪,主动协助治疗。询问了解治疗前患者有无发热、感冒、剧烈咳嗽等身体不适症状,严重者暂缓接受治疗,了解女性患者是不是在月经期内。仔细观察患者在MECT治疗过程中和麻醉苏醒后的详细情况。

B组以常规护理内容为基石,然后展开人性化护理干预,具体内容包括:(1)健康教育:护理人员为患者开展针对性的健康宣教,由专业人士介绍疾病的基本治疗,包括定义、体征、治疗手段和处理方式的优点等,帮助患者认识病情;同时护理人员询问患者对病情的认识水平,耐心地听取患者的问题,并仔细地回答患者提出的问题,并对患者理解不到的问题加以补充,讲解过程中使用通俗易懂的话语加以说明,为患者带来最佳护理感受;(2)心理护理:护理人员热诚地迎接患者和家人,保持笑容,积极和患者交流,密切注意患者的心情状况,并根据患者身心状态做出判断,运用通俗易懂的话语和患者沟通,对不安、害怕的患者进行心理疏导,化解患者不良情绪,并鼓励患者赢得其的信赖,使其保持正面心态接受MECT治疗及护理;(3)MECT治疗护理:治疗流程中,护理人员对患者的生命体征需加以严密监视,并关注其精神状态和意识的改变,如果发现异常情形将尽快汇报主治医师并协调予以对症治疗;治疗完毕后,护理人

员将患者送至复苏区观察，并且拉上病床护栏，直到患者彻底清醒，以保证患者安全；（4）饮食护理：MECT 治疗后的第一餐宜进食受流质或半流质食物，然后在逐渐恢复为一般食物，且患者在进餐时，要有人陪伴，以防止发生意外；（5）MECT 不良反应护理：治疗过后患者可以发生暂时的记忆功能障碍，护理人员应该耐心给患者介绍具体概况，告诉其症状不会持续太久，进而减轻其不良情绪，同时嘱咐患者注意休息，可以提高恢复速率；若患者发生头疼、眩晕等问题，引导患者多休息，严重者可可在医生指导下应用镇痛药品；对发生妄想等病症的患者，护理人员要做好防范管理工作，设置专门陪护，必要时给予相关保护性约束措施以防止患者发生坠床、精神损害、自残等状况；（6）行为干预：关注并改善患者不良生活习惯，以便为康复奠定一个好的基础；在治疗后与患者沟通交流，记录并监视患者的情感状况，引导患者表达自我情感，评价其抑郁状态有没有减轻；同时在进行各种临床干预前需向患者说明有关干预的意义与需要，以增加患者配合度，从而提升干预效果。

1.3 指标观察

1.3.1 PANSS——阳性和阴性症状量表评估抑郁症状缓解程度，分数越高症状越严重。

1.3.2 MECT 治疗不良反应（头痛、记忆减退、恶心/呕吐、关节脱位）发生率。

1.3.3 HAMD-17——汉密尔顿抑郁量表评估患者抑郁状态，总分〈50 分为正常，50-60 分为轻度抑郁，61-70 分为中度抑郁，70 分为重度抑郁^[3]。

1.3.4 MECT 治疗前及治疗中血压与心率水平。

1.3.5 GCQ——舒适状况量表评估患者，舒适≥80 分，较为舒适 60-80 分，不舒适〈60 分。

1.3.6 依从性应用我科室自制护理依从性量表评估，积极配合医护干预≥80 分，在医护指导下可配合完成临床干预为 60-80 分，不配合医护工作〈60 分。

1.3.7 MECT 治疗总有效率，以 PANSS 及 HAMD-17 评分减少〉80% 为显效，评分减少 30-80%为有效，评分减少〈30%为无效，显效率+有效率=总有效率^[4]。

1.4 统计学分析

SPSS 25.0 版本软件处理研究数据，变量资料以“t”计算，定性数据用 χ^2 核实，并分别以 $(\bar{x} \pm s)$ 与 (%) 表示， $P < 0.05$ 时为统计学意义。

2 结果

2.1 两组 MECT 治疗总有效率及 PANSS 评分对比

PANSS 评分，治疗前两组差异较小，对比无统计学意义 ($P > 0.05$)；治疗后 B 组较 A 组 PANSS 评分更低，且 MECT 治疗总有效率更高，对比均有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 1：

表 1 两组 MECT 治疗总有效率及 PANSS 评分对比[n (%), $(\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	MECT 治疗总有效率 (%)				PANSS 评分 (分)	
		显效	有效	无效	总有效率	治疗前	治疗后
A 组	30	14 (43.33)	8 (26.67)	8 (26.67)	22 (73.33)	65.15±5.33	44.27±3.54
B 组	30	18 (60.00)	11 (36.67)	1 (3.33)	29 (96.67)	64.39±5.27	26.17±3.79
χ^2/t	-	-	-	-	6.405	0.555	19.116
P	-	-	-	-	0.011	0.581	0.000

2.2 两组 MECT 治疗不良反应发生率及护理舒适度评分对比

对比均有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 2：

B 组较 A 组护理舒适度评分更高，MECT 治疗不良反应发生率更低，

表 2 两组 MECT 治疗不良反应发生率及护理舒适度评分对比[n (%), $(\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	MECT 治疗不良反应发生率 (%)					护理舒适度评分 (分)
		头痛	记忆减退	恶心/呕吐	关节脱位	总发生率	
A 组	30	3 (10.00)	1 (3.33)	3 (10.00)	1 (3.33)	8 (26.67)	73.84±6.97
B 组	30	1 (3.33)	0 (0.00)	1 (3.33)	0 (0.00)	2 (6.67)	88.38±7.61
χ^2	-	-	-	-	-	4.320	7.717
P	-	-	-	-	-	0.037	0.000

2.3 两组患者护理满意度及依从性评分对比

χ^2/t - - - - 6.405 6.376

B 组较 A 组护理满意度及依从性评分均更高，对比均有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 3：

表 3 两组患者护理满意度及依从性评分对比[n (%), $(\bar{x} \pm s)$]

组别	例数	护理满意度 (%)				依从性评分 (分)
		满意	基本满意	不满意	总满意度	
A 组	30	14(43.33)	8 (26.67)	8 (26.67)	22(73.33)	71.29±5.63
B 组	30	18(60.00)	11(36.67)	1 (3.33)	29(96.67)	86.55±5.89

2.4 两组患者抑郁量表评分对比

抑郁量表评分，治疗前两组差异较小，对比无统计学意义 ($P > 0.05$)；治疗 1、2、3 疗程后，B 组较 A 组评分均更低，对比有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 4：

表 4 两组患者抑郁量表评分对比 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	治疗前 (分)	治疗 1 疗程 (分)	治疗 2 疗程 (分)	治疗 3 疗程 (分)
A 组	30	65.15±5.33	60.12±5.83	55.47±6.05	44.27±3.54

B 组	30	64.39±5.27	51.45±5.17	39.26±4.40	26.17±3.79
t	-	0.555	6.094	11.868	19.116
P	-	0.581	0.000	0.000	0.000

血压及心率水平，MECT 治疗前两组差异较小，对比无统计学意义（ $P>0.05$ ）；MECT 治疗中 B 组较 A 组血压及心率水平更低，稳定情况更佳，对比均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。详见表 5：

2.5 两组患者血压及心率水平对比

表 5 两组患者血压及心率水平对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	心率（次/min）		收缩压（mmHg）		舒张压（mmHg）	
		治疗前	治疗中	治疗前	治疗中	治疗前	治疗中
A 组	30	73.38±4.31	82.55±6.13	118.40±12.89	129.38±9.91	76.40±4.49	88.17±7.79
B 组	30	73.20±4.44	77.51±5.89	118.21±12.87	123.20±8.44	76.21±4.87	81.50±7.62
t		0.159	3.247	0.057	2.600	0.157	3.353
P		0.874	0.002	0.954	0.012	0.876	0.001

3 讨论

MECT 疗法抑郁症的疗效是可以确认的，且据专家调查表明，抑郁症患者进行 MECT 疗法后，其抑郁量表分数和各个因子分数明显高于治疗前，由此可见，该方法在抑郁症的治疗上起到了关键性作用^[5]。但患者因为病情加上其对医疗技术的不熟悉，治疗时极易产生紧张、忧虑等不良情绪，血压水平、呼吸频率及心率等指数也会产生相应的变化，这些情况不利于治疗的顺利进行^[6]。同时 MECT 会对患者造成一些痛苦，加上治疗后也会产生暂时性记忆障碍，因此使患者易产生紧张、恐慌的情况，从而干扰了患者依从感，不利于治疗的顺利展开^[7]。所以，临床上必须对患者进行相应的护理干预，以提升患者心理、生理状况，并提高护理舒适度，以便为 MECT 治疗的成功进行和效果的保证提供基础。

个性化护理是近年来随着医学技术水平日益提升，患者对医护品质要求日益提高的情况下出现的一个全新医护方式，目前已在医学上获得广泛应用^[8]。该护理模式主张“以人为本”，通过全面、精细的护理服务有助于患者良好的心理状态和生理状况的稳定与维持，进而也可以改善患者的医疗依从性，并利用优质的护理服务提升患者护理满意度^[9]。而将其应用到抑郁症患者的 MECT 治疗中，其在治疗前通过关注患者生理及心理状态，耐心地回答患者的疑问，打消患者的顾虑，并不断地引导患者，可以有效协助患者恢复好心态，帮助患者以平静的情绪来面对 MECT 治疗^[10]。同时还可以在在一定程度上稳定了患者的血压及心率等指标水平，并有助于确保治疗安全性。而治疗后通过对患者进行针对性的临床干预，亦可以降低不良反应发生率，并规范其正确行为，了解积极配合护理干预的重要性，从而提升护理依从性，使各项临床工作顺利开展与进行^[11]。并且，个性化护理是以尊重患者的人格尊严、生命价值为基准，为患者进行心理、精神、情感方面的服务，可最大限度对患者的心理需求加以满足，从而体现以人文本、以患者为中心，关注患者的生命内在品质，对促进和谐护患关系的养成有着积极的影响^[12]。而本次研究将其应用到 B 组患者 MECT 治疗中，结果显示该组患者 MECT 治疗总有效率、护理满意度、护理舒适度及依从性评分均较常规护理干预的患者更高，MECT 治疗不良反应发生率、PANSS 评分、抑郁量表评分、MECT 治疗中血压及心率水平均更低，这也进一步证实了人性化护理在抑郁症患者 MECT 治疗中的应用更具临床优势。

综上所述，在人性化护理模式下，护理人员可以对抑郁症患者进行全

面、精细的护理服务，使患者身心都达到了相对良好的愉悦状态，从而可以增强了患者对配合治疗的积极性和依从性，并减少了患者对护理的焦虑心情，最终促使患者 MECT 治疗效果得以提升，因而值得被广泛推广并应用于临床。

参考文献：

[1]涂艳. 集束化护理联合无抽搐电休克治疗在首发抑郁症患者中的应用[J]. 淮海医药,2022,40(1):84-87.

[2]刘军,黄文广,侯莹莹,王丹,丁红运,张清恒. 无抽搐电休克治疗对抑郁症患者海马及侧脑室下静脉的影响[J]. 国际精神病学杂志,2021,48(6):1004-1006+1010.

[3]魏冉敬. 护患沟通在无抽搐电休克治疗难治性抑郁症患者护理中的应用及对患者不良情绪产生的影响[J]. 国际护理学杂志,2021,40(19):3573-3576.

[4]田玮,杨永涛,刘杰. 多元化访视对抑郁症无抽搐电休克治疗患者应激反应的影响[J]. 河北医药,2021,43(11):1717-1719+1724.

[5]韩克艳,李宁,李天舒,乔君,王永良,金圭星. 重复经颅磁刺激对无抽搐电休克所致记忆损害抑郁症患者的效果研究[J]. 实用临床医药杂志,2021,25(7):51-54.

[6]郭建玲,热依汗古力·艾山. 优质护理对无抽搐电休克治疗的抑郁症患者的效果及药物不良反应分析[J]. 智慧健康,2020,6(35):171-172+176.

[7]杨红,宋海峰,李建华. 集束化护理干预联合无抽搐电休克在难治性抑郁症患者治疗中的应用[J]. 全科护理,2020,18(34):4745-4747.

[8]李素芳,邓红冬,温淑媛. 正性暗示治疗对抑郁症患者首次无抽搐电休克治疗的影响[J]. 当代医学,2020,26(32):184-185.

[9]刘晓艺. 无抽搐电休克治疗对抑郁症患者的影响评价[J]. 中国医疗器械信息,2020,26(20):119-120.

[10]姚静,肖文焕,吴慧. 无抽搐电休克治疗对抑郁症患者血清 C 反应蛋白的影响[J]. 临床精神医学杂志,2020,30(3):198-200.

[11]游辉芳,陈文英,旷燕珍. 肌肉松弛疗法对抑郁症患者无抽搐电休克治疗后疼痛的影响[J]. 中国当代医药,2020,27(15):66-69.

[12]郭芳. 用氯胺酮对接受无抽搐电休克治疗的难治性抑郁症患者进行麻醉的效果研究[J]. 当代医药论丛,2020,18(3):9-10.

校医务室收治流感学生患者的护理探讨

孙慧颖

辽宁中医药大学大连校区医务室 辽宁大连 116000

摘要：目的：分析校医务室收治流感学生患者的护理方式。方法：选择本校医务室2018年6月-2019年6月收治的流感学生60例，按照随机数字表法对其展开分组，每组30例。其中对照组和观察组分别采取不同的护理方式，对照组患者接受常规护理干预，观察组患者接受综合护理干预，观察两组患者流感恢复时间、护理效果、并发症发生情况。结果：观察组患者及对照组患者在接受校医务室治疗后，患者恢复时间分别为 (3.07 ± 0.71) d、 (5.67 ± 0.58) d，观察组患者恢复时间短于对照组患者，数据差异显著($t=15.5333$ ； $P<0.05$)。观察组患者治疗总有效率为93.33%，对照组患者治疗总有效率为70.00%，数据差异显著($P<0.05$)。观察组患者中1例出现上呼吸道感染，没有出现继发细菌性肺炎和reye综合征，并发症发生率为3.33%，对照组患者中2例出现上呼吸道感染，2例出现继发细菌性肺炎，2例出现reye综合征，并发症发生率为20.00%，观察组并发症发生率低于对照组，两组差异显著($P<0.05$)。结论：校医务室内采取综合护理干预能够有效提升流感学生恢复速度，提升治疗效果，降低并发症发生率。

关键词：医务室；流感；学生；护理

流感属于急性呼吸道传染性疾病，按照其病原体类型可以将其分为三种，分别为甲、乙、丙型流行性感冒。患者在发病后会出现一定的症状，例如高热、乏力、呼吸道感染等，学校人群密集，为了进一步避免患者病情加重产生感染蔓延，则需要对感染患者进行隔离治疗^[1-2]。校医务室护理人员需提升对高热患者的重视，每半小时对其进行测温，若发热不退则需要采取物理降温方式，也就是酒精降温，若长时间高热不退则需要药物进行治疗和输液治疗^[3-4]。文章主要分析了校医务室流感学生采取不同护理方式的临床治疗效果。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择本校医务室2018年6月-2019年6月收治的流感学生60例，按照随机数字表法将其分为两组，对照组30例，观察组30例。其中对照组患者男女比分别为16:14，年龄16-24岁，平均年龄 (20.03 ± 1.34) 岁，病程1-6d，平均病程 (3.52 ± 0.85) d；观察组患者中男女比为15:15，年龄16-23岁，平均年龄 (19.51 ± 1.22) 岁，病程1-5d，平均病程 (3.02 ± 7.76) d。比较两组患者一般资料，数据差异不显著($P>0.05$)。

1.2 纳入排除标准

纳入标准：①符合流感标准，②存在流感症状，③知晓本次研究内容的患者。

排除标准：①存在感染症状，②配合度较差，③不支持研究内容的患者。

1.3 方法

对照组患者接受常规护理干预：校医务室应为流感感染患者讲解本次研究目的，并在患者允许的情况下展开实验，对本次实验患者进行隔离准备。校医务室需对患者进行体温检测，观察患者症状是否严重，若患者症状严重且无法正常生活则可以给予输液处理，若患者症状一般不影响正常学习生活则可以给予用药指导，若患者症状较轻且不影响学习生活则可以接受物理降温，叮嘱患者多喝温水，若病情严重则可以进行药物治疗，若病情逐渐好转则可以进行预防。每隔半小时量一次体温，观察体温变化。大部分患者在患有流感的情况下咽喉肿痛，伴随着咳嗽和咳嗽症状，所以这种情况下患者可以保持居住环境湿润。在就诊完后需及时清理校医务室隔离区域和所有诊疗设备，避免较差感染。对患者进行健康宣教，为其普及流感防护知识和治疗方案。绝大部分患者患有流感的主要原因是由于作息不规律所引起的身体免疫力急速下降，在这种情况下病毒侵袭更为容易。患者作息不规律，经常熬夜，都成为了流感发生的主要原因。因此想要降低流感发病率，则需要学校内部建立良好的流感宣教制度，为学生普及流感病毒传播方式，只有这样才能在一定程度上降低流感的发生，营造良好的校园环境。

观察组患者接受综合护理干预：校医务室需要为流感学生建立单独区域，并将其作为隔离区域，从而避免较差感染，对患有流感的学生合理安排。保证隔离区域各种诊疗设备齐全，配备温度计，听诊器，血压计等，从而更好的减少流感病毒传播。校医务室护士需要佩戴隔离服，在每次看

诊后进行消毒处理，避免感染。对高热患者进行治疗的时候，可以采取多种方式，主要分为物理降温，药物治疗等，每半个小时对患者进行体温检测，观察患者温度变化情况。叮嘱患者近日进食流质食物，减少油腻辛辣食物的食用。多喝温水。对于高热患者来说，需使其温度在尽可能短的时间内降低，避免由于高烧而出现脑膜炎。对校医务室内部隔离区的消毒有着非常重要的作用，合理处理隔离区域的废弃物能够避免接触感染。在处理隔离废弃物的时候，可以喷洒一些酒精消毒。并在每位学生就诊完成后，对各种诊疗仪器进行消毒，使用乙醇清理听诊器，通过含氯消毒剂清理床单及被单。每日多次使用紫外线灯光照射隔离区域，保证病原体可以彻底清除。流感容易引发传染和呼吸系统疾病，而呼吸系统疾病的主要症状为咳嗽、流鼻涕、咽喉肿痛等，这时校医务室内部应合理调节室温湿度，保证校医务室内空气流通。患者需提升每日饮水量，加速体内新陈代谢，将毒素排出体外。单纯的药物治疗并不能加速患者康复，需要患者展开自我护理干预，校医务室护士需要让患者实现自我护理，与患者沟通交流，减少每日学习时间，提前入睡，做好保暖防护。校园内部流感高发季节传染速度快，因此需自我防护，切断病原，在流感季节定期展开健康讲座，使学生能够充分了解流感的发病原因及发病机制，提升学生对于流感的重视和认知程度。在出现咳嗽及高热的情况下应及时就诊，从而将病情掌握在可控范围之内，避免病情加剧影响患者生命安全。学生需每日保持有效锻炼，增强体质，引导学生实现自我保护^[5-6]。在患有流感后，需制定科学的学习方案，从而保证达到预期目标，同时还应进行自我护理。校医务室应保证患者能够自我护理，养成正常的生活作息和饮食规律，合理配置饮食，使饮食营养均衡，增强免疫力，加速疾病痊愈^[7-8]。学生需结合自身流感感染情况采取针对性预防措施，并在日常学习中给予应对，以免多次感染。

1.4 观察指标

观察对照组和观察组患者在校医务室治疗的恢复时间、临床效果、并发症发生情况。患者接受治疗后临床症状好转，无高热、咽痛等症状表示治疗效果显著；患者接受治疗后临床症状有所改善，存在轻微咳嗽、咽痛症状表示治疗效果有效；患者接受治疗后临床症状没有变化，存在高热及咽痛表示治疗无效。治疗有效率=显效率+有效率^[9-10]。并发症包括上呼吸道感染、细菌性肺炎、reye 综合征。

1.5 统计学分析

采用 SPSS24.0 统计学软件对数据进行分析。等计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，组间比较行 t 检验；计数资料采用 $[n(\%)]$ 表示，组

间比较行 χ^2 检验； $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患者恢复时间比较

观察组患者及对照组患者在接受校医务室治疗后，患者恢复时间分别为 (3.07 ± 0.71) d、 (5.67 ± 0.58) d，观察组患者恢复时间短于对照组患者，数据差异显著 ($t=15.5333$ ； $P<0.05$)。

2.2 两组患者临床治疗效果比较

观察组患者中 12 例治疗效果显著，16 例治疗有效，2 例治疗无效，治疗总有效率为 93.33%，对照组患者中 9 例治疗效果显著，12 例治疗有效，9 例治疗无效，治疗总有效率为 70.00%，数据差异显著 ($P<0.05$)。

表 1 两组患者治疗效果对比[n(%)]

组别	显效	有效	无效	治疗效果
观察组(n=30)	12(40.00)	16(53.33)	2(6.67)	28(93.33)
对照组(n=30)	9(30.00)	12(40.00)	9(30.00)	21(70.00)
χ^2				5.455
P				0.020

2.3 两组患者并发症发生情况比较

观察组患者中 1 例出现上呼吸道感染，没有出现继发细菌性肺炎和 reye 综合征，并发症发生率为 3.33%，对照组患者中 2 例出现上呼吸道感染，2 例出现继发细菌性肺炎，2 例出现 reye 综合征，并发症发生率为 20.00%，观察组并发症发生率低于对照组，两组差异显著 ($P<0.05$)。

表 2 两组患者并发症发生情况比较

组别	上呼吸道感染	继发细菌性肺炎	Reye 综合征	发生率
观察组(n=30)	1(3.33)	0(0.00)	0(0.00)	1(3.33)
对照组(n=30)	2(6.67)	2(6.67)	2(6.67)	6(20.00%)
χ^2				4.403
P				0.044

3. 讨论

作为病毒侵袭而引起的一种传染性疾病，流感传染性强，发展迅速，容易突然爆发，传播广泛^[11-12]。学校作为人多密集区域，极易受到病毒感染，因此为了更好的预防流感发生，校医务室需要对流感的传播有效预防，切断传染源，使感染学生尽快恢复健康。校医务室需做好流感患者治疗及防护工作，采取正确的隔离方式，进一步降低感染率^[13-14]。

校医务室在日常工作过程中若发现存在流感感染情况,则需及时进行
治疗,重视感染患者的处理,通过不同的降温方式使患者温度降低至正常
范围内,对患者温度变化进行记录,多喝水,加速新陈代谢。流感患者需
保持合理的饮食规划,避免食用过于刺激性的食物,注意流感患者是否因
为高热存在其他并发症,或呼吸道系统疾病。一些患者会在患有流感后存
在咽喉肿痛纤细那个,因此针对这种患者需及时隔离,并对室内温湿度进
行调节。有条件的校医室可以增加加湿器设备,改善空气情况。在隔离区
域内应强化空气流通,若空气不流通则会影响患者恢复。校医务室人员需
定期为学生开展健康知识科普,开展相应讲座,从而使学生充分了解到不
同疾病的预防方式和自我护理方式^[15]。更清晰的明确发病原因和发病机
制,这对于后续预防有着积极影响。若存在高热及其他症状应及时检查,
及时治疗,避免延误治疗时机。脑膜炎与流感高热有着直接联系,因此对
于高热的控制非常重要,若存在高热不退的现象,且病情不断发展需及时
到医院就诊。与学生沟通交流,使其重视日常运动锻炼的重要性,提升自
身免疫力和抵抗力,一定程度上可以避免病毒传染,降低传染概率。校医
务室需要对流感进行合理把控,结合流感发病特点和规律,采取正确的管
理作业,不断加大管理力度,将流感疾病预防作用充分发挥出来,降低校
园内流感的发生概率。

本次研究结果显示,观察组患者及对照组患者在接受校医务室治疗
后,患者恢复时间分别为(3.07±0.71)d、(5.67±0.58)d,观察组患者恢
复时间短于对照组患者,数据差异显著($t=15.5333$; $P<0.05$)。观察组患
者中12例治疗效果显著,16例治疗有效,2例治疗无效,治疗总有效率为
93.33%,对照组患者中9例治疗效果显著,12例治疗有效,9例治疗无
效,治疗总有效率为70.00%,数据差异显著($P<0.05$)。观察组患者中1
例出现上呼吸道感染,没有出现继发细菌性肺炎和reye综合征,并发症发
生率为3.33%,对照组患者中2例出现上呼吸道感染,2例出现继发细菌
性肺炎,2例出现reye综合征,并发症发生率为20.00%,观察组并发症发
生率低于对照组,两组差异显著($P<0.05$)。

综上所述,校医务室在护理流感患者的时候采取综合护理干预方式能
够加速患者康复、提升患者治疗效果,降低并发症发生,比常规护理干预
优势更为明显。

参考文献:

- [1]付学霞,护理干预在流感患者中的应用价值分析[J].中国继续医学
教育.2018,10(26):173-175.
- [2]罗玲,校医务室收治流感学生患者的护理分析[J].知识文
库.2018,3(24):246.
- [3]张琛,于小玲,杨丽娟.跨理论多学科护理康复干预对甲型流感感
染患者的影响[J].检验医学与临床,2020,17(15):2235-2237.
- [4]王轶,何雪霏,罗伟平等.应对新型冠状病毒(COVID-19)肺炎的政
府干预对医院流行性感冒检测阳性率的影响[J].广州医药,2020,
51(3):1-4+20.
- [5]曾丽红.探讨人性化护理在急诊患者护理中的应用效果[J].人人
健康,2020,512(03):225-225.
- [6]张旭佳,韩辛,申莹.导引式护理流程干预对医护流感被感染率及
护理质量满意度的影响[J].河北医药,2020,42(18):2871-2873+2877.
- [7]吴翠萍.对流行性感冒的流行特征进行分析并探讨相应的预防控
制方法[J].中国社区医师,2020,36(6):181-182.
- [8]贾雪燕.优质护理运用于流行性感冒患者中的应用价值研究[J].
黑龙江中医药,2020(4):276-277.
- [9]郑智,赵菁,李杰红,王巧.基于护理结局敏感指标的住院患者流
感认知情况调查[J].中华现代护理杂志.2019,25(23):2983-2987.
- [10]陈丽冰.前馈控制应用于甲型H1N1流感突发疫情的护理管理[J].
中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(8):153-154.
- [11]栗玲玲,王秀芬,护理干预在流感患者中的应用价值分析[J].全
科口腔医学电子杂志.2019,6(05):66-67.
- [12]季永香,黄慧懿,陆炜.综合护理联合优化处理流程对甲型H1N1
流感患者预后的影响及危险因素分析[J].齐鲁护理杂志,2021,
27(13):95-97.
- [13]张莉.流感疫苗群体性预防接种的护理干预效果观察[J].中国社
区医师2020,36(14):162-163.
- [14]范广芬.重症流感病毒性肺炎患者的临床护理与感染防控[J].系
统医学.2020,5(05):163-165.
- [15]卢甲凤.门诊甲型H1N1流感成年患者的护理干预体会[J].心理
月刊.2019,14(23):130.

艾司氯胺酮与舒芬太尼复合丙泊酚麻醉在宫腔镜手术中的应用效果比较

谷洪梅 陈琦 于海洲 康宇 于洋 张丹

齐齐哈尔市中医医院麻醉科 黑龙江齐齐哈尔 161005

摘要：目的 对比分析艾司氯胺酮与舒芬太尼分别复合丙泊酚静脉全麻在宫腔镜手术中的应用效果。方法 选择期行宫腔镜手术的女性 60 例，随机分为艾司氯胺酮复合丙泊酚组（观察组）和舒芬太尼复合丙泊酚组（对照组），每组 30 例。观察组缓慢静注艾司氯胺酮 0.3mg/kg-丙泊酚 2mg/kg 进行诱导；对照组缓慢静注舒芬太尼 0.10ug/kg-丙泊酚 2mg/kg 进行诱导。两组患者术中均采用丙泊酚 6mg/kg/h 剂量静脉泵注维持麻醉，根据病人的反应追加丙泊酚 0.5~1.0mg/kg，于退镜时停止输注。观察并记录诱导前(T₀)、诱导后(T₁)、扩宫颈时(T₂)、手术开始 5min(T₃)、手术开始 20min(T₄)、术毕(T₅)时 MAP、HR、呼吸频率(RR)的变化，术中 SPO₂<90%例数、术中肢体运动例数、术后恶心呕吐例数、手术时间、苏醒时间和丙泊酚用量。结果 与对照组比较，T₁、T₂、T₃时刻观察组患者 MAP 明显升高(P<0.05)，T₀、T₄、T₅时刻观察组患者 MAP 差异无统计学意义(P>0.05)；与对照组比较，观察组患者 HR 差异无统计学意义(P>0.05)；与对照组比较，观察组患者 T₁、T₂、T₃时 RR 均明显增快，SPO₂明显升高(P<0.05)；与对照组比较，观察组患者 SPO₂<90%例数、术后恶心呕吐例数、手术时间、苏醒时间及丙泊酚用量均无明显差异(P>0.05)。结论 相较于舒芬太尼复合丙泊酚麻醉，艾司氯胺酮复合丙泊酚能更好的维持循环稳定，降低呼吸抑制发生率，镇痛效果理想。

关键词：艾司氯胺酮；丙泊酚；舒芬太尼；宫腔镜手术

近年来,无痛人流手术因其舒适在临床中受到广泛欢迎。宫腔镜诊疗麻醉管理专家共识^[1]提示宫腔镜手术时间较短,宜采用起效快、消除快的镇痛镇静药物进行全身麻醉。目前临床以丙泊酚复合舒芬太尼静脉全身麻醉为主,该麻醉方式易出现呼吸循环抑制。艾司氯胺酮是一种新型静脉全麻药,起效迅速、呼吸抑制轻微,兼备镇静镇痛作用^[2]。艾司氯胺酮的拟交感神经特性可以抵消丙泊酚的血流动力学抑制,其与丙泊酚复合麻醉可以降低丙泊酚复合芬太尼或舒芬太尼麻醉过程中心血管和呼吸抑制的风险。有研究表明^[3],丙泊酚与艾氯胺酮的联合使用减少了单一药物的剂量,最小化副作用。本试验通过对比舒芬太尼复合丙泊酚与艾司氯胺酮复合丙

泊酚的麻醉效果,研究后者的优势。

1、资料与方法

1.1 一般资料 本试验随机选取择期行宫腔镜手术的 60 例女性患者,随机分为两组,每组 30 例。对照组:身高为(164.23±4.75)cm,体重(63.53±11.09)kg,年龄为(41.10±9.91)岁;观察组:身高为(162.15±5.52)cm,体重(59.85±7.20)kg,年龄为(40.31±7.50)岁。纳入标准:ASA I 或 II 级, 25~60 岁,45~80kg。排除标准:高血压、心脏病、青光眼、精神类疾病,麻醉药物过敏史。两组患者一般情况比较差异均无统计学意义(P>0.05)(表 1)。

表 1 两组患者基本资料比较

组别	例数	身高 (cm, $\bar{X} \pm s$)	体重 (kg, $\bar{X} \pm s$)	年龄 (岁, $\bar{X} \pm s$)	ASA 分级(I/II)
观察组	30	162.15±5.52	59.85±7.20	40.31±7.50	26/4
对照组	30	164.23±4.75	63.53±11.09	41.10±9.91	25/5
p 值		0.878	0.523	0.310	1.000

1.2 麻醉方法 入室后以 4L/min 流量给予面罩吸氧。患者取截石位,消毒铺巾后,观察组 1min 匀速静注艾司氯胺酮(江苏恒瑞医药股份有限公司,国药准字 H20193336, 2ml: 50mg) 0.3mg/kg-丙泊酚(广东嘉博制药有限公司,国药准字 H20133248, 20ml: 200mg) 2mg/kg 进行诱导,术中以丙泊酚 6mg/kg/h 维持麻醉;对照组 1min 匀速静注舒芬太尼(宜昌人福药业有限责任公司,国药准字 H20054171, 1ml: 50ug) 0.10ug/kg-丙泊酚 2mg/kg 进行诱导,术中用丙泊酚 6mg/kg/h 维持麻醉。术中根据病人的反应追加丙泊酚 0.5~1.0mg/kg,术者退镜时停药。

1.3 观察指标

观察并记录 T₀-T₅时刻,患者 MAP、HR、RR、SPO₂;观察并记录术

中 SPO₂<90%例数、术中肢体运动例数、手术时间、苏醒时间、丙泊酚用量。

1.4 统计分析

本研究中的数据采用 SPSS 22.0 软件进行统计分析。计量资料以均数±标准差($\bar{X} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用百分比(%)表示,采用 χ^2 检验。

2、结果

2.1 与对照组比较, T₁、T₂、T₃时观察组 MAP 明显升高(P<0.05), SPO₂明显升高(P<0.05), RR 明显增快(P<0.05), HR 差异无统计学意义(表 2)。

表2 两组患者呼吸和循环功能的变化

指标	组别	例数	T0	T1	T2	T3	T4	T5
MAP	观察组	30	89.20±6.97	86.07±7.43	86.66±10.71	91.27±7.71	86.06±8.28	86.73±10.42
(mmHg)	对照组	30	90.23±9.12	80.48±7.89	79.76±6.21	85.53±7.88	86.59±3.83	85.75±7.35
p 值			0.724	0.048 ^a	0.031 ^a	0.047 ^a	0.817	0.744
HR	观察组	30	76.27±8.99	75.53±9.77	73.17±7.04	71.88±6.15	71.94±5.96	72.67±8.05
(次/分)	对照组	30	80.88±9.61	72.47±7.93	69.66±7.87	68.40±7.99	69.86±6.86	68.92±8.14
p 值			0.198	0.336	0.193	0.175	0.367	0.269
SPO2	观察组	30	99.33±0.96	98.67±3.92	99.87±0.35	99.93±0.26	99.86±0.35	99.87±0.35
	对照组	30	99.52±0.72	94.94±5.85	99.29±0.98	99.35±0.70	99.64±0.60	99.62±0.72
p 值			0.519	0.046 ^b	0.036 ^b	0.005 ^b	0.228	0.249
RR	观察组	30	17.73±2.25	20.67±2.32	22.33±4.16	21.73±4.92	19.53±2.72	19.53±2.39
(次/分)	对照组	30	16.76±2.41	10.71±2.59	12.41±2.12	16.12±2.71	18.06±2.79	17.35±2.67
p 值			0.249	0.000 ^c	0.001 ^c	0.001 ^c	0.909	0.726

注：与对照组比较， $P^a < 0.05$ ；与对照组比较， $P^b < 0.05$ ；与对照组比较， $P^c < 0.05$

例数、手术时间、苏醒时间和丙泊酚用量无明显差异 ($P > 0.05$) (表3)。
表3 两组患者术中 $SpO_2 < 90\%$ 、术中体动、手术时间、苏醒时间和丙泊酚用量比较

组别	例数	术中 $SpO_2 < 90\%$ [例 (%)]	术中体动 [例 (%)]	手术时间 (min)	苏醒时间 (min)	丙泊酚用量 (mg)
观察组	30	0	6	27.31±13.12	9.06±3.84	289.23±90.41
对照组	30	5	2	27.70±12.58	9.47±2.81	287.06±89.77
p 值		0.062	0.255	0.933	0.738	0.938

注：与对照组比较， $P > 0.05$

3、讨论

现在已知氯胺酮的中枢拟交感神经作用占主导地位且是静脉麻醉药中唯一具有此作用的药物，使其在全凭静脉麻醉中有着不可替代的地位，艾司氯胺酮是氯胺酮中效价更强的右旋结构^[2-4]。艾司氯胺酮以其有效的麻醉和镇痛作用，更好的维持自主呼吸而闻名，有研究^[5]发现小剂量艾司氯胺酮可以稳定呼吸，从而降低风险事件的发生。本试验表明艾司氯胺酮与丙泊酚联合使用时患者呼吸更加兴奋，循环波动明显减小，有利于维持术中患者各重要器官的灌注，安全性也更高。本试验中在艾司氯胺酮复合丙泊酚表现出更明显的循环稳定优势，同时两药合用有利于维持呼吸道通畅，舌后坠的发生率明显降低^[3-6]。本试验中同一时刻观察组的 MAP 比对照组明显增高，而 HR 变化无统计学差异，可能与艾司氯胺酮给药后，MAP 升高幅度（可达 50%）比 HR 增快幅度（30%）高有关^[7]，手术开始 20min 后两组 MAP 无明显差异，可能与艾司氯胺酮注射后抑制交感神经对去甲肾上腺素的再吸收，血浆去甲肾上腺素的浓度在 5min 内达到高峰，然后迅速下降有关^[8]。本试验应用安全性更高的 0.10μg/kg 舒芬太尼复合丙泊酚做对照组，此剂量已得到临床广泛应用，更具有参考价值^[9]。本试验中观察组诱导后循环相对平稳，导致从临床上较难判断出麻醉深度，从而出现数次体动，两组苏醒时间与丙泊酚用量均无明显差异，而艾司氯胺酮为经验用药量，是否是最佳剂量有待于进一步研究观察。

本研究表明，艾司氯胺酮复合丙泊酚可安全用于宫腔镜手术中，且有其不可替代的更稳定的循环优势，呼吸抑制轻微，麻醉效果满意，可控性高，是一种新型麻醉方案。

参考文献：

- [1] 中国心胸血管麻醉学会日间手术麻醉分会. 宫腔镜诊疗麻醉管理的专家共识. 临床麻醉学杂志, 2020, 36(11): 1121-1125.
- [2] 郑旭, 顾小萍. 右旋氯胺酮临床应用的研究进展. 国际麻醉学与复苏杂志, 2019, 40(7): 674-677.
- [3] Eberl S, Koers L, Van Hooft JE, et al. Sedation with propofol during ERCP: is the combination with ketamine more effective and safer than with alfentanil? Study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2017;18(1):472.
- [4] 艾司氯胺酮与 N-甲基-D-天冬氨酸受体的分子作用机制. 张丽雷, 徐梦晓, 张静晓, 张文曦, 唐文强. 山东化工 2020, 49(08).
- [5] Jonkman K, van Rijnsvoever E, Olofsen E, et al. Esketamine counters opioid-induced respiratory depression. Br J Anaesth. 2018;120(5):1117-1127.
- [6] 王晓东, 于明涛, 刘子强等. 苯磺酸瑞马唑仑联合艾司氯胺酮静脉麻醉在内镜下逆行胰胆管造影术中的临床应用. 中国医刊, 2021, 56(3): 274-277.
- [7] 李波, 朱明, 但颖之等. 艾司氯胺酮单药或联合小剂量阿片类药物用于儿童包皮环切术的半数有效剂量研究. 上海医学, 2021, 44(03).
- [8] 龚晓毅, 翁立阳, 郭冬冬, 陶莹, 朱翔, 黄晓丽. 小剂量艾司氯胺酮对无痛胃镜检查时丙泊酚联合瑞芬太尼麻醉效果的影响[J]. 中国临床研究, 2022, 35(01): 61-65.
- [9] 翟鑫鼎, 徐艳红. 不同剂量舒芬太尼复合丙泊酚用于宫腔镜手术麻醉效果比较[J]. 中国药业, 2019, 28(12): 66-68.

2019 年贵州某三甲医院细菌耐药性监测

陈超 顾典菊 瞿慧蓉 陈玲 杨鑫鑫 陶如玉 王丹琳

贵州医科大学第二附属医院 贵州凯里 556000

摘要: 目的 了解贵州某三甲医院临床分离菌的分布及其对抗菌药物的敏感性。方法 采用自动化仪器或纸片扩散法按照统一方案进行抗菌药物敏感性试验。结果 共分离 3586 株非重要临床分离菌, 其中革兰阳性菌 1238.00 株, 占 34.52%, 革兰阴性菌 2348.00 株, 占 65.48%。耐甲氧西林金黄色葡萄球菌 (MRSA) 检出率为和耐甲氧西林的凝固酶阴性葡萄球菌 (MRCNS) 检出率是 20.90%和 68.42%。碳青霉烯类耐药肠杆菌目细菌 (CRE) 总检出率为 6.45%。肺炎克雷伯菌中碳青霉烯类耐药菌株的检出率 9.37%。铜绿假单胞菌对亚胺培南和美罗培南的耐药率分别是 20.8%和 16.8%。不动杆菌对亚胺培南和美罗培南的耐药率分别为 73.2%和 82.9%, 对头孢哌酮/舒巴坦和米诺环素的耐药率分别为 43.3%和 5.7%, 对多黏菌素 B 和替加环素的耐药率较低 (0%和 12.9%)。结论 临床耐药菌株呈增长趋势, 尤其是 MRSA 和 CRE, 应加强医院感染防控宣传, 积极采取措施遏制耐药细菌的传播。

关键词: 细菌耐药监测; 药敏试验; 耐甲氧西林金黄色葡萄球菌; 碳青霉烯类耐药肠杆菌目细菌

日趋严重的细菌耐药性由于临床上广泛使用抗菌药物所产生的选择性压力快速发展, 及时全面地了解耐药现状与趋势、细菌耐药谱的组成与变化对临床优化抗菌药物使用、降低感染发生率具有指导性作用。现将某三甲医院细菌耐药性监测结果进行分析并报道如下。

1 材料与方法

1.1 材料

1.1.1 培养基 药敏试验用 Mueller-Hinton 琼脂, 肺炎链球菌及各链球菌用含 5%脱纤维羊血 MH 琼脂, 流感嗜血杆菌用嗜血杆菌属培养基 (HTM), 上述试剂均为重庆庞通公司商品。

1.1.2 抗菌药纸片和 E 试验条 抗菌药纸片为泰康公司商品。(青霉素和万古霉素 E 试验条)为重庆庞通公司商品。

1.2 方法

1.2.1 药敏试验 参照 2018 年美国临床和实验室标准化协会推荐的药敏试验方法进行, 采用纸片扩散法或自动化仪器法。质控菌为: 金葡菌 ATCC25923、大肠埃希菌 ATCC25922、铜绿假单胞菌 ATCC27853、肺炎链球菌 ATCC49619 和流感嗜血杆菌 ATCC 49247。

1.2.2 判断标准 参照 2018 年 CLSI 文件标准。替加环素的判断标准按美国食品和药品监督管理局 (FDA) 文件标准。

1.2.3 β -内酰胺酶检测 采用头孢硝噻吩试验定性检测流感嗜血杆菌中的 β 内酰胺酶。按 CLSI 推荐的纸片法筛选和酶抑制剂增强确证试验检测大肠埃希菌、肺炎克雷伯菌、产酸克雷伯菌和奇异变形杆菌中产超广谱 β -内酰胺酶菌株。

1.2.4 青霉素不敏感肺炎链球菌的检测 经苯唑西林纸片法测定抑菌圈直径 $\leq 19\text{mm}$ 的肺炎链球菌菌株, 采用青霉素 E 试验条测定其最低抑菌

浓度, 脑膜炎株和非脑膜炎株分别按 CLSI 2018 年标准判定为青霉素敏感、中介或耐药株。

1.2.5 耐万古霉素肠球菌检测 经万古霉素纸片法或自动化仪器法测定结果为非敏感株者, 用万古霉素和替考拉宁 E 试验条测定 MIC 值, 部分菌株采用 PCR 法确认万古霉素耐药的基因型。

1.2.6 特殊耐药菌株 碳青霉烯类耐药肠杆菌目细菌定义为对亚胺培南、美罗培南或厄他培南中任一种药物耐药者。

1.2.7 数据统计分析 数据统计分析采用 WHONET5.6 软件。

2 结果

2.1 细菌分布

革兰阳性菌 1238.00 株, 占 34.52%, 革兰阴性菌 2348.00 株, 占 65.48%。住院患者和门急诊患者分离的菌株分别占 0.73%、99.23%。最多见者依次为大肠埃希菌 783 (53%)、肺炎克雷伯 395 (27%)、产酸克雷伯 59 (4%)、奇异变形杆菌 57 (4%)、摩根摩根菌 26 (2%); 糖不发酵菌占所有分离菌株的 67.15% (2408/3586)。

2.2 革兰阳性球菌对抗菌药的敏感率和耐药率

2.2.1 葡萄球菌属 金葡菌中甲氧西林耐药株 (MRSA) 检出率为 20.90%, 凝固酶阴性葡萄球菌甲氧西林耐药株 (MRCNS) 的检出率为 68.42%。79.8%的 MRCNS 对利福平敏感。

2.2.2 肠球菌属 195 株肠球菌属中粪肠球菌 59 株, 屎肠球菌 86 株, 分别占肠球菌属中的 30.26%和 44.10%; 其他肠球菌 50 株, 占 25.64%。粪肠球菌对呋喃妥因和氨苄西林的耐药率较低, 分别为 0%和 5.1%。屎肠球菌对受试药的耐药率均较高。两者对高浓度庆大霉素的耐药率分别为 23.7%和 59.3%。

2.2.4 肺炎链球菌 136 株肺炎链球菌中, 5 株脑膜炎株 (儿童组 2 株, 成人组 3 株) 和 131 株非脑膜炎株 (儿童组 104 株, 成人组 27 株)。

2.3 革兰阴性杆菌对抗菌药的敏感率和耐药率

2.3.1 肠杆菌科细菌 大肠埃希菌、肺炎克雷伯菌和产酸克雷伯菌以及奇异变形杆菌中产 ESBLs 菌株的检出率分别为 49.17 %、50.13%和 44.07% 以及 31.58%。大肠埃希菌对环丙沙星和庆大霉素耐药率均接近或高于 50 %。

2.3.2 不发酵糖革兰阴性杆菌 159 株铜绿假单胞菌对亚胺培南和美罗培南的耐药率分别为 20.8 %、16.8 %; 对多黏菌素 B 和阿米卡星的耐药率分别为 1.8%和 15.7 %; 对两种酶抑制剂合剂、庆大霉素、环丙沙星、头孢他啶、头孢吡肟和哌拉西林的耐药率 <39.2 %。166 株不动杆菌属中 92.77%为鲍曼不动杆菌, 该菌对亚胺培南和美罗培南的耐药率分别为 73.2%和 82.9 %; 对头孢哌酮/舒巴坦和米诺环素的耐药率分别为 43.3 %和 5.7%, 对多黏菌素 B 和替加环素的耐药率较低 (0 %和 12.9 %), 对其他测试药的耐药率多在 50.3%以上。

表 1 葡萄球菌属对各种抗菌药的耐药率和敏感率 (%)

抗菌药物	MRSA		MSSA		MRCNS		MSCNS	
	(n= 69)		(n= 261)		(n= 208)		(n= 94)	
	R	S	R	S	R	S	R	S
青霉素 G	100	0	99.6	0.4	99	1	87.2	12.8
苯唑西林	100	0	0	100	100	0	0	100
庆大霉素	10.1	82.6	4.2	95.4	18.4	68.6	0	96.8
利福平	8.7	84.1	0.8	98.9	19.2	79.8	1.1	98.9
环丙沙星	10.9	87.3	6.4	90.9	63	27.6	5.4	93.2
左旋氧氟沙星	15.9	82.6	5	92.7	66.7	28.5	5.3	94.7
莫西沙星	7.2	84.1	5	94.3	44.4	28.5	4.3	94.7
克林霉素	55	42.5	16.3	83.7	43.5	53.9	12	86
红霉素	78.3	20.3	43.3	56.7	88.3	11.7	55.3	41.5
呋喃妥因	0	100	0	100	0	98.9	0	100
利奈唑胺	0	100	0	100	0	100	0	100
万古霉素	0	100	0	100	0	100	0	100
替考拉宁	0	100	0	100	4	92	0	95
替加环素	0	100	0	100	0	100	0	100

表 2 粪肠球菌和屎肠球菌对抗菌药物的耐药率和敏感率 (%)

抗菌药物	<i>E. faecalis</i> (n= 59)		<i>E. faecium</i> (n=86)	
	R	S	R	S

青霉素 G	5.1	94.9	86	14
氨苄西林	5.1	94.9	81.4	18.6
高浓度庆大霉素	23.7	76.3	59.3	40.7
环丙沙星	25	72.9	75.4	18.5
左旋氧氟沙星	22.8	75.4	76.7	17.4
莫西沙星	9.1	90.9	82.1	17.9
克林霉素	90.9	9.1	82.1	7.1
红霉素	42.1	10.5	89.5	2.3
呋喃妥因	0	97.7	52.8	13.2
利奈唑胺	0	100	0	100
万古霉素	0	100	0	100
替考拉宁	0	100	0	100
替加环素	0	100	0	100

*Results only from urinary tract isolates.

表 3 儿童及成人患者中非脑膜炎肺炎链球菌的耐药率 (%)

抗菌药物	Isolates from children			Isolates from adults		
	PSSP (n=107)	PISP (n=107)	PRSP (n=107)	PSSP (n= 24)	PISP (n= 24)	PRSP (n= 24)
青霉素 G	97.3	0	0	100	0	0
头孢曲松	90.8	4.1	5.1	95.7	4.3	4.3
头孢曲松	48	42.9	9.2	52.2	43.5	4.3
头孢噻肟	85.9	10.1	4	91.3	4.3	8.7
头孢噻肟	43.4	42.4	14.1	47.8	43.5	4.3
厄他培南	99	1	0	91.3	4.3	22.7
美洛培南	48.5	41.4	10.1	50	27.3	0
利福平	100	0	0	100	0	4.2
左旋氧氟沙星	99.1	0	0.9	95.8	0	4.3

莫西沙星	100	0	0	95.7	0	100
复方新诺明	0	12.5	87.5	0	0	100
克林霉素	0	11.1	88.9	0	0	100
阿奇霉素	0	0	100	0	0	95.2
红霉素	1.9	1	97.1	4.8	0	0
利奈唑胺	100	0	0	100	0	0
万古霉素	100	0	0	95.8	0	4.2
氯霉素	96.2	0	3.8	95.8	0	0

表 4-1 葡萄糖不发酵革兰阴性菌对抗菌药物的耐药率和敏感率（%）

抗菌药物	<i>P. aeruginosa</i> (n=159)		<i>Acinetobacter spp</i> (n=154)	
	R	S	R	S
氨苄西林	100	0	20	40
头孢哌酮/舒巴坦	9.1	77.8	43.3	56.7
氨苄西林/舒巴坦	100	0	65.6	34.4
替卡西林/克拉维酸	39.2	28	83.6	13.7
哌拉西林/他唑巴坦	5.3	80.3	82.7	16.3
头孢唑啉	100	0	100	0
头孢他啶	14.6	79.7	79.2	14.9
头孢曲松	100	0	100	0
头孢吡肟	8.2	77.2	72.7	23.4
氨曲南	9.4	61.9	94.4	0
亚胺培南	20.8	75.5	73.2	26.1
美洛培南	16.8	75.5	82.9	15.3
阿米卡星	15.7	82.4	73.7	20.3
庆大霉素	28.6	65.7	60.3	35.3
环丙沙星	22	73.6	77.3	22.7
左旋氧氟沙星	23.3	66.4	50.3	30.7
粘菌素	1.8	96.3	100	0

多粘菌素 B	0	100	0	100
呋喃妥因	100	0	0	100
米诺环素	63.6	18.2	100	0
替加环素	87.2	4	5.7	82.9

3 讨论

MRSA 主要分离自儿科病房、骨科和甲状腺科，可能与儿科作为我院优势科室收治的患者多、病情重相关^[2]。MRSA 作为医院感染常见病原菌，致病性强，病死率高，需要医院加以重视并重点监测。肠杆菌科细菌是医院感染的主要病原菌之一^[3]。本次监测结果显示，肠杆菌科不同菌属之间的耐药表型存在差异。除克雷伯菌属和沙雷菌属外，其他菌属对碳青霉烯类药物敏感，耐药率低于 17.1%，尤其大肠埃希菌的耐药率低于 1.6%。肺炎克雷伯菌对亚胺培南和美罗培南的耐药率分别为 9.1%和 10.6%，明显高于 2018 年 CHINET 报道的数据（5.0%和 6.1%），提示我院需要加强碳青霉烯类药物应用的管理^[2]。

革兰阴性菌的细菌耐药性问题日趋严重，多重耐药菌株的出现和流行，限制了抗菌药物的选择。CRE，尤其是碳青霉烯类耐药的铜绿假单胞菌和鲍曼不动杆菌等，仅对多黏菌素 B 或替加环素敏感。与 B 内酰胺类药物相比，多黏菌素与肾毒性和神经毒性有关，并且容易出现耐药性，而替加环素单一疗法会导致患者死亡率增加。在 CRE 所致血流感染的治疗中，单用高剂量碳青霉烯类或碳青霉烯类药物联合多黏菌素或庆大霉素，可以改善患者的预后。

综上，我院临床耐药菌株呈增长趋势，尤其是 MRSA 和 CRE，高于近期国内报道的平均检出水平，需密切关注和主动监测耐药细菌的发生率。另外，医院需要加强院感防控宣传，积极采取措施遏制耐药细菌的传播。

参考文献：

[1] Clinical and Laboratory Standards Institute.Performance standards for antimicrobial susceptibility testing [S] . 2019,M100–S29.
[2]胡付品，郭燕，朱德妹，等.2018 年 CHINET 中国细菌耐药性监测[J] .中国感染与化疗杂志，2020，20（1）：1–10.
[3] FEIL E J.Enterobacteriaceae:joining the dots with pan- European epidemiology [J] .Lancet Infect Dis,2017，17（2）:118–119.
[4]胡付品，郭燕，朱德妹，等.中国感染与化疗杂志[J] .Chin J Infect Chemother,September 2020,Vol.20,No5.

基金项目：国家科技基础资源调查专项 。项目编号 2019FY101200。

社区高血压、糖尿病患者实施健康管理的效果分析

贺芳芳 缪静

银川市第一人民医院阅海万家 E 社区卫生服务中心 宁夏银川 750001;

银川市第一人民医院大庙社区卫生服务站 宁夏银川 750001

摘要: 目的: 探讨社区高血压、糖尿病患者实施健康管理的效果。方法: 采集我中心 2021 年 4 月至 2022 年 2 月期间随访监测的 98 例社区高血压、糖尿病患者, 随机划分为对照组与观察组各 49 例, 对照组运用常规护理, 观察组运用健康管理, 分析不同处理后患者血压、血糖、治疗依从性、满意度、自我管理能力和对疾病知识的认识评分等情况。结果: 在患者自我管理能力和对疾病知识的认识评分上, 观察组各项评分明显高于对照组, 对比有统计学意义 ($p<0.05$); 在患者血压、血糖水平上, 观察组各项明显低于对照组, 对比有统计学意义 ($p<0.05$); 在患者治疗依从性上, 观察组 95.92%, 对照组 83.67%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$); 在患者护理满意度上, 观察组 97.96%, 对照组 87.76%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。结论: 社区高血压、糖尿病患者实施健康管理, 可以有效地提升患者治疗依从性, 优化患者自我管理能力和提升患者对疾病知识的认识水平, 降低患者血压、血糖水平, 提升患者对有关工作的满意度。

关键词: 社区高血压; 糖尿病; 健康管理; 效果

高血压与糖尿病属于常见的中老年慢性疾病, 近些年有逐步的年轻化趋势。该病容易引发多种并发症, 甚至构成生命威胁。如果两种疾病合并存在, 则容易导致心脑血管不良事件发生率提升, 治疗难度也更高, 生活的要求也更多。本文采集 98 例社区高血压、糖尿病患者, 分析运用健康管理后患者血压、血糖、治疗依从性、满意度、自我管理能力和对疾病知识的认识评分等情况, 具体内容如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集我中心 2021 年 4 月至 2022 年 2 月期间随访监测的 98 例社区高血压、糖尿病患者, 随机划分为对照组与观察组各 49 例。对照组中, 男 28 例, 女 21 例; 年龄从 60 岁至 81 岁, 平均 (67.28 ± 4.19) 岁; 高血压病程范围为 5 年至 14 年, 平均 (9.84 ± 3.18) 年; 糖尿病病程范围为 5 年至 13 年, 平均为 (8.92 ± 2.37) 年; 观察组中, 男 25 例, 女 24 例; 年龄从 60 岁至 83 岁, 平均 (68.09 ± 5.54) 岁; 高血压病程范围为 5 年至 12 年, 平均 (9.17 ± 2.54) 年; 糖尿病病程范围为 5 年至 14 年, 平均为 (8.17 ± 3.65) 年; 两组患者在基本年龄、性别、病程等信息上没有明显差异, 有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用常规护理, 观察组运用健康管理, 具体内容如下:

首先, 需要做好患者健康档案, 一般可以通过问卷调查的方式进行。其内容包括患者的综合信息, 如年龄、性别、文化程度、疾病史、过敏史、用药情况、联系方式、作息、运动、爱好、饮食习惯、饮食禁忌等各方面

问题。要成立对应的社区健康管理小组, 积极做好有关工作调研, 设计对应的工作开展方式以及内容。

依据具体的工作开展对象情况, 做多样化的健康管理方案, 匹配不同情况所需。例如, 要做好对应的健康教育工作, 健康教育的方式可以通过口头方式以及书面方式。可以一对一, 也可以一对多。一对一主要做好个人问题的具体强调, 一般是与社区义诊等工作联合开展。一对多则可以深入社区展开健康讲座, 做好集体性的宣教工作指导^[1]。具体教育指导内容需要保持通俗易懂, 要充分意识到患者群体中多数属于非医疗从业人员, 对于有关疾病的认识缺乏专业性, 因此过多的专业术语容易导致其理解的障碍。在解说过程中, 需要将有关专业术语转化为通俗用语, 提升患者的理解效果。宣教过程中可以通过口头解说指导强调, 配合有关 PPT 宣教素材以及有关视频、图文、音频等素材做有效地配合, 提升有关讲解工作的便捷性。同时在讲解的过程中, 也可以鼓励患者反馈问题^[2]。将日常所遇到的问题积极反馈, 进而达到针对性地引导。在引导单个患者的过程中, 其有关的经验也可以达到其他人员的教育指导作用。同时互动性更强, 可以更大程度地调动患者对有关工作的参与积极性。提升整体的健康讲座工作开展氛围, 同时也方便健康管理工作人员对患者情况有更多地了解。健康管理不是闭门造车可以完全掌握, 需要做好更多的沟通互动, 才能知晓地方患者具体情况特点^[3]。

每个地方患者的疾病状况、认知水平、生活习惯、文化风俗都有一定的差异, 由此也决定了有关健康教育工作内容以及形式开展需要灵活化的展开, 避免笼统一刀切而导致的不匹配问题。在有关健康讲座的过程中或

者义诊活动中,可以提供对应得高血压、糖尿病等慢性病的健康教育指导手册^[4]。由此保证老年患者可以在活动结束后自行阅读了解,甚至将有关手册传阅给其家属做进一步的宣传效果。如果教育指导的患者对象熟练掌握现在智能手机网络信息阅读方式,也可以建立对应的患者群组,展开群组内的沟通答疑。日常也可以将制作的经典健康宣教电子文章在群组内发放,由此来加强整个群组内的互动,通过有关形式达到宣教的针对性效果^[5]。

对于健康管理的工作人员,可以在有关微信群组内做对应的健康宣教时间安排。一方面可以调动气氛,让患者之间做有关经验的分享、宽慰,达到有关心理安抚以及健康教育指导的效果。另一方面,对于其讨论的问题以及提出的问题存在的差错以及难点时,专业的健康管理则需要给出针对性的说明指导,或者提供有关专业性的专家指导意见文章做对应的说明^[6]。

随着后疫情时代的来临,有关健康讲座工作的开展,从线上逐步扩展到线下。疫情反复,不倡导大家在实体空间密闭环境中展开讲座活动,因此网络层面展开专家健康讲座答疑等视频素材以及图文资料的分享。尤其是现在短视频形式火爆,人们对短小疾病知识解说答疑的兴趣度高,其内容的阅读耗时更短,明确清晰,大众的接受度更好。因此,可以将有关糖尿病、高血压的健康知识制作成各种通俗化、生活化问题相关的短视频材料,放在有关视频号、抖音号、快手号等多种互联网平台上做宣传、分享,让患者对有关知识有更清晰地了解。

而有关宣教的内容包括运动、饮食、作息、复诊、用药、自我检查、疾病复诊等各方面注意事项,可以展开相对小话题的说明^[7]。患者可以通过有关材料进行了解,同时也方便分享给身边其他亲朋好友或者患者群体,达到有关健康宣教材料的再传播效果。提升整体材料制作的社会价值,充分利用互联网渠道做好有关知识宣教工作。同时这种互联网的形式避免了人与人直接接触沟通互动,人们可以在网络平台上做有关信息的阅读了解,也可以展开有关问题的积极互动反馈。

对于有关宣教材料的制作,一方面健康管理小组人员中如果有擅长制作的人,可以利用自身人才资源优势做内容的针对化设计。一般情况是通过患者反馈的问题做有关内容的制作,保证内容与其诉求的匹配性。如果自身没有专业人才,可以运用网络上现成的素材做对应的推荐分享,也可以借用第三方机构做有关内容的设计。具体形式上依据有关工作小组的经费条件、人力状况、患者诉求等情况而定,避免笼统一刀切。尽可能保证工作开展的便捷性、低成本性、高效率性,避免好高骛远。

在饮食管理上,要引导患者尽可能减少油腻、辛辣、刺激等饮食摄取,

尤其是高脂肪类的饮食,例如猪油、牛油、羊油、肥肉等,要多摄取粗粮、新鲜蔬菜瓜果等相对高膳食纤维的饮食^[8]。同时糖尿病以及高血压属于终身用药疾病情况,因此在整体的治疗控制过程中,要让其意识到规范用药的必要性。避免随意增减药物或者停药,同时也避免用其他保健品替代药物治疗。在具体的治疗方案上,需要与医生做有效沟通,保证处理应对的安全性。要让其意识到随意更改用药方案容易引发多种并发症,尤其是心脑血管并发症问题相对突出,甚至会构成生命威胁。同时也要让患者意识到每个患者机体状况不同,对药物的敏感性反应都有一定差异。因此用药方案没有笼统一刀切的选择,需要做好因人而异的合理调整。不能盲目地模仿其他人用药,尤其是避免因为他人用药费用低而放弃自身用药方案。同时除了规范的饮食管理、用药管理,还需要做好运动管理。一般情况下,可以进行太极拳、骑自行车、慢跑、散步等多种有氧活动。运动需要保持机体的耐受度,避免超负荷运动而导致的不良后果。

1.3 评估观察

分析不同处理后患者血压、血糖、治疗依从性、满意度、自我管理能力、对疾病知识的认识评分等情况。治疗依从性=完全依从率+部分依从率。满意度=很满意率+基本满意率。自我管理能力、对疾病知识的认识评分,均采用百分制评分,评分越高情况越好。血压观察舒张压、收缩压,血糖观察餐前血糖与餐后 2h 血糖。

1.4 统计学分析

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

2 结果

2.1 各组患者血压、血糖水平情况

见表 1,在患者血压、血糖水平上,观察组各项明显低于对照组,对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 1: 各组患者血压、血糖水平结果 ($\bar{x}\pm s$)

分组	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)	餐前血糖 (mmol/L)	餐后 2h 血糖 (mmol/L)	糖化血红蛋白 (%)
观察组	37.28±4.19	178.25±9.74	5.49±0.87	8.02±1.54	7.53±0.89
对照组	59.42±8.14	284.11±10.63	7.75±1.43	11.38±1.92	10.65±1.74

注:两组对比, $P<0.05$

2.2 各组患者自我管理能力、对疾病知识的认识评分情况

见表 2,在患者自我管理能力、对疾病知识的认识评分上,观察组各

项评分明显高于对照组,对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 2: 各组患者自我管理能力、对疾病知识的认识评分结果 ($\bar{x}\pm s$, 分)

分组	自我管理能力评分	疾病知识的认识评分
观察组	96.42±2.15	97.28±1.43
对照组	84.26±3.58	79.65±1.52

注: 两组对比, $P<0.05$

2.3 患者治疗依从性情况

见表 3 所示, 在患者治疗依从性上, 观察组 95.92%, 对照组 83.67%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 3: 患者治疗依从性评估结果[n(%)]

分组	n	完全依从	部分依从	不依从	治疗依从性
观察组	49	28(57.14)	19(38.78)	2(4.08)	95.92%
对照组	49	15(30.61)	26(53.06)	8(16.33)	83.67%

注: 两组对比, $P<0.05$

2.4 患者护理满意度情况

见表 4 所示, 在患者护理满意度上, 观察组 97.96%, 对照组 87.76%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 4: 患者护理满意度评估结果[n(%)]

分组	n	很满意	基本满意	不满意	护理总满意度
观察组	49	26(53.06)	22(44.90)	1(2.04)	97.96%
对照组	49	14(28.57)	29(59.18)	6(12.24)	87.76%

注: 两组对比, $P<0.05$

3 讨论

糖尿病与高血压合并存在属于较为常见问题。一般情况下, 糖尿病发病机制在于胰岛素抵抗与高胰岛素血症问题的影响促使患者动脉粥样硬化更为突出。血管功能以及血管内皮细胞受损, 血糖提升, 进而导致心血管疾病发病率更为明显。因此, 当患者存在糖尿病合并高血压情况时, 需要更好的控制病情的恶化, 做好降压以及降糖药物的使用, 还需要做好个人生活管理。在健康管理工作中, 要做好有关注意事项说明, 也需要做好患者心理建设工作。提升其疾病控制的信心, 保证其治疗依从性, 避免不良情绪以及负面行为对整体疾病控制构成的干扰性。

在具体工作开展过程中, 还需要充分调动家属对有关工作的支持度。尤其是有关疾病需要做好用药管理以及生活管理, 家人在用药监督以及饮食安排支持上都有一定的支撑作用。因此, 要做好家属的教育指导工作,

提升其对有关疾病以及治疗的认识水平, 辅助有关工作的推进。

在具体处理应对中, 要做好个性化的处理, 要考虑每个患者以及家属情况具有一定的差异性。要了解其生活习惯, 寻找匹配其认知水平与喜好的健康管理方式以及内容。要督促家属做好患者血糖、血压日常监测以及记录, 购置对应的检测设备, 也可以告诉其在社区基层卫生站也有对应检测服务, 提供多样化的方案任其选择。健康管理是近些年来一种管理理念, 在慢性病患者中运用较广, 同时也属于基层社区医疗机构积极推进的工作内容。在具体的处理应对上需要, 因地制宜做好有关技术的应用, 尽可能地运用现代化的通信技术、设备工具等来提升有关工作的效率及质量, 减轻有关工作人员的压力。一般情况下, 有关疾病患者对于疾病本身的认知存在多种不良行为以及心理问题, 需要纠正其错误行为, 改善其负面情绪, 提升患者自我管理能力水平, 优化其对疾病的认识。

随着互联网信息的多样性, 导致人们对于疾病的认识也千差万别。要纠正错误认知, 避免错误信息带来的误导。因此, 需要做好及时的沟通指导咨询工作, 甚至可以深入患者家庭之中, 观察其生活状况, 而后提出对应的调整方案。让健康管理能够落到实处, 贴合每个个体情况而定。

总而言之, 社区高血压、糖尿病患者实施健康管理, 可以有效地提升患者治疗依从性, 优化患者自我管理能力, 提升患者对疾病知识的认识水平, 降低患者血压、血糖水平, 提升患者对有关工作的满意度。

参考文献:

- [1]赵冠如,徐海燕. 社区高血压、糖尿病患者实施健康管理的效果分析[J]. 健康必读,2021(18):287.
- [2]丁海英. 社区高血压、糖尿病患者实施健康管理的效果分析[J]. 中国医药指南,2020,18(3):128-129.
- [3]李秀琴. 精准护理对社区 2 型糖尿病及高血压患者实施健康管理的效果[J]. 中国保健营养,2021,31(8):260.
- [4]陈莉. 社区健康管理模式在老年高血压合并 2 型糖尿病患者中的应用效果[J]. 东方药膳,2021(6):214.
- [5]陈艳华. 老年人高血压及糖尿病社区健康管理及护理干预效果研究[J]. 健康之友,2020(24):177.
- [6]党彩霞. 老年人高血压及糖尿病社区健康管理及其护理干预[J]. 特别健康,2020(13):151.
- [7]张建琴,刘人平. 老年人高血压及糖尿病社区健康管理及护理干预疗效评价[J]. 饮食保健,2020,7(27):147-148.
- [8]寇彩艳. 老年人高血压及糖尿病社区健康管理及护理对策[J]. 健康必读,2020(36):279-280.

人性化管理在中医院门诊管理中的作用

黄张美 金一戈^{通讯作者}

江苏省南通市中医院 226000

摘要：目的：研究中医院门诊管理中应用人性化管理的作用。方法：我院于2021年3月-2022年3月选取100人对12名门诊护士进行评价，按照随机数字表法进行观察组（人性化管理）和对照组（一般护理）的划分，比对护理后的患者满意度、纠纷率和门诊预约率。结果：观察组护理后的患者满意度高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组的护理指标较对照组改善，且和对照组比较，观察组的纠纷率低于对照组、门诊预约率高对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：为中医院门诊管理提供人性化管理，能够促使患者满意度的提升，保证护理安全事故发生率降低，增强医院门诊护理服务质量。

关键词：人性化管理；中医院；门诊管理；作用

门诊医疗服务质量和医疗技术水平的提升与医院的综合实力存在很大关系，也是患者评价以及对医院衡量的主要标志。护理质量与患者满意度关系密切，医院门诊护理工作面对很大的压力，且工作范围广泛，疾病种类多，工作时间也比较集中，护理人员作为医院的关键者，在实际工作中需要本着团结、友爱的态度，利用人性化管理来增强护理人员工作积极性，保证医院的门诊护理质量逐渐提升^[1]。本文将2021年3月-2022年3月选取100人对12名门诊护士进行评价，分析中医院门诊管理中应用人性化管理的作用。

1 资料和方法

1.1 信息资料

在2021年3月-2022年3月选取门诊护士12名作为研究对象，100人对其评价。护士人员男性和女性分别为6名、6名。年龄从23岁-54岁，平均（ 30.22 ± 0.32 ）岁。护龄为2年-20年，平均（ 10.23 ± 0.23 ）年。其中，主任护师、主管护理师、护理师、护士分别为1例、2例、5例、4例。100人中有男性和女性分别为30例、70例，年龄为30岁-50岁，平均（ 40.74 ± 0.23 ）岁。

以上资料经比对结果无差异（ $P>0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：所有护理人员工作经验丰富、且具备较强的责任心，乐于与人沟通。

排除标准：住院部门护士；产科以及妇产科护士。

1.2 方法

对照组：一般护理。

观察组：人性化管理。具体表现为，第一，志愿者服务。志愿者要指导患者到相应的诊室就诊，如果有病人行动不便，可以提供轮椅服务。在门诊大厅，志愿者需指导患者有序到科室检查，负责维持大厅内的挂号秩序和维护环境卫生等。第二，老年人就诊陪同。期间可以实现一对一陪伴就诊，通过全程陪伴使患者感受温暖，也可以针对一些行动不便、预约挂号困难以及不熟悉看病流程等问题提供智能服务，特别是在疫情情况下，预检分诊需要扫码才能通行，针对一些不会使用智能手机、无法扫码的老年人，医院闸机设置有身份证识别阅读器，方便老年人通行。对于老年人无法填写电子流调表的情况下，我们配备专人帮忙填写纸质流调表。门诊还为老年人的就医需求提供电话预约、现场预约、医保APP、微信公众号预约等。目前，每个医院都有自助挂号缴费机，十分方便，就诊期间只需要在自助机上操作。但是，由于老年人对自助机不熟悉，特此在门诊的各个楼层设置了自助引诊人员，帮助其操作。第三，管理人员需遵循以人为本

的发展理念，将其作为重要引导。科主任护士长要充分发挥榜样作用，能够通过换位思考、柔和方式处理各项危机。还需要为护理人员提供人性化的工作环境与休息环境，能够有效处理护患之间的矛盾，维护人员各个方面的利益，还需要鼓励护理人员主动学习新知识，重视自身素质的提升等。

1.3 观察指标

（1）患者满意度，基于自制的满意调查表，其维度划分为满意、一般和不满意三个维度。90分以上为满意，70-89分为一般，70分以下为不满意^[2]。（2）纠纷率和门诊预约率的观察和记录。

1.4 统计学分析

两组护理指标对比用（均值±标准差）的形式表示，以t数值检验，患者满意度、护理安全事故发生率用率（%）的形式表示，行卡方检验，数值判定标准为 $p<0.05$ ，证明统计学的意义。

2 结果

2.1 患者满意度

如表1所示，研究组患者满意度高于对照组患者满意度，两组对比，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

表1 对比患者满意度（n/%）

组别	n	服务态度	医生技术	药方服务	检查服务
观察组	100	89.24±2.34	90.23±3.24	95.23±3.24	89.23±3.21
对照组	100	74.23±2.45	80.42±2.34	85.23±3.23	76.23±2.12
T		44.3043	24.5456	21.8580	33.7936
P		0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 纠纷率和门诊预约率

研究组的纠纷率为10%，对照组的纠纷率为20%，两组对比，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。研究组的门诊预约率为80%，对照组的门诊预约率为60%，两组对比，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表2。

表2 两组纠纷率和门诊预约率比较（n/%）

组别	n	纠纷	预约
研究组	100	10（10.00）	80（80.00）
对照组	100	20（20.00）	60（60.00）
X ²		3.9216	9.5238
P		0.0476	0.0020

3 讨论

门诊是一个医院形象树立的关键,门诊护士的工作态度与医院的服务水平存在很大关系。医院门诊患者数量多,且工作复杂,护理工作难度大,需长期处于高度集中的工作状态,导致护理人员身心疲惫,也是发生医患关系的主要趋势。近几年,患者给临床护理服务提出的要求逐渐增加,人性化管理在该背景下逐渐产生。人性化管理能够提升门诊服务工作效率,保证整个护理效果的获取。人性化管理是将患者作为中心对象,本着以人为本的服务理念,充分满足患者的各项要求。在实际应用期间,需要将患者作为关键,使患者主动性和积极性不断增强,保证工作质量的提升。人性化管理工作的实施也有利于自身职业素养、护理能力的增强,培养护理人员的服务意识,这不仅能缓解护患矛盾,也会使医院在市场上获得有利地位。

人性化管理能促使护士长发挥榜样作用,护士长是门诊护理中的主要管理者,前提需要做好自身工作,不仅要具备较强的综合素质,掌握规范操作流程,也要在工作中发挥表率作用^[3-5]。同时,护士长需善于沟通和交际,能够使用简短的语言充分表达意图,有效处理人际关系,能够在较短时间内做出正确决策。还能够在工作中足够理性,能及时处理其中的突发事件。门诊患者比较多,且等候的时间较长,患者和家属容易出现急躁等不良事件,这时候要理性看待,能掌握患者的心理想法,找到问题引起的根本原因,确保患者的不稳定情绪逐渐得到安抚。人性化管理的目的是按照人的性格、观点进行管理,护士长在进行工作岗位分配期间,要思考到集体利益和护士的个人利益,掌握每个护士的性格特点,使其有效划分到不同科室。排班也要实现人性化,利用弹性自主选择班次方式,在能保证工作质量的同时,有效满足每个人的需求。营造良好的工作环境能为人性化管理服务质量的提升提供条件,使护士的工作效率也更高。比如:在医院门诊按照医疗工作需求合理布局,能按照患者需要的硬件设施、心理需求等提供,以彰显人文关怀的价值。门诊患者种类比较多,出现的突发事件也比较多,在这种情况下使门诊护士面对较大的工作压力。护士因为面对的压力感,加上日常缺乏沟通,在人际和利益关系方面都会出现矛盾,甚至会发生工作失误。作为护门诊管理部门,要及时掌握和处理护士之间的矛盾,能分析每个人的性格特点和具体问题等,促使护士之间的沟通与交流^[6-8]。

人性化管理是基于以人为本的发展理念实现的,在中医院门诊管理工作中应用人性化管理,是对门诊内护理人员实现人性化管理。因为中医院的门诊是与患者最先接触的地方,也是医院的对外窗口,是中医院的主要组成部分,患者对中医院的印象就是从门诊开始的。所以,中医院门诊的护理人员态度、行为、专业性、自身技能等都会给医院的医疗水平带来很大影响,只有保证门诊护理人员的服务质量,才能为中医院的经济效益提升提供强大保障。中医院门诊接收的患者呈现多样化、病情不同,且患者存在较大的流动性和复杂性。护理人员为了给患者提供重要服务,保证患者获得更高的满意度,降低医疗纠纷发生率,一定要具备较高的专业能力,在工作中服务态度良好,确保个人行为更规范,促使门诊环境的有效创建。实际上,门诊的护理人员水平和文化程度不同,且存在不同的问题。为了使门诊护理人员形成统一的思想价值观,需要对门诊护理人员进行管理。中医院门诊管理工作较为复杂,还需要管理人员给出完善的执行措施。有研究发现,使用人性化管理后能使中医院门诊的管理效率提升,保证护理人员工作积极性的增强。经过人性化管理工作的实施,门诊环境得到优化,护理人员的行为逐渐规范,服务态度良好,专业技能得到提升,人性化管理工作意义十分明显。在中医院门诊中应用人性化管理工作,是将护

理人员作为主要对象,在管理制度逐渐开展下,充分分析了护理人员的思想感受,以促使护理人员工作积极性和主动性的提升。一般情况下,中医院门诊的护理人员会受到工作、家庭等多方面的压力,为了能为患者提供更好服务,就需要解决护理人员的自身问题。

人性化管理工作主要体现为:能为护理人员提供民主化管理,保证护理人员能积极参与到制度制定中,充分发表自己意见,也展现了中医院对护理人员的重视,促使中医院和护理人员之间的关系,保证制定共同发展目标,这种情况下护理人员也能遵守制度,更好的提升服务效率等。同时,还实现了自我管理制度,中医院门诊为了促使门诊护理人员的长期进步和发展,保证护理人员工作积极性的提升,需要为护理人员提供各种学习和培训机会,保证人员素养的提升,间接的提升工作效率。不仅如此,还需要在期间增加情感化护理管理模式,保证中医院门诊的护理人员具备较强责任心和工作积极性,能尊重、善待每一位患者,保证护患关系的和谐进步,这也有利于后期工作的顺利开展。人性化管理工作方法的实施,主要从门诊环境、管理、行为、态度以及技能等方面进行,通过人性化管理制度的应用,能使护理人员积极投入到工作岗位上,充分发挥工作积极性。且护理人员也能以患者为中心,按照患者的需求条件进行服务。还需要加强对门诊环境的处理,为患者打造舒适环境,使患者在就医的过程中心情更好。对于自身行为,期间要耐心服务,主动关心患者,将门诊的就医流程予以告知,逐渐缓解患者的焦虑情绪等,使患者对中医院门诊获得信心。护理人员还需要增强专业性,能利用先进的医疗技术获取患者信任,保证患者就医中更满意。所以说,人性化管理是基于护理人员分析的,重点提升护理人员的工作水平和质量,保证护理人员工作积极性的提升,将患者作为服务对象,在保证护理工作服务质量提升的情况下,也能使患者对中医院门诊服务获得更高满意度。

综上所述,为中医院门诊提供人性化管理后,能充分体现每个护士的价值感和归属感,保证护理队伍获得强大的凝聚力,在护士工作积极性和主动性逐渐增强的同时,也能提高护理工作质量,增强患者护理满意度。因此,人性化管理的应用十分重要,每个护士能充分掌握医院的发展目标,能够按照该目标齐心协力,逐渐得到社会的认可,促使医院的可持续发展。

参考文献:

- [1]孟锡敏. 门诊患者护理管理中实施人性化服务价值分析[J]. 中国保健营养,2019,29(32):261.
- [2]孟宪鲁. 人性化管理在门诊护理管理中的应用效果[J]. 中国保健营养,2017,27(14):178.
- [3]王娟. 人性化护理服务模式在眼科门诊护理管理工作中的应用效果观察[J]. 中国卫生产业,2016,13(5):193-195.
- [4]高颖. 人性化护理服务模式在眼科门诊护理管理工作中的作用[J]. 中国卫生产业,2018,15(21):79-80.
- [5]吕冬梅. 人性化管理模式对门诊护理管理的积极作用研究[J]. 中国卫生产业,2019,16(30):1-2,5.
- [6]高晶. 人性化管理在医院门诊护理管理中的应用价值[J]. 中国保健营养,2016,26(27):159.
- [7]郭婷婷. 人性化管理模式在医院门诊药房管理中的应用[J]. 中国卫生产业,2019,16(31):85-86.
- [8]曹雨芹. 研究人性化管理在医院门诊护理管理中的运用方法及护理效果[J]. 中国保健营养,2021,31(27):136.

手术室感染控制的 PDCA 循环管理模式在泌尿外科腔镜手术患者护理中的应用

慕全艳

吴起县妇幼保健院 陕西延安 717600

摘要：目的：对泌尿外科腔镜手术患者进行临床观察和护理，比较具体效果。方法：本次选取的泌尿外科腔镜手术患者共计 60 例，泌尿外科腔镜手术患者年龄最低为 28 岁，最高不超过 65 岁，对照组、试验组分别采用常规护理、综合护理模式。结果：通过对试验组、对照组泌尿外科腔镜手术患者进行术后感染情况比较，其中 1 周、2 周中感染人数分别为 2 例、5 例，感染比例为 6.67%、16.67%。对于对照组泌尿外科腔镜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 。试验组管理质量评分分别为 $84.63\pm2.14、88.23\pm1.60、91.06\pm0.50、90.04\pm0.75$ ，试验组质量评分明显改善， $t=15.064、11.090、18.441、17.086$ ， p 均 <0.05 。试验组中并发症出现率相比较对照组效果较少。结论：在进行 PDCA 循环管理模式的同时能够有效预防尿路感染，同时值得进行临床研究和应用。

关键词：泌尿外科腔镜手术；临床观察；护理；尿路感染

目前临床治疗中多数患者容易出现尿失禁、尿潴留等不良情况，为缓解患者的痛苦部分主要手段即为进行导尿管留置从而促进患者尿液排出体外^[1]。但临床数据研究表明，患者容易出现尿路感染等。本文通过对尿路感染患者进行综合护理干预，具体研究情况如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次选取的泌尿外科腔镜手术患者共计 60 例，泌尿外科腔镜手术患者年龄最低为 28 岁，最高不超过 65 岁。泌尿外科腔镜手术患者中男性患者为 36 例，女性患者为 24 例，患者病程平均值为 2.1 ± 1.0 年。通过对患者资料进行比较差异不大。

1.2 方法

对照组、试验组分别采用常规护理、PDCA 循环模式。

PDCA 循环模式：

第一，计划。分析当前医院手术室感染原因，当前来说泌尿系统外科患者一般伴有基础疾病同时年龄较大，出现手术次数较多。腹腔镜泌尿医疗器械等存在结构复杂、仪器紧密的情况，从而导致清洗难度增加。应增加相关重视程度，在结合医院实际情况的同时，做好手术室感染培训，在制定对应管理，完善相关操作制度的同时，做好消毒灭菌等相关记录，做好清洁卫生的管理工作。

第二，实施。通过组织手术室医护人员针对《医院消毒标准》等进行培训学习，明确消毒隔离。组建手术室、供应室联合小组，主要由两个小组长共同商定，管理制度由手术室、供应室小组长共同签订，并做好检查，如果出现问题，及时针对问题做好调整。在初期阶段，应做好相关培训，做好定期消毒，并落实相关措施，确保定期结合问题对有关措施进行制定，最大限度的提升手术室质量。对于系统和设备来说具有不同的特性，通过加强设备以及一次性手术器械管理，保证通风，在使用时做好包装等的机场南，在符合标准后进行应用。在器械管理中采用高温、消毒浸泡的方式进行处理，并避免出现器械损坏情况。依照医疗废物管理标准做好医疗废物的处理和收集，在保证空气质量时，保证卫生整洁。在做好术前备

皮，保证皮肤清洁度的过程中，做好无菌操作，从而开启消毒。

第三，对于小组成员来说，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。

第四，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，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) 泌尿外科腔镜手术患者进行感染情况比较。
- (2) 相关评分比较。
- (3) 并发症情况比较（术中压疮、静脉炎、肺部感染）。

2 结果

通过对试验组、对照组泌尿外科腔镜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%。对于对照组泌尿外科腔镜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±2.13、73.50±1.07、83.30±1.80、80.40±1.03, 试验组管理质量评分分别为 84.63±2.14、88.23±1.60、91.06±0.50、90.04±0.75, 试验组质量评分明显改善, $t=15.064$ 、11.090、18.441、17.086, p 均 <0.05 。

表 2 两组患者管理质量评分比较

组别	医疗废物	感染监控	环境管理	感染防护评分
对照组	75.64±2.13	73.50±1.07	83.30±1.80	80.40±1.03
试验组	84.63±2.14	88.23±1.60	91.06±0.50	90.04±0.75
t	15.064	11.090	18.441	17.086
P	0.000	0.000	0.000	0.000

通过对试验组与对照组并发症发生情况比较, 其中试验组术中中压疮、静脉炎、肺部感染人数分别为1例、1例、0例, 所占比例分别为3.33%、3.33%、0.00%, 对照组术中中压疮、静脉炎、肺部感染人数分别为2例、3例、0例, 所占比例分别为6.67%、10.0%、0.00%, 经比较, 试验组整体并发症情况相对较少 ($p<0.05$)。

表 3 对照组和试验组并发症情况比较

小组	病例	术中压疮	静脉炎	肺部感染
试验组	30	1 (3.33)	1 (3.33)	0 (0.00)
对照组	30	2 (6.67)	3 (10.0)	2 (6.67)
t	-	14.377	20.064	17.953
P	-	<0.05	<0.05	<0.05

3. 讨论

在现阶段医学技术的不断发展中, 在新型腹腔镜手术不断应用, 为确保手术效果, 应做好对应的分析。当前医院感染的高危科室即为手术室, 作为现阶段感染管理的重点, 在手术室管理中如果感染将会导致手术进程受到阻碍, 并影响预后, 直接威胁患者的生命。当前泌尿外科的腔镜手术部位即为泌尿系统生殖, 在整体种类较为繁杂的时候将会导致感染难度增加。当前手术室感染中存在执行力弱、防范意识差等的问题。

当前临床常见的诊疗技术为泌尿外科腔镜手术, 在救治急危重症患者中具有重要作用, 但现在来说多数泌尿外科腔镜手术患者感染率不断增加^[3], 因此进行针对性护理干预具有重要作用。通过对患者进行膀胱收缩功能的主动锻炼以此来避免尿路感染的发生。通过预防尿路逆行感染^[4], 在进行导尿管留置的同时能够有效避免感染, 在更换尿管、减少集尿袋开放的同时还应适当的增加饮水量, 通过护理干预整体情况明显好转。除此之外, 护理人员进行护理前应告知患者家属进行导尿管留置的意义, 同时有效减少并发症对于节约医疗资料具有重要价值。

PDCA 作为现阶段一种有效的管理循环程序, 遵循患者的管理活动规律, 并做好一定防控。在手术中, 以患者为中心, 并观察患者的危险因素等, 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。对于 PDCA 循环来说, 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。在这个过程中, 应观察患者的生命体征, 在数据对比中观察尿管的留置时长等, 从而确保护理效果的完善。

院内感染对病人健康将会产生不利影响, 并会造成巨大的经济损失。除此之外还要帮助患者告知消毒隔离的重要性, 让患者能够做好配合, 防止疾病传播。通过制定消毒隔离制度, 减少清洁区不受污染, 除此之外一些免疫力低下的儿童、老年患者还应禁止探视, 一些危重病人还应指导患者做好自我防护, 避免较差感染, 增加患者的保健意识。如果患者病情复杂、传染性强同时出现并发症, 及时处理患者的分泌物、代号口罩, 以此来减少污染的发生, 做好消毒工作^[5]。

术前准备和术中查对^[7]。通过依据患者的配置药品依据浓度、比例做好配置, 并在切口缝合后对操作设备进行检查, 对于术中增加的药品做好详细记录和排查, 手术完成后观察患者的苏醒情况, 等到患者机体恢复后协助家属送至病房, 做好交接工作。在进行 PDCA 循环管理模式的同时能够有效预防尿路感染, 同时值得进行临床研究和应用。

参考文献:

- [1]刘艳.综合护理干预预防或降低泌尿泌尿外科腔镜手术患者尿路感染的干预效果[J].心理月刊,2019,14(23):124.
- [2]邓春花,唐洪勇.研究综合护理干预预防或降低泌尿外科腔镜手术患者尿路感染的干预效果[J].吉林医学,2018,39(04):783-784.
- [3]李红玉,孙悦芬.综合护理干预对泌尿外科腔镜手术患者预防尿路感染的效果研究[J].基层医学论坛,2017,21(33):4629-4630.
- [4]李静.探讨综合护理干预对泌尿外科腔镜手术患者预防尿路感染的效果[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(42):248-249.
- [5]魏巍巍,贾晋莉,何小东,王甫誉.手术室感染控制的 PDCA 循环管理模式在泌尿外科腔镜手术患者护理中的应用[J].医学理论与实践,2020,33(03):512-513.DOI:10.19381/j.issn.1001-7585.2020.03.093.
- [6]沈阳希,李珍.基于 PDCA 循环管理模式的手术室感染控制在泌尿外科腔镜手术患者护理中的应用[J].护理实践与研究,2019,16(02):130-132.
- [7] Giwangkancana G, Rahmi A, Hidayat N N. Managing surgical patients with a COVID-19 infection in the operating room: An experience from Indonesia[J]. Perioperative Care and Operating Room Management, 2021.
- [8] Neml A, Baer M, Koray G M. The impact of eyelid hygiene on ocular surface and vision-related quality of life among operating room staff[J]. Perioperative Care and Operating Room Management, 2021.
- [9]沈阳希,李珍.基于 PDCA 循环管理模式的手术室感染控制在泌尿外科腔镜手术患者护理中的应用[J].护理实践与研究,2019,16(02):130-132.
- [10] Shaomei WU, Yuan Y, Prosthodontics D O, et al. Observation on the application effect of PDCA cycle management mode in disinfection isolation management of nosocomial infection[J]. China Medicine and Pharmacy, 2019.

改良侧方加压杉树皮足夹板治疗低能量 Nunley II 型 Lisfranc 损伤的疗效研究

钱炜炜

杭州市富阳中医骨伤医院 浙江杭州 311400

摘要：目的：探究改良侧方加压杉树皮足夹板治疗低能量 Nunley II 型 Lisfranc 损伤的临床疗效。方法：收集整理我院 2018 年 1 月至 2020 年 12 月我院就诊采用改良侧方加压杉树皮足夹板治疗手法复位后低能量 Nunley II 型 Lisfranc 损伤 17 例，所有患者入院后先手法复位后稳定后，行改良侧方加压杉树皮足夹板固定，夹板固定后，注意塑形以确保足纵弓的支撑及侧方夹板加压作用，常规固定 8 周，禁患足负重 12 周，门诊定期检查患足形态及功能恢复程度。结果：通过对改良侧方加压杉树皮足夹板术后复位情况进行评估，手法闭合复位结合改良侧方加压杉树皮足夹板解剖复位率 85%，根据 AOFAS 足部功能评价标准评估显示，闭合复位结合改良侧方加压杉树皮足夹板足部复位优良率 88%，其中优 11，良 4，差 2。结论：对于低能量 Nunley II 型 Lisfranc 损伤，手法复位后采用改良侧方加压杉树皮足夹板治疗固定，足部功能恢复良好，可以进一步研究。

关键词：侧方加压技术；夹板外固定；Nunley II 型；Lisfranc 损伤

Lisfranc 损伤是指跖跗关节脱位和周围的骨折，是足踝外科常见损伤之一^[1,2]。Lisfranc 损伤多见于高能量损伤，但近年来以运动损伤为代表的低能量 Lisfranc 损伤发生率呈逐渐上升趋势，目前越来越引起临床骨科医师注意。低能量 Lisfranc 损伤若诊疗不当，病人远期效果较差^[3-5]。目前低能量 Lisfranc 损伤主要参照 Nunley 分型^[6]将 Lisfranc 损伤分为三型，目前对于手法复位后复查后稳定的 Nunley II 型 Lisfranc 损伤，目前治疗方案存在争议^[7-9]。中医骨伤在保守治疗低能量轻微 Lisfranc 损伤积累了一定经验，但在固定方面仍有欠缺，特别是侧方移位的维持及纠正作用，针对此情况，2018 年开始我院结合传统夹板对侧方移位固定的不足，设计了改良的侧方加压杉树皮足夹板治疗低能量 Nunley II 型骨折 Lisfranc 损伤，临床随访效果良好，现报道如下。

临床资料：

收集整理我院 2018 年 1 月至 2020 年 12 月我院就诊采用改良侧方加压杉树皮足夹板治疗手法复位后低能量 Nunley II 型 Lisfranc 损伤 17 例，年龄在 15 岁至 68 岁不等，其中男性 10 例，女性 7 例。

纳入标准：1.明确外伤史，损伤前患足无畸形，功能正常；2. X 线片、CT 及三维重建确诊为第一、二跖跗关节损伤且内侧楔骨与第 2 跖骨基底部的位移 1~5mm 之间，足弓高度正常。排除标准：1.伴有其他跖跗关节损伤；2.既往有跖跗关节损伤病史；3.局部中足开放性骨折及脱位；4.不愿意参加此研究。

Nunley II 型低能量 Lisfranc 损伤的诊断标准^[6]：中前足形态基本正常，第 1、2 跖跗关节区域肿胀、压痛，与健侧相比较，侧方应力试验提示内侧柱不稳定，X 线片示第 1、2 跖骨间隙在 2~5 mm 之间，提示存在 Lisfranc 损伤，CT 平扫再次明确第 1、2 跖骨间隙有无增宽，是否存在微小的撕脱骨片。麻醉后，C 形臂 X 线机透视下双侧对比的应力试验更加准确地判断有无第一、二跖骨间隙的增宽及稳定性的改变，从而明确诊断。

材料：

术前准备：所有患者患者入院后行足 X 线片、CT 平扫及三维重建检

查，无法确诊者行负重位线片检查，诊断为 Nunley II 型骨折，入院后予冰敷并抬高患肢，利于肿胀消退，同时给予消肿药物，定时观察患足的肿胀情况、肢端血运感觉，预防出现患足筋膜间隔综合征，患者均接受常规检查(血液检查、双下肢血管 B 超、心电图等)。医生根据患者足部大小剪成合适大小的杉树皮足夹板，足底棉垫，加压垫 棉花适量、绷带胶布等。

治疗方法

患者在肿胀减轻后，病人取仰卧位，给予硬膜外麻醉或不给麻醉。给予手法整复。先一助手牵拉前足，术者向跖侧推压脱位的跖骨基底部，再向内侧推压跖骨基底部，纠正脱位，经 C 型臂监视提示 Nunley II 型 Lisfranc 损伤骨折脱位复位后稳定的再行下一步固定。若复位后骨折不稳定，则行切开手术内固定治疗。若手法整复后骨折稳定，则先在患肢足背侧置一硬弧形背侧杉树皮夹板及棉垫，足底放置合适大小的杉树皮足夹板，中间放置棉垫维持中间足弓。在内侧楔骨和外侧第五跖骨基底部置放加压垫，再放杉皮小夹板进行侧方加压，所有夹板前后用布带及绑带固定。（固定松紧度不宜太紧）复位固定后更要求病人注意调整夹板、纸垫的位置、布带的松紧，观察末梢血运情况，远端足趾出现温度下降，皮肤发紫。疼痛加重者应调松布带，使其恢复血运（夹板操作如下图）。



图 1：夹板内侧棉垫及足底夹板棉垫维持足弓 图 2：足底夹板的放置



图 3: 背侧及侧方夹板的放置 图 4: 夹板正面观



图 5: 夹板侧面观 图 6: 最终夹板绑带包扎图

术后处理

夹板固定后, 注意塑形以确保足纵弓的支撑及侧方夹板加压作用, 常规固定 8 周, 禁患足负重 12 周, 治疗初期给予抬高患肢, 中成药活血化瘀、消肿止痛治疗, 每周门诊复查更换夹板嘱患者本人及家属密切注意患足各趾的血运及感觉情况, 出现足趾麻木、发凉、苍白等情况随时来院就诊。术后 5~6 个月后依据患者情况, 正常负重行走。

疗效评估: 主要观察指标: 无特殊情况, 患者术后 1, 2, 3, 6, 12 个月回院复诊。检查患足形态及功能恢复程度, 并摄 X 线片观察前足力线、足弓形态及距附关节结构, 并制订下一步的康复功能锻炼复位评估标准: 行正位、斜位及侧位 X 线片检查, 观察患足距附关节是否恢复正常解剖关系。近解剖复位: 间隙增宽在 2.0 mm 内, 距距角 $<4^{\circ}$; 非解剖复位: 距距角在 4° ~ 150° , 间隙增宽 >2.0 mm(无平足畸形的前提下)。术后 6 个月采用美国足踝外科协会(AOFAS)足功能评价标准评估临床疗效, 评估指标主要为疼痛、功能(穿鞋需求、步态异常、行走距离、活动局限性、可步行路面)、足部排列位置方面, 总分为 100 分。分 4 个等级判定术后足功能情况: 90~100 分为优, 75~90 分为良, 50~75 分为可, <50 分为差。

结果: 通过对改良侧方加压杉树皮足夹板术后复位情况进行评估, 手法闭合复位结合改良侧方加压杉树皮足夹板解剖复位率 85%, 根据 AOFAS 足部功能评价标准评估显示, 闭合复位结合改良侧方加压杉树皮足夹板足部复优良率 88%, 其中优 11, 良 4, 差 2。

讨论:

Lisfranc 损伤是指距附关节脱位和周围的骨折, 是中足的最常见损伤。临床如果对此类损伤认识与处理不足, 常导致足部畸形、负重功能障碍等严重并发症^[9-11]。Lisfranc 损伤主要见于高能量损伤, 但近年来以运动损伤为代表的低能量损伤逐渐引起临床注意。低能量 Lisfranc 损伤若诊治失误, 病人远期效果较差。Lisfranc 损伤的治疗目的是恢复足部的行走功能, 穿鞋负重行走不痛^[12]; 目前主流意见认为对于 I 型内侧楔骨与第 2 跖骨底部无可测量的位移, Lisfranc 关节稳定, 可以采取非手术治疗, 但对于手

法复位后复查后稳定的 NunleyII 型骨折, 目前治疗方案存在争议。

对于足部 Lisfranc 损伤的治疗, 中医骨伤学界一直在探索改进中, 寻求更好更简便的治疗。更好的复位, 更好的固定是夹板外固定的目标^[7]。中医骨伤传统夹板治疗足部骨折脱位往往采用足底垫夹板联合背侧夹板固定骨折脱位, 此类固定方式对于单纯的跖骨骨折可以较好的维持固定, 但此类夹板固定对于 Lisfranc 损伤往往效果差强人意, 因为 Lisfranc 损伤存在足部内侧楔骨与足第 2 跖骨基底部的侧方位移, 传统底垫夹板联合背侧夹板固定往往无法提供侧方压力, 若无侧方夹板加压对抗侧方位移, 往往导致复位好的 Lisfranc 损伤位移加大, 从而导致保守治疗失败, 导致足部功能的受限, 针对此不足, 对于 2018 年我院设计改良的侧方加压杉树皮足夹板在治疗低能量 NunleyII 型 Lisfranc 损伤, 该夹板设计的主要亮点在于较前增加的侧方加压夹板及棉垫, 可以较好的对抗 Lisfranc 损伤侧方位移, 同时结合足底垫夹板联合背侧夹板固定, 对抗了前后移位, 同时维持了足弓的高度。

根据目前随访结果提示手法闭合复位结合改良侧方加压杉树皮足夹板解剖复位率 85%, 足部功能评价标准评估优良率达 88%, 其中优 11, 良 4, 差 2。这与文献中手术治疗的优良率差不多, 相应医疗费用此方法大大减少, 临床随访效果良好, 在经济性上, 医疗费用较少, 但还有不足, 样本量少, 缺乏对照研究, 可以进一步研究。

参考文献:

- [1] Haukåen S A, Fredrik N, Marius M, et al. Open Reduction and Internal Fixation of Acute Lisfranc Fracture-Dislocation with Use of Dorsal Bridging Plates[J]. JBJS essential surgical techniques, 2019, 9(4).
- [2] 杨焱, 刘天宇, 项明源, 等. Lisfranc 损伤的诊治进展[J]. 中医正骨, 2019, 31(06): 25-28.
- [3] 陈晓艳. 低能量 Lisfranc 损伤的影像学诊断价值[J]. 现代实用医学, 2021, 33(05): 689-690.
- [4] Patel M S, Mutawakkil M Y, Kadakia A R. Low-Energy Lisfranc Injuries[J]. Clinics in Sports Medicine, 2020, 39(4).
- [5] 甘伟, 李军, 刘创宇, 等. 低能量暴力致 Lisfranc 损伤危险因素调查研究[J]. 实用医技杂志, 2019, 26(10): 1275-1277.
- [6] Nunley J A, Vertullo C J. Classification, investigation, and management of midfoot sprains: Lisfranc injuries in the athlete[J]. Am J Sports Med, 2002, 30(6): 871-878.
- [7] 袁国辉, 庄泽. 不同固定方式治疗距附关节骨折脱位的效果[J]. 中国卫生标准管理, 2020, 11(12): 83-86.
- [8] 高翔, 张殿英, 陈玉宏, 等. 闭合复位与切开复位内固定治疗 NunleyII 型低能量 Lisfranc 损伤的疗效分析[J]. 中华创伤杂志, 2018, 34(11): 1035-1039.
- [9] 邢孟永. 切开复位内固定对 Lisfranc 损伤患者术后足踝功能及生活质量的影响[J]. 山西职工医学院学报, 2018, 28(04): 85-86.
- [10] 王勇. 切开复位与闭合复位内固定治疗 Lisfranc 损伤的临床疗效[J]. 浙江创伤外科, 2020, 25(01): 48-50.

经皮经肝微创手术治疗肝胆管结石病的研究进展

区军杰 彭承东 陈树昌 林建豪 龚义伟

广西梧州市人民医院普通外科 543000

摘要：肝胆管结石是常见的胆道系统疾病类型，患病后症状表现为黄疸、发热、持续性胸背部胀痛等，发病原因相对较为复杂，认为与遗传因素、饮食因素、环境因素、胆汁淤积、胆道解剖结构异常、感染等因素有关。肝胆管结石病有病变范围广、病程长、术后并发症多、残石率高、复发风险高等特点，对治疗的要求也相对较高。目前多采用外科手术治疗该病，随着微创技术的不断发展，使得经皮经肝微创手术在肝胆管结石病的诊断和治疗中的应用也越来越多。本文主要综述了经皮经肝微创手术治疗肝胆管结石病的研究进展以及临床应用。

关键词：经皮经肝微创手术；碎石；肝胆管结石病；残石率

肝胆管结石是一种原发性结石，主要是指发生在肝管汇合处以上的结石，可分布在肝内任一胆管和分支，还可分布于多个胆管内部，可能合并胆囊结石和肝外胆管结石等^[1]。疾病病理特点在于肝内胆管狭窄或扩张，肝损害、胆道感染、胆道机械性梗阻等，结石部位不同会出现不同的表现，可能表现为急性胆管炎，可能引起感染性休克等严重并发症，对患者的生命安全造成严重威胁。针对肝胆管结石多采用外科手术治疗的方式，随着微创医学的不断发展，使得肝胆管结石的微创手术治疗方式也得到了不断的改良。经皮经肝微创手术能将治疗周期明显缩短，在多种胆道结石病的治疗中均有着独特的应用价值。本文就肝胆管结石病实施经皮经肝微创手术治疗的进展作一综述。

1 肝胆管结石病的病理和病因

临床认为肝胆管结石病的发生普遍与后天胆道疾病、不良生活习惯、营养情况、先天弹道畸形、生活条件等因素密切相关。目前有关肝胆管结石病的发病机制和发病原因尚未完全阐明，但主要与以下几点有关：①胆管改变：在出现胆管硬化、胆管狭窄、胆管扩张等情况后，可能会导致肝内胆管结石形成。如患者存在胆管炎症性狭窄情况，引起功能性狭窄或机械性狭窄，使得胆汁流速明显减缓，造成胆汁淤积情况，在不同因素影响后形成结石^[2]。②胆汁成分不平衡：在多种影响因素作用下，使得胆汁的成分出现失衡情况，如在胆汁中有无法溶解的成分析出，导致形成结石情况。③感染：有研究指出，寄生虫感染、厌氧菌感染、大肠杆菌感染等均是引起肝内胆管结石的主要因素，胆道细菌会产生β-葡萄糖醛酸苷酶，该物质能结合胆红素，水解成为游离的胆红素，随后又能进一步结合离子钙，

形成经胆红素钙沉淀。同时细菌还能产生磷脂酶，水解后形成溶血磷脂质和游离脂肪酸，使得脂肪酸钙的沉淀加速，分泌大量胆管上皮黏蛋白，最终形成结石。胆道寄生虫感染也会参与到胆管结石的形成中，部分肝胆管结石有胆道寄生虫感染史的患者中，其结石中可发现死亡虫体。

2 微创手术应用优势

微创手术是医学领域中的新型治疗手段，相较传统的手术治疗方式而言，微创手术有着较多的应用优势。如在手术完成后，患者的疼痛感受相对较轻，且仅有少部分患者需要药物镇痛，仅采取较为简单的麻醉方法就可以开展手术治疗。微创手术治疗的伤口约为1厘米左右，患者术后康复时间明显缩短，恢复效果较好，不会导致患者术后遗留过大的疤痕，能显著缩短患者的治疗时间和住院时间。在上世纪70年代就已经有国外的医生对胆总管结石采用十二指肠乳头括约肌切开术治疗，且取得了较为成功的结果^[3]。手术对患者的心理和身体的影响均较小，随着现阶段微创手术治疗的发展越来越好，也更有利于我国胆道疾病中微创手术的应用和发展。

3 经皮经肝微创手术的适应症和禁忌症

3.1 适应症

手术风险较高的年老体弱患者；有胆道手术史，预计术腔严重粘连，胆道寻找困难的复发性肝胆管结石；困难性胆总管结石的补充治疗；合并肝胆管扩张超过6mm的原发性肝胆管结石；术后残余结石；晚期胆管癌合并结石的姑息治疗；无法承受开腹手术治疗者；肝移植术后胆道狭窄、胆管铸型、结石等并发症的处理。

3.2 禁忌症

肝胆管未扩张; Child-Pugh C 级; 大量腹水; 合并胆管肿瘤、肝组织纤维化、肝组织萎缩; 严重肝硬化; 合并严重凝血功能障碍。

4 经皮经肝微创手术治疗肝胆管结石病

有研究显示, 经皮经肝微创手术治疗结石的完全取净率高达 52.6%-100%^[4]。有学者的报道中提出, 针对 70 例肝胆管结石患者采用经皮经肝微创手术治疗, 多次取石成功率为 30%, 二次取石成功率为 35.74%, 一次性取石成功率为 34.3%, 术后接受 B 型超声检查确认结石完全取净率为 85.7%^[5]。在胆肠吻合术的治疗后, 伴有胆道狭窄的复发病例和弥散分布在多支肝胆管的结石病例, 结石取净难度相对较大, 结石的完全清除率在 52.6% 左右, 且需要多次进行取石处理, 才能达到较为理想的取石效果。国内外研究均提出, 通过经皮肾镜硬镜胆道镜碎石取石治疗能让一次性结石取净率达到 90% 以上, 应用优势主要在于①硬镜管径相对较细, 能够进入 1-3 级肝内, 甚至 4 级胆管中, 使术后残石率明显降低。②通过鞘管能相对拉直胆道, 形成与体外直通的通道, 更好的提高取石效率。③硬镜工作的通道不必反复进出胆道, 对胆管造成的损伤相对较小。④硬镜的损耗较小, 应用成本更低。而经皮肾镜硬镜胆道镜碎石取石治疗的应用缺点主要是无法弯曲, 在操作过程中存在取石盲区, 对麻醉的要求相对更高^[6]。现阶段有关硬镜的研究大多为回顾性病例报道, 病例数量较少, 所发挥的应用效果仍需开展长期随访、大样本量多中心性研究加以验证。

在肝胆管结石病的治疗中, 经皮经肝胆道镜直视下碎石、取石是最主要的应用方式, 尽管胆道镜联合腹腔镜肝切除术治疗的应用日益成熟, 且近些年来十二指肠乳头切开取石术联合内镜逆行性胰胆管造影及经口胆道镜治疗迅速发展, 有创伤小, 效果确切的优势, 但传统的开放手术方法治疗肝胆管结石仍存在较高的结石残余率, 难以进行二次手术治疗, 内镜治疗结石的失败率约为 10%-15%。在调查研究中发现, 在肝胆管结石的处理上, 十二指肠乳头切开取石术联合内镜逆行性胰胆管造影较经皮经肝微创手术有更高的复发率和残余率, 因此经皮经肝微创手术仍可作为肝胆管结石的重要治疗方式^[7]。

经皮经肝微创手术治疗后结石的复发风险约为 9.0% 到 44.7%, 结石残余是影响结石复发的重要原因。有学者提出经皮经肝微创手术的结石总清除率约为 84.2%, 从经皮肝穿刺造瘘到取石所用时间为 (7.2±0.7) 天,

取石 (2.6±0.9) 次, 结石复发率为 83.8%, 1.5 年随访结果显示复发率为 37.5%。有研究通过多因素回归分析结果显示, 胆管狭窄、结石残留等是导致反复发作胆管炎或结石复发的高危因素^[8]。因此, 在治疗过程中解除胆管狭窄、将结石完全取出十分必要。术前需要对胆管汇合部位和结石具体部位应用影像学进行详细检查, 完成经皮经肝微创手术取石治疗后, 详细选择胆管造影, 明确有无结石嵌顿的情况, 了解是否存在结石残留。对于胆管狭窄者, 需要在胆道镜下完成狭窄部位的切除或扩张。有研究借助三维重建技术能较为直观、清晰的了解到结石的分布范围、形态表现和结石大小, 能为后续手术方案的制定提供一定指导, 实现碎石取石操作的靶向性和精准性, 有效提高结石清除率^[9]。

肝移植术后弥漫性胆管铸型患者大多有肝功能较差、长期发热、基本状态不佳等表现, 通过内镜治疗肝移植术后弥漫性胆管铸型患者的成功率约为 25% 到 60%, 且铸型的发生与手术治疗时间的距离较短, 不适宜再次进行肝移植治疗和开腹手术治疗, 能将经皮经肝微创手术作为理想的治疗方式, 治疗有效率能达到 86.67%, 术后对患者进行为期 10-30 个月的复发随访, 了解到患者术后复发率仅为 6.67%, 但肝移植术后并发铸型均为多发结石, 较难取出, 为结石的彻底清除造成了严重影响, 存在操作次数多、治疗周期长等不足之处。

困难性胆总管结石主要是指直径超过 15 mm 的胆总管巨大结石, 胆总管多发结石、胆总管充满型结石, 合并胆道狭窄, 乳头旁憩室, 附壁结石或嵌顿, 消化道结构改变等。上述患者通过不能通过内镜方法治疗, 或通过内镜治疗可能导致出现治疗失败情况。此时可应用经皮经肝微创手术作为重要的补充治疗措施, 能在迅速改善梗阻症状的同时, 开展取石治疗。有研究针对 33 例采用十二指肠乳头切开取石术联合内镜逆行性胰胆管造影治疗失败的患者应用经皮经肝微创手术治疗, 结石清除率高达 100%, 取石 1-8 次 (平均 2.8 次), 患者生活质量暂时受到影响, 但与开放手术相比应用优势显著, 对于取石后的小结石块, 可以应用扩张胆管狭窄部位、网篮套取等方式取出, 应用优势显著^[10]。

在针对肝胆道结石开展经皮经肝微创手术治疗时, 应严格把控治疗原则, 以患者基本病情为依据, 制定有效合理的个体化诊疗方案, 对于伴有肝萎缩、先天性胆管扩张症的患者, 由于具有较高的癌变风险, 应慎重选

择经皮经肝微创手术治疗方法,单纯在治疗期间强调微创治疗反而可能导致适得其反,无法发挥出微创治疗的真正意义。

5 经皮经肝微创手术治疗的并发症

在开展经皮经肝微创手术早期,有报道称该手术治疗严重并发症发生率高达 22%。得益于现阶段微创技术的不断发展,各项胆道镜等设备的不断更新,手术耗材的不断改良等,均使得经皮经肝微创手术严重并发症的发生率显著降低,且经皮经肝微创手术治疗的有效性也在明显增加。现阶段经皮经肝微创手术的并发症发生率约为 9%-32%。有研究对 364 例患者展开分组研究,对患者实施窦道扩张治疗和经皮经肝微创手术治疗,并发症的发生率分别为 12.8%和 12.9%,其中最常见的并发症为菌血症和胆管炎,窦道成熟阶段并发症发生率在 6.9%左右,主要并发症以引流管阻塞、引流管移位、胆管炎等为主,在胆道镜的 848 次操作中,有 58 次发生并发症,涵盖胆道损伤、胆管炎等,主要危险因素包括狭窄胆道的球囊扩张操作和液电碎石操作^[11]。整体操作期间的胆道损伤、窦道破裂、胰腺炎、腹腔积血、胆道大出血等严重并发症的发生率为 8.3%,由于经皮经肝微创手术的操作步骤相对较多,不断累加的操作使得并发症的发生率明显增加,在不同阶段严重并发症的发生率均处于 1.1%到 2.3%之间。虽然轻微并发症的发生率较高的,但大多无需处理,为暂时性并发症,在积极对症处理,保障引流管引流通畅的情况下即可有效缓解。经皮经肝微创手术的术中出血主要是由于胆管门静脉出血、胆实质瘘道损伤出血,在操作完成后将引流管或 1-2 F 鞘管放置在窦道壁上能有效止血。若出现难以控制的出血情况,则怀疑为动脉损伤,需立即停止手术治疗操作,进行血管造影检查,在明确具体动脉后进行栓塞治疗。对于网篮套取大结石、胆管呈角等不适宜放置鞘管的情况下,需等待窦道成熟后再完成经窦道的操作,最大限度降低并发症的发生^[12]。

6 总结与展望

经皮经肝微创手术是有效、安全的肝胆管结石治疗措施,具有良好的微创性治疗特点,能有效弥补传统手术和内镜治疗的局限性,应用价值较高。而现阶段经皮经肝微创手术治疗技术仍存在较大的局限性,如缺少有力证据证实经皮经肝微创手术窦道扩张的最合适时机,如何降低疾病复发风险、提高结石的清除率、降低手术并发症的发生风险等也需深入研究,

对于如何提高患者术前术后的生活质量也需进一步完善。相信随着微创治疗技术的不断发展和医疗器械的不断改良,在未来经皮经肝微创手术会有更宽广的发展前景。

参考文献:

- [1]潘孟,李敏朋,俞渊,等. 经皮经肝一期硬质胆道镜联合二期电子胆道镜取石治疗弥漫型肝胆管结石病[J]. 中国微创外科杂志,2021,21(6):531-534.
- [2]丁雪梅,王向涛,孔新亮,等. 序贯治疗胆总管结石合并胆囊结石伴急性胆管炎的疗效分析[J]. 中华肝胆外科杂志,2021,27(7):513-516.
- [3]罗聪,周华波,陈安平,等. 输尿管导管在微创治疗胆囊结石合并胆总管结石及乳头狭窄中的应用[J]. 中国普通外科杂志,2021,30(8):886-893.
- [4]谭登兵,程瑶,龚建平,等. 经皮经肝胆道镜碎石取石手术治疗复发性 IIa 型肝胆管结石病[J]. 中国普外基础与临床杂志,2020,27(11):1380-1384.
- [5]唐世川,郑琴月,刘进衡,等. 腹腔镜下两种一期缝合术式治疗胆总管结石的效果比较[J]. 临床肝胆病杂志,2020,36(7):1584-1587.
- [6]付金强,王清,乌建平,等. 双镜联合微创手术治疗老年胆囊结石合并胆总管结石的临床分析[J]. 老年医学与保健,2020,26(6):1042-1045.
- [7]邱文亮,朱建辉,赵晓峰,等. 三维重建联合 3D 打印辅助微创手术治疗肝胆管结石的疗效及预后分析[J]. 中国医师杂志,2021,23(8):1172-1175.
- [8]奚士航,王小明,潘璇,等. 微创手术治疗胆囊结石合并胆总管结石的临床分析[J]. 第二军医大学学报,2021,42(11):1324-1329.
- [9]谢刚,李航,周凯,等. 腹腔镜、胆道镜联合微创手术治疗胆总管结石合并胆囊结石的效果分析[J]. 当代医药论丛,2021,19(16):24-26.
- [10]吴贤建,路远,卓臣义,等. PTCS 术与传统手术治疗复发性胆管结石 60 例临床分析[J]. 右江民族医学院学报,2021,43(5):636-638,642.
- [11]焦富春. 腹腔镜联合胆道镜微创手术及茵陈柴胡汤治疗胆囊伴胆总管结石疗效观察[J]. 实用中医药杂志,2020,36(3):357-358.
- [12]韩立军,黄炎林,李桂玉. 肝胆管结石三维立体成像在微创精准诊治中的应用研究[J]. 现代医用影像学,2020,29(8):1392-1395.