

脚踝骨折的康复中医是如何做得呢？

张国贤

成都第一骨科医院 筋伤科 四川成都 610000

脚踝骨折是指轻微反复间接或者直接外力作用在骨骼的某一点，由于力的刺激，导致脚踝出现骨折，也可以称之为疲劳骨折。部分患者是由于长跑运动或者长距离走动等因素所致。患者一旦出现脚踝骨折，不仅会影响身体健康，同时还会影响生活质量，因此对脚踝骨折患者的康复治疗及护理具有重要意义。采用中医治疗及护理，对于促进患者康复有重要意义。

1 脚踝骨折的症状和原因

1.1 脚踝骨折症状

患者脚踝骨折后，会在 7-10 天期间表现出来，与长期过度使用关节产生的症状有所不同。脚踝骨折主要症状为受伤部位疼痛，患者如果长时间运动，患者前足会产生疼痛感，但是这种疼痛之感会在短时间内消失，如果患者再次长时间运动，会促使疼痛时间提前，随着时间推移，患者疼痛感会逐渐加重，如果按压患者肿胀部位，患者会出现疼痛感，部分患者躺在创伤也会感受疼痛。

1.2 脚踝骨折产生原因

（1）直接暴力会导致脚踝骨折，例如有石块撞击到小腿导致患者出现骨折；（2）间接暴力也会导致脚踝骨折，如果跪倒力度加大，会导致患者四头肌导致骨折；（3）累积性疲劳，患者长时间跑步或者长期运动者，也会导致脚踝骨折；（4）疾病原因：部分老年患者出现骨折疏松，是导致谷脚踝骨折的因素之一。

2 脚踝骨折中医治疗方法

2.1 药物治疗

在治疗脚踝骨折患者中，可以采用中医治疗方式，选择的药材需要拥有活血化瘀功效，例如当归与红花等中药，需要灵活运用中药，以患者实际症状为基础，结合患者年龄和身体状况，为患者匹配对应的中药。例如，患者脚踝骨折初期，会感受到剧烈疼痛，可以给予患者没药治疗，或者给予患者其他止痛药物。患者患病中期和后期，会出现虚弱等症状，可以为患者添加黄芪等中药药材，活血化瘀药物多种多样，也可以选择赤药与活络丹等药材作为治疗药物之一。采用中医药物治疗，主要为患者松解黏连，患者可以选择丹参、桃仁和红花等作为活血药物，如果患者疼痛感比较强烈，可以选择五灵脂和乳香等药物。部分患者会出现体弱血亏症，此时可以采用桂圆肉、肉苁蓉，为使患者能够在短时间内康复，患者在用药过程中，可以使用骨折部位薰蒸，每 3 日薰蒸一次，薰蒸药方：10 克桂枝、10 克没药、10 克乳香、10 克制川乌、10 克草乌。20 克海桐皮、20 克川芎、20 克伸筋草、20 克川牛膝、15 克红花、15 克当归、15 克威灵仙、15 克透骨草、6 克细辛，将上述药物煮沸后，等到水温适合后，薰蒸患者骨折部位，薰蒸时间为 10 分钟。

2.2 采用外治疗方式

脚踝骨采用康复中医治疗方式，可以采用敷贴方式，患者属于初期骨

折，可以采用清营退肿膏治疗，患者脚踝骨折中期或者后期，可以采用膜韧膏治疗。固定法：患者脚踝复位之后，将药物放置在患者相应位置上，固定踝关节，固定角度为 90 度，固定时间低于 28 日，在使用甲板前期，需要实施塑形处理，长度为胫骨结节至足跟的距离为最佳距离。在脚踝适当位置设置塔型垫，避免夹板的压迫力影响患者骨关节。如果患者是内翻骨折，固定位置应该在患者外翻处，患者如果属于外翻骨折，则需要患者在患者内翻处进行固定。如果患者骨折位置属于后踝，则需要患者在背伸拉处固定患者踝关节；可以采用药熨方法进行治疗，将 500 克粗盐加热，在患者骨折部位进行热敷。熨烫时间控制在 25 分钟左右。采用此种方法治疗患者，具有消肿止痛作用，患者如果继续肿胀，可以采用烫敷治疗方法。针灸方式：采用针灸方法，用体针刺刺激患者人中与解溪等穴位，患者留针时间在 20 分钟以下，15 分钟以内，同时可以采用针灸方式，用于治疗患者骨折局部位置。患者骨折之后，如果出现局部肿胀等并发症，治疗效果良好；耳针也是一种治疗方式，采用捻转法，在患者穴位处下针，刺激强度中等即可，治疗时间在半小时以内。采用上述方式治疗，具有显著止痛功效。在骨折初期阶段，采用推拿法治疗患者，指导患者维持屈膝仰卧位置，为使治疗效果良好，需要有护理人员帮助，一人固定患者足踝和足背，另外一人将患者上半身固定。在牵引阶段，需要以患者骨折类型进行科学调试。如果患者属于外旋外翻型骨折，医生需要在患者内踝上方以手掌抵住，医生另外一只手放在患者外踝与距骨外侧部位，双手需要对向挤压，在此过程中，护理人员需要配合医生，完成背身与复位等动作。患者如果处在骨折后期，可以对患者昆仑与解溪等穴位进行压揉处理，患者一旦出现肿胀可以停止。雅柔时间在 120 秒为最佳，摇动踝关节。

2.3 夹板固定

在进行骨骼复位过程中，医师需要了解患者骨折的相关情况，是否合并血管神经损伤，掌握患肢大小，然后环抱患者受伤肢体远端，持续缓慢进行牵引复位动作，等到患肢牵开之后，根据患者之前拍的 X 片，以及患者骨折类型，进行折顶按压，然后使用石膏或小夹板进行固定，之后再拍摄片，查看骨折复位情况，同时观察检查患者血液流通现象及神经系统，再次摄片检查复位后的情况，复位满意后，则使用夹板或石膏塑形进行固定，固定时间是 4 周。由于脚踝骨折之后，会有十分明显的肿胀情况，同时病症不稳定，如果属于粉碎性骨折，那么情况比较严重，采用保守治疗方式，能够将石膏和小夹板之间的优势相互结合，小夹板是比较灵活的，可以将石膏的松紧合理的调节，这种方式也是比较常见的一种方法。

3 脚踝骨折的康复中医护理

3.1 中医饮食护理

饮食护理是较为常见的一种骨折术后恢复方式。从骨折护理的角度来看，患者骨折术后多以气血失和为主，因此不可缺少相应的营养对骨折组

织的修复。中医有云“食治胜于药治，药补不如食补”，在骨折饮食护理中应根据三因制宜的原则，通过八纲辨证，通过不同的调护方式选择适合的食物进行调养，保障患者气血旺盛，四肢百骸筋骨毛皮得以濡养。值得注意的是，有人认为骨折后多补充钙有助于骨折愈合。但科学研究发现，钙摄入量的增加并不会加速断骨愈合，而对于那些长时间卧床的骨折患者来说，还有潜在的血钙升高的危险，同时还伴有血磷下降。其原因在于长期卧床，一方面抑制了对钙的吸收利用，另一方面增加了肾小管对钙的吸收。进行饮食方面的护理干预。想要促使患者更好更快的康复，需要有效结合中医相关理论，在饮食方面进行重点关注。中医讲究的是气血调和，也就是要在术后的不同阶段，进行不同形式和内容的饮食护理。在患者术后的第一周到第二周期间，护理人员需要指导患者主要吃一些清淡的食物，并且需要是容易消化的食物，最好是半流质的食物，比如养生粥，或者是藕粉等食物，这样是为了更好的帮助患者进行活血化瘀。在此期间，护理人员需要告知患者，尤其不能够吃一些生冷冷的食物，并且要忌辛辣，对于一些太过于滋补的食品也是不能够吃的，比如鸡汤、骨头汤等。在手术后的第三周到第六周期间，护理人员需要指导患者多食用一些带有丰富钙质的食物，比如牛奶等，这样有助于患者的骨痂愈合，并且能够和血止痛。而对于滋补之品，此阶段的患者可以进食，但是要注意适量。在手术后的第六周到第八周期间，护理人员需要指导患者改变饮食结构，多食用一些滋补之品，比如牛骨汤等，这个阶段主要是帮助患者强筋壮骨，实现补益肝肾的目的。所以，对于骨折患者来说，体内不能缺少钙质，如果在医生的指导下尽早加强功能锻炼，尽早进行运动，可以促进骨对钙的吸收利用，促进断骨愈合。此外，禁止未消化的骨折患者，因固定石膏或夹板而活动受限，再加上伤处肿痛、精神烦躁，因而胃口常常不佳，有时便秘。因此，食物既要营养丰富，又要易消化和通便，避免食用山芋、芋头、糯米等易胀气或不消化的食物，宜多吃水果、蔬菜。

3.2 情志护理干预

进行情志护理干预。针对脚踝骨折患者来说，会出现不同程度的不良心理，作为相关护理人员，需要对相关患者进行及时、有效的不良心理评估，其中，不良心理的类型不是一种，所以，护理人员需要根据患者的实际情况，进行有针对性的护理，通过言语安慰是最基本的。对于一些表现的极为暴躁的患者来说，护理人员需要调整好自己的态度，以平静、柔和的态度与患者进行沟通和交流，对于患者提出的相关需求，尽可能的进行满足，由此能够在很大程度上达到顺情解郁的目的。护理人员还可以引导患者多看一些喜剧电影，幽默小视频等，由此促使患者疏泄肝气。而对于一些表现的极为惶恐的患者来说，护理人员重点需要安慰患者，促使患者不断增加战胜疾病的信心，持续不断的鼓励，促使患者接收到积极健康的信号，心情也能够更加畅快。还有一些患者会表现的非常悲观，并且处于抑郁状态。此时护理人员需要重视起来，并且通过各种途径和手段，对患者进行有效劝解。护理人员重点需要讲解关于术后康复的相关知识，并促使患者进行适当锻炼，由此让患者从根本上意识到康复训练的必要性，并且能够积极参与锻炼。

3.3 冷热敷护理

进行冷热敷护理干预。在患者手术结束的第一天到第二天期间，护理人员需要对其使用过的输液袋进行及时的回收和处理，具体还需要进行反复的清洗，并且做好消毒和杀菌工作，进而将其作为冰袋进行使用。将冰袋放置在患者的肿胀位置上，每天冰敷一次，一次坚持 20 分钟。这样能够在一定程度上促使脚踝血管进行不断收缩，进而达到减轻肿胀的目的。在冰敷期间，护理人员需要时刻关注患者的实际反映，如果患者出现不良反应，比如畏寒情况或者是麻木的情况等，便需要暂定冰敷。在患者手术结束的第三天到第四天期间，需要帮助患者进行热敷，采用中药热奄包，在热奄包中放入相关中药，主要包括独活等，然后将热奄包进行喷湿，并且将其放入恒温箱中，加热到 60℃，接着将其取出，并用毛巾将其良好的包裹住，将其敷在患者的脚踝上，同时一定要避开手术切口，每天需要热敷两次，每次坚持 30 分钟。

3.4 肿痛家健康教育宣传

骨折患者术后因无法短期下床，所以在生活中存在无法自理等问题。因此，护理人员不仅要做好一般护理措施，更多对患者末梢血运进行观察，同时对患者足背动脉搏动、皮肤温度、疼痛等情况进行加以关注，如患者存在深静脉栓塞等并发症，护理人员应及时采取相应护理措施。同时，为规避老年人坠积性肺炎，在护理中应防止泌尿系感染以及防止应激性溃疡等。进行肿痛健康宣教。作为相关护理人员，需要对患者发生术后肿痛的原因进行重点讲解，由此帮助患者正确对待肿胀现象，更好的通过适当训练，促进血液循环。

3.5 中医训练

早期的功能锻炼可有效预防并发症的发生，使手术达到预期的效果。术后护理人员应对患者进行健康教育，明确早期锻炼的重要性和必要性。给予患者及家属必要的康复知识和技术教育，根据患者个体差异，制定阶段性目标，提高近期目标的实现积极性，将“替代护理”作为一种“自我照顾”。另外功能锻炼也是中医治疗方法之一，对于骨折术后恢复尤为重要。加强患者的饮食指导，在饮食方案上，需要将合理饮食的重要性向患者进行详细讲解，在饮食上需要严格控制糖分的摄入，并坚持清淡饮食，保证患者营养均衡，从而改善患者的免疫力水平。同时要勤换纱布，避免钉孔处渗液影响患者康复。根据患者康复状况，适当开展功能锻炼，促进患者早日康复。可以先进行肌肉锻炼，保持肌肉的舒张与收缩，配合呼吸法进行锻炼，每次保持 20 分钟左右，每天保持 3 次锻炼。同时也要开展关节锻炼，可以旋转肘关节、肩关节等，帮助患者活动肩肘。下肢训练可以锻炼膝关节伸曲，保持每次伸曲的角度为 90°即可，并且保持合理的训练强度，避免发生训练过度情况。同时要观察患者的情绪变化，将康复训练的重要性，向患者进行耐心讲解，让患者重视康复训练。并适当进行心理疏导，指导患者尽早展开康复训练，避免错过最佳锻炼时机。在患者出院时，告知相关注意事项，如发现钉孔处分泌物增多时，需要及时来院复查。

手术结束后第一天，可正确指导患者进行足趾的背伸和跖曲运动；并对小腿肌肉进行收缩舒缓训练；手术结束后第二天，需要协助患者进行股四头肌和腓肠肌收缩训练，以改善患者足趾小关节的活动水平；术后三到七

（下转第 5 页）

中医是如何认识糖尿病的

龙梅

泸州市龙马潭区中医医院 四川 646000

糖尿病的典型特征就是血葡萄糖水平增高，是一种代谢性疾病，其中最常见的是2型糖尿病和1型糖尿病，为什么会得糖尿病？首先和胰岛素相关，胰岛素的生成和利用障碍或者分泌不足都会导致蛋白质、碳水化合物、脂肪的正常代谢受到影响，患者的血糖会显著增加，同时还会存在多食、多尿和多饮，体重降低，也就是所谓的“三多一少”，患者的尿液中含有葡萄糖，而随着病情的进展，血糖持续增高会导致患者出现神经、肾脏、眼睛、血管、心脏等组织器官的慢性病变，或者功能减弱、逐渐衰竭，所以有很多糖尿病患者在发展至后期会出现失明、截肢、死亡、肾功能衰竭等。

流行病学分析糖尿病

在我国甚至全球，糖尿病都属于一种常见疾病，且患病率还在显著增高，对2017年国际糖尿病联盟的统计分析发现，目前全球共有超过4亿成年人患有糖尿病，女性和男性的患病率差异较小，但是现阶段诊断率较低，可能和健康意识有关。

疾病类型

1 型糖尿病。1 型糖尿病相对发生率较低，一般是青少年和幼年的时候发生，在所有糖尿病患者中发生率低于1%，按照病因分为特发性和免疫介导性两种，临床对其研究发现，主要发生原因和胰岛素明显减少或者缺乏有关，而胰岛素β细胞被破坏是主要诱发因素。

2 型糖尿病

2 型糖尿病比较常见，在所有糖尿病患者中发病率超过90%，一般是因为胰岛素分泌不足或者胰岛素抵抗，也可能两者同时出现。

中医对糖尿病的认识

1、中医认为，糖尿病属于“消渴病”，早在唐代王焘的《外台秘要》中提到过，

消渴也分为狭义和广义，其中狭义的消渴病最常见的症状就是多尿、多饮、尿有甜味，也就是我们所说的糖尿病，而消中病主要是不渴、多食同时尿中含有油，也就是我们所说的乳糜尿，肾消病其实是属于糖尿病的一种并发症，同时可能存在周围神经病变、阳痿、糖尿病肾病，古今中外的医学文献中以三消、渴证、消证著称。

2、从字面意思来讲解，消的意思就是想饮水，而在黄帝内经中提到，消的意思是指消化，善消水谷，因此消渴一词其实说的就是糖尿病的主要特征，而后《儒门事亲》中指出，消也有消灼的意思，也就是火烧，后来静岳全书认为，消是消耗和消烁，进一步指出糖尿病的疾病发展情况和主

要发生因素，意思是消渴病主要是因为身体长时间内热而伤阴耗气导致，消渴病越久，其体内的元气损伤就越严重，人体精气就越虚，从而导致消瘦、无力、虚损，甚至可能导致多个脏器出现并发症。

3、中医认为，糖尿病也和个人体质有关，同时饮食习惯和生活方式失调，同时情志失调、外感邪毒等也属于主要因素，一般是对脾胃肝肾造成损伤，而发病的主要病机也离不开热伤气阴。值得注意的是，糖尿病并非某一种因素致病，不止是燥热，同时还可能伴随肝经郁热、脾胃湿热、胃肠解热、痰火等，诸多病因同时作用而形成气阴两虚，长此以往而导致阴损及阳，因此糖尿病最常见的就是气虚、阴虚或者气阴两虚，属于一种慢性疾病，由于气阴不足而导致血脉失于温通，从而形成瘀血或者热结，因此血瘀证也十分多见。而久病不愈就会引起痰热瘀滞互结，也是变生百症的主要因素，其中水肿、中风、胸痹心痛、内障目盲最常见，所以足底、眼底、肾脏、心脏、脑部、血管神经都容易出现并发症。

4、另外，饮食不节会导致脾胃受损，胃和大肠实热燥结，胃热化燥伤津，从而导致消谷善饥，而大肠无津以润就会导致大肠热结，热结在胃腹滞留又会使胃中燥热更加严重，所以饮食不节对脾胃功能造成的影响较大，也是引起消渴的一种主要因素。现代医学也认为，摄入的碳水化合物、脂肪太多会导致肥胖，而肥胖者一般都有胰岛素抵抗、高胰岛素血症，是导致2型糖尿病的主要因素。

5、所以对于糖尿病患者来说，仔细观察就不难发现其一般都是肾虚体质、阳明胃热体质、阙阴阴虚肝旺体质、少阴阴虚体质，因为阴阳是互补的，所以机体只要有一方虚损到相应程度，那么另一方就会明显不足，阴损及阳、阳损及阴，阳虚到相应程度，就是阳虚，导致化生阴液受到影响，如果机体同时还有阴虚，就会成为阳损及阴。相反，如果阴虚就会导致化生阳气功能失调。一般阳明体质的患者，胃口和食欲很好，因为胃气足，长时间劳累而导致阳气弛张，加上长时间食用过于油腻、太肥的食物，或者辛辣刺激、烧烤煎炸，就会导致体内痰火和湿热同时存在，形成脾胃湿热或者胃肠解热，引发糖尿病。

6、阙阴肝旺体质的人，一般情况下很容易生气，性格比较急躁，少阳气郁体质的患者，通常爱生闷气，如果生活不如意或者工作压力较大，情绪就不好调控，导致心情郁结，久而久之对精神造成刺激，就会损伤肝脏，引起肝气郁结，郁久化火，也可能在气郁的同时体内痰火、郁热伤阴耗气，也是导致糖尿病的主要因素。

7、太阴脾虚的患者，一般是体重虚胖，食量不大但是体重一直减不

下去，脾虚而导致水湿运化，同时生活和饮食习惯不调，食用高蛋白、高脂肪的食物，就会引起内脏功能失调，产生痰火、湿热、内生痰湿，身体的气血运行受到影响（痰湿而导致经络被瘀血阻滞）。同时，病毒感染也是引发糖尿病的一种常见因素，伤阴耗气而导致1型糖尿病。

8、在临床中，中医主要将其分为肺消、胃消、肾实火、肾虚热、龙雷之火上越，中医认为糖尿病不是因为血糖高发病，而是五脏六腑中没有糖，治疗的原则并不是降糖，而是针对糖吸收的问题进行治疗。传统中医治疗糖尿病的主要思路不是降糖，用一个很简单的例子结石。一杯水和半杯水中，放入同样剂量的白糖，哪个浓度更高呢？答案是半杯糖，那么是水少了，还是糖太多？在传统西医治疗的时候，是否检测过血液有多少？倘若没有，那么怎么能知道身体中是糖太多还是水不足呢？倘若只是水不足而采用降糖治疗，结果是什么？

9、通俗来讲，也许有的患者仅仅需要早点睡觉、养血加水，糖尿病自然就会缓解，不需要降糖治疗，身体缺水的信号人人都知道，就是口渴，如果后期不口渴，那么很可能是因为身体的热量不足，体内平衡失调，而导致低水平平衡，人体会感到疲劳，身体也越来越虚，同时还有肥胖和水肿。最初身体只是缺水，发展至后期直接都不能提供足够的热量供身体发育，如果任其发展就会导致热能全部被消耗，也就离死不远了。

10、热量不足的主要表现就是足部变冷，逐渐麻木和知觉减弱，也就是现代医学所说的糖尿病足，也就是热能不足的主要症状，多吃饭、给身体保暖、补充热能、早点睡觉，慢慢就可以解决这一问题，但是如果糖尿病足存在破损，治愈就比较困难，但是可以在创口撒上纯正的红糖。有的人会说，糖尿病不是最害怕糖吗？但试一试就知道，其实可以控制病情的，因为皮肤肌肉的愈合主要是依靠肺和脾，脾主要是肌肉，肺主要是皮毛，而脾的能量供给主要就是靠糖，所以健脾主要靠甘甜之味，让胰岛素的分泌加快，从而使肌肉生长加快。肺和脾之间关系密切，只有脾的能量足够，才会有足够的能量去补充肺，那么此时皮肤的愈合能力就会显著增加，因此红糖可以让糖尿病足的创口愈合。换句话说，想要让脾的功能恢复，就需要摄入足够的糖，现代医学提高的胰岛功能也就是脾的运化功能，那么糖尿病就能够得到控制。

11、但是在此过程中需要注意，在脾的运化功能还未恢复之前，不需要刻意的服糖，平时食物中的糖分足矣，也就是说在正常饮食中不用可以去忌糖，也不能因为不用忌糖而服用过多糖分，胃口变得更好以后，脾的功能就会明显增加，同时分解稀释的能力就会越好，人体的五脏六腑其实都是需要糖分的，但糖尿病属于肝肾脾脏亏损，所以不是一两天可以治愈的，需要很长一段时间去慢慢条例，调理的周期也可个人体质、生活习惯相关。

基于中医认知上的糖尿病治疗与调理

基于“治未病”理论的中医护理管理，进行中医药保健指导，按照《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》中老年人基于“治未病”理论的中医护

理管理服务规范的要求，根据不同体质从情志调摄、饮食调养、起居调摄、运动保健、穴位保健等方面进行相应的中医药保健指导，重点指导患者饮食调养和培养患者穴位保健的技能；每3个月进行一次中医药管理随访，内容主要包括中医药保健指导方案的执行情况、行为习惯的改变情况以及患者表现出的临床症状和饮食、睡眠、二便等情况，随访时根据患者具体体质进行相应的中医药保健指导原则宣读，并记录患者执行情况，对于执行不利的提醒、督促，如果发现其它需要进一步诊治的异常情况，督促其尽早转到上级医疗机构就诊。指示患者必须遵循医嘱用药，按时检测患者生命体征，如发现异常则立即通知医生作相应处理。适当的活动对于糖尿病的患者来说，其实是非常重要的良好的活动，不仅能够有助于提高患者的治疗效果，控制患者的血糖，还能有效避免糖尿病足等并发症的发生，使患者的抗病能力得到改善，在一定程度上降低患者出现感染的情况，在日常生活中，患者需要尽量选择一些舒缓且有氧的活动，例如散步或者太极拳等。在对患者进行治疗时，可针对患者给予相应的前置干预，从中医的角度进行分析，喜怒忧思悲恐惊都可引发患者出现脏器功能的失调，不同的情绪之间相互影响，会在一定程度上影响患者的治疗效果，因此护理人员在日常生活中需要引导患者对自身进行有效的情绪调控，使患者的治疗依从性得到了提升，必要时可应用松弛疗法、心理咨询和谈话等多种方式消除患者存在的不良认知，使患者能够在日常生活中养成良好的生活习惯。在开展患者的日常生活饮食护理时，护理人员需要为患者介绍并讲解饮食的各种注意事项，要求患者每日对自身的热量摄入进行调整，而患者若存在明显的口渴症状，可以为患者应用葛根和天花粉等药材冲泡代替茶叶饮用，以改善患者的机体功能起到食疗的效果。患者在发生2型糖尿病后，会出现燥热神湿和气阴两虚的病情，护理人员则需要对患者的穴位进行按摩，选择穴位为关元、三阴交、足三里等穴位通过穴位按摩时，患者的经济和易怒症状得到改善。而护理人员需要针对患者的焦虑情绪进行分析，耐心倾听患者表达的相关内容，并给予患者相应的能够解决焦虑的方法，通过这种方式使患者与护理人员交流时，能够更好的展现自己的心中所想。

糖尿病出现，对患者造成危害显著，对于此类患者，给予有效、全面运动、药物以及饮食干预，对其症状改善具有显著意义。对此需要积极开展基于“治未病”理论的中医综合护理，对于疾病危害性以及具体防治方法确保患者可以充分知晓中医理论下的自我管理方法，对于护理操作可以积极配合。当前具体教育期间，以小组教育、集体教育以及一对一教育常见。其内容主要包括治疗护理原则、糖尿病发病机制、运动方法、饮食控制、胰岛素使用以及低血糖预防等。在对患者以及患者家属开展护理工作时，健康教育是一项十分重要的内容，对患者以及患者家属开展相应的健康教育，能够使其深入了解社区中的相关疾病，尽量获得来自于患者家属和患者的支持，在开展教育工作时，教育人员可以采用宣传指南和健康讲座的方式来开展教育活动，通过这种方式能够有助于使社区的患者了解自身的

疾病特点，以及应当如何治疗。良好的作息对于保障患者的血管功能来说极为重要。患者需要每日按要求接受药物治疗，同时按要求做好自我的有效管理，避免各种不良生活习惯的发生，建议每日养成午睡的习惯，以保障自身的康复。

中药糖莫宁汤，能够根据患者的神经病变状况入手，起到活血化瘀通络，以及消风散寒的功效，并且还能够对患者的机体疼痛状况得到有效的控制。通过合理的用药以及病情改善来说有良好的效果。无论是心血管病变还是脑血管病变，或者微血管病变，在辨证治疗时需要注意仔细观察患者的症状和病情。在对患者进行实际治疗是为了保障患者的治疗效果，研究人员在进行患者的用药时，将超声导入的方式应用于其中体外超声中频倒要以通过电致孔和超声空化等多种技术，使患者的病变部位形成高浓度药物区，这种治疗方式的作用持久并且十分稳定，能够大大增加患者病变部位的血流量，并且使药物作用于患者的皮损部位，能够改善患者的血管代谢异常，并减轻炎症反应，使患者的肢体麻木和疼痛感得到控制。在近年来临床研究发现，我国中医研究中认为周围神经病变患者的发病与气阴损耗和消渴日久有密切关联。糖尿病周围神经病变患者，在发病后肢体会出现明显的障碍状况和肢体麻木状况，势必会导致患者的肌肉筋脉缺乏营养滋润，导致患者的机体功能出现酸麻肿胀的感受，在近年来的临床研究中认为如果想要改善患者的病情，可以从改善患者血管内皮以及平滑肌功能入手，使患者的血液流变学特征得到改善借此改善患者的微循环，起

（上接第2页）

天，可正确指导患者进行全身功能锻炼；手术结束后三周，可正确指导患者进行坐立锻炼；手术后五周，可协助患者下床进行适当运动，还可进行屈膝或行走等训练，运动强度可结合患者的实际情况，进行适当调整。

4 健康指导

当踝关节骨折患者进入修复固定阶段时，需要将患者患肢抬高，不断将脚趾收缩和弯曲，这可能会加速肿胀康复，起到消肿作用。要等到患者的踝关节肿胀问题消退之后，要及时调整夹板的松紧度，避免夹板过松而失去作用价值。同时，在这个治疗时期，患者可以逐渐锻炼臀部和膝盖，试着在地上走路。在地面上行走时，需要注意自身的安全及行走速度度数要慢，避免坠落造成继发性损伤。而在日常生活方面，患者需要谨慎听从医生的建议，定期去医院做检查，定期拍x光片。此外，在地下行走为了在早期稳定踝关节，可以采用人工干预期垫高外底。而患者自身的康复锻炼内容需要遵循医嘱意志，坚持循序渐进的原则，逐步增加活动强度和活动时间在饮食治疗方面，踝关节骨折患者可以在日常饮食中添加一定量的食物达到消肿止痛的目的。如：15克续断，15克薏苡仁，25克粳米，清洗干净后吃粥，可有效缓解踝关节疼痛。除此之外，患者的饮食指导也很重要。当患者气滞血瘀时，则可多吃有化瘀活血作用的食物，如金针菇；如果患者气血不足出现这种情况时，可以选择滋补补气的食物，如红枣，患者对食物的选择选择是很重要的，合理的饮食搭配可以加快康复的效果，相反会导致疾病这种疾病受到了负面影响。选择中医药治疗踝关节骨折患者需要高度重视营养，循序渐进进入运动恢复期后，当损伤恢复期良好时，也应

到对糖尿病神经病变患者治疗的效果。方中所使用的鸡血藤能够起到活血舒筋并且去淤血的效果，而方中盐湖所同样能够活血力气，对于患者的末梢神经血循环改善良好。在对患者进行实际治疗时，为了保障患者的治疗效果，研究人员在进行患者的用药时，将超声导入的方式应用于其中体外超声中频倒要以通过电致孔和超声空化等多种技术，使患者的病变部位形成高浓度药物区，这种治疗方式的作用持久并且十分稳定，能够大大增加患者病变部位的血流量，并且使药物作用于患者的皮损部位，能够改善患者的血管代谢异常，并减轻炎症反应，使患者的肢体麻木和疼痛感得到控制。

医生需要与患者和患者家属积极沟通，做好患者的正面引导，并要求患者掌握自身的血糖状况，使患者充分了解血糖控制的重要性，可以在家庭内部成立患者的血糖监管系统，要求家属作为管理人员对患者进行管理，并且对其中的各种问题作出相应的记录，通过微信的方式汇报给医生，定期对患者血糖进行监测，以保证患者的治疗效果。在日常生活中，医生需要通过微信或QQ等方式指导患者进行有效的运动锻炼。运动会让糖尿病合并高血糖患者心跳加速，血液流动速度加快。所以，不管糖尿病合并高血糖患者是初期还是轻度，甚至中，重度的患者，都务必要在专业人员的指示下实行运动锻炼，防止运动期间发生不良情况，例如憋气使劲、过于用力等，致使出现意外以及并发症。

了解夹板已被摘除和足跟是否有异常疼痛，异常问题需要及时就医对待，切忌自己盲目加工。

脚踝骨折手术的患者因为肢体活动受到影响，并且术后需要进行较长时间的康复锻炼，很多患者会担心留下后遗症，并对以后的行动产生影响，降低其生活质量。同时，很多患者还会出现不良的心理状态，影响患者治疗以及恢复效果。以往主要是以常规西医护理为主，由此不断减少和缓解患者的痛苦，而达到的效果还有待提升。而对于术后的下肢骨折患者采用积极的中西医结合护理干预，有助于提高患者对治疗的信心。与此同时，需要针对患者产生不良心理的原因进行全面、有效的分析，并给予患者正确的疏导，由此缓解患者的压力，提高患者的配合程度。部分患者在手术之前会出现一些恐惧、紧张等心理，通过让患者熟悉环境的方法，可以帮助其减轻恐惧感，并适当的放松心态，以平常心面对手术，做好术中的配合，由此有利于医生顺利完成手术。在手术后需要帮助患者进行情志护理、饮食护理以及冷热敷护理等，其中需要重点结合中医相关理论，由此从多个角度帮助患者快速恢复健康，实现活血化瘀的目的。

采用中医治疗方式，不仅能够使患者早日康复，同时采用这种治疗方法，能够降低治疗费用，对于一些家庭条件较弱的患者，他们在治疗前期，首先考虑的是费用问题，希望能够降低费用进行治疗，如果采用手术方式，患者在治疗过程中，不仅会使治疗恢复时间增加，同时还提高治疗费用，患者会有很大心理压力，对治疗效果产生不利影响。所以在治疗过程中，使用保守治疗方式，能够降低治疗费用，缓解患者经济压力，对治疗效果有重要意义。

老年慢性心力衰竭护理中舒适护理的干预效果

石俊峰

济南市历下区第三人民医院 山东济南 250000

摘要：目的：探究老年慢性心力衰竭护理中应用舒适护理的干预效果。方法：选取于济南市历下区第三人民医院接受治疗的老年慢性心力衰竭患者120例，入院时间2021年2月至2022年2月，采用双盲法将患者分为对照组（ $n=60$ ）与舒适组（ $n=60$ ），对照组护理干预以常规护理为主，舒适组护理干预以舒适护理为主，对比其干预效果。结果：2组患者生活质量评分、睡眠质量评分及心理状态评分在干预前对比，差异不显著（ $P>0.05$ ），干预后两组均改善，舒适组改善效果明显，差异显著（ $P<0.05$ ）；2组患者满意度对比，舒适组（96.67%）明显较对照组（80.00%）高，差异显著（ $P<0.05$ ）。结论：舒适护理在老年慢性心力衰竭患者中应用，可提高患者睡眠质量与生活质量，纠正患者存在负性情绪，有利于满意度提升。

关键词：舒适护理；生活质量；慢性心力衰竭；老年

【Abstract】Objective: To explore the intervention effect of comfort nursing in elderly chronic heart failure nursing. Methods: A total of 120 elderly patients with chronic heart failure who were treated in the Third People's Hospital of Lixia District, Jinan City were selected. The admission time was from February 2021 to February 2022. The patients were divided into the control group by double-blind method ($n=60$) and the comfort group ($n=60$), the nursing intervention in the control group was mainly routine nursing, and the nursing intervention in the comfort group was mainly comfortable nursing, and the intervention effects were compared. Results: The quality of life scores, sleep quality scores and psychological state scores of the two groups of patients were compared before the intervention, and the difference was not significant ($P>0.05$). ; Comparing the satisfaction of patients in the two groups, the comfort group (96.67%) was significantly higher than the control group (80.00%), with a significant difference ($P<0.05$). Conclusion: The application of comfort nursing in elderly patients with chronic heart failure can improve the sleep quality and life quality of the patients, correct the negative emotions of the patients, and is conducive to the improvement of satisfaction.

【Key words】comfort nursing; quality of life; chronic heart failure; elderly

慢性心力衰竭在临床中较为常见，多发于老年群体。发病原因与心室在长期负荷下，降低心肌功能，致使心排血量异常有关。发病后老年患者过于担心病情，导致其出现抑郁、焦虑等负性情绪，给患者睡眠质量带来不良影响，进而降低生活质量。因此，需要采取有效护理干预措施予以护理。舒适护理作为全新的一种护理模式，秉承以患者为中心，充分考虑患者实际病情，提供个性化护理，加快患者临床症状恢复^[1]。本研究选取于济南市历下区第三人民医院接受治疗的120例老年慢性心力衰竭患者，对其实施常规护理与舒适护理，比较分析干预效果，现详细报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取于济南市历下区第三人民医院接受治疗的老年慢性心力衰竭患者120例，入院时间2021年2月至2022年2月，采用双盲法将患者分为对照组（ $n=60$ ）与舒适组（ $n=60$ ）。对照组男女比32:28，最小年龄65岁，最大年龄79岁，平均年龄（ 72.47 ± 5.19 ）岁。舒适组男女比35:25，最小年龄66岁，最大年龄80岁，平均年龄（ 72.62 ± 5.24 ）岁。纳入标准：（1）经彩超、心电图检查均确诊为慢性心力衰竭；（2）满足慢性心力衰竭诊断标准；（3）各项临床资料齐全；（4）患者与其家属签署知情书，主动参与此次研究；（5）研究经医院伦理委员会批准。排除标准：（1）严重精神疾

病；（2）合并恶性肿瘤；（3）脏器功能严重不全；（4）免疫系统疾病；（5）伴有其他心脑血管疾病。对比分析两组患者一般资料，差异不显著（ $P>0.05$ ），存在可比性。

1.2 方法

对照组护理干预措施以常规护理为主，护理人员密切观察患者病情，加强健康宣教，做好饮食指导，遵医嘱为患者提供护理服务。

舒适组护理干预措施以舒适护理为主，护理内容包括以下几点：其一，体位舒适护理。老年慢性心力衰竭患者需长期卧床治疗，增加了血液循环不畅、水肿等并发症发生率。护理人员在患者休息期间，取半坐位，充分考虑患者实际情况对坐位进行调整，提高患者休息舒适度。其二，环境舒适护理。护理人员定期开窗通风，为患者提供干净、整洁、舒适病房环境。依据患者需求对温湿度进行调整，定期更换床上用品，嘱咐患者合理休息，保证睡眠充足。其三，饮食舒适护理。护理人员将慢性心力衰竭保健知识告知给患者及其家属，安排营养师依据患者实际情况完成饮食方案制定，告知患者多喝水的作用，加快尿酸排泄。嘱咐患者忌烟酒。其四，吸氧舒适护理。充分考虑患者实际情况调整吸氧流量。持续吸氧过程中导致患者口鼻干燥，可予以甘油湿润。同时将低流量吸氧的作用告知给患者家属。为预防感染，应定期对湿润瓶进行更换。其五，输液舒适护理。输液过程

中护理人员依据患者耐受情况调整输液速度，避免病情加重。穿刺过程中应尽量一次成功，避免因多次穿刺导致患者出现不良心理。若冬季输液应对液体进行加温。其六，心理舒适护理。护理人员多与患者交谈，评估其心理变化，以此实施个性化心理疏导。若患者情绪波动较大，应多给予心理支持，以纠正患者存在负性情绪，使患者以积极、乐观心态面对治疗。

1.3 观察指标

生活质量：采用生活质量评价量表评估 2 组患者生活质量，分值 0~100 分，患者得分越高提示生活质量越好，分别于护理前后进行评估。

睡眠质量：采用匹茨堡睡眠指数量表对 2 组患者睡眠治疗进行评估，分值 0~21 分，患者得分越低提示睡眠质量越好，分别于护理前后进行评估。

心理状态：采用抑郁自评量表、焦虑自评量表对 2 组患者心理状态进行评估，患者得分超过 50 分代表有抑郁、焦虑，分数越高表明心理状态越差。分别于护理前后进行评估。

满意度：2 组患者满意度评估用我院自制满意度问卷表，评价项目包括服务流程，护理人员态度，病房环境等，分值 0~100 分，患者评分低于 70 分表明不满意，患者评分范围 70~85 分表明基本满意，患者评分超过 85 分表明非常满意。（基本满意例数+非常满意例数）/总例数×100%=满意度。

1.4 统计学分析

本研究中的所有数据比较分析均借助统计学软件，采用软件为 SPSS25.0，*t* 用于对比 2 组患者护理前后生活质量评分、睡眠质量评分及心理状态评分， χ^2 用于对比 2 组患者满意度，当 $P<0.05$ 时，表明差异显著。

2 结果

2.1 2 组心理状态评分对比

2 组心理状态评分在护理前对比，差异不显著（ $P>0.05$ ），与对照组干预后相比，舒适组明显较低，差异显著（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 2 组心理状态评分对比（分）

组别	<i>n</i>	抑郁		焦虑	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	60	58.41±3.64	49.76±1.38	57.29±3.86	49.56±1.42
舒适组	60	58.52±3.72	47.57±0.96	57.41±4.03	46.33±0.88
<i>t</i>	/	0.164	10.091	0.167	14.977
<i>P</i>	/	0.870	0.000	0.868	0.000

2.2 2 组生活质量与睡眠质量评分对比

2 组生活质量与睡眠治疗评分在护理前对比，差异不显著（ $P>0.05$ ），与对照组干预后相比，舒适组生活质量评分较高，睡眠质量评分较低，差

异显著（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 2 组生活质量与睡眠质量评分对比（分）

组别	<i>n</i>	生活质量		睡眠质量	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	60	62.78±6.32	72.47±4.14	14.32±2.17	10.72±1.28
舒适组	60	62.04±6.72	80.42±3.68	14.54±2.34	6.32±0.72
<i>t</i>	/	0.621	11.117	0.534	23.207
<i>P</i>	/	0.536	0.000	0.594	0.000

2.3 2 组满意度对比

对照组与舒适组满意度分别为 80.00%、96.67%，舒适组明显较对照组高，差异显著（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 2 组满意度对比[*n*（%）]

组别	<i>n</i>	非常满意	基本满意	不满意	满意度
对照组	60	14(23.33)	34(56.67)	12(20.00)	48(80.00)
舒适组	60	31(51.67)	27(45.00)	2(3.33)	58(96.67)
χ^2	/	/	/	/	11.321
<i>P</i>	/	/	/	/	0.001

3 讨论

临床常见的一种疾病为慢性心力衰竭，老年人是发病主要群体。一旦发病给患者生活质量及生存质量带来严重影响。有研究指出，随着我国老龄化问题日益严峻，老年慢性心力衰竭发病率越来越高^[2]。老年人免疫力较低，加之机体各项功能逐渐衰退，发病后需长期卧床治疗，不仅降低血流量，还使血黏度大大增加。老年患者在接受治疗时，由于过于担心疾病，导致其出现抑郁、焦虑等不良情绪，给预后带来严重影响^[3]。

近几年来，如何提供优质服务，纠正老年慢性心力衰竭患者负性情绪，加快其恢复成为临床重点解决问题^[4]。以往多采取常规护理干预，尽管能够起到一定效果，但由于其护理方法与护理内容较为简单，无法满足老年慢性心力衰竭患者实际需求^[5]。舒适护理作为全新的一种干预方式，坚持以患者为中心护理理念，依据患者实际情况，为患者营造舒适病房环境，注重与患者沟通交流，加强饮食护理，为患者提供精神、情感支持，充分发挥护理人员作用，加快老年慢性心力衰竭患者症状恢复^[6]。

本研究结果表明，干预前 2 组患者心理状态评分对比，差异不显著，干预后 2 组相比，舒适组明显较对照组低。提示舒适护理可明显改善老年慢性心力衰竭患者心理状态。舒适护理中护理人员主动与患者交谈，对其心理状态进行评估，以此加强心理疏导，同时为患者营造舒适病房环境，消除其对医院环境陌生感，纠正其存在负性情绪^[7]。常莎^[8]研究中选取老年慢性心力衰竭患者 1500 例作为研究对象，给予对照组患者常规护理，

（下转第 10 页）

比较低剂量螺旋 CT 技术和 X 线胸片技术诊断肺结核的效果

张心杰

新泰市人民医院 山东新泰 271200

摘要：目的：本文研究低剂量螺旋 CT 技术和 X 线胸片技术诊断肺结核的效果。方法：研究时间：2018 年 4 月到 2021 年 6 月。研究对象：我院收取的 80 例肺结核患者，随机进行分组，每组患者数量：40 例。X 线胸片组采用 X 线胸片技术。螺旋 CT 组采用低剂量螺旋 CT 技术。收集并分析患者的各项数据。结果 低剂量螺旋 CT 检查准确率数据高于 X 线胸片检查，而误诊率、漏诊率低于 X 线胸片检查， $P<0.05$ 。低剂量螺旋 CT 对不同病理特征的检查准确率数据高于 X 线胸片检查， $P<0.05$ 。螺旋 CT 组清晰度高于 X 线胸片组， $P<0.05$ 。螺旋 CT 组辐射剂量水平低于 X 线胸片组， $P<0.05$ 。螺旋 CT 组认可度高于 X 线胸片组， $P<0.05$ 。结论：在针对肺结核的临床诊断中，通过低剂量螺旋 CT 技术进行检测能够进一步提高诊断的准确度，为临床诊断提供更为丰富的参考数据，提高患者对诊断结果的认可度，并有效降低患者在检测过程中受到的辐射水平，建议在实际的诊断检测工作中予以借鉴和采纳。

关键词：低剂量螺旋 CT 技术；X 线胸片技术；诊断；肺结核

Abstract】 Objective This study was to study the effect of low-dose spiral CT and X-ray chest radiography in the diagnosis of pulmonary tuberculosis. Methods Study period: April 2018 to June 2021. Research objects: 80 patients with pulmonary tuberculosis collected in our hospital were randomly divided into groups, the number of patients in each group: 40 cases. The chest X-ray group used the chest X-ray technique. The spiral CT group used low-dose spiral CT technology. Collect and analyze patient data. Results The accuracy of low-dose spiral CT was higher than that of chest X-ray, while the rate of misdiagnosis and missed diagnosis was lower than that of chest X-ray, $P<0.05$. The detection accuracy of low-dose spiral CT for different pathological features was higher than that of chest X-ray, $P<0.05$. The sharpness of spiral CT group was higher than that of X-ray chest X-ray group, $P<0.05$. The radiation dose level in the spiral CT group was lower than that in the X-ray chest X-ray group, $P<0.05$. The recognition degree of spiral CT group was higher than that of X-ray chest X-ray group, $P<0.05$. Conclusion In the clinical diagnosis of pulmonary tuberculosis, detection by low-dose spiral CT technology can further improve the accuracy of diagnosis, provide more abundant reference data for clinical diagnosis, improve patients' recognition of the diagnosis results, and effectively reduce the risk of patients suffering from pulmonary tuberculosis. The radiation level received during the detection process is suggested to be used for reference and adoption in the actual diagnosis and detection work.

【Key words】 Low-dose spiral CT technology; X-ray chest X-ray technology; Diagnosis; Tuberculosis

肺结核是一种较为常见的传染性疾病，需要及时为患者进行诊断和治疗，在当前的临床医学中主要是通过 X 线胸片、CT 技术等影像学技术予以检测^[1]。但是在实际的检查过程中，检查设备会对患者造成一定程度的辐射，导致患者受到伤害。这就需要为患者选择更为科学合理的方式进行检查^[2]。因此，本文将选择 2018 年 4 月到 2021 年 6 月期间我院收取的 80 例肺结核患者作为研究对象，针对低剂量螺旋 CT 技术和 X 线胸片技术诊断肺结核的效果展开分析。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

研究时间：2018 年 4 月到 2021 年 6 月。研究对象：我院收取的 80 例肺结核患者，随机进行分组，每组患者数量：40 例。一般资料：螺旋 CT 组：男性：21 例、女性：19 例，平均年龄：(45.42±10.37) 岁；X 线胸片组：男性：22 例、女性：18 例，平均年龄：(45.41±10.24) 岁。采集肺结核患者的一般资料分析。数据显示： $P>0.05$ ，可以进行对比研究。所有患者均经过病理诊断确诊。所有研究内容均通过我院伦理委员会审核，并在研究开始前经患者签署知情协议。

纳入标准：患者的相关诊断结果符合肺结核诊断标准；患者同意加入到本次的研究当中；患者具有良好的依从性^[3]。

排除标准：患者具有精神异常情况；患者合并有其他慢性疾病；患者存在心、肺、肾等器官衰竭情况；患者合并有其他恶性肿瘤疾病；患者及家属不同意加入本次研究；患者未完成相关随访^[4]。

1.2 方法

X 线胸片组采用 X 线胸片技术。为患者使用 X 线设备对患者胸部进行扫描，电流：320mA；电压：120kv。

螺旋 CT 组采用低剂量螺旋 CT 技术。选择 64 排螺旋 CT 检测设备，层厚 1.25mm。首先对患者头颈部进行平扫。在为患者注射造影剂。采用低剂量 CT 检查，管电压 80kv、管电流：200MAS^[5]。

1.3 观察指标

收集并分析患者的检测准确率、误诊率、漏诊率、病理特征检查准确度、图像清晰度、辐射剂量水平、认可度等数据。(1) 病理特征：卫星灶、支气管征、空洞、胸膜增厚、淋巴结肿大、胸水。(2) 图像清晰度：优：图像清晰、患者肺部结构完全显示。良：图像直观，肺部主体结构显示良

好，部分远端显示不良。差：未达到以上标准。图像清晰度：（优+良）/病例数*100.00%。（3）辐射剂量水平：有效剂量值 ED、剂量长度乘积值。（4）认可度：完全认可：患者对检测结果及相关数据完全认可。基本认可：患者对检测数据结果部分认可。不认可：患者不认可检查数据结果。认可度=（完全认可+基本认可）/病例数*100.00%。

1.4 统计学方法

使用 SPSS19.0 软件处理各项数据。通过率（%）表示检测准确率、误诊率、漏诊率、病理特征检查准确度、图像清晰度、满意度、认可度等计数数据，通过 χ^2 检验。通过±标准差表示辐射剂量水平的计量数据，经 t 检验。数据判定标准： $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 不同检测准确率、误诊率、漏诊率比较

低剂量螺旋 CT 检查准确率数据高于 X 线胸片检查，而误诊率、漏诊

率低于 X 线胸片检查， $P<0.05$ 。其中，低剂量螺旋 CT 检查准确度：39/40（97.50%），X 线胸片准确度：30/40（75.00%）。表 1 为不同检测准确率、误诊率、漏诊率数据。

表 1 不同检测准确率、误诊率、漏诊率数据

组别	n	准确率	误诊率	漏诊率
螺旋 CT 组	40	39 (97.50%)	1 (2.50%)	0 (0.00%)
X 线胸片组	40	30 (75.00%)	6 (15.00%)	4 (10.00%)
χ^2	--	8.537	3.913	4.210
p	--	0.003	0.047	0.040

2.2 不同检测方式对病理特征诊断准确度比较

低剂量螺旋 CT 对不同病理特征的检查准确率数据高于 X 线胸片检查， $P<0.05$ 。表 2 为不同检测方式对病理特征诊断准确度数据。

表 2 不同检测方式对病理特征诊断准确度数据

组别	n	卫星灶	支气管征	空洞	胸膜增厚	淋巴结肿大	胸水
螺旋 CT 组	40	28 (70.00%)	26 (65.00%)	39 (97.50%)	20 (50.00%)	21 (52.50%)	17 (42.50%)
X 线胸片组	40	12 (30.00%)	10 (25.00%)	30 (75.00%)	8 (20.00%)	7 (17.50%)	5 (12.50%)
χ^2	--	12.800	12.929	8.537	7.912	10.769	9.028
p	--	0.000	0.000	0.003	0.004	0.001	0.002
t	--				15.586		69.701
p	--				0.000		0.000

2.3 不同检测图像清晰度比较

螺旋 CT 组清晰度：100.00%（40 例）；X 线胸片组清晰度：87.50%（35 例）。螺旋 CT 组清晰度高于 X 线胸片组， $P<0.05$ 。表 3 为患者图像清晰度数据。

表 3 患者图像清晰度数据

组别	n	优	良	差	清晰度
螺旋 CT 组	40	39(97.50%)	1 (2.50%)	0 (0.00%)	40(100.00%)
X 线胸片组	40	30(75.00%)	5 (12.50%)	5 (12.50%)	35 (87.50%)
χ^2	--	--	--	--	5.333
p	--	--	--	--	0.020

2.4 不同检测辐射剂量水平比较

螺旋 CT 组辐射剂量水平低于 X 线胸片组， $P<0.05$ 。表 4 为患者辐射剂量水平数据。

表 4 患者辐射剂量水平数据

组别	n	有效剂量值 ED	剂量长度乘积值
螺旋 CT 组	40	0.75±0.11	211.23±11.25
X 线胸片组	40	1.82±0.42	424.18±15.71

表 5 患者认可度数据

组别	n	完全认可	基本认可	不认可	认可度
螺旋 CT 组	40	28(70.00%)	11(27.50%)	1 (2.50%)	39(97.50%)
X 线胸片组	40	20 (50.00%)	14(35.00%)	6 (15.00%)	34(85.00%)
χ^2	--	--	--	--	3.913
p	--	--	--	--	0.047

3 讨论

肺结核（pulmonary tuberculosis）是一种常见的传染性疾病，主要由结核分枝杆菌侵袭肺部导致的感染性疾病，会对人体的健康和生命安全产生严重威胁^[6]。因此需要及时对患者予以检测并诊断，进一步确定患者病情，为患者予以有针对性的治疗。在当前的临床诊断中，主要是通过影像学检测技术为患者进行诊断，而 X 线技术以及 CT 技术等都是肺结核常用

的检测方式^[7]。其中，X 线胸片是传统诊断工作常用的检测方式，能够快速对患者病变位置、范围以及性质等情况进行检测和显示，在诊断中针对不同类型的肺结核能够显示出不同特征。但是，在实际的诊断过程中，X 线胸片的图像清晰度较低，很难对细微病灶位置进行准确的显示，因此诊断的准确度不高。而 CT 技术能够对肺结核进行有效的诊断，在为患者进行 CT 扫描时，肺结核患者会表现出较为明显的特征：多钙化、多形态以及多部位等情况。同时通过 CT 检测能够更准确的发现患者隐匿性病灶位置，对支气管、呼吸道当中的病变能够予以显示。在检查过程中，螺旋 CT 扫描得出的图像清晰度更高，相比 X 线检查准确度更为理想。能够对微小的钙化灶以及卫星灶等病变位置予以显示。根据本文数据分析显示：低剂量螺旋 CT 检查准确率数据高于 X 线胸片检查，而误诊率、漏诊率低于 X 线胸片检查， $P<0.05$ 。同时，低剂量螺旋 CT 对不同病理特征的检查准确率以及图像清晰度等数据均高于 X 线胸片检查， $P<0.05$ 。但是在实际应用中，CT 会对患者的身体造成一定的辐射影响。根据临床研究数据统计：患者受辐射幅度越高则发生癌变的风险越大。而通过低剂量的 CT 检查能够有效降低患者受辐射情况，同时能够有效保证图像的清晰度。在低剂量 CT 检查中，图像噪音程度能够有效的控制在规定范围内，通过低管电压来控制辐射剂量的同时能够进一步保证获得清晰的图像。根据本文数据表明：螺旋 CT 组辐射剂量水平低于 X 线胸片组， $P<0.05$ 。由此可见，低剂量螺旋 CT 技术对肺结核患者的临床诊断能够起到十分重要的作用。

（上接第 7 页）

给予舒适护理组舒适护理，研究结果表明，护理后舒适护理组抑郁、焦虑评分均较对照组低。本研究结果与其研究结果基本相同。舒适护理中对患者输注液体进行加温，避免出现低体温并发症，另外，给予患者吸氧护理，定期对湿润瓶进行更换，有效预防感染，加快患者恢复，促进其生活质量提升。本研究结果表明，干预前 2 组患者生活质量评分对比，差异不显著，干预后 2 组生活质量评分对比，舒适组明显较对照组高。提示舒适护理可促进老年慢性心力衰竭患者生活质量提升。张焘^[9]研究中选取老年慢性心力衰竭患者 120 例作为研究对象，对照组予以常规护理，观察组予以舒适护理，研究结果表明，护理后观察组各项生活质量评分均较对照组高。本研究结果与其研究结果基本相同。再次证实舒适护理可提高患者生活质量。赵小帅^[10]研究中指出，舒适护理可促进患者满意度提升。本研究结果表明，舒适组满意度明显较对照组高。研究结果与其研究结果基本相同。另外，护理后舒适组患者睡眠质量评分较对照组低。提示舒适护理可改善患者睡眠质量。

综上所述，舒适护理在老年慢性心力衰竭患者中应用，可提高患者睡眠质量与生活质量，纠正患者存在负性情绪，有利于满意度提升。

参考文献：

[1] 孙雪莲. 舒适护理干预在老年慢性心力衰竭护理中的应用效果[J]. 中国医药指南, 2018, 16(32): 188-189.

综上所述，在针对肺结核的临床诊断中，通过低剂量螺旋 CT 技术进行检测能够进一步提高诊断的准确度，为临床诊断提供更为丰富的参考数据，提高患者对诊断结果的认可度，并有效降低患者在检测过程中受到的辐射水平，建议在实际的诊断检测工作中予以借鉴和采纳。

参考文献：

- [1] 黎焕, 翁捷晓. 低剂量螺旋 CT 和 DR 胸片在肺结核中的诊断价值比较[J]. 中国卫生标准管理, 2021, 12(16): 35-38.
- [2] 曹文斌, 高特, 叶春绿. 肺结核诊断中低剂量螺旋 CT 与 X 线胸片检查的准确性分析[J]. 影像技术, 2021, 33(03): 40-44.
- [3] 肖定青, 刘小敏. 低剂量螺旋 CT 与 DR 胸片诊断空洞型肺结核的价值[J]. 深圳中西医结合杂志, 2021, 31(09): 105-106.
- [4] 尚国华, 陈玉萍. 胸部 X 线平片与低剂量螺旋 CT 在诊断肺结节中的对比分析[J]. 影像研究与医学应用, 2020, 4(20): 142-144.
- [5] 金凤彬, 尹生江, 刘由军. 低剂量螺旋 CT 技术和 X 线胸片技术诊断肺结核的效果对比[J]. 当代医学, 2020, 26(17): 104-106.
- [6] 王飞, 张舒, 王苗. 低剂量螺旋 CT 在青少年不典型肺结核诊断及疗效观察中的价值分析[J]. 实用医学影像杂志, 2019, 20(06): 590-593.
- [7] 逢鑫. 低剂量螺旋 CT 和 X 线平片在肺结核诊断中的临床价值分析[J]. 饮食科学, 2019(10): 33.

[2] 闫鑫. 舒适护理在老年慢性心力衰竭患者护理中的应用效果观察[J]. 中国农村卫生, 2021, 13(18): 56-57.

[3] 郭丽, 郭艺, 莫淑钦. 舒适护理干预在老年慢性心力衰竭患者护理中的应用效果[J]. 实用心脑血管病杂志, 2021, 29(S1): 118-120.

[4] 李晓飞. 舒适护理干预在老年慢性心力衰竭护理中的应用效果分析[J]. 中国医药指南, 2020, 18(03): 306-307.

[5] 赵永红. 舒适护理干预在老年慢性心力衰竭护理中的应用效果研究[J]. 心理月刊, 2019, 14(10): 79-80.

[6] 魏欣. 舒适护理干预在老年慢性心力衰竭护理中的应用效果观察[J]. 中国医药指南, 2019, 17(06): 220.

[7] 齐恒. 舒适护理干预在老年慢性心力衰竭护理中的观察效果[J]. 心血管病防治知识(学术版), 2018(30): 71-73.

[8] 常莎. 舒适护理干预在老年慢性心力衰竭患者护理中的应用效果[J]. 中国医药指南, 2021, 19(32): 180-181.

[9] 张焘. 舒适护理干预在老年慢性心力衰竭患者护理中的应用效果[J]. 医疗装备, 2018, 31(15): 163-164.

[10] 赵小帅. 舒适护理干预在老年慢性心力衰竭护理中的应用效果观察[J]. 中国医药指南, 2018, 16(14): 223-224.

HIV 阴性隐球菌性脑膜炎患者免疫细胞的数量和功能 及其 TIGIT 表达分析

吴泽宙 肖芳 栾和 黄景慧 廖柏明*

广西医科大学第一附属医院感染性疾病科 广西南宁 530021

摘要: 目的: HIV 阴性的隐球菌性脑膜炎患者中 TIGIT 分子的作用及其对免疫细胞调控机制的研究,并探讨隐球菌性脑膜炎可能的干预措施。方法: 收集健康人 (n=14)、HIV 阳性 CM (n=10)、HIV 阴性 CM (n=12) 患者外周血标本, HIV 阳性 CM (n=5)、HIV 阴性 CM (n=5) 患者脑脊液流式分析免疫细胞的数量、其表面 TIGIT 表达及其功能因子的分泌。结果: HIV 阴性 CM 患者较正常对照及 HIV 阳性 CM 患者外周血, CD4+T 细胞表达 TIGIT 明显增加, 其分泌 IFN- γ 功能明显下降 ($P<0.05$); NK 细胞数量明显减少, TIGIT 表达增加, 分泌 IFN- γ 及 perforin 功能明显下降 ($P<0.05$)。结论: HIV 阴性隐球菌性脑膜炎患者 TIGIT 分子上调, 耗竭 NK 细胞, 以及抑制 NK 细胞和 T 细胞的功能, 降低了抗隐球菌的抵抗, 进而引起疾病进展。

关键词: 隐球菌性脑膜炎; HIV; TIGIT; NK 细胞; T 细胞

【正文】

隐球菌性脑膜炎 (Cryptococcal Meningitis, CM) 是由隐球菌感染脑膜和 (或) 脑实质所致中枢神经系统感染性病变。CM 可发生于艾滋病 (AIDS) 和其他免疫功能低下人群, 也可发生在免疫功能正常者。近年来, 大多数临床研究显示, HIV 阴性人群占新诊断隐球菌肺炎的大多数^[1]。与 HIV 感染者相比, HIV 阴性免疫功能正常人群中隐球菌病的流行病学, 临床表现, 长期并发症, 治疗方案和临床结局均与之存在显著差异。由于其诊断时间较 HIV 阳性 CM 明显延迟, 脑疝, 昏迷, 癫痫发作, 脑积水发生率更高, 在这一人群中诊断及治疗带来了独特的挑战。

越来越多的证据表明, 免疫机制在 CM 的进展和预后起着关键作用。T 细胞免疫球蛋白和 ITIM 结构域蛋白 (TIGIT) 是一种在淋巴细胞上表达的抑制性受体, 主要在 CD4+T、CD8+T、NK、调节性 T (Treg) 表达。CD155 通过与 TIGIT 相互作用, 从而抑制 T 细胞和 NK 细胞的功能^[2]。TIGIT 这一抑制作用在疾病进展过程中发挥关键的影响。

因此在本研究中, 我们分析 CM 患者外周血以及脑脊液中免疫细胞的比例、TIGIT 表达量以及它们分泌的功能因子, 探究对于 HIV 阴性 CM 患者对于健康者以及 HIV 阳性 CM 免疫的不同点, 进一步揭示 HIV 阴性 CM 的免疫学发病机制, 探索进一步干预治疗的可能。

1 材料

1.1 药品及试剂

Anti-Hu- TIGIT- PE、CD3- FITC、CD4- PE-Cyanine 7、CD8- APC-APC、CD19- APC、CD14- PE-Cyanine 7、CD68- FITC、CD16- APC eFluor 780、CD56-PerCP-aFluor 710、CD69-APC、CD107a- PE-Cyanine 7、IFN-PE-Cyanine 7、Perforin-APC (美国 eBioscience)、流式缓冲液 (美国 eBioscience)、IC Fixation buffer、perm buffer (美国 Solarbio)、红细胞裂解液 (美国 Solarbio)、4%多聚甲醛 (美国 Solarbio)

2 实验方法

2.1 外周血以及脑脊液细胞外流式细胞计数标记

首先标记流式管, 将外周血混匀取 100ul 的全血分别加入到 4 种流式

管中, 分别加入上述抗体 1.5ul (除 IFN- γ 、CD107a、Perforin 为胞内因子, 暂不加)。按计划加入相应的抗体, 避光常温孵育 45min, 孵育完毕后加入 300ul 的红细胞裂解液混匀, 常温避光孵育 15min, 再加入流式缓冲液 2ml 终止裂红, 1500rpm $\times$ 5min 离心, 弃上清, 如发现裂解红细胞不完全, 可再重复上述操作 2 到 3 次。一号和二号管加入 2%的多聚甲醛混匀待上机。脑脊液同上述操作。

2.2 外周血以及脑脊液细胞内功能因子流式细胞计数检测

对于细胞内细胞因子染色, 按计划加入 100ul 的 IC Fixation Buffer 混匀裂解细胞, 常温避光孵育 45min 后, 加入 2ml 的 1 $\times$ perm buffer 重悬细胞, 500g $\times$ 5min 离心, 弃上清。再加入 100ul 的 1 $\times$ perm buffer, 加入 1.5ul 的胞内抗体 CD107a、IFN- γ 、Perforin 常温避光孵育 45min, 加入 2ml 的 1 $\times$ perm buffer 重悬细胞, 500g $\times$ 5min 离心, 弃上清。加入 2%的多聚甲醛混匀待上机。脑脊液同上述操作。

2.3 统计学分析

使用 SPSS 22.0 对数据进行统计学分析, 计量资料采用均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x}\pm s$) 表示, 多组间比较采用单因素方差分析, 组间两两比较采用 Tukey 法, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 健康对照、HIV 阳性 CM、HIV 阴性 CM 患者外周血 CD4+T 细胞、CD8+T 细胞、NK 细胞、B 细胞及单核细胞数量、其表面 TIGIT 分子表达

结果见图 1, HIV 阴性 CM 患者较正常对照, CD4+T 和 CD8+T 细胞数量无统计学差异, 但 CD4+T 细胞和 CD8+T 细胞表达 TIGIT 增加 ($P<0.05$), 且 CD4+T 细胞表达更明显。而与 HIV 阳性 CM 患者相比, HIV 阳性 CM 患者的 CD4+T 数量明显下降, 其 TIGIT 表达量也明显降低, 相反 CD8+T 细胞数量明显上升, 其 TIGIT 表达量较 HIV 阴性 CM 患者上升的更明显 ($P<0.05$)。HIV 阴性 CM 患者较正常对照及 HIV 阳性 CM 患者中, NK 细胞数量明显减少, TIGIT 表达增加 ($P<0.05$); B 细胞和单核细胞的数量无明显变化, B 细胞中 TIGIT 表达量增加, 单核细胞表达 TIGIT

无统计学意义 ($P>0.05$)。

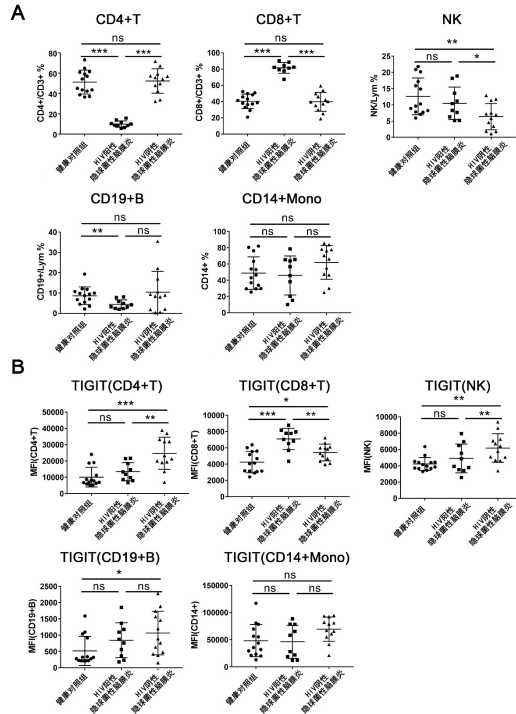


图1 健康对照组、HIV 阳性CM 患者、HIV 阴性CM 患者外周血CD4+T 细胞、CD8+T 细胞、NK 细胞、B 细胞及单核细胞比例及表面 TIGIT 表达
注: * $P<0.05$, ** $P<0.01$, *** $P<0.001$ 。

3.2 健康对照、HIV 阳性CM、HIV 阴性CM 患者外周血CD4+T 细胞、NK 细胞相关功能因子检测

HIV 阴性CM 患者较正常对照及 HIV 阳性CM 患者外周血, CD4+T 细胞分泌 IFN- γ 功能明显下降 ($P<0.05$) (图 2A); NK 细胞分泌 IFN- γ 及 perforin 功能明显下降, 差异有统计学意义 ($P<0.01$); 分泌 CD107a 功能无明显变化 (图 2B、C、D), 无统计学意义 ($P>0.05$)。

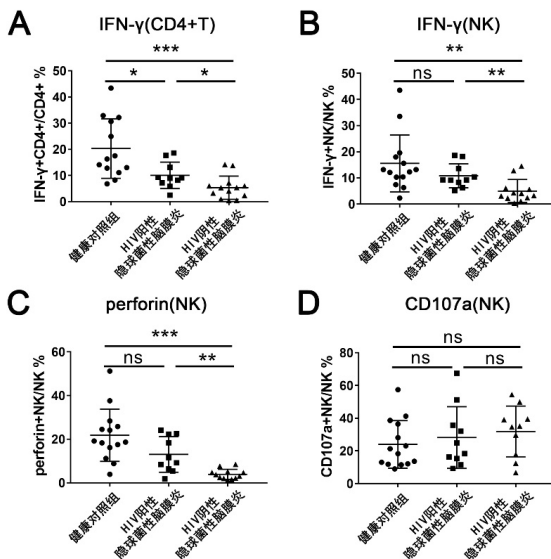


图2 健康对照、HIV 阳性、HIV 阴性CM 患者外周血CD4+T 和NK 细胞功能因子的表达

注: * $P<0.05$, ** $P<0.01$, *** $P<0.001$ 。

3.3 HIV 阳性CM、HIV 阴性CM 患者脑脊液中CD4+T 细胞、NK 细胞数量、其表面 TIGIT 分子表达以及相关功能因子检测

HIV 阴性CM 患者较 HIV 阳性CM 患者脑脊液, CD4+T 细胞数量明显升高, 其表达 TIGIT 增加 ($P<0.05$), 分泌的 IFN- γ 减少 ($P<0.05$) (图 3A、B); NK 细胞数量明显减少 ($P<0.05$), TIGIT 表达增加 ($P<0.05$), 分泌 IFN- γ 及 perforin 功能明显下降 ($P<0.01$) (图 3C、D), 差异有统计学意义。表明 CD4+T、NK 细胞在 HIV 阴性CM 发病中发挥重要作用, 而其 TIGIT 表达增加与其功能受抑制密切相关。

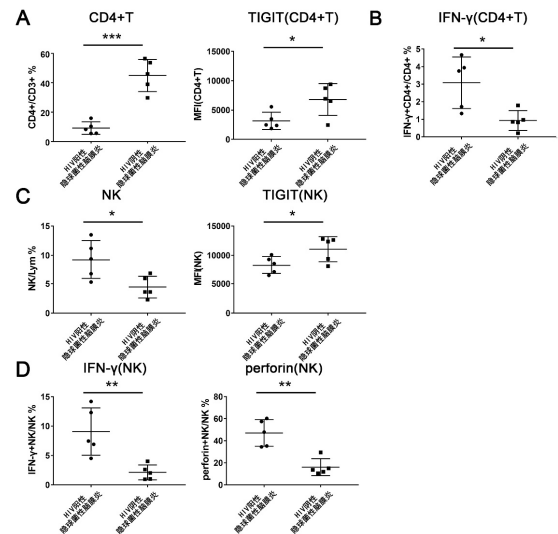


图3 HIV 阳性、HIV 阴性CM 患者脑脊液CD4+T 和NK 细胞的比例、TIGIT 及功能因子的表达
注: * $P<0.05$, ** $P<0.01$, *** $P<0.001$ 。

4. 讨论

隐球菌在一定条件下引起的宿主的免疫反应异常是隐球菌病发病机制的主要环节, 其中细胞介导免疫受损被认为是隐球菌病发生的核心环节。在 HIV 感染的背景下, 细胞介导免疫受损的核心关键是 CD4+T 细胞的缺陷, 由于 CD4+T 细胞数量的减少及功能的缺陷, 导致 TH1 细胞因子 (如 IFN- γ 、TNF- α) 分泌减少, 巨噬细胞不能有效被激活, 隐球菌得以在巨噬细胞内存活和复制, 从而导致疾病的进展^[3]。而隐球菌为何会在 HIV 阴性免疫功能正常的人群中导致如此严重的临床结局, 我们却知之甚少。

在过去几年中, TIGIT 已成为一种重要的共抑制受体, 并在癌症、慢性感染和自身免疫性疾病中得到广泛研究。研究结果揭示: HIV 阴性CM 较健康者以及 HIV 阴性CM 患者, CD4+T 细胞和 NK 细胞 TIGIT 的表达量明显增加, 尽管 CD4+T 细胞的数量与健康对照组没有变化, 但外周血 CD4+T 细胞所分泌的 IFN- γ 功能下降, 而脑脊液当中 HIV 阴性CM 感染人群 (较 HIV 阳性CM) CD4+T 细胞所分泌的 IFN- γ 功能确上升。在病毒性肝炎中, 丙肝患者接受直接抗病毒药物 (DAAs) 治疗后, CD4+T 细胞功能恢复, 且 TIGIT 表达下降^[4]。体外研究证实 NK 细胞针对新型隐球菌的体外杀伤作用主要是穿孔素 (perforin) 和颗粒酶依赖的。HIV 阴性CM 感染人群 (较 HIV 阳性CM) NK 上 TIGIT 明显高表达, 可能存在隐球菌

(下转第 15 页)

温针灸结合中药离子导入治疗神经根型颈椎病临床研究

朱向敏

山东省临沂市中医医院 山东临沂 276000

摘要：目的：分析温针灸结合中药离子导入治疗神经根型颈椎病临床价值。方法：研究对象，为院内收治神经根型颈椎病患者，共计 70 例，2020 年 4 月-2021 年 10 月，随机电脑抽选分组，温针灸治疗患者 35 例纳入对照组，结合中药离子导入治疗患者 35 例纳入研究组，对两组患者治疗结局对比探讨。结果：研究组治疗后 MPQ 疼痛评分，优于对照组 ($P<0.05$)；对比两组治疗前 MPQ 疼痛评分，无明显统计学意义 ($P>0.05$)；研究组治疗后 JOA 评分，优于对照组 ($P<0.05$)；对比两组治疗前 JOA 评分，无明显统计学意义 ($P>0.05$)；研究组治疗后颈椎活动度，优于对照组 ($P<0.05$)；对比两组治疗前颈椎活动度，无明显统计学意义 ($P>0.05$)；研究组治疗有效率，高于对照组 ($P<0.05$)。结论：神经根型颈椎病患者，接受温针灸结合中药离子导入治疗，可缓解患者疼痛程度，缓解患者颈椎活动度、功能，提升患者临床治疗效果，临床价值明确。

关键词：神经根型颈椎病；温针灸；中药离子导入；MPQ 疼痛评分；颈椎活动度

颈椎病 (CS) 属于极为常见的一种临床疾病，其中神经根型颈椎病是最常见的颈椎病类型。颈椎病的发病率为 3.5%。神经根型颈椎病是由颈椎间盘退变、颈椎骨质增生、颈椎关节或韧带松动和脱位，以及相应程度的神经根刺激或压迫引起的临床综合征。主要临床表现为颈、肩、背疼痛、放射痛、上肢及手指麻木无力。神经根型颈椎病的治疗主要是非手术治疗^[1]。这种疾病的基本治疗方法是缓解神经根受压的症状。这种疾病通常由疲劳、寒冷和受伤引起，发病率为 1.7%-17.6%，是颈椎病的高发期，占颈椎病的 60%-71%。这种疾病在 30 至 60 岁的人群中更为常见^[2]。近年来，该病的发病率呈上升趋势，而且有年轻人的趋势，尤其是那些长期或高位或俯卧位的人。治疗这种疾病的方法很多，但效果并不理想^[3]。本次研究，主要针对温针灸结合中药离子导入治疗神经根型颈椎病临床价值进行调查分析。见下文：

1、资料与方法

1.1 一般资料

研究对象，为院内收治神经根型颈椎病患者，共计 70 例，2020 年 4 月-2021 年 10 月，随机电脑抽选分组；研究组 35 例，男性 19 例，女性 16 例，年龄 (52.33 ± 2.45) 岁，病程 (5.71 ± 1.34) 年；对照组 35 例，男性 20 例，女性 15 例，年龄 (52.36 ± 2.39) 岁，病程 (5.66 ± 1.32) 年；两组对比性别、年龄构成等基线资料 ($P>0.05$)。此次研究已获得我院伦理委员会审批。

纳入标准：符合临床神经根型颈椎病诊断标准^[4]；麻木、疼痛范围需与神经支配范围一致；明确影像学资料；自愿参与研究。

排除标准：基础疾病严重；恶性肿瘤；过敏体质；网球肘、以及肩周炎等上肢疼痛疾病；有糖皮质激素、非甾体类药物使用历史；心理、精神疾病。

1.2 研究方法

对照组 35 例温针灸治疗：患者调整为坐位、或是俯卧位，选择颈夹脊、风池、以及肩井为主穴；结合患者症状调整穴位选择，如肩胛痛则增加天宗、以及秉风；若上肢麻木且疼痛严重，则增加手三里、椎肩髃、曲

池、以及外关。对穴位皮肤进行常规消毒，选用一次性华佗牌 0.3mm×40mm 针灸针，风池穴需将针尖向对侧目内眦进针，控制在 0.5~1 寸；夹脊穴则将毫针呈 75°角，沿脊柱方向进针，控制在 1.5~2 寸，确定得气后进行艾灸操作。2cm 艾条数段，使用棉签杆扎 1 个艾条端上小孔，并点燃艾条，并插在针柄上，注意不灼伤皮肤，有泛红为最佳，待燃尽后取下，每日 1 次。

研究组 35 例联合中药离子导入治疗：药物成分包括 30 g 生川草乌、30 g 独活、30 g 生南星、30 g 羌活、30 g 木瓜、30 g 乳香、30 g 续断、30 g 没药、20 g 红花、20 g 川芎、20 g 威灵仙、20 g 伸筋草、20 g 牛膝；5 g 蜈蚣、5 g；全部药材浸泡 30 min，进行水煎获取药汁，于其中浸泡棉垫，借助骨质增生治疗仪，调整为坐位、或是俯卧位，治疗仪正负两极放置浸泡后的棉垫，于病变部位放置，电流调整为 20mA，持续时间 20min，每日治疗 1 次。

1.3 研究指标

借助国际公认描述与测量疼痛 MPQ 疼痛询问量表，进行治疗前后患者评估，包括 1) 疼痛分级指数 (PRI)，疼痛评估 4 级，结合感觉表述评分^[5]；2) 视觉模拟疼痛 (VAS)，0~10 分，分值提高则疼痛加重^[6]；3) 疼痛强度 (PPI)，分为 6 个疼痛评估登记，分值增加则疼痛加重^[7]。

选择日本骨科协会评估治疗分数 (JOA) 为工具，评估颈部功能改善程度^[8]。

通过头盔式颈椎活动度测量仪，进行患者颈椎活动度进行测量与记录。

1.4 统计学分析

统计学分析软件，为 SPSS 22.0.2，包括计数资料 (%)、计量资料 ($\bar{x}\pm s$)，采取 χ^2 、t 检验， $P<0.05$ ，有统计学意义。

2、结果

2.1 两组治疗前后 MPQ 疼痛评分对比

表 1 中，研究组治疗后 MPQ 疼痛评分，优于对照组 ($P<0.05$)；对比两组治疗前 MPQ 疼痛评分，无明显统计学意义 ($P>0.05$)。

表 1 两组治疗前后 MPQ 疼痛评分对比调查表 (分 $\bar{x}\pm s$)

项目	PRI		VAS		PPI	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组 (n=35)	13.78±3.42	3.01±1.56	8.92±0.77	2.45±0.23	4.26±0.66	1.52±0.98

对照组 (n=35)	13.25±2.77	4.89±1.68	8.61±0.45	4.32±0.77	4.56±0.74	2.41±0.56
t 值	0.7715	8.4510	0.6582	10.0487	0.6681	8.4571
p 值	P>0.05	P<0.05	P>0.05	P<0.05	P>0.05	P<0.05

2.2 两组治疗前后 JOA 评分对比

表 2 中, 研究组治疗后 JOA 评分, 优于对照组 (P<0.05); 对比两组治疗前 JOA 评分, 无明显统计学意义 (P>0.05)。

表 2 两组治疗前后 JOA 评分对比调查表(分 $\bar{x}\pm s$)

项目	颈部疼痛		运动障碍	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组 (n=35)	2.17±0.23	3.18±0.42	2.97±0.25	3.78±0.41
对照组 (n=35)	2.15±0.24	2.42±0.36	2.75±0.23	2.34±0.24
t 值	0.4578	5.0457	0.6634	4.4781

续表					
感觉障碍		臂丛牵拉试验		症状总积分	
治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
2.12±0.35	3.43±0.34	2.06±0.33	3.67±0.45	10.96±1.25	14.89±1.55
2.22±0.27	2.16±0.35	1.99±0.42	1.75±0.33	10.74±1.03	9.75±1.24
0.5781	4.4781	0.6332	5.0471	0.4457	5.4854
P>0.05	P<0.05	P>0.05	P<0.05	P>0.05	P<0.05

2.3 两组治疗前后颈椎活动度对比

表 3 中, 研究组治疗后颈椎活动度, 优于对照组 (P<0.05); 对比两组治疗前颈椎活动度, 无明显统计学意义 (P>0.05)。

表 3 两组治疗前后颈椎活动度对比调查表(° $\bar{x}\pm s$)

项目	前屈		后伸		左屈	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组 (n=35)	37.22±3.25	47.25±3.24	38.21±2.45	49.55±3.71	32.13±2.71	44.62±3.15
对照组 (n=35)	37.25±3.12	41.15±4.05	38.23±2.56	45.62±3.45	32.22±3.15	38.45±2.78
t 值	0.7825	7.0482	0.4164	7.7815	0.6381	8.7815
p 值	P>0.05	P<0.05	P>0.05	P<0.05	P>0.05	P<0.05

续表

右屈		左旋		右旋	
治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
32.42±2.56	44.13±3.54	57.41±6.25	73.41±7.11	58.78±6.342	74.88±7.05
32.43±2.49	38.71±2.56	58.42±6.12	64.52±6.15	58.78±6.82	67.72±7.05
0.8771	9.4712	0.3891	12.7715	0.6541	11.5871
P>0.05	P<0.05	P>0.05	P<0.05	P>0.05	P<0.05

2.4 两组治疗有效率对比

表 4 中, 研究组治疗有效率, 高于对照组 (P<0.05)。

表 4 两组治疗有效率对比调查表 [n(%)]

项目	显效	有效	无效	有效率
研究组 (n=35)	14 (40.00)	18 (51.43)	3 (8.57)	32 (91.43)
对照组 (n=35)	10 (28.57)	14 (40.00)	11 (31.43)	24 (68.57)
χ^2	-	-	-	4.5084
p 值	-	-	-	P<0.05

3. 讨论

神经根型颈椎病是一种常见的颈椎病, 发病率较高。主要表现为颈肩疼痛, 同时累及上肢或枕骨, 伴有弦麻。发病可为单侧或双侧。目前, 神经根型颈椎病的临床发病机制尚不清楚。现代医学主要讨论它与力学和神经机制的关系。中医将颈椎病定义为“痹症”和“颈肩痛”^[9]。人们认为这种疾病是一种缺陷和现实类型, 是缺陷和现实的结合。本病与肝肾亏虚、风寒湿邪侵袭、外伤等有关。对于神经根型颈椎病的治疗, 中医特色疗法逐渐被认可^[10]。

研究中, 研究组治疗后 MPQ 疼痛评分, 优于对照组 (P<0.05); 研究组治疗后 JOA 评分, 优于对照组 (P<0.05); 针灸可以刺激局部穴位受体、反射、降低交感神经兴奋性、促进局部血液循环、缓解颈部肌肉或血管痉挛、修复局部软组织粘连、纠正椎间关系紊乱等, 从而恢复颈椎的正常解剖关系和生物力学。均衡借助艾火的温热和艾叶的药用特性, 温经通络, 祛风寒湿。温针灸不仅作用于穴位表面, 还可通过穴位渗入体内, 调节体温和血浆渗透压, 缓解局部肌肉痉挛, 消除无菌性炎症, 消除神经根刺激的诱导。中药离子导入属于中药的外治法, 是一种无创的方法。在直流电的作用下, 药物通过皮肤表面和汗腺毛孔进入病灶, 局部浓度保持较高, 形成“离子堆”, 然后缓慢进入血液和身体^[11]。它避免了肝脏可能的首过效应和胃肠道消化液对药物的降解和损伤, 提高了药物在病灶区的浓度, 延长了药物的作用时间, 减少了全身的不良反应, 显示了中药的功效, 改善调节患者关节疼痛。研究中, 研究组治疗后颈椎活动度, 优于对照组 (P<0.05); 研究组治疗有效率, 高于对照组 (P<0.05)。温针灸是治疗神经根型颈椎病的常用中医疗法, 可以改善疼痛症状, 提高生活质量。温针灸根据患者的症状和身体状况选择穴位, 从而改善患者的经络、血液和痉挛。研究指出, 针灸可以调节身体的气血, 放松肌肉和经络, 并将艾条放在针柄上, 可以温暖局部和肿胀, 增强针灸的功效^[12]。结合中药离子导

入, 中药能有效渗透病变组织, 增加局部血液循环, 缓解肌肉痉挛, 促进局部充血、水肿等炎症的吸收, 从而减少和消除对神经根的刺激和压迫, 使症状明显改善^[13]。

综上所述, 神经根型颈椎病患者, 接受温针灸结合中药离子导入治疗, 可缓解患者疼痛程度, 缓解患者颈椎活动度、功能, 提升患者临床治疗效果, 临床价值明确。

参考文献:

- [1] 李长华. 物理疗法与中药治疗椎动脉型颈椎病 200 例疗效分析[J]. 系统医学, 2019, 4(24): 139-141.
- [2] 孙鹏, 李建, 樊伟骏, 唐宁, 沙明波, 鲁育, 李华南, 王舒. 基于 Zelen's 设计桂葛灵仙汤联合颈夹脊穴透灸法治疗神经根型颈椎病风寒湿痹证[J]. 中国实验方剂学杂志, 2020, 26(09): 58-63.
- [3] 刘建兵, 邓江华, 万明智. 伤药二号方离子导入配合牵引治疗颈型颈椎病的临床疗效观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(15): 68+91.
- [4] Liao Y, Liang J. Influence of Acupuncture and Traditional Chinese Medicine Combined with Cervical Spine Fumigation Nursing on Motor Function for Patients with Nerve Root Type Cervical Spondylosis[J]. Journal of Sichuan of Traditional Chinese Medicine, 2018.
- [5] 徐新宇, 彭阿梅, 张文燕, 白惠敏, 刘俊楠, 周海霞, 王玉凤. 药枕联合中医外治法治疗神经根型颈椎病研究进展[J]. 湖北中医杂

(上接第 12 页)

激活 TIGIT 信号介导的凋亡通路导致 NK 细胞的耗竭, 并抑制其 IFN- γ 、perforin 的分泌, 尽管 CD107a 没有明显的变化。有趣的是, 有数据显示 HIV 感染人群 (较 HIV 阴性人群) NK 上 TIGIT 明显高表达, 这一高表达与 HIV 人群中 CD4⁺T 细胞数量负相关而与病毒载量呈正相关, 高 TIGIT 表达抑制 NK 细胞 IFN- γ 的释放, 在 AIDS 发病过程中起到重要作用^[5], 而这其中没有隐球菌感染。有数据显示 TIGIT 分子的表达可以介导 NK 细胞的耗竭, 在小鼠病毒性肝炎模型中, NK 细胞活化后促进疾病的进展, 使用 TIGIT 抗体阻断后, 小鼠肝脏炎症明显加重, 说明 TIGIT 负性调节 NK 细胞的活化而减轻肝脏炎症。以上结果都说明 TIGIT 对 NK 细胞功能的重要抑制作用, 结合前述 NK 细胞在隐球菌病中数量及功能受抑制的现象, 有理由猜测 TIGIT 分子可能在 HIV 阴性 CM 发病过程中对 NK 细胞功能及数量起到重要的抑制作用, 而这一抑制作用对疾病的进展产生了重大的影响。

总而言之, 我们研究发现 TIGIT 在 HIV 阴性 CM 患者外周血和脑脊液 CD4⁺T 细胞和 NK 细胞上调, 从而起到抑制作用, 尤其是 NK 细胞, 降低了对隐球菌的杀伤作用。目前关于 CM 的免疫治疗策略仍在不断探索中, 而 TIGIT 抗体对 CM 的治疗探究将极有可能如同在抗肿瘤免疫疗法中一样大放异彩, 充满希望。

参考文献:

- [1] Henao-Martinez A F, Chastain D B, Franco-Paredes C. Treatment of cryptococcosis in non-HIV immunocompromised patients[J]. Curr Opin

Inf Dis, 2019, 41(01): 54-57.

[6] 王慧凯, 姜学连, 王斌胜. 中药离子导入配合穴位贴敷治疗颈型颈椎病临床效果分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7(02): 190-191.

[7] 杨娟娟, 柳雯, 叶明, 闫兴州, 李震宇. 颈椎牵引联合中药离子导入治疗神经根型颈椎病的临床研究[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2019, 40(20): 2541-2543.

[8] 陈蓉. 电针联合中医定向透药治疗气滞血瘀型颈椎病的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2018, 26(04): 39-40.

[9] 许蓉. 中频电配合中药离子导入治疗神经根型颈椎病疗效观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2018, 6(31): 129.

[10] 罗宏华, 徐凌. 中医正骨手法联合中药离子导入在颈椎病患者早期康复中的应用效果[J]. 护理实践与研究, 2021, 18(05): 780-783.

[11] 赵志恩. 温针灸联合温经通脉壮骨汤对神经根型颈椎病颈椎功能及疼痛因子水平的影响[J]. 吉林医学, 2021, 42(12): 3008-3010.

[12] 吴叶琪, 吴婷, 叶雨文, 梁啸宇, 罗华送. 中医推拿为主治疗神经根型颈椎病临床疗效评价指标概况[J]. 新中医, 2020, 52(19): 143-146.

[13] 刘继茂. 中医推拿治疗神经根型颈椎病的临床研究进展[J]. 内蒙古中医药, 2018, 37(08): 123-124.

作者简介: 朱向敏 (1978.09-), 性别: 女, 民族: 汉族, 籍贯: 山东临沂, 学历: 本科职称: 主治医师, 研究方向: 针灸。

Infect Dis, 2018, 31(4): 278-285.

[2] Liu L, You X, Han S, et al. CD155/TIGIT, a novel immune checkpoint in human cancers (Review)[J]. Oncol Rep, 2021, 45(3): 835-845.

[3] Tenforde M W, Scriven J E, Harrison T S, et al. Immune correlates of HIV-associated cryptococcal meningitis[J]. PLoS Pathog, 2017, 13(3): e1006207.

[4] Burchill M A, Golden-Mason L, Wind-Rotolo M, et al. Memory re-differentiation and reduced lymphocyte activation in chronic HCV-infected patients receiving direct-acting antivirals[J]. J Viral Hepat, 2015, 22(12): 983-991.

[5] Yin X, Liu T, Wang Z, et al. Expression of the Inhibitory Receptor TIGIT Is Up-Regulated Specifically on NK Cells With CD226 Activating Receptor From HIV-Infected Individuals[J]. Front Immunol, 2018, 9: 2341.

[6] ZHU L P, WU J Q, XU B, et al. Cryptococcal meningitis in non-HIV-infected patients in a Chinese tertiary care hospital, 1997-2007[J]. Med Mycol, 2010, 48(4): 570-579.

[7] HARJUNPAA H, GUILLEREY C. TIGIT as an emerging immune checkpoint[J]. Clin Exp Immunol, 2020, 200(2): 108-119.

[8] STANIETSKY N, ROVIS T L, GLASNER A, et al. Mouse TIGIT inhibits NK-cell cytotoxicity upon interaction with PVR[J]. Eur J Immunol, 2013, 43(8): 2138-2150.

基金项目: 广西自然科学基金项目 (2019JJB140300)

观察半夏泻心汤应用于治疗老年功能性消化不良临床效果

侯崧 黄丽 王树林 叶菊辉

广元市中心医院 四川广元 628000

摘要：目的：研究半夏泻心汤在老年功能性消化不良中的治疗效果。方法：选取2020年8月~2021年8月在我院治疗的老年功能性消化不良（FD）患者68例，依据奇数偶数分组法，将其分成观察组和对照组，各34例。对照组采取枸橼酸莫沙必利治疗，观察组在对照组基础上采用半夏泻心汤治疗，比较2组治疗后的症状评分、有效率、5-HT及SS水平、不良反应发生率。结果：观察组治疗后的各症状评分均低于对照组， $P<0.05$ ；观察组有效率为97.06%高于对照组的79.41%， $P<0.05$ ；观察组治疗后的5-HT及SS水平均低于对照组， $P<0.05$ ；2组不良反应发生率比较， $P>0.05$ 。结论：在老年FD患者的治疗中，应用半夏泻心汤，可降低机体5-HT、SS水平，改善患者临床症状，疗效好，安全性佳，值得临床借鉴。

关键词：半夏泻心汤；老年；功能性；消化不良

To observe the clinical effect of Banxia Xiexin Decoction in the treatment of Senile Functional dyspepsia

Hou Song Huang Li Wang Shulin Ye Juhui

Guangyuan Central Hospital Sichuan Guangyuan 628000

Abstract: Objective: To study the therapeutic effect of Banxia Xiexin Decoction on Senile Functional dyspepsia. Methods: 68 elderly patients with functional dyspepsia (FD) treated in our hospital from August 2020 to August 2021 were divided into observation group and control group according to odd even grouping method, with 34 cases in each group. The control group was treated with mosapride citrate, and the observation group was treated with Banxia Xiexin Decoction on the basis of the control group. The symptom score, effective rate, 5-HT and SS levels and the incidence of adverse reactions were compared between the two groups. Results: the symptom scores of the observation group were lower than those of the control group ($P<0.05$); The effective rate in the observation group was 97.06%, which was higher than 79.41% in the control group ($P<0.05$); The levels of 5-HT and SS in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$); The incidence of adverse reactions was compared between the two groups ($P>0.05$). Conclusion: in the treatment of elderly FD patients, the application of Banxia Xiexin Decoction can reduce the levels of 5-HT and SS, improve patients' clinical symptoms, have good curative effect and good safety, which is worthy of clinical reference.

Key words: Banxia Xiexin Decoction; Old age; Functionality; indigestion

功能性消化不良（FD）指上腹饱胀、嗝气、恶心呕吐、食欲不振等不适症状，是常见的消化系统器质性疾病的一组临床综合征，症状可反复发作或持续发作，病程超过1个月或者在1年之中累计超过十二周。进食后胃底容受舒张紊乱，胃窦十二指肠调节紊乱或内脏高敏而引发疾病。临床上多采用对症治疗，西医治疗无特效药，只能通过利用抑酸药、促胃肠动力药、根除Hp、抗抑郁药等，但部分患者治疗效果不尽理想，尤其老年患者，胃肠功能退化。有研究表明，5-羟色胺（5-HT）、生长抑素（SS）等胃肠激素在疾病的发生发展中起着一定的作用。中医在胃肠疾病的治疗中有着悠久的历史^[1]。半夏泻心汤是一种调和阴阳、调虚实和顺升降的中医方剂，为了缓解患者的临床症状，需更好的指导用药^[2]。本文就半夏泻心汤应用在老年FD患者中的治疗效果进行研究，现汇报如下。

1. 资料及方法

1.1 一般资料

选取我院收治的68例FD患者，均于2020年8月~2021年8月期间收治，按照奇数偶数分组法其分成2组（观察组、对照组），各34例。观察组：男12例，女22例，年龄：60-85岁，平均年龄（72.63±4.26）岁。对照组：男13例，女21例，年龄：61-86岁，平均年龄（72.59±4.29）岁。两组性别、年龄满足可比性差异， $P>0.05$ 。

纳入标准：（1）参照罗马 II 和罗马 III 功能消化不良诊断标准：症状超过6个月，近3个月存在餐后烧灼感、饱胀不适、嗝气等；（2）胃镜检查无溃疡；（3）知情本研究；（4）近期未服用本研究药物者；（5）符合《中

药新药临床研究指导原则》中关于“痞满”。排除标准：（1）对本研究用药过敏者；（2）经检查存在肝胆胃肠道器质性疾病者；（3）认知功能障碍，无法配合者。

1.2 方法

对照组给予枸橼酸莫沙必利治疗，5mg，3次/d，餐前半小时服用。观察组给予枸橼酸莫沙必利联合半夏泻心汤治疗，枸橼酸莫沙必利同对照组，半夏泻心汤组方：半夏15g，黄芩g、干姜9g、人参9g、炙甘草9g，黄连3g，大枣4枚，气滞重加紫苏梗15g、枳实10g、柴胡和陈皮各6g；胃痛者加延胡索12g，以上方药用水煎服取汁300mL，分早晚两次温服，均持续诊疗4周。

1.3 观察指标

（1）症状评分；（2）有效率；（3）5-羟色胺（5-HT）、生长抑素（SS）水平；（4）用药后的不良反应法律。

1.4 评价标准

疗效评价标准：根据《中药新药临床研究指导原则》进行评价，治愈：胸骨后痛、上腹部不适、烧心、恶心呕吐等症状消失；显效：上述症状均得到明显改善，总积分降低 $\geq 70\%$ ；有效：症状得到缓解，总积分降低35-70%；无效：未达到上述标准，有效率=（治愈+显效+有效）总例数 $\times 100\%$ 。对患者的症状采用0-3评分法：无症状：1分；轻度症状：2分；中度症状：3分；重度症状，分数越低，症状越轻^[3]。

1.5 统计学分析

采用统计学软件 SPSS24.0, “ $\bar{x} \pm s$ ”、“(n,%)”表示计量、计数, 实施 t、 χ^2 检验, $P < 0.05$; 有统计学差异。

2. 结果

2.1 症状评分

与对照组相比, 观察组症状各评分均低于对照组, $P < 0.05$, 见表 1。

表 1 两组症状评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	胸骨后痛	上腹部不适	恶心呕吐	烧心
观察组	34	1.34±0.27	1.32±0.25	1.28±0.24	1.24±0.28
对照组	34	1.76±0.36	1.73±0.39	1.71±0.26	1.69±0.31
t	-	5.442	5.161	7.086	6.281
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 有效率

与对照组相比, 观察组有效率较高, $P < 0.05$, 见表 2:

表 2 两组疗效对比表[n (%)]

组别	例数	临床痊愈	有效	显效	无效	有效率
观察组	34	8 (23.53)	16 (47.06)	9 (26.47)	1 (2.94)	33 (97.06)
对照组	34	7 (20.59)	12 (35.29)	8 (23.53)	7 (20.59)	27 (79.41)
χ^2	-	-	-	-	-	5.100
P	-	-	-	-	-	0.024

2.3 5-HT及SS水平

观察组治疗后的5-HT及SS水平均低于对照组, $P < 0.05$, 如表3所示。

表 3 两组 5-HT 及 SS 水平比较 ($\bar{x} \pm s$,mg/L)

组别	例数	5-HT		SS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	34	221.36±29.43	159.47±18.42	6.37±0.69	3.64±0.43
对照组	34	222.41±29.56	189.36±22.78	6.36±0.72	4.67±0.57
t	-	0.161	6.533	0.064	9.237
P	-	0.436	0.000	0.475	0.000

2.4 不良反应

2 组不良反应发生率相比较, 无统计学差异 ($P > 0.05$), 见表 4:

表 4 两组不良反应发生率比较[n (%)]

组别	例数	头晕	皮疹	乏力	总发生率
观察组	34	3 (8.82)	1 (2.94)	2 (5.88)	6 (14.71)
对照组	34	2 (5.88)	3 (8.82)	0 (0.00)	5 (14.71)
χ^2	-	-	-	-	0.108
P	-	-	-	-	0.742

3. 讨论

FD是以早饱、反复餐后饱胀、上腹疼痛、烧灼感为症状的一组消化系统疾病, 临床检查, 并无器质性改变。老年人存在各器官功能衰退和受到基础疾病的困扰, 胃肠动力障碍, 成为FD的高发人群^[4]。此病治疗难度大, 病情易反复, 老年FD患者所设计的发病机制比较多, 如移行性运动复合波异常、胃排空延迟、胃电活动异常、容受性舒张受损等。移行性运动复合

波在清除食物残渣、抑制小肠细菌过度生长、细胞碎片等方面起着十分重要的作用。部分FD患者移行性运动复合波受损, 表现出移行性和时相性, 这就会增加患者餐后不适^[5]。

临床上治疗FD多采用药物治疗, 西药如抑酸药, 可抑制胃酸分泌, 减轻FD患者十二指肠嗜酸性粒细胞、肥大细胞的浸润; 促胃动力药, 可通过加速胃排空, 降低内脏高敏感、止吐等; 根除Hp药, 如四联疗法, 1种质子泵抑制剂+2种抗菌药+铋剂; 精神、心理疗法, 当前一线药物不能改善FD症状, 可采用5-羟色胺在摄取抑制剂等改善患者临床症状和不良心理状态。由于FD缺乏器质性病变, 症状易反复, 患者经常反复就诊, 严重影响其身心健康。而单一的西医治疗并不能有效改善患者的症状。因此, 寻求治疗老年FD的理想途径就非常重要了^[6]。中医将FD归属于“痞证”、“反胃”、“胃脘痛”等范畴, 虚实夹杂、本虚、阴阳失调, 治疗当以消痞散结。选自《伤寒论》的名方半夏泻心汤, 此方剂具有降逆止呕、散结除痞的功效, 方中干姜可帮助半夏祛痰, 两者可散寒、开结; 黄芩、黄连可降泄苦寒, 清上、中二焦热; 紫苏梗、陈皮可行气、健脾、燥湿化痰; 延胡索可行气止痛; 大枣可和胃益气; 炙甘草可温中益气, 调和诸药^[7]。现代药理学研究表明, 半夏泻心汤可促进胃排空, 拆方后, 其中多种药物可对胃肠道系统产生药理作用。半夏可改善胃酸分泌, 调节机体胃蛋白酶活性, 修复胃粘膜损伤; 黄芩和黄连可提升胃窦黏膜保护因子表达; 干姜可抗溃疡形成。在机体中, 胃肠激素异常与脑肠轴功能紊乱有一定的关系, 其中5-HT、SS是研究最多的相关因子, 5-HT是胃肠道黏膜嗜铬细胞分泌的神经递质, 可调节胃肠道运动和胃肠道分泌功能, SS是评价胃肠道运动状态的因子, 具有抑制抑酸、抑制胃动素等胃肠激素分泌的作用^[8]。本研究结果显示, 观察组治疗后的症状评分均低于对照组, 观察组治疗有效率高于对照组, 治疗后的5-HT、SS水平低于对照组。

综上所述, 在老年FD的治疗中, 采用半夏泻心汤治疗, 可显著改善患者的临床症状, 改善胃肠功能, 提升疗效, 安全性高, 值得借鉴。

参考文献:

[1]吴锦涛,杨丽.柴芍六君子汤合半夏泻心汤加减治疗肝郁脾虚证功能性消化不良的临床效果[J].临床医学研究与实践,2021,6(29):159-162.

[2]王宏博,王朝伟,于建平.半夏泻心汤加减联合莫沙必利治疗功能性消化不良临床观察[J].实用中医药杂志,2021,37(04):666-667.

[3]王辉.加味半夏泻心汤治疗老年功能性消化不良的临床效果及对患者临床症状的影响[J].中国医学创新,2018,15(35):141-144.

[4]秦风华.加味半夏泻心汤治疗功能性消化不良对患者胃肠激素水平及不良反应的影响[J].华夏医学,2020,33(06):65-69.

[5]郝峰嘉.半夏泻心汤与针灸联合应用于脾胃气虚型功能性消化不良治疗的效果观察与分析[J].智慧健康,2020,6(23):182-184.

[6]黄敬东.半夏泻心汤与雷贝拉唑联合对功能性消化不良的治疗价值研究[J].实用中医内科杂志,2020,34(04):129-131.

[7]潘娜,舒磊,胡洁琳,等.复方消化酶与多潘立酮联合治疗老年功能性消化不良疗效及对PG、G-17的影响[J].消化肿瘤杂志(电子版),2019,11(04):373-376.

[8]王巧俐,陈辉,王天刚,等.半夏泻心汤加减治疗功能性消化不良伴失眠的疗效观察[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(08):189-190.

经皮冠状动脉介入治疗患者护理中前馈控制理念下的安全管理应用效果评价

刘婷

山东省临沂市费县人民医院 山东临沂 273400

摘要：目的：在经皮冠状动脉介入治疗中采用前馈控制理念安全管理方式，观察该方式应用效果。方法：将2020年6月--2021年5月的患者作为分析目标，根据入院号分为一组（采用一般护理安全管理方式）和二组（采用前馈控制理念安全管理方式）。比较两组患者护理事件、心血管事件以及满意度和生活质量。结果：（1）一组和二组护理缺陷、风险事件、护理投诉发生率比较，二组护理缺陷、风险事件、护理投诉发生率显著低于一组，一组为28（例）58.33%，二组为3（例）6.25%，差异显著具备统计学意义（ $\chi^2=23.193$, $p=0.000$ ），两组有差异。（2）一组和二组一年后心血管发生率比较，二组心律失常、心肌梗死、心源性猝死、冠状动脉再狭窄、再次入院心血管发生率低于一组，差异显著具备统计学意义（ $\chi^2=9.121$, $p=0.000$ ），两组有差异。（3）一组和二组满意度和生活质量对照比较，二组满意度和生活质量均高于一组，差异显著具备统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：在经皮冠状动脉介入治疗中采用前馈控制安全管理方式效果优良，值得推荐使用。

关键词：经皮冠状动脉介入治疗；前馈控制安全管理；效果分析

Evaluation of the application effect of safety management under the concept of feedforward control in nursing of patients undergoing percutaneous coronary intervention

Liu Ting

Feixian People's Hospital, Linyi City, Shandong Province, Linyi, Shandong 273400

Abstract: Objective: To adopt the safe management method of feedforward control concept in percutaneous coronary intervention, and to observe the application effect of this method. Methods: Taking patients from June 2020 to May 2021 as the analysis target, they were divided into one group (using the general nursing safety management method) and the second group (using the feedforward control concept safety management method) according to the admission number. Nursing events, cardiovascular events, satisfaction and quality of life were compared between the two groups. Results: (1) Comparing the incidence of nursing defects, risk events and nursing complaints between the first group and the second group, the incidence of nursing defects, risk events and nursing complaints in the second group was significantly lower than that in the first group, with 28 (cases) of 58.33% in the first group. There were 3 (cases) 6.25% in the second group, and the difference was statistically significant ($\chi^2=23.193$, $p=0.000$), and there was a difference between the two groups. (2) The cardiovascular incidence rate of one group and the second group after one year was compared. The cardiovascular incidence rate of arrhythmia, myocardial infarction, sudden cardiac death, coronary restenosis, and readmission in the two groups was lower than that in the one group, and the difference was statistically significant. Academic significance ($\chi^2=9.121$, $p=0.000$), there are differences between the two groups. (3) Comparing the satisfaction and quality of life between the first and second groups, the satisfaction and quality of life in the second group were higher than those in the first group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). CONCLUSION: The safe management of feedforward control in percutaneous coronary intervention has good effect and is worthy of recommendation.

Key words: percutaneous coronary intervention; feedforward control safety management; effect analysis

对冠心病患者采用经皮冠状动脉介入方式能够有效达到治疗目的，提升患者的治疗有效率。但是由于冠心病患者的病情较为严重，因此在护理干预中也要重视和关注，在以往的护理中对于患者的治疗效果关注更多，但是该种效果并不理想，患者的预后状况不佳，造成再次入院、发生不良护理事件的发生率较高。前馈控制理念是一种新型的护理模式，在护理学中又称为事先控制、预先控制等，就是在护理管理工作开展之前对可能发

生的不良事件进行规避和处理，减少不良事件的发生，因此在本组研究中对经皮冠状动脉介入治疗中采用前馈控制理念安全管理方式并观察该种效果，现将分析结果报告如下：

1. 一般资料和方法

1.1 一般资料

将2020年6月--2021年5月的患者作为分析目标，根据入院号分为

一组（采用一般护理安全管理方式）和二组（采用前馈控制理念安全管理方式）。开展分析前首先取得患者本人的同意并签订知情同意书，同时向医院伦理委员会提出申请，获得允许以后才能开展分析，保证本次研究的所有患者经相关检查属于冠心病标准并经皮冠状动脉介入治疗。一组共 48 例，患者在 39--74 岁之间，男 27 例，女 21 例；二组 48 例，患者在 38--75 岁之间，男 26 例，女 22 例。（ $p>0.05$ ），两组资料无差异。

1.2 方法

1.2.1 一组

采用一般护理安全管理方式，主要为：按照常规护理流程保证护理工作的正常开展，严格遵守安全管理制度来进行管理实施。

1.2.2 二组

采用前馈控制理念安全管理方式，主要内容为：

（1）组建前馈控制管理团队：由科室的护士长和经验丰富、综合素质较高的护士组建一支专业的前馈控制安全管理小组，对小组成员进行定期培训来提升护理质量水平，培训的内容主要围绕经皮冠状动脉介入治疗中的可能发生的护理不良事件和风险因素进行分析，同时进行研究讨论，制定出一套切实可行、针对性较强的管理方案和实施计划^[1]。

（2）落实核心管理制度和岗位管理：对科室内的工作人员进行明确分工，制定规范、科学的管理制度，严格落实交接班制度、抢救制度、各级别护理人员分工制度、分级护理制度、落实查对制度等等，制定护理操作中的细则和评分标准，保证护理工作规范、细致的开展。每个月对科室内的护理质量和护理事件进行总结，分析其中的问题和原因，然后对管理制度进行优化和改善。根据科室内的护理人员工作能力、工作资质、学历水平来对其进行培训和考核，将护士的工作量、职责和护理质量与绩效进行挂钩，提升护理人员的工作积极性^[2]。

（3）提升护士的综合素质水平：对护理人员进行护理知识和综合素质的提升培训，要求小组成员能够熟练的掌握经皮冠状动脉介入治疗的护理特点和知识内容，对常用的药物进行熟知，熟练掌握科室内的抢救器械。在日常管理中加强护士的素质培训，提升护理人员的责任心和自主能动性，在护理工作中要做到积极主动，并且能够及时的发现护理工作中的疏漏和不足，然后积极改正和提升。

（4）加强护患关系和谐：在护理工作开展中，护士要与患者和家属进行积极沟通交流，积极开展健康教育来提升患者和家属的疾病认知，从而引导患者能够提升后续治疗配合度。及时观察患者的情绪变化和心理状态，通过理解、鼓励等话语来引导患者建立一种积极阳光的治疗心态，减少恐惧、紧张、焦躁等等负性情绪的发生^[3]。

（5）制定应急预案加强风险评估：通过定期开展考核和培训来提升护士的法律意识、风险意识和抗风险护理能力，在护理工作开展中发现问

题要积极进行改正并制定相关护理计划，对患者治疗过程中的风险隐患进行评估，通过有效的预见和针对性管理来减少风险事故的发生，进而提升患者的预后效果，减少再次复发几率。

1.3 观察标准

比较两组患者护理事件、心血管事件以及满意度和生活质量。

护理事件：观察并统计分析两组护理中的不良事件发生率。

心血管事件：对两组患者进行为期一年的跟踪随访观察，对一年来的不良事件进行统计分析。

满意度和生活质量：采用问卷调查的方式来进行分析，分数越高表示患者的满意度和生活质量越高。

1.4 统计学

SPSS 23.0 软件统计分析各项数据，计量资料和计数资料分别采用（ $\bar{x} \pm s$ ）、[n（%）]予以表示，检验工作分别采用 t 和 χ^2 完成，当 $P<0.05$ 时，提示统计学具备显著差异。

2. 结果

2.1 两组患者护理事件情况

一组和二组护理缺陷、风险事件、护理投诉发生率比较，二组护理缺陷、风险事件、护理投诉发生率显著低于一组，差异显著具备统计学意义（ $P<0.05$ ），如表 1 所示：

表 1 两组患者护理事件对比[n（%）]

组别	数例	护理缺陷	风险事件	护理投诉	发生率
一组	48（例）	9（例） 18.75%	11（例） 22.91%	8（例） 16.66%	28（例） 58.33%
二组	48（例）	1（例） 2.08%	2（例） 4.16%	0（例） 0.00%	3（例） 6.25%
χ^2	--	--	--	--	23.193
p	--	--	--	--	0.000

2.2 两组患者一年后心血管事件发生情况

一组和二组一年后心血管发生率比较，二组心律失常、心肌梗死、心源性猝死、冠状动脉再狭窄、再次入院心血管发生率低于一组，差异显著具备统计学意义（ $P<0.05$ ），如表 2 所示：

表 2 两组一年后心血管事件发生率对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	数例	心律失 常	心肌梗 死	心源性 猝死	冠状动 脉再狭 窄	再次入 院
一组	48（例）	13（例） 27.08	4（例） 8.33	3（例） 6.25	12（例） 25.00	15（例） 31.25

（下转第 31 页）

曲美他嗪联合琥珀酸美托洛尔治疗冠心病心力衰竭患者的药理学分析

范青

临沂市中医医院 山东临沂 276000

摘要: 目的: 探讨曲美他嗪联合琥珀酸美托洛尔治疗冠心病心力衰竭患者的效果。方法: 选择本院于2019年4月至2021年4月收治的冠心病心力衰竭88例作为资料, 随机抽签分组各44例, 对照组采取琥珀酸美托洛尔治疗, 观察组增加曲美他嗪治疗, 评价两组临床疗效。结果: 观察组治疗有效率95.45%显著高于对照组79.55%, $P < 0.05$ 。治疗前两组患者各项心功能指标(收缩压(SBP)、心率(HR)、左心室射血分数(LVEF)、左心室收缩末期内径(LVESD)以及左心室舒张末期内径(LVEDD))检测结果对比均无明显差异, $P > 0.05$, 治疗后观察组患者SBP、HR、LVEDD以及LVESD检测结果均明显低于对照组, LVEF检测结果明显高于对照组, $P < 0.05$ 。治疗期两组患者不良反应对比差异不明显, $P > 0.05$, 结论: 针对冠心病心力衰竭患者采取曲美他嗪联合琥珀酸美托洛尔治疗可有效缓解症状, 改善心功能, 且安全性较好, 值得推广。

关键词: 曲美他嗪; 琥珀酸美托洛尔; 冠心病心力衰竭; 临床疗效

Abstract: objective: to investigate the efficacy of trimetazidine combined with metoprolol succinate in the treatment of heart failure in patients with coronary heart disease. Methods: 88 patients with coronary heart failure treated in our hospital from April 2019 to April 2021 were randomly divided into two groups. The control group was treated with metoprolol succinate and the observation group was treated with trimetazidine. The clinical effects of the two groups were evaluated. Results: the treatment effective rate of 95.45% in the observation group was significantly higher than that in the control group (79.55% $P < 0.05$). There was no significant difference in the indexes of cardiac function (systolic blood pressure (SBP), heart rate (HR), left ventricular ejection fraction (LVEF), left ventricular end-systolic diameter (LVESD) and left ventricular end-diastolic diameter (LVEDD)) between the two patients before treatment, $P > 0.05$. After treatment, the results of SBP, HR, LVEDD and LVESD in the observation group were significantly lower than those in the control group, while the results of LVEF in the observation group were significantly higher than those in the control group. There was no significant difference in adverse reactions between the two groups during the treatment period ($P > 0.05$). Conclusion: trimetazidine combined with metoprolol succinate can effectively relieve symptoms and improve cardiac function in patients with coronary heart failure (CHF). It's worth popularizing.

Key words: trimetazidine; metoprolol succinate; heart failure of coronary heart disease; clinical effect

冠心病是指冠状动脉腔狭窄或阻塞所致的心脏病, 易引发心力衰竭, 导致患者出现气促、心悸、活动受限、下肢水肿等症状^[1]。冠心病心力衰竭具有较高的病死风险, 需及时行抗心衰治疗, 解除威胁生命的症状, 其中 β 受体拮抗剂可起到抑制交感神经活性、延缓病情进展作用^[2], 如琥珀酸美托洛尔应用普遍, 可获得较好效果。曲美他嗪作为抗心绞痛心血管药物, 具有心肌细胞能量代谢的作用, 将其与琥珀酸美托洛尔联合治疗是否可进一步提高疗效需深入研究。为此, 本次研究对曲美他嗪联合琥珀酸美托洛尔治疗冠心病心力衰竭患者的效果进行了探讨, 如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院于2019年4月至2021年4月收治的冠心病心力衰竭88例作为资料, 随机抽签分组各44例, 经心电图、心动图等检查确诊, 均符合2014版《中国心力衰竭诊断和治疗指南》中的相关诊断标准^[3]。对照组男24例, 女20例, 年龄50-76岁, 平均 (62.42 ± 3.66) 岁, 病程1-5年, 平均 (2.10 ± 0.45) 年, NYHA分级: II级、III级、IV级分别为16、18和9例; 观察组男26例, 女18例, 年龄50-77岁, 平均 (62.48 ± 3.62) 岁, 病程1-5年, 平均 (2.13 ± 0.47) 年, NYHA分级: II级、III级、IV级分别为15、18和11例; 纳入标准: (1) 患者以及家属对此次研究内容知情并且自愿参与本次研究。(2) 患者意识清楚, 治疗依从性较好。排除标准: (1)

排除近期急性心肌梗死发作、呼吸道严重感染及肾功能不全患者; (2) 患有精神疾病者。(3) 恶性肿瘤患者。(4) 对本次研究中所涉及到的药物有过敏史者。两组资料比较无差异显著性, $P > 0.05$ 。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 给予利尿剂、血管扩张剂、强心药及ACEI/ARB类药物等常规抗心衰治疗, 并选择酒石酸美托洛尔胶囊(山东华鲁制药有限公司, 国药准字H37020848) 50mg/次用药, 2次/d, 连续3个月。

1.2.2 观察组 上述治疗基础上, 增加盐酸曲美他嗪片(施维雅(天津)制药有限公司, 国药准字H20055465) 20mg/次用药, 3次/d, 连续3个月。

1.3 观察指标

评价两组疗效: 显效为症状消失, 心电图正常, NYHA分级改善 ≥ 2 级; 有效为症状改善, 心电图轻度异常, NYHA分级改善 ≥ 1 级; 无效为症状、心电图无变化。治疗有效率=显效率+有效率。比较治疗前后两组患者心功能(收缩压(SBP)、心率(HR)、左心室射血分数(LVEF)、左心室收缩末期内径(LVESD)以及左心室舒张末期内径(LVEDD)), 为了保证检测结果的准确性, 均连续检测3次后取其平均值。记录并比较两组患者用药期间不良反应发生情况, 本次研究主要记录其出现恶心、嗜睡和发热的情况。

1.4 统计学处理

采用 SPSS22.0 分析, 计量资料采用 ($\bar{X} \pm S$) 表示, 各项心功能指标检测结果均利用 t 检验, 计数资料采用 (%) 表示, 治疗有效率以及不良反应发生率利用卡方检验, $P < 0.05$ 为比较差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗效果比较。

分析表 1 可知, 观察组治疗有效率 95.45% 显著高于对照组 79.55%, $P < 0.05$ 。

表 1 两组治疗效果比较 (n%)

组别	例数	显效	有效	无效	治疗有效率
----	----	----	----	----	-------

表 2: 两组治疗前后心功能指标比较 ($\bar{X} \pm S$)

项目	治疗前		t/P	治疗后		t/P
	观察组	对照组		观察组	对照组	
SBP (mmHg)	148.10±8.67	147.41±8.45	0.378/0.706	124.04±5.19*	136.33±5.82*	10.454/0.000
HR(次/min)	96.88±3.81	96.59±3.76	0.359/0.720	74.73±4.26*	82.32±4.14*	8.476/0.000
LVEF(%)	47.75±5.66	48.13±5.89	0.308/0.758	58.52±4.78*	52.34±4.67*	6.134/0.000
LVEDD(mm)	64.15±2.64	64.13±2.59	0.035/0.971	50.45±3.31*	60.06±2.75*	14.813/0.000
LVEDS(mm)	45.09±2.36	44.87±2.28	0.444/0.657	35.52±2.55*	40.86±2.41*	10.095/0.000

注: *为本次治疗前后对比差异显著, $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者用药期间不良反应发生情况对比。

分析表 3 可知, 观察组用药期间不良反应发生率为 9.09%, 对照组用药期间不良反应发生率为 6.82%, 两组不良反应发生率对比无明显差异, $P > 0.05$ 。

表 3: 两组患者用药期间不良反应发生情况对比 (n%)

组别	例数	恶心	嗜睡	发热	不良反应发生率
观察组	44	1 (2.27)	1 (2.27)	1 (2.27)	3 (6.82)
对照组	44	2 (4.55)	1 (2.27)	1 (2.27)	4 (9.09)
χ^2	--	--	--	--	0.155
P	--	--	--	--	0.693

3 讨论

冠心病是临床上的高发病, 发病人群以中老年群体居多, 由发病机理即为冠状动脉出现粥样硬化, 当患者情绪激动或是过量运动、劳累后此病易发作^[4], 而冠心病心力衰竭为冠心病发展的终末阶段, 病理特征肺循环淤血, 心力衰竭到一定程度后患者的心肌细胞会因严重缺氧而导致其氧运能力不下降, 对心脏的收缩功能造成直接影响, 发病时患者可在较短的时间内出现明显的眩晕症状, 甚至会有猝死的风险, 对其生命安全造成了极大的威胁。以目前的医疗技术水平而言, 此病尚无根治性的药物, 常规抗心衰治疗以利尿、强心为主, 有效减轻心脏负担, 改善症状, 降低死亡风险, 而为进一步改善预后, 还需配合其他药物治疗^[5]。其中琥珀酸美托洛尔则是较为常见的临床用药之一, 该药为 β -受体阻滞剂的一种, 可有效调节心率及血压, 降低心肌细胞耗氧量, 改善心脏收缩功能, 增强心功能^[6]。有研究称, 此药用于冠心病心力衰竭患者的治疗时能够快速促进改善其心肌的收缩能力, 且可有效抑制心力衰竭的发展进程, 其优点在于吸收好、起效快^[7]。但是对于冠心病心力衰竭患者而言降低心肌细胞耗氧量、改善

观察组	44	32(72.73)	10(22.73)	2 (4.55)	42(95.45)
对照组	44	22(50.00)	13(29.55)	9 (20.45)	35(79.55)
χ^2	--	--	--	--	5.090
P	--	--	--	--	0.024

2.2 两组治疗前后心功能指标比较。

分析表 2 可知, 治疗前两组患者各项心功能指标检测结果对比差异均不明显, $P > 0.05$ 。治疗后观察组患者各项指标检测结果均明显优于对照组, $P < 0.05$ 。

心脏收缩功能的同时还应注意提升其心肌血流量、扩张冠状动脉血管, 曲美他嗪能够起到完善线粒体能量代谢的作用, 可起到改善心肌功能、对抗肾上腺素、对抗加压素的作用^[8],

综上所述, 冠心病心力衰竭患者的心脏供血能力下降、冠状动脉血管狭窄, 且因心室重构所致心肌的收缩功能持续下降, 因此在治疗时应以恢复心肌供氧、减少心肌耗氧量、改善血运情况、改善冠状动脉的血供情况为主要治疗思路, 使用曲美他嗪联合琥珀酸美托洛尔用药方案可获得良好的疗效, 且安全性好, 值得推广。

参考文献:

[1]韩笑. 曲美他嗪联合琥珀酸美托洛尔治疗冠心病心力衰竭的疗效观察[J]. 中国医院用药评价与分析, 2019, 19(2): 183-184, 187.

[2]马飞, 方雪花, 高德全, 等. 琥珀酸美托洛尔与曲美他嗪联合应用于冠心病心力衰竭的 Meta 分析[J]. 临床荟萃, 2021, 36(6): 491-499.

[3]中华医学会心血管病学分会. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2014[J]. 中华心血管病杂志, 2014, 42 (2): 3-10.

[4]王希兵. 曲美他嗪联合美托洛尔治疗冠心病心力衰竭对血浆 BNP 影响及疗效观察[J]. 中国保健营养, 2021, 31(10): 257-258.

[5]张碧芬. 曲美他嗪联合美托洛尔治疗冠心病心力衰竭的疗效及对患者血浆脑钠肽水平及生活质量的影响[J]. 中国实用医刊, 2019, 46(8): 111-113.

[6]王素敏. 美托洛尔联合曲美他嗪治疗冠心病心力衰竭的临床观察[J]. 重庆医学, 2019, 48(1): 271-273.

[7]陶智军. 曲美他嗪联合美托洛尔治疗冠心病心力衰竭对血管内皮功能及氧化应激指标的影响[J]. 中国临床医生杂志, 2018, 46(6): 667-670.

[8]李堪量, 赵圣吉, 史丽. 曲美他嗪联合美托洛尔治疗老年冠心病合并心力衰竭的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2018, 34(5): 507-510.

抗结核治疗结核性脑膜炎患者引发的药物性肝炎发生率及安全性研究

高磊

泰安市肿瘤防治院 山东泰安 271000

摘要：目的：研究抗结核治疗结核性脑膜炎患者引发的药物性肝炎发生率及安全性。方法：选取 2019 年 1 月-2022 年 1 月我院收治的 30 例结核性脑膜炎患者作为研究对象，所有研究对象均接受抗结核治疗，统计药物性肝炎发生率、临床效果等。结果：30 例患者接受抗结核治疗后，11 例患者发生药物性肝炎，发生率为 36.67%，轻度肝损伤患者中的药物性肝炎占比最高，为 60.00%；统计不良反应总发生率为 16.67%，1 例患者白细胞计数减少，1 例患者血小板计数减少，1 例患者视神经损害，2 例患者关节痛；治疗后，30 例患者的脑脊液压力显著降低，脑脊液生化指标得到明显优化，显著优于治疗前 ($p < 0.05$)。结论：医院在为结核性脑膜炎患者实施抗结核治疗时，需要注意防止药物性肝炎的发生，治疗方案必须严谨，确保用药安全与临床疗效，保护患者的肝功能。

关键词：抗结核治疗；结核性脑膜炎；药物性肝炎发生率；安全性研究

Abstract : Objective : To study the incidence and safety of drug induced hepatitis in patients with tuberculous meningitis treated with anti tuberculosis. Methods : 87 patients with tuberculous meningitis admitted to our hospital from January 2019 to January 2022 were selected as the study subjects. All the subjects received anti-tuberculosis treatment. The incidence of drug-induced hepatitis and clinical effect were counted. Results : 87 patients received anti-tuberculosis treatment, 31 patients with drug hepatitis, the incidence was 35.63 %, mild liver injury in patients with drug hepatitis accounted for the highest proportion, 55.17 % ; the total incidence of adverse reactions was 9.20 %, white blood cell count decreased in 2 patients, platelet count decreased in 1 patient, optic nerve damage in 3 patients, and joint pain in 2 patients ; after treatment, the cerebrospinal fluid pressure of 87 patients was significantly decreased, and the biochemical indexes of cerebrospinal fluid were significantly optimized, which were significantly better than those before treatment ($p < 0.05$). Conclusion : The hospital in the implementation of anti tuberculosis treatment for patients with tuberculous meningitis, need to pay attention to prevent the occurrence of drug hepatitis, treatment must be rigorous, to ensure the safety of medication and clinical efficacy, protect the liver function of patients.

Key words : anti-tuberculosis treatment ; tuberculous meningitis ; incidence of drug-induced hepatitis ; safety research

结核性脑膜炎是一种非化脓性炎症性疾病，在神经系统结核疾病中占比非常大，发病主要是因为受到了结核分枝杆菌的感染^[1-3]。结核分枝杆菌极易侵袭人体，生长较为缓慢，具有多形性与抗酸性，抵抗力较强，菌体结构十分复杂。英国医学研究委员会将结核性脑膜炎划分为 3 期，1 期并无十分明显的症状，2 期会出现脑膜刺激征，3 期神经系统功能会受到严重损害。抗结核治疗是结核性脑膜炎的主要治疗方法，通常选择几种抗结核药物联合应用，抗结核药物包括异烟肼、利福平、盐酸乙胺丁醇、吡嗪酰胺等^[4-5]。有关临床研究中提到，抗结核治疗在一定程度上会损伤患者的肝功能，用药后身体出现了诸多不良反应，治疗过程中的安全性有待提高。基于此，本实验想要进一步认识抗结核治疗在结核性脑膜炎患者中引发的药物性肝炎发生率及安全性，遂选取 30 例结核性脑膜炎患者展开研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 1 月-2021 年 1 月我院收治的 30 例结核性脑膜炎患者作为研究对象，研究对象的男女性别比例为 43:44；年龄区间及所测均值为：22-45 岁、(31.15±3.44) 岁；BMI 指数区间及所测均值范围为：18.3-22.5kg/m²、(20.37±1.25) kg/m²。伦理会审阅研究方案后同意进行本次试验，患者均阅读知情同意书，签字确认后同意参与本次研究。

1.2 方法

评估患者的身体情况、疾病发展情况，根据患者的实际情况，选择抗结核药物：盐酸乙胺丁醇 0.75-1.0g、异烟肼 0.3g、利福平 0.45-0.6g，三种抗结核药物联合应用，确保治疗方案的安全性与合理性。为了防止抗结核药物对患者肝功能造成损害，治疗时可以为患者应用激素、脱水剂，对肝功能起到一定的保护作用。每隔五天固定时间内检查患者的脑脊液指标水平，同时检测肝功能各项指标，若检查出药物性肝炎，第一步需要明确肝功能损害程度，进而对治疗方案作出进一步调整，最大程度上确保患者的肝功能不受损害，可以使用甘草酸二铵。若在治疗过程中发现患者的肝损伤程度加重，可以改变联合用药方案，选择异烟肼 0.3g、盐酸乙胺丁醇 0.75-1.0g、吡嗪酰胺 1.5g。治疗时间为 12 个月，整个治疗过程中安排医护人员观察患者的情况。

1.3 观察指标

详细记录轻度、中度、重度肝损伤患者中药物性肝炎占比例数，计算药物性肝炎发生率。

统计患者的不良反应发生情况，包括：白细胞计数减少、血小板计数减少、视神经损害、关节痛，评估抗结核治疗方案的安全性，不良反应发生率=100%-(未出现不良反应情况例数/30)×100%。

记录患者治疗前、治疗后的脑脊液生化指标(葡萄糖、蛋白质、氯化物)及脑脊液压力，判断抗结核治疗的临床效果。

1.4 统计学方法

本研究所获取的全部数据资料均由统计学软件 SPSS 26.0 分析处理，其类型涵盖计数资料与计量资料，采用 X^2 检验及 t 检验方式，当 $P<0.05$ 时，差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 药物性肝炎发生率

87 例患者中，发生药物性肝炎的患者为 11 例，发生率为 36.67%，轻度肝损伤患者中的药物性肝炎占比最高，为 60.00%，详见表 1：

表 1 药物性肝炎发生率与肝损伤程度[n（%）]

肝损伤程度	n	药物性肝炎占比	发生率
轻度	10	6	60.00
中度	10	3	30.00
重度	10	2	20.00

2.2 不良反应发生情况

30 例结核性脑膜炎患者接受抗结核治疗后，发生了白细胞计数减少、血小板计数减少、视神经损害、关节痛等不良反应，不良反应总发生率为 16.67%，详见表 2：

表 2 不良反应发生情况[n（%）]

白细胞计数减少	血小板计数减少	视神经损害	关节痛	总发生率
1（3.33）	1（3.33）	1（3.33）	2（6.67）	5（16.67）

2.3 抗结核治疗前后的脑脊液生化指标及压力比较

经数据分析后，得出结论，30 例患者治疗后的脑脊液压力显著降低，脑脊液生化指标得到明显优化，显著优于治疗前（ $p<0.05$ ），详见表 3：

表 3 抗结核治疗前后的脑脊液生化指标及压力比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

时期	葡萄糖	蛋白质	氯化物	脑脊液压力
治疗前	1.25±0.21	2.82±0.43	97.39±3.76	268.51±23.26
治疗后	2.93±0.55	0.37±0.30	132.31±12.63	140.53±11.33
t	26.617	43.585	24.717	46.138
p	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

临床研究资料显示，结核性脑膜炎患者脑脊液中的葡萄糖含量较低，推测是中枢神经系统发生细菌感染造成的，葡萄糖能够被细菌所分解，葡萄糖被分解后，其含量自然降低了^[6]。因为结核性脑膜炎患者的血脑屏障是不完整的，所以脑脊液中的蛋白质含量反而会出现增加的情况^[7-8]。蛋白质含量的增减与氯化物的增减存在一定关系，蛋白质含量增高，则会使氯化物含量下降，两者之间呈反比例关系^[9]。

结核性脑膜炎是结核病中严重程度最高的，病区位置在脑部，所以较其他结核病致死率、致死率都高，目前，临床治疗结核性脑膜炎的常用治疗方法为抗结核治疗。但是在治疗过程中，每个患者的耐药性和身体情况不同，部分患者应用抗结核药物后，身体会出现不同程度的不良反应，严重者可引发药物性肝炎，导致患者又增添新的病情，因此，抗结核治疗过

程中必须严格关注患者的药物性肝炎发生情况及用药安全性，一旦发生药物性肝炎，立即停止抗结核药物的使用，再由主治医师给出停药后的具体治疗方案，严重药物性肝炎给予相关药物治疗，防止进一步加重肝功能损伤程度^[10-11]。本试验纳入样本量为 30，围绕抗结核治疗结核性脑膜炎患者引发的药物性肝炎发生率及安全性做出了详细研究，研究结果显示，30 例患者中，发生药物性肝炎的患者为 11 例，发生率为 36.67%，轻度肝损伤患者中的药物性肝炎占比最高，为 60.00%，临床医生在开展治疗时，需要密切关注患者的药物性肝炎发生情况，若患者出现药物性肝炎，则对抗结核治疗方案做出调整，若患者在治疗过程中肝损伤程度加重，则需要改变联合用药方案，或立即停药，对患者的肝功能各项指标进行检查，为患者进行保肝治疗。87 例患者治疗后的脑脊液压力显著降低，脑脊液生化指标得到明显优化，显著优于治疗前，提示抗结核治疗取得了一定的临床效果。但是，计算 30 例患者的不良反应总发生率为 16.67%，说明抗结核治疗的安全性有待提高。

基于以上认识，临床为结核性脑膜炎患者开展抗结核治疗时，需要评估患者的全身情况，以确定联合用药方案，确保用药安全性，防止患者发生药物性肝炎，实现最佳治疗效果。

参考文献：

[1]李欢. 探讨结核性脑膜炎患者抗结核治疗致药物性肝炎的临床发生率及治疗[J]. 养生大世界,2021(2):40-41.

[2]谢占乾. 探讨结核性脑膜炎患者抗结核治疗致药物性肝炎的临床发生率及治疗[J]. 世界最新医学信息文摘（连续型电子期刊）,2020,20(25):52,56.

[3]赵玉霞,袁永佳. 利奈唑胺联合左氧氟沙星在结核性脑膜炎抗结核强化期治疗中的应用效果观察[J]. 中国基层医药,2021,28(3):366-369.

[4]刘鸿志. 利奈唑胺联合左氧氟沙星在结核性脑膜炎强化期应用的治疗和安全性分析[J]. 健康前沿,2019,28(6):183-184.

[5]马佐鑫. 糖皮质激素联合四联抗结核药物治疗结核性脑膜炎患者的效果观察[J]. 健康必读,2021(4):77.

[6]刘春燕,仵倩红,杜鹃,等. 莫西沙星或左氧氟沙星联合抗结核药物治疗难治性结核性脑膜炎疗效及安全性对比[J]. 现代生物医学进展,2016,16(34):6717-6720.

[7]段谅. 莫西沙星辅助治疗难治性结核性脑膜炎的疗效及安全性评价[J]. 世界临床医学,2019,13(3):35.

[8]吕翠荣. 利奈唑胺联合抗结核治疗对结核性脑膜炎患者肝功能及脑脊液腺苷脱氨酶水平的影响[J]. 中国实用医药,2021,16(26):147-149.

[9]赵彬. 地塞米松联合抗结核药物治疗结核性脑膜炎对促进患者恢复的价值[J]. 健康之友,2020(22):153.

[10]刘杰. 糖皮质激素与四联抗结核方案联合治疗老年结核性脑膜炎的效果及对患者脑脊液细胞学的影响[J]. 医学理论与实践,2019,32(15):2385-2387.

[11]Du Zhi Xiang,Chang Fang Qun,Wang Zi Jian et al. A risk prediction model for acute kidney injury in patients with pulmonary tuberculosis during anti-tuberculosis treatment.[J].Ren Fail, 2022, 44: 625-635.

探讨 24 h 动态心电图在冠心病心肌缺血、心律失常、心绞痛中的诊断价值

张红梅

山东省日照市中医医院 山东日照 276800

摘要：目的：探讨 24 h 动态心电图在冠心病心肌缺血、心律失常、心绞痛中的诊断价值。方法：研究对象选自我院 2019 年 8 月-2021 年 8 月期间收治的 45 例冠心病患者，分别进行常规心电图和 24h 动态心电图进行检测，将采用常规心电图检查的视为对照组，采用 24h 动态心电图检查的设为实验组，比较两组的心肌缺血、心律失常、心绞痛检查率以及诊断效果。结果：实验组冠心病心肌缺血的阳性检出率明显高于对照组 ($P<0.05$)；实验组心律失常的短阵室上速、房室传导阻滞、室性/房性期前收缩二、三联律、室性/房性期前收缩成对等检查率显著高于对照组 ($P<0.05$)；实验组心绞痛变异性、ST 段抬高变化、T 波高耸变化、U 波变化检查率均明显高于对照组 ($P<0.05$)；两组的特异度和阳性、阴性预测值比较无明显差异，但是实验组的准确度、灵敏度均明显高于对照组 ($P<0.05$)。结论：24h 动态心电图在诊断冠心病心肌缺血、心律失常、心绞痛中发挥了至关重要的价值，提高了疾病检出率，为后期开展治疗提供了诊断依据，值得广泛借鉴和采纳。

关键词：24 h 动态心电图；冠心病心肌缺血；心律失常；心绞痛；诊断价值

冠心病是一组在中老年患者中发病率较高的一类疾病，季节变化、情绪激动、体力活动增加都是造成冠心病发作的诱因。近年来，随着生活水平的提高，越来越呈现快节奏化，随之而来生活压力无形中增加，饮食和生活习惯受到影响而发生改变，增加了冠心病的发生几率。经流行病学研究显示，冠心病在美国和许多发达国家排在死亡原因的第一位，可见冠心病的威胁性很强，对患者的身心造成了严重的威胁^[1-2]。此外，冠心病的范围特别广泛，还包括炎症、栓塞等，其类型也分为好几种，其中心肌缺血、心律失常和心绞痛是比较常见的 3 中类型。冠心病的类型不同，致病因素也存在一定的差异，但是临床表现基本都是出现胸闷、心悸、精神紧张等症状，三种病种存在异同，在临床中往往会出现误诊情况，从而加重病情的进展，导致临床无法及时的进行对症治疗，威胁患者的生命安全。基于此，提高冠心病的诊断率非常重要。临床诊断冠心病常用的方法包括心电图、冠状动脉 CT 等，其中冠状动脉造影检出率较高，但是具有一定的创伤性，加上费用高，很多患者不接受^[3-4]。心电图是诊断冠心病比较简单和常用的方法，包括常规和动态两种，其中动态心电图在诊断心律失常、心肌缺血和心绞痛中诊断结果更高，受到了患者的认可。为了深入的探究 24 h 动态心电图在冠心病心肌缺血、心律失常、心绞痛中的诊断价值。筛选我院收治的 45 例病患为研究对象，报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

调取我院曾在 2019 年 8 月-2021 年 8 月收治的 45 例冠心病患者为研究对象。纳入标准：患者均符合疾病的临床表现；均在研究时间内到我院接受心电图检查；患者均具有一定程度的文化水平，具备书写能力。排除标准：兼有老年痴呆或精神疾病；患者兼有遗传或重大器质性疾病；凝血

功能异常。该研究经我院医学伦理委员会审批，并取得患者家属的支持和同意。参与研究的病例中男女比例：26:19；年龄下限与上限分别为 45 岁、76 岁，年龄均值为 (58.32±3.19) 岁。一般资料比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 方法

患者在接受检查前均需要停止服用任何的药物，避免影响诊断结果。

1.2.1 对照组

常规心电图：选择 15 导心电图机（型号：ECG-1550P，生产企业：日本光电公司）和数字式十八导心电图机（型号：SE-18，生产企业：深圳理邦精密仪器股份有限公司）进行检测，调整患者的体位取仰卧位，稳定好心态，保持平稳状况，周围环境要处于安静状态，放松全身肌肉，检测时心电图机增益设为 10mm/mv，走纸速度调整为 25mm/s，观察心电图的波形情况，并进行记录，判断是否存在冠状动脉疾病^[5]。

1.2.2 实验组

24h 动态心电图：选择 12 导动态心电图机（型号：DMS300-4A，生产企业：美国迪姆公司）进行检测。检查前需要对仪器进行全面的消毒操作，将导线和电机连接好，电机贴在胸部相应的部位，保证记录卡及电池状态良好；监测期间患者可以进行自由活动，但是尽量不要出汗和剧烈的运动，避免对监测效果造成影响；检测结束后，信息可以经记录卡回放，把等电位基线作为标准^[6]。动态记录的有效数据要大于 22h，观察患者的心电波动变化，并进行疾病判断。

1.3 观察指标

(1) 比较两组的冠心病心肌缺血检出率，常规心电图当 T 波振幅同导联 R 波 1/10，ST 段下移大于等于 0.05mV，可以判断为心肌缺血；动态

心电图 ST 段呈现水平型或者下斜型下移, 并且移动幅度>0.1mV, 时间>1ms, 心肌缺血间隔时间>1ms, 可以确定为心肌缺血阳性。

(2) 比较两组心律失常的检出率, 主要分为以下几种类型, 如短阵室上速、房室传导阻滞、室性/房性期前收缩二、三联律、室性/房性期前收缩成对。

(3) 比较两组心绞痛的检出率, 具体定义为变异性、ST 段抬高变化、T 波高耸变化、U 波变化等心绞痛。

(4) 比较两组的冠心病心肌缺血诊断结果, 分别记录并统计不同诊断的准确度、特异度、灵敏度、阳性预测值、阴性预测值。以冠状动脉造影为诊断金标准。

1.4 统计学方法

本研究所选择数据处理软件为 SPSS20.0, 计数用百分率[n(%)]表示, 用 X² 检验; 计量用均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 来表示, 符合正态分布, 采用 t 进行检验。当 P<0.05 时, 差异具有统计学意义。

2 结果

表 2 比较两组的心律失常检出情况[n(%)]

组别	室性		房性		房室传导阻滞	短阵室上速
	期前收缩成对	期前收缩二、三联律	期前收缩成对	期前收缩二、三联律		
实验组 (n=45)	26 (57.78)	30 (66.67)	24 (53.33)	31 (68.89)	13 (28.89)	21 (46.67)
对照组 (n=45)	8 (17.78)	10 (22.22)	3 (6.67)	12 (26.67)	4 (8.89)	6 (13.33)
X ²	15.315	18.000	23.333	16.076	5.874	11.905
P	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.015	0.001

2.3 比较两组的心绞痛检出情况

实验组变异性、ST 段抬高变化、T 波高耸变化、U 波变化的检出率分别为 17.78%、24.44%、22.22%、15.56%; 对照组的检出率分别为 0、4.44%、6.67%、2.22%, 实验组心绞痛变异性、ST 段抬高变化、T 波高耸变化、U 波变化检查率均明显高于对照组 (P<0.05), 详见表 3。

表 3 比较两组的心绞痛检出情况[n(%)]

组别	例数	变异性心绞痛	ST 段抬高变化	T 波高耸变化	U 波变化
实验组	45	8 (17.78)	11 (24.44)	10 (22.22)	7 (15.56)
对照组	45	0 (0.00)	2 (4.44)	3 (6.67)	1 (2.22)
X ²		8.781	7.283	4.406	4.939
P		0.003	0.007	0.036	0.026

2.4 比较两组的冠心病心肌缺血的诊断结果

详见表 4、表 5 所示, 两组的特异度和阳性、阴性预测值比较无明显

2.1 比较两组的冠心病心肌缺血检出率

实验组与对照组的阳性检出率分别为 84.44%、62.22%, 经比较两组数值存在显著的差异 (P<0.05), 详见表 1。

表 1 比较两组的冠心病心肌缺血检出率[n(%)]

组别	例数	阳性数值	阳性检出率(%)
实验组	45	38	84.44
对照组	45	28	62.22
X ²			5.682
P			0.017

2.2 比较两组的心律失常检出情况

实验组心律失常的短阵室上速、房室传导阻滞、室性/房性期前收缩二、三联律、室性/房性期前收缩成对等检查率显著高于对照组 (P<0.05), 详见表 2。

差异, 但是实验组的准确度、灵敏度均明显高于对照组 (P<0.05)。

表 4 比较两组的冠心病心肌缺血的诊断结果

检查方法		冠状动脉造影		合计
		阳性	阴性	
24h 动态心电图	阳性	37	1	38
	阴性	6	1	7
	合计	43	2	45
常规心电图	阳性	27	1	28
	阴性	16	1	17
	合计	43	2	45

续表:

表 5 比较两组的冠心病心肌缺血的诊断结果

组别	准确度	特异度	灵敏度	阳性预测值	阴性预测值
实验组 (n=45)	84.44% (38/45)	50% (1/2)	86.05 (37/43)	97.37% (37/38)	14.29% (1/7)

对照组	62.22	50%	62.79	96.43	5.88%
(n=45)	(28/45)*	(1/2)	(27/43)*	(27/28)	(1/17)

注：*表示两组对比（ $P<0.05$ ）。

3 讨论

随着生活压力的增大和饮食习惯的改变，冠心病的发病年龄也越来越年轻化^[7]。冠心病是一种非常特殊的疾病，涉及的范围比较广泛，通常涵盖炎症、栓塞等导致管腔狭窄或闭塞。世界卫生组织专门对冠心病展开的深入的研究和了解，并将其划分为了5种主要类型，包括无症状心肌缺血、心绞痛、心肌梗死、缺血性心力衰竭和猝死，其中心肌缺血、心律失常和心绞痛是比较常见的疾病，发病率也相对较高。冠心病在临床中主要症状表现为胸痛、胸闷，一般是突感心前区疼痛，多为发作性绞痛或压榨痛，也可闷感。冠心病的高危因素一般与高血压、血脂异常等存在密切的联系，季节变化、情绪激动、体力活动增加、长期饮酒也会增加发病概率。冠心病的类型不同发病因素也存在一定的区别，为了更好的分辨冠心病的疾病类型，帮助患者尽早治疗，文章对冠心病心肌缺血、心律失常、心绞痛进行了详细介绍，内容如下：

冠心病心肌缺血是指心脏的血液灌注减少，导致心脏的供氧减少，心肌能量代谢出现异常，心脏无法承受负担而不能正常的运转。众所周知，心脏的正常活动离不开氧代谢提供的能量，当血液的供给处于正常状态才能保证心脏的正常工作，但是受到某种因素的影响，导致心肌血液供需失衡，从而会出现心肌缺血。出现该病症的因素诸多，其中包括血压降低、主动脉供血减少、冠状动脉阻塞等，经流行病学研究发现，与动脉粥样硬化相关的重要危险因素为高脂血症、高血压病等也是引发此病的高危因素。治疗该病的原则是早发现、早治疗并积极的预防，避免延误病情。心律失常也是冠心病其中的一种类型，是由于窦房结激动异常或激动产生于窦房结以外，激动的传导缓慢、阻滞或经异常通道传导导致的心脏搏动频率和节律异常。心律失常在临床中表现为冠状动脉供血不足、脑动脉和肾动脉供血不足等，心律失常还会加重心肌缺血，出现心绞痛、气短等症状。出现心律失常的病因主要与心血管疾病和感染等因素存在一定的联系。该病的治疗主要是根据心律失常患者的症状、心律失常的类型及其对血液动力学的影响，来判断是否需要治疗，主要是以控制和预防复发为主。心绞痛也是冠心病中发病率较高的疾病类型，该病主要是冠状动脉供血不足引起的，是心肌急剧的暂时缺血与缺氧所引起的以发作性胸痛或胸部不适为典型症状的临床综合征。心绞痛男性的发病率明显高于女性，常见的诱因因素包括劳累、情绪激动、饱食、受寒等，每次发作会持续3-5min，发作次数不等，可能一天一次，也可能一天数次。心绞痛在临床多表现为闷痛、压榨性疼痛或胸骨后、咽喉部紧缩感等，3种疾病在临床中存在相同之处，所以增加了临床诊断难度。因此，选择合适的诊断方式，提高诊断的检出率对患者具有重要的意义。

目前，临床诊断冠心病常用的方法包括心电图、冠状动脉造影、冠状动脉CT等，其中冠状动脉造影是当前诊断冠心病诊断的“金标准”，可以明确冠状动脉有无狭窄、狭窄的部位、程度、范围等，但是该诊断方式存在一定的缺陷，具有一定的创伤，而且操作复杂，费用高，所以不被大众认可。心电图是诊断冠心病最简便、常用的方法。尤其是患者症状发作时是最重要的检查手段，可以快速识别心律失常。心电图分为常规和动态心电图两种，常规心电图存在局限性，对冠状动脉狭窄血流量水平正常患者的诊断准确率较低，在诊断中可能会出现假阳性或者假阴性，从而无法为临床提供可靠的依据，影响治疗进度。而24h动态心电图在诊断冠心病各种类型中可以准确的识别疾病之间的区别，诊断的检出率非常高，充分的弥补了常规心电图的不足，而且操作简单，费用适中，受到了患者的认可^[8]。本次研究结果证实，实验组冠心病心肌缺血的阳性检出率明显高于对照组（ $P<0.05$ ）；实验组心律失常的短阵室上速、房室传导阻滞、室性/房性期前收缩二、三联律、室性/房性期前收缩成对等检查率显著高于对照组（ $P<0.05$ ）；实验组心绞痛变异型、ST段抬高变化、T波高耸变化、U波变化检查率均明显高于对照组（ $P<0.05$ ）；实验组的准确度、灵敏度均明显高于对照组（ $P<0.05$ ），说明24h动态心电图在诊断冠心病心肌缺血、心律失常、心绞痛中具有较高的诊断价值。

综上所述，24h动态心电图在诊断冠心病心肌缺血、心律失常、心绞痛中提高了诊断检出率、准确度和灵敏度，应用价值突出，为临床提供了治疗依据，值得采纳。

参考文献：

- [1]王玉珍. 动态心电图在老年冠状动脉粥样硬化性心脏病患者心肌缺血和心律失常诊断中的价值[J]. 实用医技杂志, 2019, 26(11): 1409-1411.
- [2]方玲艳. 动态心电图在老年冠心病患者心肌缺血及心律失常诊断中的价值分析[J]. 中国保健营养, 2021, 31(1): 262, 264.
- [3]宋占谋. 动态心电图在老年冠心病患者心肌缺血和心律失常诊断中的应用价值60例分析[J]. 影像研究与医学应用, 2021, 5(5): 96-97.
- [4]包旭霞. 动态心电图在老年冠心病患者心肌缺血及心律失常诊断中的价值分析[J]. 家有孕宝, 2021, 3(15): 169.
- [5]聂慧云. 动态心电图在老年冠心病患者心肌缺血及心律失常诊断中的价值探讨[J]. 饮食保健, 2021(13): 262.
- [6]蒲春雨. 动态心电图在老年冠心病患者心肌缺血及心律失常诊断中的价值分析[J]. 养生保健指南, 2021(27): 262.
- [7]马雪, 赵欣, 赵悦, 等. 动态心电图(AECG)与常规心电图在临床诊断冠心病患者心肌缺血及心律失常中的价值比较[J]. 母婴世界, 2020(19): 72.
- [8]刘艳华. 动态心电图在老年冠心病患者心肌缺血和心律失常诊断中的临床应用价值[J]. 东方药膳, 2021(7): 102.

中药泡洗结合针灸推拿康复治疗脑梗死后肩手综合征 临床效果分析

郑岩

临沂市中医医院 山东临沂 276000

摘要：目的：探讨中药泡洗结合针灸推拿康复治疗脑梗死后肩手综合征的临床效果。方法：选择2019年1月至2020年12月本院收治的脑梗死后肩手综合征患者82例作为资料，随机分组各41例，对照组采取针灸推拿康复治疗，观察组增加中药泡洗治疗，评价临床效果。结果：观察组治疗有效率95.12%，显著高于对照组78.05%的治疗有效率，($P < 0.05$)。治疗前，两组患者疼痛程度(NRS)、痉挛程度(Ashworth)、上肢运动功能(FMA)、肩关节活动范围以及生活质量评分(SS-QOL)结果对比均无明显差异，($P > 0.05$)，治疗后，观察组患者NRS、Ashworth评分结果均明显低于对照组，FMA、肩关节活动范围以及SS-QOL评分结果均明显高于对照组，($P < 0.05$)。结论：在脑梗死后肩手综合征治疗中采取中药泡洗结合针灸推拿康复方案可促使症状消除，促进关节活动正常，减轻其疼痛水平，提高临床疗效，改善生活质量，值得推广。

关键词：中药泡洗；针灸推拿；脑梗死；肩手综合征

Abstract: objective: to explore the clinical effect of traditional Chinese medicine soaking combined with acupuncture and massage in the treatment of shoulder-hand syndrome after cerebral infarction. Methods: 82 patients with shoulder-hand syndrome after cerebral infarction treated in our hospital from January 2019 to December 2020 were randomly divided into two groups: the control group ($n = 41$) and the observation group ($n = 41$). The observation group was treated with traditional Chinese medicine soaking treatment, and the clinical effect was evaluated. Results: the effective rate of the observation group was 95.12%, which was significantly higher than that of the control group (78.05%) ($P < 0.05$).

Before treatment, there was no significant difference in pain degree (NRS), spasm degree (Ashworth), upper limb motor function (FMA), shoulder range of motion and quality of life score (SS-QOL) between the two groups. After treatment, the scores of NRS and Ashworth in the observation group were significantly lower than those in the control group, while the scores of FMA, shoulder range of motion and SS-QOL in the observation group were significantly higher than those in the control group. ($P < 0.05$). Conclusion: the rehabilitation program of traditional Chinese medicine soaking combined with acupuncture and massage in the treatment of shoulder-hand syndrome after cerebral infarction can promote the elimination of symptoms, promote the normal movement of joints, reduce the level of pain, improve the clinical effect and improve the quality of life, which is worth popularizing.

Key words: Traditional Chinese medicine soaking; Acupuncture and massage; Cerebral infarction; Shoulder hand syndrome

脑梗死是指局限性脑组织缺血性坏死或软化疾病，导致患者意识障碍、延髓性麻痹、昏迷及中枢性高热等严重症状，虽然经急救处理可挽救生命，但易伴随后遗症^[1]。脑梗死后肩手综合征属于常见后遗症，引发手浮肿疼痛、肩关节疼痛等症状，需进行康复治疗，改善手功能，消除症状。针灸推拿康复治疗可有效行气活血、疏通经络，而为进一步保证疗效，可配合中药泡洗治疗，发挥温经通络、通畅气血功效。为此，本次研究对中药泡洗结合针灸推拿康复治疗脑梗死后肩手综合征的临床效果进行了探讨，如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2019年1月至2020年12月本院收治的脑梗死后肩手综合征患者82例作为资料，随机分组各41例，符合《中风病诊断和疗效评定标准》相关标准，经颅脑影像学确诊^[2]。对照组男26例，女15例，年龄51-75岁，平均(63.33±3.72)，病程19-40d，平均病程为(29.34±3.51)d；观察组男24例，女17例，年龄50-75岁，平均(63.48±3.76)岁，病程20-40d，平均病程为(30.46±3.73)d；纳入标准：(1)患者及家属对本次研究内容知情并自愿加入。(2)患者意识清楚。排除标准：(1)排除合并心血管病、造血系统疾病患者等。(2)患有精神疾病的患者。(3)合并患有心、肝、

肺、肾功能衰竭者。(4)恶性肿瘤患者。(5)其他疾病所致肌肉及关节病变者。(6)对本次研究中所涉及到的药物有过敏史者。(7)中途退出者。两组基本资料比较无统计学意义， $P > 0.05$ 。本次研究已经向我院医学伦理委员会上报并且经委员会批准。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 ①针灸，选择肩髃、肩髃、肩贞、曲池、阳池、阳溪、阳谷、合谷及关冲等穴位采取平补平泻法，得气后留针30min。每天1次。②推拿，取肩髃、曲池、合谷、外关、手三里等穴位推拿；患侧手背、足背行掌揉法推拿，并沿上臂外侧经肘关节，前臂外侧至手背行滚法，每天1次。持续1个月。

1.2.2 观察组 上述针灸推拿康复治疗基础上行中药泡洗，药方组成：生黄芪30g，桂枝30g，桑枝30g，怀牛膝30g，当归15g，赤芍15g，川芎15g，生川乌10g，生草乌10g，桃仁10g，地龙10g，泽兰10g，僵蚕10g，伸筋草10g，红花10g，川椒10g，炙甘草10g。药物加入3L清水煎煮，冷却至40℃左右浸泡。持续1个月。

1.3 观察指标

评价疗效：显效为症状消失，关节活动正常，无肌肉萎缩；有效为症状缓解，关节活动轻度受限，无明显肌肉萎缩；无效为无变化。治疗有效

率=显效率+有效率。对比治疗前后两组患者头身疼痛程度、痉挛情况、上肢运动功能、肩关节活动范围以及生活质量,疼痛程度利用疼痛数字评价量表(NRS)进行评估,该量表评分范围0-10分,0分为无痛,依次递增,10分为剧痛;痉挛情况利用Ashworth痉挛评分量表评估,该量表评分范围0-3分,肌张力无增加时为0分,轻度增加时为1分,明显增加时为2分,严重增加时为3分。上肢运动功能利用上肢运动功能评分量表(FMA)进行评估,分值低于33分时代表严重运动功能障碍,分值介于33-43分时代表有明显的运动功能障碍,分值价于44-54分、55-64分以及64分以上时分别代表中度、轻度的运动功能障碍和无运动功能障碍。肩关节活动范围利用肩关节活动范围评分量表进行评估,该量表评分范围0-3分,3分代表肩关节活动自如且无疼痛;2分代表肩关节活动范围轻微受限(受限范围低于1/2)且伴有轻微疼痛;1分代表肩关节活动范围明显受限(受限范围超过1/2)且伴有明显疼痛感;0分代表肩关节功能完全丧失且剧烈疼痛。生活质量利用脑梗死专用生活质量评分量表(SS-QOL)进行评估,该量表共49个条目,每条评分范围均为0-5分,分值越高提示其生活质量越好。

1.4 统计学处理

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

2 结果

2.1 两组患者治疗效果对比。

分析表1可知,观察组治疗有效率95.12%显著高于对照组78.05%,(P<0.05)。

表1 两组疗效比较(%)

组别	例数	显效	有效	无效	治疗有效率
观察组	41	29 (70.73)	10 (24.39)	2 (4.88)	39 (95.12)
对照组	41	19 (46.34)	13 (31.71)	9 (21.95)	32 (78.05)
X ²	--	--	--	--	5.144
P	--	--	--	--	0.023

2.2 两组患者疼痛及痉挛程度对比。

治疗前,两组患者NRS及Ashworth评分结果对比均无明显差异,(P>0.05),治疗后,观察组患者两项评分结果均明显低于对照组,(P<0.05)。

表2 两组患者疼痛及痉挛程度对比[(X±S),分]

分组	n	NRS		Ashworth	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	41	7.04±1.68	1.46±0.72*	2.81±0.16	1.01±0.09*
对照组	41	6.93±1.72	3.13±0.54*	2.77±0.19	1.60±0.14*
t		0.292	11.881	1.031	22.698
P		0.770	0.000	0.305	0.000

注: *为本组治疗前后对比差异显著,(P<0.05)。

2.3 两组患者上肢运动功能及肩关节活动范围对比。

治疗前,两组患者FMA及肩关节活动范围评分结果对比均无明显差异,(P>0.05),治疗后,观察组患者两项评分结果均明显高于对照组,(P<0.05)。

表3 两组患者上肢运动功能及肩关节活动范围对比[(X±S),分]

分组	n	FMA		肩关节活动范围	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	41	22.39±4.36	43.56±4.11*	0.96±0.17	2.66±0.14*
对照组	41	22.58±4.47	33.19±3.34*	0.99±0.20	1.75±0.25*
t		0.194	12.537	0.731	20.335
P		0.846	0.000	0.466	0.000

注: *为本组治疗前后对比差异显著,(P<0.05)。

3 讨论

肩手综合征(SHS)在临床上又被称为反射性交感神经营养不良,导致此病发生的主要机理即为急性脑血管病变后损伤血管运动中枢,局部组织营养障碍,导致手部及肩胛水肿、疼痛^[3]。西医治疗此症的主要方案即为康复锻炼配合药物干预,虽然在一定程度上能够改善相关症状,但整体疗效不够理想,分析与该病的病变位置位于躯体局部或是远端,而常规口服药难以直接作用于病灶有一定的关系^[4]。

我国中医有着悠久的历史,中医认为脑梗死后肩手综合征病因病机为肝肾不足、气血亏虚,导致筋脉失去濡养,肢体失养,风湿侵袭,不通则痛,导致手指、腕背肿胀。因此治疗时应以活血、化瘀、理气、通经为主,同时辅以针灸、推拿等手段来提升其疗效^[5]。本次研究对此症患者采取针灸治疗时取肩髃、肩髃、肩贞等穴位,起到疏通经络、行气活血、理气化痰作用^[6]。推拿治疗取肩髃、曲池、合谷等穴位,起到疏经利节,祛风通络作用。

综上所述,脑梗死后肩手综合征患者行中药泡洗结合针灸推拿康复治疗可获得良好的临床效果,值得推广。

参考文献:

[1]许德敬.中药泡洗结合针灸推拿康复治疗脑梗死后肩手综合征62例疗效观察[J].黑龙江中医药,2018,47(6):76-77.

[2]曹志平.针刺推拿结合中药泡洗治疗脑梗死后肩手综合征临床观察[J].实用中医药杂志,2020,36(6):709-710.

[3]伍艺灵.巨刺法联合中药泡洗治疗脑梗死后肩手综合征的效果观察[J].齐齐哈尔医学院学报,2020,41(16):2031-2033.

[4]王婷.中药泡洗联合针灸推拿治疗脑梗死后肩手综合征56例[J].河南中医,2019,39(10):1588-1590.

[5]卢小芹,卢慧清,钟少碧,等.中药封包联合穴位按摩在脑梗死急性期合并肩手综合征病人中的应用[J].护理研究,2017,031(017):2125-2126.

[6]尤阳.针刺推拿康复结合中药泡洗治疗脑梗塞后肩手综合征的临床疗效及对患者生活质量的影响[J].针灸临床杂志,2018,34(8):4-7.

分析妊娠期高血压患者用药提高分娩率的探析

沈力

岳池县中医医院妇产科 四川广安 638300

摘要：目的：分析妊娠期高血压患者运用短效与长效硝苯地平治疗的临床疗效以及对提高产妇自然分娩率的影响效果。方法：本次研究中筛选我院2020年2月至2022年2月期间接收的60例妊娠期高血压患者作为分析对象，将纳入的所有患者通过电脑随机分组方式划分为观察组和对照组开展治疗研究，每组中患者人数各有30例，对照组患者采取短效硝苯地平治疗，观察组则给予长效硝苯地平治疗，将最终两组治疗效果进行详细记录对比。结果：治疗后两组各项指标结果比较发现，采取长效硝苯地平治疗后的观察组患者血压水平控制效果更佳，且治疗期间患者发生的并发症较少，最终不良妊娠结局发生率较低，自然分娩率显著提高，产妇的生活质量也得到显著改善，两组指标对比差值存在统计学意义（ $P < 0.05$ ）。同时观察组和对照组患者用药治疗过程中所发生的不良反应也较少，两组数据结果对比差值未达到统计学意义（ $P > 0.05$ ）。结论：对妊娠期高血压患者采用长效硝苯地平药物进行治疗，所取得的用药效果和安全性与短效硝苯地平药效相比占据显著优势，能够使患者的血压水平控制在最佳状态，减少不良妊娠结局发生，从而提高自然分娩率。

关键词：妊娠期高血压；短效硝苯地平；长效硝苯地平；自然分娩率；效果探析

[Abstract] Objective: To analyze the clinical efficacy of short acting and long acting nifedipine in the treatment of hypertension in pregnancy and the effect of improving the rate of natural childbirth. Methods: Sifting through the study in my hospital in February 2020 to February 2022 received during the period of 60 patients with gestational hypertension as analysis object, will be included in all the patients through computer grouping randomly divided into observation group and control group to carry out the treatment, the number of patients in each group with 30 cases, control group patients take a short-acting nifedipine treatment, The observation group was treated with long-acting nifedipine, and the treatment effects of the two groups were recorded and compared in detail. Results: After treatment, the comparison of various indicators between the two groups showed that the observation group treated with long-acting nifedipine had better control effect on blood pressure level, and there were fewer complications during the treatment, and the incidence of adverse pregnancy outcome was lower, the rate of natural delivery was significantly improved, and the maternal quality of life was also significantly improved. The difference between the two groups was statistically significant ($P < 0.05$). At the same time, there were fewer adverse reactions in the treatment of observation group and control group, and the difference between the two groups did not reach statistical significance ($P > 0.05$). Conclusion: The use of long-acting nifedipine for the treatment of hypertension in pregnancy, the drug effect and safety and short effect nifedipine compared to occupy a significant advantage, can make the patient's blood pressure level control in the best state, reduce the occurrence of adverse pregnancy outcomes, so as to improve the rate of natural delivery.

【 Key words 】 Gestational hypertension; Short-acting nifedipine; Long-acting nifedipine; Natural childbirth rate; Effect analysis

妊娠期高血压是女性妊娠期过程中一种常见的并发症，更是导致早产、低体重儿以及剖宫产率上升的重要原因之一。近年随着人们生活饮食习惯的不断改变，长期不良生活习惯和饮食习惯导致妊娠高血压的患病率人数明显上升。妊娠期高血压多发生于妊娠20周以后，会导致孕妇出现不同程度的高血压、水肿以及蛋白尿等症状，导致妊娠期高血压发生的因素较多，相关研究认为多数是由于多种因素导致的母体免疫因子改变，因此造成孕妇全身小动脉痉挛现象发生而引起高血压症状，同时与不良生活习惯和遗传有密切关联。若产妇的血压水平得不到良好控制，会严重影响产妇及胎儿的健康安全^[1]。所以应加强对妊娠高血压疾病的临床治疗研究力度，通过多方研究为患者探寻出最佳安全有效的治疗方案，进一步提高血压控制效果，是提高妊娠安全性和自然分娩率的关键^[2]。故此，本文筛选了我院2020年2月至2022年2月期间收治的60例妊娠期高血压患者，对所有患者采取了分组治疗研究，将两组患者分别采取短效硝苯地平方案与长效硝苯地平方案治疗所取得的临床效果进行了对比，希望能为临床治疗妊娠期高血压疾病提供有价值的参考数据，具体详情已在下文

中进行阐述。

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机选取在我院接受治疗的妊娠期高血压患者60例作为此次分析对象，本次纳入的病例研究时间段为2020年2月至2022年2月，以电脑随机分组方式将所纳入的病例划分为30例观察组和30例对照组，观察组患者的年龄区间为22-38岁，平均年龄值为（30.0±2.2）岁；对照组患者年龄范围在23-38岁之间，年龄平均值为（30.5±2.3）岁，两组患者临床基础资料对比差值显示无统计学意义（ $P > 0.05$ ）临床可比性存在。

纳入标准：（1）本文筛选的病例均已通过临床检查确定达到妊娠高血压疾病标准；（2）所有患者的临床资料均完整；（3）患者和家属对本次的研究内容已全面了解，并自愿签署知情书。（4）本文研究内容已经过医院伦理委员会的批准。

排除标准：（1）患者在入组前未接受过其他治疗方案。（2）存在药物禁忌症者。（3）严重精神类疾病无法配合治疗者。（4）严重性传染疾病者。

(5) 存在原发性高血压患者。(6) 存在严重心脑血管、肝肾以及其他脏器疾病的患者。(7) 无法积极配合本次治疗的患者和家属。

1.2 方法

对照组患者采用短效硝苯地平治疗，每次患者口服 15~25mg，每日用药三次；观察组患者给予长效硝苯地平治疗，每次口服 30mg，每日用药三次，两组均连续治疗一周后观察临床效果。在治疗过程中要加强对产妇血压以及胎儿各项指标的监测力度，并要做好用药指导以及生活指导干预。同时治疗期间要加强对产妇的认知教育和生活指导干预，通过指导提高产妇的遵医用药行为，确保产妇生活中能够达到合理饮食以及合理运动，避免外在因素影响疾病控制效果。

2 结果

2.1 两组患者血压指标对比情况

检测结果显示，两组患者治疗前的血压各项指标结果对比差值未达到统计学意义 ($P>0.05$)；而通过治疗后两组血压指标结果比较发现，观察组患者血压水平与对照组相比得到明显控制，两组指标结果对比差值有统计学意义($P<0.05$)，见下表 1。

表 1 两组血压水平对比(n=30, $\bar{x} \pm s$)

组别	收缩压/mmHg		舒张压/mmHg	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	150.8±2.3	130.3±2.1	97.2±1.5	80.4±1.0
对照组	151.5±2.4	135.8±2.3	97.8±1.6	86.3±1.2
t	1.1533	9.6724	1.4984	20.6879
P	0.2535	0.0000	0.1394	0.0000

2.2 两组用药不良反应发生率对比

记录结果显示，观察组患者用药产生的不良反应发生率为 13.3%，对照组患者用药不良反应发生率为 10.0%，通过数据结果发现两组用药安全性比较高，两组以上数据结果对比显示差值未达到统计学意义 ($P>0.05$)，见下表 2。

表4 组间患者生活质量改善情况 (n=30、 $\bar{x} \pm s$)

组别	睡眠质量评分		心理状态评分		生活乐趣评分		社会能力评分	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	6.2±0.2	9.4±0.6	6.6±0.4	9.3±0.8	6.6±0.4	9.3±0.8	6.5±0.5	9.5±0.5
对照组	6.3±0.4	8.3±0.5	6.5±0.3	8.5±0.5	6.5±0.3	8.5±0.5	6.4±0.3	8.6±0.2
t	1.2247	7.7141	1.0954	4.6446	1.0954	4.6446	0.9393	9.1538
P	0.2256	0.0000	0.2778	0.0000	0.2778	0.0000	0.3515	0.0000

3 讨论

高血压已成为当前影响人类健康的一种高发慢性疾病，其发生因素与长期不良生活饮食习惯有着重要关联，尤其是近几年来人们生活饮食习惯的不断改变，致使高血压患病率明显上升，同时也提高了妊娠高血压的发生概率^[3]。由于多数人群缺乏对妊娠期合理饮食的控制，致使多数孕妇及家属认为怀孕过程中需要大量补充营养，而在盲目过多的营养补充下，会导致孕妇的体重过高，进而会造成血脂上升，增加妊娠期高血压的发生，对于妊娠期高血压患者而言，其疾病所产生的危害性更高，若血压得不到

表 2 组间用药安全性对比详情 (n、%)

组别	例	恶心呕吐	腹泻	胃灼热感	头晕	用药不良反应发生率
观察组	30	1	1	1	1	4 (13.3)
对照组	30	1	1	0	1	3 (10.0)
χ^2						0.161
P						0.687

2.3 两组分娩结局对比详情

最终记录结果表明，采取长效硝苯地平治疗后的观察组产妇最终自然分娩率与对照组相比明显提升，观察组产妇采取的剖宫产率、并发症发生率以及不良妊娠结局发生率均明显低于对照组，两组各项指标结果对比差异显示有统计学意义 ($P<0.05$)，见下表 3。

表 3 组间各临床指标比较详情(n、%)

组别	例	自然分娩率 /%	剖宫产率 /%	并发症发生率 /%	不良妊娠结局/%
观察组	30	27 (90.0)	3 (10.0)	0 (0.0)	1 (3.3)
对照组	30	20 (66.7)	10 (33.3)	4 (3.3)	6 (20.0)
χ^2		4.8118	4.8118	4.2857	4.0431
P		0.0282	0.0282	0.0384	0.0443

2.4 两组生活质量对比详情

治疗前观察与对照两组患者的生活质量评分未达到统计学意义 ($P>0.05$)；治疗后两组结果比较显示，观察组患者生活质量得到良好提高，两组指标数据结果对比差值显示有统计学意义 ($P<0.05$)，见下表4。

良好控制，长期处于高血压状态会给孕妇的健康以及胎儿的生长发育造成严重影响，同时还会增加自然分娩难度及风险^[4-5]。当前临床针对妊娠高血压疾病主要是通过服用降压药物控制血压水平，以便达到减少高血压对胎儿和孕妇健康造成的危害性。而硝苯地平作为临床常用的降压药物之一，具有较高的临床治疗效果及安全性。该药属于钙离子内流阻滞剂，患者通过服用后能够有效改善血管平滑肌，起到良好的扩张冠状动脉、减轻心肌耗氧量以及降压的效果。但目前对于采用长效和短效硝苯地平药物治疗所取得的效果仍尚存争议^[6-7]。为此，本篇文章中对其患者采用长效和短效硝

苯地平药物治疗和取得的效果进行了详细对比分析,最终结果显示,同采用短效硝苯地平治疗后的对照组数据比较显示,运用长效硝苯地平治疗后的观察组患者取得的治疗效果较为理想,患者用药后血压水平控制的稳定性更高,且用药产生的不良反应也较少,最终产妇发生的并发症、剖宫产以及不良妊娠结局均较少,产妇的生活质量得到显著提高。其原因主要是由于短效硝苯地平虽然药效发挥较快^[8],但由于药效的维持时间较短,因此无法更好的稳定血压水平,致使患者会存在明显的血压波动现象,进而会增加患者出现面红、发热、以及头晕头痛等高血压症状,而此类症状的频频发生会直接影响胎儿的生长发育,进一步损害产妇的身体机能,因此会增加最终分娩难度,导致不良妊娠结局发生率上升,自然分娩率降低^[9]。而运用长效硝苯地平治疗,药物的效果可维持到下次服用药物时间点,进而确保患者的血压水平控制在平稳状态,避免血压波动对患者及胎儿健康造成的影响,从而能够有效提高最终分娩安全性和自然分娩率^[10]。

综上所述,运用长效硝苯地平治疗妊娠期高血压疾病,可取得较为理想的治疗效果,且用药安全性也较高,因此药物不会对胎儿的生长发育造成影响,进而能够提高血压控制效果,减少不良妊娠结局发生,提高孕妇自然分娩率。但鉴于本文研究数据有限,因此还望临床相关专家和学者能够再对妊娠高血压疾病的临床治疗做更深入的研究分析,探寻出最佳科学合理的治疗方案,进一步提高产妇的妊娠及分娩安全性,减少高血压对产妇及胎儿健康造成的危害。

参考文献:

(上接第 19 页)

二组	48 (例)	4 (例)	1 (例)	0 (例)	2 (例)	3 (例)
		8.33	2.08	0.00	4.16	6.25
X ²	--	10.439	5.035	5.911	11.063	13.157
p	--	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组患者满意度和生活质量情况

一组和二组满意度和生活质量对照比较,二组满意度和生活质量均高于一组,差异显著具备统计学意义 ($P < 0.05$),如表 3 所示:

表 3 两组患者满意度和生活质量对比

组别	数例	护理满意度	生活质量
一组	48 (例)	70.16±4.22 (分)	61.29±5.37 (分)
二组	48 (例)	87.17±3.86 (分)	80.27±5.16 (分)
t	--	19.138	21.066
p	--	0.000	0.000

3. 讨论

近年来冠心病的发病率较高,因此也为该科室的护理工作带来了一定的难度和压力。前馈控制安全管理是一种新型的护理理念,要求护士具备更高的工作水准和素质能力,从而提升患者的治疗配合度和护理满意度,减少护理不良事件的发生,有效改善预后效果。通过组建前馈控制管理团队、落实核心管理制度和岗位管理、提升护士的综合素质水平、加强护患

[1]曹武占.短效与长效硝苯地平治疗妊娠高血压的临床疗效及对提高产妇自然分娩率的分析[J].心血管病防治知识,2020,10(33):32-34.

[2]刘江.妊娠高血压应用短效及长效硝苯地平的疗效对比分析[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(46):200-202.

[3]白惠,姬建秀,王蕊.长效硝苯地平联合硫酸镁治疗妊娠期高血压综合征的疗效观察[J].河北医药,2020,42(17):2647-2650.

[4]石娜.阿司匹林联合硝苯地平、硫酸镁治疗妊娠高血压的疗效分析[J].山西卫生健康职业学院学报,2021,31(2):38-39.

[5]王菲.短效与长效硝苯地平对妊娠期高血压患者血压水平及母婴结局影响的比较[J].吉林医学,2020,41(10):2393-2394.

[6]李萍.拉贝洛尔联合硝苯地平治疗妊娠高血压患者的临床效果及对凝血指标的影响[J].医疗装备,2021,34(4):86-87.

[7]贾利萍,黄艳艳.硝苯地平联合拉贝洛尔治疗妊娠高血压经产妇的疗效及对血清 vWF、Hcy、UIC 水平的影响[J].中国医学工程,2021,29(1):113-115.

[8]郝利霞.拉贝洛尔联合短效硝苯地平治疗早发型子痫前期疗效观察[J].新乡医学院学报,2020,37(5):444-447.

[9]李冬红.硝苯地平长效与短效制剂治疗妊娠高血压临床随机对照分析[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(51):323-329.

[10]朱青青.长效硝苯地平联合硫酸镁对妊娠期高血压的治疗作用[J].西藏医药,2021,42(6):12-14.

关系和谐、制定应急预案加强风险评估等等方式来提高经皮冠状动脉介入治疗患者的整体治疗效果,有效的对风险事件进行控制。

在本组研究中,首先分析两组一年后心血管事件发生情况:一组和二组一年后心律失常、心肌梗死、心源性猝死、冠状动脉再狭窄、再次入院发生率对照中,一组发生率明显高于二组;然后分析两组满意度和生活质量情况:一组和二组满意度和生活质量对照中,一组分别为 70.16±4.22 (分)、61.29±5.37 (分),二组分别为 87.17±3.86 (分)、80.27±5.16 (分)。从以上结果中发现,前馈控制安全管理方式对经皮冠状动脉介入治疗更具有优势,能够改善患者的临床症状,同时减少出院后的心血管不良事件发生率。

综上所述,对经皮冠状动脉介入治疗患者采用前馈控制安全管理能够改善其生活质量,该方式可推广。

参考文献:

[1]蒋萍,罗燕贞,陈宁,曾丽萍,陈伟飞.前馈控制在综合内科护理管理中的应用[J].齐鲁护理杂志,2020,26(24):146-149.

[2]杨学青,柳彦君,王莉莉,党照华,张美光,李海香,王承竹.前馈控制在经皮冠状动脉介入治疗患者护理安全管理中的应用效果评价[J].实用临床医药杂志,2020,24(03):81-83.

[3]罗红.前馈控制在心内科护理安全管理中的作用[J].健康之路,2020,17(06):222.

探讨 B 超测量颈项透明层(NT)在胎儿畸形筛查中的应用效果

管桂芳

郓城县中医医院 山东菏泽 274700

摘要: 目的探究分析在胎儿畸形筛查中应用 NT (B 超测量颈项透明层) 的效果。方法: 对我院 2015 年 3 月至 2022 年 3 月期间接受定期产检的 60 例孕妇的临床数据资料进行回顾性分析和研究, 60 例产妇均在孕 11~13 周期间借助 B 超开展 NT 厚度测量, 对 B 超检测所得 NT 厚度以及胎儿畸形的类型和数量进行观察并记录, 对产妇进行随访记录并记录随访结果, 以引产、分娩或尸检结局为“金标准”对检测结果进行评价。结果 600 例产妇中有 60 例显示胎儿畸形, 总占人数的 10.00%, 其中 24 例为中枢神经系统畸形, 占胎儿畸形总数的 40.00%, 有 13 例为胸腹部异常, 展总数的 21.67%, 有 9 例为唇裂或腭裂占畸形总数的 15.00%, 5 例为泌尿系统发育异常, 占畸形总数的 8.33%、有 5 例为多指占畸形总数的 8.33%, 4 例为先天性心脏病占总数的 6.67%。60 例畸形胎儿有 53 例 (约占总数的 88.33%) NT 值 $\geq 2.5\text{mm}$, 筛查出的 540 例正常胎儿中有 16 例 (约占总数的 2.96%) NT 值 $\geq 2.5\text{mm}$ 。结论 NT (B 超测量颈项透明层) 对胎儿畸形早期筛查来说是一项非常重要的检测指标, 在胎儿畸形筛查中应用具有较高的应用价值。

关键词: B 超; 胎儿畸形筛查; NT 检查

胎儿在子宫内发生的染色体变异或结构异常叫做胎儿畸形, 胎儿畸形对新生儿的智力发育和生长造成非常不利的影响, 甚至会导致新生儿残疾或死亡^[1-2]。我国异常新生儿出生率近些年来一直占据着较高的比例, 约占全球新生儿五分之一, 异常新生儿出生后生存质量不高, 是家庭的经济负担负担加重, 也无形中增加了社会的压力和负担, 对我国出生人口素质也造成不利的影响^[3-5]。因此, 医学界需要给予特别的关注, 并研讨解决方案, 对胎儿畸形进行早期诊断和明确, 以降低新生儿出生缺陷率, 提高整体出生人口素质^[6]。

染色体异常有可能会造成胎儿畸形或死亡, 有关研究指出, 染色体异常和 NT (颈项透明层) 之间有着密切的关联。早期筛查胎儿畸形能够发现异常并采取对策进行积极的处理, 以此提升新生儿出生质量和出生人口素质, 降低新生儿缺陷和死亡率。此次研究对我院 2015 年 3 月至 2022 年 3 月期间接受定期产检的 60 例孕妇的临床数据资料进行回顾性分析和研究, 探究分析在胎儿畸形筛查中应用 NT (B 超测量颈项透明层) 的效果。具体细节做如下叙述。

1 基础资料和方法

1.1 基础资料

对我院 2015 年 3 月至 2022 年 3 月期间接受定期产检的 60 例孕妇的临床数据资料进行回顾性分析和研究, 60 例产妇的年龄范围为 21~38 (28.52 $\pm$ 3.30) 岁; 孕周 11~13 (11.68 $\pm$ 3.26) 周, 体质指数 17.52~25.03 (21.22 $\pm$ 3.15) kg/m^2 ; 其中有 48 例为初产妇、12 例为经产妇; 学历情况: 6 例为初中及以下、12 例为高中或中专学历, 42 例为大专或以上。本次研究向所在医院伦理委员会提出申请并获得批准通过后执行。

1.2 纳入及剔除标准

1.2.1 纳入标准: ①60 例患者年龄范围均为 20~40 岁, 孕周均在 11~13 周范围内; ②均具备较为完善的临床影像学和数据资料; ③均为单胎妊娠。

1.2.2 剔除标准: ①有先天性心脏病合并者; ②存在免疫系统疾病及心肝肾功能障碍疾病者; ③有血液系统疾病合并者; ④有恶性肿瘤存在者; ⑤存在认知障碍或语言障碍无法正确表达感受者。

1.3 方法

60 例研究对象均在孕 11~13 周期间接受 B 超检查下行 NT 值测量。所用仪器为彩色多普勒超声诊断仪 (品牌: 美国 GE 型号: LOGIQE11 型)。检查步骤: 协助产妇采取仰卧姿势, 探头频率设置为 5.5M 赫兹, 待胎儿位置调整到可获得胎儿标准切面时在胎位正中矢状切面行测量。要求, 测量时使胎儿面部调整到正对探头方向位置, 其体位为自然屈伸状态, 头臀径设置为 45~84 毫米范围内, 使整个胎儿图像比例达到超声显示图像的 75%以上。检测时要求胎儿的间脑以及鼻尖、鼻梁、鼻骨和颈项透明层均保持为正中间切面, 即标准切面。连续 3 次测量胎儿鼻骨下缘与颈椎垂直方向之间的距离, NT 厚度为 3 次测量结果的最大值。当产妇 NT 厚度达到或超过 2.5 毫米时, 提示产妇在 14~20 周期间要接受血清学筛查。之后对孕妇开展随访观察, 对检测结果进行仔细的记录, 根据孕妇的需求选择染色体测试, 对胎儿是否存在畸形进行明确必要的情况下建议产妇引产并征得夫妻双方同意后执行, 对于胎儿有明显的异常反应的延长随访期限直至分娩结束, 对新生儿的发育情况进行观察记录, 对于死亡结局的胎儿开展相关检测, 并对其分娩结局进行分析。

1.4 评价指标

对 B 超检测的 NT 值进行几率, 对 B 超确诊的胎儿畸形的类型、数量进行详细的观察和记录, 将随访分娩、引产、以及尸检结果作为金标准判断胎儿畸形诊断的准确度、灵敏度和特异度进行判断和比较。

2 结果

2.160 例产妇随访结果分析

对 600 例产妇进行随访发现, 有 60 例显示胎儿畸形, 总占人数的 10.00%, 其中 24 例为中枢神经系统畸形, 占胎儿畸形总数的 40.00%, 有 13 例为胸腹部异常, 展总数的 21.67%, 有 9 例为唇裂或腭裂占畸形总数的 15.00%, 5 例为泌尿系统发育异常, 占畸形总数的 8.33%、有 5 例为多指占畸形总数的 8.33%, 4 例为先天性心脏病占总数的 6.67%。

2.2B 超测量条件下 NT 值情况

60 例畸形胎儿有 53 例 (约占总数的 88.33%) NT 值 $\geq 2.5\text{mm}$, 筛查出的 540 例正常胎儿中有 16 例 (约占总数的 2.96%) NT 值 $\geq 2.5\text{mm}$ 。

3 讨论

胎儿畸形是指胎儿本身发生的结构异常或染色体变异, 引发因素较多, 主要包感染、遗传性因素、滥用药物、母体疾病、放射性因素、毒品接触等, 出生主要症状包括: 脑积水、神经管缺陷、唇裂、手足外翻、多指/趾、三体综合征、先天性心脏病等, 可对新生儿的生长发育造成严重的影响, 甚至引发围产儿、新生儿死亡、残疾, 增加家庭负担和经济压力, 对社会来说也增加了相应的负担^[7-8]。胎儿畸形在我国近年来的发生率较高, 每年大概有 100 万左右的新生儿存在先天缺陷, 使新生儿质量明显下降, 对出生人口素质带来不利的影响, 也不利于家庭关系的和谐^[9]。胎儿早期筛查能够发现和预防新生儿畸形, 对胎儿畸形较为严重的建议尽早终止妊娠, 降低对产妇身体的损伤, 将先天缺陷胎儿出生率尽可能的降低, 尽可能的提高出生人口质量^[10]。

随着医疗条件的提升, 和人们对于优生优育的重视, 产前检查被越来越多的家庭接受并且操作手法和流程也日趋规范和标准化。现阶段比较常用的产前检查方法主要为: 胎儿磁共振检查和介人性产前检查^[11]。其中 B 超检查模式在临床疾病的诊断和治疗中应用较广, 尤其是在产前检查中起着非常关键的效果。通过 B 超检测发现胎儿表面异常, 可进一步推断胎儿存在染色体异常或有严重畸形的可能。通过临床上对胎儿全面的影像检查资料的分析, 能够提高临床诊断的准确性, 因此将 B 超影像应用于胎儿畸形的筛查检测中, 通过规范和标准化的操作, 获得全面清晰的影像学资料, 能够更加有效的帮助临床医生全面的了解和掌握胎儿的情况, 从而提高筛查的准确性和可靠性^[12]。并且 B 超检查具有无创检查的优势, 避免了对孕妇和胎儿骨骼的不利影响, 检测结果图像清晰, 方便医师对胎儿的情况进行更加全看和实时的观察和了解。

NT 是胎儿颈项透明层的英文简称, NT 厚度是指胎儿正中矢状切面颈椎水平皮肤与皮下软组织之间的最大厚度。既往研究证实: NT 增厚可能与延迟发育或由淋巴管异常发育导致的回流不畅产生的淋巴液积聚存在较为密切的关联。也被国外学者作为 B 超下的主要特征来识别染色体异常胎儿。国内的有关学者也在逐渐对此投入研究。也有相关学者指出 NT 厚度对胎儿预后起着非常重要的影响, NT 厚度越高胎儿畸形发生率也越大。在 11~14 周佳测量 NT 效果最佳, 在 11 周前, 无脑儿以及颅盖缺失等部分严重的畸形无法通过超声进行明确的诊断^[13]。比如在第 10 个孕周时, 在 B 超检测下只有一半的膀胱胎儿能够明确检测出来, 到第 11 个孕周可以达到百分之八十, 到第 12 个孕周则可以完全检测出。而从第 14 个孕周开始, 胎儿变换体式, 测量难度也随之提升, 检测成功率也随之下降。在第 14 个孕周之前问题胎儿的母亲可选择在孕早期结束妊娠, 与孕中期结束妊娠来说对孕妇身体的损伤明显降低。NT 的测量准确率, 与超声设备的性能和胎儿位置的规范扫描(包括扫描的起止点和胎儿的位置)关系较为密切。一般来说, 扫描探头频率要求在 3.5-7.5M 赫兹范围内并配合标准化扫描。具体来说: 标准 NT 切面是指胎儿的正中矢状切面(对鼻尖皮肤、鼻骨、鼻梁三点以及颈项透明层和间脑进行同时显示), 胎儿面部面向探头且体式为自然屈曲状。仰伸或腹屈过渡都会导致 NT 测量误差的产生。所以研究中对测量对象进行三次测量取最大值的方法, 以借此将假阳性率尽可能的降低。测量起止点的设定是在胎儿正中矢状切面状态下, 从延胎儿鼻骨下缘往颈椎的方向作一条垂线, 两条线段的交点即是测量起止点。本次研究中, 600 例产妇均成功开展 NT 测量, 规范标准的 NT 测量

使得测量误差大大降低, NT 测量的实用性和可重复性得到大大的验证和提升。

关于 NT 正常标准值, 目前来说国际上仍然没有明确的说法。部分学者提出将 3.0mm 作为 NT 的临界值, 另一部分学者认为 2.5mm 是 NT 的临界值。此次研究通过分析和研究 600 例产妇的临床资料发现: 600 例产妇中有 60 例显示胎儿畸形, 总占人数的 10.00%, 其中 24 例为中枢神经系统畸形, 占胎儿畸形总数的 40.00%, 有 13 例为胸腹部异常, 展总数的 21.67%, 有 9 例为唇裂或腭裂占畸形总数的 15.00%, 5 例为泌尿系统发育异常, 占畸形总数的 8.33%、有 5 例为多指占畸形总数的 8.33%, 4 例为先天性心脏病占总数的 6.67%。60 例畸形胎儿有 53 例(约占总数的 88.33%) NT 值 $\geq 2.5\text{mm}$, 筛查出的 540 例正常胎儿中有 16 例(约占总数的 2.96%) NT 值 $\geq 2.5\text{mm}$ 。提示对于胎儿畸形早期筛查来说 B 超测量 NT 厚度具有较高的应用价值。

总之, NT(B 超测量颈项透明层)对胎儿畸形早期筛查来说是一项非常重要的检测指标, 在胎儿畸形筛查中应用具有较高的应用价值。

参考文献:

- [1] 黄海梅. B 超探测颈项透明层厚度在胎儿畸形筛查中的作用[J]. 心理医生, 2018, 024(003):61-62.
- [2] 秦晓娜. B 超探测颈项透明层厚度在胎儿畸形筛查中的作用[J]. 中国妇幼保健, 2017, 32(5):1077-1079.
- [3] 杨丹, YANG, Dan, 等. B 超测量 11~13 孕周胎儿颈项透明层厚度在早孕期胎儿畸形筛查中的价值[J]. 中国医药指南, 2017, 15(28):17-18.
- [4] 要迎春, 栗河舟, 乔木, 等. 胎儿颈项透明层厚度超声检测联合四维彩超在孕早中期胎儿畸形筛查中的效能[J]. 中国民康医学, 2021, 33(3):107-109
- [5] 卫月, 梁艳艳, 朱广源, 等. B 超检测胎儿颈项透明层厚度在早孕期筛查胎儿畸形的应用价值[J]. 现代医用影像学, 2017, 26(3):590-592.
- [6] 秦丽微, 秦丽红, 王晓慧, 等. 彩超检测胎儿颈项透明层厚度对早孕期筛查胎儿畸形的效果研究[J]. 黑龙江医药科学, 2018, 41(4):94-95.
- [7] 王丽, 马明霞, 望丹丹, 等. 811 例孕妇胎儿颈项透明层增厚产前诊断结果分析[J]. 中国医学创新 2021 年 18 卷 24 期, 150-153 页, 2021:清远市科技计划项目.
- [8] 邓汝荣, 邹姗姗. B 超探测颈项透明层厚度在胎儿畸形筛查中的作用分析[J]. 医学理论与实践, 2019, 32(12):1919-1921.
- [9] 邱姜. 超声探测颈项透明层厚度在胎儿畸形筛查中的作用[J]. 中国医疗器械信息, 2020, 26(11):74-75.
- [10] 梁妍媛, 黄苑铭. 孕早期彩色多普勒超声测量颈项透明层在胎儿畸形筛查中的价值[J]. 深圳中西医结合杂志, 2019, 29(20):56-58.
- [11] 杨艳秋, 雷霆宇, 朱香妮, 等. 胎儿颈项透明层厚度检查联合孕中期四维彩超在产前胎儿畸形筛查中的应用价值[J]. 医学临床研究, 2018, 35(9):1786-1788.
- [12] 高静. 胎儿颈项透明层厚度检查联合孕中期四维彩超在产前胎儿畸形筛查中的应用价值[J]. 中国医疗器械信息, 2020, 26(4):109-110.
- [13] 路肖红, 高振超. 分析早期颈项透明层超声检查在胎儿畸形筛查中的应用价值[J]. 影像研究与医学应用, 2022, 6(2):56-58.

分析舒肝解郁胶囊配合文拉法辛片治疗老年抑郁症的临床效果

李振

临沂市荣军医院 276005

摘要：目的：观察舒肝解郁胶囊配合文拉法辛片治疗老年抑郁症的临床效果。方法：选取我院老年抑郁症患者 82 例（2020 年 8 月至 2021 年 9 月），随机分为文拉法辛片治疗的对照组（41 例）与舒肝解郁胶囊治疗的观察组（41 例），观察患者治疗效果、抑郁症状、睡眠质量、神经递质水平、炎症因子、不良反应。结果：与对照组相比，观察组治疗有效率高，HAMD 评分低，PSQI 评分低，神经递质水平改善好，炎症因子水平低， $P<0.05$ ；两组不良反应对比， $P>0.05$ 。结论：给予老年抑郁症患者舒肝解郁胶囊配合文拉法辛片治疗，能提高治疗效果，减轻抑郁症状，改善睡眠质量及神经递质水平，调节炎症因子，且不良反应少，值得借鉴。

关键词：舒肝解郁胶囊；文拉法辛片；老年；抑郁症的临床；效果

抑郁症是一种精神疾病，患者会出现明显的情绪障碍，且存在持续性特点。近年来，人们受到各方面压力的影响，导致抑郁症发病率不断升高，患者发病后常表现为多愁善感、抑郁、交往沟通困难、兴趣丧失等，还会出现长期失眠、食欲不振、躁动不安等症状，情况严重时患者会对自身或他人造成危害^[1]。临床认为，该病的发生与多种因素有关，如遗传、心理、社会、神经生化因素等。该病主要治疗方式为药物治疗，作为一种新型抗抑郁药，文拉法辛片对 5-HT、NE 在突出的摄取具有较好的抑制作用，而且能在一定程度上抑制 DN 再摄取，同时，该药与肾上腺素、 α_1 、 α_2 、 β 受体等并没有亲和力。但是在实际治疗中发现，患者容易对西药产生依赖性^[2]。近年来，在抑郁症治疗中，中医药治疗引起了人们重视，其中舒肝解郁胶囊应用效果较好，临床认为其疗效及安全性均优于西药治疗^[3]。本研究选取我院老年抑郁症患者 82 例，观察舒肝解郁胶囊配合文拉法辛片治疗效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2020 年 8 月至 2021 年 9 月，选取我院老年抑郁症患者 82 例，随机分为 2 组，各 41 例。对照组男 23 例，女 18 例，年龄 61 至 78（60.62±3.98）岁，病程 1 至 9（5.28±1.28）年，观察组男 21 例，女 20 例，年龄 60 至 79（61.56±3.24）岁，病程 1 至 10（5.52±1.53）年。一般资料对比， $P>0.05$ 。

纳入标准：认知功能、智力水平正常；临床资料完整；近 2 周未服用抗抑郁药物等。

排除标准：对本研究药物过敏或存在禁忌证；血液病史；精神活性物质服用史；心脑血管疾病；其他疾病引发的继发性抑郁；重要脏器严重器质性病变；药物或酒精滥用史。

1.2 方法

对照组：文拉法辛（常州四药制药有限公司 国药准字 H20110150），1 天 75mg，治疗 7 天后改为 1 天 150mg，治疗 4 周。

观察组：在以上基础上，舒肝解郁胶囊（四川济生堂药业有限公司 国药准字 Z20174037），1 天 2 次，1 次 0.72g，治疗 4 周。

1.3 观察指标

治疗效果：显效（HAMD 减分率 75% 及以上）、有效（50%≤HAMD 减分率<75%）、无效（HAMD 减分率 50% 以下）；抑郁症状：汉密尔顿抑郁量表（HAMD），评分越低越好；睡眠质量：匹兹堡睡眠质量指数（PSQI）；神经递质水平：5-HT、DA、NE；炎症因子：TNF- α 、IL-2、hs-CRP；不良反应发生率。

1.4 统计学方法

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

2 结果

2.1 治疗效果对比

观察组高于对照组， $P<0.05$ ，见表 1。

表 1 治疗效果对比（n%）

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组 (n=41)	14 (34.15)	20 (48.78)	7 (17.07)	34 (82.93)
观察组 (n=41)	22 (53.66)	18 (43.90)	1 (2.44)	40 (97.56)
χ^2	-	-	-	4.9865
P	-	-	-	0.0355

2.2 抑郁症状对比

治疗后，观察组 HAMD 评分低于对照组， $P<0.05$ ，见表 2。

表 2 抑郁症状对比（分）

组别	治疗前	治疗 1 周	治疗 2 周	治疗 4 周
对照组 (n=41)	27.36±3.18	18.33±2.81	9.83±2.12	7.12±1.27

观察组 (n=41)	27.64±3.24	12.83±1.32	7.42±1.27	6.11±0.32	2.3 睡眠质量对比
t	0.3949	11.3435	6.2443	4.9379	观察组 PSQI 评分低于对照组, P<0.05, 见表 3。
P	0.6940	0.0000	0.0000	0.0000	

表 3 睡眠质量对比 (分)

组别	日间功能	催眠药物	睡眠时间	入睡时间	睡眠质量	睡眠障碍	睡眠效率
对照组 (n=41)	治疗前	1.69±0.54	1.21±0.19	1.30±0.15	1.76±0.33	1.49±0.26	1.61±0.28
	治疗后	1.48±0.18	0.67±0.10	1.06±0.10	1.50±0.51	1.26±0.30	1.44±0.14
观察组 (n=41)	治疗前	1.68±0.32	1.22±0.21	1.30±0.20	1.75±0.26	1.50±0.31	1.60±0.32
	治疗后	1.04±0.06*	0.13±0.06*	0.65±0.11*	1.22±0.13*	1.12±0.10*	1.10±0.07*

注: 与对照组相比, *P<0.05。

治疗后, 观察组各指标水平高于对照组, P<0.05, 见表 4。

2.4 神经递质水平对比

表 4 神经递质水平对比

组别	5-HT (pg/ml)		DA (pg/ml)		NE (ng/ml)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=41)	24.13±3.29	36.29±3.81	40.19±4.27	62.91±4.18	467.24±20.18	535.81±21.27
观察组 (n=41)	24.71±3.83	47.62±4.29	40.72±4.32	71.63±6.29	466.29±19.67	569.73±20.36
t	0.7355	12.6441	0.5587	7.3931	0.2158	7.8114
P	0.4642	0.0000	0.5779	0.0000	0.8296	0.0000

2.5 炎症因子水平对比

治疗后, 观察组各指标水平低于对照组, P<0.05, 见表 5。

表 5 炎症因子水平对比

组别	TNF-α (ug/L)		IL-2 (ug/L)		hs-CRP (mg/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=41)	8.11±1.63	5.28±0.64	51.28±3.13	37.61±3.24	27.67±3.29	14.29±2.81
观察组 (n=41)	8.07±1.34	3.12±1.04	51.59±3.72	27.59±3.62	27.59±3.71	8.36±2.35
t	0.1213	11.3260	0.4082	13.2064	0.1033	10.3655
P	0.9037	0.0000	0.6841	0.0000	0.9180	0.0000

2.6 不良反应对比

两组对比, P>0.05, 见表 6。

表 6 不良反应对比 (n%)

组别	咽干	恶心	头痛	不良反应发生
对照组 (n=41)	1 (2.44)	1 (2.44)	2 (4.88)	4 (9.76)
观察组 (n=41)	0 (0.000)	1 (2.44)	1 (2.44)	2 (4.88)
x ²	-	-	-	0.7193
P	-	-	-	0.3963

3 讨论

抑郁症为精神障碍性疾病, 患者发病后主要特征为长时间情感或心境显著改变, 近年来, 行为习惯改变、生活节奏加快的等均会导致疾病发生率不断上升, 并且越来越多的年轻人身患该病^[4]。疾病发病期间容易出现反复发作的情况, 严重影响其身心健康。抑郁症患者常进行个体化治疗, 随着病程的延长, 患者用药剂量也会不断的增加, 在此期间, 由于患者病情存在反复发作的情况, 要求患者长时间坚持治疗^[5]。疾病治疗中, 抗抑郁药应用较多, 患者临床症状较为明显, 并且存在一部分患者为精神抑郁, 存在幻觉、幻想的特点。抑郁症治疗已经成为了当前一个重要问题, 临床也进行了较多的研究, 发现西药治疗效果较好, 但是随着时间的延长, 其效果会降低, 进而中医药治疗优势逐渐凸显了出来, 且中西医治疗引起了人们重视^[6]。

文拉法辛片为临床常用抗抑郁药, 其有利于中枢 5-HT、NE 神经递质

功能具有增强作用,其对 β 受体敏感性具有较好的调节作用,进而起到抗抑郁效果。中医学认为抑郁症属于郁症,疾病的发生与肝湿疏泄、心失所养等有着密切联系,因此,疾病治疗以理气开郁、调节情志为主^[7]。本研究中,给予抑郁症患者疏肝解郁胶囊治疗,作为一种纯中药复方制剂,药物中存在多种成分,其中刺五加具有疏通经络、活血、安神益气的作用,贯叶金丝桃具有疏肝解郁、清热利湿的作用,以上药物合用能进一步提升抗抑郁效果。现代药理学表明,萜类为刺五加的主要成分,用药过程中其能更好的保护多巴胺神经元,而且有利于细胞内钠离子浓度的提升,进而对突触前膜递质联合转运体摄取神经递质起到抑制作用,更好的释放神经递质,并且能在突触后膜发挥作用,促进5-HT_{1A}受体表达的提升,最终发挥自身效果,起到抗抑郁作用^[8]。有研究表明,刺五加对人体免疫功能具有调节作用,进而促进患者抗干扰素、机体免疫力的提升,同时,其对人体中枢神经系统具有调节作用,进而促进精神兴奋性的提升^[9]。贯叶金丝桃对突出前后膜的5-HT水平具有调节作用,并且能较好地与突触前膜受体所结合,进一步使细胞内钙离子浓度有效提升,进而有利于5-HT释放^[10]。同时,该成分可作用于突触后膜,对5-HT_{1A}受体表达能力的提高起到促进作用,使其低敏感性得以改变,最终发挥治疗效果,起到抗抑郁作用^[11]。刺五加、贯叶金丝桃联合应用能促进益气安神、消炎止痛、安肝解郁作用的提升,进而改善患者病情,具有标本兼治的效果^[12]。本研究结果中,观察组治疗有效率高于对照组, $P<0.05$,表明联合用药能促进患者病情改善,疗效显著。抑郁症的发生与5-HT、NE分泌不足有着密切联系,而5-HT功能活动与生理反应、食欲、情绪等有着密切联系。本研究结果中,治疗后,观察组神经递质各指标高于对照组, $P<0.05$,表明联合用药能调节患者神经递质水平。在抑郁症的发生与发展中,相关炎症因子会参与其中,而且疾病的发生认为与丘脑-垂体-肾上腺素轴等的活动联系较大,TNF- α 、IL-2等会激活hs-CRP表达,进而出现炎症反应,在这种情况下会进一步降低下丘脑分泌NE水平,而且针对下丘脑、垂体对皮质激素的敏感性,相关炎症因子会导致其敏感性降低,进而引发不良情况,最终导致抑郁症发生^[13]。本研究结果中,观察组各炎症因子水平低于对照组, $P<0.05$,表明药物联合治疗对炎症因子水平具有调节作用。安全性方面,观察组与对照组不良反应对比, $P>0.05$,表明药物联合应用安全性较好,同时说明疏肝解郁胶囊的应用并未增加药物治疗不安全性,几乎不会对患者造成不良影响,安全性得到了保证,保证药效的发挥。

所以,疏肝解郁胶囊配合文拉法辛片用于老年抑郁症患者治疗中,能提高治疗效果,减轻抑郁症状,有利于睡眠质量及神经递质水平的改善,降低炎症因子水平,且不良反应少,具有推广价值。

参考文献:

- [1]郭莉,王静.疏肝解郁胶囊联合氟哌噻吨美利曲辛治疗围绝经期抑郁症的临床研究[J].中国妇幼保健,2019,34(8):1796-1799.
- [2]White SW, Simmons GL, Gotham KO, Conner CM, Smith IC, Beck KB,

Mazefsky CA. Psychosocial Treatments Targeting Anxiety and Depression in Adolescents and Adults on the Autism Spectrum: Review of the Latest Research and Recommended Future Directions. Curr Psychiatry Rep. 2018 Aug 28;20(10):82-82.

[3]司夏樱,任丽娜,岳秀宁,等.疏肝解郁胶囊联合重复经颅磁刺激治疗抑郁症的疗效评价[J].中华航海医学与高气压医学杂志,2019,26(4):328-331.

[4]包绍华,过婷,张凯,等.疏肝解郁胶囊联合艾司西酞普兰治疗老年抑郁症伴失眠疗效及作用机制[J].现代中西医结合杂志,2020,29(30):3385-3389.

[5]孙祥生,丁兆猛,王建荣.文拉法辛缓释片联合疏肝解郁胶囊治疗胃肠功能紊乱伴抑郁症69例疗效观察[J].安徽医药,2019,23(12):2494-2497.

[6]郭吉涛,张荣艳.疏肝解郁胶囊对女性更年期高血压疾病合并抑郁焦虑患者心理状态血压变异性及神经递质的影响[J].中国妇幼保健,2020,35(20):3825-3828.

[7]杨娜,周红霞,任振勇,等.疏肝解郁胶囊联合西酞普兰对老年抑郁症患者情绪及认知功能的影响[J].国际精神病学杂志,2021,48(2):261-263.

[8]李学荣,杨毅,张榜硕,等.疏肝解郁胶囊治疗轻中度类风湿关节炎伴轻中度抑郁症的临床疗效研究[J].世界中西医结合杂志,2021,16(1):157-161.

[9]傅启伟,周宇,顾汇.疏肝解郁胶囊与氟哌噻吨美利曲辛片在伴抑郁性精神障碍灼口综合征治疗中的效果对比[J].临床和实验医学杂志,2019,18(23):2534-2537.

[10]高兴,刘海燕,陈丽萍,等.疏肝解郁胶囊联合西药对围绝经期女性2型糖尿病共病抑郁临床效果及对卵巢功能的影响[J].解放军预防医学杂志,2019,37(10):140-141,144.

[11]Kasper S, Cubala WJ, Fagioli A, Ramos-Quiroga JA, Souery D, Young AH. Practical recommendations for the management of treatment-resistant depression with esketamine nasal spray therapy: Basic science, evidence-based knowledge and expert guidance. World J Biol Psychiatry. 2021 Jul;22(6):468-482.

[12]陈曦,李良松,彭静.疏肝解郁胶囊联合盐酸帕罗西汀对围绝经期抑郁症患者性激素、神经营养因子及炎症因子的影响[J].临床和实验医学杂志,2021,20(24):2644-2648.

[13]张琛启,胡美玲,孙红斌.枸橼酸坦度螺酮与疏肝解郁胶囊治疗癫痫共病焦虑抑郁的疗效、安全性和对生活质量的的影响[J].实用医院临床杂志,2020,17(3):12-15.

作者简介:李振 1985.11 男 汉族 籍贯 山东省临沂市兰山区 单位 临沂市荣军医院 科室中医科 职称主治中医师 学历 硕士 研究方向 中医内科方向。

肾结石采用微通道经皮肾镜取石术与标准通道经皮肾镜取石术的效果对比观察

潘昌魁

贵州省锦屏县人民医院 贵州锦屏 556700

摘要：目的：探究肾结石手术治疗方案，明确标准通道经皮肾镜取石术（PCNL）、微通道经皮肾镜取石术（mPCNL）疗效差异。方法：筛选 70 例肾结石患者（2021 年 1 至 12 月），随机将其分为对照组（PCNL 治疗）和观察组（mPCNL 治疗）各 35 例，对比两组手术指标、肾功能指标及并发症发生率。结果：两组住院时间、结石清除率无明显差异（ $P>0.05$ ），与对照组相比，观察组术中出血量少，但手术时间更长，且观察组（5.71%）并发症发生率低于对照组（22.86%），有统计学意义（ $P<0.05$ ）；术后观察组 BUA、Scr、BUN 水平均低于对照组，有统计学意义（ $P<0.05$ ），术前两组肾功能指标具有一致性（ $P>0.05$ ）。结论：予以肾结石患者 mPCNL 治疗效果显著，虽然手术用时较长，但结石清除率理想，患者肾功能恢复快，且术中出血少。

关键词：经皮肾镜取石术；肾结石；标准通道；微通道；肾功能

Abstract: Objective: To explore the surgical treatment plan for renal calculi, and to clarify the difference in efficacy between standard channel percutaneous nephrolithotomy (PCNL) and microchannel percutaneous nephrolithotomy (mPCNL). Methods: A total of 70 patients with kidney stones (from January to December 2021) were screened and randomly divided into the control group (PCNL treatment) and the observation group (mPCNL treatment), 35 cases in each group. The surgical indicators, renal function indicators and complications were compared between the two groups. Results: There was no significant difference in hospital stay and stone clearance rate between the two groups ($P>0.05$). Compared with the control group, the observation group had less intraoperative blood loss, but the operation time was longer, and the observation group (5.71%) had a complication rate. lower than the control group (22.86%), with statistical significance ($P<0.05$); postoperative BUA, Scr, and BUN levels in the observation group were lower than those in the control group, with statistical significance ($P<0.05$). The functional indexes were consistent ($P>0.05$). Conclusion: The treatment effect of mPCNL in patients with renal calculi is remarkable. Although the operation time is longer, the stone clearance rate is ideal, the renal function of the patients recovers quickly, and the intraoperative blood loss is less.

Key words: percutaneous nephrolithotomy; kidney stones; standard channel; microchannel; renal function

在代谢异常、尿路感染、尿路梗阻、药物等因素共同作用下，尿酸、草酸、钙等尿液成分形成结石，分布在肾盂、肾盏等部位，即肾结石^[1-2]。由于结石位置、大小不同，故患者症状表现不尽相同，肾绞痛、血尿、恶心呕吐、烦躁不安等，均为此类患者常见症状^[3]。予以患者经皮肾镜取石术，可对多发性结石、鹿角形结石、直径 $\geq 2\text{cm}$ 的结石进行有效治疗，PCNL、mPCNL 治疗各有优缺点，本文将对其实际应用进行分析。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

筛选 70 例肾结石患者（2021 年 1 至 12 月），随机将其分为对照组和观察组各 35 例。纳入标准：①经血液检查、尿液检查、超声检查、泌尿系平片检查，确诊为肾结石；②肾脏结构正常，对 PCNL、mPCNL 治疗耐受；③年龄 18~70 岁。排除标准：①肾积脓及肾结核者；②肾功能不全者；③伴有急性泌尿系统感染者；④凝血功能异常者；⑤有肾脏、上腹部手术史者；⑥泌尿系统畸形者。两组男女比例分别为 20:15、21:14，年龄分别为（53.29 $\pm$ 1.87）岁、（52.94 $\pm$ 1.95）岁，结石直径分别为（3.24 $\pm$ 0.69）

cm、（3.17 $\pm$ 0.65）cm，单发性/多发性结石患者例数分别为 17/18、19/16，肾盏结石/肾盂结石/鹿角形结石患者例数分别为 15/14/6、14/16/5，组间差异较小（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法

手术体位为截石位，麻醉方法选择腰硬联合麻醉，在输尿管镜下，向患者患侧肾盂，逆行插入 5F 输尿管导管，留置导尿管，然后适当垫高患者腰腹部，转变为俯卧位，建立人工肾积水，经输尿管导管注入生理盐水；在超声引导下，明确肾积水程度及结石位置，选择适宜的穿刺点，穿刺角度为 30°~60°，见尿液流出即为穿刺成功，立即拔出针芯，置入斑马导丝，穿刺点做 0.5cm 切口。

观察组：通过导管扩张肾皮，所用工具为筋膜扩张器，扩张幅度 F8~F16，置入输尿管镜，观察肾内情况，运用超声弹道碎石，通过生理盐水冲洗、输尿管镜钳夹等方式，取出结石碎颗粒，观察碎石效果，预留肾造瘘管和双 J 管。

对照组，通过导管扩张肾皮，扩张幅度 F8~F16，置入输尿管镜，观

察肾内情况，继续进行扩张，所用工具为套式金属扩张器，直至 F20~F24，碎石方法同观察组，碎石结束后置肾造瘘管和双 J 管。两组术后行抗感染治疗，术后 3d 复查泌尿系平片，双 J 管留置时间为 4~6 周。

1.3 观察指标

①手术指标：记录两组住院时间、手术时间及术中出血量（采用称重法结合目视评估法测定），术后 3d，予以患者泌尿系平片检查，观察是否存在残留结石，计算结石清除率；②肾功能指标：与术前、术后 3d 测定，指标包括 BUA（血尿酸）、Scr（血肌酐）、BUN（血尿素氮），正常参考值分别为 155~428μmol/L、44~133μmol/L、3.2~7.1mmol/L；③并发症发生率：统计两组发热、术后出血、腹膜后水肿、周围脏器损伤等并发症发生情况。

1.4 统计学方法

数据分析使用统计学软件 SPSS26.0，P<0.05 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 手术指标

详见表 1。

表 1 两组各项手术指标对比（ $\bar{x} \pm s$ ，n=35）

组别	术中出血量 (mL)	手术时间 (min)	住院时间 (d)	结石清除率[n (%)]
观察组	108.45±20.33	92.41±10.22	5.98±1.02	33 (94.29)
对照组	153.69±18.72	70.65±9.87	6.23±1.09	32 (91.43)
t/X ²	9.6846	9.0607	0.9907	0.2154
P	0.0000	0.0000	0.3253	0.6426

2.2 肾功能指标

详见表 2。

表 2 两组肾功能指标对比（ $\bar{x} \pm s$ ，n=35）

组别	时间	BUA (μmol/L)	Scr (μmol/L)	BUN (mmol/L)
观察组	术前	475.60±20.39	189.42±13.75	13.49±2.12
	术后	348.21±18.65	101.43±12.65	6.08±1.22
对照组	术前	473.98±20.22	190.25±14.02	13.25±2.18
	术后	397.86±20.42	139.58±14.79	8.54±1.41
t/P	组间值（术前）	0.3337/0.7396	0.2501/0.8033	0.4669/0.6420
t/P	组间值（术后）	10.6213/0.0000	11.5969/0.0000	7.8054/0.0000

2.3 并发症发生率

详见表 3。

表 3 两组并发症发生率对比[n（%），n=35]

组别	发热	术后出血	腹膜后水	周围脏器	总发生率
----	----	------	------	------	------

	肿		损伤		
观察组	1 (2.86)	0 (0.00)	1 (2.86)	0 (0.00)	2 (5.71)
对照组	3 (8.57)	2 (5.71)	2 (5.71)	1 (2.86)	8 (22.86)
X ²	-	-	-	-	4.2000
P	-	-	-	-	0.0404

3. 讨论

肾结石形成机制复杂，一方面，体内出现生理紊乱、代谢异常现象，可导致尿液成分改变，胱氨酸、尿酸、草酸、钙等含量增加，均可导致结石形成；另一方面，尿路存在异物、感染、梗阻等局部因素，使得尿液排出不畅，进而增加结石形成风险、促进结石增长，而肾结石发生后，患者感染、梗阻程度又会进一步加重；此外，高蛋白饮食、水分摄入不足以及服用皮质激素、磺胺类药物等，均可诱发结石形成^[4-6]。应用 M 型胆碱受体阻断剂、阿片类镇痛药、非甾体抗炎药等治疗药物，虽然能够缓解输尿管痉挛，减轻肾绞痛，但无法彻底治愈肾结石^[7]。消除结石对泌尿系统的刺激、恢复尿路通畅，是肾结石患者治疗的关键所在。经皮肾镜取石术对于多发性结石、鹿角形结石、直径较大结石等复杂性结石，均可起到显著疗效^[8,9]，但如何建立取石通道，成为了临床研究重点^[10]。本研究结果显示，在手术指标方面，两组住院时间、结石清除率差异较小（P>0.05），与对照组相比，观察组术中出血量少，但手术时间更长，有统计学意义（P<0.05）；在并发症发生率方面，观察组（5.71%）低于对照组（22.86%），有统计学意义（P<0.05）；在肾功能在指标方面，术后观察组 BUA、Scr、BUN 水平均低于对照组，有统计学意义（P<0.05），术前两组上述指标差异较小（P>0.05）。

分析原因如下：PCNL 手术耗时短，结石清除率高，通道口径较大，一般为 20~24F，便于碎石、取石操作，在通道扩张过程中，会对肾脏造成损伤。mPCNL 通道扩张次数少，口径一般为 16~18F，可降低穿刺难度，减少术中出血，且通道口径减小后，可能对碎石、取石造成影响，延长手术耗时，且处理较大体积结石（>3cm）难度较大。作为体内嘌呤代谢产物，BUA 水平与尿酸生成过多、肾脏排泄障碍有关；Scr 主要经尿液排出，不受饮食影响，若水平升高，则提示肾脏出现损伤；作为人体蛋白质代谢产物，BUN 由肾小球滤过排出，高蛋白饮食、肾功能不全、消耗性疾病均会导致其水平升高^[11]。本研究中，观察组肾功能指标恢复更好，提示 mPCNL 可减轻对肾组织、周围脏器的损伤，减轻手术应激，有助于患者肾功能恢复，减少各类并发症需要注意的是，mPCNL 为获取清晰视野，需反复冲洗取石通道，通道口径较小，会增加灌洗液流经阻力，增高肾孟

（下转第 41 页）

长效胰岛素联合口服降糖药治疗 2 型糖尿病的疗效与安全性分析

于斌

青岛市市南区人民医院 266002

摘要：目的：为了深入研究对 2 型糖尿病患者实施长效胰岛素联合口服降糖药治疗干预后，患者血糖水平、治疗效果、心理健康情况及生活质量。方法：选取我院 2020 年 12 月至 2021 年 12 月期间收治的 2 型糖尿病患者共 98 例，将其随机分组，给予长效胰岛素联合口服降糖药治疗干预措施组为研究组，给予口服降糖药治疗干预措施组为参照组，研究组和参照组各 49 例患者。对比两组患者血糖水平、治疗效果、心理健康情况及生活质量。结果：干预期结束后，研究组 2 型糖尿病患者血糖水平、治疗效果、心理健康情况及生活质量显著优于参照组。差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：临床对 2 型糖尿病患者实施长效胰岛素联合口服降糖药治疗干预，可有效改善患者血糖水平、治疗效果、心理健康情况及生活质量，故方案值得推广。

关键词：长效胰岛素；口服降糖药；2 型糖尿病；疗效；安全性

随着我国城市化进程加快，糖尿病患者日趋年轻化，患病率及并发症的发生率居高不下。糖尿病可累及全身微血管及大血管，与多个脏器功能息息相关。近年来，随着国人饮食结构的改变，西式快餐的流行，肥胖人数明显增多，糖尿病是由于胰岛素绝对或者相对缺乏而造成的糖、脂肪、蛋白质代谢紊乱。糖尿病主要为 1 型和 2 型糖尿病^[1]。2 型糖尿病（T2DM）以胰岛素抵抗为主，伴胰岛 β 细胞分泌胰岛素不足或相对缺乏。2 型糖尿病发病较隐匿，多见于肥胖人群，有较强的 2 型糖尿病家族史，不易发生酮症酸中毒，部分患者脖子和腋窝可见色素沉着。部分 2 型糖尿病患者伴有高血压、血脂异常、眼底病变、脂肪肝等慢性并发症。长效胰岛素是胰岛素的一种类型，在生活中经常用于降低血糖。目前临床上较多使用的长效胰岛素包括甘精胰岛素、地特胰岛素、德谷胰岛素，长效胰岛素如其名能够长时间的控制血糖^[2]。相比其他而言，长效胰岛素能够在用药后 24 小时里起到降糖效果，它对于空腹血糖和餐后血糖都有一定的疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2020 年 12 月至 2021 年 12 月期间收治的 2 型糖尿病患者共 98 例，将其随机分组，给予长效胰岛素联合口服降糖药治疗干预措施组为研究组，研究组 49 例患者年龄分布居于 63-79 岁之间，平均年龄为（ 72.34 ± 1.48 ）岁；给予口服降糖药治疗干预措施组为参照组，参照组 49 例患者年龄分布居于 64-80 岁之间，平均年龄为（ 72.18 ± 1.53 ）岁；对比两组 2 型糖尿病患者血糖水平、治疗效果、心理健康情况及生活质量。所有患者的基本资料对比，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

1.2 方法

研究组和参照组患者在入院时都需要接受糖尿病基础治疗，同时配合饮食控制。

参照组 口服降糖药治疗，患者每天服用 3 次量为 50 毫克的阿卡波糖片，之后每间隔 3 天增加 0.2 克阿卡波糖片，

研究组 长效胰岛素联合口服降糖药治疗。阿卡波糖片使用方法与参照组一致，在此基础上，患者配合胰岛素治疗患者初始剂量为每天 10U，每天睡前通过患者皮下注射，之后每隔 2 天增加 3U 剂量，直至剂量增至 40U。

研究组和参照组患者连续治疗 14 天。

护理干预：医护人员要根据患者的个人体质，为患者制定针对性的饮食计划，通过少时多餐的方式控制患者体重，尽可能控制血糖增加的食物，减少动物脂肪摄入量，保证营养均衡。运动方面：适度的运动可以对患者的治疗起到良好的辅助作用，患者最佳的运动方式的有氧治疗，护理人员要依据患者实际情况为患者制定针对性的运动计划，运动时需要注意不能进行剧烈运动。延续护理方面：许多患者在医院治疗期间效果良好，但是出院后没有了医护人员的帮助，开始饮食不规律，用药不规律，导致患者病情反反复复，难以痊愈，护理人员在患者出院后要继续监督患者情况，督促患者按时饮食，按时用药，合理运动。

1.3 观察指标

观察两组患者干预后的血糖水平、治疗效果、心理健康情况及生活质量。详细记录相关数据并比较。

1.4 统计学分析

本组实验涉及到的数据信息统一采用 SPSS20.0 软件进行分析，计量资料用 t 检验，用均值标准差表示，计数资料用 χ^2 检验，用%表示，组间比较，差异显著性水平均为： $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 对比两组 2 型糖尿病患者血糖水平

研究组 2 型糖尿病患者血糖改善情况显著优于参照组， $P < 0.05$ 。

表 1 两组 2 型糖尿病患者血糖水平对比

组别	n	空腹血糖	餐后 2 小时血糖	糖化血红蛋白
研究组	49	7.25 ± 0.63	8.32 ± 0.58	7.12 ± 0.72

参照组	49	4.87±0.35	6.61±0.42	5.47±0.53
t	/	4.3811	3.8320	3.7894
p	/	0.0000	0.0761	0.0000

2.2 对比两组 2 型糖尿病患者治疗效果

干预完成后，研究组治疗效果显著优于参照组，（P<0.05）。见下表 2：

表 2 两组患者治疗效果对比

组别	n	较好	一般	较差	治疗效果 （%）
研究组	49	27（55.1%）	18（36.73%）	4（8.16%）	45（91.84%）
参照组	49	20（40.82%）	13（26.53%）	16（32.65%）	33（67.35%）
X2	/	3.6379	2.0987	5.6128	5.6128
P	/	0.0000	0.0831	0.0000	0.0000

2.3 对比两组患者心理健康情况

干预完成后，研究组心理健康情况显著优于参照组，（P<0.05）。见下表 3：

表 3 两组患者心理健康情况对比

组别	n	对希望和未 来积极态度	采取积极行 动	与他人保 持亲密关 系	心理评估 总分
研究组 干预前	49	7.99±1.85	8.78±1.52	9.13±1.51	25.98±3.69
参照组 干预前	49	7.89±1.95	8.85±1.65	9.09±1.43	25.65±4.36
研究组 干预后	49	13.71±2.24	11.33±1.76	11.36±1.87	34.08±4.56
参照组 干预后	49	7.99±1.97	8.99±1.94	9.39±1.77	26.85±4.11
t	/	7.2874	14.0923	9.8732	8.0455
p	/	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.4 对比两组 2 型糖尿病患者生活质量改善情况

干预完成后，研究组生活质量改善情况显著优于参照组，（P<0.05）。见下表 3：

表 4 两组生活质量改善情况对比

组别	n	躯体功能	社会功能	物质生活	心理功能
研究组	49	77.53±4.51	81.34±3.41	76.72±2.89	83.54±3.77

参照组	49	63.42±3.97	70.23±3.64	61.37±3.17	62.16±2.38
t	/	15.9275	15.1073	24.2698	32.5243
p	/	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

3 讨论

糖尿病不仅仅是发达国家的“富贵病”，包括中国、印度在内的发展中国家也成为糖尿病的重灾区^[3]，中国糖尿病患者数占全球糖尿病患者数的 1/3，流行病学调查显示，20 岁以上的人群中，糖尿病的患病率为 11.6%^[4]，而糖尿病前期的比例高达 50%，相当于每 2 个成年人中就有 1 个高血糖状态者，更为严重的是我国 60%的糖尿病患者未被诊断而无法及时有效的治疗。肥胖是 2 型糖尿病最重要的危险因素。肥胖人群随体质指数增加，胰岛素敏感性逐渐下降，血糖升高，导致糖代谢紊乱。体力活动减少直接导致能量消耗减少，易产生肥胖，进而引起周围组织胰岛素抵抗，即对胰岛素的敏感性下降。早发性 2 型糖尿病存在更为明显的家族聚集现象，2 型糖尿病患者的子女往往从儿童时期就呈现出过多体脂蓄积的临床表型，表现为内脏脂肪型肥胖。面对糖尿病患病率惊人的增长，医学界已经高度关注到糖尿病带来的危害，经过治疗，许多糖尿病患者病情得到有效的控制，身心健康得到较好增强，很多糖尿病患者在经过治疗后，原有的降血糖药物明显减少，部分患者甚至停药。一些单纯肥胖的患者也纷纷慕名而来，他们的体重均得到有效的控制，血糖水平、治疗效果、心理健康情况及生活质量得到极大的提升。随着时代的不断发展，人民群众对美好健康生活的追求愈发强烈，由此激发出多层次、多样化、个性化的健康需求，与之相关的医疗行业正处于紧密融合的过程。胰岛素立足于临床需求，通过糖尿病治疗的创新，推动个性化治疗向精准化、规范化、专业化发展，以临床应用为最终落脚点。胰岛素作为糖尿病治疗药物已经发挥了非常重要的作用，该类药物可发挥多靶点调控的作用，可增强葡萄糖依赖的胰岛素分泌，延缓胃排空，减少食物摄入，抑制胰高糖素，降低肝糖输出。更为难得的是该类药物为智能化调控血糖，可有效减轻体重。相对于餐后血糖而言，长效胰岛素更多的是对空腹血糖的控制，一方面长效胰岛素既可以维持空腹血糖的正常值，另一方面也可以补充基础胰岛素。一般长效胰岛素是建议睡前或是晚饭后进行注射，用药方式是皮下注射，一般选用肚脐周围进行注射。皮下注射起效时间在 1-2 小时，晚间注射对于控制夜间血糖、早餐前空腹血糖有着重要的意义。此外合理的饮食治疗是所有糖尿病患者的治疗基础，摄入的热量要适合患者的年龄、体重、日常的活动、平时的饭量。还要考虑到患者的生长发育。本次研究中，研究组接受长效胰岛素联合口服降糖药治疗干预，参照组接受口服降糖药治疗干预，结果显示，血糖水平方面，研究组空腹血糖水平为（7.25±0.63），餐后 2 小时血糖水平为（8.32±0.58），糖化血红蛋白水平为（7.12±0.72），参照组空腹血糖水

平为 (4.87 ± 0.35)，餐后 2 小时血糖水平为 (6.61 ± 0.42)，糖化血红蛋白水平为 (5.47 ± 0.53)，研究组 2 型糖尿病患者血糖改善情况显著优于参照组；治疗效果方面，研究组 91.84% 的有效率显著优于参照组 67.35% 的有效率；心理健康情况方面，干预前，研究组对希望和未来积极态度评分为 (7.99 ± 1.85)，采取积极行动评分为 (8.78 ± 1.52)，与他人保持亲密关系评分为 (9.13 ± 1.51)，心理评估总分为 (25.98 ± 3.69)，参照组对希望和未来积极态度评分为 (7.89 ± 1.95)，采取积极行动评分为 (8.85 ± 1.65)，与他人保持亲密关系评分为 (9.09 ± 1.43)，心理评估总分为 (25.65 ± 4.36)，干预后，研究组对希望和未来积极态度评分为 (13.71 ± 2.24)，采取积极行动评分为 (11.33 ± 1.76)，与他人保持亲密关系评分为 (11.36 ± 1.87)，心理评估总分为 (34.08 ± 4.56)，参照组对希望和未来积极态度评分为 (7.99 ± 1.97)，采取积极行动评分为 (8.99 ± 1.94)，与他人保持亲密关系评分为 (9.39 ± 1.77)，心理评估总分为 (26.85 ± 4.11)，干预后，研究组心理健康情况显著优于参照组；生活质量改善情况方面，研究组躯体功能评分为 (77.53 ± 4.51)，社会功能评分为 (81.34 ± 3.41)，物质生活评分为 (76.72 ± 2.89)，心理功能评分为 (83.54 ± 3.77)，参照组躯体功能评分为 (63.42 ± 3.97)，社会功能评分为 (70.23 ± 3.64)，物质生活评分为 (61.37 ± 3.17)，心理功能评分为 (62.16 ± 2.38)，干预后，研究组生活质量改善情况显著优于参照组；差异具有统计学意义，($P<0.05$)。表明长效

(上接第 38 页)

内压,导致细菌、毒素进入肾盂黏膜、肾脏血管,引发术后发热、菌血症、肾功能不全等并发症,合理控制灌注液压力,可有效解决这一问题。有研究显示,予以肾结石患者 mPNL 治疗,患者 Scr、BUA、BUN 水平明显降低,且结石清除率可达 92.90%^[12],提示该取石通道对患者机体应刺激小,结石清除率高,可显著改善患者肾功能。

综上所述,予以肾结石患者 mPCNL 治疗效果显著,虽然手术用时较长,但结石清除率理想,患者肾功能恢复快,且术中出血少,具有推广借鉴价值。

参考文献:

- [1]郭一泓,李毅宁,张健育,等.经皮肾镜取石术与输尿管软镜碎石术治疗孤立肾结石对比分析[J].中外医学研究,2016,14(27):30-31.
- [2]高健.分析肾结石合并输尿管结石患者的微创治疗方案的治疗方案的临床疗效[J].智慧健康,2021,7(13):73-75.
- [3]陈思乡,唐超来,牟健,等.泌尿系结石行微创取石术并输尿管支架置入相关并发症的危险因素分析[J].国际泌尿系统杂志,2021,41(6):1032-1035.
- [4]何英剑,胡华,刘超颖.重庆市第五人民医院1137例尿路结石成分分

胰岛素联合口服降糖药治疗干预效果显著,有学者^[5]选取 2 型糖尿病患者进行研究,分别实施长效胰岛素联合口服降糖药治疗干预和口服降糖药治疗干预,结果可见,长效胰岛素联合口服降糖药治疗干预效果较好,与本研究结果一致。

综上, 针对 2 型糖尿病患者采取长效胰岛素联合口服降糖药治疗干预, 患者血糖水平、治疗效果、心理健康情况及生活质量显著改善, 适于推广与应用。

参考文献:

- [1]杨胜斌, 舒娟. 长效胰岛素联合口服降糖药治疗 2 型糖尿病的疗效与安全性[J]. 医药, 2022,2(14):54.
- [2]张冬青, 苗爱珍. 长效胰岛素联合口服降糖药治疗 2 型糖尿病的疗效与安全性分析[J]. 健康之友 2021,3(14):27-28.
- [3]夏淑娜. 长效胰岛素联合口服降糖药治疗 2 型糖尿病的疗效与安全性[J]. 养生保健指南, 2019, 000(002):267.
- [4]成红军. 长效胰岛素联合口服降糖药治疗 2 型糖尿病的疗效与安全性应用效果评价[J]. 糖尿病天地, 2019, 16(008):86.
- [5]陈晨. 长效胰岛素联合口服降糖药治疗 2 型糖尿病的疗效与安全性探讨[J]. 中国社区医师, 2022,2(25):53.

析[J].重庆医学,2021,50(20):3550-3552+3556.

- [5]邱瑾.肾结石发病机制的研究进展[J].国际泌尿系统杂志,2020,40(4):750-753.
- [6]张军会,徐艳琴,尹德胤.肾结石手术前后证候要素演变与复发的系统研究[J].中国中医基础医学杂志,2019,25(12):1710-1712+1715.
- [7]李仿敏,李强,胡伟政,等.双氯芬酸钠联合间苯三酚治疗肾绞痛80例疗效分析[J].承德医学院学报,2015,32(4):295-297.
- [8]梁振荣,柳建军.超微经皮肾镜碎石取石术的定位和展望[J].临床医学研究与实践,2022,7(10):180-184.
- [9]乔璐,刘致中.泌尿系统结石治疗方法的研究现状及进展[J].内蒙古医学杂志,2022,54(2):193-197.
- [10]王东艳,杨志刚,马旭东,等.不同通道经皮肾镜治疗上尿路结石的研究进展[J].现代临床医学,2022,48(2):157-160.
- [11]付宝琛,沈弋桢,杨高第.经皮肾镜取石术治疗复杂性肾结石的疗效观察[J].实用医药杂志,2021,38(2):132-134+137.
- [12]胡海峰,李虹,王坤杰.超声引导在经皮肾手术经皮肾通道建立的临床应用价值[J].四川医学,2012,33(12):2087-2089.

芪黄汤结合瑞格列奈治疗早期糖尿病肾病的疗效分析

吴亚菲

河北张家口蔚县中医院 河北张家口 075721

摘要：目的探究早期糖尿病肾病采用芪黄汤以瑞格列奈联合疗法的疗效情况。方法疾病为早期糖尿病肾病，随机抽取 116 例患者，其中最早就诊于我院的时间为 2020 年 2 月，最晚就诊于我院的时间为 2021 年 2 月，通过抽签法进行分组，其中对照组的例数为 58、方案为瑞格列奈疗法，观察组的例数为 58、方案为芪黄汤联合瑞格列奈疗法。选取的观察指标包括两组患者的血脂指标情况、血糖指标情况、炎症因子情况、肾功能情况以及治疗效果情况。结果甘油三酯（TG）、血清胆固醇（TC）以及高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）等血脂指标的对比，差异显著（ $p < 0.05$ ），其中观察组较优；空腹血糖（FBG）、餐后 2h 血糖（2hPG）以及糖化血红蛋白（HbA1c）等血糖指标的对比，差异显著（ $p < 0.05$ ），其中观察组较低；白细胞介素-6（IL-6）、白细胞介素-8（IL-8）以及 C 反应蛋白（CRP）等炎症因子指标的对比，差异显著（ $p < 0.05$ ），其中观察组均较低；血清肌酐（sCr）、尿蛋白排泄率（UAER）以及尿 β_2 微球蛋白（ β_2 -MG）等肾功能指标的对比，差异显著（ $p < 0.05$ ），其中观察组均较低；治疗总有效率的对比，差异显著（ $p < 0.05$ ），其中观察组较高。结论早期糖尿病肾病采用芪黄汤与瑞格列奈的联合疗法，患者的血脂、血糖及肾功能指标水平得以改善，炎症情况得以缓解，治疗效果显著。

关键词：早期糖尿病肾病；芪黄汤；瑞格列奈；治疗效果

糖尿病肾病好发于吸烟、高脂血症、反复泌尿系统感染以及糖尿病患者，早期常见症状为微量的蛋白尿，如果患者在这一阶段未采取有效的治疗措施，病情继续发展下去，就会形成显性蛋白尿，肾功能衰竭容易由此引发^[1-2]。糖尿病肾病的发生与患者机体内部的血糖、血脂代谢紊乱，以及肾脏血流动力学改变关系密切，基本的病理性改变为肾小球的硬化、毛细血管基底膜的增厚以及系膜基质的增生^[3-4]。糖尿病肾病属于中医理论中的“虚劳”、“消渴”以及“尿浊”范畴，近年来采用中西医结合疗法治疗早期糖尿病肾病获得了一定效果^[5]。因此本文就芪黄汤与瑞格列奈联合用于治疗早期糖尿病肾病的疗效情况进行研究，现在报告如下：

1. 资料和方法

1.1 一般资料

本次研究的疾病为早期糖尿病肾病，选取患者的例数为 116，患者遴选的起止时间分别为 2020 年 2 月和 2021 年 2 月。以抽签法为分组方法，分别为对照组（ $n=58$ ）和观察组（ $n=58$ ）。

对照组：男女例数之比为 34：24，其中以 46 岁患者的年龄最小，以 73 岁患者的年龄最大，计算得出的均值为（ 58.62 ± 1.15 ）岁；病程为 3～12 年，计算得出的均值为（ 6.27 ± 0.84 ）年；

观察组：男女例数之比为 36：22，其中以 44 岁患者的年龄最小，以 75 岁患者的年龄最大，计算得出的均值为（ 58.53 ± 1.26 ）岁；病程为 2～13 年，计算得出的均值为（ 6.34 ± 0.75 ）年。

纳入标准：①本次医学研究的患者尿蛋白排泄量为 30～300mg，空腹血糖超过 7.0mmol/L，2h 餐后血糖超过 11.1mmol/L，且症状持续时间在 3 个月以上；②本次医学研究符合伦理协会标准；③患者近 3 个月未接受过其他药物治疗；④患者及其家属知晓本次医学研究的内容；

排除标准：①合并有其他原因引发的肾脏疾病；②患者对本次研究中

所用药物过敏；③患者伴有精神系统疾病；④患者中途退出本次医学研究。

将上述信息录入 SPSS26.0 软件中，计算得出结果为 $p > 0.05$ ，说明组间数据差异无统计学意义。

1.2 方法

本次研究的所有入选患者治疗前均接受糖尿病肾病的常规治疗，具体内容如下：①控制日常饮食：进食低脂低钠低蛋白、膳食纤维丰富类食物，少食多餐；②控制血糖血脂：结合患者自身特点服用促胰岛素分泌类降糖药，将所有患者的空腹、餐后血糖进行平稳控制，防止血糖指数继续上升。

对照组采用瑞格列奈疗法，具体措施如下：给予患者瑞格列奈片（北京福元医药股份有限公司，国药准字 H20166037，规格为 1.0mg×30s）口服治疗，起始剂量为 0.5mg，1 次/d，之后可以根据情况，两周调整一次服药剂量，单次最大服药剂量≤4mg，单日最大服药剂量≤16mg；

观察组采用芪黄汤联合瑞格列奈疗法，具体措施如下：在对照组基础上，采用芪黄汤疗法，芪黄汤组方：黄芪 30g，丹参、山药各 20g，生地、西洋参、枸杞子、山茱萸、金银花、盐黄柏以及红景天各 15g，大黄、牛膝、当归、五味子以及杜仲各 10g。加 500ml 水煎服，煎至 180ml 药液，1 剂/d，每日早晚温水分服。

两组患者连续治疗两个月。

1.3 观察指标

1.3.1 将两组患者的血脂指标情况进行对比。医护人员将两组患者治疗前后的甘油三酯（TG）、血清胆固醇（TC）以及高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）指标情况进行记录、评估以及对比。

1.3.2 将两组患者的血糖指标情况进行对比。医护人员采用全自动生化仪检测两组患者治疗前后的空腹血糖（FBG）、餐后 2h 血糖（2hPG）水平以及糖化血红蛋白（HbA1c）指标情况。

1.3.3 将两组患者的炎症因子情况进行对比。医护人员采用酶联免疫吸附法检测两组患者治疗前后的白细胞介素-6 (IL-6) 以及白细胞介素-8 (IL-8) 指标情况, 采用免疫比浊法检测两组患者治疗前后的 C 反应蛋白 (CRP) 指标水平。

1.3.4 将两组患者的肾功能情况进行对比。采用自动生化分析仪检测两组患者治疗前后的血清肌酐 (sCr) 水平, 采用放射免疫分析法检测两组患者治疗前后的尿白蛋白排泄率 (UAER) 以及尿 β_2 微球蛋白 (β_2 -MG) 水平。

1.3.5 将两组患者的治疗效果情况进行对比。我院对两组患者的治疗效果进行评估, 评估标准如下: ①患者经过治疗后, 主要临床症状及生命体征指标均得到明显缓解, 且肾功能指标得到明显改善, 此为显效; ②患者经过治疗后, 主要临床症状及生命体征指标均有所缓解, 且肾功能指标有所改善, 此为有效; ③患者经过治疗后, 主要临床症状及生命体征指标均

未能得到缓解, 且肾功能指标未能得到改善, 此为无效。治疗总有效率= (显效患者例数+有效患者例数)/对应组患者总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学分析

本次研究中的治疗效果情况为计数资料, 通过[n (%)]的形式进行表示, 采用卡方检验进行数据间分析, 血脂指标情况、血糖指标情况、炎症因子情况以及肾功能情况为计量资料, 通过 (均数 $\pm$ 标准) 的形式进行表示, 采用 t 检验的方法进行数据间分析, 若通过 SPSS 26.0 软件分析得出的结果为 $p < 0.05$, 则说明数据间存在较为显著的差异。

2. 结果

2.1 将两组患者的血脂指标情况进行对比

由表 1 中的对比结果可知: 观察组在血脂指标情况方面存在优势, 且差异显著 ($p < 0.05$)。

表 1 两组患者的血脂指标情况 (mmol/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	TG		TC		HDL-C	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=58)	1.92 $\pm$ 0.61	1.45 $\pm$ 0.53	5.82 $\pm$ 1.16	5.09 $\pm$ 1.04	0.84 $\pm$ 0.22	1.31 $\pm$ 0.63
观察组 (n=58)	1.93 $\pm$ 0.64	1.14 $\pm$ 0.49	5.85 $\pm$ 1.19	4.68 $\pm$ 0.98	0.81 $\pm$ 0.20	1.69 $\pm$ 0.85
t	0.086	3.271	0.137	2.185	0.768	2.735
P	0.932	0.001	0.891	0.031	0.444	0.007

2.2 将两组患者的血糖指标情况进行对比

差异显著 ($p < 0.05$)。

由表 2 中的对比结果可知: 观察组在血糖指标情况方面存在优势, 且

表 2 两组患者的血糖指标情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	FBG (mg/dL)		2hPG (mg/dL)		HbA1c (%)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=58)	9.42 $\pm$ 1.83	7.78 $\pm$ 1.46	11.49 $\pm$ 1.42	10.86 $\pm$ 1.27	8.37 $\pm$ 1.32	7.82 $\pm$ 1.09
观察组 (n=58)	9.45 $\pm$ 1.87	7.14 $\pm$ 1.31	11.51 $\pm$ 1.48	9.15 $\pm$ 1.22	8.41 $\pm$ 1.39	7.13 $\pm$ 1.02
t	0.087	2.485	0.074	7.395	0.159	3.520
P	0.931	0.014	0.941	0.000	0.874	0.001

2.3 将两组患者的炎症因子情况进行对比

差异显著 ($p < 0.05$)。

由表 3 中的对比结果可知: 观察组在炎症因子情况方面存在优势, 且

表 3 两组患者的炎症因子情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	IL-6 (μ g/L)		IL-8 (μ g/L)		CRP (mg/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=58)	4.26 $\pm$ 1.03	3.37 $\pm$ 0.34	6.68 $\pm$ 1.29	5.56 $\pm$ 0.63	8.33 $\pm$ 1.15	6.86 $\pm$ 0.52
观察组 (n=58)	4.31 $\pm$ 1.12	2.85 $\pm$ 0.28	6.73 $\pm$ 1.35	4.73 $\pm$ 0.41	8.42 $\pm$ 1.27	5.98 $\pm$ 0.53
t	0.250	8.991	0.204	8.409	0.400	9.026
P	0.803	0.000	0.839	0.000	0.690	0.000

2.4 将两组患者的肾功能情况进行对比

异显著 ($p < 0.05$)。

由表 4 中的对比结果可知: 观察组在肾功能情况方面存在优势, 且差

表 4 两组患者的肾功能情况（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	sCr（ $\mu\text{mol/L}$ ）		UAER（ $\mu\text{g/min}$ ）		$\beta 2\text{-MG}$ （ $\mu\text{g/L}$ ）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组（n=58）	98.24±19.23	90.67±17.82	153.92±20.57	114.37±15.93	376.68±96.34	297.32±80.34
观察组（n=58）	98.29±19.31	82.34±18.39	154.16±21.03	98.36±15.58	379.59±98.22	245.95±81.02
t	0.014	2.477	0.062	5.472	0.161	3.429
P	0.989	0.015	0.951	0.000	0.872	0.001

2.5 将两组患者的治疗效果情况进行对比

由表 5 中的对比结果可知：观察组在治疗效果情况方面存在优势，且差异显著（ $p<0.05$ ）。

表 5 两组患者的治疗效果情况（例，%）

组别	显效	有效	无效	治疗总有效率
对照组 (n=58)	12 (20.69)	33 (56.90)	13 (22.41)	77.59
观察组 (n=58)	31 (53.45)	23 (39.66)	4 (6.90)	93.10
X ²	-	-	-	5.583
P	-	-	-	0.018

3. 讨论

糖尿病肾病患者发病后多伴有高血压、视网膜病变以及蛋白尿等典型症状，这是患者体内的血脂、血糖代谢紊乱以及肾血流动力学的改变所致^[6-7]。中西医结合疗法，可以实现优势互补，应用前景广泛^[8]。针对患者的肝肾不足及气阴两虚症状，芪黄汤功能活血补气、养阴生津以及补肾益气^[9]。瑞格列奈的半衰期较短，对患者的肝肾伤害较小，可以促进患者机体内部胰岛素的生成及分泌，两种药物协同应用于早期糖尿病肾病的治疗，可以较好改善患者的症状，控制糖尿病肾病的发展^[10-11]。

本次研究显示，芪黄汤中的当归、丹参以及大黄具有较好的降血脂、扩张血管以及改善血液循环的功效，因此观察组的 TG、TC 以及 HDL-C 等血脂指标均较优。属于非磺脲类促胰岛素分泌剂的瑞格列奈，可以抑制 ATP 敏感的 K⁺通道，有利于胰岛素的生成、分泌，起效快，患者服药后 15min 发挥作用，因此观察组的 FBG、2hPG 以及 HbA1c 等血糖指标均较低。芪黄汤中的黄芪、枸杞子、杜仲、牛膝以及山药功能补气益肾，可以保护受损的血管及肾脏组织，清除患者机体内部的炎症，因此观察组的 IL-6、IL-8 以及 CRP 等炎症因子指标均较低。瑞格列奈的半衰期较短，在患者体内停留时间较短，且通过胆管系统代谢至患者体外，对肝肾的损伤较小；芪黄汤中的牛膝、杜仲、枸杞子以及山药可以有效治疗肝肾虚弱，提升患者肾脏的免疫力，因此观察组的 sCr、UAER 以及 $\beta 2\text{-MG}$ 等肾功能指标均较低。芪黄汤联合瑞格列奈治疗早期糖尿病肾病，发挥协同作用，优势互补，降糖的同时，还改善了患者肾脏血流动力学的病理性改变症状，

因此观察组的治疗总有效率较高。

综上所述，采用芪黄汤结合瑞格列奈共同应用于早期糖尿病肾病的治疗中，可以改善患者的血脂、血糖及肾功能指标水平，缓解患者的炎症，治疗效果显著，临床上值得推广及借鉴。

参考文献：

[1]吕翠岩,郑爽,贾晓蕾,等.参芪地黄汤化裁方对早期糖尿病肾病患者血糖及尿蛋白的影响[J].西部中医药,2021,34(9):51-53.

[2]靳贺超,张冠文,梁胜然,等.黄芪及黄芪药对有效成分对早期糖尿病肾脏疾病的肾保护作用研究进展[J].中国中西医结合肾病杂志,2021,22(12):1125-1127.

[3]仝宗刚,马嘉薪.复方黄芪汤对糖尿病肾病患者肾功能及血清炎症因子的影响[J].贵州医药,2020,44(8):1292-1294.

[4]吴立,罗翔.瑞格列奈联合利格列汀治疗糖尿病肾病 40 例观察[J].吉林医学,2020,41(4):839-840.

[5]马楚雄.瑞格列奈治疗老年 2 型糖尿病合并糖尿病肾病的临床研究[J].糖尿病新世界,2020,23(7):192-193,196.

[6]高银宙,加味四二汤联合六味地黄丸治疗早期糖尿病肾病的效果及对患者症状指标及免疫功能的影响[J].临床医学研究与实践,2021,6(19):140-142.

[7]张璇,姜睿斌,薛松研,等.生地黄及其配伍防治糖尿病肾病微炎症状态的药效机制分析[J].现代中西医结合杂志,2021,30(35):3975-3977,3982.

[8]翁蓓.依那普利联合黄芪丹黄汤治疗早期糖尿病肾病对患者预后的影响[J].内蒙古中医药,2020,39(9):54-55.

[9]杨伟,朱雷,诺和龙联合甘精胰岛素对糖尿病肾病患者胰岛素抵抗及微炎症反应的影响观察[J].中国药物与临床,2020,20(20):3425-3427.

[10]赵娟朋,王海燕.六味地黄汤联合芪补肾汤辅治早期糖尿病肾病临床观察[J].实用中医药杂志,2021,37(6):959-960.

[11]薛守宇,廉婷,耿爱民,等.黄芪熟黄散瘀方联合维格列汀与缬沙坦治疗早期糖尿病肾病疗效及对患者血糖和肾功能水平的影响[J].陕西中医,2022,43(2):207-210.

格列美脲联合二甲双胍短期内强化治疗对初诊 2 型糖尿病疗效分析

张俊一

济南市莱芜区苗山中心卫生院 山东济南 271100

摘要：目的：格列美脲联合二甲双胍短期内强化治疗对 NDT2DM（初诊 2 型糖尿病）疗效分析。方法：NDT2DM 患者 100 例均选自 2020 年 07 月-2021 年 07 月，随机分为观察组与对照组，分别给予格列美脲联合二甲双胍短期内强化治疗、格列美脲治疗，比较两组治疗效果。结果：两组治疗前糖脂代谢指标、胰岛功能指标、心血管指标、氧化应激标志物、炎症因子水平比较差异均不显著（ $P>0.05$ ）；观察组治疗后以上指标改善度均高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：为 NDT2DM 患者行格列美脲联合二甲双胍短期内强化治疗效果显著。

关键词：2 型糖尿病；初诊；二甲双胍；格列美脲；疗效

T2DM 是一种进行性疾病，临床常采用各种抗糖尿病药物治疗该病。T2DM 不仅可使患者机体内糖代谢紊乱，还可明显增加其发生心血管以及脂代谢疾病的几率，对其日常的生活和工作影响均较大，不利于其身体健康，甚至可威胁到其生命安全^[1]。科学、有效的为患者对症治疗对其病情控制有着十分重要的积极作用。本次我院随机选取了 2020 年 07 月-2021 年 07 月就诊的 100 例 NDT2DM 患者，其中 50 例经格列美脲联合二甲双胍短期内强化治疗，取得了较好效果。报告如下：

1、资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 07 月-2021 年 07 月期间就诊于我院的 NDT2DM 患者共 100 例，随机均分成两组。对照组：男 30 例、女 20 例，年龄 33-58 岁，均值（ 46.57 ± 3.02 ）岁。观察组：男 26 例、女 24 例，年龄 32-59 岁，均值（ 46.45 ± 3.10 ）岁。两组一般资料可比较（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：（1）无降糖药物应用史；（2）具备正常的心、肝、肾功能；（3）具有良好的治疗依从性；（4）知晓本研究。

排除标准：（1）研究用药应用禁忌或过敏；（2）哺乳期、妊娠期女性；（3）因各种原因退出或中断治疗；（4）糖尿病非初诊。

1.2 方法

对照组：本组患者接受格列美脲（国药准字 H20057672）口服治疗，每日 1 次，每次 3mg。观察组：给予本组格列美脲联合二甲双胍短期内

强化治疗，格列美脲与对照组相同，二甲双胍（国药准字 H20023370）每日 3 次，每次 0.5mg，口服治疗。两组均在餐后用药，连续治疗 12 周，期间可结合实际情况适当调整格列美脲的用药剂量为每次 2mg。

1.3 观察指标

（1）糖脂代谢指标：HbA1c（糖化血红蛋白）、2hPG（餐后 2 h 血糖）、FBG、LDL-C（低密度脂蛋白胆固醇）、TG（甘油三酯）、TC（总胆固醇）。

（2）胰岛功能指标：HOMA- β （胰岛细胞功能）、HOMA-IR（胰岛素抵抗指数）、ISI（胰岛素敏感指数）、FCP（空腹 C 肽）。

（3）心血管指标：ET（内皮素）、NO（一氧化氮）。

（4）氧化应激标志物：ROS（活性氧类物质）、MDA（丙二醛）、SOD（超氧化物歧化酶）。

（5）炎症因子水平：TNF- α （肿瘤坏死因子- α ）、IL-6（白介素-6）、IL-1 β 。

1.4 统计学分析

实验数据采用 SPSS24.0 软件处理，计量资料以“ $\bar{x}\pm s$ ”表示，采用 t 检验， $P<0.05$ ：差异有统计学意义。

2 结果

2.1 糖脂代谢指标

治疗前，两组糖脂代谢指标（ $P>0.05$ ）；治疗后，观察组低于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 1：

表 1 血糖指标（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	HbA1c（%）		2hPP（mmol/L）G		FPG（mmol/L）		LDL-C（mmol/L）		TG（mmol/L）		TC（mmol/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	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	8.32 $\pm$ 1.27	7.44 $\pm$ 1.44	11.64 $\pm$ 1.35	10.26 $\pm$ 1.14	8.53 $\pm$ 0.23	7.01 $\pm$ 0.24	3.51 $\pm$ 0.63	3.22 $\pm$ 0.35	2.23 $\pm$ 0.43	2.01 $\pm$ 0.27	7.03 $\pm$ 1.06	6.40 $\pm$ 0.99
观察组	50	8.36 $\pm$ 1.25	5.85 $\pm$ 2.22	11.77 $\pm$ 1.13	8.03 $\pm$ 1.48	8.55 $\pm$ 0.56	5.66 $\pm$ 0.57	3.49 $\pm$ 0.50	2.98 $\pm$ 0.20	2.22 $\pm$ 0.40	1.79 $\pm$ 0.41	6.98 $\pm$ 1.16	5.44 $\pm$ 1.13
t 值	-	0.158	4.248	0.522	8.441	0.233	25.574	0.175	4.209	0.120	3.168	0.225	4.518

P 值	-	0.874	0.001	0.602	0.001	0.816	0.001	0.861	0.001	0.904	0.002	0.822	0.001
-----	---	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

2.2 胰岛功能指标 指标较对照组更低，HOMA-β 指标、FCP 指标、ISI 指标较对照组更高（P 治疗前，两组胰岛功能指标（P>0.05）；治疗后，观察组 HOMA-IR <0.05）。见表 2：

表 2 胰岛功能指标（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	HOMA-IR		HOMA-β（%）		ISI（ $\times 10^{-2}$ ）		FCP（ng/mL）	
		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	50	4.19±0.93	2.39±0.54	45.65±10.16	64.93±12.28	1.67±0.28	2.34±0.44	1.86±0.59	2.28±0.73
观察组	50	4.12±0.77	2.06±0.40	45.91±10.31	77.12±16.59	1.64±0.30	2.62±0.52	1.87±0.60	2.98±0.81
t 值	-	0.410	3.472	0.127	4.176	0.516	2.906	0.084	4.539
P 值	-	0.682	0.001	0.899	0.001	0.606	0.004	0.933	0.001

2.3 心血管指标 观察 50 70.17±8.58 55.94±5.67 57.94±7.09 77.35±7.77
治疗前，两组心血管指标（P>0.05）；治疗后，观察组 ET 指标较对照组更低，NO 指标较对照组更高（P<0.05）。见表 3：

表 3 心血管指标（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	ET（ng/L）		NO（μmol/L）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	69.42±8.22	60.48±8.26	58.14±7.54	66.64±7.40

2.4 氧化应激标志物

治疗前，两组氧化应激标志物（P>0.05）；治疗后，观察组 MDA 指标、ROS 指标较对照组更低，SOD 指标较对照组更高（P<0.05）。见表 4：

表 4 氧化应激标志物（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	MDA（μmol/L）		ROS（IU/mL）		SOD（U/L）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	9.55±1.40	7.75±1.24	651.34±22.58	609.45±21.37	59.34±9.68	85.27±9.36
观察组	50	9.52±1.23	7.05±1.17	658.67±30.15	598.26±23.80	58.89±8.72	90.26±11.55
t 值	-	0.113	2.903	1.376	2.473	0.244	2.373
P 值	-	0.909	0.004	0.172	0.015	0.807	0.019

2.5 炎症因子水平 低（P<0.05）。见表 5：
治疗前，两组炎症因子水平（P>0.05）；治疗后，观察组较对照组更

表 5 炎症因子水平（pg/mL， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	TNF-α		IL-6		IL-1β	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	151.15±28.85	144.07±22.73	231.63±26.44	208.35±18.36	114.17±6.78	101.06±5.80
观察组	50	149.04±23.62	116.52±15.10	228.67±20.68	160.73±15.21	114.49±7.02	88.55±6.33
t 值	-	0.400	7.138	0.623	14.123	0.231	10.303
P 值	-	0.690	0.001	0.534	0.001	0.817	0.001

3、讨论

多项研究表明,有效治疗 T2DM 患者的关键即强化血糖控制,但目前我国 T2DM 患者整体的血糖控制并不理想。对于初诊者而言,疾病早期为其实施胰岛素强化治疗可取得比较明显的应用效果,可使其体内的葡萄糖毒性作用有效缓解,对 B 细胞功能的变化产生抑制,从而有利于将其葡萄糖低感知状况改善^[2]。然而,由于大部分患者对胰岛素存在恐惧,因此导致注射治疗整体应用疗效不佳,故应该充分参考患者的具体情况,为其合理选用治疗方案,其中短期内强化治疗应用价值相对较高^[3]。

临床在为 T2DM 患者实施短期内强化治疗时,联合二甲双胍、格列美脲治疗可取得明显的应用效果,有利于将患者的血糖水平有效降低。前者在 T2DM 患者的临床治疗中应用广泛,其可以有效抑制糖原的异生和分解,降低患者机体内的肝葡萄糖输出量,从而使其葡萄糖运动能力增强,并进一步促进和改善外周组织对葡萄糖的吸收,有利于使患者低于胰岛素的敏感性提高,从而使其胰岛素抵抗情况缓解,达成降糖的目的^[4];后者作为一种新型的磺酰脲类长效降糖药物,可以同时对外、胰内发挥作用,在胰腺内方面,药物可促进其释放胰岛素,从而有效降糖,就胰腺外方面而言,该药可将葡萄糖的活性明显提高,从而使细胞代谢加速^[5]。联合应用以上两种药物后,还可以使患者的血脂情况得到改善,当其有效控制血糖水平后,即可增加体内胰岛素的分泌,提升脂蛋白酯酶的活性,降低糖毒性,从而有效缓解非酶糖化以及氧化应激症状,更有利于将对 LDL-C 的干扰消除,从而使脂质的过氧化作用缓解,最终使其相关血脂水平得到改善,维持其糖脂代谢指标在正常范围内^[6]。

NO 可使人体的血管扩张,而 ET 可促进血管强烈收缩,两者均是重要的可以反映血管内皮功能的因子,当以上指标异常时,可以间接的促进患者合并 T2DM 并发症,本研究中观察组患者上述两项指标的改善作用更加明显^[7]。多项研究发现,T2DM 患者存在不同程度的氧化应激损害,机体内可产生大量的脂质过氧化物,对 β 细胞产生毒害,对其正常的生理功能产生影响,可使胰岛素抵抗进一步加剧。ROS 可将患者的氧化应激水平反映出来,高血糖能够诱导大量生成 ROS,MDA 在 T2DM 的氧化应激中也有参与,而抗氧化酶 SOD 在抗氧化应激过程中有所参与,有利于消耗 ROS^[8]。本研究中观察组治疗后 SOD 水平明显提高,MDA、ROS 水平明显降低,提示联合治疗可使高血糖刺激所致的氧化应激产物减少,更有利于对患者血糖进行有效控制。临床可反应胰岛 β 细胞功能以及胰岛素抵抗的指标主要为 HOMA- β 、HOMA-IR、FCP 以及 ISI,若 T2DM 患者以上指标存在异常,则不利于 β 细胞的存活^[9]。本次通过联合治疗,明显促进了观察组胰岛 β 细胞的增殖,更有利于改善患者的胰岛 β 细胞功能。相关文献指出,炎症反应与高血糖可互相作用,T2DM 患者存在炎症,而炎症可使其病情发生、发展加速,IL-1 β 以及 IL-6 可损害胰岛 β 细胞功能,而胰岛素抵抗则与 TNF- α 关联密切,观察组患者经联合治疗后机体内的炎症因子水平与状态改善更明显^[10]。由于对于 NDT2DM 患者而言,早期为其实

施胰岛素强化治疗可在短期内合理对其血糖水平起到有效控制,患者停药后仍然可以对其体内的胰岛素分泌情况进行有效调节,且可以起到调整和修复的作用,使残存的胰岛素 B 细胞负担减轻,因此医护人员在为患者用药治疗期间,需要充分参考其病情变化等具体情况,尽早为其推广和应用胰岛素强化治疗,以对其血糖等水平进行有效的控制,将疾病进一步发展的情况最大程度的降低^[11]。

参考文献:

- [1]何明倩,王静雅,邓梅,等.西格列汀与格列美脲联合二甲双胍治疗初诊 2 型糖尿病并高糖毒性患者的有效性及安全性比较:一项随机对照非劣效性研究[J].西安交通大学学报(医学版),2021,42(01):86-92-98.
- [2]解其华,于建忠.格列美脲和西格列汀对单用二甲双胍血糖控制不佳的 2 型糖尿病患者血糖波动的影响[J].湖南师范大学学报(医学版),2020,17(04):149-152.
- [3]李晋莹,李舸.二甲双胍单药疗效不佳的 2 型糖尿病患者联合达格列净或格列美脲治疗的效果及安全性观察[J].海南医学,2020,31(16):2052-2055.
- [4]何凌云,陈尚武.二甲双胍联合格列美脲对老年 2 型糖尿病患者糖脂代谢、血液流变学及氧化应激的影响[J].中国老年学杂志,2020,40(11):2283-2286.
- [5]张童,鲁佳,叶山东.利拉鲁肽联合格列美脲和二甲双胍治疗难治性 2 型糖尿病的临床疗效及对胰岛功能的影响分析[J].世界临床药物,2020,41(04):296-300.
- [6]杨红艳,朱贺.2 型糖尿病合并代谢综合征患者应用格列美脲联合西格列汀二甲双胍治疗的效果评价[J].中国医药指南,2020,18(09):124-125.
- [7]刘央,付志鹏,黄召武,等.维格列汀与格列美脲联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病合并非酒精性脂肪肝患者的疗效及对肝纤维化的影响[J].临床医学工程,2019,26(03):315-316.
- [8]林雯雯,王海静,张玉盼,等.格列美脲与格列本脲分别与沙格列汀、二甲双胍联用治疗 2 型糖尿病的有效性及其经济性评价[J].中国老年学杂志,2019,39(24):5951-5954.
- [9]杨华俊,张婷婷,史东明,等.参芪降糖颗粒联合格列美脲与二甲双胍对糖尿病患者血糖水平、胰岛细胞功能及内皮因子的影响[J].中国卫生检验杂志,2019,29(22):2744-2746.
- [10]沈勇,王力军,刘书贤,等.格列美脲联合二甲双胍短期内强化治疗对初诊 2 型糖尿病疗效的观察[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(58):136-138.
- [11]周莉桢,郭杏花,郑仲萍.二甲双胍联合降糖药物对 2 型糖尿病病人血糖控制率、血糖相关指标及胰岛 β 细胞功能指标的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(08):1233-1235.

对比单孔腹腔镜和多孔腹腔镜手术治疗卵巢良性肿瘤的效果差异

邓月秀

广西桂林市妇幼保健院妇科 广西桂林 541001

摘要：目的：分析卵巢良性肿瘤患者分别接受单孔腹腔镜以及多孔腹腔镜手术治疗的效果。方法：抽选 2019 年 11 月~2021 年 11 月期间我院收治的 50 例卵巢良性肿瘤患者，使用随机、单盲法进行平均分组，分为常规组以及研究组，各 25 例。常规组使用多孔腹腔镜手术的治疗方式，研究组使用单孔腹腔镜手术的治疗方式，对比两组的术后疼痛情况（VAS 评分）和手术结果以及并发症发生率，还有外观满意度。结果：研究组手术时间稍长于常规组，术后住院时间优于常规组，术后 VAS 评分数值低于常规组，差异有统计学意义，（ $P<0.05$ ）；研究组的术中出血量以及术后肛门排气时间与常规组差异较小，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；两组均无肠道损伤等并发症发生，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；研究组的外观满意度为 96.00%，常规组的外观满意度为 76.00%，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：卵巢良性肿瘤患者接受单孔腹腔镜以及多孔腹腔镜手术治疗，均拥有显著的治疗效果，但是单孔腹腔镜手术的综合治疗效果优于多孔腹腔镜手术的治疗效果，不仅术后疼痛少、恢复快，还可以更好地满足患者的外观需求，提高患者的满意度，具备在临床治疗中推广和应用的价值。

关键词：单孔腹腔镜；手术结果；多孔腹腔镜手术治疗；卵巢良性肿瘤

卵巢良性肿瘤是妇科良性肿瘤的一种，在临床治疗的过程中，主要是使用手术治疗的方式。尤其是使用腹腔镜卵巢囊肿剔除术。因为这种手术治疗的方式拥有切口小和腹腔器官损伤较小以及影响女性内分泌功能的概率较小，还有术后恢复速度较快以及住院时间较少等优点^[1]。在实际的临床治疗过程中，主要使用单孔腹腔镜手术治疗和多孔腹腔镜手术治疗的方式，可以有效地保障患者的治疗效果。随着科学技术水平提高和患者对美观的追求，使得微创技术进一步发展。在这个过程中，以减少患者的创伤以及疼痛感为主。其中单孔腹腔镜手术治疗的方式拥有微创和组织取出容易以及手术瘢痕容易隐藏，还有手术后美容效果较好等优点，但是也存在缝合难度较大的缺点，影响单孔腹腔镜手术治疗的使用^[2]。本实验以对比单孔腹腔镜和多孔腹腔镜手术治疗卵巢良性肿瘤的效果差异为例，分析单孔腹腔镜和多孔腹腔镜手术治疗结果和疼痛情况（VAS 评分）以及并发症发生情况，还有外观满意度等情况。现总结如下：

1 资料和方法

1.1 资料

抽选 2019 年 11 月~2021 年 11 月期间我院收治的 50 例卵巢良性肿瘤患者，使用随机、单盲法进行平均分组，分为常规组以及研究组，各 25 例。其中纳入的标准为：①术前评估为卵巢良性肿瘤；②在我院接受腹腔镜卵巢囊肿剔除术；③一般状况良好，术前检查未见明显异常；④卵巢囊肿的直径超过 5 cm。排除标准：①有重大盆腔手术史；②合并严重内科疾病，以及恶性肿瘤等；③腹腔镜手术中转为开腹；④长期使用抗凝类药物的患者；⑤存在明显的腹腔镜手术禁忌症的患者；⑥哺乳期或者妊娠期的患者；⑦患有精神方面的疾病或者意识障碍的患者；⑧临床资料不全的患者。诊断标准：经妇科查体和 B 超检查结果显示，患者症状符合卵巢良性肿瘤的临床诊断标准。研究组女性患者，年龄 20~52 岁，平均（ 36.34 ± 0.59 ）岁；肿瘤直径 5-10CM（改为 5-10），平均为（ 6.49 ± 0.57 ）CM；常规组女性患者，年龄 21~53 岁，平均（ 37.29 ± 0.37 ）岁；肿瘤直径 5-11CM（改为 5-11），平均为（ 6.56 ± 0.11 ）CM；经比较两组一般资料，无显著差异性，

（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

1.2.1 常规组

使用多孔腹腔镜的手术治疗方式。对患者进行气管插管全身麻醉，采用 CO₂ 气腹，进行多孔腹腔镜卵巢囊肿剔除术。具体操作如下：消毒铺单后，于脐部下缘作一长约 10mm 纵行切口，使用 Verres（（药械准字：粤械注准 20142220240；生产厂家：上海寰熙医疗器械有限公司））进行穿刺，滴水试验，确保进入腹腔，连接气腹管，填充 CO₂，建立人工气腹，腹压控制在 12-14mmHg。选择 10mm Trocar（药械准字：粤械注准 20142220240；生产厂家：上海寰熙医疗器械有限公司）进行穿刺，置入 30°腹腔镜，取左下腹脐前上棘内上 20mm 及左侧腹直肌外缘为第 2.3 穿刺点，分别置入 5mm Trocar（药械准字：粤械注准 20142220240；生产厂家：上海寰熙医疗器械有限公司），置入操作器械。于输卵管系膜对侧壁薄无血管区剪开卵巢皮质层，约 1 cm，沿卵巢皮质和囊肿之间的间隙进行钝性剥离，完整剥离囊肿，双极点对点电凝止血，2-0 可吸收线全层缝合卵巢皮质，重塑卵巢形态，将囊肿装入取物袋，经脐部切口取出。用 2-0 微乔线（药械准字：国械注准 20163650344；生产厂家：上海寰熙医疗器械有限公司）缝合脐部切口腹膜、筋膜，3-0 可吸收线（药械准字：国械注准 20163650344；生产厂家：上海寰熙医疗器械有限公司）缝合皮肤，另外 5mm 穿刺孔用爱丽丝钳夹，若无出血，则不缝合。

1.2.2 研究组

使用单孔腹腔镜的手术治疗方式。主要采用以下几种步骤：①对患者进行气管插管全身麻醉，采用 CO₂ 气腹。进行单孔腹腔镜卵巢囊肿剔除术；②借助单孔 Port（药械准字：国食药监械（进）字 2011 第 2663798 号；生产商家：奥林巴斯韦音特和意北公司）入路平台进行经脐单孔腹腔镜手术。具体操作如下：术前消毒、铺巾，于脐部下缘作一弧形切口，长约 2.5 cm，之后依次切开皮下组织和深筋膜以及腹直肌前鞘，打开腹膜，进入腹腔。放置切口保护套，安装单孔 4 通路入路平台（port）（药械准字：国食药

监械（进）字 2011 第 2663798 号；生产商家：奥林巴斯韦音特和意北公司），并向腹腔内注入 CO₂ 气体，建立气腹（压力 12-14 mm Hg），使用 30°腹腔镜和传统的腹腔镜器械进行手术，手术操作同多孔腹腔镜。2-0 微乔线（药械准字：国械注准 20163650344；生产厂家：上海寰熙医疗器械有限公司）进行腹膜和筋膜的缝合，3-0 可吸收线（药械准字：国械注准 20163650344；生产厂家：上海寰熙医疗器械有限公司）缝合皮肤。

1.3 观察指标

1.3.1 手术结果。

对两组患者的手术结果进行对比，主要对患者手术时间和术中的出血量以及术后住院时间，还有术后肛门排气时间等指标进行评分和比较。其中患者的出血量可以通过测量计算方式进行，对患者的铺单进行净重称量，之后对含血的铺单重量进行测量，二者数据相减，得出失血重量，然后除去 1.05 得出患者出血量。出院时间：根据患者的恢复情况和并发症出现情况等判断，基本上述情况都处于较好的状态下就可以出院。

1.3.2 并发症发生率

对两组患者的并发症进行比较，主要有切口感染和肠道损伤等并发症。并发症发生率=（切口感染+肠道损伤）/总例数×100%。经比较，两组均无并发症发生。

1.3.3 术后疼痛视觉模拟评分（Visual Analogue Scale，VAS）对比

对比两组的术后 24 小时、72 小时 VAS 评分，由负责患者手术的责任护士使用 VAS 量表进行评分和对比，总分为 10 分，其中 0 分为无痛。10 分为剧烈疼痛。其中评分数值越高表示疼痛感越强。在对比的过程中，评分数值越低，治疗效果越好。

1.3.4 外观满意度

对两组患者的外观满意度进行比较，使用自制的外观满意度调查表进行调研，满分为 50 分，以非常满意和满意以及不满意为标准。其中非常满意是>40 分；满意是 30-40 分；不满意是<30 分。外观满意度=（非常满意+满意）/总例数×100%^[4]。

1.4 统计学分析

采用 SPSS20.00 软件对本次实验数据进行分析，计量资料用 $\bar{X} \pm s$ 表示，行 t 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，当 $P < 0.05$ 时，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 手术结果对比

对比两组的组间差异，发现研究组的术中出血量以及术后肛门排气时间与常规组差异较小，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；研究组手术时间稍长于常规组，术后住院时间优于常规组，差异有统计学意义，（ $P < 0.05$ ）见表 1：

表 1 两组手术结果的评分对比（ $n(\bar{x} \pm s)$ ）

组别	n	术中出血量（ml）	手术时间（min）	术后肛门排气时间（天）	术后住院时间（天）
研究	25	31.1±8.3	50.6±7.3	1.3±0.6	3.6±1.1

组					
常规	25	34.3±7.9	46.1±6.5	1.5±0.7	4.3±1.5
组					
t		1.396	2.302	1.085	2.449
P		0.169	0.026	0.284	0.016

2.2 并发症发生率对比

对比两组的组间差异，发现研究组和常规组患者均未发现肠道等脏器损伤、切口感染等并发症，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

2.3 术后 VAS 评分对比

对比两组的组间差异，发现研究组的术后 VAS 评分数值低于于常规组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见下表 2：

表 2 两组 VAS 评分的对比（ $n(\bar{x} \pm s)$ ）

组别	n	术后 24h	术后 72h
研究	25	2.52±0.61	1.31±0.24
组			
常规	25	4.14±1.51	2.73±0.98
组			
t		4.974	7.037
p		0.000	0.000

2.4 外观满意率对比

对比两组的组间差异，发现研究组的外观满意率明显高于常规组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见下表 3：

表 3 两组外观满意率的比较（n，%）

组别	n	非常满意	满意	不满意	满意度
研究组	25	16	8	1	96.00
常规组	25	12	7	6	76.00
χ^2					4.153
P					0.042

3 讨论

卵巢良性肿瘤，是一种常见的妇科肿瘤疾病，早期通常无明显症状，当卵巢肿瘤较大时，患者会出现月经紊乱、腹痛，当对临近的脏器产生压迫，会出现尿频、大便困难等症状，若不及时治疗，甚至影响卵巢功能，出现不孕，对患者的正常生活造成影响。在临床上，经常采用腹腔镜卵巢囊肿剔除术的手术方式进行治疗。但腹腔镜卵巢囊肿剔除术的手术方式分为单孔腹腔镜手术以及多孔腹腔镜手术治疗的方式^[3]。

在单孔腹腔镜手术以及多孔腹腔镜手术治疗的方式在对比的过程中，发现单孔腹腔镜相对多孔腹腔镜手术时间稍长，这与国内有关文献^{5-6]}结论一致。但单孔腹腔镜手术具有术后疼痛轻、住院时间短，恢复快，切口外观满意度高等优势，在手术出血量、术后肛门排气时间上没有显著的差异，两种手术方式都很安全，没有术后并发症发生。在进行单孔腹腔镜手术治疗的过程中，因为进行一个切口，可以减少腹壁切道的数目，减少手术对患者身体的创伤，减轻患者术后的疼痛情况^[7]，同时提高外观满意度

（下转第 62 页）

小儿腹腔镜下阑尾切除术后 ERAS 干预措施观察

冯祯祯

四川省医学科学院·四川省人民医院 小儿外科 四川成都 610000

摘要：目的：对小儿腹腔镜下阑尾切除术后 ERAS 干预措施的效果进行观察。方法：本次研究当中重点选择了 2020 年 7 月至 2021 年 10 月之间于本院当中实施了小儿腹腔镜下阑尾切除术治疗的 62 例患者作为研究内的对象，使用数字随机法的分组措施将患者分为了对照组（n=31）和观察组（n=31），对照组当中的患者术后使用的护理措施为常规护理，观察组当中的患者术后使用 ERAS 干预措施，对两个组别当中患者的恢复情况、并发症出现率、护理前后负面情绪评分以及护理的满意度进行对比。结果 对照组患者的术后肛门排气时间、术后下床时间以及术后可进食时间均比观察组患者更长，两组之间数据实施对比后存在意义（ $P<0.05$ ）。对照组患者并发症出现率比观察组更高，两组之间数据实施对比后存在意义（ $P<0.05$ ）。护理前，两组别当中患者的 SAS 评分以及 SDS 评分实施对比之后没有统计学上意义（ $P>0.05$ ）；护理后，对照组患者的 SAS 评分和 SDS 评分均比观察组患者更高，两组之间数据实施对比后存在意义（ $P<0.05$ ）。对照组患者的护理满意度比观察组患者更低，两组之间数据实施对比后存在意义（ $P<0.05$ ）。结论：在对腹腔镜下阑尾切除术治疗的患者进行术后护理期间，对患者使用 ERAS 干预措施可以有效推动患者身体的恢复，改善患者的负面情绪，提升患者的护理安全性以及满意度。

关键词：小儿阑尾炎；腹腔镜；阑尾切除术；ERAS 干预；效果

阑尾炎属于临床当中较为常见的一种急腹症，儿童中较为高发，患者临床的症状主要为右下腹转移性疼痛，如果没有采取及时性的治疗措施，将会大大威胁患者的生命健康^[1]。当前，临床当中阑尾炎治疗措施主要为腹腔镜下阑尾切除术，这一手术方式能够对患者的临床症状进行缓解，但患者术后如果未实施科学化的护理措施，将会增加患者出现并发症概率，降低患者预后效果，因此，必须对患者采取更加针对性的护理措施^[2]。本文正是基于此，选择了 2020 年 7 月至 2021 年 10 月之间于本院当中实施了小儿腹腔镜下阑尾切除术治疗的 62 例患者作为研究内的对象，对小儿腹腔镜下阑尾切除术后 ERAS 干预措施的效果进行观察，研究的情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究当中重点选择了 2020 年 7 月至 2021 年 10 月之间于本院当中实施了小儿腹腔镜下阑尾切除术治疗的 62 例患者作为研究内的对象。纳入标准：所有参与本次研究的患者通过诊断之后均明确为阑尾炎患者；所有患者均同意参与研究。排除标准：合并存在精神疾病的患者；合并存在心、肝、肺等功能障碍的患者；合并存在手术禁忌证的患者。使用数字随机法的分组措施将患者分为了对照组（n=31）和观察组（n=31）。对照组当中有男性患者 17 例，女性患者 14 例，年龄在 6 岁至 14 岁之间，平均的年龄值为（9.74±2.21）岁。观察组当中有男性患者 16 例，女性患者 15 例，年龄在 6 岁至 14 岁之间，平均的年龄值为（9.97±2.05）岁。两个组别当中患者的年龄和性别等等资料进行对比之后不存在统计学上意义（ $P>0.05$ ），存在后续的对比如性。所有患者家属均知晓本次研究并且同意参与本次研究，本次研究也已经通过了医院当中伦理委员会的审核。

1.2 方法

两个组别中患者均在实施静脉复合麻醉且对患者实施气管插管之后实施腹腔镜下阑尾切除术治疗措施。对照组中患者在术后采取常规护理，医护人员需要对患者的疾病情况进行观察，患者一旦发生异常马上告知医生并且采取措施进行处理。观察组中患者术后采取 ERAS 护理模式，护理的方法为：1、早期心理应激干预：医护人员在患者入院之后必须马上对

患者实施心理应激干预措施，本次研究当中患者的年龄均高于 6 岁，对于疾病的相关知识具有一定的认知度，并且能够配合医护人员和医生的相关治疗措施和照护措施。所以，医护人员必须对患者实施早期心理应激干预，对患者所存在的不安和恐惧的心理进行消除，对患者所提出的疑问进行耐心的解答，让患者以及患者的家属可以对早期康复理念以及积极配合治疗所存在的意义进行充分的了解，对患者的治疗依从性进行提升。此外，因为患者对于疾病的认知程度较为有限，容易使得患者发生消极面对疾病以及哭闹等等情况，医护人员必须强化患者的心理疏导力度，可以适当使用漫画的方式对患者进行疾病知识的讲解，采取抚触患者和讲故事等等方式提高患者对于治疗工作的信心，使用赞赏以及鼓励性质的语言激励患者，积极引导患者正确面对疾病，对患者的疾病注意力进行转移，对患者的疼痛感进行降低，确保患者心理上的舒适度。2、早期康复照护护理：医护人员需要对患者实施多镇痛干预措施，让患者能够积极配合早期照护工作。实施腹腔镜手术过程图谱对患者实施术后健康指导，让患者能够进行早期下床活动，手术后 6 小时就能够帮助患者实施早期康复训练，在患者训练期间必须对其动作幅度进行控制，不可以强行进行训练^[3]。3、饮食干预：医护人员在患者术后 12 小时之后即可对患者进行流质饮食，对患者的饮食结构进行调整，让患者主要进食容易消化并且具有丰富营养的饮食，对患者的营养状态进行提升，之后再逐步过渡到普食。

1.3 观察指标

对两个组别当中患者的恢复情况、并发症出现率、护理前后负面情绪评分以及护理的满意度进行对比。患者的术后恢复情况主要为术后下床时间、术后肛门排气时间以及术后可进食时间。患者术后发生的并发症主要有切口感染、术后出血以及肠粘连。使用焦虑自评量表（SAS）和抑郁自评量表（SDS）对患者进行护理前后的焦虑情绪和抑郁情绪进行评价，患者的分数越高说明患者的焦虑情绪和抑郁情绪越发严重。采取医院内部进行制定的护理满意度调查问卷让患者家属进行填写，问卷的评估层次主要有十分满意、满意和不满意，护理总满意度为十分满意度和满意度相加。

1.4 统计学处理

本次研究当中数据使用的分析软件为 SPSS21.0 统计软件，计数资料

的表示方式以及检验方式分别为%以及 χ^2 检验, 计量资料的表示方式以及检验方式分别为 $\bar{x}\pm s$ 以及t检验, $P<0.05$ 说明两组间数据采取对比之后有意义。

2 结果

2.1 两组当中患者术后恢复情况对比

对照组患者的术后肛门排气时间、术后下床时间以及术后可进食时间比观察组患者更长, 两组之间数据实施对比后存在意义 ($P<0.05$), 数据的具体内容见下表 1。

表 1 两组当中患者术后恢复情况对比 ($\bar{x}\pm s$, 小时)

组别	例数	术后肛门排气时间	术后下床时间	术后可进食时间
观察组	31	25.94 $\pm$ 3.26	15.04 $\pm$ 1.27	20.12 $\pm$ 2.48
对照组	31	41.17 $\pm$ 4.23	28.44 $\pm$ 2.83	25.27 $\pm$ 3.19
t	-	5.878	4.052	4.096
P	-	0.000	0.000	0.000

2.2 两组当中患者并发症出现率对比

对照组患者并发症出现率比观察组更高, 两组之间数据实施对比后存在意义 ($P<0.05$), 数据的具体内容见下表 2。

表 2 两组当中患者并发症出现率对比[例(%)]

组别	例数	切口感染	肠粘连	术后出血	总发生率
观察组	31	1 (3.23)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.23)
对照组	31	3 (9.68)	2 (6.45)	3 (9.68)	8 (25.81)
χ^2	-	-	-	-	5.667
P	-	-	-	-	0.016

2.3 两组当中患者护理前和护理后负面情绪评分对比

护理前, 两组别当中患者的 SAS 评分以及 SDS 评分实施对比之后没有统计学上意义 ($P>0.05$); 护理后, 对照组患者的 SAS 评分和 SDS 评分均比观察组患者更高, 两组之间数据实施对比后存在意义 ($P<0.05$), 数据的具体内容见下表 3。

表 3 两组当中患者护理前和护理后负面情绪评分对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	31	52.09 $\pm$ 6.58	36.46 $\pm$ 5.83	49.54 $\pm$ 6.87	38.85 $\pm$ 5.14
对照组	31	51.94 $\pm$ 6.45	49.78 $\pm$ 5.73	49.32 $\pm$ 6.17	47.78 $\pm$ 5.83
t	-	0.091	5.072	0.133	4.397
P	-	0.928	0.000	0.895	0.000

2.4 两组当中患者护理的满意程度对比

对照组患者的护理满意度比观察组患者更低, 两组之间数据实施对比后存在意义 ($P<0.05$), 数据的具体内容见下表 4。

表 4 两组当中患者护理的满意程度对比[例(%)]

组别	例数	十分满意	满意	不满意	总满意度
观察组	31	23 (74.19)	7 (22.58)	1 (3.23)	30 (96.77)
对照组	31	14 (45.16)	10 (32.26)	7 (22.58)	24 (77.42)
χ^2	-	-	-	-	5.069
P	-	-	-	-	0.023

3 讨论

阑尾炎是较为常见的一种急腹症, 大部分的患者发病比较急, 且儿童

群体患病的概率比较高。患者在患病之后如果没有实时及时的治疗措施, 不单会对患者的生命安全以及健康造成影响, 同时还会大大增加患者手术的治疗难度。当前, 主要实施腹腔镜下阑尾切除术对阑尾炎患者进行治疗, 该治疗方式能够对患者的病变阑尾进行彻底的切除, 对患者的临床症状进行改善。但是因为患者的年龄比较低, 缺乏对手术操作的了解度, 非常容易导致患者发生焦虑、紧张以及恐惧等等情绪, 且手术有着一定的创伤性, 同样会对患者的生理应激反应以及心理应激反应增加, 进而对患者手术之后身体的恢复造成较大的影响。患者的年龄较低, 使得其身体的耐受力也比较低, 在临床中难以配合相关的治疗措施同样也会大大影响到患者手术之后身体的康复。在患者术后如果没有对患者使用有效的护理方式, 非常不利于患者手术之后身体的恢复。常规性的护理措施虽然可以给予患者常规性的健康教育以及疾病指导等等, 但护理的针对性比较低, 护理的效果较不确切。在患者实施手术之后对其使用 ERAS 护理措施能够有效改善以往的常规护理措施, 能够采取各类护理方式确保患者身体内的平衡稳定, 尽快恢复患者器官的功能^[4-5]。伴随着经济水平的提升, 微创手术的应用也越发的广泛, 该手术的方式得到的效果明显高于开腹手术, 能够对患者手术之后发生腹腔内感染以及脓肿等情况的概率进行降低, 还能够对患者术后美观的需求进行满足, 因此, 该手术方式具有较高的安全性和可行性。研究还发现, 在腹腔镜手术患者术后实施 ERAS 护理措施能够对患者的术后恢复情况进行促进, 改善患者的疾病预后情况^[6]。在本次研究当中, 对两个组别当中患者的恢复情况、并发症出现率、护理前后负面情绪评分以及护理的满意度进行对比之后发现, 对照组患者的术后肛门排气时间、术后下床时间以及术后可进食时间比观察组患者更长, 两组之间数据实施对比后存在意义 ($P<0.05$)。对照组患者并发症出现率比观察组更高, 两组之间数据实施对比后存在意义 ($P<0.05$)。护理前, 两组别当中患者的 SAS 评分以及 SDS 评分实施对比之后没有统计学上意义 ($P>0.05$); 护理后, 对照组患者的 SAS 评分和 SDS 评分均比观察组患者更高, 两组之间数据实施对比后存在意义 ($P<0.05$)。对照组患者的护理满意度比观察组患者更低, 两组之间数据实施对比后存在意义 ($P<0.05$)。

总而言之, 在对小儿阑尾炎实施腹腔镜下阑尾切除术治疗的患者进行术后护理期间, 对患者使用 ERAS 干预措施可以有效推动患者身体的恢复, 改善患者的负面情绪, 提升患者的护理安全性以及满意度, 值得在临床当中实施推广。

参考文献:

- [1]李曦童,卓英权,王黔.小儿急性阑尾炎术后并发症的相关因素分析[J].长江大学学报: 自然科学版,2018,15(4):3.
- [2]王洪艳.小儿阑尾炎腹腔镜阑尾切除术综合护理效果及对其术后康复效果观察[J].黑龙江医药科学,2019,42(3):2.
- [3]王婧婧,李翠梅,周雪蓉.加速康复外科理念在小儿腹腔镜阑尾切除术围术期护理中的应用[J].当代护士(中旬刊),2021,28(07):51-54.
- [4]朱礼红.快速康复外科理念在小儿腹腔镜阑尾切除术围术期护理中的应用[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(16):156+168.
- [5]王祎波,张小坤.快速康复外科在小儿阑尾炎手术中的应用及临床效果[J].中国现代普通外科进展,2021,24(4):305-306,309.
- [6]李莹.小儿腹腔镜下阑尾切除术后 ERAS 护理效果分析[J].中国现代药物应用,2019,13(20):2.

分析全膝关节置换术(TKR)患者接受手术室护理干预对术后切口感染、满意度的影响

戚兴华 卢静

广元市精神卫生中心 外科 四川广元 628000

摘要:目的:对TKR患者加强手术室护理干预,并分析其对术后切口感染以及患者满意度的影响。方法:选取2019年9月-2021年9月,在我院治疗的60例TKR患者。采取随机数字表法,将其分为两组。对照组30例,采取常规手术室护理;观察组30例,在此基础上,加强手术室护理干预。对比两组患者的切口愈合情况、术后切口感染率、手术相关时间控制情况、住院时间、护理满意度及并发症发生情况。结果:观察组患者甲级愈合率为96.67%,明显高于对照组的80.00%,切口感染率为3.33%,明显低于对照组的20.00%,差异明显($P<0.05$);观察组患者手术室接送时间、手术准备时间、手术时间及住院时间均明显高于对照组($P<0.05$);观察组患者的护理满意率为93.33%,明显高于对照组的70.00%,差异明显($P<0.05$);观察组患者总并发症率为10.00%,对照组为33.33%,差异明显($P<0.05$)。结论:对TKR患者加强手术室护理干预可促进切口愈合,降低术后切口感染率,缩短住院时间,提高患者满意度。

关键词:手术室护理;全膝关节置换术;切口感染;满意度

全膝关节置换术(TKR)是治疗晚期膝关节疾病的新技术,可利用人工膝关节置换病变膝关节,患者关节功能恢复良好,可快速恢复活动能力。但TKR开展过程中也存在一定问题,例如术后感染风险较高^[1]。患者发生术后切口感染后,轻者可能影响膝关节正常功能,重者可能需要二次手术移除膝关节假体,严重影响治疗效果^[2]。因此,如何降低术后切口感染风险、促进切口愈合、提高手术成功率已经成为临床上关注的重点。研究发现,加强手术室护理对控制术后感染风险具有积极作用^[3]。因此,本文将对TKR患者加强手术室护理干预,并分析其对术后切口感染以及患者满意度的影响,现报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取2019年9月-2021年9月,在我院治疗的60例TKR患者。纳入标准:(1)术前检查心、肝肾功能正常;(2)具备TKR指征;(3)能够积极配合治疗;(4)已签署知情同意书。排除标准:(1)严重精神疾病患者;(2)慢性系统性疾病患者;(3)手术耐受性较差患者;(4)临床资料不完整患者等。采取随机数字表法,将其分为两组。观察组30例,男性17例,女性13例,年龄40~73岁,平均(46.79±4.78)岁;疾病类型:骨关节炎12例,创伤性关节炎8例,类风湿性关节炎6例,痛风性关节炎4例。对照组30例,男性16例,女性14例,年龄41~72岁,平均(47.04±4.55)岁;疾病类型:骨关节炎11例,创伤性关节炎9例,类风湿性关节炎7例,痛风性关节炎3例。两组患者上述资料无明显差异($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组患者采取常规手术室护理,术前了解患者病情,告知其手术配

合事项及注意事项;器械护士应做好器械、药品准备,与手术医师、麻醉师核对信息,辅助医师、麻醉师操作;巡回护士应配合器械护士完成手术用物清点,对床位、光源进行调节;术后进行常规抗感染,对并发症进行积极处理。观察组患者在此基础上,加强手术室护理干预,具体方法:(1)加强时间控制:制定并完善手术标准流程,确保手术过程能够高度配合,对手术室接送时间、准备时间、手术时间均进行严格控制。(2)术前准备:①术前访视:术前1d进行术前访视,了解患者的病情、相关检查结果、药物过敏史、用药史、感染性疾病史,评估其静脉状况、心理状况,对患者进行心理疏导,缓解其紧张、恐惧、忧虑等情绪;介绍手术医护人员、手术方案、麻醉方案、手术室环境;②术前准备:器械护士应做好物品准备,包括清创包、骨科特殊包、骨科包、假体、膝关节置换器械等,术前1d与供应室交接,仔细检查器械、物品是否器械,性能是否完好,是否达到无菌标准;术前1h,再次核对清点物品,术前20min,按顺序摆放器械,与巡回护士共同清点、记录;进行手术间准备,术前1h,开启层流净化系统;若为接台手术,术前30min进行空气净化,室内湿度设置为50%~60%,温度设置为22~24℃;做好保暖措施,为患者覆盖保温毯保暖,对输注液体、冲洗液体应预热至37℃;遵医嘱预防性使用抗生素;严格控制手术室空气细菌含量 $<180\text{ cfu}/\text{m}^3$ 。(3)术中护理:①手术交接及核查:将患者送至手术室,与手术医师、麻醉医师做好核查工作,严格限制人员流动;②体位管理:为患者建立静脉通道,协助患者采取正确体位,并使用骨突下垫凝胶垫做好皮肤保护,提高患者舒适度;③心理护理:与患者沟通,询问患者感受,利用语言、肢体语言给予患者鼓励、安慰,缓解患者的恐惧感;④手术管理:对患肢扎好驱血带,打气、记录驱血时

间,记录器械用物,严格执行无菌操作,做好输液、体温管理;⑤体温管理:做好保温措施,由于手术时间一般较长,极易引起低体温,导致凝血机制障碍,影响机体免疫功能,应做好保温措施,将手术台温度控制在 37.5℃左右,输液时,温度应控制在 37.5℃,维持呼吸道湿度、温度恒定;⑥手术配合:准确传递器械,尽量缩短手术时间,避免切口长期暴露于空气中,抑制细菌大量繁殖,密切配合手术操作人员,缩短止血时间,严格规范各操作;⑦器械和假体管理:协助调和骨水泥,传递假体时应避免污染假体表面,破坏其表面氧化铬防护层;在输血、使用骨水泥时,应注意患者的生命体征变化,预防低血压、心搏骤停;术后与器械护士核对器械用物;手术结束前 30min 给予抗生素,对手术时间超过 3h 的患者,应根据医嘱适当追加抗生素。(4)术后护理:术后做好伤口清理、皮肤检查、保暖、管道维护;与器械护士配合,做好消毒及器械处理,确保消毒面积足够,在患膝、肛门、足部等部位贴好保护膜;待患者麻醉清醒后将其送回病房,做好交接,告知患者术后注意事项。

1.3 评价标准

(1)评价两组患者的切口愈合情况,对比两组患者得术后切口感染率,切口愈合情况分为甲级、乙级、丙级三级。(2)对比两组患者的手术相关时间控制情况及住院时间。(3)评价两组患者的护理满意度,包括非常满意、较为满意、不满意三个等级,总满意率为前三项合计。(4)比较两组患者的并发症发生情况,包括脂肪液化、肺栓塞、切口感染、深静脉血栓等。

1.4 统计学方法

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

2. 结果

2.1 切口愈合情况及术后切口感染率对比

观察组患者甲级愈合率为 96.67%,明显高于对照组的 80.00%,切口感染率为 3.33%,明显低于对照组的 20.00%,差异明显 ($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患者切口愈合情况及术后切口感染率对比[n (%)]

组别	例数	甲级愈合	乙级愈合	丙级愈合	切口感染
观察组	30	29 (96.67)	1 (3.33)	0	1 (3.33)
对照组	30	24 (80.00)	5 (16.67)	1 (3.33)	6 (20.00)
X^2	--	4.04	2.96	1.02	4.04
P	--	<0.05	>0.05	>0.05	<0.05

2.2 手术相关时间控制情况及住院时间比较

观察组患者手术室接送时间、手术准备时间、手术时间及住院时间均明显高于对照组 ($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组手术相关时间控制情况及住院时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术室接送时间 (min)	手术准备时间 (min)	手术时间 (min)	住院时间 (d)
观察组	30	19.74±2.89	30.23±5.45	96.56±7.78	12.02±1.78
对照组	30	28.37±3.10	44.46±4.82	128.78±8.09	15.50±2.03
t	--	11.153	10.713	15.723	7.060
P	--	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 护理满意度对比

观察组患者的护理满意率为 93.33%,明显高于对照组的 70.00%,差异明显 ($P<0.05$),见表 3。

表 3 两组患者护理满意度对比 [n (%)]

组别	例数	非常满意	较为满意	不满意	总满意度
观察组	30	21 (70.00)	7 (23.33)	2 (6.67)	28 (93.33)
对照组	30	16 (53.33)	5 (16.67)	9 (30.00)	21 (70.00)
X^2	--	1.76	0.42	5.45	5.45
P	--	>0.05	>0.05	<0.05	<0.05

2.4 并发症情况对比

观察组患者总并发症率为 10.00%,对照组为 33.33%,差异明显 ($P<0.05$),见表 4。

表 4 两组患者并发症情况对比[n (%)]

组别	例数	皮下血肿	肺栓塞	脂肪液化	深静脉血栓	总并发症率
观察组	30	1 (3.33)	1 (3.33)	1 (3.33)	0	3 (10.00)
对照组	30	3 (10.00)	1 (3.33)	4 (13.33)	2 (6.67)	10(33.33)
X^2	--	1.07	0.00	1.96	2.07	4.81
P	--	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05

3. 讨论

TKR 是治疗痛风性关节炎、严重风湿、骨性关节炎等疾病的常用方法,可有效缓解患者疼痛程度,恢复患者关节功能及活动能力^[4]。目前,TKR

技术已经比较成熟,但受手术操作、应激反应等因素影响,仍具有一定的术后感染风险。术后感染是影响患者 TKR 术后康复质量的常见并发症,轻者可影响患者的关节功能,重者则需要移除假体、二次手术^[5]。因此,如何有效预防术后感染发生是 TKR 围术期管理的关键。研究发现,通过规范手术操作流程、加强手术室护理干预,能够减少术后感染发生^[6]。在以往的手术室护理中,往往认为只要手术室安全无菌、执行标准手术操作即可预防术后感染发生^[7]。但大量研究及实践表明,手术过程中任一环节失误均可能引起术后切口感染,影响手术效果,威胁患者健康^[8]。

为有效控制 TKR 术后感染风险,本文对患者加强了手术室护理干预,对护理流程进行了优化,同时对护理内容进行了精细化、流程化、标准化、人性化改进。以往有研究显示,患者创面情况、手术时间、无菌操作、手术室人员流动均是诱发感染的危险因素^[9]。因此,为减少手术室人员走动,保证手术室无菌、洁净,各医院骨科手术室均应用层流手术室。研究指出,手术室空气细菌含量维持在 180 cfu / m³ 以下,对降低切口感染率具有积极意义^[10]。同时,研究显示,合理调整室温、控制室内空气流动也能够降低术后感染风险^[11]。患者在麻醉状态下,体温调节能力下降,因此应将手术室温度控制在 22℃ 左右,做好保温措施,加强输液管理,预防低体温发生,减轻机体应激反应及免疫抑制。通过预热输注液体、冲洗液体,可减少患者体温流失,减轻机体应激反应,提高患者耐受力。在手术器械管理方面,由于 TKR 手术使用器械均较为复杂、精细,因此术前、术中、术后均应仔细检查所用器械,确保其安全、清洁、无菌。通过加强时间控制,熟练手术配合,可缩短手术室接送、准备及手术时间,也能够降低术后感染风险。此外,在术前,应对患者加强术前宣教及心理辅导,尽量缓解患者的负面情绪,降低其心理应激反应,提高其护理满意度。研究发现,肥胖、糖尿病、类风湿关节炎、恶性肿瘤、营养不良人群的术后感染风险更高,应做好术前评估,对高危人群进行重点管理^[12]。在风险评估时,可运用 N N I S 风险指数,包括术前美国麻醉医师协会分级、切口污染程度、手术时间三项指标^[13]。切口污染程度越高,患者术后感染风险越高。手术时间越长,手术野暴露时间越长,落入细菌的风险越高,术后感染风险越高^[14]。此外,术后长时间使用止血带也会降低局部组织的微生物防御能力,增加感染风险。有研究认为,与单侧 TK A 手术患者相比,双侧 TK A 患者感染风险更高,主要与其出血量更大、血容量降低更明显、机体免疫状况更差有关,应提高重视程度^[15]。在本次研究中,观察组患者甲级愈合率为 96.67%,明显高于对照组的 80.00%,切口感染率为 3.33%,明显低于对照组的 20.00%,差异明显 ($P<0.05$);观察组患者平均住院时间明显短于对照组,差异明显 ($P<0.05$);观察组患者的护理满意率为

93.33%,明显高于对照组的 70.00%,差异明显 ($P<0.05$),充分显示了流程化、精细化手术室护理干预的应用价值。

综上所述,对 TKR 患者加强手术室护理干预可促进切口愈合,降低术后切口感染率,缩短住院时间,提高患者满意度。

参考文献:

- [1]陈晓琴. 手术室护理干预对全膝关节置换患者术后感染的预防效果研究[J]. 中外医疗,2020,39(15):160-162.
- [2]居静,王莉莉,蒋芳芳. 手术室护理干预对全膝关节置换患者术后感染的预防效果研究[J]. 贵州医药,2019,43(12):2007-2009.
- [3]方政哈,翟巍. 手术室护理干预对行全膝关节置换术后患者术后感染的预防价值研究[J]. 护理实践与研究,2018,15(3):116-117.
- [4]耿静静. 手术室细节护理在全膝关节置换术中的应用效果[J]. 河南医学研究,2019,28(17):3254-3255.
- [5]谢川江,石岭,朱纪峰,等. 全膝关节置换术后假体周围感染的治疗策略[J]. 重庆医学,2021,50(1):100-104.
- [6]胡建彬,张民. 全膝关节置换术后感染危险因素的研究进展[J]. 医学综述,2020,26(6):1147-1151.
- [7]胡漫欢,陈武胜. 手术室护理干预对全膝关节置换患者术后感染的预防研究[J]. 当代护士(下旬刊),2020,27(12):103-105.
- [8]孙相祥,马建兵,肖琳,等. 人工全膝关节置换术中保留滑膜对术后感染的预防效果[J]. 安徽医药,2018,22(5):848-853.
- [9]杨琴,方忠,李勇,等. 全膝关节置换术后假体周围感染患者社会心理因素的探讨[J]. 生物骨科材料与临床研究,2018,15(5):24-26.
- [10]陈冬圭,朱奔奔. 硬膜外麻醉与全身麻醉对膝关节置换术老年患者术后肺部感染影响的临床研究[J]. 浙江创伤外科,2019,24(4):833-834.
- [11]赵永杰,钱南平,牛闯来,等. 人工全膝关节置换术后结核感染的诊断和治疗效果观察[J]. 首都食品与医药,2019,26(13):13.
- [12]田学武,金群华,张强. 初次全膝关节置换术后手术部位感染危险因素研究[J]. 中华关节外科杂志(电子版),2021,15(3):283-288.
- [13]王帅. 手术室护理对全膝关节置换患者术后感染的预防效果[J]. 中国民康医学,2021,33(3):178-179.
- [14]张祎. 手术室精细化护理在人工全膝关节置换术患者中的应用效果[J]. 医疗装备,2021,34(14):133-134.
- [15]杨令. 手术室护理干预在预防全膝关节置换患者术后切口感染中的作用[J]. 医学美容,2021,30(12):183-184.

TACE 联合氩氦刀冷冻消融治疗原发性肝癌的疗效及 CD3+、CD4+和 CD8+细胞分析

骆小波 胡开闯 李远东 陈华军 谭丽珊 赵忠清

广东省韶关市第一人民医院 胸外科 广东省翁源县 512000

摘要：目的：探讨分析原发性肝癌患者采用 TACE 结合氩氦刀冷冻消融共同治疗后具体情况。方法：选择我院于 2020 年 1 月至 2021 年 6 月内收治的 44 例原发性肝癌患者为研究对象，将所有患者按照治疗方法的不同，分为对照组（22 例，进行 TACE 治疗）和观察组（22 例，进行 TACE 结合氩氦刀冷冻消融共同治疗）。对两组患者在治疗完成后的效果进行收集和分析。结果：观察组进行 TACE 结合氩氦刀冷冻消融共同治疗后 CD3+、CD4+值明显高于对照组，CD8+明显低于对照组，观察组进行 TACE 结合氩氦刀冷冻消融共同治疗效果明显高于对照组进行 TACE 治疗后效果，差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：原发性肝癌进行 TACE 结合氩氦刀冷冻消融共同治疗能够提高细胞免疫功能，临床效果较明显，因此值得推广采纳。

关键词：细胞免疫功能；临床效果；TACE；原发性肝癌

[Abstract] Objective: To investigate and analyze the specific situation of primary liver cancer patients treated with TACE combined with argon-helium knife cryoablation. Methods: 44 patients with primary liver cancer admitted to our hospital from February 2019 to February 2020 were selected as the research subjects. All patients were divided into control group (22 cases were treated with TACE) and observation group (22 cases were treated with TACE combined with argon-helium knife cryoablation) according to different treatment methods. The effect of the two groups of patients after the completion of treatment was collected and analyzed. Results: The CD3+ and CD4+ values in the observation group were significantly higher than those in the control group, while the CD8+ values were significantly lower than those in the control group after TACE combined with argon-helium knife cryoablation, and the effect of TACE combined with argon-helium knife cryoablation in the observation group was significantly higher than that in the control group after TACE combined with argon-helium knife cryoablation, with statistical significance ($P < 0.05$). Conclusion: TACE combined with argon-helium knife cryoablation therapy for primary liver cancer can improve cellular immune function, and the clinical effect is obvious, so it is worthy of popularization and adoption.

原发性肝癌是最常见的恶性肿瘤之一，死亡率、发病率较高。因此对于此病应该及时采取有效、科学、合理的治疗方法^[1-2]。本文即分析 TACE 结合氩氦刀冷冻消融共同治疗和 TACE 治疗效果，主要内容见下文：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院于 2019 年 2 月至 2020 年 2 月内收治的 44 例原发性肝癌患者为研究对象，将所有患者按照治疗方法的不同，分为对照组（22 例，男 12 例，女 10 例，年龄范围：30-72 岁，平均年龄：52.85±6.85 岁）和观察组（22 例，男 13 例，女 9 例，年龄范围：30-72 岁，平均年龄：52.45±6.36 岁）。纳入标准：①均知情同意，②经过检查均为原发性肝癌，③均在 30-68 岁。排除标准：①配合度较低，②其他严重合并类疾病，③病史资料不完整，④手术禁忌。对两组患者一般资料分析后显示，其差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。所有患者对本研究均完全知情同意并签署知情同意书。我院伦理委员会对本研究完全知情，并批准研究。

1.2 方法

对照组进行 TACE 治疗，观察组进行 TACE 结合氩氦刀冷冻消融共同治疗

1.2.1 TACE 治疗

对照组患者仅使用 TACE 治疗，采用专门经股动脉插管，选择插入腹腔干或肝总动脉，进行常规造影后，超选至肿瘤供血血管，随后注入化疗药物，再对供血动脉栓塞。

1.2.2 TACE 结合氩氦刀冷冻消融共同治疗

观察组在对照组基础上加入氩氦刀冷冻消融治疗，患者呈平卧状态，进行 CT 扫描定位，确定穿刺方向、位置。进行局部麻醉后，采用 PICD 穿刺针进入肿瘤确定位置，CT 扫描后，抽出针芯，放置导丝，退出 PICD 穿刺针。根据导丝扩张管和鞘，CT 确认后，退出扩张管，采用专门氩氦刀与肿瘤充分接触，开启低温系统，促使刀头温度迅速减低至-140℃下，冻结成冰球，10-15min 后，开启升温，让温度迅速上升到 20℃以上，循环此次操作，过程中注意观察 CT 扫描中冰球大小变化。手术后拔出刀头。手术结束前进行 CT 扫描，观察是否出现腹腔出血等不良情况，术后进行局部包扎。

1.3 疗效标准

术后 1-2 周取外周血，对两组患者分别进行 TACE 治疗和 TACE 结合氩氦刀冷冻消融共同治疗后 CD3+、CD4+、CD8+细胞值对比分析。

术后随访半年，依据疗效评判标准对两组患者分别进行 TACE 治疗和 TACE 结合氩氦刀冷冻消融共同治疗后效果进行对比分析。完全缓解：肿瘤动脉期显影消失。部分缓解：动脉期显影直径缩小 $\geq 30\%$ 。疾病稳定：病情明显稳定，明显进展。疾病进展：动脉期增强显影直径增大 $\geq 20\%$ 。总有效率=（完全缓解+部分缓解+疾病稳定）/总例数。

1.4 统计学方法

将数据纳入 SPSS17.0 软件中分析，计量资料比较采用 t 检验，并以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，（ $P < 0.05$ ）为差异显著，有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 CD3+、CD4+、CD8+细胞值对比

对照组 TACE 治疗前 CD3+ (56.37±7.12)、CD4+ (27.45±4.32)、CD8+ (33.58±5.34), 观察组 TACE 结合氩氦刀冷冻消融共同治疗前 CD3+ (56.12±7.08)、CD4+ (28.11±4.53)、CD8+ (33.79±5.61), 两组患者治疗前 CD3+ ($t=0.117, P=0.908$)、CD4+ ($t=0.495, P=0.624$)、CD8+ ($t=0.127, P=0.899$)。

对照组 TACE 治疗后 CD3+ (57.76±7.23)、CD4+ (28.33±4.77)、CD8+ (29.12±4.56), 观察组 TACE 结合氩氦刀冷冻消融共同治疗后 CD3+ (68.23±7.89)、CD4+ (36.56±5.12)、CD8+ (23.12±4.11), 两组 CD3+ ($t=4.589, P=0.001$)、CD4+ ($t=5.516, P=0.001$)、CD8+ ($t=4.584, P=0.001$)。研究结果显示, 观察组进行 TACE 结合氩氦刀冷冻消融共同治疗后 CD3+、CD4+值明显高于对照组, CD8+明显低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。

2.2 两组疗效对比

对照组治疗后完全缓解 3 (13.64%) 例, 部分缓解 4 (18.18%) 例, 疾病稳定 6 (27.27%) 例, 疾病进展 9 (40.91%) 例, 总有效率 13 (59.09%) 例; 观察组治疗后完全缓解 6 (27.27%) 例, 部分缓解 5 (22.73%) 例, 疾病稳定 9 (40.91%) 例, 疾病进展 2 (9.09%) 例, 总有效率 20 (90.91%) 例, 两组总有效率 ($X^2=5.939, P=0.015$)。研究结果显示, 观察组进行 TACE 结合氩氦刀冷冻消融共同治疗效果明显高于对照组进行 TACE 治疗后效果, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。

3 讨论

原发性肝癌主要是指发生于肝细胞或者肝内胆管细胞的恶性肿瘤, 是最常见的恶性肿瘤之一^[3-4]。近年来, 原发性肝癌发病率在全球范围内均存在明显增加趋势, 目前我国原发性肝癌发病率居世界首位, 死亡率居我国肿瘤相关死亡率第二位, 严重威胁我国人民生命和健康。原发性肝癌主要集中发生在多度饮酒人群、肝癌家族史人群、感染肝炎病毒人群, 各种原因引起的肝硬化人群。除此之外, 年龄在 40 岁以上男性患病率较高^[5-6]。肝癌起病隐匿, 早期无明显临床症状。大多数确诊时, 因肿瘤巨大、肝内转移或肝功能差、一般状况差等原因, 失去手术切除机会。

目前国内外对于不能手术切除的原发性肝癌治疗, 以肝动脉化疗栓塞 (TACE) 为首选。单纯 TACE 治疗肝癌的完全坏死率较低, 长期疗效有限, 且反复多次的 TACE 治疗可加重患者的肝功能障碍, 制约了 TACE 在肝癌中的应用^[7-8]。氩氦刀是一种微创超低温冷冻消融肿瘤的先进医疗技术, 是航天制导技术, 也就是氦气的冷隔绝技术应用到医疗领域的结晶, 具有较强的局部肿瘤靶细胞灭活的冷冻消融技术, 能有效地治疗肺癌、肝癌、脑肿瘤、乳腺癌等实体肿瘤^[9-10]。与化疗、放疗、生物治疗等相结合, 具有显著效果。氩氦刀具有安全有效, 损伤小、恢复快的特点, 适用于早期、中期和晚期各期实体肿瘤的治疗, 尤其对于无法进行手术切除的中晚期患者、或因年龄大身体虚弱等各种原因不愿意手术的肿瘤患者的最佳选择。此外, 冷冻治疗还可以通过正向免疫调节作用来治疗肿瘤^[5]。TACE 联合氩氦刀可以取长补短, TACE 大大减少了肝脏肿瘤的血供, 使肿瘤内多处小血管闭塞, 减少了肿瘤内部的热池效应, 提高了冷冻治疗区

的冷冻效应, 使靶区温度更容易降低至完全杀死肿瘤, 同时也减少了出血的风险, 而氩氦刀冷冻治疗杀死肿瘤细胞及其供血血管, 两种方式理论上可到达较好的治疗效果。本文即分析 TACE 治疗和 TACE 结合氩氦刀冷冻消融共同治疗具体情况, 对照组采用 TACE 治疗, 观察组采用 TACE 结合氩氦刀冷冻消融方案, 比较两组的治疗效果, 以及治疗前后的 CD3+、CD4+和 CD8+细胞情况。对 TACE 联合氩氦刀冷冻消融的治疗方法进行分析, 目标是提高原发性肝癌的治疗有效性, 为不能手术切除原发性肝癌提供可靠的治疗手段。同时, 结合 CD3+、CD4+和 CD8+细胞分析, 探讨 TACE 联合氩氦刀冷冻消融治疗方案对原发性肝癌病患免疫力的影响情况, 争取为肝癌高危人群提供一个更加有效的治疗方案。研究结果显示, 观察组进行 TACE 结合氩氦刀冷冻消融共同治疗后 CD3+、CD4+值明显高于对照组, CD8+明显低于对照组, 观察组治疗后效果明显高于对照组治疗后效果, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。

综上所述, 原发性肝癌进行 TACE 结合氩氦刀冷冻消融共同治疗能够提高细胞免疫功能, 临床效果较明显, 提高原发性肝癌的治疗有效性, 对病患的预后提供积极的帮助, 减少社会和家庭的负担, 有重大社会医疗价值。因此值得推广采纳。

参考文献:

- [1] 杨海明, 孙世蒙, 于海东, 等. TACE 联合氩氦刀冷冻治疗中晚期原发性肝癌的安全性和疗效分析 [J]. 实用放射学杂志, 2019, 035(003):444-447.
- [2] 王丽森, 余辉, 程建中, 等. TACE 和 RFA 对原发性肝癌的疗效及对细胞免疫、血清相关标志物水平的影响 [J]. 癌症进展, 2017, 015(012):1460-1463.
- [3] 邹振国, 陈永永, 李楠. 射频消融联合 TACE 治疗原发性肝癌患者疗效及对外周血 T 细胞亚群的影响 [J]. 实用肝脏病杂志, 2017, 020(003):324-327.
- [4] 张亮. 氩氦刀冷冻治疗原发性肝癌的应用及疗效分析 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 47(121):93-93.
- [5] 王友顺, 方石岗, 彭志康, 等. 手术切除联合术后 TACE 治疗肝细胞癌生存超 10 年患者 53 例报告 [J]. 中国现代手术学杂志, 2018, 22(02):29-31.
- [6] 张亮. 氩氦刀冷冻治疗原发性肝癌的应用及疗效分析 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 47(No.121):93-93.
- [7] 王友顺, 方石岗, 彭志康, 等. 手术切除联合术后 TACE 治疗肝细胞癌生存超 10 年患者 53 例报告 [J]. 中国现代手术学杂志, 2018, 022(002):103-105.
- [8] 马文伟. CT 引导下氩氦刀冷冻消融术联合 TP 化疗方案对老年晚期肺癌患者肿瘤控制率及血清 CD4~+/CD8~+水平的影响 [J]. 首都食品与医药, 2019, 000(007):P.66-66.
- [9] 何远春. 动脉化疗栓塞术联合氩氦刀冷冻消融治疗不可切除肝癌临床研究 [J]. 北华大学学报(自然科学版), 2019, 20(004):485-488.
- [10] 王海明, 孙欢, 陈格格, 等. 氩氦刀冷冻消融术联合复方红豆杉胶囊治疗原发性肝癌临床观察 [J]. 西部中医药, 2019, 32(01):95-98.

观察枳实薤白桂枝汤治疗稳定性冠心病痰阻心脉证患者的 临床疗效及作用机制

杜麦文

湖北三峡职业技术学院附属医院 湖北省宜昌市 443000

摘要：目的：本文主要观察枳实薤白桂枝汤治疗稳定性冠心病痰阻心脉证患者的临床疗效及作用机制。方法：从该院 2020 年 8 月至 2021 年 8 月接诊期间，选取 80 例冠心病痰阻心脉证患者为本次研究对象，随机分为两组，每组各 40 例，对照组患者实施常规的西药治疗，观察组患者在常规西药治疗的基础上联合使用枳实薤白桂枝汤，对比两组患者有效率、心绞痛量表（SAQ）评分、生活质量（SF-36）评分、中医证候评分、hs-CRP、Hcy、AIP/SOD/U 水平。结果：观察组患者有效率高于对照组；观察组 SAQ 评分高于对照组；观察组中医证候评分低于对照组；观察组 hs-CRP、Hcy、AIP 水平低于对照组，SOD/U 水平高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：枳实薤白桂枝汤运用于稳定性冠心病痰阻心脉证患者的临床治疗中具有显著效果，提高患者各项机体功能的同时缓解其炎症反应，促进患者恢复。

关键词：枳实薤白桂枝汤；冠心病痰阻心脉证；疗效

冠状动脉粥样硬化在临床上是常见的心血管疾病又称为冠心病，该疾病主要是由于冠状动脉硬化狭窄或闭塞，导致供血不足或心肌缺血坏死等症从而引发疾病^[1]。现如今临床稳定性冠心病的主要方式是通过稳定患者供血，减少缺血发作频率，缓解患者症状以预防不良事件的发生^[2-3]。冠心病痰阻心脉证常规的治疗方案使用西药一定程度上能缓解患者不良症状，但是在临床实践中达不到理想的治疗效果，因此受到医学界的广泛关注^[4]。如今随着中医药的广泛运用，并取得显著效果，中西药结合治疗冠心病痰阻心脉证在临床治疗中逐渐广泛起来^[5]。在中医学中冠心病主要是

因为痰浊闭阻、血瘀气滞、心脾两虚等引起，属于“胸痹”范畴^[6]。本文主要分析冠心病痰阻心脉证患者采用枳实薤白桂枝汤治疗的临床效果，具体内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

从该院 2020 年 8 月至 2021 年 8 月接诊期间，选取 80 例冠心病痰阻心脉证患者为本次研究对象，随机分为两组，每组各 40 例，将两组患者一般信息资料对比后，差异具有可比性（ $P>0.05$ ），详细资料见表 1。

表 1 两组冠心病痰阻心脉证患者资料对比（ $n, \bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	女性	男性	年龄范围（y）	平均年龄（y）	病程范围（y）	平均病程（y）
对照组	40	18	22	45-72	57.34±6.04	2-8	5.46±1.07
观察组	40	17	23	45-75	57.68±6.13	2-8	5.54±1.05
X^2/t	-	-	-	-	0.249	-	0.337
P	-	-	-	-	0.803	-	0.736
纳入标准	①患者自愿参与研究并签字同意；②患者临床诊断符合《稳定性冠心病诊断与治疗指南》、《中医病证诊断疗效标准》标准。						
排除标准	①患有精神疾病或认知障碍；②合并其他严重疾病者；③患者 1 个月内无大型手术创伤者。						

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组患者采用常规西药治疗，使用盐酸曲美他嗪片 1d/3 次、1 次/1 片；酒石酸美托洛尔片 1d/2 次、1 次/50mg；阿司匹林肠溶片 1d/1 次、1 次/100mg；患者心绞痛发作时可使用含服硝酸甘油片，根据患者状况调整用量。两组患者均持续治疗 2 个月。

1.2.2 观察组

观察组患者在西药治疗的基础上，实施枳实薤白桂枝汤治疗，肾阳虚患者药物成分：巴戟天、枳实、厚朴各 12g，淫羊藿 15 g、桂枝 6 g、薤白 9 g、全瓜蒌 24 g；心气虚者药物成分：党参、枳实、厚朴各 12g，黄芪 15 g 桂枝 6 g、薤白 9 g、全瓜蒌 24 g。药煎 200 mL，分早晚服用。

1.3 观察标准

（1）对比两组治疗有效率。显效：心肌缺血缺氧、心绞痛等临床症状消失；有效：心肌缺血缺氧、心绞痛得到有效改善；无效：心肌缺血缺氧、心绞痛等没有明显恢复，甚至加重。总有效率=显效+有效。

（2）对比两组 SAQ 评分，观察患者心绞痛状况、各项功能及精神状态等状况对比。

（3）使用 SF-36 生活质量量表评定两组患者的生活质量评分。

（4）比较两组中医证候评分。对比两组患者胸痛、胸闷、心悸、气喘等症状，症状越严重，分值越高。

（5）对比两组患者治疗前后 hs-CRP、SOD/U、Hcy、AIP 水平。

1.4 统计学方法

统计人员运用 SPSS24.0 软件分析两组冠心病痰阻心脉证患者治疗后相关数据，计量资料采用 t 检验比较，表示为（ $\bar{x} \pm s$ ），采用 χ^2 检验计数

资料，表示为率（%），（ $P<0.05$ ）。

2 结果

2.1 两组研究对象治疗有效率对比

观察组患者总有效率高于对照组，（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 两组研究对象总有效率对比（n，%）

	例数（n）	显效	有效	无效	总有效率 %
观察组	40	26（65.00）	12（30.00）	2（5.00）	38（95.00）
对照组	40	16（40.00）	14（35.00）	10（25.00）	30（75.00）
χ^2	-	-	-	-	6.274
P	-	-	-	-	0.012

2.2 两组研究对象 SAQ、SF-36 评分对比

观察组患者 SAQ、SF-36 评分均高于对照组，（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 两组患者 SAQ、SF-36 评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	例数	SAQ 评分	
		治疗前	治疗后
观察组	40	247.64±28.91	353.12±31.54
对照组	40	247.95±28.96	316.84±30.16
t	-	0.047	5.258
p	-	0.961	0.000

2.3 两组患者生活质量评分对比

观察组生活质量评分高于对照组，（ $P<0.05$ ），见表 4。

表 4 两组患者生活质量评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	例数	社会功能		躯体质量		角色功能		情绪功能	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	40	68.34±3.81	79.67±3.25	67.37±5.28	82.84±4.17	65.38±3.08	85.57±3.54	68.37±3.27	82.36±3.41
对照组	40	68.43±3.24	74.46±2.34	67.51±5.37	75.57±3.37	65.64±3.32	74.57±3.76	68.81±3.23	74.56±2.84
t	-	0.113	8.227	0.117	8.575	0.363	13.471	0.605	11.116
p	-	0.909	0.000	0.906	0.000	0.717	0.000	0.546	0.000

2.4 两组研究对象中医证候评分对比

观察组患者中医证候评分低于对照组，（ $P<0.05$ ），见表 5。

表 5 两组患者中医证候评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	例数	胸痛评分		胸闷评分		心悸评分		气喘评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	4.59±0.81	1.05±0.21	4.53±0.76	1.04±0.17	2.22±0.41	0.72±0.12	2.13±0.35	0.61±0.11
对照组	40	4.60±0.81	2.11±0.32	4.45±0.79	2.01±0.29	2.20±0.41	1.13±0.30	2.12±0.37	1.05±0.24
t	-	0.055	17.515	0.461	18.250	0.218	8.025	0.124	10.540
p	-	0.956	0.000	0.645	0.000	0.827	0.000	0.901	0.000

2.5 对比两组患者治疗前后 hs-CRP、SOD/U、Hcy、AIP 水平

（ $P<0.05$ ），见表 6。

观察组 hs-CRP、Hcy、AIP 水平低于对照组，SOD/U 水平高于对照组，

表 6 对比两组患者治疗前后 hs-CRP、SOD/U、Hcy、AIP 水平（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	hs-CRP（p/mg.L ⁻¹ ）		SOD/U（ml ⁻¹ ）		Hcy（c/μmol.L ⁻¹ ）		AIP	
		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	40	19.04±2.36	7.38±0.87	132.51±24.35	163.05±23.91	14.59±3.21	10.24±2.21	0.14±0.04	0.02±0.01

察 组 对 照 组	40	19.01±2.28	10.42±1.12	132.42±23.95	145.52±23.05	14.61±3.15	12.14±2.14	0.14±0.03	0.05±0.02
<i>t</i>	-	0.057	13.557	0.016	3.338	0.028	3.906	0.000	8.485
<i>p</i>	-	0.954	0.000	0.986	0.001	0.977	0.000	1.000	0.000

3 讨论

冠心病的发病因素多种多样，与患者长期不良生活、饮食习惯以及慢性等疾病等关联，该疾病多表现为心悸、气喘、胸痛、胸闷等，严重影响患者身体健康^[7-8]。目前使用药物是治疗冠心病的主要手段，临床实践中使用西药改善患者心绞痛、动脉硬化等具有一定的效果。据临床研究发现，对冠心病患者运用阿司匹林β受体阻滞剂进行治疗具有良好的预后效果，不仅能够有效调节患者的血压、血脂、血糖等水平，还能够改善患者心绞痛等临床症状，抑制患者血管粥样硬化的进度，以达到降低疾病发生的效果^[9]。但长期使用西药进行治疗一方面会形成耐药性；另一方面，容易出现较多不良反应，且治疗效果达不到理想状态，具有一定的局限性^[10]。

在中医中认为冠心病是因为痰浊闭阻、血瘀气滞、心脾两虚等引起，属于“胸痹”范畴^[11]。该疾病在中医中以痰浊为主要表现，虚实夹杂之证。冠心病的发病机制主要是因为过度劳作、饮食不当、邪气入侵、情志内伤等造成患者各脏器功能水平降低，气血两虚、体内存在邪毒以及湿热混杂、气血不通、血瘀长久在心脉堵塞最终形成冠心病^[12]。所以在中医治疗中以活血益气、豁痰泄浊治疗为主。本文主要运用枳实薤白桂枝汤调节患者寒邪内侵、气血两虚、豁痰泄浊等状况，具有显著效果。在该药剂中用到了薤白以及全瓜蒌，其中全瓜蒌具有清理肺部痰淤、宽胸散结的功效，薤白具有散结通阳、宽胸理气的效果。使用枳实为患者化去痰淤，并消积破气，再运用厚朴缓解患者喘息的症状，行气燥湿。该药方中还运用了桂枝，桂枝有利于患者通络经脉、促进阳化气的作用。以上五种药物共同运用于冠心病的治疗中，有利于患者活血化瘀、化痰泄浊。

此次研究观察组患者在西药治疗的基础上联合使用了枳实薤白桂枝汤进行治疗，通过对患者进行中医证候评分，发现观察组的胸闷、气喘、心悸、气短等症状评分均低于对照组，（ $P<0.05$ ），以上研究结果证实对冠心病患者实施中西结合的治疗方式能够有效提升对临床症状的缓解。此外对患者治疗前后进行了SAQ、SF-36心绞痛恢复、精神状态以及生活质量评分评定，发现观察组患者在治疗后其心绞痛等症状得到了明显改善，其SAQ评分明显高于对照组；同时使用SF-36生活质量量表评定后发现观察组生活质量评分高于对照组，（ $P<0.05$ ）以上研究结果反映出观察组治疗方案的有效性。同时运用中西结合的治疗方法进行治疗能够有效抑制患者动脉粥样硬化，部分炎症因子在疾病治疗中发挥的重要作用，引起患者发生动脉粥样硬化的重要因素之一就是Hey，该因子的代谢物能够加速对内皮细胞的损伤以及血管的老化，提高局部的炎症反应。通过对患者进行治疗后发现观察组hs-CRP、Hcy、AIP水平低于对照组，SOD/U水平高于对

照组，（ $P<0.05$ ）。有效降低患者的炎症反应促进患者快速恢复。

以上结果表明，在冠心病痰阻心脉证患者治疗中运用枳实薤白桂枝汤，能够提高治疗有效率，改善患者各项身体机能以及精神状态，有利于缓解患者的临床症状，且该药房具有较高的治疗安全性，有利于患者生活质量的提高，建议推广。

参考文献：

[1]李丰涛,刘丹丹. 枳实薤白桂枝汤治疗稳定性冠心病痰阻心脉证临床研究[J]. 河南中医,2021,41(7):1003-1006.

[2]贾飞. 枳实薤白桂枝汤联合西药治疗痰阻心脉型稳定性冠状动脉粥样硬化性心脏病的临床研究[J]. 中医临床研究,2021,13(2):11-15.

[3]范亚妮. 枳实薤白桂枝汤联合穴位贴敷治疗冠心病心绞痛疗效观察[J]. 四川中医, 2019, 37(1):89-92.

[4]彭艳斌,蔡虎志,陈青扬,等. 从“阳化气阴成形”理论探讨枳实薤白桂枝汤治疗胸痹[J]. 陕西中医,2020,41(12):1787-1789.

[5]谈晓东, 陈昊, 苏伟,等. 枳实薤白桂枝汤对冠心病痰瘀痹阻证疗效的随机对照研究[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2019, 11(12):3.

[6]余丽娟, 毛小赞. 瑞舒伐他汀联合枳实薤白桂枝汤治疗稳定性冠心病痰阻心脉证患者临床疗效及对炎症因子的影响[J]. 重庆医学, 2020, 49(S02):3.

[7]赵阳, 郑景辉, 徐文华,等. 基于网络药理学方法研究枳实薤白桂枝汤治疗冠心病的作用机制[J]. 世界科学技术：中医药现代化, 2019, 21(12):10.

[8]张丰荣、范晓璇、李志勇、唐仕欢. 基于枳实薤白桂枝汤阐释“胃络通心”理论及其潜在分子作用机制[J]. 中国实验方剂学杂志, 2020, 26(24):8.

[9]朱德建, 朱志仑, 吴凛兴,等. 枳实薤白桂枝汤对不稳定性心绞痛患者血清基质金属蛋白酶-9 水平及其基因表达的影响[J]. 河北中医, 2021, 43(12):6.

[10]朱德建、陈伟、刘园园、王奇、刘必文、周小芳、陈浩. 枳实薤白桂枝汤治疗寒凝痰瘀气滞证素不稳定型心绞痛的临床研究[J]. 中医药信息, 2020, 37(6):5.

[11]张星, 李晓, 周国锋,等. 基于网络药理学的枳实薤白桂枝汤治疗冠心病的分子机制研究[J]. 湖南中医药大学学报, 2020, 40(5):7.

[12]康彦同, 赵丽贞. 枳实薤白桂枝汤联合瑞舒伐他汀治疗老年冠心病的疗效观察[J]. 实用中西医结合临床, 2020, 20(8):3.

药学服务对糖尿病患者用药依从性及血糖控制的影响

晋宝山

临沂凯旋医院 山东省临沂市 276035

摘要：目的：药学服务对糖尿病患者用药依从性及血糖控制的影响。方法：选取 2019 年 8 月—2020 年 8 月在我院治疗的糖尿病患者共 80 例，采用数字表法分为观察组、参照组，各 40 例。参照组应用常规用药指导，观察组应用药学服务。比较两组的用药依从性、血糖水平、生活质量、满意度、低血糖发生率。结果 两组用药依从性评分、生活质量评分、满意度对比有差异，观察组评分高于参照组，差异明显（ $P < 0.05$ ）。两组血糖水平、低血糖发生率对比有差异，观察组低于参照组，差异明显（ $P < 0.05$ ）。结论：药学服务可加强对患者血糖的控制，并能提高患者的用药依从性、生活质量，保证患者的满意度，降低低血糖发生率，值得进一步推广。

关键词：糖尿病；药学服务；血糖控制；用药依从性

糖尿病是我国常见的慢性代谢性疾病，此病的发生同机体胰岛素抵抗有关。现代医学研究指出，包括遗传、饮食等因素，均会导致糖尿病的发生。就临床实际而言，糖尿病发生后患者需要终生控制血糖，以减轻糖尿病对身体的影响，若血糖控制不理想，患者极易发生眼、足、肾、心脏等病变，继而对患者的生存质量造成严重危害。因此，确保科学、合理用药是保证患者健康的重中之重，但多数糖尿病患者因对疾病缺乏认知等因素的影响，存在有用药依从性较低的情况在，这种问题的存在会对患者的健康造成重大威胁^[1]。所以，在患者的干预中及时引入药学服务的方法就显得尤为重要。鉴于此，此次研究将围绕着药学服务对糖尿病患者用药依从性及血糖控制的影响进行论述，详细报道如下：

1 资料方法

1.1 研究资料

选取 2019 年 8 月—2020 年 8 月在我院治疗的糖尿病患者共 80 例，采用数字表法分为观察组、参照组，各 40 例。参照组男 22 例，女 18 例，年龄 42-73 岁，平均年龄（ 58.41 ± 5.54 ）岁；观察组男 23 例，女 17 例，年龄 42-74 岁，平均年龄（ 59.05 ± 5.14 ）岁；参照组病程 1-8 年，平均病程（ 4.15 ± 0.42 ）年；观察组病程 1-9 年，平均病程（ 4.75 ± 0.53 ）年；两组的资料比对并不具备显著差异（ $P > 0.05$ ）。纳入标准：纳入研究的患者均符合糖尿病的临床评估标准；已签署知情同意书；排除标准：伴有精神障碍、心理疾病者；无法完成临床调查者；病史资料不完整者。

1.2 方法

1.2.1 参照组

参照组应用常规用药指导的方法，即对患者进行常规的用药知识宣教，并告知患者用药剂量、次数以及血糖监测等内容。

1.2.2 观察组

观察组应用药学服务的方法，详细如下：（1）整体评估。对影响用药依从性的因素、患者病情、病史及用药史、患者疾病知识水平、用药知识水平进行评估，并结合评估结果制定药学服务计划。（2）住院期间。结合患者评估结果指导患者临床用药，并告知患者药物的应用方法、机制原理、不良反应等内容，同时结合药物说明书对患者进行系统讲解。对于复诊患者则应结合其病情变化调整剂量，并告知其并发症预防的注意事项。最后

要组织患者统一学习血糖控制的重要性以及胰岛素应用相关事项等内容。

医务人员还应结合血糖监测结果调整用药的剂量，教导患者如何识别、预防与用药相关的低血糖，并告知患者一些应对低血糖的方法。最后，医务人员还要与患者建立一个具体的用药计划，并要嘱咐患者对其进行记录。

（3）出院前。出院前向患者发放知识手册，嘱咐患者严格按照要求服药，避免漏服、停药、私自换药等情况出现，并嘱咐患者定期复诊。医务人员还要在明确用药事项的同时，指导患者进行血糖管理，结合血糖管理情况进行用药，告知患者要定期检查血糖情况，若出现血糖异常波动应及时告知医生。另要嘱咐患者饮食上应确保低脂高热量，保证谷物、蛋白质的合理摄入，日常避免吸烟、饮酒等。（4）出院后。出院后要定期进行电话随访，每 2 周 1 次，了解患者用药情况、血糖情况，并解答患者疑问，同时对患者的后续用药进行持续指导。

1.3 观察指标

比较两组的用药依从性、血糖水平、生活质量、满意度。用药依从性采用 Morisky 用药依从性问卷（MMAS-8），满分 8 分，6-8 分依从性中等， < 6 分依从性较低。血糖水平包括空腹血糖、餐后 2 小时血糖^[2]。生活质量应用 GQOLI-74 评分包括躯体、心理、社会、物质，患者评分越高表明生活质量越好。

1.4 统计学方法

本次研究使用的统计学软件为 SPSS19.0，计量资料为均数 $\pm$ 平方差（ $\bar{x} \pm s$ ）， t 值检验，计数资料为率，卡方检验， $P < 0.05$ ，差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组患者的 Morisky 评分

研究结果显示，干预前两组的 Morisky 评分对比无显著差异存在（ $P > 0.05$ ）。干预后两组的 Morisky 评分存在差异，观察组高于参照组，差异明显（ $P < 0.05$ ）。详见表 1：

表 1 比较两组患者的 Morisky 评分（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	Morisky 用药依从性评分	
		干预前	干预后
参照组	40	3.09 ± 0.31	5.75 ± 0.87

观察组	40	3.04±0.28	7.06±0.33
T 值		0.757	8.904
P 值		0.451	0.000

2.2 比较两组患者的血糖水平

研究结果显示,干预前两组的空腹血糖、餐后 2 小时血糖水平对比无显著差异存在 ($P>0.05$)。干预后两组的空腹血糖、餐后 2 小时血糖水平存在差异,观察组优于参照组,差异明显 ($P<0.05$)。详见表 2:

表 2 比较两组患者的血糖水平 ($\bar{x}\pm s$, mmol/L)

组别	例数	空腹血糖		餐后 2 小时血糖	
		干预前	干预后	干预前	干预后
参照组	40	14.34±2.33	9.71±1.47	16.31±2.17	10.36±1.66
观察组	40	14.51±2.25	8.05±1.24	16.32±2.04	9.14±1.05
T 值		0.332	5.459	0.021	3.928
P 值		0.741	0.000	0.983	0.000

2.3 比较两组患者的 GQOLI-74 评分

研究结果显示,观察组 GQOLI-74 评分好于参照组 ($P<0.05$)。详见表 3:

表 3 比较两组患者的 GQOLI-74 评分 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	躯体功能	心理功能	社会功能	物质功能
参照组 (n=40)	65.47±5.77	69.57±4.39	73.45±2.36	68.69±3.69
观察组 (n=40)	74.36±6.17	77.31±5.07	78.96±3.15	74.23±4.78
T 值	6.656	7.299	8.854	5.802
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 比较两组患者的满意度

研究结果显示,观察组满意度好于参照组 ($P<0.05$)。详见表 4:

表 4 比较两组患者的满意度 (n, %)

组别	例数	满意	较满意	不满意	满意度
参照组	40	16	15	9	77.50%
观察组	40	20	18	2	95.00%
χ^2					5.165
P 值					0.023

2.5 比较两组患者的低血糖发生率

研究结果显示,观察组低血糖 2 例,发生率 5.00%,参照组低血糖 8 例,发生率 20%, $\chi^2=4.114$, $P=0.043$,观察组好于参照组 ($P<0.05$)。

3 讨论

糖尿病发生后会对人体造成严重的损害,其可引发全身脏器损害,常见并发症包括糖尿病肾病、糖尿病足等^[3]。当前的研究显示,糖尿病的发生与多种因素相关联,包括遗传、饮食因素。随着近年来遗传学研究的不断深入发现,遗传因素可能在糖尿病的发生中发挥着某种作用,这主要表

现为部分患者所表现出的家族聚集性,有报道显示,糖尿病患者的一级亲属、二级亲属有较高的发病率,其中,主要包括蛋白酶体调节因子 9、转录因子 7-L2 等,国外有报道显示,蛋白酶体调节因子 9 的过表达会造成 β 细胞凋亡,造成胰岛素缺陷的出现。而转录因子 7-L2 的变异则可能与疾病的发生有关。除遗传因素外,环境因素也在患者的疾病发生中发挥了某种作用,包括肥胖、生活习惯等。有研究显示,肥胖者存在脂肪贮存过度的情况,这会导致血浆中的游离脂肪酸水平增高,进而对胰岛素受体、数量造成不利影响,并降低胰岛素的敏感性,使患者的发病风险增加。除肥胖外,不良的生活方式也是造成疾病发生的主要原因,主要涉及酗酒、缺乏运动、果蔬摄入低等。此外睡眠不足也会对疾病的发生起到某种促进作用,现已有研究显示,长期的睡眠不足会促进疾病发生的风险。目前医学界多认为,糖尿病的发生实际上是多种因素共同作用的结果。

糖尿病发生后,患者不可避免地要实施长期的血糖控制,而基于患者疾病控制的角度,血糖控制效果的优劣,通常会对患者的病情带来直接影响。但多数患者因多种因素的限制,很容易出现用药依从性下降的问题,这则不利于血糖水平的合理控制。同时药降糖药物、胰岛素等一直以来种类繁多,且药理作用复杂,所以患者自行服药时很容易出现多种错误用药的情况^[4]。临床实践表明,糖尿病患者的用药依从性是否理想,往往会对患者的治结局造成直接影响,且患者的自我管理能力与患者的依从性存在相关性,自我管理能力强的患者,自身的用药依从性也相对更高。首先,患者用药依从性低主要与知识缺乏有关,糖尿病知识的缺失会导致患者的自我管理效能降低,并且糖尿病知识亦是自我管理的基础所在。其次,用药依从性较低,还与患者的情绪有关,多数糖尿病患者都存在有抑郁、焦虑的情况。同时社会因素也是影响患者用药依从性的重要因素,除此之外,年龄也是主要原因,年龄大的患者,尤其是退休的患者,有充足的时间进行糖尿病管理,而青壮年患者则多疏于疾病管理,另外还包括病程,一般的情况下,病程长的患者对疾病认知程度高,故而自我管理能力、用药依从性也更为理想,相反病程短的患者往往对疾病缺乏足够的认识。正是在这样的情况下,应给予患者有效的药学干预,从而促进临床合理用药。因此可在患者的干预中实施药学服务的方法,此种方法是一种基于患者实际情况的服务方法,其在应用后可充分提高患者的认知水平,并使患者对合理用药有全面认识。而在患者对其有全面认识的基础上,患者的用药依从性以及自我管理能力和自我管理能力,均会得到显著提高,从而确保患者的合理用药^[5]。另外在患者的干预中实施药学服务,还可进一步向患者明确用药剂量、时间、用法等注意事项,尤其是可以明确长效胰岛素等药物的应用,这样便能大大降低患者出现血糖波动以及夜间低血糖的风险,继而对患者血糖控制起到积极作用。同时药学服务的应用,不仅局限于药物干预,药学服务应用后还可以在对患者血糖监测的基础上,对患者的剂量加以调整,并向患者明确血糖控制的重要性以及对饮食等方面的调节,以此来起到强化患者血糖控制的作用。大量临床报道显示^[6],在糖尿病患者的干预中应用药学服务的方法可对患者的疾病控制,起到积极的作用,因而可在此类患者的干预中大力推动其实际应用,以辅助患者的病情改善。但需要特别指出的是,患者用药依从性与血糖控制与患者的自我管理能力有关,而自我管

理能力则同疾病知识掌握等紧密相连,所以在对患者开展药学服务的同时,临床还要致力于结合患者的文化程度等,不断加强患者对疾病的认识,以此来为用药依从性地提高奠定基础。

在本次研究结果表明,干预前两组的 Morisky 评分对比无显著差异存在 ($P>0.05$)。干预后两组的 Morisky 评分存在差异,观察组高于参照组,差异明显 ($P<0.05$)。干预前两组的空腹血糖、餐后 2 小时血糖水平对比无显著差异存在 ($P>0.05$)。干预后两组的空腹血糖、餐后 2 小时血糖水平存在差异,观察组优于参照组,差异明显 ($P<0.05$)。观察组生活质量评分、满意度高于参照组 ($P<0.05$)。观察组低血糖发生率低于参照组 ($P<0.05$)。

由此可见,在糖尿病患者的干预中应用常规用药指导的方法,实际上很难保证干预效果。所以可采用药学服务的方法,药学服务应用后可显著提高患者的用药依从性,并实现对患者血糖的控制,这同以往研究的结果接近。同时药学服务应用后,患者的生活质量评分亦能有相应提高,生活质量历来都是糖尿病患者评估的重要指标,在药学服务得以落实后,患者自身的生活质量可以有显著提升,提示药学服务本身对于促进患者生活质量的改善具有一定的作用。低血糖是糖尿病患者常见的不良反应,其主要与不合理应用降糖药、胰岛素等有关,药学服务应用后,患者发生低血糖的风险会显著下降,这提示药学服务对于保证患者的用药安全性有重要作用。实践表明药学服务在此类患者的干预中具有理想的应用价值,故而临

(上接第 49 页)

方面,使得单孔腹腔镜手术治疗的方式总体满意度高于多孔腹腔镜手术治疗的方式。但是依然存在手术操作复杂和难度较高以及视野暴露不理想等问题^[4-8]。通过该研究,发现二者各有优缺点,然而治疗效果和手术结果并没有较大的差距,所以在实际的治疗过程中,可以根据患者的情况及需求进行合理选择。

综上所述,本实验表明,研究组手术时间稍长于常规组,术后住院时间优于常规组,术后 VAS 评分数值低于常规组;研究组的术中出血量以及术后肛门排气时间与常规组差异较小;两组均无肠道损伤等并发症发生;研究组的外观满意度为 96.00%,常规组的外观满意度为 76.00%,差异均有意义 ($P<0.05$)。卵巢良性肿瘤患者接受单孔腹腔镜以及多孔腹腔镜手术治疗的时候,都拥有显著的治疗效果,但是单孔腹腔镜手术治疗的综合效果优于多孔腹腔镜手术治疗的效果,可以更好地满足患者的外观需求,提高患者的满意度,所以,单孔腹腔镜手术治疗的方式,具备在临床治疗中推广和应用的價值。

参考文献:

- [1] 贾蜀云. 不同手术方式治疗子宫卵巢囊肿对女性内分泌及生理功能的影响[J]. 临床军医杂志, 2014, 42(9):926-928,990.
- [2] 贾炎峰,张彦骅,党云,栾桦,刘青. 经脐单孔腹腔镜在卵巢良性肿瘤

床可结合患者情况应用此种方法。另外还有报道指出,药学服务还可以降低患者因用药所致的其他不良反应的发生率,但因此次研究并未对其他不良反应率进行考量,所以有待后续开展深入研究。

综上所述,药学服务可加强对患者血糖的控制,并能提高患者的用药依从性、生活质量,保证患者的满意度,降低低血糖发生率,值得进一步推广。

参考文献:

- [1] 周燕,张澜译. 药学服务对糖尿病患者血糖控制效果,用药依从性及满意度的影响分析[J]. 中国实用医药,2019,14(26):105-107.
- [2] 邓彩霞. 药学服务对糖尿病患者血糖控制效果和用药依从性的影响[J]. 中国现代药物应用,2019,13(17):105-106.
- [3] 杨开元. 实施药学服务对糖尿病患者血糖控制及用药依从性干预作用研究[J]. 临床合理用药杂志,2019,12(5):107-108.
- [4] 范玲,王初舟,顾琴华,等. 药学服务改善 2 型糖尿病患者用药依从性、生活质量及降糖药物疗效的效果研究[J]. 今日药学,2019,29(7):490-492,500.
- [5] 辛海莉,郭红,张明,等. 药学服务对糖尿病患者健康管理的影响分析[J]. 中国药物应用与监测,2020,v.17;No.95(1):62-65.
- [6] 窦防修. 药学服务对社区多药控制 2 型糖尿病患者血糖控制情况的影响[J]. 实用糖尿病杂志,2019,v.15(5):19-19.

剔除术中的应用效果评价[J]. 中国初级卫生保健,2019,33(3):31-33.

[3] 潘丽娜. 单孔腹腔镜和多孔腹腔镜手术治疗卵巢良性肿瘤的效果对比[J]. 现代诊断与治疗,2020,31(13):2107-2108.

[4] 陈彩萍,詹雪梅,罗中明,魏继红. 血清人附睾蛋白 4、血清糖类抗原 125 及人绒毛膜促性腺激素联合预测经脐单孔腹腔镜手术治疗卵巢良性肿瘤疗效[J]. 分子影像学杂志,2020,43(1):157-161.

[5] 刘秀. 单孔腹腔镜与多孔腹腔镜卵巢囊肿剔除术临床疗效对比研究[D]. 北京协和医学院;中国医学科学院;清华大学医学部;北京协和医学院中国医学科学院, 2017.

[6] 郭楠,倪观太,丁锦,等. 经脐单孔腹腔镜卵巢囊肿手术[J]. 中国微创外科杂志, 2019, 19(6):515-522.

[7] 黄键宁,梁嘉欣,郭彩霞. 单孔腹腔镜手术对卵巢良性肿瘤患者免疫功能的改善[J]. 中国计划生育学杂志,2020,28(6):819-822.

[8] 闫喜秋. 单孔腹腔镜对良性卵巢肿瘤患者神经内分泌功能的影响[J]. 医学信息,2020,33(3):117-119.

[9] 罗丽芳,李桂梅,阮军谊. 经脐单孔腹腔镜治疗卵巢良性肿瘤的临床效果[J]. 中国病案,2019,20(7):96-99.

作者简介: 邓月秀,大学本科,主治医师,研究方向: 卵巢良性肿瘤手术,或子宫内腹膜肉子宫腔镜。

乳腺淋巴瘤的彩色多普勒超声声像图特点及临床诊断效果

张景德

北京市社会福利医院超声科 北京市 100085

摘要:目的:研究探讨乳腺淋巴瘤(PBL)的彩色多普勒超声声像图特点以及临床诊断的效果。方法:选择我院收治的160例PBL患者,时间阶段为2019年3月至2021年3月,随机分为对照组和观察组,每组各80例。对照组实施X线钼靶检查,观察组实施彩色多普勒超声检查;对比两组诊断方法的诊断准确性和误诊率;分析PBL的彩色多普勒超声声像图特点;对比两组血流情况。结果:观察组诊断准确率高于对照组,误诊率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。彩色多普勒超声声像图具有内部低回声、边界不清、纵横比 >1 、微小钙化灶、后方回声衰减等特征;在门型血流信号、丰富程度等血流信号构成上,超声声像图可有效检测出信号分布和丰富程度。结论:对PBL患者使用彩色多普勒超声声像图检查可有效提升诊断的准确性,降低误诊率。依据声像图呈现的情况进一步深入对乳腺淋巴瘤患者的诊断,在临床诊断中具备重要意义和临床借鉴价值。

关键词:乳腺淋巴瘤;彩色多普勒超声;声像图;X线;临床诊断

乳腺淋巴瘤(Primary Breast Lymphoma, PBL)是指发生在乳腺部位的一种淋巴瘤,多见于女性,可发生于任何年龄^[1]。PBL目前有两种,一种是原发性淋巴瘤,一种是继发性淋巴瘤^[2]。该病的治疗方式与其他乳腺癌不同,常使用放化疗进行治疗^[3]。但放化疗治疗需要患者尽早确诊尽早进行治疗,由此所产生的身体机能反应才能减轻,放化疗时间才能被进一步缩短,减少对患者造成的痛苦。对于PBL的诊断,主要采用X线钼靶检查与彩色多普勒超声等影像学进行初步诊断^[4]。诊断乳腺淋巴瘤的“金标准”为病理诊断,但病理诊断取样范围有限且会对患者造成一定的创伤,患者依从性不高^[5]。基于此情况,提升初步诊断的准确率和误诊率意义重大。多普勒检查仪器显示仪器可以显示血流速度、脉冲重复频率、多普勒超声频率、机械指数和热指数^[6]。它具有最大速度包络功能,测量参数包括收缩期峰值流速、舒张末期流速、平均速度等。在超声多普勒的帮助下,医师可掌握患者的搏动指数、阻力指数、收缩期/舒张期流速比值、胎心率等多项情况^[7]。运用该技术提升乳腺淋巴瘤的临床诊断效果,可减少误诊、漏诊情况出现。为进一步证实该项检测的优越性,我院特选取160例PBL患者进行研究对比,其目的主要是实现对彩色多普勒超声声像图的特点分析以及临床诊断效果的评定,现报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择来我院诊治的PBL患者160例,时间段为2019年3月至2021年3月,将患者随机分为对照组和观察组,每组各80例。对照组年龄23~75岁,平均年龄 (48.13 ± 6.31) 岁;观察组年龄24~74岁,平均年龄 (47.56 ± 6.14) 岁;对比两组患者一般资料发现差异无统计学意义($P>0.05$),可进行对比。

纳入标准:(1)同意进行术后病理活检并证实为PBL的患者;(2)知情并签署研究同意书的患者;(3)年龄大于18岁的患者。

排除标准:(1)处于妊娠期或哺乳期的患者;(2)对放化疗不耐受的患者;(3)患有精神疾病的患者;(4)研究途中因自身原因中断研究的患者。

1.2 方法

1.2.1 对照组

使用X线钼靶检查。运用美国hologic钼靶乳腺摄影机^[8]进行检查,两侧轴位和斜位需进行多切面投照,在投照完成后方可进行观察。观察内容包括:观察肿块的形态、大小、边界、位置及钙化情况。必要时,可对侧位进行补照,或通过局部放大加压摄影对病灶不稳进行进一步探查。

1.2.2 观察组

使用彩色多普勒超声检查。检查时让患者行仰卧位,辅助患者双臂上举,将乳房和腋窝处暴露出来,以便进行检查。器械采用百胜MYLAB90彩色超声诊断仪^[9],线阵探头,频率控制在4~14MHz,常规扫查患者双侧乳腺、胸壁、腋窝、颈部、胸骨及锁骨上淋巴。记录肿块病灶的形状、边界、位置、大小情况。同时关注肿块病灶内部回声、后方回声、内部钙化及周围胸肌、组织变化及血流情况。

两组初步诊断后均进行病理诊断,观察两组诊断情况。

1.3 观察指标

(1)观察两种检查方式诊断结果。重点关注诊断确诊情况和漏诊情况,对上述两种情况进行概率核算,对比两组的概率变化。

(2)分析彩色多普勒超声的声像图特点。声像图特点重点关注:内部回声情况、边界情况、纵横比、后方回声情况、淋巴结情况、血流情况等七项。

(3)分析血流情况。血流信号分为四个级别,划分标准及级别对应情况如下:0级,未发现血流信号;I级,观察到少量血流信号,信号呈条棒状,长度小于淋巴结长径的一半;II级,观察到中等程度的血流信号,长度大于淋巴结长径的一半;III级,观察到丰富的血流信号,病灶中可见4条血管。

1.4 统计学方法

应用统计学spss24.0对患者的资料进行统计分析,计数资料以(%)表示, χ^2 检验,以 $p<0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组检查诊断情况比较

观察组诊断准确率为90.00%高于对照组的77.50%;观察组漏诊率为

10.00%低于对照组的 22.50% (P<0.05), 见表 1。

表 1 两组检查诊断情况对比[n(%)]

组别	例数	诊断准确	漏诊
对照组	80	62 (77.50)	18 (22.50)
观察组	80	72 (90.00)	8 (10.00)
χ^2		4.592	4.592
P		0.032	0.032

2.2 彩色多普勒超声声像图特点

PBL 患者的彩色多普勒超声声像图具有内部低回声、边界不清晰、纵横比>1、微小钙化灶、后方回声衰减、腋窝淋巴结肿大、血流异常等特征, 详情见表 2。

表 2 彩色多普勒超声声像图特点[n(%)]

特征	例数	占比
内部低回声	65	81.25%
边界不清晰	70	87.50%
纵横比>1	60	75.00%
微小钙化灶	45	56.25%
后方回声衰减	38	47.50%
腋窝淋巴结肿大	42	52.50%
血流异常	75	93.75%

2.3 彩色多普勒超声血流分布特征

血流信号分布和丰富程度上, 信号分布门型例数较多, 占比较大; 丰富程度上, II级例数较多, 见表 3。

表 3 血流分布特征[n(%)]

血流分布	类型	例数
信号分布	分散型	5
	门型	52
	周边型	11
	混合型	12
丰富程度	0 级	0
	I级	22
	II级	43
	III级	15

3. 讨论

乳腺淋巴瘤 (PBL) 是乳腺恶性肿瘤中的一种, 发病率较低^[10]。它是因为正常组织发生基因突变而形成的一种疾病, 该病多起源于乳腺上皮组织的恶性肿瘤。若患者发现自身可能存在淋巴瘤情况, 要明确淋巴瘤的数量、大小、位置, 与乳腺腺体及肌肉的关系, 指导临床治疗方案的制定。这时候就需要进行彩超或者磁共振等影像学检查, 以评估全身的淋巴结情况。在进行相应的检查后, 患者才能明确是否有全身的淋巴结肿大, 若仅仅为乳腺单纯的淋巴结肿大, 则可以手术切除。明确患者的病理性质, 若为良性的淋巴瘤, 进行手术切除即可达到治愈, 不需要特殊处理。若为恶性淋巴瘤, 则需要根据病理进行相应的分类根据分类进行相关的治疗。单

纯的为乳腺淋巴瘤可以给予局部的放射治疗, 能取得较好的临床效果, 也能减轻患者的不良反应, 若为全身的淋巴瘤, 表现为乳腺淋巴瘤, 则需要给予全身的静脉化疗。由此可见, 对患者进行积极的治疗干预, 其前提就是要进行明确的诊断。受发病率原因影响, 该病容易被误诊为乳腺癌或其他乳腺肿瘤, 但乳腺癌和该病的治疗方法完全不同, 所以在临床诊断上需要加强诊断的准确性。在诊断 PBL 时, 使用的“金标准”为病理诊断, 但病理诊断需要切割患者部分组织进行病理检查, 属于创伤性的检查方法, 对患者来说容易增加患者的抗拒心理, 降低患者的依从性^[11]。在此情况下, 对 PBL 患者进行初步诊断, 并在初步诊断时提升诊断的检出率、准确性和误诊率, 其意义重大。

针对乳腺淋巴瘤进行相关的检测, 诊断检测方式包含肿块细胞穿刺、彩色多普勒超声检查、CT 以及乳腺 X 线钼靶检查等^[12]。上述检查方式中彩色多普勒超声以及 X 线钼靶检查的应用较为广泛。这两种检查方式均属于非侵入性的肿块检查方法, 具备的优势较为明显。经过不断的临床实践, 上述两种检查方式已经成为了目前较为主流的乳腺淋巴瘤检查方式, 但就两种方式进行比较, 各自的情况可以总结如下。早期的乳腺癌其表征主要体现为微小钙化, 多数患者能够通过核查该现象被诊断出来。X 线钼靶检查能够将微小钙化的情况较为清晰地反应出来, 但若遇见致密型乳肿块, x 线钼靶检查就会体现出相应的局限性, 其检出率会受到影响而降低。反之, 彩色多普勒超声检查能够较为轻松的检出致密型乳腺肿块, 并且该检查方式能够维持较好的检出率。同时, 彩色多普勒超声检查具备的一个显著优势就在于它无辐射, 对患者造成的影响较小。在无辐射的前提下, 该检查又能将各个部分的肿块准确、有效的检出, 由此, 越来越多的检查倾向于运用彩色多普勒超声来执行, 以提高患者诊断的效果, 进一步降低漏诊率和误诊率。

彩色多普勒超声常规检查是超声医学领域的基础检查, 患者可通过超声检查明确诊断出大多数疾病^[13]。疾病诸如脂肪肝, 肝癌, 胆囊结石, 肾结石, 各类先天性心脏病, 或者是各类后天性心脏病, 动脉粥样硬化等疾病, 都能通过彩色多普勒超声检查诊断出来。彩色多普勒超声检查具备的优势是能够通过清晰的成像现实组织器官内较小的病灶, 能够提升诊断的精确性。同时, 在对病人进行检查的过程中, 可运用脉冲多普勒技术、连续波多普勒技术、高脉冲重复频率多普勒、彩色多普勒血流显像、功率型彩色血流成像、组织多普勒显像等彩色多普勒超声技术, 来观察被检查组织器官在不同周期时相的血流速度变化、血流状态和组织回声切面图像上的血流速度分布等信息。将上述信息与相关的黑悲哀超声二位解剖结构信息进行结合, 可以更精准的判定被检查组织器官是否有病变、病变的程度以及病变的性质。

从结果来看, 使用 X 线钼靶检查的对照组与使用彩色多普勒超声检查的观察组, 均能检查出 PBL, 说明两者都有较高的检出率。但彩色多普勒超声检查的准确性较高, 误诊率较低 (P<0.05), 说明使用后者进行诊断可提高确诊的准确概率, 减少误诊概率。对彩色多普勒超声声像图进行分析, 发现声像图具有内部低回声、边界不清晰、微小钙化灶、腋窝淋巴结

(下转第 67 页)

乳腺肿瘤冰冻切片病理诊断临床价值及准确性影响因素分析

宋静怡

浙江省湖州市中心医院 病理科 313000

摘要：目的：研究乳腺肿瘤冰冻切片病理诊断的临床价值及影响冰冻切片准确性的相关危险因素。方法：选取 2020 年 10 月~2021 年 6 月我院收治的 78 例女性乳腺癌患者为研究对象，回顾性分析患者术中冰冻切片及石蜡切片病理结果，同时以石蜡切片结果为金标准，通过一致性分析明确冰冻切片诊断乳腺癌的价值。根据冰冻切片诊断乳腺癌是否发生误诊将其分为符合诊断组（n=73）与误诊组（n=5），比较两组患者身体质量指数、年龄、合并症、组织学分级、病变部位、病程、绝经及肿瘤最大直径，并采用多因素 Logistic 回归分析明确影响冰冻切片诊断乳腺癌准确率的危险因素。结果 石蜡切片诊断出浸润性小叶癌 20 例，浸润性癌 19 例，纤维腺瘤 15 例，导管内乳头状瘤 11 例，导管内癌 5 例，叶状肿瘤 8 例。冰冻切片诊断出浸润性小叶癌 22 例，浸润性癌 16 例，纤维腺瘤 16 例，导管内乳头状瘤 13 例，导管内癌 4 例，叶状肿瘤 7 例；经与术后石蜡切片比较，冰冻切片诊断乳腺癌有一定的价值，冰冻切片诊断浸润性小叶癌、浸润性癌、纤维腺瘤、导管内乳头状瘤、导管内癌、叶状肿瘤灵敏度为 1.000、0.842、1.000、1.000、0.800、0.875，特异度为 0.966、1.000、0.984、0.970、1.000、1.000，准确率为 0.974、0.962、0.987、0.974、0.987、0.987，阳性预测值为 0.909、1.000、0.938、0.846、1.000、1.000，阴性预测值为 1.000、0.952、1.000、1.000、0.986、0.986，kappa 值为 0.935、0.890、0.960、0.902、0.882、0.926；两组身体质量指数、年龄、合并症、组织学分级、病变部位、病程比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），误诊组绝经患者及肿瘤最大直径 $\leq 3\text{cm}$ 患者占比显著高于符合诊断组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；Logistic 回归分析显示绝经及肿瘤最大直径 $\leq 3\text{cm}$ 是影响冰冻切片诊断乳腺癌准确率的危险因素（ $P<0.05$ ）。结论：冰冻切片诊断乳腺癌诊断灵敏度较高，具有一定诊断价值，值得应用，且冰冻切片诊断乳腺癌准确率与患者是否绝经及肿瘤直径关系密切。

关键词：乳腺癌；冰冻切片；石蜡切片；诊断；影响因素

目前治疗乳腺肿瘤多采用手术方式，但会损伤患者乳房完整性，且乳腺肿瘤群体日渐年轻化，患者多存在保乳需求，因此需在手术过程中就对病变组织性质及分型做出正确判断^[1-2]。冰冻切片即于手术进行中通过低温使病理组织快速冷却然后切片，以评估病变组织性质，了解肿瘤细胞是否出现转移等，因其快速性而被广泛用于乳腺癌诊断中^[3]。但由于冰冻切片制备时间较短，切片质量受制备条件限制，可能会造成治疗延误等情况^[4]。基于此，本研究对乳腺肿瘤冰冻切片病理诊断的临床价值及影响冰冻切片准确性的相关危险因素进行分析，以期提高冰冻切片诊断乳腺肿瘤的准确性。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2020 年 10 月~2021 年 6 月我院收治的 78 例女性乳腺癌患者为研究对象，回顾性分析患者术中冰冻切片及石蜡切片病理结果，根据冰冻切片诊断乳腺癌是否发生误诊将其分为符合诊断组（n=73）与误诊组（n=5），两组基线资料信息对比见表 3。所有研究对象及家属均同意参加本研究并签署研究知情同意书。本研究经本院医学伦理委员会批准。纳入标准：①所有患者符合《中国抗癌协会乳腺癌诊治指南与规范（2015 版）》^[5]中乳腺癌临床诊断标准且术后病理学确诊；②均为单侧肿瘤。排除标准：①伴有严重心血管疾病；②合并心律失常；③合并其他恶性肿瘤；④依从性较差不愿配合；⑤存在手术禁忌症；⑥术前有放化疗史。

1.2 方法 ①收集患者基础资料，记录患者身体质量指数、年龄、合并症、组织学分级、病变部位、病程、是否绝经及肿瘤最大直径各项信息。②所有患者均于手术期间切除病变组织并送检，将取直径 1.5~4.5cm 的新鲜组织制成放置于冰冻切片机中，参数设置：温度 -20~-25℃，时间 2~4min，待标本冷冻呈硬块状后切成单片为 5um 的薄片，酒精固定切面

并行染色、脱水、封片处理，通过显微镜诊断冰冻切片并做病理报告。将剩余组织通过石蜡包埋固定制成石蜡切片并行病理学复核。

1.3 观察指标 以石蜡切片结果为金标准，分析冰冻切片诊断乳腺癌的效能，并延伸性分析影响冰冻切片准确性的相关危险因素。

1.4 统计学分析 采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理，计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间对比采用独立样本 t 检验；计数资料以[例(%)]表示，组间比较采用 χ^2 检验或连续校正 χ^2 检验，多因素分析采取非条件 Logistic 逐步回归分析，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 冰冻切片与石蜡切片病理诊断乳腺肿瘤结果分析 石蜡切片诊断出浸润性小叶癌 20 例，浸润性癌 19 例，纤维腺瘤 15 例，导管内乳头状瘤 11 例，导管内癌 5 例，叶状肿瘤 8 例。冰冻切片诊断出浸润性小叶癌 22 例，浸润性癌 16 例，纤维腺瘤 16 例，导管内乳头状瘤 13 例，导管内癌 4 例，叶状肿瘤 7 例。

2.2 冰冻切片诊断乳腺癌的价值分析 经与术后石蜡切片比较，冰冻切片诊断乳腺癌有一定的价值，冰冻切片诊断乳腺癌的一致性分析见表 1，冰冻切片诊断乳腺癌的效能见表 2。

表 1 冰冻切片诊断乳腺癌的一致性分析

	石蜡切片						合计
	浸润性小叶癌	浸润性癌	纤维腺瘤	导管内乳头状瘤	导管内癌	叶状肿瘤	
冰冻切片	20	1	0	0	0	1	22

癌							
浸润性癌	0	16	0	0	0	0	16
纤维腺瘤	0	1	15	0	0	0	16
导管内乳头							
状瘤	0	1	0	11	1	0	13
导管内癌	0	0	0	0	4	0	4
叶状肿瘤	0	0	0	0	0	7	7
合计	20	19	15	11	5	8	78

表 2 冰冻切片诊断乳腺癌的效能

病理类型	灵敏度	特异度	准确率	阳性预测值	阴性预测值	kappa 值
浸润性小叶癌	1.000	0.966	0.974	0.909	1.000	0.935
浸润性癌	0.842	1.000	0.962	1.000	0.952	0.890
纤维腺瘤	1.000	0.984	0.987	0.938	1.000	0.960
导管内乳头状瘤	1.000	0.970	0.974	0.846	1.000	0.902
导管内癌	0.800	1.000	0.987	1.000	0.986	0.882
叶状肿瘤	0.875	1.000	0.987	1.000	0.986	0.926

2.3 影响冰冻切片诊断乳腺癌准确率的单因素分析 两组身体质量指数、年龄、合并症、组织学分级、病变部位、病程比较差异无统计学意义 ($P>0.05$), 误诊组绝经患者及肿瘤最大直径 $\leq 3\text{cm}$ 患者占比显著高于符合诊断组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 影响冰冻切片诊断乳腺癌准确率的单因素分析[n (%), $\bar{x}\pm s$]

单因素	符合诊断组 (n=73)	误诊组 (n=5)	χ^2 值 /t 值	P 值
身体质量指数				
< 25kg/m ²	43 (58.90)	3 (60.00)	0.178	0.673*
(n) $\geq 25\text{kg/m}^2$	30 (41.10)	2 (40.00)		
绝经 (n)	23 (31.51)	5 (100.00)	6.796	0.009*
组织学分级 (n)				
I级	19 (26.03)	1 (20.00)		
II级	32 (43.84)	3 (60.00)	0.502	0.778
III级	22 (30.14)	1 (20.00)		
肿瘤最大直径 (n)				
>3cm	63 (86.30)	1 (20.00)		
$\leq 3\text{cm}$	10 (13.70)	4 (80.00)	9.829	0.002*
合并症 (n)				
糖尿病	12 (16.44)	1 (20.00)	0.171	0.679*
高血压	15 (20.55)	1 (20.00)	0.295	0.587*
高血脂	17 (23.29)	2 (40.00)	0.092	0.761*
病变部位 (n)				
左侧	38 (52.05)	3 (60.00)		
右侧	35 (47.95)	2 (40.00)	0.004	0.953*
年龄 (岁)	51.39 $\pm$ 8.67	52.34 $\pm$ 8.74	0.237	0.742

注: *为连续性校正

2.4 影响冰冻切片诊断乳腺癌准确率的多因素 Logistic 回归分析 将上述单因素分析中存在差异的变量纳入 Logistic 回归分析模型, 行量化赋值。因变量为冰冻切片诊断乳腺癌是否误诊 (否=0, 是=1), 自变量为绝经 (否=0, 是=1)、肿瘤最大直径 $\leq 3\text{cm}$ (否=0, 是=1)。Logistic 回归分析显示绝经及肿瘤最大直径 $\leq 3\text{cm}$ 是影响冰冻切片诊断乳腺癌准确率的危险因素 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4 影响冰冻切片诊断乳腺癌准确率的多因素 Logistic 回归分析

变量	β	S.E.	Wald	P	OR	95%CI
绝经	1.280	0.546	5.500	0.019	3.597	1.234~10.485
肿瘤最大直径 $\leq 3\text{cm}$	1.248	0.489	6.505	0.011	3.483	1.335~9.087

3 讨论

乳腺肿瘤早期多表现出乳房肿块或乳头溢液等, 晚期则合并多器官病变与癌细胞转移, 严重威胁女性生命安全^[6], 乳腺肿瘤虽可通过细针穿刺活检, 但易受乳腺细胞量等因素影响, 导致诊断假阳性或假阴性结果出现, 误诊率较高^[7]。随保乳需求的日益增加, 于手术过程中正确评估乳腺肿瘤分型已成为临床新需求, 冰冻切片的应用也愈发广泛^[8]。

本次研究显示石蜡切片诊断出浸润性小叶癌 20 例, 浸润性癌 19 例, 纤维腺瘤 15 例, 导管内乳头状瘤 11 例, 导管内癌 5 例, 叶状肿瘤 8 例。冰冻切片诊断出浸润性小叶癌 22 例, 浸润性癌 16 例, 纤维腺瘤 16 例, 导管内乳头状瘤 13 例, 导管内癌 4 例, 叶状肿瘤 7 例; 与术后石蜡切片比较, 冰冻切片诊断乳腺癌有一定的价值, 冰冻切片诊断浸润性小叶癌灵敏度为 1.000, 特异度为 0.966, 准确率为 0.974, 阳性预测值为 0.909, 阴性预测值为 1.000, kappa 值为 0.935; 冰冻切片诊断浸润性癌灵敏度为 0.842, 特异度为 1.000, 准确率为 0.962, 阳性预测值为 1.000, 阴性预测值为 0.952, kappa 值为 0.890; 冰冻切片诊断纤维腺瘤灵敏度为 1.000, 特异度为 0.984, 准确率为 0.987, 阳性预测值为 0.938, 阴性预测值为 1.000, kappa 值为 0.960; 冰冻切片诊断导管内乳头状瘤灵敏度为 1.000, 特异度为 0.970, 准确率为 0.974, 阳性预测值为 0.846, 阴性预测值为 1.000, kappa 值为 0.902; 冰冻切片诊断导管内癌灵敏度为 0.800, 特异度为 1.000, 准确率为 0.987, 阳性预测值为 1.000, 阴性预测值为 0.986, kappa 值为 0.882; 冰冻切片诊断叶状肿瘤灵敏度为 0.875, 特异度为 1.000, 准确率为 0.987, 阳性预测值为 1.000, 阴性预测值为 0.986, kappa 值为 0.926, 提示冰冻切片诊断乳腺癌诊断灵敏度较高, 具有一定诊断价值, 值得应用, 可作为乳腺肿瘤手术的临床指导, 且取材与石蜡标本相对较少, 这一结论可与郑玉琴^[9]等人的研究印证。

同时, 本研究延伸性分析影响冰冻切片准确性的相关危险因素, 发现误诊组绝经患者及肿瘤最大直径 $\leq 3\text{cm}$ 患者占比显著高于符合诊断组, Logistic 回归分析也显示绝经及肿瘤最大直径 $\leq 3\text{cm}$ 是影响冰冻切片诊断乳腺癌准确率的危险因素, 提示冰冻切片诊断乳腺癌准确率与患者是否绝经及肿瘤直径关系密切。分析可能是由于冰冻切片虽可快速获得病理结果, 但因低温度环境影响导致肿瘤细胞内出现细小冰晶进而影响病理结果, 绝

经后患者易发腹部肥胖或激素紊乱,且易受雌激素影响,进而导致误诊的出现^[10]。且肿瘤组织较小也会导致制备冰冻切片时部分组织的丢失或破坏,进而影响病理结果,徐国新^[11]对 30 例癌症患者行冰冻切片检查与常规石蜡切片检查,发现肿瘤直径是影响冰冻切片病理结果的危险因素,与本研究一致。

综上所述,冰冻切片诊断乳腺癌诊断灵敏度较高,具有一定诊断价值,值得应用,且冰冻切片诊断乳腺癌准确率与患者是否绝经及肿瘤直径关系密切。

参考文献:

- [1]郑文龙,沈成凤,张辉,等.天津市 2008—2016 年女性乳腺癌发病及死亡趋势分析[J].中国肿瘤,2020,29(8):596—601.
- [2]张敏璐,彭鹏,吴春晓,等.2008—2012 年中国肿瘤登记地区女性乳腺癌发病和死亡分析[J].中华肿瘤杂志,2019,41(4):315—320.
- [3]彭烜,白雪蕾,郝力,等.冰冻切片技术诊断乳腺癌肿瘤组织分级准确度及其影响因素分析[J].解放军预防医学杂志,2018,36(2):237—239.
- [4]陈晓,李莹,荆怡,等.乳腺癌保乳术中冰冻切片分析切缘阳性

(上接第 64 页)

肿大等特征。这一研究证实了彩色多普勒超声可通过超声成像技术对肿块及淋巴结等进行详细的探查,以提升诊断的检出率。PBL 的鉴别诊断需考虑纤维腺瘤、良性叶状肿瘤、粘液癌、浸润性导管癌等,而彩色多普勒超声成像的诊断原理为,通过不同组织之间的声阻抗差异进行分析,建立三维立体图像,将肿块、淋巴结等进行立体、全方位的显示。通过此形式能够进一步了解肿块内部回声及周围血流的情况,通过显影进行进一步确认,对诊断 PBL 具有重大意义。在彩色多普勒超声检查下,能够充分掌握患者血流分布情况。特别是血流信号分布和丰富程度,可以借助彩色多普勒超声的支持获得较为准确的丰富程度等级以及信号分布类型。此项结果可以提示良性和转移性淋巴结能够通过血流信号的反馈进行鉴别诊断。产生上述差异的原因可能是因为癌细胞会进行不断的释放,这个过程会促进血管生成因子进行大量释放,从而形成肿瘤新生血管生成速度加快的现象,血管数量增加进而导致良性淋巴结多为门型血流信号。由此可见,在诊断上彩色多普勒超声对乳腺癌良性或转移性的鉴别有较强的鉴别价值。

综上所述,PBL 使用彩色多普勒超声进行检查,可在保证诊断检出率的同时提升准确性和误诊率,超声声像图反馈多样化。在有效降低误诊率和漏诊情况的同时,彩色多普勒超声检查已体现出较高的诊断价值,在临床上进行推广与实践,可进一步稳固其诊断优势,充分体现应用价值。

参考文献:

- [1]曾艾,张琴,刘炜,等.超声联合钼靶 X 线对直径小于 1 cm 的乳腺癌诊断价值分析[J].现代生物医学进展,2019,19(11):2144—2147.
- [2]马青,聂芳,李振东,等.原发性乳腺淋巴瘤常规超声及超声造影表现

的影响因素研究[J].中国全科医学,2019,22(33):4058—4063.

[5]中国抗癌协会乳腺癌专业委员会.中国抗癌协会乳腺癌诊治指南与规范(2015 版)[J].中国癌症杂志,2015,25(9):692—754.

[6]朱云芳,文洪梅,秦明芳,等.2011—2016 年云南省肿瘤登记地区女性乳腺癌发病和死亡情况分析[J].实用肿瘤学杂志,2021,35(1):18—22.

[7]邱俊,袁慧明,罗铭,等.麦默通活检与空芯针穿刺活检诊断乳腺癌的价值对比分析[J].山东医药,2020,60(2):43—45.

[8]郭璐,邵志敏,吴灵,等.中国乳腺癌前哨淋巴结活检现状调查研究[J].中国癌症杂志,2020,30(3):166—173.

[9]郑玉琴,沈西华,杨翠萍.乳腺肿瘤冰冻切片病理诊断临床价值[J].中国老年学杂志,2021,41(22):4931—4933.

[10]陈福星,朱政,崔岚,等.CYP24A1 基因多态性与绝经后女性乳腺癌的易感性研究[J].中华流行病学杂志,2020,41(6):934—939.

[11]徐国新.术中冰冻切片法诊断甲状腺微小乳头状癌的准确率及其影响因素[J].实用临床医药杂志,2020,24(4):50—53.

1 例[J].肿瘤影像学,2021,30(1):61—62.

[3]沈伟橙,高秀飞.原发性乳腺淋巴瘤的超声征象与病理特征分析[J].重庆医学,2020,49(13):2107—2110,2114.

[4]陈娟,杨裕佳,周姣姣,等.黏膜相关淋巴瘤组织结外边缘区淋巴瘤的超声及临床表现[J].重庆医学,2020,49(11):1809—1812.

[5]朱艳艳,曾书娥,李芳.异时性乳腺恶性淋巴瘤超声报道 1 例[J].中国临床医学影像杂志,2019,30(6):448—449.

[6]连婧,李剑,马海霞,等.乳腺原发弥漫性大 B 细胞淋巴瘤同时伴乳腺癌一例[J].中华病理学杂志,2019,48(11):899—901.

[7]杜忠实,唐丽娜,王瑶琴,等.乳腺淋巴瘤的彩色多普勒超声诊断及鉴别诊断[J].白血病·淋巴瘤,2021,30(2):87—90.

[8]马青,聂芳,李振东,等.原发性乳腺淋巴瘤常规超声及超声造影表现 1 例[J].肿瘤影像学,2021,30(1):61—62.

[9]傅秀和.乳腺癌超声特征探讨及诊断分析[J].现代医用影像学,2021,30(5):960—962.

[10]云天斌.阴茎部假性动脉瘤的声像图特征及超声诊断价值[J].影像研究与医学应用,2022,6(1):127—129.

[11]王羽,王建梅.经阴道彩色多普勒超声对绝经后子宫内膜癌与息肉的诊断分析[J].中国妇幼健康研究,2022,33(1):112—116.

[12]高杰,杨勇坡,刘晓阁.二维超声及彩色多普勒超声对甲状腺癌的诊断价值分析[J].癌症进展,2022,20(2):142—144.

[13]张风云,杨春建,杨亚菲,等.彩色多普勒超声引导下大隐静脉曲张射频闭合术的疗效评价[J].中国医学装备,2022,19(2):97—100.

中等强度他汀类药物治疗不同 ApoE 基因组型 ACS 合并糖尿病的临床疗效观察

丁鸣

上海市普陀区长寿街道社区卫生服务中心 200062

摘要：目的：探究不同 ApoE 基因组型 ACS 合并糖尿病患者应用阿托伐他汀的效果分析。方法：抽取本院 2020 年 5 月至 2021 年 5 月间接收的 100 例不同 ApoE 基因组型 ACS 合并糖尿病患者为实验对象，本次研究采用多重荧光定量 PCR 探针法对患者的 ApoE 基因型进行测量，评估患者的治疗效果以及心功能变化状况。结果：在本次研究中，100 例患者共计 10 名患者为 ApoE2/E3 基因型，68 名患者为 ApoE3/E3 基因型，21 名患者为 ApoE3/E4 基因型，1 名患者为 ApoE4/E4 基因型，四组患者超氧化物歧化酶水平、左心室射血分数、左心室舒张末期径对比，差异不具备统计学意义 ($P>0.05$)。结论：在对 ApoE 患者进行治疗时，选择中等剂量阿托伐他汀进行治疗，有助于改善患者的病情，患者在接受治疗后心功能基本能够得到有效的改善，不会影响患者的后续治疗工作的开展。

关键词：不同 ApoE 基因组型 ACS 合并糖尿病；心功能；阿托伐他汀

冠心病在目前临床上属于一种较为常见的心脏疾病，这种疾病的发生与诸多因素有极为密切的关联，尤其是在现代社会不断发展的背景下，冠心病在临床上的发病率越来越高，并且这种疾病受诸多外界因素的影响，进展速度也在不断加快，对于患者的日常生活会产生极大的影响^[1]。冠心病患者在发病后患者的机体功能会受到极大的影响，尤其是当患者冠心病进入晚期后，患者还有可能出现心绞痛以及心力衰竭的症状，对于患者的生命安全造成极大的威胁^[2]。若对患者进行长期的西药治疗，有可能会导导致患者出现额外的不良反应。高血压合并冠心病是临床中很多见的心脑血管疾病，尤其是近几年该病的患病率为上升趋势^[3]。经过深刻分析表明，患者出现高血压和血脂异常，则会发生动脉粥样硬化，从而致使供血不足发生心绞痛，心肌供血不足等现象。如不能够马上接受治疗，会对患者的生命安全造成威胁^[4]。在对患者进行实际治疗时，医务人员发现单纯应用某一种药物进行治疗，产生的效果并不理想，究其原因可能是由于两种疾病在发生时相辅相成的关系，导致患者的治疗难度增大，所以医务人员在对患者进行实际用药时，逐渐将目光转移在了各种药物联合的治疗中^[5]。不同 ApoE 基因组型 ACS 合并糖尿病在目前临床上属于一种较为常见的心脏疾病，这种疾病的发生与诸多因素有极为密切的关联，尤其是在现代社会不断发展的背景下，不同 ApoE 基因组型 ACS 合并糖尿病在临床上的发病率越来越高，并且这种疾病受诸多外界因素的影响，进展速度也在不断加快，对于患者的日常生活会产生极大的影响^[1]。不同 ApoE 基因组型 ACS 合并糖尿病患者在发病后患者的机体功能会受到极大的影响，尤其是当患者不同 ApoE 基因组型 ACS 合并糖尿病进入晚期后，患者还有可能出现心绞痛以及心力衰竭的症状，对于患者的生命安全造成极大的威胁^[2]。若对患者进行长期的西药治疗，有可能会导导致患者出现额外的不良反应。糖尿病合并不同 ApoE 基因组型 ACS 合并糖尿病是临床中很多见的心脑血管疾

病，尤其是近几年该病的患病率为上升趋势^[3]。经过深刻分析表明，患者出现血脂异常则可能导致患者发生动脉粥样硬化，从而致使供血不足发生心绞痛，心肌供血不足等现象。如不能够马上接受治疗，会对患者的生命安全造成威胁^[4]。本次实验抽取本院 2020 年 5 月至 2021 年 5 月间接收的 100 例不同 ApoE 基因组型 ACS 合并糖尿病患者为实验对象，探究不同 ApoE 基因组型 ACS 合并糖尿病患者应用不同剂量阿托伐他汀的效果分析，且获取较好的成果，现报告如下。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

抽取本院 2020 年 5 月至 2021 年 5 月间接收的 100 例不同 ApoE 基因组型 ACS 合并糖尿病患者为实验对象，再应用掷币法进行分组，分为对照组和实验组，两组各有 50 例患者。实验组中男性患者 28 例，女性患者 22 例，年龄介于 53-76 岁之间，平均年龄 (60.8±2.4) 岁，对照组中男性患者 24 例，女性患者 26 例，年龄介于 55-78 岁之间，平均年龄 (61.2±2.8) 岁。

纳入标准

①符合不同 ApoE 基因组型 ACS 合并糖尿病诊断标准；②意识清楚，未昏迷者；⑤神经功能缺损无继续进展；③患者知情同意；④本次实验统计计划已经上交伦理委员会，批准后得以实施。

排除标准

①昏迷；②有严重的心、肝、肾合并症或严重感染；③发病前有影响功能恢复的神经或肌肉骨骼疾病；④不伴运动功能障碍者；⑤不愿签署知情同意书。

对比两组患者一般信息未发现明显差异，不具有统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 方法

本次研究中所有患者以 20mg/d 阿托伐他汀实行医治，两组患者皆医治 2 个月。

1.3 评价标准

在治疗完成后，医务人员按要求对所有患者的心功能指标进行确定，分析不同患者的病情变化状况。

1.4 统计学方法

本次实验中触及的全部数据均录入统计学软件 SPSS20.0 进行数据统计学处理，而实验结果中，所有患者的治疗总有效率计数资料用率（%）

的形式表达，数据采取卡方检验，其治疗前后心功能指标水平应用（均数±标准差）进行数据记录，实验结果采用 t 值进行检验，若 $p<0.05$ ，则说明实验结果具备统计学意义。

2 结果

在本次研究中，100 例患者共计 10 名患者为 ApoE2/E3 基因型，68 名患者为 ApoE3/E3 基因型，21 名患者为 ApoE3/E4 基因型，1 名患者为 ApoE4/E4 基因型，四组患者超氧化物歧化酶水平、左心室射血分数、左心室舒张末期内径对比，差异不具备统计学意义（ $P>0.05$ ）。

表 1 两组患者治疗前后心功能指标水平对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	左心室射血分数（%）		左心室舒张末期内径（mm）		超氧化物歧化酶（U/ml）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
ApoE2/E3 组（n=50）	40.44±8.76	58.23±9.12	58.12±5.20	41.12±4.50	56.62±6.23	48.75±4.25
ApoE3/E3 组（n=50）	40.32±8.80	58.60±9.10	58.31±5.19	41.26±5.16	56.52±6.20	47.65±5.02
ApoE3/E4 组	41.31±7.62	58.23±9.12	59.03±43.96	42.63±4.36	55.98±5.12	48.96±4.65
ApoE4/E4 组	40.12±7.96	58.60±9.10	58.23±5.15	42.87±4.85	56.31±5.36	48.65±4.25

3 讨论

在心血管疾病中，糖尿病是一种临床上常见的慢性疾病，这种疾病的发生与多种因素密切相关^[8]，尤其是在近年来现在人群生活水平不断上升的背景下，越来越多的人罹患有糖尿病症状。而糖尿病的发生不仅会导致患者出现血脂增高的情况，糖尿病所引发的一系列心血管疾病是导致患者死亡的主要原因。尤其是在近年来社会的变化的背景下，人们的生活和工作压力明显增大，并且患者的生活习惯和饮食习惯都发生了一定的转变，这也在一定程度上提高了糖尿病心脏病疾病的发生率，在发病后患者表现为气短、乏力和胸闷憋喘的症状会对患者的健康和生命安全造成极大的影响^[9]。尤其是随着我国现代临床医学研究的不断深入，越来越多的老年冠心病合并糖尿病患者在临床上都希望得到有效的治疗。冠心病合并糖尿病在临床上较为常见，医务人员需要了解患者的相关并发症，并针对患者的病情特点做出相应的调整，这种疾病的发生与多种因素密切相关，患者的生命安全遭到严重威胁，需要由医务人员给予相应的治疗。伴随当下人口老龄化的持续增长，冠心病患病率也持续提高，由该病带来的病死率和致残率也随之上升，因此增强冠心病患者的医治有重大意义。随着近年来我国生活水平的不断转变，现在人群的工作压力有明显增加，并且外界的环境因素变化也较为明显，故而在近年来高血脂病发病率有明显的上升。高血脂在目前临床上较为常见这种常见这种病情发生与多种因素有密切相关，并且在近年来的临床研究发现这种疾病的发生与遗传因素和外界因素有极为密切的关联。而老年人是高血脂的常见发病人群，主要是由于老年高血脂患者在高血脂人群中占据了较高的比例，并且容易遭到医务人员的忽视。

冠心病在目前临床上属于一种较为常见的冠状动脉粥样硬化性心脏病，这种病情发生与患者的动脉粥样硬化有较为密切的关联患者的血液无法到达心脏，会引发患者出现心肌缺血缺氧的情况，发生心脏疼痛、胸闷等症状。近几年中，我国冠心病的发病率逐渐增长，该病也是老年患者中非常多见的一种疾病，随着冠状动脉中的斑块聚集，导致管腔狭窄程度越来越严重^[1]，可能导致血流完全阻塞，这一整个过程就被称为动脉粥样硬化。其中最常见的临床症状就是心绞痛，在心肌缺血时会向身体发出反应，特征为压榨性疼痛、前胸阵发性疼痛，可能还会有其他表现，一般情况下患者情绪比较激动或情绪变化较大时发生，男性发病率显著高于女性^[2-3]。ApoE 基因定位于患者的 19 号染色体上^[5]，而所编码的载脂蛋白，通过多种方式参与到集体的脂质代谢调节中，是对血脂水平产生影响的主要因素。ApoE 在人体内具有基因多肽性不同的基因型，可能会导致患者出现不同类型的病情变化，当患者出现冠心病时，患者可能会表现出不同程度的血脂变化，而这也会在一定程度上加重患者的急性冠脉综合征症状^[6]。在本次研究中，医务人员根据患者的病情为患者设置中等剂量他汀类药物进行治疗，能够获得较为良好的治疗效果，对于改善患者的病情以及恢复患者的心功能指标来说，有十分积极的作用。阿托伐他汀是目前临床上一种常用的降脂类药物，这种药物能够有效降低患者体内的胆固醇含量，并且还能有助于改善患者的动脉粥样硬化症状，这一治疗方案在临床上的用药效果受到了医务人员以及患者的高度认可^[6]。同样为第 3 代，他汀类药物，瑞舒伐他汀是治疗高血脂患者的常用药物，这种药物能够有效抑制患者体内 HMG-COA 还原酶的合成使患者细胞内胆固醇含量得到控制，缓解

（下转第 72 页）

糖尿病患者血糖水平测定中实施血液样本生化检验的效果分析

侯文静

山东省临沂市兰山区妇幼保健院 山东临沂 276000

摘要：目的：分析血液样本生化检验在糖尿病血糖水平测定中的应用效果。方法：共选择 2020.7–2021.5 期间选择糖尿病患者 60 例入组，另外选取同时期体检健康者 60 例分别命名探究组及参比组，对于两组均采取血液样本生化检验。对比检验结果、高尿酸血症、冠心病、血脂异常发病率，并对于探究组患者依据病程分组，对比各项血液样本生化检验指标：三酰甘油(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、总胆固醇(TC)、SUA、糖化血红蛋白(HbA1c)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)。结果：探究组生化指标数据水平与参比组对比，存在显著统计学对比差异 ($P<0.05$)，1–3 年组、3–6 年组、6–9 年组病程患者的生化指标数据差异显著 ($P<0.05$)，探究组高尿酸血症、冠心病、血脂异常发病率相比参比组更高 ($P<0.05$)。结论：血液样本生化检验指标检测能够实现糖尿病患者疾病诊断，为临床治疗及病情发展提供重要参考。

关键词：糖尿病；血液样本；血糖水平；生化检验

糖尿病属于遗传基因决定的慢性代谢性疾病，其体内胰岛素绝对相对不足，引发脂肪、糖、蛋白质代谢紊乱，患者一般临床特点为糖尿以及高血糖^[1-2]。伴随生活水平不断提升，人们生活方式发生变化，近几年，糖尿病患病率逐年增高。成年人糖尿病患病率约为 9.7%，糖尿病前期比例在 15%以上。因此，糖尿病的早期检测至关重要。血液样本生化检验在临床糖尿病患者血糖水平检测中应用能够对于血糖升高情况及时发现，并尽早给予患者针对性治疗^[3]。本次研究对于我院糖尿病患者血糖水平测定中血液样本生化检验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

从 2020.7–2021.5 期间院内糖尿病患者中实施病例选择，共 60 例，纳入探究组，另选取同时期体检健康者 60 例，纳入参比组。纳入标准：同意参与干预研究者；排除标准：合并精神障碍及恶性疾病者。探究组，男性 24 例，女性 36 例，年龄 45–72 岁，平均 60.92 ± 1.25 岁；参比组，男性 23 例，女性 37 例，年龄 45–73 岁，平均 60.89 ± 1.33 岁，采用软件统计分析患者的临床资料，对比差异相对较小， $P>0.05$ ，则有对比意义。

1.2 方法

空腹血糖检测：对于入选者前 1d 晚空腹，禁食 12 h，于次日清晨进行空腹血糖水平监测，为其进行静脉处抽血 2ml，应采取氧化酶反应检测法针对葡萄糖静脉血液含量检测。每例检测 3 次，并选取平均值，葡萄糖 >7

mmol/L 则表示超出正常值，可判定为高血糖患者。并将静脉血注入抗凝管中，为患者实施血清分离，利用全自动分析仪对于三酰甘油(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、总胆固醇(TC)、SUA、糖化血红蛋白(HbA1c)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)变化情况进行检测，并对比两组冠心病、血脂异常、高尿酸血症、血症发生率。

1.3 观察指标

本次研究指标：对比检验结果、高尿酸血症、冠心病、血脂异常发病率，并对于探究组患者依据病程分组，对比各项血液样本生化检验指标三酰甘油(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、总胆固醇(TC)、SUA、糖化血红蛋白(HbA1c)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)。

1.4 统计学方法

采取 SPSS22.0 计算血液样本生化检验相关指标，n，%为血液样本生化检验指标三酰甘油(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、总胆固醇(TC)、SUA、糖化血红蛋白(HbA1c)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)表示，卡方检验指标，统计学获得 $P<0.05$ ，则有意义。

2. 结果

2.1 两组生化指标数据对比详情

探究组生化指标数据水平与参比组对比，探究组生化指标数据均较高 ($P<0.05$)，数据见表 1。

表 1 两组生化指标数据对比详情 ($\bar{x}\pm S$)

组别	例数 (n)	LDL-C (mmol/L)	TG (mmol/L)	SUA (g/L)	TC (mmol/L)	HDL-C (mmol/L)	FBG(mmol/L)	2hFBG(mmol/L)	HbA1c(%)
参比组	60	2.07±0.33	1.45±0.67	299.94±134.45	5.53±1.32	1.45±0.15	6.74±1.73	8.45±2.28	4.45±0.21
探究组	60	2.92±0.45	2.14±0.72	415.17±167.45	6.87±1.14	1.67±0.18	7.89±1.26	10.16±1.45	7.89±0.46
t		11.799	5.434	4.156	5.951	7.273	4.162	4.902	52.695

P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
2.2 探究组不同病程患者生化指标数据对比详情比对				病程患者的生化指标数据均存在显著统计学对比差异（P<0.05），见表 2				
依据不同病程将患者分为 3 组，1-3 年组、3-6 年组、6-9 年组，不同				所示：				

表 2 探究组不同病程患者生化指标数据对比详情比对（ $\bar{x}\pm S$ ）

病程	例数 (n)	LDL-C (mmol/L)	TG (mmol/L)	SUA (g/L)	TC (mmol/L)	HDL-C (mmol/L)	FBG(mmol/L)	2hFBG(mmol/L)	HbA1c(%)
1-3 年	20	2.27±0.13	1.52±0.68	312.44±25.33	5.78±0.45	1.57±0.03	6.95±0.33	8.62±0.37	4.64±2.37
3-6 年	15	2.67±0.44*	2.23±0.34*	366.17±27.44*	6.47±0.34*	1.78±0.02*	7.46±0.27*	9.66±0.38*	6.77±0.57*
6-9 年	25	3.15±0.33*&	2.62±0.37*&	425.17±25.74*&	6.94±0.37*&	1.94±0.08*&	7.95±0.37*&	10.74±0.25*&	7.99±0.36*&

*：与 1-3 年对比，P<0.05，&：与 3-6 年对比，P<0.05

2.3 两组高尿酸血症、冠心病、血脂异常发病率

探究组高尿酸血症、冠心病、血脂异常发病率明显高于参比组，指标差异大（P<0.05），对比情况数据见表 3。

表 3 两组高尿酸血症、冠心病、血脂异常发病率（n,%）

组别	高尿酸血 症	冠心病	血脂异常	有效率
探究组 (n=60)	11 (18.33)	14 (23.33)	7 (11.67)	32 (53.33)
参比组 (n=60)	1 (1.67)	0 (0)	0 (0)	1 (1.67)
X ²	-	-	-	40.167
P	-	-	-	0.000

3. 讨论

伴随人们生活水平不断提高，针对健康知识的认知程度逐步提升，糖尿病为对于人们健康生活影响的重要病症，其发病率现阶段逐步提高。临床病学调查发现，近几年，糖尿病发病率约为 10.5%，但患者的疾病知晓率及治疗率较低。研究发现，糖尿病患者中 70%为新诊断患者，其中 10 例患者中均有 7 例左右对自身病情不够了解。高血糖会诱发血脂水平紊乱，引发患者出现糖代谢异常，同时由于糖尿病自身病程较长，后期容易产生慢性血管并发症、微血管并发症以及大血管并发症，使患者产生器官功能障碍，对患者生存质量造成严重影响。因此，尽早发现糖尿病并实施血糖控制，能够实现糖尿病慢性并发症早期预防，通过对于患者生化指标进行检测，能够对于病情的演变情况进行分析，为患者临床治疗提供重要参考依据。

现阶段，糖尿病患者血糖水平测定主要为血液样本生化检验，血液样本生化检验需要严格根据标准方法进行测定，可通过餐后 2 小时血糖、空腹血糖、血清甘油三酯、糖化血红蛋白水平检测，以便能够尽早发现糖尿病患者的生化检测指标变化，针对患者进一步疾病治疗提供重要参考价

值。血液样本生化检验为糖尿病管理以及血糖监测中的重要构成，血糖水平监测可通过检查患者的尿血、血糖达到理想的检查结果，准确地针对受试者是否患病以及病情进行判断。糖尿病患者初期病症隐匿，不易被发现，因此，容易产生误诊。血液样本生化检验能够对于患者是否存在糖尿病进行快速准确判断，属于临床糖尿病诊断性标准，需要严格根据检测规范进行各项操作，及时准确地对于受试者是否存在糖尿病进行判断，分析糖尿病的发展程度。针对患者采取相应治疗及防范措施。临床研究发现，针对患者应用血液样本检验，糖尿病患者的糖耐受、空腹血糖以及血清甘油三酯水平均与正常体检者存在明显差异。血样本生化检验具备较高的准确度，能够对于研究对象是否为糖尿病患者进行快速确定，依据生化指标对患者血糖情况进行了解，并提供进一步治疗^[4-5]。

血脂异常血症一般为血浆胆固醇以及体质异常升高的临床疾病，糖尿病患者产生血脂异常血症一般由于胰岛素抵抗，其胰岛素为营养物质控制吸收利用的重要激素。对于脂肪、蛋白质、糖等均具备重要作用，可对于脂肪细胞内激素敏感酯酶进行抑制，并不断提高激活脂蛋白酶活性^[6]。糖尿病患者体内缺乏胰岛素，会引发脂肪组织中出现低密度脂蛋白酶活性降低，引发机体当中代谢简化。将其障碍清除后产生的高三酰甘油血症。临床发现，胰岛素抵抗时，肌肉组织会对于糖的利用率下降，激素敏感酯酶活性提高，其脂肪组织会释放较多的脂肪酸，这些游离脂肪酸均会在糖尿病患者中，无法转化为酮体属于，作用原料能够促进血脂指标，例如 TG、TC 等在肝脏中进一步合成，同时，由于 LDL-C 受体功能降低，引发富含脂蛋白的体积时间不断延长。同时，LDL-C、HDL-C 增加。相关报道中显示，糖尿病患者为冠心病独立危险因素，主要与高血糖反应以及脂蛋白代谢分布异常相关^[7-8]。血糖升高会促进脂蛋白等残基转化以及载体蛋白诱发 LDL-C 出现化学修饰，修饰后的 LDL-C 容易氧化，其受体结合降低，巨噬细胞吞噬沉积在动脉壁上，会引发动脉粥样硬化不断发生发展。血糖值健康者以及糖尿病患者生化指标均具备明显差异。糖尿病患者病情严重程度以及病程脂质代谢紊乱，均表现为正相关。病情越重，患者病程越长，同时，并发血脂异常率以及冠心病的概率更高。SUA 属于嘌呤代谢产物，

其中 60%以上的 SUA 均为肾脏代谢,游离尿酸盐会经过肾小球滤过,曲小管重吸收排出的 SUA 一般从远曲小管中进行分泌。高尿酸血症能一般 SUA 合成分泌量减少而导致。糖尿病患者水平相对较高,其病程长短相关,同时,高尿酸血症发病率相对较高,对其原因进行分析,可能由于糖尿病患者体内黄嘌呤氧化酶活性不断提高,使其黄嘌呤转化为尿酸的速度加快。同时,黄嘌呤会转换为体内的 SUA,体内 SUA 水平不断增加,糖尿病患者通常伴随一定的高血压。而血压升高容易引发患者产生肾微血管硬化以及血管紧张素、儿茶酚胺浓度升高,使其出现肾血流量降低,局部乳酸形成增加乳酸会与 SUA 竞争排泄。

本文研究显示,探究组生化指标数据水平与参比组生化指标数据水平对比,存在显著统计学对比差异 ($P<0.05$),1-3 年组、3-6 年组、6-9 年组病程患者的生化指标数据对比差异性显著 ($P<0.05$),探究组高尿酸血症、冠心病、血脂异常发病率均高于参比组 ($P<0.05$)。

综述,糖尿病患者疾病诊断中利用血液样本生化检验指标检测具备较高的临床应用价值。

参考文献:

(上接第 69 页)

患者体内的炎症反应,使患者的机体功能得到改善。他汀类药物不仅能够降低患者体内低密度脂蛋白胆固醇水平,并且还能增加其高密度脂蛋白胆固醇含量,提高患者体内血清总胆固醇的清除率,降低脂蛋白以及三酰甘油的分泌合成,最终起到防止血栓的效果^[7-9]。除此之外,阿托伐他汀钙片在应用过程中能够抑制患者的动脉粥样硬化形成,有助于调节患者血管内代谢功能,使患者的疾病状态得到改善,对于患者的病情恢复来说极为重要。将两种药物联合应用于患者的治疗中,则能够有助于改善患者的疾病状态,疏通患者血管中的血脂,并且具有良好的抗感染效果,改善患者的机体功能^[10]。阿托伐他汀作为临床中医治冠心病的多见药品,该药品本身包含有抑制剂,可以防止胆固醇的合成,同时促使患者身体中的胆固醇水平下降,对于低密度脂蛋白的发挥具备调节效果,增进代谢分解,提高患者血管功能,防止血栓和动脉粥样硬化形成。

综上所述,在对 ApoE 患者进行治疗时,选择中等剂量阿托伐他汀进行治疗,有助于改善患者的病情,患者在接受治疗后心功能基本能够得到有效的改善,不会影响患者的后续治疗工作的开展。

参考文献:

[1]刘舒扬,张建刚,苏钰,朱曼. 他汀类药物对急性缺血性脑卒中患者血小板聚集功能的影响[J]. 临床与病理杂志,2021,41(05):1052-1056.
[2]赵美,郑芳芳,宋俊贤,黄琳,封宇飞. 老年慢性冠脉综合征患者入院前他汀类药物使用及 LDL-C 控制情况分析[J]. 中国医院药学杂志,2021,41(13):1327-1331.

[1]冯雪. 糖尿病诊断中常规检验和生化检验的效果观察及检出率影响分析[J]. 当代医学,2021,27(16):152-154.

[2]关于旺. 探讨常规检验与生化检验在糖尿病诊断中的临床意义[J]. 糖尿病新世界,2021,24(10):66-69.

[3]邓金桂,李伟博,孟斐,等. 糖尿病早期肾损伤诊断中 $\beta 2$ -微球蛋白与血糖联合检验的临床价值评价[J]. 当代医学,2021,27(07):123-124.

[4]郑新云. 基于临床血糖检验中快速血糖仪与常规生化仪的检验结果分析[J]. 生物化工,2021,7(01):99-101.

[5]郭楠. 血液样本生化检验对糖尿病患者血糖水平检测的应用价值探讨[J]. 中国实用医药,2020,15(32):89-90.

[6]吴远芬. 常规尿液检验与生化检验在糖尿病诊断中的应用价值比较[J]. 医学食疗与健康,2020,18(16):177-178.

[7]孙天丹,陆仕勇. 糖尿病诊断中生化检验指标的临床效果研究[J]. 中国继续医学教育,2020,12(09):85-86.

[8]唐莫宗,黄堃,吕国红,等. 血液样本生化检验在糖尿病患者血糖水平测定中应用价值[J]. 临床军医杂志,2020,48(02):177-178.

[3]王彦霞. 他汀联合非他汀类药物超高危 ASCVD 患者 LDL-C 的临床研究[D]. 长江大学,2021.

[4]黄村榕,刘炜达,杨进刚,许海燕,高晓津,赵延延,王杨,李卫,杨跃进. 中国 ST 段抬高型心肌梗死患者初始他汀类药物用药强度与远期预后的相关性研究[J]. 中国循环杂志,2020,35(06):560-565.

[5]吕平. 他汀治疗冠心病患者载脂蛋白 E 基因多态性与缺血性脑卒中关系[D]. 南昌大学,2020.

[6]高璐,李璐,赵红丽,张晓丹,于森. 中等强度他汀类药物不同 ApoE 基因型 ACS 合并糖尿病的临床疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2020,18(08):1185-1188.

[7]黄村榕. 他汀的使用情况及多效性对 ST 段抬高型心肌梗死患者预后影响研究[D]. 北京协和医学院,2020.

[8]卢青,陶雪飞,程标,王丹,孙颖. 他汀类药物对高龄动脉粥样硬化性心血管疾病患者衰弱程度的影响研究[J]. 中华老年医学杂志,2019,(03):309-311.

[9]2 型糖尿病合并血脂异常的他汀类药物专家共识(基层版)[J]. 中华糖尿病杂志,2017,9(12):736-739.

[10]郭胜红,汪延安,孙文武,万书平,孙治华,杨广龙,朱丽华. 两种中等强度他汀类药物方案治疗高脂血症的成本-效果分析[J]. 中国药房,2017,28(26):3610-3613.

高压氧治疗糖尿病足溃疡对患者创面愈合及负性情绪的影响

戚永花 赵波

青岛市城阳区人民医院 山东省青岛市 266109

摘要：目的：分析高压氧治疗糖尿病足的临床疗效。方法：选取2019年2月-2021年2月100例医院收治糖尿病足患者，随机分为两组。对照组采取常规治疗方法，观察组则在对照组基础上加入高压氧治疗。比较两组治疗不同时间创面面积的变化，并观察两组患者治疗前后负性情绪的变化。结果：①观察组在第1、2、3、4疗程的创面面积分别为 (36.4 ± 4.5) cm²、 (28.0 ± 3.2) cm²、 (16.0 ± 2.0) cm²、 (6.2 ± 0.4) cm²，对照组在第1、2、3、4疗程的创面面积分别为 (40.5 ± 6.8) cm²、 (34.1 ± 5.1) cm²、 (22.4 ± 3.5) cm²、 (15.8 ± 2.1) cm²，观察组治疗不同时期创面面积均小于对照组（ $P < 0.05$ ）；②观察组治疗前后HAMA评分分别为 (29.5 ± 5.4) 分和 (17.6 ± 3.2) 分，HAMD评分分别为 (30.6 ± 5.5) 分和 (18.6 ± 3.1) 分，对照组治疗前后HAMA评分分别为 (29.4 ± 5.3) 分和 (22.4 ± 4.5) 分，HAMD评分分别为 (30.5 ± 5.8) 分和 (23.7 ± 4.5) 分，观察组负性情绪变化高于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：高压氧在常规糖尿病足治疗方案基础上的应用，能够加速患者足部溃疡创面愈合，改善患者的负面情绪，值得推广使用。

关键词：高压氧；糖尿病足；创面愈合；负性情绪

Effect of hyperbaric oxygen treatment on wound healing and negative emotion of diabetic foot ulcer

[Abstract] : Objective: To analyze the clinical efficacy of hyperbaric oxygen in the treatment of diabetic foot. Methods: A total of 100 patients with diabetic foot admitted to hospital from February 2019 to February 2021 were selected and randomly divided into two groups. The control group was treated with conventional treatment, and the observation group was treated with hyperbaric oxygen. The changes of wound area were compared between the two groups at different time of treatment, and the changes of negative emotion were observed before and after treatment. Results: ① In the observation group, the wound area of the first, second, third and fourth courses were (36.4 ± 4.5) cm², (28.0 ± 3.2) cm², (16.0 ± 2.0) cm², (6.2 ± 0.4) cm², respectively. The wound area in the control group was (40.5 ± 6.8) cm², (34.1 ± 5.1) cm², (22.4 ± 3.5) cm² and (15.8 ± 2.1) cm² in the first, second, third and fourth courses, respectively. The wound area in the observation group was smaller than that in the control group at different stages of treatment ($P < 0.05$). ② HAMA scores were (29.5 ± 5.4) points and (17.6 ± 3.2) points, HAMD scores were (30.6 ± 5.5) points and (18.6 ± 3.1) points in the observation group before and after treatment, and HAMA scores were (29.4 ± 5.3) points and (22.4 ± 4.5) points in the control group before and after treatment. HAMD scores were (30.5 ± 5.8) points and (23.7 ± 4.5) points, respectively. The change of negative emotion in observation group was higher than that in control group ($P < 0.05$). Conclusion: The application of hyperbaric oxygen on the basis of conventional diabetic foot treatment can accelerate the healing of foot ulcer wounds and improve the negative emotions of patients, which is worth popularizing.

【 Key words 】 : hyperbaric oxygen; Diabetic foot; Wound healing; Negative emotions

糖尿病足是糖尿病并发症中比较危重的一种，也是造成糖尿病患者残疾、死亡的重要原因。该病发生病理基础为下肢血管与神经病变，引起足部感染、溃疡和深部组织破坏^[1]。随着现代人们生活水平的提升、老年人口的增长，该病发生率不断升高，我国糖尿病患者已经超过一亿，因此糖尿病足的脸发生率也不断升高。其多发生于病程长、血糖控制不佳的老年糖尿病患者，且由于创面感染、缺血缺氧等因素的影响，愈合速度慢，容易形成难愈性创面，增加坏疽发生率^[2]。因此需要尽早采取有效的治疗措施，降低糖尿病足患者的残疾率。高压氧治疗是指让患者进入高压氧舱内持续吸入纯氧，从而提高身体的氧含量，有助于疾病康复、创面愈合^[3]。现代医学已经证实通过提高创面的含氧量，能够改善组织渗出情况，减轻周围水肿症状，从而缩短创面愈合时间^[4]。为了观察高压氧的应用效果，

文章选取100糖尿病足患者，报道如下。

1. 资料与方法

1.1 临床资料

选取2019年2月-2021年2月100例医院收治糖尿病足患者，随机分为两组。观察组男33例，女17例；年龄41~81岁，平均 (61.3 ± 5.2) 岁；病程2~14年，平均 (4.6 ± 1.2) 年。对照组男30例，女20例；年龄42~78岁，平均 (60.8 ± 5.8) 岁；病程4~15年，平均 (4.8 ± 1.4) 年。入选标准：符合《中国糖尿病足诊治指南》关于糖尿病足的诊断标准；患者和家属对本次研究知情并签署同意书。排除标准：合并恶性肿瘤、免疫系统疾病的患者。

1.2 方法

对照组采取常规治疗方法，包括彻底清创、血糖血压血脂控制、扩血管、神经营养、抗感染以及负压封闭引流等治疗方法。

观察组则在对照组基础上加入高压氧治疗，让患者进入高压氧舱，面罩吸入纯氧 90min，间断 2 次，间断休息时间为 10min，1 天 1 次，1 周为 1 个疗程，连续治疗 4 个疗程。

1.3 观察指标

比较两组治疗不同时间创面面积的变化，并观察两组患者治疗前后负性情绪的变化。本次研究负性情绪评价采用汉密尔顿焦虑量表以及汉密尔顿抑郁量表评价。

1.4 统计学分析

采用 SPSS22.0 统计学软件进行统计学分析， $P<0.05$ 时为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组治疗不同时间创面面积的变化

观察组治疗不同时期创面面积均小于对照组 ($P<0.05$)，见表 1。

表 1 两组治疗不同时间创面面积的变化 (cm²)

组别	第 1 疗程	第 2 疗程	第 3 疗程	第 4 疗程
观察组	36.4±4.5	28.0±3.2	16.0±2.0	6.2±0.4
对照组	40.5±6.8	34.1±5.1	22.4±3.5	15.8±2.1
t 值	5.134	5.215	5.222	5.325
P 值	0.041	0.042	0.042	0.043

2.2 两组患者治疗前后负性情绪的变化

观察组负性情绪变化高于对照组 ($P<0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后负性情绪的变化 (分)

组别	HAMA 评分		HAMD 评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	29.5±5.4	17.6±3.2	30.6±5.5	18.6±3.1
对照组	29.4±5.3	22.4±4.5	30.5±5.8	23.7±4.5
t 值	1.105	5.325	1.117	5.234
P 值	0.101	0.043	0.102	0.042

3. 讨论

近些年来随着糖尿病发生率的不断升高，糖尿病并发症临床发生率也不断升高。糖尿病足作为糖尿病常见并发症，其发生与多种因素相关。根据流行病学研究指出，有 10~15% 的糖尿病患者出现糖尿病足，且有 1% 的患者需要截肢治疗，从而导致患者残疾。诱发糖尿病足的危险因素有很多，包括血糖控制效果不佳、周围神经及血管病变、足部外伤等，容易引起足

部溃疡。该病的发生对患者的正常生活造成较大的威胁，增加家庭社会负担。该病多发生于老年患者，由于血管、神经病变，创面缺血缺氧严重，容易合并感染，因此创面愈合时间也较长，需要寻找有效的治疗措施。

创面的愈合是一个复杂过程，需要经过炎症期、肉芽生长期、上皮组织形成期，炎症期由于血管通透性提高，中性粒细胞与单核细胞渗出创面，氧气被多种细胞因子消耗，从而促进细胞增殖，并且还可以促进生长因子的分泌。肉芽生长期由于血管生成，能够形成新生血管网络，促使内皮细胞快速生长。进入上皮组织形成期之后，成纤维细胞逐渐转变为胶原纤维，血管网络也逐渐退化，从而形成上皮组织。目前临床对于糖尿病足的治疗主要是围绕加速创面愈合出发，例如负压封闭引流技术能够封闭创面，并持续引流创面分泌物，为创面生长提供更好的环境。但是也有研究指出，该方法会导致局部组织氧分压下降，影响氧气在创面中的弥散，加重创面缺氧情况，影响了创面的愈合速度，因此需要通过改善创面氧分压情况，进一步加速创面愈合。

高压氧治疗是现代新型治疗方法，对于各种缺氧引起的疾病有着较好的改善作用。糖尿病患者本身存在微循环障碍，加上创面感染，会加重创面缺氧情况，因此在常规治疗的基础上加入高压氧治疗，能够进一步改善患者的全身氧含量情况，改善创面缺氧情况，加速创面愈合，达到优势互补的效果，为糖尿病足临床治疗提供新的方法。高压氧治疗能够提高患者全身的氧含量水平，加速组织和血液中的氧气弥散，进一步促进血管生长因子以及其他细胞因子的表达，加速血管新生以及上皮组织形成，从而加速创面愈合。本次研究中观察组治疗不同时期创面面积均小于对照组 ($P<0.05$)；观察组负性情绪变化高于对照组 ($P<0.05$)，由此可见高压氧治疗能够加速创面愈合，改善患者的负面情绪。

综上所述，高压氧在常规糖尿病足治疗方案基础上的应用，能够加速患者足部溃疡创面愈合，改善患者的负面情绪，值得推广使用。

参考文献：

[1]唐才良,晁生武,李毅,等. 负压封闭引流技术联合高压氧治疗糖尿病足的临床疗效分析[J]. 中华损伤与修复杂志(电子版),2019,14(1):39-45.

[2]韩梅,苏俊平,刘欣荣,等. 高压氧联合硫酸注射液治疗糖尿病足的临床疗效及对血管生成因子的影响[J]. 河北医学,2018,24(11):1829-1833.

[3]崔俊芳,任荣. 高压氧联合西洛他唑治疗糖尿病足患者的疗效及对血清胰岛素样生长因子 1 的影响[J]. 中华航海医学与高气压医学杂志,2019,26(2):116-119.

锁定钢板与双切口双钢板内固定治疗复杂胫骨平台骨折的临床疗效对比观察

苏新杰

北京市垂杨柳医院骨一科 100022

摘要：目的：探究分析在对复杂胫骨平台骨折进行治疗时，将锁定钢板、双切口双钢板内固定应用于患者治疗中的效果，分析其临床可应用价值。方法：将 2018 年 1 月至 2021 年 3 月作为本次研究实验时段调选该时段数据库内资料，登记有效的复杂胫骨平台骨折患者 48 名作为本次研究对象，本次研究采用对照实验开展，对照组与实验组由医务人员对其基本资料进行均分，组内设置 24 名患者。对照组患者在接受治疗时采用锁定钢板进行治疗，实验组患者在治疗过程中选择双切口双钢板内固定作为治疗方案，在对患者进行治疗后，记录所有患者的手术时间、术中出血量以及术后愈合状况，同时记录患者在手术后的不良反应，分析患者的手术质量。结果：本次研究结果中发现实验组患者的各项手术指标相较于对照组来说明显更优，两组数据经对比分析差异显著，且存在统计学意义（ $P < 0.05$ ）。在本次实验中，两组患者手术后均有不同程度的不良反应发生状况，实验组患者的发生率为 1（4.17%），对照组患者的发生率为 4（16.67%），两组数据进行对比分析差异显著且具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：在进行复杂胫骨平台骨折患者的临床治疗时，将双切口双钢板内固定应用于患者的治疗中有助于改善患者的手术质量，同时还能在一定程度上降低患者手术后的不良反应发生率，是目前临床上对复杂胫骨平台骨折进行治疗最先进的一种方式，具有良好的效果，值得推广。

关键词：双切口双钢板内固定；复杂胫骨平台骨折；治疗方案；临床研究

胫骨平台骨折占全部骨折的 4% 左右，近年来这类骨折的类型逐渐增多，复杂胫骨平台骨折数量较多，并且闭合复位较为困难，患者在发病后可能会出现半月板以及韧带损伤的情况。复杂胫骨平台骨折类型较多，这种病情的发生主要是由高能量暴力所导致的，患者往往伴随有半月板损伤以及膝关节不稳定的情况，而如何对患者进行有效的整治，是目前临床研究的一项重点内容^[1]。胫骨平台骨折属于一种关节内骨折，这种病情的发生往往是由高能量暴力所导致的。如果在对患者进行治疗以及处理时效果不佳，则有可能引发患者出现关节不稳定的情况，严重时，还有可能引发合并症，出现半月板或韧带损伤而引发患者出现膝关节功能障碍的情况，患者晚期则发生于膝关节退行性病变^[2]。医务人员进行手术方案的选择时，需要加以重视了解患者的临床特点，并合理选择现代化的内固定微创手术方案，只有这样才能使患者的治疗效果得到提升，降低骨折对患者机体功能产生的影响^[3]。本次研究中将 2018 年 1 月至 2021 年 3 月作为本次研究实验时段调选该时段数据库内资料，登记有效的复杂胫骨平台骨折患者 48 名作为本次研究对象，探究分析在对复杂胫骨平台骨折进行治疗时，将锁定钢板、双切口双钢板内固定应用于患者治疗中的效果，分析其临床可应用价值，分析其临床可应用价值。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

将 2018 年 1 月至 2021 年 3 月作为研究时段，在该时段将我院中收入 48 名出现复杂胫骨平台骨折的患者进行研究，对患者进行随机两组均分，单组内设置 24 名患者，对照组患者年龄介于 23-36 岁之间，平均年龄

（25.3±2.8）岁，对照组中包含男性患者 14 名和女性患者 10 名。实验组患者年龄介于 23-36 岁之间，平均年龄（25.3±2.8）岁，实验组中包含男性患者 12 名和女性患者 12 名。

纳入标准：本次研究患者资料符合实验标准；患者知晓自身资料被调取可能性；所有患者入院后，临床经确诊为复杂胫骨平台骨折；患者认知功能正常，可接受后续的随访调查。

排除标准：患者入院时存在严重原发性疾病或器质性疾病；患者基本资料不满足本次实验要求；患者由于主观因素可能无法进行后续的实验调查或参加后续随访。

本次研究，经医学伦理委员会审核后批准通过，医务人员对患者基本资料进行统计确认后，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 方法

对照组：患者在麻醉生效后，取胫骨平台前外侧切口，在充分暴露膝关节及胫骨髁后，先将膝关节内的淤血进行有效的清除。在彻底清除淤血后，确定患者的胫骨平台关节参照平面。根据患者骨折的实际状况，对患者进行相应手术处理。对于没有单纯塌陷或者轻度移位的患者，采用直视下复位结合骨盆钳加压的方式进行复位；对于出现局部塌陷的骨折，采用顶棒给予关节面的有效复位，松质骨缺损部分采用髂骨取骨植骨或人工骨填充；而对于合并塌陷并旋转移位的骨折，需采用骨刀在患者的骨折平台下 8~12mm 部位开骨窗，在纠正骨块旋转移位后，应用杠杆原理将其抬起直至恢复关节面高度，克氏针对其进行临时固定，然后取患者髂骨进行填

塞以及压实。在 C 臂机的透视下观察患者关节表面复位状况，再沿胫骨干方向紧贴骨面插入长度合适的锁定加压钢板进行固定。

实验组：患者在麻醉生效后，取胫骨平台骨折较为严重的一侧做切口，此一侧切口相对较大，需暴露膝关节及胫骨平台一侧髁部，便于确认关节面复位参照平面以及骨折的处理。如骨折粉碎以内侧为主，需首先行内侧切口，劈开鹅足，剥离周围软组织，显露内侧关节囊及平台内侧髁骨折。直视下将内侧骨折块复位，并克氏针临时固定。而后采用有限接触加压钢板贴附骨面插入，锁紧螺钉对其进行有效固定。而后在外侧行小切口，应用骨膜起子、骨刀。克氏针等手段，对外侧较轻骨折进行复位并临时固定，骨盆钳夹持进行加压，透视确认内外侧平台高度恢复且高度一致后，经切口插入胫骨外侧平台解剖型锁定钢板进行固定。对于胫骨平台外侧骨折严重者，先取胫骨平台前外侧切口，暴露患者的胫骨外侧髁部及膝关节外侧关节囊，同样利用骨折窗，应用骨刀，将患者塌陷的关节面翘起至高度恢复，骨缺损部分取髂骨植骨并压实，克氏针临时固定。透视下确认关节面恢复高度后，插入胫骨外侧平台解剖型锁定钢板进行固定。而后在胫骨内侧髁切小切口，应用骨膜起子、骨刀、克氏针等手段，对内侧骨折进行复位，同时骨盆钳夹持进行加压。透视确认内外侧平台高度恢复且高度一致后，经切口插入胫骨平台内侧解剖型锁定钢板进行固定。

1.3 评价标准

在手术完成后，对患者的各项手术指标进行记录，其中包含患者手术时间、术中出血量、切口的愈合时间以及患者在手术后的不良反应发生状况。

1.4 统计学方法

数据统计软件选择 spss 19.0，确认两组患者 T、X² 检验值，判断检验值与 P 值之间的关联性，借此对本次研究结果中指标进行评估，确认两组是否存在统计学差异。

2 结果

2.1 两组患者的手术指标对比

本次研究结果中发现实验组患者的各项手术指标相较于对照组来说明显更优，两组数据经对比分析差异显著，且存在统计学意义（P<0.05）。

表 1 两组患者的手术指标对比

组别	手术时间（min）	术中出血量（ml）	愈合时间（d）
实验组 (n=24)	36.63±2.32	60.54±1.26	31.25±1.63
对照组 (n=24)	49.11±1.85	89.63±1.96	42.15±7.41
T	8.5947	9.5292	8.4789
P	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 两组患者的不良反应发生状况对比

在本次实验中，两组患者手术后均有不同程度的不良反应发生状况，实验组患者的发生率为 1（4.17%），对照组患者的发生率为 4（16.67%），两组数据进行对比分析差异显著且具有统计学意义（P<0.05）。

表 2 两组患者的不良反应发生状况对比

组别	创口感 染	关节活动受 限	骨折恢复状态 差	总发生 率
实验组（n=24）	1	2	0	12.50%
对照组（n=24）	2	3	1	25.00%
X ²	-	-	-	8.5948
P	-	-	-	0.0000

3 讨论

胫骨平台骨折属于一种关节内长时间骨折，这种病情的发生往往是由高能量暴力所导致的，如果在对患者进行治疗以及处理时效果不大，则有可能引发患者出现关节不稳定的情况，严重时^[4]，还有可能引发患者合并，出现半月板或韧带损伤而引发患者出现膝关节功能障碍的情况，患者晚期则发生于膝关节退行性病变。随着现代骨科的不断发展，以及对胫骨平台骨折研究的不断深入，现代治疗方案在不断地改进和完善，患者的临床治疗理念也在不断更新，医务人员需要了解这种疾病的特点，并对治疗方案进行优化，只有这样才能够使我国胫骨平台骨折的临床治疗得到保障。胫骨平台骨折在临床上属于一种较为常见的骨折类型，而医务人员在对患者的病情进行分析时，需要了解患者的个体特征。膝关节是人体关节中最大的关节，在暴力的作用下容易出现骨折和脱位的情况，在胫骨平台的解剖结构上，胫骨平台主要包含内侧平台、外侧平台以及髁间嵴组成。胫骨的上端呈现膨大的特点，周围的皮质整体来说较为薄弱，容易出现骨折的状况，而胫骨外侧平台的骨密度相较于内侧来说更低，并且相对于股骨外髁向外突出大约 0.5 公分容易出现边缘劈裂骨折以及压缩性骨折，而髁间是前交叉韧带以及后交叉韧带的整体附着点，内侧具有副韧带的附着点，当患者出现骨折时，十分容易出现伴随骨折损伤的情况，对于患者的机体功能会产生极大的影响。胫骨平台骨折属于一种膝关节内骨折，在老年性骨折中占比大约为 8%，多是由于内外翻暴力或垂直压缩暴力改变了患者的胫骨关节的解剖结构以及轴向对线，导致患者的胫骨平台关节面出现不同程度的塌陷，甚至患者的正常关节轴线会出现丧失复杂胫骨平台骨折在临床上主要是在外界的综合作用下所导致的。常常伴随存在关节软骨以及膝关节前后交叉韧带或内外侧半月板的损伤，如果在对患者进行治疗时治疗不当，则会极大的影响患者的机体功能，导致患者出现关节功能活动障碍，所以医务人员需要引起高度重视，给予患者有效的综合治疗病案要求，为患者采用合适的诊断方式，以明确患者的病情。

双切口双钢板内固定方案能够获得较为满意的疗效，这种手术方案在

（下转第 83 页）

布地奈德混悬液与特布他林雾化液雾化吸入治疗 学龄前儿童肺炎支原体肺炎临床分析

田春馨 杭永红^{通讯作者}

南京市浦口区中医院 211800

摘要：目的：通过对小儿肺炎支原体肺炎进行临床分析，采用布地奈德混悬液与硫酸特布他林雾化吸入治疗，并进行效果的探究。方法：选取时间在 2020 年 1 月到 12 月的 66 例患儿，分为两组。结果：对比两组患儿治疗后的有效率。观察组肺炎支原体肺炎患儿中整体治疗有效率为 96.9%，对照组肺炎支原体肺炎患儿有效率为 78.8%，经比较 $t=5.1207$ ， $P=0.0236$ 。观察组患儿的咳嗽、退热、肺啰音症状消退时间均短于对照组。观察组症状中特征分别为 3.7 ± 1.2 d、 1.2 ± 0.4 h、 4.9 ± 0.8 d、 7.5 ± 0.9 d。对照组肺炎支原体肺炎患儿中其以上指标分别为 6.5 ± 1.4 d、 2.7 ± 0.5 h、 7.6 ± 1.4 d、 8.9 ± 2.1 d ($t=9.6039$ 、 14.8159 、 10.5902 、 3.8754) P 均小于 0.05。通过对两组患者进行血清炎症因子的分析，其中对照组患者中白细胞介素-6 为 9.35 ± 1.34 ，超敏 C 反应蛋白为 5.23 ± 1.09 ，IL-18 为 14.20 ± 1.23 。观察组患者中其中白细胞介素-6 值为 24.90 ± 3.56 ，超敏 C 反应蛋白为 12.45 ± 2.01 ，IL-18 为 43.09 ± 3.24 。结论：对肺炎支原体肺炎患儿采用布地奈德混悬液与硫酸特布他林雾化吸入治疗，能够有效改善患儿肺功能，具备良好效果，值得推广。

关键词：布地奈德混悬液；支原体肺炎；硫酸特布他林雾化液

小儿支原体肺炎主要是由于肺炎支原体引起的急性呼吸道感染，其疾病多发。同时临床症状以发热咳嗽、肺部出现湿啰音^[1]等为主。由于患儿之间个体差异较大，导致部分患儿的炎症难以控制，容易出现后遗症。对于其肺炎支原体来说主要存在于机体纤毛上皮，主要通过受体位点进行呼吸道上皮细胞的病原体吸附。病原体及代谢产物会引发机体免疫功能异常，产生病理反应，因此应通过对局部炎症反应进行抑制，从而进行免疫功能调节^[2]。在现阶段由于抗生素的不规范使用导致肺炎逐渐增多，主要是由于非典型病原菌引起的，作为当前小儿呼吸系统常见的疾病，因此为了提高整体治疗效果，通过在临床上采用布地奈德混悬液与硫酸特布他林雾化吸入治疗的方式。

1、所用材料与方法

1.1 所用材料

选取时间在 2020 年 1 月到 12 月的 66 例学龄前患儿，随后将其分为一般组和观察组，患儿中男童人数为 38 例，女童人数为 28 例。其中患儿年龄处在 3~5 岁之间，平均年龄为 4.2 ± 1.4 岁。纳入标准：第一，符合当前小儿支原体肺炎的临床诊断标准，临床表现为乏力、发热咳嗽的同时带有少量粘液。第二，患儿将胸部影像学诊断检查表现为浸润型，同时呈阶段性分布，由肺门向外延伸，弥漫网状影。第三，患儿年龄在 3~5 岁之间。第四，患儿近半月内未使用过糖皮质激素类药物^[3]。

1.2 方法

在患儿入院后首先采用基本方式进行患儿治疗，对于一般组和观察组来说采用不同的方式。一般组患儿仅采用常规药物治疗。观察组患儿则使用布地奈德混悬液联合硫酸特布他林雾化吸入治疗。在患儿入院治疗之后使用 2ml 布地奈德混悬液，与 1ml 硫酸特布他林雾化液，加入到雾化器之内，并使用氧气进行驱动，流量为 6-8 l/min，在面罩加压雾化吸入，使得患儿进行持续性吸入 10-15min。每日进行 2 次^[4-5]。

1.3 观察指标

(1) 治疗效果：有效：患儿肠鸣音、肺功能明显改善。显效：患儿症状缓解，FEV1%在 60%以上。无效：患儿的情况并未控制。

(2) 患儿的咳嗽、退热、肺啰音症状消退时间。

1.4 统计学分析

用 spss19.0 统计学软件处理本次研究数据，t 值检验计量资料，卡方检验计数资料，P 值判定组间差异，($P<0.05$) 具有统计学意义。

2. 结果

2.1 对比两组患儿治疗后的有效率。观察组肺炎支原体肺炎患儿中整体治疗有效率为 96.9%，对照组肺炎支原体肺炎患儿有效率为 78.8%，经比较 $t=5.1207$ ， $P=0.0236$ 。

表 1.对比两组患儿治疗后的有效率 (%)

分组	例数 (n)	有效	显效	无效	有效率 (%)
观察组	33	20	11	2	31 (93.93)
对照组	33	19	8	6	27 (81.81)
χ^2	—	—	—	—	5.1709
P	—	—	—	—	0.0264

2.2 对比两组患儿各项症状的消退时间

观察组患儿的咳嗽、退热、肺啰音症状消退时间均短于对照组。观察组症状中特征分别为 3.7 ± 1.2 d、 1.2 ± 0.4 h、 4.9 ± 0.8 d、 7.5 ± 0.9 d。对照组肺炎支原体肺炎患儿中其以上指标分别为 6.5 ± 1.4 d、 2.7 ± 0.5 h、 7.6 ± 1.4 d、 8.9 ± 2.1 d ($t=9.6039$ 、 14.8159 、 10.5902 、 3.8754) P 均小于 0.05。

表 2.对比两组患儿各项症状的消退时间 (x±s)

分组	例数 (n)	咳嗽消退时间 (d)	退热时间 (h)	肺啰音消失时 间(d)	住院时间(d)
观察组	33	3.7 ± 1.2	1.2 ± 0.4	4.9 ± 0.8	7.5 ± 0.9
对照组	33	6.5 ± 1.4	2.7 ± 0.5	7.6 ± 1.4	8.9 ± 2.1
T	—	9.6039	14.8159	10.5902	3.8754
P	—	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 通过对两组患者进行血清炎症因子的分析，其中对照组患者中白细胞介素-6 为 9.35 ± 1.34 ，超敏 C 反应蛋白为 5.23 ± 1.09 ，IL-18 为 14.20 ± 1.23 。观察组患者中其中白细胞介素-6 值为 24.90 ± 3.56 ，超敏 C 反应蛋白为 12.45 ± 2.01 ，IL-18 为 43.09 ± 3.24 。经比较， $t=8.406$ 、 9.468 、 11.436 ， P 均

<0.05。

表 3.对照组和观察组血清炎症因子比较

组别	例数	白细胞介素-6	超敏 C 反应蛋白	IL-18
对照组	33	9.35±1.34	5.23±1.09	14.20±1.23
观察组	33	24.90±3.56	12.45±2.01	43.09±3.24
t	-	8.406	9.468	11.436
P	-	p<0.05	p<0.05	p<0.05

3、讨论

作为当前临床上一种婴幼儿致死常见疾病，小儿肺炎较为常见，其中以支原体肺炎（MP）最为显著。小儿肺炎支原体肺炎（MPP）以春季多发，四季均常见，在感冒、伤风、咽炎后累及呼吸道感染从而出现，除此之外经常和麻疹、腮腺炎合并出现。临床症状表现为发热、困难、咳嗽重现象。肺炎支原体肺炎作为一种急性呼吸道感染累及肺炎，一般情况下以幼儿常见，症状轻重不一同时容易引发器官受损，并包含肺部并发症。在临床进行诊断的过程中将会出现器官受损情况，MPP 临床表现为发热、喘息等^[6]。多数患儿存在肺部湿啰音、呼吸道黏膜上皮受体吸附，在多重症状下引发上皮细胞受损，并出现分泌排泄障碍。

肺炎支原体作为肺炎的主要病原，作为一种介于病毒和细菌间的生物，一般情况下将会累积皮肤以及多系统病变^[7-8]。MPP 作为 MP 引起的慢性炎症，发病机制主要包含以下几个方面：第一，支原体黏附。就相关研究表明，肺炎支原体黏附是导致繁殖的首要条件，当肺炎支原体进入呼吸道后，在呼吸道黏膜上皮细胞上进行黏附，引起细胞损伤。PI 蛋白作为主要黏附蛋白，具有较强烈抗原性，在和表面分子进行结合的同时，能够促进白介素的分泌造成损伤。第二，支原体侵入。根据相关研究表明，主要致病原体即为肺炎支原体，但经相关最新研究指出：一些和肺炎支原体的相关的种类体系，例如穿透、发酵病原体都能够和肺炎支原体进行结合，从而融入宿主细胞，在此发展过程中将会使宿主细胞酶活性降低，导致宿主细胞溶解死亡^[9]。第三，肺炎支原体将会造成细胞毒性损伤。经相关研究表明，肺炎支原体不能分泌细胞毒素，但其中的致病因素因此能够造成哺乳动物死亡，除此之外 mpn372 在损伤肺表面活性物质相关蛋白的过程中，穿过宿主屏障还将会吞噬把细胞在细胞凋亡的过程中引起细胞表面受体结合，吞噬巨噬细胞、淋巴细胞降低抵抗力。在细胞氧化的过程中，由于释放过氧化氢和超氧游离基，将会导致人体呼吸道上皮产生一定的反应，从而出现细胞肿胀、细胞脱落的现象，在细胞因子的作用下，肺炎支原体作为抗原在细胞以及单核细胞浸润的过程中导致细胞因子的释放，在此过程中血清 IL-8 水平明显提升。

布地奈德作为一种糖皮质制剂，能够有效改善患儿的炎性反应，并且对于支气管平滑肌收缩具有抑制作用，能够有效降低气道阻力。而硫酸特布他林雾化液作为一种肾上腺素能受体激动剂，同样可对患儿的炎性反应产生抑制作用，进行稳定肥大细胞，缓解了平滑肌肌痉挛作用，对于患儿的通气状态得到改善。临床常用机械辅助排痰方式对患儿的肺部血流量进行调节，促进痰液进行排出。而本文通过应用布地奈德混悬液与硫酸特布他林雾化液吸入治疗，具备良好效果，能够有效改善患儿临床症状。其中主要作用为清除病原菌、延缓了疾病进展情况。并且通过治疗增加了患儿气道内膜纤毛的运动能力，降低了 FeNO 水平^[10]。

本文对比两组患儿治疗后的有效率。观察组肺炎支原体肺炎患儿中整体治疗有效率为 96.9%，对照组肺炎支原体肺炎患儿有效率为 78.8%，经比较 t=5.1207，P=0.0236。观察组患儿的咳嗽、退热、肺啰音症状消退时间均短于对照组。观察组症状中特征分别为 3.7±1.2 d、1.2±0.4h、4.9±0.8d、7.5±0.9d。对照组肺炎支原体肺炎患儿中其以上指标分别为 6.5±1.4 d、2.7±0.5h、7.6±1.4d、8.9±2.1d（t=9.6039、14.8159、10.5902、3.8754）P 均小于 0.05。通过对两组患者进行血清炎症因子的分析，其中对照组患者中白细胞介素-6 为 9.35±1.34，超敏 C 反应蛋白为 5.23±1.09，IL-18 为 14.20±1.23。观察组患者中其中白细胞介素-6 值为 24.90±3.56，超敏 C 反应蛋白为 12.45±2.01，IL-18 为 43.09±3.24。综上所述，对肺炎支原体肺炎患儿采用布地奈德混悬液与硫酸特布他林雾化吸入治疗，能够有效改善患儿肺功能，具备良好效果，值得推广。

参考文献：

[1]陈伟霞,吕爱君,陈维捷.布地奈德混悬液雾化吸入联合布地奈德混悬液序贯治疗小儿肺炎支原体肺炎的效果观察[J].哈尔滨医药,2021,41(02):93-94.

[2]薛志斌,林海滨,李映林.布地奈德混悬液与特布他林雾化液雾化吸入治疗 40 例学龄前儿童肺炎支原体肺炎临床分析[J].上海医药,2019,40(23):25-27+34.

[3]张桂欣.布地奈德混悬液和复方异丙托溴铵溶液雾化吸入对肺炎支原体肺炎患儿肺功能及炎症因子和预后的影响[J].新乡医学院学报,2019,36(12):1171-1174.

[4]王亚君,喜雷,齐孟瑚,刘秀云,卢旭.布地奈德混悬液与特布他林雾化液雾化吸入治疗学龄前儿童肺炎支原体肺炎临床分析[J].解放军预防医学杂志,2019,37(05):89-90.DOI:10.13704/j.cnki.jyyx.2019.05.044.

[5]吕晓娟,汤卫红,沈道江,王惠庭,刘伟,管敏昌.布地奈德联合布地奈德混悬液序贯疗法对儿童肺炎支原体肺炎肺功能及炎症因子的影响[J].中华全科医学,2019,17(04):594-596+677.DOI:10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.000744.

[6] noor gu li, in accordance with the mill, Wu Bing bamboo. Azithromycin joint budesonide suspension liquid atomization inhalation in the treatment of infantile pneumonia mycoplasma pneumonia of 53 cases of clinical observation [J]. Journal of clinical medicine literature

[7]林金亮,邱雪文,杨华.布地奈德混悬液雾化吸入联合布地奈德混悬液治疗小儿肺炎支原体肺炎的临床效果观察[J].临床合理用药杂志,2018,11(29):87-88.DOI:10.15887/j.cnki.13-1389/r.2018.29.056.

[8]关瑞宁.布地奈德混悬液联合布地奈德混悬液和可必特雾化吸入治疗肺炎支原体肺炎 78 例疗效观察[J].海峡药学,2015,27(03):124-125.

[9] Guo Jianyi, lily. Budesonide suspension liquid terbutaline sulfate atomized liquid joint isopropyl Joe bromide aerosol atomization inhalation of treating child mycoplasma pneumonia curative effect observation [J]. Journal of shanxi medical journal, 2012, 9 (11) : 1098-1099.

[10]李亚红.吸入用布地奈德混悬液联合大环内酯类抗生素治疗儿童肺炎支原体肺炎疗效观察[J].中国基层医药,2010(23):3281-3282.

恩替卡韦治疗慢性乙型肝炎合并脂肪肝的疗效观察

赵波 戚永花

青岛市城阳区人民医院 山东省青岛市 266109

摘要：目的：分析恩替卡韦治疗慢性乙型肝炎合并脂肪肝的应用价值。方法：选取2019年4月-2021年6月78例医院收治慢性乙型肝炎合并脂肪肝患者，入选患者均给予瑞舒伐他汀联合恩替卡韦治疗，比较本组患者治疗前后HBV-DNA、肝功能指标和血脂指标的变化。结果：①本组患者治疗后HBV-DNA、AST、ALT均低于治疗前（ $P < 0.05$ ）；②本组患者治疗前TG为（ 2.85 ± 0.85 ）mmol/L、TC为（ 5.52 ± 1.32 ）mmol/L、HDL-C为（ 1.12 ± 0.36 ）mmol/L、LDL-C为（ 3.56 ± 0.76 ）mmol/L，治疗后TG为（ 1.72 ± 0.35 ）mmol/L、TC为（ 4.15 ± 0.78 ）mmol/L、HDL-C为（ 1.81 ± 0.61 ）mmol/L、LDL-C为（ 2.21 ± 0.32 ）mmol/L，本组患者治疗后TG、TC、LDL-C均低于治疗前（ $P < 0.05$ ），治疗后HDL-C高于治疗前（ $P < 0.05$ ）。结论：恩替卡韦能够有效降低HBV-DNA水平，改善慢性乙型肝炎合并脂肪肝患者的肝功能与血脂水平，值得推广使用。

关键词：恩替卡韦；慢性乙肝；脂肪肝

Effect of entecavir on chronic hepatitis B complicated with fatty liver

[Abstract] : Objective: To analyze the application value of entecavir in the treatment of chronic hepatitis B complicated with fatty liver. Methods: A total of 78 patients with chronic hepatitis B complicated with fatty liver admitted to our hospital from April 2019 to June 2021 were selected. All patients were treated with rosuvastatin combined with entecavir, and the changes of HBV-DNA, liver function indexes and lipid indexes in this group were compared before and after treatment. Results: ① After treatment, HBV-DNA, AST and ALT of this group of patients were lower than before treatment ($P < 0.05$). ② Before treatment, TG, TC, HDL-C and LDL-C were (2.85 ± 0.85) mmol/L, (5.52 ± 1.32) mmol/L, (1.12 ± 0.36) mmol/L and (3.56 ± 0.76) mmol/L, respectively. After treatment, TG was (1.72 ± 0.35) mmol/L, TC was (4.15 ± 0.78) mmol/L, HDL-C was (1.81 ± 0.61) mmol/L, LDL-C was (2.21 ± 0.32) mmol/L. In this group, TG, TC and LDL-C were lower after treatment than before ($P < 0.05$), and HDL-C was higher after treatment than before ($P < 0.05$). Conclusion: Entecavir can effectively reduce HBV-DNA level, improve liver function and blood lipid level in patients with chronic hepatitis B complicated with fatty liver, which is worth popularizing.

【 Key words 】 : Entecavir; Chronic hepatitis B; Fatty liver disease

慢性乙肝是由乙型肝炎病毒感染引起的慢性肝病，多由于急性肝炎迁延转变而来，该病若不及时治疗，容易发展为肝硬化，威胁患者健康安全^[1]。根据我国疾控中心调查报告指出，近些年来我国慢性乙肝发生率呈下降趋势，但是非酒精性脂肪肝病在临床的发生率逐渐升高，成为临床常见慢性肝病，威胁社会公共健康安全^[2]。目前脂肪肝已成为慢性肝病发生率首位的疾病，这与现代社会经济快速发展、人们饮食习惯与生活方式改变有密切的相关性。慢性乙肝与脂肪肝都是我国常见肝病，因此有部分患者存在合并发生的情况。临床研究认为两种疾病之间存在相互作用、相互影响的机制，例如慢性乙肝发生后加速肝脏脂肪沉积，而肝脏脂肪沉积会降低抗乙肝药物的疗效^[3]。两种疾病合并存在，严重影响患者的肝功能，加速疾病进展。因此需要尽早采取有效的治疗药物，延缓疾病进展。瑞舒伐他汀是一种降脂药物，该药物的应用能够有效改善脂肪肝，提高抗乙肝药物的治疗效果。恩替卡韦作为一种核苷类药物，能够有效抑制HBV-DNA复制，且具有较高的安全性，是慢性乙肝的一线治疗药物。为了观察恩替卡韦的应用价值，文章选取2019年4月-2021年6月78例患者进行随访观察，报道如下。

1. 资料与方法

1.1 临床资料

选取2019年4月-2021年6月78例医院收治慢性乙型肝炎合并脂肪肝患者，其中男43例，女35例；年龄34~68岁，平均（ 46.5 ± 5.4 ）岁。入选标准：①首次确诊的患者，符合《慢性乙型肝炎防治指南(2010年版)》的诊断标准以及《非酒精性脂肪性肝病诊疗指南(2010版)》的诊断标准；②患者签署研究同意书。排除标准：①过往经过抗病毒治疗的患者；②合并免疫系统疾病、药物引起肝功能损伤、甲亢、肝癌的患者。

1.2 方法

入选患者均给予瑞舒伐他汀联合恩替卡韦治疗，睡前口服10mg瑞舒伐他汀片，1天1次；口服0.5mg恩替卡韦片，1天1次。连续用药1年。

1.3 观察指标

比较本组患者治疗前后HBV-DNA、肝功能指标和血脂指标的变化。

1.4 统计学分析

采用SPSS22.0统计学软件进行统计学分析， $P < 0.05$ 时为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 本组患者治疗前后 HBV-DNA 与肝功能指标的差异

本组患者治疗后 HBV-DNA、AST、ALT 均低于治疗前 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 本组患者治疗前后 HBV-DNA 与肝功能指标的差异

时间	HBV-DNA (IU/mL)	AST (U/L)	ALT (U/L)
治疗前	5.92±0.78	93.46±24.35	81.56±15.42
治疗后	3.12±0.52	37.52±7.21	30.12±5.41
t 值	5.134	5.528	5.515
P 值	0.041	0.045	0.045

2.2 本组患者血脂指标的变化

本组患者治疗后 TG、TC、LDL-C 均低于治疗前 ($P<0.05$), 治疗后 HDL-C 高于治疗前 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 本组患者血脂指标的变化 (mmol/L)

时间	TG	TC	HDL-C	LDL-C
治疗前	2.85±0.85	5.52±1.32	1.12±0.36	3.56±0.76
治疗后	1.72±0.35	4.15±0.78	1.81±0.61	2.21±0.32
t 值	5.134	5.254	5.143	5.204
P 值	0.041	0.042	0.041	0.042

3. 讨论

我国是乙肝高发地区, 有超过 1 亿的乙肝病毒携带者, 因此 HBV 感染成为危害社会公共健康的重要问题。近些年来随着我国社会经济的快速发展, 外卖行业的快速发展以及各种网红零食的流行, 加上都市生活节奏快, 人们的运动量减少, 导致脂肪肝发生率不断升高。机体代谢如胰岛素抵抗、高脂血症、肥胖等因素, 在脂肪肝发生中起到了重要的作用。临床中慢性乙肝合并脂肪肝患者的数量不断增长, 引起了临床医学的关注。慢性乙肝与脂肪肝的持续进展会发展为肝硬化, 甚至是肝癌, 因此近些年来临床对于两种疾病合并发生的病理机制展开大量研究, 虽然两者的发病机制不相同, 但是在协同作用下, 会加速肝脏纤维化病变, 促使患者由肝炎发展为肝硬化, 因此需要尽早采取有效的治疗方法。

丙谷转氨酶(ALT)主要储存在肝脏, 且有 90% 的 ALT 集中在细胞浆, 一般情况下血清含量较低。但是肝细胞坏死之后, ALT 从细胞浆进入血液, 使得血清 ALT 水平明显升高, 因此临床将该指标作为肝功能状况的观察指标, 对于肝功能损害较高的敏感性。慢性乙肝患者存在 ALT 升高的特征^[6]。脂肪肝是指肝脏细胞脂肪病变以及脂肪在肝脏沉积的一种慢性肝病, 多由于脂代谢异常引起, 因此脂肪肝患者多存在高胆固醇血症、甘油三酯

偏高等特征, 血脂水平异常升高会导致肝细胞脂肪病变。游离脂肪酸会导致肝功能损伤, 血脂水平升高还会让血液粘稠度升高, 而肝脏功能损伤使得脂肪代谢能力下降, 会加重病情, 导致血清 ALT 进一步升高。慢性乙肝合并脂肪肝患者的血清 AST、ALT 水平要明显高于单纯慢性乙肝患者, 这主要是由于脂肪肝的出现会加重肝功能损伤, 使得 AST、ALT 水平进一步升高。因此可以通过观察这两个指标来评估肝功能状况的变化, 若 AST、ALT 降低, 说明治疗有效。本组患者治疗后 HBV-DNA、AST、ALT 均低于治疗前 ($P<0.05$), 由此可见在瑞舒伐他汀基础上加入恩替卡韦能够进一步抑制 HBV-DNA 水平, 改善患者的肝功能。

抗病毒治疗是慢性乙肝患者基础治疗方案, 但是脂肪肝的出现会降低患者的治疗效果, 这主要是由于脂肪肝会导致肝脏组织结构发生改变, 使得抗病毒药物的生物利用率下降, 导致病毒清除效果降低, 影响了治疗效果, 因此在慢性乙肝合并脂肪肝患者的治疗中, 需要加入降脂药物来确保抗病毒治疗的效果。瑞舒伐他汀是一种降脂药物, 对于脂肪肝、高脂血症以及脑卒中等疾病有着较好的防治效果, 该药物与其他他汀类药物相比有着更好的降脂效果, 且安全性高, 能够有效改善脂肪肝水平, 提高慢性乙肝患者抗病毒治疗效果。目前临床常用的抗病毒药物主要分为干扰素和核苷类药物, 恩替卡韦是核苷类药物, 也是慢性乙肝的一线治疗药物, 该药物见效速度快且持续作用时间长, 临床应用中表现出耐药率低且安全性高的优势, 在抗病毒治疗中具有较好的应用价值。两种药物的联合应用能够改善慢性乙肝合并脂肪肝患者血脂、肝功能状况。本组患者治疗前 TG 为 (2.85±0.85) mmol/L、TC 为 (5.52±1.32) mmol/L、HDL-C 为 (1.12±0.36) mmol/L、LDL-C 为 (3.56±0.76) mmol/L, 治疗后 TG 为 (1.72±0.35) mmol/L、TC 为 (4.15±0.78) mmol/L、HDL-C 为 (1.81±0.61) mmol/L、LDL-C 为 (2.21±0.32) mmol/L, 本组患者治疗后 TG、TC、LDL-C 均低于治疗前 ($P<0.05$), 治疗后 HDL-C 高于治疗前 ($P<0.05$), 由此可见瑞舒伐他汀联合恩替卡韦能够进一步改善患者的血脂水平。

综上所述, 恩替卡韦能够有效降低 HBV-DNA 水平, 改善慢性乙肝合并脂肪肝患者的肝功能, 值得推广使用。

参考文献:

[1]黄娇凤,林苏,王明芳,等. 恩替卡韦治疗慢性乙型肝炎合并非酒精性脂肪性肝病患者的疗效及其对肝组织脂肪变的影响[J]. 实用肝脏病杂志,2018,21(6):863-867.

[2]林万宝,汤展展,杨玲. 恩替卡韦联合水飞蓟宾治疗慢性乙型肝炎合并脂肪肝患者的效果分析[J]. 中国卫生工程学,2018,17(5):787-789.

[3]蒋金艳. 恩替卡韦治疗非酒精性脂肪性肝病合并慢性乙型肝炎的疗效及对胰岛素抵抗的影响[J]. 中国临床新医学,2017,10(7):652-654.

复合脉冲磁性治疗仪辅助治疗小儿支气管肺炎疗效分析

付丽梅

迁西县中医院 河北迁西 064300

摘要：目的：评价复合脉冲磁性治疗仪辅助治疗小儿支气管肺炎疗效。方法：选择 2021 年 3 月到 2022 年 3 月的支气管肺炎患儿 90 例，通过抽签法的形式均分成实验组（45 例：复合脉冲磁性治疗仪+常规治疗）与对照组（45 例：常规治疗），对比治疗效果、症状消失时间、不良反应发生率。结果：实验组（95.55%）的治疗效果高于对照组（80.00%）， $P < 0.05$ 。实验组：咳嗽症状消失时间（ 4.55 ± 0.34 ）、喘憋症状消失时间（ 1.67 ± 0.12 ）、肺部啰音消失时间（ 4.55 ± 0.66 ）。对照组：咳嗽症状消失时间（ 6.89 ± 0.88 ）、喘憋症状消失时间（ 3.44 ± 0.99 ）、肺部啰音消失时间（ 6.88 ± 0.89 ）。对照组的症状消失时间高于实验组， $P < 0.05$ 。对照组的不良反应发生率高于实验组（2.22%）， $P < 0.05$ 。结论：小儿支气管肺炎治疗的过程中采用复合脉冲磁性治疗仪进行辅助性的治疗，不仅能够加快患儿的症状消失时间，还能降低不良反应问题的发生率，提升整体的治疗效果，具有推广应用价值。

关键词：复合脉冲磁性治疗仪；辅助治疗；小儿支气管肺炎

支气管肺炎又被称作是小叶肺炎，通常情况下会使用中西医结合的治疗方式或是综合治疗方式，但是目前在小儿支气管肺炎的治疗过程中会将抗生素作为重要的治疗手段，很容易出现抗生素滥用的现象，导致患儿的身体出现细菌耐药菌株，对治疗工作的有效实施会造成不良影响。而复合脉冲磁性治疗仪在应用的过程中，就能够帮助患儿缩短住院的时间周期，降低抗生素药物的应用量，具有一定的辅助治疗作用和价值。基于此，本文研究复合脉冲磁性治疗仪辅助治疗小儿支气管肺炎的应用效果，旨在为增强小儿支气管肺炎的治疗有效性而提供帮助。

1 基本资料与方法

1.1 基本资料

选入 2021 年 3 月到 2022 年 3 月的支气管肺炎患儿 90 例，通过抽签法的方式均分成实验组和对照组，每组各 45 例。

实验组：年龄区间：3 个月到 13 岁，平均数值（ 4.55 ± 1.22 ）岁。性别：男 25 例，女 20 例。

对照组：年龄区间：3 个月到 12 岁，平均数值（ 4.56 ± 1.23 ）岁。性别：男 24 例，女 21 例。

纳入标准：①经检查所有患儿符合支气管肺炎的诊断标准^[1]；②患儿的家属签署了知情同意书。

排除标准：①不能按照规定参与治疗；②存在接触性皮炎疾病；③合并肺不张或是肺气肿；④有支气管异物；⑤肾脏异常。

所有基本资料使用 SPSS21.0 软件计算，没有统计学差异性， $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组：常规治疗。按照治疗要求和标准为患者进行静脉抗生素滴注，根据症状对症进行退热治疗、化痰治疗、平喘治疗和吸氧治疗等。

实验组：以常规治疗方式为基础，辅助性采用复合脉冲磁性治疗仪设备。①合理进行穴位的选择。如果患儿有咳嗽症状或是喘息症状，就应选

择定喘穴与天穴，如果患儿有咳嗽症状，并且痰液很多，就应选取肺俞穴。

②对皮肤进行清洁处理。在完成治疗穴位的选择工作之后，能按照皮肤清洁消毒的标准要求操作，完成皮肤的清洁消毒之后等待干燥。③待患儿清洁的皮肤位置干燥以后，应在泡棉止水圈之内进行药芯的浸泡，之后将其粘贴在已经选定的穴位上，然后粘连电极终端。完成电极终端的粘连工作之后，就应该对设备的参数进行设定，将设备工作温度控制为零，上 36 摄氏度到零上 37 摄氏度，结合患儿的年龄控制设备工作时间，如若患儿的年龄在三岁以下，就应将加热时间控制为 15 分钟，如若患儿的年龄在三岁到八岁之间，就应将加热时间控制为 20 分钟，如患儿的年龄超出八岁，则需要将加热时间设定为 25 分钟^[2]。④完成治疗工作之后需要将电极终端断开，在患儿穴位上固定药贴，两个小时以后将药贴去除，确保所采用的药物能够被充分吸收。在去除患儿穴位上固定的药贴后，应利用温水进行生理盐水的加温，通过温度适宜的生理盐水进行患儿皮肤的清洁。该治疗方式的应用，每天进行一次，一共治疗三天到五天。需要注意，药贴的成分应为：板蓝根、杏仁、川贝母、柴胡、款冬花，在治疗期间应做好护理工作，避免患儿有哭闹的行为而导致药贴离开患儿的身体^[3]。

1.3 判定指标

①治疗效果：经过治疗，患儿的发热症状、咳嗽症状等已经消失，听诊检查肺部没有干湿性啰音：痊愈；在治疗之后，患儿所有的症状都有所缓解，不检查可见湿啰音减轻哮鸣音减弱：有效；经过治疗患儿所有的症状都没有得到缓解，甚至还出现了加重的迹象：无效。②记录患儿咳嗽症状、喘憋症状、肺部啰音症状的消失时间。③记录患儿在治疗之后皮疹不良反应的发生率。

1.4 统计学分析

采用 SPSS21.0 软件计算所有的数据值，利用卡方、%的形式分析治疗效果与不良反应的数据信息，通过 χ^2 、t 值的形式分析症状消失时间数据信

息，在组间数据对比存在统计学意义的情况下，通过 $P<0.05$ 的形式表达。

2 结果

2.1 治疗效果分析

对照组（80.00%）的效果低于实验组（95.55%），组间数据对比存在统计学意义， $P<0.05$ ，详见表 1。

表 1.治疗效果分析[n（%）]

组别	人数（n）	痊愈	有效	无效	效果
实验组	45	23	20	2	95.55%（43/45）
对照组	45	15	21	9	80.00%（36/45）
X ²					5.0748
P					0.0242

2.2 症状消失时间

实验组的症状消失时间明显低于对照组，数据对比存在统计学差异性， $P<0.05$ 。详见表 2。

表 2.症状消失时间($\bar{x}\pm S$)（天）

组别	人数（n）	咳嗽症状	喘憋症状	肺部啰音症状
实验组	45	4.55±0.34	1.67±0.12	4.55±0.66
对照组	45	6.89±0.88	3.44±0.99	6.88±0.89
t		16.6389	11.9063	14.1063
P		0.0000	0.0000	0.0000

2.3 不良反应发生率

对照组高于实验组， $P<0.05$ ，详见表 3。

表 3.不良反应发生率[n（%）]

组别	人数（n）	皮疹	皮肤发红	无	发生率
实验组	45	0	1	44	2.22%（1/45）
对照组	45	5	3	37	17.77%（8/45）
X ²					6.0496
P					0.0139

3 讨论

支气管肺炎是目前我国临床领域中多发生于儿童群体的常见疾病，和发达国家的发病情况相比，祖国儿童群体的发病率较高，不仅会对儿童群体的身体健康造成危害，严重的甚至会对其生命安全产生威胁。目前，在小儿支气管肺炎疾病方面，多数病原体都属于病毒或是细菌，也可能是病毒和细菌之间混合感染，在患儿发病之后会表现为咳嗽、气促等症状，严重的会伴有发热与肺部啰音，可能还会有精神不振的症状、躁郁不安的症状，或是腹泻和呕吐的症状。近年来，在小儿支气管肺炎治疗期间，通常是将抗感染治疗、雾化吸入治疗和止咳化痰治疗作为核心部分，但是治疗的效果相对一般。而采用复合脉冲磁性治疗仪设备进行辅助性治疗，已通

过中药贴片透过患儿的皮肤给药，使得药物经过患儿皮肤进行支气管肺炎的治疗，不仅可以增强治疗效果，能帮助患儿加快各类症状的消失速度，预防发生不良反应等问题^[4]。

上文研究中分析小儿支气管肺炎的治疗措施，实验组采用复合脉冲磁性治疗仪设备辅助常规性治疗，而对照组单纯采用常规性治疗方式，经过治疗实验组患儿的总体效果高于对照组， $P<0.05$ ，并且实验组患儿各类症状的消失速度比对照组快， $P<0.05$ ，可见复合脉冲磁性治疗仪的辅助治疗方式应用效果较高。临床领域中所采用的复合脉冲磁性治疗仪设备，主要是通过中频电流进行治疗，将磁疗技术，热疗技术与低频电技术等相互整合，所有技术共同作用在患儿身体的特定穴位深层组织。其中低频脉冲电流主要就是频率在 1000 赫兹以内的脉冲电流，而中频脉冲电流则指的是频率在 1000 赫兹到 100000 赫兹之间的脉冲电流。在小儿支气管肺炎治疗期间通过低频脉冲电流进行处理，皮肤阻抗性较高，作用的深度很小，能够起到身体浅表层次组织的刺激作用、神经肌肉的刺激作用。而中频脉冲电流对患儿的皮肤电阻作用低，可以进入到身体的深部位置，起到骨骼肌作用和深层组织的作用。在应用复合脉冲磁性治疗仪设备进行小儿支气管肺炎治疗期间，可以通过低频调制的中频电流，使得患儿身体的感觉神经、运动神经被刺激，达到兴奋经络的目的，从而对炎症的渗出进行抑制，解除患儿支气管痉挛、小血管平滑肌痉挛，使得肺部的血液循环大幅度得到改善，加快炎症的吸收速度，最终进行止咳和镇痛^[5]。

在治疗过程中所采用的中药贴片，有效成分为杏仁药物、板蓝根药物、川贝母药物、柴胡药物、款冬花药物等。其中的柴胡在应用期间具备疏肝解郁的作用、疏散退热的作用，能够达到抗炎的目的、抗菌的目的、抗病毒的目的。板蓝根药物的应用可以起到清热解毒的功效，具备抗菌的作用、抗内毒素的作用、抗炎的作用。川贝母的应用能够帮助患儿清热润肺，快速祛痰和平喘，同时还能对膈肌起到抗氧化的作用。杏仁药物的应用具备止咳作用、清热作用、润肺作用和化痰作用，将其应用到小儿支气管肺炎的治疗中，不仅可以加快咳嗽症状的消失速度，还能达到抗肺部氧化、抗肺部纤维化的目的。款冬花药物的应用，也可以帮助患儿润肺止咳，快速祛痰，并且药物中含有款冬酮有效成分，能够促使气管平滑肌的松弛，达到解除痉挛的目的^[6]。

小儿支气管肺炎的临床治疗工作中，采用复合脉冲磁性治疗仪设备，为患儿进行皮肤给药，可以使得各类中药药物透过皮肤吸收到不同的穴位内，不仅能够进行局部给药，还可以通过穴位进入体内循环，增强治疗的效果。同时，治疗仪设备所产生的电磁场，可以改变患儿皮肤角质层的理化性质，使得组织水分快速转移，增强皮肤的通透性。从小儿的皮肤特点而言，具有表皮层薄的特征、真皮层血管丰富的特征同时皮肤的吸收力很强，在此情况下应用复合脉冲磁性治疗仪设备，就可以使得中药材快速透

过皮肤组织,药物中的有效成分透过皮肤到达病灶,在病灶的位置形成药物的高浓度区,在一定程度上还能使得药物经过毛细血管进入到患儿的血液循环系统,最高程度上发挥各类药物的药效^[7]。除此之外,经皮肤进行给药和口服药物相比,可以预防药物经过患儿肠道而出现酶破坏的现象,或是肝脏首过效应排泄降解的问题,避免发生毒副反应的严重后果,这样不仅能够帮助患儿减少抗生素类型药物的应用时间,能避免出现药物过敏反应问题或是耐药性的问题,增强治疗的有效性和可靠性。本文研究中,实验组患儿的咳嗽症状与其他症状消失时间很短,虽然有一例患儿出现了皮肤发红的不良反应,但是及时停止治疗并且进行对症处理之后,没有出现其他的不良反应问题和现象,因此可以证明小儿支气管炎治疗的过程中复合脉冲磁性治疗仪设备的辅助性应用,可以提升治疗效果的基础上,预防出现不良反应问题,避免患儿的身体健康受到危害。因此在小儿支气管炎治疗期间应重视复合脉冲磁性治疗仪设备的应用,将常规治疗方式作为基础,辅助性应用治疗仪设备,帮助患儿加快各类临床症状的消失时间,减少抗菌类型药物的应用次数和应用数量,预防出现耐药性的问题,增强治疗的安全性和可靠性,充分发挥复合脉冲磁性治疗仪设备的应用作用^[8]。

综上所述,小儿支气管炎治疗的过程中采用复合脉冲磁性治疗仪进行辅助性治疗,不仅能够缩短患儿症状消失的时间周期,还能提升整体的

治疗效果,预防发生不良反应的问题,具备一定的推广应用价值。

参考文献:

- [1]徐之琴. 复合脉冲磁性治疗仪辅助治疗小儿支气管肺炎疗效分析[J]. 医药界,2020, 11(1):0034-0034,0037.
- [2]田凤梅. 中药贴片经复合脉冲磁性治疗仪治疗小儿支气管肺炎的效果[J]. 实用临床医药杂志,2020,24(3):94-96,100.
- [3]李榕. 传统药物治疗结合特定穴位按摩及复合脉冲磁性治疗仪治疗小儿支气管肺炎的临床观察[J]. 心理医生,2018,24(32):128-129.
- [4]宋瑞霞. 中医推拿联合复合脉冲磁性治疗仪对肺脾气虚型支气管肺炎患儿的疗效及对机体免疫功能的影响[J]. 山西医药杂志,2021,50(10):1633-1635.
- [5]易开未. 中医定向透药疗法联合复合脉冲磁性治疗仪干预在支气管炎患儿中的应用[J]. 医疗装备,2019,32(19):104-106.
- [6]吴建谷. 中频脉冲磁性经皮治疗小儿支气管肺炎临床疗效观察[J]. 医药前沿,2020,10(9):144-145.
- [7]张爱宝,白小丽,成媛,等. 超声脉冲电导辅助治疗小儿支气管肺炎的临床观察[J]. 中国民间疗法,2021,29(15):77-79.
- [8]赖桃桃. 复合脉冲治疗仪配合布地奈德对支气管炎患儿治疗效果的影响[J]. 家有孕宝,2020,2(9):15-67.

(上接第 76 页)

应用过程中能够充分暴露患者的骨折情况,牢固骨折的复位及关节面的恢复;能够有效避免胫骨平台内外侧的骨缺损^[7]。同时还可以利用某一侧相对较大的切口,在直视的状态下给予患者关节面有效的复位保障。因其坚强固定,故患者的膝关节在手术完成后具备良好的生物力学稳定性,使患者的膝关节功能能够快速恢复,使患者的手术质量得到最优化的提升。部分医务人员针对非手术和手术治疗的疗效进行相应的评估,认为手术治疗并非完全优于非手术治疗患者在接受手术时是否需要接受手术治疗,需要根据患者的年龄和骨折类型作出相应的调整,确认患者局部皮肤的软组织状况以及确认患者是否合并其他全身重要器官损伤等,只有综合考虑患者的病情,才能够正确选择合适的治疗方式。目前临床上在进行胫骨平台骨折患者的疾病分型时,大多数情况都是以 X 线片摄片作为分型依据,医务人员如果需要明确骨折塌陷和位移状况,通过 X 线片来进行评估,可能存在 2~3mm 的误差,在对患者进行诊断,是通过膝关节正侧位片对患者进行诊断,同时配合 CT 以及三维重建医务人员往往可以较为全面且准确的了解患者的骨折位置以及具体状况,并且有效评估患者的骨折位移和塌陷情况,十分有助于患者的骨折分型和诊断。通常情况下,X 线主要是针对胫骨、胸椎骨折患者进行诊断,但其清晰度欠佳,如果是骨折比较轻微就可能漏诊,导致诊断准确性降低。而 CT 三维重建拍摄对患者的检查位置有一定要求,且诊断的准确率也会有影响因素,检查范围具有一定的局限性,相比来说 X 线的操作更加方便快捷,且经济实惠,如果是比较复杂或

者严重的骨折类型,还是建议多种诊断方式共同检查,以免发生漏诊。CT 以及 MRI,诊断方式在临床上较为常用,但 MRI 诊断方式诊断操作较为复杂。所以在临床上一般不建议给予患者首选 MRI 诊断。在近年来的临床研究发现,以 X 线片为基础的诊断,通过 CT 进行扫描后,患者的诊断更改率可以达到 22%左右。在对患者进行实际治疗时,将 CT 三维重建与 X 线进行综合应用能够有助于明确患者的病情。

综上所述,在进行复杂胫骨平台骨折患者的临床治疗时,将双切口双钢板内固定应用于患者的治疗中有助于改善患者的手术质量,同时还能在一定程度上降低患者手术后的不良反应发生率,是目前临床上对复杂胫骨平台骨折进行治疗最先进的一种方式,具有良好的效果,值得推广。

参考文献:

- [1]李红桥. 经皮微创与双切口双钢板内固定术治疗复杂胫骨平台骨折的效果对比[J]. 中国继续医学教育,2021,13(18):115-118.
- [2]李林,何久圣,陈楚鹰. 锁定钢板内固定对复杂胫骨平台骨折患者术后膝关节功能及骨折愈合效果的影响研究[J]. 当代医学,2021,27(16):146-147.
- [3]钟远林,罗永进,古文炎. 双侧钢板内固定术治疗对复杂胫骨平台骨折患者膝关节功能的影响[J]. 医疗装备,2021,34(10):48-49.
- [4]侯清凡,罗建光,王毓昊,王伟,徐方竹. 不同固定方式在复杂胫骨平台骨折中的应用及术后感染影响因素分析[J]. 现代实用医学,2021,33(05):685-687.

MRI 与 X 线对骨质疏松性隐匿胸腰椎骨折的诊断效能比较

高英慧

菏泽市中医医院医学影像科 274000

摘要：目的：比较核磁共振（MRI）与 X 线对骨质疏松性隐匿胸腰椎骨折（OTLF）的诊断效能。方法：选取 2019 年 9 月~2021 年 8 月于菏泽市中医医院医就诊的疑似 OTLF 患者 100 例作为研究对象，所有患者均行 MRI、X 线检查，回顾性分析其临床资料，以手术病理结果为金标准，比较 MRI、X 线对 OTLF 的诊断效能。结果：①手术病理结果证实，100 例疑似 OTLF 患者中诊断为 OTLF 63 例，其中胸椎骨折 35 例，腰椎骨折 28 例。②X 线检查结果显示，100 例疑似 OTLF 患者确诊 45 例，其中胸椎骨折 27 例，腰椎骨折 18 例，漏诊 18 例；MRI 检查结果显示，100 例疑似 OTLF 患者确诊 59 例，其中胸椎骨折 33 例，腰椎骨折 26 例，漏诊 4 例。③以手术病理诊断结果为金标准，X 线检查诊断 OTLF 的准确率为 60.0%，敏感度为 71.4%，特异度为 71.4%，阴性预测值为 45.5%，阳性预测值为 67.2%，假阳性率为 59.5%，假阴性率为 28.6%，正确指数为 0.12；MRI 检查诊断 OTIF 的准确率为 90.0%，敏感度为 93.7%，特异度为 83.8%，阴性预测值为 88.6%，阳性预测值为 90.8%，假阳性率为 16.2%，假阴性率为 6.3%，正确指数为 0.77。④经 kappa 一致性检验分析，X 线与金标准结果之间的一致性 Kappa 值为 0.122，与金标准结果的一致性处于较差水平；MRI 与金标准结果之间的一致性 Kappa 值为 0.783，MRI 与金标准结果的一致性处于较高水平。结论：与 X 线检查相比，MRI 检查在骨质疏松性隐匿胸腰椎骨折中具有良好的诊断效能，可明显提高诊断准确率，减少漏诊及误诊等情况发生，为临床诊断及后续治疗方案制定提供客观依据，具有临床推广意义。

关键词：骨质疏松性隐匿胸腰椎骨折；MRI；X 线；诊断效能

骨质疏松性隐匿胸腰椎骨折（Osteoporotic occult thoracolumbar fracture, OTLF）是临床上比较常见的骨质疏松性骨折，老年人为高发人群^[1]。其发病机制为老年人机体功能下降及骨质流失导致骨质疏松出现，致使骨质量及骨密度下降，骨微结构被破坏，骨脆性增加，以引起胸腰椎完整性及连续性出现中断，并伴出血、骨髓水肿等，由于骨皮质未中断，故难以被发现及确诊，导致诊断难度较高^[2]。目前，临床上常采用影像学手段诊断 OTLF，X 线、核磁共振（Magnetic Resonance Imaging, MRI）等比较常用，两种技术各有优势及局限性^[3]。因此，本研究比较 MRI 与 X 线对 OTLF 的诊断效能，以期临床诊断 OTLF 提供参考依据，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 9 月~2021 年 8 月于菏泽市中医医院医就诊的疑似 OTLF 患者 100 例作为研究对象。纳入标准：(1)患者就诊时主诉腰背疼痛，不伴下肢放射性疼痛、麻木感及间歇性跛行；(2)初次就诊，病程≤2 周；(3)均接受 MRI、X 线检查；(4)均接受手术治疗；(5)病历资料完整；(6)患者签署知情同意书。排除标准：(1)伴其他代谢性疾病者；(2)伴强直性脊柱炎者；(3)疑似肿瘤、感染和结核者；(4)伴遗传性骨病者；(5)具有糖皮质激素服用史者；(6)临床资料不完整者。100 例患者中，男 47 例，女 53 例，年龄 38~79 岁，年龄（57.58±5.72）岁。本研究经医院医学伦理委员会批准，符合《赫尔辛基宣言》原则。

1.2 检查方法

1.2.1 MRI 检查所用仪器为西门子 ESSENZA 1.5T 磁共振检查仪及联影 uMR770 3.0T 动物磁共振成像系统，扫描患者的腰椎矢状位，观察 T1 加权像、T2 加权像、T2 脂肪抑制序列等，扫描椎体、软组织及附件等部位，在扫描前设置扫描参数，翻转角（Flip Angle, FA）为 90°，视野（field of view, FOV）为 320 mm，层厚为 4 mm，层间距为 4 mm，脉冲重复激发次数（Number of excitations, NEX）为 1.0，矢状位 T1 加权像的脉冲重复时间（time of repetition, TR）为 460 ms，回波时间（time of echo, TE）为 11 ms，矩阵为 384×192；矢状位 T2 加权像的 TR 为 2420 ms，TE 为 112 ms，矩阵为 384×160；T2 脂肪抑制序列的 TR 为 2740 ms，TE 为 102 ms，矩阵为 320×192。

1.2.2 X 线检查所用仪器为美国通用电气公司生产的 GE Definium 6000 DR 仪器，对患者进行胸腰椎正侧位 DR 平片检查，参数设置：电压为 100 kV，电流为 80 mA，曝光时间为 50 msec，电流量为 4 mAs，选择自动曝光模式，根据患者的脊柱厚度适量调节电流强度。

1.3 观察指标

以手术病理诊断结果为金标准，计算 MRI 与 X 线检查诊断 OTLF 的准确率、敏感度、特异度、阴性预测值、阳性预测值、假阳性率、假阴性率、正确指数，并行 Kappa 检验进行一致性系数分析，计算 MRI 与 X 线检查结果与金标准结果之间的一致性 Kappa 值。采用 Kappa 检验进行一致性系数分析，Kappa 值<0.4 即一致性较差，0.4≤Kappa 值≤0.7 即一致性中等，Kappa 值>0.7 即一致性良好。

1.4 统计学分析

应用 SPSS26.0 版软件处理数据，正态分布且方差齐性的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，两组 $LSD-t$ 检验，组内比较行单样本 t 检验，用 $M(QR)$ 表达呈偏态分布的计量资料，用秩和检验；以 $n(\%)$ 表示计数资料，用 χ^2 检验； $P<0.05$ 表示数据差异有统计学意义。

2 结果

2.1 100 例疑似 OTLF 患者的手术病理结果

手术病理结果证实，100 例疑似 OTLF 患者中诊断为 OTLF 63 例，其中胸椎骨折 35 例，腰椎骨折 28 例。

2.2 MRI 与 X 线检查诊断 OTLF 的结果与手术病理结果比较

X 线检查结果显示，100 例疑似 OTLF 患者确诊 45 例，其中胸椎骨折 27 例，腰椎骨折 18 例，漏诊 18 例；MRI 检查结果显示，100 例疑似 OTLF 患者确诊 59 例，其中胸椎骨折 33 例，腰椎骨折 26 例，漏诊 4 例。MRI 检查结果中胸椎骨折、腰椎骨折的检出率显著高于 X 线检查 ($P<0.05$)，但与手术病理结果比较，差异无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 1。

表 1 MRI 与 X 线检查诊断 OTLF 的结果与手术病理结果比较[n(%)]

检查方式	胸椎骨折	腰椎骨折
手术病理结果 (n=63)	55.56% (35/63)	44.44% (28/63)
X 线检查结果 (n=63)	42.86% (27/63) ^a	28.57% (18/63) ^a
MRI 检查结果 (n=63)	52.38% (33/63) ^β	41.27% (26/63) ^β

注：^a表示与手术病理结果比较， $P<0.05$ ；^β表示与 X 线检查结果比较， $P<0.05$ 。

2.3 MRI 与 X 线检查诊断 OTLF 的效能分析

以手术病理诊断结果为金标准，X 线检查诊断 OTLF 的准确度为 60.0%，敏感度为 71.4%，特异度为 71.4%，阴性预测值为 45.5%，阳性预测值为 67.2%，假阳性率为 59.5%，假阴性率为 28.6%，正确指数为 0.12；MRI 检查诊断 OTIF 的准确度为 90.0%，敏感度为 93.7%，特异度为 83.8%，阴性预测值为 88.6%，阳性预测值为 90.8%，假阳性率为 16.2%，假阴性率为 6.3%，正确指数为 0.77。MRI 检查诊断 OTLF 的准确度、敏感度、特异点、阳性预测值、阴性预测值及正确指数均显著高于 X 线，假阳性率、假阴性率均显著低于 X 线 ($P>0.05$)。见表 2。

表 2 MRI 与 X 线检查诊断 OTLF 的效能分析

X 线	手术病理诊断结果		合计
	阳性	阴性	
阳性	45	22	67
阴性	18	15	33
合计	63	37	100
MRI	阳性	阴性	合计
	59	6	90

阴性	4	31	10
合计	63	37	100

2.4 两种检查方法与金标准结果的一致性分析

经 kappa 一致性检验分析，X 线与金标准结果之间的一致性 Kappa 值为 0.122，与金标准结果的一致性处于较差水平；MRI 与金标准结果之间的一致性 Kappa 值为 0.783，MRI 与金标准结果的一致性处于较高水平。

3 讨论

老年人群易出现骨质疏松，表现为骨质量减少及结构退化，增加骨折特别是 OTLF 的发病率。OTLF 发生较为隐匿，其发病机制复杂，致伤原因可包括摔倒、交通事故等，当发生 OTLF 时患者会出现强烈疼痛感，如不及时治疗会影响机体形态，并降低患者的生活质量^[4]。由于 OTLF 发病较为隐匿，加之可能合并神经或其他脏器损伤，会增加诊断的难度若未能及时、准确诊断，会延误最佳治疗时机，不仅会加重病情，还会影响患者的脊柱神经功能，引起神经功能障碍，并会严重患者的骨折愈合时间，导致无法及时缓解其疼痛感，影响患者的身心健康^[5]。因此，对于 OTLF 患者需要尽早准确诊断并予以对症治疗。

由于 OTLF 的发病早期临床症状无特异性，而病因不同的脊柱骨折临床症状相似程度高，而患者主诉不具体，难以准确表达其症状，导致误诊率及漏诊率较高^[6]。因此，影像学技术在 OTLF 诊断中具有重要价值。X 线是既往临床诊断骨折疾病的常用影像学筛查手段，具有操作简单、费用低等优点，能够清晰显示骨折线及骨折部分，确定骨折部位是否存在碎片及其数量，清晰反映骨折状况，但由于 X 线诊断的依据主要是观察侧位片椎体高度丢失及后凸畸形，但目前对这两个参数诊断 OTLF 尚无统一的标准，导致其诊断效能不佳，漏诊率高达 65%^[7]。MRI 作为新型影像学技术，具有无创、无辐射性、重复性及准确性高等优点，为临床诊疗工作提供了客观依据^[8]。

本研究结果发现，MRI 检查结果中胸椎骨折、腰椎骨折的检出率显著高于 X 线检查 ($P<0.05$)，MRI 检查诊断 OTLF 的准确度、敏感度、特异点、阳性预测值、阴性预测值及正确指数均显著高于 X 线，假阳性率、假阴性率均显著低于 X 线 ($P>0.05$)。说明与 X 线检查相比，MRI 检查在诊断 OTLF 中具有更好的诊断效能，分析原因可能是 MRI 能够利用压脂序列、矢状位等信号评估椎体密度改变情况，并可利用多个方位观察骨折情况，清晰观察骨骼形态、骨小梁、周围软组织等情况，能够显示骨折部位的细微变化，对周围骨髓异常信号的敏感度高，有助于确定是否存在移位骨折，故而能够提高对胸腰椎骨折的检出率及准确性^[9]。本研究结果发现，经 kappa 一致性检验分析，X 线与金标准结果之间的一致性 Kappa 值为 0.122，MRI 与金标准结果之间的一致性 Kappa 值为 0.783，MRI 与金

(下转第 88 页)

阴道炎患者阴道冲洗治疗的依从性及其影响因素分析

胡慧娟

邢台市清河县中医院 河北邢台 054800

摘要：目的：探讨阴道炎患者阴道冲洗治疗的依从性及其影响因素。方法：将本院 2020 年 01 月~2020 年 12 月这一时间段接收的 60 例患者进行研究，回顾性分析所有患者的一般资料，掌握患者当前治疗依从性情况，并查明影响患者治疗依从性化的有关因素。结果：（1）60 例患者基本情况分析，阴道炎多发年龄段在 31~55 岁，以在中学/中转学历、商业/服务人员职业居多，大部分患者是已婚状态，主要发病类型是细菌性阴道炎。（2）年龄、文化程度、婚姻状况、职业、医保、疾病类型、首次进行阴道冲洗治疗是影响患者阴道冲洗治疗依从性的相关性因素（ $P<0.05$ ）；（3）多因素回归分析发现年龄、婚姻状况、首次进行阴道冲洗治疗是影响患者阴道冲洗治疗依从性的关键性因素。结论：影响阴道炎患者阴道冲洗治疗依从性的因素较多，大部分阴道炎患者自身的认知不高，在阴道冲洗治疗方面依从性较差，建议多方面加强对阴道炎患者的健康教育，并结合影响因素制定相关对策，从根本上提高患者阴道冲洗治疗依从性。

关键词：阴道炎；阴道冲洗；依从性；影响因素

引言：新时期，女性工作、生活压力较大，增加了各项疾病的发病率，阴道炎作为常见的疾病，近年来呈现出年轻化的发病趋势；患者症状表现以排尿痛、性交痛等症状为主。研究发现，阴道炎疾病的发病机制较为复杂，加之，受患者自身机体免疫力高低的影响，治愈难度大，容易反复发作。阴道炎主要病因与局部潮湿、育龄女性新活动频繁、宫腔操作、阴道分娩、感染等因素有关。给女性的身心健康造成了巨大的困扰。临床对采取阴道局部治疗方式控制患者病情，但患者治疗依从性不高，受多种因素影响，治疗态度不积极，进而影响到临床治疗效果。研究发现阴道炎患者在接受阴道冲洗治疗期间，依从性不高。为此，有研究指出，深入分析影响阴道炎患者冲洗治疗依从性因素，可针对性地进行干预，能够提高患者治疗意愿，进而保证最终的治疗效果，尽可能降低疾病复发率^[1-2]。基于此，本文于本院 2020 年 01 月~2020 年 12 月收治的 60 例阴道炎患者中，随机选取 48 例作为研究对象，研究了患者阴道冲洗治疗的依从性及其影响因素。

1 资料与方法

1.1 一般资料

所有女性患者年龄集中在 25~30 岁、31~55 岁、56~70 岁、≥71 岁。纳入标准：①符合阴道炎诊断标准且确诊的患者；②研究对象本人了解本研究目的；③临床资料完整的患者；④意识清楚，可进行正常沟通和交流的患者。排除标准：①中途退出本研究者；②心脑血管功能不全者；③合并精神异常，智力障碍或认知障碍患者；④妊娠妇女。所有受试者临床资料对比显示，无显著差异（ $P>0.05$ ），有可比性。本研究符合医院伦理委员会规定，患者家属了解研究内容，积极配合，自愿签署了知情协议。

1.2 方法

（1）通过访问和问卷方式对 48 例研究对象展开调查，掌握患者一般人口学特征；（2）调查患者对阴道炎高危因素知晓情况，对阴道炎常见症状、治疗情况的认识；（3）调查患者阴道冲洗治疗依从率，统计按照医生建议完成阴道冲洗治疗的患者占总患者的构成比。

1.3 观察指标

单因素分析 60 例阴道炎患者一般人口学特征及阴道冲洗治疗依从性，多因素回归分析所有患者阴道冲洗治疗依从性关键因素。

1.4 统计学方法

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

2 结果

2.1 分析 60 例患者的基本情况

观察患者基本情况发现，60 例患者在 31~55 岁年龄段患阴道炎疾病的构成比最高，学历集中在中学/中转，患者中大都已婚，以商业/服务人员居多，大叔患者阴道炎类型是细菌性阴道炎。调查发现，60 例阴道炎患者中有 54.00%对阴道炎疾病知晓，有大改的了解；有 28.00%患者基本了解阴道炎早期发病特点和部分症状表现，指导基础的治疗方式；有 31%的患者指导阴道炎属于临床复发率较高的妇科疾病，了解疾病的治愈难度较大，有 38%的患者指导，阴道炎可能发生在任何年龄段。

2.2 60 例阴道炎患者一般人口学特征及阴道冲洗治疗依从性分析

不同人口学特征比较，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；60 例患者中有 42 例患者首次进行阴道冲洗治疗，构成比为 61.76%，42 例患者中有 25 例患者依从，积极接受阴道冲洗治疗；17 例患者不依从，完成阴道冲洗治疗的意愿较低。不是首次接受阴道冲洗治疗的患者占总患者比例较小，仅有 18 例，构成比为 30.00%，其中有 13 例依从和 5 例不依从的患者。

具体见表 1：

表 1 60 例阴道炎患者一般人口学特征及阴道冲洗治疗依从性分析

人口学特征	n	依从	不依从	P
年龄（岁）				0.000
25~30	6	2	4	
31~55	35	21	14	
56~70	15	12	2	
≥71	4	3	1	
文化程度				0.000

小学或以下	10	9	3
中学/中转	43	25	14
大专及以上	7	5	4
婚姻状况			0.000
已婚	47	25	13
未婚	13	6	9
职业			0.000
农民	15	8	11
商业/服务人员	25	16	13
个体	12	9	5
干部	8	5	3
疾病类型			0.000
细菌性阴道炎	26	11	5
萎缩性阴道炎	15	7	4
滴虫性阴道炎	19	12	3
首次进行阴道冲洗治疗			0.000
是	42	25	17
否	18	13	5

2.3 多因素 Logistic 回归分析 60 例阴道炎患者阴道冲洗治疗依从性关键因素分析

年龄、婚姻状况、首次进行阴道冲洗治疗、阴道炎知识是影响阴道炎患者阴道冲洗治疗依从性的关键因素；见表 2：

表 3 多因素 Logistic 回归分析 60 例阴道炎患者阴道冲洗治疗依从性关键因素分析

因素	β	SE	P
年龄（岁）			
25~30	-4.016	1.195	<0.05
31~55	-2.114	0.996	<0.05
56~70	-1.368	1.077	<0.05
≥71	-	-	-
阴道炎知识	0.886	0.218	0.000
婚姻状况			
已婚	0.459	0.908	<0.05
未婚	1.524	0.754	<0.05
首次进行阴道冲洗治疗（是/否）	0.924	0.382	<0.05

3 讨论

阴道炎是妇科常见疾病，病因主要是由各种病原体感染引起的，有相关文献报道显示。阴道炎与外部刺激、激素水平等有相关习惯，患者临床症状表现为阴道瘙痒、灼热感、阴道分泌物异常等，严重影响到女性的身心健康，降低了女性的生活质量。由于阴道炎易反复发作，因此，必须及时诊治，避免影响女性的生育和身体健康；根据阴道炎疾病类型划分情况看，常见滴虫性阴道炎、萎缩性阴道炎、细菌性阴道病的等；主要是依据阴道内致病微生物、雌激素水平、年龄等因素进行分型的。滴虫性阴道炎

属于常见的性传播疾病，发病率高；细菌性阴道病多发生于育龄期的妇女，发病时，出现阴道分泌物异常情况；萎缩性阴道炎多发于人工绝经后妇女或自然绝经女性群体。

不同类型的阴道炎病因也存在诸多的差异性。滴虫性阴道病主要是在性交传播及坐浴、坐便、衣物接触中可出现传播，相关数据统计显示，女性患者有一次非保护性交后，约 70%的男性会发生感染，但男性无症状。细菌性阴道病则是由于多种因素共同作用造成的阴道内生态紊乱引起的，进而造成乳酸杆菌数量减少，随着病情进展，阴道 pH 值上升，造成微生物大量的繁殖，最终引发了细菌性阴道病^[3]。萎缩性阴道炎则是与年龄有一定关联性，有研究显示，随着年龄的增长，身体激素下降，阴道内壁干燥，弹性下降，此时，阴道粘膜的分泌物也减少，当阴道的润滑性持续下降时，会造成整个阴道出现皱缩情况，此时，患者阴道 pH 值持续升高，局部的抵抗力下降，致使外界的病原体侵袭，诱发了萎缩性阴道炎。普遍研究发现，增加阴道炎的风险因素较多，一是与激素变化有关，包括服用避孕药、怀孕、更年期等，二是性生活频繁，有多个性伴侣；三是有性传播疾病；四是长期使用抗生素、糖皮质激素等药物；五是糖尿病患者；六是使用阴道喷雾剂、泡泡浴等刺激性清洁产品；七是潮湿或紧身衣物有关。临床发现阴道炎患者阴道分泌物颜色、气味、排出量具有明显的变化，伴有阴道瘙痒、少量出血、尿急/尿痛/尿道刺激症状等^[4]。

不同类型的阴道炎患者典型症状也存在一定的差异性。滴虫性阴道炎潜伏期在 4~28d，早期无明显的症状表现，随着病情进展，出现阴道分泌物增加、灼热、疼痛、性交痛等症状。检验分泌物可见稀薄脓性泡沫状，颜色为黄色和黄绿色，有异味。细菌性阴道病患者症状表现为阴道分泌物增加，部分患者则无临床表现；检验可见白色稀薄的分泌物，粘附在阴道壁，黏度较低，有鱼腥臭味。萎缩性阴道炎患者阴道分泌物稀薄，颜色淡黄，严重患者出现脓血性。因此，临床上建议女性出现阴道分泌物增多，出现分泌物颜色异常或有异味、有阴道瘙痒、灼热、有尿急/尿痛/尿频等症状，需要及时就医诊治。当前，临床上主要根据患者主诉、体格检查、阴道分泌物化验等手段进行检查，医生会仔细检查患者外阴、阴蒂、尿道口、阴道及宫颈情况。不同类型的阴道炎化验结果也不一样。滴虫性阴道炎，患者阴道粘膜有充血，严重者分布有出血点，在宫颈有出血斑点。细菌性阴道病患者阴道无明显的症状，炎症特点不明显。萎缩性阴道炎，阴道上皮皱皮消失、萎缩，粘膜有充血、小出血点，部分患者可见浅表溃疡情况^[5]。

当前，临床上严格参照不同类型阴道炎疾病诊断标准确诊，同时，联合激素水平测定手段进一步分析患者机体激素水平变化情况。基于个体差异性，在具体治疗上也存在诸多的不足之处。滴虫性阴道炎或滴虫性阴道炎合并其他部位感染时，一般采取口服药物治疗方式，并联合性伴侣同时治疗。细菌性阴道病无症状患者无需治疗，若是在宫腔镜、子宫内膜活检等手术前发现细菌性阴道病患者，需要积极接受治疗。萎缩性阴道炎多采取补充雌激素方式治疗，也可局部进行药物治疗，进而抑制细菌的生长；若患者阴道干涉，可配合使用润滑剂。研究发现，阴道炎患者若不及时接受治疗，将在病情进展过程中，造成炎症蔓延，若患有阴道炎的孕妇，会

增加不良母婴结局风险。最新研究发现,阴道炎患者接受阴道冲洗治疗效果更显著,然而多种因素影响,阴道炎患者阴道冲洗治疗的依从性不足,研究发现,我国阴道炎患病率高、就诊率低,加之个体差异明显,患者就诊治疗积极性不高,接受阴道冲洗治疗依从性不高,在多种因素共同作用下,影响到患者就诊态度和治疗欲望。普遍研究指出,阴道冲洗治疗在临床上的应用优势明显,但治疗依从性较低,进而严重影响到患者最终的治疗效果,关乎到阴道炎是否复发等等。

多项调查研究显示,阴道炎患者在治疗方面存在认知偏差,对疾病知识不了解,忽视了冲洗治疗重要性,大部分患者多是第一次接受阴道冲洗治疗,对治疗效果、治疗周期、治疗期间相关注意事项均不完全了。有研究结果显示,患者对阴道感染症状、体征的认识普遍较低,病情知晓率在70%~98%之间;进而造成阴道炎患者治疗不及时,治疗依从性低等问题。有相关研究分析认为,女性对阴道冲洗治疗这一特殊治疗方式较为忌讳,尤其是老年患者文化程度不高,对阴道炎知识不了解,存在主观上的错误认识,进而降低了阴道冲洗治疗依从性。在本研究中可见,文化程度越低的阴道炎患者,对阴道炎疾病相关知识的了解越少,未能明确阴道炎的危害性,进而降低了阴道冲洗治疗依从性;反之,患者文化程度越高,阴道冲洗治疗依从性也就越高。普遍研究指出,影响阴道炎患者治疗依从性的因素还包括社会心理支持等,部分患者因疼痛、治疗室环境、生殖器官暴露等不愿意主动接受阴道清洗治疗。大部分患者家属也缺乏对阴道冲洗治疗知识的了解,因此,在阴道冲洗治疗方面的依从性较差。

本文研究发现,根据研究结果可知,60例接受阴道冲洗治疗的阴道炎患者中,有42例患者遵医嘱接受并完成了阴道冲洗治疗工作,依从率在70.00%,数据结果表明,患者治疗依从性有待提升。基于患者受职业、文化程度、婚姻状态等因素影响,对阴道炎疾病的认识不足甚至是匮乏,本文研究根据多因素回归分析可见,阴道炎疾病的认知程度,与阴道冲洗治

疗有相关性,且可作为影响阴道冲洗治疗的关键性因素,临床建议加强对疾病知晓率不高的阴道炎患者进行健康教育,多普及疾病知识、疾病的发病机制以及诱发因素,增强患者的认识,同时扩大对健康人权的宣传,强化女性群体对阴道炎疾病发生及治疗的认知。进一步研究发现,从患者一般人口学特征分析结果得出,年龄大小、文化程度高度、婚否、职业、疾病类型、是否是首次接受阴道冲洗治疗等因素均与患者治疗依从性有关,在具体制定干预措施时,可结合影响因素有针对性的开展。通过多因素回归分析发现,进一步证实了年龄、阴道炎知识、婚姻状况、首次进行阴道冲洗治疗(是/否),是影响阴道炎患者阴道冲洗治疗的依从性的关键因素。本问研究成果,证实了上述因素对阴道炎患者是否接受阴道冲洗治疗的影响。

综上所述,阴道炎患者对疾病的认识偏低,受年龄、文化程度、婚姻状况、疾病类型等因素影响,患者治疗依从性也存在诸多的差异,建议对阴道炎疾病患者进行健康宣教。

参考文献:

- [1]何晓玲,杨绍平,涂素华.阴道炎患者阴道冲洗治疗的依从性及其影响因素分析[J].现代临床医学,2022,48(01):35-37+41.
- [2]王青兰,宋红丽.臭氧水冲洗法及其护理对阴道炎患者治疗效果的影响[J].当代医学,2016,22(24):81-82.
- [3]宋红丽.健康教育对阴道炎患者治疗依从性及复发的影响[J].中国民康医学,2016,28(12):71-73.
- [4]王苗苗,程艳莉,郭敏慧.创新型阴道冲洗器在中晚期宫颈癌放疗患者中的应用研究[J].当代护士(上旬刊),2022,29(01):90-93.
- [5]陈蕾.人文护理对中晚期宫颈癌放疗病人阴道冲洗依从性、感染率影响分析[J].名医,2018(09):183.

(上接第85页)

标准结果的一致性处于较高水平。提示与X线检查相比,MRI检查结果与与金标准结果的一致性更高,且与X线检查结果的一致性较差,所以可在X线检查后对怀疑为隐匿骨折的患者采取MRI检查,以从不同角度清晰了解病灶情况,从而提高骨折的诊断符合率及准确性^[10]。

综上所述,与X线检查相比,MRI检查在骨质疏松性隐匿胸腰椎骨折中具有有良好的诊断效能,可明显提高诊断准确率,减少漏诊及误诊等情况发生,为临床诊断及后续治疗方案制定提供客观依据,在临床上具有重要的推广意义。

参考文献:

- [1]谢永辉,黄健,冯秋玲.基于核磁共振检查在骨质疏松性隐匿胸腰椎骨折中的诊断特异性研究[J].影像研究与医学应用,2021,5(14):109-110.
- [2]苗秀敏.探究核磁共振检查在骨质疏松性隐匿胸腰椎骨折诊断中的价值[J].影像研究与医学应用,2020,4(19):112-113.
- [3]何玉宝,任龙喜,徐林等.核磁共振检查在骨质疏松性隐匿胸腰椎骨

折中的诊断价值[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2019,14(3):235-239.

[4]郝定均,张嘉男,杨俊松,等.急性症状性骨质疏松性胸腰椎骨折分型及其可信度检验和临床应用效果评价[J].中华创伤杂志,2021,37(3):250-260.

[5]王佩君,夏栋.X线、16排螺旋CT、MRI对胸腰椎骨折患者的诊断价值比较[J].浙江创伤外科,2020,25(4):805-806.

[6]戴志京.X线片和CT影像在评估胸腰椎骨折中后方韧带复合体损伤的应用价值[J].现代医用影像学,2018,27(2):571-572,574.

[7]潘世荣.X线片与螺旋CT诊断胸腰椎骨折的临床价值[J].中外医学研究,2016,14(17):46-47.

[8]郭大立.螺旋CT三维重建技术对急诊外伤隐匿骨折诊断价值分析[J].黑龙江医学,2019,43(11):1386-1387.

[9]孙玉龙.CT图像后处理配合磁共振技术对踝关节骨折患者分型诊断与预后分析[J].黑龙江医学,2021,45(17):1869-1870.

[10]吕仁煜.核磁共振检查在骨质疏松性隐匿胸腰椎骨折中的诊断价值研究[J].影像研究与医学应用,2019,3(17):147-148.

达格列净联合胰岛素治疗血糖控制欠佳的糖尿病肾病临床观察

黄海齐

菏泽市中医医院内分泌科 274000

摘要：目的：探讨达格列净联合胰岛素治疗血糖控制欠佳的糖尿病肾病临床观察。方法：本文选取菏泽市中医医院 2019 年 1 月至 2022 年 12 月收治的 60 例患有糖尿病患者，作为本次研究对象，采用随机数字法，将其分为常规组和实验组（n=30），其中常规组患者给予胰岛素治疗方式，实验组患者给予达格列净联合胰岛素治疗方式。对比两组临床疗效和血糖指数。结果：可看出两组治疗前临床资料（年龄、性别、病程、BMI、血压、SBP 和 DBP、血液生化指标、血糖和血脂、肝肾功能及 UACR）差异不具有统计学意义（ $P>0.05$ ）；可明显看出，治疗后实验组患者（BMI、血压、SBP 和 DBP、血液生化指标、血糖和血脂、肝肾功能及 UACR）效果均有效降低，两组差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：在胰岛素治疗的基础上，加用达格列净能更好地控制血糖控制不佳的糖尿病肾病患者的血糖，有效降低尿蛋白，保护肾脏，值得临床推广及应用。

关键词：达格列净；胰岛素；血糖控制；糖尿病肾病

Objective: To explore the clinical observation of diabetic nephropathy treated by glyglin combined with insulin. **Methods:** 60 patients with diabetes in Heze Hospital of traditional Chinese medicine from January 2019 to December 2022 were selected as the subjects of this study. They were divided into routine group and experimental group (n=30) by random number method. The clinical efficacy and blood glucose index of the two groups were compared. **Results:** there was no significant difference in clinical data (age, gender, course of disease, BMI, blood pressure, SBP and DBP, blood biochemical indexes, blood glucose and blood lipid, liver and kidney function and UACR) between the two groups before treatment ($P > 0.05$); It can be seen that after treatment, the effects of patients in the experimental group (BMI, blood pressure, SBP and DBP, blood biochemical indexes, blood glucose and blood lipid, liver and kidney function and UACR) were effectively reduced, and the difference between the two groups was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** on the basis of insulin treatment, adding glycyemic gold can better control the blood sugar of diabetic nephropathy patients with poor glycemic control, effectively reduce urinary protein and protect the kidneys, and is worthy of clinical promotion and application.

[Key words] daglijing; insulin; Blood glucose control; diabetic nephropathy

目前，由于人们生活水平的提高和生活方式的改变，糖尿病的发病率逐年上升，随着病情的进展，糖尿病患者的胰岛功能逐渐下降，各种慢性并发症逐渐出现，当对生活方式进行干预和大量口服降糖药物时仍不能很好地控制血糖，目前主要使用的治疗方式为胰岛素，糖尿病肾病是糖尿病的慢性微血管并发症之一，可导致终末期肾病和肾脏替代治疗，也是糖尿病患者死亡的重要原因，持续性蛋白尿和进行性肾小球滤过率降低是评估糖尿病肾病的重要临床指标。目前，酶抑制剂(ACEI)或受体拮抗剂(ARB)主要用于治疗蛋白尿，但效果有限，终末期肾病事件的残余风险仍然很高，新型降糖药达格列净不仅能改善血糖，而且对肾脏有一定的保护作用，达格列净通过阻断近曲小管钠-葡萄糖转运蛋白 2 (SGLT2) 来减少肾脏对葡萄糖的再吸收，并促进尿液中的葡萄糖排泄。因此，本文选取 2019 年 1 月至 2022 年 12 月收治的 60 例患有糖尿病患者，作为本次研究对象，探讨达格列净联合胰岛素治疗血糖控制欠佳的糖尿病肾病临床观察。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本文选取菏泽市中医医院 2019 年 1 月至 2022 年 12 月收治的 60 例患有糖尿病患者，作为本次研究对象，采用随机数字法，将其分为常规组和实验组（n=30），其中常规组患者给予胰岛素治疗方式，实验组患者给予达格列净联合胰岛素治疗方式。其中，常规组患者男 16 例，女 14 例，平

均年龄（ 57.26 ± 6.20 ）岁；实验组患者男 14 例，女 16 例，平均年龄（ 55.13 ± 6.21 ）岁。纳入标准：（1）所有患者均符合 2 型糖尿病诊疗诊断结果；（2）患者入院前 UACR 均为 $30\sim500\text{mg/g}$ ；（3）血糖控制差； $\text{HbA}_{1c}\geq9.0\%$ ；（4）家属签署知情同意书；（5）患者无沟通障碍症。排除标准：（1）患有急性糖尿病并发症；（2）女性患者在哺乳期和妊娠期；（3）患有其他恶性肿瘤者；（4）患有严重心、肝疾病者；（5）对本次药物有过敏史者；（6）患有泌尿系统疾病者。

1.2 方法

入院后，所有患者均接受糖尿病知识教育和生活方式（包括饮食和运动）指导。常规组患者在早餐和晚餐前分别皮下注射预先混合的胰岛素和 Ray30。胰岛素初始总剂量为 $0.2\sim0.4\text{u}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ ，分别占早餐和晚餐前的一半。胰岛素初始总剂量为 $0.4\sim0.5\text{u}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 。总剂量的 50%~60%在饭前使用，占每餐的 1/3，剩余总剂量用于胰岛素测定。根据血糖监测结果调整胰岛素剂量，诺和诺德 30 和胰岛素都是诺和诺德（中国）制药有限公司的产品，达格列净集团在预混合胰岛素或强化胰岛素治疗方案的基础上，在早餐前口服达格列净 10mg/d ，胰岛素的方法和剂量与常规组相同，随访 16 周后观察两组临床疗效。

1.3 观察指标

收集基线临床数据，包括年龄、性别和糖尿病病程。分别于治疗前和治疗后 16 周采集空腹血糖（FPG）、 HbA_{1c} 的血样。生化指标：天冬氨

酸转氨酶 (AST)、丙氨酸转氨酶 (ALT)、血尿素氮 (BUN)。肌酐 (Scr)、eGFR、甘油三酯 (TG)、低密度脂蛋白胆固醇 (LDL) 和小密度低密度脂蛋白胆固醇 (DS-LDL)。用跃进血糖仪监测餐后 2h 指端血糖 (2hpg), 透射比浊法测定尿白蛋白和尿肌力, 计算 UACR。8 C 测量身高和体重, 计算体重指数(BMI), (DBP), 最终胰腺:0 系列标准:接受治疗 O~3.9 mmol/L 为 1 级低血糖, 是葡萄糖治疗中出现意识和/或身体变化的严重事件, 7 级为 3 级低血糖。

1.4 统计学方法

研究数据运用 SPSS20.0 软件进行处理, 计数资料以 (n) 表示, 行 χ^2 检验, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 行 t 检验, P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组临床资料

可看出两组治疗前临床资料 (年龄、性别、病程、BMI、血压、SBP 和 DBP、血液生化指标、血糖和血脂、肝肾功能和 UACR) 两组差异不具有统计学意义 (P>0.05), 详情见表 1。

表 1 比较两组疗效状况 ($\bar{x} \pm s$)

临床资料	常规组 (n=30)	实验组 (n=30)	t	p
年龄 (岁)	57.26±6.20	55.13±6.21	0.234	>0.05
病程 (年)	6.29±4.13	6.11±5.10	0.182	>0.05
BMI (kg/m ²)	24.65±0.32	24.59±0.24	0.314	>0.05
SBP(mmHg)	140.25±15.23	143.22±18.23	0.237	>0.05
DBP (mmHg)	83.56±8.42	85.22±9.14	0.116	>0.05
FPG(mmol /L)	11.24±1.54	11.52±1.52	0.450	>0.05
2 hPG (mmol / L)	15.04±2.73	15.29±2.61	0.334	>0.05
HbA _{1c} (%)	9.53±2.40	9.51±2.43	0.193	>0.05
TG(mmol /L)	2.51±0.34	2.11±0.51	0.254	>0.05
LDL mmol / L)	2.93±0.50	2.93±0.24	0.263	>0.05
dsLDL (mmol /L)	1.24±0.23	1.23±0.36	0.181	>0.05
dsLDL/LDL	0.41±0.24	0.42±0.22	0.224	>0.05
AST (U/L)	28.51±7.23	28.11±7.21	0.183	>0.05
ALT (U/L)	21.34±7.51	22.01±7.26	0.268	>0.05
BUN (mmol / L)	5.82±1.75	5.15±1.43	0.337	>0.05
Scr (mmol / L)	48.06±3.29	47.72±3.01	0.167	>0.05
eGFR [mL/ (min - 1.73	92.23±16.22	90.42±15.03	0.210	>0.05

m2])				
UACR (mg/ g)	324.28±46.22	343.45±48.22	0.328	>0.05
2.1 比较两组治疗后的临床效果				
可明显看出, 治疗后实验组患者 (BMI、血压、SBP 和 DBP、血液生化指标、血糖和血脂、肝肾功能和 UACR) 效果均有效降低, 两组差异具有统计学意义 (P<0.05)。表 2 可见详情。				
表 2 比较两组治疗后的临床效果 ($\bar{x} \pm s$)				
临床资料	常规组 (n=30)	实验组 (n=30)	t	p
BMI (kg/m ²)	25.27±0.43	24.33±0.26	3.237	<0.05
SBP(mmHg)	137.86±15.27	135.24±14.70	4.210	<0.05
DBP(mmHg)	82.43±8.13	80.24±9.24	6.217	<0.05
FPG(mmol /L)	6.93±1.04	6.01±1.02	2.183	<0.05
2 hPG (mmol / L)	10.24±0.93	9.02±0.43	2.418	<0.05
HbA _{1c} (%)	7.93±0.51	7.01±0.22	2.241	<0.05
TG(mmol /L)	2.13±0.41	1.72±0.23	1.282	<0.05
LDL mmol / L)	2.71±0.27	2.14±0.16	1.224	<0.05
dsLDL (mmol /L)	1.38±0.23	1.06±0.17	0.937	<0.05
dsLDL/LDL	1.23±0.22	1.01±0.13	1.240	<0.05
AST (U/L)	0.44±0.21	0.30±0.11	0.995	<0.05
ALT (U/L)	19.82±6.21	19.02±6.14	2.443	<0.05
BUN (mmol / L)	4.94±1.20	4.27±1.22	1.247	<0.05
Scr (mmol / L)	47.06±3.24	46.08±3.20	3.552	<0.05
eGFR [mL/ (min - 1.73 m2])	88.42±12.55	86.21±10.92	6.247	<0.05
UACR (mg/ g)	305.17±50.27	184.53±42.64	11.881	<0.05

3 结果

2 型糖尿病与 1 型糖尿病一样, 家族史较明显, 最常见于 30 岁以后发生, 患者的生活习惯不合理, 如摄入过多的脂肪、蛋白质、碳水化合物等, 胰岛素抵抗随着体重增加和缺乏运动而逐渐降低, 导致胰岛素分泌不足造成 2 型糖尿病的发展。为了进一步提高患者的生活质量, 提高患者的疗效, 改善患者的血糖状况, 对药物达格列净的特异性和疗效进行深入探讨。如

(下转第 93 页)

神经内镜微创手术治疗高血压脑出血的临床观察

黄志盛

巴马县人民医院 广西河池 547500

摘要：目的：研究高血压脑出血（HICH）给予神经内镜微创式手术治疗的临床效果。方法：自2019年1月~2022年1月在本院选取60例HICH患者，按照手术方式不同分为两组，各30例，采取开颅血肿清除术治疗为B组，采取神经内镜微创手术治疗为A组，对比两组治疗后临床效果，观察两组术中失血量、手术时间、血肿清除率、并发症发生率与炎症因子指标[高敏-C反应蛋白（hs-CRP）、白细胞介素-6（IL-6）、IL-10]，同时以临床神经功能缺损量表（NDS）对比两组神经功能缺损情况。结果：对比B组，A组术中失血量少，手术时间短，血肿清除率高，并发症发生率低（ $P<0.05$ ）；术前两组hs-CRP、IL-6、IL-10指标与NDS评分对比无差异（ $P>0.05$ ），术后与B组相比，A组hs-CRP、IL-6、IL-10指标与NDS评分均低（ $P<0.05$ ）。结论：对HICH患者给予神经内镜微创手术治疗具有良好的临床效果，可显著缩短手术时间，减少术中失血量，提高血肿清除率，同时降低并发症发生率，可下调炎症因子指标，减轻神经功能缺损程度，加快患者预后恢复，值得借鉴。

关键词：高血压脑出血；神经内镜微创式手术；开颅血肿清除术

高血压脑出血（Hypertensive cerebral hemorrhage, HICH）是高血压患者常见并发症，主要是由高张性动脉硬化造成的脑小血管破裂引起的颅内出血疾病，具有发病急、病情进展迅速等特点，对患者身心健康带来严重影响^[1]。据调查，因多因素影响，HICH患病率呈逐年上升趋势，HICH占全部脑出血70%左右，以50岁以上男性最为常见^[2]。针对HICH，应及时清除血肿，降低颅内高压，促进脑组织血流灌注恢复。开颅血肿清除术是治疗HICH的主要方式，但其具有创伤大、术后恢复慢等特点，影响患者预后恢复。因此选择一种安全、有效的治疗方式一直是临床关注的重点^[3]。近年来，随着微创理念不断深入，神经内镜微创手术因创伤小、术后恢复迅速等特点已成为HICH主流手术方式，神经内镜手术视野较大、照明条件佳，有利于进行准确操作，避免或减少重要功能区、血管损伤，对促进患者预后恢复具有重要意义^[4]。因此本文就本院选取的60例HICH患者纳入研究，分析神经内镜微创治疗的临床效果，阐述如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2019年1月~2022年1月本院选取60例HICH患者纳入研究，所有患者对本次手术均知情同意。按照手术方式不同分为两组，各30例。A组男、女各19、11例，年龄在50~70（61.25±5.32）岁；高血压病程4~15（9.68±1.02）年；血肿量35~60（46.33±4.16）ml。B组男、女各20、10例，年龄在50~70（61.47±5.29）岁；高血压病程4~15（9.75±1.03）年；血肿量35~60（45.86±4.32）ml。两组基本资料相比无差异（ $P>0.05$ ）。

入组标准：（1）均在发病12h入院，首次患病；（2）均符合《各类脑血管疾病诊断要点》^[5]中HICH诊断标准；（3）均为首次手术治疗患者；（4）手术指征明确；（5）格拉斯昏迷评分（Glasgow Coma scale, GCS）≥6分。

排除标准：（1）伴多器官功能衰竭；（2）既往存在精神病症；（3）临床资料不全；（4）近期存在严重感染或手术史；（5）中途转院或放弃治疗等未完成治疗者。

1.2 方法

2组患者入院后，应立即给予控制血压、血糖、脱水、降低颅内高压、镇静、镇痛等治疗。术前均采取气管插管、心电监护等，并均采取全身麻醉。A组开展神经内镜微创手术治疗，方式如下：根据头颅CT检查，确定血肿最大的层面，同时在距血肿中心最近颅骨部位做一3~4cm切口，逐层切开头皮至颅骨，铣刀形成直径2cm骨窗，十字剪开硬膜，以双极电凝止血，应注意避免对脑皮层血管造成损伤。切开后脑组织，在此过程中，应动作轻柔、仔细，沿CT提示方向实施穿刺，以一次性脑穿刺套筒穿入血肿腔内，将管芯取出，留置外套管作为内镜手术操作通道。经神经内镜直视下将血肿由深至浅、由中心至周边清除，确定清除后，将止血纱布覆盖术野进行止血。手术结束后留置外引流管，复位骨瓣并固定，缝合皮肤并在术后2~3d将引流管拔除。针对部分出血破入脑室，应同时予实施侧脑室穿刺外引流术。

B组开展开颅血肿清除术，方式如下：在显微镜直视下，实施小骨窗开颅，应避开脑组织及其血管，取血肿中心距头皮最近部位做一直切口或马蹄形切开，将硬膜切开，同时沿脑回切开皮层至血肿腔，在显微镜直视下将血肿块清除，随后实施彻底止血，放置引流管，常规缝合，在术后2~3d将血肿腔引流管拔除。若仍残留血肿或脑组织肿胀，应实施去骨瓣减压术；针对部分出血破入脑室，应先实施侧脑室穿刺外引流术。

1.3 观察指标

①手术相关指标：术后2周进行CT检查，对比两组术中失血量、手术时间与血肿清除率。血肿清除率^[6]=（术前血肿体积-术后血肿体积）/术前血肿体积*100.00%。②并发症：统计两组术后并发症发生情况，包括疼痛、硬膜下积液、局限性脑积水、感染。③炎症因子：术前、术后2周清晨抽取患者空腹静脉血5ml，3000r/min离心10min，以酶联免疫吸附法检测患者高敏-C反应蛋白（High-sensitivity C-reactive protein, hs-CRP）、白细胞介素-6（Interleukin, IL-6）、IL-10。④神经功能缺损：使用临床神经功能缺损量表（Nervous functional deficiency, NDS）^[7]对两组患者神经功能缺损程度进行评估，分值在0~45分，神经损伤越严重评分越高。

1.4 统计学处理

全文选用 SPSS 20.0 系统处理, *t* 检验计量数据, 以 $\bar{x}\pm s$ 描述, χ^2 检验计数数据, 以%描述, 组间存在差异以 $P<0.05$ 表达。

2 结果

2.1 两组手术相关指标对比

A 组术中失血量低于 B 组, 手术时间短于 B 组, 血肿清除率高于 B 组, 差异显著 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 对比两组手术相关指标 $[\bar{x}\pm s]$

组别	n	术中失血量 (ml)	手术时间 (min)	血肿清除率 (%)
A 组	30	38.92±7.15	142.51±22.36	91.56±4.53
B 组	30	157.86±5.75	189.68±27.81	85.62±4.15
<i>t</i>		71.002	7.240	5.296
<i>P</i>		0.001	0.001	0.001

2.2 两组并发症发生率对比

A 组并发症发生率 6.67% 低于 B 组 36.67%, 差异显著 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 对比两组并发症发生率 [n(%)]

组别	n	疼痛	硬膜下 积液	局限性 脑积水	感染	发生率
A 组	30	1 (3.33)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.33)	2 (6.67)
B 组	30	6 (20.00)	1 (3.33)	2 (6.67)	2 (6.67)	11 (36.67)
χ^2		4.043	1.017	2.069	0.351	7.954
<i>P</i>		0.044	0.313	0.150	0.554	0.005

2.3 两组炎症因子指标对比

术前两组 hs-CRP、IL-6、IL-10 指标对比无差异 ($P>0.05$), 术后 A 组指标均低于 B 组, 差异显著 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 对比两组炎症因子指标 $[\bar{x}\pm s]$

组别	n	hs-CRP (mg/L)		IL-6 (ng/L)		IL-10 (pg/ml)	
		术前	术后	术前	术后	术前	术后
A 组	30	16.86±2.13	7.01±1.51 ^a	44.86±4.76	13.26±3.62 ^a	12.02±3.61	7.86±1.26 ^a
B 组	30	16.78±2.16	12.65±1.48 ^a	44.91±4.38	25.61±3.48 ^a	12.09±3.24	10.32±1.14 ^a
<i>t</i>		0.144	14.610	0.042	13.471	0.079	7.930
<i>P</i>		0.886	0.001	0.966	0.001	0.937	0.001

注: 与术前相比, ^a $P<0.05$ 。

2.4 两组 NDS 评分对比

术前两组 NDS 评分对比无差异 ($P>0.05$), 术后 A 组评分低于 B 组, 差异显著 ($P<0.05$), 见表 4。

表 4 对比两组 NDS 评分 $[\bar{x}\pm s]$, 分

组别	n	术前	术后
A 组	30	31.25±2.58	15.24±1.67 ^a
B 组	30	30.68±2.14	20.31±2.46 ^a
<i>t</i>		0.931	9.340
<i>P</i>		0.356	0.001

注: 与术前相比, ^a $P<0.05$ 。

3 讨论

HICH 是临床常见病症, 多是源于脑小动脉病理性改变, 造成管壁上玻璃样或纤维样变性, 与局灶性出血、坏死等所致, 一旦患者患病, 因正常脑组织被血肿压迫, 脑组织周围正常血液循环可被阻碍, 引起脑水肿、脑疝等并发症, 增加患者死亡风险, 威胁其生命安全, 且大部分患者幸存后, 仍伴严重神经功能障碍, 生活质量不佳, 严重影响患者预后恢复^[8]。因此针对 HICH 患者需尽早采取有效的治疗措施, 以清除血肿, 促进其预后恢复。

手术是治疗 HICH 的主要方式, 手术可迅速将颅内血肿清除, 以解除脑组织受压状况, 进而减轻颅内压, 促使脑组织血流灌注改善, 预防脑疝形成, 以此预防病残、死亡风险。开颅术血肿清除是治疗 HICH 常用方式,

可确保血肿清除彻底, 但该手术方式创伤较大、脑组织暴露时间较长、并发症发生风险高等, 严重影响患者预后恢复^[9]。近年来, 随着微创理念不断深入, 神经内镜微创治疗在临床得以应用, 神经内镜主要使用内在光源, 有助于在术中以多角度对病灶进行检查, 术野较为清晰, 有利于清除血肿, 及彻底止血^[10]。同时神经内镜微创手术在术中无需做骨瓣与辅助牵拉, 进而可避免脑组织损伤。本文研究显示, A 组术中失血量较 B 组低, 手术时间较 B 组短, 血肿清除率较 B 组高, 此结果与江楠、黄敏东^[11]等人研究结果相似。由此表明, 对 HICH 患者给予神经内镜微创手术治疗, 可显著缩短手术时间, 减少术中失血, 确保患者手术安全, 提高血肿清除率。分析原因在于神经内镜术微创手术治疗, 可给予术者更好的手术视野, 减少难以观察的死角, 可在内镜直视下迅速清除颅内血肿, 提高效率, 提升血肿清除率; 同时神经内镜微创手术对脑组织牵拉较轻, 微创穿刺具有时间短、损伤小等优点, 因此有利于缩短手术时间、减少术中失血量。同时 A 组较 B 组并发症发生率低, 表明神经内镜微创手术治疗损伤小, 术后并发症发生率低, 安全性高。分析原因在于神经内镜辅助下, 可实施精确操作, 以免盲目操作造成出血, 也极易发现出血而及时止血; 且神经内镜微创手术无需制作骨窗, 减少手术时间, 减少脑组织暴露时间, 进而降低术后并发症发生率, 有利于患者术后恢复^[12]。hs-CRP 是一种血浆中 CRP, 主要是由肝脏合成的一种全身性炎症反应急性期标志物; IL-6 属于一种功能广泛多效性细胞因子, 可有效调节多种细胞生长与分析, 调节免疫应答、急性期反应等功能; IL-10 是一种参与炎症与免疫抑制的细胞因子; 上述指标均可反应机体炎症水平^[13]。本文研究显示, 术后 A 组较 B 组 hs-CRP、

IL-6、IL-10 指标均低,由此表明神经内镜微创手术治疗,可显著减轻机体炎症反应,促进患者预后恢复。分析原因在于神经内镜手术对机体创伤更小,有利于降低手术操作对机体的应激刺激,减轻 hs-CRP、IL-6 等炎症因子损伤。同时观察两组神经功能缺损程度,A 组较 B 组 NDS 评分更低,由此得出,对 HICH 患者给予神经内镜微创手术治疗,可显著改善患者神经功能缺损情况。考虑原因为神经内镜微创手术治疗在术中可有效避开重要神经与大血管区域,以此减轻对其他组织造成损伤,有助于减少脑神经细胞死亡,促使其神经功能恢复^[14]。

综上所述,将神经内镜微创手术用于治疗 HICH 患者中,可缩短手术时间,减少术中失血量,进而提升血肿清除率,降低并发症发生率,减轻炎症因子水平,加快患者康复速度,改善神经功能缺损程度,加快患者术后康复,值得借鉴。但本研究因研究时间短、数量少等因素影响,尚存在一定的不足之处,故在今后研究中,可进一步延长研究时间、增加样本数等,以深入分析神经内镜微创手术治疗 HICH 的临床效果。

参考文献:

- [1]李豪,耿新,成睿,等.神经内镜微创手术和小骨窗开颅血肿清除术治疗高血压脑出血效果比较[J].中国药物与临床,2021,21(16):2785-2787.
- [2]赵朝辉,阳建国,钟兴明,等.神经内镜微创与小骨窗开颅显微手术治疗高血压脑出血及其不同部位血肿的疗效[J].临床神经外科杂志,2021,18(5):572-576.
- [3]李鹏,张义,杨晓,等.锁孔入路内镜辅助血肿清除与微创血肿穿刺引流治疗丘脑出血的对比研究[J].脑与神经疾病杂志,2021,29(2):93-97.
- [4]石海平,罗可,黄伟.神经内镜微创手术治疗高血压脑出血病人的手术效果及对病人神经功能的影响[J].临床外科杂志,2019,27(12):1029-1032.

(上接第 90 页)

本文引用的胰岛素,也有明显的疗效,使用本药可有效降低患者血压,使血压趋于平稳,但该药主要用于治疗 2 型糖尿病合并高血压肾病,它不太适合治疗 2 型糖尿病患者,因此,不能达到更理想的血糖控制效果。

相比之下,达格列净更安全、更有效,根据相关研究,口服达格列净后,患者可以迅速吸收,它可以通过减少肾脏葡萄糖的重新分配和直接从尿液中排出糖来达到降低血糖的目的,服用这种药也会在一定程度上减轻患者的体重和血压,这是因为达格列净通过抑制钠葡萄糖转运蛋白 2 (SGLT2) 发挥作用,在不增加胰岛素分泌的情况下有效控制患者的血糖,选择性抑制 SGLT2 是一种低亲和力的葡萄糖转运系统,是糖尿病治疗的新选择,然而,使用这种药物需要病人的正常肾功能,因此,应在使用前确定患者的肾功能状态。

在本次研究过程中,可看出两组治疗前临床资料(年龄、性别、病程、BMI、血压、SBP 和 DBP、血液生化指标、血糖和血脂、肝肾功能和 UACR)两组差异不具有统计学意义($P>0.05$)。可明显看出,治疗后实验组患者(BMI、血压、SBP 和 DBP、血液生化指标、血糖和血脂、肝肾功能和 UACR)效果均有效降低,两组差异具有统计学意义($P<0.05$)。这说明,再次证实达格列净联合胰岛素具有肾脏保护作用,从安全性的角度来看,

[5]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[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.

[6]柳桂红,张利,张于,等.3D-slicer 多模态辅助下神经内镜治疗高血压脑出血及术后综合治疗的效果研究[J].中国煤炭工业医学杂志,2022,25(1):81-85.

[7]魏小兵,温一奇,李素美,等.神经内镜微创颅内血肿清除术对脑出血血肿清除率的影响[J].现代科学仪器,2021,38(6):151-155.

[8]张利,张于,王彦,等.多模态 3D-Slicer 颅内血肿重建技术辅助神经内镜微创手术联合早期康复治疗高血压脑出血伴偏瘫患者的疗效研究[J].实用心脑血管病杂志,2021,29(5):118-123.

[9]黄传俊,刘星,钱伟,等.简易可视定位技术辅助神经内镜微创清除幕上高血压脑出血的疗效分析[J].临床神经外科杂志,2021,18(2):204-208.

[10]刘胜华,周政,唐协林,等.神经内镜微创术结合 LCFD 术对高血压脑出血患者症状、预后及影响术后生活质量的 Logistics 分析[J].临床神经外科杂志,2021,18(1):80-84.

[11]江楠,黄敏东,蔡丹辉,等.神经内镜微创手术治疗高血压脑出血的疗效及血清 IL-10、IL-17、BDNF、S100 β 蛋白水平变化研究[J].湖南师范大学学报(医学版),2021,18(2):55-58.

[12]汪瑞,倪初源,孙一睿.经神经内镜行基底节区高血压脑出血治疗的临床研究[J].河北医药,2021,43(19):2921-2924.

[13]苏俊,陈艾,吴海,等.神经内镜血肿清除术与微创血肿穿刺引流术治疗高血压脑出血临床效果比较[J].检验医学与临床,2021,18(20):3024-3027.

[14]霍健,范家权,顾磊,等.不同手术治疗基底节区高血压脑出血临床疗效及对 mRS 评分的影响[J].川北医学院学报,2022,37(1):99-102.

达格列净联合胰岛素不同程度地降低了胰岛素的使用量,进而降低了高剂量胰岛素治疗的低血糖反应,在肝功能方面,达格列净前后肝功能指标无显著变化,因此,达格列净联合胰岛素治疗糖尿病肾病是安全可靠的。

总之,在胰岛素治疗的基础上,加用达格列净能更好地控制血糖控制不佳的糖尿病肾病患者的血糖,有效降低尿蛋白,保护肾脏,值得临床推广及应用。

参考文献:

- [1]曾洁纯.达格列净对糖尿病肾病患者肾功能指标及血糖水平的影响[J].慢性病学杂志,2022,23(01):73-76.
- [2]黄雯,梁英,姜琪娜.达格列净联合胰岛素治疗血糖控制欠佳的糖尿病肾病 92 例临床观察[J].山东医药,2021,61(34):59-62.
- [3]杳世泽,张武健,黄东柱,黄家锋.达格列净联合胰岛素对 2 型糖尿病患者氧化损伤及血糖波动的影响[J].中国医学创新,2021,18(34):10-14.
- [4]王琴,沈呈,廖静,杨烨.达格列净干预改善糖尿病肾病模型大鼠的肾脏损伤[J].中国组织工程研究,2022,26(08):1216-1222.
- [5]郭泽华.达格列净对早期 2 型糖尿病肾病患者尿微量白蛋白和促炎症因子的影响探析[J].中国疗养医学,2021,30(12):1331-1333.

评价睑缘清洁治疗仪应用于难治型睑板腺功能障碍所致的干眼的疗效

贾现克 曹启津 谢晋

浙江省温州医科大学附属平阳医院 眼科 浙江温州 325400

摘要：目的：研究睑缘清洁治疗仪的作用机理及在难治型睑板腺功能障碍（MGD）所致的干眼治疗中的应用效果及安全性。方法：将我院收治的 150 例难治型 MGD 所致的干眼症患者随机分为 A 组 75 例（150 眼）和 A+Z 组 75 例（150 眼），A 组行睑板腺按摩干预，A+Z 组行睑缘清洁治疗仪干预。于两组患者治疗前后，评价干眼症状改善效果，检测泪膜稳定性[泪膜破裂时间（BUT）、泪液分泌功能（SIT）]、睑板腺功能[睑板腺功能异常率、泪膜脂质层厚度（LLT）、睑板腺腺体分泌功能]，调查患者生活质量（SF-36 量表），并观察不良反应发生情况。结果：在干眼症状总分上，治疗后 A+Z 组低于 A 组（ $P<0.05$ ），且在临床干预总有效率上，A+Z 组的 86.67% 高于 A 组的 64%（ $P<0.05$ ）。治疗后，A+Z 组 BUT、SIT 均高于 A 组（ $P<0.05$ ）；A+Z 组患者睑板腺功能异常率为 15%，低于 A 组的 54.67%（ $P<0.05$ ）；A+Z 组 LLT、MGYLS、MGYSS 均高于 A 组（ $P<0.05$ ）；A+Z 组 SF-36 量表各维度评分均高于 A 组（ $P<0.05$ ）。两组患者治疗期间均未发生明显不良反应症状。结论：睑缘清洁治疗仪治疗 MGD 所致的干眼的疗效显著，可有效改善患者睑板腺功能，提高泪膜稳定性，且安全性好，对提高患者的生活质量具有重要的意义。

关键词：干眼；睑板腺功能障碍；睑缘清洁治疗仪；泪膜稳定性；生活质量

干眼症是在环境、药物、不良用眼习惯等因素共同作用下引发的一组以泪膜稳定性破坏为基础病理，以眼部干涩、视物不适/模糊、畏光、分泌物增多等为主要表现的临床常见睑板腺疾病。据《2021 眼健康及干眼科普报告》调查数据显示，我国干眼症发病率高达 30%，其中约 80% 的干眼症患者因睑板腺功能障碍（MGD）所致^[1]。而临床上，睑板腺作为人体最大的皮脂腺，其所具备的脂质分泌功能是保护泪膜脂质层稳定性的关键，因各种不良因素造成的睑板腺阻塞为 MGD 发病机制的核心。因此，针对 MGD 所致的干眼症，其治疗关键在于加强睑缘清洁，疏通睑板腺管，改善睑板腺功能，以维护患者泪膜脂质层的稳定性^[2]。睑缘清洁治疗仪是近年来用于辅助治疗睑缘炎、睑板腺功能障碍等眼表疾病的新装置，可安全、有效清除睑缘油脂、细菌、鳞屑等物质，保障睑板腺管通畅，重建眼表微环境平衡，对改善干眼症状具有重要的意义。本文以我院收治的 150 例难治型 MGD 所致的干眼症患者为研究对象，探讨睑缘清洁治疗仪的临床应用价值。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本研究方案设计为病例对照研究路径，所收集的病例均为我院眼科收治的干眼症患者，收集病例数共 150 例，收集时间 2019 年 1 月~2021 年 12 月。病例纳入标准：（1）符合临床干眼症相关诊断标准，且均为 MGD 所致；（2）所收集的病理资料全面，能够满足研究需要；（3）患者对本研究方案的目的、方法等知悉，且获得其知情同意；排除标准：（1）有睑缘清洁治疗仪使用禁忌症者；（2）合并急性结、角膜炎者；（3）合并泪道疾病者。病例收集齐全后予以随机分组，分为 A 组 75 例（150 眼）和 A+Z 组 75 例（150 眼），两组患者基线资料差异比较， $P>0.05$ ，对比结果如表

1：

表 1 A 组和 A+Z 组患者基线资料分布

组别	例数	性别		年龄（岁）	病程（年）
		男	女		
A 组	75	40/53.33	35/46.67	47.32±3.23	6.46±1.12
A+Z 组	75	38/50.67	37/49.33	48.11±3.41	6.59±1.04

1.2 方法

A 组和 A+Z 组患者均采用常规功能眼药水及人工泪液治疗，在此基础上：

A 组 75 例患者行睑板腺按摩干预。即患者平躺于治疗床上，取舒适体位，睑缘清洁干净后予以热毛巾外敷，15min 后将睑缘分泌物彻底清除，眼脸予以翻转后将睑缘充分暴露并挑起（采用头皮针），遵循“由外而内”方向予以眼睑按摩。按摩 10min 后指导患者行睑板腺自行按摩法，按照“由内而外”的顺序经眼睑根部向睑缘方向缓慢按摩，时间 10min。1 次/3d，疗程 42d。

A+Z 组 75 例患者行睑缘清洁治疗仪干预。即患者平躺于治疗床上，取舒适体位。首先，取充电完毕后的睑缘清洁治疗仪装置，将睑缘清洁棉头端蘸取睑缘清洁液，保证棉头完全浸湿后，将其安装至睑缘清洁器。然后，启动睑缘清洁器旋转模式，指导患者眼睛向上看，采用清洁棉头端与睑板腺开口接触，遵循“自内至外”的方向依次清洁下睑缘的睑板腺开口处和睫毛根分泌物。清洁过程中合理把握力度，避免用力过度造成眼睑损伤。最后，待睑缘清洁完成后，撤掉治疗仪，予以患者眼部舒适按摩，并闭眼休息 10min。1 次/21d，疗程 42d。

1.3 观察指标

1.3.1 干眼症状改善效果

于 A 组和 A+Z 组患者治疗前后,采用 干眼评估问卷调查表(SPEED)调查两组患者干眼症状改善情况。主要症状包括眼干/异物感、灼热感/疼痛、眼疲劳/畏光视物流泪/模糊四项,各症状评分 1~4 分(1 分:无;2 分:轻度;3 分:中度;4 分:重度),总分 16 分。改善效果评价标准:1 级效果:治疗后症状总积分下降大于或等于 70%;2 级效果:治疗后症状总积分下降 50%~69%;3 级效果:治疗后症状总积分下降小于 50%。改善有效率=(1 级病例+2 级病例)/总病例×100%^[3]。

1.3.2 泪膜稳定性

于两组患者治疗前后,采用裂隙灯检测泪膜破裂时间(BUT),采用泪液分泌试纸检测泪液分泌功能(SIT)。

1.3.3 睑板腺功能

于两组患者治疗前后,分别通过如下指标评价患者睑板腺功能:(1)睑板腺功能异常率。采用睑板腺功能睑板腺评估器检查患者睑板腺功能,根据何敬^[4]等文献中的判定标准,统计两组患者睑板腺功能异常率。(2)泪膜脂质层厚度(LLT)。采用眼表干涉仪分别检测两组患者泪膜脂质层厚度;(3)睑板腺脂质分泌情况。采用睑板腺评估器检测患者睑板腺腺体分泌油脂开口数量(MGYLS)和下眼睑 15 个腺体分泌物加权得分(MGYSS)。

1.3.4 不良反应

观察并记录两组患者治疗期间相关不良反应的发生情况。

1.3.5 生活质量

于两组患者治疗前后,根据中国生活质量量表(SF-36)评分标准,采用该量表的生理功能、社会功能、心理健康、总体健康四个维度分别评价患者的生活质量。各维度评分 0~100 分,评分标准根据患者生活质量的由低到高,分值由低到高。

1.4 统计学方法

采用 SPSS20.0 软件,计数数据记录为百分比(n%),计量数据计为标准差($\bar{x} \pm s$),检验方法分别为 χ^2 、 t , $P<0.05$ 提示数据间的差异比较有统计学意义。

2 结果

2.1 干眼症状改善效果

在干眼症状总积分上,治疗前,两组差异比较, $P>0.05$;治疗后, A+Z 组低于 A 组 ($P<0.05$)。在临床干预总有效率上, A 组、A+Z 组依次为 86.67%、64%, A+Z 组高于 A 组 ($P<0.05$)。具体见表 2:

表 2 A 组和 A+Z 组患者干眼症状改善效果比较

组别	例数	干眼症状总积分		临床干预效果			
		治疗前	治疗后	1 级疗效	2 级疗效	3 级疗效	总有效率
A 组	75	12.53±1.43	9.46±1.02 ^a	18	30	27	48/64
A+Z 组	75	12.66±1.36	4.34±0.43 ^{ab}	33	32	10	65/86.67 ^b

注:与本组治疗前比较, ^a $P<0.05$;与 A 组治疗后比较, ^b $P<0.05$ 。

2.2 泪膜稳定性

在 BUT、SIT 指标值上,治疗前,两组差异比较, $P>0.05$;治疗后, A+Z 组 BUT、SIT 均高于 A 组 ($P<0.05$)。具体见表 3:

表 3 A 组和 A+Z 组患者泪膜稳定性指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	BUT (s)		SIT	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A 组	75	3.53±0.43	5.67±1.02 ^a	3.76±0.56	7.67±1.34 ^a
A+Z 组	75	3.51±0.42	9.75±1.54 ^{ab}	3.69±0.54	10.34±1.65 ^{ab}

注:与本组治疗前比较, ^a $P<0.05$;与 A 组治疗后比较, ^b $P<0.05$ 。

2.3 睑板腺功能

治疗后, A 组 75 例患者中睑板腺功能异常者 41 例,睑板腺功能异常率为 54.67% (41/75); A+Z 组 75 例患者中睑板腺功能异常者 12 例,睑板腺功能异常率 15% (12/75)。A+Z 组患者睑板腺功能异常率低于 A 组 ($P<0.05$)。同时,在 LLT、MGYLS、MGYSS 指标值上,治疗前,两组差异比较, $P>0.05$;治疗后, A+Z 组 LLT、MGYLS、MGYSS 均高于 A 组 ($P<0.05$)。具体见表 4:

表 4 A 组和 A+Z 组患者睑板腺功能比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	LLT (mm)		MGYLS (个)		MGYSS (分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A 组	75	54.34±3.24	64.35±5.12 ^a	5.34±0.43	6.76±0.55 ^a	12.34±2.13	18.56±3.11 ^a
A+Z 组	75	53.94±3.20	80.47±6.35 ^{ab}	5.40±0.41	9.55±0.75 ^{ab}	12.19±2.06	25.43±4.12 ^{ab}

注:与本组治疗前比较, ^a $P<0.05$;与 A 组治疗后比较, ^b $P<0.05$ 。

2.4 不良反应

两组患者治疗期间均未发生明显不良反应症状。

2.5 生活质量

在生理功能、社会功能、心理健康、总体健康四个维度评分上,治疗前,两组差异比较, $P>0.05$;治疗后, A+Z 组各维度评分均高于 A 组

($P<0.05$)。具体见表 4:

表 4 A 组和 A+Z 组患者生活质量量表评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	生理功能	社会功能	心理健康	总体健康
A 组	75	治疗前	56.46±4.45	53.24±5.34	50.49±5.45	54.36±5.46
A+Z 组	75	治疗前	55.49±5.02	54.03±4.76	50.65±5.10	55.06±6.72
A 组	75	治疗后	66.59±6.13 ^a	68.59±6.02 ^a	64.38±6.82 ^a	67.58±7.01 ^a
A+Z 组	75	治疗后	80.58±6.73 ^{ab}	82.25±6.75 ^{ab}	85.45±8.45 ^{ab}	82.38±7.56 ^{ab}

注:与本组治疗前比较, $aP<0.05$; 与 A 组治疗后比较, $bP<0.05$ 。

3 讨论

睑板腺位于人体上下眼睑睫毛根部附近,主要通过脂质和多种蛋白质的分泌,于眼球表面形成具有保护效果的泪膜,从而使泪液不容易蒸发,实现保持眼睛湿润的作用。而一旦睑板腺发生堵塞或功能不全,造成 MGD,即导致脂质分泌不足,水分蒸发过强,进而诱发脂质异常型干眼的发生,出现干燥、疼痛、灼热感、异物感和视力模糊等一系列干眼症状。近年来,随着人们生活环境的变化及手机、电视、电脑等电子产品的广泛应用,干眼症的发病率日趋升高,且呈年轻化趋势。而临床上,大部分干眼症患者通过人工泪液、各类功能眼药水、细胞修复药水等药物综合治疗后,虽能取得一定的效益,但针对性难治型 MGD 所致的干眼,其复发率较高,病情反复迁延难愈,对患者的生活质量造成严重影响,同时也增加了社会经济负担^[5]。疏通睑板腺,改善睑板腺功能是治疗难治型 MGD 所致的干眼症的关键。本研究中,A 组行睑板腺按摩干预,A+Z 组行睑缘清洁治疗仪干预,研究结果显示:

治疗后,在干眼临床干预总有效率上,A+Z 组的 86.67%高于 A 组的 64% ($P<0.05$),且 A+Z 组 BUT、SIT 均高于 A 组 ($P<0.05$);A+Z 组患者睑板腺功能异常率为 15%,低于 A 组的 54.67% ($P<0.05$);A+Z 组 LLT、MGYLS、MGYSS 均高于 A 组 ($P<0.05$),即睑缘清洁治疗仪治疗可有效改善患者睑板腺功能,提高泪膜稳定性,进而改善患者干眼症状。主要是因为常规睑板腺按摩虽能改善眼部微循环,有助于促进睑板腺管分泌物的排出,但很难实现深度清洁睑缘,对睑板腺功能的改善效果有限^[6]。而睑缘清洁治疗仪由电动手柄和一次性清洁刷头构成,通过电动刷头与睑缘、睫毛根部的擦拭,可以有效清除睑缘上的有害物质,重建眼表微环境平衡^[7]。实践应用中,其清洁刷头采用的是纤维材质,直径比毛孔还要小,可深入眼睑毛孔进行清除污垢油脂,提高睑板腺腺管疏通效果,更好的改善睑板腺功能;且其转动速度可控制均匀,在有效清除堵塞睑板腺腺管的细菌、鳞屑、油脂等物质的同时,能有效防止清洁操作对睑板腺造成的损伤,安全可靠。本研究中,两组患者治疗期间均未发生明显不良反应症状,即睑缘清洁治疗仪具有良好的安全性能。另外,睑缘清洁治疗仪成本低,可重复使用,治疗不受地点限制,且操作简单,为睑板腺功能障碍所致干眼的患者提供了新的选择,特别是为基层医院的 MGD 所致干眼的治疗提供了可实现的有效的选择。

在对患者生活质量的改善上,本研究中,治疗后,A+Z 组 SF-36 量表各维度评分均高于 A 组 ($P<0.05$),即通过睑缘清洁治疗仪的应用可有效改善患者干眼症状,提高患者生活质量,促进患者更好的回归家庭和社会。

综上,睑缘清洁治疗仪治疗 MGD 所致的干眼的疗效显著,可有效改善患者睑板腺功能,提高泪膜稳定性,且安全性好,对提高患者的生活质量具有重要的意义,具有良好的经济性、科学性和有效性,可获得良好的社会经济效益。

参考文献:

[1]马剑欣,卢建民,马红霞. 中药熏蒸联合睑板腺按摩对睑板腺功能障碍相关干眼患者的临床疗效及安全性评估[J]. 四川中医,2022,40(02):168-172.

[2]戴鹏飞,李颖,王玉倩,王洁,刘文婷,李云鹏. 睑板腺分析系统评估强脉冲光联合睑板腺按摩治疗睑板腺功能障碍相关干眼的有效性[J]. 中华眼视光学与视觉科学杂志,2021,23(12):896-902.

[3]庄靖玲,王伟鹏,严汉银. 玻璃酸钠滴眼液联合睑板腺按摩对睑板腺功能障碍性干眼症患者的治疗效果[J]. 川北医学院学报,2021,36(11):1488-1492.

[4]程配. 常规干预联合睑板腺按摩护理用于睑板腺功能障碍性干眼患者眼部症状改善及满意度观察[J]. 山西医药杂志,2021,50(15):2362-2365.

[5]蒋冬冬,靳荷. 睑板腺功能障碍相关干眼的诊疗进展[J]. 国际眼科杂志,2021,21(07):1209-1212.

[6]彭聪. 睑板腺按摩联合药物治疗睑板腺功能障碍型干眼的临床疗效分析[J]. 世界复合医学,2021,7(06):96-98.

[7]马洪梅. 电脑多功能治疗仪治疗睑板腺功能障碍性干眼症的临床观察[J]. 中国医疗器械信息,2021,27(08):122-123.

作者简介:贾现克(1983.10—),女,汉族,籍贯:浙江温州,学历:本科,职称:副主任医师,科室:眼科,单位:浙江省温州医科大学附属平阳医院。

课题:平阳县科技计划项目;项目名称:评价睑缘清洁治疗仪应用于难治型睑板腺功能障碍所致的干眼的疗效

项目编号:Y2020A41

双侧切口双侧解剖钢板内固定治疗复杂胫骨平台骨折的效果及对膝关节功能的影响

李国栋

城固县中医院 骨伤科 陕西汉中 723200

摘要：目的：分析双侧切口双侧解剖钢板内固定治疗复杂胫骨平台骨折的效果及对膝关节功能的影响。方法：选取复杂胫骨平台骨折患者 80 例行对比调查，参考随机抽样法分组，单侧锁定钢板内固定治疗者为对照组，双侧切口双侧解剖钢板内固定治疗者为观察组，对比膝关节功能等指标。结果：观察组患者平均手术时间与术中出血量及住院时间均小于对照组患者，组间对比有差异性；对照组 4 例患者膝关节功能恢复效果较差，观察组 1 例患者膝关节功能恢复效果较差，组间患者膝关节恢复情况对比有差异性；观察组患者生活质量评分 93.25 ± 1.67 分，大于对照组患者的 88.24 ± 1.45 分，组间对比有差异性。结论：将双侧切口双侧解剖钢板内固定应用到复杂胫骨平台骨折治疗中，有助于促进患者膝关节功能的恢复，且术后住院时间较短。

关键词：双侧切口；双侧解剖；钢板内固定；胫骨平台骨折；膝关节功能

人体内部不同骨及关节均承担着重要角色，以胫骨平台为例，属于膝关节的主要负荷结构^[1]。胫骨平台若发生骨折，则能够引发膝关节活动严重畸形。骨折后行保守治疗效果具有一定限制，为此多行外科手术治疗^[2]。复杂胫骨平台骨折不能够直接固定骨折部位，若选择治疗方式不适合容易引发关节面不平等并发症，进而影响到术后关节功能恢复^[3]。为探寻复杂胫骨平台骨折的有效治疗方案，本次研究中对 80 例患者进行了对比调查，旨在观察双侧切口双侧解剖钢板内固定方式的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2016 年 1 月~2021 年 1 月院内复杂胫骨平台骨折患者 80 例行对比调查，参考随机抽样法分组，单侧锁定钢板内固定治疗者为对照组（40 例），双侧切口双侧解剖钢板内固定治疗者为观察组（40 例）。对照组男女 23/17 例；年龄 29~58 岁，均值（ 45.26 ± 4.16 ）岁；左侧骨折 25 例，右侧骨折 15 例。观察组男女 25/15 例；年龄 28~59 岁，均值（ 46.18 ± 4.27 ）岁；左侧骨折 24 例，右侧骨折 16 例。纳入标准：经院内检查确诊复杂胫骨平台骨折；均自愿行手术治疗；签署知情同意书。排除标准：存在心肝肾功能不全者；存在精神疾病史者。两组患者行年龄等资料对比均无差异性，符合对比调查选择标准。

1.2 方法

对照组：单侧锁定钢板内固定治疗，膝关节前外侧做切口，切开关节囊，显露关节面。应用钝性器械恢复关节面缺损或塌陷。利用异体松质骨填充关节面缺损严重部位，尽量恢复关节面平整度。应用克氏针对骨折部位临时固定，将高尔夫锁定钢板用到外侧踝平台部位固定，冲洗与充分止血后缝合。

观察组：双侧切口双侧解剖钢板内固定治疗，膝关节内后侧做切口，显露胫骨内侧平台与内后侧缘，解剖复位骨折。选择大小适合的支撑钢板固定局部骨折。在膝关节外侧做切口，显露胫骨外侧踝与关节面，恢复塌

陷的关节面。结合骨折情况应用松质骨对塌陷严重关节面填充。利用 X 线片明确关节面恢复情况，选择适合的胫骨平台外侧支撑钢板固定骨折部位。手术期间对破裂半月板与交叉韧带探查与修复。冲洗与充分止血后缝合。

1.3 观察指标

（1）统计患者手术相关指标，包括手术时间与术中出血量及住院时间。

（2）应用 Merchant 评分法判断患者术后膝关节功能恢复情况，将膝关节屈 130°，伸直 20°，无疼痛判断为优；将膝关节屈 120°，伸直 30°，偶有疼痛判断为良；将膝关节屈 90-119°，伸直 40°判断为中；将膝关节可屈 <90°，伸直 40°，活动障碍严重判断为差。

（3）以生活质量量表评估患者生活质量，包括躯体疼痛、一般情况、心理健康、社会功能 4 个条目，各条目评分 0-25 分，总分 100 分。

1.4 统计学处理

用 SPSS21.0 统计软件完成调查数据处理，用（ $\bar{x} \pm s$ ）描述计量资料，以 t 检验，计数资料采用率（%）表示，以卡方检验， $P < 0.05$ 代表数据对比有差异性。

2 结果

2.1 组间患者手术相关指标对比

观察组患者平均手术时间与术中出血量及住院时间均小于对照组患者，组间对比有差异性（ $P < 0.05$ ）。见表 1。

表 1 组间患者手术相关指标对比结果（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	手术时间	术中出血量	住院时间（d）
		（min）	（ml）	
对照组	40	74.15 ± 11.32	165.26 ± 12.04	15.24 ± 2.18
观察组	40	58.59 ± 10.14	112.25 ± 12.14	10.25 ± 2.06
t	-	6.475	19.608	10.522

<i>P</i>	-	<0.01	<0.01	<0.01		
2.2 组间患者术后膝关节功能恢复情况对比						
对照组 4 例患者膝关节功能恢复效果较差, 观察组 1 例患者膝关节功能恢复效果较差, 组间患者膝关节恢复情况对比有差异性 ($P<0.05$)。见表 2。						
表 2 组间患者术后膝关节功能恢复情况对比结果 (n, %)						
组别	例数	优	良	中	差	优良率
对照	40	28(70.00)	9(22.50)	2(5.00)	1(2.50)	37(92.50)

表 3 组间患者生活质量评分对比结果[($\bar{x} \pm s$), 分]

组别	例数	躯体疼痛	一般情况	心理健康	社会功能	总分
对照组	40	20.05±1.32	20.14±1.25	19.62±1.24	19.15±1.03	88.24±1.45
观察组	40	22.14±1.05	23.24±1.04	22.15±1.62	22.05±1.17	93.25±1.67
<i>t</i>	-	7.837	12.057	7.843	11.766	14.327
<i>P</i>	-	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

3 讨论

复杂胫骨平台骨折多基于高能量损伤所引发, 常见致病原因, 包括车祸外伤与高处坠落以及重物砸伤等^[4]。在受到创伤时若患者膝关节预先着地, 则容易引发复杂性胫骨平台骨折^[5]。膝关节邻近部位分布重要神经血管可出现关键神经血管与韧带损伤, 常见为外韧带损伤与交叉韧带损伤等, 可直接影响到患者膝关节功能^[6]。在胫骨平台骨折发生后, 需要早期行手术治疗, 可结合 CT 与磁共振检查结果判断骨折移位情况, 同时分析邻近部位是否存在韧带损伤, 以便于制定具有针对性的治疗方案^[7-8]。

临床中对于复杂胫骨平台骨折的手术治疗中, 对于手术时机选择以及内固定方式的选择存在一定争论, 也是临床治疗中的主要难点^[9-10]。若基于内固定方式选择不当或手术时机不适合, 则可能造成伤口感染或钢板外露, 进而影响到手术成功性^[11]。对于胫骨平台骨折发生后手术时机的选择, 临床中常规定为在受伤后 7-14 天内进行手术适合, 但也有研究资料显示, 在受伤后 6-10 天内行内固定, 治疗效果显著^[12]。针对胫骨平台骨折闭合性损伤患者并不建议急诊手术, 但若患者同时存在血管神经损伤或筋骨模式综合症, 则须要结合具体情况, 明确是否需早期行手术治疗^[13-14]。采用外科手术治疗, 复杂性胫骨平台骨折难度较高, 若治疗不当, 则可能造成关节僵硬或创伤性关节炎等均可影响到患者术后膝关节功能^[15-16]。外科切开内固定被认为是复杂性胫骨平台骨折的最佳治疗方案, 其治疗主要目的在于尽量恢复正常解剖结构并恢复关节功能^[17]。

结合本次调查结果来看, 对比单侧锁定钢板内固定治疗方式, 采用双侧切口, 双侧解剖钢板内固定治疗患者的手术时间较短, 且术中出血量较少, 也由此缩短了患者术后住院时间。基于此结果认为, 在复杂胫骨平台骨折后, 采用双侧切口双侧解剖钢板内固定治疗, 对于缩短患者术后康复周期具有积极作用。在患者术后膝关节功能评价方面, 证实了双侧切口双

组	观	40	22(55.00)	8(20.00)	6(15.00)	4(10.00)	30(75.00)
察	组						
χ^2	-	1.920	0.075	2.222	1.920	4.501	
<i>P</i>	-	0.166	0.785	0.136	0.166	0.034	

2.3 组间患者生活质量评分对比

观察组患者生活质量评分 93.25±1.67 分, 大于对照组患者的 88.24±1.45 分, 组间对比有差异性 ($P<0.05$)。见表 3。

侧解剖钢板内固定治疗方式, 更有助于提升患者术后膝关节功能恢复效果。此种手术治疗方式的优势主要体现在能够有效解决单侧锁定钢板内固定治疗容易出现的手术视野局限性以及钢板松动等问题。同时在治疗期间还能够对患者双膝关节稳定性进行探查, 可最大化降低并发症发生风险。除此之外, 此种手术操作过程不容易损伤到患者膝关节临近软组织能够充分显露骨后端。基于其胫骨内外踝固定, 效果稳定, 还可以有效控制骨折端移位问题的发生。而双侧切口钢板内固定治疗方式, 自身也具有胫骨平台损伤较小的优势, 可有效降低术后相关并发症的发生风险, 包括切口感染以及切口出血等。本次研究除对患者术后膝关节功能改善情况等生理性指标调查外, 还对患者的生活质量进行了评估。结合调查结果能够发现采用双侧解剖钢板内固定治疗方式后, 患者的生活质量评分相对较高, 包括躯体疼痛与心理健康以及一般情况等评分均高于对照组患者。而出现此种差异性的原因, 可能为此种手术方式可促进患者术后膝关节功能恢复, 且基于创伤性较小, 术后疼痛程度较轻, 并能够在短时间内出院, 而以上几项指标均可影响到患者的生活质量。

综上所述, 复杂胫骨平台骨折治疗后, 膝关节的功能恢复至关重要, 本次调查证实采用双侧切口双侧解剖钢板内固定方式治疗后膝关节功能恢复良好, 且术后恢复时间较短, 对于提升患者生活质量也具有积极作用。

参考文献:

[1]王攀, 黄光斌, 胡平, 等. 关节镜辅助下微创经皮钢板内固定与传统切开复位内固定对胫骨平台骨折患者的疗效观察[J]. 创伤外科杂志, 2019, 21(08):61-65.

[2]曹建国. 关节镜联合微创经皮钢板内固定治疗低能量胫骨平台骨折伴韧带损伤的临床研究[J]. 中国骨伤, 2019, 32(11):1008-1013.

(下转第 101 页)

侧卧位结合分时段旋转胃管置入法在中老年危重患者中置管成功耗时及一次置管成功率的效果分析

李丽

广西钦州市第一人民医院 急诊科 535000

摘要：目的：分析侧卧位结合分时段旋转胃管置入法在中老年危重患者中置管成功耗时及一次置管成功率的效果；方法：对2021年1月至2022年1月在我院接受治疗的60例中老年危重患者进行分析，并采用编号法将其分为两组，对照组采用管置入法，观察组采用侧卧位结合分时段旋转胃管置入法，对比两组患者的临床数据；结果：在对老年危重患者中采用侧卧位结合分时段旋转胃管置入法后，观察组患者一次性置管成功率为100%，对照组一次性置管成功率为83.3%，显著高于对照组($P < 0.05$)；观察组患者的置管时间显著短于对照组($P < 0.05$)；观察组患者在置管后并发症发生率为3.3% (1/30)，对照组患者在置管后并发症发生率为26.7% (8/30)，观察组患者置管后并发症发生率显著低于对照组($P < 0.05$)；观察组患者置管后的收缩压、舒张压与心率均显著优于对照组($P < 0.05$)；结论：侧卧位结合分时段旋转胃管置入法能够提高患者一次性置管成功率，可以减少老年危重患者在置管过程中出现的不良反应，并且置管的时间较短，置管后并发症较少，临床价值较高，值得进一步推广并应用。

关键词：侧卧位结合分时段旋转；胃管置入法；中老年危重；置管成功耗时；置管成功率

在临床护理中，在肠内营养和胃肠减压等治疗中引入胃管具有积极的意义。由于病情的特殊性，急诊科的患者增加了引入胃管的难度^[1]。临床研究表明^[2]，传统的胃管植入方法有许多不良反应(咳嗽、呕吐、出血等)和插管成功率低，这会严重影响患者治疗的成功。因此，临床应将胃管置入方法的研究作为首要课题，积极寻求安全、有效、实用的胃管置入方法，以提高患者的舒适度和康复机会^[3]。胃管经鼻孔插入，经咽喉经胃管到达胃，主要用于泵出胃液，用于急性中毒时洗胃，或通过向胃内和胃内注射液体为患者提供必要的食物和营养，护理时必须注意避免污染胃管，胃管脱落导致吸力差。胃管置入法可以用于神经内科、消化内科等无法自主进食或者意识不清的危重患者当中，给予患者提供营养支持，保证患者的生命^[4]。传统的插管是从耳垂到鼻尖直到剑突，插入长度为45-55cm，部分患者引流量较少，会引起很多并发症。而侧卧位结合分时段旋转胃管置入法具有置管时间短，并发症低，损伤简单、安全、有效，容易为临床患者以及家属、护士所接受，具有显著的社会效益。为了进一步分析侧卧位结合分时段旋转胃管置入法在中老年危重患者中置管成功耗时及一次置管成功率的效果。本次研究，选择我院收治的60例中老年危重患者进行分析，对其采用侧卧位结合分时段旋转胃管置入法，现将本次研究内容报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择我院收治的60例中老年危重患者进行分析，对照组30例，男性与女性的比例在16:14，平均年龄在(52.25±3.54)岁；观察组30例，男性与女性的比例在17:13，平均年龄在(53.25±2.25)岁。对照组与观察组的患者性别、年龄等没有太大差异($P > 0.05$)，双方可以进行对比。本次研究纳入标准均为中老年危险的患者，并且需要行留置气管；其中患者

均没有严重的精神异常的患者；同时需要排除患有食管疾病、鼻咽部疾病、颈椎损伤以及精神疾病的患者；

1.2 方法

1.2.1 对照组采用常规胃管置入法，根据国立高等学校护理手册第六版手册中的基本护理学教材里的鼻饲法中的插胃管法。

1.2.2 观察组采用侧卧位结合分时段旋转胃管置入法，包括有：手术前，首先需要评估患者鼻子的流动性和清洁度，检查胃管的情况，检查是否通畅，并保存相关记录。帮助患者取侧卧位，侧卧位可以减轻上颌骨气管和食管的压力，同时避免舌根下降造成的摄食通道堵塞。患者头部的颈垫，使头部、颈部和身体在同一水平线上。术中戴一次性橡胶手套，分别握住胃管的末端和胃管的前端，当洁净侧的鼻子插入喉咙附近14~16cm处时稍停，术者仔细观察患者喉头的运动，当喉头向上运动时(即患者吞咽时)，转动胃管，随着患者喉头的上下运动将其插入，动作轻柔快速，使胃管前端逐渐转向咽后壁，手术结束时，检查胃管的固定情况，确保其稳定；熟记管过程五个字：光-停-顺-转-快。

1.3 观察指标

(1) 胃管成功率：胃管沿胃后壁穿过一侧鼻腔，成功插入到咽喉提供的长度，能成功抽出胃液，听到空气的声音，确认胃管在胃中，没有胃管误入口腔的情况。(2) 导管放置期间血流动力学的变化：监测导管放置前后牵引电压的变化、患者的压迫和心率。(3) 建立时间：从胃管接触鼻孔的那一刻开始计算时间，直到在胃中确认(抽取胃液，听到水的声音)。(4) 治疗过程中的不良反应：咳嗽、恶心、呕吐、流泪、烦躁等。(5) 并发症主要是鼻粘膜的病变，如果插管后鼻腔内出现新鲜血液或血丝，则认为是鼻粘膜的病变。

1.4 统计学方法

本研究采用 SPSS22.0 统计软件处理数据，测量数据以平均标准偏差 ($\bar{x}\pm s$)表示，并且计数资料以 (%)表示，分别采用 t 检验和 χ^2 检验。(P<0.05)表明差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 对比两组患者一次性置管成功率与置管时间

在对中老年危重患者中采用侧卧位结合分时段旋转胃管置入法后，观察组患者一次性置管成功率为 100%，对照组一次性置管成功率为 83.3%，显著高于对照组(P<0.05)；观察组患者的置管时间显著短于对照组(P<0.05)；有关详细信息，请参见表 1。

表 1 对比两组患者一次性置管成功率与置管时间{ (n,%), ($\bar{x}\pm s$) }

组别	例数	一次性置管成功率	置管时间 (h)
观察组	30	30 (100.0)	5.5±2.1
对照组	30	25 (83.3)	8.3±3.2
t/ χ^2 值	-	5.455	4.007
P 值	-	<0.05	<0.05

2.2 对比两组患者置管后并发症发生率

在对中老年危重患者中采用侧卧位结合分时段旋转胃管置入法后，观察组患者在置管后并发症发生率为 3.3% (1/30)，对照组患者在置管后并发症发生率为 26.7% (8/30)，观察组患者置管后并发症发生率显著低于对照组(P<0.05)；有关详细信息，请参见表 2。

表 2 对比两组患者置管后并发症发生率 (n, %)

组别	例数	呛咳	出血	呕吐	并发症总发生率
观察组	30	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.3)	1 (3.3)
对照组	30	2 (6.6)	2 (6.6)	4 (13.2)	8 (26.7)
χ^2 值	-	-	-	-	6.405
P 值	-	-	-	-	<0.05

2.3 对比两组患者置管前后血流动力学变化

在对中老年危重患者中采用侧卧位结合分时段旋转胃管置入法后，观察组患者置管后的收缩压、舒张压与心率均显著优于对照组(P<0.05)；有关详细信息，请参见表 3。

表 3 对比两组患者置管前后血流动力学变化 ($\bar{x}\pm s$, mmHg)

组别	收缩压		舒张压		心率	
	置管前	置管后	置管前	置管后	置管前	置管后
观察组 (n=30)	125.63±14.55	143.25±18.75	89.25±5.62	102.32±10.26	89.42±7.85	107.30±11.14
对照组 (n=30)	124.45±13.62	151.02±16.25	87.23±6.02	107.33±8.13	88.62±10.32	98.36±13.62
t 值	0.387	3.098	0.775	2.096	0.335	3.753
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3. 讨论

中老年危重患者对于胃肠内的营养方法主要以置管途径进行维持。研究表明，昏迷、危重的中老年患者的胃管很可能在气管中丢失或在口腔中变形，这不仅增加了患者的病情，也增加了护士的工作量^[5]。而且反复插管会对黏膜造成损伤，增加昏迷者感染的风险。因此，有必要改进用于无意识头部创伤患者的胃管植入方法，以提高一次性胃管的成功率，减少患者的痛苦和胃管的副作用^[6]。随着医疗护理水平的提高以及胃管在不同环境中的放置变得越来越苛刻，放置胃管的传统方法越来越受到限制，并且不能满足临床需要。临床研究结果显示，接受常规治疗的患者会出现一系列不良反应，包括恶心、头晕、咳嗽和呕吐等症状。此外，一些患者会出现血压升高、喉咙痛和心脏骤停等症状，这些症状不仅会影响最终治疗的效果，还会直接威胁到他们的健康^[7]。近年来，导管治疗的方法被认为是研究的关键要素，在分析了患者咽喉和咽喉的局部解剖特征后，根据患者的真实情况进行导管治疗的操作，这使得在一定程度上增加患者的舒适度，减少不良反应的发生率，增加置管治疗的成功率，实现患者的快速康复成为可能^[8]。

作为临床工作的一部分，中老年危重患者保留胃管，打破常规，使用平卧位法，尤其适用于肥胖患者，支气管和气管切开术，更适用于有明显舌苔的患者。贾丽敏^[9]对 100 名临床上无害的患者使用了侧胃管插入法，一次性胃管的成功率为 98%。对于不能坐位行胃管的患者，建议采用更舒适方便的左侧卧位，在治疗过程中节省时间和精力。其程序包括以下步骤：选择要留置的鼻腔，帮助患者对侧留置，留下上面选择的鼻腔，清洗鼻腔，测量要留置的胃肠腔长度，润滑胃肠腔前部，轻轻作用于下胃脘，放置到位后判断留置并固定。由于侧腔的存在，吞咽它的后部消化道内的空腔增大，胃管进入胃肠道的可能性显著增加，显著提高了上述患者单次留置胃管的成功率。本次研究结果显示，在对老年危重患者中采用侧卧位结合分时段旋转胃管置入法后，观察组患者一次性置管成功率为 100%，对照组一次性置管成功率为 83.3%，显著高于对照组(P<0.05)；观察组患者的置管时间显著短于对照组(P<0.05)；由此可见，侧卧位结合分时段旋转胃管置入法不仅提高了一次性导管的成功率，减少了患者置管时的压力和不良反应，而且减少了置管持续时间和对患者鼻粘膜的损伤。本次研究结果还显示，观察组患者在置管后并发症发生率为 3.3% (1/30)，对照组患者在

置管后并发症发生率为 26.7% (8/30), 观察组患者置管后并发症发生率显著低于对照组($P<0.05$); 观察组患者置管后的收缩压、舒张压与心率均显著优于对照组($P<0.05$); 这说明了, 在对中老年危重患者中采用侧卧位结合分时段旋转胃管置入法后, 可以减轻置管后并发症的发生率, 对于中老年危重患者来说至关重要, 进一步减轻患者的痛苦。这与曾祥凤, 周友兰等人^[10]的文献里的研究结果相符合, 通过对 100 例中老年危重患者采用侧卧位结合分时段旋转胃管置入法后, 其中治疗有效率高达 98.0%, 术后并发症较少, 临床价值较高, 值得在临床中进一步推广并应用。

综上所述, 对中老年危重患者中采用侧卧位结合分时段旋转胃管置入法后, 可以有效地提高一次性置管的成功率, 减少中老年危重患者在治疗过程中的不良反应, 且治疗时间短, 治疗后并发症少, 可应用于临床护理。

参考文献:

- [1]张秋云, 林艳, 张庆云, 陈晚妹. 在新生儿 PICC 置管中予以腔内心电图定位技术提高一次性置管成功率的作用[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50(02): 172-173.
- [2]王卓霞. 循证护理对重症脑卒中后床旁盲插鼻肠管患者一次性置管成功率及不良事件发生率的影响[J]. 中国药物与临床, 2020, 20(04): 683-685.
- [3]管绿香, 饶伟华, 刘秋香. 重症脑损伤患者气管切开后胃管置入法的

(上接第 98 页)

- [3]联合入路双钢板内固定治疗 SchatzkerV, VI 型胫骨平台骨折的临床疗效分析[J]. 创伤外科杂志, 2019, 21(03):185-187.
- [4]陈其荣, 穆洪鑫, 花元春, 等. 三钢板及双钢板内固定治疗涉及三柱的复杂胫骨平台骨折的疗效[J]. 江苏医药, 2019, 045(008):838-841.
- [5]杨永强, 霍玉龙. 膝关节内外侧双切口双钢板复位内固定术治疗复杂胫骨平台骨折 80 例[J]. 山西医药杂志, 2019, 048(011):1305-1307.
- [6]朱引, 阎煜军. 关节镜辅助下经皮钢板内固定治疗胫骨平台骨折患者的可行性[J]. 中国药物与临床, 2019, 19(15), 2598-2600.
- [7]韩雪昆, 杨文贵, 方玮, 等. 扩大前外侧入路锁定钢板内固定治疗累及后髁的外侧胫骨平台骨折[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2019, 34(08):84-85.
- [8]陈丹玮, 刘志鑫. 双钢板内固定和 Ilizarov 外固定治疗 SchatzkerVI 型胫骨平台骨折的疗效比较[J]. 山西医药杂志, 2019, 48(23):79-82.
- [9]石武谔, 柯雯县. 关节镜下经皮微创钢板内固定术与切开复位内固定术对胫骨平台骨折患者膝关节活动度、疼痛应激和炎性因子的影响比较[J]. 创伤外科杂志, 2019, 21(03):47-51.
- [10]赵纲驿. 锁定钢板内固定联合玻璃酸钠对胫骨平台骨折术后膝关节功能及综合应激状态的影响[J]. 蚌埠医学院学报, 2019,

比较及护理方法[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2019, 3(24): 142-143.

[4]孙培芙, 柳春清. 重度颅脑损伤伴窒息昏迷气管切开术患者胃管置入法护理体会[J]. 中国社区医师(医学专业), 2011, 13(22): 279.

[5]林辛. 不同胃管置入法对脑外伤昏迷患者一次性置管成功率及并发症的影响[J]. 临床护理杂志, 2016, 15(04): 79-81.

[6]方萍, 李大军, 刘庆杰, 岳明, 薛梅. 侧卧位健侧鼻孔在上捻转胃管置入法在脑卒中瘫痪患者中的应用[J]. 护理学杂志, 2016, 31(15): 43-44.

[7]刘洁, 谢力. 喉镜辅助经口明视下胃管置入法在神经外科危重患者中的应用[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2015, 18(23): 95-96.

[8]李文艺. 护理干预对胃癌手术患者一次性置管成功率的护理影响分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2014, 1(06): 970+972.

[9]贾丽敏. 护理干预对胃癌手术患者一次性置管成功率的护理影响[J]. 中国现代药物应用, 2012, 6(17): 109-110.

[10]曾祥凤, 周友兰, 藤晓秋, 王君红. 独送外套管静脉置管法对提高浅小静脉一次性穿刺成功率的效果评价[J]. 当代护士(学术版), 2011(02): 143-144.

作者简介: 李丽, 广西钦州市第一人民医院 急诊科 535000, 学历: 本科, 职称: 主管护师, 研究方向 急危重症护理学。

钦州市科学研究与技术开发计划项目合同号: 20202716

044(011):1500-1504.

[11]易刚, 张磊, 扶世杰, 等. 双钢板固定结合奥邦植骨材料与自体髂骨植骨治疗复杂胫骨平台骨折的比较[J]. 中国组织工程研究, 2019, 023(016):2486-2492.

[12]马海召, 冯新霞, 陈晓华, 等. 单纯 T 形钢板与双支撑钢板治疗后外侧胫骨平台骨折的疗效分析[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2019, 034(002):185-187.

[13]张斌. 改良前外侧入路加锁定加压钢板固定治疗胫骨平台后外侧骨折的临床效果[J]. 中国药物与临床, 2020, 20(21):86-88.

[14]陈宁, 朱金宏, 成超. 闭合复位交锁髓内钉和微创经皮钢板内固定治疗胫骨中下段骨折[J]. 临床骨科杂志, 2020, 23(5), 738-742.

[15]范立洪. 传统切开复位普通钢板和经皮微创锁定钢板内固定治疗胫骨中下段骨折疗效观察[J]. 医学临床研究, 2020, 037(002):245-248.

[16]刘勇, 陈国川, 俞玮, 等. 外侧中和钢板与后外侧解剖钢板治疗骨质疏松性外踝骨折的比较研究[J]. 中国骨与关节杂志, 2019, 8(03):41-45.

[17]吴迎波, 刘鹏程, 王广东, 等. 后内侧倒“L”形切口三间隙显露联合前外侧入路治疗复杂胫骨平台骨折的临床效果[J]. 创伤外科杂志, 2019, 12(7):519-522.

美托洛尔并曲美他嗪治疗冠心病合并心力衰竭患者的疗效观察

李琴琴

佳县人民医院 药剂科 陕西佳县 719299

摘要：目的：分析冠心病合并心衰患者用美托洛尔并曲美他嗪治疗的效果。方法：选取 2020 年 1 月-2022 年 1 月该院收治的 80 例冠心病合并心衰患者，以随机数字表法分组，参照组，40 例，用美托洛尔治疗，观察组 40 例，用美托洛尔并曲美他嗪治疗。比较两组疗效。结果：观察组治疗后的 LVEF 高于参照组，LVESD 和 LVEDD 低于参照组；观察组治疗后的收缩压和舒张压低于参照组；观察组的不良情况发生率少于参照组；观察组治疗后的生活质量评分高于参照组，有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：美托洛尔并曲美他嗪使患者的心功能和血压指标更正常，还较少出现不良情况，使患者更健康的生活，治疗效果显著，应推广。

关键词：美托洛尔；曲美他嗪；冠心病合并心衰

冠心病合并心衰在心内科是一种常见疾病，该种疾病会持续降低心肌细胞的供氧能力，减少 ATP 合成量下降，使心脏无法正常收缩、扩张，还经常出现胸痛、气促、头晕等症状，严重威胁患者的健康。一般心内科会用药物治疗该种疾病，以达到降压、滋养心肌的目的，其中，美托洛尔的利用率较高，能重点改善心绞痛、高血压、心衰等疾病，减轻心脏负担^[1]。但仅使用美托洛尔无法减少冠心病合并心衰导致的不良情况，所以，心内科在救治患者的时候，也较重视曲美他嗪，该种药物能有效改善心绞痛、促进体内代谢，增加心肌动能。因此，本次研究对美托洛尔并曲美他嗪治疗冠心病合并心衰患者的疗效展开分析，详见下述。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 1 月-2022 年 1 月该院收治的 80 例冠心病合并心衰患者，以随机数字表法分组，参照组，40 例，观察组 40 例。参照组中的患者，男 19 例、女 21 例，年龄 61-89 岁，均（ 75.84 ± 3.46 ）岁。观察组中的患者，男 18 例、女 22 例，年龄 62-90 岁，均（ 75.91 ± 3.16 ）岁。一般资料未显示统计学意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

参照组用美托洛尔（生产厂商：陕西步长高新制药有限公司；批准文号：国药准字 H20203630）治疗：每日口服 2 次，一次 6.25mg。观察组用

美托洛尔并曲美他嗪（生产厂商：江苏吴中医药集团有限公司苏州制药厂；批准文号：国药准字 H20073709）治疗：美托洛尔用法同上组，曲美他嗪每日口服 2-3 次，一次 20mg。两组均先治疗 1 个月。

1.3 观察指标

将以下指标做组间对比^[2]：（1）需统计并比较两组治疗前后的心功能。主要包括 LVEF、LVESD、LVEDD。（2）还需统计并比较两组治疗前后的血压指标。主要包括舒张压、收缩压。（3）记录两组出现的呼吸道感染、下肢静脉血栓、电解质紊乱例数，计算出不良情况发生率。（4）另外，用 SF-36 生活质量评估表，对两组治疗前后的心理、社交、身体评分，0-100 分，分数高则生活质量好，统计并比较。

1.4 统计学分析

SPSS 22.0 版本软件进行此研究数据处理，并采用方差同质性检验方法，变量资料以“t”计算用（ $\bar{x}\pm s$ ）示。定性数据用 χ^2 核实，以（%）表达。各组数据服从方差相同的正态分布， $P<0.05$ 为有显著差异。

2 结果

2.1 比较两组心功能

两组治疗前的 LVEF 较低，LVESD 和 LVEDD 较高，无统计学意义（ $P>0.05$ ）；观察组治疗后的 LVEF 高于参照组，LVESD 和 LVEDD 低于参照组，有统计学意义（ $P<0.05$ ）。详见表 1。

表 1 两组心功能对比[$n(\bar{x}\pm s)$]

组别	例数	LVEF (%)		LVESD (mm)		LVEDD (mm)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	50.81±7.36	54.39±1.94	40.15±3.82	37.01±1.58	60.07±4.25	55.18±4.21
参照组	40	50.42±7.14	52.06±1.16	40.78±3.29	38.95±1.92	60.51±4.13	58.93±4.05
t	/	0.241	6.519	0.790	4.934	0.470	4.060
P	/	0.811	0.000	0.432	0.000	0.640	0.000

2.2 比较两组血压

两组治疗前的舒张压和收缩压均较高，无统计学意义（ $P>0.05$ ）；观

察组治疗后的舒张压和收缩压比参照组低，有统计学意义（ $P<0.05$ ）。详见表 2。

表 2 两组血压对比[$n(\bar{x}\pm s)$ ，mmHg]

组别	例数	收缩压	舒张压
----	----	-----	-----

		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	137.81±5.72	121.06±9.75	91.35±6.71	76.39±8.07
参照组	40	137.96±5.83	130.82±7.64	91.82±6.05	80.32±7.91
t	/	0.116	4.983	0.329	2.200
P	/	0.908	0.000	0.743	0.031

2.3 比较两组不良情况发生率	参照组	40	3	4	3	25.00
观察组的不良情况发生率比参照组少，有统计学意义（ $P<0.05$ ）。详见表 3。	χ^2	/	/	/	/	6.275
	P	/	/	/	/	0.012

表 3 两组不良情况发生率对比[n(%)]

组别	例数	呼吸道感染	下肢静脉血栓	电解质紊乱	发生率
观察组	40	1	1	0	5.00

2.4 比较两组生活质量	参照组	40	3	4	3	25.00
两组治疗前的生活质量评分略低，无统计学意义（ $P>0.05$ ）；观察组治疗后的生活质量评分高于参照组，有统计学意义（ $P<0.05$ ）。详见表 4。	χ^2	/	/	/	/	6.275
	P	/	/	/	/	0.012

表 4 两组生活质量评分对比[n（ $\bar{x}\pm s$ ），分]

组别	例数	心理		社交		身体	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	75.39±6.85	83.19±4.92	74.29±3.84	79.01±1.52	75.96±3.87	79.84±4.83
参照组	40	75.48±6.71	80.67±4.18	74.61±3.59	77.63±1.91	75.81±3.59	76.52±4.12
t	/	0.059	2.469	0.385	3.576	0.180	3.307
P	/	0.953	0.016	0.701	0.001	0.858	0.001

3 讨论

冠心病合并心衰患者的心脏平滑肌功能较差，会降低心脏静脉回流速度，使血液无法在心室和心房中正常传导，还会降低心肌细胞功能，使心脏耗氧量持续增加，从而增加心绞痛频率和持续时间，使患者的胸部舒适度、身体健康程度均持续变差^[3]。该种疾病还导致心肌纤维化、顺应性下降等问题，使血液无法正常灌注，患者日常活动受限，或频繁出现眩晕、憋闷等症状。冠心病合并心衰多发生在中老年人群中，与环境变化、遗传、长期吸烟酗酒、长期高血压、冠心病等有较大关系，稍有不慎就会导致患者死亡。该种疾病的患者常出现在心内科中，一般会用药物治疗，改善患者的病情。在治疗期间，美托洛尔的利用率最高，能改善肾上腺素 $\beta 1$ 受体的情况，抑制其过度分泌，防止儿茶酚胺直接作用在血管上，使血管收缩或持续分泌血管紧张素、精氨酸加压素等，能减轻心脏承受的负荷。美托洛尔是救治高血压、心肌梗死、心绞痛、心律失常、心衰等疾病的有效药物，口服后，至少能被消化系统吸收 90%，在 1.5 小时左右能达到血药浓度峰值，并且生物利用率可达到 40%-75%，半衰期在 3-7.55 小时，主要从肾脏排除。虽然该种药物能上调 β 受体上调，促进心肌恢复正性肌力，减弱儿茶酚胺对心肌的不良影响，但在使用该种药物的时候仍需注意以下几点^[4]：（1）在治疗过程中，需重视 $\beta 1$ 受体阻滞药物对糖代谢，或者掩盖低血糖危害性的影响，以便防止患者出现心悸、低血糖等症状。（2）长期使用美托洛尔，需科学调整药物剂量，不能在病情稳定后，立即停药，容易出现病情恶化、心绞痛等症状，也不能大剂量使用该种药物，容易出现心动过速、心肌梗死等不良情况。（3）不能为低血压、肝功能不全的患者使用美托洛尔，容易加重病情，或损伤肝脏。（4）如果患者的心脏功能出

现失代偿现象，需增加利尿剂。（5）美托洛尔不可与维拉帕米同时使用，容易使患者心动过缓、心脏停搏，或出现低血压。（6）使用美托洛尔还容易使患者出现外周血管痉挛、心率减慢、头痛、胃痛等不良反应，在治疗期间，应及时调整药物剂量，或更换药物种类。另外，在治疗期间，心内科发现，曲美他嗪可较好的改善肾上腺素、去甲肾上腺素、加压素等分泌量，还抑制长链 3-酮酰辅酶 A 硫解酶，改善未定细胞的内部环境，使其变得稳定，从而减少钙离子、钠离子的堆积量，使氧自由基和内皮素在心肌中的释放量变少^[5-6]。

本次研究结果显示，使用美托洛尔并曲美他嗪治疗后，患者的心功能更正常，表明该种治疗方式能更好的改善冠心病合并心衰，促进心脏平滑肌收缩、扩张，并增加血液流动性，使心肌中的氧气量变多，促进钙离子、钠离子、钾离子等正常流动。两种药物持续在体内发挥作用，能维持好心脏动能，与其他脏器形成新的平衡。使用美托洛尔并曲美他嗪治疗后，患者的血压指标也大幅度变低，表明推行该种治疗方式能促进患者血压恢复，减轻血管承受的压力^[7]。随着用药时间的增长，患者的血压指标能维持在较稳定的状态，不再对患者身体造成较大威胁，患者的身体会更舒适。又如，血压长期处于较正常的范围，有助于体内糖分、脂质物代谢，减少血管中的堆积物。使用美托洛尔并曲美他嗪治疗后，患者较少会出现不良情况，表明两种药物同时使用对身体造成的毒副作用较小，能提高身体的耐受性，使患者的病情持续好转。同时，也凸显出了治疗在挑选药物时的谨慎性，尽量选择对患者身体刺激小、能相互辅助、长期使用的药物，更好的保护患者^[8]。如，曲美他嗪的血药浓度可在 2 小时内达到峰值，美托

（下转第 112 页）

贝那普利联合美托洛尔运用于社区高血压心衰患者的治疗效果探讨

李政¹ 刘金汉²

¹北京市大兴区兴丰街道社区卫生服务中心 北京 102600; ²北京市大兴区长子营镇中心卫生院 北京 102615

摘要: 目的: 分析在社区高血压心衰患者治疗过程中应用贝那普利与美托洛尔进行联合治疗的效果。方法: 在 2020 年 1 月~2021 年 1 月期间选取 90 例社区高血压心衰患者作为研究对象并随机分为两组, 其中, 对照组采用贝那普利进行治疗, 研究组应用贝那普利与美托洛尔进行联合治疗, 对比患者临床治疗效果。结果: 研究组治疗有效率高于对照组; 经治疗, 患者血压指标均有所降低, 且研究组低于对照组; 经治疗, 患者心功能指标有所降低, 且研究组改善幅度大于对照组; 经治疗, 患者生活质量均有所改善, 且研究组评分高于对照组; 研究组治疗满意度高于对照组, 以 $P<0.05$, 证明差异具有统计学意义。结论: 在社区高血压心衰患者治疗过程中, 通过联合用药方案的应用, 有利于促进患者治疗效果的优化, 其有利于促进患者临床症状的合理缓解。

关键词: 社区高血压心衰; 贝那普利; 美托洛尔; 联合治疗; 临床效果

近年来, 随着生活节奏的加快、工作压力的增加以及饮食结构的变化, 高血压问题在我国的发病率出现了升高的趋势, 从而对人民群众的健康造成了不良的影响^[1]。部分研究资料显示, 高血压问题往往会对患者身体各个脏器的功能造成不良影响, 若不能及时进行合理干预, 则可导致患者出现形式多样的并发症问题, 进而不利于患者健康的充分维系^[2]。其中, 作为高血压患者常见并发症之一, 高血压心衰对于患者身体健康造成了极大影响^[3]。总的来看, 由于受到血压因素的影响, 患者心脏的泵血功能可受到不同程度的损伤, 基于此, 患者心排出量可出现降低, 进而不利于其身体血液灌注需求的合理满足, 进而导致患者出现生理和机理的病变, 不利于机体正常代谢的合理维系, 若不能进行妥善治疗, 严重者甚至会危及患者生命安全^[4]。针对该病, 现阶段, 我国主要采用药物对患者进行治疗。其中, 作为常见治疗药物之一, 贝那普利可以有效实现对于人体血管紧张素 I 的合理抑制, 避免其向血管紧张素 II 进行转化, 有助于降低心脏工作期间的负荷并减少醛固酮的分泌量, 对于患者血压指标的改善具有重要意义。然而, 单一药物治疗的效果仍存在一定的不足有待提升, 基于此, 近年来, 医疗工作者提出了联合药物治疗的方案。在此过程中, 美托洛尔展现出了良好的临床治疗效果, 从而受到了广大医疗工作者的密切关注。本文针对在社区高血压心衰患者治疗过程中应用贝那普利与美托洛尔进行联合治疗的效果进行了分析, 现整理如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

在 2020 年 1 月~2021 年 1 月期间选取 90 例社区高血压心衰患者作为研究对象并随机分为两组, 其中, 对照组男 30 例, 女 15 例; 年龄 48~72 岁, 平均 (62.01 ± 2.30) 岁; 研究组男 25 例, 女 20 例; 年龄 48~71 岁,

平均 (62.33 ± 2.41) 岁。所有患者及其家属均对本次研究内容表示知情同意。在一般资料方面, 以 $P>0.05$, 表明患者差异在统计学中无意义。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用贝那普利进行治疗, 药物由北京诺华制药有限公司生产, 国药准字: H20000292。药物用法用量为, 口服, 10mg/次, 1 次/d, 患者持续用药时间为 1 个月。若患者治疗效果不理想, 可以依据其血压情况将药物使用剂量调至 20mg/次。患者持续用药时间为 1 个月。

1.2.2 研究组 应用贝那普利与美托洛尔进行联合治疗, 其中, 贝那普利用法用量同对照组。美托洛尔由阿斯利康制药有限公司生产, 国药准字: H32025391。药物用法用量为, 口服, 12.5mg/次, 1 次/d, 患者持续用药时间为 1 个月。

1.3 观察指标

1.3.1 患者治疗有效率 分为显效、有效以及无效; 显效表示临床症状基本消失, 有效表示症状有所改善, 无效表示患者未满足上述标准。

1.3.2 患者血压指标比较 包括舒张压与收缩压, 依据患者实际情况进行记录与对比。

1.3.3 患者心功能指标 包括左室射血分数 (left ventricular ejection fraction, LVEF)、左室舒张末期内径 (left ventricular end diastolic diameter, LVEDD) 以及左室收缩末期内径 (left ventricular end systolic diameter, LVESD)。

1.3.4 患者生活质量 采用问卷评估, 得分越高表示患者生活质量越好。

1.3.5 患者治疗满意度 采用满意度量表分析, 分为满意、基本满意以及不满意。

1.4 统计学方法

选取 SPSS22.0 统计软件处理数据,其中,使用 ($\bar{x}\pm s$) 代表计量资料,行 t 检验,使用%代表计数资料,行 χ^2 检验,以 $P<0.05$,表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 患者治疗有效率比较

研究组治疗有效率高于对照组,差异具有统计学意义。 $(P<0.05)$ 。见表 1。

表 1 患者治疗有效率

组别	n	显效	有效	无效	总有效 (%)
研究组	45	24	20	1	97.78
对照组	45	19	20	6	86.67
χ^2	-	-	-	-	3.873
P	-	-	-	-	0.049

表 3 患者心功能指标

组别	n	LVEF (%)		LVEDD (mm)		LVESD (mm)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	45	40.12±3.01	51.25±2.47	57.44±3.01	48.03±1.12	58.55±3.12	43.21±1.04
对照组	45	40.23±3.21	44.98±2.62	57.51±3.12	51.98±1.08	58.65±3.03	49.65±1.11
t	-	0.168	11.681	0.108	17.030	0.154	28.401
P	-	0.867	0.000	0.914	0.000	0.878	0.000

2.4 患者生活质量比较

经治疗,患者生活质量均有所改善,且研究组评分高于对照组,差异具有统计学意义。 $(P<0.05)$ 。见表 4。

表 4 患者生活质量

组别	n	治疗前	治疗后
研究组	45	68.21±3.51	91.91±2.68
对照组	45	68.04±3.25	83.01±2.78
t	-	0.238	15.461
P	-	0.812	0.000

2.5 患者治疗满意度比较

研究组治疗满意度高于对照组,差异具有统计学意义。 $(P<0.05)$ 。见表 5。

表 5 患者治疗满意度

组别	n	满意	基本满意	不满意	总满意 (%)
研究组	45	21	21	3	93.33

2.2 患者血压指标比较

经治疗,患者血压指标均有所降低,且研究组低于对照组,差异具有统计学意义。 $(P<0.05)$ 。见表 2。

表 2 患者血压指标

组别	n	舒张压 (mmHg)		收缩压 (mmHg)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	45	97.45±6.22	74.25±3.01	156.46±5.98	130.12±3.59
对照组	45	97.65±6.54	83.25±2.87	156.35±6.96	143.58±3.65
t	-	0.149	14.517	0.080	17.637
P	-	0.882	0.000	0.936	0.000

2.3 患者心功能指标比较

经治疗,患者心功能指标有所降低,且研究组改善幅度大于对照组,差异具有统计学意义。 $(P<0.05)$ 。见表 3。

对照组

对照组	45	13	20	12	73.33
χ^2	-	-	-	-	6.480
P	-	-	-	-	0.011

3 讨论

总的来看,作为常见慢性疾病之一,高血压往往会对患者身体健康埋下隐患。从致病因素的角度分析,在日常生活中,精神长期高度紧张、高钠盐饮食、作息不规律以及吸烟酗酒等不良生活习惯均有可能导致患者血压指标的升高^[5]。对于患者而言,该病可导致其出现头晕、头痛、颈项板紧等不良症状,继而对患者健康造成了严重影响^[6]。总的来看,对于中老年群体而言,由于长期受到高血压问题的影响,患者身体各个脏器的功能往往会受到不同程度的损伤,进而不利于患者健康的合理保障^[7]。有研究指出,高血压问题可对患者心脏功能造成影响,继而加重患者左心室在日常工作中的复合,诱发左心室增厚与扩大等问题,其对于患者心脏功能的保障造成了不良影响^[8]。针对这一问题,部分研究资料表明,高血压可导致患者身体重要脏器受到影响,若不能及时进行合理干预,则患者往往可由于高血压而导致相应的心脏并发症问题,其对于患者预后健康极为不

利。其中,作为高血压患者常见并发症之一,高血压心衰往往会对患者心脏功能造成严重影响,继而不利于人体血液灌注目标的达成,造成了肺循环和体循环功能的障碍。相关报道指出,高血压心衰往往会诱发大量心功能问题,进而不利于患者健康的保障,其中,以心脏骤停、肺水肿以及心功能不全较为常见,严重者可导致患者出现休克问题^[9]。近年来,随着人口老龄化趋势的不断加剧,该病在我国临床过程中的发病率出现了显著升高的趋势,进而对医疗工作者提出了更高的要求与挑战。在治疗过程中,传统疗法主要采用贝那普利对患者进行治疗。总的来看,作为血管紧张素抑制剂,其可以有效降低患者体内血管紧张素 II 的含量,从而达到舒张血管的目的,有助于实现患者心脏负荷的充分缓解,对于其血压指标的控制与心功能的改善具有重要价值。有研究显示,对于高血压心衰患者而言,贝那普利有助于促进患者血压指标的降低并有效推动其心脏收缩功能的改善,对于心力衰竭问题的缓解具有重要意义^[10]。与此同时,该药物具有良好的抑制血管增生和心肌肥厚的作用,有助于促进患者血管与心肌顺应性的合理提升,继而达到优化性功能的目的。对于患者而言,该药物有利于促进其血压指标的稳步控制,对于患者预后健康的恢复具有重要的促进作用,降低了心脏的负荷,对于患者心肌组织的合理保护与心衰问题的规避与改善具有重要价值。然而,部分临床研究指出,由于高血压心衰患者的年龄相对较大,因此,其自主神经功能调节能力相对薄弱,单纯使用贝那普利进行治疗往往难以达到预期治疗效果。针对这一问题,医疗工作者对于患者治疗模式进行了充分探索,从而推动了联合治疗方案在临床过程中的合理应用。在此过程中,作为 β_1 受体阻滞药物,美托洛尔可以有效实现对于肾素分泌的合理抑制,有助于实现对于心脏 β_1 受体的充分阻滞,继而降低外周神经活性。从治疗工作的角度分析,在应用该药物进行治疗的过程中,美托洛尔可以有效实现与 β 肾上腺素受体的结合,从而降低儿茶酚胺和神经递质对于 β 受体造成的刺激,继而降低患者交感神经所具有的兴奋性。另一方面,该药物有利于促进患者体内新机 β 受体数量的增加与敏感性的强化,有助于促进其血管周围压力的合理降低,对于心肌功能稳定性的恢复具有重要作用。与此同时,该药物的半衰期相对较长,有助于实现对于心肌收缩功能的充分抑制,从而降低患者心肌周围循环的阻力,有利于实现心脏负荷与心肌耗氧量问题的充分改善。在临床治疗过程中,该药物有助于实现对于贝那普利治疗过程中不足之处的合理缓解,有利于抑制患者体内血管紧张素 I 向血管紧张素 II 的转换,继而达到舒张患者血管的治疗目的。大量临床资料显示,通过积极做好美托洛尔与贝那普利的联合应用,对于患者心功能的充分缓解与临床症状的合理纠正具有重要意义。部分临床报道表明,通过联合用药工作的充分开展,有利于促进患者治疗效果的充分改善,对于其心肌稳定性的强化具有重要价值。研

究结果表明,与单纯使用贝那普利进行治疗相比,通过联合用药方案的充分应用,有助于促进社区高血压心衰患者治疗有效率水平的提升,对于患者血压指标的充分降低与心功能指标的合理改善具有积极意义。另一方面,其有利于大幅降低患者心肌组织负荷,促进了患者治疗工作综合质量的合理恢复,对于患者预后健康的改善具有良好的指导意义。

本次研究资料显示,通过联合治疗方案的应用,患者治疗有效率得到显著提升,且其血压指标与心功能指标的改善幅度显著高于单一药物治疗。基于此,患者预后生活质量评分明显提升,且其对于治疗工作的满意度水平得到了显著优化。

综上,在社区高血压心衰患者治疗过程中,为了进一步促进患者治疗效果的充分优化,医疗人员应积极应用贝那普利与美托洛尔进行联合治疗。

参考文献:

- [1]周扬. 贝那普利联合美托洛尔治疗社区高血压心衰疗效[J]. 中国城乡企业卫生,2019,34(2):134-135.
- [2]萧燕霞. 贝那普利联合美托洛尔治疗社区高血压心衰的效果及对心功能的影响分析[J]. 黑龙江中医药,2019,48(3):86-87.
- [3]逢伟. 贝那普利片联合美托洛尔片治疗高血压合并心力衰竭的临床疗效和安全性[J]. 中国保健营养,2021,31(13):70.
- [4]陈正清. 贝那普利联合美托洛尔治疗老年原发性高血压合并心力衰竭疗效观察及对患者生活质量的价值体会[J]. 饮食保健,2019,6(25):78-79.
- [5]张森. 高血压伴心衰老年患者采用贝那普利联合美托洛尔治疗的观察[J]. 医学美容,2020,29(8):67.
- [6]徐国艳. 美托洛尔联合贝那普利治疗老年高血压合并心力衰竭患者的心脏结构及功能的影响[J]. 航空航天医学杂志,2019,30(11):1384-1385.
- [7]陈芝蕾. 贝那普利联合美托洛尔治疗老年原发性高血压合并心衰的疗效分析[J]. 中国社区医师,2020,36(4):94,96.
- [8]高瑶瑶. 美托洛尔联合贝那普利治疗老年高血压合并心衰的效果分析[J]. 医药前沿,2020,10(34):21-23.
- [9]唐彪,傅慎文. 贝那普利与美托洛尔联合治疗对老年原发性高血压合并慢性心力衰竭患者心功能指标、昼夜节律变化及心率变异性的影响[J]. 中国医师杂志,2020,22(9):1413-1416.
- [10]吕健. 贝那普利联合美托洛尔治疗高血压心衰临床效果观察[J]. 医药前沿,2019,9(29):109-110.

骶管药物注射联合牵引下腰椎关节松动术治疗腰椎间盘突出症疗效研究及对炎症因子的影响

陆世有

隆安县人民医院 广西南宁 532799

摘要：目的：综合分析对腰椎间盘突出症患者采取骶管药物注射联合牵引下腰椎关节松动术治疗的效果。方法：将 80 例腰椎间盘突出症患者纳入研究（2021 年 1 月-2021 年 12 月）。按照治疗方法的不同命名为 2 组（对照组单纯应用骶管药物注射治疗方法，40 例；实验组应用骶管药物注射联合牵引下腰椎关节松动术治疗方法，40 例）。采用统计学分析两组临床治疗总有效率以及治疗前后视觉模拟疼痛评分、腰腿疼痛评分、白细胞介素-6（IL-6）水平、肿瘤坏死因子- α （TNF- α ）水平、一氧化氮（NO）水平、超敏 C 反应蛋白（hs-CRP）水平、腰椎功能（主观症状、临床体征、日常活动受限）评分。结果：治疗前，两组视觉模拟疼痛评分、腰腿疼痛评分、炎症因子（IL-6、TNF- α 、NO、hs-CRP）水平比较无差异（ $P>0.05$ ）；治疗后，实验组视觉模拟疼痛评分、炎症因子（IL-6、TNF- α 、NO、hs-CRP）水平明显低于对照组（ $P<0.05$ ），实验组腰腿疼痛评分明显高于对照组（ $P<0.05$ ）；实验组临床治疗总有效率[94.00%（47/50，40 例治愈、7 例好转、3 例未愈）]明显高于对照组[80.00%（40/50，36 例治愈、4 例好转、10 例未愈）]（ $P<0.05$ ）；治疗前，两组腰椎功能（主观症状、临床体征、日常活动受限）评分比较无差异（ $P>0.05$ ）；治疗后，实验组腰椎功能评分（主观症状、临床体征、日常活动受限）明显高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：对腰椎间盘突出症患者采取骶管药物注射联合牵引下腰椎关节松动术治疗的效果显著，与此同时可降低炎症因子表达水平、积极改善腰椎功能。

关键词：腰椎间盘突出症；骶管药物注射；牵引下腰椎关节松动术；临床治疗总有效率；炎症因子

腰椎间盘突出症的主要发生机制表现为：纤维破裂后，髓核对神经根产生一定程度的压迫，当椎间盘压力增大时，髓核后移引起椎间盘突出^[1]。多数文献研究表明，腰椎间盘突出症发生后会导致患者出现腰腿疼痛症状，继而降低患者的生活水平。因此，必须对腰椎间盘突出症患者开展及时且有效的治疗。腰椎牵引治疗主要利用引力向下原理，减轻腰椎负重，使得人体的关节松弛度和肌肉松弛度尽量放松，从而减轻对腰椎组织所产生的压迫^[2]。骶管药物注射治疗能够直接作用在腰椎间盘突出症患者的病变神经，阻止疼痛进行传导，加速局部炎症吸收，最终达到缓解疼痛症状和改善腰椎功能目的^[3]。本文将分析单一疗法（骶管药物注射疗法）和联合疗法（骶管药物注射联合牵引下腰椎关节松动术疗法）对腰椎间盘突出症患者的临床效果。

1. 资料和方法

1.1 一般资料

将 80 例腰椎间盘突出症患者纳入研究（2021 年 1 月-2021 年 12 月）。纳入标准：（1）均经过影像学检查确诊；（2）均在知情下参与；（3）经过医学伦理委员会批准。排除标准：（1）严重腰椎管狭窄者；（2）严重骨质疏松者；（3）合并意识障碍者。对照组有 25 例男、15 例女，年龄均值（ 52.16 ± 4.52 ）岁，病程均值（ 6.05 ± 2.28 ）个月。实验组有 23 例男、17 例女，年龄均值（ 52.23 ± 4.41 ）岁，病程均值（ 6.02 ± 2.32 ）个月。两组腰椎间盘突出症患者在一般资料比较未有差异（ $p>0.05$ ）。

1.2 方法

对照组单纯应用骶管药物注射治疗方法：（1）取腰椎间盘突出症患者俯卧位，在骶裂孔进行穿刺，注入药液；（2）局麻后回收，无异常后，推注药液；（3）推注期间询问腰椎间盘突出症患者感受，灵活调整注射速度。一周注射一次，连续注射 2 周。

实验组应用骶管药物注射（同上）联合牵引下腰椎关节松动术治疗方法：（1）取腰椎间盘突出症患者俯卧位，叮嘱其放松双下肢；（2）固定好胸部牵引带以及骨盆牵引带，根据腰椎间盘突出症患者体重合理设置牵引力度；（3）垂直按压棘突法：左手放于棘突之上，右手放于左手腕背之上，双手固定，垂直按压棘突，共治疗 30~40min；（4）侧方推棘突法。双手拇指放于棘突一侧，指腹接触棘突，拇指交叠，其余四指分开在患者腰部位置，从对侧推动棘突，共治疗 30~40min。（5）垂直按压横突法。双手拇指放在横突之上，拇指交叠，固定双手，将横突向腹侧推动，共治疗 30~40min。1d1 次，共治疗 14d。

1.3 观察指标

分析两组临床治疗总有效率^[4-5]（直腿抬高试验大于 85°且能够正常工作和生活且腰腿疼痛症状完全消失为治愈、直腿抬高试验大于 70°且逐渐恢复日常工作和生活且腰腿疼痛症状基本消失为好转、直腿抬高试验小于 70°且无法正常工作和生活且腰腿疼痛症状未消失为未愈）以及治疗前后视觉模拟疼痛评分（采用 VAS 量表，总分为 10 分，分数越高说明腰椎间盘突出症患者的疼痛感越强）、腰腿疼痛评分（采用 JOA 量表，总分为 29 分，分数越高说明腰椎间盘突出症患者的腰腿疼痛症状越弱）、白细胞介

素-6 (IL-6) 水平、肿瘤坏死因子- α (TNF- α) 水平、一氧化氮 (NO) 水平、超敏 C 反应蛋白 (hs-CRP) 水平、腰椎功能 (主观症状、临床体征、日常活动受限) 评分。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据分析, 临床治疗总有效率采用 χ^2 检验, 治疗前后视觉模拟疼痛评分、腰腿疼痛评分 IL-6 水平、TNF- α 水平、NO 水平、hs-CRP 水平、腰椎功能评分采用 t 检验, $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组临床治疗总有效率比较

实验组临床治疗总有效率[94.00% (47/50, 40 例治愈、7 例好转、3 例未愈)]明显高于对照组[80.00% (40/50, 36 例治愈、4 例好转、10 例未愈)] ($P < 0.05$) 见表 1。

表 1: 两组临床治疗总有效率比较 (n%)

组别	治愈	好转	未愈	临床治疗总
----	----	----	----	-------

表 2: 两组治疗前后视觉模拟疼痛评分、腰腿疼痛评分、炎症因子水平比较

内容		实验组 (n=40)	对照组 (n=40)	t 值	P 值
视觉模拟疼痛评分 (分)	治疗前	7.66 $\pm$ 1.31	7.62 $\pm$ 1.37	0.1334	0.8942
	治疗后	2.51 $\pm$ 0.72	3.69 $\pm$ 0.88	6.5636	0.0000
腰腿疼痛评分 (分)	治疗前	15.54 $\pm$ 2.63	15.72 $\pm$ 2.41	0.3191	0.7505
	治疗后	25.11 $\pm$ 1.75	20.76 $\pm$ 1.44	12.1395	0.0000
IL-6 (umol/L)	治疗前	140.23 $\pm$ 23.51	141.02 $\pm$ 22.63	0.1531	0.8787
	治疗后	97.68 $\pm$ 11.26	120.32 $\pm$ 15.57	7.4519	0.0000
TNF- α (pg/ml)	治疗前	90.22 $\pm$ 9.12	90.26 $\pm$ 9.08	0.0196	0.9844
	治疗后	48.85 $\pm$ 5.63	63.38 $\pm$ 6.82	10.3912	0.0000
NO (ng/L)	治疗前	128.18 $\pm$ 60.22	129.85 $\pm$ 59.96	0.1242	0.9014
	治疗后	78.26 $\pm$ 20.38	92.02 $\pm$ 31.11	2.3399	0.0218
hs-CRP (mg/L)	治疗前	7.02 $\pm$ 1.21	7.05 $\pm$ 1.18	0.1122	0.9109
	治疗后	1.99 $\pm$ 0.33	3.86 $\pm$ 0.59	17.4949	0.0000

2.3 两组治疗前后腰椎功能评分比较

治疗前, 两组腰椎功能 (主观症状、临床体征、日常活动受限) 评分

比较无差异 ($P > 0.05$); 治疗后, 实验组腰椎功能评分 (主观症状、临床体征、日常活动受限) 明显高于对照组 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3: 两组治疗前后腰椎功能评分比较 (分)

内容		实验组 (n=40)	对照组 (n=40)	t 值	P 值
主观症状	治疗前	3.66 $\pm$ 1.08	3.69 $\pm$ 1.05	0.1259	0.9001
	治疗后	7.98 $\pm$ 0.85	6.26 $\pm$ 1.62	5.9461	0.0000
临床体征	治疗前	2.64 $\pm$ 0.53	2.65 $\pm$ 0.52	0.0851	0.9323
	治疗后	5.11 $\pm$ 0.75	3.92 $\pm$ 0.84	6.6834	0.0000
日常活动受限	治疗前	5.45 $\pm$ 1.11	5.46 $\pm$ 1.13	0.0399	0.9683
	治疗后	13.75 $\pm$ 2.24	9.88 $\pm$ 2.11	7.9537	0.0000

3. 讨论

腰椎间盘突出症会引发坐骨神经痛和腰腿疼痛症状等。腰椎间盘突出症引发腰腿疼痛的机制较为复杂,主要有以下三种学说:(1)自身免疫学说;(2)机械受压学说;(3)化学性神经根炎学说。自身免疫学说认为当髓核突出之后,基质内的糖蛋白、 β 蛋白质成为抗原,机体在持续抗原刺激之后,产生免疫反应,继而引发神经炎症。机械受压学说认为受压的神经往往处于紧张状态,如果未及时治疗,将发生神经炎症,导致神经内张力上升,神经功能障碍日益严重。化学性神经根炎学说认为椎间盘变性之后,髓核液中的糖蛋白、 β 蛋白质对神经根产生化学刺激,与此同时释放大量的组织胺,导致化学性神经根炎发生。从以上不同的机制学说来,每一种机制均会发生炎症。

现代医学研究显示,腰椎间盘突出症患者腰椎间盘突出出现退行性病变,继而产生腰腿疼痛症状^[6]。大多数腰椎间盘突出症患者经过保守治疗后可显著改善病情,但是对于病情严重的患者来说效果不理想^[7]。

骶管药物注射疗法通过快速注射药物,产生一定压力后剥离液体,分离突出椎间盘组织与神经根之间的粘连状况,最终起到消炎止痛效果。骶管药物注射疗法还能够让药物迅速发挥作用,积极改善局部血液循环。有关研究指出,骶管药物注射疗法不会造成蛛网膜下腔受损,具有较高安全性,注射用药则以抗炎药物和营养神经药物为主。骶管药物注射疗法有利于改善病变处的血液循环状况,从而消除无菌性炎症。骶管药物注射疗法通过抑制组织胺的释放,阻止疼痛恶性循环发生;除此之外,减轻免疫反应,松懈椎管内粘连状况。但是,单纯使用骶管药物注射疗法治疗腰椎间盘突出症患者的效果不如骶管药物注射联合牵引下腰椎关节松动术治疗效果。主要是因为单纯使用骶管药物注射疗法时,无法有效把控具体用药,部分药物的配伍差异比较大,因此会影响治疗效果。

关节松动术按照理论手法可分为4级(I级、II级、III级、IV级),对于症状比较轻的腰椎间盘突出症患者,常用I级手法和II级手法,对于症状比较严重的腰椎间盘突出症患者,常用III级手法和IV级手法。在治疗期间,术者操作力度需从大到小,手法需直达腰椎间盘突出症患者痛点,每一种操作手法可反复操作30s~60s,不同强度的手法所产生的效果不同。一般情况下,小范围且快速松动手法能够抑制腰椎间盘突出症患者的疼痛感,大范围且慢速度的松动手法能够缓解紧张的肌肉。关节松动术的主要治疗作用表现为:(1)缓解疼痛症状;(2)加速关节液流动;(3)松懈粘连组织;(4)扩大关节活动度。在牵引下开展腰椎关节松动术需根据腰椎间盘突出症患者的基础信息(体重、性别)、承受疼痛力度等进行合理调整,牵引解除痉挛的肌肉组织,增大椎间隙、减轻神经根受压。牵引下腰椎关节松动术还可扩大腰椎间盘突出症患者的脊神经通路间隙,促进周围神经组织血运增加。

炎症因子水平的上升与腰椎间盘突出症的发生密切相关。 $\text{TNF-}\alpha$ 的促炎作用强,会引起腰椎组织受损。 hs-CRP 、 IL-6 、 NO 是常见的炎症指标,

机体炎症反应存在时上述指标显著上升。炎症因子水平上升之后会损伤血管内皮功能,加速形成高凝状态,影响患者的术后恢复速度。对腰椎间盘突出症患者采取骶管药物注射联合牵引下腰椎关节松动术治疗后可显著降低炎症因子水平,使其术后恢复速度加快。

本研究中,治疗前,两组视觉模拟疼痛评分、腰腿疼痛评分、炎症因子(IL-6 、 $\text{TNF-}\alpha$ 、 NO 、 hs-CRP)水平、腰椎功能评分比较无差异($P>0.05$);治疗后,实验组视觉模拟疼痛评分、炎症因子(IL-6 、 $\text{TNF-}\alpha$ 、 NO 、 hs-CRP)水平明显低于对照组($P<0.05$),实验组腰腿疼痛评分、腰椎功能评分明显高于对照组($P<0.05$);实验组临床治疗总有效率[94.00%(47/50,40例治愈、7例好转、3例未愈)]明显高于对照组[80.00%(40/50,36例治愈、4例好转、10例未愈)]($P<0.05$)。一项研究指出,对60例腰椎间盘突出症患者采取联合疗法(骶管药物注射联合牵引下腰椎关节松动术疗法)作为观察组,再对60例腰椎间盘突出症患者采取单一疗法(骶管药物注射疗法)作为对照组,结果表明观察组总有效率为93.33%(56/60)、对照组总有效率为75.00%(45/60),与本文的研究结果保持高度一致^[8]。

综上所述,对腰椎间盘突出症患者采取骶管药物注射联合牵引下腰椎关节松动术治疗的效果显著,与此同时可降低炎症因子表达水平。

参考文献:

- [1]陈健祥,周焕文,喻彩玲.理筋整复推拿结合腰三针治疗腰椎间盘突出症的疗效及安全性[J].海南医学,2022,33(4):441-444.
- [2]穆莹,姚鹏.不同数量穿刺通道低温等离子髓核成形术治疗腰椎间盘突出症的疗效[J].实用医学杂志,2021,37(22):2882-2886.
- [3]王旻,邹丹丹,耿海涛,等.MRI腰部成像参数与腰椎间盘突出症患者椎间孔镜术后疗效的关系[J].山东医药,2021,61(17):58-61.
- [4]喻加东,陈家平,马翔,等.中医综合疗法对肾虚血瘀型腰椎间盘突出症患者疗效及血清 PGE_2 、5-HT、SOD水平的影响[J].广州中医药大学学报,2022,39(4):787-793.
- [5]李国胜.清官正骨手法联合骶管注射治疗腰椎间盘突出症的临床疗效观察[J].颈腰痛杂志,2021,42(6):818-820.
- [6]刘东,颜铭,苏玮,等.Pfirrmann分级法对经皮低温等离子射频消融术治疗腰椎间盘突出症患者的临床疗效评价[J].西部医学,2021,33(6):900-905.
- [7]李成勇,祁全,刘杨,等.经皮椎间孔镜治疗腰椎间盘突出术中按椎间盘退变程度差异性摘除髓核的疗效分析[J].中国骨与关节损伤杂志,2019,34(9):920-923.
- [8]邵进,孔德策,杨铁毅,等.Dynesys动态固定系统治疗伴多裂肌脂肪浸润的腰椎退行性疾病的中期疗效[J].中华骨科杂志,2021,41(17):1198-1208.

阿莫西林,奥美拉唑联合克拉霉素在胃溃疡治疗中的效果及价值

骆向文 胡海锋 杨万全

广东省河源市龙川县中医院内二科 广东河源 517300

摘要: 目的: 研究胃溃疡治疗中阿莫西林、奥美拉唑联合克拉霉素的治疗效果。方法: 选取我院 2021 年 6 月~2021 年 10 月期间收治的胃溃疡患者 84 例, 随机分为研究组 (n=43) 和对照组 (n=41), 研究组采取阿莫西林、奥美拉唑联合克拉霉素治疗, 对照组采取阿莫西林联合奥美拉唑治疗, 观察并比较两组患者的不良反应、症状缓解时间、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白介素-2 (IL-2)、白介素-6 (IL-6)、胃蛋白酶原 I (PGI)、胃蛋白酶原 II (PGII) 情况。 结果: 研究组的不良反应总发生率与对照组无显著差异 ($P>0.05$); 研究组的反酸、嗝气、腹痛、腹胀缓解时间显著短于对照组 ($P<0.05$); 研究组治疗后的 TNF- α 、IL-6 水平显著低于对照组, IL-2 水平显著高于对照组 ($P<0.05$); 研究组治疗后的 PGI、PGII 水平显著低于对照组 ($P<0.05$)。 结论: 对胃溃疡患者采取阿莫西林、奥美拉唑联合克拉霉素治疗, 能够抑制炎症, 改善胃功能, 促进症状缓解, 且不良反应少, 治疗效果显著。

关键词: 胃溃疡; 炎症; 克拉霉素; 奥美拉唑

胃溃疡属于胃肠道疾病, 患者通常具有反酸、嗝气、腹痛、腹胀等表现, 严重时可引起溃疡穿孔、胃出血等^[1]。有研究表明, 超过 10% 的人诱发出胃溃疡, 其发病与幽门螺旋杆菌 (Hp) 感染、药物滥用、嗜食烟酒、饮食不规律有关, 其中超过 60% 的患者为 Hp 感染所致^[2]。临床研究显示, 胃溃疡患者有 7% 的概率发生癌变, 老年患者诱发出出血、胃穿孔的风险较高, 病死率超过 9%, 严重损害患者身心健康^[3]。临床对于胃溃疡, 通常采取三联、四联疗法, 其中克拉霉素、奥美拉唑、阿莫西林联合应用的效果显著, 但有报道显示三联疗法具有一定的局限性, 且不良反应较高。本研究则通过对我院 2021 年 6 月~2021 年 10 月期间收治的 43 例胃溃疡患者采取阿莫西林、奥美拉唑联合克拉霉素治疗, 探究其应用价值。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2021 年 6 月~2021 年 10 月期间收治的胃溃疡患者 84 例, 随机分为研究组 (n=43) 和对照组 (n=41), 研究组男 27 例, 女 16 例, 年龄 27~64 岁, 平均 (43.75±8.71) 岁。对照组男 26 例, 女 15 例, 年龄 26~66 岁, 平均 (43.62±8.59) 岁。两组患者基本资料对比 ($P>0.05$) 有可比性。所有患者及其家属均知晓本次研究, 并签署同意书。本研究获得医院伦理委员会许可。

纳入标准 (1) 确诊为胃溃疡, 诊断标准参考《消化系统疾病诊断与治疗》^[4]; (2) 经消化道内镜和病理检查确诊; (3) 具有反酸、嗝气、腹痛、腹胀等症状; (4) 3 月内未服用相同药物。

排除标准 (1) 合并有免疫性疾病者; (2) 恶性肿瘤者; (3) 合并有慢性肾病者; (4) 精神疾病者; (5) 合并有慢性心脑血管疾病者; (6) 过敏体质者。

1.2 方法

对照组患者接受阿莫西林联合奥美拉唑治疗: 阿莫西林胶囊 (生产厂家: 广东奇灵制药有限公司; 国药准字: 44021006; 规格: 0.25g), 口服, 0.5g/次, 2 次/d。奥美拉唑肠溶片 (生产厂家: 山西云鹏制药有限公司; 国药准字: H20123239; 规格: 20mg), 口服, 20mg/次, 2 次/d。治疗时

间 1 个月。

研究组患者在对照组基础上采取克拉霉素治疗: 克拉霉素片 (生产厂家: 重庆康刻尔制药有限公司; 国药准字: H20055408; 规格: 0.25g), 口服, 0.25g/次, 2 次/d。治疗时间 1 个月。

1.3 观察指标

(1) 观察并比较两组患者的不良反应, 包括头晕、皮疹、恶心。

(2) 观察并比较两组患者的症状缓解时间, 包括反酸、嗝气、腹痛、腹胀。

(3) 观察并比较两组患者的炎症因子水平, 包括肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白介素-2 (IL-2)、白介素-6 (IL-6), 采取放射免疫法检测。

(4) 观察并比较两组患者的胃蛋白酶原 I (PGI)、胃蛋白酶原 II (PGII) 水平, 采取酶联免疫吸附试验测定。

1.4 统计学方法

本院通过 SPSS21.0 统计软件包分析研究, 计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 两组间比较采用 t 检验, 计数资料采用相对数表示, 两组间比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 不良反应情况

研究组的不良反应总发生率与对照组无显著差异 ($P>0.05$)。详见见表 1。

表 1 两组不良反应比较[n(%)]

分组	例数 (n)	头晕	皮疹	恶心	总发生率
研究组	43	3 (6.97)	1 (2.33)	1 (2.33)	5 (11.63)
对照组	41	2 (4.88)	0 (0.00)	1 (2.44)	3 (7.32)
χ^2	-	-	-	-	0.453
P	-	-	-	-	0.501

2.2 症状缓解情况

研究组的反酸、嗝气、腹痛、腹胀缓解时间显著短于对照组 ($P<0.05$)。详见见表 2。

表2 两组症状缓解时间比较 ($\bar{x} \pm s, h$)

分组	例数 (n)	反酸	嗝气	腹痛	腹胀
研究组	43	2.17±0.32	3.02±0.34	3.25±0.29	6.03±0.74
对照组	41	3.75±0.44	3.85±0.41	4.89±0.52	7.13±0.81

表3 两组炎症因子水平比较 ($\bar{x} \pm s, ng/L$)

分组	例数 (n)	TNF-α		IL-2		IL-6	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	43	15.46±2.33	8.67±1.65	3.28±0.54	8.76±1.27	232.55±23.22	115.36±14.23
对照组	41	15.52±2.37	11.38±1.89	3.25±0.51	6.03±1.02	231.46±23.02	145.23±17.13
t	-	0.117	7.010	0.261	10.830	0.216	8.710
P	-	0.907	0.001	0.794	0.001	0.830	0.001

2.4PGI、PGII 情况

研究组治疗后的 PGI、PGII 水平显著低于对照组 ($P<0.05$)。详见表 4。

表4 两组 PGI、PGII 水平比较 ($\bar{x} \pm s, B/\mu g \cdot L$)

分组	例数 (n)	PGI		PGII	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	43	107.52±20.23	76.49±15.24	15.95±3.75	13.26±2.57
对照组	41	106.82±19.85	87.45±16.35	15.98±3.72	14.49±2.63
t	-	0.160	3.180	0.037	2.168
P	-	0.873	0.002	0.971	0.033

3. 讨论

胃溃疡与 Hp 感染、喝酒、吸烟、遗传、心理应激等因素有关，其中 Hp 感染为主因^[5-6]。在机体高胃酸状态下，胃黏膜受损，且胃上皮 Hp 的生长，能够进一步引起炎症反应。而在胃蛋白酶与胃酸的作用下，会导致溃疡的形成。胃溃疡不仅具有较高的发病率，容易复发，严重损害患者的身心健康。有研究表明，胃溃疡患者上腹痛明显，且多在餐后 1h 发生，随后逐渐缓解，病情严重时可引起穿孔、出血等，危及患者的生命安全^[7-8]。因此，对于胃溃疡患者，需采取科学规范的治疗措施，以改善病情，提高患者的生活质量。

临床对于胃溃疡，通常采取三联疗法，具有显著的效果^[9-10]。由于胃溃疡多数为 Hp 感染引起，则主要通过质子泵抑制剂治疗，其通过对胃酸的分泌进行抑制，从而达到清除 Hp 的效果，使溃疡在较短时间内愈合。有研究表明，在酸性环境下，质子泵抑制剂活性明显提高，能够穿透黏液层，作用于 Hp 表层尿素酶，进而减少尿素酶含量，达到清除 Hp 的作用^[11-12]。单一质子泵抑制剂难以达到理想的效果，临床通常采取联合两种抗生素的方式，即三联疗法，其中克拉霉素、阿莫西林最为常见。但有研究显示，三联治疗不良反应较多，对部分患者的效果不佳^[13]。本研究则通过分析三联治疗的安全性及有效性，为其临床治疗提供参考。本研究表明，研究组的反酸、嗝气、腹痛、腹胀缓解时间显著短于对照组 ($P<0.05$)。

t	-	18.886	10.119	17.961	6.503
P	-	0.001	0.001	0.001	0.001

2.3 炎症因子情况

研究组治疗后的 TNF-α、IL-6 水平显著低于对照组，IL-2 水平显著高于对照组 ($P<0.05$)。详见表 3。

作为质子泵抑制剂，奥美拉唑对迷走神经的兴奋性具有抑制作用，进而减少胃酸分泌，同时其还能够抑制胃蛋白酶，发挥抑酸的效果。王准等^[14]研究显示，空腹服用奥美拉唑的效果更好，且相较于晚间，清晨服用效果更佳，能够提高 Hp 根除率。阿莫西林则属于青霉素类药物，其胃肠道吸收率约 90%，杀菌能力显著，能够使 Hp 细胞壁合成受到抑制，从而使 Hp 得以清除。另外，阿莫西林还能够使胃血流量提高，促进胃黏膜修复，进而促进临床症状缓解。作为大环内酯类药物，克拉霉素吸收能力显著，体内血药浓度较高，能够有效的清除 Hp。付文国^[15]研究显示，克拉霉素不仅活性高，且具有较长的半衰期，耐药性低，较于红霉素类抗生素，其效果更好。通过三联治疗，药物之间相辅相成，发挥协同作用，能够进一步促进症状的缓解，改善病情。本研究结果显示，研究组治疗后的 TNF-α、IL-6 水平显著低于对照组，IL-2 水平显著高于对照组 ($P<0.05$)。其中 TNF-α、IL-6 属于促炎因子，其水平增加则会导致胃黏膜屏障受损，自由基含量增加，使溃疡愈合时间延长。IL-2 对细胞免疫功能具有调节作用，在应激状态下，其含量减少。研究组 TNF-α、IL-6 水平显著下降，IL-2 水平显著提高，提示三联治疗能够促进炎症消退，以改善病情。本研究表明，研究组治疗后的 PGI、PGII 水平显著低于对照组 ($P<0.05$)。胃蛋白酶原 (PG) 由胃黏膜分泌，包括 PGI、PGII。有研究表明，胃酸水平越高，则 PGI 含量越高，通过检测 PGI 水平可了解胃泌酸腺细胞功能^[16-17]。PGII 则能够用于对胃黏膜分化与成熟程度的评估。对于胃溃疡患者，其胃酸分泌增加，胃黏膜受到破坏，进而导致胃黏膜防御屏障受损，PG 进入血液，导致其含量增加。研究组 PGI、PGII 水平显著降低，提示三联疗法能够保护胃黏膜屏障，促进胃功能恢复。本研究结果还显示，研究组的不良反应总发生率与对照组无显著差异 ($P>0.05$)。郭萍等^[18]对 48 例胃溃疡患者采取阿莫西林、奥美拉唑联合克拉霉素治疗，作为观察组，并以奥美拉唑、阿莫西林治疗作为对照组，结果显示两组的不良反应发生率无显著差异，与本研究结果一致。这表明三联治疗并不会增加药物的不良反应，但治疗效果更好，可用于对胃溃疡患者的治疗，以促进病情改善。

综上所述，对胃溃疡患者采取阿莫西林、奥美拉唑联合克拉霉素治疗，能够抑制炎症，改善胃功能，促进症状缓解，且不良反应少，治疗效果显著，值得临床推广。

参考文献:

- [1]朱怀平.埃索美拉唑与奥美拉唑治疗胃溃疡的效果比较[J].河北医药,2019,41(18):2843-2845.
- [2]郭涛,王强,吴晰,等.阿莫西林和克拉霉素的铋剂四联方案作为初次根除幽门螺杆菌治疗的1年随访结果[J].中国医学科学院学报,2019,41(1):75-79.
- [3]陈娇娥,吴建胜,黎宏章,等.含多西环素、阿莫西林四联方案根除幽门螺杆菌的疗效观察[J].浙江医学,2018,40(6):596-599.
- [4]张义元. 消化系统疾病诊断与治疗[M]. 天津科学技术出版社, 2010.
- [5]王开英,陈柯婷,毛炜,等.胃溃疡验方剂联合奥美拉唑治疗胃溃疡的疗效及对胃肠激素水平影响[J].中华中医药学刊,2019,37(10):2526-2528.
- [6]梅玲华,贺兆平,杨永宏,等.含铋剂四联疗法对幽门螺杆菌阳性小儿消化性溃疡的疗效观察[J].现代消化及介入诊疗,2019,24(4):395-398.
- [7]孙琪瑛,王丹丹,王轶,等.艾司美拉唑治疗胃溃疡患者成本效果的影响因素分析[J].现代生物医学进展,2018,18(24):4652-4655.
- [8]刘丹,黄芳,罗兰.阿莫西林、克拉霉素、奥美拉唑联合双歧杆菌三联活菌对幽门螺杆菌感染患儿根治效果[J].河北医药,2021,43(15):2348-2350+2354.
- [9]张红,穆磊.埃索美拉唑和奥美拉唑用于胃溃疡治疗临床效果对比分析[J].解放军预防医学杂志,2019,37(12):148-149.

(上接第103页)

洛尔可在1.5小时左右达到峰值,并且两种药物的半衰期均较长,还不存在药物间的相互作用,能满足身体24小时用药需求,并且在既定时间内排除药物代谢物,肝肾负担较轻。使用美托洛尔并曲美他嗪治疗后,患者的生活质量明显变好,表明该种治疗方式的毒副作用小,血管不再过度紧张、心脏平滑肌能正常发挥作用,可调节好患者的身体、心理、社交等状态,还能为患者长期用药提供支持^[9]。如,当患者的心功能、血压等指标接近正常范围,并长期稳定后,心脏与其他脏器间的协调性会变高,周身血管承受的负担会变小,可持续为肌肉、骨骼、神经等提供营养物质,体内水电解质、酸碱度等均相对正常,可减少营养物质流失量^[10]。

综上所述,美托洛尔并曲美他嗪治疗虽然增加了药物种类,但弥补了单一用药的不足,可提高药物作用力,更积极的改善心脏功能,使心脏平滑肌、血液回流等相对正常的进行,从而维持好心功能和血压,减少药物导致的不良情况,使患者长期较健康的生活,应用价值高。

参考文献:

- [1]谢美莎.美托洛尔联合曲美他嗪治疗冠心病心力衰竭的临床疗效及其对患者心功能及炎性反应的影响研究[J].贵州医药,2021,45(10):1602-1603.
- [2]李玲,李梅玲.美托洛尔联合硝普钠、曲美他嗪治疗老年冠心病心力衰竭的效果及对氧化应激指标的影响[J].临床医学研究与实践,2021,6(29):71-73.

[10]方之洪,刘春,周慧,等.艾司奥美拉唑为主的四联疗法治疗幽门螺杆菌阳性儿童消化性溃疡的疗效分析[J].现代消化及介入诊疗,2018,23(6):753-755.

[11]刘鹏妹,黄芪建中汤加减对胃溃疡脾胃虚寒证患者临床疗效及机制研究[J].中国中医基础医学杂志,2020,26(1):68-71.

[12]万德玉.埃索美拉唑联合阿莫西林、克拉霉素治疗胃溃疡幽门螺杆菌感染的疗效[J].上海医药,2018,39(23):48-49+67.

[13]费林立,何璐莎.奥美拉唑联合抗生素治疗对胃溃疡患者免疫功能及胃肠激素的影响[J].国际消化病杂志,2018,38(4):272-275.

[14]王准,龚天斌.奥美拉唑联合多潘立酮在胃溃疡患者中的临床效果分析[J].现代消化及介入诊疗,2019,24(8):921-923.

[15]付文国.奥美拉唑联合克拉霉素阿莫西林治疗老年消化性溃疡42例效果分析[J].中国药物与临床,2018,18(10):1765-1767.

[16]张红,穆磊.埃索美拉唑和奥美拉唑用于胃溃疡治疗临床效果对比分析[J].解放军预防医学杂志,2019,37(12):148-149.

[17]都海燕.泮托拉唑与奥美拉唑分别联合克拉霉素、阿莫西林治疗幽门螺杆菌阳性十二指肠溃疡效果对比[J].山西医药杂志,2020,49(21):2937-2938.

[18]郭萍,孟庆娟,刘洪彬.阿莫西林、奥美拉唑联合克拉霉素治疗胃溃疡的效果研究[J].中国医药导报,2010,7(15):66-67.

[3]王沛,史新荣.曲美他嗪结合美托洛尔治疗冠心病心力衰竭临床分析[J].云南医药,2021,42(6):567-568+560.

[4]蔡晓航.曲美他嗪联合酒石酸美托洛尔对冠心病合并心衰患者的影响[J].实用中西医结合临床,2021,21(24):60-61.

[5]蔡晓瑜,王晓群,李绪洪.美托洛尔联合曲美他嗪治疗对冠心病合并慢性心力衰竭血浆脑钠肽及血管内皮功能的影响[J].中国医药科学,2021,11(21):119-122+126.

[6]王永新.美托洛尔联合曲美他嗪治疗冠心病合并慢性心力衰竭患者的临床效果及其对其心功能的影响[J].临床医学工程,2021,28(11):1541-1542.

[7]纪剑.酒石酸美托洛尔片联合盐酸曲美他嗪片治疗冠心病合并心力衰竭的临床效果及对患者生活质量的影响[J].临床合理用药杂志,2021,14(32):50-52.

[8]郭山岭,胡永寸,姬洪涛.曲美他嗪联合美托洛尔治疗冠心病心力衰竭的效果及对血清ANP、ET-1、hs-cTnT水平的影响[J].中国实用医刊,2021,48(21):86-89.

[9]刘桂斌.美托洛尔联合曲美他嗪辅助治疗冠心病心力衰竭的临床疗效及安全性[J].智慧健康,2021,7(31):105-107.

[10]李玉霞,白彦,韩永安,赵蓉.美托洛尔联合曲美他嗪治疗冠心病心力衰竭的疗效及安全性分析[J].基层医学论坛,2021,25(31):4535-4536.

优质护理在上尿路结石腔内治疗术后留置双J管致并发症效果分析

吕丽芳

宁明县中医医院 广西崇左市 532500

摘要: 目的: 探讨优质护理在上尿路结石腔内治疗术后留置双J管致并发症效果分析。方法: 选取2018年1月-2021年12月我院收治的上尿路结石腔内治疗术后留置双J管的患者82例, 对留置导管期间发生并发症的原因及护理对策进行分析。患者随机分为研究组和对照组各41例, 对照组给予常规护理, 研究组给予优质护理。结果: 与对照组比, 研究组满意度明显较高($P < 0.05$); 与对照组比, 研究组血尿、腰痛及尿路感染等多种并发症发生率较低($P < 0.05$)。结论: 上尿路结石腔内治疗术后应用双J管能起到良好的引流效果, 但极易引发严重血尿、尿路感染等多种并发症, 在此期间给予其优质护理干预能避免出现严重血尿, 还能进一步提升患者满意度, 可推广使用。

关键词: 优质护理; 上尿路结石腔内治疗; 留置双J管; 并发症; 满意度

上尿路结石属于临床上比较常见的泌尿外科疾病类型, 其主要临床症状为血尿及疼痛等, 极易对患者的正常生活及生活质量造成不利影响^[1]。当前上尿路结石输尿管镜腔内碎石取石术、经皮肾镜碎石取石术后留置双J管引流在临床上的应用愈发普遍, 其作为一种支架及内引流方式, 能避免术后发生粘连狭窄等不良症状, 还能进一步减少肾积水, 促进患者肾功能改善和恢复^[2]。但是在应用双J管期间也极易引发较严重的并发症, 需要及时进行治疗及护理^[3]。上尿路结石腔内治疗留置双J管后主要并发症有: 血尿、尿路感染、膀胱刺激症状、腰痛(尿液反流)。本研究探讨优质护理在上尿路结石腔内治疗术后留置双J管致并发症效果分析, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2018年1月-2021年12月我院收治的上尿路结石腔内治疗术后留置双J管治疗的患者82例, 随机分为两组。纳入标准: ①患者各项临床资料完整, 且不会在中途自行退出; ②患者的智力状况理想且能对后续治疗工作进行正常配合; ③患者不存在严重感染、积脓、肾萎缩等不良症状。排除标准: ①患者本身凝血及其他重大脏器功能均存在明显异常; ②患者在参与研究前曾经接受类似治疗; ③患者本身伴有较严重的血液及免疫系统疾病等; ④患者正处于妊娠期或者是哺乳期。研究组41例, 男27例, 女14例, 年龄27~52岁, 平均(37.8±1.7)岁; 应用经皮肾镜16例, 输尿管硬镜25例。对照组41例, 男26例, 女15例, 年龄28~51岁, 平均(37.9±1.6)岁; 应用经皮肾镜20例, 输尿管硬镜21例。

1.2 方法

对照组给予常规护理。给予患者健康知识及用药方面的干预指导, 并告知患者需定期返回医院接受相关检查。

研究组给予优质护理。(1)健康宣教及护理: 在留置输尿管双J管期间, 患者极易出现较严重的焦虑及抗拒情绪, 从而加剧心理压力, 此时护理人员需给予患者科学的健康宣教, 并将留置双J管的作用及需要引起注意的相关事项等全部告知患者, 使患者的疑虑尽快消除, 让患者能积极接受治疗;(2)术后并发症护理: ①血尿: 嘱患者手术后特别是肾结石行经皮肾镜碎石取石术后卧床休息至少3天, 之后适当下床活动, 不要剧烈运

动, 并及时与患者进行良好沟通, 使患者的负面情绪得到有效缓解, 并对患者尿液颜色改变、血压及脉搏等指标进行详细观察, 同时告知患者平时要多喝水, 从而对尿道进行冲洗, 必要时遵医嘱给予患者实施抗炎及止血处理; ②尿路感染: 大多是由于血块及沉淀物阻塞双J管, 引流效果不理想导致的。此时护理人员需要告知患者平时多喝水、勤排尿, 千万不要长时间憋尿, 以免引发膀胱输尿管尿液反流等不良事件, 同时着宽松柔软内裤、保持会阴部清洁干燥, 若患者发生感染, 应遵医嘱及时给予抗生素治疗; ③膀胱刺激症状: 当双J管放置位置欠合理, 或者是双J管发生移位时, 会对膀胱三角区及后尿道造成严重刺激, 从而导致此症状发生。此时需要将症状发生的原因详细讲述给患者, 对于症状较轻的患者来说, 可以对其体位进行定期更换, 然后通过播放舒缓音乐等方式让患者心情放松, 并使活动量有效减少。而对于症状较严重的患者来说, 要将病情变化及时报告医生并遵医嘱给予相应的处理, 必要时做好相应的术前准备(做好提前取双J管术前准备)。④腰痛: 可能同尿液反流存在一定联系。将双J管置留在体内后, 会暂时性的破坏人体膀胱抗反流机制, 处于排尿状态时, 逼尿肌会异常收缩, 此时膀胱内压力会经由双J管直接到达患者肾脏位置, 导致肾区发生较明显胀痛。护理人员可以告知患者多食新鲜蔬菜、水果、杂粮等食物, 忌食辛辣、煎炸之品、忌烟酒, 并养成定时排便的良好习惯, 保持大便畅通, 同时需及时将膀胱排空, 使腹压增大的可能性显著降低;(3)出院指导及回访: 患者住院期间, 对患者的运动、饮食习惯及病情进行详细记录, 并对即将出院的患者进行健康知识方面的指导, 告知患者在留置导管过程中, 避免过度的进行四肢及腰部伸展, 术后三个月内留置双J管期间避免重体力劳动及踩自行车等动作。同时饮食一定要科学, 并进行良好的自我观察, 然后定期接受相关检查, 术后三周到三个月内到医院将双J管拔出。患者出院后, 以电话回访的方式对患者恢复状况进行详细了解, 并告知患者定期返回医院接受检查, 如有不适及时就诊、对血尿反复或者出现严重尿路刺激症状患者应考虑提前拔管。

1.3 观察指标

(1)观察分析两组满意度。通过医院自制护理满意度调查表实施调查, 总评分范围为0-100分, 满意: 90-100分; 基本满意: 80-90; 不满意: <80分^[4]。

(2) 观察分析两组并发症发生率。

2 结果

与对照组比, 研究组满意度明显较高 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 满意度对比 (n, %)

组别	例数	满意	基本满意	不满意	满意度
对照组	41	20	8	13	28 (68.3)
研究组	41	25	14	2	39 (95.1)

与对照组比, 研究组血尿、腰痛及尿路感染等多种并发症发生率较低 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 并发症发生率对比 (n, %)

组别	例数	血尿	腰痛	尿路感染	发生率
对照组	41	7	4	5	16 (39.0)
研究组	41	2	1	1	4 (9.8)

3 讨论

双“J”管也被叫做猪尾巴管, 其特征为存在较多的侧孔方便引流, 具有较强的亲水性, 而且表面非常光滑, 其关键性作用为内引流及内支架, 在肾、输尿管等上尿路结石手术当中普遍运用, 且手术后需要将患者术中具体状况作为依据来明确留置时间。泌尿外科手术当中往往会普遍应用双 J 管, 其能发挥出良好的引流及支架效果^[6]。在上尿路手术实施期间将双 J 管放置进去, 能消除外造瘘造成的痛苦, 并将梗阻问题有效解决, 还能有效预防输尿管狭窄等不良事件发生, 使患者能尽快恢复^[7]。而且术后取出也比较方便, 具有良好的耐受性。但是双 J 管也属于一类异物, 在实际使用期间极易引发较严重的并发症。因而, 给予患者科学且规范的护理指导具有关键性意义^[8-9]。

因双 J 管在患者体内留置, 护理人员及家属很难直接观察到, 所以护理人员需要全面学习专科理论知识, 对双 J 管具体放置位置、目的及可能会引发的并发症等进行全面了解, 并将置管的目的及作用告知患者, 对患者的知情权保持尊重^[10-11]。手术结束后置管期间及出院时, 需要将自我观察方式告知患者, 这对于进一步促进患者病情改善具有关键意义^[12-13]。研究发现, 与对照组比, 研究组满意度明显较高, 这说明上尿路结石腔内治疗术后留置双 J 管期间给予患者优质护理具有理想作用, 能有效促进患者病情及临床症状改善, 使患者满意度进一步提升。

护理人员在此期间始终坚持回访, 并对护理措施及宣教内容做进一步规范, 对患者进行针对性的指导干预, 而且对于患者出院之后的状况全程进行关注, 及时给予患者适当的干预, 使患者的疑惑得到有效解决, 进一步缓解患者痛苦, 从而使患者的安全感显著增强, 使患者的治疗依从性进一步提升, 而且患者对于疾病相关知识也有更加准确的了解, 能促进患者自我管理能力提升。本次研究发现, 与对照组比, 研究组血尿、腰痛及尿路感染等多种并发症发生率明显较低, 这说明优质护理干预在上尿路结石腔内治疗术后留置双 J 管期间的恰当应用能进一步降低并发症发生率。据有关研究显示, 患者出现严重血尿的原因可能为: J 管长时间停留在患者体内, 会对肾脏造成严重刺激, 并对肾滤过率产生不利影响, 从而减少尿流量, 尿中的沉淀物粘液会将 J 管阻塞, 从而出现不同程度感染, 最终引发血尿^[14-15]。

综上所述, 上尿路结石腔内治疗术后应用双 J 管能起到良好的引流效

果, 但极易引发严重血尿、尿路感染等多种并发症, 在此期间给予其优质护理干预能避免出现严重血尿、尿路感染等并发症的发生, 降低并发症的发生率, 还能进一步提升患者满意度, 可推广使用。

参考文献:

[1]王田, 洪欣, 李琨, 等. 输尿管镜气压弹道碎石术后不留置 J 管的安全性:探索性随机对照研究[J]. 中国微创外科杂志, 2020, 20(8):4-4.

[2]严坤, 杨明红, 魏来. 输尿管镜钬激光碎石术前不同方法留置 J 管对输尿管结石所致上尿路感染疗效的影响[J]. 微创泌尿外科杂志, 2020, 23(2):4-4.

[3]Yt A, Tokinaga B Y, Edanaga B M, et al. Efficacy of Automatic Retention Pressure of a Double-Lumen Tube Cuff: An Artificial Intubation Model[J]. Journal of Surgical Research, 2021, 257(3):344-348.

[4]梁柯, 柯尊金, 金刚, 等. 简单输尿管结石钬激光碎石术后留置输尿管导管与 J 管的对比研究[J]. 中国内镜杂志, 2020, 26(9):5-5.

[5]朱澄村, 程帆, 饶婷, 等. 输尿管软镜碎石术治疗上尿路结石的疗效和安全性[J]. 中华泌尿外科杂志, 2020, 41(1):5-5.

[6]Callegari M, Thomas J, Shekar A, et al. Arterio-ureteral Fistula in the Setting of an Indwelling Ureteral Stent, Ileal Conduit and History of Pelvic Radiation - ScienceDirect[J]. Urology, 2020, 140:14-17.

[7]贾鹏宇, 张铁军, 高靖达, 等. 经膀胱镜输尿管 J 管置入治疗小儿上尿路梗阻[J]. 中国微创外科杂志, 2020, 20(5):4-4.

[8]黄裕梭, 李卓航, 刘成, 等. 斜跨位多通道经皮肾镜碎石术与单通道经皮肾镜联合输尿管软镜碎石术治疗鹿角形肾结石的疗效对比[J]. 中华医学杂志, 2021, 101(38):6-6.

[9]Pf A, Jk B, Ct C, et al. Subcutaneous Buprenorphine for a Patient With a History of Misusing an Indwelling Catheter: A Case Report[J]. Psychosomatics, 2020, 61(3):284-287.

[10]赵慧, 韩胜, 杜凌云, 等. 输尿管软镜碎石联合留置 J 管预防上尿路结石并发急性肾盂肾炎的可行性和安全性分析[J]. 国际泌尿系统杂志, 2020, 40(1):4-4.

[11]采有金, 胡青林, 陈维丽, 等. 疏肝通淋汤联合西医治疗对输尿管结石术后患者留置 J 管后焦虑和生活质量的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(10):4-4.

[12]Jwh A, Tch B, Yak C, et al. Environmental effects, intertube interactions and σ - π bond re-hybridization in bundles of double- and triple-walled carbon nanotubes[J]. Carbon, 2020, 158(5):651-661.

[13]鲁向阳, 李文亮, 李春明. 术前留置 J 管时间对经输尿管软镜治疗肾结石的疗效影响[J]. 临床泌尿外科杂志, 2020, 35(2):4-4.

[14]华青芬, 陈伟, 马超园. 输尿管中上段结石碎石术后 J 管留置效果临床观察[J]. 中国预防医学杂志, 2020, 11(7):4-4.

[15]Lee J, Cho H, Kim M, et al. Double-Tube Reactor Design and Process Optimization for On-Site Steam Methane Reforming Processes[J]. Industrial & Engineering Chemistry Research, 2020, 59(40):18028-18038.

作者简介: 吕丽芳 (1969 年 10 月), 女, 壮族, 广西崇左市, 本科, 副主任护师, 研究方向: 主要负责临床护理。

老年慢阻肺合并社区获得性肺炎患者在临床中采用抗生素联合治疗的效果观察

马阿根

绍兴市中心医院医共体华舍分院 浙江绍兴 312033

摘要：目的：研究老年慢阻肺合并社区获得性肺炎患者在临床中采用抗生素联合治疗的应用效果。方法：从我院老年呼吸科选择 80 例慢阻肺合并肺炎患者，在 2018 年 5 月至 2021 年 5 月范围内，按照住院时间分为对照组（阿洛西林治疗，40 例）与实验组（阿洛西林联合阿奇霉素治疗，40 例），比较两组肺活量相关指标及临床效果。结果：与对照组的相关指标相比，实验组数值更接近正常值，存在显著差异（ $p < 0.05$ ）；实验组的症状改善时间均短于对照组（ $P < 0.05$ ）；对照组的不良反应发生率比实验组的高（ $P < 0.05$ ）；实验组的总有效率（95.00%），对照组的总有效率为（67.50%），存在统计学差异（ $p < 0.05$ ）；结论：给予患者抗生素治疗，可以优化相关指标水平，加快临床症状改善时间，降低不良反应发生率，提高临床治疗效果，值得推广。

关键词：慢性阻塞性肺疾病；社区获得性肺炎；抗生素联合治疗；治疗效果

慢性阻塞性肺疾病是常见的呼吸系统疾病，老年人主要的发病人群，病情严重会导致呼吸困难，严重影响患者的正常生活，患者自理能力明显下降^[1]。目前，本病的发病率逐年上升，主要表现为气喘咳嗽等症状。社区获得性肺炎是指在院外发生的感染性肺实质病变，老年人感染几率较大，一旦感染会对患者的心理及精神上造成影响，严重影响患者生活质量^[2-3]。我们选取本院 80 例老年慢阻肺合并社区获得性肺炎患者进行研究，给予患者抗生素联合治疗，研究抗生素联合治疗对老年慢性阻塞性肺疾病合并社区获得性肺炎患者的治疗效果。

1 临床资料与方法

1.1 临床资料

选取 2018 年 5 月到 2021 年 5 月本院治疗的老年慢阻肺合并社区获得性肺炎患者 80 例，按照住院顺序分为实验组（ $n=40$ ）与对照组（ $n=40$ ）。实验组患者男性 21 例，女性 19 例，年龄为 42-75 周岁，平均（ 58.50 ± 2.25 ）周岁；病程在 3-13 年之间，平均病程（ 8.00 ± 1.23 ）年。对照组患者男性 23 例，女性 17 例，年龄为 43-72 周岁，平均（ 57.50 ± 2.87 ）周岁；病程在 3-11 年之间，平均病程（ 7.00 ± 1.67 ）年。两者一般资料无明显差异，不存在统计学差异（ $p > 0.05$ ）。

选择标准：①胸片、CT 检查结果及临床症状显示患者均属于慢阻肺合并肺炎；②临床症状表现为咳嗽咳痰、肺部呼吸音及喘息等；③12 小时内未接受抗生素的治疗。

排除标准：①排除肝肾功能不全患者、神经系统异常患者、认知障碍患者及药物过敏者，具有凝血机制障碍的患者、糖尿病及高血压患者、肿瘤患者、药物过敏史及遗传疾病的患者；②在整个治疗过程中，研究对象不可中途退出，患者及家属同意后需要在知情同意书上签字。

1.2 方法

两组患者均进行吸氧处理，给予化痰止咳、抗生素治疗、纠正电解质

失衡等常规治疗；根据患者不同的基础病进行对症治疗，合理给药，掌握患者的过敏史及用药史；观察患者的精神状态及心理状态，保证患者生命体征平稳；心脏病患者给予利尿药或强心药治疗。对照组给予阿洛西林治疗。阿洛西林（生产厂家：浙江康恩贝制药有限公司；国药准字：H10960151）静脉滴注 4.0g, 2 次/d。

实验组给予阿洛西林联合阿奇霉素治疗，阿奇霉素注射液（生产厂家：浙江震元制药有限公司；国药准字：H20010380，静脉滴注 0.5g, 1 次/d, 半个月为一个疗程。根据患者不同的基础病进行对症治疗，合理给药，掌握患者的过敏史及用药史，按照患者的具体情况调整药物剂量，出现问题后立即询问医生，不可中途停药。

1.3 观察指标

记录两组老年慢阻肺合并社区获得性肺炎患者治疗后的相关指标、临床症状改善时间、不良反应及临床效果。相关指标包括：一秒用力呼气容积、肺活量、深呼气量、残气量及肺总量；症状改善时间主要包括退热时间、肺部湿啰音消失时间、呼吸频率恢复时间、住院时间。治疗的有效率包括有效、显效、无效。有效是患者的临床指征有好转，肺部听诊和放射检查结果有明显改善，血常规化验结果恢复正常；显效是患者临床指征完全消失，各项生命体征平稳，肺部听诊无杂音，患者的精神状态好；无效是患者在接受治疗后，病情不但没有好转，而且向严重方向发展，各项检查指标均无改善，患者精神状态不佳（总有效率=显效+有效）。不良反应是病人在接受治疗后出现的一系列与本病无关的病理反应，包括腹泻、皮疹和呕吐等症状。

1.4 统计学分析

将本次研究 80 例老年慢阻肺合并社区获得性肺炎患者的相关数据录入 spss19.0 软件之中，治疗后，两组患者的相关指标及临床症状改善时间对比用 t 检验形式校准，用（均数±标准差）表示；两组患者不良反应及临

床效果用卡方检验进行校准,用(n%)表示,p<0.05有统计学意义,否则无意义。

2 结果

2.1 两组相关指标比较

实验组的相关指标优于对照组,两者差异明显(P<0.05)。(见表1)

表 1: 两组相关指标比较($\bar{x}\pm S, d$)

组别	例数 (n)	咳嗽一秒	用力呼气	肺活量	深呼气量	残气量	肺总量
		容积					
实验组	40	1.21±0.18	2.28±0.34	1.24±0.61	3.67±1.64	7.12±1.05	
对照组	40	1.81±0.35	3.11±0.74	2.32±0.65	2.78±0.52	7.54±1.54	
t	-	21.0818	15.4393	11.1975	3.4322	2.5298	
P	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0010	0.0134	

2.2 两组症状改善时间及住院时间比较

实验组的症状改善时间均短于对照组,两者差异明显(P<0.05)。(见表2)

表 2: 两组症状改善时间及住院时间比较($\bar{x}\pm S, d$)

组别	例数 (n)	退热时间	肺部湿啰音 消失时间	呼吸频率恢复 时间	住院时间
实验组	40	3.32±1.22	2.18±1.24	1.67±0.25	7.12±2.67
对照组	40	6.97±1.67	4.65±1.32	2.42±0.51	13.12±3.65
t	-	18.9218	12.5981	18.9736	14.2124
P	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 两组出现的不良反应率比较

与治疗后对照组的不良反应发生率相比,实验组显著更低,两者差异明显(P<0.05)。(见表3)

表 3: 两组出现的不良反应率比较[n(%)]

组别	例数 (n)	腹泻	皮疹	呕吐	总不良反应率
实验组	40	1 (2.50)	1 (2.50)	0 (0.00)	2 (5.00)
对照组	40	4 (10.00)	3 (7.50)	1 (2.50)	8 (20.00)
X ²	-	-	-	-	4.1143
P	-	-	-	-	0.0425

2.4 实验组和对照组的临床效果比较

对比两组临床效果见表(4),实验组的总有效率高于对照组,两者差异明显(p<0.05)。

表 4: 两组临床效果比较(例%)

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

实验组	40	18 (45.00)	20 (50.00)	2 (5.00)	38 (95.00)
对照组	40	10 (25.00)	17 (42.50)	13 (32.50)	27 (67.50)
X ²	-	-	-	-	9.9282
P	-	-	-	-	0.0016

3 讨论

老年慢阻肺常见的症状为咳嗽、气喘等较为明显,发病原因较多,过敏性发作较常见,出现呼吸困难时要及时处理,否则会威胁生命安全^[4]。老年人抵抗力低,还可能抑制单核吞噬细胞,进而加快结核菌的增殖速度,身体健康容易受到影响,引起气道堵塞,恢复时间^[5]。老年人同时会伴随多种慢性病,肺功能下降是更容易引起慢阻肺合并社区获得性肺炎的情况,患有慢性阻塞性肺疾病的老年人要注意自身的病情,雾化吸入方式对老年支气管哮喘有很大缓解作用,临床效果较明显^[6]。随着年龄的增大,抵抗力和身体各项机能也随之下降,导致老年人免疫力低下,出现社区获得性肺炎的几率比年轻人高,再加上老年人患有糖尿病、心脏病、高血压等基础病较多,诊断上存在着一定的困难;老年人对疾病的相关知识了解较少,所以很容易耽误病程,很容易引起严重并发症,威胁患者生命健康^[7]。

阿洛西林采用静脉给药的方式,静脉滴注1小时后可达到相应的血药浓度值,对患者产生的不良反应极小,患者用药后出现的不良反应较轻,对肝脏的损伤较小,有利于改善肺功能;用药后还要注意患者的饮食情况,不要吃过于油腻的食物,不要喝浓茶或寒凉的食物,避免出现胃肠道不适症状。阿奇霉素属于大环内酯类抗生素,可以有效抑制肺炎衣原体、支原体及肺炎链球菌等病原菌产生,阻碍细菌蛋白质合成,药物进入体内渗透能力强,增强吞噬细胞传递的特异性,具有药效持久的作用,提高总体治疗效果,维持药物半衰期在68-76h,每日用药1次能维持较长药效,避免长期用药诱导机体发生严重的毒副作用^[8]。医护人员要给患者讲解关于疾病的知识及注意事项,提高患者对疾病的认知能力,帮助患者掌握相关的注意事项及禁忌症,突出药物治疗对患者身体恢复的重要性,让患者坚持治疗,不要半途而废,对身体恢复充满信心,积极配合医生的治疗及进行各项相关检查。保持病房干净整洁,防止吸入病原微生物出校二次感染,对于难入食的患者给予口腔护理,必要时需放置胃管,以防患者将食物吸入呼吸道引发感染;长期卧床患者需按时翻身、排痰,预防褥疮出现;患者保持大小便通畅,便秘久了会导致腹胀,避免出现呼吸困难等现象;每日注意营养均衡,尽量吃好消化的食物;评估患者出现呼吸衰竭的可能性,及时进行氧气治疗,观察患者神志、面色及生命体征,出现问题及时处理^[9-10]。

治疗后,实验组的相关指标优于对照组,存在显著差异(p<0.05);实验组的症状改善时间均短于对照组(P<0.05);对照组的不良反应发生

(下转第119页)

莫西沙星输液剂与左氧沙星输液剂治疗下呼吸道感染疗效对比分析

丘志增

汕尾逸挥基金医院发热门诊 广东省汕尾市 516600

摘要：目的：莫西沙星输液剂与左氧沙星输液剂治疗下呼吸道感染疗效对比分析。方法：本次探究实验选取对照实验形式，按照实验对象筛选标准，选取 76 例下呼吸道感染患者，患者我院治疗的时间区间入院-出院：2021.5-2022.3，将患者按照对照实验要求分组处理，分组依据：随机数字表法，分组结果，实验组（n=38）和对照组（n=38），实施的临床治疗药物分别是莫西沙星输液剂与左氧沙星输液剂，比较针对下呼吸道感染患者疗效，以及药物治疗安全性保障。结果：比较两组下呼吸道感染患者临床疾病症状改善时间，实验组患者时间指标均比对照组患者短， $P<0.05$ ；药物治疗前，两组下呼吸道感染患者血清炎性因子和 C 反应蛋白水平比较没有显著差异，在实施药物治疗之后血清炎性因子和 C 反应蛋白水平比较，实验组低于对照组， $P<0.05$ ；治疗前两组下呼吸道感染患者呼吸功能 PaO_2 、 PaO_2/FiO_2 指标没有显著差异，在药物治疗之后，实验组患者 PaO_2 、 PaO_2/FiO_2 呼吸功能指标均高于对照组患者， $P<0.05$ ；实验组下呼吸道感染患者药物治疗有效率高于对照组， $P<0.05$ 。结论：下呼吸道感染患者在临床治疗中，实施莫西沙星输液剂治疗效果优于左氧沙星输液剂药物治疗，能够更有效地改善疾病发热、咳嗽和喘息症状，对于患者呼吸功能优化效果显著。

关键词：下呼吸道感染；莫西沙星输液剂；左氧沙星输液剂；疗效

下呼吸道感染疾病比较常见，具有较高的发病率，在治疗的过程治疗难度比较高，容易反复发作，患者疾病导致下呼吸道容易出现分泌物阻塞，造成患者咳嗽、发热和喘息，疾病需要得到及时的治疗，病症发展严重的时候，会导致出现呼吸衰竭^[1]。临床针对下呼吸道感染患者采取药物抗菌消炎治疗，其中临床常应用的治疗药物包括莫西沙星和左氧沙星，需要研究两种治疗药物对于患者疾病的治疗效果^[2]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次探究实验选取对照实验形式，按照实验对象筛选标准，选取 76 例下呼吸道感染患者，患者我院治疗的时间区间入院-出院：2021.5-2022.3，将患者按照对照实验要求分组处理，分组依据：随机数字表法，分组结果，实验组（n=38）和对照组（n=38），实施的临床治疗药物分别是莫西沙星输液剂与左氧沙星输液剂，实验组：38 例下呼吸道感染患者，患者年龄分布区间，年龄下限为 26 岁、上限为 72 岁，均值（48.68±6.62）岁，性比男女构成占比情况，男性：女性=23:15，下呼吸道感染疾病类型：急性支气管炎 9 例、肺炎 13 例、支气管扩张并感染 11 例、其他 5 例；对照组：38 例下呼吸道感染患者，患者年龄分布区间，年龄下限为 28 岁、上限为 71 岁，均值（48.89±6.71）岁，性比男女构成占比情况，男性：女性=24:14，下呼吸道感染疾病类型：急性支气管炎 10 例、肺炎 14 例、支气管扩张并感染 10 例、其他 4 例。两组患者的一般资料比较，无显著差异（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

对照组下呼吸道感染患者临床实施左氧沙星输液剂治疗，盐酸左氧氟沙星氯化钠注射液（批准文号：国药准字 H20000561，生产厂家：北京康乃克药业公司）100ml 含 0.01g 左氧氟沙星和 0.9g 氯化钠制成的混悬液，使

用时静脉滴注，0.4g/日，分两次静脉滴注，治疗过程中，还要注意观察患者用药之后的不良反应，保障用药安全性^[3]。

实验组下呼吸道感染患者临床实施，莫西沙星输液剂治疗，莫西沙星注射液（批准文号：国药准字 J20090132，生产厂家：拜耳医药保障有限公司）100ml 静脉滴注，每天治疗一次，连续治疗三天^[4]。

1.3 观察指标

（1）临床疾病症状改善时间，包括患者退热时间、祛痰时间和喘息消失时间，患者在临床实施药物治疗方案之后，临床症状改善时间指标越短，药物对于患者疾病治疗缓解效果越好；

（2）治疗前后血清炎性因子和 C 反应蛋白水平，针对下呼吸道感染患者临床采取药物治疗，药物治疗效果的评估，采取测量血清炎性因子和 C 反应蛋白指标水平比较，在药物治疗之后血清炎性因子和 C 反应蛋白水平越低实施的治疗效果越好；

（3）评估患者在药物治疗前后呼吸功能，评估指标是动脉氧分压（ PaO_2 ）及氧合指数（ PaO_2/FiO_2 ），在治疗之后，两项呼吸功能指标越高，实施的药物治疗效果越好；

（4）患者疾病治疗有效率，根据患者药物作用效果进行评估，包括痊愈、有效、无效，痊愈患者：经过治疗患者疾病症状基本恢复正常，细菌基本清除干净，各项指标恢复正常范围，有效患者：经过临床药物治疗，疾病症状有所缓解，无效患者：经过临床药物治疗患者的疾病症状没有改善，或者出现了恶化的趋势。

1.4 统计学方法

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

2 结果

2.1 临床疾病症状改善时间

比较两组下呼吸道感染患者临床疾病症状改善时间,实验组患者时间指标均比对照组患者短, $P<0.05$ 。

表 1 临床疾病症状改善时间比较 (x±s, d)

组别	例数	退热时间	祛痰时间	喘息消失时间
实验组	38	2.68±1.46	2.68±1.65	3.68±1.68

表 2 治疗前后血清炎症因子和 C 反应蛋白水平比较 (X±S)

组别	例数	TNF-α (pg/mL)		IL-4 (pg/mL)		C 反应蛋白水平 (mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	38	236.78±35.46	96.62±20.68	2.45±0.61	1.09±0.33	30.56±4.21	9.89±1.65
对照组	38	239.65±34.75	111.24±29.86	2.55±0.48	1.49±0.51	30.03±4.46	14.04±2.13
t	--	0.35	2.48	0.79	4.05	0.53	9.49
P	--	0.72	0.01	0.42	0.00	0.59	0.00

2.3 呼吸功能

治疗前两组下呼吸道感染患者呼吸功能 PaO₂、PaO₂/FiO₂ 指标没有显著差异,在药物治疗之后,实验组患者 PaO₂、PaO₂/FiO₂ 呼吸功能指标均高于对照组患者, $P<0.05$ 。

表 3 呼吸功能比较 (X±S)

组别	例数	PaO ₂ (mmHg)		PaO ₂ /FiO ₂	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	38	70.49±6.26	86.44±4.68	207.77±25.36	288.68±23.46
对照组	38	71.09±6.18	79.99±5.26	208.95±24.89	255.62±25.61
t	--	0.42	5.64	0.20	5.86
P	--	0.67	0.00	0.83	0.00

2.4 治疗有效率

实验组下呼吸道感染患者药物治疗有效率高于对照组, $P<0.05$ 。

表 4 治疗有效率比较(n,%)

组别	例数	痊愈	有效	无效	有效率
实验组	38	23 (60.53)	13 (34.21)	2 (5.26)	36 (94.74)
对照组	38	13 (34.21)	16 (42.11)	9 (23.68)	29 (76.32)
X ²	--	--	--	--	5.20
P	--	--	--	--	0.02

对照	38	4.36±2.08	4.58±1.98	5.86±2.37
组				
t	--	4.07	4.54	4.62
P	--	0.00	0.00	0.00

2.2 治疗前后血清炎症因子和 C 反应蛋白水平

药物治疗前,两组下呼吸道感染患者血清炎症因子和 C 反应蛋白水平比较没有显著差异,在实施药物治疗之后血清炎症因子和 C 反应蛋白水平比较,实验组低于对照组, $P<0.05$ 。

3 讨论

下呼吸道感染疾病主要是由于病毒和细菌,侵入下呼吸道造成的感染性疾病,属于比较严重的疾病类型,临床就诊的疾病患者中比较常见下呼吸道感染疾病患者,需要采取及时的用药治疗措施,帮助患者控制疾病发展^[5]。临床主要实施抗菌药物治疗,近年来随着抗生素的普及和应用,人们的抗药性逐渐增强,在实施抗生素治疗过程中,要选取有效的抗生素进行抗病毒细菌治疗,减少抗生素的毒副作用,优化抗生素使用的安全性^[6]。目前针对下呼吸道感染患者主要实施的广谱类抗生素是左氧氟沙星,属于临床患者疾病治疗的常用药物^[7]。但是在治疗疾病的过程中,其治疗效果并不理想,对于患者病毒细菌的抗感染治疗有效性不高。因此需要针对下呼吸道感染患者选取有效的抗菌治疗药物,帮助患者缓解疾病症状,其中莫西沙星是一种临床应用的新型抗菌药物^[8]。该种药物在临床患者疾病治疗过程中具有较好的抗菌性能,在应用过程中对于患者用药安全性保障效果较好,用药安全性得到了保障,患者用药治疗的依从性也能够得到优化提升^[9]。莫西沙星输液剂属于第四代喹诺酮类超光谱抗菌药物,药物治疗下呼吸道感染患者发挥抗菌治疗,只要是在 C₈ 位的点由氧基取代,药物在作用的过程中,能够有效地保留抗革兰阴性菌的作用基础上,加强了抗革兰阳性菌以及对于抗厌氧菌的有效活性,同时还能够针对非典型性致病菌发挥良好的抗菌效果^[10]。同时药物在作用的过程中,增强了对难治性 β-内酰胺类抗菌药物耐药菌的疗效,而且药物在作用的过程中还具有良好的生物利用率,其利用率达到了 80%以上,在服用药物 1-2 个小时就可以达到药物浓度峰值,能够更好地发挥药物治疗抗菌作用效果,而且在人体内发挥药效,组织渗透性也比较强,半衰期比较长可以达到 15 个小时左右,在药物服用之后,可以在短时间内对患者疾病症状进行改善,疾病

药物作用时间较长,药物可以通过患者的肝肾双排泄,而且在联合用药过程中,药物之间的相互作用较少,能够保障药物治疗的安全性,可以发挥持续性的抗拒作用效果。因此临床针对下呼吸道感染患者,在临床用药选择过程中选择莫西沙星输液剂治疗效果要优于左氧氟沙星输液剂,能够在较短时间内更好的缓解患者疾病症状,更适合作为下呼吸道感染患者的常用药物。

比较两组下呼吸道感染患者临床疾病症状改善时间,实验组患者时间指标均比对照组患者短, $P < 0.05$; 药物治疗前,两组下呼吸道感染患者血清炎性因子和 C 反应蛋白水平比较没有显著差异,在实施药物治疗之后血清炎性因子和 C 反应蛋白水平比较,实验组下呼吸道感染患者 $\text{TNF-}\alpha$ (96.62 ± 20.68) pg/mL 、 IL-4 (1.09 ± 0.33) pg/mL 、C 反应蛋白水平 (9.89 ± 1.65) mg/L , 对照组下呼吸道感染患者 $\text{TNF-}\alpha$ (111.24 ± 29.86) pg/mL 、 IL-4 (1.49 ± 0.51) pg/mL 、C 反应蛋白水平 (14.04 ± 2.13) mg/L , 实验组低于对照组, $P < 0.05$; 治疗前两组下呼吸道感染患者呼吸功能 PaO_2 、 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 指标没有显著差异,在药物治疗之后,实验组患者 PaO_2 、 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 呼吸功能指标均高于对照组患者, $P < 0.05$; 实验组下呼吸道感染患者药物治疗有效率高于对照组, $P < 0.05$ 。

综上所述,下呼吸道感染患者在临床治疗中,实施莫西沙星输液剂治疗效果优于左氧沙星输液剂药物治疗,可以在较短时间内缓解疾病症状,可以作为下呼吸道感染患者临床治疗的首选治疗药物。

参考文献:

[1]方坚,廖亮,杜培.莫西沙星与左氧氟沙星联合用药方案治疗耐多

药肺结核疗效研究[J].海南医学,2020,31(15):3.

[2]徐敏,胡岗,刘晓,等.头孢哌酮/舒巴坦联合莫西沙星治疗 COPD 合并急性下呼吸道感染临床疗效及对血清相关因子的影响[J].西部医学,2019,31(3):6.

[3]刘利琴,董方亮.盐酸莫西沙星氯化钠注射液治疗下呼吸道感染不良反应的观察及护理[J].护理研究,2021,35(20):3.

[4]金龙,田琦,张宝庆,等.荧光 PCR 熔解曲线法检测耐多药肺结核患者对左氧氟沙星和莫西沙星耐药性的效能研究[J].中国防痨杂志,2022,44(2):5.

[5]李胜,何建,辛有全,等.左氧氟沙星和莫西沙星治疗豚鼠实验感染鼠疫的研究[J].中国人兽共患病学报,2021,37(9):3.

[6]何建,辛有全,杨晓艳,等.左氧氟沙星和莫西沙星治疗豚鼠实验感染鼠疫的效果观察[J].中华地方病学杂志,2021,40(11):4.

[7]张亮,侯文洁,周秋云,等.原研与仿制莫西沙星注射液在治疗社区获得性肺炎中的成本-效果分析[J].中国医院药学杂志,2021,41(3):5.

[8]李秋霞,钟巍.复方蒲公英片联合莫西沙星治疗社区获得性肺炎的疗效及对血清炎症因子的影响[J].现代药物与临床,2021,36(10):4.

[9]王丹,张耀之,余梅,等.环丝氨酸联合莫西沙星治疗耐多药肺结核的疗效及对免疫功能和生活质量的影响[J].现代生物医学进展,2021,21(16):5.

[10]刘敏,袁丹,马宏境.肺力咳合剂联合莫西沙星治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床研究[J].现代药物与临床,2021,36(5):6.

(上接第 116 页)

率比实验组的高 ($P < 0.05$); 实验组的总有效率 (95.00%), 对照组的总有效率为 (67.50%), 存在统计学差异 ($p < 0.05$)。以上结果说明了抗生素治疗老年慢阻肺合并社区获得性肺炎能够有效改善机体免疫功能,优化肺部各项功能指标,降低患者出现不良反应的几率,提高抗炎症抗病菌的效果。

综上所述,给予老年慢阻肺合并社区获得性肺炎患者抗生素联合治疗,可以改善相关指标水平,可以优化相关指标水平,加快临床症状改善时间,降低不良反应发生率,提高临床治疗效果,值得推广。

参考文献:

[1]赵晶.抗生素联合治疗老年慢阻肺患者社区获得性肺炎的临床效果[J].基层医学论坛,2020,24(05):653-655.

[2]徐宝恒.抗生素联合治疗老年慢阻肺伴社区获得性肺炎患者的临床疗效观察[J].中国现代药物应用,2020,14(01):149-151.

[3]王桂花.抗生素联合治疗老年慢阻肺患者社区获得性肺炎的临床效

果[J].中国社区医师,2019,35(11):75-76.

[4]倪萍.用糖皮质激素联合抗生素对老年慢性阻塞性肺疾病患者进行治疗的效果研究.当代医药论丛,2018,16(3):82-83.

[5]郑祝权,罗伟辉,林镜宏.阿莫西林克拉维酸钾联合阿奇霉素治疗社区获得性肺炎的临床研究.北方药学,2019,16(6):107-108.

[6]梁志华,马展成,高炎超.布地奈德福莫特罗治疗慢阻肺稳定期、慢阻肺合并肺癌稳定期患者的临床疗效[J].中国医药指南,2020,18(30):20-22.

[7]姬圆圆,赵文萍.盐酸氨溴索治疗老年慢阻肺合并肺部感染患者的临床效果[J].临床医学研究与实践,2020,5(30):65-67.

[8]郭珍.盐酸氨溴索治疗老年慢阻肺合并肺感染的疗效及不良反应观察[J].中国农村卫生,2020,12(19):77-79.

[9]吴晓伟.阿奇霉素序贯治疗肺炎支原体性肺炎的价值研究[J].北方药学,2020,17(12):111-112+110.

[10]王秀丽.阿奇霉素序贯治疗联合特布他林雾化吸入治疗小儿支原体肺炎的临床疗效[J].徐州医科大学学报,2020,40(11):839-842.

探讨经导管肾动脉交感神经射频消融术(RDN)治疗顽固性高血压的临床疗效

王吉佳 李晶瑶 伊红艳 董金辉

大庆油田总医院 黑龙江大庆 163101

摘要: 目的: 分析经导管肾动脉交感神经射频消融术(RDN)治疗顽固性高血压的临床疗效。方法: 选取在我院就诊的顽固性高血压患者 60 例, 随机均分为对照组和观察组, 对照组进行常规治疗, 观察组进行导管肾动脉交感神经射频消融术(RDN)治疗, 统计两组患者的治疗效果。结果: 观察组患者的治疗效果优于对照组 ($P<0.05$)。结论: 经导管肾动脉交感神经射频消融术在顽固性高血压患者的治疗过程中, 可改善患者的机体血压水平, 改善临床不良症状, 在治疗过程中, 可以减少患者长期遭受的不良刺激, 进而通过有效抑制大脑皮层的兴奋, 保证大脑皮层的相关刺激功能, 并通过刺激患者交感神经的兴奋性, 避免患者交感神经的缩血管效应, 调解患者肾脏相关血流量的同时, 改善肾交感神经的刺激性, 具有较高的临床价值, 不仅起到理论上的降压效果, 在实际应用中, 也可以将患者的血压水平控制在合理的范围内。具有较高的临床推广性。

关键词: 经导管肾动脉交感神经射频消融术; 顽固性高血压; 临床疗效

高血压为临床高发心脑血管疾病, 在我国具有较高的发病率。其中 20% 的患者为顽固性高血压, 因顽固性高血压治疗周期较长, 并且在患病期间还会引发患者机体出现心脑血管并发症。不仅会危害患者自身生命安全, 还会给患者大家庭带来较大的经济压力^[1]。在传统治疗高血压的过程中, 临床往往采用传统西药进行治疗, 但部分老年患者因使用较大剂量的降压药, 故在临床长期使用中缺乏临床治疗效果, 导致在临床具有较低的安全性以及依从性、因此如何帮助患者进行非药物治疗, 采取独特的治疗手段, 改善患者临床症状, 帮助患者控制血压在平稳波动范围内, 成为我国的临床难题。经国内外研究学者可知, 采用经导管肾动脉交感神经射频消融术治疗顽固性高血压, 可在患者动脉壁内, 按照不同的方向进行间歇性的射频消融, 通过维持机体内的血压, 进而提升患者治疗过程中的安全性, 帮助患者稳定控制血压, 抑制机体内部血压变化, 具有较高的临床效果^[2]。本次就经导管肾动脉交感神经射频消融术(RDN)治疗顽固性高血压的临床疗效进行了研究, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 2 月~2022 年 2 月在我院就诊的顽固性高血压患者 60 例, 随机均分为对照组和观察组, 每组 30 名。观察组男女比例为 15:15, 年龄分布为 50~69 岁, 平均年龄为 (59.51±2.66) 岁。对照组男女比例为 14:16, 年龄分布为 51~73 岁, 平均年龄为 (57.21±3.54) 岁 ($P>0.05$)。纳入标准: (1) 经临床确诊为顽固性高血压; (2) 经过患者同意。排除标准: (1) 精神类疾病; (2) 器官功能障碍。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组

对照组实施常规药物治疗, 如硝苯地平。

1.2.2 观察组

观察组进行导管肾动脉交感神经射频消融术(RDN)治疗: (1) 术前检查: 在手术前通过对患者相应血液以及器官功能进行检查, 并告知患者在手术过程中可能遇见的风险, 进而得到患者较高的依从性^[3]。(2) 手术中操作: 指导患者形成具体体位, 并以患者股动脉为穿刺点进行局部麻醉。在患者手术前、手术后分别进行双侧肾动脉血管内超声检查, 进而确保手术可以顺利进行^[4]。采用 *symplicity* 射频导管分别伸至患者各侧肾动脉, 在导管另一端连接射频能量产生仪, 进而通过操作导管在患者肾动脉壁内按照不同方向进行射频, 利用相关热能破坏交感神经。(3) 在手术后观测患者机体指标变化^[5]。

1.3 观察指标

对比两组患者的临床效果。

1.4 统计学方法

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

2 结果

统计两组患者的治疗效果, 对照组患者显著率为 50.00% (15/30), 有效率为 70.00% (9/30), 无效率为 20.00% (6/30)。观察组患者显著率为 66.67% (20/30), 有效率为 70.00% (9/30), 无效率为 3.33% (1/30) ($P<0.05$)。

3 讨论

经世界卫生组织认定, 我国是高血压发病大国, 进而如何帮助患者稳定降低血压, 保证患者机体健康成为我国学者所面临的重要难题。在对人类以及动物模型进行研究中可知, 在高血压患者机体中会出现交感神经过

度激活,进而导致患者出现高血压^[6-7]。并且当患者受到长期刺激,则会导致患者大脑皮层功能失调,通过交感神经产生的缩血管效应,则会导致患者肾血流量加快,从而提升患者机体血压。在进行外科手术中,可采用经导管肾动脉交感神经射频消融术,将射频能量通过导管的形式穿过肾动脉内膜对外膜中的肾交感神经进行消融,从而有效控制顽固性高血压患者的血压水平,避免患者经长期用药导致用药依从性较差。在进行手术前后,还应应对患者机体进行系统性检查,方便确立患者是否可以手术,具有较高的临床安全性^[8-9]。

高血压疾病为临床导致患者出现脑卒中或心力衰竭等疾病的主要危险因素,据相关临床数据可知,我国目前已经具有将近五千万的高血压患者,与去年同期相比上涨 30%,并且在五千万高血压患者中间还具有四千万的顽固性高血压患者。所谓顽固性高血压,在临床是指患者机体已经达到最高耐受剂量的药物治疗,但仍无法将患者的相关血压控制在稳定范围内。在对患者进行后续治疗时,仍需加大患者的药物使用剂量,长此以往,不仅会影响患者机体相对心脑血管功能,严重时还会引发心梗等威胁患者生命导致患者死亡^[11]。因此,本次实验主要对相关顽固性高血压患者的临床治疗手法进行有效分析,帮患者的血压控制在合理范围之内,进而尽量减少患者在临床过程中的药物使用剂量,帮助患者达到合理控制血压的同时,提升患者治疗安全性,有效提升患者在相关领域的临床治疗效果以及治疗价值。不仅符合性的话,药理治疗的相关规范,也可以根据相关临床指南制定有效的改善措施,保证我国对于高血压患者的治疗技术处于世界前列。在进行治疗期间,首先要明确患者的治疗目标以及相关治疗机制,其中患者高血压受肾交感神经的正面影响,因患者肾脏具有促进机体重吸收的功能^[12]。因此,在临床可以通过肾脏进行钠离子的重吸收再进行释放,肾素使则通过相关肾素释放的调节机制与交感神经进行相互作用,进而帮助患者完成对血压的系统性调控。由此,实验可以得出,患者机体肾交感神经对高血压具有直接影响作用。经过国内外学者的相关研究,在实验过程中采用动物模型和人类机体模型进行研究,可以显示出生物肾脏交感神经的纤维是导致患者患有高血压的主要作用机制。因肾脏交感神经具有传入以及传出纤维,故当两种纤维进行统一激活时,则会导致患者出现高血压。因此,根据上述实验结果提出,在临床采用经导管肾动脉交感神经射频消融术治疗顽固性高血压,可以通过对交感神经进行有效支配,进而帮助患者控制临床血压。临床在传统药物治疗中具有较多种类的治疗高血压药物,但在进行外科交感神经切除术中,主要是用于胸、盆腔等交感神经切除。此类手术方式在临床不仅具有较高的手术意义,还可以帮助患者提升在治疗期间的安全性^[13-14]。但在进行外部交感神经切除的过程中,与传统内部交感神经切除相比,具有较高的安全性。因为在患者手术期间对患者机体创伤较小,故临床可以具有较短的恢复时间,帮助患者降低机体自

身不良反应的同时,可以减轻患者对于手术的错误认知,提升患者对手术的接受程度。经导管肾动脉交感神经射频消融术的主要治疗原理,为帮助患者通过相关射频消融切断手术,通过切断患者的肾脏交感神经,进而在不影响其他具体功能的情况下,帮助患者达到平稳降压手段。目前在国内外已经得到广泛的普及,并且相关临床学者提出在进行手术前应对患者进行常规消毒,避免患者出现感染,进而有效提升消融期间的临床安全性。在进行腹主动脉肾开口处进行消融可具有较高的临床意义,当抵达患者机体后因其交感神经分布较为集中,故在此处消融更彻底。导管方便到位,避免伤害其他周围组织,根据上述两点分析,该手术具有临床不可替代性,建议根据临床该方面进行研究,从而建立有效的临床治疗措施。经叶飞^[15]研究结果可知,因在顽固性高血压患者的治疗过程中可以发现,因患者年龄较大,故在手术过程中应保证患者的手术安全性。经导管肾动脉交感神经射频消融术在治疗过程中可以对患者进行有效检查,进而确定患者的机体状况,并在手术后对患者应进行长期跟踪调查,保证患者的术后恢复效果。本次试验分析经导管肾动脉交感神经射频消融术(RDN)治疗顽固性高血压的临床疗效,可得出结果:观察组患者的治疗效果优于对照组($P<0.05$)。

综上所述,经导管肾动脉交感神经射频消融术在顽固性高血压患者的治疗过程中,可改善患者的机体血压水平,改善临床不良症状,在治疗过程中,可以减少患者长期遭受的不良刺激,进而通过有效抑制大脑皮层的兴奋,保证大脑皮层的相关刺激功能,并通过刺激患者交感神经的兴奋性,避免患者交感神经的缩血管效应,调解患者肾脏相关血流量的同时,改善肾交感神经的刺激性,具有较高的临床价值,不仅起到理论上的降压效果,在实际应用中,也可以将患者的血压水平控制在合理的范围内。具有较高的临床推广性。

参考文献:

- [1]周芃、陈丰毅、孙运. 三维标测系统射频消融去肾交感神经治疗顽固性高血压的临床疗效[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18(16):4.
- [2]李泳祺, 刘建邵. 心理治疗联合螺内酯治疗顽固性高血压的临床效果[J]. 临床医学研究与实践 2020 年 5 卷 19 期, 8-9 页, 2020.
- [3]Todorov H, Searle-White E, Gerber S. Applying univariate vs. multivariate statistics to investigate therapeutic efficacy in (pre)clinical trials: A Monte Carlo simulation study on the example of a controlled preclinical neurotrauma trial[J]. PLOS ONE, 2020, 15.
- [4]Shi Y, Song J, Ding M, et al. Microwave ablation versus transcatheter arterial embolization for large hepatic hemangiomas: clinical outcomes[J]. International Journal of Hyperthermia, 2020,

(下转第 124 页)

化疗联合PD-1抑制剂在晚期黑色素瘤患者中的疗效和安全性分析

王珊珊 钟彩铃

中山大学肿瘤防治中心 广东广州 510060

摘要：目的：分析对晚期黑色素瘤病人给予化疗和PD-1（程序性死亡受体1）抑制剂联合进行治疗的效果以及安全性。方法：对我院2020年2月至2022年3月收纳的晚期黑色素瘤病人开展治疗方式研究，共有42例，按照治疗方式进行分组，将病人分为联合PD-1组和放化疗组，每组各21例。放化疗组病人选择实施同步放化疗治疗，联合PD-1组选择化疗和PD-1抑制剂联合进行治疗，比较联合PD-1组和放化疗组病人的近期治疗效果、以及不良反应出现率，同时比较联合PD-1组和放化疗组病人的无进展生存期和进展生存期、以及存活率。结果：PD-1组和放化疗组病人的ORR（客观有效率）之间没有较大差别（ $P>0.05$ ），但联合PD-1组病人的DCR（疾病控制率）明显高于放化疗组病人的DCR（疾病控制率），组间比较差异较大（ $P<0.05$ ）；且联合PD-1组病人的，差异较大（ $P<0.05$ ）；联合PD-1组病人出现骨髓抑制和消化道反应的情况明显低于放化疗组病人，但联合PD-1组病人出现贫血和白细胞减少的情况明显高于放化疗组病人，组间比较差异较大（ $P<0.05$ ）；联合PD-1组和放化疗组病人的无进展生存期没有较大差别（ $P>0.05$ ），但联合PD-1组病人的进展生存期低于放化疗组病人的进展生存期，组间比较差异较大（ $P<0.05$ ）；联合PD-1组和放化疗组病人治疗后3个月、6个月、12个月、以及26个月的存活率没有较大差别（ $P>0.05$ ）。结论：对晚期黑色素瘤病人给予化疗和PD-1（程序性死亡受体1）抑制剂联合治疗，能使病人的生存期以及客观有效率得到改善，有着较高的安全性以及有效性，值得进一步研究。

关键词：黑色素瘤；化疗；PD-1抑制剂；晚期

黑色素瘤是指来源是黑色素细胞的一种恶性肿瘤，此病症常发生在黏膜或者皮肤上，有着较高的恶性程度，且这类病症晚期会使病人的预后极差，并且没有理想的治疗方式。黑色素瘤在近年来有着逐年增加的病死率，且此类病人的死亡率也一直居高不下。据调查，全球大约每年有20万左右的新发黑色素瘤病例，在我国每年也有着高至两万例的黑色素瘤新发病例，且此病的发病率一直以6-7%的年增长率提升，并且此病的发病人群也逐渐呈年轻化趋势^[1]。现阶段，临床对黑色素瘤病人的基本治疗原则就是实施局部手术切除，但由于黑色素瘤有着在早期就极易出现往远处转移的突出特点，并且有着较低的传统放疗敏感性，还极易出现耐药的现象，因此，这类治疗方案的治疗效果并不理想，虽然有部分病人在化疗治疗中得到了较好的治疗，但大部分病人的五年生存率也没超过百分之十^[2]。随着免疫治疗在黑色素瘤的治疗中有着持续的进展，也使得黑色素瘤晚期病人极大提升了生存率。有研究资料支出，PD-1（程序性死亡受体1）抑制剂能使黑色素瘤晚期病人显著提升无进展生存期，并能使病情得到缓解^[3]。而为了分析对晚期黑色素瘤病人给予化疗和PD-1抑制剂联合进行治疗的效果以及安全性，本文对本院收纳的晚期黑色素瘤病人开展了化疗和PD-1抑制剂联合治疗的方式研究，结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

对我院2020年2月至2022年3月收纳的晚期黑色素瘤病人开展治疗方式研究，共有42例，按照治疗方式进行分组，将病人分为联合PD-1组和放化疗组，每组各21例。放化疗组中，女性有12例，男性9例；年龄

在28-68岁之间，平均年龄为（45.31±5.79）岁。联合PD-1组中，女性有10例，男性11例；年龄在28-67岁之间，平均年龄为（45.52±5.72）岁。所有病人基本信息比较不存在差异（ $P>0.05$ ），可进行对比。

纳入标准：检查确定为黑色素瘤晚期病人；病人及家属经详细了解后，自愿并同意参与研究和签署相关文件；病例资料完整病人；审批通过。

排除标准：重要器官受损严重者；无法正常交流病人；中途退出研究病人。

1.2 方法

1.2.1 放化疗组

放化疗组病人选择实施序贯放化疗治疗。序贯放化疗指的是在放疗前后间隔时间超过两周，且有关指标恢复正常。放疗：通过局部姑息性放疗对病人实施治疗，并根据病人病灶转移或者原发病灶情况来选择合适的剂量；根据病人的浸润深度深度以及病变范围来选择适宜的能量；根据病人的实际病情和病变位置来选择适宜的治疗方式，例如常规分割放疗，或者大剂量分割放疗等；根据病人的局部情况和肿瘤大小来明确照射范围。化疗：通过全身化疗对病人实施治疗，选择260mg/m²白蛋白结合型紫杉醇，d1、d8，或者选择200mg/m²替莫唑胺，第1-5d，一周期为21天。

1.2.2 联合PD-1组

联合PD-1组选择化疗和PD-1抑制剂联合进行治疗。化疗方式和放化疗组一样。PD-1抑制剂：给予100mg帕博利珠单抗，d1，隔三周一次，或者给予240mg特瑞普利单抗，d1，隔两周一次^[4]。

1.3 观察指标

(1) 观察比较联合 PD-1 组和放化疗组病人的近期治疗效果。根据实体瘤疗效评价标准, 将病情划分为 PD (病情进展)、SD (病情稳定)、PR (部分缓解)、以及 CR (完全缓解)。ORR (客观有效率)=PR+CR, DCR (疾病控制率)=SD+PR+CR。

(2) 观察比较联合 PD-1 组和放化疗组病人的不良反应出现率, 包括白细胞减少、消化道反应、骨髓抑制、以及贫血等。

(3) 观察比较联合 PD-1 组和放化疗组病人的无进展生存期和进展生存期。通过随访对病人的无进展生存期和进展生存期进行评估。

(4) 观察比较联合 PD-1 组和放化疗组病人的存活率, 包括治疗后 3 个月、6 个月、12 个月、以及 26 个月的存活率。

1.4 统计学方法

数据资料全部以 SPSS20.0 软件进行处理. 计量资料采用均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采取 t 检验方式; 计数资料采用[例(%)]表示, 采用 χ^2 检验, 结果以 $P < 0.05$ 表示本次研究具有统计学意义。

2. 结果

2.1 比较联合 PD-1 组和放化疗组病人的近期治疗效果

由表 1 数据可知, PD-1 组和放化疗组病人的 ORR (客观有效率) 之间没有较大差别 ($P > 0.05$), 但联合 PD-1 组病人的 DCR (疾病控制率) 明显高于放化疗组病人的 DCR (疾病控制率), 组间比较差异较大 ($P < 0.05$)。

表 1 联合 PD-1 组和放化疗组病人的近期治疗效果比较[n(%)]

组别	PD	SD	PR	CR	ORR	DCR
联合 PD-1 组 (n=21)	0 (0.00)	13 (14.29)	7 (33.33)	1 (4.76)	8 (38.10)	21 (100.00)
放化疗组 (n=21)	7 (33.33)	4 (19.05)	8 (38.10)	2 (9.52)	10 (47.62)	14 (66.67)
χ^2	8.4000	8.005	0.104	0.359	0.389	8.400
P	0.004	0.005	0.747	0.549	0.533	0.004

2.2 比较联合 PD-1 组和放化疗组病人的不良反应出现率
由表 2 数据可知, 联合 PD-1 组病人出现骨髓抑制和消化道反应的情况明显低于放化疗组病人, 但联合 PD-1 组病人出现贫血和白细胞减少的情况明显高于放化疗组病人, 组间比较差异较大 ($P < 0.05$)。

表 2 联合 PD-1 组和放化疗组病人的不良反应出现率比较[n(%)]

组别	例数	消化道反 应	骨髓抑制	贫血	白细胞减 少
联合 PD-1 组	21	2 (9.52)	1 (4.76)	8 (38.10)	9 (42.86)
放化疗组	21	21 (100.00)	21 (100.00)	2 (9.52)	2 (9.52)
χ^2		34.696	38.182	4.725	6.035
P		0.000	0.000	0.030	0.014

2.3 比较联合 PD-1 组和放化疗组病人的无进展生存期和进展生存期
由表 3 数据可知, 联合 PD-1 组和放化疗组病人的无进展生存期没有较大差别 ($P > 0.05$), 但联合 PD-1 组病人的进展生存期低于放化疗组病人的进展生存期, 组间比较差异较大 ($P < 0.05$)。

表 3 联合 PD-1 组和放化疗组病人的无进展生存期和进展生存期比较($\bar{x} \pm s$, 月)

组别	例数	无进展生存期	进展生存期
联合 PD-1 组	21	7.21±0.25	2.08±0.13

放化疗组	21	7.17±0.31	2.64±0.21
χ^2		0.460	10.390
P		0.648	0.000

2.4 比较联合 PD-1 组和放化疗组病人的存活率

由表 4 数据可知, 联合 PD-1 组和放化疗组病人治疗后 3 个月、6 个月、12 个月、以及 26 个月的存活率没有较大差别 ($P > 0.05$)。

表 4 联合 PD-1 组和放化疗组病人的存活率比较[n(%)]

组别	例数	3 个月	6 个月	12 个月	26 个月
联合 PD-1 组	21	18 (85.71)	12 (57.14)	5 (23.81)	3 (14.29)
放化疗组	21	15 (71.43)	8 (38.10)	6 (28.57)	0 (0.00)
χ^2		1.273	1.527	0.123	3.231
P		0.259	0.217	0.726	0.072

3. 讨论

据调查, 虽然 PD-1 抑制剂能使黑色素瘤晚期病人的预后得到改善, 但由于中国的黑色素瘤病人和高加索人不同, 肢端黑色素瘤和黏膜性黑色素瘤有着较高的比例, 此类药物单独治疗的中位无进展生存期在 2.8-3.6 个月, 中位总生存期在 12.1-22.6 个月, 客观有效率为 10-20%, 远远低于欧美人群^[5]。化疗这一方式能使肿瘤细胞增加对免疫杀伤的敏感性, 并能使肿瘤细胞调节免疫原性, 同时免疫治疗能使化疗的诱导作用得到维持,

同时能使病人的预后得到改善。黑色素瘤的中枢神经系统侵犯性较高,使得黑色素瘤晚期病人中的 50%左右的病人可能会出现脑转移的现象,有着极差的预后^[6]。但随着我国神经外科手术以及放疗的迅猛发展,能使这类病人的预后得到明显的改善。有研究显示, BRAF 突变病人大部分会出现颅脑转移的情况,而通过曲美替尼和达拉非尼联合对其实施治疗,就能使病人的客观有效率达到百分之五十至百分之六十,以往没有接受过局部治疗的病人,其中位随访时间大约有 8 个月,接受过局部治疗的病人,对其其中位随访时间可增加到 20 个月。本研究结果显示, PD-1 组和放疗化疗组病人的 ORR (客观有效率) 之间没有较大差别 ($P>0.05$), 但联合 PD-1 组病人的 DCR (疾病控制率) 明显高于放疗化疗组病人的 DCR (疾病控制率), 组间比较差异较大 ($P<0.05$); 且联合 PD-1 组病人的, 差异较大 ($P<0.05$); 联合 PD-1 组病人出现骨髓抑制和消化道反应的情况明显低于放疗化疗组病人, 但联合 PD-1 组病人出现贫血和白细胞减少的情况明显高于放疗化疗组病人, 组间比较差异较大 ($P<0.05$); 联合 PD-1 组和放疗化疗组病人的无进展生存期没有较大差别 ($P>0.05$), 但联合 PD-1 组病人的进展生存期低于放疗化疗组病人的进展生存期, 组间比较差异较大 ($P<0.05$); 联合 PD-1 组和放疗化疗组病人治疗后 3 个月、6 个月、12 个月、以及 26 个月的存活率没有较大差别 ($P>0.05$), 由此可说明, 对晚期黑色素瘤病人给予化疗和 PD-1 (程序性死亡受体 1) 抑制剂联合治疗有着较好的治疗效果, 使病人的生存期得到改善, 有着较高的安全性。但由于此项研究样本限制, 结

果还是需要实施进一步的验证。

综上所述, 对晚期黑色素瘤病人给予化疗和 PD-1 (程序性死亡受体 1) 抑制剂联合治疗, 能使病人的生存期以及客观有效率得到改善, 有着有较高的安全性以及有效性, 值得进一步研究。

参考文献:

[1]姜爱民,程宇. PD-1 抑制剂治疗晚期黑色素瘤疗效的 Meta 分析[J]. 现代肿瘤医学, 2020, 28(19): 3399-3405.

[2]霍庚成,宋莹,贾沙沙,等. PD-1/PD-L1 抑制剂联合化疗对比化疗一线治疗晚期非小细胞肺癌疗效及安全性的 Meta 分析[J]. 中国肿瘤生物治疗杂志, 2020, 27(3): 309-314.

[3]魏瑜,张莉. PD-1/PD-L1 抑制剂对比化疗一线治疗晚期非小细胞肺癌的 Meta 分析[J]. 肿瘤防治研究, 2019, 46(5): 440-446.

[4]王丽亮,李正翔,袁恒杰. PD-1 抑制剂治疗晚期黑色素瘤有效性和安全性的 meta 分析[J]. 重庆医学, 2021, 50(15): 2647-2652.

[5]侯莉娜,迪娜·索力提肯,郭智,等. PD-1 抑制剂单药治疗与联合化疗/靶向治疗晚期恶性肿瘤的疗效及安全性比较[J]. 国际肿瘤学杂志, 2020, 47(4): 193-198.

[6]田慧,连斌,斯璐,等. 化疗联合 PD-1 抑制剂在晚期黑色素瘤患者中的疗效和安全性分析[J]. 临床肿瘤学杂志, 2021, 26(9): 816-821.

(上接第 121 页)

37(1):938-943.

[5]刘大胜, 向兴华, 邢云飞, 等. 基于文本挖掘的顽固性高血压的治疗现状及“证-药-效”的规律研究[J]. 世界科学技术: 中医药现代化, 2020, 22(3): 7.

[6]王辉, 段大为, 刘迎午. 经皮去肾交感神经消融术治疗顽固性高血压的研究进展[J]. 生物医学工程与临床, 2021, 25(1): 5.

[7]刘恒霞, 呼延琳, 赵拉慕草. 20 例经导管肾交感神经消融术治疗顽固性高血压的效果观察[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020(35): 2.

[8]查达勇, 潘大彬, 单泽阳. 肾交感神经射频消融术治疗顽固性高血压的研究进展[J]. 医学综述 2021 年 27 卷 9 期, 1712-1716 页, ISTIC, 2021.

[9]Yoshito K, Kan Z, Nagara T, et al. Early effects of transcatheter aortic valve replacement on cardiac sympathetic nervous function assessed by 123I-metaiodobenzylguanidine scintigraphy in patients with severe aortic valve stenosis[J]. European journal of nuclear medicine and molecular imaging, 2020.

[10]龚杨, 徐敏, 黄鹤. 射频消融去肾交感神经术治疗难治性高血压

的研究进展[J]. 医学综述, 2020, 26(3): 5.

[11]康小云, 孙美. 围术期护理在难治性高血压患者经皮导管肾动脉交感神经射频消融术的效果观察[J]. 心血管病防治知识: 学术版, 2020, 10(7): 3.

[12]李然, 甘秀妮, 凌智瑜, 等. 经导管肾动脉消融去交感神经术对原发性高血压患者血压晨峰现象的影响研究[J]. 重庆医科大学学报, 2021, 46(4): 5.

[13]陈世柱, 翁秀钦. 临床应用螺内酯与特拉唑嗪治疗顽固性高血压的有效性对照分析[J]. 心血管病防治知识 2020 年 10 卷 10 期, 34-36 页, 2020.

[14]Liu S, Zhao G, Yu G, et al. Transcatheter arterial chemoembolization combined with low-dose apatinib in the treatment of unresectable hepatocellular carcinoma in elderly patients: Efficacy and safety[J]. Journal of Cancer Research and Therapeutics, 2020, 16(5): 1165-1170.

[15]叶飞, 王晓艳, 涂珊, 等. 肾交感神经射频消融术可降低高血压犬血压并改善动脉硬度[J]. 南方医科大学学报, 2021, 41(11): 7.

利培酮及奥氮平在难治性精神分裂症治疗中的对比分析

王秀芳

济南市第二精神卫生中心 山东济南 250032

摘要：目的：分析利培酮及奥氮平治疗后，难治性精神分裂症疾病恢复情况，评估上述方案的应用价值。方法：2020年12月-2021年8月，选择我院52例难治性精神分裂症患者，所有患者均给予随机分组法（两组：各26例）。组别设置：研究组、对照组，上述组别分别实施利培酮+奥氮平、奥氮平治疗。对比上述措施的临床效果。结果：与研究组相比，对照组不良反应发生率较高，总有效率较低，统计学有意义（ $P<0.05$ ）；两组认知功能对比显示，研究组优于对照组， $P<0.05$ ，统计学结果有意义。结论：与奥氮平相比，利培酮+奥氮平在不良反应抑制以及执行功能恢复中发挥了显著优势，该方案可行性较高，可以显著提升疾病治疗效果，改善预后。

关键词：利培酮；奥氮平；难治性精神分裂症；应用价值

Comparative analysis of risperidone and olanzapine in the treatment of refractory schizophrenia

Wang Xiufang The Second Mental Health Center of Jinan 250032 Jinan, Shandong

【Abstract】Objective: To analyze the recovery of refractory schizophrenia after treatment with risperidone and olanzapine, and to evaluate the application value of the above scheme. Methods: From December 2020 to August 2021, 52 patients with refractory schizophrenia in our hospital were selected, and all patients were randomized (two groups: 26 cases each). Group settings: study group and control group. The above groups were treated with risperidone + olanzapine and olanzapine respectively. Compare the clinical effects of the above measures. Results: Compared with the study group, the control group had a higher incidence of adverse reactions and a lower total effective rate, which was statistically significant ($P<0.05$); the comparison of cognitive functions between the two groups showed that the study group was better than the control group, $P<0.05$, the statistical result is meaningful. Conclusion: Compared with olanzapine, risperidone + olanzapine has played a significant advantage in the suppression of adverse reactions and the recovery of executive function. This program is more feasible and can significantly improve the treatment effect of the disease and improve the prognosis.

[Keywords] risperidone; olanzapine; refractory schizophrenia; application value

精神分裂症是临床多发、常见疾病类型。数据研究结果显示，所有发病患者中，对抗精神病药物不敏感的占比较高，一般在33%左右，患者经常规治疗后效果不佳，随着疾病的发展与恶化，逐渐形成难治性精神分裂症^[1]。该类患者发病率极高，且受着长期的疾病折磨，降低其生活质量的同时，对其机体健康、生命安全等均产生不同程度的威胁，增加社会负担、医疗压力。因此，为更好的保障患者生存质量，临床应将疾病治疗作为重点研究内容，实现最佳治疗效果^[2]。本文主要是对52例难治性精神分裂症患者进行分析，对利培酮+奥氮平治疗措施的应用价值及治疗效果进行分析，旨在为今后的疾病治疗工作提供参考。现具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集我院52例患者（难治性精神分裂症）临床资料进行研究，时间：2020年12月-2021年8月期间，将患者分为两组（随机分组法）：研究组、对照组。前者26例患者：病程2-7年，平均 (5.01 ± 0.28) 年；男性、女性=16例、10例；平均年龄为 (33.49 ± 1.78) 岁（年龄区间为20-50岁）。

后者26例患者：病程2-8年，平均 (4.99 ± 0.25) 年；男性、女性=15例、11例；平均年龄为 (33.18 ± 1.85) 岁（年龄区间为22-49岁）。SPSS26.0（研究组、对照组）：上述指标显示 $P>0.05$ ，统计学无意义。

1.2 方法

对照组：实施奥氮平治疗，主要落实措施为：口服奥氮平片（批准文号：国药准字H20052688（国家药品监督管理局）；生产企业：江苏豪森药业集团有限公司；规格：5mg*14片），初始5mg/次，每日2次。随后结合患者实际状况逐渐增加用药剂量至15-20mg/次，每日2次。坚持治疗半年。

研究组：奥氮平+利培酮治疗，具体应用方案为：奥氮平具体用药措施同对照组。口服利培酮片（生产企业：浙江华海药业股份有限公司；批准文号：国药准字H20052330；规格含量：1mg*10片*3板(索乐)），初始1mg/次，每日2次。对患者病情进行分析，结合实际增加用药至4-6mg/次，每日2次。坚持治疗半年。

1.3 观察指标

对两组患者认知功能状况进行分析, 主要研究内容为^[3]: 执行功能、语言记忆功能、记忆功能, 主要测验方法为: 威斯康星卡片分类测验 (包括 13 项指标 (WCST): 错误应答数、正确应答数、持续应答数、总应答数、完成分类数等)、霍普金斯词汇学习测验 (HVLTR: 延迟回忆数、回忆总数、再认数、即刻回忆数等)、韦氏记忆量表 (WMS: 空间叠加、逻辑记忆、视觉再现、图形重叠、词语配对等), 上述指标状况与患者的认知功能情况直接存在正向相关关系; 对比两组不良反应发生情况: 体重增加、锥体外系反应、嗜睡, 计算不良反应发生率; 对两组患者治疗有效情况进行分析, 将以下三种情况, 即治疗后患者阳性和阴性症状量表 (PANSS)^[4]总分下降 75%、下降至 50%-75%之间、50%以下分别设置为显效、有效、无效, 计算疾病治疗有效率。

1.4 统计学分析

在 SPSS26.0 中输入所有样本资料, 分析统计学处理结果, 若结果显示 $P < 0.05$, 表示对比有意义, 反之 ($P > 0.05$) 为无意义。计数资料检验方式为 χ^2 , 表示形式为 $n\%$; 计量资料检验方式、表示形式分别为 T 、 $\bar{x} \pm s$ 。

2 结果

2.1 两组认知功能状况差异分析显示: 治疗后, 研究组 WCST、HVLTR、WMS 评分分别为 (66.45 $\pm$ 5.26) 分、(26.56 $\pm$ 3.25) 分、(71.26 $\pm$ 10.28) 分、对照组患者上述指标状况分别为 (62.12 $\pm$ 4.26) 分、(22.59 $\pm$ 3.44) 分、(65.31 $\pm$ 8.36) 分, 上述指标对比显示 $T=3.2015$ 、 4.2775 、 2.2897 , $P=0.0024$ 、 0.0001 、 0.02631 , 上述分析结果显示研究组优于对照组, 统计学结果有意义。

2.2 治疗有效率数据对比结果显示: 研究组显效、有效、无效分别为 12 例、14 例、1 例, 占比分别为 46.15%、53.85%、0.00%, 总有效率为 100.00%; 对照组显效、有效、无效分别为 12 例、10 例、4 例, 占比分别为 46.15%、38.46%、15.38%, 总有效率为 84.62%, 两组患者上述数据差异较大, 统计学对比有意义 ($\chi^2=4.3333$, $P=0.0373$)。

2.3 不良反应发生情况数据分析显示: 对照组体重增加、头晕头疼、嗜睡发生例数分别为 1 例、2 例、1 例, 占比分别为 3.85%、7.69%、3.85%, 总发生率为 15.38% (4/26); 研究组上述指标分别为 7 例、1 例、3 例, 占比分别为 26.92%、3.85%、11.54%, 总发生率为 42.31% (11/26), 此时 $\chi^2=4.5910$, $P=0.0321$, 统计学对比结果有意义。

3 讨论

精神分裂症主要是指患者情绪、思维、行为、知觉的紊乱, 目前临床关于疾病的发病机制尚不明确, 相关研究病因不明, 常见疾病发作原因包括疾病、压力、家族史、环境因素、心理等。该病发病缓慢, 病程较长,

有衰退及长期性的趋势。难治性精神分裂症诊断标准多种多样, 病程超过五年, 常见疾病发作原因为遗传病因、社会病因、化学病因、性格病因等^[5]。疾病发作后常见临床表现为易激惹、抑郁及焦虑、幻觉、妄想、认知缺陷等, 出现以上疾病表现后需及时入院接受检查与治疗, 防止疾病恶化增加治疗难度, 对患者机体健康产生威胁。奥氮平主要用于治疗精神分裂症。对中重度躁狂发作的阳性症状、精神分裂症等有良好疗效; 对于首次出现精神分裂症的患者, 该药物可以帮助患者保持情绪稳定, 对疾病治疗具有积极意义。除此之外, 该药物对精神问题中双向情感障碍复发的抑制具有显著效果, 可以预防和缓解继发性情绪症状。临床研究结果显示, 奥氮平起拮抗作用, 本身能与 5-羟色胺受体、多巴胺受体、胆碱能受体结合。在精神分裂症阳性症状治疗中, 拮抗多巴胺 D2 受体疗效显著, 患者用药后不会出现严重抑郁症、延迟性障碍。奥氮平半衰期较长, 可达 31h 之久, 不受食物影响, 其代谢酶主要为 D3、CYP1A2, 具备良好的亲和力。利培酮在治疗非典型抗精神病中发挥了显著优势, 是一种苯并异恶唑衍生物, $\alpha 1$ 受体结合良好, 而 $\alpha 2$ 和 H1 受体结合不良, 不能结合胆碱能。临床研究结果显示, 利培酮该药可改善患者的阳性症状, 是一种非常有利的 D2 受体拮抗剂, 不易抑制运动功能, 对患者中枢系统 5-HT、多巴胺有良好的拮抗平衡作用, 对锥体外系等副作用的抑制具有显著效果。该药物的药代动力学研究结果显示, 口服该药可迅速吸收, 不受食物影响。血液药物的峰值浓度达峰时间为 1 小时, 在体内代谢为 9-羟基利培酮。

综上所述, 利培酮与奥氮平联合治疗措施的实施应用价值较高, 可以帮助患者提升疾病治疗效果, 抑制不良反应, 对疾病治疗及恢复均具促进作用, 存在推广价值。

参考文献:

- [1] 钱兴山, 王娟, 涂清分. 利培酮与奥氮平对女性精神分裂症患者脂肪肝和血脂代谢指标的影响[J]. 中西医结合肝病杂志, 2021, 31(1): 50-52.
- [2] 董捍东, 陈传奇, 孙丽娟, 等. 利培酮、喹硫平、氯氮平及奥氮平对老年精神分裂症患者的 QTc 间期延长的影响[J]. 国际精神病学杂志, 2021, 48(2): 233-236.
- [3] 黄春燕. 利培酮及奥氮平在难治性精神分裂症治疗中的临床药理学分析[J]. 中国医药科学, 2020, 10(10): 57-59, 91.
- [4] 朴权俊, 崔佳佳, 康艳宝. 奥氮平与利培酮对精神分裂症患者认知功能及血清补体、超敏 C 反应蛋白的影响比较[J]. 中国基层医药, 2021, 28(8): 1176-1181.
- [5] 赵畅, 刘群, 张海霞. 奥氮平与利培酮治疗以阴性症状为主的精神分裂症患者的效果比较[J]. 中国民康医学, 2021, 33(1): 66-68.

丙泊酚复合瑞芬太尼控制性降压用于小儿鼻内镜手术麻醉的临床观察

王永丽

宝鸡市金台医院 麻醉科 陕西宝鸡 721001

摘要：目的：探究小儿鼻内镜手术中使用丙泊酚复合瑞芬太尼控制性降压的麻醉效果。方法：研究时间为2019年1月-2022年1月，研究对象为此期间我院收治的进行小儿鼻内镜手术的患儿，共计86例。通过抽签方式将入组患儿分为两组，蓝色签为对照组，不采用任何降压干预措施，红色签为观察组，需接受丙泊酚复合瑞芬太尼控制性降压处理，每组各43例患儿。比较干预后两组患儿相关情况。结果：临床指标对比，观察组手术时间、出血量、手术后清醒时间分别为(55.24±9.21)min、(29.59±9.05)mL、(13.53±5.36)min。对照组同指标数据分别为(63.15±13.23)min、(51.24±21.18)mL、(9.49±4.25)min，与对照组相比，观察组手术时间更短，出血量更少、手术后清醒时间更长，存在统计学意义($P<0.05$, $t=3.218/6.164/3.873$)。平均动脉压对比，各时间点观察组与对照组均不存在明显差异，无统计学意义($P>0.05$)。心率T0、T1、T2、T3各时间点观察组分别为(92.34±9.42)次/min、(85.62±8.49)次/min、(94.05±10.34)次/min、(110.24±11.71)次/min，对照组同指标数据分别为(102.13±10.05)次/min、(110.21±12.31)次/min、(115.13±11.42)次/min、(117.52±12.43)次/min，各时间点均为观察组低于对照组，存在统计学意义($P<0.05$, $t=4.661/10.783/8.973/2.765$)。并发症发生率，观察组为9.30%，对照组为6.98%，差异较小无统计学意义($P>0.05$)，且患儿并发症反应较为轻微，未经干预后自行缓解。结论：在小儿鼻内镜手术中，使用丙泊酚复合瑞芬太尼控制性降压可以使得麻醉效果得到保证，对于提高手术安全性具有积极意义，值得在临床中推广使用。

关键词：丙泊酚；瑞芬太尼；控制性降压；小儿鼻内镜手术；麻醉

小儿鼻内镜手术是临床中比较常见的儿科手术。该手术过程中，最为关键的是需要选择科学的麻醉方式使得手术的效果与安全性得到保证^[1]。基于此，本文以2019年1月-2022年1月期间于我院进行小儿鼻内镜手术的患儿作为研究对象，分析丙泊酚复合瑞芬太尼控制性降压的麻醉效果。现将具体情况进行如下汇报。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究时间为2019年1月-2022年1月，研究对象为此期间我院收治的进行小儿鼻内镜手术86例患儿。将入组患儿根据抽签结果分为对照组(43例，蓝色签，不给予降压干预)与观察组(43例，红色签，丙泊酚复合瑞芬太尼控制性降压处理)。对照组43例患儿中，男性25例，女性18例，年龄4-11岁，平均年龄(7.95±2.04)岁。观察组43例患儿中，男性26例，女性17例，年龄5-12岁，平均年龄(7.93±2.06)岁。比较两组患儿性别、年龄等一般资料，差异较小， $P>0.05$ ，不存在统计学意义，具有良好的可比性。我院伦理委员会审核后，同意本次研究进行，保证患者参与自愿性。患者与其家属在了解研究内容后，已签署知情同意书。

纳入标准：(1)符合鼻内镜手术指征；(2)自愿参加，配合度高。

排除标准：(1)心肺存在异常情况；(2)合并肝、肾等严重脏器功能异常；(3)既往有过敏史；(4)存在麻醉禁忌症；(5)拒不配合。

1.2 方法

两组患者进入手术室前半小时，需注射苯巴比妥那与阿托品。其中，苯巴比妥那剂量为2μg/kg，采用肌肉注射方式；阿托品剂量为0.01mg/kg，

选择给药方式为皮下注射。同时，需要对患者的脉搏、血压、心率等生命体征，以及ETCO₂、SpO₂等血气指标进行密切监测。

患儿进入手术室后，需采用静脉注射方式依次为患儿注射咪达唑啉、丙泊酚、瑞芬太尼、阿曲库铵，使用剂量分别为0.1mg/kg、1.5-2.0mg/kg、2μg/kg、0.5mg/kg。选择瑞芬太尼与阿曲库铵进行麻醉维持，前者给药方式为泵注，控制速度为每分钟0.2μg/kg；后者采用肌注给药方式，速度约为每小时6mg/kg。

观察组患儿需在上述基础上，加用丙泊酚复合瑞芬太尼进行控制性降压处理。其中，丙泊酚与瑞芬太尼均需每隔5min快速注射一次，使用剂量分别为2-3mg/kg、1-2μg/kg，以此使得患儿平均动脉压降低20%，使心率维持在110min/次。

1.3 观察指标

(1)临床指标。对两组患儿临床手术情况进行比较，包括手术时间、术中出血量、手术后清醒时间。

(2)平均动脉压及心率变化。观察并记录手术开始即刻(T0)、手术开始5min(T1)、手术结束前5min(T2)、手术结束后5min(T3)时间的平均动脉压(MAP)以及心率(HR)情况。

(3)并发症。包括术后恶心、呕吐、肌肉僵硬。

1.4 统计学分析

研究中相关数据均需进行统计学分析，软件使用SPSS23.0。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，行 t 检验，计数资料以[n(%)]表示，行 χ^2 检验。设定标准为 $P=0.05$ ，若组间比较存在统计学意义，则有 $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患儿临床指标对比

与对照组相比，观察组手术时间更短，出血量更少，且手术后清醒时间更长，差异显著，存在统计学意义， $P<0.05$ ，详细如表 1：

表 1 两组患儿临床指标对比($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	手术后清醒 时间 (min)
观察组	43	55.24±9.21	29.59±9.05	13.53±5.36

表 2 两组患儿 MAP、HR 指标对比($\bar{x}\pm s$)

指标	组别	例数	T0	T1	T2	T3
MAP (mmHg)	对照组	43	77.12±11.02	65.92±9.11	75.42±9.34	78.36±11.14
	观察组	43	79.03±10.94	63.42±7.31	73.35±8.06	76.31±10.84
	t	-	0.807	1.404	1.100	0.865
	P	-	0.422	0.164	0.274	0.390
HR (次/min)	对照组	43	102.13±10.05	110.21±12.31	115.13±11.42	117.52±12.43
	观察组	43	92.34±9.42	85.62±8.49	94.05±10.34	110.24±11.71
	t	-	4.661	10.783	8.973	2.765
	P	-	<0.001	<0.001	<0.001	0.006

2.2 两组患儿并发症发生率对比

观察组并发症发生率为 9.30%，对照组并发症发生率为 6.98%，差异较小， $P>0.05$ ，不存在统计学意义，且患儿并发症反应较为轻微，未经干预后自行缓解。详细如表 3：

表 3 两组患儿并发症发生率对比[n (%)]

组别	例数	恶心	呕吐	肌肉僵硬	总发生率
观察组	43	2 (4.65)	2 (4.65)	0 (0.00)	4 (9.30)
对照组	43	2 (4.65)	1 (2.33)	0 (0.00)	3 (6.98)
χ^2	-	-	-	-	0.156
P	-	-	-	-	0.693

3 讨论

对于任何手术来说，麻醉都是十分重要的一个环节，而且也会对手术效果产生一定影响。小儿常见手术大多因手术时间较短，而不需要肌肉很松弛、很深的麻醉程度^[2]。因此，临床中较少使用气管插管等方式进行静脉麻醉。但是，由于患儿年龄较小耐受性差、配合性差，因此需要通过麻醉的方式使患儿保持镇静、无疑是状态，做到充分镇痛，术毕能够快速彻底苏醒，便于进行临床观察^[3]。儿科在临床中是具有特定特殊性的，在这种情况下，小儿鼻内镜手术的麻醉方式选择时，需要首要考虑的是安全性与有效性这两个最为主要的因素^[4]。丙泊酚符合瑞芬太尼控制性降压处理是临床麻醉方法中的一种。其中，瑞芬太尼具有见效快、代谢强、起效快、镇痛效果显著等优点，可以对患儿的神经系统起到一定保护作用^[5]。丙泊酚则具有较强可控性，苏醒时间段，便于调节，可以使得血管压力得到有

对照组	43	63.15±13.23	51.24±21.18	9.49±4.25
t	-	3.218	6.164	3.873
P	-	0.002	<0.001	<0.001

2.2 两组患儿 MAP、HR 指标对比

观察组与对照组患儿各时间点 MAP 差异较小，不存在统计学意义， $P>0.05$ 。但观察组各时间点 HP 指标均低于对照组，差异显著，存在统计学意义， $P<0.05$ ，详细如表 2：

效降低。因此，在小儿鼻内镜手术中使用丙泊酚联合芬太尼进行控制性降压处理，可以使得麻醉效果与安全性得到保证。

通常情况下，鼻内镜手术控制性降压需要用降压药物进行辅助。本次研究中观察组使用丙泊酚联合瑞芬太尼的方式实现控制性降压目的。起效快、作用时间段、镇痛效果强是瑞芬太尼的优势，即使是 2 岁以下的婴幼儿术后也可以早期拔管。如果使用的剂量较大，则可以对较干神经系统，以及直接舒张血管平滑肌引发的低血压与心动过缓等情况进行抑制。相关研究指出，为了使得切皮引起的小儿躯体反应，瑞芬太尼的输注速率是应该进行有效控制的。丙泊酚的优势是起效快、可控性强，可以通过对外周血管阻力的降低实现对血压的降低^[6]。比较本次研究结果，两组患儿的平均动脉压不存在明显差异，均比较理想，但观察组患儿同一时间点心率均低于对照组，差异显。这一方面可能会对患儿造成较大影响，因为对于小儿来说，心率是主要维持其正常血压及心脏指数的生理基础。

本次研究中，以 86 例进行小儿鼻内镜手术的患儿作为研究对象。结果表明，接受丙泊酚复合瑞芬太尼控制性降压处理的观察组患儿手术时间短于对照组，术中出血量低于对照组，手术后清醒时间长于对照组；各时间点观察组与对照组患儿 MAP 差异较小，不存在统计学意义 ($P>0.05$)，但观察组各时间点 HP 指标均低于对照组，差异显著 ($P<0.05$)。且从并发症方面来看，观察组并发症发生率为 9.30%，对照组为 6.98%，差异较小 ($P>0.05$)，患儿并发症反应较为轻微，未经干预后自行缓解。分析原因如下。丙泊酚在麻醉药物中属于速短效类，诱导过程平稳，无肌肉不自

(下转第 131 页)

脑卒中偏瘫患者膝关节运动控制训练对步态的效果研究

王苑

新疆阿克苏市新疆生产建设兵团第一师医院 康复医学科 新疆阿克苏 843000

摘要: 目的: 研讨脑卒中偏瘫患者膝关节运动控制训练对步态的效果。方法: 2018 年 1 月-2022 年 1 月脑卒中偏瘫 200 例, 常规组 100 例; 开展常规训练对策: 试验组 100 例; 实施膝关节运动控制训练: 比对不同方案的训练效果与临床应用价值。结果: 试验组步态改善效率 90.00% 高于常规组 66.00%, ($P < 0.05$)。试验组患者的行走速度、平衡能力、步行能力及左右步幅差距评分均高于常规组, ($P < 0.05$)。训练前, 两组患者的神经功能缺损与日常生活能力评分互比, 无差异性 ($P > 0.05$); 训练后, 试验组神经功能缺损与日常生活能力评分均低 (高) 于常规组, ($P < 0.05$)。结论: 膝关节运动控制训练在临床中有着较高的应用价值, 针对脑卒中偏瘫患者应用可提高膝关节的控制能力, 还可改善患者下肢功能, 增强其平衡能力、行走速度等, 这对提高患者机体健康, 加速机体康复有着积极性影响, 值得推广。

关键词: 膝关节; 脑卒中偏瘫; 运动控制训练; 步态; 生活自理能力; 神经功能

脑卒中也称作为中风, 是指多种原因导致脑血管受损, 中老年为疾病主要发病群体, 疾病具有死亡率高、致残率高、复发率及发病率高特征, 疾病发作后, 多数患者存在偏瘫、吞咽困难及语言表达不清等症状, 其中脑卒中偏瘫较为常见。通过临床相关数据得知: 多数脑卒中偏瘫患者存在膝关节外转过度或膝屈曲过度情况, 这多与其机体肌肉功能较差等方面有所关联, 为进一步提高患者日常生活水平, 改善其机体不适状况, 多对其开展康复训练, 比如粗大运动, 桥式运动恢复训练等, 但以上训练方案无针对性, 所达到的训练效果也并不理想^[1]。近年来, 脑卒中偏瘫患者日益增多, 从而获得医学研究者的重视度, 认为开展膝关节运动控制训练非常有必要, 可针对患者下肢开展针对性康复训练, 可提高膝关节周边肌肉力量, 进而提高膝关节稳定性, 这对改善患者步态有着积极性影响^[2]。因此, 本文就针对脑卒中偏瘫患者开展膝关节运动控制训练, 分析其训练效果与临床应用价值。

1 基本资料与方法

1.1 基本资料

2018 年 1 月-2022 年 1 月脑卒中偏瘫 200 例, 根据患者就诊前、后顺序, 将其分为 2 个小组, 常规组 100 例: 男患者 57 例, 女患者 43 例, 最小年龄 35 岁, 最大年龄 79 岁, 平均年龄 (62.15 ± 1.25) 岁; 试验组 100 例: 男 55 例, 女 45 例, 最小年龄 30 岁, 最大年龄 78 岁, 平均年龄 (62.12 ± 1.23) 岁; 各组患者在基线数据比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。纳入标准: ①通过颅脑 CT、核磁共振成像等检查, 确诊患者为脑卒中偏瘫; ②获得医学伦理委员会批准; ③患者本人或家属对本次调研相关书面文件自愿签订; ④临床资料完整; 剔除标准: ①聋哑者; ②中途更换者或不接受医师安排的训练方案者; ③存在其他恶性疾病; ④严重传染性疾病; ⑤精神障碍或智力不全者; ⑥存在肢体感觉、运动障碍方面疾病; ⑦肢体残疾者。

1.2 方法

常规组: 开展常规训练对策: 指导患者开展桥式运动恢复训练、粗大运动, 比如指导患者翻身、起座、站立、坐立等整体性康复训练。同时, 对患者病情状况加以观察, 若有必要可实施物理治疗。

试验组: 实施膝关节运动控制训练: ①坐立姿势训练: 膝关节处于伸直状态, 在 5° - 15° 范围开展屈伸运动, 训练 15-20 次; ②弓箭步姿态训练: 辅助患者保持弓箭步姿态实施训练, 膝关节在 5° - 15° 范围开展屈伸, 训练 15-20 次; ③俯卧姿势训练: 膝关节在 75° - 90° 范围实施屈伸, 训练 15-20 次。④坐-立-坐训练: 告知患者体位交换时, 正确控制躯干, 转移重心, 并根据患者机体、病情状况减低坐位凳子的高度。⑤立位平衡训练: 开展站立静态平衡训练、立位平衡反应训练及动态平衡训练, 在平行杠内指导患者骨盆向前、向后倾运动, 双膝控制训练, 在逐步增加难度, 转换为单腿站立训练, 在平衡板上站立、立位平衡反应训练。⑥行走及复杂训练: 当患者下肢负重能力、平衡功能明显提高, 可辅助患者开展步行训练, 并循序渐进的增加训练难度, 可选择上下楼梯训练。跨越障碍物训练, 还可通过平衡板、平衡棒、双杠等在支撑点实施平衡训练。

共对患者开展 30d 训练。

1.3 观察指标

对不同训练方案对患者步态效果进行观察与综合性评估, 有效: 患者可完全独立行走; 改善: 患者可独立拐杖行走或在他人辅助下行走; 无效果: 患者无法行走; 步态改善效率=有效 (%) + 改善 (%)。同时, 应用下肢功能评分量表对训练后患者下肢的行走速度、平衡能力、步行能力及左右步幅差距进行评价, 每一项分值均为 100 分, 分值高, 则说明患者下肢功能越强。选择神经功能缺损评分量表对训练前、训练后患者的神经功能障碍好转状况加以综合性评估, 45 分为评分总分值, 分值低, 则代表患者神经功能恢复越理想。同时, 采用日常生活能力评分量表对训练前、训练

后患者生活自理能力实施评估，总分值 100 分，分值高，则代表患者生活自理能力越高。

1.4 统计学处理

研究数据用软件 SPSS25.0 进行处理，计量资料行 ($\bar{x}\pm s$) 表示， t 检验，计数资料行“ $n(\%)$ ”表示， χ^2 检验。 $P<0.05$ ，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组训练后患者步态效果的比较

试验组步态改善效率 90.00%高于常规组 66.00%，互比，有差异性 ($P<0.05$)。具体见表 1

表 1 两组训练后患者步态效果的比较[$n(\%)$]

小组	例数	有效	改善	无变化	步态改善效率
常规组	100	25 (25.00)	41(41.00)	34(34.00)	66(66.00)
试验组	100	32 (32.00)	58(58.00)	10(10.00)	90(90.00)
χ^2					16.783
P					0.000

2.2 两组下肢功能评分的比较

试验组患者的行走速度、平衡能力、步行能力及左右步幅差距评分均高于常规组，互比，有差异性 ($P<0.05$)。具体见表 2

表 2 两组下肢功能评分的比较[($\bar{x}\pm s$)，分]

小组	例数	行走速度	平衡能力	步行能力	左右步幅差距
常规组	100	6.12±0.35	7.01±0.38	6.01±0.30	6.12±0.32
试验组	100	8.51±0.60	8.21±0.58	7.95±0.35	8.11±0.54
t		34.407	17.306	42.085	31.703
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组神经功能缺损与日常生活能力评分的比较

训练前，两组患者的神经功能缺损与日常生活能力评分互比，无差异性 ($P>0.05$)；训练后，试验组神经功能缺损与日常生活能力评分均低(高)于常规组，互比，有差异性 ($P<0.05$)。具体见表 3

表 3 两组神经功能缺损与日常生活能力评分的比较[($\bar{x}\pm s$)，分]

小组	例数	神经功能缺损评分		日常生活能力评分	
		训练前	训练后	训练前	训练后
常规	100	16.51±2.00	11.08±1.54	85.12±5.11	80.21±3.51

组				
试验组	100	16.50±1.99	4.70±1.42	85.16±5.13
组				91.54±6.12
t		0.035	30.457	0.055
P		0.972	0.000	0.956
				0.000

3 讨论

脑卒中是近年来临床中发生率较高的脑血管疾病，疾病发作突然，病情发展迅速，治疗难度较高，也是导致我国死亡率升高主要疾病之一^[3]。脑卒中诱因多样化，比如心房颤动、高血压、高血脂、肥胖、错误的生活习惯及颈内动脉重度狭窄等，受到各体差异性，部分患者疾病形成初期无症状表现，但也有部分患者出现短暂的肢体无力、眩晕、偏瘫、意识障碍、视力下降将等症状，甚至还可诱发癫痫、脑水肿与颅内压升高、排尿障碍与尿路感染等并发症，这对患者身心健康非常不利^[4]。通过临床相关数据得知：脑卒中偏瘫最为常见，这可导致患者出现行动障碍，进而加重其心理负担，影响工作质量，降低其自信心^[5-6]。所以，选择最佳时机对患者尽早实施康复训练非常重要^[7]。

机体步行是依赖膝关节、下肢及踝关节相互配合，而开展的交替、连续运动，整个过程中，对关节的控制能力非常重要。选择传统的训练方式虽然可改善脑卒中偏瘫患者机体血液循环，增强体质，但所达到的训练效果有限，传统的训练方案未针对膝关节实施训练，进而导致患者无法控制膝关节，进而出现失衡、左右步幅异常等情况。此外，脑卒中偏瘫患者的三头肌并不适宜开展较为强烈的运动，而且运动过早对患者机体运动体系可产生严重影响，甚至还可导致患者出现站立不稳、颤抖等情况。膝关节运动控制训练具有针对性、科学性及可行性高等特征，增强患者对膝关节的控制能力，从而达到理想的康复训练效果。

膝关节运动控制训练的主动肌是股内侧肌，股内侧肌与腓绳肌及腓肌协同收缩可确保膝关节处于稳定状态，在不同体位在 5°-90°范围内开展动作训练，其中坐立姿势训练可达到功能性训练目的，对膝关节的稳定有着积极影响；弓箭步姿态训练可提高患者运动控制能力，激活股四头肌，提高膝关节功能；俯卧姿势训练利于患者感受到运动的感觉，建立正常的终末伸膝运动控制模式。坐-立-坐训练利于患者转移中心，正确控制躯干；立位平衡训练可锻炼患者机体平衡能力，这对改善肢体偏瘫情况有着积极性影响；行走及复杂训练可延长行走时间，还可提高运动难度，逐步增强膝关节运动控制能力。

通过本次研究所得结果可充分表明膝关节运动控制训练优势与临床应用价值，可增强下肢运动控制能力，提高膝关节的稳定性，增强神经肌肉的调控水平，这对提高患者整体运动水平有着积极性影响。膝关节运动控制训练以机体行走机理为基础，可改善患者机体运动能力，提高步行能力、行走速度等，干预效果优于其他训练对策。龙建军^[8]等在文中表明：

针对偏瘫患者开展膝关节控制性训练,可改善患者步态,增强其行走能力、平衡能力及步速,可达到理想的训练效果与目的,可满足临床需求,这与本次研究所得结果较为接近,说明本次调研具有真实性与科学性,值得相关医学研究者借鉴。有相关研究者在文中指出:针对脑卒中后偏瘫患者应用膝关节强化控制训练,不仅改善患者机体平衡能力,还可增强下肢运动功能,提高步行能力,这不仅可以提高患者训练自信心,还可提高其训练依从性,构建良好护患关系,这对病情稳定、提高患者日常生活水平等方面有着积极性影响^[9-10]。

综上所述:脑卒中偏瘫为临床常见病,对患者实施膝关节运动控制训练不仅可以提高其步态,还可增强下肢运动能力,训练方式易于患者接受与认可,值得推广。

参考文献:

- [1]霍娟娟,刘丽爽,郭亚娟,等.基于互联网平台的运动训练指导在脑卒中偏瘫患者居家康复中的应用效果[J].中国实用护理杂志,2021,37(20):1521-1526.
- [2]龙建军,王春宝,王玉龙,等.脑卒中偏瘫患者踝关节训练方式及其临床意义[J].深圳中西医结合杂志,2019,29(10):191-194.
- [3]许方军,曹晓光,董学超,等.站立下行肩胛带运动控制训练对脑卒中后偏瘫患者上肢功能、平衡功能及日常生活活动能力的影响[J].反射疗法与康复医学,2021,2(17):168-172.

(上接第 128 页)

主运动、咳嗽等不良反应,对于中枢的主要作用是催眠、镇静、遗忘,持续输注几乎无蓄积,在持续输注维持麻醉中是比较适用的,停药后患儿苏醒迅速且彻底,对于早期拔除气管导管以及恢复咳嗽反射具有积极作用。而且,丙泊酚的抗呕吐作用明显,即使是患者清醒后,抗呕吐作用也依然会维持数小时。瑞芬太尼与丙泊酚对血流动力学的影响表现为剂量依赖型,可能会引发心率减慢、血压下降的情况,特别是在两种药物联合使用的情况,会对循环产生一定影响。但本次研究中并未出现患儿循环被极度抑制的情况,与患儿循环代偿能力较强有关。整个麻醉过程平稳,虽然诱导时血压存在下降情况,但各时间点血压变化并不存在统计学意义,丙泊酚的使用可在维持麻醉时使心率增加、减慢或保持不变,瑞芬太尼则会对心率产生较大影响,会出现明显的心动过缓情况。本次研究结果也表明,麻醉过程中观察组心率低于对照组,不同时间点表现为不同的下降趋势,也可以表明,麻醉对于插管反射及手术应激起到了一定的抑制作用。丙泊酚联合瑞芬太尼,充分发挥了丙泊酚的镇静、抗呕吐效用以及瑞芬太尼的镇痛效应,整体使用效果理想。

综上所述,使用丙泊酚符合瑞芬太尼控制性降压可以在小儿鼻内镜手

[4]齐珊珊.缺血性脑卒中偏瘫患者采用运动控制训练仪进行康复训练对其平衡功能和下肢功能的作用效果分析[J].中国实用乡村医生杂志,2020,27(3):63-65,68.

[5]张小义,黄文静,陈丽.系统性量化运动控制训练联合头针对脑卒中偏瘫病人功能恢复及生活质量的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2018,16(5):621-624.

[6]张玲玲,黄彩霞.八段锦康复训练对老年脑卒中偏瘫患者肢体运动功能、日常生活和生活质量的影响[J].中国老年学杂志,2021,41(21):4620-4622.

[7]魏巍,程凯,杨云.全身振动疗法对脑卒中后偏瘫患者双下肢本体感觉及平衡功能的影响[J].中国康复,2021,36(4):200-203.

[8]龙建军,陈文生,刘铨权,等.脑卒中偏瘫患者膝关节运动控制训练对步态的影响[J].深圳中西医结合杂志,2018,28(5):1-3.

[9]乔琦琦,胡依依,樊留博,等.膝关节强化控制训练对脑卒中后偏瘫患者下肢运动功能、平衡及步行能力的改善作用[J].中国现代医生,2020,58(14):85-88.

[10]何家乐,王璐,黄丽萍,等.肌氧监测指导下肢抗阻训练对脑卒中偏瘫患者下肢力量恢复的作用[J].解放军医学院学报,2020,41(3):254-259,263.

术中使得麻醉效果得到保证,对于提高手术安全性具有积极意义,具有临床使用价值,值得推广。

参考文献:

- [1]官涛,罗云.七氟醚静吸复合麻醉和瑞芬太尼复合丙泊酚麻醉用于小儿手术的临床效果比较[J].中外医学研究,2020,18(16):114-116.
- [2]李小艳,康俊.丙泊酚与右美托咪定分别复合瑞芬太尼对小儿麻醉维持喉罩通气中通气状态及应激反应的影响[J].临床医学研究与实践,2021,6(34):118-120.
- [3]李常春.瑞芬太尼控制性降压在鼻内镜手术中的应用效果[J].中国药物与临床,2020,20(20):3406-3408.
- [4]陈志刚,朱丽,马澄,程志新.瑞芬太尼复合丙泊酚或七氟醚控制性降压对鼻内镜手术的影响[J].临床医学研究与实践,2021,6(34):48-50.
- [5]陈燕,古幼兰,戴载深,曹华娜.丙泊酚复合瑞芬太尼在小儿麻醉维持喉罩通气中的应用效果[J].中国当代医药,2020,27(03):132-134.
- [6]曾昭河,邹翠芸.丙泊酚复合瑞芬太尼全凭静脉麻醉在小儿腹腔镜手术中的临床观察[J].儿科科学杂志,2020,26(01):20-23.

超声诊断对肾结核临床诊断及意义

魏婧

六盘水市第三人民医院 贵州六盘水 553001

摘要：目的：分析超声诊断对肾结核临床诊断及意义。方法：对我院收治的疑似肾结核患者进行研究。所有患者均进行超声诊断，并以最终诊断结果为依据，分析超声诊断结果。结果：105例疑似肾结核患者病理、膀胱镜或结核实验室相关检查等最终诊断结果为阳性31例，阴性74例，阳性率29.52%（31/105）。超声诊断结果显示，阳性29例，阳性率27.62%（22/105），阴性76例，其中真阳性22例，误诊7例，误诊率9.46%（7/74），真阴性67例，漏诊9例，漏诊率29.03%（9/31）；超声诊断灵敏度75.86%（22/29），特异性88.16%（67/76），阳性预测值70.97%（22/31），阴性预测值90.54%（67/74），符合率84.76%（89/105）。肾结核声像图表现复杂多样，如肾脏形态改变、肾盏扩张、可见片状、云雾状以及点状回声等。结论：超声诊断在肾结核临床诊断中具有较高应用价值，可根据不同声像图特征对肾结核进行准确判断，当声像图特征不明确时，可结合患者症状、病史等进行综合判断，必要时可联合静脉肾盂造影，提高临床诊断准确率。

关键词：超声诊断；肾结核；临床意义

肾结核是由结核杆菌感染引起的慢性、进行性、破坏性疾病。其发病主要于结核杆菌感染有关^[1]，同时自身营养不良、卫生条件差或患有慢性疾病（糖尿病等）等均可增加肾结核发生风险^[2]。结核杆菌致原发感染灶经血行播散至双肾皮质，侵犯肾小球及肾小管，形成肾结核病灶。其病原菌主要来源于肺结核，其次也可来源于骨关节结核、肠结核等^[3-4]。当机体免疫力下降时，结核杆菌会大量生长繁殖，促使病灶扩张，引起患者一些列临床症状。早期肾结核多无明显症状，随着病情的进一步发展，患者可表现为尿频、尿急、尿痛等。其中尿频是最早出现症状，系脓尿为最常见症状，多数患者均可表现为不同程度的脓尿。当肾脏病变侵犯膀胱壁时，可表现为尿急、尿痛；当肾脏病变侵犯血管时，可表现为肉眼血尿；当肾脏病变破坏严重和梗阻时，可引起腰痛或触及肿块等症状^[5-6]。临床多以抗结核药物规范化治疗为主，但若肾脏破坏严重，则需及时进行手术治疗。因此，早期明确诊断肾脏受损程度，对治疗方案的实施具有重要意义。以往诊断主要依赖于体格检查、病史、实验室检查以及静脉尿路造影等，但由于这些检查方式均具有一定优缺点^[7]，使其在临床应用存在局限性。而随着科学技术的飞速发展，超声成像越来越清晰，在临床科室的应用也越来越广泛。超声因其直观、简便、廉价、省时、无痛、无创等优点，在临床上得到广泛应用。目前，肾脏超声已经成为肾脏疾病的常规检查。本研究通过对105例疑似肾结核患者进行研究，分析超声诊断的临床价值。

1. 资料与方法

1.1 临床资料

从我院2019年1月-2022年2月所收治的疑似肾结核患者中，抽取105例作为本次研究的对象。其中男性65例，女性40例，年龄最小18岁，最大70岁，平均年龄为（44.05±2.25）岁；病程时间（3-12）月，平均病程时间（7.51±2.12）月。

纳入标准^[8]：（1）触诊存在肾脏包块，叩诊腰部肾区有叩击痛；伴有尿路刺激性症状，如血尿、尿频、尿急等。（2）临床资料完整，包括基本

资料、超声图像、实验室相关检测、尿培养、影像学检查等；（3）知晓并同意参加本次研究；

排除标准：（1）合并严重的肝肾功能疾病。（2）患有恶性肿瘤及血液系统疾病。（3）妊娠期或哺乳期或特殊生理期。（4）意识障碍、精神疾病或认知功能障碍。（5）研究者认为有必要退出者。

1.2 方法

所有患者均进行超声检查，采用日立-大二郎神、飞利浦CX-50彩色多普勒超声诊断仪，使用凸阵探头，设置探头频率为3.5MHz。根据检查需求，多角度、多体位进行扫查，如俯卧位、侧卧位、坐位与立位等。充分暴露患者下腹部，并涂抹耦合剂。经侧腰部途径，观察肾长轴与短轴。取患者仰卧位或侧卧位，在腋后线第9-10肋间做冠状断面检查。以肝或脾做透声窗观察右肾和左肾，显示肾脏轮廓线、肾实质及肾窦的回声。取患者俯卧位或侧卧位。探头置于背部或侧腰部，显示肾脏后，根据肾脏位置和方向，调整探头，使探头与肾长轴平行，由内向外可显示肾脏的一系列纵断切面，观察肾长轴。取患者侧卧位或俯卧位，在探测完肾脏长轴后，将探头做90度转动，自肾上极向下极移动探头，可获得肾脏一系列横断面声像图。找到肾门后向上移动探头2-4cm，测量肾脏的宽度和厚度。取患者仰卧位或侧卧位，在肋缘下行斜切面检查，可分别显示左或右侧肾静脉汇入下腔静脉的声像图。对比双侧肾脏声像图，分析肾脏特点，并根据其特点对肾结核进行分型。超声扫描结果均有2名资深医师进行分析，当诊断结果存在异议时，以最终商讨结果为准。

1.3 观察指标

以最终诊断结果为依据，分析超声诊断结果。

1.4 统计学分析

采用SPSS 21.0对数据处理，计数、计量分别采用%、（ $\bar{X} \pm S$ ）表示，使用 χ^2/t 检验； $P < 0.05$ 表示有统计学意义。

2. 结果

2.1 肾结核超声诊断结果分析

105 例疑似肾结核患者经病理、结核分枝杆菌特异性免疫检测、尿培养、输尿管镜或膀胱镜等检查最终诊断结果为阳性 31 例，阴性 74 例，阳性率 29.52%（31/105）。超声诊断结果显示，阳性 29 例，阳性率 27.62%（22/105），阴性 76 例，其中真阳性 22 例，误诊 7 例，误诊率 9.46%（7/74），真阴性 67 例，漏诊 9 例，漏诊率 29.03%（9/31）；超声诊断灵敏度 75.86%（22/29），特异性 88.16%（67/76），阳性预测值 70.97%（22/31），阴性预测值 90.54%（67/74），符合率 84.76%（89/105）。详见表 1。

表 1 肾结核超声诊断结果分析

最终诊断结果	超声诊断		合计
	阳性	阴性	
阳性	22	9	31
阴性	7	67	74
合计	29	76	105

2.2 肾结核超声诊断分型与病理分型对比

肾结核病理分型：结节型 13 例，肾盂、肾盏扩张型 4 例，干酪空洞型 8 例，钙化型 1 例，混合型 5 例。根据声像图特征，可分为结节型、肾积水型、空洞坏死型、纤维硬化和钙化型。对于合并输尿管结核、膀胱结核患者，其超声分型属于积水型，表现为病变侧输尿管明显扩张，输尿管管腔变窄，管壁毛糙、增厚，边缘回声增强，可见管腔内光点、光团回声，后伴有声影。经输尿管膀胱呈不规则形，膀胱壁毛糙、增厚。详见表

2。

病理分型	超声分表 2 肾结核超声诊断分型与病理分型对比	
	超声分型	超声特点
结节型 (n=13)	结节型	肾实质内可见单个或多个低回声结节，边界比较迷糊，肾脏体积增大，一般少有血流信号。（说明出现了干酪样病变伴有坏死）
肾盂、肾盏扩张型 (n=4)	肾积水型	表面不光滑包膜不规则，肾实质内可见单个或多个囊性无回声区，边界比较模糊、血流信号差。
干酪空洞型 (n=8)	空洞坏死型	肾实质内的结核病灶进一步坏死，导致肾乳头和肾盏进一步形成不规则的囊性结构，囊性无回声区内伴有密集、大小不等的光点，部分囊性结构可见融合。

）

钙化型（n=1）纤维硬 结核肾外形不规则，肾实质内的回声增强，结构不清楚，可见多发大小不等的点状、团块状或弧形的强回声，伴身影，肾内血供稀少或无明显血流显示。

混合型（n=5）表现为肾脏大小不一，肾实质回声增强，可见多发无回声和片状、结节状强回声，也可出现分布密集的大小不等的光点，亦可见输尿管扩张等。

3. 讨论

肾结核属于常见的一种肾脏疾病，且多数肾结核均是由肺结核经血行传播所致。当机体抗病能力下降时，结核杆菌会进一步造成肾脏实质破坏，并沿着输尿管下行影响膀胱，引起膀胱结核、整个泌尿系统或生殖系统结核。而由于肾结核起病隐匿，早期并无明显症状，导致发现病情时，肾脏已受损严重，引起肾组织坏死、纤维化以及肾实质萎缩、肾自截等，导致患者丧失部分或完全肾功能，从而极大的危及患者生命安全。目前对于肾结核的诊断方式主要为影像学诊断，但由于不同影像学诊断存在不同优缺点，如 CT 对早期肾结核诊断灵敏度较低，而静脉肾盂造影对中重度肾结核易不显影等，使其临床应用受到限制。近年来随着超声技术的不断发展，由于其具有方便快捷、准确性高等显著优势，使其在肾脏疾病诊断中应用广泛。

相关研究表现^[9]，在肾结核诊断中，超声诊断符合率可达 89.6%。早期肾结核由于肾脏并未被破坏，其声像图并无明显变化，部分患者病情持续发展可表现为结核结节相互融合，形成肾脓肿等。可根据其声像图特征分为五型，但由于肾结核病理学演变过程极为复杂，使其在实际工作中存在各型混杂。本研究中，105 例疑似肾结核患者经术后病理或输尿管镜或膀胱镜等检查最终诊断结果为阳性 31 例，阴性 74 例，阳性率 29.52%（31/105）。超声诊断结果显示，阳性 29 例，阳性率 27.62%（22/105），阴性 76 例，其中真阳性 22 例，误诊 7 例，误诊率 9.46%（7/74），真阴性 67 例，漏诊 9 例，漏诊率 29.03%（9/31）；超声诊断灵敏度 75.86%（22/29），特异性 88.16%（67/76），阳性预测值 70.97%（22/31），阴性预测值 90.54%（67/74），符合率 84.76%（89/105）。肾结核声像图表现复杂多样，如肾脏形态改变、肾盏扩张、可见片状、云雾状以及点状回声等。说明了超声诊断在肾结核诊断中的应用价值较高，但存在一定误诊漏诊率^[10]。其原因在于：（1）医师对疾病认知不足或操作水平有限，导致疾病误诊或漏诊。（2）超声检测仪的分辨率以及血流信号的敏感度对诊断结果具有一定影响。（3）肾结核声像图表现不典型，且复杂多样化，如对于混合型肾结核，声像图可见肾形态增大，伴有团块样回声，使其易被误诊为肾肿瘤；或在钙化型肾结核中，其强光团内可见结石似声影，使其易被误诊为肾结石；或积水型肾结核于肾积水均可见肾盂肾盏显著扩张，但肾积水表现为均匀

（下转第 136 页）

老年急性肺炎采用头孢曲松他唑巴坦钠联合盐酸氨溴索治疗的临床分析

魏霞

青岛市市北区四方街道康万家社区卫生服务站 山东青岛 266032

摘要：目的：对于老年急性肺炎病人通过头孢曲松他唑巴坦钠联合盐酸氨溴索进行治疗的临床疗效加以探讨。方法：选择 2021 年 1 月至 2022 年 1 月接诊的老年急性肺炎病人 80 例作为此次课题研究对象，根据所选老年急性肺炎病人进入医院的顺序为其分组，其中一组老年急性肺炎病人接受左氧氟沙星联合盐酸氨溴索进行治疗，一共 40 例纳入成为对照组，剩余一组老年急性肺炎病人接受头孢曲松他唑巴坦钠联合盐酸氨溴索进行治疗，一共 40 例纳入成为研究组，对比两组病人的临床疗效以及治疗期间不良反应出现情况。结果 接受头孢曲松他唑巴坦钠联合盐酸氨溴索进行治疗的研究组老年急性肺炎病人的临床整体有效率显著高于对照组，两者对比差异明显；研究组老年急性肺炎病人治疗期间所产生不良反应情况与对照组比较没有明显的差异。结论：临床中对于老年急性肺炎疾病开展头孢曲松他唑巴坦钠联合盐酸氨溴索进行治疗，能够显著改善老年急性肺炎病人的临床表现症状，治疗效果理想，治疗安全性高，应该给予大力的推广与应用。

关键词：老年急性肺炎；头孢曲松他唑巴坦钠；盐酸氨溴索；临床疗效；不良反应；应用价值

肺炎疾病通常是因为病人感染病毒、细菌以及寄生虫等引发的一类疾病，因为老年人群自身身体机能获得减弱，病人的免疫功能下降，显著提高感染肺炎的风险。盐酸氨溴索能够有效溶解病人的分泌物，帮助病人排出痰液，防止粘液残留于病人的呼吸道中，有效确保病人的呼吸畅通，医护人员通过盐酸氨溴索药物治疗，能够帮助病人恢复正常分泌功能，下降病人的咳嗽频率，有效减少病人的痰液量^[1]。头孢曲松他唑巴坦钠属于一类将头孢曲松和他唑巴坦钠作为主要成分的复方制剂，头孢曲松对于大多数的病原菌存在活性，他唑巴坦钠可以对形成的内酰胺病菌起到敏感性。左氧氟沙星作为一类广谱抗菌功能相对明显，存在非常高的抗菌能力以及体外活菌活性比较强的药物，通常左氧氟沙星可以限制细菌 DNA 旋转酶活性，对于细菌 DNA 的合成和复制起到限制，促进细菌死亡，一般在敏感菌所导致的感染疾病中采取左氧氟沙星药物进行治疗^[2]。和左氧氟沙星进行对比，老年急性肺炎病人通常选择头孢曲松他唑巴坦钠联合盐酸氨溴索进行治疗，治疗效果更加理想，主要是由于此种治疗方式能够帮助快速清除病人体内的多种病原菌，促进吸收肺部炎症病灶，显著提高疾病的治疗效果，另外此种治疗方法能够积极发挥广谱性、耐酶性以及高效性优势，对于老年急性肺炎病人容易感染的金黄色葡萄球菌以及大肠埃希菌等细菌的灭除存在理想的效果^[3]。本文选择 2021 年 1 月至 2022 年 1 月接诊的老年急性肺炎病人 80 例作为此次课题研究对象，对于老年急性肺炎病人通过头孢曲松他唑巴坦钠联合盐酸氨溴索进行治疗的临床疗效加以探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2021 年 1 月至 2022 年 1 月接诊的老年急性肺炎病人 80 例作为此次课题研究对象，根据所选老年急性肺炎病人进入医院的顺序为其分

组，其中一组老年急性肺炎病人接受左氧氟沙星联合盐酸氨溴索进行治疗，一共 40 例纳入成为对照组，剩余一组老年急性肺炎病人接受头孢曲松他唑巴坦钠联合盐酸氨溴索进行治疗，一共 40 例纳入成为研究组；对照组病人中，男 28 例，女 12 例，年龄 61~84 岁，平均 73.30±3.26 岁，病程时间 2~7 天，平均 4.11±0.42 天，其中 3 例病人同时伴随消化系统疾病，3 例病人同时伴随循环系统疾病；研究组病人中，男 27 例，女 13 例，年龄 62~84 岁，平均 73.58±3.23 岁，病程时间 2~8 天，平均 4.13±0.39 天，其中 4 例病人同时伴随消化系统疾病，5 例病人同时伴随循环系统疾病。

1.2 方法

所选病人全部接受临床针对性常规检测、营养支持以及吸氧去痰等基础治疗，对照组病人选择左氧氟沙星联合盐酸氨溴索治疗，将盐酸氨溴索 30 毫克混合氯化钠注射液为病人提供静脉滴注，滴注速度保持在不超过一小时完成，每天滴注 2 次，选择左氧氟沙星注射液 200 毫升为病人提供静脉滴注，每天 1 次^[4]。

研究组病人接受头孢曲松他唑巴坦钠联合盐酸氨溴索进行治疗，其中盐酸氨溴索的治疗方法对照组一致，在此基础之上选择头孢曲松他唑巴坦钠 2 克混合氯化钠注射液为病人提供静脉滴注，每天 2 次。两组病人全部接受为期一周的治疗，对比临床疗效。

1.3 评价标准

根据急性肺炎诊治指南中的相应指标评价两组老年急性肺炎病人的临床疗效：病人接受一周治疗之后的临床表现症状全部消失，接受实验室检查和影像学检查之后全部恢复正常，判定属于有效；病人接受一周治疗之后的临床表现症状大部分获得控制，接受实验室检查结果趋于正常，开展胸片检查依旧具有部分炎症没有获得吸收，判定属于好转；病人接受一周治疗之后没有达到上述标准，或是更加严重，判定属于无效^[5]。

统计两组老年急性肺炎病人接受治疗期间所出现的不良反应情况。

1.4 统计学计算

本文两组患者结果中所得各类数据资料选择统计学软件 SPSS 22.0 加以计算,其中计量数据通过均数加减标准差的形式进行表达,计数资料通过百分数形式进行表达,计算结果所得出的 P 值,用于判定是否具有统计学差异。

2 结果

研究组 40 例老年急性肺炎病人中有效 20 例,好转 16 例,无效 4 例,临床有效率 90%,对照组 40 例老年急性肺炎病人中有效 8 例,好转 16 例,无效 16 例,临床有效率 60%,接受头孢曲松他唑巴坦钠联合盐酸氨溴索进行治疗的研究组老年急性肺炎病人的临床整体有效率显著高于对照组,两者对比差异明显 ($P<0.05$);研究组 40 例病人中出现不良反应 2 例,对照组 40 例病人中出现不良反应 4 例,研究组老年急性肺炎病人治疗期间所产生不良反应情况与对照组比较没有明显的差异 ($P>0.05$)。

3 讨论

急性肺炎在我们国家具有非常高的发病率,积极进行预防并且诊治肺炎对于保护人们的生命健康存在非常重要的作用,最近几年以来,急性肺炎已经成为医学关注的重点话题。急性肺炎所引发的损伤通常是因为各类因素导致人体肺组织结构出现特征性病理改变而产生的临床综合征,病人的临床表现症状包含微肺不张以及广泛肺水肿,关于此疾病的病理特点主要属于肺泡上皮细胞以及肺泡毛细血管内皮细胞受损,生理改变或是病理改变属于肺内肺顺应性降低,肺内分流水水平升高,病人临床表现包含低氧血症以及呼吸频速,接受 X 线胸片检查存在双肺弥散性浸润^[6]。由于急性肺炎所引发的损伤属于不断发展的过程,此疾病的出现会受到各类致病因素共同导致能够触发体内炎症瀑布,连锁反应直接或是间接导致病人产生肺部炎症反应,上述病理过程涉及到多种循环炎症细胞,直接引发病人的肺外以及肺部血管损伤,进一步产生病情恶化与恶性循环。关于急性肺炎疾病病人接受 X 线检查能够表现成为早期肺部纹理增粗,具有肺气肿或是肺不张,之后慢慢产生肺下叶片状阴影,小阴影能够汇合成大阴影,外在表现主要包含发热、气促以及咳嗽等,如果存在改变,那么能够伴随双轨征或是袖口征。但是病人的临床表现症状会由于肺炎疾病病原学的变迁,而不断出现改变肺炎的临床变化,也会跟随抗感染药物的使用而产生不典型改变,在一定程度上能够为肺炎疾病的临床诊断以及治疗造成难度。大多数急性肺炎疾病所引发的损害出现在原发病发病之后的 24~72 小时以内,要想降低病人的死亡率,需要开展及时有效的诊治,但是在判断急性起病的时间上无法非常精准,通常是由于肺炎疾病所导致的损伤病变原因处于人体肺部,并且急性肺炎引发的损伤属于连续的过程肺炎,在病情发展期间不可避免会对人体的肺部造成损伤,一些病人在接受对症处理以及积极抗感染之后,疾病不会产生进展^[7]。关于急性肺炎病人急诊需要开展有效的呼吸道清理工作,同时为病人提供湿化气道以及引流痰液,开展氧疗维持病人的心肾脑等重要器官功能,有效纠正缺氧。关于呼吸道清

理的方式有很多,比较常见的包含鼻塞法呼吸道持续正压给氧、鼻导管法、面罩给氧以及头罩给氧等。由于现在我们国家人口老龄化现象不断加重,重症肺炎已经成为导致我们国家老年人群出现死亡的关键性因素,死亡率仅仅低于恶性肿瘤以及心血管疾病,在伴随心肺基础或是附加危险因素的前提下感染肺炎,或是和 SARS 病毒以及禽流感病毒等病原微生物,可以进一步提高肺炎疾病的严重程度以及临床死亡率。老年人群由于自身的抵抗功能降低,倘若没有及时发现并且有效控制病情,那么非常容易发展成为重症肺炎,病人出现呼吸衰竭和其他器官功能障碍,当病人发病之后,能够产生咳嗽、呼吸不畅、咳痰以及发热等表现症状,粘稠的痰液非常容易引发堵塞,严重者能够导致感染性休克,关于此类病人的死亡率会大大超出 50%。根据文献资料中显示,不合理采取抗生素治疗作为影响肺炎病人预后效果的关键性因素,抗生素治疗作为临床帮助有效控制感染的基本举措,在现在临床中已经获得了非常广泛的使用,但是会引发病人产生各类不良反应,还会引发一系列细菌耐药性问题,因此需要得到临床的高度关注^[8]。

肺炎指的是通过寄生虫、细菌、真菌以及病毒等致病微生物感染所导致的一类临床常见疾病,老年人群因为自身机体功能出现退行性改变,免疫功能降低,已经属于肺炎疾病的易感人群。盐酸氨溴索可以有效溶解病人的分泌物,加快痰液的排出速度,减少病人呼吸道内部粘液的滞留,帮助加快粘稠分泌物的排出,改善病人纤毛上皮粘液层运输作用,使病人的支气管高反应获得缓解,加快中性粘多糖的分泌速度,使病人的呼吸状况获得有效的改善,采取盐酸氨溴索进行治疗,能够帮助病人粘液分泌物恢复到正常的状态,降低病人的咳嗽和痰量。头孢曲松他唑巴坦钠作为一类复方制剂,药物的主要成分包含头孢曲松和他唑巴坦钠,头孢曲松作为第 3 代头孢菌素类抗生素,对于很多的病原菌存在非常强的活性,他唑巴坦钠属于一类竞争性内酰胺抑制剂,对于内酰胺酶的细菌存在非常高的敏感性,头孢曲松它左巴坦钠通常适用于治疗产内酰胺酶细菌所导致的中重度感染^[9]。左氧氟沙星作为一类喹诺酮类抗生素,存在广谱的抗菌作用,同时抗菌作用非常强,左氧氟沙星属于氧氟沙星的左旋体,具有极强的体外抗菌活性,利用对细菌 DNA 旋转酶的活性产生抑制,能够有效阻止细菌 DNA 的合成以及复制,帮助加速细菌死亡,通常用于治疗敏感菌所导致的感染。根据本文对比研究资料可见,选择老年急性肺炎病人 80 例作为此次课题研究对象,根据所选老年急性肺炎病人进入医院的顺序为其分组,其中一组老年急性肺炎病人接受左氧氟沙星联合盐酸氨溴索进行治疗,一共 40 例纳入成为对照组,剩余一组老年急性肺炎病人接受头孢曲松他唑巴坦钠联合盐酸氨溴索进行治疗,一共 40 例纳入成为研究组,对比两组病人的临床疗效以及治疗期间不良反应出现情况,结果显示,接受头孢曲松他唑巴坦钠联合盐酸氨溴索进行治疗的研究组老年急性肺炎病人的临床整体有效率显著高于对照组,研究组老年急性肺炎病人治疗期间所产生不良反应情况与对照组比较没有明显的差异。由此可见,临床中对于老年急性肺炎病人在盐酸氨溴索药物的治疗基础之上采取头孢曲松他

唑巴坦钠,可以有效发挥药物治疗效果,同时治疗安全性比较高,主要是由于盐酸氨溴索联合头孢曲松他唑巴坦钠可以帮助加快病人体内各种病原菌的清除速度,促进病人肺部炎性的病灶吸收,起到理想的临床疗效。与此同时,头孢曲松他唑巴坦钠联合盐酸氨溴索治疗可以积极发挥药物的耐酶性、广谱性和高效性,对于老年急性肺炎病人中比较常见的铜绿假单胞菌、大肠埃希菌以及金黄色葡萄球菌存在有效的杀灭效果,对于病人肝肾组织所产生的毒性水平相对比较小^[10]。

综上所述,采取头孢曲松他唑巴坦钠联合盐酸氨溴索对老年急性肺炎疾病进行治疗的临床疗效确切,不会引发严重不良反应,可以显著改善老年急性肺炎的临床表现症状,具有推行空间与价值。

参考文献:

- [1]曹文婷,冯亮,李莉,仁青措毛,李广庭,王海荣.白芍总苷通过白细胞介素-6/信号转导及转录激活蛋白 3 信号通路对脂多糖诱导的急性肺炎小鼠炎症反应的影响[J].安徽医药,2022,26(01):12-16.
- [2]张春晓,赵世娣,周静怡.ABCD 护理分级与主动气道加温湿化干预结合对急性肺炎病人症状改善效果及 HAD 评分的影响[J].全科护理,2021,19(36):5130-5133.
- [3]李燕梅,郝金平,郭永林,程环.克洛己新干混悬剂通过 PI3K/AKT 信号通路改善铜绿假单胞菌诱发的小鼠急性肺炎[J].中国老年学杂志,2021,41(20):4497-4501.
- [4]李文博,刘薇,陈璨,范文辉,张鹤,刘文军,孙蕾.胞外亲环素 A 对炎症发

(上接第 133 页)

生影响及其抗体在抑制炎症反应中的作用[J].生物工程学报,2018,34(01):90-101.

临床诊断及其治疗的影响[J].抗感染药学,2020,17(08):1201-1203.

生影响及其抗体在抑制炎症反应中的作用[J].生物工程学报,2018,34(01):90-101.

临床诊断及其治疗的影响[J].抗感染药学,2020,17(08):1201-1203.

生影响及其抗体在抑制炎症反应中的作用[J].生物工程学报,2018,34(01):90-101.

临床诊断及其治疗的影响[J].抗感染药学,2020,17(08):1201-1203.

生影响及其抗体在抑制炎症反应中的作用[J].生物工程学报,2018,34(01):90-101.

临床诊断及其治疗的影响[J].抗感染药学,2020,17(08):1201-1203.

生影响及其抗体在抑制炎症反应中的作用[J].生物工程学报,2018,34(01):90-101.

临床诊断及其治疗的影响[J].抗感染药学,2020,17(08):1201-1203.

生影响及其抗体在抑制炎症反应中的作用[J].生物工程学报,2018,34(01):90-101.

临床诊断及其治疗的影响[J].抗感染药学,2020,17(08):1201-1203.

参考文献:

- [1]肖丽华,王福建,徐芳,冯琴,张益,王国平.泌尿系统结核超声误诊原因分析(附 5 例报告)[J].现代实用医学,2021,33(12):1636-1637+1682.
- [2]石结武,陶凌松,周林玉,刘应清,徐磊,丁维.52 例肾结核诊治难点分析[J].浙江医学,2020,42(24):2678-2679.
- [3]端木文雯.高频彩色多普勒超声检查结果对附睾和睾丸结核患者

生影响及其抗体在抑制炎症反应中的作用[J].生物工程学报,2018,34(01):90-101.

生影响及其抗体在抑制炎症反应中的作用[J].生物工程学报,2018,34(01):90-101.

生影响及其抗体在抑制炎症反应中的作用[J].生物工程学报,2018,34(01):90-101.

生影响及其抗体在抑制炎症反应中的作用[J].生物工程学报,2018,34(01):90-101.

生影响及其抗体在抑制炎症反应中的作用[J].生物工程学报,2018,34(01):90-101.

生影响及其抗体在抑制炎症反应中的作用[J].生物工程学报,2018,34(01):90-101.

生影响及其抗体在抑制炎症反应中的作用[J].生物工程学报,2018,34(01):90-101.

生影响及其抗体在抑制炎症反应中的作用[J].生物工程学报,2018,34(01):90-101.

生影响及其抗体在抑制炎症反应中的作用[J].生物工程学报,2018,34(01):90-101.

生影响及其抗体在抑制炎症反应中的作用[J].生物工程学报,2018,34(01):90-101.

生影响及其抗体在抑制炎症反应中的作用[J].生物工程学报,2018,34(01):90-101.

生影响及其抗体在抑制炎症反应中的作用[J].生物工程学报,2018,34(01):90-101.

生影响及其抗体在抑制炎症反应中的作用[J].生物工程学报,2018,34(01):90-101.

生影响及其抗体在抑制炎症反应中的作用[J].生物工程学报,2018,34(01):90-101.

生影响及其抗体在抑制炎症反应中的作用[J].生物工程学报,2018,34(01):90-101.

生影响及其抗体在抑制炎症反应中的作用[J].生物工程学报,2018,34(01):90-101.

针刺结合运动训练对中风软瘫期患者肌张力、运动功能和纤溶指标的影响

闫娟娟¹ 张浪² 通讯作者

1. 子长市人民医院 高压氧科 陕西延安 717300; 2. 子长市人民医院 康复科 陕西延安 717300

摘要: 目的: 探究分析针刺结合运动训练对中风软瘫期患者肌张力、运动功能和纤溶指标的影响。方法: 采用随机数字表法将 2020 年 1 月 12 月我院收治的 60 例中风软瘫期患者分为对照组、观察组两组, 每组 30 人。对照组患者行运动训练治疗, 观察组在对照组基础上加用针刺治疗。对比两组患者临床疗效, 治疗前后肌张力、运动功能评分、纤溶指标水平。结果: 观察组患者治疗有效率 (93.33%) 高于对照组 (70.00%) ($P < 0.05$); 治疗后观察组患者肌张力多为 I 级、I+ 级, 对照组患者肌张力多为 0 级、I 级, 观察组肌张力评定高于对照组 ($P < 0.05$); 治疗后患者 FMA 评分、tPA 水平升高, PAI-1、D-D 水平降低, 观察组 FMA 评分、tPA 水平高于对照组, PAI-1、D-D 水平低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 针刺结合运动训练治疗中风软瘫期疗效显著, 提高肌张力, 改善肢体运动功能和纤溶指标, 值得临床推广应用。

关键词: 针刺; 运动训练; 中风软瘫期; 肌张力; 运动功能; 纤溶指标

脑卒中为常见急性脑血管疾病, 脑组织缺血或脑出血性损伤, 易引起运动功能障碍, 发病率、致残率、死亡率高。早期患者肢体功能障碍为软瘫期, 肌肉力量、肌张力下降, 伴偏瘫侧躯体和运动感觉障碍, 不尽早干预致肌肉萎缩, 严重损伤肢体运动功能, 引发各种并发症^[1]。针对性给予科学运动训练, 可促进肢体运动功能康复, 预防、改善中风后遗症, 但单一采用疗效局限、耗时长。中医学中脑卒中软瘫期属“中风”、“痿痹”范畴, 多见为风、痰、火实, 气虚、血虚, 软瘫期虚者居多, 气虚血瘀、痰瘀互结, 针刺穴位包括上肢屈肌、下肢伸肌部位的穴位, 以补气活血、振痿通络为治疗原则, 刺激唤醒患侧肢体肌张力^[2]。中西医结合疗效显著, 不良反应少, 目前针刺结合运动训练治疗中风软瘫期患者的研究较少。本研究选取 2020 年 1 月至 12 月我院收治的 60 例中风软瘫期患者, 探讨针刺结合运动训练对中风软瘫期患者肌张力、运动功能和纤溶指标的影响, 现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用随机数字表法将 2020 年 1 月至 12 月我院收治的 60 例中风软瘫期患者分入两组, 每组 30 人。对照组男性 18 例, 女性 12 例, 年龄 45~82 岁, 平均 (62.31±5.25) 岁, 平均病程 (5.16±2.29) 周; 观察组男性 17 例, 女性 13 例, 年龄 46~80 岁, 平均 (63.07±5.11) 岁, 平均病程 (5.21±2.30) 周。纳入标准: ①患者症状及经影像学检查头颅 CT 或 MRI 显示均符合《各类脑血管疾病诊断要点》^[3]和《中风病诊断和疗效评定标准》^[4]中中风的诊断标准, 证型为气虚血瘀; ②首次确诊, 出现一侧大脑半球和一侧肢体偏瘫; ③患者及其家属签署治疗知情同意书。排除标准: ①出现严重器质性心肺肾功能不全疾病; ②短暂性脑缺血、蛛网膜下腔出血者; ③痉挛期; ④严重认知、感觉、语言功能障碍者。两组患者性别、年龄、病程比较无明显差异 ($P > 0.05$)。本研究经我院伦理委员会同意批准。

1.2 方法 两组患者均行中风软瘫期常规治疗, 对症药物治疗, 脱水、降颅压、降糖、降脂、神经保护、抗血小板聚集等, 预防感染, 避免患侧输液。

对照组行运动训练: ①体位摆放: 仰卧位、患侧卧位、健侧卧位交替, 患侧下肢屈曲放置在软枕上, 保持正确肢体功能位置, 2 小时翻身一次。②被动活动: 力度适宜, 无疼痛感, 大关节活动到小关节, 活动范围从小

到大, 能力范围内自主训练, 健侧带动患侧肢体。上肢训练: 握住患者肘关节和腕关节, 行肩关节前屈、后伸等; 固定肘部, 握住手腕, 行肘关节屈曲、伸展等; 肘关节屈曲呈直角, 固定腕关节, 握住手掌, 行腕关节背伸、尺偏、桡偏; 患者拇指外展, 从手掌内轻抚其它四指, 行手指关节屈伸运动, 或固定四指, 握住大拇指, 行大拇指外展、屈曲、伸展、对指运动。下肢运动: 用手托住患侧下肢腘窝下方、脚部, 行髋、膝关节屈伸活动; 厚毛巾垫于患侧脚下, 按压患膝膝盖, 足跟触地, 站稳后另一侧腿抬起, 患肢承受体重, 行膝关节屈曲运动; 用手扶住患侧膝部, 协助患侧膝关节伸展, 患侧足跟行髋关节外展、内收运动, 或膝关节屈曲, 足跟外摆, 手托住膝关节向内上方按压, 行髋关节内旋运动; 取仰卧位, 固定患侧踝部上端, 握住患肢足跟, 向前下方牵拉, 身体重心前移, 踝关节背屈; 固定前脚掌, 活动跖趾、趾间关节, 行足趾背屈运动; 床旁站立平衡, 借助拐杖等工具行走, 训练患者大小便等日常生活行为能力。③主动训练: 翻身、床上移动、床边坐立位平衡训练、体位转移、双侧桥式运动、步态训练、上下台阶训练、辅助步行器和支具训练、负重训练等。④神经生理发育疗法: 运用 Brunnstrom 技术, 利用原始反射、联合反应获得患侧肢体运动反应, 如健侧上肢抗阻伸肘、下肢抗阻屈膝和夹腿等。运用 Rood 技术, 感觉刺激、皮肤刺激, 反射性地诱发肌肉活动, 如刺激上肢伸肌皮肤, 轻叩、拍打, 下肢也擦刷偏瘫侧屈肌皮肤, 3~5 秒/次, 快速、轻柔牵拉偏瘫侧上肢和下肢伸肌肌肉、肌腱、韧带, 1 次/d, 30 min/次。

观察组在对照组基础上加用针刺治疗, 取仰卧位, 患侧上肢外旋、外展, 手臂自然伸直; 患侧下肢自然伸直, 膝下垫高, 膝关节弯曲, 呈中立位。常规消毒穴位附近皮肤, 选取 1.5 寸华佗牌不锈钢毫针 (生产厂家: 苏州华佗医疗仪器厂), 快速进针。头针针刺瘫痪侧肢体对侧运动区、感觉区、双侧风池穴, 快速提插捻转。上肢取患侧肩髃、肩髃、曲池、手三里、外关、合谷、中渚、天井、后溪。下肢取患侧髀关、侠溪、血海、风市、阳陵泉、丰隆、足三里、太冲等, 体针直刺或斜刺, 得气后行提插平补平泻, 留针 30min, 1 次/d, 40 min/次, 6 次/周。

两组患者均为 1 个疗程 14d。

1.3 观察指标 对比两组患者临床疗效, 治疗前后肌张力、运动功能评分、纤溶指标水平。①采用 Brunnstrom 运动功能恢复 6 级分期评定表判定疗效, 显效: 患者痉挛症状、共同运动消失, 神经功能、肢体运动功能

恢复正常, Bruunstrom IV~V期;有效:痉挛症状、神经功能、肢体运动功能改善,可协调、分离运动, BruunstromII~III期;无效:肌肉迟缓,无反射,肢体运动功能严重受限,神经功能缺损, BruunstromI期。治疗有效率=(显效+有效)/总例数×100%。②肌张力:采用改良 Ashworth 痉挛评定量表(MAS)评定偏瘫上肢肌张力,入组时为0级。③运动功能:采用 Fugl-Meyer 运动功能量表(FMA)评估偏瘫肢体运动功能,总分100分,分数越高运动能力越强,运动障碍越轻。④纤溶指标:采用 ELISA 法检测纤溶酶原激活物(tPA)、纤溶酶原激活物抑制剂-1(PAI-1)、D-二聚体(D-D)含量,试剂盒来自上海太阳生物技术公司。

1.4 统计学方法 采用统计软件 SPSS21.0 分析,采用 χ^2 检验比较临床疗效等以例数和百分比描述的计数资料,采用 t 检验比较、运动功能等以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示的定量数据, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组临床疗效比较(表1) 观察组患者治疗有效率(93.33%)高于对照组(70.00%) ($P<0.05$)。

表1 两组临床疗效对比[n(%)]					
组别	例数	显效	有效	无效	有效率(%)
对照组	30	9 (30.00)	12 (40.00)	9 (30.00)	21 (70.00)
观察组	30	12 (40.00)	16 (53.33)	2 (6.66)	28 (93.33)

注:与对照组比较 ^a $P<0.05$ 。

2.2 两组肌张力比较(表2) 治疗后观察组患者肌张力多为 I 级、I+级,对照组患者肌张力多为 0 级、I 级,观察组肌张力评定高于对照组 ($P<0.05$)。

表2 治疗后两组患者肌张力评定						
组别	例数	0 级	I 级	I+级	II级	III级
对照组	30	14	9	5	2	0
观察组	30	3	12	10	3	2

2.3 两组 FMA 评分、纤溶指标比较(表3) 治疗后两组患者 FMA 评分、tPA 水平升高, PAI-1、D-D 水平降低,且观察组 FMA 评分、tPA 水平高于对照组, PAI-1、D-D 水平低于对照组 ($P<0.05$)。

表3 两组患者 FMA 评分、纤溶指标比较 ($\bar{x}\pm s$)					
组别	例数	FMA 评分 (分)	tPA (ng/mL)	PAI-1 (ng/mL)	D-D (mg/L)
治疗前	对 30	30.22±2.19	7.75±0.31	75.23±5.19	1.57±0.34
对照	观 30	30.25±2.20	7.79±0.29	75.27±5.08	1.56±0.38
前组					
观察	对 30	50.40±5.05 ^b	12.93±0.85 ^b	62.83±3.36 ^b	0.88±0.11 ^b
组	观 30	68.10±5.88 ^{ab}	18.88±1.07 ^{ab}	53.61±2.44 ^{ab}	0.38±0.08 ^{ab}
后组					

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

3 讨 论

中医理论中软瘫期患者脏腑功能失调、正气虚弱、阴虚血少、气滞血淤,与筋脉、气血、肝脏等有关。软瘫期发病时间为1周~1个月,是功能恢复关键时期,尽早干预可加快自然恢复,改善运动功能,降低致残率,为软瘫期治疗、护理重点^[5]。

本研究结果显示,观察组患者治疗有效率(93.33%)高于对照组(70.00%) ($P<0.05$),提示针刺结合运动训练对中风软瘫期患者疗效显著。运动训练包括卧床训练、主动翻身、患肢被动运动、翻身起坐训练、坐位平衡、下肢搭桥训练等,运用兴奋性异化技术,重视患者主观能动性,显著促进脑组织残余细胞的代偿作用,促进上运动损伤神经生长,抑制脑神经萎缩;训练关节活动度,加快血液循环,缓解肢体痉挛、静脉血栓等,但疗效不理想。中医多采用药物、针灸、艾灸、矫形器等治疗。针刺为外周感觉传导刺激,针刺采用头、体针联合治疗,体针取穴避开屈肌群,选伸肌群阳经穴位,头针选取偏瘫最佳刺激区“百会-太阳穴”,针刺合谷、手三里、曲池、肩髃、巨骨、外关穴,同时刺激神经中枢、周围部位,激发脑神经细胞活性、代谢,病灶周边缺血半暗带区、同侧对侧大脑额顶叶皮质和丘脑、同侧基底核、双侧小脑的局部脑血流量灌注增加,缓解脑细胞缺氧状态。治疗后观察组患者肌张力多为 I 级、I+级,对照组患者肌张力多为 0 级、I 级,观察组肌张力评定高于对照组 ($P<0.05$),提示针刺结合运动训练治疗有效提高中风软瘫期患者肌张力。针刺患侧神经分布区域,兴奋运动神经,促使较弱的肌肉收缩,活化肌肉牵张感受器传出神经细胞,改善患侧肢体的肌张力,生成生理性肌肉牵拉,促使患肢反应;兴奋脑皮质运动细胞,强化对应肌肉收缩;通过脊髓反射机制,感觉神经纤维传导信息至中枢神经,神经功能重新构建,利于神经修复。运动训练中 Brunnstrom 疗法中的原始反射,引出患肢联合反射,迟缓肌肉不自主收缩,牵拉瘫痪肌使肌肉牵张感受器发放神经冲动,脑皮质运动细胞兴奋,诱发患肢肌张力。治疗后观察组 FMA 评分高于对照组 ($P<0.05$),提示针刺结合运动训练治疗可改善中风软瘫期患者运动功能。运动训练提高肌张力,强化原始反射、联合反应,患者可共同运动、分离运动、随意运动。纤溶系统由纤溶酶、纤溶酶原、纤溶酶原激活物、纤溶酶抑制物、PAI 组成^[8]。治疗后观察组 tPA 水平高于对照组, PAI-1、D-D 水平低于对照组,提示针刺结合运动训练治疗可改善中风软瘫期患者高凝、纤溶亢进状态。

综上所述,针刺结合运动训练治疗中风软瘫期疗效显著,提高肌张力,改善肢体运动功能和纤溶障碍,值得临床推广应用。

参考文献:

[1]杨海峰,彭辉,刘琰.针刺联合康复治疗对急性期缺血性脑卒中患者肢体运动功能障碍的影响[J].陕西中医,2019,40(6):708-710.
[2]卢小玲,胡周静,夏苗苗,等.规律性康复运动指导对脑卒中偏瘫患者的脑功能影响研究[J].现代中西医结合杂志,2020,29(17):93-96.
[3]王新德.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.
[4]国家中医药管理局脑病急症协作组.中风病诊断与疗效评定标准[J].北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56.
[5]王海桥,李鹤,闵亮,等.运动想象针法对脑卒中软瘫上肢肌张力的影响[J].现代中西医结合杂志,2018,27(3):229-232.

血管通路透明地图在血液透析穿刺过程中的临床价值

杨启化 古立娟 罗旋 石尖兵 宋艳

湖北省荆门市第一人民医院 湖北荆门 448000

摘要：目的：探讨彩色多普勒超声引导并绘制血管通路透明地图在血液透析穿刺过程中的临床价值。方法：选用：60 例首次行透析用血管通路手术的患者，术后 6-12 周采用彩色多普勒超声获取头静脉和肱动脉相关血流动力学参数，参数达标者视为血管通路成熟，30 例入组实验组，超声引导下绘制血管通路透明地图，血液透析穿刺时采用血管透明地图指引。30 例入组对照组，不采用血管通路透明地图指引穿刺。血管通路启用两年后，对比分析两组患者的血管通路使用寿命。结果：实验组血管通路平均寿命大于对照组血管通路平均寿命，两者比较差异有统计学意义($t=2.1913$; $P<0.05$)。结论：采用超声绘制血管通路透明地图指引血液透析穿刺可延长患者血管通路使用寿命。

关键词：彩色多普勒超声；血管通路；血管通路透明地图；临床价值

终末期肾病患者，目前采用的透析方法有腹膜透析及血液透析。不同国家和地区才用的透析方式有较大的差异。在我国内地有 90%的透析患者采用血液透析。血液透析需把患者血液引出体外，通过透析器或者其他净化装置，再回输到体内去，该通路称为血管通路，也称为动静脉内瘘。良好的血管通路是患者长期血液透析的关键，是血透患者的生命线。临床上采用各种方法维护血管通路，延长血管通路的寿命。因此，了解血管通路的参数和走行显得尤为重要。技术力量雄厚的血液透析中心，护理人员和医生都具备超声操作能力，可行实时超声引导。而大多数血液透析中心，特别是基层血液透析中心，医护人员基本都不具备超声引导的能力。本研究采用彩色多普勒超声对血管通路进行观察、测量，并绘制血管通路地图，为临床提供详尽且具体可视的血管通路信息。

1 资料与方法

1.1 一般资料

(1) 对照组：2019 年 2 月至 2019 年 10 月荆门市第一人民医院超声科评估的 30 例首次行血管通路手术且相关参数达标的患者资料，其中男性 20 例，女性 10 例；年龄 30~75 岁，平均年龄(61.29±5.16)岁。所有患者中原发病为糖尿病 12 例，肾炎 6 例，高血压 4 例，糖尿病合并高血压 3 例，多囊肾 2 例，痛风 1 例，梗阻性肾病 1 例，其他不明原因肾病 1 例。研究过程中血管通路失功 6 例。其中穿刺点为静脉瓣内膜增生致狭窄 2 例，存在头静脉并行分支致穿刺困难并发狭窄 2 例，头静脉迂曲致穿刺困难并发狭窄 1 例，动脉端穿刺部位内膜增生导致狭窄 1 例。

(2) 实验组 2019 年 10 月至 2020 年 6 月荆门市第一人民医院超声科评估的 30 例首次行血管通路手术且通路各参数达标的患者资料，其中男性 18 例，女性 12 例；年龄 30~75 岁，平均年龄(63.36±7.84)岁。所有患者中原发病为糖尿病 14 例，肾炎 4 例，高血压 2 例，糖尿病合并高血压 5 例，多囊肾 2 例，痛风 1 例，梗阻性肾病 1 例，其他不明原因肾病 2 例。术后 6-12 周获取头静脉和肱动脉、桡动脉的相关二维参数及血流动力学参数。研究过程中血管通路失功 1 例，为静脉端穿刺部位内膜增生导致狭窄 1 例。

本研究经医院伦理委员会审核通过。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：(1) 年龄 30-75 岁 (2) 慢性肾功能不全 5 期，(3) 均首次建立血管通路并将进行首次血透的患者 (4) 头静脉及肱动脉相关指标均达到中国血液透析用血管通路专家共识 (第 2 版) 的成熟标准：①肱动脉流量≥500ml/min；②头静脉内径≥5mm；③头静脉距体表≤6mm^[1] (5) 所有患者均知情同意。

1.3 仪器设备

采用 GE 公司 Vivid E9 全数字彩色多普勒超声仪，超声探头类型：9L。迈瑞公司 M8 型全数字彩色多普勒超声仪，超声探头类型：L12-4S

1.4 检查及操作方法

(1) 血管通路超声评估。所有患者在建立血管通路术后 6-12 周，首次采用血管通路透析前行血管彩超检查。患者取仰卧位，充分暴露内瘘所在上肢。

采用二维超声对肱动脉、桡动脉行横切面连续扫查，测量肱动脉、桡动脉内径，调整探头，使动脉与皮肤呈一定角度，采用彩色多普勒血流显像，将取样容积调至略小于动脉内径，置于动脉管腔内，保持声速与血流之间的夹角<60°，测量肱动脉流量及桡动脉流速^[2-3]。采用二维超声对头静脉全程行横切面连续扫查并测定前臂近心段、远心段及上臂近心段、远心段的内径及各测量点的头静脉深度^[1]。

(2) 实验组：患者行超声引导下绘制 1:1 上肢血管通路地图，采用 PET 高透明塑料片按 1:1 复制血管通路透明地图。

(3) 对照组：患者行血液透析穿刺时，护士凭借视诊及触诊估计头静脉内径、分支及走行，指导动脉端及静脉端的血管穿刺。实验组：患者行血液透析穿刺时，护士借助血管通路透明地图定位头静脉及了解头静脉内径、分支及走行，指导动脉端及静脉端穿刺

1.5 评价指标

(1) 内瘘成熟标准。手术后 6~12 周，①肱动脉流量≥500ml/min；②头静脉内径≥5mm；③头静脉距体表≤6mm，三者同时具备视为血管通路成

熟^[1]。

(2)如患者血液透析时流量不达标,即行彩色多普勒血管超声检查,其中上述任一指标不符合血管通路成熟标准即视为血管通路失功,记录该患者血管通路使用天数

1.6 统计学方法使用 SPSS 23.0 统计软件进行数据分析。计量资料以均值±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 比较实验组与对照组的血管通路平均使用时间

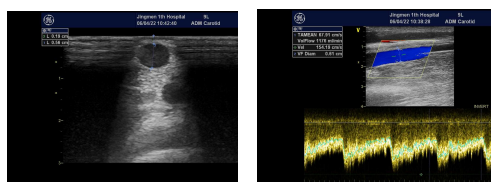
实验组血管通路使用时间: 608.1 ± 154.9 天

对照组血管通路使用时间: 658.9 ± 88.1 天

t 值=2.1913, p 值=0.025,差异有统计学意义。

2.2 彩色多普勒超声对自体血管通路的成像观察

彩色多普勒超声显示,自体血管通路头静脉内径,与体表距离及肱动脉流量如图 1 所示



注: a 头静脉内径与深度 b 肱动脉流量

图 1

2.3 于患者上肢绘制实体地图,如图 2 所示

利用超声引导,观察到患者的头静脉走行,分支,对内径较宽的长分支进行标示,特别是并行的分支,头静脉的静脉瓣亦可清晰显示,并进行标示。

2.4 按 1:1 比例复制的血管通路透明地图,并注明患者姓名、年龄及导致肾功能不全的基础疾病,如图 3 所示。



图 2 绘制实体地图 图 3 1:1 复制血管通路透明地图

3 讨论

透析用血管通路已被广泛应用于慢性肾功能不全 5 期患者血液透析治疗中,而彩色多普勒超声常用于评估血管通路的成熟程度^[4-7],然而,由于个体差异,患者作为瘘静脉的头静脉系统千差万别,存在多分支,粗细不

一,长短不同,静脉瓣过长,走行迂曲等等。血液透析中心的护理人员仅靠视诊及触诊来了解和判断头静脉情况后盲穿头静脉,此时可能出现在不适合穿刺的部位进行穿刺的情况,轻则造成透析流量不达标,影响当次透析效率,重则造成瘘静脉内膜增生,进而引起血管通路狭窄或血栓,导致血管通路失去功能。彩色多普勒超声在检测血流和评价血管情况方面,具有检查方便、无创及无辐射、可多次重复使用等优点,在临床上应用广泛,其可更明显区分低速血流信号和组织运动产生的信号,从而对低速血流图像进行清晰显示,更准确的估算血流量,精确评估通路血管内径、内膜厚度及血管深度等^[8-10]。本研究采用彩色多普勒超声对血管的内径、内膜厚度、血管深度进行精确测量,对肱动脉血流量进行更准确的估测,同时利用横断面连续扫查,精准定位瘘静脉的主要分支及血管走行,采用记号笔在患者上肢绘制实体血管通路地图,指引护理人员穿刺瘘静脉。由于透析消毒及日常生活的清洗需求,记号笔绘制的实体血管通路地图的图像信息无法持续存在于患者上肢,因此本研究创新提出一个方法:按 1:1 比例复制的血管通路透明地图,将地图存放于血液透析中心。血液透析中心护理人员穿刺时及日后发生穿刺困难时,使用该地图指引穿刺,既可以弥补大部分护理人员不懂超声的不足,又可以避开血管通路不宜穿刺的部位,避免盲穿对血管特殊部位或节段造成不可逆损伤而导致的血管通路失功。血管通路使用过程中,反复穿刺导致诸如血管狭窄、血栓形成、静脉瘤样扩张等并发症,均可导致血管通路失去功能^[11-12]。而本研究对照组有 6 例血管通路失功。其中,穿刺点为静脉瓣内膜增生致狭窄 2 例,存在头静脉并行分支致穿刺困难并发狭窄 2 例,头静脉迂曲致穿刺困难并发狭窄 1 例,动脉端穿刺部位内膜增生导致狭窄 1 例。上述情况除动脉端穿刺部位内膜增生外,实验组通过彩色多普勒超声检测及绘制血管通路透明地图而提前预知,提示护理人员避开静脉瓣及头静脉迂曲节段,对于超声预警的并行静脉及迂曲静脉的穿刺,可做到精准穿刺,从而避免或减少继发狭窄的发生^[13-15]。

超声引导下绘制 1:1 血管通路透明地图,为临床医师及护理人员提供详尽的血管通路信息,延长患者血管通路的寿命,提高尿毒症血透患者的生存时间及生活质量,值得进一步推广。但本研究尚存在样本量较少、随访时间较短等不足,在大样本人群中是否能取得同样的效果,还有待进一步加大规模验证。

参考文献:

- [1]中国血液透析用血管通路专家共识(第2版)[J].中国血液净化,2019,18(6): 365-378
- [2] Shenoy S, Darcy M. Ultrasound as a tool for preoperative planning, monitoring and interventions in dialysis arteriovenous access[J]. AJR Am J Roentgenol, 2013, 201(4): W539-W543.
- [3] 鄢建军, 张仲华, 严贺, 等. 血液透析患者动静脉内瘘栓塞及影响因素研究[J]. 护理学杂志, 2016, 31(1): 26-28

(下转第 143 页)

对老年胃溃疡患者采用铝碳酸镁联合艾司奥美拉唑治疗的应用价值进行分析

张 闯

商洛市商州区人民医院 医用耗材管理科 陕西商洛 726000

摘要：目的：探究对老年胃溃疡患者实行铝碳酸镁联合艾司奥美拉唑治疗的应用价值。方法：选取我院 2020 年 3 月~2022 年 3 月收治的 80 例老年胃溃疡患者作为研究对象，按照简单随机化分组方法分为常规组（40 例）与联合组（40 例），常规组采用铝碳酸镁治疗方法，联合组采用铝碳酸镁联合艾司奥美拉唑治疗方法。比较两组患者的治疗效果、炎症因子水平、胃溃疡面直径、不良症状评分。结果：对比两组患者治疗效果，联合组较佳，（97.50% > 80.00%， $\chi^2=6.135$ ， $P=0.013<0.05$ ）。对比两组患者炎症因子水平，治疗前无显著差异，（ $T=0.032/0.031/0.034$ ， $P=0.974/0.975/0.973>0.05$ ），治疗后联合组较佳，（ $T=43.102/12.602/13.429$ ， $P=0.000<0.05$ ）。对比两组患者胃溃疡面直径，治疗前无显著差异，（ $T=0.044$ ， $P=0.965>0.05$ ），治疗后联合组较佳，（ $T=9.401$ ， $P=0.000<0.05$ ）。对比两组患者不良症状评分，联合组较佳，（ $T=7.255/7.107/7.104/18.623$ ， $P=0.000<0.05$ ）。结论：对老年胃溃疡患者实行铝碳酸镁联合艾司奥美拉唑治疗，能有效提升患者治疗效果，降低患者体内炎症因子水平，缩小患者胃溃疡面直径，改善患者不良症状，故值得临床推广应用。

关键词：老年患者；胃溃疡；铝碳酸镁；艾司奥美拉唑

胃溃疡是常见的消化系统疾病的一种，是慢性疾病，并且该疾病发病率较高，一旦患病后，患者会反复发作，治疗难度较大，发病时会导致患者产生较大的疼痛感，严重影响患者的生活质量^[1]。该疾病发病原因主要与幽门螺杆菌感染、胃酸分泌过多、饮食结构不健康、情绪波动较大等情况有关^[2]。如果患者发病后不能及时接受治疗，就会导致患者病情恶化，严重者还可能会导致患者产生胃癌等症状，危及患者生命^[3]。当前针对胃溃疡疾病，常见的治疗方式是清除患者体内的幽门螺杆菌，抑制胃酸的分泌，通过控制的方式缓解患者症状，加强对患者胃粘膜的保护^[4]。铝碳酸镁是常见的治疗方式，能改善患者的症状，艾司奥美拉唑也是常见的胃溃疡治疗方式，单一的用药方式虽然也能缓解患者的症状，但效果不明显，故我院采用联合用药的方式，探究该治疗方式对患者治疗效果产生的影响。基于此，研究以我院收治的老年胃溃疡患者为对象，分析铝碳酸镁联合艾司奥美拉唑治疗干预的临床价值，报导如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

研究选取我院收治的老年胃溃疡患者共 80 例收治时间（2020.3-2022.3），将患者采取随机分组的方式分为常规组与联合组。常规组 40 例，其中男性患者为 22 例，女性患者为 18 例，其年龄集中在 65-89 岁之间，均值（79.67±2.52）岁。患者病变位置为胃窦部、胃体部与胃角部数量分别为：10/14/16 例。病程集中在 1-5 个月之间，均值（2.59±0.98）个月。

联合组 40 人，其中男性患者为 21 例，女性患者为 19 例，其年龄集中在 66-88 岁之间，均值（79.25±2.82）岁。患者病变位置为胃窦部、胃体部与胃角部数量分别为：11/14/15 例。病程集中在 1-5 个月之间，均值

（2.67±1.02）个月。组间数据对比无统计学差异（ $P>0.05$ ），可比。本研究经过医院伦理委员会批准同意，并且所有参与其中的患者与家属，均在完全知情的条件下，签署相关同意书。

纳入标准：①经内镜检查与 X 射线检查，患者确诊患有胃溃疡疾病。②患者未见严重肝功能以及肾脏功能障碍。③患者为 65 周岁以上的老年患者。

排除标准：①患者伴有精神功能障碍或伴有认知功能障碍，无自主意识，不能主动接受医护工作以及研究工作。②患者对治疗研究中所使用的药物存在过敏反应，或其身体状况不适合接受该药物治疗。③患者处于妊娠期或哺乳期。④患者近期接受过手术治疗干预。⑤患者近一个月服用其他药物治疗，或仍未停药。⑥患者胃溃疡疾病合并严重出血、穿孔或梗阻症状。⑦患者治疗中途退出研究实验。

1.2 方法

两组患者入院后均接受内镜检查、X 射线检查，了解患者胃溃疡位置以及严重程度。

常规组：接受铝碳酸镁治疗。对患者使用杭州华东医药集团新五丰药业有限公司生产的铝碳酸镁片（批准文号：国药准字 H20083441）治疗。治疗方式：口入用药。用药剂量：1g/次，tid。

联合组：在常规组治疗方式的基础上增加艾司奥美拉唑治疗。对患者使用阿斯利康制药有限公司生产的艾司奥美拉唑肠溶片（批准文号：国药准字 H20046380）治疗。治疗方式：口服用药。用药剂量：20mg/次，bid。

两组患者治疗周期均为 6 个月，6 个月后观察两组患者的各项指标。

1.3 观察指标

比较两组患者的治疗效果、炎症因子水平、胃溃疡面直径、不良症状

评分。

①治疗效果：显效：患者临床症状消失，溃疡部分愈合，无并发症，未复发。有效：患者临床症状基本改善，溃疡部分明显缩小，无并发症，未复发。无效：患者临床症状未见改善或有加重趋势，溃疡部分未见缩小或有扩大趋势，伴有并发症，或存在复发现象。总有效率为（总患者人数-无效患者人数）*100%。总有效率越高代表患者治疗效果越佳。

②炎症因子水平：治疗前后分别观察两组患者白细胞介素-8(IL-8)、白细胞介素-10(IL-10)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平，上述指标均越低代表治疗效果越佳。

③胃溃疡面直径：两组患者治疗前后分别关注患者溃疡面直径，直径越小代表治疗效果越佳。

④不良症状评分：以我院自制量表对治疗后对患者的腹痛、腹胀、暖气、反酸不良症状进行评分，分值均越低治疗效果越佳。

1.4 统计学分析

研究采集数据应用 SPSS 25.0 软件统计分析。涉及计量与计数内容应

用($\bar{x}\pm s$)、%表示，并以 t、 χ^2 检验；组间数据对比统计学差异以 ($P<0.05$) 表示有意义。

2. 结果

2.1 治疗效果

治疗效果对比：联合组明显高于对照组，($P<0.05$)，见表 1。

表 1 治疗效果 (n/%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
常规组	40	13(32.50)	19(47.50)	8(20.00)	32(80.00)
联合组	40	16(40.00)	23(57.50)	1(2.50)	39(97.50)
χ^2	-	-	-	-	6.135
P	-	-	-	-	0.013

2.2 炎症因子水平

炎症因子水平：两组患者治疗前均无显著差异，治疗后，联合组各项指标显著低于常规组，($P<0.05$)，见表 2。

表 2 炎症因子水平 ($\bar{x}\pm s$, ng/L)

组别	例数	IL-8		IL-10		TNF- α	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	40	34.42 $\pm$ 1.51	27.43 $\pm$ 1.40	55.56 $\pm$ 1.10	33.53 $\pm$ 1.23	47.57 $\pm$ 1.31	28.62 $\pm$ 1.34
联合组	40	34.43 $\pm$ 1.23	14.41 $\pm$ 1.30	55.55 $\pm$ 1.72	37.01 $\pm$ 1.24	47.56 $\pm$ 1.30	24.70 $\pm$ 1.27
t	-	0.032	43.102	0.031	12.602	0.034	13.429
p	-	0.974	0.000	0.975	0.000	0.973	0.000

注：两组患者治疗前后炎症因子水平均有明显下降，($P<0.05$)，具有统计学差异。

2.3 胃溃疡面直径

胃溃疡面直径：两组患者治疗前均无显著差异，治疗后，联合组显著低于常规组，($P<0.05$)，见表 3。

表 3 胃溃疡面直径 ($\bar{x}\pm s$, mm)

组别	例数	治疗前	治疗后
常规组	40	15.64 $\pm$ 5.11	6.16 $\pm$ 1.53
联合组	40	15.59 $\pm$ 5.10	3.41 $\pm$ 1.04
t	-	0.044	9.401
p	-	0.965	0.000

注：两组患者治疗前后胃溃疡面积均有明显缩小，($P<0.05$)，具有统计学意义。

2.4 不良症状评分

不良症状评分：各项评分，联合组均明显低于常规组，($P<0.05$)，见表 4。

表 4 不良症状评分 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	腹痛	腹胀	暖气	反酸
----	----	----	----	----	----

常规组	40	1.22 $\pm$ 0.27	1.17 $\pm$ 0.19	0.79 $\pm$ 0.14	0.89 $\pm$ 0.09
联合组	40	0.79 $\pm$ 0.26	0.86 $\pm$ 0.20	0.59 $\pm$ 0.11	0.60 $\pm$ 0.04
t	-	7.255	7.107	7.104	18.623
p	-	0.000	0.000	0.000	0.000

3. 讨论

胃溃疡疾病是多发于中老年人的一种消化系统疾病，该疾病发生率较强，全球约 10% 的人群均患有该疾病，其中中老年患者较多^[5]。导致患者产生胃溃疡的主要原因是幽门螺杆菌感染，幽门螺杆菌不仅会对患者的胃粘膜造成破坏，还会导致患者胃酸分泌增多，加重患者感染情况^[6]。同时，一些抗炎类药物也会对学生的胃粘膜产生损伤，导致胃溃疡的发生。此外，吸烟、酗酒、压力过大、辛辣刺激、常饮用浓茶或咖啡也可能导致患者产生胃溃疡疾病，加大患者治疗难度。一旦患者产生胃溃疡疾病，就会导致患者产生食欲不振、胃痛、胃胀、暖气等症状，严重者还可能会导致患者产生胃出血、胃穿孔等症状，严重危害患者的生命安全。常见的胃溃疡治疗方式为药物治疗，在药物的干预下，患者的临床症状能有效缓解。胃酸是激活胃蛋白酶，并为蛋白酶提供舒适的酸性繁殖环境的物质，但是如果患者胃酸分泌过多，会对患者的胃部组织产生侵蚀现象，导致溃疡情况的发生。

铝碳酸镁是常规的胃溃疡治疗药物之一，能有效保护化中胃粘膜，减

少胃酸对患者胃部产生的侵蚀情况,进而减轻患者的临床症状。该治疗方式具有一定的临床价值。但是单独使用该药物对患者产生的治疗效果不佳,治疗结果不理想,我院分析采用艾司奥美拉唑联合治疗方式对患者产生的影响,事实证明,联合治疗方式对患者临床症状产生的影响较佳。

铝碳酸镁是较为常见的抗酸药物之一,具有保护患者胃粘膜的作用,通过口服的方式使用该药物,能降低患者胃组织中前列腺素的含量,能减少患者胃出血情况,能减少患者胃部脂质含量,防止其过量对患者胃组织造成的氧化损伤。同时,铝碳酸镁中含有网状大分子物质,通过口服用药后能增加患者胃部碳酸氢盐的含量,减少患者胃部的胃酸含量,降低患者胃酸浓度,PH值保持在4.5左右。该治疗方式能有效减少患者胃肠疾病的发生,能对患者的胃粘膜发生保护。艾司奥美拉唑是质子泵抑制剂的一种,通过口服的方式用药,能抑制H⁺酶到达患者胃壁细胞中的分泌量,能修复患者已经破损的胃粘膜。艾司奥美拉唑作用于胃溃疡疾病的主要优势是见效快、安全性高、耐久性高、刺激性小等。并且,艾司奥美拉唑以及铝碳酸镁均是治疗胃溃疡的常见药物,将两者联合用药,铝碳酸镁能将胃酸与溃疡部位进行隔离,为患者胃部提供良好的恢复环境,铝碳酸镁作为保护剂的一种,在服用后形成溶胶,保护效果较佳。艾司奥美拉唑具有一定的协同作用,不仅能辅助铝碳酸镁的治疗,对患者胃部进行保护,更能够对胃粘膜进行修复,提升患者的治疗效率,快速改善患者胃痛、胃胀、嗝气、反酸等症状,能有效减少患者胃酸的分泌量,能改善患者胃部的学流量,能快速修复患者胃肠,缩小患者胃溃疡的直径。本研究结果显示,

联合组患者的治疗效果均明显高于常规组,联合组患者的炎症因子水平均明显低于常规组,联合组患者的症状评分均明显低于常规组,联合组患者的胃溃疡面直径均明显小于常规组, ($P<0.05$),并且各项指标间对比,差距均具有统计学意义。

综上所述,对老年胃溃疡患者实行铝碳酸镁联合艾司奥美拉唑治疗方式,能有效提升患者的治疗效果,能减轻患者胃痛、胃胀、嗝气、反酸等临床症状,能降低患者炎症因子水平,能减小患者胃溃疡面直径,故具有较高临床推广应用价值。

参考文献:

- [1]崔丽霞. 铝碳酸镁联合艾司奥美拉唑治疗老年胃溃疡临床观察[J]. 现代养生(上半月版),2022,22(2):163-165.
- [2]魏明. 铝碳酸镁与艾司奥美拉唑联合治疗胃溃疡的疗效[J]. 医学信息,2021,34(21):109-111.
- [3]余慧玲. 铝碳酸镁联合艾司奥美拉唑治疗胃溃疡的效果及对黏膜愈合质量的影响[J]. 临床合理用药杂志,2021,14(28):87-89.
- [4]吴艳梅,申华. 铝碳酸镁联合艾司奥美拉唑治疗胃溃疡的效果[J]. 临床合理用药杂志,2021,14(17):70-72.
- [5]姚海蓉. 研究铝碳酸镁联合艾司奥美拉唑治疗胃溃疡对其黏膜组织及微血管形态的影响[J]. 中国实用医药,2020,15(26):102-104.
- [6]韩勇刚. 铝碳酸镁联合艾司奥美拉唑治疗胃溃疡黏膜愈合质量的临床价值评估[J]. 当代医学,2020,26(14):167-168.

(上接第140页)

- [4]朱宇莉,丁红,范培丽,等.彩超对维持性血透患者自体动静脉内瘘血流量及血流动力学的监测[J].中国超声医学杂志,2014,30(9):824-826.
- [5]徐元恺,张丽江,张文云,等.自体动静脉内瘘建立后的血管重构及其影响[J].中国肾脏病杂志,2014,30(6):424-428.
- [6]Patel MS,Davies MG,Nassar GM,et al.Open repair and venous inflow plication(orvip) of the arteriovenous fistula(avf)is effective in treating vascular steal syndrome[J].Ann VacuSurg, 2015,15(3):150-158.
- [7]陆猛桂.肘下与肘上高位动静脉内瘘应用于尿毒症患者血液透析的效果[J].广西医学,2014,36(5):608-610.
- [8]彭鑫,涂波,黄晓玲.彩色多普勒超声在动静脉内瘘中的临床应用[J].临床超声医学杂志,2015,17(4): 261-262.
- [9]Bojakowski K,Góra R,Szewczyk D,et al. Ultrasound-guided angioplasty of dialysis fistula-technique description[J].Pol J Radio,2013, 78(4):56-61.
- [10]邹春鸣.血液透析患者动静脉内瘘使用中失功的原因分析及护理方法[J].中国医药指南,2016,14(5):218.

- [11]Lok CE,Allon M,Louise M,et al.Risk equation determine unsuccessful cannulation events and failure to maturation in arteriovenous fistulas(REDUCE FTM I)[J].J Am Soc Nephrol,2006, 17(11):3204-3212.
 - [12]Inkollu S,Wellen J,Beller Z,et al.Successful use of minimal incision superficialization technique for arteriovenous fistula maturation[J].J Vasc Surg, 2016,63(4):1018-1025.
 - [13]Jacot JG, Abdullah I, Belkin M, et al. Early adaptation of human lower extremity vein grafts wall stiffness changes accompany geometric remodeling [J]. J Vasc Surg, 2004, 39: 547-555.
 - [14]Owens CD, Wake N, Jacot JG, et al. Early biomechanical changes in lower extremity vein graftsddistinct temporal phases of remodeling and wall stiffness [J]. J Vasc Surg, 2006, 44: 740-746.
 - [15]彭小梅,刘园园,吴潮清,等. 维持性血液透析患者自体动静脉内瘘失功的危险因素研究[J]. 中国全科医学,2017, 20(1): 67-70.
- 基金项目:荆门市科技计划项目(编号:2020YDKY041)

丙泊酚在老龄和高龄病人无痛胃镜检查中的应用分析

张明明

南京鼓楼医院 麻醉科室 江苏南京 210000

摘要：目的：回顾性研究老年病人在无痛胃镜检查中丙泊酚的安全诱导剂量。方法：回顾 2021 年 1 至 6 月在南京鼓楼医院行无痛胃镜检查的 65-85 岁患者 829 例，按照年龄分为 65-74 岁的老龄组和 75-85 岁的高龄组，利用倾向性匹配分析法，比较两组丙泊酚诱导用量，以丙泊酚为因变量，年龄、体重、性别、ASA 分级为自变量，建立多元线性回归方程。结果：经倾向性匹配评分法处理，143 对患者配对成功，高龄组丙泊酚用量减少。多元线性回归方程为：丙泊酚诱导剂量=207.846-1.308×年龄+0.368×体重-8.066×ASA-5.699×性别。结论 随着年龄增加，老年病人无痛胃镜检查丙泊酚诱导剂量逐步下降，建立的多元线性回归方程综合考虑多种影响因素，可为麻醉医生临床用药提供参考。

关键词：无痛胃镜；丙泊酚；高龄；多元线性回归方程

Analysis of the use of propofol in gastroscopy in elderly patients

Abstract: Objective To retrospectively study the safe induction dose of propofol during painless gastroscopy in elderly patients. Methods A retrospective of 829 patients aged 65-85 years who underwent painless gastroscopy in Nanjing Drum Tower Hospital from January 2021 to June was divided into an group of 65-74 and an group of 75-85 according to age. The propensity matching analysis method was used to compare the dose of propofol. With propofol as the dependent variable, and the age, weight, gender, and ASA classification as independent variables, a multiple linear regression equation was established. Results 286 patients were successfully matched, and the propofol in the elderly group was reduced. The multiple linear regression equation was: propofol dose = 207.846 - 1.308 × age + 0.368 × body weight - 8.066 × ASA - 5.699 × gender. Conclusion The dose of propofol was decreased in with increasing age. The multiple linear regression equation can provide reference for anesthesiologists' clinical medication.

Keywords: painless gastroscopy; propofol; advanced age; multiple linear regression equation

胃镜检查广泛应用于上消化系统疾病的检查、诊断、治疗，无痛胃镜检查可提高病变检出率，增加患者舒适度和检查医师满意度^[1,2]。随着人口老龄化加深，胃镜检查中老年病人比例增加。目前最新的指南指出单纯注射丙泊酚即可满足要求^[3]，然而推荐诱导剂量范围较大（1.5 - 2.5 mg/kg），主要强调剂量与体重的关系，而忽略了年龄。老年人尤其是高龄老人脏器功能储备力下降，常伴有基础疾病，剂量过量或不足均会给老年病人造成严重影响。本研究就老年患者在胃镜检查中的丙泊酚诱导剂量及相关影响因素进行研究，旨在为临床用药提供有价值的参考。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本研究纳入 2021 年 1 月至 6 月在消化内镜中心行胃镜检查的老年患者（65—75 岁）。排除标准：检查过程中血压和心率波动大于 20%、呼吸抑制、有呛咳、体动，合并严重心脑血管及呼吸系统疾病。根据年龄分为 65-74 岁的老龄组（686 例）和 75-85 岁的高龄组（143 例）。通过回顾性倾向匹配分析和多元线性回归方程方法，分析患者丙泊酚诱导剂量。

1.2 麻醉方法

通过静脉通道缓慢推注丙泊酚 1 ~ 2 mg/kg，至睫毛反射消失、呼吸平稳后开始胃镜操作。

1.3 观察指标

记录患者姓名、性别、年龄、身高、体重、ASA 分级，病案号；记录镇静药物用量、镇静效果、检查时间；全程记录心电图、血压、血氧饱和度，记录患者苏醒时间及患者满意度。

1.4 统计方法

采用 SPSS 26.0 软件包进行倾向性评分匹配。正态分布计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验。计数资料比较采用 χ^2 检验或 Fisher 精确概率法，选择多元线性回归分析。 $P \leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者一般情况比较

老龄组 685 例，高龄组 143 例。患者体重、ASA 分级差异有统计学意义 ($P < 0.05$) (表 1)。

2.2 倾向性评分匹配两组患者一般情况

143 对患者配对成功，性别、体重、ASA 差异无统计学意义 ($P < 0.05$) (表 2)。

2.3 两组患者丙泊酚诱导剂量比较

高龄组丙泊酚诱导剂量明显低于老龄组 ($P < 0.01$)，差异有统计学意义 (表 2)。

2.4 线性回归方程

本研究构建的多元线性回归方程回归相关系数 $r^2=0.300$, $P < 0.001$, 模型有统计学意义, 线性相关存在。回归方程: 丙泊酚诱导剂量 $=207.846-1.308 \times \text{年龄} + 0.368 \times \text{体重} - 8.066 \times \text{ASA} - 5.699 \times \text{性别}$ 。年龄的 Beta 最大, 丙泊酚诱导剂量影响最大的是年龄。

表 1 倾向性匹配分析前两组数据的比较

指标	老龄组(n=686)	高龄组(n=143)	P 值
年龄 (岁)	68±3*	78±3	< 0.001
男/女	333/353	72/71	0.694
体重 (kg)	62±10*	61±10	0.043
ASA (II/III)	633/53*	76/64	< 0.001
丙泊酚 (mg)	114±15*	100±19	< 0.001

注: 与高龄组比较, * $P < 0.05$ 。

表 2 倾向性匹配分析后两组数据的比较

指标	老龄组(n=143)	高龄组(n=143)	P 值
年龄 (岁)	69±3*	78±3	< 0.001
男/女	72/71	56/76	0.188
体重 (kg)	61±10	61±10	0.565
ASA (II/III)	633/53	76/64	0.440
丙泊酚 (mg)	111±16*	100±20	< 0.001

注: 与高龄组比较, * $P < 0.01$ 。

表 3 多元线性回归结果

	未标准化系数		标准化系数			VIF
	B	标准错误	Beta	t	显著性	
常量	207.846	16.572	.	12.542		
年龄	-1.308	0.188	-0.369	-6.552	0.000	1.082
体重	0.368	0.105	-1.97	5.067	0.001	1.219
ASA (II/III)	-8.066	1.965	-0.216	-4.393	0.000	1.069
性别	-5.699	2.102	-0.154	-2.711	0.007	1.245
R 方			0.300	因变量: 丙泊酚诱导剂量		

3 讨论

胃癌发病率居高不下, 严重威胁着人民的生命, 内镜及内镜下活组织检查是目前诊断胃癌的金标准, 建议 40 岁以上高危人群行内镜下胃癌筛

查^[4,5]。《美国消化内镜学会 2017 年指南》建议实施深度镇静, 可以提高病变检出率^[6]。

丙泊酚作为无痛胃镜检查常用的静脉麻醉药, 一般胃镜检查及简单活检采用单纯静脉注射丙泊酚即可满足要求^[3]。随着老龄化社会的到来, 老年病人胃镜检查逐年增多。老年人尤其是高龄老人脏器功能储备力下降, 常常伴有循环系统或呼吸系统疾病, 然而并没有针对老年病人的个体化详细用药方案。在老年病人中实施深度镇静, 如果控制不好可能会出现严重的呼吸循环抑制, 造成严重后果^[7]。有报道认为应用丙泊酚发生的心肺抑制与首次注射丙泊酚剂量相关, 为更好的控制丙泊酚的用量, 应用脑电双谱指数及靶控输入, 可取得满意的麻醉效果, 同时降低低血压的发生, 可作为老年人以及高龄老人无痛内镜检查控制丙泊酚用量的更好选择^[8,9]。由于胃镜中心工作量大、接台快及经济因素等, 脑电双谱指数及靶控输入的常规广泛使用并不现实, 同时会有许多刚刚进入胃镜室工作的住院医师、进修医生、规培医师等, 这给麻醉医生带来了很大的挑战。研究认为丙泊酚诱导剂量与年龄、体重、性别、ASA 分级相关^[10,11], 一项大样本的研究证实随着年龄增长, 丙泊酚诱导剂量逐渐下降^[12]。然而关于其使用剂量并没有一个精准的计算方法。

本研究中发现直接进行老龄和高龄病人胃镜检查中丙泊酚的诱导剂量比较, 干扰因素过多, 并不能真实反映两组差异。进一步通过倾向性匹配评分法, 发现在匹配体重、性别、ASA 分级后, 随着年龄增加丙泊酚使用量明显下降。提醒我们在丙泊酚诱导时要重点关注年龄的因素。

进一步的研究, 通过多元线性回归的方法, 构建以丙泊酚诱导剂量为因变量, 其他影响因素为自变量的预测模型, 探索一种综合考虑多种因素, 实现个体化用药的方案。该方案可为无痛胃镜检查中丙泊酚诱导剂量个体化精准用药提供参考。在分析各影响因素时我们发现, 患者的年龄、体重、性别、ASA 分级都与丙泊酚诱导剂量相关。且年龄对丙泊酚诱导剂量的影响最大, 这也与其它文献报道的相一致^[10,11]。

综上所述, 使用丙泊酚诱导的老年病人无痛胃镜检查, 其剂量受年龄、体重、性别、ASA 分级多种因素影响, 临床工作中应综合考虑多种因素, 不可单纯依靠体重计算给药剂量, 做到个体化给药才能保证麻醉工作的顺利完成。

参考文献:

[1]Chen M,Wu W,Pan S,et al. Sedated gastroscopy improves detection of gastric polyps[J]. Experimental and therapeutic medicine, 2018, 16.

[2]M Wielepütz. A prospective, randomized controlled trial of sedation vs. no sedation in outpatient diagnostic upper gastrointestinal endoscopy.[J]. Endoscopy, 30(01):21-24.

[3]国家消化内镜质控中心, 国家麻醉质控中心. 中国消化内镜诊疗

(下转第 148 页)

功能性消化不良患者接受中医疏肝健脾法治疗对总有效率的影响

张娜 刘云升 施萍

北京市通州区中西医结合医院 北京 101100

摘要：目的：探析在功能性消化不良患者治疗过程中合理应用中医疏肝健脾法对临床治疗效率的具体影响。方法：从我院收治的功能性消化不良患者中随机择取 120 例进行对比研究，时间为 2020 年 5 月-2021 年 4 月，并采用抽签法将其分成对照组与观察组，每组 60 例患者。其中，对照组采用常规西医进行治疗，而观察组采用中医疏肝健脾法进行治疗，并对比两组患者消化不良症状发生情况、临床治疗效果以及治疗前后消化功能评分指标。结果：经统计，在上腹痛、上腹烧灼感、餐后饱胀不适、早饱等消化不良症状发生情况方面，观察组患者整体低于对照组， $P < 0.05$ ；在临床治疗效果方面，观察组优于对照组， $P < 0.05$ ；治疗前观察组与对照组患者消化功能评分无明显差异， $P > 0.05$ ，治疗后观察组患者消化功能评分低于对照组， $P < 0.05$ 。两者差异具有统计学意义。结论：将中医疏肝健脾法合理运用到功能性消化不良患者治疗过程中，可以最大程度降低患者消化不良症状发生几率，加快患者消化功能康复速度，减少患者治疗时间，切实提高患者治愈成功率，为患者身体健康及生活质量提供重要保障，值得临床推广。

关键词：功能性消化不良；中医疏肝健脾法；临床治疗效率

功能性消化不良是一种临床综合症，具体表现为患者身体出现上腹胀、上腹疼痛、恶心干呕等多种症状，由于该病发病率较高，且具有持续性、反复性等不良特点，若患者不及时接受有效治疗，则会对其身体健康与日常生活质量产生严重影响。近年来，随着我国经济迅猛发展，人们日常生活节奏不断加快，生活作息及饮食结构不够规律，导致功能性消化不良疾病发病率逐渐呈现逐年上升趋势。并且功能性消化不良病症会持续反复发生，目前临床对于该病通常采用药物进行治疗，而常规西药多为促肠胃动力性或神经营养类药物，并且西药疗效较短，患者在接受治疗后极易出现复发情况。中医认为，功能性消化不良疾病患病原因在于人体肝气郁结横犯脾胃，从而产生肝郁气滞症状，导致气失疏泄，循环功能出现异常，引发疼痛。在这种情况下，为进一步提高功能性消化不良患者临床治疗成功率，明确中医疏肝健脾法在功能性消化不良患者治疗中的临床应用效果，本文主要择取我院 120 例该疾病患者进行对比研究，结果报告如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料 本次实验研究的 120 例功能性消化不良患者时间为 2020 年 5 月-2021 年 4 月，并将其分为对照组与观察组，其中对照组 60 例，男性 27 例，女性 33 例，年龄 24-65 岁，平均 (45.34 ± 3.65) 岁，病程 1-4 年，平均病程 (2.46 ± 0.24) 年；观察组 60 例，男性 29 例，女性 31 例，年龄 25-67 岁，平均 (46.41 ± 3.17) 岁，病程 1—5 年，平均病程 (3.13 ± 0.46) 年。两组患者在基线资料可比性方面无统计学意义 ($P > 0.05$)。本次试验由伦理委员会审核批准。纳入标准：①由胃镜检查确诊，符合功能性消化不良疾病诊断标准；②对本次试验药物无过敏史者；③无语言、意识以及行为功能障碍者；④自愿签订知情同意书者。排除标准：①合并胃食管反流、功能性烧心、肠易激综合征者；②既往具有腹部及消化性溃疡手术史者；③对试验药物有过敏史且不愿参与研究者；④合并严重心脑血管、造血、

精神功能疾病且无法沟通交流者。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 采用常规西医治疗方法：根据患者实际情况，让其在饭前 30min 内服用 150mg 雷尼替丁、10mg 吗丁啉，3 次/d，7d 为 1 个疗程，共服用 4 疗程。

1.2.2 观察组 采用中医疏肝健脾法治疗。具体药方：柴胡 10g、茯苓 10g、党参 10g、炒白术 12g、枳壳 10g、桂枝 6g、元胡 10g、黄芩 10g、炙甘草 6g、陈皮 15g、白芍 20g。另外，要结合患者病情严重程度以及生命体征变化情况，适当调整药方以及用药剂量。如患者有脾气虚的症状将党参换为人参 10g，黄芪 15g，山药 15g；出现脾胃湿热的症状去桂枝，加上黄连 6g，佩兰 10g；出现寒热错杂的症状加上高良姜 10g，甘松 10g；出现肝胃郁热的症状去桂枝，加上黄连 6g，吴茱萸 5g；出现胃阴亏虚症状去党参、桂枝，加上北沙参 10g，生地 12g，出现瘀血症状去桂枝，加三七粉 3g，丹参 15g。所有中药凉水浸泡 1h，而后凉水大火熬制，沸腾后转小火熬制 30min，倒出 200mL，再次熬制 20min，将剩余 200mL 倒出，并与之前的药液混合均匀，对半分，分早、晚两次餐后半小时进行服用。7d 为 1 个疗程，共服用 4 疗程。

1.3 观察项目与评价指标 (1) 比较两组患者不良症状发生情况：主要包含上腹痛、上腹烧灼感、餐后饱胀不适、早饱四个方面，采用 10 分制，分数越高，说明患者不良症状发生率较高^[1]。(2) 比较两组患者临床治疗效果：患者消化不良症状完全消失，身体各项机能恢复正常为显效；患者消化不良症状明显消失，身体机能逐渐恢复为显效；未达到以上效果为无效^[2]。显效+有效为总有效率。分别于治疗前、治疗后 2 周、4 周进行评分。(3) 比较两组患者治疗前后消化功能评分指标：采用 GOSS 评分量表对患者治疗前后消化功能进行综合评析，该量表涉及 8 个症状条目，每

条目满分 1-7 分，总分 7-56 分，分数越高说明消化不良症状越严重^[3]。

1.4 统计学方法 采用 SPSS20.0 软件进行数据处理分析；计数资料用例数（*n*）表示，计数资料用 χ^2 检验，用百分比（%）比较。计量资料用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，用 *t* 检验。差异为 *P*<0.05 有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组患者不良症状发生情况

如表 1 所示，观察组消化不良症状评分指标低于对照组（*P*<0.05），两者具有统计学意义。

表 1 比较两组患者消化不良症状评分指标（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	n	上腹痛	上腹烧灼感	餐后饱胀不适	早饱
对照组	60	5.82±1.25	6.35±1.24	4.93±0.97	5.52±1.48
观察组	60	3.43±1.78	4.29±1.16	2.85±1.31	3.07±1.95
t	-	8.511	9.397	9.884	7.752
P	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 比较两组患者临床治疗效果

如表 2 所示，观察组患者临床治疗效果整体高于对照组（96.7vs 86.7），两者有统计学意义（*P*<0.05）。

表 2 比较两组患者临床治疗效果（n，%）

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
对照组	60	22	30	8	86.7（52/60）
观察组	60	32	26	2	96.7（58/60）
χ^2	-	-	-	-	3.927
P	-	-	-	-	<0.05

2.3 比较两组患者治疗前后消化功能评分指标

治疗前，观察组患者消化功能评分与对照组无明显差异，*P*>0.05，治疗后观察组患者消化功能评分低于对照组，两者有统计学意义（*P*<0.05）。见表 3。

表 3 比较两组患者治疗前后消化功能评分指标（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	n	治疗前	治疗后
对照组	60	33.15±7.64	24.29±5.47
观察组	60	34.09±7.28	18.64±4.09
t	-	0.690	6.408
P	-	>0.05	<0.05

3 讨论

功能性消化不良是因胃肠动力障碍、内脏感觉过敏以及胃低对食物容受性舒张功能降低等因素导致的一种综合性病症，虽然不会威胁患者生命安全，但由于该疾病发病率较高，且极易出现病情反复、持续发病现象，对患者日常生活质量和身体健康具有重要影响。因在患者治疗过程中往往需要大量医疗费用和医疗资源，会使患者生理和心理负担不断加重^[4]。对于西医领域而言，其认为产生功能性消化不良疾病的根本原因在于患者所处环境、日常生活习惯、消化道功能障碍等多方面因素，西医在该疾病治疗中，通常需要患者在日常生活中养成良好的生活作息与饮食习惯，严禁吸烟、酗酒、暴饮暴食等情况出现，同时，辅以药物治疗，如雷尼替丁、吗丁啉等，该药物要在饭前服用，以此来缓解患者病症，改善患者消化功能情况^[5-6]。但由于西医治疗方式疗效较短，通常需要患者长期服药，久而久之，会使其身体产生抗药性，并且药物具有一定副作用，可能会增加各种不良反应发生概率，使得临床治疗效果逐渐下降。中医认为，功能性消化不良属于中医痞满、胃痛、嘈杂、吐酸等范畴。此病主要是感受外邪、饮食不节、情志失调和脾胃虚弱所致。在临床中以肝郁脾虚证为多见，中医疏肝健脾法在治疗功能性消化不良患者中具有十分显著的临床治疗效果，其能够帮助患者减轻病痛、消除病症，降低疾病反复发生几率，维护患者身体健康^[7]。方中疏肝健脾方中用四逆散合四君子汤加减化裁而成。方中用柴胡、白芍、枳壳、炙甘草调和肝脾，疏肝理脾。四君子汤中党参、茯苓、炒白术、炙甘草益气健脾，桂枝温通经脉、助阳化气，元胡活血散瘀、理气止痛，黄芩清热解毒，陈皮理气健脾、燥湿化痰^[8]。因此，在治疗期间，医务人员要充分发挥中医疏肝健脾法治疗方式的价值作用，详细观察和了解患者病情严重程度，制定科学、合理的用药配方，通过适当调整原有配方中药物种类和数量，真正实现疏肝解郁、肝气条达、养血敛阴、补充血气、疏肝健脾的临床效果，使患者肝郁得到有效纾解，消除患者各种不良症状^[9]。另外，在用药治疗过程中，医务人员要密切观察患者身体相关指标变化情况，主动询问患者身体是否具有不适感，一旦发现异常，要及时停止用药，并采用有效方式进行处理，防止患者出现各种总不良反应。

根据本文实验研究表明，在上腹痛、上腹烧灼感、餐后饱胀不适、早饱等不良症状发生情况方面，观察组患者整体低于对照组，*P*<0.05；在临床治疗效果方面，观察组优于对照组，*P*<0.05；治疗前观察组与对照组患者消化功能评分无明显差异，*P*>0.05，治疗后观察组患者消化功能评分低于对照组，*P*<0.05。两者差异具有统计学意义。说明在功能性消化不良患者临床治疗中运用中医疏肝健脾法效果十分显著，其可以根据患者病情严重程度，适当调整各种药物应用剂量，充分发挥每种药物实际药效，以此来改善患者临床病症，加快患者身体指标恢复速度^[10-11]。医务人员在治疗过程中，要向患者详细讲解该病发病机制、用药治疗效果、用药方法以及相关注意事项等内容，提高患者对该病相关知识认知程度；并告知其一些

成功案例,给予具有紧张、焦虑等负面情绪患者心理疏导,缓解、消除其内心不良情绪,提高其临床用药治疗依从性和配合度,切实提高药物治疗效果^[12]。同时,医务人员要叮嘱患者按照医嘱服药,严禁出现擅自停药情况,进一步提高患者临床治疗效果,促进患者消化功能不断修复,在保障患者身体健康安全的同时,促使患者生活质量有效提升,从而更好地满足患者实际治疗需求。除此之外,医务人员要根据病情变化,适当调整其饮食结构,告知其多食用富含优质蛋白质、维生素等食物,禁止食用辛辣、生冷等刺激性食物,避免对胃部消化功能造成负担,影响其预后效果^[13]。在患者出院后,医务人员要告知患者养成良好的生活及饮食习惯,饭后适当开展一些运动训练,如散步、慢跑等,促进肠胃蠕动,改善其消化不良症状,促进其病情恢复,减少各种不良症状发生情况,维护患者身体健康。

综上所述,将中医疏肝健脾法合理运用到功能性消化不良患者治疗过程中,可以最大程度降低患者不良症状发生几率,加快患者消化功能恢复速度,减少患者治疗时间,切实提高患者治愈成功率,为患者身体健康及生活质量提供重要保障,值得临床运用推广。

参考文献:

- [1]杨佳昕,孟庆一,马欣,等. 子午流注针法联合健脾疏肝汤治疗功能性消化不良脾虚气滞证临床观察[J]. 光明中医,2021,36(6):931-933.
- [2]高静,李笑梅,张伟. 功能性消化不良患者接受中医疏肝健脾法治疗对总有效率的影响[J]. 山西医药杂志,2020,49(12):1556-1558.
- [3]毛兰芳,梁乾坤,汪龙德,等. 基于脑肠轴的疏肝健脾法促进功能性消化不良患者胃动力作用的研究[J]. 时珍国医国药,2021,32(1):42-46.

(上接第 145 页)

镇静/麻醉操作技术规范[J]. 临床麻醉学杂志, 2019, 35(1):4.

[4]中国早期胃癌筛查及内镜诊治共识意见(2014 年,长沙)[J]. 中华消化杂志, 2014, 34(007):361-377.

[5]梁静,王凤梅,谷口清章. 日本早期胃癌内镜筛查和诊断现状[J]. 胃肠病学, 2017, 22(9):5.

[6]Riphaus A,Wehrmann T.edation in gastro-intestinal endoscopy[J]. Der Gastroenterologie, 2010, 5(2):143-155.

[7]Department, of, Anesthesiology, et al. Critical Point of Anesthetic Management in the Elderly[J]. Korean Journal of Anesthesiology, 2016.

[8]Von Delius S, Salletmaier H, Meining A, et al. Bispectral index monitoring of midazolam and propofol sedation during endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a randomized clinical trial(the EndoBIS study) [J]. Endoscopy, 2012 ,44(3) :258-264.

[4]王艳霞. 中医疏肝健脾和胃法治疗功能性消化不良的临床应用研究[J]. 中国保健营养,2020,30(4):92-93.

[5]山萍,付雯琴,薛美. 陆氏针灸弩法联合疏肝健脾饮治疗肝胃不和型功能性消化不良的效果研究[J]. 当代医药论丛,2020,18(18):164-167.

[6]牛燕召,陈鹏飞,兰立志. 健脾疏肝汤联合多潘立酮对功能性消化不良(肝胃不和型)患者中医证候积分的影响[J]. 首都食品与医药,2020,27(13):188.

[7]贾艳平. 疏肝健脾方治疗小儿功能性消化不良的临床研究[J]. 哈尔滨医药,2021,41(1):135-136.

[8]汪龙德,杜晓娟,刘俊宏,等. 基于脑肠互动探讨疏肝健脾法治疗功能性消化不良的研究思路[J]. 中医研究,2019,32(4):1-3.

[9]王蓉. 疏肝健脾和胃法治疗功能性消化不良的疗效观察[J]. 饮食保健,2018,5(24):103-104.

[10]李云芳,纪少军,陈剑明. 疏肝健脾法治疗功能性消化不良患者的临床疗效研究[J]. 天津中医药,2017,34(9):583-586.

[11]金学洙. 疏肝健脾法治疗肝郁脾虚型功能性消化不良的临床分析[J]. 中国保健营养,2019,29(33):335.

[12]徐跃峰. 疏肝健脾和胃法治疗功能性消化不良肝胃不和证临床研究[J]. 河南中医,2017,37(6):1051-1053.

[13]马兴婷,赵智宏,郭璇. 疏肝健脾活血疗法联合腹针对肝郁脾虚型功能性消化不良患者的疗效分析[J]. 中国中西医结合消化杂志,2019,27(5):382-386.

[9]Vito A D,Agnoletti V,Berrettini S,et al.Drug-induced sleep endoscopy:conventional versus target controlled infusion techniques-a randomized controlled study[J].Eur Arch Otorhinolaryngol, 2011, 268(3):457-462.

[10]Steinmetz J ,Rasmussen L S . The elderly and general anesthesia[J]. Minerva Anesthesiologica, 2010, 76(9):745-752.

[11]Akira, Horiuchi, Yoshiko,et al.Low-Dose Propofol Sedation for Diagnostic Esophago gastro duodenoscopy: Results in 10,662 Adults[J]. American Journal of Gastroenterology, 2009.

[12]Heuss L T,Schnieper P,Drewe J , et al. Conscious sedation with propofol in elderly patients: a prospective evaluation.[J]. Alimentary Pharmacology & Therapeutics, 2003, 17(12):1493-1501.

作者简介:张明明,性别:男,出生年月:1987.02,籍贯:江苏南京,职称:住院医师,学历:硕士,毕业院校:徐州医科大学,研究方向:神经病理性痛 单位名称:南京鼓楼医院。

不同方式无张力疝修补术在腹股沟疝气的治疗中的疗效

张志安

邢台市清河县人民医院 河北邢台 054800

摘要: 目的: 观察腹股沟疝气患者应用不同方式无张力疝修补术治疗效果。方法: 对照组行开放式无张力疝修补术, 观察组行腹腔镜无张力疝修补术。结果: 观察组治疗结果为 95.24% 高于对照组, 并发症发生率为 2.38% 低于对照组, 观察组手术时间为 (46.95±3.67) min、术中出血量 (8.16±1.26) ml、术后下床时间为 (6.92±1.15) h, 住院时间为 (3.76±1.14) d 低于对照组, 观察组 IL-6 水平为 (22.19±4.16) ng/L, 皮质醇水平为 (86.95±12.15) μg/L 低于对照组, 观察组躯体疼痛评分为 (18.97±3.95) 分, 生理职能评分为 (17.94±4.15) 分, 精神健康评分为 (19.94±4.95) 分, 精力评分为 (18.94±4.82) 分, 社会功能评分为 (18.79±4.85) 分高于对照组 (P<0.05)。结论: 针对腹股沟疝气患者, 采取腹腔镜无张力疝修补术治疗, 在优化患者治疗效果方面优势显著, 能够进一步改善患者临床指标, 降低患者并发症, 减少应激反应, 提升生活质量。

关键词: 腹股沟疝气; 无张力疝修补术; 治疗效果

引言: 腹股沟疝气主要指腹腔内脏器在皮下向外突出的情况, 该疾病病因较为复杂, 当前临床多认为与腹壁薄弱、腹内压力提升有关。该疾病属于腹部外科疾病, 在普外科中较为常见, 多集中高发于老年群体。由于老年群体年龄较高, 身体状态呈现下降趋势, 肌肉组织多伴随萎缩情况, 当患有腹股沟疝气后, 一旦没有采取及时有效处理, 将会伴随休克, 腹膜炎等并发症出现, 对患者身体健康影响严重。就目前而言, 临床主要应用手术治疗腹股沟疝气, 但是采取不同术式对患者的治疗效果也会产生不同影响。因此, 强调临床应高度重视腹股沟疝气患者治疗工作, 并以患者实际情况出发, 结合现有医学研究结果, 合理选择手术术式, 有效保障患者治疗效果。以往临床多采取开放式无张力疝修补术进行治疗, 该治疗方法在一段时间内能够起到良好的作用, 但是结合医疗技术发展, 该术式用时长、出血量较高的劣势也逐渐暴露, 并且还有研究显示, 通过应用该手术, 患者具有一定的术后并发症风险。而近年来, 有学者经研究显示, 通过应用腹腔镜无张力疝修补术治疗效果较为显著, 可有效保障患者治疗安全性, 确保缩短患者手术治疗时间, 有利于提高患者生活质量。本文于本院 2020 年 12 月~2021 年 12 月收治的 84 例腹股沟疝气患者中, 观察不同方式无张力疝修补术治疗效果。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

一般资料见表 1。

纳入标准: (1) 患者与腹股沟疝气诊断标准相符合; (2) 患者未存在麻醉禁忌; (3) 患者意识清楚; (4) 患者自愿参与研究, 对研究内容知情, 同意签署知情同意书。

排除标准: (1) 患者不愿意参与研究; (2) 麻醉药物不耐受; (3) 患者存在既往外科手术史; (4) 合并心肝肾等重要器官功能障碍; (5) 患者合并精神系统疾病, 伴随主观认知功能障碍。

1.2 方法

对照组: 开放式无张力疝修补术。手术步骤: 全麻处理, 取腹股沟区

作斜切口, 将疝囊剥离, 完成高位结扎, 对精索进行游离处理。借助网塞, 填充疝环口, 缝合网塞、疝环口, 并予以固定, 在腹膜后间隙内将疝修补片进行固定, 冲洗手术区域, 将手术切口进行关闭。

观察组: 腹腔镜无张力疝修补术。手术步骤: 全麻处理, 取患者脐下缘处做观察孔, 取脐部左右侧 5mm 处作操作孔。建立人工气腹, 经腹腔镜引导, 对腹膜组织进行逐层分离, 将疝囊充分暴露。分离疝囊、精索, 高位结扎疝囊, 游离周围组织, 在腹膜后间隙对疝修补片进行固定, 冲洗手术区域, 将气腹进行解除, 将手术切口关闭。

1.3 观察范围

(1) 治疗效果: 显效: 术后患者临床症状完全消失, 对治疗效果满意度较高; 有效: 术后患者临床症状基本消失, 对治疗效果满意度一般; 无效: 术后患者临床症状无变化, 对治疗效果不满意。(2) 围术期指标: 观察患者手术、术后下床以及住院时间、术中出血量; (3) 应激指标水平: 观察患者 IL-6 水平、皮质醇水平; (5) 并发症: 尿潴留、切口感染、肠梗阻、阴囊水肿等; (6) 生活质量: SF-36 量表评估患者生活质量, 评分包括 躯体疼痛、生理职能、精神健康、精力以及社会功能等, 评分越高, 生活质量越高。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 21.0 软件处理数据, 计数资料采用 χ^2 检验, 以 (%) 表示。计量资料采用 t 检验, 以 (均数±标准差) 表示。P<0.05 视为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 一般资料

两组患者一般资料有可比性 (P>0.05)

表 1 一般资料相比较

组别	例数	性别		年龄	病程 (年)
		男	女		
观察组	42	36	6	64.85±1.64	1.63±0.26

对照组	42	35	7	64.86±1.65	1.64±0.29
X ² /t		1.008		1.842	1.602
P		0.112		0.126	0.159

2.2 治疗效果

观察组治疗结果为 95.24%，对照组治疗结果为 78.57%，观察组较高（P<0.05）。

表 2 治疗效果相比较[n（%）]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
观察组	42	35(83.33)	5（11.90）	2（4.76）	40(95.24)
对照组	42	20(47.62)	13(30.95)	9（21.43）	33(78.57)
X ²					10.625
P					0.001

2.3 围术期指标

观察组手术时间为（46.95±3.67）min、术中出血量（8.16±1.26）ml、术后下床时间为（6.92±1.15）h，住院时间为（3.76±1.14）d，对照组手术时间为（56.97±4.19）min、术中出血量（20.32±3.62）ml、术后下床时间为（12.19±1.94）h，住院时间为（5.94±1.98）d，观察组更低（P<0.05）。

表 3 围术期指标（x±s）

组别	例数	手术时间 （min）	术中出血 量（ml）	术后下床 时间（h）	住院时间 （d）
观察组	42	46.95±3.67	8.16±1.26	6.92±1.15	3.76±1.14
对照组	42	56.97±4.19	20.32±3.62	12.19±1.94	5.94±1.98
t		10.625	11.815	10.698	11.954
P		0.001	0.001	0.001	0.001

2.4 应激指标水平

治疗前观察组 IL-6 水平为（18.15±2.26）ng/L，皮质醇为（72.15±4.15）μg/L，观察组 IL-6 水平为（18.16±2.27）ng/L，皮质醇为（72.16±4.16）μg/L，两组相比较无意义（P>0.05），治疗后观察组 IL-6 水平为（22.19±4.16）ng/L，皮质醇水平为（86.95±12.15）μg/L，对照组 IL-6 水平为（42.95±2.27）ng/L，皮质醇水平为（106.95±12.69）μg/L，观察组较低（P<0.05）。

表 6 生活质量相比较（x±s，分）

组别	例数	躯体疼痛	生理职能	精神健康	精力	社会功能
观察组	42	18.97±3.95	17.94±4.15	19.94±4.95	18.96±4.82	18.79±4.85
对照组	42	12.15±2.01	11.94±1.51	11.50±1.59	11.96±1.18	11.98±1.06
t		10.626	11.969	10.695	11.789	10.602
P		0.001	0.001	0.001	0.001	0.001

3. 结论

疝主要指机体内某脏器离开原本位置，借助薄弱缺损处，进入到另一

表 4 应激指标水平（x±s）

组别	例数	IL-6（ng/L）		皮质醇（μg/L）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	42	18.15±2.26	22.19±4.16	72.15±4.15	86.95±12.15
对照组	42	18.16±2.27	42.95±2.62	72.16±4.16	106.95±12.69
t		1.024	6.514	0.115	7.966
P		0.115	0.001	0.151	0.001

2.5 并发症

观察组并发症为 2.38%，对照组并发症为 14.29%，观察组较低（P<0.05）。

表 5 并发症相比较[n（%）]

组别	例数	尿潴留	切口感 染	肠梗阻	阴囊血 肿	并发症
观察组	42	1（2.38）	0（0.00）	0（0.00）	0（0.00）	1（2.38）
对照组	42	2（4.76）	2（4.76）	1（2.38）	1（2.38）	6（14.29）
X ²						10.302
P						0.001

2.6 生活质量

观察组躯体疼痛评分为（18.97±3.95）分，生理职能评分为（17.94±4.15）分，精神健康评分为（19.94±4.95）分，精力评分为（18.94±4.82）分，社会功能评分为（18.79±4.85）分，对照组躯体疼痛评分为（12.15±2.01）分，生理职能评分为（11.94±1.51）分，精神健康评分为（11.50±1.59）分，精力评分为（11.96±1.18）分，社会功能评分为（11.98±1.06）分。观察组较高。（P<0.05）。

部位的情况。腹腔内脏器经腹股沟区域向外突出于皮下，形成肿块，即为腹股沟疝气。该疾病常见于老年群体，大部分患者均无法自行痊愈，并且

在病程时间延长的情况下, 疝块也会随之增长, 在严重的情况下, 可直接威胁患者生命安全。因此, 强调临床应切实采取有效治疗方案, 保障腹股沟疝气患者治疗质量^[1]。

以腹股沟疝气临床发病展开分析, 在患病后, 患者疝气组织呈现多种表现形式。其中, 该疾病常见患病部位为腹壁组织, 并且患者患病与先天性、后天性因素均有一定的影响。以病理学角度分析, 处于腹股沟环结构外侧深部疝气在临床中被称为腹股沟斜疝, 而处于腹股沟下壁血管组织内侧位置在临床被称为腹股沟直疝。当前研究^[2]表明, 腹股沟直疝疾病常见于老年群体中。相关资料显示, 腹股沟疝气发病年龄处于 16~24 岁, 并且针对超过 70 岁男性群体, 腹股沟疝气发病率占比 2.0%, 在全球范围内超过 45 周岁人群腹股沟疝气患病率为 4.0%。研究发现, 在患者生理年龄增长的情况下, 腹股沟疝气患病率将会呈现持续升高趋势。并且与女性患者相比, 男性患者确诊数量明显更多。还有研究表明, 如果人体长期处于吸烟状态下, 将会降低获得性胶原物质, 进而提升腹股沟疝气患病率。相关调查^[3]显示, 针对男性群体, 腹股沟疝气患病率为 27.00%, 针对女性群体, 腹股沟疝气患病率为 3.00%, 结合上述研究可发现, 该疾病在男性老年群体中较为高发, 但是临床尚未明确具体原因。整体而言, 腹股沟疝气在老年群体中较为常见, 并且结合年龄增长, 人体腹部组织、横筋膜活性, 将会呈现减弱趋势, 进而出现薄弱部位, 将会使腹部组织内容物以疝气形式突出, 同时, 在穿过薄弱部位后, 精索、股动静脉血管将会呈现萎缩状态, 进而出现腹股沟疝气^[4]。

以往临床多应用开放式无张力疝修补术进行治疗, 该治疗方式在一段时间内应用较为广泛, 并且治疗效果明显。但是在医疗技术发展以及患者对治疗质量要求提升的情况下, 该治疗方法将难以取得满意的治疗效果, 并且在手术后, 患者机体应激创伤较为严重, 患者在术后多伴随短时间内应激水平提高情况, 不利于患者术后康复。结合医学行业发展, 腹腔镜无张力疝修补术的应用在临床中逐渐普遍化, 在坚持无张力原则下, 通过将新型人工材料网片放置于患者腹股沟后壁, 经局部刺激, 能够有效促进患者自身组织恢复, 在修复患者缺损部位的同时, 进一步提升患者腹部厚壁强度。同时, 借助腹腔镜, 能够降低局部刺激, 可经小切口特点, 有效降低对患者腹腔内脏器组织的干扰, 有利于降低患者术后应激水平。建立在患者应激水平控制的基础上, 能够进一步降低患者并发症风险, 提升患者治疗安全性。结合本文研究, 治疗前观察组 IL-6 水平为 (18.15±2.26) ng/L, 皮质醇为 (72.15±4.15) μg/L, 观察组 IL-6 水平为 (18.16±2.27) ng/L, 皮质醇为 (72.16±4.16) μg/L, 两组相比较无意义 ($P>0.05$), 治疗后观察组 IL-6 水平为 (22.19±4.16) ng/L, 皮质醇水平为 (86.95±12.15) μg/L, 对照组 IL-6 水平为 (42.95±2.27) ng/L, 皮质醇水平为 (106.95±12.69) μg/L, 观察组较低, 观察组并发症为 2.38%, 对照组并发症为 14.29%, 观察组较低 ($P<0.05$)。提示, 在治疗前, 两组应激指标趋于一致, 但是在分别采取手术治疗后, 两组患者应激水平均处于上升趋势, 但是与对照组相比较,

观察组应激指标更低, 这说明, 经腹腔镜无张力疝修补术, 能够有效促进患者应激水平, 进一步降低患者并发症风险。

有学者^[5]经研究表明, 与开放式无张力疝修补术相比, 借助腹腔镜无张力疝修补术, 能够有效保障腹股沟疝气患者治疗效果, 并且能够降低患者创伤, 缩短患者临床指标, 有利于促进患者术后恢复, 提升生活质量。结合本文研究, 观察组治疗结果为 95.24%, 对照组治疗结果为 78.57%, 观察组较高, 观察组手术时间为 (46.95±3.67) min、术中出血量 (8.16±1.26) ml、术后下床时间为 (6.92±1.15) h, 住院时间为 (3.76±1.14) d, 对照组手术时间为 (56.97±4.19) min、术中出血量 (20.32±3.62) ml、术后下床时间为 (12.19±1.94) h, 住院时间为 (5.94±1.98) d, 观察组更低。观察组躯体疼痛评分为 (18.97±3.95) 分, 生理职能评分为 (17.94±4.15) 分, 精神健康评分为 (19.94±4.95) 分, 精力评分为 (18.94±4.82) 分, 社会功能评分为 (18.79±4.85) 分, 对照组躯体疼痛评分为 (12.15±2.01) 分, 生理职能评分为 (11.94±1.51) 分, 精神健康评分为 (11.50±1.59) 分, 精力评分为 (11.96±1.18) 分, 社会功能评分为 (11.98±1.06) 分。观察组较高。提示, 经腹腔镜无张力疝修补术, 手术视野更加清晰, 能够有效降低手术切口, 进而减少术中出血量, 进而提高手术效率, 确保手术效果, 使患者术后恢复速度更快, 有利于提升患者生活质量。具体而言, 近年来, 腹腔镜微创手术技术提高使腹腔镜疝修补术在临床应用范围呈现扩大趋势。有研究表明, 通过将其应用到腹股沟疝气患者中, 能够起到良好的治疗效果, 并且该治疗方式在临床认可度较高。与开放式无张力疝修补术相比, 经腹腔镜无张力疝修补术, 能够在最大程度上减轻患者外源性损伤, 有效降低患者术后恢复技术难度, 有利于提升患者术后生活质量。经该术式开展手术过程中, 手术器械可不直接进入患者腹腔组织内部, 能够有效促进患者术后恢复, 进一步降低患者并发症风险, 提升患者综合生活质量。

综上所述, 针对腹股沟疝气患者, 通过应用腹腔镜无张力疝修补术, 可有效保障患者治疗效果, 改善临床指标, 有利于提升患者生活质量, 降低患者手术应激反应, 减少患者并发症。

参考文献:

- [1]周嘎子.腹腔镜下无张力疝修补术治疗老年腹股沟疝的效果观察[J].中国社区医师,2022,38(06):46-48.
- [2]吴桂蓉.腹腔镜下疝气修补术与腹股沟疝无张力疝修补术治疗腹股沟疝的疗效观察[J].智慧健康,2021,7(29):91-93.
- [3]侯军辉,梅勇.老年腹股沟疝气治疗中采取疝气无张力修补术对减少并发症的价值研究[J].中国药物与临床,2021,21(16):2822-2824.
- [4]刘学明,赵井生.不同手术治疗方式治疗腹股沟疝气的临床效果比较研究[J].心理月刊,2021,16(19):43-45.
- [5]蔡义盼,杨代华,宋晶晶.腹腔镜经腹膜前间隙无张力疝修补术与传统无张力疝修补术在成人疝气治疗中的临床效果研究[J].山西医药杂志,2021,50(13):2047-2050.

切开复位内固定手术治疗踝关节骨折效果分析

赵弟金

山东省菏泽市牡丹区高庄镇中心卫生院 山东菏泽 274000

摘要: 目的: 探讨切开复位内固定治疗踝关节骨折的临床效果, 并分析影响术后踝关节功能的相关因素。方法: 将 2018 年 8 月至 2021 年 1 月来我院就诊的 48 例踝关节骨折行切开复位内固定术治疗的患者为研究对象, 观察术后骨折愈合和切口愈合及并发症情况, 应用美国足踝外科协会(AOFAS) 的踝-后足评分系统对患者进行术前和术后随访 1 年后进行评分, 评估患者踝关节功能恢复情况, 及患者的主观满意率。结果 所有患者均随访至研究结束; 术后发生切口感染 1 例, 下肢深静脉血栓 1 例, 腓骨肌腱疼痛 1 例, 伤口愈合延迟 3 例, 均经对症处理后恢复; 应用美国足踝外科协会(AOFAS) 的踝-后足评分系统对患者进行术前和术后随访 1 年后进行评分, 患者整体的评分均明显高于术前评分, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 术后 1 年随访时根据 AOFAS 踝-后足功能评分标准评定, 48 例患者中, 踝关节功能优 25 例 (52.08%), 良 13 例 (27.08%), 优良率 (79.17%), 踝关节功能不良 10 例 (20.83%); 患者的主观满意率达 91.67%。结论: 对踝关节骨折的患者实行切开复位内固定治疗踝关节骨折具有较好的临床疗效, 并可获得较高的患者满意度, 值得广大临床推广使用。

关键词: 手术治疗; 切开复位内固定术; 踝关节骨折

踝关节骨折作为一种创伤性骨折类型, 发生多因直接或间接性暴力后造成的内外踝、后踝骨折^[1,2]。受到踝关节本身的结构特征, 在治疗中具有极大的难度。对于踝关节骨折的患者, 如不及时治疗将导致踝关节功能恢复受损, 如出现关节炎、骨折不愈合, 后期疼痛感增强, 严重可发生局部肌肉萎缩、关节僵硬、关节疼痛等情况, 甚至出现无法正常走路情况, 对其生活质量造成严重影响^[3,4,5]。通过手术恢复踝关节解剖位置对患者踝关节功能的恢复及减少创伤性关节炎的发生具有重要作用, 切开复位内固定法是治疗踝关节骨折的常用方法^[6,7,8], 本文就来我院就诊的 48 例踝关节骨折的患者行切开复位内固定法进行治疗, 取得了较好的效果, 现将结果汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2018 年 8 月至 2021 年 1 月来我院就诊的 48 例踝关节骨折行切开复位内固定术治疗的患者为研究对象, 所有患者均为闭合骨折; 其中男 27 例 (56.25%), 女 21 例 (43.75%); 年龄 35-75 岁, 平均年龄 (60.71±8.12) 岁; 摔伤 16 例, 崱伤 11 例, 车祸伤 3 例, 高处坠落伤 1 例, 砸伤 1 例。单纯外踝骨折 24 例, 单纯内踝骨折 17 例, 双踝骨折 3 例, 三踝骨折 4 例。按 Da-nis-Weber 分型: A 型 19 例, B 型 20 例, C 型 9 例。伤后至手术时间 8.47~18.32 (13.46±3.18) h。

入组标准: ① 患者大于 18 周岁且小于 80 周岁; ② 无心脏系统疾病; ③ 无下肢其他病变; ④ 经影像学诊断为踝关节骨折; ⑤ 符合手术指征, 并接受手术治疗; ⑥ 同意接受随访至研究结束。

排除标准: ①合并有其他气质性病变者; ②沟通或理解力障碍者; ③有药物滥用、嗜烟史、酗酒史者; ④有其他基础疾病但无法控制者, 如有糖尿病但无法控制者; ⑤病理性骨折; ⑥其他研究者认为不适宜者。

1.2 手术治疗方法

1.2.1 术前准备

术前完善影像学检查, 如行正侧位 X 线片、CT 扫描及三维重建检查, 判断骨折位置、类型及移位程度, 充分了解患侧骨折关节面情况; 伴有踝关节脱位的患者急诊先行手法复位, 石膏托或支具维持, 脱水消肿治疗或使用医用冷敷器冷敷; 对患者行术前相关心电图等检查, 并进行术前常规生化检查; 对伴有基础疾病的患者先行基础疾病的治疗, 待生命体征平稳、机体状况良好后行手术治疗。术前 30min, 给予患者静脉抗生素预防用药, 首选头孢唑林, 若发生过敏等不良反应, 可选择克林霉素。

1.2.2 手术方法

患者取平卧位, 采用蛛网膜下腔和硬膜外联合麻醉, 常规使用下肢气压止血带。手术顺序为由外踝至内踝及后踝。对骨折部位进行消毒、清创, 切口位置为内踝骨折于内踝前侧, 外踝骨折于胫骨后缘。根据骨折部位选择不同方法切开, 但应注意避开腓神经与大隐静脉等神经及血管, 分离骨膜, 暴露骨折线, 然后手法复位; 骨折复位后, 内踝骨折用松质骨螺钉或者是半螺纹空心螺钉固定, 外踝骨折用解剖型钢板及皮质骨螺丝钉固定, 后踝骨折用半螺纹空心螺钉固定。最后行 C 型臂 X 线机透视检查, 确定骨折复位良好, 逐层缝合切口, 清洗创面并放置引流条。

1.2.3 术后处理

术后常规使用石膏拖制动患肢, 抗生素预防感染 48h, 以头孢菌素、氯唑西林、克林霉素等为主, 并于术后 24h 拔除引流管并开始肌肉收缩锻炼, 根据患者情况于术后 3~5d 开始行踝关节屈伸功能锻炼, 术后 2~3 周拆线, 开始进行患侧肢体的不负重功能锻炼, 根据骨折愈合情况决定下地负重行走训练时间, 最后取出固定物。

1.3 观察指标

观察术后骨折愈合和切口愈合及并发症情况; 应用美国足踝外科协会 (AOFAS) 的踝-后足评分系统对患者进行术前和术后随访 1 年后进行评分, 评估患者踝关节功能恢复情况, 及患者的主观满意率。

AOFAS 评分包括：疼痛评分（重度持续持续疼痛，计 10 分；重度常见疼痛，计 20 分；轻度偶见疼痛，计 30 分；无疼痛，计 40 分）；功能活动评分（功能和自主活动、支撑情况：不受限，不需支撑，计 10 分；日常活动不受限，娱乐活动受限，需扶手杖，计 7 分；日常活动严重受限，需扶车、扶拐、轮椅、支架，计 0 分。最大步行距离：>6 个街区（约 1200 米），计 5 分；4-6 个街区（约 800-1200 米），计 4 分；1-3 个街区（约 200-600 米），计 2 分；<1 个街区（200 米），计 0 分。地面步行：任何地面无困难，计 5 分；走不平地面、楼梯、斜坡、爬梯时有困难，计 3 分；走不平地面、楼梯、斜坡、爬梯很困难，计 0 分。异常步态：无异常，轻微异常，计 8 分；明显异常，计 4 分；显著异常，计 0 分。前后活动（屈曲加伸展）：正常或轻度受限（≥30°），计 8 分；中度受限（15°-29°），计 4 分；重度受限（<15°），计 0 分。后足活动（内翻加外翻）：正常或轻度受限（75%-100% 正常），计 6 分；中度受限（25%-74% 正常），计 3 分；重度受限（<25%），计 0 分。后足排列评分（踝-后足稳定性（前后、内翻-外翻）：稳定，计 8 分；明显的不稳定，计 0 分。足部对线：优：跖行足，踝-后足排列正常，计 10 分；良：跖行足，踝-后明显排列成角，无症状，计 5 分；差：非跖行足，踝-后足严重对线，有症状，计 0 分）。

1.4 统计学处理

采用 SPSS22.0 进行数据统计处理，其中计数资料组建比较采用 χ^2 检验，计量资料采用 $\pm$ 标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）进行统计描述，组间比较采用 t 检验，以 $P < 0.05$ 为有统计学差异。

2 结果

2.1 患者术前及术后 1 年随访时 AOFAS 踝-后足功能评分情况

应用美国足踝外科协会(AOFAS) 的踝-后足评分系统对患者进行术前和术后随访 1 年后进行评分，患者整体的评分均明显高于术前评分，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表 1。

表 1 患者术前及术后 1 年随访时 AOFAS 踝-后足功能评分情况比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	疼痛评分	功能活动 评分	后足排列评 分	总分
术前	10.43±11.41	19.33±5.02	7.62±6.74	37.38±6.58
术后 1 年	36.96±10.57	43.27±4.42	14.62±5.53	94.85±3.93
t	17.356	16.574	12.135	15.452
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 患者术后 AOFAS 踝-后足功能评定及患者满意率情况

术后 1 年随访时根据 AOFAS 踝-后足功能评分标准评定及患者满意率调查，48 例患者中，踝关节功能优 25 例（52.08%），良 13 例（27.08%），优良率（79.17%），踝关节功能不良 10 例（20.83%）。满意率为 91.67%。具体结果见表 2。

表 2 患者术后 AOFAS 评价踝关节功能及患者满意率情况（n，%）

组别	优秀/非常满 意	良好/满意	不良/一般	优良率/满意 率
----	-------------	-------	-------	-------------

踝关节功 能	25（52.08）	13（27.08）	10（20.83）	79.17
满意度	35（72.92）	9（18.75）	4（8.33）	91.67

2.3 患者术后并发症情况

术后发生切口感染 1 例，下肢深静脉血栓 1 例，腓骨肌腱疼痛 1 例，伤口愈合延迟 3 例，均经对症处理后恢复。

3 讨论

踝关节骨折是骨外科常见的疾病，一方面是由于交通意外、滑倒、扭伤等造成，踝关节在骨折中发生率较高，并在各年龄段较为常见的骨折类型，约占胫腓骨骨折的一半，占成人骨折的 7.6%^[9]；另一方面，随着年龄的增长，骨质疏松性导致踝关节容易发生骨折，而在我国老龄化的加重，也在一定程度上加重了踝关节骨折的上升率^[10]。

踝关节为人体承重关节，当其因暴力或者冲击力损伤时，容易发生骨折，尤其高发于运动活跃的青少年及骨质疏松的老年人^[11]。踝关节在下肢负重轴的远端，其承重应力的改变无法通过其他关节力线的调整来代偿，故预后主要取决于距骨与踝穴的对位关系、稳定结构及关节面的解剖复位情况，非手术治疗很难达到或维持解剖复位，反复整复也影响治疗的效果，故对于发生位移的踝关节骨折临床上主要采用切开复位内固定术进行治疗^[12,13]。本文就发生踝关节骨折适合手术治疗的采用切开复位内固定术进行治疗结果显示：术后发生切口感染 1 例，下肢深静脉血栓 1 例，腓骨肌腱疼痛 1 例，伤口愈合延迟 3 例，均经对症处理后恢复；临床研究表明^[14]，在对患者进行切开复位内固定术进行治疗踝关节骨折时，发生术后并发症，尤其是术后感染是临床主要关心的问题。本次的结果表明，术后虽然发生了相应的并发症，但发生了并不高，且通过合理的对症治疗可以恢复，这在一定程度上表明了对踝关节骨折的患者实行切开复位内固定术具有较高的安全性。应用美国足踝外科协会(AOFAS) 的踝-后足评分系统对患者进行术前和术后随访 1 年后进行评分，患者整体的评分均明显高于术前评分，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。这表明，对患者实行切开复位内固定能够减轻踝关节骨折患者的临床症状，提高患者的治疗效果。临床术后 1 年随访时根据 AOFAS 踝-后足功能评分标准评定，48 例患者中，踝关节功能优 25 例（52.08），良 13 例（27.08%），优良率（79.17%），踝关节功能不良 10 例（20.83%）；患者的主观满意率达 91.67%。这表明，对患者实行切开复位内固定治疗踝关节骨折能够具有良好的临床效果，且能够提高患者的主管满意率，对医院有积极的影响作用。

由于本次临床研究纳入的患者病例数较少，在一定程度上存在着统计学上的不足，对于踝关节骨折的患者实行切开复位内固定治疗的更加准确的临床数据还需要更加严谨，更多大型的临床研究来进一步证明。

综上所述，对踝关节骨折的患者实行切开复位内固定治疗踝关节骨折不仅能够获得较好的临床疗效，改善患者的临床症状，恢复患者的身体机能，并可获得较高的患者满意度，值得广大临床推广使用。

（下转第 156 页）

联合检测血清 VitB12 及铁蛋白在贫血诊断和鉴别诊断中的价值

郑普¹ 贾丽敏²

¹北京中能建医院 检验科 北京市房山区 102401; ²北京市房山区良乡医院 临床检验科 北京市房山区 102401

摘要: 目的: 贫血诊断及鉴别诊断中联合检测血清 VitB12 及铁蛋白的应用价值研究。方法: 随机抽取我院 2020 年 2 月至 2020 年 10 月间接收的贫血患者 306 例, 将其按照不同贫血类型分为不同组, 其中再生障碍性贫血 35 例 (再生障碍性贫血组)、缺铁性贫血 36 例 (缺铁性贫血组)、白血病 94 例 (白血病症组)、血小板减少 42 例 (血小板减少组)、多发性骨髓瘤 73 例 (多发性骨髓瘤组)、骨髓增生异常综合征 26 例 (骨髓增生异常综合征组), 另将我院同期接收健康体检的 68 例体检者作为此研究对照组, 采用电化学发光法检测血液标本中 VitB12 及铁蛋白水平, 应用电阻抗法联合化学染色法分析血细胞, 比较组间 VitB12、铁蛋白的差异分析其与血细胞参数的相关性。结果: 缺铁性贫血组、白血病症组、血小板减少组血清 VitB12 水平与对照组相比较低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 多发性骨髓瘤组血清 VitB12 水平与对照组相比比较高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 再生障碍性贫血组、骨髓增生异常综合征组与对照组相比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 再生障碍性贫血组、白血病症组、血小板减少组、多发性骨髓瘤组、骨髓增生异常综合征组铁蛋白与对照组相比比较高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 缺铁性贫血组铁蛋白与对照组相比较低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。经过相关性分析血清 VitB12 与平均红细胞血红蛋白浓度、平均红细胞容积具有相关性, 与平均红细胞血红蛋白无相关性, 铁蛋白与各参数无相关性。结论: 血清 VitB12 及铁蛋白能作为血常规补充, 在贫血的诊断及鉴别诊断中发挥着重要作用, 值得临床借鉴。

关键词: 贫血; 血清 VitB12; 铁蛋白; 诊断价值

贫血在临床中很常见, 其不是独立的疾病实体, 是继发于多种疾病的临床综合征, 当成年男性 $Hb < 120g/L$ 、成年女性 $Hb < 110g/L$ 时就可诊断为贫血。近些年受较多因素影响贫血患者明显增加, 其发病机制较为复杂可由多种因素导致, 如溶血、营养物质缺乏、自身免疫缺陷、恶性肿瘤、失血等, 好发于长期接触化学物质人群、饮食不均缺乏铁、叶酸等人群中^[1]。据统计全球有 30 亿人均有不同程度的贫血, 且每年因贫血导致疾病而造成死亡的人数超过千万, 我国的贫血患病率要高于西方国家, 临床常见的贫血类型有缺铁性贫血、再生障碍性贫血、失血性贫血、巨幼细胞性贫血等, 患者会出现多种表现, 如乏力、头晕目眩、耳鸣、疲劳等, 若不及时予以治疗长期贫血会对患者的神经、内分泌、呼吸、生殖系统造成严重损害, 甚至会导致急性肾衰竭、呼吸困难等并发症的发生, 严重时危及生命安全, 所以准确判断贫血病因并及时予以有效治疗对患者预后非常关键。临床诊断贫血的方法较多, 常见的有血常规、肝肾功能及骨髓全面检查等, 具有一定的作用效果但是病因不同贫血血常规检查结果相似性较大, 会导致结果误判进而延误患者的治疗时机, 因此应选择一种高效的方法保证诊断结果的准确性^[2]。本文主要对 2020 年 2 月-2020 年 10 月间接收的贫血及体检者进行研究, 分析贫血诊断及鉴别诊断中联合检测血清 VitB12 及铁蛋白的应用价值。

1、临床资料

1.1 一般资料

随机抽取我院接收的 306 例贫血患者为此次研究对象, 收治时间 2020 年 2 月至 2020 年 10 月间, 其中男女比例为 175: 131, 年龄最小 23 岁,

最大 62 岁, 平均 (53.2 ± 3.4) 岁; 贫血患病时间最短 1 个月, 最长 9 个月, 平均 (6.5 ± 2.4) 个月。全部患者经过血常规、骨髓细胞形态学检查确诊为贫血, 经检查发现再生障碍性贫血 35 例、缺铁性贫血 36 例、白血病 94 例、血小板减少 42 例、多发性骨髓瘤 73 例、骨髓增生异常综合征 26 例, 将其按照不同贫血类型分为不同组, 分别为再生障碍性贫血组、缺铁性贫血组、白血病症组、血小板减少组、多发性骨髓瘤组、骨髓增生异常综合征组。另将我院同期接收健康体检的 68 例体检者作为此研究对照组, 其中男女比例为 38:30, 年龄最小 24 岁、最大 62 岁, 平均 (53.4 ± 3.2) 岁。纳入标准: (1) 研究组患者均符合贫血的诊断标准^[3]; (2) 无意识、认知障碍可正常沟通者; (3) 临床相关资料无缺失者; (4) 年龄 23-62 岁。排除标准: (1) 存在严重精神疾病或心理疾病无法配合者; (2) 凝血功能异常或恶性肿瘤者; (3) 患有传染性疾病或免疫系统疾病者; (4) 拒绝配合此次研究者。所有人员均已知晓研究内容, 自愿参与并已签订知情同意书。

1.2 方法

采集患者空腹静脉血, 具体采集标本有 4mL 促凝血、2mL EDTA-K2 抗凝血。为能有效保证结果的准确性需要严格按照相关步骤操作, 且必须在 2h 内完成。采用 ABX Pentra MS CRP 血液分析仪检测, 分析过程中应用的所有试剂均需应用相应的配套试剂, 在收集促凝管标本后, 1200g 离心 5min, 分离出血清并将其置于 -20℃ 冰箱中保存等待检测, 对标本进行分批检测, 主要在冰箱内的保存时间不能超过 20d, 避免影响检验结果, 将脂血、溶血标本舍弃, 检测血清 VitB12 及铁蛋白时仪器选用新产业 MAGLUMI 4000 Plus 全自动化学发光免疫分析仪, 分析过程中应用试剂

均要与其配套。

1.3 评价指标

采用电化学发光法检测血液标本中 VitB12 及铁蛋白水平，应用电阻抗法联合化学染色法分析血细胞，比较组间 VitB12、铁蛋白的差异分析其与血细胞参数的相关性。

1.4 统计学分析

采用 SPSS22.0 统计学软件处理本文相关数据，计量资料： $(\bar{x} \pm s)$ ，t 检验；计数资料： $(n, \%)$ ，卡方检验。 $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

2、结果

缺铁性贫血组、白血病组、血小板减少组血清 VitB12 水平与对照组相比较低，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)；多发性骨髓瘤组血清 VitB12 水平与对照组相比高，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)；再生障碍性贫血组、骨髓增生异常综合征组血清 VitB12 水平与对照组相比，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；再生障碍性贫血组、白血病组、血小板减少组、多发性骨髓瘤组、骨髓增生异常综合征组铁蛋白与对照组相比高，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)；缺铁性贫血组铁蛋白与对照组相比较低，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。经过相关性分析血清 VitB12 与平均红细胞血红蛋白浓度、平均红细胞容积具有相关性，与平均红细胞血红蛋白无相关性，铁蛋白与各参数无相关性。

表 1 各组血清 VitB12 及铁蛋白水平对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	血清 VitB12 (pg/mL)	铁蛋白 (ng/mL)
再生障碍性贫血组	35	288.54±106.23 [*]	1088.64±762.58 ^{&}
缺铁性贫血组	36	164.24±55.46 ^{&}	46.34±30.16 ^{&}
白血病组	94	133.63±67.51 ^{&}	551.13±521.43 ^{&}
血小板减少组	42	155.26±124.78 ^{&}	762.540±542.23 ^{&}
多发性骨髓瘤组	73	722.46±431.25 ^{&}	787.96±655.64 ^{&}
骨髓增生异常综合征组	26	298.36±104.22 [*]	943.76±671.42 ^{&}
对照组	68	279.53±106.85	237.96±164.38

注：与对照组相比，[&] $P < 0.05$ ；与对照组相比，^{*} $P > 0.05$ 。

3、讨论

贫血是临床常见的血液疾病，发病率较高，具体是指人体外周血红细胞容量减少但并未过正常范围的下线的一种临床综合征，血细胞容量的减少与较多疾病有关，当出现贫血症状时不能及时予以相应治疗不仅会降低患者的生活质量，还会对其生命安全构成威胁，所以在疾病早期予以准

确诊断并提供相应治疗对患者尤为关键。临床中贫血血类型较多，如再生障碍性贫血、缺铁性贫血、出血性贫血、地中海贫血等，其中缺铁性贫血为临床重点监控的贫血类型^[4]。缺铁性贫血的发生与机体中由铁、珠蛋白、卟啉三要素生成的铁元素的降低有较大联系，若机体长期为低铁、缺铁的状态就会减弱血红蛋白合成能力，进而导致小细胞低色素性贫血的发生，再加上若机体中铁元素不能稳定供应会使红细胞体积及其充盈度等发生改变，影响患者身心健康及身体健康的同时也会危及生命安全。贫血类型不同其治疗的手段也会不同，所以临床在治疗前应先准确判断患者的贫血类型然后再予以针对性治疗以保证临床疗效。

当前临床在贫血患者检查中主要进行血常规、骨髓检查，其中血常规检查主要是通过平均红细胞血红蛋白浓度、平均红细胞以及平均红细胞血红蛋白量区分贫血形态，其可通过网织红细胞计数间接反映机体骨髓红系增生及其代偿情况，外周血涂片能对机体红细胞、血小板分布形态及其变化情况进行观察^[5-6]。骨髓细胞图片能较好的反应出骨髓细胞增生的程度及细胞的成分，且通过骨髓活检能全面反应骨髓造血组织结构及其细胞形态的变化情况，将其应用于骨髓坏死、白血病患者诊断中具有一定价值。从整体来讲血常规检查的诊断结果比较精准，但患者病因不同很难进行彻底有效的诊断，很容易误诊，这会延误其治疗时间影响预后，进而增加医疗纠纷的发生。近几年来临床对贫血疾病不断进行研究，发现贫血会使机体免疫功能紊乱，降低其自身抵抗力的同时也会引发痛风、心力衰竭、出血等并发症的发生，有患者也会出现老年雀斑、皮肤枯燥的情况，针对此应及时对其进行有效的诊断，促使患者能及时得到治疗进而保证生命安全^[7]。VitB12 是当前临床公认的维生素类物质，其与人体造血功能有较大的联系，在机体中是以甲基钴胺素的形式存在，主要分布于血浆中，其在结合、降解、转化等反应后能作为重要的辅酶参与至细胞 DNA 合成及代谢中，对于缺乏 VitB12 的患者而言其会出现神经系统症状及巨幼细胞贫血的表现。铁蛋白是机体中缺乏铁元素较为灵敏的指标，临床检测铁蛋白水平时常会应用于缺铁性贫血的诊断中，有报道指出，血清铁蛋白水平呈病理性升高的趋势发展，说明有慢性疾病导致贫血症状的发生，血清铁及铁蛋白已成为临床对缺铁性贫血患者诊断的金标准，在缺铁性贫血患者中铁蛋白水平与正常人相比较低，其主要储藏在脾、肝、骨髓单核巨噬细胞系统中，在测定铁单边水平时能尽早发现缺血性贫血的存在^[8-9]。此研究结果显示缺铁性贫血组、白血病组、血小板减少组血清 VitB12 水平低于对照组，且再生障碍性贫血组、白血病组、血小板减少组、多发性骨髓瘤组、骨髓增生异常综合征组铁蛋白水平均高于对照组， $P < 0.05$ ，贫血患者 VitB12 水平明显下降，铁蛋白水平明显升高的情况。既往有研究显示，贫血患者与健康者相比其 VitB12 水平较低，铁蛋白水平较高，差异有统计学意义，与此研究结果相似，且经研究发现 VitB12、铁蛋白水平的变化情

况在贫血类型鉴别中有重要作用,通常情况下,白血病、血小板减少及缺铁性贫血患者 VitB12 水平比较低,而对于多发性骨髓瘤患者而言其 VitB12 水平会有所升高,骨髓增生异常综合征、再生障碍性贫血患者 VitB12 水平变化不是很明显,所以对患者单纯进行 VitB12 检测并不能准确判断贫血类型,可将其与铁蛋白联合检测以明确诊断^[10-11]。一般对于缺铁性贫血患者来说铁蛋白水平下降明显时,其他类型贫血患者铁蛋白水平会升高,尤其是骨髓增生异常综合征、再生障碍性贫血,对 VitB12 及铁蛋白变化情况进行分析可较好的判断贫血患者的病情情况及贫血类型,明确诊断的同时也能促使其及时得到有效治疗。

综上所述,血清 VitB12 及铁蛋白能作为血常规补充,在贫血的诊断及鉴别诊断中发挥着重要作用,值得临床借鉴。

参考文献:

- [1]张俊峰.血清铁蛋白、维生素 B₁₂/叶酸比值水平动态检测在缺铁性贫血患者疗效评估中的应用价值[J].河南医学研究,2020,29(30):699-701.
- [2]苏永娟,曾艳.骨髓细胞学联合骨髓铁染色、血清铁蛋白在不明原因贫血患者诊断中的意义研究[J].贵州医药,2020,44(10):616-617.
- [3]周中华.血常规检验在不同贫血类型疾病鉴别诊断中应用价值分析[J].黑龙江中医药,2020,49(04):204-205.
- [4]刘亚丽.血清 VitB12 及铁蛋白联合检测用于贫血临床诊断及鉴别的

效果分析[J].甘肃科技,2020,36(15):128-130.

[5]赵连杰.血常规检验在地中海贫血和缺铁性贫血诊断与鉴别诊断中的应用价值分析[J].中国医药指南,2020,18(05):85-86.

[6]崔玉荣.血常规检验在珠蛋白生成障碍性贫血和缺铁性贫血诊断与鉴别诊断中的应用价值分析[J].中外女性健康研究,2019,14(17):45-47.

[7]陈渊博,芦娟,梁映亮,等.骨髓细胞学联合骨髓铁染色 血清铁蛋白在不明原因贫血患者诊断和鉴别诊断中的意义[J].实用医技杂志,2019,26(08):997-998.

[8]徐帆,胡乃中,梅俏.可溶性转铁蛋白受体及其复合参数在诊断炎症性肠病合并缺铁性贫血中的临床价值[J].安徽医科大学学报,2018,53(07):110-114.

[9]肖妮,王小明,方江春.联合检测血清铁蛋白、叶酸、维生素 B₁₂、乳酸脱氢酶在鉴别诊断巨幼细胞性贫血中的意义[J].医学信息,2018,31(05):150-152.

[10]魏贤.血清叶酸、维生素 B₁₂、铁蛋白联合检测对贫血早期的诊断价值[J].临床检验杂志(电子版),2017,6(04):685-686.

[11]陈宏娟,闫海润,杨正亮,等.血清叶酸、维生素 B₁₂、铁蛋白联合检测对贫血早期诊断的临床应用[J].微量元素与健康研究,2017,34(06):18-19.

(上接第 153 页)

参考文献:

- [1]姜于志,张崛,高想,周信,孙福荣,邱昊.比较踝关节骨折切开复位内固定后下胫腓联合分离固定和未固定的疗效[J].足踝外科电子杂志,2021,8(04):35-38.
- [2]韦山.腓骨入路切开复位内固定治疗踝关节旋后外旋型IV度骨折[J].湖北民族大学学报(医学版),2021,38(04):61-63+67.
- [3]朱炳奇.经皮微创闭合复位与切开复位内固定治疗踝关节骨折的临床效果对比[J].医学理论与实践,2021,34(22):3931-3933.
- [4]戴向华.切开复位内固定术Ⅱ期处理踝关节骨折脱位的效果及对踝关节功能的影响[J].中国社区医师,2021,37(28):18-19.
- [5]黄余钦,王琮,刘骏.闭合复位经皮螺钉与切开复位内固定治疗踝关节骨折患者的临床效果[J].医疗装备,2021,34(17):109-110.
- [6]毛真君,兰林,马骏,丁懿.评价切开复位内固定治疗 Lauge-Hansen 旋后—外旋型IV度踝关节骨折的优势[J].系统医学,2021,6(15):69-71+82.
- [7]张克昌.中医正骨联合切开复位内固定对踝关节骨折患者骨折愈合和关节功能恢复的影响[J].医学食疗与健康,2021,19(13):74-75+77.

[8]李敏.切开复位内固定术用于治疗踝关节骨折患者的临床价值分析[J].世界复合医学,2021,7(06):137-139+161.

[9]陈振钜,李景发,许光贤.对比分析切开复位内固定术与闭合复位经皮螺钉内固定术治疗踝关节骨折的疗效[J].当代临床医刊,2021,34(02):30-31.

[10]吕茶.微创经皮空心螺钉闭合复位与切开复位内固定治疗踝关节骨折的临床比较[J].中国医疗器械信息,2021,27(08):56-57.

[11]王存硕,王宇,艾芄芝.切开复位内固定术联合带线锚钉修复踝关节骨折合并三角韧带断裂[J].组织工程与重建外科,2020,16(06):501-504.

[12]杨钰.经皮微创闭合复位与切开复位内固定治疗踝关节骨折的临床疗效对比分析[J].智慧健康,2020,6(33):63-64.

[13]蔡业珍.后外侧入路切开复位内固定治疗对三踝骨折患者踝关节功能及血清 BALP、BGP、PINP 水平的影响[J].现代医学与健康研究电子杂志,2020,4(19):23-25.

[14]杜东红.切开复位内固定联合手术修复韧带治疗踝关节骨折伴有三角韧带损伤的临床效果[J].人人健康,2020(14):159.

双氯芬酸钠+玻璃酸钠滴眼液治疗白内障术后干眼症的效果及 OSDI 评分

郑书军 梁素敏 王彩荣 宋明杰 刘金英 潘彩滨

河北省迁安市人民医院 河北省迁安市 064400

摘要：目的：分析双氯芬酸钠+玻璃酸钠滴眼液治疗白内障术后干眼症的效果及 OSDI 评分效果。方法：研究人员为我院眼科门诊 2019 年 12 月-2021 年 8 月收治的白内障术后干眼症患者，以随机方式抽取研究人员的总例数为 65 例，将所有参与研究人员的资料进行整理，对照组患者 33 例，研究组患者 32 例。将不同的治疗方式分别应对不同患者。其中，对照组患者采取玻璃酸钠滴眼液治疗，研究组患者在对照组患者的基础上添加双氯芬酸钠联合玻璃酸钠滴眼液治疗。比较和分析两组患者治疗一个月之后的治疗效果、不良反应发生情况、采用 OSDI 调查表对患者的眼部症状情况进行调查，得出相应的评分，并进行 SIT（泪液的基础分泌）、BUT（泪膜稳定性）调查。结果：研究组患者的总体治疗效果明显优于对照组患者，组间差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；两组患者治疗后均未出现不良反应，组间差异不明显，（ $P > 0.05$ ）；治疗前两组患者的 OSDI 评分、SIT 评分、BUT 评分比较结果显示差异不明显，组间差异不明显，（ $P > 0.05$ ）；治疗后研究组患者的 OSDI 评分、SIT 评分、BUT 评分明显高于对照组患者，组间差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：双氯芬酸钠+玻璃酸钠滴眼液治疗白内障术后干眼症的总体效果较好，患者 OSDI 评分、SIT 评分、BUT 评分有明显的提高，且不良反应发生情况得到有效控制，能够帮助患者监控病症，控制病情，具有较好的安全性，值得临床推广。

关键词：双氯芬酸钠；玻璃酸钠滴眼液；白内障术后干眼症；效果；OSDI 评分

白内障的原因主要包括老化、辐射、外伤、药物、遗传等。在我国经调查证实，高原地区以及阳光辐射较多的地区，白内障的发病率相对增高。这是因为长期暴露在阳光下收到紫外线的照射，紫外线可影响晶状体的氧化-还原过程，使晶状体蛋白质发生变性、混浊形成白内障^[1-2]。且年龄越大发病率越高，80 岁以上的老年人几乎达 100%^[3]。白内障术后干眼症是当前临床白内障手术之后常见的一种眼部疾病症状，造成这一现象的原因较多。其中包含手术中角膜上皮出现损伤、术后表面麻醉剂的因素、患者合并高血糖等因素。患者早期出现白内障术后干眼症会在各种外力因素的作用下引起患者泪液质量、动力学发生改变，最终引起眼表面组织病变、多种眼部不适出现^[4]。当前临床中针对不同情况导致的白内障术后干眼症使用的治疗方式存在一定的差异、例如，针对手术之后出现的白内障术后干眼症主要是采用糖皮质激素的滴眼液进行治疗，这种治疗方式会破坏泪膜的稳定性，导致泪膜的破裂时间缩短，从而造成泪液分泌量有所下降。此外，患者在手术之后应当减少用眼频率，通过保持正确的生活习惯，保证睡眠充足，多食用富含维生素 C 以及维生素 A 的食物等形式帮助减缓病症发生的概率^[5]。有研究结果显示，采用双氯芬酸钠联合玻璃酸钠滴眼液治疗白内障术后干眼症能够达到较好的效果，患者后续不良反应发生的情况能够得到明显的控制，且各项评分有明显的升高^[6]。为更好地分析双氯芬酸钠联合玻璃酸钠滴眼液治疗白内障术后干眼症的效果及 OSDI 评分，本文将选择我院收治的患者作为研究对象，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究人员为我院眼科门诊 2019 年 12 月-2021 年 8 月收治的白内障术后干眼症患者，以随机方式抽取研究人员的总例数为 65 例，将所有参与研究人员的资料进行整理，对照组患者 33 例，研究组患者 32 例。两组患者一般资料组间差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性，详情见表 1。

表 1 两组患者基础资料对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	性别		年龄（岁）	平均年龄（岁）	平均病程（月）
		男	女			
对照组	33	18	15	55-79	67±12	6.8±1.4
研究组	32	15	17	58-82	70±12	6.5±1.5
<i>t</i>	-	-	-	-	1.768	1.462
<i>P</i>	-	-	-	-	0.079	0.145

诊断标准：干眼症诊断标准参照我国角膜病学制定的干眼症诊断标准为主^[7]。

纳入标准：（1）所有参与研究患者经临床诊断均符合白内障术后干眼症的诊断标准；（2）所有患者均进行过白内障手术；（3）均有眼睛异物感、分泌物黏稠、泪液分泌不足、眼干、眼痒、畏光等症状；（4）患者均签署了知情同意书，且同意本次研究。

排除标准：（1）患有其他重要器官功能障碍、其他急性炎症以及精神性疾病等患者；（2）有哮喘病史患者；（3）妊娠或哺乳期患者；（4）具有先天性无泪症、无泪腺者；（5）近期使用非甾体类抗炎药、免疫抑制剂和

糖皮质激素等药物者；（6）配合治疗积极性不高患者。

1.2 方法

1.2.1 对照组患者

对照组患者采取玻璃酸钠滴眼液治疗。玻璃酸钠滴眼液：沈阳兴齐眼药股份有限公司生产，国药准字：H20183132，规格：0.1% 0.4ml:0.4mg*10支，使用方式：3次/d，1滴/次，治疗周期为一个月。

1.2.2 研究组患者

研究组患者在对照组患者的基础上添加双氯芬酸钠联合玻璃酸钠滴眼液治疗。双氯芬酸钠：中国药科大学制药有限公司生产，国药准字：H10960217，规格：50mg*20s，使用方式：3次/d，1滴/次，治疗周期为一个月。

1.3 观察指标

（1）比较两组患者治疗之后的临床治疗效果及不良反应发生情况。临床疗效评价标准分为治愈、显效、有效和无效。其中治愈为经过治疗后患者眼睛异物感、分泌物黏稠、眼干、眼痒、畏光等症状完全消失，经临床诊断结果显示完全恢复正常为主；显效为经过治疗后患者眼睛异物感、分泌物黏稠、眼干、眼痒、畏光等症状有明显改善，经临床诊断结果显示患者眼部综合情况有一定改善为主；无效为经过治疗后患者眼睛异物感、分泌物黏稠、眼干、眼痒、畏光等症状无任何改善和好转。临床总有效率（%）=（治愈例数+显效例数+有效例数）/总例数×100%。

（2）采用 OSDI 调查表对患者的眼部症状情况进行调查，得出相应的评分，并进行 SIT（泪液的基础分泌）、BUT（泪膜稳定性）调查。其中 OSDI 评分调查表调查内容如下：对患者视力功能（分值范围：0~16分）、眼部不适（分值范围：0~20分）、环境触发（分值范围：0~12分）进行评分。分值与患者干眼症严重程度呈正相关。BUT 检查正常值范围：10~

45s，以<10s 表示泪膜不稳定。

1.4 统计学方法

在数据统计的过程中采用 SPASS24.0 进行分析，对患者的连续性计量资料采用(x±S)描述，并运用 t 检验，对于计数资料采用（%）表示，并用 X2 检验。数据统计具有显著差异时 P<0.05。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果结果比较

两组患者治疗效果结果比较显示，研究组患者的总体治疗效果明显优于对照组患者，组间差异具有统计学意义（P<0.05），详情见表 2。

表 2 两组患者治疗效果结果比较（%）

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	33	15	17	2	93.9
研究组	32	10	15	7	78.1
χ^2					10.367
P					0.001

2.2 两组患者不良反应发生率比较

两组患者不良反应发生率比较结果显示，两组患者治疗后均未出现不良反应，组间差异不明显，（P>0.05）。

2.3 两组患者治疗前后眼部情况比较

两组患者治疗前后眼部情况比较结果显示，治疗前两组患者的 OSDI 评分、SIT 评分、BUT 评分比较结果显示差异不明显，组间差异不明显，（P>0.05）；治疗后研究组患者的 OSDI 评分、SIT 评分、BUT 评分明显高于对照组患者，组间差异具有统计学意义（P<0.05），详情见表 3。

表 3 两组患者治疗前后眼部情况比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

项目	对照组		研究组		t	P
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后		
OSDI（分）	31.05±2.31	26.51±2.62	31.51±2.44	21.59±2.47	13.664	0.000
SIT（mm/min）	6.95±0.35	9.28±1.16	6.98±0.37	12.51±1.14	19.960	0.000
BUT（s）	5.69±1.35	7.98±2.51	5.72±1.39	10.62±2.52	7.422	0.000

3 讨论

白内障术后干眼症是当前临床种常见的一种症状，通常发生在中老年群体当中^[8]。造成这一现象的主要原因是多种因素共同作用的，按照不同的原因分类大概可以分为老化、辐射、外伤、药物（包括中毒）、遗传以及其他因素，对患者的视力有较大的影响^[9-10]。患者主要表现为泪液质、量出现异常，泪膜稳定性降低，并伴随着眼部不适、眼表有其他病变等情况发生，会随着患者的病情发展逐渐出现视力退化、泪液渗透压上升、眼

表炎症等^[11-12]。如果不及时的采取相应的治疗措施将会给患者的眼部造成较大而影响。根据临床调查数据报告显示，患者出现术后炎症的几率较大，术后充血炎症反应，促进角膜的损害，会加重干眼症状。此外，患者在手术之后频繁长期应用多种含苯扎氯胺等防腐剂的滴眼液：防腐剂的毒性作用可减弱粘蛋白对眼表上皮的黏附力，导致泪膜不稳定，会影响泪液分泌的质和量^[13]。以药物为主的治疗方式已经成为当前临床治疗白内障术后干眼症的主要方式之一^[14]。首先，医护人员会结合患者症状发生的实际情况

对其进行冲洗眼睛,这些冲洗药试剂中含有较多的防腐剂,如果长时间冲洗会造成眼表干扰或者是损伤。此外,针对一些重症患者的治疗,很多医生会给患者使用一些含有黏蛋白或者是复合层的人工泪液进行临时的修补,或者是代替人工泪液,能够帮助患者减轻症状。其中,以玻璃酸钠滴眼液为主的滴眼试剂成为很多医生和患者首选的一种试剂,玻璃酸钠滴眼液可以有效缓解眼睛干涩的症状^[15]。通过与纤维连接蛋白结合,促进结膜上皮细胞的连接和延展性。同时还能帮助促进角膜上皮伸展作用,可以呈浓度依赖性的抑制水分蒸发。而双氯芬酸钠是一种非甾体抗炎药,具有消炎、止痛的功效,可以用来治疗结膜炎、角膜炎、葡萄膜炎、巩膜炎等,可以联合糖皮质激素滴眼液,以及睫状肌麻痹剂来共同治疗色素膜炎,具有较好的效果^[16]。在治疗白内障术后炎症,可以降低前房的细胞数,具有较好的抗炎、镇痛的效果。有学者研究结果显示,将双氯芬酸钠联合玻璃酸钠滴眼液治疗白内障术后干眼症的整体效果较好,能够提高局部用药治疗效果,起到协同作用,且安全性十分理想^[17]。

本文通过选择我院收治的患者作为研究对象,对患者分别使用不同的治疗方式观察患者的整体治疗效果以及 OSDI 评分。研究结果显示:研究组患者的总体治疗效果明显优于对照组患者,组间差异具有统计学意义($P < 0.05$);两组患者治疗后均未出现不良反应,组间差异不明显, ($P > 0.05$);治疗前两组患者的 OSDI 评分、SIT 评分、BUT 评分比较结果显示差异不明显,组间差异不明显, ($P > 0.05$);治疗后研究组患者的 OSDI 评分、SIT 评分、BUT 评分明显高于对照组患者,组间差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。由此可以判断出,将双氯芬酸钠联合玻璃酸钠滴眼液治疗白内障术后干眼症的整体效果较好,患者后续发生不良反应的情况得到明显的控制。经过一段时间的随访之后,患者的 OSDI 评分能够得到明显的控制,具有较好的治疗效果。

综上所述,双氯芬酸钠+玻璃酸钠滴眼液治疗白内障术后干眼症的总体效果较好,患者 OSDI 评分、SIT 评分、BUT 评分有明显的提高,且不良反应发生情况得到有效控制,能够帮助患者监控病情,控制病情,具有较好的安全性,值得临床推广。

参考文献:

- [1]周琨,丁相奇,钱立峰,朴勇虎.玻璃酸钠联合 rhEGF 滴眼液治疗白内障术后干眼症的临床效果[J].中国实用医刊,2021,48(24):96-99.
- [2]何柳.妥布霉素地塞米松眼膏、聚乙二醇滴眼液与玻璃酸钠滴眼液联合治疗白内障术后干眼症的效果[J].临床合理用药杂志,2021,14(26):150-152.
- [3]温蓓.玻璃酸钠滴眼液联合重组人表皮生长因子滴眼液治疗老年白内障术后干眼症的临床效果观察[J].临床医学工程,2021,28(06):771-772.
- [4]李威,李甦雁.甲基泼尼松龙联合曲安奈德治疗甲状腺相关性眼病

患者的效果及对眼表疾病评分、临床活动度评分的影响[J].徐州医科大学学报,2019,39(09):670-673.

[5]朱晋.观察 0.3%玻璃酸钠滴眼液联合贝复舒凝胶治疗白内障术后干眼症的效果[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(16):191-192.

[6]隋丹丹,马玉涛,张念民,王钦,闫秀丽.普拉洛芬联合玻璃酸钠滴眼液在白内障术后干眼症治疗中的临床效果[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(23):147.

[7]何玉萍,张文芳,律鹏,等. Prevalence of symptomatic dry eye disease among Chinese college students with associated risk factors[J].国际眼科杂志, 2016, 016(006):1019-1025.

[8]赵新亚,刘贺平.白内障术后干眼症泪膜应用玻璃酸钠联合 rhEGF 滴眼液治疗的效果及对患者泪液 IL-6、TNF- α 和负性情绪的影响[J].国际医药卫生导报,2018,24(10):1545-1548.

[9]李孟石,乔军辉,武天坤.玻璃酸钠联合 rhEGF 滴眼液治疗白内障术后干眼症泪膜的效果及对泪液 TNF- α 、IL-6 水平影响[J].现代诊断与治疗,2017,28(24):4533-4535.

[10]王鑫,马炯叶.双氯芬酸钠滴眼液联合玻璃酸钠滴眼液治疗儿童干眼症的临床疗效[J].中国妇幼保健,2022,37(05):842-844.

[11]杨钊,何文静,陈丽妃,蓝倩倩,陈琦.干燥综合征患者角膜神经纤维改变和炎性浸润程度与干眼症状相关性研究[J].中国临床新医学,2022,15(02):147-150.

[12]孙广莉,韩文杰,刘方,苏刚.飞秒激光制瓣的准分子激光原位角膜磨镶术与全飞秒激光小切口角膜基质内透镜取出术对屈光不正患者眼表的影响[J].眼科新进展,2021,41(04):333-337.

[13]王海燕,唐阳明,彭晓莉,徐云立.中西医结合干预对干眼症患者白内障术后 OSDI 评分及泪膜的影响[J].中国实用医药,2020,15(32):141-143.

[14]赵蒙蒙,金兰,宋艳敏,马晓婕,惠春艳.杞菊地黄丸联合中药熏蒸对干眼症患者 OSDI 评分、溶菌酶水平及视功能评分的影响[J].海南医学,2019,30(22):2947-2950.

[15]朱双双,石海宏.LCAT 术联合术后玻璃酸钠滴眼液治疗翼状胬肉的临床观察及对复发率 OSDI 评分的影响[J].河北医学,2019,25(09):1409-1412.

[16]李晓庄,殷文静,范其佩,刘凤,吴俊姬.口服氯雷他定联合双氯芬酸钠滴眼液治疗过敏性结膜炎疗效的 Meta 分析[J].国际眼科杂志,2022,22(04):609-615.

[17]张晓飞,张秀芝.玻璃酸钠联合重组人表皮生长因子(rhEGF)滴眼液治疗白内障术后干眼症泪膜的效果[J].航空航天医学杂志,2019,30(02):136-138.

艾司氯胺酮复合丙泊酚对无痛宫腔镜检查患者的镇痛效果及安全性分析

周洁芳¹ 谢伟贤¹ 刘小丹¹ 朱珣¹ 黄义洲¹★

¹ 广州医科大学附属第六医院（清远市人民医院）麻醉科 广东广州 511518

摘要：目的：探讨艾司氯胺酮复合丙泊酚对无痛宫腔镜检查患者的镇痛效果及安全性。方法：选取2020年1月至2021年12月期间，择期拟在我院进行宫腔镜检查的82例患者为研究对象，按照随机数字表法分为对照组（n=41）和观察组（n=41）。对照组给予舒芬太尼复合丙泊酚麻醉，观察组给予艾司氯胺酮复合丙泊酚麻醉。比较两组患者检查后2h、检查后6h、检查后12h、检查后24h的疼痛程度（VAS评分），记录入室后（T1）、意识消失（T2）、扩宫颈时刻（T3）、苏醒后（T4）的平均动脉压（MAP）和心率（HR）。比较两组宫腔镜检查时间、丙泊酚用量、麻醉起效时间、苏醒时间、复苏室停留时间以及不良反应发生情况。结果：观察组患者检查后2h、检查后6h的VAS评分低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。T2、T3时刻，观察组患者MAP、HR均高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。观察组丙泊酚用量低于对照组，麻醉起效时间、苏醒时间、复苏室停留时间均短于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。观察组患者不良反应总发生率为4.88%，低于对照组的21.95%，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：艾司氯胺酮复合丙泊酚对宫腔镜检查患者术后镇痛效果显著，可以减少术中丙泊酚用量，有助于稳定血流动力学，且不良反应较少。

关键词：艾司氯胺酮；丙泊酚；宫腔镜检查；镇痛；安全性

宫腔镜检查是临床常见的妇科诊疗技术，可通过宫腔镜、成像系统将观察部位放大，进而直观的观察宫内病变情况，逐渐成为了宫内病变的首选检查方式^[1]。但在实际临床工作中，宫腔镜检查在扩张宫颈管、宫内操作时仍然会产生剧烈的疼痛，导致患者出现迷走神经反射，引发心率异常、血压降低、晕厥等不良事件^[2-3]。因此，为了保障宫腔镜检查的顺利进行，采取安全有效的麻醉措施至关重要。丙泊酚是临床常用的短效静脉麻醉药物之一，近年来在门诊宫腔镜检查中的应用较为广泛，常与镇痛麻醉药物联合使用。艾司氯胺酮是氯胺酮的异构体，也是临床常用的静脉麻醉药物，不仅具有良好的镇痛镇静效果，同时还有助于减少芬太尼、阿片类药物的用量，降低呼吸抑制等不良反应的发生^[4]。目前，临床上关于艾司氯胺酮在宫腔镜检查中的研究较少，本研究探讨艾司氯胺酮复合丙泊酚对宫腔镜检查患者的镇痛效果及安全性，为临床用药提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取在2020年1月至2021年12月期间，拟在我院择期下进行宫腔镜检查的82例患者为研究对象，按照随机数字表法分为对照组（n=41）和观察组（n=41）。纳入标准：①年龄处于18岁至55岁之间；②美国麻醉医师协会（ASA）分级：I~II级；③有宫腔镜检查指征；④临床资料完整；⑤对宫腔镜检查方式、注意事项等知情同意。排除标准：①心、肝、肾、脑部等重要器官组织存在重大疾病者；②对本研究麻醉用药过敏者；③最近服用阿片类药物和/或抗精神类药物者；④拒绝参加本研究者；⑤存在沟通、理解能力障碍者；⑥近期或正在参与其他临床试验的患者。对照组中年龄24~43（33.98±4.78）岁；体重42~65（50.08±4.15）kg；ASA分级：I级23人，II级18人。观察组中年龄22~42（33.41±4.63）岁；体重43~68（51.13±4.32）kg；ASA分级：I级25人，II级16人。两组患者上述一般资料经SPSS21.0统计学软件分析显示差异无统计学意义（ $P>$

0.05）。

1.2 麻醉方法

两组患者做好检查前准备，术前8h禁食、4h禁饮，进入检查室后快速建立静脉通道，给予持续面罩吸氧，氧流量3L/min，并密切监测患者心率、血压、氧饱和度等生命体征。对照组给予舒芬太尼复合丙泊酚麻醉：检查前5min，给予0.1 μg/kg舒芬太尼（生产厂家：宜昌人福药业有限责任公司；国药准字H20054172）静脉给药，随后输注丙泊酚（生产厂家：四川国瑞药业有限公司，国药准字H20040079）进行麻醉诱导，检查过程中给予5-8 mg/kg/h的丙泊酚维持麻醉。观察组给予艾司氯胺酮复合丙泊酚麻醉：检查前5min，给予0.5 mg/kg艾司氯胺酮（生产厂家：江苏恒瑞医药股份有限公司，生产批号：201016BL）静脉给药，随后给予丙泊酚进行麻醉诱导和麻醉维持，用药方案与对照组一致。待患者睫毛反应消失后，进行宫腔镜检查操作，检查过程中密切检测患者生命体征，如氧饱和度低于90%，给与拖下颌加大吸入氧流量处理，或予以面罩正压通气，或者予以鼻咽或口咽通气道，若检查时出现体动，每次应及时追加丙泊酚0.5mg/kg，直到体动消失。术中根据血流动力学参数变化给与相应的血管活性药物处理。

1.3 观察指标

①比较两组患者不同时刻的疼痛程度。采用视觉模拟评分法（VAS）^[5]评估两组患者检查后2h、检查后6h、检查后12h、检查后24h的疼痛程度，选取一根标有0~10刻度的标尺背对患者，由患者根据主观疼痛选择标尺的指定位置，读取该处的刻度即为VAS评分，0表示无痛，10表示剧烈疼痛，评分越高表示疼痛程度越严重。②比较两组患者入室后（T1）、意识消失（T2）、扩宫颈时刻（T3）、苏醒后（T4）的血流动力学指标，包括平均动脉压（MAP）、心率（HR）。③比较两组相关临床指标，包括检查时间、丙泊酚用量、麻醉起效时间、苏醒时间、复苏室停留时间。④记

录两组患者不良反应的发生情况，包括恶心呕吐、晕眩、呼吸抑制等。

1.4 统计学方法

采用 SPSS21.0 统计学软件进行数据处理，VAS 评分、血流动力学指标以及临床指标等计量资料以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，采用独立样本 t 检验；计数资料以例数(%)表示，采用 χ^2 检验或者 Fisher 确切概率法； $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者不同时刻 VAS 评分比较

观察组患者检查后 2h、检查后 6h 的 VAS 评分低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)；两组患者检查后 12h、检查后 24h 的 VAS 评分比较差异不显著 ($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者不同时刻 VAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

表 2 两组患者不同时刻血流动力学比较 ($\bar{x} \pm s$)						
指标	组别	n	T1	T2	T3	T4
MAP (mmHg)	对照组	41	90.57±5.33	73.46±3.87	72.81±4.02	88.41±4.48
	观察组	41	89.05±5.48	76.94±4.52	76.13±3.85	86.59±4.66
	t		1.273	3.745	3.819	1.803
	P		0.207	0.000	0.000	0.075
HR (次/min)	对照组	41	76.80±6.59	61.56±5.76	66.95±5.37	72.34±5.82
	观察组	41	76.34±6.25	67.71±6.44	72.16±6.52	74.03±6.15
	t		0.324	4.558	3.950	1.278
	P		0.747	0.000	0.000	0.205

2.3 两组患者相关临床指标比较

两组患者检查时间比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；观察组丙泊

酚用量低于对照组，麻醉起效时间、苏醒时间、复苏室停留时间均短于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者相关临床指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	检查时间 (min)	丙泊酚用量 (mg)	麻醉起效时间 (min)	苏醒时间 (min)	复苏室停留时间 (min)
对照组	41	16.89±3.02	179.64±21.25	3.21±1.12	7.98±2.03	16.57±4.13
观察组	41	16.41±2.78	156.54±23.87	2.54±0.99	5.66±2.11	12.83±3.72
t		0.749	4.628	2.870	5.074	4.308
P		0.456	0.000	0.005	0.000	0.000

2.4 两组不良反应发生率比较

观察组患者不良反应总发生率为 4.88%，低于对照组的 21.95%，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组不良反应发生率比较[n (%)]

组别	n	恶心呕吐	晕眩	呼吸抑制	总发生率
对照组	41	3 (7.32)	2 (4.88)	4 (9.76)	9 (21.95)
观察组	41	1 (2.44)	1 (2.44)	0 (0)	2 (4.88)
χ^2					5.145
P					0.023

3 讨论

宫腔镜检查是妇科临床常见的日间手术，对患者机体影响较小，但因为检查过程中涉及扩宫、牵拉等宫内操作，患者会出现剧烈的疼痛、恶心呕吐等不良反应。也有研究指出^[6]，宫腔镜检查患者也可能因反射性迷走

神经亢进导致心律失常、血压降低，进而引发不良事件的发生。因此，为了保证患者在安全、无痛的状态下顺利进行宫腔镜检查，给予有效的麻醉措施至关重要。丙泊酚作为临床常用的一种高脂溶性麻醉药物，具有半衰期短、麻醉诱导迅速、代谢完全、易苏醒等特点，但丙泊酚的麻醉效果与剂量、推注速度有关，且麻醉深度不易控制。此外，丙泊酚也存在镇痛效果差、容易导致呼吸循环功能抑制等缺点，因此常与其他镇痛麻醉药物联合应用。

近年来，丙泊酚与阿片类药物的联合应用在临床上越来越广泛，可有效改善镇痛效果，缩短患者恢复时间。舒芬太尼作为阿片类药物的代表药物之一，属于一种强效镇痛药物，且镇痛持续时间长，但对患者呼吸有明显的抑制作用，容易导致患者血流动力学波动。本研究结果显示，观察组患者检查后 2h、检查后 6h 的 VAS 评分低于对照组 ($P < 0.05$)，提示艾司

(下转第 164 页)

晚期胃癌疼痛护理和临终关怀对患者生活质量的影响价值

李华

山东省新泰市人民医院 山东省新泰市 271200

摘要:目的:对晚期胃癌患者开展疼痛护理和临终关怀护理并观察该种方式对患者的生活质量影响情况。方法:设置2020年4月—2022年3月为观察之阶段,采用数字表法将78例晚期胃癌患者分为普通组和优化组,普通组采用一般护理干预,优化组采用疼痛护理和临床关怀护理方式,观察两组患者的生活质量、疼痛程度和情绪状态评分情况。结果:(1)普通组和优化组生活质量评分对照中,普通组躯体功能、社会职能、生理职能、精神状态、生理机能、健康状态、情感职能评分均低于优化组, ($t=14.310$, $p=0.009$), 两组有差异。(2)普通组和优化组疼痛程度和情绪状态评分对照中,普通组疼痛程度和情绪状态分别为 6.72 ± 1.76 (分)、 53.16 ± 3.88 (分), 优化组疼痛程度和情绪状态分别为 4.02 ± 1.43 (分)、 43.58 ± 3.46 (分), ($t=10.877$, $p=0.012$), 两组有差异。结论:对晚期胃癌患者开展疼痛护理和临终关怀护理效果显著,值得推荐。

关键词:晚期胃癌;疼痛护理;临终关怀;生活质量;影响效果

近年来随着人们生活习惯和饮食结构的改变,造成胃癌的发病率也在不断上升,该种病症在临床中属于发病率较高的疾病,并且患者在发病初期没有明显的特异性,大多数患者在确诊时已经发展到了晚期,并且治愈率明显降低,尤其在病情晚期患者出现了明显的疼痛感,严重威胁了患者的生命健康和情绪状态,造成生活质量降低。因此就需要医护人员对晚期胃癌患者治疗中采用针对性、科学、合理的护理干预方式,进而提高患者的生理舒适度,减少疼痛感。在本次研究中,通过邹赞,陈柯宇,徐丹,唐玉珊,邹红在2021年《晚期胃癌疼痛护理和临终关怀对患者生活质量和满意度的影响分析》中获得,对晚期胃癌患者采用疼痛护理和临终关怀能够满足患者的治疗需求,该种方式效果更佳,但是预见性护理在实际临床工作开展中的效果还需要进行深入的剖析和研究,同时将实践研究的数据作为观察依据,然后以实际患者的临床状况为准,帮助晚期胃癌患者找到更加优质的护理方案,从而提升患者的康复效果。基于此,在本组研究中对晚期胃癌患者开展疼痛护理和临终关怀护理并观察该种方式对患者的生活质量影响情况,现将具体分析结果呈现于下文中^[1-2]:

1. 一般资料和方法

1.1 一般资料

在本组研究开展前需要保证78例患者均自愿参与本次观察研究,然后选择2020年4月—2022年3月的晚期胃癌患者,随后将其分为普通组和优化组,普通组的39例患者年龄在41--69岁之间,平均年龄 52.77 ± 3.13 岁;其中男性晚期胃癌患者20例,女性晚期胃癌患者19例。优化组的39例患者年龄在42--70岁之间,平均年龄 53.18 ± 3.37 岁;其中男性晚期胃癌患者21例,女性晚期胃癌患者18例。($p>0.05$),两组资料无差异。在本次研究前需要指导患者签订知情同意书,同时排除具有精神类疾病、不配合研究患者以及中途放弃研究者。

1.2 方法

1.2.1 普通组

采用一般护理干预,主要包括:根据患者病情状态和身体情况开展用药指导工作,为患者提供洁净的病房环境,使用镇痛药降低患者身体疼痛

感等。

1.2.2 优化组

采用疼痛护理和临终关怀干预,该种护理方式是在一般护理之上的,主要护理内容包括以下几点:

疼痛护理:①首先由护理人员对患者的疼痛程度进行全面评估,评估中综合患者的年龄、疼痛时间、疼痛次数和疼痛间隔时间等进行观察分析,根据患者的疼痛程度来针对性采取镇痛方式,从而帮助患者减轻身体疼痛感。②疼痛护理中可以采用静脉给药的方式降低疼痛程度,保证药物能够及时、准确的降低患者的疼痛感,达到最良好的镇痛效果。③护理人员帮助患者开展按摩护理来减轻机体疼痛感,通过对肌肉放松缓解由于过度紧张造成的肌肉酸痛情况,进而达到放松身心、缓解疼痛的效果。④护理人员可以与患者开展交流和沟通,通过聊天等方式转移患者的疼痛注意力,改善患者的精神状态情况,了解患者的兴趣爱好,指导患者通过听音乐、阅读、观察减压视频等方式来转移疼痛注意力。在开展任何一项镇痛措施的过程中,都要对患者进行动态监测指导,最大程度降低患者的身体疼痛度,满足患者的治疗需求。

临终关怀:①护理人员积极与学生沟通,侧面了解患者的内心想法和需求,在不影响治疗的情况下满足患者的需求,与患者建立信任感,消除患者与医护人员的距离感,向患者详细地讲解病情状况,给予患者一定的心理支持,让患者能够加强疾病认知度,从而减少内心的负担和不安心理,引导患者能够保持正确的人生观,以乐观和平和的心态面对自己的病情,告知患者生死和自然更替的客观看法。②晚期胃癌患者会出现营养物质吸收不足的情况,因此要帮助患者进行合理营养设计,增加高蛋白、高纤维食物的摄入,保证患者的营养需求,提高身体免疫力。针对不能自行进食的患者要进行喂食和鼻饲护理,提高患者的生活质量。③晚期胃癌患者受到病痛的折磨和死亡的恐惧,就会出现焦虑、绝望等不良情绪状态,这时护理人员首先可以为患者提供一个良好、舒适的病房环境,然后引导患者通过呐喊、唱歌等方式释放自己的不良情绪。日常中可以为患者播放舒缓的音乐,通过音乐的干预来使患者情绪平静,减少不良情绪的刺激。④护

理人员与患者家属进行沟通交流,引导家属能够尽可能多的陪伴患者最后
的时光,很多晚期胃癌患者最不放心的就是自己的亲人,因此可以让家属
来了解患者意愿和需求,通过亲情来感化患者,给予患者更多的关爱和陪
伴,让患者有一个情感的寄托,充分感受到家人的关心和家庭的温暖。⑤
护理人员定期对病房消毒通风,保证舒适的治疗环境,减少医疗器械的声
音和光线等对患者的干扰,对于长期卧床的患者,要定时为其进行清洗、
翻身护理,避免出现压疮的发生。

1.3 观察指标

1.3.1 生活质量:采用 SF-36 量表评价,主要对 7 个维度进行观察评定,
每一项总分为 100 分,分数与生活质量呈正相关性^[3]。

1.3.2 疼痛程度:采用 VAS 量表评价,评价分数为 0--10 分,分数越高
表示患者的疼痛程度越严重^[4]。

1.3.3 情绪状态:采用情绪量表,50 分为评价的临界点,分数越高表示
患者的生活质量越差^[5]。

1.3.4 护理满意度:采用百分制满意度调查问卷,指导患者填写,65
分以上表示满意。

1.3.5 依从性:对患者的用药、情绪、饮食等依从情况进行观察。

1.4 数据统计分析

应用 SPSS.22 统计分析数据,计量资料以均数±标准差 ($\bar{x}\pm s$) 表示,
采用 t 检验,计数资料以 (n, %) 表示,采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异
有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组生活质量评分情况

普通组和优化组生活质量评分对照在表 1 呈现:

表 1 两组生活质量评分对比

组别	数例	躯体功能	社会职能	生理职能	精神状态	生理机能	健康状态	情感职能
普通组	39 (例)	70.39±3.52 (分)	71.58±3.15 (分)	71.08±3.36 (分)	72.49±3.41 (分)	71.98±3.64 (分)	72.03±3.18 (分)	75.56±3.18 (分)
优化组	39 (例)	82.61±3.66 (分)	83.15±3.72 (分)	82.69±3.46 (分)	83.41±3.17 (分)	82.79±3.55 (分)	83.08±3.73 (分)	82.12±3.62 (分)
t	--	14.992	15.013	13.294	13.726	14.013	13.994	15.138
p	--	0.009	0.008	0.010	0.010	0.009	0.010	0.008

2.2 两组疼痛程度和情绪状态情况

普通组和优化组疼痛程度和情绪状态评分对照在表 2 呈现:

表 2 两组疼痛程度和情绪状态评分对比

组别	数例	疼痛程度	情绪状态
普通组	39 (例)	6.72±1.76 (分)	53.16±3.88 (分)
优化组	39 (例)	4.02±1.43 (分)	43.58±3.46 (分)
t	--	9.184	12.571
p	--	0.014	0.011

2.3 两组护理满意度和依从性情况

普通组和优化组护理满意度和依从性对照在表 3 呈现:

表 3 两组护理满意度和依从性对比

组别	数例	护理满意度		依从性	
		满意数例	占比	依从数例	占比
普通组	39 (例)	29 (例)	74.35%	16 (例)	41.02%
优化组	39 (例)	37 (例)	94.87%	35 (例)	89.74%
χ^2	--	--	15.287	--	19.705
p	--	--	0.008	--	0.004

3. 讨论

据长期观察研究发现,胃癌病症的发生与环境、遗传、生活饮食方式
等有着一定关系,胃癌患者在发病初期没有明显的症状,因此患者在确诊
时多为中晚期患者,随着病情的发展,癌细胞不断地扩散和转移就会威胁
患者的生命安全,病死率上升。晚期胃癌患者最明显的症状就是疼痛,疼
痛的发生也会造成患者的情绪状态下降,进而影响患者的心理状态和生活
质量,并且在长期的治疗中昂贵的治疗费用也会加重患者的心理负担,影
响其治疗效果。患者在接受治疗的过程中也需要给予其针对性护理干预,
从而改善患者的精神和心理状况^[6-7]。

疼痛护理能够通过药物和非药物等多种途径降低其生理疼痛度,首先
静脉给药能够帮助患者及时止痛,直接快速的降低患者的疼痛感;通过按
摩护理降低患者的紧张程度;通过聊天等方式来转移患者的紧张情绪,进
而降低疼痛感;临终关怀能够以患者为工作开展的中心,采用人性化护理
方式来降低患者的不良情绪,给予患者更多的尊重和关心,结合患者的自
身情况指导其客观认识自身疾病,加强与患者的沟通,了解患者的内心需
求并及时满足。然后开展饮食护理和生活指导等,全面提高患者的生活质
量,与此同时,护理人员指导家属给予患者更多的陪伴和关爱,使患者感
受到亲情的温暖和牵挂,延缓患者的病情发展^[8-9]。

在本组研究中,对两组护理满意度和依从性情况观察分析:普通组和
优化组护理满意度和依从性对照中,普通组护理满意度和依从性分别为

74.35%、41.02%，优化组护理满意度和依从性分别为 94.87%、89.74%，($\chi^2=17.496$, $p=0.006$)，两组有差异。以上研究数据能够发现，对胃癌晚期患者开展疼痛护理和临终关怀能够提高患者的护理满意和依从性，分析其原因，主要是由于在开展护理干预中，通过药物干预、按摩护理、转移注意力等多种方式能够降低患者的生理疼痛感，提高了患者的生理舒适度，因此满足了患者的护理需求，然后通过对患者的心理疏导和情绪干预、生活指导等，能够引导患者正确看待自身疾病，建立平稳的情绪状态，通过环境护理、亲情陪伴等方式让患者感受到关心和尊重，因此提高了患者的治疗依从性和舒适度。以上研究数据和荆怡、赵志玲、陈英利在 2019 年《疼痛护理联合临终关怀在晚期胃癌患者护理中的效果观察》中的数据结果一致，证明本次的研究真实有效，能够为临床护理提供依据，有效提高患者的护理效果^[10]。

综上所述，对晚期胃癌患者采用疼痛护理和临终关怀能够提高其生活质量，降低疼痛程度，改善不良情绪状态，满足其护理需求，该种方式更具有针对性和优势性，值得在临床中推广使用。

参考文献：

- [1] 邹赞,陈柯宇,徐丹,唐玉珊,邹红.晚期胃癌疼痛护理和临终关怀对患者生活质量和满意度的影响分析[J].中国全科医学,2021,24(S2):219-221.
- [2] 刘慧革,张莉,胡荣臻.疼痛护理联合临终关怀对晚期胃癌患者癌因

性疲乏、生存质量及死亡态度的影响[J].护理实践与研究,2021,18(21):3277-3280.

[3] 赵红,唐玉兰,李娅兰.晚期胃癌疼痛护理和临终关怀对患者生活质量的影响观察[J].家庭生活指南,2021,37(06):129-130.

[4] 宁璟,李琳.晚期胃癌疼痛护理和临终关怀对患者生活质量的影响分析[J].基层医学论坛,2020,24(30):4360-4362.

[5] 钟青,钟小娟,刘志芳.疼痛护理配合临终关怀在晚期胃癌患者护理中的应用[J].中国当代医药,2020,27(25):212-214.

[6] 俞燕飞,朱佩琦.疼痛护理联合临终关怀对晚期胃癌患者生活质量的影响[J].中华肿瘤防治杂志,2019,26(S1):208.

[7] 王春慧,贾芳芳,岳冬丽.疼痛护理和临终关怀对晚期胃癌患者生活质量的影响[J].中国民间疗法,2019,27(16):74-75.

[8] 程彩云,陈龙珠,胡玉燕.疼痛护理联合临终关怀对晚期胃癌患者的影响[J].中国城乡企业卫生,2019,34(07):150-151.

[9] 刘倩,国仁秀,许晨辉.疼痛护理及临终关怀对晚期胃癌患者生活质量的改善效果探讨[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(43):94-95.

[10] 荆怡,赵志玲,陈英利.疼痛护理联合临终关怀在晚期胃癌患者护理中的效果观察[J].首都食品与医药,2019,26(04):93-94.

(上接第 161 页)

氯胺酮复合丙泊酚对宫腔镜检查患者的镇痛效果明显。艾司氯胺酮是氯胺酮家族成员，对阿片 μ 受体的亲和力明显强与氯胺酮，且镇痛起效更快。有报道指出^[7]，艾司氯胺酮的应用可以减少芬太尼、阿片类药物、非甾体抗炎药物的用量，并且可以降低这类药物引发的痛觉过敏和呼吸抑制。本研究结果显示，T2、T3 时刻，观察组患者 MAP、HR 均高于对照组 ($P<0.05$)，而且从 T1~T4 的 MAP、HR 动态变化来看，观察组患者的 MAP、HR 明显更加平稳。由此可见，艾司氯胺酮复合丙泊酚在宫腔镜检查中的应用更利于稳定患者血流动力学指标，这在陈玢等^[8]研究部分结果一致。

在国内的一项研究中，陆艳萍等^[9]学者选取了 82 例妇科手术患者为研究对象，随机分为对照组和观察组后分别给予丙泊酚、艾司氯胺酮复合丙泊酚进行麻醉，结果显示观察组患者的清醒时间、丙泊酚用量均低于对照组 ($P<0.05$)，与本研究结果相似。本研究结果显示，观察组丙泊酚用量低于对照组，麻醉起效时间、苏醒时间、复苏室停留时间均短于对照组 ($P<0.05$)，表明艾司氯胺酮复合丙泊酚有助于降低术中丙泊酚用量，缩短患者清醒时间。本研究发现，观察组患者不良反应的发生率显著低于对照组 ($P<0.05$)，说明艾司氯胺酮复合丙泊酚在宫腔镜检查中的应用具有良好的安全性。

综上所述，司氯胺酮复合丙泊酚对无痛宫腔镜检查患者的镇痛效果显著，有助于稳定血流动力学，可以减少术中丙泊酚用量，且安全性较好，值得临床实践推广应用。

参考文献：

[1] 王玉平,路静.试论宫腔镜检查在诊断子宫腔内病变所致不孕症中的应用效果[J].当代医药论丛,2017,15(12):91-92.

[2] 莫坚,黄建邕,黄英梅.球囊联合人工周期及重复宫腔镜检查在预防中重度宫腔粘连术后复发中的价值[J].海南医学,2017,28(9):1511-1513.

[3] 郑伟.浅析子宫内病变诊断中宫腔镜检查后子宫内膜病理检查的诊断意义[J].中国卫生标准管理,2017,8(3):136-137.

[4] 康艺涵,朱允壮,秦上媛,等.艾司氯胺酮的研究进展[J].中国医师进修杂志,2021,44(5):470-476.

[5] 陈凤伟.丙泊酚联合地佐辛麻醉对宫腔镜手术患者术中生命体征及 VAS 评分的影响[J].现代诊断与治疗,2019,30(19):3355-3356.

[6] 党秀丽.宫腔镜在子宫内息肉诊治中的临床应用[J].当代医学,2017,23(1):31-32.

[7] 耿川,满忠,吴茂健,王光磊,杨艳,韩林立,郑见.艾司氯胺酮预防全麻诱导中舒芬太尼诱发咳嗽的半数有效剂量分析[J].重庆医学,2020,49(S2):206-208.

[8] 陈玢,马正良,刘涛,等.艾司氯胺酮联合丙泊酚用于无痛支气管镜检查麻醉的临床应用[J].国际麻醉学与复苏杂志,2021,42(12):1277-1280.

[9] 陆艳萍,范建萍.丙泊酚复合艾司氯胺酮及芬太尼在妇科静脉麻醉中的应用研究[J].实用妇科内分泌电子杂志,2020,7(23):7,12.

基金项目：广东省医院药学研究基金(新晨舒适化医疗专项基金)，项目编号：2020XC40

早期系统化康复护理对脑卒中偏瘫患者肢体运动功能及日常生活能力的影响

陈兆菊

安徽省铜陵市人民医院卒中中心 安徽铜陵 244000

摘要：目的：评价早期系统化康复护理对脑卒中偏瘫患者肢体运动功能及日常生活能力的影响。方法：以 50 例脑卒中偏瘫患者为研究对象，25 例接受常规护理（对照组），25 例接受早期系统化康复护理（观察组）。比较两组患者 Feg-Mevyer 积分与 Barthel 指数（Barthel index, BI）、生活质量。结果：治疗 8 周后观察组 Feg-Mevyer 积分、BI 评分、生活质量评分显著高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：早期系统康复护理可提升脑卒中偏瘫患者肢体运动功能、日常生活能力及生活质量。

关键词：康复护理；脑卒中偏瘫；运动功能；日常生活能力

【Abstract】Objective: To evaluate the effect of early systematic rehabilitation nursing on limb motor function and daily living ability of stroke patients with hemiplegia. Methods: Fifty stroke patients with hemiplegia were selected as the research objects, 25 received routine nursing (control group), and 25 received early systematic rehabilitation nursing (observation group). Feg-mevyer score, Barthel index (BI) and quality of life were compared between the two groups. Results: After 8 weeks of treatment, feg-Mevyer score, BI score and quality of life score in the observation group were significantly higher than those in the control group, with statistical significance ($P < 0.05$). Conclusion: Early systematic rehabilitation nursing can improve limb motor function, daily living ability and life quality of stroke patients with hemiplegia. 【Key words】rehabilitation nursing; stroke hemiplegia; motor function; daily living ability

脑卒中具有高发病率、高致残率及高死亡率特征，是目前我国首位的死因。存活的脑卒中患者超过 25% 的患者会出现不同程度的残疾，以偏瘫最为常见。偏瘫患者存在的运动功能障碍会对其日常生活造成较大影响，对于患者而言，还会加重其身心及家庭负担。偏瘫会导致患者生活不能自理，常需要家人及他人的帮助及照顾，因此，必须采取有效的措施促进患者肢体功能恢复。早期康复护理对改善肢体运动功能，恢复日常生活能力就有重要意义^[1]。本院卒中中心为脑卒中偏瘫患者构建了早期系统康复护理方案，取得了较好的效果，总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择 2021 年 3 月~2021 年 7 月期间于铜陵市人民医院卒中中心诊治的 50 例脑卒中偏瘫患者为研究对象，其中 25 例接受常规护理（对照组），25 例接受早期系统化康复护理（观察组）。研究对象纳入标准：（1）符合第四届全国脑血管病学术会议制定急性缺血性脑卒中诊断标准；（2）首次发病，出现单侧肢体瘫痪；（3）经急性期处理后生命体征平稳；（4）临床病历资料完善。排除严重的认知功能障碍，处于疾病终末期，合并恶性肿瘤、肝肾衰竭、严重并发症患者。观察组患者平均年龄 64.6 ± 8.6 岁；男性 14 例，女性 11 例；瘫痪肢体：左侧 10 例，右侧 15 例。对照组平均年龄 65.0 ± 10.0 岁；男性 17 例，女性 8 例；瘫痪肢体：左侧 11 例，右侧 14 例。观察组与对照组患者年龄、性别及瘫痪肢体分布无统计学差异（ $P > 0.05$ ）。

1.2 护理方案

对照组患者渡过急性期后接受常规护理方案，包括健康教育与心理支持，基础护理，控制颅内压、血压及血糖，调节饮食。观察组患者在常规护理基础上接受早期系统化康复护理，包括健康指导、早期康复训练、姿势控制训练、生活能力训练等。具体内容如下：（1）健康指导：告知康复训练的意义、必要性，介绍康复训练计划与方法，强调肢体康复对运动功能及日常生活能力的意义，鼓励其积极参与早期康复训练，建立战胜疾病的信心。叮嘱患者合理休息，保持充足的睡眠，饮食方面注意低盐、低脂饮食，合理搭配粗细粮，养成良好的生活习惯。（2）认知功能训练：给予认知行为治疗（cognitive-behavioral therapy, CBT），具体内容包括注意力训练、定向力训练、视觉空间结构能力训练、记忆力训练、计算力训练、执行功能与解决问题能力训练、语言交流障碍训练等。（3）肢体康复训练：患者渡过急性期后早期进行肢体康复训练，具体内容包括体位管理、床上训练、坐位与站位训练、四肢-躯干的姿势控制、步行等。（4）姿势控制训练：姿势控制训练在护士一对一的指导下进行，主要内容如下：恢复中线站立位，进行单腿负重等静态姿势维持；躯体稳定性训练；坐位及站立位重心转移训练。姿势训练每天 30min，每周 5d，连续持续 8 周。（4）日常生活干预：根据患者偏瘫情况、情绪状态进行个体化训练，评估患者日常生活能力潜能，循序渐进地让患者完成行走、更衣、个人卫生、进餐等，提升患者自理能力，尽可能降低其对照护者的依赖。指导患者进行穿脱衣

服、拨算珠、捡豆子、刷牙及进食等个人活动。尽可能指导患者用患侧手进行日常活动。(5)患侧肢体按摩:由护理人员进行患侧肢体按摩,把握按摩力度(以轻度或者中等按摩刺激为宜),在按摩过程中询问患者感受,肌力较差的患者可添加各种按摩手法,包括拿、捏、揉、搓等。指导患者进行床上适度运动,协助其转变体位,可进行床上拿取物品、向床边移动等活动,在此期间需做好安全防护,保护患者安全。(6)时刻关注患者心理情绪变化,采用正确的沟通方式与患者交流,向其讲解脑卒中偏瘫知识,了解疾病发生的原因,向其说明康复训练的重要性,使其从心理上接受早期康复锻炼,而且在此期间找出患者认知偏差,纠正其错误认知。告诉患者不进行早期康复锻炼的危害,并且避免其产生急于求成的心理,进而主动的配合康复过程,使其自觉性及主动性得以提升。训练过程中,加强患者支持系统,给予其多方面的帮助与支持,能使其以乐观的心态面对康复锻炼,有利于疾病恢复自我效能感的提升,有效落实各项护理措施。

1.3 观察指标

(1)肢体活动功能:采用 Feg-Mevyer 积分进行评价,满分 14 分,评分越高提示活动功能越好。(2)生活自理能力(ADL):采用 Barthel 指数(Barthel index, BI)进行日常生活能力评价。(3)生活质量:简明健康量表(SF-36)。

1.4 统计分析方法

采用 SPSS22.0 软件进行数据分析,定量资料采用均数±标准差进行描述,采用 *t* 检验比较治疗前后 Feg-Mevyer 积分、BI 分布差异。*P*<0.05 认为有统计学意义。

2 结果

2.1 Feg-Mevyer 积分、BI 对比

观察组与对照组基线 Feg-Mevyer 积分、BI 无统计学差异(*P*>0.05),8 周后观察组 Feg-Mevyer 积分、BI 评分显著高于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05)。具体数据见表 1。

表 1 治疗前后 Feg-Mevyer 积分、BI 评分(分)

分组	N	Feg-Mevyer 积分		BI	
		基线	8 周后	基线	8 周后
观察组	25	4.2±1.1	11.3±3.1	43.9±15.8	69.4±15.7
对照组	25	4.0±0.9	9.1±2.4	45.7±17.3	60.1±11.5
<i>t</i>		0.629	2.510	0.343	2.317
<i>P</i>		0.533	0.017	0.733	0.039

2.2 生活质量对比

观察组各评分高于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05)。具体数据见表 2。

表 2 生活质量(分)

分组	N	躯体疾病	一般状况	生理机能	物质功能	精力	情感功能	心理健康	社会功能
观察组	25	76.56±3.46	78.54±3.71	80.14±3.24	76.64±3.23	78.24±3.15	77.14±3.23	79.52±3.31	75.34±3.12
对照组	25	71.63±3.48	71.35±2.38	75.35±2.12	70.45±2.63	72.14±2.23	70.34±2.28	73.25±2.12	70.23±2.12
<i>t</i>		5.0230	8.1560	6.1855	7.4304	7.9026	8.5996	7.9756	6.7734
<i>P</i>		0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

3 讨论

脑卒中患者发病后会损伤其神经功能,临床发现中枢神经系统在结构或功能上存在代偿及功能重组能力,这就为患者后期恢复提供了方向,也是康复训练后运动功能恢复的理论基础。对于脑卒中偏瘫患者而言,尽可能提高其日常生活活动能力为最终的目的,而促进其中枢神经系统损伤后恢复的一个关键方面就是早期功能训练。有研究表明,根据患者病情情况早期制定康复目标,尽早开展康复训练,指导患者坚持进行正确的锻炼,能最大程度的促进其功能恢复,同时对患者心理状态也能发挥较好的调节作用,而且能调动患者主观能动性,进行主动活动,处于体验成功的精神状态中,促进身心康复。研究显示,在渡过急性期后进行早期的康复训练可改善脑卒中偏瘫患者预后。康复训练介入时间越早,肢体功能与神经功能缺损恢复效果越好,可减少关节畸形与伤残^[2]。本次分析结果显示,早期系统康复护理可显著促进肢体功能与日常生活能力康复,提高生活质

量,具体分析如下。

3.1 早期认知功能训练与健康教育的意义

脑卒中造成的巨大创伤可导致患者出现不同程度的认知功能障碍,患者可出现自责、注意力难以集中、情绪低落,导致其失去对疾病发展及预后正确的认知,对功能康复及治疗配合积极性下降,消极应对方式增加,睡眠质量显著降低,导致其神经功能恢复受阻,甚至出现病情恶化^[3]。因此,本院提供的早期康复训练以认知干预与健康教育为基础,通过注意力训练、定向力训练、视觉空间结构能力训练等措施改善认知功能与语言功能,减少负面心理情绪,让患者对疾病治疗与康复形成正确认知,提升其对康复措施的配合能力。

3.2 早期进行肢体运动康复具有重要意义

运动疗法是脑卒中患者康复最为重要的非药物治疗方法,可有效促进

(下转第 169 页)

延续性护理干预在腔隙性脑梗死并发眩晕患者护理中对其神经功能的影响

郭梅芳¹ 唐雪梅² 邓胜兰² 蒲丽竹²

四川省中西医结合医院脑病科¹ 四川成都 610000; 渠县中医院内一科² 四川渠县 635200

摘要: 目的: 浅析腔隙性脑梗死并发眩晕患者应用延续性护理干预对其神经功能的影响, 以便为日后制定护理方案提供参考。方法: 共计腔隙性脑梗死并眩晕患者 76 例作为研究对象, 均源自于 2020 年 1 月~2021 年 7 月我院收入, 根据数字表法分为对照组与研究组, 各 38 例, 对照组接受常规护理, 研究组接受延续性护理干预, 就患者护理前后眩晕频率、眩晕持续时间、神经功能缺损状况及生活质量组间比较。结果 研究组患者护理后眩晕频率、神经功能评分均降低, 眩晕持续时间缩短, 且护理后 SF-36 评分均明显升高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 针对腔隙性脑梗死并眩晕患者应用延续性护理干预, 可有效保障患者康复效果, 改善其神经功能, 减少眩晕发病风险, 提升其生活质量, 具有推广价值。

关键词: 眩晕; 腔隙性脑梗死; 延续性护理干预; 神经功能

脑梗死是临床上较常见的脑血管疾病之一, 好发于老年人群, 可占全脑血管疾病的 70%^[1-2]。现如今, 随着我国经济水平的迅猛发展, 人们生活质量不断提升, 日常生活习惯、饮食结构改变, 再加之人口老龄化问题急剧, 导致脑梗死发病率逐渐升高。脑梗死中 80% 为腔隙性脑梗死, 该病具有较高的致残、致死率, 其也是一种多见的神经系统疾病, 临床可表现为语言障碍、远端障碍及感觉障碍, 对人们的生活质量、机体健康构成极大的威胁^[3]。为此, 充分掌握该病的严重性, 提升脑梗死患者的院外治疗及护理极为重要, 能一定程度上保障其神经功能恢复, 提升其生活质量。延续性护理干预是一项通过随访辅助患者开展医院-家庭的自我管理措施, 可强化患者的遵医行为, 降低其再住院风险^[4]。延续护理是通过一系列的行动设计, 用以确保患者在不同的健康照护场得到不同水平的协作性与连续性的照护, 通常包括经由医院指定的出院计划, 转诊患者回归家庭或社区后的持续随访, 从而提升其护理质量。鉴于此, 本文就腔隙性脑梗死并发眩晕患者应用延续性护理干预对其神经功能的影响进行分析, 结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

共计腔隙性脑梗死并眩晕患者 76 例作为研究对象, 均源自于 2020 年 1 月~2021 年 7 月我院收入, 根据数字表法分为对照组与研究组, 各 38 例, 对照组男性 21 例, 女性 17 例, 年龄 48~76 岁, 平均 (60.54±2.64) 岁。研究组男性 20 例, 女性 18 例, 年龄 46~75 岁, 平均 (60.47±2.61) 岁。患者基线资料组间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.1.1 纳入标准

①入组患者均符合腔隙性脑梗死临床诊断标准, 并伴有眩晕症状^[5]; ②患者及其家属对本研究知晓, 并签署相关文书; ③患者及其家属有智能手机, 可使用微信平台; ④具备一定沟通与理解能力。

1.1.2 排除标准

①伴有感染性疾病、出血性疾病、恶性肿瘤的患者; ②因耳石症、颈椎病等相关疾病引发眩晕者; ③伴有严重肾脏、肝脏、心脏等重大器官功能障碍; ④伴有认知障碍、精神疾病不能配合研究者。

1.2 方法

对照组接受常规护理, 即于患者出院前 1d 向患者及其家属开展出院指导, 给予常规知识宣教, 主要内容包含饮食干预、血压监测、遵医嘱服药、避免过度劳累、尽可能消除疾病复发的诱因; 嘱咐患者若出现异常状况、临床症状加重等, 立即来院诊疗, 并鼓励其在出院后通过电话、微信向医护人员进行咨询等, 出院后不开展随访与干预。研究组患者基于此开展延续性护理干预, 具体内容如下:

(1) 首先建立延续性护理小组, 小组成员均由中级及以上职称的神经内科临床医师、康复师, 以及具备护师及以上职称的专科护理人员组成。对小组成员开展统一的培训, 主要内容包含延续性护理干预概念与作用、实施目的、制定出院计划与具体措施的落实等, 并评估其专业能力、沟通技巧等。同时建立微信群, 将患者及家属拉入群内, 采取实名制。

(2) 出院前知识宣教: 在出院前 3d, 由护理小组向患者及其家属开展相熟的院外自我管理技巧, 包含饮食管理、心理疏导、运动干预等, 叮嘱患者按时复诊, 在微信群里保持沟通, 若出现机体不适, 需及时交流。

(3) 定期随访: 患者出院后, 小组成员定时通过电话、微信、家访等相关方式开展随访调查, 对患者出院后的执行状况、康复效果进行评估, 并及时回答患者及其家属提出的疑问。且依据患者提出的问题, 结合其康复效果, 适当调整护理方案。

(4) 延续性护理实施内容: ①饮食管理, 患者在出院前及出院后制定合理的饮食计划, 叮嘱患者严格执行。在日常饮食上需严格控制每日脂肪的摄入, 将社区总热量控制在合理范围, 给予高纤维素、高维生素、低盐且易消化的饮食, 避免进食高糖饮食, 合理补充蛋白质; 并叮嘱患者大量饮水, 稀释血液, 避免血栓形成。②心理干预, 医护人员可使用微信等信息化技术, 与患者及其家属建立良好的沟通, 鼓励患者间多交流、分析康复经验, 相互鼓励; 同时尽可能为患者出院后康复创造条件, 及时获得更多社会支持, 为患者提供个体化干预; 对于不良情绪严重的患者, 在必要情况下可给予药物治疗。③认知干预, 在患者出院前, 向其发放健康宣教手册, 并向患者及其家属讲解腔隙性脑梗死并发眩晕的发病症状、住院事项、预后状况等; 于患者出院后, 定时使用向微信群给予腔隙性脑梗死

并发眩晕相关知识推文，将康复锻炼制作作为小视频，定时发送，以便患者学习。

1.3 观察指标

(1) 详细记录护理前后患者眩晕频率及眩晕持续时间，并予以组间比较。(2) 神经功能缺损状况：使用美国国立卫生研究院卒中量表(National Institute of Health stroke scale, NIHSS)^[6]进行分析，包含语言、感觉、意识水平、上下肢运动等内容，共 0~45 分，分值与神经功能缺损状况呈正相关。(3) 生活质量使用健康调查简表(SF-36)^[7]评估，包含生理机能、生理职能、躯体疼痛、社会功能、情感职能、精神健康、一般健康状况、精力 8 个维度，均采用百分制，分值与生活质量呈正相关。

1.4 统计学处理

全文数据均采用 SPSS 19.0 统计软件进行计算分析，其中均数±标准差($\bar{x} \pm s$)用于表达计量资料， χ^2 用于检验计数资料， P 决定是否差异，其中 $P < 0.05$ 表示数据具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者眩晕频率及眩晕持续时间组间比较

护理前两组患者眩晕频率，眩晕持续时间相比，差异无统计学意义($P > 0.05$)，相较于对照组，研究组患者眩晕频率降低，眩晕持续时间缩短，差异有统计学意义($P < 0.05$)，详见表 1：

表 1 两组患者眩晕频率及眩晕持续时间组间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	眩晕频率(次/月)	眩晕持续时间(s/次)
----	----------	-----------	-------------

表 3 两组患者生活质量组间比较 ($\bar{x} \pm s$, $n=38$)

项目	护理前		<i>t</i>	<i>P</i>	护理后		<i>t</i>	<i>P</i>
	对照组	研究组			对照组	研究组		
生理机能	62.71±3.78	62.15±3.82	0.642	0.523	65.85±4.32	75.68±4.72	9.470	0.001
生理职能	78.34±4.68	78.81±4.37	0.452	0.652	70.47±3.97	76.47±5.07	5.744	0.001
躯体疼痛	89.41±6.01	90.17±6.08	0.548	0.585	81.54±4.87	85.71±5.14	3.630	0.001
社会功能	78.54±4.63	77.82±4.72	0.671	0.504	79.15±5.01	80.27±4.62	1.013	0.314
情感职能	84.25±4.76	84.31±4.69	0.055	0.956	80.45±3.62	82.31±3.72	2.209	0.030
精神健康	77.62±4.15	76.32±4.28	1.344	0.183	80.41±3.27	88.61±3.15	11.133	0.001
一般健康状况	58.17±4.03	58.11±4.13	0.064	0.949	63.28±5.47	65.72±5.41	1.955	0.054
精力	60.75±5.07	61.28±5.27	0.447	0.656	70.44±5.72	82.18±3.71	10.615	0.001

3 讨论

腔隙性脑梗死是脑深部核团、白质、脑干出现的病变，极易引发毒性水肿，造成脑组织进一步坏死、液化，吞噬细胞能够移走坏死和液化组织，演变成脑软化。该类患者通常表现为脑神经功能异常、反应迟钝、眩晕等症状^[8]。该类患者康复意愿强烈，而目前护理工作仅限于对患者院内的管理，难以保障患者出院后的康复质量，为此给予延续性护理干预极为重要^[9]。

延续性护理干预是整体护理的重要组成部分，其是住院护理服务的延伸，可保障患者出院后持续获得卫生保健，对疾病康复具有积极意义，同时还能降低复发风险，减少再住院率^[11]。本文研究结果显示，研究组患者护理后眩晕频率、神经功能评分均降低，眩晕持续时间缩短，且护理后 SF-36 评分均明显升高，差异有统计学意义($P < 0.05$)。延续性护理干预

		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	38	20.52±4.28	15.71±5.14	9.11±2.42	5.18±1.68
研究组	38	20.41±4.35	10.89±2.62	9.07±2.74	3.29±1.27
<i>t</i>		0.111	5.150	0.067	5.532
<i>P</i>		0.912	0.001	0.946	0.001

2.2 两组患者神经功能缺失状况组间比较

护理前两组患者神经功能评分相比，差异无统计学意义($P > 0.05$)，相较于对照组，研究组护理后神经功能评分明显降低，差异有统计学意义($P < 0.05$)，详见表 2：

表 2 两组患者神经功能缺失状况组间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	护理前	护理后
对照组	38	26.41±6.87	19.97±5.87
研究组	38	26.55±6.75	14.05±5.71
<i>t</i>		0.090	4.456
<i>P</i>		0.929	0.001

2.3 两组患者生活质量组间比较

护理前两组患者生活质量各项评分相比，差异无统计学意义($P > 0.05$)，相较于对照组，研究组患者护理后 SF-36 中生理机能、生理职能、躯体疼痛、情感职能、精神健康及精力评分均明显升高，差异有统计学意义($P < 0.05$)，详见表 3：

能为患者提供全程护理服务，辅助患者及其家属正确认识疾病相关知识、治疗措施、注意事项，从而强化患者遵医行为、促使其快速康复。该护理模式规避了传统护理模式的局限性，将护理服务延伸至院外，且护理服务内容可由常规治疗拓展至心理疏导、社会支持及康复锻炼等多方面，可有效改善患者的生活质量^[12-13]。本次研究中延续性护理干预措施在患者出院前给予全面、综合性健康教育，促使患者及其家属能正确的认识疾病，掌握科学、正确的自我保健措施。出院后定时给予随访，开展心理干预，促使其出院后能合理应对意外状况，从而保障康复效果。同时为其制定科学性功能训练治疗，促使其积极主动参与康复锻炼，加速康复进程，并为其制定科学的饮食计划，养成良好的饮食习惯，有效缓解临床症状，促进神经功能恢复。此外，延续护理模式中，随访是其中至关重要的一个组成部分^[14]。随着互联网的普及应用，微信平台已成为人们跨越时间和空间获取信

息、实现即时交流的一个重要途径。将微信应用于护理随访中,不受传统医疗服务的时空限制,更加及时灵活、趋于个性化。微信是我国受众最广的微媒体,已在医疗机构得到广泛应用。为快速推广健康宣教知识,利用微信开展健康宣教,通过微信平台,护理人员可将图文、视频、语音等内容准确度的发送至患者手机,与传统的护理模式相比,其宣教形式丰富、内容全面、传送简便,克服了时间、地域的限制^[15]。利用微信推送疾病相关知识,包括并发症发生先兆、病因、病理、临床表现、健康指导、治疗及护理新进展等,为患者及其家属提供权威、科学的理念,有利于提升其治疗依从性,提升其对疾病相关知识的掌握程度。

总而言之,将延续性护理干预应用于腔隙脑梗死并眩晕患者,可有效改善其神经功能,缓解临床症状,提升其生活质量,具有良好的临床应用前景。

参考文献:

- [1]吴妍平,王立新,孟莉,等. 延续性护理干预对老年脑梗死患者生活质量的影响[J]. 滨州医学院学报,2019,42(1):66-68.
- [2]高雅,霍娟娟,刘丽爽,等. 团队式延续性护理联合神经肌肉电刺激在脑梗死后吞咽障碍患者中的应用[J]. 河北医药,2021,43(17):2709-2712.
- [3]钟欣怡. 延续性护理对高血压合并脑梗死患者吞咽功能肢体运动功能的改善作用[J]. 中国农村卫生,2021,13(9):66-67.
- [4]黄蕾,唐起岚,张彩,等. 基于家庭模式的延续性护理对老年脑梗死患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志,2020,26(13):43-46.
- [5]宋艳,杨杨,王惠子. 记录卡联合微信平台在脑梗死患者延续护理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2020,26(19):35-38.

(上接第 166 页)

正常运动并抑制异常运动,进而降低神经功能缺损,并最终减少伤残。早期运动疗法操作简单,可充分发挥潜在运动与学习能力,通过医护人员指导,在保障配合度的基础上进行重复性患肢运动训练,通过强度适宜的运动方案调节神经元功能,促进神经系统进行自我修复^[4]。本次分析中观察组患者在渡过急性期后早期引导患者进行了肢体运动康复与姿势控制训练,从体位管理、床上训练,逐步过渡至离床活动与站立训练,同时引导患者进行姿势控制训练。运动计划以患者耐受为基础循序渐进,具备较高的科学性,同时也可保障早期运动康复的安全性^[5]。持续的姿势控制训练可辅助患者进行姿势调整,提升平衡能力,减少肢体倾斜。

3.3 早期日常生活干预的意义

早期日常生活干预可辅助患者逐步承担日常生活事项,如洗漱、穿戴、进餐等,结合认知功能训练与运动康复,患者对上述事物的承担能力逐步增强,自身承担的积极性也逐步增强,自我效能也逐步提升,可形成良性循环^[6]。患者早期对日常生活能力的承担也可显著减轻照护者负担,减少其对照护者的依赖性,改善其心理情绪状态,减少长期卧床、被动接受护理所致的失落感与抑郁情绪^[7]。

综上,早期系统康复护理可提升脑卒中偏瘫患者肢体运动功能、日常

[6]蔡娟,栾丽芹. 细节性延续性护理联合中医针灸在提高急性脑梗死患者恢复期功能中的应用[J]. 中国临床研究,2021,34(11):1589-1591.

[7]白雪,吴利娜. 延续性护理对急性脑梗死溶栓治疗术后患者生活质量的影响[J]. 贵州医药,2020,44(4):657-658.

[8]朱沛宽,余玲萍,陈天虹,等. 延续性护理干预在腔隙性脑梗死并发眩晕患者中的应用及对患者神经功能的影响[J]. 中国药物与临床,2019,19(13):2318-2320.

[9]张立军,刘素娟. 基于微信平台的延续护理模式对青年脑梗死患者自护能力、生活质量的影响[J]. 哈尔滨医药,2020,40(4):361-362.

[10]汶小红. 基于微信平台的跟踪延续性护理对脑梗死患者 NIHSS 评分及护理依从性的影响[J]. 临床医学研究与实践,2020,5(13):151-152.

[11]马媛媛,桑莉,寇玮蔚,等. 延续性护理模式联合康复干预对脑梗死伴 2 型糖尿病患者治疗效果及血糖控制的影响[J]. 糖尿病新世界,2020,23(1):103-107.

[12]苗慧,辛志芳,张艳民,等. 延续性护理随访模式对脑梗死恢复期患者治疗依从性及生活质量的影响[J]. 首都食品与医药,2019,26(16):150.

[13]杨阳. 延续性护理模式在急性重症脑梗死患者出院后并发症预防中的应用效果[J]. 实用临床护理学电子杂志,2020,5(48):118,155.

[14]安晓旭. 延续性护理对脑梗死患者吞咽及肢体运动障碍的影响[J]. 河北北方学院学报(自然科学版),2021,37(12):31-32,36.

[15]杨香洪,骆彩云. 微信延续性护理对脑梗死患者康复锻炼依从性及功能康复的影响探讨[J]. 心血管病防治知识,2020,10(35):61-63.

生活能力及生活质量,具备较高的应用价值。

参考文献:

- [1]谷鹏鹏,陈许艳,徐来,等. 分级运动想象联合常规作业治疗对脑卒中后偏瘫患者上肢运动功能的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志,2019,41(2): 101-104.
- [2]陈素芹,赖葱葱,廖丽霞. 强化康复护理对脑梗死偏瘫患者肢体功能恢复的影响[J]. 护理学杂志,2016,31(5): 72-73.
- [3]周婧婧,顾宇丹. 认知行为护理对脑出血患者神经功能及生活质量的影响[J]. 中国医药导报,2018,15(25): 169-172.
- [4]李军. 早期应用运动疗法联合康复疗法对脑卒中偏瘫患者肢体功能恢复情况的影响[J]. 中国当代医药,2019,26(19): 70-74.
- [5]鲍海琴,万丽. 早期系统化康复护理对脑卒中偏瘫患者肢体功能及心理状况的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2019,28(17): 1925-1928.
- [6]张燕,周慧军,倪缪苗,等. 阶段康复护理对老年脑卒中偏瘫患者上肢及手功能障碍的影响[J]. 老年医学与保健,2020,26(4):666-669.
- [7]刘小明,张秋坤,于靖,等. 基于互联网下远程护理模式对脑卒中患者运动功能及心理状态的影响[J]. 河北医药,2020,42(13):2066-2070.

个体化护理模式用于小儿重症肺炎患者中的效果分析

王斌

宁夏医科大学总医院 宁夏银川市 750000

摘要:目的:分析个体化护理模式用于小儿重症肺炎患儿中的效果。方法:于2020年4月-2021年4月开展研究,将60例小儿重症肺炎患儿以随机抽签法分组,对照组及观察组各纳入30例病例。对照组实施常规护理,观察组实施个体化护理。进行疾病症状改善时间、并发症、预后、患者及家属满意度等相关指标评估。结果 观察组患儿疾病症状改善时间较对照组早,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者并发症发生率较对照组低,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组预后指标中机械通气时间及住院时间均较对照组短,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者及家属满意度高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组干预后血气指标优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:小儿重症肺炎以个体化护理模式进行干预,能够显著提升患儿疾病控制效果,缩短治疗时间,改善血气指标,提升患者及家属满意度。个体化护理模式干预,能够确保治疗期间的安全,应用效果显著。

关键词: 小儿重症肺炎;个体化护理;症状改善时间;并发症;预后;满意度

小儿重症肺炎属于常见的儿科危重症,发病可引发高热、咳嗽及感染等症状,疾病不断进展,可出现惊厥、抽搐等症状,且可引发一定的死亡风险。小儿重症肺炎对患儿的生长发育影响极大,需要引起临床的极大重视,开展干预方案的深入研究^[1]。目前,小儿重症肺炎反复发作且治疗时间长、病情变化快的特点,为临床干预造成了一定的阻碍^[2]。为了有效控制小儿重症肺炎的疾病症状,获得较好的预后,需要辅以有效的护理干预进行保证。常规护理由于缺乏对患者个体化特征的分析及观察,因而对患者的心理、生理及病情改善需求的影响欠佳。针对这一情况,本次研究通过对小儿重症肺炎患者病情及年龄特点进行深入分析,将个体化护理干预应用在其临床护理中,获得了显著效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2020年4月-2021年4月收治的60例小儿重症肺炎患儿纳入研究,以随机抽签法分组。观察组,男19例,女11例,年龄6个月-6岁,平均 (2.8 ± 0.8) 岁;肺炎感染类型:细菌性肺炎10例,支原体肺炎10例,病毒性肺炎10例;对照组,男20例,女10例,年龄7个月-7岁,平均 (3.2 ± 31.0) 岁;肺炎感染类型:细菌性肺炎9例,支原体肺炎10例,病毒性肺炎11例;纳入标准:均明确诊断小儿重症肺炎;呼吸频率异常、多肺叶受累,肺浸润范围在2/3以上,血氧饱和度低于92%;患儿及家属签订知情同意书;排除标准:合并其他严重器质性疾病者;心脏、肝肾功能异常者;精神异常者。分组资料,具有同质性($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组实施常规护理,协助患儿检查,遵医嘱进行静脉输液治疗护理,指导患儿用药,进行吸氧、生命体征等监护,有异常情况及时通知医生。

观察组采取个体化护理,对小儿年龄特点及重症肺炎疾病改善需求进行分析,制定个体化护理方案。(1)呼吸道护理,指导患儿雾化治疗时保持侧卧位,并以面罩吸氧,尽量患儿不反感。雾化吸入结束后,需采取轻柔的力度拍背祛痰。对于排痰困难的患儿,必要时可进行机械吸痰,吸痰前先吸氧3min,再将痰液清除。在护理过程中,护理人员要不断提升自身护理技能,能够准确的分辨咳嗽的性质。分析咳嗽属于干性咳嗽还是湿性

咳嗽。干性咳嗽需要以镇咳药物治疗,而湿性咳嗽则需要以祛痰药物进行配合治疗。在治疗过程中,需要将室内温度调节到18-20℃,将湿度调节到50%-60%,以有效降低呼吸道刺激。同时,保护患者上呼吸道防御功能,也能够避免因环境刺激导致的患者呼吸道黏膜损伤。在护理过程中,患者出现剧烈咳嗽时,需要指导患者充分卧床休息,避免能量消耗。协助患者保持舒适体位,一般以坐位或半坐位,能够促使患者肺部扩张,可通过促使腹肌收缩而提升腹压。在护理过程中,遵医嘱进行雾化吸入或者机械排痰方式进行祛痰及稀释呼吸道内痰液治疗。在雾化吸入治疗过程中,注意调节雾化吸入参数,调节吸入速度,并对肺部进行叩击,以促排痰。

(2)心理护理。小儿年龄特点是处于陌生环境中容易恐慌,对治疗产生抵触。护理人员在入院接待时,就需要保持和蔼可亲的态度,与患儿建立良好的关系。站在患儿的角度,与其交流动画片、玩具、儿歌等患儿感兴趣的东西,以增加信任度,减少对治疗的抵触。通过在病房内播放动画片、儿歌,布置卡通场景,消除患儿的恐惧感,使其精神放松的配合治疗。(3)个人卫生指导。进行口腔清洁,小儿重症肺炎感染患儿需每天清洁口腔,防止细菌滋生。痰多者使用生理盐水漱口。指导患儿家属定期擦拭清洁皮肤,脐周使用碘伏消毒。(4)做好咳嗽护理,鉴别干性或湿性咳嗽,以便选择合适的镇咳药物。湿性咳嗽还应将病房内温湿度调节好,避免环境刺激。对于剧烈咳嗽者,指导卧床休息,保存体力。(5)个性化饮食护理。高热失水者,忌瘦肉及鱼肉等高蛋白食物。以解毒泻火以及平喘、止咳食物-川贝梨熬水或者百合银耳汤等饮食为主。指导患儿补充新鲜的蔬果,充分补充机体抵抗力。(6)并发症护理。发生心力衰竭者,以吸氧、利尿以及强心等进行干预,并限制液体进出量,减少洋地黄等药物应用。增加机械吸痰次数,保证血氧饱和度在92%以上。对于中毒性肠麻痹患儿,还需要采取胃肠减压及皮下注射新斯的明缓解肠蠕动。同时输注血浆及丙种球蛋白,进行营养支持。继发感染患儿,还应选择合适的抗菌药物抗感染。

(7)病情监测。护理人员在护理过程中,需要密切监护患者生命体征及相关指标。尤其要注意观察患者肌张力恢复情况,观察瞳孔、呼吸以及心率等指标,若有异常变化的,需要及时通知医生。在患儿出现腹胀情况时,需要进行胃肠减压处理。出现呕吐以及嗜睡等症状时,需要采取镇静、吸

氧以及控制颅内压处理。出现呼吸困难的,还应及时清理呼吸道内异物,并做好吸痰处理。(8)药物护理干预。护理人员在干预过程中,需遵医嘱做好用药干预,监督患者定时、定量用药,注意监护用药期间的不良反应。有不适反应的,应立即寻找原因,并指导患者暂停用药,咨询医生是否需要进一步处理。在静脉穿刺时,保证一次穿刺成功,避免动作过于粗暴。在应用速尿药物时,应注意进行血钾及尿量等指标的关注,防止出现异常情况。

1.3 观察指标

(1)评估疾病症状改善情况,对咳嗽、肺部湿罗音以及心率、体温、炎症反应改善时间进行统计;(2)统计并发症发生率,包括心力衰竭、呼吸衰竭、继发感染、中毒性肠麻痹^[3];(3)评估预后,进行机械通气时间及住院时间统计;(4)评估患者及家属满意度,以院部自制调查问卷评估,问卷总评分100分,共发放60份,回收率100%。调查问卷回收后,进行满意度统计,计入的是满意及基本满意患者。其中将问卷打分在90分以上的纳入满意,将问卷打分在70-90分的纳入基本满意,将问卷打分在70分以下的纳入不满意;(3)评估血气指标,干预前后,进行二氧化碳分压(PaCO_2)、血氧分压(PaO_2)及血氧饱和度(SaCO_2)检测。

1.4 统计学分析

以SPSS 22.0统计学软件对比数据。(x±s)为计量方式,检验值为t;n(%)为计数方式,以 χ^2 检验。 $P<0.05$,对比有统计学差异。

2 结果

2.1 疾病症状改善情况对比

观察组临床疾病症状改善时间均较对照组短,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 疾病症状改善情况对比(x±s, d)

组别	例数	咳嗽消失时间	肺部湿罗音消失时间	心率恢复正常时间	体温恢复时间	炎症反应消失时间
观察组	30	5.8±0.5	6.9±1.0	9.8±0.9	6.9±0.7	4.7±0.6
对照组	30	7.1±1.0	8.8±1.2	13.2±1.3	9.4±1.0	6.9±0.9
t		6.369	6.662	11.778	11.218	11.140
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 并发症发生率对比

观察组疾病并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 并发症发生率对比[n(%)]

组别	例数	心力衰竭	呼吸衰竭	继发感染	中毒性肠麻痹	总发生
观察组	30	1	0	1	0	2(6.7)
对照组	30	2	1	3	2	8(26.7)
t						4.320

P

0.038

2.3 预后评估

观察组患者机械通气时间及住院时间均较对照组短,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

表3 预后评估(x±s, d)

组别	例数	机械通气时间	住院时间
观察组	30	5.8±1.3	10.9±1.0
对照组	30	8.2±1.8	14.8±1.2
t		6.395	14.771
P		0.000	0.000

2.4 患者及家属满意度对比

观察组患者及家属满意率96.7%相比对照组的76.7%明显更高,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表4。

表4 患者及家属满意度对比[n(%)]

组别	例数	满意	基本满意	不满意	满意率
观察组	30	1	0	1	29(96.7)
对照组	30	2	1	3	24(76.7)
χ^2					4.043
P					0.044

2.5 血气指标对比

组间干预前血气指标对比差异不显著($P>0.05$);观察组干预后 PaCO_2 水平低于对照组, PaO_2 及 SaCO_2 水平高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表5。

表5 血气指标对比(x±s)

组别	例数	PaCO_2 (mmHg)		PaO_2 (mmHg)		SaCO_2 (%)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	30	64.8±3.5	40.0±3.5	77.7±3.0	123.1±10.3	84.0±2.4	96.4±2.0
对照组	30	64.2±3.1	47.4±3.6	77.5±2.6	98.6±11.7	83.5±2.7	86.7±2.3
t		0.703	8.072	0.276	8.609	0.758	17.431
P		0.485	0.000	0.784	0.000	0.452	0.000

3 讨论

小儿重症肺炎病情进展快,对患儿的影响大,易出现各种呼吸系统、循环系统并发症,对患儿的生长发育十分不利。研究显示,重症肺炎患者未及时治疗,会引发脑缺氧、缺血等并发症,因而有引发脑疝、脑水肿及高热惊厥等严重后果,有致残的可能。因此,需要引起临床的极大重视。而对于重症肺炎患者来说,由于患者年龄的限制,其不能准确的讲述病情,不能准确的表述自身感受,因此,护理有一定的难度。在系统化治疗期间,针对患儿发病特点及病情改善需求个体化护理,能够提升护理的针对性,确保护理干预的精准性及有效性^[4]。

本次研究对小儿重症肺炎患儿采取个体化护理,首先分析了患儿年龄特点,并就重症肺炎的表现及影响,病情监护需求进行分析,制定了针对

(下转第174页)

中医护理会诊模式的六步奶结疏通法在产科积乳症产妇中的应用效果分析

张焕

菏泽市中医医院 山东菏泽 274000

摘要：目的：分析探究在产科积乳症产妇中采用中医护理会诊模式的六步奶结疏通法的应用效果。方法：病例收集时间 2020 年 7 月-2021 年 7 月，病例收集自将在本院产科生产后发生积乳症的 60 例产妇，分组方法选择随机数字表法，观察组及对照组各 30 例，纳入对照组的是采取吸乳器吸乳及结合芒硝外敷干预者，纳入观察组的是采取六步奶结疏通法干预者。从疏通效果、疼痛程度以及肿胀程度、并发症等方面进行综合评估。结果：观察组干预有效率 96.7% 高于对照组的干预有效率 76.7% ($P<0.05$)；观察组干预 1d、干预 3d 的 VAS 评分均低于对照组 ($P<0.05$)；观察组干预后乳房肿胀程度 I 度产妇比例高于对照组，II-III 度产妇比例低于对照组 ($P<0.05$)；观察组积乳症并发症总发生率 6.7% 高于对照组的 26.7% ($P<0.05$)。结论：将中医护理会诊模式的六步奶结疏通法应用在产后护理中，可帮助积乳症产妇有效疏通乳腺管，促使乳汁正常排出，减轻产妇痛苦，应用疗效确切、安全可靠。

关键词：产科；积乳症；中医护理会诊模式；六步奶结疏通法；疼痛；肿胀；并发症

产后积乳症发生的原因在于产后胀奶而婴儿又未能有效吸吮，导致乳汁逐渐堵塞乳腺管，引发积乳情况发生。另外，产妇脑下垂体受到抑制，导致乳房内分泌紊乱，加上乳头较短或者凹陷等缺陷，产妇在喂奶时出现乳头损伤，难忍疼痛而减少喂奶次数，奶量减少或者奶水不足而引发积乳症。积乳症也被称为奶结，表现为大小不等的乳房肿块，在产后出现积乳症，容易导致产妇承受心理及生理上的双重痛苦，导致母乳喂养失败，甚至逐渐进展为急性乳腺炎^[1]。目前，积乳症的治疗，以使用吸奶器以及芒硝外敷为主，但效果欠佳。近些年来，中医护理会诊模式的六步奶结疏通法在产科产后护理中得以广泛的应用，本次研究就其临床应用效果进行分析，为积乳症的治疗提供可靠的建议。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

病例收集时间 2020 年 7 月-2021 年 7 月，将在本院产科生产后发生积乳症的 60 例产妇纳入研究，分组方法选择随机数字表法，观察组及对照组各 30 例。观察组，年龄 20-38 岁，平均 (26.5±3.3) 岁；包括自然分娩 20 例，剖宫产 10 例；对照组，年龄 22-38 岁，平均 (26.9±3.7) 岁；包括自然分娩 18 例，剖宫产 12 例。分组资料，具有同质性 ($P>0.05$)。

纳入标准：均符合产后积乳症诊断标准；产妇及家属知情同意。

排除标准：(1) 合并其他乳腺疾病，如乳腺炎、良恶性乳房肿瘤者；(2) 继发细菌感染后进展为急性化脓性感染或乳腺炎者；(3) 乳房表面或者内部包块存在破溃者；(4) 内部红肿、充血或局部张力过大者；(5) 乳房部位皮肤病或者外伤者；(6) 超声诊断、肿块穿刺病理检查显示肿块内部有血肿者；(7) 肝脏、肾脏、心脏、大脑等重要脏器功能不全或者恶性肿瘤疾病者；(8) 凝血功能障碍者。

1.2 方法

对照组实施吸乳器吸乳结合芒硝外敷干预。缝制一个棉布袋，尺寸大概 35cm×20cm，取芒硝 500g 装入棉布袋中，研磨成粉末状待用。将棉布袋封口，贴敷在乳房肿胀、疼痛并出现硬结的位置。保证药物均匀平铺 5mm

左右，使用医用胶带固定，每天更换 2 次。在外敷过程中，敷 1h 左右取下，使用温水清洗、擦拭贴敷部位的乳房表面皮肤，间隔 2-3d 后再外敷。已经化水结成硬结的芒硝，需要及时更换。观察贴敷的乳房表面皮肤是否出现红肿、痒痛情况，根据皮肤耐受程度，灵活调整外敷的次数。指导产妇保持舒适体位，间断性的使用毛巾湿敷。芒硝外敷完毕后，使用电动吸乳器将乳汁吸出。每次吸乳时间为 20-30min，反复操作，直到乳汁完全吸出。吸乳频率根据乳汁淤积程度进行适当调整。

观察组采用六步奶结疏通法干预。(1) 准备工作。操作人员常规清洁洗手，准备 2 条毛巾和一条接乳桶。在单独的房间内操作，注意保护产妇隐私，室内灯光温暖、明亮。产妇保持坐位，双乳充分暴露，双手叉腰。

(2) 疏通出口。操作人员使用左手拇指和食指将乳头固定，翻开，将乳头表面的奶渍、小白点以及脱落的表皮、汗渍等慢慢清理干净。保证乳头清洁，乳汁出口顺利打通。(3) 提捏乳头。操作人员左手拇指和食指自上下、左右几个方面提捏产妇乳头，并使用毛巾清洁乳头。检查乳汁出口是否畅通，奶线有无增多。(4) 推压乳晕。操作人员使用拇指或食指推压产妇乳晕，减轻乳晕区乳管压迫，促使乳孔更加通畅，增加乳线条数。(5) 推捋积乳。操作人员使用食指和中指沿着乳根向乳头进行反射状推捋，促使积乳疏通。(6) 检查残余。操作人员检查左右乳，使用食指、中指和无名指进行挤压、揉捏，观察有无残余奶结。如有，则需要进行二次手法操作。(7) 疗程。一般来说，六步奶结疏通法实施疗程根据积乳症严重程度调整，单侧乳房操作时间在 10-15min，每天 1-2 次，连续操作 2-4d 观察效果。(8) 注意事项。在操作过程中，应合理控制指力大小、操作的方向及频率，操作的力度也均匀，节律要规律。手法动作娴熟、流畅，轻巧，发力均匀，保持动作柔和。力量循序渐进，使产妇逐渐适应操作的力度。操作不要过急，避免力量过大擦伤皮肤及血管，损伤乳管。局部触痛症状应尽量避免，防止引发剧痛。手法操作后肿块仍未见改善者，需要借助 B 超观察乳腺堵塞情况，必要时采取手术治疗。在六步奶结疏通法操作前，应注意先检查产妇乳房部位皮肤是否有潮红、光亮或者搏动样疼痛，并应在

操作过程中避开这些地方。在遇到大面积乳房部位皮肤损伤、破溃情况时，不宜采用手法操作。乳房血肿、脓肿或者合并其他乳房疾病者，应视为手法操作禁忌，采取其他方式治疗。

1.3 观察指标

(1) 评估干预效果：显效：干预后产妇乳汁分泌正常，乳房包块消失，按压无疼痛，无肿胀情况；有效：干预后产妇排乳情况明显改善，乳汁分泌量明显增加，乳房包块体积缩小，硬度降低，疼痛及肿胀程度都明显减轻；无效：上述指标均未见改善，甚至有急性乳腺炎发生。有效率=显效比例+有效比例；(2) 评估乳房疼痛程度：以视觉模拟评分法（VAS）评估，总评分 10 分，分数与疼痛程度成正比，进行干预前，干预 1d，干预 3d 的疼痛程度评估；(3) 评估乳房肿胀程度：I 度：触诊乳房柔软，无硬结，有轻微肿胀；II 度：触诊见较小乳房肿块如鼻尖大小，质地稍硬，有中度肿胀情况；III 度：触诊见乳房肿块如额头大小，质地硬，表现为重度肿胀。于干预前、干预 3d 后进行评估；(4) 统计积乳症并发症：包括乳腺炎及乳头损伤^[2]。

1.4 统计学分析

使用 SPSS20.0 软件计算数据，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 描述，计量资料组间比较以独立样本 t 检验，组内比较以配对 t 检验，计数资料以百分率描述，计数资料以卡方检验， $P < 0.05$ 表示差异存在统计学意义。

2. 结果

2.1 干预效果对比

观察组干预有效率 96.7%，与对照组的 76.7%相比，观察组明显更高（ $P < 0.05$ ）。见表 1。

表 1 干预效果对比[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
观察组	30	20	14	1	29 (96.7)
对照组	30	15	14	6	23 (76.7)
X ²					5.192
P					0.023

2.2 乳房疼痛程度对比

组间干预前乳房疼痛程度评分对比差异不显著（ $P > 0.05$ ）；观察组干预 1d 及干预 3d 的 VAS 评分均低于对照组（ $P < 0.05$ ）。见表 2。

表 2 乳房疼痛程度对比 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	VAS 评分		
		干预前	干预 1d	干预 3d
观察组	30	6.8±1.5	3.5±1.0	1.6±0.4
对照组	30	6.9±1.4	4.2±1.2	2.5±0.6
t		0.267	2.455	6.836
P		0.791	0.017	0.000

2.3 乳房肿胀程度对比

组间干预前乳房肿胀程度 I-III 度占比对比无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；观察组干预后的 I 度产妇比例高于对照组，II 度比例及 III 度比例均低于对照组（ $P < 0.05$ ）。见表 3。

表 3 乳房肿胀程度对比[n (%)]

组别	例数	干预前			干预后		
		I 度	II 度	III 度	I 度	II 度	III 度
观察组	30	5 (16.7)	7 (23.3)	18(60.0)	20(66.7)	10(33.3)	0 (0.0)
对照组	30	4 (13.3)	8 (26.7)	18(60.0)	8 (26.7)	18(60.0)	4 (13.3)
X ²		0.131	0.089	0.000	9.643	4.286	4.286
P		0.718	0.766	1.000	0.002	0.038	0.038

2.4 积乳症并发症对比

观察组积乳症并发症总发生率 6.7%，与对照组的总发生率 26.7%相比，观察组更低（ $P < 0.05$ ）。见表 4。

表 4 积乳症并发症对比[n(%)]

组别	例数	乳腺炎	乳头损伤	总发生
观察组	30	1	1	2 (6.7)
对照组	30	4	4	8 (26.7)
X ²				4.320
P				0.038

3. 讨论

目前，人们对积乳症的认识并不深刻，对于积乳症的研究也还在进行中，该疾病对产妇产后母乳喂养依从性和成功率的影响极大，因此，引起了临床的极大重视。但从目前产妇的反应看，由于临床医师没有可行性的治疗方案，因此，很多积乳症产妇选择放弃母乳喂养，并合理用药，促使堵塞的乳腺再次疏通，以缓解乳房疼痛、肿胀造成的痛苦^[3]。而对于有产后母乳喂养意愿的产妇来说，积乳症对其心理和生理都产生影响，采取用药方式治疗，会对婴儿身体健康造成影响，使其处于两难的境地。

在临床治疗中缺乏疏通积乳症产妇乳腺的有效方法，虽然有部分产妇采用吸乳器将乳汁吸出，能够达到一定的疏通乳腺效果，但严重的积乳症并不能因此缓解。而很对从事月嫂、育婴师工作的人群，在没有医学基础及正规的操作技能的情况下，进行乳房推拿及外敷操作，既容易因发力不当导致乳房破溃、感染，也会导致乳腺管损伤，形成血肿及包块。很多情况下，还导致乳汁淤积严重，形成继发性感染，不但没有达到较好的效果，还使产妇遭受更大的痛苦。而很多采用各种白菜、面团、热毛巾等外敷法疏通乳腺，温度掌握不好，会导致皮肤烫伤，导致急性化脓性乳腺炎等情况发生，导致最后母乳喂养成为泡影。中医在各种妇产科疾病中有较深入的研究，通过采取芒硝外敷的方法，能够起到一定的消肿、活血散瘀的目的。芒硝属于一种矿石成分，为无色、透明、质脆的物质，性辛、苦、寒，其在临床上的用药功效主要通过泻热、润燥、软坚、消肿止痛来发挥^[4]。而将其外敷应用于积乳症的治疗，能够解毒、活血、化瘀，因而对消除乳房肿块，促使炎症吸收有一定的作用。但由于芒硝外敷只能透皮发挥作用，对于严重堵塞的乳腺管的疏通效果有限且起效时间慢。产妇需要承受极大的痛苦，还会造成病情延误，引发急性乳腺炎发生。

本次研究针对临床上应用的中医护理会诊模式的六步奶结疏通法的作用进行分析，进一步探究其是否具备相关文献中提到的良好功效。从本

次研究结果能够看到, 观察组干预有效率 96.7% 高于对照组的干预有效率 76.7% ($P<0.05$)。这一研究结果, 说明通过中医护理会诊模式的六步奶结疏通法的应用, 能够通过疏通乳腺管, 促使乳汁分泌, 从而改善乳房疼痛、肿胀情况。从现代医理角度讲, 六步奶结疏通法属于推拿的一种, 能够促使白细胞吞噬能力提升, 还可通过促进乳腺疏通, 提升红细胞数量, 从而促使毛细血管扩张, 达到恢复血液循环及淋巴循环的目的^[5]。通过消除水肿, 促使乳房肿块炎症吸收, 也能够改善肌肉血液循环, 促使乳房分泌功能恢复正常。从研究结果看, 观察组干预 1d、干预 3d 的 VAS 评分均低于对照组 ($P<0.05$); 观察组干预后乳房肿胀程度 I 度产妇比例高于对照组, II-III 度产妇比例低于对照组 ($P<0.05$)。说明通过疏通乳腺管, 淤积的乳汁能够迅速排出体外, 乳房肿胀及疼痛情况也得到改善。而从治疗的安全性上看, 观察组积乳症并发症总发生率 6.7% 高于对照组的 26.7% ($P<0.05$)。六步奶结疏通法能够尽快促使堵塞的乳腺管疏通, 因而能够达到较好的消肿止痛、祛瘀散结的作用, 积乳症症状得到改善, 也可避免导致急性乳腺炎及乳头破溃情况发生。从本次研究能够看到, 与吸奶器及芒硝外敷相比, 六步奶结疏通法操作更加简便, 费用低且安全性高。不需要借助精密的医疗器械, 也不需要特定的医疗场所, 操作人员徒手即可完成。没有时间地点的限制, 不需要购置医疗器材。产妇在门诊即可接受治疗。治疗的

(上接第 171 页)

性的干预策略。从小儿年龄特点出发, 对其进行了心理护理干预, 通过建立良性护患关系, 确保患儿治疗期间对护理人员产生信任感及依赖感, 可提升干预配合度。而以音乐、动画片、玩具等方式帮助患儿放松心情, 也能够避免因抗菌治疗而导致病情延误。通过对重症肺炎患儿发病过程中的特点进行分析, 开展了包括呼吸道护理、病情监护以及饮食护理、并发症护理等多种干预措施^[5-6]。从临床干预效果看, 观察组患儿疾病症状改善时间较对照组早, 并发症发生率较对照组低 ($P<0.05$)。观察组预后指标中机械通气时间及住院时间均较对照组短, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 观察组患者及家属满意率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 观察组干预后血气指标优于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。这一研究结果, 说明通过小儿重症肺炎的临床护理中, 常规护理一般只重视对患者疾病控制的护理干预, 护理人员按照标准操作, 缺乏变通及对小儿患者的针对性, 因而护理效果欠佳。个性化护理在常规护理基础上, 对小儿年龄特点及病情严重程度、心理需求等进行分析, 为患者提供了较为满意的服务。本次研究中, 通过患儿心理护理、呼吸道护理、个人卫生护理及饮食护理, 能够提升患儿治疗配合度, 可确保患儿体征恢复稳定, 缩短康复时间。而个体化的并发症护理, 则能达到降低并发症发生率, 确保患儿安全的效果。通过个体化护理, 针对小儿重症肺炎患者采取针对性护理, 充分考虑到其心理、生理及病情的需求, 做好对应的健康教育, 能够保证患者及家属充分信任护理人员。积极配合其对生命体征监护、用药指导及病情监护等指导, 因而能够保证治疗时间缩短。可有效控制因小儿肺炎引

费用低, 且治疗效果显著, 已经得到了临床实践证实^[6]。自本院实施六步奶结疏通法干预后, 很多产妇对这种干预方式给予了较高的评价。

综上, 在产后积乳症的临床治疗中, 通过六步奶结疏通法进行手法操作, 能够及时疏通堵塞的乳腺管, 还能够促使产妇的痛苦减轻, 提升母乳喂养的成功率。

参考文献:

- [1] 丁秋月, 韩叶芬, 刘青艳, 黎凤民. 积乳症的中西医护理研究进展[J]. 护理实践与研究, 2022, 19(4): 529-534.
- [2] 孙桂芳, 叶琼花, 徐娟, 张晓磊, 赵春英, 程洁. 六步奶结疏通法对产后急性乳腺炎预防及母乳喂养的影响[J]. 中国社区医师, 2022, 38(1): 84-86.
- [3] 史春燕, 牛璐萍. 六步奶结疏通法治疗积乳症的效果评价[J]. 当代医药论丛, 2020, 18(13): 184-185.
- [4] 张璐. 早期穴位按摩乳腺管疏通联合乳房热敷护理在哺乳期急性乳腺炎初产妇中的应用[J]. 河南医学研究, 2020, 29(18): 3419-3420.
- [5] 范媛媛. “六步奶结疏通法”治疗哺乳期积乳症的效果观察[J]. 上海医药, 2020, 41(4): 60-62.
- [6] 柴粉霞, 张卫华, 赵娟, 殷克敬. 殷克敬治疗积乳症临床经验探析[J]. 江苏中医药, 2020, 52(1): 25-27.

发的咳嗽、高热、惊厥等症状, 还可有效降低颅内压, 避免引发脑疝、脑水肿等并发症, 因而个体化护理方案受到了患者及家属的广泛欢迎, 并给予了较高的评价。

综上, 在小儿重症肺炎患儿的护理中, 通过个体化的呼吸道护理、心理护理、个人卫生指导、饮食护理及并发症护理等综合干预措施, 可提升护理的针对性及全面性。个体化护理有助于患儿在治疗过程中的情绪稳定, 主动配合治疗, 对疾病转归产生正向影响, 利于疾病康复及确保患儿安全。

参考文献:

- [1] 刘燕. 个性化全程护理对重症肺炎患儿肺功能及生活质量的影响[J]. 国际医药卫生导报, 2019, 25(22): 3808-3809.
- [2] 周玉红, 韩晴晴. 优质护理干预在小儿重症肺炎中的护理效果观察[J]. 临床研究, 2019, 27(3): 153-154.
- [3] 马佳. 优质护理干预在小儿重症肺炎中的护理效果分析[J]. 中国医药指南, 2019, 17(27): 311-312.
- [4] 陈静. 优质护理干预在小儿重症肺炎中的效果评价[J]. 医学新知杂志, 2019, 29(1): 115-116.
- [5] 袁秀敏, 刘红菊, 朱湘红. 个性化全程护理干预在小儿麻疹合并重症肺炎中的应用价值分析[J]. 青岛医药卫生, 2019, v. 51(3): 55-57.
- [6] 王玉秀. 个体化护理在重症肺炎高热惊厥小儿护理中的临床应用效果观察[J]. 中国医药指南, 2019, 17(21): 279-280.

探讨主动沟通及连续性护理模式在内科急诊中的应用效果

崔慧

山东省济宁市汶上县中医院 山东济宁 272500

摘要：目的：探析主动沟通及连续性护理模式在内科急诊中的应用效果。方法：选择本院 2020 年 2 月-2021 年 2 月收治的 100 例内科急诊患者，将其随机等分为 A 组（n=50）与 B 组（n=50），B 组予以连续性护理模式，A 组在 B 组基础上予以主动沟通，比较 A 组与 B 组的护患矛盾发生率、生活质量评分、遵医行为评分、自我效能评分、负性情绪评分、护理满意度。结果：A 组护理干预后的护患矛盾发生率、负性情绪评分显著低于 B 组（ $P<0.05$ ）；A 组护理干预后的生活质量评分、遵医行为评分、自我效能评分、护理满意度显著高于 B 组（ $P<0.05$ ）。结论：主动沟通及连续性护理模式可以减轻内科急诊患者的负性情绪，增强其遵医行为和自我效能，从而改善其生活质量，降低护患矛盾发生率，提升患者满意度，值得推广。

关键词：主动沟通；连续性护理模式；内科；急诊

Abstract: Objective: To explore the application effect of active communication and continuous nursing model in medical emergency. Methods: A total of 100 medical emergency patients admitted to our hospital from February 2020 to February 2021 were selected and randomly divided into group A (n=50) and group B (n=50). Group B was given continuous nursing mode. Group A communicated actively on the basis of group B, and compared the incidence of nurse-patient conflict, quality of life score, medical compliance behavior score, self-efficacy score, negative emotion score, and nursing satisfaction between group A and group B. Results: The incidence rate of nurse-patient conflict and negative emotion score in group A after nursing intervention were significantly lower than those in group B ($P<0.05$). Higher than group B ($P<0.05$). Conclusion: Active communication and continuous nursing mode can reduce the negative emotions of medical emergency patients, enhance their compliance behavior and self-efficacy, thereby improving their quality of life, reducing the incidence of nurse-patient conflicts, and improving patient satisfaction, which is worthy of promotion.

Keywords: Active Communication; Continuum of Care Model; Internal Medicine; Emergency

内科急诊的护理质量与患者的生命健康密切相关^[1]，高效、科学的护理措施可以有效提升患者急诊诊疗服务体验，增进其治疗效果，降低护患纠纷发生率^[2]。既往内科急诊就诊人数较多，常规护理人员变动明显，无法实现护理的连贯性^[3]，而连续性护理可以使患者接受连贯的护理服务，从而提升其护理满意度^[4]。由于急诊患者情况复杂，患者在等候就诊的过程中负性情绪明显^[5]，予以适时地疏导极为重要。本文基于此选择 2020 年 2 月-2021 年 2 月收治的 100 例内科急诊患者，探析主动沟通及连续性护理模式在内科急诊中的应用效果。

1、资料与方法

1.1 一般资料

选择本院 2020 年 2 月-2021 年 2 月收治的 100 例内科急诊患者，将其随机等分为 A 组（n=50）与 B 组（n=50），纳入标准：患者年龄在 18 岁以上，且无外伤史。排除标准：患者存在精神疾病等因素，无法与其沟通。本研究经过伦理委员会审批，患者均签署知情同意书。A 组男女比 30/20，患者平均年龄（ 40.12 ± 5.65 ）岁，B 组男女比 27/23，患者平均年龄（ 40.23 ± 5.47 ）岁，两组患者基线资料无显著差异（ $P>0.05$ ），存在对比价值。

1.2 方法

B 组予以连续性护理模式，护理人员组建小组，由护士长进行统一管

理，小组成员通过培训的方式提升专业技术水平，增强急诊应急处理能力，然后通过会议的方式分析当下内科急诊中存在的问题，通过循证的方式提出解决方式，然后将其应用在护理中。护士长需要通过实践的方式帮助小组成员巩固护理知识，观察患者在内科急诊中可能出现的情况，及时采取干预措施。小组采取无缝衔接式排班制度，根据患者的情况调整排版模式，尤其要注意晨间、晚间的护理工作，增加班次，确保患者接受高效、连贯的连续性护理措施，保证护理质量。

A 组在 B 组基础上予以主动沟通，在护理的过程中提升与患者沟通的频率，告知患者其病情情况，尤其要告知焦虑情绪较为严重的患者实际病情并没有其想象的严重，减轻患者因为疾病而产生的恐惧情绪。在此基础上，护理小组根据患者的实际情况、受教育水平等予以患者心理健康教育，聆听患者的主观需求，设身处地地思考患者提出来的问题，并予以耐心的解答。在与患者沟通的过程中，要注意态度和技巧，采用平易近人的态度和简洁易懂的语言，尊重患者的知情权，将护理方法及时告知，贯彻以患者为中心的护理模式。

1.3 观察标准

- （1）护患矛盾发生率。（2）生活质量评分^[6]。（3）遵医行为评分^[7]。（4）自我效能评分^[8]。（5）负性情绪评分^[9]。（6）护理满意度^[10]。

1.4 统计学处理

本研究所选数据处理软件为 SPSS20.0, 研究包含项目为计数资料与计
量资料, 采用 X^2 检验及 t 检验方式, $P<0.05$ 即差异有统计学意义。

2、结果

2.1 患者护患矛盾发生率比较

A 组护理干预后的护患矛盾发生率显著低于 B 组 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 患者护患矛盾发生率比较[n(%)]

组别	n	服务态度	排队等候	治疗不满	其他矛盾	护患纠纷	患者投诉	总发生
A 组	50	1 (2.0)	1 (2.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (4.0)
B 组	50	3 (6.0)	4 (8.0)	1 (2.0)	2 (4.0)	1 (2.0)	1 (2.0)	12 (24.0)
X^2		1.042	1.895	1.010	2.041	1.010	1.010	8.306
P		0.307	0.169	0.315	0.153	0.315	0.315	0.004

2.2 患者生活质量评分比较

A 组护理干预后的生活质量评分显著高于 B 组 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 患者生活质量评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	生理状况		社会/家庭状况		感情状况		功能状况	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
A 组	50	10.65±2.22	18.65±2.40	9.65±1.65	16.98±1.22	6.22±1.20	15.55±1.21	6.11±1.65	15.21±1.10
B 组	50	10.74±2.65	14.65±2.77	9.54±1.50	14.21±1.20	6.23±1.24	12.21±1.98	6.15±1.20	11.24±1.20
t		0.184	7.717	0.349	11.446	0.041	10.178	0.139	17.245
P		0.854	0.000	0.728	0.000	0.967	0.000	0.890	0.000

2.3 患者遵医行为评分、自我效能评分比较

A 组护理满意度显著高于 B 组 ($P<0.05$), 见表 5。

A 组护理干预后的遵医行为评分、自我效能评分显著优于 B 组
($P<0.05$), 见表 3。

表 5 两组患者满意度比较[n(%)]

组别	n	非常满意	满意	不满意	总满意
A 组	50	36 (72.0)	12 (24.0)	2 (4.0)	48 (96.0)
B 组	50	24 (48.0)	16 (32.0)	10 (20.0)	40 (80.0)
X^2		6.000	0.794	6.061	6.061
P		0.014	0.373	0.014	0.014

表 3 患者遵医行为评分、自我效能评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	遵医行为		自我效能	
		干预前	干预后	干预前	干预后
A 组	50	20.65±2.14	28.74±2.65	25.98±2.44	32.98±2.44
B 组	50	20.77±2.65	23.98±2.10	26.04±2.47	29.10±2.47
t		0.249	9.955	0.122	7.902
P		0.804	0.000	0.903	0.000

2.4 患者负性情绪评分比较

A 组护理干预后的负性情绪评分显著优于 B 组 ($P<0.05$), 见表 4。

表 4 患者负性情绪评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	抑郁评分		焦虑评分	
	干预前	干预后	干预前	干预后
A 组	68.21±2.65	34.98±2.65	68.14±2.52	36.98±2.11
B 组	68.22±2.74	46.98±2.47	68.20±2.68	48.92±2.20
t	0.019	23.423	0.115	27.697
P	0.985	0.000	0.908	0.000

3、讨论

急诊患者病情复杂, 起病迅速, 患者多存在焦虑、恐惧等不良情绪^[11], 对于护理措施的依从性不佳, 不愿意与护理人员过多交流。健康知识教育可以提升患者对疾病的认知程度^[12], 从而减轻因困惑而产生的不安, 所以 A 组干预后的负性情绪更轻, 自我效能更为理想。护理人员的主动沟通可以让患者更为安心^[13], 建立起对护理人员的信任感, 有利于改善护患关系, 增加患者对治疗和护理行为的依从性^[14-15], 因此 A 组干预后的护患矛盾发生率更低, 患者遵医行为更好。由于 A 组患者的负性情绪减轻更为显著, 对于疾病的认知更加清晰, 患者对护理行为更加依从, 所以其治疗效果更好, 患者生活质量改善明显, 有利于其康复。

主动沟通及连续性护理模式可以减轻内科急诊患者的负性情绪, 增强其遵医行为和自我效能, 从而改善其生活质量, 降低护患矛盾发生率, 提升患者满意度, 值得推广。

参考文献:

2.5 患者护理满意度比较

(下转第 179 页)

外科手术患者切口感染的手术室因素分析及相关护理对策

孙淼

安新县医院 河北保定 071600

摘要:目的: 分析外科手术患者切口感染的手术室相关因素, 并提出相应护理对策。方法: 本次研究采用回顾性调查的方式, 选取 2019 年 7 月—2020 年 7 月在我院接受手术治疗的 282 例患者, 将其归入对照组。统计患者的一般资料、手术情况等, 分析导致患者切口发生感染的相关影响因素, 并针对这些影响因素提出相应的护理干预措施。另选取 2020 年 10 月—2021 年 10 月在我院接受手术治疗的 282 例患者, 将其归入观察组。依照所提出的手术室护理干预措施针对患者开展护理工作, 比较两组患者切口感染的发生情况。结果: 通过实验观察, 急诊手术、非层流室手术、手术室有参观人员、手术时间 > 3 小时、接台手术是外科手术患者手术切口感染的独立性影响因素。观察组患者切口感染的发生率明显低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 根据手术患者切口感染手术室相应影响因素, 给出合理的护理干预措施, 可以明显降低患者切口感染情况的发生率, 具有一定推广价值。

关键词: 外科手术患者; 切口感染; 手术室因素; 护理对策

外科手术治疗中, 手术切口感染是比较常见的一种并发症问题, 并且亦是外科中比较常见的医院感染问题之一^[1]。患者手术切口发生感染, 会在一定程度上使其切口的愈合有所延缓, 也可能造成手术切口的裂开。手术切口的感染不但会导致患者住院周期的延长, 导致患者承受更重的经济负担, 亦会造成患者出现很多近期与远期的并发症问题, 情况严重时还会导致患者出现全身性感染等比较严重的后果^[2]。所以, 采用有效的护理干预措施, 对外科手术患者切口感染进行有效预防, 是确保患者能够顺利康复的重点所在。此次研究选取在我院接受手术治疗的 564 例患者作为研究对象, 探讨外科手术患者发生切口感染的手术室相关因素, 且给出相关护理干预措施, 现做出如下报告。

1 资料和方法

1.1 一般资料

研究时间点 2019 年 7 月—2020 年 7 月, 选取此期间在我院接受手术治疗的 282 例患者作为对照组研究对象, 另选取研究时间点 2020 年 10 月—2021 年 10 月, 将此期间在我院接受手术治疗的 282 例患者作为观察组研究对象。对照组中有 162 例男性, 120 例女性, 年龄为 15-70 岁; 观察组中有 163 例男性, 119 例女性, 年龄为 16-72 岁。两组患者的一般资料不存在显著差异, $P > 0.05$ 不具有统计学意义。

1.2 方法

针对对照组患者, 采用回顾性调查的方式, 统计患者的相关临床资料, 分析患者发生手术室切口感染的相关影响因素, 并针对这些影响因素提出相应的护理干预措施。观察组患者结合上述提出的护理对策针对患者实施护理干预。对比两组患者手术切口感染的发生情况。

1.2.1 手术室相应影响因素分析

应用我院自制的调查表对患者进行如下资料的收集: (1) 一般资料。主要包含患者的年龄、性别、患病史等方面。(2) 手术情况。主要包含手术的地点、手术性质、手术类型、手术时间、手术地点、是否接台手术等方面。根据患者手术切口位置可否出现感染的情况, 将其对照组分成对照感染组与对照非感染组, 针对两组患者的手术情况加以统计和分析。

1.2.2 护理对策

手术前做好相关的准备工作, 手术中遵循无菌操作的基本原则及其良

好的手术环境是对手术切口感染情况加以预防的重要措施。结合切口感染手术室相关影响因素, 可以采用如下护理干预措施: (1) 患者手术操作前的全面评估和备皮准备。进行手术前, 应对患者的实际情况加以评估, 并针对促使患者机体抵抗力降低的相关因素予以有效控制, 同时做好手术操作前的抗菌沐浴、毛发处理和皮肤消毒等相关工作。在患者病情允许的情况下, 要求其在术前使用具有抗菌作用的皂液进行沐浴, 针对病情不允许的患者与急诊患者, 需要结合患者手术的具体类型对其手术位置实施相应的清洁处理。另外, 应尽量降低患者局部皮肤造成的损伤, 在手术前做好备皮相关准备工作。(2) 患者手术操作中遵循无菌操作的原则。术中坚持无菌操作是预防患者切口产生感染问题的重点所在。手术操作应尽可能选择在层流手术室进行。针对耐高温和耐湿的器械、敷料等需要应用湿压灭菌法实施相应的灭菌处理, 其他相关物品也需要使用低温等离子和环氧乙烷等多种灭菌方法予以处理, 确保所应用的各相关器械和敷料等物品都处于无菌状态。针对较为复杂的手术操作, 预估手术时间会超过 3 小时的, 应尽可能安排于第一台, 选择层流手术间进行手术操作, 并应减少实际接台的次数。针对非层流手术室除每日需要进行 3 次的消毒以外, 各台手术操作完成后也需要进行 30 分钟的消毒。接台手术间隙应进行 10 分钟以上的自然通风。(3) 对手术中人员的流动加以控制。手术室内应尽可能减少人员的实际出入次数, 及其一些不必要的操作。手术室护理人员应针对手术操作中需要使用的设备、仪器和物品需要在手术正式开始前完成相应的调试与准备工作。与此同时, 应严加控制手术参观人员数量, 并应尽量保持安静。(4) 协助手术医生, 减短患者的手术时间。首先, 护理人员应强化自身的专业能力, 需要对手术操作中经常使用的仪器设备较为熟悉, 充分掌握手术操作流程。手术操作中应严加根据无菌操作的基本原则进行相应手术器械的传递, 有效保障手术的高效进行。其次, 正式开始手术操作前, 应对患者实施相应心理护理, 以缓解患者由于担心手术治疗效果所出现的紧张和焦虑等负面情绪状况, 告知患者手术操作中需要注意的相关事宜, 确保患者可以积极配合手术医生的操作, 减少由于患者自身的原因导致手术时间的延长情况的出现。最后, 结合外科医生的个人手术习惯创建相应的手术习惯档案, 加强手术配合的默契和熟练程度, 可以增加配置一些特殊性的器械, 以便于手术操作的顺利实施。

1.3 统计学方法

采用 SPSS21.0 统计学软件处理此次实验研究中的相关数据,以%表示计数资料,实施 χ^2 检验;多因素通过非条件 Logistic 回归分析予以处理, $P<0.05$ 表示存在明显差异,具有一定统计学意义。

2 结果

2.1 切口感染手术室相应影响因素

经单因素分析和多因素 Logistic 分析显示,急诊手术、非层流室手术、手术时有参观人员、手术时间 >3 小时、接台手术是患者手术切口感染的独立性影响因素。详见表一、表二所示。

表一 切口感染手术室单因素分析

因素	对照感染组 (n=14)	对照非感染 组 (268)	χ^2	P
手术性质				
急诊手术	6	75	6.102	<0.05
择期手术	8	193		
是否有参观 人员				
有参观人员	5	40	4.288	<0.05
无参观人员	9	228		
手术地点				
非层流室	7	55	6.740	<0.05
层流室	7	213		
手术类型				
胃肠和肝胆 外科手术	5	100	0.145	>0.05
骨科手术	4	68		
妇产科手术	3	61		
泌尿外科手 术	2	39		
手术时间				
>3 小时	13	153	7.030	<0.05
≤ 3 小时	1	115		
放置引流管 数量				
0	1	27	0.136	>0.05
1	8	135		
2	5	106		
是否接台手 术				
接台手术	6	54	4.096	<0.05
非接台手术	8	214		

表二 切口感染手术室多因素 Logistic 分析

变量	β	SE	Wald χ^2	OR	OR95%CI	P
急诊手	0.241	0.023	5.461	1.215	0.985-1.446	<0.05

术						
非层流 室手术	0.511	0.080	6.733	1.521	1.283-1.771	<0.05
手术时 有参观 人员	0.823	0.033	5.451	1.790	1.615-1.973	<0.05
手术时 间 >3 小时	1.385	0.431	6.891	1.325	1.120-1.533	<0.05
接台手 术	0.460	0.045	5.340	1.322	1.133-1.515	<0.05

2.2 两组患者感染发生情况

对照组患者感染发生率是 9.22%, 观察组患者感染发生率是 2.13%, 观察组患者感染情况发生率明显低于对照组 ($P<0.05$)。详见表三所示。

表三 两组患者感染发生情况对比

组别	例数	感染发生例数	感染率 (%)
对照组	282	26	9.22
观察组	282	6	2.13
χ^2	-	-	13.252
P	-	-	<0.05

3 讨论

关于手术切口感染, 其是外科手术治疗中比较常见的一种并发症问题, 是导致患者住院时间有所延长、降低手术治疗效果比较主要的原因。有报道中指出, 在医院内各种感染情况中(除 ICU 感染以外)手术切口感染情况的发生率约为 20%^[3]。手术切口感染不仅会在一定程度上延长患者的住院时间, 加重患者的医疗负担, 同时严重的手术切口感染甚至可能会导致患者出现全身性炎症反应和败血症等问题, 严重威胁患者的生命安全。相关研究表明, 手术切口感染患者的死亡率, 同未发生感染患者相比较, 是其 2 倍之多^[4]。所以加强医护工作者针对手术切口感染的认识, 强化手术切口感染的有效预防是十分关键的。手术室是患者进行手术的相应场所, 是会对手术切口感染造成影响的重要场所, 因此手术室护理质量的好与坏也决定患者获取的手术治疗效果和院感情况的发生率。基于此, 本文针对手术室手术切口感染的相关影响因素加以分析, 同时结合这些影响因素提出针对性护理干预措施, 以期能够给临床中降低手术室原因造成的切口感染起到一定借鉴意义。

本次研究通过单因素分析和多因素 Logistic 分析显示, 急诊手术、非层流室手术、手术时有参观人员、手术时间 >3 小时、接台手术是外科手患者切口发生感染情况的独立性影响因素。

急诊手术患者通常存在较高的感染发生率, 这和手术前未能做好相关准备工作、没有针对患者实际情况进行全方位的评估, 同时没有在第一时间内予以护理干预措施, 治疗会对患者康复造成影响的相关基础性疾病之间存在一定的关联。另外, 同常规性的择期手术患者相比较, 急诊手术患者全身皮肤的清洁和手术视野皮肤的清洁工作处理的通常较为仓促, 因此经常出现清洁工作不到位的情况, 这样便在一定程度上加大了患者手术切口感染情况的发生率; 空气污染是手术操作中外源性细菌的一个重要原

来,细菌落到相关手术器械,或是直接地落到术后切口位置,便会导致手术切口发生感染。所以,手术室中各种微生物的实际含量,也同患者手术切口感染情况的发生率之间存在着密切的关联。在层流手术室中进行手术治疗的患者,手术切口感染情况的发生率相对较低,这是因为层流室内细菌的浓度要明显低于非层流室,所以可以有效降低切口感染情况的发生。另外,手术过程中手术室中人员较多,流动量比较大,也会在一定程度上增加空气中浮游菌的数量。所以,应严加对手术参数人员进行控制,这样可以有效降低手术切口感染情况的发生率。因为手术室内执行手术操作的过程中,细菌会直接性落到患者手术切口位置和手术器械上,出现细菌污染,促使手术切口发生感染,所以除却需要对手术室环境加以重视之外,手术时间给手术切口感染造成的影响同样是不容予以忽视的。据相关研究表明,手术操作延长1小时的时间,对应的感染率也会增加1倍之多^[5]。这主要是因为进行长时间的手术操作,而对于手术患者而言,通常会伴随创伤面的扩大,局部位置的肿胀和出血等方面的情况,患者手术操作的时间越长,针对其全身与局部抵抗力的损害也就越大。所以,手术切口发生感染情况的概率也就越高。另外,长时间进行手术操作,给患者机体造成的创伤也会加大,这样便会导致患者机体免疫力的降低,比较容易导致肠道细菌的易位生长^[6];手术接台间隙相关物料的撤换,送接患者和医护人员流动的过程中产生的粉尘、微粒和纤维等都有可能会导致手术室内环境受到一定的污染。而接台手术因为强调的是快且简化的处理方式,促使部分护理人员通常会对其加以忽视。接台次数越多,空气中所能监测到的相应微生物菌落也就更多。所以,接台手术患者切口感染发生率通常会高出非接台手术患者。

根据外科手术患者切口感染相关手术室因素,给出具有一定针对性的护理措施,用以确保手术操作过程在无菌环境下执行。主要的护理措施包含患

者手术前的全方位评估、做好备皮工作,手术室应尽可能选择在层流手术室进行,针对非层流手术室除却需要进行常规性的手术消毒处理以外,还需要再次进行30分钟的消毒,且应保证手术相关器械和敷料都保持无菌状态,同时无菌环境中予以应用,应有效控制手术参观人数及其手术中人员的流动,护理人员应对手术医生加以辅助,减短患者手术操作时间等多项措施。本次研究结果显示,在手术切口感染情况发生率上,观察组明显低于对照组。可见,结合外科手术患者手术切口手术相关影响因素提出相应的护理干预措施,能够明显降低手术切口感染情况的发生率,值得推广。

参考文献:

- [1]黄文琴. 高血压患者手术切口感染的手术室因素及护理对策分析[J]. 心血管病防治知识,2021,11(02):88-90.
- [2]万秀丽,马辉. 手术患者发生切口感染的手术室相关因素分析及护理对策研究[J]. 临床医药文献电子杂志,2019,6(13):142.
- [3]李云萍,吕怀霞. 手术患者发生切口感染的手术室相关因素分析及护理对策分析[J]. 当代医学,2018,24(18):172-173.
- [4]马勤艳. 手术患者发生切口感染的手术室相关因素分析及护理对策[J]. 中外女性健康研究,2018,(11):171+183.
- [5]周秀川. 手术患者术后切口感染的手术室相关因素及护理分析[J]. 临床合理用药杂志,2018,11(13):157-158.
- [6]童建春. 手术患者发生切口感染的手术室相关因素分析及护理对策[J]. 临床医药文献电子杂志,2018,5(21):126.
- [7]崔蕊. 手术患者发生切口感染的手术室相关因素分析[J]. 中国卫生标准管理,2018,9(03):42-43.
- [8]刘成芳. 手术患者发生切口感染的手术室相关因素分析及护理对策[J]. 临床医药文献电子杂志,2018,5(13):117.

(上接第176页)

- [1]宋明明.改良早期预警评分系统评估内科急症患者护理的价值分析[J].航空航天医学杂志,2020,31(04):513-514.
- [2]李霜.细节化护理对急诊内科患者临床治疗依从性及自我效能的影响[J].现代医药卫生,2019,35(24):3859-3861.
- [3]李慧,徐金强.基于应急预案的无缝衔接一体化急救护理模式在急诊内科临床救治中的应用价值[J].临床医学研究与实践,2022,7(02):166-168.
- [4]初春.专职化层级护理模式应用于急诊脑梗死患者对抢救效果及护理质量的影响[J].中国医药指南,2021,19(30):130-131.
- [5]杨静静,李晓倩,马维莎,等.新冠肺炎防治背景下急诊患者中西医结合心理援助体系构建与实证研究[J].心理月刊,2021,16(21):72-74.
- [6]郑玉琴,全宇莉,冯美娣.风险管理在急诊科护士急救技能和知识培训中的应用效果[J].循证护理,2020,6(11):1258-1260.
- [7]陈珍妮,黄玲萍,林节娥.全程优化急诊护理在心内科急性心肌梗死患者抢救中的价值分析[J].心血管病防治知识,2020,10(27):45-47.
- [8]王静.全面护理干预对急诊内科重症心力衰竭患者遵医行为及自我

- 效能的影响[J].首都食品与医药,2020,27(09):171.
- [9]李霜.细节化护理对急诊内科患者临床治疗依从性及自我效能的影响[J].现代医药卫生,2019,35(24):3859-3861.
- [10]杨婷.六西格玛管理法在急诊内科心肺复苏急救护理中的应用效果[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(30):185.
- [11]陈分,高丽.综合护理干预对急诊内科重症心力衰竭患者遵医行为及自我效能的影响分析[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(72):90.
- [12]姚亦娟.优质护理对急诊内科住院患者睡眠质量及应激状态的影响研究[J].世界睡眠医学杂志,2019,6(08):1119-1120.
- [13]顾玉凤.前瞻性护理管理对急诊内科患者护理质量及护理不良事件的影响[J].中国医药指南,2019,17(19):283-284.
- [14]王玲玲,姜岩宏,杜尤美.分析优质无缝隙护理对急诊内科患者不良情绪及病情康复的影响[J].中国医药指南,2018,16(32):289-290.
- [15]熊诗思,梁敏,李弯,等.前瞻性护理质量管理模式在儿科急诊内科护理管理中的应用效果及对患儿SF-36评分的影响[J].国际护理学杂志,2018,37(20):2850-2853.

综合护理在原发性肝癌患者肝动脉介入化疗栓塞术护理中的应用

周黎敏 章丽艳 殷建

联勤保障部队第九〇八医院放射诊断科 江西南昌 330000

摘要: 目的: 探讨综合护理在原发性肝癌患者肝动脉介入化疗栓塞术护理中的应用效果。方法: 从我院收治的原发性肝癌患者中, 择取 2019 年 1 月至 2021 年 6 月入院资料完备的 50 例进行实验。其均实施肝动脉介入化疗栓塞术治疗。遵循随机分组的原则, 将其划分为 2 组。对照组予以常规护理干预, 包含 25 例, 观察组予以综合护理干预, 包含 25 例。对两组患者的时间指标和不良反应发生状况进行统计。结果: 观察组患者的手术时间、卧床时间、住院时间相较于对照组更短, 差异显著 ($P < 0.05$); 观察组患者的不良反应发生率低于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$)。结论: 在原发性肝癌患者实施肝动脉介入化疗栓塞术时, 运用综合护理干预, 能够有效降低不良反应发生, 改善治疗时间, 可在临床加以推广。

关键词: 综合护理; 原发性肝癌; 肝动脉介入化疗栓塞术; 不良反应; 时间指标

在流行病学统计中指出, 原发性肝癌已经成为全球第五大恶性肿瘤和常见的消化系统恶性肿瘤, 具体高发病率、高致残率、高死亡率等特点, 且预后难度较大^[1]。在实践中发现, 原发性肝癌发生后, 具有一定的隐匿性, 早期症状以腹部不适、黄疸、纳差、消瘦等为主, 部分患者甚至无症状, 这会对其生活质量和治疗时机产生影响^[2]。在实践中, 多数患者确诊时已经处于中晚期, 失去了最佳的手术治疗时机。在这种状况下肝动脉化疗栓塞 (transcatheter hepatic arterial chemoembolization, TACE) 成为临床常用的治疗原发性肝癌治疗患者, 其为区域性局部化疗, 其能够经过股动脉插管的方式进行抗癌药物或者栓塞剂药物运用, 以控制患者的病情发展, 延长其寿命^[3-4]。但在实践中发现, 这类治疗方案的实施很容易对患者产生生理应激反应, 从而使之治疗后出现不同程度的并发症或者不良反应, 进而阻碍患者的康复, 使之心理状况较差, 配合度下降。基于此, 我院认为在对原发性肝癌患者实施肝动脉介入化疗栓塞术治疗时, 保证护理方案的合理性与科学性, 能够从多个方面改善患者的生理和心理状况, 以优化治疗效果^[1]。在现代护理理念渗透的状况下, 新型护理方案增多, 原发性肝癌患者进行治疗时, 可选择的护理方案增加。综合护理作为一种全面的护理方案, 其能够从多个角度来对患者的生理和心理状况进行疏导, 以预防治疗期间的并发症发生, 达到保护肝功能的目的。笔者以我院收治的原发性肝癌患者 50 例作为实验对象, 时间在 2019 年 1 月到 2021 年 6 月, 其均采取同样的治疗方案, 在治疗期间, 分别实施常规护理和综合护理干预, 就其效果加以探讨。详细报道如下。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

从我院收治的原发性肝癌患者中, 择取 2019 年 1 月至 2021 年 6 月入院资料完备的 50 例进行实验。其均实施肝动脉介入化疗栓塞术治疗。遵循随机分组的原则, 将其划分为 2 组。

对照组有 25 例患者, 男女比例为 15:10, 年龄最大的 73 岁、最小的 40 岁, 平均年龄 (59.12 ± 3.74) 岁, 肿瘤直径在 5~14cm, 平均 (8.2 ± 1.3) cm;

观察组有 25 例患者, 男女比例为 14:11, 年龄最大的 74 岁、最小的 40 岁, 平均年龄 (59.27 ± 3.45) 岁, 肿瘤直径在 5~15cm, 平均 (8.3 ± 1.4)

cm。

2 组患者的一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

所有患者在入院后, 都需要实施常规检查, 确定其符合肝动脉介入化疗栓塞治疗方案后, 以 Seldinger's 技术股动脉穿刺, 并置入 4FH 管, 对肠系膜上动脉开口区域, 予以数字减血管造影, 以探查肝动脉、胃左动脉、胃十二指肠动脉等区域的供血状况, 并确定肿瘤位置和周围血供。在确定完成后, 根据采集到的信息来进行栓塞剂用量确定, 将挑选入肝肿瘤的供血动脉实施化疗栓塞。通常, 选取多烯紫杉醇 $50\text{mg}/\text{m}^2$ + 超液化碘油进行配比, 形成 5~30mL 的混悬剂, 并且于 X 线透视下, 经过导管缓慢注入总量的 1/3, 然后以固定导管外接动脉输液泵, 并在 60min 内注入吉西他滨 $500\sim 700\text{mg}/\text{m}^2$ 。最后, 将配比的混悬液注入。在栓塞后, 经过造影来对其状况加以确定, 效果满意方可拔管。

对照组患者予以常规护理干预, 做好术前检查、药品和生理准备; 对穿刺部位进行及时的包扎、换药; 使用对症干预等。

观察组患者予以综合护理干预。在对照组的基础上, 实施如下措施:

(1) 术前干预。在患者入院后, 需要及时就肝癌的诱因、可治疗性、治疗原理、预期效果等内容进行讲解, 使之能够缓解因未知带来的恐惧, 降低心理对生理的应激反应。同时, 需要通过自我介绍、微笑服务等途径来取得患者的信任, 使之倾诉欲望加强, 并针对疑问进行解答, 充分鼓励患者, 提高其治疗积极性。让患者家属尽可能多的参与到医护工作之中, 让患者能够得到鼓励。并且就床上大小便、术后床上锻炼等进行训练。及时做好禁食禁饮工作, 告知其术后应当如何进行呼吸, 降低术后不良事件的发生可能。

(2) 术中干预。在手术实施过程中, 要及时对病房环境进行调整, 使之保持明亮整洁、温度适宜, 且适当的播放轻音乐。且及时就手术进程进行讲解, 尤其是在化疗药物注射后, 患者或会存在不适感, 及时告知能让其有心理准备。在手术完成后第一时间明确告知, 并对患者进行表扬, 使之心理得到放松。

(3) 术后干预。在术后需要对患者的疼痛状况进行评估, 并且运用放松疗法、注意力转移法、呼吸调节法、体位调整法等方式来进行缓解。

如果过于严重,可适当的予以镇痛药物干预。同时,对患者的体征进行监测,及时对体温进行测量,如果超过 38.5℃,则可能存在感染等现象,需要及时降温干预。同时,要严密监测患者是否存在胃肠不适、肠鸣音亢进等现象,及时作出判断并加以干预,降低消化道不适的可能。再者,对患者的穿刺部位进行密切的关注,严格制动 6h 和加压包扎 24h,尽量降低患者在动作时,局部出血的可能。引导患者保持规律的作息,并且就饮食的注意事项进行明确,保证营养的摄入。

1.3 评价指标

对两组患者的手术时间、卧床时间、住院时间进行记录。同时,对两组患者的感染、消化系统不适、血栓等不良反应进行记录。

1.4 统计学分析

数据以统计学软件 SPSS18.0 分析,以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示计量资料,经 t 检验;以率 (%) 表示计数资料,经 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 观察组患者的手术时间、卧床时间、住院时间相较于对照组更短,差异显著 ($P < 0.05$)。详见下表。

表 1 2 组患者的手术时间、卧床时间、住院时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	卧床时间 (h)	住院时间 (d)
观察组	25	65.28±14.29	40.23±5.41	9.02±1.42
对照组	25	75.45±18.24	47.29±6.42	11.24±2.37

2.2 观察组患者的不良反应发生率低于对照组,差异显著 ($P < 0.05$)。详见下表。

表 2 2 组患者的不良反应发生率比较 (n,%)

组别	例数	感染	消化系 统不适	血栓	不良反 应率
观察组	25	1 (4.00)	1 (4.00)	1 (4.00)	3 (12.00)
对照组	25	3 (12.00)	2 (8.00)	3 (12.00)	8 (32.00)

3 讨论

在当前的统计研究中,已经证实了原发性肝癌具有发生率高、危害性大的特点,如果治疗不及时,患者的生活质量与日常生活、工作能力会受到限制^[5]。而在实践中,确定早期肝癌患者的病症较为隐匿,难以引起患者与家属的重视,自然治疗时机被延误。多数患者来院就医时,已经处于中晚期。也就是说,在这个阶段,癌细胞对肝脏的影响较大,且很容易扩散,无法通过单纯的病灶切除来进行治疗。可以说,在过去的医疗环境下,中晚期癌症基本上等同于绝症,一经确诊,患者的生理和心理都会遭受重创。在医疗环境不断优化的今天,对于原发性肝癌的治疗方案逐渐多元化,肝动脉化疗栓塞术成为临床常见的一种原发性肝癌治疗方案。经过不少的研究,已经证实了肝动脉化疗栓塞术式治疗原发性肝癌的可靠措施,其具有微创、安全性高、疗效显著等优势,在实施的过程中,能够对肿瘤体积进行控制,进而最大程度地缓解患者的临床症状,为其获取第二次手术的机会。在肝动脉化疗栓塞术中,融入了影像学技术与临床治疗技术,其中

介入放射学,从而达到安全、有效、简单的特点^[6]。在常规化疗中,药物使用剂量较为呆板,不一定符合患者的实际状况。且在运用时,范围较大,很容易导致患者发生不良反应。尤其是在一次性大剂量的使用高浓度放射药物时,患者会出现严重的毒副反应,这会使之预后难度加大,负面情绪上升^[7]。相对来说,肝动脉介入化疗栓塞术,其能够在影像学检查基础上,确定介入动脉,并且以影像学作为引导,运用一些天然的放化疗药物,来进行干预,从而达到针对性作用于细胞微管的目的,进而抑制肿瘤细胞分裂,达到控制病情的目的^[8]。但在实际操作的过程中,其仍旧可能会对患者造成一系列不良反应,这需要通过合理的护理措施来进行调整^[9]。在治疗期间,选取综合性护理干预,其能够通过术前、术中、术后不同阶段的患者生理和心理需求来进行内容调整,保证其有效性和全面性^[10]。在具体的操作过程中,其能够将护理内容尽量细致化,从而让患者感受到充分的关怀与尊重,且对于一些可能存在的负面反应进行预防,进而提高其治疗的信心和配合度。在本次研究中,观察组患者的治疗时间、术后卧床时间与住院时间短于对照组,这也就论证了该种治疗方案本身具有的微创性以及综合护理的有效性。同时,观察组患者的不良反应发生率低于对照组,这也就论证了其对患者生理指标管理的合理性与科学性。

综上所述,在原发性肝癌患者实施肝动脉介入化疗栓塞术时,运用综合护理干预,能够有效降低不良反应发生,改善治疗时间,可在临床加以推广。

参考文献:

- [1]李如贵,陈水英.综合护理在原发性肝癌患者肝动脉介入化疗栓塞术护理中的应用[J].湖北科技学院学报(医学版),2020,34(1):48-52.
- [2]邓秀兰,韦海燕,庞宇.综合护理干预在原发性肝癌肝动脉化疗栓塞术中的效果分析[J].中外女性健康研究,2021(10):113-114.
- [3]唐莉.综合护理干预措施在肝癌肝动脉栓塞化疗围手术期患者中的应用[J].中国保健营养,2018,28(15):111-112.
- [4]姜艳玲.循证护理在肝癌介入栓塞综合征患者中的应用研究[J].中国民康医学,2017,29(6):76-77.
- [5]于海艳,陈新华,李菁,等.综合护理干预在预防肝癌介入术后并发症中的应用[J].医药前沿,2018,8(11):334-335.
- [6]杨元磊,曹玉鹏,孙韬,等.解毒疏肝汤治疗原发性肝癌介入术后综合症的疗效及对炎症反应、生活度量的影响[J].四川中医,2020,38(11):113-116.
- [7]唐莉.82例肝癌介入治疗患者围手术期护理的临床应用体会[C].2016:1-1.
- [8]史云婕.综合护理在原发性肝癌患者肝动脉介入化疗栓塞术护理中的效果研究[J].养生保健指南,2021(4):210.
- [9]刘琰.综合护理用于肝动脉介入化疗栓塞术肝癌患者中的临床价值[J].东方药膳,2020(17):169.
- [10]袁书静,裴小红.综合护理服务在肝癌患者经皮肝动脉化疗栓塞术治疗中的应用价值[J].中华养生保健,2021,39(15):92-93.

围手术期心理护理对疝气手术患者康复效果及护理满意度的影响

董萍萍

广饶中医院 山东东营 257300

摘要：目的：分析围手术期疝气手术患者接受心理护理对护理满意度及康复效果的影响。方法：本次总共抽取 60 例病例展开研究，年限起止为 2020.05~2021.06，均实施疝气手术，随机分为对照组（30 例）与分析组（30 例）。对照组接受常规护理，在此方案上分析组围手术期接受心理护理。研究结束后对比 2 组抑郁、焦虑自评量表（SDS、SAS）评分、术后并发症率、护理满意度、生存质量评分及康复效果等数据，以评定效果。结果：研究结束后，对比 2 组干预后 SDS、SAS 等评分数据，分析组分别为（20.5±2.2）分、（20.7±2.3）分均低于对照组（30.6±2.4）分、（31.1±2.8）分（ $P<0.05$ ）。研究结束后，对比 2 组术后并发症率数据，分析组 6.67% 低于对照组 23.33%（ $P<0.05$ ）。研究结束后，对比 2 组护理满意度数据，分析组 96.67% 高于对照组 80.0%（ $P<0.05$ ）。研究结束后，对比 2 组生存质量各项评分数据，分析组均高于对照组（ $P<0.05$ ）。研究结束后，对比 2 组下床及住院等时间数据，分析组分别为（1.7±0.3）d、（5.1±0.6）d 均短于对照组（3.4±0.6）d、（8.9±1.5）d（ $P<0.05$ ）。结论：围手术期疝气手术患者接受心理护理的效果显著，即可消除患者负性情绪，可减少术后并发症的发生，缩短住院及下床时间，利于术后快速康复，并可改善患者生存质量，患者满意度高，具有较高的推广价值。

关键词：围手术期；疝气手术；心理护理；护理满意度；康复效果；影响

在临床上，疝气是一种常见疾病，以老年人和幼儿等较为多见^[1]，主要分为脐疝和腹股沟疝，该病症目前尚无确切病因，而患者发病主要是因人体正常解剖位置上的某个组织或器官发生移位，并经由后天形成或先天的空隙、缺损、薄弱点处移动至另一位置所致^[2]。在治疗疝气疾病的过程中，临床首选的治疗方案为外科手术，尽管手术可有效治疗患者疾病，但在手术期间配合有效的护理干预对于促进其术后康复尤为重要^[3]。有研究表明，患者发生疝气之后极易产生一些不良心理如紧张、恐惧、焦虑等，加之对手术和疾病了解不足，其配合度相对欠佳，故需做好针对性的护理干预^[4-5]。本文研究了围手术期疝气手术患者接受心理护理对护理满意度及康复效果的影响。

1 资料与方法

1.1 资料

本次总共抽取 60 例病例展开研究，年限起止为 2020.05~2021.06，均实施疝气手术的患者，对比研究以随机分组法展开，分为对照组（30 例）与分析组（30 例）。研究开展前统计处理 2 组基本资料，其中男女比例为 21:9（分析组）和 22:8（对照组）；所选病例年龄范围位于 20-55 岁之间，2 组均值统计结果分别为（40.7±5.2）岁（分析组）、（40.3±5.8）岁（对照组）。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，研究获伦理委员批准。

1.2 方法

对照组接受常规护理，具体为：首先在实施手术前遵医嘱指导患者严格禁食禁饮，将手术注意事项和疾病相关知识等详细告知患者并对家属进行普及教育；结束手术后对患者活动进行严格限制，对日常生活加强指导和干预，饮食方面以易消化的清淡食物为主，避免发生便秘；维持呼吸道通畅，指导正确给排便；避免剧烈咳嗽；术后还需对患者定期辅助拍背和翻身；以防发生压疮事件。另外做好健康教育和康复指导工作，告知患者定期复诊等。

在前组方案上分析组围手术期接受心理护理，具体为：（1）术前：首

先在实施手术前结合患者的认知功能以及性格特征等展开积极的交流和沟通，在此期间保持笑容，态度温和，以帮助患者消除陌生感，确保心情愉悦。其次对家属和患者详细讲解手术和疾病的知识，帮助其提升认知水平和遵医行为，最大程度的改善其心理状态。最后是遵医嘱严格指导患者术前禁饮 4h，禁食 6h 的等。（2）术中：实施手术的过程中，在满足手术操作的前提下，将患者生殖器官以及肢体的暴露尽可能的减少，注意对患者的隐私加以保护，消除其心理负担和精神压力。手术期间营造舒适的环境，与患者主动交流和沟通，护理人员与操作医师需注意密切配合，以防发生各种意外情况和突发事件。结束手术操作之后将顺利程度以及手术进展详细告知患者，使之保持良好的心态减轻其心理负担。（3）术后：首先告知家属需在术后对患者提供足够的关爱和陪伴，鼓励患者将内心想法及时表达出来，以对心理情绪做出适当调整；注意对亲友和家属的探视次数和时间进行严格控制，尽量确保患者术后不能充分的休息，注意对病房环境加以改善，保持室内整洁安静。其次与患者积极交流和沟通，对其疼痛程度进行科学评估，结合患者的自身爱好以及个性特征等通过听音乐、聊天、看电视的方式转移注意力，适当缓解疼痛。如有需要可采取药物方式对患者进行镇痛，以提升机体舒适感受，保持精神愉快。最后是对患者各项体征变化进行严密监测，认真评估其伤口状况，对其有伤口肿块、出血、疼痛等进行密切观察，注意对伤口敷料定时更换，对术后可能产生的出血症状积极防范。术后采取抗感染药物常规治疗，以预防各种感染风险。

1.3 评价指标

研究结束后对比 2 组抑郁、焦虑自评量表^[6]（SDS、SAS，评估抑郁/焦虑心理，心理越佳各项分值越低。）评分、术后并发症率、护理满意度（采取自拟调查问卷（100 分）作为工具，结果分为 3 项指标，涉及不满意、尚可、满意等。）、生存质量评分（工具为 WHOQOL-BREF 量表^[7]，评分项目包括 4 项，涉及周围环境、社会关系、心理及生理健康，各项功能越好分值越高。）及康复效果（观察记录下床及住院等时间）等数据，以评定效果。

1.4 分析数据

研究中各项数据以评价指标为准,在 SPSS22.0 软件中对结果数据加以处理,以 T 值、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 2 组 SDS、SAS 等评分

研究结束后,对比 2 组干预后 SDS、SAS 等评分数据,分析组均低于对比组(P<0.05);但干预前 2 组对比处理各项评分的差异较小(P>0.05),见表 1。

表 1 对比 2 组 SDS、SAS 等评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	干预前		干预后	
		SDS	SAS	SDS	SAS
分析组	30	45.8±3.4	45.8±4.4	20.5±2.2	20.7±2.3
对比组	30	46.2±3.1	45.2±5.1	30.6±2.4	31.1±2.8
T 值		0.5236	0.2419	8.6526	10.3269
P 值		0.324	0.478	0.000	0.000

2.2 对比 2 组术后并发症

研究结束后,对比 2 组术后并发症率数据,分析组 6.67%低于对比组 23.33% (P<0.05),见表 2。

表 2 对比 2 组术后并发症[例 (%)]

组别	n	发热	尿路感染	阴囊肿胀	切口感染	发生率 (%)
分析组	30	1 (3.33)	0 (0.0)	1 (3.33)	0 (0.0)	2 (6.67%)
对比组	30	2 (6.67)	1 (3.33)	2 (6.67)	2 (6.67)	7 (23.33%)
X ² 值						5.3623
P 值						0.035

2.3 对比 2 组护理满意度

研究结束后,对比 2 组护理满意度数据,分析组 96.67%高于对比组 80.0% (P<0.05),见表 3。

表 3 对比 2 组护理满意度[例 (%)]

组别	n	不满意	满意	尚可	满意率 (%)
分析组	30	1 (3.33)	18 (60.0)	11 (36.67)	29 (96.67%)
对比组	30	6 (20.0)	14 (46.67)	10 (33.33)	24 (80.0%)
X ² 值					4.5231

P 值

0.041

2.4 对比 2 组生存质量

2 组生存质量对比 2 组生存质量各项评分数据,分析组均高于对比组 (P<0.05),见表 4。

表 4 对比 2 组生存质量 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	周围环境	社会关系	心理健康	生理健康
分析组	30	84.5±3.4	82.3±3.7	79.5±2.4	79.4±5.2
对比组	30	70.7±4.5	68.2±2.4	60.5±3.3	60.5±5.1
T 值		16.3241	22.1425	18.5236	17.5414
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

2.5 对比 2 组下床及住院等时间

研究结束后,对比 2 组下床及住院等时间数据,分析组均短于对比组 (P<0.05),见表 5。

表 5 对比 2 组下床及住院等时间 ($\bar{x} \pm s$, d)

组别	n	住院时间	下床时间
分析组	30	5.1±0.6	1.7±0.3
对比组	30	8.9±1.5	3.4±0.6
T 值		3.5244	8.4517
P 值		0.041	0.000

3 讨论

研究表明,全世界范围内每年实施腹腔镜疝手术的成人患者超出 2000 万,其中老年人(>60 岁)的发病率约为 1%-5%^[8-9]。在外科疾病中,疝气较为多发和常见,且患者发病与腹内压增高和腹壁强度下降等关系密切,且患者以部分功能减退、疼痛以及肿块为主要症状表现,若治疗不及时,则会导致睾丸癌变或影响生育功能^[10-11]。所以疝气一旦确诊,则需采取手术及时加以治疗。目前较为常见的手术方式为疝气修补术,其疗效确切,但因患者对手术和疾病认知不足,其生理和心理会产生一些障碍,因此加强围术期护理尤为关键^[12-13]。通过对疝气患者采取围手术期心理护理进行干预,则可帮助患者充分认识自身疾病,消除其各种心理负担和压力,同时可帮助患者保持舒适的身心状态,可指导其调节自身情绪,积极配合手术治疗,从而有效减轻手术应激反应,进一步预防和减少各种并发症。另外心理护理干预的实施还可帮助患者有效缩短住院时间,从而加速术后身体康复,进一步达到改善其生存质量的目的^[14-15]。本文结果中,研究结束后,对比 2 组干预后 SDS、SAS、生存质量各项评分数据,分析组均低于对比组 (P<0.05)。对比 2 组术后并发症率数据,分析组 6.67%低于对比组 23.33% (P<0.05)。对比 2 组护理满意度数据,分析组 96.67%高于对比组 80.0% (P<0.05)。对比 2 组下床及住院等时间数据,分析组均短于对比组 (P<0.05)。可见,围手术期疝气手术患者接受心理护理发挥着极大优势和积极作用。

综上,围手术期疝气手术患者接受心理护理的效果显著,即可消除患者负性情绪,提升心理健康水平,还可减少各种并发症,缩短住院及下床时间,利于术后快速康复,还可改善其生存质量,患者普遍满意,可进一步

(下转第 186 页)

分析手术室护理干预预防I类手术切口感染的效果

赫盛楠

哈尔滨医科大学附属第一医院 黑龙江哈尔滨 150001

摘要：目的：对I类手术切口感染预防中手术室护理干预的效果展开观察与分析。方法：纳入92例病患为研究对象，截取于我院2019年6月-2020年7月收治行I类手术治疗的患者；经统一编号后按照等量电脑随机法均分2组，1组为基础组（n=46），1组为研究组（n=46）；分别给予两组以常规护理干预和手术室护理干预；针对两组患者护理满意度、护理纠纷及术后12h、24h、48h、5d切口疼痛情况、术后切口感染情况、切口愈合情况展开观察、分析与对比。结果：①在护理总满意度方面，研究组（97.83%）同基础组（84.78%）相比显著更高；在护患纠纷发生率方面，研究组（0.00%）同基础组（10.87%）相比显著较低，组间差异较大（ $P<0.05$ ）。②在术后12h切口疼痛评分方面，研究组同基础组对比无较大差异（ $P>0.05$ ）。在术后24h、48h、5d切口疼痛评分方面，研究组（ 1.17 ± 0.25 、 1.01 ± 0.40 、 0.62 ± 0.25 分）同基础组（ 2.16 ± 0.54 、 1.74 ± 0.63 、 1.32 ± 0.65 分）相比显著更低，组间差异较大（ $P<0.05$ ）。③在术后切口甲级愈合率方面，研究组（100.00%）同基础组（69.57%）相比显著更高；在术后切口感染率方面，研究组（2.17%）同基础组（17.39%）相比显著较低，组间差异较大（ $P<0.05$ ）。结论：手术室护理干预在预防I类手术切口感染方面效果显著，同时还能够促进良好护患关系的构建、提升患者术后切口愈合效果及患者对临床护理工作的满意度；建议推广。

关键词：手术室护理干预；常规护理干预；I类手术；切口感染；预防

新医疗背景下，手术在临床医学上占据地位愈发突出；特别是在胆结石、肠梗阻、阑尾炎以及各种癌症、外伤所致脏器出血等疾病治疗中，手术治疗效果格外显著【1】。但手术治疗中，也存在着一个无可避免的问题——即术后切口感染；该问题的存在不仅会对患者术后切口的愈合及预后效果造成影响，情况严重时，甚至还会致使患者并发全身感染，对患者生命安全造成严重威胁。既往文献报道【2】，术后切口感染诱发因素复杂多样，但其中不能轻视因素之一就是手术室因素。因此，现代化医疗背景下，如果想要切实减少临床I类手术患者术后切口感染率，保证患者预后效果，那么则必须要做好临床手术患者围手术期护理干预，以此预防手术相关性感染。但有研究表明【3】，以往常规护理在降低术后切口感染率方面所起到的效果不佳，建议实施手术室护理干预，以更好的预防临床手术患者术后切口感染，使其手术切口尽快愈合，提升患者对临床护理工作满意度。基于此，本研究纳入92例病患为研究对象，将对I类手术切口感染预防中手术室护理干预的效果展开观察与分析。详情如下：

1 基线资料和方法

1.1 基线资料

纳入92例病患为研究对象，截取于我院2019年6月-2020年7月收治行I类手术治疗的患者；经统一编号后按照等量电脑随机法均分2组，1组为基础组（n=46），1组为研究组（n=46）。基础组手术患者中男/女人数比24:22；患者年龄最小12岁、最大84岁，年龄均值（ 42.11 ± 8.82 ）岁；手术类型：12例（26.09%）骨折手术，9例（19.57%）乳腺手术，8例（17.39%）肠道手术，7例（15.22%）阑尾炎手术，5例（10.87%）胆道手术，3例（6.52%）胃部手术，2例（4.35%）其他。研究组手术患者

中男/女人数比25:21；患者年龄最小10岁、最大83岁，年龄均值（ 42.33 ± 9.64 ）岁；手术类型：13例（28.26%）骨折手术，8例（17.39%）乳腺手术，10例（21.74%）肠道手术，6例（13.04%）阑尾炎手术，7例（15.22%）胆道手术，1例（2.17%）胃部手术，1例（2.17%）其他。组间资料对比具有同质性（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：①符合临床I类手术切口规范标准；②患者本人及家属知情研究，且自愿参与；③认知、理解、表达能力良好，无沟通、交流障碍；④基线资料完整、无缺损。排除标准：①排除拒绝配合研究的手术患者；②排除合并精神、认知障碍的手术患者；③排除合并全身感染性疾病的手术患者；④排除合并严重器质损害及出血的手术患者。

1.2 方法

1.2.1 基础组

本组手术患者接受生命体征密切监测、病情观察、饮食、睡眠、用药指导、构建舒适病房环境、加强护患沟通以及全天候紧急救助服务等常规护理干预。

1.2.2 研究组

本组手术患者在上述常规护理基础上接受手术室护理干预，详情如下：

1.2.2.1 术前护理：手术实施前，护理人员需对患者全身皮肤进行消毒，减少细菌数量；在保证患者表层皮肤完整性基础下进行剃毛、备皮等基础操作；就手术类型、操作流程、手术注意事项及手术室环境、设置等内容向患者进行详细介绍，安抚存在负性情绪（如紧张、烦躁、焦虑）的患者，使其保持平稳心态；若患者对手术无菌要求较高，可经静脉给予患者以抗

生素注射（术前），避免患者围手术期间发生感染【4】。

1.2.2.2 手术室环境管理：切实落实手术室消毒、清洁工作，应定期使用含氯消毒剂对手术室内相关物品、床单位以及地面等进行全面消毒；同时，还应对手术所使用器械、敷料等进行灭菌处理，可使用压力蒸汽进行；结合患者实际病况合理安排手术时间、手术方法，术前 30min 启动手术室净化系统；手术室内避免进入带包装袋的器械，非手术室人员不得入内，进出人员需严格控制【5】；避免多次开启手术室大门，预防交叉感染；合理调节手术室温度、湿度，切实落实手卫生操作规范。

1.2.2.3 术中护理：手术的执行，应全程遵循无菌操作原则；术中，护理人员应加强手术配合，尽可能缩短手术时间；术中做好患者体温管理及隐私部位管理，避免患者发生感染或大出血；主动与患者构建沟通与交流，转移患者注意力，缓解其紧张情绪；若患者手术操作时间过长，可在情况允许下合理调节患者体位，避免患者长时间保持同一体位引发不适。

1.2.2.4 术后护理：手术结束后，规范处理医疗废物，对手术所使用医疗器械进行全面消毒，避免交叉感染；术后，加强病房巡视，询问患者感受，倾听患者表述，给予患者以针对性心理疏导，缓解患者因切口疼痛而产生的负性情绪；定时帮助患者更换舒适体位，避免发生褥疮，相关治疗和护理操作的执行尽可能在白间进行，降低相关器械工作音量，减少噪音；构建舒适病房环境，保持病房空气流通，合理调节病房光线、温度与湿度；严格控制探视人数及探视时间，保证患者睡眠充足，减少切口感染，促进患者术后尽快康复。

1.3 指标观察

观察和对比两组以下指标：（1）护理纠纷指标；（2）护理满意度指标；采用本院自制问卷调查表，以十分满意、基本满意、不满意为评估标准，评估两组患者护理满意度；并统计两组护理纠纷发生率。（3）术后 12h、24h、48h、5d 切口疼痛评估指标；采用 RNS 评分量表进行评估，评分 0-10 分，评分与其疼痛程度呈正比例关系。（4）术后切口愈合指标、切口感染指标；参照临床切口愈合标准，以甲级愈合、乙级愈合、丙级愈合为评估标准，评估两组患者术后切口愈合情况，并同时统计两组患者术后切口感染发生率。

1.4 统计学分析

采用 SPSS18.0 软件进行统计处理，以%表示等计数资料，行卡方检验；以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示计量资料，行 t 检验，（ $P < 0.05$ ）时即为呈现出统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者护理满意度及护理纠纷发生情况

如下表 1 所见，在护理总满意度方面，研究组同基础组相比显著更高；在护理纠纷发生率方面，研究组同基础组相比显著较低（ $P < 0.05$ ）。

表 1 对比两组患者护理满意度及护理纠纷发生情况[n（%）]

组别	例数	护理纠纷发生率	护理满意度			
			十分满意	基本满意	不满意	总满意度
基础组	46	5（10.87）	30（65.22）	9（19.56）	7（15.22）	39（84.78）
研究组	46	0（0.00）	39（84.78）	6（13.04）	1（2.17）	45（97.83）
χ^2	/	5.287	/	/	/	4.929
P	/	0.021	/	/	/	0.026

2.2 对比两组患者术后 12h、24h、48h、5d 切口疼痛情况

如下表 2 所见，在术后 24h、48h、5d 切口疼痛评分方面，研究组同基础组（相比显著更低（ $P < 0.05$ ））。

表 2 对比两组患者术后 12h、24h、48h、5d 切口疼痛情况[n（ $\bar{x} \pm s$ ），分]

组别	例数	术后 12h	术后 24h	术后 48h	术后 5d
基础组	46	2.58±0.87	2.16±0.54	1.74±0.63	1.32±0.65
研究组	46	2.66±0.83	1.17±0.25	1.01±0.40	0.62±0.25
t	/	0.451	11.284	6.635	6.817
P	/	0.653	0.000	0.000	0.000

2.3 对比两组术后切口愈合、感染情况

如下表 3 所见，在术后切口甲级愈合率方面，研究组同基础组相比显著更高；在术后切口感染率方面，研究组同基础组相比显著较低（ $P < 0.05$ ）。

表 3 对比两组术后切口愈合、感染情况[n（%）]

组别	例数	术后切口感染率	术后切口愈合情况		
			甲级	乙级	丙级
基础组	46	8（17.39）	32（69.57）	8（17.39）	6（13.04）
研究组	46	1（2.17）	46（100.00）	0（0.00）	0（0.00）
χ^2	/	6.035	16.513	8.762	6.419
P	/	0.014	0.000	0.003	0.011

3 讨论

一般情况下，临床手术可分为 I 级手术、II 级手术、III 级手术和 IV 级手术；而相较于 II、III、IV 级手术而言，I 级手术是最为简单、手术风险较低的手术，所以，大多数人认为这类型手术术后发生切口感染的几率是最小的；但事实上，此种认知是错误的，即便是最简单的手术，如果手术实施过程中没有做好消毒、清洁等基础工作，那么患者术后也会发生切口感染的情况。因此，若想要保证 I 类手术患者术后尽早康复，减少其术

后切口感染率,那么则必须要加强其围手术期护理干预。相关研究表明【6】:不同于传统常规护理,手术室护理遵循“以患者为本”理念,护理工作的开展分为术前护理、手术室环境管理、术中护理、术后护理四个阶段;其中术前护理包含患者皮肤消毒、手术备皮等护理操作;手术室环境管理包含手术室设施、设备、相关物品消毒以及合理调节手术室温度、湿度等护理操作;术中护理包含手术配合、体温管理、患者隐私部位管理等护理操作;术后护理包含加强病房巡视、医疗废物处理以及针对性心理护理等护理操作。上述护理操作的实施旨在改善患者负性情绪,提升患者手术疗效,促进患者术后切口尽早愈合,保证患者对临床护理工作的满意度。本次研究以常规护理作为参照,对I类手术切口感染预防中手术室护理干预的效果展开观察与分析;结果显示:在护理总满意度、术后切口甲级愈合率方面,研究组同基础组相比显著更高;在护患纠纷发生率、术后不同时间节点切口疼痛评分及切口感染率方面,研究组同基础组相比显著更低,组间差异较大($P<0.05$)。由此可以看出,手术室护理干预不仅可以切实降低临床I类手术后切口感染率,还可在促进患者手术切口更好愈合的同时提升患者护理满意度,减少护患纠纷事件的发生。

综上,手术室护理干预在预防I类手术切口感染方面效果显著,同时还

能够促进良好护患关系的构建、提升患者术后切口愈合效果及患者对临床护理工作的满意度;建议推广。

参考文献:

- [1]哈力木拉提·图尔功,唐水斌.急性化脓性阑尾炎手术治疗及术后抗感染治疗的临床价值体会[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(18):59.
- [2]李伟.急性化脓性阑尾炎手术及术后抗感染治疗的临床分析[J].中国社区医师,2020,36(04):49+51.
- [3]齐帅.急性化脓性阑尾炎手术治疗及术后抗感染治疗的临床分析[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(91):42+44.
- [4]张光光,何志君.急性化脓性阑尾炎手术治疗及术后抗感染治疗的临床观察[J].中国医药科学,2019,9(19):230-232+236.
- [5]郑元璋,陈臻,林繁盛,陈永强,徐凌政.急性化脓性阑尾炎手术治疗及术后抗感染治疗的临床研究[J].辽宁医学杂志,2019,33(04):35-37.
- [6]郭元元,余晓露.观察手术室护理干预对于预防胃肠道手术切口感染的效果[J].心血管外科杂志(电子版),2020,9(3):299.

(上接第183页)

步推广研究。

参考文献:

- [1]李新迎.围手术期心理护理对疝气手术患者康复效果及护理满意度的影响[J].中华养生保健,2021,39(13):95-97.
- [2]李红.围手术期心理护理对疝气手术患者康复效果及护理满意度影响[J].现代养生(下半月版),2021,21(5):67-69.
- [3]Marinero Federica, Silva Joana M., Barros Alexandre A., et al. A Fibrin Coating Method of Polypropylene Meshes Enables the Adhesion of Menstrual Blood-Derived Mesenchymal Stromal Cells: A New Delivery Strategy for Stem Cell-Based Therapies[J]. International Journal of Molecular Sciences, 2021, 22(24):13385-13385.
- [4]胡诗芳,符丽霞,刘小群,等.舒适护理在微创手术治疗小儿疝气围手术期护理中的价值研究[J].国际护理学杂志,2016,35(10):1303-1306.
- [5]刘兆娟,胡太龙,冯展娟.综合护理干预在小儿疝气围手术期护理的运用方法和效果分析[J].中国保健营养,2021,31(11):203.
- [6]李秋兰.个性化护理模式对降低外科手术患者术后疝气发生率的影响[J].中国医药指南,2021,09(29):1-3.
- [7]马瑞访.激励式心理干预联合共情沟通模式用于疝气手术患者对患者治疗配合度及术后并发症控制的影响[J].首都食品与医药,2021,28(24):121-124.
- [8]张静.围术期心理护理干预对疝气手术患者康复效果的影响探讨[J].健康之友,2019,05(11):8-9.

[9]王美玲.人性化护理在手术室腹腔镜下疝气修补术护理中的应用效果研究[J].糖尿病天地,2019,16(3):288.

[10]张敏.老年疝气手术患者应用优质护理理念的临床效果研究[J].中国保健营养,2018,28(4):13.

[11]Fushimi Koya, Yasutomi Jun, Kusashio Kimihiko, et al. [A Case of Internal Hernia into a Reconstructed Pelvic Floor and Torsion of Jejunum near the Treitz Ligament after Laparoscopic Abdominoperineal Resection]. Gan to kagaku ryoho. Cancer & chemotherapy, 2021, 48(13):1550-1552.

[12]郑晓东.对行手术的老年疝气患者进行心理护理对改善其围手术期负性情绪的效果分析[J].当代医药论丛,2016,14(1):85-86.

[13]夏静.个性化护理模式对外科手术患者术后疝气发生率的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(12):2216-2218.

[14]Bieri Uwe, Sliker Juliette, Hefermehl Lukas John, et al. Randomised, quadruple blinded, placebo controlled, multicentre trial investigating prophylactic tamsulosin in prevention of postoperative urinary retention in men after endoscopic total extraperitoneal inguinal hernia repair (STOP-POUR trial): a study protocol[J]. BMJ Open, 2021, 11(12):e048911-e048911.

[15]魏谨颐,陈琰.前瞻性护理教育对腹腔镜小儿疝气手术患儿依从性、术后恢复的影响[J].临床与病理杂志,2021,41(11):2650-2656.

循证护理模式在中青年 2 型糖尿病患者中的应用效果

柯伟玲

佛山市南海区人民医院护理部 广东佛山 528200

摘要: 目的: 对循证护理模式在中青年 2 型糖尿病患者中的应用效果进行评价分析。方法: 选择 2021 年 01-2022 年 01 月间我院收治的中青年 2 型糖尿病患者 100 例作为研究对象, 将其按照护理干预方案的不同, 分成对照组和观察组, 对照组患者接受常规护理, 观察组则在常规护理基础上实施循证护理模式, 对两组患者的护理效果进行对比分析, 包括血糖水平情况、护理满意度、患者对疾病的认知程度、自我管理状况等指标。结果: 护理干预后, 观察组患者空腹血糖水平、餐后 2 小时血糖水平、糖化血红蛋白水平均较对照组发生显著降低 ($P < 0.05$); 观察组患者对护理工作满意度高于对照组 ($P < 0.05$); 观察组患者对疾病的认知程度、自我管理能力的均显著优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 在中青年 2 型糖尿病患者中开展循证护理干预, 对于降低患者血糖水平, 提高患者护理满意度, 改善其认知程度和自我管理能力均具有十分显著的效果, 临床价值明显, 值得关注并推广。

关键词: 中青年; 2 型糖尿病; 血糖; 循证护理; 自我管理; 认知

临床上, 糖尿病为一项常见代谢性疾病, 主要特征为血糖水平升高, 胰岛素分泌异常。随着疾病的进展, 会造成微血管病变加重, 严重影响到患者的身心健康以及生活质量^[1]。调查结果显示, 我国糖尿病患者数已经位居世界第一的地位, 这一慢性疾病可累及到全身各重要脏器, 致使发生微血管病变、神经系统病变^[2]。流行病学调查发现, 目前我国, 约有超过 1 亿的中青年糖尿病患者以及众多的糖尿病前期人群, 这一类人群多处于学习、工作阶段, 因此生活十分不规律, 对糖尿病的认识以及重视程度都不足, 自我管理能力与时间更是有限, 使得其糖尿病治疗效果受到严重影响, 患者预后效果也不佳^[3-4]。近几年, 关于中青年 2 型糖尿病患者的护理干预研究引起人们的关注, 成为研究的热点。本次研究中, 以对循证护理模式在中青年 2 型糖尿病患者中的应用效果进行评价分析为目的, 对我院收治的中青年 2 型糖尿病患者展开了分组干预, 并对其护理干预效果展开了对比分析, 结果汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究中资料来源于我院在 2021 年 1-2022 年 1 月间我院收治的中青年 2 型糖尿病患者, 共计选择符合标准的 100 例作为研究对象, 在分成对照组和观察组后, 每组包含患者 50 例。对照组中包括有男 29 例, 女 21 例, 年龄 18-52 岁, 平均 (37.6±7.3) 岁, 病程 1-12 年, 平均 (6.7±1.2) 年; 观察组中包括有男 30 例, 女 20 例, 年龄 18-55 岁, 平均 (38.2±8.1) 岁, 病程 1-13 年, 平均 (6.5±1.4) 年。观察组与对照组患者的基础资料比较, 不具有统计学差异 ($P > 0.05$), 存在可比性。

病例纳入标准: ① 所有患者均符合 2 型糖尿病诊断标准^[5]; ② 年龄不低于 18 岁, 不超过 60 岁; ③ 患者无其他基础疾病。

病例剔除标准: ① 患者合并其他严重器官功能损伤; ② 患者存在精神异常、认知障碍等疾病; ③ 患者存在滥用药物史; ④ 患者非自愿参与研究或中途放弃。

1.2 方法

1.2.1 研究方法

选择 2021 年 1-2022 年 1 月间我院收治的中青年 2 型糖尿病患者 100 例作为研究对象, 将其按照护理干预方案的不同, 分成对照组和观察组, 对照组患者接受常规护理, 观察组则在常规护理基础上实施循证护理模式, 对两组患者的护理效果进行对比分析, 包括血糖水平情况、护理满意度、患者对疾病的认知程度、自我管理状况等指标。

1.2.2 护理方法

对照组: 患者接受常规护理干预。包括常规血糖控制、生命体征监测、生活护理等。

观察组: 在对照组常规护理干预基础上, 实施循证护理模式。具体内容包包括: ① 成立循证护理小组。小组成员对患者的基本情况包括饮食习惯、病史、生活习惯等内容进行了解评估, 通过与患者之间的有效沟通, 获取患者存在的一些问题, 从问题中寻找原因, 并依据此调查为患者制定相应的干预对策, 依据患者实际情况、治疗情况为其制定具有针对性的、个性化的护理方案。争取患者的依从性以及提高患者的自我监督意识。② 心理干预。强化对患者的心理干预。因患 2 型糖尿病患者的病程多时间较长, 很容易存在合并症的情况, 因此会对患者心理健康造成严重影响, 出现诸多不良情绪。因此, 在患者入院后便主动帮助其尽快熟悉住院环境, 给予患者足够的关爱, 让患者尽快降低对陌生环境的恐惧感; 在患者接受治疗的过程中, 通过必要的、有效的沟通交流, 做好患者的思想工作, 为患者接触各类心理问题, 对患者的合理需求予以尽量满足, 全面加强患者对医护的信任, 指导患者采取正确的方式进行减压, 以释放内心的不良情绪; 同时将治疗成功案例向患者进行宣传, 建立患者治疗的信心。③ 生活及饮食干预。依据患者的实际情况, 护理人员对患者开展针对性的饮食指导干预, 在饮食方案制定的过程中, 要做到粗细结合、营养全面, 一日三餐合理分配热量等营养素, 避免患者出现营养不良以及脂肪过剩等情

况。对患者的胆固醇的摄入也要进行控制，多食用富含维生素、矿物质的食物，做到饮食清淡，营养均衡，并依据患者的血糖变化情况，合理调配营养方案，严格遵循少食多餐的原则。在控制饮食的同时，对患者的生活也应开展科学干预指导，尤其是运动干预，为患者制定科学的运动计划，鼓励患者在病情允许的情况下参加体育运动，运动量要控制，注意循序渐进，提升患者的身体素质与免疫力，并嘱咐患者在运动时应随身携带联系卡片、糖果、饼干等食物，避免由于运动量过大而造成低血糖等不良事件。

④ 用药指导。护理人员应严格遵医嘱，对患者合理规范用药进行指导。针对口服类的降糖药物，应嘱咐患者按照医嘱的用量、用法服用，并且护理人员需要对患者用药后的血糖变化情况、生命体征等进行密切监测，及时发现不良反应，及时报告给主治医生。在对患者实施胰岛素注射治疗时，应将注射的方法、注意事项等内容向患者及其家属进行讲解，保证患者能够正确掌握胰岛素的使用方法以及相关的注意事项、应急反应等。⑤ 自我管理干预。将知行作为干预理论基础，依据患者实际情况为其制定针对性的自我管理方案。将不良习惯对血糖的控制效果、疾病的预后的严重影响向患者告知，针对存在嗜烟嗜酒习惯的患者，叮嘱戒烟戒酒。并指导其如何对自己的作息时间进行合理安排，向患者发放健康手册，增加患者对饮食常识、运动常识的了解与对疾病的认知，提高其自我监督意识。指导其制定控制目标，将体重指数控制在 24 以下，针对超重或者是肥胖人群，为其制定减重目标，可在 3-6 月内，减重 5%-10%，针对体格消瘦患者，可指导其如何制定营养计划，恢复并长期维持理想体重。并指导患者做好健康管理措施，鼓励其养成记录健康管理日记的习惯，对自己的血糖水平、体重、饮食以及运动情况进行详细记录，提升其自我管理的能力。

表 1 观察组与对照组患者干预前后血糖水平比较结果统计

组别	例数	空腹血糖水平（mmol/l）		餐后2小时血糖水平（mmol/l）		糖化血红蛋白水平（%）	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	50	8.89±1.34	6.23±1.32	12.88±1.18	8.72±2.19	7.57±1.17	5.03±1.34
对照组	50	8.91±1.29	7.88±1.29	12.79±1.25	10.79±2.57	7.55±1.19	6.56±1.53
P	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者护理满意度比较

观察组患者对护理工作的满意度高于对照组（P<0.05），详见表 2。

表 2 观察组与对照组护理满意度比较结果统计[n(%)]

组别	例数	非常满意	满意	基本满意	不满意	满意度
观察	50	12(24.0)	24(48.0)	10(20.0)	4(8.0)	46(92.0)

1.3 观察指标

对患者干预前后血糖水平变化情况、患者对护理工作的满意度、对疾病的认知程度、自我管理能力等指标进行对比分析。

护理满意度评价标准：采取我院自行设计的护理满意度调查问卷，在患者出院前以不记名的方式进行满意度调查，满分为 100 分，得分在 60 以下者为不满意，60-79 分之间者为基本满意，80-89 分为满意，90 分及以上为非常满意。满意度=（非常满意例数+满意例数+基本满意例数）/总例数×100%。

对疾病的认知程度评价：通过调查和回访，对患者疾病相关知识的知晓率、糖尿病相关健康行为的采纳率进行统计。

自我管理能力评价：对患者遵医用药率、科学饮食率、合理运动率、定期健康率、血糖监测率、心理调整率进行统计。

1.4 数据处理

采取 SPSS22.0 统计学软件进行数据处理，计量资料经（ $\bar{x} \pm s$ ）形式表示，统计分析采取 t 检查，计数资料统计分析采取 χ^2 检验，P<0.05 时，视为差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后血糖水平比较

经统计，观察组与对照组患者在实施干预前，空腹血糖、餐后 2 小时血糖以及糖化血红蛋白水平比较，无统计学差异（P>0.05）；干预后，观察组患者空腹血糖水平、餐后 2 小时血糖水平、糖化血红蛋白水平均较对照组发生显著降低（P<0.05）。详见表 1。

组

对照	50	5(10.0)	14(28.0)	20(40.0)	11(22.0)	39(78.0)
组						
P	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组患者认知行为比较

经统计发现，观察组患者对疾病相关知识的知晓率、糖尿病相关健康

行为的采纳率均高于对照组 ($P<0.05$), 详见表 3。

表 3 观察组与对照组认知行为比较结果统计[n(%)]

组别	例数	知晓率	采纳率
观察组	50	45 (90.0)	44 (88.0)
对照组	50	38 (76.0)	35 (70.0)

表 4 观察组与对照组患者自我管理能力比较结果统计[n(%)]

组别	例数	遵医用药	科学饮食	合理运动	定期体检	血糖监测	心理调整
观察组	50	45 (90.0)	46 (92.0)	47 (94.0)	46 (92.0)	47 (94.0)	45 (90.0)
对照组	50	36 (72.0)	38 (76.0)	35 (70.0)	38 (76.0)	39 (78.0)	36 (72.0)
P	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

在临床上, 糖尿病属于一种终身性疾病, 需要开展长期的治疗和干预, 同时需要坚持血糖控制, 积极自我管理, 对并发症的发生也许进行有效控制, 从而实现提高患者预后以及生活质量的目的^[6-7]。但研究与实践中发现, 糖尿病患者, 尤其是中青年糖尿病患者的认知行为更差, 自我管理能力不佳, 从而导致血糖控制效果不理想, 又加之其学习、工作等因素, 使得其对疾病的重视程度不高, 造成患者预后效果无法达到预期目标^[8-10]。

循证护理, 又被称作是实证护理, 为一种现代化护理模式, 主要以循证医学为基础, 对疾病的治疗与护理具有极高的适用性^[11]。通过建立循证护理小组, 由护理人员寻找患者存在的问题, 为做好针对性护理提供基础条件。对糖尿病患者开展循证护理, 对于降低患者血糖水平, 改善患者治疗效果具有很大的帮助^[12-13]。除此外, 开展循证护理, 能够实现以患者为中心, 帮助其改善对疾病的认知, 提高其认知行为以及自我管理能力, 并且循证护理注重心理干预, 能够有效患者患者的不良情绪和精神压力, 使得患者的治疗信心增加, 也提高了患者依从性^[14-15]。本次研究中, 以对循证护理模式在中青年 2 型糖尿病患者中的应用效果进行评价分析为目的, 对我院收治的中青年 2 型糖尿病患者展开了分组干预, 并对其护理干预效果展开了对比分析, 结果发现, 接受循证护理的观察组, 护理干预后患者空腹血糖水平、餐后 2 小时血糖水平、糖化血红蛋白水平均较对照组发生显著降低; 观察组患者对护理工作满意度高于对照组; 观察组患者对疾病的认知程度、自我管理能力均显著优于对照组。

综上所述, 在中青年 2 型糖尿病患者中开展循证护理干预, 对于降低患者血糖水平, 提高患者护理满意度, 改善其认知程度和自我管理能力均具有十分显著的效果, 临床价值明显, 值得关注并推广。

参考文献:

- [1] 查里沙. 循证护理在糖尿病护理中的应用研究[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(15): 24.
- [2] 姚冰, 于联芳. 循证护理在糖尿病并发症护理中的应用[J]. 首都食品与医药, 2020, 27(6): 15-8.

P - <0.05 <0.05

2.4 两组患者自我管理能力比较

经统计发现, 观察组患者遵医用药率、科学饮食率、合理运动率、定期体检率、血糖监测率、心理调整率均高于对照组 ($P<0.05$), 详见表 4。

[3] 杨丽. 在老年糖尿病患者护理中循证护理的应用价值研究[J]. 中国农村卫生, 2019, 11(2): 58+60.

[4] 刘彩越. 循证护理模式在糖尿病患者护理中的应用研究[J]. 糖尿病新世界, 2019, 22(11): 15-8-15-9.

[5] 郑彩凤. 循证护理在糖尿病并发症护理中的应用[J]. 中外女性健康研究, 2019, 1(1): 137-138.

[6] Thomas Ka-Wai Ng, Rachel Lai Chu Kwan, Sing Kai Lo, et al. A Tailor-Made Exercise Program for Improving Balance and Mobility in Older Adults With Type 2 Diabetes[J]. Journal of Gerontological Nursing, 2017, 44(2): 1-8.

[7] 李维燕, 张丽平, 施彦龙, 等. 以循证护理为基础的临床路径在糖尿病管理中的研究进展[J]. 循证护理, 2020, 6(9): 919-922.

[8] 韦小丽, 陆静, 潘冰雪, 等. 循证护理与常规护理对老年 2 型糖尿病患者的护理效果对比及护理满意度分析[J]. 糖尿病天地, 2020, 17(9): 283-284.

[9] 邹兰. 循证护理联合临床护理路径对糖尿病患儿血糖控制、住院时间和家属护理满意度的影响[J]. 中国保健营养, 2020, 30(30): 314.

[10] HUANG Y, KARURANGA S, MALANDA B, et al. CaU for data contribution to the IDF Diabefes Atlas 9th Edition 2019 [J]. Diabetes Res Clin Prac, 2018, 140(6): 351-352.

[11] 杨雪妮, 李小强, 刘会玲. 循证护理模式对糖尿病高值患者血糖水平及生存质量的影响[J]. 贵州医药, 2019, 43(4): 656-657.

[12] 陆柳明, 于媛, 方旖旎. 循证护理对糖尿病视网膜病变患者血糖、视功能及生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志, 2020, 39(7): 1282-1285.

[13] 谭文芳, 张艳萍, 王俏燕. 中青年糖尿病患者延续性护理的研究进展[J]. 中国保健营养, 2021, 31(22): 43-44.

[14] 王力, 王天秩, 张霞, 等. 中青年糖尿病前期患者健康管理干预效果评价[J]. 河北医科大学学报, 2018, 39(7): 779-786.

[15] 张真真, 王群, 张丽洁, 等. 中青年 2 型糖尿病住院患者的认知功能特点及影响因素研究[J]. 中华护理杂志, 2018, 53(2): 190-194.

优化急诊护理对急诊胸痛患者抢救效果的影响

李春萍 曾艳

海南省人民医院秀英急诊科 海南省海口市 570311

摘要：目的：分析优化急诊护理对急诊胸痛患者抢救效果的影响。方法：80例急诊胸痛患者，随机分2组，每组40例，对照组行常规急诊护理，观察组行优化急诊护理，分析抢救效果。结果：观察组患者抢救时间、分诊评估时间、急诊停留时间、开始治疗时间以及住院时间均明显短于对照组，差异有统计学意义， $P<0.05$ ；观察组患者对抢救前、抢救中、抢救后的临床护理操作评分均明显高于对照组，差异有统计学意义， $P<0.05$ ；观察组患者的抢救成功率明显高于对照组，差异有统计学意义， $P<0.05$ ；观察组患者抢救过程中的不良事件（穿刺损伤、响应不及时、坠床、惊惧）发生率明显低于对照组，差异有统计学意义， $P<0.05$ ；观察组患者对急诊护理工作的操作、服务、响应、规范、效率、成果满意度均明显高于对照组，差异有统计学意义， $P<0.05$ 。结论：优化急诊护理可缩短抢救时间，提高护理操作水平和抢救成功率，避免抢救护理不良事件发生率，提高患者护理满意度，提高整体抢救效果，推荐临床使用。

关键词：优化急诊护理；胸痛；抢救效果

胸痛作为临床常见疾病，发病迅速致患者疼痛剧烈，若无及时抢救将导致患者死亡，因此，医学界一直对胸痛抢救护理方案的优化进行实践性分析^[1-2]。相关护理学专家建议采用优化急诊护理模式，以缩短抢救时间，提高护理操作水平和抢救成功率，避免抢救护理不良事件发生率，提高患者护理满意度为核心，为患者提供良好的护理服务^[3-4]。在此大背景下，本研究选取80例急诊胸痛患者进行分组对比分析，旨在探讨优化急诊护理的应用价值。

1 资料和方法

1.1 基本资料

在2020年1月-2021年1月期间选择80例急诊胸痛患者，随机分2组，每组40例，对照组男20例，女20例，年龄42-56（ 50.27 ± 3.55 ）岁。观察组男22例，女18例，年龄40-55（ 50.26 ± 3.52 ）岁。组间资料对比， $P>0.05$ 。

纳入标准：①符合胸痛诊断标准患者；②知情同意并签字患者；③无手术和药物禁忌患者；④病历资料齐全，病史清晰患者。

排除标准：①并发重要脏器疾病患者；②凝血功能障碍患者；③精神疾病患者；④哺乳期或妊娠期妇女；⑤吸毒、酗酒患者。

1.2 操作方法

对照组行常规急诊护理：接诊后进行简单快速分诊，指导患者家属前去挂号缴费，同时准备抢救室，开通绿色通道，行心电图操作和指标监测，建立静脉通路，行采血和输液，经影像学检查确诊后行专科处理。

观察组行优化急诊护理：（1）组建专家团队，培训护理人员优化急诊护理流程和操作，行量化评分，合格后上岗。（2）院前急诊，评估患者的生命体征，微信发布患者的心电图、验血指标等，入院后立刻将患者转运至抢救室继续抢救，详细了解患者病史、用药史和合并症等资料，评估是否有介入手术指征，快速启动程序。（3）患者生命体征稳定10分钟内完成心电图检测，快速建立静脉通路并给予吸氧、心电监护。（4）根据患者

病情科学分级，危重症患者优先处理，一般患者进入留观区进行监护，过程中及时发现患者的新症状，并对可能出现的不良事件进行预防，如心理干预、安全防护等，室内需始终留2人轮流照看，及时响应。

1.3 观察指标

急救护理各项时间指标：统计抢救时间、分诊评估时间、急诊停留时间、开始治疗时间以及住院时间，各项时间指标越短则说明急救护理效率越高。

抢救护理操作评分：待抢救完成，患者度过危险期且神志清醒的情况下对抢救前、抢救中、抢救后三个阶段的临床护理操作进行评分（若患者经抢救无效死亡，则由患者家属进行评分），采用百分制，分值越高表示护理人员的临床护理操作水平越高。

抢救成功率：若患者体征稳定，度过危险期，则表示抢救成功，死亡或尚在危险期，则表示抢救失败，统计患者例数，计算比值，抢救成功率越高则表示急救护理效果越理想。

抢救过程中不良事件发生率：此处仅以本次实验中发现的不良事件作为统计对象，包括穿刺损伤、响应不及时、坠床、惊惧，均计入不良反应发生率计算，比值越低则表示急救护理效果越理想。

急诊护理工作满意度：采用科室自制的满意度调查问卷，随访患者对护理方案进行评价，包括急诊护理工作的操作、服务、响应、规范、效率、成果几个维度，结果分为“非常满意”“一般满意”“不满意”，标准为：问卷中共10个问题，每个问题1分，共计10分，评分10分表示非常满意，评分 ≥ 7 分表示一般满意，评分 < 7 分表示不满意，满意度=（非常满意+一般满意）/例数 $\times 100\%$ ，比值越高越理想。本研究中测量患者满意度的Cronbach's α 系数^[5]值为0.823，提示这10个题目具有较高的内在一致性，问卷回收率100%。

1.4 统计学处理

SPSS25.0版本统计学软件处理计数（ χ^2 ）和计量（t）资料，差异显著

($P<0.05$)。

2 结果

2.1 急救护理各项时间指标

表 1 结果：观察组患者抢救时间、分诊评估时间、急诊停留时间、开始治疗时间以及住院时间均明显短于对照组，差异有统计学意义， $P<0.05$ 。

表 1 急救护理各项时间指标记录表[$\bar{X}\pm S$]

组别	例数	抢救时间 (min)	分诊评估 时间 (min)	急诊停留 时间 (min)	开始治疗 时间 (min)	住院时间 (d)
观察组	40	14.72±1.19	1.26±0.27	5.28±1.08	14.46±1.18	8.46±2.18
对照组	40	23.56±3.41	2.18±0.31	9.44±2.18	27.18±3.17	11.18±3.17
t	-	15.4801	14.1538	10.8145	23.7837	4.4715
P	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 抢救护理操作评分

表 2 结果：观察组患者对抢救前、抢救中、抢救后的临床护理操作评分均明显高于对照组，差异有统计学意义， $P<0.05$ 。

表 2 抢救护理操作评分记录表[$\bar{X}\pm S$] (分)

组别	例数	抢救前临床护理操作评分	抢救中临床护理操作评分	抢救后临床护理操作评分
观察组	40	85.64±5.93	86.61±5.32	86.70±5.67
对照组	40	77.22±5.91	75.39±5.49	77.66±5.22
t	-	6.3607	9.2824	7.4185
P	-	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 抢救成功率

表 5 急诊护理工作满意度记录表[n(%)]

组别	例数	操作满意度	服务满意度	响应满意度	规范满意度	效率满意度	成果满意度
观察组	40	40 (100.00)	39 (97.50)	40 (100.00)	37 (92.50)	39 (97.50)	40 (100.00)
对照组	40	30 (75.00)	31 (77.50)	33 (82.50)	30 (75.00)	31 (77.50)	31 (77.50)
χ^2	-	11.4286	7.3143	7.6712	4.5006	7.3143	10.1408
P	-	0.0007	0.0068	0.0056	0.0339	0.0068	0.0015

3 讨论

经大量临床实践表明，缩短抢救时间，提高抢救成功率并降低不良事件发生率是急诊胸痛急诊护理中的三个“金标准”，即抓住抢救的黄金时间，保障抢救过程顺利推进，避免不良风险增加治疗难度。因此采用优化急诊护理势在必行^[6-7]。

该护理模式的优势在于极大程度的缩短诊治时间，进行科学分级以优

化诊治处理流程，充分体现了“以人为本，重症优先”的护理特色^[8-9]。具体来说：专业护理团队的构建是前提，可保证每一位护理人员的护理操作保持规范，尽可能降低护理失误，避免不良风险，院前病情评估并及时汇报检查情况，可实现信息的快速交互^[10]，缩短诊疗时间，院内急诊护理保证了心电监测、静脉通路创建等护理项目的快速实现，通过科学的分级诊断

表 3 抢救成功率记录表[n(%)]

组别	例数	抢救成功率	抢救失败率
观察组	40	40 (100.00)	0 (0.00)
对照组	40	36 (90.00)	4 (10.00)
χ^2	-	4.2105	4.2105
P	-	0.0402	0.0402

2.4 抢救过程中不良事件发生率

表 4 结果：观察组患者抢救过程中的不良事件（穿刺损伤、响应不及时、坠床、惊惧）发生率明显低于对照组，差异有统计学意义， $P<0.05$ 。

表 4 抢救过程中不良事件发生率记录表[n(%)]

组别	例数	穿刺损伤	响应不及时	坠床	惊惧	不良事件
观察组	40	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.50)	1 (2.50)
对照组	40	2 (5.00)	1 (2.50)	1 (2.50)	4 (10.00)	8 (20.00)
χ^2	-	2.0513	1.0127	1.0127	1.9200	6.1346
P	-	0.1521	0.3143	0.3143	0.1659	0.0133

2.5 急诊护理工作满意度

表 5 结果：观察组患者对急诊护理工作的操作、服务、响应、规范、效率、成果满意度均明显高于对照组，差异有统计学意义， $P<0.05$ 。

(下转第 196 页)

老年重症患者采用肠内营养方案治疗期间发生腹泻的原因及护理对策

李娜 杨茜 金鑫 肖春

四川省医学科学院·四川省人民医院 四川省成都市 610031

摘要：目的：以老年重症患者为例，分析在肠内营养治疗期间出现腹泻的原因，并依据为依据采取针对性护理干预，以期降低腹泻发生率，提高患者临床治疗体验。方法：研究对象为四川省医学科学院·四川省人民医院我科采取肠内营养治疗方案的 89 例老年重症患者（时间：2019.06 至 2021.06），统计患者的个人信息和临床治疗资料，调查治疗期间腹泻发生情况，分析总结引起腹泻原因，并对患者采取针对性护理干预措施。结果：在治疗期间发生腹泻患者有 36 例，未发生腹泻患者 53 例，腹泻发生率为 40.45%，；男性、女性老年重症患者腹泻发生率比较无明显差异（ $P>0.05$ ）；大量应用抗生素治疗、低蛋白血症、肠内营养输注速度、肠内营养持续时间等因素均对腹泻发生率有显著影响（ $P<0.05$ ）。结论：通过本文的研究发现老年重症患者肠内营养治疗期间发生腹泻同多种因素有关，应对其开展针对性护理干预，来提高患者临床治疗效果。

关键词：老年；重症；肠内营养方案治疗；腹泻；原因；护理对策

前言：老年重症患者多伴随着消化功能紊乱和意识障碍，且机体处于高代谢、高分解状态，对于能量消耗极大，这种情况长时间持续将导致营养不良，影响患者的正常免疫功能，加剧病情进一步发展^[1]。为了改善这一问题，需对患者进行肠内营养治疗，来降低感染风险，但由于患者胃肠耐受性差，在治疗期间很容易出现腹泻等并发症，一定程度增加患者身体不适感，影响临床治疗效果，因此如何降低肠内营养治疗相关腹泻成为临床重点研究课题^[2]。本文将以我科行肠内营养治疗的老年患者为例，分析影响腹泻发生的因素，为临床护理干预提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我科 89 例采用肠内营养方案治疗老年重症患者作为本次研究对象（收治时间：2019 年 6 月～2021 年 6 月），其中男性患者有 48 例，女性患者有 41 例，年龄最小为 60 岁，年龄最大为 97 岁，平均年龄（78.15±5.47）岁；疾病类型：脑梗死 17 例（19.10%），脑出血 11 例（12.36%），重症肺炎 25 例（28.09%），慢性阻塞性肺疾病 17 例（19.10%），急性呼吸窘迫综合征 9 例（10.11%），多脏器衰竭 8 例（8.99%），其他 2 例（2.25%）。本研究经医院伦理会审批，对比患者基本资料，均衡可比（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：（1）患者均不能经口自行进食，通过营养泵或输液泵予以肠内营养治疗，且治疗时间超过 24 小时；（2）患者年龄≥60 岁且≤97 岁；（3）有基础交流、理解能力；（4）患者和家属对研究目的、意义知情，自愿参与，且签署同意书。排除标准（1）伴有其他腹泻相关疾病，如短肠综合征、慢性肠炎、溃疡性结肠炎、甲状腺功能亢进、克罗恩病等；（2）采取结肠、小肠造瘘手术患者；（3）服用促进肠胃蠕动药物；（4）拒绝参与研究者；（5）伴有严重感染性疾病者。

1.2 方法

收集患者个人信息，涵盖性别、年龄、排便次数、腹泻持续时间、是否大量应用抗生素治疗、是否合并低蛋白血症等，运用硅胶胃管对患者予

以肠内营养治疗（营养制剂：能全力或瑞代），由少至多逐渐增加营养制剂量，并记录每位入选者肠内营养输注速度和肠内营养持续时间，对获得信息进行归纳整理

1.3 观察指标

统计在肠内营养治疗期间出现腹泻症状患者；分析影响腹泻发生率相关因素。

1.4 统计学处理

SPSS24.0 统计软件数据处理，用（ $\bar{x} \pm s$ ）描述计量资料，以 t 检验，计数资料采用率（%）表示，以卡方检验， $P<0.05$ ，代表数据对比有差异性。

2 结果

2.1 腹泻发生情况

对 89 例采用肠内营养方案治疗老年重症患者进行调查发现，在治疗期间发生腹泻患者有 36 例，未发生腹泻患者 53 例，腹泻发生率为 40.45%，患者排便次数和腹泻持续时间如表 1 所示。

表 1 36 例患者腹泻情况[n（%）]

项目	占比
排便次数（次/d）	4-5 19（52.78）
	6-7 14（38.89）
	8-10 3（8.33）
腹泻持续时间（d）	1-3 23（63.89）
	4-5 12（33.33）
	6-8 1（2.78）

2.2 老年重症患者肠内营养治疗期间腹泻发生因素分析

男性、女性老年重症患者腹泻发生率比较无明显差异（ $P>0.05$ ）；大量应用抗生素治疗患者腹泻发生率（65.63%）明显高于未大量应用抗生素

治疗患者 (26.32%), 存在显著差异 ($P < 0.05$); 伴有低蛋白血症患者腹泻发生率 (63.33%) 显著高于无低蛋白血症患者 (26.32%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 肠内营养输注速度 $< 80\text{ml/L}$ 患者腹泻发生率明显低于输注速度 $\geq 80\text{ml/L}$ 患者 ($P < 0.05$); 不同肠内营养持续时间腹泻发生率存在显著差异 ($P < 0.05$), 如表 2 所示。

表 2 老年重症患者肠内营养治疗期间腹泻发生因素分析

因素	发生例数 (n, %)	未发生例 数 (n, %)	X ²	P
性别	男性 (n=48)	20(41.67)	0.064	0.800
	女性 (n=41)	28(58.33)		
大量应用 抗生素治 疗	有 (n=32)	21(65.63)	13.417	0.000
	无 (n=57)	11(34.37)		
低蛋白血 症	有 (n=30)	15(26.32)	9.838	0.002
	无 (n=59)	42(73.68)		
肠内营养 输注速度 (ml/h)	< 80 (n=50)	19(36.67)	7.342	0.007
	≥ 80 (n=39)	36(72.00)		
肠内营养 持续时间 (d)	1-2 (n=10)	1(10.00)	6.738	0.000
	3-7 (n=43)	9(90.00)		
	> 7 (n=36)	15(34.88)		
		28(65.12)		

3 讨论

肠内营养相关性腹泻的发生同多种因素相关, 在本次研究中显示大量应用抗生素治疗患者腹泻发生率 (65.63%) 明显高于未大量应用抗生素治疗患者 (26.32%), 究其原因主要是大量应用抗生素会破坏肠道菌群, 降低机体对病原微生物的抵抗能力, 进而导致腹泻的出现^[3]。研究还显示伴有低蛋白血症患者腹泻发生率 (63.33%) 显著高于无低蛋白血症患者 (26.32%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 低蛋白血症患者机体中血浆白蛋白水平明显下降, 对于蛋白质分解代谢速度加快, 有效渗透压降低, 组织间滞留过多水分, 当小肠黏膜水肿时将影响正常胃肠消化功能^[4]。本次研究显示肠内营养输注速度和持续时间同腹泻发生有着直接性关联, 当输注速度超过 80ml/h 时, 会大幅增加腹泻发生率, 是因为老年重症患者往往对于乳糖不耐受, 当输注速度过快时肠胃无法适应, 将出现不良反应; 而肠内营养持续的时间越长, 对患者胃肠道功能损伤性越大, 相应腹泻发生率随之升高^[5]。

针对上述因素应开展针对性干预措施, 来降低腹泻发生率, 减轻患者身体不适感, 具体措施如下:

1 抗生素使用: 老年重症患者病情往往较为危急, 需采用抗生素来控制感染, 减轻对身体机能的损伤, 为了避免这一因素引起的腹泻, 应对患者进行药敏试验, 选择最为适宜的抗生素, 并同微生态制剂联合应用, 来调节肠道菌群, 降低腹泻发生率, 特别注意在治疗期间不可频繁更换抗生素^[6]。

2 低蛋白血症干预: 对于低蛋白血症患者可通过输注白蛋白来调节血浆白蛋白水平, 改善血浆胶体渗透压, 增加患者吸收功能, 或者也可以评估患者病情, 采取肠外营养支持治疗, 当血浆白蛋白水平达到合理标准时 (35g/L) 才进行肠内营养支持治疗^[7]。

3 肠内营养护理: 在对老年重症患者进行肠内营养治疗时, 应严格把控输注速度, 遵循由慢到快的原则逐渐提高营养剂输注速度, 营养液浓度由低到高, 让患者胃肠道有一个充分的适应时间, 并密切观察患者的临床表现, 询问患者感受, 进行适当的调节, 当患者生命体征以及病情恢复平稳后, 可指导患者逐渐过渡到正常饮食, 来尽可能缩短肠内营养时间^[8]。

4 心理护理: 老年重症患者受病情影响, 易出现焦虑、抑郁等不良情绪, 腹泻更是会加剧患者恐慌心理, 针对这一情况, 护理人员应积极开展健康宣教, 为患者讲解相关健康知识, 增加患者对病情了解度, 减轻患者对预后效果担忧, 并采用鼓励性话语来提高患者治疗信心, 让患者有面对困难的勇气, 可以以积极配合医护人员开展工作。

综上所述, 老年重症患者采用肠内营养方案治疗期间发生腹泻主要同大量使用抗生素、低蛋白血症、肠内营养输注速度以及持续时间有关, 可通过开展针对性护理干预来预防、控制腹泻发生、发展, 提高临床护理质量。

参考文献:

- [1] 郑菁, 陈刚, 陈鑫鑫. 老年重症患者肠内营养相关性腹泻的原因分析与护理对策[J]. 护理实践与研究, 2019, 16(09): 30-32.
- [2] 罗艳霞. ICU 患者肠内营养支持并发腹泻的循证护理实践[J]. 中国实用医药, 2019, 14(23): 159-160.
- [3] 李莹莹, 蒋炬, 张海艳. 危重患者肠内营养相关性腹泻的原因与护理对耐受性的提升作用[J]. 中国农村卫生, 2020, 12(21): 2.
- [4] 刘霞, 刘岩华. 探讨老年重症患者采用肠内营养方案治疗期间发生腹泻的原因及护理对策[J]. 中国保健营养, 2020, 30(19): 18.
- [5] 罕尼克孜·阿布都克尤木, 米娜瓦尔·玉素甫. 神经外科重症监护室患者肠内营养相关性腹泻的原因分析及护理对策[J]. 医学食疗与健康, 2019(7): 101-102.
- [6] 袁学敏. ICU 老年患者肠内营养相关性腹泻的影响因素及护理对策[J]. 护理实践与研究, 2020, 17(21): 22-24.
- [7] 钟明凤, 罗琰, 王焰. 重症医学科患者肠内营养期间发生腹泻的有关因素分析[J]. 中国保健营养, 2019, 029(026): 150.
- [8] 时青青. 重症监护病房患者肠内营养相关性腹泻的原因分析及护理对策[J]. 心理月刊, 2020, 15(15): 164.

基于知信行理论的护理在老年高血压患者中的应用效果

李阳

核工业四一七医院 内科 陕西西安 710600

摘要: 目的: 观察基于知信行理论的护理在老年高血压患者中的应用效果。方法: 选取 80 例老年高血压患者为研究对象, 按照随机数字表法分为对照组和观察组各 40 例。对照组采用常规护理, 观察组采用基于知信行理论的护理, 比较两组知信行评分、疾病知识水平评分、生活质量评分(QOL)和护理满意度。结果: 观察组患者护理后的防护知识、防护信念以及健康生活行为的知信行评分均明显高于对照组($P < 0.05$); 观察组患者的合理饮食、合理作息、运动锻炼、情绪控制、遵医行为的疾病知识水平评分均明显高于对照组($P < 0.05$); 观察组患者的 QOL 评分均明显高于对照组($P < 0.05$); 观察组护理满意度较对照组相比明显较高($P < 0.05$)。结论: 知信行理论结合认知护理模式对老年高血压具有较高的医用价值, 能够提升患者健康知识、诊疗信念, 同时提升患者高血压相关疾病知识水平, 提高护理满意度, 值得推广。

关键词: 知信行理论; 老年; 高血压; 疾病知识; 生命质量; 护理满意度

高血压在老年人群中非常普遍, 与人们的生活习惯、饮食习惯有着密切的联系, 近年来随着生活节奏的加快, 高血压逐渐呈现年轻化趋势, 且其发病率也在逐年递增。国内外研究指出, 高血压可通过饮食、行为习惯的调控来改善病情^[1]。

因此, 科学、有效的护理是十分有必要的。常规护理方式仅为单纯的健康教育与用药指导, 虽可提高患者知识水平, 但在血压控制方面收效甚微。知信行理论是知识、信念、行为的简称, 知识是基础、信念是动力、行为是改变是目标的实现, 三者是层层递进的关系, 将人类的行为划分为三个过程, 重点强调护理干预的连续性、整体性。认知护理干预则是通过影响个体已有的认知思维模式, 来改变患者的行为。知信行理论与认知护理均是依据患者的病情程度, 给予科学、专业性指导, 在提升患者疾病知识认知程度的同时, 提升患者依从性, 实现疾病治愈的目的^[2]。基于此, 本次研究通过将知信行理论与认知护理干预结合应用于老年高血压患者中的作用, 探讨高血压临床护理的有效模式。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 2 月至 2020 年 2 月本院收治的 80 例老年高血压患者为研究对象。纳入标准: 符合 1999 年世界卫生组织/国际高血压学会诊断标准(收缩压 ≥ 140 mmHg 或舒张压 ≥ 90 mmHg)^[3]; 年龄 ≥ 60 岁; 病程 ≥ 4 个月。排除标准: 合并恶性肿瘤、肝肾功能损伤者; 其他器质性疾病为诱因继发性高血压者; 患有精神系统疾病, 无法配合完成研究者。患者及家属均知情本研究内容并签署知情同意书, 本研究经本院伦理委员会批准。按照随机数字表法分为对照组和观察组各 40 例。观察组男 22 例, 女 18 例; 年龄 60~80 岁, 平均(67.56 $\pm$ 5.78)岁; 病程 1~20 年, 平均病程(10.33 $\pm$ 6.12)年; 文化程度: 本科及以上 14 例, 高中 19 例, 初中及以下 7 例。对照组男 23 例, 女 17 例; 年龄 60~82 岁, 平均(67.23 $\pm$ 5.51)岁; 病程 1.5~19 年, 平均病程(10.03 $\pm$ 5.98)年; 文化程度: 本科及以上 15 例, 高中 19 例, 初中及以下 6 例。两组一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 有可比性。

1.2 方法

对照组给予常规护理, 叮嘱患者保证充足睡眠并适当锻炼, 增强体质;

指导患者以低盐、低脂、低胆固醇等食物为主, 禁食生冷、刺激、辛辣等食物; 每日定时检测患者的血压、血糖, 观察其是否存在头晕、头痛、恶心等临床症状, 避免急性高血压; 谨遵医嘱给予患者降压药物, 避免增减用药甚至停药等情况发生。

观察组给予知信行认知护理干预。(1) 组建知信行认知护理小组, 由高年资护士、护士长、专科护士共计 8 人组成, 并对小组成员进行专项干预方式培训, 包括: 高血压相关疾病知识、护理要点等, 并细化干预内容、干预方法、干预评价以及干预反馈等, 使其熟练掌握护理知识与技能。

(2) 疾病知识宣讲: 向患者讲解高血压疾病类型、病因, 同时分享血压控制理想者的成功案例。在健康指导过程中选择强化模式, 发放制作精良、图像配合文字的《老年高血压患者的自我管理手册》, 使患者在接受高血压治疗的同时能够及时的查阅自我管理手册。住院期间由责任护士定时定期对患者病情进行专业评估, 患者各项检测报告进行个性化解析, 并以通俗易懂语言向患者讲解老年高血压疾病控制要点, 自我管理方法及出现的问题与对策; 每周举行一次老年高血压座谈会, 邀请本院专家开展集体授课。出院后, 责任护士需每月进行电话随访 4 次, 根据患者的血压控制情况进行个性化解析, 并了解患者出院后自我管理状况, 对掌握较差的患者进行反复强调。(3) 信念培养: 根据患者病情严重程度、血压控制情况干预小组分别制定访谈计划, 于入组后 1、3、6 个月时分阶段对患者及家属进行访谈, 时间约为 1.5h, 包括: 入院环境、健康宣教接受度、疾病诊治感受、护理服务感受等, 并在交谈中以轻柔、温和的语言安抚患者, 随时解答患者疑虑, 培养患者自我管理信念, 实现自我激励、自我管理, 自我约束, 通过内控力驱使自身达到疾病控制的目标。(4) 行为指导: 将 2017 年中国健康教育中心颁布的《高血压患者健康行为指引》作为护理指导理论基础, 为患者量身定制个性化饮食方案与运动方案, 定期评估患者身体状况、身体质量指数、日常活动康复方案, 严格指导患者控制盐摄入量, 减少动物食品、动物油、反式脂肪酸的摄入, 应当保持营养均衡, 增加新鲜蔬菜、水果、粗食纤维的摄入。指导患者进行适当运动, 如散步、慢跑、太极、广场舞等有氧、力量、柔韧性等综合功能训练, 并始终保持心情放松, 睡眠时间充足、戒烟禁酒等。患者出院后以短信, 电话, 微信等形式

将高血压防护知识发送给患者。(5) 反馈总结: 干预小组干预过程中每月针对出现的问题以及措施进行总结, 并制定下一阶段干预具体措施。

1.3 观察指标 在两组患者护理周期均为 6 个月, 并于入组时以及护理结束后对知行信评分量表评分、高血压疾病知识认知水平评分以及生活质量评分进行统计。知行信量表参照唐红英等^[4]人编制的高血压治疗态度及信念量表自行设计并拟定高血压调查问卷, 该问卷包括防护知识、防护信念以及健康生活行为三个维度, 其中防护知识 14 题, 健康信念 31 题, 健康行为 18 题, 每题分别赋值 1-5 分, 得分越高表明知行信水平越高, 该问卷经我院三位资深心血管医师与心理医师共同评定后, Cronbach's α =0.958; 高血压疾病知识认知水平包括合理饮食、合理作息、运动锻炼、情绪控制、遵医行为等五个方面, 该量表由课题成员自拟而成, 并经过高血压专家修订, 该问卷 Cronbach's α =0.688, 分值越高表明疾病知识认知水平越高; 生活质量评分参照 SF-36 量表选取生理功能、社会功能、情感职能、精神健康四个维度相关进行评分, 每个维度 5 题, 每个问题分别以 1-5 分赋值, 总分 100 分, 得分越高表明生活水平越好。统计两组患者出院后 7 天随访的护理满意度, 采用我院自拟满意评分量表与患者护理结束后在护理人员指导下填写并回收, 改量表以非常满意: ≥ 85 分; $84 \leq$ 比较满意; 满意 ≥ 60 分; 不满意 ≤ 59 分为界定标准。满意度=(非常满意+比较满意)/总人数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计学软件进行数据处理, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验, 计数资料以率 (%) 表示, 采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

表 2 两组患者高血压疾病认知水平比较 ($\bar{x} \pm s$, $n=40$)

组别	合理饮食		合理作息		情绪控制	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	1.98 $\pm$ 1.04	3.84 $\pm$ 1.13	2.22 $\pm$ 0.76	3.76 $\pm$ 0.82	2.29 $\pm$ 0.54	3.33 $\pm$ 0.52
观察组	2.01 $\pm$ 1.06	5.21 $\pm$ 0.87	2.18 $\pm$ 0.59	5.73 $\pm$ 0.74	2.31 $\pm$ 0.43	5.59 $\pm$ 0.44
t	0.128	6.076	0.263	11.280	0.183	80.984
P	0.899	0.000	0.793	0.000	0.855	0.000

组别	遵医行为		运动锻炼	
	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	2.47 $\pm$ 0.32	3.48 $\pm$ 0.56	2.87 $\pm$ 2.92	3.75 $\pm$ 3.14
观察组	2.45 $\pm$ 0.57	5.02 $\pm$ 0.43	2.88 $\pm$ 2.68	5.38 $\pm$ 2.53

表 3 两组患者生活质量评分比较 ($\bar{x} \pm s$, $n=40$)

组别	生理功能		社会功能		情感职能		精神健康	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	60.51 $\pm$ 10.04	71.84 $\pm$ 8.13	70.22 $\pm$ 10.76	74.76 $\pm$ 11.82	64.29 $\pm$ 11.54	75.33 $\pm$ 11.52	72.25 $\pm$ 16.52	74.42 $\pm$ 16.21
观察组	60.01 $\pm$ 10.06	79.21 $\pm$ 9.87	70.18 $\pm$ 10.59	81.73 $\pm$ 12.74	64.31 $\pm$ 11.43	81.59 $\pm$ 15.44	72.55 $\pm$ 16.66	82.56 $\pm$ 19.98
t	0.222	3.645	0.017	2.537	0.008	2.055	0.081	2.001

2.1 两组患者高血压知行信量表评分比较

护理前, 两组患者的防护知识、防护信念以及健康生活行为的知行信评分不存在明显差异 ($P > 0.05$), 观察组患者护理后的防护知识、防护信念以及健康生活行为的知行信评分均明显高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者高血压知行信量表评分结果对比 ($\bar{x} \pm s$, $n=40$)

组别	防护知识		防护信念		健康生活行为	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	8.22 $\pm$ 3.23	9.98 $\pm$ 2.81	80.28 $\pm$ 10.15	88.96 $\pm$ 11.76	10.22 $\pm$ 2.81	19.23 $\pm$ 6.11
观察组	8.19 $\pm$ 3.06	11.78 $\pm$ 2.53	80.97 $\pm$ 10.29	94.29 $\pm$ 11.78	10.83 $\pm$ 2.09	10.58 $\pm$ 7.05
t	0.043	3.011	0.302	2.025	1.102	5.864
P	0.966	0.004	0.764	0.046	0.274	$P < 0.001$

2.2 两组患者高血压疾病认知水平比较

护理前, 两组患者的合理饮食、合理作息、运动锻炼、情绪控制、遵医行为不存在明显差异 ($P > 0.05$), 护理后, 观察组患者的合理饮食、合理作息、运动锻炼、情绪控制、遵医行为均明显高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组患者生活质量评分比较

观察组患者 QOL 评分明显高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

P	0.825	0.000	0.987	0.013	0.994	0.043	0.936	0.049
---	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

2.4 两组患者护理满意度比较

观察组患者护理总满意度明显高于对照组 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组患者护理满意度调查结果对比[n(%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意率
对照组	40	26(65.00)	13(32.50)	1(2.50)	39(97.50)
观察组	40	15(37.50)	18(45.00)	8(20.00)	32(80.00)
χ^2	-				4.507
P	-				0.034

3 讨论

本研究结果显示, 护理后, 观察组防护知识、防护信念、健康生活行为评分均高于对照组, 究其原因是知信行理论结合认知护理干预方式能够针对性的为患者提供健康指导与心理支持, 对提升患者高血压疾病认知水平有显著效果, 有利于帮助患者保持积极向上的防护态度, 增强自我管理信念, 积极采取科学的健康生活行为。这一结果与高春红,刘冰等人的研究较为一致^[5], 能够确定知信行认知护理干预模式对老年高血压患者疾病认知水平具有提升作用。本次研究结果中, 护理后观察组患者生活质量评分显著高于对照组, 知信行理论结合认知护理除谨遵医嘱外, 通过健康知识、自我信念、行为指导等方式影响并控制疾病的发展进程, 充分调动患者主观能动性, 合理膳食、合理运动, 在控制血压的同时提高生活质量。除此

之外, 观察组患者的护理满意度显著高于对照组, 表明知信行理论结合认知护理干预方案具有专业性、科学性、针对性, 能够从用药、知识指导、行为指导等多个方面提升患者满意度与身体素质, 拉近护患之间的关系, 提升护理满意度。

综上所述, 知信行理论结合认知护理模式能够有效提高老年高血压患者的知识水平, 提高生活质量, 缓解不良心理状态, 提高患者满意度, 具有较高的临床应用价值。

参考文献:

[1]黄思莹,张媛.信息-动机-行为护理模式对老年高血压患者生活质量的影 响[J].现代医学,2020,48(2):276-280.

[2]辛利敏.知信行模式健康教育对老年高血压患者的影响[J].饮食保 健,2019,6(13):268.

[3]吴可贵. 1999 年世界卫生组织/国际高血压联盟关于高血压治疗指 南[J]. 高血压杂志, 1999, 000(002):97.

[4]唐红英, 李敏, 江敏, 等. 高血压治疗态度与信念评价量表的研制 及信效度评价[J]. 中华高血压杂志, 2011, 19(9):6.

[5]高春红,梅克文,胡晓琳.知信行模式对老年高血压患者自护能力及 疾病认知水平的影响[J].中华现代护理杂志,2017,23(14):1867-1871.

(上接第 191 页)

对重症患者优先处理, 并对一般病症患者行科学护理, 有效控制病情, 提高了急救效率和成功率^[11-12]。

本研究结果显示, 观察组在急救护理各项时间指标、抢救护理操作评 分、抢救成功率、抢救过程中不良事件发生率、急诊护理工作满意度均优 于对照组, 说明优化急诊护理可缩短抢救时间, 提高护理操作水平和抢救 成功率, 避免抢救护理不良事件发生率, 提高患者护理满意度, 对急诊胸 痛患者的护理优势明显, 推荐使用。

参考文献:

[1]冯晶,李爱芬,章欢. 优化急诊护理流程对急诊胸痛患者抢救效果的 研究[J]. 基层医学论坛,2021,25(9):1200-1202.

[2]梁皓燕. 优化急诊护理流程对急诊胸痛患者抢救效果的影响探究 [J]. 中国保健营养,2021,31(14):195.

[3]梁小碧. 优化急诊护理对急诊胸痛患者抢救效果及心理状态评价 [J]. 罕少疾病杂志,2021,28(6):38-39.

[4]张涛. 急诊胸痛病人抢救中采取优化急诊护理流程干预的临床效 果分析[J]. 黑龙江中医药,2021,50(4):428-429.

[5]檀丽,梁添玉. 优化急诊护理对急诊胸痛患者抢救效果和心理情绪 改善的评价[J]. 中国老年保健医学,2020,18(3):144-146.

[6]吴娟. 急诊胸痛患者采用优化急诊护理流程的抢救效果以及预后 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(18):121,139.

[7]HIGHT, MICHAEL, CONKLIN, KASEY, ARCHER, BENJAMIN, et al. IMPLEMENTING POINT-OF-CARE TROPONIN TESTING IN THE EMERGENCY DEPARTMENT: IMPACT ON TIME TO RESULT[J]. Journal of emergency nursing: JEN : official publication of the Emergency Department Nurses Association,2021,47(2):299-304.

[8]王爱霞. 优化急诊护理流程在急诊胸痛患者抢救中的应用效果及 其对不良事件发生率和抢救成功率的影响 [J]. 中国保健营 养,2020,30(6):199.

[9]王君. 优化急诊护理对急诊胸痛患者抢救效果和心理情绪的改善 评价[J]. 实用临床护理学电子杂志,2020,5(25):89,101.

[10]ZEGRE-HEMSEY, JESSICA K., ASAFU-ADJEI, JOSEPHINE, FERNANDEZ, ANTONIO, et al. Characteristics of Prehospital Electrocardiogram Use in North Carolina Using a Novel Linkage of Emergency Medical Services and Emergency Department Data[J]. Prehospital emergency care,2019,23(6):772-779.

[11]罗晓玲. 优化急诊护理流程对急性胸痛患者的抢救效果的影响 研究[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2021,21(1):303-304.

[12]魏玉君,陈优丽,袁海清,等. 对急诊胸痛患者采用优化急诊护理流 程对提高抢救效率与效果的作用[J]. 智慧健康,2021,7(19):162-164.

作者简介: 姓名, 李春萍, 本科, 主管护师, 研究方向, 急诊护理。

护理干预在 PICC 置管患者术肢局部皮肤过敏治疗中的应用

彭丽

四川省肿瘤医院·研究所, 四川省癌症防治中心; 电子科技大学医学院 四川成都 610041

摘要: 目的: 观察护理干预在 PICC 置管患者术肢局部皮肤过敏治疗中的应用效果。方法: 随机选取 82 例 PICC 置管并发局部皮肤过敏患者分为研究组与对照组, 对照组接受常规 PICC 置管护理, 研究组针对皮肤过敏问题实施护理。对比患者的心理状态、皮肤过敏恢复情况、生活质量与护理满意度。结果: 研究组患者 SAS 与 SDS 评分低于对照组; 研究组治疗有效率高于对照组; 研究组患者各项生活质量评价均高于对照组; 研究组护理满意度高于对照组。以上差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 针对 PICC 患者皮肤过敏问题实施护理干预, 能改善患者的心理状态, 提升过敏皮肤的恢复效果, 有利于促进患者生活质量的提升, 为患者带来满意度更高的治疗护理体验。

关键词: 护理干预; PICC 置管; 皮肤过敏

【Abstract】Objective: To observe the application effect of nursing intervention in the treatment of local skin allergy of the operated limb in patients with PICC. Methods: 82 patients with PICC intubation complicated with local skin allergy were randomly selected and divided into the study group and the control group. The control group received routine PICC intubation nursing, and the study group was given nursing care for skin allergy problems. The patients' psychological state and skin allergy recovery were compared. Results: The scores of SAS and SDS in the study group were lower than those in the control group, and the treatment effective rate was higher than that in the control group ($P < 0.05$). Conclusion: Nursing intervention for skin allergy in patients with PICC can improve the patient's psychological state and enhance the recovery effect of allergic skin.

【Key words】nursing intervention; PICC catheterization; skin allergy

PICC 置管技术在各类肿瘤疾病的化疗中均具有良好的应用效果, 其凭借置管成功率高、操作简便等特点得到了临床与患者的一致认可。但在长期置管治疗的过程中, 患者会逐渐出现皮肤瘙痒、湿疹、红肿等过敏症状, 对患者的日常生活与治疗带来严重影响^[1]。本研究为改善 PICC 置管患者的皮肤过敏问题, 就护理干预措施在患者局部皮肤过敏治疗中的应用效果展开探究, 现将研究结果总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 1 月至 2021 年 9 月间在本院接受 PICC 置管治疗的患者 82 例, 所有患者在治疗后均出现局部皮肤过敏反应。根据随机数字表法, 将患者划分为研究组与对照组。研究组 41 例患者的男女比例为 23:18, 患者年龄区间为 25-72 岁, 平均年龄为 (54.36±7.12) 岁, 患者 PICC 置管到皮肤过敏时间为 3d-11 个月, 平均 (2.45±0.32) 个月; 对照组 41 例患者的男女比例为 24:17, 患者年龄区间为 27-71 岁, 平均年龄为 (54.71±7.15) 岁, 患者 PICC 置管到皮肤过敏时间为 4d-10 个月, 平均 (2.33±0.35) 个月。两组患者的一般资料无明显差异 ($P > 0.05$)。本研究经院内医学伦理委员会审核同意。

1.2 方法

对照组患者接受常规 PICC 置管护理干预, 护理人员为患者普及疾病相关健康知识, 并在日常生活、饮食、用药等方面给予患者指导。

研究组在常规 PICC 置管护理的基础上, 针对患者的皮肤过敏问题,

采取更具有针对性的护理干预措施, 其具体措施如下。

(1) 婴宝护肤膏治疗。护理人员采用无菌棉签蘸取婴宝护肤膏, 将其均匀涂抹于患者的过敏皮肤处, 涂抹范围以患处皮肤向外部延伸 2cm 为宜, 护肤膏的涂抹厚度约在 1mm。涂抹结束后采用无菌纱布对患者的患处进行包裹覆盖。患者每日涂抹护肤膏 1-2 次。

(2) 心理护理。在 PICC 置管与皮肤过敏的共同影响下, 患者极易产生紧张、焦虑等负面情绪问题, 导致患者的治疗积极性下降。因此, 护理人员在日常护理服务过程中要时刻关注患者的情绪变化, 对患者的心理状态展开评估, 发现患者产生负面心理情绪时, 及时采取相应的心理护理措施进行干预, 为患者讲解皮肤过敏的发生原因, 以及相应的治疗防治措施, 使患者对皮肤过敏问题树立起更加健全的认识, 使患者能够积极配合临床治疗工作的展开。

(3) 过敏皮肤区域的强化护理。护理人员要及时为患者更换过敏区域的敷料, 并在更换时严格按照无菌要求规范执行操作。根据患者皮肤的过敏情况选择合适的敷贴, 并观察患者皮肤的恢复情况, 及时对敷贴方案进行调整。当患者在 PICC 置管期内沐浴时, 护理人员要协助患者用塑料膜包裹住 PICC 置管装置, 并指导患者做好置管装置的保护工作, 待患者沐浴结束后, 及时为患者更换敷贴。

(4) 日常生活护理。护理人员在饮食上及时给予患者指导, 患者日常饮食要以富含营养、便于消化的食物为主, 建议患者可以多使用写新鲜果蔬, 以及牛奶、豆制品、淡水鱼等, 以提升患者肌肤的抵抗力, 叮嘱患

者避免食用葱、姜、虾、蟹等容易激发过敏反应的食物，以及禁忌食用辛辣刺激性食物。日常穿着上，建议患者选择宽松款的棉质腐蚀，并注意保持衣物整洁、干燥。此外，患者要注意避免在高温天气下进行户外活动，出汗过多对皮肤产生刺激。

1.3 观察指标

采用焦虑自测量表与抑郁自测量表对患者的心理状态展开评价，量表评价结果与患者心理状态为负相关。观察患者过敏皮肤的恢复情况，根据观察结果将患者皮肤过敏恢复情况分为痊愈、好转与无效。采用 SF-36 生活质量量表从生理功能（PF）、生理职能（RP）、情感职能（RE）、躯体疼痛（BP）、社会功能（SF）、精神健康（MH）、活力（VT）与总体健康（CH）8 个方面对患者的生活质量展开评价，各方面均采用百分制进行评分，评分越高则说明患者的生活质量越好。以调查问卷的形式对患者的护理满意度展开调查，调查所用问卷为院内自研问卷，根据问卷反馈结果将患者满意度评价分为非常满意、比较满意与不满意 3 级。

1.4 统计学方法

选用 SPSS23.0 对研究数据进行处理，计量资料采用 t 检验，计数资料采用 χ^2 检验。P<0.05 表示具有显著差异。

2 结果

2.1 心理状态变化对比

对比结果显示，护理干预前患者间的 SAS 评价与 SDS 评价无明显差异（P>0.05）。护理干预后，研究组患者的 SDS 评价与 SDS 评价均低于

对照组（P<0.05），如表 1 所示。

表 1 两组患者的心理状态变化对比（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	例数	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	41	54.32±2.15	42.31±2.17	54.73±2.51	46.39±2.21
对照组	41	54.36±2.08	50.64±2.43	54.82±2.55	52.35±2.33
t		0.086	16.372	0.161	11.884
P		0.932	0.000	0.872	0.000

2.2 皮肤过敏恢复情况对比

对比结果显示，研究组患者的皮肤过敏治疗有效率高于对照组（P<0.05），如表 2 所示。

表 2 两组患者的皮肤过敏恢复情况对比（n，%）

组别	例数	痊愈	好转	无效	有效率
研究组	41	27	12	2	95.12%
对照组	41	10	16	15	63.41%
χ^2					12.541
P					0.000

2.3 生活质量对比

对比结果显示，研究组患者的各项生活质量指标评价均高于对照组（P<0.05），如表 3 所示。

表 3 两组患者的生活质量对比（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	例数	PF	RP	RE	BP	SF	MH	VT	CH
研究组	41	82.33±4.25	83.02±4.33	83.45±4.17	82.67±4.22	82.59±4.27	82.62±4.13	82.94±4.23	82.58±4.31
对照组	41	75.26±4.12	76.31±4.08	75.94±4.14	75.86±4.07	75.51±4.14	75.49±4.02	76.14±3.97	75.73±4.06
t		7.648	7.222	8.184	7.438	7.622	7.921	7.506	7.408
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 护理满意度对比

对比结果显示，研究组患者的护理满意度高于对照组（P<0.05），如表 4 所示。

表 4 两组患者的护理满意度对比（n，%）

组别	例数	非常满意	比较满意	不满意	满意度
研究组	41	28	12	1	97.56%
对照组	41	22	10	9	78.05%
χ^2					7.289
P					0.007

3 讨论

PICC 置管技术在临床上主要应用于各类肿瘤患者的治疗当中，在 PICC 置管技术的干预下，能有效避免反复静脉穿刺注射为患者所带来的

痛苦。此外，据相关研究显示 PICC 置管技术还具有保护患者外周血管的功效，能有效预防反复穿刺所导致的机械性静脉炎发生，避免患者出现组织坏死问题^[2]。因此 PICC 置管技术是肿瘤患者临床治疗中不可或缺的一项技术。但在长期的临床运用中发现，患者在 PICC 置管期间容易因护理操作不当而产生各类并发症，从而对患者的术后康复带来不利影响。皮肤过敏是 PICC 置管患者较为多见的一种并发症，经研究发现，PICC 置管患者发生皮肤过敏问题多与患者自身属于过敏体质相关，当患者出现过敏症状表现时，患者的生理健康、心理健康与日常生活作息均会受到一定影响^[3]。因此，有必要加强对 PICC 置管皮肤过敏患者的临床护理干预力度，及时缓解患者的皮肤过敏症状，以促进患者早日康复。

临床上对于 PICC 置管局部皮肤过敏患者主要依循清洁、消炎与干燥

（下转第 204 页）

综合护理对四肢创伤骨折术后疼痛护理的效果研究

邵晶 朱晓丹 李泽清 张敏^{通讯作者}

无锡市第九人民医院骨科 江苏无锡 214062

摘要：目的：探讨四肢创伤骨折患者手术后实施综合护理措施的疼痛护理效果。方法：对我院2020年2月-2021年6月收治的92例四肢创伤骨折患者作为研究对象，按照奇偶数分组法对患者分组，对照组与研究组各46例，对照组实施常规护理，研究组行综合护理，比较两组护理满意度，疼痛缓解率以及术后1-3天的疼痛程度，并观察两组患者的心理状态和生活质量评分。结果：术后回病房时，两组疼痛程度、心理状况评分无差异（ $P>0.05$ ），术后1-3天，研究组疼痛程度优于对照组，研究组SAS、SDS评分低于对照组，研究组护理满意度（95.65%）高于对照组（78.26%），研究组生活质量评分高于对照组，研究组疼痛缓解率（95.65%）高于对照组（80.43%），差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：四肢创伤骨折患者实施综合护理措施的效果显著，可缓解疼痛，提高护理满意度，值得临床应用探讨。

关键词：综合护理；四肢创伤骨折；疼痛护理

近年来，由意外事故引起的四肢骨折现象逐渐增多，尤其是开放性骨折数量显著提高，成为临床中十分常见的骨折类型^[1]，这类骨折的表现主要是伴有剧烈疼痛和较多出血。如果治疗及时且术后恢复良好，伴随着解剖复位、无痛肌肉关节活动等方法运用^[2-3]，骨折位置可以正常愈合，不对日后活动和生活产生任何影响，但有些患者在术后可能有愈合状况不佳的情况，会伴有严重疼痛感，影响生活质量^[4]。有相关研究表明，实施有效的护理干预措施可缓解疼痛症状，维持患者身心健康，提升疗效^[5]，促进患者尽快康复。基于此，本文就对我院2020年2月-2021年6月收治的92例四肢创伤骨折患者进行研究，具体内容如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选择我院收治的92例四肢创伤骨折患者作为研究病例，病例选取时间为2020年2月-2021年6月，按照奇偶数分组法将其分成对照组与研究组，每组各46例，对照组中男性29例，女性17例，年龄区间21-53岁，平均年龄（ 39.26 ± 3.54 ）岁，病程区间5-16个月，平均病程（ 9.64 ± 2.18 ）个月，交通意外伤19例，坠落伤13例，跌伤14例；研究组中男性28例，女性18例，年龄20-55岁，平均年龄（ 40.21 ± 3.52 ）岁，病程区间5-15个月，平均病程（ 10.1333 ± 2.64 ）个月，交通意外伤18例，坠落伤14例，跌伤14例。比较两组一般资料，呈现无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：所有患者经临床诊断与影像学检查确诊为四肢创伤骨折后骨不连；患者骨折愈合时间 >6 个月者；连续 ≥ 3 个月经影像学检查没有愈合现象；骨折两端互相分离，且间隙逐渐增大，在常规治疗后没有疗效者；均为股骨干、胫骨干以及肱骨干不愈合者；手术耐受者。

排除标准：患肢出现感染者；病理性骨不连者；神志不清或者精神疾病者；语言不清或出现障碍者。

1.2 方法

对照组实施常规护理，研究组实施综合护理干预，心理护理：患者患病后很容易出现焦虑和紧张等不良情绪，为此，护理人员需要对患者实施心理护理，并对原因进行分析，实施心理疏导，积极与患者交流，关心患者，缓解患者的不良情绪，以患者为中心，对患者提出的问题进行解答，建立良好的护患关系，帮助患者树立治疗的信心，鼓励患者，消除患者的不良心理，提高治疗依从性。健康教育：待患者入院后，评估患者疼痛情况，了解患者对疼痛的认知程度，加强疼痛知识的宣教，包括疼痛的概念与评估方法等，将宣教内容统一制作成册发放至患者，巩固疼痛教育内容，术后责任护士应该对镇痛泵的治疗进行追踪和随访，每次宣教时，家属应该和患者同时宣教，主动与患者和家属进行沟通，了解患者对疼痛治疗效果是否满意，若存在不满意现象，应该及时告知医生，以便做出调整。饮食指导：告知患者术后注意饮食^[6]，食用清淡、容易消化的食物，禁食油腻、煎炸食物，保证营养均衡，定时定量进餐，禁止过饥过饱。病情监测：观察患者末端血运，感觉，了解患者主观感受，若发现异常及时处理，加强术后观察，注意患者患肢是否出现肿胀，按照医嘱做消肿处理，防止深静脉栓塞。疼痛护理：帮助患者缓解疼痛，评估患者的疼痛程度^[7]，根据患者对知识的接受水平开展疼痛知识教育，告诉患者忍耐程度的危害性，提升患者对疼痛的正确认知，转移注意力，必要时遵照医嘱予以相应的药物治疗，包括奇曼丁、特耐等，告知患者和家属可能发生的不良反应，消除患者和家属的心理顾虑。若患者使用镇痛泵，则需要详细观察和记录，包括从回病房开始，使用中，结束时，过程中全面评估镇痛效果，记录不良反应发生情况，若发生异常，及时告知医护人员。功能锻炼：指导患者术后功能康复训练，进行关节伸展训练，增加训练与强度，为患者进行患肢按摩，促进血液循环，保证功能恢复^[8]，指导患者正确运用拐杖，患肢功能恢复后，适当进行负重行走锻炼。由于患者手术后需要长时间卧床休息，局部很容易出现压疮，为此，需要提醒患者每2h变换一次体位，检查切口敷料情况，做好皮肤护理工作，观察是否出现红肿和出血现象，及

时处理,出院指导:出院前,对患者和家属进行健康教育,告知相应的锻炼措施和重要性,登记好相关资料,定期电话随访。

1.3 评价指标及判定标准

比较两组护理满意度,疼痛缓解率以及术后 1-3 天的疼痛程度,并观察两组患者的心理状态和生活质量评分。疼痛缓解率按照疼痛缓解,部分缓解,无效表达,得出缓解有效率。生活质量评分采取 SF-36 量表进行调查,主要包括:生理功能,生理职能,躯体疼痛,总体健康,精力,社会职能,情感职能,心理健康,每个项目评分范围为 0-100 分,分数越高表明生活质量越显著。护理满意度按照非常满意和一般满意表达,得出护理满意。心理状态评分用 SAS 评分(焦虑自评量表)和 SDS 评分(抑郁自评量表)对患者进行评估,每个量表有 20 个题目,范围为 0-100 分,SAS>50 分,表明有焦虑情绪,SDS>53 分,表明有抑郁情绪,评分越低证明情绪越佳。

1.4 统计学处理

采用统计学软件 SPSS17.0 分析此次研究的所有数据,计数资料用率(n%)表示,行卡方检验,计量资料用(均数±标准差)表达,行 t 检验,若 P<0.05 证明统计学意义存在。

2 结果

2.1 两组术后 1-3 天疼痛程度比较

术后回病房时,两组疼痛程度无差异(P>0.05),术后 1-3 天,研究组疼痛程度优于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。详见表 1。

表 1 两组术后 1-3 天疼痛程度比较(分)

组别	术后回病房时	术后 1 天	术后 2 天	术后 3 天
对照组 (n=46)	6.42±1.31	5.56±1.31	4.31±1.23	3.61±1.21
研究组 (n=46)	6.31±1.35	4.72±1.23	3.02±0.89	2.11±0.72
T	0.3966	3.1704	5.7627	7.2254

表 4 两组生活质量评分比较

组别	生理功能 (PF)	生理职能(RP)	躯体疼痛 (BP)	总体健康 (GH)	精力 (VT)	社会职能(SF)	情感职能(RE)	心理健康 (MH)
对照组 (n=46)	67.59±8.53	68.64±8.19	68.22±8.35	69.13±9.11	68.27±8.05	68.28±8.34	68.51±8.26	69.37±7.16
研究组 (n=46)	89.64±9.94	89.13±6.58	82.61±8.11	82.58±8.43	83.57±10.51	92.11±8.05	90.08±3.55	88.79±8.57
T	11.4175	13.2278	8.3845	7.3495	7.8383	13.9434	16.2720	11.7944
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.5 两组心理状况分析

干预前,两组心理状况评分无统计学价值(P>0.05),干预后,研究

P	0.6926	0.0021	0.0000	0.0000
---	--------	--------	--------	--------

2.2 两组护理满意度对比

研究组护理满意度(95.65%)高于对照组(78.26%),两组差异明显(p<0.05),存在统计学意义,详见表 2。

表 2 两组护理满意度比较

组别	十分满意	一般满意	不满意	满意度
对照组 (n=46)	21(45.65%)	15(32.61%)	10(21.74%)	78.26%
研究组 (n=46)	32(69.57%)	12(26.08%)	2(4.35%)	95.65%
X ²	-	-	-	6.1333
P	-	-	-	0.0132

2.3 两组疼痛缓解情况对比

研究组疼痛缓解率(95.65%)高于对照组(80.43%),两组差异明显(p<0.05),存在统计学意义,详见表 3。

表 3 两组疼痛缓解率比较

组别	疼痛缓解	部分缓解	无效	缓解率
对照组 (n=46)	19(41.30%)	18(39.13%)	9(19.57%)	80.43%
研究组 (n=46)	27(58.69%)	17(36.96%)	2(4.35%)	95.65%
X ²	-	-	-	5.0595
P	-	-	-	0.0244

2.4 两组生活质量评分比较

研究组生活质量评分高于对照组,差异有统计学意义(P<0.05),详见表 4。

组 SAS、SDS 评分低于对照组,差异显著有意义(P<0.05)。详见表 5。

表 5 两组心理状况比较

组别	SAS		SDS	
	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n=46)	56.16±6.25	50.15±4.27	56.35±5.11	50.49±4.71
研究组 (n=46)	56.52±6.31	42.61±4.52	56.49±4.88	42.57±3.68
T	0.2749	8.2243	0.1343	8.9868
P	0.7840	0.0000	0.8934	0.0000

3 讨论

四肢骨折属于临床常见骨折类型之一，致伤原因有：交通意外，坠落伤和摔伤等，患者常表现为骨折位置的明显疼痛。患者在受伤时骨折位置承受较大的外力作用，若不及时治疗，很容易引发相关疾病^[9]，严重影响患者的生活质量。手术治疗是临床上常用的治疗方案，围手术期对患者实施有效护理，可促进患者尽快康复。四肢创伤骨折患者主要症状表现为疼痛，是机体受损的保护机制，是手术后的常见并发症之一，若患者长时间或出现急性剧烈疼痛，对患者睡眠和情绪等均有不良影响^[10]。

骨折是指骨头或骨头结构出现全部或部分断裂，患者有一个或多个部位的骨折，四肢创伤骨折发病部位是上肢或下肢，具有突发性。若患者发生骨折，需要及时诊断并积极治疗，否则很容易出现不可逆转的不良后果。严重还会导致残疾。患者创伤后伤肢疼痛明显^[11]，24h 内显著后可逐渐缓解，局部与临近部位活动时疼痛加重，制动后减轻，若疼痛持续存在，则需要提高警惕，往往患者患肢血液循环障碍是最早的表现之一。在发生以上情况时，需要及时检查患者患肢末梢血运情况，若发现合并缺血，则及时处理。临床上对于四肢创伤骨折患者行准确诊断十分重要，应用手术治疗四肢创伤骨折的可获得良好效果，患者手术后会有一定程度的疼痛反应，为此，需要引起高度重视，要对患者进行疼痛和综合护理干预，以此提升患者手术后的舒适度^[12]。从某种程度上讲，相比于临床医生，护理人员对患者来说更为接近，需要了解患者生理和心理变化，护理人员可及时提醒医生进行医疗措施的补充^[13]，可以说，护理人员对患者治疗有十分重要的作用。随着患者对护理服务的提升，常规护理已经不能满足患者要求，综合护理措施属于系统性护理模式^[14]，能够保证护理过程中各个缓解的连贯性，可全方位监测患者的病情，提升护理质量。其能够从健康教育、心理、饮食方面给予全面护理服务^[15-16]。

上述研究结果表明：术后回病房时，两组疼痛程度、心理状况评分无差异（ $P>0.05$ ），术后 1-3 天，研究组疼痛程度优于对照组，研究组 SAS、SDS 评分低于对照组，研究组护理满意度（95.65%）高于对照组（78.26%），研究组生活质量评分高于对照组，研究组疼痛缓解率（95.65%）高于对照组（80.43%），由此可见，综合护理干预在四肢创伤骨折术后疼痛护理中

的较佳，可缓解患者疼痛。通过对患者讲解相关知识，引导患者的心理。有效促进了医护人员对患者疼痛情况的掌握，通过合理的饮食指导，有效促进了患者骨骼的愈合，对促进患者预后有积极作用。

综上所述，对四肢创伤骨折患者实施综合护理干预可有效提高患者护理满意度，改善负面情绪，促进患者预后，值得临床应用探讨。

参考文献：

[1]杨爽.综合护理干预在四肢创伤骨折术后疼痛护理中的应用效果[J].中国医药指南,2021,19(29):155-156.

[2]申冬冬.护理干预在四肢创伤骨折术后疼痛护理中的效果观察[J].黑龙江中医药,2021,50(04):356-357.

[3]张惠敏.综合护理在减轻四肢创伤骨折术后疼痛中的应用效果[J].黑龙江中医药,2021,50(01):352-353.

[4]韦冬梅,张耀利,梁良,王艳红,谭月姣.探讨综合护理减轻四肢创伤骨折患者术后疼痛的效果[J].医学食疗与健康,2020,18(24):118-119.

[5]王佳佳.综合护理干预在四肢创伤骨折术后疼痛护理中的应用分析[J].黑龙江中医药,2020,49(05):263-264.

[6]马慧.综合护理干预在四肢创伤骨折术后疼痛护理中的应用效果[J].医学食疗与健康,2020,18(17):150+152.

[7]张倩菲.综合护理干预在四肢创伤骨折术后疼痛护理中的应用价值分析[J].人人健康,2020(08):207-208.

[8]杜春.综合护理干预在四肢创伤骨折术后疼痛护理中的应用效果观察[J].中国医药指南,2020,18(10):223-224.

[9]刘江萍.综合护理干预在四肢创伤骨折术后疼痛护理中的应用价值分析[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(20):84+89.D

[10]张爽.研究四肢创伤骨折术后疼痛护理中采用综合护理干预的效果[J].中国医药指南,2020,18(07):225.

[11]张华平.研究四肢创伤骨折术后疼痛护理中采用综合护理干预的效果[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(48):40+48.

[12]李健美.探讨综合护理干预在四肢创伤骨折术后疼痛中的应用效果[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(89):365-366.

[13]李霞,纪婷.综合护理干预在 90 例四肢创伤骨折术后疼痛护理中的作用及临床意义分析[J].首都食品与医药,2019,26(20):101.

[14]李永红.综合护理干预在四肢创伤骨折术后疼痛患者的应用研究[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(77):134.

[15]赵春芳.四肢创伤骨折术后疼痛护理中采用综合护理干预的效果研究[J].中国农村卫生,2019,11(16):77.

[16]常小璇.综合护理干预在四肢创伤骨折术后疼痛护理中的应用效果[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(68):151.

综合康复护理在前庭神经炎患者中的应用

王燕华 王媛 漆可 曹春婷

北京市普仁医院 北京市 100062

摘要: 目的: 探讨综合康复护理在前庭神经炎患者康复过程中的效果, 从而提升患者护理满意度。方法: 选取我院 2018 年 10 月至 2021 年 10 月 60 例前庭神经炎住院患者为研究对象, 随机分为对照组和观察组, 每组 30 例, 对照组患者给予常规护理, 观察组给予综合康复护理, 对比两组患者护理满意度及眩晕障碍量表(DHI)评分。结果: (1)对照组及观察组患者护理满意分别为 89.9%、96.6% , 观察组患者护理满意度高, 有统计学差异($p < 0.05$) (2) 眩晕障碍评分, 观察组患者为 28.67±3.45, 对照组患者为 37.82±5.33, 观察组较对照组低, 具有统计学意义($p < 0.05$)。结论: 在给予前庭神经炎患者对症治疗及常规护理的同时, 综合康复护理有助于前庭神经炎患者的康复, 并可提高患者的护理满意度。

关键词: 综合康复护理; 前庭神经炎

眩晕症是一种常见的临床症状。前庭神经炎(vestibular neuritis, AN)又称前庭神经元炎(vestibular neuritis, AN)是一种非特异性炎症疾病, 主要表现为眩晕, 可出现不同程度的恶心、呕吐, 站立及行走时出现平衡障碍, 静止时减轻, 但无听力受损^[1]。它起病较急, 发病率高, 很容易诱发平衡失调, 耳鸣, 耳聋等严重疾病^[2]。患者面对疾病容易产生焦虑、烦躁、和害怕等心理, 影响治疗的预后质量^[3]。因此, 对患者实施综合康复护理, 非常必要。我科自 2018 年 10 月至 2021 年 10 月共收治临床确诊前庭神经炎患者 60 例, 经过治疗和综合康复护理, 顺利出院。现护理体会如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

我科自 2018 年 10 月至 2021 年 10 月共收治的 60 例前庭神经炎患者, 其中男性 37 例, 女性 23 例, 年龄最大 71 岁、最小 27 岁, 平均(49.69±18.25)。随机分为对照组和观察组各 30 例。其中对照组中男性 13 例, 女性 17 例。观察组中男性 14 例, 女性 16 例。患者一般资料比较无差异($P > 0.05$), 具有可比性。纳入标准:所选病例符合《眩晕诊治多学科专家共识》^[4] 中有关前庭神经炎的相关诊断标准; 患者眩晕持续时间超过 24h, 伴前驱感染史; 存在水平性或水平带旋转性眼震, 眼震方向不随凝视方向变化; 经前庭功能测试可见患侧前庭功能低下; 冷热实验可见半规管偏瘫; 经颅脑 CT 及磁共振确诊。患者及家属对本研究知情同意, 自愿参加。排除标准:因其他疾病或因素所致眩晕; 发病前便存在身体平衡功能障碍及眩晕障碍; 存在严重外伤或行动不便者; 严重肝肾功能不全者; 合并认知沟通障碍、精神障碍, 不能进行正常的语言交流者。

1.2 治疗方法

全部病例均给予耳鼻喉常规护理及营养神经、糖皮质激素、改善微循环药物、对症治疗 (0.9%氯化钠 250ml、舒血宁 20ml 静脉滴注, 每日一次; 腺苷钴胺针 1.5 mg, 每日一次, 肌肉注射; 甲磺酸倍他司汀 12 mg、眩

晕宁片 1.52g, 每天三次, 尼麦角林胶囊 30 mg 每天一次口服, 连续 14 天; 强的松 60 mg, 每天一次, 连续 5 天口服)。

1.3 护理方法

对照组给予常规护理方法(1)入院后介绍病房环境、主管医生、责任护士及医院相关制度及如何订餐等; 进行跌倒风险评估并监测生命体征。(2) 心理护理: 护理人员与患者及家属进行沟通, 倾听患者主诉、给其心理宣泄的机会, 为其讲解疾病相关知识, 减轻其心理负担; 做一个倾听者真正体会到患者的需求, 使患者有安全感, 保持稳定情绪, 提高患者的依从性。(3)饮食护理:指导患者在恶心、呕吐发病阶段禁食、禁水; 病情缓解后可进食营养丰富、易消化、清淡、无刺激性食物, 少食辛辣、生冷、油腻食物, 禁吸烟、酒; 保持大便通畅。(4)生活护理: 选择光线柔和、温湿度合适、卫生、舒适、安静、整洁的病室休息, 禁止探视、大声喧哗。将鲜花、绿色植物等放在病房合理的位置, 卫生间需要具备扶手等设备; 护士加强病房巡视, 给患者加床档, 防止坠床的发生。指导患者急性期卧床休息, 头部固定不动, 协助生活护理; 尽量避免可引起眩晕发作的体位。避免过度劳累、精神紧张、情绪激动; 积极消除各种诱发因素, 保持稳定情绪。避免噪音刺激, 同时指导患者放松、做深呼吸, 保证良好的睡眠。对眩晕感减轻者, 可在专人陪伴下适量活动。下床活动中, 要动作缓慢, 避免患者发生跌倒^[5]。(5)用药护理:告知患者遵医嘱严格用药和用药期间可能发生的并发症。

观察组除了接受常规护理, 还要给予前庭功能康复护理指导, 同时进行 Cawthorne-Cooksey 前庭康复训练^[6]。康复训练内容为: (1)卧位:a 眼部运动:眼球上下、左右移动, 注视手指于一臂的距离, 移动手指到 35cm 处, 再回到一臂远处; b 头部运动:头部前屈、后仰、左、右转动, 逆时针和顺时针转头, 最后闭眼休息。前庭神经炎急性期患者眩晕严重, 练习时所有动作先慢后快, 可以一边听音乐, 一边做动作, 利于舒缓疲劳、放松心情。(2)坐位: 进行同卧位顺序相同的眼球和头部运动, 然后耸肩、转肩向右

再向左；向前弯腰拾起地上物品，向前屈，从地上捡东西再做好 20 次。坐位时也可以一边听音乐，一边做动作。(3)站立位:按照卧位及坐位顺序进行眼球、头部运动及耸肩、转肩练习，然后分别在睁眼和闭眼的状态下从坐位到站位 20 次。a 睁眼从坐到立,再坐回，闭眼从坐到立,再坐回；b 高于眼平面上双手互掷小球；C 双膝平面以下双手互掷小球；d 由坐位转身站起。(4)移动：患者进行移动性练习，由屋子的一头走向另一头，上坡和下坡、上下台阶，先睁眼后闭眼；任何涉及弯腰、伸腰和瞄准的运动也可以。前庭功能康复遵循循序渐进、逐渐加速的原则。各节体操开始时动作可以缓慢，以后逐渐加快。从上到下一次完成，每个动作 20 次，每天早、晚各一次，每次 20-30 分钟。训练时应有专人陪同并一起学习训练方法。前庭康复训练后可能会有头胀、眩晕加重的感觉，嘱患者避免剧烈活动、低头、弯腰等动作，防止跌倒的发生。护理人员需要多给予患者体贴和关怀，尽可能的满足患者基本需求^[7]。

出院指导：加强对患者及家属有关知识宣教，让患者及家人了解前庭神经炎的发病因素，提高对疾病的认识。保持室内空气新鲜，定时开窗、通风；坚持服药，生活规律，进食营养丰富、易消化、无刺激性食物，多食蔬菜和水果，保持大便通畅。避免过度劳累，保持稳定情绪，保证睡眠充足，不适随诊。

1.4 观察指标

(1)观察两组患者对护理的满意程度:采用医院自拟问卷调查作为满意度的判定，共 100 分，分成非常满意(85-100 分)、满意(60-85 分)、不满意(< 60 分)三档,满意度=(非常满意+满意)×100%。(2)眩晕程度:对入院后及出院前患者采用眩晕残障程度量表(dizziness handicap inventory, DHI)^[8]进行评估,此量表包括眩晕指数、功能、躯体及情绪 4 个维度，总指数范围 1-100 分，从总体来评估眩晕主观症状的严重程度，0-30 为轻度异常，31-60 为中度异常，>60 为重度异常。

1.5 统计学方法

应用 SPSS22.0 软件进行分析，计数资料用率(%)表示，统计学分析用卡方检验；计量资料用均数±、标准差($\bar{x} \pm s$)表示，统计学分析采用 t 检验。p < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者护理满意程度

观察组护理满意度为 96.6%,对照组护理满意度为 89.9%,观察组护理满意度明显优于对照组护理满意度。(p < 0.05),见表 1

表 1 两组患者护理满意程度[n(%)]

组别	n	非常满意	满意	不满意	满意度
对照组	30	19(63.3)	8(26.6)	3(10.0)	27(89.9)
观察组	30	25(83.3)	4(13.3)	1(3.3)	29(96.6)

2.2 两组眩晕残障程度量表(DHI)比较

观察组眩晕残障程度量表(DHI)28.67±3.45，对照组眩晕残障程度量表(DHI)37.82±5.33，且观察组低于对照组,差异有统计学意义(p < 0.05)，见表 2

表 2 两组眩晕残障程度量表(DHI)评分

分组	n	入院后	出院前
对照组	30	73.67±9.01	37.82±5.33
观察组	30	70.08±7.93	28.67±3.45
t		3.475	2.367
P		0.236	0.016

3 讨论

近年，越来越多证据表明，前庭神经炎发病可能与前庭微循环障碍相关。前庭系统局部缺血缺氧、毛细血管通透性增加、迷路小动脉痉挛僵硬，导致前庭小动脉循环紊乱，以影响前庭功能，发生耳源性眩晕^[9]。该病起病急，持续时间长，多伴有恶心、呕吐、眩晕等症状。严重影响患者的生活、工作及社会交往。目前临床上，糖皮质激素配合改善循环药物及抗眩晕药物是治疗前庭神经炎的常用药物，可减轻前庭神经组织肿胀、调节内耳电解质平衡，以缓解症状，促进康复。前庭功能康复治疗是通过反复进行一系列头、颈、躯体运动训练来加快眩晕及平衡功能障碍患者前庭代偿的产生的一种治疗模式，在缓解患者眩晕症状的同时帮助大脑重建良好的平衡状态。前庭康复训练能够缓解眩晕感、增强平衡感与步态稳定、改善前庭眼动反射、降低因眩晕摔伤的风险。既往研究发现，前庭康复能有效恢复前庭神经炎患者平衡功能，临床效果明显。在给予眩晕症对症治疗过程中同时实施有效康复护理，对患者症状改善、总体疗效提高均具有重要意义^[10 11 12]。所以前庭神经炎急性期后，需要鼓励患者尽早活动，促进中枢代偿，对于各种原因造成的前庭功能低下者，前庭康复训练能使其受益^[13]。本研究结果显示，两组眩晕残障评分均较前降低，且观察组低于对照组,差异有统计学意义(p < 0.05)，结果提示治疗过程中常规护理配合综合康复护理对该病患者总体康复效果的提高起重要作用。

前庭康复治疗及护理是专门针对前庭功能障碍患者实施的综合康复护理。在有效改善患者日常生活前庭功能障碍的同时，还可有效缓解眩晕障碍程度，促进机体平衡力的恢复。它作为一种具有计划性、系统性、人性化的护理模式。该种护理注重围绕患者实际身心特点开展护理干预，目的是促进患者获得更理想康复效果，实施的护理服务具有个性化、全面性。因此减轻患者的心理负担，积极处理各类事件，良好的生活护理和心理护理及饮食护理是不可缺少的。本研究结果显示，观察组护理满意度为 96.6%，对照组护理满意度为 89.9%，观察组护理满意度明显优于对照组护理满意度 (p < 0.05)，结果提示精细而全面的综合康复护理对前庭神经

炎患者改善眩晕症状、减轻水肿、促进前庭功能的恢复起重要作用,使患者对护理工作的满意度有很大提高。

综上所述,综合康复护理对加快前庭神经炎患者的康复有着积极作用,值得推广。

参考文献:

- [1]Smith P. In a spin:acute vestibular neuritis[J].Practical Neurology,2013,13(5): 326-327.
- [2]李海燕,杨陈丽,孙丽等,甲钴胺治疗前庭神经炎疗效研究
- [3]黄凤英,宁炳雯.良性阵发性位置性眩晕患者的护理对策研究[J].中国医学创新,2017,14(5): 104-107.
- [4]中华医学会神经病学分会,中华神经科杂志编辑委员会.眩晕诊治多学科专家共识[J].中华神经科杂志,2017,50(11): 805-812.
- [5]孙新建.眩晕症患者的康复综合护理方案及效果评价[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(13): 32-34.
- [6]Alghadir AH, Iqbal ZA,Whitney SL An update on vestibular physical therapy[J].Journal of the Chinese Medical Association,2013,76(1):1-8.
- [7]李瑞浩.对接受耳鼻喉手术的患者进行人性化护理的效果观察[J].

(上接第 198 页)

3 项原则进行治疗,因此,针对 PICC 置管局部皮肤过敏患者的护理干预也要遵循以上原则^[4]。在患者治疗药物的选择上,婴宝护肤膏中具有甘油、冰片、苦参、薄荷草、透明质酸等成分,能够起到护肤、清热解毒、消炎止痛的功效,经大量的临床研究证实,婴宝护肤膏对 PICC 置管局部皮肤过敏患者具有良好的治疗效果^[5]。相较于其他治疗方案,婴宝护肤膏的操作更加便捷,仅需将护肤膏涂抹于患者过敏处皮肤即可,对护理人员的技术要求较低,便于护理人员独立完成操作。此外,婴宝护肤膏由于价格便宜,疗效良好,药物性价比高,且治疗周期相对较短,在临床运用中更便于被广大患者所接受。在婴宝护肤膏治疗的基础上,针对患者心理与病症上所存在的问题,通过实施心理干预与过敏皮肤强化护理措施逐一进行排解,从而使患者在临床治疗过程中能够长期保持良好的心理状态,更加积极主动地配合治疗,而在日常生活饮食等方面对患者加以指导,能有效帮助患者规避日常生活中会对治疗效果产生不良影响的风险因素,从而促进患者的早日康复。

本次研究中,研究组患者经护理干预后,在焦虑与抑郁方面的心理状态评价较对照组取得了更加显著的改善效果($P<0.05$);研究组患者的皮肤过敏恢复效果整体好于对照组($P<0.05$);研究组患者的各项生活质量指标评价均高于对照组($P<0.05$)。由以上可知,通过对 PICC 置管患者的皮肤过敏问题展开护理干预,能有效舒缓患者因过敏所引发的各类负面

当代医药论丛,2016,14(08):49-50.

[8]丁蕾,刘畅,王嘉玺,等.眩晕残障程度评定量表(中文版)的评价[J].中华耳科学杂志,2013,11(2):3.

[9]王朝霞,徐先荣,李远军,等.激素联合前庭康复治疗与单纯激素治疗前庭神经炎的临床效果观察[J].临床耳鼻喉头颈外科杂志,2019,33(6):493-497.

[10]栗贝,前庭康复对前庭神经炎患者平衡恢复的影响分析[J].中国社区医师,2021,37(19):2.

[11]高凤.综合护理对眩晕症患者情绪的影响[J].中国民康医学.2016,28(7):106-107.

[12]王云芳,刘世方.眩晕症病人护理观察在临床中的意义[J].全科护理.2010,8(36):3327-3328.

[13]韩炳仁.诱发眩晕的疾病.眩晕与耳鸣[M].北京:纺织出版社,2017:3.

作者简介:王燕华、1968年10月18日出生、女、汉族、北京人、学历:大学本科、职称:主管护师、研究方向:眼、耳鼻喉科护理。

心理情绪,在为患者皮肤过敏症状带来显著改善的同时,还有利于促进患者生活质量的恢复。在护理满意度评价上,研究组患者的护理满意度高于对照组($P<0.05$)。

综上所述,护理干预措施在 PICC 置管患者局部皮肤过敏治疗中的应用,能有效排解患者的负面心理情绪,为患者的过敏恢复效果与生活质量带来显著提升,有利于提高患者对临床护理服务的满意度评价,具有推广应用价值。

参考文献:

- [1]田甜,刘敏,刘阳.1 例糖尿病患者 PICC 置管后并发氯己定皮肤过敏的观察与护理[J].当代护士(中旬刊),2021,28(07):167-168.
- [2]郭新颜,王圆圆.临床护理路径在肿瘤化疗 PICC 置管患者中的应用效果分析[J].中国全科医学,2021,24(S1):194-195.
- [3]张涌静,王娟,李秋萍,等.学龄期癌症患儿 PICC 置管部位医用粘胶相关性皮肤损伤影响因素分析[J].护理研究,2021,35(20):3725-3728.
- [4]卢妙员.留置 PICC 患者肿瘤化疗患者程度不同皮肤过敏的护理体会[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(45):117+119.
- [5]杜莉,曹丛.护理干预结合药物对 PICC 置管患者皮肤过敏的疗效分析[J].皮肤病与性病,2019,41(06):878-879.

手术室护理干预对骨科手术患者院感发生率的影响

徐琦

哈尔滨医科大学附属第一医院 黑龙江哈尔滨 150001

摘要：目的：手术室护理干预对骨科手术患者院感发生率的影响。方法：选取 2019 年 7 月—2020 年 7 月在我院骨科收治的手术患者共 80 例，采用随机小球法分为观察组、参照组，各 40 例。参照组实施常规护理干预，观察组实施手术室护理干预。比较两组医院感染发生率、术后恢复指标、护理满意度。结果：观察组医院感染发生率低于参照组（ $P<0.05$ ）。观察组优于参照组（ $P<0.05$ ）。观察组护理满意度高于参照组（ $P<0.05$ ）。结论：手术室护理干预可以降低骨科手术患者发生院感的风险，且能促进患者术后恢复，提高其护理满意度，值得推广。

关键词：手术室护理干预；骨科手术；医院感染

手术是众多骨科疾病治疗的重要方式，但有别于其他外科手术，骨科手术本身较为特殊，一般情况下，骨科手术涉及的神经血管较为丰富，且对无菌要求较高，所以患者围手术期治疗、护理稍有不当，便容易导致医院感染及其他并发症的发生【1】。同时有部分骨科手术患者因创伤、年龄、合并慢性疾病等缘故的影响，术后恢复时间较长，所以发生风险更高。院内感染发生后会对患者的手术效果造成制约，并会延长患者的康复时间，增加患者家庭的经济负担，因而强化对骨科手术患者医院感染的预防十分必要。既往临床所采用的主要便是常规护理干预的方法，但其预防效果并不明显，难以满足临床需要，因而采用手术室护理干预的方法，强化对院内感染的预防就显得尤为重要。基于此，此次研究将围绕着手术室护理干预对骨科手术患者院感发生率的影响进行分析论述，具体如下：

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 7 月—2020 年 7 月在我院骨科收治的手术患者共 80 例，采用随机小球法分为观察组、参照组，各 40 例。纳入标准：①符合骨科手术治疗指征；②研究资料完整；③知晓研究且同意参与；排除标准：①合并恶性肿瘤等严重疾病者；②手术禁忌者；③精神疾病者；④认知障碍者。参照组男 23 例，女 17 例，年龄 24-67 岁，平均年龄（ 45.78 ± 7.37 ）岁；观察组男 24 例，女 16 例，年龄 24-68 岁，平均年龄（ 46.13 ± 7.28 ）岁。两组间的一般资料比对未见明显差异（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

1.2.1 参照组

参照组应用常规护理模式，做好术前准备，按照医嘱术中密切配合，加强患者体征监测，并做好围手术期心理护理、术前访视，术后常规指导患者进行康复训练等。

1.2.2 观察组

观察组应用手术室护理干预，详见下：（1）术前评估。术前注意对患者的评估，加强对急诊、高龄、重症以及有侵入操作患者的管理，对于有糖尿病等慢性疾病者要强化管理，提高患者机体抵抗力。（2）呼吸道管

理。术前指导患者戒烟，并协助患者进行呼吸锻炼。对于进行气管插管的患者，要遵守无菌原则，执行手卫生规范，结合患者情况及时拔管，对排痰困难的患者，协助其有效排痰，若有必要可行雾化吸入【2】。（3）切口管理。常规术前备皮的同时，术前 1d 对皮肤进行彻底清洁，术日清晨再次进行清洁，结合手术时间、部位，选择合适的抗菌药物。对于非 I 类伤口，要做好围术期防护，避免累及其他区域，术中要做到止血彻底，术后要做到引流畅通。（4）留置导尿管管理。医护人员术前即指导患者，在床上练习排便，术后诱导患者排便，最大限度实现尽早拔管。对于未留置导尿管者，应在患者术后多饮水，避免憋尿，并实现术后早下床活动。而对于存在排尿异常的患者，可实施间隙导尿。（5）胃肠道感染预防管理。围术期指导患者养成科学饮食，养成良好的饮食习惯，禁食刺激性食物，同时合理应用抗菌药物，避免肠道菌群紊乱。（6）医院管理。①加强宣教。对非医护人员要加强宣教，告知患者及家属在围术期需要注意的卫生，并嘱咐其配合临床做好消毒工作等【3】。②支持疗法。对于存在体质差、营养不良等的患者，要注意提高其抵抗力。③消毒隔离。注意对手术室、病区的消毒处理工作，每日至少消毒 1 次，消毒时间要 $>30\text{min}$ ，同时采用含氯消毒剂，对病床、桌椅、地面等进行擦拭，限制手术室与病房流动人数，防止交叉感染。对于免疫力低下及应用免疫抑制剂者，应进行保护性隔离。并要严格执行消毒制度，手术器械、物品等做到，一用一消毒，对于消耗性物品，应避免重复使用，使用后应立即进行处理，另外还要严格遵守无菌操作【4】。④合理用药。术前用药要确保血液、组织液中的药物浓度达到一定的杀菌浓度。术后结合患者病情用药，若已发生严重感染应进行细菌培养，而后用药，对于感染较轻者，应参照医院感染检测结果与药敏试验，合理选择药物，并对药品用量、比例进行严格控制。

1.3 观察指标

比较两组医院感染发生率、术后恢复指标、护理满意度。术后恢复指标包括下床活动时间、拆线时间、并发症率（压疮、愈合不良、尿潴留等）。护理满意度采用纽卡斯尔护理服务满意度（NSNS）量表， ≥ 80 分为十分满意，60-79 分为较满意， ≤ 59 分为不满意，满意度=（十分满意+较满意）

/例数×100%。

1.4 统计学处理

此次研究使用 SPSS18.0 统计学软件, 计量资料为均数±平方差 ($\bar{x} \pm s$), 行 t 检验, 计数资料为百分比, 卡方检验, $P < 0.05$, 存在统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者的医院感染发生率

观察组医院感染发生率低于参照组 ($P < 0.05$)。详见表 1:

表 1 对比两组患者的医院感染发生率 (n, %)

组别	切口感 染	呼吸道感 染	泌尿系感 染	胃肠道感 染	发生率
观察组 (n=40)	1	0	1	0	5.00%
参照组 (n=40)	1	3	3	1	20.00%
χ^2					4.114
P 值					0.043

2.2 对比两组患者的术后恢复指标

观察组术后恢复指标优于参照组 ($P < 0.05$)。详见表 2:

表 2 对比两组患者的术后恢复指标 ($\bar{x} \pm s$, %)

组别	下床活动时间 (d)	拆线时间 (d)	并发症率 (%)
观察组 (n=40)	3.41±1.21	7.54±1.37	1 (2.50)
参照组 (n=40)	4.78±1.46	8.33±1.59	6 (15.00)
t/χ^2	4.569	2.381	3.914
P 值	0.000	0.020	0.048

2.3 对比两组患者的护理满意度

观察组护理满意度高于参照组 ($P < 0.05$)。详见表 3:

表 3 对比两组患者的护理满意度 (n, %)

组别	例数	十分满 意	较满意	不满意	满意度
观察组	40	27	11	2	95.00%
参照组	40	19	10	11	72.50%
χ^2					7.440
P 值					0.006

3 讨论

3.1 骨科手术患者院感发生的原因分析

医院感染历来是医疗服务中的防控重点, 其中, 骨科患者手术多种因素的影响, 很容易发生多种类型的院感, 院感发生后无疑会对患者的恢复造成制约。首先是切口感染, 切口感染是骨科手术患者最为常见的感染类

型, 有报道显示, 胫骨、踝部骨折手术, 且伴有周围皮肤损伤的患者, 有较高的风险发生切口感染【5】。此外, 切口感染的发生还与其他因素有关, 包括合并糖尿病、脂肪液化、置管引流不畅等, 均是切口感染发生的危险因素。其次是呼吸道感染, 若是患者术后存在意识障碍, 便会因吞咽困难、咳嗽反射较弱等因素的影响, 出现气管内分泌物排出不畅, 并造成细支气管被分泌物阻塞, 导致肺小叶膨胀, 进而诱发肺部感染。同时术后长期卧床的患者, 因气体交换不畅、气管内分泌物排出受阻等缘故发生感染, 另外若病房、手术室消毒不彻底, 也会增加此类患者的感染风险【6】。

泌尿系感染亦多见于骨科手术患者, 现代医学研究指出, 尿道黏膜是防止细菌侵入的重要屏障, 而留置导尿管则容易损伤尿道黏膜, 导致感染的发生, 同时长时间留置导尿管, 还容易对膀胱的防御功能造成破坏, 并且不同于其他部分感染, 尿管中的残留尿液有助于细菌繁殖, 同时尿管本身也会对细菌形成保护, 故而泌尿系感染较难控制, 且更容易复发。最后是胃肠道感染, 此类感染多见于炎热季节, 其发生多与饮食不卫生、未合理应用抗菌药物等有关【7】。可见, 医院感染与多种因素有关, 所以需要临床结合骨科手术患者易发生感染的部位, 采取有效的预防措施, 以保证患者的有效干预。

3.2 手术室护理干预措施的应用

手术室护理干预措施是一种可以针对患者实际情况, 对医院感染进行有效预防的护理方法, 通过此种护理方法的应用, 能够有效降低骨科手术患者发生医院感染的风险, 从而保证骨科手术患者的术后恢复【8】。首先, 此种方强强调了术前评估, 在术前评估的基础上, 临床可以对高风险人群进行鉴别, 并加强管理【9】。其次通过呼吸道管理, 有助于保证患者呼吸道通畅, 避免痰液积聚, 降低其发生呼吸道感染概率。而在切口管理上, 此种方法则强调了手术止血、引流通畅等, 以降低切口发生感染的风险【10】。另外针对较难防控的泌尿系感染, 通过留置导尿管管理的应用, 则能最大限度实现尽早拔管, 而对于未留置尿管的患者, 则能通过多饮水等方式, 避免尿滞留的发生, 防止患者因憋尿发生感染。针对胃肠道感染, 此种方法应用后则强调对患者围术期饮食的指导, 并避免不合理用药的情况发生【11】。最后, 医院方面还要强化医院管理的实施, 加强对非医护人员宣教, 针对高危患者实施支持疗法, 并做好消毒隔离工作与合理用药, 以此来最大限度实现对医院感染的预防。临床实践表明, 手术室护理干预措施应用后, 可以大大降低患者发生医院感染的概率, 同时对于促进患者术后恢复也有较大帮助, 而在患者得到有效地预防护理后, 护理满意度也能有相应提高【12】。但要特别指出的是, 年龄、基础疾病等多种因素, 均属于导致医院感染发生的危险因素, 故而临床要注意对患者的身体状况、病史的评估, 并根据患者实际状况, 制定全面地预防护理计划, 以便实现对患者的全面护理, 继而促进患者的术后恢复。

本次研究结果显示, 观察组医院感染发生率低于参照组 ($P < 0.05$)。

(下转第 209 页)

人性化护理在提升胸外科护理质量中的应用

严春燕

重庆市两江新区第一人民医院胸外科 重庆市渝北区 401121

摘要：目的：为了探究人性化护理对提高胸外科护理质量的应用效果。方法：选取院内 2020 年 1 月到 2022 年 1 月内收治的 80 名胸外科患者，根据数字表法分成两组，每组 40 名。对照组采用常规护理模式，研究组实施人性化护理，对比二者的 SAS、SDS、SF-36 评分、护理质量以及并发症发生率。结果：在接受护理之前，两组 SAS、SDS、SF-36 评分均无明显差异， $P>0.05$ 接受护理后，研究组的 SAS 和 SDS 评分低于对照组，SF-36 评分高于对照组，组间差异显著， $P<0.05$ ；研究组护理质量评分高于对照组，组间差异较大， $P<0.05$ ；研究组出现肺部感染、肺不张、手术切口感染等并发症的概率为 2.50%，低于对照组的 20.00%，组间差异较大， $P<0.05$ 。结论：在胸外科护理工作中，人性化模式可使护理质量显著提升，改善预后效果，十分科学可行。

关键词：人性化护理；胸外科；护理质量；并发症发生率

引言：当前科技与医学的联系日益紧密，人们对健康和疾病预防的意识逐渐提升，国家卫生部门在全国护理工作会议中指出“要以患者为中心规范临床护理服务，改善护理质量，保障医疗安全”，要求将护理重心从“疾病”向“患者”转变^[1]。在此背景下，人性化护理模式诞生，能够为病人提供更加贴心优质的护理服务，通过环境优化、心理护理、用药指导等，满足身心多元化需求，降低并发症概率，获得更多患者满意^[2]。胸外科患者普遍需要手术治疗，对机体造成不同程度的损伤，还可能引发一系列并发症，开展护理服务十分必要，可促进预后质量提升。本文以院内收治的胸外科患者为例，探究人性化护理的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取院内 2020 年 1 月到 2021 年 12 月内收治的 80 名胸外科患者，根据数字表法分成两组，每组 40 名。对照组男女比例为 22:18，年龄在 42—75 岁之间，平均 (58.24 ± 1.85) 岁；研究组男女比例为 23:17，年龄在 43—77 岁之间，平均 (59.26 ± 2.01) 岁。纳入标准为：认知正常、能够正常沟通、无其它基础疾病、依从度高的患者；排除标准为：有急性出血史、糖尿病史、脑部器质病变的患者。全体患者一般资料均具有可比性， $P>0.05$ ，本研究在伦理会审批通过、患者与家属知情同意的前提下开展。

1.2 方法

对照组：实施常规护理。引导患者做完各项检查，密切监测生命体征，严格遵循医嘱做好基础护理工作；

研究组：实施人性化护理，从环境营造、心理护理、用药指导等方面提供服务，满足病人身心多样化需求，具体如下。

(1) 健康宣教。在病人入院后，由护理人员对其进行入院宣教，结合胸外科疾病类型、病人实际情况，向其讲解病因、手术必要性、注意事项等，术前协助病人做肺功能恢复训练，告知正确咳嗽、排痰方式，耐心解答病人和家属的问题；对于食道癌病人，在手术前后均要加强护理，避免和降低术后并发症概率，缩短病程，减轻家属陪护心理压力；术后告知家属饮食、康复训练、用药和复查相关事宜，预防疾病复发，促进健康。

(2) 环境营造。病房每天开窗通风，保持室内空气清新，温湿得宜，

每日实施紫外线消毒，避免交叉感染；在明显位置张贴警示标语，如“低声细语”“禁止吸烟”等，为病人营造安静整洁的休养环境；还可结合病人喜好，在窗台上放置花草，使病房更加温馨；要带着感情下病房，在称呼患者时也要遵循人性化原则，不可直呼姓名，可根据患者职业或者年龄进行称呼，如“张大爷”“王老师”等等，使患者感受到人文关怀。

(3) 基础护理。胸外科手术术后体内置流管较多，如导尿管、胃肠减压管、吸氧管等等，各班护士应加强巡视，定时更换引流袋。对于长期留置胃管的病人，每天实施两次口腔护理，观察口腔黏膜变化，确保干净舒适；长期留置尿管的病人，每天实施两次尿道护理，用温水擦拭会阴位置，大便后及时清洗臀部周围皮肤，增加病人饮水量，避免尿路感染；协助患者每间隔 1—2h 翻一次身，避免出现压疮；帮助病人完成洗漱、梳头、更换衣物等行为，对于卧床病人应每周擦浴 1—2 次，在病情稳定的情况下每周可在床上洗头 1 次；术后患者在肠道蠕动正常，无呕吐、恶心等情况，可喂食一些半流食、流食等，增加蛋白质的补充，如鸡蛋、牛奶等，保证摄入营养充足；在病情稳定状态下，引导术后患者尽早下床运动，运动量适当，避免高强度的剧烈运动。

(4) 心理干预。胸外科需要接受手术治疗，一些病人常常受经济困扰、身体疼痛等产生负面情绪，护理人员应及时察觉，开展心理疏导，了解患者的心理障碍，并有针对性的进行疏导。例如，术前可介绍相关疾病知识、手术室环境、手术流程等，打消心中疑虑；列举成功案例帮助其树立信心，以良好的心态面对疾病，在后期治疗和护理中积极配合。在心理疏导中应坚持人性化原则，采用柔性语言一对一谈话，保护患者隐私，设身处地的为患者着想，叮嘱家属多来陪伴，使病人感受到来自家人的关心和温暖，增强治疗信心。

1.3 观察指标

对两组的 SAS、SDS、SF-36 评分、护理质量以及并发症发生率进行观察对比，具体如下。

(1) SAS、SDS、SF-36 评分。SAS 评分采用 SAS 自评量表对病人焦虑程度进行评估，共有 20 道题，每道分值为 1—4 分，总分 80 分，评分超过 50 分的说明存在焦虑现象；SDS 评分采用 SDS 自评量表对病人抑郁

程度进行评估,共有 20 道题,每道分值为 1—4 分,总分 80 分,评分超过 53 分的说明存在抑郁现象;SF-36 量表用于病人生活质量评估,共计涉及 5 个方面,即健康状况、生理功能、精神状态、社会功能、人际交往,每项 20 分,总分 100 分,分数越高意味着生活质量越好;

(2) 护理质量。采用护理质量量表,从四个方面进行评估,即护理水平、人文关怀、沟通能力、操作规范,每项满分 20 分,分数越高说明护理质量越高;

(3) 并发症发生率。观察两组出现肺部感染、手术切口感染、肺不张情况在总并发症中的占比。

表 1 SAS、SDS、SF-36 评分

n=40	SAS 评分		SDS 评分		SF-36 评分	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	55.21±8.74	37.12±7.24	56.31±9.67	35.24±6.34	72.64±4.26	90.62±3.46
对照组	55.34±8.67	45.21±7.54	56.21±8.97	40.62±7.26	73.24±4.53	82.54±2.67
t	0.07	4.89	0.05	3.53	0.61	11.69
P	P>0.05	P<0.05	P>0.05	P<0.05	P>0.05	P<0.05

2.2 护理质量对比

研究组护理质量评分高于对照组,组间差异较大,P<0.05,如表 2 所示。

表 2 两组护理质量对比

n=40	护理水平	人文关怀	操作规范	沟通能力
研究组	18.25±1.25	18.67±0.97	17.56±2.26	18.67±1.06
对照组	16.24±1.26	17.28±0.45	15.42±1.31	16.08±1.02
t	7.16	8.22	5.18	11.14
P	P<0.05	P<0.05	P<0.05	P<0.05

2.3 两组并发症发生率对比

研究组出现肺部感染、肺不张、手术切口感染等并发症的概率为 2.50%,低于对照组的 20.00%,组间差异较大,P<0.05,如表 3 所示。

表 3 两组并发症发生率对比

n=40	肺部感染	创口感染	肺不张	总并发症概率
研究组	0	1	0	2.50%
对照组	3	3	2	20.00%
χ^2	-	-	-	4.51
P	-	-	-	P<0.05

3 讨论

近年来,科技与医学间的联系日益紧密,胸外科临床手术技术也不断创新,胸腔镜手术作为先进的微创技术得到普及,只需胸壁套管或者微小切口便可完成复杂的胸腔内手术,适用于多种类型的胸腔疾病中,具有创口小、疗效佳、痛苦少、恢复快等特点,与传统手术相比并发症相对较少,赢得医患的一致认可。但是,受术中组织切除、单肺呼吸、引流和麻醉等因素影响,病人术后存在不同程度的机体损伤,普遍存在肺功能降低,对生存质量产生不良影响。对此,加强围术期护理显得十分必要。在此背景

1.4 统计学方法

将采集信息纳入 SPSS19.0 软件中,护理质量、生活质量等计量资料用均数和标准差表示,通过 t 检验;并发症概率等计数资料用例数和百分比表示,通过 χ^2 检验。当 P<0.05 时,意味着两组差异具有统计价值。

2 结果

2.1 SAS、SDS、SF-36 评分对比

在接受护理之前,两组 SAS、SDS、SF-36 评分均无明显差异,P>0.05 接受护理后,研究组的 SAS 和 SDS 评分低于对照组,SF-36 评分高于对照组,组间差异显著,P<0.05,如表 1 所示。

下,人性化护理模式应运而生,不但可为病人提供无微不至的护理服务,还可融入人文关怀,将爱护、关心和尊重贯穿于护理全过程,营造温馨整洁的休养环境,使患者身处于充满人情味的氛围内,生理和精神层面的多元需求得到切实满足。

翟娜研究表明,胸外科手术较为复杂,风险较高,且该科室疾病通常较为危急,病情发展速度较快,病人多存在恐惧、焦虑等心理,难以实施有效自我调节,在围术期开展护理干预工作十分必要^[3]。人性化护理作为新型模式之一,可根据病人自身特点提供针对性服务。由专业人员在理论知识指导下,为病人提供人性化的照顾,所有流程和工序都是以患者为中心开展,以期获得患者的满意。在人性化护理中,不但要注重患者的病情进展、疼痛程度、是否有并发症预兆等,还要关注病人的心理和精神,使其身心需求得到全面满足。在崔向红的研究中指出,胸外科手术病人开展人性化干预后,根据病人病症风险等级调查可知,与常规护理相比,人性化干预后的生活质量分值更高、心理状态更好、并发症概率更低,差异显著,P<0.05;在该研究中还表明,开展人性化护理的实验组中,护理人员能够积极与患者沟通,主动帮其答疑解惑,医患关系和谐,病人更愿意积极配合治疗,满意度分值为(95.61±2.64)分,超过常规组的(88.64±2.31)分,差异显著,P<0.05^[4]。在郭啊玲的研究中指出,针对胸外科患者进行人性化护理,结合科室特点提供心理干预服务,提高患者对护理人员的信任度,总满意度达到 95.61%,远远超过常规组的 72.34%,差异显著,P<0.05,这意味着人性化模式的落实,可立足于病人的身体、心理、精神等层面,为其提供心理干预、抗感染护理、引流护理、肺功能康复训练、营养补充等多样化干预措施,加速病人康复,缓解抑郁、焦虑等情绪^[5]。

本文针对院内特定时期收治的 80 名胸外科患者,将其分成两组进行护理干预,对比两组的 SAS、SDS、SF-36 评分、护理质量以及并发症发生率。根据研究结果可知,在接受护理之前,两组 SAS、SDS、SF-36 评分均无明显差异,P>0.05 接受护理后,研究组的 SAS 和 SDS 评分低于对

照组, SF-36 评分高于对照组, 组间差异显著, $P<0.05$; 这说明人性化护理能够在人文关怀导向下, 注重病人心理、精神、生活质量层面的需求, 通过日常帮助穿衣吃饭、环境优化、康复训练、心灵疏导等, 使基础护理力度得以增强, 患者也可通过护理人员了解到更多胸外科病症相关知识, 增加对自身病症的了解, 避免胡思乱想, 并在成功案例的激励下树立治疗信心, 减轻焦虑、抑郁等负面情绪, 以良好的心态面对疾病, 积极配合手术治疗, 提高生活质量, 缩短住院期限。研究组护理质量评分高于对照组, 组间差异较大, $P<0.05$; 这说明在胸外科护理工作中, 人性化模式下护理人员的总体水平较高, 能够自觉渗透人文关怀, 各项操作更加规范, 与患者间的沟通能力较强, 可使护理质量显著提升, 改善预后效果, 十分科学可行。研究组出现肺部感染、肺不张、手术切口感染等并发症的概率为 2.50%, 低于对照组的 20.00%, 组间差异较大, $P<0.05$ 。这说明人性化干预可使病人身心更加舒适, 通过贴心的基础护理干预, 使患者口腔、皮肤等始终保持干净清爽状态, 有效规避伤口感染; 通过注重置流管的护理, 保障医疗安全, 有效降低不良反应、并发症的产生。

为了充分发挥人性化护理的优势, 促进胸外科护理质量显著提升, 要求医护人员不但拥有渊博的医学知识, 还要注重素质修养、岗位责任感提升。在从事护理工作中, 积极转变思路, 突破传统重复性、机械化的模式束缚, 重视人文关怀, 以患者为工作重心。首先, 根据患者特点制定个性化护理方案, 引导病人积极配合工作, 深刻意识到病人是生活在特定环境下有思想、有情感的人, 病人提出的要求应尽量得到满足, 他们所拥有的选择权、知情权、保密权都不应受到侵犯, 在饮食方面提供护理服务, 摄入充足的营养物质, 改善病人机体素质, 帮助其身体技能早日恢复; 其次,

(上接第 206 页)

观察组术后恢复指标优于参照组 ($P<0.05$)。观察组护理满意度高于参照组 ($P<0.05$)。由此可见, 在对骨科手术患者进行护理时, 常规护理干预整体作用并不理想, 所以可以应用手术室护理干预。通过手术室护理干预, 能够降低患者发生院内感染的风险, 促进患者术后恢复, 保证患者护理满意度, 这与既往报道的结果接近。说明手术室护理干预有理想的应用价值, 故而应积极推动此种方法的实践应用。

综上所述, 手术室护理干预可以降低骨科手术患者发生院感的风险, 且能促进患者术后恢复, 提高其护理满意度, 值得推广。

参考文献:

- [1]李月娥, 李彩霞, 杜丽英. 浅谈精细化护理在骨科手术室护理安全管理中的效果评价[J]. 国际感染病学: 电子版, 2019, 8(4): 2.
- [2]李佳佳, 张培丽, 陈尔英, 等. 骨科手术室护理安全管理中精细化护理的应用效果分析[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2018, 3(51): 2.
- [3]黄华, 朱晶晶, 贾珊, 等. 精细化护理在骨科手术室护理安全管理中的应用效果[J]. 中国国境卫生检疫杂志, 2020, 43(S01): 2.
- [4]章程, 王学玉. 精细化护理在骨科手术室护理安全管理中的效果

主动与病人沟通, 使其在和谐的医患关系中获得身心关怀。心理和生理紧密相关, 通过人性化护理的开展, 可使病人能够时刻感受到温暖, 获得最大的支持, 以良好心态减轻心理应激和不良反应。此外, 术前在护理人员引导下开展呼吸功能训练, 锻炼其呼吸肌能力, 有助于术后形成有效呼吸模式, 促进痰液排出, 强化肺部功能, 预防肺不张等并发症发生; 术后早期锻炼, 加强营养, 提高病人生理耐受能力, 减轻痛苦, 促进其早日康复。

综上所述, 在胸外科护理中, 通过人性化模式的应用可促进科室护理质量极大提升。通过健康宣教、环境营造、基础护理、心理干预等措施的开展, 使患者的 SAS、SDS 评分显著降低、SF-36 评分提升, 在高质量护理下并发症发生率明显降低, 整体效果显著, 值得推广应用。

参考文献:

- [1]彭爱荣. 评价人性化护理在提高胸外科护理质量中的应用价值[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 3(29): 35.
 - [2]张玉珠. 护士弹性排班结合人性化管理在胸外科护士管理中的应用效果[J]. 健康养生, 2020(06): 021-022.
 - [3]翟娜. 实施人性化护理在胸外科手术患者中的应用研究[J]. 饮食保健, 2019, 006(006): 210-211.
 - [4]崔向红. 开展人性化护理对胸外科择期手术患者护理质量的影响[J]. 当代护士: 下旬刊, 2020(5): 065-066.
 - [5]郭啊玲. 人性化优质服务在胸外科的实践[J]. 医学理论与实践, 2019, 27(2): 115-116.
- 作者简介: 严春燕, 1982、2月出生, 女, 汉族, 籍贯: 重庆市北碚区, 本科, 主管护师, 主要研究临床护理及护理管理。

[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4(34): 2.

[5]王丹, 孙冬兰, 程灵娜, 张方. 手术室护理配合对骨科切口感染发生率的影响分析[J]. 黑龙江中医药, 2020, 49(5): 262-263.

[6]宋艳芹, 于金秀, 刘超. 骨科无菌手术切口感染相关因素分析及手术室护理干预对手术感染的影响[J]. 国际护理学杂志, 2018, 37(19): 2723-2725.

[7]王娟, 刘文泸, 吴彦. 骨科无菌手术切口感染发生的手术室相关影响因素[J]. 解放军预防医学杂志, 2018, 36(7): 873-875, 889.

[8]白景棠, 高艳霞, 李泽清, 等. 骨科手术后感染发生率及原因分析[J]. 现代仪器与医疗, 2019, 25(1): 62-65.

[9]王娟, 刘文泸, 吴彦. 骨科无菌手术切口感染发生的手术室相关影响因素[J]. 解放军预防医学杂志, 2018, 36(7): 873-875, 889.

[10]戴文杰, 沈苏丹, 钱黄静. 手术室舒适护理干预对骨科手术患者术后康复及预后的影响[J]. 中国药物与临床, 2019, 19(22): 4014-4016.

[11]鲍晓燕. 系统化手术室护理管理对骨科手术院内感染的干预效果[J]. 国际护理学杂志, 2019, 38(7): 874-876.

[12]李丽. 手术室护理管理干预骨科手术院内感染的效果分析[J]. 国际护理学杂志, 2018, 37(9): 1287-1289.

中药塌渍联合蜡疗治疗腰椎间盘突出症疼痛及护理对患者舒适度的改善评价

梁清秀

广元市中医医院针灸科二病区 四川广元 628000

摘要：目的：评价在腰椎间盘突出症（LDH）疼痛患者中应用中药塌渍联合蜡疗治疗方案及护理干预对其舒适度的改善作用。方法：取本院 2021 年 1 月~12 月收治的 90 例 LDH 疼痛患者进行研究，随机分组，对照组 45 例行常规治疗，观察组 45 例行中药塌渍联合蜡疗治疗，对比两组临床效果、腰椎功能改善及疼痛缓解、舒适度提升方面的效果。结果：观察组总有效率 97.78% 高于对照组 84.44%， $P < 0.05$ 。观察组干预后 3、6 个月的 GCQ 评分更高， $P < 0.05$ 。观察组干预后 3、6 个月的 ODI、VAS 评分更低， $P < 0.05$ 。结论：临床对 LDH 疼痛患者选择中药塌渍联合蜡疗治疗及护理方案，可有效消除其症状体征，强化镇痛作用，有利于其腰椎功能恢复及舒适度的改善，疗效显著。

关键词：腰椎间盘突出症；疼痛；中药塌渍；蜡疗；护理；舒适度

腰椎间盘突出症（LDH）是指椎间盘基于退行性变并受到外因作用下所造成的纤维环膨出或破裂、髓核脱出，进而导致神经根受到压迫所产生的腰痛、下肢放射痛等症候群^[1]。病情严重时可致下肢麻木、功能受限甚至瘫痪等症。近年对此类病患以保守疗法和手术疗法较常见^[2]。其中，手术属创伤性操作，可使患者产生情绪障碍，致其躯体舒适度明显降低。而中医技术在 LDH 中的疗效显著，可减轻患者生理和心理方面的不适，有利于促进其病情早期康复，减少其经济负担^[3]。中医护理中联用蜡疗、中药塌渍技术操作可起到温经通络、祛风散寒、活血化瘀的治疗效用，并配合中医辨证施护可强化巩固疗效^[4]。本文以 2021 年 1 月~12 月收治的 90 例 LDH 疼痛患者为研究基础，将中药塌渍联合蜡疗治疗及护理的效果及对患者舒适度的改善效果报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

取本院 2021 年 1 月~12 月收治的 90 例 LDH 疼痛患者进行研究，随机分组，观察组男、女例数（ $n=22$ 例、18 例）；其年龄值选定 28~50（ 39.85 ± 3.78 ）岁界限内；其病程值选定 0.5~2.8（ 1.51 ± 0.18 ）年界限内；病变部位：第 3~4 腰椎、4~5 腰椎、第 5 腰椎~第 1 骶椎例数分别 5 例、28 例、12 例；对照组男、女例数（ $n=24$ 例、16 例）；其年龄值选定 30~51（ 39.93 ± 3.82 ）岁界限内；其病程值选定 0.6~3（ 1.62 ± 0.19 ）年界限内；病变部位：第 3~4 腰椎、4~5 腰椎、第 5 腰椎~第 1 骶椎例数分别 4 例、27 例、14 例；两组性别比、年龄、病程及病变部位等基线信息均衡可加以比较（ $P > 0.05$ ）。

纳入标准：①均经临床检查、腰椎 CT 或 MR 等检查手段确诊为 LDH^[5]；②直腿抬高显示阳性；③主诉腰痛，治疗前 VAS 评分在 3 分以上；④签署同意书，且知晓相关研究。

排除标准：①合并脏器功能障碍或严重损伤者；②局部皮肤破损或出血倾向者；③精神疾患或意识障碍无法配合研究者；④有药物禁忌者。

1.2 方法

1.2.1 对照组：均予展开活血、消肿、健骨等常规药物治疗，并根据患者病情辩证施行针刺、TDP、推拿等相关治疗。

1.2.2 观察组：均基于对照组治疗配合中药塌渍联合蜡疗治疗、护理。

（1）方药：玄武散：制川乌成分、花椒成分、忍冬藤成分、白术成分各 50g；细辛成分、干姜成分、制草乌成分、粉葛成分、木瓜成分、羌活成分各 30g；麻黄成分、延胡索成分、桃仁成分、白芷成分、独活成分、介子成分、川牛膝成分、徐长卿成分各 20g 等上述药物研磨成粉末备用。（2）蜡疗联合中药塌渍操作如下：将药粉装入专用药袋，平铺、刮成均匀的厚度，用陈醋浸湿，以不滴水为宜，再平铺于治疗盘。采用智能蜡疗系统，对融蜡温度进行合理设定，待完全融蜡后，将融化的蜡液于灌入专用塑封袋，放置稍微凝固状态，并将其塑封袋剪开与浸湿的药片贴合，最后在患者患处敷用，药片紧贴患者皮肤，再用浴巾或被巾包裹达到保温效果。治疗时间、频率：30~40min/次，1 次/d，2 周/疗程，4 周后停止治疗 5d，评价效果。（3）护理：蜡疗联合中药塌渍注意事项：治疗前，需对患者症状、局部皮肤、皮肤感觉及心理状况进行评估，并充分掌握其过敏史、既往史，对相关操作目的及过程进行详细介绍。注意为患者提供保暖服务，保护患者个人隐私。选择适宜的药袋放入药粉充分浸湿，以不滴水为最佳，对药液、蜡的温度进行合理控制。操作期间需对患者有无灼热或瘙痒等不适症状进行密切关注，一旦发生上述不适症状应立即停止治疗，及时上报医师对症处理，并积极配合医师操作。操作后，叮嘱患者休息 30min，并对其治疗的部位、时间及感受进行如实记录。尤其要注意药垫专人专用，对蜡块进行消毒以防造成交叉感染。①情志调理：LDH 病程长，难治愈，给患者的生活和工作带来了较大干扰，患者极易产生抑郁、焦虑等负面情绪，导致治疗配合度不佳，不利于其疾病恢复。因此，护士需对刚入院的患者热情接待，并帮助其熟悉住院环境及医护人员，消除其陌生感，询问患者内心感受，为其介绍治疗措施及注意事项，促使患者积极配合治疗护理工作。②生活干预：急性期 LDH 宜睡硬板床，取软枕在患者腰骶部位及下肢垫放，对椎间盘的压力缓解及局部水肿的吸收均具积极作用，待患者症状缓解后，可佩戴腰围进行适当的下床活动，尽可能避免弯腰提重物，避免给腰部造成较大负荷，下蹲拾物宜保持双腿缓慢下蹲状态，同时需注意腰部挺直，并对腰腿部加强保暖服务。③饮食指导：指导患者以活血化

瘀、温经散寒、滋养肝肾、温壮肾阳的食物为主，例如：黑木耳、黑芝麻、枸杞、羊肉等，并配合瘦肉汤、煲羊肉等药膳，忌凉性食物。④功能锻炼：适度的功能锻炼能加强腰背肌的功能，维持脊柱的稳定性，起到活血化瘀、消肿止痛的作用。根据患者的具体情况指导患者进行直腿抬高，交叉蹬腿及五点支撑、飞燕式的腰背肌功能锻炼，练习八段锦“双手攀足固肾腰”章节。

1.3 观察指标

1.3.1 疗效评定：治愈：无疼痛，恢复正常工作，下肢直腿抬高试验70°以上；有效：疼痛较轻可耐受，下肢直腿试验至少抬高30°，但未超过70°；无效：疼痛无改善，无法工作。总有效率=治愈率+好转率。

1.3.2 舒适度：通过28个条目的GCQ量表对两组治疗干预前及干预后3、6个月的（生理、心理、社会文化及精神）舒适度进行予以评测。

1.3.3 腰椎功能：通过10个条目的ODI问卷表对两组治疗干预前及干预后3、6个月的腰椎功能进行予以评测。各项0~6分，分值越低越好。

1.3.4 疼痛情况：通过VAS评分法由患者主观感受打分（0~10分）对两组治疗干预前及干预后3、6个月的腰腿疼痛情况进行评估，分数越高代表疼痛越显著。

1.4 统计学分析

文中所涉数据经SPSS24.0统计软件处理，符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 t 检验。计数资料应用(%)表述，经 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组临床疗效相较

观察组总有效率高于对照组， $P < 0.05$ 。附表1。

表1 两组临床疗效相较[n(%)]

组别	n	治愈	好转	无效	总有效率
观察组	45	25(55.56)	19(42.22)	1(2.22)	44(97.78)
对照组	45	18(40.00)	20(44.44)	7(15.56)	38(84.44)
χ^2	-	-	-	-	4.939
p	-	-	-	-	0.026

2.2 两组GCQ评分相较

对比两组GCQ评分改变，干预前不具统计学差异， $P > 0.05$ ；观察组干预后3、6个月的GCQ评分更高， $P < 0.05$ 。附表2。

表2 两组GCQ评分相较(分， $\bar{x} \pm s$)

组别	n	干预前	干预后3个月	干预后6个月
观察组	45	60.72±12.42	75.23±13.02	89.81±10.02
对照组	45	62.25±12.18	70.11±10.98	81.51±8.79
t	-	0.594	2.017	4.177
p	-	0.554	0.047	0.000

2.3 两组ODI评分相较

对比两组ODI评分改变，干预前不具统计学差异， $P > 0.05$ ；观察组干预后3、6个月的ODI评分更低， $P < 0.05$ 。附表3。

表3 两组ODI评分相较(分， $\bar{x} \pm s$)

组别	n	干预前	干预后3个月	干预后6个月
观察组	45	81.12±6.63	10.96±1.28	2.05±0.61
对照组	45	82.13±6.62	15.09±1.95	4.06±0.85
t	-	0.723	11.877	12.888
p	-	0.472	0.000	0.000

2.4 两组VAS评分相较

对比两组VAS评分改变，干预前不具统计学差异， $P > 0.05$ ；观察组干预后3、6个月的VAS评分更低， $P < 0.05$ 。附表4。

表4 两组VAS评分相较(分， $\bar{x} \pm s$)

组别	n	干预前	干预后3个月	干预后6个月
观察组	45	7.45±1.32	1.08±0.35	0.42±0.03
对照组	45	7.44±1.33	1.39±0.42	0.75±0.05
t	-	0.036	3.804	37.965
p	-	0.972	0.000	0.000

3. 讨论

LDH以腰椎间盘突出性改变为主要诱因，并在外力损伤作用下导致其退变程度加重，腰骶及椎间盘先天性缺陷，加之受寒受潮、负重等外力因素影响而引发疾病^[6]。既往对LDH以保守疗法（药物+针刺）为首选方案，可起到扩张血管、增加血流量的治疗效用，且对炎症细胞聚集及其中介物释放和合成具有良好抑制作用，可降低炎症渗出，促使血运障碍快速恢复，对血供环境具有显著改善价值，在新骨形成、骨组织成熟过程中可发挥诱导促进作用，对前列腺素释放具良好抑制作用，止痛效果显著^[7-8]。

LDH属“腰腿痛、痹症”等范畴，以肾气虚弱所造成的风寒湿邪入侵机体，筋脉内邪气郁结不散，加之操劳过度，筋脉损伤明显加重，导致经脉瘀阻，进而诱发疼痛，临床以腰腿酸麻，无法摇动转身，腰痛如折，随着病情持续发展，极易造成气血不足，肝肾亏虚^[9]。部分患者因饮食居住环境不佳，会在不同程度上损伤其正气，导致脏腑失调，营卫失衡，邪气入侵，受到外力作用导致机体气血受损，经络和气血运行受阻，继而引发疾病。正气不足和风寒湿邪侵入为主要病因，中医治疗时应坚持补肝益肾、活血化瘀、通经活络的原则^[10]。

蜡疗和中药塌渍具有操作简便、安全无创伤、见效快等优势，蜡疗可长时间维持热量，石蜡经加热处理后，可发挥热力作用，对机体腠理疏通，气血顺畅运行具有积极作用，有助于脉络调和，消肿止痛效用显著^[11]。本研究中，玄武散的功效作用在于温经散寒、活血通络、行气止痛等，药力可在蜡疗的持续热力作用下直达病变部位，最大程度上发挥中药药效。此外，蜡疗的温热机制可起到舒通活络、消炎止痛的作用，对其关节活动度提升及软组织损伤修复具有积极促进作用^[12]。二者共奏的治疗效用显著。由于患者病情易反复，情绪波动较大，是导致其迁延难愈的主要因素，情志疏导可消除患者不良情绪，促使患者在治护工作中积极配合。生活及饮

(下转第214页)

中药材以及中药饮片在贮存保管过程中存在的问题与对策研究

陈希超

临沂凯旋医院 山东省临沂市 276035

摘要：目的：分析中药材以及中药饮片在贮存保管过程中存在的问题与对策。方法：本次研究对象为本院中药房中含有的 10 种中药饮片，时间 2020 年 08 月-2021 年 08 月，将 10 种中药饮片均分为 2 份，其中 1 份给予自然贮存方式，纳入对照组，另 1 份给予规范性贮存方式，纳入观察组，比较两组贮存效果。结果 观察组 10 种中药材中有 6 种为优，有 4 种为良，优良率为 100.00%；对照组 10 种中药饮片中有 3 种为优，有 4 种为良，有 2 种为可，有 1 种为差，优良率为 90.00%，后者明显偏低（ $P<0.05$ ）；观察组 10 种中药饮片中有 7 种为优，有 3 种为良，优良率为 100.00%；对照组 10 种中药饮片中有 3 种为优，有 3 种为良，有 3 种为可，有 1 种为差，优良率为 60.00%，后者明显偏低（ $P<0.05$ ）。结论：在中药材以及中药饮片贮存中应用规范性贮存法，能够显著提升贮存效果，便于保护药物，具有推广价值。

关键词：中药材；中药饮片；贮存

中药品种具有多样性，其主要功效有行气导滞，滋阴养液，活血化痰，解表散寒，清热解毒，温经通络，温阳补肾，调理脾胃等^[1]。中医是我国特色文化之一，历史悠久，且历久弥新，在为患者展开中医治疗时，需要展开辨证施治，充分分析患者病情，结合患者个人体质，选取适宜、有效的中药配伍调理，在采取中药治疗时，需要忌口，预防有效性受到影响。对于中药来说，其贮存具有重要意义，需要采取合理方式，避免中药出现变质现象，预防药效受到影响^[2]。本次研究以中药饮片为对象，分析规范性贮存方式的应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

本次研究对象为本院中药房中含有的 10 种中药饮片，时间 2020 年 08 月-2021 年 08 月。10 种中药饮片包括黄芪、地黄、甘草、黄连、芍药、人参、白术、茯苓、当归和五味子。

1.2 方法

1.2.1 对照组

该组患者给予自然贮存方式：自然通风，将其放置于干净、干燥的库房地中，由管理人员开展一般管理。

1.2.2 观察组

该组患者给予规范性贮存方式：①分类保存：根据药性对中药饮片展开分类，种如，对于容易发霉或者是虫蛀的药材需要放在整洁、干燥的库房地中贮存；容易出现泛油现象的药材，需要将其放置于通风情况良好的库房地中贮存。②封闭保存：将中药饮片以及中药材放置于罐子中，封存贮存，然后将罐子放置于通风情况良好的环境中。③低温保存：在贮存中药材以及中药饮片时，不仅仅要将其放在阴凉的环境中，同时要展开辅助处理，种如，可以应用降温装置等，确保库房温度低于 24 摄氏度。④干燥保存：将中药材以及中药饮片放置于干燥环境中贮存，降低库房内部实际含水量，预防药材出现发霉等不良现象。

1.3 观察指标

评估两组中药材/中药饮片贮存效果：优表示中药材/中药饮片在贮存

时未出现发霉、虫蛀等不良现象，外观和质量均未出现变化；良表示中药材/中药饮片在贮存时未出现发霉、虫蛀等不良现象，但是其外观和质量出现轻微改变；中表示中药材/中药饮片在贮存时出现发霉、虫蛀等不良现象；差表示中药材/中药饮片在贮存时未达到以上效果，计算对比两组贮存优良率^[3]。

1.4 统计学分析

数据分析取 SPSS19.0 软件，计数资料用%表示，行 χ^2 检验，（ $P<0.05$ ）时代表具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组中药材贮存效果比较

观察组 10 种中药材中有 6 种为优，有 4 种为良，优良率为 100.00%；对照组 10 种中药饮片中有 3 种为优，有 3 种为良，有 2 种为可，有 2 种为差，优良率为 90.00%，后者明显偏低，有统计学意义（ $P<0.05$ ）。详见表 1。

表 1 两组中药材贮存效果比较[n(%)]

组别	种数	优	良	可	差	优良率
观察组	10	6	4	0	0	100.0
对照组	10	3	3	2	2	60.00
χ^2						5.000
P						0.025

2.2 两组中药饮片贮存效果比较

观察组 10 种中药饮片中有 7 种为优，有 3 种为良，优良率为 100.00%；对照组 10 种中药饮片中有 3 种为优，有 3 种为良，有 3 种为可，有 1 种为差，优良率为 90.00%，后者明显偏低，有统计学意义（ $P<0.05$ ）。详见表 2。

表 2 两组中药饮片贮存效果比较[n(%)]

组别	种数	优	良	可	差	优良率
观察组	10	7	3	0	0	100.0
对照组	10	3	3	3	1	60.00

x^2	5.000
P	0.025

3 讨论

当下中药材/中药饮片在贮存过程中存在多种问题,常见的有^[4]:①中药饮片质量问题:现阶段中药市场上具有假冒伪劣或者是用次充好的中药饮片,种如,有用石竹科、菊科、蔷薇科等植物视为白头翁,将泥沙掺加到猪苓中,将铅丝插入冬虫夏草中等,在采购人员缺乏对药材重量、药性、成色等多个方面知识了解情况下,容易致使质量低下的药材进入到库房中,从而影响到药材贮存和管理工作。②管理人员专业技术不高:当下,中药材管理人员普遍缺乏与中药材/中药饮片管理有关的知识,未能够严格按照标准展开各项操作,从而引发质量问题。种如,部分管理人员缺乏对于不同种类中药材/中药饮片在贮存过程中有关于光照、湿度以及温度等方面知识的了解,未能够将药材放置于正确条件下的环境中贮存,从而致使药材出现霉变、受潮等表现。③中药库房相关设施不齐全:部分库房的密封性和牢固性不符合规范,虫鼠容易进入到中药库房中,从而出现虫蛀等不良现象。另外,中药库房中需要配备冷藏柜、灭火器、货架、窗帘(主要作用为避光)、粘鼠板、干湿温度计、喷水壶或者加湿器、空调、除湿机、垫板(应确保其高度高于10厘米)、换气扇、粘鼠板、台秤以及照明灯等多项设备,从而确保中药贮存质量。

中药品种众多,其分类也具有多种类型。中药的作用众多,不仅能够发挥出清热解毒之功效,同时还可以达到化解淤堵,滋养补肾,改善血液循环等作用。在为患者展开中药治疗时,需要充分根据患者实际情况,适当调配药物,另外,患者在接受中药治疗时,需要加强对饮食的重视程度,促使中药治疗发挥出最大功效^[5]。中药贮存是确保中药外观和质量不出现变化的一项重要措施,由此可见,要想达到预期中的中药治疗效果,必须强化中药贮存管理工作,预防中药出现变性、变质等表现,促使患者临床治疗顺利展开,为患者临床治疗安全性提供保护,促使其快速恢复健康水平。采取规范性贮存法,根据中药材/中药饮片属性,采取干燥贮存、分类贮存、封闭贮存以及低温贮存等方式。根据中药材/中药饮片性质不同,对其进行合理分类,以为其管理工作提供便利,提升管理质量,预防虫蛀、发霉等多种不良情况发生。在对中药材/中药饮片展开干燥保存时,需要将容易泛油现象的药材,放置于通风效果良好的库房中。采取封闭操作措施,尽可能地确保空气和药材之间保持隔绝状态,另外,在此过程中,管理人员需要避免药材之间相互影响,预防发霉等不良事件发生^[6]。采取低温装置等展开低温处理,最大限度上保护药材药性。医院需要定期对相关管理人员展开培训,不断提升其知识储备量,丰富其管理经验。

分析贮存环境问题。本次研究采取规范性贮存法,确保贮存环境通风、阴凉且干燥,严格控制病房内部湿度和温度,预防受环境中光线、温度、水分和湿度等因素影响,致使中药材/中药饮片出现泛油、虫蛀、霉烂和变色等现象,对药材治疗提供保障,确保其能够正常发挥药效。经相关研究显示,贮存温度提升10℃,药物含有各种成分出现化学反应的速度会增加至原来的3倍甚至更多,另外,强光或者高温均有可能致使药物变质。药

物出现发霉现象的因素主要为在温湿度适宜情况下,霉菌孢子会进一步生出菌丝,从而发霉,通常情况下具体条件为水分含量高于15%,湿度高于75%,温度高于25℃。另外,当温度处于20-35℃,相对湿度高于70%,含水量高于13%时,为害虫繁殖创造出了独一无二的条件,受虫蛀影响,药材的药效和质量会受到严重影响。为了解决上述问题,本院在建设库房时,需要充分考虑多种因素,包括通风,干燥等,不可直接受到阳光照射,在选取建筑材料时,应确保其具有较高的隔热性、隔湿性和密闭性,以避免虫鼠侵蚀。将药物放入库房后,需要做好通风、放热、防湿等工作。管理人员可以采取晾晒、洗刷等方式,进行简单除霉,针对中药材含有的水分,可以通过氯化钙、木炭和石灰等,起到除湿功效,在日常管理中,需要维持药材和库房的干燥性。

分析存放问题,采取针对性处理措施。就中药材/中药饮片而言,以其性质为依据,可以将其划分为矿物、动物和植物三种类型,后续分析药材的具体特征,将其划分为数个小类,然后分类存放药物,能够有序出库入库,提升管理质量。例如,针对党参、山药、当归、杏仁等容易变色、发霉和虫蛀的植物类药材,应将其存放于洁净、通风且干燥的环境中;对于骨、动物皮、蛇虫和肉等容易泛油、生虫等动物类药材,需要将其放置于通风情况良好、干燥的小仓库中;而矿物质药材,大多具有不怕虫、重量大、体积小、不生霉等特征,可以将其放置于干净、低矮的常规库房中。针对中药饮片,对其展开分类存放,例如,对于白芍、山药、泽泻和葛根等含有较多淀粉的药材,应将其放置于含有明矾或者生石灰的容器中,采取无毒双层塑料膜袋,将其扎紧;对于木香、当归、薄荷和月季等含有较多挥发油的饮片,需要采取无毒双层塑料膜袋,将其扎紧,然后放置于通风、干燥、阴凉地方;对于何首乌、枸杞子、西洋参、红参、野山参、糖参、知母、玉竹等存在较多糖分的饮片,需要密封存放,并放置于干燥处;对于香附、芫花等用酒泡制的饮片,需要将其放置于密闭容器中,保持环境阴凉。

重视特殊药品的存放。在贮存贵重药品时,需要由专人管理,特殊存放,例如,麝香需要采取瓶装,保持密闭;夏天时,应该将人参和牛黄放置于石灰箱中,避免其出现霉变;针对虫草,可选取95%药用酒精少量,将其喷洒于药材表面,然后密封贮存,也可加入适量花椒,然后共同放入呈密闭状态的玻璃瓶中,将其放入冰箱中,保持冷藏,需要注意的是随着保存时间的延长,药效明显降低;针对鹿茸,贮存环境需要具有一定通风性,将花椒用布包裹,放在旁边,也可以选取95%药用酒精少量,将其喷洒于药材表面,然后密封贮存,如果贮存环境规范,鹿茸能够保存3-5年,不会影响到药效。如果中药为麻类或者毒类,需要由专业人员严格遵守相关规定,对其展开贮藏管理,将其和一般饮片或者中药分开存放,严格执行核对制度、领取制度和发放制度;针对樟脑、火硝、硫磺等易燃中药,在存放时需远离易燃物,严格遵循消防要求,将其放置在安全场所,在夏天,需要避免药物出现自燃。

采取低温、高温养护。采取规范性贮存法,对部分药材实施低温冷藏法保存,将温度控制在0~10℃,能够有效预防药材出现变质、生虫或者

霉变等表现,同时能够提升药物质量,例如全蝎、人参、鹿茸和灵芝等;对于部分药物,采取暴晒烘烤法能够有效将害虫和虫卵杀灭,例如白术、牛膝和党参等,预防药材出现发霉、虫蛀等现象,但需要重视的是温度应小于等于 60℃,以避免药材出现走味、泛油和变色等现象,防止丧失有效成分。采取对抗养护和封闭养护。夏天湿度大、温度高,为霉菌快速发展提供了有利条件。本次研究针对部分饮片和中药,参考含水量安全限度,选取封闭贮存方式,条件许可情况下,可以应用真空封闭,从而避免药物出现霉变、变色等现象。对抗养护主要指的是将大于等于两种类型药物,同时放在同一环境中贮存,选取药物需要含有特殊气味,产生互相克制功效,预防其出现防霉和防虫。例如,将芡实、薏苡仁和大蒜放在一起,能够预防生虫;将人参、枸杞和白酒放在一起,能够预防生虫;将麝香和当归放在一起,能够预防走色,但是在放置人参时,不可将其和薄荷脑、樟脑放置在一起,否则有可能致使人参沾染异味,出现串味现象,对药效产生不良影响。在中药材/中药饮片贮存中,引入规范性贮存法,能够显著提高管理质量。要求相关人员具有专业鉴别药品能力,为保障药品质量打下良好基础,确保药物能够发挥出实际药效。对中药材/中药饮片展开鉴别的方法较多,常见的有理化鉴别法、显微镜观察法等,密切观察药品相关特征,包括颜色、形状、气味等,鉴别药品真假,针对肉眼无法鉴别者,可采取显微镜观察。本次研究结果表明观察组 10 种中药材中有 6 种为优,有 4 种为良,优良率为 100.00%;对照组 10 种中药饮片中有 3 种为优,有 3 种为良,有 2 种为可,有 2 种为差,优良率为 90.00%,后者明显偏低 (P

<0.05);观察组 10 种中药饮片中有 7 种为优,有 3 种为良,优良率为 100.00%;对照组 10 种中药饮片中有 3 种为优,有 3 种为良,有 3 种为可,有 1 种为差,优良率为 60.00%,后者明显偏低 ($P<0.05$)。说明规范性贮存法的应用可以显著提升中药材/中药饮片贮存质量,能够保护药物性质,促使药物发挥出正常功效,针对药品类型、性质等展开科学贮存,以提升临床疗效。

综上所述,在中药材以及中药饮片贮存中应用规范性贮存法,能够显著提升贮存效果,便于保护药物,具有推广价值。

参考文献:

- [1]成晋霞.中药房中药饮片质量管理存在的问题及管理措施分析[J].人人健康,2020,No.523(14):641-642.
- [2]孙小慧,谭荣华.中药材市场监管现状浅析及对策探讨[J].职业技术,2019,v.18;No.234(11):111-114.
- [3]杜健.中药材及中药饮片的贮藏保管经验[J].天津药学,2019,31(02):74-76.
- [4]陈贵,夏稷子,叶文武.黔南州中药材及饮片市场现状及监管对策探讨[J].中国民族民间医药,2020,v.29;No.370(5):93-95.
- [5]郭彩娥,李炜,谢丽容,等.医院中药饮片质量现状及对策探讨[J].北方药学,2019,16(11):166-167.
- [6]贾艳丽,王丽英,于振兰.浅谈我院中药饮片质量管理分析与改进措施[J].中国乡村医药,2020,v.27(1):64-65.

(上接第 211 页)

食指导可预防风寒湿邪侵入机体或造成病情加重,有助于巩固疗效。功能锻炼有助于促进患者血液循环及病灶炎症吸收,疼痛缓解效果良好,且有助于强化脊柱的稳定性,改善肌力。结果显示,观察组总有效率 97.78% 高于对照组 84.44%, $P<0.05$ 。观察组干预后 3、6 个月的 GJC 评分更高,ODI、VAS 评分更低, $P<0.05$ 。提示,临床应用中药塌渍联合蜡疗治疗及护理可快速消除 LDH 疼痛患者症状体征,镇痛效果显著,可促进其腰椎功能恢复,提升其舒适度的改善,临床疗效显著。

综上,中药塌渍联合蜡疗治疗及护理方案可有效缓解 LDH 疼痛患者腰腿疼痛症状,同时可改善其腰椎活动功能及舒适度,适合在临床开展并普及。

参考文献:

- [1]苏豫因,高延征,李方方,等.个性化护理早期干预对腰椎间盘突出症患者术后疼痛及腰部功能的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(22):4162-4165.
- [2]邓楠,丁月蓉,陈思彤,等.腰椎间盘突出症患者术后护理中舒适护理的应用研究[J].中国伤残医学,2020,28(8):76-77.
- [3]陈春秀,刘英杰,董海辉,等.中西医结合护理对腰椎间盘突出症术后患者疼痛的影响[J].中国现代药物应用,2020,14(1):216-217.

[4]郝道劲,王维宁.中药塌渍联合循经推拿治疗腰椎间盘突出症患者腰腿痛的效果观察[J].天津护理,2020,28(4):482-484.

[5]中华医学会骨科学分会脊柱外科学组,中华医学会骨科学分会骨科康复学组.腰椎间盘突出症诊疗指南[J].中华骨科杂志,2020,40(08):477-487.

[6]王德娟.围术期综合护理在椎间盘切除术治疗腰椎间盘突出症患者中的应用分析[J].中国药物与临床,2021,21(19):3340-3342.

[7]陈慧娟,宗颖,詹莉君,等.蜡疗联合针刺对腰椎间盘突出症患者疼痛症状及功能康复的影响[J].中国当代医药,2021,28(25):181-183,194.

[8]郑一非.针刺联合中药熏洗对腰椎间盘突出症患者术后疼痛及功能恢复的影响探讨[J].中国现代药物应用,2021,15(16):192-194.

[9]王印岭.蜡疗联合中药塌渍治疗腰椎间盘突出症的效果及对腰椎功能与疼痛的影响[J].中国实用医刊,2018,045(009):21-23.

[10]董春华.中医辨证分型护理联合中药湿热敷对腰椎间盘突出症患者的影响[J].国际医药卫生导报,2020,26(14):2139-2142.

[11]陈碧玉,康小倩,谭晶,等.路径式康复护理对微创治疗腰椎间盘突出症术后患者功能康复、疼痛程度及生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(7):1298-1301.

[12]王婷.非手术治疗腰椎间盘突出症患者护理中中医辨证施护的应用及效果评价[J].国际护理学杂志,2019,38(20):3419-3422.

医疗机构内中药饮片质量管控的探索

俞萍萍

安徽医科大学附属海螺医院 安徽芜湖 241000

摘要: 中药饮片是药品的一种,也是中医诊治疾病的物质基础之一,医疗机构内中药饮片的质量关系到临床用药的安全和疗效。国家在政策上大力发展和扶持中医药,使民众的知晓度及依从性都有大幅度提高,但中药饮片在日常应用与管理中还存在一些不规范现象,如采购体系不完善、饮片来源混乱、加工炮制和储存不规范等方面。医疗机构应着手从采购源头和质量管控两方面抓起,探索构建以中药饮片以采购管理体系、人员技能提升、入库验收、储存养护等措施加强中药饮片管理,建立科学有效的质量控制体系进行全过程的追溯,保障临床安全、有效、合理用药。

关键词: 医疗机构; 中医药; 中药饮片; 质量管控; 产地; 来源; 储存

中药饮片是药品的一种,是中药材经过一定炮制处理后制成的成品,是中医诊治疾病的物质基础之一,在临床防治疾病中发挥着重要作用。随着国家对中医药的大力扶持,中医药文化的传承和发展过程中在医疗行业内扮演着不可替代的角色。从新型冠状病毒肺炎发生以来,中西药并用,使中医药在抗击疫情中将其精髓与实践生动的结合,为守护人民群众的健康做出重要贡献。然而中药饮片的质量,也是直接关系到临床用药的安全与有效^[1]。

中药饮片品种繁多,科属和来源也多,同一品种,不同产地其有效成分和药用效果也各有差异。饮片的炮制程度、养护储存措施及中药人员辨别药品质量好坏,及时采取相关措施是制约着中药饮片质量的关键因素。医疗机构是中药饮片主要使用单位之一,因此在如何保障临床安全有效合理用药的提前下,提高中药饮片质量的把控,是践行中医药事业稳步发展,推动中西医相互结合、相互补充,将中医药事业迈向更高的台阶,有着重要的作用。

1 医疗机构内中药饮片常见质量问题

根据目前医疗机构内中药饮片使用现状分析,绝大部分医疗机构中药饮片的供给来源于饮片供应商,中药饮片来源广泛,市场质量参差不齐,不同生产企业对饮片质量检验标准也不尽相同,特别是炮制品,炮制规范执行标准不同,除去现有《中华人民共和国药典》(2020版)(以下简称《药典》)标准,各省市制定的标准也略有差异,还有人为因素,如火候、时间掌握不当,操作流程不规范,导致炮制品的有效含量的流失,降低有效成分,影响药效。如麸炒山药,不同厂家炮制出来的饮片从外观、色泽方面,都有很大区别。安徽省药品监督管理局2021年例行抽检药品共9062批次,抽检10批次不合格,其中6批次为中药饮片,不合格率占比60%,主要从药品性状鉴别、总灰分、含量测定这几方面检测的不合格。

1.1 采购体系不完善

医疗机构在签订采购协议时,除了实地调研供应商的供货实力外,往往还通过样品质量、价格、企业服务能力这几个要素来确定由谁来负责供应,价低质优可能会是绝大多医疗机构选择的结果。然而在实际的供应当中,供应商并未完全按照样品的质量标准来供应,以次充好的现象比比皆是。当临床急需这些品种时,不得不使用质量较低的批次。采购部门未及时采取有效的制约方式,这就导致医疗机构内中药饮片的质量在临床使用效率大打折扣。

1.2 中药饮片加工生产不规范

1.2.1 执行标准有差异

我国现有《药典》为中药饮片检验的主要标准之一。每五年更新一次版本,如《药典》规定,麦冬炮制要求轧扁,而压扁到何种程度,只是略轧破表皮还是轧成扁平状,如果压扁过程中力度过大,压成薄饼状,有液枝外流,会造成有效成分的流失^[2]。笔者认为每个生产企业执行的标准及

力度是有差异的。在医疗机构内,现还有流通使用2015版药典规定的麦冬,未要求轧扁。

1.2.2 饮片来源不同

中药饮片讲究道地药材,不同药材的生长环境,对温湿度、光照、土壤要求也不同。如同一品种基源不同,加工方法也有区别。一药多源,如菊花,产地不同,质量也有差异,菊花品种有贡菊、杭白菊、滁菊和亳菊。如当归来源为伞形科植物当归的干燥根,以甘肃东南部生产为质优。主要有补血活血,调经止痛、润肠通便的功效,饮片横切面多数有油点,质润,香气浓郁。随着中医药的快速发展,中药饮片临床需求量也日益增大,当甘肃产的当归供不应求时,临床上常有其他产地当归来冒充,常见欧当归,欧当归为伞形科植物欧当归的干燥根,具有通经止痛,发汗利尿的功效^[3],其生长周期短,易栽培优点。

1.2.3 不同产地饮片出现混用现象

中药饮片来源不同,产地不同,非道地药材和道地药材在临床使用的疗效略有差异。如《药典》记载陈皮为芸香科植物橘及其栽培变种的干燥成熟果皮,分为陈皮和广陈皮,功效为燥湿化痰、理气健脾^[4]。栽培变种主要有茶枝柑(广陈皮)、大红袍、温州蜜柑、福橘。有研究表明^[5]陈皮中主药成分橙皮苷的含量并非广陈皮含量最高,但在川陈素、橘皮素中一以广陈皮含量相对较高,广陈皮为道地药材祛痰、理气功效优于非道地药材^[6]。如医疗机构申报采购计划陈皮,未明确标注广陈皮还是陈皮,供应商在供给饮片时也出现过不同产地交叉发货,导致医疗机构内临床使用陈皮药效不太稳定。

1.3 养护存储措施不当

中药饮片成分复杂,含有生物碱、苷类、甾体类、挥发油等成分,医疗机构内中药房及库存储存环境和方法不妥当时,特别在我国南方地区,夏季梅雨季节期间,天气潮湿闷热多雨,湿度偏高,若不采取对应措施,易导致饮片质变,降低或改变有效含量,减弱临床药效,所以,做好中药饮片存储养护工作,对临床用药疗效有着至关重要的作用。

1.3.1 温度

一般来说,当温度在25℃以下比较适宜饮片存储,温度过高会孳生害虫和霉菌的繁殖,容易发生虫蛀和霉变现象;还有些含油脂类饮片,在高温状态下受热易泛油酸败;含糖类和粘液质较多的饮片,温度过高会粘结成块。若温度过低,也会部分植物饮片细胞壁会有不同程度的受损,会直接影响其有效含量。

1.3.2 湿度

中药饮片含水量一般控制在7%-13%,其存储湿度一般控制在70%以下,当空气中湿度大于70%时,会使饮片的自身含水量增加,长期处在潮湿的环境中,易使饮片内部结构发生变化,引起霉变。像芒硝在潮湿的环境中很容易潮解融化,使药物性状发生变化。

1.3.3 日光

中药饮片大部分都置放在药斗内，极少部分饮片因潮湿或其他因素通过阳光直射，使饮片组织中水分减少并杀霉菌，若时间掌握不当，日光的热能会使药物的温度增高，饮片内部质量发生变化，特别是含挥发油饮片，如肉桂、薄荷、当归等。

2 加强医疗机构内中药饮片质量管理改进措施

2.1 制定合理的中药饮片管理体系

在基层医院或非中医二甲以上医院，普遍存在着中药药事制度不健全，大部分医院将西药药事为主导业务的现象，针对此现象，笔者认为可以在医疗机构内药事管理委员会的带动下，完善中药药事管控工作，建立行之有效的流通饮片渠道，从制度源头提升中药饮片质量，做到中药饮片检验质量时有据可依，主管科室内部要定期自查整改，防微杜渐。

2.2 合理拟定计划，严控采购管理

医院在拟定中药计划时，要严格了解本院用药情况、现有库存量、临床科室医生用药习惯等方面的因素，综合各项因素后再制定合理计划，避免造成冷门饮片积压，长期不用导致药性挥发、虫蛀、霉变等。同时还要考虑不同季节临床特色诊疗项目用药的变化，如冬病夏至、冬令进补等特殊季节用药的采购。

医疗机构一般设有采购部门，采购制度及流程要健全，特别是突发应急情况下的采购流程。医疗机构除了要审核饮片供应商合法资质外，每年还应当与供应商签订《质量保证协议书》，每批次饮片的质检报告单要及时提供，使用部门要及时反馈饮片使用过程中出现的质量问题，做到有效持续沟通，降低因采购源头而出现的饮片质量问题。另外中药饮片也是农副产品，价格也会随市场行情波动有浮动，合同以价低质优的标准签订，当某种饮片在市场环境的影响下，价格不可避免的超过当初签订的价格时，供应商为了自己生存利益，降低饮片质量等级，品质降低会对药效大打折扣，所以医疗机构在遇到此类情况时要提前拟定好相应供应方案，对于不执行方案的供应商，要坚决制止及时解除合作关系。

2.3 加强中药专业技术人员的培训和技能提升

在国家大力发展中医药事业的同时，中药专业技术人员（以下简称“技术人员”）的专业技能也要不断的得到提升，只有提高自身的专业知识素养，才能在医疗机构内对饮片质量的把控做的游刃有余，为临床安全用药保驾护航。

技术人员要熟知药事管理与法规的相关规定，重点掌握中药学、中药调剂学、中药鉴定学、中药炮制学、药用植物学、中药化学、中医基础理论的知识，从饮片的来源、种类、鉴定、功效等方面来学习，将理论知识作为后续工作的基石。中药饮片质量的鉴定，除了要扎实的理论知识作为支撑，也要经过长期实践积累经验，还要向经验丰富的前辈进行“传帮带”的学习。医疗机构内可定期组织技能大赛，以比赛的方式激励技术人员技能的提升，拓宽知识培训途径，健全和完善业内激励和淘汰机制，同时要了解中药饮片市场行情及动态，组织技术人员去中药材市场进行实地考察，参观学习道地药材种植基地、动物驯养基地，通过实践交流，全面提升技术人员的专业素养。

2.4 加强中药饮片入库验收管理

医疗机构内对于中药饮片验收要严格把关，验收员由中药鉴定经验丰富的中药专业技术人员负责，参照《药典》或省、市、直辖市主管部门牵头制定的部颁标准来进行通过对饮片性状的鉴别验收，应当建立中药饮片采购验收记录，记载供货单位、品名、数量、到货日期、规格、批准文号（实施文号管理的中药饮片）、生产厂商、质量状况、验收结论、验收人员等内容【7】，医疗机构应高度重视验收这一环节，参考标准执行，对于

不合格的拒绝验收入库。

2.5 制定科学的储藏与养护方法

中药饮片储藏应根据不同饮片的性状和有效成分含量特征进行分类储藏，针对易霉变、虫蛀等变质现象的饮片（表1），可加强养护频次，储藏环境的温湿度要达到要求，常温储存环境温度为25℃以下，湿度保持在35%-75%之间；如贵细量少的品种可采取容器密封储藏；高温天气易虫蛀的品种可采取低温养护法，一般2-10℃为宜。

表1 易变质中药饮片品种

分类	常见易变质中药饮片品种	占我院总品种比例
易霉变品种	地榆、川牛膝、板蓝根、大青叶、生麦芽、全蝎、青风藤、佛手、娑罗子、白鲜皮、陈皮、木瓜	2.8%
易泛油品种	燀苦杏仁、燀桃仁、柏子仁、当归、天冬、枸杞子	1.4%
易虫蛀品种	党参、黄芪、薏苡仁、黄精、莲子、天葵子、白芷、山药、桔梗、北沙参、川芎、天花粉、胖大海、白果仁、龟板	3.5%

3 小结

2019年全国人大常委会对《中华人民共和国药品管理法》进行了修订，并明确提出药品必须符合国家标准。中药饮片是药品的一种，从其规范种植、收集、炮制、检验，

再到临床应用，医疗机构对其质量的来源及生产过程的知晓权是相对被动的，但医疗机构有义务将饮片从入库、验收、养护到临床使用等这一系列的过程中，建立科学有效的质量控制体系进行全过程的追溯，在管理层方面要做好监督职责，在一线工作人员上要落实各项保障措施，提高中药在临床使用的疗效。

参考文献：

[1]石典花，戴衍朋，张军，58家医疗机构中药饮片质量鉴定人员现状调研分析及相关建议【J】，中国医院，2021（10）13-14

[2]朱跃华，王辉。麦冬不同加工方法对其成分浸出速度的影响。【J】.2000.14

[3]史巧霞，杨锡仓.欧当归的合理开发与应用探讨.【J】.内蒙古中医药，2016.35.（6）37

[4]国家药典委员会编，中国药典.一部【M】.中国医药科技出版社.2020.199-200

[5]宋玉鹏，陈海芳，谭舒舒，胡源祥，杨武亮.不同陈皮来源药材中橙皮苷川陈皮素、橘皮素和辛弗林的含量比较【J】.时珍国医国药.2007.28.9

[6]罗琥捷，刘硕，杨宜婷.不同产地陈皮的甲氧基黄酮含量及祛痰理气功效比较研究【J】.湖北中医药大学学报.2015.17.5

[7]国家食品药品监督管理局，执业药师资格认证中心编，中药学综合知识及技能【M】.中国医药科技出版社.2014.173

补肾助阳针刺法治疗中风后失眠的疗效观察

吴政

上海市普陀区长寿街道社区卫生服务中心 200060

摘要：目的：探讨补肾助阳针刺法治疗中风后失眠患者的临床疗效。方法：选择本院于2020年1月至2021年12月期间收治的中风后失眠患者160例患者作为研究资料，随机抽签分组各80例，对照组采取常规西医药物治疗，观察组增加补肾助阳针刺法治疗，评价两组临床疗效及中医症候积分，测定治疗前后睡眠质量评分、血清指标水平变化。结果：观察组治疗有效率95.00%显著高于对照组81.25%， $P<0.05$ 。治疗后观察组入睡困难、多梦易醒、晨起困难、心悸易惊等评分显著低于对照组， $P<0.05$ 。治疗后观察组PSQI评分、SRSS评分、血清SP显著低于对照组，血清NPY显著高于对照组， $P<0.05$ 。结论：在中风后失眠患者常规治疗基础上增加补肾助阳针刺法可有效缓解症状，促进良好入睡，保证睡眠质量，恢复充沛精力，而且调节机体血清SP、NPY表达，改善昼夜生物节律，治疗价值较高。

关键词：补肾助阳针刺法；中风后失眠；中医症候积分；睡眠质量

脑卒中俗称为中风，是指突发且进展迅速的脑缺血性或脑出血性疾病，造成局灶性或整体脑组织损害，发病率、致残率、复发率及死亡率均较高，尤其我国中风病死率极高，对其的预防及治疗备受临床重视^[1]。中风后失眠属于常见的中风并发症，主要是指患者恢复期及后遗症期出现的睡眠质量降低疾病，表现出头痛、焦虑、抑郁、神经衰竭等症状，不仅影响精神状态、生活质量，还对神经功能及认知功能造成危害，甚至加重中风躯体症状，不利于中风康复^[2]。常规治疗中风后失眠采取镇静安眠类药物治疗，可起到一定辅助睡眠作用，此类药主要是缓解患者临床症状，未能针对该病的基本发病机制。治疗虽然见效快，但作用时间短、副作用较大，常易引起诸多的不良反应，如困倦、乏力、头昏、嗜睡等神经系统表现，以致影响患者的工作和学习。如果长时间或增加剂量服药，很容易产生对药物的依赖，风险较高^[3]。补肾助阳针刺法作为非药物治疗中医技术，适宜应用在中风后失眠治疗中，可起到安神定志、阴阳平衡作用，缓解失眠症状。为此，本次研究对补肾助阳针刺法治疗中风后失眠患者的临床疗效进行了探讨，选择本院于2020年1月至2021年12月期间收治的中风后失眠患者160例患者作为研究资料，详细报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院于2020年1月至2021年12月期间收治的中风后失眠患者160例患者作为研究资料，随机抽签分组各80例，患者知情同意，签署同意书，医院伦理委员会批准。对照组男性43例，女性37例，年龄41岁至75岁，平均年龄 (61.76 ± 4.16) 岁，病程1个月至10个月，平均病程 (4.22 ± 2.21) 个月；观察组男性45例，女性35例，年龄40岁至75岁，平均年龄 (61.82 ± 4.23) 岁，病程1个月至10个月，平均病程 (4.25 ± 2.18) 个月；两组基本资料比较无统计学意义， $P>0.05$ 。

纳入标准^[4]：中风经CT或MRI检查确诊，且符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南》及《中风病诊断与疗效评定标准》相关标准。失眠《中国成人失眠诊断与治疗指南(2017版)》诊断标准及《中医病证诊断疗效标准》“不寐”标准。匹兹堡睡眠质量指数量表(PAQI)评分 ≥ 7 分；

排除标准^[5]：中风发病前出现失眠、焦虑、抑郁等精神障碍性疾病的

患者；严重的心、肝、肾疾病或处于急性期，生命体征不稳定患者；就诊前2周内曾服用助眠药物患者；针刺严重晕针患者；精神异常及意识障碍患者。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 给予中风病常规治疗，包含清除自由基、抑制血小板、降低颅内压、营养脑细胞、改善脑循环等及其他对症治疗等，同时给予艾司唑仑片(广东台城制药股份有限公司，国药准字H44021098)口服，每天1次，每次1-2mg，连续4周。

1.2.2 观察组 上述中风病常规治疗及艾司唑仑片用药基础上，增加补肾助阳针刺法治疗，取双侧穴位，含百会穴、神庭穴、印堂穴、四神聪穴、神门穴、安眠穴、三阴交穴、足三里穴、内关穴，局部消毒后，百会穴、神庭穴斜刺0.5-1.0寸，印堂穴、四神聪穴平刺0.5-0.8寸，神门穴、安眠穴直刺0.5寸，三阴交穴、足三里穴、内关穴直刺1寸，平补平泻法，留针30min，每天1次，每周6次，连续4周。

1.3 观察指标

评价两组临床疗效^[6]：痊愈为睡眠深沉，睡眠时间恢复正常或 $>6h$ ，白天精力充沛；显效为睡眠深度改善，睡眠时间增加 $>3h$ ，白天精力良好；有效为睡眠时间增加 $<3h$ ；无效：无明显变化或加重。治疗有效率=(痊愈率+显效率+有效率)。

中医症候积分参照《中药新药临床研究指导原则》^[7]评价，包含入睡困难、多梦易醒、晨起困难、心悸易惊等，0-3分，分数越高症状越严重。测定治疗前后睡眠质量评分，采取PSQI评分和睡眠状况自评量表(SRSS)评分评价，均为分数越高，睡眠质量越差。测定治疗前后患者血清P物质(SP)、神经肽类物质神经肽Y(NPY)水平变化。

1.4 统计学处理

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

2 结果

2.1 两组治疗效果比较

分析表1可知，观察组治疗有效率95.00%显著高于对照组81.25%，P

<0.05。

表 1 两组治疗效果比较 (%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	治疗有效率
观察组	80	54(67.50)	12(15.00)	10(12.50)	4(5.00)	76(95.00)
对照组	80	31(38.75)	22(27.50)	12(15.00)	15(18.75)	65(81.25)

照
组

X ²	--	--	--	--	--	7.226
P	--	--	--	--	--	0.007

2.2 两组中医症候积分比较

分析表 2 可知,治疗前两组中医症候积分各维度比较无明显差异, $P>0.05$; 治疗后观察组入睡困难、多梦易醒、晨起困难、心悸易惊等评分显著低于对照组, $P<0.05$ 。

表 2 两组中医症候积分比较 (分, $\bar{X}\pm S$)

组别	例数	入睡困难		多梦易醒		晨起困难		心悸易惊	
		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	80	2.04±0.25	0.52±0.12	1.88±0.22	0.76±0.13	2.12±0.31	0.80±0.21	1.56±0.18	0.52±0.12
对照组	80	2.01±0.24	0.95±0.16	1.90±0.24	1.15±0.21	2.10±0.29	1.45±0.25	1.53±0.17	0.85±0.13
t	--	0.774	19.230	0.549	14.123	0.421	17.806	1.083	16.683
P	--	0.439	0.000	0.583	0.000	0.674	0.000	0.280	0.000

2.3 两组睡眠质量及血清指标比较

分析表 3 可知,治疗前两组 PSQI 评分、SRSS 评分、血清 SP、NPY

比较无明显差异, $P>0.05$; 治疗后观察组 PSQI 评分、SRSS 评分、血清 SP 显著低于对照组,血清 NPY 显著高于对照组, $P<0.05$ 。

表 3 两组睡眠质量及血清指标比较 ($\bar{X}\pm S$)

组别	例数	PSQI 评分 (分)		SRSS 评分 (分)		SP ($\mu\text{g/L}$)		NPY (ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	80	15.52±2.81	6.12±1.15	42.23±5.65	20.02±4.11	112.52±15.62	60.24±8.83	104.43±12.23	145.52±15.07
对照组	80	15.61±2.79	10.25±1.87	42.25±5.73	28.82±5.03	113.36±15.45	90.25±10.77	105.03±12.52	124.46±13.35
t	--	0.203	16.826	0.022	12.117	0.341	19.273	0.306	9.356
P	--	0.839	0.000	0.982	0.000	0.732	0.000	0.759	0.000

3 讨论

近年来中风恢复期的并发症预防及治疗备受临床重视,其中中风后失眠较为多见,多数患者在中风后 3-5 内发生失眠,症状持续时间长,对患者身心健康造成极大危害^[8]。现代医学认为脑卒中损害了与睡眠有关的相关解剖部位,有眶部皮质、丘脑、中缝核、延髓网状结构抑制区和脑干的上行网状系统等。比如 5-羟色胺 (5-HT),动物实验研究表明,使用药物耗尽动物中枢的 5-HT 后,可表现出明显的失眠症状。5-HT 为参与睡眠-觉醒周期中枢性调节的主要神经递质,是脑中关键的促眠因子,中风后由于脑组织的器质性改变,神经递质的正常传导通路受到严重影响,进而引起 5-HT 的含量下降,并且在脑组织损伤的情况下,5-HT 倾向聚积于该区域,从而导致睡眠障碍发生。还有 γ -氨基丁酸 (GABA):脑卒中时大脑不能分泌足量的对中枢神经元具有普遍抑制作用的 GABA,而分泌对中枢神经具有兴奋作用的谷氨酸 (Glu) 相对较多,因此人难以获得正常睡眠。现代医学认为中风后患者脑组织不可逆损伤,释放大量有害物质,损害与失眠相关的丘脑、网状结构等,并促使大脑处于高度活动状态,继而导致失眠,治疗多选择镇静安眠类药物,可起到促进失眠作用,如艾司唑仑片服用后可作用于苯二氮草受体,阻滞对网状结构的激活,起到镇静催眠效果,短期内可获得助眠作用,但失眠症状改善并不彻底,而且无法长期应用,否则易引发严重不良反应。中风后失眠患者多出现神志疲乏、

躯体疼痛、精神压力大等症状,不仅影响精神状态及康复治疗,且加重中风病情。中医认为中风后失眠病因为患者中风后机体脉络阻塞、脑络失于濡养,病机为髓海空虚,心脑之神失养,而且患者体质虚弱,肾元不足,心神失养,治疗需帮助患者恢复肾精充沛,促使脑髓得养,心有所依,即需采取补肾疗法。补肾助阳针刺法作为中医技术,主张通过补肾益髓,通督调神起到改善失眠症状作用,而且祖国医学认为督脉统一身阳气,且贯脊属肾,络肾贯心,入络于脑,具有调节神志、醒脑开窍、补益脑髓作用。补肾助阳针刺法取穴百会穴、神庭穴、印堂穴均为督脉经穴,起到安神定惊、醒脑通窍、调节阴阳作用,针刺后通达全身之阳气。针刺四神聪穴起到健脑益智,清利头目、宁神止晕作用。神庭穴为经气灌注和气血渐盛之部位,针刺后起到调理阴阳、宁心安神作用。安眠穴针刺后具有熄风潜阳、清脑安神功效,并可调节跷脉经气,促使患者闭目安眠。三阴交穴针刺后可调整肝、脾、肾三阴脏功能,起到补益脑髓、调血安神作用。足三里穴具有安神益气、补虚作用。内关穴为手厥阴心包经穴,针刺后可宣发心神之气。现代医学认为针刺神门穴可刺激睡眠相关的神经中枢系统,释放一系列神经递质,起到镇静催眠效果。补肾助阳针刺法将通督、补肾、安神等穴位结合,有效调节阴阳,促使气血顺和,改善睡眠质量。本次研究结果显示观察组治疗有效率 95.00%显著高于对照组 81.25%,且观察组入

(下转第 221 页)

六味地黄丸治疗肾阴虚型 2 型糖尿病合并高脂血症的临床疗效分析

高雅静

北京市丰台区方庄社区卫生服务中心 芳城东里卫生站 100010

摘要：目的：探讨在肾阴虚型 2 型糖尿病并发高脂血症患者治疗中应用六味地黄丸施治的价值。方法：试验对象选择于 2021 年 1 月-2021 年 12 月时间段内，在本院接受治疗干预的肾阴虚型 2 型糖尿病并发高脂血症患者 90 例，采取随机数字表法分作对照组与观察组，每组患者各 45 例，在治疗期间对照组提供常规西医疗法，观察组则在对照组治疗基础上提供六味地黄丸施治，统计施治后两组疗效、血糖水平、血脂水平及心脑血管事件差异性。结果：观察组施治总疗效高于对照组， $P < 0.05$ ；观察组空腹血糖值、餐后 2h 血糖值与糖化血红蛋白水平各项血糖指标水平低于对照组， $P < 0.05$ ；观察组总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白与低密度脂蛋白各项血脂水平优于对照组， $P < 0.05$ ；观察组心脑血管事件总发生率低于对照组， $P < 0.05$ 。结论：对于肾阴虚型的患者通过在常规西医疗法治疗基础上加入六味地黄丸实施，可有效改善患者血糖与血脂水平的同时，还能减少其发生心脑血管事件风险，有利于促进患者恢复及改善其生活质量，适宜临床推广与借鉴。

关键词：2 型糖尿病；高脂血症；六味地黄丸；心脑血管事件；施治疗效；血糖血脂水平

糖尿病属于临床常见内分泌疾病，主要是因机体缺乏胰岛素分泌或者靶器官、靶组织等对于胰岛素的敏感性下降所致，临床体征以血浆葡萄糖水平上升为主，且大部分患者合并出现脂肪代谢紊乱情况^[1-2]。2 型糖尿病作为常见糖尿病类型，一旦糖尿病患者合并出现高脂血症，将显著提升患者致死率与致残率，严重威胁到中老年患者健康^[3-4]。糖尿病与高脂血症作为冠心病与脑血管病发生独立危险因素，二者间会相互促进，易增加患者发生心脑血管疾病风险，同时二者也是代谢综合征发生必要条件，可间接或直接促进多类疾病发生，故而及时予以有效救治，对改善患者症状、抑制疾病发展及提高其生活质量起着积极意义^[5-6]。目前，临床西医大多以药物方式对患者施治，二甲双胍、阿托伐他汀作为常用治疗药物，虽可有效改善患者症状，然而存在治标不治本情况，且长期服用易增加患者发生不良反应风险，为有效提升临床疗效，本研究以 2021 年 1 月-2021 年 12 月在我院就医的 90 例肾阴虚型 2 型糖尿病并发高脂血症患者作为本次试验所选对象，主要目的是为了探讨以中药六味地黄丸对患者展开治疗干预的价值，现分析如下：

1. 资料与方法

1.1 病例资料

选择 90 例属于肾阴虚型患有糖尿病且合并存在高脂血症的患者，用随机数字表法随机分为观察组和对照组，组间基础资料，对照组：年龄最高在 80 岁，最低在 47 岁，均龄值在 63.45 ± 8.74 岁，男性 25 例，女性 20 例，患病时间最长在 10 年，最短为 6 个月，患病时间平均在 4.23 ± 1.06 年；观察组：年龄在 45 岁至 80 岁，均龄值是 63.17 ± 8.46 岁，男性与女性占比例 27 例与 18 例，患病时间在 6 个月至 10 年，平均患病时间在 4.34 ± 1.12 年。综合分析 2 组资料数据 ($P > 0.05$)，可对比。本组对象入选要求：(1) 满足 WHO 制定有关 2 型糖尿病与高脂血症相关诊断要求，经临床实验室检查明确为初发 2 型糖尿病合并高脂血症；中医辨证属于肾阴虚型。(2) 签署同意书并愿意配合试验；(3) 临床基础资料无缺失；(4) 入组前 1 个月无他汀类调脂药物应用史；(5) 对本研究应用药物无过敏史；(6) 具备

正常沟通与交流能力。排除：(1) 肝肾功能严重异常；(2) 甲状腺功能存在异常；(3) 存在其它影响脂代谢疾病；(4) 存在严重感染或者急性糖尿病并发症；(5) 存在肿瘤疾病；(6) 中途失联或转院。

1.2 方法

对照组提供常规西医疗法，药物选择二甲双胍（生产企业是中美上海施贵宝制药有限公司）与阿托伐他汀（生产企业是辉瑞制药有限公司），其中二甲双胍于用餐前服用，第一周时每次服用剂量为 0.25g ，3 次/日，之后每次用药量为 0.5g ，每日服用 3 次；而阿托伐他汀则每次口服 20mg ，每晚服用 1 次，持续治疗 12 周；观察组则在上述治疗基础上加用六味地黄丸（北京同仁堂科技发展股份有限公司）施治，每次口服剂量为 6g ，每日治疗 2 次，总共治疗 3 个月。在施治过程中对 2 组患者展开健康宣教，严格控制其每日饮食，叮嘱患者强化机体锻炼；关注患者用药反应，告知其一旦出现异常及时至院治疗。

1.3 指标观察及判定标准

(1) 施治疗效，对比指标：①无效：症状与体征并未得到改善，部分甚至加重，中医证候总积分降低幅度在 30% 以下；②有效：症状及体征得到缓解，且中医证候总积分降低幅度在 30%-70%；③显效：症状与体征显著改善或者基本消失，中医证候总积分下降 70% 以上；总疗效为有效率与显效率之和；(2) 血糖水平，对比指标：空腹血糖值、餐后 2h 血糖值与糖化血红蛋白水平；(3) 血脂指标：对比指标：总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白与低密度脂蛋白；(4) 心脑血管事件，对比指标：顽固性心绞痛、糖尿病足、糖尿病周围神经病变、血运重建与脑血管病，总发生率为各项指标和。

1.4 数据处理

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

2 结果

2.1 施治疗效

表 1 可知,通过对比 2 组施治总疗效,观察组高于对照组,组间差异显著, $P<0.05$ 。

表 1 对比施治后组间总疗效 (n, %)

组别	例数	无效	有效	显效	总有效
对照组	45	10	20	15	35 (77.78)

观察组	45	2	20	23	43 (95.56)
χ^2 值	-	-	-	-	6.154
P 值	-	-	-	-	0.013

2.2 血糖水平

表 2 可知,通过对比组间施治前血糖指标,无显著差异, $P>0.05$; 经施治后,与对照组相比,观察组各项血糖指标水平较低,组间差异显著, $P<0.05$ 。

表 2 对比施治前后组间血糖指标变化 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	空腹血糖/mmol·L		餐后 2h 血糖值/mmol·L		糖化血红蛋白/%	
		施治前	施治后	施治前	施治后	施治前	施治后
对照组	45	9.75±1.63	7.89±1.54	13.02±1.54	10.28±1.65	8.84±1.35	7.75±1.63
观察组	45	9.39±1.59	6.14±1.49	13.18±1.49	9.01±1.21	8.93±1.29	6.89±1.26
t 值	-	1.061	5.478	0.501	4.164	0.323	2.800
P 值	-	0.292	0.000	0.618	0.000	0.747	0.006

2.3 血脂水平

表 3 可知,相较于施治前,施治后 2 组血脂水平得到改善,且观察组

各项指标优于对照组,组间差异显著, $P<0.05$ 。

表 3 对比施治前后组间血脂指标变化 ($\bar{x}\pm s$, n=90, mmol/L)

组别	总胆固醇		甘油三酯		高密度脂蛋白		低密度脂蛋白	
	施治前	施治后	施治前	施治后	施治前	施治后	施治前	施治后
对照组	7.11±0.54	6.78±0.42	3.01±0.47	2.92±0.39	0.85±0.09	1.07±0.21	4.57±0.62	3.87±0.29
观察组	7.04±0.49	6.13±0.26	3.11±0.49	2.54±0.31	0.83±0.08	1.39±0.26	4.64±0.59	3.71±0.21
t 值	0.644	8.827	0.988	5.117	1.114	6.423	0.549	2.998
P 值	0.521	0.000	0.326	0.000	0.268	0.000	0.585	0.004

2.4 心脑血管事件

表 4 可知,通过对比 2 组心脑血管事件总发生率,观察组低于对照组,组间差异显著, $P<0.05$ 。

表 4 对比施治后组间心脑血管事件发生率 (n=90, %)

组别	顽固性心绞痛	糖尿病足	糖尿病周围神经病变	血运重建	脑血管病	总发生率
对照组	2	3	3	2	2	12(26.67)
观察组	1	1	1	0	0	3 (6.67)
χ^2 值	-	-	-	-	-	6.480
P 值	-	-	-	-	-	0.011

3 讨论

2 型糖尿病也被称作成人发病型糖尿病,好发于中老年患者中,属于糖尿病常见类型,一旦患上糖尿病后,易导致机体血糖水平上升,引发患者出现脂肪代谢紊乱现象的同时,还能促进糖尿病发展,二者间互相促进,

不仅严重威胁患者健康,还会增加临床治疗难度,提升患者发生心脑血管疾病风险^[7-8]。据相关研究显示,人体中糖代谢和脂代谢有密切关联,一旦糖代谢出现异常后,易对体内脂质正常合成与分解造成影响,促使体内脂质合成提升、分解速度减慢,最终引发血脂紊乱情况发生,而引发 2 型糖尿病并发高血脂的发生机制较为复杂,若脂肪细胞因子分泌与功能发生紊乱,易参与至血管病变与代谢紊乱发生中,在一定程度上增加患者发生心脑血管疾病率^[9-10]。与此同时,引发血脂异常的重要因素与动脉粥样硬化有关,易引发重要器官血液供应出现障碍,临床表现以冠心病与脑梗死为主,故而长期有效控制血脂处于正常范围内,对降低动脉粥样斑块、预防动脉粥样硬化及降低脑卒中、冠心病疾病发生起着积极意义。故而在有效控制患者体内血糖水平的同时,找到有效治疗干预措施对血脂水平进行有效改善,有利于降低患者发生并发症风险^[11-12]。本研究中,经比较常规西医疗法与联合中药六味地黄丸在肾阴虚型 2 型糖尿病并发高血脂症患者中的施治效果差异性,结果显示施治后观察组总疗效达 95.56%,高于对照组 77.78%,且观察组心脑血管事件总发生率为 6.67%,低于 26.67%,证实联合以中医药方式展开治疗干预,可有效抑制患者疾病发展,缓解临床症状的同时,还能起到降低患者发生心脑血管事件发生率,有利于改善患者预后质量;本研究结果还显示,观察组总胆固醇指标为 6.13±0.26mmol/L、甘油三酯指标为 2.54±0.31mmol/L、高密度脂蛋白指标为 1.39±0.26mmol/L、低密度脂蛋白指标为 3.71±0.21mmol/L,优于对照组 6.78±0.42mmol/L、2.92±0.39mmol/L、1.07±0.21mmol/L、3.87±0.29mmol/L,且观察组空腹血

糖指标为 $6.14 \pm 1.49 \text{ mmol/L}$ 、餐后 2h 血糖值指标为 $9.01 \pm 1.21 \text{ mmol/L}$ 、糖化血红蛋白指标为 $6.89 \pm 1.26\%$ ，低于对照组 $7.89 \pm 1.54 \text{ mmol/L}$ 、 $10.28 \pm 1.65 \text{ mmol/L}$ 、 $7.75 \pm 1.63\%$ ，可见以常规西医疗法与六味地黄丸对患者施治，可有效控制其血糖与血脂水平处于正常范围内，进一步改善患者症状，临床应用意义较高。原因如下：二甲双胍与阿托伐他汀作为临床西医常用治疗药物，其中二甲双胍属于双胍类药物，经提升外周组织的胰岛素受体数量后，可增强外周组织对于血糖摄取率与利用率，以此来实现降低血糖，对胰岛素抵抗情况进行改善。阿托伐他汀属于还原酶抑制剂，可有效降低甘油三酯与血清胆固醇水平的同时，还能对血小板激活进行抑制，起到减少血液粘度作用。联合以二者药物对 2 型糖尿病并发高脂血症患者施治可得到一定疗效，但长期服用易导致患者出现不良反应，对其依从性造成影响，不利于疾病治疗。中医将糖尿病归于“消渴”范畴内，认为疾病发生与素体阴虚、五脏柔软有关，而复发则与饮食不节、情志失调、多度食用肥甘食物且劳欲过度所致肾阴亏虚及脾胃燥热。六味地黄丸属于滋肝补肾类良药，主要由熟地黄、山茱萸、山药、茯苓、丹皮等药物组成，熟地黄有益肾填精功效；山药与山茱萸可养血固精、补肾健脾；茯苓可健脾宁心、利水渗湿；丹皮可活血散瘀、清热凉血；泽泻则有泻热通淋之功效，该药物中不仅有补阳药物，同时还还有补阴药物，可起到阴中有阳、阳中有阴、补而不滞作用。

综上所述，将六味地黄丸应用于肾阴虚型 2 型糖尿病并发高脂血症患者治疗中，可得到确切疗效，建议推广。

参考文献：

- [1]景金凤,梅志敏,梁丽莉.依折麦布联合瑞舒伐他汀治疗 2 型糖尿病合并高脂血症患者的临床疗效[J].黑龙江医药科学,2022,45(01):105-106.
- [2]孙雯雯,王露.阿卡波糖+二甲双胍治疗 2 型糖尿病伴高脂血症的疗

(上接第 218 页)

睡困难、多梦易醒、晨起困难、心悸易惊等评分、PSQI 评分、SRSS 评分、血清 SP、NPY 显著优于对照组，提示补肾助阳针刺法可有效改善失眠症状，改善入睡困难，促使睡眠深沉，保持精力充沛，整体睡眠质量得以改善，而且可调节昼夜生物节律，保持得到良好作息规律，治疗效果极好。结果“治疗组有效率为 92.1%，对照组有效率为 73.7%；治疗组入睡困难、多梦易醒、晨起困难、心悸易惊积分低于对照组；治疗组治疗后血清 SP 水平低于对照组，NPY 水平高于对照组”相近，均证实补肾助阳针刺法可改善患者睡眠质量，疗效确切。

综上所述，补肾助阳针刺法应用在中风后失眠患者治疗中可获得良好的临床疗效，通过调节血清 SP、NPY 表达，可以有效的缓解失眠症状，确保睡眠质量改善，值得推广应用。

参考文献：

- [1]罗本华,庞宇舟,张玲,等.从 5-HT_{1A}、5-HT_{2A} 后信号通路探讨针刺治疗 PCPA 失眠机制[J].广西大学学报(自然科学版),2020,45(5):1211-1216.
- [2]王玲姝,张宇,刘爽,等.针刺联合低频重复经颅磁刺激治疗中风后失

效和安全性分析[J].中国实用医药,2022,17(03):147-150.

- [3]董广通,张知云,晏蔚田等.针刺治疗糖尿病合并高脂血症的研究现状与思考[J].中医学报,2020,35(01):77-80.

[4]张微,严亚琼,刘新会等.老年高血压糖尿病高脂血症及其共病对认知功能的影响研究[J].中国预防医学杂志,2021,22(06):411-417.

- [5]刘畅,邱新萍,马万千.三黄清幽汤结合利拉鲁肽对 2 型糖尿病(脾虚胃热证)合并高脂血症患者脂代谢的影响[J].辽宁中医杂志,2021,48(12):108-111.

[6]何彬彬,熊霞,廖秋红.消渴化浊方治疗 2 型糖尿病合并高脂血症的疗效及对胰岛 β 细胞的影响[J].四川中医,2021,39(03):118-121.

[7]王正.养阴降浊汤联合耳穴贴压疗法治疗糖尿病合并高脂血症的临床分析[J].临床研究,2020,28(03):118-119.

- [8]张丹,黄华.药食同源中药特膳对 2 型糖尿病高脂血症患者体质量指数、体脂含量、骨骼肌含量、空腹血糖及血脂水平的影响[J].甘肃中医药大学学报,2019,36(04):56-60.

[9]林春官.中药养阴降浊汤联合耳穴贴压治疗糖尿病合并高脂血症的价值评价[J].糖尿病新世界,2019,22(03):73-74.

- [10]陈嘉炫,黄苏萍.督脉灸联合西药治疗脾肾阳虚型 2 型糖尿病合并高脂血症疗效观察[J].福建中医药,2019,50(01):73-74.

[11]晏蔚田,魏军平,董广通等.糖尿病合并高脂血症的中医治疗进展[J].世界科学技术-中医药现代化,2019,21(01):80-85.

- [12]黄楚燕,梁宏宇.六味地黄汤加减配合二甲双胍与阿托伐他汀治疗 2 型糖尿病合并高脂血症的临床研究[J].广州中医药大学学报,2017,34(05):635-639.

眠的随机对照研究[J].现代中西医结合杂志,2021,30(6):612-615,620.

- [3]聂芬芬,胡莎,周丽莎,等.针刺治疗中风后失眠临床疗效 Meta 分析[J].陕西中医,2020,41(1):121-126.

[4]秦海军,张倩,陈艺钦,等.补肾通督针刺法对中风后失眠患者睡眠质量及生活质量的影响[J].现代中西医结合杂志,2019,28(30):3378-3381.

- [5]王海涛,王颖,吴海洋.针刺联合艾灸涌泉穴治疗中风后失眠的临床观察[J].中医临床杂志,2020,32(6):1106-1109.

[6]任云锋,胡雨华.针刺十三鬼穴治疗中风后失眠的临床研究[J].陕西中医药大学学报,2017,40(3):32-34.

- [7]张琼琼,孙绍军,汲广成,等.针刺治疗中风后失眠有效性及安全性的 Meta 分析[J].时珍国医国药,2020,31(5):1274-1279.

[8]杨强,王东,王瑞辉.针刺十三鬼穴结合补阳还五汤治疗中风后气虚血瘀型失眠临床研究[J].针灸临床杂志,2019,35(8):13-15.

课题名称：上海市普陀区卫生健康系统科技创新项目

课题编号：Ptkwsw201928

中药内服外敷治疗慢性支气管炎缓解期的疗效研究

季冬梅

江苏省泰州市中医院 呼吸内科 225300

摘要：目的：研究在慢性支气管炎缓解期患者中实施中药内服外敷治疗的临床疗效。方法：在市中医院呼吸内科门诊选取 2020 年 6 月至 2021 年 8 月收治的 46 例慢性支气管炎缓解期患者，将其以数字随机表法予以分组，每组 23 例，对照组单纯中药外敷治疗，研究组实施中药内服外敷治疗，对比分析两组临床总有效率，并对两组治疗前后主要症状积分结果进行评估与对比，另外对两组治疗前后的肺功能指标进行检测与比较，评估两组治疗前后的生活质量并对比。结果：从临床总有效率分析，研究组 95.65%，对照组 73.91%，研究组高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；从主要症状积分分析，治疗前两组评分差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），治疗后两组咳嗽评分、喘息评分、咳痰评分均下降，研究组低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；从肺功能指标分析，治疗前两组指标差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），治疗后两组肺活量、用力肺活量、一秒钟用力呼气容积、最大通气量、最大呼气峰流速均提高，研究组高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；从生活质量评分分析，治疗前两组评分差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），治疗后两组生理功能评分、总体健康评分、情感职能评分、社会功能评分、躯体疼痛评分、生理职能评分、精神健康评分、活力评分均提高，研究组高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：对于慢性支气管炎缓解期患者来说，中药内服外敷治疗效果确切，可以改善临床症状，改善肺功能，提高生活质量，临床价值显著。

关键词：中药内服外敷；慢性支气管炎；缓解期；症状积分；肺功能；生活质量

慢性支气管炎属于内科常见疾病，通常是因感染或非感染因素而导致，使得气管、支气管粘膜及其周围组织出现慢性非特异性炎症，临床主要表现为咳嗽、咳痰、喘息等症状。这一疾病发病率逐年升高，容易反复发作，随着病情的进一步发展，可能会出现慢性阻塞性肺疾病、肺源性心脏病及呼吸心脏衰竭等严重并发症，对患者生命健康构成威胁，降低患者生活质量^[1]。临床上，西医对于慢性支气管炎的治疗，主要针对急性发作，以抗感染、止咳化痰以缓解症状为主，但长时间反复用药容易产生耐药性，而且停药之后容易复发，导致住院时间延长，不仅增加了患者的痛苦，同时也加重了患者的经济负担。中医药治疗历史悠久，有丰富的临床经验，在多种呼吸系统疾病治疗中均取得良好效果，这也对慢性支气管炎稳定期患者治疗提供新途径^[2]。笔者在市中医院呼吸内科门诊选取 2020 年 6 月至 2021 年 8 月收治的 46 例慢性支气管炎缓解期患者作为研究对象，探讨在慢性支气管炎缓解期患者中实施中药内服外敷治疗的临床疗效，报告如下所见。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在市中医院呼吸内科门诊选取 2020 年 6 月至 2021 年 8 月诊治的 46 例慢性支气管炎缓解期患者，所有患者均符合 1979 年《慢性支气管炎临床诊断及疗效判定标准》^[3]，将其以数字随机表法予以分组，每组 23 例，对照组中男女比例为 13:10，年龄 42-78（ 60.13 ± 3.85 ）岁，病程 1-5（ 2.89 ± 0.15 ）年；研究组中男女比例为 14:9，年龄 43-80（ 60.22 ± 3.92 ）岁，病程 1-5（ 2.93 ± 0.17 ）年；两组资料对比差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。纳入标准：临床资料完整，患者及家属知晓且同意参与本次研究，签署知情同意书。排除标准：慢性支气管炎急性发作期、支气管扩张、肺结核、肺癌、支气管哮喘、精神疾病、认知障碍妊娠期及哺乳期妇女、对药物及药贴过敏者。

1.2 方法

对照组单纯中药外敷治疗，选择白芥子，延胡索、细辛、制半夏、肉桂、葶苈子、生甘草以 8:8:8:4:3:3:4 的比例研磨成粉，用醋调成糊状，制成药饼，用专用贴敷贴将其贴于肺俞、脾俞、肾俞、膻中、大椎及足三里，维持 6-8 小时，1 周 2 次，4 周为一个疗程。研究组实施中药内服外敷治疗，外敷治疗与对照组相同，内服中药组成包括炙黄芪 30g、党参 15g、炒白术 12g、熟地 15g、补骨脂 10g、炙紫苑 10g、苦杏仁 10g、制半夏 12g、陈皮 8g、茯苓 10g、防风 10g、红花 10g、五味子 6g、知母 10g、炙甘草 6g，水煎取汁，每天 1 剂，分早晚 2 次服用，7 天为一个疗程，持续 4 个疗程。

1.3 临床观察指标

①临床疗效判定标准：参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]制定，症状积分下降 95%及以上为临床控制，症状积分下降 70%及以上为显效，症状积分下降 30%及以上为好转，症状积分下降不足 30%为无效，临床控制+显效+好转=总有效。②主要症状积分：包括咳嗽评分、喘息评分、咳痰评分，通过《中药新药临床研究指导原则》判定，无症状为 0 分，轻度 2 分，中度 4 分，重度 6 分，评分越高症状越严重。③肺功能指标：涉及到肺活量、用力肺活量、一秒钟用力呼气容积、最大通气量、最大呼气峰流速，通过 CN202M/RSFJ0 型国产肺功能检测仪进行检测。④生活质量：涉及到生理功能评分、总体健康评分、情感职能评分、社会功能评分、躯体疼痛评分、生理职能评分、精神健康评分、活力评分，通过中文版生活质量评价量表（SF-36）评估，评分越高生活质量越好。

1.4 统计学方法

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

2 结果

从临床总有效率分析, 研究组%, 对照组%, 研究组高于对照组, 差

2.1 两组临床总有效率对比

异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1:

表 1 两组临床总有效率对比 [n (%)]

组别	临床控制	显效	好转	无效	总有效
对照组 (n=23)	3 (13.04%)	6 (26.09%)	8 (34.78%)	6 (26.09%)	17 (73.91%)
研究组 (n=23)	8 (34.78%)	10 (43.48%)	4 (17.39%)	1 (4.35%)	22 (95.65%)
χ^2					4.12
P					0.040

2.2 两组主要症状积分对比

治疗后两组咳嗽评分、喘息评分、咳痰评分均下降, 研究组低于对照组,

从主要症状积分分析, 治疗前两组评分差异无统计学意义 ($P>0.05$),

差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2:

表 2 两组主要症状积分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	咳嗽			喘息			咳痰		
	治疗前	治疗后	t/P	治疗前	治疗后	t/P	治疗前	治疗后	t/P
对照组 (n=23)	0.54±0.19	0.28±0.08	6.048/0.000	0.45±0.04	0.28±0.03	16.306/0.000	0.26±0.08	0.18±0.02	4.653/0.000
研究组 (n=23)	0.53±0.15	0.17±0.05	10.919/0.000	0.46±0.05	0.11±0.02	31.170/0.000	0.27±0.09	0.12±0.01	7.944/0.000
t	0.198	5.592		0.749	22.612		0.398	12.869	
P	0.422	0.000		0.229	0.000		0.346	0.000	

2.3 两组肺功能指标对比

大呼气峰流速均提高, 研究组高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

从肺功能指标分析, 治疗前两组指标差异无统计学意义 ($P>0.05$),

见表 3:

治疗后两组肺活量、用力肺活量、一秒钟用力呼气容积、最大通气量、最

表 3 两组肺部功能指标对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	肺活量 (L)			用力肺活量 (L)			一秒钟用力呼气容积 (L)			最大通气量 (L)			最大呼气峰流速 (L/s)		
	治疗前	治疗后	t/P	治疗前	治疗后	t/P	治疗前	治疗后	t/P	治疗前	治疗后	t/P	治疗前	治疗后	t/P
对照															
组	2.33±	2.99±	1.981/	1.47±	1.98±	5.457/	1.44±	1.67±	1.723/	60.55±	67.82±	2.147/0.	2.11±	2.56±	1.956/
(n=2	1.02	1.23	0.027	0.35	0.28	0.000	0.40	0.50	0.046	10.89	12.05	000	0.79	0.77	0.029
3)															
研究															
组	2.35±	3.77±	4.113/0	1.48±	2.40±	8.429/	1.43±	2.30±	6.315/	60.58±	88.44±	8.350/0.	2.13±	3.23±	4.386/
(n=2	1.05	1.28	.000	0.36	0.38	0.000	0.42	0.51	0.000	10.46	12.11	000	0.82	0.88	0.000
3)															
t	0.066	2.107		0.096	4.267		0.083	4.230		0.010	5.789		0.084	2.748	
P	0.474	0.021		0.462	0.000		0.467	0.000		0.496	0.000		0.467	0.004	

2.4 两组生活质量评分对比

从生活质量评分分析, 治疗前两组评分差异无统计学意义 ($P>0.05$), 治疗后两组生理功能评分、总体健康评分、情感职能评分、社会功能评分、躯体疼痛评分、生理职能评分、精神健康评分、活力评分均提高, 研究组高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 4:

表 4 两组生活质量评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	生理功能			总体健康			情感职能			社会功能		
	治疗前	治疗后	t/P	治疗前	治疗后	t/P	治疗前	治疗后	t/P	治疗前	治疗后	t/P
对照组	67.56±6.	85.37±10	6.912/0.0	35.96±6.	47.22±15	3.322/0.0	45.66±12	52.79±15	1.778/0.	65.26±6.	71.33±12	2.054/0.

(n=23)	58	.46	00	15	.05	01	.02	.02	042	78	.45	024
研究组	67.89±6.	93.52±5.	14.962/0.	35.79±5.	62.82±10	10.637/0.	45.67±13	80.16±14	8.474/0.	65.44±5.	87.56±10	8.806/0.
(n=23)	48	05	000	96	.63	000	.55	.05	000	96	.47	000
t	0.171	3.365		0.095	4.060		0.003	6.382		0.096	4.785	
P	0.432	0.001		0.462	0.000		0.499	0.000		0.462	0.000	

续表 4

组别	躯体疼痛			生理职能			精神健康			活力		
	治疗前	治疗后	t/P	治疗前	治疗后	t/P	治疗前	治疗后	t/P	治疗前	治疗后	t/P
对照组	45.96±6.	59.93±12	4.693/0.0	56.23±6.	60.82±8.	1.991/0.0	45.78±12	59.77±12	3.818/0.0	53.55±6.	63.55±15	2.897/0.0
(n=23)	93	.48	00	52	93	27	.02	.82	00	96	.02	03
研究组	45.77±7.	70.88±15	7.259/0.0	56.78±5.	82.13±12	9.035/0.0	45.82±12	70.99±13	6.805/0.0	53.78±6.	86.77±16	9.250/0.0
(n=23)	02	.03	00	99	.05	00	.06	.01	00	02	.01	00
t	0.092	2.688		0.298	6.814		0.011	2.946		0.120	5.073	
P	0.63	0.005		0.384	0.000		0.496	0.003		0.453	0.000	

3 讨论

慢性支气管炎在中医上属于“咳嗽”、“痰饮”等范畴。其发生及发展与反复感受外邪有关。外感六淫之邪经口鼻皮毛而入，邪蕴于肺，肺失宣肃，进而导致这一疾病。病久则肺脏受损，肺虚不能宣降，则停津成痰，痰饮内伏，常因外邪引动而咳嗽加重;久病子盗母气则脾虚，脾失健运，水湿停聚，聚而为痰，气血生化不足，则五脏失养;病久及肾，肾虚不能纳气，终至肺脾肾三脏俱损。肺与心同居上焦，肺虚则不能贯心脉、行气血，使得心脉不畅，导致血瘀。本病总属本虚标实证，其病理因素主要为“痰、瘀、虚”。国医大师周仲瑛认为本病正虚与邪实并见，提出“发时未必皆实，故不尽攻邪;平时未必皆虚，亦非全恃扶正”的主张^[5]，建议标本兼顾，攻补兼施。本病缓解期重在培补肺脾肾三脏之气，兼顾祛痰活血。方中炙黄芪、党参补益肺脾为君药;炒白术益气健脾，熟地、补骨脂补肾纳气为臣药;炙紫苑、苦杏仁、制半夏、陈皮、茯苓止咳化痰平喘，红花活血化瘀，五味子收敛肺气，防风疏散表邪，知母清热生津，监制黄芪、白术辛温之性，均为佐药;炙甘草补中，调和诸药为使药。

本次研究中，实施中药内服外敷治疗的患者治疗后各项症状评分均低于对照组，肺功能各项指标均优于对照组，生活质量各项指标评分均高于对照组，由此可见中药内服外敷治疗在慢性支气管炎缓解期患者中的应用可以更好地缓解症状，改善肺功能，进而提高患者生活质量。黄芪素有“补气圣药”之称，现代相关研究表明，黄芪中富含黄芪多糖，对机体的免疫功能具有显著提高的作用^[6]，同时能杀灭病原体，对感染有预防与治疗作用^[7]。党参对人体新陈代谢有促进作用，具有抗氧化、抗衰老、抗炎、调节免疫、调节肠胃功能及改善肺呼吸功能的作用^[8]。在慢性支气管炎患者治疗中应用红花可以对呼吸道炎症反应产生抑制作用，使炎性分泌物减少，同时也可以减轻组织黏膜水肿，使咳嗽咳痰喘息等症状得到缓解，进

而使肺功能得到改善，还可以使内环境维持稳定状态，避免酸碱代谢失衡。半夏、紫苑、茯苓等均有抗炎及止咳化痰的作用。

中药穴位贴敷在慢性支气管炎治疗中有明显的优势,通过中药外敷渗入皮下，对穴位进行刺激，促使经脉疏通,调和气血,达到扶正固本、缓解症状的作用。单纯通过中药外敷治疗只能使患者症状得到一定程度的改善，但通过联合中药内服，内外兼治，可以使临床疗效得到显著提高。

综上所述，对于慢性支气管炎缓解期患者来说，中药内服外敷治疗效果确切，可以缓解临床症状，改善肺功能，提高生活质量，临床价值显著。

参考文献:

[1]倪春燕,邬付骏,邬美花. "三伏天"中药内服外敷治疗慢性支气管炎稳定期 50 例疗效观察[J]. 浙江中医杂志,2020,55(11):802.

[2]刘应勤. 关于中药内服外敷治疗慢性支气管炎疗效评价[J]. 北方药学,2018,15(3):53.

[3]佚名.慢性支气管炎临床诊断及疗效判断标准[J]. 成都中医学院学报,1994,3(3):54-55.

[4]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:1-392.

[5]周仲瑛.国医大师临床经验实录:周仲瑛[M].北京:中国医药科技出版社,2011.

[6]刘印华,赵志强,李树义,张庆波. 黄芪多糖对免疫功能影响的体内实验研究[J]. 河北医药,2015,(04):485-487.

[7]朱金妹,童杰,贺颖超. 中医药治疗慢性支气管炎临床研究系统综述和 Meta 分析[J]. 实用中医内科杂志,2017,31(7):1-4.

[8]刘美霞,咸进,余伯阳. 党参药理作用研究进展[J]. 海峡药学,2018,30(11):36-39.

药膳“番石榴果粉”的研制和对糖尿病患者生存质量的影响

刘茂娟 梁婷 周歧奎 汪杰 张小燕

海南省三亚市中医院 海南三亚 572000

摘要：本文在中医“药食同源”理论指导下，针对糖尿病津伤燥热证患者，以清热润燥、养阴生津止渴为治则，研制中药药膳“番石榴果粉”，在剂型和制作工艺上反复研究，在我院制剂室的研发下，固化出以“番石榴果粉”为代表的成果，同时在临床开展为期1年的临床试验，采用2型糖尿病患者生存质量研究量表（DMQLS）观察其对糖尿病患者生活质量的影响，验证其临床疗效，以期能为糖尿病患者提供多样化、安全、绿色、环保、携带方便、制作规范、临床疗效优异的代餐膳食。

关键词：糖尿病药膳；番石榴果粉；研制；生存质量

目前，糖尿病（中医称为消渴）是仅次于心脑血管疾病和肿瘤，已发展成为发达国家致死率第三高的慢性病^[1]，长期使用降糖药物治疗的患者因各种副作用而导致依从性差，治疗率和控制率较低。中医治疗方法在降糖消除症状改善各种生化指标方面积累了一些临床经验^[2]。三亚市中医院以承担三亚市科工信局研究课题为契机，深入对糖尿病药膳进行研究分析，针对糖尿病津伤燥热证患者，研制出中药药膳“番石榴果粉”，并进行临床疗效观察，证实该药膳可以改善患者的生存质量，值得推广。

1“番石榴果粉”研制的中医理论基础

1.1 中医药膳治疗消渴的理论基础

中医药膳是以药物和食物为原料，经过烹饪加工制成的一种具有食疗作用的膳食，将药物作为食物，赋食物以药用，药借食力，食助药威，既有营养价值又可防病治病^[3]。糖尿病早期以阴虚燥热为重点，结合不同的兼症，辨证施膳。尽管药膳组方各有不同，但都离不开养阴润燥，符合中医“治病必求于本”的原则^[4]。《素问·奇病论》曰：“此肥美之所发也，此人必数食甘美而多肥也，肥者令人多热，甘者令人中满，故其气上溢，转为消渴。”而《儒门事亲·三消之说当从火断》说：“不减滋味，不戒嗜欲，不节喜怒，病已而复作。能从此三者，消渴亦不足忧矣。”强调了节制饮食具有基础治疗的作用。在《千金方》中，孙思邈提出消渴乃嗜酒之人，“三觞之后，制不由己，饮瞰无度，……积年长夜，……遂使三焦猛热，五脏干燥，木石犹且干枯，在人何能不渴。”明确指出消渴病与饮食有关，为饮食控制消渴病提供了理论依据。

1.2 糖尿病津伤燥热证型的选择

糖尿病中医诊疗标准认为其病机演变以郁、热、虚、损等不同病程为特点，病初以燥热伤津为主，病位主要在肺胃，渐致阴津不足^[5]，杨海侠等^[6]研究认为病情较轻的阴虚热盛型药膳干预效果较好。其证型不局限于上消、中消、下消，但见有燥热伤津耗液的表现，如口干舌燥，烦渴引饮，消谷善饥，身体渐瘦，大便秘结，尿频量多，四肢乏力，皮肤干燥，舌红干，苔黄或苔少，脉滑数或弦细或细数等常见症、舌脉，有≥2个主症和相应舌脉表现，即可诊断为津伤燥热证。因此，本研究的研究对象为糖尿病津伤燥热证的患者。

1.3 中医药膳处方的选择

“番石榴果粉”是以海南省盛产的热带水果为基础，结合中医古籍相关文献记录及现代药理研究，以简、便、廉、验为据进行选材，精选提炼出以番石榴果粉、玉米须、枸杞、山药组成的中医食疗方。番石榴作为海南省一种常见食材，种植广泛，一年四季均可简便获取。中医认为番石榴果实：甘、涩，平，归大肠经，有健脾消积、生津止渴之功效，有降血糖、止血等药理作用。内服：煎汤 3-9g 或研末或生食，每次 2-3 枚，每日 2-3 次。《四川常用中草药》记载：“消食，生津，收敛止泻。吴建中^[7]等，王婧茹^[8]等研究表明：番石榴能显著降低 2 型糖尿病大鼠的血糖和血脂水平，明显改善糖尿病动物的糖脂代谢紊乱，升高血清胰岛素水平，提高胰岛素敏感指数。枸杞首载《神农本草经》，味甘，性平，归肝、肾、肺经，有养肝，滋肾，润肺的功效，主治肝肾亏虚，头晕目眩，目视不清，腰膝酸软，消渴引饮等证。山药又名薯蓣、怀山药、性味甘、平、无毒。归经归脾、肺、肾经，《医学衷中参西录》中的玉液汤和滋培汤，以山药配黄芪，可治消渴。因此，本研究团队选取上述食材进行药膳组方。

2“番石榴果粉”的研究工艺及方法

2.1 剂型的选择

根据卫生部 2002 年公布的《药食同源物品可用于保健食品物品名单》为依据，符合标准剂型有汤、粥、膏、丹、丸、散、酒、汁、腐、饼、霜、缠、生吃等。其中散剂是将药物粉碎，混合均匀而制成的粉末状制剂，内服散剂一般是研成细粉，以温开水冲服，量小者亦可直接吞服。散剂的特点是制备方法简便，吸收较快，节省药材，性质较稳定，不易变质，便于服用与携带方便。因此，结合本研究选材、医院制剂室制备条件及方便患者出发采用散剂。

2.2 制备流程

由三亚市中医院中药制剂室引进先进设备工艺生产，以一日用量：番石榴 10g、山药 15g、枸杞 9g、玉米须 5g 的比例配伍，按照一日剂量的 100 倍，脱水、风干、粉碎、混匀、高温灭菌、真空干燥、包装。在粉碎的环节进行了反复的试验，因为粉碎的细度会影响到服用的口感，因此，从中粉、细粉、最细粉、极细粉进行试验，通过多名患者多次体验，以最

细粉口感最佳，13g/支单支包装。

2.3 成品质量标准

散剂性状：混合物成白黄色粉状，气味清爽，微甜。有害金属含量限量：铅 $\leq 0.5\text{mg/kg}$ ，砷 $\leq 0.3\text{mg/kg}$ ，汞 $\leq 0.3\text{mg/kg}$ 。微生物限量：菌落总数 $\leq 100\text{cfu/g}$ 或 ml ，大肠菌群 $\leq 6\text{mpn}/100\text{g}$ 或 100ml ，霉菌 $\leq 10\text{cfu/g}$ 或 ml ，酵母 $\leq 10\text{cfu/g}$ 或 ml 。致病菌（指肠道致病菌和致病性球菌）不得检出。

2.5 治疗方法

选择 2019 年 1 月—2020 年 12 月在三亚市中医院住院和门诊治疗的 200 例糖尿病伤燥热证患者为研究对象，采用随机数字法将研究对象分为试验组和对照组，每组 100 例。所有患者均自愿参加本研究，并签署知情同意书。本研究经过医院伦理委员会审批。两组患者药物治疗相同，由糖尿病专科护士建立微信群，每周进行饮食、运动、血糖监测、情志护理和糖尿病用药教育与跟踪随访，定期评估患者的自我管理情况，发现问题，与患者共同修订目前的治疗方案。实验组在此基础上于每日三餐前 15 分钟服用药膳“番石榴果粉”，每次 13g+开水 100ml 调成糊状，观察疗程为 1 年。在服用“番石榴果粉”的过程中，不断强化患者在药物治疗的同时配合五行音乐疗法进行情志调护，本研究选择宫调、商调二音，宫调式乐曲：风格悠扬沉静、醇厚庄重，有如“土”般宽厚结实，可入脾，如：十面埋伏；商调式乐曲：风格高亢悲壮，铿锵雄伟，具有“金”之特性，可入肺，如：《阳春白雪》。

2.6 观察指标

本研究采用糖尿病患者生活质量评定量表(DMQLS) 对患者生活质量进行评定：该量表包括疾病、生理、心理、社会、满意度 5 个维度。评定方法：所有问题均指被试者近两周的实际情况；每项采用线性评分方法按 1~5 分评分，最高 5 分，最低 1 分。结果解释：分数越低，表示生存质量越好。

2.7 统计学方法

采用 SPSS 22.0 进行统计与分析。符合正态分布的计量资料用 $\bar{X} \pm s$ 表示，独立样本 t 检验；不符合正态分布的计量资料用中位数及四分位间距表示，采用非参数检验分析；计数资料用频数、百分比描述，采用 χ^2 检验分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3. 结果

3.1 两组一般资料的比较

试验组脱落 9 例，对照组脱落 16 例，脱落率为 12.5%，最终完成本研究且数据完整者共 175 例，试验组 91 例，对照组 84 例。两组一般资料的比较见表 1。

3.2 两组患者临床症状积分比较

干预 90 天后，实验组与对照组比较差异有统计学意义。干预前后实验组组内比较差异有统计学意义（Z 值=-10.718，P 值<0.001）；干预前后对照组组内比较差异有统计学意义（Z 值=-9.519，P 值<0.001），见表 2。

3.3 两组患者中医症状积分比较

两组干预前及干预 90 天后比较差异无统计学意义，干预 30 天后，实验组与对照组比较差异有统计学意义。干预前后实验组组内比较差异有统计学意义（Z 值=-11.122，P<0.001）；干预前后对照组组内比较差异有统计学意义（Z 值=-9.645，P 值<0.001），见表 3。

3.4 两组干预前后生存质量的对比

干预前和干预后 1 年实验组与对照组患者的生活质量得分比较，除了社会维度无统计学意义外，疾病、生理、心理、满意度等维度均有统计学意义，见表 4。

表 1 两组一般资料比较

项目	实验组	对照组	统计量 值	P 值
性别[例（百分比，%）]			1.034 ¹⁾	0.303
男	60（65.93）	49(58.33)		
女	31（34.07）	35(41.67)		
年龄[岁，例（百分比，%）]			-0.284 ¹⁾	0.776
<60	51（56.04）	44（52.38）		
≥60	40（43.96）	41（48.8）		
文化程度[例（百分比，%）]			-2.185 ¹⁾	0.29
小学	16（17.58）	9（10.71）		
初中	35（38.46）	22（26.19）		
高中	13（14.29）	21（25.00）		
大专及以上	27（29.67）	32（38.10）		
身高（米）	1.65±0.08	1.63±0.08	-1.469 ²⁾	0.144
体重（kg）	64.48±11.58	65.54±11.87	0.601 ²⁾	0.549
BMI（kg/m ² ）	23.59±3.27	24.58±3.95	1.806 ²⁾	0.073
病程[年 M (P25,P75)]	7.00 (3.00,14.00)	8.0 (4.00,15.00)	-1.563 ³⁾	0.075

注：1）卡方值；2）t 值；3）Z 值

表 2 两组干预 3 个月后临床症状积分的比较

组别	干预前	30 天	90 天	Z 值	P 值
实验组	20.00（18.00，21.00）	15.00（12.00，16.00）	9.00（8.00，11.00）	-10.718	<0.001
对照组	19.00（18.00，20.00）	16.00（14.00，16.00）	11.50（9.00，13.00）	-9.519	<0.001
Z 值	-1.811	0.484	-3.631		
P 值	0.063	0.629	<0.001		

值

表 3 两组干预 3 个月后中医症候积分的比较

组别	干预前	30 天	90 天	Z 值	P 值
实验组	45.00 (40.00, 51.75)	34.50 (31.00, 38.00)	26.00 (22.00, 29.00)	-11.122	< 0.001
对照组	42.50 (37.00, 42.50)	33.00 (29.75, 33.00)	28.50 (23.00, 28.50)	-9.645	< 0.001

表 4 两组干预 12 个月后生存质量的比较

组别	疾病维度	生理维度	社会维度	心理维度	满意度维度
实验组	41 (36.00,47.00)	35 (29.00,40.00)	32 (27.00,41.00)	28 (23.00,33.00)	27 (22.00,36.00)
对照组	43 (40.00,48.75)	38 (34.00,44.75)	32 (26.00,42.75)	32 (26.25,38.00)	31 (26.00,38.00)
Z	-2.316	-2.785	-0.259	-2.682	-2.97
P	0.021	0.005	0.796	0.007	0.003

4. 讨论

糖尿病是一种慢性终身性疾病，糖尿病的知晓率（36.5%）、治疗率（32.2%）和控制率（49.2%）有所改善，但仍处于低水平^[9]。血糖控制不达标严重影响了患者的生理和心理舒适，降低了患者的生活质量。患者的生活质量评定被认为是糖尿病健康指导的结局评价指标^[10]。而科学饮食是所有类型糖尿病治疗的基础，也是糖尿病自然病程中任何阶段预防和控制不可或缺的措施。西医的饮食控制是量的改善，中医药膳才是质的变化。本研究结果表明：服用“番石榴果粉”30 天时实验组患者的临床症状及中医症候明显改善，尤其中医症候口干舌燥、烦渴引饮、消谷善饥、大便秘结、尿频量多等症在 1 个月时改善明显，同时饭前服用药膳增加了饱腹感，减少了主食的摄入量，使得空腹和餐后血糖浓度降低，从而有效降低糖化血红蛋白的浓度，疾病维度得到了明显的改善。干预 1 年后实验组与对照组患者的生活质量得分比较，除了社会维度无统计学意义外，生理、心理、满意度等维度均有统计学意义。说明在服用番石榴果粉期间，护士通过长达一年的健康指导和跟踪随访，能够充分调动患者的主观能动性，从而积极配合治疗和护理。在跟踪随访中对患者进行动态施教，改善了患者的疾病控制指标，提高了其对自身健康的满意度。其次，患者负性情绪和躯体症状的改善，提高了其对生活的满意度。本研究还定期通过微信定期推送中医养生保健知识，如五行音乐，五行音乐分为“角、徵、宫、商、羽”5 种调式，且和五脏有着“角动肝、徵动心、宫动脾、商动肺、羽动肾”的关系。宫调式音乐具有健脾助运、助脾散精的功效，对于病机在脾胃的糖尿病早期具有直接的情志治疗作用。中医药膳具有悠久的历史，其精髓为药食同源和辩证施膳。

5. 小结

本研究试验室条件有限，大规模生产还不具备条件，市场推广的渠道还不畅通，还需在市场化运营和成果转化方面进一步研究。以番石榴果粉

为代表的中医药膳组方干预可以改善糖尿病患者的生活质量，以“番石榴果粉”为代表的应用成果，为糖尿病患者提供了多样化、安全、可靠、携带方便的代餐膳食。

参考文献：

[1]潘长玉.中国糖尿病控制现状指南与实践的差距[J]. 国外医学: 内分分泌分册, 2005, 25(3):174-178.

[2]任昶, 耿福太, 张蓉洲. 中医辨证治疗口服降糖西药控制不佳 2 型糖尿病患者 46 临床观察 [J]. 中医杂志, 2012, 53(14):1213-1216.

[3]方药中, 邓跃涛, 李克光, 等.实用中医内科学 [M].上海: 上海科学技术出版社, 1984: 430.

[4]魏丽萍.中医药膳防治糖尿病研究概况和思考[J].山东中医药大学学报,2019,43(04):421-424.

[5]李军祥.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2015.

[6]杨海侠, 荣华, 董荣华, 等. 辩证施膳对 2 型糖尿病患者血糖水平的干预研究 [J]. 陕西中医, 2012, 33 (12): 1596-1597.

[7]吴建中, 欧仕益, 陈静, 等. 番石榴果粉多糖对糖尿病小鼠的血糖及抗氧化能力的影响[J]. 中成药, 2007, (05):668-671. [2017-09-01].

[8]王婧茹, 赵晶晶, 叶春玲, 等. 番石榴果粉叶总三萜对 2 型糖尿病大鼠的降血糖和血脂作用[J]. 中国病理生理杂志, 2012, 28(06):1109-1113. [2017-09-01].

[9]中华医学会糖尿病学分会.中国 2 型糖尿病防治指南(2020 年版)[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2021, 37(04):311-39.

[10]李玉芬.内科病人健康教育效果量化评价方法探讨.中国实用护理杂志, 2004, 20(3):15-16.

基金项目：三亚市科技工业信息化局项目（编号：2018YW23）

中药联合微波消融治疗原发性肝癌的近期疗效及安全性分析

王利民¹ 贾新卫² 刘锴³ 吕素君¹ 杨铸锋¹

¹河北省石家庄市河北省中医院 050000; ²河北省行唐县中医医院 050600; ³河北省定州市人民医院 073000

摘要: 目的: 分析探究中药联合微波消融治疗原发性肝癌的近期疗效及安全性。方法: 选取我院于 2020 年 4 月至 2021 年 4 月收治的 58 例原发性肝癌患者作为研究对象, 将其随机分为观察组和对照组, 每组患者均为 29 例, 其中对照组采用微波消融治疗, 观察组在微波消融治疗的基础上联合中药治疗, 治疗观察一个月, 记录两组患者治疗前后疾病控制率、甲胎蛋白及异常凝血酶原水平、生活质量评分及安全性指标。结果: 观察组患者的疾病控制率明显高于对照组; 两组患者治疗后 AFP 及 PIVKA II 水平明显低于治疗前 ($P>0.05$), 且治疗后观察组 AFP 及 PIVKA II 水平高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$); 治疗前两组患者的生存质量评分无明显差异 ($P>0.05$), 治疗后观察组生存质量评分明显优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$); 观察组消化道反应发生率低于对照组 ($P<0.05$), 而肝功能异常情况两组对比无差异 ($P>0.05$)。结论: 中药联合微波消融治疗原发性肝癌的疗效较好, 能够提高治疗的安全性, 患者的生活质量得到明显的改善。

关键词: 中药; 微波消融; 原发性肝癌; 疗效; 安全性

原发性肝癌指的是来源于肝脏本身的肿瘤。包括来源于肝脏细胞的肿瘤, 称 HCC; 还有一部分是来源于胆管细胞的肿瘤, 这是胆管细胞来源的肝癌^[1]; 还有一部分是混合性, 就是混合有肝细胞和胆管细胞的肝癌; 还有一些是极少见的来源于间叶组织的, 比如说平滑肌肉瘤, 横纹肌肉瘤这一类比较少见的肿瘤。在中国, 主要是来源于肝细胞的肝癌, 因为中国是一个肝炎大国, 我们国家的乙肝发病率是比较高的, 乙肝往往伴随三部曲, 肝炎、肝硬化、肝癌, 在中国还有一部分是丙肝。我们国家的输血, 包括过去使用的反复消毒的注射器导致的就是乙肝和丙肝, 发病率比较高, 这些患者是有相当一部分最终会发展为肝癌。

微波消融是介入治疗方面的一种重要的治疗方法, 其原理是利用特制的穿刺针刺入病变部位, 将射频微波传导至针尖位置, 并在该位置产生高温, 破坏病灶, 达到治疗疾病的目的。微波消融技术应用很广, 在临床上许多专科都有应用, 去心内科射频消融治疗心律失常、肿瘤科的微波消融治疗肝癌等。微波消融属于一种微创的治疗方法, 效果确切^[2]。

一、资料与方法

1.1 一般资料

选取我院于 2020 年 4 月至 2021 年 4 月收治的 58 例原发性肝癌患者作为研究对象, 将其随机分为观察组和对照组, 每组患者均为 29 例, 其中经病理诊断者 25 例, 参照临床诊断标准明确者 23 例, AFP 阳性者 31 例, PIVKA II 阳性者 37 例。

1.2 诊断标准

病理学诊断标准: 肝脏占位病灶或者肝外转移灶活检或手术切除组织标本, 经病理组织学和或细胞学检查诊断为 HCC, 此为金标准^[3]。

临床诊断标准: (1)具有肝硬化以及 HBV 或 HCV 感染(HBV 或 HCV 抗原阳性)的证据; (2)典型的 HCC 影像学特征:同期多排 CT 扫描和/或动态对比增强 MRI 检查显示肝脏占位在动脉期快速不均质血管强化(Arterial hypervascularity), 而静脉期或延迟期快速洗脱(Venous or delayed phase washout)。①如果肝脏占位直径 $\geq 2\text{cm}$, CT 和 MRI 两项影像学检查中有一项显示肝脏占位具有上述肝癌的特征, 即可诊断 HCC; ②如果肝脏占位直

径为 1-2cm, 则需要 CT 和 MRI 两项影像学检查都显示肝脏占位具有上述肝癌的特征, 方可诊断 HCC, 以加强诊断的特异性。(3)血清 AFP $\geq 400\mu\text{g/L}$ 持续 1 个月或 $\geq 200\mu\text{g/L}$ 持续 2 个月, 并能排除其他原因引起的 AFP 升高, 包括妊娠、生殖系胚胎源性肿瘤、活动性肝病及继发性肝癌等^[4]。

1.2.2 中医辨证标准

原发性肝癌诊疗方案中的辨证要点辨证: ①肝郁脾虚证: 临床见上腹肿块胀闷不适、倦怠短气、腹胀纳少、大便溏数、舌质胖舌苔白、脉弦细。②肝胆湿热证: 临床见头重身困, 身目黄染, 口干而苦、大便秘结或不爽、舌质红舌苔黄腻、脉弦滑。③肝热血瘀证: 临床见上腹肿块石硬疼痛拒按、口干唇燥、大便干结、舌质暗红、舌苔白厚、脉弦数。

1.3 纳入标准

①经过病理学诊断标准为原发性肝癌; ②患者不接受手术治疗; ③肿瘤个数 ≤ 3 个或直径 $\leq 5.0\text{cm}$; ④未见重要脏器疾病; ⑤肝功能分级为 Child-Pugh A 级或 B 级; ⑥患者主动配合进行中医治疗; ⑦近 1 个月内未经任何治疗, Karnofsky 评分 >60 分, 预计生存期 >3 个月者; ⑧患者及家属对本次研究知情并同意。

1.4 排除标准

①存在感染、肾功能不全、恶性腹水、消化道出血等出血倾向的患者; ②妊娠期或哺乳期妇女; ③精神疾病或精神障碍, 不能配合治疗者; ④肿瘤巨大或者弥漫性肝癌; ⑤伴有脉管癌栓或者侵犯邻近器官; ⑥中药服用时间不足 1 月者。

1.5 方法

1.5.1 微波消融治疗

对照组和观察组均根据病情采用微波消融治疗手段。首先通过 CT 平扫定位肿瘤位置, 局部麻醉后, CT 引导水冷微波针穿入肿瘤预消融部位, 根据病灶大小和患者情况选择不同功率和消融时间, 并同时检测患者呼吸、血压、血氧。在微波消融同时 CT 扫描观察病灶区密度变化, 如果病灶较大, 为了保证消融效果, 采用多点叠加消融, 治疗的目的是完全灭活肿瘤, 术中注意防止穿刺胆囊肿胆道大血管等结构。消融结束后再次 CT

平扫确定肿瘤有无气化等情况及有无出血、气

胸等并发症。

1.5.2 中药治疗

观察组患者在常规治疗的基础上加用中药治疗，具体内容为：①逍遥散合四君子汤加减。方药：柴胡、当归、白芍、白术、茯苓各 30 克，甘草 15 克。共为细末，每次 6 到 9 克，一日 2-3 次，加入煨生姜、薄荷少许，水煎汤冲服。具有疏肝解郁，健脾养血的功效。临床中可用于治疗肝郁血虚症。②茵陈蒿汤加味，方药为：茵陈蒿汤是由茵陈蒿（六两）、山栀（十四枚）、大黄（二两）等药物配伍组成。方中茵陈蒿清热利湿，利胆退黄为主药；辅以栀子清热泻火，使湿热从小便而出；佐以大黄荡涤实热，导实热从大便而下。三药合用，可以使湿去热除，黄疸自消，诸证可愈。③龙胆泻肝汤合下瘀血汤加减，方药：有龙胆草、栀子、黄芩、木通、泽泻、车前子、柴胡、甘草、当归、生地等药物组成。具有清泻肝胆实火，清利肝胆湿热的作用。肝胆实火上炎主要能够引起头疼，目赤胁痛，口苦耳聋，舌红苔黄，脉弦细有力。肝胆经湿热，会造成阴痒、阴肿、筋脉迟缓、小便不利、或妇女带下黄臭，舌红苔黄腻，脉弦数有力。④四君子汤合五皮饮加减。四君子汤，由人参、白术、茯苓、甘草四味中药组成。人参甘温益气、健脾养胃，白术健脾燥湿，茯苓健脾渗湿，甘草益气和中、调和诸药。因此，四君子汤具有补中益气、温养脾胃的功效。五皮饮主要是由养生药材制成的，是一个中药方剂，其中包括茯苓皮、大腹皮、五加皮、防己、茵陈、桑枝、苍术、菖蒲，具有祛风除湿、利水消肿、活血化瘀的功效，可以用于缓解各种疾病引起的四肢水肿、腹水、胸闷、胸痛、腹胀等，可以促进消化吸收，有利于排便，能够防止便秘。还可以治疗咳嗽、支气管炎等疾病，能够防止动脉粥样硬化。⑤一贯煎加

味。一贯煎由北沙参、麦冬、当归、生地黄、枸杞、川楝子组成，具有养阴清肺，滋肾柔肝功效的中成药或者汤剂制剂。临床主要用于治疗肺虚不能生髓，肾虚不足涵木，肝失疏泄条达以及肝气横犯肺部等因素，引起的内斜灼痛，胸腹胀满，咽喉干燥，吞酸口苦，疝气症瘕，舌红无苔，脉象细数或者虚弦等临床表现症状。

根据患者证型分别选用对应的治疗方剂，每日一剂，水煎服，每天早晚饭后 30 分钟服用，从微波消融治疗前 1 周开始服用，治疗时间为 1 月。

1.6 观察指标

对比两组患者治疗前后进行 CT 扫描观察肿瘤大小变化情况，并抽血检测甲胎球蛋白（Alpha-Fetoproteins, AFP）、异常凝血酶原（PIVKA II），并进行 Karnofsky 评分。

疗效标准：分为完全缓解（complete response, CR）、部分缓解（partial response, PR）、疾病进展（progressive disease, PD）和疾病稳定（stable disease, SD）。计算方法：（CR+PR+SD）÷总例数×100%。

安全性指标：两组患者治疗前后进行抽血检测谷丙转氨酶（ALT）、谷草转氨酶（AST）、总胆红素（TBil）指标判定肝功能异常情况，以及观察两组患者的消化道反应（呕吐、腹泻）、肝区疼痛等情况，并进行对比分析。

1.7 统计学方法

采用 SPSS20.0 统计学软件处理数据。计量资料以均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）

表示，采用 t 检验；计数资料以率（%）表示，采用 χ^2 检验。P<0.05 表示差异具有统计学意义。

二、结果

2.1 两组患者疾病控制率比较

结果表明：观察组患者的疾病控制率明显高于对照组，差异具有统计学意义（P<0.05）。详见表 1。

表 1 两组患者疾病控制率比较[n（%）]						
组别	例数	CR	PR	SD	PD	疾病控制率
对照组	29	4	6	7	6	58.62
观察组	29	7	11	6	2	82.76
X ²	-	-	-	-	-	4.077
P	-	-	-	-	-	0.043

2.2 两组患者 AFP 及 PIVKA II 变化比较

结果表明：两组患者治疗后 AFP 及 PIVKA II 水平明显低于治疗前 9（P>0.05），且治疗后观察组 AFP 及 PIVKA II 水平高于对照组，差异具有统计学意义（P<0.05）。详见表 2。

表 2 两组患者 AFP 及 PIVKA II 变化比较（ $\bar{x} \pm s$ ）					
组别	例数	AFP（ng/ml）		PIVKA II（ng/ml）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照	29	521.11±208.23	479.29±181.01	478.45±237.69	418.12±109.09
组					
观察	29	551.38±232.51	761.31±206.41	469.02±218.18	315.02±162.75
组					
t	-	0.522	5.531	0.157	2.833
P	-	0.603	0.000	0.875	0.006

2.3 两组患者治疗前后生存质量评分比较

结果表明：治疗前两组患者的生存质量评分无明显差异（P>0.05），治疗后

观察组生存质量评分明显优于对照组，差异具有统计学意义（P<0.05）。详见表 3。

表 3 两组患者治疗前后生存质量评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ）				
组别	观察组	对照组	t	P
	（n=29）	（n=29）		
治疗前	76.42±7.45	79.01±8.61	1.225	0.225
治疗后	80.13±8.82	81.11±8.73	-3.01	0.02

2.4 两组患者安全性指标比较

结果表明：观察组消化道反应发生率低于对照组（P<0.05），而肝功能异常情况两组对比无差异（P>0.05）。详见表 4。

（下转第 232 页）

中医特色护理在改善慢性乙肝患者睡眠障碍的运用

杨燕红

山东省菏泽市中医医院感染科 山东菏泽 274035

摘要：目的：探讨中医特色护理在改善慢性乙肝患者睡眠障碍中的作用。方法：将2020年4月至2021年3月菏泽市中医医院就诊的84例慢性乙肝且存在睡眠障碍的患者按随机数表法随机分为对照组和观察组，每组42例。对照组行常规临床治疗及护理，观察组在对照组基础上行中医特色护理，研究周期为6周，观察指标包括患者的Zung氏焦虑量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)、匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)、睡眠自评量表(SRSS)评分等。结果：治疗前两组患者SAS、SDS、PSQI、SRSS评分差异无统计学意义($P>0.05$)，治疗后两组患者的SAS、SDS、PSQI、SRSS评分均较治疗前明显降低，差异具有统计学意义($P<0.05$)，且治疗后观察组SAS、SDS、PSQI、SRSS评分较对照组降低更明显，差异具有统计学意义($P<0.05$)，结论：对慢性乙肝患者行中医特色护理能够有效地改善患者的焦虑和抑郁的心里状态，提升患者的睡眠质量。

关键词：中医护理；慢性乙肝；感染性疾病；睡眠障碍

乙型病毒性肝炎是由乙型肝炎病毒引起的以肝脏病变为主的一种极具传染性的疾病，多数患者在各种因素下常存在着较为严重的焦虑、抑郁等负性情绪及睡眠障碍^[1]。而负性情绪和睡眠障碍彼此互相干扰，成为患者疾病转归的严重阻碍，故该类患者在进行乙肝疾病治疗的同时还需要改善焦虑及睡眠质量^[2]。目前临床治疗睡眠障碍仍以药物为主，长期的药物治疗不但易产生依赖性、耐药性，而且肝脏作为药物代谢的主要器官，同时对患者的肝功能也存在着影响，并且停药后睡眠障碍极易反复^[3]。常规的临床护理除了严格执行医嘱外，对患者缺少必要的护理干预，随着护理技术操作规范的不完善，中医护理已经成为医院护理的重要内容之一，因此探寻一套合适的中医特色护理干预方法来补充临床治疗方法的不足显得极为重要^[4]。为此菏泽市中医医院感染科护理人员制定了符合其科室特色的中医护理方案，为验证该护理方案对慢性乙肝患者睡眠质量的作用，护理人员对收治的84例乙肝伴睡眠障碍的患者进行研究，取得较为明显的干预效果，现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 经菏泽市中医医院科研伦理委员会批准后，将2020年4月至2021年3月在该院就诊的慢性乙肝且睡眠障碍的患者作为研究对象，纳入标准：①患者年龄在18—60周岁；②临床诊断符合慢性乙肝诊断标准^[5]，睡眠障碍符合睡眠障碍诊断标准^[6]，无其他合并基础疾病；③无其他介入和外科手术治疗；④匹兹堡睡眠质量指数评定量表(PSQI)得分 ≥ 8 分；⑤本人或其家属知情同意并自愿签署知情同意书。排除标准：①合并有其他器质性疾病者；②沟通或理解力障碍者；③有药物滥用、嗜烟史、酗酒史者；④拒绝签署知情同意书者；⑤其他研究者认为不适宜者。

共计84例患者纳入研究，按照数字随机表法分为对照组($n=42$)和观察组($n=42$)。对照组男26例(61.90%)，女16例(38.10%)，年龄32-57岁，平均年龄 (44.71 ± 4.92) 岁；观察组男27例(64.29%)，女15例(35.71%)，年龄33-57岁，平均年龄 (45.07 ± 4.63) 岁；两组患者基本资料差异无统

计学意义($P>0.05$)，具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 临床治疗

两组患者均给予常规临床治疗，并根据患者的病情及时给予抗抑郁药物或辅助睡眠药物进行对症治疗。

1.2.2 护理方法

对照组，根据菏泽市中医医院护理部要求对患者行感染科基本护理，主要包括：①保持病房卫生及适宜的温度，每日安排保洁人员对病房环境进行清理，设置病房温度在24-26℃；②安排病床，做好床位调整，根据患者的性别、病情、作息习惯等合理安排病房，确保患者能够尽量得到充分的休息；③对患者进行入科宣教，如热水房的使用安全，病房的管理要求，每日的护理查房注意事项等；④每日对患者进行常规的护理操作，根据医嘱要求进行特殊监测，并进行详细记录；⑤严格执行医嘱，对患者用药和护理操作进行必要的指导，告知患者用药后可能的不良反应、注意事项等；⑥出院时做好出院指导并按要求做好回访。

观察组在进行常规护理基础上加用中医特色护理措施，主要内容包括：①进行五禽戏运动训练，护士根据五禽戏要领，于每周早上8点带领科室患者进行五禽戏的练习，每次时间20-30分钟，以患者感到疲劳感为宜。②穴位针灸。由专业的护士进行穴位针灸，以肝俞、神门、三阴交为主穴，并给予该组患者全部施针；配穴采用辨证取穴，由护理组人员和医疗人员共同进行施针前的辨证：太冲、期门、丘墟适用于肝郁气滞证；胃俞、足三里适用于肝胃不和证；太冲、肾俞、太溪、照海、关元、足三里适用于肝郁血瘀证；血海适用于肝血亏虚证。③拇指按压穴位法。护理人员指导患者使用拇指或其他手指指腹按压体表相应穴位；使用中指中关节端或手指端叩打、切按、捏掐或者揉搓相应的穴位；④中药药枕。护理人员充分发挥中药特色，针对睡眠障碍患者自制了中药安神药枕，于患者睡眠时当做枕头或者置于枕边，达到调整脏腑、协调气血、安神助眠的功效；

⑤人文关怀。由于该类患者常承受较大的心理压力，因此需要加强与患者之间的沟通与交流，增强护理人员对患者的关怀，主要措施包括与患者沟通病情、了解患者家庭情况，根据患者个人情况施以人文关怀和心理疏导，必要时安排相关的心理医生介入。

1.3 观察指标

(1) 焦虑量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评分，总分 20~80 分。分值越高，表示焦虑、抑郁程度越严重；(2) 匹兹堡睡眠质量指数评定量表 (PSQI) 评分，总分为 0~21 分，<7 分为正常，分数越高睡眠质量越差；(3) 睡眠自评量表 (SRSS)评分，总分 10~50 分，评分愈高，说明睡眠问题愈严重。

1.4 统计学处理

采用 SPSS22.0 进行数据统计处理，计数资料以频数和率(%)表示，计量资料若符合正态分布则以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示，计数资料组间比较采用 χ^2 检验，计量资料组间比较采用 t 检验，以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 SAS、SDS 评分比较

治疗前两组患者 SAS、SDS 评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，治疗后两组患者的 SAS、SDS 评分均较治疗前明显降低，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，且治疗后观察组 SAS、SDS 评分较对照组降低更明显，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者治疗前后 SAS、SDS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	SAS 评分		SDS 评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	47.43±6.41	39.33±4.02*	47.65±7.72	39.47±6.67*
观察组	47.96±7.61	33.27±4.42*	47.89±7.56	32.95±3.90*
t	0.350	6.573	0.139	5.467
P	0.132	0.028	0.307	0.033

注：治疗后 SAS、SDS 评分，与治疗前对比，* $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后 PSQI、SRSS 评分比较

治疗前两组患者 PSQI、SRSS 评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，治疗后两组患者的 PSQI、SRSS 评分均较治疗前明显降低，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，且治疗后观察组 PSQI、SRSS 评分较对照组降低更明显，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 PSQI、SRSS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	PSQI 评分		SRSS 评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	16.74±4.72	10.76±4.15#	37.53±5.87	22.39±4.63#
观察组	16.96±5.45	6.51±2.33#	37.78±5.58	17.97±4.02#
t	0.204	5.792	0.201	4.668
P	0.283	0.031	>0.282	0.039

注：治疗后 PSQI、SRSS 评分，与治疗前对比，# $P < 0.05$ 。

3 讨论

在临床治疗过程中中医特色护理已经应用多学科的各种疾病的临床治疗过程中，并发挥着不可忽视的作用^[7]。

乙肝患者病情极易反复，需要长期治疗，承受着巨大的经济和心理压力，还需要承受着来自社会的压力^[8]。各种因素的刺激在很大程度上影响着乙肝患者的睡眠质量，进而导致睡眠障碍的发生，睡眠障碍反过来又影响着患者的肝功能恢复及降低药物治疗效果^[9]。五禽戏是我国传统的气功健身运动项目，倪晓梅^[10]等人将五禽戏应用于慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 稳定期的患者，通过对其焦虑和抑郁状态的改善情况的观察证明，五禽戏锻炼有助于改善中老年 COPD 患者抑郁和焦虑状态，提高该类患者的生活质量。本研究将五禽戏应用于乙肝合并睡眠障碍的患者，结果显示，进行中医特色护理干预后，两组患者的 SAS、SDS 评分均明显下降，但观察组患者相对于对照组患者的 SAS、SDS 评分降低更加明显 ($P < 0.05$)，表明对患者进行积极的临床治疗在一定程度上能够缓解患者的焦虑和抑郁状态，改善患者的精神状态；对乙肝合并睡眠障碍患者实行中医特色护理手段能够在临床治疗的基础上对患者的焦虑和抑郁状态起到更大的改善作用，对患者的临床治疗起到更加积极的治疗作用，一定程度上改善了患者的睡眠质量。

穴位按摩、针灸、耳穴压豆等中医特色技术护理手法以中医经络腧穴学说为指导，选用特定的穴位进行穴位刺激，进而起到预防疾病治疗疾病的效果。现代医学认为^[11]，穴位固定刺激能够促进人体内的血液、淋巴及组织间液的循环，能够有效的提高睡眠的质量。林英^[12]的护理研究结果显示，穴位按摩、针灸、耳穴压豆等中医特色技术护理手法，在患者睡眠障碍的治疗中起到了较好的辅助作用。

中医临床护理的人文关怀能够在很大程度上改善患者的心理压力，在减轻焦虑的同时对于患者的入睡及其睡眠质量又较好的辅助作用。通过对患者的睡眠质量的统计结果显示，治疗后对照组和观察组的 PSQI、SRSS 评分均出现明显的降低，观察组相对于对照组患者的 PSQI、SRSS 评分降低更加明显 ($P < 0.05$)，这也表明对乙肝合并睡眠障碍患者进行常规的临床治疗，能够改善患者的睡眠质量，但通过中医特色护理的联合应用能够进一步促进患者睡眠质量的提升，这也进一步说明了中医特色护理手法在对乙肝患者的睡眠质量改善方面有明确的作用。

现代医学指出患者的负性情绪及不良的心理状态对肝血流量和干细胞的代谢产生着不良的影响，严重者可造成肝细胞的坏死，对于该类疾病患者的治疗及康复具有极其不利影响^[13]。中医特色护理在对患者进行人为关怀、共情管理等的前提下，为患者进行健康宣教和知识讲解等，树立患者对治疗的信心。护患之间的充分沟通与共情交流，在极大程度上疏导患者因疾病造成的焦虑、急躁等不良心理，提高治疗依从性。中医护理在中医理论的指导下，将五禽戏、穴位针灸、人文关怀等进行综合利用，通过

运动和穴位刺激,通过发挥机体的相互协调机制,达到活血化瘀、调节气血、疏通经络、改善局部组织气血运行的作用,从而加强血液循环,促进血液中细胞的新陈代谢能力,有利于抑制炎症物质的渗出,增强人体的免疫力,增强人的脏腑功能,调节人体的阴阳平衡,达到治愈疾病的目的。

综上所述,对慢性乙肝患者行中医特色护理能够有效地改善患者的焦虑和抑郁的心理状态,改善患者的睡眠质量,值得广大临床护理推广使用。

参考文献:

[1]李白梅,李其钧,吴雪玲等.乙肝病毒感染者使用恩替卡韦、替诺福韦治疗效果的临床应用研究[J].黑龙江中医药,2021,50(04):44-45.

[2]汤明珠.支持性心理护理在减轻慢性乙肝患者不良情绪与睡眠障碍中的应用[J].世界睡眠医学杂志,2020,7(12):2145-2147.

[3]佳莉娟,张鲲,梁亚林等.文拉法辛对慢性乙肝合并焦虑、抑郁患者情绪及睡眠的影响[J].国际精神病学杂志,2020,47(04):788-790.

[4]翁远兰,刘德维,蔡华英等.舒肝宁联合恩替卡韦对慢性乙型肝炎病毒性肝炎疗效及负性情绪、睡眠质量的影响[J].中华中医药学刊,2019,37(11):2775-2777.

[5]王贵强,王福生,庄辉等.慢性乙型肝炎防治指南(2019 年版)[J].中国病毒病杂志,2020,10(01):1-25.

[6]DeI Pinto R, Grassi G, Ferri C, et al. Diagnostic and Therapeutic

(上接第 229 页)

表 4 两组患者安全性指标比较[n(%)]

指标	对照组	观察组	X ²	P
肝功能	13	9	1.171	0.279
ALT 升高	3	2	0.218	0.639
AST 升高	8	5	0.892	0.344
TBi 升高	2	3	0.218	0.639
肝区疼痛	9	7	0.547	0.459
消化道反应	17	11	3.985	0.045
呕吐	13	5	5.155	0.023
腹泻	4、6	1	4.061	0.043

三、讨论

原发性肝癌是指发生自肝细胞或肝内胆管细胞的恶性肿瘤,为我国常见恶性肿瘤之一。我国新发肝癌人数占全球人数一半以上,严重影响人民的生命与健康。中医药治疗原发性肝癌有其一定的优势,在肝癌的综合治疗中发挥着重要的作用。

“毒”是原发性肝癌的重要病理因素,在原发性肝癌的发生发展过程中起重要的作用。临床上解毒主要有两方面的含义:一方面是清热解毒。清热解毒法是肝癌的常用治法。肝癌的很多临床表现均与热毒内蕴相关,尤其是肝癌晚期出现黄疸、发热时,热毒的征象更加明显,此时应用清热解毒法常获良疗。临床常用的清热解毒药有半枝莲、蚤休、栀子、蒲公英、白花蛇舌草、大黄、虎杖、龙胆草等。另一方面是以毒攻毒。癌毒是原发

Approach to Sleep Disorders, High Blood Pressure and Cardiovascular Diseases: A Consensus Document by the Italian Society of Hypertension (SIIA). High Blood Press Cardiovasc Prev. 2021;28(2):85-102. doi:10.1007/s40292-021-00436-y

[7]李斯怡,杨单单,徐耀明等.乙肝表面抗原阳性孕妇社会支持与焦虑、抑郁的相关性分析[J].预防医学情报杂志,2020,36(04):436-440.

[8]程婷婷,王和林,张敏等.2018—2019 年重庆市开州区儿童乙肝流行特征及空间分析[J].公共卫生与预防医学,2020,31(04):126-129.

[9]李琳,崔展宇.慢性乙肝患者睡眠质量及其影响因素调查与分析[J].人民军医,2014,57(03):279-280+285.

[10]倪晓梅,张新安,葛丽娜.健身气功五禽戏对 COPD 稳定期患者焦虑、抑郁情绪及生活质量的影响[J].中国医学创新,2019,16(01):166-169.

[11]史雅婷,乔善鑫.针灸用于原发性失眠患者治疗的临床疗效及对睡眠质量和过度觉醒状态的影响分析[J].世界睡眠医学杂志,2021,8(10):1709-1710.

[12]林英.耳穴埋豆对于乙肝患者睡眠质量影响的护理观察[J].中国卫生标准管理,2017,8(13):183-184.

[13]石佳立,刘亚兰.北京市东城区 2014—2019 年艾滋病、梅毒、乙肝母婴传播情况分析[J].中国妇幼健康研究,2020,31(09):1185-1189.

性肝癌发生的根本病因,它既不同于外感六淫邪气,亦不同于一般的内生五邪,而是由各种致病因素长期刺激,综合形成的。

原发性肝癌的发生与气血瘀滞、脉络不通密切相关。“气为之帅,血为之主母”。肝气郁结,气滞则血瘀,瘀久而成块,日久形成癌瘤。《医林改错》曰:“肚腹结块,必有形之血”。原发性肝癌患者常见各种瘀血的临床表现,如胁下肿块硬而刺痛,痛处固定、面色黎青、肌肤甲错、胸腹壁青筋赤缕、肝癭线、青紫舌、舌下脉络迂曲等。临床常用的活血化瘀药有三棱、莪术、乳香、桃仁、红花、三七、丹参等。

实际上,由于肝癌的基本病变为瘀、毒、湿、虚并存,互为因果,恶性循环,贯穿整个病程,因此临证时多是将诸法联合运用,互相取长补短,发挥整体治疗优势。

参考文献:

[1]陈姗姗,白洁.超声引导下微波消融术联合 TACE 治疗特殊部位中晚期原发性肝癌的疗效及安全性探讨[J].山西医药杂志,2020,49(08):995-997.

[2]张景涛.中药联合微波消融治疗肝癌的临床观察[J].中医肿瘤学杂志,2020,2(01):47-52.

[3]田贵金.微波消融术联合 TACE 治疗原发性大肝癌患者的疗效及安全性分析[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(96):184-185.

[4]于锋,万文博.超声引导下微波消融术联合 TACE 治疗特殊部位中晚期原发性肝癌的疗效及安全性分析[J].临床超声医学杂志,2019,21(06):479-480.

消渴方加减联合防己黄芪汤对 2 型糖尿病合并高尿酸血症的临床疗效研究

余家齐 刘一迪 谭萍 羊春媛 龙军 向振艳 周钱

铜仁职业技术学院 贵州省铜仁市 554300

摘要：目的：研究消渴方加减联合防己黄芪汤对 2 型糖尿病(T2DM)合并高尿酸血症(HUA)的临床疗效。方法：以 T2DM 合并 HUA 患者为研究对象，将 2021 年 10 月至 2022 年 3 月在贵州省铜仁市松桃县医院就医的 60 例病人，任意划分为观察组和对照组(30 例/组)。对照组根据情况，按其已接受的治疗方案进行延续性治疗，观察组在此基础上，给予消渴方加减联合防己黄芪汤进行治疗。分别记录两组患者在治疗前和治疗后的各指标水平。结果：观察组患者各血糖指标降低更为显著 ($P<0.05$)；两组患者血肌酐 (Scr)、尿酸 (SUA) 水平指数均显著降低，且观察组 Scr、SUA 水平较对照组降低更为显著 ($P<0.05$)。但观察组患者的 24h 尿酸水平 (UUE) 高于对照组患者 ($P<0.01$)。结论：消渴方加减联合防己黄芪汤治疗 2 型糖尿病合并高尿酸血症，可降低患者血糖、血肌酐、尿酸水平，对未来研究具有一定指导作用。

关键词：防己黄芪汤；消渴方；2 型糖尿病；高尿酸血症

糖尿病 (diabetes mellitus, DM) 是一种以高血糖为特征的慢性代谢性疾病，DM 可分为 1 型和 2 型。近年来，我国糖尿病患病率显著增加，由 1980 年的 0.67% 升高至 2017 年的 11.2%。DM 患病率逐年升高，相应伴随高致死率和高经济消费两大特点，且 DM 患者的全因死亡率较糖代谢正常患者高出约 50%。高尿酸血症 (hyperuricemia, HUA) 表现为血液中尿酸水平异常升高，是因为体内嘌呤代谢失常所引起的常见疾病。许多因素都会导致高尿酸血症，包括遗传、胰岛素抵抗等。

研究表明，痛风患者的 DM 发生率较一般人群高出 8.57 倍，且 HUA 患者未来患 T2DM 风险更高。由此可见，T2DM 合并 HUA 患者越来越常见，因两种疾病皆属于代谢病，因机体代谢水平紊乱而产生，但同时两种疾病又能加速患者体内其他代谢途径的恶化，造成恶性循环。

糖尿病在中医可见于“消渴”的记录，消渴方有养阴除热、补气生津之效，对于消渴疗效显著。防己黄芪汤能够清热利湿，活血化瘀，常用于高尿酸血症的治疗。因此，使用消渴方加减联合防己黄芪汤对 T2DM 合并 HUA 患者进行治疗，评估其临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入标准参照相关规定，以 T2DM 合并 HUA 患者为研究对象，选取符合标准的，于 2021 年 10 月初至 2022 年 3 月末间，在以铜仁市松桃县中医院就诊的 60 例患者。随机将所有 60 例患者进行分组，一组为观察组，一组为对照组，每组 30 例。所有研究对象均了解研究并愿意参与。排除标准：T2DM 以外的其他类型糖尿病、继发性高尿酸血症、严重肝肾功能不全者、各系统严重疾病患者、有精神功能障碍、资料不全、依从性不佳者。

两组一般资料比较，差异无统计学意义 ($P>0.05$)，见表 1。

表 1. 两组患者一般资料

组别	n	性别 (n%)	年龄	病程
----	---	---------	----	----

		男	女		
对照组	30	16(53.3)	14(46.7)	62.54±9.21	5.04±2.03
观察组	30	18(60.0)	12(40.0)	62.35±9.71	4.73±2.16
P		0.6023	0.9421	0.6037	

1.2 方法

所有研究对象均给予低嘌呤、糖尿病饮食及运动治疗。嘱患者在家规律检测空腹、餐后 2 小时指血血糖并记录，每 2 周内内分泌门诊复查 1 次，依据血糖水平调整药物剂量。同时，对照组维持原有降糖方案（根据血糖水平，使用胰岛素或口服降糖药治疗），观察组在此基础上给予消渴方加减防己黄芪汤（松桃县中医院根据患者情况对方剂进行加减，水煎取汁 300ml，每日两次，各 150ml，早晚分服），4 周一个疗程，连续服用两个疗程。试验期间，如果痛风发作加用秋水仙碱或非甾体抗炎药物等进行对症处理，如果出现其他不能耐受的不良反应则减量药物或者停用。

1.3 观察指标

临床疗效指标：对比观察，治疗前及治疗 8 周后，分别记录对照组患者及观察组患者空腹血糖(FBG)、餐后两小时血糖(PBG)、糖化血红蛋白 (HbA1c)、血肌酐(Scr)、尿酸(SUA)、24 小时尿酸(UUE)指标水平。同时，若患者用药后有不良反应发生，记录其类型、例数，与治疗药物是否有关等情况。

1.4 统计分析

使用 SPSS 软件对数据进行分析统计并以计量资料以均数±标准差 ($\bar{x}±S$) 表示，采用 t 检验比较组间均数；计数资料采用卡方 (χ^2) 检验进行组间比较。 $P<0.05$ 时，差异具有学术意义。

2 结果

2.1 两组血糖指标比较

结果与分析可见于表 2。根据数据对比可知，治疗前，对照组及观察

组患者 FBG、PBG、HbA1c 水平无显著差异 ($P>0.05$)。治疗后, 两组患者血糖指标较治疗前均显著降低 ($P<0.05$)。且与对照组患者相比, 观察组患者各血糖指标显著降低 ($P<0.05$)。

表 2 两组患者治疗前后血糖水平对比表 ($\bar{X}\pm S$)

时间	组别	空腹血糖 (mmol/L)	餐后 2h 血糖 (mmol/L)	糖化血红蛋白 (%)
治疗前	对照组	10.46±2.17	14.84±2.21	11.46±3.75
	观察组	10.37±2.15	14.79±2.12	11.89±2.88
	P	0.672	0.232	0.414
治疗后	对照组	8.96±1.42	11.98±3.01	8.95±2.10
	观察组	6.31±1.35	8.16±2.32	7.15±2.92
	P	0.039	0.000	0.011
	P 对照组治疗前 后	0.000	0.000	0.000
	P 观察组治疗前 后	0.000	0.000	0.000

2.2 两组尿酸指标比较

结果与分析可见于表 3。根据数据对比可知, 治疗前, 比较观察组和对照组患者 Scr、SUA、UUE 水平, 由结果可知, 治疗前两组数据无显著差异 ($P>0.05$)。治疗后, 两组患者 Scr、SUA 均显著降低 ($P<0.01$)。但观察组的 UUE 水平高于对照组, 且治疗前后并无显著差异 ($P>0.05$)。

表 3 两组患者治疗前后尿酸水平对比表 ($\bar{X}\pm S$)

时间	组别	血肌酐 ($\mu\text{mol/L}$)	血尿酸 ($\mu\text{mol/L}$)	24h 尿尿酸 (mol/d)
治疗前	对照组	94.34±16.89	555.54±81.62	3.54±0.74
	观察组	98.85±15.72	592.23±78.53	3.45±0.65
	P	0.417	0.799	0.188
治疗后	对照组	71.42±13.64	246±53.63	3.78±0.57
	观察组	69.10±14.31	238±52.74	4.53±0.63
	P	0.872	0.553	0.011
	P 对照组治疗前 后	0.000	0.000	0.745
	P 观察组治疗前 后	0.000	0.000	0.000

3 讨论

2 型糖尿病是一类临床较为常见的慢性代谢疾病, 目前研究表明其主

要原因可能是因为胰岛素抵抗和缺乏胰岛素导致。同时, 2 型糖尿病常合并多种代谢紊乱, 高嘌呤食物摄入增加可能会导致高尿酸血症, 而高尿酸血症又加重 2 型糖尿病患者的代谢紊乱。翁思颖^[1]等发现, 尿酸水平能够促进 2 型糖尿病的发生和发展, 存在正相关关系, 当尿酸水平超过人体正常浓度时, 会从体液中析出尿酸盐结晶, 尿酸浓度每升高 0.1mmol/L, 合并 2 型糖尿病患者, 其死亡率在原基础上, 将增加 9%。

临床常用于治疗该疾病的药物都有不同程度的毒副作用。研究表明二甲双胍常见恶心、腹泻等副作用^[2]; 二甲双胍用于肾功能不佳患者时, 易引发二甲双胍和乳酸的堆积; 磺酰脲类易引发胃肠功能紊乱、荨麻疹等皮肤反应^[3]。而针对高尿酸血症, 临床上目前常用的抑制尿酸生成的药物为别嘌醇, 具有降尿酸作用的同时, 也存在一定毒副作用, 严重时可能会引起嗜酸性粒细胞数量异常增多、白细胞和血小板数量骤然减少, 继而引发感染, 危及时可能会导致器官衰竭^[4]。而促进尿酸排泄药物丙磺舒存在恶心、呕吐等胃肠道不良反应。

中医治病求本, 具有整体观念, 能够根据疾病类型选择具有代表性治疗作用的方剂, 同时, 根据患者自身情况, 在治疗同种疾病时, 也能“量体裁衣”, 辨证论治。因而对比传统治疗药物, 中药发挥治疗作用的同时, 兼具患者依从性强, 毒副作用低的优点。糖尿病在中医记录中可见消渴病, 患者出现多食易饥, 形体消瘦, 大便干结, 舌苔黄干, 脉滑数。中医讲究辨证与辨病相结合治疗, 主要功效为清热生津、滋阴补血, 主治: 消渴, 口干引饮, 消谷善饥, 舌红苔燥, 脉细弦, 临床主要用于治疗糖尿病^[5]。防己黄芪汤是治疗气虚水肿的代表方, 具有益气固表、健脾利水之效。黄芪性温, 味甘, 补药, 明系由胃达肺, 补脾肺之气, 固表止汗, 利水消肿。防己味甘, 性寒, 味辛, 苦降, 善下行, 以辛降为主。同时, 防己黄芪汤可降低血尿酸水平, 治疗慢性尿酸性肾病^[6], 汤中槲皮素、山奈酚等活性成分可作用于 T2DM 的多个靶点, 联合治疗糖尿病合并高尿酸血症^[7]。

同时, 通过本次研究结果可知, 在保持原有降糖方案不变的情况下, 给予消渴方加减联合防己黄芪汤对 2 型糖尿病合并高尿酸血症患者进行治疗后, 对比对照组, 观察组各血糖指标均显著降低。提示消渴方加减联合防己黄芪汤具有调控血糖能力。陈学麟等^[8]研究表明, 消渴方可以调节胰腺中的 $\text{Ca}^{2+}/\text{CaN}/\text{NFAT}$ 通路, 从而达到调控血糖的目的; 陈焕旭等研究表明, 消渴方可以改善 SIRT1/AMPK 通路, 抑制糖尿病肾病患者产生氧化应激反应, 从而降低糖尿病肾病患者中氧自由基的释放。HuiLiao 等^[9]研究表示, 黄芪能够诱导正常巨噬细胞在静息状态下产生巨噬细胞诱导性一氧化氮合酶激活后的一氧化氮、肿瘤坏死因子- α 等, 对糖尿病肾病不同阶段和不同状态中的巨噬细胞均有治疗作用。

同时, 在保持原有降糖方案不变的情况下, 给予消渴方加减联合防己黄芪汤对 2 型糖尿病合并高尿酸血症患者进行治疗后, 对比对照组, 观察组 Scr、SUA 水平均显著降低。提示消渴方加减联合防己黄芪汤对于高尿酸血症具有一定治疗作用。王星^[10]等研究表明防己黄芪汤可以通过调控

(下转第 237 页)

PBL+CBL 相结合的教学模式在麻醉科住院医师规范化培训带教中的价值体会

郑翠娟

南京医科大学附属淮安一院麻醉科 江苏淮安 223000

摘要: 目的:探讨在培训带教中对麻醉科住院医师规范化执行 PBL+CBL 相结合教学模式的价值。方法:取 30 名、2021 年 1 月-2021 年 12 月期间接受规范化培训的麻醉科住院医师,遵循不同教学模式的分组标准执行分组,观察组(执行 PBL+CBL 结合教学)与对照组(传统讲授式教学 LBL)各 15 名。对比组间教学效果差异。结果:对比 2 组理论成绩可知,无较大差异($P>0.05$);对比 2 组综合技能成绩、带教满意度可知,观察组 100.00% 更高($P<0.05$)。结论:在培训带教中对麻醉科住院医师规范化执行 PBL+CBL 相结合教学模式的培训质量显著,可有效强化其对理论知识及综合技能的掌握程度,且带教满意度较高,此带教方式值得推广。

关键词: 麻醉科;住院医师;规范化培训带教;PBL;CBL;教学模式

【Abstract】 Objective: To explore the value of standardizing the combined teaching mode of PBL+CBL for residents in anesthesiology in training and teaching. Methods: 30 residents of anesthesiology who received standardized training from January 2021 to December 2021 were selected and grouped according to the grouping standards of different teaching modes. The observation group (implementing PBL+CBL combined teaching) and the control group (traditional Lecture-style teaching LBL) 15 students each. Differences in teaching effect between groups were compared. Results: Comparing the theoretical scores of the two groups, there was no significant difference ($P>0.05$). Comparing the comprehensive skills scores and teaching satisfaction of the two groups, the observation group was 100.00% higher ($P<0.05$). Conclusion: In the training and teaching, the training quality of the anesthesiology residents in the standardized implementation of PBL+CBL teaching mode is significant, which can effectively strengthen their mastery of theoretical knowledge and comprehensive skills, and the teaching satisfaction is high. Teaching methods are worth promoting.

【Key words】 anesthesiology department; resident physician; standardized training and teaching; PBL; CBL; teaching mode

住院医师规范化培训主要是针对毕业后医学生教育展开专业课程培训,构成如下:临床实践技能、专业必修课、公共必修课等^[1]。目前住院医师规范化培训具有专业性与正规性特点,基于现有资源促使教学效果及培训医师的综合素质得以最大化提升,是培训带教的主要目的^[2]。传统讲授式教学(LBL)中以讲授为主,通过理论知识的灌输使学员掌握基础知识。但麻醉科住院医师规范化培训教学强调着重培养其临床思维能力^[3]。LBL 对上述培训教学需求难以满足,因此,需探寻一套培养规培医师的理论结合实践的临床思维与技能,并激发其学习主动性的教学方法。问题教学法(PBL)是一种开放式教学模式,此教学模式以问题为导向、以学生为教学中心,倡导自己查阅资料、互相讨论和共同合作来解决问题,培养其自主学习能力,由教师依据教学内容合理设计足够复杂的问题,对学生的探索求知欲具有激发作用,通过多渠道获取答案;运用自身所学知识和收集整理的资料进行讨论,如出现较大分歧可通过辩论或教师解答的方式解决问题;最后由学生总结和教师点评,并对适当点拨疑难问题^[4]。案例教学法(CBL)是基于“案例”以教师主导、以案例为先导展开案例问题分析,加强学生对相关知识的理解并灵活运用,可使其分析、解决问题能力得以显著提升。CBL 属于启发式教学,通过引入案例,并让学生在案例讨论中积极参与;案例无固定的解决方案,基于教师引导可使学生发散思维^[5]。PBL、

CBL 均对学生的实践能力较为重视,使理论充分结合实践,有益于其思维能力的提升。基于此,本文取 30 名、2021 年 1 月-2021 年 12 月期间接受规范化培训的麻醉科住院医师,探讨在培训带教中对麻醉科住院医师规范化执行 PBL+CBL 相结合教学模式的价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

取 30 名、2021 年 1 月-2021 年 12 月期间接受规范化培训的麻醉科住院医师,遵循不同教学模式的分组标准执行分组,观察组男、女例数($n=10$ 名、5 名);其年龄值选定 27~35 (29.81 ± 2.48) 岁界限内;对照组男、女例数($n=12$ 名、3 名);其年龄值选定 26~37 (29.93 ± 2.52) 岁界限内;两组性别比、年龄等基线信息均衡可加以比较($P>0.05$)。

1.2 方法

两组纳选对象均接受规范化培训教学,带教教师均经统一培训且获得规培资质、临床实操经验丰富,在同等课时完成相应教学内容和教学任务。对照组均选择 LBL 模式,严格按照教学大纲要求规范教学。课前 1 周内,需将下一次课程重点予以患者进行讲述,使其充分理解。课中借助 PPT、教材、观看教学录像等方式对麻醉期间常见病的病机、症状特征及诊疗方式等内容的讲解。课后查看相关病例,并指导学生制定符合患者实际情况

的麻醉计划。观察组均选择 PEL+CEL 结合教学模式,由同一组教师带教,授课内容与上述一致。教学步骤:根据麻醉科住院医师的教学重、难点,以及规培医师需掌握的相关知识理论,选取病例资料库中极具代表性的病例。在课前 1 周内,将下一次课程的教学内容及病例予以患者做详细讲解,并对教学计划及过程进行说明,提出问题,比如:该疾病在麻醉期的病机、症状特征、诊断要点及疾病鉴别诊治方式等,规培医师思考问题的同时,可据问题关键词对相关资料和文献进行查询。授课初期,带教教师可借助多媒体展形式进行患者病史、实验室指标及影像学检查等相关资料内容的展示,同时规培医师需认真记录在教学期间出现的问题与难点,整理分析并总结后,对带教老师提问。同时,带教老师可引导学生对相关资料进行查询,可使规培医师问题有效解决,并预留出足够的时间对相关问题展开讨论,由学生之间讨论后汇报,带教教师不参与问题的讨论,但在关键问题上提出正确的指导意见,从而对问题讨论的方向、问题广度及深度进行合理控制,带教老师可在规培医师学习与讨论的过程中及时予以正确的引导,并对规培医师所提出的问题进行统一解答,总结讨论主旨。带教教师在课堂教学中指导学生围绕临床病例分析并解决相应问题。课后带学生对病例类似的患者进行讨论,指导规培医师针对患者个体化情况对麻醉相关计划进行合理制定。

1.3 观察指标

在麻醉科规范化培训结束后,对比两组住院医师的理论成绩(100 分)与综合技能成绩(100 分)进行测评。并对培训 3 个月两组带教满意度情况进行评估,分级标准如下:非常满意、满意、不满意与 81-100 分、60-80 分、0-59 分数值一一对应。总满意度=非常满意度+满意度。

1.4 统计学分析

选择 SPSS24.0 版软件处理文中计量、计数数据,分别用 ($\bar{x}\pm s$)、[n (%)]

表示,采用 t、 χ^2 检验, $P<0.05$ 即差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组考核成绩对比

对比 2 组理论成绩可知,无较大差异($P>0.05$);对比 2 组综合技能成绩可知,观察组更高($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组考核成绩对比 (分, $\bar{x}\pm s$)			
组别	n	理论成绩	综合技能成绩
观察组	15	89.85±3.96	92.38±3.92
对照组	15	87.88±3.68	86.72±2.81
t	-	1.411	2.545
p	-	0.169	0.000

2.2 两组带教满意度对比

对比 2 组带教满意度可知,观察组 100.00%更高,组间数据差异显著($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组带教满意度对比[n (%)]

组别	n	非常满意	满意	不满意	满意度
观察组	15	12(80.00)	3 (20.00)	0 (0.00)	15(100.00)
对照组	15	6 (40.00)	5 (33.33)	4 (26.67)	11 (73.33)
χ^2	-	-	-	-	4.615
p	-	-	-	-	0.032

3 讨论

麻醉学的临床实践性较强,要求麻醉医生的理论知识储备需充足,且熟练掌握操作技能,因此,住院医师规范化培训应以加强麻醉医师的临床实践能力为主要核心,麻醉培训需对此进行变革^[6]。麻醉科住院医师规范化培训直接关系到麻醉科人才的培养效果,如何在规范化培训中做好规培医师的带教,并最大程度上发挥其主观能动性,是培养高水准临床麻醉医生的关键^[7]。

CBL+PBL 联合教学在医学教育多领域中均有应用,且教学效果较佳,但单用其中一种教学方法时存在明显缺陷。CBL 教学是基于案例学习在临床工作中进行不断学习和分析,从中得到经验和教训,有助于培养学生的临床思维能力,表明,CBL 引用至麻醉科规范化培训可取得较理想的教学效果。但该教学方式仍有一些弊端,导致教学的难度增加,需在有限的课时内,确保按时完成理论知识和临床实践的教学活动,还要进一步讨论案例,并总结分析^[8]。PEL 教学模式是基于问题展开教学,可使学生学习的积极主动性被充分调动,对其自学能力及信息检索能力提升具有显著作用,有助于培养了学生的协作能力和增进师生间的关系。尤其适用于临床教学。此教学方式对规培医师在教学过程中思考和学习的积极性,强调加强对其临床思维力的培养力度,并提升其解决问题的能力。但学生往往只关注如何有效解决问题,而对基础知识的掌握未能充分重视^[9-10]。

本研究中,通过 PBL+CEL 教学可使上述问题得以解决。此教学模式是以临床案例为先导,使规培医师携带问题参与学习过程,并积极探寻正确答案,从而帮助其建立临床科学思维,并提高其解决问题的能力,根本上改变规培医师的既往由被动的学习模式向主动的学习模式进行转变,同时可预防带教期间出现脱离实际、教学内容乏味枯燥等系列问题。不仅可使学生学习的积极主动性得以充分调动,而且可使其临床思维能力得以提升,有助于学生对专业知识充分掌握。结果显示,对比 2 组理论成绩可知,无较大差异($P>0.05$);对比 2 组综合技能成绩可知,观察组更高($P<0.05$)。提示,在培训带教中对麻醉科住院医师规范化执行 PBL+CBL 教学有利于提高学生临床综合技能。究其原因:由于 PEL+CBL 教学的主旨是为临床疾病治疗培养“实用型”医师,其带教主题主要是麻醉科规培医师综合素质能力的提升,使其达到操作性、实践性及理论性统一的目的,从而可使其分析、解决问题能力得以大大提升。在 PBL+CEL 教学中,带教老师需充分发挥自身的引导作用,有利于帮助学生学会独立思考、分析问题,并掌握解决问题的方法,通过对经典案例进行分析讨论,培养其协作、表达、

创新能力等综合素质能力。此联合教学可为规培医师们提供轻松的学习环境,提高其主动积极性,使他们在学习过程中充分沟通,帮助其对所学知识有更具深度、广度的理解。PBL+CBL 相结合教学培训后,麻醉科规培医师主要是负责辅助麻醉医师完成每台手术麻醉,故而规培医师需将所学知识充分结合临床实践,从而可使麻醉中的问题得以快速有效解决,并给出科学合理的诊疗方案。本研究中,对比 2 组带教满意度可知,观察组更高($P<0.05$)。提示,相较于 LBL 教学, PBL+CBL 相结合教学的带教效果更佳,学生接受度更高,从而可使规培医师对带教老师的满意度取得显著改善。

综上,在培训带教中对麻醉科住院医师规范化执行 PBL+CBL 相结合教学模式可显著提升培训质量,可帮助其更好的掌握理论知识及综合能力,提升其整体考核成绩,从而改善和提升其带教满意度,此带教方式值得推广。

参考文献:

[1]黄琅,高亮,杨贞,等.PBL 教学查房在麻醉住院医师规范化培训中的实践[J]. 中华医学教育探索杂志,2021,20(11):1320-1322.

[2]张生茂,李娜,苏楠,等. PBL+CBL 相结合的教学模式在麻醉科住院医师规范化培训带教中的应用[J].内蒙古医学杂志,2021,53(12):1491-1493.

[3]李维,刘慧敏,冷燕,等.多样化考核分级下基于团队学习教学方法在麻醉科住院医师规范化培训中的应用[J].中华医学教育杂志,2021,41(5):452-455.

[4]胡凯峰,许力,夏亚斌,等.CBL 联合 PBL 教学法在普外科住院医师规范化培训中的应用[J].中华全科医学,2020,18(5):849-851,870.

[5]韩芳,孟岩,杨光,等.以问题为导向教学法联合案例教学法在儿科住院医师规范化培训中的效果评估[J].中国医刊,2021,56(8):926-928.

[6]王志明,祝义军,鲍杨,等.CBL 联合 EBM 教学模式在麻醉科住院医师培养带教中的应用[J].中国病案,2019,20(10):92-95.

[7]郑少华,每晓鹏,宋平义,等.SP 联合 PBL,CBL 教学模式在本科生麻醉前评估教学中的应用[J].中国病案,2020,21(8):79-82.

[8]程磊,李思有,李悦,等."融合创新思维导图"教学模式在住院医师规范化培训麻醉教学中的效果评价[J].医学研究杂志,2020,49(11):170-173.

[9]陶言言,郭晋,张弘,等.PBL 联合 CBL 教学法在急诊医学临床教学中的应用价值[J].中华全科医学,2021,19(1):128-130,140.

[10]殷燕,余小祥,陈波,等.多学科协作学习联合 PBL+CBL 教学在神经外科临床见习中的应用效果[J].中华医学教育探索杂志,2021,20(09):997-1000.

(上接第 234 页)

LRRK1 基因来调节肾脏对于尿酸代谢,增加肾脏对于尿酸的排泄能力,从而降低血中的尿酸浓度,减少肾脏对于高浓度尿酸的负荷,达到肾保护的目的。

综上所述,在使用中药方剂治疗慢性 2 型糖尿病时,采用消渴方加减联合防己黄芪汤等配合辨证用药治疗方法来治疗糖尿病合并高尿酸血症,临床效果较为显著,药物作用疗效好,副作用小,能同时降低血糖和尿酸,值得传统中医理论在糖尿病现代防治临床治疗研究活动中进行大力宣传推广,加强中医药在临床治疗中的可信度,扩大其在临床治疗上的辐射范围,从而满足中医药发展的要求。

4. 来源

本研究经费来源于课题“消渴方加减联合防己黄芪汤治疗 2 型糖尿病合并高尿酸血症的临床疗效研究”,属于铜仁市 2021 年度第一批市级科技计划项目,项目编号为铜市科研[2021]66 号。

参考文献:

[1]翁思颖,周建扬.无症状高尿酸血症伴 2 型糖尿病中医体质特点的研究[J].浙江中医杂志,2014(1):2.

[2]王海又.降低二甲双胍副作用的应用方式分析[J].全科口腔医学电子杂志,2019,006(017):181,184.

[3]李海燕.磺酰脲类降糖药不良反应与合理用药[J].医药界,

2019(20):1.

[4] Sciacqua A, Succurro E, Armentaro G, et al. Pharmacological treatment of type 2 diabetes in elderly patients with heart failure: randomized trials and beyond[J]. 2021.

[5]郑丽红.黄芪消渴方对 2 型糖尿病气阴两虚患者的治疗效果[J].糖尿病新世界,2021,24(15):85-88.

[6]刘华茹,石学慧,潘凌靖秀,等.防己黄芪汤治疗痛风性关节炎临床体会[J].亚太传统医药,2021,17(2):3.

[7]陈璟,徐贝贝,徐坠成,等.基于网络药理学的防己黄芪汤防治 2 型糖尿病的潜在作用机制研究[J].现代盐化工,2020,47(1):4.

[8]陈学麟,杨巧玉,胡剑卓.消渴方对 2 型糖尿病模型大鼠胰腺组织 Ca²⁺/Ca²⁺/NFAT 信号通路的影响[J].中医杂志,2021,62(17):7.

[9] Liao H, Hu L, Cheng X, Wang X, Li J, Banbury L, Li R. Are the Therapeutic Effects of Huangqi (Astragalus membranaceus) on Diabetic Nephropathy Correlated with Its Regulation of Macrophage iNOS Activity? J Immunol Res. 2017;2017:3780572. doi: 10.1155/2017/3780572. Epub 2017 Nov 8. PMID: 29250558; PMCID: PMC5698796.

[10]王星、薛宁、李洪雷、陈真、余万.防己黄芪汤对高尿酸血症小鼠降尿酸及肾保护作用机制的研究[J].中国中药杂志,2020,45(21):8.

多模式健康教育联合回授法对结肠镜检查患者肠道准备的影响

陈佳

无锡市中医医院消化科 江苏无锡 214000

摘要:目的:探讨多模式健康教育联合回授法对结肠镜检查患者肠道准备的影响。方法:纳入2021年1月~2021年12月我院消化科收治并接受结肠镜检查的患者87例,随机分为观察组和对照组两组。对照组43例予常规肠道准备健康教育,观察组44例则在对照组基础上实施多模式健康教育联合回授法。采用自拟的结肠镜受检者肠道准备相关知识及执行调查问卷评价并比较两组患者肠道准备相关知识的掌握和执行情况,比较两组患者的肠道准备质量。结果:实施多模式健康教育联合回授法后,观察组患者肠道准备相关知识的掌握和执行评分显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);与对照组相比,观察组患者的肠道准备质量显著为高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:多模式健康教育联合回授法通过图片宣教、发放书面宣教材料、视频播放等形式进行结肠镜检查前健康教育,并要求患者复述健康教育的内容,有效提高了患者对肠道准备相关知识的执行和掌握情况,对确保肠道准备质量和结肠镜检查结果、提高肠道准备健康教育质量有着积极意义。

关键词:多模式健康教育;回授法;结肠镜检查;肠道准备质量

Effects of multi-mode health education combined with feedback on intestinal preparation of patients undergoing colonoscopy

Chen Jia

Wuxi Hospital of Traditional Chinese Medicine department of Gastroenterology Jiangsu Wuxi 214000

Abstract Purpose: To investigate the effect of multi-mode health education combined with feedback on intestinal preparation of colonoscopy patients. Method: A total of 87 patients admitted to the Department of Gastroenterology of our hospital from January 2021 to December 2021 and receiving colonoscopy were included, and they were randomly divided into observation group and control group. The control group (43 cases) received routine intestinal health education, and the observation group (44 cases) received multi-mode health education combined with feedback. The mastery and implementation of knowledge and quality of intestinal preparation were evaluated and compared between the two groups. Result: After the implementation of multi-mode health education combined with feedback method, the mastery and execution score of intestinal preparation related knowledge in the observation group was significantly higher than that in the control group, and the intestinal preparation quality in the observation group was significantly higher than that in the control group, with statistical significance ($P < 0.05$). Conclusion: The multi-mode health education combined with feedback method effectively improved the implementation and mastery of the knowledge related to intestinal preparation, and helped to ensure the quality of intestinal preparation and the results of colonoscopy.

Key Word multimodal health education; feedback method; colonoscopy; intestinal preparation quality

结肠镜检查是临床上检查并治疗肠道疾病的重要方式,病理检查结合结肠镜检查是肠道疾病诊断的“金标准”。充分、有效的肠道准备是确保结肠镜检查视野的关键因素,有助于缩短操作时间,提高目标插镜成功率,同时也直接影响疾病检出率和检查安全性,对医生后续的诊断和治疗方案的拟定起着关键的影响^[1]。不充分的肠道准备可能影响检查医生的视野,造成息肉、病变等未检出,从而影响检查质量,并干扰医生的判断和后续诊疗措施的制定,严重者还可能要求患者重新进行肠道准备并重新检查,不仅增加了患者的身心痛苦和经济负担,还造成医疗资源的浪费^[2]。常规肠道准备的健康教育多由护士在结肠镜检查前通过口头宣教的方法告知患者如何服用肠道清洁剂及饮食注意事项,由于患者文化程度的差异及对知识理解和掌握能力的不同,部分患者并不能在短时间内完全理解和接受全部的知识并按要求执行,并在肠道准备执行过程中出现偏差和疏漏,影响肠道准备质量和结肠镜检查^[3]。多模式健康教育指采用书面宣教、口头宣教、视频宣教等多种方式进行健康教育,以帮助不同文化程度和理解能力的人群掌握,确保健康教育的多元性和有效性^[4]。回授法(teach back)则是在教育结束后,要求被教育者独立复述或演示教育内容,教育者对其复述或演示进行评价,便于教育者了解其掌握情况并予以针对性的补充或再教育,以确保健康教育的质量^[5]。本文将多模式健康教育联合回授法应用于结肠镜检查患者肠道准备中,有效提高了肠道准备质量。报道如下。

1、资料与方法

1.1 临床资料:纳入2021年1月~2021年12月我院消化科收治并接受结肠镜检查的患者87例,随机分为观察组和对照组两组。对照组43例,其中男25例,女18例,平均年龄(53.9 ± 2.4)岁;观察组44例,其中男27例,女17例,平均年龄(54.1 ± 2.2)岁。纳入标准为:(1)年龄 ≥ 18 岁;(2)拟行结肠镜检查,排除检查禁忌;(3)认知、沟通正常;(4)配合度良好;(5)知情同意本研究。排除标准为:(1)合并有严重心、肺、肝、肾功能疾病者;(2)既往有结直肠手术史者;(3)有结肠镜检查禁忌症者;(4)已知或疑似肠梗阻、肠穿孔者;(5)因各种原因脱落研究者。两组患者年龄、性别、文化程度、疾病诊断等一般资料相比,具可比性($P > 0.05$)。

1.2 方法:对照组43例予常规肠道准备健康教育,即患者拟行结肠镜检查后,护士对其进行口头一对一宣教,告知患者检查前3天应进食清淡、少渣、低纤维素饮食,如面条、馒头、米饭等为主,不进食可能造成产气过多的豆类食品,不食用含籽粒较多的火龙果、猕猴桃等食物,减少深色蔬菜等的进食。指导患者如何正确服用肠道清洁剂聚乙二醇电解质散,告知患者直至排出的粪便为水样方可认为肠道准备符合要求。观察组44例则在对照组基础上实施多模式健康教育联合回授法。具体方法如下:(1)多模式健康教育:将结肠镜检查相关内容制作成图文并茂的书面宣教材

料,内容包括结肠镜下的肠道视野,肠道内粪便残留对结肠镜检查造成的影响,可选择数个具有代表性的图片以增强患者的直观认识。同时绘制肠道准备流程及注意事项,列举出肠道准备前可以进食的食物和不可以进食的食物,详细说明聚乙二醇电解质散的服用方法,用图片展示检查前末次粪便的性状,以确保患者理解并能正确执行。护士将书面宣教材料发放给患者,要求患者阅读,护士在旁适时进行讲解,以提高患者的理解和掌握。同时,可事先下载并录制肠道准备相关宣教视频向患者播放,便于不同文化程度程度的患者理解。(2)回授法:护士在宣教结束后,要求患者独立复述肠道准备健康教育的内容,包括肠道准备前的饮食注意事项、聚乙二醇电解质散服用方法和服用时间,检查前的饮水量,检查前粪便达到什么性状表示肠道准备合格,以及检查时应如何正确配合医生,检查后的注意事项等,护士在旁对其复述内容进行点评,纠正其理解错误或偏差之处,必要时予以再次指导和再次教育,并在再教育后要求患者再次复述,以确保健康教育内容的完全理解。

1.3 观察指标:采用自拟的结肠镜受检者肠道准备相关知识及执行调查问卷评价并比较两组患者肠道准备相关知识的掌握和执行情况,比较两组患者的肠道准备质量。

1.3.1 肠道准备相关知识掌握和执行:采用自拟的结肠镜受检者肠道准备相关知识及执行调查问卷进行评价,该问卷内容包括检查前后及活检后饮食注意事项、肠道清洁剂服用方法、检查体位配合、特殊药物服用、饮水量等。满分 100 分,评分与被测试者肠道准备相关知识的掌握和执行情况呈正相关。

1.3.2 肠道准备质量:采用波士顿肠道评分系统(BBPS)与气泡评分标准相结合进行评价^[6],BBPS 将结肠分为左、中、右三个部分,0 分表示大量固态粪便残留,严重影响视野,需重新进行肠道准备;1 分表示有半固体或液体粪便残留,影响观察粘膜;2 分表示有少量粪液和微小残渣残留,不影响观察;3 分表示无粪渣残留,视野好。气泡评分标准为:0 分:肠腔内有大量泡沫,影响观察,需冲洗;1 分:肠腔内有较多泡沫,影响部分肠道观察;2 分:肠腔内有少许泡沫,对观察影响较小;3 分:肠腔内泡沫较少或看不到,不影响观察。两者总分相加为肠道准备质量评分,总分 4~12 分,评分越高表示肠道准备质量越好。

1.4 统计学方法:数据分析采用 SPSS19.0 统计软件,两组患者肠道准备相关知识掌握和执行评分及肠道准备质量的比较采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2、结果:

实施多模式健康教育联合回授法后,观察组患者肠道准备相关知识的掌握和执行评分显著高于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$);与对照组相比,观察组患者的肠道准备质量显著为高,差异有统计学意义 ($P<0.05$),详见表 1。

表 1 两组患者肠道准备知识及肠道准备质量的比较

组别	例数	肠道准备知识掌握及执行 (分)	肠道清洁度(分)
观察组	44	91.9±2.4	9.2±0.8
对照组	43	82.5±2.3	6.3±0.9
P		<0.05	<0.05

3 讨论

肠道准备是确保结肠镜检查质量的关键,也是临床医生的判断和后续诊疗方案制定的重要依据。不充分的肠道准备不仅影响检查医生插镜速度,影响其检查视野,延长检查时间,还可能造成漏诊和误诊,严重者还可能要求患者重新进行肠道准备并重新检查,造成医疗资源的浪费和患者的痛苦^[7]。健康教育是提高肠道准备质量最简单也是最重要的手段,高质量的健康教育能帮助患者理解和掌握肠道准备的要点并正确执行,从而确保肠道准备的质量^[8]。

常规的健康教育多在结肠镜检查前由护士口头宣教饮食注意事项及肠道清洁剂服用注意事项,然而由于护士工作经验、表达能力有所差异,患者的文化程度、理解能力亦有所不同,部分患者难以在短时间内完全理解并接受全部的知识,以致在执行过程中出现疏漏或偏差,影响了肠道准备的质量。多模式健康教育通过口头宣教、发放书面宣教材料、视频播放等形式帮助不同理解能力的患者充分、全面地掌握肠道准备相关知识,患者可通过图片和视频,直观的理解健康教育的内容,并在后期反复阅读并观看,以确保执行的准确性^[9]。同时采用回授法,要求患者在教育结束后独立复述健康教育的内容,护士对其进行点评和指导,以确保健康教育的准确性和有效性,保证患者正确执行。

综上所述,本文多模式健康教育联合回授法通过图片宣教、发放书面宣教材料、视频播放等形式进行结肠镜检查前健康教育,并要求患者复述健康教育的内容,有效提高了患者对肠道准备相关知识的执行和掌握情况,对确保肠道准备质量和结肠镜检查结果、提高肠道准备健康教育质量有着积极意义。

参考文献:

[1]查倩倩,钮美娥.结肠镜检查患者肠道准备依从性改善策略的研究进展[J].中华现代护理杂志,2019,25(4):524-528

[2]卢小艳,白姣姣,王峥.结肠镜检查前肠道准备健康教育效果的 Meta 分析[J].护理研究,2018,32(10):1537-1542

[3]蒋桂香,李立平,冯程程.图文沟通宣教模式对内镜检查患者肠道准备依从性及清洁度的影响[J].护理实践与研究,2021,18(13):2014-2016

[4]杨嫚,王静,毋玉凤,等.肠道检查前清肠教育对肠道准备质量的影响[J].胃肠病学和肝病学杂志,2019,28(2):194-197

[5]叶梅真,刘春芳,吴芬芬.回授法在结肠镜检查病人肠道准备中的应用[J].全科护理,2018,16(18):2218-2220

[6]中华医学会消化内镜学分会,中国抗癌协会肿瘤内镜专业委员会.中国早期结直肠癌筛查及内镜诊治指南(2014 年,北京)[J].胃肠病学,2015,20(6):345-365

[7]付振美.不同教育方式对住院患者结肠镜检查前肠道准备质量的影响[D].山东:山东大学,2017

[8]邵海波,陈凌,王晶,等.图文式健康教育在胃镜检查患者中的应用[J].上海护理,2016,16(4):63-65

[9]姜琳,任春蓉,赵萍,等.彩色图文健康教育对老年人结肠镜检查前肠道准备的效果观察[J].肿瘤预防与治疗,2017,30(4):291-294

创新性目标教学法在消毒供应中心护生带教中的应用效果分析

王芸

临沂科技职业学院 山东临沂 276000

摘要：目的：探讨创新性目标教学法在消毒供应中心护生带教中的应用效果。方法：选取 2020 年 01 月-2021 年 06 月在我院消毒供应中心实习的 50 名护生作为研究对象，其中，25 名接受常规护理实习带教的护生纳入常规组，另外，25 名接受创新性目标教学法的护生纳入创新组，对比两组最终的考核情况。结果：创新组在理论知识、操作技能及综合成绩方面均优于常规组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；教师就自主学习能力、问题解决能力、学习兴趣、课堂互动、团队合作等方面给出了客观评价，创新组评分明显高于常规组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；创新组在课堂师生互动、学习兴趣的激发、自学能力的提升、解决问题能力、促进团队合作、增强个人成就感等方面的学生认可度均明显高于常规组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：在消毒供应中心护生实习带教中应用创新性目标教学法能够有效提升实习护士的专业技能、扎实掌握理论知识，同时还能提升护士学习中的主动求知意识和团队合作意识。

关键词：消毒供应中心；护生；创新性目标教学法

目前，大部分护理专业的实习护生更加注重临床方面的实习，尤其对消毒供应中心的实习工作不太关注，因而很多实习护士对消毒供应中心实习积极性较差，很大原因是兴趣不高^[1-2]。但消毒供应中心护理往往与临床护理质量息息相关，是保证临床护理水平的重要基础，因此消毒供应中心护理实习带教工作显得尤为重要，一方面要提高学生学习的积极性，保证学习效果，从根本上提高实习护士对消毒供应中心护理的重视度，另一方面还要注重消毒供应中心护理实习的带教质量。目标教学法是依据美国教学家布卢姆的“教育目标分类学”和“掌握学习策略”，按既定的教学目标和形成性测试手段，落实大纲、教材的学习任务，培养学生能力，开发学生智力的教学方法^[3-4]。近年来逐渐应用于医学实习带教领域，弥补了常规带教方式“枯燥、乏味、无趣”的缺点，其目前在建筑专业、政治教学、高中课堂教学等诸多方面均已应用，并取得较好的效果。从理论的角度分析，谈及教学必然言及目标，而目标具有导向、激励、凝聚的作用，该种教学方法或可适用于消毒供应中心的护理实习带教。基于此，本文以我院消毒供应中心带教的实习护士为研究对象，探究创新性目标教学法在消毒供应中心护理实习带教中的应用效果，现汇总如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以 2020 年 01 月-2021 年 06 月在我院消毒供应中心实习的 50 名护士作为研究对象，25 名接受常规护理实习带教的护士入常规组，另 25 名接受创新性目标教学法的护士入创新组；两组在平均年龄、学历水平及性别等资料无显著差异性差异（ $P>0.05$ ），见表 1。本研究均经实习护士本人同意，我院护理部经严格审核后批准本方案。

表 1 统计两组的基础性资料（ $n=25$ ）

组别	年龄区 间	平均年龄	学历水平（专科/本科）	性别（男/女）
常规组	20-25	21.50±1.25	8(32.00)/17(68.00)	1(4.00)/24(96.00)
创新组	20-24	21.84±1.30	5(20.00)/20(80.00)	2(8.00)/23

			(92.00)
t/X^2	0.943	0.936	0.355
值			
P 值	0.351	0.333	0.552

1.2 方法

常规组（常规带教方法）：以理论授课为主，由带教老师主讲，借助文本、图像、音频、视频等多媒体技术，增加授课丰富性^[5]。

创新组（创新性目标教学法带教）：（1）制定教学目标。由消毒供应中心的带教老师和消毒供应中心护士长共同探究、制定护理带教方案，并拟定教学目标，主要包括：①科室内各区域划分的依据；②科室各区域的温湿度；③多种溶液的配制比例及方法；④如何选择恰当的灭菌方法及具体操作流程；⑤无菌物品的存储；⑥清洗、去污、消毒等概念性认识；⑦去污区缓冲间防护物品的穿戴流程；职业暴露后的操作方法；⑧器械处理及存储；⑨学习态度及日常职业态度等。（2）具体带教措施。带教学习开始之前，向每位实习护士发放纸质版护理理论知识及操作技能文本，给予一定的课前学习规划和指导。然后由消毒供应中心统一安排带教学习，详细讲解具体的理论知识和各项技能，可借助多媒体动画、视频、音频等形式进行讲解，增加学生对理论知识的深刻理解，并激发学生的学习主动性，提高课堂效率，保证按计划完成教学目标^[6-7]。带教过程中，穿插提问的形式，及时解答学生的疑问，也可就重点问题进行深度讲解；进行护理技能实操时，老师要向学生进行具体的操作演示，便于学生观摩学习，具体操作时要格外注重理论与时间的结合及呼应，通过提问不断巩固学生所学知识。还要注重学生实际操作技能的掌握，学生练习时，老师要在一旁指导、纠正。

1.3 观察指标

带教结束后由消毒供应中心统一安排考核，主要包括理论知识和操作技能两个方面，并按照各占 50%的比例计算综合成绩。教师评价成绩：由带教老师对学生的自主学习能力、问题解决能力、学习兴趣、课堂互动、团队合作等方面进行评价并给出评分；各项评分 100 分满分。最后，由学

生就课堂师生互动、学习兴趣的激发、自学能力的提升、解决问题能力、促进团队合作、增强个人成就感等方面给予认可程度评估。

1.4 统计学处理

研究数据均经由 SPSS21.0 进行统计学相关计算,以[n(%)]形式表示计数资料,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,分别行 χ^2 和 t 检验,以 $P<0.05$ 表示有显著性差异,具有统计学意义。

2 结果

2.1 考核成绩

根据表 2 中统计两组的最终考核成绩来看,创新组在理论知识、操作技能及综合成绩方面均较常规组更加优异($P<0.05$)。

表 2 统计两组的最终考核成绩($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	理论知识	操作技能	综合成绩
常规组	25	78.55±4.72	75.14±5.21	76.48±3.29
创新组	25	90.05±5.35	86.55±4.92	84.65±3.72
t/χ^2 值		8.059	7.961	8.226
P 值		<0.001	<0.001	<0.001

2.2 教师评价成绩

教师就自主学习能力、问题解决能力、学习兴趣、课堂互动、团队合作等方面给出了客观评价,从表 3 统计数据来看,创新组评分明显高于常规组($P<0.05$)。

表 3 统计两组的教师评价成绩($\bar{x}\pm s$, $n=25$)

组别	自主学习 能力	问题解决 能力	学习兴趣	课堂互动	团体合作
常规组	13.15±1.02	12.30±1.16	14.51±1.05	14.03±1.05	14.14±1.18
创新组	18.10±1.19	17.16±1.17	18.75±1.01	19.11±1.11	18.85±1.06
t/χ^2 值	15.791	15.732	14.551	16.624	14.847
P 值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 学生认可度

创新组在自学能力的提升、课堂师生互动、解决问题能力、学习兴趣的激发、增强个人成就感、促进团队合作等方面的学生认可度均明显高于常规组($P<0.05$),如表 4 所示。

表 4 统计学生对带教过程的认可度[n(%)]

评价维度	常规组	创新组	χ^2	P
课堂师生互动	10 (40.00)	21 (84.00)	10.272	0.001
学习兴趣的激发	13 (52.00)	20 (80.00)	4.367	0.037
自学能力的提升	10 (40.00)	18 (72.00)	5.195	0.023

解决问题能力	9 (36.00)	19 (76.00)	8.117	0.004
促进团队合作	12 (48.00)	19 (76.00)	4.160	0.041
增强个人成就感	12 (48.00)	20 (80.00)	5.556	0.018

3 讨论

带教对护理人员的影响是初始阶段的,也是基础性的,对于消毒供应中心而言,带教质量可直接关乎实习护生的护理水平和质量,未来也直接影响着消毒供应中心的工作水平^[8]。因而,优质的带教活动,能够给实习护生产生较大影响,一方面是自身综合职业素养的提升,另一方面,从长久来看,是学习能力的体现。创新性目标教学法是一种以教学目标为核心和主线来实施课堂教学的方法,即教师在教学中发挥主导作用,学生转变为教学活动的主体,教学目标则是贯穿教学始终的主线。也就是说,教师在教学活动中根据教学目标的导向,在教学全过程中设定一系列教育活动已实现阶段性和整体性教学目标。并通过教学反馈激励学生的学习兴趣 and 主观能动性,是带教的过程称为学生主动学习知识和技能的过程,激励学生为实现教学目标而努力学习^[9-10]。创新性目标教学法实际上给予了学生发挥想象力和创新能力的空间,也更有利于激发学生完成教学目标规定的学习任务,是带教中主动学习的动力。而且能够在较短的时间内使学生享受到自己学习成功的喜悦感和成就感,进一步激发学生的学习兴趣,促使学生更加努力地学习。总的来说,教学目标是指教学活动实施的方向和预期达成的结果,是一切教学活动的出发点和最终归宿,它既与教育目的、培养目标相联系,又不同于教育目的和培养目标。创新性目标教学法是近年来衍生的一种新型教学方法,其在医学实习带教中逐渐得到应用。

无可厚非,护理教育是临床护理教学不可或缺的重要部分,也是实习护生向职业护士转变角色的必经过程,同时也是实习护生将理论付诸实践的重要体现。因而,要想提高临床护理带教质量,就必须不断探索适合消毒供应中心的带教方式。基于此,本文探究了创新性目标教学法在消毒供应中心带教过程中的应用效果。得出以下结果:创新组在理论知识、操作技能及综合成绩方面均较常规组更加优异($P<0.05$);教师就自主学习能力、问题解决能力、学习兴趣、课堂互动、团队合作等方面给出了客观评价,创新组评分明显高于常规组($P<0.05$);创新组在课堂师生互动、学习兴趣的激发、自学能力的提升、解决问题能力、促进团队合作、增强个人成就感等方面的学生认可度均明显高于常规组($P<0.05$)。该结果表明创新性目标教学法的应用不仅能够提升实习护理的考核成绩,包含理论认知和操作技能两方面,同时激发了实习护士的学习兴趣,提高他们对消毒供应中心的关注度,正确认识消毒供应中心的工作岗位;此外,还激发了学生学习的主动性,使学生从被动吸收,到主动汲取知识。

在诸多新兴的教学方法中,创新性目标教学法是一种较为有效且使用范围较广泛的方法,它有效解决了常规教学模式的很多弊端,弥补了其在带教过程中的不足,尤其能够通过帮助学生解决实际问题,深化学生对理论知识和操作技能的认知,其相对与其他教学方法,对学生学习积极性和主动性的激发最为有效^[11-12]。通过实施创新性目标教学法,学生的动手能

(下转第 246 页)

规范化健康教育在慢性心力衰竭护理中运用的效果观察

吴选娇

柳州市工人医院 广西柳州 545000

摘要:目的: 分析规范化健康教育应用于慢性心力衰竭护理中的临床价值。方法: 收集 2020 年 8 月-2021 年 8 月病区收治的 64 例慢性心力衰竭患者, 按电脑数字表法随机分作两组, 对照组 32 例给予常规护理, 试验组 32 例给予规范化健康教育, 对比两组的知识掌握情况及心功能。结果: 护理后, 试验组的慢性心力衰竭专业知识掌握度评分为 (89.84±8.87) 分, 比对照组的 (74.30±13.68) 分更高 ($P<0.05$); 试验组的心功能分级改善水平优于对照组 ($P<0.05$)。结论: 规范化健康教育应用于慢性心力衰竭护理中的临床价值显著, 有助于增强患者知识掌握程度, 并且改善心功能水平。

关键词: 规范化健康教育; 慢性心力衰竭; 健康知识; 心功能

[Abstract] Objective: To analyze the clinical value of standardized health education in chronic heart failure care. Methods: 64 chronic heart failure patients admitted to the ward from August 2020 to August 2021 were randomly divided into two groups according to computer digital chart, 32 cases in the control group received routine care, and 32 cases in the trial group received standardized health education. The knowledge and cardiac function of the two groups were compared. Results: After nursing, the professional mastery score of chronic heart failure was (89.84±8.87), which was higher than (74.30±13.68) ($P<0.05$); the improvement level of cardiac function was better than the control group ($P<0.05$). Conclusion: The clinical value of standardized health education helps to enhance patient knowledge mastery and improve heart function.

[Key words] Standardized health education; chronic heart failure; health knowledge; heart function

慢性心力衰竭即多种心脏血管病症进入至终末期阶段而表现出的临床综合征, 近年来发生率逐年升高, 已成为影响人类健康的一种常见病症^[1]。研究表明, 大多慢性心力衰竭患者都缺乏对疾病专业知识的正确认知, 日常生活中易出现多种错误行为习惯, 导致患者病情加重, 不利于心功能改善, 因此需加强专业健康教育^[2]。现阶段, 临床关于慢性心力衰竭患者的护理工作多围绕治疗方案展开, 难以进一步增强患者对于疾病知识的综合认知^[3]。规范化健康教育即护理人员通过制定系统性、针对性、标准型及计划性健康教育计划, 积极克服不利因素, 提升患者疾病认知, 规范行为习惯, 改善病情^[4]。本病区近年来将规范化健康教育应用于慢性心力衰竭护理中, 并纳入 64 例慢性心力衰竭患者展开分析, 旨在研究该护理方案应用价值, 现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集 2020 年 8 月-2021 年 8 月病区收治的 64 例慢性心力衰竭患者, 按电脑数字表法随机分作两组, 各 32 例。纳入标准: 符合《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018》^[5]中相关标准, 年龄 >18 岁且 ≤ 75 岁, NYHA 心功能分级 II~IV 级, 且已配合知情同意书签字。排除标准: 既往认知功能、意识或精神障碍, 并发其他系统严重性病症或癌症, 已进入至心力衰竭的终末期阶段。研究活动已获得医学伦理学同意。

1.2 方法

对照组给予常规护理, 即评估患者病情, 通过口头形式介绍疾病知识, 纠正错误行为习惯, 加强心理疏导、饮食指导及用药指导, 出院后一周内常规电话回访。试验组在此基础上给予规范化健康教育: (1) 制定规范化健康教育内容。护理人员充分了解患者病情状况、文化水平及认知水平等, 查阅相关信息与资料后, 制定慢性心力衰竭宣传手册, 内容包括慢性心力衰竭致病因素、危险因素、临床表现、治疗方法、药品作用机制、饮食方

法及日常保健措施等, 制定成册后, 将其发放予患者, 嘱咐患者耐心阅读, 并以通俗语言解疑。(2) 规范化健康教育形式。采取一对一宣讲的形式加强护患沟通, 结合视频、图册、音频、画报等多种形式予以健康教育, 增强患者疾病认知, 对于知识薄弱点, 再予以详细讲解, 使患者充分认识到配合医护工作, 规范健康行为习惯的必要性。同时, 取得患者家属配合, 予以详细介绍疾病相关知识及慢性心力衰竭日常护理措施, 嘱咐家属积极监督及协助患者。(3) 规范化随访。出院前, 嘱咐患者严格遵医嘱用药, 邀请患者及其家属加入至病友微信交流群中, 护理人员定期发布慢性心力衰竭相关知识, 与每日 17:00-17:30 进行在线解疑。出院后, 定期予以随访, 采取电话随访的形式进行, 前 3 个月时, 予以电话随访 1 次/周, 15min/次, 3 个月 after, 随访时间延长为 1 次/月, 重点了解患者出院后用药情况与生活行为方式, 积极纠正不合理之处, 肯定患者的配合与努力, 预约回院复查时间。

1.3 观察指标

护理前、护理 3 个月 after, 分别评定以下指标: (1) 疾病知识掌握情况。科室自制调查表, 对两组的慢性心力衰竭专业知识的掌握情况进行评估, 包括疾病概念与诱因、临床表现、诊治措施、日常保健与饮食管理等方面, 各以 20 分计, 总分 100 分。(2) 心功能。参考 NYHA 心功能分级标准, 评定两组心功能的分级状况^[6]。

1.4 统计学分析

通过 SPSS20.0 处理各项数据, 计量资料以 ($\bar{x}\pm s$) 表示, t 检验; 非等级计数资料以 $n(\%)$ 表示, χ^2 检验, 差异有统计学意义即 ($P<0.05$)。

2 结果

2.1 患者一般资料

两组患者的一般资料, 对比无统计学差异 ($P>0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者一般资料

组别 (n)	性别 (n)		年龄 (岁)			病程 (年)			文化程度		
	男性	女性	最低	最高	平均	最短	最长	平均	小学	中学	大学
对照组 (n=32)	15	17	47	73	59.72±3.61	0.5	6	2.96±0.30	11	12	9
试验组 (n=32)	16	16	49	74	59.80±3.65	0.7	6	2.99±0.31	12	13	7
χ^2/t 值	0.063		0.088			0.393			0.334		
P 值	0.802		0.930			0.695			0.846		

2.2 疾病知识掌握情况
0.05); 3 个月后, 两组的疾病知识掌握程度均有所升高, 且试验组评分更高 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 两组疾病知识掌握情况对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

时间	组别 (n)	疾病知识掌握情况					总分
		疾病概念与诱因	临床表现	诊治措施	日常保健	饮食管理	
护理前	对照组 (n=32)	10.15±3.12	10.86±2.95	11.16±2.53	11.12±2.60	11.07±2.52	54.36±13.72
	试验组 (n=32)	10.11±3.10	10.90±2.88	11.17±2.50	11.10±2.55	11.05±2.47	54.33±13.50
3 个月后	对照组 (n=32)	14.33±2.81 ^a	15.01±2.37 ^a	14.96±3.12 ^a	15.02±2.37 ^a	14.98±3.01 ^a	74.30±13.68 ^a
	试验组 (n=32)	17.96±2.02 ^{ab}	17.52±2.06 ^{ab}	18.02±1.63 ^{ab}	18.03±1.65 ^{ab}	18.31±1.51 ^{ab}	89.84±8.87 ^{ab}

注: ^a与本组护理前对比 $P<0.05$, ^b与对照组护理后对比 $P<0.05$

2.3 心功能

护理前, 两组患者的心功能分级比较, 差异无统计学意义($P>0.05$);

3 个月后, 两组的心功能均明显改善, 且试验组分级优于对照组 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 两组心功能分级对比[n(%)]

组别	例数 (n)	治疗前				3 个月后				Z 值	P 值
		I	II	III	IV	I	II	III	IV		
对照组	32	0	6	19	7	5	12	13	2	10.90	0.012
试验组	32	0	5	18	9	13	14	4	1	32.572	<0.001
Z 值	-	0.368				8.807				-	-
P 值	-	0.832				0.032					

3 讨论

慢性心力衰竭近年来发生率逐年升高, 且呈现出年轻化趋势, 已成为影响人类健康的一种常见疾病。调查研究发现, 慢性心力衰竭患者对于疾病专业知识的健康教育需求较高, 然而在既往护理工作中, 大多护理人员忽视了对疾病专业知识的规范化宣教, 难以满足患者需求, 疾病控制、改善效果有待提升^[7]。鉴于此, 加强对慢性心力衰竭患者科学性、规范化健康教育尤其关键。

本次研究中, 试验组护理后的慢性心力衰竭专业知识掌握度评分比对照组更高, 同时试验组的心功能分级改善水平也优于对照组 ($P<0.05$), 表明规范化健康教育应用于慢性心力衰竭护理中有助于增强患者知识掌握程度, 并且改善心功能水平。于慢性心力衰竭护理中加强规范化健康教育, 通过制定规范化健康教育内容, 再采取多种形式对患者展开健康宣教,

使其满足不同文化水平、认知水平患者的需求, 再利用微信群作为媒介进行宣教与随访, 使宣教工作从院内顺利过渡至院外, 及时纠正错误认知, 增强患者对疾病概念与诱因、临床表现、诊治措施、日常保健与饮食管理等专业知识的了解程度, 再取得家属配合, 发挥家庭功能, 缓解患者心理负担, 并且充分了解到积极配合医护工作的重要性, 主动规范日常行为与习惯, 严格遵医嘱用药, 定期回院复诊, 从而有效控制病情, 对于促进心功能改善具有积极意义。

综上所述, 规范化健康教育应用于慢性心力衰竭护理中的临床价值显著, 有助于增强患者知识掌握程度, 并且改善心功能水平。

参考文献:

[1]陆丽娟,何细飞.症状管理策略在慢性心力衰竭患者健康教育中的应用[J].护理学杂志,2020,35(6):76-79,92.

[2]阎淑婷,张广清,滕中华,等.对慢性心力衰竭患者实施赋能教育的效果观察[J].护理学报,2020,27(19):74-78.

[3]陈慧玲,王淑东.跨理论模型联合健康教育对慢性心力衰竭患者自理能力的影响[J].中国健康教育,2020,36(3):278-281.

[4]徐莉,陈晶,俞颖.规范化健康教育对食管癌放疗患者自我感受负担、应对方式、生活质量的影响[J].癌症进展,2019,17(14):1722-1725.

[5]中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组,中国医师协会心力衰竭专业委员会,中华心血管病杂志编辑委员会.中国心力衰竭诊断和治疗指南2018[S].中华心血管病杂志,2018,46:760-789.

[6]Das B B, Young M L, Niu J, et al. Relation Between New York Heart Association Functional Class and Objective Measures of Cardiopulmonary Exercise in Adults With Congenital Heart Disease[J].The American Journal of Cardiology,2019,123(11):1868-1873.

[7]田焱,张灵芳,李娜,等.随访信息平台结合全程健康教育对慢性心力衰竭患者遵医行为及心脏功能的影响[J].中国实用护理杂志,2020,36(24):1907-1911.

小儿急性上呼吸道副流感病毒感染的综合护理研究

马国梅

山东省新泰市人民医院儿一科 山东新泰 271200

摘要: 目的: 探讨小儿急性上呼吸道副流感病毒感染的综合护理效果。方法: 选择 2020 年 1 月—2021 年 12 月我院收治的急性上呼吸道副流感病毒感染患儿 56 例为对象, 28 例对照组患儿用常规护理, 28 例观察组患儿用综合护理。比较患儿退热和咳嗽/咳痰、咽痛、流涕消失时间与住院时间, 评价患儿与家属护理干预前后的焦虑程度, 调查患儿家属的护理满意度。结果: 观察组退热时间 (2.14 ± 1.09) d 短于对照组 (3.85 ± 1.12) d, 咳嗽/咳痰消失时间 (3.05 ± 1.21) d 短于对照组 (5.27 ± 1.39) d, 咽痛消失时间 (2.80 ± 0.45) d 短于对照组 (4.24 ± 1.36) d, 流涕消失时间 (3.45 ± 1.92) d 短于对照组 (4.57 ± 1.35) d, 住院时间 (4.05 ± 1.02) d 短于对照组 (5.28 ± 1.16) d, 患儿焦虑评分 (36.07 ± 4.12) 分低于对照组 (48.26 ± 4.05) 分, 家属焦虑评分 (38.19 ± 5.32) 分低于对照组 (50.91 ± 5.18) 分, 家属护理满意度 96.43% 高于对照组 78.57%, $P < 0.05$ 。结论: 急性上呼吸道副流感病毒感染患儿采用综合护理的效果显著, 可短时间缓解和消除患儿的临床症状, 稳定患儿与家属的情绪, 缩短疗程, 提高家属护理满意度。

关键词: 小儿; 急性上呼吸道感染; 副流感病毒; 综合护理

副流感病毒感染常导致患儿发热、鼻塞和咽痛等症状, 部分患儿会产生声嘶、犬吠样咳嗽等症状, 据临床统计显示^[1], 急性呼吸道感染婴幼儿中有大约 30%-40% 为副流感病毒侵入造成, 可导致患儿产生慢性进行性加重肺炎, 病情严重时患儿会产生呼吸窘迫, 致使患儿机体缺氧, 对患儿的生命安全威胁较大。目前, 急性上呼吸道副流感病毒感染并无统一的治疗方案, 一般是根据患儿的病情进行对症治疗, 目的是控制患儿的病情, 对患儿的继发感染进行防治, 通常能对患儿的病情起到良好的控制效果, 但临床经验显示, 要在患儿接受治疗过程中实施合理的护理, 通过护理干预改善患儿的病情预后。综合护理是一种强调个体化的全面性护理, 主要是根据患者的病情和临床治疗实施护理干预, 用于小儿的护理效果显著, 本文对 56 例急性上呼吸道副流感病毒感染患儿的临床资料作分析, 探讨综合护理的临床效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 纳入标准: (1) 选择 56 例急性上呼吸道副流感病毒感染患儿为对象。(2) 于 2020 年 1 月—2021 年 12 月在我院住院治疗。(3) 病情诊断参考中国小儿呼吸道感染疾病专家共识^[2]。(4) 患儿家属沟通能力正常, 愿意接受临床治疗方案, 能正常配合护理研究。(5) 患儿入院信息和检查资料完善。排除标准: (1) 有重大脏器功能不全者。(2) 过敏体质或 (及) 对研究用药过敏。(3) 入院治疗时间 < 3 d。(4) 有先天性疾病者。(5) 家属依从性欠佳或 (及) 中途退出者。基础资料: 观察组病程平均 (4.20 ± 1.15) d, 病程范围 1-6d; 年龄平均 (5.83 ± 1.05) 岁, 年龄范围 8 个月-12 岁; 体温平均 (37.30 ± 0.03) $^{\circ}\text{C}$, 体温范围 37-39 $^{\circ}\text{C}$; 男女性别占比 16:12; 体重平均 (32.95 ± 3.17) kg, 体重范围 25-40kg。对照组病程平均 (4.18 ± 1.21) d, 病程范围 1-6d; 年龄平均 (5.86 ± 1.07) 岁, 年龄范围 9 个月-12 岁; 体温平均 (37.41 ± 0.05) $^{\circ}\text{C}$, 体温范围 37-39 $^{\circ}\text{C}$; 男女性别占比 15:13; 体重平均 (32.74 ± 3.09) kg, 体重范围 25-43kg。两组基线数据比较, $P > 0.05$ 。

1.2 方法 对照组常规护理: 根据患儿病情与检查报告制定治疗方案, 给患儿进行对症治疗、营养支持等, 维持患儿呼吸顺畅, 密切观察患儿的

情绪和面色、唇色等, 为患儿进行冷敷以退热, 监测患儿的体温和基本情况, 及时处理患儿的异常情况, 遵医嘱给患儿用药, 关注患儿用药后的病情变化, 了解患儿是否有不良反应的发生, 及时予以正确处理。观察组综合护理: (1) 退热护理。密切监测患儿的体温, 给患儿穿薄厚适宜的衣服, 盖得被子厚度适宜, 对体温 38.5 $^{\circ}\text{C}$ 以上的患儿进行物理降温, 让患儿枕冰枕, 用适量的酒精为患儿降温。遵医嘱给患儿用药退热, 使患儿的体温快速降低, 将患儿浸湿的衣服及时更换, 并给患儿更换干净干燥的床单, 确保患儿身心舒适, 防止潮湿的衣物和床单致使患儿烦躁、哭闹。(2) 环境护理。根据季节调节病房中的温湿度, 保持温度 25 $^{\circ}\text{C}$ 左右, 调节湿度 58% 左右。定时打开窗户通风换气, 确保病房中的环境和空气清新, 保持病房中灯光光线柔和。嘱咐患儿家属说话声音尽量小, 避免对患儿的休息造成影响, 适当的限制病房中的人流量, 给患儿打造安静舒心的治疗环境。给病房的窗台上摆上绿色的植物, 让病房增添一抹绿色生机, 能有效舒缓患儿和家属紧张的心情。(3) 疾病知识宣讲。给患儿及其家属宣讲急性上呼吸道副流感病毒感染的疾病知识, 主要针对家属进行专业知识讲解, 注意用家属能听懂的语言讲解, 引导家属进一步了解患儿的病情, 消解家属的过分担忧心理。将临床治疗方案告诉家属, 让家属详细了解各种治疗药物的有效性和使用目的, 提高家属的配合度, 使家属愿意配合医护人员为患儿进行个体化治疗。耐心回答家属和患儿的问题, 注意用词准确温和, 防止对家属或患儿造成较大影响。(4) 心理护理。密切关注患儿的情绪变化, 多安抚患儿, 给患儿提供小玩具, 与患儿多互动, 给患儿播放其喜欢的动画片和音乐、视频等, 避免患儿哭闹情绪严重, 防止对临床治疗和护理造成较大影响。做好患儿家属心理指导, 纠正家属的错误认识, 鼓励和安抚家属, 增强家属的信心, 促使家属积极配合临床治疗, 防止家属情绪波动对患儿情绪造成影响。(5) 呼吸道护理。关注患儿的呼吸情况, 及时给患儿清理口腔和咽部的分泌物, 维持患儿呼吸顺畅。给患儿针对性用药改善鼻塞、咽部不适等症状, 适当的雾化治疗以稀释患儿呼吸道中的痰液黏度, 帮助患儿叩背以充分排出呼吸道的痰液。患儿吃饭前后用温开水漱口 2 次, 注意保持患儿口腔状态良好。鼻腔分泌物多的患儿保持头侧位休息,

及时处理患儿的鼻腔内分泌物，注意动作轻柔，避免对患儿的鼻腔造成刺激，防止患儿哭闹而影响治疗。

1.3 观察指标 （1）记录患儿退热和咳嗽/咳痰、咽痛与流涕等临床症状消失时间、住院时间。（2）用焦虑自评量表评价患儿与家属护理干预前后焦虑程度变化。（3）根据^[3]制定量表调查家属护理满意度，量表评分范围 0-100 分，满意评分≥80 分，基本满意评分 60-79 分，不满意评分≤59 分。

1.4 统计学方法 用 SPSS 26.0 检验，计量资料包括病程和体重、年龄、体温以及临床症状消失时间、住院时间、焦虑评分等，计数资料包括性别占比和护理满意度等，用 $\bar{x} \pm s$ 、(n, %) 表示，对应 *t* 检验、 χ^2 检验；*P* < 0.05，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组围治疗指标比较

观察组临床症状消失时间和住院时间短于对照组，*P* < 0.05。见表 1：

表 2 两组患儿与家属焦虑程度比较 ($\bar{x} \pm s$ ，分)

组别	n	患儿		t	P	家属		t	P
		干预前	干预后			干预前	干预后		
观察组	28	59.32±5.60	36.07±4.12	17.696	0.000	65.70±4.16	38.19±5.32	21.555	0.000
对照组	28	60.05±5.47	48.26±4.05	9.166	0.000	65.94±4.20	50.91±5.18	11.926	0.000
t	-	0.493	11.165	-	-	0.215	9.065	-	-
P	-	0.312	0.000	-	-	0.415	0.000	-	-

2.3 两组家属护理满意度比较

观察组家属护理满意度高于对照组，*P* < 0.05。见表 3：

表 3 两组家属护理满意度比较 (n, %)

组别	n	满意	基本满意	不满意	满意度
观察组	28	19 (67.86)	8 (28.57)	1 (3.57)	27 (96.43)
对照组	28	11 (39.29)	11 (39.29)	6 (21.43)	22 (78.57)
χ^2	-				4.082
P	-				0.043

3 讨论

急性上呼吸道感染病毒感染患儿主要表现为上呼吸道感染急性发病，病毒对患儿的咽部和鼻部等上呼吸道系统组织造成侵袭，致使患儿产生多种呼吸道症状，尤其持续发热会对患儿的机体健康造成较大威胁。小儿上呼吸道感染病毒感染常急性发病，患儿短时间发生明显的临床症状，包括发热和鼻塞、咽痛、咳嗽等，大部分患儿有大量黏脓痰形成，喘息与呼吸道梗阻的情况显著，病情持续加重可造成患儿机体缺氧，随之致使患儿发生呼吸衰竭，或者高热导致患儿惊厥，引起缺氧性脑病，导致患儿的病情预后欠佳，要根据患儿的病情予以科学合理的治疗，以期及时控制住患儿的病情，避免病情持续加重而危及患儿的生命^[4]。

常规护理是临床传统护理措施，护理内容是根据患儿的临床治疗方案实施，护理服务较为单一和被动，护理工作并不注重患儿的情绪和治疗环

表 1 两组围治疗指标比较 ($\bar{x} \pm s$ ，d)

组别	n	退热	咳嗽/咳痰	咽痛	流涕	住院时间
观察组	28	2.14±1.09	3.05±1.21	2.80±0.45	3.45±1.92	4.05±1.02
对照组	28	3.85±1.12	5.27±1.39	4.24±1.36	4.57±1.35	5.28±1.16
t	-	5.790	6.374	5.319	2.525	4.214
P	-	0.000	0.000	0.000	0.008	0.000

2.2 两组患儿与家属焦虑程度比较

观察组患儿与家属焦虑程度低于对照组，*P* < 0.05。见表 2：

境，对患儿家属的情绪和心态也不关注，导致整个治疗过程中患儿的配合度较低，对临床治疗和护理工作依从性不高，较大程度影响患儿的病情控制，并显著影响患儿的病情恢复^[5]。本次采用综合护理干预急性上呼吸道感染病毒感染患儿的效果显著，患儿高热症状大约 2d 消失，咳嗽/咳痰和咽痛症状大约 3d 消失，流涕症状大约 2 天消失，临床症状消失时间明显短于常规护理的患儿，通过护理干预患儿的焦虑评分由（59.32±5.60）分降低到（36.07±4.12）分，家属的焦虑评分由（65.70±4.16）分降低到（38.19±5.32）分，说明患儿与家属的情绪得到有效舒缓，经调查患儿家属的护理满意度 96.43%明显高于常规护理的 78.57%，反映家属对护理服务的满意度高。

小儿的年龄较小，不具备较强的自控能力，不能有效表达自己的真实情感，所以在为急性上呼吸道感染病毒感染患儿进行临床治疗的过程中容易发生不配合的问题，比如患儿自身的依从性较低，不能积极配合临床治疗和护理，致使临床疗效欠佳，或患儿的病情不能得到有效控制，导致患儿遗留较严重的后遗症。急性上呼吸道感染病毒感染患儿在接受临床治疗时，要根据患儿的病情实施有效的护理干预，确保临床治疗方案顺利实施，这对患儿的病情控制有着积极作用^[6]。据临床实践显示^[7]，小儿患病过程中，家属的情绪波动较大，对小儿的病情非常关注，容易因为患儿病情反复而过分担忧，情绪焦虑明显，从而对患儿的情绪造成较大影响，尤其是急性上呼吸道感染病毒感染患儿有高热情况，病情对患儿身心造成折磨，导致患儿的身心不舒适感明显，家属情绪波动会较大程度影响患儿，致使患儿的病情发生较大波动。急性上呼吸道感染病毒感染患儿

的家属对疾病知识不具有专业认识,多数家属对患儿的病情和临床症状十分焦虑,同时不能有效配合医生和护理人员,这对患儿的病情控制和恢复有一定程度的影响^[8]。本次用综合护理以患儿为核心,综合考虑患儿的病情和治疗方案、家属状况等,实施适宜的个体化综合护理干预,护理内容着眼于情感情绪改善,为患儿改善住院环境,加强退热护理,使患儿短时间退热,防止高热对患儿机体造成损伤,展开合理的疾病知识宣讲,以提高患儿和家属对急性上呼吸道感染病毒感染的认知,强化家属的治疗信心,消除家属的过分担忧,促使家属积极配合临床治疗和护理^[9]。本次通过心理护理稳定患儿与家属的情绪,消除各种引起负性情绪的因素,确保各项临床治疗能顺利实施,并注重患儿呼吸道护理,以维持患儿呼吸顺畅,防止患儿出现呼吸障碍、机体缺氧等病情,解决上述患儿与家属的各种问题,避免患儿病情预后受到较大影响^[10]。

综上所述,小儿急性上呼吸道感染病毒感染的综合护理作用显著,可缩短患儿疗程,加快患儿病情康复,家属护理满意度高。

参考文献:

- [1]赵俊. 目标策略的针对性干预在小儿急性上呼吸道感染中的应用[J]. 江西医药,2021,56(10):1755-1756+1765.
- [2]徐继梅. 探讨优质护理干预对改善小儿急性上呼吸道感染症状的

价值[J]. 中国农村卫生,2021,13(05):86-87.

[3]房晶. 舒适护理在小儿急性上呼吸道感染中的应用价值[J]. 中国医药指南,2021,19(04):122-123.

[4]王静,贺金娥,张霞. 综合护理对小儿急性上呼吸道感染副流感病毒感染的影响[J]. 贵州医药,2020,44(12):2003-2004.

[5]田树凤,邓继岗. 儿童副流感病毒感染的临床诊治进展[J]. 中国实用儿科杂志,2020,35(11):905-908.

[6]魏晶晶. 小儿急性上呼吸道感染患者行常规护理结合健康教育的应用效果研究[J]. 山西医药杂志,2020,49(16):2230-2232.

[7]林静,陈娜芬,苏雅漩. 细节护理干预在小儿急性上呼吸道感染患者中的应用效果及临床症状改善分析[J]. 中外医疗,2020,39(10):138-140.

[8]宋旭红. 细节护理干预在急性上呼吸道感染患者中的小儿应用效果分析[J]. 中国药物与临床,2020,20(04):676-677.

[9]赖伟红. 舒适护理在小儿急性上呼吸道感染中的效果分析[J]. 中国实用医药,2019,14(34):160-162.

[10]牛秀红. 舒适护理对小儿急性上呼吸道感染患者康复效果的影响研究[J]. 中外医疗,2019,38(16):159-161.

(上接第 241 页)

力、解决问题能力都有很大提高。该方法已在学校课程教学、兴趣教学、企业培训等多个领域实践,应用范围较广泛。而且创新性目标教学法对于带教中学习基础较差的学生、自控能力较为薄弱的学生以及应用性较强的课程也非常适用。该种教学方法的实施,能够帮助老师观察学生、帮助学生,既能够提升学生的专业技能,还有利于拓展学生的视野和眼界。在整个带教过程中,既发挥了带教老师的主导作用,又将学生置于学习的主体地位,充分地展示了现代教育“以学生为主体”的价值取向,使消毒供应中心的带教质量和效益得到更大幅度的提高^[13-14]。可以说,创新性目标教学法是师生共同完成目标,共同取得进步的教学方法。

综上所述,在消毒供应中心护理实习带教中创设性应用创新性目标教学法能够有效提升实习护士的专业技能、扎实掌握理论知识,同时还能提升护士学习中的主动求知意识和团队合作意识。

参考文献:

- [1]张慧. 创新性目标教学法在消毒供应中心护理实习带教中的应用的效果分析[J]. 特别健康,2021(1):202.
- [2]肖本素. 供应室护生带教应用创新性目标教学法的效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2018,18(5):254.
- [3]严冬梅,刘冬梅,谢华琴,等. 供应室护生带教应用创新性目标教学法的作用评价[J]. 健康必读,2019(26):237.
- [4]王海燕. 创新性目标教学法在供应室护理实习带教中的应用的的效果分析[J]. 中国卫生产业,2019,16(34):118-120.

[5]张宏强,龚竹梅,吴湘靓,等. 目标教学法联合改良式 CBL 教学模式在基层医院护理临床教学中的应用[J]. 全科医学临床与教育,2019,17(4):375-376.

[6]苏美玲. PBL 教学模式在消化内科临床护理教学中的应用体会[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2017,17(55):169,175.

[7]郭天智,涂素华,鞠梅. PBL 结合情景教学法在异位妊娠妇女的护理教学中的应用实践[J]. 医学理论与实践,2015(13):1815-1816,1817.

[8]杨少宗,刘笑梦,王冬晓,等. 项目导向任务驱动教学法在高职护理专业教学中的应用及效果分析[J]. 卫生职业教育,2016(4):139-140.

[9]韦宝珍,阮秀珍. 周期目标教学法在神经外科护理带教中的应用效果评价[J]. 医学理论与实践,2022,35(3):526-528.

[10]甘珊雯,杨梦茹. 目标教学法联合阶段性实习在手外科护理带教中的应用价值评价[J]. 中国卫生产业,2021,18(5):112-114,118.

[11]张静,何云雪,伍邦翠. 目标教学模式结合 PBL 教学法在急诊护理教学中的应用价值分析[J]. 健康必读,2021(10):247.

[12]王少芳,王兰兰,李铁花. 阶段性目标教学法结合持续质量改进循环(PDCA)在 ICU 护理教学中的应用[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2021,42(15):1353-1356.

[13]张笑颖. 目标教学法联合阶梯式考核法在实习生护理带教中的应用[J]. 中国中医药现代远程教育,2021,19(7):40-41.

[14]李艳萍. 目标教学法与案例教学法联合在心血管内科护理带教中的应用效果分析[J]. 中国卫生产业,2021,18(24):5-9.

常用抗菌药物给药时间与合理用药分析

蔡进 何琴 刘佳 肖海

遵义市妇幼保健院 贵州省遵义市 563100

摘要：目的：分析常用抗菌药物给药时间与合理用药。方法：选取院内以抗菌药物治疗的患者 160 例为观察对象，以随机数字表法分两组，对照组采用常规用药管理，观察组采用主治医师与药师联合制定用药计划管理模式，加强对用药时间管理，观察两组患者合理用药率及不良反应发生情况。结果：抗菌药物治疗期间不良反应包括恶心呕吐、食欲不振、皮肤过敏、头晕头痛，其中观察组发生率 3.75%，明显低于对照组患者的 12.50%（ $P<0.05$ ）。抗菌药物应用后感染情况以呼吸系统与泌尿系统感染为主，少数患者发生手术切口感染与血液系统感染，其中观察组患者感染率 6.25%，明显低于对照组的 18.75%（ $P<0.05$ ）。观察组患者抗菌药物不合理应用率 2.50%，明显低于对照组患者的 12.50%（ $P<0.05$ ），不合理用药表现包括用量不合理、用药时间不合理、联合用药不合理、无指征用药。结论：抗菌药物不合理应用常见为时间、药量、联合用药等，通过医师与药师联合制定用药计划，提供科学给药时间建议，可有效降低不合理用药率，并降低潜在不良反应与感染风险。

关键词：抗菌药物；给药时间；合理用药

药物是疾病治疗主要手段之一，而药物除对症治疗作用之外，也具有一定毒副作用，为此合理用药对于治疗效果及患者安全而言均具有重要意义^[1]。在临床用药中，抗菌药物是药物合理应用的重点研究方向，其原因为近年来抗菌药物的滥用引发极大增加了不良反应，且容易产生耐药，不利于治疗效果^[2]。世卫组织明确指出，若想提升合理用药，则需要提供科学的用药时间及临床用药时间。基于此可总结出，用药时间是合理用药管理的重点内容之一，也是用药安全的重要影响因素^[3]。以往临床医师多存在凭借经验用药现象，尤其对于抗菌药物，经验用药发生耐药问题较多，且容易诱发严重不良反应^[4]。为此，有必要通过加强管理，强化抗菌药物的合理应用。本研究，对院内采用不同用药管理模式的两组患者进行对比观察，分析强化管理，尤其用药时间对抗菌药物合理应用的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 3 月~2021 年 3 月院内以抗菌药物治疗的患者 160 例为观察对象，以随机数字表法分对照组、观察组，各 80 例。对照组：男 43 例，女 37 例；年龄 28~76 岁，平均（56.38±11.24）岁；受教育时间（10.24±3.26）年；体质指数（23.65±1.25）kg/m²。观察组：男 45 例，女 35 例；年龄 29~76 岁，平均（57.48±11.63）岁；受教育时间（11.24±3.54）年；体质指数（22.98±1.36）kg/m²。两组患者基线资料无差异性，可对比研究。纳入标准：①均采用抗菌药物治疗；②签署知情同意书。排除标准：①过敏体质者；②抗菌药物禁忌症者。

1.2 方法

对照组：常规药物管理模式，确定患者病情后给予抗菌药物，护理人员准备药物，对患者讲解正确用药方法与用药时间，观察是否有不良反应发生，若有则及时通知医生评估是否停药或减少用量。

观察组：主治医生与药师联合制定用药计划，结合合理用药医学标准明确患者给药时间与给药剂量及用药次数。①针对大环内酯类药物，患者个体化差异导致代谢水平有所不同，用药期间加强个性化管理。大环内酯类药物如时间依赖性红霉素、乙酰基哌嗪，用药期间要求多个给药间隔时间，每日 3-4 次。针对新型大环内酯类抗菌药物，包括阿奇霉素与罗红霉素建议多次给药。②针对诺孕酮类药物，基于药物浓度因素，作用时间较快，为浓度依赖性药物，尽量控制药剂量，避免大剂量给药，药物应用间隔每日 1 次或 2 次。③针对头孢类药物，半衰期 2h，甚至更短，为时间依赖药物，每日 3-4 次，半衰期超过 2h，结合患者具体情况延长用药时间。青霉素与头孢曲松等药物半衰期较短，可每日用药。④针对抗真菌药物，抗菌作用持久，为浓度依赖药物，包括咪唑与抗菌氟胞嘧啶等，为时间依赖药物，抗菌时间长。⑤其他药物，如万古霉素杀菌作用强，剂量应用广泛，为时间依赖药物。甲硝唑的抗菌作用相对较小，为浓度依赖药物，建议多次给药。

1.3 观察指标

统计两组患者不良反应发生情况、合理用药情况。

1.4 统计学处理

用 SPSS21.0 统计软件完成调查数据处理，用（ $\bar{x}\pm s$ ）描述计量资料，以 t 检验，计数资料采用率（%）表示，以卡方检验， $P<0.05$ 代表数据对比有差异性。

2 结果

2.1 比较两组患者药物不良反应发生率

抗菌药物治疗期间不良反应包括恶心呕吐、食欲不振、皮肤过敏、头晕头痛，其中观察组发生率 3.75%，明显低于对照组患者的 12.50%（ $P<0.05$ ）。见表 1。

表 1 比较两组患者药物不良反应发生率（n，%）

组别	例数	恶心呕吐	食欲不振	皮肤过敏	头晕头痛	发生率
观察组	80	1（1.25）	1（1.25）	0（0.00）	1（1.25）	3（3.75）
对照组	80	3（3.75）	2（2.50）	2（2.50）	2（2.50）	10（12.50）
χ^2	-	1.026	0.340	2.025	0.340	4.103
P	-	0.311	0.560	0.155	0.560	0.043

2.2 比较两组患者用药后感染率

抗菌药物应用后感染情况以呼吸系统与泌尿系统感染为主，少数患者发生手术切口感染与血液系统感染，其中观察组患者感染率 6.25%，明显低于对照组的 18.75%（ $P<0.05$ ）。见表 2。

表 2 比较两组患者用药后感染率（n，%）

组别	例数	呼吸系统	泌尿系统	手术切口	血液系统	感染率
观察组	80	2（2.50）	2（2.50）	1（1.25）	0（0.00）	5（6.25）
对照组	80	5（6.25）	5（6.25）	3（3.75）	2（2.50）	15（18.75）
χ^2	-	1.345	1.345	1.026	2.025	5.714
P	-	0.246	0.246	0.311	0.155	0.017

2.3 比较两组患者不合理用药情况

观察组患者抗菌药物不合理应用率 2.50%，明显低于对照组患者的 12.50%（ $P<0.05$ ），不合理用药表现包括用量不合理、用药时间不合理、联合用药不合理、无指征用药。见表 3。

表3 比较两组患者不合理用药情况 (n, %)

组别	例数	用量不合理	用药时间不合理	联合用药不合理	无指征用药	不合理药量
观察组	80	0 (0.00)	1 (1.25)	1 (1.25)	0 (0.00)	2 (2.50)
对照组	80	3 (3.75)	3 (3.75)	2 (2.50)	2 (2.50)	10 (12.50)
χ^2	-	3.057	1.026	0.340	2.025	5.766
P	-	0.080	0.311	0.560	0.155	0.016

3 讨论

抗菌药物的适合浓度可达到杀菌或抑制病原体活性效果^[5]。以抗菌药物治疗疾病过程, 需要结合病情感染程度、感染部位、病原菌等合理控制给药时间与给药量, 避免基于过量用药而增加不良反应风险^[6]。目前临床所用抗菌药物种类较多, 而不同类型抗菌药物的应用方向、适合给药量、用药间隔时间等均存在一定差异, 为确保用药安全及疗效需谨慎控制^[7]。

本研究中对采用不同药物管理的两组患者进行对比观察, 在药物不良反应方面, 抗菌药物治疗期间不良反应包括恶心呕吐、食欲不振、皮肤过敏、头晕头痛, 其中观察组发生率 3.75%, 明显低于对照组患者的 12.50%。此结果提示, 抗菌药物的合理应用对于不良反应发生风险具有重要影响, 尤其加强给药时间管理至关重要。在抗菌药物相关感染方面, 抗菌药物应用后感染情况以呼吸系统与泌尿系统感染为主, 少数患者发生手术切口感染与血液系统感染, 其中观察组患者感染率 6.25%, 明显低于对照组的 18.75%。在药物不合理应用情况方面, 观察组患者抗菌药物不合理应用率 2.50%, 明显低于对照组患者的 12.50%, 不合理用药表现包括用量不合理、用药时间不合理、联合用药不合理、无指征用药。此结果提示, 临床医师与药师共同进行抗菌药物应用计划的制定, 合理控制给药间隔时间与用量对于预防抗菌药物的不合理应用具有积极作用。

抗菌药物的不合理应用表现众多, 包括给药剂量不合理与联合用药不合理, 以及时间控制不合理等^[8]。其中给药间隔时间不合理是本研究所关注的主要内容。不同抗菌药物在给药时间上具有不同要求, 为此在用药安全管理方面也需要做到针对性处理。对于氨基糖苷类药物, 此药物属于浓度依赖性抗菌药物, 尤其首次应用与剂量之间存在密切关联。氨基糖苷类药物存在一定耳毒性, 与给药后耳内淋巴液中血药浓度较高相关。针对此种药物特性, 短时间高血压浓度有助于减轻外耳沉积, 进而达到预防耳毒性的效果^[9]。针对此类药物推荐用药间隔时间为每日 1 次。针对大环内酯类药物同样属于时间依赖性抗菌药物, 且难以明确统一参数^[10]。针对诺孕酮类药物, 属于浓度依赖性抗菌药物, 其浓度越高对致病菌的清除能力越强。多数药物的 PAE 较长, 基于浓度升高而随之增加, 但浓度升高可伴随不良反应发生风险的增加, 为此不建议高剂量给药。其中伊诺沙星与环丙沙星等药物推荐给药时间为每日 1-2 次, 对于治疗单纯性胃炎患者的用药建议每日 1 次, 针对细菌性呼吸道感染患者可每日给药 2 次^[11]。其中氧氟沙星与司帕沙星等药物用于结核疾病治疗过程, 每日给药 1 次。

除不同药物的时间合理性之外, 抗菌药物联合应用对于给药间隔时间科学性具有更高要求。基于多年来抗菌药物大量应用, 导致多种抗菌药物产生耐药性, 为此目前临床中对于疾病治疗多采用多重抗菌药物联合应用治疗方案^[12]。联合用药方案设计中, 应结合药敏试验结果与抗菌药物药效等信息, 制定科学给药方案。抗菌药物联合应用需保障高效与安全两项目标, 要求结合患者具体病情以及个体化差异评估耐受性。同时必要情况下应进行免疫功能分析, 选择适合且安全的抗菌药物联合应用。多种抗菌药物联合应用出现协同性与相加性的效果, 要求将单药应用剂量适当降低, 或适当延长给药间隔时间。在联合应用抗菌药物过程中, 通过药敏试验后应进行药物合理性评价。在理论层面分析, 联合用药的 PAE 时间相对较长,

为此应适当降低抗菌药物应用剂量, 同时延长用药合理时间。例如与氨基糖苷类药物联合应用, 应适当减少氨基糖苷类药物每日给药剂量。若与碳霉素及环丙沙星药物联合应用, 基于碳霉素对金黄色葡萄球菌 PAE 作用效果显著, 针对大肠癌细菌具有较强依赖性, 若药物浓度超过 4MIC, 两种药物联合应用需适当延长给药间隔时间。通过合理调整联合抗菌药物应用方案的给药间隔时间可降低不良反应发生风险。针对临床治疗效果确切的药物, 包括氨基糖苷类药物与其他药物的联合应用, 其不良反应发生率与反应程度较高。针对此种特征, 应适当减少给药剂量, 同时延长整体用药时间间隔。

在抗菌药物合理应用越来越受到关注的前提下, 各医院均在推行不同方式确保抗菌药物的合理应用, 促使滥用抗菌药物的现象逐渐减少。但不可避免的部分地区依然存在凭借经验而不合理应用抗菌药物的现象。通过本次研究证实, 药师参与共同制定抗菌药物应用计划, 提供科学的给药间隔时间建议, 有助于预防不合理用药现象, 同时也可降低抗菌药物不合理应用相关性不良反应发生率。

综上所述, 抗菌药物不合理应用常见为时间、药量、联合用药等, 通过医师与药师联合制定用药计划, 提供科学给药时间建议, 可有效降低不合理用药率, 并降低潜在不良反应与感染风险。

参考文献:

- [1]王正, 王贺新, 严子平. 药剂科参与抗菌药物用药管理对患者临床合理用药的作用评价[J]. 首都食品与医药, 2020, 03(02):78-78.
- [2]周叶屏. 临床药师干预围手术期预防性抗菌药物使用以进一步促进合理用药的研究[J]. 首都食品与医药, 2020, 27(21):2.
- [3]王颖, 谭玉杰, 白幼鹏. 论旋动式与负压式人工流产术前预防性使用抗菌药物的临床价值[J]. 中国合理用药探索, 2021, 18(9):5.
- [4]张安超, 赵春贞, 王潇, 等. 合理用药管理系统在我院抗菌药物合理应用中的实施和效果[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(23):2.
- [5]Mendoza J A, Pineda R Y, Nguyen M, et al. Molecular docking studies, in-silico ADMET predictions and synthesis of novel PEGA-nucleosides as antimicrobial agents targeting class B1 metallo- β -lactamases[J]. In Silico Pharmacology, 2021, 9(1):1-12.
- [6]沈炳香, 李晶, 段自皞, 等. 实施“驾照式”合理用药管理对某三甲医院抗菌药物使用情况的影响[J]. 河北北方学院学报: 自然科学版, 2021, 37(6):4.
- [7]周璇玥, 张磊, 朱娜, 等. 某院碳青霉烯类抗菌药物和替加环素专档管理调查与合理使用情况分析[J]. 中国医院用药评价与分析, 2020, 20(8):5.
- [8]Noura A S, Wafaa J, Eiman M, et al. Evaluation of the in vitro activity of ceftazidime, ceftazidime/avibactam and comparator antimicrobial agents against clinical isolates from paediatric patients in Kuwait: ATLAS data 2012-19[J]. JAC-Antimicrobial Resistance, 2021, 08(4):4.
- [9]刘惠霞, 熊锋, 赖异彩. 急性肾盂肾炎患者感染致病菌的特点与分布及其药敏试验结果对抗菌药物合理用药的影响[J]. 抗感染药学, 2020, 09(1):12-16.
- [10]黄蓉, 李杨华, 白娟, 等. 2018年荆门地区 10 家医院剖宫产围术期预防用抗菌药物的合理性分析[J]. 现代药物与临床, 2020, 35(5):4.
- [11]Belgases A, Abdussalam-Mohammed W, Ahmed A. Synthesis and Molecular Docking Studies of Some Thiohydantoin Derivatives as Potential Anticancer and Antimicrobial Agents[J]. Advanced Journal of Chemistry-Section A, 2021, 4(5):327-338.
- [12]Z Gülaydin, Gurturk K, Ekin I H, et al. Determination of MIC Values of Various Antimicrobial Agents and Presence of Resistance Genes in Pasteurella multocida Strains Isolated from Bovine[J]. Kafkas Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi, 2021, 27(2):217-224.

手术室精细化护理在胸腔镜下肺癌根治术中的应用效果

王彩玲

贵港市人民医院 广西壮族自治区 537100

摘要：目的：研究胸腔镜下肺癌根治术配合手术室精细化护理的临床价值。方法：研究将2020年09月-2021年09月期间在院内接受胸腔镜下肺癌根治术治疗的62例患者作为分析对象，按照入院先后顺序将其划分为2组，将手术室常规护理应用于对照组，n=31，将手术室精细化护理应用于观察组，n=31，将两组临床指标、并发症发生情况、负性情绪控制情况、护理满意度调查结果进行比较分析。结果：与对照组比较，观察组的术中出血量较低，拔管与住院时间较短，观察组的术后并发症率较低，观察组护理后的SAS与SDS评分较低，观察组的护理总满意度较高，($P<0.05$)。结论：胸腔镜下肺癌根治术无论从疗效还是从安全性角度看均具有较多优势，为肺癌治疗的重要手段之一，但是受到手术创伤性与患者个人情绪等多种因素的影响导致患者预后水平高低不一，临床在该手术实施中配合手术室精细化护理有助于削弱负性情绪等风险因素，提高手术操作效率，使患者在术后获得更好、更快的康复。

关键词：胸腔镜下肺癌根治术；手术室精细化护理；并发症；负性情绪

[Abstract] Objective: To study the clinical value of thoracoscopic radical resection of lung cancer combined with meticulous nursing in the operating room. Methods: In this study, 62 patients who received thoracoscopic radical lung cancer surgery in hospital from September 2020 to September 2021 were analyzed. They were divided into two groups according to the order of admission. Routine care in the operating room was applied to the control group (n=31), and intensive care in the operating room was applied to the observation group (n=31). Clinical indicators, complications, negative emotion control and nursing satisfaction of the two groups were compared and analyzed. Results: Compared with the control group, the observation group had lower intraoperative blood loss, shorter extubation and hospitalization time, lower postoperative complication rate, lower SAS and SDS scores after nursing in the observation group, and higher total nursing satisfaction ($P < 0.05$). Conclusion: From under the thoracoscope lung cancer radical efficacy and from a security perspective has more advantages, one of the important means for lung cancer treatment, but patients with traumatic surgery and prognosis of patients with personal emotion, and other factors lead to different level, clinical refinement with the operating room nursing during the operation risk factors, such as help to weaken the negative emotion Improve the efficiency of operation, so that patients get better and faster recovery after surgery.

【 Key words 】 thoracoscopic radical resection of lung cancer; Operating room fine nursing; Complications; Negative emotions

肺癌是现代人群中比较多发的一种恶性肿瘤，患者病发之后所具备的典型特征包括咳嗽、咳血、胸部闷痛等，该疾病的发生率以及病死率在现代工业化进程加快、环境恶劣程度日益加重的背景下，获得明显的提升^[1-2]。在疾病早期采取有效的医疗措施加以干预，有助于解除患者的病痛并延长患者的生存时间。当前，关于肺癌的治疗方案中胸腔镜下肺癌根治术由于具备微创、易于恢复、安全性有保障等优势而受到医患双方的认可，但手术实施之后，患者的预后水平仍然存在较大的差异^[3-4]。临床指出，手术疗效以及患者所得预后，除了与手术器械精密程度、手术医生技术熟练度有关之外，手术室护理工作质量的差异也在其中发挥着重要的影响作用^[5-6]。因此，在开展胸腔镜下肺癌根治术时还必须重视手术室护理配合工作质量的提高。本研究将手术室精细化护理应用到该手术治疗中，结果在临床指标的改善、负性情绪的控制、并发症的预防以及护理满意度的提高等多方面皆取得更明显的优势。报道如下。

1、资料与方法

1.1 一般资料

研究将2020年09月-2021年09月期间在院内接受胸腔镜下肺癌根治术治疗的62例患者作为分析对象，按照入院先后顺序将其划分为2组，将手术室常规护理应用于对照组，n=31，将手术室精细化护理应用于观察组，n=31。两组资料差异，($p>0.05$)。见表1。

表1 对比两组资料

组别	例数	男 (%)	女 (%)	年龄 (岁)	腺癌/ 鳞癌	TNM 分期 (I 期/II 期)
观察 组	31	17(54.84)	14(45.16)	55.98±10.58	25/6	19/12
对照 组	31	16(51.61)	15(48.39)	55.76±10.38	26/5	21/10
χ^2/t		0.065	0.065	0.283	0.111	0.282
p		0.799	0.799	0.934	0.740	0.596

1.2 方法

对照组予以手术室常规护理，即协助医生对手术患者的体征变化加以监测，确保手术一切顺利，维护手术患者的安全。观察组予以手术室精细化护理，对手术室护理人员进行合理排班，确保≥1名胸外组专科人员配合一台手术，以便能够紧急处理术中不良事件，护理具体内容如下，(1) 手术操作前：①巡回护士：术前1d，护理人员对患者进行访视，患者在家属的陪同下接受基础宣教，了解胸腔镜手术实施的原理、重要性、预期效果等；调查掌握吸烟史和过敏史，排除手术禁忌症；简单介绍手术室环境、相关操作医生、麻醉医生以及手术室护士等，帮助患者减少陌生感带来的刺激；协助患者完成各项体检项目，练习掌握术中体位配合技巧，提前练习腹式呼吸技巧与心肺功能锻炼技巧；评估心理找到患者情绪问题所在，通过注意力转移、安慰、开导、支持、列举成功案例等方式积极纾解异常情绪。②器械护士：了解手术方案、原发病相关知识并结合自身丰富的经验，准备与核实手术相关器械的种类、数量与性能，确保能够满足手术所需；了解医生使用器械的个人习惯特点等，操作前通过和医生的沟通进一步完善器械准备工作。(2) 手术操作中：条件允许可在手术室内使用柔和的音乐安抚患者的情绪，与患者进行积极的交流，及时发现和疏导其恐惧与焦虑的情绪，在进行心电监护等操作前先介绍相关用途与必要性并注意动作轻柔避免噪音过大；护士要和麻醉医生、手术医生、器械护士等完善手术安全核查表，确保手术患者、手术部位、疾病类型等一一对应，全麻结束后需要再一次核实CT影像图，无误后进行手术体位摆放；注意手术床务必确保床单干净、无菌、干燥、平整，搬运或挪动患者肢体中务必动作轻柔，选择正确的侧卧位接受手术，并以新型胸软垫提高患者舒适性，将啫喱垫置于骨隆突下用于保护局部组织，头部还可啫喱头圈保持耳朵悬空，避免受压，脚部使用腋枕保持悬空感，暴露的皮肤使用软布包裹以隔离与手术床金属部分的接触，以护眼贴保护眼部，置入导尿管时需借助利多卡因乳膏减轻异物感；操作前0.5h需要调节环境温度湿度到25℃、50-60%，操作前与操作完成后需要还布单对非手术区域的肢体进行保暖，并使用暖风机进行保暖。术中用到的液体在输入前需使用加温治疗仪进行加温后再输入，胸腔冲洗所用等渗液时要保持37-40℃；腔镜器械专人专管，定期对其性能进行检查，确保随时处于可用状态；术中巡回护士和器械护士一

切配合医生完成病灶组织的切除、采样、送检；肺切除组织取出前使用取物袋装好后再取出，方巾平铺在切口周围避免切口被血液污染或种植；术前、术中、胸腔关闭前后、缝皮后，需严格核查手术台上的所有物品，确保无遗漏，避免医疗用品等遗留患者胸腔的严重不良事件发生。（3）手术操作后：为患者整理身体上的血污，协助患者整齐穿戴衣物；转移过程将胸腔引流管夹闭并小心护理留置管道避免出现管道滑脱、弯折、堵塞等问题，维持水封瓶的平衡，为患者保暖；将术后疼痛产生的因素、其他并发症问题与相关防控措施等详细为患者说明，取得患者认可后实施相应的预防性护理措施；术后 2-3d，对患者伤口恢复情况进行探查，若检测肩部感到疼痛、皮肤有发红现象，需及时处理并对患者说明原因，避免引起焦虑。

1.3 观察指标

（1）临床指标比较：术中出血量、拔管时间、住院时间。

（2）并发症统计与比较：吻合口渗血、胸腔积液、切口感染等。

（3）负性情绪调查与比较：以 SAS 量表调查焦虑情绪，以 SDS 量表调查抑郁情绪，以分数较高者视作负性情绪更严重。

（4）护理满意度调查：以自制问卷进行调查，满意、一般满意、不满意的分值区间分别为≥85 分、60-84 分、<60 分。前两项之和视作总满意。

1.4 统计学方法

使用 SPSS19.0 统计软件处理数据。计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示，采用 t 检验。计数资料用 (%) 表示，采用 χ^2 检验。P<0.05 表示差异有统计学意义。

2、结果

2.1 对比两组临床指标

与对照组比较，观察组的术中出血量较低，拔管与住院时间较短，(P<0.05)。见表 2。

表 2 对比两组临床指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术中出血量 (ml)	拔管时间 (d)	住院时间 (d)
观察组	31	201.36±15.64	4.12±0.69	10.25±1.45
对照组	31	220.65±14.98	5.03±0.89	14.68±1.78
t		4.959	4.499	10.743
p		0.000	0.000	0.000

2.2 对比两组术后并发症发生率

与对照组比较，观察组的术后并发症率较低，(P<0.05)。见表 3。

表 3 对比两组术后并发症发生率[n(%)]

组别	例数	吻合口渗血	胸腔积液	切口感染	发生率
观察组	31	1 (3.23)	1 (3.23)	1 (3.23)	3 (9.68)
对照组	31	4 (12.90)	3 (9.68)	3 (9.68)	10(32.26)
χ^2		1.958	1.069	1.069	4.769
p		0.162	0.301	0.301	0.029

2.3 对比两组 SAS 与 SDS 评分

与对照组比较，观察组护理后的 SAS 与 SDS 评分较低，(P<0.05)。见表 4。

表 4 对比两组 SAS 与 SDS 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	31	62.58±4.61	41.89±5.28	65.89±4.17	43.65±5.87
对照组	31	62.49±4.82	50.12±6.98	65.72±4.25	51.99±5.68
t		0.075	5.236	0.159	5.685
p		0.940	0.000	0.874	0.000

2.4 对比两组护理满意度

与对照组比较，观察组的护理总满意度较高，(P<0.05)。见表 5。

表 5 对比两组护理满意度[n(%)]

组别	例数	满意	一般满意	不满意	总满意
观察组	31	17(54.84)	10(32.26)	4 (12.90)	27(87.10)
对照组	31	11(35.48)	9 (29.03)	11(35.48)	20(64.52)
χ^2		2.345	0.076	4.309	4.309
p		0.126	0.783	0.038	0.038

3、讨论

胸腔镜下肺癌根治术无论从疗效还是从安全性角度看均具有较多优势，为肺癌治疗的重要手段之一，但是受到手术创伤性与患者个人情绪等多种因素的影响导致患者预后水平高低不一^[7-8]。胸腔镜下肺癌根治术想要取得满意的效果，必须关注到手术室护理环节，通过合理有效的护理配合，一方面，能够使手术整体耗时缩短，减少患者手术暴露时间；另一方面，默契的手术室护理配合能够及时提醒医生，减少手术操作中对患者机体所造成的不必要损伤。良好的手术室护理配合可以起到加速手术进程，减少手术伤害性的作用。相比常规护理，精细化护理更加重视护理流程中的细节，使各环节的工作连接更加顺畅，将精细化护理用于手术治疗中，可以使各项手术操作效率得到有效的提升。手术室精细化护理，在进行手术操作之前，首先积极的和患者进行交流，关注到患者对手术方案以及手术室环境等方面的了解程度，通过恰当的宣教和适宜的心理护理，将患者的负性情绪控制到最小，使之能够以稳定平和的心态接受手术；其次，针对手术患者个人信息、手术过程所需医疗器械以及术中采集到的病理标本等进行的多次核对，可以积极预防相关不良事件，进一步提高手术安全保障；要求护士预先了解手术流程、手术方式和手术医生个人习惯，增加医患双方的交流提高双方默契度，可促进手术效果和手术效率的提高；术中保暖措施、护眼措施以及使用阮铮等均属于预见性防护措施，有助于减少并发症的问题^[9-10]。

文中结果显示，与对照组比较，观察组的术中出血量较低，拔管与住院时间较短，观察组的术后并发症率较低，观察组护理后的 SAS 与 SDS 评分较低，观察组的护理总满意度较高，(p<0.05)。说明针对手术患者的安全与效果，采用手术室精细化护理皆可起到一定强化作用。

总之，临床在胸腔镜下肺癌根治术实施中配合手术室精细化护理有助于削弱负性情绪等风险因素，提高手术操作效率，协助患者获得满意预后。

参考文献：

- [1]刘阳,高杨,曹莉莉,等.快速康复外科护理在电视胸腔镜肺癌根治术围术期中的应用效果及对患者负性情绪和生活质量的影响[J].临床医学研究与实践,2020,5(24):3.
- [2]孙彩凤.基于临床护理路径的精细化护理干预在胸腔镜下肺癌根治术患者中的应用效果[J].中国医学创新,2020,17(26):4.
- [3]姚小燕,刘爱平,王敏,等.胸腔镜肺癌根治术手术室集束化管理策略的构建和应用[J].中国当代医药,2021,28(36):4.
- [4]黄培培.精细化围术期护理在胸腔镜下行肺癌根治术的应用效果分析[J].医药前沿,2021,11(32):2.
- [5]羊雨琴.思维导图引导下的无缝隙护理在胸腔镜下肺癌根治术患者中的应用[J].护理实践与研究,2021,18(5):3.
- [6]盛赛飞.胸腔镜下肺癌根治术手术室中应用精细化护理的效果[J].浙江临床医学,2021,23(6):2.
- [7]付佳丽.手术室预见性护理在胸腔镜下食管癌根治术中的应用及对患者并发症发生的影响[J].山西医药杂志,2021,50(16):2486-2488.
- [8]严寿芹.手术室综合护理在电视胸腔镜下肺癌根治术中的应用效果分析[J].当代医药论丛,2020,18(21):3.
- [9]徐莹,朱小敏,胡雪飞,等.手术室精细化护理对非小细胞肺癌患者胸腔镜下肺肿瘤根治术的应用效果[J].中国肿瘤临床与康复,2021,28(4):3.
- [10]沈丹.手术室精细化护理在胸腔镜下肺癌根治术中的应用体会及效果[J].国际护理医学,2020,2(3):1.

借鉴日本献血情况分析提高我国献血者年龄可行性

马迎宾

北京市红十字血液中心 100088

摘要：目的：随着我国人口老龄化进程的加剧，无偿献血者人群结构出现高龄化趋势，本文研究分析日本 50-69 岁献血人群的基本特征，为我国提高无偿献血年龄提供数据借鉴和参考。方法：回顾性分析 2016-2020 年日本献血者的资料，将献血者从 16-49 岁，按 10 年为一个阶段划分为对照组，50-59 岁、60-69 岁为研究对象，分析其献血人次、献血率、献血者年龄段构成比和首次献血比率。结果 2016-2020 年间，年龄在 50-69 岁的献血者共计 230 万人，占日本总献血人次 34.0%；16-19 岁年龄段献血率低于 50-59 岁年龄段，高于 60-69 岁年龄段。50-69 岁年龄段首献率高于 16-19 岁年龄段。结论：高龄献血者持续献血是安全的，随着人口老龄化到来，针对 50-69 岁以上人群招募献血者是理论上可行的，国家卫生管理机构可适当完善献血者最高年龄限制，各地血站应根据此类人群的特征，制定招募，保留策略。

关键词：献血年龄；献血者；献血率

无偿献血是事关人民群众身体健康和生命安全的社会公益事业，自 1998 年《中华人民共和国献血法》（以下简称《献血法》）实施以来，我国无偿献血人次连续 22 年增长。全国无偿献血人次由 1998 年的 32.8 万提高到 2020 年的 1553 万，献血率由 1998 年的 4.8‰ 提升至 2020 年 11.1‰，我国无偿献血总量、献血人次、血液安全水平位居全球前列。^[1]

2020 年我国人口 14.12 亿，平均预期寿命从 2000 年的 71.4 岁增至 2015 年的 76.34 岁。随着我国社会人口的老龄化，国内大部分地区献血者呈现高龄化发展，适龄健康献血人群逐渐减少，我国临床用血量持续增长，季节性，区域性血液供应失衡普遍存在，由此，无偿献血者招募和保留，是无偿献血事业可持续发展的重要保证。2012 年 7 月 1 日我国实施了新版 GB18467-2011 《献血者健康检查要求》^[2]，其中，修改了献血年龄上限，将既往无献血反应、符合健康检查要求的多次献血者主动要求再次献血的，献血年龄最高从 55 周岁可延长至 60 周岁。尽管如此，对比国际其他发达国家对献血者的最高年龄限制，我国规定仍偏于保守，如：1996 年德国就将献血者年龄上限提高至 68 岁^[3]，以应对人口老龄化。考虑到欧美民族跟亚洲民族体质的差异，韩国、日本和中国香港和中国台湾地区的

2.1 2016-2020 年度日本无偿献血人次、献血率、各年龄段人次及其占比情况见表 1。

表 1 2016-2020 年度日本无偿献血人次（万人）、献血率（%）、年龄段人次及占比

年度	献血人次	献血率	16-19 岁		20-29 岁		30-39 岁		40-49 岁		50-59 岁		60-69 岁	
			人次	占比	人次	占比	人次	占比	人次	占比	人次	占比	人次	占比
2016	484.2	5.5%	25.6	5.3%	79	16.3%	90.6	18.7%	140.5	29.0%	106.8	22.1%	41.8	8.6%
2017	477.6	5.5%	25.3	5.3%	75	15.7%	85.8	18.0%	137.9	28.9%	110.5	23.1%	43.1	9.0%
2018	470.8	5.5%	26.5	5.6%	72.1	15.3%	81.3	17.3%	132.9	28.2%	114.1	24.2%	43.8	9.3%
2019	485.9	5.7%	26.7	5.5%	72.2	14.9%	81.5	16.8%	134.2	27.6%	123.5	25.4%	47.7	9.8%
2020	502.5	6.0%	20.8	4.1%	70.3	14.0%	83.2	16.5%	137.5	27.4%	137.1	27.3%	53.7	10.7%

2.2 2016-2020 年度日本各年龄段无偿献血者献血率及首次献血率见表 2。

表 2 2016-2020 年度日本各年龄段无偿献血者献血率及首次献血率

年度	16-19 岁		20-29 岁		30-39 岁		40-49 岁		50-59 岁		60-69 岁	
	献血率	首献率	献血率	首献率	献血率	首献率	献血率	首献率	献血率	首献率	献血率	首献率
2016	4.2%	51.9%	6.1%	15.2%	5.6%	4.9%	7.5%	2.3%	6.8%	1.5%	2.3%	0.8%
2017	5.2%	53.2%	5.8%	15.5%	5.5%	5.0%	7.2%	2.3%	7.1%	1.4%	2.4%	0.7%
2018	5.4%	53.2%	5.6%	15.8%	5.3%	5.0%	6.9%	2.3%	7.2%	1.3%	2.5%	0.6%
2019	5.5%	51.6%	5.6%	15.6%	5.4%	4.9%	7.1%	2.2%	7.7%	1.2%	2.9%	0.5%
2020	4.3%	48.1%	5.5%	13.6%	5.7%	4.7%	7.3%	2.2%	8.3%	1.3%	3.4%	0.6%

3 讨论

日本地处我国东部，与我国隔海相望，和中国文化、习俗一脉相承。日本的经济高度发达，人口稠密，自上世纪 70 年代日本进入老年化社会，为应对老龄化带来的一系列问题，日本近些年不断进行改革、尝试。在献血方面，为应对少子老龄化不利的影响，日本也不断调整相关规定，1999

献血者年龄最高上限也高于大陆。为此，本文研究了上世纪 70 年代就已经进入老龄化，2020 年 65 岁以上人口占总人口的 28.6% 的日本。作为一个高度老龄化国家他们的无偿献血率高达 6.0%，其中详细分析了 50-69 岁献血者方面的数据，供卫生管理部门参考。

1 对象与方法

1.1 研究对象 本研究以日本赤十字社 2016-2020 年日本的 7 个大区域的采供血机构为基础的 54 个血液中心，137 个献血点所有献血数据为对象，将 50-59 岁，60-69 岁献血者为观察组，16-19 岁，20-29 岁，30-39 岁，40-49 岁的献血人群为对照组。

1.2 研究方法 通过登录日本赤十字社官网调取 2016-2020 年度血液事业年报，血液事业统计资料-血液事业的现状，献血者数的推移，了解各年龄段献血人群数据，将 50-69 岁，60-69 岁作为重点分析组，16-49 岁分 4 组作为参照对象。

1.3 统计分析 Excel 对收集数据进行录入，50-59 岁，60-69 岁人次及占比跟同期其他年龄段相对比，有明显差异，具有统计意义。

2 结果（表 1，表 2）

年 4 月，将献血年龄上限标准将从 64 岁改为 69 岁。2011 年 4 月，将男性可捐献 400mL 全血的最低年龄由 18 岁降至 17 岁，捐献血小板成分的最高年龄由 54 岁提高至 69 岁。所以参考日本在采供血方面的相关规定对我国发展、完善采供血事业上有一定的参考意义。

日本的无偿献血工作开展得比较早，自 1919 年日本首次开展输血，

1952年4月,日本红十字会在日本红十字会中央医院(现日本红十字会医疗中心)开设了日本红十字会血液银行东京业务所,开始了血液事业。因早期有偿输血盛行,血液买卖普遍,无偿献血氛围并不普遍,此现象持续到1964年因赖肖尔事件才得以改变。1964年驻日美国大使埃德温·赖肖尔被暴徒袭击,因输血的副作用导致血清肝炎感染的事件,促使日本内阁会议决定确立通过献血来确保输血用血液的体制,让日本血液从有偿献血到无偿献血转变。2002年3月日本成立了献血推进全国协议会。同年7月25日,日本国会通过并公布了《关于确保血液制品安全稳定供应等的法律》,又称日本《献血法》,据此,血液事业首次成为有法律依据的事业。

虽然日本的采供血机构全部由日本赤十字社建设与管理,但厚生省(负责医疗卫生和社会保障的主要部门)、各都道府县和日本赤十字社主管的各种医疗机构团体、新闻媒体、赞助商等,都积极参与无偿献血的全国行动员推进工作。日本在无偿献血宣传方面的手法也与时俱进,不仅涵盖了传统媒介的电视台、电台、报纸等这些宣传手段,还积极和普通百姓喜闻乐见的体育赛事,如棒球、足球进行捆绑并和文体明星、动漫人物等开展广泛合作,号召潜在者参加献血。经常年在宣传领域不断深耕,在无偿献血氛围的带动下,捐献血液,奉献爱心,互助共济,弘扬仁爱的思想已在日本国民心中普及,无偿献血被认为是个人对社会、对他人的无私奉献也是自身体格强健的表现。从表1,我们分析得出2016年日本无偿献血人次484.2万,献血比例为5.5%,2020年无偿献血人次为502.5万,献血比例为6.0%,不管从净人次还是从无偿献血人次占比都有所提高,新冠疫情不仅没有阻碍人们参与无偿献血的热情,反而提升了人们面对危机团结一心的决心,由此看出面对疫情等灾难,无偿献血,奉献爱心是连接人群的重要纽带之一。通过分析2016-2020这五年的数据,献血者年龄在40-49岁人群献血率最高,五年平均献血人次约为136.6万,献血率28.2%,其次为50-59岁,五年平均献血人次118.4万,献血率24.5%,尽管60-69岁献血者占比不高,仅为9.5%,仍旧高于16-19岁年龄段的5.2%及高于平均献血率,究其原因可能为此年龄段的献血者生活压力更小,心态更为平和,作息习惯更规律,不良嗜好更少,闲暇时间较多,可满足随时献血的需求,所以献血率高于初入社会的青年对照组。

从表2分析,16-19岁年龄段献血者的献血率低于50-59岁,高于60-69岁献血者,究其原因,日本长期以来对青少年开展无偿献血宣传教育工作的成果显著,日本的无偿献血宣传不仅涵盖了高中、初中,甚至小学等多维度,多层次。名气显赫的血液专家定期深入中小学开展的科普讲座,血液中心也会利用假期招募青少年参观,这些不仅传播了血液知识,更吸引青少年成为未来的献血主力军。另一个原因在于总体上说60-69岁阶段人群身体健康方面不及青年人,易患疾病,基础疾病较多的缘故。尽管60~69岁献血者占比较小,却是不可或缺的宝贵资源,随着老龄化社会的进展和献血人群年龄结构转变,其重要性不言而喻。16-19岁年龄段首次献血率5年平均50%,符合日本规定的16岁以上可以参与献血的要求,从20-29岁阶段到60-69岁阶段首次献血率逐级下降,由此得知参与过献血行为的献血者更倾向于再次献血。固定献血者被公认为是安全血源,因为固定献血者长期坚持无偿献血,而每一次献血就像参加了一次检查,故而他们所献血液合格率比初次献血者更高。固定献血者在采供血单位留存的个人信息比较全面,他们更乐于为其他人提供帮助,当发生特殊紧急情况时,他们更能做到按需而来,以保障临床用血。综合表1和表2分析,从2020年数据显示,尽管60-69年龄段献血者的献血率为3.4%,不及16-19年龄段献血者的4.3%,但献血人数为53.7万高于16-19年龄段的20.8万。尤其可见日本老龄少子化社会,提高献血者年龄是保障血液来源的重要手段。

我国现行《献血法》中规定的献血年龄为18-55周岁为适龄献血人群,

2012年新版GB18467-2011《献血者健康检查要求》提高了献血年龄上限。即便如此,对比世界范围对最高献血年龄规定我国还是略显保守。世界卫生组织在2012年版《Guidelines on Assessing Donor Suitability for Blood Donation》的建议献血者的年龄在18-65岁之间。同时指出,由于目前已发表的关于老年人在异体和自体环境下献血安全性的大量文献表明,血管迷走神经性和其他不良反应在符合正常供者选择标准的老年献血者中并不常见。在健康预期寿命较高的国家,定期献血者的年龄上限已被安全取消。大部分国家规定最高献血的年龄69岁到80岁不等,甚至有些国家没有严格的最大年龄限制^[4]。本文参考对象日本,规定的献血者年龄大致为16-69岁。

自1998年到2020年我国总人口增长了13.2%,2020年65岁以上老年人占全国人口13.5%,标志着我国提前进入老龄化社会。国家统计局局长宁吉喆等在2021年5月11日举行的新闻发布会上指出,我国老年人口规模庞大,老龄化进程明显加快,老龄化水平城乡差异明显,老年人口质量不断提高,他提出,人口老龄化是社会发展的趋势,也是今后较长一段时期我国的基本国情,这既是挑战也存在机遇。我国60岁及以上人口中,60-69岁的低龄老年人口占55.83%,这些低龄老年人大多具有知识、经验、技能的优势,身体状况还可以,发挥余热和作用的潜力较大^[5]。因此,我国迫切需要顺应现有情况及国际惯例对无偿献血者献血年龄上限进行调整,扩大可献血人群范围,增加血液来源。据Goldman等人《Effect of changing the age criteria for blood donors》这篇文献中提出随着年龄的增长,固定献血者的年均献血频次随之增加^[6],陈霄等人在《北京地区56-60周岁全血献血人群的特征分析》中也观察到56-60周岁献血者的献血频率高于其他年龄。由此判断高龄献血者能接受献血无损健康,有利他人,从而有意识地重复献血。

综上所述,通过对照日本近五年的数据分析,对照16-49岁献血人群,50-69岁献血者更多为固定献血者,他们具有热心公益事业,符合低危人群的要求,献血次数较多,易引领身边亲友献血等基本特征。国内外大量研究数据也证实,高龄献血人群献血不良反应更低,血液质量更高。国内不少论著也显示,56-60岁既往无献血反应的献血者因其生活阅历丰富,献血知识熟识,心理承受能力较好,献血不良反应率主要以轻度为主,应作为动员招募的重要组成部分。因此,国家卫生管理机构可适当提高无偿献血者的年龄上限,保留更多固定献血者,确保临床血液供应和安全。取长补短,引以为用,提高自身素质,保障我们的血液更加安全,各采供血机构有必要在主管部门的引领下,制定出针对高龄献血群体的特定宣传和招募策略,保留和召回更多献血者,巩固献血者队伍建设,从而保障临床血液供应和安全。

参考文献:

- [1]国家卫生健康委.对十三届全国人大四次会议第5095号建议的答复。
- [2]中华人民共和国卫生部,中国国家标准化管理委员会.献血者健康检查要求:GB18467-2011.北京:中国标准出版社,2011:5.
- [3]World Health Organization .Guidelines on Assessing Donor Suitability for Blood Donation.
- [4]陈霄,毕岐勇等,北京地区56-60周岁全血献血人群的特征分析,中国输血杂志,2020,(33):147-149.
- [5]新浪财经.统计局:60岁及以上人口中60-69岁的低龄老年人口占55.83% 发挥余热潜力较大。
- [6]Goldman M, Fournier E, Cameron-Choi K,et al.Effect of changing the age criteria for blood donors. Vox Sang, 2007,92(4):368-372.

预见性护理对高龄患者治疗性 ERCP 术的干预效果

王琴 郑万琼 邓小君 曾娟

成都新华医院普外科 四川成都 610066

摘要: 目的: 探讨预见性护理干预对高龄患者治疗性 ERCP 术的应用效果。方法: 选取我科 2019 年 9 月至 2020 年 10 月治疗性 ERCP 术高龄患者 118 例为研究对象, 随机分为 A、B 两组, 各 59 例。A 组实施常规护理, B 组实施预见性护理干预组。通过护理的实施干预比较两组患者的术后并发症和护理满意度。结果: A 组的并发症发生率为 28.8%, B 组的并发症发生率为 11.8%, 对比差异明显, 有统计学意义 ($P < 0.05$)。A 组的护理满意度为 67.8%, B 组满意度为 83%, 对比差异显著, 有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 预见性护理干预可显著降低高龄患者 ERCP 术后并发症的发生率, 提高其患者护理满意度, 值得推广。

关键词: 预见性护理; 高龄患者; ERCP; 并发症; 满意度

Intervention effect of preventive care on therapeutic ERCP in elderly patients

Wang Qin Zheng Wan-qiong Zhang Xue-ling Liu Hong-juan

(Department of General Surgery of Chengdu Xinhua Hospital, Chengdu 610066, China)

[Abstract] Objective To explore the effect of predictive nursing intervention on therapeutic ERCP for the elderly patients. Methods A total of 118 elderly patients with therapeutic ERCP in our department from September 2019 to October 2020 were selected as the study objects were randomly divided into Group A and B, and 59 in each group. The patients of Group A were carried out routine nursing, and Group B carried out predictive nursing intervention. The postoperative complications and nursing satisfaction were compared between the two groups by nursing intervention. Results The incidence of complications was 28.8% in Group A and 11.8% in Group B, the difference was significant ($P < 0.05$). The nursing satisfaction of Group A was 67.8%, while that of group B was 83%, and the difference was significant ($P < 0.05$). Conclusion The incidence of postoperative complications in Group B (the predictive nursing intervention) is lower evidently than Group A (the routine nursing), and the nursing satisfaction is also. So, the nursing model of predictive intervention is worthy of encouragement.

【Keywords】 Predictive nursing; Elderly patients; ERCP. Complications; Nursing satisfaction

随着内镜技术在临床上的广泛应用, 经内镜逆行胰胆管造影术 (ERCP) 因其具有微创、低痛、直视的优点而被临床广泛应用于肝胆胰疾病诊断以及治疗, 该方法主要是将内镜插入十二指肠降部, 再将对剂经十二指肠镜注入到胰管及胆管中, 通过 X 线显影直接观察胰胆管影像的方法, 目前是临床上诊治肝、胆、胰疾病的金标准^[1]。ERCP 术与传统手术相比, 不受多次开腹手术和年老体弱等因素的限制,

但 ERCP 术后并发症较高, 影响患者的整体临床效果, 尤其对高龄患者。本研究选取我科 2019 年 9 月至 2020 年 10 月治疗性 ERCP 术高龄患者, 随机分为 A 组常规护理组和 B 组实施预见性护理干预组, 探讨两组患者的术后并发症和护理满意度。现将护理干预结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 纳入和排除标准 筛选我科 2019 年 9 月至 2020 年 10 月治疗性 ERCP 术高龄患者 118 例作为研究对象, 所有患者均自愿签署手术知情同意书且排除其它手术禁忌症者。

纳入标准: (1) 年龄≥70 岁以上患者且自愿参加本研究; (2) 无 ERCP 手术禁忌症; (3) 术后患者能取得配合。排除标准: (1) 有严重心肺功能不全等; (2) 精神疾病障碍无法配合者。

1.2 一般资料: 符合标准的患者按随机数字表进行分组, A 组为常规护理组 (59 例) 和 B 组为预见性护理干预 (59 例), 其中 A 组男性 31 例、女性 28 例, 年龄 (70-93) 岁, 平均年龄 (77.9±5.58) 岁; B 组男性 26 例、女性 33 例, 年龄 (70-96) 岁, 平均年龄 (78.3±5.91) 岁。两组患者性别、年龄、疾病病种等一般资料比较无显著差异, 具有可比性 (见表 1)。所以患者 ERCP 术均由同一组高年资医生完成。

表 1 两组患者一般临床资料比较

A 组	B 组	P 值
-----	-----	-----

性别			1.0
男	31	26	
女	28	33	
年龄 (±s) 岁	77.9±5.58	78.3±5.91	0.6896
疾病病种			0.32
胆管恶性肿瘤	13	15	
胆管结石伴胆管炎	40	38	
胆管支架植入术后	2	2	
胆总管狭窄	3	2	
急性化脓性胆管炎	1	2	

1.3 方法: 所有患者入院后均行 ERCP 术治疗, A 组为采取常规护理, B 组实施预见性护理, 具体如下。

1.3.1 A 组 实施常规护理措施, 如为患者提供舒适的病房环境, 术前向患者及家属简单的介绍手术相关知识、注意事项等; 术中根据患者的意愿调整手术室温湿度, 摆放合理舒适的体位, 密切观察患者病情变化; 术后观察患者生命体征、腹部体征及引流管是否通畅, 遵医嘱应用抗生素预防感染。

1.3.2 B 组 在实施常规护理措施的基础上实施预见性护理干预。

1.3.2.1 责任制整体护理: 采取责任制护理模式, 人员结构实行分层管理, 为患者提供全面、全程、连续的护理专业服务。每个患者在入院时都有一名固定的责任护士负责患者的各项治疗护理, 责任护士与患者密切接触, 掌握患者病情动态变化、治疗情况、心理状况, 及时满足患者的需求。

1.3.2.2 宣教方面：患者入院后责任护士详细介绍病房的环境，使其熟悉病房环境和布局，护理人员根据患者的文化程度，家庭背景等相关内容采用宣传册、画报、板报等多种形式为患者进行详细讲解，包括 ERCP 治疗的目的、方法、手术过程中应该注意的事项，提高患者对疾病的认知及配合。

1.3.2.3 心理护理：责任护士加强对家属的引导，告知其积极的心理暗示和精神鼓励对患者保持良好的心态，消除焦虑紧张的心理至关重要。责任护士要根据患者动作、表情等评估患者的情绪变化，并通过注意力转移、心理疏通等方式改善其不良心理，提高患者的依从性。

1.3.2.4 疾病护理：手术前责任护士应密切观察患者的生命体征、腹部体征、血常规、肝肾功等各项检查结果，如有异常立即报告主治医生并进行相应处理；手术过程中护理人员时刻关注患者各项体征变化，出现异常及时进行有效的处理。

1.3.2.5 鼻胆管的护理：妥善固定鼻胆管是促进胆汁通畅引流的前提，然后将鼻胆管绕耳 2 圈，3M 医用胶布固定于鼻端、颊部及耳廓上、下方，做好标记，外延部分用别针固定于病患服上，并嘱患者尽量休息，减少活动，防止鼻胆管折叠、扭曲和脱落。正常成人 24h 胆汁分泌量约 800—1200ml，通过密切观察 ENBD 术后鼻胆管胆汁引流颜色、性质、通畅度及时调整治疗方案^[2]。

1.3.2.6 并发症的预防：a.胰腺炎预防：在 ERCP 术后最为常见的并发症，主要由胰腺水肿引起，其多发在老年胰腺炎术后患者中，患者主要表现为腹部疼痛及血尿淀粉酶较前有升高。为预防胰腺炎的发生，责任护士在患者休息时叮嘱患者采取半卧位，指导患者少食多餐，以减轻胃肠压力，必要时可以予以抑制胰酶分泌物的药物。b.感染的预防：急性胆管炎也是 ERCP 术后较为常见的并发症^[3]。患者主要表现为发热，有黄疸出现，并有腹部的胀痛，严重的患者会出现败血症，甚至发生休克，对患者的生命造成严重的威胁。为预防胆道感染的发生，责任护士密切监测患者的生命体征，注意观察患者的腹部情况，对患者定时监测体温，观察血常规的变化情况，了解患者胆道通畅情况。责任护士需要加强引流管的固定管理，监测引流流量、颜色、性质，保证患者手术操作器械的清洁，适当应用抗生素进行感染预防。c. 出血预防：术中损伤血管主干、术中止血不彻底、焦痂过早脱落、高危人群（患有糖尿病、高血压、凝血功能障碍等），增加了患者术后出血发生风险。患者主要表现为呕血、黑便、头晕、心悸、血红蛋白降低，血压下降甚至休克。为预防术后出血的发生，术后护理人员定时测量患者的生命体征，重点监测血压，观察患者皮肤颜色及肢端温度变化。观察大便颜色、量、性质，一旦发生异常，及时告知医生，第一时间进行处理，做好患者的心理护理。d.穿孔预防：主要是由于内镜、导丝操作不当、支架穿出肠壁或移位、EST 切穿肠壁导致。患者主要表现为突然剧烈疼痛，腹膜刺激征明显、膈下游离气体。为预防术后穿孔的发生，责任护士应密切观察患者腹部及腹膜刺激征情况，术后禁食水及胃肠减压，遵医嘱使用抗生素抗感染治疗，做好急诊手术的准备。

1.4 观察指标：观察患者的并发症情况，即胰腺炎、感染、出血、穿孔等。利用自拟表格判断护理满意度，调查主体为高龄患者家属，包括护理态度、护患交流、病房环境等方面。总分是 100 分，85-100 分属满意；60-84 分属基本满意；0-59 分属不满意。

1.4 统计学分析 本研究所有数据采用统计学软件 spss19.0 对数据进行统计分析。计量资料以均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）来表示，并进行 t 检验。计数资料进行 χ^2 检验。若 $P < 0.05$ ，则说明差异明显，有统计学意义。

2 结果

2.1 术后并发症情况：A 组的并发症发生率为 28.8%，B 组为 11.8%，对比差异明显，有统计学意义（ $P < 0.05$ ）（见表 2）。

表 2 两组患者术后并发症比较[n(%)]

分组	例数	胰腺炎	感染	出血	穿孔	发生率
A 组	59	9 (15.2)	5 (8.4)	1 (1.7)	2 (3.4)	17(28.8)
B 组	59	5 (8.4)	2 (3.4)	0	0	7 (11.8)
χ^2						5.230
P						0.022

2.2 术后护理满意度：A 组中护理满意度为 67.8% (40/59)；B 组中，护理满意度为 83.0 % (49/59)。对比差异明显，有统计学意义（ $P < 0.05$ ）（见表 3）。

表 3 两组患者术后护理满意度比较[n(%)]

分组	例数	满意	基本满意	不满意	满意度
A 组	59	20(33.9)	20(33.9)	19(32.2)	40(67.8)
B 组	59	35(59.3)	14(23.7)	10(17)	49(83)
χ^2					7.943
P					0.019

3 讨论

ERCP 是高龄患者肝胆胰疾病治疗的有效手段，但对术者的要求较高，当患者出现负面心理应激反应、健康状况不佳时均可导致生理功能紊乱而影响手术效果或增加术后并发症的发生风险^[4]。为保证手术治疗效果，提高手术的安全性，在手术过程中，采取一定的护理干预是必要的。预见性护理是指对患者进行全面评估后，结合自身的经验，提前对可能存在的风险进行判断，并采取对应的护理措施，以加快患者术后机体康复^[5]。研究中的预见性护理包括实施责任制整体护理、健康宣教、心理护理、疾病护理、鼻胆管护理及并发症预防。责任制的护理，使责任护士的责任意识和护理意识更强，护理服务态度明显改善，责任护士能主动去观察患者病情变化，了解患者的病情，有效预防的避免术后并发症的发生，同时也提高了患者满意度。结果中，B 组的并发症发生率（11.8%）低于 A 组（28.8%），有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；护理满意度 B 组（83.0%）高于 A 组（67.8%），有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

4 小结

综上所述，为患者实施预见性护理干预可降低高龄患者 ERCP 术后并发症的发生率，提高其患者护理满意度，得到了患者及家属的肯定，值得临床推广应用。

参考文献：

- [1]谢海平.舒适护理在胆石症 ERCP 围手术期护理中的应用效果评价[J].中国医院药学杂志,2016,36(8): 180.
- [2]马丽丽.李琪.朱佳立等.治疗性 ERCP 术后鼻胆管引流的临床观察和护理体会[J].实用临床护理学杂志,2018,35:5-6.
- [3]石慧萍.张海.王德承等.ERCP 术后胰腺炎危险因素及护理干预[J].实用临床医药杂志,2015,19(2): 111-113.
- [4]梁雪月.潘美玉.高龄患者行治疗性 ERCP 的术中配合及护理体会[J].中国医药指南,2013,11(19):357-358.
- [5]蓝丽红.蒋惠珍.黄素琴.预见性护理在预防胆总管结石患者 ERCP 术后并发症中的应用价值,2019,9(18):147-148

作者简介：王琴，1988-06-14，四川.夹江，本科，主管护师，成都新华医院普外科护士长。

可乐必妥左氧氟沙星片服用后的不良反应—失忆

范艺

广元市中心医院 四川广元 628000

摘要：目的：本次收治的患者咳嗽1+月，间断痰中带血半月，临床诊断为慢性支气管炎、肺气肿伴肺大疱，患者伴有感染情况。出院后口服可乐必妥一次后失忆10+小时，可乐必妥存在明显的副作用，容易引起神经系统出现麻木、视觉异常的现象，同时伴有耳鸣、幻觉嗜睡因此在多种因素的作用下导致患者出现失忆。本文通过对可乐必妥左氧氟沙星片服用后的不良反应—失忆进行研究，具体情况如下。

关键词：可乐必妥左氧氟沙星片；不良反应；失忆

【病例分享】姓名：邢某某

1.基本资料

年龄：64

性别：男

出院后口服可乐必妥一次后失忆10+小时

入院情况：T:36.9℃,P:72次/分,R:21次/分,BP:90/60mmHg,发育正常，自动体位，神志清醒；唇紫绀，颈部无强直，气管居中，颈静脉无怒张，肝颈静脉回流征阴性，全身浅表淋巴结未触及肿大，胸廓正常，双肺叩诊正常清音，双肺呼吸音粗，未闻及干湿性音，心相对浊音界正常，心率72次/分钟，律齐，心音正常。腹部平坦，无明显压痛、反跳痛、肌紧张，肝区无叩痛，双下肢无水肿。胸部增强CT：右肺下叶叶间裂下方区域团块慢性感染灶，中央区域坏死，不排除其它，建议治疗后复查。右肺及左肺上叶散在感染，相邻双侧胸膜增厚。双肺上叶多发肺大疱、肺气肿。冠脉多发钙化。右侧胸腔少量积液。扫及肝右叶点状、结节状钙化。

诊疗经过（治疗方案、患者病情变化、并发症）：入院完善相关检查，予以经验性抗感染、化痰止咳等

查胸部CT提示肺部感染灶较前明显吸收，今日安排出院。

出院医嘱：1、注意休息、避免受凉。2、院外继续抗感染治疗，继续口服用药：盐酸氨溴索口服溶液每次10ml，口服每天三次。3、建议1月后返院复查胸部CT；4、呼吸内科、心内科门诊随访，不适及时就诊。

随访说明：（1）门诊（或当地医院）复诊时间和频率：出院一周门诊复诊；随诊：不适随诊。

主诉：咳嗽1+月，间断痰中带血半月。

现病史：入院前1+月，患者无明显诱因出现咳嗽，偶有咳嗽，伴活动后胸闷、气促，未予重视，

未进行任何治疗。半月前，患者咳嗽加重，伴痰中带血，无畏寒、发热、盗汗、胸痛、心悸等不适，（2021-07-24），完善胸部增强CT：右肺下叶叶间裂下方区域团块慢性感染灶，中央区域坏死，不排除其它，建议治疗后复查。右肺及左肺上叶散在感染，相邻双侧胸膜增厚。双肺上叶多发肺大疱、肺气肿。冠脉多发钙化。右侧胸腔少量积液。扫及肝右叶点状、结节状钙化。患者为进一步明确右肺占位原因，遂来我院就诊，门诊以“右肺占位待诊”收入我科，自发病以来，精神、食欲及睡眠尚可，体重减轻10KG。

2.影像学表现

影像表现：

胸廓对称，气管、支气管通畅。双肺透光度增强、散在薄壁透光影，双肺纹理紊乱，双肺散在条片、斑片影，边界不清，以右肺下叶为著，右

肺下叶前基底段斜裂处病灶局部突向中叶外侧段，并其内可见充气支气管征。肺门及纵隔内部分淋巴结钙化，未见明显肿大。心脏形态、如常，心包内见层状低密度影，主动脉及左冠脉壁局部见钙化影，右冠状动脉见管状极高密度影。

右侧胸腔见少量积液，双侧胸膜增厚。

诊断结果：

1.慢性支气管炎，肺气肿伴肺大疱。2.双肺散在感染性病变，右肺下叶部分实变，病变累及右侧胸膜，请短期治疗后复查除外其它。

3.右侧胸腔少量积液；双侧胸膜增厚。

4.心包少量积液；主动脉壁及左冠脉壁局部钙化，右冠状动脉支架植入术后改变。

5.扫及：右侧第7肋局部欠光整；胸椎退行性改变；肝内散在钙化灶。

甲状腺密度减低。

检查部位：CT胸部平扫

影像表现：

胸廓对称，气管、支气管通畅。双肺透光度增强、散在薄壁透光影，双肺纹理紊乱，双肺散在条片、斑片影，边界不清，以右肺下叶为著，右肺下叶前基底段斜裂处病灶局部突向中叶外侧段，并其内可见充气支气管征。肺门及纵隔内部分淋巴结钙化，未见明显肿大。心脏形态、如常，心包内见层状低密度影，主动脉及左冠脉壁局部见钙化影，右冠状动脉见管状极高密度影。右侧胸腔见少量积液，双侧胸膜增厚。

诊断结果：

1.双肺散在感染性病变，右肺下叶部分实变，病变累及右侧胸膜，对比2021-08-13日片，部分病灶稍有吸收，请结合临床及随诊复查。2.慢性支气管炎，肺气肿伴肺大疱。

3.右侧胸腔少量积液，对比上述前片积液量有所减少；双侧胸膜增厚。

4.心包少量积液；主动脉壁及左冠脉壁局部钙化，右冠状动脉支架植入术后改变。

5.扫及：右侧第7肋局部欠光整；胸椎退行性改变；甲状腺密度减低。

【讨论】

左氧氟沙星作为现阶段第三代喹诺酮类药物的左旋体，本药品通过作用于细菌DNA，在此同时能够发挥杀菌作用。此种药品抗菌作用强，同时对革兰阴性菌中抗菌活性较强，但对肠球菌作用相对较差。临床中，在出现泌尿系统、呼吸系统感染时，不良反应将会明显增多。用药安全决定

着患者能否顺利康复重要指标,保证患者能够安全使用药物是医院急诊的重点管理事项。左氧氟沙星作为第3代氟喹诺酮类药物,通过对细菌的旋转活性进行抑制,在阻断蛋白质合成的同时,对染色体进行降解以此来促进有效杀菌。左氧氟沙星其利用度较高同时分布较广,因此在现阶段临床中应用较为广泛。

本次收治的患者存在肺气肿,慢性阻塞性肺疾病临床指征为具有较长的病程同时较容易复发,如果患者在稳定期没有得到治疗,病人的病情将会持续恶化,从而严重损毁患者的肺功能。慢阻肺疾病在中医治疗中一般属于咳嗽以及痰饮等范畴。肺气肿也被称作阻塞性肺气肿,其发病主要是因为两个方面的因素,一是因为患者器官遭到阻塞所以致使换气不畅,二是因为过度充气所导致的肺组织出现扩张。肺气肿的一大特征就是发病的时间较为漫长。并且此疾病好发于老年人之中,带给患者生活严重的消极影响。患有老年性肺气肿的人数在近些年来逐渐呈现上升趋势,并且患有此病症的人数其死亡率较高。

慢阻肺发病急、进展快,容易反复发作,在出现时致残率和死亡率较高,对于患者和家属来说,遭受了较为严重的心理负担,由于老年人对疾病耐受程度不高,在患慢阻肺后容易出现咳嗽咳痰等导致患者受到影响,同时这些影响对患者的各项指标均会产生一定的作用。不同药物在临床治疗中获得的效果不同,左氧氟沙星主要作用于患者呼吸系统的病原菌,同时对大部分革兰阳性菌抗菌活性较强,在进行注射后,整体药物浓度较高,同时渗透到组织中对于慢阻肺的炎性有着较好的控制结果。在临床上将左氧氟沙星作为主要药物,能够有效控制慢阻肺的发展。左氧氟沙星进行应用的同时能够改善患者的细菌阳性率。在临床中作为治疗慢阻肺的常用药物,在关键部位能够取得良好的杀菌效果。

可乐必妥左氧氟沙星片的不良反应 1.用药期间可能出现不良反应: 2.消化系统:有时会出现恶心、呕吐、腹部不适、腹泻、食欲缺乏、腹痛、消化不良等。3.过敏症:偶有浮肿、荨麻疹、发热感、光过敏症以及有时会出现皮疹、瘙痒、红斑等症状。4.神经系统:偶有震颤、麻木感、视觉异常、耳鸣、幻觉、嗜睡,有时会出现失眠、头晕、头痛等症状。5.肾脏:偶见血中尿素氮上升。6.肝脏:可出现一过性肝功能异常,如血氨基转移酶增高、血清总胆红素增加等。7.血液:有时会出现贫血、白细胞减少、血小板减少和嗜酸性粒细胞增加等。上述不良反应发生率在 0.1%~.之间。偶见怠倦、发热、心悸、味觉异常等。一般均能耐受,疗程结束后迅速消失。十分罕见全血细胞减少、中毒性表皮坏死松解症、多形性红斑、暴发型肝炎。如发现异常时应注意观察,必要时可停止用药并进行适当处置。

左氧氟沙星片是第三代喹诺酮类抗菌药物,是氧氟沙星的左旋体,主要通过抑制细菌 DNA 的合成而起到抗菌作用。左氧氟沙星抗菌谱广,抗菌作用强,对于大多数肠杆菌科细菌,如大肠埃希菌、克雷伯氏菌属、沙雷菌属、变形杆菌属、志贺菌属、沙门菌属、枸橼酸杆菌,以及铜绿假单胞菌、流感嗜血杆菌、淋球菌等,均有较强的抗菌活性。

本次收治的患者中,口服可乐必妥一次后失忆 10+小时,整体副作用明显。可乐必妥片左氧氟沙星片整体副作用较多,容易引起神经系统出现麻木、视觉异常的现象,同时伴有耳鸣、幻觉嗜睡因此在多种因素的作用下导致患者出现失忆。左氧氟沙星属于喹诺酮类,头孢类,还有我们大家所熟悉的青霉素。具体什么时候选用哪些药物,这是一个比较专业的问题,需要在医疗机构规范的诊疗下来确定是由什么细菌感染的疾病,来确定选

哪种抗生素,是否选可以选这个左氧氟沙星,由医生通过处方来决定是否是用。左氧氟沙星常常适用于呼吸道感染,也可以用于泌尿感染等感染性疾病,副作用多,因此应在医生处方的指导下来选择这个药物。其次,在用药过程中也要注意有一定的不良反应和用药的注意事项,所以服药过程中需要详细的阅读药品说明书。

在诊断时,医护人员需要秉持着科学、严谨的医治态度,对患者进行全面的检查,再详细了解患者的病症情况、病情发作症状以及自身感受,综合结合患者情况进行诊断,以保证诊断的准确性。

【结论】可乐必妥左氧氟沙星片属于喹诺酮类抗生素。其不良反应较多,最引人重视的是可能导致关节病变,因此不宜 18 岁以下的小儿及青少年使用。胃肠道反应多见,可出现腹部不适或疼痛、腹泻、恶心、呕吐等症状,中枢神经系统反应可有头痛、头昏、嗜睡或者失眠。过敏反应可出现皮疹、皮肤瘙痒,偶可发生渗出性多形性红斑及血管神经性水肿。过敏反应比较少见,偶尔还可能发生癫痫、神经异常、烦躁不安、意识混乱、幻觉、震颤、静脉炎,少数患者可发生转氨酶升高、血尿素氮增高以及周围血象白细胞降低等症状,使用时需要注意观察不良反应的发生,有问题及时去医院。

左氧氟沙星片(可乐必妥)本品适用于敏感细菌所引起的下列轻、中度感染:呼吸系统感染、泌尿系统感染、生殖系统感染等。神经系统偶有震颤麻木感觉异常耳鸣幻觉嗜睡有时会出现失眠头晕头痛等症状。对于患者出现失忆时,应立刻停止用药。

参考文献:

- [1]薛维信,阮冬云.国产左氧氟沙星片与可乐必妥治疗下呼吸道、泌尿系急性感染疗效比较[J].江西医药,2001.
- [2]曹国英,张菁,郁继诚,等.左氧氟沙星片剂绝对生物利用度研究[J].中国抗生素杂志,2010(1):5.
- [3]张少波.左氧氟沙星罕见的不良反应[J].中国社区医师:综合版,2010,000(005):P.19-20.
- [4]温子广.左氧氟沙星的不良反应及分析[J].中华医药杂志,2007.
- [5]白春香,杨秉禹.左氧氟沙星的临床不良反应特点及防治措施[J].延安大学学报:医学科学版,2010(4):2.
- [6]管玫,金朝辉,杨娟.282 例左氧氟沙星不良反应报告分析[J].中国药物警戒.1672-8629.2007.03.008
- [7]文香兰,郭胜杰,齐晓涟,等.32 例左氧氟沙星不良反应报告分析[J].中国社区医师:医学专业,2006.
- [8]关靖,陈玉龙.吡嗪酰胺片联合盐酸左氧氟沙星片治疗耐药肺结核的效果及对患者肺功能的影响[J].临床医学研究与实践,2021,6(30):3.
- [9]Yang R, Li Y, Li J, et al. Clinical efficacy of ceftazidime combined with levofloxacin on heart failure complicated with pulmonary infection and its influence on cardiopulmonary function[J]. American Journal of Translational Research, 2021, 13(4):2590-2598
- [10]Wang X Y, Zhang L, Chen H, et al. Orthogonal design optimization prescription for the compound effervescent tablet of tinidazole and levofloxacin hydrochloride[J]. Chinese Journal of Hospital Pharmacy, 2014, 34(10):1400-5.

经前外侧入路与后外侧入路髋关节置换术治疗股骨颈骨折的效果对比

郭耀军

韩城市郭氏正骨医院 骨外科 陕西韩城 715400

摘要：目的：对比经前外侧入路与后外侧入路髋关节置换术在股骨颈骨折治疗中的作用。方法：对 60 例股骨颈骨折患者进行研究，2018 年 10 月至 2020 年 10 月入组，均行髋关节置换术，根据入路方式均分至对照组和观察组，各为 30 例，前者经后外侧入路，后者经前外侧入路，比较两组手术情况、治疗前后关节功能与疼痛程度、并发症。结果：观察组手术时间与住院时间短于对照组，出血量和引流量低于对照组，切口长度短于对照组，并发症发生率低于对照组（ $P<0.05$ ）；两组治疗前髋关节功能和疼痛程度对比无差异（ $P>0.05$ ），观察组治疗后关节功能评分为（ 74.18 ± 5.12 ）分，高于对照组的（ 70.27 ± 4.78 ）分，疼痛评分（ 3.82 ± 0.52 ）分，低于对照组的（ 4.32 ± 0.64 ）分，数据差异明显（ $P<0.05$ ）。结论：予以股骨颈骨折患者经前外侧入路髋关节置换术，可提高手术可行性，改善关节功能作用明显，可缓解疼痛感，减少术后并发症，存在推广价值。

关键词：前外侧入路；后外侧入路；髋关节置换术；股骨颈骨折；关节功能

股骨颈骨折是骨折病变的常见类型，主要出现在股骨头下和股颈基底部，老年群体较为多发，以疼痛、肿胀为主要表现，可对患者行走能力产生影响^[1-2]。髋关节置换术是治疗此病的常用方式，可促进患者受损功能的恢复。该术式入路较多，以经前外侧入路和经后外侧入路为主^[3]。临床多经后外侧入路，操作简便，可行性强，但会破坏关节囊，导致术后出现假体脱落等并发症，影响患者术后恢复。经前外侧入路可对骨折处周围肌肉组织起到保护作用，降低损伤风险，对患者术后关节功能恢复有利^[4-5]。基于此背景，我院在股骨颈骨折髋关节置换术中分别实施经前外侧入路和经后外侧入路，报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究对象为股骨颈骨折患者 60 例，2018 年 10 月至 2020 年 10 月前来我院诊治，按照入路方式分组。对照组 30 例，17 例为男，13 例为女，患者年龄 60-80 岁，均值（ 70.21 ± 2.65 ）岁，骨折至手术间隔：2-7d，均值（ 5.12 ± 1.12 ）d，受伤原因：12 例交通事故，9 例跌伤，6 例高处跌落，3 例其他。观察组中男女均为 21 例，年龄最低 62 岁，最高 79 岁，均值（ 70.32 ± 2.54 ）岁，骨折至手术间隔 3-7d，均值（ 5.16 ± 1.15 ）d，受伤原因：13 例交通事故，10 例跌倒，5 例高处跌落，2 例其他。纳入标准：（1）患者病情与股骨颈骨折诊断标准^[6]；（2）患者对髋关节置换术可耐受；（3）麻醉等级：I-II 级；（3）患者了解研究详情，主动参与。排除标准：（1）重要脏器功能受损者；（2）存在其他类型骨折者；（3）现行其他治疗者；（4）配合度差，难以完成治疗者。两组基础资料一致（ $P>0.05$ ），可对比。

1.2 方法

两组均由同一位经验丰富的医生实施髋关节置换术，对照组经后外侧入路，全身麻醉生效后，取健侧卧位，行一弧形切口于大转子间，切开臀大肌，行钝性分离处理，用拉钩牵开臀中肌和股方肌，外露肌群，于大转子止点处切断，显露关节囊，T 型切开，脱位髋关节，于股骨 1-1.5cm 处将股骨颈截断，取出股骨头，将髋臼前、下壁放置拉钩，显露髋臼，去除软骨，试模，活动髋关节，外露股骨颈断面，清除梨状窝软组织，开槽于大转子内槽和股骨后方，扩髓并植入股骨柄假体，复位后观察髋关节稳定

性和活动度，于大转子止点对外旋肌群行缝合处理，冲洗创面，放置引流管，缝合切口，术后予以抗生素预防感染，观察组经前外侧入路，麻醉方式与手术体位与对照组一致；自髂前上棘远 1cm、外 3cm，腓骨小头处逐层切开至筋膜，使得缝匠肌与阔筋膜张肌肌腱间隙外露，结扎外侧动脉分支，对股直肌、臀中肌肌腱间隙予以分离处理，外露并将关节囊切开，外露股骨颈后截骨，取出股骨头和解雇快，显露髋臼，将附着于髋臼的孟唇和骨赘，磨锉至合适大小后试模，植入假体和内衬，回收、屈伸与外展患肢，将股骨近端抬起，使得近端髓腔外露，行扩髓处理，植入股骨柄假体，复位髋关节，观察髋关节稳定性和活动度，予以生理盐水冲洗创面，将引流管置于合适位置后，由内至外缝合切口，术后予以抗生素预防感染。

1.3 观察指标

1.3.1 两组手术指标对比

比较对照组和观察组手术时间、出血量、切口长度、引流量和住院时间。

1.3.2 两组术前术后髋关节功能和疼痛程度

患者髋关节功能根据髋关节 Harris 评分判定，疼痛 44 分，功能 47 分，畸形 4 分和活动度 5 分，得分上升证实患者髋关节功能改善；同时依据视觉模拟评分法（VAS）判断患者疼痛度，最低 0 分，最高 10 分，得分下降证实患者疼痛感缓解^[7-8]。

1.3.3 两组并发症对比

比较对照组和观察组出现关节僵硬、假体脱落和下肢深静脉血栓发生率。

1.4 统计学处理

软件 SPSS 22.0 录入数据后统一处理，名义变量资料（手术指标、关节功能和疼痛评分）经 $\bar{x}\pm s$ 表示，t 检验，无序分类资料（并发症）经百分数（%）表示， χ^2 检验， $P<0.05$ 提示有差异。

2 结果

2.1 两组手术指标对比

观察组手术时间和住院时间短于对照组，出血量和引流量少于对照组，切口长度短于对照组，存在数据差异（ $P<0.05$ ），报道如下表 1。

表 1 两组手术指标对比结果（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	手术时间(min)	术中出血量 (mL)	切口长度 (mm)	引流量 (mL)	住院时间 (d)
对照组	30	95.56±18.24	278.56±40.15	12.24±2.21	320.78±44.27	8.54±2.16

观察组	30	82.32±12.32	245.16±32.58	10.78±2.54	292.16±40.12	6.54±2.02
t		3.295	3.538	2.375	2.624	3.581
P		0.002	0.001	0.021	0.0111	0.001

2.2 两组治疗前后关节功能和疼痛感对比

患者治疗前关节功能和疼痛感对比一致 ($P>0.05$)，观察组治疗后关节功能评分高于对照组，疼痛评分低于对照组，存在数据差异 ($P<0.05$)，报道如下表 2。

表 2 两组治疗前后关节功能和疼痛程度比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	关节功能		疼痛程度	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	50.12±2.45	70.27±4.78	6.12±1.18	4.32±0.64
观察组	30	49.78±2.27	74.18±5.12	6.15±1.12	3.82±0.52
t		0.558	3.057	0.101	3.321
P		0.579	0.003	0.920	0.002

2.3 两组并发症发生情况对比

观察组出现并发症的概率低于对照组 ($P<0.05$)，报道如下表 3。

表 3 两组并发症发生情况对比[n (%)]

组别	例数	关节僵硬	假体脱落	下肢深静脉血栓	并发症
对照组	30	3 (10.00)	3 (10.00)	2 (6.67)	8 (26.67)
观察组	30	1 (3.33)	1 (3.33)	0 (0.00)	2 (6.67)
χ^2					4.320
P					0.037

3 讨论

股骨颈骨折是出现在股骨下方和股骨颈基底间的骨折，多由外力撞击所致。老年群体年龄大，普遍存在骨质疏松，肌肉退化严重，极易因外伤而出现股骨颈骨折^[9-10]。近些年来，该疾病发病率明显上升，使得髋关节置换术被广泛应用。该技术手术入路包括前外侧入路和后外侧入路两种，其中后外侧入路暴露简单、操作简便、适应性强，在股骨颈骨折治疗中应用普遍。但该入路方式具体应用时，需对髋关节邻近肌群行切断处理。方可充分暴露髋关节。不利于髋关节稳定性的恢复。使得患者在手术治疗后出现假体脱位等并发症，影响患者术后恢复^[11-12]。需深入探讨，以旨在寻找一种科学规范的入路方式。

区别于后外侧入路，前外侧入路颈肌间隙入路，实施髋关节置换术的过程中注意保留肌腱止点，经阔筋膜和股直肌间隙入路，使得外侧阔筋膜张肌和内侧股直肌外露后分离，有序切断髋关节邻近肌群，可对髋关节解剖完整起到解剖作用，最大限度降低外展肌损伤和软组织损伤^[13-14]。

文中数据显示，观察组手术时间和住院时间短于对照组，出血量与引流量少于对照组，切口长度短于对照组 ($P<0.05$)，表明经前外侧入路行髋关节置换术，可提高手术可行性，缩小切口长度、减少出血量、缩短手术时间，利于患者术后恢复，原因在于经前外侧入路。可使得切口缩短，对动脉侧束予以结扎，可减少出血量，无需切断邻近肌群，可保留关节囊，降低肌肉损伤风险，术后无需长时间引流，对患者术后恢复有利，使得住院时间缩短。

骨折本身和手术操作可使患者产生应激反应，导致机体产生应激因子，诱导炎性因子释放，刺激疼痛因子生成，引起疼痛感。Harris 评分是判定髋关节功能的常用指标，分数越高可见患肢功能改善^[15]。文中数据显示，观察组疼痛评分低于对照组，关节功能评分高于对照组 ($P<0.05$)，

表明经前外侧入路行髋关节置换术可对机体应激起到缓解作用，对疼痛因子有抑制作用，可缓解疼痛感；书中对关节囊予以修复，可避免髋关节术后侧稳定性被破坏，可维持关节稳定性，利于关节稳定性的恢复。

观察组出现并发症的概率低于对照组，存在数据差异 ($P<0.05$)，表明经前外侧入路实施髋关节置换术，可保障手术安全，降低并发症发生风险。原因在于经外侧入路可使得髋臼在术者眼中呈水平状态，可清晰显示髋臼结构，几乎不干扰软组织，可提高假体稳定性；无需切开关节囊和外侧旋肌，关节稳定性高，可减少假体脱位风险；术后恢复快，可促使患者尽早活动，进而减少下肢深静脉血栓和关节僵硬发生风险。

总之，经前外侧入路行髋关节置换术，可提高手术可行性，缓解疼痛感作用明显，可改善患者关节功能，也可减少术后并发症的发生。

参考文献：

- [1]徐凯航, 纪方. 青壮年股骨颈骨折的治疗进展[J]. 中华创伤骨科杂志, 2020, 22(6):549-552.
- [2]李淑芬, 夏中元, 肖航. 喉罩通气全麻用于老年股骨颈骨折内固定术中的镇痛效果研究[J]. 中国医药导报, 2019, 16(13):116-119.
- [3]陶涛, 郭炯炯, 徐南伟. 微创直接前入路与后外侧入路全髋关节置换术早期疗效的比较[J]. 中国微创外科杂志, 2020, 20(5):431-435.
- [4]吴琴明, 杨文峰. DAA 入路全髋关节置换术治疗股骨颈骨折的临床研究[J]. 浙江创伤外科, 2020, 25(2):270-272.
- [5]林奇益, 林智军, 李玉茂. 不同入路人工全髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的短期效果对比[J]. 中外医学研究, 2020, 18(36):29-31.
- [6]何大民, 窦文杰, 王曙光, 等. 实用骨科学[M]. 北京: 第二军医大学出版社, 2011: 14-15.
- [7]王凤仙. 早期康复护理干预对老年股骨颈骨折全髋关节置换术患者的效果观察[J]. 中国伤残医学, 2019, 27(1):86-87.
- [8]刘冰. 人工关节置换术治疗股骨颈骨折的疗效及并发症发生率影响分析[J]. 中国医疗器械信息, 2020, 26(21):123-124.
- [9]危杰. 老年股骨颈骨折的治疗要点及注意事项[J]. 中华创伤骨科杂志, 2019, 21(9):826-828.
- [10]毕郑刚, 徐浩宇, 邵明, 等. 老年股骨颈骨折手术治疗的基本方式[J]. 中华外科杂志, 2020, 58 (3): 238-240.
- [11]滕立初, 陈拓, 黄岫, 等. 平卧位直接前方入路与后外侧入路在全髋关节置换术中的临床疗效及术后 VAS 评分比较[J]. 河北医学, 2020, 26(5):820-825.
- [12]蒙德, 朱圣旺, 祁文, 等. 直接前入路与后外侧入路行全髋关节置换术的临床效果比较[J]. 广西医学, 2020, 42(2):27-32.
- [13]蔡伟松, 彭飞, 周思齐, 等. 直接前入路与后外侧入路全髋关节置换术后隐性失血对比研究[J]. 医学研究杂志, 2019, 48(11):59-62.
- [14]韩田浦, 王朝阳, 于超杰. 经前外侧入路髋关节置换术治疗股骨颈骨折患者的效果[J]. 河南医学研究, 2020, 29(15):60-61.
- [15]李广贤, 牛云峰, 刘金榜, 等. 臀大肌入路小切口与传统后外侧入路在全髋关节置换术中的临床应用效果比较[J]. 中国民康医学, 2019, 31(6):13-15.

延续性护理对老年高危压力性损伤患者压力性损伤发生率的影响

林英

贵州六盘水市水城区人民医院 贵州六盘水 553000

摘要:目的:探究延续性护理对老年高危压力性损伤患者压力性损伤发生率的影响。方法:100例本院收治的老年高危压力性损伤患者在其监护人的同意下用随机数字的方式平均分组,对照组和观察组所采用的护理方式分别是常规的护理以及延续性护理,观察效果。结果:观察组压力性损伤的总发生率明显低于对照组($P<0.05$)。观察组护理满意度高于对照组($P<0.05$)。结论:在老年高危压力性损伤的患者中,采用延续性护理能够有效降低压力性损伤的发生率,确保老年患者的疾病恢复质量,有助于家属对临床护理工作服务的认可性提升,临床应用价值较高。

关键词:延续性护理;老年高危压力性损伤;压力性损伤发生率

压力性损伤是临床中多种疾病的主要并发症之一,主要是由于卧床的时间过长,局部的身体组织过度受压造成血运受到影响,并在剪切力与摩擦力的综合作用下所导致的受压身体组织发生缺血缺氧的损伤,会造成组织的溃瘍与坏死。而老年人群的皮肤状态较为松弛,缺乏弹性与营养,皮下脂肪较少,更容易发生压力性损伤,给老年患者带来肉体与心理上的双重痛苦与伤害,也会使身体状态下降,使护理工作的难度更深一层^[1]。相关临床调查数据显示,我国大约有6万人都会由于在疾病治疗过程中并发了压力性损伤而致死,从这一数据上分析来看,压力性损伤的危害以及高发生率都非常值得临床中进行重视,压力性损伤的临床预防护理工作等相关的话题也是近年来众多学者所不断进行探究的问题。在院治疗的期间,老年患者可以得到专业性的护理服务,但是在出院以后,老年患者的专业护理服务降低,发生压力性损伤的风险也会增加^[2]。根据调查显示,我国并发压力性损伤的患者大约有20%到50%都是在院外护理中发生,所以从这一点上可以认为,在进行压力性损伤的专业护理中,除了医护人员外,还应该让家属也进行参与,应该重视家属的压力性损伤教育和相关护理工作的掌握。基于此,本研究将延续性护理这一模式用于老年高危压力性损伤患者中,对其具体应用效果进行探究。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究时间是2021年1月份到12月份,100例在本院住院的老年高危压力性损伤患者采用随机数法分成两组,对照组50例,男31例,女19例,年龄64岁到79岁,均值(71.2±0.4)岁,观察组50例,男27例,女23例,年龄63岁到81岁,均值(71.8±0.9)岁,通过对比两组的个人资料无较大差异($P>0.05$)。

1.2 分组与方法

将常规护理用于对照组中,为期2周。护理人员告知患者及其家属压力性损伤相关知识医嘱配合医师进行压力性损伤治疗和护理;注意观察患者的体征变化和创面愈合情况;保持病房环境清洁和病床干净整洁,定期协助患者翻身和更换衣物;指导患者科学饮食,告知家属日常护理注意事项^[3]。

观察组的老年患者则在对照组护理的基础上应用延续性护理,为期2周。

对照组采用常规护理,主要包括创面管理,协助患者定时翻身,加强营养等。

观察组患者在常规护理的基础上采用延续性护理管理,为期2周。

1.2.1 建设延续性护理小组。组长的任职为护士长进行担任,组长定期组织小组成员开展培训,内容包括压力性损伤的一些护理内容,比如偏瘫以及肢体功能障碍的知识、压力性损伤的正确护理方式以及预防方法,还

有就是压力性损伤的病理变化和诱因以及危害等,使护理人员对压力性损伤的相关疾病内容能够全面的了解,增强自身的风险意识和护理能力^[4]。

1.2.2 病情评估。对于不同老年患者的疾病严重程度以及卧床的时间和自身的体质等多个方面进行综合性的科学评估,结合老年患者的个体差异进行疾病档案的建立,并将各项临床资料进行详细的记录在内。提前了解老年患者的家庭修养环境,对老年患者进行压力性损伤风险等级的评估,明确其等级后,结合等级进行护理措施和治疗方式的详细规划,使不同老年患者的护理工作具有更强的针对性^[5]。

1.2.3 观察组在常规护理基础上采用延续性护理管理,具体如下:

1 实施三级管理模式,即科室压力性损伤监管人员(选择科室内责任心强、经验丰富的护理人员负责本科室压力性损伤的监管)---院内护理安全压力性损伤管理小组---护理部(负责对分管科室压力性损伤的处理指导)、以专科具备伤口造口专科护士压力性损伤会诊小组(负责压力性损伤的全面管理)。

2 心理护理。压力性损伤发生之后,患者会出现不良情绪,对此,护理人员首先需要加强对患者的心理护理,疏导患者的负面情绪,告诉患者积极主动配合治疗的重要性,提高患者治疗信心。

3 创面护理。根据病人情况选用气垫床、海绵垫、水袋、泡沫敷料、水胶体敷料、赛肤润等全身或局部减压器具及皮肤保护剂,保护受压和骨突部位皮肤。根据压力性损伤不同分期对创面采用相应的处理方法,对于创面较大、损伤组织较深或久治不愈的压力性损伤由伤口造口专科护士会诊后按《外科换药技术操作标准》进行处理。

4 营养护理。联合营养师、医生根据患者的情况共同制定营养支持方案,增加患者营养摄入。另外,还需要加强对患者压力性损伤情况的监测,避免新创面出现。

5 体位护理:小组成员根据患者的实际病情,合理调整其翻身和体位更换频次,避免长时间处于同一体位而压迫组织皮肤。当患者处于半坐位时,需协助其坐稳,防止其下滑。做好患者受压部位的皮肤护理,如有必要可使用压疮贴、海绵垫和硅胶垫等。

6 敷料换药护理:小组成员仔细观察和评估患者的压力性损伤情况,包括损伤面积和深度等,并进行详细记录。依据患者损伤的实际状况选择合适的敷料,并定期进行更换,起到加速创面愈合目的。保持病床干净整洁,避免因褶皱或潮湿等影响创面愈合。小组成员加强对患者皮肤的观察和监测,一旦出现发红或肿胀等情况,及时进行局部按摩,采用医用物理降温仪对其特定部位予以处理。

7 负压引流护理:小组成员密切监测患者的体征、创面和局部血液循环变化情况,确保负压引流期间能够维持患者肢端的血液循环,并注意监测各管路通畅状况,避免引流管折叠等不良事件的发生。定期检查创面覆盖敷

料,若敷料干结或变硬,需予以浸湿处理;若薄膜下出现积液,说明负压失效,应立即报告医师,协助其查找原因并处理。

8 运动干预:待患者的体征恢复至稳定后,小组成员鼓励和指导其进行功能锻炼,包括关节和肢体等,从而避免患者发生肌肉萎缩、关节僵硬和静脉血栓等。锻炼期间注意做好引流管固定,避免出现折叠或扭曲等。

1.3 观察指标

1 观察两组的压力性损伤发生率,压力解除后的半个小时,皮肤的颜色没有恢复,且仍然伴随局部的红肿以及疼痛,视为I期压力性损伤;受压部位的皮下已经产生硬结、颜色变为紫色、并出现水泡,疼痛持久,视为II期压力性损伤;受压部位的皮肤表面的水泡范围不断增加,渗液并出现表面溃疡,视为III期压力性损伤;受压部位的溃疡面不断深入且具有黑色的坏死组织,视为IV期压力性损伤。

(2)用本院自行设计的护理满意度表评价护理满意度,有非常满意、满意、不满意三个等级,分别是85分到100分、60分到84分、59分及以下。

1.4 统计学方法

统计学处理软件 SPSS20.0,用均数标准差($\pm$)表示计量资料,用t检验,用百分比(%)表示计数资料,用 χ^2 检验,当 $P<0.05$ 时视为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 压力性损伤发生率

观察组压力性损伤的总发生率明显低于对照组($P<0.05$)。见表1。

表1 压力性损伤发生率(n, %)

组别	例数	I期压力性损伤	II期压力性损伤	III期压力性损伤	IV期压力性损伤	总发生率
对照组	50	8 (16.00)	3 (6.00)	2 (4.00)	0	13(26.00)
观察组	50	3 (6.00)	1 (2.00)	0	0	4 (8.00)
t						8.769
P						<0.05

2.2 护理满意度

观察组护理满意度高于对照组($P<0.05$)。见表2。

表2 护理满意度(n, %)

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意度
对照组	50	21 (42.00)	20 (40.00)	9 (18.00)	41 (82.00)
观察组	50	25 (50.00)	23 (46.00)	2 (4.00)	48 (96.00)
t					9.752
P					<0.05

3 讨论

老年患者是压力性损伤的主要发病群体,及时做好对创面的处理工作至关重要。我院对部分患者采用延续性护理管理取得了较好的护理效果,该先进的护理管理模式,由整体理念发展而来,这种模式下,集合并归纳了分散的护理措施,形成了较为系统的护理管理体系,用于对老年患者的压力性损伤护理管理具有比较高的护理效果。当前临床护理产业中对压力性损伤的护理工作极为重视,同时这种疾病也成为了评价护理质量高低的一个客观性指标。我国的人口在逐渐趋于高龄化发展,这使临床中发生心脑血管疾病等重症疾病的老年患者也越来越多,卧床患者的数量也随之升高,普遍会存在压力性损伤的高危风险,致使临床中压力性损伤的发病率

也出现逐年递增的趋势。有相关学者将延续性护理的模式用于老年高危压力性损伤患者中,发现这种护理模式能够有效的降低老年患者压力性损伤的发生率,临床价值比较突出^[5]。作为整体护理的一种延续,延续性护理主要核心就是使患者在出院以后也能享受到持续性的专业护理模式,使护理的效果能够得到保障,促进患者的病情改善,同时也降低再住院的发生率,强调以人为本。通过延续性护理小组的建立与定期的培训学习,确保小组成员护理的专业性。小组成员对老年患者的家属进行压力性损伤知识的全面讲解,使老年患者及家属对压力性损伤的认知能够掌握更加全面,对压力性损伤的危害以及如何进行预防的这些内容也能够充分的了解,更加重视压力性损伤的预防。对老年患者的压力性损伤风险进行等级评估,根据等级进行具体护理措施的制定,并对老年患者的家属进行各项护理操作的正确指导^[6]。比如如何进行换药、如何调整体位、如何进行压力性损伤的区分等^[7]。本研究的结果显示,观察组压力性损伤的总发生率明显低于对照组($P<0.05$)。观察组护理满意度高于对照组($P<0.05$)。分析其原因,延续性护理管理通过组建专业的护理团队,并对团队成员进行培训,提高护理人员的专业性和积极性,从而提升护理质量。与此同时,延续性护理管理通过对患者实施个性化的专科处置、饮食和运动干预,能够真正满足患者的合理需求,从而提升患者的护理满意率。但是经三级小组会诊需要手术处置者,纳入手术治疗;和保守治疗相比,手术能够快速的切除坏死组织,让患者更快的出院。然而有学者认为,手术清创方式也有一定的缺陷,主要体现为:每次手术都需要麻醉,高龄患者难以承受,术后的疼痛感和大量失血,有可能造成非常严重的后果;其次,有些创面界限比较模糊,单次手术不一定能彻底清除,但若盲目的进行大范围清创,有可能会损害到健康组织,导致后期的修复变得更为困难^[8]。

综上所述,延续性护理用于老年高危压力性损伤患者,能够提升老年患者的恢复质量和生活质量,降低压力性损伤的发生风险,促进护理作用的提升,也能够改善患者对临床护理工作的护理满意度,具有较高的临床应用价值,推广性强。

参考文献:

- [1]陈香,刘畅.延续性护理对老年高危压力性损伤患者压力性损伤发生率的改善效果[J].家有孕宝,2020,2(17):253-253.
 - [2]赵玲玲,梁钰,范利.曲线型仰卧护理模式对老年患者压力性损伤的预防效果[J].河北医药,2021,43(16):2551-2553,2557.
 - [3]栾澜.延续性护理在心内科危重患者压力性损伤管理中的应用效果[J].中国现代医生,2020,58(26):168-170,175.
 - [4]陈燕娜,谢思斯,何文贞.压力性损伤防护软件在神经内科高危压疮患者防护中的应用[J].现代临床护理,2019,18(07):43-47.
 - [5]Primiano M, Friend M, McClure C, et al. Pressure ulcer prevalence and risk factors during prolonged surgical procedures[J]. AORN J, 2011, 94(6):555-566.
 - [6]陈沪蓉,吴金球,孙欣悦,等.养老机构护理员预防压力性损伤的知识、行为现状及其影响因素[J].解放军护理杂志,2019,36(2):16-20.
 - [7]Rachel, M, Hayes, et al. Relationship Between Time in the Operating Room and Incident Pressure Ulcers[J]. American Journal of Medical Quality, 2015, 30(6):591-597.
 - [8]Primiano M, Friend M, McClure C, et al. Pressure ulcer prevalence and risk factors during prolonged surgical procedures[J]. AORN J, 2011, 94(6):555-566.
- 作者简介:林英 1972.12 女 汉族 贵州兴义人 本科 副主任护师、主要从事护理管理工作。

急诊护理路径联合心理护理在急性心肌梗死患者中的应用

史秀娥 李平 康福娟 张子寒

新疆生产建设兵团医院 新疆乌鲁木齐 830000

摘要：目的：探究急诊护理路径联合心理护理在急性心肌梗死患者中的应用效果。方法：将 2021 年 1 月~2022 年 1 月在本院诊治的急性心肌梗死患者 60 例纳入研究，随机将其分为参照组（常规护理）和干预组（急诊护理路径联合心理护理），各 30 例。对比 2 组急诊相关时间指标、负面情绪、心理弹性及并发症。结果：干预组分诊、心电图检查、创建静脉通路、静脉采血、转运及总急救时间均短于参照组（ $P<0.05$ ）。护理后干预组 SDS、SAS 评分均低于参照组（ $P<0.05$ ）。护理后干预组心理弹性评分各项指标均高于参照组（ $P<0.05$ ）。干预组并发症发生率 10%（3/30）低于参照组 33.33%（10/30）（ $P<0.05$ ）。结论：急诊护理路径联合心理护理可缩短 AMI 患者急救时间，缓解其负面情绪，提高心理弹性，降低并发症发生率。

关键词：急诊护理路径；心理护理；急性心肌梗死

急性心肌梗死（AMI）是因心肌缺血缺氧而引起的急性坏死，多发生于老年群体^[1]。患者心肌缺血总时间>30min，则其死亡率会提高 7.5%^[2]。因此临床治疗 AMI 需快速恢复缺血心肌灌注、改善心功能^[3]。因此科学高效的护理流程是患者抢救成功的前提。急诊护理路径是根据急诊护理流程进行针对性护理，避免失误与遗漏。研究发现^[4]，急诊护理路径能提高 AMI 抢救成功率，促进预后。因此，应对患者采取针对性的心理干预，以缓解其负面情绪。临床对 AMI 患者实施急诊护理路径的研究较多，联合应用心理护理的研究较少。本研究对 AMI 患者采用急诊护理路径联合心理护理，观察其护理效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2021 年 1 月~2022 年 1 月在本院诊治的急性心肌梗死患者 60 例随机分为参照组和干预组，各 30 例。参照组男女比例 19:11，年龄 36~73 岁，平均（63.82±4.60）岁；梗死位置：广泛前壁 8 例、高侧壁 18 例、下后壁 4 例。干预组男女比例 18:12，年龄 36~73 岁，平均（63.79±4.55）岁；梗死位置：广泛前壁 7 例、高侧壁 17 例、下后壁 6 例。纳入标准：（1）符合《急性心肌梗死诊断和治疗指南》诊断标准^[5]；（2）所有患者持续胸痛时间超过 30min，使用硝酸酯类药物无改善。排除标准：（1）伴有恶性肿瘤、血液系统疾病、心力衰竭、心源性休克；（2）伴有肝肝肾等器官严重病者；（3）具有精神类疾病或沟通有障碍的患者。

1.2 方法

参照组实施常规护理，对患者进行常规预检、分诊、送入抢救室、监测生命体征，进行对症处理等。

干预组实施急诊护理路径联合心理护理：（1）创建急诊护理小组：组员包含护士长、中级职称责任护士 3 名、急诊护理工作>3 年的护士 3 名、心理师 1 名组成。护士长与其他组员共同搜索相关文献，结合各科室专家共识，评估急诊护理流程现有问题，根据各科室实际情况及患者心理状态，按照急诊抢救路径重建护理程序，并培训组员急诊护理路径、急救知识与技能、护理标准等，确定组员全部掌握，考核通过方可上岗。（2）护理实施：①患者入院时，分诊护士迅速对其情况进行评估，包含患者有无气道阻塞、有无脉搏，神志是否清醒，检查呼吸频率及程度，进行准确分诊，心电图若无 ST 段抬高或无新发左束支传导阻滞（LBBB），同时患者生命体征稳定则留院观察，不稳定则立即送往抢救室，并通知抢救室做好准备。②护士长统一分配组员，保持良好的抢救秩序，抢救过程中监测“定位、定人、定时、定则”的原则，2min 内为患者吸氧，2-5L/min；3min 内血氧、血压测量完毕；5min 内创建静脉通路；10min 内采血、心电图检测完毕；遵医嘱给予患者 0.5mg 硝酸甘油，舌下含服；③待其临床症状、生病体征

稳定后送入病房，进行心理护理：向患者及其家属阐述 AMI 知识、治疗及护理方式，使其对 AMI 有正确认知，并叮嘱家属给予患者全面的支持；护理人员应清楚患者普遍存在的心理状态，疾病带来的濒死感会导致患者出现焦虑抑郁、恐惧、急躁等情绪，心理师根据患者病历信息、家庭、工作、经济及社会支持等情况，评估患者负面心理来源，引导其说出担忧问题，并进行针对性疏导，术前向其介绍主治医师资质及成功经验，讲述 AMI 疾病诱因、手术流程及安全性、护理要点、并发症处理方法、出院后的注意事项等，消除患者的负面心理。为其播放舒缓音乐，使其从头至尾的顺序放松肌肉，让其保持舒适姿势，在轻松音乐中进行冥想，15min/次，1 次/d。④手术期间护理人员通过肢体及语言鼓励患者，告知其血管通畅后会出现胸部疼痛，为正常情况，若疼痛无法忍受，告知医师进行药物止痛。⑤术后密切监测患者术后并发症发生情况，出院时叮嘱患者按时复查，告知其保持乐观心态，养成良好作息习惯，避免重体力劳作等。

1.3 观察指标

（1）对比 2 组急诊相关指标的时间，主要包含分诊、心电图检查、创建静脉通路、静脉采血、转运及总急救时间。（2）对比 2 组患者抑郁、焦虑情绪：采用抑郁自评量表（SDS）和焦虑自评量表（SAS）^[6]进行评估。该量表包含 20 个项目，按 4 级评分 1~4 分。SDS 评分：严重>72，中度 63~72 分，轻度 53~62 分，无<53 分；SAS 评分：严重>70 分，中度 60~69 分，轻度 51~59 分，无<50 分。（3）对比 2 组心理弹性：应用中文版心理弹性量表（CD-RISC）^[7]进行评估。该量表涵盖坚韧（13 个条目）、力量（8 个条目）、乐观（4 个条目）3 个维度，每个条目 0~4 分，分值与心理弹性呈正相关，该量表信度为 0.91。（4）对比 2 组并发症发生情况，主要包含心理衰竭、室颤、心源性休克等。

1.4 统计学方法

采用 SPSS22.0 统计软件对本次研究数据进行统计学分析。计数资料采用百分比（%）表示，结果采用 χ^2 检验。计量资料以均数 ± 标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组内比较采用配对样本 t 检验，组间比较采用独立样本 t 检验， $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 对比 2 组急诊相关指标时间

干预组分诊、心电图检查、创建静脉通路、静脉采血、转运及总急救时间均短于参照组（ $P<0.05$ ）。见表 1。

表 1 对比 2 组急诊相关指标时间（ $\bar{x} \pm s$ ，min）（n=30）

分组	参照组	干预组	t	P
分诊时间	2.46±1.03	1.01±0.16	7.619	<0.001
心电图检查时间	8.45±1.45	3.88±0.82	15.026	<0.001

创建静脉通路时间	7.20±2.99	4.55±1.26	4.473	<0.001
静脉采血时间	9.56±4.23	4.33±1.10	6.554	<0.001
转运时间	81.13±18.46	55.75±10.66	6.521	<0.001
总急救时间	68.24±5.48	43.40±3.77	20.454	<0.001

2.2 对比 2 组患者抑郁、焦虑情绪

护理后干预组 SDS、SAS 评分均低于参照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 对比 2 组患者抑郁、焦虑情绪 ($\bar{x}\pm s$, 分) ($n=30$)

分组	时间	参照组	干预组	t	P
SDS	护理前	69.78±2.05	69.77±2.06	0.019	0.985
	护理后	51.34±3.17	40.23±5.72	9.305	<0.001
SAS	护理前	65.37±3.23	65.34±3.20	0.036	0.971
	护理后	52.91±3.62	38.50±3.52	15.631	<0.001

2.3 对比 2 组心理弹性

护理前两组心理弹性评分对比无明显差异 ($P>0.05$)；护理后干预组心理弹性评分各项指标均高于参照组 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 对比 2 组心理弹性 ($\bar{x}\pm s$, 分) ($n=30$)

分组	时间	参照组	干预组	t	P
坚韧	护理前	31.38±4.57	31.40±4.56	-0.017	0.986
	护理后	36.72±5.21	44.50±5.49	-5.63	<0.001
力量	护理前	20.08±3.77	20.07±3.65	0.01	0.992
	护理后	24.55±3.92	28.79±4.31	-3.986	<0.001
乐观	护理前	9.66±2.28	9.67±4.28	-0.011	0.991
	护理后	11.26±2.55	14.38±2.77	-4.539	<0.001
总分	护理前	61.88±7.74	61.86±7.82	0.01	0.992
	护理后	72.49±8.83	85.45±9.26	-5.548	<0.001

2.4 对比 2 组并发症发生情况

干预组并发症发生率 10% (3/30) 低于参照组 33.33% (10/30) ($P<0.05$)。见表 4。

表 4 对比 2 组并发症发生情况 [$n(\%)$] ($n=30$)

分组	心力衰竭	室颤	心源性休克	总发生率
参照组	1 (3.33)	2 (6.67)	0 (0.00)	3 (10.00)
干预组	3 (10.00)	4 (13.33)	3 (10.00)	10 (33.33)
χ^2				4.812
P				0.028

3 讨论

AMI 为临床常见且高发的心血管疾病, 该病多与情绪激动、暴饮暴食、过度劳累、寒冷刺激等因素密切相关^[8]。患者会出现持续强烈的胸骨后疼痛, 同时发生心电图改变、血清心肌酶活性升高, 若抢救不及时会威胁患者的生命安全^[9]。急诊护理路径是基于护理流程, 对急诊各环节用时统一标准, 确定护理路径, 护士通过该路径展开护理服务, 突出急救护理的顺序性、时间性、系统性及标准性, 防止急救过程出现资源浪费, 提高抢救成功率。

本研究中干预组分诊、心电图检查、创建静脉通路、静脉采血、转运及总急救时间均短于参照组 ($P<0.05$)。干预组并发症发生率 10% 低于参照组 33.33% ($P<0.05$)。与梁艳灵等^[10]研究结果类似。说明急诊护理路径联合心理护理能缩短急救时间, 降低并发症发生率。可能原因为: (1) 本研究创建独立的急救护理小组, 组员均由高资质、工作经验丰富的护士及专业的心理师组成。(2) 护士长明确规定各个抢救环节的用时, 组员需考

核通过后方能上岗, 高标准严要求, 使护理人员持续精进; 同时护士长的统一分配, 使护士各司其职, 减少各环节滞留时间, 提高其急救速度, 缩短急救时间, 使患者可在短时间内得到有效救治, 减少术后并发症发生率。

本研究中护理后干预组 SDS、SAS 评分均低于参照组 ($P<0.05$)。护理后干预组心理弹性评分各项指标均高于参照组 ($P<0.05$)。说明急诊护理路径联合心理护理能缓解 AMI 患者负面情绪, 提高其心理弹性。心理弹性是指患者从不良事件中恢复的能力, 良好的心理弹性能提高患者抗压能力, 降低负面情绪发生率^[11]。究其原因: (1) 向患者讲解 AMI 疾病知识、治疗及护理手段, 使其清楚将要经历的流程, 提高其对 AMI 疾病的认知度; 叮嘱家属给予患者全面支持, 提高患者的自我认同感, 增加自我弹性, 肯定自我价值, 并进行自我激励。(2) 心理师根据患者临床症状、家庭、工作、经济及社会支持等方面进行综合分析, 与患者积极沟通, 引导患者说出使其困惑的问题, 并进行针对性的心理疏导, 对其担心的问题一一解答, 消除其顾虑。(3) 同时为患者播放舒缓音乐, 使其全身肌肉放松、精神放松, 安抚其焦虑抑郁、烦躁不安的情绪, 达到平心静气的目的, 从而减少机体应激反应, 提高其心理弹性。

综上所述, 急诊护理路径联合心理护理可缩短 AMI 患者急救时间, 缓解其负面情绪, 提高心理弹性, 降低并发症发生率。本研究尚存一定不足, 样本量较少, 多研究 AMI 患者住院期间的各项指标, 未来可增加样本量及出院后患者的相关康复指标, 促进患者康复, 同时为形成科学高效的急诊护理模式提供参考依据。

参考文献:

- [1] 肖二艳, 翟世柳. 急诊护理路径在急性心肌梗死患者抢救中的应用效果[J]. 河南医学研究 2020, 29(13): 2477-2478.
- [2] 孙穗花. 音乐疗法对急性心肌梗死 PCI 术后患者睡眠质量及情绪状况的影响[J]. 现代诊断与治疗, 2020, 30(3): 154-155.
- [3] 陶娟. 对急性心肌梗死患者进行常规护理与临床路径护理的效果对比[J]. 当代医药论丛, 2019, 17(16): 259-260.
- [4] 薛晋丹. 急诊护理路径对急性心肌梗死患者抢救成功率康复率及满意度影响评价[J]. 山西医药杂志 2020 年 49 卷 18 期, 2527-2529 页, ISTIC CA 2020.
- [5] 中国医师协会急诊医师分会, 中华医学会心血管病学分会, 中华医学会检验医学分会. 急性冠脉综合征急诊快速诊疗指南[J]. 中华急诊医学杂志, 2016, 25(4): 397-404.
- [6] 潘培培. 急性心肌梗死患者行心理联络护理的干预效果[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40(18): 3296-3298. DOI: 10.3760/cma.j.cn221370-20191230-00933.
- [7] 刘莉莉, 林平, 赵振娟. 自我效能、社会支持及应对方式对急性心肌梗死患者心理弹性影响的路径分析[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(1): 21-25.
- [8] 姚镔, 余桂霞, 曹仙梅. 急性心肌梗死患者住院期间近期转归的影响因素分析[J]. 河北医学, 2019, 25(7): 1217-1221.
- [9] 张培. 急性心肌梗死患者采用急诊护理路径的临床价值[J]. 吉林医学, 2021, 42(3): 756-758. DOI: 10.3969/j.issn.1004-0412.2021.03.106.
- [10] 梁艳灵, 梁燕萍, 蔡美兴. 急诊护理路径对急性心肌梗死抢救效果的影响研究[J]. 黑龙江医药, 2018, 31(1): 220-221. DOI: 10.14035/j.cnki.hljyy.2018.01.116.
- [11] 梁翠娥. 援急性心肌梗死患者的自我效能、社会支持、应对方式对心理弹性的影响及影响路径分析[J]. 中国健康心理学杂志, 2018, 26(4): 550-554.

全面护理应用于人流术后低频电刺激患者护理中的临床效果

谭敏金 何勇 汤倩欣 谭新美 骆爱萍

广州医科大学第六附属医院(清远市人民医院) 广东清远 511510

摘要: 目的: 探究全面护理在人流术后低频电刺激患者护理中的应用效果。方法: 选择我院门诊 2021 年 1 月~2021 年 6 月期间接诊的 100 例人流术后进行低频电刺激患者开展研究, 按照随机抽签法分为对照组 (n=50 例)、观察组 (n=50 例)。其中对照组进行常规护理, 观察组在对照组基础上辅以全面护理, 比较两组护理效果, 包括术后恢复效果、治疗依从性、术后并发症、护理满意度。结果: 观察组治疗依从性较对照组高, 对比差异显著 ($P<0.05$); 观察组阴道流血持续时间、月经恢复正常时间及疼痛持续时间较对照组减短, 对比差异显著 ($P<0.05$); 观察组并发症发生率 4.00% 较对照组 18.00% 低, 对比差异显著 ($P<0.05$); 观察组护理满意度 98.00% 较对照组 82.00% 高, 对比差异显著 ($P<0.05$)。结论 对人流术后进行低频电刺激患者进行全面护理, 可取得较理想的护理效果, 促进术后康复进程, 减少并发症, 促进患者对护理的满意, 值得予以重视。

关键词: 全面护理; 人流术; 低频电刺激; 效果观察

我国女性避孕知识缺乏, 尤其是年轻女性, 自我保护意识薄弱, 加上对避孕知识认知不足, 随意采取人工流产术, 甚至在短时间内多次进行人工流产术, 调查显示我国重复流产率可达 44.34%, 给女性身心健康带来严重伤害, 甚至引发相关并发症, 影响术后恢复效果^[1]。低频电刺激疗法属于一种物理疗法, 因操作简便、价格低、疗效高等优势被广泛用于临床, 可改善血循环, 减轻疼痛^[2-4]。目前, 低频电刺激疗法已成为人工流产术后患者的理想辅助治疗方法。值得注意的是, 部分患者对低频电刺激疗法认知不足, 加上担忧治疗效果, 因此心理弹性水平低下, 产生负面情绪, 降低治疗依从性, 增加并发症风险^[5-6]。所以, 加强重视人流术后低频电刺激治疗患者的护理工作具有重要意义。全面护理作为新型护理模式, 较常规护理更具有全面性、系统性等特点, 可有效满足患者多方面需求。本研究选择我院门诊 2021 年 1 月~2021 年 6 月期间接诊的 100 例人流术后进行低频电刺激患者为研究对象, 探究全面护理的作用效果, 如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

入选标准: (1) 妊娠时间 7~11 周; (2) 具备良好的书写、理解及沟通等能力, 依从性良好; (3) 经 B 超检查, 确诊为宫内妊娠; (4) 存在低频电刺激治疗适应症; (5) 对研究的内容已知晓, 主动参与。

排除标准: (1) 认知障碍、心理疾患; (2) 合并影响研究顺利开展疾病, 如肝肾功能不全、皮肤疾病等; (3) 其他原因 (多次刮宫、严重疾病等) 所致器质性病变; (4) 研究过程中因各种原因而主动退出。

结合研究筛选条件 (入选标准、排除标准), 自我院门诊 2021 年 1 月~2021 年 6 月期间接诊的 100 例人流术后进行低频电刺激患者为研究对象, 按照随机抽签法进行分组: 对照组 50 例, 年龄为 19~37 (28.61±5.30) 岁, 孕次为 0~3 (2.10±0.47) 次。观察组 50 例, 年龄为 20~37 (29.31±6.15) 岁, 孕次为 1~3 (2.35±0.51) 次。经比较, 上述两组基线资料 (平均年龄、孕次等) 差异无显著性 (P 均值 >0.05), 具有可比性。

1.2 方法

对照组: 进行常规护理, 即评价患者术后病情状况, 测量记录生命体征变化; 严格执行“一医一患一诊室一消毒”, 同时要求患者全程佩戴口罩; 简单介绍周围环境、低频电刺激治疗目的及配合事项, 并解答患者提出的问题, 促进治疗顺利地完; 嘱咐患者做好个人卫生, 强调避孕的重要性; 出院后 1 个月内禁止性生活, 保持日常饮食营养丰富; 定期就诊复查。

观察组: 在常规护理基础上辅以全面护理, 如下: (1) 成立全面护理小组, 开展相关培训, 包括人工流产术后并发症、低频电刺激操作流程及临床治疗效果、全面护理知识等内容, 要求护理人员明确掌握全面护理的理念, 结合自身工作经验、人工流产术后患者特点及需求等内容, 制定护理计划。(2) 为患者建立个人档案, 记录基本信息 (孕周、孕次、家庭住址、年龄、手术史、过敏史、联系方式等)。(3) 护理内容, ①治疗前, 结合患者受教育程度、接受能力、对低频电刺激的了解程度等差异性, 选

择一对一、播放视频等方式介绍低频电刺激治疗方面知识, 如操作流程、注意事项 (如膀胱排空)、配合事项等, 以及人工流产术后可能出现的并发症 (生殖道感染、痛经等) 及应对措施等, 保持语言通俗易懂、态度真诚、语气温和, 减少对患者的不良刺激; 收集患者非语言信息, 如一个眼神、一个动作等, 明确患者心理状况, 可能存在的心理问题, 及时进行沟通, 如介绍以往治疗成功的实例, 以及治疗成功患者在生活中取得的个人成就, 增强患者治疗信心; ②治疗中, 重点观察阴道流血情况, 主动询问患者有无不适, 及时发现问题, 处理问题, 同时结合患者耐受度, 调整低频电刺激治疗的强度, 以获取理想的治疗效果; ③治疗后, 向患者发放出院指导单, 包括日常饮食安排、每日清洗 2 次会阴、月经周期恢复正常前严禁性生活、避孕重要性、正确避孕方法以及避孕分类、不同避孕方法 (口服避孕药、佩戴避孕套/节育环) 的优势及缺点等。(3) 跟踪随访, 让患者关注本院微信公众号, 进一步掌握避孕知识; 提前预约挂号进行复查。

1.3 观察指标

1.3.1 治疗依从性

选择本院自行设计的《门诊人工流产患者治疗依从性调查表》为工具, 评价患者治疗依从性状况, 总分 100 分, 分为完全依从、部分依从 (79~60 分)、未依从 (<60 分)。

总依从性 = (完全依从 + 部分依从) 例数 / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.3.2 术后恢复情况

包括阴道流血时间、月经恢复正常时间、疼痛持续时间。

1.3.3 并发症情况

收集、整理术后并发症数据进行统计、分析。

术后并发症发生率 = 出现并发症 (痛经、生殖道感染) 的例数 / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.3.4 护理满意度

采用自制《患者满意度调查问卷》进行测评, 从护理干预模式、服务与技术、关心与爱护、环境与指导等方面, 采用百分制, 分为非常满意 (总分 >90 分)、满意 (总分 70~90 分)、不满意 (总分 <70 分), 满意度为非常满意、满意所占总例数的百分比。

1.4 统计学方法

应用 SPSS26.0 系统分析, 计数资料以“n (%)”形式表示, χ^2 检验; 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 形式表示, 正态分布变量行 t 检验, 否则秩和检验; 检验水准 $\alpha=0.05$ ($P<0.05$), 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗依从性的比较

对患者治疗依从性进行比较 (见表 1): 护理后, 观察组治疗依从性明显高于对照组 ($P<0.05$)。

表 1. 两组治疗依从性的比较 [n (%)]

组别	完全依从	部分依从	未依从	总依从性
----	------	------	-----	------

对照组 (n=50)	15(33.00)	22(44.00)	13(26.00)	37(74.00)
观察组 (n=50)	19(38.00)	28(56.00)	3(6.00)	47(94.00)
χ^2 值	-	-	-	7.440
P 值	-	-	-	0.004

2.2 两组术后恢复情况的比较

对患者术后恢复情况进行比较(见表2): 护理后, 观察组阴道流血持续时间、月经恢复正常时间及疼痛持续时间明显短于对照组, 对比差异有显著性(P 均值 <0.05)。

表 2. 比较两组护理前后不良情绪变化[$(\bar{x} \pm s)$]

组别	阴道流血持续时间 (d)	月经恢复正常时间 (d)	疼痛持续时间 (d)
对照组 (n=50)	6.35 $\pm$ 2.15	36.10 $\pm$ 3.09	2.95 $\pm$ 0.45
观察组 (n=50)	4.39 $\pm$ 1.10	27.40 $\pm$ 2.25	1.13 $\pm$ 0.33
t 值	4.869	13.656	19.569
P 值	0.000	0.000	0.000

2.3 两组术后并发症情况的比较

对患者术后并发症进行比较(见表3): 护理后, 观察组术后并发症发生率明显高于对照组($P<0.05$)。

表 3. 两组术后并发症的比较[n (%)]

组别	痛经	生殖道感染	总发生率
对照组 (n=50)	5(10.00)	4(8.00)	9(18.00)
观察组 (n=50)	1(2.00)	1(2.00)	2(4.00)
χ^2 值	-	-	5.005
P 值	-	-	0.025

2.4 两组护理满意度情况的比较

对患者护理满意度进行比较(见表4): 护理后, 观察组护理满意度明显高于对照组($P<0.05$)。

表 4. 两组护理满意度的比较[n (%)]

组别	满意	较满意	不满意	总满意度
对照组 (n=50)	16(32.00)	25(50.00)	9(18.00)	41(82.00)
观察组 (n=50)	21(42.00)	28(56.00)	1(2.00)	49(98.00)
χ^2 值	-	-	-	7.111
P 值	-	-	-	0.008

3 讨论

随着当前社会经济的快速发展, 以及人们生活水平的不断提升, 生活理念发生明显改变, 人工流产术作为异位妊娠的补救措施, 数量不断增加, 且呈低龄化趋势发展。调查显示, 我国人工流产术患者数量以每年 3% 速度增加, 给女性健康带来极大损害, 甚至引发月经紊乱、痛经、生殖道感染、不孕、子宫穿孔等严重并发症^[7-8]。

近些年, 我国医疗技术的快速发展, 低频脉冲电刺激在临床实践中取得明显成效, 且受到广大患者的接受、认可^[9-10]。针对人工流产后患者而言, 低频脉冲电刺激可通过物理低频震动作用, 改善局部血液循环, 以加速创面组织新陈代谢, 改善血管通透性, 减轻局部炎性渗出, 促进人流术后创面恢复、子宫内膜再生^[11-12]。结合实践观察, 护理质量的高低直接影响人工流产后低频电刺激患者治疗效果。

我国护理事业的快速发展, 护理理念的不断扩大, 全面护理得以提出, 在护理实践中取得令人满意的护理效果。该研究结果显示, 观察组治疗依从性较对照组高, 说明全称护理更有利于改善患者心理弹性水平, 提高治疗依从性。原因为在临床中针对人工流产后低频电刺激患者存在的心理问题, 如担忧治疗效果、心理承受能力差、治疗配合度低下等, 进行

针对性心理疏导, 帮助患者逐渐克服心理障碍, 增强心理韧性, 以培养积极乐观的态度, 勇敢面对疾病, 主动配合低频电刺激治疗^[13-14]。该研究结果显示, 观察组治疗依从性较对照组高, 组阴道流血持续时间、月经恢复正常时间及疼痛持续时间较对照组减短, 表示全面护理较常规护理更有助于保证患者术后康复效果。原因在于实践中重视患者在治疗前、治疗中、治疗后等环节的护理需求, 及时采取相应的护理措施, 可有效保证护理质量, 提供护理效果, 从而加速患者机体恢复速度, 改善症状, 促进预后恢复。该研究结果显示, 观察组并发症发生率较对照组低, 表示全面护理更有助于保证患者治疗安全, 减少术后并发症。原因为重视患者健康教育、心理疏导、正确避孕方式指导等一系列护理措施, 可进一步强化患者自我保护意识, 提升认知水平, 积极采取健康行为, 从而减少痛经、生殖道感染等术后并发症的发生, 提升机体健康水平。该研究结果显示, 观察组护理满意度较对照组高, 说明全面护理可满足患者生理、心理等方面需求, 充分体现出以人为本为中心的护理理念, 进而促进良好护患关系的和谐发展。

综上所述, 全面护理在人工流产后低频电刺激患者护理中的效果较高, 可提高患者心理弹性水平, 提高治疗依从性, 促进术后康复进程, 减少并发症, 以及提高护理满意度, 值得借鉴及在今后工作中进行大力宣传。介于相关报道较少, 本研究样本量不足等方面的局限性, 今后仍需继续探究人工流产后低频电刺激患者护理情况, 以期丰富研究成果, 提升人工流产后低频电刺激患者护理发展水平。

参考文献:

- [1] 张海燕. 优思悦在女性人流后的应用效果及关爱护理体会[J]. 中外医疗, 2021, 40(03): 130-132+135.
- [2] 吴其俊. 循证护理在妇科门诊无痛人流中的应用效果及价值[J]. 中国社区医师, 2021, 37(32): 136-137.
- [3] 王晓艳、应仙华、吴淑英. 生物反馈疗法联合电刺激治疗产妇产后盆底功能障碍性疾病的临床疗效及影响因素分析[J]. 中国妇幼保健, 2020, 35(24): 4667-4671.
- [4] 钟俊, 黄思毅. 不同时期生物反馈联合低频电刺激疗法对初产妇产后盆底功能障碍性疾病的影响[J]. 广东医科大学学报, 2020, 38(5): 590-592.
- [5] 黄佩宁. 低频电刺激联合穴位敷贴对人工流产后子宫康复的影响[J]. 实用中医药杂志, 2020, 36(05): 559-560.
- [6] 林淑娟, 林玲, 郑红. 经皮电刺激治疗仪联合综合性护理对稽留流产患者心理状态及并发症的影响[J]. 医疗装备, 2020, 33(19): 188-189.
- [7] 张海珍, 陈芳慧, 王香玉. 探讨优质护理在人流术后护理中的作用[J]. 黑龙江中医药, 2020, 49(01): 151-152.
- [8] 吴娟, 陈慧仪, 尹焕丽. 探讨计划生育门诊人流术中流产后关爱护理效果[J]. 中国城乡企业卫生, 2020, 35(10): 94-95.
- [9] 李欣雨, 赵乌兰. 冰刺激联合低频电刺激治疗卒中后吞咽障碍的研究进展[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(9): 245-248.
- [10] 马喆, 李环, 宋婧, 等. 低频电刺激治疗阴道分娩后尿潴留效果分析[J]. 中国妇产科临床杂志, 2016, 17(2): 106-109.
- [11] 李环, 罗晓君, 张巍颖, 等. 瘢痕妊娠阴式宫腔镜电刺激治疗修复子宫内膜有效性研究[J]. 妇产与遗传(电子版), 2019, 9(2): 40-45.
- [12] 黄镇乐, 常瑞萍. 低频电刺激联合人胎盘片治疗刮宫术后子宫内膜薄 28 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2017, 33(7): 61-62.
- [13] 张海珍, 陈芳慧, 王香玉. 探讨优质护理在人流术后护理中的作用[J]. 黑龙江中医药, 2020, 49(01): 151-152.
- [14] 何晓静. 关爱护理服务对人流术后患者的效果研究[J]. 微量元素与健康研究, 2020, 37(05): 27-28.

光学相干断层扫描血流成像 (OCTA) 在糖尿病患者早期视网膜微血管损害检查中的应用价值

谢晋 曹启津 贾现克

浙江省温州医科大学附属平阳医院 眼科 325400

摘要: 目的: 探讨光学相干断层扫描血流成像 (OCTA) 在糖尿病 (DM) 患者早期视网膜微血管损害 (IRMA) 检查中的应用价值。方法: 纳入 2020 年 1 月到 2021 年 10 月我院眼科门诊就诊的 75 例 DM 患者作为观察组 (共 150 只眼), 并纳入同期 60 例体检者作为对照组 (共 120 只眼)。所有观察对象均接受荧光素眼底血管造影检查 (FFA) 及 OCTA 检查。对比两组观察对象的眼底黄斑中心凹无血管区 (FAZ) 相关参数、黄斑区血流参数、眼底血流灌注密度。结果: 观察组的 FAZ 周长、FAZ 面积、非圆指数 (AI) 均大于对照组 ($P<0.05$)。观察组的黄斑区表层、深层、外层、脉络膜毛细血管的视网膜视盘区微血管密度 (MVD) 及内全层视网膜血流密度 (FD-300) 浅层毛细血管 (SCP)、深层毛细血管 (DCP) 低于对照组 ($P<0.05$)。观察组表层及深层视网膜血管灌注密度 (VPD) 的低于对照组 ($P<0.05$)。共 75 例患者共 150 只眼, FFA 检查发现有 105 只眼发生早期 IRMA。OTCA 检出有 98 只眼发生早期 IRMA。OTCA 诊断早期视网膜微血管损害的敏感性、准确性、特异度分别为 88.57%、88.67%、88.89%, 与 FFA 对比有高度一致性 (Kappa 值=0.749、 $P<0.001$)。结论: OCTA 能检出 DM 患者早期 IRMA, 且检查的准确性与 FFA 的一致性高, 可作为早期诊断视网膜病变的敏感检查。

关键词: OCTA; DM; 视网膜微血管损害; 早期; 血流灌注

糖尿病 (Diabetes mellitus, DM) 患者的早期视网膜微血管损害 (intraretinal microvascular abnormalities, IRMA) 可逐渐进展为糖尿病视网膜病变 (Diabetic retinopathy, DR), 引起患者视力下降, 严重者有失明风险。因此 DM 人群早期进行眼底病变筛查具有重要意义。荧光素眼底血管造影检查 (fundus fluorescein angiography, FFA) 为诊断 IRMA 的金标准, 经静脉注射荧光素钠造影剂, 然后在特定波长的激发光下使造影剂吸收能量后发出黄绿色荧光, 通过观察视网膜中血管的流动和渗漏以评价视网膜的血液循环、屏障功能, 以此作为判断视网膜是否存在微血管损害的依据^[1-2]。但金标准方法的临床诊断价值也存在一定局限, 主要体现在荧光素钠在病灶处渗漏的速度较快, 导致阅片者难以对 FFA 图像上的视网膜血管病灶大小、形态做到精确的量化分析, 且难以显示深层毛细血管网的病变和难以获取病灶深度^[3]。光学相干断层扫描血流成像 (Optical coherence tomography angiography, OCTA) 为新兴、无创的眼底成像技术, 不依赖造影剂, 可显示不同层面视网膜、视盘的血管网架结构。OCTA 或能早期发现 DM 患者的 IRMA, 为临床医师提供诊治依据。基于此, 本研究将探讨 OCTA 在 DM 患者早期 IRMA 检查中的应用, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究经伦理审批, 纳入研究的对象均知情同意。纳入 2020 年 1 月到 2021 年 10 月我院眼科门诊就诊的 75 例 DM 患者作为观察组 (共 150 只眼), 并纳入同期 60 例体检者作为对照组 (共 120 只眼)。

对照组男 35 例, 女 25 例, 年龄 (38-57) 岁, 平均年龄 (47.35±5.23) 岁。观察组男 48 例, 女 27 例, 年龄 (40-60) 岁, 平均年龄 (48.80±5.60) 岁; 糖尿病病程 (3-6) 年, 平均 (3.80±0.65) 年。两组观察对象的性别、年龄对比差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

纳入标准: (1) 观察组患者符合 DM 的诊断标准^[4]; (2) 体检者无代谢性疾病、眼部疾病和高度近视; (3) DM 患者无其他全身性疾病。

排除标准: (1) 伴有黄斑水肿等黄斑病变者; (2) 眼部有炎症或感染; (3) 青光眼、白内障者; (4) 屈光介质浑浊者; (5) 合并严重心脑血管疾病者; (6) 肝肾功能严重受损者。

1.2 检查方法

所有观察对象均接受视力、眼底、验光、裂隙灯、散瞳下眼底检查、FFA、OCTA 检查。

(1) FFA 检查: ①仪器设备: 采用重庆康华 APS-BER 型眼底检查设备进行眼底造影检查。②检查前准备事项: 需详细询问患者的药物过敏史、疾病史, 并完善心功能、肝功能、肾功能检查, 以确认患者适宜进行 FFA 检查。并告知患者检查的相关注意事项。③检查步骤: 先滴注 0.5% 复方托吡卡胺滴眼液, 15min 一次, 共滴注三次, 以充分散大瞳孔。然后拍摄眼

底照, 从肘前静脉快速注入 20% 的荧光素钠注射液 (Alcon Laboratories, 5ml: 0.5g, H20130649) 和吲哚菁绿 (丹东医药药业有限责任公司, 25mg, H20055881) 各 5ml, 自注射开始计时, 30s 后开始连续拍照, 后改为间断拍照, 3min 一次。FFA 的总造影时间需超过 10min。

(2) OCTA 检查: ①仪器设备: 采用德国蔡司 CIRRUS HD-OCT 4000 型光学相干断层扫描仪。②检查步骤: 患者取坐位, 下颌置于颌托上, 调整主机对准瞳孔, 进入眼底, 调整焦距。要求患者检查时注视机器内蓝色视标不动眼、不眨眼至少保持 3s, 以黄斑中心凹为中心, 采用 angio-retina 模式扫描, 范围选择 3mm×3mm 大小。医师行重复扫描, 完成横向和纵向扫描后, 获得视网膜浅层和深层的血流图像。③图像分析: 利用仪器自带的血流分析软件测量分析图像, 识别黄斑中心凹无血管区 (FAZ) 边缘的毛细血管网, 获得黄斑区的参数。并记录 FAZ 周长、面积以及非圆指数 (acircularity index, AI), 并使用三维去投影技术分别获得黄斑区 3mm×3mm 大小范围内浅层毛细血管 (SCP)、深层毛细血管 (DCP)。通过 enface 技术获得表层、深层、外层视网膜视盘区微血管密度 (MVD) 和血管灌注密度 (VPD), 以及 FAZ 旁 300μm 范围内全层视网膜血流密度 (FD-300)。④图像处理: FFA 和 OCTA 的所有图像均由两位经验丰富的医师完成阅片, 如遇意见不一致, 由更高级别的医师进行阅片得出结论。

注意: 两种检查的时间间隔不超过 3h, 并由同一位医师完成检查。

1.3 观察指标

(1) 眼底 FAZ 相关参数: 包括 FAZ 周长及面积、AI。

(2) 黄斑区血流参数: 包括黄斑区表层、深层、外层、脉络膜毛细血管的 MVD 及 FD-300、SCP、DCP。

(3) 眼底血流灌注密度: 包括表层及深层视网膜 VPD。

(4) 两种手段的检查结果及价值对比: DR 分为无病变、轻度、中度、重度四个分期, 具体诊断标准参考《糖尿病视网膜病变防治专家共识》^[5]。

1.4 统计学方法

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

2 结果

2.1 两组眼底 FAZ 相关参数对比

观察组的 FAZ 周长、FAZ 面积、AI 均大于对照组 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 两组围手术指征对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	FAZ 周长 mm	FAZ 面积 mm ²	AI
对照组 (60 例)	2.11±0.33	0.29±0.07	1.14±0.06

120 只眼)			
观察组 (75 例, 150 只眼)	2.33±0.59	0.35±0.09	1.18±0.08
t	-3.872	-6.161	-4.692

表 2 两组黄斑区血流参数对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	表层视网膜 MVD	深层视网膜 MVD	外层视网膜 MVD	脉络膜毛细血管 MVD	FD-300 (%)	SCP (%)	DCP (%)
对照组 (60 例, 120 只眼)	0.52±0.02	0.58±0.10	0.39±0.01	0.67±0.11	49.80±4.12	49.52±3.41	52.79±3.53
观察组 (75 例, 150 只眼)	0.49±0.04	0.55±0.10	0.38±0.04	0.64±0.05	47.96±4.18	47.36±4.18	50.94±4.37
t	8.018	8.018	-2.673	2.768	3.623	4.676	3.848
P	<0.001	<0.001	0.004	0.006	0.001	<0.001	<0.001

2.3 两组眼底血流灌注密度对比

观察组表层及深层视网膜 VPD 的低于对照组 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 两组眼底血流灌注密度对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	表层视网膜 VPD	深层视网膜 VPD
对照组 (60 例, 120 只眼)	45.76±3.42	50.69±1.87
观察组 (75 例, 150 只眼)	43.70±3.68	47.60±4.61
t	4.754	7.476
P	<0.001	<0.001

2.4 两种手段的检查结果及价值对比

共 75 例患者共 150 只眼, FFA 检查发现有 105 只眼发生早期 IRMA。OTCA 检出有 98 只眼发生早期 IRMA。OTCA 诊断早期 IRMA 的敏感度、准确性、特异度分别为 88.57%、88.67%、88.89%, 与 FFA 对比有高度一致性 ($Kappa$ 值=0.749、 $P<0.001$)。

3. 讨论

DM 患者机体长期处于高糖代谢, 易出现周围血管病变、神经病变等并发症, 其中 DR 为糖尿病患者的主要眼部并发症^[6]。研究表明我国约有 75% 的 DM 患者在确诊 15~20 年后会出现 DR, 而 DR 为 90% DM 患者的致盲因素^[7]。因此, 尽早发现 DM 患者的 IRMA 对 DR 的早期诊断和治疗起着关键作用。FFA 为临床诊断眼底血管性疾病的金标准, 通过 FFA 图像观察视网膜灌注情况、识别新生血管及 IRMA, 并对视网膜无灌注区、渗漏点进行定位。然而金标准方法也有一定不足, 且因其为有创检查不适宜进行重复检查和不利于病情的随访观察, 以及对于心脑血管疾病、肝肾功能严重受损等患者忌行 FFA 检查, 其适用的广泛性有限^[8]。随着眼底成像技术的发展, 越来越多的眼科新设备应用于眼底病变的检查。其中 OCTA 具有无创、不依赖造影剂的优点, 且拍摄用时较短, 可用于频繁检查视网膜血管病变者。应用 OCTA 检查以期能早期发现 DM 患者的 IRMA。

本研究发现, DM 患者眼底 FAZ 相关参数均较体检者高, 眼底血流灌注密度及黄斑区相关血流参数均较体检者低, 表明大部分 DM 患者的视网膜微血管存在早期损害。约有 2/3 的视网膜组织依靠视网膜血管循环, 视网膜微血管由浅层和深层毛细血管组成, 贯穿于整个视网膜组织。在 DR 病变中, IRMA 已被证实是引起 DR 的病理结果^[9]。是由于 DM 患者机体长期处于高糖代谢状态, 引起毛细血管组织损伤及活性氧的生成增加, 氧化应激导致细胞的生理失衡, 及微血管的内皮细胞合成 NO 酶受阻, 导致血液粘度和血小板聚集增加, 引起视网膜微血管血流阻塞、基底膜的增厚、毛细血管组织的降解等病理改变, 继而造成视网膜毛细血管的通透性增高、缺氧、缺血, 最终眼底可发生无灌注区、血管扩张等改变, 引起 FAZ 面积及周长扩大、视网膜血流灌注降低^[10]。另有朱铁培等对比体检者与不同程度 DR 的视网膜毛细血管密度, 发现 DR 患者的毛细血管密度较正常人低, 且随着 DR 病情的加重, 毛细血管密度也逐渐下降, 本研究与之相似。

OTCA 通过观察眼底 FAZ 相关参数、黄斑区血流参数、眼底血流关注密度的变化敏感地检出早期 IRMA, 且准确性与 FFA 的一致性较高。OTCA 是基于 OCT 系统的检查, 通过监测视网膜血流信号, 并重建重建微血管

P	<0.001	<0.001	<0.001
2.2 两组黄斑区血流参数对比			
观察组的黄斑区表层、深层、外层、脉络膜毛细血管的 MVD 及 FD-300、SCP、DCP 低于对照组 ($P<0.05$), 见表 2。			

网的血流图像, 对比连续多个界面图像, 可显示视网膜血管浅层和深层 SCP 的病理改变, 并观察到脉络膜的纵向断层结构的细微变化, 准确定位微血管损害的深度及层次, 亦可清晰观察到无灌注区、视网膜新生血管等病理变化, 因此可敏感发现 DM 患者早期的视网膜血管损害。另有刘青的研究指出, OCTA 的成像方面优于眼底照相和 FFA, 其具有视网膜血流信号的纵向位置数据, 结合 OCT 的 en-face 技术, 可显示出不同层次的视网膜血管病变, 同时能发现新生血管的形态, 诊断视网膜早期病变的价值更高。也有学者表明 OCTA 的应用也存在局限, 如当眼底局部毛细血管血流瘀滞或流速较慢时, 或因无法检测到血流信号而遗漏病变血管, 还会出现血管伪影, OCT 的光速在达到后方视网膜组织上是会被误认为是血流信号。进一步证实 OCTA 的临床价值需在更深入一步的研究中进行。

综上所述, OCTA 能检出 DM 患者早期视网膜血管损害, 且检查的准确性与 FFA 的一致性高, 可作为早期诊断视网膜病变的敏感检查。

参考文献:

- [1]朱华丽, 龚静, 徐哲, 等. 眼底照相和荧光素眼底血管造影在诊断藏族糖尿病视网膜病变中的临床对比研究[J]. 四川医学, 2019, 40(7): 726-728.
 - [2]王杰, 刘长颖, 陈芳, 等. 糖尿病性视网膜病变超广角荧光素眼底血管造影与标准 7 视野检查结果的对比分析[J]. 国际眼科杂志, 2021, 21(7): 1271-1274.
 - [3]李小凤, 高健, 廖荣丰. 荧光素血管造影与光学相干断层扫描血管成像对比研究糖尿病视网膜病变[J]. 安徽医科大学学报, 2020, 55(8): 1290-1294.
 - [4]王圣祥, 李金明. 糖尿病及其并发症防治手册[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2006: 58-69.
 - [5]中华医学会糖尿病学分会视网膜病变学组. 糖尿病视网膜病变防治专家共识[J]. 中华糖尿病杂志, 2018, 10(4): 241-247.
 - [6]程飞, 王凡, 王贺, 等. 临床前期糖尿病视网膜病变的研究进展[J]. 徐州医科大学学报, 2020, 40(4): 305-308.
 - [7]翁洁, 黄晓云, 曹娟. 2 型糖尿病患者糖尿病视网膜病变的发生情况及影响因素调查[J]. 华南预防医学, 2020, 46(6): 609-612.
 - [8]郝琳娜, 任秀瑜, 陈冬阳, 等. 超广角荧光素眼底血管造影检查在糖尿病黄斑水肿与视网膜缺血相关性研究中的应用[J]. 中华眼底病杂志, 2020, 36(12): 954-958.
 - [9]李开元, 艾明. 血清 ICAM-1、VEGF 水平与老年糖尿病视网膜病变患者微血管损伤的相关性研究[J]. 中华保健医学杂志, 2019, 21(1): 39-41.
 - [10]袁满, 金玮, 郝昕蕾, 等. 糖尿病视网膜病变神经血管损伤发病机制的研究进展[J]. 眼科新进展, 2020, 40(9): 885-888.
- 作者简介: 谢晋(1985.04—), 男, 汉族, 籍贯: 浙江平阳, 学历: 本科, 职称: 副主任医师, 科室: 眼科, 单位: 浙江省温州医科大学附属平阳县医院, 邮编: 325400.
- 课题: 平阳县科技计划项目
- 项目名称: 光学相干断层扫描血流成像(OCTA)在糖尿病患者早期视网膜微血管损害检查中的应用
- 项目编号: Y2020A43

温馨助产护理干预对产妇产后出血的影响分析

杨娅

山东省菏泽市巨野县中医医院 山东菏泽 274900

摘要：目的：探讨温馨助产护理干预对产妇的应用效果。方法：随机选取 2019 年 1 月-2020 年 12 月我院接收的 64 名产妇作为本研究对象，通过随机数字表法对研究对象进行分组，分别为参照组和观察组，每组各 32 名。参照组和观察组分别采用常规助产护理、温馨助产护理，对两组产妇产后出血、产程时间、产后出血量、不良情绪情况进行研究比较。结果：观察组自然分娩率为 90.63%，高于参照组，组间差异明显 ($X^2=4.730, P=0.029$)，具有统计学意义。观察组剖宫产率、胎儿窘迫率、产后出血率分别为 9.37%、6.25%、3.13%，均低于参照组，组间差异明显 ($X^2=4.730, 4.266, 4.010, P=0.029, 0.038, 0.045$)，具有统计学意义。观察组产后出血量中，产时出血量、产后 2h 出血量、产后 4h 出血量、产后 24h 出血量分别为 (242.64±23.27) ml、(121.351±24.46) ml、(210.76±30.19) ml、(376.85±39.22) ml，均低于参照组，组间差异明显 ($T=4.502, 19.091, 13.404, 10.464, P<0.001$)，具有统计学意义。观察组不良情绪中，焦虑、抑郁评分分别为 (47.21±4.85) 分、(48.82±4.63) 分，均低于参照组，组间差异明显 ($T=5.166, 4.199; P<0.001$)，具有统计学意义。观察组产程时间方面，第一产程、第二产程、第三产程时间分别为 (298.66±117.23) min、(36.76±11.24) min、(198.46±26.20) min，均短于参照组，组间差异明显 ($T=10.235, 3.825, 23.324, P<0.001$)，具有统计学意义。结论：将温馨助产护理干预应用于产妇产后出血过程中，可以改善产妇产后出血，改善产妇不良情绪，产妇出血量较少，具有临床应用价值。

关键词：温馨助产；护理干预；产妇产后出血；护理效果

产后出血是产科最为严重的并发症，发生率较高，容易造成产妇死亡，其产生因素包括很多方面，如胎盘问题、体力消耗、精神紧张、宫缩乏力等，同时产程中护理不到位也会引起产后出血情况的产生^[1]。分娩前，产妇如果对分娩知识缺少正确认知，导致负性情绪严重，会加重内分泌紊乱，对其分娩结局造成影响，产后出血是导致产妇死亡的首要因素，因此减少产妇出血情况，是改善产妇不良妊娠结局的重要措施^[2]。伴随现代医疗水平的提升，产妇对护理需求也随之提高，有关研究表明，为围产期产妇提供有效的护理干预，可以改善产妇妊娠结局，减少产后并发症^[3]。基于此，本文为我院 2019 年 1 月-2020 年 12 月期间在我院生产的产妇 64 例实施温馨助产护理干预，并对护理结果进行分析，详细内容和结果总结如下文所述。

1 资料和方法

1.1 基本资料

研究对象选用时间为 2019 年 1 月-2020 年 12 月期间在我院分娩的产妇，按照随机信封法为研究对象分组，各组均为 32 例。参照组中，包括年龄最大者 36 岁和年龄最小者 22 岁，中位年龄为 (28.37±1.64) 岁；孕周 38-41 周，平均孕周 (40.24±0.13) 周；经产妇、初产妇分别为 13 例、19 例。观察组中，包括年龄最大者 35 岁和年龄最小者 23 岁，中位年龄为 (28.46±2.34) 岁；孕周 39-42 周，平均孕周 (40.36±0.24) 周；经产妇、初产妇分别为 12 例、20 例。两组相比所得，年龄和孕周方面均没有较大区别，符合比较条件， $P>0.05$ 。两组研究对象均了解本研究内容，且已经签订知情协议，自愿加入本研究，本研究已经获取医学伦理委员会审批。纳入标准：资料完整者；能够正常沟通者；没有长期服用镇静、止痛药物史；胎位检查正常；没有吸烟酗酒史；单胎妊娠者。排除标准：高龄产妇；精神疾病患者；严重妊娠合并症、并发症者；凝血功能障碍者；患有其他可能影响分娩的严重疾病者；中途退出研究者。

1.2 方法

参照组：开展常规助产护理，具体内容包括：为产妇进行基础护理的同时，强化对产妇的健康教育、饮食指导，对产妇生命体征严密监测，发现异常马上处理；指导家属准备产妇产后、新生儿使用物品，助产士对产妇产后症状严密监测，若产妇产后频发且子宫口变大，马上推其入产房准备分娩；生产时按照产妇产后身体状况进行分娩指导，并对产妇和婴儿身体健康状况实时观察，配合医生协助产妇顺利生产。

观察组：开展温馨助产护理，具体内容包括：人员培训：产科护士必须经过产科培训后才能上岗，让产科护士对助产知识和技能进行了解，并熟练掌握，培训人员由助产护理骨干进行。产前心理护理：产妇在护理人员引导下，对医院环境、生活设施、规章制度进行了解，护理人员对产妇情绪进行掌握，为产生紧张、焦虑情绪的产妇提供针对性心理疏导，缓解产妇负性情绪，端正产妇心态。适当为产妇进行分娩宣教，指导产妇正确

分娩体位、分娩配合技巧、疼痛处理方式、保健知识等，告知产妇维持良好心态对分娩结局的影响，引导产妇维持愉悦心情，促进分娩配合度的提升。产中细致护理：宫缩规律是产妇产后的重要信号，护理人员要陪伴产妇在安静、温馨的环境中等待分娩，并对产妇的感受和心理诉求进行询问，条件允许的基础上满足产妇。通过产妇的表情、面色对其心理进行了解，通过舒缓音乐帮助产妇放松，减少宫缩痛感，如果产妇存在交流欲望，护理人员要耐心和其沟通，转移产妇疼痛注意力，利用安慰、鼓励的方式建立产妇产后信心，确保产妇保有最佳心理状态。在获取产妇允许基础上，为产妇采取科学按摩方式对其宫缩疼痛进行缓解，指导产妇通过正确的呼吸方式，增加疼痛耐受度。分娩时，指导产妇合理配合宫缩使用力量，并监测胎心情况，适时为产妇擦汗，让产妇感受到护理人员关爱。胎儿娩出后，立即告知产妇健康状况，缓解产妇激动情绪，避免宫缩乏力造成产后大出血。产后母婴护理：指导产妇正确哺乳方式，鼓励母乳喂养，为产妇讲解母婴健康知识，让产妇享受为人母的幸福和喜悦。告知产妇男女均平等，消除因性别歧视造成的负性情绪。待产妇精神状态有所恢复后，让其和新生儿接触，通过图文、视频的方式传授母乳喂养和日常照护知识。告知家属多关心产妇，让产妇保持身心愉悦，促进产后康复。如果产妇乳头凹陷，对相关健康知识了解较少，则要对其予以重视，进行一对一讲解，叮嘱其维持良好心态，降低紧张感，从而促进子宫恢复。饮食方面，叮嘱产妇以易消化、高能量、清淡流质食物为主，补充产妇在分娩当中消耗的体力。

1.3 观察指标

分析两组产妇产后妊娠结局、产程时间、产后出血量、不良情绪情况。产妇产后妊娠结局包括顺产、剖宫产、胎儿窘迫、产后出血四方面。产程时间包括第一产程、第二产程、第三产程三方面。产后出血量包括产时出血量、产后 2h 出血量、产后 4h 出血量、产后 24h 出血量四方面，采用容积法进行测量。不良情绪包括焦虑、抑郁两方面，通过焦虑、抑郁自评量表进行评定，抑郁情绪中，分值低于 53 分为没有抑郁，53-62 分为轻度抑郁，63-72 分为中度抑郁，超过 72 分表示重度抑郁；焦虑情绪中，低于 50 分为没有焦虑，50-59 分代表轻度焦虑，60-69 分代表中度焦虑，超过 70 分表示重度焦虑；分值越高表示不良情绪越严重。

1.4 统计学方法

本文研究结果涉及统计的内容均通过 SPSS22.0 统计学软件进行，统计项目涵盖计数和计量数据两种，前者通过 T 值和 (均数±标准差) 进行检验和表述，后者通过 X^2 和 $n(\%)$ 进行检验和表述，最终结果以 P 值和 0.05 的大小关系进行评定，小于 0.05 则表明统计意义存在。

2 结果

2.1 两组妊娠结局的比较

两组妊娠结局相比，具有明显差异，具有统计学价值 ($P<0.05$)，如

表1所示。

表1 妊娠结局的比较 [n(%)]

组别	例数	自然分娩	剖宫产	胎儿窘迫
观察组	32	29 (90.63)	3 (9.37)	2 (6.25)
参照组	32	22 (68.75)	10 (68.75)	8 (25.00)
X ²		4.730	4.730	4.266
P		0.029	0.029	0.038

2.2 两组产妇产程时间的比较

两组产妇产程时间相比差别较大,具有统计学价值(P<0.05),见表2。

表2 两组产程时间的比较 ($\bar{x} \pm s$, min)

组别	例数	第一产程	第二产程	第三产程
观察组	32	298.66±117.23	36.76±11.24	198.46±26.20
参照组	32	518.36±161.21	50.74±17.35	368.57±31.87
t		10.235	3.825	23.324
P		<0.001	<0.001	<0.001

2.3 两组不良情绪的比较

不良情绪方面,观察组评分更低,两组差异明显,存在统计学意义(P<0.05),见下表。

表3 两组不良情绪的比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	焦虑		抑郁	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	32	59.97±5.62	47.21±4.85	63.17±5.97	48.82±4.63
参照组	32	60.14±5.57	53.86±5.43	62.87±5.74	54.44±5.99
t		0.121	5.166	0.204	4.199
P		0.903	<0.001	0.838	<0.001

2.4 两组产妇产后出血量的比较

产后出血量方面,观察组更少,两组差异明显,存在统计学意义(P<0.05),见下表。

表4 两组产妇产后出血量的比较 ($\bar{x} \pm s$, ml)

组别	例数	产时出血量	产后2h出血量	产后4h出血量	产后24h出血量
观察组	32	242.64±23.27	121.351±24.46	210.76±30.19	376.85±39.22
参照组	32	271.24±27.38	256.83±31.83	346.86±48.86	491.87±48.25
t		4.502	19.091	13.404	10.464
P		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.5 两组产后出血率的比较

两组产后出血率相比,具有明显差异,具有统计学价值(P<0.05),如表5所示。

表5 产后出血率的比较 [n(%)]

组别	例数	产后出血率
观察组	32	1 (3.13)
参照组	32	6 (18.75)
X ²		4.010
P		0.045

3 讨论

分娩是女性的自然生理过程,产妇产娩时容易产生焦虑、急躁等不良

情绪,对分娩结局造成影响,而产妇身体状态、年龄高低、分娩史等,也会影响产妇产娩结局^[4]。产后出血是威胁产妇生命安全的主要危险因素,指的是胎儿娩出24h内产妇阴道出血量超过500ml,是产科最严重的并发症,因此降低产后出血率,可以极大程度减少医疗事故的发生,所以加强产妇产娩时的助产护理工作非常重要^[5]。

在产妇产娩时应用积极地护理干预,可以缩短产程,保留产妇体力,从而可以促进宫缩,对减少出血率、确保母婴安全非常有益^[6]。温馨助产护理干预的护理理念为以产妇为中心,由具有丰富临床护理经验的助产士对产妇进行全程陪伴护理,在产妇产期按照其需求进行针对性护理干预,从而达到优化分娩结局,减少出血率的目的^[7-9]。温馨助产护理干预下,护理人员全程陪伴产妇至出院,通过优异的临床护理技术和耐心的交流获取产妇信任,与其保持良好关系并为产妇讲解分娩知识,帮助产妇做好分娩准备,在一对一的护理干预下,护理人员可以更深入掌握产妇身体、心理、情绪状况,利于为产妇提供针对性护理干预^[10-12]。在温馨助产护理干预中,产妇的临床配合度更高,身心状态更加健康,利于分娩的顺利进行,能够减少产程时间,对产后出血也具有积极的预防作用^[13-15]。温馨助产护理干预的护理核心为温馨二字,让产妇维持愉悦的身心状态,该护理模式下,护理人员对产妇进行分娩的全方位、全过程的护理干预,积极有效的帮助产妇平复心态,提升分娩质量,进而改善产后恢复情况,是一种更加温暖、更加人性的护理方式^[16-17]。

在赖岭松^[18]的研究当中,产妇应用温馨助产护理干预后,其产后出血率为2.07%,低于常规护理组,自然分娩率为83.45%,高于常规护理组;在本文研究中,观察组产后出血率为3.13%,低于参照组,自然分娩率为90.63%,高于参照组;和赖岭松的研究结果一致,表明在产妇产娩过程中,采取温馨助产护理干预,可以改善产妇产娩结局,降低产后出血率,具有护理优越性。

总而言之,为产妇产娩过程中实施温馨助产护理干预,可以减少产妇产后出血率,缩短产程时间,能够降低剖宫产率和胎儿窘迫率,护理效果理想,值得临床大力推广。

参考文献:

- [1]陈妙容.将温馨助产护理干预用于产妇产娩过程中对产程与产后出血事件的改善作用[J].医学食疗与健康,2021,19(09):82-83+85.
- [2]章文霞.温馨助产护理干预对产妇产娩及产后出血的影响[J].黑龙江科学,2021,12(08):86-87.
- [3]梁小源.温馨助产护理理念对产妇产娩结局及产后出血的改善效果分析[J].黑龙江中医药,2020,49(05):217-218.
- [4]油瑞芹.温馨助产护理用于产妇产后出血康复护理中的效果[J].中国实用医药,2020,15(21):186-188.
- [5]孙建红.观察温馨助产护理理念对产妇产娩结局、产后出血情况的改善作用[J].中国现代药物应用,2019,13(19):201-203.
- [6]夏琼.对孕产妇进行温馨助产护理对其产后出血及分娩结局的影响[J].当代医药论丛,2018,16(03):23-24.
- [7]姚艳杰.温馨助产护理在产妇产后出血护理中的效果评价[J].中外女性健康研究,2019,(11):100+167.
- [8]李茹莉.温馨助产护理干预对产妇产娩及产后出血的作用观察[J].中外女性健康研究,2019,(10):79-80.
- [9]罗美霞.温馨助产护理对产妇产后出血及分娩结局的影响[J].医疗装备,2019,32(05):145-146.
- [10]乔静科.温馨助产护理干预改善产妇产娩结局及产后出血情况的分析[J].首都食品与医药,2018,25(21):114.
- [11]周安莉.温馨助产护理干预对产妇产娩及产后出血的影响观察[J].中外女性健康研究,2018,(17):116+118.
- [12]李学慧,侯静.温馨助产护理干预对产妇产娩及产后出血的影响[J].临床医学研究与实践,2018,3(23):186-187.
- [13]孙琳琳.温馨助产护理对产妇产娩及产后出血的作用[J].中外女性健康研究,2018,(15):174+198.

急性心肌梗死患者中采用重症优质护理干预的效果分析

周文秀 焦婷婷

宁夏医科大学总医院重症医学科 宁夏银川 750001

摘要：目的：探讨急性心肌梗死患者中采用重症优质护理干预的效果。方法：观察本院2020年4月至2021年9月期间接收的94例急性心肌梗死患者，随机分为对照组与观察组各47例，对照组运用常规护理，观察组采用重症优质护理干预，分析观察不同护理操作后患者生活质量、心理状况、并发症、机械通气时间、住院时间情况。结果：在患者生理功能、精神健康、生理职能、社会功能等生活质量评分上，观察组各项明显高于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者焦虑、抑郁等心理评分上，观察组护理后降低程度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者机械通气时间、住院时间等恢复速度上，观察组各项明显少于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者并发症上，观察组为4.26%，对照组为23.40%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：急性心肌梗死患者中采用重症优质护理干预，可以有效地减少患者并发症，改善负面情绪，提升恢复速度，患者生活质量得到明显提升，整体状况更好。

关键词：急性心肌梗死；重症；优质护理干预；效果

心肌梗死是冠心病的常见情况，该病发病急促，病情发展快，治疗不及时会导致患者生命威胁，甚至会引发一定的残疾率。患者治疗过程中，容易滋生多种负面情绪，对治疗恢复产生一定阻力。本文采集94例急性心肌梗死患者，分析运用重症优质护理干预后患者生活质量、心理状况、并发症、机械通气时间、住院时间情况，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

观察本院2020年4月至2021年9月期间接收的94例急性心肌梗死患者，随机分为对照组与观察组各47例。对照组中，男29例，女18例；年龄从41岁至76岁，平均（ 61.49 ± 4.16 ）岁；具体疾病梗死位置上，前壁为22例，下壁为15例，广泛前壁为10例；观察组中，男24例，女23例；年龄从42岁至78岁，平均（ 62.10 ± 3.75 ）岁；具体疾病梗死位置上，前壁为20例，下壁为18例，广泛前壁为9例；两组患者在基本的年龄、性别、病情等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用常规护理，观察组采用重症优质护理干预，内容如下：

疾病急性期一般要保持绝对的卧床，需要依据其疾病的情况做好卧床时间的管控，通常要保持两周时长得卧床，同时在卧床阶段论需要做好并发症的防控管理。针对疾病状况做好并发症的风险评估，依据情况展开对应的翻身以及肢体按摩，做好皮肤状况的观察了解，如果有异常情况做好对应的处理^[1]。尽可能地避免压疮发生以及压疮出现之后的严重程度，将其监护时间做适度的延长。在护理指导过程中，需要嘱咐患者避免用力。一般情况下，需要通过他人协助来保持良好的休息状态，促使其心态的平和，防控情绪波动而导致的心脏负荷^[2]。需要做好饮食方面的合理管控，确保其排便的顺畅性，防控便秘所引发的不适感。做好其肢体被动活动辅助，了解其血液循环情况，防控深静脉血栓的发生。

在其疾病发作时，患者可能会有显著的疼痛感，会导致患者情绪影响，进而引发心肌缺氧程度的恶化，或者引发有关并发症问题^[3]。需要做好疼痛程度的精准评判，保持合理镇痛方式的选择。情况严重需要按照医嘱合理地使用镇痛药物，改善其疼痛感，由此提升其整体的术后恢复速度以及质量，减少因为疼痛感而导致的身心不适。需要做好对应的吸氧处理，让其意识到吸氧可以达到疾病改善的支持作用。确保其心肌供氧水平，尽可能地缩减其疾病梗死范围，依据其氧疗情况做好合理的参数调控^[4]。其供氧过程中，需要做好其各项生命体征变化的监测。尽可能地进行高浓度氧气，保证其血压饱和度的平稳性，促使其心梗症状得到有效调整。同时要观察其是否存在氧中毒情况。在患者进行溶栓以及支架治疗之后，可以按照医嘱合理地使用药物，强化有关巡视，观察其是否存在出血等疾病症状，防控意外问题的出现。要做好定期的实验室检查，做好治疗效果的评价，

合理的制定以及调控治疗方案，做好动态心电图的监护，及时地发现异常问题予以处理^[5]。要做好血压变化的动态性观察，当出现休克问题需要及时抢救处理，进行患者各项情况的评估。

同时还需要精准的了解其心理状况及异常情绪变化，做好积极的心理干预工作。让患者意识到负面情绪对疾病治疗康复构成的负面影响，让其有自觉控制负面情绪的意识。同时鼓励患者积极的倾诉表达，让其意识到倾诉本身可以达到压力的释放，减少心理压力的累积^[6]。当其心态逐步趋于平和之后，则可以适度的通过积极的心理暗示来达到有效的心理建设工作，避免其情绪异常波动而引发的心脏负荷。

在其各指标情况趋于平稳之后，需要展开对应的疾病教育指导工作。让其知晓疾病的诱发原因以及影响因素，了解治疗有关的注意事项以及禁忌问题，让患者知晓基本的生活习惯规范，提供更好的治疗配合度。要加强治疗信心的建立，多提供成功案例，做好有效洗信心强化的效果，提升患者治疗配合的积极性^[7]。

在用药方面，需要做好有关用药方法、不良反应、禁忌问题的说明，同时要让其意识到规范用药对整体治疗康复的意义，避免随意增减药物或者停药所导致的不良影响。要让患者意识到，即便疾病趋于平稳之后，也需要按照医嘱合理用药。持续性规范用药在一定程度上可预防疾病的复发以及再度恶化，提升整体的生命安全度^[8]。要做好患者生活饮食方面的健康指导，依据其情况做好个性化的饮食方案设计。防控辛辣刺激以及油腻饮食的摄取，保持清淡饮食，尽可能地少摄取高胆固醇饮食。依据情况做好合理的运动锻炼，提升体质，优化整体的疾病控制效果。

1.3 评估观察

分析观察不同护理操作后患者生活质量、心理状况、并发症、机械通气时间、住院时间情况。生活质量主要集中在生理功能、精神健康、生理职能、社会功能等生活质量评分，评分越高情况越好。并发症主要集中在心绞痛、心律失常、充血性心衰等。心理状况运用SAS、SDS有关评估量表，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 各组患者生活质量评分情况

见表1，患者生理功能、精神健康、生理职能、社会功能等生活质量评分上，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： 各组患者生活质量评分结果（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

分组	生理功能	精神健康	生理职能	社会功能
观察组	68.42±3.41	65.97±5.36	67.44±6.19	66.31±5.34

对照组 54.79±2.01 56.28±4.62 58.27±4.36 55.73±4.15

注：两组对比， $p<0.05$

2.2 两组患者治疗前后心理评分情况

如表2所示，在患者焦虑、抑郁等心理评分上，观察组护理后降低程度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；

表2：两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	45.28±4.11	47.94±4.25
	治疗后	31.62±3.15	33.49±3.16
对照组	治疗前	46.73±5.23	48.18±3.07
	治疗后	40.17±3.56	43.27±4.66

注：两组治疗前对比， $p>0.05$ ，两组治疗后对比， $p<0.05$

2.3 各组患者机械通气时间、住院时间情况

见表3，在患者机械通气时间、住院时间等恢复速度上，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、住院时间结果（ $\bar{x}\pm s$ ）

分组	机械通气时间（d）	住院时间（d）
观察组	7.28±1.09	21.25±1.74
对照组	8.42±1.14	25.11±2.63

注：两组对比， $p<0.05$

2.4 患者并发症情况

见表4所示，在患者并发症上，观察组为4.26%，对照组为23.40%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表4： 患者并发症评估结果[n(%)]

分组	n	心绞痛	充血性心衰	心律失常	总并发症率
观察组	47	1（2.13）	1（2.13）	0（0.00）	4.26%
对照组	47	3（6.38）	3（6.38）	5（10.64）	23.40%

注：两组对比， $p<0.05$

3 讨论

急性心肌梗死属于心肌严重缺血所引发的心肌急性坏死问题。患者发病突然，同时病情危重，容易引发严重性的心律失常，心衰以及休克等问题。具有较高的致死率，因此属于临床常见的危重疾病类型。随着有关疾病的研究发展深入，对于有关治疗方案以及护理工作的内容得到不断地扩展，有效地减少患者的死亡率。急性心肌梗死重症监护有关护理工作的发展不断完善，具体的操作标准以及流程事项得到了逐步的规范化。

有关工作对于护理人员的综合素质要求也日益提升，这样才能有效地应对实际多样化的危险情况所需。尤其是该类患者病情缺乏稳定性，整体的病情发展速度快，因此需要做好整个护理过程的动态监督管控。及时发现异常问题，减少不良问题带来的影响。具体的治疗护理措施相对较多，护理人员也需要更多的掌握除颤剂、心肺复苏、人工呼吸机、心电图诊断仪等各有关设备的运用。知晓有关急救流程，懂得合理的护理配合，由此带来更好的辅助完成患者的急救处理工作，提升患者的生命安全。

常规护理方式有其自身的专业性以及长时间的经验积累。但是随着医疗技术的发展以及现实环境的变化，对于护理工作的要求不断地提升。不仅要达到疾病更好的治疗控制效果，辅助医生完成有关执行工作，同时也需要考虑到患者在治疗恢复过程中的生理、心理、认知层面的体验感受。尽可能的提高患者的舒适度、满意度，减少各方面因素对疾病治疗恢复构成的阻力。树立良好的医疗口碑形象，由此减少患者由于负面情绪以及错误认知而导致的矛盾纠纷以及不良后果。

本研究中，在患者生理功能、精神健康、生理职能、社会功能等生活

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（ $p<0.05$ ）；在患者焦虑、抑郁等心理评分上，观察组护理后降低程度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者机械通气时间、住院时间等恢复速度上，观察组各项明显少于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者并发症上，观察组为4.26%，对照组为23.40%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。观察组采用重症优质护理，充分展现了人性化的基本护理理念。以患者诉求为中心，更好的提升了患者生活质量，患者的负面情绪也相对更少，整体机械通气时间、住院时间得到有效的缩减，恢复的进度更快，并发症也相对更少，治疗恢复的安全性得到明显的提升，由此可以达到更高的患者认可度。该结果表明在具体执行层面上，护理人员的能力匹配实际情况所需。能够很好地执行护理方案，有足够的应对能力。患者从生理、心理、认知各层面得到了优化，由此提升了治疗恢复效果，减少不必要的负面问题。

急性心肌梗死对护理人员要求高，需要优化护理管理工作，注重人才培养，保证护理工作流程、标准、内容的科学指导。有关工作内容方法需要多样化，这样才能满足多样化实际情况所需。尤其是患者病情多样，合并疾病与机体耐受度不同，护理工作需要针对个体情况做个性化的处理。护理人员的培训管理也非常重要，要考虑实际工作任务情况，平衡工作与休息时间，避免培训给予护理工作压力过大。方式可以灵活，便于网络交流的内容，可以减少实际会议、课程的时间精力占用。对于网络平台不方便沟通以及私密性高的内容，需要做好实体面对面沟通互动。尤其是人们培训学习习惯有自身的惯性，实体方式效果更好，有更好的互动体验，现场气氛调动情况也更好。网络培训更大程度地考验护理人员的专注能力，但是多数人员网络培训学习的专注度与自律性不足，由此影响实际效果。在人员管理上，也需要考虑个人实际情况所需。要保持人性化激励措施，符合个体情况所需。在激励措施之前，需要做好必要的沟通互动，了解其个人诉求，而后选择合适的激励内容。激励措施多种多样，除了常规的薪资福利，假期、晋升机会、进修机会、荣誉表彰等多种形式均可以运用。甚至可以提供医院自身的多样化资源做合理的应用，提升激励措施的价值。尤其要运用好医院自身的稀缺资源，更好地带动护理人员的工作能动性、进取心、敬业心态等。

总而言之，急性心肌梗死患者中采用重症优质护理干预，可以有效地减少患者并发症，改善负面情绪，提升恢复速度，患者生活质量得到明显提升，整体状况更好。

参考文献：

- [1]王怡华,张晨,谭丽鑫.综合护理干预在PCI术后急性心肌梗死病人中的应用[J].护理研究,2022,36(1):182-185.
- [2]肖娜,谭朝艳.重症监护优质化护理干预对急性心肌梗死患者的影响分析[J].医学食疗与健康,2022,20(3):90-92.
- [3]周纪萍.早期心理护理干预在急性心肌梗死院前急救中的应用[J].养生大世界,2021(8):241.
- [4]杨亚姣,郭瑞萌.心理护理干预对急性心肌梗死患者生活质量和心绞痛的影响研究[J].特别健康,2021(23):197-198.
- [5]陈丹蕾.基于早期预警评分的预见性护理干预对急性心肌梗死后心律失常患者心率指标变化及生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(23):4376-4379.
- [6]陈丽丽,杨林.标准化急救护理联合心理干预对急性心肌梗死患者的应用价值[J].特别健康,2021(23):143.
- [7]武萍萍.急性心肌梗死急诊介入治疗中心律失常的有效护理干预分析[J].医学食疗与健康,2021,19(1):121-122.
- [8]韩丽,杨春香.精准化护理干预对急性心肌梗死PCI治疗患者健康行为及睡眠质量的影响[J].临床医学工程,2021,28(1):111-112.

品管圈在医院药学管理中的应用研究

穆红光¹ 马媛媛² 只梦璇¹ 李学冬¹ 马玉斌¹

1 张家口宣钢医院 河北张家口 075100; 2 河北北方学院附属第二医院 河北张家口 075100

摘要: 将品管圈应用在医院药学管理当中,对提高医院药学管理服务质量和效率具有良好促进作用。因品管圈是由相同或互补的工作人员组成合作团体,使工作人员在团队当中不断学习和成长,不断培养工作人员的自我管理意识和解决问题的能力。但医院在将品管圈应用到医院药学管理当中还存在诸多问题,例如工作人员自身专业能力和专业素养有待提高、药学管理质量和服务水平有待提高等。通过对品管圈在医院药学管理应用当中存在的问题进行分析和研究,并为品管圈应用于医院药学管理提出具体解决方案。

关键词: 品管圈; 医院药学; 管理

引言

医院药学管理是医院医疗管理体系当中的重要组成部分,医院药学管理的服务水平与患者的身心健康有着紧密的联系,工作人员对自身药学管理服务水平和质量的提升,是提高患者用药安全的前提。而医院为了提高医院药学管理效率和质量,将品管圈应用在医院药学管理当中,将服务方式进行优化和更新,并针对将品管圈应用到医院药学管理当中存在的问题进行解决,并研究品管圈应用在医院药学管理当中的实际价值和意义,为医院药学管理服务提高其工作效率和质量提供有力的保障。

一、品管圈概念

品管圈是由工作性质相同的工作人员自发组成团队,而医院将品管圈应用到医院药学管理当中,是企业对工作人员药学管理和自主管理的提升和改善。将品管圈应用在医院药学管理当中,不仅能帮助医院药学管理服务质量的提升,还能提高医院药学管理工作效率,对提高医院营运绩效具有良好促进作用。此外,品管圈的主要作用是将工作人员在工作当中存在的实际问题进行搜集和分析,并为相关工作人员找到解决实际问题的方法。将医院药学管理进行改善和更新,使医院的药学管理模式更加符合医院发展趋势,并减少药学工作人员的处方调剂错误率,不断提高医院药学管理服务的工作效率和质量。

二、品管圈在医院药学管理中的应用现状

将品管圈应用到医院药学管理服务当中,不仅能提高医院药学服务效率和质量,还能提高医院的整体形象和社会影响力,对医院今后的发展具有良好促进作用。但由于工作人员对品管圈认识和了解不足,医院在对员工实施和开展品管圈管理模式过程中,因医院工作人员自身专业能力和专业素养有待提升,处方错误率高和药学服务率低的现象还普遍存在。因部分工作人员不积极提高自身专业能力和职业素养,对医院今后的发展也起到一定限制作用。

三、品管圈特点

品管圈将工作性质相同的人员组成团队,在通过科学的训练和引导,使小组内成员通过定期训练,分析和解决日常工作中所存在的问题与不足。所以,品管圈在本质上是一种工作小组,以小组形式进行多元化工作的开展,其特点就在于能够将零散的工作形式和人员进行规划和整理,提高小组内成员工作积极性,培养品管圈内成员团队协作能力和职业道德素养,在品管圈内主动奉献出自己的智慧和思想。工作人员通过品管圈的力量将自身智慧和创造力发挥出来,不仅能提高工作质量和效率,还能体现出自身在发展过程中存在的问题,并进行反思和纠正。品管圈不仅是组织性质相同的工作人员形成以小组模式展开工作,还是提升工作人员综合能力和综合素养的前提。发展小组成员自我的能力,使小组内成员在工作过程中能够实现自我价值、相同性质工作人员在一起进行工作,能够营造良好工作氛围,使工作氛围充满生机和活力,久而久之,不断提高医院药学管理效果,增加医院产品体验的满意程度。品管圈这一工作模式,适用于医院药学管理部门,其主要原因是因为医院药学管理部门部分工作人员会直接或间接的接触患者,是医院医疗质量的第一道门槛。所以,对于医院

药学管理团队来说,品管圈这一工作模式,能够对相同性质工作人员存在药物管理问题进行针对性解决。例如,在品管圈工作小组内,选出一个圈长,须确保圈长具备一定权威性。而圈员可以是相同工作性质的人员,也可以是不同工作部门的人员,由圈长带领工作人员共同商议问题并分析,提出具体策略,将问题进行解决,达到更好的工作效果。品管圈这一工作模式,不仅具备组织和协调能力,还能提升工作效率和质量,激发工作人员工作积极性和主动性,提升医院药学管理质量。

四、医院药学管理中应用品管圈的具体作用

随着我国医院药学管理模式的创新和进步,我国各个医院根据改革政策的不断出现,各个医院出现激烈竞争的状态,而我国医院要想在新医改政策上立足,我国部分医院在开展过程中,应将内部工作制度进行完善,加强相关硬件设施建设。此外,还应努力在新时代背景下利用信息技术提高医务人员信息技术应用能力和职业素质,提高医务工作人员自我管理意识。而我国医院为达到提升服务品质这一目标,我国出台的相关改革政策以及管理理论应用到医院管理实践活动中,其中品管圈理论就是重要的一种。将品管圈理论应用到医院药学管理工作之中,能在一定程度上改善医院药学管理效果,对促进医院药学管理工作效率提升有着十分重要的作用。

五、品管圈在医院药学管理中的应用研究

(一) 明确医院药学管理主题

医院将品管圈应用到教学管理服务工作中,首先医院要充分认识和了解在药学管理服务当中实施品管圈的意义和作用,并明确医院药学管理的主题,将医院药学管理服务效率和质量作为品管圈的工作主题,并将相关管理工作人员组成小圈团队,使小圈团队当中的工作人员相互合作、集思广益,有效提高医院药学管理服务质量和效率。另外,医院领导要定期收集参与品管圈相关工作人员提出的意见和建议,有效将品管圈应用到药学服务当中,并根据工作人员提出的意见和建议,明确品管圈的活动主题,以提高医院药学管理和药学服务为主,不断提高管理工作效率和质量,有效为患者进行摆药和配药,降低摆药和配药的错误率,进而提高药学服务效率和质量。例如,医院在工作人员中推行品管圈模式时,要将工作人员进行混合组织,使每个品管圈团队专业均衡,使团队中的人员能相互学习和扶持,降低摆药和配药的错误率。

根据品管圈特点,明确医院药学管理主题,是新时代背景下医院药学管理提高工作效率与质量的重要举措。

(二) 更新医院药学管理的设施

在医院管理工作环节中,药学管理是医院管理当中的重要组成部分,有效实施医院药学管理工作,对于提高医院药学服务效率和质量具有良好的促进作用和意义。目前,我国医院事业不断发展和进步,其为患者提供的检查设施和药学管理措施不断更新和完善,而医院根据院内的实际情况,更新医院药学管理服务设施,对提高药学服务效率和质量具有良好的促进作用。因此,医院要及时更新药学管理设备,为工作人员提高药学服务效率和质量提供有力保障。此外,不断提高工作人员的专业水平和专

业素养,不仅能有效将品管圈应用在医院药学管理当中引导工作人员相互合作,还能针对药学服务工作开展过程中存在的问题进行解决和处理,使品管圈有效应用到医院药学管理工作中。

(三) 加大医药监督管理力度

因品管圈又称为质量小组,其主要目的是提高医院药学管理工作效率和质量,有效对药学工作人员进行规范管理,进而不断提高药学工作人员的工作效率和质量。因此,医院在工作人员当中实施品管圈管理工作时,应根据药学工作人员的专业能力和专业素质,对药学工作人员实施相关政策,并加大对药学工作人员的监督和管理力度,使药学工作人员认识到医院药学管理工作当中推行品管圈的意义和作用,使药学工作人员不断提高团队意识和工作意识。引导药学工作人员在品管圈管理工作当中相互协作,并及时对药学工作人员进行帮助和指导,在对药学工作人员加大医药监督管理力度的同时,也要给予相应鼓励,进而提高品管圈活动的效果,提升药学服务的效率和质量。

(四) 提高工作人员管理意识

将品管圈应用到医院药学管理工作当中,不断提高药学服务效率和质量,培养工作人员专业素质和专业能力,使工作人员的工作场所更加整洁和规范,进而不断提高工作人员的工作效率。因此,医院不仅要充分了解和了解品管圈应用在医院药学管理工作当中的积极作用,还应引导药学工作人员对品管圈进行学习和了解,使药学工作人员认识到参与品管圈管理工作,对提高药学服务质量和效率以及提升自身专业能力和专业素养起到重要作用。此外,激发药学工作人员的工作热情,转变药学工作人员陈旧思想,提高药学工作人员的管理意识,降低为患者配药和摆药过程中的错误率,不断提高品管圈团队当中药学工作人员的工作质量和效率,使各个部门工作人员都积极参与到品管圈药学管理服务当中,不断提高品管圈团队的专业素质和专业能力。

(五) 降低不合格处方发生率

医疗质量和医疗安全是医院可持续发展的永恒主题,也是医院高效开展管理工作的重要前提保障,为医院在新时代背景下提供竞争优势,对提高医院服务质量和效率也有着十分重要的作用。因此,医院在根据时代发展需求,将品管圈应用到医院药学管理工作中,首先,相关工作人员在医院药学管理工作当中,通过品管圈活动,根据医务人员在开药和退药过程中存在的更改治疗方案和退药操作实务现象,医院药学管理者应加强对医务人员相关技能培训,使医务人员在开药和退药过程中,能够及时停、改医嘱,坚持“四查十对”,积极展开沟通和交流。根据医务人员在医院药学管理工作开展过程中存在着问题,医院药学管理者应制定相应开药和退药管理条例,使医务人员在开药或退药时,能够认真仔细核对复查进行开药,降低不合格处方发生率。而品管圈这一工作模式的应用,使医院药学管理中极少出现将开药处方开成其他规格等类似操作失误现象的发生。我国医院药学管理工作开展过程中应用品管圈这一工作模式,根据调查结果显示,医院药学管理中不合格处方发生率不断下降,使之医院医疗质量和医疗安全得到有效提升。其次,将品管圈应用到医院药学管理工作中,相关工作人员在医院药学管理服务工作中改善过程中,发现医务人员对不合理用药干预力度不够,为此,医院应根据医务人员开药和退药工作现状,加强医务人员开药和退药审核,并对医院特殊人群增设医务人员服务专项评价,提高医务人员服务质量,为患者用药安全提供保障。

(六) 提高医院患者满意度

品管圈是现代工作模式,是一种以人为核心的新型管理模式,能够改善医院服务质量,提升医务人员综合能力和综合素养,同时也是我国医院医务人员实现自身价值的重要平台。品管圈这一新型管理模式的应用,能够将我国医院医务人员从被动服务变为主动服务,转变医务人员服务理念,树立正确价值观,为医院患者提供更优质的药物服务,提高医务人员用药安全性,促使医院就诊患者满意度不断得到提升。医院相关工作人员

应针对医院药物管理服务态度以及开药处方出现的问题进行分析,开展品管圈管理模式,其主要目的是为提高医院药学管理部门的服务态度。品管圈这一活动实施后,医院药物管理部门发现患者对主人药房的满意度有较大改善,药学管理部门工作人员的服务态度和沟通与交流态度满意率均得到提升。通过调查结果显示,提升医院患者满意度,其主要途径在于医院要管理部门结合互联网+药学服务理念,在网络中建立临床网络交流平台,为患者提供服务态度反馈渠道,并在线下定期展开业务工作人员服务态度调研活动,医院药物管理部门根据患者反馈的服务态度或处方开药等问题进行汇总,并提出具体解决措施,改善医院药物管理部门医务人员的服务水平,最终使医院药学服务态度和服务工作满意度得到有效提升。

(七) 降低药品调剂差错

我国医院在开展过程中,对医院药物管理部门提出的基本要求,提高医院药房的开药和发药准确性,这是对医院药学管理部门中医院药学管理工作的最基本要求,降低药品调剂差错,能减少医患纠纷、提高药房管理水平、服务质量和工作效率,对提高药品调剂工作效率具有重要意义。医院药物管理部门根据时代发展需求,在医院药物管理工作中开展品管圈工作模式,品管圈将性质相同的医务人员组成团队,医务人员在圈内进行药品调剂过程中,医务人员之间能够相互监督和复查,极大降低医务人员药方处方错误次数和药品调剂差错率。而品管圈这一工作模式的开展,值得借鉴的是,因医务人员直接相互鼓励和监督,共同将药品、名称相似或包装形式的药品进行编制、编制成药品手册,这为医务人员今后进行药品调剂和开药品处方提供借鉴依据,医务人员之间相互学习和监督,不仅能够加深医务人员对相同药品信息的印象,还能减少对名称相似、包装相似和规格相似的药品区分差错。相关领导者对医院药学管理开展品管圈工作,直到医务人员以口头和书面两种方式告知药师进行处方开药,而两种提示方式,能够减少门诊药房发药错误率,这从源头上降低医务人员对药品调剂的差错工作发生。

结语

综上所述,在新时代背景下,医院将品管圈应用到医院药学管理工作当中,不仅能提高药学工作人员的专业素质和专业能力,还能提升药学工作人员的服务质量和效率。而在对医院工作人员展开品管圈活动过程中,首先要明确医院药学管理主题,并为药学管理者更新医院药学管理设施,根据医院药学管理工作现状,定期培训医务人员服务工作水平,减少医务人员开药和退药工作效率,减少不合格处方发生率,降低医务人员药品调剂差错现象,提升患者对医务人员服务满意率,不断提升药学服务工作效率和效率,为医院在今后可持续发展提供技术保障。

参考文献:

- [1]孙华.品管圈在医院药学管理中的探索与应用[J].海峡药学,2018,30(06):277-278.
- [2]杜闻彬,王瑞,王苏会,孙晓迪,李秀敏.品管圈在提高医院药房药学服务质量中的应用研究[J].中国医药导刊,2018,20(08):501-503.
- [3]张方.品管圈在医院药学管理中的探索与应用[J].中国卫生产业,2020,17(10):13-15.
- [4]张铃圆.医院药学管理中应用不同管理方法的效果探讨[J].智慧健康,2021,7(12):22-24.DOI:10.19335/j.cnki.2096-1219.2021.12.008.
- [5]周悦.开展品管圈对门诊西药房窗口药学服务质量的影响[J].中国医药指南,2020,18(34):232-233.DOI:10.15912/j.cnki.gocm.2020.34.110.
- [6]吕楠,张莹,陈磊,樊明娜,张斌斌,赵静如,岳宝森.品管圈在提升我院药事管理中的应用效果评价[J].中国医药导刊,2020,22(11):828-832.
- [7]张中华.医院药学管理中品管圈模式的开展对缩短调配发药时间与提高调配合格率的影响[J].抗感染药学,2020,17(07):1011-1013.DOI:10.13493/j.issn.1672-7878.2020.07-025.

专科护理管理模式在医院压疮护理质量控制中的应用及可行性分析

王春伶

河北省廊坊市香河县人民医院总护理部 河北廊坊 065400

摘要：目的：分析在医院压疮护理质量控制中应用专科护理管理模式的可能性。方法：于2020年3月实施专科护理管理模式，将此前半年（2019年9月到2020年2月）在本医院治疗的患者纳入到对照组中，将此后半年（2020年3月到2020年8月）在本医院接受治疗的患者纳入到实验组中，均为112例。比照两组患者的护理满意度、压疮发生情况、心理状态改善情况、睡眠质量以及生活质量水平。结果：两组患者的护理满意度进行对比，提示实验组患者更高；两组患者的压疮发生率进行对比，提示实验组患者更低；两组患者的心理状态改善情况进行对比，提示实验组改善程度更高；两组患者的睡眠质量进行对比，提示实验组睡眠质量更好；两组患者的生活质量水平进行对比，提示实验组更高；均存在很大差异（ $P < 0.05$ ）。结论：在医院压疮护理质量控制中应用专科护理管理模式具有可行性，能够减少压疮发生率，患者更加满意并配合，值得广泛应用。

关键词：压疮护理；发生率；护理质量；专科护理管理模式

压疮是临床常见的并发症，尤其是老年患者及术后患者更容易出现，影响其病情恢复，需要加强管理。压疮作为临床护理工作中比较棘手的问题，在护理方面也一直是一个难点，得到国内外医学研究人员的关注。压疮护理管理工作对于患者的临床治疗与恢复有着重要的意义，因此国内外医疗人员更是将压疮临床发生率作为评价临床护理工作质量的重要指标，应当引起各医院医护人员的重视。当前国内很多医院则将“防范与减少病人压疮发生率”纳入患者安全评审条件中，用于医院等级的评审。在传统压疮护理质量管理工作中，医院将其作为基础护理质量检查项目内容，一般由本科室护士长组建质量控制小组完成对护理工作的监察与督导工作。但随着我国临床护理的专科化发展，相关护理质量控制工作也提高了对专科护理管理工作的要求。对于当前的护理工作来说，如何根据医院实际情况以及专科护理发展要求制定出科学合理的专科护理管理模式是各

大医院护理工作人员不断探索和研究的问题。为了解决以上问题，改善患者的压疮护理质量，我院参照国内外专科护理经验制定了专科护理管理模式，并为其配备了相对应的质量管理模式，通过临床实践的方式探究常规护理模式与专科护理管理模式在压疮护理工作中的不同效果，同时实施了压疮护理质量管理工作，为分析其具体效果而进行研究，并作如下报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

于2020年3月实施专科护理管理模式，将此前半年（2019年9月到2020年2月）在本医院治疗的患者纳入到对照组中，将此后半年（2020年3月到2020年8月）在本医院接受治疗的患者纳入到实验组中，均为112例。表1中内容提示详细数据资料，互相比照，结果表明没有很大差异（ $P > 0.05$ ）。

表1 详细数据资料及差异

组别	例数	科室[n(%)]			性别[n(%)]		年龄($\bar{x} \pm s$, 岁)
		内科	外科	其他	女性	男性	
对照组	112	42 (37.50)	50 (44.64)	20 (17.86)	47 (41.96)	65 (58.04)	53.17±4.68
实验组	112	43 (38.39)	52 (46.43)	17 (15.18)	51 (45.54)	61 (54.46)	52.85±4.91
X^2/t 值	--	0.2942			0.1633		0.4993
P 值	--	> 0.05			> 0.05		> 0.05

1.2 方法

对照组没有实施专科护理管理模式，按照规章制度与以往的经验进行管理。

实验组则实施专科护理管理模式，具体内容是：（1）建立专科护理管理小组，其组员为：护士长、专科护理人员，结合国内外的护理经验与临床实际情况制定护理方案。（2）定期开展培训，如按摩方法、体位、护理理念等知识，提高小组成员的专业水平，强化其专科护理能力，结合实际

情况明确管理目标，并结合实施效果进行调整。由小组组长负责护理人员压疮护理知识的普及与强化，结合最新的临床研究内容更新护理人员的传统护理知识与压疮护理理念，且在整个护理工作过程中，组长应关注压疮护理相关临床研究成果，不断更新护理人员的护理措施以及护理模式，强化护理人员的压疮预防意识，使其正确认知压疮预防与护理工作之间的关系，及时纠正护理人员对于压疮预防工作的认知误区，传授正确的压疮预防方法，比如使用气垫圈、局部按摩、侧卧或仰卧位超过90°、创面局部

吹氧等。小组应定期组织压疮理论知识的培训活动,创新培训活动的形式,比如业务学习、继续教育讲座、省级培训班等。理论学习的同时还应提供实践训练的机会,为护理人员分享真实的案例,提升护理人员的实际操作技巧。(3)完善压疮护理管理制度,规范护理人员的操作行为,包括:报告记录、注意事项、细节、护理流程等内容。科室的护理小组管理人员应每日进行护理工作情况的检查与指导,跟踪病人评估与上报情况,查看新入院患者的压疮评估结果,检查高危患者的压疮预防措施以及护理成果,保障临床护理工作符合规范与流程,各项记录表正常填写,查看是否存在交表不及时等现象。根据护理工作质量管理与检查的结果,组长应每月开展总结会议,针对院内发生的压疮现象进行讨论,将各科室有关压疮护理工作的反馈内容整理与总结,共同商讨解决措施,提出整改的方法。之后则需要继续跟踪整改情况,科学评价整改结果,了解整改措施是否切实可行,患者压疮护理质量是否得到提升,如果还未达到整改的效果则继续查找原因,提出修改措施,直至问题彻底解决。(4)制定风险评估报告,定期对患者的压疮风险情况进行评估,对高风险患者进行强化管理,减少压疮发生几率。(5)成立质量控制小组,定期抽查压疮管理情况,以半个月或一个月为周期开展会议,进行总结与反馈,讨论管理期间存在的问题,提出整改建议,确定其可行后实施。由护理部科护士长对整个压疮专科护理工作成效进行监督与检查,且在每月召开的小组会议中反馈其督导过程中发现的问题,共同探讨解决改进的措施。此外,医院每个季度应组织护理小组开展案例汇报活动,以案例的形式反映护理问题及难点,不断改进整体护理质量。护理人员还应利用信息技术建立质控小组微信群,加强护理工作的沟通,实现无缝隙管理。比如护理人员可以通过微信平台及时反映压疮护理工作中遇到的问题,同时还能够通过声音、文字、图片、视频等方式传递给其他人,达到经验分享和交流的目的,提升压疮护理工作的整体效果。此外,医院还可以针对压疮专科护理工作组织开展培训与考核活动,逐渐扩大培训的范围,强化其他护理人员的压疮护理意识,同时提升患者及其家属对于压疮护理工作的认知,提升其自身的压疮护理能力。

1.3 评价标准

(1)护理满意度。以自制问卷^[1]测评护理满意度,共计 100 分,85~100 分为非常满意,60~84 分为满意,60 分以下为不满意,护理满意度=(非常满意+满意)/总例数*100%;

(2)压疮发生情况。记录两组患者发生的压疮情况,比照发生率。

(3)利用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)对患者护理前后的心理状态进行评分对比,评分越高代表患者焦虑、抑郁情况越严重;

(4)采用 PSQI 睡眠评估量表对两组患者的睡眠质量进行评估,评价指标包括入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠质量,其中 0-3 分评分标准,分数越低,患者睡眠质量越高。

(5)采用生活质量综合评定问卷-74(GAOL-74)对患者护理后生活质量进行评分与对比,该量表主要包括躯体功能、心理功能、社会功能以及

物质功能四个方面,每项总分为 100 分,患者生活质量水平与其评分成正比。

1.4 统计学方法

数据资料通过 SPSS 统计学软件处理,选用 25.0 版本。计数资料采取 χ^2 检验,描述为[n(%)]。计量资料采取 t 检验,描述为($\bar{x} \pm s$)。统计学意义存在的判断标准是 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者护理满意度对比

对照组: 94 例患者满意,满意度为 83.93%; 实验组: 110 例患者满意,满意度为 98.21%; 实验组护理满意度远高于对照组,说明专科护理管理模式更令患者满意,护理效果更好,且 $P < 0.05$ 。

表 1 两组患者护理满意度对比

组别	例数	非常满意 (n)	满意 (n)	不满意 (n)	满意度 (%)
实验组	112	65	44	2	98.21
对照组	112	52	42	18	83.93
χ^2					14.055
P 值					0.000

2.2 两组患者压疮发生率对比

对照组: 94 例患者满意,满意度为 83.93%; 9 例患者发生压疮,发生率为 8.04%。实验组: 110 例患者满意,满意度为 98.21%; 1 例患者发生压疮,发生率为 0.89%。两组患者的护理满意度对比,提示实验组更高,两组患者的压疮发生率对比,提示实验组患者更低; 均存在很大差异($X^2_1=12.3529$, $X^2_2=5.1290$, $P < 0.05$)。

2.3 两组患者治疗前后 SAS、SDS 评分对比

实验组与对照组治疗前后的 SAS、SDS 评分均有明显改善,其中实验组改善程度远高于对照组,说明实验组患者心理改善情况更好,且 $P < 0.05$ 。

表 2 两组患者治疗前后心理状态评分

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	112	54.63±3.34	26.24±2.33	55.36±3.64	21.24±2.04
对照组	112	54.56±3.62	39.73±3.62	55.53±3.42	37.65±3.63
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.4 两组患者治疗后睡眠状态评分对比

实验组患者在入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠质量等方面的评分均高于对照组,说明实验组患者睡眠状态更好,且 $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者治疗后睡眠状态评分

组别	例数	入睡时间	睡眠时间	睡眠效率	睡眠质量
实验组	112	0.83±0.32	1.72±0.19	1.31±0.34	1.54±0.25
对照组	112	1.52±0.38	2.46±0.32	2.03±0.52	2.51±0.72
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.5 两组患者治疗后生活质量评分对比

实验组患者各项生活质量指标评分均高于对照组,说明实验组护理方法有利于患者预后,能够有效改善患者生活质量,且 $P<0.05$ 。

表4 两组患者治疗后生活质量评分情况

组别	例数	躯体功能	心理功能	社会功能	物质功能
实验组	112	79.43±16.52	78.54±15.42	80.33±2.43	81.51±6.26
对照组	112	62.43±10.36	65.03±13.25	71.02±1.37	66.65±5.34
P		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

压疮是临床常见的并发症,会使患者出现下肢肿胀、疼痛、尿痛尿急等症状,对患者原发病的治疗造成很大不良影响,同时还可能引发继发感染、脓毒血症、骨髓炎等并发症,对患者的健康安全造成威胁^[2]。如果临床治疗中忽略了压疮护理工作就会导致压疮发生率上升,而压疮的发生则会对患者的原发病产生严重的影响,同时还会因压疮出现医疗风险,消耗医院与患者的保健资源。尤其是对于长期卧床的老年患者来说,如果其出现严重压疮问题,那么其病情就会加重,甚至导致其死亡率升高。因此,压疮护理工作以及对其工作质量的控制已经成为临床护理中非常重要的课题,同时也是评价医疗护理能力的重要指标之一。随着临床护理技术的发展,人们尝试在压疮护理工作中开展专科护理工作,针对不同科室的压疮护理情况制定相对应的专科护理模式与体系,适应压疮护理与质量控制工作,提高压疮护理工作的效果。

基于上述情况,需对医院压疮护理质量控制进行强化,专科化是临床护理发展的趋势,同时也是对护理专业化水平进行衡量的主要标志^[3]。实施专业护理管理模式能够充分满足患者的需求及要求,能够使护理人员的专业能力得以充分发挥,并使其积极性与主动性提高,同时能够使护理人员的压疮认知水平提高,可建设更加高水平的护理团队,可提高护理管理质量,使其更加规范,最终能够降低患者护理期间出现压疮的几率,保证患者对护理措施更加满意并积极配合,有利于护患关系和谐发展^[4-7]。专科化已经成为衡量护理专业化水平的重要标志,同时也是当前护理工作发展

的重要趋势。从整体发展情况来看,国内专科护理工作起步较晚,当前正处于不断实践与探索的阶段。国外的专科护理工作经验具有一定的参考价值,但并不能够完全适用国内情况,对其医院应有选择性地参考,结合我院专科护理发展的特点及管理要求,制定我院的专科护理管理模式^[8-11]。

为分析在医院压疮护理质量控制中应用专科护理管理模式的可能性而进行研究,其结果表明:两组患者的护理满意度进行对比,提示实验组患者更高;两组患者的压疮发生率进行对比,提示实验组患者更低;实验组与对照组治疗前后的 SAS、SDS 评分均有明显改善,其中实验组改善程度远高于对照组,说明实验组患者心理改善情况更好;实验组患者在入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠质量等方面的评分均高于对照组,说明实验组患者睡眠状态更好;实验组患者各项生活质量指标评分均高于对照组,说明实验组护理方法有利于患者预后,能够有效改善患者生活质量;均存在很大差异 ($P<0.05$)。

综上所述,在医院压疮护理质量控制中应用专科护理管理模式具有可行性,能够减少压疮发生率,使患者更加满意并配合,值得广泛应用。

参考文献:

- [1]李东颖.预防性压疮护理在老年重症患者中的应用价值及对压疮发生率的影响[J].中国医药指南,2020,18(32):173-174.
- [2]李婷英.压疮护理小组在降低高龄危重症患者压疮发生率中的应用价值评估[J].医学食疗与健康,2020,18(11):102-103.
- [3]左燕妮,张丽芳,翁晓云,尹艳.JCI标准管理下压疮护理质量控制管理[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(5):245-246.
- [4]吴丹,官丽霞,周样仁.专科护理质量管理对压疮患者护理质量和护士核心能力的影响[J].基层医学论坛,2019,23(33):4739-4741.
- [5]王丽梅.专科护理质量管理模式对压疮患者护理质量控制和护士核心能力影响研究[J].中国疗养医学,2018,27(01):45-49.
- [6]王敏,潘艳,齐曦.专科护士介入结合PDCA循环在压疮预防中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2020,5(11):2.
- [7]高晓燕.体压分散护理在压疮护理中的效果分析[J].世界最新医学信息文摘,2021(15):2.
- [8]牛焱.压疮护理团队管理的构建和效果[J].中国医药指南,2020,18(5):2.
- [9]傅芳.持续质量改进在压疮护理管理中的实施效果[J].2020.
- [10]王晓虹,周振红.老年压疮护理应用集束化护理管理的效果[J].中国保健营养 2020 年 30 卷 1 期,152 页,2020.
- [11]向春梅,冯进侠,余小琴.预防性压疮护理在神经系统老年患者中的应用效果[J].心理月刊,2020.

护理质量管理对重症监护室患者多重耐药菌感染控制的影响

董伟伟

菏泽市中医医院 山东菏泽 274000

摘要:目的:观察护理质量管理对重症监护室患者多重耐药菌感染控制的影响。方法:我院重症监护室2020年2月实施护理质量管理,随机收取2019年2月-2021年2月重症监护室接受系统治疗的122例患者为本次研究对象,按照是否开展护理质量管理将患者分为对照组(61例:未开展护理质量管理而行常规护理管理)与实验组(61例:开展护理质量管理),比较两组患者护理效果。结果:实验组多重耐药菌感染发生率显著低于对照组,此外,实验组患者持续干预14天后IgA、IgG、CD3+、CD4+/CD8+等免疫指标均高于对照组,数据差异明显($P<0.05$)。实验组患者平均重症监护室时间、平均住院时间、日均治疗费用、平均住院治疗费用等临床指标数均优于对照组,实验组患者对重症监护室护理满意度显著高于对照组,数据差异明显($P<0.05$)。结论:重症监护室患者护理质量管理可有效降低多重耐药菌感染率。

关键词:护理质量管理;重症监护室;多重耐药菌感染

多重耐药菌指对3类及以上抗菌药物耐药的细菌,重症监护室由于接诊患者普遍免疫功能低下、住院时间长,为医院多重耐药菌感染高发群体,多重耐药菌感染的发生在增加患者疾病治愈难度的同时,可增加家庭经济负担,同时增加护患纠纷,影响患者对医院护理质量的评价^[1,2]。多重耐药菌主要通过手以及物品进行传播,重症监护室护理人员是造成多种耐药菌传播的重要媒介,因此,针对多重耐药菌感染实施护理质量管理符合患者实际需求^[3]。本次研究为论证上述观点,比较我院重症监护室2019年2月-2021年2月122例分别行常规护理管理以及护理质量管理患者预后情况。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2019年2月-2021年2月重症监护室接受系统治疗的122例患者按照是否开展护理质量管理将患者分为对照组与实验组,实验组61例患者中开展护理质量管理,男性患者共有31例、女性患者共有30例,患者年龄在24岁~85岁、平均年龄(53.62 ± 4.41)岁。对照组61例未开展护理质量管理而行常规护理管理,男性患者共有32例、女性患者共有29例,患者年龄在21岁~82岁、平均年龄(53.60 ± 4.44)岁。两组患者一般资料组间数据无明显差异($P>0.05$)。本次研究实施期间重症监护室护理人员共18名,其中男1名,女17名,年龄在25岁~52岁、平均年龄(40.62 ± 4.21)岁,工龄在3年~8年、平均工龄(5.61 ± 0.11)年,职称:护士4例,护士10例,主管护士3例,副主任护士1例。

1.2 病例选择标准

纳入标准:(1)参与本次研究的患者均病情危重,由重症监护室收治且接受抗菌药物治疗。(2)本次研究征得患者家属同意且符合医学伦理会要求。排除标准:(1)排除重症监护室收治前已确诊多重耐药菌感染患者。(2)排除重症监护室收治前接受过其他系统治疗干预患者。(3)排除未中途转院患者。(4)排除合并精神疾病、心理疾病以及认知疾病患者。

1.3 方法

1.3.1 对照组(常规护理管理):(1)重症监护室护理人员接诊后均遵循无菌操作的原则落实相关护理干预措施,护理人员在进入重症监护室前均在无菌区穿好隔离衣、戴好口罩、帽子,按照世界卫生组织要求的七步洗手法清洁双手后,戴一次性医用手套。此外,在完成护理操作后应及时更换一次性医用手套、隔离衣、帽子、口罩等一次性医疗物品,并再次遵循六步洗手法清洁双手。(2)重症监护室护理人员遵循医嘱用药的同时,持续观察患者各项生命体征,向主治医师汇报患者治疗效果,同时定期开展病原菌检测,结合流行病学调查分析法,结合患者感染部位探寻感染途径,并对多重耐药菌确诊病例及时上报感染科,并对患者实施消毒隔离,并在病房门口以及患者床头挂上醒目的隔离标识。

1.3.2 实验组(护理质量管理):(1)重症监护室护理人员培训与考核质量管理,重症监护室护理人员多且低年资护理人员缺乏临床护理经验,长期处于封闭的工作环境中,缺乏有效监督,可致临床护理质量降低。对此,重症监护室护理人员应定期开展技能培训,考核护理人员脉推注、吸痰、导管维护等护理操作是否合格,并组织多重耐药菌感染预防知识学习,结

合既往临床案例,强调护理质量对重症监护室接诊患者多重耐药菌感染造成的影响,同时实施分床管理,追责至人,并将重症监护室缓和多重耐药菌感染与护理人员绩效奖金挂钩。(2)重症监护室感染防控标识质量管理,重症监护室患者在接受治疗过程中产生的医疗垃圾以及生活垃圾均分别应用粘贴标识的清洁工具收集、清洁,此外,对于重症监护室室内医护人员频繁接触的听诊器、血压计等等医疗器械以及重症监护室地面、床头桌、床杆等物体表面,护理人员应每日应用含氯消毒液擦拭消毒3~4次,同时重症监护室划分污染区、洁净区以及无菌区,并在不同分区应用不同颜色的标识进行标识,不同区域需使用不同的清洁品。(3)重症监护室护理监督质量管理:重症监护室定期请专业维护人员清晰、更换滤网,并每个月测量洁净空气中沉降菌数量,此外,不定期抽查重症监护室护理人员手卫生、医疗物品消毒以及多重耐药菌预防执行情况等。(4)多重耐药菌患者联合诊治质量管理,护理人员在遵循医嘱给药的同时应强化抗菌药物使用管理,对医师抗生素用药医嘱进行核查,结合患者病原学检查结果,评估患者抗生素选用种类是否合理,药物配伍是否科学,是否排除用药禁忌,一般情况下,考虑到患者耐受能力,抗生素用药应从单一药物小剂量开始,且疗效不宜过长。(5)重症监护室患者病情监督质量管理:护理人员在落实各项生命体征持续监护的同时,护理人员应关注患者治疗期间不良反应以及机体免疫能力变化,若患者治疗期间出现不良反应及时通知主治医师,调整用药方案,并对开展对症治疗,必要时联合营养支持以提升患者机体免疫力。

1.4 观察指标

(1)比较两组多重耐药菌感染发生情况。(2)比较两组患者重症监护室护理干预前、护理干预14天后IgA、IgG、CD3+、CD4+/CD8+等免疫指标变化情况。(3)比较两组患者平均重症监护室时间、平均住院时间、日均治疗费用、平均住院治疗费用等临床指标。(4)两组患者转出重症监护室时请其依据主观意愿自1~10分对重症监护室护理满意度评分,1~3分、4~6分、7~10分分别为不满意、基本满意以及满意,满意度等于满意与基本满意例数相加所得和占总受检例数百分率。

1.5 统计学处理

SPSS21.0版本软件处理结果中相关数据,“($\bar{x}\pm s$)”用“t”验证,“(%)”用“ χ^2 ”验证, $P<0.05$ 表示数据有统计学意义。

2 结果

2.1 多重耐药菌感染发生情况

实验组患者多重耐药菌感染发生率显著低于对照组,见表1。

表1 两组患者多重耐药菌感染发生情况 [n/%]

组别	n	呼吸道	泌尿道	皮肤软组织	其他部位	多重耐药菌感染发生率
实验组	61	1.64 (1/61)	1.64 (1/61)	0.00 (0/61)	0.00 (0/61)	3.28 (2/61)

对 照 组	61	6.56 (4/61)	4.92 (3/61)	1.64 (1/61)	1.64 (1/61)	14.76 (9/61)
X ²						5.387
值						
P						<0.05
值						

2.2 免疫指标
两组患者重症监护室护理干预 14 天后 IgA、IgG、CD3+、CD4+/CD8+ 等免疫指标相较于护理前相比均提升且实验组各项提升幅度均大于对照组,见表 2。

表 2 两组患者相关免疫指标 [χ²s、n]

组别	例 数	IgA (mg/mL)		IgG (mg/mL)		CD3+ (%)		CD4+/CD8+	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
实验组	61	1.24±0.03	3.23±0.06	8.51±0.11	16.11±0.21	38.28±2.25	53.38±3.48	1.11±0.05	2.41±0.05
对照组	61	1.26±0.05	2.15±0.05	8.54±0.09	12.22±0.24	38.25±2.21	44.41±3.44	1.15±0.04	1.51±0.03
t 值		1.256	18.151	1.094	21.234	1.175	24.358	1.145	25.234
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 临床指标
实验组患者平均重症监护室时间、平均住院时间、日均治疗费用、平均住院治疗费用等临床指标均优于对照组,见表 3。

表 3 两组患者临床指标 [χ²s、n]。

组 别	n	平均重症 监护室时 间(天)	平均住院 时间(天)	日均治疗费用 (¥)	平均住院治疗费 用(¥)
实 验 组	61	14.45±1.23	17.65±2.21	1580.43±100.43	28380.43±180.65
对 照 组	61	18.87±1.22	21.65±1.25	1780.54±100.42	32650.65±180.44
t		22.184	21.657	11.254	10.056
值					
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05
值					

2.4 满意度
实验组患者对重症监护室护理满意度显著高于对照组,见表 4。

表 4 两组患者对重症监护室护理满意度 [n/%]

组别	n	满意	基本满意	不满意	满意度
实验 组	61	50.82 (31/61)	44.26 (27/61)	4.92 (3/61)	95.08 (58/61)
对照 组	61	37.70 (23/61)	32.79 (20/61)	29.51 (18/61)	70.49 (43/61)
X ² 值					5.791
P 值					<0.05

3 讨论

重症监护室为医院为重症患者提供医疗卫生服务的场所,由于重症监护室接受的患者普遍身体状况较差、免疫力低下,重症监护室护理质量可直接影响患者预后效果,近些年,多重耐药菌感染案例逐渐增多,重症监护室接诊患者常规护理中要求护理人员严格按照世界卫生组织的要求清洁双手,并在落实相关护理干预前后均更换一次性医用手套、隔离衣、帽子、口罩^[4,5]。此外,重症监护室护理人员遵循医嘱要求落实临床用药,并持续监测患者各项生命体征,遵照医嘱定期开展多重耐药菌筛查工作,对于多重耐药菌确诊患者,重症监护室护理人员向医院感染科上报,并协同专科专家、生化检测室实施联合诊治,常规护理管理中缺乏对护理质量进行管理^[6-8]。近些年,随着临床对多重耐药菌感染相关研究的不断深入,临床研究认为,多重耐药菌的感染与传播重点在于防控,因此,对于重症监护室应提升护理质量管理。重症监护室护理质量管理包括重症监护室护理人员培训与考核质量管理、感染防控标识质量管理、护理监督质量管理、联合诊治质量管理以及患者病情监督质量管理,其中重症监护室护理人员

培训与考核质量管理以及护理监督质量管理实施中将培训考核结果、随机抽检结果与护理人员绩效奖金挂钩,从而提升重症监护室护理工作人员工作责任感^[9-11]。感染防控标识质量管理的实施有利于护理人员更好的维护重症监护室环境,联合诊治质量管理以及患者病情监督质量管理中护理人员对患者用药进行审核,在提升临床治疗效果,减少多重耐药菌感染产生的同时加快患者机体康复,减轻患者经济负担^[12-14]。

蔡文倩^[15]临床研究显示研究组应用护理质量管理患者多重耐药菌感染发生 2 例(4.1%)显著低于对照组,其研究结果与本次研究结果一致,实验组重症监护室收治患者多重耐药菌发生率显著低于对照组。此外,本次研究显示实施护理质量管理的实验组患者护理治疗 14 天后 IgA、IgG、CD3+、CD4+/CD8+ 等免疫指标与干预前相比均显著提升,提升幅度显著高于实施常规护理管理的对照组,此外,实验组患者重症监护室治疗时间短、平均住院时间短,治疗期间费用低,该组患者对护理评价满意度高,由此可见,重症监护室护理质量管理与常规护理相比有利于患者机体恢复,缩短患者住院时间、减少患者住院治疗费用,提升患者对重症监护室护理干预满意度评价水平。

综上所述,重症监护室护理质量管理可有效预防多重耐药菌感染的发生,临床有较高的推广价值。

参考文献:

[1]梅盘琴. 集束化护理用于防控重症监护室多重耐药菌医院感染的效果分析[J]. 中外医疗,2021,40(1):178-180.
[2]李爱华,李存莉. 强化感染护理干预对重症监护室患者多重耐药菌感染的影响[J]. 母婴世界,2021,8(10):215.
[3]M.TINELLI, G.TISEO, M. FALCONE, et al. Prevention of the spread of multidrug-resistant organisms in nursing homes[J]. Aging clinical and experimental research,2021,33(3):679-687.
[4]文英花. 针对性护理在重症监护室(ICU)控制多重耐药菌(MDRO)感染中的应用效果评价[J]. 世界最新医学信息文摘,2021,21(2):345-346.
[5]刘欢,黄云丹. 护理安全管理在急诊重症监护室多重耐药菌医院感染控制中的应用效果[J]. 当代护士,2020,27(1):178-181.
[6]王晓佩,刘琳琳,崔雪. 强化感染护理对降低重症监护室患者多重耐药菌感染的影响分析[J]. 中国民康医学,2020,32(7):169-170.
[7]HENDRICKSEN, MEGHAN, HABTEMARIAM, DANIEL, D'AGATA, ERIKA M. C., et al. Factors Associated With Antimicrobial Use in Nursing Home Residents With Advanced Dementia[J]. Journal of the American Medical Directors Association,2021,22(1):178-181.
[8]李静,丁彩霞. 重症监护室多重耐药菌感染临床分析及护理干预体会[J]. 国际感染病学,2020,9(2):292-293.
[9]贾果. 针对性护理在重症监护室控制多重耐药菌感染中的应用[J]. 当代护士(中旬刊),2020,27(10):131-132.
[10]刘颖. 针对性护理在重症监护室控制多重耐药菌感染中的应用价值[J]. 当代临床医刊,2020,33(6):577-578.

手术室细节护理管理有效控制医院感染的效果评价

孟丽

四川省广元市利州区中医医院 628003

摘要：目的：探究手术室细节护理管理有效控制医院感染的效果。方法：将行外科手术治疗患者作为本次研究对象，依据时间先后顺序，采用随机抽样的方法将2020年1月-2021年1月我院收治的440例手术患者作为对照组实施常规护理管理，将2021年2月-2022年2月我院收治的440例手术患者作为观察组实施手术室细节护理管理，比较和分析两组护理管理效果。结果：观察组手术室空气细菌含量低于对照组、护理满意度评分高于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组体位护理、心理护理、环境护理、器械操作评分均高于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组医院感染发生率低于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。结论：手术室细节护理管理的应用能够有效控制医院感染，提高护理质量，值得研究和推广。

关键词：手术室细节护理管理；医院感染；效果

根据院内感染的相关研究显示，手术室作为医院感染的高发场所，也是医院需要积极防控感染的必要场所。在手术过程中，由于患者的脏器容易暴露，加之手术室的器械和整体环境消毒工作不彻底，容易因操作失误或个人因素增加医院感染风险^[1]，在手术过程中，若任何一个环节把关不严，均可增加感染的机会。故此，在控制医院感染过程中，需加强手术室细节护理管理，对于可能出现的感染危险因素进行细节管理和分析，由专业人员制定细节管理制度，及时进行风险评估并制定针对性的控制措施，从而从根本上杜绝感染的发生^[2-3]。本文目的在于探究手术室细节护理管理有效控制医院感染的效果，具体内容见下文。

1. 资料/方法

1.1 基线资料

本次研究对象为行外科手术治疗患者，共880例，依据时间先后顺序，采用随机抽样的方法将2020年1月-2021年1月我院收治的440例手术患者作为对照组，将2021年2月-2022年2月收治的440例手术患者作为观察组。研究起始时间在2021年1月、终止时间在2022年2月。纳入标准：

(1) 具有手术适应症；(2) 患者和家属均同意参加研究，并签署了书面同意书；(3) 临床资料完整，符合研究需求。排除标准：(1) 配合度较差，无法顺利完成研究；(2) 合并精神异常；(3) 处于哺乳期或妊娠期女性。

观察组中320例为男性、120例为女性，平均年龄 38.15 ± 2.78 (18-60)岁；对照组中310例为男性、130例为女性，平均年龄 39.82 ± 2.71 (17-62)岁。两组基线资料中进行比较，($P>0.05$)，年龄性别差异不显著，无统计学意义。

1.2 方法

对照组采用常规管理模式：对护理工作进行监督，并制定针对性的护理计划。

观察组采用手术室细节护理管理模式：

(1) 成立护理小组：①建立小组：选择具有丰富临床经验和高度责任心的护士作为小组的组长，并选择适宜的人员作为细节护理管理的小组成员，完善各项管理制度。②提高人员素质：对于小组成员需要定期开展相关技能和理论知识的培训，从而使其专业护理素质得以提高。③增强责任心：护理人员不仅需要具备良好的专业素质和工作技能，同时还需具备高度责任心，做好消毒灭菌工作，从而树立安全第一、质量第一的观念，将患者的健康放在首位，避免因疏忽造成安全隐患。

(2) 细节管理措施：

①术前护理：在手术开展前，护理人员需要加强巡视，对患者各项情况进行充分了解，比如术前血糖水平等检查结果、精神状态等，及时告知患者肠道准备、备皮等相关注意事项，使患者焦虑情绪得到缓解，减轻心理压力；术前需预防使用抗菌药物时，护士应严格遵医嘱给与合理种类、合理剂量的抗菌药物；同时要重视患者术前的抵抗力，及时配合医生纠正水电解质不平衡、贫血、低蛋白血症等，护理小组成员如有明显的皮肤感染或流感等呼吸道疾病，或者感染多重耐药菌尚未治愈之前不应参加手术；此外，需做好充分的术前用物准备，包括手术所需的特殊器械和物品，并根据使用说明书要求进行消毒和灭菌操作，比如不耐高温的精密仪器要使用低温等离子灭菌等，以促进手术顺利进行。

②术中护理：手术期间，护理人员应做好各项安全细节管理工作，手术开始前要监督参加手术的医护人员严格按照《医务人员手卫生规范》完成外科手消毒；手术开始要保证手术间门关闭完好，尽量保持手术室正压通气，确保环境表面清洁，最大限度的减少参观人数和人员流动；术中器械护士根据手术步骤准确无误的向医生提供手术器械，并积极配合医生完成手术操作，从而保证手术顺利完成；手术全过程巡回护士要密切观察患者生命体征，尤其术中要保持体温正常，防止出现低体温，需要局部降温的特殊手术按专业要求执行^[4]。如手术部位需要冲洗应使用37℃的无菌生理盐水等；手术全过程医务人员要严格遵守无菌操作原则，对于使用过的器械，需要进行灭菌处理，以利于下次使用；手术结束前，由器械护士和巡回护士共同对手术器械、敷料等物品进行清点，避免出现遗漏情况，以保证患者安全。

③术后护理：手术结束，需巡回护士和麻醉医生共同将患者送回病房，并对其生命体征进行密切观察，手术室护士和病房护士做好交接，交代其注意事项，特别是患者手术切口情况，如安置有引流管的要根据体位等进行规范护理，确保引流通畅；手术室护士需对病人定期进行回访，指导患者尽可能早下床活动，早期拔管，了解有无感染迹象，发现切口有异常分泌物，应及时提醒、协助医生做切口分泌物检查，及早发现问题对症处理，从而积极控制医院感染。

(3) 建立严格的监管制度：①保证护理工作的实施：护理小组的成立并非形式，而需要保证护理的有效实施，从而将细节管理小组的作用充分发挥出来。②制定奖惩制度：在细节管理过程中，应根据护理人员表现制定奖惩制度，比如对于积极性较好、责任心强的人员，应给予其适当的奖励，而对于工作态度不认真、消极和无责任意识的人员，需进行严厉的惩罚，从而提高人员的执行力度。

1.3 观察指标

比较两组各项指标，指标①各项管理指标；②护理质量评分；③医院感染发生率。

采用问卷调查的形式评估护理满意度，其中91-100分表示非常满意、71-90

分表示满意、0-70分表示不满意，得分越高，表示患者的满意度越高。

采用自评量表^[5]对护理质量进行评估，包括四个维度，即体位护理、心理护理、环境护理、器械操作，每个项目得分最高100分，得分越高表示护理质量越好。

1.4 统计学方法

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

2 结果

2.1 两组各项管理指标的对比

观察组手术室空气细菌含量(2.25 ± 1.02) cfu/m³低于对照组、护理满意度评分(92.52 $\pm$ 2.74)分高于对照组，经统计处理，差异有统计学意义($P<0.05$)。如表1：

表1：各项管理指标的对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数(n)	手术室空气细菌含量 (cfu/m ³)	护理满意度评分(分)
观察组	440	2.25±1.02	92.52±2.74
对照组	440	3.52±1.85	80.22±1.05
T 值	-	12.610	87.928
P 值	-	0.000	0.000

2.2 两组护理质量评分的对比

观察组体位护理、心理护理、环境护理、器械操作评分均高于对照组各项指标评分 ($P<0.05$)。如表 2:

表 2: 比较两组护理质量评分(分)

组别	例数 (n)	体位护理	心理护理	环境护理	器械操作
观察组	440	92.35±1.85	91.82±1.21	93.21±1.74	94.21±1.12
对照组	440	80.55±1.41	81.22±1.71	82.71±1.02	82.22±1.71
T 值	-	106.411	106.142	109.201	123.037
P 值	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 对比两组医院感染发生率

观察组 1 年内发生 0 例医院感染, 所占比 0%; 对照组 1 年内发生 11 例医院感染, 所占比 2.50%, 观察组医院感染发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3:

表 3: 比较两组医院感染发生率 (n=100, n; %)

组别	例数 (n)	感染例数	感染率
观察组	440	0	0.00
对照组	440	11	2.50
χ^2	-	-	11.139
P	-	-	0.001

3. 讨论

在手术室护理中, 应更加细节化, 不仅能够使患者焦虑心理得以减轻, 并且能够保证有效的护患沟通, 给予患者更好的围术期护理环境, 避免增加手术室感染发生概率。细节护理管理制度作为保证手术室内细节管理实施的最佳方案和应用方案^[6], 能够有效预防医院感染风险增加, 使护理进展更为顺利。

在护理管理中, 让具有丰富临床经验和具有高度责任心的护士担任护理组长, 并选择适宜的工作人员组建护理小组, 小组成员均需具备高度责任心, 并且具有耐心、细心等优点, 能够对手术室内的细节问题及时发现, 并实施针对性的处理。而在此期间, 需要小组成员均对细节管理的相关知识进行定期的学习, 并且能够对手术室内的的工作准则和工作程序进行熟悉, 从而对手术室护理存在的高危因素进行全面了解。此外, 对于容易出现感染的手术需做好预见性处理, 从而降低感染发生率。定期举办专业知识的讲座, 并制定奖惩制度, 避免因个人因素所致的感染和安全事故。在手术过程中, 能够引起感染的因素较多且复杂, 比如手术服、手术环境、手术器械、医疗废物等等, 上述任何一个环节出现问题, 均可引起医院感染的发生^[7-8]。故此, 要求每位护理人员对每种手术所需的手术器械和设备进行充分了解, 并在术前做好充分的术前准备工作, 比如手术室内空气质量是否达到手术标准、对仪器和工具消毒灭菌质量进行检查、清点手术器械的个数、仪器是否能够正常使用等, 通过对手术室内所涉及的细节护理均进行规范的护理管理, 能够使术中感染风险有效降低, 从而保证患者安全, 利于患者病情预后的改善。在本次结果中, 观察组医院感染发生率低于对照组、而护理质量评分则高于对照组, 说明手术室细节护理管理能够有效控制医院感染, 继而提升护理质量水平, 而两组手术室空气细菌含量

和护理满意度评分比较, 观察组的结果更令人满意, 说明手术室细节护理管理和传统的管理模式相比, 具有教育、督促、鼓励作用, 具有较好的约束性, 从而达到降低医院感染的目的。医院感染管理控制是医院管理水平的重要指标, 手术室护理管理在医院感染控制中较为重要, 严格手术室护理管理, 能显著降低医院感染率, 将医疗质量显著提高。通过采用细节护理, 能显著强化手术室护理人员的感染意识, 增强护理人员工作责任心, 充分发挥在医院感染护理管理中的作用, 通过采用有效的管理, 能减轻手术患者感染风险。手术室细节管理主要包含医疗器械用物管理、消毒隔离管理和手术室合理布局、手卫生等等, 其中无菌物品的贮存、医疗废物处理和手术室器械管理是手术室细节管理中的重点, 一旦发生无菌操作不过关、无菌物品混放、手术室清洁消毒不彻底以及医疗废弃物泄露等情况, 均容易导致院内交叉感染, 无法为护理人员和患者提供安全保障。通过加强手术室细节管理, 能有效减轻患者院内感染风险, 减轻患者疼痛感, 缩短患者住院天数, 降低住院成本, 提高患者护理满意度。在实施手术室管理过程中需要对以下几方面进行注意: (1) 充分发挥医院感染控制小组领导作用, 严格把关, 将手术器械污染率和手术室源性感染率控制到最低, 减少医疗纠纷发生率; (2) 邀请不同层级专家对护理人员进行各项培训, 从而提高护理人员对手术室各项管理的认知, 同时由于医护人员的年资和文化水平不同, 还需要医院内分层级开展培训, 从而提高医务人员对手术室管理的认知度和重视程度, 显著提高手术室管理水平; (3) 需要严格遵守无菌技术操作规范和物品消毒原则, 感控护士加强对手术室日常清洁工作管理, 最大限度减少患者在手术室感染机率; (4) 加强手术室细节管理的各项监控工作, 应用抽查方式, 每月需要随机对不同手术间的无菌物品、空气、物体表面等进行采样监测, 同时对手卫生依从性及正确率进行调查, 用鱼骨图分析手卫生依从性低的原因, 并通过宣传、培训、考核等手段来提高手卫生依从性及正确率, 每月由感控护士对监测结果进行分析反馈, 对护理管理中存在的不足及时研究对策, 制定相应的控制措施; (5) 做好重点环节的风险管控: 新冠肺炎疫情期间手术人员严格做好个人防护, 发现问题及时指出并纠正, 防止发生手术人员的职业暴露; 适当增加门把手等高频接触表面的清洁消毒频次以及连台手术的空气消毒管理工作; 对手术间的空调严格按照《医院空气净化管理规范》定期进行清洗消毒并做好记录; 手术结束严格做好终末消毒, 对医疗废物做到规范收集、处置和转运等, 避免发生交叉感染。手术室细节管理能使医院感染率显著降低, 利于患者积极配合治疗, 改善患者预后, 显著提高管理效果。

综上所述, 手术室细节护理管理作为人性化、科学化的全面干预措施, 和常规护理管理相比更令患者满意, 值得进一步推广与探究。

参考文献:

- [1]王剑峰.精细化护理管理模式对医院感染控制的效果分析[J].中国工业医学杂志,2021,34(5):473-474.
- [2]陈亚男,李小民,张卫红,等.基于三级网络网底管理模式的医院感染监控队伍管理体系构建与效果评价[J].中国感染控制杂志,2021,20(6):562-567.
- [3]陈静静,范利,孙凯琳,等.手术室与供应室器械清洗一体化管理对提升医院感染防控质量的影响研究[J].中国医学装备,2021,18(6):156-159.
- [4]翟英,陈晓康,赵明.多部门合作在多重耐药菌医院感染防控中的作用[J].公共卫生与预防医学,2022,33(2):93-96.
- [5]曹华.对手术室护理管理对骨科手术患者医院感染发生率的影响进行探析[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2021,21(6):311-312.
- [6]陈敏,徐安平.手术患者医院感染与手术室护理管理的相关性分析——评《手术室护理质量管理》[J].中国医学装备,2020,17(9):229-230.
- [7]周建芬,沈鸣雁,陈翔,等.新型冠状病毒疫情中基于三维质量管理理论的医院感染高风险病区护理管理实践[J].护理管理杂志,2020,20(4):234-238.
- [8]牛晓琳,沈新玲,帕丽古丽·那吾尔.手术室医疗器械严格质量管理对医院感染的防控作用[J].生物医学工程与临床,2020,24(1):91-94.

浅谈疾控机构党建档案管理工作

孙丽萍

江苏省扬州市疾病预防控制中心 212200

摘要: 疾控体系面临重大变革, 疾控机构党建工作的重要性也进一步凸显, 疾控机构党建工作档案管理也应主动适应转变, 以规范化管理把全面从严治党的各项要求落到实处、充分体现。本文结合工作实际, 从疾控机构党建工作档案管理的重要作用、涵盖内容、存在问题、对策分析四个方面入手, 浅谈新形势下疾控机构党建档案管理工作。

关键词: 疾控机构; 党建工作; 档案管理

尽管近几年我国疾病预防与控制体系已经得到了较大的发展, 然而在面对部分重大疾病的大战大考中, 也暴露出疾控体系的一些短板弱项, 为进一步完善、强大疾病预防控制体系, 加强党的领导、增强党建工作的重要意义愈发凸显出来。而疾控党建档案资料是疾控机构在实施党建工作期间所产生的各种文件、信息, 属于组织实施党建工作留下活动轨迹、查考凭据和珍贵史料, 规范和加强疾控机构党建档案管理工作, 既能促使工作效率获得提升, 同时还可以推动疾控机构的党建工作朝着更加规范、科学、系统的层面进步。但在实际工作中, 存在着档案意识不强、制度建设不全、人员素质不高等问题, 以致不能最大限度的发挥疾控机构党建档案的价值作用。

1 疾控机构党建档案的重要作用

在十九大会议中有提出下述观点: “要采取健康中国战略方针, 要为人民提供可靠、全面的健康服务, 要始终坚守预防为主的原则理念, 切实落实爱国卫生运动, 提倡健康、科学的生活模式, 有效防控重大疾病。”^[1] 该番内容不仅为日后疾控工作的组织开展指出了确切方向, 同时也是对疾控工作设定了新的要求。疾控机构作为负责承担疾病防控职责的重点单位, 应当深入体会新时代背景下人们对于疾控工作给出的新目标、新要求, 必须要以全民健康作为核心, 要为全体百姓提供更加贴心、到位、全面的健康服务, 要尽快抓住发展机遇, 迎难而上, 带领疾病预防控制工作走向新篇章。疾控机构属于基层党组织的医院, 必须要全面展现出战斗堡垒的作用, 展示出自己强大的组织力、战斗力, 广大党员也应充分发挥先锋模范作用, 立足岗位、扎实工作, 扎实推进健康中国战略。而作为关键信息资料的党建档案, 不仅承担着为党建工作实施提供详尽、全面历史信息的作用, 同时也是为强化党建工作提供有力参考依据。判断某一单位党建工作是否落实到位, 工作质量高低与否, 党建档案是其重要的参考依据^[2]。

2 疾控机构党建档案的涵盖内容

由于各级、各类党建考核时间、频次、侧重点不同, 所以考核指标体系会略有差异, 在实际工作中, 可以根据日常工作进行收集、整理, 在不

同考核前, 根据不同的指标体系, 组织编排目录即可。日常党建档案主要包含下述几项内容:

2.1 文件类

2.1.1 党所制定颁布的大政方针: 比如党章、准则、规范、办法、意见、纲要等各种规范性文件。

2.1.2 地方与卫生健康系统党委(或者是党组)颁布的党建制度: 例如江苏党委颁布的《江苏省加强公立医院党的建设实施办法》、江苏省卫健委印发的《省卫生健康委党组贯彻落实“五抓五促”提效能、全力夺取“双胜利”专项行动的工作方案》的通知等。

2.1.3 疾控机构内部党建工作相关规定、制度、年度计划、总结、方案、通知、通报等。

2.2 会议类

党员大会、党(支)委会、党建例会、党小组会, 根据会议的性质、规模, 收集、保管相应的会议资料, 包括通知、签到、议程、方案、报告、会议纪要、宣传、影像资料等。

2.3 组织生活类

“三会一课”材料、定期的主题党日材料以及民主生活会和组织生活会资料, 包括签到、活动纪要、学习材料、影像资料等。

2.4 主题活动类

包含了上级党委主导实施的群众路线教育活动、“三严三实”专题教育、“两学一做”以及“不忘初心、牢记使命”主题教育等, 也包括本级政府、主管部门以及本部门开展的主题教育实践活动, 每个主题教育活动可以采用项目化管理, 每套资料应包括实施准则、活动进程、总结汇报文件、简报资料、宣传文件、影像资料等。

2.5 名册类

主要有: (1) 党组织建设状况; (2) 换届内容; (3) 委员构成、党员、发展对象、入党积极分子等名册; (4) 党费缴纳账本; (5) 组织关系发展情况等。

2.6 党员材料类

包括从入党申请到成为正式党员的所有材料,以及成为正式党员后每年的民主评议资料。

3 疾控机构党建档案管理存在的问题

3.1 档案意识不强

最近几年,伴随全面从严治党政策的陆续实施,疾控机构中对于党建工作也投入更高的关注度,不过在实际操作时,仅仅是为了完成上级部门下达的各项“指标”,而对于党建档案的管理、总结和归纳等工作却是草草了事。更是存在部分党务干部对于党建工作档案的概念范围认识不清,尽管在平日里投入了非常大的经历,但是却不清楚具体哪部分材料需要留档备份,将一些党建活动的原始文件或是随意存放或是任意丢弃,使得党建档案未能做到及时、完整地归档保存,尤其是部分材料日常未进行仔细收集整理,使得部分具有重大意义和价值的档案资料就此永久性流失。

3.2 担当精神不足

部分支部与党员工作未进行严格落实,不够重视对当前支部以及领域中国特色档案的整理采集,在面临临时检查之时才开始着手突击整理基础性工作资料,以此来妄图应付检查,没有认真总结、归纳能够展示本支部、本领域的创新工作台账,导致党建档案没有特色。

3.3 责任落实不严

部分支部与党员盲目的一位党建档案收集整理工作只是党委办公室所单独予以负责的任务,自身仅需将日常工作中形成的原始资料提交到党务办公室即可,而且上级检查以及年终总结归档之时,党委办公室也会提供指导,帮助各个支部处理好党建档案的分类整理,从而在日常收集整理资料过程中态度敷衍、较为轻慢,普遍存在考核前突击完善的状况。

3.4 制度建设不全

党建档案管理的制度建设不全面,使得党建档案无法做到统一性管理和存放,时常以零散随意的状态归置于党委或者是支部小组、党员个人处,党建档案未创建规范合理的管理制度,而伴随新的党建活动陆续组织实施,许多党建资料在此期间不断形成又相继遗失,对于党建档案的管理工作无法形成连续,也未能做到合理、规范化开展。

3.5 人员素质不高

出于档案管理工作的特殊性质,所以需要管理者具备良好的政治素养、敬业态度以及服务能力,而对于党建档案的管理更是需要管理者具备较强的保密意识。但是在疾控机构之中,通常不仅不具有专业化的档案人员,同时更是欠缺档案管理知识,也未掌握全面的党建知识,也就对党建档案的收集、整理以及存档造成了较大的阻碍。

3.6 设施标准不够

党建档案内存在许多十分珍贵、需要永久存放的资料文件,而当前一些疾控机构中对于档案室的建设标准较低,内部设施过于陈旧、已经老化,而且也没有设立专门的党建档案室,现有设施设备不能满足八防标准,使

得档案资料容易快速老化或是受损。而伴随档案资料信息化的潮流到来,由于欠缺充足的电子文件归档以及管理设施,导致党建档案的信息化程度不高。

3.7 档案利用不足

档案的利用是档案管理的关键环节。党建档案是针对疾控机构中组织开展的党建工作进行详细、全面的记录,能够为日后有关工作的进行提供重要参考与指导意义。不过,许多党建档案尚且局限于纸质形式,实施电子档案建设工作的意识不强,信息化程度不高、检索困难,对于党建档案的利用水平较低。

4 加强疾控机构党建档案管理的对策分析

4.1 增强档案管理意识

应当采取宣传、教育等方式,加强疾控党建档案管理人员对个人工作职责和义务的了解,让其可以形成自律、客观、完善的职业精神和强烈的职业道德感。再者,应当强化对《档案法》这一文件的宣传推广力度,基于组织召开会议、印刷手册、录制视频资料等方式,提升档案管理人员的法律意识,并且也可整理有关档案管理工作的优秀事迹,带领疾控机构的全体档案管理人员进行系统化学习,以此构成一种由领导再到基层工作者统一认可的疾控档案管理工作价值观。同时,疾控机构党组织的有关责任人,也要把党建档案管理工作作为年度党建工作的要点之一,同步进行规划与实施,对存在晋升专业技术职称想法的党务工作人员设立专门的档案管理职位,从职称晋升上激励党务工作者的档案意识。

4.2 做好特色党建档案收集整理

在年初制定党建年度工作计划时就应该找准自己党建工作的特色、亮点,如针对党员自身的“先锋业绩积分管理”,针对服务水平的改变工作作风、改善工作环境、提升服务质量的“双改一提升活动”,针对思想建设的“杏林讲坛”、“道德讲堂”等,每一项特色、亮点都需要深入谋划、扎实落实、认真总结得来的。

4.3 加强档案制度建设

为在疾控机构内更好地推进党建档案管理,必须要从思想上重视制度建设,将党建档案管理作为基础性、常态化的工作,立足于疾控机构的自身情况,细化党建档案管理的各项规定。比如,针对党员档案,在“党员全程实簿”中,有关于“两推”、入党积极分子、发展对象这三个重要环节的时间间隔,对于这一方面的档案记录,必须要确保信息的正确性,且关于这些环节的有关会议通知、会议记录、会议主持词等,都需要保障配套性,关于这些细节性的材料,在党建档案管理中经常会出现问题,主要表现为档案资料缺失、信息不准,为符合党建档案管理的最新规定,对于这些细节材料,在归档之前必须要全面收集好,通过细化管理规定,使得相关的档案人员能够在实际的工作中有所制度指导。在疾控机构内也需制定符合自身情况的党建档案管理工作机制,在该工作机制中,明确规定有关部门、

岗位人员需要履行的职责,指导实际的工作,使各个岗位人员,可配合档案管理人员完成各自的工作,加强档案行政管理部门与其他部门之间的沟通与协调,利用专业力量来实现对党建档案管理的业务指导与监督,尽可能保障管理结果与有关的管理规定完全相符。

4.4 设立科学合理的归档科目分类

对档案科目进行合理分类,能够使其更加清楚、直观,更有利于对其进行检索调取使用,既能够让档案资料的查询搜索更加便利迅速,同时还有助于对党建工作实行检查考核。在疾控机构中,党建档案的构成不太复杂,仅需日常多加注意及时收集、整理,在大科目下详细、合理地划分出小科目,便能够如上文所提到的实现对党建档案内容的有效分类。此外,还要求注意的一点是,工青妇档案也属于党建档案的其中一环,例如,职代会、团代会、妇代会和工青妇创办的“工人先锋号”“青年文明号”“巾帼文明岗”等活动,各种寓教于乐的文体活动,扶贫帮扶与关工委等一系列台账资料,在归档期间不得将其遗漏。有关部门若是可以把这些常规性、基础性工作处理好,方为实现对党建档案的规范化、系统化、全面化的管理,而且也能有助于档案资料在今后工作中充分发挥出应有的价值。现阶段,随着信息时代的到来,在疾控机构的党建档案管理方面,为实现对档案资料的科学分类,需将信息化技术利用起来,及时录入并管理好电子文件。在疾控机构党建档案管理中,传统的工作模式下,很多档案都以纸质资料的形式而存在,由于纸质档案的保存年限短,很容易出现损坏等问题,给党建档案管理带来了巨大的挑战,为应对这一问题,在现阶段的条件下应积极开展信息化管理,在疾控机构内建立电子文件,将各种纸质文件都以电子化的方式存储下来,但为实现电子化存储,在机构内需配备一些专门的设施,将各种的党建资料扫描并录入系统中,开展全方位的信息化管理。在电子文件的管理方面,应该将此项管理工作交由专门的人员来负责,确保管理的规范性与有效性。

4.5 强化党建工作档案管理自查、督查

强化疾控机构党建工作档案管理的自查、督查,内容涵盖“收、管、存、用”的各项环节,提高档案管理工作的针对性、规范性,确保档案管理工作得以合理开展。可在每个季度中以党组织为领导者或者是每隔半年就由班子成员带头组织进行自查、督查工作,以此全方位掌控党建档案管理工作是否得到切实落实。

4.6 加强党建工作档案管理硬件设施建设

维护、更新党建工作档案管理硬件设施、设备是开展党建档案管理工作的基础。一方面,要建设符合八防要求的档案室,加强档案室环境的建设,尽可能保护好纸质档案、实物档案。另一方面,要注重电子档案的存储更新,我们建立纸质档案的同时还要建立相对应的电子党建工作档案,除记录文字外,还要留下图片、录音、录像等影像资料,不仅能更好地展

示工作、丰富档案,还能保障档案信息的准确性、记录的时效性、检索的便捷性和资源的共享性,着力实现档案工作的数字化建设。

4.7 提高档案利用水平

档案工作的主要职能是查证、凭证服务,对于传承文明、繁荣文化、存史资政具有不可替代的作用。这在利用党建档案编撰《防病年鉴》的过程中已经有所体现。党建档案特别是党员档案价值巨大,干部的选拔任用,工作人员的评先评优,都能起到积极的佐证作用。

4.8 建立完善的党建档案信息管理系统

要想做好党建工作,推动疾控机构党建工作与现代化管理接轨,就应当对其实行信息化建设,而这也是强化党的建设、提升党员管理能力、提升党员队伍管理效果、确保党员团队先进性与纯洁性的要求下,对于档案管理工作提出的一项新要求,是档案管理工作今后实施发展的新方向。疾控机构应当多加重视党建档案信息管理系统的建设工作,也可凭借单位自身的档案信息管理系统,创建独立的党建档案模块,而且下此模块下设置详细的分类项目,比如“三会一课”、组织生活会、主题党日、民主评选、党费缴纳、党员发展规划、党风廉政建设等,对于相关党务工作,要做到及时将其录入到信息系统中,做到统一整理成电子型档案予以保存归档,并对现有的纸质党建档案文件尽快完成电子化转移,而在日常党建档案管理中,需要尽快实现全面电子化处理。并且,还应当严格遵守网络使用规范条例,保证党建档案信息管理工作安全开展,以免信息管理系统存在安全风险,而造成部分档案信息的丢失或是泄漏。

4.9 提高工作人员的业务素质

疾控机构的党建档案管理过程中,管理水平也深受工作人员专业素质的影响。在一些疾控机构的党建档案管理中,管理水平偏低,正是因为工作人员的素质偏低所导致,一些工作人员是从其他岗位转过来的,并非专业的档案管理人员。为解决这一问题,就需要疾控机构在日常的工作中,要注意对档案管理人员的培训和引进,逐步组建专业的档案管理团队,确保该团队内每个人员都有极高的专业素质、丰富的管理经验,能够解决党建档案管理中遇到的各种问题。首先,在人才培养方面,疾控机构可将内部培训和外部培训结合起来,定期或者不定期地安排档案管理人员参与各种的培训、交流,在培训与交流中掌握最新的党建档案管理理念、方法与技术;在人才引进方面,要在人才引进时加强考核,只有考核通过才可顺利进入到疾控机构从事党建档案管理的相关工作。

参考文献:

- [1] 中国共产党第十九次全国代表大会工作报告 [EB/OL].[2017-10-18].<http://www.12371.cn/special/19da/bg/>
- [2] 余太秀.新形势下医院党建工作档案管理研究[J]. 办公室业务, 2019.

西药房管理对减少药患纠纷的影响探究

张学爱

临沂市蒙阴县妇幼保健院药房 山东临沂 276200

摘要：目的：探究加强西药房管理对减少药患纠纷事件发生的影响效果。方法：随机筛选2019年10月至2020年10月期间在我院西药房取药患者15例作为本文中对照组，此期间给予常规药房管理；随机筛选2020年11月至2021年11月期间我院西药房取药患者15例作为观察组，对此期间开展强化药房管理措施，详细对比两组最终获得的管理效果。结果：干预后两组结果比较发现，观察组西药房管理质量得到显著提高，药品发放等候时间明显缩短，最终药品调剂差错事件、药患纠纷事件和管理投诉事件发生率均明显降低，药房管理质量得到了患者的高度认可及满意，组间数据差值存在统计学意义($P<0.05$)；管理前，观察组西药调配质量水平评分和对照组差异不大($P>0.05$)，组间数据对比无统计学差异；管理后，观察组西药调配质量水平评分远高于对照组，组间数据对比差异显著，数据对比具备统计学差异($P<0.05$)。结论：对临床西药房及时开展强化管理措施，能够进一步提升药房管理质量，减少药品调剂差错事件和药患纠纷事件发生，进而能够提高临床患者用药治疗安全性，患者满意程度较高，具备推广和使用价值。

关键词：西药房管理；药患纠纷；效果探究

西药调理及治疗在患者疾病治疗及康复中，起着至关重要的作用。在每个医院，西药房是临床医疗服务中的重要组成部分，该科室负责临床患者治疗期间的用药发放及药物管理工作，由于涉及的患者群体范围较广，且药物种类繁多，因此对临床医护人员的工作要求较高，若药品发放不当，会导致患者用药安全性降低，影响疾病控制效果，甚至会危及患者的生命安全，最终会增加药患纠纷发生概率^[1]。所以如何更好的提高临床西药房的管理质量，降低药患纠纷事件发生率已成为目前相关学者重点探讨的话题。强化管理主要是通过系统化、规范化的处理，保证各个操作流程的精确性，确保工作能够顺利完成，降低不良事件发生率。为此，此次研究笔者详细分析了强化管理措施在西药房管理中的应用效果，具体详情已在文中叙述。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本文对照组患者为随机筛选2019年10月至2020年10月期间在我院西药房取药患者15例；观察组患者为随机筛选2020年11月至2021年11月期间我院西药房取药患者15例。观察组患者男女人数分别为9例/6例，年龄均值为(40.01±2.56)岁；对照组中有8例男、7例女，平均年龄值为(40.51±2.61)岁，入选标准：①患者临床资料均完整；②年龄均在35周岁以上；③均签署知情确认书，且自愿参与本次研究；④患者的自我意识均清晰，精神状态完好；剔除标准：①患有精神类疾病及意识障碍性疾病的患者；②对本次研究依从性不高的患者；③同时参与其余研究的患者；④对药物有过敏史的患者；⑤妊娠期、哺乳期女性。本次研究经我院伦理委员会审核并批准。两组基础资料对比后显示($P>0.05$)临床可比性存在。

1.2 方法

给予对照组西药房常规管理；观察组则采用强化药房管理措施，(1)风险因素分析：首先要全面分析掌握临床西药房管理中存在的各类风险因素，制定出合理的整改管理方案；并定期组织药房工作人员进行岗位学习，通过培训学习提升工作人员的专业知识掌握度和岗位责任意识。(2)强化药房岗位管理制度：在管理中要根据药房工作需求和工作人员的自身能力进行人性化岗位划分，确保工作人员能够在岗位上充分发挥自身能力，同时要加强对各岗位的衔接管理，实现弹性排班制，尽量降低交接班频率，确保护理工作无漏洞以及衔接有序。同时要为工作人员制定出短期的工作目标，鼓励护士要克服自身缺点及充分发挥自身能力，解决工作中的问题，使工作人员能够保持良好心态积极面对工作。(3)强化药品分类管理：要定期进行药品分类管理检查，要确保不同药物进行分类摆放管理，要将包装相似的不同药品进行标识区别，并根据药品生产批号进行合理摆放，最

大限度减少药品调剂差错事件发生错。(4)强化药品发放管理制度：在每日药品发放过程中要及时核处方信息，并要反复核对药品和信息是否符合，通要确保各项信息准确无误方可将药品发放给患者。同时要加强药房工作人员的服务态度和沟通能力，确保能够给予患者优质的服务态度，与患者建立良好的护患关系，减少护患纠纷事件发生。向患者着重强调遵医嘱用药的必要性，嘱咐患者需按量按时用药，不可擅自更改药物的使用剂量及次数等，如果患者年龄较大，记忆力不佳，医护人员需嘱咐患者家属，监督患者用药情况。(5)强化检查力度：由医院管理人员及西药房科室管理人员配合定期对药房工作质量进行检查，将管理工作中存在的问题进行及时纠正，建立完善的奖罚制度、检查制度以及整改制度。定期组织工作人员进行工作总结，将工作中存在的问题进行讨论分析，制定出合理的整改方案，进一步提升药房管理质量。(6)设立合理用药宣传教育专栏，在慢性病合理用药专栏门诊等候大厅设置易拉宝宣传栏，同时设置电子合理用药宣传的LED屏幕。门诊药房需设置常规化药物咨询窗口，为患者提供合理用药建议与比较全面的药物信息，引导患者科学、合理用药，防止药物相互作用，提升患者治疗依从性，进而提升临床疗效。

1.3 观察标准

(1)通过发放调查问卷表进行评定两组药房管理质量以及患者对药品发放满意度，单项指标最高分值为10分，获得分值越高表示指标越好。

(2)详细记录对比两组药品发放等候时间、药品调剂差错事件、药患纠纷事件和管理投诉事件发生率。(3)观察两组患者对西药调配质量水平评分情况，满分为100分，得分越高，说明西药调配质量越高。

1.4 统计学方法

此次使用SPSS20.0统计学软件检测数据，计量数据资料运用($\bar{x} \pm s$)、t描述与检验，运用n(%)描述/ χ^2 检验计数资料，两组指标数据对比差值 $P<0.05$ 时则表示有统计学意义。

2 结果

2.1 比较观察组和对照组药房管理质量、药品发放等候时间及患者满意度评分

观察组药房管理质量评分、药品发放等候时间、患者满意度评分分别为(9.31±0.72)分、(10.52±1.01)分、(9.43±0.67)分，对照组药房管理质量评分、药品发放等候时间、患者满意度评分分别为(8.53±0.56)分、(15.25±1.36)分、(8.51±0.42)分，组间数据对比具备统计学差异($P<0.05$)，具体详细情况见表1。

表1 两组指标对比情况($n=15$, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	药房管理质量/分	药品发放等候时间/min	患者满意度/分
----	----	----------	--------------	---------

观察组	15	9.31±0.72	10.52±1.01	9.43±0.67
对照组	15	8.53±0.56	15.25±1.36	8.51±0.42
T	--	3.311	10.814	4.505
P	--	0.002	0.000	0.000

2.2 比较对照组和观察组药品调节差错事件发生率、药患纠纷事件发生率及投诉事件发生率

观察组中，药品调剂差错事件出现 1 例，发生率为 6.67%（1/15），对照组中，药品调剂差错事件发生 7 例，发生率为 46.67%（7/15），不难看出，观察组药品调剂差错事件发生率较低，对照组较高，组间数据对比具备统计学差异（ $P<0.05$ ）；观察组药患纠纷事件出现 1 例，发生率为 6.67%（1/15），对照药患纠纷事件发生 6 例，发生率为 40.00%（6/15），不难看出，观察组药患纠纷事件发生率较低，对照组较高，组间数据对比具备统计学差异（ $P<0.05$ ）；观察组投诉事件出现 2 例，发生率为 13.33%（2/15），对照组投诉事件出现 8 例，发生率为 53.33%（8/15），不难看出，观察组投诉事件发生率较低，对照组较高，组间数据对比具备统计学差异（ $P<0.05$ ）；具体详情见表 2。

表 2 组间管理指标比较详情(n、%)

组别	例数	药品调剂差错事件发生率(%)	药患纠纷事件发生率(%)	投诉事件发生率(%)
观察组	15	1 (6.67)	1 (6.67)	2 (13.33)
对照组	15	7 (46.67)	6 (40.00)	8 (53.33)
χ^2	--	6.136	4.658	5.400
P	--	0.0013	0.030	0.020

2.3 比较两组管理前、管理后西药调配质量水平

管理前，观察组西药调配质量水平评分为（64.51 ± 1.22）分，对照组西药调配质量水平评分为（64.52 ± 1.23）分，两组西药调配质量水平对比发现，差异不大（ $P>0.05$ ），组间数据对比无统计学差异；管理后，观察组西药调配质量水平评分为（95.78 ± 2.31）分，对照组西药调配质量水平评分为（80.26 ± 5.23）分，组间数据对比差异显著，数据对比具备统计学差异（ $P<0.05$ ），具体详情见表 3。

表 3 对照组和观察组管理前、管理后西药调配质量水平比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	西药调配质量水平	
		管理前	管理后
观察组	15	64.51 ± 1.22	95.78 ± 2.31
对照组	15	64.52 ± 1.23	80.26 ± 5.23
T	--	0.022	10.513
P	--	0.982	0.000

3 讨论

西药治疗是临床患者疾病治疗中的重要缓解，近年随着医学水平的不断发展进步，临床使用的西药种类持续上升，因此也增加了临床西药房工作难度和管理质量，若药品调剂发放不当，会严重影响患者的疾病救治效率和用药安全性，最终会导致药患纠纷事件发生率上升^[2]。相关研究显示，药房管理工作中，常常会出现药物配置错误、药物核对缺失及药物发放错误等事件，给患者用药安全与用药效果带来困扰。所以应及时加强对临床西药房的管理质量，进一步提升药房工作人员的工作能力、岗位责任意识

和服务态度，最大限度减少药品调剂不良事件发生^[3-5]。为此，本篇文章中对临床西药房管理中开展的强化管理措施，最终获得了较好的管理效果。该管理模式主要是加强岗位培训提升临床护理服务质量；同时开展风险因素分析，制定出针对性的管理方案，确保了管理方案的有效性；并通过开展人性化的岗位管理和完善管理制度，使工作人员充分发挥自身能力，减轻护士的工作压力，最终提高工作效率，减少工作差错事件发生；并通过加强药品分类管理和药品发放管理力度，能够提高药品调剂安全性；通过定期检查审核了解掌握管理中存在的弊端以及工作中存在的问题，组织工作人员进行全面总结分析，进一步完善护理管理措施，使西药房管理质量得到良好提高^[6-8]。本次研究结果也发现，观察组药房管理质量评分、药品发放等候时间、患者满意度评分均明显优于对照组，观察组药品调节差错事件发生率、药患纠纷事件发生率及投诉事件发生率均较低，对照组均较高，且观察组西药调配质量水平评分较高，由此说明，强化药房管理措施的可行性及必要性。增强西药房管理需从以下几个方面进行，其一，增强药品调配服务的规范化，基层医院西药房处在比较紧要的地位，西药房服务于全体患者，增强服务的规范化，方可确保服务的质量。所以需和现代化管理理念及技术结合，及时进行更新^[9]。管理中，还需重视和患者的交流，真正做到关心患者、理解患者，把现代的服务理念落到实处。其二，增强药品管理制度，药品管理需有完善的管理制度，是确保药品安全的一个基础，制定相关的管理制度，需从患者角度出发，确保药品使用的安全性。其三，增强工作人员的思想建设，思想道德是工作人员工作质量优劣的基本保障，药师需具备较佳的思想道德，方可使工作能够顺利完成，在确保工作顺利进行的同时，还可降低药患纠纷发生率。其四，优化西药房管理的环境，良好的环境，是药品安全的一个主要保障，西药房需具备较佳的环境，工作起来方可得心应手，进而降低差错事件发生率。

综上所述，通过强化管理措施能够有效提高临床西药房管理质量，减少药品调剂差错和药患纠纷事件发生，提高临床患者用药安全性。

参考文献：

[1]Yu Xingkang, Feng Jieying, Tan Xiaona. Study on the intervention effect of strengthening the management of Western pharmacy on reducing the risk of drug-patient disputes. Journal of Clinical Rational drug use,2020,13(28):130-131.

[2]辛海玲,杨会敏.加强西药房管理对减少药患纠纷的影响分析[J].中国卫生产业,2020,17(3):86-87+90.

[3]蒙倩倩.加强西药房管理力度对减少药患纠纷发生风险的干预作用分析[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(33):227-228.

[4]李向荣.探讨加强西药房管理对减少药患纠纷的影响[J].中国卫生标准管理,2019,10(7):73-75.

[5]龙林子,曹小燕,向华,高清源.门诊药房药患纠纷原因分析与预防对策[J].卫生职业教育,2020,38(24):147-149.

[6]Yu Xingkang, Feng Jieying, Tan Xiaona. Study on the intervention effect of strengthening the management of Western pharmacy on reducing the risk of drug-patient disputes. Journal of Clinical Rational drug use, 2020,13(28):130-131.

[7]金利思,翁金月,王景晨.中药房药患纠纷原因分析与管理对策[J].中医药管理杂志,2020,28(01):101-103.

[8]吴玉秀.门诊药房药事管理精益化对优化药房工作流程及降低药患纠纷率的影响[J].中国处方药,2019,17(08):50-51.

[9]梁耀文,林小华,梁文生.门诊药房窗口药患纠纷原因分析及预防处理研究[J].中国处方药,2019,17(04):41-42.

Orem 自理理论在脑出血患者术后恢复期的应用研究进展

黄凤玲

百色市人民医院 广西百色 533000

摘要: Orem 自理理论为近年来广泛应用于多种疾病临床护理中的新型护理模式,该模式强调充分调动患者自我护理的积极性,在接受专业人员护理的同时,辅受过系统训练的自我护理,以达到提高护理质量,促进患者术后康复的目的。本文总结 Orem 自理理论的主要观点,对脑出血术后神经功能、生活质量等的影响,为临床选择合理的护理方案提供参考。

关键词: Orem 自理理论;脑出血;手术;恢复期;神经功能;生活质量

近年来,随着我国社会经济的飞速发展,人民生活水平的显著提高,高血压脑出血的发病率逐年上升^[1]。该疾病具有发病率、死亡率、致残率高等特点^[2,3],不仅严重威胁患者的生命安全,也给患者的生活质量带来严重影响^[4]。临床多采用微创脑出血碎吸手术治疗,围手术期加强护理,可有效改善患者的神经功能缺损^[5]。但不同护理方式对脑出血术后恢复期中的应用效果有所区别。Orem 自理理论最早由美国著名护理理论学家 Dorathea E Orem 提出,该理论强调患者在接受专业护理人员护理的同时,必须掌握自我护理方法,提高自理能力^[6]。本研究总结分析 Orem 自理理论在脑出血患者术后恢复期中的应用进展,为临床脑出血术后恢复提供参考。

1. Orem 自理理论的产生及发展背景 20 世纪 50 年代以来,西方国家的护理学专家对护理学专业体系进行了一系列的探索与尝试,提出了多个不同的护理理论。其中美国护理学家 Dorothea E Orem 于 1954 年提出自护概念,对自我护理进行了详细论述,形成了完整的理论体系。在其著作《护理:实践的概念》一书中,阐明了家庭、社区、群体中自我护理的重要性,并从个体、家庭、社区、社会群体等方面阐明了自我护理模式在临床护理、护理管理、护理教育、科研灯光领域的应用。随着近年来生物-心理-社会医学模式的转变,传统的以疾病为中心的护理理论已然落伍,现代护理学更注重人的生理、心理、社会的整体性,更注重人们在保持、维护自身健康状况中的作用^[7]。Orem 自理理论对护理的阐述即为引导病人及家属参与护理活动,成为维护及恢复健康的主体。随着慢性病发病率的升高,人口老龄化的日益严重,使自我护理这一理念不仅在护理学科受到重视,也与减少医疗开支等政策相符。国外的卫生政策改革中明确将自理作为核心概念提出^[8],支持者希望通过增加自理行为,降低对昂贵医疗服务的需求。我国 Orem 自我护理理论虽起步相对较晚,但也处于高速发展过程中,相信在不久的将来,自我护理将成为一个发展趋势。

2. Orem 自理理论的主要观点 Orem 自理理论围绕制定的护理目标,最大限度维持、促进患者的自理。该理论主要包括:自理学说、自理缺陷学说、护理系统学说 3 个部分^[9]。①自理学说主要包括:自理能力、治疗性自理需求、自理总需求 3 个方面。该学说强调人是生理、心理、社会及不同自理能力的整体,自我护理为人类个体为保证其生存、维持及促进健康、安宁而创造及采取的行为^[10]。通常情况下,人们有足够的的能力实施自理,以满足治疗自理需求及自理总需求。②自理缺陷学说。该学说为自理模式的核心内容,明确护理人员的工作范围。护理人员及患者应该承担的角色、功能,及各种护患关系存在的依据等。自理缺陷学说强调自我保健意识的提高,日常生活自我照顾,症状的自我观察、处理,自我护理技术的应用及心理的自我调适^[11]。③护理系统学说。护理系统学说强调护

士的主要职责在于作为患者有效自我照顾的推动、支持者,使患者从病痛中恢复,维持及重建健康幸福生活。该学说强调在疾病的不同阶段进行不同的教育、支持,通过教育使患者了解、掌握疾病知识,掌握简单护理操作,为自我防御、自我控制、自我康复提供必不可少的手段^[12]。

3 Orem 自理理论对脑出血术后恢复的影响

3.1 对神经功能的影响 脑出血中的血肿可对神经造成压迫,使患者出现神经功能受损,遗留失语、瘫痪等问题。且神经功能的恢复随着出血时间的延长而逐渐放缓,故早期给予针对性的处理措施对改善患者的神经功能具有积极的意义^[13]。Orem 自理理论强调人的自理能力,自我缺陷时的学习需求。由于脑出血患者对疾病相关知识、医学护理知识掌握不多,故 Orem 自理理论更加强调护理人员有责任对患者及家属进行自我护理教育,以提高患者的自我护理能力。张云等^[14]的研究中,探讨脑出血术后采用 Orem 自理理论的应用效果。将 250 例接受手术治疗的脑出血患者随机分为对照组与护理组,对照组进行常规护理,护理组接受 Orem 自理理论护理。结果显示,护理组上、下肢 FMA 评分高于对照组,护理组的 MBI 评分明显高于对照组。说明对脑出血术后患者,采用 Orem 自理理论护理,利于患者日常生活能力、运动功能的恢复。

Younas 等^[15]的研究中,选择脑出血血肿碎吸术患者为研究对象,探讨联合应用 Orem 自理理论对患者康复的影响。评估患者及家属的自理能力,制定并提供相应的护理补偿系统,在脑出血恢复的各阶段,采用不同的护理补偿系统,对患者及家属进行相关健康教育及指导,是患者及家属共同参与护理活动。结果表明,护理 2 个月后,观察组卒中量表评分、美国国立卫生研究院卒中量表评分明显低于对照组。简易精神状态评价量表评分明显高于对照组。且观察组在身体功能、角色功能、情绪功能、社会功能、认知功能、总体健康等生活评分均明显高于对照组。说明 Orem 自我护理可有效改善患者的神经功能缺损,提高生活质量。

Orem 自理理论对神经功能的影响可能与血清神经元烯醇化酶的的水平下降有关^[16]。脑组织受损后,细胞膜被破坏,神经内分泌细胞胞浆内的NSE(神经元特异性烯醇化酶)停止与包膜结合,转而向脑脊液释放,使脑脊液中的NSE增加。故可通过检测NSE水平来判断脑部受损的严重程度。同时,脑部受损后,血脑屏障同时受损,血液内NSE含量也显著升高,而血清NSE含量检测更为方便。

3.2 对生活质量的影響 部分脑出血患者术后存在偏瘫等并发症,对这部分患者给予 Orem 自理理论护理,强调护士重点突出地完成基础护理,减少护理并发症。再指导患者掌握自我护理的技巧,最大限度提高患者的自理能力^[17]。增强患者全面康复的信心,从而提高患者的生活质量,缩短住院时间,减轻家庭、社会负担。

Orem 对脑出血患者生活质量的影响可能与下述因素有关: Orem 自理模式强调护士的工作为增进患者的自我护理能力, 职责为帮助而非代替, 强调患者的自我护理观念。从患者入院至出院, 全程参与到健康决策及护理中来, 同时以多种渠道的信息支持, 增强患者的自我照护技能。该模式充分调动患者的主观能动性, 鼓励及支持患者积极配合治疗, 以积极的态度对待疾病, 消除依赖心理, 提高患者的自我照护能力。使患者在得到护士补偿及满足治疗性自我照顾需要的同时, 得到护士的支持、保护, 同时患者也从护士的知识、行为中完善自我照顾机制, 使患者从被动接受转变为主动参与治疗及自我护理, 利于患者保持情绪稳定及心理平衡。帮助患者重新适应在家庭、社会中的角色, 最终使患者的生活质量得到提升。

3.3 对自我护理能力的影响 由于脑出血多见于中老年人, 接受手术治疗后恢复时间较长, 出现并发症的风险较高。且这部分人群普遍受教育程度不高, 家庭、社会支持不够, 自我护理能力较差。Orem 自理理论可教会患者自我护理方法, 提高患者的自护能力, 促进患者早日回归家庭及社会。Orem 自理理论认为, 自我照顾的需要为护理的重点, 自理活动是有目的、有意义的行为, 其是否有效直接影响个体的健康。有利于在高血压脑出血微创清除术护理中, 可提高患者的自我护理技能, 改善日常生活自理能力。

Orem 自理理论对自我护理能力的影响可能与下述原因有关: 自我护理能与脑出血术后康复存在密切关系。Orem 自理理论可充分发挥患者的主观能动性, 使患者积极配合肢体功能康复训练及日常生活活动能力训练, 从而利于患者自我护理能力的提高。在护理过程中, 护理人员在正确认识自身职责的同时, 按 Orem 自理理论的要求, 制定护理方案, 将自护知识、技能传播给患者及家属, 从而提升患者的自我护理、自我管理的主动性及能力, 满足自我护理的需求, 利于医疗护理内容的延续, 从而提高护理质量。

3.4 对负面情绪的影响 有报道表明^[18], 33.3%的脑出血患者可出现抑郁、焦虑等负面情绪。负面情绪不仅可影响患者神经功能的恢复, 同时也会严重影响患者的生活质量。Lessmann 等^[19]人观察 Orem 自理理论指导下的护理干预对脑卒中患者负面情绪及自理能力的影响, 以 166 例脑卒中患者为研究对象, 随机分为对照组与观察组, 对照组给予常规护理, 观察组在常规护理的基础上进行 Orem 自理理论指导下的护理干预, 比较两组的改良 Barthel 指数、临床情绪积分、汉密尔顿抑郁量表。结果表明, 观察组 HAMD 评分低于对照组, 观察组中临床情绪积分中情绪低落、焦虑易怒、兴趣减退、睡眠障碍积分均低于对照组, 说明 Orem 自理理论指导下进行的护理干预, 可有效改善脑卒中患者抑郁情绪, 提高患者的自理能力。

4 总结

Orem 自理理论将护士从繁重的护理操作中解放出来, 护士主要负责健康、保健的宣传工作, 将更多的康复工作留给患者, 充分发挥患者的主管能动性, 不仅提高了护理质量, 也利于和谐的护患关系的建立。同时也可促进患者神经功能、生活质量及自我护理能力的提高。通过对患者的支持、帮助, 指导及健康教育, 训练患者恢复正常的自理能力, 进一步升华了护士的责任心, 促进护理人员对专科护理工作的思考及探索, 提高了护士的专科护理水平。

参考文献:

[1]张咏珍,何少武,王会芳,等.Orem 自理理论对脑出血患者术后生活质量和康复效果的影响[J].中华保健医学杂志,2020,22(06):634-635+642.

[2]谢娜.Orem 自理理论指导下的护理干预对脑卒中患者负面情绪及自理能力的影响[J].保健医学研究与实践,2020,17(06):63-66.

[3]吕宁. Orem 自理理论在肾上腺源性高血压患者围手术期血压管理中的应用[D].郑州大学,2020.

[4]杜晓霞,蒋新玲,马志芳,邱晓君.Orem 自理理论联合早期综合康复对脑出血患者生活自理能力评分的影响[J].宁夏医学杂志,2019,41(08):753-755.

[5]王亚琴.Orem 自理理论在脑出血患者术后护理中的效果措施评价[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(28):118.

[6]岑东燕,蔡春雨.Orem 自理理论在脑出血患者术后护理中的效果分析[J].内蒙古医学杂志,2019,51(03):357-358.

[7]Punamaki PL, Aschan H. Self-care and mastery among primary health care patients[J].Social Science and Medicine, 1994, 39(5): 733-741.

[8]McCormack D. An examination of the self-care concept uncover a new direction of health care reform[J]. Can J Nur Leadersh, 2003, 16(4): 48.

[9]范丽萍,管秀梅,张鑫.Orem 自理理论在神经内科的应用效果[J].当代护士(下旬刊),2019,26(02):42-44.

[10]万霞,万涛.Orem 自理理论在脑出血患者护理中的应用[J].中国继续医学教育,2019,11(02):179-181.

[11]邱敏玲,陈婷婷,许安有.康复训练联合自理理论对脑卒中患者恢复效果观察[J].中国卫生标准管理,2018,9(23):180-182.

[12] Mohammadpour A, Rahmati Sharghi N, Khosravan S, Alami A, Akhond M. The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial. J Clin Nurs. 2015, 24(11-12):1686-92.

[13]吴春兰.基于 Orem 自理理论的康复护理指导脑梗死偏瘫患者应用研究[J].实用临床医药杂志,2017,21(02):4-6+16.

[14] 张云. Orem 自理理论对高血压脑出血患者术后神经功能和生活质量的影响[J]. 中国临床护理, 2016, 1(1):19-22.

[15] Younas A. A Foundational Analysis of Dorothea Orem's Self-Care Theory and Evaluation of Its Significance for Nursing Practice and Research. Creat Nurs. 2017 Feb 1;23(1):13-23.

[16]曹桂平,王媛.Orem 自理理论在脑出血患者术后护理中的效果观察[J].中国卫生标准管理,2016,7(17):235-236.

[17]冯晓敏,戴春美.Orem 自理理论在脑出血患者护理中的应用效果[J].健康研究,2016,36(02):233-234.

[18]Si Y, Yuan H, Ji P, Chen X. The combinative effects of orem self-care theory and PDCA nursing on cognitive function, neurological function and daily living ability in acute stroke. Am J Transl Res. 2021, 13(9):10493-10500.

[19]Lessmann JC, De Conto F, Ramos G, et al. Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram acidente vascular encefálico [Nursing activities in self-care and rehabilitation of patients who suffered stroke[J]. Rev Bras Enferm. 2011, 64(1):198-202.

关节置换治疗老年股骨颈骨折患者的护理研究进展

李亚

菏泽市中医医院 山东菏泽 274000

摘要: 股骨颈骨折在老年人中有较高的发病率,在发病之后患者会出现较多的不适感,从而降低了患者的生活质量。在疾病治疗中一般使用关节置换治疗方法,但是由于该种治疗方法本身属于一种有创治疗方法,为了确保患者能够尽快恢复健康,缓解关节疼痛感,给予患者有效的护理措施尤为重要。股骨颈骨折患者关节置换治疗期间存在较多的护理问题,本文从心理护理、健康宣教、营养支持、术后肢体护理、术后并发症护理、病情观察、饮食护理、功能锻炼、康复护理、出院指导等角度就护理研究进展进行概述。

关键词: 股骨颈骨折; 关节置换; 心理护理; 并发症; 饮食护理

前言: 股骨颈骨折本身属于一种骨折疾病,在老年人中有较高的发病率,在疾病临床治疗中主要是采用手术治疗方法,手术又可分为内固定以及关节置换术,大量对照研究显示关节置换术相较于内固定手术,尽管出血量大、费用更高,但术后下床时间早、关节功能恢复更理想,关节置换术在关节功能、翻修率、髋臼磨损率方面具有比较优势,术后脱位发生率相对较高。近年来,随着关节置换术技术水平的进步,人工材料的发展,关节置换治疗方法被广泛应用于股骨颈骨折疾病临床治疗中,特别是多见老年人,并发症、死亡率较高,有相关的研究报告显示,老年关节置换术12个月内死亡率约为2.1%,10年内死亡率约为15%~20%,死亡与男性、年龄>60岁、BMI、ASA评分高、骨折到手术延迟时间、骨折前日常活动能力差等因素有关,加强围术期的护理非常必要。本次研究就股骨颈骨折关节置换术护理研究进行概述。

1. 心理护理

在患有股骨颈骨折疾病之后患者的身体会出现极大的疼痛感,进而引发患者出现恐惧、消极和悲观等不良心理情绪。尤其是做牵引治疗时,由于患者的肢体部位始终处于一种强迫体位状态中,患者在疾病治疗期间极容易出现较多的不良心理情绪。护理人员给患者及家属介绍手术方面的相关知识,将手术治疗的优点,康复过程,注意事项详细向患者告知。降低患者不良事件发生率,并积极主动配合护理人员的工作^[1]。

2. 健康宣教

健康教育非常必要,对于股骨颈关节置换术而言,经过健康教育使患者的康复护理依从性得以大大提升,以此来预防并发症的产生,术前健康教育还有助于缓解术前焦虑抑郁状态,增强患者信心。健康教育的主要内容:①介绍医护人员向患者及其家属介绍手术方案、术后管理策略;②强调康复训练的重要性;③指导掌握基本的康复训练方法,包括早期的体位管理、关节运动、心肺功能改善。健康教育的方法主要包括阶段性健康教育、健康教育单等^[2]。

3. 营养支持

对于关节置换术而言,营养不良是导致切口延迟愈合、体力不佳、感染的重要危险因素,有报道显示低白蛋白是术后住院时间延长的独立危险因素,白蛋白水平与年龄呈负相关,在给予患者营养支持护理时,应对患者进行营养评估,护理人员需要以患者的身高、年龄、体力活动量及体重为依据,全面评估患者的营养状况及能量需求。以评估结果为依据进行营养方案制定,结合患者病情有针对性的给予患者用药指导。医务人员深入评估患者的营养认知及需求状况,确保患者能够养成良好的饮食习惯。在进行患者食谱制定时,应以患者的饮食习惯为依据,告知患者及其家属在饮食期间的相关禁忌,制定出完善的食谱。在围术期期间要求患者需进食高蛋白类的饮食,使手术风险得以降低。若出现腹胀等状况,给予促动力剂、胃复安、红霉素、微生态调节剂有助于改善消化道功能^[3]。

4. 术后肢体护理

当手术结束之后,护理人员应做好患者患肢保护,并对患者术后患肢

恢复情况进行评估,对患者的肢体功能训练给予指导,训练方式需要从被动运动向主动运动进行转换,鼓励一些害怕疼痛的患者坚持参与锻炼,以防止患者出现关节僵硬情况。由于术后患者的创面浅表部位处极容易出现感染,会导致患者出现神经损伤及深部感染情况,因此护理人员应密切观察患者患肢末端部位处的血运情况,同时对皮肤温度及颜色进行观察,一旦发现患者出现异常需及时告知医师。

5. 术后并发症护理

5.1 关节脱位

关节脱位作为关节置换术中一种发病率较高的并发症,护理任务较重。体位管理是关键,术前必要的健康教育,告知患者体位管理的重要性^[4],给予患者体位训练,训练内容包括夹持枕、床上大小便,不可做关节内收、内旋动作,做手术之后,应对患者的翻身动作及直腿抬高动作给予指导,要求患者需保持屈髋<90°的状态,患足穿“丁”字鞋,并向患者及家属说明体位摆放的重要性,以引起患者及家属的重视,防止术后髋关节脱位的发生^[5],教会患者采用辅助工具夹持物体、使用工具穿鞋袜,以帮助患者适应术后不屈髋状态下的自理生活。在出院后,注意运动管理,量力而行,避免关节活动幅度过大、用力收放活动、骤然停顿加速等,避免过早的进行负重训练,不做盘腿动作,不坐矮板凳。若出现认知障碍,需恰当的外固定,以避免患者无意识的体位改变。进行有效的训练,使外旋肌、外展肌等关节周围肌肉的肌力得以提升,从而避免关节失稳。在进行转运时,多人合作,使髋部平稳转移。同时加强安全管理,预防跌倒。

5.2 深静脉血栓

深静脉血栓形成是老年关节置换术后常见并发症,也是患者死亡的常见原因之一。深静脉血栓的预防是一个长期的过程^[6],在术前需要协助医师做好相关指标筛查,准确的评估风险,主要风险因素包括高龄、制动、原发性高凝状态、肥胖、创伤、恶性肿瘤、炎症肠病等。术前积极准备,合理使用低分子肝素、纠正贫血非常必要,术前必要的宣教,指导术后深呼吸扩胸运动等训练,有助于降低DVT发生风险,对于用药预防者需做好不良反应的管理,有助于降低血液粘稠度,改善血流动力学,从而降低下肢静脉血栓风险。避免长时间卧位,预防腹胀非常必要。针对饮食,可食瘦肉汤、黄芪、红枣、乌鸡等活血化瘀食物,多饮水,每日2500~3500ml为宜,多进食蔬果,戒烟酒。物理机械工具是预防静脉血栓的主要方法,训练方式包括间接性充气加压装置、梯度弹力袜、足底静脉泵等,多项Meta分析显示机械装置可有效降低深静脉血栓发生风险。健康教育,提高患者对深静脉血栓的鉴别、症状主诉能力有助于及早发现下肢静脉血栓,足背动脉搏动评估、彩色多普勒超声可诊断下肢静脉血栓。

5.3 疼痛与肿胀

针对术前疼痛,以物理治疗为主,采用非药物疼痛干预方法,减轻疼痛不适,给予不影响血小板的药物,必要时给予抗精神药物,降低疼痛敏感性。针对术后疼痛,首先要给患者提供一个安静整洁的休养环境,对患

者的伤痛情况密切观察并予以评估,采取针对性的应对措施。尽量将治疗和护理集中完成,避免外界声音和灯光给患者带来过多的刺激,护理人员全面了解疼痛的形成和危害性,掌握疾病治疗方法,在患者出现疼痛时可转移患者的注意力,对患者的肌肉进行按摩,提高患者的舒适度等^[7]。

5.4 便秘护理

要求患者需食用一些高纤维素类的食物,以加速患者肠胃的快速蠕动。按摩患者的腹部按摩患者的腹部,以脐为中心,顺时针方向推揉,速度20-25次/分钟,每次20-30分钟,并养成良好的排便习惯,对于一些便秘较为严重的患者,应给予患者缓泻剂。

5.5 感染护理

感染作为股骨颈骨折关节置换术后一种严重的并发症,需确保患者病房内空气的流通性,指导患者正确的呼吸方法,并对患者进行翻身叩背,确保能够快速排出痰液,并给予患者保暖,以降低上呼吸道感染发生概率。同时,在手术之后应保证切口的清洁性和干燥性,对家属进入到病房中的时间及次数进行控制,以预防切口感染的产生。在手术之前半个小时至术后2d需要预防性的应用抗生素,严格坚持无菌操作要求,并使用细致性的手术治疗方法,以此来预防术后感染的产生。在手术之前3d需要对患者的有效咳嗽、深呼吸及上肢扩胸运动给予指导,要求患者应禁止吸烟,以使患者的肺活量得以增强,以此来减少气管及肺内分泌物的生成,使上呼吸道感染发生率得以提升。术后并告知患者应多饮水,以此来保证会阴部位的清洁,降低泌尿系统感染发生率得以降低^[8]。

5.6 其他并发症

其他并发症主要包括恶心呕吐、认知精神障碍、压疮、肺炎等,有报道显示老年髋部手术谵妄发生率约为17%,年龄越高发生率越高,对于认知精神障碍需要做好安全管理。对于压疮护理,在淤血红润期,应使用各种预防措施,以此来对压疮的发展造成组织,并对局部进行按摩,使用拇指指腹做环形动作,按照从近压疮处向外按摩,还可使用红外线进行照射。对于炎症浸润期患者,应保护好患者的皮肤,以防止患者出现感染,局部使用红外线进行照射。对于溃疡期患者,应以伤口的实际情况为依据,使用外科换药法进行处理,当创面出现感染之后,需解除压迫,并对创面进行清洁处理,祛腐生新,保证创面的干燥,以此来加速创面的快速愈合。对于术后尿路感染,优化尿管的应用,若手术时间短、出血时间短,可不应用尿管,持续导尿对于膀胱功能的恢复具有积极意义。对于恶心呕吐,体位管理、术后用药可起到一定的预防作用。

6. 病情观察

在手术结束后,护理人员应对患者的患肢肿胀及生命体征变化情况进行密切的观察,观察患者的切口部位处有无渗液,应保证敷料的干燥性和清洁性,并做好引流管管理,使引流管更为畅通,并观察引流液的性质、颜色及引流量,在术后1-2d,当无引流液时,应拔除引流管,以上各项操作应在无菌状态下开展。

7. 饮食护理

患者在出现骨折之后,由于机体遭受到了严重的损伤,应保证患者的足量饮食,并注意加强营养,以降低患者低血糖发生概率,叮嘱患者应进食一些清淡和易消化类的食物,不可进食高脂肪及高胆固醇类的食物^[9]。

8. 功能锻炼

护理人员需告知患者应做好功能锻炼,使患者能够深刻的意识到加强功能锻炼对自身快速恢复健康的重要作用,积极面对锻炼。在手术结束后1-2周,护理人员需要对患者的股四头肌收缩活动及踝足关节活动方法给予指导,按摩患肢,以加速患者的血液循环,确保肿胀能够快速的消除掉,避免患者出现肌肉萎缩情况,促进骨痂的快速生长^[10]。

9. 康复护理

在股骨颈骨折关节置换术之后做好康复护理尤为重要,围绕围术期、出院后各个时间段。康复护理的主要目的在于帮助髋部功能及早恢复,降低并发症发生风险。股骨颈关节置换术当前无规范化的康复训练方法,疼痛、关节脱位等并发症、工具不合格是造成康复训练效果不佳的主要原因。许多护理研究,认为健康教育、行为干预等有助于提高患者的依从性,可提高患者的术前后功能训练情况,从而降低血栓塞、肺部感染、尿潴留、便秘等并发症发生风险,使患者的住院时间得以缩短,关节功能明显提升,疾病早期康复效果显著。

10. 出院指导

近年来,延续性护理、快速康复理论、Orem自理理论、中西医结合护理、临床护理路径等开始用于骨科手术护理,对预防患者并发症的产生具有预防作用,关节功能恢复效果显著,但针对股骨颈关节手术的研究较少。出院后的护理指导中普遍应用微信等信息技术,有助于提高干预的效率。股骨颈骨折疾病有较长的恢复期,疾病恢复期较长,护理人员需要做好患者及其家属康复指导,以确保给予的患者康复指导与患者出院后对康复的需求相符合,避免患者在出院后康复训练不足而引发患者出现较多的并发症,影响疾病康复效果。护理人员应以患者病情的实际情况为依据,以此来为患者制定出完善的康复计划,并定期对患者进行家访,并将延续性护理延伸到家庭护理工作中,使患者的疾病预后治疗效果得以提升^[11]。

结论:在老年股骨颈骨折疾病治疗中关节置换术本身属于一种有效及安全的治疗方法,由于老年患者合并有较多的内科疾病,术后极易导致患者出现关节脱位、深静脉血栓、疼痛与肿胀、便秘及感染等,做好护理工作尤为重要。目前股骨颈骨折关节置换术护理技术尚不成熟,但许多基础护理研究涌现,在并发症预防、康复训练方面的循证证据越来越多,极大的提高了围术期以及术后护理水平。今后仍有必要加强相关研究,建立规范的股骨颈骨折关节置换术护理标准规范。

参考文献:

- [1]彭献金.人工关节置换术围手术期下肢深静脉血栓预防的护理进展[J].养生保健指南,2019(34):307.
- [2]刘月玲.手术室集束化护理在股骨颈骨折患者全髋关节置换术治疗中的应用对患者预后的影响研究进展[J].中国伤残医学,2021,29(16):99-100.
- [3]李明霞,张玉梅.人工关节置换术治疗老年股骨颈骨折的围术期护理进展[J].现代医药卫生,2015(21):6-8.
- [4]邓金霞,任红蕊,于艳方.人工全髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的术中护理研究进展[J].透析与人工器官,2020,31(1):84-86.
- [5]李亮锐,方素娟,游建帆.加速康复外科理念在股骨颈骨折全髋关节置换术中的应用及护理进展[J].中国实用医药,2020,15(35):204-205.
- [6]陈晓菊.全髋关节置换术病人的围手术期护理进展[J].齐齐哈尔医学院学报,2004,25(5):572.
- [7]胡向英,胡燕,刘沛.老年股骨颈骨折人工髋关节置换术后并发脑梗死的综合护理干预[J].山西医药杂志,2021,50(10):1769-1772.
- [8]曹静,范隽倩.老年人工髋关节置换术后并发症的护理现状及进展[J].心理医生,2016,22(17):177-178.
- [9]农冬梅.加速康复外科理念在股骨颈骨折全髋关节置换术中的应用及护理进展[J].特别健康,2021(19):277-278.
- [10]李红.高龄髋关节置换术患者围术期护理的研究进展[J].健康必读,2019(19):268.
- [11]吴伯菊,王洪良.全髋关节置换术治疗股骨颈骨折患者的临床护理干预进展[J].医疗装备,2018,31(16):195-196.

肿瘤标记因子 CD133 在肿瘤临床检测和治疗中的研究进展

韩志强¹ 赵金^{2*}

1 内蒙古医科大学 内蒙古呼和浩特 010059; 2 内蒙古包钢医院 内蒙古包头 014010

摘要: CD133 (prominin-1) 是一种五跨膜区糖蛋白, 是用于分离癌症干细胞 (CSCs) 的最明确的生物标志物之一。越来越多的证据表明 CD133 也可能是肿瘤干细胞增殖转移和产生耐药的关键因子之一。本综述总结了 CD133 作为肿瘤干细胞生物标志物的最新研究信息和 CD133 在肿瘤中的临床意义, 还提供了 CD133 调节肿瘤传播和治疗耐药性的最新研究, 为肿瘤临床诊断和制定治疗方案提供参考和指导。

关键词: CD133; 肿瘤标记物; 预后; 耐药; 治疗靶点

Abstract: CD133(prominin-1), a pentaspan membrane glycoprotein, is one of the most well-characterized biomarkers used for the isolation of cancer stem cells(CSCs). More and more evidence shows that CD133 may also be one of the key factors of tumor stem cell proliferation and metastasis and drug resistance. This review summarizes the latest research information of CD133 as a biomarker of tumor stem cells and the clinical significance of CD133 in tumors. It also provides the latest research on the regulation of tumor transmission and therapeutic drug resistance by CD133, and provides reference and guidance for clinical diagnosis and treatment of tumors.

Keyword: CD133; tumor markers; prognosis; drug resistance; therapeutic targets

目前癌症已经成为全世界人类健康的主要负担^[1]。最近有人提出, 在肿瘤细胞中存在一小部分肿瘤细胞具有自我更新的潜力, 并能诱导肿瘤生长称为肿瘤干细胞(CSCs)^[2]。

CD133(也称 Prominin-1)是最常用的细胞表面抗原, 用于检测和分离各种实体肿瘤中的 CSCs^[3]。CD133 已被发现在许多肿瘤都存在表达, 一些研究结果显示高水平表达的 CD133 的癌细胞对化疗治疗的转移性和抵抗力更强。

一、CD133 在肿瘤中的表达及治疗意义

1. 结直肠癌: O'Brien 等^[4]通过免疫缺陷小鼠中使用肾胶囊移植来鉴定人结肠癌起始细胞时, 发现结肠癌起始细胞在 CD133 癌细胞中的富集性比在所有结肠癌细胞中丰富。Zhao 等^[5]人的一项研究中, 评估了小鼠抗人 CD133 单克隆抗体(MS133)在体内和体外的效果。结果表明, MS133 单抗可以抑制 CD133 高表达细胞的生长, 促进肿瘤细胞在大肠癌中的溶解。提示 MS133 有可能成为治疗大肠癌的一种新方法。

2. 卵巢癌: Silva 等^[6]通过分离的 CD133 种植到免疫功能缺陷小鼠中发现 CD133+卵巢肿瘤细胞在体内的肿瘤形成能力高于 CD133-卵巢肿瘤细胞并与卵巢癌患者总生存期负相关。Muñoz-Galván 等^[7]认为相对传统铂类疗法, 靶向癌症干细胞是克服治疗耐药性和降低卵巢癌死亡率的最有希望的策略。

3. 口腔鳞癌: Chiou 等^[8]免疫组化法对口腔鳞癌组织中的 CD133 及标记物 Nanog、Oct4 (同为肿瘤干细胞标记物) 进行检测, 发现: Nanog/Oct4/CD133 表达阳性患者预后较差。Zhang 等^[9]CD133+干细胞样细胞具有更高的侵袭性、肿瘤发生率和对紫杉醇标准化疗耐药, 或许通过降低 CD133+可以使口腔鳞癌达到治愈的目的。

4. 脑膜瘤: Tamaki^[10]等证明 CD133/CD34/CD45 表型的分选细胞启动了神经球培养, 具有自我更新和分化潜能。此外, 证明了 CD133 细胞存在干性能力。Hueng^[11]等人发现, 脑膜瘤球状细胞 (MgSCs) 比脑膜瘤贴壁细胞 (MgAC) 更对长春新碱化疗产生耐药, 这可能是 MgSCs 中免疫组化发现 CD133 阳性细胞有关。

5. 其他癌症: Hermann^[12]等发现胰腺癌中表达 CSCs 的 CD133 (+) CXCR4 (+) 的不同群体完全是致瘤、介导转移和高度耐化疗的。Zobalova 等^[13]关于乳腺癌的研究结果显示 CD133+比 CD133-细胞对凋亡具有更强的抵抗力, 并且显示出更高水平的 FLIP(细胞凋亡抑制剂)表达, 这或许是细胞凋亡产生抗药性的原因之一。

二、CD133 与肿瘤相关信号通路

磷脂酰肌醇 3-激酶(PI3Ks)是苏氨酸激酶家族中的一员, Song 等^[14]人研究证明胃癌细胞中 CD133 的表达、PI3K/AKT 信号转导途径与胃癌恶性增殖化疗药物的生长呈正相关, 并且 CD133 通过与 PI3K-p85 的直接相互作用激活 PI3K/AKT 信号转导途径, 导致胃癌细胞的多药耐药性, 这为多药耐药胃癌提供新的治疗靶点。

CD133 表达有利于激活源活性粘附激酶 (FAK) 信号通路。PP2 (一种已知的 Src 活性抑制剂) 可以阻断 CD133 诱导的 FAK 磷酸化和细胞迁移的活化。数据表明, 通过 CD133 和 Src 之间的相互作用激活 FAK 可促进细胞迁移, 为了解 CD133 肿瘤细胞的迁移机制提供线索^[15]。

Kim 等^[16]研究结果表明, Caco-2 结直肠癌细胞中的 CD44/CD133 细胞移植到 NSG 小鼠体内时可能形成肿瘤。并且对比结果 CD44/CD133 细胞在继发性异种移植物中的肿瘤生长比在原发移植中更快。基因表达分析表明, 与 Wnt/β-连环蛋白信号传导抑制剂受到抑制有关。这些数据表明, 抑制 Wnt/β-连环蛋白信号传导或许可以为肿瘤治疗提示新的治疗方向。

在细胞迁移的事件中, CD133 与 EGFR 或 Src 免疫沉淀, 分别激活 Akt 和 FAK。此外, CD133 与 HDAC6, α-微管蛋白和 β 连环蛋白物理相互作用, 导致 Wnt 信号通路激活从而影响肿瘤细胞增殖和产生耐药。

三、总结和展望

综上所述, 现有的大多数研究表明, 肿瘤干细胞 CSCs 具有自我更新, 能够发展成肿瘤细胞及形成肿瘤的能力, 目前, CD133 仅仅当作一种标记物来识别和应用。但其自身很可能具有一定的功能, 大部分研究发现病理标本中的 CD133 不仅肿瘤干细胞的数量和比例, 还可以作为预测患者预后的指标。CD133 影响着 CSCs 的生长对化疗药物的耐药。以往单独化疗药物被认为在破坏癌细胞方面是无效的, 考虑到 CD133 的过度表达与许多不同癌症的不良预后和降低总存活率相关, 阻断 CD133 或许可以提供治疗方面的好处。因此, CD133 的检测和靶向可以被视为未来的治疗策略。

参考文献:

- [1]Jemal A, Bray F, Center M M, et al. Global Cancer Statistics[J]. CA A Cancer Journal for Clinicians, 2011, 62: 60-69.
- [2]Kawamoto H, Yuasa T, Kubota Y, et al. Characteristics of CD133(+) human colon cancer SW620 cells[J]. Cell Transplantation, 2010, 19(6): 857-864.
- [3]Won-Tae K, Jeih R C. Cancer stem cell surface markers on normal stem cells[J]. Bmb Reports, 2017, 50(6): 285-298.
- [4]Brien C O, Pollett A, Gallinger S, et al. A human colon cancer cell capable of initiating tumour growth in immunodeficient mice[J]. Nature.
- [5]Zhao L, Yang Y, Zhou P, et al. Targeting CD133high Colorectal Cancer Cells In Vitro and In Vivo With an Asymmetric Bispecific Antibody[J]. Journal of Immunotherapy, 2015, 38(6): 217-228.
- [6]Silva I A, Bai S, Mclean K, et al. Aldehyde Dehydrogenase in Combination with CD133 Defines Angiogenic Ovarian Cancer Stem Cells That Portend Poor Patient Survival[J]. Cancer Research, 2011, 71(11): 3991.
- [7]Muoz-Galván S, Camero A. Targeting Cancer Stem Cells to Overcome

(下转第 294 页)

OCT4 在肿瘤耐药与预后作用的研究进展

呼斯慧¹ 赵金^{2*}

1 内蒙古医科大学 内蒙古呼和浩特 010059; 2 内蒙古包钢医院 内蒙古包头 014010

摘要:近年来对于肿瘤干细胞(CSCs)在肿瘤的发生、发展、耐药和复发转移中发挥重要作用, OCT4 作为肿瘤干细胞的重要标记因子是肿瘤干细胞增殖转移发生的重要因素。本综述从 OCT4 结构、信号通路、与肿瘤发生发展的关系, 以及与肿瘤预后和耐药的作用机制, 为肿瘤的诊疗和预后提供临床参考。

关键词: OCT4; 癌症; 耐药; 预后

Abstract:In recent years, tumor stem cells (CSCs) play an important role in tumorigenesis, development, drug resistance, recurrence and metastasis. As an important marker of tumor stem cells, OCT4 is an important factor in the occurrence of proliferation and metastasis of tumor stem cells. This review provides clinical references for the diagnosis, treatment and prognosis of tumors from the aspects of OCT4 structure, signal pathway, relationship with tumorigenesis and development, as well as the mechanism of action with tumor prognosis and drug resistance.

Keywords: OCT4 Cancer Drug resistance Prognosis

OCT4 的背景:

OCT4(八聚体结合转录因子 4, 又称 Pou5f1 和 Oct3)是 TF 的 POU 家族成员, 其主要功能是结合一个八聚体序列基序(ATGCAAAT)以激活靶基因的表达^[1]。人类的 OCT4 基因位于 6 号常染色体(6p21.31)上, 目前已鉴定出 A、B、C 和 D 四类 RNA 水平的 OCT4 变异体, 每一组都有其独特的转录起始点。其中, Oct4A 是最早发现的, 也是最主要的调节因子。OCT4B 可以产生三种可供选择的翻译产物: OCT4B-265、OCT4B-190 和 OCT4B-164。OCT4B1 其内源性存在于 RT4 细胞的胞浆中, 转录本可以产生两种蛋白亚型: OCT4B-74 和 OCT4B-164。与 OCT4B mRNA 不同的是, OCT4B1 mRNA 保留了内含子 2 作为一个 233bp 的隐蔽外显子, 该外显子含有一个框架内的 TGA 终止密码子^[2]。通过蛋白质印迹分析, 发现 OCT4B1 产生了一个截短的蛋白, 并对此具有致癌功能。尽管如此, 每种异构体的定位仍然是一个有争议的问题。

OCT4 与癌症

肿瘤耐药发生在一小部分细胞中, 在放疗或化疗中缩小的肿瘤细胞中, 肿瘤干细胞存活了下来, 并导致了更具有侵袭和耐药的复发肿瘤。因此, 它们被鉴定为 CSCs 细胞。CSCs 的致癌作用在很多报道中被报道, 包括乳腺癌(PR)、肝癌(HC)、非小细胞肺癌(NSCLC)、白血病(AL)、胃癌(SC)、结肠癌(CC)、黑色素瘤(Mm)、胰腺癌(PC)等。然而更重要的是, 它们似乎不稳定, 即癌细胞能够在分化程度低和高之间切换^[3]。研究指出, 这些特征源自于几种转录基因的控制, 其中包括, POU5f1 基因的产物 OCT4, 在先前的研究中, 我们观察到 OCT4 可能导致了某些类型的 AML 的增殖与分化阻滞, 通过不同的致癌机制在癌症中发挥作用。在一项结直肠癌预后的报道中指出, Oct4 基因的高表达与肿瘤分级、临床分期、淋巴结转移、淋巴浸润和远处转移有关。在肝癌中 Oct4 在肝细胞癌(HCC)中的表达与肿瘤大小、肿瘤数量、分化程度和 TNM 分期有关。Oct4 可能是预测 HCC 预后的有用生物标志物^[4]。Oct4 在胃癌的发生进展和预后中都起着重要作用。因此, OCT4 有可能成为新的诊断预后的标志, 也有可能成为新的治疗靶点。

OCT4 与耐药

在癌细胞中, 特别是在 CSCs 中, OCT4 被认为是维持多能性、自我更新的最主要的转录因子。正常干细胞的保护机制之一是静止^[5], 然而 CSCs 也表达正常干细胞的标志物, 因此也可能具有相同的保护机制, 当处于化疗状态时停止分化, 从而逃避化疗。在肺癌中, OCT4 过表达的细胞对包括顺铂、依托泊苷、阿霉素、紫杉醇和伽玛射线在内的常规治疗或靶向治疗吉非替尼都有抗药性^[6]。在膀胱癌中, 化疗诱导了 OCT4 的表达, 而 Oct4 的敲低增强了膀胱癌细胞的药物敏感性^[7]。

研究表明, OCT4 基因的敲除增加了肺癌细胞对放射治疗和顺铂化疗的敏感性^[8]。Ikushima 等人在他们的胶质瘤启动细胞中表明, SOX2 和 OCT4 在导致致瘤性的关键, 胶质瘤细胞对替莫唑胺的敏感性因敲除了 OCT4 基因而显著增加^[9]。在最近的研究中, 在非小细胞肺癌中, EGFR

抑制剂吉非替尼(Gefitinib)抑制 OCT4 使癌细胞对顺铂敏感^[10], 从而抑制癌细胞增殖, 促进细胞凋亡。睾丸生殖细胞肿瘤(TGCT)是 OCT4 化疗耐药作用的一个例外, 因为暴露于顺铂降低了其 OCT4 的表达从而增加了耐药性^[11]。

OCT4 与癌症预后

许多研究分析了 OCT4mRNA 或 OCT4 蛋白在肿瘤中表达与预后的关系, 发现 OCT4 mRNA 或蛋白的高表达与膀胱癌(UBC)、卵巢癌(OC)、前列腺癌(PC)、直肠癌(RC)、胶质瘤(MG)、黑色素瘤、髓母细胞瘤(MB)、急性髓系白血病(AML)、肝细胞癌和食管鳞癌(EC)的临床预后不良相关^[12]。在胰腺癌中, 癌旁组织中 OCT4 的表达高于癌组织, 并且, 最近的一项研究发现, OCT4 水平高的肿瘤患者的生存时间比 OCT4 水平低的患者短^[13]。其中, 睾丸生殖细胞肿瘤(TGCT)是个例外, 过表达的 OCT4 与好的预后有关^[11]。在口腔鳞状细胞癌(OSCC)的六分之五的患者研究中, 高水平的 OCT4 与较低的总存活率相关。此外, 当 OCT4 在两个细胞系中过表达时, 观察到成瘤性增加。在胃癌中, Oct4 高表达与肿瘤分级高、淋巴结转移、III 期肿瘤、OS 和 DFS 差相关。Oct4 的高表达还与 Ki-67 和 VGF 的表达显著相关, 从而促进了肿瘤的增殖和血管生成^[14]。

结果

大量数据表明 OCT4 与 CSCs 的致瘤性和肿瘤耐药性显著相关。此外, 癌症研究的核心一直是对预后和治疗反应标志物的追求, 然而, OCT4 的致瘤性以及耐药性的机制尚未完全阐述清楚, 因此, 对 OCT4 的下游活化以及耐药机制是需要特别关注的。现有数据的另一个局限性是, 这些研究使用的是 OCT4 的 mRNA 和/或蛋白表达, 而关于 OCT4 翻译后修饰的信息有限, 这是维持其稳定性和转录活性所必需的。因此, 研究 POU5F1mRNA 和 OCT4 蛋白的表达与该蛋白转录后修饰水平的相关性, 可能使 POU5F1mRNA 和 OCT4 蛋白作为预测肿瘤化疗耐药和预后的标志物成为可能。

参考文献:

- [1]WU G, SCHOLER H R. Role of Oct4 in the early embryo development[J]. 2014.
- [2]ATLASI Y, MOWLA S J, ZIAEE S A M, et al. OCT4 spliced variants are differentially expressed in human pluripotent and nonpluripotent cells[J]. Stem Cells, 2010;26(12): 3068-3074.
- [3]THOMAS, BRABLETZ. \METV\ and \METV\ in Metastasis: Where Are the Cancer Stem Cells?[J]. Cancer Cell, 2012.
- [4]LIANG C, XU Y, GE H, et al. Clinicopathological and prognostic significance of OCT4 in patients with hepatocellular carcinoma: a meta-analysis[J]. Oncotargets & Therapy, 2018;11: 47-57.
- [5]CHEN W, DONG J, HAIIECH J, et al. Cancer Stem Cell Quiescence and Plasticity as Major Challenges in Cancer Therapy[J]. Stem Cells

(下转第 298 页)

肌少-骨质疏松症的研究进展

陈 遥

浙江大学医学院附属第四医院 浙江义乌 322000

摘要: 肌少-骨质疏松症是一种新发现的骨骼肌肉综合征,是导致老年人跌倒和骨折的主要危险因素之一。它不但会减少老年人的活动能力,影响生活质量。同时也给个人及社会都带来了巨大的经济负担。随着我国逐渐步入老龄化社会,肌少-骨质疏松症的发生率亦不可避免的升高,故越来越受到大家的重视。本文旨在从病理生理学、诊断和治疗几个方面对肌少-骨质疏松症做一概述,提高临床医师对肌少-骨质疏松症这一综合征的认识。

关键词: 骨质疏松症; 肌少症; 干预

一、引言

医学的进步使人们的寿命越来越长,骨质疏松和肌肉减少症的发生率也随之升高。研究表明,60岁后老年人骨矿物质密度(BMD)每年减少约1-1.5%,肌肉质量每年约减少1%,肌肉力量每年减少约2.5-3%,这会导致骨质疏松症和肌肉减少症的风险大大增加。这两种疾病有共同的危险因素,并且与老年人跌倒、骨折、住院、残疾及死亡等密切相关。老年人的骨量与肌肉减少往往同时发生,大量研究表明骨质疏松和肌肉减少症存在密切联系。因此有学者提出了“肌少-骨质疏松症”这一概念。除了作为运动系统影响着老年人的活动。骨骼肌的胰岛素抵抗已被确定为II型糖尿病发生发展的重要机制之一。肌肉质量和力量的流失也与老年人的心血管疾病的发生密切相关。故肌少-骨质疏松症不但严重影响个人的生活质量,同时也给医保系统带来巨大负担。

二、流行病学

由于诊断标准尚不统一,肌少-骨质疏松症的患病率仍不清楚。目前一项对1105名年龄大于65岁的老年人的系统性研究表明,肌少-骨质疏松症患病率在5%-37%,其中女性患病率25.5%-82.6%,高于男性的16.4%-32%。而年龄则是肌少-骨质疏松症的独立危险因素,随着年龄增加,其发病率也呈上升趋势。而针对肌少-骨质疏松症的其它研究中,日本、德国和澳大利亚的发病率分别为8%、28%和40%,且女性及高龄人群有着更高的发病率。

三、病理生理学

肌肉减少症是一种多因素导致的进行性退行性疾病。与年龄相关的免疫学变化(如激素失衡、慢性炎症和氧化应激增加等)、蛋白质降解大于合成、脂肪增加(尤其是肌肉内和肌肉间脂肪)、体力活动减少和营养状况不佳等是导致肌肉减少症的主要原因。

骨质疏松的特征是骨密度降低,骨小梁的稀疏。与肌肉减少症相比,其病理生理学研究等更加深入。骨密度的下降源于骨形成(成骨细胞)和再吸收(破骨细胞)之间的不平衡,随着年龄增长,骨吸收逐渐增加,而合成随之减少。激素因素水平也是影响骨密度的重要因素,特别是雌激素、甲状旁腺激素和雄激素等,这些激素在骨骼的形成中不可或缺。而雌激素在女性绝经后下降是导致女性绝经后骨质疏松的首要原因。其它的如体力活动减少和营养状况不佳,如蛋白质、维生素D和钙摄入量低也会导致骨质疏松的形成。

可以看出肌少症与骨质疏松有着大致相同的发生机制。两种组织在人体中可以相互调节,故肌肉和骨量的衰减在衰老过程中总是同时发生。研究表明FAM210A、生长/分化因子8(GDF8)、甲基转移酶样21C

(METTL21C)和甾醇调节元件结合转录因子1/myb1-like 2靶标的基因家族的多态性(SREBF1/TOM1L2)与肌肉和骨量的减少密切相关。其中,GDF8(也称为肌肉生长抑制素)的过表达可诱导肌肉中的蛋白质降解并抑制骨骼中的成骨细胞分化,从而导致肌肉和骨量的流失。肌肉和骨骼对环境刺激的反应也有类似表现。长时间的身体负荷可以使人肌肉质量和力量。骨密度及骨强度显著增加。而卧床休息或长期缺乏锻炼,肌肉质量和功能迅速下降,骨密度也逐渐下降。肌肉间和肌肉内脂肪细胞和骨髓脂肪的是肌少症与骨质疏松的标志。在这两种组织中,脂质浸润会导致脂毒性,即脂肪产物诱导的细胞功能障碍和死亡。而体力活动可以减少脂质浸润,从而保护肌肉和骨骼。除此之外,全身性因素,如雌激素和睾酮的下降,以及甲状旁腺激素水平升高和维生素D水平不足等均是肌少症与骨质疏松的危险因素。细胞衰老和促炎细胞因子、趋化因子的释放和蛋白酶等均会导致肌肉和骨质流失。鉴于以上共同的特征,更加确定了肌少症与骨质疏松的联系。

四、筛查与诊断

在临床工作中早期诊断肌少-骨质疏松症十分重要,因为只有早期诊断才能早期干预从而预防或延缓肌肉和骨质流失的进展,从而减少老年人跌倒和骨折,减低残疾率、死亡率。故建议对年龄大于65岁病人进行常规筛查。目前尚无肌少-骨质疏松症的成熟筛查工具,只能分别筛查肌少症和骨质疏松症,若同时符合标准,即可诊断为肌少-骨质疏松症。根据WTO推荐,可将骨密度、临床危险因素与骨折风险预测简易工具(Fracture Risk Assessment Tool, FRAX)相结合,这样可以提高脆性骨折风险评估的准确度。DXA是现行的骨量评估金标准,骨密度参照健康成人平均值,值低2.5个标准差(SD)及以上,即T值≤-2.5,可诊断为骨质疏松症,若在同时伴有至少一处脆性骨折即可诊断为严重骨质疏松症。

目前临床推荐使用SARC-F评分作为临床筛查及评估肌少症的工具,该评分包含肌肉力量、行走能力、从椅子上站起、爬楼梯和跌倒前的自我感知这五个方面,具有低敏感度,高特异性的特点。若评分>4分则表明患病风险较高,须进行更详细的诊断。肌少症诊断标准采用亚洲肌少症工作组推荐的诊断标准,符合肌肉质量下降、功能下降即可诊断为肌少症。

五、干预措施

肌少-骨质疏松症是一种可预防的疾病,它的治疗应以改善老年人肌肉质量、肌肉力量以及骨量为目标,从而预防跌倒和骨折。通过早期筛查出高危患者,并进行早期干预。

目前首选非药物干预。应评估的肌少-骨质疏松症高危因素,并提前采

取针对性干预措施,例如充分控制血糖、戒烟和避免大量饮酒等。适当的进行体育锻炼也是是预防和治疗肌少-骨质疏松症的最重要方法之一。然而,运动必须适度,同时建议在医师指导下行功能锻炼。不恰当的锻炼,反而会增加老年人跌倒和骨折的风险。因此,应根据患者的耐受性、目标和偏好进行个体化治疗。低蛋白质的摄入也会导致骨质流失和肌肉萎缩。由于促进蛋白质合成的因素(IGF-1)减少,而与降解相关的因素(如皮质醇、炎症细胞因子)增加,老年人蛋白质代谢处于负平衡状态,故需要比健康成年人更多的蛋白质。有学者建议老年人每天需要 1.0-1.2g 蛋白质/公斤体重,以维持和恢复骨骼肌质量和功能。对于患有急性或慢性疾病的人,该建议增加到每天 1.2-1.5g 蛋白质/公斤体重,而对于那些患有严重疾病或受伤或严重营养不良的人,蛋白质需求会更高。除了数量,摄入蛋白中优质蛋白质比例最好能达到 50%。

现阶段针对肌少-骨质疏松症的药物干预,主要以预防和治疗骨质疏松为主,如维生素 D,双磷酸盐,地舒单抗等。而随着骨骼肌肉系统相互作用机制的研究深入,新的靶向药物也在不断地研发之中。

六、结语

肌少-骨质疏松症是一种进行性骨骼肌肉综合症,与老年人跌倒、骨折密切相关。随着我国逐步步入老龄化社会,肌少-骨质疏松症的发病率也会逐渐上升,这将成为临床医师必须面对的问题。早期筛查高危患者从而进行有效的干预非常重要,现阶段临床主要通过影像学方法确定低肌肉质量和骨量以及评估肌肉力量和身体表现来诊断筛查。而干预措施包括改变生活方式、治疗继发性原因、适当且合理的体育锻炼、摄入充足的营养以及针对性的药物干预。目前肌少-骨质疏松症相关研究仍然不足,认识还不充分。需要更多深入的高质量研究,为临床预防及诊治提供指导。

参考文献:

- [1]蔡苗苗,高艳虹. 肌少-骨质疏松症的研究进展[J]. 上海交通大学学报,2021,41(5):678-683. DOI:10.3969/j.issn.1674-8115.2021.05.020.
- [2]夏维波,付勤,王鸥,等. 肌少症治疗进展与趋势[J]. 中华骨质疏松和骨矿盐疾病杂志,2016,9(3):251-256. DOI:10.3969/j.issn.1674-2591.2016.03.006.
- [3]DREY, MICHAEL, SIEBER, CORNEL C., BERTSCH, THOMAS, et al. Osteosarcopenia is more than sarcopenia and osteopenia alone[J]. Aging clinical and experimental research,2016,28(5):895-899. DOI:10.1007/s40520-015-0494-1.
- [4]SALECH, FELIPE, MARQUEZ, CARLOS, LERA, LYDIA, et al. Osteosarcopenia Predicts Falls, Fractures, and Mortality in Chilean Community-Dwelling Older Adults[J]. Journal of the American Medical Directors Association,2021,22(4). DOI:10.1016/j.jamda.2020.07.032.
- [5]蒋芳,张晓黎,蒋玲. 肌肉减少症对50岁以上男性骨密度及生命质量的影响[J]. 中华骨质疏松和骨矿盐疾病杂志,2017,10(5):456-461. DOI:10.3969/j.issn.1674-2591.2017.05.005.
- [6]马江涛,黄佳纯,黄润龙,等. 肌少-骨质疏松症大鼠模型的建立[J]. 中国骨质疏松杂志,2022,28(1):1-5,15. DOI:10.3969/j.issn.1006-7108.2022.01.001.
- [7]宋敏,刘小钰,蒋林博,等. 肌肉微环境与骨质疏松[J]. 中国骨质疏松杂志,2017,23(12):1654-1659. DOI:10.3969/j.issn.1006-7108.2017.12.

025.

- [8]陈锦成,朱国涛,刘洪文,等. "肌少-骨质疏松症"的共同发病机制[J]. 中华骨质疏松和骨矿盐疾病杂志,2020,13(1):95-102. DOI:10.3969/j.issn.1674-2591.2020.01.015.

- [9]余博飞,徐杰,林院,等. 肌少-骨质疏松症与单纯骨质疏松症患者差异表达蛋白的定量蛋白质组学研究[J]. 中华实验外科杂志,2019,36(5):923-925. DOI:10.3760/cma.j.issn.1001-9030.2019.05.043.

- [10]HIRSCHFELD, H. P., KINSELLA, R., DUQUE, G.. Osteosarcopenia: where bone, muscle, and fat collide[J]. Osteoporosis international: a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA,2017,28(10):2781-2790. DOI:10.1007/s00198-017-4151-8.

- [11]郑浩,戚晓楠,姚啸生. "骨肉不相亲"理论指导下肌抑素在肌少-骨质疏松症中的机制探讨[J]. 中国骨质疏松杂志,2021,27(11):1675-1680,1693. DOI:10.3969/j.issn.1006-7108.2021.11.023.

- [12]尹华,梅伟. 肌力、脂肪含量与绝经后骨质疏松症患者骨密度T值的相关性分析[J]. 中国妇幼保健,2019,34(11):2540-2542. DOI:10.7620/zgfybj.j.issn.1001-4411.2019.11.140.

- [13]POGGIOLGALLE, ELEONORA, CHERRY, KATIE E., SU, L. JOSEPH, et al. Body Composition, IGF1 Status, and Physical Functionality in Nonagenarians: Implications for Osteosarcopenia[J]. Journal of the American Medical Directors Association,2019,20(1):70-75. DOI:10.1016/j.jamda.2018.07.007.

- [14]谭辉,樊秋菊,杨震,等. 磁共振多回波 Dixon 序列对骨质疏松症腰椎功能性肌肉——骨骼单位脂肪浸润的定量评价[J]. 临床放射学杂志,2021,40(12):2340-2344.

- [15]郑振泉,荣杰生. 肌肉减少症:与年龄相关的肌量流失和功能下降[J]. 中国组织工程研究,2022,26(5):792-797.

- [16]薛瑜,王鸥,邢小平. 肌少症筛查工具[J]. 中华骨质疏松和骨矿盐疾病杂志,2017,10(5):483-490. DOI:10.3969/j.issn.1674-2591.2017.05.010.

- [17]中华医学会骨质疏松和骨矿盐疾病分会. 肌少症共识[J]. 中华骨质疏松和骨矿盐疾病杂志,2016,9(3):215-227. DOI:10.3969/j.issn.1674-2591.2016.03.001.

- [18]陈巧聪,楼慧玲,彭程,等. 中老年人骨肌减少症与跌倒 骨折风险营养不良指标的相关性[J]. 中华老年医学杂志,2020,39(7):817-820. DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2020.07.020.

- [19]徐帅,徐道明,吴文忠,等. 肌少症和骨质疏松症交联调控的运动干预[J]. 中华骨质疏松和骨矿盐疾病杂志,2019,12(4):413-420. DOI:10.3969/j.issn.1674-2591.2019.04.013.

- [20]李翼,陈崇利,赵梦洁,等. 肌少-骨质疏松症中医病机及防治思路初探[J]. 甘肃中医药大学学报,2020,37(4):38-41. DOI:10.16841/j.issn1003-8450.2020.04.09.

作者简介:陈遥,浙江大学医学院附属第四医院。

高血压脑出血急诊抢救现状及进展研究

魏晓武

温州市人民医院 325000

摘要: 脑出血作为现阶段的难治性疾病,当前脑出血发病数占据脑卒中的 2 成左右,同时发病率一般在 35% 以上,整体致死率较高。自发性脑出血主要是受高血压引起的,一般情况下自发性脑出血伴有血压增高,在此情况下导致致残风险。高血压脑出血作为老年常见多发病症,也是当前人类病死率最高的疾病,此种病症起病急、病情危重^[1],在做好就急诊抢救具有重要作用。通过建立应急措施、应急方案,并和患者家属进行沟通,确保康复效果。

关键词: 高血压脑出血; 早期康复; 护理进展

高血压脑出血主要是受高血压的影响,从而出现脑血管破裂出血。目前来说高血压脑出血患者术后容易出现感染,通过做好康复护理,能够减少死亡率、出血率,效果相对较好。

1. 高血压脑出血病因及现状

脑出血主要是由颅脑、其他系统引起的,当前出现此种疾病的几率中中老年人偏高。脑出血对患者的社会、家庭等造成严重影响,因此做好对应的疾病防治具有重要价值。受饮食、生活不规律、疾病等多重因素均会引发脑血管疾病并造成脑出血的产生,部分患者在长期服用抗凝药物的同时将会出现明显的凝血机制障碍。患者在发病时一般表现为头痛、恶心、神志不清,脑叶部分作为脑叶的常见部分,高血压脑出血也较为常见。不同年龄组的自发性脑出血发病原因不同。在当前来说,在自发性脑出血中整体病死率、致残率较高,一般占据卒中患者的 10% 左右。高血压作为常见致病因素,除此之外凝血障碍、静脉畸形均为发病原因。脑出血作为现阶段的神经外科急症,受过度疲劳、剧烈运动等的影响,临床特征表现为失语、偏瘫,目前对脑出血诊断中一般采用 CT 进行检查,对于脑出血的诊断率在 100% 左右。在临床诊断中,c 反应蛋白在浓度不同时数值不同,对于一些昏迷的病人,hs-CRP 浓度较高。脑血管疾病作为现阶段的主要疾病,受环境、遗传因素的影响,因此容易导致生命安全受到威胁。脑出血目前占急性脑出血的 20% 左右,发病率高、死亡率高,同时容易出现预后不良的情况。脑出血作为现阶段临床一种常见病症,临床表现为呼吸困难、气管分泌物等呼吸功能障碍,对于此种疾病来说,如果不及处理将会出现呼吸衰竭状况^[4]。CT 扫描技术逐渐发展,同时其应用率逐渐提升。通过对患者进行 CT 的扫描,能够对患者的病灶组织和信息进行清晰显示。由于 CT 自身清晰度较高,的同时其影像学征象较为典型,包括血管束征和分叶征等。通过对 CT 的征象进行观察,一定程度上能准确判断其病变性质。对于 CT 来说,其操作简单,同时其由于检测敏感性较高,因此在现阶段应用较为广泛,此项技术重复性强^[5]。在现阶段的临床医疗效果中可以进行随访的应用。通过进行 CT 影像学诊断能够有效促进患者的恢复,并避免出现防治措施。在目前来说,患者出现水肿、血肿情况应及时采取相关措施,并消除隐患,避免出现相关并发症。

2. 高血压脑出血患者急救措施

院前急救作为急诊抢救链,应将其应用于救治的各个缓解,以此来规范急救工作,保障分工,并为患者赢得更多的时间。通过保障呼吸道通畅、吸氧支持,并做好血压控制。经研究表明,脑出血患者出现院内感染的主要因素和年龄、疾病特点以及治疗措施具有明显关系。一些临床研究表明,在急性发热期发热患者预后效果较差。部分学者认为应积极进行发热控制。常规降温方法包含冰敷、降温毯等。使用外源性冰袋治愈患者的后背等将会引起寒颤。目前我国学者在颅脑损伤、蛛网膜下腔出血中使用血管内降温法能够有效控制 ICU 病人的发热。

第一, 急诊急救护理。患者起病急、发病快,死亡率高。在进行护理工作,为缓解病情通过进行后期抢救,并确保能够脱离危险。在患者入院后,通过做好转运等工作,在进行急救护理的同时做好病情观察。通过

进行面罩吸氧,使用留置针进行上肢静脉穿刺,但在这个过程中避免出现反复穿刺加大病人痛苦的情况,还应控制静脉穿刺速度。部分患者存在呼吸困难、意识模糊情况,因此除关注相关特点之外还应进行患者下肢血脉、心电图的测定,并做好相关监测,在此过程中结合患者的年龄、胸痛特点做好采集,并提升分诊的准确率。在出诊前应建立应急措施,科室还应定时、快速建立急救方案,确保能够在接到急救电话后立马赶赴现场和家属进行沟通,并告知患者家属采用简单的急救措施。第二, 现场应急方案。通过对患者的精神面貌以及瞳孔进行观察,并进行 GCS 评分,如果患者处于昏迷状态同时体征不稳定,应及时进行患者口腔、呼吸道分泌物的清理,并给予排痰处理,在吸痰时要确保动作轻柔,在进行插管的同时不可过深,同时密切观察呼吸机的状态,如果异常还应处理。在吸痰时还应做好负压,并判断是否有效,在此之前应做好听诊,注意无菌操作。给予吸痰、吸氧护理,同时还应滴注甘露醇降低患者的颅内压,并给予冰敷处理,如果患者血压过高,还需平稳后才能转运。针对患者易紧张、恐惧的心理特点,告知患者家属,减轻患者对手术的焦虑恐惧心理。详细对患者介绍治疗、手术过程和术后注意事项。第三, 转运护理。在转运过程中应抬高高血压脑出血患者的头部,并偏向一方,避免出血异物误吸的情况。如果患者表现为脑出血还应减轻水肿,并保护患者头部,通知医院做好准备,并准备相关仪器及药品,为患者制定科学的救治方案。第四, 对于患者来说,由于危险感较高,因此应和患者家属保持联系。通过进行院前档案建立,依次来消除紧张感,在设立责任护士的同时,确保安全有效。在下病危通知进行心电监测的同时,进行指脉氧监测,并给予中心吸氧。提前 30 分钟准备所需仪器、监护设备及药品。将患者根据位置安置舒适、安全的体位。术中用监护仪检测患者血压、心率、呼吸、血氧饱和度,全面观察其生命体征变化及不良反应。

3. 高热降温方法的进展

经研究表明,脑出血患者出现院内感染的主要因素和年龄、疾病特点以及治疗措施具有明显关系^[2]。在出现脑出血后,患者免疫力下降,在呼吸道黏膜清除能力下降的同时,导致肺泡巨噬细胞介导、吞噬作用受到影响,同时潮气量出现明显降低,呼吸免疫功能受到一定抑制,因此肺部感染明显上升。除此之外,慢性支气管炎、慢阻肺均为危险因素,在对呼吸道黏膜形成损伤的同时,纤毛运动能力出现减弱。在出现鼻饲侵入肺部的同时,导致患者存在呼吸困难。神经外科病人发热主要是受下丘脑功能障碍、白介素水平增高所致^[3]。一些临床研究表明,在急性发热期发热患者预后效果较差。部分学者认为应积极进行发热控制。常规降温方法包含冰敷、降温毯等。使用外源性冰袋治愈患者的后背等将会引起寒颤。目前我国学者在颅脑损伤、蛛网膜下腔出血中使用血管内降温法能够有效控制 ICU 病人的发热。

4. 脑出血患者出现肺部感染原因及相关护理措施

脑出血作为现阶段临床一种常见病症,临床表现为呼吸困难、气管分泌物等呼吸功能障碍,对于此种疾病来说,如果不及处理将会出现呼吸衰竭状况。由于脑出血起病急、进展快,如果病情严重将会导致患者的自

理能力明显丧失,因此预防感染是当前的一个主要方面。

4.1 出现肺部感染原因

脑出血作为现阶段临床一种常见病症,临床表现为呼吸困难、气管分泌物等呼吸功能障碍,对于此种疾病来说,如果不及时处理将会出现呼吸衰竭状况。由于脑出血起病急、进展快,如果病情严重将会导致患者的自理能力明显丧失,因此预防感染是当前的一个主要方面^[5]。

现阶段由于重症脑出血作为其神经内科的一个科目,对于患者来说应加强其并发症的预防。由于患者神经反应较弱,在患者血糖较低时容易发生反应迟钝现象,因此影响检测效果,还应进行其他方面的监测。对于老年重症脑出血患者来说,病程较长整体致残率也逐渐提升。重症脑出血的出现,直接造成了重大干扰。

对于重症脑出血患者来说,受肺部感染、黏稠等的影响,因此将引发呼吸衰竭情况。经研究表明,脑出血患者出现院内感染的主要因素和年龄、疾病特点以及治疗措施具有明显关系。在出现脑出血后,患者免疫力下降,在呼吸道黏膜清除能力下降的同时,导致肺泡巨噬细胞介导、吞噬作用受到影响,同时潮气量出现明显降低,呼吸免疫功能受到一定抑制,因此肺部感染明显上升。除此之外,慢性支气管炎、慢阻肺均为危险因素,在对呼吸道黏膜形成损伤的同时,纤毛运动能力出现减弱。在出现鼻饲侵入肺部的同时,导致患者存在呼吸困难。

4.2 留置胃管护理

通过给予甘露醇进行静脉输注,浓度为 20%,剂量为 125ml,在 15 分钟内滴完。对于管床护士来说,还要为患者提供生活方面护理。在入院后第二天,管床护士还应和患者进行接触。部分短暂脑出血患者 24h 后情况将明显改善,此时患者认为自己已经痊愈,要求出院。对于管床护士来说,应讲解脑出血患者的发病诱因、表现、治疗方法,使患者明白脑出血的危害性。

对于脑出血昏迷病人来说,容易导致肺部感染几率增加。脑出血昏迷患者容易出现肺部感染:第一,在昏迷时,如果脑出血患者的中枢神经受到影响,将会导致感染出现。第二,在昏迷时,由于机体处于高代谢状态,在机体抵抗力不足的同时将会并发感染。第三,在出现昏迷时,如果鼻饲饮食反流也会产生不良情况。对于脑出血患者来说,胃管容易出现错误插入情况。

第一,插管时机。在插管前要提前了解病人的颅内压情况并根据病情的具体情况选择降压措施,避免在生命体征不平稳时插入胃管。第二,判定胃管位置。对于高血压脑出血患者来说,胃管容易出现错误插入情况。对于一部分咳嗽、吞咽反射减弱的病人,应做好相关护理。临床中常用的方法包含胃液抽出、注射器在胃管末端注入空气方式,并使用听诊器进行听诊看是否存在胃管。第三,胃管固定。一般情况下采用胶布固定方式,但容易出现胃管滑出的现象。通过在胃管近鼻翼处打结,能够有效固定。第四,鼻饲误吸。对于一部分意识不清患者,如果出现咳嗽、呕吐情况将

会增加误吸的可能性。因此还应做好相关管理,对脑出血患者讲解相关知识,建立医护关系并做好配合。在缓解脑出血患者焦虑情绪的同时确保配合治疗。对脑出血患者给予流质饮食,并做好鼻饲插管,做好酸碱平衡的维持。做好特殊护理。部分脑出血患者采用亚低温疗法,在给予头置冰帽治疗的同时减少耗氧量,并做好体温监测。体温监测每 4 小时 1 次,整体温度应保证在 35 度左右,如果患者病情稳定后让其复温,防止细菌滋生。

结束语

对于脑出血患者来说,昏迷不是 CPR 增高的主要原因。经研究表明,患者在 CPR 增高时容易出现肺部感染情况,同时 CPR 浓度增高和肺部感染程度具有明显关系,具体原因如下:第一,上呼吸道感染、细菌感染具有明显关系。第二,血液中 CPR 作为血压偏高的危险因素。当前的神经科危重病症即为脑出血,脑出血受病变部位、发病时间、高血压史等从而使患者出现持续出血,在血肿不断扩大的同时在早期应给予收缩压进行控制,在有效减少血肿的同时能够进行收缩压的控制。对急救来说,在进行危险分层的的同时在做好早期介入的情况下能够有效改善血管再通情况。对于患者来说,保守策略通过进行缺血评估,在做好导管检查、血管在通治疗的同时,采用治疗并给予抗凝、抗缺血治疗能够有效改善不良情况。

通过做好急救干预,使用整体护理的同时,有利于急救工作的展开。在做好人员培养的同时,护理人员能够掌握丰富的知识,在做好情绪、心理变化观察的同时,能够减少医疗纠纷的出现,从而能够为患者提供优质服务。目前来说,急救来说目前患者处于高危状态,同时心血管事件危险性增高,因此在做好相关护理的同时还要给予急救患者进行随访。

参考文献:

- [1]郑萌. 护理干预在急诊高血压脑出血患者保守治疗中的应用效果分析[J]. 心血管病防治知识(下半月), 2020, 010(006):46-48.
- [2]姜莉丽. 院前急救与护理对高血压脑出血患者预后的影响分析[J]. 中国保健营养 2020 年 30 卷 18 期, 227 页, 2020.
- [3]张维, 李少泉, 彭文龙, 等. 血清 IL-6, TNF- α , MMP-9, CRP 水平与高血压脑出血患者预后的相关性分析[J]. 解放军医药杂志, 2020, 032(003):P.105-108.
- [4]付华, 鲁广亮, 洪欣, 等. 高血压脑出血术后早期脑水肿形成的危险因素分析[J]. 科学养生 2020 年 12 期, 116-117 页, 2021.
- [5]Dugo E, Barison A, Todiere G, et al. Cardiac magnetic resonance in cocaine-induced myocardial damage: cocaine, heart, and magnetic resonance[J]. Heart Failure Reviews, 2020(5).
- [6]陈泽丰, 何丛香. 老年急性自发性脑出血的临床特点、危险因素及预后分析[J]. 湖北科技学院学报(医学版), 2016, 30(05):407-408
- [7]罗随平. 自发性脑出血术后呼吸机相关性肺炎临床特点[J]. 中国城乡企业卫生, 2016, 31(02):90-92. DOI:10.16286/j.1003-5052.2016.02.040.

(上接第 289 页)

Therapy Resistance in Ovarian Cancer[J]. Cells, 2020, 9(6):1402.

[8]Chiou S H, Yu C C, Huang C Y, et al. Positive correlations of Oct-4 and Nanog in oral cancer stem-like cells and high-grade oral squamous cell carcinoma[J]. Clinical Cancer Research, 2008, 14(13):4085-4095.

[9]Zhang Q, Shi S, Yen Y, et al. A subpopulation of CD133(+) cancer stem-like cells characterized in human oral squamous cell carcinoma confer resistance to chemotherapy[J]. Cancer Letters, 2010, 289(2):151-160.

[10]Tamaki S, Eckert K, He D, et al. Engraftment of sorted/expanded human central nervous system stem cells from fetal brain[J]. Journal of Neuroscience Research, 2002, 69(6):976-986.

[11]Huang D Y, Sytwu H K, Huang S M, et al. Isolation and characterization of tumor stem-like cells from human meningiomas[J]. J Neurooncol, 2011, 104(1):45-53.

[12]Hermann P C, Huber S L, Herrler T, et al. Distinct populations of

f cancer stem cells determine tumor growth and metastatic activity in human pancreatic cancer[J]. Cell Stem Cell, 2007, 1(3):313-323.

[13]Zobalova R, McDermott L, Stantic M, et al. CD133-positive cells are resistant to TRAIL due to up-regulation of FLIP[J]. Biochemical and Biophysical Research Communications, 2008, 373(4):567-571.

[14]Song S, Pei G, Du Y, et al. Interaction between CD133 and PI3K-p85 promotes chemoresistance in gastric cancer cells[J]. Am J Transl Res, 2018, 10(1):304-314.

[15]Liu C, Li Y, Xing Y, et al. The Interaction between Cancer Stem Cell Marker CD133 and Src Protein Promotes Focal Adhesion Kinase(FAK) Phosphorylation and Cell Migration[J]. Journal of Biological Chemistry, 2016:15540.

[16]Kim J, Choi K W, Lee J, et al. Wnt/ β -catenin Signaling Inhibitors suppress the Tumor-initiating properties of a CD44(+)CD133(+) subpopulation of Caco-2 cells[J]. Int J Biol Sci, 2021, 17(7):1644-1659.

三维可视化在肝切除中的应用进展

黄瀚章

温州市人民医院普外科 浙江温州 325000

摘要：目前，三维可视化(3DV)技术的快速发展及其在医学领域中的应用普及。通过患者二维扫描影像学数据完成肝脏 3DV 模型的构建工作，可多方式对更多肝脏复杂结构的相关信息予以展现，有助于术者术前评估及个体化手术方案规划，对肝肿瘤精准手术具有指导作用，实现保护性肝切除。分别从 3DV 技术概况、应用现状、在肝癌肝切除中应用及 3DV 的发展前景展望对 3DV 技术与肝切除术相关的研究进展进行综述。

关键词：三维可视化；肝癌；肝切除；应用进展

肝癌是全球范围内较常见的恶性肿瘤疾病，由于起病隐匿、早期诊断难度较大、病情进展较快，临床预后差等疾病特点，极有可能导致肿瘤死亡^[1]。肝切除术是病症的主要治疗手段，特别是对早期肝癌患者来说更加有效。肝切除术通过选择适当的手术路径和切除范围，确保将肿瘤病灶彻底切除的同时将剩余肝脏体积和功能得以最大化保存，直接决定患者术后长期生存^[2-3]。肝脏内部脉管结构复杂，既往多通过超声、CT、MRI 等二维影像学检查对肝癌患者进行术前诊断，后由手术医生结合自身诊治经验实现二维向三维图像的转换，可对肿瘤及其周围解剖结构的关系进行充分了解。但难以形成稳定可见的三维图像，不利于临床针对患者个体情况制定精细化、规范化的手术方案^[4]。三维可视化(3DV)技术在疾病诊断中可形成准确、直观、清晰的三维图像，且后处理功能强大，因此，在手术规划及术中导航中可发挥重要作用。肝脏内部脉管结构复杂，3DV 有助于精准判断肿瘤毗邻结构，并为临床医师合理制定手术方案提供较为直观的术前评估结果^[5]。因此，被广泛用于肝切除术中。

一、3DV 技术概况

目前三维可视化技术有 CT、MRI、正电子发射断层扫描和超声波图等多种应用方式，但基本方法流程一致，主从成像系统对断层二维图像进行获取，然后通过计算机技术，如医学数字成像和通信(DICOM)进行图像转换，通过二维滤波对图像的噪声进行控制，再经图像插值对所需部位的体数据进行准确获取，再对所获取的数据按照要求进行三维滤波，三维重构需完成分割分类操作环节，配准融合操作环节，体绘制操作环节^[6]。临床医学为有效治疗肝癌疾病患者将三维可视化技术纳入肝脏外科手术计划系统。实现了三维影像技术诊疗疾病模式的创新，将成为精准外科的重要部分，可对病灶的空间解剖关系进行充分掌握，同时可在术前精准评估患者病情和实现术中实时导航^[7]。术前 3D 图像可为外科医师拟行肝脏和血管切除术提供更加全面、准确的信息。

二、3DV 技术的应用现状

3DV 技术基于现代计算机技术、二维影像学数据、人体解剖结构，由 3DV 软件进行体数据集的构建，通过体绘制、面绘制技术对所构建的脏器进行清晰展现，经过分割操作、配准操作、重建及各种处理后，可顺利取得准确、清晰的 3DV 模型。3DV 模型可使肿瘤部位得以精确定位，同时可对邻近脏器、组织、血管的解剖关系进行清晰显示，术前可对患者肿瘤浸润程度进行准确评估，并进行精细规划及仿真手术模拟；同时可实现术中实时对比的目的，提高手术操作的精准性及安全性^[8]。肝脏 3DV 模型可使肝内门静脉系统、动静脉进行透明化观看，同时对其分支走行可进行清晰观察，可从三维立体角度对肿物与血管的空间关系进行准确判断^[9-10]。

三、3DV 技术在肝癌肝切除中应用

肝癌切除术中肝脏脉管系统分布较复杂且存在各种解剖变异，术中极易并发脉管系统损伤；早期肝癌难以及时进行有效确诊，大部分临床肝癌已发展到中晚期阶段，肿瘤多发且体积一般较大，往往会对脉管系统造成

侵犯，难以实现根治性切除的目的，为确保肿瘤切缘充足，手术切除范围较大；肝癌病人多合并肝脏基础疾病，比如肝炎肝硬化等，剩余肝脏体积及功能较低，因此往往对大范围肝切除难以耐受，术后极有可能并发肝功能不全。3DV 技术的三维图像呈现功能较佳，有助于体积的残肝体积的准确计算、术前可对肝内空间解剖结构展现、虚拟仿真手术、术中实时动态指导等功能，外科医师科学制定肝切除术手术规划并进行术中导航等方面的价值显著^[11]。

1 术前评估残肝体积

临床上对肝脏储备功能进行评估的方法较多，且多因素均可导致手术预后受到影响，其中残肝体积为主要影响因素。研究显示，残肝体积与术后急性肝衰竭的发生有关。患者行大范围肝切除术后，有效残肝体积较小是网状内皮细胞吞噬系统功能降低的主要原因，同时可降低其术后肝脏代谢及再生能力、抗感染能力，极易诱发严重术后并发症，不利于病情预后恢复。此外，肝癌实质极易对肝内大血管造成压迫、侵犯，或因其与肝门区域距离较近，造成肝脏内部和肝内血管出现病理性的解剖移位的情况，术中操作极有可能对血管造成创伤，是导致患者大出血和残肝体积不足的主要危险因素。因此，肝癌切除术前需对患者残肝体积进行准确评估。此前，残肝体积以患者的身高、体重为主要评估因素，但难以对患者的个体差异进行充分反映，虽然 CT 和 MRI 可准确评估肝脏体积，但难以对肝实质和肝肿瘤二者之间的位置关系进行准确判断，且难以根据门静脉血液供应情况对 Couinaud 分段及更小分段的体积进行准确计算。近年逐步发展的 3DV 技术可使传统方式的局限性得以有效解决，术前可对肿瘤、功能肝、残肝等各项体积进行准确测量，并对残肝体积百分率进行准确计算^[12]。还可在术前对残肝体积是否与术后残肝代偿要求相符进行准确评估，且能对血液供应和胆道引流的影响予以评定，如此对术后急性肝功能不全和肝衰竭发生具有积极预防和控制作用。同时，3DV 技术可使传统技术中某些解剖异常情况得以有效解决，3DV 软件通过对门静脉灌注的体积进行准确分析，可避免可能发生的解剖异常因素的影响，如此可对肝脏的分段进行准确判断，并对更细微的区域进行测量。可见，术前采用 3DV 技术对患者残肝体积进行准确评估，有助于临床医师对患者手术指征进行更好的把握，可使术后肝功能不全、肝衰竭发生风险降至最小化。陈闯^[13]研究中证实 3DV 技术可对 HCC 患者术前进行精准评估，临床指导意义显著。

2 术前可对肝内空间解剖结构展现

肝脏的脉管系统不仅较为复杂，而且多变，生理功能较为特殊，使肝切除术的操作难度和风险随之增加。术前通过血管三维立体化显示图像可对肝动脉和门静脉有无变异进行准确识别，更易于手术操作。3DV 技术可实现 CT 数据的三维或多平面重建优化，对 CT 上不易发现的肝内胆管进行清晰显示，从而有效防止术中误伤的情况发生。3DV 技术对肿瘤有无被压缩进行判断，并对其压缩的距离和方向进行判断，通过对肿瘤与肝动脉和门静脉二、三级分支的距离进行准确测量，选择适当的手术方式，并对术后是否会对残肝的静脉回流进行判断^[14]。术前采用 3DV 技术可使患者

术中出血量及术后并发症发生率大大降低。同时,3DV 技术可从多方位、多角度对重建图像进行缩放操作和旋转操作,并按照需设置特定器官的透明度,从任意角度进行观察及透过脏器观察,有利于术者更准确的评估肿瘤可切除性和具体切除范围,使术者对手术步骤进行更科学的处理,有利于指导复杂性肝癌切除术的术前规划。应用 3DV 技术辅助肝癌切除术对原发性肝癌患者进行治疗,可建立直观性较强的可视化模型,并可使肝内解剖结构实现立体化展示,术中重建结果与实际情况符合度较高,可实现人力物力的优化利用,提升整体手术效果。

3 虚拟仿真手术

对肿瘤所在肝段及其与肝脏脉管系统的解剖关系进行充分了解可保障肝癌切除术的安全顺利实施,以对肿瘤切缘和剩余肝体积进行最佳选取,针对性制定最恰当的手术切面。传统的二维影像需由术者主观的空间想像能力实现三维印象的显示,且具有一定主观性,难以稳定维持。3CV 技术可为术者提供清晰、精确的肝脏、肿瘤、脉管系统的图像,还可借助虚拟仿真手术功能对手术规划进行指导,即基于重建模型并辅助虚拟手术器械仿真系统规范执行虚拟仿真手术操作,通过反复演练,对术中需切除或保留的解剖结构进行充分了解,从而对最佳手术切面进行明确判断。通过多次术前虚拟仿真手术可对术中需面临的各种解剖结构进行充分了解,可尽可能避免对术中重要结构造成不必要的损伤,确保肿瘤完全切除,并使有功能的肝组织得以最大程度的保留,是实现精细化的术前规划的关键。对 3DV 重建模型实施虚拟仿真肝脏手术规划,可使肿瘤及周围解剖结构的三维空间关系得以清晰显示,并基于预先制定的手术规划进一步展开虚拟仿真手术,最终确定最佳手术方案,并预评估手术操作的安全性,最终的虚拟仿真肝切除切面十分匹配术中实际切面,不仅保证有效切缘距离,而且对有功能的肝实质和脉管系统发挥保护作用。韦猛^[4]等人研究中 28 例复杂性肝癌患者均 3DV 技术分析,手术切除 27 例,肝切除方式(解剖性和非解剖性)。手术时间为 145 ~ 350 min,术中出血量为 100~1500 ml。虚拟与实际切除肝体积及手术切缘无较大差异($P>0.05$)。患者虚拟和实际切除肝体积、手术切缘呈正相关($P<0.05$)。提示,3DV 技术可对肝脏状况进行准确评估,优化手术方案,有助于指导复杂性肝癌切除的精准性。

4.3DV 可在术中实时动态指导

目前的 3DV 技术可通过术中动态导航系统的构建,使实际手术操作中、术前难以预测的问题得以有效解决,如术中器官由于受到挤压而出现变形移位的情况,导致肝脏真实体积不符合术前检查,同时可对术中血管胆道等解剖结构进行实时动态监测,尽可能避免对残肝部位造成损伤。未来血管系统的精确定位可提高组织保留手术的可操作性,并可使残肝体积不足的发生率降低。术中动态导航系统用于肝癌切除术中,随着手术的进展,系统可使切除平面的结构得以逐步显示,并通过视觉辅助使外科医师对术中关键结构进行准确感知,有助于增强其手术时的信心,确保手术的安全顺利实施。术中导航系统便于术者对肝内结构的解剖关系进行充分掌握,同时可对患者手术区域进行精确定位,可使残肝的损伤降至最小化。

5 3DV 技术可缩短手术时间

3DV 技术对手术时间无延长作用,可能会缩短患者手术时间,主要是因三维可视化技术在术中提供了对手术部位更深层次的感知,且在成像系统方面的优势显著,在术前可充分了解患者脉管系统的走行态势,从而为患者采用规则性肝切除术,便于术中胆道缝合、快速打结等,可大大降低血管、胆管损伤发生率,避免术中反复出血,达到止血目的,从而可使手术时间得以缩短。季渝军等人^[15]研究中观察组采用 CT 三维重建可视化系统进行术前评估的患者在住院及手术时间、手术出血量方面均较对照组更优($P<0.05$)。提示,原发性肝癌患者术前应用 CT 三维重建可视化系统进行

评估的准确性较高,有助于提升治疗效果。

6 3DV 对术后复查的指导作用

肝癌手术切除后须叮嘱患者定期到医院进行复查,追踪预后恢复情况,对其有否并发症发生进行询问了解。定期开展腹部超声、肝脏增强 CT 和 MRI 检查等相关影像学检查,根据检查结果快速展开三维重建工作,相较于术前三维重建图像可对肿瘤有否复发进行动态了解。

四、3DV 的发展前景展望

目前,3DV 技术是肝癌切除术的术前诊断及评估的主要手段,同时对手术规划制定具有指导作用,更是术中指导和术后评估的重要技术手段,对肝胆外科疾病的精准诊疗具有积极推动作用。但目前 3DV 技术融合其他检查结果的研究较少,如能联合肝功能、肝纤维化等检查对客观的统计学模型进行建立,可为临床疾病诊疗提供更好的服务。为促进术中导航系统的准确性得以提升,未来的研究应解决纳入工具定位信息、与肝脏变形移位更加适应等为工作的重点,并尽量排除其它因素干扰手术操作。随着计算机科学和现代临床医学技术的持续进步,多学科融合的 3DV 技术会更加广泛的用于临床疾病诊疗。

参考文献:

- [1] 韦明奇,张灵,王继龙,等.三维可视化技术在联合肝脏分隔和门静脉结扎二步肝切除术中肝中静脉处理的应用价值[J].中华消化外科杂志,2020,19(11):1217-1223.
- [2] 马春阳,周益龙,李怀亮,等.混合现实术中导航技术联合三维可视化技术在复杂性肝癌切除术中的应用[J].中华医学杂志,2019,99(4):279-283.
- [3] 胡伟建,李仓,吴晓康,等.三维可视化技术联合 3D 腹腔镜在复杂肝肿瘤切除术中的应用[J].肝胆胰外科杂志,2021,33(8):484-487,491.
- [4] 黄兴华,江艺,吕立志,等.三维可视化联合吲哚菁绿荧光示踪技术在肝细胞癌解剖性肝切除中的应用[J].国际外科学杂志,2021,48(4):242-247.
- [5] 李伟,吴胜,田宇剑,等.三维可视化技术在特殊肝段肝癌切除术中应用价值[J].中华实用诊断与治疗杂志,2020,34(10):1054-1056.
- [6] 张化玉.三维可视化技术指导肝段切除联合胆道硬镜在复杂肝胆管结石治疗中的应用[J].中国普通外科杂志,2018,27(6):796-800.
- [7] 杨传鑫,顾思捷,袁凡,等.三维可视化技术在肝内胆管结石诊治中的应用[J].中华肝胆外科杂志,2020,26(5):392-395.
- [8] 陈昭硕,周东,许少华,等.三维可视化技术在复杂性肝癌切除术中应用研究[J].中国实用外科杂志,2021,41(6):691-695.
- [9] 赵颀,叶进冬,李华丽,等.肝脏三维可视化重建技术在儿童复杂肝母细胞瘤肝切除术中的应用价值[J].临床肝胆病杂志,2021,37(9):2130-2135.
- [10] 宋铎,孙铎,姜德帅,等.三维可视化技术与二维影像技术在肝癌患者肝切除术中的疗效比较研究[J].临床和实验医学杂志,2020,19(6):656-660.
- [11] 王晓颖,高强,朱晓东,等.腹腔镜超声联合三维可视化技术引导门静脉穿刺吲哚菁绿荧光染色在精准解剖性肝段切除术中的应用[J].中华消化外科杂志,2018,17(5):452-458.
- [12] 李锟,张中林,刘权焰,等.三维可视化技术联合术中 ICG 荧光显像在腹腔镜肝癌切除术中的应用[J].中华肝脏外科手术学电子杂志,2019,8(3):226-229.
- [13] 陈闯,毛諒,郝立俊,等.三维可视化技术在肝细胞癌术前评估中的应用[J].中华普通外科杂志,2018,33(2):114-117.
- [14] 韦猛,叶甲舟,白涛,等.三维可视化技术在复杂性肝癌切除手术中的临床应用价值[J].中华肝胆外科杂志,2019,25(9):653-655.
- [15] 季渝军. CT 三维重建可视化系统在原发性肝癌肝切除中的应用[J].影像研究与医学应用,2019,3(14):94-95.

甲状腺结节的超声诊断进展研究

王珊珊

陆军特色医学中心全科医学科 重庆渝中 400000

摘要：甲状腺结节属于临床多发病，碘缺乏地区发生率较高，触诊检出率为 5%左右，超声检出率为 10%~67%，虽然该病临床发病率较高，但是恶性率相对较低，约为 5%~10%。作为临床发生率最高的内分泌恶性肿瘤，甲状腺癌在所有癌症中占比相对较低，约为 1%，以乳头状癌居多，分化良好的甲状腺乳头状癌发病率约占 75%~90%，预后较好，但是术后病情复发率较高。甲状腺癌进展缓慢，早期做出准确诊断及针对性治疗能够大大提高治愈率。超声在甲状腺结节诊断中有着广泛的应用，具有分辨率高、无创以及可重复检查等特点，能够对结节大小、形态以及内部回声等情况进行动态检测，可为临床进行疾病诊断和评估提供依据和参考。本文特就各种超声诊断方法在甲状腺结节中的应用价值进行分析以便为临床进行病情诊断提供参考，现综述如下。

关键词：甲状腺结节；超声；诊断价值

超声因具有无辐射、操作方便、经济可靠以及实用性强等特点，在多种疾病诊断中均有着广泛的应用，应用于甲状腺结节诊断中可清晰显示结节边界、形态以及内部回声等，能够为临床估计甲状腺肿瘤体积、结节大小及指导细针穿刺活检等提供参考，同时还能够为临床鉴别结节良恶性以及评价患者预后改善情况提供指导^[1]，现将临床常用超声技术和方法综述如下。

1 二维灰阶超声

二维超声检查可对甲状腺是否存在结节进行判断，同时还能够观察结节形态、大小、边界、数量以及纵横比、内部回声、钙化、囊实性比例、周边声晕与颈部淋巴结等。甲状腺结节存在以下特征时存在较高的恶性风险：纵横比>1、微钙化、形态不规则、边界模糊、实性低回声、周边缺乏声晕等。微钙化在甲状腺结节良恶性中的鉴别特异度较高，但是敏感度相对较低。存在钙化的结节恶性风险显著升高，结节周边存在声晕则恶性几率较低^[2]。颈部淋巴结检查能够为临床对甲状腺结节良恶性进行准确判断以及临床明确术前淋巴结清扫范围提供重要参考。异常血管分布、淋巴结门消失、纵径增大、淋巴结回声变低等为转移性淋巴结超声征象。

结节性甲状腺肿结节存在多种形态，与病变时间、性质以及继发性改变存在重要关联。根据病理性质差异可分为增生性结节及瘤性结节，其中增生性结节主要由压迫周围组织而导致不完整包膜形成引发，瘤性结节主要有胶质贮留造成滤泡高度肿大而造成。随着病情发展，结节可对结节间血管造成压迫并使得结节血供不足并出现变性、出血或者坏死等异常表现。甲状腺两侧叶可见不对称性增大现象，表面粗糙，内部有大小不等结节且回声强度不一，结节内部或者周边可见颗粒状或弧形钙化，结节间有强回声条或者散在强回声点，结节外甲状腺体回声不均匀。甲状腺腺瘤多为单发，肿物呈椭圆形或者圆形，内部回声均匀，多呈等回声或低回声，肿物边界整齐、清晰且有包膜、周围有晕环，肿物后方回声无明显变化或者回声增强。甲状腺癌边界模糊，可见钙化现象，可见实性不均质低回声，癌肿后方回声无变化或者衰减，癌中内部或者周边有丰富血流信号且能够探及动脉样血流频谱^[3]。

2 彩色多普勒超声检查

彩色多普勒超声检查能够使甲状腺结节内部血流分布状态、血供情况等获得清晰显示，而且频谱多普勒检查还能够测量血流阻力指数，有助于临床鉴别和诊断结节良恶性。结节内部若完全检测不到血流信号则可能为良性甲状腺结节，甲状腺结节内部血流分布较为杂乱则多为恶性甲状腺结节。恶性肿瘤内因无无淋巴管网，无平滑肌层或者新生血管壁薄可导致肿瘤内血流阻力指数升高^[4,5]。

2 三维成像技术

二维超声检查无法显示冠状面，三维成像技术则能够多切面、多角度直观成像，应用价值高于二维超声检查。三维超声检查不但能够显示冠状

面，而且对钙化结节的敏感度较高。除此之外，三维能量多普勒技术还能够检测到低速血流信号及小血管，还能够立体观察血管分布以及走行等情况，有助于临床观察结节内部及周边血流情况，可显著提高甲状腺良恶性结节鉴别和诊断的准确率。

3 超声引导下粗针及细针穿刺活检

超声引导下粗针穿刺活检取材量较大，取材后活检组织藏于针芯内，不会与各层次组织接触，可大大降低肿瘤扩散概率，与细针穿刺相比，诊断的准确度、特异度及敏感度均更高。术前超声引导下细针穿刺活检有助于临床明确手术范围并制定恰当的手术方案，避免出现过度手术现象。触诊引导下及超声引导下细针穿刺活检结果显示结节位于甲状腺背部或者结节囊性部分>50%则可导致超声引导下细针穿刺活检率降低。超声引导下细针穿刺活检能够多角度、多次取样，可准确定位，能够准确选择囊实性结节实性部分进行穿刺，可使穿刺满意度得到提高，有助于为临床鉴别和诊断良恶性结节提供参考和指导，而且成功率较高，组织吸取量以及操作者经验等对诊断结果影响较小。联合应用超声引导下粗针及细针穿刺活检对于提高诊断准确率、敏感度以及特异度均有重要价值，能够进一步降低漏误诊风险。

4 萤火虫成像技术

灰阶超声检查针对微钙化存在一定的局限性，被周围组织包埋或者过小微钙化漏检率较高。萤火虫成像技术能够显示微小钙化，所检出的最小钙化可达 0.5mm，可使病灶内微钙化的检出率获得显著提高，属于甲状腺癌超声检查的重要补充手段。

5 超声弹性成像

超声弹性成像为临床鉴别良恶性结节提供了新的技术手段，在甲状腺良恶性结节诊断方面应用过前景较好。现阶段，超声弹性成像的诊断方法主要包括弹性应变率值半定量测量法以及分级评分法。超声弹性成像基本原理为对组织施加外部或内部静态或动态激励并根据病理组织以及正常组织的应力/应变（弹性系数）的差异收集某个时间段内被测物体的信号片段，通过计算机技术对组织内部不同位置的位移情况进行估计，然后计算变形程度并通过灰阶或彩色编码成像。超声弹性成像技术为对组织力学特征成像的新技术，在临床上获得了广泛的关注且获得了日益广泛的应用，在甲状腺病变、前列腺病变以及乳腺病变中应用均非常广泛，特别是在甲状腺结节中的诊断价值较高。既往临床应用弹性成像判断组织良恶性方法包括弹性应变率值、图像分级评分以及半定量测量法。

当前，新型实时组织弹性成像技术诊断甲状腺结节定量研究已经实现，通过应用组织的杨氏模量绝对值可为临床鉴别和诊断甲状腺结节良恶性提供参考。作为物体弹性模量，杨氏模量本质为应力及应变比值，应力与应变在物体的弹性限度内呈正比，比值大小能够使组织弹性的大小获得反映，杨氏模量值越小则组织越软。临床病理学研究表明浸润性癌变组织、

非浸润性癌变、纤维化组织以及乳腺、脂肪弹性系数存在较大的差异。腺瘤、结节性甲状腺肿等甲状腺良性病变主要由滤泡组织组成,内含丰富的胶质成分且组织质地较软。甲状腺良性病变主要由滤泡细胞组成,内部胶质成分丰富,因而组织质地较软。与甲状腺良性病变相比,甲状腺恶性病变硬度显著更大。如甲状腺乳头状癌有较多组织分支,间质内血管、纤维以及钙化小体(呈同心圆状排列)丰富,组织硬度相对更高。刘丽等研究^[6]中,分别为 80 例甲状腺结节患者实施常规超声诊断及超声弹性成像诊断,常规超声在甲状腺结节良恶性中的诊断特异度为 69.62%、灵敏度为 62.96%、阴性预测值为 84.61%、阳性预测值为 41.46%、诊断准确度为 67.92%,超声弹性成像分别为 91.14%、92.59%、97.30%、78.13%、96.22%,与常规超声相比,超声弹性成像诊断甲状腺结节良恶性的效能明显更高且差异有统计学意义($P < 0.05$)。

超声弹性成像可为临床准确鉴别和诊断甲状腺结节良恶性提供重要指导,但是该诊断技术针对位置较深的小病灶弹性评分准确率相对较低,对体积较大、内部出血以及存在严重钙化现象的甲状腺结节,超声弹性评分相对较高且存在较高的误诊率^[7]。此外,超声医师的诊断技术和操作经验对弹性评分也可产生较大的影响。

6 超声造影

超声造影将通过向患者外周静脉注入造影剂并利用造影剂增强后散射回声,能够使超声诊断的特异度、敏感度和分辨力得到显著提高,可清晰显示肿瘤中微血管,能够降低漏诊或者误诊风险^[8]。

增强模式可通过超声观察患者甲状腺结节内造影剂流向并分为环状增强、不均匀增强、均匀增强及未增强。良性结节主要表现为周边环状增强,恶性结节则主要表现为不均匀增强。此外,不同甲状腺结节造影增强模式存在一定的差异,良性恶性病变血管分布以及血流特点等有一定的不同点。甲状腺恶性结节血管分布不规则且血管大小特点不明显,而且随着病情进展,结节可对原有血管造影破坏并与新生血管产生不协调感,最终导致结节微血管密度不同现象发生,以恶性结节不均匀增强模式为主要表现。良性结节中微血管分布均匀且血液流向类似于人体正常血流,淋巴回流及静脉血流较为明显,密度较低且整体规则,因此,良性结节增强模式表现为均匀增强,随着良性结节不断生长,较大瘤体会对原有血管造影挤压并导致环状血流形成。甲状腺良性结节超声造影消退模式主要以慢出为主要特点,恶性结节则主要以快出为主要特点。恶性结节时间-强度曲线特点主要表现为多相或者延迟到达基点及不规则消退曲线,良性结节则以规则消退至基点为主要表现^[9,10]。

由于甲状腺结节形状不同,造影强度可产生一定的变化,而且与肿瘤血管密度、生长方式、肿瘤内血液循环情况以及是否有无癌栓等存在一定的关联。甲状腺结节生长长期不同结节内血液随之发生变化,因此,需要根据血液共存情况对造影剂使用情况进行调整,充分保证超声造影的有效性。如腺瘤血供丰富,可增强灌注,但是受内部钙化以及囊性变等因素的

影响,血液循环可表现出低增强现象。

结语:

超声检查在甲状腺良恶性结节鉴别及诊断中应用广泛,二维灰阶超声检查有助于临床了解甲状腺结节与周围组织基本情况。彩色多普勒超声检查及频谱多普勒超声检查可为临床进一步了解甲状腺组织血供以及血流情况等提供参考,结合穿刺活检可使诊断准确率得到进一步提高。三维超声则能够使结节冠状面获得显示,有助于精细判断血流与微小血管。萤火虫技术可使灰阶超声对微钙化诊断的不足得到弥补,弹性成像技术能够反映组织硬度。超声造影在临床上应用广泛,有助于临床通过造影剂在组织中的不同时相表现对甲状腺结节的良恶性进行判断^[11]。

参考文献:

- [1]李健,殷延华,戚建国,等.甲状腺结节超声恶性风险分层方法对甲状腺结节良恶性的鉴别诊断价值:中美指南对比分析[J].中国全科医学,2022,25(9):1077-1081.
 - [2]张卫兵,陈天奕,刘华,等.五种不同甲状腺结节超声恶性危险分层系统的比较[J].中国超声医学杂志,2022,38(2):132-136.
 - [3]Ricardo F.Technical aspects of abdominal ultrasound and color Doppler assessment of bowel viability in necrotizing enterocolitis[J].Pediatric Radiology,2018,48(5):1-3.
 - [4]匡芳芳.高频超声对甲状腺结节良恶性的鉴别诊断分析[J].当代医学,2022,28(6):180-182.
 - [5]姜永玲,储玲玲,叶新华.高频彩色多普勒超声鉴别诊断甲状腺良恶性结节经验分析[J].湖南师范大学学报(医学版),2022,19(1):259-262.
 - [6]刘丽,杨美玉,匡莉,等.常规超声成像与超声弹性成像诊断甲状腺结节良恶性的对比研究[J].安徽医药,2018,22(4):656-659.
 - [7]张晓静.超声弹性成像与常规超声诊断甲状腺结节的效果比较[J].中国医疗器械信息,2022,28(4):103-105.
 - [8]曹春莉,陈铭,杜婷婷,等.超声造影联合二维超声在 TI-RADS 4 类甲状腺结节良恶性鉴别诊断中的应用价值[J].实用医学杂志,2019,35(18):2954-2958.
 - [9]刘巨方,童燕燕,段石明,等.超声造影联合细针穿刺活检技术鉴别诊断甲状腺结节良恶性的效果[J].当代医药论坛,2021,19(20):141-143.
 - [10]曹春莉,陈铭,杜婷婷,等.超声造影联合二维超声在 TI-RADS 4 类甲状腺结节良恶性鉴别诊断中的应用价值[J].实用医学杂志,2019,35(18):2954-2958.
 - [11]Brian H H L,Yu C W,Keith W H C.Evaluation of pain during high-intensity focused ultrasound ablation of benign thyroid nodules[J].European Radiology,2018,28(6):2620-2627.
- 作者简介:王珊珊,1984 年 12 月,女,籍贯:福建,民族:汉,学历:本科,目前职称:初级医师,研究方向:甲状腺,乳腺,颈动脉超声。

(上接第 290 页)

International, 2016,2016: 1-16.

[6]YU-CHIH, CHEN, HAN-SHUI, et al. Oct-4 Expression Maintained Cancer Stem-Like Properties in Lung Cancer-Derived CD133-Positive Cells[J]. PLoS ONE, 2008,3(7): e2637.

[7]LU C S, SHIEH G S, WANG C T, et al. Chemotherapeutics-induced Oct4 expression contributes to drug resistance and tumor recurrence in bladder cancer[J]. Oncotarget, 2017,8(19).

[8]A X Q, A Z W, A Y L, et al. Characterization of sphere-forming cells with stem-like properties from the small cell lung cancer cell line H446 - ScienceDirect[J]. Cancer Letters, 2012,323(2): 161-170.

[9]IKUSHIMA H, TODO T, INO Y, et al. Glioma-initiating Cells Retain Their Tumorigenicity through Integration of the Sox Axis and Oct4 Protein[J]. Journal of Biological Chemistry, 2011,286(48): 41434.

[10]LIU X, MA M, DUAN X, et al. Knockdown of OCT4 may sensitize NSCLC cells to cisplatin[J]. Clinical and Translational Oncology, 2016.

[11]ABADA P B, HOWELL S B. Cisplatin Induces Resistance by Triggering Differentiation of Testicular Embryonal Carcinoma Cells[J]. Plos One, 2014,9.

[12]MOHIUDDIN I S, WEI S J, KANG M H. Role of OCT4 in cancer stem-like cells and chemotherapy resistance[J]. Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - Molecular Basis of Disease, 2019,1866(4).

[13]CANO C E, HAMIDI T, GARCIA M N, et al. Genetic inactivation of Nuprl acts as a dominant suppressor event in a two-hit model of pancreatic carcinogenesis[J]. Gut, 2014,63(6): 984-995.

[14]DINA, M., EL-GUINDY, et al. Oct4 expression in gastric carcinoma: association with tumor proliferation, angiogenesis and survival[J]. Journal of the Egyptian National Cancer Institute, 2019,31(1).