

膳食营养指导对高血压人群饮食行为及身体状况的改善评价

陈彦瑾

杭州市第三人民医院 营养科 浙江杭州 310009

摘要：目的：研究膳食营养指导对高血压人群饮食行为及身体状况的改善作用。方法：择取在本院就诊的 120 例高血压患者，接收时间段介于 2019 年 10 月至 2021 年 9 月间。通过计算机随机分组法规范分组，对照组纳入接受常规护理干预的 60 例患者，观察组则纳入在此基础上展开膳食营养指导的 60 例患者。比较各组的干预效果。结果：观察组干预后的膳食保护性因素、三餐规律比例高于对照组，非膳食保护性因素以及高盐膳食比例低于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组患者干预后的高血压膳食营养知识、行为评测值均高于对照组，体质指数、腰围测定值以及舒张压、收缩压水平均低于对照组，患者满意度高于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：对高血压人群加强膳食营养指导有助于提升其膳食营养知识掌握度，改善其饮食行为和体质指数，提高血压控制效果，可促进身体健康水平的提高。

关键词：高血压；膳食营养；饮食行为；身体状况

高血压的发生除了与遗传、精神与环境、年龄、疾病等因素有关外，还与生活习惯有关^[1]。膳食结构不合理不仅是高血压发生的危险因素，同时还还会导致病情持续进展加重，促使血压控制不佳，引起一系列心血管并发症发生，严重影响到患者的身心健康^[2,3]。高血压患者在中老年群体中高发，此群体未充分认识到膳食营养与高血压发生发展的关系，仍存在饮食不合理的情况，会影响治疗效果^[4]，因此需要在其治疗期间加强膳食营养的指导。本文就膳食营养指导的作用进行观察，进一步分析对高血压患者饮食行为、身体状况所产生的影响。

1 资料和方法

1.1 资料

高血压患者 120 例均在 2019 年 10 月至 2021 年 9 月内收治于本院。根据计算机随机分组法将患者平均分为两组，每组 60 例。

纳入标准：（1）临床症状与血压检查结果同《中国高血压病诊治指南》中有关标准相符合者；（2）脏器功能检查结果显示正常者；（3）精神状况良好者。

排除标准：（1）存在严重高血压并发症者；（2）心血管危险分层为低危亦或是极高危者；（3）存在心肌梗死等严重心血管事件者；（4）需要住院治疗者；（5）既往存在心脏介入治疗史者；（6）患有老年痴呆者。

对照组：男性人数共 36 例，女性人数共 24 例；以 45 岁至 79 岁为具体年龄范围，年龄平均值（ 62.52 ± 2.48 ）岁。病程为 2.0 年至 11.2 年，病程均值为（ 6.50 ± 1.08 ）年。高血压分级：1 级 34 例，2 级 16 例，3 级 10 例。受教育程度：初中及以下 14 例，中专及高中 31 例，大专及以上 15 例。

观察组：男性人数共 38 例，女性人数共 22 例；以 46 岁至 81 岁为具体年龄范围，年龄平均值（ 62.60 ± 2.54 ）岁。病程为 2.4 年至 11.4 年，病程均值为（ 6.55 ± 1.12 ）年。高血压分级 1-3 级分别为 32 例、17 例、11 例。受教育程度：初中及以下 16 例，中专及高中 30 例，大专及以上 14 例。

两组所获得的信息数据存在均衡性（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

对照组——常规护理干预。在患者就诊时，遵医嘱对其进行用药指导和心理干预。指导患者及其家属掌握正确使用血压计的方法，叮嘱其每日书写血压日记，记录血压检测结果、饮食行为、用药及活动情况。发放《中国高血压患者教育指南》、《高血压病人膳食指南》供患者及其家属阅读，并结合其身体状况制定科学的运动方案。在患者居家休养期间，通过微信以文章、视频等形式推送疾病相关知识和保健知识，并通过微信经常与患者进行交流，在解答患者疑惑的同时叮嘱其定时复诊以及坚持血压监测。

观察组在落实上述措施的同时采取膳食营养指导。根据 DASH 饮食模式制定干预措施，结合《中国居民膳食指南（2016）》调整患者的饮食结构，在丰富食物种类的同时控制食物的摄入量。具体措施包括：（1）热量限制与体重控制：超重、肥胖易导致高血压发生，需要通过控制热量与体

重起到防治高血压的作用。因此每日应严格控制热能摄入量，叮嘱患者每日坚持运动锻炼。（2）营养指导：谷薯类食物、奶制品每日摄入量控制在 250-400g、300g；蔬菜、新鲜水果摄入量分别为每日 300-500g、200-350g。鱼禽蛋肉摄入量控制在 120-200g/d。同时适量补充优质蛋白、维生素、矿物质以及微量元素、复合糖类，严格控制钠盐、脂类的摄入量，禁食腌制、油炸食物以及动物内脏。（3）饮食行为习惯方面的指导：三餐定时定量，细嚼慢咽，禁止暴饮暴食，注意营搭配均衡。鼓励患者戒烟戒酒、不挑食偏食，禁饮浓茶、咖啡等可兴奋神经系统的食物，针对爱饮茶的患者，则遵医嘱合理选择茶叶品种。（4）中医膳食指导：结合中医辨证以及中医体质辨识结果制定个性化的膳食方案，如气血两虚证多食用莲子等具有滋补作用的食物。（5）随访：通过微信、电话随访等方式不断向患者强调膳食营养的重要性。在随访期间对患者的膳食摄入情况、饮食行为进行了解，结合患者血压以及身体状况的变化对膳食食谱进行调整，同时叮嘱家属监督患者的饮食行为。

两组均持续干预 6 个月。

1.3 评价指标及判定标准

（1）应用问卷调查的形式了解两组患者干预前、干预后的饮食行为，计算膳食保护性因素（进食牛奶与奶制品、粗粮、肉类、海产品等）、非膳食保护性因素（进食肥肉、油炸、腌制类食物以及饮酒、点外卖）的比例以及三餐规律比例，同时统计高盐膳食情况，计算百分比。

（2）两组患者干预前、干预后填写膳食营养相关知识行为调查问卷，内容主要涉及到高血压营养知识、营养行为两大方面，每一个方面均为 100 分，以分值高为优势。

（3）在干预前、干预后对两组患者的身高、体重以及腰围进行测量，计算体质指数。同时应用血压计获得舒张压、收缩压数据。

（4）护理人员在两组患者末次门诊复查时发放满意度调查问卷，问卷内容主要包括沟通宣教、耐心、护理的延续性、护理效果等，百分制，得分为 90 分及以上表示满意，75-89 分、0-74 分依次表示基本满意、不满意。

1.4 统计学处理

将此次研究中所涉及到的资料利用 SPSS 25.0 软件展开统计检验，经 χ^2 检验获得计数资料检验结果，表现形式为[n（%）]；经 t 检验获得计量资料检验结果，以（ $\bar{x} \pm s$ ）作为表现形式。差异有统计学意义的表达方式 $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 饮食行为

两组患者干预后的饮食行为相关指标比例相较于干预前差异明显（ $P<0.05$ ），膳食保护性因素、三餐规律比例均是观察组数据高于对照组，非膳食保护性因素以及高盐膳食比例均是对照组高于观察组， $P<0.05$ 。

见表 1 所示：

表 1：对比两组的饮食行为[n（%）]

组别	膳食保护性因素		非膳食保护性因素		三餐规律		高盐膳食	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	28（46.67）	44（73.33）*	24（40.00）	13（21.67）*	31（51.67）	43（71.67）*	35（58.33）	22（36.67）*

(n=60)								
观察组 (n=60)	30 (50.00)	55 (91.67) *	22 (36.67)	5 (8.33) *	33 (55.00)	54 (90.00) *	32 (53.33)	10 (16.67) *
χ^2 值	0.134	6.984	0.141	4.183	0.134	6.508	0.304	6.136
P 值	0.715	0.008	0.707	0.041	0.714	0.011	0.581	0.013

注：与同组干预前比较，*P<0.05。

2.2 膳食营养相关知识行为调查结果

干预后，两组患者干预高血压膳食营养知识、行为的评测值均较干预前增高，且两项分值组间比较，均是观察组所得分值更高，P<0.05。

如表 2 所示：

表 2：比较各组的膳食营养相关知识行为调查结果

组别	营养知识（分）		营养行为（分）	
	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n=60)	50.46±4.77	68.74±6.31*	45.24±3.36	70.19±5.20*

表 3：比较各组的临床相关指标

组别	体质指数（kg/m ² ）		腰围（cm）		舒张压（mmHg）		收缩压（mmHg）	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n=60)	25.40±3.50	24.01±2.46*	92.78±8.25	88.46±5.20*	98.34±3.46	84.61±2.80*	154.52±10.28	129.78±7.01*
观察组 (n=60)	25.47±3.61	22.13±1.95*	92.83±8.33	83.17±3.15*	98.50±3.57	77.77±1.63*	155.07±10.42	114.20±5.19*
t 值	0.108	4.639	0.033	6.740	0.249	16.353	0.291	13.836
P 值	0.914	0.001	0.974	0.001	0.804	0.001	0.772	0.001

注：与同组干预前比较，*P<0.05。

2.4 满意度

满意度经计算发现，观察组所得数据较对照组更高（P<0.05）。

如表 4 所示：

表 4：比较各组的满意度[n（%）]

组别	例数	满意	基本满意	不满意	总满意度
对照组	60	25 (41.67)	24 (40.00)	11 (18.33)	49 (81.67)
观察组	60	39 (65.00)	19 (31.67)	2 (3.33)	58 (96.67)
χ^2 值	-	-	-	-	6.988
P 值	-	-	-	-	0.008

3 讨论

近年来随着经济水平、生活质量的提高，居民的膳食结构也出现了较大的改变^[5,6]，呈现出低膳食纤维、高热量、高脂肪的特点，是糖尿病、高血压等一系列营养相关慢性非传染性疾病发生的危险因素之一^[7]。在药物治疗高血压患者的同时加强对饮食的控制，能够促进血压控制效果进一步提升，改善身体状况^[8]。

此次研究中在常规护理的基础上根据 DASH 饮食模式开展膳食营养指导，一方面能够调整高血压患者的饮食结构，控制各类食物的摄入量，从而能够起到降低血压的效果。另一方面能够减少血脂异常、胰岛素抵抗以及心血管疾病的发生风险，进而有助于提高身体健康水平。通过分析本次研究数据可以得知，观察组经过干预后的饮食行为以及膳食营养相关知识行为调查结果均得到显著改善，体质指数、腰围与血压水平改善幅度大于对照组，且患者满意度更高。分析原因在于，膳食营养指导有助于丰富高血压患者的营养知识，促进患者自觉形成有益于自身健康的饮食行为^[9,10]。另外膳食营养指导有助于患者科学饮食，通过热量限制与体重控制、优化饮食结构、戒烟戒酒、三餐规律进食能够有效控制血压水平，促使体重减轻，减少高血压并发症发生风险^[11,12]。同时中医膳食指导遵循辨证论治、辩证施膳的原则，能够调整阴阳脏腑、强身健体，发挥食疗、药疗双重作用^[13]。另外加强随访干预能够为患者提供持续的膳食营养指导，且家属的参与有助于干预效果的提升^[14]。

总而言之，在高血压患者中，膳食营养指导具有改善饮食行为、降低血压水平、提高身体健康水平的作用。

观察组 (n=60)	50.53±4.83	89.52±7.76*	45.33±3.44	86.10±7.33*
t 值	0.080	16.093	0.145	13.713
P 值	0.937	0.001	0.885	0.001

注：与同组干预前比较，*P<0.05。

2.3 临床相关指标

干预后，两组的体质指数、腰围与血压水平均表现出下降趋势，且明显是观察组的各项数据比对照组数据更低，P<0.05。

如表 3 所示：

参考文献：

[1]任泽萍,赵俊康,陈靖,等.山西省不同性别人群膳食模式与高血压关系[J].中华疾病控制杂志,2020,24(7): 754-760.

[2]侯殿志,陈静,沈群.全小米膳食干预对轻度高血压患者肠道菌群的影响[J].中国食品学报,2021,21(2): 100-108.

[3]王敏,王晓黎,沈慧.围绝经期女性膳食植物化合物摄入量与高血脂高血压相关性研究[J].营养学报,2020,42(1): 30-34.

[4]祁金丹,薛源,杜小娇,等.苏州市高血压患者膳食纤维摄入现状及与血压的关系[J].现代预防医学,2021,48(4): 636-639.

[5]黄芳梅,黄彩娣,陈武农.东莞市某社区居民高血压与膳食和生活方式因素关系的研究[J].海峡预防医学杂志,2020,26(1): 24-26.

[6]方泉,陈佩,李爱玲,等.叙永县居民膳食习惯与高血压患者相关性分析[J].河南预防医学杂志,2019,30(9): 641-644.

[7]热依拉·吐尔逊,刘红双,杨亚洁,等.北京市某中学初中生膳食营养素摄入与肥胖和高血压的关联性研究[J].预防医学情报杂志,2020,36(12): 1581-1588.

[8]滑丽美,苑雪娇,张宏.健康教育及行为干预在部队老干部高血压病患者中的应用[J].解放军医药杂志,2020,32(4): 封 3.

[9]朱星梦,贺悦,盛杰,等.合肥市 45~60 岁人群的膳食模式与肥胖和高血压的关联性研究[J].营养学报,2019,41(2): 129-134.

[10]李美霞.高血压疾病细节管理对高血压患者膳食行为的影响分析[J].中国保健营养,2020,30(11): 383.

[11]卓小娟,张敬文,李斌.不同膳食模式在社区老年高血压患者家庭管理中的应用[J].中国老年学杂志,2019,39(11): 2580-2583.

[12]田甜.膳食模式与高血压、2 型糖尿病、高尿酸血症关系的研究进展[J].西南医科大学学报,2019,42(6): 594-598.

[13]段晓云,周燕.应用中医食疗对高血压患者营养膳食进行干预及效果的评估[J].医学食疗与健康,2020,18(18): 21,24.

[14]张洁,吴淑玲,王海清,等.基于互联网的自我管理干预模式对高血压患者膳食情况的影响[J].实用预防医学,2019,26(6): 641-645.

作者简介：陈彦瑾；出生日期：1987 年 8 月 26 日；性别：女；民族：汉族；籍贯：绍兴诸暨；职称：营养技师；研究方向：营养；专业类别：医学营养；最高学历：大学本科。

曹波教授治疗溃疡性结肠炎验案举隅

戈君斌¹ 曹波² 通讯作者

1. 贵州中医药大学 贵州贵阳 550002; 2. 贵州中医药大学第一附属医院 贵州贵阳 550001

摘要: 溃疡性结肠炎^[1]被世界公认为是一种难治性疾病, 给患者身心造成非常大的痛苦。曹波教授根据多年临床经验, 立足经典, 汲取名家心得, 以“治病求本”为治疗原则, 以“补益脾肾、调和气血”为法, 温阳止泻方治疗脾肾阳虚型溃疡性结肠炎, 每获良效, 值得借鉴。

关键词: 溃疡性结肠炎; 曹波; 贵州名中医; 辨证论治

溃疡性结肠炎 (ulcerative colitis, UC)^[2], 是一种慢性非特异性结肠黏膜及黏膜下炎症性疾病, 1973 年被世界卫生组织正式命名为慢性非特异性溃疡性结肠炎^[3]。其病因及发病机制尚未完全明确, 主要与免疫、精神、遗传、感染、过敏、肠道菌群失调等因素有关, 其病位以直肠和乙状结肠多见^[4], 主要侵及结肠黏膜临床以持续或反复发作的腹痛、腹泻、粘液脓血便、里急后重为主要表现, 具有病程长、患者的病情轻重不一、难治愈、易反复、易恶变等特点^[5]。流行病学^[6]资料提示, 溃疡性结肠炎的发病率不论在国内和国外都有逐年增长的趋势。研究表明^[7, 8], 中医药治疗溃疡性结肠炎具有多层次、多途径、多靶点的明显优势, 有调节免疫功能、减缓炎症反应、保护肠道屏障、促进肠黏膜愈合等多重作用^[9]。曹波教授根据多年临床实践, 总结出“温阳止泻方”, 临床治疗溃疡性结肠炎取得较好疗效, 希望为临床上治疗溃疡性结肠提供的一些治疗建议。

1 病机阐微

曹波教授认为溃疡性结肠炎的病机特点是本虚标实, 脾虚是发病之本, 气滞血瘀, 湿热蕴结是致病之标。病因病机认识自《黄帝内经》、《神农本草经》、《难经》起, 指出主要是邪气乘犯, 五脏受损, 导致肠腑气血不和, 尤与肝脾肾关系密切, 《素问·至真要大论》云: “厥阴之胜, ……胃脘当也而痛, 上支两胁, 肠鸣泄泄, 少腹痛, 注下赤白, 甚则呕吐, 商咽不通”。《医宗必读》云: “度怪世之病痼者, 十有九虚, 而医之治痼者, 百无一补……, 然而尤有至要者, 则在脾肾两脏, ……未有久痼而肾不损者”。基本的病理特点是血瘀肠络, 《医林改错》云: “湾肚日久, 后方不效, 是瘀血过多”。又云: “久病必有瘀”。可见邪毒塞滞于肠, 或肝郁克脾, 导致气血瘀滞于肠络或脾胃气虚运行血液无力, 肠络气血失和而使肉败血腐。《症因脉治·铜疾论》提出了休息痢的病名病因, 云: “暴发热痢而起, 后乃久久不愈, 或暂好一月半月, 旋复发作, 缠绵不愈, 积滞不除, 此外感休息痢疾也。”乃由“外感六淫之邪, 以成痼疾, 或失于解表, 或寒凉抑遏外邪, 或早食膏粱助其邪热, 或补湿太早, 邪伏肠胃, 则成休息之痢疾矣”。说明病程迁延则为休息痢, 其病因与外感六淫、饮食不节有关。曹波教授基于祖国医学对便秘的相关论述, 结合多年的临床经验, 认识到老年便秘虚证者十居其九, 其关键病机在于气虚不能推动, 以致大肠传导无力, 血虚、阴虚者亦多夹气虚。

2 诊疗思路

曹波教授辨治溃疡性结肠炎总的治疗原则是标本兼顾, 扶正祛邪。始终以健运脾胃, 调和气血为主要的治疗目标, 并根据不同的病理阶段采取相应的治疗方法, 活动期溃疡性结肠炎主要在清热祛湿的基础上, 调理气血, 健运脾胃, 固护阴液。缓解期则以调理脏腑, 扶正祛邪为法。UC 患者中医体质以阳虚质、平和质、气虚质多见, 说明 UC 与先天禀赋不足有关先天之精无力补益后天之本, 加之久病损伤肾阳, 或年老体衰, 气血不

足, 脾失健运而发为本病。与饮食起居相关, 各时期的医家均对其进行阐述, 他们认为平素嗜食肥甘厚腻, 或饮食冷热不调, 或嗜酒, 或暑热之时喜进食凉饮。《素问·太阴阳明论》云: “饮食不节, 起居不时者, 阴受之, 阴受之则入五脏入五脏则腹满闭塞, 下为飧泄, 久为肠澼”; 《景岳全书》亦云: “泄泻之本, 无不由于脾胃……饮食失节, 起居不时, 致脾胃受伤, ……而泻滴作矣”。《明医指掌·痢疾》云: “痢之作也, 非一朝一夕之故, 其所由来渐矣。盖平素饮食不节, 将息失宜, 油腻生冷恣供口腹, 醉之以酒, 致气血俱伤, 饮食停积, 湿热熏蒸, 化为秽浊。”《古今医统大全·滞下口》谓: “休息痢者。有因初愈不禁饮食, 恣用厚味, 及妄作劳而复作者是也。《症因脉治·痼疾论》曰: “初起先见饮食难化, 后复大便不实, 时常清泄, 久久不愈, 渐下脓血, 宛似外感湿热痢, 先水泻, 复便脓, 但病来迟缓, 与外感暴发为异。此即方书所谓脾泄痢。”乃由“忧愁思虑则伤脾, 脾阴既伤, 则转输失职, 日饮水谷, 不能运化, 停积肠胃之中, 气至其处则凝, 血流其处则泣, 气凝血泣, 与稽留之水谷互相胶固, 则脾家塞滞, 而滞下之痢作矣。”中医辨证施治为主, 因人、因地、因时、因疾病发展阶段、对患者的病情进行辨证求因, 审因论病制定个体化的治疗方案。中西医结合治疗进展溃疡性结肠炎致病原因多样, 发病机制复杂。但单纯依靠西医, 治疗时间长, 不良反应多, 且易复发, 而中医可辨证论治、因人而异的选取不同的治疗方式, 临床常取得很好的效果, 中西医结合的方式可以对本病进行标本兼治。

3 病案举隅

曹某, 男, 33 岁, 2021 年 8 月初诊。患者 6 年前出现粘液脓血便, 2 ~ 3 次/d, 伴里急后重, 小腹坠痛, 结肠镜检查报告示: 溃疡性结肠炎。6 年来每遇工作压力大时反复发作, 现因工作紧张, 症状复发加重。刻诊: 青年男性, 面色萎黄, 精神疲乏, 大便质稀, 有粘液脓血, 小腹胀痛, 小便清长, 腰膝酸软, 后重感明显, 舌淡白有齿痕, 苔腻根黄, 脉弦细尺弱。西医诊断: 慢性溃疡性结肠炎。中医诊断: 泄泻。辨证分型: 脾肾阳虚型。治疗当温脾肾、清湿热。处方以“温阳止泻方”加味: 黄芪 30g、党参 15g、制附子 3g、肉桂 10g、鹿角霜 12g、补骨脂 12g、木香 20g、山药 12g、莲子 12g、五倍子 10g, 7 剂。以水三杯, 煮取一杯, 分早晚两次温服。同时嘱患者放松心情, 忌食生冷油腻、肥甘腥臭。

二诊: 患者服药 7 剂后粘液脓血便、后重感、小腹坠痛明显减轻, 脉弦、舌苔较前好转。遂在原方基础上微调, 服药一月后, 精神状态明显好转, 气色转佳, 症状基本消失。结肠镜检查显示: 病变范围减小, 可见新生血管, 炎症明显减轻。半年后随访未再复发。

按: 患者病程 6 年, 日久迁延, 多因精神因素发病, 肝气不舒, 致脾肾阳虚受损, 水气运化失司, 湿热蕴积肠道, 搏结肠络气血, 肠道脂膜受损, 故见粘液脓血便; 湿热阻滞气机, 气机不畅则里急后重。《证治汇

补·痢疾》曰：“七情乖乱，气不宣通，郁滞肠间，能发积物”。其面色萎黄，精神疲乏，脉弦细尺弱为本虚之像，舌苔腻根黄，大便粘液脓血为湿热浊毒下注表现。辨证为肝郁脾虚，湿热下注。脾肾虚弱、肝木乘脾为本，湿热蕴结肠道，损伤脉络为标。故治当补益脾肾、清热化湿、疏肝行气。给予“温阳止泻方”进行治疗，患者泄泻病程较长，脾肾阳气耗伤，予以黄芪^[10]、附子^[11]、肉桂^[12]、党参温阳益气，山药^[13]、补骨脂^[14]、鹿角霜^[13]、木香^[15]和胃化湿、调养脾胃。

4 结语

曹波教授认为溃结之所以发病和复发，无不是因为脾胃不足，健运失司，从而导致湿邪内生，阻碍气机，气郁日久又可化热，亦可导致血行瘀滞，热邪灼津耗液，导致阴伤，又可炼液为痰，还可损伤血络导致出血，气血不畅则脏腑失调，可出现肝失疏泄、肾失气化，肺失宣肃等，导致全身气机不利。另外脾运不健，气虚乏源，又可导致脏腑失养，机体正气不足，邪气难除。因此甘教授认为脾虚是本病的发病之本，气滞血瘀，湿热蕴结是致病之标，故治疗应标本兼顾，扶正祛邪，采取多靶点的综合治疗^[16, 17]，始终以健运脾胃，调和气血，清除湿热为主要的治疗目标，如此方能临证不惑。温阳止泻方：由党参、制附子、肉桂、鹿角霜、补骨脂、木香、追地风、山药、莲子、五倍子组成，适用于虚寒为主型溃疡性结肠炎。其中，制附子、肉桂、鹿角霜、补骨脂皆能温肾助阳。肉桂性味辛、甘，大热，归肾、脾、也、肝经。功能补火助阳，引火归源，散寒止痛，活血通经。用于腰膝冷痛，也腹冷痛，虚寒吐衄诸症。《纲目》云：“治寒蒋，风瘡，阴盛失血，泻滴，惊痴。”现代药理研究发现^[17]补骨脂种子提取液在试管内对葡萄球菌及抗青霉素等抗菌素的葡萄球菌均有抑菌作用，能有效调节菌群失衡。山药、莲子、均可补益脾胃而止泻。山药甘，平，归脾、肺、肾经。《本草求真》言：“其性涩，能治遗精不禁，味甘兼咸，又能益肾强阴，故六味地黄丸用此以佐地黄。然性虽阴而滞不甚，故能渗湿以止泄泻。”古代文献多提及能止脾泄久掬，愈二便不禁。《玉揪药解》称其“最宜滑泄之家，……遗精便溏，极有良效。”《世医得效方》所载之治久痢不止的方中就以老莲子二两（去也）为末，陈米汤调下送服。《医林纂要》：“莲子，去也连皮生嚼，最益人，能除烦、止渴、涩精、和血、止梦遗、调寒热。煮食仅治脾泄、久痢、厚肠胃，而交也、肾之功减矣。更去皮，则无涩味，其功止于补脾而已。”说明莲子功能养也安神、养阴和血、止泻，连皮水煎后止痢效果最佳。巧《性味甘、淡，平，归也肺、脾、肾经。功能利水渗湿，健脾宁也。用于脾虚食少，便溏泄泻，也神不安，惊悸失眠等症。文献中亦有不少记载，如《主治秘诀》云其可“止泻，除虚热，开藤理，生津液”。五倍子均可止泻。追地风性味微辛、涩、温；有小毒。归膀胱、肾经。功能祛风除湿，行气止痛。与木香配伍，以加强行气之功，且能运湿燥湿而止泻；五倍子^[18]性寒味酸、涩，归肺、大质、皆经。功能敛肺降火，涩肠止痢，敛汗止血，收涩敛疮。用于久泻久痢，盗汗，消渴，便血持血，外伤出血，痛肿疮毒，皮肤湿烂。《本草拾遗》言其能：“治脑虚泄痢，热烫服。”《纲目》载五倍子单用可治泻痢不止《中药临床应用》提出以五倍子汤用治胃和十二指肠溃疡^[19]，说明其除具有止泻之功，尚能促进粘膜愈合。纵观温阳止泻方中的各类药物，制附子、肉桂、鹿角霜、补骨脂温肾助阳，山药、莲子、追地风、五倍子涩肠止泻，木香^[15]行气，五倍子止血，性味偏于温涩，多入肾经，诸药合用共奏温阳止泻之功，主治虚寒为主的溃结性结肠炎。整个方子标本兼顾，疗效显著，值得借鉴。

参考文献：

[1]娄玉花，溃疡性结肠炎的中西医治疗经验总结，深圳中西医结合

杂志，2018. 28(04)：第 40-42 页。

[2]Jiao, C.H., et al., [Severe ulcerative colitis complicated with intracranial venous sinus thrombosis in a young man]. Zhonghua nei ke za zhi, 2022. 61(4).

[3]马成红等，民族医药治疗溃疡性结肠炎的研究概况，中国民族民间医药，2020. 29(12)：第 55-60 页。

[4]Bajpai, M., et al., Effect of Long-Term Mesalamine Therapy on Cancer-Associated Gene Expression in Colonic Mucosa of Patients with Ulcerative Colitis. Digestive diseases and sciences, 2019. 64(3).

[5]Bromfield, B. and M. Schwartz, Bilateral pulmonary embolism and pulmonary infarctions in active ulcerative colitis. BMJ case reports, 2022. 15(3).

[6]贺蒲月与谢钧，少数民族医药治疗溃疡性结肠炎研究进展，亚太传统医药，2021. 17(04)：第 8-12 页。

[7]刘国山与施丽婕，溃疡性结肠炎在中医药领域中的文本挖掘，中国医药学报，2017. 45(04)：第 40-43 页。

[8]罗雪与岳小强，近十年轻中度溃疡性结肠炎的中医药治疗研究概况，中医导报，2016. 22(12)：第 93-97 页。

[9]Edward, V.L., et al., Tu1713 - Efficacy and Safety of 2 Or 3 Vedolizumab Intravenous Infusions As Induction Therapy for Ulcerative Colitis and Crohn's Disease : Results from Visible 1 and 2. Gastroenterology, 2019. 156(6).

[10]宋红杰，美沙拉嗪辅助治疗溃疡性结肠炎的临床效果评价，中国现代药物应用，2016. 10(19)：第 181-182 页。

[11]向未等，治痢散治疗溃疡性结肠炎疗效分析，实用中医药杂志，2012. 28(09)：第 734-735 页。

[12]覃旭东，中药灌肠与美沙拉嗪口服治疗溃疡性结肠炎的临床疗效对比观察，中医临床研究，2019. 11(05)：第 71-73 页。

[13]熊艳玲等，基于抗炎和氧化应激角度研究参苓白术颗粒对脾虚湿困溃疡性结肠炎大鼠的作用机制，中药新药与临床药理，2021. 32(02)：第 149-157 页。

[14]赵海静，王长洪教授用活血化痰法治疗溃疡性结肠炎的经验探讨，求医问药(下半月)，2013. 11(03)：第 6 页。

[15]文建霞，李杨与郝俊杰，基于网络药理学的黄连-木香药对治疗溃疡性结肠炎作用机制研究，大理大学学报，2019. 4(10)：第 32-39 页。

[16]Schlee, C., et al., Multimodal stress reduction and lifestyle modification program for patients with ulcerative colitis: a qualitative study. BMC Complementary Medicine and Therapies, 2022. 22(1).

[17]丁晓洁与董正平，葛根苓连汤治疗溃疡性结肠炎的研究进展，中国中医药现代远程教育，2016. 14(20)：第 144-146 页。

[18]龚秀敏，詹玮与尹明，溃疡性结肠炎患者肠道菌群分布、炎症因子水平及发病相关因素分析，临床消化病杂志，2020. 32(05)：第 290-294 页。

[19]Marsh, A., et al., Outcomes of dietary management approaches in active ulcerative colitis: A systematic review. Clinical Nutrition, 2022. 41(2).

作者简介：曹波，男，布依族，主任医师、三级教授、硕士研究生导师、贵州省第三批名中医。

双醋瑞因联合玻璃酸钠治疗膝骨关节炎的 Meta 分析

胡高原¹ 徐远坤^{1,2} 郑春梅¹

1.贵州中医药大学 贵州贵阳 550002; 2.贵州中医药大学第一附属医院骨伤科 贵州贵阳 550001

摘要: 目的: 采用 Meta 分析系统评价双醋瑞因联合玻璃酸钠治疗膝骨关节炎的临床疗效。方法: 应用计算机检索中国知网数据库 (CNKI)、万方数据知识服务系统(WanFang data)、中国生物医学文献数据库(CBM)、维普中文科技期刊数据库(VIP)、Pubmed、Cochrane Library、EMBASE 数据库等, 全面收集各数据库从 2008 年 1 月到 2022 年 7 月发表的双醋瑞因联合玻璃酸钠治疗膝骨关节炎的中英文随机对照试验文献, 对照组采用膝关节腔注射玻璃酸钠注射液治疗, 治疗组在对照组的基础上口服双醋瑞因。由 2 名研究人员独立检索、筛选文献, 提取资料并评价纳入研究的偏倚风险。通过 Cochrane 协作网提供的文献质量评价工具来对纳入研究进行质量评价, 采用 RevMan5.3 和 state14 软件对符合纳入标准的研究进行 Meta 分析。结果: 共检索到 92 篇文献, 最终纳入 7 篇。共计患者 814 例, 治疗组 416 例, 对照组 408 例, Meta 分析结果显示, 治疗组的治疗有效率高于对照组 [$I^2=40\%$, $P=0.15$; $RR=1.25$, 95% $CI(1.13-1.38)$, $P<0.0001$]。治疗组的膝关节疼痛视觉模拟量表评分低于对照组 [$I^2=100\%$, $P<0.00001$; $MD=-1.19$, 95% $CI[-1.49, -0.88]$, $P<0.00001$]。治疗组的 Lysholm 评分高于对照组 [$I^2=99\%$, $P<0.00001$; $MD=29.84$, 95% $CI[12.66, 47.03]$, $P=0.0007$]。利用治疗有效率作发表偏倚分析, 漏斗图显示各研究点分布基本对称, 提示存在发表偏倚的可能性较小。结论: 现有的证据表明, 口服双醋瑞因联合关节腔注射玻璃酸钠治疗 KOA 的疗效优于单纯关节腔注射玻璃酸钠。

关键词: 膝; 骨关节炎; 双醋瑞因; 玻璃酸钠; Meta 分析

膝骨性关节炎(knee osteoarthritis,KOA)是以关节软骨磨损退变伴关节周围骨质增生为主的常见骨科临床疾病。据调查显示 60 岁以上人群 KOA 患病率高达 50%,而 75 岁以上人群则达 80%,就我国 KOA 的发病率为 8.1%; 存在男女性别(女性发病率高于男性)和区域(西部地区高于东部地区)分布的不同。其临床症状主要以膝关节肿痛、活动功能障碍、关节畸形、骨摩擦音及膝关节周围肌肉萎缩等。目前临床上对于 KOA 的治疗方法众多,但主要都是通过减轻患者临床症状为基础,通过改善膝关节活动功能障碍,减缓患者膝关节退行性变进而提高其生活质量为主。

目前由于 KOA 的病因及发病机制尚无定论,其致病因素众多,目前临床上许多单一的非手术治疗方式,疗效并不十分确切。因此,临床上对 KOA 的非手术治疗多以多种方式联合应用为主,其中非甾体类抗炎药与软骨保护剂的联合使用应用广泛,但其临床疗效和安全性目前仍需大量的循证医学依据做支撑。为探讨双醋瑞因联合玻璃酸钠治疗 KOA 的临床疗效,本研究通过对有关双醋瑞因联合玻璃酸钠与单用玻璃酸钠比较治疗 KOA 临床研究进行 Meta 分析,以了解双醋瑞因联合玻璃酸钠治疗 KOA 的效果及安全性。

1 资料与方法

1.1 纳入标准及排除标准

纳入标准: (1) 研究对象为已确诊的 KOA 患者; (2) 纳入文献语种为中、英文; (3) 纳入文献为随机对照临床试验(RCT); (4) 干预措施为治疗组采用双醋瑞因联合玻璃酸钠,对照组采用玻璃酸钠; (5) 疗效评价指标至少包括治疗有效率、VAS 疼痛评分、Lysholm 膝关节评分其中的 1 项。

排除标准: (1) 文献中无对照组,有明显质量问题,如结果数据错误、遗漏等; (2) 动物试验、综述医案总结、经验报道、会议摘要等; (3) 对于重复发表的文献则纳入其中一篇。(4) 研究主要内容缺失,无法进行 Meta 分析的。

1.2 文献检索

通过计算机检索中文文献数据库包括: 中国知网数据库(CNKI)、万方数据知识服务系统(WanFang data)、中国生物医学文献数据库(CBM)、维普中文科技期刊数据库(VIP); 检索词包括“膝骨性关节炎”“膝骨性关节炎”“膝骨关节炎”“双醋瑞因”“玻璃酸钠”; 英文文献数据库包括: Pubmed、Cochrane Library、EMBASE 数据库; 检索词包括“knee osteoarthritis”“Diacerein Capsules”“Diacerein”“Sodium Hyaluronate”“hyaluronic acid”; 各数据库检索年限为从 2008 年 1 月到 2022

年 7 月所收录的相关文献。

1.3 文献筛选与资料提取

由 2 名研究者按照文献纳入与排除标准独立进行筛选,提取内容主要包括①纳入文献的一般情况: 文献标题,第一作者,发表时间等; ②文献基本特征: 样本量,干预措施,出现不良反应例数; ③结局指标,此过程中如遇到分歧,则通过讨论或由第三方进行商讨最终做出决定是否纳入。

1.4 文献质量评价

通过 Cochrane 协作网提供的文献质量评价工具来对纳入研究进行质量评价,主要包括: 选择偏倚(生成随机序列隐藏分配),报告偏倚(选择性报告),实施偏倚(盲法(参与者与工作人员)),检测偏倚(盲法(结局检测)),失访偏倚(不完整的结局数据),其他偏倚(因上述未涉及的问题所导致的偏倚); 并将每一种偏倚风险划为了“高偏倚风险”“低偏倚风险”“偏倚风险不明”三档。

1.5 统计学分析 采用 RevMan5.3 软件对纳入研究数据进行 Meta 分析,计数资料采用比值比(RR)及其 95%置信区间(CI)表示; 采用 χ^2 检验对各项研究结果进行异质性检验,各纳入研究间无统计学异质性($P>0.05$ 或 $I^2<50\%$),采用固定效应模型进行 Meta 分析; 各纳入研究间具有统计学异质性($P<0.05$ 或 $I^2>50\%$),则采用随机效应模型进行 Meta 分析。当 $P<0.05$ 表明纳入各研究间差异有统计学意义。采用漏斗图分析发表偏倚情况。

2 结果

2.1 文献检索及特征 共检索到 92 篇文献, 其中中国知网 25 篇、中国生物医学文献数据库 19 篇、万方数据库 34 篇、维普网 14 篇。剔除 50 篇重复文献, 阅读文献题目后剔除 8 篇, 阅读摘要后剔除 15 篇, 进一步阅读全文后剔除 12 篇, 最终纳入 7 篇文献。纳入研究的基本特征见表 1。

纳入研究	例数	干预措施	结局指标	Jadad	评分	不良反应
-----	T/C	T	C	(分)	T/C	
曹小燕 2013 ^[6]	41/41	双醋瑞因+玻璃酸钠	玻璃酸钠	①	2	未提及
魏立伟 2013 ^[7]	25/22	双醋瑞	玻璃酸	①②	2	1/0

		因+玻 璃酸钠	钠			
刘怡 2014 ^[8]	32/30	双醋瑞 因+玻 璃酸钠	玻璃酸 钠	①③	1	未提及
王常勇 2014 ^[9]	110/110	双醋瑞 因+玻 璃酸钠	玻璃酸 钠	①③	3	2/0
王燕琴 2019 ^[10]	58/55	双醋瑞 因+玻 璃酸钠	玻璃酸 钠	②	3	3/2
刘勇 2019 ^[11]	100/100	双醋瑞 因+玻 璃酸钠	玻璃酸 钠	②	3	2/1
牛敏 2021 ^[12]	50/50	双醋瑞 因+玻 璃酸钠	玻璃酸 钠	①②③	2	未提及

注: T 试验组; C 对照组; ①总有效率; ②VAS 评分; ③Lysholm 评分指数;

表1 纳入文献的基本特征

2.2 纳入文献的质量评价 对纳入的文献质量及偏倚风险用“Cohrane 偏倚风险评估软件”来进行评估。评估内容包括：随机分配方法、分配方案隐藏、盲法、结果数据的完整性、选择性报告研究结果以及其他偏倚来源（如图1所示）。

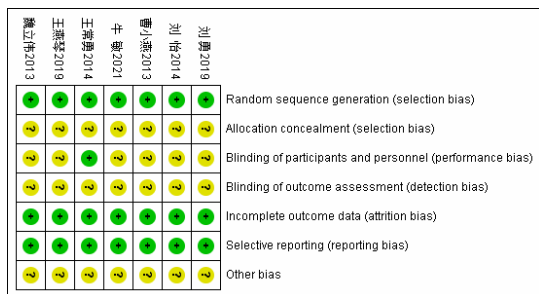


图 1 偏倚风险图

2.3 Meta 分析结果

2.3.1 有效率比较 对纳入的 5 篇研究进行异质性检验, 结果为 $P=0.15$, $I^2=40\%$, 故采用固定效应模型进行 meta 分析; 进行效应量整合为 $[RR=1.25, 95\% CI(1.13-1.38)]$; 治疗组和对照组有效率比较差异具有统计学意义 ($P<0.0001$) (如图 2 所示)。对纳入有效率研究采用漏斗图进行发表偏倚情况分析, 漏斗图形散点分布基本对称, 提示本研究不存发表偏倚 (如图 3 所示)。

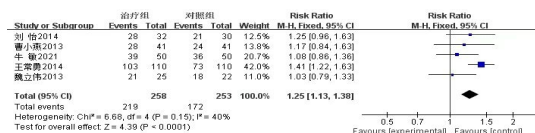


图2 有效率比较

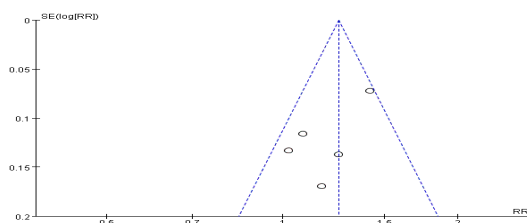


图 3 有效率比较漏斗图

2.3.2 VAS 评分比较, 共纳入 460 例患者, 治疗组 233 例, 对照组 227 例。异质性检验结果显示, $I^2=100\%$, 且 $P<0.00001$, 故采用随机效应模型分析。汇总后结果显示, 治疗组 VAS 评分优于对照组, 差异具有统计学意义 ($I^2 = 100\%$, $P< 0.00001$; $MD = -1.19, 95\% CI [-1.49, -0.88]$, $P<0.00001$), 表明治疗组在改善疼痛方面效果更优 (如图 4 所示)。

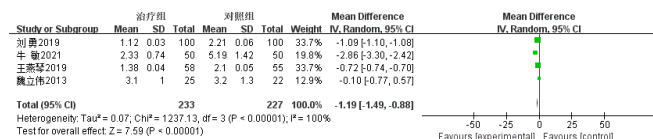


图4 视觉模拟评分(VAS)比较

2.3.3 Lysholm 评分比较, 总计 382 例患者, 治疗组 192 例, 对照组 190 例。异质性检验显示, $I^2=99\%>50\%$, 且 $P<0.00001$, 采用随机效应模型分析。汇总结果显示, 治疗组 Lysholm 评分优于对照组, 差异有统计学意义 ($I^2 = 99\%$, $P<0.00001$; $MD = 29.84$, $95\% CI [12.66, 47.03]$, $P=0.0007$), 表明治疗组在 Lysholm 评分方面效果更优 (如图 5 所示)。

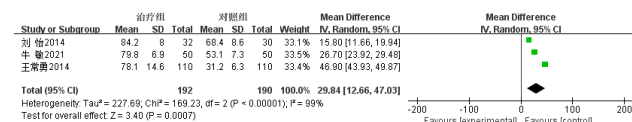


图 5 Lysholm 评分比较

3 讨论

膝关节炎 (Knee osteoarthritis,KOA) 是中老年人常见的慢性关节疾病, 初期主要以关节轻微钝痛、活动不利为主, 随着关节软骨的不断磨损, 其临床症状也逐渐加重严重影响患者关节功能活动和生活质量。近年来随着社会老年化结构进程的加剧, KOA 的发病率也呈现不断上升的趋势, 其在严重降低患者生活质量的同时也增加了社会和家庭经济负担。如何在目前众多治疗方法中寻求高效经济的治疗手段仍需广大专业人员的不断深入研究。双醋瑞因具有抗炎、镇痛、退热的作用, 为炎症因子抑制剂, 还能够诱导软骨生成, 并且不会抑制前列腺素合成, 有利于 KOA 患者关节软骨结构的重建。玻璃酸钠作为关节滑液的主要成分, 是一种高分子多糖体材料, 具有润滑、保护关节和调节参与细胞外液电解质和水分的作 用, 还能够抗感染, 促进创伤愈合。本研究通过双醋瑞因联合玻璃酸钠治疗 KOA, 发挥其相互作用, 以达到良好的治疗效果。但由于研究所纳入的文献均为中文文献, 纳入研究相对较少, 其中随机方法描述不够具体, 该疗法的疗效还需多中心、大样本的临床随机对照试验为其临床疗效提供更可靠的依据。

参考文献:

[1] 金凤羽. 原发性膝骨性关节炎的非手术治疗[J]. 中国组织工程研究, 2013, 17(30): 5531-5538.

[2] 汪洋.Cochrane 偏倚风险评估工具简介[J].中国全科医学.2019;22(11): 1322.

[3] 曹小燕, 叶青与熊焰, 玻璃酸钠联合双醋瑞因治疗膝骨关节炎临床观察, 内科急危重症杂志, 2013, 19(02): 108-109.

[4]魏立伟与秦娜,双醋瑞因和玻璃酸钠联合治疗膝骨性关节炎疗效分析.泰山医学院学报,2013. 34(04): 259-261.

[5]刘怡与姜薇,玻璃酸钠联合双醋瑞因治疗膝骨性关节炎临床疗效观察,医学理论与实践,2014,27(17): 2310-2312.

[6] 王常勇,玻璃酸钠联合双醋瑞因治疗膝骨关节炎的疗效观察. 慢性病学杂志. 2014, 15(07): 569-570.

一种改良的适用于大鼠的温针灸固定装置

丘雅丹¹ 谢芳¹ 付梦思¹ 张婷¹ 唐挺^{1,2}

1. 贵州中医药大学 贵州贵阳 550002; 2 贵州中医药大学第一附属医院 贵州贵阳 550001

摘要: 介绍一种改良的、简易的, 适用于大鼠的温针灸固定装置的制作和使用方法, 以期为在非麻醉状态下固定实验大鼠进行温针灸操作提供一种实用的固定装置与使用方法。此装置材料环保、简单、易得, 制作成本低且选穴灵活、留针时间延长, 有效降低因操作导致大鼠产生过度的应激反应而影响实验的效果和进程, 同时保证实验操作人员的安全, 使得温针灸实验能够有效完成。

关键词: 温针灸; 固定装置; 大鼠实验研究

随着分子生物学的发展, 研究灸疗作用机制的动物实验开展逐渐增多^[1]。基于大鼠的生物学特性, 实验中常以啮齿科大鼠为研究对象^[2], 实验过程中大鼠对各种刺激具有较强的敏感性, 在使用传统固定器对其进行粗暴固定操作时, 往往因大鼠剧烈挣扎而导致固定失败, 并常出现攻击人的现象, 增加操作风险。有研究表明不良的刺激对动物的神经内分泌系统、循环系统、机体基础代谢以及心理健康均有不同程度的影响, 甚至改变动物正常的生理状态, 从而导致较大的实验误差^[3,4]。因此在实验操作过程中应尽量减少实验动物的痛苦和伤害, 进而确保科学研究的准确性和科学性, 同时也符合动物福利的要求^[5,7]。

探究温针灸对实验大鼠疾病模型的治疗作用机制, 对大鼠进行温针灸操作, 有效的固定是操作成功的前提之一, 而现有的改进型适用于大鼠的温针灸固定装置存在以下不足:

①市场上适用于大鼠进行温针灸的固定装置购买成本较高、行温针灸治疗时, 对定位腧穴选择不够灵活, 不能很好的暴露腧穴的位置;

②在对实验大鼠进行温针灸治疗时, 大鼠极易产生强烈的应激反应, 实验人员被大鼠咬伤的风险也随之增加;

③在温针灸的过程中还存在取穴部位受限、掉针、大鼠被烫伤等。

因此根据实验需求, 自制了一种简易的、多用途的大鼠温针灸固定装置并应用于实际, 发现该固定装置制作简易、实际操作简单, 单个实验人员即可较好地固定大鼠, 并大幅延长温针灸时长且在温针灸的过程中极大地降低了大鼠被烫伤的概率, 且实验大鼠产生应激反应较小的表现。现将设计简介、制作流程和使用方法, 介绍如下:

1 大鼠固定装置的设计简介

一种改良的适用于大鼠的温针灸固定装置, 包括布袋套和圆柱桶, 所述圆柱桶的表面套接有布袋套, 所述布袋套的顶部活动设置有隔热纸板, 所述隔热纸板的内部贯穿设置有针头, 所述针头的顶部固定安装有针柄, 所述布袋套的底部固定安装有梯形支架。本装置实现了在使用的过程中通过在圆柱桶的表面套接有布袋套, 能够利用废弃的 500ml 矿泉水瓶做圆柱桶, 接着采用一次性消毒无纺布、旧布料、塑料绳和废弃布袋条制作成布袋套, 然后利用圆柱桶使得大多数大鼠无法出现嘶叫、挣扎、任意转动身子等明显的应激反应, 单人操作的成功率高, 且操作人员的安全性得到保障。

2 材料准备

清洁水瓶 (500ml)、一次性消毒无纺布或旧布料、塑料绳或废弃布袋条、缝衣针线、剪刀、美工刀、0.25mm×25mm 华佗牌一次性无菌针灸针、1.5cm×1.5cm 的小艾炷、硬纸板、打火机、艾灰盒、锐器盒、乳胶手套、帆布手套、消毒棉签、碘伏。

3 制作方法

3.1 适用于大鼠的温针灸固定装置制作材料 (如图 1) 所示。

3.2 固定装置的瓶身制作

取洁净的 500ml 的水瓶, 丢弃瓶盖, 瓶口处作为大鼠呼吸孔。根据大鼠体重大小及长度, 在距离瓶底端 5cm 处进行环状切割, 并打磨平滑防止

割伤大鼠 (图 2A); 实验者可根据实验需求, 及所选腧穴部位, 进一步切割瓶身。本实验选取大鼠背部 L5 夹脊穴进行温针灸治疗演示, 故在瓶身后端进一步进行切割 (图 2B)

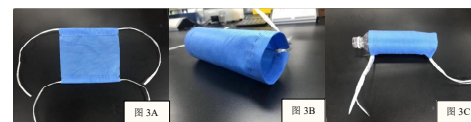


3.3 布袋套的制作

将清洁的一次性消毒无纺布或旧衣料根据选取的水瓶大小, 裁剪为 25cm×18cm 大小的尺寸; 将布料短边上下两端缝制成长条状并将塑料绳或废弃布袋条放置于其中, 注意绳子是可活动抽紧的; 两端长边缝制在一起制成筒状布袋套, (图 3B); 实验者可根据实验需求切割好的瓶身, 对布袋套进行裁剪。

3.4 组装

将缝制好的布袋套套于瓶身上 (图 3C)。



4 使用方法

4.1 使用本装置对大鼠进行固定

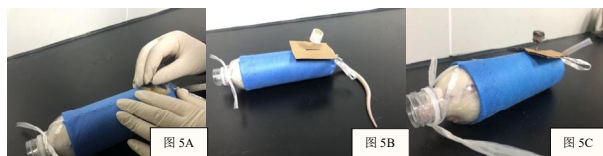
实验操作者戴好手套, 将制作好的固定装置平置于实验操作台上, 从鼠笼中取出大鼠, 置于操作台, 左手抓住鼠尾向后轻拉, 右手将固定装置的尾端对着大鼠头部方向, 利用大鼠喜暗喜钻洞的习性, 大鼠会自行钻入其中 (图 4A)。当大鼠钻到固定装置中间时, 可轻微斜立起瓶体, 并顺势将布袋套往后移, 促使大鼠顺势往瓶身中钻 (图 4B), 当大鼠头部到达瓶口处时。将尾端的绳子系紧, 将布袋套往上移, 进一步固定大鼠, 最后将布袋套上端的绳子系于瓶口, 系紧, 以防止大鼠往后撤退 (图 4C)。进行上述操作及完成固定后, 动态观察大鼠反应, 并根据实验操作及大鼠体位进行灵活调整。操作完成后松解布袋固定绳, 轻拉大鼠尾巴即可顺势退出瓶身, 将大鼠放置回鼠笼。



4.2 本实验选取大鼠背部 L5 右侧夹脊穴, 进行温针灸治疗

大鼠腰部皮肤剃毛后, 进行腧穴定位, 使用此固定装置, 暴露穴区, 使用碘伏消毒后, 右手持毫针, 针刺选定腧穴 (图 5A)。进针后在毫针上穿上隔热纸板以防止温针灸过程烫伤大鼠, 将艾炷置于针柄, 点燃艾炷, 每次 15min (图 5B)。整个操作过程大鼠均未出现明显应激反应, 行温针灸期间多数大鼠处于平静、闭目状态, 个别大鼠出现轻微的动作但不影响温针灸的进行, 且未出现大鼠被烫伤的情况, 温针灸治疗过程较为顺利 (图

5C)。



5 讨论

动物实验在中医药的现代化研究中扮演着极其重要的角色,基于中医基础理论,构建中医疾病证候动物模型,进行中医药现代化科学的研究可以为中医理论提供更加可靠的实验数据,对加深对中医学的理解,为指导临床运用、发展中医学起到一定的指导作用,在开展动物实验的过程中,不良的刺激对动物的神经内分泌系统、循环系统、机体基础代谢以及心理健康均有不同程度的影响^[8],甚至改变动物的生理状态,从而得到不正确的实验数据,因而在操作过程中应尽量减少实验动物的痛苦和伤害,尽量接近它们自然的生长条件,这样实验的结果才可能最接近真实,进而确保科学研究的准确性和科学性,同时这也符合人们对道德伦理的追求。

温针灸的临床疗效是确切的^[9],为进一步从分子生物学的角度探究其治疗疾病的作用机制,开展相关的动物实验是必要的,而一个适用于实验动物的良好的固定装置是进行实验的基础^[10]。在实验操作过程中,非麻醉状态下的大鼠活动性较强,若人力粗暴地固定大鼠,极易激惹大鼠,使得大鼠产生较为强烈的应激反应,进而对实验结果产生一定的影响,甚者在操作过程中出现咬伤实验操作人员或伤及大鼠导致大鼠意外死亡等情况。目前对实验大鼠常用的固定方法有直接使用市售的固定装置进行固定、传统或改良的捆绑束缚法^[11,12]、鼠衣固定法^[13,14]、圆柱瓶改造固定法^[15,19]、置高台法^[20]、网状圆筒固定法^[21]等,笔者在实验过程中对大鼠进行温针灸操作时曾尝试上述固定方法,发现其中仍存在局限性,固定过程中大鼠极易产生强烈的应激反应,实验人员被大鼠咬伤的风险也随之增加,且在温针灸的过程中还存在取穴部位受限、弯针、掉针、大鼠被烫伤等情况,较不适用于大鼠进行温针灸操作,故进行改良。

本课题组设计的适用于大鼠的温针灸固定装置,经实际操作后,认为本固定装置存在以下优点:本装置环保、制作成本低、制作材料易获得、制作过程简单、可重复多次使用;单人操作的成功率高,操作时间短,且操作人员的安全性得到保障;固定及进行温针灸的过程中,大鼠得到很好的固定且未出现嘶叫、挣扎、任意转动身子等明显的应激反应;选穴进针灵活准确,留针时间延长,操作过程极少出现弯针、艾炷脱落、大鼠被烫伤、大鼠死亡等情况的发生,施术过程中大鼠多保持平静状态;固定好大鼠后,可多只大鼠同时进行温针灸,使得实验的总操作时间缩短;本固定装置不仅可根据实际大鼠的大小,选择合适的水瓶及制作相适应的布袋套,且可根据实验的需求进行灵活的裁剪。

诚然,本实验装置仍存在一定的局限性:部分大鼠第一次使用本装置时,可能出现不配合情况,需多次尝试,切不可使用暴力刺激大鼠。此外,由于固定后端使用的是布袋套包裹,所以大鼠的排泄物易污染布袋套,每次使用后需及时清洗或更换。

综上,此款适用于大鼠的温针灸固定装置,经多人、多次在大鼠非麻醉的状态下使用此装置后,改进设计出此款装置以满足温针灸实验中固定大鼠的需求,实际操作安全切实可行,有较高的实际应用价值且符合动物福利的要求。

参考文献:

- [1]梁玉磊,祝婕,许晓康,等.艾灸动物实验中引发的思索[J].中华中医药杂志,2016,31(11): 4379-4381.
- [2]秦川,魏泓.实验动物学[M].北京:人民卫生出版社,2015: 36-40.
- [3]王春田.基础医学实验动物操作基本技能[M].北京:中国医药科

技出版社,2009: 2-3.

[4]弓彦.在动物实验基本操作过程中提高实验动物福利[J].畜牧与兽医,2015,47(08): 134-137.

[5]李思汉,李书楠,周福,等.关于中医证候动物模型研究的思考[J].中华中医药杂志,2019,34(8): 3357-3361.

[6]付宏伟,陈波,洪寿海,等.常用针灸镇痛动物模型研究平台应用现状分析[J].上海针灸杂志,2015,34(9): 899-902.

[7]黄山,许畅,邹旭辉,等.实验动物伦理研究进展[J].医学综述,2015,21(1): 66-68.

[8]Vahl TP, Ulrich-Lai YM, Ostrander MM, et al. Comparative analysis of ACTH and corticosterone sampling methods in rats [J]. Am J Physiol Endocrinol Metab, 2005, 289(5): E823 - 828

[9]程肖芳,卿伦学,孙艳艳,刘长信,王锡友,于长禾.基于文献分析影响温针灸临床疗效与安全性的关键因素[J].中国医药导报,2017,14(31): 75-80.

[10]Shi GX, Yang XM, Liu CZ, et al. Factors contributing to therapeutic effects evaluated in acupuncture clinical trials [J]. Trials, 2012, 13(1): 42.

[11]贺彩,张传协,周诗琪,等.利用饲养笼盖制作大鼠针灸固定装置[J].针刺研究,2021,46(04): 348-350.

[12]姜会真,金晓飞,闫丽萍,等.针刺干预大鼠研究中固定方法的探讨[J].山西中医学院学报,2019,20(3): 169-171, 176.

[13]曹朝霞,刘安国,严兴科,等.一种简易大鼠针刺固定器的制作和使用方法[J].甘肃中医药大学学报,2018,35(05): 24-26.

[14]涂仕娟,陈鹏,杨红亚.“鼠衣秋千式”大鼠温针灸固定方法的研究与探索[J].中国比较医学杂志,2021,31(05): 128-132.

[15]刘保新,陈廖斌,汪晖.介绍一种简易的大鼠固定装置[J].中国比较医学杂志,2008(03): 75-76+83.

[16]孙同柱,付小兵,翁立新,等.介绍一种简易的大鼠保定方法[J].上海实验动物科学,2004(01): 49.

[17]刘文忠,孙同柱,付小兵.一种简易的大鼠固定装置[J].实验动物科学与管理,2003(03): 52-53.

[18]杨明智,陈积圣.一种大鼠抓取与固定的新工具介绍[J].上海实验动物科学,2001(03): 171.

[19]秦豪男,刘星婧,丁其瑞,等.任永信.一种简易、多用途的小鼠固定装置[J].南京医科大学学报(自然科学版),2021,41(02): 280-285.

[20]王宇,宁友,王培育,等.大鼠针刺置高台固定方法[J].上海针灸杂志,2012,31(5): 289-292.

[21]李洋洋,蔺耐荣,黄银兰,等.新型大鼠针刺固定器的制作和使用方法[J].针刺研究,2016,41(05): 466-468.

基金项目: 国家自然科学基金,项目编号: 82060869。“贵州省卫健委: 省级中医临床研究基地建设项目”

“贾敏全国名老中医药专家传承工作室项目”

作者简介: 丘雅丹(1997-),女,在读硕士。主要研究方向: 中医药防治皮肤病的基础及临床研究。

通讯作者: 唐挺(1980-),男,主任医师,博士,副教授,硕士研究生导师。主要研究方向: 中医药防治皮肤病的基础及临床研究。

王敏运用香苏散治疗胃脘痛临证经验

熊梦蝶¹ 王敏^{2*}

1. 贵州中医药大学 贵州贵阳 550002; 2. 贵州中医药大学第一附属医院 贵州贵阳 550002

摘要: 生活水平和方式在不断改变,脾胃病的发病率也大大增加,而胃脘痛可见于大部分消化系统疾病中,王敏教授从事脾胃病数十余载,对于治疗胃脘痛有着丰富的临床经验,认为“通则不痛”,在补益脾胃的基础上,重视调畅气机,采用香苏散加减,并在临床中取得了明显的疗效。

关键词: 胃脘痛; 王敏; 临床经验; 香苏散

Wang Min's clinical experience in treating epigastric pain with Xiangsu Powder

Mengdie XIONG, Min Wang *

(1. Guizhou University of Traditional Chinese Medicine, Guiyang 550002, China; 2. The First Affiliated Hospital of Guizhou University of Traditional Chinese Medicine, Guiyang 550002, China)

Abstract: Changing living standard and way, also greatly increase the incidence of spleen and stomach disease, and weiwantong visible in most of the digestive system disease, professor ma y is involved in several decades, spleen and stomach disease to treat weiwantong has rich clinical experience, thought the general principles of the "pain", on the basis of benefit spleen and stomach, attaches great importance to the adjustment factors, using sweet Sue powder, And has obtained the obvious curative effect in the clinic.

Key words: epigastric pain; Ma y. Clinical experience; Sweet Sue scattered

胃脘痛是指以胃脘近心窝处疼痛为主症的病证,也是一个主要症状,临床上常伴有其他消化系统症状。现代生活节奏改变、饮食不规律,使得现在脾胃病患者越来越多,而胃脘痛可见于大部分消化系统疾病,如慢性浅表性胃炎、功能性消化不良、慢性萎缩性胃炎等。目前西医疗治上主要以抑酸、杀菌、护胃等对症治疗为主,但多因患者个体差异、病情反复等原因,疗效欠佳;而中医药讲究因时、因地、因人制宜,辨证论治,临床疗效较好。王敏,教授,研究生导师,贵州省第二批名老中医,从事脾胃病工作数十余载,对中医药治疗脾胃病,尤其是胃脘痛,有着丰富的临床经验和独特的认识。

对胃脘痛的认识

1.1 病名

胃脘痛最开始见于《黄帝内经》^[1],但其中的胃脘痛多与心痛混称。如《灵枢·经脉》“脾,是动则病舌本强,食则呕,胃脘当心而痛”。《备急千金要方·心腹痛》提出了九种心痛的说法^[1]。《济生方》则进一步指出了“九种心痛”。而《兰室秘藏》把胃脘痛和心痛进行了区分。《丹溪心法》曰:“脾病者,食则呕吐,腹胀喜噫,胃脘痛,心下急”,明确指出了心痛实则为胃脘痛^[1]。

综上所述,胃脘痛病名虽然称谓诸多,但是分析名称中涉及的元素不外乎两种,一是病位元素,如心、心下、胃、胃脘等,一是病人自觉“痛”的症状元素。这是中医学疾病名称命名中,病位+症状(病候)命名方式在胃脘痛病名中的体现。

针对历代阐述中“胃痛”一义多词之现状,结合目前学术界及临证病名的实际,目前在《中医内科学》及国家及行业标准对胃脘痛名称进行了规范,特别是对胃脘痛与心痛的关系进行明确。如《中医内科学》把胃痛归属于脾胃病证明确提出“胃痛是以上腹胃脘部近心窝处发生疼痛为主症的病证,亦称胃脘痛。”《中医大辞典》明确提出:胃脘痛为“病名”。心痛为“病证名。胸腹部疼痛的统称”。因此,关于胃脘痛的病名目前学术界一致的称谓是:胃痛又称胃脘痛。

1.2 病因病机

外邪犯胃、素体脾胃虚弱、情志失调,或饮食失节,或因药物损害是胃脘痛的主要病因^[2-3]。《灵枢·小针解》“寒温不适,饮食不节,而病生于

肠胃”。邪客脾胃,脾胃气机壅滞。饮食失节,食积停聚,胃脘气机不畅。情志失调,土虚木乘,脾胃气机壅滞。素体脾虚,失于运化,中焦失养。脾虚积食停滞,加之感寒受凉,日久化热,损伤胃阴。故胃脘痛的基本病机是“不通则痛”和“不荣则痛”。此病病位在胃,而脾与胃相为表里,肝属木,脾属土,木旺乘土,故胃病多涉及肝与脾^[4-5]。

胃脘痛初病多表现为实证,其中气滞、血瘀与食积较为多见,久病则多表现为虚实夹杂证或虚证。重者热迫血行、血不循经、脾失统血,可见呕血、便血,甚则血脱,可危及生命。病久者,病入血分,入络致瘀,产生癥积。

1.3 治法方药

1.3.1 古代医家

李杲师承张元素,张元素著《医学启源》,强调医以扶护元气为主,此乃医中王道,东垣承其思想,再加以当时战乱频繁,百姓流离颠沛,饥寒失所,故以饮食伤胃,劳倦伤脾,导致中气虚损,或客寒犯胃,或兼阴火上冲,脾胃之气下溜,生发之气不升是导致胃脘痞痛的主要病机,故以益气和胃,温中理气为主,佐以升发阳气,制定了一系列以固护中气为特点的胃脘痛病治效方,诸如草豆蔻丸、麻黄豆蔻丸、神圣复气汤、厚朴温中汤、补中益气汤等。张景岳治胃脘痛以理气、顺气为主,不论阴阳升降病机在气滞,其甘温养血,补中和胃之法,亦成一家之言。张介宾论治胃脘痛病,认为当分虚实。丹溪强调论治胃脘痛,主要从“气、血、痰、瘀”四方面着手,卓有己见,其从痰瘀论治,开后世先河。

1.3.2 现代医家

何任继承叶天士脾胃分治的理念,主张胃气以和降为顺,胃腑以通为用。何老认为胃痛病机常虚实夹杂,衡量正虚与邪实的程是其关键。当视有无虚、实,虚、实之大小来确定是急祛其邪或是急培其本。

1.4 王敏教授用药特点

王敏教授认为,临床治病需辨证论治,法随证立,方从法出,法以药成。胃脘痛变化复杂,易生变证,应辨清虚实、寒热、气血及疼痛性质。

胃脘痛治疗上以“通”为法,以和胃理气止痛为治疗原则,同时注重恢复脾胃之生理特性,常以香苏散加减,配伍益气升阳化湿、健脾降气消积、养阴生津之品。

香苏散一方始为“四时瘟疫”所设，方中有陈皮、香附、紫苏、甘草，后世多对本方进行加减，有理气解表的功效，主要治疗外感风寒兼内见气滞之病症。香附味辛微苦微甘平，具有开郁理气的功效；紫苏性温，归肺和脾二经，有解表行气之效，苏梗较之苏叶长于理气宽中，《中药大辞典》中也有云：“苏梗能使郁滞上下宣行”，故王敏教授治疗脾胃病多采用紫苏梗；陈皮味辛苦和温，归肺与脾经，可理气健脾，是脾胃病的常用药；甘草则具有止痛、健脾等功效，蜜炙后性味则为微温，可加强补益的效果。诸药合用，共奏和胃理气健脾之功。同时现代药理学研究中表明，香附有提高痛阈作用，紫苏梗有保护胃肠黏膜的效果，陈皮有促进胃肠蠕动、抑制胃液分泌的作用。

2. 典型病案

2.1 病案一

患者贾某，女，35岁，2022年02月07日初诊，患者胃胀、胃痛病史1年。服用多种西药治疗后未见明显缓解。患者因近期疼痛更甚，遂于贵州中医药大学第一附属医院消化内科门诊就诊。症见：患者上腹部胀痛难忍，腹痛拒按，餐后感疼痛加重，偶感咽干口燥，乏力、纳差，舌质淡，舌苔薄白少津，脉弦。患者为脾虚气滞，胃津耗伤，当治以和胃止痛、补气健脾、养胃生津。处方：太子参20g，茯苓12g，山药20g，陈皮10g，柴胡9g，紫苏梗12g，香附9g，荷叶6g，麦冬12g，玄参12g，枳壳9g，甘草6g。水煎服，每日一剂，三餐前顿服。

按语：本病为中医学脾胃病的胃脘痛。脾虚则气机升降失常，阻滞于胃脘部，故见胃脘痛，脾胃失于运化，水谷精微无以为化，形体失养，久病耗伤阴津，故见乏力、纳差等症。故治以和胃止痛，补气健脾，养胃生津为主，同时结合胃脘痛的病机特点，重视调畅气机，方用香苏散加减：以香附、紫苏梗行气和胃，荷叶振奋脾胃清气，甘草健脾、止痛；加以理气之品，增加调畅气机之功，以柴胡、枳壳行气止痛，使脾胃气机调达，通则不痛；在调畅气机的基础上佐以补益脾胃，太子参、山药、茯苓、陈皮健脾补气，麦冬、玄参养胃生津，使气血生化有源，升降出入有序。方中诸药合用，共奏和胃止痛，补气健脾，养胃生津之功。

二诊：上方连服5剂，患者食欲较前增加，精神较前明显好转，胃脘部胀痛明显减轻，无咽干口燥等症，嘱按上方去麦冬、玄参，继续服用5剂以增加益胃生津之疗效。

按语：患者经和胃止痛、补气健脾、养胃生津后，津液较前得充，故去滋阴之玄参、麦冬，继续予补益脾胃巩固疗效，重视脾胃生理功能，使得脾胃气血津液充足，生化有源。

三诊：患者精神纳可，无明显胃脘部胀痛，无咽干口燥等症，嘱继续服用3剂以巩固疗效。

按语：脾胃相为表里，升降相因，燥湿相济，脾胃又为后天之本，水谷之海，气血生化之源，主司运化水谷精微，机体正常运行得益于水谷精微滋养，故治疗以和胃止痛，补气健脾，通则不痛，同时恢复脾胃功能，药证相符，临床疗效见佳。

2.2 病案二

患者李某，男，35岁，2022年02月12日初诊，患者诉近1月来反复胃脘部隐痛，夜间及饮食不当痛甚，偶感夜间咳嗽咳痰，无反酸烧心，自行服用“奥美拉唑肠溶胶囊”后未见显著改善，遂于贵州中医药大学第一附属医院消化内科门诊就诊。症见：胃脘部隐痛，夜间及饮食不当痛甚，饥不欲食，口干欲饮，夜间盗汗，偶感夜间咳嗽咳痰，伴见乏力，大便秘结，纳差，夜眠欠佳，小便调。舌红，苔少，脉细滑数。中医诊断：胃脘痛-阴虚气滞。西医诊断：慢性胃炎。以“滋阴益气，和胃止痛”为治则，处方：北沙参15g、郁金10g、山药15g、陈皮10g、薏苡仁20g、茯苓20g、

佛手10g、醋香附10g、紫苏叶10g、荷叶6g、百合20g、乌药10g、生地10g、炙甘草6g、酸枣仁15g、川芎10g、威灵仙15g。水煎服，每日一剂，三餐前顿服。

按语：本病为中医学脾胃病的胃脘痛。脾虚失运，饮食积滞，加之感受寒凉，日久化热，损伤胃阴，胃阴不足，失于濡养，不荣则痛，故见胃脘部隐痛、饥不欲食等症。脾虚食积，气机郁滞，不通则痛，故进食后痛甚。故治以滋阴益气，和胃止痛为主，同时重视气机，方用香苏散加减：以香附、紫苏梗、荷叶、甘草健脾理气止痛；加以北沙参、生地滋阴之品，使脾胃得养，同时增加理气健脾之类，予郁金、佛手理气，山药、陈皮、薏苡仁、茯苓健脾，川芎加强行气活血之功，威灵仙除湿止痛，气调则血行，通则不痛；佐以百合、乌药滋阴润肺，浮小麦、淡竹叶清心除烦，酸枣仁养心安神，方中诸药合用，共奏滋阴益气，和胃止痛之功。

二诊：上方连服7剂，诉服前方后胃脘部隐痛、夜间咳嗽明显减轻，食欲、盗汗较前缓解，仍感四肢乏力，口淡无味，睡眠较前缓解。舌淡，苔薄白，脉滑。以“健脾理气、清热利湿”为治则，处方：前方去生地、百合、乌药，北沙参改予太子参15g，加炒白术20g，连用5付以健脾益气、除湿止痛。

按语：患者经上方滋阴益气、和胃止痛后胃阴虽得养，脾气仍不足，运化失司，津液失布，湿气内生，脾虚形体失养，气血津液失源，故见口淡、四肢乏力等症，结合舌脉，考虑脾虚夹湿，夜间咳嗽、盗汗明显缓解，故去滋阴、润肺之品，脾为太阴湿土之脏，运化水液，故继予健脾益气、除湿止痛，改北沙参予太子参益气健脾，加炒白术增强健脾益气功效，脾胃得养，气机得畅，使邪不可侵。

三诊：上方连服5剂，患者诉服前方后无明显胃脘部疼痛，乏力明显改善，未诉其他不适。患者上述症状明显好转，嘱继续服用3剂以巩固疗效。

按语：脾喜燥恶湿，脾失于运化，容易水液凝聚，内生痰湿，结合脾胃生理特性及病理特点，脾胃病多夹杂湿邪，湿邪易阻滞气机，故治以健脾益气、除湿止痛，脾胃气血充足，运化水谷精微布散全身，气机升降通畅有序，最终机体达到气血阴阳平衡。

3. 体会

王敏教授主张“内伤脾胃，百病由生”，重视脾胃功能及生理特性，脾胃强健则水谷精微生化有源，气机升降有序，食物消化吸收得以完成。在补其不足的基础上，重视调畅气机，采用香苏散理气和中，疏通脾胃气机，加以益气健脾、活血止痛等药物，标本兼治。不拘泥于使用经典中的原方，注重抓住主治功用及药物配伍等特点，结合临床辨证。

参考文献：

[1]张声生,周强.胃脘痛中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中医杂志,2017,58(13):1166-1170.

[2]薛西林. 927例胃脘痛证因分析[J]. 安徽中医学院学报, 2001, 2(4): 22-24.

[3]孙英霞, 乔明琦. 胃脘痛相关的情志病因调查与分析[J]. 中国中西医结合医学杂志, 2011, 17(1): 37-39.

[4]陆为民, 周晓波, 徐丹华. 徐景藩治疗胃痛验案分析及辨治特色[J]. 辽宁中医杂志, 2010, 37(7): 1368-1370.

[5]周晓波. 徐景藩教授论治慢性胃痛经验[J]. 四川中医, 2004, 22(3): 7-8.

作者简介：熊梦蝶（1997—），女，住院医师，在读硕士。主要研究方向：中医药防治脾胃病。

通讯作者：王敏（1957—），女，主任医师，教授，硕士生导师。主要研究方向：中医药防治脾胃病。

体外冲击波治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的护理效果

周起瑜

山东省聊城市中医医院手足外科 山东聊城 25200

摘要：目的：屈指肌腱狭窄性腱鞘炎采用体外冲击波治疗过程中使用优质护理，观察该种护理方法效果。方法：将我科2018年4月--2022年9月的屈指肌腱狭窄性腱鞘炎84例患者作为观察对象，并且分成一组与二组，分别采用优质护理和使用基础护理，对比两种护理方法效果。结果：一组和二组并发症发生率、护理满意度对照中，一组分别是7.14%、97.61%，二组分别是21.42%、83.33%，($\chi^2=19.003, p=0.000$)，结果有差异。结论：综合分析，屈指肌腱狭窄性腱鞘炎采用体外冲击波治疗时使用优质护理效果优良，该方法可推广。

关键词：屈指肌腱性腱鞘炎；优质护理；体外冲击波；效果

屈指肌腱狭窄性腱鞘炎是临床中较为常见的骨科慢性无菌炎症反应性疾病，患病原因多与患者日常手工操作的频繁度有关，在高强度的手工操作下患者屈指肌腱纤维鞘管由于屈指肌腱和掌指关节反复活动、在多次摩擦之下便会出现炎性反应，进病情发展过程中患者局部组织便会出现渗出、水肿、纤维化等状况，进而导致屈指肌腱纤维鞘管壁变厚，管内变得狭窄，屈指肌腱部分由此便会出现增粗肿大问题，该部位的肌腱活动功能会因二者的影响出现故障。屈指肌腱狭窄性腱鞘炎又称作弹响指，疼痛、压痛以及受累手指活动受限是患者临床中的主要表现。在以往医治时，大多使用热敷、理疗等方式，但效果因人而异，这主要是患者患病阶段不同造成的，患者严重时便会通过手术治疗进行干预。体外冲击波是当下常用的治疗设备，可以对疼痛的人体组织产生极好的治疗效果。综合当下治疗效果可以发现，体外冲击波治疗的后期护理效果并不理想。该种病症在骨科采用体外冲击波治疗时一般采用基础护理，基础护理只是关注患者治疗效果，没有从其它方面进行护理服务，导致患者接受基础护理内容后对护理不满意。为了解决患者采用体外冲击波治疗时使用基础护理存在的问题，可以对患者采用优质护理，该种护理方法能够为患者提供全面的优质护理服务，使患者接受护理内容后对优质护理满意。基于此，本研究屈指肌腱狭窄性腱鞘炎采用体外冲击波治疗过程中使用优质护理，观察该种护理方法效果。

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

将我科2018年4月--2022年9月的屈指肌腱狭窄性腱鞘炎84例患者作为观察对象，并且分成一组与二组。一组有患者42例，年龄区间在30岁--75岁，平均年龄 48.35 ± 5.73 岁，男性21例，女性21例。二组有患者42例，年龄区间30岁--75岁，平均年龄 47.62 ± 5.53 岁，男性22例，女性20例。(P>0.05)，资料无差异。

1.2 护理方法

1.2.1 二组

二组采用基础护理法，该种护理方法中有以下内容：首先是采用体外冲击波治疗护理，护理人员设置好相应参数，并且指导患者摆放位置，然后使用冲击波对患者治疗。患者每次使用时间为5到10分钟，每天使用频率为1次。其次是进行观察护理，护理人员通过观察的方式了解患者治疗情况，并且根据观察结果调整治疗方案，使患者治疗效果提高。

1.2.2 一组

一组在二组护理基础上开展优质护理：

(1) 优质的健康教育：患者采用体外冲击波治疗过程中，由于对该种治疗方法知识不了解，导致患者治疗时配合度不高，影响治疗效果。护理人员开展优质护理过程中，可以使用健康教育方法帮助患者掌握治疗相关知识。护理人员采用的健康教育方法中，首先可以使用宣传小册宣教法，这种宣教方法是将宣教内容印刷在小册上，患者通过阅读小册了解体外冲

击波相关知识。同时，护理人员采用健康教育中，还可以使用面对面宣教法，这种方法是由护理人员亲自讲解体外冲击波知识，使患者对该方面的内容了解。最后是在宣教过程中可以应用微视频宣教法，该种宣教方法的优点是能够提高患者对宣教知识的理解能力，因此护理人员采用微视频宣教时可以在一些理解能力差患者中应用。

(2) 优质的心理护理：屈指肌腱狭窄性腱鞘炎患者采用体外冲击波治疗过程中，由于患者疼痛因素，会引起患者心理烦躁。同时患者对体外冲击波知识不了解，担心治疗效果，引起患者心理紧张，有些患者因此产生抑郁症。患者有不健康的心理状态，将会影响治疗工作的开展。护理人员使用优质护理服务时，可以在护理过程中使用心理指导护理方法，该方法主要是和患者交谈，通过交谈了解其心理想法，并且采用针对性方法治疗，以此来帮助患者建立健康心态。

(3) 疼痛护理：患者采用体外冲击波治疗过程中，由于患者病程长，使用冲击波治疗后不能够快速缓解疼痛，导致患者治疗舒适度不高。护理人员采用优质护理时，需要帮助患者缓解疼痛。护理人员缓解患者疼痛的方法中可以用以下措施：首先是使用转移注意力方法，护理人员可以在患者疼痛时播放轻松愉快的音乐，或者是要求患者家属多陪伴患者，并且多使用交谈方法转移注意力，这些护理方法的应用，可以有效减轻患者疼痛感。其次是对患者进行物理止痛，比如使用温水浸泡帮助患者血液循环，这种方法可以缓解疼痛；或者是使用按摩方法，也可以缓解患者疼痛。最后是使用药物止痛，患者在采用药物止痛过程中，需要根据医嘱用药，防止患者出现不良反应。

(4) 并发症护理：患者在使用体位冲击波治疗时容易引起各种并发症，需要护理人员进行预防和处理。一般情况下常见并发症有皮肤发红和头晕等并发症，这些并发症症状轻微，患者发病后做一般的基础护理后能够康复。对于患者血压升高并发症护理过程中，需要在治疗前了解患者血压情况，并且在治疗时采取措施预防患者血压升高，以此来保证患者治疗安全。

1.3 观察指标

对比两组患者护理前后的VAS评分。VAS疼痛评分标准为0-10分，分值越高表明痛感越小，反之则表明痛感越明显。除此之外，评测两组患者护理效果以及并发症的方式概率。

1.4 统计学分析

采用SPSS23.0统计软件对本次研究所得数据处理，计数资料用t检验，计量资料用x2检验，以P<0.05为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组护理效果

一组和二组并发症发生率、护理满意度对照在表3呈现如下，通过数据对比可以看出，一组患者并发症明显低于二组患者，且护理满意率也高于二组，数据对比具有明显差异(P<0.05)。

表 1 两组护理效果对照中 (n, %)

组别	数例	并发症发生率 (%)		护理满意度 (%)	
		数例	发生率 (%)	数例	护理满意度 (%)
一组	42 (例)	3 (例)	7.14%	41 (例)	97.61%
二组	42 (例)	9 (例)	21.42%	35 (例)	83.33%
X ²	--	--	18.231	--	19.775
P	--	--	0.000	--	0.000

2.2 两组疼痛评分对照

一组和二组护理后 VAS 评分对照在表 2 呈现如下, 详细分析该组数据可以发现, 两组患者护理前数据对比无明显差异 ($P>0.05$), 经护理后, 两组数据差异明显, 一组患者 VAS 评分低于二组 ($P<0.05$)。

表 2 两组 VAS 评分对照

组别	数例	护理前	护理后
一组	42 (例)	6.17±1.21 (分)	2.89±0.73 (分)
二组	42 (例)	6.32±1.19 (分)	3.95±0.84 (分)
t	--	0.483	7.492
P	--	0.512	0.000

3. 讨论

当患者手指受到机械性刺激时, 譬如频繁屈伸活动, 亦或是患者手指局部组织发生退行性变时, 都会引起屈指肌腱与腱鞘之间的摩擦、损伤以及充血水肿等问题, 若不及时医治, 便会出现管腔狭窄、屈指肌腱受压变细等情况, 阻碍肌腱滑动。当肿大的肌腱强行通过狭窄的腱鞘时便会出现弹响, 严重狭窄时, 患者会出现无法屈曲以及活动障碍等问题。该病多见于中老年家庭妇女或是手工作业者, 随着电子技术的兴起, 人们用手频率越来越高, 日常电脑手机操作都需要手动操作, 过度频繁的手指屈伸活动, 提高了屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的发病率。近年来, 屈指肌腱狭窄性腱鞘炎发病率呈上升趋势, 对于该类患者, 首选体外冲击波治疗, 取得显著效果, 而在患者治疗过程中实施一项护理措施十分重要。屈指肌腱狭窄性腱鞘炎, 是手指长期用力活动, 屈指肌腱及纤维腱鞘管的反复慢性损伤引起的慢性炎症, 导致屈指肌腱和腱鞘都有水肿、粘连及慢性损伤性炎症。腱鞘的水肿和增生导致骨-纤维隧道狭窄, 水肿的肌腱受腱鞘压迫[5]。在采取体外冲击波治疗时, 患者痛点的体表定位要准确, 当病人感觉冲击作用点恰在平时最痛处并伴有冲击胀痛感时冲击治疗最有效。在治疗过程中, 还应注意观察病人的面色, 出现类似晕针、心慌气急等现象, 应停止冲击休息直至缓解。治疗完毕, 注意监测血压, 个别病人可有短暂的血压升高, 一般不需要处理, 观察 1-2h, 血压即可恢复正常。还应做好相应的健康指导, 告知患者要保持心情舒畅; 加强保暖以抵抗风寒性湿邪的侵袭; 纠正不良姿势, 避免造成慢性劳损; 养成劳作后用温水洗手的习惯, 不宜用冷水, 适时活动手部, 并自行按摩、旋转手腕等。

屈指肌腱狭窄性腱鞘炎采用体外冲击波治疗过程中, 为了提高患者护理质量, 可以采用优质护理, 护理人员使用的优质护理中首先采用了健康教育, 帮助患者掌握疾病知识, 使其配合度提高。其次是优质护理中有心理护理, 帮助患者解决心理问题。再次是优质护理中应用了疼痛护理, 使患者疼痛度缓解。最后是优质护理中有并发症护理, 减少患者并发症发生, 帮助患者提高治疗效果。

在本组研究过程中, 为了获得屈指肌腱狭窄性腱鞘炎采用优质护理效果, 使用两组对照分析。从表 1、表 2 数例分析获得, 护理人员对患者采用优质护理后效果优良, 该方法可推广。

参考文献:

[1] 胡蓉. 早期狭窄性腱鞘炎 132 例的护理研究分析[J]. 智慧健

康, 2020, 6(33): 127-128.

[2] 卢秀美, 容英旋, 张裕丰, 罗文敏, 吴佩银, 李晓华, 郑女芳. 超声引导下小针刀联合阻滞治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎患者的护理[J]. 现代临床护理, 2019, 18(06): 46-49.

[3] 毕彦聪, 张良舟, 郑爽, 马德春, 刘檬. 体外冲击波治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的护理效果分析[J]. 黑龙江科学, 2018, 9(09): 20-21.

[4] 黄秀芹, 邓永上, 李晓芬, 余艳. 全程护理干预对屈指肌腱狭窄性腱鞘炎患者术后康复的影响[J]. 黑龙江医药, 2022, 35(02): 490-493.

[5] 胡月, 王信亭, 张东宁, 周洲, 朱崇田. 超声引导下药物注射联合针刀松解治疗拇指屈指肌腱狭窄性腱鞘炎[J]. 中国临床研究, 2022, 35(04): 512-516.

[6] 施娟娟, 陆瑾, 范刚启, 卢杰. 浮针治疗 I、II 度屈指肌腱狭窄性腱鞘炎 38 例 [J]. 中国针灸, 2022, 42(04): 419-420. DOI: 10.13703/j.0255-2930.2021.0315-k0005.

[7] 黄盛. 针刀治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的临床研究进展[J]. 中国医疗器械信息, 2022, 28(04): 16-18.

[8] 马文龙, 程春生, 查朱青, 唐洪涛, 程真真, 谢艳, 赵熙熹, 康正. 程春生论平乐正骨“筋骨平衡”理论在屈指肌腱狭窄性腱鞘炎诊疗中的应用[J]. 中国民间疗法, 2022, 30(01): 21-23.

[9] 张磊, 张劲, 唐光平. 改良针刀疗法治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎临床观察[J]. 湖北中医药大学学报, 2021, 23(06): 95-97.

[10] 姚若尘, 傅立新, 王泽坤, 王恒一, 刘洋. 中医微创技术治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的 Meta 分析[J]. 中华针灸电子杂志, 2021, 10(03): 123-128.

[11] 郭柱能, 钱思琪, 黄泽明, 何锦安, 陈嘉怡. 超声可视化引导下小针刀精准治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的临床疗效观察[J]. 中国实用医药, 2021, 16(16): 77-79.

[12] 马文龙, 唐洪涛, 王绍辉, 远利锋, 程春生. 程春生教授分期辨证治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎经验荟萃[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(12): 1341-1343+1368.

[13] 黄秀芹, 邓永上, 李晓芬, 余艳. 全程护理干预对屈指肌腱狭窄性腱鞘炎患者术后康复的影响[J]. 黑龙江医药, 2022, 35(02): 490-493.

[14] 胡月, 王信亭, 张东宁, 周洲, 朱崇田. 超声引导下药物注射联合针刀松解治疗拇指屈指肌腱狭窄性腱鞘炎[J]. 中国临床研究, 2022, 35(04): 512-516.

[15] 谢泓智, 陆奕婷, 何新芳. 阿是穴压灸联合电针治疗桡骨茎突狭窄性腱鞘炎的临床研究[J]. 广州中医药大学学报, 2022, 39(04): 855-860.

[16] 黄盛. 针刀治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的临床研究进展[J]. 中国医疗器械信息, 2022, 28(04): 16-18.

[17] 王悦, 袁秀丽. 桡骨茎突狭窄性腱鞘炎中医治疗临床进展[J]. 新疆中医药, 2022, 40(01): 87-89.

[18] 马文龙, 程春生, 查朱青, 唐洪涛, 程真真, 谢艳, 赵熙熹, 康正. 程春生论平乐正骨“筋骨平衡”理论在屈指肌腱狭窄性腱鞘炎诊疗中的应用[J]. 中国民间疗法, 2022, 30(01): 21-23.

[19] 张磊, 张劲, 唐光平. 改良针刀疗法治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎临床观察[J]. 湖北中医药大学学报, 2021, 23(06): 95-97.

[20] 姚若尘, 傅立新, 王泽坤, 王恒一, 刘洋. 中医微创技术治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的 Meta 分析[J]. 中华针灸电子杂志, 2021, 10(03): 123-128.

[21] 郭柱能, 钱思琪, 黄泽明, 何锦安, 陈嘉怡. 超声可视化引导下小针刀精准治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎的临床疗效观察[J]. 中国实用医药, 2021, 16(16): 77-79.

[22] 张孝东. 针刺肌肉起止点治疗桡骨茎突狭窄性腱鞘炎的临床研究[D]. 广州中医药大学, 2016.

小儿肺炎支原体感染后相关抗体和 CPR 对疾病诊断的意义分析

夏江红

昌邑市人民医院 小儿内科 山东昌邑 261300

摘要: 目的: 探讨小儿肺炎支原体抗体(MP - Ab)和超敏 C 反应蛋白(hs - CRP)在支原体肺炎患儿早期的变化及其诊断价值。方法: 收集 98 例本院确诊的支原体肺炎患儿和 98 例健康儿童的血清,采用被动明胶颗粒凝集法检测 MP - Ab,免疫散射比浊法检测 hs - CRP,对 2 组儿童的阳性率进行对比分析。结果: 2 组 MP - Ab 的阳性率分别为 60.2%, 3.1%; Hs - CRP 的阳性率分别为 51.0%, 7.1%, 均有显著性差异(P 均 < 0.05)。结论: 患儿感染肺炎支原体时,血清中 MP - Ab 和 hs - CRP 浓度会升高,因其灵敏度高、特异性好,价格低廉,操作简便,适合于临床广泛使用。

关键词: 小儿支原体肺炎; 感染; 相关抗体; CPR; 呼吸道疾病

秋冬季节是小儿肺炎的好发季节,由于小儿体质弱,易发生各种感染。肺炎支原体肺炎(mycoplasma pneumoniae pneumonia)是婴幼儿、学龄儿童常见的一种肺炎,肺炎支原体(mycoplasma pneumoniae, MP)是其主要致病原。国内有报道^[1-2]称小儿肺炎支原体肺炎在小儿社区获得性肺炎中所占比例已超过 30%,国外文献^[3]报道为 50%,并有逐年增长的趋势^[4-5],而且国内不断有难治性支原体肺炎病例的报道^[6-9],因此为避免延误治疗或滥用抗生素,早期诊断极为重要。支原体肺炎是一种小儿常见的呼吸道疾病,近年来小儿支原体肺炎的发病率呈逐年升高的趋势,该病不仅可引起呼吸系统其他疾病,还可引起心肌炎、肾炎等许多呼吸系统以外的疾病,严重威胁患儿的生命健康,若得不到及时治疗将影响预后,故早期诊断和治疗尤为重要^[1]。然而,小儿肺炎支原体肺炎临床症状多为非特异性症状,因此临床早期诊断较为困难,同时肺炎支原体感染者会对常规治疗肺炎药物耐受,仅对四环素类抗生素、大环内酯类敏感,因此为了避免滥用抗生素,早期诊断非常重要^[2]。目前,临床诊断小儿支原体肺炎多采用血常规、核酸杂交实验、聚合酶链式反应(PCR)、酶联免疫吸附试验和 X 线胸片检查等方法辅助检查手段,但上述方法时间滞后、成本较高,难以在临床工作中广泛开展,因此找出一种快速、准确、廉价的检查方法十分重要。本研究选取 2020 年 3 月—2022 年 3 月就诊我院的 98 例肺炎支原体患儿为研究对象,进行肺炎支原体抗体(MP - Ab)和超敏 C 反应蛋白(hs - CRP)的检测,研究如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院确诊的肺炎支原体患儿 98 例作为观察组,男 58 例,女 40 例;年龄 6 个月 ~ 5 岁,(4.2 ± 0.7)岁;病程 4 ~ 7(5.5 ± 0.6)d。同时选择同期于我院进行健康体检的 98 例健康儿童作为对照组,男 52 例,女 46 例;年龄 5 个月 ~ 6(4.8 ± 1.0)岁,经检查未发现异常。支原体肺炎患儿检测前均未给予抗生素药物治疗。2 组年龄、性别具有可比性。实验前,明确告知患儿及家属实验的目的及意义,使其积极配合,并签署知情同意书,报请我院伦理委员会批准后开始实施。

1.2 检测方法 患儿与健康儿童均与次日清晨空腹情况下抽取肘部静脉血 3 mL 用于流式细胞仪检测,分离胶试管分离血清,免疫散射比浊法检测 hs - CRP,MP - Ab 诊断试剂盒检测抗体(被动明胶颗粒

凝集法)。所有检测要求当天完成。

2. 结果

观察组与对照组 hs - CRP 阳性率分别为 51%(50/98)、7%(7/98),差异有统计学意义(P < 0.05)。观察组与对照组 MP - Ab 阳性率分别为 60.2%(59/98)、3.1%(3/98),差异有统计学意义(P < 0.05)。

组别	hs - CRP 阳性率	MP - Ab 阳性率
观察组	51(50/98)	60.2(59/98)
对照组	7(7/98)	3.1(3/98)
P	P < 0.05	P < 0.05

3 讨论

肺炎支原体肺炎发生率较高,一年四季均可发生,尤其是秋冬季节,肺炎支原体主要通过呼吸道传染,体积大小介于病毒和细菌之间;并可进行自我繁殖,是无细胞壁,不容易染色的最小原核微生物^[10-14]。支原体(MP)主要的致病方式是在黏膜表面与呼吸道黏膜上皮细胞膜上神经氨酸受体紧密结合并附着其上,逃避黏膜纤毛的清除作用及吞噬细胞的吞噬作用,同时吸取自身所需要的营养,释放过氧化氢等有害物质造成黏膜上皮及纤毛的破坏^[15-18]。有研究指出,肺炎支原体肺炎的发病与室内活动的增加及密切接触有重要的关系,因此导致肺炎支原体在呼吸道感染患者中阳性率随着年龄的增长也随之升高的显著现象^[19]。目前,肺炎支原体肺炎成为儿科的常见病和多发病,患儿临床表现轻重不一,由于 MP 无细胞壁,其体内含有 RNA 和 DNA,因此必须采用足量、全程的抑制病原体蛋白质的大环内酯类药^[3]。儿科医生要对儿童中 MP 的感染高度重视,尽量做到早期诊断、早期治疗,同时避免引起并发症,促使患儿早日得以康复。肺炎支原体肺炎潜伏期一般为 2 ~ 3 周,起病较慢,少数患儿可以表现突发高热、头痛、肌肉酸痛等全身中毒症状。大多数患儿以刺激性咳嗽的表现最为突出,常持续 4 周以上,个别病例伴有胸痛或痰中带血。此外,支原体肺炎还可有呼吸道以外的症状,其中以耳痛、猩红热样皮疹多见,个别患儿可因病情重、病程长引起神经系统、心脏、肾脏病变以及胃肠道不适、溶血性贫血及多发性关节炎等临床表现。与普通肺炎不同的是,肺部在整个病程中不出现明显阳性体征,少数患儿仅表现为呼吸音减弱、肺部干湿性啰音;血常规化验,白细胞总数及中性粒细胞比例无异常,极个别病例可增高。支原

体肺炎肺部阳性体征少,但影像学检查常有非特异性表现,如低密度的自肺门向外周放射的边缘模糊浸润影或者大片实变影;少数病例可出现弥漫的网状或结节状间质浸润影,一般无胸腔积液。与普通肺炎的下肺单一的实变影或片状浸润影不同,支原体肺炎多累及上肺或双肺同时受累,而且病变部位吸收较慢,有些患者需要4~6周方可完全吸收。目前支原体感染的实验方法有冷凝集试验、间接血凝抑制试验、补体结合试验、支原体培养等,但由于其特异性差、敏感性低且费时等问题,使在临床应用价值受限^[20]。血清冷凝集试验曾经作为支原体肺炎诊断的重要辅助检查而得到广泛应用,但阳性率仅50%左右,目前普遍认为不适合于支原体肺炎的确诊,只能用于筛查。PCR敏感度高、特异性强、存在交叉反应,临床医师普遍认为可用于检查支原体,但基因扩增时的污染和感染后支原体的持续存在有产生假阳性的可能,尚未广泛应用于临床检验。支原体抗体一般在感染后3d开始产生,2周达到高峰,持续3个月开始逐渐下降,恢复期如发生感染可再次升高。肺炎支原体抗体(MP-Ab)诊断试剂盒检测抗体(被动明胶颗粒凝集法)检测支原体具有快速简便、敏感性高、特异性好的特点,不需要特殊设备,可在二甲以上医院广泛开展。对于肺炎支原体肺炎的疑似患儿,特别是有呼吸道感染征象者,应及时检测肺炎支原体抗体IgG、IgM,特异性抗体IgM 1周后才开始升高,所以应该密切观察、动态监测;必要时可试验性给予大环内酯类抗生素治疗。卓卫民^[8]通过24例患儿血清肺炎支原体抗体进行检测,指出肺炎支原体抗体与年龄有一定的关系,<1岁的患儿肺炎支原体抗体阳性率为27.74%,为最低;其次是1~3岁患儿肺炎支原体感染阳性率为52.32%,4~6岁患儿肺炎支原体抗体阳性率为64.00%;阳性率最高的是7~13岁组,为76.32%,可见肺炎支原体抗体阳性率随着年龄的增长而升高,而且7~13岁也是肺炎支原体感染的好发人群。血清C反应蛋白(CRP)是一种肝脏合成的非特异性全身炎症反应急性时相蛋白,很多临床医生认为CRP可作为区别病毒感染及细菌感染的指标,但对支原体感染的应用有不同的观点^[9]。hs-CRP是指临床检验科室应用超敏检测技术,提高检测的灵敏度和准确度,可以检测到浓度很低的CRP,可以用作区分低水平炎症的灵敏指标。有学者^[10]通过分析支原体肺炎(MPP)患儿急性期和恢复期血清hs-CRP的变化,指出MPP急性期hs-CRP水平升高,其机制可能是MP直接损伤细胞膜使之暴露出胆碱磷酸分子和CRP的附着点,通过白介素6(IL-6)等将信息传递给肝脏产生大量CRP;而且CRP不受性别、年龄、贫血等因素影响,即使炎症患者机体反应低下,常规检查正常时,CRP也可以升高,优于其他急性期的反应物质。本研究结果表明,患儿感染肺炎支原体时,血清中MP-Ab和hs-CRP浓度会升高,可以作为临床诊断的依据。因其灵敏度高、特异性好,价格低廉,操作简便,可为临床提供理论参考。

参考文献:

- [1] 王艺颖. 小儿肺炎支原体肺炎临床及流行病学研究. 健康必读(中旬刊), 2013, 12(4): 282-283.
- [2] 杨晓梅, 赵缙, 谢新华, 等. 上海市莘庄地区不同年龄组段儿童肺炎支原体肺炎的临床特征分析. 蚌埠医学院学报, 2012, 37(11): 1320-1322.

[3] Linchevski I, Klemeng E, Nir-Paz R. Mycoplasma pneumoniae vaccine protective efficacy and adverse reactions-systematic review and meta-analysis. Vaccine, 2009, 27: 2437-2446.

[4] 陈坤. 儿童肺炎支原体肺炎 205 例临床分析. 医学信息, 2013, 26(8)下: 181.

[5] Cao B, Ren L-L, Zhao F, et al. Viral and Mycoplasma pneumoniae Community-acquired pneumoniae and novel clinical outcome evaluation in ambulatory adult patients in China. Eur J Clin Microbiol Infect Dis, 2010, 29(11): 1443-1448.

[6] 杨燕飞, 王艳芬, 李雅彬, 等. 难治性肺炎支原体肺炎的检验结果分析. 中国实用医刊, 2013, 40(21): 21-22

[7] Qu J, Gu L, Wu J, et al. Accuracy of IgM antibody testing, FQ-PCR and culture in laboratory diagnosis of acute infection by Mycoplasma pneumoniae in adults and adolescents with community-acquired pneumonia [J]. BMC Infectious Diseases, 2013, 13(1): 172-173

[8] 立岩, 李丕宝. 以肺外表现为主的小儿肺炎支原体肺炎[J]. 临床误诊误治, 2006, 19(3): 72-73

[9] 范国清, 胡敏. 阿奇霉素与红霉素治疗小儿支原体肺炎效果比较[J]. 现代中西医结合杂志, 2012, 21(20): 2225-2226

[10] 卓卫民. 小儿肺炎支原体抗体检测结果及相关分析[J]. 中外医疗, 2012, 32(18): 163-164

[11] 程学文, 李从荣, 罗剑红. 超敏C反应蛋白检测在小儿支原体肺炎中的价值[J]. 河北医药, 2010, 32(20): 2856-2857

[12] 陈全景, 查志刚. 超敏C反应蛋白在小儿支原体肺炎急性期和恢复期的水平变化[J]. 微循环学杂志, 2009, 19(3): 71-72

[13] 岳圣增, 李方, 王凯. 患儿肺炎支原体感染的临床表现与治疗研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2015, 8(11): 2584-2586.

[14] 银广悦, 韩旭, 孙岩. 小儿肺炎支原体感染两种检验方法的探讨[J]. 中华医院感染学杂志, 2015, 7(3): 699-700.

[15] 张艳华, 张嘉雯, 段晓峰, 等. 支原体肺炎患儿TNF- α 、TGF- β 1、血清hs-CRP的水平检测及临床表达意义[J]. 中国地方病防治杂志, 2017, 20(4): 418-419.

[16] 吴意, 金炯, 樊春卉, 等. 儿童呼吸道合胞病毒与肺炎支原体联合检测的应用研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2016, 26(20): 4710-4713.

[17] 陈丽珠, 陈杰奎. 桑杏汤联合阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎临床疗效观察[J]. 中药药理与临床, 2015, 12(4): 216-218.

[18] 岳圣增, 李方, 王凯. 患儿肺炎支原体感染的临床表现与治疗研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2015, 8(11): 2584-2586.

糖皮质激素联合抗生素在儿童肺炎支原体肺炎中的疗效分析

马腾 孙雪萍

昌邑市人民医院 山东昌邑 261300

摘要: 目的 探讨糖皮质激素辅助治疗儿童肺炎支原体大叶性肺炎的疗效。方法 108 例肺炎支原体 大叶性肺炎患儿随机分成常规治疗组和激素治疗组, 均给予阿奇霉素及其他常规治疗, 激素治疗组在此基础上 给予地塞米松 0.25~0.3 mg/(kg·d) 静脉滴注, 待体温正常后改泼尼松口服序贯治疗, 剂量为 0.5~1 mg/(kg·d), 逐渐减量, 用药总时间 7~10 d。两组患儿治疗前后进行肺功能检查以及 CRP、ESR、炎性指标的测定。 结果 激素治疗组发热持续时间、咳嗽缓解时间、肺部阴影吸收时间均明显短于常规治疗组 ($P < 0.05$), 治疗后, 两组患儿血清 CRP、ESR、炎性指标均有明显改善 ($P < 0.05$), 两组患儿治疗前均存在不同程度的混合性通气功能障碍, 激素治疗能明显改善肺功能, 特别是促进小气道功能恢复。结论 糖皮质激素辅助治疗儿童肺炎支原体大叶性肺炎可有效缓解临床症状, 促进 肺部炎症吸收, 改善肺功能。

关键词: 糖皮质激素; 儿童支原体肺炎; 抗生素; 炎性指标; 疗效分析

Efficacy analysis of glucocorticoid combined with antibiotics in children with Mycoplasma pneumoniae pneumonia

Ma Teng Sun Xueping

Changyi People's Hospital, Changyi, Shandong 261300

[Abstract] Objective To investigate the efficacy of glucocorticoid adjuvant therapy for children with Mycoplasma pneumoniae lobar pneumonia. Methods 108 children with Mycoplasma pneumoniae lobar pneumonia were randomly divided into a conventional treatment group and a hormone treatment group. All were given azithromycin and other conventional treatments. On this basis, the hormone treatment group was given dexamethasone 0.25-0.3 mg/(kg·d) Intravenous infusion. After the body temperature is normal, the oral administration of prednisone is changed to sequential therapy. The dose is 0.5-1 mg/(kg·d), and the dose is gradually reduced. The total medication time is 7-10 d. Pulmonary function tests and inflammatory indexes such as CRP, ESR, and IL-2 were measured before and after treatment in the two groups. Results The duration of fever, cough relief time and lung shadow absorption time in the hormone therapy group were significantly shorter than those in the conventional treatment group ($P < 0.05$). There was significant improvement ($P < 0.05$). Both groups had mixed ventilation dysfunction to varying degrees before treatment. Hormone therapy can significantly improve lung function, especially the recovery of small airway function. Conclusion Adjuvant glucocorticoids in the treatment of children with Mycoplasma pneumoniae lobar pneumonia can effectively relieve clinical symptoms, promote the absorption of pulmonary inflammation, and improve pulmonary function.

Key words: glucocorticoids; mycoplasma pneumonia in children; antibiotics; inflammatory indicators; efficacy analysis

肺炎支原体 (Mycoplasma pneumoniae, MP) 是 引 发小儿肺炎的主要病原体之一[1]。而支原体感染性大 叶性肺炎是由于受到支原体感染出现大叶性分布的 一种具有病程长、病情重、易反复发作、起病急等特点 的肺部急性炎症[2]。支原体感染性大叶性肺炎在起病 初期主要会出现上呼吸道感染的症状, 如果没有得到 及时诊治, 或将出现肺不张、坏死性肺炎、胸腔积液等 严重并发症[3-4]。现阶段, 临床上治疗此病时主要会采 取药物治疗方式, 其中又以阿奇霉素为常用药物, 但 部分患儿对阿奇霉素治疗反应欠佳, 且单一使用该药 的治疗周期也较长[5-7]。有研究表明[8], 使用糖皮质激素 进行治疗, 可以使肺炎患儿的机体免疫得到有效调 节, 提升疗效。基于上述原因, 本研究在阿奇霉素治疗 支原体感染性大叶性肺炎患儿的基础上给予了甲 泼尼龙辅助治疗来观察其效果及安全性。报告如下。

1 材料与方法

1.1 研究对象 选取 2020 年 1 月至 2022 年 8 月在我院住院 治疗

的经临床和实验室检查明确诊断为肺炎支原 体大叶性肺炎患儿 108 例: 常规治疗组 53 例, 其中男 29 例, 女 24 例, 年龄 4.1~14.2 岁, 平均 年龄 9±5 岁; 激素治疗组 55 例, 其中男 34 例, 女 21 例, 年龄 4.0~13.9 岁, 平均 年龄 9±5 岁。两组病例治疗前在性别、年龄、病程、 症状体征、肺部影像学改变等方面比较差异无统 计学意义, 具有可比性。

1.2 治疗方法 常规治疗组给予注射用乳糖阿奇霉素(东北 制药集团 沈阳第一制药厂生产) 静脉滴注 3~5 d [10 mg/(kg·d)], 若临床症状、 体征未能明显改善, 给予进一步对症处理, 待体温正常后改为阿奇霉 素口服序贯治疗。激素治疗组在常规治疗组治疗 方案的基础上于入院第 3 天给予地塞米松静脉滴 注, 剂量为 0.25~0.3 mg/(kg·d), 待体温正常后改 为泼尼松口服序贯治疗, 剂量为 0.5~1 mg/(kg·d), 逐渐减量, 总疗程 7~10 d。两组均给予退热、止咳、化痰等对症处理。患儿病情稳定后出院。 出院标准: 体温正常, 症状、体征基本消失, 肺部阴影部分 或完全消失, 出院后门诊复查胸片及肺功能

1.3 统计学分析 应用 SPSS 16.0 软件进行统计学分析, 计量资料用均值 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 两组间比较采用 t 检验, 自身前后比较采用配对 t 检验; 计数资料进行卡方检验。P<0.05 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿临床综合指标的比较 两组患儿均治愈出院。但激素治疗组热退时间、咳嗽明显减轻时间、肺部阴影吸收时间均比常规治疗组明显缩短, 差异有统计学意义, P<0.05。表 1

两组小儿临床指标分析 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	退热时间 (d)	咳嗽减轻时 间(d)	肺部阴影吸 收时间(w)
常规组	53	6.8±4.6	12.3±3.7	4.3±1.2
激素组	55	3.1±1.9	7.2±4.8	2.1±1.0
t		<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患儿治疗前后炎症指标的变化 治疗后, 两组患儿血清 CRP、ESR 水平均下降, 但激素治疗组下降更显著, 两组比较差异有统计学意义 (P<0.05)。

组别	CRP (mg/l)		ESR(mm/h)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	29±7	14±5	26±7	13±5
对照组	28±9	6±3	27±8	5±6
t 值		<0.05		<0.05

讨论

采用糖皮质激素辅助阿奇霉素治疗儿童 MP 感染性大叶性肺炎不但可以有效调节患儿的免疫功能、减少炎症因子释放、缩短治疗时间、提升疗效, 而且并不会增加治疗过程中的不良反应, 值得推广。

参考文献:

[1]McGeachy MJ, Cua DJ, Gaffen SL. The IL-17 family of cytokines in health and disease [J].Immunity, 2019, 50 (4): 892-906.

[2]梁桂娟, 王迎涛, 刘艳红, 等.白蛋白联合光疗对新生儿黄疸神经系统体征的影响[J].航空航天医学杂志, 2021, 32 (4): 415-417.

[3]林玉聪. 蓝光照射与白蛋白联合治疗新生儿黄疸的临床疗效[J].中国现代医生, 2021, 59 (11): 55-58.

[4]王卫平, 孙锟, 常立文.儿科学[M].9 版.北京: 人民卫生出版社, 2019: 113-114.

[5]陈海云, 崔华英, 陈博文.间歇蓝光照射联合静脉滴注白蛋白治疗新生儿病理性黄疸患儿的临床疗效[J].中华妇幼临床医学杂志(电子版), 2019, 10 (5): 579-584.

[6]闫耀方.白蛋白联合蓝光照射治疗新生儿黄疸临床疗效观察[J].中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8 (19): 44.

[7]林玉聪. 蓝光照射与白蛋白联合治疗新生儿黄疸的临床疗效[J].

中国现代医生, 2021, 59 (11): 55-58.

[8]杨爱玲, 冯雅敏, 张有成.抚触和穴位按摩配合蓝光照射治疗新生儿黄疸效果的 meta 分析[J].西部中医药, 2021, 34 (6): 67-74.

[9]罗流武, 徐卫明.强光电疗联合白蛋白治疗重度新生儿黄疸疗效及预后观察性研究[J].智慧健康, 2021, 7 (8): 91-93.

[10]幸保华, 徐小红.双面蓝光照射联合白蛋白干预胎龄 35 周以上新生儿高胆红素血症的疗效观察[J].基层医学论坛, 2020, 24 (31): 4585-4587.

[11]孙宏虹. 蓝光光疗对新生儿黄疸的临床疗效及其对生长发育的影响[J].中国社区医师, 2020, 36 (35): 40-41.

[12]杨磊, 陆文霞, 胡月媛, 等.短时多次蓝光疗法治疗新生儿黄疸的临床效果分析及可行性评价[J].中国现代药物应用, 2020, 14 (24): 9-11

[13]Wang Z, Sun J, Liu Y, et al. Impact of atopy on the severity and extrapulmonary manifestations of childhood Mycoplasma pneumoniae pneumonia[J].J Clin Lab Anal, 2019, 33 (5): e22 887.

[14]王先坪, 钟宽, 谢晓灵.白蛋白、双歧杆菌三联活菌胶囊联合蓝光照射治疗足月新生儿黄疸的效果及对胆红素水平的影响[J].海峡药学, 2020, 32 (12): 107-108.

[15]吴琼, 李艳华, 顾承萍, 等.蓝光联合白蛋白治疗新生儿黄疸对患儿心脏、肝脏、神经损伤的影响[J].中国基层医药, 2020, 27 (22): 2736-2740.

[16]高波, 李科兴, 宋霞.茵栀黄与双歧杆菌治疗新生儿黄疸的疗效及对谷丙转氨酶和总胆汁酸的影响[J].中国妇幼保健, 2018, 33 (3): 606-609.

[17]陈潘虹. 茵栀黄及双歧杆菌三联活菌辅助光照治疗新生儿黄疸疗效分析[J].临床合理用药, 2016, 9 (12): 75-76.

[18]张红霞, 邱辰.血清总胆汁酸在新生儿黄疸诊断中的临床意义[J].医药前沿, 2020, 10 (17): 52-53.

[19]Strehl C, Buttgereit F. Optimized glucocorticoid therapy: Teaching old drugs new tricks[J]. Mol Cell Endocrinol, 2013, 380 (1-2): 32-40.

[20]Fan H, Lu B, Yang D, et al. Distribution and expression of IL-17 and related cytokines in children with Mycoplasma pneumoniae pneumonia[J]. Jpn J Infect Dis, 2019, 72 (6): 387-393.

[21]Narita M, Tanaka H. Late increase of interleukin -18 levels in blood during Mycoplasma pneumoniae pneumonia[J]. Cytokine, 2012, 59 (1): 18-19.

[22]Shao L, Cong Z, Li X, et al. Changes in levels of IL-9, IL-17, IFN- γ , dendritic cell numbers and TLR expression in peripheral blood in asthmatic children with Mycoplasma pneumoniae infection[J]. Int J Clin Exp Pathol, 2015, 8 (5): 5263-5272.

中药配方颗粒与传统中药饮片汤剂治疗胃溃疡的临床效果观察

段尧

泰安市中医二院 山东泰安 271000

摘要：目的：研究中药配方颗粒与传统中药饮片汤剂两种方法对于提升胃溃疡疾病治愈率的主要效果，探索中药配方颗粒的治愈效果。方法：选择2021年5月~2022年5月进入到本医院接受专业化胃溃疡疾病治疗工作的80名患者参与本次临床医学研究工作，将80名患者平均分配为对照组与观察组，每组患者固定人数为40人，在对照组与观察组中，医护人员将采取不同的中医药治疗模式。结果：中药配方颗粒治疗模式实际治疗效果普遍较好，绝大多数观察组胃溃疡患者比较认可中药配方颗粒治疗模式。结论：应用中药配方颗粒治疗模式，能够省去患者自主煎药的麻烦，缩短疾病治疗时间，进一步提升胃溃疡疾病治愈率。

关键词：中药配方颗粒；传统中药饮片汤剂；胃溃疡

Abstract: Objective: To study the main effect of two methods of traditional Chinese medicine formula granules and traditional Chinese medicine decoction in improving the cure rate of gastric ulcer disease, and to explore the healing effect of traditional Chinese medicine formula granules. Methods: 80 patients who entered our hospital for specialized treatment of gastric ulcer disease from May 2021 to May 2022 were selected to participate in this clinical medical research work, and the 80 patients were equally divided into the control group and the observation group. The fixed number of patients in the group is 40. In the control group and the observation group, the medical staff will adopt different traditional Chinese medicine treatment modes. Results: The actual treatment effect of the traditional Chinese medicine formula granule treatment mode was generally better, and the vast majority of patients with gastric ulcer in the observation group recognized the traditional Chinese medicine formula granule treatment mode. Conclusion: The application of traditional Chinese medicine formula granules treatment mode can save the trouble of patients' self-decoction, shorten the disease treatment time, and further improve the cure rate of gastric ulcer disease.

Key words: traditional Chinese medicine formula granules; traditional Chinese medicine decoction; gastric ulcer

引言：近年来，在临床医学研究领域之中，诸多医护人员针对于胃溃疡疾病的中医治疗模式进行深度研究与分析之后，逐步发现，传统类型的中药饮片汤剂治疗模式并不能够完全解决胃溃疡患者的疾病问题，患者在自主煎药时需要调整特殊药品的煎熬模式。中药制品熬制过程比较复杂，需要耗费大量时间，可能会耽误患者病情。一般类型的家庭煎煮，只能提取中药材之中40%~70%的有效成分，大量中药材成分流失，导致药用资源出现了浪费。传统中药饮片汤剂治疗模式具有一定局限性，无法在短时间之内解决胃溃疡患者的疾病问题。因此，本文将立足于中药配方颗粒治疗模式的时间与效果，合理分析中药配方颗粒治疗模式在治疗胃溃疡疾病时的主要效果以及具体的药用方式。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

本次临床医学研究工作主要选取2021年5月~2022年5月进入到本医院接受专业化胃溃疡疾病中医治疗工作的部分患者（患者总人数为80人），采取统计学随机抽签的形式，将80名患者平均分配为两组，在后续临床医学研究环节以及胃溃疡疾病中医治疗环节之中，统一命名为对照组与观察组。两组患者各项资料对比期间无差异存在，按照医学对比相关标准可将两组对比差异视为（ $P>0.05$ ）不存在统计学意义。

1.2 方法

在对照组中，医护人员采取常态化胃溃疡疾病治疗模式，引导全体胃溃疡患者服用传统中药饮片汤剂，无需服用中药配方颗粒，并不融入中药配方颗粒治疗模式。对照组传统中药饮片汤剂治疗模式如下：传统类型的胃溃疡疾病传统中药饮片汤剂主要由甘草、白术、半夏、党参、乌贼骨、肉桂、枳实、茯苓、厚朴、木香等多种名贵中药材组成，经过古法煎熬之后，取中药汁300ml，分成两次服用，每次服用150ml左右，一天服用两次，口服，每日服用一剂即可，四周为一疗程，服药一疗程之后，需要观察组患者前往医院接受疾病复查工作。

在观察组之中，具体治疗方法如下：观察组内部全体胃溃疡患者主要

需要口服中药配方颗粒，中药配方颗粒内部含有甘草、白术、半夏、党参、乌贼骨、肉桂、枳实、茯苓、厚朴、木香等重要中草药，与对照组患者药剂种类一致。由医护人员将如上诸多类型中草药加工制成药粉颗粒，每包药物之中均含有如上中草药颗粒，每日服用两包中药配方颗粒即可，开水冲服成300ml左右中药剂，每日服用两次，每次服用150ml，四周为一疗程，在观察组患者用药四周之后需要进入医院接受疾病复查工作以及后续临床医学诊疗工作。

1.3 观察指标与评价标准

第一，本次临床医学研究工作的评价标准主要可以划分为显效、有效以及无效三种，主要需要医护人员结合胃溃疡患者疾病康复效果以及胃肠道功能恢复情况进行综合性分析与评估。第二，在对照组与观察组胃溃疡患者治疗期间，需要医护人员采取追踪性调查的形式，了解对照组与观察组患者服药期间的不良反应以及各式各样的身体不适症状，随后进行详细收集与整理，了解胃溃疡患者在服用传统中药饮片汤剂或者是中药配方颗粒之后的主要症状。第三，等待对照组与观察组患者全部出院后，由医护人员采取回访的形式，了解对照组与观察组患者对于本次临床医学研究工作以及中医药疾病治疗工作的具体看法，评价标准主要可以划分为非常满意、满意、不满意、非常不满意四种。第四，在对照组与观察组患者出院后，医护人员需要了解两组患者在生理健康、心理健康以及社会生活方面的具体情况（主要通过调查问卷满意度平均分的形式展现）

1.4 统计学方法

医护人员主要采用SPSS 25.0软件进行记录与分析，所有数据均以n(%)差表示。应用SPSS 16.0软件（IBM Corporation, Armonk, NY）进行事后多重比较（Dunn's test），当差异 $P<0.05$ 时可认为结果可靠，具有显著性。

2 结果

经过一段时间的治疗与观察之后，可以发现，绝大多数观察组患者疾

病治疗效果明显好于对照组，观察组胃溃疡患者疾病治愈率普遍较高，并未出现比较复杂的并发症以及身体剧烈疼痛问题，并无患者死亡。组间比较差异显著， $P<0.05$ 。

表 1 接受中药配方颗粒与传统中药饮片汤剂治疗模式的胃溃疡患者治疗效果比较[n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	40	34 (85)	5 (12.5)	1 (2.5)	39 (97.5)
对照组	40	26 (65)	10 (25)	4 (10)	36 (90)

对照组与观察组患者在接受中药配方颗粒与传统中药饮片汤剂治疗工作过程中，所出现的用药不良反应、身体不适症状以及并发症如下表所示。组间比较差异显著， $P<0.05$ 。

表 2 接受中药配方颗粒与传统中药饮片汤剂治疗模式的胃溃疡患者治疗效果比较[n (%)]

组别	例数	胃疼	呕吐	头晕	胃出血	其他
观察组	40	1 (2.5)	1 (2.5)	1 (2.5)	0 (0)	0 (0)
对照组	40	4 (10)	1 (2.5)	5 (12.5)	4 (10)	3 (7.5)

在对照组，观察组患者相互对比的过程中，可以发现，大多数观察组患者比较认可本次临床医学研究工作以及中药配方颗粒疾病治疗工作，绝大多数观察组患者所给出的调查问卷满意度平均分普遍较高。组间比较差异显著， $P<0.05$ 。

表 3 接受中药配方颗粒与传统中药饮片汤剂治疗模式的胃溃疡患者满意度数据比较[n (%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意率	平均分
观察组	40	32 (80)	7 (17.5)	1 (2.5)	39(97.5)	8.91
对照组	40	28 (70)	5 (12.5)	7 (17.5)	33(82.5)	7.44

对照组与观察组患者在生理健康、心理健康以及社会生活三方面的具体表现情况如下表所示，分析表内整体数据可以得知，大多数观察组患者在生理健康、心理健康以及社会生活等诸多方面的情况明显好于对照组。组间比较差异显著， $P<0.05$ 。

表 4 接受中药配方颗粒与传统中药饮片汤剂治疗模式的胃溃疡患者后续护理效果比较[n (%)]

组别	例数	心理健康	生理健康	社会生活
观察组	40	20.54±2.12	22.29±2.45	17.94±3.24
对照组	40	14.84±3.38	18.54±3.11	13.28±2.76

3 讨论

胃溃疡属于一种较为常见的消化系统疾病，诊断过程比较简单，但是实际的治疗难度较大，疾病复发率较高。最常见的胃溃疡疾病属于消化性胃溃疡疾病，经常反复发作，有可能会引起消化道出血问题，甚至是诱发其他类型的癌变问题。一部分患病情况比较严重的胃溃疡患者可能会出现并发症以及其他类型的消化道疾病。当前情况下，在临床医学研究领域之中，诸多医护工作人员普遍认为胃酸过多或失衡、胃蛋白酶侵蚀以及胃黏膜防御功能失衡是导致胃溃疡疾病出现的主要原因。传统类型的胃溃疡治疗模式主要采取西医治疗模式，引导患者服用奥拉美唑药物，但是一部分患病情况比较严重，胃肠道功能紊乱的患者并不适宜直接采取西医治疗模式。直接服用奥拉美唑药物，有可能会引起患者出现更加严重的身体不适症状，极个别特殊胃溃疡患者有可能会引起胃穿孔或者胃出血等问题。近

年来，诸多临床医学研究数据以及研究结果表明，单纯的西医疗形式效果有限，并不能够完全根治患者胃溃疡问题，用药不良反应较为明显，也有可能引起胃溃疡疾病进一步扩散，患者胃肠道频繁遭受损伤，可能会导致患者的消化道基础功能严重受损。在本次临床医学研究工作之中，主要采取中医治疗形式，并不融入西医治疗形式，在中医疾病治疗范围之中，胃溃疡疾病属于“胃脘痛”、“反酸”等疾病范畴，中医疾病治疗理念认为脾为后天之本，胃溃疡多由情志不调、饮食不节所致，加之部分患者并不注重日常调理与保养，导致患者脾胃造成严重损伤。久而久之，可能会导致患者出现胃溃疡问题，伴随出现其他类型的消化等疾病。也有一部分患者由于存在先天性气虚亏空等问题，加之后期饮食习惯以及生活习惯比较混乱，最终形成脾虚气滞症状。

传统与中药配方颗粒之中均包含甘草、白术、半夏、党参、乌贼骨、肉桂、枳实、茯苓、厚朴、木香等名贵中药材，诸如此类中药材均是治疗患者胃肠道溃疡问题的有效药物之一。传统类型的中药特殊煎煮方法有着非常严格的要求，伴随着现代临床医学研究技术的不断发展，中药汤剂已经不能满足消化道系统疾病，尤其是胃溃疡疾病治疗需求，中药配方颗粒也随之产生。与传统类型的中药煎煮方式相比，中药配方颗粒具备较为明显的疾病治疗优势，中药配方颗粒主要采用机械化大生产的模式，优于传统煎煮，避免人工煎煮出现药材浪费问题。同时，中药配方颗粒主要采取密封封存的形式，服用方便，只需口服即可，不需要耗费过多时间与精力熬煮中草药。在机械化大生产环节之中，大批量中药材制成中药配方颗粒之后，可以将中药配方颗粒的中药配方推广至诸多地区。中药配方颗粒其中不含有中药残渣以及杂质，药物可以直达病灶，准确、科学的治疗消化道溃疡问题，经过多年临床医学研究以及临床试验之后发现，临床治疗效果普遍较好。针对于一部分患病情况比较特殊的位置溃疡患者而言，也可以采取中药配方颗粒的治疗形式，避免过量服用西药以及中成药，导致患者胃肠道出现疼痛问题。但是实际上，中药配方颗粒也存在一定的局限性，由于中药配方颗粒主要通过机械化生产的形式，将中药材制成颗粒，一部分患者可能并不认可此类中药配方颗粒的疾病治疗模式，也有一部分患者更加倾向于传统中药饮片汤剂治疗模式。其次，从另一个角度分析，并非所有类型的中药材均可以制作成中药配方颗粒。这就意味着，中药配方颗粒选择性较少，只有一部分较为特定的中药材才可以制作成中药配方颗粒。同时，一部分中药配方颗粒只能针对一部分特定疾病，无法随时调整中药配方颗粒内部成分。绝大多数类型的中药配方颗粒仅能应用于临床医学研究工作以及疾病治疗工作。同时，中药配方颗粒内部成分不得随意调整，否则将会影响药效。在短时间之内，医护人员无法及时解决中药配方颗粒应用的局限性，只能等待临床医学研究技术的进一步发展，以期进一步调整中药配方颗粒的制作模式以及用药形式，以便开展更加全面化的临床医学研究工作。

综上所述，在正式开展胃溃疡疾病治疗工作的过程中，可以引导胃溃疡患者正确服用中药配方颗粒，如此具有更好的治疗效果。

参考文献：

[1]张德志.中药配方颗粒与传统中药饮片汤剂治疗胃溃疡疗效对比[J].实用中医药杂志,2020,(06): 704-705.
[2]朱艳.中药配方颗粒与传统中药饮片调剂方式的应用效果比较[J].临床合理用药杂志,2020,(05): 106-107.
[3]马悦,朱莉红.传统中药汤剂与中药配方颗粒在临床中的应用比较[J].临床医药文献电子杂志,2018,(82): 76.
[4]郭东亮,郭琳.中药配方颗粒与传统中药饮片汤剂治疗胃溃疡的临床对比研究[J].中西医结合心血管病电子杂志,2017,(22): 136+138.

利奈唑胺联合亚胺培南西司他丁治疗肺结核合并重症肺炎的效果以及用药安全性

¹时红菊 ²姜文娟

聊城市传染病医院 山东聊城 252000

摘要：目的：探索肺结核合并重症肺炎开展利奈唑胺联合亚胺培南西司他丁治疗优势效果。方法：时间源：2020 年 1 月到 2022 年 1 月，筛选该时段收治的肺结核合并重症肺炎患者作为研究样本，以信封随机抽取方式将 76 例患者抽取两组，对照组开展亚胺培南西司他丁治疗，观察组在此基础上联合利奈唑胺，观察患者治疗情况。结果：观察组症状改善时间（发热症状缓解时间、气喘症状缓解时间、咳嗽症状缓解时间、呼吸不畅症状缓解时间）显著更低，组间差异明显（ $P<0.05$ ）。有效率观察组 94.74%相比对照组 78.95%更高（ $P<0.05$ ）。患者炎症因子（治疗前）无差值（ $P>0.05$ ），治疗后观察组（IL-6、IL-8、TNF- α ）炎症因子指标改善幅度更大，差异显著（ $P<0.05$ ）。患者免疫功能指标（治疗前）无对比性（ $P>0.05$ ）。治疗后观察组（CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺）指标改善幅度更大，差异明显（ $P<0.05$ ）。两组患者（治疗前）肺功能指标无对比性（ $P>0.05$ ），治疗后观察组（FEV₁、FVC、FEV₁/FVC）指标改善幅度更大，差异显著（ $P<0.05$ ）。不良反应观察组 2.63%显著低于对照组 15.79%，差异显著（ $P<0.05$ ）。结论：肺结核合并重症肺炎开展利奈唑胺联合亚胺培南西司他丁治疗效果显著，可有效改善患者病症情况，降低病症对患者生活质量影响，降低体内炎症水平，提高自身免疫能力，有助于患者及早恢复健康。

关键词：肺结核；重症肺炎；利奈唑胺；亚胺培南西司他丁

肺结核是临床上一种常见的病症，该病症通常由结核分枝杆菌诱发，具有传染性，造成的危害较大，患者发病后可见明显的低烧、乏力等情况^[1]，降低自身免疫力，并诱发多种并发症^[2]，如肺部感染、重症肺炎等，威胁患者生命安全。临床上治疗该病症常见药物治疗^[3]，亚胺培南西司他丁可有效控制病症进展，缓解患者症状，但该方式存在明显的菌体耐药性问题，增大治疗难度^[4]，降低治疗效果。利奈唑胺可有效改善该问题，对于耐药性菌体具有良好的效果，通过药物联合可以充分发挥出其协同优势，应用价值显著^[5]。本次研究将以 76 例患者作为研究样本，分析药物联合治疗优势：

1 资料与方法

1.1 一般资料

筛选收治的肺结核合并重症肺炎患者（时间源：2020 年 1 月到 2022 年 1 月，76 例）作为研究样本，以信封随机方式抽取两组，对照组 38 例，男女比（20：18），年龄：26-72 岁，均数（57.45±2.18）岁，观察组 38 例，男女比（19：19），年龄：25-73 岁，均数（57.44±2.19）岁，纳入标准：（1）全部患者均>18 岁；（2）患者知情并签订协议；（3）病例资料完整；排除标准：（1）患者精神障碍；（2）患者合并其他病症；（3）患者中途退出，两组一般资料数据无明显差异性（ $P>0.05$ ），符合研究要求。

1.2 方法

两组患者均开展抗结核基础治疗，口服异烟肼（每日一次，每次 0.3g），口服利福平（每日一次，每次 0.45-0.6g），口服吡嗪酰胺（每日一次，每次 15-30mg/kg）。口服盐酸乙胺丁醇（每日一次，每次 15mg/kg）连续服药两个月。

1.2.1 对照组

对照组选择亚胺培南西司他丁治疗，静脉滴注，1.0g 与 0.9%氯化钠溶液（100ml）相溶，每次两次，连续给药四周。

1.2.2 观察组

观察组选择利奈唑胺联合亚胺培南西司他丁治疗；亚胺培南西司他丁与对照组相同，利奈唑胺，口服，每间隔 12h 一次，每次 0.6g，连续服药四周。

观察患者服药后不良反应，如出现严重不良反应，需要及时通知医生。

1.3 观察指标

（1）观察患者症状改善情况，发热症状缓解时间、气喘症状缓解时间、咳嗽症状缓解时间、呼吸不畅症状缓解时间。

（2）观察患者治疗效果，显效（发热、气喘、咳嗽等症状得到显著改善）、有效（症状有所缓解）、无效（症状无明显变化或加重），计算有

效率。

（3）观察患者炎症因子水平，IL-6（白介素-6）、IL-8（白介素-8）、TNF- α （肿瘤坏死因子）。

（4）观察患者免疫功能指标，指标：CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺。

（5）观察患者肺功能指标，FEV₁（%）、FVC、FEV₁/FVC。

（6）观察患者不良反应，恶心、呕吐、皮疹，计算发生率。

1.4 统计学处理

SPSS26.0 统计，以（ $\bar{x} \pm s$ ）计量；以数（n）或率（%）计数，t 与 χ^2 检验正态分布， $P<0.05$ 说明差异有统计差值。

2 结果

2.1 患者症状改善情况

观察组症状改善时间（发热症状缓解时间、气喘症状缓解时间、咳嗽症状缓解时间、呼吸不畅症状缓解时间）显著低于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 症状缓解时间指标情况（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别 (n=38)	发热症状缓 解时间(d)	气喘症状缓 解时间(d)	咳嗽症状缓 解时间(d)	呼吸不畅症 状缓解时间 (d)
观察组	2.21±0.34	2.29±0.64	2.56±0.28	2.68±0.25
对照组	3.28±0.26	4.71±0.55	3.33±0.35	3.56±0.27
t	8.365	9.175	10.636	9.526
P	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组治疗情况对比

有效率观察组 94.74%，对照组 78.95%，差异明显（ $P<0.05$ ）。详见表 2。

表 2 两组治疗效果对比[n(%)]

组别 (n=38)	显效	有效	无效	有效率
观察组	21(55.26)	15(39.47)	2(5.26)	36(94.74)
对照组	19(50.00)	11(28.95)	8(21.05)	30(78.95)
χ^2	/	/	/	5.636
P	/	/	/	0.018

2.3 两组炎症因子水平对比

患者炎症因子（治疗前）水平无差值（ $P>0.05$ ），治疗后观察组患者各项炎症因子指标（IL-6、IL-8、TNF- α ）改善幅度更大，差异明显（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 炎症因子指标（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别 (n=38)	IL-6 (ng/L)		IL-8 (ng/L)		TNF- α (ng/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后

观察组	204.31±2.23	100.64±1.68	135.22±1.56	26.85±1.11	203.65±2.21	116.42±1.15
对照组	204.63±2.22	125.65±1.72	135.23±1.57	32.39±1.22	203.64±2.20	124.51±1.11
t	0.216	17.739	0.207	14.939	0.233	15.247
P	0.812	0.000	0.962	0.000	0.795	0.000

2.4 患者免疫指标比较 CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 指标改善幅度更大, 差异显著 (P<0.05), 见表 4。
患者免疫功能指标 (治疗前) 无差异 (P>0.05)。治疗后观察组 (CD3⁺、

表 4 免疫功能指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n=38)	CD4 ⁺		CD8 ⁺		CD4 ⁺ /CD8 ⁺	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	31.16±1.22	43.41±2.17	25.35±1.22	28.41±2.17	1.17±0.20	1.55±0.15
对照组	31.20±1.35	39.31±2.18	25.29±1.27	26.31±2.18	1.16±0.18	1.32±0.16
t	0.235	14.126	0.256	5.256	0.211	5.685
P	0.822	0.000	0.810	0.000	0.873	0.000

2.5 两组患者肺功能情况 (FEV₁、FVC、FEV₁/FVC) 指标改善幅度更大, 差异显著 (P<0.05)。
两组患者 (治疗前) 肺功能指标无差值 (P>0.05), 治疗后观察组 见表 5。

表 5 肺功能指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n=38)	FEV ₁ (%)		FVC (L)		FEV ₁ /FVC	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	46.16±2.74	67.51±3.29	1.18±0.06	1.97±0.20	54.36±4.26	72.34±4.28
对照组	46.19±2.70	57.46±3.30	1.19±0.07	1.62±0.15	54.35±4.14	63.62±4.22
t	0.255	5.625	0.218	7.656	0.358	12.161
P	0.751	0.000	0.932	0.000	0.672	0.000

2.6 不良反应情况对比

不良反应: 观察组 2.63%, 对照组 15.79%, 差异显著 (P<0.05)。详见表 6。

表 6 不良反应情况对比[n(%)]

组别 (n=38)	恶心	呕吐	皮疹	总发生率
观察组	1(2.63)	0(0.00)	0(0.00)	1(2.63)
对照组	2(5.26)	1(2.63)	3(7.89)	6(15.79)
χ^2	/	/	/	5.665
P	/	/	/	0.017

3 讨论

肺结核是当前一种常见的慢性传染性疾病, 对人体造成的危害较大, 严重影响患者日常生活, 降低生活质量, 威胁患者生命健康, 需要及时治疗^[6-7]。随着病情进展, 可能导致患者诱发多种并发症, 如肺炎^[8-9], 该病症属于常见的肺结核合并症, 对患者心理与生存状态产生的影响较为明显^[10], 降低患者积极性, 产生不适感, 并增大病症危害, 应及时开展治疗^[11-12]。利奈唑胺联合亚胺培南西司他丁治疗该病症效果较为显著, 可以有效控制机体自身免疫能力^[13-14], 改善炎症水平, 且具有良好的抗菌性, 加速淋巴细胞恢复, 有助于患者及早恢复健康, 降低病症对患者日常生活产生的影响, 值得推广^[15-16]。

本次研究结果中, 观察组症状改善时间 (发热症状缓解时间、气喘症状缓解时间、咳嗽症状缓解时间、呼吸不畅症状缓解时间) 显著更低 (P<0.05), 说明该治疗方式可有效改善患者病症, 控制病情进展, 有助于患者及早康复。有效率观察组 94.74% 显著高于对照组 78.95%, (P<0.05), 说明该治疗方式效果显著, 改善机体自身免疫水平, 避免病情加重。患者炎症因子 (治疗前) 水平无对比性 (P>0.05), 治疗后观察组患者各项炎症因子指标 (IL-6、IL-8、TNF- α) 改善幅度更大, (P<0.05), 说明该治疗方式有助于改善患者身体炎症水平, 改善身体机能, 有助于患者康复。患者免疫功能指标 (治疗前) 无对比性 (P>0.05)。观察组 (CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺) 指标治疗后改善幅度更大 (P<0.05), 说明该治疗方式有助于患者免疫功能提升, 提高机体自身对疾病抵抗力, 降低病症危害, 缩短康复周期, 有利于病症好转。两组患者 (治疗前) 肺功能指标无对比性 (P>0.05), 治疗后观察组 (FEV₁、FVC、FEV₁/FVC) 指标改善幅度更大, (P<0.05), 说明该治疗方式可有效改善肺功能, 改善患者呼吸功能, 提高患者生活质量, 强化治疗效果, 应用价值良好。不良反应观察组 2.63% 显著低于对照组 15.79% (P<0.05), 说明该治疗方式安全性较高, 可降低对人体造成的副作用, 不会产生耐药性, 具有推广价值。

综上所述, 肺结核合并重症肺炎开展利奈唑胺联合亚胺培南西司他丁

治疗效果显著, 可有效改善患者病症情况, 降低病症对患者日常生活影响, 利用药物协同优势提高安全性, 值得临床实践。

参考文献:

- [1] 叶星明, 肖洁. 肺结核合并重症肺炎患者采用利奈唑胺治疗的临床效果及对炎症因子影响分析[J]. 医学理论与实践, 2022, 35(11): 1853-1854.
- [2] 赖敏, 吴桂辉, 陈洪德. 肺结核合并重症肺炎行有创机械通气患者的死亡危险因素分析[J]. 临床肺科杂志, 2018, 23(01): 115-118+122.
- [3] 程俊伟, 王杰, 郁春要. 补肺养阴方联合利奈唑胺对复治肺结核患者呼吸功能、炎症因子及 B、T 淋巴细胞衰减子的影响[J]. 广东医学, 2020, 41(5): 5.
- [4] 李广涛, 刘金丽, 马玉霏. 万古霉素与利奈唑胺治疗肺结核合并重症肺炎患者的效果比较[J]. 中国民康医学, 2021, 33(10): 121-123.
- [5] 邱润. 老年肺结核合并重症肺炎患者的临床特点及治疗探究[J]. 世界复合医学, 2021, 7(05): 125-127.
- [6] 黄一明. 利奈唑胺辅助治疗对肺结核合并重症肺炎患者炎症状态的影响与安全性分析[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2021, 5(07): 54-56.
- [7] 杨楠. 探究利奈唑胺治疗肺结核合并重症肺炎的临床效果[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(04): 179-181.
- [8] 江叶舟, 彭瑶. 利奈唑胺治疗肺结核合并重症肺炎的效果观察及安全性评价[J]. 中国医学工程, 2020, 28(12): 76-78.
- [9] 李卓. 利奈唑胺治疗肺结核合并重症肺炎患者的临床疗效及安全性[J]. 中国医药指南, 2020, 18(27): 79-81.
- [10] 次仁卓嘎. 评价利奈唑胺治疗肺结核合并重症肺炎的临床疗效及安全性[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(90): 99.
- [11] 程妮. 利奈唑胺联合亚胺培南西司他丁治疗肺结核伴重症肺炎的效果[J]. 实用临床医学, 2020, 21(08): 8-10.
- [12] 胡宏刚. 肺结核合并重症肺炎行有创机械通气患者死亡危险因素分析[J]. 临床研究, 2020, 28(08): 1-2.
- [13] 潘蕾, 毛敏杰, 黄晓庆. 利奈唑胺治疗肺结核合并重症肺炎的疗效及对患者免疫因子和预后的影响[J]. 中华全科医学, 2019, 17(01): 47-51.
- [14] 吴祖文. 肺结核合并重症肺炎行有创机械通气患者下呼吸道感染病原分布及耐药性特点研究[J]. 中国医疗器械信息, 2019, 25(20): 147-148.
- [15] 竹国串. 利奈唑胺治疗肺结核合并重症肺炎的临床疗效及安全性[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(83): 116.
- [16] 闻名. 利奈唑胺治疗肺结核合并重症肺炎的临床疗效及安全性[J]. 医学理论与实践, 2019, 32(04): 526-527.

吲达帕胺联合氨氯地平片治疗高血压合并冠心病的临床效果

王道伦

成武县张楼镇卫生院 山东菏泽 274200

摘要：目的：观察高血压合并冠心病与应用吲达帕胺联合氨氯地平片治疗的临床效果。方法：选择本院2019年4月~2022年1月收治的高血压合并冠心病患者104例，按随机数字表法分组，对照组与观察组各52例，对照组采用氨氯地平片治疗，观察组采用氨氯地平片联合吲达帕胺治疗，观察治疗效果。结果：治疗前，两组血压、血脂、心功能指标无明显差异（ $P>0.05$ ）；治疗后，观察组治疗总有效率、LVEF高于对照组，SBP、DBP、TC、TG、HR、LVEDD、LVESD低于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ），但两组不良反应发生率无明显差异（ $P>0.05$ ）。结论：高血压合并冠心病应用吲达帕胺联合氨氯地平片治疗后，可显著改善血压、血脂水平及心功能，疗效较好，且治疗期间不良反应较少，安全性较高。

关键词：高血压；冠心病；吲达帕胺；氨氯地平片

【Abstract】 Objective: To observe the clinical effect of hypertension complicated with coronary heart disease and indapamide combined with amlodipine tablets. Methods: A total of 104 patients with hypertension and coronary heart disease who were admitted to our hospital from April 2019 to January 2022 were selected and grouped according to the random number table method, 52 cases in the control group and 52 cases in the observation group, the control group was treated with amlodipine tablets, The observation group was treated with amlodipine tablets combined with indapamide, and the therapeutic effect was observed. Results: Before treatment, there were no significant differences in blood pressure, blood lipids, and cardiac function between the two groups ($P>0.05$); after treatment, the total effective rate and LVEF of the observation group were higher than those of the control group, SBP, DBP, TC, TG, HR, LVEDD, LVESD was lower than the control group, the difference was significant ($P<0.05$), but there was no significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups ($P>0.05$). Conclusion: Indapamide combined with amlodipine skin therapy for hypertension complicated with coronary heart disease can significantly improve blood pressure, blood lipid levels and cardiac function, with good curative effect, less adverse reactions during treatment, and high safety.

【Key words】 hypertension; coronary heart disease; indapamide; amlodipine tablets

高血压属于心血管疾病，以动脉压过高为主要发病原因，且大部分患者发病后会伴有血管病变、肾脏病变、心脏病变等。冠心病也属于心血管疾病，体内脂质代谢失常影响下，动脉内膜上集中了血液内的脂质，导致动脉内膜处形成粥样脂质物质沉积，长久之后变成白色斑块。与单一高血压或冠心病相比，高血压合并冠心病患者具有更加危急的病情，如治疗未能及时进行，可能会严重危害患者生命安全^[1]。因此，临床一直密切关注高血压合并冠心病的有效治疗。目前，临床治疗高血压合并冠心病时，主要采用药物治疗，氨氯地平片、吲达帕胺均是常用药物，既往研究及治疗中，这两个药物多单一使用，虽有一定疗效，但并非所有患者需求都能满足^[2]。近年有研究发现，联合氨氯地平片与吲达帕胺后，疗效可得到明显提高，且具有较好的安全性^[3]。基于此，本研究即采用吲达帕胺联合氨氯地平片治疗高血压合并冠心病患者，效果较理想。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院2019年4月~2022年1月收治的高血压合并冠心病患者104例，按随机数字表法分组，对照组与观察组各52例。对照组中，男29例，女23例；年龄49~80岁，平均（61.85±3.35）岁；高血压病程5~17年，平均（10.35±2.64）年；冠心病病程1~12年，平均（5.84±1.66）年。观察组中，男31例，女21例；年龄51~78岁，平均（61.79±3.46）岁；高血压病程4~15年，平均（10.28±2.69）年；冠心病病程1~11年，平均（5.80±1.72）年。经比较，两组资料无明显差异（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：（1）与高血压、冠心病相应诊断标准相符；（2）心绞痛每周发作次数超过3次；（3）近1周内并未服用降压药物、抗冠心病药物；（4）知情同意。

排除标准：（1）药物过敏；（2）合并糖尿病或脑卒中；（3）继发性高血压；（4）重要脏器功能存在严重损害；（5）合并其他类型心脏病变。

1.2 方法

对照组采用氨氯地平片（辉瑞制药有限公司，国药准字H10950224）

治疗，起始剂量5mg，每天1次，以患者用药后的反应为依据，于1~2周后对剂量做出调整，单次最大剂量10mg，每天1次。

观察组采用氨氯地平片联合吲达帕胺（山东东方明药业集团股份有限公司，国药准字H20046741）治疗，氨氯地平片用法用量与对照组相同，吲达帕胺每次2.5mg，每天1次。

两组进行6周的连续治疗，治疗期间，如心绞痛发作，让患者舌下含服硝酸甘油（哈药集团制药六厂，国药准字H23021574），剂量0.25~0.50mg。

1.3 观察指标

完成治疗后，评估临床疗效：分别于治疗前、治疗后检测患者血压和血脂水平，血压指标包含收缩压（SBP）、舒张压（DBP），利用血压计测量，血脂指标包含总胆固醇（TC）、甘油三酯（TG），利用全自动生化分析仪（型号Coulter AU680DE，美国贝克曼生产）检测；分别于治疗前、治疗后评定患者心功能，心率（HR）利用心电监护仪监测，左室射血分数（LVEF）、左室舒张末期内径（LVEDD）、左室收缩末期内径（LVESD）利用彩色多普勒超声测量；观察不良反应发生情况。

1.4 疗效判定

显效：完全消除临床症状及体征，显著降低DBP水平，恢复正常且降幅 $\geq 10\text{mmHg}$ ，或DBP降低幅度 $\geq 20\text{mmHg}$ ，显著减少心绞痛发作次数，减少幅度超过80%；**有效：**改善临床症状及体征，DBP水平恢复正常但降幅 $< 10\text{mmHg}$ ，或DBP降低幅度 $< 20\text{mmHg}$ ，心绞痛发作次数减少50%~80%；**无效：**未改变DBP水平，心绞痛发作次数减少幅度不足50%。总有效率=显效率+有效率。

1.5 统计学分析

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

2 结果

2.1 治疗效果比较

观察组治疗总有效率显著高于对照组 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 观察组与对照组治疗效果比较 n (%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	52	30(57.69)	20(38.46)	2 (3.85)	50(96.15) *

表 2 观察组与对照组治疗前后血压、血脂水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别(n=52)	SBP (mmHg)		DBP (mmHg)		TC (mmol/L)		TG (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
观察组	176.95±9.14	126.34±7.11*	105.16±7.65	82.15±4.47*	6.45±0.49	4.31±0.42*	3.61±0.32	1.48±0.29*
对照组	176.86±9.22	142.35±8.54	105.23±7.72	94.43±5.58	6.48±0.46	5.74±0.52	3.63±0.33	3.01±0.27

注: 与对照组相比, $*P<0.05$ 。

2.3 治疗前后心功能比较

治疗前, 两组 HR、LVEF、LVEDD、LVESD 无明显差异 ($P>0.05$);

表 3 观察组与对照组治疗前后心功能比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别(n=52)	HR (次/min)		LVEF (%)		LVEDD (mm)		LVESD (mm)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	83.64±4.25	66.77±2.25*	49.15±3.16	60.35±4.17*	47.26±4.15	35.30±2.26*	56.23±5.94	36.47±3.23*
对照组	83.68±4.31	74.02±3.67	49.20±3.21	56.79±4.48	47.32±4.08	39.14±3.63	56.38±5.89	47.65±4.53

注: 与对照组相比, $*P<0.05$ 。

2.4 不良反应发生率比较

观察组有 4 例发生不良反应, 其中头痛 2 例、腹泻 1 例、水肿 1 例, 发生率 7.69% (4/52); 对照组有 5 例发生不良反应, 其中头痛 2 例、腹泻 2 例、水肿 1 例, 发生率 9.62% (5/52)。经比较, 两组无明显差异 ($P>0.05$)。

3 讨论

在临床上, 十分常见高血压合并冠心病患者, 有研究指出, 高血压患者发病后, 更容易合并冠心病, 原因是长期处于较高水平的血压和血脂可激活血小板, 增加冠状动脉粥样硬化的发生风险, 而一旦发生, 则可能导致心肌缺氧、缺血, 出现心绞痛症状, 引发冠心病^[4]。近年来, 随着老龄化趋势的加剧, 加之生活、饮食方式的改变, 逐年升高了高血压合并冠心病的发病率, 且该疾病现已成为高血压患者死亡的一个重要原因^[5]。据统计, 在高血压合并冠心病患者中, 多数未能正确认知疾病风险, 导致遵医性较差, 降低了血压控制效果, 进而使心肌梗死、猝死等情况发生风险增加^[6]。因此, 高血压合并冠心病治疗中, 有效控制血压是改善预后、降低死亡率的关键措施。

目前, 临床主要采用药物治疗高血压合并冠心病患者, 通过相应药物的应用, 促进动脉血管扩张, 达到降低血压的目的, 进而使心脏及血管负荷减轻、临床症状得以缓解。氨氯地平片是常用的降压药物之一, 其属于长效钙离子通道阻滞剂, 给药后可一定的扩张外周动脉, 并能对肾上腺素、 Ca^{2+} 等作出有效抑制, 进而降低外周阻力, 使心肌需求的氧气量减少, 让心脏得到良好的保护, 促进病情改善^[7]。研究发现, 单用氨氯地平片时, 虽能获得一些疗效, 却不能显著改善病情^[8]。呋达帕胺是一种磺胺衍生物, 其不仅具备钙拮抗作用, 且具有利尿的功效, 用药后可良好的舒张血管平滑肌, 促进动脉扩张, 让外周血管阻力有效降低, 实现治疗目的。在降压药物中, 呋达帕胺属于有着较好效果的一种, 且使用过程中不会明显的干扰心率、心脏排水量等, 安全性较高。研究发现, 呋达帕胺进入机体后, 血液内药物浓度峰值在 1h 左右达到, 吸收速度非常快, 同时, 利用率高

对照组 52 24(46.15) 18(34.62) 10(19.23) 42(80.77)

注: 与对照组相比, $*P<0.05$ 。

2.2 治疗前后血压、血脂水平比较

治疗前, 两组 SBP、DBP、TC、TG 无明显差异 ($P>0.05$); 治疗后, 观察组 SBP、DBP、TC、TG 显著低于对照组 ($P<0.05$), 见表 2。

治疗后, 观察组 HR、LVEDD、LVESD 低于对照组, LVEF 高于对照组, 差异显著 ($P<0.05$), 见表 3。

达 93%, 且其他食物并不会影响疗效, 利于长时间的维持疗效^[9]。氨氯地平片联合呋达帕胺后, 可协同发挥降压作用, 使患者血压水平显著降低, 有效的控制在合理范围, 提高治疗效果, 同时可共同对血脂功能做出调节, 促进心功能良好改善。本研究结果显示, 观察组治疗后血压、血脂、心功能检测结果均明显优于对照组 ($P<0.05$), 证实了联合用药的有效性; 而两组不良反应无明显差异 ($P>0.05$) 则反映出联合用药的安全性。

综上, 高血压合并冠心病应用呋达帕胺联合氨氯地平片治疗后, 患者血压、血脂、心功能均能得到明显的改善, 利于病情良好的恢复, 且用药后的不良反应较少, 安全有效。

参考文献:

[1]范海芳.呋达帕胺联合氨氯地平治疗高血压合并冠心病的效果[J].中国实用医药,2021,16(14): 150-152.

[2]张玉洁.呋达帕胺联合氨氯地平对高血压合并冠心病患者心功能与生活质量的影响分析[J].心血管病防治知识,2021,11(08): 28-30.

[3]季丽丽,王高频.呋达帕胺、氨氯地平联合治疗高血压合并冠心病的疗效分析[J].中国社区医师,2020,36(36): 18-19.

[4]张玉新.呋达帕胺联合氨氯地平治疗高血压合并冠心病的疗效[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(30): 64-65.

[5]袁剑旋.分析呋达帕胺联合氨氯地平治疗老年高血压合并冠心病的疗效[J].中国社区医师,2020,36(26): 19-20.

[6]袁春善.呋达帕胺联合氨氯地平治疗高血压合并冠心病的临床疗效[J].临床合理用药杂志,2020,13(15): 50-52.

[7]庞毅.呋达帕胺联合氨氯地平治疗高血压合并冠心病效果观察[J].临床合理用药杂志,2020,13(01): 40-41.

[8]武志龙,沈海虎.呋达帕胺缓释片联合马来酸左旋氨氯地平片治疗原发性高血压合并冠心病的临床效果[J].临床医学研究与实践,2019,4(18): 29-31.

[9]刘田野.呋达帕胺联合氨氯地平治疗高血压合并冠心病的临床疗效及其对患者血压和血脂的影响[J].临床合理用药杂志,2018,11(30): 4-5.

实行全面质量管理对西药房管理工作影响

王巧英

成武县永昌街道办事处社区卫生服务中心 山东菏泽 274200

摘要：目的：分析实行全面质量管理对西药房管理工作的影响。方法：选择本院西药房 2019 年 4 月~2022 年 1 月接收的处方资料 1000 份，随机分为对照组和观察组，每组 500 份，对照组实施常规质量管理，观察组实行全面质量管理，对比两组管理效果。结果：观察组处方调配差错发生率低于对照组，药剂师工作状态评分、患者对西药房工作总满意率高于对照组，差异显著 ($P<0.05$)。结论：西药房管理工作中应用全面质量管理后，可显著减少处方调配差错情况，提高工作质量，并能增强药剂师的工作能力，让患者更加满意。

关键词：西药房；全面质量管理；管理效果

【Abstract】 Objective: To analyze the impact of implementing total quality management on the management of western pharmacies. Methods: Select 1000 prescription materials received by the western pharmacy of our hospital from April 2019 to January 2022, and randomly divide them into the control group and the observation group, 500 copies in each group. The control group implements routine quality management, and the observation group implements comprehensive quality management, to compare the management effects of the two groups. Results: The incidence of prescription dispensing errors in the observation group was lower than that in the control group, and the pharmacist's work status score and the patients' total satisfaction rate with western pharmacy work were higher than those in the control group, with significant differences ($P<0.05$). Conclusion: The application of total quality management in western pharmacy management can significantly reduce prescription dispensing errors, improve work quality, and enhance the work ability of pharmacists, making patients more satisfied.

【Key words】 western pharmacy; total quality management; management effect

现阶段，临床开展治疗时，药物治疗是一种重要手段，而用药合理与否则对治疗效果产生直接影响，一旦用药不合理，不仅毒副作用会增加，严重时甚至对患者生命安全产生威胁。据调查，在全球范围内，因不合理用药导致发生严重不良反应的患者占比可达到 1/3^[1]。在我国医疗机构中，药房包含两类，一类是西药房，一类是中药房，从临床实践可知，前者要具有更高的不良反应发生概率^[2]。因此，西药房一直十分重视质量管理工作的开展。目前，西药房的常规质量管理虽能保证正常开展日常管理，但存在方法简单、制度笼统等不足，对于药品调配过程中出现的问题并不能有效解决，整体管理效果并不理想^[3]。全面质量管理是一种新型质量管理方法，通过对整个管理过程做出全面的掌控，有助于提高管理效果，进而有效保证用药安全^[4]。本研究着重分析了全面质量管理对西药房管理工作的影响，为各医疗机构西药房应用此项管理方法提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

择本院西药房 2019 年 4 月~2022 年 1 月接收的处方资料 1000 份，随机分为对照组和观察组，每组 500 份，两组处方科室来源等基础资料并未明显差异 ($P>0.05$)，具有可比性。

1.2 方法

对照组实施常规质量管理：①定期培训病房内的药剂师，培训内容包括专业知识和技能操作，培训完成后予以考核，合格才能上岗；②排班时，采取 3 班次的制度；③制定奖惩制度，奖励表现突出的工作人员，严厉批评并处罚发生差错事件的工作人员；④药品定期整理，欠缺药品及时补充，过期药品及时清理。

观察组实行全面质量管理，具体方法如下：①组建用药管理小组，组长由药剂部主任担任，成员共 3 名，均为药房内高年资药师；小组成员共同按照相关规定、药品说明书记录药房内药品的种类、数量、用法用量等，再以此为依据，结合科室实际用药情况，对药物管理监督制度作出进一步的完善；小组还要审核院内正在使用的、全部的药物治疗和处方，避免投入使用过期药物、与国家规定不符的药物；小组成员仔细、认真审查核对仓库内药物的数量、名称、生产厂家等信息，及时上报不合规定的药物。

②监督药品的储存情况，确保每种药品都得到合理的储存；对于特殊药品，如抗精神病药物、毒麻药品，要严格按照相应的制度进行储存和使用，如有药物遗失等情况出现，要立即上报。③升级、完善药物管理信息系统，借助计算机开展药物使用模板制定、药物代码编制等工作，分类、记录所有西药，并向数据库内录入所有药品说明书及剩余数量；将合理用药监测西戎嵌入现有系统内，及时提醒各种不合理用药情况，既让药师的日常工作量减少，又能一定的预防不合理用药情况。④审核医院药品采购环节，对药物采购制度作出进一步的完善，剔除具有较大毒副作用及疗效不佳的药物，避免西药房流通环节中出现假药和差药，一旦发现假药，立即向相关部门汇报，打击犯罪行为。⑤小组成员定期培训药剂师的专业技能，培训完成后除开展考核外，还把考核结构挂钩于奖金绩效，促进药剂师参与培训的积极性增强，并能在培训外不断主动学习，持续的提高自身的专业技能水平；此外，外出进修也要定期举办。⑥小组还要积极举办与服务态度和职业道德相关的教育讲座，促进药房工作人员的责任意识增强，并逐渐形成严谨的工作作风，以及良好的工作态度，从而将更好的取药服务提供给患者，预防发生医患纠纷。⑦配药过程中，药师需二次审核药物处方，可对药物适宜性做出重点关注，当发现处方中药品具有较大毒副作用，或使用剂量明显超量，或存在配伍禁忌，要及时沟通临床医生，形成一致意见后再重新开具处方，完成药物调配。⑧开设咨询窗口，设置在取药窗口旁，由具有丰富经验的药师为患者提供用药指导服务、相关问题咨询服务，确保患者用药的合理性，同时随访患者药物使用情况，对不良反应密切关注，实现动态监测用药效果及安全性。

1.3 观察指标

观察处方调配差错发生情况，包含品种错、剂型错、数量错、药品过期、漏配；评价药剂师的工作状况，采用自制问卷进行，共包含 4 方面内容：工作积极性、责任感、解决问题能力、沟通协调力，每项内容 1~5 分评价，分数越高表示药剂师具有越强的工作能力、越佳的工作状态；在两组到西药房取药的患者中各随机选取 100 例，调查其对西药房工作的满意情况，分为非常满意、基本满意、不满意，以非常满意和基本满意视为总满意。

1.4 统计学分析

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

2 结果

2.1 处方调配差错发生率比较

观察组处方调配差错发生率显著低于对照组 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 观察组与对照组处方调配差错发生率比较 n (%)

组别	份数	品种错	剂型错	数量错	药品过 期	漏配
观察 组	500	2 (0.40) *	5 (1.00) *	2 (0.40) *	2 (0.40) *	0 (0.00) *
对照 组	500	18(3.60)	30(6.00)	22(4.40)	28(5.60)	15(3.00)

注: 与对照组相比, $*P < 0.05$ 。

2.2 药剂师工作状况评分比较

观察组药剂师工作状况评分显著高于对照组 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 观察组与对照组药剂师工作状况评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	工作积极性	责任感	解决问题能 力	沟通协调能 力
观察组	3.31±0.24*	3.64±0.27*	3.91±0.33*	3.79±0.46*
对照组	2.11±0.26	2.43±0.52	2.49±0.54	2.55±0.52

注: 与对照组相比, $*P < 0.05$ 。

2.3 患者对西药房工作总满意率比较

观察组患者对西药房工作总满意率显著高于对照组 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 观察组与对照组患者对西药房工作总满意率比较 n (%)

组别	n	非常满意	基本满意	不满意	总满意
观察组	100	57(57.00)	38(38.00)	5 (5.00)	95(95.00) *
对照组	100	51(51.00)	34(34.00)	15(15.00)	85(85.00)

注: 与对照组相比, $*P < 0.05$ 。

3 讨论

在各医疗机构中, 西药房是一个重要的职能部门, 负责按照医嘱处方调配药物并将药物发放给患者, 如果处方调剂过程中出现差错, 则会对治疗效果、用药安全性产生直接的影响, 增加医患纠纷的发生风险^[5]。因此, 西药房一直十分注重质量管理工作。

从既往西药房管理工作实践来看, 其管理质量会受到以下几种因素的影响^[6-7]: (1) 人为因素: 西药储存时, 未严格按照贮存条件要求进行, 影响药品质量; 对于过期药品, 工作人员未能及时处理; 按规定, 药品售后不退不换, 但在部分特定情况下, 患者可以退药, 退药过程中, 工作人员仅仅是简单的检查了药品外包装, 并未检查内包装情况, 这会导致不达标药品再次流通, 增加医患纠纷的发生风险。(2) 环境因素: 每种西药的贮藏要求都是较为严格的, 但有些西药房缺乏充足的贮藏条件, 温度、湿度无法保持常年恒定, 导致受潮、霉变等现象, 极易发生在某些药品中, 特别是拆成小包的协定处方药品, 即使并未过期, 变色或潮解仍会在短时间内发生, 如果工作人员未注意到此种情况, 可能会发放给患者, 降低患者用药的安全性。(3) 制度因素: 由于缺乏合理的管理模式, 导致领药计

划不健全, 当部分药品的用量出现较大变化时, 会从库房大量领取, 一旦当需求量变小, 则会造成药品积压, 增加药品过期风险; 同时“先产先出、先进先出、近期先出、易变先出”的原则未能严格落实, 使西药房承受经济损失。

针对上述因素, 西药房开展了管理工作, 包含定期整理药品、定期培训等措施, 这些常规管理措施虽能保证正常实施各项日常工作, 但由于并未充分的干预各种影响因素, 仍然存在明显的管理效果不理想问题, 且有较高的医患纠纷发生风险^[8]。因此, 加强西药房质量管理对提高用药安全性、减少医患纠纷发生几率有着重要意义。近年较多研究显示, 西药房管理工作中应用全面质量管理后, 可明显降低用药不当、配伍不当等不良事件的发生率, 并显著降低用药后不良反应发生率, 有效提高患者对药房管理工作的满意程度^[9]。本研究发现, 全面质量管理应用后, 观察组处方调配差错发生率低于对照组, 药剂师工作状况评分、患者对西药房工作总满意率高于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$), 提示此管理模式有助于改善药剂师的工作状况, 提高其工作质量, 减少处方调剂差错事件的发生, 让患者对药房工作更加满意。分析原因: 用药管理小组建立后, 成员共同开展各项用药管理工作, 并进一步完善各种相关的用药管理制度, 有助于增强管理的有效性, 进而持续提高管理质量; 同时, 定期培训、定期考核、定期院外进行的实施能够使药剂师的专业知识储备能力不断提高, 防止因专业能力不足导致处方调剂差错事件发生, 增强药品调剂质量; 同时, 服务态度培训、职业道德培训能够增强药师的综合职业素养, 让其能以良好的态度、状态开展工作, 最终提高患者对药房的满意程度; 此外, 药师二次审方的开展也使不合理用药情况得到一定的减轻, 有效的保证了患者用药安全^[10]。

综上, 西药房管理工作应用全面质量管理后, 可有效改善工作人员的工作状态, 促进工作质量升高, 减少相关差错事件的发生, 让患者对管理效果更为满意。

参考文献:

[1]郭举烈.全面质量管理对减少门诊中药房处方调剂差错的作用[J].基层医学论坛,2022,26(10): 130-132+150.
[2]张丽娟,阙伟祺,李庆德,等.品管圈质量管理工具在降低住院药房调剂差错率中的应用[J].海峡药学,2021,33(03): 224-226.
[3]马陈芳,杨金芬,罗春飞.住院药房的药品质量管理与用药安全[J].中医药管理杂志,2020,28(19): 174-175.
[4]胡青青.全面质量管理在西药房管理工作中的应用[J].中医药管理杂志,2019,27(22): 166-167.
[5]王健.安全质量管理理念在医院药房日常管理中的应用思考[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(35): 179.
[6]刘学.品管圈活动在提高药房质量管理中的应用价值研究[J].名医,2020(02): 274+277.
[7]滕鑫,朱珊珊,颜巧妍,等.应用 PDCA 循环管理模式提升急诊药房夜班发药工作质量的管理探讨[J].中医药管理杂志,2020,28(18): 190-191.
[8]李洋.西药房管理工作中全面质量管理的应用[J].中国卫生产业,2019,16(17): 71-73.
[9]张加华.全面质量管理方法在药房管理中的应用[J].中国卫生产业,2019,16(14): 55-56+61.
[10]顾晓明.全面质量管理应用于西药房管理工作中的效果观察[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(70): 191-192.

中药黄芪的药理作用和应用效果

王中凤

山东省临沂市沂南县中医院 山东临沂 276300

摘要：目的：研究中药黄芪的药理作用以及实际的疾病治疗效果。方法：选择 2021 年 5 月-2022 年 5 月进入到本医院接受中医治疗的 80 名患者参与本次临床研究工作，由专业医护人员将 80 名患者统一划分为对照组与观察组，每组患者固定人数为 40 人，在对照组与观察组之中，将采取不同的疾病研究形式以及后续研究模式，医护人员需要共同分析对照组与观察组患者疾病治疗情况以及身体机能恢复效果，判断本次临床研究工作的整体价值。结果：绝大多数观察组患者比较认可中药黄芪疾病治疗模式，大多数观察组患者所给出的调查问卷满意度平均分普遍较高。结论：在治疗气虚内热疾病的过程中可以使用黄芪，配合使用其他类型中草药可以进一步提升疾病治愈率，在保障患者生命安全的同时，凸显疾病治疗效果。

关键词：中药；黄芪；药理作用

Abstract: Objective: To study the pharmacological effects of traditional Chinese medicine Astragalus and the actual treatment effect of diseases. Methods: 80 patients who entered our hospital for TCM treatment from May 2021 to May 2022 were selected to participate in this clinical study. Professional medical staff divided the 80 patients into a control group and an observation group. The fixed number of patients is 40. In the control group and the observation group, different disease research forms and follow-up research modes will be adopted. The medical staff need to jointly analyze the disease treatment conditions and the recovery effect of the body function of the patients in the control group and the observation group, and judge The overall value of this clinical research work. Results: The vast majority of patients in the observation group agreed with the traditional Chinese medicine astragalus disease treatment mode, and the average satisfaction scores of the questionnaires given by most of the patients in the observation group were generally higher. Conclusion: Astragalus can be used in the treatment of qi deficiency and internal heat disease, and the use of other types of Chinese herbal medicines can further improve the cure rate of the disease, while ensuring the safety of patients, and highlighting the effect of disease treatment.

Key words: traditional Chinese medicine; astragalus; pharmacological action

引言：近年来，在临床医学研究领域之中，诸多医护人员已经发现，中医疾病治疗策略可以应用于一部分身体虚弱患者疾病治疗与身体调理等诸多环节之中，尤其是黄芪这一重要药材具备温润补气、润肺健脾的功效，配合其他中药材共同使用，可以进一步凸显疾病治疗效果，也可以合理调理患者的身体机能。与西医治疗形式相比，中医治疗形式更加温和，可以有效避免出现疾病复发问题以及相关并发症。尤其是在中西医结合治疗影响之下，医护人员更加需要深入研究中药黄芪的药理作用，合理分析中药黄芪的实际应用价值以及具体应用方法。因此，笔者将在文章以下内容中，结合中药黄芪药理知识，合理分析黄芪的药理作用以及具体的疾病治疗方法。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

本次临床医学研究工作主要选取 2021 年 5 月-2022 年 5 月进入本医院接受专业中医疾病治疗工作的部分患者（患者总人数为 80 人），将这 80 名患者随机平均分配为两组，统一命名为对照组与观察组，每组患者固定人数为 40 人。在这 80 名患者之中，包含 26 名糖尿病患者（对照组 13 名糖尿病患者，观察组 13 名糖尿病患者），29 名乙肝患者（对照组 14 名乙肝患者，观察组 15 名乙肝患者），16 名脑血栓患者（对照组 8 名脑血栓患者，观察组 8 名脑血栓患者），9 名心衰患者（对照组 5 名心衰患者，观察组 4 名心衰患者）。两组患者各项资料对比期间无差异存在，按照医学对比相关标准可将两组对比差异视为（ $P>0.05$ ）不存在统计学意义。

1.2 方法

在对照组中，医护人员主要采取常态化（一般化）疾病治疗措施，并不融入中药黄芪疾病治疗模式。

在观察组之中具体治疗方法如下：

1.2.1 糖尿病治疗方法分析

在对照组之中，医护人员需要引导糖尿病患者接受常规疾病治疗

模式，予以西医治疗形式，引导糖尿病患者服用胰岛素适当控制饮水量以及摄糖量。在观察组之中，医护人员需要引导每一位糖尿病患者按时服用黄芪口服液，每日服用一次即可，每次需要服用 20ml 左右，最多不宜超过 30ml，服用一个月左右即可见效，连续服用三个月，疾病情况便会得到明显好转。如果患者在服用一个月之后疾病问题并未得到明显好转，或者是疾病治疗速度非常缓慢，甚至已经出现其他并发症以及身体不适症状，则需要由医护人员适当加大药物服用剂量，每次服用 30ml 左右，每日服用一次即可，连续服用三个月之后，疾病将会得到明显好转。

1.2.2 慢性乙肝治疗方法分析

观察组患者需要每日服用 20ml-30ml 芪口服液，每日分两次服用，每次服用 10ml-15ml 左右即可，服用一周之后即可见效，服用一个月之后，自身疾病问题将会得到明显好转。注意：中药黄芪疾病治疗模式只适用于慢性乙肝患者，并不适用于急性乙肝患者以及并发行乙肝患者。

1.2.3 脑血栓治疗方法分析

患者需要每日服用黄芪口服液 10ml 左右，每日服用一次即可，在患者服用黄芪口服液半小时至一小时内，需要使用 20ml 丹参注射液，采取静脉滴注的形式治疗脑血栓疾病。脑血栓患者在服用黄芪口服液之后，如果出现比较复杂的身体不适症状，则需要由医护人员延后使用丹参注射液，避免加重患者身体不适症状，或者是诱发其他类型的心脑血管疾病。如果患者在患有脑血栓疾病的同时，患有其他类型的心脑血管疾病，尤其是冠心病以及高血压、高血脂等疾病，则需要医护人员引导患者每日服用 20ml 左右，黄芪口服液每日服用两次即可，每次服用 10ml，随后在患者服用黄芪口服液之后半小时至一小时内使用 20ml 丹参注射液，医护人员需要结合脑血栓患者疾病患病情况以及身体技能恢复情况，适当调整黄芪口服液的服用剂量。

1.2.4 心衰治疗方法分析

在观察组心衰患者疾病治疗环节之中，医护人员需要每日为患者

注射 5%浓度的葡萄糖溶液, 大约 200ml-250ml 左右, 随后引导患者使用 20ml 黄芪注射液, 如果患者心衰情况比较特殊, 伴随出现其他心脑血管疾病以及并发症, 则需要医护人员定患者病情的同时, 每日为患者提供 250ml-450ml 左右的 5%浓度葡萄糖溶液, 采取静脉输送的形式, 配合使用 20ml-30ml 黄芪注射液。医护人员也可以选择将 20ml 黄芪注射液溶解到浓度为 5%的葡萄糖溶液内部, 将注射液稀释到 250ml-300ml 左右即可, 采取静脉输送的形式。

1.3 观察指标与评价标准

第一, 本次临床医学研究工作的评价标准主要可以划分为显效、有效以及无效三种, 主要需要医护人员结合对照组与观察组患者实际患病情况以及身体机能康复情况进行综合性分析与评估。第二, 等待对照组与观察组患者出院之后, 医护人员需要面向全体患者发放调查问卷, 引导患者针对于本次临床研究工作以及中药黄芪疾病治疗工作进行综合评估, 了解患者的满意程度。评价标准可以划分为非常满意、满意、不满意、非常不满意四种。第三, 在患者出院后, 医护人员需要采取回顾性分析与对比研究相互结合的形式, 判断对照组与观察组患者在生理健康、心理健康以及社会生活三方面的实际表现情况(主要通过调查问卷满意度平均分的形式展现)。

1.4 统计学方法

在本次临床医学研究工作中, 医护人员主要采用 SPSS25.0 软件进行记录与分析, 所有数据均以 n (%) 差表示。当差异 $P<0.05$ 时被认为结果可靠, 数据差异具有显著性。

2 结果

与对照组患者相比, 观察组患者在接受中药黄芪治疗模式之后, 自身疾病问题得到明显好转, 并没有患者出现疾病复发问题以及身体不适症状。大多数观察组患者在接受中药黄芪治疗模式一个月之后, 自身疾病问题均得到明显好转, 三个月之后, 个别患者已经逐渐康复、痊愈。组间比较差异显著, $P<0.05$ 。

表 1 接受中药黄芪疾病治疗工作的患者治疗效果比较[n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	40	34 (85)	5 (12.5)	1 (2.5)	39 (97.5)
对照组	40	35 (87.5)	10 (25)	5 (12.5)	35 (87.5)

结果一段时间的治疗与观察之后, 可以发现, 与传统西医疾病治疗模式相比, 中医黄芪治疗模式可以帮助患者适当调整身体健康状态, 减少并发症以及用药不良反应的发生率。大多数观察组患者比较认可中药黄芪疾病治疗模式, 观察组患者满意度普遍较高。组间比较差异显著, $P<0.05$ 。

表 2 接受中药黄芪疾病治疗工作的患者满意度数据比较[n (%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意率	平均分
观察组	40	30 (75)	8 (20)	2 (5)	38 (95)	8.73
对照组	40	25 (62.5)	5 (12.5)	10 (25)	30 (75)	7.19

在本次临床医学研究工作中, 医护人员广泛收集患者个人信息以及相关反馈资料之后发现, 绝大多数观察组患者在理健康、心理健康以及社会生活三方面的具体表现情况明显好于对照组, 大多数观察组患者出院之后并未出现疾病复发问题, 自身生活质量明显提升。组间比较差异显著, $P<0.05$ 。

表 3 接受中药黄芪疾病治疗工作的患者后续治疗效果比较[n (%)]

组别	例数	心理健康	生理健康	社会生活
----	----	------	------	------

观察组	40	20.18±2.03	22.13±2.34	17.51±3.09
对照组	40	14.98±3.27	18.65±3.77	13.38±2.34

3 讨论

黄芪作为一种可以补肺健脾、补气升阳的药物, 在治疗病后体虚、气血亏空方面具有较为良好的疾病治疗效果。黄芪可以与其他类型的中药材共同使用, 进一步提升进补效果。当前情况下, 黄芪可以与人参共同入药, 治疗患者病后体虚症状, 也可以与白术共同入药补气健脾, 有效治疗患者腹泻疾病。与当归入药可以补气升血, 治疗气血亏空症状, 与附子共同入药可以补气升阳, 治疗气虚衰竭等症状。黄芪也可以与人参、升麻、柴胡、白术等中药材共同使用, 可以治疗气虚下陷的久泻脱肛问题以及子宫下垂问题。也可以与人参, 龙眼肉, 枣仁等中药材共同入药, 治疗便血以及崩漏等症状。同时, 黄芪还具有益气止汗的作用, 可以与牡蛎、黄麻根等药物共同入药, 治疗气虚盗汗症状, 治疗患者脾胃虚弱症状, 也可以与黄柏等滋阴降火的药物共同使用, 可以治疗阴虚盗汗的症状, 可以进一步提升患者阳气, 适当改善患者体虚症状。同时, 中药黄芪具备良好的脱毒效果, 与当归等药物同时用药, 可以治疗痢症症状, 与人参或者是肉桂等于是重要中药材共同使用, 可以治疗皮肤疮, 可以加快伤口愈合, 避免患者出现伤口感染问题以及其他类型身体不适症状。黄芪具备补气、利尿、消肿的作用, 可以治疗小便不利、面部浮肿等疾病, 如果患者出现轻微面部浮肿或者是肌肉肿胀等问题, 可以服用黄芪口服液适当调理, 如果患者面部浮肿问题比较严重, 则需要医护人员使用黄芪, 配合使用人参, 调整患者气血亏空问题, 缓解面部浮肿症状。黄芪还有一个重要的药效在于治疗半身不遂症状, 一部分患者由于肌肉肿胀、肢体麻木, 从而出现肢体协调不利等症状, 使用黄芪可以很好治疗此类疾病。黄芪这一单一中草药可以治疗一部分疾病, 缓解患者气虚亏空的状况, 中药黄芪与其他类型的中草药共同使用, 也可以达到良好的调理效果, 可以帮助患者适当调整身体状态, 通过调理的形式, 可以帮助患者快速恢复身体健康, 提升身体素质, 有效预防多种疾病, 避免患者气虚亏空症状进一步加重, 进而演变为其他类型的并发症。

与西医主要形式相比, 中医治疗形式具备多种优势。当前情况下, 中西医结合疾病治疗形式已经逐渐应用于多种疾病治疗环节之中, 在本次临床医学研究工作中之主要选取其中较为典型的疾病(糖尿病、慢性乙肝、脑血栓、心衰)进行深入研究与分析, 慢性病以及心脑血管疾病比较适用于中医治疗形式急性疾病或者是较为复杂的并发性疾病, 并不适合单纯采用中医疾病治疗形式, 可以采用中西医结合治疗形式。

综上所述, 在医护人员应用黄芪的过程中, 需要搭配其他中草药共同使用, 结合每一位患者的实际患病情况以及特殊治疗需求, 调整中药黄芪疾病治疗策略及相应的治疗方法。深入研究中药黄芪治疗工作的具体形式以及新型的用药方法, 具有较为典型的临床医学研究价值以及创新意义。

参考文献:

[1]崔春婷.观察中药黄芪的药理作用及临床应用效果[J].首都食品与医药,2020,(05): 188-189.
[2]曾海涛.中药黄芪在临床上的药理作用及其应用价值探讨[J].北方药学,2019,(10): 126-127.
[3]徐德娟.中药黄芪的药理作用及临床应用效果临床价值体会[J].世界最新医学信息文摘,2019,(69): 189.
[4]刘焰东,蔡小丽,张伟安.中药黄芪的药理作用及临床应用效果研究[J].心电图杂志(电子版),2019,(03): 37-39.

阿司匹林联合尼莫地平治疗偏头痛患者的效果

于晓群

山东省乳山市城社区卫生服务中心 山东乳山 264500

摘要：目的：探究在偏头痛患者治疗过程中运用阿司匹林合并尼莫地平治疗方案所获得的治疗效果。方法：于2020年夏季至2021年夏季在我中心内科门诊就诊偏头痛患者当中挑选66名作为研究对象，通过随机数原则将66名患者平均分入到单独组，只接受阿司匹林治疗；另外一组为合并组，接受阿司匹林联合尼莫西平治疗。经过一段时间服药之后评估两组患者的临床表现以及不良反应的发生率。结果：在治疗成功率方面，合并组患者总体平均值远远大于单独组；在不良反应发生率方面，合并组患者的发生率比单独组要小得多。结论：在偏头痛患者的治疗过程中使用阿司匹林联合尼莫地平疗法可以实现更加理想的治疗效果，让患者少受不良反应的折磨，值得在未来临床工作中大量推广。

关键词：阿司匹林；尼莫地平；偏头痛；治疗效果

Abstract: Objective: To explore the therapeutic effect of aspirin combined with nimodipine in the treatment of migraine patients. Methods: From the summer of 2020 to the summer of 2021, 66 patients with migraine who visited the Department of Neurology in our hospital were selected as the research subjects, and the 66 patients were equally divided into a separate group by the principle of random number, and only received aspirin treatment; the other group The combined group was treated with aspirin combined with nimodipine. After taking the drug for a period of time, the clinical manifestations and the incidence of adverse reactions were evaluated in the two groups of patients. Results: In terms of treatment success rate, the overall mean of patients in the combined group was much larger than that in the separate group; in terms of the incidence of adverse reactions, the incidence of patients in the combined group was much smaller than that in the combined group. Conclusion: The use of aspirin combined with nimodipine therapy in the treatment of migraine patients can achieve a more ideal therapeutic effect, and make patients less suffering from adverse reactions, which is worthy of extensive promotion in future clinical work.

Key words: aspirin; nimodipine; migraine; therapeutic effect

偏头痛在内科门诊中是一种常见的神经刺激性疾病，其大多数发作是由于脑血管运行或者形态紊乱所导致的，这种疾病不仅给患者带来生活上的不适，而且严重的时候还会诱发脑血管破裂，造成大面积的脑缺血，对患者造成严重的生命威胁。该疾病病程比较长，而且目前没有根治疾病的治疗方案，患者承受着巨大的生活压力以及长期受到疼痛不适的折磨。本文将试图探究阿司匹林联合尼莫西平能否给患者带来比传统疗法更加理想的治疗效果，从而能够最大化地减轻患者的痛苦，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究一共有66名偏头痛患者，每一位患者均来自于我中心的内科门诊。研究时间是2020年夏季至2021年夏季，根据随机数原则将66名患者随机平均分为两组，分别是单独组和合并组。前者接受的是单独的阿司匹林治疗，后者接受的是尼莫西平和阿司匹林的联合治疗。单独组有14位男性患者，19位女性患者；病程都在1-3.8年范围内，平均值为 (1.23 ± 0.25) 年；标识组有20位男性患者，13位女性患者；病程都在0.9-4年范围内，平均值为 (2.45 ± 1.08) 年。两组患者在上述数据中的差异没有统计学意义 $(P > 0.05)$ ，对实验结果没有较大影响。

本次实验的入选标准如下：(1) 患者被内科门诊医生确诊为偏头痛且需要立马进行住院治疗。(2) 患者没有其他严重疾病例如先天性心脏病、肿瘤、高血压等等重大疾病。(3) 患者及其家属均了解试验内容且签订了知情同意书。(4) 患者没有任何精神疾病，确保整个研究过程中遵循相关工作人员的安排。

筛出标准：(1) 患者目前还存在其他严重的慢性或者恶性疾病例如肿瘤、糖尿病、类风湿等等。(2) 患者存在一定程度的精神疾病。(3) 家属同意参与试验但是患者本人不同意参与试验。(4) 患者不能够听从医护人员的日常治疗安排。

1.2 方法

单独组患者每天仅需要服用阿司匹林，服用方式为温水送服，每天仅需要服用一次药物，服用的药物量为50mg，整个疗程大概需要一个月左右。

合并组则在单独组的基础上，另外服用尼莫西平。具体来说就是在服用阿司匹林的同时服用尼莫西平。值得注意的是尼莫西平每天需要服用三次，因此在进行试验的试验相关工作人员应该合理安排患者的服用时间，

严格监督患者是否按时按量服药。尼莫西平每次仅需要服用20mg，这个疗程和单独组同样是一个月左右。

若在实验过程当中患者出现不愿意配合医护人员的治疗安排，那么我们的处理方式有以下几种：第一个是进行一定的心理疏导来让患者了解医护人员目前设计的治疗方案所想要达到的一个目的以及一些较为浅表的原理；第二是通过向患者家属介绍该疗法的相关内容，之后让家属进行患者的心理辅导工作；第三是若患者连续七天都没有服药的话那就直接将其相关数据直接剔除。在药物管理方面，相关的工作人员可以将不同药物进行适当的标识处理。例如，在用药盒子上面通过不同颜色的贴纸来代表不同患者的服药依从度，从而能够让相应的工作人员在进行督促用药的时候，能够根据不同患者的实际情况来采取不同程度的督促方式来确保患者能够按时定量服药，保证整个实验过程的严谨性。患者作为一个难以控制的客观因素，在处理患者用药依从度方面上一定要着重通过各种处理方式来讲患者在这一方面中的差异尽最大可能消除。

1.3 评价方法

(1) 治疗效果评价：主要通过评价患者治疗前后偏头痛发作频率、程度等等方面的变化来评价两组患者接受的不同治疗方法所呈现出来的治疗效果。

(2) 不良反应发生率：这个数值主要通过统计两组患者在治疗过程中出现消化道症状、头痛加重、凝血功能障碍等等方面的人数来进行计算。

(3) 服药依从度：该数值主要用于研究期间每一天都没有漏服的人数除以总人数所得出的数值，从患者方面来评估不同疗法所自带的临床治疗效果。

1.4 统计学方法

利用SPSS25.0作为本实验的数据处理工具，计量资料以平均数 $\pm$ 标准差来进行表示，检验的方法则采用T值检验法；计数资料以百分比的形式进行表示，检验的方法则采用X的平方值检验法来进行验证。所有数据的可靠性则采用P值检验法，即当 $P < 0.05$ 的时候，表面该数据具有说服力，当 $P > 0.05$ 时说明该数据对实验结果没有过于明显的影响。

2 结果

2.1 两组患者在治疗效果方面的差异比较

根据实验结果显示，合并组患者和单独组患者在实验开始前的偏头痛发作次数、发作时间以及VAS疼痛数值的差异不具有明显的统计学意义。

在经过大约一个月试验之后，合并组患者的发作次数以及发作时间明显低于单独组，而且 VAS 疼痛数值也明显低于单独组。在下降幅度方面，合

并组在上述三个数值当中的下降幅度均大于单独组，这说明联合疗法带来的治疗效果要优于单独疗法。详细数据见表一。

表一 两组患者在治疗效果方面的差异比较

组别	发作次数		持续时间		VAS 疼痛数值	
	实验前	试验后	实验前	试验后	实验前	试验后
单独组	25.26±0.82	4.31±1.02	10.68±1.35	1.68±0.34	4.89±1.02	1.32±0.34
合并组	25.35±1.23	15.12±2.39	10.69±1.31	4.36±0.89	4.96±1.02	2.96±0.39
T 值	0.115	25.134	0.081	20.130	0.115	20.918
P 值	0.908	0.001	0.941	0.002	0.912	0.001

2.2 两组患者不良反应发生率差异比较

根据实验结果显示，联合组患者在治疗过程中发生不良反应的总共次数比单独组要少，在消化道症状方面单独组患者在疗程进行到一半的时候就有数个患者出现相关症状，而合并组患者虽然也有出现但是总数没有单独组的多，另外两个方面的不良反应也是同样的特点。详细来说，单独组患者在半月内出现消化道不良症状例如呕吐、腹泻、胃口差等等的人数

为 3 人、头痛加剧的人数为 2 人、凝血功能异常的人数为 4 人；在一个月出现上述症状的人数分别为 7、6、6 人；单独组患者在半月内出现消化道不良症状例如呕吐、腹泻、胃口差等等的人数为 1 人、头痛加剧的人数为 0 人、凝血功能异常的人数为 1 人；在一个月出现上述症状的人数分别为 3、2、3 人。这一结果说明联合用药疗法的安全性比单独用药治疗方式要高。详细数据见表二。

表二 两组患者不良反应发生率差异比较

组别	消化道症状		头痛加剧		凝血功能障碍	
	半个月	一个月	半个月	一个月	半个月	一个月
单独组	3 (9.09)	7 (21.21)	2 (6.06)	6 (18.18)	4 (12.12)	6 (18.18)
合并组	1 (3.03)	3 (9.09)	0 (0)	2 (6.06)	1 (3.03)	3 (9.09)
T 值	0.123	25.102	0.079	20.112	0.106	20.908
P 值	0.895	0.003	0.958	0.005	0.908	0.005

2.3 两组患者的服药依从度差异比较

根据试验结果显示，单独组中有部分患者在一个月左右的服药期间中存在 1-3 次的漏服现象，而主要集中在 1 次；合并组患者则少有漏服现象，不过还是存在一定患者出现遗漏漏服药的现象。详细来说单独组患者出现一次漏服的人数有 5 人、二次漏服的人数有 4 人、三次漏服的人数有 2 人；合并组患者出现一次漏服的人数有 2 人、二次漏服的人数有 1 人、三次漏服的人数有 0 人。由上述结果我们可以得知合并组患者服药意愿程度比单独组患者的强。详细数据见表三。

表三 两组患者的服药依从度差异比较

数值类型	一次漏服	二次漏服	三次漏服	服药依从度
单独组	5	4	2	22 (66.67)
合并组	2	1	0	30 (90.91)
T 值	0.123	25.102	0.079	20.112
P 值	0.895	0.003	0.958	0.005

3 讨论

偏头痛在青少年当中的发病率并不是很高，而且目前有关的流行病学调查没有发现这样一个疾病是偏向于哪一个性别群体。而对于中年患者来说不仅发病频率增高，而且发病时的症状严重程度也比青少年患者要严重得多。对于偏头痛的治疗研究，目前还没能研发出一个能够根治该疾病的方法。有关研究表明，偏头痛的发病机制很有可能与脑血管里面的血小板聚集有关。很多研究报告显示，血小板凝集的时候与五羟色胺的浓度有很大的关系。而根据相关的生理学知识我们可以知道五羟色胺是具有收缩血管的功能。收缩血管所带来的不良后果就是大脑的血流供应不足，从而代偿性地刺激脑血管的异常扩张。在这样一个过程当中患者就会出现相应的症状，而这一系列症状当中偏头痛首当其要。目前，我们不能把偏头痛当作一种独立的疾病来看待，而是应该将偏头痛作为某一种综合症的主要临床表现之一。

相关的药理学研究表明，阿司匹林可以有效阻止血小板在血管当中的沉积和积聚，如此不仅能够起到防止血栓形成的积极作用，而且还能够阻止血管因为血小板的沉积阻碍所造成的血流供应下降，而导致的代偿性血

管扩张所带来的一系列临床表现。回想刚刚讨论过的偏头痛发病机制，我们可以得知，阿司匹林能够有效地针对偏头痛的核心发病机制来起到主要的临床治疗作用。尼莫西平作为一种钙离子抑制剂，它能够有效作用于血管上皮细胞表面的钙离子通道，从而阻止钙离子的大量内流所导致的血管急剧收缩，使得脑血管不容易因为血小板的过度沉积所造成的血管急剧收缩。两种药物联合使用具有一定的协同作用，可以从多个方面来阻止偏头痛的发生。

尼莫西平和阿司匹林两种药联合使用在理论上具有一定的临床意义。不仅能够从发病机制的核心部分上阻止偏头痛的发生，还能够通过增强血管耐受性有效预防偏头痛的发生。理论上来说，两种药联合使用可以有效降低患者的病发次数以及发病时头痛的剧烈程度。而且在一定程度上还能够减轻每一次发作的时候对脑血管的一个损害作用。即使两种药联合使用有上述这么多的积极作用，但是这两种药长期使用下来也是会存在一定的副作用的。首先是尼莫西平长期使用，会使患者出现相关的消化道系统不良反应，例如乏力、纳差、没有食欲呕吐等等。而且有些患者在服用阿司匹林的一个星期之内会出现相应的皮肤症状或者是凝血功能异常。阿司匹林作为一种使用历史较为长久的常用药，其副作用没有尼莫西平这么的明显，因此我们可以直接认为阿司匹林是一种安全的药物。

总的来说，在以后的偏头痛治疗实践工作当中，我们可以试图用两种药物的联合治疗方式来让患者获得更加理想的治疗效果，从而尽可能地减轻他们的痛苦。

参考文献：

[1]任明玲.尼莫地平与阿司匹林在偏头痛治疗中的应用效果分析[J].系统医学,2020,(12): 54-56.
[2]闫枫.阿司匹林与尼莫地平在偏头痛治疗中的应用效果分析[J].中国现代药物应用,2020,(05): 109-111.
[3]曹爱霞.阿司匹林联合尼莫地平治疗偏头痛的临床效果及对脑血流的影响[J].临床医学研究与实践,2020,(06): 48-49.
[4]王莹.阿司匹林与尼莫地平治疗偏头痛的效果比较[J].中国民康医学,2019,(07): 7-8+17.

碘仿纱条用于拔甲术后伤口换药的效果

朱姗姗

昌邑市人民医院 山东潍坊 261300

摘要：目的：拔甲术后伤口换药时采用碘仿纱条，观察该种治疗方法效果。方法：将我科 2018 年 1 月—2020 年 12 月的拔甲术患者 72 例作为观察对象，并且分成试验组与对照组，分别采用碘仿纱条治疗和使用雷佛奴尔纱条治疗，对比两种治疗方法效果。结果：（1）试验组和对照组 VAS 评分、创面愈合时间对照中，试验组分别为 3.25 ± 0.42 （分）、 10.46 ± 1.87 （d），对照组分别为 5.17 ± 0.93 （分）、 14.16 ± 2.35 （d），（ $t=7.112, p=0.000$ ），结果有差异。（2）试验组和对照组治疗满意度评分对照中，试验组为 91.34 ± 10.65 （分），对照组为 80.25 ± 9.10 （分），（ $t=7.864, p=0.000$ ），结果有差异。结论：碘仿纱条在拔甲术伤口换药中具有较高的效果，通过利用碘仿纱条自身优势，能促进患者甲床创面尽早干燥和愈合，并且在整个换药期间能减少患者疼痛和出血症状，缩短治愈时间，充分展现出其应用价值。

关键词：拔甲术；伤口换药；碘仿纱条

Effect of iodoform gauze on dressing change of wound after nail extraction

Zhu Shanshan

Changyi people's Hospital Weifang 261300 China

【Abstract】 Objective: To observe the effect of iodoform gauze when changing dressing after nail extraction. Methods: 72 patients with nail extraction in our department from January 2018 to December 2020 were observed and divided into experimental group and control group. Iodoform gauze and rivanol gauze were used respectively to compare the effects of the two treatment methods. Results: (1) the VAS score and wound healing time of the experimental group and the control group were 3.25 ± 0.42 (points) and 10.46 ± 1.87 (d) respectively, and that of the control group were 5.17 ± 0.93 (points) and 14.16 ± 2.35 (d), ($t = 7.112, P = 0.000$). (2) In the treatment satisfaction score of the test group and the control group, the test group was 91.34 ± 10.65 (points), and the control group was 80.25 ± 9.10 (points), ($t = 7.864, P = 0.000$). Conclusion: iodoform gauze has a high effect in dressing change of nail extraction wound. By using its own advantages, iodoform gauze can promote the drying and healing of nail bed wound as soon as possible, reduce pain and bleeding symptoms, shorten the cure time, and fully show its application value.

【Key words】 nail extraction; Wound dressing; Iodoform yarn

在门诊开展拔甲术后，该种治疗为小型手术，患者一般不需要采用住院治疗。但是，患者用拔甲术后，需要对其开展创面治疗，防止患者出现感染，增加患者治疗难度。目前，对患者拔甲术后一般使用雷佛奴尔纱处理创面，该种治疗方法能够帮助患者快速愈合创口，使其早日恢复身体健康。但是在实际的应用过程中，该种治疗方法预防感染效果差，容易在治疗过程中出现患者创面感染，影响患者治疗效果。为了解决该方面的问题，可以对患者采用碘仿纱条治疗，该种治疗方法预防感染效果高，患者使用后能够提高治疗效果。基于此，本组研究拔甲术后伤口换药时采用碘仿纱条，观察该种治疗方法效果^[1]。

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

将我科 2018 年 1 月—2020 年 12 月的拔甲术患者 72 例作为观察对象，并且分成试验组与对照组。试验组有患者 36 例，年龄在 12 岁--60 岁，平均年龄 36.68 ± 4.72 岁，男 18 例，女 18 例。对照组有患者 36 例，年龄在 13 岁--60 岁，平均年龄在 37.27 ± 4.85 岁，男 19 例，女 17 例。排除患有严重基础性疾病、凝血功能异常、恶性肿瘤及糖尿病患者，两组基线资料对比（ $P>0.05$ ），资料无差异。

1.2 方法

两组患者术后在诊疗室抬高患肢制动休息 20min，如果无渗血出现方可离开。

1.2.1 对照组

对照组采用雷佛奴尔纱条治疗，该种治疗方法有以下内容。患者在治疗过程中需要清洗创面，然后使用 1% 的雷佛奴尔纱条对患者创面覆盖，再然后使用无菌纱布包扎。护理人员使用以上方法治疗时，需要全程采用无菌操作模式，防止患者出现感染。患者治疗后 2 天更换一次，直到患者痊愈^[2]。

1.2.2 试验组

试验组采用碘仿纱条治疗，该种治疗方法有以下内容：首先，告知患者尽可能将患肢

抬高，并保持患肢）指充分休息，尽量不使用，告知患者在术后不宜进食辛辣刺激及过油的食物，患者在治疗前需要清理创面，然后使用 5% 碘仿纱条对患者创面覆盖，再然后是使用无菌纱布包扎。护理人员开展以上操作时需使用全程无菌操作模式，并且在治疗后 2 天更换 1 次，以此来提高患者治疗效果^[3]。

1.3 观察指标

分析并对比不同组别患者采取不同治疗模式后的 VAS 评分及创面愈合时间，并通过本院自制的调查问卷，评价对比患者对碘仿纱条治疗的满意度情况，总分设定为满分，以分值最高一组满意度更高。

1.4 统计学处理

本次研究碘仿纱条对拔甲术后伤口换药的效果进行观察和对比，数据

分析应用统计学软件 SPSS12.0 进行处理, 患者的 VAS 评分、创面愈合时间及满意度均用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 由 χ^2 检验计数资料, 具有统计学意义表现为 $P < 0.05$ 。

2. 结果

2.1 疼痛评分和创面愈合时间对照

试验组和对照组 VAS 评分、创面愈合时间对照中, 试验组分别为 3.25 ± 0.42 (分)、 10.46 ± 1.87 (d), 对照组分别为 5.17 ± 0.93 (分)、 14.16 ± 2.35 (d), ($t=7.112, p=0.000$), $P < 0.05$ 组间具备统计意义, 详见表 1。

表 1 两组 VAS 评分和创面愈合时间对照 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	数例	VAS	创面愈合时间
试验组	36 (例)	3.25 ± 0.42 (分)	10.46 ± 1.87 (d)
对照组	36 (例)	5.17 ± 0.93 (分)	14.16 ± 2.35 (d)
t 值	--	7.134	7.089
p 值	--	0.000	0.000

2.2 两组治疗满意度对照

试验组和对照组治疗满意度评分对照中, 试验组为 91.34 ± 10.65 (分), 对照组为 80.25 ± 9.10 (分), ($t=7.864, p=0.000$), $P < 0.05$ 组间具备统计意义, 详见表 2。

表 2 两组治疗满意度对照 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	数例	治疗满意度评分
试验组	36 (例)	91.34 ± 10.65 (分)
对照组	36 (例)	80.25 ± 9.10 (分)
T 值	--	7.864
p 值	--	0.000

3. 讨论

拔甲术是临床上较为常见的一种外科手术, 适合于脚趾甲外伤断裂、甲沟炎引起弥漫性甲下积脓药物治疗无效、嵌甲合并感染者, 顽固性甲癣、甲周疣等治疗, 在门诊开展拔甲术治疗指甲疾病过程中, 该种手术虽然是小型手术, 但是由于手指或脚趾在人体中结构精细, 且神经和血管与剑鞘密布, 感觉灵敏, 在拔甲结束后甲床就会暴露在外, 易使患者疼痛加重, 再加上如果在后期治疗时没有处理好创口愈合问题, 容易导致患者创口感染, 增加治疗难度。目前, 对门诊使用拔甲术治疗后的创口包扎过程中, 临床上一般使用雷佛奴尔纱条, 该种敷料无毒副作用, 同时能够促进新鲜肉芽的生长, 能够帮助患者快速恢复创面损伤。因此, 该种敷料在外科临床上常用。但是在实际的应用过程中, 该种敷料杀菌效果不高, 患者使用后容易出现感染, 且敷料与伤口易发生粘连, 这样就会增加换药期间的疼痛, 使换药的舒适度降低, 并且在粘连的情况下换药还会使伤口的创面受损, 导致伤口再次渗血, 延长伤口愈合的实践, 这样就会增加材料费, 增长其经济负担, 影响患者治疗效果, 不利于医院的声誉。为了解决雷佛奴尔纱条治疗存在的问题^[4-9], 可以对患者采用碘仿纱条治疗, 该种敷料的优点可以分解出游离碘, 其干燥粉末不仅能减少创面刺激, 而且还能充分将渗出液吸收, 让创面始终保持干燥的状态, 进而能够消毒杀菌, 患者使用后能减少感染引起的疼痛, 使其治疗舒适度提高。同时, 患者感染发生率降低, 能够缩短治疗时间, 使患者治疗效果提高。最后是碘伏经济效益更

高, 该种纱条成本低廉, 适合在门诊临床上普遍应用^[10-11]。

在本组研究过程中, 为了获得拔甲术后对创口处理时采用碘仿纱条治疗效果, 使用两组对照分析。从试验组和对照组 VAS 评分、创面愈合时间对照中分析, 试验组分别为 3.25 ± 0.42 (分)、 10.46 ± 1.87 (d), 对照组分别为 5.17 ± 0.93 (分)、 14.16 ± 2.35 (d), ($t=7.112, p=0.000$), 结果有差异。从两组结果对比可以看出, 采用碘仿纱条拔甲术伤口愈合有积极的作用, 不仅能有效改善患者的疼痛评分, 而且还对患者伤口愈合有很好的帮助作用。再从试验组和对照组治疗满意度评分对照中分析, 试验组为 91.34 ± 10.65 (分), 对照组为 80.25 ± 9.10 (分), ($t=7.864, p=0.000$), 结果有差异。由此可以得知, 采用碘仿纱条治疗后, 能使换药舒适度增强, 不仅利于护患关系的良好构建, 而且还利于后期治疗效果的提高, 在拔甲术伤口愈合方面应用价值较高。

以上结果可以充分表明, 碘仿纱条在拔甲术后伤口换药中具有较高的应用价值, 其不仅能降低患者痛苦, 减少出血量, 而且还能加速伤口愈合时间, 提高患者对医护人员整体满意度, 对此, 该种治疗方式值得在临床换药中应用和推广。

参考文献:

- [1]苑绪光,朱骏飞,光梦凯,汪洋,邹东,张晔.盐酸米诺环素软膏结合碘仿纱条治疗干槽症的临床研究[J].中日友好医院学报,2020,34(04): 206-208+258.
- [2]杨晶,汤勇,牛红思.耳廓贯穿缝合碘仿纱条加压包扎治疗耳廓假性囊肿[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2020,26(02): 182-184.
- [3]李锐,姜涛,李宪华,华娜.以碘仿纱条为支撑材料经鼻内镜鼻窦入路治疗成人眶爆裂性骨折疗效观察[J].大连医科大学学报,2020,42(01): 42-46.
- [4]历风,历建英.碘仿纱条在口腔颌面外科手术中的应用[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(89): 357.
- [5]王砚寒,郭骏,费伟.医用生物蛋白胶和碘仿纱条在颌骨囊肿刮除术中的疗效对比[J].实用医院临床杂志,2019,16(03): 112-114.
- [6]彭绮雯,任洁,彭雅媚,等.以皮炎炎为首发临床表现的 肺癌伴发副肿瘤风湿综合征一例[J].中华全科医师杂志,2019,18(3): 271-272.
- [7]Ulutu F, Ulu M, Karasu U, et al.Hypertrophic osteoarthritis presenting as rheumatoid arthritis mimicker: A case report[J].Cureus, 2020, 12(7): e9271.
- [8]刘英.副肿瘤性风湿病的研究进展[J].中华风湿病学杂志,2019,23(5): 352-356.
- [9]Konstantinos P, Anastasia C, George P.Paraneoplastic arthritides: Insights to pathogenesis, diagnostic approach, and treatment[J].JCR: Journal of Clinical Rheumatology, 2019, 27(8): e505-e509.
- [10]顾文政.不典型风湿症状反复发作,要考虑肿瘤的可能[J].医师在线,2020,10(26): 30-31.
- [11]Jolanta P. Paraneoplastic rheumatologic syndromes in the elderly[J].Wiadomości Lekarskie(Warsaw, Poland;1960), 2019, 72(9cz1): 1646-1654.

急诊内科重症心力衰竭临床分析及诊疗

李文正

费县人民医院 重症医学二 山东省临沂市 273400

摘要：目的：研究分析急诊内科重症心力衰竭临床分析及诊疗，观察诊疗的效果与实际价值。方法：选取 2017 年 1 月-2019 年 12 月内本院收治的重症心力衰竭患者 280 例，按照入院治疗的先后顺序将患者分为两组，140 例作为对照组采用采用急诊内科中重症心力衰竭的常规治疗措施，剩余 140 例作为实验组在对照组基础上加用美托洛尔、厄贝沙坦氢氯噻嗪进行治疗，对比心功能改善情况及用药满意度。结果：在不同的药物治疗方案实施之后，对比两组患者的治疗效果，实验组患者心功能改善情况、左心室射血分数（LVEF）、B 型尿钠肽（BNP）均优于对照组，同时用药满意度更高，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：在急诊内科中针对重症心力衰竭患者在常规治疗的基础上加用美托洛尔、厄贝沙坦氢氯噻嗪两种药物能够有效的改善患者的心功能等级，缓解患者重症症状，患者用药满意度明显提升，临床效果较好，值得推广使用。

关键词：急诊内科；重症心力衰竭；诊疗；心功能改善；用药满意度

【Abstract】Objective: To study and analyze the clinical analysis, diagnosis and treatment of severe heart failure in emergency medicine, and observe the effect and actual value of diagnosis and treatment. **Methods:** 280 patients with severe heart failure admitted to our hospital from January 2017 to December 2019 were selected. The patients were divided into two groups according to the order of admission and treatment. 140 cases were used as the control group in the emergency medical department with severe heart failure. The remaining 140 cases were treated as the experimental group with metoprolol, irbesartan and hydrochlorothiazide on the basis of the control group, and the improvement of heart function and medication satisfaction were compared. **Results:** after the implementation of different drug treatment schemes, the improvement of cardiac function, left ventricular ejection fraction (LVEF) and B-type natriuretic peptide (BNP) in the experimental group were better than those in the control group. The difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion:** In the emergency medicine department, the addition of metoprolol and irbesartan hydrochlorothiazide to patients with severe heart failure in addition to conventional treatment can effectively improve the patient's cardiac function level and relieve the severe symptoms of the patient. The patient is satisfied with the medication The degree has been significantly improved, the clinical effect is good, and it is worth promoting.

急诊内科收治病人多数情况十分危急，其中以心血管疾病最为常见，重症心理衰竭在老年群体中发病率极高，据相关数据统计称约有 20% 的心脏病患者会随着病情的进展而最终发展为心衰，且随着年龄的增长并发生心衰的几率也越高^[1-2]。在我国老龄化人口结构的影响下，门诊收治该类疾病的压力较大，且心衰患者预后效果也不够理想，至少有 10% 的心衰竭患者最终因救治无效死亡，即便救治成功出院其 1 年内病死率也高达 40% 左右。在治疗中，为了有效改善患者的预后，通常需要采用有效的治疗办法以挽救患者生命安全^[3-4]。本文就美托洛尔、厄贝沙坦氢氯噻嗪在诊疗中的治疗作用进行分析，研究内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2017 年 1 月-2019 年 12 月内本院收治的重症心力衰竭患者 280 例，按照入院治疗的先后顺序将患者分为两组，其中实验组 140 例，性别比例中男 76 例，女 62 例，年龄 54-83 岁，平均年龄（67.24±5.2）岁。对照组 140 例，男 77 例，女 63 例，患者年龄 53-82 岁，平均年龄（68.15±5.4）岁。组间比较两组患者的年龄、男女比例无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。所有患者在我院影像学检查中确诊，患者及家属均知悉本次实验研究，签署知情同意书。已排除严重肝、肾功能衰竭、脑血管病变以及因精神疾病或意识随意无法配合完成此次研究的患者；已排除对此次研究中所涉及的药物有过敏史的患者以及临床资料不全者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 对照组患者入院后接受门诊常规治疗，在患者入院之后立即给予生命体征检查与病情评估，根据患者实际情况给予利尿剂、供氧、强心剂强心、扩张血管药物给予。

1.2.2 实验组 实验组患者在常规治疗基础上给予美托洛尔、厄贝沙坦氢氯噻嗪药物治疗，在患者入院之后立即给予生命体征检查与病情评估，常规治疗的同时给予美托洛尔（阿斯利康制药有限公司，国药准字 J20150044）与厄贝沙坦氢氯噻嗪（Sanofi Winthrop Industrie，国药准字 H20140025），厄贝沙坦氢氯噻嗪用法用量为每次 1 片，每天视情况 1-2 次，而美托洛尔初始剂量应为每次 6.25mg，每天视情况 2-3 次，在治疗过程中，需要不断的对患者进行病情评估，调节美托洛尔的实际使用量，适当增减，最高不应超过 12.5mg/次。两组患者均持续治疗 1 个月。

1.3 观察指标

（1）心功能改善情况：按照心功能分级标准将患者心功能等级进行分级，其中 I 级视为显著；II 级视为有效；III-IV 级视为无效。改善率=（I 级例数+II 级例数）/总例数*100%。

（2）用药满意度：统计分析患者及家属对于药物治疗的满意度，分为满意、一般、不满意三个等级，用药满意度=（满意+一般）/总例数*100%。

（3）左心室射血分数（LVEF）、B 型尿钠肽（BNP）对比。

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, 率计数资料采用 χ^2 检验, 并以率 (%) 表示, ($P < 0.05$) 为差异显著, 有统计学意义。

2 结果

2.1 心功能改善率

不同治疗方案实施后, 实验组患者的心功能改善率明显高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 数据对比如下: 实验组患者显著 64 例, 有效 63 例, 无效 13 例, 对照组显著 47 例, 有效 68 例, 无效 25 例, 实验组心功能改善率为 127 例 (90.7%), 对照组为 115 例 (82.1%), ($\chi^2 = 4.384$, $P = 0.036$)。

2.2 用药满意度

不同药物方案进行治疗之后, 对比两组患者的用药满意度, 实验组患者满意度更高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 数据对比: 实验组患者满意 103 例, 一般 13 例, 不满意 14 例, 对照组患者满意 82 例, 一般 31 例, 不满意 27 例, 实验组用药满意度为 126 例 (90.0%), 对照组用药满意度为 113 例 (80.7%), ($\chi^2 = 4.829$, $P = 0.028$)

2.3 左心室射血分数 (LVEF)、B 型尿钠肽 (BNP) 对比。

治疗前两组患者 LVEF、BNP 对比差异均无统计学意义, ($P > 0.05$); 治疗后实验组患者各项指标检测结果均优于对照组, ($P < 0.05$): 见表 1: 表 1: 左心室射血分数 (LVEF)、B 型尿钠肽 (BNP) 以及心功能分级 (NYHA)

对比 ($\bar{x} \pm s$)					
分 组	n	LVEF (%)		BNP (pg/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对 照 组	140	33.86 $\pm$ 3.19	42.65 $\pm$ 3.54 [△]	584.13 $\pm$ 118.72	425.68 $\pm$ 100.23 [△]
实 验 组	140	33.45 $\pm$ 3.21	53.78 $\pm$ 3.42 [△]	585.39 $\pm$ 119.86	262.57 $\pm$ 85.52 [△]
t		1.071	26.754	0.088	14.647
P		0.284	<0.001	0.929	<0.001

注: △为本组内治疗后与治疗前对比差异显著, ($P < 0.05$)。

3.讨论

内科急诊中, 重症心力衰竭患者往往由于各种心血管疾病长期存在或者意外而发展到终末期所致, 在这段期间内, 患者的心肌损害与心肌结构受到重症心力衰竭的影响发生变换, 导致心脏泵血功能减弱甚至停止, 此病具有发病急、易反复、高致死风险等特点, 尤其是重症心力衰竭更是随时威胁着患者的生命安全。因此, 需要用药物及时的提高患者心肌功能、保护心肌结构, 达到挽救患者生命的目的^[5-6]。

急诊救治此病患者时不仅需要考虑改善其心脏的血供和血流变学, 还需要重点考虑抗心衰的治疗, 着重于改善患者心肌的代谢能力。通常采用的方案即为 ACEI, 同时为了进一步改善患者的左室功能还会使用 β -受体阻滞剂进行干预。美托洛尔是一种选择性的 β_1 受体阻滞剂, 在进入人体

之后, 该成分可以通过有效的压制循环系统对于儿茶酚胺的释放过程, 从而不断的降低患者心脏负荷, 改善了心衰症状, 同时由于其具有选择性, 并不会影响患者的呼吸道正常工作, 患者能够保持正常的呼吸^[7-9]。厄贝沙坦氢氯噻嗪是一种复合制剂, 其中则包括了选择性血管紧张素与能量代谢改善的双重作用, 在进入人体后能够有效的阻断 AT2 受体介导的血管紧张素以达到缓解心脏负荷的作用, 同时药物还能通过利用电解质达到降低血液容量、提高血浆肾素活性的目的, 达到抑制患者心肌结构重塑, 改善舒张收缩的效果^[10-11]。本研究, 在不同的药物治疗方案实施之后, 对比两组患者的治疗效果, 实验组患者心功能改善情况、LVEF 以及 BNP 水平均优于对照组, 同时用药满意度更高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。此次研究结果与刘晓顺在《急诊内科老年重症心力衰竭临床治疗分》^[4]一文中的研究结果较为一致, 他在研究中对 92 例此病患者进行了分组研究, 结果同样显示, 在原急诊救治的基础上增加服用美托洛尔和厄贝沙坦氢氯噻嗪的探究组患者的治疗效果及心功能相关指标均优于采取常规急诊救治的对比组患者。

综上所述, 在急诊内科中针对重症心力衰竭患者在常规治疗的基础上加用美托洛尔、厄贝沙坦氢氯噻嗪两种药物能够有效的改善患者的心功能等级, 缓解患者重症症状, 患者用药满意度明显提升, 临床效果较好, 值得推广使用。

参考文献:

- [1] 魏明龙, 陈靖. 急诊内科重症心力衰竭临床分析及诊疗 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 239(26): 45+47.
- [2] 刘新军. 急诊内科重症心力衰竭的临床分析及诊疗 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(82): 66-67.
- [3] 吉春风. 老年重症心力衰竭急诊内科治疗应用美托洛尔和厄贝沙坦氢氯噻嗪治疗的临床分析 [J]. 现代消化及介入诊疗, 2020(1): 132-133.
- [4] 刘晓顺. 急诊内科老年重症心力衰竭临床治疗分析 [J]. 基层医学论坛, 2018, 22(13): 1769-1770.
- [5] 杨飞. 急诊内科重症心力衰竭的临床分析及诊疗 [J]. 中国医药指南, 2017, 15(11): 56-57.
- [5] 葛振忠, 华智强, 王晓兵, 等. 急诊内科重症心力衰竭临床分析及诊疗 [J]. 系统医学, 2017, 2(1): 16-17, 20.
- [6] 魏明龙, 陈靖. 急诊内科重症心力衰竭临床分析及诊疗 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(26): 39, 41.
- [7] 王亚超. 老年重症心力衰竭急诊内科治疗的临床分析 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(41): 20, 22.
- [8] 田斌. 酒石酸美托洛尔对心脏瓣膜病伴心力衰竭患者治疗价值及对心功能的影响分析 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(8): 57.
- [9] 田斌. 酒石酸美托洛尔对心脏瓣膜病伴心力衰竭患者治疗价值及对心功能的影响分析 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(8): 57.
- [10] 田斌. 酒石酸美托洛尔对心脏瓣膜病伴心力衰竭患者治疗价值及对心功能的影响分析 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(8): 57.
- [11] 王家标. 酒石酸美托洛尔治疗心脏瓣膜病伴心力衰竭患者的效果 [J]. 国际医药卫生导报, 2017, 23(17): 2751-2753.

腹腔镜下卵巢囊肿剥除术在卵巢囊肿治疗中的应用效果研究

邵明环

费县卫校 山东临沂 273400

摘要：目的：分析治疗卵巢囊肿时采取腹腔镜下卵巢囊肿剥除术的应用效果。方法：抽取 2021 年 1 月-2022 年 1 月期间在我院接受卵巢囊肿剥除术治疗的卵巢囊肿患者 88 例作为研究对象，以随机数字表法将其平均分成两组，接受常规开腹手术治疗的 44 例患者命名为对照组，接受腹腔镜下卵巢囊肿剥除术治疗的 44 例患者命名为研究组，对比手术前后两组患者超声检查[窦卵泡计数（AFC）、卵巢基质动脉收缩期峰值血流速度（PSV）、舒张期最低流速（EDV）、搏动指数（PI）以及阻力指数（RI）]结果、血清基础激素[包括卵泡刺激素（FSH）、黄体生成素（LH）和雌激素（E2）]变化情况以及应激反应指标[包括肾上腺素（NE）、血清皮质醇（Cor）和超敏 C-反应蛋白（hs-CRP）]变化情况。结果：（1）手术后 3 个月两组患者 PSV、ESV 与术前对比均明显上升，PI、RI 均明显下降，与对照组患者相比较而言，研究组患者 PSV、EDV、AFC 更高，PI、RI 更低，（ $P<0.05$ ）；（2）手术后 3 个月两组患者 E2 水平与术前对比均明显下降，研究组患者 E2 水平比对照组高，FSH、LH 水平均比对照组低，（ $P<0.05$ ），研究组患者手术前后 FSH、LH 水平未发生明显变化，（ $P>0.05$ ）；（3）手术后第 5d 两组患者各项应激反应指标检测结果均比手术前上升，研究组患者各项应激反应指标检测结果均明显比对照组患者低，（ $P<0.05$ ）。结论：腹腔镜下卵巢囊肿剥除手术用于治疗卵巢囊肿不会对患者正常的卵巢功能造成明显影响，且有助于改善患者性激素水平，术后卵巢储备功能的恢复有着积极的促进作用，患者应激反应小，有助于患者术后尽快恢复。

关键词：腹腔镜；卵巢囊肿剥除术；卵巢功能；性激素；应激反应

卵巢囊肿与患者自身内分泌失调、使用促排卵药物或不孕未产等因素均具有一定关系^[1]。以往对于此病的治疗临床通常会采取开腹手术的方案，但此术式对机体造成的创伤较大，术后康复也较慢^[2]，对患者正常的卵巢功能以及储备功能造成一定的影响，且手术造成的创伤也会刺激机体产生大量代谢废物，对血清炎症因子以内分泌激素均造成影响，不利于患者术后康复并且对远期疗效也可造成不利影响^[3]。微创技术的应用以其创伤小、术后康复快等优点迅速得到了患者的认可^[4-5]。此次研究将 88 例此病患者纳入研究并进行分组对比，旨在进一步分析腹腔镜下卵巢囊肿剥除术对此病患者治疗时应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究共计纳入 88 例卵巢囊肿患者作为研究对象，均为 2021 年 1 月-2022 年 1 月期间在我院接受卵巢囊肿切除术治疗的患者，纳入标准：①患者手术前 6 个月内均未服用过对激素等相关指标造成影响的药物；②均未绝经；③患者意识正常且治疗依从性较好，自愿入组参与研究，签署《同意书》；④患者均无手术相关禁忌症且对研究中所涉及的麻醉剂以及其他药物均无过敏史。排除标准：①血液系统疾病患者；②重要脏器功能严重损伤者；③癌症患者。以随机数字表法对此 88 例患者进行分组，分别命名为对照组（ $n=44$ ，常规开腹手术）和研究组（ $n=44$ ，腹腔镜下卵巢囊肿剥除术）。对照组患者年龄 29-51 岁，平均年龄（40.33±3.59）岁，单侧病变 31 例，双侧病变 13 例；研究组患者年龄 28-51 岁，平均年龄（41.12±3.67）岁，单侧病变 29 例，双侧病变 15 例。两组患者一般资料对比无明显差异，（ $P>0.05$ ）。此次研究已经向医院伦理委员会提出申请并获得批准。

1.2 方法

对照组患者接受常规开腹手术，研究组患者受腹腔镜下卵巢囊肿剥除术，全麻生效后患者取头低足高膀胱截石位，消毒铺巾并置入导尿管。在患者脐下缘处行一直径约为 1cm 的横向切口并将 Trocar 置入后建立人工气腹（12-14mmHg）；然后再分别于脐前上棘内上 2 横指处以及脐/脐前上棘连接中点处各行一切口（切口直径分别为 0.5cm 和 1cm）并分别置入

Trocar，经套管置入手术所需器械并对腹腔内情况进行详细探查，使用电凝刀或是剪刀对粘连处进行分离处理，然后再用电凝刀将囊肿表面的卵巢皮质切开，锐/钝性结合的方法将囊肿与卵巢皮质进行分离，冲洗创面并间断缝合（3-0 可吸收线），将囊肿中囊液吸净后利用自制乳胶袋经 Trocar 将其取出，最后将套管、镜体拔除后将二氧化碳气腹排空并对切口进行常规缝合。

1.3 观察指标

（1）对比卵巢超声检查指标。分别于手术前以及手术后第 3 个月月经周期的第 5 或第 6d 利用超声进行检查，主要检查项目包括 AFC、PSV、EDV、PI 以及 RI；AFC 用于反映卵泡池中原始卵泡数量以及卵巢储备、反应性，若低于 5-7 个则提示卵巢的储备功能低下；PSV 以及 EDV 水平越高以及 PI、RI 指数越低则提示卵巢基质血流动力学状态越理想^[6]。（2）对比血清基础激素水平。分别于手术前以及手术后第 3 个月早卵泡期抽取患者晨间空腹状态下静脉血液样本对血清激素水平进行检测，主要检测项目为 FSH、LH 和 E2；若 FSH、LH 检测结果超过 40IU/L，E2 检测结果低于 100pmol/L 则提示卵巢功能减退^[7]。（3）应激反应指标对比。分别于手术前以及手术后第 5d 抽取患者晨间空腹状态下静脉血液样本对应激反应相关指标进行检测，主要检测项目为 NE、Cor 和 hs-CRP；三项检测结果均能够反映出机体应激程度，且与应激水平呈正相关。

1.4 统计学方法

用 SPSS24.0 统计学软件进行数据处理；资料描述：计数资料用（n%）表达并利用 χ^2 进行检验，计量资料用（ $\bar{x} \pm s$ ）表达并利用 t 进行检验。若 $P<0.05$ ，则提示结果有统计学意义。

2 结果

2.1 对比卵巢超声检查指标。

手术前两组患者各项卵巢超声指标检查结果对比均无明显差异，（ $P>0.05$ ），手术后 3 个月复诊，两组患者 PSV 以及 ESV 均明显上升，PI 及 RI 均明显下降，研究组患者 PSV、EDV 以及 AFC 检查结果均明显高于对照组，PI、RI 检查结果均明显低于对照组，（ $P<0.05$ ），见表 1：

表 1：对比卵巢超声检查指标（ $\bar{x} \pm s$ ）

分 组	n	AFC（个）		PSV（cm/s）		EDV（cm/s）		RI		PI	
		手术前	手术后 3 个月	手术前	手术后 3 个月	手术前	手术后 3 个月	手术前	手术后 3 个月	手术前	手术后 3 个月
对 照	44	6.32±1.13	4.45±0.88*	9.15±1.55	10.29±1.23*	3.72±0.78	4.21±0.75*	0.82±0.15	0.70±0.11*	1.35±0.39	1.20±0.21*

组											
研	44	6.41±1.05	6.79±0.96	9.07±1.47	11.41±1.87*	3.63±0.81	4.87±1.04*	0.84±0.18	0.56±0.09*	1.46±0.36	1.00±0.14*
究											
组											
t		0.387	11.918	0.248	3.319	0.530	3.414	0.566	6.533	0.749	5.256
P		0.699	<0.001	0.804	0.001	0.596	0.001	0.572	<0.001	0.455	<0.001

注: *为本组内手术后3个月与手术前对比差异显著, ($P<0.05$)。

2.2 对比血清基础激素水平。

手术前两组患者各项血清基础激素检测结果对比均无明显差异, ($P>0.05$), 手术后3个月复诊, 两组患者E2水平均明显比手术前低, ($P<0.05$),

但研究组E2水平明显高于对照组, ($P<0.05$); 研究组患者FSH以及LH检测结果均明显比对照组患者低, ($P<0.05$), 且研究组患者FSH及LH检测结果与手术前对比无明显差异, ($P>0.05$), 见表2:

表2: 对比血清基础激素水平($\bar{x} \pm s$)

分组	n	FSH (IU/ml)		LH (IU/mL)		E2 (pg/mL)	
		手术前	手术后3个月	手术前	手术后3个月	手术前	手术后3个月
对照组	44	6.29±1.55	38.93±2.25*	10.84±1.31	15.22±1.85*	53.10±12.74	34.26±12.69*
研究组	44	6.26±1.59	6.32±1.46 [△]	10.59±1.27	10.96±1.33 [△]	52.45±12.97	43.09±12.14*
t		0.089	80.647	0.908	13.275	0.237	3.335
P		0.928	<0.001	0.366	<0.001	0.813	0.001

注: *为本组内手术后3个月与手术前对比差异显著, ($P<0.05$)。△为本组内手术后3个月与手术前对比无明显差异, ($P>0.05$)。

2.3 应激反应指标对比。

手术前两组患者各项应激反应指标检测结果对比均无明显差异, ($P>$

0.05), 手术后第5d对各项应激反应指标进行复查, 结果显示两组患者各项应激反应指标检测结果均明显高于手术前, 但相比较而言, 研究组患者各项应激反应指标检测结果均明显低于对照组, ($P<0.05$), 见表3:

表3: 应激反应指标对比($\bar{x} \pm s$)

分组	n	NE (ng/mL)		Cor (ng/mL)		Hs-CRP (mg/L)	
		手术前	手术后5d	手术前	手术后5d	手术前	手术后5d
对照组	44	242.58±16.77	317.65±18.47*	197.46±15.84	261.59±15.35*	4.32±0.51	7.79±1.03*
研究组	44	243.11±16.24	269.79±17.06*	198.12±15.75	206.33±14.64*	4.45±0.49	5.22±0.36*
t		0.150	12.558	0.195	17.280	1.219	15.624
P		0.880	<0.001	0.845	<0.001	0.226	<0.001

注: *为本组内手术后5d与手术前对比差异显著, ($P<0.05$)。

3 讨论

卵巢是女性重要生殖器官之一, 可对女性持续分泌环境的动态平衡起到关键作用。卵巢囊肿对正常的卵巢功能造成较大影响, 患病后患者会出现痛经、月经不调或不孕等症, 使得患者身心健康及生活质量均受到影响^[8-9]。常规开腹手术虽然可治疗此病, 但是手术对机体造成的创伤大, 术后康复慢且易并发多种并发症^[10-11]。随着微创技术的不断成熟和发展, 腹腔镜下卵巢囊肿剥除术越来越受到临床的认可, 此术式的优点在于术中视野清晰、直观, 对机体创伤小、出血量低、手术操作更快且术后康复快、并发症少^[12-13]。此次研究中对研究组患者即应用了此手术方案, 结果显示研究组患者术后血供恢复情况明显优于对照组, 且该组患者血清基础激素受到的影响更小, 术后患者应激水平虽然也有所上升, 但各项指标也明显低于对照组。这一结果提示了对于卵巢囊肿患者应用腹腔镜下卵巢囊肿剥除术对患者的卵巢功能影响低、刺激小且有利于术后卵巢储备功能恢复^[14-15]。

综上所述, 与常规开腹手术相比较而言, 腹腔镜下卵巢囊肿剥除术治疗卵巢囊肿效果更佳, 且对机体应激反应刺激小、术后可促进卵巢储备功能尽快恢复、改善性激素水平。

参考文献:

- [1] 张晓童, 陈文倩, 南芳芳, 等. 单孔腹腔镜与多孔腹腔镜在卵巢良性肿瘤剥除术中应用的Mate分析[J]. 山东医药, 2018, 58(46): 77-80.
- [2] 侯倩男, 张凌, 何丽, 等. 经阴道与经脐单孔腹腔镜下卵巢囊肿剥除的临床分析[J]. 中国计划生育和妇产科, 2020, 12(10): 72-75.
- [3] 张梦琪, 徐红梅, 王艺. 单孔腹腔镜下囊肿剥除治疗巨大卵巢囊肿的临床效果及对卵巢储备功能、肠道功能的影响[J]. 解放军医药杂志, 2021, 33(10): 84-87.
- [4] 李波, 林芳婷, 吴翠霞, 等. 阴式与腹腔镜卵巢囊肿剥除对良性卵巢肿

瘤的治疗效果及并发症发生率的影响评价[J]. 解放军预防医学杂志, 2019, 37(7): 59-60.

[5] 张桂云, 刘庆龙, 王佑萍. 腹腔镜卵巢囊肿剥除术对IVF/ICSI-ET助孕妊娠结局的随访研究[J]. 西南国防医药, 2018, 28(10): 924-926.

[6] 薛聪玲, 何社红. 开腹卵巢囊肿剥除术与气腹腹腔镜卵巢囊肿剥除术对良性卵巢囊肿患者卵巢功能的影响比较[J]. 新乡医学院学报, 2019, 36(4): 55-57+61.

[7] 廖小花, 李暖珍. 经脐单孔腹腔镜卵巢囊肿剥除术的临床应用[J]. 腹腔镜外科杂志, 2020, 25(5): 389-392.

[8] 何婕, 高京海, 吴玉仙, 等. 单孔腹腔镜卵巢囊肿剥除术疗效及术后镇痛药物使用分析[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2019, 26(6): 680-682.

[9] 宋华, 邹绍新, 张伟, 等. 改良腹腔镜下巨大卵巢囊肿剥除术32例报告[J]. 中国微创外科杂志, 2018, 18(8): 758-760.

[10] 查萍, 陈莹. 开腹卵巢囊肿剥除术与腹腔镜卵巢囊肿剥除术治疗良性卵巢囊肿的效果比较[J]. 实用临床医药杂志, 2020, 24(5): 110-113.

[11] 肖惠超, 陈继明. 腹腔镜卵巢囊肿剥除术治疗卵巢囊肿的临床效果[J]. 实用临床医药杂志, 2020, 24(11): 118-120.

[12] 刘微微, 李红英, 冯同富, 姚冬梅, 唐静, 周伶俐, 陈娜. 腹腔镜术与开腹卵巢囊肿剥除术治疗卵巢囊肿的临床效果及对患者卵巢储备功能影响[J]. 中国计划生育学杂志, 2020, 28(11): 1786-1789.

[13] 杨屹, 康璞, 罗金维. 腹腔镜下卵巢囊肿剥除术对不同性质卵巢囊肿患者卵巢储备功能的影响[J]. 中国性科学, 2019, 28(4): 68-72.

[14] 何琼, 黎兴美. 腹腔镜及开腹手术对良性卵巢囊肿剥除术治疗效果和不良反应率评价[J]. 现代消化及介入诊疗, 2019(1): 124-125.

[15] 时荣, 郑贤芳, 葛小花. 腹腔镜手术在卵巢囊肿剥除术中的应用价值分析[J]. 蚌埠医学院学报, 2021, 46(11): 1568-1572.

放射诊断骨折患者的误诊原因研究

周叶

聊城市人民医院 山东聊城 252000

摘要：目的：研究在骨折患者放射诊断中的相关误诊原因。方法：随机抽选 2021 年 1 月到 2022 年 1 月在我院接受放射诊断的骨科患者进行分析，共计选入 340 例，对全部患者的误诊率进行计算，并详细分析具体的误诊原因，将误诊原因作为依据针对性提出改进措施。结果：在 340 例接受放射诊断的骨折患者中，共有 16 例（占比 4.71%）误诊患者，其中脊柱骨折、骨盆骨折、肋骨骨折、四肢骨折分别有 2 例、3 例、3 例、8 例。放射科诊断误诊的原因因医生原因、设备因素、患者因素、科室原因分别为 62.50%、18.75%、12.50%、6.25%。结论：骨折患者放射诊断中误诊因素包括科室因素、医师因素、设备因素、患者因素等，需加强对其的重视，开展对应的防范措施，有效保障诊断结果的准确性。

关键词：骨折；诊断准确性；放射诊断；误诊；原因；CT；X 线；核磁共振

Study on the causes of misdiagnosis in patients with fractures diagnosed by radiology Zhou Ye, Liaocheng People's Hospital, Liaocheng, Shandong, 252000
[Abstract]Objective: To study the causes of misdiagnosis in radiological diagnosis of fracture patients. Methods: A total of 340 orthopedic patients who received radiological diagnosis in our hospital from January 2021 to January 2022 were randomly selected for analysis. The misdiagnosis rate of all patients was calculated, and the specific reasons for misdiagnosis were analyzed in detail. The causes of misdiagnosis are used as the basis to propose improvement measures. Results: Among 340 fracture patients diagnosed by radiology, there were 16 (4.71 %) misdiagnosed patients, including 2, 3, 3, and 8 fractures of spine, pelvis, rib, and limbs, respectively. The reasons for misdiagnosis in radiology department were 62.50 %, 18.75 %, 12.50 % and 6.25 %, respectively. Conclusion: The misdiagnosis factors in the radiological diagnosis of fracture patients include department factors, physician factors, equipment factors, patient factors, etc. It is necessary to pay more attention to them and carry out corresponding preventive measures to effectively ensure the accuracy of the diagnosis results. 【Key words】fracture; diagnostic accuracy; radiological diagnosis; misdiagnosis; cause; CT; X-ray; nuclear magnetic resonance

骨折是指骨的连续性中断和完整性中断情况，临床常表现为外伤、局部活动障碍、肿胀、疼痛等症状，病情严重的多发性骨折可能出现休克情况，危及患者生命安全^[1]。针对骨折的检查主要以核磁共振检查、CT 检查、X 线检查等放射检查为主，根据放射诊断对应的影像图资料信息，能帮助医师清楚、直接的观察到患者骨折部位的具体表现，包括骨折部位与邻近组织的关系、骨折部位严重程度、性质、具体部位等，为疾病的诊断提供重要的参考，有利于帮助患者尽早获取科学的治疗。然而受到多种因素影响，导致部分骨折患者在接受放射诊断的过程中出现了误诊的情况，造成错误治疗或治疗不及时等情况，对患者造成严重的后果，因此，需要加强对骨折患者放射诊断中误诊原因的分析，提出针对性的防范措施，最大限度降低误诊风险，提高患者的治疗及时性和有效性^[2]。为此，本文特选择 2021.1 月-2022.1 月在我院接受放射诊断的 340 例骨科患者进行分析，现作如下报道。

1 资料与方法

1.1 基础资料

随机抽选 2021 年 1 月到 2022 年 1 月在我院接受放射诊断的骨科患者进行分析，共计选入 340 例，年龄最高 79 岁，最低 26 岁，均值(51.42±3.26)岁；男性 199 例，女 141 例；骨折类型：脊柱骨折 50 例，骨盆骨折 53 例，

肋骨骨折 94 例，四肢骨折 108 例，其他 35 例。纳入标准：①年龄在 18 周岁以上成年人；②有完整、真实的病例资料；③接受各项检查确诊为骨折者；④在知情同意书上签署姓名者。排除标准：①妊娠期或哺乳期女性；②精神疾病者；③既往畸形者。

1.2 方法

全部患者均接受 CT 检查和 X 线检查，部分患者开展核磁共振检查，比较患者的放射诊断结果和临床确诊结果，详细分析具体的误诊原因，并针对性提出改进措施。

1.3 观察指标

对全部患者的误诊率进行计算。分析骨折误诊的各项原因。

1.4 统计学分析

以 SPSS28.0 作为统计检验软件，以构成比（%）表示计数资料，计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示，分别用 χ^2 检验、t 检验，有统计学意义则：P<0.05。

2 结果

2.1 放射科骨折诊断误诊率分析

选入 340 例骨折患者中，接受放射诊断误诊的患者包括 2 例脊柱骨折、3 例骨盆骨折、3 例肋骨骨折、8 例四肢骨折，共计 16 例，占比 4.71%。

2.2 放射科诊断误诊原因分析

放射科诊断误诊的原因中医生原因占比最高，为 62.50 %，其次为设备因素和患者因素，分别为 18.75 %和 12.50 %，科室原因占比最低，占 6.25 %。如表 1。

表 1 分析放射科诊断误诊原因

误诊原因	例数 (n)	占比 (%)
科室原因	1	6.25
医生原因	10	62.50
设备原因	3	18.75
患者原因	2	12.50
总计	16	100.00

3 讨论

骨折大多是由于外伤暴力造成的，交通意外、撞击、跌倒等暴力因素是造成骨折的常见原因，骨骼疾病或积累性劳损等也可能会增加骨折发生风险。骨折的特征表现为骨擦音、反常活动、畸形等，根据患者的骨折是否与外界相同可将其分为开放性骨折和闭合性骨折，需积极采取有效措施明确患者的骨折类型，并针对性予以有效处理^[3]。不同骨折部位类型的骨折存在较大的诊断方式差异性，临床大多采用放射检查方式诊断该病，包括 X 射线检查、核磁共振检查、CT 检查等。

通过对放射诊断检查影像图的观察，能帮助医师较为直接、清晰的掌握患者的骨折性质、骨折具体部位及具体情况等，为后续临床诊疗方案的制定提供了重要参考。但通过临床检查发现，在检查过程中对应的结果可能受到多种因素影响，造成出现诊断错误的情况，导致临床难以及时为患者提供有效的治疗，会不同程度的影响患者后续的治疗，不利于患者预后。本次研究结果可以看出，340 例骨折患者中，放射诊断误诊的患者占比 4.71 % (16/340)，包括 3 例肋骨骨折、2 例脊柱骨折、3 例骨盆骨折、8 例四肢骨折。放射科诊断误诊的原因中，医生原因位居首位，为 62.50 %，其次为设备因素、患者因素，分别为 18.75 %、12.50 %，科室原因最低，为 6.25 %。针对本文骨折患者放射报告研究分析可见，造成出现误诊情况的影响因素相对较多，总结包括以下几个方面：（1）医师因素：①部分医师的工作量较大，长期处于过度疲劳状态，导致医师易出现阅片差错等问题。②在拍摄线片的过程中曝光时间不充足，导致摄片难以呈现出理想的效果，大大增加了医师的临床诊断难度。③由于医师上岗后培训不足、实习不够等，放射科部分医师对于医疗设备的经验和实践操作能力不足，导致在检查过程中难以直接找到精准的投照部位，或未加强对患者科学的体位摆放指导，未达到规定标准要求等^[4]。（2）科室原因：医院的统筹管理需要将实际出现的问题作为出发点，在不仅完善的规章制度下，医生对患者身体情况的询问度不够，难以开展详细的放射检查单据，会导致医师在检查过程中出现误诊漏诊的情况，放射科在检查过程中对于放射单据的疑问没有及时与临床医师沟通等，均会延长后续的诊疗时间，在不同科室间需

要充分树立医师的责任心，构建完善的沟通平台，以免由于信息传递不及时、不全面等造成不良影响。（3）设备因素：在实际检查过程中部分医院在设备存放和应用的过程中均会出现故障情况，或是未及时更新换代、设备成就等，均会影响影像图的清晰度，使医师的阅片难度大大增加。（4）患者因素：①在接受检查的过程中，患者可能出现配合度不佳、紧张等情况，患者会出现未按照医师专业的口令要求情况，对摄片的投照效果造成一定影响。②部分患者在身上贴敷敷料或膏药等，也可能导致在影像学检查过程中出现异物伪影情况，对医师后期的病情判断造成阻碍，同时会增加误诊风险。③在接受胸部正位片拍摄的过程中，部分女性可能出于对自身隐私保护的顾虑，不愿解开衣物配件，金属衣物配件会对放射检查造成一定影响，还会在一定程度上增加医师对图像的误诊风险。④在诊疗期间患者的配合度会对检查的顺利进行造成直接的影响，检查过程中若出现不配合的情况，可能造成图像质量较差的情况，使医师对影像学骨折患处的诊断正确性受到影响，导致出现对疾病的偏差^[5]。

为进一步减少放射诊断对骨折患者的误诊情况，可采取以下措施：（1）完善科室对应的管理制度，加强规范化内容的制定，与相关内容要求相结合，设置奖惩制度，鼓励患者规范遵循对应的章程，将误诊考核纳入到绩效考核中。（2）加强培训力度，主要以理论基础和实践技能操作为主，充分加强对临床医生和放射科医师的特定培训，避免由于沟通渠道不良、人员操作失误等对后期治疗造成影响。（3）对患者加强引导和宣教，在检查前为患者进行心理疏导，避免患者情绪波动过大，充分尊重患者的隐私需求，加强健康教育，说明具体的检查体位和配合要点，提高患者的检查依从性，保障摄片结果。（4）合理排班：科室合理排班，避免过度疲劳工作，适当引进人才，减轻科室工作压力和工作量。（5）对设备仪器进行定期的检修和维护，保证仪器处于工作状态，发现异常立即上报处理。

综上所述，在骨折患者放射诊断中科室因素、医师因素、设备因素、患者因素均可能造成误诊的情况，需加强针对性预防措施，最大限度保证诊断的准确性。

参考文献：

[1]黄汝军,黄建军,王忠良,等.放射平片与 CT 临床诊断脊柱骨折的临床价值对比分析[J].影像研究与医学应用,2021,5(20): 161-162.

[2]黄威平,夏冠峰.多层螺旋 CT 与放射 DR 平片在脊柱骨折的诊断价值分析[J].黑龙江医药,2021,34(2): 419-421.

[3]童卫玲,杨桂华,张煜楠,等.踝关节正侧位和足正斜位 X 线检查诊断第 5 跖骨基底骨折的价值对比[J].天津医药,2021,49(10): 1102-1106.

[4]姜治辉,冯彬.桡骨远端关节内骨折伴腕关节不稳定放射诊断的临床效果研究[J].世界最新医学信息文摘,2021,21(85): 451-452.

[5]王晨思.CT、放射平片在脊椎骨折诊断中的运用价值分析[J].科学养生,2021,24(12): 235.

全自动血细胞分析仪与血涂片细胞形态学在血常规检验中的应用价值分析

周媛

山东省泰安市中医医院 山东泰安 271000

摘要：目的：对血常规检验进行分析，探究全自动血细胞分析仪与血涂片细胞形态学的应用效果。方法：本文研究所用的节点为2021年10月至2022年3月，纳入的研究对象为1200例需要开展血常规检验的患者，落实对患者资料的分析，回顾血常规检验所用的方法，以其不同之处作为分组依据，将1200例患者分为对照组、观察组，各组样本600例，对照组采用全自动血细胞分析仪检测，观察组纳入者应用血涂片细胞形态学检验。对比全自动血细胞分析仪与血涂片细胞形态学的应用价值。结果：对照组所有患者在开展全自动血细胞分析仪检测后，发现600例血液样本中，有452例出现异常现象，有148例没有出现异常现象；对出现异常现象的452例样本进行检查，明确阳性者有302例，总阳性率66.81%（302/452）。观察组所有患者在接受血涂片细胞形态学检查时，检出白细胞计数阳性患者有580例，阳性率96.7%（580/600），红细胞计数阳性有570例，阳性率95.0%（570/600），检出血小板计数阳性者为560例，阳性率93.3%（560/600），检出血红蛋白阳性者570例，阳性率95.0%（570/600），检出红细胞平均体积阳性者有580例，阳性率96.7%（580/600），阳性率较高。在单核细胞、淋巴细胞、中性粒细胞、嗜酸性细胞检查结果对比发现，观察组、对照组无差异， $P>0.05$ ；但在嗜碱性细胞阳性检出率中对比，观察组高于对照组， $P<0.05$ 。结论：在开展血常规检验时，全自动血细胞分析仪效果较好，但会出现一定的误检率，故在临床应用时可以联合血涂片细胞形态学检验，以此来提高诊断符合率。

关键词：血常规检验；全自动血细胞分析仪；血涂片细胞形态学；应用效果

有研究指出，人体在出现不同疾病时，均会引发血细胞的形态及数量的改变，故在疾病的诊治中，采取有效的干预措施，对人体的血液细胞数量、形态等进行检验，有助于了解与评估疾病^[1]。目前，在部分疾病的检验诊断中，多

采用血常规检验，即通过对血液标本中的红细胞、血小板计数、白细胞等进行检验，以此来对疾病进行鉴别诊断、为治疗提供一定的参考依据^[2]。在开展血常规检验时，临床多采用全自动血细胞分析仪，其具有操作简单、检验结果出具速度快、准确性高等特点，但其仍对部分细胞不会有效识别，无法对检验结果实施综合分析。血涂片细胞形态学是应用显微镜检验的一种方式，其可以对细胞的形态进行判定，能提高检验的准确性与效率，有助于及时对疾病进行判断^[3]。本文就取1200例在本院开展血常规检验的患者，对其开展针对性评估，探究全自动血细胞分析仪与血涂片细胞形态学的应用效果，过程如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

本文研究所用的节点为2021年10月至2022年3月，纳入的研究对象为1200例需要开展血常规检验的患者，落实对患者资料的分析，回顾血常规检验所用的方法，以其不同之处作为分组依据，将1200例患者分为对照组、观察组，各组样本600例，对照组采用全自动血细胞分析仪检测，观察组纳入者应用血涂片细胞形态学检验。对照组纳入600例患者中男女性人数分别为450例、150例，年龄在25-70岁之间，平均（47.54±3.15）岁，发病至入院时间为1-4h，平均（2.45±0.91）h。观察组纳入600例患者中男女性人数分别为420例、180例，年龄在26-72岁之间，平均（48.14±3.33）岁，发病至入院时间为1-3h，平均（2.15±0.85）h。对比两组患者一般资料， $P>0.05$ 。

纳入标准：（1）本次研究，所有参与者均在本院开展治疗，且均开展血常规检验者；（2）所有参与研究的患者均符合实施血常规检验条件；（3）

临床资料均齐全者，且配合度较高者；（4）对本研究内容知情，并签署同意书者。排除标准：（1）合并有严重的精神疾病者；（2）有沟通交流障碍者；（3）合并有脏器功能损伤者；（4）同时参与其他研究者，或是对本研究产生影响的体检者。

1.2 方法

两组患者均开展血常规检验，在开展检验前，在静息状态下，抽取2ml EDTA_{2K} 抗凝全血标本，收集肘静脉血液的患者，不能用力地拍打其手臂，捆扎止血带的时间不可过长，同时要根据诊断与治疗情况，结合个体的差异性，选择相应的血液收集方法，如正在输液的患者，或是输血的患者，需要在对侧的肘静脉进行穿刺，将收集到的血液样本，放在抗凝管中，之后对其进行缓慢的摇晃，摇晃8-10次，预防血液凝固。在收集血液样本后，及时将样本送到实验室进行检验，检本在送到实验室之后，需要在2h内对其进行检验。

对照组采用全自动血细胞分析仪检测，检验操作时，检验的环境温度需要保持在18-22度，即应用相应的仪器与相配套的试剂，将抽取的EDTA_{2K} 抗凝剂血充分混合后，置全自动血细胞分析仪中进行检验，将取得的结果自动生成分析报告，并对其打印，对报告进行分析^[4]。检验3次，取平均值。

观察组纳入者应用血涂片细胞形态学检验：取一滴血在玻璃片，用推片推制成厚薄均匀，头、体、尾分明，两侧留有空隙，血膜长约3cm的血片，进行瑞-姬氏染色，干后，置于在显微镜下观察。也可以用全自动推片机进行推片染色后，用显微镜对标本中的各种细胞数量、形态等进行观察，同时了解细胞的大小，并统计相关计数。以各个细胞的检测差异，分析相应的报告。如充分的观察血小板、红细胞、白细胞的情况，同时对所取得的结果与检验结果做对比，观察、了解红细胞的数量、大小、形态、染色情况等，观察有无聚集的表现，了解是否有幼红细胞。在观察白细胞时，注意观察细胞核是否出现偏移，了解其有无中毒性改变，观察细胞核中是

否有中毒颗粒与寄生虫^[5]。检验是在血液收集后 2h 内完成,预防血液标本出现异常而影响检验结果,同时对样本进行检查 3 次,取平均值。

1.3 观察指标

对比全自动血细胞分析仪与血涂片细胞形态学的应用价值。即观察与记录不同检查方法的结果,计算阳性检出率。统计两种检查方法对单核细胞、淋巴细胞、中性粒细胞、嗜酸性细胞、嗜碱性细胞的检查结果,并进行对比。

1.4 统计学分析

用 $(\bar{x} \pm s)$ 的形式,表示 2 组的计数资料,并用 t 值进行检验,对两组计数资料,采用百分比%形式表示,并用卡方检验,核对数据用 SPSS25.0 软件,当 2 组的研究指标存在明显差异时,采用 p 值小于 0.05 表示。

2. 结果

2.1 全自动血细胞分析仪检验结果分析

对照组所有患者在开展全自动血细胞分析仪检测后,发现 600 例血液样本中,有 452 例出现异常现象,有 148 例没有出现异常现象;对出现异常现象的 452 例样本进行检查,明确阳性者有 302 例,总阳性率 66.81% (302/452)。经统计,目前的 500 份的血液样本出现异常现象,其中有 40 份样本发现血小板减少,有 30 份样本中出现没有成熟的粒细胞,有 30 份样本发现血小板异常上升表现,有 170 份为异型的淋巴细胞,有 60 份为原始细胞,有 60 份为白细胞上升,有 40 份为核红细胞,有 50 份为白细胞减少。另外,还有 70 份血液样本同时出现以上两种情况。

2.2 血涂片细胞形态学检验结果分析

观察组所有患者在接受血涂片细胞形态学检查时,检出白细胞计数阳性患者有 580 例,阳性率 96.7% (580/600),红细胞计数阳性有 570 例,阳性率 95.0% (570/600),检出血小板计数阳性者为 560 例,阳性率 93.3% (560/600),检出血红蛋白阳性者 570 例,阳性率 95.0% (570/600),检出红细胞平均体积阳性者有 580 例,阳性率 96.7% (580/600),阳性率较高。

2.3 两组检验结果对比

在单核细胞、淋巴细胞、中性粒细胞、嗜酸性细胞检查结果对比发现,观察组、对照组无差异, $P>0.05$;但在嗜碱性细胞阳性检出率中对比,观察组高于对照组, $P<0.05$,见表 1。

表 1 两组检验结果对比 n (%)

组别	例数	单核细胞	淋巴细胞	中性粒细胞	嗜酸性细胞	嗜碱性细胞
对照组	600	110 (18.3)	80(13.3)	300 (50.0)	80(13.3)	30 (5.0)
观察组	600	100 (16.7)	70(11.7)	250 (41.7)	50 (8.3)	130 (21.7)
P	--	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05

3. 讨论

近年来,随着社会的进步,医疗水平也在不断进步,越来越多的医疗仪器、设备等也在不断更新,从而提高了设备的检验水平。在开展血常规检验中,全自动血细胞分析仪属于最常用的一种检验仪器,在多数患者的疾病检验中,血常规检验工作较为重要,故全自动血细胞分析仪应用效果具有一定的必要性^[6]。此仪器具有操作简单、检验速度快等特点,应用效率较高。在应用全自动血细胞分析仪开展血常规检验时,需要在不同原理

进行实践,如电学原理、光学原理等,其中电学原理是应用射频电导法、电阻抗法开展的,光学原理是应用激光散射法开展的^[7]。在我国现代医疗技术的提高下,血常规检验也在不断改善,在检验中,分析部分血液,细胞检验会增加,同时调定相应的提示阈值,可以提高血常规检验的质量。但在有核红细胞与幼稚细胞的检验中,部分全自动血细胞分析仪还无法对其进行诊断。

临床中,全自动血细胞分析仪的操作较为简单、方便,可以在一定程度上减少检验结果出具的时间,减少工作量,取得较为精度的检验结果。但在实际开展全自动血细胞分析仪检验时,部分仪器基于白细胞体积的划分,及部分仪器在偏振光,散射光,荧光染色及细胞染色分析方面还不是很完善,因此在开展血常规检验时,会出现一定的误差率,无法得到精准的检验结果^[9],易出现细胞类型的误判,最终引发误诊的出现。血涂片细胞形态学是通过显微镜对细胞的形态与数目进行观察的,并在制片、染色等处理中,可以观察到血液样本中的细胞分类、红细胞、血小板等,而且此项检验在检测完成后不需要对血液样本进行复查,即可以取得较为准确的检验结果^[10]。而且其与全自动血细胞分析仪相比,阳性检出率较高。此外,血涂片细胞形态学检验可以减少误诊率的出现,能在显微镜下对细胞的样本进行观察,可以准确地对细胞实施分类,故而会提高检验准确性。

综上所述,在开展血常规检验时,全自动血细胞分析仪与血涂片细胞形态学均具有一定的检验效果,但后者的阳性检出率更高,而前者检验时间快、操作简单,故可以将其联合应用,以此来提高诊断符合率。

参考文献:

- [1]黄秋芳,陈慧,莫和国,等.探究全自动血细胞分析仪与血涂片细胞形态学的联合应用在血常规检验中的应用价值[J].系统医学,2020,5(8): 3.
- [2]卫克生.全自动血细胞分析仪与血涂片细胞形态学在血常规检验中的应用[J].中国药物与临床,2021,21(07): 1219-1220.
- [3]邓珠连.全自动血细胞分析仪与血涂片细胞形态学在血常规检验中的应用效果[J].中国医疗器械信息,2021,27(10): 41-42.
- [4]Zhang H Y, Yuan T. Analysis of Combined Application of Automatic Blood Cell Analyzer and Blood Smear Cell Morphology in Blood Routine Test[J]. Systems Medicine, 2019.
- [5]张希,康晨.全自动血细胞分析仪与血涂片细胞形态学在血常规检验中的应用价值[J].中国医疗器械信息,2021,27(02): 86-87.
- [6]陆红艳,刘艳瑛,魏玉萍.全自动血细胞分析仪与血涂片细胞形态学在血常规检验中的应用价值[J].智慧健康,2020,6(36): 15-16.
- [7]Na L I, Clinical Laboratory Department, Hospital H O. Discussion on the Application of Automatic Blood Cell Analyzer Combined With Blood Smear Cell Morphology in Blood Routine Test[J]. China Health Standard Management, 2017.
- [8]傅俊仪,郭萌萌.全自动血细胞分析仪与血涂片细胞形态学在血常规检验中的对比分析[J].现代诊断与治疗,2021,32(19): 2.
- [9]卫克生.全自动血细胞分析仪与血涂片细胞形态学在血常规检验中的应用[J].中国药物与临床,2021,21(7): 2.
- [10]杨阳,钟萍,彭素丽.全自动血细胞分析仪联合血涂片细胞形态学在血常规检验中的应用效果分析[J].世界复合医学,2020,6(7): 3.

达格列净联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病的疗效分析

阿依努尔·赛福丁

阿克苏地区第一人民医院 843000

摘要：目的 探析 2 型糖尿病患者接受达格列净联合二甲双胍治疗的临床疗效。方法 分组研究我科室在 2020 年 12 月至 2021 年 12 月诊治的 54 例 2 型糖尿病患者，对照组 27 例患者采用二甲双胍单独治疗，观察组 27 例患者采用达格列净联合二甲双胍治疗，对比两组血糖指标及波动情况，进一步讨论血脂与体重控制与不良反应发生情况。结果 经 6 个月治疗，观察组 FBG、2hPG、HbA1c 为（5.41±0.64）mmol/L、（7.89±1.06）mmol/L、（6.56±1.11）%，明显优于对照组，P<0.05，其血糖波动指标（MODD、PPGE）水平在治疗后均显著低于对照组，P<0.05；观察组在治疗后的血脂指标（TG、LDL-C）水平显著低于对照组，其 BMI 指数也比对照组小，P<0.05；与对照组 6（22.22%）相比，观察组发生尿路感染、皮肤瘙痒及低血糖等不良反应发生率为 5（18.52%）两者之间差异无统计学意义，P>0.05。结论 2 型糖尿病患者接受达格列净联合二甲双胍治疗，降糖效果好、血糖波动小，可达到降血脂、减轻体重的效果，且用药安全性更高、用药后不良反应更少。

关键词：2 型糖尿病；达格列净；二甲双胍；疗效

2 型糖尿病是一种由胰岛素抵抗与胰岛素分泌缺陷等因素引起的代谢性疾病，又有成人发病型糖尿病之称，其数量大约占我国糖尿病患者总数的 90%，多发生于 35 至 40 岁这一年龄段，少见青少年。人体内的胰岛素起到的是降血糖的作用，但当这一物质相对或绝对不足，大量的糖便会滞留于血液，最终导致糖尿病。2 型糖尿病患者在初期并无明显症状，随后才表现出典型症状，且患者常伴随血糖升高、高血脂、高血压、肥胖等代谢障碍，在饮食方面多有禁忌，并发症较复杂，严重限制了患者的生活质量。临床常用的降糖药物，易增加患者体重、存在药物失效等情况，难以达到良好的血糖控制目标^[1]。二甲双胍是一种通过提升外周组织对葡萄糖摄取，改善患者胰岛素敏感性，减轻胰岛素抵抗的降糖药物。达格列净是一种通过减少近曲小管重吸收葡萄糖，释放尿糖，从而降低患者血浆葡萄糖含量的一种药物，其具有降压、降甘油三酯功效，便于对糖尿病患者进行管理。所以，本文对我科室在 2020 年 12 月至 2021 年 12 月诊治的 54 例 2 型糖尿病患者对进行研究，采取达格列净联合二甲双胍治疗，现报告研究结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料：

分组研究我科室在 2020 年 12 月至 2021 年 12 月诊治的 54 例 2 型糖尿病患者，对照组 27 例患者采用二甲双胍单独治疗，观察组 27 例患者采用达格列净联合二甲双胍治疗。对照组（n=27）：男性 14 例、女性 13 例，年龄 35~65 岁，平均年龄（48.67±2.41）岁；观察组（n=27）：男性 15 例，女性 12 例，年龄 36~64 岁，平均年龄（49.52±3.35）岁。患者上述资料对比可知，差异无统计学意义，P>0.05，有均衡对比性。

纳入标准：（1）出现感觉饿、吃的多，感觉渴、喝得多，常排尿、尿的多，体重有明显的下降，因而入院，结合尿糖及血糖测定结果，最终确诊 2 型糖尿病；（2）均为自愿参与研究；（3）对二甲双胍及达格列净并无严重的药物过敏反应的样本。**排除标准：**（1）事先已患有严重的心脑血管疾病；（2）患恶性肿瘤者。

2 方法

54 例患者均给予疾病知识健康教育，监测患者饮食、运动情况，定期检测患者血糖水平。27 例对照组患者采用二甲双胍（生产企业：中美上海施贵宝制药有限公司，国药准字：H20023371）单独治疗，饭后口服二甲双胍 250mg，每日 3 次，连续用药 7d，如果未达理想效果，可视患者病情调整剂量，将每次剂量增至 500mg，3 次/日，连续治疗 15d 后，如果患者血糖水平稳定，应调整剂量为最初剂量。27 例观察组患者基于二甲双胍，接受达格列净（生产企业：AstraZeneca AB，国药准字：J20170039）治疗，早餐前口服 5~10mg 达格列净，每次 1 次，疗程均 6 个月。

1.3 指标观察

从空腹血糖（FBG）、餐后 2h 血糖（2hPG）、糖化血红蛋白（HbA1c）三个方面，记录患者治疗 6 个月后的血糖水平；进一步分析血糖波动情况，主要包括日间血糖平均绝对差（MODD）、餐后血糖波动幅度（PPGE）两个方面；对比血脂及身体质量指数（BMI），血脂包括甘油三酯（TG）、脂蛋白胆固醇（LDL-C）这两方面；观察患者治疗期间，是否发生低血糖、尿路感染、皮肤瘙痒等不良反应。

1.4 统计学方法

研究数据均由统计学 SPSS23.0 软件作出，计量资料如 2hPG 等血糖指标、MODD 等波动指标、TG 等血脂指标、BMI 采用均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，（%）表示不良反应等计数资料，经 t 值、 χ^2 检验，如果 P<0.05，说明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 监测两组血糖指标

经 6 个月治疗，观察组 FBG、2hPG、HbA1c 为（5.41±0.64）mmol/L、（7.89±1.06）mmol/L、（6.56±1.11）%，明显优于对照组，P<0.05，具体见下表 1。

表 1 两组血糖指标监测情况对比表（ $\bar{x} \pm s$ ）					
组别	n	治疗时间	FBG（mmol/L）	2hPG（mmol/L）	HbA1c（%）
对照组	27	治疗前	（9.76±2.81）	（14.36±2.58）	（9.68±2.71）
	27	治疗后	（10.09±2.27）	（14.67±2.46）	（9.81±2.42）
观察组	27	治疗前	（9.76±2.81）	（14.36±2.58）	（9.68±2.71）
	27	治疗后	（5.41±0.64）	（7.89±1.06）	（6.56±1.11）
t			4.526	8.623	7.325
P			0.000	0.000	0.000

2.2 分析两组的血糖波动情况

治疗后, 观察组的 MODD 及 PPGE 水平明显比对照组低, $P<0.05$, 情况如表 2。

表 2 两组血糖波动对比表($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗时间	MODD (mmol/L)	PPGE (mmol/L)
对照组	27	治疗前	(2.52±0.61)	(3.63±1.58)
观察组	27	治疗前	(2.51±0.63)	(3.67±1.50)
			0.632	0.928
			0.067	0.077
对照组	27	治疗后	(1.49±1.64)	(1.89±1.02)
观察组	27	治疗后	(1.12±0.93)	(1.22±0.86)
t			6.343	8.121
P			0.000	0.000

2.3 两组的血脂水平及身体质量指数

观察组在治疗后的 TG 水平、LDL-C 水平比对照组更低、BMI 指数比对照组更小, $P<0.05$, 数据如表 3 所示。

表 3 血脂水平及身体质量指数对比表($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗时间	TG (mmol/L)	LDL-C (mmol/L)	BMI (kg/m ²)
对照组	27	治疗前	(8.23±1.11)	(7.33±1.32)	(23.32±5.03)
观察组	27	治疗前	(8.21±1.12)	(7.31±1.43)	(23.30±4.92)
			0.702	0.712	0.621
			0.052	0.066	0.092
对照组	27	治疗后	(1.93±0.92)	(4.02±1.06)	(23.48±1.38)
观察组	27	治疗后	(1.62±0.83)	(2.31±1.02)	(21.22±1.32)
t			7.723	6.858	9.302
P			0.000	0.000	0.000

2.4 监测两组不良反应

与对照组 6 (22.22%) 相比, 观察组发生尿路感染、皮肤瘙痒及低血糖等不良反应发生率为 5 (18.52%), 两者间差异无统计学意义, $P>0.05$, 详情见表 2。

表 4 两组不良反应监测情况比较表 (n, %)

组别	n	尿路感染	皮肤瘙痒	低血糖	腹泻	发生率
对照组	27	1	1	2	2	22.22%
观察组	27	1	1	1	2	18.52%
χ^2						0.764
P						>0.05

3 讨论

近年来, 由于我国国民生活水平不断提升, 人们的饮食结构与生活方式也随之发生改变, 这使得 2 型糖尿病的发病率也日渐上升。2 型糖尿病在糖尿病中占比较高, 属于一种成人发病型糖尿病, 患者患病年龄一般集

中在 35~40 岁之后。2 型糖尿病属于一种常见的代谢性疾病, 其具有较高的致病率与死亡率, 给患者的生存在质量与有效寿命带来严重影响。由于 2 型糖尿病症状不易察觉, 不少中老年人受身体机能逐渐衰退, 受血脂高、尿酸高等因素影响, 给患者的正常生活带来严重困扰。长期的血糖持续性升高会对大血管及微血管造成不同程度的损伤, 累及心脏、脑部、肾脏、周围神经甚至是眼部与足部, 心脑血管病变等多样化的并发症也是导致 2 型糖尿病患者最后死亡的原因大多在此, 其危害性不容小觑。

二甲双胍是当前临床治疗糖尿病首选的一种双胍类降糖药物, 其是以促进外周组织摄取、利用葡萄糖, 达到提升人体胰岛素作用目的的治疗药物, 其不良反应少, 具有良好安全性^[2]。糖尿病患者接受二甲双胍治疗时, 常存在耗时间较长, 达标时间较短等问题, 难以达到良好的降糖效果。所以, 选择一种有效的降糖药物, 对改善患者血糖水平与生活质量具有重要作用。达格列净不同于常规降糖药物, 其属于一种钠-葡萄糖协同转运蛋白抑制剂, 患者服用后, 能够排出尿液中过剩的能量, 且不依赖胰岛素。由于患者减少了对钠的重吸收, 减轻了人体的水钠储留, 有助于减轻患者体重、调节患者血糖, 达到降低心血管风险目的。

根据结果可知, 经 6 个月治疗, 观察组 FBG、2hPG、HbA1c 为 (5.41±0.64) mmol/L、(7.89±1.06) mmol/L、(6.56±1.11) %, 明显优于对照组, $P<0.05$, 在进一步分析血糖的波动情况可知, 观察组的 MODD (1.49±1.64) mmol/L 及 PPGE (1.22±0.86) mmol/L 显著低于对照组, $P<0.05$, 这说明二甲双胍联合达格列净治疗 2 型糖尿病, 能够将患者血糖指标控制在合理范围内, 且不增加患者肝肾负担, 有助于快速排出尿糖, 提升临床应用效果。分析血脂水平及身体质量指数可知, 观察组在治疗后的 TG (1.62±0.83) mmol/L、LDL-C (2.31±1.02) mmol/L 水平比对照组低、BMI 指数 (21.22±1.32) kg/m² 比对照组小, 且 $P<0.05$, 这就说明以达格列净联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病患者可有效控制其血脂水平, 这对减轻其体重有重要价值, 这与二甲双胍的作用机制有直接关系, 可促进肌肉、脂肪组织吸收, 联合用药就发挥了协同增强作用。与对照组 6 (22.22%) 相比, 观察组发生尿路感染、皮肤瘙痒及低血糖等不良反应发生率为 5 (18.52%) 两者之间差异无统计学意义, $P>0.05$ 。达格列净联合二甲双胍应用于糖尿病治疗, 其不良反应相比于二甲双胍单独治疗, 并无明显差异, 具有较高用药安全性。达格列净是临床方面在近年来才推广的新型降糖明星药, 而二甲双胍则是传统降糖药, 二者的降糖效果都非常好, 患者的耐受也也较高, 且研究表明, 在降糖的同时还能有效减轻体重, 这对于 2 型糖尿病患者而言非常重要, 其心血管系统获益良多, 也因此获得了临床方面的关注以及患者本人的喜爱, 有关一老、一新降糖药联合使用的可行性研究也不在少数。此次研究的基础药物便为二甲双胍, 是现今治疗 2 型糖尿病的首选药物, 而达格列净则属于钠-葡萄糖协同转运蛋白-2 (SGLT-2) 抑制剂类新型降糖药物, 二者两用连用可以促进葡萄糖的利用、提高胰岛素敏感性, 从而更好的改善胰岛素抵抗问题, 患者体内的肝肾糖原的过度异生以及葡萄糖的生成得以抑制, 还可减少并延长小肠对于葡萄糖的吸收并恢复肠道菌群, 这对于提高患者自身的免疫力也有重要作用。亦有研究表明, 二者的联合治疗可促使葡萄糖随尿液排出, 在一定程度上保护了肾脏、心脏等重要器官组织, 心血管死亡率由此下降, 患者的生活质量才得到有效提升, 为此也在临床上广泛普及。

总之, 将达格列净联合二甲双胍应用于 2 型糖尿病, 不光有助于控制患者体重, 还有助于提升患者降糖效果, 具有较高安全性。

参考文献:

- [1] 王一丹. 达格列净与二甲双胍联合用药方案治疗初诊 2 型糖尿病的临床疗效分析[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(02): 204-206.
- [2] 郑洁, 李宏杰, 马健. 达格列净联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病的疗效分析[J]. 中国处方药, 2020, 18(10): 99-101.

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

陈均 罗胜钗

三都水族自治县人民医院 贵州三都 558100

摘要：目的：回顾性分析探讨老年疝气患者在临床中接受传统疝气手术与腹腔镜下手术方式的干预方法及效果。方法：选择 2021 年 12 月至 2022 年 6 月我院收治并且确认接受手术治疗的老年疝气 50 例患者开展研究。根据手术方式将患者划分为传统组与腹腔镜组。传统组应用传统无张力疝修补术。腹腔镜组应用腹腔镜下经腹膜前间隙无张力疝修补术。回顾分析两组患者的预后疗效、手术相关指标、围术期疼痛感、术后并发症状况。结果：实验组患者预后疗效、手术相关指标、围术期疼痛感、术后并发症相对于常规组均有显著优势，数据对比满足统计学价值， $P < 0.05$ 。结论：腹腔镜之下经腹膜前间隙无张力疝修补术可治疗成人疝气患者，相比于传统无张力疝修补术而言具备更加显著的手术优势，手术质量更高并且术后预后效果更好，值得推广。

关键词：成年人疝气，腹腔镜；经腹膜前间隙无张力疝修补术；传统无张力疝修补术；手术效果

腹外疝主要是因为腹腔内脏器或者是组织与腹膜壁层，其可能会因为经腹壁薄弱点或孔隙，其疾病最为典型的表现在于体表存在突出表现^{[1][2]}。腹股沟疝属于腹外疝的常见类型，其主要涉及到直疝与斜疝两种类型，其中腹股沟疝最为常见，并且男性患者明显多于女性患者。临床中对于腹股沟疝在疾病方面往往会呈现出腹部包块、腹痛与腹胀等多种症状，临床中对于成人疝气患者如果无法及时进行治疗，很容易导致患者的病情不断发展，从而引发运动功能障碍，最终失去基本的劳动能力与自理能力，从而导致生活质量显著下降。临床中关于疝气的干预方法主要是基于手术途径为主，以往是借助无张力疝修补术进行治疗，整体治疗效果较好但是手术本身对于人体存在较大的创伤与危害，手术之后还存在较高风险引发各种并发症，从而严重影响患者的康复效率与预后生活质量^{[3][4]}。近些年随着手术技术的不断发展以及微创理念、微创器械设备的不断创新，关于成人疝气的手术技术水平也在不断的提高。腹腔镜经腹膜前间隙属于典型的微创手术技术，其能够基于最小创伤、更简单且更快的操作方式完成对患者的手术操作，整个操作期间不会对患者形成较大的损害，不仅患者的接受程度更高，同时患者的早期预后状况也更加明显^[5]。对此，为了进一步论证疝气治疗期间不同方法及效果，本文采用论著分析进行论证。具体研究如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2021 年 12 月至 2022 年 6 月我院收治并且确认接受手术治疗的老年疝气 50 例患者开展研究。根据手术方式将患者划分为传统组与腹腔镜组。传统组共入选 25 例，男女分别 18 例、7 例，年龄（63.46±4.50）岁，基于 Gilbert 分型，I 至 IV 型患者分别 2 例、11 例、11 例、1 例；腹腔镜组共入选 25 例，男女分别 17 例、8 例，年龄（64.57±6.22）岁，基于 Gilbert 分型，I 至 IV 型患者分别 3 例、10 例、11 例、1 例。两组患者的一般资料无明显数据差异， $P > 0.05$ 。

入选标准：基于 B 超或 CT 检查被确诊为腹股沟疝；首次被确诊为腹股沟疝并接受相关治疗；临床资料完整。

排除标准：存在肝肾功能障碍；带有凝血功能障碍；存在精神或意识障碍无法沟通；带有恶性肿瘤；临床资料不完整。

1.2 方法

传统组应用传统无张力疝修补术。在常规消毒铺巾后实行硬膜外麻醉，基于腹股沟的韧带位置做斜方向切口，长度控制在 6cm。在切开腹外斜肌的腱膜之后，做好对精索的游离操作，在明确疝囊后将聚丙烯补片置入到腹股沟管的后壁上，逐层进行缝合。手术期间如果患者的疝囊较大或者是带有粘连的现象，则需要基于在疝囊横断后置入到腹腔当中，并将网塞置入到环口以内，在固定完成后置入补片。

腹腔镜组应用腹腔镜下经腹膜前间隙无张力疝修补术。采取常规气管插管麻醉，在麻醉处理之后针对脐孔进行穿刺操作，在成功穿刺后构建二氧化碳人工气腹，疝气压力维持在 13mmHg 以内，基于脐孔置入腹腔镜和 Trocar，针对患者的双侧腹股沟疝进行探查，基于疝气的具体类型，查看患者是否存在隐匿性的疝气。在脐部平行的双侧锁骨中线位置交叉位置做第二个穿刺孔，置入 Trocar，通过电切方式对疝囊的上端腹膜进行切开，游离内环腹膜瓣，根据腹膜打开疝囊后促使其剥离并对精索进行腹壁化。在腹膜前间隙分离之后，促使腹壁下动脉、精索、耻骨结节以及输精管充分暴露，将 3D 补片放置在脐孔的穿刺点位置，并在置入之后覆盖耻骨的肌孔，通过蛋白胶进行修补。完成上述操作后关闭腹腔并进行逐层缝合，在排空腹腔内二氧化碳后缝合穿刺孔完成手术。

1.3 观察指标

回顾分析两组患者的预后疗效、手术相关指标、围术期疼痛感、术后并发症状况。

症状完全消失且患者无任何不适感则判断为显效；症状明显减少但仍然存在，且对生活无直接影响判断为有效；其他均判断为无效。

1.4 统计学处理

本次成人疝气手术方式的对比研究基于统计学 SPSS26.0 版本软件进行统计研究，统计数据基于综合分析方式处理，其中计量资料基于均数统计，计数采用占比方式进行展示。数据对比期间采取对应方式检验， $P < 0.05$ 证明对比的两组数据有统计学价值。

2. 结果

2.1 疗效对比

腹腔镜组显效 8 例、有效 16 例，无效 1 例，治疗有效率 96.00%。传统组患者显效 6 例、有效 13 例、无效 6 例，治疗有效率 76.00%。腹腔镜组干预有效率优于传统组， $P < 0.05$ 。

2.2 手术指标对比

实验组手术指标优于常规组， $P < 0.05$ 。详情见表 2。

表 2 手术指标对比

组别	手术时间（m）	下床活动时间（d）	住院时间（d）
腹腔镜组（n=25）	71.23±3.27	2.23±1.21	4.51±1.38
传统组（n=25）	92.24±4.21	4.23±1.62	7.31±1.08
P 值	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 围术期疼痛感对比

实验组患者术后疼痛感明显低于常规组， $P < 0.05$ 。详情见表 3。

表 3 围术期疼痛感对比

组别	手术前 VAS 评分	手术后 VAS 评分
----	------------	------------

腹腔镜组 (n=25)	6.51±1.61	2.51±0.24
传统组 (n=25)	6.66±1.58	4.51±0.20
P 值	<0.05	<0.05

2.4 并发症发生率

腹腔镜组并发症指标均显著优于传统组，P<0.05。详情见表 4。

表 4 并发症发生率

组别	阴囊积液	切口感染	异物感	发生率
腹腔镜组 (n=25)	0	1	1	8.00%
传统组 (n=25)	3	2	2	28.00%
P 值	-	-	-	<0.05

3. 讨论

疝气属于临床常见病症，近些年随着人们生活习惯、运动习惯等方面的影响，导致疝气的疾病发生率不断提高。近些年随着医疗技术的持续发展，临床中对于腹股沟疝的治疗方式也在不断的更新，腹腔镜手术因为本身的视野广泛、精细微创等技术优势，在临床中有着相对广泛的应用价值，对于疝气的临床手术治疗方式中腹腔镜手术也有相对较为广泛的应用^[6]。腹腔镜经腹膜前间隙无张力疝修补术属于当前相对成熟且技术优势比较明显的腹股沟疝治疗技术方式，其主要是基于机体腹膜之上进行操作，相对于传统的张力疝修补术而言，这一种手术方式不会对腹腔内的脏器形成较大的危害与影响，整个手术安全水平较高，同时手术操作比较简单，在临床中有着相对广泛的应用价值^{[7][8]}。临床中对于老年疝气患者而言，因为患者的机体功能相对较差，虽然腹腔镜属于微创手术但是仍然存在一定的应激反应，所以老年患者的应激反应相对较为明显，在手术期间发生并发症的可能性较高。通过腹腔镜经腹膜前间隙无张力疝修补术治疗，可以借助精准且优质的后入路方式进行观察，可以在腹膜打开之后分离腹膜前的间隙，可以保障精索的结构得以有效暴露，不仅能够明确疝囊的具体位置，还可以进一步的探查挖掘隐匿性疝，规避疾病的复发风险，并且整体手术效果也更加理想。

应用腹腔镜经腹膜前间隙无张力疝修补术实现对老人疝气的治疗，整体手术质量更加明显，相对于传统无张力疝修补术而言，手术切口更小可以显著降低手术期间的出血量。在手术之前构建二氧化碳气腹，可以最大程度的拓展手术操作的空间，此时结合腹腔镜之下的观察可以顺利开展手术，可以保障手术视野清晰，保障主刀医师在无障碍的情况下顺利开展手术，从而缩短手术操作时间。腹腔镜经腹膜前间隙无张力疝修补术手术期间因为涉及到气腹，气腹的应用可以促使腹腔空间得到拓展，可以保障手术视野、操作空间的充足，规避主刀医师在操作期间误伤周边组织。因为手术本身的切口比较小，手术中对于人体的损伤比较轻微，患者恢复较快并且预后较好，可以显著提升患者的康复速度，可以促使患者在术后更快地以较好的状态出院，从而缩短患者的住院时间。因为腹腔镜经腹膜前间隙无张力疝修补术本身的手术操作时间比较短，所以手术期间的出血量也比较少，可以一定程度的缩短患者额住院时间，降低整体治疗费用。整体来看，腹腔镜经腹膜前间隙无张力疝修补术对于老人疝气的治疗，其优势在于：1、腹膜之前的间隙防治疝气修补片，能够最大程度降低对于局部神经阻滞的影响，同时不需要进行缝合便可以实现对肌腱与腹股沟韧带的联合，可以达到无张力性的修补，可以有效预防网片和瘢痕组织的侵袭而导致收缩问题的发生，患者手术之后的疼痛感更加轻微；2、手术期间不需要更多的游离腹外斜肌腱的膜下组织，可以最大程度的保护髂腹下神经与腹股沟神经，并且补片的放置可以在腹膜前间隙，其能够与腹膜筋膜保持平行，并维持津贴关系，对于局部麻木和不适感有明显的改善优势；3、疝修补片的应用位置在于前间隙时，其能够完全的覆盖耻骨的肌孔，能够实现环口、直疝三角的同时性修补，可以最大程度降低术后疝气复发的

的风险。另外，腹膜前间隙手术方式的局部异物感、伤口麻木感等方面也有明显的优势，整体手术技术优势更为突出。

本次研究结果显示，实验组患者预后疗效、手术相关指标、围术期疼痛感、术后并发症相对于常规组均有显著优势，数据对比满足统计学价值，P<0.05。本研究结果充分证明老年疝气患者接受腹腔镜经腹膜前间隙无张力疝修补术的手术治疗干预模式具备显著治疗价值，对于大多数腹股沟疝患者的效果明显，风险低且安全可靠，在规范的手术操作基础上可以达到理想的预后效果，可以作为常规手术方案。与此同时，为了更好的保障老年疝气的综合治疗效果，在临床中需要做好术前与术后的针对性预防和控制。在术前重点在于两个方面，一方面在于做好病情评估。做好对患者慢性病行政的积极观察，同时需要做好早期的手术风险分析与评估。在术前做好血常规与其他生化指标检查，在检查期间需要为患者介绍检查的目的与方法，同时从干预角度上促使患者保持情绪的的稳定，规避血压与心率异常波动问题，并做好过敏史的分析，按照医嘱提供相关药物做好术前准备。另一方面在于提供健康教育健康教育在干预过程中结合患者的文化程度、认知习惯等因素开展健康教育，先做好对患者的病情评估，同时分析患者的治疗态度和治疗配合依从性，基于患者的认知状况提供健康知识讲解和手术治疗方法、注意事项方面的教育，同时针对疾病、手术的相关问题及时讲解，例如介绍腹腔镜的手术技术优势、腹腔镜下疝气修补术的操作流程以及配合方法，针对高龄与认知能力较差的患者可以借助示范方式进行宣教，提高教育实效性。在手术后，为了更好的保障患者的康复效果，需要积极做好对手术部位的观察，同时做好术后卧床休息。在术后保持 6 小时卧床，并按照患者的实际情况积极引导并让患者逐渐参与康复训练。在术后每间隔 1 小时询问患者的便意感受，同时协助患者尝试进行床上排便。对于存在疼痛和高热的患者，可以采用湿热毛巾进行热敷，同时重点观察渗血与渗液等情况。

综上所述，腹腔镜之下经腹膜前间隙无张力疝修补术可治疗成人疝气患者，相比于传统无张力疝修补术而言具备更加显著的手术优势，手术质量更高并且术后预后效果更好，值得推广。

参考文献：

[1]田中堂.平片无张力疝修补术与腹腔镜腹膜前间隙疝修补术治疗腹股沟疝患者的效果比较[J].中国民康医学, 2022, 34(02): 147-149.

[2]辛前有, 张瑜, 程钧楚.腹腔镜下经腹膜前疝修补术与腹膜前间隙无张力疝修补术治疗腹股沟疝的效果比较[J].中国实用医刊, 2021, 48(19): 28-30.

[3]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.

[4]陈彬, 沈维才, 谢红阳, 王雄华, 戴春山.腹膜前间隙与疝环填充式无张力疝修补术的临床效果比较[J].浙江创伤外科, 2021, 26(03): 471-472.

[5]段晖.前入路腹膜前间隙无张力疝修补术与疝环充填式无张力疝修补术治疗腹股沟疝的疗效比较[J].基层医学论坛, 2020, 24(14): 1974-1975.

[6]唐明星.腹腔镜经腹膜前间隙无张力修补术与无张力疝修补术在成人疝气治疗中的价值分析[J].影像研究与医学应用, 2020, 4(21): 161-162.

[7]黄和良.腹股沟疝患者行以腹膜前间隙无张力疝修补术治疗的临床效果及术中出血量观察[J].临床医药文献电子杂志, 2020, 7(24): 37-38.

[8]田海诚, 曲立恒, 张建军.Lichtenstein 修补术与腹膜前间隙无张力疝修补术治疗高龄腹股沟疝的疗效与安全性观察[J].现代诊断与治疗, 2020, 31(23): 3800-3801.

经尿道前列腺电切术后尿失禁的中西医结合护理效果分析

黄媛园

柳州市中医医院 泌尿外科 广西柳州 545026

摘要：目的：分析经尿道前列腺电切术后尿失禁的中西医结合护理效果；方法：本次研究对我院收治的 68 例经尿道前列腺电切术后尿失禁患者展开护理研究，按照随机原则进行分组，建立对照组（n=34）与观察组（n=34），对照组实施常规护理方式，观察组在对照组基础上实施中西医结合护理，比较两组护理前后尿失禁及生活质量评分，护理后膀胱痉挛状况、并发症发生率以及护理满意率；结果：护理前两组患者尿失禁及其生活质量评分差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），护理后两组评分均优于护理前，组间比较，两组评分差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组膀胱痉挛发生率、膀胱痉挛持续时间和尿失禁持续时间均低于对照组，两组差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组并发症发生率（2.94%）低于对照组（20.59%），而观察组护理满意率（94.12%）高于对照组（76.47%），两组差异存在统计学意义（ $P<0.05$ ）；结论：在对经尿道前列腺电切术后尿失禁患者护理中，相比于常规护理方式，利用中西医结合护理方式能够取得理想护理干预效果。

关键词：经尿道前列腺电切术；尿失禁；中西医结合护理

现阶段，在对前列腺疾病患者进行治疗中，经尿道前列腺电切术属于一种较为常用方式，取得的治疗效果理想。但由于该方式是一种微创手术，具有侵入性特征，会对患者部分组织造成一定损伤，进而导致术后出现并发症^[1]。而尿失禁作为常见并发症之一，对患者生理功能以及生活质量具有较大影响，为帮助患者快速恢复，在对患者进行治疗期间，不仅应加强并发症预防，而且还应利用相应护理措施进行干预，以此帮助尿失禁患者恢复^[2]。在实际进行尿失禁护理干预期间，由于不同方法应用效果存在差异，这就需要结合患者病情，选择适合的干预措施，发挥其在促进患者早日康复中积极作用^[3]。本次护理研究将收治的 68 例经尿道前列腺电切术后尿失禁患者作为护理分析对象，对全部患者进行随机分组后分别使用不同方式进行护理，比较两组护理结果，重点分析中西医结合护理方式应用效果，具体分析如下。

1 资料及方法

1.1 一般资料

本次研究选择我院 2021 年 1 月至 2022 年 2 月收治的 68 例经尿道前列腺电切术后尿失禁患者作为护理分析对象，使用随机数字表法进行分组，建立对照组与观察组，每组均为 43 例，对照组：年龄 50-78 岁，平均（ 68.40 ± 5.67 ）岁；病程 1-13 年，平均（ 6.60 ± 2.26 ）年；国际前列腺症状评分（IPSS）：18-30 分，平均（ 24.56 ± 3.53 ）分。观察组：年龄 49-79 岁，平均（ 68.29 ± 5.70 ）岁；病程 1-14 年，平均（ 6.59 ± 2.41 ）年；IPSS 评分：18-30 分，平均（ 24.61 ± 3.48 ）分。两组患者一般资料差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：（1）患者基础资料完整，且实施经尿道前列腺电切术治疗；（2）患者术前为接受过其他手术治疗和放射治疗；（3）术前无心脑血管疾病；（4）患者及其家属均对此次研究表示知情且同意；（5）此次研究经医院伦理组委员会批准。

排除标准：（1）患者存在严重精神功能障碍、沟通障碍，术前有尿失禁史；（2）同时参与其他相关研究；（3）合并前列腺恶性肿瘤、肝肾功能障碍；（4）患者身体状况较差、难以进行后期对比；（5）合并手术及麻醉禁忌症；（6）。

1.2 方法

对照组：实施常规护理方式。对患者进行常规基础护理：定时清洁患者会阴部，保持 2-3 次/d 频率；使用尿垫尿布维持患者床铺干净整洁性，避免发生感染；结合患者病情进行用药、饮食、作息等方面健康指导，引导患者进行盆底肌功能训练；并对患者心理状态进行评估，消除及负面情绪，以此提升患者对护理方式配合程度。

观察组：在对照组基础上实施中西医结合护理。具体措施：（1）情志护理：针对患者焦虑、抑郁等情绪，向其说明导致尿失禁原因，以及并发

症临床表现、治疗和护理方法等，并列举成功案例，帮助患者树立康复信心，然后借助情感转移法，以及鼓励、支持等方式，帮助患者转移注意力，以此缓解其负面情绪。（2）耳穴埋豆：选择耳部与肺、脾、肾、尿道、膀胱相关的耳穴进行压豆操作，实际操作中需要现进行耳部消毒，使用胶布将王不留行籽贴于耳穴，并在得气后以食指、拇指指腹对患者进行耳部穴位，按压 2h/次，1 次/d。（3）温针灸：取患者水道、三阴交、气海、中极和阳陵泉等穴位，使用温针行补法针刺，留针 30min/次，1 次/d。（4）足底按摩：患者维持仰卧位或半卧位，选取患者左足底膀胱、左输尿管、左肾反射区进行按摩，每个反射区按摩时间在 1-2min 内，然后采用同样方法进行右足底按摩，具体按摩方法分为按法、揉法，要求保持力度均匀、适中，以患者局部出现胀、痛、麻为宜。（5）盆底肌收缩运动指导：根据排便“忍感”集中精力收腹，上提肛门缓慢呼吸，排进肺部气体后屏住呼吸，保持 3 秒提肛动作，然后缓慢放松全身，吸入空气，早晚各一次，每次反复 40 回。

1.3 观察指标

（1）尿失禁评分：按照美国老年学会制定的急迫性尿失禁评分标准，对患者尿失禁状况进行评价，以尿急、尿频、有无尿液和尿失禁等作为评价指标，评分范围在 0-12 分，得分越高患者尿失禁状况越严重。

（2）尿失禁生活质量评分（I-QOL 评分）：使用尿失禁生活质量问卷（I-QOL）进行评分，评分范围 0-100 分，得分越高患者生活质量水平越高

（3）膀胱痉挛状况：以膀胱痉挛发生频率、膀胱痉挛持续时间为评价指标，频率越低、持续时间越短护理方式应用价值越高。

（4）尿失禁持续时间：持续时间越短，护理后患者恢复效果越理想。

（5）并发症发生率：统计两组痉挛、尿路感染和继发性出血几项并发症发生率，发生率越低护理后患者恢复效果越理想。

（6）护理满意率：使用医院自制满意度评分表进行评分，由患者根据自身主观感受进行自行评分，评分在 0-100 分，其中， ≥ 90 分表示非常满意，70-89 分表示较为满意， < 70 分表示不满意，总满意率=（非常满意+较为满意）例数/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法

采用 SPSS21.0 统计分析，平均数 $\pm$ 标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示计量资料，利用 t 检验，数（n）和率（%）表示计数资料，利用 χ^2 检验， $P<0.05$ 表明差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者尿失禁及生活质量比较

两组尿失禁及生活质量评分比较，护理前组间差异不明显（ $P>0.05$ ），护理后评分均降低，两组相比观察组评分明显更优（ $P<0.05$ ），详见表 1。

表 1 两组患者尿失禁及生活质量比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	尿失禁评分		I-QOL 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	34	9.82±1.33	1.23±0.59	48.69±8.67	89.67±5.64
对照组	34	9.81±1.31	3.87±0.65	48.71±8.49	78.16±5.53
t	-	0.031	17.536	0.010	8.497
P	-	0.975	0.000	0.992	0.000

2.2 两组患者膀胱痉挛状况和尿失禁持续时间比较

观察组各项指标均明显优于对照组, 两组差异存在统计学意义 ($P < 0.05$)

表 2 两组患者膀胱痉挛状况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	膀胱痉挛发生率 (次/d)	膀胱痉挛持续时间 (min/次)	尿失禁持续时间 (个月)
观察组	34	7.38±2.60	2.57±1.46	2.31±0.87
对照组	34	11.52±3.81	5.67±1.50	3.69±0.92
t	-	5.234	8.635	6.355
P	-	0.000	0.000	0.000

2.3 两组护理期间并发症发生率比较

观察组并发症发生率 (2.94%) 低于对照组 (20.59%), 差异存在统计学意义 ($P < 0.05$), 详见表 3。

表 3 两组并发症发生率比较 (n, %)

组别	例数	痉挛	尿路感染	继发性出血	发生率
观察组	34	1 (2.94)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.94)
对照组	34	4 (11.76)	2 (5.88)	1 (2.94)	7 (20.59)
χ^2	-	-	-	-	5.100
P	-	-	-	-	0.0240

2.4 两组患者护理满意率比较

观察组患者满意率为 94.12%, 对照组满意率为 76.47%, 差异存在统计学意义 ($P < 0.05$), 详见表 4。

表 4 两组患者护理满意率对比 (n, %)

组别	例数	非常满意	较为满意	不满意	总满意率
观察组	34	20 (58.82)	12 (35.29)	2 (5.88)	32 (94.12)
对照组	34	15 (44.12)	11 (32.35)	8 (23.53)	26 (76.47)
χ^2	-	-	-	-	4.221
P	-	-	-	-	0.040

3 讨论

尿失禁作为经尿道前列腺电切术后患者高发并发症, 发生原因与手术导致的局部水肿以及对外括约肌刺激有关。使用电刀进行手术, 会对括约肌造成轻度损伤, 进而影响患者正常生理功能, 引发尿失禁现象^[4]。且该并发症会对患者日常生活造成较大困扰, 甚至影响其情绪状态, 进而加大

患者身心压力, 延长其术后恢复时间。这就需要在患者围术期, 重视对相应护理干预方式应用, 以往护理中以西医护理为主, 通过落实健康教育、心理干预, 加强提肛运动指导等常规措施。能够在患者并发症控制中起到良好效果, 利于缩短并发症持续时间^[5]。

近年来, 随着各大医院对各种护理干预措施重视程度提升, 开始对护理方法进行优化改进, 大量中医学护理方法得到推广应用^[6]。在中医学中, 尿失禁属于“小便不禁”范畴, 发生原因与肾气虚损、气化不利相关, 治疗期间应以调理膀胱气机和补肾固涩为主^[7]。在对患者进行护理期间, 认为耳与肾脏间存在密切联系, 因此, 采用耳穴埋豆方式, 可有效调节患者中枢神经反应, 帮助患者恢复膀胱括约肌控制能力与排尿能力。此外, 为更好地调节患者肝、肾、脾等脏腑气机, 实现补气固本, 需要使用针灸等中医干预措施, 以此消除患者尿失禁症状, 改善其生活质量。在具体护理期间, 联合使用两种护理方式, 既可弥补单独使用中医或西医时存在的局限, 又可提升整体护理效果, 促使患者快速康复^[8]。

本次对尿失禁患者护理研究结果显示, 护理前组间尿失禁评分、I-QOL 评分差异不明显 ($P > 0.05$), 护理后评分均明显优于护理前, 两组相比, 观察组各项指标评分明显更优, 组间差异存在统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组膀胱痉挛发生率低于对照组, 且观察组膀胱痉挛持续时间和尿失禁持续时间均明显短于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者痉挛、尿路感染和继发性出血并发症发生率 (2.94%) 低于对照组 (20.59%), 差异存在统计学意义 ($P < 0.05$), 且而观察组护理满意率 (94.12%) 高于对照组 (76.47%), 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。此次护理研究结果表明, 将常规护理方式应用于前列腺癌根治术后尿失禁患者干预中, 借助各种措施能够满足患者基本护理需求, 但在患者尿失禁改善方面作用效果有限, 且在并发症控制方面作用效果较差, 患者对该护理方式认可度不足。与之相比, 结合患者需求, 采用中西医结合方式进行护理干预, 既可提升对患者尿失禁改善情况, 缓解患者膀胱痉挛, 缩短尿失禁持续时间, 又可提升对患者术后并发症预防以及控制效果, 能够提升患者对该护理方式满意程度。

综上所述, 在对经尿道前列腺电切术后尿失禁患者护理中, 相比于常规护理方式, 在此基础上实施中西医结合护理, 可改善患者尿失禁以及膀胱痉挛状况, 降低并发症发生风险, 提升手术治疗安全性, 患者对中西医结合护理方式满意程度更高。

参考文献:

[1]王燕,刘凡,贾华.前列腺癌根治患者术后尿失禁自我管理措施的研究进展[J].护士进修杂志,2022,37(01): 56-59.

[2]王丽会,等.经尿道前列腺电切术患者接受综合护理干预对患者心理状态和尿失禁发生情况观察[J].黑龙江中医药,2021,50(05): 383-384.

[3]袁蔚聪.前列腺癌根治术后尿失禁患者行盆底肌综合康复护理联合膀胱训练的效果观察[J].中国实用医药,2021,16(27): 199-201.

[4]许嘉维,谢双怡,蒋玉梅,等.前列腺癌根治术后尿失禁患者康复管理APP 内容框架的构建[J].中华现代护理杂志,2022,28(06): 776-781.

[5]曾月芝.微视频盆底肌训练教学在经尿道前列腺电切术后尿失禁康复护理中的应用[J].中外医学研究,2022,20(06): 87-90.

[6]宋振芳.盆底肌训练联合综合护理干预对前列腺电切术后暂时性尿失禁患者康复的影响[J].国际护理学杂志,2022,41(03): 525-528.

[7]彭小梅.经尿道前列腺电切术后尿失禁的中西医结合护理效果[J].中外医学研究,2020,18(07): 120-122.

[8]刘君英,陈丹.中西医结合护理干预在尿失禁患者中的应用效果[J].当代护士(下旬刊),2020,27(05): 69-71.

内镜辅助下甲状腺手术与传统甲状腺手术在山区医院的临床应用与分析

禔建锋 陈永辉 黄雯娟 兰杰威 黄志科

广东省连州市人民医院耳鼻咽喉头颈外科 广东连州市 513400

摘要:目的 研究分析内镜辅助下甲状腺肿手术在山区医院的价值和可行性,对比传统甲状腺手术的优势和创新性。方法 对我院 2015 年 11 月~2022 年 5 月收治 45 例胸骨上窝、锁骨上窝、胸旁锁骨下小切口内镜辅助下甲状腺手术(内镜手术组)与 45 例传统开放甲状腺手术(传统手术组)患者临床资料进行分析、对比,评估患者手术效果、住院日、费用、术后、预后情况及满意度。结果 内镜手术组的手术出血量少、损伤小、术后引流少、疤痕小美观度、满意度均优于传统手术组,差异具有统计学意义($P<0.05$);内镜手术组平均手术时间略高于传统手术组的时间,对比差异无统计学意义($P>0.05$);内镜手术组平均住院日对比传统手术组的平均住院日缩短,对比差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论 内镜手术组切口小,损伤小;术后疼痛轻,恢复快,缩短住院日;术后疤痕较传统术式美观,患者术后满意度高,让山区的患者可以享受到新技术带来的益处,临床应用和推广价值较高。

关键词: 内镜甲状腺手术;传统甲状腺手术;小切口、山区医院

甲状腺疾病是一种头颈外科常见,疾病不仅可单发,同时还可多发,且临床上以多发性结节较为常见,其病情伴随着单发性结节患者更为严重。当前临床针对上述患者治疗上,多采取手术干预。随着内镜技术的不断提高和手术器械升级,甲状腺微创手术在大城市逐渐开展并越来越普遍^[1],但其是否能达到传统开放性手术的根治效果仍存在争议^[2]。然而,在山区医院,甲状腺疾病患者多采取传统开放治疗,但开放性手术创伤性较大,治疗期间易损伤喉返神经引起声嘶,甚至会甲状旁腺引发低钙血症等并发症,影响患者生活质量。颈前低位弧形切口的传统术式下,患者术后颈部手术瘢痕明显,严重影响术后美观,术后会给患者造成一定的心理压力。随着我国经济的发展和人们对生活的追求,内镜甲状腺微创手术的发展趋势,优点为创伤小、术中出血量少及术后恢复快等特点,且术后瘢痕小,对患者美观度影响较小,可满足患者审美要求,易于患者接受^[3]。回顾自 2015 年 11 月至 2022 年 5 月我院开展的 45 例胸骨上窝、锁骨上窝、胸旁锁骨下小切口内镜辅助下甲状腺部分切除术,效果良好,患者满意,报告如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 45 例内镜辅助下甲状腺部分切除术病例为内镜手术组,纳入标准:①纳入对象符合结节性甲状腺肿、甲状腺腺瘤或甲状腺囊腺瘤的诊断标准;②患者均为第 1 次接受手术治疗;③患者性别不限,年龄 >20 岁;④患者意识清醒,精神正常并配合研究开展;⑤患者自身甲状腺功能均正常;⑥非恶性肿瘤,非多发性双侧结节性甲状腺肿,肿瘤小于 4cm。排除标准:①合并严重心脑血管疾病者,存在严重肝肾功能不全者,合并凝血功能障碍者;②合并精神疾病及意识障碍无法配合研究者。男性 5 例,女性 40 例,年龄在 22~68 岁,平均年龄 42 岁。在近 3 年中在我科 80 例传统手术中抽取 45 例为传统手术组,男性 8 例,女性 37 例,年龄在 26~66 岁,平均年龄 45 岁。2 组资料相比无差异($P>0.05$)。

1.2.1 方法:内镜手术组:采取胸骨上窝小切口(5 例)和锁骨上窝、胸旁锁骨下切口(40 例)入路,患者气管内插管全麻,采用轻微伸展颈部或自然的仰卧位,选取切口,无注气,切开皮肤、皮下分离,悬吊牵起皮瓣,建立手术隧道空间,0 度内镜视野下纵行切开带状肌达甲状腺被膜;分离胸锁乳突肌前缘或切开带状肌可显露出甲状腺;在甲状腺上找出甲状腺病灶,在甲状腺被膜下用超声刀切除出病灶,同时注意向下推开甲状腺下动脉及喉返神经,完整切除肿物及少部分甲状腺腺体,检查无肿物残留,无出血,用 3-0 可吸收缝线缝合残余甲状腺,放置胶片或引流管引流;逐层缝合切开的带状肌、皮下组织,用 1 号丝线皮内缝合皮肤。

1.2.2 方法:传统手术组:颈前低位弧形切口,切开皮肤、皮下组织、分离皮瓣、缝吊皮瓣显露术野,切开颈白线,分离带状肌,甲状腺拉钩牵开肌群,显露甲状腺,分离出甲状腺血管,超声刀止血或结扎血管止血,再用超声刀切除术部分甲状腺及肿物,缝合残余甲状腺,放置胶片或引流管引流;逐层缝合至皮肤。

1.3 观察指标

①对比手术指标:手术时间、手术出血量、术后引流量、住院日、并发症、疼痛评分(术后 3 天利用 VAS 疼痛视觉模拟量表,0~10 分,分数越高疼痛越重)。②对比术后满意度(利用 VAS 模拟量表,0~10 分,分数越高满意度越好)、切口美观度、住院费用。

1.4 统计学方法

数据利用 SPSS23.0 数据分析软件进行统计,t 对(χ^2 ±s)计量数据实施验证,x2 对计数数据实施验证,统计学意义以 $P<0.05$ 为差异标准。

2. 结果

2.1 两组一般资料相比

两组性别、年龄、肿物位置对比无差异($P>0.05$),肿物性质、肿物大小对比差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组一般资料相比

组别	例数	性别		平均年龄(岁)	肿物位置			肿物性质		肿物大小(cm)	
		男	女		峡部	左侧	右侧	单发	多发	<4	>4
内镜手术组	45	5	40	42.32±1.24	4	23	18	45	0	45	0
传统手术组	45	8	37	46.32±15.36	1	29	25	17	28	5	42
χ^2 值/t 值		0.809		1.741		2.658		40.645		73.991	
P 值				0.085		0.265		0.001		0.001	

注:肿物有多发、单发,故传统手术组中左、右侧例数据超 45。

2.2 两组围术期相关指标

两组手术平均时间对比无差异($P>0.05$),内镜手术组平均住院日短于传统手术组,且术中平均出血量、术后平均引流量均少于传统手术组,差异显著($P<0.05$),见表 2

表 2 两组围术期相关指标对比

组别	例数	手术平均	术中平均	术后平均	平均住院
----	----	------	------	------	------

		时间 (min)	出血量 (ml)	引流量 (ml)	日(d)
内镜手术组	45	80.6±35.3	8.2±5.2	5.4±2.3	5.5±1.5
传统手术组	45	76.7±30.8	30.3±20.6	18.8±6.6	6.5±1.5
t 值		0.558	6.978	12.861	3.162

p 值	0.578	0.001	0.001	0.002
2.3 两组并发症发生率对比				
两组并发症发生率对比无差异 ($P>0.05$), 见表 3				

表 3 对比两组切口长度与并发症发生率

组别	例数	短暂喉返神经	术后大出血	术后呼吸困难	术后感染
内镜手术组	45	1	0	0	0
传统手术	45	1	0	0	0

表 4 对比切口长度、术后疼痛、住院非同、术后满意度对比

组别	例数	切口长度 (cm)	术后疼痛	住院费用 (元)		术后满意度
				住院总费用	医保报销后自付	
内镜手术组	45	2.8±0.8	2.15 ±0.85	6800±1200	3200±380	8.20±0.85
传统手术组	45	5.7±1.6	4.85 ±1.20	7000 ±1300	3300 ±400	7.65±1.25
t 值		10.875	12.317	0.758	1.216	2.441
p 值		0.001	0.001	0.450	0.227	0.017

3. 讨论

近些年来, 甲状腺结节整体发病率趋于上升趋势, 当前治疗中, 手术切除作为传统术式, 而传统开放性甲状腺手术实施过程中, 因颈部留有瘢痕促使患者, 特别是女性患者接受困难, 由于离断颈阔肌及打开颈白线会导致患者出现颈部皮肤感觉异常及吞咽不适等症[4-5]。近些年来甲状腺术式中, 微创术式具有“微创”及“美容”特点, 并受到广大患者青睐, 并在甲状腺疾病手术治疗中占据着重要地位[6]。当前国内微创甲状腺手术术式中包括改良 Miccoli 手术、充 CO2 经腋乳入路、经腋乳入路、无充气经腋窝入路等。

相比较传统开放手术及改良 Miccoli 手术相比较, 无充气经锁骨下入路腔镜甲状腺手术最大优势为颈部无明显瘢痕, 美容效果良好[7]。且手术过程中, 各个组织结构在内镜下清晰可见, 能避免对组织损伤并减少并发症发生。经腔镜放大作用下, 双侧喉返神经显得“又白又亮”, 极易辨认, 最大程度切除病变组织同时并保护正常组织。经锁骨下入路在带状肌深面游离, 未损伤颈阔肌, 并保留颈阔肌深面筋膜及间隙内纤维脂肪组织, 避免术后颈部皮肤感觉异常。且无充气锁骨下入路下, 借助专用甲状腺拉钩悬吊, 无需持续冲入 CO2 气体并维持手术操作空间[8]。经锁骨下入路实施下, 最大优势在于可完整切除双侧甲状腺叶, 并行中央区淋巴结清扫(在略扩大切口的前题下操作, 我科有待下一步开展), 避免无充气经腋窝入路难以完整切除对侧腺叶的弊端。

无论是从治疗安全性及操作角度上得出, 传统开放性甲状腺切除术临床应用上有一定限制及不足之处, 临床需继续开展更为合理有效方式开展治疗。伴随着临床微创理念不断深入, 内镜被广泛应用于外科手术治疗中, 因内镜微创手术具有多方面优点并被患者所接受, 促使该术式被广泛用于临床之中, 并得到推广及应用。内镜下甲状腺结节切除手术在临床得到一定推广及应用, 内镜辅助甲状腺结节切除手术应用范围更为广泛。至今, 甲状腺微创手术在我国一线或二线城市早已普遍开展, 然而在山区基层医院并没得到很好的开展与应用, 首先来自医院硬件设备的限制, 其次来自手术者自身技术的要求。在我院及科室条件满足下, 开展小切口内镜辅助下甲状腺部分切除术对连阳地区的老百姓带来福音。该术式与传统术式对比, 具体以下优点: 1、微创: 切口小, 损伤小; 2、简单: 不充气, 操作与传统相近; 3、相对美观: 内镜手术下, 无需切开患者颈部, 仅在胸壁、口腔或腋窝等适合部位进行小切口, 利于手术操作, 切口较小且隐蔽性较高, 进一步避免术后所致瘢痕形成, 且整体美观程度偏高, 更符合患者对整体美观度要求[9]。本文研究中, 疤痕明显缩小, 且切口在锁骨下, 位置相对隐蔽, 更符合当代人的追求; 4、内镜下手术实施下, 可有效减少对患者颈部皮肤神经创伤, 以达到患者自身不适感, 并促进患者术后颈部活动恢复效果, 对缩短患者住院时间具有重要帮助。内镜术式下, 患者术后疼痛轻, 恢复快, 缩短住院日。5、内镜下具有放大作用, 通过有效放大图像, 利于操作者更为清晰观察患者机体组织结构, 尤其是对细小的神经血管均可放大观察, 以提升手术操作精准度, 减少对周围组织及神经损伤, 以达到减轻患者术后疼痛感及并发症发生目的。经内镜术式干预下, 手术视野清晰, 内镜下对血管神经辨认更加清楚, 减少术中误伤的机率,

组	
χ^2 值	0.000
P 值	1.000

2.4 两组切口长度、术后疼痛、住院非同、术后满意度对比

内镜手术组切口长度短于传统手术组, 术后疼痛评分低于传统手术组, 术后满意度评分高于传统手术组 ($P<0.05$), 两组住院费用相比无差异 ($P>0.05$), 见表 4。

更好的减少并发症的发生, 手术安全性高[10]。术中注意控制出血, 对超声刀使用时所产生的烟雾需及时吸除, 保持术野清晰。不足之处: 对山区人民群众来说费用相对较贵(8000 元左右/例, 医保报销后自付不足 4000 元), 其次, 颈前和胸旁锁骨下仍留小疤痕。

本文自 2015 年 11 月~2021 年 8 月收入 30 例小切口内镜辅助下甲状腺部分切除术患者一般资料进行分析, 所有患者手术均获得成功, 无 1 例中转开放手术, 无 1 例复发, 无 1 例损伤甲状旁腺, 无 1 例直接损伤喉返神经, 有 1 例间接损伤喉返神经(1 个月复查无嘶哑、无声音嘶哑)。切口在 2.0~3.0cm, 出血量一般在 3~20ml, 平均每例出血约 10ml; 手术时间在 45~100 分钟, 平均约 60 分钟; 无中转开放手术, 无并发症, 术后 3~5 天出院, 平均住院日 4 天, 术后患者均满意。对其结果分析得出, 无充气经锁骨下入路腔镜甲状腺腺叶切除术为一项安全、可行的术式, 临床应用下, 整体安全性偏高。伴随着后续腔镜技术提高及发展, 内镜手术适应症应用范围能逐步扩大。

综上所述, 内镜辅助下甲状腺部分切除术切口小, 损伤小; 术后疼痛轻, 恢复快, 缩短住院日; 术后疤痕较传统术式美观, 患者术后满意度高(表 2、表 4), 让山区基层的患者可以享受到新技术带来的益处。

参考文献:

[1]俞黎,胡原,包哲婷,等. 全乳晕径路内镜术式与开放甲状腺手术术后综合征比较的回顾性队列研究[J]. 中华内分泌外科杂志,2021,15(4): 382-386.

[2]于颖娟. 甲状腺瘤的诊断与治疗进展[J]. 中国现代医生,2021,50(18): 18-19

[3]那朝阳,于铭,闫长红,等. 腔镜辅助甲状腺切除治疗甲状腺结节的临床效果[J]. 中国临床保健杂志,2021,24(3): 361-364.

[3]吴安健,金露佳,吴安芹,等. 经腋乳入路与胸乳入路行腔镜甲状腺切除术的比较研究[J]. 腹腔镜外科杂志,2021,26(9): 647-650.

[4]李思佳,张亚坤,罗倩文,等. 经胸乳入路腔镜甲状腺微小乳头状癌切除术与传统开放手术的对比研究[J]. 腹腔镜外科杂志,2021,26(4): 241-245,260.

[5]任梅,陈洁,马成权. 小切口腔镜甲状腺切除术治疗分化型甲状腺瘤的效果及对免疫抑制和肿瘤指标的影响[J]. 中国医师进修杂志,2021,44(10): 882-885.

[6]杨志勇,刘悦,胡碧玲,等. 小空间腔镜切除术在良性甲状腺结节治疗中的应用[J]. 海南医学,2021,32(13): 1665-1668.

[7]万福强,彭丽,安玉胜,等. 腔镜手术治疗甲状腺癌伴或不伴桥本甲状腺炎 36 例对照分析[J]. 腹腔镜外科杂志,2021,26(10): 735-738.

[8]周建平,徐飞,梁文丰,等. 腔镜下经口腔前庭与全乳晕入路甲状腺手术的倾向得分匹配分析[J]. 中国内镜杂志,2021,27(5): 34-39.

[9]孙科,叶亮,周勇,等. 经口腔前庭入路腔镜甲状腺腺叶联合中央区淋巴结整块切除的临床研究[J]. 腹腔镜外科杂志,2020,25(5): 333-337.

[10]余富杰,赵大成,徐琰. 经口腔前庭腔镜甲状腺切除术与传统开放性手术的比较[J]. 中国内镜杂志,2020,26(4): 60-66.

奥氮平在精神科疾病治疗过程中的疗效观察

阿依丁·海拉提

塔城地区人民医院 精神心理科 新疆塔城 834700

摘要：目的：探讨奥氮平在精神科疾病治疗过程中的疗效。方法：选取 2021 年 3 月~2022 年 3 月期间我院收治的 40 例精神科疾病患者，随机将其分为 2 组，给予对照组常规治疗，研究组在此基础上加以奥氮平治疗，观察两组临床疗效、治疗前后精神状况、生活质量以及不良反应发生率。结果：总有效率：研究组更高（ $P<0.05$ ）；MMSE 评分、WHOQOL-100 评分：治疗前无差异（ $P>0.05$ ），治疗后研究组均更高（ $P<0.05$ ）；不良反应发生率：两组无差异（ $P>0.05$ ）。结论：精神科疾病治疗过程中应用奥氮平具有重要意义，可进一步提升临床疗效，并可有效改善患者精神状况和生活质量，同时不良反应少，安全性高。

关键词：精神科疾病；奥氮平；常规治疗；临床疗效；精神状况；生活质量；不良反应

精神疾病是临床上常见的一大类疾病，发病率较高，近年来，随着社会压力的增大和生活环境的改变，该类疾病发生率也随之呈不断增长趋势^[1]。不同疾病类型临床表现各不相同，多数患者存在不同程度的精神障碍，包括认知、思维、行为、情感等方面障碍，且情绪波动较大，多数存在烦躁、焦虑、悲观、易怒、抑郁等不良情绪，这类疾病可导致患者社会功能受损，如生活自理能力、工作学习能力、人际沟通和交往能力等，严重降低了患者的生活质量，故需采取积极治疗，及早治疗可有效减轻疾病对患者造成的不良影响^[2-3]。药物治疗是现临床上治疗该类疾病的常用方法，多依靠非典型抗精神药物，其中以奥氮平最为典型，该药被广泛应用于精神分裂症、躁狂发作、认知损害以及预防双相情感障碍的复发治疗中，该药不仅疗效显著，同时不良反应少，安全性高^[4]。本研究即探讨了奥氮平在精神科疾病治疗过程中的疗效，如下。

1 对象和方法

1.1 对象

选取 2021 年 3 月~2022 年 3 月期间我院收治的 40 例精神科疾病患者，随机将其分为 2 组，分别为对照组（20 例，男性 11 例，女性 9 例，年龄 18~55 岁，平均 36.58±8.24 岁，病程 0~10 年，平均 5.12±2.65 年，精神分裂症 14 例，躁狂发作 2 例、其他 4 例）和研究组（20 例，男性 10 例，女性 10 例，年龄 18~54 岁，平均 36.25±8.71 岁，病程 0~11 年，平均 5.96±2.17 年，精神分裂症 13 例，躁狂发作 1 例、其他 6 例）。纳入标准：①所有患者的疾病均经临床确诊；②无其他脏器疾病；③临床资料齐全；④同意参与研究。排除标准：①合并恶性肿瘤者；②合并严重心脑血管疾病；③脏器功能衰竭；④对此次研究使用的药物过敏者；⑤治疗依从性极差。两组一般资料无差异（ $P>0.05$ ），可对比。

1.2 方法

给予对照组常规治疗，如精神分裂症患者予以利培酮口服，初始剂量每次 1mg，第二天增加剂量至每次 2mg，第三天增加剂量至每次 3mg，均 2 次/d，此后可维持 3mg/次药量不变或根据患者具体情况调整剂量，日最大剂量不超过 10mg，该药国药准字 H20061071，生产厂家为福安药业集团宁波天衡制药有限公司；躁狂发作患者给予碳酸锂、抗癫痫药、喹硫平等治疗，其他患者根据患者具体情况给予针对性治疗。研究组在此基础上加以奥氮平口服，精神分裂症患者起始剂量 10mg/d，1 次/d；躁狂发作患者单独用药时起始剂量 15mg/d，合并治疗时 10mg/d；预防双相情感障碍起始剂量 10mg/d；整个治疗过程中根据患者具体情况调整药量，该药国药准字为 H20153242，生产厂家为无锡积大制药有限公司。两组均治疗 8 周。对两组患者进行健康教育，向其讲解坚持服药的重要性，嘱患者严格遵医嘱用药，不自行增减药量或停药，对于服药依从性较差者，嘱家属敦促患

者服药。

1.3 观察指标

观察两组临床疗效、治疗前后精神状况、生活质量以及不良反应发生率。临床疗效评价标准^[5]：治疗结束后，患者临床症状基本消失或明显改善，病情得到良好控制为显效；临床症状改善，病情缓解为有效；未满足以上标准为无效，计算两组总有效率。采用简易精神状态评价量表（MMSE 量表）评价精神状况，得分与精神状况呈正比。采用世界卫生组织生活质量测定量表 100（WHOQOL-100）评价生活质量，得分呈正比。常见不良反应有嗜睡、失眠、口干等。

1.4 统计学分析

使用 SPSS22.0 统计学软件分析数据，采用 χ^2 检验和 t 检验， $P<0.05$ 为数据有统计学差异。

2 结果

2.1 两组临床疗效对比

总有效率：研究组更高（ $P<0.05$ ）。详见表 1：

表 1 两组临床疗效比较[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率 (%)
对照组	20	8 (40.00%)	6 (30.00%)	6 (30.00%)	14/20 (70.00%)
研究组	20	14(70.00%)	5 (25.00%)	1 (5.00%)	19/20 (95.00%)
χ^2	-	3.636	0.125	4.329	4.329
P	-	0.057	0.723	0.037	0.037

2.2 两组治疗前后精神状况、生活质量对比

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

表 2 两组治疗前后精神状况、生活质量对比（ $\bar{x} \pm s$ ）（分）

组别	例数	MMSE 评分		WHOQOL-100 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	20	25.29±3.14	26.87±2.23	72.14±6.01	75.71±7.02
研究组	20	24.91±3.42	28.06±1.14	72.39±5.74	81.25±7.54
t	-	0.366	2.125	0.135	2.405
P	-	0.716	0.040	0.894	0.021

2.3 两组不良反应发生率对比

不良反应发生率：两组无差异（ $P>0.05$ ）。详见表 3：

表 3 两组不良反应发生率对比[n(%)]

组别	例数	嗜睡	失眠	口干	合计 (%)
对照组	20	1 (5.00%)	0 (0.00%)	1 (5.00%)	2/20(10.00%)
研究组	20	1 (5.00%)	1 (5.00%)	1 (5.00%)	3/20(15.00%)
χ^2	-	0.000	1.026	0.000	0.229
P	-	1.000	0.311	1.000	0.633

3 讨论

精神科是临床上常见的一个科室，一般收治精神疾病患者，精神疾病是指在各种生物、心理、社会环境等因素影响下，大脑功能活动发生紊乱和失调，导致患者思维、感知觉、情感、认知、意志和行为等精神活动发生不同程度障碍的一类疾病^[6-7]。精神疾病常见类型有精神分裂症、抑郁症、躁狂症、自闭症、强迫症、双相情感障碍等，该类疾病发病率较高，据相关数据统计，我国精神疾病总负担居世界第一位，我国各类精神疾病的终生患病率约为 1.53%~27.52%，且有逐渐增长趋势^[8]。精神疾病是一类复杂的疾病，绝大多数类型发病机制和病因不明，现临床上认为该类疾病的发生与遗传因素、脑部结构、神经发育异常、感染因素、内脏器官疾病、社会环境因素、心理因素等有着极为密切的关系，认为该类疾病是生物-心理-社会交互作用的结果^[9]。该类疾病以感知觉、思维、情感、意志、动作、行为、注意力、记忆、意识、智能等障碍为主要临床表现，该类疾病对患者日常生活和社会功能造成了严重不良影响，并增加了患者家庭、社会的心理和经济负担，同时若病情长期进展，部分患者可出现精神衰退和残废，故需采取及早治疗^[10]。

现临床上治疗该病的方法较多，主要有药物治疗、心理治疗、物理治疗和康复治疗等，其中药物治疗是改善患者精神障碍、控制患者精神病性症状、改善和矫正病理思维、心境和行为的基本和主要措施，常用较多较多，主要有抗精神病药、抗抑郁药、心境稳定剂、抗焦虑药、认知改善药等，不同药物适应症、作用机制、疗效和不良反应各不相同^[11]。奥氮平是非典型抗精神病药中常见的一种，属于新型非典型神经安定药，该药的性与氯氮平相似，可与多巴胺受体、5-HT 受体、胆碱能受体等进行有效结合，进而发挥良好的拮抗作用，该药拮抗 D2 受体可促使患者阳性症状得到有效改善，拮抗 5-HT_{2A} 受体可促使患者阴性症状得到有效改善，同时该药对患者脑边缘系统的作用显著，可促使患者体内去甲肾上腺素水平和多巴胺水平有效提升，对焦虑、抑郁等均具有良好的抑制作用，并可有效改善患者记忆力、注意力等^[12]。除此之外，该药具有见效快、不良反应少的优点。现代药理学研究发现，该药和 D2 受体结合力中等且松散，这种情况更利于疾病的治疗，较少出现症状的反跳^[13]。多项 Meta 分析结果显示，奥氮平的药理作用优于传统抗精神病药，不仅体现在阴性、认知、情感症状方面，而且对阳性症状的疗效也略胜一筹^[14]。奥氮平可迅速控制急性期兴奋激越和阳性增长，起始剂量即有效剂量，剂量一步到位，药效更迅速、更安全，并可有效改善患者阴性症状、抑郁症状和认知功能，降低疾病复发率，同时可有效改善患者生活质量，促使其早期回归社会，除此之外，该药锥体外症候群（EPS）和催乳素升高更少，无明显迟发性运动障碍（TD），心脏安全性高，安全性较高^[15]。

本研究结果显示，总有效率：研究组为 95.00%，对照组为 70.00%，前一组更高（ $P<0.05$ ），可见在常规治疗基础上加以奥氮平治疗可促使临

床效果得到进一步提升。MMSE 评分、WHOQOL-100 评分：治疗前无差异（ $P>0.05$ ），治疗后研究组均更高（ $P<0.05$ ），可见在常规治疗基础上加以奥氮平治疗对患者精神状况和生活质量的改善更为明显，这主要与奥氮平疗效显著有关。不良反应发生率：研究组为 15.00%，对照组为 10.00%，两组无差异（ $P>0.05$ ），可见在常规治疗基础上加以奥氮平治疗并不会增加药物不良反应，联合用药仍具有较高的安全性。

综上所述，精神科疾病治疗过程中应用奥氮平具有重要意义，可进一步提升临床疗效，并可有效改善患者精神状况和生活质量，同时不良反应少，安全性高，值得推广。

参考文献：

- [1]胡召凯，刘志东. 奥氮平在精神病患者治疗中的效果观察[J]. 医学信息, 2017, 30(5): 2.
- [2]Ballerini A C, Giovannini L, Donda P. Evaluation of the efficacy of 20mg olanzapine in the treatment of acute psychosis in an emergency psychiatric department[J]. 2003,60(1): 272.
- [3]常俊华，孙国朝. 牛黄宁官片联合齐拉西酮与奥氮平在精神分裂症治疗中的疗效观察[J]. 药物评价研究, 2019, 42(01): 142-145.
- [4]黄宁涛，王明科. 普拉克索联合奥氮平治疗帕金森伴精神障碍性疾病的临床应用效果观察[J]. 中国执业药师, 2019, 016(010): 95-97.
- [5]龙珊珊，雷秀萍，余寒，等. 齐拉西酮与奥氮平在精神分裂症患者中的疗效对比观察及糖脂代谢安全性研究[J]. 国际精神病学杂志, 2017, 044(006): 984-986,994.
- [6]薛文达. 奥氮平治疗难治性精神分裂症患者的效果及药理研究[J]. 中国医药指南, 2019, 17(30): 2.
- [7]黄宁涛，王明科. 普拉克索联合奥氮平治疗帕金森伴精神障碍性疾病的临床应用效果观察[J]. 中国合理用药探索, 2019, 000(10): 3.
- [8]贾晓妮，高艺，陈建波，等. 奥氮平治疗精神分裂症的临床疗效及影响因素分析[J]. 安徽医药, 2021, 25(11): 4.
- [9]Luan S, Wan H, Wang S, et al. Efficacy and safety of olanzapine/fluoxetine combination in the treatment of treatment-resistant depression: a meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 2017, 000 (13): 609-620.
- [10]刘传芝，LIU, Chuan-zhi, 等. 奥氮平治疗精神病患者的临床疗效及对 PANSS 评分的影响[J]. 淮海医药, 2018, 36(1): 3.
- [11]周海平，陈立勇，张颖，等. 盐酸齐拉西酮联合奥氮平在难治性精神分裂症中的疗效及对生存质量的影响[J]. 中国医学创新, 2020, 17(18): 4.
- [12]Zhuang T, Zhang W, Cao L, et al. Isolation, identification and characterization of two novel process-related impurities in olanzapine[J]. Journal of Pharmaceutical & Biomedical Analysis, 2018, 00 (152): 188-196.
- [13]丁朝荣，张弟付. 利培酮和奥氮平治疗难治性精神分裂症的疗效及对患者 PANSS 评分的影响[J]. 心理医生, 2018, 024(022): 18-20.
- [14]田小维. 阿立哌唑与奥氮平治疗精神分裂症的效果观察及对患者认知功能影响分析[J]. 吉林医学, 2020, 41(9): 2.
- [15]王婷婷，高兰，崔付新，等. 艾司西酞普兰联合奥氮平治疗难治性抑郁的临床疗效研究[J]. 泰山医学院学报, 2019, 40(12): 917-919.

碱性清洗剂对消毒供应室医疗器械的清洗效果研究

蔡旭丽

广东省惠州市中心人民医院 供应室 516000

摘要：目的：探析在对消毒供应室中医疗器械进行清洗时选用碱性清洗剂的效果。方法：本研究对象为我院消毒供应室医疗器械，均选在 2021 年 9 月-2022 年 6 月间同质污染的手术使用后医疗器械，将筛选后纳入小组 60 件，经随机数字表法分组，将 30 例纳入对照组，在消毒供应室医疗器械清洗期间选用多酶清洗剂；将 30 例纳入观察组，在清洗期间选用碱性清洗剂。检测两种清洗剂的清洗质量，并由科室专业人员对两种清洗剂进行评分，以此对比分析两种清洗剂整体效果。结果：在两种清洗剂清洗质量检测后得出，观察组器械清洗优良率较对照组高，且组间对比差异明显（ $P<0.05$ ）。在两种清洗剂评分后得出，观察组清洗安全性、实用性，以及经济性评分较对照组高，且组间对比差异明显（ $P<0.05$ ）。结论：在对消毒供应室中医疗器械进行清洗的过程中，选用碱性清洗剂可提高清洗质量，且碱性清洗剂经济实惠，安全性高。

关键词：碱性清洗剂；消毒供应室；医疗器械；清洗效果；清洗优良率

消毒供应室是各医疗机构的重要构成部分，其主要负责院内医疗器械的清洗，其内部管理也是医院感染管理的重中之重，医疗器械清洗效果的高低与医疗所提供医疗结构有一定联系，同时也关乎患者的生命安全^[1]。基于此，做好医疗器械的清洗工作就显得格外重要，也应该受到消毒供应室相关工作人员的重视。而在进行医疗器械清洗的过程中，清洗剂的选择与器械清洗质量有着不可分割的联系，是影响器械清洗是否合格的关键因素之一^[2]。多酶清洗剂是消毒供应室用以清洗医疗器械较为常用的一种清洗剂，虽然能够在一定程度上达到器械清洗要求，但随着现代医疗器械的不断更新换代，以及诊治技术的提升，器械清洗要求也在随之提高，该种清洗剂的清洗缺陷逐渐显露出来，使得消毒供应室的清洗效果降低，难以满足临床需求^[3]。因此也就需要选取一种更加高效地器械清洗剂。经不断试验探究发现，碱性清洗剂在医疗器械清洗过程中可发挥较大作用，使得整体清洗质量提升^[4]。特此，为进一步验证碱性清洗剂在消毒供应室医疗器械清洗中的作用，本研究选取 60 件我院 2021 年 9 月-2022 年 6 月间同质污染的手术使用后医疗器械，随机分组后展开对比分析，并经以下报告呈现。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究对象为我院消毒供应室医疗器械，均选在 2021 年 9 月-2022 年 6 月间同质污染的手术使用后医疗器械，将筛选后纳入小组 60 件，经随机数字表法分组，将 30 例纳入对照组，在消毒供应室医疗器械清洗期间选用多酶清洗剂；将 30 例纳入观察组，在清洗期间选用碱性清洗剂。为确保公平公正性，两个小组中医疗器械均为同质污染手术使用后复用器械，且为同一品牌缝合包，内部器械有无/有齿镊、止血钳、持针器，以及线剪、组织剪等，组间基础信息对比结果显示无差异（ $P>0.05$ ）。研究符合伦理原则，已获批。研究期间医疗器械清洗人员一致，手法相同，所遵守规章制度相同。

1.2 方法

对于对照组中的器械，在进行清洗时，工作人员所用清洗剂为多酶清洗剂。在实际操作时，需要先将医疗器械放置到流动水下进行冲洗，在此期间需要将医疗器械的器件轴节打开，冲洗要谨慎，避免损坏或丢失细小部件。冲洗结束后，将医疗器械全部浸泡搭配多酶清洗剂中，清洗剂需要提前按照 1: 200 的比例稀释好，水温控制在 55℃ 以下，确保医疗器械已经完全浸泡在其中。大概浸泡 2-5min 之后，可对医疗器械进行刷洗；在洗涤之后需要经流动水进行再次冲洗。完成上述操作之后，再用纯化水进行最后一次冲洗即可。

对于观察组中的器械，在进行清洗时，工作人员所用清洗剂为碱性清洗剂。在实际操作时，同样需要先将医疗器械放置到流动水下进行冲洗，然后将医疗器械的器件轴节打开，冲洗时要避免将细小部件冲洗坏，或者将其冲丢。完成冲洗之后，将上述医疗器械全部浸泡在碱性清洗剂中，清洗剂需要提前按照 1: 1000 的比例稀释好，一定要全部浸没在清洗剂中。在浸泡 2-5min 之后，即可进行刷洗处理，在洗涤之后需要经流动水进行

再次冲洗。完成上述操作之后，再用纯化水进行最后一次冲洗即可。

注意一点，在进行刷洗的过程中，要多次刷洗，并且要确保流动水、纯化水的水质均一致，试验中进行医疗器械的清洗人员也是同一批。

对于清洗之后的医疗器械，需要有专业人员对这些清洗后医疗器械进行检查，以此判断是否清洗合格。一般以目测和放大检测、残留血检测、蛋白质残留检测等为主。在进行目测和放大镜检测的时候，需要对清洗后医疗器械的表面和其关节，以及齿牙进行观察，查看是否光亮、清洁，还要查看是否有血渍、污渍、水垢等残留物质，或者是锈斑出现；在进行残留血检测的过程中，主要是使用特用试纸对清洗好的器械进行擦拭，期间重点擦拭部位是器械的齿槽、轴节、接口的咬合等部位，因为这些部位较为隐蔽，极易被忽视；擦拭后，需要在试纸背面的呈色窗中滴加 2 滴呈色液，等待 30s 后对试纸的变化情况进行查看，若查看发现试纸呈色窗的颜色变成紫色，则说明医疗器械残留血检测结果为阳性，即医疗器械清洗不合格；若未发生颜色变化，或者不是紫色，则说明医疗器械残留血检测结果为阴性，即医疗器械清洗合格。在进行蛋白质残留物检测的过程中，需要将所提供试剂滴加 4 滴到拭棒头上，也可以将其滴加在所检测的物品表面上，并对所检测医疗器械进行用力旋转，用拭棒擦拭，期间对齿状边缘和连接处这些难以接触到的位置要进行特别擦拭，拭棒要尽可能地进行反复涂抹，完成上述操作之后将拭棒柄用力压入到试管内，立即进行晃动，大概持续 5s，然后观察试管中的溶液将变成淡绿色，这时将整根试管放置到 37℃ 的加热容器，或者培养箱中，在 45min 之后使用标准比色卡进行对比，如果溶液的颜色是绿色，则表示对医疗器械的清洗为合格，如果呈现为其他颜色，比如灰色、浅紫色、深紫色，则表示对医疗器械的清洗不合格。

1.3 观察指标

（1）医疗器械清洗优良率：在进行清洗效果评估的过程中，需要使用 STF 医疗器械清洗效果监测卡对两个小组中进行清洗的器械进行检查，以及进行目视检查。如果经 STF 医疗器械清洗效果监测卡检查后发现无残留物，则视为“清洗合格”；目视观察主要是对器械上是否有其他可见残留物质，表面及关节、齿牙部位的光洁情况、是否有血渍等进行查看。具体优良的评估如下-如目视查看医疗器械表明较为光亮、清洁，未见血渍、污渍，或者水垢等物质残留，同时在 STF 卡检测后也没有检查出有其他不可见残留物，则视为“清洁优”；如目视查看，或者 STF 卡检测后，有最多 1 项没达到合格要求，则视为“清洁良”；如目视查看，或 STF 卡检测后，有超过 1 项没达到合格要求，则视为“清洁差”。对于优良率的获取方式，以组内清洗后评价为“优”和“良”的总数占比为准。

（2）由消毒供应室数名专业资深人士对两种清洁剂的使用情况、价格等进行综合考虑，并依据评估量表对清洁剂的安全性、实用性，以及经济性进行评分，各项指标分值在 0-10 分之间，对应项目越好则分值越高。所用量表为我院自制量表，经由 Cronbach's 检测所得 α 值为 0.92，即效度高，可用。

1.4 统计学方法

研究将 SPSS 25.0 作为统计学处理软件，并通过均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）、

百分率[n(%)]对计量(符合正态分布)、计数繁杂数据资料进行简化处理,经t值、 χ^2 值校对,仅P<0.05表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组清洗剂清洗优良率对比

在两种清洗剂清洗质量检测后得出,观察组清洗优良率较对照组高,且组间对比差异明显(P<0.05)。如表1。

表2 两组清洗剂清洗优良率对比[n(%)]

组别	例数	优	良	差	优良率
观察组	30	19 (63.33)	11 (36.67)	0 (0.00)	30 (100.00)
对照组	30	11 (36.67)	13 (43.33)	6 (20.00)	24 (80.00)
χ^2	-	6.667			
P	-	0.010			

2.2 两组清洗剂评分对比

在两种清洗剂评分后得出,观察组清洗安全性、实用性,以及经济性评分较对照组高,且组间对比差异明显(P<0.05)。如表2。

表3 两组清洗剂评分对比($\bar{X} \pm s$,分)

组别	例数	安全性	实用性	经济性
观察组	30	8.74±0.31	8.64±0.28	9.33±0.13
对照组	30	7.54±0.25	7.06±0.41	7.64±0.21
t	-	16.504	17.430	37.479
P	-	0.000	0.000	0.000

3 讨论

据相关调查结果显示,临床众多不良事件中,因医疗器械清洗不彻底所致不良事件出现的占比率相对较高,并且这些不良事件的类型不同,但多数是导致患者或医护人员出现医源性感染,严重者可能危及生命安全^[5]。消毒供应室作为医疗器械清洗的关键部门,其在控制和降低院内感染发生方面起到至关重要的作用。

以消毒供应室接收到的手术器械为例,其结构较为复杂,多沟槽、多纹路,清洗起来并不容易,极易导致一些隐蔽部位被忽视^[6]。同时,消毒供应室中回收到的医疗器械大多是复用器械,其上面会粘附血液、体液、脂肪,以及蛋白质等污渍,而这些污渍都是由有机物、无机物混合组成,清洗难度再度提升^[7]。其次,宫腔操作所用器械,因管腔狭窄、管径小,所以很容易直接被患者的血液、体液及分泌物侵染,而血液及有机物会在管腔内缝隙及狭窄部位沉积,可能已经有微生物大量繁殖,进而使得该类器械的污染风险增加,清洗更要格外注意,且要清洗彻底,但因未能得到及时清理,污染物已经干燥、凝固,使得清洗难度增加^[8]。最后,对于一些残存在器械表面的污染物,可能已经形成了一层坚固的生物膜,在长时间的医疗器械附着背景下,极易导致医疗器械被腐蚀,进而对医疗器械,尤其是精密器械产生损害,生锈老化,导致医疗器械的使用寿命缩短^[9]。除此以外,为避免对后续消毒灭菌产生影响,需要将医疗器械上面的污染物彻底清除掉,也就需要在消毒灭菌前对医疗器械进行彻底的清洁处理^[10]。

临床中在对医疗器械进行清洁的过程中,通常选用多酶清洗剂,该种清洗剂的组成有蛋白酶、淀粉酶等,清洗期间使用可将医疗器械表面的蛋白质、脂肪等有机物分解^[11]。但是,因为酶的活性在稀释后会随着时间的推移也降低,所以需要在进行清洗时,尤其是大规模、耗时长的清洗中,要每隔4h进行以此重新配置和更换^[12]。同时,该种清洗剂虽然对医疗器械表面残留物的清洗效果比较好,但是对于一些陈旧污渍、凝固污染物的清洗效果则并不理想。相对而言,在弱碱性环境下,使用碱性清洗剂获取的清洗效果更佳,其表面活性更为活跃,更利于脂肪、蛋白质的乳化、分散,使其清洗更彻底^[13]。同时,在该种清洗剂使用的过程中,对于器械表明附着物,也可能通过消毒器中的水流冲洗掉,而且该清洗剂的活性并不会随着时间的推移也降低,可长时间保持良好清洗效果^[14]。由此可见,相

对于多酶清洗剂,碱性清洗剂不仅能够大大降低对器械的损耗,而且人力、物力和财力也得到了节省。

本次研究就对常规多酶清洗剂和碱性清洗剂在同品质、同质污染的医疗器械清洗中的应用价值展开对比分析,结果呈现为:在两种清洗剂清洗质量检测后得出,观察组器械清洗优良率较对照组高,且组间对比差异明显(P<0.05)。在两种清洗剂评分后得出,观察组清洗安全性、实用性,以及经济性评分较对照组高,且组间对比差异明显(P<0.05)。

对于本次研究相关主题试验,临床中也有诸多学者曾展开,比如吴尘^[15]等学者就曾选取其所工作医院消毒供应中心收到的237件污染的医疗器械作为试验对象,在随机数字表法基础上完成小组划分,一组118件,用多酶清洗剂进行医疗器械的清洗,一组119件,用碱性清洗剂进行医疗器械的清洗,在清洗结束后对两种清洗剂清洗质量进行检测,前者118件中有102件合格,后者119件中有117件合格,可见碱性清洗剂的清洗合格率较多酶清洗剂高,且组间对比结果有差异(P<0.05)。同时,也由相关工作人员对两种清洗剂的认可情况进行了收集,主要从清洗安全性、清洗实用性、清洗经济性进行评估,发现碱性清洗剂的认可度更高,组间相关指标评分对比有差异(P<0.05)。在该试验中,虽然与本次研究有一些不同之处,在最终结果及结论都说明了碱性清洗剂在消毒供应中心医疗器械清洗中的使用效果更突出。

综上所述,在对消毒供应室中医疗器械进行清洗的过程中,选用碱性清洗剂进行医疗器械的清洗,相较于常规多酶清洗剂的清洗质量更高,且碱性清洗剂经济实惠,安全性也比较高,值得在消毒供应室医疗器械清洗中积极运用。

参考文献:

[1]付群达.碱性清洗剂对消毒供应室医疗器械清洗质量的应用效果观察[J].中国社区医师,2018,34(31):184-185.

[2]郑春丽,江育琴,钟利明,等.碱性清洗剂提升消毒供应中心清洗质量探讨[J].实用临床医药杂志,2018,22(18):59-61.

[3]魏居芹,丁春忠,程平,等.医疗器械超声清洗效果的影响因素[J].中国感染控制杂志,2020,19(10):914-920.

[4]李蓉娟.分析碱性清洗剂对消毒供应室医疗器械清洗质量的应用效果[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(53):233-239.

[5]陈秀娟.影响消毒供应室医疗器械清洗质量的原因及解决方法[J].中国卫生标准管理,2021,12(05):125-127.

[6]陈秀娜.碱性清洗剂在消毒供应室止血钳清洗中的应用效果[J].医疗装备,2020,33(22):167-168.

[7]别至.基层医院消毒供应室现状与循环使用医疗器械质量管理的探讨[J].中国医疗器械信息,2018,24(23):161-162.

[8]丁凤.分析碱性清洗剂对消毒供应室护理清洗质量的应用效果[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(22):269-270.

[9]曹凤萍.碱性清洗剂对消毒供应室医疗器械清洗质量的价值体会[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(88):97-100.

[10]杨郁华.消毒供应中心应用不同清洗剂的清洗效果研究[J].中国社区医师,2020,36(35):160-161.

[11]王带弟,郑泽娟,叶映华.碱性清洗剂对消毒供应室医疗器械的清洗效果研究[J].黑龙江科学,2021,12(10):82-83.

[12]周焕青,张宏杰.前瞻性护理管理应用于消毒供应室的应用效果观察[J].甘肃医药,2022,41(02):184-185.

[13]黄碧珍,张雪花,许雅玲.分层护理管理对消毒供应室的影响研究[J].中国卫生标准管理,2021,12(23):127-130.

[14]高婵,张海.多酶清洗剂保湿预处理与喷洒泡沫酶洗保湿剂保湿预处理在医疗器械清洗中的效果及对院内感染发生情况的影响[J].临床医学研究与实践,2021,6(36):185-187.

[15]吴尘.碱性清洗剂在消毒供应中心器械清洗中的应用效果[J].中国民康医学,2021,33(08):111-112.

大承气汤加味联合西药治疗大肠癌术后热毒伤阴证肠粘连临床价值分析

任东

成都市金堂县第二人民医院 四川成都 610404

摘要：目的：分析评价大承气汤加味联合西药治疗大肠癌术后热毒伤阴证肠粘连临床价值。方法：将 2020 年 1 月-2022 年 1 月间在我院接受治疗的 74 例大肠癌术后热毒伤阴证肠粘连患者，随机均分到研究和对照组，常规西药治疗的为对照组，在此基础上联合大承气汤加味治疗的为研究组，比较两组的治疗效果、并发症发生情况、术后恢复情况以及生活质量。结果：经过治疗，研究组病人的治疗总有效率 94.59%比对照组 75.68%高，两组差异存在统计学意义（ $P<0.05$ ）。经过治疗后，研究组病人的肛门排气时间少于对照组（ $P<0.05$ ），进食时间和下床活动时间虽也少于对照组，但两组差异不存在统计学意义（ $P>0.05$ ）。经过治疗后，研究组的腹胀、不完全性肠梗阻以及完全性肠梗阻等并发症的总发生率 2.70%比对照组 18.92%低，两组差异存在统计学意义（ $P<0.05$ ）。经过治疗，研究组患者的生理功能、情感职能、生理职能、社会功能、躯体疼痛、精神健康、活力以及总体健康八项生活质量评分均高于对照组（ $P<0.05$ ）。治疗前，两组患者的 SDS 与 SAS 评分均无明显差异（ $P>0.05$ ）；经过治疗后，两组病人的 SDS 与 SAS 评分均有所降低，且研究组病人 SDS 与 SAS 评分更低于对照组，两组差异存在统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：大承气汤加味联合西药治疗大肠癌术后热毒伤阴证肠粘连临床价值较高，能明显改善病人治疗总有效率，降低并发症的发生几率，提高治疗安全性，改善患者生活质量，优化病人心理状态，加快病人术后恢复速度，适合临床应用。

关键词：大承气汤加味；西药；大肠癌术后；热毒伤阴证肠粘连；治疗

肠粘连是直肠恶性肿瘤手术治疗后的常见并发症之一，其原因在于手术后病人通常会释放大量炎性因子，进而导致无菌性炎症以及肠运动功能障碍发生，进而造成肠粘连。出现肠粘连的病人普遍伴有腹痛及腹胀等临床表现，给食物的消化和吸收带来阻碍。严重者可能会产生肠粘连性肠梗阻，进而使病人产生恶心、呕吐，停止肛门排气和排便情况^[1-3]。若已经造成了粘连肠阻塞，则表明情况相对危急，若病情进一步恶化，可能会造成肠缺血、肠坏死等，对病人的机体产生更加严重的危害。因此，肠粘连发生后，一定要及时去医院进行治疗，一般轻症患者可通过服用药物来滋润肠道，使排便恢复顺畅，这样可以防止病情恶化，对于严重者，需接受进一步治疗^[4-6]。本研究旨在分析评价大承气汤加味联合西药治疗大肠癌术后热毒伤阴证肠粘连临床价值，为疾病的临床治疗提供适宜的方案。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究对象一般资料均可比（ $P>0.05$ ），参与试验的 74 例接受大肠癌手术治疗的病人及其家属均已充分了解了此次研究相关内容，同时签署了研究知情同意书；均符合《内科学》里面对大肠癌的诊断标准，符合热毒伤阴证辨证标准；不存在治疗禁忌。手术治疗后 7 天内生命体征均为平稳。对存在严重肝、心以及肺等重要脏器功能问题的，有精神系统疾病以及因自身问题，无法配合完成本次研究的病人，我们不纳入此次研究范围。具体如表 1 所示。

表 1 所有患者一般资料

组别	性别（例）		年龄范围/平均年龄 （岁）	病程范围/平均病程 （月）
	男	女		
研究组	23	14	（38-78）54.38±5.27	（1-7）3.35±0.29
对照组	22	15	（40-81）54.05±5.56	（2-6）3.46±0.31
χ^2/t	0.0567		0.2620	1.5762
P	0.8118		0.7940	0.1194

1.2 研究方法

术后 74 例病人均严禁摄入食物，进行胃肠减压以及胃肠外营养。对照组开展常规治疗：首先对伴有感染患者，应注射 2 克由罗氏制药有限公司生产的头孢曲松钠，将其加入到 100 毫升的 0.9% 氯化钠注射液当中，充分溶解后给予病人静脉滴注，一日两次，持续治疗一周。其次，给予肠内营养辅助干预，维持病人水电解质平衡以及酸碱平衡。最后注意给予病人安眠、止痛等对症治疗。研究组在上面对照组的基础上联合大承气汤加味治疗，具体中药配方如下：6 克芒硝、6 克香附、6 克大黄、6 克金银花、6 克蒲公英、9 克枳实、9 克连翘、9 克厚朴、10 克麦冬、12 克黄芪。一日一剂，水煎两次。保留药汁 200 毫升，在早晚各温服一次，连续治疗一周。

1.3 观察指标

比较两组患者的术后恢复情况：包括肛门排气时间、进食时间以及下床活动时间。临床治疗效果：两组病人排气、排气不畅、腹胀以及腹痛等临床病症基本消失，判定为显效；两组病人排气、排气不畅、腹胀以及腹痛等临床病症有所好转，判定为有效；两组病人排气、排气不畅、腹胀以及腹痛等临床病症未见缓解甚至加重，判定为无效。并发症发生情况：包括腹胀、不完全性肠梗阻、完全性肠梗阻。生活质量：通过 SF-36 量表对病人生活质量进行评估，共有 8 项指标，分别为生理功能、情感职能、生理职能、社会功能、躯体疼痛、精神健康、活力、总体健康，生活质量随分值增高而变好。心理状态：采用抑郁自评量表（SDS）和焦虑自评量表（SAS）开展评价，SDS 评分大于等于 53 分判定为抑郁，SAS 评分大于等于 50 分判定为焦虑，二者的严重程度随分值增大而加重。

1.4 统计学处理

通过 SPSS22 完成数据统计分析，术后恢复情况、生活质量评分以及 SDS、SAS 评分用 $\bar{x}\pm s$ 表示，t 检验；并发症发生情况以及治疗效果用 n% 表， χ^2 检验； $P<0.05$ 为试验有统计学差异。

2 结果

2.1 两组患者临床治疗效果对比

经过治疗后，研究组病人的治疗总有效率 94.59%比对照组 75.68%高，两组差异存在统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 两组患者的临床治疗效果对比（n=37，n%）

组别	显效 (n, %)	有效 (n, %)	无效 (n, %)	总有效率 (n, %)
研究组	22 (59.46%)	13 (35.14%)	2 (5.41%)	35 (94.59%)
对照组	16 (43.24%)	12 (32.43%)	9 (24.32%)	28 (75.68%)
χ^2	1.9474	0.0604	5.2323	5.2323
P	0.1629	0.8059	0.0222	0.0222

2.2 两组患者术后恢复情况对比

经过治疗后，研究组病人的肛门排气时间少于对照组（ $P<0.05$ ），进食时间和下床活动时间虽也少于对照组，但两组差异不存在统计学意义（ $P>0.05$ ），见表 3。

表 3 两组患者术后恢复情况对比（n=37， $\bar{x}\pm s$ ）

组别	肛门排气时间（天）	进食时间（天）	下床活动时间（天）
研究组	1.24±0.59	2.70±0.73	3.91±1.63
对照组	2.15±0.78	2.84±0.55	4.14±1.70
t	5.6598	0.9317	0.5940
P	0.0000	0.3546	0.5544

2.3 两组患者并发症发生情况对比

经过治疗后,研究组的腹胀、不完全性肠梗阻以及完全性肠梗阻等并发症的总发生率 2.70%比对照组 18.92%低,两组差异存在统计学意义 ($P<0.05$),见表 4。

表 4 两组患者并发症发生情况对比 (n=37, n%)

组别	腹胀 (n, %)	不完全性肠梗阻 (n, %)	完全性肠梗阻 (n, %)	总发生率 (n, %)
研究组	1 (2.70%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (2.70%)

表 5 两组患者的生活质量对比 (n=37, $\bar{x}\pm s$)

组别	生理功能	社会功能	情感职能	生理职能	躯体疼痛	精神健康	活力	总体健康
研究组	86.42±2.68	89.65±3.83	84.79±3.35	83.51±3.48	87.97±3.40	81.48±2.43	83.22±2.33	87.48±3.22
对照组	78.87±3.32	80.02±3.47	76.15±3.42	79.68±2.75	80.25±3.64	78.33±3.54	79.31±3.45	80.36±3.37
t	10.7635	11.3342	10.9779	5.2525	9.4278	4.4624	5.7130	9.2918
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.5 两组患者心理状态对比

治疗前,两组患者的 SDS 与 SAS 评分均无明显差异 ($P>0.05$);经过治疗后,两组病人的 SDS 与 SAS 评分均有所降低,且研究组病人 SDS 与 SAS 评分更低于对照组,两组差异存在统计学意义 ($P<0.05$),见表 6。

表 6 两组患者心理状态对比 (n=37, $\bar{x}\pm s$)

组别	SDS		SAS	
	治疗前 (分)	治疗后 (分)	治疗前 (分)	治疗后 (分)
研究组	64.25±5.64	53.75±4.52	66.65±5.32	51.63±4.56
对照组	64.31±5.72	60.86±5.01	66.23±5.44	58.76±5.17
t	0.0454	6.4094	0.3358	6.2913
P	0.9639	0.0000	0.7380	0.0000

3. 讨论

肠粘连作为外科手术较为常见的一种并发症,通常指由于各种原因引起的肠管同腹壁之间、肠管和肠管之间、腹腔内的器官与肠管之间出现的粘连^[7-8]。造成肠粘连的原因多种多样,有的病人发病为先天性原因所致,但大多数病人的发病是由于其他外因所致,其中手术损伤是临床最常见的原因,由于手术治疗时间过长,引起病人肠管长时间裸露在外,加之治疗时医生动作可能过大、术后渗血、伤口大、不彻底的腹腔冲洗等,均可引起。除此之外,腹腔内炎症、肠结核以及肿瘤浸润和生长也可出现肠粘连病症^[9-10]。

本次在大承气汤加味联合西药治疗大肠癌术后热毒伤阴证肠粘连临床价值分析研究中发现:经过治疗,研究组病人的治疗总有效率 94.59%比对照组 75.68%高,两组差异存在统计学意义 ($P<0.05$)。经过治疗后,研究组病人的肛门排气时间少于对照组 ($P<0.05$),进食时间和下床活动时间虽也少于对照组,但两组差异不存在统计学意义 ($P>0.05$)。经过治疗后,研究组的腹胀、不完全性肠梗阻以及完全性肠梗阻等并发症的总发生率 2.70%比对照组 18.92%低,两组差异存在统计学意义 ($P<0.05$)。经过治疗,研究组患者的生理功能、情感职能、生理职能、社会功能、躯体疼痛、精神健康、活力以及总体健康八项生活质量评分均高于对照组 ($P<0.05$)。治疗前,两组患者的 SDS 与 SAS 评分均无明显差异 ($P>0.05$);经过治疗后,两组病人的 SDS 与 SAS 评分均有所降低,且研究组病人 SDS 与 SAS 评分更低于对照组,两组差异存在统计学意义 ($P<0.05$)。由此可知,大承气汤加味联合西药治疗大肠癌术后热毒伤阴证肠粘连临床价值较高,能明显改善病人治疗总有效率,降低并发症的发生几率,提高治疗安全性,改善患者生活质量,加快病人术后恢复速度,优化病人不良情绪。大肠癌术后的病人往往因为手术创伤、水电解质失衡、麻醉、出血以及手术后腹腔感染等因素,使其胃肠功能出现不同程度的影响。出现肠道蠕动减缓甚至消失、肠鸣音消失、腹胀等情况,延长术后病人禁食时长。据临床研究显示,腹部外科手术、麻醉等操作均能给腹腔神经带来刺激,导致交感性分泌强烈,改变胃肠蠕动的频率、力度以及方向,抑制正常的胃肠驱动力,造成内容物停滞不前,会延迟肠道功能的恢复,导致手术后出现肠麻痹,若更严重发展,将导致病人内环境紊乱,出现肠粘连、肠梗阻等各种并发症。而这种手术后引发的肠粘连在中医中被划归到腹痛、积聚

对照	3 (8.11%)	2 (5.41%)	2 (5.41%)	7 (18.92%)
χ^2	1.0571	2.0556	2.0556	5.0455
P	0.3039	0.1517	0.1517	0.0247

2.4 两组患者的生活质量对比

经过治疗后,研究组患者的生理功能、情感职能、生理职能、社会功能、躯体疼痛、精神健康、活力以及总体健康八项生活质量评分均高于对照组,两组差异存在统计学意义 ($P<0.05$),见表 5。

以及关格等范围。其发病本质在于外因损伤肠络,造成血溢于外,肠外之液同血相搏,进而化腐生热,热邪闭郁,瘀血不通,气机不畅,最终导致了疼痛。因此,治疗的原则侧重清热排毒,泻下通腑,气运散结。药方中的黄芪以及香附可优化行气,帮助机体胃肠蠕动,配合蒲公英、连翘以及金银花等清热解毒,展现出抗炎及抗氧自由基等功效,降低粘连的产生。多种中药材搭配使用,共同展现出通腑泻下,运气散结,滋阴清热的功效。此次研究采用大承气汤加味联合西药治疗,可有效加快肠癌术后病人的血浆胃动力素浓度的恢复,降低术后炎症反应,提高肠道抵抗力,减少病人的焦虑、抑郁等不良心态,展现出较好的临床治疗效果,具有较高的临床应用价值。

综上所述,对大肠癌术后热毒伤阴证肠粘连患者实施大承气汤加味联合西药治疗,能有效促进病人康复,优化病人临床治疗效果,改善病人各项生活质量,减少多种并发症发生,缓解病人焦虑、抑郁等多种不良情绪,展现出较高的治疗安全性及有效性。

参考文献:

[1]郑永健,安伟德,向甫,等.腹腔镜下应用防粘连补片治疗经腹会阴直结肠癌根治术后盆底会阴疝 1 例报告[J].腹腔镜外科杂志,2021,26(5):398-400.

[2]康飞,郭志华,石家瑩.中医定向透药疗法防治腹部手术患者术后肠粘连,胃肠功能紊乱的疗效观察[J].世界中西医结合杂志,2021,16(10):1912-1915.

[3]代洪波.腹腔镜肠粘连松解术应用于粘连性肠梗阻治疗的临床效果比较[J].中国保健营养,2021,31(18):37.

[4]孙树松,高长春,孟敏.开腹及腹腔镜两种术式治疗急性结石型胆囊炎术后肠粘连的临床分析[J].系统医学,2021,6(10):79-81.

[5]苑小克.研究粘连性肠梗阻应用腹腔镜下肠粘连松解术治疗的可行性[J].中国保健营养,2021,31(15):92.

[6]刘洋,胡芳颖,李红.腹腔镜肠粘连松解术对粘连性肠梗阻患者胃肠功能恢复及并发症的影响[J].医疗装备,2020,33(10):104-105.

[7]张培堂.肠内排列术与肠粘连松解术治疗广泛粘连性肠梗阻的临床效果差异研究[J].中国保健营养,2020,30(21):84.

[8]冯军波.腹腔镜肠粘连松解术与开腹手术治疗粘连性肠梗阻的应用效果评价[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(51):39-40.

[9]白江江,宗新玲,高维东,等.结直肠癌术后早期炎性肠梗阻的诊断和治疗[J].中国现代医学杂志,2020,30(10):67-70.

[10]郑伟,张辉,张超.腹腔镜中低位直结肠癌保肛术后结肠黏膜剥脱两例病因分析[J].中华普通外科杂志,2020,35(1):67-68.

[11]朱小林,吕铁升.腹腔镜肠粘连松解术治疗粘连性肠梗阻的临床疗效及并发症观察[J].贵州医药,2022,46(7):1093-1094.

[12]安可湘,刘国栋,荆凯,等.腹腔镜肠粘连松解术治疗反复发作性肠梗阻的可行性研究[J].腹腔镜外科杂志,2020,25(11):859-861.

雌激素配合乳酸菌阴道胶囊对老年性阴道炎治疗价值探讨

陈瑞霞

西安市鄠邑区玉蝉卫生院 陕西西安 710300

摘要：目的：探讨雌激素配合乳酸菌阴道胶囊对老年性阴道炎治疗价值。方法：选择我院自 2021 年 1 月至 2021 年 12 月收治的 100 例老年性阴道炎患者作为研究对象，采用随机数字表法将其分为对照组和观察组，每组 50 例，对照组应用雌激素治疗，观察组应用雌激素配合乳酸菌阴道胶囊治疗，对比两组患者治疗前后的阴道内 pH 值、白细胞、降钙素原等炎症指标水平、治疗期间的不良反应发生率、治疗总有效率及停药后半年内复发率。结果：治疗前，两组患者阴道内 pH 值、白细胞、降钙素原等炎症指标水平对比差异不显著，无统计学意义（ $P>0.05$ ），治疗后，观察组患者阴道内 pH 值、白细胞、降钙素原等炎症指标水平低于对照组，观察组患者治疗总有效率高于对照组，观察组患者停药后半年内复发率低于对照组，两组对比差异显著，均具有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组患者治疗期间的不良反应发生率略高于对照组，但两组对比差异不显著，无统计学意义（ $P>0.05$ ）。结论：雌激素配合乳酸菌阴道胶囊对老年性阴道炎治疗价值显著，值得临床应用和推广。

关键词：雌激素；乳酸菌阴道胶囊；老年性阴道炎；治疗价值

老年性阴道炎是一种常见的老年妇科疾病，流行病学调查结果显示，国外老年性阴道炎发病率高达 80%，国内发病率为 30%~58.6%^[1]。本病多见于自然绝经或人工绝经后女性，不仅可引发患者出现阴道分泌物增多、脓血性白带、外阴灼热感、瘙痒等症状，随着病情持续进展，还易诱发其出现外阴溃疡、外阴糜烂、盆腔炎、宫腔积脓等并发症，从而对其身心健康和生活质量造成严重的不良影响，故需要尽早采取有效方案对患者进行治疗。既往，临床多采用雌激素及抗生素等药物对老年性阴道炎患者治疗，以达到抑制细菌生长的目的，虽有一定的效果，但整体疗效欠佳，我院在雌激素的基础上增加了乳酸菌阴道胶囊对患者治疗，取得了不错的效果^[2]。现将雌激素配合乳酸菌阴道胶囊对老年性阴道炎治疗价值总结报告如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院自 2021 年 1 月至 2021 年 12 月收治的 100 例老年性阴道炎患者作为研究对象，采用随机数字表法将其分为对照组和观察组，每组 50 例，对照组患者年龄分布：60-78 岁，平均年龄（65.14±2.08）岁，病程分布：6 个月-10 年，平均病程（5.07±0.45）年，停经时间分布：1-16 年，平均停经时间（8.35±2.06）年；观察组患者年龄分布：61-77 岁，平均年龄（65.17±2.05）岁，病程分布：7 个月-10 年，平均病程（5.09±0.43）年，停经时间分布：1-16 年，平均停经时间（8.39±2.02）年，两组患者年龄、病程、停经时间等一般资料对比差异不显著（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 纳入和排除标准

纳入标准：（1）符合老年性阴道炎诊断标准者，即符合以下三项：①自然绝经且绝经时间 1 年，伴有阴道分泌物增多、脓血性白带、外阴灼热感、瘙痒等症状；②取阴道分泌物行显微镜检查，可见阴道底层细胞增多；③阴道分泌物细菌培养结果呈阳性，但无滴虫和假丝酵母菌；（2）自愿加入本研究者；排除标准：（1）合并存在心、肝、肾等重要脏器功能障碍者；（2）治疗前一个月使用过抗菌药物、雌激素、阴道用微生态制剂等药物；（3）存在倍美力、乳酸菌阴道胶囊等药物过敏史者。

1.3 方法

对照组应用雌激素治疗，指导患者每晚清洁外阴后，将倍美力软膏（Newbridge, Co. Kildare, Ireland, 批准文号：注册证号 H20040195）涂抹在阴道内，1 次/d。

观察组应用雌激素配合乳酸菌阴道胶囊治疗，雌激素应用方法同对照组，另外，每晚临睡前，将 2 粒乳酸菌阴道胶囊（西安正浩生物制药有限公司，批准文号：国药准字 H10980293）置入阴道内，1 次/d。并叮嘱两组患者治疗期间避免盆浴、进行性生活。

两组患者均连续治疗一周。

1.4 观察指标

（1）观察和对比两组患者治疗前后的阴道内 pH 值、白细胞计数、降钙素原等炎症指标水平：取患者阴道分泌物，用白带常规检测仪测定阴道内 pH 值；抽取患者空腹状态下 5mL 静脉血，采用全自动血液分析仪测定白细胞计数、降钙素原水平。

（2）观察和对比两组患者治疗期间的不良反应发生率。

（3）观察和对比两组患者治疗总有效率，疗效评估标准为：显效：治疗后，患者阴道分泌物增多、脓血性白带、外阴瘙痒等症状消失，阴道分泌物细菌培养结果呈阴性；有效：治疗后，患者阴道分泌物增多、脓血性白带、外阴瘙痒等症状明显减轻，阴道分泌物细菌培养结果呈阴性；无效：治疗后，患者阴道分泌物增多、脓血性白带、外阴瘙痒等症状无明显改善，阴道分泌物细菌培养结果呈阳性，治疗总有效率=（显效例数+有效例数）/总例数×100%。

（4）观察和对比两组患者停药后半年内复发率，停药后，对两组患者随访半年，了解其疾病复发情况。

1.5 统计方法

本次研究采用 SPSS19.0 软件对相关数据进行统计和分析，计量资料、计数资料分别用（ $\bar{X} \pm s$ ）、（%）表示，用 t 、 χ^2 进行检验， $P<0.05$ ，表明两组间的差异具有统计学意义。

结果

2.1 两组患者治疗前后的阴道内 pH 值及白细胞、降钙素原等炎症指标水平对比

治疗前，两组患者阴道内 pH 值、白细胞、降钙素原等炎症指标水平对比差异不显著，无统计学意义（ $P>0.05$ ），治疗后，观察组患者阴道内 pH 值、白细胞、降钙素原等炎症指标水平低于对照组，两组对比差异显著，具有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 两组患者治疗前后的阴道内 pH 值及白细胞、降钙素原等炎症指标水平对比（ $\bar{X} \pm s$ ）

组别	例数 (例)	pH 值		白细胞（ $\times 10^9/L$ ）		降钙素原（ng/ml）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	6.35±0.48	5.62±0.37	21.16±2.05	15.36±1.43	0.22±0.09	0.18±0.02
观察组	50	6.37±0.46	4.35±0.28	21.19±2.13	7.65±1.14	0.24±0.06	0.09±0.01
P 值	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组患者治疗期间的不良反应发生率对比

观察组患者治疗期间的不良反应发生率略高于对照组，但两组对比差

异不显著，无统计学意义（ $P>0.05$ ），见表2。

表2 两组患者治疗期间的不良反应发生率对比[n（%）]

组别	例数 (例)	头痛 (例)	恶心呕吐 (例)	腹泻 (例)	不良反应 发生率[例/ (%)]
对照组	50	1	1	0	2 (4.00)
观察组	50	1	1	1	3 (6.00)
P 值	-	-	-	-	>0.05

2.3 两组患者治疗总有效率及停药后半年内复发率对比

观察组患者治疗总有效率高于对照组，观察组患者停药后半年内复发率低于对照组，两组对比差异显著，具有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表3。

表3 两组患者治疗总有效率及停药后半年内复发率对比[n（%）]

组别	例数	显效	有效	无效	治疗总有效率	复发率
对照组	50	28	12	10	40 (80.00)	8 (16.00)
观察组	50	43	5	2	48 (96.00)	1 (2.00)
P 值	-	-	-	-	<0.05	<0.05

3. 讨论

老年性阴道炎是绝经后老年妇女多发病科疾病之一，引发该疾病发生的致病因素较多，常见致病因素有阴道壁萎缩、阴道上皮细胞内糖原含量减少、阴道黏膜变薄、雌激素水平降低、卵巢功能衰退等，受这些因素的影响，易导致绝经后老年妇女机体抵抗力下降，阴道内 pH 值上升，从而易导致病毒侵入阴道，并在阴道生长、繁殖，引发阴道炎发生发展^[3]。发病后，不仅可引发患者出现外阴瘙痒、灼热不适感、白带增多或出现脓血白带，并伴有尿急、尿频、尿痛、尿不尽等泌尿系统刺激症状，病情严重时，还易诱发其出现泌尿生殖系统真菌病、宫腔积脓等并发症，因此，需尽早采取有效方案对患者进行治疗^[4]。

既往，临床认为雌激素水平下降是引发老年性阴道炎发生发展的主要致病因素，故多采用雌激素对患者治疗，倍美力是一种水溶性的雌激素硫酸钠盐混合物，也是一种补充雌激素药物，用药后，能有效提升患者机体内源性雌激素水平，从而能维持其生殖系统功能正常，还能改善因雌激素缺乏所致的外阴和阴道萎缩等症^[5]。对老年性阴道炎患者应用雌激素治疗，虽能改善其机体雌激素缺乏现象，从而能控制和改善其病情，但是，单一采用雌激素治疗老年性阴道炎的效果并不理想，具有一定的局限性。随着临床对老年性阴道炎研究的不断深入，不少研究指出，阴道菌群紊乱在老年性阴道炎的发生过程中发挥了重要作用，故要提升老年性阴道炎治疗效果，还需纠正患者阴道菌群紊乱^[6]。乳酸菌阴道胶囊是一种由乳酸杆菌、乳酸链球菌、嗜酸乳杆菌三种活乳酸菌制成的微生态制剂，将其置于阴道局部，可黏附于阴道壁上，并在阴道壁内大量生长繁殖，乳酸杆菌、乳酸链球菌、嗜酸乳杆菌三种活乳酸菌均属于优势菌类，可通过竞争性抑制效应阴道致病菌繁殖产生抑制作用，从而能重建阴道微生态平衡和促进阴道自洁能力增强，进而能改善患者阴道内菌群环境失调现象^[7-8]。

本研究中，对两组老年性阴道炎患者分别应用雌激素治疗及雌激素联合乳酸菌阴道胶囊治疗，结果显示，治疗前，观察组患者阴道内 pH 值（ 6.37 ± 0.46 ）、白细胞（ 21.19 ± 2.13 ） $\times 10^9/L$ 、降钙素原（ 0.24 ± 0.06 ）ng/ml

等炎症指标水平与对照组（ 6.35 ± 0.48 ）、（ 21.16 ± 2.05 ） $\times 10^9/L$ 、（ 0.22 ± 0.09 ）ng/ml 对比差异不显著，治疗后，观察组患者阴道内 pH 值（ 4.35 ± 0.28 ）、白细胞（ 7.65 ± 1.14 ） $\times 10^9/L$ 、降钙素原（ 0.09 ± 0.01 ）ng/ml 等炎症指标水平低于对照组（ 5.62 ± 0.37 ）、（ 15.36 ± 1.43 ） $\times 10^9/L$ 、（ 0.18 ± 0.02 ）ng/ml，观察组患者治疗期间的不良反应发生率（6.00%）略高于对照组（4.00%），观察组患者治疗总有效率（96.00%）高于对照组（80.00%），观察组患者停药后半年内复发率（2.00%）低于对照组（16.00%），与李娜^[9]研究中得出的雌激素联合乳酸菌阴道胶囊治疗组患者治疗总有效率（95.56%）高于雌激素治疗组（80.00%）结论基本一致，说明雌激素配合乳酸菌阴道胶囊治疗老年性阴道炎的效果确切。

在上述指标中，雌激素配合乳酸菌阴道胶囊治疗组患者阴道内 PH 值、白细胞、降钙素原等炎症指标水平均显著优于雌激素治疗组的作用机理为：乳酸菌阴道胶囊不仅能维持阴道的生态平衡，还能将单糖转化为乳酸，从而能维持阴道正常的酸性环境，且乳酸菌阴道胶囊还能为阴道提供肠球菌，肠球菌通过代谢过程可分解阴道黏膜中储存的糖类，促进阴道 pH 值降低，从而能维持或改善阴道酸碱环境^[10-11]。白细胞、降钙素原则是反映机体存在细菌性感染的重要指标，老年性阴道炎属于生殖系统炎症性疾病，多由炎症感染所致，因此，发病后，老年性阴道炎患者机体白细胞、降钙素原等炎症指标水平均显著高于正常水平，通过采用雌激素配合乳酸菌阴道胶囊对老年性阴道炎治疗后，显示患者炎症指标水平均明显下降，提示雌激素配合乳酸菌阴道胶囊还能有效减轻患者机体炎症水平^[12-13]。

综上所述，雌激素配合乳酸菌阴道胶囊对老年性阴道炎治疗价值显著，不仅能有效改善患者阴道内酸性环境，还能遏制致病菌生长和繁殖，能全面改善患者预后，值得临床应用和推广。

参考文献：

[1]何玉玲.探究临床雌激素联合乳酸菌阴道胶囊治疗老年性阴道炎的疗效[J].当代医学,2020,26(11): 98-100.

[2]洪艺婷.乳酸菌阴道胶囊与雌激素联合治疗老年性阴道炎的临床效果研究[J].中外医学研究,2020,18(06): 37-39.

[3]刘艳玲.雌激素、乳酸菌阴道胶囊联合应用于老年性阴道炎治疗效果分析[J].名医,2019(12): 242.

[4]赵小丽.乳酸菌阴道胶囊联合雌激素对老年性阴道炎的治疗效果[J].中外女性健康研究,2019(23): 71+188.

[5]张燕萍.雌激素联合乳酸菌阴道胶囊治疗老年性阴道炎疗效观察[J].现代养生,2019(18): 85-86.

[6]钱学云,陈琴.雌激素、乳酸菌阴道胶囊联合应用于老年性阴道炎治疗效果分析[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(58): 151.

[7]张亚伟,康晓迪,刘丽恒,等.乳酸菌阴道胶囊治疗妊娠晚期细菌性阴道病临床效果及对阴道菌群、妊娠结局的影响[J].解放军医药杂志,2022,34(05): 103-105.

[8]洗非.雌激素联合乳酸菌阴道胶囊治疗老年性阴道炎的临床效果[J].临床合理用药杂志,2022,15(13): 129-131.

[9]李娜.雌激素、乳酸菌阴道胶囊联合应用于老年性阴道炎治疗效果分析[J].实用妇科内分泌电子杂志,2019,6(17): 67+102.

[10]金铭歆,钱麟,马函琳,等.乳酸菌阴道胶囊联合重组人干扰素 α -2b 凝胶对宫颈高危型人乳头瘤病毒感染患者阴道微生态和炎症因子的影响[J].现代生物医学进展,2022,22(03): 468-471+490.

[11]姚昔艳,徐雪莉,王娅.乳酸菌阴道胶囊联合硝咪唑康唑治疗妊娠期念珠菌性阴道炎的效果及对阴道微生态、免疫环境的影响[J].临床医学研究与实践,2021,6(34): 105-107.

[12]汪金平.老年性阴道炎给予雌激素联合乳酸菌阴道胶囊治疗的临床效果研究[J].基层医学论坛,2019,23(17): 2510-2511.

[13]申秀荣.乳酸菌阴道胶囊在老年性阴道炎患者中的疗效及对局部微循环、炎症状态的影响观察[J].中国医学创新,2021,18(31): 66-70.

经颅磁刺激治疗全面性发育迟缓儿童语言障碍康复治疗效果分析

陈诗祺

宁夏医科大学总医院 宁夏银川 750001

摘要：目的：探讨经颅磁刺激治疗全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者康复治疗的效果。方法：将2020年9月到2021年9月在本院进行治疗的全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者78例作为本次的观察对象，并将这78例全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者随机分为实验组和对照组两组，每组有39例全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者。对照组的39例全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者使用传统语言训练进行治疗，而实验组的39例全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者则是采用传统语言训练联合经颅磁刺激进行治疗，并将两组全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者治疗效果以及治疗前后语言发育商和发育商的情况进行对比和分析。结果：在两组全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者采用不同的治疗方法进行治疗前，两组全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者语言发育商和发育商对比产生的差异数据不具有统计学意义（ $p>0.05$ ），在两组全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者采用不同的治疗方法进行治疗后，通过传统语言训练联合经颅磁刺激治疗的实验组全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者治疗效果以及治疗后3个月和治疗后6个月的语言发育商、发育商的评分均优于采用传统语言训练的对照组全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者，且两组全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者治疗效果以及治疗后3个月和治疗后6个月的语言发育商、发育商的评分对比产生的差异数据具有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：本文通过对全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者在传统语言训练的基础上采用经颅磁刺激进行治疗，能够进一步的提高发育迟缓的儿童患者康复治疗的效果，同时也能够改善发育迟缓语言障碍的儿童患者语言发育的水平，提高全面性发育迟缓语言障碍儿童患者的治疗效果，在临床上值得推广和使用。

关键词：经颅磁刺激治疗；全面性发育迟缓；语言障碍；康复治疗；语言训练；治疗效果

目前在临床的儿科疾病当中，全面性发育迟缓是非常少见的一类疾病。但是由于近几年全面性发育迟缓的发生率在不断的提高，同时还会引发儿童患者出现语言功能障碍的情况，并且语言障碍的发生率不断的提高，处于逐年递增的趋势。因此，对于儿童的生命健康以及生活质量都产生了非常严重的影响。临床上对于全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者需要尽早的采取有效的诊断以及治疗来改善儿童患者语言障碍的情况。临床上多采用语言训练方案对全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者进行治疗，但是单一的语言训练很难取得非常好的效果。而经颅磁刺激治疗是一种神经电生理的技术，能够影响儿童患者局部和未隔离制的功能，从而实现皮质功能区域性重建，能够影响多种神经递质和基因表达水平。目前在临床上经颅磁刺激治疗已经成为能够治疗神经系统疾病的最常用的一种治疗的方法，经颅磁刺激治疗具有无痛以及非介入的特点。为了能够更加快速的促进全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者恢复语言功能，所以本文将采用经颅磁刺激治疗联合传统语言训练对全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者进行治疗，并将治疗的结果进行对比和分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2020年9月到2021年9月在本院进行治疗的全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者78例作为本次的观察对象，并将这78例全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者随机分为实验组和对照组两组，每组有39例全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者，而对照组的39例全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者中，有男性儿童患者22例，女性儿童患者17例，年龄在2~3.5岁之间，平均年龄在（ 2.43 ± 0.38 ）岁，而实验组的39例全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者中，有男性儿童患者24例，女性儿童患者15例，年龄在2~4岁之间，平均年龄在（ 2.45 ± 0.41 ）岁，两组全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者均符合本次研究的纳入标准，并且两组全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者临床资料对比后产生的差异数据不具有统计学意义（ $p>0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法

对照组的39例全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者采用传统的语言训练进行治疗，首先需要根据全面性发育迟缓语言障碍儿童患者的实际病情情况，为其制定针对性的训练方法，并且为儿童患者提供1对1的训练进行治疗，传统语言的主要训练内容是围绕符号形式和知识内容关系等方

面进行训练的，训练的方法包括语言的刺激发音、模拟训练和注意力训练等。每周需要对全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者进行5次的语言训练，并且每次训练的时间需要在30分钟左右，需要对全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者持续治疗6个月。而实验组的39例全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者则是采用传统语言训练联合经颅磁刺激进行治疗，主要的内容为：1.对全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者采用经颅磁刺激治疗，需要在操作前对儿童患者进行脑电图的检查，在检查时需要指导全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者采取仰卧位，随后对儿童患者展开经颅磁刺激治疗。将治疗的模式设置为TMS，随后根据儿童患者实际的脑电图的检查结果来调整治疗的频率以及治疗的强度，每周需要进行5次经颅磁刺激治疗，每次进行治疗的时间需要在20分钟左右，在完成经颅磁刺激治疗以后，对儿童患者展开传统语言的训练治疗。2.根据全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者实际病情情况为患者制定针对性的训练方案，训练主要采取1对1的方法进行，语言训练主要围绕着符号的形式、知识内容关系等方面

1.3 观察指标

将两组全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者治疗效果以及治疗前后语言发育商和发育商的评分情况进行对比和分析。治疗效果主要包括痊愈、显效、有效以及无效。痊愈是指全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者，语言发育的情况与儿童患者实际年龄相符合；显效是指在进行治疗以后，全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者语言发育的水平有所提升，提升1级和以上阶段；有效是指在全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者接受治疗以后，语言水平提升了1个阶段；无效是指全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者在通过治疗以后语言水平并没有任何的改善，甚至还会出现病情加重的情况。语言发育商和发育商的评分主要采用Griffith发育评估量表（中文版）进行测试，治疗效果使用（s-s）语言发育迟缓检查（CRRC版）进行评估，测试的结果越高，说明儿童患者的发育商水平就越高。

1.4 统计学分析

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

时具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组儿童患者治疗效果的对比情况

在两组全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者采用不同的治疗方法进行治疗后，使用经颅磁刺激联合传统语言训练进行治疗的实验组全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者治疗效果优于采用传统语言训练治疗的对照组全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者，且两组全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者治疗效果对比产生的差异数据具有统计学意义（ $p<0.05$ ）见表 1

表 1 两组儿童患者治疗效果的对比情况

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	治疗效果
实验组	39	24(61.54)	12(30.77)	2 (5.13)	1 (2.56)	38(97.44)
对照组	39	15(38.46)	9 (23.08)	9 (23.08)	6 (15.38)	33(84.62)
χ^2						3.9235
P						0.0476

2.2 两组儿童患者治疗前后语言发育商评分的对比情况

在两组全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者进行治疗前，两组儿童患者的语言发育商评分对比产生的差异数据不具有统计学意义（ $p>0.05$ ），而两组全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者在采用不同的治疗方法进行治疗后，使用经颅磁刺激联合传统语言训练治疗的实验组全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者治疗后 3 个月和治疗后 6 个月的语言发育商评分均优于采用传统语言训练治疗的对照组全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者，且两组儿童患者治疗后 3 个月和治疗后 6 个月语言发育商的评分情况对比后产生的差异数据具有统计学意义（ $p<0.05$ ）见表 2

表 2 两组儿童患者治疗前后语言发育商评分的对比情况

组别	例数	治疗前	治疗后 3 个月	治疗后 6 个月
实验组	39	<16%	20.56±1.44	35.36±3.40
对照组	39	<16%	21.28±1.21	30.98±2.45
P		>0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组儿童患者治疗前后发育商评分的对比情况

在两组全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者治疗前，两组患者发育商的评分对比产生的差异数据不具有统计学意义（ $p>0.05$ ），而两组全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者采用不同的治疗方法进行治疗后，使用经颅磁刺激联合传统语言训练治疗的实验组全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者治疗后 3 个月和治疗后 6 个月发育商的评分优于采用传统语言训练治疗的对照组全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者，且两组儿童患者治疗后 3 个月和治疗后 6 个月发育商的评分对比产生的差异数据具有统计学意义（ $p<0.05$ ）见表 3

表 3 两组儿童患者治疗前后发育商评分的对比情况

组别	例数	治疗前	治疗后 3 个月	治疗后 6 个月
实验组	39	<16%	21.11±1.43	34.52±4.10
对照组	39	<16%	21.48±1.39	29.28±3.21
P		>0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

儿童患者语言发育障碍会对儿童患者的生长发育产生非常不利的影响，

同时也会剥夺儿童患者的语言功能。对于全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者在临床上主要是出现语言理解能力差、表达能力差的情况。引发儿童患者出现语言障碍的因素有很多，包括儿童患者患有自闭症或者儿童患者的听力功能受到了障碍、损伤以及儿童患者的脑部发育迟缓等疾病，导致儿童患者身体的功能出现了失衡。传统的语言训练对于全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者临床症状能够有一定程度的缓解，但是传统语言训练具有一定的枯燥性，所以很难达到非常理想的治疗效果。而经颅磁刺激治疗是目前临床上一种新型的技术，通过不同的频率以及强度来刺激机体的大脑皮层，从而形成兴奋以及抑制的作用。

有研究发现，经颅磁刺激治疗能够使机体内的神经递质 γ -氨基丁酸水平提升，同时还能够降低谷氨酸的水平，有利于调控两者水平。经颅磁刺激治疗还能够对脑内兴奋抑制平衡产生有效的控制，改善机体大脑的目标。此外，也有研究发现，经颅磁刺激治疗并不会对机体的神经细胞产生直接的作用，因为经颅磁刺激治疗主要是通过感应电流来模拟机体的神经递质，同时与慢突触后电位产生作用，可以在不损伤神经细胞和生理节律的基础上来调节大脑的功能。

在本次的研究中，对全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者采用经颅磁刺激联合传统语言训练进行治疗，根据研究的数据能够发现采用经颅磁刺激联合传统语言训练进行治疗的实验组全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者治疗的有效率达到了 97.44%、而语言发育商的评分在治疗后的 3 个月达到了（20.56±1.44）、治疗后 6 个月达到（35.36±3.40）、儿童患者的发育商评分在治疗后 3 个月为（21.11±1.39）、治疗后的 6 个月为（34.52±4.10）；采用传统语言训练进行治疗的对照组全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者治疗的有效率仅为 84.62%、而语言发育商的评分在治疗后的 3 个月和治疗后的 6 个月分别为（21.28±1.44、30.98±2.45）、发育商评分在治疗后的 3 个月和治疗后 6 个月分别为（21.48±1.39、29.28±3.21），根据以上数据能够明显的看出经颅磁刺激联合传统语言训练治疗的实验组全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者治疗的效果明显的优于采用传统语言训练进行治疗的对照组儿童患者，并且两组儿童患者治疗效果对比产生的差异数据具有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

综上所述，本文对全面性发育迟缓语言障碍的儿童患者采用经颅磁刺激联合传统语言训练进行治疗，能够有效地提高全面性发育迟缓语言障碍儿童患者的治疗效果，同时也能够改善儿童患者的语言发育商和发育商，促进儿童患者的健康恢复，改善儿童患者的语言发育水平，在临床上值得推广和使用。

参考文献：

[1]连惠娟 . 重复经颅磁刺激联合语言认知训练在语言发育迟缓儿童康复中的应用 [J]. 中国 药物与临床 ,2021,21(01): 86-88.

[2]王超 , 杨丽兰 , 叶妙婷 . 经颅磁刺激辅助语言训练在儿童语言发育迟缓中的应用价值分析 [J]. 中国实用医药 ,2021,15(25): 187-189.

[3]林陵 , 袁兰英 . 重复经颅磁刺激联合言语训练治疗儿童语言发育迟缓的效果及对患儿行为与认知的影响 [J]. 临床医学工程 ,2021,27(05): 545-546.

[4]任爽爽 , 詹焱 , 陈雪 , 王德强 . 重复经颅磁刺激在儿童语言发育迟缓中的应用 [J]. 按摩与 康复医学 ,2021,11(09): 14-17.

[5]曾惠英 , 黄宏亮 , 崔文瑞 , 梁正中 , 张敏 . 经颅磁刺激与语言训练联合应用对儿童语言发育迟缓的改善作用分析[J]. 中医临床研究 ,2021,11(27): 93-94+96.

[6]鲍克秀 , 杨忠秀 , 李新剑 , 李之林 , 仇爱珍 . 经颅磁刺激联合语言训练对儿童语言发育迟缓的应用价值[J]. 现代生物医学进展 ,2021,17(27): 5331-5334.

经方乌梅丸于临床运用

程铭威

广州中医药大学第一附属医院白云医院 广州 510470

摘要：乌梅丸出自张仲景《伤寒论》的经方之一，疗效显著，多被医家广泛运用于证属寒热错杂的疾病中，本文举例医案浅析乌梅丸临床运用。

关键词：乌梅丸；寒热错杂；临床运用

Clinical Application of Classical Preions Wumei Pill

CHENG Ming-wei¹, JIN Lin-lin²

(1.Baiyun Hospital, of The First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou, 510470)

Abstract: Wumei Pill is one of the prescriptions of Zhang Zhongjing's "Treatise on Febrile Diseases". The curative effect is remarkable. It has been widely used by doctors in the disease mixtures syndrome of cold and heat. This article analyzes the use of Wumei Pills in several cases.

Keyword: Wumei Pill; cold-heat complicated syndrome; Clinical application.

乌梅丸出自《伤寒论》厥阴寒热错杂证中，由乌梅、细辛、干姜、黄连、当归、附子、蜀椒、桂枝、人参、黄柏组成，起调整寒热、交通上下之效，被诸多医家所运用治疗各种疾病，各家注解其方证，多述其本证为寒热错杂，虽疾病各异，但随症加减能起平衡阴阳之效，即是调整寒热、交通上下，使形神一致。乌梅丸不但是蛔厥证用方，因其本证是寒热错杂证，于临床上应用广泛，不但是能治疗仲景所谓的蛔厥、久利以外，还用以治疗咳嗽、肢痛、心悸等内科诸病，疗效可观。靳利利教授是广州中医药大学博士生导师、教授，是国家级中医心病学科带头人，师从全国名老中医、广州中医药大学首席教授陈镜合教授，也是第四批全国老中医药专家的弟子，王清华教授学术继承人之一，博取众家之精髓，临证二十余载，继承前贤而又有创新，临床务求实效。现将其临证举例如下。

1、咳嗽

咳嗽多属肺气急促上逆，出于声门发而为“咳”，常伴咯痰特征的一种症状，基本病机为肺失宣降，肺气上逆。然而久咳不一定是外受风邪或寒邪或热邪等单一病因引起，久咳多是多因素影响，病机寒热错杂。《素问·咳论》：五脏六腑皆令人咳，非独肺也。久咳多数不是实证，多由他脏相传或相乘，多有虚实寒热错杂之候。

案例：2018年4月2日初诊，池某某，女，69岁，咳嗽2月余，初因外感风寒而咳嗽，自服三九感冒颗粒、阿斯美胶囊等，稍有缓解，仍反复咳嗽，咳声断续，无明显发作规律，痰少，质无明显干稀，色时白时黄，偶有咽痛，时有烦躁感，纳眠一般，便秘，小便调。舌淡红，苔白，脉沉。辨病为咳嗽，辨证为寒热错杂证，方选乌梅丸加减，具体如下：乌梅10g，细辛3g，花椒10g，黄连3g，关黄柏5g，黑顺片10g（先煎3h），干姜10g，当归10g，肉桂10g（后下），桔梗10g，茯苓10g，白术20g，陈皮10g，莪术10g。共4剂，日一剂，水煎400ml，饭后温服。二诊：咳嗽减轻，咳痰，色白，无咽痛，原方基础中去莪术，茯苓加予20g，加甘草片10g，党参30g，盐补骨脂10g，芥子10g。三诊：无明显咳嗽，原方去芥子，加桂枝10g。四诊患者告知无明显咳嗽、咳痰。

按：乌梅丸出自《伤寒论》：乌梅三百枚，细辛六两，干姜十两，黄连十六两，当归四两，附子六两（炮，去皮），蜀椒四两，桂枝（去皮）六两，人参六两，黄柏六两。《伤寒论注释》^[1]：肺欲收，急食酸以收之，乌梅之酸以收肺气；脾欲缓，急食甘以缓之，人参之甘以缓脾气；寒淫於内，以辛润之，当归、桂、椒、细辛之辛以润内寒；寒淫所胜，平以辛热，姜、附之辛热以胜寒；蛔得甘则动，得苦则安，黄连、黄柏之苦以安蛔。

本病案中缘患者外感风寒而咳，经久不愈，久病则内耗正气，从而易

形成寒热虚实夹杂之证，故用乌梅丸，易桂枝为肉桂收敛浮阳，桔梗宣肺，陈皮燥湿化痰理气，茯苓、白术健脾—培土生金，莪术归肝、脾起行气祛瘀，足厥阴肝经循咽喉，通过经脉联系调和咽喉气血。二诊：继续予乌梅丸调整寒热、交通上下，兼予培土生金治法，考虑患者年老，下元阳虚，故予补骨脂温肾助阳。三诊：考虑患者无咳痰，故去化痰之药芥子，加桂枝入肺经，起温通经脉，助阳化气之效。乌梅丸非独蛔厥之方，为厥阴主方。清代柯琴认为^[2]“六经惟厥阴为难治。其本阴，其标热，其体木，其用火。”，因《黄帝内经》中认为肝体为阴，其用为阳，而且厥阴当两阴交尽，又名阴之绝阳，宜无热矣。所谓阴之初尽，阳之初生，所以一阳为纪，一阴为独使，则厥阴病热是少阳使然也。火旺则水亏，故消渴，气有余便是火也。《周易震卦》亦云一阳居二阴之下，为厥阴本象。阳逆于上，阴陷于下，故上热下寒，虚实错杂。

2、肢痛

肢痛多为不明原因的四肢疼痛，中医认为脾主肌肉，主四肢，肝主筋，肾主骨，故四肢疼痛多与肝脾肾相关。肢痛在中医谓痹症，《内经》云：“风湿相搏，一身尽疼痛”、“诸肢节疼痛，身体尪羸……”。痹症多为风邪、湿邪、虚实夹杂、寒、阳虚等证。

案例：2018年8月27日初诊，王某某，男，33岁，四肢疼痛3月，无明显肤色改变，无红肿，劳累时明显，平素性情急躁，纳一般，眠欠佳，二便调。舌红，苔黄，脉沉。方药为乌梅10g，细辛3g，花椒5g，黄连3g，关黄柏10g，肉桂10g（后下），黑顺片10g（先煎），党参30g，当归10g，石菖蒲10g，茯苓20g，甘草片10g，秦艽10g。共5剂，日一剂，水煎400ml，温服。2018年9月3日二诊，四肢疼痛明显减轻，偶有小腿抽筋，舌淡红，边齿痕，左脉沉，右脉濡。方药以乌梅10g，细辛3g，黄连3g，关黄柏10g，黑顺片10g（先煎），党参20g，茯苓20g，炙甘草10g，秦艽10g，桔梗5g，白术20g，白芍10g，桂枝10g。共5剂，日一剂，水煎400ml，温服。2018-09-11三诊：患者无四肢疼痛，方药以党参30g，白术20g，茯苓20g，白扁豆10g，陈皮10g，山药30g，莲子10g，砂仁10g，薏苡仁20g，桔梗10g，巴戟天10g，桂枝10g，干姜10g，肉桂10g（后下），续断10g。

按：《千金药方中卷第十一》^[3]中主肝生病，病实则胆热，热则厥，厥则阳病，阳脉反逆大于寸口一倍，病则胸中有热，心胁头颌痛，缺盆腋下肿；虚则胆寒，寒则痿痹，痿则阴病，阴脉反小于寸口，病则胸中寒，少气口苦，身体无膏泽，外至胫绝骨外踝前及诸节皆痛。

脾主四肢，主肌肉，肾主骨，肝主筋；寒主痛，热能痛，虚亦主痛；

本案例中四诊合参，辨证上热下寒，寒热错杂，宜调其寒热，方选乌梅丸+四君子汤加减，酸入筋，酸甘敛阴缓急止痛；石菖蒲、远志定志安神，秦羌清筋络湿热。三诊患者寒热错杂证消，寒热已经交通，标已经解，见其本，岭南人脾虚，故予参苓白术散加减健其后天之本，兼予补肾阳之药益肾阳之火。

《古今名医方论》引柯韵伯：吐蛔，仲景立方皆以辛甘苦味为君，不用酸收之品，而此用之者，以厥阴主风木耳。君乌梅之大酸，是伏其所主也；配黄连泻心而除疼，佐黄柏滋肾以除渴，先其所因也；肾者，肝之母，椒、附以温肾，则火有所归，而肝得所养，是固其本；肝欲散，细辛、干姜辛以散之；肝藏血，桂枝、当归引血归经也；寒热杂用，则气味不和，佐以人参调其中气；以苦酒渍乌梅，同气相求，蒸之米下，资其谷气，加蜜为丸，少与而渐加之，缓则治其本也。故药亦寒热互用，数剂后病愈。

3. 心悸

案例：2018-4-9 初诊，朱某，女，44 岁，既往有高血压病病史，反复心慌不适 1 周，凌晨 3 点时尤为明显，偶有头晕，无头痛，时有胸闷，纳差，眠一般，小便清长，大便稀，查心电图示：窦性心律、偶发室性早搏。舌淡暗，苔薄黄，脉沉弦。处方：乌梅 10g 黄连 3g 细辛 3g 花椒 10g 黄柏 10g 黑顺片 10g（先煎）肉桂 10g（后下）当归 10g 党参 10g 茯苓 20g 陈皮 10g 白术 10g 三棱 10g 莪术 10g 甘草 5g 干姜 10g 共 4 剂，水煎 400ml，日一剂。复诊无心慌不适。

按：在西医方面上，患者，女性，年 44 岁，处于围绝经期，生理功能紊乱，交感神经、副交感神经调节失衡，故心悸；在中医看来，患者中年女性，既往高血压病史，根据王清华教授脉胀理论中的血脉论治，病在脉，合心、肝，盖肝主疏泄，原为风木之脏，于时应春，实为发生之始；《黄帝内经》七七，任脉虚，太冲脉衰少，天癸竭，地道不通，故形坏而无子也。四诊合参，患者年过六七，接近七七之际，三阳脉衰于上，厥阴之津不足，盖厥阴一经，属于木，性温，有少火相火存在，现代文献^[4]发现严石林教授提出的“肝阳虚”理论，其认为乌梅丸仅黄连、黄柏属寒，清肝热，余药药性均属温，整体以温为主，主治脏寒，而方中君药乌梅、臣药黄连、佐药当归等均走肝经，其所克制之脏寒，当以肝寒为要，即肝阳虚也。患者证型为寒热错杂，兼有瘀血、脾肾虚、阳虚，故治予乌梅丸加减为主，调理寒热错杂，温补厥经，清少阳，摄虚阳，兼予四君子健脾益气，当归归肝心脾经，陈皮理气，三棱、莪术活血化瘀。服药后虚实调和，寒热平和，心悸即祛。在中医学子午流注十二经络运行时间中，凌晨 3 点多为足厥阴肝经，《金匱要略》中乌梅丸为厥阴主方，其意义深远。

4. 腹痛

《金匱要略·腹满寒疝宿食病》：“病者腹满，按之不痛为虚，痛者为实，可下之。舌黄未下者，下之黄自去。”。腹部为阴，六腑为阳，腹痛多因虚致实而痛，多有气虚、寒实、气滞、实热等因，不通则痛，不荣则痛。

案例：2019 年 5 月 10 日初诊，廖某，女，50 岁，反复腹部隐痛 1 年余，平素喜爱喝冷饮，口干，偶有口苦，易发脾气，夜间凌晨才入睡，小便黄，大便稀，舌淡红，苔黄，脉沉。诊断腹痛，寒热错杂证，处方乌梅 10g 黄连 3g 细辛 6g 花椒 10g 黄柏 10g 黑顺片 10g（先煎）肉桂 10g（后下）当归 10g 太子参 30g 茯苓 20g 陈皮 10g 白术 10g 甘草 5g 干姜 10g 共 7 剂，水煎 400ml，日一剂。嘱其煎煮时予大米一把，复诊时诉已无腹痛。嘱其饮食有节、起居有常、不妄作劳，节制冷饮等生活饮食习惯调理。

按：现代人生活习惯无法与古人一样“饮食有节，起居有常，不妄作劳”，所追求“务快其心、逆于生乐、起居无节”，病因病机多有寒热、虚实

兼杂。腹部为足三阴与足阳明胃经所行，结合患者舌脉、症状，隐痛多为虚，脉沉者多为寒，口干口苦者多为热，便稀者多为虚，苔黄者多发热，虚实、寒热之证，六经辨证当取其温通之品、兼予清热之药，故予乌梅丸为主方，黄连、黄柏清热，当归、细辛、花椒、肉桂、附子温补厥经，乌梅以养津，太子参、茯苓、白术、甘草、干姜以健脾，此方共奏温补、清热之效。正如《内经》曰：木生酸，酸入肝。故予乌梅入肝经，佐黄柏滋肾以除渴，先其所因也；在五行相生中，肾为肝母，故椒、附以温肾，引火归元，而肝得所养；寒热错乱，则气味不和，可予人参，调其中气。乌梅丸加予大米，故是有米饮之意，是补养中焦之法，中焦受气而取汁。对于寒热错杂、虚实兼杂之证，祛邪，务忘顾其正气。

5、总结：

乌梅丸出自《伤寒论》厥阴篇，组成乌梅、细辛、干姜、黄连、当归、附子、蜀椒、桂枝、人参、黄柏。本是治疗蛔虫症、久利，方中运用酸甘化阴、辛甘温阳、酸苦泄热、苦辛顺其升降等法，此乃寒热并用、刚柔共济、气血兼顾、扶正祛邪合为一体，故凡阳衰于下、火盛于上、气逆于中、寒热错杂诸证都可以辨证诊治。久病引起的正气受损，容易形成寒热虚实夹杂。刘渡舟教授^[5]认为厥阴病的基本病理变化是由于厥阴疏泄不利，气机不调，以致寒热格拒上下，阴阳气不相顺接，并进而影响脾胃不和、升降失常。方中诸药有养肝阳、养肝阴、温阳、通阳破阴、清热、酸敛固涩、益气健脾等作用来寒热并用、攻补兼施。凡厥阴之变证不一，辨其气化不拘形迹，皆可以乌梅丸主之。临床用于寒热虚实夹杂的旧利而滑脱不固证、肝胃不和或肝脾不和的呕吐、下利等证。乌梅丸绝非单纯的蛔厥用方，结合历代各家注释及现代医家拓展其用方范围观察，精通经方方义，四诊合参，辨证寒热错杂、上寒下热、肝阴火火、肝胃不和，乌梅丸可在临床一用。现代医家顾植山教授^[6]认为厥阴病主方的为乌梅丸，其应用之要在于“厥阴病欲解时，丑至卯上”，临证中但见在凌晨 1 点到 7 点出现厥阴寒热错杂指症，可选乌梅丸，若有口干、四肢厥冷等阴阳失调，寒热错杂之症，用之更能奏效。靳利利教授在其门诊辨证运用乌梅丸治疗之时，认为《伤寒论》中的辨证是多角度、多方向的，临床上需要“病脉证并治”，即辨病、辨脉、辨证三者一体。临床上辨病不单单是中医所谓之病，也是西医所称之病种，结合六经辨证理论，通过“欲解时”来判断三阴三阳的归属，患者的脉、证是疾病所表现出来的“象”态，方能临证得当，药到病除。然乌梅丸之品，其药物多为药经中下品，补药甚少，清热、温阳的药物多，通常不可久服，而且附子、干姜、蜀椒多为温燥之品，虽有黄连、黄柏等苦湿之药防止其温燥伤津，乌梅养津，但当其寒证已去，寒热错杂不存之时，不可继与服用，为医者当治病必求于阴阳。

参考文献：

- [1] 成无己，《伤寒论注释》，[M].上海人民出版社迪志文化出版有限公司 2005，175
- [2] 罗美.古今名医方论[M].北京：学苑出版社,2013：263-264.
- [3] 孙思邈，焦振廉等，《备急千金要方》，[M].中国医药科技出版社，2011，195
- [4] 李哈，严梅，李炜弘，等．严石林教授应用乌梅丸辨治肝阳虚的临床验案赏析[J]．时珍国医国药，2017，28(6)：1467-1469.
- [5] 刘渡舟．伤寒论论解，[M].天津：天津科学技术出版社，1983：183
- [6] 叶新翠，李玲．跟师顾植山学用乌梅丸[J]．中国中医药远程教育，2016，(15)：71-73

老年冠心病伴发抑郁症的临床特征及干预治疗

汤小学

保定市徐水区崔庄镇沙口卫生院 河北保定 072550

摘要：目的：探索老年冠心病伴发抑郁症的临床特征，提出科学的干预治疗措施，并评估治疗效果。方法：选择我院在 2020 年 1 月-2020 年 12 月期间确诊为冠心病的老年患者 220 例，其中合并抑郁症的 110 例，列为研究组，未合并抑郁症的 110 例，列为对照组。总结对比两组表现出的临床特征情况，然后提供对症的治疗与科学的干预措施，评估研究组干预前后的抑郁评分情况。结果：研究组与对照组之间表现出的各方面临床特征存在较大的差异，对比均 $P<0.05$ ；在护理干预前，研究组的抑郁评分为 (66.81 ± 3.25) ，经过科学护理干预后，抑郁评分降低为 (32.54 ± 2.06) ，前后对比存在显著差异， $P<0.05$ 。结论：临床上分析老年冠心病伴发抑郁症的患者可能表现出更加明显的临床特征，这需要医护人员在对症治疗的基础上提供科学的心理干预措施，可以更好的改善患者的不良情绪，改善临床症状，控制抑郁发作，效果更加突出。

关键词：老年冠心病；抑郁症；临床特征；干预治疗

1 引言

冠心病是十分常见的疾病，经常出现在 ≥ 40 岁的群体，表现出胸闷、胸痛等典型症状，大幅活动后会加剧，而且受生活因素的影响很大。近年来，冠心病表现出年轻化趋势，所以备受临床科室的重视。特别是因为此病慢性发展，无法治愈，容易反复发作，需要长期用药治疗，在长久的压力之下，患者可能出现抑郁、焦虑等不良情绪。尤其是老年患者，对于疾病治疗的经济负担较大，更容易并发抑郁症，而且这也会增加病情继续发展到严重程度甚至死亡的可能性，所以临床上十分重视老年冠心病伴发抑郁症的治疗。本次就对此进行分析。

2 资料与方法

2.1 材料

选择医院在 2020 年 1 月-2020 年 12 月期间确诊为冠心病的老年患者 220 例，其中合并抑郁症的 110 例，列为研究组，男性 70 例，女性 40 例，60-85 岁，平均 (68.06 ± 4.27) 岁；未合并抑郁症的 110 例，列为对照组，男性 66 例，女性 44 例，60-84 岁，平均 (67.23 ± 4.83) 岁。对比所有患者的一般资料， $P>0.05$ 。

纳入标准：符合临床对于冠心病与抑郁症的诊断，年龄 ≥ 60 岁，病情处于平稳期，临床资料信息全面，同意参与此研究，依从性良好。

排除标准：年龄 <60 岁，存在急性感染性疾病、颅脑重症疾病、精神障碍等情况，临床资料信息不全，近期家庭出过重大事故，无法有效配合此研究。

2.2 方法

治疗方法：对冠心病提供常规治疗，使用钙离子拮抗剂等药物。情况严重的，可以选择手术治疗或介入治疗等方式，强化疗效情况。如果合并抑郁症，在不影响冠心病治疗的基础上，使用抗抑郁的药物等。（1）冠心病治疗：常规提供硝酸甘油注射液、 β -受体阻滞剂、钙通道阻滞剂等药物进行治疗。硝酸甘油注射液的使用方法为：静脉滴注，最初剂量 $5\mu\text{g}/\text{min}$ ，每隔 3-5min 增加 $5\mu\text{g}/\text{min}$ ，如果增加到 $20\mu\text{g}/\text{min}$ 时症状未出现改善，则每隔 3-5min 增加 10-20 $\mu\text{g}/\text{min}$ ，直到心绞痛症状得以缓解。选择尼可地尔静脉滴注，24mg/次，1次/d。持续治疗 14d，关注用药期间产生的用药反应，若有异常及时告知医生。（2）抑郁症治疗：西药选择盐酸西替鲁，口服，每次 10mg，每天一次；同时予以中药疏肝解郁汤的使用，进行辨证论治，随症状加减。处方：白术 12g，甘草 6g，茯苓 12g，合欢皮 12g，香附 12g，柴胡 12g，白芍 10g，川芎 10g，郁金 10g，瓜蒌 10g，薄荷 6g。水煎服，每天一剂，分早晚两次服用。

干预治疗措施：主要是针对合并抑郁症的个体，通过心理干预治疗，配合强化疗效。在护理过程中，医护人员需要为患者讲解相关知识，同时要耐心和心地解答患者提出的问题。在护理时，需要密切关注患者的表情和行为表现，积极询问患者是否存在不适，如果发现患者的面色发白、

目光呆滞、神志不清等，要及时给予处理，避免出现抽搐、休克等不良反应。同时医护人员要提供鼓励、尊重和关爱，使患者心态平稳，精神舒缓，避免出现不良反应。医护人员要将自己放在与患者等等的地位，心平气和地倾听患者的请求、苦痛，表现出自己的真诚态度，打动患者，用行动和行为表现出对患者价值观、问题、人格等的尊重，才能建立起良好的帮助关系，并能推动患者信任自己，成功开展护理工作。所以医护人员要平等看待患者，尊重患者的来访，而患者在这个过程中，可以获得自我价值感，感受到被他人认同的良好体验，被医护人员信任和理解，从而可以放开心境，更加坦诚地表述自己的困惑，这样医护人员可以采取消除患者的疑虑，促使护理顺利进行。

2.3 观察指标

（1）统计对比两组表现出的临床特征，主要从睡眠、情绪状态、精神状态等方面进行评估。

（2）对比研究组干预前后的抑郁评分情况。

2.4 统计学处理

使用 SPSS 展开数据分析，数据用%和 $\bar{x}\pm s$ 表示，分别实行 χ^2 和 t 检验，以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组临床特征对比

如表 1 所示，研究组与对照组之间表现出的各方面临床特征存在较大的差异，对比均 $P<0.05$ 。

表 1 两组临床特征对比[n (%)]

临床特征	对照组	研究组	χ^2	P
失眠	30 (27.27)	104 (94.55)	17.27	<0.05
乏力	25 (22.73)	93 (84.55)	19.01	<0.05
情绪低落	15 (13.64)	89 (80.91)	14.94	<0.05
焦虑	13 (11.82)	107 (97.27)	22.35	<0.05
厌世	8 (7.27)	78 (70.91)	21.20	<0.05

3.2 研究组护理干预前后抑郁评分对比

在护理干预前，研究组的抑郁评分为 (66.81 ± 3.25) ，经过科学护理干预后，抑郁评分降低为 (32.54 ± 2.06) ，前后对比存在显著差异， $P<0.05$ 。

4 讨论

冠心病多数是因为心肌缺血、缺氧导致，其发病率表现出增高的趋势。导致该病发生的危险因素和诱因较多，而且可能的并发症也较多。近年来，冠心病的发生率持续提高，并且多发生在老年群体，对患者带来较大的健康干扰。虽然经过医学技术的进步，对于冠心病已有良好的控制措施，可以有效降低死亡率，但由此带来的死亡率依然较高。但因为部分患者的认知存在偏差，认为该病十分严重，治不好，或者因为经济负担较重等，可能造成负面情绪，比如抑郁、焦虑等，甚至会合并抑郁症，这种负面情绪

会降低患者的心理状态健康水平,继而映射到生理方面,阻碍疾病的恢复,甚至影响患者的依从性,不能主动配合治疗。抑郁症是最常见的抑郁障碍,表现出长时间、十分明显的心情低落,属于当前社会最常见的心里疾病类型。抑郁症作为心理疾病,发作持续期很长,并且很容易反复发作,难以治愈,但是通过用药加心理干预可以降低其严重程度。从西医上分析,对于抑郁症一般是用药控制,但长此以往会产生药物依赖性,甚至出现耐药性,效果会越来越差;从中医上分析,针灸、按摩等理论上来说是有一定效果,但相关的研究还不够全面,未来需要改善;其他还有理疗、心理干预等疗法,均有一定效果。

当前社会形势下,对于此种情况的治疗,一方面是要提高治愈水平,减少致残率,消除临床症状,一方面是恢复正常社会功能,提升生活质量,并减少复发可能。所以进行治疗需要遵循一些原则,针对个体实施定制化治疗;所使用药物的剂量要逐渐增加,尽量使用最小剂量,避免出现不良反应,并提高用药依从性;进行治疗要保证一次性足量足疗程治疗,这样可以保证疗效;用药时尽量单一用药,如果效果不强可以考虑更换别的药物、增加剂量或者联合用药,但要注意药物之间的相互作用,比如拮抗作用等;还要注意在治疗前知情告知,增加患者和家属对此的了解,治疗期间也要密切观察患者的病情变化,出现的不良反应,并及时处理;可以配合增加心理治疗,这样可以强化疗效,减少药物的使用。

此次研究对于冠心病的治疗选择的主要是尼可地尔,其钾离子通道开放剂,对于ATP敏感,也是首个应用于临床的此类药物。本品是抗心绞痛药物,对于各种类型的心绞痛都有良好效果,包括劳力型和痉挛性心绞痛,其实用可以显著减少出现心血管事件的可能,所以可以提高患者的治疗预后水平。从原理上讲,本品可以选择性的扩张冠状动脉,不断增加其流量,并且抑制冠脉痉挛,所以对于心绞痛有良好效果。本品是一种硝酸酯类化合物,可以阻止细胞内的钙离子游离,增加细胞膜对于钾离子的通透性,扩张冠脉,并且不会影响血压、心率、心肌收缩力/耗氧量等指标,同时还可以抑制血小板聚集,这样就可以防止出现血栓。

而对于抑郁症,目前药物治疗是最常用的方式,使用抗抑郁药物,比如选择性5-羟色胺再摄取抑制剂(氟西汀、帕罗西汀等)。目前来说研发的抗抑郁药物种类也较多,应用普遍,但很多药物的使用都有各自的禁忌症,需要结合实际进行适当选择。本次使用的药物就是盐酸西酞普兰,主要用于治疗抑郁症,属于SSRI;本品可以抑制中枢神经对5-HT的再吸收,所以可以用于治疗本病,而且对于强迫症、暴食症也有一定作用;本品使用时可能带来的副作用主要是肠道不适、恶心、头痛、失眠等;因为本品的作用,所以老年人、肝肾功能不全的个体需要谨慎使用,否则可能会加剧副作用。

同时,此次研究也选择中医治疗的方式,相对来说有一定效果。从中医上分析,抑郁症归属“癫证”、“郁证”等的范畴,如果不能及时治疗,可能会发展成“狂证”,所以及时有效的治疗十分关键。从中医角度对抑郁症进行辨证分型,最常见的分型就是肝气郁结证,对于这种病症的治疗,可以考虑疏肝解郁。因此本研究中选择疏肝解郁汤。疏肝解郁汤最早出自《中医妇科治疗学》,主要用于治疗肝郁气滞的经行不畅等问题,后来因为中医理论的发展,疏肝解郁汤也逐渐被用于治疗其他肝郁气滞的疾病。此汤剂的处方包括白术12g,甘草6g,茯苓12g,合欢皮12g,香附12g,柴胡12g,白芍10g,川芎10g,郁金10g,瓜蒌10g,薄荷6g;诸药合用起到补中养心、疏肝解郁的功效。

另外,对于老年患者来说,本身抵抗力下降,个体对于致病因素的耐受性下降,冠心病的存在又增加了出现其他疾病的可能,并表现出慢性病较多、合并症较多的趋势。同时老年群体的社会角色和地位出现很大转变,心理上遭受较大的刺激,所以会表现出抑郁状态,出现情绪低落、消极、压抑等心理状态。因此在常规治疗的基础上,要注意对患者进行心理干预治疗,通过科学的心理疏导,配合药物的作用发挥,起到良好的疗效。本

研究表明,研究组与对照组之间表现出的各方面临床特征存在较大的差异,对比均 $P<0.05$;在护理干预前,研究组的抑郁评分为 (66.81 ± 3.25) ,经过科学护理干预后,抑郁评分降低为 (32.54 ± 2.06) ,前后对比存在显著差异, $P<0.05$ 。

总之,临床上分析老年冠心病伴发抑郁症的患者可能表现出更加明显的临床特征,这需要医护人员在对症治疗的基础上提供科学的心理干预措施,可以更好的改善患者的不良情绪,改善临床症状,控制抑郁发作,效果更加突出。

参考文献:

- [1]沈佳佳,金燕萍,何英姿.信息化认知矫正治疗对老年冠心病伴发抑郁症患者心理及自主神经功能影响[J].中国医学前沿杂志(电子版),2022,14(02):6-10.
- [2]吴霖颖.黛力新在老年冠心病伴发抑郁症治疗中的效果观察[J].中外女性健康研究,2020,(01):41+50.
- [3]邵筱敏.心理护理对老年冠心病伴发抑郁症患者心理状态、生活质量及护理满意度的影响[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(43):122-123.
- [4]孙念云.老年冠心病合并抑郁的现状 & 综合心理干预进展[J].现代诊断与治疗,2017,28(17):3328-3329.
- [5]郭胜娟.老年冠心病伴发抑郁症的临床治疗效果探讨[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(25):77+81.
- [6]韩秀莲.老年冠心病伴发抑郁症的临床特征及干预治疗[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(A1):73+85.
- [7]李静.探讨老年冠心病伴发抑郁症的临床特点[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(22):206+209.
- [8]贺文奇.帕罗西汀治疗老年冠心病伴发抑郁症的临床特征探讨[J].中外医疗,2015,34(31):113-114.
- [9]刘艳.护理干预对老年冠心病伴发抑郁症患者康复疗效的分析[J].中国医药指南,2015,13(17):217-218.
- [10]李瑞.老年冠心病伴发抑郁症的心理护理[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(13):210.
- [11]岳修宇,陈玲.老年冠心病伴发抑郁症的临床治疗及疗效观察[J].中西医结合心血管病电子杂志,2015,3(12):15+17.
- [12]马淑荣.43例老年冠心病伴发抑郁症患者临床分析[J].中国实用神经疾病杂志,2014,17(21):122-123.
- [13]庄伟强,付强.老年冠心病伴发抑郁症120例临床疗效分析[J].吉林医学,2014,35(21):4613-4614.
- [14]潘敢.老年冠心病伴发抑郁症的临床疗效分析[J].河北医学,2013,19(03):347-349.
- [15]徐智,陈龙锦,程月新,曹京燕.老年冠心病伴发抑郁症的临床分析[J].河北医药,2013,35(04):529-530.
- [16]张昊,李海静,李斌,王永伟,郝建文.黛力新治疗老年冠心病伴发抑郁症的临床研究[J].中国疗养医学,2011,20(12):1114-1115.
- [17]苏卫红,庞明,史文.老年冠心病患者抑郁症发生情况调查[J].广西医科大学学报,2010,27(03):476-477.
- [18]别自东,陈秀华,王玉凤.老年女性冠心病伴发抑郁症的临床分析[J].中国医疗前沿,2010,5(10):22+49.
- [19]王玲,郑琦.老年冠心病伴发抑郁症患者护理干预对策[J].中外医疗,2010,29(05):9-10.
- [20]高慧阳,张艳梅.老年冠心病并抑郁障碍患者78例临床分析[J].西部医学,2009,21(09):1568-1569.
- [21]许冬梅.老年冠心病伴发抑郁症的临床分析[J].中国民康医学,2007,(24):1047+1068.

直肠癌根治术后贝伐珠单抗治疗对肿瘤相关因子表达的影响

张四新 岳海岭

中国人民解放军陆军第八十二集团军医院 河北保定 071000

摘要：目的：观察在腹腔镜根治术后采用常规化学治疗联合贝伐珠单抗治疗直肠癌对肿瘤相关因子表达的影响。方法：将2019年1月—2021年6月我院住院患者64例随机分为2组，对照组32例予腹腔镜根治术后辅助化疗采用奥沙利铂、亚叶酸钙、氟尿嘧啶（FOLFOX6）方案；观察组在对照组治疗予贝伐珠单抗注射液15 mg/kg，化疗前1天静脉滴注。2组均以治疗21 d为1个周期，共治疗6个周期观察疗效。观察对比治疗前后病理指标染色指数、血清基因相对表达量检测、血清肿瘤标志物检测、Karnofsky评分变化。结果：治疗后2组肌动蛋白 β -6a（ACTL6A）、肿瘤坏死因子受体超家族成员（TNFRSF）10B、染色盒同源物4（CBX4）和新四极体-1（NET-1）蛋白表达水平染色指数、细胞周期蛋白依赖性激酶抑制因子3（CDKN3 mRNA）和叉头框蛋白A1（FOXA1 mRNA）表达水平以及糖类抗原199（CA199）、糖类抗原125（CA125）水平、血管内皮生长因子（VEGF）水平、癌胚抗原（CEA）水平、神经元特异性烯醇化酶（NSE）均降低（ $P<0.05$ ），Karnofsky评分均升高（ $P<0.05$ ），组间比较差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ），观察组改善优于对照组。结论：腹腔镜根治术后采用常规化学治疗联合贝伐珠单抗治疗直肠癌能有效改善肿瘤相关因子表达及水平，结果优于腹腔镜根治术后采用常规化学治疗。

关键词：直肠癌；腹腔镜根治术；贝伐珠单抗；肿瘤相关因子表达

直肠癌是发病率较高的恶性肿瘤，不良饮食习惯及膳食结构转变导致发病率呈明显上升趋势，目前主要治疗手段是手术治疗，随着肿瘤学、免疫学和分子生物学的发展，术后持续治疗也取得了突破性进展，治疗目标从传统的挽救生命转向消除肿瘤及改善躯体机能，提高生活质量^[1]。2019年1月—2021年6月，我们在腹腔镜根治术后采用常规化学治疗联合贝伐珠单抗治疗直肠癌32例，并与腹腔镜根治术后采用常规化学治疗32例对照观察治疗前后病理指标染色指数、血清基因相对表达量检测、血清肿瘤标志物检测、Karnofsky评分变化，结果如下。

1 资料与方法

1.1 诊断标准 参照《中国结直肠癌诊疗规范》^[2]。早期可无明显症状，病情发展出现如下症状：排便习惯改变；大便性状改变；腹痛或腹部不适；腹部肿块；肠梗阻相关症状；全身症状如消瘦、贫血、乏力等；有相关疾病史、家族史；经体格检查、内镜检查、实验室检查及影像学检查证实，并经病理组织学检查确诊。

1.2 一般资料 64例均为2019年1月—2021年6月我院住院患者，随机分为2组：观察组32例，男19例，女13例；年龄48-75岁，平均 60.01 ± 14.48 岁；病程2-7个月，平均 4.14 ± 1.03 个月；对照组32例，男18例，女14例；年龄47-74岁，平均 59.94 ± 12.77 岁；病程2-8个月，平均 4.34 ± 1.14 个月。2组患者一般资料比较差异均无统计学差异（ P 均 >0.05 ），具有可比性。本研究内容已通过伦理委员会批准，患者签署知情同意书。纳入病例均无术后并发症发生，术后生存期 ≥ 1 年。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 予腹腔镜根治术后常规化学治疗。①腹腔镜根治术：患者气管插管全身麻醉下，取截石位（保持头低脚高25°，向右侧倾斜15°），置腹腔镜，主操作孔在右下腹取麦氏点12 mm戳口，采用4孔法，用无损伤钳提起乙状结肠，于肠系膜内侧逐层打开肠系膜，于肠系膜下动、静脉根部行生物夹闭离断，分离降结肠系膜及乙状结肠系膜，充分游离乙状结肠下段并向上牵拉显露直肠，切开盆底腹膜，采用超声刀锐性分离疏松组织，离断两侧直肠侧韧带，锐性游离直肠膀胱间隙、直肠阴道间隙；肿瘤距离齿状线 ≥ 7 cm，行直肠前切除保肛术，从主操作孔置入直线型切割吻合器，分2次于切断、闭合直肠，经切口提出肠管（防止肿瘤切口种植），

距肿瘤12 cm切断乙状结肠。采用吻合器荷包缝合结扎后还纳，关闭切口，重建气腹；如肿瘤距离齿状线 <7 cm，行腹会阴联合切除术，超声刀游离直肠，距肿瘤12 cm处横行切断乙状结肠，经切口提出近端肠管，行结肠造瘘；如肿瘤侵犯盆底周围组织，行Hartman左下腹造瘘术。②辅助化疗采用奥沙利铂、亚叶酸钙、氟尿嘧啶（FOLFOX6）方案：奥沙利铂（国药准字H20093473）85 mg/m²静脉滴注2 h、亚叶酸钙（国药准字H20093344）400 mg/m²静脉滴注2 h、5-氟尿嘧啶（国药准字H31020593）400 mg/m²静脉滴注；第2 d 5-氟尿嘧啶2400 mg/m²持续静脉滴注46 h。化疗前予抗过敏及止吐药物，化疗期间出现呕吐、骨髓抑制等不良反应对症药物治疗。以治疗21 d为1个周期，共治疗6个周期观察疗效。

1.3.2 观察组 在对照组治疗予贝伐珠单抗注射液〔生产厂家：罗氏制药有限公司（瑞士）；批准文号：进口注册证号S20100023〕15 mg/kg，加入0.9%氯化钠注射液100 mL中，化疗前1天静脉滴注。第1次输注时间持续90 min，以后缩短至60 min。以治疗21 d为1个周期，共治疗6个周期观察疗效。

1.4 观察指标

1.4.1 病理指标染色指数 治疗前后分别取癌旁组织常规方法固定、脱水处理及石蜡包埋后连续切片，60℃烘干4 h备用；免疫组织化学法检测肌动蛋白 β -6a（ACTL6A）蛋白表达、肿瘤坏死因子受体超家族成员（TNFRSF）10B蛋白表达、染色盒同源物4（CBX4）和新四极体-1（NET-1）蛋白表达水平（半定量法描述结果：通过样本阳性染色强度、阳性细胞百分比来判定）。镜下呈棕黄色、棕褐色颗粒为阳性细胞，以着色程度评定阳性表达强：无染色为0分，浅黄色为1分，棕黄色为2分，棕褐色为3分；着色细胞率 $<5\%$ 记0分， $5\%\sim 25\%$ 、 $26\%\sim 50\%$ 、 $51\%\sim 75\%$ 、 $>75\%$ 分别记1~4分。计算染色指数（染色强度 $\times$ 着色细胞所占百分比），将结果分为阴性和阳性： ≤ 3 分评定阴性（低表达）， > 3 分评定阳性（高表达）。

1.4.2 血清基因相对表达量检测 治疗前后分别取清晨空腹静脉血5 mL，促凝试管4000 r/min离心15 min，取血清标本保存于一80℃冰箱。采用实时荧光定量PCR仪（美国ABI公司）测定细胞周期蛋白依赖性

激酶抑制因子 3(CDKN3 m RNA) 和叉头框蛋白 A1(FOXA1 m RNA)表达水平, 采用 $2^{-\Delta\Delta Ct}$ 法计算 CDKN3 m RNA 与 FOXA1 m RNA 的相对表达量。

1.4.3 血清肿瘤标志物检测 治疗前后分别取采集空腹静脉血 5 mL, 抗凝、3000 r/min 离心 10min 后分离血清, 取血清标本保存于一80℃冰箱。酶联免疫吸附法检测糖类抗原 199 (CA199)、糖类抗原 125(CA125) 水平、血管内皮生长因子(VEGF)水平, 免疫分析法检测癌胚抗原(CEA) 水平、神经元特异性烯醇化酶(NSE)水平。

1.4.4 Karnofsky 评分 治疗前后分别根据 Karnofsky 评分判定患者状况: 根据患者活动、生活自理能力及病情程度分为 10 级, 每级 10 分。总分 100 分, 得分越高代表身体状况越好。

1.5 统计学处理 采用 SPSS20.0 软件进行数据分析。正态分布计量资料以均数±标准差 ($\bar{x}\pm s$) 表示, 2 组间比较采用独立样本 t 检验, 组内比较用配对样本 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组治疗前后病理指标染色指数比较 见表 1。

表 1 2 组治疗前后病理指标染色指数比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时 间	ACTL6A	TNFRSF 10B	CBX4	NET-1
观察组	32	治 疗	10.38±2.17	9.58±3.05	8.94±3.17	11.42±2.89

表 3 2 组治疗前后血清肿瘤标志物指标比较 ($\bar{x}\pm s$)

观察组 (n=32)			对照组 (n=32)	
		治疗前	治疗后	治疗前
				治疗前
				治疗后

注: ①与治疗前比较, $P<0.05$; ②与对照组比较, $P<0.05$ 。

2.4 2 组治疗前后 Karnofsky 评分比较 见表 4。

表 4 2 组治疗前后 Karnofsky 评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

观察组（n=32）		对照组（n=32）		
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
Karnofsky	61.47±11.53	89.31±14.62 ^{①②}	60.98±15.29	75.31±16.73 ^①
评分				

注: ①与治疗前比较, $P<0.05$; ②与对照组比较, $P<0.05$ 。

3 讨论

ACTL6A、TNFRSF 10B、CBX4 和 NET-1 蛋白表达水平染色指数、CDKN3 m RNA 和 FOXA1 m RNA 表达均参与多神经系统增殖分化与基因转录等, 与多种疾病密切相关: 结肠癌组织中以上指标的高表达与肿瘤细胞远处转移、向低分化转化、向血管及神经周围浸润程度呈正相关, 表达水平高低与肿瘤的 TNM 分期、分化程度及浸润深度密切相关, 可评估直肠癌病情发展, 以及鉴别直肠癌高、低级别诊断具有一定价值^[3-4]。CA199、CA125、VEGF、CEA、NSE 也均是肿瘤标志物指标。贝伐珠单抗是一种抗血管内皮生长因子的重组单克隆抗体, 通过与 VEGF 特异性结合来阻碍和防止血管内皮细胞的生成、新生血管的重建, 达到阻止肿

组	前				
	治				
	疗	4.72±1.87 ^{①②}	4.87±2.09 ^{①②}	4.06±1.37 ^{①②}	4.75±2.41 ^{①②}
	后				
对	治				
	疗	9.83±2.81	10.14±2.79	9.86±3.04	10.08±3.17
	前				
	治				
照	32				
	组				
	疗	6.62±2.69 ^①	6.25±2.76 ^①	6.04±2.17 ^①	6.89±2.75 ^①
	后				

注: ①与治疗前比较, $P<0.05$; ②与对照组比较, $P<0.05$ 。

2.2 2 组治疗前后血清基因相对表达量检测比较 见表 2。

表 2 2 组治疗前后血清基因相对表达量检测比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时 间	CDKN3 m RNA	FOXA1 m RNA
观察组	32	治疗前	5.16±1.04	0.87±0.36
		治疗后	2.83±0.72 ^{①②}	0.39±0.17 ^{①②}
对照组	32	治疗前	5.09±1.13	0.85±0.41
		治疗后	3.98±1.09 ^①	0.54±0.33 ^①

注: ①与治疗前比较, $P<0.05$; ②与对照组比较, $P<0.05$ 。

2.3 2 组治疗前后血清肿瘤标志物指标比较 见表 3。

瘤生长的作用。多项临床研究表明, 贝伐珠单抗通过与常规化疗药物联合应用, 达到明显改善预后的功效^[7]。

本研究结果表明, 在腹腔镜根治术后采用常规化疗联合贝伐珠单抗治疗直肠癌, 可以明显改善病理指标染色指数、血清基因相对表达量检测、血清肿瘤标志物检测、Karnofsky 评分变化, 效果优于单纯腹腔镜根治术后采用常规化疗。

参考文献:

[1] 韦金磊, 张森. 结直肠癌的临床治疗进展[J]. 中国临床新医学, 2018, 11 (2): 202-208

[2] 王明辉, 张朝永, 王凡. ACTL6A 表达与直肠癌临床病理特征及预后的关系[J]. 中国现代普通外科进展, 2022, 25 (2): 103-107

[3] 王凡, 刘伟, 李强, 等. CDKN3 和 FOXA1 m RNA 在直肠癌中的表达关系及意义[J]. 河北医学, 2021, 27 (1): 84-89

[4] 文磊, 张红梅, 徐立. 贝伐珠单抗在结直肠癌治疗中的应用[J]. 中国肿瘤, 2016, 25 (7): 534-541

超声引导下股神经阻滞复合全身麻醉在小儿股骨干骨折手术中的应用价值分析

董大龙 王鹏 王安奎 李胜锋 张明明 (通讯作者)

兵器工业五二一医院手术麻醉科 陕西西安 710065

摘要: 目的: 分析阐述在小儿股骨干骨折手术中引进超声引导下股神经阻滞复合全身麻醉方式的使用价值。方法: 特选取 80 例小儿股骨干骨折确诊患儿纳入试验使得试验得以正常开展, 纳选时间轴介于 2020 年 1 月至 2022 年 6 月范围, 执行以双盲法原则履行分组任务, 试验结论最终以对照组 (常规全身麻醉) 和观察组 (超声引导下股神经阻滞复合全身麻醉) 各时段平均动脉压 (MAP) 和心率 (HR) 评估值、不同时段所测的疼痛度评分、不良事件发生率观测值、麻醉效果观测值以及部分临床指标评估值作为数据参考。结果: 分别从切皮阶段、复位阶段及手术行两组间 MAP 和 HR 检测数据对比, 所获数据显示为观察组较之于对照组呈现更低水平 ($P<0.05$); 在分别从不同时段对患儿执行的 VAS 量表测评疼痛度时, 观察组较以对照组始终以更值呈现 ($P<0.05$); 治疗期间就误入血管、误入胸腔等不良事件发生率行之对比, 观察组较与对照组居更低 ($P<0.05$); 据临床试验数据反馈情况知晓观察组麻醉有效性较与对照组示为更高 ($P<0.05$); 而在术后拔管时间、唤醒时间等临床指标对比中, 观察组较之于对照组展现为更低值 ($P<0.05$)。结论: 在对小儿股骨干骨折手术治疗时采用超声引导下股神经阻滞复合全身麻醉所获效果更佳, 可使患儿承受的痛苦更低, 缩短其术后恢复时间, 减少不良事件发生, 值得临床作为积极案例参考。

关键词: 超声引导; 股神经阻滞; 全身麻醉; 小儿股骨干骨折; 应用价值

股骨是人体中最长和最大的骨骼, 是下肢重要承重骨之一, 同时也是骨折高频发生的部位, 若不及时进行有效治疗, 将会引起下肢功能障碍, 给患儿的身心健康带来极大的负面影响。造成股骨干骨折的原因诸多, 受诸多直接或间接的暴力因素影响。手术治疗是股骨干骨折治疗的最常见以及最有效方法, 而术中麻醉方式和效果会直接影响治疗结果^[1]。医院因加强对术中麻醉方式的研究, 为患儿提供最佳治疗方案。切开复位和内固定治疗法最为常用, 而麻醉方案具有全身麻醉和神经阻滞等, 其各具优缺点^[2]。但出于对患儿生理结构、解剖结构以及治疗依从性的考虑, 要求麻醉药效更高, 并且还需考虑用药安全性。医学临床发现, 神经阻滞麻醉方法在手术中的麻醉效果以及在术后的镇痛效果良好, 联合超声引导的方式安全性更能得到保障, 术后对于镇痛药物的需求量可得以减少^[3]。但临床中使用超声引导神经阻滞复合全麻应用至小儿手术中的案例较为稀少, 还需进一步加强研究^[4]。本文即是选取小儿股骨干骨折确诊患儿开展研究, 分析超声引导下股神经阻滞复合全身麻醉方式的可行性和价值, 试验详情示为下文:

1 资料与方法

1.1 一般资料

该次试验主要围绕已确诊为小儿股骨干骨折的 80 例患儿进行, 纳选时间轴范围: 2020 年 1 月至 2022 年 6 月, 依据双盲法准则行分组计划。40 例隶属对照组, 男女各自进行了 24 例和 16 例的选取, 年龄包含了 5~13 岁阶段, 均值经分析所获为 (9.11 ± 1.03) 岁, 体重包含了 20~50kg, 均值经分析所获为 (35.12 ± 1.15) kg; 40 例隶属观察组, 男女各自进行了 23 例和 17 例的选取, 年龄包含了 6~13 岁阶段, 均值经分析所获为 (9.56 ± 1.61) 岁, 体重包含了 20~51kg, 均值经分析所获为 (35.71 ± 1.42) kg。以上选入对象的基本资料具均衡可比性 ($P>0.05$)。

1.2 纳排标准

纳入标准涉及内容: ①要求年龄介于 5~13 岁区间; ②体重需在 20~55kg 范围; ③经检查其肝肾功能以及凝血系统功能均正常; ④患儿及家属已知晓同意参与该次试验。排除标准涉及内容: ①身体合并有其他重大疾病; ②有接受过其他手术治疗或存在慢性疼痛疾病病史; ③具有麻醉药物禁忌的患儿; ④具有意识或认知障碍或其他精神类疾病的患儿。

1.3 方法

首先对所有确定进行手术的患儿术前禁饮 3h 和禁食 8h 的要求, 手术参与护士应提前做好手术准备工作, 如术中所使用的器械、药品以及急救设备等, 保持患儿手术部位的清洁和干燥。待患儿进入手术室后开始建立静脉通道, 并将所有监护仪与患儿连接, 测量记录患儿的血氧饱和度、

心率水平和无创血压等生命指标情况。对对照组则施以常规全身麻醉方法: 选用舒芬太尼 (国药准字 H20054172; 宜昌人福药业有限责任公司) $0.5\mu\text{g}/\text{kg}$ 、丙泊酚 (国药准字 H20093542;

河北一品制药有限公司) $2\text{mg}/\text{kg}$ 和顺阿曲库铵 (国药准字 H20060869; 江苏恒瑞医药股份有限公司) $0.15\text{mg}/\text{kg}$ 作为麻醉诱导剂, 采取气管插管形式行麻醉诱导。手术进行过程中持续给予患儿丙泊酚和顺阿曲库铵药物, 根据其具体状况适量增减麻醉诱导剂。同时给予观察组患儿超声引导下股神经阻滞复合全身麻醉的方法其中全身麻醉的方式与对照组相一致。超声引导下神经阻滞部分的操作为: 取患儿大腿与股骨头相连部位处行超声引导, 确定准确的进针位置和进针深度, 要求刺入到髂筋膜处, 并于手术操作部位周围神经处注射 $30\sim 40\text{ml}$ 的 (0.225%) 盐酸罗哌卡 (国药准字 H20060137; 江苏恒瑞医药股份有限公司), 通过超声检查麻醉药剂在患儿体内的扩散情况。

1.4 观察指标

(1) 各时段的平均动脉压 (MAP) 和心率 (HR) 评估值对比: 在患儿切皮、复位以及手术后这三个时间点就其 MAP 和 HR 水平行以检测和评比; (2) 不同时段疼痛度评分对比: 临床采用视觉模拟疼痛量表 (VAS) 评分来评估患儿的疼痛程度, 量表分值区间为 0~10 分, 0 分表无痛, 10 分表剧烈疼痛, 分值越高表明疼痛越重; (3) 不良事件发生率观测值对比: 展开就患儿治疗过程中其误入血管、误入胸腔、恶心呕吐、寒颤等不良事件发生情况行以对比; (4) 麻醉效果观测值对比: 采用医院自制量表就患儿的麻醉效果进行了解, 量表中包含了显效、有效和无效三种情况, 若其能在 5~10 分钟内失去意识进入全麻状态, 并且术后麻醉消退后无不良事件发生则为显效; 若在 11~15 分钟内进入全麻则为有效; 若 15 分钟内未能完全昏迷则视为无效; (5) 部分临床指标评估值对比: 主要针对患儿的术中芬太尼用量、唤醒时间、术后拔管时间、术后首次镇痛需求时间以及住院时间行以观察和对比。

1.5 统计学方法

依托 SPSS22.0 实施统计, 计数在开展表述时, 经 (%) 完成, 通过 χ^2 检验获取结果, 计量在开展表述时, 通过 ($\bar{x} \pm s$) 进行, 施以 t 检验, $P<0.05$ 差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 各时段的平均动脉压 (MAP) 和心率 (HR) 评估值对比

经临床取患儿切皮、复位以及手术后三个时段的 MAP 评估值和 HR 评估值的观察对比, 观察组均显示为较之对照组更低 ($P<0.05$), 数据结果示以表 1。

表 1 各时段的 MAP 和 HR 评估值对比 ($\bar{x} \pm s$, mmHg)

分组	MAP			HR		
	切皮阶段	复位阶段	手术后	切皮阶段	复位阶段	手术后

观察组 (n=40)	71.51±1.97	64.28±1.53	73.58±2.48	95.56±2.45	90.48±2.45	91.62±2.10
对照组 (n=40)	89.18±2.16	74.52±2.20	80.55±2.69	115.57±2.58	107.89±2.81	108.88±2.47
t	38.227	24.168	12.048	35.570	29.535	33.671
p	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 不同时段疼痛度评分对比
分别取术后 1d、3d、7d、15d 和 20d 时患儿切口处的疼痛度评分行之比较, 试验数据反馈结果示为观察组较与对照组呈更低水平 (P<0.05), 数据结果示以表 2。

表 2 不同时段疼痛度评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	术后 1d	术后 3d	术后 7d	术后 15d	术后 20d
观察组 (n=40)	8.56±0.68	6.59±0.65	5.13±0.49	3.33±0.41	2.10±0.26
对照组 (n=40)	9.15±0.46	8.46±0.67	7.81±0.62	5.59±0.69	4.76±0.62
t	4.545	12.670	21.449	17.809	25.023
p	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 不良事件发生率观测值对比
经行观察患儿于治疗期的误入胸腔、恶心呕吐等不良事件发生情况行以对比, 所获结果为观察组较之于对照组居更低 (P<0.05), 数据结果示以表 3。

2.4 麻醉效果观测值对比
经临床检测麻醉效果并行以对比, 获知观察组较与对照组居更高 (P<0.05), 见表 4。

表 3 不良事件发生率观测值对比[n(%)]

分组	恶心呕吐	寒颤	误入血管	误入胸腔	总发生率
观察组 (n=40)	1 (2.50)	0 (0.00)	1 (2.50)	0 (0.00)	2 (5.00)
对照组 (n=40)	3 (7.50)	3 (7.50)	2 (5.00)	1 (2.50)	9 (22.50)
χ^2	-	-	-	-	5.165
p	-	-	-	-	0.023

表 4 麻醉效果观测值对比[n(%)]

分组	显效	有效	无效	有效性
观察组 (n=40)	23 (57.50)	16 (40.00)	1 (2.50)	39 (97.50)
对照组 (n=40)	21 (52.50)	13 (32.50)	6 (15.00)	34 (85.00)
χ^2	-	-	-	3.914
p	-	-	-	0.048

2.5 部分临床指标评估值对比
选定患儿术中芬太尼用量、唤醒时间、术后拔管时间等临床指标行以观察比较, 结果示为观察组较之于对照组居更低值 (P<0.05), 数据结果示以表 5。

表 5 部分临床指标评估值对比 ($\bar{x} \pm s$)

分组	术中芬太尼用量 ($\mu\text{g/kg}$)	唤醒时间 (min)	术后拔管时间 (min)	术后首次镇痛需求时间 (h)	住院时间 (d)
观察组 (n=40)	4.15±1.08	7.95±1.46	9.85±1.36	9.35±1.41	7.29±1.51
对照组 (n=40)	5.22±1.26	14.72±1.69	15.54±1.75	3.18±0.46	12.37±2.10
t	4.078	19.172	16.237	26.311	12.422
p	0.001	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

股骨干骨折是一种高发的小儿骨折类型, 临床以手术切开治疗为主。由于患儿器官功能以及生理还未发育成熟, 手术中依从性低, 因此在选择麻醉方式时需要考虑到麻醉效果以及安全性, 以促进手术顺利开展。据研究数据显示, 超声引导下行神经阻滞复合全身麻醉方式可以满足上述麻醉要求^[5]。

对股骨干骨折患儿施行超声引导下行股神经阻滞联合全身麻醉, 在稳定患儿心率和血压方面具有显著优势, 并且患儿在术后能较快苏醒, 以降低穿刺时意外情况发生风险^[6]。临床中行全身麻醉时多采取气管插管的方式, 术中需要持续给予患儿肌松类药物以及阿片类药物来延长麻醉时间, 增强麻醉效果。由于患儿身体存在诸多差异, 因此麻醉药物使用量也各不相同, 造成了术后患儿出现不同程度的寒颤、恶心呕吐等不良反应, 阻碍其术后身体康复, 从中可知正确麻醉方法的重要性。术后因伤口疼痛会引起患儿心率和血压的大幅波动。若采用超声引导下行神经阻滞, 能将患儿的痛感降到最低, 从而稳定心率和血压情况^[7]。行神经阻滞一般情况下只会阻滞一侧神经, 由此对患儿生理功能的伤害性更小, 同时还能有效避免硬膜外等意外穿刺情况发生^[8]。超声引导的方式可清晰观察到手术部位周围阻滞和神经的分布, 提高进针准确性, 预防误入胸腔、肠腔事件发生^[9]。于上文试验中, 行超声引导下行股神经阻滞复合全身麻醉的观察组其心率和血压水平较之于进行常规全身麻醉的对照组更为稳定, 且观察组的麻醉效果更佳, 不良事件发生率较与对照组示为更低, 观察组的拔管时间以及住院时间等均较与对照组更少 (P<0.05), 本文试验结果与相关参考文献所示结果相一致^[10]。

综上所述, 在小儿股骨干骨折手术治疗中采用超声引导下行股神经阻滞联合全身麻醉的方式在提高治疗安全性的同时, 还能发挥更好的麻醉效果, 降低患儿的痛苦, 且有效降低了意外事件发生风险, 具积极的临床价

值。

参考文献:

[1] 黄文新, 叶春芳, 冯杜洪, 等. 超声引导股神经-股外侧皮神经阻滞联合喉罩全麻在股骨干骨折手术的应用效果[J]. 安徽医学, 2019, 40(2): 48-50.

[2] 任晓燕, 姜艳华, 郭丽丽, 等. 超声引导下股神经-腓窝坐骨神经阻滞麻醉应用于膝关节镜手术的临床效果[J]. 实用临床医药杂志, 2020, 24(13): 36-38.

[3] 钱祖超, 张群. 评价超声引导下下肢神经阻滞在高龄危重患儿股骨头置换手术的麻醉效果及价值[J]. 中国全科医学, 2021, 24(02): 71-73.

[4] 刘松华, 方懿, 曹理言. 右美托咪定联合超声引导股神经与股外侧皮神经阻滞在髌骨骨折内固定取出术中的应用[J]. 中国现代医学杂志, 2020, 30(1): 55-57.

[5] 吴城, 胡立, 江能, 等. 闭孔神经阻滞复合全身麻醉在经尿道膀胱肿瘤电切术老年患儿中的应用[J]. 中华老年医学杂志, 2020, 39(5): 44-46.

[6] 罗震宇, 冯磊, 刘波. 超声引导下选择性神经根阻滞在复杂腰椎间盘突出病变诊疗中的应用价值及安全性[J]. 中国医药, 2021, 16(32): 92-94.

[7] 蒋婉婷, 袁伟, 李令民, 等. 超声引导神经阻滞复合全身麻醉在肩锁关节脱位术中的应用[J]. 西部医学, 2020, 32(8): 154-156.

[8] 肖斌, 鲁应军. 超声引导髂筋膜间隙阻滞联合骶丛神经阻滞复合喉罩全麻在老年膝关节置换术中的应用效果观察[J]. 贵州医药, 2021, 24(41): 133-135.

[9] 梁磊. 超声引导下胸椎旁神经阻滞在老年肺癌患儿开胸手术中的应用价值[J]. 临床超声医学杂志, 2020, 22(12): 87-89.

[10] 冯国华. 锁骨骨折手术中联用 B 超引导下颈丛神经阻滞-臂丛神经阻滞麻醉价值观察[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(8): 75-77.

孕妇血中 sICAM-1、CRP、IL-6 与胎膜早破并绒毛膜羊膜炎关系研究

董秀娇 师晓晔

石家庄市栾城人民医院 河北石家庄 051430

摘要：目的：探讨孕妇血中 sICAM-1、CRP、IL-6 与胎膜早破并绒毛膜羊膜炎关系。方法：选取 2020 年 1 月-2021 年 4 月 100 例确诊为胎膜早破患者作为研究对象。根据其合并绒毛膜羊膜炎与否，分为研究组（合并绒毛膜羊膜炎，n=43），对照组（未合并绒毛膜羊膜炎，n=57）。两组患者均给予 sICAM-1、CRP、IL-6 检测。观察并比较研究组与对照组 sICAM-1、CRP、IL-6 水平；胎膜早破病情的发展与 sICAM-1、CRP、IL-6 相关性。结果：研究组患者的 sICAM-1、CRP、IL-6 水平明显高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；经过 Pearson 相关性分析，胎膜早破病情的发展与 IL-6 水平呈正相关（ $r=0.980$ ， $P=0.000$ ）；与 CRP 水平呈正相关（ $r=0.832$ ， $P=0.000$ ）；与 sICAM-1 水平呈正相关（ $r=0.865$ ， $P=0.000$ ）。结论：孕妇血中 sICAM-1、CRP、IL-6 与胎膜早破并绒毛膜羊膜炎关系密切，呈正相关，可以作为预测胎膜早破并绒毛膜羊膜炎的生物学指标。

关键词：孕妇；sICAM-1；CRP；IL-6；胎膜早破并绒毛膜羊膜炎；关系

胎膜早破是指孕妇在临产之前，因为宫内压力剧增或是外力刺激等多种原因导致的自然破裂，该疾病在临床上较为常见，是一种围生期常见并发症^[1-2]。近年来，胎膜早破的发病率呈逐年上升的趋势，相关数据显示，我国胎膜早破的发病率约为 2.7%-7%，已然成为威胁孕妇以及围产儿生命健康的主要原因之一^[3-4]。患者的主要临床表现为引导出现不定量的黄色液体，液体中可能存在胎脂或是其他分泌物等。相关研究指出，胎膜早破的出现可增加母体以及围产儿死亡的风险，也会导致早产、产后出血等恶性事件^[5-6]，至今为止，尚不明确该机制的发病机制。国内外研究人员认为，生殖道感染是导致胎膜早破的主要诱因。同时，相关研究指出，在胎膜破裂之后，病菌会继续上行，从而感染到宫腔，宫腔内富含多种营养因子，病菌在此处大量的繁殖，从而引发绒毛膜羊膜炎。该疾病是胎膜早破的主要并发症，相关数据显示，绒毛膜羊膜炎的发病率高达 20%以上^[7-8]。对于胎膜早破合并绒毛膜羊膜炎的产妇刚发病的时候，并无显著临床症状，但出现感染症状的时候，往往病情较为严重，若是不及时予以干预治疗，将会导致不良妊娠结局。为进一步探讨孕妇血中 sICAM-1、CRP、IL-6 与胎膜早破并绒毛膜羊膜炎关系，选取 2020 年 1 月-2021 年 4 月 100 例胎膜早破合并绒毛膜羊膜炎患者作为研究对象，现报告如下。

一 资料与方法

1.1 对象与分组

选取 2020 年 1 月-2021 年 4 月 100 例确诊为胎膜早破患者作为研究对象。根据其合并绒毛膜羊膜炎与否，分为研究组（合并绒毛膜羊膜炎，n=43），对照组（未合并绒毛膜羊膜炎，n=57）。经统计学分析，研究组与对照组的一般资料差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性，其详细情况见表 1，患者均知情同意。

表 1 两组患者一般资料情况比较

组别	年龄（岁）	孕次	产次
研究组（n=43）	26.16±3.43	2.24±0.65	1.14±0.52
对照组（n=57）	26.32±3.38	2.40±0.73	1.19±0.38

T/X ²	0.394	0.095	0.492
P 值	>0.05	>0.05	>0.05

1.2 方法

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

1.3 观察指标^[9-10]

观察并比较研究组与对照组 sICAM-1、CRP、IL-6 水平；胎膜早破病情的发展与 sICAM-1、CRP、IL-6 相关性。

1.4 统计学方法

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

2 结果

2.1 两组患者 sICAM-1、CRP、IL-6 水平比较

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

表 2 两组患者 sICAM-1、CRP、IL-6 水平比较

组别	sICAM-1	CRP	IL-6
研究组（n=43）	234.14±53.25	7.93±3.29	12.53±3.29
对照组（n=57）	143.25±40.21	1.29±0.82	3.29±1.06
t	10.459	6.390	5.093
P 值	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 胎膜早破病情的发展与 sICAM-1、CRP、IL-6 相关性分析

经过 Pearson 相关性分析，胎膜早破病情的发展与 IL-6 水平呈正相关（ $r=0.980$ ， $P=0.000$ ）；与 CRP 水平呈正相关（ $r=0.832$ ， $P=0.000$ ）；与 sICAM-1 水平呈正相关（ $r=0.865$ ， $P=0.000$ ）。

3 讨论

感染能够增加孕妇早产的风险,有相关研究指出,细菌病原体对于绒毛膜、胎膜等妊娠组织产生一定的刺激,导致大量炎症细胞因子的生成,炎症因子水平的升高,可直接刺激子宫组织进行前列腺素的合成,最终导致宫缩,进而出现早产现象^[1]。早产胎膜早破的患者多是伴有生殖道的感染,在感染发生之后会产生相应的细胞因子,介导急性炎症反应,增加胎膜的脆性,进而出现胎膜早破的现象。

IL-6 是介导天然免疫的细胞因子,同时,也是胎膜早破患者发生感染之后,最早产生的炎症因子。该细胞因子具有较高的敏感性以及特异性。IL-6 的主要介导急性炎症反应,进而促进前列腺素的分泌。同时,IL-6 还能够激活淋巴细胞。当产妇出现宫内感染并累及羊膜腔之后,机体会产生相应的免疫反应,刺激妊娠组织分泌大量的 IL-6,促使前列腺素分泌增加,促进宫颈成熟,最终引发宫缩,导致早产。此外,该物质还能够促使中性粒细胞在病灶部位想聚集,吞噬病原体,在吞噬的过程中产生的酶,可以有效软化宫颈,导致胎膜早破。

CRP 在体内主要以五聚体形式存在,且该物质的浓度较低。CRP 是一种由肝细胞合成,主要参与非特异性免疫的糖蛋白,也是临床上炎症检测的主要实验室指标之一。CRP 可以通过受体介导、补体激活等方式加强炎症作用。且该药物对环境要求不高,因此,当患者出现感染的时候,CRP 在大多数的环境中发挥正常的免疫功能。但是,研究指出,部分亚临床型患者在感染早期,CRP 的感染程度较轻,因此,血清中的 CRP 浓度短时间内并不会有明显的增高,加上排异反应影响,这导致 CRP 检测漏诊情况多见。目前,研究人员指出,CRP 是诊断胎膜早破合并绒毛膜羊膜炎的参考标准。

sICAM-1 也是重要的细胞因子,参与到整个妊娠的全过程。一般来说,sICAM-1 水平在正常孕妇的血清中含量相对降低,一旦发生绒毛膜羊膜炎的时候,血管通透性增加,炎症十分容易发展到胎盘,绒毛血管屏障则会促使 sICAM-1 快速进入到母体血液中,促进病程的发展^[17-18]。本次研究结果显示,研究组患者的 sICAM-1、CRP、IL-6 水平明显高于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),说明与单纯胎膜早破产妇相比,胎膜早破合并绒毛膜羊膜炎患者 sICAM-1、CRP、IL-6 水平显著增高。经过 Pearson 相关性分析,胎膜早破病情的发展与 IL-6 水平呈正相关 ($r=0.980$, $P=0.000$);与 CRP 水平呈正相关 ($r=0.832$, $P=0.000$);与 sICAM-1 水平呈正相关 ($r=0.865$, $P=0.000$),说明孕妇血中 sICAM-1、CRP、IL-6 与胎膜早破并绒毛膜羊膜炎关系密切。

综上所述,孕妇血中 sICAM-1、CRP、IL-6 与胎膜早破并绒毛膜羊膜炎关系密切,呈正相关,可以作为预测胎膜早破并绒毛膜羊膜炎的生物学指标。

参考文献:

[1] Farooqui Rabia, Siddiqui Qurat U Aman. Diagnostic accuracy of procalcitonin in maternal plasma to detect early intra-amniotic infection in preterm premature rupture of the membranes with respect of high vaginal swab as gold standard.[J]. Pakistan journal of medical

sciences, 2022, 38(1).

[2] 程春花, 张盼盼, 郭艳, 李根霞. PCT、N%、WBC、CRP 在胎膜早破患者并发绒毛膜羊膜炎的诊断及预后评估中的应用[J]. 分子诊断与治疗杂志, 2021, 13(11): 1879-1883. DOI: 10.19930/j.cnki.jmdt.2021.11.036.

[3] 符春丽, 唐梅, 林丽慧, 邓森灵, 王慧玲. NLRP3 通路相关蛋白在胎膜早破孕妇胎膜组织中的表达及其与组织学绒毛膜羊膜炎的关系[J]. 中华医院感染学杂志, 2021, 31(16): 2502-2506.

[4] 高艳杰, 龚春桃, 汪海霞, 却颖睿, 蔡红莲. 血清 β -HCG PCT CRP 及分泌物 GBS 联合检查在预测胎膜早破孕妇并发绒毛膜羊膜炎及新生儿感染的临床价值[J]. 河北医学, 2021, 27(06): 930-934.

[5] Suff Natalie, Kunitsyna Maria, Shennan Andrew, Chandiramani Manju. Optimal timing of cervical cerclage removal following preterm premature rupture of membranes: a retrospective analysis[J]. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2021, 259.

[6] 刘会雪, 尹红亚, 童重新, 何瑞芝, 高芳. 外周血淋巴细胞亚群、细胞因子在未足月胎膜早破孕妇中水平变化及与绒毛膜羊膜炎发生的相关性研究[J]. 临床误诊误治, 2021, 34(02): 82-87.

[7] 夏书琴, 哈斯图雅, 刘晓敏, 贾海琴, 王静媛. 联合检测血清肾上腺髓质素前体和降钙素原及 C 反应蛋白对未足月胎膜早破合并绒毛膜羊膜炎的早期诊断及病情评估价值[J]. 中国医药, 2020, 15(09): 1440-1443.

[8] 尹红亚, 刘会雪, 童重新, 何瑞芝, 高芳. 未足月胎膜早破孕妇外周血 CD4⁺、CD8⁺ T 淋巴细胞、NK 细胞 CD56 水平及与绒毛膜羊膜炎的关系[J]. 中国性科学, 2020, 29(07): 96-99.

[9] 邓永红, 王璟, 王晓莉, 李文霞, 熊万春. 外周血 HMGB1、sTLR4 表达与亚临床绒毛膜羊膜炎相关胎膜早破及早发型败血症的关系[J]. 中国现代医学杂志, 2020, 30(12): 33-38.

[10] Eleje George U, Ukah Cornelius O, Onyiah Igwebuike V, Ezugwu Euzebus C, Ugwu Emmanuel O, Ohayi Samuel R, Eleje Lydia I, Egeonu Richard O, Ezebialu Ifeanyichukwu U, Obiora Chukwudi C, Enebe Joseph T, Ajah Leonard O, Okafor Chigozie G, Okoro Chukwuemeka C, Asogwa Augustine O, Ogbuokiri Doris K, Ikechebelu Joseph I, Eke Ahizechukwu C. Diagnostic value of Chorioquick for detecting chorioamnionitis in women with premature rupture of membranes.[J]. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 2020, 149(1).

[11] Asadi Nasrin, Faraji Azam, Keshavarzi Ameneh, Akbarzadeh-Jahromi Mojgan, Yoosefi Sedigh. Predictive value of procalcitonin, C-reactive protein, and white blood cells for chorioamnionitis among women with preterm premature rupture of membranes.[J]. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 2019, 147(1).

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

胸腔镜术前CT引导下新型肺结节定位针定位肺小结节的效果分析

房建伟

潍坊市中医院 胸外科 山东潍坊 261000

摘要：目的：探讨分析在进行肺小结节病变诊断时，选择CT引导下新型肺结节定位针手术的效果，分析其临床应用价值。方法：将2018年3月至2021年6月40名疑似存在肺小结节病变的患者录入本次研究数据库进行研究，所有患者均接受CT引导下新型肺结节定位针手术，采用回顾性研究方式，对穿刺成功率，并发症发生率和所有患者的病理诊断结果进行评估分析患者的诊断准确度。结果：在本次研究结果中40名患者中显示，共计穿刺成功39（97.50%），其中穿刺成功患者中确诊36，确诊率为（90.00%）；本次研究中共计8名患者治疗后出现并发症，发生率为20.00%。结论：CT引导下，经皮穿刺活检手术的穿刺成功率和确诊率较高，而患者在手术后的并发症发生率整体来说较低，故而在临床上可进行进一步的应用。

关键词：CT引导；经皮肺穿刺活检；肺癌；肺部其他疾病

随着近年来社会的不断发展与进步，人们的生活水平在不断提升，而癌症也受到了现代相关医务人员的高度重视，对人们生命安全以及健康造成最大威胁的肿瘤为肺癌，这种疾病的发病率和增长率在近年来最快，尤其是近年来肺癌的发病和死亡率居所有癌症的首位，相较于女性患者来说，男性患者的数量更多，肺癌中最为常见的一种为中央型肺癌^[1]，肺部肿瘤是由支气管狭窄或者阻塞所导致的肺不张进而引发肺炎，并且由于其阻塞最终会引发患者出现局部肿瘤。肺癌在目前临床上较为常见这种疾病的发生与多种因素有较为密切的关联。在对患者进行实际治疗时，临床研究表明对肺癌患者应用各种西医药物进行治疗，虽然能够在一定程度上改善患者的治疗效果，但值得注意的是西医治疗存在较多的弊端，患者在治疗过程中容易受到外界因素的影响，出现不良反应，对于患者的康复可能会造成一定的影响^[2]。中医治疗是近年来的一种新型治疗方案，这种治疗方案可应用于肺癌治疗的多个时期，在肺癌治疗过程中所发挥的作用受到了现代医务工作者的高度重视。在对肺癌患者进行治疗时，医务人员发现针对患者的病情，对治疗方案进行调整，能够根治患者的病因，从根本上杀灭患者的癌细胞，有助于抑制癌症出现扩散或者转移的情况^[3]。在对患者进行临床治疗时，医务人员发现肺癌的高死亡率一部分原因可归结于目前临床上还缺少一种能够确实早期甚至超早期对肺癌进行诊断的方式^[4]，由于肺癌病因的复杂性和多样性，可以肯定的说任何一种单一的诊断方式以及检测方式都不能做到100%的肿瘤诊断^[5]，尤其是类似于肺癌这种疾病的放射治疗受到了医务人员的高度重视。由此可见，肺癌已经对人类的健康产生了极大的影响。肺癌在我国的发病率在近年来呈现逐年提高的趋势，这种疾病的病死率位于所有肿瘤类型之首，由于肺癌在临床上的发病隐匿，所以一旦确诊大多数患者都处于晚期阶段，已经丧失了治疗的最佳时机^[6]，所以提高肺癌的早期诊断对于现代临床医务工作的开展至关重要，随着CT技术的普及以及发展CT引导下的经皮肺穿刺活检手术，应用于肺小结节病变的诊断中获得了良好的效果，尤其是将其应用于肺癌患者的临床诊断中能够获得良好的效果^[3-4]。

1. 一般资料和研究方法

1.1 一般资料

将2018年3月至2021年6月40名疑似存在肺小结节病变的患者录入本次研究数据库进行研究，所有患者均接受CT引导下新型肺结节定位针手术，采用回顾性研究方式，40例患者中男女人数分别为26人和14人，年龄在43-78岁之间，平均年龄为（62.58±12.54）岁。

纳入标准

①符合肺小结节病变诊断标准；②意识清楚，未昏迷者；③神经功能缺损无继续进展；④患者知情同意；⑤本次试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运动功能障碍者；⑤不愿签署知情同意书。

本次研究结果中，所有患者由医务人员针对患者的病情进行判断，确认患者的个体状况。

1.3 研究方法

首先在对患者进行穿刺前，医务人员需按要求对于所有患者进行常规检查，完成患者血常规和凝血4项等多方面内容检查明确患者的穿刺适应证，并按要求征得患者以及患者家属同意，在穿刺过程中需要根据患者的胸部CT中肿瘤病灶部位确定穿刺体位，患者可选择俯卧位或者侧卧位。

在确认患者的个体状况后，需要再次利用西门子64层螺旋CT以及定位栅进行定位，在确认患者的定位后，确定患者的准确穿刺点以及进针角度和深度。常规对患者进行消毒，铺巾应用2%，利多卡因5ml对患者进行局部浸润麻醉。对患者进行准确定位，并且将套管针穿刺于患者的病灶内部，将推送装置推到底，释放锚定定位针并固定在病灶边缘处，然后将推送装置完全拔出穿刺针外；测量穿刺针与胸壁的距离，按照该距离后撤穿刺针至胸膜腔，将推送装置插入穿刺针再次推到底，将定位线推出穿刺针针尖至胸膜腔，而后将穿刺针连同推送装置同时拔出体外。复查CT扫描观察锚定定位针位置

CT扫描确认患者确认套管针位于患者的病灶内部，再使用一次性切割针按要求取1~4条，长度在1CM以上的病灶组织，应用4%多聚甲醛进行固定，将其送往病理科进行检查。

取材完毕拔除套管针后，再次对患者进行CT扫描，确认患者是否存在出血或者气胸的状况，叮嘱患者保持平卧休养6h，患者在日常生活中应当避免用力。注意穿刺部位是否出现血肿或者出血的症状，若患者出现胸痛、气促或发热的症状，医务人员则需要对其进行对症处理。

1.3 观察指标

在穿刺完成后，由医务人员对所有患者的临床症状进行记录，并记录所有患者的不良反应发生状况。

2. 结果

在本次研究40名患者中，共计穿刺成功39（97.50%），其中穿刺成功患者中确诊36，确诊率为（90.00%）；本次研究中共计8名患者治疗后出现并发症，发生率为20.00%。

表1 两组患者检查结果对比

病理结果	诊断例数	构成比
腺癌	10	25.00%
鳞癌	4	10.00%
小细胞肺癌	4	10.00%
转移癌	1	2.50%
肺炎	8	20.00%
肺结核	4	10.00%
真菌感染	4	10.00%
尘肺	1	2.50%
诊断未明确	3	7.50%
穿刺失败	1	2.50%
确诊率	36	90.00%

表2 所有患者在诊断完成后的并发症发生状况对比

并发症类型	发生例数	构成比
气胸	3	7.50%

咯血	2	5.00%
胸痛	2	5.00%
发热	1	2.50%
总发生率	8	20.00%

3. 讨论

肺癌在临床上较为常见,这种病情属于一种呼吸系统的恶性肿瘤,这种病情的病死率在所有恶性肿瘤中排行第三,每年我国的新发肺癌患者数量在 15 万以上,并且在近年来呈现逐年增加的趋势。肺癌在目前临床上较为常见,这种疾病一旦发生死亡率极高,其死亡率仅次于胃癌^[7],人们的饮食结构以及饮食习惯,随着我国现代经济的变化而逐渐发生了变化,导致肺癌在近年来临床上的发病率不断上升。衰老会增加肺癌患者在接受治疗时出现的不良反应,降低患者的耐受性。临床研究表明对肺癌患者应用各种西医药物进行治疗,虽然有助于使患者的病情得到改善,但患者在治疗过程中容易受到外界因素的影响,出现不良反应,对于患者的康复可能会造成一定的影响。非小细胞肺癌在临床上的发病率较高,临床研究表明吸烟、遗传易感因素以及空气污染等多方面的内容,均有可能促进非小细胞肺癌的发生,尤其是年龄在 45 岁以上的吸烟人群中^[8],非小细胞肺癌的发病率相较于普通人群高出 3~4 倍。

目前肺癌的治疗方式包括化疗、放疗、靶向治疗、免疫治疗及抗血管生成治疗。驱动基因阳性者优选靶向治疗^[9],无驱动基因者可按照 CSCO 非小细胞肺癌诊治指南 2020 版选择含铂双药化疗、化疗联合抗血管生成、化疗联合免疫、化疗联合免疫及抗血管生成或免疫联合抗血管生成等多种选择,通过静脉化疗的方式能够在一定程度上使肺癌患者的临床治疗有效率得到提升,也能够一定程度上抑制患者的病情进展^[10]。迄今为止对于非小细胞肺癌患者的临床化疗方案临床研究较多,铂剂仍是化疗治疗的基石,培美曲塞、白蛋白紫杉醇等药物与新铂剂的联合化疗效果较为良好,但患者使用紫杉醇联合顺铂治疗后的总有效率依旧在 50% 以下。埃克替尼治疗联合化疗是一种新型的治疗方案,将其应用于患者的治疗中能够有助于改善患者的病情^[11]。非小细胞肺癌在临床上的发病率较高,临床研究表明吸烟、遗传易感因素以及空气污染等多方面的内容,均有可能促进非小细胞肺癌的发生,尤其是年龄在 45 岁以上的吸烟人群中^[8-9],非小细胞肺癌的发病率相较于普通人群高出 3~4 倍。已经出现较为明显的淋巴结转移以及远处转移的患者,一般情况下中位生存时间在 34 个月以内,患者的 5 年生存率仅在 40% 左右,患者的预后生存指标较差。在对患者进行治疗时,通常选择化疗方案进行治疗^[12]。

随着近年来辅助诊断技术的不断的发展^[13],近年来在 CT 引导下的经皮肺穿刺活检术,在肺小结节病变的定性诊断中,发挥着极为重要的作用,在 CT 影像重建技术的帮助下,不仅能够帮助医务人员对患者病灶进行精确定位^[12],还能够帮助医务人员确定患者的病变性质,能够帮助医务人员应用引导穿刺获得不同部位的组织样本,并且通过这种方式获得的组织样本,质量较高,将其应用于免疫组织化学分析产生的效果良好,病理确诊率较高。因此 CT 引导下的经皮肺穿刺活检术,在目前临床上得到了极为广泛的应用,然而经皮肺穿刺活检术是目前临床上的一种有创操作技术,并发症的发生是难以避免的一个问题,严重的并发症甚至有可能威胁患者的生命安全,因此做好 CT 引导下新型肺结节定位针术的症状分析,有助于帮助医务人员对患者疾病的诊断,对于减少患者并发症的发生来说有十分积极的作用^[14]。CT 引导下新型肺结节定位针术后最常见的并发症为气胸以及出血,而出血主要表现为不同程度的咯血,但并发症的发生在不同的临床研究中存在一定的差异。

在对患者进行操作时,病灶越小,则呼吸运动对于患者病变部位的定位影响越大,则穿刺难度越大,在操作时越容易增加肺组织以及血管的损伤。病灶直径越小,则穿刺针穿透患者病变部位的可能性越大,则更加容易导致患者出现气胸和咯血的症状。直径较大的病灶,其切割范围位于患者的病灶内,对患者的周围组织以及血管造成的损伤较小。而直径较小的病灶,在取材时则容易导致患者周围组织以及血管出现损伤,增加气胸和

出血事件的发生率。病灶与穿刺点的距离越大,则穿刺路径增加,而进针深度以及角度把握难度则更大,可能会导致患者的肺组织和血管出现损伤。定位线采用医用缝合线,不可吸收定位线的远端以不同颜色来指示不同深度,锚定定位针由镍钛记忆合金丝定型而成,为带有 4 个爪的圆弧形,便于更可靠地固定于肺组织,爪钩尖端为钝圆形;钩子呈鱼钩状,有钝性尖端,且较为纤细,释放时会自动嵌入肺组织,因尖端较钝,故不易损伤肺部小血管。

在近年来的临床研究中发现病灶组织损伤,可能与患者的机体功能和个体状况有较为密切的关联,在判断患者的病情时,需要根据患者的临床症状和个体状况作出判断。熟练掌握穿刺技术,注意穿刺要点,严守穿刺规范,可有效降低穿刺并发症。

综上所述,CT 引导下经皮穿刺活检术的穿刺成功率和确诊率较高,而患者在手术后的并发症发生率整体来说较低,故而在临床上可进行进一步的应用。

参考文献:

- [1]张宇,郭彦璞,王辉,寇海涛,于海明,朱勇,王相臣. CT 引导下一次性肺结节定位针在单操作孔电视胸腔镜肺结节手术前肺结节定位中的应用[J]. 新乡医学院学报,2022,39(07): 648-652.
- [2]陈李李,高从荣. CT 引导下定位针穿刺定位在肺结节胸腔镜手术中的应用[J]. 安徽医学,2022,21(02): 35-37.
- [3]张成,张昊. CT 引导下螺旋金属丝穿刺定位联合腹腔镜固定在胸腔镜肺部小结节切除术中的应用[J]. 徐州医科大学学报,2022,42(03): 199-203.
- [4]高德培,贺银付,李振辉,张大福,谢锐,董兴祥. 肺结节定位针对周围型浅表非实性肺小结节 VATS 术前 CT 引导下精准定位的临床应用[J]. 放射学实践,2022,37(03): 307-311.
- [5]陈颖,李先华,钱涵涵,郁晓,刘为毛. CT 引导下带钩钢丝定位针技术在 VATS 术前定位肺部磨玻璃结节的临床研究[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志,2022,20(03): 46-48.
- [6]Huang YaYong,Liu Xia,Shi YiBing,Wang Tao. Preoperative computed tomography-guided localization for lung nodules: localization needle versus coil[J]. Minimally invasive therapy & allied technologies : MITAT : official journal of the Society for Minimally Invasive Therapy,2022.
- [7]廖光胜,萧勇,马进,杨华,曾国飞,张昊,黄勃,陈小凤. CT 引导下术前一次性 Senscure 定位针定位肺结节 54 例报道[J]. 重庆医学,2022,51(11): 1931-1935.
- [8]李庆渝,刘彬,瞿波. CT 引导下肺结节穿刺定位在孤立性肺结节胸腔镜肺部分切除术中的应用价值[J]. 感染、炎症、修复,2021,22(02): 101-102.
- [9]Li ChuanDong,Huang ZhenGuo,Sun HongLiang,Wang LiTao,Wang YuLi. CT-guided preoperative localization of ground glass nodule: comparison between the application of embolization microcoil and the locating needle designed for pulmonary nodules.[J]. The British journal of radiology,2021.
- [10]霍善棋. 胸腔镜术前 CT 引导下新型肺结节定位针定位孤立性肺结节的临床研究[D]. 大理大学,2021.
- [11]余杰,曹炜,顾江魁,陈春雨,刘献,张彪. 肺结节定位针与 Hookwire 在周围型孤立性肺小结节术前定位中的应用比较[J]. 临床肺科杂志,2021,26(02): 293-295.
- [12]任长娟. CT 引导同轴定位活检针经皮肺穿刺活检术对孤立性肺结节诊断价值[J]. CT 理论与应用研究,2020,29(03): 361-367.
- [13]郭坚溪,张华,肖伟,李勇,张彦,孔健. 肺结节定位针在肺小结节术前定位的初步临床研究[J]. 影像诊断与介入放射学,2020,29(05): 349-355.
- [14]任长娟. CT 引导同轴定位活检针经皮肺穿刺活检术对孤立性肺结节诊断价值[J]. CT 理论与应用研究,2020,29(03): 361-367.

手机 APP 引导下知识构建对疫情常态化下隔离病房援助护士培训效果的影响

高惠涛 付欣 赵蕊 顾向茹 岳云平

石家庄市人民医院感染性疾病科 河北石家庄 050011

摘要: 目的: 探讨手机 APP 引导下知识构建对疫情常态化下隔离病房援助护士培训的效果。方法: 选取 2020 年 2 月至 2020 年 10 月在石家庄市人民医院进行护理工作的援助护士 60 名作为研究对象, 按照随机数字表法分成观察组 ($n=30$) 和对照组 ($n=30$), 对照组实施传统培训, 观察组在手机 APP 引导下实施培训, 比较两组援助护士考核成绩、核心能力及教学满意度。结果: 两组培训后考核成绩明显提高 ($P<0.05$), 实验组成绩较对照组明显提高 ($P<0.05$); 观察组注册护士核心能力测评量表 (CIRN) 评分较对照组明显提高 ($P<0.05$); 观察组教学满意度与对照组相比明显提高 ($P<0.05$)。结论: 手机 APP 引导下知识构建对疫情常态化下隔离病房援助护士培训, 能够促进考核成绩、核心能力及教学满意度的提高。

关键词: 手机 APP; 知识构建; 疫情常态化; 隔离病房; 援助护士; 培训效果

疫情常态化背景下, 需要加强医院发热门诊的建设与管理, 院内隔离病房承担着留观治疗发热患者的任务, 且对发热患者进行“闭环”管理, 工作量较大, 因而需要援助护士的辅助^[1]。援助护士大都来自医院其他科室, 层级、能力存在差异, 这就需要对援助护士的培训。传统护士培训中主要以面对面教学为主, 在疫情常态化背景下, 该方式容易导致感染风险增加, 培训效果较差^[2]。手机 APP 引导下实施培训, 能够打破时间与空间的局限性, 使援助护士接受更加便捷的培训, 促进培训效果的提高, 进一步提升护士核心能力, 促进临床护理工作的顺利进展, 降低医护人员感染风险^[3]。本研究对 60 名援助护士进行分析, 旨在探讨对培训效果的影响, 结果汇报如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 2 月至 2020 年 10 月在石家庄市人民医院进行护理工作的 60 名援助护士作为研究对象, 按照随机数字表法分为观察组 (30 名) 与对照组 (30 名)。其中, 观察组男性、女性分别为 3 名、27 名, 年龄 25~38 岁, 平均年龄 (31.87±3.42) 岁, 工龄 3~16 年, 平均工龄 (8.56±2.35) 年, 学历: 大专、本科、研究生分别为 16 名、12 名、2 名; 对照组男性、女性分别为 2 名、28 名, 年龄 26~38 岁, 平均年龄 (31.91±3.45) 岁, 工龄 4~16 年, 平均工龄 (8.64±2.38) 年, 学历: 大专、本科、研究生分别为 15 名、14 名、1 名。两组护士在性别、年龄、工龄、学历等基线资料方面比较无明显差异 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准: ①工作年限均在 3 年及以上; ②认知及语言功能正常者; ③均对本研究知晓, 且同意参加。排除标准: ①未取得护士资格者; ②研究中途因个人原因退出者; ③参加过相关培训者; ④非护理院校毕业生。

1.3 方法

对照组实施传统培训, 使援助护士进入院内, 由院内工龄较高的护士长对护士实施培训, 在会议室内以 PPT 的方式将关于新型冠状病毒肺炎、发热闭环管理的相关知识进行展示及讲解, 培训结束后以试卷的方式统一进行考核。观察组在手机 APP 引导下实施培训, 具体如下: (1) 视频会议: 使用钉钉与援助护士进行视频通话, 避免与院内医护人员的接触, 通过视频会议为援助护士讲解关于新型冠状病毒肺炎的传播途径、症状特征及护理方法等知识, 讲解发热闭环管理的流程; 将培训课件及视频通过钉钉群推送给护士, 指导其观看学习, 视频内容主要为患者发病时出现的症状及护理操作过程, 护士通过视频可在家自行模拟学习, 学习后再由科室护士

长对援助护士进行定期考核。(2) 微信小程序文件学习: 使用“群接龙”微信小程序完成疾病相关知识 (新型冠状病毒传播途径与预防方法、新型冠状病毒感染的肺炎病例转运工作方案、疫情防控中常见医用防护用品使用范围指引、发热患者闭环管理等) 的学习, 每日通过微信群进行阅读接龙, 完成学习的护士能够点击“已阅读”, 若存在未阅读的护士, 则可通过微信或电话的方式通知其进行学习。(3) 问卷学习考核: 使用“问卷网”对护士学习情况进行考核, 根据护士学习内容结合实际情况制定考核内容。每日 8:00~9:00 对护士进行调查问卷, 将考核标准分为 4 级, 分别为优: 90~100 分; 良: 80~89 分; 合格 70~79 分; 差<70 分, 护士完成问卷后对其成绩进行评价。

1.4 观察指标

①考核成绩: 对两组护士培训前及培训后进行理论知识、操作技能等方面的考核。②核心能力: 使用注册护士核心能力测评量表 (CIRN) 对护士培训后核心能力进行评估, 共 7 个维度 (临床护理、科研能力、专业发展、领导能力、教育咨询、人际关系、伦理法律实践), 总分为 232 分, CIRN 评分与核心能力呈正比。③教学满意度: 使用我院自制的教学满意度评估量表 (Cronbach's $\alpha=0.889$) 评估, 包括教学内容、教学氛围、教学方式、整体满意度 4 个维度, 每个维度分值在 0~10 分, 分值与教学满意度呈正比。

1.5 统计学方法

采用 SPSS25.0 统计学软件, 计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 描述, 组间比较采用 t 检验, 计数资料采用率描述, 组间比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组考核成绩比较

两组培训前考核成绩比较无明显差异 ($P>0.05$), 与培训前相比, 两组培训后考核成绩明显提高 ($P<0.05$), 与对照组比较, 实验组成绩明显提高 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组考核成绩比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	理论知识		操作技能	
		培训前	培训后	培训前	培训后
实验组	30	78.65±5.36	94.45±4.32 ^a	80.04±5.33	96.85±4.81 ^a
对照组	30	78.57±5.57	86.33±4.35 ^a	79.96±5.28	88.94±4.62 ^a
t		0.057	7.255	0.058	4.496

<i>P</i>	0.955	0.000	0.954	0.000
注：与本组培训前比较， ^a <i>P</i> <0.05				

组别	<i>n</i>	临床护理	科研能力	专业发展
观察组	30	23.48±4.38	19.88±3.45	15.49±3.18
对照组	30	20.26±3.69	16.62±3.21	13.27±3.03
<i>t</i>		3.079	3.789	2.768
<i>P</i>		0.003	0.000	0.008

表2 两组 CIRN 评分对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

2.2 两组核心能力比较
与对照组相比，观察组 CIRN 评分明显更高 (<i>P</i> <0.05)。见表 2。

领导能力	教育咨询	人际关系	伦理法律实践
26.78±4.61	16.99±3.15	25.72±3.34	25.89±2.42
22.42±4.16	15.01±3.13	20.35±3.18	24.51±2.33
3.846	2.442	6.378	2.250
0.000	0.018	0.000	0.028

2.3 两组教学满意度比较
与对照组相比，观察组教学满意度明显更高 (*P*<0.05)。见表 3。

表3 两组教学满意度对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	教学内容	教学氛围	教学方式	整体满意度
观察组	30	4.08±0.91	6.69±1.05	6.07±1.03	5.75±1.01
对照组	30	3.31±0.82	4.75±0.94	4.21±0.93	3.83±0.86
<i>t</i>		3.443	7.540	7.341	7.928
<i>P</i>		0.001	0.000	0.000	0.000

3 讨论

新型冠状病毒肺炎具有较强的传染性，主要通过飞沫、接触等进行传播，已被列入一类传染病范畴^[4]。疫情常态化背景下，医院需要加强对发热患者的筛查，需要做好发热患者的闭环管理，工作量较大，隔离病房存在医护人员不足问题，需通过护理援助的方式满足临床护理工作需求。新冠肺炎具有较高的感染风险，且援助护士来自院内其他科室，层级、能力存在差异，因此对于援助护士的培训应采用科学、有效的方式^[5-6]。

在传统培训中，主要以面对面护理理论及操作技能知识讲解为主，以 PPT 的形式将培训内容呈现，会出现大量援助护士聚集现象，在常态化疫情背景下，该培训方式容易导致病毒感染风险增加，影响培训的正常进程，降低培训效果^[7]。手机 APP 引导下知识构建培训主要借助网络进行知识的传播与考核，能够有效打破时间及空间的限制，提高培训效率，促进援助护士基础知识及操作能力的提高，增强其综合护理能力，还可降低援助护士对病毒感染的恐惧心理，减轻其心理压力，增加护士对培训的满意度^[8-9]。本研究中，两组培训后考核成绩与培训前相比，前者明显更高，实验组成绩与对照组比较，前者明显更高，说明手机 APP 引导下知识构建培训在提高考核成绩方面的效果更好。究其原因，使用手机 APP 完成培训，能够使环境、地域等方面的阻碍因素被消除，有利于各种学习计划的完成，能够有效保障疫情期间学习任务的顺利完成，减少护理人员之间的接触，减轻其紧张心理，促进学习效率的提高，进而增强援助护士的理论知识及操作技能，提高考核成绩^[10-11]。

本研究结果显示，观察组 CIRN 评分与对照组相比，前者明显更高，提示手机 APP 引导下知识构建培训更有利于护士核心能力的提升。究其原因，通过视频通话及视频推送等方式进行疾病及护理相关知识的传播，能够使其随时随地进行学习，进一步提高培训效率；通过微信小程序“群接龙”进行学习，即使护士在家也可进行学习，不会受到时间及地点的影响，有利于提高学习效率，且还可对护士学习情况进行监测，以保证每位援助护士的学习任务顺利完成，最终促进护士核心能力的提升^[12-13]。此外，观察组教学满意度与对照组相比，前者明显更高，充分体现出手机 APP 引导下知识构建培训在提高教学满意度上的优越性。究其原因，通过使用钉钉

视频通话与援助护士建立联系，能够有效避免医护人员之间的接触，切断病毒传播途径；通过使用“问卷网”进行考核，能够有效得到客观的成绩，减少人员聚集，在考核护士学习情况的同时，不会使其产生恐惧、焦虑等不良心理，最终促进援助护士对教学满意度的提高^[14-15]。

综上所述，手机 APP 引导下知识构建对疫情常态化下隔离病房援助护士培训，能够提高援助护士考核成绩，提升其核心能力，促进教学满意度的提高，值得推广使用。

参考文献：

[1]李玲,张淑利,陈亚丽,等.人本管理法在手术室新型冠状病毒肺炎培训中的应用[J].当代护士:下旬刊,2021,28(8): 185-187.
[2]李淑文,杨明艳,毛英,等.OSCE 模式情景模拟教学法在新冠疫情期间低年资护士院感防控培训中的应用[J].云南医药,2021,42(2): 186-187.
[3]王莹,王晓箴,李燕,等.手机 App 在护士静脉输液培训中的应用[J].实用医药杂志,2018,35(9): 836-837.
[4]蔡郁,蔡敏.新型冠状病毒肺炎疫情下翻转课堂联合微信在医务人员穿脱防护用品培训中的应用[J].医药高职教育与现代护理,2020,3(5): 320-322.
[5]刘静梅,陈慧,刘海燕,等.新型冠状病毒肺炎疫情期间基于企业微信平台培训+网格化管理模式的建立及效果[J].现代医药卫生,2020,36(20): 3185-3187.
[6]王治丹,秦丹,徐珏,等.新型冠状病毒肺炎疫情期间线上规范化药学培训模式探索[J].中国药业,2020,29(22): 43-44.
[7]周俊,石红霞,李玥,等.疫情期间基于微信平台开展 PBL 教学的医院药师规范化培训效果评价[J].中国药业,2020,29(9): 55-57.
[8]胡伟,王凤仙,张晓娜,等.“护理助手”App 在护士分层培训及考核中的应用[J].中国数字医学,2019,14(6): 15-16+39.
[9]卢玲,何喜军.网络云班课 APP 在提升急诊护理人员急救能力中的应用[J].齐鲁护理杂志,2020,26(8): 129-131.
[10]许丽萍.手机 APP 在护士静脉输液规范培训中的应用[J].中国社区医师,2020,36(17): 190-191.
[11]彭谋,尹焯,杨金瑞,等.移动端客户端 App 在泌尿外科住院医师规范化培训的应用探讨[J].医学新知,2021,31(1): 68-72.
[12]李莉.护理助手 APP 在临床护士培训中的运用[J].中医药管理杂志,2021,29(1): 94-96.
[13]沙影丽,姜慧轶,闫雯雯.手机 APP 引导下知识构建对护士疫情期间培训效果的影响[J].长春中医药大学学报,2021,37(2): 427-429.
[14]吴皓宇,曹悻玮,杨征,等.网络直播教学在新型冠状病毒肺炎期间心内科应用的探讨[J].现代医药卫生,2021,37(S01): 214-217.
[15]冯枫.护理助手 APP 在护士分层理论培训与考核中的应用[J].中医药管理杂志,2021,29(15): 142-143.

项目来源：石家庄市科学技术研究与发展计划项目（ 201460993）

危重患者经不同途径输注肠外营养液的临床效果研究

黄月 张黎莉 高米乐 李娇

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 610000

摘要：目的：比较两种不同途径输入肠外营养液的临床效果。方法：选取符合临床标准的 100 例危重患者，所有患者均需要进行全肠外营养支持治疗。根据随机分组分为观察组、对照组，每组 50 例，观察组采用外周静脉短导管输注肠外营养液，对照组采用中心静脉导管输注肠外营养液，将两组并发症的发生率及产生的费用进行对比研究。结果：观察组静脉炎发生率高于对照组（ $P<0.05$ ），观察组液体外渗发生率高于对照组（ $P<0.05$ ），观察组血栓发生率低于对照组（ $P<0.05$ ），观察组所产生的费用低于对照组（ $P<0.05$ ），且都具有统计学意义。结论：危重患者在加强外周静脉短导管通道的管理下，使用外周静脉短导管输注肠外营养液是安全的。

关键词：肠外营养；危重患者；外周静脉短导管

肠外营养（parenteral nutrition PN）是指通过静脉途径为患者提供全面、充足的机体所需的各种营养物质，以达到预防或纠正营养不足的目的，增加患者对严重创伤的耐受力，促进患者康复的治疗方法[1]。肠外营养途径可分为经外周静脉途径和经中心静脉途径，而中心静脉导管主要分为经外周静脉置入中心静脉导管（peripherally inserted central catheter,PICC）、经皮穿刺中心静脉置管（暂时性中心静脉置管，如经锁骨下静脉置管、经颈内静脉置管及经股静脉置管）和输液港（永久性中心静脉导管）3 种形式[2]。经外周静脉肠外营养支持（peripheral parenteral nutrition,PPN）的导管主要位于周围静脉，是全肠外营养支持及部分肠外营养支持的方式之一。我科 2018 年 5 月至 2019 年 3 月，对 100 例均需要全肠外营养支持的患者，分别应用外周静脉短导管及中心静脉导管输注肠外营养，对临床并发症及 2 周内所产生的费用进行对比研究，现报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料。选择 2018 年 5 月至 2019 年 3 月，四川省肿瘤医院重症医学科收治的危重患者。根据随机分组法将 100 例符合要求的患者分为观察组及对照组，各 50 例。纳入标准：血流动力学稳定；使用全肠外营养时间 ≤ 2 周的患者。排除标准：临床资料不完善；年龄 <18 岁；液体渗透压 $>900\text{mOsm/L}$ 的肠外营养液。观察组均采用前臂外周静脉进行穿刺；对照组全部采用颈内静脉置管或者锁骨上静脉置管，导管尖端均位于上腔静脉及右心耳交界处。2 组患者的年龄、性别、病种分布方面无明显差异（ $P>0.05$ ），具有可比性。见表一

表一 2 组危重患者一般情况比较

组别	n	年龄（岁） $\bar{x}\pm s$	性别		病种		
			男	女	胸部疾病	腹部疾病	其他
观察组	50	61.5 $\pm$ 2.8	28	22	28	18	4
对照组	50	62.4 $\pm$ 2.4	21	29	32	11	7

t/ χ^2	t=1.73	$\chi^2=2.1$	$\chi^2=4.1$
P	$P>0.05$	$P>0.05$	$P>0.05$

1.2. 方法

1.2.1 观察组均采用 BD 公司生产的 20G 外周静脉短导管，选择前臂外周静脉穿刺，避开静脉瓣及关节部位，均按照外周静脉短导管置入流程操作，均使用水胶体敷料保护穿刺点，禁止对输注侧手臂加压。在 2 周时间内均经外周静脉短导管输注肠外营养，另建立通道输注其他药物，观察并发症的发生及所产生的费用。

1.2.2 对照组采用贝朗公司生产的 V720 双腔穿刺组套，均按照中心静脉置入流程操作，抽回血确定导管位于静脉内，胸片提示导管尖端位于上腔静脉及右心耳交界处。在 2 周时间内均经中心静脉输注肠外营养，观察并发症的发生及所产生的费用。

1.3 观察指标及判定标准 观察并记录两组患者置管后，在输注肠外营养液过程中的并发症发生率及所 2 周所产生的费用。并发症主要为静脉炎、液体外渗及血栓的形成，判断标准分别为按照美国静脉炎分级标准[3]、2009 年版美国静脉输液护理学会（Infusion Nurses Society,INS）的渗出分级标准及多普勒超声检查[4]进行判断。费用的比较是两组对象在肠外营养 2 周输注过程中包括置管、换药及处理并发症所产生的费用。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 21.0 统计软件分析数据，计量资料以 $\bar{X}\pm S$ 表示，采用 t 检验，计数资料用频率表示，采用 χ^2 检验，频数 <5 的采用 Fisher 精准检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 观察组患者静脉炎及液体外渗发生率均高于对照组（ $P<0.05$ ）见表二。但

表二 2 组危重患者并发症比较 例（%）

组别	n	并发症		
		静脉炎	外渗	静脉血栓
观察组	50	5	6	1
对照组	50	0	0	7

χ^2	$\chi^2=5.3$	$\chi^2=6.4$	$\chi^2=4.9$
p	$P<0.05$	$P<0.05$	$P<0.05$

2.2 观察组血栓的发生率及所产生的费用低于对照组 ($P<0.05$)。

表三 2 组危重患者费用比较

组别	n	总费用 (元) $\bar{x} \pm s$
观察组	50	174.8±26.9
对照组	50	422.8±37.5
t		t=37.9
p		$P<0.05$

3. 讨论

3.1 2016 年, 中国受 PN 支持者超过 500 万例, PN 已成为临床常用治疗技术拯救了无数危重症患者的生命[5]。我院为肿瘤专科医院, 有更多的危重患者需要 PN 的支持治疗, 而这些患者由于长期的化疗会反复进行中心静脉置管, 加上肿瘤患者血液高凝状态, 所以容易形成导管相关性的血栓[6], 血栓形成容易威胁患者安全, 增加医疗费用。对于这类危重患者我们更应该保护患者中心静脉血管, 为患者之后的治疗保留通路。所以危重患者无需因肠外营养而安置中心静脉导管。

3.2 2014 年美国肠外肠内营养学会的肠外营养临床指南建议经 PPN 途径, 营养液渗透压可达 900mOsm/L[7]。我院常用的肠外营养制剂有卡文、卡全、“全合一”及多瓶串输方式配制的全营养混合液。其中卡文及全营养混合液其渗透压均≤900mOsm/L, 可以安全的经外周静脉短导管输注。而卡全渗透压为 1230mOsm/L, 根据 2016 美国静脉输液护理指南推荐不可使用外周静脉导管输注, 但是 Kane KF 等的研究将 36 例接受 PPN 的患者, 一组营养液渗透压为 1200mOsm/L, 另一组为 1700mOsm/L, 结果发现, 两组患者的血栓性浅静脉炎并发症发生率差异无统计学意义[8]。所以卡全是否完全不能经外周静脉输注, 是我们接下去可以探讨的问题。在多瓶串输配制过程中, 脂肪乳剂具有重要作用。它的渗透浓度较低, 约为 300mOsm/L, 可有效降低氨基酸、葡萄糖的渗透浓度, 有利于 PPN 的应用[9]。脂肪乳还具有保护血管内皮细胞的作用。早前有研究表明, 经 PPN 途径仅给予氨基酸、葡萄糖, 当其渗透压大于 600mOsm/L 时, 周围静脉炎的发生率几乎达 100%[10]。然而当营养液中加入脂肪乳后, 高渗透压与周围静脉炎之间的关系就不那么明显了。

3.3 现在还没有指南明确提出输注肠外营养液的外周静脉短导管的留置时间, 有学者认为经外周行肠外营养的外周静脉短导管应保留 24 h 后拔除可减轻静脉炎的发生, 但笔者认为这不仅增加了患者的治疗费用, 同时也增加了护理反复穿刺的工作量; 又有学者认为该外周静脉短导管可一直保留至出现静脉炎的症状时拔除, 笔者认为这会增加患者后续治疗静脉炎的痛苦。所以此次研究外周静脉短导管在无并发症出现的情况下留置 72h, 一旦出现并发症立即拔除。为了减少输注 PPN 并发症的发生, 可以在护理

上加强对于外周短导管的管理。(1) 根据 2016 美国静脉输液护理指南推荐, 穿刺选择前臂外周静脉; (2) 王建芸[11]等提出水胶体敷料可以减轻静脉炎的发生, 所以采用水胶体敷料沿血管走向固定穿刺点; (3) 输注侧肢体禁止加压, 不能测血压, 睡觉时禁止受压; (4) 随时评估外周静脉血管情况, 若出现并发症需立即处理; (5) 每 24h 更换肠外营养液的给药装置 (6) 使用“全合一”的肠外营养液, 可降低营养液的渗透压, 有利于 PPN 的应用。

4. 总结

危重患者的中心静脉是有限的资源, 我们无需因肠外营养而建立中心静脉通路。PPN 的主要并发症为静脉炎及液体外渗, 若在 PPN 应用期间加强外周静脉通路的管理, 及时处理并发症, 危重患者使用外周静脉短导管输注肠外营养液是安全的。

参考文献:

- [1]李磊. 肠外营养静脉输注途径的规范应用[J]. 中华临床营养杂志, 2018, 26: 115-118.
- [2]Wei J, Chen W, Zhu M, et al. Guidelines for parenteral and enteral nutrition support in geriatric patients in china[J]. Asia Pac J Clin Nutr, 2015, 24(2): 336-346. DOI: 10.6133/apjcn.2015.24.2.11.
- [3]LOUGHRAN S C, BORZATTA M. Peripherally inserted central catheters: are port of 2506 catheter days[J]. JPN J Parenter Enteral Nutr, 1995, 19(2): 133-136.
- [4]张素兰. 早期护理干预在预防肿瘤重症病人深静脉血栓中的应用[J]. 全科护理, 2013, 11(29): 2736-2737
- [5]蒋朱明. 外科营养在中国的发展历程[J]. 中华外科杂志, 2015, 53(1): 47-48. DOI: 10.3760/ema.j.issn.0529-5815.2015.01.011.
- [6]楚宁, 张加乐, 江婷, 等. ICU 患者外周静脉置入中心静脉导管相关上肢深静脉血栓形成的危险因素[J]. 中华危重病急救医学, 2017, 29(2): 167-171
- [7]Boullata JI, Gilbert K, Sacks G, et al. ASPEN clinical guide—lines: parenteral nutrition ordering, order review, compounding, labeling, and dispensing[J]. JPEN, 2014, 38(3): 334-377. DOI: 10.1177/0148607114521833.
- [8]Kane KF, Cologiovanni L, McKiernan J, et al. High osmolality feedings do not increase the incidence of thrombophlebitis during peripheral i.v. nutrition. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 1996; 20(3): 194-197.
- [9]樊跃平, 石汉平. 经外周静脉肠外营养治疗再认识[J/CD]. 肿瘤代谢与营养电子杂志, 2017, 4(3): 17-21. DOI: 10.16689/j.cnki.cn11-9349/r.2017.01.004.
- [10]Anderson AD, Palmer D, MacFie J. Peripheral parenteral nutrition. Br J Sur. 2003; 90(9): 1048-1054.
- [11]王建芸, 李兰芝, 崔尼尼. 爱立敷敷料对延长留置针留置时间的效果观察[J]. 中国现代医生, 2015, 53(1): 84-86.

右美托咪定在无痛胃镜中的麻醉效果及安全性研究

霍海燕 魏海婷 谢志勇 许荣荣 宁杰

保定市第一医院 河北保定 071000

摘要：目的：探讨无痛胃镜检查中应用右美托咪定的麻醉效果及临床价值。方法：经严格纳排标准，选择本院 120 例无痛胃镜检查患者（病例收集时间：2021 年 6 月-2022 年 6 月），以系统抽样法做分组处理，组别记为对照组与实验组，每组 60 例，前者应用丙泊酚麻醉，后者应用丙泊酚联合右美托咪定麻醉，评估两组血流动力学、麻醉效果、镇痛效果、不良反应发生率并展开组间比较。结果：评估患者血流动力学，实验组 T2-T4 时 MAP、SpO₂ 高于对照组（ $P<0.05$ ）；较对照组结果，实验组检查用时、麻醉起效时间、麻醉苏醒时间、定向力恢复时间均明显缩短，镇痛优良率显著高（ $P<0.05$ ）；实验组不良反应发生（低血压、心动过缓、呼吸抑制、恶心呕吐）总发生率 5.00% 低于对照组 16.67%（ $P<0.05$ ）。结论：右美托咪定用于无痛胃镜检查中，有利于稳定血流动力学，提高麻醉效果，减少不良反应发生几率，确保检查顺利进行。

关键词：右美托咪定；无痛胃镜；麻醉效果；安全性

无痛胃镜检查是消化系统疾病检查的常用手段，是通过麻醉使患者在无痛、舒适的状态下开展胃镜技术，有利于降低风险性。既往研究发现，静脉麻醉镇痛效果显著，有利于胃镜检查的顺利进行，麻醉效果不理想容易造成检查中血流动力学不稳定或发生体动、呛咳等情况，影响患者检查依从性^[1]。丙泊酚是无痛胃镜检查常用麻醉药物，具有快速、短效的特点，但呼吸、循环抑制等问题较突出。右美托咪定属于新型肾上腺素受体激动剂，可发挥镇痛、镇静、催眠、稳定血流动力学等作用，且不引起呼吸抑制^[2]。近年来，右美托咪定复合其他静脉麻醉药在临床胃镜检查中得到广泛应用。为评估右美托咪定的麻醉效果，现取 120 例无痛胃肠镜检查患者展开研究，总结如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

病例采集时间为 2021 年 6 月-2022 年 6 月，选择 120 例无痛胃镜检查患者为样本对象，经严格纳排标准；纳入标准：①ASA 分级 I-II 级；②无麻醉禁忌证；③无心脑血管疾病及精神疾病；④患者家属对研究知晓、认同、积极参与。排除标准：①存在认知缺陷、严重精神疾病；②重要器官功能器质性障碍；③凝血机制不正常；④特殊阶段女性群体，如妊娠和哺乳；⑤合并恶性肿瘤疾病；⑥长期应用镇静镇痛药物史；⑦对本次研究药物有禁忌。

所有纳入病例以系统抽样法做分组处理，组别记为对照组与实验组，每组 60 例。对照组（病例 60 例）：男性/女性=35 例/25 例；年龄 20-82 岁，平均（51.42±5.39）岁；体重：46.14-79.28kg，平均体重（61.33±3.21）kg。实验组（病例 60 例）：男性/女性=33 例/27 例；年龄 22-80 岁，平均（51.28±5.68）岁；体重：45.22-78.52kg，平均体重（61.75±3.48）kg。两组患者一般资料比较（ $P>0.05$ ）。本次研究已取得医院医学伦理委员会审批，患者及家属知情，并签署“知情同意书”。

1.2 方法

检查前指导患者禁食 8 h、禁饮 4 h。患者入室后开放静脉通道，进行无创血压、心率、呼吸频率、SpO₂、心电图监测，给予面罩吸氧（3 L/min）。

协助患者摆放体位。

对照组：应用丙泊酚麻醉，丙泊酚注射液（规格：20 ml：0.2 g，批准文号：国药准字 H20123138，江苏恩华药业股份有限公司）1.5-2.5 mg/kg 肌肉注射，待患者睫毛反射消失、问话无应答后，置入胃镜；在检查过程中对心电图、血压、脉搏 SpO₂ 严密监测，实施持续低流量吸氧，并根据刺激反应及检查时长适当追加丙泊酚，剂量上限为 20 mg。

实验组：联合应用丙泊酚与右美托咪定麻醉，在丙泊酚麻醉基础上追加右美托咪定（规格 2 ml：200 ug，批准文号：国药准字 H20090248，江苏恒瑞医药股份有限公司）静脉泵注，剂量为 0.3 ug/kg，10 分钟内完成，待患者睫毛反射消失、问话无应答后，实施胃镜检查。

1.3 观察指标

（1）血流动力学：选择麻醉前（T1）、麻醉后（T2）、检查时（T3）、检查结束（T4）4 个时间点，观察并记录患者的 MAP、SpO₂ 变化。

（2）麻醉效果：观察患者检查用时、麻醉起效时间、麻醉苏醒时间、定向力恢复时间。

（3）镇痛效果：评价等级：患者在检查过程中全程保持安静，未出现明显肢体动作代表优；在检查过程中患者面部表情轻微痛苦，肢体动作小幅度，但不影响检查进行代表良；在检查过程中患者面部表情痛苦，肢体动作较大幅度，需追加麻醉药物方可进行检查代表差。优良率=优+良/病例数×100%。

（4）观察两组不良反应发生情况：分别有低血压、心动过缓、呼吸抑制、恶心呕吐等。

1.4 统计学处理

SPSS24.0 软件对数据做统计分析处理，经（%）体现计数资料，进行 χ^2 检验，经（ ）体现计量资料，进行 t 检验， $P<0.05$ 体现有统计学差异。

2 结果

2.1 血流动力学指标变化

实验组 T2-T4 时 MAP、SpO₂ 高于对照组（ $P<0.05$ ）。详见表 1。

表 1 血流动力学指标变化（ ）

指标	组别	T1	T2	T3	T4	F 值	P 值
MAP（mmHg）	对照组	89.11±14.37	79.58±13.63	79.55±16.22	78.69±18.47	6.221	<0.001
	实验组	89.63±13.66	83.58±12.66	86.47±12.09	84.63±15.66	1.526	0.225
SpO ₂ （%）	对照组	96.28±4.69	93.26±5.14	94.74±5.33	95.68±10.63	5.227	<0.001
	实验组	96.58±4.52	98.62±5.22	97.11±4.66	97.25±4.98	1.634	0.336

2.2 麻醉效果比较

实验组检查用时、麻醉起效时间、麻醉苏醒时间、定向力恢复时间均

较对照组更短 ($P<0.05$)。详见表 2。

表 2 麻醉效果比较 (, min)

组别	<i>n</i>	麻醉起效 时间	麻醉苏醒 时间	定向力恢复时 间	检查用时
对照 组	60	3.27±0.67	8.24±0.88	8.25±2.36	6.55±2.06
实验 组	60	2.22±0.69	4.74±0.63	6.51±2.14	4.42±1.29
<i>t</i> 值	-	8.456	25.050	4.230	6.788
<i>P</i> 值	-	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 镇痛优良率比较

实验组镇痛优良率较对照组显著高 ($P<0.05$)。详见表 3。

表 3 镇痛优良率比较[n/%]

组别	<i>N</i>	优	良	差	优良率 (%)
对照 组	60	30(50.00)	17(28.33)	13(22.67)	47(78.33)
实验 组	60	38(63.33)	18(30.00)	4(6.67)	56(93.33)
χ^2 值	-		-		5.551
<i>P</i> 值	-		-		0.018

2.4 不良反应发生率比较

实验组不良反应发生率低于对照组 ($P<0.05$)。详见表 4。

表 4 不良反应发生率比较[n/%]

组别	<i>N</i>	低血压	心动过 缓	呼吸抑 制	恶心呕 吐	总发生率 (%)
对照 组	60	2(3.33)	3(5.00)	3(5.00)	2(3.33)	10(16.67)
实验 组	60	0(0.00)	1(1.67)	1(1.67)	1(1.67)	3(5.00)
χ^2 值	-		-			4.227
<i>P</i> 值	-		-			0.039

3 讨论

胃镜检查是消化系统疾病临床常用的一种诊疗技术,通过检查可在最短时间内明确疾病的病变范围、病情严重程度,以便于更好的指导后期治疗工作,同时还能作为辅助工具,摘除或取出胃内异物,因此胃镜检查对消化系统疾病诊疗优势较为突出^[3]。但常规胃镜检查作为一种侵入性操作,会对机体胃、咽部等器官造成一定刺激,导致交感神经过度兴奋,进而用引发咽部痉挛、恶心呕吐、血压升高、呃逆、焦躁不安等情况,影响胃镜检查的顺利进行,严重时还会出现心梗、心律失常等。实施无痛胃镜是将麻醉技术与常规胃镜检查相结合,在检查时应用镇静、镇痛药物,以提高检查舒适度并降低不良反应的发生,同时可缩短检查相关用时,更为便捷。无痛胃镜检查对麻醉药物要求较高,不仅镇痛镇静效果良好,同时还需在检查后最短时间内清醒,目前临床该范畴内可供选择的麻醉药物有丙泊酚、右美托咪定、舒芬太尼等,而在无痛胃镜检查中选择最佳麻醉药物是检查顺利进行的关键^[4]。

丙泊酚为烷基酚类静脉麻醉药物,具有见效快、诱导平稳等优势,且麻醉深度容易控制,可起到短效全麻的作用,在临床短小手术麻醉、无痛检查中较为适用。但该麻醉药物在实际应用中会影响患者呼吸循环,检查中发生血压升高、血氧下降、心率减缓等不良事件的几率较高,且麻醉效果差,应用过程中需增加用药剂量。此外,丙泊酚在使用过程中如剂量不

合理,尤其针对老年群体,会导致迷走神经、血管外周阻力、心肌等抑制,进而引发呼吸抑制、血压下降、心率下降等问题,因此其镇痛效果不完善,需与其他麻醉药物联合使用^[5]。右美托咪定属于选择性 α_2 肾上腺素受体激动剂,可发挥镇痛、镇静、抗焦虑、催眠等效果,药物可作用于中枢突触后、交感神经末梢突触前受体,抑制交感神经兴奋,同时降低去甲肾上腺素递质的释放,减低血浆儿茶酚胺浓度,抑制机体应激反应,发挥镇痛镇静作用,稳定患者血流动力学^[6-7]。本次研究结果:实验组 T2-T4 时 MAP、SpO₂ 高于对照组,同时不良反应发生率显著低于对照组 ($P<0.05$)。可见,右美托咪定的应用可稳定患者生命体征,抑制检查应激反应,提高安全性。分析如下,右美托咪定与丙泊酚合用,可降低丙泊酚用量,降低麻醉药对呼吸循环的抑制作用,减少不良反应的发生,同时对丙泊酚注射痛有效抑制,增强患者舒适度,以控制术中应激反应及不良反应的发生^[8-9]。

研究结果另得出:与对照组相比,实验组检查用时、麻醉起效时间、麻醉苏醒时间、定向力恢复时间明显缩短,且镇痛优良率显著提高 ($P<0.05$)。应用右美托咪定可强化麻醉效果。原因是,右美托咪定可与丙泊酚发挥协同作用,提高麻醉效果,强化麻醉深度,使患者快速进入麻醉状态,促进麻醉镇痛药效发挥,同时缓解患者焦虑紧张情绪,减少对呼吸、循环系统的影响,以降低检查中不良事件的发生几率^[10-11]。但需要注意,麻醉效果与胃镜检查密切相关,如果检查时间延长,需要适当追加麻醉药物,以提高整体麻醉效果,确保检查顺利进行;在插入胃镜过程中,需对患者情况密切观察,避免因呛咳、躁动而导致机体机械性损伤,同时还应避免药物过量而抑制呼吸循环功能^[12]。

综上,对无痛胃镜检查患者而言应用右美托咪定麻醉,不仅可以有效稳定血流动力学,保证重要器官血流灌注,防止心血管意外发生,同时增强麻醉效果,提高患者诊疗舒适度,进一步保障检查安全性。

参考文献:

[1]高素琴,郭宇峰.右美托咪定联合丙泊酚在临床无痛胃镜麻醉中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2021,6(24): 100-102.

[2]范素贞,梁豪,王娟娟.右美托咪定应用于无痛胃镜中的麻醉治疗效果评价[J].中国医药科学,2021,11(4): 95-97+101.

[3]施勇军,黄霞,郭检文.右美托咪定应用于无痛胃镜中的麻醉效果分析[J].中国现代药物应用,2021,15(24): 163-165.

[4]余小燕,苏小虎,申帅,谷晓慧.右美托咪定应用于无痛胃镜中的麻醉临床疗效分析[J].中国社区医师,2021,37(30): 92-93.

[5]范军朝,宋俊杰.右美托咪定复合丙泊酚麻醉在老年高血压患者无痛胃镜检查中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2020,5(11): 20-21.

[6]贾公胜.分析右美托咪定在无痛胃镜中的麻醉治疗效果[J].当代医学,2019,25(28): 47-48.

[7]晏道生,易国华,邓金萍.右美托咪定用于无痛胃镜麻醉中的效果及安全性分析[J].药品评价,2019,16(18): 29-30.

[8]黄紫光.右美托咪定联合丙泊酚用于老年患者无痛胃镜麻醉的临床效果[J].医疗装备,2020,33(20): 93-94.

[9]毕晖,赵秋华.右美托咪定联合丙泊酚对接受无痛胃镜检查的患者进行麻醉的效果探究[J].当代医药论丛,2020,18(17): 99-100.

[10]薛海霞.无痛胃镜中应用右美托咪定麻醉的临床效果分析[J].大医生,2020,5(6): 104-106.

[11]刘文彬,吴福波,朱超.右美托咪定应用于无痛胃镜中的麻醉临床疗效分析[J].当代医学,2020,26(8): 64-66.

[12]范红帅.右美托咪定在无痛胃镜中的麻醉治疗疗效分析[J].中外医疗,2020,39(15): 72-74+93.

罗哌卡因对临床麻醉手术疼痛的治疗效果

康金凤

于都县人民医院麻醉科 江西于都 342300

摘要：目的：分析罗哌卡因对临床麻醉手术疼痛的治疗效果。方法：选取 68 例行硬膜外麻醉手术的患者作为研究对象，患者均于 2020 年 1 月至 2022 年 1 月入院接受治疗，根据随机数字表法将患者划分为两组，常规组 31 例，观察组 37 例。两组患者均给予常规麻醉诱导，常规组患者在此基础上给予利多卡因；观察组患者在此基础上给予罗哌卡因。对比两组患者的麻醉效果以及镇痛效果。结果：观察组患者麻醉后不同时间段的运动阻滞评分均明显高于常规组 ($P<0.05$)；观察组患者麻醉后不同时间段的 VAS 评分明显低于常规组 ($P<0.05$)。结论：在临床麻醉手术中应用罗哌卡因，具有显著治疗效果，并且镇痛效果较高，值得临床应用。

关键词：罗哌卡因；麻醉；疼痛

在临床治疗中，手术治疗方式对患者会造成创伤，因此在为患者实施手术之前，应为患者进行麻醉镇静，从而确保手术能够顺利开展，同时确保患者手术结束后的疼痛感能够得到缓解，并使术中并发症以及术后并发症发生率能够得到减少^[1]。在临床手术麻醉中，最常见的麻醉药物为罗哌卡因，罗哌卡因的应用，能够有效降低患者的术前应激反应，同时，该药物的麻醉效果显著^[2]。本研究中，选取 68 例行硬膜外麻醉手术的患者作为研究对象，探寻罗哌卡因的麻醉效果以及镇痛效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取我院 2020 年 1 月至 2022 年 1 月入院接受治疗的 68 例行硬膜外麻醉手术的患者作为研究对象，根据随机数字表法将患者划分为两组，常规组 31 例，观察组 37 例。常规组患者中，男性、女性患者各 19 例、12 例，年龄 25~71 岁，平均 (34.32 ± 3.21) 岁，肺癌患者 11 例，胸部创伤患者 12 例，心脏手术 8 例；观察组患者中，男性、女性患者各 20 例、17 例；年龄 21~75 岁，平均 (35.21 ± 2.14) 岁，肺癌患者 14 例，胸部创伤患者 15 例，妇科开腹手术 8 例；两组患者基本资料无显著差异 ($P>0.05$)，可对比。

纳入标准：(1) 患者的临床资料完整；(2) 患者症状与腰硬联合麻醉适应症相符；(3) 所有患者均为资源参与且签订知情同意书；(4) 本研究已获得医院医学伦理委员会批准。

排除标准：(1) 对罗哌卡因、利多卡因存在过敏史的患者；(2) 患者患有严重心脑血管疾病；(3) 患者存在严重心肝肾脏器功能障碍。

1.2 方法

两组患者均给予常规麻醉诱导。

麻醉诱导方式：以静脉注射的方式进行药物输注，输注药物为：咪达唑仑 0.03mg/kg ，芬太尼 $3.0\mu\text{g/kg}$ 、异丙酚 1mg/kg 以及维库溴铵 0.12mg/kg ，并在输注 3 分钟之后，进行气管插管进行机械通气，保证机械通气的频率为 10-12 次/min，并保持潮气量为 $8\text{-}10\text{mL/kg}$ ，同时还应当使呼气末二氧化碳维持在 $35\text{-}45\text{mmHg}$ 。以静脉输注药物的方式进行麻醉维持，输注药物为：异丙酚 $4\text{-}6\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{h})$ 、瑞芬太尼 $15.30\mu\text{g/kg}\cdot\text{h}$ ，同时间断性为患者注射维库溴铵以及舒芬太尼，从而达到麻醉维持的目的。

常规组患者在此基础上给予利多卡因。给予患者 5ml 浓度为 0.2% 的利多卡因注射液（生产厂家：国药集团容生制药有限公司；批准文号：国药准字 H20043676）进行麻醉，在麻醉过程中，应对患者的各项生命体征进行密切监测。

观察组患者在此基础上给予罗哌卡因。给予患者 5ml 浓度为 0.2% 的盐酸罗哌卡因注射液（生产厂家：河北一品制药股份有限公司；批准文号：国药准字 H20113463）进行麻醉，采用经硬膜外导管注入的方式，同时应对患者的生命体征进行密切监测。

1.3 观察指标

(1) 观察两组患者麻醉后不同时间段的麻醉效果。采用运动阻滞评分量表对患者的麻醉效果进行评估，0 级：无运动神经阻滞；1 级：不能抬腿；2 级：膝部无法弯曲；3 级：踝关节无法弯曲。等级越高，麻醉效果越好。(2) 观察两组患者不同时间段的镇痛效果。采用 VAS 评分量表对患者的疼痛情况进行评估，该量表总分为 10 分，得分越低，证明患者的疼痛感越轻。

1.4 统计学分析

在 SPSS 软件中输入数据，计数资料行 t 检验、 χ^2 检验，计量资料为 $(\bar{x}\pm s)$ 。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 观察两组患者麻醉后不同时间段的麻醉效果

观察组患者麻醉后不同时间段的运动阻滞评分均明显高于常规组 ($P<0.05$)，见表 1。

表 1 不同时间段的运动阻滞评分 ($\bar{x}\pm s$, 级)

Table 1 Motor block scores at different time periods ($\pm s$, grade)			
组别	给药后 2min	给药后 5min	给药后 15min
常规组	1.08 $\pm$ 0.21	1.71 $\pm$ 0.31	2.03 $\pm$ 0.21
观察组	1.34 $\pm$ 0.43	2.64 $\pm$ 0.42	2.73 $\pm$ 0.43
t	3.071	10.212	8.268
P	0.002	0.000	0.000

2.2 观察两组患者不同时间段的镇痛效果

观察组患者麻醉后不同时间段的 VAS 评分明显低于常规组 ($P<$

0.05), 见表 2。

表 2 不同时间段的 VAS 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

Table 2 VAS scores for different time periods ($\bar{x} \pm s$, minutes)

组别	术后 12h	术后 1d	术后 2d
常规组	6.01±1.28	3.64±0.82	2.23±1.02
观察组	2.61±0.32	1.94±0.21	0.43±0.32
<i>t</i>	15.606	12.160	10.166
<i>P</i>	0.000	0.000	0.000

3 讨论

在临床治疗过程中, 神经阻滞以及硬膜外阻滞中应用罗哌卡因的病例较多, 并且最终所能够达到的效果较为良好, 罗哌卡因的麻醉持续时间较长且具有显著麻醉效果, 并且对人体的中枢神经以及心脏造成的毒性较轻。

在现阶段的治疗过程中, 临床手术的实施与麻醉药物的应用是密不可分的, 良好的麻醉效果能够确保手术顺利实施^[3]。有研究表明, 手术质量与麻醉药物的应用之间有着密不可分的联系。在手术实施之前为患者使用麻醉药物, 能够使患者的运动神经功能以及感觉神经功能得到阻滞, 避免在手术实施过程中, 由于患者躁动, 从而导致手术操作者出现失误, 引发并发症^[4]。同时手术结束后, 镇痛效果会对患者的恢复情况造成一定的影响, 剧烈的疼痛感会导致患者的系统功能以及多器官功能受到影^[5], 因此, 手术结束后, 必须要为患者及时镇痛, 使患者由于手术创伤而引发的应激反应得到缓解^[6]。

罗哌卡因在临床手术麻醉中的应用最为广泛, 该药物的商品名为耐乐品, 属于一种新型的纯左旋体长效酰胺类局部麻醉药物^[7]。布比卡因的化学结构与罗哌卡因的化学结构之间有一定的相似之处, 但是就麻醉效果而言, 罗哌卡因的麻醉效果更好, 并且药物的持久时间以及深度相对更好^[8]。根据相关研究表明, 动物以及人体对于罗哌卡因的耐受性均较好, 并且在实际的应用过程中, 即使使用大剂量的罗哌卡因也不会导致机体出现严重心律失常症状, 也不会导致机体心肌毒性被增加^[9]。也正是由于罗哌卡因的麻醉时间持续时间较长, 具有显著麻醉效果, 因此, 在手术结束后能够发挥出良好的镇痛效果^[10]。利多卡因属于一种酰胺类局部麻醉药物, 针对椎管麻醉无效、抗惊厥药并且呈现出持续癫痫状态的患者, 可以应用利多卡因进行治疗, 该药物对心律失常的患者也有一定的治疗效果^[11]。该药物虽然能够对处于兴奋状态的中枢神经系统进行双向抑制, 但是随着药物浓度的增加, 会导致患者产生镇痛提高、嗜睡以及痛阈值提高等症状。

由于罗哌卡因属于一种纯左旋体长效酰胺类局部麻醉药物, 通过阻断钠离子的方式流入患者的神经纤维细胞膜中, 对患者神经纤维产生的冲动传导进行抑制, 最终达到良好的麻醉效用, 在小剂量应用该药物的过程中, 可以对非进行性运动神经起到局部镇痛的效用。除此之外, 在临床手术麻醉的实际应用过程中, 如果加用肾上腺素, 罗哌卡因的药物阻滞效果以及药效持续时间不会受到影响^[12]。罗哌卡因具有较长的半衰周期, 该药物中所具有的限速因子能够在人体中被缓慢吸收, 因此, 采用硬膜外用药的方式, 清除半衰期的时间比静脉用药方式所需时间更长。

在本研究中, 两组患者均给予常规麻醉诱导, 常规组患者在此基础上给予利多卡因; 观察组患者在此基础上给予罗哌卡因。给药 15 分钟后, 观察组患者的运动阻滞评分为 (2.73±0.43), 明显高于常规组 (2.03±0.21); 且手术结束后 2d, 观察组患者的 VAS 评分为 (0.43±0.32) 明显低于常规组 (2.23±1.02); 由此证明, 在临床手术麻醉中应用罗哌卡因具有较高的镇痛效果以及麻醉效果。有研究指出, 通过将 144 例患者进行分组, 48 例行 0.125%罗哌卡因麻醉者作为甲组, 48 例行 0.25%罗哌卡因麻醉者作为乙组, 48 例行 0.50%罗哌卡因麻醉者作为丙组, 最终得出, 甲组<乙组<丙组, 由此证明罗哌卡因的浓度越高镇痛效果越佳。亦有研究表明, 术后经硬膜外导管持续泵注罗哌卡因能够降低患者脊髓内的特定阿片受体活性, 使镇痛效果得到强化。该结论与本研究结论具有一致性。

综上所述, 在临床手术麻醉过程中应用罗哌卡因, 能够提高患者的运动神经阻滞评分, 同时改善患者术后的疼痛情况, 具有良好的麻醉效果, 值得应用。

参考文献:

- [1]尹亚岚,钟惠,陈亮,etal.不同浓度的罗哌卡因经蛛网膜下腔阻滞应用于剖宫产手术的临床麻醉效果分析[J]. 四川医学, 2017, 38(5): 548-550.
- [2]马宏英.临床麻醉及疼痛治疗中应用不同浓度罗哌卡因的效果观察[J]. 医学理论与实践, 2018, v.31(10): 1476-1477.
- [3]白洁, 刘鸿涛, 孟丽华, 等.右美托咪定复合罗哌卡因连续收肌管阻滞用于全膝关节置换术后镇痛的效果[J]. 临床麻醉学杂志, 2019, 35(04): 21-24.
- [4]徐凯, 郑笛, 黄云萍, 等.超声和神经刺激仪双重引导下不同浓度罗哌卡因用于腋路臂丛神经阻滞麻醉观察[J]. 浙江中西医结合杂志, 2017, 27(1): 51-52.
- [5]尼·巴德马, 尼·兰花.罗哌卡因和左旋布比卡因在阑尾炎手术麻醉中应用的比较[J]. 世界最新医学信息文摘(电子版), 2019, 19(05): 90+92.
- [6]房亮.下肢手术应用罗哌卡因硬膜外麻醉对患者术后 镇痛的效果影响[J]. 医药前沿, 2017, 7(7): 48-48.
- [7]陈洪飞, 许兰兰, 夏碧, 等.不同浓度罗哌卡因因局部浸润在外痔手术后的镇痛比较[J]. 临床和实验医学杂志, 2018, 17(20): 102-104.
- [8]李刚, 张建欣.超声引导下腰方肌阻滞对经腹直肠癌根治术后镇痛效果的影响[J]. 临床麻醉学杂志, 2017, 33(10): 987-990.
- [9]田雪, 孟园园, 安海燕, 等.全麻复合肌间沟臂丛神经阻滞镇痛时罗哌卡因的半数有效浓度[J]. 临床麻醉学杂志, 2018, 34(1): 16-20.
- [10]刘业军.罗哌卡因在临床麻醉及疼痛治疗中的应用价值分析[J]. 名医, 2018, 65(10): 233-233.
- [11]杨苏珍.罗哌卡因在临床麻醉及疼痛治疗中效果分析[J]. 临床检验杂志(电子版), 2017, 6(3): 509-510.
- [12]高焕龙.临床麻醉及疼痛治疗中应用不同浓度罗哌卡因的应用效果及 VAS 评分影响观察[J]. 中西医结合心血管病杂志(电子版), 2018, 6(32): 47+50.

腰麻联合硬膜外麻醉应用于剖宫产术的临床麻醉疗效观察

李仁超

山东省菏泽市单县中心医院 山东菏泽 274300

摘要：目的：探究腰硬联合麻醉在剖宫产术的临床麻醉疗效及应用效果。方法：选择 2020 年 6 月~2021 年 9 月我院收录的 80 例剖宫产手术产妇作为研究对象。采用随机数字表法，选取 40 例产妇为其提供硬膜外麻醉，作为本次研究的对照组，另 40 例产妇为其给予腰麻、硬膜外联合麻醉，作为本次研究的观察组。结果：观察组产妇的麻醉起效时间为（6.24±2.57）min、麻醉恢复时间为（63.25±10.38）min、用药量为（18.32±6.36）mL，而对照组产妇的麻醉起效时间为（16.37±3.42）min、麻醉恢复时间为（85.25±16.73）min、用药量为（40.86±10.57）mL。经比较观察组产妇的麻醉情况各项水平均显著优于对照组的产妇， $P<0.05$ ；观察组产妇的麻醉优良率为 100%（40/40），而对照组产妇的麻醉优良率为 80%（32/40）。经比较观察组产妇的麻醉优良率显著高于对照组的产妇， $P<0.05$ ；观察组产妇的不良反应发生率为 5.00%（2/40），而对照组产妇的不良反应发生率为 20.00%（8/40）。经比较观察组产妇的不良反应发生率显著低于对照组的产妇， $P<0.05$ ；观察组产妇的不良母婴结局发生率为 5.00%（2/40），而对照组产妇的不良母婴结局发生率为 22.50%（9/40）。经比较观察组产妇显著低于对照组的产妇， $P<0.05$ 。结论：腰硬联合麻醉在剖宫产术的临床麻醉中具有较好的疗效，应用价值极高，建议广泛推广。

关键词：腰麻；硬膜外麻醉；剖宫产术

前言

近年来，随着人们生育观念的转变，越来越多的孕妇在选择分娩时，更倾向于疼痛较小的剖宫产。同时，由于麻醉学的输液、水电平衡和手术方法等理论知识逐渐成熟，现如今的剖宫产手术时间已大大缩短，术中安全性也得到了保证。因此，剖宫产已成为最常见的产科手术。然而，与其他类型的手术相比，剖宫产对麻醉的要求相对严格，这不仅需要考虑孕妇在手术过程中可能发生的生理变化，还需要将麻醉对胎儿和孕妇健康的影响降到最低。因此，选择何种麻醉技术对最大限度地提高剖宫产的临床麻醉效果和安全性具有重要意义。

硬膜外麻醉因其操作相对简单、麻醉阻滞范围广、成本低、对循环无明显影响而广泛应用于以往的剖宫产手术中。但是在其临床麻醉中，起效时间相对较长，阻滞也较为不完善。而腰麻-硬膜外麻醉（CSEA）是一种新型的麻醉方式，近年来在临床上得到了广泛的应用，使用越来越频繁。腰麻联合硬膜外麻醉起效快，并发症相对较少，可将产妇手术中发生牵引反应的可能性降至最低，是一种安全、高效的剖宫产手术麻醉方法^[1]。

因此，本文通过对 2020 年 6 月~2021 年 9 月期间收治的 80 例剖宫产手术产妇建立对照组实验，尝试研究腰麻联合硬膜外麻醉对剖宫产手术产妇的临床麻醉效果，以明确该麻醉方式的可行性，详细报告内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2020 年 6 月~2021 年 9 月我院收录的 80 例剖宫产手术产妇作为研究对象。采用随机数字表法，选取 40 例产妇为其提供硬膜外麻醉，作为本次研究的对照组，另 40 例产妇为其给予腰麻、硬膜外联合麻醉，作为本次研究的观察组。观察组中产妇年龄 21~34 岁，平均（28.63±3.54）岁，孕周 38~42 周，平均（40.73±0.48）周。对照组中产妇年龄 21~34 岁，平均（27.97±2.26）岁，孕周 38~42 周，平均（40.68±0.52）周。对硬膜外麻醉组和联合组产妇的年龄、孕周等资料进行比较分析，差异均无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

纳入标准：①产妇均已达到足月妊娠；②所有产妇均满足子宫下段剖宫产的指征，没有产妇产生妊娠并发症；③所有产妇知晓本次实验具体内容，并签立了知情同意书；④具有较的依从性，可配合医护人员开展各项工作。

排除标准：①凝血功能障碍；②对研究用麻醉药物具有抗药性；③预激综合征；④伴有妊娠高血压综合征；⑤椎管麻醉禁忌证；③产妇伴有重要器官损伤。

1.2 研究方法

为对照组产妇给予单纯硬膜外麻醉。采用左卧位后，产妇在 L1-2 间隙进行硬膜外穿刺。用 16g 硬膜外穿刺针经正中入路进入硬膜外腔，用空气阻力法判断是否进入硬膜外腔。在硬膜外腔放置导管。固定导管后，在室温下向硬膜外腔注射 3~5ml 2%利多卡因作为试验剂量。3~5min 后，

在确认产妇无明显不适后，注射一定量 2%利多卡因联合 0.75%罗哌卡因，并将感觉阻滞水平控制在 T6-8 范围内。

观察组采用腰麻复合硬膜外麻醉，L2~3 椎间隙硬膜外穿刺。完成后，通过套管针的后孔插入 25g 脊麻针，并在蛛网膜下腔进行穿刺。当针尖到达蛛网膜下腔时，拔出针芯，观察脑脊液流出后注射布比卡因 4~6ml；然后拔出腰椎穿刺针，放入硬膜外导管 3cm~4cm。固定导管后，必须保持产妇的躺着姿势，并使用针灸确定阻断范围。当药物注射 10 分钟时，阻滞水平仍低于 T10，需要通过硬膜外腔注射 4.6ml 利多卡因。如果阻滞平面达到 T8~10，则可以开始操作。

1.3 观察指标

①麻醉情况统计：统计分析两组产妇的麻醉起效时间、麻醉恢复时间及用药量

②麻醉效果判定标准：麻醉效果分为三个等级，分别为优秀（肌松良好，镇痛效果满意，不存在牵拉反应，产妇未感知任何痛苦，期间未进行其他辅助用药）、良好（产妇的感受到一定的牵拉痛苦，镇痛效果一般，偶尔需辅助用药）、差（肌松差，镇痛效果差，需辅助用药）。

③不良反应发生情况：统计分析两组产妇的不良反应发生情况，不良反应包括低血压、寒颤、恶心呕吐。

1.4 统计分析

本文所有统计的数据均应用 SPSS20.0 软件进行处理分析，计数资料采用产妇例数和百分率（%）表示，组间比较采用 χ^2 检验；计量资料以平均值±标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，组间比较以独立样本 t 检验。若 $P<0.05$ ，则表示差异存在统计意义。

2 结果

2.1 两组产妇麻醉情况对比

观察组产妇的麻醉情况各项水平均显著优于对照组的产妇，该差异具有统计意义（ $P<0.05$ ），详见表 1。

表 1 麻醉情况统计表（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	麻醉起效时间 (min)	麻醉恢复时间 (min)	用药量 (mL)
观察组 (n=40)	6.24±2.57	63.25±10.38	18.32±6.36
对照组 (n=40)	16.37±3.42	85.25±16.73	40.86±10.57
t	14.976	7.067	11.556
P	0.000	0.000	0.000

2.2 两组产妇麻醉效果对比

观察组产妇麻醉效果显著低于对照组产妇，该差异具有统计意义（ $P<0.05$ ），详见表 2。

表 2 麻醉效果统计表 [n (%)]

组别	优秀	良好	差	麻醉优良
----	----	----	---	------

	率			
观察组 (n=40)	37 (92.50)	3 (7.50)	0 (0.00)	40 (100.00)
对照组 (n=40)	20 (50.00)	12 (30.00)	8 (20.00)	32 (80.00)
χ^2	/	/	/	8.889
P	/	/	/	0.003

2.3 两组产妇不良反应发生情况对比

观察组产妇不良反应率显著低于对照组产妇,该差异具有统计意义($P < 0.05$),详见表3。

表3 不良反应情况统计表 [n (%)]

组别	低血压	恶心呕吐	寒颤	不良反应发生率
观察组 (n=40)	1 (2.50)	0 (5.00)	1 (2.50)	2 (5.00)
对照组 (n=40)	3 (7.50)	2 (5.00)	3 (7.50)	8 (20.00)
χ^2	/	/	/	4.114
P	/	/	/	0.043

2.4 两组产妇不良母婴结局对比

观察组产妇不良母婴结局发生率显著低于对照组产妇,该差异具有统计意义($P < 0.05$),详见表4。

表4 不良母婴结局情况统计表 [n (%)]

组别	产后出血	胎儿窘迫	牵拉反应	不良母婴结局发生率
观察组 (n=40)	1 (2.50)	0 (0.00)	1 (2.50)	2 (5.00)
对照组 (n=40)	3 (7.50)	2 (5.00)	4 (10.00)	9 (22.50)
χ^2	/	/	/	5.165
P	/	/	/	0.023

3 讨论

3.1 腰硬联合麻醉较于单一麻醉的优势

目前,我国剖宫产术中使用的麻醉方法主要有单纯腰麻、连续硬膜外麻醉和腰硬联合麻醉。其中,单纯脊麻起效快,麻醉效果好,镇痛和肌肉松弛效果完全。然而却可能会对母体血流动力学产生重大影响,麻醉时间有限且可控性不高^[2]。孕妇容易发生低血压,导致胎盘血流量减少,从而影响新生儿的阿普加评分。此外,术后头痛等并发症的发生率很高,可能引起恶心、呕吐和头痛等一系列临床症状。因此,单纯腰麻用于剖宫产的安全性较差,目前医院在麻醉过程中已基本不再使用。

连续硬膜外麻醉可以提供足够的阻滞平面,这种麻醉方法相对简单,对孕妇的循环影响不明显。随着手术时间的延长,可广泛应用于临床,延长麻醉时间。然而,该方法也具有麻醉起效时间长、肌肉松弛差、镇痛不完全、胎儿分娩延迟、牵引反应无法消除等特点^[3]。而且该方法不能完全阻断神经,甚至需要与其他辅助药物一起使用,使产妇在剖宫产过程中可能会遭受更多的疼痛,并且硬膜外麻醉的用量相对较大,这可能会增加局部麻醉剂中毒的可能性。同时,由于硬膜外麻醉的理想麻醉面在 T8 和 L14 之间,很难完全阻断孕妇的盆丛,且孕妇在麻醉过程中可能累及内脏器官,导致硬膜外麻醉阻滞失败率高。此外有研究显示,剖宫产术采用硬膜外麻醉,不完全麻醉和麻醉失败的发生率已超过 25.00%。

腰硬联合麻醉兼具腰麻和硬膜外麻醉的优点。例如,药物注射 5~10min 可产生良好的麻醉效果、麻醉起效时间和恢复时间较快、麻醉优良率较高、产妇肌肉松弛、镇痛完整、麻醉效果准确、局麻药用量小、阻滞平面可控、血流动力学波动小、无需辅助药物、有利于缩短产程、有持续硬膜外麻醉以维持麻醉时间等优点。并且,椎管内麻醉可以阻断交感神经,扩张痉挛的血管,促进循环和胎盘血液灌注,并降低血压^[3]。同时,腔内针技术避免了与皮肤直接接触,减少了感染的机会。尤其是低毒长效局部

麻醉剂罗哌卡因的应用减少了蛛网膜下腔麻醉的剂量,并且出现了一种新的腰椎穿刺术,这种穿刺术对硬脑膜的损伤更少,更容易愈合,显著减少了脑脊液的渗漏,使产妇的术后头痛发生率降低,使孕妇的循环和呼吸系统更加稳定,从而降低术中麻醉管理的难度。此外,腰麻联合硬膜外麻醉具有蛛网膜下腔麻醉和硬膜外麻醉的双重作用,可有效阻断盆腔神经丛,有效改善内脏牵拉反应,从而缩短麻醉的起效时间和恢复时间,镇痛效果更明显,减轻孕妇疼痛。当脊麻针通过硬膜外穿刺针进入时,患者损伤小,不与皮肤和皮下组织接触,有效避免异物碘上皮细胞进入蛛网膜下腔,真正成为避免无菌性蛛网膜炎的“非接触”技术。而腰麻针比传统细针,呈笔尖状,不会对硬脑膜和蛛网膜造成明显缺损。显著降低脊髓麻醉后头痛的发生率。术后病人自控硬膜外镇痛是可行的,可以使病人恢复顺利,没有疼痛。腰硬联合麻醉起效快,肌肉松弛好,镇痛效果好,便于维持产妇生命体征的稳定。该方法可以缩短剖宫产手术时间,提高新生儿体征水平,避免术后麻醉并发症,提高麻醉安全性。因此,腰硬联合麻醉已成为国外剖宫产常用的麻醉方法之一,目前在我国产科也得到广泛推广发展。

3.2 加强对术中不良反应监测并及时处理

① 寒颤反应:寒颤作为一种应对寒冷的体温调节机制,对发生于剖宫产临床麻醉中。寒颤一直被认为是骨骼肌的一种身体对冷刺激的非自主体温调节反应,有时也会发生非体温调节性颤抖。对于剖宫产的母体来说,椎管内麻醉通常会导致交感神经阻滞水平以下的血管扩张,这使得阻滞区域的血管无法进行正常的收缩反应,加速体内热量的损失,降低人体应对冷刺激的能力,并导致颤抖^[4]。因此,在剖宫产术中需严密监测产妇的体表温度,并在发现后及时给予静脉使用哌替啶、曲马多等药物治疗。

② 低血压反应:由于产妇在硬膜外麻醉后,当产妇的蛛网膜下腔药物注射后,麻醉阻滞水平快速或过高时,广泛的交感神经阻滞会扩张小动脉,降低外周血管阻力。当处于仰卧位时,产妇的子宫将压迫下腔静脉,严重影响返回心脏的血流量,导致心输出量减少,不可避免地导致低血压。严重时还会导致胎盘灌注减少,导致胎儿窘迫、酸中毒、神经发育损伤等。因此,在剖宫产时,应密切监测产妇血压和心率,并提前做好低血压的预防工作。

③ 恶心呕吐反应:通常在椎管麻醉后,产妇常会出现恶心、呕吐的不良现象,其主要原因是由于产妇的血压和脑供血突然下降,并刺激呕吐中枢。挤压子宫和分娩胎儿时,缝合和拉动物子宫以清洁腹腔的过程主要与副交感神经有关。如果出现恶心呕吐,应首先判断麻醉阻滞水平是否过高或血压下降,并采取相应措施^[5]。一般来说,在手术探查过程中,使用加压药物减少牵引手术,可以缓解孕妇的恶心呕吐反应,取得良好效果。同时在术中麻醉期间,医护人员应注意避免产妇意外吸入异物。

综上所述,在剖宫产手术中应用腰麻联合硬膜外麻醉,不仅能减少麻醉药物使用剂量,缩短麻醉起效和恢复时间,还能减少产妇的术中出血量,降低术后不良反应发生率,改善母婴手术结局。由此,本研究证明了腰硬联合麻醉用于剖宫产是安全可行的,建议广泛推广。

参考文献:

- [1]潘丽峰,张殿红,董伟妍.妊娠合并肺动脉高压产妇剖宫产术应用腰麻-硬膜外联合麻醉对血流动力学和母婴结局的影响[J].中国计划生育学杂志,2022,30(03): 587-591.
- [2]刘佰芝.腰麻联合硬膜外麻醉应用于产科分娩镇痛的临床效果评价[J].中国社区医师,2022,38(03): 16-18.
- [3]宣自俊,庚志康,朱波,何惠斌.输尿管软镜肾结石钬激光碎石术中采用腰麻联合硬膜外麻醉与气管插管全身麻醉的临床对比[J].智慧健康,2021,7(29): 107-109.
- [4]孟庆雷.腰硬联合麻醉与单用腰麻针穿刺腰麻在剖宫产术中的应用效果比较[J].疾病监测与控制,2021,15(04): 293-295.
- [5]刘帅.腰麻联合硬膜外麻醉在剖宫产术中的应用效果分析[J].中国实用医药,2020,15(35): 83-84.D01: 10.14163/j.cnki.11-5547/r.2020.35.033.
- [6]王晖.腰麻联合硬膜外麻醉与单纯硬膜外麻醉用于剖宫产术的麻醉效果对比[J].基层医学论坛,2020,24(10): 1401-1402.

国产注射用盐酸瑞芬太尼在麻醉效果满意度；用药前后血压，心率，血氧饱和度的变化情况

林秀霞

前海人寿广州总医院 广东省广州市 511300

摘要：目的：国产注射用盐酸瑞芬太尼在麻醉效果满意度；用药前后血压，心率，血氧饱和度的变化情况。方法：选取2021年1月至2022年1月我院行手术患者90例作为研究对象，根据治疗方法的不同将其分成常规组（n=45，采取芬太尼治疗）和实验组（n=45，采取盐酸瑞芬太尼治疗），对比两组用药后麻醉满意效果、出血量、麻醉阻滞时间、起效时间、苏醒时间、拔管时间；对比两组患者用药前、用药后血液动力学反应及手术牵拉反应。结果：两组患者手术情况比较显示实验组手术过程中出血量、麻醉阻滞时间、起效时间、苏醒时间、拔管时间均优于常规组（ $P<0.05$ ）。麻醉后常规组血压差异显著并且心率显著升高（ $P<0.05$ ），实验组血压，心率与麻醉前无显著差异（ $P>0.05$ ）。实验组出现牵拉反应发生率低于常规组（ $P<0.05$ ），满意度高于常规组（ $P<0.05$ ）。实验组用药后疼痛率低于常规组（ $P<0.05$ ）。结论：国产注射用盐酸瑞芬太尼在麻醉效果显著，其能在短时间内起效，且镇痛作用好，能够有效维持患者术中血流动力学各项指标，术后满意度较好，苏醒及恢复时间较短，安全性极高。

关键词：国产注射用盐酸瑞芬太尼；芬太尼；麻醉；变化

国产注射用盐酸瑞芬太尼是临床常应用的麻醉镇痛药物，其能够快速水解血液与组织当中，起效时间短^[1-2]。相较于芬太尼，该药物镇痛效果为1.5倍，同时在代谢时并不受患者肝肾功能影响。手术后拔出气管导管时作用消退时间短，降低用药后产生的不良反应^[3-4]。基于此，本文研究国产注射用盐酸瑞芬太尼在麻醉效果满意度；用药前后血压，心率，血氧饱和度的变化情况。现报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取2021年1月至2022年1月我院行手术患者90例作为研究对象，根据治疗方法的不同将其分成常规组（n=45，采取芬太尼治疗）和实验组（n=45，采取盐酸瑞芬太尼治疗）。其中常规组男性26例，女性19例，年龄21-68岁，平均年龄（36.28±4.16）岁，体重质量指数均值（25.78±3.28）kg/m²；实验组男25例，女20例，年龄31~67岁，均值（43.85±7.78）岁，体重质量指数均值（24.29±3.15）kg/m²。两组患者一般资料存在均衡性（ $P>0.05$ ）；可以进行对比。纳入标准：患者均符合手术指征；临床资料齐全者；临床依从性和配合度高者。排除标准：手术禁忌症者，肝肾功能障碍疾病者，临床资料不齐全；临床依从性和配合度低者。本研究获得我院伦理委员会同意，患者均知晓此研究内容且签署知情同意书^[5]。

1.2 方法

两组患者术前均给予注射0.5mg阿托品与0.1g鲁米那。实验组使用国

产注射用盐酸瑞芬太尼静脉注射1μg/kg。常规组使用芬太尼4μg/kg。两组分别进行气管插管，潮气量为10ml/kg，12次/min。将PaCO₂W维持于30mmHg。实验组维持泵入瑞芬太尼6μg/（kg·h），常规组泵入芬太尼0.1μg/（kg·h）。

1.3 观察指标

（1）对比两组患者手术指标，包括出血量、麻醉阻滞时间、起效时间、苏醒时间，其中I-L指从麻醉开始时间到血压开始下降时间，I-D指从麻醉开始时间到切口打开腹腔时间^[6-7]。（2）对比两组用药前后血压、心率及血氧饱和度变化^[8-9]。（3）对比两组患者在麻醉过程牵拉反应，是否出现疼痛、恶心、鼓肠、腹肌紧张等症状^[10-11]。（4）对比两组患者用药后疼痛度，其中未感受到疼痛为0级；轻微疼痛感为I级；疼痛感显著可以忍受为II级；疼痛剧烈无法忍受为III级。（5）对比两组患者麻醉满意度，分成非常满意、基本满意及不满意^[12-13]。

1.4 统计学处理 研究资料选择SPSS19.0软件分析，均数标准差“ $\bar{x} \pm s$ ”表计量资料， t 行组间、组内比较；百分比(%)表计数资料， χ^2 行组间比较， $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 对比两组患者手术指标

两组患者手术情况比较显示实验组手术过程中出血量、麻醉阻滞时间、起效时间、苏醒时间、拔管时间均优于常规组（ $P<0.05$ ），组间存在差异性。见表1。

表1 对比两组患者手术指标

组别	出血量（mL）	I-L（min）	I-D(min)	起效时间(min)	苏醒时间(min)	拔管时间(min)
常规组（n=45）	165.67±9.87	22.45±7.65	27.98±5.11	3.67±1.87	8.35±1.32	17.45±3.09
实验组（n=45）	151.65±10.87	9.78±3.87	15.67±2.01	1.35±0.19	6.35±2.09	5.23±1.33

2.2 对比两组用药前后血压、心率及血氧饱和度变化

麻醉后常规组血压差异显著并且心率显著升高（ $P<0.05$ ），实验组血压，

心率与麻醉前无显著差异（ $P>0.05$ ），组间存在差异性。见表2。

表2 对比两组用药前后血压、心率及血氧饱和度变化（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	SBP（kPa）		DBP(kPa)		HR(次/min)		SpO ₂ （%）	
	用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后
常规组（n=45）	14.46±4.31	16.07±5.08	9.09±1.67	10.12±2.36	76.6±7.65	86.78±7.09	13.29±0.50	13.98±1.08
实验组（n=45）	14.56±4.78	14.67±4.21	9.23±1.56	9.31±1.45	75.87±7.56	76.78±7.10	13.21±1.67	13.27±1.16

2.3 对比两组患者在麻醉过程牵拉反应

实验组出现牵拉反应发生率低于常规组（ $P<0.05$ ），组间存在差异性。

见表3。

表3 对比两组患者在麻醉过程牵拉反应（[n] %）

组别	疼痛	恶心	鼓肠	腹肌紧张
常规组	2（4.44）	2（4.44）	1（2.22）	2（4.44）

(n=45)

实验组 (n=45)	0	0	0	1 (2.22)
---------------	---	---	---	----------

2.4 对比两组患者用药后疼痛度

实验组用药后疼痛率低于常规组 (P<0.05), 组间存在差异性。见表 4.

表 4 对比两组患者用药后疼痛度 ([n]%)

组别	0 级	I 级	II 级	III 级
常规组 (n=45)	18 (40.00)	15 (33.33)	7 (15.55)	5 (11.11)
实验组 (n=45)	31 (68.88)	8 (17.77)	5 (11.11)	1 (2.22)

2.5 对比两组患者麻醉满意度

实验组满意度高于常规组 (P<0.05), 组间存在差异性。见表 5.

表 5 对比两组患者麻醉满意度 ([n]%)

组别	非常满意	基本满意	不满意	满意度
常规组 (n=45)	12 (26.66)	27 (53.33)	6 (13.33)	39 (86.66)
实验组 (n=45)	14 (31.11)	30 (66.66)	1 (2.22)	44 (97.77)

3. 讨论

国产注射用盐酸瑞芬太尼是一种新型受体激动剂, 其药效快, 一般给予药物 1.5min 作用药效即可达到巅峰, 一般而言, 全麻状态下即刻镇痛效果主要观察心率及血压来判断^[14-15]。本药若长时间进行输注可在短时间内使得患者呼吸自行恢复, 同时不受肾肝功能影响, 因此可稳定患者术中血压、心率及血氧饱和度等生命体征变化。另外可减轻患者手术中疼痛, 降低用药后产生的不了反应。该药物应激反应较轻, 若持续可要是麻醉药作用迅速减退^[16-17]。

国内不少学者作出报道, 如吴继霞结果: 两组患者用药前 SpO₂ 和 RR 水平无显著差异, 差异不具有统计学意义(P>0.05), 观察组患者用药后半小时 SpO₂ 和 RR 水平均显著高于对照组, 差异具有统计学意义(P0.05), 对照组患者用药后半小时 SpO₂ 和 RR 水平与用药前相比有显著差异(P1<0.05); 观察组患者不良反应发生率显著低于对照组, 差异具有统计学意义(P<0.05)。结论: 采用盐酸瑞芬太尼联合右美托咪定麻醉与单纯使用瑞芬太尼麻醉相比, 不仅可以有效提高麻醉的镇静效果, 而且可以有效降低不良反应的发生率。全形等人结果右美托咪定组手术时间[(27.82±2.21)min]明显短于丙泊酚组[(44.44±3.19)min], 苏醒时间[(6.02±1.81)min]早于丙泊酚组[(11.84±1.85)min], 差异均有统计学意义(P<0.05)。右美托咪定术中疼痛程度明显优于丙泊酚组, 术者对右美托咪定组满意度评分优于丙泊酚组, 差异均有统计学意义(P<0.05)。右美托咪定组在 T₂、T₃ 时间点的 MAP[(92.8±2.8)mmHg、(90.6±2.2)mmHg, 1 mmHg=0.133 kPa]均低于丙泊酚组[(102.6±3.4)mmHg、(99.2±3.8)mmHg], 差异有统计学意义(P<0.05)。右美托咪定组在 T₁、T₂、T₃、T₄ 时间点的 HR[(61.4±2.3)次/分、(61.2±2.2)次/分、(59.8±3.6)次/分、(61.6±4.2)次/分]均低于丙泊酚组[(80.6±3.0)次/分、(90.0±3.1)次/分、(87.6±3.0)次/分、(79.4±1.3)次/分], 差异有统计学意义(P<0.05)。右美托咪定组患者在术后 2、4 h 的 VAS 评分[(1.62±0.10)分、(1.92±0.17)分]明显低于丙泊酚组[(2.93±0.12)分、(3.04±0.24)分], 差异有统计学意义(P<0.05)。右美托咪定组恶心呕吐、呼吸抑制、术中体动发生率(14.9%、0、6.8%)均低于丙泊酚组(36.5%、4.1%、60.8%), 差异均有统计学意义(P<0.05)。本次研究与相关报道一致^[18]。本次研究结果显示: 两组患者手术情况比较显示实验组手术过程中出血量、麻醉阻滞时间、起效时间、苏醒时间、拔管时间均优于常规组 (P<0.05)。麻醉后常规组血压差异显著并且心率显著升高 (P<0.05), 实验组血压, 心率与麻醉前无显著差异 (P>0.05)。实验组出现牵拉反应发生率低于常规组 (P<0.05), 满意度高

于常规组 (P<0.05)。实验组用药后疼痛率低于常规组 (P<0.05)。

综上, 国产注射用盐酸瑞芬太尼在麻醉效果显著, 其剂量小、毒性低、极少过敏, 药效作用长, 能在短时间内起效, 且镇痛作用好, 能够有效维持患者术中血流动力学各项指标, 术后满意度较好, 苏醒及恢复时间较短, 安全性极高。

参考文献:

[1]陈杰, 申笑笑. 超前应用地佐辛对瑞芬太尼复合全身麻醉老年患者麻醉效果的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7(18): 4.

[2]肖钰昕, 武萍, 赵宇婷, 等. 负荷心肌灌注显像中心率和血压变化预测女性心血管事件的研究进展[J]. 国际放射医学核医学杂志, 2022, 46(3): 5.

[3]张荣, 陈丽青, 黎天才. 喉罩通气全麻对输尿管中下段结石患者术中血压、心率变化及术后疼痛程度的影响[J]. 中国当代医药, 2021, 28(23): 4.

[4]马慧颖. 异丙酚复合瑞芬太尼应用于老年高血压患者手术麻醉中的临床效果分析[J]. 首都食品与医药, 2020(3): 2.

[5]吕平, 冯海军. 比索洛尔与美托洛尔治疗原发性高血压的效果及对患者静息心率及心率变异性的影响对比[J]. 饮食保健, 2019, 6(001): 75-76.

[6]甘宁, 李静, 范坤, 等. 超声引导下股神经及坐骨神经阻滞用于老年下肢骨折患者的麻醉效果及对血凝状态的影响[J]. 重庆医学, 2022, 51(12): 4.

[7]吴兆良. 诺欣妥对高血压合并慢性心力衰竭患者血压血钾 NT-proBNP 水平的影响[J]. 基层医学论坛, 2022, 26(19): 3.

[8]柯丹纯, 黄素华, 甘艳军. 剖宫产手术麻醉前后保持不同卧位对产妇血压、心率及仰卧位低血压综合征发生率的影响[J]. 当代医药论坛, 2021, 19(23): 3.

[9]武娟, 姜晓瑞. 右美托咪定复合小剂量丙泊酚麻醉诱导辅助全麻对老年右半直肠癌患者术中血压及心率变化的影响[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(4): 3.

[10]黄娥. 微量注射泵为 ICU 的患者静脉泵注药物时采取两种不同的换药方式对其心率及血压的影响[J]. 当代医药论坛, 2021, 19(3): 3.

[11]耿凤新, 刘媛媛. 瑞芬太尼全身麻醉复合硬膜外麻醉在腹腔镜子宫全切术中的安全性及对患者苏醒时间、血压、心率的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6(5): 3.

[12]朱丹丹. 丙泊酚复合瑞芬太尼在老年高血压患者手术麻醉中的效果和安全性观察[J]. 北方药学, 2021, 18(10): 2.

[13]贾高科, 雷威, 陈会波. 七氟醚复合瑞芬太尼麻醉对急性胆囊炎患者各时间点血压及心率变化的影响[J]. 首都食品与医药, 2020, 27(12): 1.

[14]陆胤、焦玲、刘伟民. 帕金森病患者心率变异性、血压变异性及交感神经皮肤反应的临床研究[J]. 中国神经免疫学和神经病学杂志, 2020, 27(6): 7.

[15]刘智辉. 右美托咪定静脉泵入辅助瑞芬太尼、丙泊酚全凭静脉麻醉对急性阑尾炎患者术中血压及心率的影响[J]. 河南外科学杂志, 2020, 26(3): 2.

[16]张方. 瑞芬太尼复合丙泊酚靶控输注麻醉对子宫肌瘤患者术中血压、心率变化及术后苏醒质量的影响[J]. 临床研究, 2019, 27(12): 2.

[17]焦宝旺, 孙英伟, 崔艳. 右美托咪定对胃癌根治术中瑞芬太尼复合丙泊酚全麻药量及麻醉效果的影响——评《癌痛治疗学》[J]. 中国临床药理学与治疗学, 2021, 26(5): 1.

[18]闫东. 不同浓度右美托咪定联合瑞芬太尼辅助局部浸润麻醉对老年腹股沟疝开放修补术患者的镇静作用及安全性分析[J]. 中华疝和腹壁外科杂志: 电子版, 2020, 14(5): 5.

评估分析鼻息肉摘除术及鼻息肉摘除并鼻内筛窦切除术治疗鼻息肉的临床效果及并发症影响

刘翠萍

甘肃省第二人民医院耳鼻喉科 730000

摘要：目的 分析鼻息肉患者使用鼻息肉摘除并鼻内筛窦切除术的效果。方法 随机抽取本院就诊的 62 例鼻息肉患者研究，医学观察始于 2020 年 3 月止于 2022 年 3 月，以双盲法均分为对照组（31 例，鼻息肉摘除术）和观察组（31 例，鼻息肉摘除并鼻内筛窦切除术），对比两组效果。结果 观察组并发症发生率、治疗有效率分别为 93.54%、3.22%优于对照组的 74.19%、19.35%，组间对比（ $\chi^2=4.292$ 、 4.026 ， $p=0.038$ 、 0.044 ）；观察组术后 1 月鼻气道阻力、嗅觉功能评分分别为（ 1.01 ± 0.12 ）kPa（s·L）、（ 2.06 ± 0.13 ）分低于对照组的（ 1.08 ± 0.15 ）kPa（s·L）、（ 2.21 ± 0.23 ）分，组间对比（ $t=2.028$ 、 3.161 ， $p=0.046$ 、 0.002 ）；观察组术中出血量、住院时间为（ 865.26 ± 15.16 ）mL、（ 12.21 ± 2.16 ）d 优于对照组的（ 359.67 ± 12.16 ）mL、（ 15.78 ± 5.41 ）d，组间对比（ $t=144.847$ 、 3.412 ， $p=0.000$ ）；术后 1 月生活质量评分观察组高于对照组（ $p<0.05$ ）。结论 鼻息肉患者使用联合手术的方式效果好，安全系数高，基本不会复发，患者生活品质显著提升，值得推广。

关键词：鼻息肉；鼻息肉摘除术；鼻内筛窦切除术；并发症发生率；治疗有效率；复发率

如果鼻黏膜长时间处于炎症反应状态，会诱发局部组织严重水肿，在重力作用下处于极度水肿状态的鼻窦黏膜慢慢下垂，形成鼻息肉，该类病变的主要发作部位是鼻腔的外侧壁及鼻顶部，该肿物不属于真性肿瘤，临床很多专家认为诱发该病症的主要原因包括慢性感染、变态反应^[1]。患者发作鼻息肉疾病后普遍存在多种不良症状（鼻塞、呼吸困难等），病情严重患者还会在嗅觉等方面出现异常表现，甚至会诱发中耳炎、损伤脏器正常功能等严重并发症，该病具有一定的概率发生恶变，对患者来说生活品质受到极大的不利影响。目前临床中鼻息肉的主要治疗方式是手术，主要方式有鼻息肉摘除术、鼻息肉摘除并鼻内筛窦切除术等，患者使用不同的手术方式会取得不同的疗效^[2]。为了深入地分析两种手术方式在治疗鼻息肉中的效果差异，本研究分析了鼻息肉患者使用鼻息肉摘除并鼻内筛窦切除术的效果，阐述如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

随机抽取本院就诊的 62 例鼻息肉患者研究，医学观察始于 2020 年 3 月止于 2022 年 3 月，以双盲法均分为对照组（31 例）和观察组（31 例），对照组年龄 23-68 岁，均值（ 52.37 ± 4.23 ）岁，体重 48-76kg、均值（ 68.32 ± 6.26 ）kg，平均病程（ 3.21 ± 1.26 ）年，男女比例（17：14）；观察组年龄 22-69 岁、均值（ 52.59 ± 4.31 ）岁，体重 47-78kg、均值（ 68.82 ± 6.47 ）kg，平均病程（ 3.37 ± 1.21 ）年，男女比例（19：12）。一般资料对比无统计学意义（ $p>0.05$ ）。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组：鼻息肉摘除术。麻醉方式：表面和局部浸润麻醉或全身麻醉。将患者调整为便于手术操作的仰卧位。如果患者鼻息肉是单发性，使用息

肉钳在直视下夹住息肉蒂部，使用圈套器将息肉套除或直接咬除；如果患者鼻息肉是多发性，直接摘除，迅速将筛窦开放，如果患者大量出血，检验病变组织，使用耳鼻喉综合手术动力系统去除息肉。术后给予患者抗生素、鼻腔喷雾糖皮质激素治疗。做好清理鼻腔等护理操作。

1.2.2 观察组

观察组：鼻息肉摘除并鼻内筛窦切除术。和对照组相同操作的摘除鼻息肉手术流程。然后行鼻内筛窦切除术，将筛泡充分暴露后，将筛泡壁使用直头咬钳咬破，进入前组筛窦，去除筛窦房，尽量避免损伤筛前动脉。向下、向上扩张后去除后组筛窦，将发生病变的局部组织彻底切除，将完全开放的窦房去除，完成窦内息肉摘除。术后给予患者抗生素、鼻腔喷雾糖皮质激素治疗。做好清理鼻腔等护理操作。

1.3 指标观察

对比指标^[3]：（1）治疗有效率=显效率+有效率，内镜检查结果：窦口开放情况、窦腔黏膜、临床症状：良好开放、上皮化、全部消除为显效；开放、局部水肿、显著改善为有效；达不到上述标准为无效。并发症（窦口狭窄、眶内血肿）发生率=发生例数/总例数 $\times 100\%$ 。（2）鼻气道阻力、嗅觉功能评分。分数越高患者不嗅觉丧失功能程度越高。（3）术中出血量、住院时间。（4）SF-36 量表每项 100 分，分值越高患者日常生活品质越高。

1.4 统计学分析

SPSS20.0 处理数据，（ $\bar{x}\pm s$ ）与（%）表示计量与计数资料，分别用 t 值与 χ^2 检验，（ $P<0.05$ ）有统计学意义。

2 结果

2.1 对比治疗有效率、并发症发生率

观察组治疗有效率、并发症发生率优于对照组（ $P<0.05$ ），见表 1：

表 1 对比治疗有效率、并发症发生率（n,%）

分组	例数	治疗有效率			并发症发生率					
		显效	有效	有效率	眶内血肿		窦口狭窄		发生率	
观察组	31	21 67.74	8 25.80	29 93.54	1	3.22	0	0.00	1	3.22
对照组	31	14 45.16	9 29.03	23 74.19	4	12.90	2	6.45	6	19.35
χ^2				4.292						4.026
P				0.038						0.044

2.2 比较鼻气道阻力、嗅觉功能评分

术前两组鼻气道阻力、嗅觉功能评分相比（ $p>0.05$ ），术后 1 月观察组低于对照组（ $P<0.05$ ），见表 2：

表 2 比较鼻气道阻力、嗅觉功能评分（ $\bar{x}\pm s$ ）

分组	例数	鼻气道阻力 kPa（s·L）		嗅觉功能（分）	
		术前	术后 1 月	术前	术后 1 月
观察组	31	3.05 $\pm$ 0.34	1.01 $\pm$ 0.12	4.72 $\pm$ 0.54	2.06 $\pm$ 0.13
对照组	31	3.08 $\pm$ 0.32	1.08 $\pm$ 0.15	4.75 $\pm$ 0.56	2.21 $\pm$ 0.23
χ^2		0.357	2.028	0.214	3.161

P

0.721

0.046

0.830

0.002

2.3 对比术中出血量、住院时间

观察组术中出血量高于对照组、住院时间较对照组更短（ $P<0.05$ ），见表 3：

表 3 对比术中出血量、住院时间（ $\bar{x}\pm s$ ）

分组	例数	术中出血量（ml）	住院时间（d）
观察组	31	865.26 $\pm$ 15.16	12.21 $\pm$ 2.16
对照组	31	359.67 $\pm$ 12.16	15.78 $\pm$ 5.41

t	144.847	3.412
P	0.000	0.001

2.4 比较生活质量评分

术前两组生活质量评分对比 ($p>0.05$), 术后 1 月观察组高于对照组 ($P<0.05$), 见表 4:

表 4 对比生活质量评分 ($n=31, \bar{x}\pm s$, 分)

指标	时间	观察组	对照组	t 值	P 值
躯体功能	术前	53.26±4.23	53.81±4.32	0.506	0.614
	术后 1 月	76.28±5.37	67.59±5.14	6.508	0.000
社会功能	术前	54.18±4.37	54.62±4.43	0.393	0.695
	术后 1 月	78.64±5.95	69.17±4.67	6.970	0.000
情绪功能	术前	53.86±4.62	53.26±4.36	0.452	0.652
	术后 1 月	77.61±5.34	68.47±4.56	7.247	0.000
活力	术前	54.34±4.48	54.61±4.39	0.239	0.811
	术后 1 月	76.29±5.23	68.32±4.24	6.590	0.000
生理功能	术前	55.27±4.14	55.62±4.27	0.327	0.744
	术后 1 月	77.38±5.12	68.64±5.31	6.597	0.000
心理功能	术前	54.94±4.63	54.57±4.47	0.320	0.750
	术后 1 月	78.34±5.14	69.27±4.32	7.521	0.000
精神状态	术前	55.31±4.82	55.64±4.29	0.284	0.776
	术后 1 月	77.34±5.49	68.67±4.82	6.607	0.000

3 讨论

鼻息肉是高度水肿的、组织间隙较大的、疏松的结缔组织, 发病后的主要表现是长时间鼻塞、鼻腔分泌物(浆液性或黏液性)数量增加等。如果患者鼻窦存在感染等不良症状, 鼻腔分泌物呈脓性, 患者会在嗅觉方面出现异常、有严重的鼻音(闭塞性)等。如果患者病情没有得到有效的控制, 不管是呼吸还是听力都会受到不良影响, 如果鼻窦引流被鼻息肉所阻塞, 会诱发更加难以治疗得鼻窦炎。利用光学显微镜对鼻息肉患者检查结果显示组织中浸润嗜酸、淋巴、中性白细胞, 也有浆细胞、肥大细胞等存在^[4]。利用电子显微镜对鼻息肉患者均检查结果显示鼻息肉组织中无神经支配血管和腺体、腺体扩张、血管增加通透性。鼻息肉的发生和发展受到多种因素(遗传因素、免疫和纤毛功能异常、Young 综合征、不耐受阿司匹林等)的直接影响。早期的鼻息肉存在和正常浆液黏液性腺体不同的结构、形状、大小的一些特殊的长管状腺体。目前临床中有多种解释鼻息肉发病机理的假说, 但是鼻息肉出现长管状腺体的组织学起源没有任何一种假说可以做出解释。

目前临床中诊断鼻息肉的主要方式是病史、鼻内镜及 CT 检查等, 诊断的重点是和鼻腔内翻性乳头状瘤、鼻咽纤维血管瘤等疾病进行准确的鉴别。诱发鼻息肉的因素有很多^[5]: (1) 中鼻道间隙变窄、血流数量降低、自身防御能力降低; (2) 鼻息肉组织局部发生变态反应, 存在多种细胞(肥大、嗜酸性粒、IgE 生成细胞等); (3) 绝大部分鼻息肉组织有浸润表现(嗜酸性粒细胞), 表明嗜酸性粒细胞直接影响鼻息肉的发生和发展。(4) 鼻道鼻黏膜内细胞(肥大、嗜酸性粒、B 细胞)被金黄色葡萄球菌激活, 形成鼻息肉。临床中对鼻息肉患者治疗的大多采用综合治疗方式, 如果患者鼻息肉初发、较小、切除鼻息肉前后、有显著的变态反应, 可以给予患者使用糖皮质激素类喷鼻。如果鼻息肉患者使用药物治疗效果不佳、多发、复发, 需要通过手术的方式将息肉摘除。

现阶段临床中对鼻息肉患者治疗的手术方式主要有鼻息肉摘除术、鼻息肉摘除并鼻内筛窦切除术等, 手术方式的不同得到的疗效也不尽相同。鼻息肉患者广泛使用的一种手术方式是鼻息肉摘除术, 能在较短的时间内缓解各种不良症状, 具有良好的短期效果, 但是该手术方式只能将局部致

病因素消除, 却不能根除致病根源, 导致术后患者复发的概率非常高。目前医学界对鼻息肉采用鼻息肉摘除术所取得的疗效广泛认可, 但是大量临床实践证实^[6], 鼻息肉患者单纯使用鼻息肉切除术, 并不能根治, 只能对鼻通气有效改善, 术后复发率较高, 增加患者疼痛感。鼻息肉的主要发病部位是筛窦部位, 主要是由于发病部位长时间受到炎症反应的刺激, 诱发息肉, 因此在摘除鼻息肉的以后, 采取有效的措施妥善处理筛窦, 能更好地去除诱发鼻息肉的根源, 因此取得更加满意的疗效。采用鼻息肉摘除并鼻内筛窦切除术对鼻息肉患者进行治疗, 能将窦内黏膜发生病变的部位彻底清除, 能有效降低鼻息肉复发率^[7]。但是, 在手术操作过程中医生要特别注意筛窦危险区、手术保持范围, 要仔细测量从前鼻孔到筛窦各个部位的数据等。医生要确保轻柔的、顺势而行的进行手术操作, 切忌用力过猛, 要对患者反映仔细观察, 确保手术顺利完成。

参与本次研究的观察组治疗有效率、并发症发生率、术后 1 月鼻气道阻力、嗅觉功能评分、术中出血量、住院时间、术后 1 月生活质量评分观察组优于对照组 ($p<0.05$), 说明鼻息肉患者采用鼻息肉摘除并鼻内筛窦切除术具有良好的效果, 和单一使用鼻息肉摘除术比较能对整体治疗效果有效提升。脓液对鼻腔黏膜产生长时间的慢性刺激, 导致鼻黏膜部位不能正常地进行淋巴回流, 同时血小管异常增加通透性, 导致严重水肿的出现, 诱发鼻息肉, 并出现一系列不良症状^[8]。鼻息肉患者单一使用鼻息肉摘除术, 虽然能够在短时间内对患者出现的不良症状有效改善, 但是并不能将诱发息肉的原因彻底根除, 而鼻内筛窦切除术的联合使用, 能最大程度地去除诱发息肉的原因, 在一定程度上降低息肉复发的概率, 提高预后效果。鼻息肉患者使用鼻内筛窦切除术治疗的优势能将炎症组织和筛窦气房彻底清除, 引流成功, 不仅能摘除鼻息肉, 还能彻底清除鼻内筛窦、窦内病变黏膜, 具有良好的远期效果^[9]。但是该手术在实施过程中具有一定的缺陷: 术后并发症发生概率较高。手术医生在手术中要注意手术范围、测量筛窦危险区数据等, 要充分考虑患者的实际情况确定手术方案, 提高手术的安全性^[10]。手术医生在操作中要将钳子平行鼻甲, 要对患者各种反应密切观察, 如果患者出现严重出血等不良症状, 可以分次完成手术, 以手术安全为主。术中使用中鼻甲剪、动力系统去除中鼻甲, 使用筛窦咬钳或咬骨钳骨片或残留的黏膜。

综上所述, 鼻息肉患者使用联合手术的方式效果好, 安全系数高, 基本不会复发, 患者生活品质显著提升, 值得推广。

参考文献:

[1] 杨楚芳. 鼻内筛窦切除术联合鼻息肉摘除术在鼻息肉患者中的应用[J]. 中国社区医师, 2021, 37(32): 65-66.

[2] 王影. 鼻息肉摘除并鼻内筛窦切除术治疗鼻息肉的临床效果探究[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(17): 105-107.

[3] 李欣, 寸晶晶. 息肉摘除联合鼻内筛窦切除术对鼻息肉患者临床疗效及复发的影响[J]. 当代医学, 2021, 27(8): 173-174.

[4] 严瑜, 马灵草. 围手术期护理干预在鼻息肉摘除术中的应用价值评估[J]. 黑龙江中医药, 2020, 49(5): 288-289.

[5] 董宾宾, 高艳斐, 李庆伟. 鼻内镜下鼻息肉摘除术并筛窦开放术治疗的临床疗效评价[J]. 医学理论与实践, 2020, 33(18): 3050-3052.

[6] 马国琦. 鼻内筛窦切除术结合鼻息肉摘除术治疗鼻息肉的临床疗效观察[J]. 医学食疗与健康, 2020, 18(16): 37+40.

[7] 陈永义. 鼻内筛窦切除术联合鼻息肉摘除术对鼻息肉患者的临床疗效分析[J]. 中外医疗, 2020, 39(19): 65-66+81.

[8] 李荣华, 陈宝顺. 单用鼻息肉摘除术及联合鼻内筛窦切除术治疗鼻息肉的疗效比较[J]. 临床医学, 2020, 40(5): 80-81.

[9] 施艳玲. 鼻内筛窦切除术联合鼻息肉摘除术在鼻息肉治疗中的临床应用[J]. 中国医学文摘(耳鼻喉科学), 2020, 35(1): 38-39.

[10] 钟锦梅, 章旺东, 宋达潜. 鼻息肉摘除并鼻内筛窦切除术治疗鼻息肉的疗效及对术后恢复的影响观察[J]. 中国医药科学, 2019, 9(21): 227-229+275.

作者简介: 刘翠萍 1978-11 女 山东 汉 学士学位 副主任/副主任医师 主要研究方向或主要从事工作: 内耳疾病、眩晕、中耳手术、鼻窦内窥镜手术、咽喉微创手术

腹泻学生采用金双歧联合思密达治疗的临床效果

刘福敏

山东外贸职业学院泰安校区 山东泰安 271000

摘要：目的：探究对腹泻学生行金双歧+思密达治疗的效果。方法：选取 2021.04-2022，04 本院收治的 72 例高校腹泻学生作为研究对象，随机数字量表法分组，对照组（36 例）（思密达治疗），观察组（36 例）（金双歧+思密达治疗），对比分析两组患者症状缓解时间、炎症因子水平、疼痛程度、不良反应发生状况及临床疗效。结果：相较于对照组患者症状（呕吐、腹泻、腹痛、发热）缓解时间，观察组患者用时更短（ $P<0.05$ ）。治疗后，相较于对照组患者炎症因子（IL-6，IL-10，CRP）水平，观察组患者水平更低（ $P<0.05$ ）。治疗 3d、5d 后，相较于对照组患者，观察组患者评分更低（ $P<0.05$ ）。观察组、对照组患者不良反应发生率（8.33%/5.56%）相比，差异不显著（ $P>0.05$ ）。两组患者总有效率（观察组/对照组=94.44%/77.78%）相比，观察组更高（ $P<0.05$ ）。结论：在腹泻学生治疗中，行金双歧+思密达治疗疗效确切，可减轻患者炎症反应，缓解患者疼痛程度，加快患者康复速度，安全性较高，推广可行性较高。

关键词：腹泻学生；金双歧；思密达

腹泻指由多种病原感染引发的一种消化道疾病，发病率较高，任何年龄均可发病，患者发病会产生大便性状显著改变、排便次数显著增多等症状，对患者日常生活、工作影响较为严重^[1]。腹泻依据病情严重程度可分为轻型腹泻与重型腹泻，轻型腹泻指患者症状较轻，虽然排便次数显著增多，但每次排便量较少，患者脱水风险较低，患者可自愈；重型腹泻指患者症状严重，排便次数显著增多且每次排便量较大，脱水发生风险较高，易造成患者体内电解质平衡紊乱^[2]。当前，对于腹泻患者，临床治疗主要为药物治疗。金双歧、思密达均为临床治疗腹泻的常用药物，上述两种药物均对感染肠道的病菌、病毒以及其毒素的生成有较为理想的抑制作用，而且对肠胃黏膜有保护作用。部分研究指出，此两种药物用于腹泻治疗可取得较为理想的治疗效果^[3]。本研究以 2021.04-2022，04 本院收治的 72 例高校腹泻学生作为研究对象，比较分析对腹泻学生行金双歧+思密达治疗的效果，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021.04-2022，04 本院收治的 72 例高校腹泻学生作为研究对象，随机数字量表法分组，对照组（36 例），观察组（36 例）。对照组男性/女性=20/16，年龄范围 19-24（ 21.06 ± 2.58 ）岁，病程 0.6-5（ 2.47 ± 0.53 ）d，轻度脱水、中度脱水、重度脱水各 18 例、10 例、8 例。观察组男性/女性=21/15，年龄范围 19-23（ 20.88 ± 2.49 ）岁，病程 0.6-5（ 2.52 ± 0.49 ）d，轻度脱水、中度脱水、重度脱水各 20 例、9 例、7 例。两组一般资料基本相同（ $P>0.05$ ），可比较。

纳入标准：（1）与腹泻相关诊断标准符合；（2）大便次数每天在 6 次以上；（3）伴随不同程度的呕吐、腹泻、腹痛、发热等症状；（4）患者知情同意纳入本研究，并于《知情协议》上签字。

排除标准：（1）对研究使用药物（金双歧/思密达）过敏；（2）合并重要脏器疾病；（3）大便次数增加，但性状改善不明显（大便成型，且与正常排便差异不明显）；（4）中途退出者拒绝纳入本研究。

1.2 方法

给予两组腹泻学生保护肠黏膜治疗、抗感染治疗、营养支持治疗等常规治疗措施。

1.2.1 对照组

行思密达（生产企业：博福-益普生(天津)制药有限公司；批准文号：国药准字 H20000690；规格：3g）治疗，1 袋/次，3 次/d，口服。1 个疗程为 5d。

1.2.2 观察组

行金双歧+思密达治疗，具体如下：（1）思密达治疗方式完全与对照

组相同；（2）金双歧（生产企业：内蒙古双奇药业股份有限公司；批准文号：国药准字 S19980004；规格：0.5g*36 片）治疗治疗，4 片/次，2 次-3 次/d，温开水或者温牛奶冲服。1 个疗程为 5d。

1.3 观察指标

（1）记录两组患者临床症状（呕吐、腹泻、腹痛、发热）缓解时间。

（2）分别于治疗前后采集两组患者空腹静脉血 3ml，离心（3000r/min，15min）处理，运用酶联免疫吸附法测定患者 IL-6（白细胞介素-6）、IL-10（白细胞介素-10）、CRP（C 反应蛋白）水平。

（3）分别于治疗前、治疗 3d、5d 后使用视觉模拟评分法（VAS）评估患者疼痛程度，0 分-10 分，评分越低，患者痛感越轻。

（4）统计两组患者不良反应（恶心、头痛、厌食）发生状况。不良反应发生率=（恶心+头痛+厌食）患者例数/总例数 $\times 100\%$ 。

（5）观察两组患者临床疗效。显效：经治疗，患者腹泻症状消失或改善显著，大便性状显著恢复，排便次数明显减少；有效：经治疗，患者腹泻症状缓解，大便性状有所恢复；无效：经治疗，患者症状未缓解，排便次数减少。总有效率=（显效+有效）患者例数/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学处理

研究获得数据由 SPSS23.0 软件处理，计数（不良反应发生状况/临床疗效）、计量（症状缓解时间/炎症因子水平/VAS 评分）资料分别由数（n）或率（%）、均数 $\pm$ 标准差（ $\bar{X} \pm s$ ）表示， χ^2 、t 检验， $P<0.05$ 代表差异有统计学意义。

2 结果

2.1 症状缓解时间

相较于对照组患者症状（呕吐、腹泻、腹痛、发热）缓解时间，观察组患者用时更短（ $P<0.05$ ）。见表 1。

表 1 两组腹泻学生症状缓解时间对比（ $\bar{X} \pm s$ ，d）

组别（n=36）	止吐时间	止泻时间	腹痛消失时间	退热时间
观察组	1.33 $\pm$ 0.48	2.39 $\pm$ 0.44	1.25 $\pm$ 0.32	1.21 $\pm$ 0.28
对照组	2.51 $\pm$ 0.57	5.31 $\pm$ 0.62	2.46 $\pm$ 0.55	2.47 $\pm$ 0.60
t	9.501	23.045	11.409	11.418
P	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 炎症因子水平

治疗前，患者炎症因子（IL-6，IL-10，CRP）水平差异不明显（ $P>0.05$ ）；治疗后，相较于对照组患者炎症因子（IL-6，IL-10，CRP）水平，观察组患者水平更低（ $P<0.05$ ）。见表 2。

表 2 两组患者炎症因子水平对比（ $\bar{X} \pm s$ ）

组别（n=36）	IL-6(μg/L)		IL-10(ng/L)		CRP (mg/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	63.29 $\pm$ 3.85	32.51 $\pm$ 2.44	359.15 $\pm$ 32.88	249.73 $\pm$ 27.55	37.08 $\pm$ 4.22	9.41 $\pm$ 2.19

对照组	63.17±3.92	39.23±2.51	359.06±33.04	301.09±28.61	37.12±3.85	13.78±2.26
t	0.131	11.518	0.012	7.759	0.042	8.332
P	0.896	0.000	0.991	0.000	0.967	0.000

2.3VAS 评分

治疗前，患者 VAS 评分差异不明显 (P>0.05)；治疗 3d、5d 后，相较于对照组患者，观察组患者评分更低 (P<0.05)。见表 3。

表 3 两组患者 VAS 评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别 (n=36)	治疗前	治疗 3d 后	治疗 5d 后
观察组	7.51±1.42	4.82±1.02	3.19±0.52
对照组	7.63±1.29	5.49±1.13	4.57±0.46
X ²	0.375	2.641	11.926
P	0.709	0.010	0.000

2.4 不良反应发生状况

观察组、对照组患者不良反应发生率 (8.33%/5.56%) 相比，差异不显著 (P>0.05)。见表 4。

表 4 两组患者不良反应发生状况对比[n(%)]

组别 (n=36)	恶心	头痛	厌食	发生率
观察组	1 (2.78)	1 (2.78)	1 (2.78)	3 (8.33)
对照组	1 (2.78)	0 (0.00)	1 (2.78)	2 (5.56)
X ²	-	-	-	0.215
P	-	-	-	0.643

2.5 临床疗效

两组患者总有效率 (观察组/对照组=94.44%/77.78%) 相比，观察组更高 (P<0.05)。见表 5。

表 5 两组患者临床疗效对比[n(%)]

组别 (n=36)	显效	有效	无效	有效率
观察组	20 (55.56)	14 (38.89)	2 (5.56)	34 (94.44)
对照组	16 (44.44)	12 (33.33)	8 (22.22)	28 (77.78)
X ²	-	-	-	4.181
P	-	-	-	0.041

3 讨论

腹泻为临床常见病，发病原因主要为肠道感染。腹泻患者因感染轻重及自身体质差异因素，发病后的症状也存在一定差异。部分患者临床症状较轻，仅发生排便次数增多、大便秘结变化等表现，无明显的全身症状；但体质较差、病情严重的患者，排便次数显著增多、大便稀薄如水；部分患者还会伴有呕吐、腹泻、腹痛等症状，严重的患者还会产生全身乏力、脓血、水电解质紊乱、身体脱水等严重症状，对患者生活质量影响较为严重^[4]。若患者治疗不及时或治疗方式不合理，随病情进展，会导致消化系统损伤，影响患者健康^[5]。

当前，对于腹泻患者，临床治疗方式主要为药物治疗，金双歧、思密达均为治疗该病的临床常用药物。金双歧属于活菌制剂的一种，此药包含 3 种正常肠道菌群（保加利亚乳杆菌/长型双歧杆菌/嗜热链球菌），此药依据一定比例对上述三种活菌展开排列组合制成药剂，对因菌群失衡引发的腹泻存在极为理想的调节治疗作用^[6]。思密达（蒙脱石散）成分主要为天然蒙脱石微小颗粒，此药属于肠道保护剂的一种，此药可有效抑制肠道种病毒以及病菌，并且此药在肠道内胀气治疗方面也存在积极作用，可使细菌或病毒丧失生物活性，进而发挥治疗效果。金双歧、思密达两种药物联合应用可在保护胃黏膜的基础上彻底清除侵入的细菌与病毒，安全性较高^[7]。值得注意的是，应用金双歧+思密达治疗腹泻患者期间需重视以下几点：（1）如果患者症状为急性，给药治疗过程中需注重纠正患者脱水现象；（2）在患者治疗过程中，若同时给予患者肠道杀菌类药物，医师必须先对患者机体耐受力进行评估，并以评估结果为依据针对性调节用药量；（3）

如果患者产生便秘现象，需适当减少患者用药量；（4）急性腹泻患者用药治疗 1d 后，或慢性腹泻患者用药治疗 2d-3d 后，若患者症状改善不显著，医师需全面、认真对患者各项生理指标进行检查，并对药物疗效进行评估；（5）3d-5d 一个疗程后，患者达到用药治疗期限后医师应检查治疗效果；（6）上述两种药物性状产生变化时，禁止应用^[8]。

刘恩民^[9]以 100 例小儿腹泻患儿展开研究，单双数子法分组，对照组（50 例）（思密达治疗），试验组（50 例）（金双歧+思密达治疗），研究发现，与对照组患儿对比，试验组患儿住院时间更短，总有效率更高，由此可知，对小儿腹泻患儿行金双歧+思密达治疗疗效显著，可促进患儿康复。张慧^[10]等以 98 例小儿腹泻患儿展开研究，随机分组，对照组（49 例），研究组（49 例），前者行思密达治疗，后者行金双歧+思密达治疗，研究发现，相较于对照组患儿，研究组患儿腹痛、腹泻、发热时间更短，总有效率更高，由此可知，对小儿腹泻患儿行金双歧+思密达治疗疗效确切，可提升患儿康复速度。莫思佳^[11]以小儿腹泻患儿 124 例展开研究，随机分组，单一组（62 例）（思密达治疗），联合组（62 例）（金双歧+思密达治疗），研究发现，相较于单一组患儿，联合组患儿止吐、止泻、腹痛恢复、退热时间更短，治疗有效率更高，由此可知，对小儿腹泻患儿行金双歧+思密达治疗疗效显著，值得推广。刘恩民、张慧、莫思佳等研究结果与本次研究结果基本相同。

本次研究显示，与对照组患者症状（呕吐、腹泻、腹痛、发热）缓解时间比较，观察组患者用时更短，说明对腹泻学生行金双歧+思密达治疗可有效缓解患者症状，加快患者康复速度。治疗后，与对照组患者比较，观察组患者炎症因子（IL-6，IL-10，CRP）水平、VAS 评分更低，说明对腹泻学生行金双歧+思密达治疗可减轻患者炎症反应，减轻患者腹痛症状。相较于对照组患者，观察组患者不良反应发生率更低，总有效率更高，说明对腹泻学生行金双歧+思密达治疗疗效显著，可减少不良反应发生。

综上所述，在腹泻学生治疗中，行金双歧+思密达治疗疗效显著，可减轻患者炎症反应及疼痛程度，提升患者康复速度，安全性较高，值得推广。

参考文献：

[1] 黄梅希. 分析金双歧联合思密达治疗小儿腹泻的临床疗效[J]. 健康必读, 2020(1): 79-80.

[2] 刘舒方. 金双歧联合思密达治疗小儿腹泻的效果评价[J]. 婚育与健康, 2021(13): 2.

[3] 王蕾. 金双歧联合思密达治疗小儿腹泻的临床效果分析[J]. 中国现代药物应用, 2022, 16(5): 115-118.

[4] 杨茹娜, 林新梅. 金双歧联合思密达治疗小儿腹泻的临床效果分析[J]. 母婴世界, 2020(31): 137.

[5] 李银花. 金双歧联合思密达治疗小儿腹泻临床治疗效果及安全性分析[J]. 人人健康, 2021(15): 84-85.

[6] 王静. 金双歧联合思密达治疗小儿腹泻临床治疗效果分析[J]. 科学养生, 2021, 24(9): 230.

[7] 高海涛. 金双歧联合思密达治疗小儿腹泻临床治疗效果分析[J]. 自我保健, 2021(15): 56-57.

[8] 王凡荣, 杨美俊, 宋涛. 金双歧联合思密达治疗小儿腹泻临床治疗效果分析[J]. 健康大视野, 2021(16): 86.

[9] 刘恩民. 金双歧联合思密达治疗小儿腹泻临床治疗效果分析[J]. 健康之友, 2020(4): 252.

[10] 张慧, 梁艳. 金双歧联合思密达治疗小儿腹泻临床治疗效果分析[J]. 医学食疗与健康, 2020, 18(21): 109, 111.

[11] 莫思佳. 金双歧联合思密达治疗小儿腹泻的临床效果探讨[J]. 养生保健指南, 2021(12): 79.

疾控中心微生物检验中微滤膜分离技术的应用价值

刘水

北京市怀柔区疾病预防控制中心 北京怀柔 101400

摘要：目的：探讨疾控中心微生物检验中微滤膜分离技术的应用价值。方法：回顾性选取 2018 年 2 月-2021 年 2 月本疾控中心微生物样本 50 份，均采用微滤膜分离技术、平板分离技术进行微生物检验，统计分析两种微生物检验方法的检测效能、检测耗时、污染情况。结果：50 例患者中，临床确诊阳性 49 例，阴性 1 例；微滤膜分离技术检测阳性 47 例，阴性 3 例；平板分离技术检测阳性 39 例，阴性 11 例。以临床确诊为金标准，微滤膜分离技术检测的灵敏性为 95.92% (47/49)，特异性为 100.00% (1/1)，准确性为 96.00% (48/50)，阳性预测值为 100.00% (47/47)，阴性预测值为 33.33% (1/3)；平板分离技术检测的灵敏性为 79.59% (39/49)，特异性为 100.00% (1/1)，准确性为 80.00% (40/50)，阳性预测值为 100.00% (39/39)，阴性预测值为 9.09% (1/11)。微滤膜分离技术检测的灵敏性、准确性、阴性预测值均高于平板分离技术 ($P<0.05$)，但二者的特异性、阳性预测值之间的差异均不显著 ($P>0.05$)。微滤膜分离技术的检测耗时短于平板分离技术 ($P<0.05$)，污染率 2.00% (1/50) 低于平板分离技术 18.00% (9/50) ($P<0.05$)。结论：疾控中心微生物检验中微滤膜分离技术的应用价值较平板分离技术高。

关键词：疾控中心；微生物检验；平板分离技术；微滤膜分离技术；检测效能；检测耗时；污染

微生物检测是疾控中心的一项重要日常工作。以往平板培养法在微生物检测中得到了广泛应用，其能够检测各种待检样本，但是具有相对较长的检测耗时，缺乏理想的微生物检出效果，同时还具有较低的灵敏度与检出率，此外在检测过程中还极易对样本造成污染，因此在临床的应用受到了限制^[1]。微滤膜是一种多孔薄膜，较为均匀，在部分食品行业的加工处理、日常生活污水处理、工业废水处理等很多领域均得到了广泛应用，同时也广泛应用于环境卫生监测、医疗卫生行业等领域，近年来逐渐取代平板培养法^[2]。有研究表明^[3]，近年来，我国各地区的疾病预防控制机构在微生物检测中更倾向于采用微滤膜分离技术检测各种待检样本。本研究统计分析了 2018 年 2 月-2021 年 2 月本疾控中心微生物样本 50 份的相关资料，探讨了疾控中心微生物检验中微滤膜分离技术的应用价值。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性选取 2018 年 2 月-2021 年 2 月本疾控中心微生物样本 50 份，其中痰液待检样本 11 份，血液待检样本 19 份，其他待检样本 20 份。纳入标准：①均采用微滤膜分离技术、平板分离技术进行微生物检验；②样本均具有合格的质量。排除标准：样本质量不合格。

1.2 方法

1.2.1 平板分离技术

在琼脂培养基上添加待检样本，调控温度到 37℃，培养 1~2d 后在显微镜下对培养基上的细菌、酵母菌、霉菌计数进行观察。

1.2.2 微滤膜分离技术

将载体设定为微滤膜，将微滤膜过滤衬垫培养法与显微放大技术有机结合起来，检测样本中细菌总数，然后将样本中的酵母菌、霉菌截留下来，并预浓缩，之后将微滤膜选取出来快速培养 5h，最后在显微镜下对培养基上的细菌、酵母菌、霉菌计数进行观察。

1.3 观察指标

①两种微生物检验方法的检测效能。以临床确诊为金标准；②两种微生物检验方法的检测耗时、污染情况。

1.4 统计学分析

采用 SPSS21.0，计数资料用率表示，用 χ^2 检验；符合正态分布的计

量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示，用 t 检验， $P<0.05$ 具有统计学意义。

2. 结果

2.1 两种微生物检验方法的检测效能比较

50 例患者中，临床确诊阳性 49 例，阴性 1 例；微滤膜分离技术检测阳性 47 例，阴性 3 例；平板分离技术检测阳性 39 例，阴性 11 例。以临床确诊为金标准，微滤膜分离技术检测的灵敏性为 95.92% (47/49)，特异性为 100.00% (1/1)，准确性为 96.00% (48/50)，阳性预测值为 100.00% (47/47)，阴性预测值为 33.33% (1/3)；平板分离技术检测的灵敏性为 79.59% (39/49)，特异性为 100.00% (1/1)，准确性为 80.00% (40/50)，阳性预测值为 100.00% (39/39)，阴性预测值为 9.09% (1/11)。微滤膜分离技术检测的灵敏性、准确性、阴性预测值均高于平板分离技术 ($P<0.05$)，但二者的特异性、阳性预测值之间的差异均不显著 ($P>0.05$)。见表 1。

表 1-1 两种微生物检验方法的检测效能比较 (n)

微滤膜分离技术	临床确诊		
	阳性	阴性	合计
阳性	47	0	47
阴性	2	1	3
合计	49	1	50

表 1-2 两种微生物检验方法的检测效能比较 (n)

平板分离技术	临床确诊		
	阳性	阴性	合计
阳性	39	0	39
阴性	10	1	11
合计	49	1	50

表 1-3 两种微生物检验方法的检测效能比较 (%)

组别	n	灵敏性	特异性	准确性	阳性预测值	阴性预测值
微滤膜分离技术	50	95.92	100.00	96.00	100.00	33.33
平板分离技	50	79.59	100.00	80.00	100.00	9.09

术					
χ^2 值	12.830	0.000	11.140	0.000	17.741
P 值	0.026	1.000	0.032	1.000	<0.001

2.2 两组两种微生物检验方法的检测耗时、污染情况比较

微滤膜分离技术的检测耗时短于平板分离技术 ($P<0.05$), 污染率 2.00% (1/50) 低于平板分离技术 18.00% (9/50) ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组两种微生物检验方法的检测耗时、污染情况比较

组别	n	检测耗时	污染
微滤膜分离技术	50	5.26±0.90	1 (2.00)
平板分离技术	50	29.92±4.77	9 (18.00)
t/χ^2 值		35.922	7.111
P 值		<0.001	0.008

3. 讨论

在疾控中心各项工作中, 微生物检验占有基础性地位, 患者治疗水平受到其检验质量的直接影响。以往疾控中心检验微生物样本的主要方法为平板分离技术, 但是其具有较低的检出率与灵敏度, 同时极易对样本造成污染, 此外还具有较长的检测用时, 一方面无法帮助临床快速诊治患者, 另一方面还造成样本的不必要浪费。所有这些均限制了其在临床的应用。近年来, 微滤膜分离技术出现并受到了日益广泛的关注。在微生物检验技术中, 微滤膜分离技术属于一项新型技术, 作用原理主要为将推动力设定为存在于物质间的静压差, 对半透膜分离进行实施, 截留一些具有较大滤膜孔径的物质, 并去除气相物质或液相物质中的微生物、固体物质、胶体物质, 将一种较好的分离效果获取过来。同时, 微滤膜分离技术能够浓缩并净化气相物质或液相物质, 充分分离微生物。在具体应用中, 微滤膜分离技术的微滤膜为其微孔过滤膜, 其是一种薄膜, 有多种小孔存在, 小孔具有均匀的厚度, 为 90~150 μm , 能够过滤 0.025~10 μm 的粒径, 且操作压力为 0.01~0.2Mpa^[4]。现阶段, 临床采用了约 400 种微滤膜, 依据材质分为无机微滤膜与有机微滤膜, 其中金属、陶瓷及其氧化物是无机微滤膜的主要组成材料, 聚砜、聚丙烯等是有机微滤膜的主要组成材料。

有研究表明^[5], 在临床微生物检验中应用微滤膜分离技术比传统检验方式的检出率与灵敏度高, 同时能够在极大程度上缩短检测用时, 具有显著的临床应用价值。也有研究表明^[6], 在疾控中心微生物检验中应用微滤膜分离技术能够将检验效率提升, 使检验质量得到有效保证。有学者回顾性分析了阳性微生物待检样本 70 份^[7], 结果表明, 在微生物检测中, 微滤膜分离技术与平板分离技术的灵敏度分别为 98.5%、86.3%, 前者高于后者。同时, 前者的检验用时也短于后者, 检测污染率也低于后者, 以此认为微滤膜分离技术能够在极大程度上将疾控机构微生物检测率提升, 检测价值高。有研究表明^[8], 在微生物检测中, 微滤膜分离技术与平板分离技术的微生物检出率分别为 95.56%、77.78%, 前者高于后者; 检测耗时分别为 (5.26±1.25)h、(29.92±4.75)h, 前者短于后者; 灵敏度分别为 97.89%、87.29%, 前者高于后者, 以此认为疾控中心微生物检测中微滤膜分离技术的检测效果好, 一方面能够将检测用时有效缩短, 另一方面还能够将检测灵敏度提升, 将微生物培养期间的污染风险在极大程度上降低。

本研究结果表明, 50 例患者中, 临床确诊阳性 49 例, 阴性 1 例; 微

滤膜分离技术检测阳性 47 例, 阴性 3 例; 平板分离技术检测阳性 39 例, 阴性 11 例。以临床确诊为金标准, 微滤膜分离技术检测的灵敏性为 95.92% (47/49), 特异性为 100.00% (1/1), 准确性为 96.00% (48/50), 阳性预测值为 100.00% (47/47), 阴性预测值为 33.33% (1/3); 平板分离技术检测的灵敏性为 79.59% (39/49), 特异性为 100.00% (1/1), 准确性为 80.00% (40/50), 阳性预测值为 100.00% (39/39), 阴性预测值为 9.09% (1/11)。微滤膜分离技术检测的灵敏性、准确性、阴性预测值均高于平板分离技术 ($P<0.05$), 但二者的特异性、阳性预测值之间的差异均不显著 ($P>0.05$)。微滤膜分离技术的检测耗时短于平板分离技术 ($P<0.05$), 污染率 2.00% (1/50) 低于平板分离技术 18.00% (9/50) ($P<0.05$), 说明将微滤膜分离技术应用于疾控中心微生物检验中具有显著的效果, 能够提升微生物检出率与灵敏度, 将检测用时缩短, 对用时过程污染微生物的现象进行避免。原因为将微滤膜分离技术应用于微生物检验中能够准确检验样本中的微量微生物, 对假阴性结果的出现进行避免。同时, 通常情况下, 微滤膜分离技术能够在约 5h 内将准确率较高的检验完成, 在极大程度上缩短整体检验用时, 对过长检验时长影响检验准确率的现象进行避免。此外, 在实际应用过程中, 微滤膜分离技术的封闭性较好, 能够对检测样本被污染的现象进行避免, 比传统平板分离技术的污染几率低。即便待检样本较为特殊, 传统平板分离技术无法实施, 微滤膜分离技术也能够有效实施, 且不需要特殊处理待检样本, 适应性更好。

结论

综上所述, 疾控中心微生物检验中微滤膜分离技术的应用价值较平板分离技术高, 值得推广。

参考文献:

- [1]关绍山. 在疾控中心微生物检测中应用微滤膜分离技术的临床疗效评价[J]. 现代医学与健康研究(电子版), 2019,3(15): 82-83.
- [2]齐凯丽,徐世昌,杨超环,等. iPP/TiO₂ 杂化中空纤维微滤膜的制备及其油水分离应用[J]. 膜科学与技术, 2019,39(4): 8-14.
- [3]翁卫红. 微滤膜分离技术在微生物计数检测中的应用效果[J]. 当代医药论丛, 2018,16(5): 192-193.
- [4]包蕾,马惺卿,朱学存,等. 微滤膜分离技术在疾控中心微生物检验中的应用价值分析[J]. 医药前沿, 2021,11(25): 175-176.
- [5]夏广志. 在疾控中心微生物检测中应用微滤膜分离技术的效果分析[J]. 当代医药论丛, 2017,15(22): 154-155.
- [6]许亚夫,邹大江,熊俊. 滤膜材料及微滤技术的应用[J]. 中国组织工程研究与临床康复, 2011,15(16): 2949-2952.
- [7]Aleksandar Jokić, Ivana Pajšin, Jovana Grahovac, et al. Dynamic Modeling Using Artificial Neural Network of Bacillus Velezensis Broth Cross-Flow Microfiltration Enhanced by Air-Sparging and Turbulence Promoter[J]. Membranes (Basel) 2020; 10(12): 372.
- [8]Mandla B. Chabalala, Nozipho N. Gumbi, Bhiekie B. Mamba, et al. Photocatalytic Nanofiber Membranes for the Degradation of Micropollutants and Their Antimicrobial Activity: Recent Advances and Future Prospects[J]. Membranes (Basel) 2021; 11(9): 678.

核磁共振成像检查和 CT 检查诊断腰椎间盘突出症的效果对比

陆会娇 廖洪全

广西中医药大学附属瑞康医院 广西南宁 530011

摘要: 目的 分析诊断腰椎间盘突出症应用核磁共振成像 (MRI) 检查与电子计算机断层扫描 (CT) 检查的临床检查效果, 从而明确 MRI 与 CT 的临床诊断价值。方法 抽取 76 例疑似腰椎间盘突出症患者作为研究对象, 均源自于 2020 年 1 月~2020 年 12 月本院患者, 入组患者均接受 CT 与 MRI 检查, 对患者的检查结果进行分析。结果 CT、MRI 检查检出阳性率分别为 85.96%、91.23%, 两者相比, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); CT 检查敏感性 68.42%、特异性 47.37%及准确性 63.16%相较于 MRI 检查 71.93%、57.89%、64.47%, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 相较于 CT 检查, MRI 检查积气、钙化征象检出状况明显降低, 脊髓变形、椎间盘变性、硬膜囊受压征象检出状况提升, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 对于腰椎间盘突出症患者应用 CT、MRI 检查均具有一定的诊断价值, 但各有利弊, 临床医师需根据患者自身状况、医疗条件使用适宜的诊断方式。

关键词: 电子计算机断层扫描; 核磁共振成像检查; 腰椎间盘突出症; 诊断价值

Comparison of mri and CT in the diagnosis of lumbar disc herniation

Will lu jiao

【 Abstract 】 Objective To analyze the clinical effects of magnetic resonance imaging (MRI) and computed tomography (CT) in the diagnosis of lumbar disc herniation, so as to clarify the clinical diagnostic value of MRI and CT. Methods 76 patients with suspected lumbar disc herniation were selected as the research objects, all from xx Hospital from January 2020 to December 2020. All the enrolled patients received CT and MRI examination, and the examination results of the patients were analyzed. Results The positive rates of CT and MRI were 85.96% and 91.23%, respectively, and there was no significant difference between them ($P>0.05$). The sensitivity, specificity and accuracy of CT examination were 68.42%, 47.37% and 63.16%, with no statistical significance compared with MRI examination (71.93%, 57.89% and 64.47%) ($P>0.05$). Compared with CT, MRI showed significantly lower signs of air accumulation and calcification, and higher signs of spinal cord deformation, intervertebral disc degeneration and dural sac compression, with statistical significance ($P<0.05$). Conclusion CT and MRI have certain diagnostic value for patients with lumbar disc herniation, but each has its own advantages and disadvantages. Clinicians should use appropriate diagnostic methods according to the patient's own condition and medical conditions.

【Key words】 Computed tomography; Magnetic resonance imaging examination; Lumbar disc herniation; Diagnostic value

腰椎间盘突出症主要是指骨科临床较常见的疾病, 也是引发腰部疼痛的常见因素, 长期伏案、久坐等姿势均会造成疾病的发生^[1]。一般状况下, 机体的腰椎间盘主要由纤维环、髓核等部分组成, 在上述组成部分出现退行性改变基础下, 机体的腰椎间盘较为脆弱, 在外力因素、过度疲劳、不良姿势等致病因素的作用下, 造成椎间盘纤维环断裂、髓核组织从纤维环断裂处突出或周围组织内, 对周围的脊神经与脊髓阶段产生压迫, 进而出现坐骨神经痛、腰腿部疼痛麻木、马尾神经损伤等临床症状^[2-3]。现如今, 临床针对该类患者通常通过病情发展、影像学检查进行诊断^[4]。常见影像学诊断方式包含 CT、MRI, 鉴于此, 为进一步探究影像学检查诊断价值, 本文就腰椎间盘突出症使用 MRI、CT 检查的临床诊断价值进行分析, 结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

抽取 76 例疑似腰椎间盘突出症患者作为研究对象, 均源自于 2020 年 1 月~2020 年 12 月本院患者, 其中男性 41 例, 女性 35 例, 年龄 31~75 岁, 平均 (57.28±4.28) 岁, 病程 0.5~4.0 年, 平均 (2.38±0.48) 年。

1.2 方法

入组患者均接受 CT、MRI 检查, 即 (1) CT 检查: 使用 64 层排螺旋 CT (GE 系列), 仰卧位, 头先进, 双手上举抱头, 人体冠状及矢状面于检查床及扫描机架定位线中心, 双腿屈曲 35°~40°并固定。扫描范围第 3 腰至第 1 骶椎, 设置球管电流 300mA。管电压 120kV, 层厚 1.25mm。然后重建出腰 3/4、腰 4/5、腰 5/骶 1 的椎间盘 (2) MRI 检查: 使用 1.5T 超导磁共振成像仪 (飞利浦系列), 脊柱线圈置于检查床上, 长轴与床长轴一致, 受检者仰卧于线圈上, 头先进。被检段腰椎设为定位中心。平扫常规行矢状面快速 TSE-T2WI、T1WI 成像或 T2WI 抑脂、T1WI 抑脂序列, 横断位 T2WI, 冠状面 T2WI/T1WI 序列成像。T1WI 参数为: TE10ms、

TR383ms; T2WI 参数为: TE90ms、TR2500ms。此外, 于矢状位探查患者椎体实施形态与相应的信号特征、椎间盘的信号改变, 且在横断位及矢状位探查脊髓与硬膜囊的具体受压状况、椎管全部径线的宽度状况, 且探查椎间盘向外突出与实际膨出状况。

1.3 观察指标

详细记录患者 CT、MRI 检查诊断结果, 观察不同检查方式的预测结果, 对比不同检查方式的敏感性、特异性、准确性。设定真阳性 a, 假阴性 b, 真阴性 c, 假阳性 d, 准确性= (a+c)/总例数*100.00%, 敏感性=a/(a+b), 特异性=c/(c+d)^[5]。

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 决定是否有差异, 其中 $P<0.05$ 表示数据具有统计学意义。

2 结果

2.1 患者 CT、MRI 诊断结果比较

临床检查显示 76 例患者, 57 例为阳性、19 例阴性, CT 检查检出阳性率为 85.96% (49/57), MRI 检查检出阳性率为 91.23% (52/57), 差异无统计学意义 ($\chi^2=1.374$; $P>0.05$), 详见表 1、2:

表 1 患者 CT、MRI 诊断结果比较

CT 检查	金标准		合计
	阳性	阴性	
阳性	39	10	49
阴性	18	9	27
合并	57	19	76

表 2 患者 CT、MRI 诊断结果比较

MRI 检查	金标准		合计
	阳性	阴性	
阳性	41	11	52
阴性	16	8	24
合并	57	19	76

2.2 敏感性、特异性及准确性比较

CT、MRI 检查敏感性、特异性及准确性相比，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），详见表 3：

表 3 敏感性、特异性及准确性比较

检查方式	n	敏感性	特异性	准确性
CT 检查	76	68.42%	47.37%	63.16%
MRI 检查	76	71.93%	57.89%	64.47%
χ^2		0.294	2.220	0.037
P		0.587	0.136	0.847

2.3 影像学征象诊断情况比较

相较于 CT 检查，MRI 检查积气、钙化征象检出状况明显降低，脊髓变形、椎间盘变性、硬膜囊受压征象检出状况提升，差异有统计学意义（ $P>0.05$ ），详见表 4：

表 4 影像学征象诊断情况比较

检查方式	n	积气	钙化	脊髓变形	椎间盘变性	硬膜囊受压
CT 检查	76	37(48.68)	24(31.58)	2 (2.63)	2 (2.63)	19(25.00)
MRI 检查	76	2 (2.63)	0 (0.00)	8 (10.53)	46(60.53)	29(38.16)
χ^2		55.591	37.501	5.076	77.577	4.008
P		0.001	0.001	0.024	0.001	0.045

3 讨论

针对腰椎间盘突出症患者而言，早期准确的诊断对制定治疗方案、评估预后等方面起到重要作用。现如今，对于腰椎间盘突出症患者的常用方式主要包含 CT 检查、X 线平片、MRI 检查，但随着现在临床疗效的发展，CT、MRI 检查成为该病的主要辅助检查方式^[6]。X 线平片通过无特异性表现，仅可根据部分间接的特征表现进行辅助诊断，临床诊断通常为腰椎的退行性改变，仅可间接说明患者可能存在腰椎间盘突出症，临床诊断效果不佳。

随着人们年龄的增加，椎间盘各种组成部分的含水量不断降低，纤维环血管增生伴有玻璃样变的一种退行性变通常被称为椎间盘变性。通常而言，CT 表现无特异性，仅表现为冠状面与矢状面上椎间盘高度降低。反之，MRI 能通过对软组织进行对比，以及对方位成像，信号改变等直接反映椎间盘含水量，能准确的显示椎间盘变性^[7]。表现为 T2WI 上正常呈中等稍高信号的髓核、纤维环的内侧部因水分丢失而呈现低信号影，矢状面上椎间盘变扁。但本次研究结果显示，CT、MRI 检查检出阳性率、敏感性、特异性及准确性相比，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。其说明两种检测方法在阳性率检测、敏感性、特异性及准确性方面差异不大，均可起到一定的诊断效果。本次研究另发现，与 CT 检查相比，MRI 检查积气、

钙化征象检出状况降低，脊髓变形、椎间盘变性、硬膜囊受压征象检出状况提升，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），腰椎间盘突出症患者椎间盘钙化主要是指突出物水分逐渐降低、新生血管的长入、钙盐的沉积，最后逐渐形成钙化症状，也说明突出的软组织性质变成骨性或者接近骨性硬度的致密组织。CT 椎间盘钙化通常是指轮廓毛躁，呈高密度，钙化不规则，椎板骨有一定程度的硬化或被吸收的状况发生，椎间板维持原有高度或升高。椎间盘积气是指不同气体密度存在于椎间盘结构层面，椎间盘积气在 CT 扫描下形态多样，总体分为小泡状，条状、不规则条索状^[8-9]。因 CT 的密度分辨率较高，能够清晰显示腰椎间盘突出症的体积、位置、形态、程度及与周围组织结构的关系，特别是对腰椎间盘突出症伴有钙化、积气具有较高的敏感性。而 MRI 检查的主要优势在于其提高硬膜囊、脊髓及软组织成像的效果，对于腰椎间盘突出症的各种症状有着明显的区分，可以帮助医生快速诊断患者的病情，在对侧隐窝狭窄的情况也能够做到全面地呈现。

通过上述研究结果显示，本文提倡针对疑似病例，需及时开展 CT 或 MRI 追加检查，进一步明确疾病有无。进一步思考，在更理想的影像学技术出现并基本普及的今天，探讨 CT 或 MRI 技术在腰椎间盘突出诊断中的有效性，是否存在积极意义，总结如下（1）CT 或 MRI 技术是十分成熟的影像学技术，较之透视镜或常规 X 线，其能够准确、清晰地展示患者腰椎间盘突出患者全部椎体、关节突、棘突、椎间隙甚至少数软组织，具有较高的成像。（2）CT 与 MRI 成像的效率更高，可即刻显像，避免等待；其检查结果为数字化图像，能够永久保存，便于形成数字化病案，方便远程会诊，契合当下“信息化医院建设”的发展主题。（3）实时可视的影像学结果，便于医师拍摄前进行指导，保证成片质量，规避补拍风险。（4）CT 与 MRI 均具备较强大的后期处理能力，能够满足医师的阅片需求；另外在病灶定位、测量及标注上有显著优势。

总而言之，针对 CT、MRI 检查均可在腰椎间盘突出症中起到一定的诊断效果，但各有优势，临床医师根据患者的状况合理地选择诊断方式，为日后临床提供可靠的参考。

参考文献：

[1]钱向辉,王波. CT 检查及图像后处理对腰椎间盘突出症的诊断价值和射频消融治疗的定位意义[J]. 影像科学与光化学,2021,39(5): 760-763.

[2]刘为英. X 线平片检查、CT 检查及 MRI 检查诊断腰椎间盘突出症的效果观察[J]. 中国医疗器械信息,2021,27(6): 109-110.

[3]刘武. CT 与 M[1]纪丙军,齐庆梅,刘琼,等. CT 引导在经皮椎间孔镜治疗腰椎间盘突出症中的应用[J]. 实用放射学杂志,2019,35(2): 278-281.RI 检查在腰椎间盘突出症诊断中的临床价值[J]. 基层医学论坛,2021,25(5): 673-674.

[4]叶青. 探讨分析螺旋 CT 在诊断腰椎间盘突出症并发椎管狭窄疾病过程中的应用价值[J]. 中外女性健康研究,2021(8): 181-182.

[5]谭慧琴. CT 扫描与 X 线平片检查在腰椎间盘突出症中的诊断价值与准确率比较研究[J]. 中国药物与临床,2020,20(23): 3902-3904.

[6]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.

[8]谢达科,韦琳,唐运军,等. CT 联合 MRI 在腰椎间盘突出症患者中的诊断效果及诊断 ROC 效能研究[J]. 影像研究与医学应用,2021,5(5):52-53,56.

[9]杨青伟,范庆奇,梁建庆. 从 100 例病例及 CT、MR 影像报告分析腰椎间盘突出症发病特点[J]. 临床医药文献电子杂志,2019,6(86): 157-158.

作者简介：陆会娇；籍贯：广西武鸣；民族：壮族；出生年月日：19820102；学历：本科，工作单位：广西中医药大学附属瑞康医院；科室：医学影像科；职称：主管技师；职务：无，研究方向：医学影像技术；单位邮编：530011。

经尿道前列腺切除术联合非那雄胺、盐酸坦索罗辛治疗良性前列腺增生的临床疗效

马鸿翔

江苏省溧阳市人民医院 泌尿外科 213300

摘要:目的 分析良性前列腺增生患者接受经尿道前列腺切除术联合药物(非那雄胺+盐酸坦索罗辛)的治疗效果。方法 将 82 例在 2021 年 1 月——2022 年 1 月于我院泌尿外科接受治疗的良性前列腺增生患者作为主要对象,随机分组,对照组(41 例)用两种药物联合治疗,观察组(41 例)在对照组的基础上增加经尿道前列腺切除术治疗,比较两种治疗方案在有效性及安全性相关指标方面的异同。结果 ①总有效率:观察组的总有效率(95.12%)显著高于对照组(80.49%),差异有统计学意义($P<0.05$);②症状严重程度:两组治疗后患者的 IPSS 评分均小于治疗前,观察组治疗后患者的临床症状改善程度优于对照组,且组间和组内比较差异有统计学意义($P<0.05$);③残余尿量:治疗后观察组的残余尿量较对照组少,并且明显少于对照组,组间和组内比较提示差异有统计学意义($P<0.05$);④前列腺体积:治疗后两组的前列腺体积均小于治疗前,治疗后观察组小于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);⑤生活质量:治疗后观察组的评分较对照组高,并且较治疗前高,组间与组内比较差异有统计学意义($P<0.05$);⑥尿失禁及感染发生情况:观察组的尿失禁发生率(2.44%)、感染发生率(0)均低于对照组(14.63%、9.76%),两组的发生率对比,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 良性前列腺增生患者采用经尿道前列腺切除术联合非那雄胺、盐酸坦索罗辛治疗的效果显著,可解除其临床症状,改善患者的生活质量,且此种治疗方案的安全性较高,故有借鉴意义和推广价值。

关键词: 经尿道前列腺切除术; 非那雄胺; 盐酸坦索罗辛; 良性前列腺增生; 临床疗效

男性随着年龄的增长,患泌尿系统疾病的风险也会随之升高。其中,前列腺增生是常见的、高发的泌尿系统疾病,据统计,我国 50 岁以上男性的前列腺增生患病率可达到 30.5%,60 岁以上男性的患病率已经达到 40%,并且随着年龄的增长,临床发病率也呈现递增的发展趋势^[1]。对于良性前列腺增生患者,及时采取有效的方案进行治疗至关重要。经尿道前列腺切除术在前列腺增生患者的治疗上有广泛运用,可改善患者的临床症状。非那雄胺、盐酸坦索罗辛在良性前列腺增生患者的治疗上有较高效果,且不良反应较少,将药物与手术相结合是否能够获得较好的治疗效果,是此次研究的主要内容。现选取我院收治的 82 例良性前列腺增生患者作为主要对象,旨在评价经尿道前列腺切除术联合非那雄胺、盐酸坦索罗辛的治疗效果,现总结并报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 82 例在 2021 年 1 月——2022 年 1 月期间内我院收治的良性前列腺增生患者,纳入标准:①入院后所有患者均接受系统的检查,根据检查结果和患者的临床症状表现,所有患者均明确诊断为前列腺增生^[2];②所有病患的各项基础资料完善、诊疗信息完善,且患者在治疗过程中的依从性良好;③对研究过程及方法表示完全知情,且自愿参与到研究中,在参与研究前签署了知情同意书。排除标准:①前列腺癌;②合并影响排尿功能疾病的患者;③既往有前列腺手术病史的患者;④对研究中使用的治疗药物既往有过敏史或明确使用禁忌症的患者;⑤合并精神障碍性疾病,或伴有认知障碍、意识障碍、言语障碍的患者。符合医学研究的伦理道德要求。

用随机数字表法分组,41 例/组,两组的各项一般资料见表 1 所示:

表 1 对比两组的一般资料

组别	例数	平均年龄 (岁)	平均病程 (年)	临床症状表现(例)		
				尿频	尿急	排尿困难
观察组	41	58.82±3.26	2.01±0.16	38	35	32
对照组	41	58.74±3.54	2.03±0.18	37	36	34

χ^2/t	/	0.106	0.532	0.156	0.105	0.311
P	/	0.915	0.596	0.693	0.745	0.577

经比较两组的各项一般资料,差异无统计学意义($P>0.05$),说明观察组与对照组之间具有对照研究的可比性。

1.2 研究方法

1.2.1 观察组(经尿道前列腺切除术+非那雄胺+盐酸坦索罗辛)

①口服非那雄胺片,生产厂家是远大医药(中国)有限公司,批准文号是国药准字 H20070146,药品规格是 5mg。用药方案是:1 次/d,5mg/次。

②口服盐酸坦索罗辛,生产厂家是江苏恒瑞医药股份有限公司,批准文号是国药准字 H20050392,药品的规格是 0.2mg。用药方案是 1 次/d,0.2mg/次,于晚饭后服药。

③经尿道前列腺切除术:术前对患者进行各项常规检查,行椎管内麻醉,当麻醉生效后,摆放手术体位,取截石位,将电切功率设置为 180W,电凝功率设置为 80W。对膀胱颈到精阜的距离进行测量,于 6 点钟做标记,并在 5 点到 7 点钟的两侧叶交界处将创面扩大。切除两侧的叶组织,外面达到包膜,远端达到精阜,对前列腺部尿道是否有前列腺组织凸起进行观察,留置 F20 三腔气囊导尿管。

1.2.2 对照组(非那雄胺+盐酸坦索罗辛)

给予患者非那雄胺片口服,用药剂量是每次 5mg,每日用药 1 次;给予患者盐酸坦索罗辛口服,用药剂量是每次 0.2mg,每日用药 1 次,于饭后服药。

1.3 评价指标

观察指标包括治疗总有效率、症状严重程度、残余尿量、前列腺体积、生活质量、尿失禁发生率以及感染发生率。

(1)判定临床疗效的具体标准^[3]:病症基本或完全消失,经影像学检查提示无病灶,且患者未出现不良反应症状,则判定为“显效”;与治疗前相比患者治疗后的症状体征减少 $>50\%$,经影像学检查提示病灶缩小,患者未出现明显不良反应,判定为“有效”;如果治疗后尚未达到有效的标准,则判定为“无效”。对两组的治疗有效率进行计算,计算方法是显效率+有效率,将有效率进行组间比较分析。

(2)症状严重程度:对两组患者治疗前、治疗后的症状严重程度进

行评估,使用的评估工具是国际前列腺症状评分(IPSS)^[4]IPSS的评分范围是0-35分,如果评估所得分数范围是0-7分则表示患者伴有轻度症状;如果所得分数的范围是8-19分则表示患者伴有中度症状;如果所得分数的范围是20-35分则说明患者伴有重度症状。所得分数越高,表示患者的症状越严重,反之得分越低则说明其症状越轻。

(3)残余尿量:在治疗前和治疗后对两组患者的残余尿量进行测量和记录,并将治疗前后两组患者的残余尿量进行组间、组内比较分析。

(4)前列腺体积:于治疗前和治疗后对两组患者的前列腺体积进行测量和计算,计算方法是前列腺左右径×上下径×前后径×0.52,将两组的前列腺体积计算结果进行组间和组内比较分析。

(5)生活质量:评估生活质量的工具是生活质量量表(quality of life, QOL)^[5],评估生活质量的时间点是治疗前、治疗后,量表的评分范围是0-100分,得分与生活质量之间呈正相关。

(6)不良反应:统计两组中尿失禁和感染的发生情况,计算比较两组的尿失禁发生率和感染发生率。

1.4 统计学处理

将SPSS24.0作为分析数据的软件,其中符合正态分布的计量指标用t进行检验,表示为均数±标准差;计数指标用 χ^2 检验,用例数/百分率表示,差异有统计学意义表示为 $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 总有效率

观察组的治疗效果:41例患者中显效23例(占比56.10%),有效16例(占比39.02%),无效2例(占比4.88%),总有效率为95.12%。

对照组的治療效果:41例患者中显效12例(占比29.27%),有效21例(占比51.22%),无效8例(占比80.49%),总有效率为80.49%。

经统计学分析, $\chi^2=4.100$, $P=0.043$,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 国际前列腺症状评分

治疗前,观察组的IPSS评分是(24.41±2.26)分,对照组的IPSS评分是(24.48±2.05)分, $t=0.146$, $P=0.884$,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,观察组的IPSS评分是(5.54±1.01)分,对照组的IPSS评分是(9.69±1.33)分, $t=15.912$, $P=0.000$,差异有统计学意义($P<0.05$)。

观察组治疗前后对比, $t=48.811$, $P=0.000$,差异有统计学意义($P<0.05$)。

对照组治疗前后对比, $t=38.754$, $P=0.000$,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.3 残余尿量

治疗前,观察组的残余尿量是(22.13±2.06)ml,对照组是(22.24±2.14)ml, $t=0.237$, $P=0.813$,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,观察组的残余尿量是(9.96±1.58)ml,对照组是(14.15±1.64)ml, $t=11.781$, $P=0.000$,差异有统计学意义($P<0.05$)。

观察组治疗前后对比, $t=30.016$, $P=0.000$,差异有统计学意义($P<0.05$)。

对照组治疗前后对比, $t=19.213$, $P=0.000$,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.4 前列腺体积

治疗前,观察组的前列腺体积是(44.82±2.16)ml,对照组是(44.13±2.52)ml, $t=1.331$, $P=0.187$,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,观察组的前列腺体积是(26.56±2.37)ml,对照组是(32.51±3.88)ml, $t=8.379$, $P=0.000$,差异有统计学意义($P<0.05$)。

观察组治疗前后对比, $t=36.462$, $P=0.000$,差异有统计学意义($P<0.05$)。

对照组治疗前后对比, $t=16.082$, $P=0.000$,差异有统计学意义($P<$

0.05)。

2.5 生活质量评分

治疗前,观察组的生活质量评分是(54.15±3.26)分,对照组是(54.28±3.19)分, $t=0.183$, $P=0.856$,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,观察组的生活质量评分是(84.54±4.14)分,对照组是(72.63±4.05)分, $t=3.167$, $P=0.000$,差异有统计学意义($P<0.05$)。

观察组治疗前后对比, $t=36.928$, $P=0.000$,差异有统计学意义($P<0.05$)。

对照组治疗前后对比, $t=22.791$, $P=0.000$,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.6 尿失禁及感染发生率

观察组中有1例患者发生尿失禁,尿失禁发生率是2.44%。对照组中出现了6例,发生率是14.63%。 $\chi^2=3.905$, $P=0.048$,差异有统计学意义($P<0.05$)。

观察组中未出现感染,对照组中出现了4例感染病例,感染发生率是9.76%。 $\chi^2=4.205$, $P=0.040$,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

良性前列腺增生在泌尿外科临床上的发生率较高,属于常见病、高发疾病,近年来,该病的患病人群呈现出年轻化的发展趋势,对广大男性的身体健康造成了不良影响,降低了患者的生活质量。良性前列腺增生患者在患病初期的临床症状并不十分明显,但伴随着疾病进展,患者会出现典型的尿频、尿急、排尿困难等系列临床症状,增加了患者的痛苦。为及早解除患者的痛苦,临床上要制定一种安全有效的治疗方案。

非那雄胺片属于5- α 还原酶抑制剂,是治疗前列腺增生的常用药物,可以使肥大的前列腺体缩小,进而改善患者的临床症状。盐酸坦索罗辛在前列腺增生患者的治疗上也有广泛运用,对膀胱颈、包膜 α 受体、前列腺腺体均有选择性抑制作用,更有利于改善患者的排尿功能。经尿道前列腺切除术近年来在前列腺增生患者的治疗上得到了广泛运用,手术创面可以在短时间内吸收低钠血症和过量血容量,运用电切镜辅助手术可以保障手术在可视状态下操作,这样可以保障术者的操作区域清晰,手术过程中避免对增生病灶周围的组织造成不必要损伤,将并发症的发生风险降至最低。并且,经手术治疗可使患者排尿更加顺畅,减少残余尿量。本次研究结果显示,经采用经尿道前列腺切除术+非那雄胺片+盐酸坦索罗辛治疗的患者其总有效率更高,残余尿量减少,病症减轻,治疗前后前列腺体积也明显缩小,生活质量评分更高,且患者的感染发生率和尿失禁发生率更低,这说明将药物与手术相结合,可以弥补各自的缺陷与不足,并充分发挥各自的优势与协同作用,进而达到提高治疗效果的目的。

综上所述,经尿道前列腺切除术+非那雄胺片+盐酸坦索罗辛在良性前列腺增生患者的治疗上有较高的治疗效果,此种治疗方案在临床上有借鉴的意义和推广的价值。

参考文献:

- [1]李嘉诚,蔡江怡,刘耀,等.非那雄胺联合盐酸坦索罗辛对前列腺增生症围手术期腺体微血管密度的影响[J].中国基层医药,2022,29(2):276-280.
- [2]黄超,包伟,成泽民.术前长期常规剂量和术前短期大剂量非那雄胺在行经尿道前列腺汽化电切术的良性前列腺增生患者中的效果及安全性观察[J].中国性科学,2022,31(4):32-35.
- [3]孙伯玲,何婷,倪建鑫.不同剂量非那雄胺对经尿道前列腺汽化电切术患者尿道功能与性功能的影响[J].实用医院临床杂志,2021,18(6):29-32.
- [4]耿志勇,陈广进,秦学亮,等.不同剂量非那雄胺对尿道前列腺等离子电切术患者尿道功能的影响[J].中国临床医生杂志,2020,48(8):935-937.
- [5]沈建良,马晓英,朱彩英,等.术前服用非那雄胺对前列腺电切术后出血的影响研究[J].国际泌尿系统杂志,2020,40(6):1048-1051.

地塞米松配合大剂量布地奈德对急性感染性喉炎患儿疗效及安全性

马荣

义合中心卫生院 儿科 陕西绥德 718002

摘要：目的：探究地塞米松配合大剂量布地奈德对急性感染性喉炎患儿疗效及安全性。方法：选择 2018 年 1 月-2021 年 12 月医院收治的 67 例急性感染性喉炎患儿为研究对象，采用计算机分组方法将其随机分为研究组（34 例）以及对照组（33 例），两组患者均使用地塞米松治疗，对照组联合小剂量布地奈德治疗，研究组联合大剂量布地奈德治疗，观察患者治疗效果、治疗时间指标、机体炎症因子表达以及不良反应。结果：研究组治疗总有效率 94.12% 高于对照组 72.73% ($\chi^2=5.584$, $P<0.05$)；研究组声音嘶哑消失时间、犬吠样咳嗽消失时间、发热症状消失时间、呼吸困难消失时间、喉梗阻消失时间明显短于对照组 ($t=2.506/4.315/8.528/5.692/2.597$, $P<0.05$)；治疗前，两组 hs-CRP、IL-6、TNF- α 、IgE 指标比较无差异，治疗后研究组 hs-CRP、IL-6、TNF- α 低于对照组，IgE 指标高于对照组 ($t=7.850/2.529/3.117/2.535$, $P<0.05$)；研究组不良反应发生率 11.76% 低于对照组 9.09% ($P>0.05$)。结论：急性感染性喉炎患儿在临床用药过程中使用地塞米松配合大剂量布地奈德，能够有效提高临床疾病治疗效果，缩短症状消失时间，改善机体严重水平，而且用药未发生严重不良反应，具有较高药物应用安全性，值得在临床同病例治疗中推广。

关键词：地塞米松；地塞米松；急性感染性喉炎；疗效；安全性

作为临床耳鼻喉科常见的疾病，急性感染性喉炎发生在婴幼儿时期，而且该疾病具有复杂的发病因素，与病毒以及细菌感染存在重要关联。疾病发生后通常会造儿童喉部部位出现弥漫性炎症，进而导致儿童出现声音嘶哑，犬吠样咳嗽，严重情况下造成儿童出现喉梗阻^[1]。如果不能及时为患者采取有效措施救治，极易导致儿童出现呼吸困难，造成呼吸衰竭，威胁儿童生命安全。药物治疗作为急性感染性喉炎疾病治疗的首选方案，相较于常规的补液，吸氧，止咳化痰，治疗效果更加理想^[2]。布的奈德作为糖皮质激素类药物能够有效实现机体炎症抑制，而且该药物在应用过程中特异性较高，通过雾化吸入使用使药物直达病灶，提高局部药物浓度，进而对病灶位置炎症水平降低，改善患者毛细血管通透性，使患者能够正常呼吸。地塞米松药物具有较好的抗炎，抗过敏效果，在应用过程中能够有效对患者机体炎症进行抑制，减少炎症对机体组织造成损伤^[3]。将上述两种药物进行联合应用，可以从整体上提高急性感染性喉炎患儿的临床治疗效果，临床针对布地奈德药物应用剂量仍然存在争议，部分学者认为大剂量用药效果更加理想，而其他学者则认为小剂量布地奈德应用更加安全，为进步研究该种治疗方法对儿童疾病治疗的安全性以及有效性，研究纳入 2018 年 1 月-2021 年 12 月医院收治的 67 例急性感染性喉炎患儿为研究对象，观察地塞米松+大剂量布地奈德的临床可实施价值。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择 2018 年 1 月-2021 年 12 月医院收治的 67 例急性感染性喉炎患儿为研究对象，采用计算机分组方法将其随机分为研究组（34 例）以及对照组（33 例）。对照组男 17 例，女 16 例，年龄 1-6 岁，平均年龄 (3.10±1.03) 岁，病程 7-16h，平均病程 (11.52±2.02) h；研究组男 17 例，女 17 例，年龄 1-7 岁，平均年龄 (3.12±1.05) 岁，病程 6-17h，平均病程 (11.55±2.03) h。对比两组临床资料未存在统计学差异，具有可比性。研究经过医学伦理委员会审批。儿童家属以及法定监护人对本次研究内容，研究流程，治疗方法知情，签署知情同意书。大陆标准：符合《诸福棠实用儿科学》关于急性感染性喉炎的相关诊断；经 X 线确诊疾病；年龄≤7 岁；住院未进行糖皮质激素治疗；同意医学观察。排除标准：在先天性喉部疾病；临床药物应用禁忌；严重精神障碍性疾病；合并恶性肿瘤及癌症。

1.2 方法

参与本次研究所有患者均使用地塞米松磷酸钠注射液（辰欣药业股份有限公司，国药准字 H37021969，10 支/盒）治疗。采用静脉注射的方式进行治疗，静脉注射药物剂量 2-20mg；如果患者选择静脉滴注，可以将药物与 5% 的葡萄糖注射液进行混合，2-6 小时内重复给药，保证患者病情稳定，如果选择大剂量药物应用需要限制给药时间≤72h。

对照组在地塞米松应用基础上为患者使用布地奈德混悬液（AstraZeneca Pty Ltd, H20140475, 1mg: 2ml*5 支）治疗，治疗过程中

控制药物使用剂量，0.25mg-0.5mg/次，2 次/d。

研究组在地塞米松应用基础上为患者使用布地奈德混悬液（AstraZeneca Pty Ltd, H20140475, 1mg: 2ml*5 支）治疗，治疗过程中控制药物使用剂量，2mg/次，2 次/d。在患儿用药过程中需密切关注儿童用药后的相关变化，如果药物应用后儿童出现不同程度的皮肤反应或者存在恶心，呕吐以及咽部不适等情况需要及时报告医生，选择正确的处理方法，停止药物应用或者降低药物使用剂量。与此同时，儿童用药后人员需叮嘱家属用药后的相关注意事项，例如饮食中尽量以清淡为主，禁止吃辛辣刺激食物，做好儿童日常生活中的卫生管理。能够有效提高药效。

1.3 观察指标

(1) 观察两组临床治疗效果：

疗效判定：显效：患儿咳嗽，呼吸困难，高热等临床症状完全消失，无任何不良情况发生；有效：患儿咳嗽，呼吸困难，高热等临床症状显著改善，日常生活不受影响；无效：患儿咳嗽，呼吸困难，高热等临床症状无明显变化，甚至存在症状加重。治疗有效率=1-无效率

(2) 观察两组治疗时间指标：

为患儿用药治疗过程中分别记录患儿症状消失时间，声音嘶哑，犬吠样咳嗽，发热，呼吸困难，喉梗阻等。

(3) 观察两组血清炎症因子表达：

分别在儿童治疗前以及治疗后患儿进行清晨空腹外周静脉血采集，控制采血量 5ml，完成采集后，利用离心处理（3000r/min，10min，10cm）操作后将样本放置零下 4℃环境存储，而后取上层清液利用免疫吸附试验对血清中超敏 C 反应蛋白（hs-CRP）、白细胞介素-6（IL-6）、肿瘤坏死因子- α （TNF- α ）水平、血清免疫球蛋白（IgE）进行测定。

(4) 观察两组不良反应：

记录患儿在药物治疗过程中出现的不良反应，皮肤痒，浮肿，厌食，恶心呕吐，咽部不适等。

1.4 统计学分析

采用统计学 SPSS19.0 软件对收集数据进行处理。计量数据以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，t 检验；计数资料以 (n, %) 表示， χ^2 检验。统计学意义以 ($P<0.05$) 表示。

2 结果

2.1 两组临床治疗效果比较

研究组治疗总有效率 94.12% 高于对照组 72.73% ($\chi^2=5.584$, $P<0.05$) 见表 1

表 1 两组临床治疗效果比较 (%)

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组 (n=33)	10(30.3)	14(42.42)	9(27.27)	24(72.73)

研究组 (n=34)	13(38.24)	19(55.88)	2(5.88)	32(94.12)
χ^2	-	-	-	5.584
P	-	-	-	0.018

2.2 两组治疗时间指标比较

研究组声音嘶哑消失时间、犬吠样咳嗽消失时间、发热症状消失时间、呼吸困 难 消 失 时 间 、 喉 梗 阻 消 失 时 间 明 显 短 于 对 照 组 (t=2.506/4.315/8.528/5.692 /2.597, P<0.05) 见表 2

表 2 两组治疗时间指标比较 ($\bar{x}\pm s$)					
组别	声音嘶哑消失时间 (d)	犬吠样咳嗽消失时间 (d)	发热症状消失时间 (d)	呼吸困难消失时间 (d)	喉梗阻消失时间 (h)
对照组 (n=33)	1.58±0.46	4.45±1.21	2.41±0.50	1.92±0.44	15.94±4.81
研究组 (n=34)	1.36±0.21	3.22±1.12	1.50±0.36	1.36±0.36	13.01±4.41
t	2.506	4.315	8.528	5.692	2.597
P	0.015	<0.001	<0.001	<0.001	0.012

2.3 两组血清炎症因子表达
治疗前, 两组 hs-CRP、IL-6、TNF- α 、IgE 指标比较无差异, 治疗后 研究组 hs-CRP、IL-6、TNF- α 低于对照组, IgE 指标高于对照组 (t=7.850/2.529/3.117/2.535, P<0.05) 见表 3

表 3 两组血清炎症因子表达 ($\bar{x}\pm s$)								
组别	hs-CRP (mg/L)		IL-6 (pg/ml)		TNF- α (ng/L)		IgE (μ g/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=33)	13.04±1.74	3.13±0.61	94.15±19.31	45.31±7.46	162.26±26.50	83.23±18.18	137.53±13.94	37.94±7.15
研究组 (n=34)	12.96±1.41	2.05±0.51	94.24±19.46	41.36±5.06	162.21±26.44	70.45±15.20	138.05±4.06	42.05±6.06
t	0.206	7.850	0.019	2.529	0.008	3.117	0.206	2.535
P	0.837		0.985	0.014	0.994	0.003	0.837	0.014

2.4 两组不良反应比较
研究组不良反应发生率 11.76%低于对照组 9.09% (P>0.05) 见表 4

表 4 两组不良反应比较 (%)						
组别	皮肤痒	浮肿	厌食	恶心呕吐	咽部不适	总发生
对照组 (n=33)	1(3.03)	0(0)	1(3.03)	0(0)	1(3.03)	3(9.09)
研究组 (n=34)	1(2.94)	1(2.94)	0(0)	1(2.94)	0(0)	4(11.76)
χ^2	-	-	-	-	-	0.128
P	-	-	-	-	-	0.721

3 结论

喉炎是耳鼻喉科以及儿科常见的由于过度用声或者外部刺激或者细菌病毒感染造成的喉部炎症。喉部属于重要的呼吸枢纽以及发声器官上通喉管, 下连气管, 位于脖子正前方, 一旦喉部出现炎症或者急性疾病, 极易导致患者出现声带水肿进而声音出现嘶哑, 如果不及针对疾病进行治疗, 极易造成鼻炎以及咽炎等情况发生^[4]。疾病发生群体以儿童为主, 小儿急性喉炎具有起病急, 发展迅速, 如果不及时治疗, 威胁患儿生命安全。药物治疗作为现阶段临床疾病治疗首选方案, 地塞米松作为糖皮质激素药物, 该药物具有良好的抗炎, 抗毒, 抗过敏, 抗风湿效果, 药物使用后八小时达到血药浓度峰值, 有效改善患者水钠储留促进离子外排同时还可以抑制炎症细胞, 减少巨噬细胞以及白细胞聚集, 进而起到抗炎作用, 药物消化道吸收对机体健康影响较小^[5]。布地奈德属于高效抗炎的糖皮质激素药物, 应用过程中可以有效增强患者内皮细胞以及平滑肌细胞的稳定性, 减轻机体免疫反应, 抑制支气管收缩, 实现平滑肌舒缓, 目前该种药物被广泛应用在呼吸道疾病治疗过程中, 将上述两种药物进行联合应用, 在应用过程中合理选择应用剂量, 能够有效提高疾病治疗效果^[6]。此次研究结果显示研究组患者治疗有效率高于对照组, 临床症状消失时间短于对照组。分析原因, 两种药物联合应用后, 通过雾化给药的方式能够使药物直接作用在患儿呼吸道, 直接抑制炎症因子释放, 实现微小血管收缩, 进而缓解炎症递质渗出, 降低呼吸道严重反应, 因此有效改善患儿困难以及咳嗽等症状, 布地奈德雾化吸入治疗中能够在短时间内保持局部病灶血药浓度^[7]。本次研究中, 研究组炎症因子 hs-CRP、IL-6、TNF- α 、

IgE 表达情况显著优于对照组, 炎症因子与儿童机体感染程度存在正相关。hs-CRP 作为炎症标志物, 对于急性感染过程全程参与, 除此之外, 炎症发生 IL-6、TNF- α 浓度增加, 在药物治疗后上述指标均有所降低。IgE 作为介导 I 变态反应抗体药物治疗过程中, 该物质表达浓度逐渐增加。而且观察两组患者用药后出现的不良反应, 发现其不具有统计学意义, 说明地塞米松与大剂量布地奈德和应用不良反应少, 提高临床疾病治疗效果的同时对机体健康水平影响小。于耀堂^[8]在报道中采用与本次研究相同的方式进行对比, 对比结果发现地塞米松联合大剂量布地奈德与小剂量布地奈德治疗相比, 治疗效果 (95.24%) 更高, 不良反应 (4.74%) 更低, 这一研究结果与本次研究结论高度相似, 进一步证实急性感染性喉炎在治疗过程中, 联合大剂量布地奈德效果更加理想。综上所述, 急性感染性喉炎患儿使用地塞米松+大剂量布地奈德更加利于患儿改善病情, 提高治疗效果, 减轻机体炎症, 值得在临床疾病治疗中推广应用

参考文献:

[1]黄晓英,张锦琪,沈莹.地塞米松联合布地奈德阶梯雾化吸入辅助治疗小儿急性感染性喉炎疗效及对炎症因子和 γ -干扰素的影响[J].世界临床药物,2020,41(08): 624-628.

[2]王文刚.雾化吸入布地奈德混悬液和地塞米松对小儿急性感染性喉炎临床症状和炎症损伤的影响[J].中国医学文摘(耳鼻咽喉科学),2021,36(05): 101-102+97.

[3]田凤梅.地塞米松与布地奈德雾化吸入治疗小儿急性感染性喉炎的临床效果及安全性[J].临床医学研究与实践,2020,5(12): 90-92.

[4]良亚荣.雾化吸入布地奈德混悬液治疗儿童急性感染性喉炎的效果及对血清 IgE、hs-CRP 的影响[J].临床研究,2022,30(03): 51-54.

[5]史佳贞.布洛芬混悬液联合布地奈德治疗急性感染性喉炎合并高热患儿的临床疗效观察[J].中国妇幼保健,2021,36(05): 1096-1099.

[6]施念,吕秀方.布地奈德雾化吸入辅助治疗小儿急性喉炎 37 例疗效分析[J].湖北科技学院学报(医学版),2020,34(02): 133-135.

[7]马克,黄尧,王开梅.布地奈德雾化吸入治疗急性感染性喉炎患儿的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2020,36(10): 1191-1194.

[8]于耀堂.不同剂量布地奈德联合地塞米松对小儿急性感染性喉炎的影响[J].中外医学研究,2021,19(24): 161-163.

布地奈德+特布他林治疗急性加重期慢阻肺的临床效果和肺功能改善情况分析

沈赛赛¹ 兰秋艳²

1.新疆军区乌鲁木齐第一离职干部休养所 门诊部 新疆省乌鲁木齐市 830000;
2.新疆军区乌鲁木齐第五离职干部休养所 门诊部 新疆省乌鲁木齐市 830000

摘要: 目的: 探究布地奈德联合特布他林对急性加重期慢阻肺患者的临床治疗效果及肺功能改善情况。方法: 选取我所 2021 年 7 月-2022 年 6 月期间收治的 80 例急性加重期慢阻肺患者, 将其随机均分为 2 组, 分别接受特布他林治疗以及布地奈德联合特布他林治疗, 对比 2 组患者治疗效果、肺功能恢复情况及睡眠质量评分、不良反应发生率。结果: 经治疗后, 研究组患者治疗效果相较于参照组患者显著提升 ($P<0.05$), 治疗前 2 组患者肺功能并无显著差异 ($P>0.05$), 经治疗后, 研究组患者各项肺功能指标均显著高于参照组患者, 且睡眠质量评分显著低于参照组患者, 组间差异明显 ($P<0.05$), 研究组患者不良反应发生率略高于参照组患者, 但组间差异并不显著 ($P>0.05$)。结论: 对于急性加重期慢阻肺患者而言, 应用布地奈德联合特布他林的治疗效果明显, 患者肺功能明显改善, 且患者的睡眠质量得以提升。患者在用药过程中不良反应并不十分明显, 用药安全性较高, 值得将该治疗方式进行临床推广应用。

关键词: 布地奈德; 特布他林; 急性加重期慢阻肺; 肺功能; 临床效果

慢阻肺是临床之中较为常见的慢性气道炎症, 多发生于中老年人群中, 主要发病原因是为吸烟。慢阻肺的发病隐匿性较强, 且发病过程较为缓慢, 会为患者的机体带来较高的影响, 如若未及时接受治疗可能导致患者发展为肺心病、呼吸衰竭等严重疾病, 进而威胁患者的生命安全^[1]。急性加重期慢阻肺存在较为严重的并发症, 会导致患者出现呼吸困难、气喘等症状, 还可能引起患者体内氧化-抗氧化状态失衡等状况, 氧化应激指标高于正常人, 并对患者肺功能造成进一步损伤, 严重可危及患者生命, 需积极进行治疗^[2]。该疾病接受早期治疗能够取得较为明显的治疗效果, 保障患者肺功能及机体指标稳定性。本文主要探究为慢阻肺患者应用布地奈德联合特布他林治疗的效果, 报告如下。

一、资料与方法

1.1 基本资料

选取我所 2021 年 7 月-2022 年 6 月期间收治的 80 例急性加重期慢阻肺患者, 将其随机均分为 2 组, 各 40 例。参照组患者之中男女比例为 26/14; 年龄 45-73 岁, 平均 (62.55±5.34) 周岁; 病程: 1-12 年, 平均 (5.30±1.22) 年; 研究患者之中男女比例为 24/16; 年龄 46-75 岁, 平均 (62.81±5.29) 周岁; 病程: 1-11 年, 平均 (5.28±1.40) 年。两组患者包含性别、年龄、病程在内的基本资料进行对比, 差异不具备统计学意义 ($P>0.05$), 可行比较。本次研究及研究之中所纳入的患者均经院内伦理委员会核批。

纳入标准: (1) 符合急性加重期慢阻肺的诊断标准; (2) 患者精神状态良好, 依从度较高; (3) 入组前未接受其他治疗; (4) 患者家属均对本次研究知情并签署知情同意书。

排除标准: (1) 合并其他呼吸系统疾病; (2) 存在严重认知障碍、无法与他人沟通 (3) 对试验药物过敏; (4) 伴有免疫功能缺陷疾病; (5) 合并重大器质性疾病或是恶性肿瘤疾病; (6) 处在恢复期的患者。

1.2 方法

所有患者均接受常规平喘、镇咳治疗, 参照组患者在此基础上接受特布他林 (国药准字: H20090134; 生产厂家: AstraZeneca AB; 规格: 2ml: 5mg) 治疗, 将 5mg 特布他林加入雾化机之中为患者进行雾化治疗, 每次治疗时间保持在 15-20min, 2 次/d 或依据患者病情调整, 最多不得超过 4 次/d。研究组患者在参照组治疗的基础上联合布地奈德 (国药准字: H20140475; 生产厂家: AstraZeneca Pty Ltd; 规格: 2ml: 1mg), 用法用量: 将 5mg 特布他林与 1mg 布地奈德同时加入雾化器之中, 治疗时间保持在 15-20min, 2 次/d, 早晚各一次, 并依据患者实际病情变化调整用药剂量及用药频率。两组患者均连续治疗 8d。

1.3 观察指标

对比 2 组患者: (1) 治疗效果——显效为治疗后患者咳嗽、咳痰症状完全消失或者完全缓解, 肺部湿罗音完全消失或减少, 动脉血氧分压及动脉血二氧化碳分压水平都恢复至正常, 机体不存在明显不适感; 有效为治疗后患者咳嗽、咳痰症状都有一定缓解, 肺部湿罗音仍有部分存在, 动脉血氧分压及动脉血二氧化碳分压水平也有明显的改善, 不适症得到一定缓解; 无效为治疗后患者临床症状无改善, 肺部湿罗音明显存在, 动脉血氧分压及动脉血二氧化碳分压水平无改变或加重, 不适症未缓解或加重, 总有效率=显效人数与有效人数之和占总组内人数的比值; (2) 肺功能恢复情况——应用康尔福盛 (上海) 商贸有限公司提供的 MasterScreen SeS 肺功能检测仪检测, 主要对患者的第 1 秒用力呼气容积 (FEV1)、峰值流速 (PEF), 并计算一秒率 (FEV1%); (3) 睡眠质量评分——包括睡眠质量、入睡时间、睡眠持续时间、睡眠效率、睡眠影响因素、催眠药物使用情况及日间功能障碍等 7 个因子, 分 0~3 分 4 个层次, 总分 21 分, 分数越高表示睡眠越差; (4) 不良反应发生率——观察并记录两组患者恶心、呕吐、头痛、心悸在内的不良反应发生情况, 并进行对比分析。

1.4 统计学方法

以 SPSS 22.0 软件进行数据分析, 数值变量、无序分类资料以 ($\bar{x} \pm s$)、% 表示, t、 χ^2 检验; 组对比以 $P=0.05$ 为界值, $P<0.05$ 则表示差异具备统计学含义。

二、结果

2.1 治疗效果

经治疗后, 研究组患者治疗有效率为 97.50%, 相较于参照组患者 80.00% 显著提升, 组间差异明显 ($P<0.05$), 详见表 1。

表 1 对比 2 组患者治疗有效率 (n%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
研究组	40	16(40.00)	23(57.50)	1(2.50)	39(97.50)
参照组	40	13(32.50)	19(47.50)	8(20.00)	32(80.00)
χ^2	-	-	-	-	6.135
P	-	-	-	-	0.013

2.2 肺功能指标

对患者进行治疗前, 患者各项肺功能并无显著差异 ($P>0.05$), 经治疗后, 研究组患者 FVC、FEV1、FEV1/FVC 以及 PEF 指标均显著高于参照组患者, 差异统计学意义显现 ($P<0.05$), 详见表 1。

表 1 护理前后 2 组患者肺功能指标水平对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	FVC (L)	FEV1 (L)	FEV1/FVC (%)	PEF (L/min)
----	----	---------	----------	--------------	-------------

		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	40	1.36±0.50	2.87±0.65	1.01±0.14	1.95±0.37	46.96±8.13	64.02±12.30	199.32±12.75	245.87±18.48
参照组	40	1.34±0.41	1.81±0.55	1.02±0.11	1.22±0.15	47.51±8.42	53.44±11.15	198.55±12.34	224.62±20.56
t		0.196	7.873	0.355	11.564	0.297	4.031	0.274	4.862
P		0.845	0.000	0.723	0.000	0.767	0.000	0.784	0.000

2.3 睡眠质量

经治疗后，研究组患者包含睡眠质量、入睡时间、睡眠持续时间、睡眠效率、睡眠影响因素、催眠药物使用情况及日间功能障碍在内的各项睡

眠质量评分均相较于参照组患者降低，组间差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ），详见表 2。

表 2 对比 2 组患者睡眠质量 ($\bar{x}\pm s$) /分

组别	例数	睡眠质量	入睡时间	睡眠持续时间	睡眠效率	睡眠影响因素	催眠药物使用情况	日间功能障碍
研究组	40	1.25±0.02	1.41±0.15	1.35±0.59	1.13±0.26	1.21±0.19	1.85±0.14	1.06±0.35
参照组	40	1.85±0.12	1.73±0.37	1.91±0.34	1.92±0.18	2.05±0.17	2.06±0.29	1.51±0.55
t值	-	31.193	5.069	5.201	15.800	20.838	4.124	4.366
P 值	-	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 不良反应

研究组患者不良反应发生率为 17.50%，相较于参照组患者 12.50%略有提升，但组间差异不明显，未显现统计学意义（ $P>0.05$ ），见表 4。

表 4 对比 2 组患者不良反应发生率（n/%）

组别	例数	恶心	呕吐	头痛	心悸	总发生率
研究组	40	2(5.00)	1(2.50)	4(10.00)	0(0.00)	7(17.50)
参照组	40	1(2.50)	1(2.50)	1(2.50)	2(5.00)	5(12.50)
χ^2	-	-	-	-	-	0.392
P	-	-	-	-	-	0.531

三、讨论

慢阻肺属于临床之中较为常见的疾病，该疾病的发生主要与肺部对有害颗粒或是有害气体的异常炎症反应具备相关性，患者患病后多存在胸闷、喘息、呼吸困难、气短、咳嗽、慢性咳嗽等主要症状，对患者的机体造成严重负面影响^[3]。通常情况下，急性加重期慢阻肺患者会伴有肺部感染伴随症状，较为容易出现低氧血症及高碳酸血症，患者最终会由于无法进行有效的气体交换而引起相关症状，如严重缺氧、呼吸困难等，病情发展较为严重还可能引发呼吸衰竭，或是合并慢性肺源性心脏病、自发性气胸等相关病症，从而对患者的生命安全产生极大威胁^[4]。

由于该病具有较长的病程时间，所以需要对患者进行规范、规律及长期治疗，现阶段，糖皮质激素和支气管扩张剂是临床治疗该病的主要药物^[5]。本次研究之中主要给予参照组患者特布他林治疗，并与研究组患者布地奈德联合特布他林治疗效果进行对比分析，结果显示，经治疗后，研究组患者治疗有效率为 97.50%，相较于参照组患者 80.00%显著提升，组间差异明显（ $P<0.05$ ），对患者进行治疗前，患者各项肺功能并无显著差异（ $P>0.05$ ），经治疗后，研究组患者 FVC、FEV1、FEV1/FVC 以及 PEF 指标均显著高于参照组患者，差异统计学意义显现（ $P<0.05$ ），该研究结果充分说明布地奈德联合特布他林的应用效果，主要是由于布地奈德属于糖皮质激素类药物，该药物的药理作用在于能够与糖皮质激素受体结合，对平滑肌细胞与机体内皮细胞起到稳定作用，同时该药物还能够较好的减弱过敏性介质的释放，更好地缓解患者咳嗽等症^[6]。该药物广泛应用于慢性肺部疾病之中，往往通过较小的剂量便能够取得较为明显的治疗效果。特布他林为 β_2 受体激动剂，能够更好地扩张支气管，促进痰液的稀释与排出，保障患者呼吸功能明显恢复。当前主要将特布他林应用于肺气肿、喘息性支气管炎、支气管哮喘及支气管炎等肺功能障碍疾病之中，在为患者进行治疗的过程中，布地奈德与特布他林均通过雾化的方式给药，药物与呼吸道的接触面积较大，吸收效果更好，且雾化状态下，肺组织能够直接吸收药物，并将药效作用于全肺，取得较为理想的治疗效果^[7]。将两种药物联合应用于急性加重期慢阻肺患者治疗总，能够有效减少病菌侵入引发的感染，降低疾病对患者影响。

本次研究之中还发现，经治疗后，研究组患者包含睡眠质量、入睡时间、睡眠持续时间、睡眠效率、睡眠影响因素、催眠药物使用情况及日间功能障碍在内的各项睡眠质量评分均相较于参照组患者降低，组间差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ），患者肺功能明显改善的情况下，症状明显得到缓解，患者受到咳嗽、咳嗽的影响逐渐下降，夜间睡眠得到良好保障。同时研究组患者不良反应发生率为 17.50%，相较于参照组患者 12.50%略有提升，但组间差异不明显，未显现统计学意义（ $P>0.05$ ），主要是由于患者的肺部组织在吸收布地奈德后，能够保障药物较为快速地进入到血液循环之中，充分减轻患者肝脏的代谢情况，因而不不良反应发生率并不高^[8]。该研究结果充分证实为了联合用药的效果与治疗安全性，其中特布他林能够舒张支气管，布地奈德能够抑制炎症因子，二者联合用药，能够更好地发挥协同作用，起到疾病治疗的目的，相较于单一用药而言，联合用药能够更好地提升用药效果及安全性。

总而言之，对急性加重期慢阻肺患者应用布地奈德联合特布他林治疗，能够更好地提升患者肺功能，改善患者睡眠质量，更好地保障患者机体恢复效果，治疗安全安全性较高，值得进行临床推广应用。

参考文献：

[1] 门华勤.布地奈德福莫特罗吸入剂联合噻托溴铵喷雾剂治疗慢阻肺急性加重期的临床效果观察[J].临床研究, 2021, 29(03): 38-40.

[2] 文小兰.布地奈德、沙丁胺醇、异丙托溴铵对慢阻肺急性加重期患者气道通气功能及血气指标的影响[J].现代医学与健康研究电子杂志, 2021, 5(01): 41-43.

[3] 崔鹏鹏.布地奈德福莫特罗吸入联合噻托溴铵对慢阻肺急性加重期患者呼吸力学及血气分析的影响[J].实用中西医结合临床, 2021, 21(09): 12-13.

[4] 范绍辉, 李有霞, 周业昌, 董金瑞.硫酸特布他林联合布地奈德混悬雾化吸入治疗对慢阻肺急性加重期患者血清降钙素原、白介素及干扰素水平变化的影响[J].包头医学, 2021, 45(02): 29-31.

[5] 余桂东.特布他林雾化液联合布地奈德气雾剂治疗慢阻肺急性加重期对患者 HIF-1 α 、HMGB1、ICAM-1 的影响[J].齐齐哈尔医学院学报, 2021, 42(20): 1783-1786.

[6] 郑澈, 陈润生, 郑斌.布地奈德混悬液联合复方异丙托溴铵溶液雾化吸入对慢阻肺急性加重期患者肺功能及血液相关指标的影响[J].中国实用医药, 2021, 16(30): 7-9.

[7] 邹静.硫酸特布他林联用布地奈德对慢阻肺急性加重期患者肺功能、血气指标及炎症指标的影响[J].慢性病学杂志, 2021, 22(11): 1752-1754.

[8] 张秀珠, 王树录.布地奈德、沙丁胺醇、异丙托溴铵治疗慢阻肺急性加重期的疗效及对通气功能、凝血指标的影响[J].血栓与止血学, 2022, 28(03): 721-723.

IGFBP-1、IL-6、sICAM-1 水平与未足月胎膜早破及母婴结局相关性研究

师晓晔 董秀娇

石家庄市栾城人民医院 河北石家庄 051430

摘要：目的：探讨 IGFBP-1、IL-6、sICAM-1 水平与未足月胎膜早破及母婴结局相关性。方法：选取 2020 年 1 月-2021 年 12 月 100 例确诊为未足月胎膜早破患者（观察组）、同期选择 100 例正常妊娠孕妇（对照组）作为研究对象。上述患者均给予 IGFBP-1、IL-6、sICAM-1 检测。观察并比较观察组与对照组 IGFBP-1、IL-6、sICAM-1 水平；分析 IGFBP-1、IL-6、sICAM-1 水平与母婴结局的相关性。结果：观察组患者的 IGFBP-1、IL-6、sICAM-1 水平明显高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；IGFBP-1 阳性组不良母婴结局发生率明显高于 IGFBP-1 阴性组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；IL-6 阳性组不良母婴结局发生率明显高于 IL-6 阴性组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；sICAM-1 阳性组不良母婴结局发生率明显高于 sICAM-1 阴性组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：与正常妊娠孕妇相比，未足月胎膜早破的 IGFBP-1、IL-6、sICAM-1 水平明显升高；IGFBP-1、IL-6、sICAM-1 水平与未足月胎膜早破患者母婴结局密切相关，IGFBP-1、IL-6、sICAM-1 水平越高，不良母婴结局发生率越高。

关键词：IGFBP-1；IL-6；sICAM-1 水平；未足月胎膜早破；母婴结局；相关性

未足月胎膜早破是临床上妊娠期较为严重的一种并发症，是指在孕妇妊娠 20 周-37 周只见，胎膜发生破裂^[1-2]。该疾病主要见于双胎妊娠或是多胎妊娠。相关数据显示，双胎妊娠或是多胎妊娠未足月胎膜早破的发病率为 20%左右^[3-4]，其中，单胎妊娠未足月胎膜早破的发生率在 2%-4% 只见。当孕妇出现胎膜早破的时候，极容易导致宫内感染或是早产的出现，随着病情的发展，宫内羊水减少，可导致胎儿宫内窘迫、窒息，对孕妇以及胎儿的生命安全产生不利影响^[5-6]。此外，胎膜早破的孕妇还会导致羊膜腔感染、产后出血，也会直接影响到患者、胎儿的生命安全。因此，针对未足月胎膜早破进行早期诊断，早期干预治疗，能够改善母婴结局。近年来，研究指出，未足月胎膜早破的发生与孕妇本身，宫内感染以及炎症等因素密切相关^[7]。进一步探讨 IGFBP-1、IL-6、sICAM-1 水平与未足月胎膜早破及母婴结局相关性，选取 2020 年 1 月-2021 年 12 月 100 例胎膜早破患者作为研究对象，现报告如下。

一资料与方法

1.1 对象与分组

选取 2020 年 1 月-2021 年 12 月 100 例确诊为胎膜早破患者（观察组）、同期选择 100 例正常妊娠孕妇（对照组）作为研究对象。经统计学分析，观察组与对照组的一般资料差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性，其详细情况见表 1，患者均知情同意。

表 1 两组患者一般资料情况比较

组别	年龄（岁）	孕次	产次
观察组（n=100）	26.14±3.54	2.21±0.75	1.43±0.41
对照组（n=100）	26.27±3.49	2.23±0.86	1.40±0.52
T/X ²	0.294	0.194	0.296
P 值	>0.05	>0.05	>0.05

表 3 IGFBP-1 与不良母婴结局发生率关系

组别	早产	剖宫产	产褥感染	产后出血	新生儿呼吸窘迫	新生儿窒息	新生儿肺炎
IGFBP-1 阳性组 (n=52)	35 (67.31)	47 (90.38)	31 (59.61)	41 (78.85)	36 (69.23)	32 (61.54)	27 (51.92)
IGFBP-1 阴性组 (n=48)	13 (27.08)	14 (29.17)	8 (16.67)	12 (25.00)	18 (37.50)	9 (18.75)	11 (22.92)
X ²	11.204	10.593	8.490	13.295	6.309	8.943	5.305
P 值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 IL-6 与不良母婴结局发生率关系

IL-6 阳性组不良母婴结局发生率明显高于 IL-6 阴性组，差异有统计学

1.2 方法

患者均给予 IGFBP-1、IL-6、sICAM-1 检测。患者在入院之后，在 2h 内才寄外周静脉血，共 4ml。以 3000r/min 的转速进行离心，共 10min。对上清液进行提取之后，将标本保存在-20℃的环境中，等待检测。本次研究采用免疫层析法对患者的 IGFBP-1、IL-6、sICAM-1 进行检查。

1.3 观察指标^[8-9]

观察并比较观察组与对照组 IGFBP-1、IL-6、sICAM-1 水平；分析 IGFBP-1、IL-6、sICAM-1 水平与母婴结局的相关性。

1.4 统计学方法

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

2 结果

2.1 两组患者 IGFBP-1、IL-6、sICAM-1 水平比较

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

表 2 两组患者 IGFBP-1、IL-6、sICAM-1 水平比较

组别	IGFBP-1	IL-6	sICAM-1
观察组（n=100）	128.43±10.29	14.39±1.83	812.43±67.32
对照组（n=100）	92.14±6.04	12.04±1.98	641.29±64.28
t	29.483	4.209	14.294
P 值	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 IGFBP-1 与不良母婴结局发生率关系

IGFBP-1 阳性组不良母婴结局发生率明显高于 IGFBP-1 阴性组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 3。

意义（ $P<0.05$ ），见表 4。

表 4 IL-6 与不良母婴结局发生率关系

组别	早产	剖宫产	产褥感染	产后出血	新生儿呼吸窘迫	新生儿窒息	新生儿肺炎
IL-6 阳性组 (n=65)	43 (66.15)	58 (89.23)	33 (50.77)	42 (64.62)	41 (63.08)	44 (67.69)	43 (66.15)
IL-6 阴性组 (n=35)	12 (34.28)	16 (45.71)	9 (25.71)	10 (28.57)	9 (25.71)	8 (22.86)	10 (28.57)
X ²	5.392	6.029	9.095	3.294	6.493	5.096	4.906
P 值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.4 sICAM-1 与不良母婴结局发生率关系
sICAM-1 阳性组不良母婴结局发生率明显高于 sICAM-1 阴性组，差异有统计学意义 (P<0.05)，见表 5。

表 5 IGFBP-1 与不良母婴结局发生率关系

组别	早产	剖宫产	产褥感染	产后出血	新生儿呼吸窘迫	新生儿窒息	新生儿肺炎
sICAM-1 阳性组 (n=58)	48 (82.76)	52 (89.66)	36 (62.07)	41 (70.69)	42 (72.41)	43 (74.14)	41 (70.69)
sICAM-1 阴性组 (n=42)	14 (33.33)	21 (50.00)	8 (19.05)	11 (26.19)	12 (28.57)	13 (30.95)	11 (26.19)
X ²	5.493	4.095	4.204	5.968	6.402	7.492	7.821
P 值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

未足月胎膜早破是妊娠期常见并发症之一，该疾病直接威胁到孕妇以及胎儿的生命健康^[10]。针对该疾病，虽然研究较多，但是对其发病机制，尚不明确，大部分学者认为未足月胎膜早破发病的主要因素为感染^[11-12]。当孕妇机体内出现感染，可导致大量炎症细胞因子以及蛋白酶的分泌，破坏胎膜细胞间基质，导致胎膜不稳定，最终诱发胎膜早破。因此，研究相关因子与胎膜早破、母婴结局只见的关系，不仅仅有利于未足月胎膜早破早期诊断效率的提高，同时，还能够评估母婴结局，具有重要意义。

IGFBP-1 是胰岛素样生长因子结合蛋白-1，该因子可以调控子宫内多种细胞的增殖与分化，主要在胎盘发生、发育过程中发挥着重要的作用^[13]。IGFBP-1 主要是胎儿以及蜕膜细胞合成与分泌的，是羊水中主要的蛋白成分，当出现胎膜早破的时候，羊水外流，可导致 IGFBP-1 水平的升高。IL-6 则是炎症细胞因子之一，能够有效反应机体感染以及炎症反应程度的关键指标。sICAM-1 则是免疫球蛋白超家族之一，在正常状态下，sICAM-1 的含量较低，但是出现宫内感染或是异常炎症反应的时候，则可导致大量 sICAM-1 的生成，sICAM-1 水平升高。本次研究结果显示，观察组患者的 IGFBP-1、IL-6、sICAM-1 水平明显高于对照组，差异有统计学意义 (P<0.05)，说明与正常妊娠孕妇相比，未足月胎膜早破的 IGFBP-1、IL-6、sICAM-1 水平明显升高，为患者的后续治疗提供依据；IGFBP-1 阳性组不良母婴结局发生率明显高于 IGFBP-1 阴性组，差异有统计学意义 (P<0.05)；IL-6 阳性组不良母婴结局发生率明显高于 IL-6 阴性组，差异有统计学意义 (P<0.05)；sICAM-1 阳性组不良母婴结局发生率明显高于 sICAM-1 阴性组，差异有统计学意义 (P<0.05)，说明 IGFBP-1、IL-6、sICAM-1 水平与未足月胎膜早破患者母婴结局密切相关，能够作为未足月胎膜早破患者诊断的参考指标。

综上所述，与正常妊娠孕妇相比，未足月胎膜早破的 IGFBP-1、IL-6、sICAM-1 水平明显升高；IGFBP-1、IL-6、sICAM-1 水平与未足月胎膜早破患者母婴结局密切相关，IGFBP-1、IL-6、sICAM-1 水平越高，不良母婴结局发生率越高。

参考文献：

[1]Ali Alaa Ibrahim. Vitamin C and IL-6 in women with preterm premature rupture of membranes compared to normal pregnant women – a case-control study.[J]. JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association,2021,71(Suppl 8)(12).
[2]刘志勤,沈志娟,黄艳丽,杜鹃,周凤勤.miR-338-3p 和 miR-518b 在绒

毛膜羊膜炎患者胎盘组织的表达及 IL-6 基因多态性[J].中华医院感染学杂志,2021,31(05): 758-762.

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

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

[5]陈凯,徐忠,张薇.PCT 联合 IL-6 和 CRP 检测在预测未足月胎膜早破患者并发绒毛膜羊膜炎及新生儿败血症中的应用[J].临床合理用药杂志,2019,12(34): 183-184.

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

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

[8]Fuřova Veronika,Hostinska Eliska,Studnickova Martina,Huml Karel,Zapletalova Jana,Halek Jan,Pilka Radovan. Transabdominal amniocentesis in expectant management of preterm premature rupture of membranes: a single center prospective study.[J]. Biomedical papers of the Medical Faculty of the University Palacky, Olomouc, Czechoslovakia,2020,165(3): 2224-2227.

[9]熊炜,赵倩.胎膜早破及绒毛膜羊膜炎孕母孕期不同时间点的血清 IL-6 及 IL-18 的表达水平及意义[J].广东医学,2018,39(06): 900-903.

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

[11]张明霞,赵瑞卿,李庆霞,李婷婷,茹渤,郝丽霞.胎膜早破对新生儿宫内细菌感染的影响及与脐血 IL-6、PCT、CRP、TNF- α 相关性研究[J].中华医院感染学杂志,2016,26(21): 4968-4970.

[12]黄丽娜,庄晖,刘丽明.联合检测 PCT、IL-6 和 CRP 水平在预测未足月胎膜早破患者并发绒毛膜羊膜炎及新生儿败血症的临床价值研究[J].中国妇幼保健,2016,31(17): 3471-3474.

[13]张换正,冯国惠,李小英.早产胎膜早破孕妇血清中 IL-6、TNF- α 、sICAM-1 的水平及临床意义[J].医学理论与实践,2016,29(07): 856-858.

项目来源：河北省石家庄市科学技术研究与发展计划项目 (201201073)

HBV—DNA 联合 AFP 检测对乙型肝炎肝硬化失代偿期患者预后价值的评估

王丽君

绵阳市中心医院医学检验科 四川绵阳 621000

摘要：目的：评估 HBV—DNA 联合 AFP 检测对乙型肝炎肝硬化失代偿期患者预后价值。方法：选取本院 2020 年 1 月至 2021 年 12 月收治乙型肝炎肝硬化患者 182 例临床资料进行回顾性分析。所有患者接受乙型肝炎病毒脱氧核糖核酸（HBV—DNA）检测、甲胎蛋白（AFP）检测，对比乙型肝炎肝硬化代偿期（146 例）与乙型肝炎肝硬化失代偿期（36 例）患者检测结果。与此同时，根据根据乙型肝炎肝硬化失代偿期患者随访 12 个月预后情况将乙型肝炎肝硬化失代偿期分为生存组（22 例）与死亡组（14 例），比较两组患者 HBV—DNA、AFP 入院检查结果，通过多因素 COX 回归分析、Logistic 回归分析评估 HBV—DNA 联合 AFP 检测对乙型肝炎肝硬化失代偿期患者 1 年死亡的预测价值。结果：乙型肝炎肝硬化代偿期患者 HBV—DNA 水平（ 6.33 ± 1.24 ）U/mL，高于乙型肝炎肝硬化失代偿期患者（ 4.89 ± 1.33 ）U/mL，乙型肝炎肝硬化代偿期患者 AFP 水平（ 6.41 ± 2.25 ） μ g/L，低于乙型肝炎肝硬化失代偿期患者（ 143.13 ± 98.11 ） μ g/L（ $P < 0.05$ ）；182 例患者中乙型肝炎肝硬化失代偿期 36 例，随访 1 年死亡 14 例，1 年死亡率 38.89%；死亡组年龄、总胆红素、白蛋白、中性粒细胞淋巴细胞比值、肌酐、凝血酶原时间、AFP、CTP 评分显著高于生存组，HBV—DNA、Hb 水平显著低于生存组（ $P < 0.05$ ）；多因素 Cox 分析结果显示 HBV—DNA 过低、AFP 水平过高、CTP 评分过高、NLR 过高是影响乙型肝炎肝硬化失代偿期患者 1 年死亡率的危险因素（ $P < 0.05$ ）；在乙型肝炎肝硬化失代偿期患者 1 年死亡预测中，HBV—DNA、AFP、HBV—DNA 联合 AFP 的 ROC 曲线下面积分别为 0.816（0.735~0.884）、0.861（0.801~0.925）、0.892（0.812~0.934），灵敏度分别为 78.8%、0.674%、72.8%，特异度分别为 77.7%、92.8%、93.9%。结论：临床可根据 HBV—DNA、AFP 检测结果评估乙型肝炎肝硬化肝功能损伤程度，准确鉴别乙型肝炎肝硬化失代偿期与乙型肝炎肝硬化代偿期，为患者个体化治疗提供检测依据。同时，HBV—DNA 联合 AFP 检测能够在一定程度上评价乙型肝炎肝硬化失代偿期患者预后，预测患者 1 年死亡风险。

关键词：AFP 检测；肝硬化；HBV—DNA；预后；失代偿期

乙型肝炎病毒侵入机体后会在肝脏内迅速生长繁殖，导致肝脏发生炎症反应，造成肝炎发作，患者肝脏结构与功能产生严重影响，且随着病情发展，多数肝炎转变为肝硬化，而乙型肝炎肝硬化失代偿期则是肝硬化终末阶段^[1]。研究表明，乙型肝炎肝硬化失代偿期患者容易并发腹水、肝性脑病、肝肾综合征、肝肺综合征等，大幅增加患者死亡风险^[2]。目前，Child-Turcotte-Pugh（CTP）分级中，A 级患者 2 年生存率在 84% 以上，B 级患者 2 年生存率能够达到 60% 以上，C 级患者 2 年生存率不足 45%，5 年生存率则更低^[3]。要想延长乙型肝炎肝硬化失代偿期患者生存时间，保证临床治疗方案应用有效、安全、合理，需要临床工作人员对患者具体病情具有全面、准确掌握，能够预测准确预测患者预后，为患者选择适宜治疗方案。目前 CTP 分级法、MELD 分级法是应用较为广泛的两种乙型肝炎肝硬化失代偿期患者预后评估方法。虽然两种方法能够准确预测 1~2 年患者死亡风险，但应用具有一定限制性，这就需要加强预后预测探究力度，积极寻找预测准确性高、操作简单、容易推广的乙型肝炎肝硬化失代偿期患者预后评价方案^[4]。多数研究表明 HBV-DNA、AFP 等指标能够较好的反应肝脏损伤情况，利于乙型肝炎肝硬化患者类型检测、病情严重程度评估，可为患者治疗和预后评价提供科学、准确检测依据^[5]。故本研究试图将 HBV—DNA 与 AFP 联合应用到乙型肝炎肝硬化失代偿期患者 1 年死亡预测中，明确其在患者预后评价中的应用价值，从而为乙型肝炎肝硬化失代偿期识别、判断、预后评估提供新路径。

1 资料及方法

1.1 资料

回顾性分析 182 例研究对象临床资料，研究对象选取于 2020 年 1 月至 2021 年 12 月，均为本院收治乙型肝炎肝硬化患者。其中男性 136 例，女性 46 例；年龄 26~76（ 50.25 ± 12.25 ）岁；乙型肝炎肝硬化代偿期 146 例（男/女=106/40）；乙型肝炎肝硬化失代偿期 36 例（男/女=30/6）。

纳入标准：（1）疾病在临床体格检查、影像学检查、病理组织学检查等下得到确诊；（2）临床诊疗、随访资料齐全；（4）患者对诊疗方案知情，积极配合医护人员完成护理工作与随访任务。

排除标准：（1）合并肝癌或其他肿瘤疾病；（2）伴有传染类、全身感染类疾病；（3）心脏、肾脏、胰脏、肺脏等存在严重器质性疾病；（4）存在严重精神活动障碍；（5）近期内服用过影响 AFP 表达水平药物。

1.2 方法

1.2.1 资料收集

利用医院电子病历管理系统以及检验科、临床诊疗室等档案管理系统收集研究对象一般资料，包括年龄、性别、既往病史以及 HBV-DNA、AFP、丙氨酸氨基转移酶（ALT）、中性粒细胞淋巴细胞比值（NLR）、肌酐（Cr）、胆红素（TBIL）、凝血酶原时间（PT）、白蛋白（ALB）等实验室检查结果。

1.2.2 分组情况

根据患者入院时疾病确诊情况，将研究对象分为代偿期组与失代偿期

组；根据失代偿期组患者随访 1 年内生存与死亡情况，将乙型肝炎肝硬化失代偿期患者分为生存组与死亡组。

1.2.3 检测及评价

由于本次主要探究 HBV—DNA 联合 AFP 检测评价乙型肝炎肝硬化失代偿期患者预后的价值，所以对 HBV—DNA 检测方法 with AFP 检测方法进行简单描述。研究对象入院后于清晨空腹状态下进行静脉血采集 5ml，以 3200r/min 离心处理 10min 后取上清液，采用实时荧光定量法与化学发光微粒子免疫分析法测定 HBV-DNA 水平与 AFP 水平。HBV-DNA 检测所用设备为美国 ABI 实时荧光定量 PCR 仪（Q5），试剂：圣湘生物乙型肝炎病毒核酸测定试剂盒（PCR-荧光探针法）。AFP 检测所用设备为雅培 ARCHITECT i2000SR-C，甲胎蛋白测定试剂盒由雅培爱尔兰诊断公司提供。

根据患者临床表现、血清 TBIL 表达水平、血清 ALB 表达水平、腹水情况等 CTP 评分。总分 5~15 分，得分越高说明肝脏储备功能越差。通常可根据分数划分三个等级：肝脏储备功能 A 级 5~6 分，预后效果好；肝脏储备功能 B 级 7~9 分，预后效果一般；肝脏储备功能 C 级 10~15 分，预后效果较差。计分标准见表 1。

表 1 Child-Turcotte-Pugh 评分具体分级标准

生化指标	1 分	2 分	3 分
血清 TBIL	34 μ mol/L 以内	34~51g/L μ mol/L	51 μ mol/L 以上
血清 ALB	35g/L 以上	28~35g/L	28g/L 以内
腹水	未见腹水	见轻度腹水	见中重度腹水
肝性脑病	无	1~2 期	3~4 期
PT 延长	4s 以内	4~6s	6s 以上

1.3 统计学方法

用 SPSS26.0 软件进行统计学分析，符合正态分布计量资料用（均数 $\bar{x}$ $\pm$ 标准差 s）表示，用 t 检验；计数资料用数（n）、率（%）表示，用 χ^2 检验；将临床特征对比中差异有统计学意义的指标纳入 Cox 风险比例模型，探究影响患者 1 年死亡率的危险因素；采用二元 logistic 回归法探究 HBV—DNA 联合 AFP 检测预测乙型肝炎肝硬化失代偿期患者预后的价值；以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 不同患者 HBV—DNA 与 AFP 表达水平比较

由表 2 数据可知，代偿期组与失代偿期组 HBV—DNA 水平、AFP 水平差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

表 2 不同患者 HBV—DNA 与 AFP 表达水平比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	n	HBV—DNA（U/mL）	AFP（ μ g/L）
----	---	---------------	-----------------

代偿期组	146	6.33±1.24	6.41±2.25
失代偿期组	36	4.89±1.33	143.13±98.11
t		6.151	16.964
P		<0.001	<0.001

2.2 两组乙型肝炎肝硬化失代偿期患者临床特征比较

本研究中 36 例乙型肝炎肝硬化失代偿期患者，随访 1 年内生存 22 例，死亡 14 例，1 年生存率 61.11% (22/36)，1 年死亡率 38.89% (14/36)。临床特征比较结果 (表 3) 显示，2 组在性别、ALP、AST 等方面差异无统计学意义 (P>0.05)，在年龄、TBIL、ALB、NLR、Cr、PT、HBV—DNA、AFP、CTP 评分、Hb 等方面差异有统计学意义 (P<0.05)。

表 3 生存组与死亡组患者临床特征比较[n (%), ($\bar{x} \pm s$)]

组别	生存组 (n=22)	死亡组 (n=14)	χ^2/t	P
性别				
男	18 (81.82)	12 (85.71)	0.001	>0.05
女	4 (18.18)	2 (14.29)		
年龄 (岁)	53.65±10.24	62.69±10.17	2.589	<0.05
TBIL (umol/L)	27.87±14.24	65.25±20.25	6.510	<0.05
ALB (g/L)	31.25±10.28	38.58±10.41	2.076	<0.05
NLR	2.34±1.14	5.25±1.65	6.269	<0.05
Cr (umol/L)	66.85±20.47	94.54±24.47	3.667	<0.05
PT (s)	15.25±2.32	19.87±2.34	5.806	<0.05
HBV—DNA (U/mL)	4.25±1.21	2.56±1.01	4.345	<0.05
AFP (ug/L)	10.65±2.72	18.98±4.77	6.689	<0.05
CTP 评分 (分)	8.84±2.25	12.65±2.44	4.794	<0.05
Hb (g/L)	101.25±28.88	82.54±22.63	2.052	<0.05
ALP (U/L)	102.22±30.25	103.65±28.87	0.141	>0.05
AST (U/L)	48.58±20.22	50.54±23.67	0.265	>0.05

2.3 两组多因素 Cox 分析结果

因 CTP 评价中涉及到 TBIL、ALB、PT 等指标，所以在单因素 Cox 分析中将其排除，加之本次研究主要分析 HBV—DNA、AFP 表达水平对患者预后的影响，所以设计以年龄、HBV—DNA、AFP、CTP 评分、NLR 为变量构建 Cox 比例风险模型探究影响乙型肝炎肝硬化失代偿期患者 1 年死亡率的危险因素。结果显示，HBV—DNA 表达水平、AFP 表达水平、CTP 评分、NLR 表达水平对乙型肝炎肝硬化失代偿期患者 1 年死亡率存在重要影响 (P<0.05)。

表 4 多因素 Cox 分析结果

因素	回归系数	标准误差	Wald 值	P 值	OR 值	95%CI
年龄	0.018	0.012	3.219	>0.05	1.012	0.878~1.158
HBV—DNA	0.077	0.017	19.658	<0.05	1.321	1.105~1.988
AFP	0.084	0.047	20.214	<0.05	1.454	0.989~1.884
CTP 评分	0.321	0.088	15.688	<0.05	1.254	1.121~1.754
NLR	0.074	0.017	16.721	<0.05	1.117	1.021~1.154

2.4 多指标联合预测乙型肝炎肝硬化失代偿期患者 1 年死亡价值分析

由表 5 可知，乙型肝炎肝硬化失代偿期患者 1 年死亡预测效率 HBV—DNA 联合 AFP 最高，其次是 AFP，最后是 HBV—DNA。对 HBV—DNA+AFP、HBV—DNA 联合 AFP 在乙型肝炎肝硬化失代偿期患者 1 年死亡预测中的诊断

效能进行计算，即采用 logistic 回归法构建回归方程，计算预测概率，并利用预测概率获取 HBV—DNA 联合 AFP 检测 ROC 曲线。根据分析结果可知 HBV—DNA 的灵敏度 78.8%，高于 HBV—DNA 联合 AFP 的 72.8%，高于 AFP 的 67.4%，HBV—DNA 联合 AFP 的特异度 93.9%，高于 AFP 的 92.8%，高于 HBV—DNA 的 77.7%。从整体层面来看，HBV—DNA 联合 AFP 对乙型肝炎肝硬化失代偿期患者 1 年死亡的诊断效能高于 HBV—DNA 与 AFP 单独检测。

表 5 多指标联合预测乙型肝炎肝硬化失代偿期患者 1 年死亡价值分析

指标	灵敏度 (%)	特异度 (%)	P 值	AUC (95%CI)
HBV—DNA	78.8	77.7	<0.05	0.816 (0.735~0.884)
AFP	67.4	92.8	<0.05	0.861 (0.801~0.925)
HBV—DNA 联合 AFP	72.8	93.9	<0.05	0.892 (0.812~0.934)

3 讨论

乙型肝炎肝硬化是临床较为常见的一种进行性肝脏疾病，早期因患者肝脏功能代偿较强，临床症状并不明显，很容易被患者忽视，从而导致疾病得不到及时诊断与治疗。而随着患者病情的不断发展，肝脏受损程度日益加深，肝脏功能代偿减弱，容易出现继发感染、肝脏癌变、肝性脑病、门静脉血栓形成等并发症，增加患者治疗难度，威胁患者生命安全。目前，我国乙型肝炎肝硬化发病率较高，且呈缓慢增长趋势。这就需要加强乙型肝炎肝硬化，尤其是乙型肝炎肝硬化失代偿期诊疗与防治力度，降低乙型肝炎肝硬化发病率与死亡率。研究表明，乙型肝炎肝硬化患者中，代偿期患者与失代偿期患者肝脏细胞受损程度不同，临床可通过肝病生物学指标对肝脏细胞受损情况进行评估，并根据评估结果鉴别乙型肝炎肝硬化类型，诊断乙型肝炎肝硬化失代偿期；肝脏细胞受损程度与患者预后结果密切相关，通常肝脏细胞受损越严重患者死亡风险越高，所以临床可根据肝病生物学指标水平进行预后判断^[6]。

本研究发现乙型肝炎肝硬化代偿期患者 HBV—DNA 表达水平高于乙型肝炎肝硬化失代偿期患者，AFP 表达水平低于乙型肝炎肝硬化失代偿期患者，说明 HBV—DNA 与 AFP 能够评估患者病情严重程度，用于病情监测、预后判断。与此同时，对比乙型肝炎肝硬化失代偿期 1 年死亡患者与生存患者临床特征，发现年龄、TBIL、ALB、NLR、Cr、PT、HBV—DNA、AFP、CTP 评分、Hb 均可在一定程度上影响患者 1 年死亡率，且 HBV—DNA、AFP、HBV—DNA 联合 AFP 在患者 1 年死亡预测中具有一定应用价值，相对而言 HBV—DNA 联合 AFP 预测效果更好。

AFP 主要由胎儿肝细胞、卵黄囊合成，因此胎儿的 AFP 含量较多，而成年人的 AFP 含量较少，但是但成年人在多因素作用下免疫功能发生改变时，血清中的 AFP 含量将发生改变，根据 AFP 在血清中的表达水平可对一些疾病进行检测与诊断。目前，临床已经证明 AFP 和肝癌、胰腺癌、肺癌等多种癌症的发生和发展相关，与此同时在肝炎、肝硬化等肝病中，AFP 水平也较健康人高，且肝细胞功能损伤越严重，其在血清中的含量越高。因此，临床可通过 AFP 检测进行肝病筛查，并根据 AFP 在肝病患者的表达水平对其肝细胞功能状况进行评估，为乙型肝炎肝硬化失代偿期诊断与预后判断提供准确检测依据。HBV—DNA 作为乙肝病毒基因，能够准确反应乙型肝炎肝硬化患者乙肝病毒复制水平。通常乙型肝炎肝硬化失代偿期患者因肝脏受损严重，功能性肝细胞大量减少，所以导致 HBV—DNA 水平降低。因此，通过 HBV—DNA 定量分析，可对患者病情严重程度进行评价与判断。HBV—DNA 联合 AFP 能够产生较好协同作用，进一步提高预后预测准确性。

综上所述，乙型肝炎肝硬化失代偿期患者预后评价中 HBV—DNA 联合 AFP 检测应用价值较高，值得重视。

参考文献：

[1]王钰琛,王勤英.尿 N-乙酰-β-D-氨基葡萄糖苷酶 尿视黄醇结合蛋白 尿 β₂ 微球蛋白联合检测对乙型肝炎肝硬化患者早期肾损伤诊断的临床价值[J].中国药物与临床,2021,21(22): 3671-3674.

[2]张锐.血清免疫球蛋白在慢性乙型肝炎病毒性肝炎及肝硬化中的临床检验价值[J].现代医学与健康研究电子杂志,2021,5(16): 19-21.

[3]刘伶俐.血清标志物、ALT、AST、PT 及 HBV—DNA 联合检测对乙型肝炎患者的价值[J].中国继续医学教育,2021,13(21): 112-115.

[4]王颖,赵奎,秦建忠.HBV cccDNA、HBsAg、HBV pgRNA 联合检测对恩替卡韦治疗 HBeAg 阳性慢性乙型肝炎效果的预测价值[J].临床肝胆病杂志,2020,36(05): 1008-1013.

[5]宋贤超.血清 miR-143、miR-145、AFP 和 AFP-L3 水平对肝硬化失代偿期患者的诊断价值[J].中国合理用药探索,2019,16(05): 125-127.

[6]朱壹澎,卢高峰,黄丽娜,等.血清 CA125、CA199、CEA、AFP 检测在肝炎与肝硬化鉴别诊断中的价值[J].山东医药,2019,59(01): 46-48.

聚焦超声治疗宫颈持续高危型 HPV 感染临床效果观察

王丽欣 王晓亚 焦倩 师晓晔

石家庄市栾城人民医院妇产科 河北石家庄 051430

摘要：目的：探讨聚焦超声治疗宫颈持续高危型 HPV 感染临床效果。方法：选取 2020 年 1 月-2020 年 12 月 100 例确诊为宫颈持续高危型 HPV 感染患者作为研究对象，按照随机数字表将其分为研究组（n=50）、对照组（n=50）。对照组给予常规药物治疗，研究组在对照组的基础上给予患者聚焦超声治疗。分析两组患者治疗前后临床效果；对治疗 3 个月后、6 个月后、12 个月后 HPV 阳性率；治疗前后两组患者白介素-2（IL-2）、白介素-4（IL-4）、白介素-6（IL-6）、 γ -干扰素（IFN- γ ）水平。结果：研究组总有效率为 92.00%，对照组总有效率为 80.00%，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；研究组患者 3 个月后、6 个月后、12 个月后 HPV 阳性率明显低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；治疗前，两组患者 IL-2、IL-4、IL-6、IFN- γ 水平差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），治疗后，两组患者的 IL-2、IL-4、IL-6、IFN- γ 水平均改善，其中，研究组 IL-2、IL-4、IL-6、IFN- γ 水平明显优于对照组患者，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：聚焦超声治疗宫颈持续高危型 HPV 感染临床效果显著，能够显著降低 HPV 阳性率，改善患者的炎症细胞因子水平，促进患者恢复，值得在临床上推广。

关键词：聚焦超声；宫颈持续高危型 HPV 感染；生活质量；影响

宫颈癌是临床上常见的女性生殖系统恶性肿瘤^[1-3]，临床上针对该疾病多采用手术治疗。但是，由于该疾病早期并无显著临床表现，确诊时往往处于中晚期，患者错失治疗时机，严重威胁到患者的生命安全^[4-5]。相关文献指出，HPV16、HPV18 型持续感染与宫颈癌的发生密切相关，HPV 感染时导致宫颈癌发病的病因^[6-7]。因此，早期对宫颈持续高危型 HPV 感染患者进行干预治疗，能够有效预防宫颈癌的发生。为进一步探讨聚焦超声治疗宫颈持续高危型 HPV 感染临床效果，选取 2020 年 1 月-2020 年 12 月 100 例宫颈持续高危型 HPV 感染患者作为研究对象，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 对象与分组

选取 2020 年 1 月-2020 年 12 月 100 例宫颈持续高危型 HPV 感染患者作为研究对象，按照随机数字表将其分为研究组（n=50）及对照组（n=50）。经统计学分析，研究组与对照组的一般资料差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性，其详细情况见表 1，患者均知情同意。

表 1 两组患者一般资料情况比较

组别	年龄（岁）	病程（月）	HPV16/HPV18
研究组（n=50）	38.15±3.45	6.14±2.15	23/27
对照组（n=50）	38.06±3.38	6.32±2.12	24/26
T/X ²	0.405	0.496	0.095
P 值	>0.05	>0.05	>0.05

1.2 方法

对照组给予干扰素 α -2b 凝胶治疗，每次 1 支，一天 1 次，共治疗 4 周。研究组在对照组的基础上给予患者聚焦超声，本次研究主要采用重庆海扶技术有限公司生产的 CZF 型聚焦超声治疗仪，患者采取截石位，对外阴消毒之后，暴露宫颈，采用超声治疗头与宫颈外口直接接触，对病变区附近采用均速进行环形扫描，重复上述治疗 3 次，当治疗面变小、变硬或

是颜色变浅的时候停止治疗。

1.3 观察指标^[8-9]

分析两组患者治疗前后临床效果；对治疗 3 个月后、6 个月后宫颈 HPV 病毒载量影响；治疗前后两组患者白介素-2（IL-2）、白介素-4（IL-4）、白介素-6（IL-6）、 γ -干扰素（IFN- γ ）水平。

1.4 统计学方法

应用 SPSS22.0 统计学系统进行分析，计量数据以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，差异性比较用 t 检验，计数资料则用 n（%）来表示，采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 代表差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床效果比较

研究组总有效率为 92.00%，对照组总有效率为 80.00%，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 两组患者临床效果比较

组别	显效	有效	无效	总有效率
研究组 (n=50)	27 (54.00)	19 (38.00)	4 (8.00)	46 (92.00)
对照组 (n=50)	19 (38.00)	21 (42.00)	10 (20.00)	40 (80.00)
X ²				5.239
P 值				<0.05

2.3 两组患者治疗前后的 IL-2、IL-4、IL-6、IFN- γ 水平比较

治疗前，两组患者 IL-2、IL-4、IL-6、IFN- γ 水平差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），治疗后，两组患者的 IL-2、IL-4、IL-6、IFN- γ 水平均改善，其中，研究组 IL-2、IL-4、IL-6、IFN- γ 水平明显优于对照组患者，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 4。

表 4 两组患者治疗前后的 IL-2、IL-4、IL-6、IFN- γ 水平比较

组别	IL-2		IL-4		IL-6		IFN- γ	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组(n=25)	13.25±2.04	24.32±3.29	17.03±2.38	30.15±3.29	21.24±3.28	13.56±2.31	43.23±5.39	22.14±3.27
对照组(n=25)	13.38±2.13	19.43±2.31	17.42±2.15	25.49±3.27	21.94±3.27	20.13±3.27	43.10±5.28	39.53±4.32

t	0.094	10.294	0.294	11.204	0.239	8.392	0.193	9.393
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 两组患者 HPV 阳性率比较

研究组患者 3 个月后、6 个月后、12 个月后 HPV 阳性率明显低于对照组，差异有统计学意义（P<0.05），见表 5。

表 5 两组患者 HPV 阳性率比较

组别	3 个月后 HPV 阳性率	6 个月后 HPV 阳性率	12 个月后 HPV 阳性率
研究组（n=50）	37（74.00）	28（56.00）	8（16.00）
对照组（n=50）	43（86.00）	38（76.00）	21（42.00）
X ²	4.392	6.493	5.093
P 值	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

由于女性宫颈部位存在隐蔽性，因此，HPV 持续性感染在一定程度上增肌打了病毒扩散以及宫颈癌的发生风险^[10-11]。相关研究指出，宫颈高危性 HPV 感染发生率约为 27%，其中单纯高危型 HPV 引发宫颈癌的概率高达 98%^[12-13]，持续性高位 HPV 感染率则为 3%。

随着现阶段宫颈筛查的普及，越来越多的宫颈持续高危型 HPV 感染患者被发现，针对该疾病，早期干预治疗具有重要意义^[14-16]。以往临床上多采用物理治疗方法，但是其临床效果并不显著。随着超声技术的飞速发展，聚焦超声开始应用于临床，刚开始多应用于恶性肿瘤的治疗。近年来，发现聚焦超声治疗宫颈持续高危型 HPV 感染能够获得显著疗效。聚焦超声作为一种从内向外的微创治疗方法^[17]，能够通过摧毁靶区组织，不破坏表面组织达到治疗病灶的目的。与物理治疗方法相比，该项治疗方法患者治疗后不良反应小，对患者的创伤小，能够有效促进患者的病情恢复。研究组总有效率为 92.00%，对照组总有效率为 80.00%，差异有统计学意义（P<0.05），聚焦超声治疗宫颈持续高危型 HPV 感染能够显著提高其疗效；研究组患者 3 个月后、6 个月后、12 个月后 HPV 阳性率明显低于对照组，差异有统计学意义（P<0.05），聚焦超声治疗宫颈持续高危型 HPV 感染能够显著降低 HPV 阳性率，促进患者的恢复；治疗前，两组患者 IL-2、IL-4、IL-6、IFN-γ 水平差异无统计学意义（P>0.05），治疗后，两组患者的 IL-2、IL-4、IL-6、IFN-γ 水平均改善，其中，研究组 IL-2、IL-4、IL-6、IFN-γ 水平明显优于对照组患者，差异有统计学意义（P<0.05），聚焦超声治疗宫颈持续高危型 HPV 感染能够显著改善患者的炎症细胞因子水平。

综上所述，聚焦超声治疗宫颈持续高危型 HPV 感染临床效果显著，能够显著降低 HPV 阳性率，改善患者的炎症细胞因子水平，促进患者恢复，值得在临床上推广。

参考文献：

[1] Qin Yi, Li Qing, Ke Xunyu, Zhang Yan, Shen Xiaoling, Wang Wenping, Shi Qiuling, Li Chengzhi. Clearance of HR-HPV within one year after focused ultrasound or loop electrosurgical excision procedure in patients with HSIL under 30.[J]. International journal of hyperthermia : the official journal of European Society for Hyperthermic Oncology, North American Hyperthermia Group, 2022, 39(1).

[2] 王静霞, 史志萍, 于海凤, 于秀娟, 王琳. 聚焦超声联合干扰素治疗高危型人乳头瘤病毒感染宫颈病变的临床效果[J]. 中国妇幼保健, 2021, 36(04):

962-964.

[3] 黄爱芳. 重组人干扰素 α-2b 凝胶联合氯喹那多-普罗雌烯阴道片治疗慢性宫颈炎并阴道高危型人乳头状瘤病毒感染的疗效评价[J]. 中国药业, 2015, (2): 23-24, 25.

[4] 李卓艺, 沈晓玲, 湛丹. 物理治疗子宫颈高级别鳞状上皮内病变的疗效和危险因素分析[J]. 中国妇幼保健, 2020, 35(23): 4613-4615.

[5] 梁婉桃, 董萌萌, 高芳萍, 李珊, 黄慧红, 黄媚, 蓝雪琴. 聚焦超声联合抗 HPVβ-葡聚糖功能敷料治疗宫颈 HPV 持续性感染的疗效[J]. 西部医学, 2020, 32(11): 1608-1611+1615.

[6] 孙全胜, 罗友莲. 干扰素 α-2b 联合聚焦超声治疗人乳头瘤病毒(HPV)感染宫颈炎患者有效性和安全性研究[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2020, 7(23): 52-53.

[7] Fu Zhenhua, Fan Yijin, Wu Can, Yan Ping, Ye Yibi, Yang Huan, Li Chengzhi. Clinical efficacy and mechanism for focused ultrasound (FUS) in the management of cervical intraepithelial neoplasia 1 (CIN1).[J]. International journal of hyperthermia : the official journal of European Society for Hyperthermic Oncology, North American Hyperthermia Group, 2020, 37(1).

[8] 颀佳, 王彩云, 杨秀梅, 韩哲, 孙广宇, 陈瑞雪. 聚焦超声对宫颈高级别鳞状上皮内病变患者宫颈局部微环境的影响[J]. 中南医学科学杂志, 2020, 48(02): 187-190.

[9] 刘维, 廖娟. 冷冻及高强度聚焦超声技术对慢性宫颈炎合并人乳头瘤病毒感染治疗的临床疗效[J]. 系统医学, 2019, 4(06): 122-124.

[10] 林琳, 傅亚均. 宫颈上皮内瘤变 I 级合并高危型 HPV 感染行宫颈环形电切术与聚焦超声治疗的疗效对比[J]. 传染病信息, 2018, 31(04): 368-371.

[11] 江海芳. 木贼草膏联合宫颈聚焦超声治疗宫颈炎合并持续高危型人乳头瘤病毒感染的临床效果[J]. 华夏医学, 2018, 31(05): 88-90.

[12] 黄泽红, 吴华平, 董彩霞. 不同方法治疗合并宫颈高危型人乳头瘤病毒感染的慢性宫颈炎患者临床对比研究[J]. 中外医疗, 2018, 37(19): 73-75.

[13] 胡静, 伍雯莹. 聚焦超声联合乳酸菌阴道胶囊治疗宫颈柱状上皮异位的疗效观察[J]. 中华保健医学杂志, 2018, 20(01): 67-68.

[14] 孟召静, 何萍. 不同方法治疗合并宫颈高危型人乳头瘤病毒感染的慢性宫颈炎患者临床对比研究[J]. 实用妇科内分泌杂志(电子版), 2017, 4(01): 47+50.

[15] 付贞花, 汪炼, 凌玲, 陈敏, 颜萍, 叶义碧, 吴灿, 李成志. 宫颈上皮内瘤样病变 I 级经聚焦超声治疗前后局部 P16、Ki-67 基因及 Fas 表达的变化[J]. 中国介入影像与治疗学, 2016, 13(04): 230-233.

[16] Calil L.N., Edelweiss, 等. P16INK4a and Ki67 expression in normal, dysplastic and neoplastic uterine cervical epithelium and human papillomavirus (HPV) infection[J]. Pathology Research and Practice, 2014, 210(8): 482-487. doi: 10.1016/j.prp.2014.03.009.

[17] 唐雪莉, 高磊, 李幼平, 喻佳洁, 李向莲. 聚焦超声治疗有症状宫颈柱状上皮异位疗效和安全性的 Meta 分析[J]. 中国循证医学杂志, 2015, 15(04): 425-438.

项目来源：石家庄市科学技术研究与发展计划项目（211200683）

抗 HPV 生物蛋白敷料辅助治疗宫颈持续高危型 HPV 感染临床效果观察

王晓亚 王丽欣 焦倩 师晓晔

石家庄市栾城人民医院妇产科 河北石家庄 051430

摘要：目的：探讨针对宫颈持续高危型人乳头瘤病毒（HPV）感染感染者，采取抗 HPV 生物蛋白敷料辅助的价值。方法：选取 2020 年 1 月至 2022 年 1 月收治的持续高危型 HPV 感染者 80 例，遵循随机数字表法原则，分成两组，主要是观察组、对照组，每组均是 40 例。对照组患者持续单药保妇康栓给药 3 个疗程，观察组则是予以保妇康栓结合抗 HPV 生物蛋白敷料治疗，持续治疗 3 个疗程，观察各组的治疗效果、宫颈糜烂、炎症因子以及免疫功能指标。结果：观察组的治疗总有效率高于对照组，95.00%VS77.50%（ $P<0.05$ ）；观察组疗程结束后，在轻度糜烂率低于对照组，85.00%VS55.00%（ $P<0.05$ ）；在经治疗后，各组患者血清 CRP、IL-6、PCT 较之于治疗前降低，观察组低于对照组（ $P<0.05$ ）；治疗后患者 CD3+、CD4+、CD4+/CD8+较治疗前提高，CD8+较治疗前降低，观察组指标变化比对照组显著（ $P<0.05$ ）。结论：采取抗 HPV 生物蛋白敷料辅助治疗宫颈持续高危型 HPV 感染的效果满意，减轻宫颈糜烂情况，缓解宫颈炎症情况及提高免疫功能，值得推广。

关键词：抗 HPV 生物蛋白敷料；宫颈；高危型人乳头瘤病毒感染；宫颈糜烂；炎症因子；免疫功能

宫颈是女性生殖系统常见的一种恶性肿瘤疾病，占到女性生殖肿瘤的首位，致残致死率高，这严重威胁女性生命安全^[1]。现有研究表明，人乳头瘤病毒（HPV）感染同宫颈癌及癌前病变发生存在紧密联系，而 HPV 感染持续进展到宫颈癌需经历较长的时间，若是在疾病发展进程及时发现并采取有效治疗措施可预防宫颈癌发生^[2]。当前针对宫颈持续高危型 HPV 感染并无特效治疗药物，比较常用的控制类药物为保妇康栓，但是随着科学技术以及基础医学研究的不断提高，抗 HPV 生物蛋白敷料发现后，控制以及消除 HPV 感染能力明显提高，应用的安全性及效果经临床研究证实^[3-4]。随着近年来女性 HPV 感染几率的增加，针对疾病的有效治疗方法研究也是关注的焦点内容，本次研究中，观察了采取抗 HPV 生物蛋白敷料结合常规药物对干预宫颈持续高危型 HPV 感染的价值，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 1 月-2022 年 1 月收治的 80 例患者，均是确诊宫颈持续高危型 HPV 感染。纳入标准：（1）经 HPV 分型检测方式，均是确定为高危型 HPV 感染者，HPV 感染类型中，至少涵盖 HPV16 型与 HPV18 型；（2）经液基薄层细胞学 TCT 检查显示炎症反应型细胞改变；（3）具有完整临床资料，无药物过敏反应；（4）本人或者家属签署知情同意书。排除标准：（1）重要脏器损伤情况者；（2）已经证实宫颈癌的患者；（3）药物过敏反应者；（4）妊娠期或者哺乳期女性。按照随机数字表法原则，分成观察组与对照组，每组均 40 例。观察组年龄 23~66 岁，平均年龄（43.12±2.41）岁；病程 1~5 年，平均病程（2.56±0.41）年。对照组年龄 21~67 岁，平均（42.89±2.45）岁；病程 1~5 年，平均（2.61±0.42）年。两组患者在年龄及病程资料，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。本次研究经医院医学伦理委员会批准同意。

1.2 方法

对照组患者应用保妇康栓（海南碧凯药业有限公司，国药准字 Z46020058，规格 1.74g*12s）治疗，主要是月经干净 3d 后开始给药，每晚睡前使用温水清洁外阴，之后将一片药物置入阴道后穹隆，1 次/d，14d 为一疗程，持续治疗 3 个疗程。

观察组则是在对照组的基础上，同期在每晚经阴道内给予抗 HPV 生物蛋白敷料（山西锦波生物医药股份有限公司，晋械注准 20152640040，规格 3g/支），主要是将敷料推进阴道，1 支/d，隔天 1 次，7 次为一疗程，持续治疗 3 个疗程。

两组在治疗期间均是告知患者禁止进行性生活，保持阴道卫生清洁，养成良好的生活习惯，进行合理的饮食及做好心理干预。

1.3 疗效评价标准

显效：阴道分泌物异常症状均是完全消失，经妇科检查未见异常表现，检测 HPV-DNA 转阴；有效：异常症状缓解，检查宫颈病灶缩小；无效：阴道分泌物异常无缓解，妇科检查未见病灶缩小或者病灶扩大。

1.4 观察指标

（1）宫颈糜烂。疗程结束后停药 1 个月，经妇科检查观察宫颈糜烂情况。轻度糜烂：糜烂面积小于宫颈总面积 1/3；中度糜烂：糜烂面积占宫颈总面积 1/3-2/3；重度糜烂：糜烂面积占宫颈总面积的 2/3 以上。（2）炎症因子。两组患者均是在治疗前与治疗后，采集患者空腹肘静脉血液 4ml，将血液标本置入离心机中，以 3000r/min 速度持续离心 15min 分离血清，采取酶联免疫吸附法检测血清 C 反应蛋白（C reactive protein，CRP）、白细胞介素-6（Interleukin-6，IL-6）、降钙素原（procalcitonin，PCT）水平。（3）免疫功能。治疗前后同样采集空腹肘静脉血液，离心分离血清，借助流式细胞仪检测外周血 T 淋巴细胞亚群 CD3+、CD4+、CD8+水平，并且计算 CD4+/CD8+比值。流式细胞仪主要为美国 BD 公司生产。

1.5 统计学方法

使用 SPSS21.0 软件做统计学结果分析，计量资料用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，使用 t 检验，计数资料用（%）表示，使用 χ^2 检验，以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效比较

观察组的治疗总有效率为 95.00%，高于对照组的总有效率 77.50%，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较[n（%）]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	40	30(75.00)	8 (20.00)	2 (5.00)	38(95.00)
对照组	40	23(57.50)	8 (20.00)	9 (22.50)	31(77.50)
χ^2					5.164
P					0.023

2.2 宫颈糜烂

在疗程结束后，观察各组患者宫颈糜烂的发生情况，显示观察组在轻度糜烂的占比较对照组更高，而中度糜烂则是低于对照组，组间对比，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），各组在重度糜烂占比，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），见表 2。

表 2 两组患者治疗后宫颈糜烂比较[n（%）]

组别	n	轻度糜烂	中度糜烂	重度糜烂
----	---	------	------	------

观察组	40	34 (85.00)	4 (10.00)	2 (5.00)
对照组	40	22 (55.00)	14 (35.00)	4 (10.00)
χ^2	-	8.571	7.168	0.720
P	-	0.003	0.007	0.396

2.3 炎症因子

在各组的炎症因子指标，治疗前的指标对比，差异无统计学意义，而治疗后在血清 CRP、IL-6、PCT 水平则是低于治疗前，而观察组各指标低于对照组 ($P<0.05$)，见表 3。

表 3 两组治疗前后血清各炎症因子指标水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	CRP (mg/L)	IL-6 (pg/ml)	PCT (ng/ml)
观察组	治疗前	10.25±1.56	8.86±1.33	0.89±0.13

表 4 两组患者治疗前后血清免疫功能指标水平对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	CD3+ (%)	CD4+ (%)	CD8+ (%)	CD4+/CD8+
观察组	治疗前	50.12±6.25	32.14±5.66	36.22±3.82	0.87±0.12
(n=40)	治疗后	62.25±8.14	42.01±6.56	25.11±4.52	1.67±0.35
对照组	治疗前	50.16±6.31	32.25±5.71	36.15±3.85	0.88±0.13
(n=40)	治疗后	55.42±7.22	36.71±6.23	29.02±4.22	1.22±0.26
t/P 观察组 (治疗前后)		9.424/0.000	9.515/0.000	15.545/0.000	14.456/0.000
t/P 对照组 (治疗前后)		4.607/0.000	4.527/0.000	10.685/0.000	8.270/0.000
t/P 组间值 (治疗后)		5.982/0.000	5.380/0.000	5.859/0.000	10.946/0.000

3 讨论

HPV 属于一种病毒微生物，属于 DNA 病毒，此类病毒分成多种亚型，然而总体则是可分成低危型与高危型^[5]。高危型 HPV 同女性宫颈癌的发生存在紧密相关性，而高危型 HPV 感染持续演变为癌前病变及宫颈癌，需要经历比较长的时间，最长可在 10 年以上。针对宫颈持续高危型 HPV 感染虽然无药物彻底治愈，然而可通过药物控制感染情况，在用药的选择上则是常应用保妇康栓^[6]。保妇康栓具有的抗病毒作用目前被逐渐明确，冰片及莪术油属于主要的成分，主要可以发挥生肌止痛以及行气破瘀的功效，现代药理学的研究结果表明，莪术油能够对抗广谱病原微生物，对于部分病菌甚至可直接灭活，并且增加末梢血管白细胞的数量，增强吞噬细胞吞噬功能并刺激机体免疫系统，提高免疫力；冰片属于有效透皮促进剂，对皮质激素、去角质剂、抗增生药等多种皮肤外用药物有促进渗透作用，并且对药物透过血脑屏障也有促进作用^[7]。而保妇康栓作用宫颈持续高危型 HPV 感染的效果一般，需要探讨更有效的治疗药物干预。

研究报道称，抗 HPV 生物蛋白敷料用于 HPV 感染中有较好的效果。本次研究显示，观察组在总有效率高于对照组，治疗后在轻度糜烂占比观察组高于对照组，表明用药对改善宫颈 HPV 感染的作用效果突出，减轻宫颈糜烂情况。分析原因主要是抗 HPV 生物蛋白敷料属于含 JB 蛋白及卡波姆成分的敷料，其中 JB 蛋白能利用正负电荷的作用破坏 HPV 蛋白结构，使得 HPV 失活；卡波姆包裹失活 HPV 使 HPV 失活顺利排出体外，减轻机体 HPV 感染，在保妇康栓给药基础上联合抗 HPV 生物蛋白敷料有助于增强抗 HPV 感染的效果，减轻宫颈糜烂症状^[8]。炎症因子介导炎症反应与免疫功能降低，与多种妇科疾病发生发展紧密相关，对于 HPV 感染者，在 CPR、IL-6、PCT 等炎症因子水平升高，持续使得感染发生发展，而炎症作用造成免疫功能的降低，直接影响患者的生活质量^[9-10]。本次研究结果显示，两组治疗后在炎症因子及免疫功能指标较治疗前改善，而观察组指标改善情况较对照组显著，提示采取抗 HPV 生物蛋白敷料辅助对缓解宫颈持续高危型 HPV 感染的效果满意，缓解炎症反应及提高免疫功能。这主要是因为通过保妇康栓协同抗 HPV 生物蛋白敷料的给药方式，药物能起到协同配合的作用，增强机体对 HPV 的清除以及抑制作用，提高整体效果，提升机体免疫功能。

(n=40)	治疗后	3.22±0.41	4.01±0.51	0.31±0.05
对照组	治疗前	10.18±1.61	8.92±1.34	0.91±0.14
(n=40)	治疗后	5.62±0.72	5.33±0.68	0.47±0.08
t/P 观察组 (治疗前后)		108.442/0.000	60.145/0.000	73.364/0.000
t/P 对照组 (治疗前后)		40.055/0.000	33.389/0.000	34.785/0.000
t/P 组间值 (治疗后)		21.081/0.000	12.277/0.000	12.649/0.000

2.4 免疫功能

在治疗前，在各组的免疫功能指标，差异无统计学意义，而在治疗后在 CD3+、CD4+、CD4+/CD8+ 指标较治疗前提高，而 CD8+ 指标较治疗前降低，对比在治疗后指标观察组均是优于对照组，差异具有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 4。

综上所述，抗 HPV 生物蛋白敷料辅助用于宫颈持续高危型 HPV 感染者的效果满意，缓解宫颈炎症反应，提高机体免疫功能，值得推广应用。

参考文献：

[1]张媛, 糜媛媛, 谢绮, 等. LEEP 联合干扰素和抗 HPV 生物蛋白敷料治疗 HSIL 伴高危型人乳头瘤病毒感染效果[J]. 中国计划生育学杂志, 2022, 30(4): 761-764.

[2]何晶, 张峰, 朱佳尔. 抗 HPV 生物蛋白敷料与重组人干扰素 α -2b 凝胶治疗高危型 HPV 感染的研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2020, 30(3): 403-408.

[3]李建红. 重组人干扰素 α -2b 阴道泡腾片联合抗人乳头瘤病毒生物蛋白敷料治疗宫颈低级别鳞状上皮内病变的疗效评价[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(21): 3282-3285.

[4]赵东婷, 韩萍, 肖远革, 等. 药物治疗对高危型人乳头瘤病毒感染的转归及白细胞介素-4 变化的研究[J]. 中国计划生育和妇产科, 2018, 10(6): 31-34.

[5]范建灵, 余军. 扶正解毒方治疗高危型 HPV 感染伴 I 级宫颈上皮内瘤变疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(23): 2592-2595.

[6]苏小玉, 蒙莉萍, 邹聪聪, 等. 重组人干扰素凝胶联合保妇康栓治疗宫颈高危型 HPV 感染的临床观察[J]. 中国药房, 2020, 31(8): 984-988.

[7]张勤, 王冬. 高危型 HPV 感染在宫颈鳞前病变、宫颈癌中的临床意义[J]. 现代肿瘤医学, 2020, 28(5): 788-791.

[8]武丽蕊, 王兰朋, 李红霞, 魏玲. 干扰素阴道胶囊联合微波治疗宫颈炎合并高危型 HPV 感染对外周血 Th17 和 Treg 细胞及炎症因子的影响[J]. 中国微生态学杂志, 2020, 32(12): 1454-1459.

[9]梁琳, 万晓春, 危平, 等. 宫颈鳞状上皮 FoxM1 及 Cdc25B 细胞核内蛋白水平与高危型 HPV 感染的相关性研究[J]. 中国癌症杂志, 2020, 30(8): 570-576.

[10]康连杰, 郭胜香, 董昂. 宫颈上皮病变中高危型 HPV 感染与病变分级及 P53, p16INK4a 和细胞周期蛋白表达的关系[J]. 临床和实验医学杂志, 2020, 19(4): 391-394.

项目来源：石家庄市科学技术研究与发展计划项目 (211200683)

盐酸文拉法辛缓释片联合心理治疗方法在抑郁症患者中的治疗效果

王旭

遂宁市中心医院 四川遂宁 629000

摘要:目的 观察临床上采用盐酸文拉法辛缓释片与心理治疗联合疗法治疗抑郁症的有效性。方法 本次医学研究以抑郁症为对象,自愿参与研究的患者有60例,研究时段为2020年10月-2021年10月,将入选患者随机划分至两个独立的小组单元,对照组患者数量:观察组患者数量=30:30,予对照组帕罗西汀方案,予观察组盐酸文拉法辛缓释片联合心理治疗方案。对比效果。结果 观察组和对照组比较心理状态、功能失调性状况、治疗效果以及不良反应等指标,结果显示前者均较优($P<0.05$)。结论 盐酸文拉法辛缓释片与心理治疗的联合疗法可以有效缓解患者的负面心理状态,改善患者的认知功能失调症状,疗效显著,且安全性高。

关键词: 抑郁症; 盐酸文拉法辛缓释片; 心理治疗; 疗效

The rapeutic effect of venlafaxine hydrochloride sustained-release tablets combined with psychotherapy in patients with depression

Wang Xu

Suining Central Hospital

Suining, Sichuan 629000

[Abstract]Objective: To observe the clinical efficacy of venlafaxine hydrochloride sustained-release tablet combined with psychotherapy in the treatment of depression. Methods: This medical study focuses on depression. There are 60 patients who volunteered to participate in the study. The study period is from October 2020 to October 2021. The selected patients are randomly divided into two independent group units. The number of patients in the control group: The number of patients in the observation group=30: 30, the control group was given the paroxetine scheme, and the observation group was given the venlafaxine hydrochloride sustained-release tablet combined with the psychotherapy scheme. Contrast effect.Results: The psychological state, dysfunctional state, treatment effect and adverse reactions were compared between the observation group and the control group, and the results showed that the former was superior ($P<0.05$).Conclusion: The combined therapy of venlafaxine hydrochloride sustained-release tablets and psychotherapy can effectively relieve the negative psychological state of patients and improve the symptoms of cognitive dysfunction in patients, with significant curative effect and high safety.

[Keywords]: depression; venlafaxine hydrochloride extended-release tablets; psychotherapy; efficacy

抑郁症是精神科最常见的一种慢性疾病,主要的临床表现为持久性的情绪低落,兴趣减退,精力下降、自卑消极等情绪,甚至有自杀行为,这些都会对家庭和社会造成严重影响^[1-3]。多数患者在发病初期抑郁症状不明显,因此容易被漏诊、误诊,待患者家属发觉时症状已经较为严重,治疗难度较大且容易反复发作^[4]。临床上常规的治疗措施为单一的药物治疗,虽然对患者的临床症状有一定的改善作用,但治疗效果未能达到预期,这是患者内心对治疗措施较为抵触以及负面情绪较为严重所致^[5-6]。基于此,本文就盐酸文拉法辛缓释片与心理治疗的联合疗法在治疗抑郁症患者方面的临床价值进行研究,结果分析如下:

1. 资料和方法

1.1 一般资料

本研究被试来源于2020年10月~2021年10月之间就诊于遂宁市中心医院心身医学科住院部的共60名抑郁症患者。纳入标准:年龄15-60岁,平均年龄(35.83±9.31)岁,受教育程度为初中及以上,符合《中国精神障碍分类及诊断标准》(CCMD-3)和《国际疾病分类-10》(ICD-10)关于抑郁障碍的诊断标准;汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HAMD)17项版本评分≥7分;患者本人或其法定监护人理解本研究的性质,并签署知情同意书。我院伦理委员会批准本次研究。

排除标准:合并有严重的器质性疾病或头颅外伤史,存在认知功能障碍;符合双相情感障碍、精神分裂症等其它精神障碍诊断或存在酒精及药物滥用病史等;哺乳期和妊娠期妇女;患者情绪波动较大,依从性差;无法进行沟通。

1.2 方法

对照组的方案为帕罗西汀片,方案具体内容如下:给予患者盐酸帕罗西汀片[浙江华海药业股份有限公司,国药准字H20031106,规格为20mg×20s)口服治疗,每日清晨1片,1次/d,之后遵医嘱酌情调整服药剂量及服药次数。

观察组的方案为盐酸文拉法辛缓释片联合心理疗法,方案具体内容如下:给予患者盐酸文拉法辛缓释片(成都康弘药业集团股份有限公司,国药准字H20070269,规格为75mg×14s)口服治疗,初始剂量为1片/d,晚上与食物同服,严禁掰开咀嚼或泡于水中再服用,最大剂量≤3片/d。再给予患者心理疗法:①多数抑郁症患者不仅伴有患者常见的焦虑、抑郁等负面情绪,还会伴有不同程度的妄想、幻觉等症,医护人员在救治过程

中,除了常规的药物治疗,还需要结合患者的临床症状、性格特点等具体情况,与患者进行有效、良性地沟通,转变其消极心态;②询问患者抑郁症产生的根源,再制定针对性的干预方案,纠正患者错误的认知角度及思维方式,引导患者采用正确、积极、健康的心态去看待事物③家属干预:医护人员鼓励患者家属参与患者的临床陪护及精神鼓励,通过聊天等方式鼓励、安慰患者,切实考虑患者的感受,增加患者的家庭归属感、安全感。连续治疗3周为一个疗程,两组患者均进行连续6个疗程的治疗。

1.3 观察指标

1.3.1 心理状态。以汉密尔顿抑郁(HAMD)以及汉密尔顿焦虑(HAMA)量表为依据,对两组患者治疗前后的心理状态情况进行评估。测评得分越低则代表患者的心理状态越好。

1.3.2 功能失调性状况。以功能失调性状况评定量表(DAS)为依据,来对两组患者治疗前后的脆弱性、吸收和排斥、完美化、强制性、寻求赞许、依赖性、自主性态度以及认知哲学等情况进行评估。

1.3.3 治疗效果。以HAMD减分率[(治疗前HAMD评分-治疗后HAMD评分)/治疗前HAMD评分*100%]为评估标准:若HAMD减分率≥50%,则判定为显效;若30%≤HAMD减分率<50%,则判定为有效;若HAMD减分率<30%,则判定为无效。以无效例数与该组患者总例数的比值作为无效率的计算公式,并以1-无效率作为治疗总有效率。

1.3.4 不良反应。患者经过治疗后产生的不良反应有头晕恶心、厌食、口干以及震颤等症。

1.4 统计学分析

此次研究涉及心理状态、功能失调性状况、治疗效果以及不良反应等指标,前两项属于计量资料,通过 $\bar{x} \pm s$ 呈现,对比分析经t检验;后两项属于计数资料,通过n/%呈现,对比分析经X²检验;资料均经双人准确录入SPSS 22.0中分析, $P<0.05$ 具有统计学意义。

2. 结果

2.1 心理状态

比较指标是治疗后的心理状态,观察组、对照组比较,显示($P<0.05$)。如表二呈现。

表2 心理状态(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	HAMD	HAMA
----	------	------

	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	t	0.025	2.396	0.083	2.933
					P	0.980	0.020	0.934	0.005
对照组 (n=30)	27.56±4.62	9.87±3.85	25.73±4.19	9.35±3.24	2.2 功能失调性状况 比较指标是治疗后的功能失调性状况，观察组、对照组比较，显示（P<0.05）。如表三呈现。				
观察组 (n=30)	27.59±4.66	7.54±3.68	25.82±4.24	6.93±3.15					

表3 功能失调性状况（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	脆弱性		吸收和排斥		完美化		强制性	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=30)	18.33±2.45	17.87±2.29	18.46±2.71	18.21±2.58	19.66±2.18	19.03±1.99	19.18±2.35	18.93±2.18
观察组 (n=30)	18.35±2.47	15.53±1.96	18.49±2.70	16.34±1.97	19.68±2.21	17.96±1.52	19.22±2.37	16.87±1.89
t	0.031	4.252	0.043	3.155	0.035	2.340	0.066	3.911
P	0.975	0.000	0.966	0.003	0.972	0.023	0.948	0.000

续表3 功能失调性状况（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	寻求赞许		依赖性		自主性态度		认知哲学	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=30)	19.35±3.06	18.95±2.87	19.83±3.22	18.96±3.04	19.34±3.52	19.01±3.09	18.24±2.56	17.84±2.38
观察组 (n=30)	19.37±3.08	16.82±2.41	19.85±3.24	16.93±2.28	19.36±3.54	17.23±2.17	18.26±2.58	15.69±1.87
t	0.025	3.113	0.024	2.926	0.022	2.582	0.030	3.891
P	0.980	0.003	0.981	0.005	0.983	0.012	0.976	0.000

2.3 治疗效果

比较指标是治疗效果，观察组、对照组比较，显示（P<0.05）。如表四呈现。

表4 治疗效果（例，%）

组别	显效	有效	无效	治疗总有效率
对照组 (n=30)	4（13.33）	15（50.00）	11（36.67）	63.33
观察组 (n=30)	12（40.00）	14（46.67）	4（13.33）	86.67
X ²	-	-	-	4.356
P	-	-	-	0.037

2.4 不良反应

比较指标是不良反应，观察组组别、对照组组别比较，显示（P<0.05）。如表五呈现。

表5 不良反应（例，%）

组别	头晕恶心	厌食	口干	震颤	不良反应总发生率
对照组 (n=30)	2（6.67）	2（6.67）	4（13.33）	1（3.33）	30.00
观察组 (n=30)	1（3.33）	0（0.00）	2（6.67）	0（0.00）	10.00
X ²	-	-	-	-	3.750
P	-	-	-	-	0.053

3. 讨论

抑郁症是一种较为常见的心理疾病，导致人们无法正常地生活、工作，严重者甚至出现消极观念，有自伤，自杀行为。临床上的常用药为草酸艾司西酞普兰、帕罗西汀、氟西汀、文拉法辛。文拉法辛是新型的苯乙胺类抗抑郁药，抗抑郁效果较好^[9]。近年来医学研究显示，文拉法辛与心理干预的联合疗法可以较好缓解其负面情绪，改善其错误认知，有利于患者的康复^[10]。

本研究结果显示两组患者治疗后 HAMD 评分和 HAMA 评分有显著改善，且观察组评分优于对照组，差异有统计学意义。文拉法辛缓释片联合心理治疗后患者的负面情绪得到较好的缓解。多数抑郁症患者的认知功能伴有不同程度的损伤，盐酸文拉法辛作为 5-羟色胺与去甲肾上腺素的双通

道抑制剂，可以有效提升患者的认知功能失调性障碍，而心理治疗可以有效纠正患者错误的认知及偏激的心态，培养其正向、乐观的生活态度，所以观察组患者的认知功能失调性状况得到较好改善，观察组患者的治疗总有效率因此较高。针对性的心理治疗措施可以有效降低患者机体对治疗的抵触心理，且增加患者治疗疾病的信心，有利于患者机体相关指标的提升，患者对医护人员工作的依从性及配合度较好，因此观察组患者的不良反应发生率较低。

综上所述，抑郁症患者在接受盐酸文拉法辛缓释片与心理治疗的联合疗法后，自身消极心态得以调整，认知功能障碍得到明显改善，疗效确切，且不良反应少，在临床一线的应用价值较高。

参考文献：

[1]王佩蓉,杨春玉,连中,等.针刺联合盐酸文拉法辛治疗抑郁症的疗效观察及对 5-HT、超敏 C 反应蛋白的影响[J].中国中医药科技,2020,27(2): 167-169,182.

[2]祖鑫,陈科.乌灵胶囊联合文拉法辛缓释片对老年抑郁症患者炎症因子、GDNF、S100β 和 NSE 水平的影响[J].中国老年学杂志,2020,40(15): 3273-3275.

[3]陈建光.文拉法辛缓释片与米氮平片联合实施在难治性抑郁症中进行治疗的临床效果及不良反应研究[J].世界最新医学信息文摘（连续型电子期刊）,2021,21(7): 112-113.

[4]徐静,史九波,张凤岐,等.血清 C-反应蛋白、白蛋白、前白蛋白、肿瘤坏死因子-α 水平与抑郁症患者 HAMD 评分的关系[J].国际精神病学杂志,2020,47(4): 682-685.

[5]傅慧,陈诗恩,崔海松,等.团体艺术治疗联合盐酸文拉法辛对伴有躯体症状围绝经期抑郁障碍患者的疗效观察[J].同济大学学报（医学版）,2020,41(6): 717-721.

[6]王晓志.文拉法辛合并认知心理治疗对难治性抑郁症的治疗效果分析[J].中国医药指南,2020,18(9): 161-162.

[7]贾四杰.认知行为心理干预联合盐酸文拉法辛缓释片对焦虑症的治疗效果[J].河南医学研究,2021,30(14): 2681-2683.

[8]王铁明,陆奕庭,杨哲,等.文拉法辛缓释剂联合盐酸氟西汀治疗男性抑郁症患者的疗效及不良反应[J].中国药物经济学,2021,16(3): 80-83.

[9]吴玉可.草酸艾司西酞普兰片与盐酸文拉法辛缓释胶囊治疗老年焦虑症患者中的临床疗效[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(97): 138-139.

[10]包黎,张静,刘伟,等.曲唑酮联合文拉法辛治疗重度抑郁症疗效与安全性的随机对照研究[J].中国药房,2021,32(16): 2008-2011.

颈部血管彩色多普勒超声在缺血性脑血管病患者检查中的临床价值

魏莹莹

辽宁省大连市旅顺口区人民医院 超声科 116041

摘要：目的：探讨颈部血管彩色多普勒超声在缺血性脑血管病患者检查中的临床价值。方法：观察对象选择我院收治的 62 例缺血性脑血管病患者，研究时间为 2021 年 1 月-2021 年 12 月，将其设为观察组，随机抽取健康体检者 60 例作为对照组，两组均采用颈部血管彩色多普勒超声，分析其检查情况。结果：①观察组出现颈动脉狭窄患者 35 例，发生率为 56.45%，对照组 8 例患者出现颈动脉狭窄，比例为 15.38%，组间数据进行统计比较，具有统计学意义；②观察组出现颈动脉斑块例数 62 例，发生率为 100%，对照组出现颈动脉斑块例数 10 例，发生率为 16.67%，对比组间数据差异显著，具有统计学意义。③观察组患者的左侧和右侧颈总动脉、颈内动脉以及颈外动脉值均大于对照组，组间数据进行统计比较，具有统计学意义；④比较两组的颈动脉内膜情况，观察组的内膜增厚率、斑块出现率均显著高于对照组，而无异常率显著低于对照组，组间数据进行统计比较，具有统计学意义。结论：缺血性脑血管病患者检查时选择颈部血管彩色多普勒超声可对颈动脉狭窄以及颈动脉粥样硬化情况进行判断，具有较高的应用价值。

关键词：颈部血管彩色多普勒超声；缺血性脑血管疾病；应用价值

脑血管疾病是威胁人类健康的首要疾病类型，尤其是随着人们生活方式和饮食方式的改变，基础疾病的患病风险升高，脑血管疾病的发生率也不断提高。除高患病率外，脑血管疾病还有较高的致残率和较高的死亡率，严重影响患者身心健康。脑血管疾病主要类型为缺血性脑血管病，早期诊断有助于患者后续治疗，同时可控制疾病发展，将患者生存率提升^[1-3]。颈部血管彩色多普勒超声是目前临床上用于缺血性脑血管疾病诊断的常用方法，属于无创的检查技术，且检查操作简单、方便，能够清晰的显示出血管的情况，为疾病的诊断提供科学的影像学依据。此次研究分析颈部血管彩色多普勒超声在缺血性脑血管病患者检查中的临床价值，并将 62 例缺血性脑血管病患者和 60 例健康人作为主要研究对象，开展系列研究，具体研究内容如下：

1 资料和方法

1.1 一般资料

观察对象选择我院收治的 62 例缺血性脑血管病患者，研究时间为 2021 年 1 月-2021 年 12 月，将其设为观察组，由 40 例男性患者以及 20 例女性患者组成，年龄 45-77 岁，平均年龄（61.5±4.0）岁；随机抽取健康体检者 60 例作为对照组，病例组成包含 41 例男性患者以及 19 例女性患者，年龄分布 47-76 岁，平均年龄（60.5±4.7）岁。统计软件对两组基线资料对比分析，无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

纳入标准^[4]：（1）观察组中纳入的所有研究对象最终均明确诊断为缺血性脑血管疾病，且对照组研究对象接受检查均未发现有脑血管病变；（2）所有研究对象的检查依从性均良好，可顺利配合完成检查，并且受检者的基础资料完整；（3）参与研究前，所有研究对象对本次研究的目的和过程均明确表示知情、同意，并且研究对象均明确表示是自愿参与本次研究，在检查开始之前由受检者本人在知情同意书上签字。本次研究符合医学研究的伦理道德要求。

排除标准^[5]：（1）合并精神疾病，或既往有精神疾病史；（2）合并意识障碍，或合并理解功能障碍、言语障碍；（3）中途退出研究者。

1.2 方法

采用多普勒超声诊断对两组受检者进行检查，调整探头频率 6-9MHz，受检者选择平卧位充分暴露颈部，颈部通过垫枕抬升头部偏向一侧。扫描方向顺延颌下角、枕下角以及锁骨，对其相关数据进行记录。对照组颈动脉血管壁表现为双线征，同时内中膜厚度在 1mm 以下。

1.3 评估指标

（1）颈动脉狭窄程度：轻度为狭窄程度在 49%以下，血流动力学并无显著改变；中度为狭窄程度在 50-69%之间；重度狭窄程度在 70-99%之间^[5]。

（2）颈动脉狭窄情况：按照斑块形态学特征分为软斑、硬斑以及混合斑，计算比较两组的颈动脉狭窄率。

（3）对两组研究对象的左右两侧颈总动脉、颈内动脉以及颈外动脉值进行测量，使用高频超声探头作为测量工具，每个部位测量三次，取三次的平均值。

（4）颈动脉内膜情况：包括内膜增厚、出现斑块、无异常，颈动脉 IMT 在 1.0mm 以下，则说明颈动脉内膜正常；颈动脉内径 IMT 为 1.0-1.3mm 时，则说明颈动脉出现内膜增厚；当颈动脉 IMT>1.3mm 时，则说明颈动脉存在斑块^[6]。

1.4 统计学分析

数据在计算以及整理时采用 SPSS21.0 统计软件，数据计算表现形式为计数资料，分组资料检验采用卡方，组间形成统计学意义的标准为 $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 两组研究对象的颈动脉狭窄程度比较

观察组轻度颈动脉狭窄例数 8 例，比例 12.90%，中度颈动脉狭窄例数 20 例，比例 32.26%，重度颈动脉狭窄例数 7 例，比例 11.29%，发生率为 56.45%，对照组轻度颈动脉狭窄例数 8 例，比例 15.38%，并未出现中度颈动脉狭窄以及重度颈动脉狭窄患者，发生率为 15.38%。组间数据对比后 $\chi^2=24.838$ ， $P=0.623$ ，组间数据具有统计学意义。

2.2 两组研究对象的颈动脉斑块比较

观察组软斑 15 例，比例 24.19%，硬斑 35 例，比例 56.45%，混合斑 12%，比例 19.35%，发生率为 100%；对照组软斑 10 例，比例 16.67%，并未出现硬斑以及混合斑者，发生率为 16.67%，组间数据对比后 $\chi^2=149.071$ ， $P=0.276$ ，组间数据具有统计学意义。

2.3 两组研究对象的两侧颈总动脉、颈内动脉、颈外动脉值比较

经比较两组研究对象的颈总动脉值：观察组患者的左侧颈总动脉值是（ 1.18 ± 0.32 ）mm，对照组的左侧颈总动脉值是（ 0.78 ± 0.17 ）mm， $t=8.458$ ， $P=0.000<0.05$ ，两组之间比较，差异有统计学意义。观察组患者的右侧颈

总动脉值是 (1.32 ± 0.18) mm, 对照组的右侧颈总动脉值是 (0.82 ± 0.16) mm, $t=9.065$, $P=0.000 < 0.05$, 两组之间比较, 差异有统计学意义。

经比较两组研究对象的颈内动脉: 观察组患者的左侧颈内动脉值是 (1.18 ± 0.26) mm, 对照组的左侧颈内动脉值是 (0.78 ± 0.18) mm, $t=9.968$, $P=0.000 < 0.05$, 两组之间比较, 存在显著性差异。观察组患者的右侧颈内动脉值是 (1.20 ± 0.21) mm, 对照组的右侧颈内动脉值是 (0.81 ± 0.15) mm, $t=8.787$, $P=0.000 < 0.05$, 两组之间比较, 存在显著性差异。

经比较两组研究对象的颈外动脉值: 观察组患者的左侧颈外动脉值是 (1.05 ± 0.17) mm, 对照组的左侧颈内动脉值是 (0.71 ± 0.14) mm, $t=8.056$, $P=0.000 < 0.05$, 两组之间比较, 存在显著性差异。观察组患者的右侧颈内动脉值是 (1.08 ± 0.13) mm, 对照组的右侧颈内动脉值是 (0.70 ± 0.16) mm, $t=8.447$, $P=0.000 < 0.05$, 两组之间比较, 存在显著性差异。

2.4 两组研究对象的颈动脉内膜情况比较

观察组 62 例患者中, 有 24 例为内膜增厚, 内膜增厚率为 38.71%; 有 34 例出现斑块, 斑块出现率是 54.84%; 其余 4 例无异常, 无异常率为 6.45%。

对照组 60 例受检者中, 有 4 例内膜增厚, 内膜增厚率是 6.67%; 有 1 例出现斑块, 斑块出现率是 1.66%; 其余 55 例无异常, 无异常率是 91.67%。

3 讨论

临床常见脑血管疾病为缺血性脑血管, 是因为供应脑组织血液血管壁以及血流动力学发生异常引发, 主要患病人群为老年人, 这主要是因为中老年人多患有糖尿病、高血压等慢性病, 而缺血性脑血管疾病的发生机制就是脑部供血动脉发生粥样硬化或出现血栓, 导致管腔狭窄、闭塞, 进而造成脑局部供血不足^[7-10]。目前因为人们生活行为习惯的转变, 患病人群趋于年轻化, 同时此病具有较高的死亡率, 通过治疗极易产生后遗症, 对患者的身体产生一定影响, 为此需要及时诊断缺血性脑血管疾病, 对于死亡率的降低具有重要意义^[11-12]。目前临床上对于缺血性脑血管疾病患者的诊断方法较多, 常用的诊断技术包括 CT 血管造影、磁共振血管成像、彩色多普勒超声等。其中, CT 血管造影和磁共振血管成像在缺血性脑血管疾病的临床诊断上有较高的诊断准确率, 虽然有较高的诊断准确率, 但相比较而言, 采用 CT 血管造影、磁共振血管成像两种诊断技术对患者进行检查和诊断价格较高, 增加了患者的经济负担和心理压力, 且在基层医院难以大面积推广, 临床应用受限。

由于超声技术的完善发展, 临床广泛采用颈部血管彩色多普勒超声对于缺血性脑血管疾病诊断。此次研究结果显示观察组出现颈动脉狭窄患者 35 例, 发生率为 56.45%; 出现颈动脉斑块例数 62 例, 发生率为 100%; 左侧颈总动脉值是 (1.18 ± 0.32) mm, 右侧颈总动脉值是 (1.32 ± 0.18) mm, 左侧颈内动脉值是 (1.18 ± 0.26) mm, 右侧颈内动脉值是 (1.20 ± 0.21) mm, 左侧颈外动脉值是 (1.05 ± 0.17) mm, 右侧颈内动脉值是 (1.08 ± 0.13) mm; 内膜增厚率为 38.71%, 斑块出现率是 54.84%, 无异常率为 6.45%。对照组出现颈动脉狭窄患者 8 例, 发生率为 15.38%; 出现颈动脉斑块例数 10 例, 发生率为 16.67%; 左侧颈总动脉值是 (0.78 ± 0.17) mm, 右侧颈总动脉值是 (0.82 ± 0.16) mm, 左侧颈内动脉值是 (0.71 ± 0.14) mm, 右侧颈内动脉值是 (0.81 ± 0.15) mm, 左侧颈内动脉值是 (0.71 ± 0.14) mm, 右侧颈内动脉值是 (0.70 ± 0.16) mm; 内膜增厚率是 6.67%, 斑块出现率是 1.66%, 无异常率是 91.67%, 组间数据对比均形成统计学意义。表示产生缺血性脑血管疾病主要因素为颈动脉斑块, 是由于斑块破裂后出现血管栓塞, 继而形成斑块溃疡。粥样硬化属于血管内膜炎症, 斑块胶原蛋白可通过炎症溶解, 因此会出现血管破裂, 直至产生血管闭塞^[13-15]。颈部血管彩色多普勒

超声可对动脉内流动力学改变情况进行观察, 经过动态观察后可及时找到颈部病变血管^[7-8]。同时缺血性脑血管患者颈动脉狭窄程度较为严重, 血流动力学变化出现差异性。此外颈部血管彩色多普勒超声检查安全性良好, 费用较低, 属于无创性血管显示方式, 能够直观的观察患者的情况。但是目前一些基层医院对于颈部动脉彩色多普勒超声检查的重视程度相对较低, 加上患者的认知缺乏, 导致此项筛查的临床应用范围受限, 因此, 在日后的工作中要加大科普力度, 以提高颈部动脉彩色多普勒超声的筛查力度, 进而提高脑血管疾病的早期检出率。同时要加强对基层医护人员知识普及与培训工作, 加大对特殊人群和高危人群的宣传力度, 尤其是对于高龄人群更要加大宣教力度, 做到早发现、早诊断、早治疗, 从而延缓病情的进展, 提高患者的生存质量。

综上所述, 缺血性脑血管疾病患者颈部血管彩色多普勒超进行诊断可正确判断颈动脉粥样硬化情况以及颈动脉狭窄情况, 有助于患者后续治疗, 具有较高的临床应用价值。

参考文献:

- [1] 孙涛, 皮美清, 朱雪薇. 颈部血管彩色多普勒超声检查对缺血性脑血管病患者的临床价值[J]. 基层医学论坛, 2020, 24(17): 2456-2457.
- [2] 王巍. 256 层螺旋 CT 血管造影、颈部血管超声和 TCD 在缺血性脑血管病患者诊断中的应用[D]. 华北理工大学, 2019.
- [3] 李学应, 孙成晖, 利建, 吴扬燕, 孙柳梅. 颈部血管彩色多普勒超声检查在老年缺血性脑卒中患者中的应用价值[J]. 中国当代医药, 2019, 26(09): 117-119.
- [4] 倪娜, 魏义梅, 李新军. 彩色多普勒对缺血性脑血管病患者颈部动脉血管病变的诊断价值[J]. 新疆医学, 2019, 49(6): 589-591.
- [5] 唐燕, 宋建琼, 魏国李, 等. 缺血性脑血管病患者颈动脉超声检查的临床意义[J]. 现代医药卫生, 2020, 36(4): 565-567.
- [6] 谭乃杰. TCCS 与 CDU 联合诊断缺血性脑血管病的临床解析[J]. 中国城乡企业卫生, 2019, 34(10): 1-3.
- [7] 李兆强, 华扬, 贾凌云, 等. 颈内动脉与椎动脉夹层的血管超声评估及管腔再通的差异性分析[J]. 中国脑血管病杂志, 2019, 16(4): 175-180.
- [8] 胡玉藏. 颈部血管彩超联合头颅磁共振血管造影在缺血性脑血管病中的诊断价值[J]. 航空航天医学杂志, 2019, 30(11): 1331-1332.
- [9] 闫进, 刘保龙. 颈部血管彩超联合经颅多普勒超声对缺血性脑卒中的诊断价值[J]. 临床医学, 2020, 40(9): 66-67.
- [10] 宋乃云. 彩色多普勒超声检查颈动脉 IMT 及斑块在老年缺血性脑卒中患者中的应用[J]. 影像研究与医学应用, 2019, 3(13): 42-43.
- [11] 王志成, 李艳艳, 徐莹, 等. 进展性缺血性脑卒中和颅内血管狭窄的相关性分析[J]. 中国医药指南, 2019, 17(2): 47-48.
- [12] 王明玉, 李红娥, 籍牛, 等. 颈部血管彩超对前循环脑梗死的评价研究[J]. 国际医药卫生导报, 2019, 25(20): 3438-3440.
- [13] 刘家开, 李景, 刘瑞敏, 等. 颈部血管超声指标在脑卒中高危人群筛查中的应用价值及相关危险因素分析[J]. 中国临床医生杂志, 2020, 48(11): 1373-1375.
- [14] 江武华. 颈动脉彩超与经颅多普勒联合检查在脑卒中筛查中的应用价值[J]. 中国医学创新, 2020, 17(19): 134-137.
- [15] 王永蛟, 杨清成, 李振华, 等. 安阳市脑卒中高危人群颈动脉粥样硬化的危险因素分析[J]. 中国临床神经科学, 2020, 28(6): 687-690.

早期宫腔纱布填塞在基层医院剖宫产术中止血的应用效果观察

邢素敏

东明县东明集镇卫生院 妇产科 山东省菏泽市 274500

摘要：目的：早期宫腔纱布填塞在基层医院剖宫产术中止血的应用效果观察。方法：以我院 2021 年收诊的产妇为对象，将患者分为观察组和对照组，对比患者的治疗情况进行分析，观察患者恢复情况。结果：观察组显效、有效、无效、有效率数据为 35（77.78）、8（17.78）、2（4.44）、43（95.56），对照组为 28（62.22）、10（22.22）、7（15.56）、38（84.44），有差异（ $\chi^2=12.658$ 、4.524、10.896、10.896， $P=0.001$ 、0.036、0.001、0.001）。观察组切口愈合不良、高热、宫腔感染、并发症数据为 1（2.22）、1（2.22）、0（0.0）、2（4.44），对照组 2（4.44）、2（4.44）、1（2.22）、5（11.11），并发症发生情况差异明显（ $\chi^2=2.587$ 、2.587、2.857、7.124， $P=0.062$ 、0.062、0.056、0.006）。观察组禁食时间、下床活动、住院时间数据为 32.45±5.87h、20.58±5.64h、10.25±3.85d，对照组 31.57±7.64h、26.57±6.48h、14.68±4.74d，有差异（ $t=4.025$ 、5.124、6.458， $P=0.038$ 、0.023、0.016）。观察组患者非常满意、一般满意、不满意、满意度数据为 30（66.67）、14（31.11）、1（2.22）、44（97.78），对照组为 24（53.33）、15（33.33）、6（13.64）、39（86.36），有差异（ $\chi^2=10.578$ ， $P=0.001$ ）。结论：基层医院剖宫产术中止血治疗中采取早期宫腔纱布填塞方案能够提高止血效果，提高治疗效果，降低患者出现并发症的概率，患者治疗满意度比较高，适合在这类患者中应用。

关键词：早期宫腔纱布填塞；基层医院剖宫产术；止血；应用效果；观察

剖宫产是产妇比较常见的手术，对于产妇分娩有较大的价值。近些年剖宫产的应用效率比较高，患者在手术后容易出现术中或是产后大出血的概率比较高，若是对患者的治疗不足，可能会影响患者康复，还有可能会出现一些更为严重的损伤。剖宫产患者手术后进行治疗需要以止血为主，降低对患者的影响，快速地降低对患者的影响，减少患者出现出血性休克的风险^[1]。基层医院剖宫产术中对于出现出血的患者可以采取早期宫腔纱布填塞可以提高止血效果，并且能够有效控制出血量，降低对产妇生命安全的影响。当前大部分医院都是采取早期宫腔纱布填塞进行治疗，取得了一些成果。以我院 2021 年收诊的产妇为对象，对于早期宫腔纱布填塞在剖宫产患者止血治疗中的效果进行分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以我院 2021 年收诊的 90 例产妇为对象，将患者分为观察组和对照组，对比患者的治疗情况进行分析，观察患者恢复情况。患者信息如表 1。

表 1 两组患者一般情况

组别	例数	年龄（岁）		平均孕周（周）	初产妇/经产妇
		年龄范围	平均年龄		
观察组	45	24-34	30.88±4.64	37.45±1.64	27/18
对照组	45	24-35	30.41±4.54	37.85±1.58	25/20
T/ χ^2	--	1.068	0.754	0.857	0.695
P	--	0.257	0.658	0.612	0.748

1.2 方法

对照组患者采取缝合术进行止血治疗，剖宫产术胎盘娩出后注射宫缩素进行治疗，剂量为 10u，对患者采取全程连续缝合子宫肌层，对于胎盘剥离部位出血可局部缝扎止血，子宫收缩差^[2]。同时可以对患者进行宫底按摩，在患者宫底注射卡前列素氨丁三醇 25u。

观察组患者采取早期宫腔纱布填塞治疗方案，对患者治疗中可以采取用无菌长纱布条，检查完成无断裂填塞前进行无菌处理，采用生理盐水和

甲硝唑容易进行处理，进行进入后拧干，在手术中要使用受在腹部固定宫底，然后另一首施工卵圆钳钳住浸湿纱布条的一端，在子宫切口防治在宫底出使用之字形进行反复折叠填塞，宫腔不留间隙，之后在子宫下段，在子宫下段在纱布块靠近的子宫颈口处需要剪出纱布条的长度，使用卵圆钳将纱布条的末端从子宫切口放下放置在宫颈口 2-3 厘米左右^[3]。在填充后需要在患者的子宫下段进行处理，并且不能留无效腔，防止造成隐性出血，填紧后观察 5-10 分钟后没有出血情况后行子宫切口缝合。切口缝合后要注意缝合纱布条，避免出现取出困难^[4]。

手术后对患者进行护理观察患者的恢复情况，严密的监测患者的实际情况，检测患者血压、脉搏和心率等变化情况，在对患者治疗的过程中需要避免出现感染情况，给予患者抗生素治疗^[5]。患者要观察患者的宫缩情况，关注患者子宫变化情况，观察患者子宫收缩情况，产后子宫出血贫血情况比较严重，需要告知患者家属补充营养，要避免切口出现裂开或是出血情况^[6]。

1.3 疗效指标

对治疗后观察的治疗效果和恢复情况进行评估。

1.4 统计学处理

研究使用 SPSS25.0 统计软件对所有的数据进行分析，在研究中使用不同的工具进行对比，其中（ $\bar{x} \pm s$ ）使用 t 工具进行检验，对比数据差异。而（%）表示的数据使用 χ^2 工具检验。最后的检验结果是使用 P 进行分析，对于数据之间的差异进行研究，其中 0.05 为分界值，大于 0.05 的数据没有差异，小于 0.05 的数据差异明显，具有研究价值。

2 结果

2.1 两组患者治疗情况

观察组显效、有效、无效、有效率数据为 35（77.78）、8（17.78）、2（4.44）、43（95.56），对照组为 28（62.22）、10（22.22）、7（15.56）、38（84.44），有差异（ $\chi^2=12.658$ 、4.524、10.896、10.896， $P=0.001$ 、0.036、0.001、0.001），详见表 2。

表 2 两组患者治疗情况[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
观察组	45	35（77.78）	8（17.78）	2（4.44）	43（95.56）

对照组	45	28 (62.22)	10 (22.22)	7 (15.56)	38 (84.44)
χ^2	--	12.658	4.524	10.896	10.896
P	--	0.001	0.036	0.001	0.001

2.2 两组患者并发症发生率

观察组切口愈合不良、高热、宫腔感染、并发症数据为 1 (2.22)、1 (2.22)、0 (0.0)、2 (4.44)，对照组 2 (4.44)、2 (4.44)、1 (2.22)、5 (11.11)，并发症发生情况差异明显 ($\chi^2=2.587$ 、2.587、2.857、7.124， $P=0.062$ 、0.062、0.056、0.006)，详见表 3。

表 3 两组患者并发症发生率比较[n(%)]

组别	例数	切口愈合不良	高热	宫腔感染	并发症
观察组	45	1 (2.22)	1 (2.22)	0 (0.0)	2 (4.44)
对照组	45	2 (4.44)	2 (4.44)	1 (2.22)	5 (11.11)
χ^2	--	2.587	2.587	2.857	7.124
P	--	0.062	0.062	0.056	0.006

2.3 两组患者禁食时间、下床活动和住院时间

观察组禁食时间、下床活动、住院时间数据为 32.45±5.87h、20.58±5.64h、10.25±3.85d，对照组 31.57±7.64h、26.57±6.48h、14.68±4.74d，有差异 ($t=4.025$ 、5.124、6.458， $P=0.038$ 、0.023、0.016)，详见表 4。

表 4 两组患者禁食时间、下床活动和住院时间[n(%)]

组别	例数	禁食时间 (h)	下床活动 (h)	住院时间 (d)
观察组	45	32.45±5.87	20.58±5.64	10.25±3.85
对照组	45	31.57±7.64	26.57±6.48	14.68±4.74
t	--	4.025	5.124	6.458
P	--	0.038	0.023	0.016

2.4 两组患者治疗满意度

观察组患者非常满意、一般满意、不满意、满意度数据为 30 (66.67)、14 (31.11)、1 (2.22)、44 (97.78)，对照组为 24 (53.33)、15 (33.33)、6 (13.64)、39 (86.36)，有差异 ($\chi^2=10.578$ ， $P=0.001$)，详见表 5。

表 5 两组患者治疗满意度[n(%)]

组别	例数	非常满意	一般满意	不满意	满意度
观察组	45	30 (66.67)	14 (31.11)	1 (2.22)	44 (97.78)
对照组	45	24 (53.33)	15 (33.33)	6 (13.64)	39 (86.36)
χ^2	--	11.685	2.154	10.578	10.578
P	--	0.001	0.065	0.001	0.001

3 讨论

产妇产娩的过程中可能会出现一些异常情况，尤其是受到胎儿、产妇等因素的影响，正常分娩可能会受到影响^[7]。对于患者治疗中采取剖宫术进行治疗可以有效改善患者情况，降低对产妇生命的影响^[7]。在对产妇正常生产的过程中可能会出现大出血情况，尤其是手术中出血会比较突然，可能不知道如何处理，大部分患者在剖宫产手术期治疗中往往是采取按摩子宫、缩宫素和子宫动脉上行支结扎的方式进行治疗，可以有效地降低患

者出现异常的概率并且能够满足治疗要求，降低对患者生理功能的影响^[8]。在子宫切除后可以采取这一方法进行治疗，降低对产妇身体的影响，避免出现更大的创伤^[9]。产后出血治疗中可以采取多种措施，采取用早期宫腔纱布填塞治疗方案可以有效刺激子宫加强收缩，并且胎盘剥离后可以通过纱布压迫方式止血，这种治疗方案比较简单，对于产妇的影响比较小，能够有效地减少出血量，治疗效果十分理想，快速的短期时间进行止血。

产妇产娩抢救的过程中要采取有效的方法，对于手术操作进行分析，并且要采取更简单、方便的方法进行分析，并且要对各种因素进行分析，有效的止血。基层医院剖宫产术中止血中可以采取早期宫腔纱布填塞方法，这种治疗方法的操作简单，不需要进行特殊的操作，并且在填塞的过程中要注意不留空腔，严格地按照无菌操作进行分析，按照填塞要求进行处理，达到止血目的后缝合。部分患者止血效果不理想，可能会出现无法止血情况，因此需要更换治疗方案，可以通过切除子宫方式进行治疗，这样可以有效地降低对产妇的影响，达到治疗的目的。针对早期宫腔纱布填塞方法的运用要充分考虑到患者实际情况，熟练地进行操作，并且要想满足止血要求就需要结合现场处理现状，这样才能降低对患者的影响，提高产妇生活质量。早期宫腔纱布填塞治疗中要充分考虑到患者实际情况，对于治疗方案的价值进行分析，并且要结合严格地按照无菌操作要求进行处理，解决具体问题，提高操作质量。在对患者治疗中需要观察患者信息，并且要观察患者术后的恢复情况，若是恢复情况不佳要进行治疗方案的调整。手术后 24-48 小时内将纱布取出，尤其是纱布会导致患者感染的概率增加，这就需要及时地将纱布去除，并且要观察患者纱布取出后是否存在出血情况，及时地进行治疗。

综上所述，基层医院剖宫产术中止血治疗中采取早期宫腔纱布填塞方案能够提高止血效果，提高治疗效果，降低患者出现并发症的概率，患者治疗满意度比较高，适合在这类患者中应用。

参考文献：

[1]王巧玲.早期宫腔纱布填塞在基层医院剖宫产术中止血的应用效果观察[J].首都食品与医药,2019(12): 2.

[2]金跃华.宫腔填塞纱布条治疗剖宫产中大出血的优质护理[J].中国冶金工业医学杂志,2020,37(6): 2.

[3]任鹤.子宫背带式缝合术与纱布填塞治疗剖宫产术后出血产妇的效果比较[J].中国民康医学,2022,34(8): 4.

[4][1]唐雨曦.子宫体双侧动脉缝扎术用于剖宫产围术期宫缩乏力性出血的临床效果观察[J].临床研究,2020,28(8): 3.

[5][1]张慧,池樱.横向环形缝合瘢痕子宫下段预防产后出血的应用价值研究[J].中国计划生育和妇产科,2020,12(8): 3.

[6]黄秀芳.分析早期宫腔纱布填塞联合米索前列醇在剖宫产术后出血的应用效果[J].智慧健康,2018,4(25): 2.

[7]李宏,孟瑛.宫腔纱布填塞在前置胎盘剖宫产大出血中的应用观察[J].中国保健营养,2018,028(031): 97.

[8]孟丽.B-lynch 缝合术联合纱布宫腔填塞在剖宫产术后出血患者中的应用效果[J].河南医学研究,2020,29(16): 2.

[9]卓娟,王建英,于春风.子宫背带缝合术联合阴道填塞纱布在剖宫产宫缩乏力性出血中的临床应用[J].中国社区医师,2020,36(35): 2.

氯吡格雷联合阿司匹林治疗心肌梗塞对患者凝血功能及疗效的影响

¹徐琦 通讯作者: 王全顺

寿光市人民医院心内一科 山东潍坊 262700

摘要: 目的: 研究氯吡格雷联合阿司匹林治疗心肌梗塞对患者凝血功能及疗效的影响。方法: 随机选取 2020 年 7 月-2021 年 8 月期间我院收治的 78 例心肌梗塞患者, 将其作为研究对象随机分为观察组和对照组, 对照组共 39 例, 对其采用常规治疗进行干预, 并采用阿司匹林肠溶片进行治疗, 观察组共 39 例, 同样对其采用常规治疗进行干预, 在此前提下联合氯吡格雷片治疗。在结束治疗后, 比较两组治疗效果、凝血功能。结果: 在两组患者治疗结束 10 天后, 观察组的临床疗效明显高于对照组 ($P < 0.05$), 两组患者在治疗前的 PT、APTT、PAg 比较无对比性差异在治疗之前, 在两组患者治疗结束 10 天后, 相对比之下可发现观察组 PT、APTT 水平明显比对照组高 ($P < 0.05$), 观察治疗后对两组患者的血小板聚集率(PAgT), 明显得出观察组的 PAgT 要低于对照组 ($P < 0.05$), 在治疗期间, 观察组不良反应发生率的发生率明显比对照组的低, ($P < 0.05$), 观察组并发症发生率较对照组低 ($P < 0.05$)。结论: 阿司匹林肠溶片联合氯吡格雷治疗不仅对心肌梗塞有效提高疗效, 还能改善患者的凝血功能, 效果显著, 安全性好, 值得推广。

关键词: 心肌梗塞; 氯吡格雷; 阿司匹林肠溶片; 凝血功能; 疗效

以往调查显示, 2012-2016 年间心肌梗塞发病率呈逐年上升趋势, 每年住院病人数量呈递增趋势发病率在 12% 左右, 随着年龄的增长而递增, 高死亡率、高致残率对患者的健康和生命构成了威胁^[1]。心肌梗塞因冠状动脉斑块破裂阻塞管腔等导致心肌急性缺血、导致心肌组织损伤及坏死等心血管疾病类型, 该疾病通常用抗栓剂阿司匹林治疗, 阿司匹林对缓解轻度或中度疼痛有较好的临床效果, 小剂量使用阿司匹林还可抑制血小板聚集, 阻止血栓形成。由于单一用药疗效不佳, 应用多种药物联合运用, 而氯吡格雷是抗血小板药, 具有较强的抗血小板凝聚作用^[2]。因此, 本研究选取阿司匹林和氯吡格雷作为主要研究药物, 分析氯吡格雷联合阿司匹林治疗心肌梗塞对患者治疗效果、凝血功能, 具体报告内容于下文进行呈现。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

随机选取 2021 年 7 月至 2022 年 9 月期间我院的 78 例心肌梗塞患者。纳入标准: ①在经过各项检查后, 符合《内科学》(第 8 版) 心肌梗塞相关临床诊断标准^[3]; ②患者及其家属了解研究内容, 并签署知情同意书, 且能积极配合医护人员展开工作。

排除标准: ①合并肝肾等重要器官功能异常者②严重精神疾病者及精神系统紊乱者; ③有瓣膜病的严重主动脉瓣闭合或严重狭窄及凝血功能障碍者^[4]; ④对本研究使用的药物过敏者; ⑤恶性肿瘤患者;

依照随机数字法将患者进行分组, 对照组共 39 例, 其中男性为 24 例, 女性为 15 例, 患者的年龄最大为 75 岁, 年龄最小为 35 岁, 平均年龄为 (55.0 ± 5.3) 岁, 平均发病至治疗时间为 (3.10 ± 1.56) h; 观察组共 39 例, 其中男性为 27 例, 女性为 12 例, 患者的最大年龄为 74 岁, 年龄最小为 37 岁, 平均年龄为 (55.5 ± 5.9) 岁, 平均发病至治疗时间为 (2.68 ± 1.37) h; 两组的数据差异不具有统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。本研究获得了医院的伦理委员会批准。

1.2 方法

两组患者接受常规治疗进行干预, 具体治疗内容包括经皮冠状动脉介入术、吸氧以及给予低分子肝素钠和降压、降脂药物。在此基础上, 对照组患者给予阿司匹林肠溶片 (拜耳医药有限公司, 国药准字 J20171021), 口服初始剂量为 300mg, qd, 第三日后调整为 100mg, qd。观察组在对照组基础上加入氯吡格雷 (深圳信立泰药业股份有限公司, 国药准字

H20000542) 治疗, 初始用量为 300mg, qd, 第 2 天剂量调整至 150mg, qd, 第 3 天剂量调整为 75mg, qd。

1.3 观察指标

(1) 观察对比两组心肌梗塞患者的临床疗效。若患者在接受治疗后, 症状明显减轻且其心功能无异常, 则将其标记为显效; 若患者在接受治疗后的心绞痛的发作频率有所改善, 且心功能好转, ST 段显著下降, 但未降至正常区间中, 则将其标记为有效; 若患者在接受治疗后症状未有所改善, 且出现恶化情况, 则将其标记为无效。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 $\times 100\%$ 。

(2) 采用自动血凝仪检测观察两组患者的 PT、APTT、PAgT, 并进行对比。

(3) 观察两组患者在治疗期间出现不良反应情况, 并进行对比。

(4) 观察两组患者在治疗期间患者发生并发症的情况, 并进行对比。

1.4 统计学方法

本次研究使用 SPSS23.0 统计学软件对对本文纳入病例的相关指标、数据进行统计检验, 计量相关指标、数据包括临床疗效、不良反应发生率、并发症发生率表现形式为[n(%)], 给予卡方检验, 计量相关指标、数据包括 PT、APTT、PAgT、年龄表现形式为 ($\bar{X} \pm s$), 采用 t 检验。以 P 小于 0.05 代表数据对比结果的差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患者临床疗效情况对比

分析下表 1, 观察组治疗的总有效率明显高对照组, 具有显著性差异 ($P < 0.05$)。

表 1 两组患者临床疗效情况比较[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	39	20 (51.28)	6 (15.38)	13 (33.33)	26 (66.67)
观察组	39	28 (71.80)	7 (17.95)	4 (10.26)	35 (89.74)
χ^2					6.092
P					0.013

2.2 两组患者凝血指标监测结果比较

分析下表 2, 观察得出两组心肌梗塞患者在治疗前的 PT、APTT、PAgT

比较, ($P>0.05$), 两组患者治疗 10d 后, 观察组的 PT、APTT 水平较对照组高 ($P<0.05$), 且观察组在治疗后 PAgT 低于对照组 ($P<0.05$)。

表 2 两组患者凝血指标监测结果比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	PT(s)		APTT(s)		PAgT(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	39	11.79±2.36	12.23±3.07	33.92±4.31	35.73±4.30	67.36±8.08	41.57±5.80
观察组	39	11.64±2.33	14.03±3.11	33.63±4.32	38.83±4.22	67.76±7.28	37.20±5.19
t		0.282	2.572	0.296	3.213	0.229	3.506
P		0.778	0.012	0.767	0.001	0.819	0.000

2.3 两组患者不良反应发生率比较

分析下表 3, 观察得出观察组的不良反应发生率明显比对照组低 ($P<0.05$)。

表 3 两组患者不良反应发生率[n(%)]

组别	例数	恶心	呕吐	上腹部 疼痛	皮肤过敏	发生率(%)
对照组	39	3	1	2	3	9 (23.0%)
观察组	39	2	0	0	0	2 (5.1%)
X ²						5.185
P						0.022

2.4 两组患者并发症发生率比较

分析下表 4, 观察得出观察组的并发症发生率低于对照组 ($P<0.05$)。

表 4 两组患者并发症发生率[n(%)]

组别	例数	肺栓塞	心绞痛	凝血异常	发生率(%)
对照组	39	2	5	4	11 (28.2%)
观察组	39	3	1	0	4 (10.25%)
X ²					4.044
P					0.044

3 讨论

心肌梗塞是一种常见的心血管疾病, 其诊断的心电图典型表现为 ST 段弓背向上的抬高, 根据不同导联 ST 段的变化, 提示心肌不同部位出现了梗塞, 然而一部分心肌梗死 ST 段并未弓背向上抬高, 而是 ST 段压低, 此时需要结合心肌酶学的血清酶生化指标来诊断, 必要时还需以冠状动脉造影确定冠状动脉的供血情况、狭窄程度、病变的部位及性质来诊断心肌梗塞^[5]。它的发病原因是由于冠状动脉阻塞引起的心肌缺血、缺氧, 从而影响到心脏的收缩功能以及使得冠状动脉灌注减少, 还会使缺血的心肌细胞范围扩大, 而且心肌梗塞发生后极易引发心力衰竭、心脏破裂, 还会引起其他器官部位的血管栓塞、其他器官部位的细胞坏死, 严重的还会出现休克等并发症^[6]。如果不及时有效地治疗, 其致残率高、致死率高、预后率低, 严重威胁患者的生命安全和质量。因此, 相关学者认为^[7], 在预防和治疗心肌梗塞时, 可以使用抗血小板药物, 以减轻病人的痛苦, 并使其与凝血功能指标同步提高。从而提高患者的生存质量, 延长患者的生存时间。

本研究分析阿司匹林和氯吡格雷联合运用的效果, 研究表明, 两组患者在治疗 10 天后, 观察组的治疗总有效率明显高于对照组 ($P<0.05$)。两组患者在治疗前的 PT、APTT、PAg 比较无对比性差异, 不具有统计学意义, 而两组患者在治疗 10 天后, 观察组的 PT、APTT 的水平较对照组高

($P<0.05$), 观察组的 PAg 低于对照组 ($P<0.05$), 在治疗过程中, 观察组的不良反应发生率、并发症发生率低于对照组 ($P<0.05$)。由此说明, 阿司匹林联合氢氯吡格雷治疗心肌梗塞疗效显著, 安全性高, 能显著改善患者的凝血功能, 可能是由于阿司匹林属于环氧化酶抑制剂, 可抑制花生四烯酸形成血栓烷 A5 活性, 进而阻断血小板聚集进程, 调节血小板功能, 还能保护血管内皮细胞, 进而恢复内皮依赖性血管舒张功能, 增加心肌的血流量, 减少心肌耗氧量, 保护心肌功能^[8]。而氯吡格雷也可以抗血小板, 是一种 ADP 受体拮抗剂, 对于二磷酸腺苷 (ADP) 诱导的血小板汇聚过程可产生显著的抑制作用, 促进环磷酸腺苷 (ACP) 的产生, 抑制 Ca²⁺内流、调控血栓素 A2 分泌, 产生预防血栓形成的作用, 从而起到很好的治疗患者的作用^[9]。两种药物结合后, 可以通过纤维蛋白、环氧化酶、受体等多种途径来抑制心肌的再堵塞, 从而缩短治疗效果, 并能有效地阻断血小板的合成^[10]。

综上所述, 阿司匹林与氯吡格雷合并用药, 对于血栓具有明显的抵抗作用, 进而调节凝血功能, 有效地改善心肌梗死病人急救效果, 改善心功能恢复及防止冠状动脉再发生堵塞, 降低不良反应发生率以及并发症发生率, 在临床中十分值得推广。

参考文献:

[1]韩晓冬.氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性心肌梗死的疗效与安全性[J].中国医药指南,2020,18(32): 75-76.

[2]甘国治.阿司匹林和氯吡格雷综合治疗心肌梗塞的临床效果[J].数理医药学杂志, 2022, 35(1): 3.

[3]蔡承哲, 廖翠. 硫酸氢氯吡格雷片联合肠溶性阿司匹林对急性心肌梗死患者凝血功能及并发症的影响[J]. 卫生职业教育, 2022, 40(2): 2.

[4]马飞, 李伟峰, 杨仁强,等. 氯吡格雷联合阿司匹林肠溶片对急性心肌梗死患者凝血功能的影响[J]. 血栓与止血学, 2020, 26(1): 2.

[5]迭莎. 急性心肌梗塞的心电图分析及护理[J]. 影像研究与医学应用, 2020, 4(16): 2.

[6]廖春华、李俊宁、邹淑琴、邹云新、徐淑娟. 血浆脑钠肽水平与急性心肌梗死部位和预后的关系研究[J]. 中国医药科学, 2020, 10(13): 4.

[7]杨世海. 分析氯吡格雷联合阿司匹林治疗心肌梗塞的临床疗效及安全影响[J]. 医药界, 2020(3): 1.

[8]冯辉.氯吡格雷联合阿司匹林治疗 188 例急性心肌梗死的疗效分析[J].中国农村卫生,2020,12(16): 83.

[9]陈强, 韩冰. 阿司匹林肠溶缓释片抗栓作用的研究进展[J]. 血管与腔内血管外科杂志, 2021, 7(10): 3.

[10]梁永广, 文钦生, 阮国梅. 氯吡格雷联合阿司匹林治疗心肌梗塞的应用价值[J]. 北方药学, 2020, 17(2): 2.

对抑郁症合并睡眠障碍患者采用米氮平联合西酞普兰治疗的效果进行探究

叶妙盈

前海人寿广州总医院 广东广州 511300

摘要：目的：对抑郁症合并睡眠障碍患者采用米氮平联合西酞普兰治疗的效果进行探究。方法：选取 20221 年 1 月至 12 月期间我院医治抑郁症合并睡眠障碍患者 70 例作为研究对象，根据治疗的不同将其分成常规组（n=35，采取米氮平治疗）和实验组（n=35，采取米氮平联合西酞普兰治疗）。对比两组患者治疗效果、心理状态、氧化应激水平、睡眠质量评分及睡眠结构。结果：两组治疗后丙二醛、内皮素-1 水平均低于治疗前，一氧化氮、超氧化物歧化酶水平均高于治疗前，且实验组上述指标均优于常规组（P<0.05）。治疗后两组 HAMD 评分、HAMA 评分、睡眠质量评分均优于治疗前，且实验组优于常规组（P<0.05）。治疗后两组实际睡眠时间、睡眠潜伏期、睡眠效率等指标均优于均优于治疗前，且实验组优于常规组（P<0.05）。实验组治疗效果优于常规组（P<0.05）。结论：相较于米氮平单一治疗，对对抑郁症合并睡眠障碍患者采用米氮平联合西酞普兰治疗效果更优，其能够改善患者负面心态，提高睡眠质量，推广与应用价值高。

关键词：抑郁症；睡眠障碍；米氮平；西酞普兰；效果

经临床研究，发现睡眠障碍与抑郁症紧密相关，临床在诊断抑郁症时应严谨判断，睡眠障碍是抑郁症的临床表现，其它临床症状显著得到改善但睡眠障碍仍然未得到缓解，抑郁症病情反复，严重影响患者生活质量^[1-2]。临床针对合并症患者采取药物治疗以改善其抑郁症及睡眠障碍^[3]。基于此，本文对抑郁症合并睡眠障碍患者采用米氮平联合西酞普兰治疗的效果进行探究。现报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取 20221 年 1 月至 12 月期间我院医治抑郁症合并睡眠障碍患者 70 例作为研究对象，根据治疗的不同将其分成常规组（n=35，采取米氮平治疗）和实验组（n=35，采取米氮平联合西酞普兰治疗）。其中对照组男 16 例，女 19 例，年龄 19-58 岁，平均年龄（31.60±5.31）岁，病程 6 个月-3 年，平均病程（1.24±0.21）年；观察组男 18 例，女 17 例，年龄 21-59 岁，平均年龄（33.16±4.21）岁，病程 7 个月-2 年，平均病程（1.52±0.26）年。两组一般资料比较，差异在统计学上无意义（P>0.05）。纳入研究的患者需符合以下纳入标准：患者签署知情同意书，确诊为慢性精神分裂者，资料完整者；排除标准：资料不完整者，肝肾功能障碍者，沟通障碍者^[4]。

1.2 方法

常规组米氮平治疗，首次剂量为 10mg/d,结合并且 14d 内逐渐增加有效剂量 20~40mg/d,qd,饭后温水口服。

实验组采取米氮平联合西酞普兰治疗，米氮平服用方法与常规组一致，西酞普兰睡前口服 1mg/d,两组均治疗 3 个月。

1.3 观察指标

（1）对比两组患者心理状态、睡眠质量评分，采取 MAMD、HAMA 量表评估患者治疗前后心理状态，HAMD 量表有 17 个项目，HAMA 量表有 14 个项目，均采用 0~4 分的五级评分法，分数越高表示抑郁、焦虑状态越严重¹。睡眠质量采取 PSQI 评分，该量表从入睡时间、睡眠时间、催眠药物、睡眠效率、睡眠质量、日间功能障碍等方面进行评价患者睡眠情况，总分 20 分，分数越高表示睡眠质量越差^[5-6]。（2）对比两组患者氧化应激水平,于两组患者治疗前后抽取空腹静脉血 3ml,离心后采取酶联免疫吸附法检验内皮素-1、一氧化碳、丙二醛、超氧化物歧化酶^[7-8]。（3）对比两组患者睡眠结构,采用多导睡眠乙检验患者睡眠结构，包括实际睡眠时间、睡眠潜伏期、睡眠效率，微觉醒指数、非快速眼球运动睡眠时中 S1、S2、S3、S3 时间、快速眼球运动睡眠时间^[9-10]。（4）对比两组治疗效果，临床症状完全消失为治愈；临床症状显著改善为有效；临床症状无改善且加重为无效^[11-13]。

1.4 统计学方法

以 SPSS21.0 软件评估两组患者各项试验数据，分别以卡方检验、t 检验评估同类计数资料[n（%）]与计量资料($\bar{x} \pm s$)的差异，P<0.05 时组间差异显著。

2. 结果

2.1 对比两组患者心理状态、睡眠质量评分

治疗后两组 HAMD 评分、HAMA 评分、睡眠质量评分均优于治疗前，且实验组优于常规组（P<0.05），组间存在差异性。见表 1。

表 1 对比两组患者心理状态、睡眠质量评分（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	HAMA		HAMD		PSQI 评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组（n=35）	21.62±4.09	13.24±2.67	18.76±2.91	9.18±1.95	15.71±6.03	10.57±3.88
实验组（n=35）	21.35±4.23	6.88±1.50	18.87±3.16	5.33±1.57	16.82±6.29	9.81±1.26

2.2 对比两组患者氧化应激水平

两组治疗后丙二醛、内皮素-1 水平均低于治疗前，一氧化氮、超氧化

歧化酶水平均高于治疗前，且实验组上述指标均优于常规组（P<0.05），组间存在差异性。见表 2。

表 2 对比两组患者氧化应激水平（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	内皮素-1		一氧化氮		丙二醛		超氧化物歧化酶	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组（n=35）	6.41±1.76	5.66±1.17	87.90±13.78	72.03±12.65	43.78±8.01	50.22±6.89	69.46±4.91	75.01±6.67
实验组（n=35）	6.31±1.63	3.36±0.97	85.88±13.26	54.76±10.26	44.35±7.11	58.25±8.06	70.36±5.02	80.23±7.65

2.3 对比两组患者睡眠结构

治疗后两组实际睡眠时间、睡眠潜伏期、睡眠效率等指标均优于均优

于治疗前，且实验组优于常规组（P<0.05），组间存在差异性。见表 3。

表 3 对比两组患者睡眠结构 ($\bar{x}\pm s$)

组别	实际睡眠时间		睡眠潜伏期		睡眠效率		微觉醒指数		S1	
	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
常规组 (n=35)	276.89±21.3	300.67±26.5	35.7±9.01	66.56±12.6	11.67±1.5	15.67±3.7	32.56±6.0	37.5±7.87	106.53±17.8	116.7±15.67
实验组 (n=35)	288.56±21.5	359.63±27.8	36.78±9.7	79.34±13.2	12.56±1.4	25.78±3.6	33.64±6.2	46.89±7.3	107.6±17.64	137.90±21.8

组别	S2		S3		S4		快速眼球运动睡眠时间		总睡眠时间	
	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
常规组 (n=35)	16.67±3.21	19.09±4.67	12.78±4.11	18.67±5.09	99.5±21.33	109.89±21.78	7.09±1.45	8.77±1.56	356.73±22.15	387.89±23.65
实验组 (n=35)	16.67±3.34	25.78±4.11	13.67±4.56	22.37±5.16	98.67±23.45	112.78±23.357	7.45±1.45	13.78±3.17	361.35±22.65	419.26±26.17

2.4 对比两组治疗效果

治疗后实验组治疗效果优于常规组 ($P<0.05$)，组间存在差异性。见表 4。

表 4 对比两组治疗效果 (n%)

组别	治愈	有效	无效	治疗有效率
常规组 (n=35)	12 (34.28)	18 (51.42)	5 (14.28)	30 (85.71)
实验组 (n=35)	15 (42.85)	19 (54.28)	1 (2.85)	34 (97.14)

3. 讨论

随着社会的发展，抑郁症得到临床的广泛关注。睡眠质量降低增加抑郁症患者意外事件发生率，药物治疗是临床治疗该级别的重要手段，米氮平联合西酞普兰治疗抑郁症合并睡眠障碍患者疗效显著^[14-16]。抑郁症患者睡眠结构普遍存在 S3 与 S4 时间减少，REM 密度增加等异常现象，有学者认为 REM 潜伏期缩短是内源性抑郁特征性改变，可能与 5-HT、NE 异常，造成神经递质降低，胆碱能传递上涨相关^[18-20]。西酞普兰凭借其其对组胺受体、肾上腺素受体等亲和力、药物代谢高等优势成为临床试验频率最高的药物。而米氮平是中枢突触前抑制性 α_2 肾上腺受体拮抗剂，可增强中枢 5-HT 和 NE 活性，促进去甲状腺释放，增加阻滞多巴胺回收，同时起到显著镇静作用，与西酞普兰联合使用，效果最佳^[21-22]。

国内相关报道，如莫小恩探析对抑郁症伴睡眠障碍患者应用米氮平联合草酸艾司西酞普兰治疗的临床价值及对其症状改善、睡眠质量的影响。结果：观察组的抑郁症状评分低于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)；观察组的睡眠质量评分低于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。结论：对抑郁症伴睡眠障碍患者应用米氮平联合草酸艾司西酞普兰治疗，可明显改善抑郁症状，提高患者睡眠质量，是一种可行的治疗选择。刘德民观察米氮平联合西酞普兰治疗抑郁症患者睡眠障碍的临床效果。结果：实验组患者抑郁情绪评分低于对照组，实验组睡眠质量评分低于对照组，并且实验组的治疗有效率高于对照组，两组各项指标差异显著($P<0.05$)。结论：对出现睡眠障碍的抑郁症患者采取米氮平联合草酸艾司西酞普兰片进行治疗，能够有效的改善患者的睡眠质量，帮助患者逐渐进入良好的睡眠状态，提高药物使用的安全性，在很大程度上帮助患者改善抑郁的状态，建立积极的生活状态，提高了治疗的有效率。本次研究与相关报道一致。本次结果显示：两组治疗后丙二醛、内皮素-1 水平均低于治疗前，一氧化氮、超氧化物歧化酶水平均高于治疗前，且实验组上述指标均优于常规组 ($P<0.05$)。治疗后两组 HAMD 评分、HAMA 评分、睡眠质量评分均优于治疗前，且实验组优于常规组 ($P<0.05$)。治疗后两组实际睡眠时间、睡眠潜伏期、睡眠效率等指标均优于均优于治疗前，且实验组优于常规组 ($P<0.05$)。实验组治疗效果优于常规组 ($P<0.05$)。

综上，相较于米氮平单一治疗，对对抑郁症合并睡眠障碍患者采用米氮平联合西酞普兰治疗效果更优，其能够改善患者负面心态，提高睡眠质量，推广与应用价值高。

参考文献：

[1]史峻. 草酸艾司西酞普兰联合奥氮平治疗老年抑郁症的效果及对

睡眠质量的影响[J]. 慢性病学杂志, 2020(1): 4.

[2]刘云. 艾司西酞普兰与氟哌啶酮美利曲辛联合米氮平治疗卒中后抑郁的临床效果[J]. 临床合理用药杂志, 2022, 15(2): 3.

[3]孙平平. 文拉法辛联合艾司西酞普兰治疗抑郁症的临床效果及不良反应研究[J]. 实用中西医结合临床, 2022, 22(4): 3.

[4]王鹏, 秦融融. 艾司西酞普兰联合奥氮平治疗老年抑郁症的临床效果及对患者血清微量元素水平的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7(13): 3.

[5]陈晨, 李桂芬. 观察帕罗西汀联合小剂量奥氮平治疗抑郁症合并睡眠障碍的治疗效果[J]. 世界睡眠医学杂志, 2022, 9(1): 4.

[6]江宁. 文拉法辛和艾司西酞普兰治疗抑郁症对患者动态心电图波动的影响对比观察[J]. 基层医学论坛, 2022, 26(11): 3.

[7]杨立夏, 苟坤平, 金亚雯. 奥氮平联合草酸艾司西酞普兰对抑郁症患者临床疗效与微量元素的影响[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2022, 6(2): 3.

[8]赵秀珠. 观察强化心理干预对轻度抑郁症伴睡眠障碍患者的抑郁情绪及睡眠质量的影响[J]. 世界睡眠医学杂志, 2022, 9(1): 4.

[9]莫小恩. 米氮平联合草酸艾司西酞普兰治疗抑郁症伴睡眠障碍的疗效及对患者症状改善及睡眠质量的影响[J]. 世界睡眠医学杂志, 2021, 8(6): 2.

[10]王玲玲. 米氮平联合草酸艾司西酞普兰片治疗抑郁症的效果及对患者心理焦虑情绪的影响分析[J]. 大医生, 2021, 6(19): 2.

[11]陈建光. 文拉法辛缓释片与米氮平片联合实施在难治性抑郁症中进行治疗的临床效果及不良反应研究[J]. 世界最新医学信息文摘, 2021(7): 2.

[12]毕雪飞, 袁梅菊, 温盼. 不同剂量米氮平联合草酸艾司西酞普兰治疗精神分裂后抑郁患者的临床价值分析[J]. 四川解剖学杂志, 2021, 29(1): 2.

[13]薛瑞梅. 草酸艾司西酞普兰联合奥氮平对抑郁症患者睡眠质量和神经功能的影响[J]. 慢性病学杂志, 2021(4): 3.

[14]俞晓冬, 沈涛. 探讨草酸艾司西酞普兰+奥氮平联合心理治疗对难治性抑郁症的疗效观察[J]. 心理月刊, 2021(9): 2.

[15]牟艳卉, 陈昭桂. 西酞普兰联合米氮平治疗抑郁症患者睡眠障碍的效果及其对睡眠质量、生存质量的影响[J]. 中外医学研究, 2020, 18(15): 3.

[16]陈艳波, 杨艳, 张丽娜. 米氮平联合艾司西酞普兰对抑郁症患者情绪、睡眠质量及认知功能的影响[J]. 中国医师杂志, 2020, 22(4): 4.

[17]林伟良. 分析米氮平与氢溴酸西酞普兰联合应用于抑郁症治疗中的疗效和安全性[J]. 饮食保健, 2020, 007(003): 85-86.

[18]张永涛. 米氮平对抑郁症伴睡眠障碍患者抑郁症状、PSQI 评分及睡眠结构的影响[J]. 世界睡眠医学杂志, 2020, 7(6): 3.

[19]张丹丹. 基于文献计量学和可视化技术分析艾司西酞普兰治疗重度抑郁障碍患者的研究现状及趋势[J]. 老年医学研究, 2022, 3(3): 5.

[20]李文俊, 郑芳云, 布龙华, 等. 艾司西酞普兰联合米氮平治疗难治性抑郁症患者的效果及对睡眠质量的影响[J]. 慢性病学杂志, 2022(1): 3.

[21]陈黎. 应用不同剂量米氮平联合百适可治疗焦虑伴抑郁症合并睡眠障碍的效果观察[J]. 反射疗法与康复医学, 2022(1): 3.

晚期肺癌患者化疗前后循环肿瘤细胞的变化和临床效果

于晶

山东省莱西市人民医院 266600

摘要：目的：探讨晚期肺癌患者化疗前后循环肿瘤细胞的变化和临床效果。方法：选取市人民医院 2019 年 1 月—2020 年 12 月收治的 78 例晚期肺癌患者为研究对象，根据其治疗方式不同随机等分为对照组 39 人和研究组 39 人，对照组患者采取常规对症治疗，研究组患者接受化疗，经过治疗后对比两组患者的免疫功能指标、循环肿瘤细胞的变化情况及临床疗效。结果：经过不同模式治疗后，实施化疗的晚期肺癌患者的免疫功能指标（诱导 T 淋巴细胞、辅助 T 淋巴细胞、CD4⁺/CD8⁺、自然杀伤细胞水平）均高于治疗前，且高于对照组治疗后（ $P<0.05$ ）；同时治疗后循环肿瘤细胞数量 >0 、 >5 、 >10 的占比均低于对照组，且临床疗效较对照组更优，数据的差异有统计学的意义（ $P<0.05$ ）。结论：化疗能够提升患者自身的机体免疫力而且对抑制晚期肺癌患者肿瘤细胞的转移具有良好效果，对于延缓患者疾病的进展，提高其生存率具有重要意义，应得到广泛应用。

关键词：循环肿瘤细胞；肺癌晚期；免疫功能；临床效果

近年来，我国肺癌患者数量明显增加，由于早期没有典型的临床症状，因此大多数有明显临床症状的癌症患者已发展到晚期^[1]。之后，患者通常会在心理上产生极其痛苦的情绪，而疾病给身体带来的痛苦也会使患者遭受极大的痛苦，导致生活质量急剧下降，严重影响患者的日常生活。研究发现：循环肿瘤细胞的检测可有效地应用于体外早期诊断，化疗药物的快速评估，个体化治疗包括临床筛药、耐药性的检测，肿瘤复发的监测以及肿瘤新药物的开发等^[2]。已有研究报道，对癌症晚期患者采取化疗可有效减轻患者病情，循环肿瘤细胞数量，减轻病人痛苦，延长其生存时间^[3]。本研究选取市人民医院收治的 78 例晚期肺癌患者为研究对象，采取不同的治理方式，分析化疗前后免疫功能变化、循环肿瘤细胞的变化和临床效果，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入市人民医院 2019 年 1 月—2020 年 12 月收治的 78 例晚期肺癌患者为研究对象，根据治疗方式不同随机等分为对照组 39 例（采取常规对症治疗）和研究组 39 例（接受化疗），对照组中，男性患者 21 人，女性 18 人，年龄区间为 58~75 岁，平均年龄为（69.56±1.35）岁，病种类型：腺癌 15 例，鳞癌 11 例，小细胞癌 13 例，病程 3~6 个月，平均病程（3.68±1.81）个月；研究组中，男性有 19 人，女性有 20 人，年龄区间为 63~74 岁，平均年龄为（68.62±1.29）岁，病种类型：腺癌 12 例，鳞癌 16 例，小细胞癌 11 例，病程 3~6 个月，平均病程（4.51±0.52）个月；统计学分析两组患者的一般资料（年龄、性别、病种类型及病程等），无统计学意义（ $P>0.05$ ）。纳入标准：入组前未接受全身或抗肿瘤治疗；根据第八版 TNM，肺癌可分为Ⅱ期和Ⅳ期；年龄 18-80 岁；估计生存期 3 个月以上；血常规及肝肾功能正常；排除严重心功能不全和造血功能不全患者；患者或其家属被告知研究过程并签署同意书。排除标准：有化疗禁忌症的患者；严重贫血、感染、胸腔积液患者；肝肾功能严重损害者；孕妇和哺乳期妇女；精神病患者；拒绝参与研究的患者。

1.2 方法

对照组患者采取常规的对症治疗，同时由医护人员为患者，督促其按时提供营养支持及补液等措施；研究组患者接受化疗，措施如下：顺铂（云南生物谷灯盏花药业有限公司，国药准字 H20043889，2 ml：10 mg）静脉滴注，剂量 25 mg/m²，一日 1 次，连用 3 次；多西他赛（江苏奥赛康药业股份有限公司，国药准字 H20064301，0.5 ml：20 mg）静脉滴注，剂量 75 mg/m²，三周 1 次。共治疗 6 个周期。

1.3 观察指标：

1.3.1 比较两组患者的免疫功能指标情况。记录两组患者辅助 T 淋巴细胞、诱导 T 淋巴细胞、辅助 T 淋巴细胞/细胞毒 T 淋巴细胞（CD4⁺/CD8⁺）、自然杀伤细胞水平等指标。

1.3.2 比较两组患者的循环肿瘤细胞的变化情况。记录患者治疗后循环肿瘤细胞数量 >0 、 >5 、 >10 的占比。

1.3.3 分别对两组肺癌患者每 2 个周期行影像学检查并评估临床疗效。疗效评价依据实体瘤疗效评价标准（RECIST），分为完全缓解（CR），部分缓解（PR），稳定（SD）和进展（PD）。具体划分依据为 CR：所有目标病灶消失，至少维持 4 周；PR：基线病灶长径总和缩小 $\geq 30\%$ ，至少维持 4 周；PD：基线病灶长径总和增加 $\geq 20\%$ 或出现新病灶；SD：基线病灶：长径总和缩小但未达 PR 或有增加但未达 PD^[4]。

1.4 统计学方法

本次试验 SPSS 22.0 统计分析软件。正态分布的计量资料表示为（ $\bar{x}\pm s$ ）组间行 t 检验；计数资料表示为率，组间行 χ^2 检验。 $P<0.05$ 则表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者免疫功能指标对比

对照组治疗前后辅助 T 淋巴细胞、诱导 T 淋巴细胞、CD4⁺/CD8⁺、自然杀伤细胞水平比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；治疗后，研究组均高于治疗前，且高于对照组治疗后，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

表 1 两组患者免疫功能指标对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	n	辅助 T 淋巴细胞		诱导 T 淋巴细胞		辅助 T 淋巴细胞/细胞毒 T 淋巴细胞（CD4 ⁺ /CD8 ⁺ ）		自然杀伤细胞水平	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研	39	21.72±3.11	25.67±4.08	40.96±5.14	49.17±5.62	1.23±0.54	1.42±0.37	11.75±1.59	13.46±1.49

究 组									
对	39	21.53±3.16	22.21±3.08	42.84±5.49	41.72±5.16	1.09±0.42	1.14±0.51	11.02±1.53	12.42±1.62
照									
组									
T									
值		0.267	4.226	1.561	6.098	1.278	2.775	2.066	2.950
P									
值		0.789	0.000	0.122	0.000	0.205	0.006	0.042	0.004

2.2 两组患者循环肿瘤细胞数量分级比较

研究组治疗后循环肿瘤细胞数量>0、>5、>10 的占比均低于对照组，数据的差异有统计学的意义（P<0.05），见表 2。

表 2 两组患者循环肿瘤细胞数量分级比较 [n（%）]

组别	n	>0	>5	>10
对照组	39	24（61.54）	8（20.51）	7（17.95）
研究组	39	10（25.64）	2（5.13）	0（0.00）
X ² 值				6.539
P 值				0.038

2.3 两组肺癌患者不同治疗方式后临床疗效对比

对照组出现 CR、PR、SD、PD 的患者分别有 9 例、10 例、8 例和 6 例，而研究组出现 CR、PR、SD、PD 的患者分别有 14 例、7 例、13 例和 0 例，两组对比，化疗后患者的临床效果较好，数据差异具有统计学意义（X²=8.794，P=0.032）。

3 讨论

随着当今社会的进步，人们的经济收入不断增高，生活水平逐渐改善，但同时也为当前的人们带来了更大的生存压力，加之工业化取得了巨大进步，人们生活方式发生了巨大转变，导致周围环境也逐渐变得恶劣，随之而来的便是越来越多的人出现了程度不一的疾病，如肺结核、慢性阻塞肺病等，给个人、家庭和社会带来沉重的负担^[5]。如果不注重检查与治疗，可能导致肺癌的出现。肺癌是我国最常见的恶性肿瘤。咳嗽、咯血和持续性胸痛是肺癌最常见的早期症状，但往往被患者忽视。他们中的大多数人因吸烟和饮酒而患肺癌^[6]。近 50 年来，世界各国特别是发达国家的肺癌发病率和死亡率都在迅速上升。肺癌在死于癌症的男性患者中排名第一，该病已经成为危害社会和人类健康的十大疾病之一，它给人类带来了极大的痛苦和困扰。目前已发现的病因主要有吸烟、被动吸烟、环境中的有害物、家族史、基础肺病及饮食等。如果早期肿瘤细胞尚未转移，则可通过手术摘除的方式进行治疗，如果发展为恶性肿瘤，则会严重威胁人类生命，通常情况下，肿瘤晚期患者会因对死亡的恐惧和疾病对身体造成的危害而产生不良应激反应，使其生活质量下降^[7]。同时生理上的痛苦和心理上的折磨会使人意志薄弱，丧失战胜疾病的信心。尽快缓解症状，不仅可以改善患者的身体状况，而且有助于患者信心战胜疾病，积极配合治疗，从而产生良好的治疗效果。因此对于晚期肺癌患者来说，临床上不仅要用药物来减轻自身疼痛感，同时更要靠化疗对患者进行干预，使其免疫功能加强，生存质量得到改善^[8]。

该研究通过对晚期肺癌患者进行化疗，观察其免疫功能指标（辅助 T 淋巴细胞、诱导 T 淋巴细胞、CD4⁺/CD8⁺、自然杀伤细胞水平）、循环肿瘤细胞的变化情况及临床疗效，资料显示：对于晚期恶性肿瘤患者，恶性肿瘤细胞可以通过血液转移到远处器官，患者血液中有丰富的肿瘤细胞。通过检测循环中恶性肿瘤细胞的基因，可以了解恶性肿瘤遗传物质和基因突变的特点，从而指导靶向治疗的应用^[9]。结果表明：患者化疗后免疫功能较化疗前及常规治疗均有明显改善，且循环肿瘤细胞的占比优于对照组患者，同时经化疗后，患者的临床效果也得到了很大提升，数据差异具有统计学意义（P<0.05）。

综上所述，对于晚期肺癌患者的治疗，采取化疗方式可明显增强患者的免疫力，提高机体免疫应答能力，抑制肿瘤细胞的增殖，提升患者生活质量，延长患者的生存时间，对患者本人及其家属均具有重要的意义，应在临床中得到广泛推广与应用。

参考文献：

[1]李增辉.晚期肺癌患者化疗前后循环肿瘤细胞的变化和临床效果[J].医疗装备,2021,34(05): 116-117.

[2]史崔洁.晚期肺癌患者血清肿瘤标志物表达水平与一线化疗效果的相关性研究[J].临床医学工程,2021,28(03): 333-334.

[3]戚陆燕,裴静.医护双岗位优势互补+护患多元化互动随访在肺癌晚期化疗患者规范化癌痛干预中的应用[J].现代诊断与治疗,2021,32(05): 820-821.

[4]徐红艳.重组人血管内皮抑素联合 GP 化疗治疗晚期非小细胞肺癌患者的临床疗效[J].医学理论与实践,2021,34(02): 242-244.

[5]闫睿.化疗与靶向治疗顺序对晚期进展性非小细胞肺癌患者进展及生存期的影响[J].中国现代医生,2021,59(01): 73-76.

[6]甘洁文,蔡俊媛,陈启庭,等.利用循环肿瘤细胞检测进行乳腺癌患者根治手术后复发转移的监控及扶正消瘤汤干预效果[J].天津中医药大学学报,2021,40(02): 195-199.

[7]唐兴,蒋东,赵军.外周血叶酸受体阳性循环肿瘤细胞检测在非小细胞肺癌筛查中的应用价值[J].中华实用诊断与治疗杂志,2021,35(03): 280-283.

[8]樊霞,付景林,刘静.外周血液中循环肿瘤细胞和循环游离 DNA 检测在乳腺癌患者中的应用[J].诊断病理学杂志,2021,28(01): 47-50+54.

[9]刘俊.循环肿瘤细胞在晚期非小细胞肺癌患者大分割调强放疗前后的变化及临床意义[D].苏州大学,2019.

腹带在预防腹部手术后切口裂开中的应用

张宏丽 刘会英 张宏伟

保定市第二中心医院 河北省涿州市 072750

摘要: 对腹带在预防腹部手术后伤口开裂的情况的应用进行研究。在腹部外科手术的各种并发症中,腹部伤口开裂属于其中较严重的并发症之一,如果没有及时对这种情况进行处理,轻则会影响正常伤口的愈合,会造成严重的腹部感染,甚至对生命产生威胁,不仅会增加患者的痛苦,影响患者的生活状态与精神,大概率会引发严重的医患纠纷。预防腹部手术伤口开裂的方法之一,就是使用腹带,因此,在对腹部外科手术的护理中,合理的运用腹带。有效运用各种类型的腹带,在保障腹部外科手术患者的身体健康中,起到了重要的作用。下面就对腹带在预防腹部手术后伤口开裂的情况的应用进行综述。

关键词: 腹带;腹部手术;术后护理;预防护理;切口开裂;感染;综述

在腹部外科手术的各种并发症中,腹部伤口开裂属于其中较严重的并发症之一,其次就是手术切口发生愈合不良,脂肪液化、切口裂开、切口感染。如果没有及时对这种情况进行处理,轻则会影响正常伤口的愈合,不仅会造成严重的感染,引起腹部的感染,严重时还会导致内脏脱落,引发患者各种脏器的衰竭而造成生命威胁,不仅会增加患者的痛苦,还会影响患者的生活状态与精神,延长不必要的住院时间,造成不必要经济负担,甚至大概率会引发严重的医患纠纷,不仅对患者的健康不利,还会对医院的正常运行产生影响。腹带被应用伤口及切口裂开以及切口疝等一些常见的术后并发症,使用腹带可以有效的避免术后切口裂开以及其它术后并发症,多种因素全身因素和局部因素都会导致伤口开裂。目前,临床的常用的腹带类型主要由以下两种,分别为不知多头腹带和弹力性腹带,虽然两种腹带都可以满足术后临床使用,但是针对于不同质量的腹带,每种腹带都有其优缺点,新型的改良后腹带,对比经典的两种腹带类型,将原有的缺点加以改善。在对腹部外科手术的护理中,要严格进行护理,合理的运用腹带。有效运用各种类型的腹带,在保障腹部外科手术患者的身体健康中,起到了重要的作用。

1 腹部切口开裂的影响因素

与腹部伤口开裂有关因素如下,主要分为以下几种因素:

年龄因素:老年患者因为自身的抵抗力较弱,身体组织的修复能力更差,在术后更易发生伤口开裂等并发症,并且若老年患者自身合并合并糖尿病等慢性消耗性疾病,也会使切口愈合不良。**体质因素:**肥胖或体重超标的患者,相较于其它病人,肥胖患者因为自身原因在术后发生切口裂开的可能性更大。**腹胀:**若病人患有肝硬化等病症,因为腹水或者胃肠蠕动较差,而导致腹痛,腹胀,腹内压增高,容易引起伤口的开裂。**呼吸系统疾病:**在进行腹部外科手术,由于伤口原因,收到频繁活动或者挤压时,容易产生开裂,若患者患有呼吸系统疾病,导致频繁的咳嗽,或排痰不便,腹部张力增大会影响伤口愈合。**活动因素:**因为患者翻身,下穿行走或者长时间不良姿势导致的对伤口的挤压,会导致局部开裂或者裂缝,组织撕裂,导致伤口开裂,引发感染。

2 腹带的应用

2.1 不同腹带使用的优缺点

腹部是人体血管较为集中的部位,并且还有消化系统的器官,如果单纯为了防治术后并发症而将腹部收紧,则会对血管与静脉产生压迫,影响下肢的血液流动,导致静脉曲张或痤疮。同时,因为血管的流通造成影响,还会导致心脏供血能力不足,妨碍正常部位及肌肉组织的正常运作。较大

的压力也会造成胃肠道活动受阻,胃肠蠕动缓慢,导致患者消化不良,食欲下降,便秘,反胃等症状。对于产妇来说,还容易造成子宫脱垂,引起一系列妇科疾病。

目前,临床的常用的腹带类型主要由以下两种,分别为不知多头腹带和弹力性腹带,虽然两种腹带都可以满足术后临床使用,但是针对于不同质量的腹带,每种腹带都有其优缺点,例如,对于布质多头腹带,因为材质的原因使用操作比较困难,繁琐,并且如过使用不熟练,容易脱落,引起对血管的压迫;对比多头腹带,弹力粘性腹带虽然操作相对简单,但是,可能对由于活动引起的腹压增高的对抗性较差,如果患者为肌肉活动性差的老人或者儿童,使用弹力粘性腹带,可能会产生不适的感觉,如果持续影响,还会对血管产生一定压迫性,影响局部血液的流通顺畅性,影响伤口愈合效果^(5,7)。此外,市面上目前还存在一种新型的改良后腹带,对比经典的两种腹带类型,将原有的缺点加以改善,使用的过程中,不但可以起到非常好的固定效果,对于腹部的伤口还具有一定的保护作用,避免因为患者的随意乱动与咳嗽等行为,造成伤口裂开,也可以减小患者因为自身的移动而导致布带位置改变,引起不必要的污染。有学者研究显示,将这种新型改良腹带应用于患者后,取得了良好的效果^(3, 16)。对于腹带的使用,有研究者已经证实^(3,8, 15,16),正确的使用腹带,患者切口裂开及腹壁疝并发症出现的概率,明显降低;且患者平均疼痛评分对比其它方式下降,安静时疼痛感受降低,且小动作如翻身,咳嗽等时,疼痛感降低;并且伤口的愈合时间减小,住院时间减少。

2.2 腹带使用选择及方法

最近几年,由于生活条件的改善,与饮食结构的不断丰富,腹部外科手术中肥胖或体重超标的患者人数不断增多,对于这类患者来说,相较于其它病人,肥胖患者因为自身原因在术后发生切口裂开的可能性更大,所以,腹带的合理应用非常重要。腹部手术后病人宜选用无弹性布质腹带。术后腹胀、便秘患者可使用热疗腹带,促进胃肠蠕动;术后早期疼痛,使用冷疗腹带;确定使用多头腹带的时间,患者在麻醉清醒后即使用多头腹带。纵向、横向切口开腹手术后使用多头腹带能促进伤口愈合,降低腹部切口裂开率。

腹带使用方法。两位护士分别立于病床两侧,协助患者取仰卧位、双膝屈曲、适当抬高臀部,将多头腹带平铺于患者腰部,根据手术部位调整腹带位置,主操作护士与协助护士分别将腹带两侧衬布平整置于患者伤口敷料上,然后将腹带布条由上至下交错叠压,留最后两条在远离伤口侧打结。

2.3 腹带使用注意措施

在使用腹带的过程当初,为避免使用不当产生的不良效果,需要对腹带的使用进行注意,其中需要关注的注意事项有以下几点:松紧适宜。腹带应用后,要保障腹带有一定的宽松空间,具体的空间留出以能够放入一个手指为准,过紧就会对伤口产生一定压迫,还会对胃肠道及呼吸系统产生一定的影响,过松则会导致腹带失去其约束作用,起不到预防伤口开裂的作用。

在使用的过程中,要注意对腹部进行检查,在每日查房中进行记录及评估。渗液护理。肝胆外科手术后,容易在胆管处产生渗液,影响腹带的使用效果,所以要定时检查腹带处,观察腹带的使用情况,观察腹带是否被渗液侵袭,变的潮湿或松动,如果发现以上情况,要及时更换腹带^[5]。正确掌控腹带使用时间。正常的腹带应该在患者使用后的 6d 后开始配带,除去在患者进食后的 2h 之外,每日时间不超过 10 h~12 h 使用腹带。但是要注意把控腹带的使用时间,如果长阶段的不正确使用腹带,则会带来一系列的不健康反应,总使用时间,不超过 2 周。并且要提醒患者不要輕易开启腹带,以免引起不必要的开裂与感染。拆线后伤口愈合良好可撤除腹带。如果患者还进行剖宫产,一般术后 7 d 内用腹带包裹腹部口,单若伤口感染或伤口愈合不良时,应该延长腹带的使用时间^[4]。腹带的消毒与巡视。将污染后的多头腹带用 250 mg/L 含氯消毒液浸泡 30 min 后进行清洗消毒处理,术后 1~3 日每 2 h 查看腹带一次,及时记录。加强巡视,一旦发现问题及风险预兆及时处理。腹带材质的选择。腹部手术后病人宜选用无弹性布质腹带。术后腹胀、便秘患者可使用热疗腹带,促进胃肠蠕动;术后早期疼痛,使用冷疗腹带;确定使用多头腹带的时间,患者在麻醉清醒后即使用多头腹带。根据病人具体情况选择不同腹带,最大限度地减少使用腹带导致的并发症。有研究显示,对不同患者选择合适的腹带,可以减少并发症的发生的,可以带来最大的舒适感,有利于病人恢复,促进身体情况向好的方向发展^[3]。

结论:腹部伤口开裂属于开腹手术其中较严重的并发症之一,表现为手术切口发生愈合不良,脂肪液化、切口裂开、切口感染。如果没有及时对这种情况进行处理,轻则会影响正常伤口的愈合,不仅会造成严重的感染,引起腹部的感染,严重时还会导致内脏脱落,引发患者各种脏器的衰竭而造成生命威胁,不仅会增加患者的痛苦,还会影响患者的生活状态与精神,延长不必要的住院时间,造成不必要经济负担,甚至大概率会引发严重的医患纠纷^[2]。有些医院仍然还对患者进行腹带加加压包裹的方法预防伤口开裂,但是使用这种方法,虽然也可以减小发生并发症的风险,但是具有很大的弊端,还具有一定的风险隐患。腹带经常被应用于腹部手术后出现的伤口及切口裂开以及切口疝等一些常见的术后并发症,使用腹带可以有效的避免术后切口裂开以及其它术后并发症,多种因素全身因素和局部因素都会导致伤口开裂,还能防止敷料脱落,减少腹肌张力,保护伤口。

临床的常用的腹带类型主要由以下三大类,为多头腹带和弹性腹带,新型的改良后腹带,虽然前两种腹带都可以满足术后临床使用,但于布质多头腹带,因为材质的原因使用操作比较困难,繁琐;弹力粘性腹带可能对由于活动引起的腹压增高的对抗性较差,影响局部血液的流通顺畅性。但也需注意腹带的使用时间限制,黄琛^[3]等研究人员发现,长时间使用腹带会给健康带来损害,所以在使用时一定要注意腹带是否松紧适宜,过松或过紧都会导致患者不适。还需要经常消毒并及时更换,防止伤口进

一步的感染。把控使用时间及撤离时间。通过研究文献发现,大多数腹带的合理使用都会产生正面效果,进一步证实学者们提出的腹带能防止切口裂开、减轻疼痛、减少并发症、促进伤口愈合等结论。

综上所述,使用腹带,不仅可以帮助患者早日活动,减少术后各种伤口并发症的出现,还可以利用腹带来增加舒适感,在微小活动时也不用担心伤口开裂,不仅消除了患者的恐惧心里,缓解了紧张的情绪,还有助于促进患者的胃肠道消化能力的恢复,提高患者的生活质量,参考患者的伤口具体情况,进行风险评估,选择正确的腹带类型进行应用,进行有针对性的预防措施。

参考文献:

- [1]韩春红,卢崇梅,陶汉川,史育兰.风险评估干预对促进传统开腹手术患者切口愈合的临床研究[J].当代护士(上旬刊),2020,27(02): 58-60.D0I: 10.19791/j.cnki.1006-6411.2020.04.024.
- [2]杨丽,王莉薇,刘萌萌.多头腹带在预防开腹手术后切口裂开中的应用效果[J].卫生职业教育,2016,34(17): 145-146.
- [3]黄琛.改良多功能腹带在腹部手术中的应用效果[J].护士进修杂志,2014,29(15): 1413-1414.D0I: 10.16821/j.cnki.hsjx.2014.15.029.
- [4]唐亮,李志州,夏勇,杨明,方锡才,应月强.老年患者开腹手术后切口裂开处理的再认识(附 11 例报告)[J].皖南医学院学报,2014,33(02):134-136.
- [5]刘新云,黄敏英,邱丽萍.腹带在预防腹部手术后切口裂开中的应用[J].全科护理,2009,7(34): 3123-3124.
- [6]王桂新,王显荣,袁春华.腹带的制作与应用[J].护士进修杂志,2012,27(15): 1441.
- [7]高万露,汪小海.患者疼痛评分法的术前选择及术后疼痛评估的效果分析[J].实用医学杂志,2013,23(8): 3892-3894.
- [8]黄鹤光,方勇木.老年病人腹部手术后常见并发症的早期诊断[J].中国实用外科杂志,2009,20(2): 130-131.
- [9]林乐岷,赵金朋,薛东波,等.老年病人腹部手术并发症特征的分析[J].中国临床医学,2012,18(4): 587-588.
- [10]雷尚通,孙凯,董泾青,等.腹部切口裂开的防治[J].中国普通外科杂志,2012,21(4): 492-493.
- [11]康红宇.老年患者腹部手术后切口裂开的原因分析及对策[J].吉林医学,2012,33(8): 1750-1751.
- [12]刘银春,黄文静,尤海英.脂肪层自然对合加腹带固定法在下腹纵切口手术中的应用[J].吉林医学,2013,34(15): 2878-2879.
- [13]黄琛.改良多功能腹带在腹部手术中的应用效果[J].护士进修杂志,2014,29(15): 1413-1414.
- [14]高晓江.对腹部手术切口裂开原因和预防的探讨[J].黑龙江医学.2001(3): 8-9.
- [15]顾树南.弹力腹带的制作和应用 EJ].兰州卫生,2002.9(4):262.
- [16]姜波.两种腹带的临床应用比较 EJ].护士进修杂志,2007,22(19):1814.
- [17]周敏,吴尚颢,吴美华.产妇使用腹带的好处 EJ].齐鲁护理杂志.2004,1(4): 54.
- [18]王海霞,赵焕芬.肝胆外科病人术后腹带的正确用法[J].山东医药,2003,43(21): 10

肺结核合并肺炎患者的 CT 表现与诊断准确性探讨

张玲¹ 邓忠强² (通讯作者)

1 宝鸡市第二人民医院放射科 陕西宝鸡 721000; 2 通用环球西安北环医院放射科 陕西西安 710032

摘要: 目的: 探讨罹患肺结核的患者在有肺炎合并发生时运用 CT 影像学技术实施检查所表现出的特征及诊断准确性。方法: 选取疑是肺结核合并肺炎的患者共计 80 例, 均为我院 2020 年 1 月至 2021 年 12 月期间收治, 均运用 CT 平扫技术与 CT 增强技术实施扫描检查, 同时以手术病检结果做金标准, 对 CT 诊断准确性进行评估, 并分析影像学特征。结果: 肺癌患者分叶征、棘状突起、毛刺征、胸膜凹陷征检出率经观测明显高于肺结核合并肺炎患者, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。空腔或空洞、钙化、斑片条索影、结节影、空泡影检出占比差异无统计学意义 ($P>0.05$)。肺癌患者在实施 CT 增强扫描时, 强化均匀、周边强化占比均高于肺结核合并肺炎, 广泛强化占比明显低于肺结核合并肺炎, 差异均具有统计学意义 ($P<0.05$)。强化不均检出率对比差异无统计学意义 ($P>0.05$)。结论: 罹患肺结核的患者在有肺炎合并发生时运用 CT 影像学技术实施检查, 有较高的诊断敏感度、特异度、准确度, 同时, 因在扫查时, 以高密度影为表现, 有较高的与肺癌混淆的风险, 故需开展增强扫描, 以对不同病理类型做精准鉴别。

关键词: 肺结核; 肺炎; CT; 准确性

肺结核在临床较为棘手且常见, 对公众生命安全构成了严重威胁。肺炎同为呼吸系统领域常见疾病, 由病原菌感染、免疫损伤、其他化学物理因素等促使呼吸末端、肺泡、肺间质多个区域出现炎症反应所致。重症肺炎患者可对身心健康构成严重危害, 并使生活质量显著下降。肺结核同时有肺炎合并的患者, 以咳嗽、胸痛、咯血、发热等为主要表现, 若未制定有效措施及时治疗, 可对预后产生不良影响。但因罹患肺结核同时有肺炎合并发生的患者缺乏特异性症状, 故有较高的漏诊和误诊风险, 进而使治疗难度进一步增加, 病程程度不等延长。既往多运用 X 线对肺结核同时有肺炎合并的患者实施检查, 但因患者在影像学特征上同肺癌类似, 故准确率呈较低显示^[1]。近年来, 影像学技术取得了卓越发展成就, CT 进一步完善, 将之用于并发肺结核同时有肺炎合并的患者临床检查意义十分突出, 本研究就此展开探讨, 现总结结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取疑是肺结核合并肺炎的患者共计 80 例, 均为我院 2020 年 1 月至 2021 年 12 月期间收治。其中, 男 47 例, 女 33 例, 年龄抽取介于 30~57 岁之间, 经对平均值予以求取为 (46.23±4.97) 岁。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准: ①患者具沟通条件; ②自愿对知情同意书签署, 并经伦理学委员会批准, 资料完整无缺项。排除标准: ①合并精神系统疾病者; ②合并机体重要脏器损伤者; ③合并其他类型呼吸系统疾病者; ④肺部具手术史者。

1.3 方法

对患者均开展 CT 影像学技术检查, 在检查工作实施前, 需安排禁食 4 小时, 将项链等所佩戴的金属物品摘除。在检查前 30 分钟, 取泛影葡胺口服。依据病变所处位置, 对相应体位进行选择, 若病变经检测在前胸壁, 可在协助下取仰卧位, 若经对病变检测于后胸壁, 则协助取俯卧位, 若病变经检测在近侧胸壁, 则调整为侧卧位。嘱患者双手上举, 先开展 CT 平扫, 之后实施增强扫描。各项操作在多层螺旋 CT 扫描下完成, 将电流设置为 50mA, 电压设置为 120 kV。

在开展 CT 平扫操作时, 向患者强调需做屏气动作, 自胸廓入口为起始扫描, 至膈肌下缘位置。将层厚设置为 5mm, 层距设置为 5mm, 螺距设置为 1.0, 矩阵设置为 512×512, 病灶扫描层厚设置为 2.5mm。

在开展 CT 增强扫描时, 取碘海醇作为对比剂运用, 经肘静脉, 依托高压注射器予以推注, 剂量为 1.5mg/kg, 推注速度设置在 3.0ml/s。在对比剂推注 20s 时点, 50s 时点, 180min 时点, 分别开展 1 次扫描。对肺部病变在门静脉期、动脉期以及延迟期的图像予以获取, 在实施扫描时, 需向患者强调, 应做闭气动作。在完成扫描后, 对图像加以重建, 层厚设置为 1mm。

1.3 观察指标

(1) 观察病理及 CT 影像学技术对肺结核合并肺炎、肺癌的检出率并对比; (2) 以病检为金标准, 观察 CT 对肺结核合并肺炎的诊断效能; (3) 观察不同病理类型患者 CT 表现检出情况并对比; (3) 对比不同类型患者 CT 增强扫描图像特征。

1.4 统计学方法

测验数据均在 SPSS22.0 中录入, 组间计数在表述时, 运用 (%), 施以 χ^2 检验, $P<0.05$ 差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 病理及 CT 阳性检出率

本次所收治的疑似肺结核合并肺炎的患者共计 80 例, 经病理检查示, 肺结核合并肺炎 67 例, 肺癌在 13 例。采用 CT 影像学技术实施检查, 肺结核合并肺炎 66 例, 肺癌 14 例。两组肺结核合并肺炎检出率明显高于常规组 ($P<0.05$)。

2.2 CT 检查诊断效能

以病理检查为金标准, CT 影像学技术诊断敏感度为 98.51%, 特异度为 100.00%, 准确度为 98.75%。见表 1。

表 1 CT 检查诊断效能

CT	病理		合计
	阳性	阴性	
阳性	13	1	14
阴性	0	66	66
合计	13	67	80

2.3 不同病理类型图像特征

肺癌患者分叶征、棘状突起、毛刺征、胸膜凹陷征检出率经观测明显高于肺结核合并肺炎患者, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。空腔或空洞、钙化、斑片条索影、结节影、空泡影检出占比差异无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 2。

表 2 不同病理类型图像特征对比 [(%)]

CT 特征	肺癌 (n=13)	肺结核合并肺炎 (n=67)	χ^2	P
分叶征	10(76.92)	14(20.90)	16.275	0.000
棘状突起	10(76.92)	8(11.94)	26.366	0.000
毛刺征	9(69.23)	10(14.93)	17.730	0.000
胸膜凹陷征	12(92.31)	33(49.25)	8.221	0.004
空腔或空洞	5(38.46)	22(32.84)	0.154	0.695
钙化	6(46.15)	33(49.25)	0.042	0.839

斑片条索影	8(61.54)	40(59.70)	0.015	0.901
结节影	6(46.15)	33(49.25)	0.042	0.838
空泡影	4(30.77)	16(23.88)	0.276	0.599

2.4 不同病理类型 CT 增强扫描所表现出的图像特征

肺癌患者在实施 CT 增强扫描时，强化均匀、周边强化占比均高于肺结核合并肺炎，广泛强化占比明显低于肺结核合并肺炎，差异均具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。强化不均检出率对比差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。见表 3。

表 3 同病理类型 CT 增强扫描所表现出的图像特征 [n(%)]

组别	n	强化均匀	强化不均	周边强化	广泛强化
肺癌	13	10(76.92)	0(0.00)	9(69.23)	1(7.69)
肺结核合并肺炎	67	3(4.48)	9(13.43)	14(20.90)	40(59.70)
χ^2	-	41.987	1.968	12.418	11.787
P	-	0.000	0.161	0.000	0.001

3 讨论

肺结核传染性呈较强显示，多有肺炎合并，以儿童及老年人为好发群体，在病程早期及时检出并准确予以诊断，制定有效措施妥善治疗，是使效果得以增强，并促预后显著改善的关键。

近年来，影像学技术取得了卓越发展成就，X 线和 CT 性能均渐趋完善，为对罹患肺结核同时有肺炎并发的患者诊断提供了有力保障。CT 是依托电子计算机而实施的断层扫描技术，其操作原理同 DR 相似，即经计算机对 X 线进行控制，来对人体实施扫描处理。在对扫描方式进行选择时，CT 影像学技术可对多种超声波与 X 线同时发出，在对人体内部器官开展全面扫描时，可对器官模型予以获取，此模型虽在清晰度上稍有不足，但仍可对医疗要求满足，且可将器官特征第一时间呈现，有较高的诊断效率，可为诊疗工作的实施提供参考依据。另外，运用 CT 模型其断面功能也较明显，除可对气管表面进行显示，还可以阈值为基础，全面对器官进行透析，来对器官内里表现予以呈现。此项技术与既往所运用的技术进行比较，使肺结核手术诊断步骤得以省略，并使患者心理负担和医务人员工作量显著降低，达到了无创诊断目标^[2]。在应用上，最初为平面技术即常规 CT 扫描，但采用此种方式获取的图像在完整性上、清晰度上有一定不足，且外部因素已对其构成影响，进而造成图像敏感度有程度不等的下降，准确性也居较低水平，且呈不稳定显示。而运用 CT 增强扫描技术，可对医疗工作质量予以优化。

特别是运用多层螺旋 CT 实施扫描，可使鉴别诊断效果显著增强。陈旧性肺结核在采用 CT 进行检查时，一般以片状或呈斑片状高密度影为特征，肺癌多以大片状阴影为表现，且内部经观察由空洞或空腔、洞壁呈粗糙显示，且厚度不均。一些并发肺结核同时有肺炎合并发生的患者在 CT 影像学特征上同肺癌具相似性，故仅依托常规 CT 检查技术对肺结核同时有肺炎合并发生的患者进行诊断，误诊漏诊风险居较高水平。结合本次研究结果示，肺癌患者分叶征、棘状突起、毛刺征、胸膜凹陷征检出率经观测明显高于肺结核合并肺炎患者，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。空腔或空洞、钙化、斑片条索影、结节影、空泡影检出占比差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。本次研究结果表明，运用增强扫描技术，可发挥对病发肺结核的患者合并肺癌、肺癌的有效鉴别工作^[2]。

肺结核类型不同，在特征上也有明显差异。针对急性血行播散性肺结核类型，在病发早期以两侧肺野所呈现出的透亮度程度不等减低，另外肺纹理里明显增强，以及显影模糊为主要表现。在采用 CT 进行检查时，有细砂状改变检出。另外，也存在小叶间隔增厚的征象，但程度相对轻微，其典型表现为，自肺尖起直至肺底，有密度、大小、分布呈一致特征粟粒状阴影，经对其直径进行监测，在 2mm 左右，经对其边缘进行观察，相对

清晰。通常粟粒状阴影分布均匀、大小均匀、密度均匀。进一步观察示，当病灶周围存在渗出时，边缘表现为模糊状，大部分病变两肺呈对称特征。呈密集状态的粟粒状小点状阴影通常可对肺纹理遮盖，而急性血行播散性肺结核若未得到及时有效的诊治，阴影可增大融合，进而明显增高了病灶密度，促使其边缘呈模糊状。采用 CT 对急性血行播散性肺结核进行检测，具体表现为：分析肺间质粟粒状结节特征，以两肺有呈弥漫性的粟粒结节影在肺间质分布为表现，直径经检测，在 1~3mm 左右，结节大小、密度均表现为一致的情况，且分布十分均匀，多数结节有较为清楚的边缘，少部分相对模糊，若未采取有效措施予以治疗，可呈约 5mm 增大。结节的形态经观察呈不规则显示，可向局灶性肺小叶实变影融合。对磨玻璃阴影特征展开分析，以粟粒状结节且有局限性磨玻璃阴影合并为表现，密度呈较大显示，且对其边缘进行观察，呈模糊状，小叶间隔增厚，及同时存在小叶内网状影。即在疾病急性期，肺泡间隔存在充血水肿形成的状况，多有磨玻璃阴影合并。大部分患者在进行治疗后，此种问题可呈消失显示，少数在开展治疗后，有呈不可逆状态的网状纤维化改变存在。有呈簇集样分布的薄壁囊腔影，少部分在病变进展期表现为可逆性改变的状况。分析小叶中心分支特点及树芽征特征，对于临床收治的急性血行播散性肺结核患者而言，若治疗不当或未及时治疗，可引发病变进展。结核病灶有干酪性物质形成，可对肺泡腔构成累及，采用 CT 进行检查，相较胸部平片，有更高的敏感度，可将肺部位置直径不及 2mm 的小结节阴影检出。对肺野内小结节病灶所呈现出的分布特点、数目、边缘征象、密度、大小、形态等进行观察，可使肺部较小病灶明显提高，并可为早期对肺部弥漫性结节病变检出，以及诊断准确率提升创造条件。

对于临床罹患肺结核有肺炎合并发生的患者，在运用 CT 常规扫描技术时，准确率并不太理想，临床通常需与 CT 增强扫描检查结合，来完成对病灶组织的判定。在对肺部结节病灶进行评估时，其所表现出的强化程度，同血管内外间隙进入的造影剂剂量、结节内部血管数量等具密切相关性。肺结核结节经观测由包裹纤维组织的坏死物质构成，其内部分布的血管数量表现为较少的情况，且十分稀疏。通过 CT 增强扫描的方式，以包膜样强化或无强化为表现。虽经对结核瘤内分布的肉芽细胞进行观察，毛细血管较为丰富，但在分布密度上，与癌性肿物进行比较仍呈较低显示。肺部癌性肿块中毛细血管大量分布，且血管多表现为迂曲、扩张状态，故 CT 增强扫描后有较显著的强化特征。本次所抽取的病发肺结核同时有肺炎合并的患者，对其病灶进行观测，以不均匀强化或不强化为表现，而肺癌以均匀强化为表现。病发肺结核有肺炎合并的患者以广泛强化为表现，而肺癌以周边强化为表现。病发肺结核同时有肺炎合并的患者与罹患肺癌的患者病灶在广泛强化率、周边强化、强化均匀上有显著差异。而运用 CT 增强扫描技术，来完成对病发肺结核同时有肺炎合并发生的患者的诊断，其效果十分突出。对我院采用 CT 增强扫描影像学技术对肺结核进行诊断，其影像特征十分明显，是对肺结核与肺癌进行鉴别的有效手段，可使误诊率显著降低，并使准确率明显提升。

综上，罹患肺结核的患者在有肺炎合并发生时运用 CT 影像学技术实施检查，有较高的诊断敏感度、特异度、准确度，同时，因在扫查时，以高密度影为表现，有较高的与肺癌混淆的风险，故需开展增强扫描，以对不同病理类型做精准鉴别。

参考文献：

[1]周永堂,张芳. 肺结核合并肺炎患者结节或肿块的 CT 表现与鉴别诊断[J]. 影像研究与医学应用,2018,2(08): 150-151.
[2]雷其良,董志辉,高鹏,等. 肺结核合并肺炎者结节或肿块的 CT 表现与鉴别[J]. 河南预防医学杂志,2018,29(07): 550-552.
[3]唐晓红. 肺结核合并曲霉菌属感染患者 CT 的临床诊断[J]. 影像研究与医学应用,2021,5(12): 167-168.

凉山地区儿童血清维生素 D 水平与过敏性紫癜发病相关性研究

张明伟 蒋春华 王启萍 熊忠贤 马莉 黄静 吴绍英 沙马莫日各

凉山彝族自治州第二人民医院 四川西昌 615000

摘要：目的：探讨凉山地区 25-羟维生素 D 低水平与儿童 HSP（过敏性紫癜）发病有无相关性。方法：选择 2021 年 12 月 01 日-2022 年 06 月 30 日期间我院儿科收治的 HSP 儿童共 65 例为观察组，同时选取同期在我院门诊进行健康体检的儿童 65 例为对照组，130 例入组儿童均给予串联质谱法检测体内的 25-羟维生素 D_[25-(OH)D]水平。结果：相较于对照组，观察组 25-羟维生素 D 水平明显更低（ $P<0.05$ ）。结论：25-（OH）D 低水平可能与过敏性紫癜发病率之间存在一定的关联，需引起临床重视。

关键词：儿童；过敏性紫癜；血清维生素 D；凉山地区；相关性

2016 年至 2020 年，我科收治的 HSP 儿童数量分别为：251 例、313 例、332 例、440 例、243 例（2020 年儿科受疫情影响，各类病人均明显减少），呈逐年上升趋势，且易反复，除皮肤紫癜外，常伴有肾炎、腹痛、关节炎等临床表现，可对儿童身体、心理健康均产生严重影响，可提高儿童家庭经济方面的压力与负担^[1]。该病作为一种免疫性疾病，主要由于食物、药物、微生物、疫苗、花粉以及蚊虫叮咬等抗原成分所致的免疫复合物型变态反应所引发的全身毛细血管炎症综合征，是儿童时期最常见的血管炎之一^[2]，目前尚不明确具体病因。随着我国居民生活环境、生活习惯的变化，国内普遍存在维生素 D 不足现象。在自身免疫疾病中维生素 D 的作用日益受到人们重视，也出现了越来越多的相关研究^[3]。本次我科随机选取 2021 年 12 月 01 日-2022 年 06 月 30 日时间段内的健康体检儿童以及 HSP 儿童共 130 例，对其 25-（OH）D 水平进行检测，同时分析、比较了检测结果。报告如下：

1. 资料与方法

1.1 一般资料

观察组：凉山彝族自治州第二人民医院儿科第一次诊断为 HSP 的 65 例儿童，对照组：同期于我院门诊健康体检的 65 例儿童，研究时间：2021.12.01-2022.06.30。观察组：男 37 例，女 28 例；年龄 3-14 岁，均值（ 8.85 ± 2.10 ）岁。对照组：33 例男性、32 例女性；年龄 3-14 岁，均值（ 8.72 ± 2.05 ）岁。两组一般资料（ $P>0.05$ ），有可比性。

疾病诊断标准（欧洲儿科血管炎 2006）：存在典型的皮疹紫癜，同时存在：（1）肾损害；（2）关节痛或关节炎；（3）弥漫性腹痛；（4）任何部位活检测 IgA 免疫复合物沉积，以上 4 条中有 1 项符合即可确诊为 HSP。

纳入标准：（1）营养发育正常；（2）就诊前 1 个月内无免疫治疗史或糖皮质激素应用史；（3）抽血前半年内无任何 WitD 制剂应用史；（4）家属对研究知情、同意。

排除标准：（1）合并其他免疫性疾病；（2）合并其他血管炎；（3）不配合研究或中途退出。

1.2 方法

使用同一设备对入选的两组儿童的 25-（OH）D 水平进行检测，并设定统一标准。检测方法为：两组儿童在入院后，均在空腹状态下抽取 3mL 血液，并将分离出的血清 25(OH)D 注入 EP 管，以串联质谱法对样本进行检测。血清 25(OH)D 判断标准（参考美国儿科学会和美国内分泌学会）：①正常： $\geq 75\text{nmol/L}$ ；②不足： $51\text{-}74\text{nmol/L}$ ；③缺乏： $\leq 50\text{nmol/L}$ 。

1.3 观察指标

观察并比较两组儿童 25-（OH）D 水平。

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

观察组 25-（OH）D 水平明显低于对照组（ $P<0.05$ ）。如表 1 所示：

表 1 两组儿童的 25-（OH）D 水平比较[nmol/L， $\bar{x}\pm s$]

组别	例数	25-（OH）D 水平
对照组	65	74.28 ± 1.93
观察组	65	53.15 ± 2.30
t 值	-	56.738
P 值	-	0.001

3. 讨论

临床常见的变态反应性出血性疾病之一即 HSP，该病多因患者机体对部分过敏原（致敏物质）产生变态反应，从而导致全身的毛细血管壁脆性、通透性提高，进而出现以黏膜、皮肤出血为主要症状表现的临床综合征^[4]。目前临床还尚不完全清楚该病具体的发病机制，现存的比较成熟的理论指出，人体的免疫功能与 HSP 的发生、发展之间具有密切关联。相关研究报道：HSP 病例中有超过 80% 的病患有体内血清 IgA 水平上升现象。导致患者形成 HSP 的原因或许与以下几点相关：（1）体液免疫：患者的体液免疫功能发生紊乱，出现大量的 B 淋巴细胞克隆活化，血清 IgA 水平增高异常，于关节、肾脏、皮肤、消化道等脏器的毛细血管壁上沉积、聚集 IgA 与 IgA1 的免疫复合物，引发病理损伤；（2）细胞免疫：Th1/Th2 细胞比例失衡，且信号通路失活，可引发适应性免疫缺陷，进而导致机体分泌异常的免疫球蛋白。过度分泌的 IgA 可以对粒细胞吞噬 IgGIC（IgG 免疫复合物）的功能产生抑制，从而无法有效清除 IgGIC，导致肾脏受损。这样看来，在 HSP 患儿的临床诊断中，高水平的 IgA 具有一定参考价值^[5]。

随着近年来我国医疗水平的不断进步，已经有越来越多的学者指出患者体内不同程度的维生素 D 缺乏与许多免疫性疾病密切相关，且推测维生素 D 在免疫性疾病中可能起着参与、促进的作用。维生素 D 通过结合 VDR（特异性维生素 D 受体），能够将自身的生物学作用发挥出来。以往大众对于类固醇衍生物——维生素 D 的认知，多停留在调节磷、钙作用层面，而 VDR 的发现，使人们更进一步的认识到了维生素 D 功能，目前临床研究的热点之一即维生素的免疫调节作用^[6]。维生素 D 水平较低，可以造成 Treg/Th17、Th1/Th2 比例失衡，B 淋巴细胞表达过度，同时可以改变 DC（树突状细胞）的功能与表达，进而可导致机体免疫功能紊乱，促进自身免疫性疾病的发生与发展，比如类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮等。当

维生素 D 进入机体后,即成为无活性的前体,必须依赖血液循环后才可以进入肝脏,并经过 25-羟化酶作用,转换为 25-(OH) D。25-(OH) D 是一种新发现的神经内分泌调节激素,研究证实,25-(OH)D 通过结合 VDR,除了可以起到调节钙磷的效果,还能够对免疫系统进行有效调节。本研究中,观察组、对照组的 25-(OH) D 水平分别为 (53.15±2.30) nmol/L、(74.28±1.93) nmol/L,这与多项随机对照研究结果相符^[7],进一步证实了 HSP 的发病可能与 25-OH-D 水平低下之间存在必然的联系。

HSP 可以对机体多个系统均产生累及,以皮肤紫癜、关节症状、消化道症状以及肾脏症状为主要表现,部分患者可出现颅内出血现象,可能引发意识障碍、瘫痪以及惊厥等症状。不同症状可以随机组合,且在出场顺序方面并不固定,但基本上均以皮肤紫癜第一个出现。决定 HSP 预后的重要因素即是否出现肾脏损害^[8]。本研究中,65 例 HSP 患儿住院过程中共有 5 例出现肾脏损害。HSP 患儿肾脏症状高发期为皮肤紫癜出现后的 2-4 周内,需要注意的是,如果患者合并肾脏损害,那么可能会明显延长病情恢复时间,且发生慢性肾衰竭的几率约为 11%-35%。

维生素 D 水平低下可以导致 TNF- α (肿瘤坏死因子- α)、INF- γ (γ -干扰素)、IL-2 (白介素-2) 等 Th1 型细胞因子的表达明显降低,并使 IL-13、IL-10、IL-5、IL-4 等 Th2 型细胞因子的表达增多,引发两者之间失衡状态,Th2 型细胞因子细胞的大量提高又会对 B 淋巴细胞的活化与增殖起到促进、协助,产生浆细胞,进而使患者体内出现大量的 IgA。另外,过度的滤泡辅助性 T 细胞分化可以使患者机体内大量沉积 IgA。Tfh 属于 CD4+T 细胞中的一种特殊类型,可于 B 细胞滤泡中定位,并通过对表面的转录因子、细胞因子以及标记物进行标记,有利于促进 B 细胞多克隆活化,使患者体内出现特异性的抗体,促使免疫应答更加强烈。研究发现,维生素 D 能够对 Tfh 的分化产生抑制,降低 IgA 前体细胞的表达,进而降低 IgA,起到有效保护患者免疫能力的积极作用^[9]。当维生素 D 水平不足或缺乏,就很难应对 Tfh 的表达,从而大量的堆积 IgA,最终增加发生免疫性疾病的风险。由儿童风湿病联盟、儿童风湿病国际研究组织、欧洲风湿病联盟共同制定的 HSP 诊断标准中,就有一条规定需要在组织学检查中,发现 IgA 沉积为主的增殖性肾小球肾炎或是以 IgA 免疫复合物沉积为主的白细胞碎裂性血管炎,这也可以充分说明在 HSP 诊断中 IgA 具有举足轻重的地位。IgA 共包含两个亚型,其中的 90%为 IgA1,10%为 IgA2,而 HSP 中主要以 IgA1 为主要的发病机制。然而,本次基于检验科条件等因素限制,很遗憾未能够开展 IgA1 检测。

多研究证实,佝偻病、I型糖尿病、呼吸道感染反复等多种其他疾病的发生、发展与维生素 D 水平低下亦具有一定关联。由于儿童时期普遍存在维生素 D 缺乏的问题,因此,临床建议应该适时的为儿童进行维生素 D 水平筛查,并及时为其进行合理、适量的补充,同时加强健康知识教育,多带儿童前往户外活动,尽可能将发生多种疾病的几率降低,确保儿童能够健康的成长。一般情况下,人们可以通过以下 3 种主要的途径获取维生素 D,分别为经胎盘-母体途径获得,口服富含维生素 D 的食物、药物获得,以及由日光照射转化获得。通常通过摄入鸡蛋黄以及鱼肝油等食物后,可以得到大约 10%的维生素量 D,而剩余的 90%左右常由最后一种方案获取。但是,伴随我国科学技术以及社会的不断进步和发展,近年来人们受到手机、外卖等因素影响,在生活更加便利的同时,越来越多的人不再进行户外活动,或是运动时间越来越少,导致皮肤光照时间不足,进而有更多群体存在缺乏维生素 D 的现象。研究发现,通过及时的对维生素 D

进行合理补充,可以使系统性红斑狼疮的活动度明显降低。还有研究指出,给予甲状腺炎患者适量的维生素 D 补充有利于降低后期的血清甲状腺自身抗体水平。HSP 患儿普遍存在维生素 D 缺乏的问题,有学者证实为该类病患及时采用维生素 D 治疗,更有利于将 Tfh 细胞百分率、CD19、IgG、IgE 以及 IL-21 等水平降低,可对患者免疫状态进行一定的调节,起到治疗效果。然而,目前我国并无有关健康儿童合理补充维生素 D 的明确方案,还需要深入研究并验证。实际上,全世界范围内有关维生素 D 的补充方案一直存在着争议,且不同国家常采取不同的解决方案。我国多数学者建议 0-10 岁的儿童可给予 400U 的维生素 D,而 11-18 岁的儿童可降低至 200U,年龄超过 4 岁的可耐受儿童应控制摄入量在 800U 范围内^[10]。

本研究的不足之处以及需要改进的地方有:(1) 维生素 D 水平在不同季节可产生一定的差异性,通常冬季易缺乏,而夏季相对不易缺乏,加上 HSP 可呈现明显的季节性发病特点,因此应该进行季节对照。希望在今后的研究中可以设置季节对照,在季节一致的前提下,对健康儿童与 HSP 儿童的 25-(OH) D 水平进行比较,将季节因素干扰排除。(2) 由于年龄与 25-(OH) D 水平之间存在关联,伴随年龄的提高,可逐渐提高维生素 D 缺乏率,婴幼儿(<3 岁)相对不易出现维生素 D 缺乏现象,而学龄期(>6 岁)儿童可明显提高维生素 D 缺乏率。本研究未对患儿的年龄段进行划分,还需要在今后进一步的查阅更多文献,并以此为基础按照年龄段划分 HSP 儿童与健康儿童,对相同年龄段儿童体内的 25-(OH) D 水平是否存在差异进行比较和研究。(3) 因为客观因素的限制,本研究未能够收集更多的样本量,还需在今后的科研和工作中,继续对 HSP 患儿的 25-(OH) D 水平、免疫球蛋白检测结果进行收集,使样本量进一步扩大,从而使临床对照研究更加具有层次。

参考文献:

- [1]唐雨珊,李喜莲,柏金秀,等. 血清维生素 A 和 25(OH)D 水平与儿童过敏性紫癜的相关性[J]. 河北医药,2021,43(16): 2467-2470.
- [2]吴高根,黎玉成,陈思. 血清胱抑素 C 与 25 羟维生素 D 水平检测在儿童过敏性紫癜肾损害诊断中的价值[J]. 中国民康医学,2021,33(10):95-97.
- [3]裴敏丽,戴玉柱,成军,等. 过敏性紫癜儿童血清中 25-羟基维生素 D IgA 水平分布特征[J]. 浙江临床医学,2019(10): 1326-1328.
- [4]尹璇,杨任华. 儿童血清维生素 D 水平与过敏性紫癜关系的 Meta 分析[J]. 中国妇幼保健,2020,35(22): 4391-4397.
- [5]邱碧波,黄彩芝,莫丽亚. 过敏性紫癜患儿血清 25 羟维生素 D 水平变化及临床意义[J]. 实用预防医学,2019,26(12): 1528-1530.
- [6]范丽,刘衡,王予川,等. 血清维生素 D 水平与过敏性紫癜患儿病情及治疗的关系[J]. 中国当代儿科杂志,2017,19(7): 796-799.
- [7]黄树平,钟涛,黄郁波,等. 过敏性紫癜复发与血清 25 羟维生素 D 水平的相关性探讨[J]. 中国医学创新,2017,14(21): 42-45.
- [8]郭华. 维生素 D 联合注射用甲泼尼龙琥珀酸钠对过敏性紫癜患儿血清免疫球蛋白 A 水平的影响[J]. 首都食品与医药,2020,27(17): 71.
- [9]宋庆梅,张晓,徐瑞. 过敏性紫癜患儿血清 25-羟维生素 D 和维生素 D 抗体水平变化及意义[J]. 儿科药杂志,2020,26(6): 4-7.
- [10]华冉,邓芳,鹿玲,等. 初诊过敏性紫癜患儿血清 25 羟维生素 D 水平变化及临床意义[J]. 安徽医学,2021,42(10): 1135-1138. DOI: 10.3969/j.issn.1000-0399.2021.10.015.

他克莫司在儿童难治性肾病综合征中的疗效观察

张娜

贵州省盘州市第二人民医院 贵州盘州 553500

摘要:目的 探讨他克莫司治疗儿童难治性肾病综合征的疗效。方法 以等量电脑随机法将我院收治儿童难治性肾病综合征患者 20 例均分为 A(n=10)、B(n=10) 两组,并于 2019 年 1 月—2021 年 10 月期间展开医学研究。两组儿童患者均接受小剂量泼尼松治疗,同时给予 A 组环磷酰胺治疗,B 组他克莫司治疗,12 个月后将治疗效果进行对比。结果 治疗后 B 组儿童患者尿蛋白、SCr、IgA 指标水平及药物不良反应反胜率均低于 A 组,Alb、IgG 指标水平及临床治疗总有效率均高于 A 组,对比均有统计学意义(P<0.05)。结论 他克莫司治疗儿童难治性肾病综合征具有显著疗效及安全性,可助儿童患者提升免疫功能,并改善生化指标水平,有利于疾病预后质量的改善。

关键词:他克莫司;儿童患者;难治性肾病综合征;安全性

肾病综合征是肾科常见疾病,是指肾脏病变引起一系列指标异常表现。病发后患者主要表现为三高一低,且治疗难度较大,需要坚持长期治疗才可以延缓疾病进展及减轻危害。现阶段主要是应用细胞毒、糖皮质激素及抗凝类药物进行治疗。然而随着患者耐药性的提升,会导致较多不良反应的发生,此外对于儿童患者来说以上药物的长期应用,还会对其生长发育造成一定影响^[1]。因此,如何在确保儿童难治性肾病综合征治疗疗效的同时又可以兼顾治疗安全性,也成为了医学研究的重点。而随着临床对该疾病研究的不断深入,部分学者指出儿童难治性肾病综合征与其免疫功能紊乱有较大相关性,因此本研究就免疫抑制剂——他克莫司的临床应用效果展开研究,以期提升儿童难治性肾病综合征治疗效果,改善疾病预后质量,并促进儿童患者的早日康复。现做如下报告:

1 资料和方法

1.1 一般资料

经院内伦理委员会批准,以等量电脑随机法将我院收治儿童难治性肾病综合征患者 20 例均分为 A(n=10)、B(n=10) 两组,并于 2020 年 1 月—2021 年 10 月期间展开医学研究。所有儿童患者均符合中华医学会儿科学分会肾脏病学组织制定的难治性肾病综合征诊断标准,并且家属签署相关知情文件。同时本次医学研究将排除合并精神疾病、其他系统严重病变、认知功能障碍、先天畸形、药敏史、临床资料缺失、身体残疾、中途退出研究或随访失联患者。其中 A 组 WHO 中 EHT 诊断标准,且签署知情文件,并具有较好依从性。同时排除药敏史,妊娠及哺乳期女性,合并精神疾病,以及合并肿瘤类及严重器质性疾病患者。其中 A 组男 6/女 4 例,年龄 3-18 岁,病程 7 个月—3 年,体重 11-60kg,其中 2 例激素依赖型肾病综合征、2 例复发发型肾病综合征、6 例激素耐药型肾病综合征。B 组男 5/女 5 例,年龄 3-16 岁,病程 6 个月—3 年,体重 12-60kg,其中 3 例激素依赖型肾病综合征、1 例复发发型肾病综合征、6 例激素耐药型肾病综合征。1.2 治疗方法

两组儿童患者均接受小剂量泼尼松治疗,初始剂量 1-1.5mg/kg·d,8

周后逐渐间隔 4-6 周减少 2.5-5.0mg 使用剂量,6 个月以后以 5mg/d 进行维持,12 个月以后停止治疗。同时给予 A 组环磷酰胺静脉注射治疗,500-750mg/m² (最大使用量不得超过 120mg/kg),1 次/月,或者 8-12mg/kg·d,每两周连续应用 2d。B 组则联合他克莫司餐前 1h 口服治疗,2 次/d,使用量 0.1-0.15mg/kg·d。治疗 2 周检测儿童患者全血他克莫司药物浓度,之后更改为每月检测 1 次,以调整他克莫司使用剂量,使其维持 5-12ng/ml 的血药浓度,并在维持治疗有效率基础上于 6 个月以后逐渐减少使用剂量。两组儿童患者均持续治疗 12 个月。

1.3 指标观察

将以下指标进行对比^[2]:(1)叮嘱两组儿童患者在检查当天禁食、水,然后抽取清晨空腹静脉血,并对血样进行 EDTA 抗凝处理,随后应用免疫比浊法进行 Alb—血清白蛋白,应用同位素稀释质谱法进行 SCr—血肌酐水平检验;应用投射比浊法进行 IgA—免疫球蛋白 A 及 IgG—免疫球蛋白 G 水平检验;(2)采集清晨新鲜尿液并应用双缩脲法进行尿蛋白定量检测;(3)药物治疗过程中不良反应发生种类及例数;(4)治疗总有效率,以儿童患者各项实验室生化指标水平恢复正常且相关临床表现消失为显效,以相关临床表现及生化指标水平未出现好转且尿蛋白((+++))为有效,以相关临床表现及生化指标水平未有改变且尿蛋白≥(+++)为无效,显效与有效之和的百分比为治疗总有效率。

1.4 统计学分析

SPSS 20.0 处理数据, ($\bar{x} \pm s$) 与 (%) 表示计量与计数资料,分别用 t 值与 χ^2 检验, P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 尿蛋白、SCr 及 Alb 指标水平对比

治疗后 B 组尿蛋白及 SCr 指标水平低于 A 组,Alb 指标水平高于 A 组,对比均有统计学意义(P<0.05);治疗前三项指标水平对比,差异较小无统计学意义(P>0.05)。见表 1。

表 1 尿蛋白、SCr 及 Alb 指标水平对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	尿蛋白 (g/d)		Alb (g/L)		SCr (umol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A 组	10	7.32±3.34	3.24±1.47	23.34±3.79	34.27±4.54	95.39±12.07	85.19±11.25
B 组	10	7.28±3.37	0.78±0.31	23.71±3.68	44.17±5.79	95.18±12.23	69.30±16.77
t		0.046	8.968	0.383	7.369	0.066	4.309
P		0.963	0.000	0.703	0.000	0.946	0.000

2.2 IgA、IgG 指标水平对比

治疗后 B 组 IgA 指标水平低于 A 组,IgG 指标水平高于 A 组,对比均有统计学意义(P<0.05);治疗前两项指标水平对比,差异较小无统计学意义(P>0.05)。见表 2。

表 2 IgA、IgG 指标水平对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	IgA (g/L)		IgG (g/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A 组	10	1.43±0.53	1.27±0.39	1.15±0.63	2.39±1.27

B 组	10	1.44±0.57	0.44±0.12	1.13±0.62	6.17±1.49
t		0.070	11.141	0.123	10.575
P		0.944	0.000	0.901	0.000

2.3 治疗总有效率对比

B 组治疗总有效率较 A 组更高,对比有统计学意义(P<0.05)。见表 3:

表 3 治疗总有效率对比[n (%)]

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

A 组	10	4	4	2	24 (80.00)
B 组	10	5	4	1	29 (96.67)
χ^2					4.043
P					0.044

2.4 药物不良反应发生率对比

B 组药物不良反应发生率较 A 组更低, 对比有统计学意义 ($P<0.05$)。详见表 4:

表 4 药物不良反应发生率对比[n (%)]

组别	例数	骨髓抑制	肺部感染	胃肠道反应	肝功能受损	凝血功能异常	总发生率
A 组	10	1	1	2	1	1	10 (33.33)
B 组	10	0	0	0	0	0	0 (0.00)
χ^2							4.811
P							0.008

3 讨论

儿童难治性肾病综合征与成人的难治性肾病综合征有病理分型的差异, 一般来讲儿童患者常见微小病变型, 该种病变对激素比较敏感, 在糖皮质激素及原发性疾病治疗后儿童患者的预后较为良好^[3]。并且在临床数据统计下显示, 经过糖皮质激素治疗的儿童难治性肾病综合征患儿, 其在初次治疗后会有 30% 的概率不复发, 其余则有 40% 的概率复发 1-3 次, 30% 的概率为多次复发^[4]。并且长期应用糖皮质激素类药物进行治疗, 还会导致儿童患者耐药性的提升, 进而出现较多药物不良反应, 对患儿治疗依从性确保造成负面影响^[5]。同时糖皮质激素药物长期应用还会影响儿童的健康成长, 并导致多种并发症的发生, 致使临床治疗安全性欠佳, 且不利于和谐医患关系的养成。因此来说, 应用糖皮质激素以及对原发性疾病进行控制与治疗, 并不能完全满足儿童难治性肾病综合征的临床预期。

而随着临床研究的进一步深入, 有众多临床研究指出^[6], 儿童难治性肾病综合征的发病机制与其机体免疫功能紊乱相关。因此, 部分学者将免疫抑制剂应用到该疾病的治疗中, 并且于 1990 年首次报道了免疫抑制剂治疗儿童难治性肾病综合征成功病例。而究其根本为免疫抑制剂的主要作用机制是抑制 B 淋巴细胞增殖, 从而抑制白介素-2 的产生, 继而抑制下游因子发挥作用, 从而起到治疗肾病综合征的作用^[7]。且从目前发表的文献和资料来看, 免疫抑制剂联合 1/4 的剂量或半量激素, 治疗肾病综合征的效果完全优于最经典的足量激素联合环磷酰胺的效果。但免疫抑制剂的应用副作用也相对较多, 其会造成内脏系统不良反应, 如心血管系统会出现心律失常、心力衰竭等心脏的问题。内分泌代谢系统会出现高血压、糖尿病、高脂血症等, 肌肉、骨骼、关节、泌尿生殖系统、免疫系统、神经系统、胃肠道、肝脏、血液系统、眼睛、耳朵等不良反应^[8]。因此, 在对儿童难治性肾病综合征应用免疫抑制剂治疗时, 还需要兼顾治疗安全性, 才可以最终改善疾病预后质量。

他克莫司作为从链霉菌株代谢产物中提纯出的大环内酯类新型免疫抑制剂, 其具有强大免疫抑制功效, 能够全面抑制淋巴细胞, 并通过调节人体免疫细胞发挥强大免疫抑制功能, 从而抑制炎症细胞因子的释放, 并达到显著的抗炎效果^[9]。且他克莫司的免疫效果较环孢素强 10-100 倍, 自从问世以来广泛应用于器官移植的抗排斥反应, 以及免疫性疾病的治疗。目前也越来越多地应用于肾病综合征的治疗, 如膜性肾病、膜增生性肾炎、狼疮性肾炎等等, 并取得较为满意的疗效^[10]。且他克莫司对生殖系统没有毒副作用, 肾毒性的作用明显降低, 尽管使用过程中可能会出现血糖、血脂、血压等代谢指标异常的表现, 但这些副作用会随着药物的逐渐减量或停用而逐渐消失, 因此其临床应用的安全性更高。而将其应用到难治性肾病综合征的治疗中, 大部分患者经 6 个月左右的治疗后能达到蛋白尿明显减少或消失的效果, 然后逐渐减量并继续进行维持阶段治疗 6 个月左右, 那么患者的预后质量会显著提升^[11]。若在后期的维持治疗过程出现疾病反复现象, 也可以再次重新治疗或者加大他克莫司的剂量, 以达到临床治愈

的显著效果。而究其根本为他克莫司可结合 FKBP, 进而形成 FK506-FKBP 复合物, 并表现出对 Cal Aineurin 的高亲和力, 从而抑制磷脂酶活性, 阻断钙离子内流, 并降低细胞内钙离子浓度, 使活性 T 细胞核因子无法完成磷酸化, 进而显著抑制 T 细胞 G₀ 期向 G₁ 期转化, 以及 T 细胞增生, 使 IL-2、IL-2R、IFN- γ 等基因受到阻遏。同时他克莫司的应用还可以显著抑制免疫反应, 使早期淋巴细胞聚集得到抑制, 进而阻止已聚集淋巴细胞吸引其他炎性细胞, 减少炎症反应。此外他克莫司还可以影响 B 细胞生长及抗体形成, 从而发挥出显著的免疫抑制效果, 达到治疗肾病综合征的作用^[12]。此外, 他克莫司的应用因为可以产生激素样效应, 进而可以使糖皮质激素用量减少, 从而显著提升治疗安全性。

本次为了提升我院治疗儿童难治性肾病综合征的临床疗效, 特将他克莫司的应用效果进行研究, 结果显示, 在他克莫司联合小剂量糖皮质激素(泼尼松)治疗下的 B 组患儿, 其尿蛋白指标水平, 均较小剂量糖皮质激素联合环磷酰胺治疗下的 A 组更低, SCr 指标水平较 A 组更高。表明他克莫司可能有效减少蛋白尿, 并提高血浆蛋白水平, 改善肾功能。在免疫指标水平对比上, B 组的 IgA 指标水平较 A 组更低, IgG 指标水平较 A 组的更高。结果说明, 他克莫司治疗儿童难治性肾病综合征可增加儿童机体免疫力, 使其身体机能得到显著提升, 进而加快疾病康复速度。而临床治疗总有效率较 A 组更高, 这也进一步证实了他克莫司治疗儿童难治性肾病综合征具有显著疗效。在药物不良反应发生率对比上 B 组较 A 组更低, 说明他克莫司的应用降低了糖皮质激素的使用量, 进而提升了治疗安全性, 有助于减少药物不良反应的发生。

综上所述, 他克莫司治疗儿童难治性肾病综合征最有显著疗效及安全性, 值得在临床中被进一步借鉴、应用与推广。

参考文献:

[1]李玉柳,刘玉洁,张书锋,曹广海,魏磊,刘钧菲,刘翠华. 肾病综合征患儿他克莫司血药浓度监测结果分析与临床效果评价[J]. 中国合理用药探索,2021,18(11): 47-50.

[2]张娅琴,吴凡,黄婷,付婷婷. 他克莫司联合小剂量糖皮质激素及小剂量西罗莫司的三联方案治疗儿童激素耐药型肾病综合征的效果[J]. 药学服务与研究,2021,21(3): 181-184.

[3]朱丽丽,耿伟,袁圆,安晓婕,袁双丽,鄢显琨,陈渤松,赵军. 他克莫司在儿童肾病中的风险预测模型的建立[J]. 中国药物警戒,2021,18(6): 579-583+587.

[4]韩林珊,董丹. 他克莫司联合环磷酰胺冲击治疗儿童激素依赖型肾病综合征的临床效果[J]. 中国当代医药,2021,28(16): 138-141.

[5]程恰. 他克莫司联合小剂量西罗莫司治疗儿童激素耐药型肾病综合征的效果[J]. 中国处方药,2020,18(12): 88-89.

[6]高卓,李晓梅,隋丽娜. 利妥昔单抗治疗儿童难治性肾病综合征的 Meta 分析[J]. 山东医药,2020,60(31): 86-88.

[7]姚盛华,毛建华,夏永辉,王大燕,陈一芳,方澄清,刘爱民,杜立中. 他克莫司联合小剂量激素治疗儿童激素抵抗型肾病综合征 21 例临床分析[J]. 中华儿科杂志,2011,49(11): 825-828.

[8]李思焯,徐华,叶琦,汪洋,伍三兰,曹鹏. 应用群体药动学模型考察五酯胶囊对肾病综合征患儿体内他克莫司药动学的影响[J]. 中国新药与临床杂志,2020,39(8): 477-485.

[9]吴挺柏,王婷,阮静维. 他克莫司与环磷酰胺分别联合泼尼松治疗儿童难治性肾病综合征临床观察[J]. 中国实用医药,2020,15(14): 127-129.

[10]郑志方,陈国利,孙鹏,刘利蕊,王文涛,王燕. 百令胶囊联合他克莫司治疗儿童原发性肾病综合征的疗效及安全性评价[J]. 中华中医药学刊,2020,38(5): 203-206.

[11]刘钧菲,刘翠华,厉洪江,田明,张书锋. 肾病综合征患儿他克莫司血药浓度监测与临床疗效分析[J]. 中国医学工程,2020,28(4): 69-71.

[12]吴晓明,何威,高远赋,樊忠民,高春林,魏伟,彭洪军,孙涛,张沛,马士茹,史卓,杨晓,周昱,夏正坤. 他克莫司治疗儿童难治性肾病综合征 191 例[J]. 中华实用儿科临床杂志,2015,30(5): 342-345.

作者简介: 张娜, 1980 年 4 月, 女, 汉, 贵州盘县, 本科, 副主任医师, 主要从事儿科方面。

微生物检验方法在妇科炎症感染中的应用价值分析

张学慧

青海省妇女儿童医院 检验科 810000

摘要：目的：微生物检验方法在妇科炎症感染中的应用价值分析。方法：选取在我院 2020 年 9 月—2022 年 6 月期间收治的 82 例妇科炎症感染患者为研究对象，将患者分组处理，分组方式：随机抽签法，分组结果：实验组、对照组，每组 41 例，均需要实施微生物检验，微生物检验方式凝集法（实验组）和培养法（对照组），比较微生物检验方法应用价值。结果：两组阳性率比较，没有显著差异（ $P>0.05$ ）；比较患者检验方式满意度，没有显著差异（ $P>0.05$ ）；两组妇科炎症感染患者检验培养时间比较，对照组比实验组短， $P<0.05$ 。结论：临床在妇科炎症感染检验中，微生物检验方法起到了重大的作用意义，根据研究培养法和凝集法的临床应用价值可以看到，两种检验方法有各自的应用优势，均可以在广大基层医院推广实施，在选取微生物检测方法的时候，根据患者需求针对性地选取，确保使用微生物检验方法检验结果的准确性。

关键词：妇科炎症感染；微生物检验方法；应用价值

现在医学依据患者需求在不断地进行深入探究发展，尤其是针对现代医学技术等方式提升，临床放射性治疗方案后，化学药物治疗越来越普遍的应用，这种做法在一定程度上可以获取较高的医疗水平，促使医疗水平得以提升^[1]。但是，另一方面探究发现也出现了大量的不良现象，其中比较典型的案例是抗生素在临床治疗过程中被滥用的频率逐渐升高，抗生素的广泛应用促使耐药菌株的出现频率明显升高，妇科炎症感染可能会有增长的趋势，对于女性群体来说，临床治疗过程中出现抗生素耐药菌株，对于生理和心理都会造成严重危险，因此如何针对妇科炎症感染实现有效地检测与控制，是现阶段需要重点解决的问题^[2]。其中微生物检验作为一种在临床很早就被利用的检测手段，应用微生物检验可以及时到发现病原，并且实施有效的阻断途径，阻断微生物的传播途径，能够控制疾病恶化，及时地对易感染人群实施保障措施，尤其是针对妇科炎症感染的患者来说，实现了有效的监控，控制感染恶化程度非常关键^[3]。阴道念珠菌是作为一种条件性的致病真菌，它与常见的阴道疾病有着较为直接的关系，因为阴道念珠菌可以黏附在患者阴道的任何部位产生病变。由此需要收集确诊的妇科炎症感染患者作为研究对象，分别采取培养法以及凝集法对念珠杆菌感染情况进行检测，分析检测的有效性。

1 资料与方法

（1）一般资料

选取在我院 2020 年 9 月—2022 年 6 月期间收治的 82 例妇科炎症感染患者为研究对象，将患者分组处理，分组方式：随机抽签法，分组结果：实验组、对照组，每组 41 例，均需要实施微生物检验，微生物检验方式凝集法（实验组）和培养法（对照组）。实验组：41 例妇科炎症感染患者年龄分布区间 23-47 岁，均值（38.12±4.51）岁，妇科炎症感染疾病类型：宫颈炎 15 例、盆腔炎 16 例、阴道炎 10 例；对照组：41 例妇科炎症感染患者年龄分布区间 21-48 岁，均值（38.51±4.75）岁，妇科炎症感染疾病类型：宫颈炎 14 例、盆腔炎 16 例、阴道炎 11 例。两组患者一般资料比较无显著差异（ $P>0.05$ ）。

（2）方法

两组妇科炎症感染患者均实施微生物检验使用 port.A-cd 进行样本采集，指导患者处于仰卧位，阴道三分之一侧壁收集分泌物，将分泌物无菌棉签放置在试管底部。

对照组：培养法检验，样品接种完成，在科玛嘉念珠菌显色培养基中培养，进行样品阳性检验，进行 3 次传代处理，进行孵育 24h，温度 35 摄氏度，中间不中断。并对于检查结果进行检验判别，在检验过程中应该要求操作人员严格遵循操作流程，确保检验结果的准确性。

实验组：应用凝集法，对所有检验样本接种，珠菌快速凝集测定试剂进行检验工作，操作过程中严格按照检验规章操作要求，避免对于检验结果造成影响，样本阳性判别出现了紫色凝集颗粒，阴性不呈现紫色。

（3）观察指标

1.患者阳性率，比较两组妇科炎症感染患者应用不同微生物检验方法阳性率，阳性率越高应用效果越好；

2.患者检验方式满意度，应用自制满意度调查问卷评估，总分 100 分，根据评分分为非常满意、满意和不满意，满意度越高检验方式应用效果越好；

3.培养时间，记录两组妇科炎症感染患者检验培养时间，时间越短临床应用价值越高。

（4）统计学方法

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

2 结果

2.1 患者阳性率

两组阳性率比较，没有显著差异（ $P>0.05$ ）。

表 1 患者阳性率比较(n,%)

组别	例数	阳性	阴性	阳性率
实验组	41	36 (87.80)	5 (12.20)	87.80
对照组	41	30 (73.17)	11 (26.83)	73.17
X ²	--	--	--	2.79
P	--	--	--	0.09

2.2 患者检验方式满意度

比较患者检验方式满意度，没有显著差异（ $P>0.05$ ）。

表 2 患者检验方式满意度比较（ $\bar{X}\pm S$ ）

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
实验组	41	23 (56.10)	16 (39.02)	2 (4.88)	39 (95.12)
对照组	41	17 (41.46)	20 (48.78)	4 (9.76)	37 (90.24)
X ²	--	--	--	--	0.71
P	--	--	--	--	0.39

2.3 培养时间

两组妇科炎症感染患者检验培养时间比较，对照组比实验组短， $P<0.05$ 。

表 3 培养时间（ $\bar{x}\pm s$, d）

组别	例数	培养时间
实验组	41	0.98±0.12
对照组	41	6.65±0.65

t	--	54.92
P	--	0.00

3 讨论

目前临床多种疾病治疗应用抗生素,在抗菌方面发挥了重大的作用,但是在使用抗生素治疗疾病期间,也会发生不合理使用抗生素的情况发生,使用抗生素的频率有所上升,使得耐药菌株的新品种也在不断地变异进化,出现了耐药性较高的菌株^[4]。对于抗生素产生了抵抗性,不能够有效发挥抗菌效果,对于妇科炎症患者来说,在应用抗生素治疗妇科炎症感染问题,也会出现较大难度,会导致妇科炎症感染问题越来越严重^[5]。抗生素的耐药问题不仅严重影响着国内外医院的医疗质量,也在一定程度上对于患者造成了巨大的痛苦,在使用抗生素治疗期间,增加了经济负担,也降低了患者及患者家属的生活质量^[6]。因此临床检验过程中能够实现有效监测控制,指导妇科炎症感染治疗是非常关键的,也是关注现代女性健康,促使医疗水平发展的重要措施^[7]。多种阴道疾病一般是由念珠菌感染所导致,念珠菌感染率不断的上升发展恶化,促使广大女性群体身体健康以及生活质量受到了严重影响,针对临床研究念珠菌是一种条件性的致病真菌,念珠菌有可能是原发性疾病,在很多时候是由于配偶阴道处炎症念珠菌传播感染导致,发生念珠菌感染常会引起人体表面发生局部性过敏反应,由此引发一系列疾病症状^[8]。对于妇科炎症的患者来说,最为常见的发病原因是微生物感染所导致,而微生物学检验则是极大地有利于能够及时地发现微生物种类,确定微生物传染源,有效地切断微生物疾病的传播途径,在治疗疾病方面能够指导实施治疗方案,保障治疗方案的针对性,还可以指导针对易感人群进行保护预防^[9]。因此临床中对妇科炎症感染患者要实现有效的监测控制,在疾病治疗过程中,对其进行微生物检测非常关键。目前我国医学针对妇科炎症的确诊,主要的依据是来自患者阴道中的分泌物,检测微生物的种类及其含量,而阴道念珠菌是妇科炎症感染中比较常见的一种条件性致病真菌,一般能够将感染患者阴道的任何部位实现有效监测,能够保障指导实施有效治疗^[10]。在妇科炎症感染中的应用微生物检验方法包括培养法检验和凝集法检验,两种检验方法在临床中有应用实践,其中培养法检验是存在一定的局限性,培养法做微生物检验的前提是能够通过配合药敏实验的方法开展的,为临床诊断治疗开展提供必要的依据,其中培养法检验存在的局限性是检验过程耗时比较长,整个检验过程都需要在科玛嘉培养基上进行,需要进行三次传代处理,还需要进行24小时的孵育处理,因此整个培养法检验时间就会比较长,一般都需要3-7天,因此针对妇科炎症感染患者在临床早期诊断应用,应用效果不佳,不利于早期进行疾病类型诊断,不能够及时的确定念珠菌的菌种,使微生物检验结果精确度得不到有效保障^[11]。在针对妇科炎症感染患者采取微生物检验方法中利用凝集法,能够优化检验的准确性凝集法是作为近些年以来发展的一种可以作为阴道分泌物念珠菌检测的有效应用方法,主要是利用念珠菌酵母细胞能够有效发挥抗菌性的特点,通过针对念珠菌的特性抗体进行有效检测直接决定患者阴道内念珠菌的分布情况,还能够准确检验念珠菌的菌种类型。一般情况下针对妇科炎症感染患者在采集的阴道液标本中,含有的念珠菌达到 $1.0 \times 10^9/\text{ml}$ 时,就会发生比较明显的凝集反应,一般情况下是不需要使用任何检验仪器,用肉眼即可进行检测,评估检验结果进行观察后判定。由此可见,在对患者进行疾病检验过程中,针对妇科炎症感染患者生物检验方法应用比较推荐凝集法,应用有较高价值,具有简单容易操作的,优点反应较为迅速,可以在较短时间内出具检验结果,而且在临床应用过程中能够发挥较高的特异性,其优势较为显著,推荐在临床患者疾病微生物检验中应用作为初步筛选妇科炎症感染疾病的微生物检验方法,针对患者疾病更为准确的诊断方法,还是比较推荐应用培养法,能够确定这种类型实施治疗方案指导。

两组阳性率比较,没有显著差异($P > 0.05$);比较患者检验方式满意度,没有显著差异($P > 0.05$);两组妇科炎症感染患者检验培养时间比较,对照组比实验组短, $P < 0.05$ 。妇科炎症对于女性来说会造成严重影响,是女性常见的一种疾病类型,症状比较轻微会影响生活质量,症状严重时会造成不孕不育,胎儿发育不全等严重后果,因此在临床诊断疾病治疗过程中,

需要及时地进行诊断治疗,防止妇科炎症感染恶性化发展。造成妇科炎症感染的罪魁祸首是念珠菌,该种病菌生长依附于患者皮肤、口腔、阴道处会出现皮肤黏膜浅表层以及全身系统性,感染部位的不同也会造成患者不同类型的疾病,现阶段临床针对妇科炎症感染患者诊断主要采取微生物检验,就是对念珠菌的阳性情况进行评估,结果分析目前开展的微生物检验技术已有所发展进步,特别是在针对妇科炎症感染中得到了有效的利用,本文将探究培养法和凝集法,在微生物检验过程中的应用效果研究结果表明,两种检验方法检测阳性率,存在显著的差异性,这可以表明两种方法在检验妇科炎症感染方面应用价值比较相似,微生物检验在防控妇科炎症感染方面有良好的作用效果能够准确检验病原菌类型,对于其致病性与抗菌药物的耐药性进行准确评估。虽然凝集法微生物检验方法具有简便快捷的优点,同时也会存在一定的弊端,就是在检验过程中无法对于菌种类型进行判定,至于不能立即开展相关性的药敏反应实验,因此在临床中对妇科炎症感染实施微生物检验方法应用过程中,可以发挥凝集法的简便快捷优势,在针对阴道炎症进行初步筛选临床科室普查方面,就可以发挥良好的应用效果,适合在一般性的医疗机构中推广实施,而对于凝集法来说,培养法可以达到很高的病原微生物检出率,同时可以鉴别出阴道内念珠菌的菌种类型,在培养法实施过程中需要较长的检验时间,如果检验中需要3代传次,培养法实施过程中需要较长的检验时间,如果检验中需要3次传代培养,对于感染患者前期诊断和临床治疗非常不利,需要3-7天的检验时间,不能够立即对于患者疾病状况进行诊断,也不能指导临床治疗方案优化,在临床诊断应用中还会产生较高的医疗费用,对于部分患者来说带来了较大的经济压力,整体来看,对于患者临床治疗是不利的。因此在临床针对妇科炎症感染实施不同微生物检验方法探究可以结合进行应用,不论哪一种方法都有其独特的优势,可以实现相互结合,取长补短,在临床妇科炎症感染疾病诊断过程中评估患者的需求以及特定的情况,选择适合的方法,为微生物检验临床诊断提供准确依据。

综上所述,以培养法和凝集法进行的微生物检验结果对比发现两种检验方法所检出的检出率就比较高,说明培养法和凝集法仍然具有临床应用价值,两者检验方法时间存在差异性,应该根据妇产科炎症患者的需求进行选择使用。

参考文献:

- [1]利惠婵,黄玉林.妇科炎症感染采用不同微生物检验方法的探讨[J].中国城乡企业卫生,2022,37(03): 150-152.
 - [2]王瑞文.妇科炎症感染中微生物检验方法的效果与临床分析[J].保健医学研究与实践,2021,18(S1): 106-108.
 - [3]杨献明.妇科炎症感染中不同微生物检验方法检测效果的对比分析[J].现代养生,2021,21(20): 17-18.
 - [4]银代媛,王仁燕.妇科炎症感染中微生物检验方法的效果与临床观察[J].智慧健康,2021,7(27): 10-12.
 - [5]黄尚宝.不同微生物检验方法用于妇科炎症感染的检验效果[J].医学食疗与健康,2021,19(12): 147-148.
 - [6]陈旭璇.妇科炎症感染中几种微生物检验方法的效果分析[J].当代医学,2021,27(04): 94-96.
 - [7]胡晨.不同微生物检验方法在妇科炎症真菌感染患者检验中的临床有效性观察[J].医学理论与实践,2020,33(21): 3636-3638.
 - [8]谢印容.妇科炎症感染中微生物检验方法的临床效果观察与分析[J].中国医药科学,2020,10(17): 173-175.
 - [9]易毅.妇科炎症感染微生物检验方法的效果与分析[J].安徽卫生职业技术学院学报,2020,19(04): 88-89+92.
 - [10]费海霞.妇科炎症感染中微生物检验方法的效果与临床观察[J].实用妇科内分泌杂志,2020,7(19): 16+22.
 - [11]陈育涵.妇科炎症感染中微生物检验方法的效果与临床分析[J].中国社区医师,2020,36(14): 104-105.
- 作者简介: 张学慧,女,1983-12-10,青海西宁,本科,主管技师,主要从事临床微生物方向研究,青海省妇女儿童医院 检验科。

甲疏咪唑联合左旋甲状腺素治疗 Graves 病的的疗效分析

张雁¹ 黄浦²

1、河北省宁晋县医院 河北邢台 055550; 2、石家庄市人民医院（石家庄市第一医院） 河北石家庄 050000

摘要：目的：探讨甲疏咪唑联合左旋甲状腺素治疗 Graves 病的的疗效。方法：我院于 2021 年 1 月至 2022 年 1 月收治 92 例 Graves 病患者，随机将其分为两组，分别给予不同的治疗方案，即对照组予以甲疏咪唑治疗，观察组予以甲疏咪唑联合左旋甲状腺素治疗，比较两组患者的治疗结局。结果：观察组的治疗总有效率为 97.82%，其明显高于对照组的 73.91% ($P<0.05$)；观察组的血清 TSH、25(OH)D 和 sICAM-1 水平明显优于对照组 ($P<0.05$)；观察组的甲状腺体积明显比对照组更小 ($P<0.05$)；观察组的不良反应发生率和复发率均为 4.34%，其明显低于对照组的 23.91% 和 21.73% ($P<0.05$)。结论：甲疏咪唑联合左旋甲状腺素可有效治疗 Graves 病，不仅能降低血清 TSH 和 sICAM-1 水平，提高患者的 25(OH)D 水平，还能减少不良反应，避免疾病多次发作。

关键词：甲疏咪唑；左旋甲状腺素；Graves 病；疗效

Graves 病即弥漫性甲状腺肿伴甲亢，其临床表现主要是高代谢症候群、甲状腺肿大、胫前粘液性水肿等，同时又会分泌较多的甲状腺素^[1]。当前，人们的生活水平有明显的上升，Graves 病发病人数也随之不断增加。Graves 病需要长时间治疗，常规治疗可能达不到预期的状态，同时还会让患者的经济负担越来越重，所以为确保最终的疗效，临床有必要积极制定一套针对性的治疗方案，尽可能让疗效与预期的效果相吻合。甲疏咪唑这类抗甲状腺类药物虽然能够让患者的病情得到控制，也对甲状腺功能的恢复有利，但仅用这种药物予以治疗，还是会存在反复发作的风险，所以要降低复发率，可将其与左旋甲状腺素协同治疗^[2]。为此，本文将对甲疏咪唑联合左旋甲状腺素治疗效果进行深入分析，具体报道如下：

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取医院 2021 年 1 月至 2022 年 1 月收治的 92 例 Graves 病患者，随机将其分为对照组和观察组，所有患者已完成相关知情同意书的签署，医院医学伦理委员会对此项研究内容的实施也批准通过。观察组 46 例，年龄 19-81 岁，平均为 (37.14±9.18) 岁，男性 26 例、女性 20 例，病程 1-12 个月，平均为 (6.01±0.73) 个月。对照组 46 例，年龄 20-82 岁，平均为 (38.25±9.29) 岁，男性 27 例、女性 19 例，病程 1-13 个月，平均为 (7.12±0.87) 个月。对比两组患者的资料和信息，组间差异均具有可比性 ($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组予以甲疏咪唑治疗如下：每日指导患者服用甲疏咪唑（批准文海：H20100528；生产企业：德国默克公司）两次，起初每次给 20 毫克，治疗 6 周左右后，患者的甲状腺功能恢复得比较好，再对药物剂量进行调整，减低剂量为 10 毫克，持续治疗 1 年。

观察组予以甲疏咪唑联合左旋甲状腺素治疗如下：甲疏咪唑用法用量与对照组一致，在患者的甲状腺功能有所恢复后，每日给患者服用 1 次左旋甲状腺素（国药准字 H20060619；生产企业：扬子江药业集团江苏海慈生物药业有限公司），每次 100ug，待服用 16 周后，再对药物剂量予以调整，即每日服用 10 毫克甲疏咪唑，100ug 左旋甲状腺素，治疗至第 48 周后停止用药，再调整甲疏咪唑剂量为每日服用 5 毫克，左旋甲状腺素每日服用 50ug，直至治疗第 52 周为止，持续治疗 1 年。

1.3 观察指标

①治疗效果。以显效、有效和无效表示治疗的效果，最终治疗有效率以显效和有效的人数进行计算，其中显效即患者的临床症状得到明显的缓解，或全部消失，并未出现甲状腺肿大等症状，同时甲状腺功能恢复如常，停药后并未反复发作；有效即临床症状部分消失，或甲状腺肿大等症状得

到有效缓解，停止药物治疗后没有反复发作的情况；无效即患者的甲状腺肿大、突眼等症状并未消失，用药后也未发生任何改变，反而病情越来越严重。②甲状腺体积。③血清 TSH、25(OH)D 和 sICAM-1 水平。抽取治疗前后患者 5 毫升空腹静脉血，以每分钟 2500 转的速度进行离心，持续离心 15 分钟，然后取出血清，并对其 TSH 即促甲状腺技术和 25(OH)D 水平予以化学发光法进行检测，而 sICAM-1 水平用酶联免疫法加以检测^[3]。⑤不良反应发生情况。包括胃肠道不适、皮疹、肝功能损伤、白细胞减少等。④复发情况。在停止用药治疗后，制定随访方案，大约随访 6 个月，对患者的复发情况进行统计和记录。

1.4 统计学分析

在 spss25.0 软件内分析此次研究中的实验数据，计量资料采用标准差 ($\bar{x}\pm s$) 表示，用 t 进行检验；以百分比的形式表示计数资料，采用 χ^2 检验，以 $P<0.05$ 表示数据差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 治疗效果对比

治疗后，观察组的显效和有效的例数明显多于对照组，其无效例数明显更少 ($P<0.05$)，详见表 1。

表 1 比较两组患者的治疗效果[n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	46	20 (43.47)	14 (30.43)	12 (26.08)	34 (73.91)
对照组	46	26 (56.52)	19 (41.30)	1 (2.17)	45 (97.82)
χ^2 值	-	10.29	10.37	12.32	12.33
P 值	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 血清 TSH、25(OH)D 和 sICAM-1 水平对比

治疗后，观察组 25(OH)D 水平为 (34.26±0.12) mIU/L，其明显高于对照组的 (29.37±0.42) mIU/L ($P<0.05$)，而观察组 sICAM-1 和 TSH 水平分别为 (135.33±15.29) ng/mL 和 (4.80±0.23) mIU/L，其比对照组的 (172.84±19.32) ng/mL 和 (5.84±0.45) mIU/L 更低 ($P<0.05$)；治疗前，观察组的 25(OH)D、sICAM-1 和 TSH 水平分别为 (25.69±2.42) mIU/L、(244.81±40.42) ng/mL 和 (7.47±0.57) mIU/L，其与对照组的 (24.81±1.42) mIU/L、(241.80±40.53) ng/mL 和 (7.46±5.62) mIU/L 各类数据的差异并不明显 ($P>0.05$)。详见表 2。

表 2 比较两组患者的血清 TSH、25(OH)D 和 sICAM-I 水平 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	25(OH)D (mIU/L)		sICAM-I (ng/mL)		TSH (mIU/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	46	25.69±2.42	34.26±0.12	244.81±40.42	135.33±15.29	7.47±0.57	4.80±0.23
对照组	46	24.81±1.42	29.37±0.42	241.80±40.53	172.84±19.32	7.46±5.62	5.84±0.45
t 值	-	1.68	99.82	0.44	9.85	0.26	14.49
P 值	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 不良反应对比

治疗后, 观察组发生的皮疹、胃肠道不适、肝功能损伤等不良反应明显少于对照组 (P<0.05), 详见表 3.

表 3 比较两组患者的不良反应发生率[n (%)]

组别	例数	皮疹	肝功能损伤	胃肠道不适	白细胞减少	发生率
观察组	46	1 (2.17)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.17)	2 (4.34)
对照组	46	3 (6.52)	2 (4.34)	2 (4.34)	4 (8.69)	11 (23.91)
χ^2 值	-	-	-	-	-	11.73
P 值	-	-	-	-	-	<0.05

2.4 甲状腺体积和复发情况对比

经治疗后, 观察组的甲状腺体积为 (20.67±4.27) mL, 而对照组的甲状腺体积为 (24.67±20.67) mL, 观察组明显比对照组更小 (P<0.05)。此外, 经随访后, 观察组和对照组中分别有 2 例患者和 10 例患者复发, 其复发率分别为 4.34% 和 21.73%, 观察组显著低于对照组 (P<0.05)。

3. 讨论

毒性弥漫性甲状腺肿 (Graves) 是一种自身免疫性的疾病, 甲状腺可以明显的受累, 除此以外还可以有其他的一些病变。在临床上毒性弥漫性甲状腺肿可以表现为高代谢的症状, 比如怕热、多汗、心跳过快、食欲亢进, 但是体重下降, 容易疲乏无力, 还可以出现容易激动, 当伸手可以看到细微的震颤, 甲状腺可以出现明显的肿大, 还有些人可以出现明显的突眼^[4]。Graves 病的病因主要体现在这几个方面, 其一, 遗传, 具有遗传易感性, 家族中常合并有其他自身免疫反应性甲状腺疾病; 其二, 免疫反应, 可在某些细菌感染的情况下发生免疫反应, 出现促甲状腺激素受体抗体, 也就是 TRAb 阳性, 刺激甲状腺滤泡细胞增生、肥大, 分泌甲状腺激素增多; 其三, 雌激素, Graves 病患者以女性多见, 尤其是育龄期女性, 其发病原因可能与雌激素水平增高有关; 其四, 精神创伤, 严重应激、精神过度兴奋、抑郁均可导致甲状腺激素分泌异常, 可能会诱发 Graves 病^[5]。在治疗方面一定及时针对甲状腺功能的异常, 进行药物的治疗或者是放射性核素的治疗, 必要的时候还有可能会手术治疗^[6]。

目前, 临床多用抗甲状腺类药物治疗 Graves 病, 如甲硫咪唑药物。甲硫咪唑是治疗弥漫性甲状腺肿伴甲状腺功能亢进症的药物, 其主要的作用机制是对新甲状腺激素合成具有抑制作用, 对已经合成的甲状腺激素没有效果, 临床在使用甲硫咪唑进行甲亢治疗时, 用药三周以后开始起效, 这是由于甲状腺激素的半衰期在 2-3 周, 所以甲硫咪唑在使用三周左右患者开始见效, 见效的主要表现为心慌、怕热、乏力比原来有好转。甲硫咪唑对有些患者可以造成肝脏的反应, 表现为转氨酶的升高, 也可有些患者对其比较敏感, 容易导致白细胞计数的下降, 所以在用甲硫咪唑治疗甲亢的过程中, 要定期检查甲状腺功能、肝脏功能和血液中白细胞计数。而与此同时, 甲硫咪唑能让患者的肿大的甲状腺体积相对缩小, 但停止用药后复发率比较高^[7-8]。左甲状腺素钠片即甲状腺素片是一种替代治疗药物, 又被称为优甲乐, 多用于甲状腺功能减退症的患者。机体内合成的甲状腺激

素应该是在正常狭窄的范围内波动, 甲状腺激素是维持机体代谢的兴奋性激素, 如果这个激素减少, 机体就会产生低代谢症候群, 出现记忆力减退、嗜睡、关节疼痛、体重增加以及黏液性水肿, 其中, 黏液性水肿是一种特殊的水肿, 皮肤表面光亮, 压之无凹陷感, 给予左甲状腺激素替代治疗, 可使其机体的甲状腺激素水平恢复如常, 促进其机体的正常代谢^[9]。TSH 是腺垂体分泌的重要激素, 其生理作用是刺激甲状腺细胞的发育以及合成与分泌甲状腺激素, 此指标对诊断原发性和继发性甲状腺功能减退症具有重要意义; 25 羟维生素 D 能够直接反应人体维生素 D 的存储情况, 通过检查此指标, 可评估其是否需要补充维生素 D, 从而可为其用药提供指导; 可溶性细胞间粘附分子-1 参与机体的免疫机制, 可对病情的严重程度予以判定^[10]。本研究结果显示, 观察组的治疗效果明显高于对照组, 同时其 25(OH)D、sICAM-I 和 TSH 各项指标明显比对照组更优, 此外观察组的甲状腺体积、不良反应以及复发情况也比对照组更少, 这是因为在以上两种药物的联合治疗下, 外源性甲状腺激素可 TSH 水平得到有效抑制, 避免病情反复发作, 从而能有效控制患者的病情, 同时又能正常处理一些不良反应, 不会影响治疗效果, 具有较高的用药安全性。

综上所述, 甲硫咪唑联合左旋甲状腺素治疗 Graves 病的疗效显著, 值得在临床上进一步采纳和推广。

参考文献:

[1]刘海彤,付鸿玉,刘慧蕾.甲硫咪唑联合左旋甲状腺素治疗 Graves 病疗效观察[J].中国现代药物应用,2017,11(6): 140-142.

[2]曲欣欣.甲硫咪唑与左旋甲状腺素联合用药方案治疗 Graves 病的临床疗效与安全性评价[J].中外女性健康研究,2020(7): 47-48.

[3]黄霞,张久丹,胡满豪,张真稳,金艳,董吉祥,华飞,陆卫平,王飞,叶小珍,彭丽,李洁,高佳麟,王雪芹,朱妍,李伟,王坚.甲硫咪唑联合左旋甲状腺素治疗 Graves 病疗效及预后评估前瞻性临床对照研究[J].中华内分泌代谢杂志,2016,32(9): 763-766.

[4]胡文华,王伟伟.甲硫咪唑联合左旋甲状腺素治疗 Graves 病 78 例临床疗效[J].医学临床研究,2017,34(10): 2016-2018.

[5]杨震宇.甲硫咪唑联合左旋甲状腺素治疗 Graves 病的效果及对血清 25(OH)D、sICAM-1 水平的影响[J].医学理论与实践,2021,34(13): 2249-2251.

[6]刘惠双.甲硫咪唑联合左旋甲状腺素治疗老年 Graves 病的临床效果观察[J].河南医学研究,2017,26(17): 3108-3110.

[7]蔡常娥.甲硫咪唑联合左旋甲状腺素治疗老年 Graves 病的临床效果评价[J].中国实用医药,2018,13(16): 112-113.

[8]李建群.甲硫咪唑联合左旋甲状腺素治疗 Graves 病的临床效果观察[J].临床合理用药杂志,2020,13(14): 83-84.

[9]谢冰秀,王灶明,张康婧.Graves 病给予甲硫咪唑与左旋甲状腺素治疗的效果观察[J].海峡药学,2019,31(10): 193-194.

[10]杨帆,蒋晓岚,王佳,雷秀勇,李健,李珂.甲硫咪唑联合左旋甲状腺素对老年 Graves 病患者骨生化指标及骨密度的影响[J].中国生化药物杂志,2016,36(2): 23-25.

项目来源: 石家庄市科学技术研究与发展计划项目 (161462443)

非布司他对无症状高尿酸血症透析患者心脑血管事件、血清学指标的影响探讨

周莹 肖恒芬

贵阳市第二人民医院肾病风湿科 贵州贵阳 550081

摘要：目的：探讨非布司他对无症状高尿酸血症透析患者心脑血管事件、血清学指标的影响。方法：选择 2021 年 4 月~2022 年 6 月来我院接受治疗的 100 例无症状高尿酸血症透析患者，按照随机分组，将其分为研究组和对照组，各 50 例。对照组接受常规治疗，研究组则在常规治疗基础上，增加非布司他治疗。对比两组治疗 4 周后的血清学指标，治疗半年内的心脑血管事件发生率，以及治疗期间的不良反应发生率。结果：研究组的尿酸、总胆固醇、超敏 C 反应蛋白和血肌酐水平明显低于对照组，一氧化氮明显高于对照组 ($P<0.05$)。两组的血清葡萄糖对比无明显差异 ($P>0.05$)；研究组的心脑血管事件发生率为 6%，明显低于对照组的 26% ($P<0.05$)；研究组的不良反应发生率为 12%，对照组为 10%，两组对比无明显差异 ($P>0.05$)。结论：对无症状高尿酸血症透析患者，给予非布司他治疗，可有效地降低尿酸水平、改善胆固醇和炎性血清因子，且用药安全性高，不会导致其出现较大规模的不良反应和心脑血管事件，值得临床应用。

关键词：非布司他；高尿酸血症；血液透析；尿酸；超敏 C 反应蛋白

高尿酸血症的发病率较高，作为临床十分常见的慢性代谢疾病之一，该病一方面由嘌呤代谢障碍、以及饮食和生活习性不佳所致。另一方面则是由慢性肾脏疾病所引发。对于后者，由于肾脏损伤的不可逆，使得其往往要接受透析治疗，并借助该方式来尽可能地延长寿命^[1]。对于慢性肾脏疾病较为危急的患者而言，若在治疗期间伴随血尿酸升高不仅会影响透析治疗效果，还有可能会加重肾脏的损伤，增加心脑血管事件，恶化其病情，为其带来生命安全风险^[2-3]。因此如何有效的降低慢性肾脏疾病患者的高水平尿酸，并确保其用药安全，是临床普遍关心和重视的问题。非布司他作为近些年被相关实验指出的，可在降低尿酸方面发挥显著治疗效果的药物，有着一定的用药选择性^[4]。基于此，本次实验选择该药物，并将其应用于 2021 年 4 月~2022 年 6 月来我院接受治疗的无症状高尿酸血症透析患者中，旨在探究该药物的具体应用效果。现报告如下：

1 对象和方法

1.1 对象

入组对象为我院 2021 年 4 月~2022 年 6 月收治的 100 例无症状高尿酸血症透析患者，按照随机分组，将其分为研究组和对照组，各 50 例。对照组接受常规治疗，研究组则在常规治疗基础上，增加非布司他治疗。其中，研究组男 27 例，女 23 例，年龄 42~70 岁，平均年龄 (46.50±5.14) 岁。对照组男 26 例，女 24 例，年龄 41~69 岁，平均年龄 (45.50±5.12) 岁。两组患者及其家属对本次实验知情，表示愿意配合实验研究。本次实验已经通过医院伦理会的审核的批准。两组患者的一般资料经过对比无显著差异，可比较， $P>0.05$ 。

1.2 纳入和排除标准

纳入标准：经临床检查不定期检查有 2 次血尿酸水平平均高于 >420 (μmol/L)；无症状，临床资料齐全；对非布司他不存在过敏，药物耐受性良好。

排除标准：纳入实验范围前已经接受了相关药物治疗者；对非布司他过敏者；处于妊娠和哺乳期者；肝功能存在衰竭，且患有恶性肿瘤，和重

大感染疾病者。

1.3 方法

两组患者入院后均接受常规治疗干预，指导患者戒烟戒酒，禁止摄入高嘌呤食物，制定饮食计划，确保其营养代谢维持正常范围。做好降血压和稳定血糖措施，改善其贫血反应。

研究组则在常规治疗的基础上增加非布司他（生产企业：安斯泰来制药（中国）有限公，国药准字 J20180084，规格：20Mg*14 片）。将初次用药剂量控制在 20mg，指导患者与透析日错开服用，每日送服一片，连续服用 20 天后，再根据其尿酸改善结果进行剂量增减。连续治疗 4 周。

1.4 观察指标

①血清学相关指标检测：在治疗前和治疗 4 周后，分别取两组患者的空腹静脉血 5ml，将其进行离心处理后，获得血清，静置 8 分钟，采用全自动生化分析仪（济南程腾生物技术有限公司）检测血清葡萄糖、总胆固醇和血肌酐和血尿酸。采用 ELIS 法并按照试剂（武汉赛培生物科技有限公司）操作要求检测超敏 C 反应蛋白。

②记录两组在治疗和治疗半年后发生的心脑血管不良事件例数，发生率=心脑血管不良事件例数/n*100%。

③记录两组在治疗期间发生的不良反应，并计算不良反应发生率，发生率=合计不良发生例数/n*100%。

1.5 统计学分析

采用 SPSS21.0 分析，试验数据符合正态分布检验，计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，经 t 检验，计数资料经 χ^2 检验，以 (%) 表示，差异有统计学意义为 $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后血清指标对比

治疗前，两组的尿酸、总胆固醇和血肌酐水平对比无明显差异， $P>0.05$ ，无统计学意义；治疗后，研究组的尿酸、总胆固醇和血肌酐水平明显低于对照组， $P<0.05$ ，有统计学意义。见表 1：

表1 两组患者治疗前后血清指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n)	血尿酸 (μmol/L)		总胆固醇 (mmol/L)		血肌酐 (μmol/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组 (n=50)	645.31±34.15	420.42±14.52*	3.98±1.42	2.79±0.16*	180.75±6.74	160.87±4.52*
对照组 (n=50)	644.41±33.52	511.42±20.64*	3.97±1.41	3.11±0.56*	181.45±6.54	176.74±4.67*
t	0.133	0.053	0.035	3.885	0.527	17.266
P	0.895	0.966	0.972	0.000	0.599	0.000

注：与治疗前相比，* $P<0.05$ ，有统计学意义。

2.2 两组患者治疗前后血清指标对比

治疗前, 两组的超敏C反应蛋白、一氧化氮和血清葡萄糖水平对比无明显差异, $P>0.05$, 无统计学意义; 治疗后, 研究组的超敏C反应蛋白明显低于对照组, 一氧化氮明显高于对照组, $P<0.05$, 有统计学意义; 实

验组的血清葡萄糖和对照组对比无明显差异, $P>0.05$, 无统计学意义。见表2:

表2 两组患者治疗前后血清指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n)	超敏 C 反应蛋白 (mg/L)		一氧化氮 (mmol/L)		血清葡萄糖 (mmol/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组 (n=50)	9.12±2.13	5.34±0.56*	48.63±5.31	80.53±6.73*	7.89±1.53	6.98±1.12*
对照组 (n=50)	9.20±2.17	7.63±1.11*	48.76±5.34	74.63±6.72*	7.90±1.42	7.11±1.02*
t	0.186	13.024	0.123	4.387	0.034	0.607
P	0.853	0.000	0.903	0.000	0.973	0.545
注: 与治疗前相比, * $P<0.05$, 有统计学意义。			对照组			
2.3 两组患者治疗期间心脑血管事件发生率对比			χ^2			
研究组的心脑血管事件发生率为6%, 明显低于对照组的26%, $P<0.05$, 有统计学意义。见表3:			p			
表3 两组患者治疗期间心脑血管事件发生率对比 (n (%))			50			
组别			26.00 (13/50)			
研究组			7.441			
例数			0.006			
心脑血管事件发生率						
研究组						
50						
6.00 (3/50)						

表4 两组患者治疗期间不良发生发生情况对比 (n (%))

组别	例数	皮疹	发热头痛	恶心呕吐	肝功能异常	贫血眩晕	发生率
研究组	50	1 (2.00)	2 (4.00)	1 (2.00)	1 (2.00)	1 (2.00)	6 (12.00)
对照组	50	1 (2.00)	2 (4.00)	1 (2.00)	0 (0.00)	1 (2.00)	5 (10.00)
χ^2							0.102
P							0.749

3 讨论

随着生活条件的提升和物质空间的充裕, 使得人们的饮食观念发生了较之以往而言较大的改变, 其诸多代谢相关疾病的发病率也随之上升。高尿酸血症作为一种嘌呤代谢障碍疾病, 其发病率较为显著^[5]。分析导致该病的原因, 生活习性是一方面, 另一方面则由身体系统性疾病和尿酸排泄异常所致^[6]。存在慢性肾脏疾病的患者很容易在透析治疗期间出现血尿酸水平上升, 其主要原因和肾脏功能的下降和衰退、肾小球滤过水平降低有关。当人体的肾脏无法为机体提供基础的循环运转的时候, 会直接导致尿酸的排出量下降, 尿酸过多的聚集在机体的时候, 则会引发高尿酸血症^[7]。血液透析治疗是治疗终末期肾脏病的主要方式之一, 通过将组织血液中的有毒物质去除, 来维持肾脏组织的运行。而针对合并存在高尿酸血症的患者, 仅靠常规的饮食和生活方式干预, 提醒其戒烟戒酒等措施有时候还在不足以让其上升的血尿酸得到下降, 这就要求临床需要为其增加必要的药物治疗干预, 来安全并较快地降低尿酸, 同时阻止血尿酸在体内的大量聚集, 加重肾脏负担, 降低治疗效果。在诸多药物选择中, 非布司他的主要成份为非布佐司他, 即黄嘌呤氧化酶抑制剂, 在减少血清尿酸方面具有一定的疗效。梁霄^[8]等研究表示, 对无症状高尿酸血症透析患者, 采取非布司他治疗, 可改善血管内皮功能, 避免其出现大规模的心脑血管不良事件影响其预后质量, 有着比较显著的可降低血尿酸的效果, 且用药安全性较高。刘华山^[9]指出, 非布司他可降低血清炎症因子水平, 同时降低血尿酸, 具有确切的临床疗效, 可提高患者的生活质量。本次实验中, 研究组的研究组的心脑血管事件发生率为 6%, 明显低于对照组的 26% ($P<0.05$)。分析两组的差异可能与一氧化氮和超敏 C 反应蛋白的改善程度有关。人体内过高的一氧化氮可直接作用于平滑肌细胞, 扩张血管并导致血压下降, 同时还可降低血小板的活性, 加速血栓的形成, 进而导致动脉硬化^[10]。而超敏 C 反应蛋白的水平上升, 与脉粥样硬化、急性脑梗死、心肌梗死等心脑血管疾病密切相关, 其经常被用于检测患者存在心脑血管疾病。研究组的血尿酸、总胆固醇和血肌酐水平明显低于对照组 ($P<0.05$)。两组的差异可说明: 非布司他可降低血尿酸水平, 同时抑制尿酸的合成, 改善肾脏功能。两组的血清葡萄糖对比无明显差异 ($P>0.05$), 研究组的

2.4 两组患者治疗期间不良发生发生情况对比
研究组的不良反应发生率为 12%, 对照组的不良反应发生率为 10%, 两组对比无明显差异, $P>0.05$, 无统计学意义。见表 4:

不良反应发生率为 12%, 对照组的不良反应发生率为 10% ($P>0.05$)。可说明服用非布司他不会引起血糖的紊乱, 引发较大幅度的不良反应, 说明该药物具有一定的用药安全性。

综上, 对无症状高尿酸血症透析患者, 采取非布司他治疗, 一方面可改善炎症因子和一氧化氮, 避免患者在治疗后发生较为显著的心脑血管事件。另一方面, 可较快地降低血尿酸水平, 且不会引发严重的不良反应, 具有一定的用药选择性。

参考文献:

[1]彭婷,刘玲.维持性血液透析合并高尿酸血症患者的临床治疗研究进展[J].中国当代医药,2019,26(07): 21-24.

[2]刘伟,吴萌,端靓靓,等.长期无症状高尿酸血症对慢性肾脏病心血管结局的影响[J].安徽医药,2022,26(05): 925-929.

[3]禹程远,刘天元,邱晓莹,等.慢性肾脏病伴发高尿酸血症预后的回顾性研究[J].现代生物医学进展,2021,21(16): 3136-3141+3169.

[4]赵鹏.非布司他治疗慢性肾衰竭非透析患者高尿酸血症的临床效果[J].当代医学,2021,27(33): 158-160.

[5]林博,陈艳萍.高尿酸血症的患病率及相关因素分析[J].中国中西医结合肾病杂志,2020,21(04): 349-350.

[6]赵敏,陈婷,黄承龙,钟秋安.不同饮品与中国成人高尿酸血症的关系研究[J].现代预防医学,2022,49(09): 1577-1581.

[7]王广涛,余霄龙,徐岩,等.尿毒症患者高尿酸血症与血管病变的相关性[J].青岛大学学报(医学版),2021,57(03): 381-384.

[8]梁霄,杨定位,武子霞,等.非布司他对无症状高尿酸血症透析患者心脑血管事件及血清学指标的影响[J].天津医科大学学报,2021,27(06): 564-568.

[9]刘华山.非布司他治疗伴有高尿酸血症痛风患者的疗效及对相关炎症因子的影响[J].中国医学创新,2019,16(10): 66-70.

[11]林博,韩冉,张万宇,等.血清尿酸水平与老年轻度高血压患者的内皮功能相关性分析[J].现代生物医学进展,2022,22(01): 108-112.

循证护理与常规护理在老年 2 型糖尿病患者护理中的应用价值分析

胡雪丽

淄博市中心医院 255000

摘要：目的：比较循证护理与常规护理在老年 2 型糖尿病患者护理中的应用效果。方法：本次实验课题将 2020 年 6 月—2021 年 6 月设为时间限定范围，并从中截取我院接收的 88 例老年 2 型糖尿病患者作为数据提供对象，分组时选择数字随机表的方法实施，共分为常规组和研究组，以 44 例为每组人数，分别予以常规护理和循证护理，分析护理效果。结果：血糖指标：护理后，研究组空腹血糖、餐后 2 小时血糖指标更低， $p < 0.05$ ；心理状态：护理后，研究组 SAS 分数与 SDS 分数与常规组对比更低， $p < 0.05$ ；生活质量：研究组糖尿病患者生活质量各维度分数与常规组对比更高， $p < 0.05$ ；治疗依从性：研究组治疗依从性为（97.72%），与常规组（81.82%）对比更高， $p < 0.05$ 。结论：老年 2 型糖尿病患者实施循证护理干预后的效果显著，能够有效控制血糖和病情，改善生活质量，值得推广。

关键词：老年 2 型糖尿病；循证护理；血糖控制；生活质量

现阶段，我国老龄化现象仍然很严重，老年人群是糖尿病的高发人群，该病目前在发病率上始终处于较高的水平，对老年患者来说，危害极大。因此，患者在护理期间需要通过科学和正确的护理模式进行引导，以进一步稳定患者的血糖^[1]。据研究显示，循证护理作为新型护理模式，在老年 2 型糖尿病患者中有重要临床意义。基于此，本文旨在对老年 2 型糖尿病患者实施循证护理后与常规护理后的应用效果对比展开调查，现有如下调查数据。

1. 一般资料和方法

1.1 一般资料

此次筛选的 88 例入组对象均属于我院收治的老年 2 型糖尿病患者，截取时间区间在 2020 年 5 月—2021 年 5 月期间，根据数字随机表的方法分成常规组和研究组，44 例/组。

常规组 44 例中男性：23 人，女性：21 人，年龄限定范围：60-82 岁，以（70.02±3.15）岁为年龄中间值，病程区间：1-15 年，以（7.21±2.10）年为病程区间平均计算值；研究组 44 例中男性：24 人，女性：20 人，年龄限定范围：60-70 岁，以（69.91±4.17）岁为年龄中间值，病程区间：1-14 年，以（6.78±2.28）年为病程区间平均计算值。两组资料经统计学计算后， $p > 0.05$ ，可进行组间对比。本次研究经我院医学伦理委员会审批，入组成员均自愿参与本次研究，并签订知情协议。

纳入标准：①纳入对象均符合糖尿病专家组织制定的《糖尿病诊断标准》（2019 版）中的临床诊断标准；②纳入对象均有完整的临床资料；③纳入标准均意识清楚，能够清楚表达，排除标准：①排除组间对象合并心脏、肺部、肝脏等慢性疾病者；②排除组间对象合并严重恶性肿瘤；③排除组间对象精神障碍者；④排除组间对象有病例资料缺失者。

1.2 护理方法

1.2.1 常规组：常规护理：结合护士长指示为患者提供相关护理服务及操作，在治疗期间对其进行常规健康教育和用药指导，并结合医嘱对患者进行相应治疗。

1.2.2 研究组：循证护理：

①循证问题：结合以往临床相关经验和搜集，依据每位患者的病情特点和差异，将护理工作中需要解决的问题找出来；老年糖尿病患者在治疗期间很容易对心理造成负面印象，滋生出许多焦虑、抑郁等不良情绪，因此，确定循证问题，怎样改善患者负面情绪、糖尿病患者出现并发症的相

关因素、且怎样才能有效预防并发症出现等问题。

②循证支持：通过对以上问题进行分析，借助网络技术搜索相关文献和资料，了解并掌握患者出现负性心理的因素和预防方法，并掌握患者出现并发症的原因和预防措施。

③循证观察：结合患者病情特点，制定合适的护理方法，通过 SAS/SDS 评估量表对患者心理状态进行评估，对并发症发生率及治疗依从性等进行评估。

④循证应用：涵盖的护理内容主要包含饮食方面、运动方面、心理方面等护理。**a. 饮食护理：**饮食应定时定量摄入，粗细搭配，食物种类多样化，合理控制碳水化合物摄入量。**b. 运动护理：**运动是糖尿病管理的基础治疗措施之一，规律的运动可以增加胰岛素的敏感性，改善体成分和生活质量，还可以减少发生心血管疾病的危险因素，因此，应综合患者年龄、疾病等因素，为患者制定运动规划，提高患者运动依从性，改善血糖管理。**c. 心理护理：**糖尿病因目前没有十分确切的治疗方案，在临床上只能够通过长时间的药物对血糖进行控制，来达到治疗的预期目的，同时糖尿病患者如果血糖无法有效控制、病情无法有效控制，会增加患者发生并发症的风险，对患者生存质量会带来严重影响，因此，糖尿病患者心理上容易受到干扰，情绪上可有沮丧、焦虑、抑郁等负面情绪出现，护理人员需要对患者的这种情况进行了解后，将糖尿病相关内容向患者进行普及，对于患者心理上的疑问应详细进行解答，并且在回答问题时语言上需要表达清楚，应保证老年患者能够听得懂，并鼓励患者宣泄自己内心的情绪和感受，并对患者进行护理操作时，需要对老年患者表示出更加关心和爱护，使患者能够体会到控制病情和降低并发症的重要性。

1.3 观察指标

1.3.1 治疗依从性分析，利用调查问卷形式评估，总分 100 分，完全依从（82 分以上）；部分依从（70-82 分之间）；不依从（70 分以下）；

1.3.2 心理状态分析，应用 SAS、SDS 焦虑、抑郁自评量表进行评估，SDS 评分标准以 53 分为标准，分数与抑郁程度呈反比，SAS 评分标准为 50 分，分数与焦虑程度呈反比；

1.3.3 生活质量评估：通过 DSQL 糖尿病患者生活特异性量表进行评估，共包括生理、心理、社会关系、质量四个方面，共 27 项，通过 5 级评分法进行评估，分数与生活质量呈正相关；

1.3.4 分析两组血糖，依据《中国 2 型糖尿病防治指南》中的内容，空

腹血糖正常参考范围在 4.4-6.1mmol/L, 餐后 2 小时血糖值正常参考范围在 4.4-7.8mmol/L。

1.4 统计学分析

SPSS27.0 软件应用分析, χ^2 检验数值, 以 (%) 体现, t 检验数值, 以 ($\bar{x} \pm s$) 体现, 若出现结果 $P < 0.05$, 分析存在统计价值。

2. 结果

2.1 治疗依从性分析

研究组治疗依从性更高, $p < 0.05$, 见下表。

表 1 依从性分析 (n/%)

组别	完全依从	部分依从	不依从	治疗依从性
常规组 (n=44)	30 (68.18)	6 (13.64)	8 (18.18)	36 (81.82)
研究组 (n=44)	38 (86.36)	5 (11.36)	1 (2.27)	43 (97.72)
χ^2	-	-	-	6.065
P	-	-	-	0.014

2.2 糖尿病患者生活质量分析

研究组在治疗后生活质量各维度分数更高, $p < 0.05$, 见下表。

表 2 DSQL 分数 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	心理	生理	社会关系	治疗
常规组 (n=44)	20.52±5.23	16.65±4.22	6.52±2.23	5.65±1.72
研究组 (n=44)	31.18±5.71	21.62±3.58	10.28±2.03	7.59±1.58
t	9.132	5.957	8.271	5.510
p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 血糖指标分析

护理后, 研究组餐后 2 小时血糖、空腹血糖更优于常规组, $p > 0.05$, 见下表。

表 3 血糖指标分析 ($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

组别	空腹血糖 (mmol/L)		餐后 2 小时血糖 (mmol/L)	
	护理前	护理后	护理前	护理后
常规组 (n=44)	8.88±1.53	6.38±1.05	12.51±1.16	8.12±1.81
研究组 (n=44)	8.65±1.33	5.18±0.91	12.48±1.23	7.01±1.43
T 值	0.718	5.462	0.112	3.043
P 值	0.475	0.000	0.911	0.003

2.4 心理状态分析

护理后, 研究组 SAS/SDS 分数更低, $p < 0.05$, 见下表。

表 4 心理状态分析 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	SAS		SDS	
	干预前	干预后	干预前	干预后
常规组 (n=44)	54.32±2.10	48.32±2.51	53.85±3.02	47.66±2.05
研究组 (n=44)	53.82±1.74	40.34±1.02	53.45±2.08	42.58±2.12
t	1.216	19.537	0.724	11.426
p	0.227	<0.001	0.471	<0.001

3. 讨论

在最近的一些临床研究中, 2 型糖尿病主要以高发病率为特征, 老年人属于高发群体, 患者会有典型的烦渴、多尿、消瘦临床表现, 在这种现象出现时, 需要增加重视对患者血糖及病情的监控管理^[2]。如果能够在患者治疗过程中运用正确护理模式对患者进行指导, 不但对医院整体护理质

量有积极作用, 还能够很好地控制住患者的血糖, 在患者自身护理工作中有着重要作用。在临床护理工作中, 一般都是根据患者的实际情况和症状为其提供护理服务。以往我们在临床上使用最多的常规护理模式, 其护理期间工作重点往往放在对患者疾病本身上, 对于患者心理、精神等方面的变化情况往往不够重视, 导致护理效果欠佳。循证护理属于新型护理模式的一种, 通过将临床经验、文献资料整合, 和患者实际情况进行匹配, 并将其应用到临床护理中的一种新型护理模式^[3]。该护理模式能够结合患者的实际需求, 对细节的护理更加重视, 并且在护理指导时可被发现, 该护理模式在临床上的广泛应用使得患者的主导地位更加突出, 更加系统和综合地落实了以患者为中心的中心思想, 因此, 在临床护理过程中护理人员在护理工作时, 患者的认可度和满意度也相对得到提升。该护理模式能够在对患者病情、心理状态进行有效评估的基础上, 积极循证, 从而拟定出一种更加适合的护理计划, 以得到更高的护理质量。这种护理方式的关键是要提醒护士不能只凭临床经验和不完美的理论来解决问题, 更要坚持以科学的方法进行护理, 以提高患者的康复效果和临床症状。

针对老年 2 型糖尿病患者来说, 其护理模式的选择十分关键, 因护理模式与患者病情控制之间存在一定联系, 正确护理模式的运用能够使得患者护理整体效果进一步提升^[4]。因此, 在护理工作中需要结合患者的各个方面需求实施, 比如本次研究中就从患者的饮食、运动、心理等方面着手, 对患者进行干预, 明确护理期间可能会出现的问题, 针对性地对其进行干预和解决。在心理护理方面, 护理人员可通过老年患者本身特殊的心理特征, 对老年患者展开相应心理疏导, 并帮助老年患者提升对糖尿病相关知识正确认知水平, 在有一定掌握后, 取得患者的配合, 同时还应鼓励他们内心的想法和情绪宣泄出来, 表示出对老年患者的关心和尊重, 使其负面心理得以消除^[5]。本次研究数据显示, 护理后, 研究组 SAS/SDS 分数更低, $p < 0.05$, 患者的治疗依从性高于常规组, $p < 0.05$; 证实以上论点, 并也进一步证实了循证护理的有效性和优势。本次研究数据中还指出, 研究组在生活质量更高, $p < 0.05$; 在护理后的血糖指标上更低, $p < 0.05$; 可见, 循证护理模式的实施, 不但患者的配合度提升了, 其血糖得到稳定, 使得患者的生活水平也得到了一定程度的改善。其原因可能是由于循证护理模式中, 护理人员通过饮食护理, 结合患者特点和病情变化, 在饮食方案上有一定调整, 确保患者营养成分内定, 限制糖分摄入, 配合药物治疗后, 使得患者的血糖指标得到有效降低, 通过加强对患者的运动护理干预, 为其选择一些适合老年患者的运动项目, 来提升患者的身体抵抗能力, 并鼓励肥胖患者积极运动, 降低血糖的同时也控制可血脂指标, 使得患者的整体生活水平得到明显升高。

综上所述, 老年 2 型糖尿病患者实施循证护理干预后的效果显著, 能够有效控制血糖和病情, 改善生活质量, 值得推广。

参考文献:

- [1] 陶秀勤. 探讨糖尿病护理小组在糖尿病患者护理中的应用效果[J]. 糖尿病新世界, 2021, 24(10): 154-157.
- [2] 王纹纹, 方莎. 中医综合护理在糖尿病足患者中的应用效果[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6(14): 169-171.
- [3] 周凉群. 多模式综合护理对糖尿病足患者并发症及复发率的影响[J]. 安徽卫生职业技术学院学报, 2021, 20(02): 81-83.
- [4] 刘延云, 魏嘉欣, 高明莉. 延续性护理在糖尿病足护理中的应用价值体会[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50(02): 264-265.
- [5] 应喜凌. 糖尿病足患者护理期间实施个性化护理的有效性分析[J]. 中外医疗, 2021, 40(10): 146-148+155.

舒适化浅镇静护理方法在 ICU 机械通气患者中的应用对其舒适度的改善评价

钟因红 卜丽娜 王秋燕

遂溪县人民医院重症医学科 广东省湛江市 524300

摘要：目的：研究舒适化浅镇静护理方法在 ICU 机械通气患者中的应用对其舒适度的改善。方法：择取在本院就诊的 88 例 ICU 机械通气患者，接收时间段介于 2021 年 1 月至 2021 年 12 月间。通过计算机随机分组法规范分组，对照组纳入实施常规镇静镇痛护理的患者 44 例，观察组为在此基础上采取舒适化浅镇静护理的 44 例患者。对比各组的干预效果。结果：观察组丙泊酚、右美托咪定用量均少于对照组，CPOT 评分、RASS 评分测定值低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；观察组干预后的 VT、Cdny、GCQ 评分测定值高于对照组，Ppeak、Pplat 数据低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；机械通气时间、唤醒时间、ICU 住院时间组间对比，均是观察组短于对照组，且前一组意外拔管、谵妄、气胸、气管切开、呼吸机相关性肺炎等不良事件发生率均更低，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论：对 ICU 机械通气患者实施舒适化浅镇静护理不仅能够获得良好的镇静镇痛效果，还可改善其呼吸动力学指标与舒适度，降低不良事件发生率。

关键词：ICU；机械通气；舒适化浅镇静；护理；舒适度

重症监护室 (ICU) 所接收的患者大部分存在呼吸困难的情况，需要通过机械通气予以呼吸支持，维持患者的生命体征^[1]。但是 ICU 患者的机体抵抗力差，加上机械通气的应用、治疗环境的特殊情况，在产生不适感的同时，还会增加谵妄、呼吸机相关性肺炎等不良事件的发生，导致患者住院时间延长。合理的镇静镇痛方法对于提高机械通气的安全性以及患者舒适度具有重要作用^[2]。常规的镇静镇痛护理虽然能够在一定程度上获得较好的镇静效果，但是效果未能达到预期。舒适化浅镇静护理是一种以患者为中心、以“3C”为原则的镇静镇痛管理策略，有助于患者治疗耐受性的增强，获得良好的舒适性^[3]。本文就该护理策略作用于 ICU 机械通气患者中所获得的效果进行观察分析。

1 资料和方法

1.1 资料

ICU 机械通气患者 88 例均为本院在 2021 年 1 月至 2021 年 12 月这一时间段内收治。根据计算机随机分组法将患者平均分为两组，每组 44 例。

纳入标准：(1) 符合经口气管插管指征且预计机械通气时间 > 48 h 者；(2) 急性生理与慢性健康评分 II (APACHE II) 在 15 分及以上者；(3) 与镇痛镇静策略相符合且无相关禁忌证者；(4) 视听觉功能、认知功能正常者。

排除标准：(1) 存在严重烧伤、急性呼吸窘迫综合征者；(2) 存在严重颅脑损伤、心脏停搏病史者；(3) 既往存在吸毒史、酒精成瘾史、药物滥用史者；(4) 重度昏迷患者；(5) 对本研究所用药物存在过敏反应者；(6) 预计生存期 < 1 个月者；(7) 孕妇或处于哺乳期者。

对照组：男 30 例，女 14 例；年龄以 24 岁至 70 岁为具体范围，年龄平均值 (47.82 ± 4.33) 岁。体质指数为 $18.5-26.1 \text{ kg/m}^2$ ，平均为 $(22.45 \pm 2.16) \text{ kg/m}^2$ 。疾病类型：脓毒血症 7 例，呼吸系统疾病 14 例，肝胆疾病 9 例，心功能衰竭 8 例，其他 6 例。

观察组：男 32 例，女 12 例；年龄以 25 岁至 71 岁为具体范围，年龄平均值 (47.90 ± 4.40) 岁。体质指数为 $18.7-26.3 \text{ kg/m}^2$ ，平均为 $(22.52 \pm 2.24) \text{ kg/m}^2$ 。疾病类型：脓毒血症、肝胆疾病各 8 例，呼吸系统疾病 15 例，心功能衰竭 9 例，其他 4 例。

两组所获得的信息数据存在均衡性 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组：常规镇静镇痛护理。(1) 镇痛镇静评估：利用重症监护疼痛观察评估表 (CPOT)、躁动-镇静评定量表 (RASS) 评估患者的镇痛、镇静情况，结合评估结果对治疗方案进行适当调整，分值分别维持在 0-3 分、0-2 分。(2) 每日上午 9:00 停用镇静药物，开展镇静中断唤醒。同时采取觉醒试验、自主呼吸试验安全评估。(3) 体位与运动干预：每隔 2 h 协助患者变换体位 1 次，并对患者四肢关节与小腿进行按摩以及被动训练。针对意识清醒的患者，则指导其开展主动训练。(4) 基础护理：对患者生命体征、意识、皮肤状况等进行观察，及时将口鼻腔内分泌物清除。观察患者有无胃肠道反应、心律失常等不良反应情况出现，以便及时采取对症

处理。(5) 气道管理：湿化器温度设置为 37°C 。对患者的痰液黏稠度进行观察，对湿化液滴注速度进行调整，及时将冷凝水倾倒。每隔 4 h 开展气囊压力监测 1 次，气囊压力维持在 $25-32 \text{ cmH}_2\text{O}$ 。

观察组于上述措施的基础上开展舒适化浅镇静护理干预。(1) 建立舒适化浅镇静小组：成员为主治医生、护士长、ICU 责任护士。早期对患者是否需要行镇静镇痛干预进行评估，开启舒适化浅镇静策略。(2) 优先镇痛：根据 CPOT 评估结果选择镇痛方式与药物，注意控制镇痛药物的剂量，可采用多模式镇痛方法，CPOT 评分维持在 0-3 分。同时注意减轻吸痰、穿刺、抽血等操作所致的疼痛，当患者 CPOT 评分 > 3 分时，应立即通知医生进行处理。ICU 责任护士可为患者提供音乐播放设备、喜爱的书籍，通过心理暗示、放松疗法等促使患者处于身心放松的状态。(3) 最小化镇静：每隔 1 h 利用 RASS 量表进行 1 次镇静评估，再调整镇静药物用量，达到安静、舒适、合作的“3C”原则。针对浅镇静失败的情况，应对失败原因立即展开分析，再调整浅镇静策略，确保镇痛效果。(4) 人文关怀：ICU 责任护士同患者家属加强沟通，对患者的性格、习惯与爱好等进行了了解。启用预约探视制度，严格控制探视时间、次数、人数，适当结合患者与家属需求选择通过视频通话的方式延长探视时间，予以患者情感支持，提升依从性。在患者睡前 30 min 播放患者喜爱的轻音乐，改善其睡眠质量。定时询问患者是否存在不适感，了解其呼吸状况、睡眠情况，制作简易的手势图片并教会患者如何用手势表达自身感受。在患者脱机时指导其进行正确深呼吸与有效咳嗽。(5) 早期功能锻炼：机械通气 24 h 后对患者的镇静镇痛效果进行评估，RASS 评分 < 3 分时指导其开展早期活动，先由责任护士协助其进行四肢关节活动。在稳定期进行主动四肢关节活动、扩胸活动、床上踩单车运动。康复期则在上述活动的基础上，进行床边坐立、行走以及下床活动。注意控制患者的运动时间与强度。(6) 促进舒适：将患者的治疗与护理措施列成清单，根据清单明细调整医疗干预与护理时间，集中在日间完成，避免打扰患者夜间休息。将呼吸机管路妥善固定，再在经口气管插管与“7”接头连接处放置吹出气球状的一次性橡胶手套。利用质地舒适的牙垫与 3M 胶布。注意控制物理约束时间，在日间将约束带解开。垫高患者腕部，肢体取功能位。

1.3 评价指标及判定标准

(1) 观察两组的用药情况以及镇静镇痛效果。

(2) 对两组患者的呼吸动力学指标进行监测，对干预开展前、干预开展后 48 h 呼吸机监护仪上的数据进行记录，主要包括潮气量 (VT)、肺动态顺应性 (Cdny)、气道峰压 (Ppeak)、平台压 (Pplat)。同时舒适状况应用舒适状况量表 (GCQ) 进行评价。该量表共有 4 个维度 28 项，采用 4 级评分法 (1-4 分)，总分取值范围为 28-112 分，以分值高表示舒适度高。

(3) 观察两组的干预相关指标，并对干预期间所发生的不良事件情况进行统计。

1.4 统计学处理

将此次研究中所涉及到的资料利用 SPSS 25.0 软件展开统计检验,经 χ^2 检验获得计数资料检验结果,表现形式为[n (%)] ; 经 t 检验获得计量资料检验结果,以($\bar{x} \pm s$)作为表现形式。差异有统计学意义的表达方式为 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 用药情况与镇痛镇静效果

观察组的用量较对照组少, CPOT 评分、RASS 评分评估结果数据均比对照组低, $P < 0.05$ 。

见表 1 所示:

表 1: 对比两组的用药情况和镇痛镇静效果

组别	例数 (n)	丙泊酚用 量[mg (kg·h)]	右美托咪定 用量[mg (kg·h)]	CPOT 评 分(分)	RASS 评分 (分)
----	-----------	-------------------------	---------------------------	----------------	----------------

表 2: 比较各组的呼吸动力学指标与 GCQ 评分 (n=44)

组别	VT (mL)		Cdyn (L/cmH ₂ O)		Ppeak (cmH ₂ O)		Pplat (cmH ₂ O)		GCQ 评分(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	干预前	干预后
对照组	447.62±50.11	472.25±53.43*	22.77±3.48	24.45±4.12*	26.66±4.57	24.72±3.95*	22.30±3.92	20.71±3.10*	60.42±4.71	79.69±6.18*
观察组	459.05±51.24	497.05±55.67*	22.83±3.58	27.01±6.56*	26.73±4.63	23.11±2.89*	22.40±4.00	18.86±2.74*	60.53±4.84	90.41±8.02*
t 值	0.132	2.132	0.080	2.218	0.071	2.182	0.118	2.966	0.108	7.023
P 值	0.895	0.036	0.937	0.029	0.943	0.032	0.906	0.004	0.914	0.001

注:与本组干预前进行比较,* $P < 0.05$ 。

2.3 临床相关指标

观察组各项指标所用时间均较对照组更短 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3: 比较各组的临床相关指标

组别	例数 (n)	机械通气时间 (d)	唤醒时间(h)	ICU 住院时间(d)
对照组	44	7.32±1.66	3.91±0.87	12.66±1.94

表 4: 对比各组的不良事件发生情况[n (%)]

组别	例数	意外拔管	谵妄	气胸	气管切开	呼吸机相关性肺炎
对照组	44	13 (29.55)	16 (36.36)	12 (27.27)	9 (20.45)	10 (22.73)
观察组	44	2 (4.55)	4 (9.09)	3 (6.82)	2 (4.55)	3 (6.82)
χ^2 值	-	9.724	9.318	6.510	5.091	4.423
P 值	-	0.002	0.002	0.011	0.024	0.035

3 讨论

机械通气有助于 ICU 患者的基本通气功能得以维持,改善缺氧症状,但是机械通气存在一定创伤性,会损害患者的呼吸道,可能出现感染情况。另外在长期机械通气过程中,患者无法与人沟通,加上受到病痛折磨的影响,会出现生理与心理上的不适,可能会出现意外拔管等情况,影响机械通气治疗的顺利进行^[4],故需要予以镇静镇痛干预。

常规的镇静镇痛干预实施过程中可能会出现过度镇静的情况,会影响患者的意识恢复,导致不良预后发生。舒适化浅镇静护理包括优先镇痛、最小化镇静、人文关怀、促进舒适、早期锻炼等措施,坚持以患者为中心、无痛标准,能够防止因镇痛不充分而导致患者出现躁动不安情况,增加患者的舒适度^[5]。通过分析本次研究数据可以得知,相较于对照组,观察组的镇静镇痛药物用量更少,且评测所得的 CPOT 评分、RASS 评分均更低,干预后的呼吸动力学指标、GCQ 评分改善幅度更大,机械通气、唤醒、ICU 住院所用时间均更短,且不良事件更少,充分证明了舒适化浅镇静护理的有效性。分析原因在于,该护理模式中不断通过探疼痛、镇静评估对镇静镇痛药的用量、泵入速度进行调整,能够以最小剂量达到最大的镇痛镇静效果^[6],避免出现镇静过度情况,有助于减少不良事件的发生。同时舒适化浅镇静护理通过人文关怀以及促进舒适等措施能够促进镇痛效果的增强与睡眠质量的提升,还可有效缓解其负面情绪,提高其配合度和舒适度^[7]。通过早期功能锻炼能够促进患者的早日转归,且舒适化浅镇静护理还能够减少对血流动力学、呼吸循环的影响,促进患者呼吸动力学指标的改

对照组	44	1.40±0.29	0.47±0.10	3.61±0.69	1.90±0.46
观察组	44	0.76±0.20	0.25±0.06	2.54±0.30	1.34±0.20
t 值	-	12.051	12.514	9.433	7.406
P 值	-	0.001	0.001	0.001	0.001

2.2 呼吸动力学指标与 GCQ 评分

干预开展后,两组的呼吸动力学指标与干预前所得数据存在差距 ($P < 0.05$),观察组的 VT、Cdyn 以及 GCQ 评分测定值均比对照组高,而 Ppeak、Pplat 数据则较对照组更低, $P < 0.05$ 。

如表 2 所示:

观察组	44	4.80±0.74	2.30±0.62	8.24±1.07
t 值	-	9.197	9.997	13.233
P 值	-	0.001	0.001	0.001

2.4 不良事件发生情况

观察组与对照组之间对比各项不良事件发生情况存在较大差异 ($P < 0.05$), 见表 4。

善。

总而言之,舒适化浅镇静护理所获得的效果较为理想,适合应用于 ICU 机械通气患者中。

参考文献:

- [1]李璐.机械通气重症患者实施以浅镇静为目标导向性的程序化镇静镇痛的效果分析[J].实用中西医结合临床,2020,20(10): 63-64.
- [2]姜昆,纪丽娜,王晶美,等.持续性浅镇静目标导向调控策略对 ICU 机械通气患者呼吸动力学的影响研究[J].黑龙江医学,2019,43(5): 444-445.
- [3]周丹,杨青敏,唐建国,等.基于 e CASH 理念的舒适化浅镇静方案在机械通气患者中的应用效果研究[J].护士进修杂志,2020,35(11): 1033-1036.
- [4]葛婷,陆璇,杨丽萍,等.以患者为中心的舒适化浅镇静策略减少 ICU 机械通气患者谵妄的效果观察[J].现代临床护理,2019,18(2): 48-52.
- [5]王芳,李冰,吴莉.舒适化浅镇静护理干预策略对 ICU 机械通气患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2021,27(23): 105-107.
- [6]许惠芬,高扬,吴娟.舒适化浅镇静策略在 ICU 机械通气患者镇静镇痛管理中的应用[J].交通医学,2021,35(6): 640-643.
- [7]李芳兰,吴文峰,文艳,等.舒适化浅镇静策略理念联合早期活动干预在重症监护室机械通气病人中的应用[J].全科护理,2021,19(35): 4983-4985.

作者简介:钟因红,性别,女,出生年月,1988.02,籍贯,中国,民族,汉,学历,本科,职称,主管护师。

康复护理结合关爱帮扶综合干预对精神分裂症患者认知功能与心理评分的影响

柴娜¹ 高苗^{通讯作者2}

1.延安市第三人民医院 护理部 陕西延安 716000; 2.延安市第三人民医院 普通精神科二病区 陕西延安 716000

摘要:目的:分析康复护理结合关爱帮扶综合干预对精神分裂症患者认知功能与心理评分的影响。方法:选取我院2020年6月—2022年6月收治的68例精神分裂症患者,采用随机数字表法进行分组,即对照组34例,实行常规护理,观察组34例,实行康复护理结合关爱帮扶综合干预,比较两组实施效果。结果:较对照组,观察组心理评分低, $P<0.05$;较对照组,观察组认知功能评分高, $P<0.05$;较对照组,观察组阳性和阴性评分均较低, $P<0.05$;较对照组,观察组用药依从性高, $P<0.05$ 。结论:在精神分裂症患者护理中,进行康复护理结合关爱帮扶综合干预,可改善患者心理状态和精神状态,还能提高患者认知功能,增加用药依从性,从而有助于康复。

关键词:康复护理;关爱帮扶综合干预;精神分裂症;认知功能;心理评分

精神分裂症又称早发型痴呆,是一组精神疾病,主要表现为情感、思维、行为、认知等多方面存在异常,一般无明显的意识、能力、智力障碍,但会严重影响患者生活和工作^[1]。临床根据患者的主要表现将其分为阳性症状、阴性症状、混合型,其中阳性可表现为幻觉、妄想、行为怪异、情感不协调等,阴性可表现为意志减退、情感迟钝、拒绝社交、言语贫乏等,混合型会兼有阳性和阴性症状^[2-3]。目前该病无法完全治愈,但早期遵医嘱坚持治疗,则可控制症状,同时进行心理干预,但若不及时治疗,则会导致疾病恶化,且每发作一次,各器官功能会进一步损害一次,从而使患者生命安全受到影响^[4]。有研究显示,有50%以上的患者会有间歇性,且长期精神问题,会使疾病呈现慢性症状,甚至残疾,也有80%以上患者面临失业,有20%以上患者会有自杀倾向,因此做好精神分裂症患者的康复护理干预尤为重要^[5-6]。对此,本文将分析康复护理结合关爱帮扶综合干预对精神分裂症患者认知功能与心理评分的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取我院2020年6月—2022年6月收治的68例精神分裂症患者,采用随机数字表法进行分组,即对照组34例,观察组34例,其中对照组:男性18例,女性16例,年龄20-56岁,平均年龄 (38.42 ± 2.53) 岁;患病时间2-8年,平均患病时间 (5.32 ± 1.27) 年;观察组:男性19例,女性15例,年龄20-57岁,平均年龄 (38.47 ± 2.55) 岁;患病时间3-8年,平均患病时间 (5.53 ± 1.31) 年,两组患者基本资料无显著差异($P>0.05$),可对比。

纳入标准:(1)符合临床精神分裂症的诊断^[7];(2)无自杀倾向;(3)临床资料完整;(4)均自愿参加研究;(5)病情稳定;(6)无语言沟通障碍;(7)无过敏史;(8)凝血功能正常。

排除标准:(1)存在其他精神障碍;(2)恶性肿瘤者;(3)肝肾功能不全者;(4)严重慢性疾病者;(5)妊娠哺乳期患者;(6)血液系统疾病者;(7)免疫功能障碍者;(8)传染病患者;(9)中途退出研究者。

1.2 方法

两组患者均进行抗精神病药物治疗

对照组:进行常规护理,即基础护理、心理疏导、病情观察等,同时为预防患者自杀,还需勤巡视。

观察组:进行康复护理结合关爱帮扶综合干预,具体如下:

(1)康复护理:①日常生活护理:评估患者日常生活能力,并制定训练计划,指导患者进行穿衣、洗脸、刷牙、上卫生间、睡觉等,以逐步提高患者自理能力;指导患者进行仪容仪表的整理,以提高患者自信心,同时对于存在不良习惯的患者,应及时帮助患者进行指正,并告知其正确的习惯方法,从而提高患者改正意识,以帮助患者学会独立生活,从而便于愈后早日回归社会;增加人际交往、沟通技巧等训练,以增加患者信心。

②自我认知干预:大部分精神分裂症患者均会存在认知障碍,从而给自己和家人生活带来严重影响,所以需要做好认知干预工作;对于意识清醒,可正常沟通的患者以及患者家属,先评估其疾病认知,再制定个性化

宣教计划,进行疾病宣教,使其掌握疾病的症状、治疗、康复训练等,以提高其认知能力,宣教时,应保持耐心,不歧视,多重复,并对患者及家属保持同理心,采用图文并茂的方式进行讲解,以便其全面理解和掌握,从而减少错误认知,增加治疗信心;同时告知患者该病无法治愈,需长期坚持治疗,以缓解症状,从而使患者及家属做好打长期战的心理准备。

③医护支持康复:a、环境支持:保持环境清洁干燥、安静舒适,保持室内光线适中,温湿度适宜,空气清新;病房内各装备仪器、床铺等应定期检查,以防其携带锐器物品,从而造成不良后果;放置鲜花和绿植,以增加病房的温馨性,同时配备电视、书籍等,以便其进行学习;多巡视,及时清除危险物品。

b.评估患者病情及自我管理能力,并制定针对性康复计划:患者住院期间,勤巡视,勤观察,以防患者自伤或自杀;定期评估患者生活能力,生活能力差者,指导其进行生活能力训练,每天2次,每次至少30min,从而帮助患者逐渐恢复生活自理能力。

c.病情稳定后,评估患者心理状态,以便及时发现负面情绪;多和患者聊天,了解其存在的心理问题,并鼓励其积极倾诉,以便缓解心理压力;在患者倾诉期间,耐心倾听,采用非语言的方式进行回应,以增加患者倾诉信心和信任感;了解患者需求,及时给予帮助,并做好疾病的宣教工作,使患者正视疾病,积极治疗,从而增加回归社会的勇气;病耻感较重者,应充分理解患者,积极了解心理问题,并进行疏导,也可通过鼓励社交、团体治疗等,来提高其认知,从而减少压力;做好患者社会支持工作,鼓励家属多看望患者,告知患者外界发生的事情等,以增加患者早日回归社会的信心。

d.生活护理:饮食上,部分患者存在不知饥饱障碍,所以要及时干预,制定饮食计划,按照定时定量的原则指导患者饮食,以改善患者饮食障碍,嘱其多吃蛋白质丰富的食物,多吃蔬菜和水果,以补充微量元素和维生素,从而保证患者营养均衡;同时禁烟禁酒,减少刺激。精神分裂症容易复发,但患者疾病认知差,用药依从性低,从而导致疾病加重,所以要监督患者用药,嘱其遵医嘱定期复诊和检查,不可擅自停药或减量,同时观察用药反应。

(2)关爱帮扶综合干预:①组建关爱帮扶护理小组,并制定帮扶计划,每周至少1次活动。②组织健康讲座,选取1名代表,进行宣教,期间鼓励患者积极参与,提出自己的问题,并鼓励其他患者踊跃回答,最后由宣教者进行总结和补充。③组织康复活动,以5人为1组,分配相应任务,进行讨论,最后选取1名代表进行汇报总结,同时鼓励其结合自身治疗历程进行现身说法,之后其他组员发表意见,进行相应地补充。④组织交流会,由患者自拟交流内容,可交流病情、讲故事、疾病知识竞赛等,同时增加一些趣味活动,如唱歌、跳舞、运动等。⑤定期进行随访,了解患者症状改善情况,心理功能差者,了解原因,并进行心理干预;认知障碍者,及时进行指导和纠正,从而帮助患者树立正确的认知,增加患者信心。

1.3 观察指标

(1) 心理评分, 量表: 症状自评量表 (SCL-90), 即焦虑、恐怖、精神病性、躯体化、抑郁、偏执、强迫、敌对、人际关系等, 每项 1-5 分, 分数越高, 心理状态越差。

(2) 认知功能, 量表: 简易智力状态检查量表 (MMSE)^[8], 内容即时间定向力、地点定向力、即刻记忆、注意力及计算力、延迟记忆、语言、视空间, 共 30 项题目, 总分 0-30 分, <27 分为认知功能障碍, 分数越低, 认知功能越差。

(3) 精神状态, 量表: 阳性和阴性症状量表 (PANSS), 即阳性量表 (7 项)、阴性量表 (7 项), 每项 1-7 分, 分数越高, 精神状态越差。

(4) 用药依从性, 量表: Morisky 用药依从性问卷, 总分 8 分, 分为非常依从、依从、不依从, 总依从性= (非常依从+依从)/总例数×100%。

1.4 统计学分析

用 SPSS20.0 分析数据, 计量资料 ($\bar{x} \pm s$) 实施 t 检验、计数资料 n 实施 χ^2 检验。P<0.05 为差异显著。

2 结果

2.1 心理评分

较对照组, 观察组心理评分低, P<0.05, 见表 1。

表 1 心理评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	护理前	护理后
对照组	34	36.52±3.27	30.41±2.67 [#]
观察组	34	36.63±3.31	26.37±2.52 [#]
t 值		0.138	6.416
P 值		0.891	0.000

注: 较护理前, 护理后评分低, [#]P<0.05。

2.2 认知功能

较对照组, 观察组认知功能评分高, P<0.05, 见表 2。

表 2 认知功能 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	护理前	护理后
对照组	34	20.63±2.68	24.67±2.77 [#]
观察组	34	20.58±2.66	27.75±2.81 [#]
t 值		0.077	4.552
P 值		0.939	0.000

注: 较护理前, 护理后评分高, [#]P<0.05。

2.3 精神状态

较对照组, 观察组阳性和阴性评分均较低, P<0.05, 见表 3。

表 3 精神状态 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	阳性量表		阴性量表	
	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组 (n=34)	37.72±3.41	32.56±3.17 [#]	36.84±3.35	30.72±2.97 [#]
观察组 (n=34)	37.77±3.45	27.62±3.11 [#]	36.87±3.38	25.69±2.86 [#]
t 值	0.060	6.486	0.037	7.113
P 值	0.952	0.000	0.971	0.000

注: 较护理前, 护理后评分低, [#]P<0.05。

2.4 用药依从性

较对照组, 观察组用药依从性高, P<0.05, 见表 4。

表 4 用药依从性[n (%)]

组别	例数	非常依从	依从	不依从	依从性[n (%)]
对照组	34	10	16	8	26 (76.47)
观察组	34	14	19	1	33 (97.06)
χ^2					4.610
P 值					0.032

3 讨论

精神分裂症是一种严重的精神疾病, 会对患者生活、工作、学习产生严重影响, 加上患者愈后会出现不同程度的病耻感以及社会对精神病的歧视等, 使患者容易出现自杀等行为, 因此需要做好患者恢复期的康复工作^[9]。康复护理是康复医学不可分割的一部分, 伴随康复医学的发展而发展, 其在实施中, 是以常规护理为基础, 在此之上, 运用各种康复护理技术, 进行残余功能的恢复, 从而帮助患者恢复身心和社会功能^[10]。其中日常生活护理可帮助患者提高生活能力, 减少依赖, 从而提高其独立性, 自我认知护理可纠正患者错误认知, 使其正确面对疾病, 积极治疗, 从而促进各功能的恢复, 医护支持康复干预和常规护理相似, 通过进行心理护理、饮食指导、用药指导等, 来提高患者治疗积极性, 改善负面情绪, 从而增加康复信心^[11-12]。

关爱帮扶综合干预是一种集医生、护士、心理医生、康复治疗师为一体的干预模式, 通过组织讲座、组织活动、组织交流会、随访等进行帮扶干预, 从而提高患者认知功能和治疗信心^[13]。

本文研究得知, 较对照组, 观察组心理评分低, P<0.05, 表明通过对患者进行心理干预, 使患者不良情绪得以改善; 较对照组, 观察组认知功能评分高, P<0.05, 表明康复护理结合关爱帮扶综合干预能提高患者认知功能; 较对照组, 观察组阳性和阴性评分均较低, P<0.05, 表明康复护理结合关爱帮扶综合干预可改善患者精神状态, 有助于患者早日恢复; 较对照组, 观察组用药依从性高, P<0.05, 表明康复护理结合关爱帮扶综合干预能提高患者用药依从性, 从而有效改善患者症状, 促进康复。

综上所述, 康复护理结合关爱帮扶综合干预在精神分裂症患者护理中应用效果显著, 既可改善患者心理状态和精神状态, 又能提高患者认知功能, 增加用药依从性, 从而有助于康复。

参考文献:

- [1]曾文娟, 严菊俏, 张瑞平. 人性化关怀护理干预对康复期精神分裂症患者认知功能及用药依从性的影响[J]. 中国当代医药, 2021, 28(11): 224-227.
- [2]陈蕊, 霍保利, 徐祥荣. 量化评估分级护理联合社区综合干预对精神分裂症患者康复效果的影响[J]. 中国老年保健医学, 2021, 19(1): 156-159.
- [3]苏艳红, 孙连迎. 基于护理人文关怀需求的干预措施在精神分裂症康复期患者中的应用[J]. 国际护理学杂志, 2022, 41(07): 1341-1344.
- [4]严春燕. 恢复期精神分裂症患者治疗中人文关怀护理服务的配合效果[J]. 医学食疗与健康, 2021, 19(19): 140-141.
- [5]邵玉昭, 王丽. 综合护理干预在长期住院精神分裂症患者康复中的应用[J]. 当代护士: 中旬刊, 2021, 28(7): 21-24.
- [6]吴巍. 综合康复护理干预对慢性精神分裂症患者社会功能恢复的影响[J]. 中国医药指南, 2021, 19(10): 156-157, 160.
- [7]许佩娜, 彭燕萍, 邓娟, 等. 综合性护理干预对康复期精神分裂症患者生活质量的影响[J]. 中国社区医师, 2021.
- [8]胡颖苹. 探究综合心理治疗与干预对康复期精神分裂症患者社会功能的影响[J]. 现代诊断与治疗, 2022, 33(5): 3.
- [9]张雯文. 综合康复干预对慢性精神分裂症患者社会功能恢复的影响研究[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(18): 192-194.
- [10]陈昂昂, 姜衍松, 张军. 个性化综合护理干预对男性精神分裂症患者遵医行为和社会功能的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28(1): 158-160.
- [11]刘蓉, 廖翠丽, 赵林丽. 多学科服务团队对社区精神分裂症患者综合干预的影响分析[J]. 当代医学, 2020, 26(34): 136-137.
- [12]李燕红, 莫扬华, 韦杰平. 康复护理干预对精神分裂症衰退期患者社会功能及生活质量的影响[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2020, 41(20): 2629-2630.
- [13]张笑梅, 李雪艳. 关爱帮扶综合干预对精神分裂症的护理效果及心理状况、认知功能的影响[J]. 贵州医药, 2020, 44(8): 1324-1325.

快速康复外科理念在乳腺癌改良根治围手术期患者护理中的临床研究

陈严冬 张宝利

西安交大一附院 陕西西安 710061; 西安交大一附院 陕西西安 710061

摘要:目的: 分析快速康复外科理念在乳腺癌改良根治围手术期患者护理中的临床效果。方法: 在我院接受乳腺癌改良根治术患者 94 例, 按动态随机法分组 (实验组、对照组), 47 例/组。选取时间: 2020 年 1 月至 2021 年 12 月。对照组围术期接受常规护理、实验组接受快速康复外科理念指导的护理。对收集数据进行统计分析后, 对比两组护理满意度、术后恢复指标、术后并发症发生情况、心理状态评分及上肢运动功能评分。结果: 实验组住院、首次床下活动时间均短于对照组 ($P < 0.05$); 实验组术后并发症发生率低于对照组 ($P < 0.05$), 分别为 2.13%、14.89%; 实验组护理满意度高于对照组 ($P < 0.05$), 分别为 95.74%、80.85%; 护理前两组心理状态评分对比无意义 ($P > 0.05$), 护理后实验组焦虑、抑郁评分均低于对照组 ($P < 0.05$); 护理前两组上肢功能评分对比无意义 ($P > 0.05$), 护理后实验组评分低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 对乳腺癌改良根治围手术期实施快速康复外科理念指导的护理能显著改善术后情况, 建议临床采纳。

关键词: 快速康复外科理念; 乳腺癌; 围手术期; 护理

乳腺癌是指来源于乳腺上皮的一种恶性肿瘤, 同时该疾病也是全球范围内女性较为常见的一种恶性肿瘤, 2018 年统计数据显示全球新增乳腺癌病例数为 210 万例, 发病率高达 11.6%, 我国研究数据显示每年约新增超 30 万例乳腺癌新发病例, 发病率为 7.7%, 因此该疾病的治疗及护理一直临床研究的重要方向[1]。乳腺癌早期多无明显症状, 发展至晚期会侵犯患者周围淋巴管, 进而威胁患者生命, 故临床针对该疾病多建议尽早实施乳腺癌改良根治术治疗。随着临床治疗技术的进步及医疗器械的更新, 乳腺癌手术的损伤得到明显降低, 但术后并发症及术中应激反应仍无法避免, 故围手术期的护理至关重要, 是治疗流程的重要组成部分[2]。随着护理经验的积累, 临床工作者发现常规围手术期护理缺乏针对性, 在实际应用中存在明显缺陷, 为弥补常规护理的缺陷, 近年来临床开始广泛应用快速康复外科理念指导的围手术期护理, 并在实际应用中取得了较理想的护理效果[3]。鉴于此, 本次研究筛选出 94 例样本, 分析快速康复外科理念在上述疾病围手术期的实际价值, 现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

1.1 一般资料

2020 年 1 月至 2021 年 12 月, 筛选我们乳腺外科患者 94 例按动态随机法分组 (实验组、对照组), 47 例/组。其中对照组年龄最小 30 岁、最大 61 岁、均值为 42.45 ± 6.09 岁, 病程最短 1 年、最长 5 年、均值 1.73 ± 0.44 年; 实验组年龄最小 31 岁、最大者 62 岁、均值为 42.49 ± 6.11 岁, 病程最短 1 年、最长 4 年、均值 1.75 ± 0.45 年。组间性别比例、患病时长的数据差异小 ($P > 0.05$), 有可比性。

纳入标准: (1) 临床资料完整度者; (2) 94 例患者均符合《中国抗癌协会乳腺癌诊治指南与规范 2021 年版》[4] 诊断标准; (3) 年龄期间: 30-62 岁。

排除标准: (1) 合并其他恶性肿瘤者; (2) 精神异常者; (3) 拒绝配合研究者; (4) 中途退出研究者。(4) 30 岁以下 62 岁以上。

1.2 方法

对照组围术期接受常规护理: 护理人员按外科乳腺癌改良根治术护理流程进行护理, 指导患者用药、配合手术实施、手术宣教等。

实验组接受快速康复外科理念指导的护理: (1) 成立快速康复外科护理小组, 组内成员由科室内工作年限超 3 年的护理人员组成, 加强组内成员的培训, 明确分工, 随后将临床实际与快速康复外科理念结合, 由此制定针对性的护理策略。(2) 术前护理: 术前护理人员需增加对患者的访视, 访视过程中加强与患者的沟通, 详细告知患者手术具体流程及注意事项; 耐心解答患者疑问, 若患者术前存在明显的紧张、恐惧、焦虑等情绪则及时综合认知干预法、家庭综合干预法等心理学治疗技术给予其心理疏导; 同时向患者及家属介绍科室内过往治疗的乳腺癌病例。(3) 术中护理: 术中密切监测各项生理指标, 包括血氧、血压、心率等, 由此优化麻醉方案, 减少麻醉对患者损伤; 合理调控输液速度, 对于低体温患者需做好局部保暖并对于输注药物进行预热; 严格调控手术室温度与湿度, 为患者提供软枕垫。(4) 术后护理: 术后护理人员需详细观察患者切口处敷料是否干燥,

切口是否存在渗血、渗液等情况并作出对症处理; 鼓励患者尽早下床活动, 早期指导患者做渐进式康复训练, 包括握拳及屈腕运动等, 同时将后续训练计划详细告知患者; 用实际操作指导患者家属对患者颈部肌肉实施放松性按摩; 体位护理: 术后护理人员指导患者处于舒适体位, 在患肢下放置软枕, 回收上臂至腋中线水平并屈肘部, 达到松弛切口处肌肉、降低切口处肌肉张力、促进切口快速愈合、缓解切口疼痛等目的; 术后饮食护理: 保证营养需要的前提下, 恪守饮食有节制不过量的原则; 选择海带、海参等海产品, 另外增加豆类食物、蔬菜、水果等食物的摄入量。(5) 术后上肢康复护理及指导: 握球运动: 护理人员指导患者与仰卧位开展训练, 患肢手握橡皮球, 随后垂直举起手部, 放下手臂, 再放松橡皮球, 由此交替进行, 若训练过程中出现手臂不适可将软枕头垫于手臂下; 摸高运动: 指导患者自然伸开双上肢, 将前臂自然放松垂下, 随后慢慢将其伸向背后; 手指爬墙训练: 训练体位为站立位, 面向墙壁, 脚尖距离墙壁 10cm, 两侧手肘保持屈曲, 手掌齐肩地贴向墙, 然后双手顺墙由低向高处摸, 双手尽量地举过头顶, 平衡地举起放在墙上, 直至伤口拉紧感为止; 同时详细告知患者术后康复训练过程中的相关注意事项。

1.3 观察指标

(1) 护理人员详细记录并对比两组患者术后恢复指标, 包括首次下床活动时间、住院时间。

(2) 对比两组患者术后并发症发生情况, 包括皮下血肿、上肢淋巴水肿、皮肤坏死、出血感染。

(3) 通过问卷方式收集两组患者及家属的护理满意度。总分 10 分: 非常满意 (7-10 分), 满意 (3-6 分), 不满意 3 分以下^[5]。(总满意率=非常满意率+满意率)。

(4) 对比两组护理前及护理 5 日后心理状态评分。焦虑自评量表^[5] (Self-Rating Anxiety Scale, SAS) 总分 100 分, 重度: > 69 分, 中度: 60-69 分, 轻度: 50-59 分, 无: < 50 分; 抑郁自评量表^[6] (Self-rating depression scale, SDS) 总分 100 分, 重度: > 73 分, 中度: 63-73 分, 轻度: 53-62 分, 无: < 53 分。

(5) 对比两组护理前护理 3 月后上肢功能评分 (DASH)^[6], 该评分表分为 A 和 B 两部分。其中 A 部分主要调查患者生活能力和社会活动能力的受限程度, 共包含 23 项指标。每项指标分值为无困难 (1 分)、有点困难 (2 分)、中等困难 (3 分)、很困难 (4 分)、做不到 (5 分)。B 部分主要调查上肢的不适症状及对自信心、睡眠的影响, 共包含 7 项指标。每项指标各对应分值为无 (1 分)、轻微 (2 分)、中度 (3 分)、重度 (4 分)、极 (5 分)。

1.4 统计学处理

选择 SPSS22.0 软件对研究内全部数据实施计算处理, 以 % 形式表达计数资料, 开展卡方检验; 以 $(\bar{X} \pm s)$ 形式表达计量资料, 开展 t 检测, 在计算结果显示 $P < 0.05$ 时, 提示数据差异有统计学分析意义。

2 结果

2.1 两组临床恢复指标对比

实验组住院、首次床下活动时间均短于对照组 ($P < 0.05$), 见表 1。

表1 两组临床恢复指标对比 ($\bar{X} \pm s$)

组别	首次下床活动时间(h)	住院时间(d)
对照组 (n=47)	34.26±3.63	7.48±0.83
实验组 (n=47)	24.19±2.59	6.01±0.66
<i>t</i>	15.482	9.504
<i>P</i>	0.001	0.001

2.2 两组并发症发生情况比较

实验组术后并发症发生率低于对照组 ($P<0.05$), 分别为 2.13%、14.89%, 见表 2。

表2 两组术后并发症发生率对比 (例)

组别	皮下血肿	上肢淋巴水肿	皮瓣坏死	出血感染	总发生率(%)
对照组 (n=47)	2	2	2	1	7 (14.89)
实验组 (n=47)	1	0	0	0	1 (2.13)
χ^2	/	/	/	/	4.919
<i>P</i>	/	/	/	/	0.027

2.3 两组护理满意程度对比

实验组护理满意度高于对照组 ($P<0.05$), 分别为 95.74%、80.85%, 见表 3。

表3 两组护理满意度对比 (例)

组别	非常满意	满意	不满意	总满意率(%)
对照组 (n=47)	22	16	9	38 (80.85)
实验组 (n=47)	27	18	2	45 (95.74)
χ^2	/	/	/	5.045
<i>P</i>	/	/	/	0.025

2.4 两组护理干预前后心理状态评分对比

护理前两组心理状态评分对比无意义 ($P>0.05$), 护理后实验组焦虑、抑郁评分均低于对照组 ($P<0.05$), 见表 4。

表4 两组心理状态对比 ($\bar{X} \pm s$, 分)

组别	SDS		SAS	
	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组 (n=47)	63.27±6.45	51.08±5.43	62.41±6.58	51.49±5.26
研究组 (n=47)	63.36±6.41	45.83±4.74	62.37±6.51	46.28±4.75
<i>t</i>	0.068	4.993	0.030	5.040
<i>P</i>	0.946	0.001	0.976	0.001

2.5 对比两组护理前后上肢功能评分

护理前两组上肢功能评分对比无意义 ($P>0.05$), 护理后实验组评分低于对照组 ($P<0.05$), 见表 5。

表5 两组上肢功能评分对比 ($\bar{X} \pm s$, 分)

组别	A 部		B 部	
	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组 (n=47)	69.23±7.02	81.71±8.22	17.25±1.96	24.60±2.58
实验组 (n=47)	69.41±7.04	101.28±11.34	17.22±1.92	29.74±3.06
<i>t</i>	0.124	9.579	0.075	8.804
<i>P</i>	0.901	0.001	0.940	0.001

3 讨论

乳腺癌是女性最常见的肿瘤疾病, 综合该疾病的临床治疗现状来看, 乳腺癌改良根治是其最有效的治疗方法, 但由于该手术是一种乳腺腺体切除手术, 会损伤乳腺周围筋膜及皮肤, 在手术刺激及心理负担的作用下, 部分预后并不理想且术后恢复周期较长, 因此开展科学的围手术期护理意

义重大^[6]。

常规围手术期的主要内容包括指导患者用药、配合手术实施、手术宣教等, 该护理模式的指导各项的护理策略虽贯穿了整个围术期, 但各项护理策略缺乏针对性, 明确术前、术中、术后的护理侧重点, 无法从根本上减少缓解应激反应, 提升术后恢复效率, 因此其在实际应用中存在明显局限^[7]。为进一步提升效力, 有研究提出了快速康复外科理念指导的护理, 研究表明该护理模式在预防术后并发症、加速患者恢复等方面优势显著^[8]。本次研究结果如下: 实验组住院、首次下床活动时间均短于对照组 ($P<0.05$); 实验组术后并发症发生率低于对照组 ($P<0.05$); 实验组护理满意度高于对照组 ($P<0.05$); 护理后实验组焦虑、抑郁评分均低于对照组 ($P<0.05$); 护理后实验组患肢运动功能评分低于对照组 ($P<0.05$)。组间数据出现上述差异的原因在于, 快速康复外科理念是指通过优化围手术期处理的诸多措施, 以缓解手术创伤应激反应, 从而减少术后并发症、缩短住院时间的目的, 能在患者接受乳腺癌手术的各流程给予针对性的护理干预^[9]。护理策略中快速康复外科护理小组的成立将围术期各阶段进行明确划分, 使制定护理策略更具针对性^[10]; 术前宣教、访视、心理干预能在短时间内提升患者对改良根治术认知, 同时能缓解患者因恐惧、焦虑等负面情绪造成的应激反应, 因此患者对护理的满意度较高^[11]; 术中各项护理侧重于手术细节的把控, 能全面提升手术的安全性及患者舒适度; 术后创面护理能显著减少皮瓣坏死、出血感染的发生率; 早期运动训练及按摩能恢复尽早恢复局部血液供应, 以此降低皮下血肿、上肢淋巴水肿的发生率^[12]; 握球运动、背部拉伸运动、手指爬墙训练能改善患者术肢运动功能, 保证患肢能在更短时间内恢复正常功能^[13]; 术后体位则能缓解患者疼痛, 促进创面愈合; 术后饮食护理则能有效规避过度肥胖、过度营养对肿瘤的不利影响, 增加海产品的摄入比的原因在于, 海产品内含有多种抗肿瘤的活性物质, 增加蔬菜、水果摄入量能全面补充机体术后需要的电解质及维生素, 有利于快速康复^[14]。

综上所述, 快速康复外科理念指导的护理是乳腺癌改良根治围手术期优质的护理模式, 建议临床采。

参考文献:

- [1] 杨丙莹, 向瑜. 快速康复外科理念对乳腺癌患者围手术期胰岛素抵抗和炎症反应的影响[J]. 中国医药导刊, 2020, 22(5): 310-314.
- [2] 韩玉, 马慧, 杨杨. 围手术期快速康复外科管理对乳腺癌患者术后恢复及并发症发生情况的影响[J]. 癌症进展, 2021, 19(10): 1076-1079.
- [3] 林小霞, 夏丽婷, 韦轲, 等. 快速康复外科和营养风险筛查在乳腺癌围手术期的应用[J]. 中国现代医学杂志, 2019, 29(12): 73-77.
- [4] 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(2021 年版)[J]. 中国癌症杂志, 2021, 31(10): 954-1040.
- [5] 高微, 李君辉, 霍焱, 等. 乳腺癌合并 2 型糖尿病患者围术期应用胰岛素泵联合快速康复外科理念的管理效果[J]. 广西医学, 2019, 41(15): 1993-1996.
- [6] 李丹丹, 吕欣桐, 许楚敏. 加速康复外科理念在乳腺癌围术期中的应用及对康复效果的影响[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40(4): 669-671.
- [7] 许春彦, 郑立, 吴俊东, 等. 基于 ERAS 模式护理在乳腺癌术后同期自体组织乳房重建中的应用[J]. 临床与病理杂志, 2020, 40(5): 1228-1233.
- [8] 加莉, 王恋, 马凤银, 等. 加速康复外科在减少乳腺癌患者术后并发症的循证护理实践[J]. 山西医药杂志, 2020, 49(16): 2213-2216.
- [9] 赵权萍, 郑孝词, 曹彬, 等. 快速康复外科综合护理方案在乳腺癌择期手术病人护理中的应用[J]. 护理研究, 2021, 35(4): 695-699.
- [10] 张定凤, 王红红, 刘真羽, 等. 加速康复外科理念在乳腺癌病人围术期护理中的应用分析[J]. 贵州医药, 2020, 44(3): 499-500.
- [11] 李琳, 杨丽. 加速康复外科在乳腺癌病人围术期护理中的应用研究进展[J]. 护理研究, 2019, 33(1): 75-78.
- [12] 刘莉, 陶鸿雁, 王丽君. 加速康复外科护理在乳腺癌围手术期护理中的应用[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2019, 26(5): 602-605.
- [13] 谭银欢, 林小佳, 梁彩云. 加速康复外科结合全程管理在乳腺癌患者中的应用效果[J]. 护理实践与研究, 2021, 18(14): 2148-2150.
- [14] 于红艳, 曹葆强, 张培松, 等. FTS 护理对乳腺癌改良根治术患者负面情绪及术后康复效果的影响[J]. 武警医学, 2019, 30(1): 31-34.

腹腔镜下结直肠癌根治术围术期采用护理干预后的效果分析

董欣宇 孟玲

宁夏医科大学总医院结直肠外科 宁夏银川 750001

摘要：目的：探讨腹腔镜下结直肠癌根治术围术期采用护理干预后的效果。方法：采集本院2020年9月期间接收的78例腹腔镜下结直肠癌根治术患者，随机分为对照组与观察组各39例，对照组运用常规护理，观察组运用围术期护理干预，分析不同护理操作后患者并发症、日常生活能力、治疗依从性、护理满意度、心理状况情况。结果：在患者并发症发生率上，观察组5.13%，对照组17.95%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者ADL评分上，观察组护理后评分明显高于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者治疗依从率上，观察组94.87%，对照组82.05%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者护理满意度上，观察组97.44%，对照组79.49%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者SAS、SDS有关评分上，观察组各项明显少于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：腹腔镜下结直肠癌根治术围术期采用护理干预可以有效地提升患者治疗依从性，降低患者并发症，提升患者日常生活能力，患者负面情绪更少，对护理工作满意度更高。

关键词：腹腔镜；结直肠癌根治术；围术期；护理干预；效果

结直肠癌属于常见恶性肿瘤问题，采用手术治疗在一定程度上可以更好地控制疾病发展。该病与结肠息肉的恶变、溃疡性结肠炎等问题有一定关联。疾病早期缺乏典型症状，一般体现在便血、贫血、肠梗阻、体重降低、腹痛等疾病症状。手术治疗中，腹腔镜技术可以比传统开腹手术有更好的微创效果。但是要发挥手术效果，围术期护理工作支持也非常重要。本文采集78例腹腔镜下结直肠癌根治术患者，分析围术期运用护理干预后患者并发症、日常生活能力、治疗依从性、护理满意度、心理状况情况，内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院2020年9月期间接收的78例腹腔镜下结直肠癌根治术患者，随机分为对照组与观察组各39例。对照组中，男21例，女18例；年龄从32岁至70岁，平均（ 52.68 ± 8.71 ）岁；病程从1年至9年，平均（ 5.27 ± 0.97 ）年；观察组中，男25例，女14例；年龄从35岁至71岁，平均（ 54.16 ± 6.09 ）岁；病程从1年至9年，平均（ 5.76 ± 0.86 ）年；两组患者的基本年龄、性别、病程等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用常规护理，观察组运用围术期护理干预，具体内容如下：

1.2.1 术前护理干预

术前要做好对应的心理疏导以及教育指导工作。一般患者与家属对于结直肠癌有关知识了解程度相对较低，没有专业从业人员给予支持，因此容易因为认知缺乏导致内心层面的恐惧以及焦虑情绪，进而导致治疗依从性下降^[1]。要做好护理人员与患者的深度沟通，了解其内心想法以及压力点，针对其认知水平做好针对性地指导以及心理疏导工作。要说明基本的疾病知识、手术常识等，了解手术操作流程，专业性、注意事项^[2]。术前一天需要指导患者使用口服用药做导泻。手术前一天晚上以及手术当天早晨需要做好灌肠。如果患者体质相对较弱，同时属于消瘦体质情况，则可以提供脂肪乳剂或者氨基酸做对应营养支持，还可以配合葡萄糖等补充^[3]。

1.2.2 术中护理干预

需要做好对应环境优化，保持舒适环境来提升患者整体的体验感受，辅助患者保持相对专业且舒适的手术体位。快速建立对应的静脉通道，完善有关血压、心率等各项生命体征变化^[4]。同时要做好术中体温管理，避免体温过低而导致机体不良反应。要做好输入液体以及冲洗液的加温处理。同时注重保护患者隐私，避免身体过度的暴露而引发患者心理不适感，也避免过多暴露导致的身体热量流失^[5]。可以运用加热毯以及其他辅助措

施来提升整体温度感受，室内的温度需要控制在25℃左右，湿度在55%上下^[6]。要做好无菌化操作原则落实工作。避免过多的人员流动。术中避免对患者个人隐私的讨论，尽可能地保持相对私密的环境。可以播放轻音乐来舒缓患者的心理压力。

1.2.3 术后护理干预

患者麻醉清醒之后，需要护送到病房，保持头部30°抬升，辅助患者做好每两小时一次的翻身以及四肢活动。做好患者心率、体温、脉搏等各项生命体征变化的观察^[7]。进行其手术切口的观察了解，如果有渗液、渗血以及感染等异常情况，需要告知医生做好对应的处理。术后做好患者综合疼痛评估情况，进行对应分级之后给予对应的疼痛干预工作，让患者减少不适感，保证其睡眠质量和休息效果，促使其更早的展开早期活动锻炼，避免因为疼痛不适而延误了其早期康复活动的开展^[8]。要做好患者以及家属在肛门排气前的禁食管理，一般通过肠外营养以及静脉补液做对应的支持，嘱咐患者进行口香糖咀嚼来促使其胃肠功能的恢复。当其肛门排气之后，可以进行少许流食，逐步过渡到半流食，保持少量多餐。饮食方面需要保持高蛋白以及丰富维生素，避免辛辣刺激等不良影响。同时需要依据患者身体恢复状况，鼓励其尽早的开展下床活动锻炼。可以依据其病情状况做好合理运动量以及运动内容的安排，促使其病情更好的恢复。进行对应胃管以及尿管的留置，做好引流管的稳固，避免弯曲、折叠、压迫，保持管道通畅。要做好引流液颜色、性质、量的观察，出现异常情况及时告知医生处理。尿管需要做好定时关闭，同时要尿道口的清洁及消毒处理，每天及时做好尿袋更换。尿液恢复到正常标准之后，则可以进行尿管撤除，同时要引导患者做好自主排尿。肛门排便后需要将其胃管撤除。

1.3 评估观察

分析不同护理操作后患者并发症、日常生活能力、治疗依从性、护理满意度、心理状况情况。

1.4 统计学分析

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

2 结果

2.1 各组患者心理状况与日常生活能力评分情况

见表1，在患者SAS、SDS有关评分上，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ADL评分上，观察组护理后评分明显高于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；

表 1: 各组患者心理状况与日常生活能力评分结果 ($\bar{x} \pm s$)

分组	SAS (分)	SDS (分)	ADL (分)
观察组	31.76±5.34	33.28±6.16	78.71±5.79
对照组	42.96±7.52	41.87±6.83	61.57±4.43

注: 两组对比, $p < 0.05$

2.2 患者并发症发生率情况

见表 2 所示, 在患者并发症发生率上, 观察组 5.13%, 对照组 17.95%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$);

表 2: 患者并发症发生率评估结果[n(%)]

分组	n	切口感 染	尿路感 染	腹腔出血	腹胀腹痛	总并发症 发生率
观察组	39	1	0	0	1	5.13%
对照组	39	2	1	0	4	17.95%

注: 两组对比, $p < 0.05$

2.2 患者治疗依从性情况

见表 2 所示, 在患者治疗依从率上, 观察组 94.87%, 对照组 82.05%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$);

表 2: 患者治疗依从性评估结果[n(%)]

分组	n	完全依从	部分依从	不依从	总治疗依从 率
观察组	39	26(66.67)	11(28.21)	2(5.13)	94.87%
对照组	39	15(38.46)	17(43.59)	7(17.95)	82.05%

注: 两组对比, $p < 0.05$

2.4 患者护理满意度情况

见表 4 所示, 在患者护理总满意率上, 观察组 97.44%, 对照组 79.49%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$);

表 4: 患者护理满意度评估结果[n(%)]

分组	n	很满意	基本满意	不满意	护理总满意 率
观察组	39	24(61.54)	14(35.90)	1(2.56)	97.44%
对照组	39	13(33.33)	18(46.15)	8(20.51)	79.49%

注: 两组对比, $p < 0.05$

3 讨论

结直肠癌属于常见的恶性肿瘤疾病问题, 一般其病因与个体高脂肪纤维饮食、肠炎等情况有密切关系。一般采用手术治疗、放射治疗、综合治疗等。腹腔镜手术治疗在一定程度上可以减少手术创伤性, 提升整体治疗恢复质量。其创伤小, 术后恢复快, 并发症相对较少, 是近年来颇为流行的手术方式。与传统的开腹手术情况相比, 该操作技术所需要的医生技术以及护理人员素养要求相对更高。不仅要有专业的手术方案, 同时也需要护理人员完善的护理支持。因此要做好对应护理理念的更新, 做好患者心理建设、认知干预、环境优化、营养支持以及术后各方面的个性化调整, 帮助患者更快地康复, 提升患者的生活质量。

本研究中, 在患者并发症发生率上, 观察组 5.13%, 对照组 17.95%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。说明围术期护理干预有助于减少不必要的手术并发症, 整体的手术安全性得到提升, 减少并发症的同时也加快恢复速度, 降低住院时间带来的治疗费用消耗。在患者 ADL 评分上, 观察组护

理后评分明显高于对照组, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。说明围术期护理干预可以优化患者的生活能力水平, 恢复质量更有保障。在患者治疗依从率上, 观察组 94.87%, 对照组 82.05%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。说明该方式具有一定的人性化操作效果, 符合患者个人实际所需, 提升患者配合度, 落实效果相对较好。在患者护理满意度上, 观察组 97.44%, 对照组 79.49%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。说明护理工作得到患者的认可, 患者整体感受更好, 有助于构建和谐护患关系。在患者 SAS、SDS 有关评分上, 观察组各项明显少于对照组, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。说明患者负面情绪得到改善, 整体的治疗恢复体验得到优化, 避免不良情绪导致的治疗护理抵触情绪。从整体方向来说, 观察组采用围术期护理干预, 在一定程度上通过综合因素的调整来减少患者的负面情绪, 提升患者机体营养, 优化患者治疗体验, 患者对整体手术的耐受性相对更好, 降低了手术有关并发症, 整体手术治疗恢复的成效更为明显。患者对护理工作的认可度也相对更高, 说明了该手术护理工作的有效性符合实际情况所需。在具体处理应对上需要考虑护理方案落实的个性化调整, 意识到患者个体情况的差异性。要按照有关护理路径做对应内容的落实, 但是在细节处理上要综合患者个人认知水平、心理状况、家庭情况、病情恢复状况做细节的调整。护理人员自身也需要做好综合素质的不断提升, 要符合社会发展状况, 充分利用时代技术方法论来做好护理执行工作的优化。

对于护理人员也需要做好培训管理, 包括其个人沟通能力、观察判断能力、心理学、法律常识、社会学、护理技巧等, 都需要做好全方位的指导。培训工作的开展需要定期展开, 需要日常做好实际护理工作问题的反馈, 这样保证培训工作落到实处, 针对个人实际情况所需。培训要考虑个人职业发展所需, 综合个体情况, 做好人性化的调整。要充分地利用线上资源与线下课程结合, 尤其是线上资源的丰富性, 可以方便日常的互动沟通。充分地利用零碎时间做信息的沟通往来, 提升个人能力提高的便捷性, 同时也需要为护理人员提供更多元化的个人提升资源渠道, 方便个人选择。

总而言之, 腹腔镜下结直肠癌根治术围术期采用护理干预可以有效地提升患者治疗依从性, 降低患者并发症, 提升患者日常生活能力, 患者负面情绪更少, 对护理工作满意度更高。

参考文献:

- [1] 卢小莉. 腹腔镜下结直肠癌根治术围术期综合护理干预的效果评价[J]. 中外医疗, 2020, 39(27): 175-177.
- [2] 金字婷. 探讨综合护理干预应用在腹腔镜下结直肠癌根治术患者围手术期中的临床效果[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(2): 96.
- [3] 苏娟丽. 腹腔镜下结直肠癌根治术围术期的优质护理干预研究[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2020, 20(54): 285, 288.
- [4] 崔莉蓉. 优质护理在腹腔镜下结直肠癌根治术围手术期护理中的应用效果[J]. 健康必读, 2021(8): 79, 83.
- [5] 高奎. 观察腹腔镜下结直肠癌根治术围手术期综合护理干预的效果[J]. 健康大视野, 2020(2): 13.
- [6] 黄翠珍, 黄嘉愉, 李转连. 围术期综合护理在腹腔镜下结直肠癌根治术中的应用[J]. 黑龙江中医药, 2020, 49(3): 256-257.
- [7] 齐小伟, 王荣寅, 周英霞. 加速康复外科护理方案在腹腔镜结直肠癌根治术患者围手术期中的应用[J]. 淮海医药, 2021, 39(5): 524-526.
- [8] 唐玉霞. 腹腔镜下直肠癌根治术的围手术期护理[J]. 黑龙江科学, 2020, 11(20): 72-73.

快速康复护理对结直肠癌造口患者胃肠道功能恢复及生活质量的影响

范春丽¹ 张冉星² 张仕东³ 张景敏² 陈彦杰²

1、盐山阜德医院 河北沧州 061300; 2、邢台医学高等专科学校第一附属医院(邢台市第一医院)病理科 河北邢台 054001;
3、邢台市人民医院 河北邢台 054000

摘要: 目的: 探讨在结直肠癌造口患者中应用快速康复护理的临床价值。方法: 本课题病例筛选于2021年1月至2021年12月本院所收治的90例结直肠癌造口患者, 根据随机数法分组, 各45例, 对照组应用常规护理, 观察组应用快速康复护理, 观察护理效果的差异。结果: 观察组首次造口排气时间、首次造口排便时间以及首次进食时间均短于对照组 ($P<0.05$)。观察组术后半年的生活质量各层面评分均高于对照组 ($P<0.05$)。观察组术后半年的各层面自我护理能力评分均高于对照组 ($P<0.05$)。结论: 快速康复护理用于结直肠癌造口患者的临床护理中可以促进患者胃肠道功能的快速恢复, 促进患者生活质量的改善, 提升术后自我护理能力, 使患者术后能够更加的适应社会, 应用价值高, 建议临床推广。

关键词: 快速康复护理; 结直肠癌造口患者; 胃肠道功能; 生活质量

作为临床中十分常见的消化系统恶性肿瘤, 结直肠癌会严重影响患者的身体健康, 临床普遍采用手术的方式进行治疗, 为患者做结肠的造口, 挽救患者的生命。但是结肠造口会对患者的生理带来最大的伤害, 使排泄途径有所改变^[1]。而且造口的携带也会影响到患者的社会功能, 患者的心理也会因此而出现自卑、焦虑等。给患者的生活带来了很大的负面影响, 所以对结直肠癌造口患者进行有效的临床护理十分的必要, 有助于患者生活质量的改善, 提升患者的社会功能。作为一种具有连续性特征的护理模式, 快速康复护理具有较强的专业性, 在护理期间所运用的一系列护理手段都是经过医学循证而来, 通过科学、连续的护理来缓解患者的手术应激反应, 促进患者的全面康复^[2]。在本研究中, 笔者就将这种护理模式应用在结直肠癌造口患者中, 对其对胃肠道功能恢复以及对患者生活质量的影响进行详细的探究, 内容总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

85例结肠癌造口患者的收集时间是2021年1月至2021年12月。根据随机数法分组, 对照组45例, 男22例, 女23例, 年龄38岁至68岁, 均值(53.12 ± 0.74)岁, 观察组45例, 男25例, 女20例, 年龄35岁至72岁, 均值(53.49 ± 0.67)岁, 通过对比两组的个人资料无较大差异 ($P>0.05$)。

1.2 方法

将常规护理用于对照组: 对下达的医嘱进行准确规范的执行, 对患者的各项生命体征进行监测, 对于术后患者的异常指标和体征及时上报, 并协助医生进行处理。对患者做好基础护理, 对造口袋进行规范的更换, 并将更换的方法以及对周围皮肤的护理注意事项都进行告知和指导, 锻炼患者以后能够自己进行正确的更换。对患者和家属进行医院环境的介绍, 将周边的便民服务设施进行告知, 便于患者的住院生活得到便捷, 满足患者的生活照护, 需要对患者进行结直肠癌造口手术方法的简单普及, 增强患者的手术方法的了解。对于患者的住院生活期间所遇到的问题进行合理的帮助。

快速康复护理用于观察组: (1) 强化健康宣教。护理人员利用工作以外的业余时间, 集体录制结直肠癌造口患者快速康复护理内容的视频, 可以将快速康复护理内容在结直肠癌造口患者中的应用以及内容进行分小节的内容录制^[3]。在手术开始之前与患者和家属一起观看视频, 使患者和家属能够更加直观的了解结直肠癌造口手术的流程以及护理的注意事项, 患者如何进行配合以及快速康复护理的必要性, 从而增强患者和家属在护理过程中的配合度^[4]。(2) 早期进食。患者术后清醒四小时后让患者漱口, 并用吹气球的方式来促进呼吸功能的恢复, 间隔四个小时后让患者

嚼口香糖来促进胃肠功能的恢复, 同时让患者喝200毫升左右的糖盐水。术后的24小时可以为患者配置一些康复的营养粉, 让患者进行食用。对患者进行尿管膀胱的夹闭训练指导, 患者的人工肛门待排气后可以让其恢复半流食的饮食状态, 然后结合患者的恢复情况, 逐渐的进行饮食的过渡。以易消化、清淡的食物为主^[5]。(3) 早期运动。患者的手术麻醉效果弥散后可以对患者进行一些被动的运动, 比如对四肢的肌肉和关节进行按摩, 帮助患者的四肢进行伸展运动, 协助患者翻身, 对患者进行后背轻叩的方式和正确的咳嗽指导来促进痰液的排出。术后24小时后可以对患者进行主动的床上运动, 根据患者的排尿情况, 判断是否进行尿管的拔除, 一旦符合拔除指征, 应该早期进行尿管的拔除。指导患者进行床上以及床下的排尿练习。术后两天鼓励患者进行离床活动, 在患者下床活动时, 护理人员或者是家属要搀扶患者, 避免患者摔倒或者是晕倒。(4) 心理疏导。围术期间, 护理人员对患者以及家属的心理状况都进行评估。如果发现患者或者是家属存在不同程度的术前焦虑或者是紧张等心态, 应该积极热情地与之沟通, 鼓励患者和家属对自身真实的想法进行表述, 说出心中真实的顾虑。然后护理人员选取一些临床治疗较好的病例, 对患者和家属进行列举。运用这种成功病例举例的方式来增强患者和家属的治疗信心。可以介绍, 同种疾病和手术方式的患者之间进行认识, 让患者先敞开心扉的交谈, 产生共情, 互相分享自己的抗病经验^[6]。减少患者的自卑感和孤独感。(5) 尊严疗法。了解患者日常生活中的爱好, 并鼓励患者一直进行下去, 也可以根据患者的个人情况来对患者进行一些其他的兴趣引导, 让患者在日常练习绘画、象棋、围棋、山水画等娱乐项目。让患者的精神能够有所寄托, 丰富患者的精神世界, 有助于患者的社会功能恢复, 从而回更好的回归于社会。(6) 自理能力训练。将造口袋的更换方式以及如何进行正确的使用, 在使用过程中患者需要注意一些什么、如何进行造口的大小测量, 防漏膏以及防漏条怎样进行使用都进行详细的交代。同时, 指导患者和家属如何进行造口袋的清洁拆除, 让患者具备良好的自理能力^[7]。日常对造口袋进行保护, 防止其进水。造口袋周围的皮肤容易受到排泄物的刺激而产生炎症或者是发红、瘙痒等症状。护理人员对患者和家属需要进行造口周围皮肤清洁以及保护的方法指导, 用温水进行皮肤的清洗。在日常生活中, 或者对于辛辣, 生冷, 容易产气等重口味、不易消化的食物也要禁止食用。穿吸汗性强的棉质、宽松的衣服, 着装不能太紧, 以免压迫到造口袋。(7) 出院指导。建立科室的微信群, 让患者每周在微信群里反馈自身的造口情况, 便于护理人员了解到每位患者的术后恢复情况, 并提出合理建议、远程指导患者进行护理操作、回答患者的问题等。

1.3 观察指标

(1) 对比术后胃肠功能恢复的时间。(2) 使用 SF-36 生活质量量表

评估两组的生活质量,挑选四个维度,每个维度满分100分,分数和生活质量成正相关性。(3)用自我护理能力实施量表(ESCA)来评价术后半年两组的自护能力,一共有43道测试题目,每题0-4分,正向计分^[8]。

1.4 统计学方法

统计学处理软件 SPSS20.0,用均数标准差($\pm$)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 胃肠功能恢复的时间

观察组首次造口排气时间、首次造口排便时间以及首次进食时间均短于对照组($P<0.05$)。见表1。

表1 胃肠功能恢复的时间($\bar{x}\pm s$, d)

组别	例数	首次造口排气时间	首次造口排便时间	首次进食时间
对照组	45	6.52 $\pm$ 0.47	7.95 $\pm$ 0.50	5.12 $\pm$ 0.67
观察组	45	4.30 $\pm$ 0.39	6.02 $\pm$ 0.47	3.17 $\pm$ 0.52
t		6.247	6.982	5.145
P		0.000	0.000	0.000

2.2 术后半年的生活质量

观察组术后半年的生活质量各层面评分均高于对照组($P<0.05$)。见表2。

表2 术后半年的生活质量评分($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	生理功能	社会功能	躯体疼痛	情感职能
对照组	45	56.38 $\pm$ 2.41	52.07 $\pm$ 2.10	54.96 $\pm$ 3.10	53.67 $\pm$ 3.52
观察组	45	69.04 $\pm$ 3.54	65.27 $\pm$ 2.67	68.92 $\pm$ 3.57	65.32 $\pm$ 4.07
t		4.361	5.674	5.678	6.147
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 自我护理能力

观察组术后半年的各层面自我护理能力评分均高于对照组($P<0.05$)。见表3。

表3 自我护理能力($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	自我概念	自我护理责任感	自我护理技能	健康知识水平
对照组	45	18.20 $\pm$ 2.97	16.87 $\pm$ 3.14	39.74 $\pm$ 3.54	54.10 $\pm$ 2.75
观察组	45	23.51 $\pm$ 3.04	21.54 $\pm$ 3.42	36.57 $\pm$ 3.97	60.87 $\pm$ 2.97
t		5.261	4.869	4.971	3.014
P		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

结肠癌和直肠癌是现代生活中比较常见的两种肠道的恶性肿瘤疾病,有效的治疗方式就是进行结肠癌造口术,可以通过将病灶的切除,对患者进行粪便排泄出口的改造而挽救患者的生命。但是,结肠癌造口在术后容易给患者带来很多的烦恼,生活上也有诸多的不便,会对患者的精神产生较大的痛苦,易对患者的身心造成了双重的创伤,承担较大的精神压力,使生活质量下降。并且结肠癌造口术后具有较高的发生率发生并发症,容易造成粪便的污染,而影响到患者的身体健康和术后恢复,因此结肠癌造口术的护理工作极为的重要。

快速康复护理的服务理念就是以增强患者的生活质量,促进患者的康复速度加快为主要的核心内容,这是一种新兴的护理方式^[9]。是对常规的护理操作进行了科学的优化。在患者的整个围术期都进行综合且全面的干预,在术前注重患者的健康宣教。由于结肠癌造口会对患者的生理结构

造成一定影响,使患者的排泄通道有所改变,手术的特殊性会在术前给患者带来一定的恐惧和担忧。快速康复外科在术前重视患者的认知教育。通过术前全面的宣教来使患者深刻的认识到术后强化康复的重要性,也能改善患者的生理职能,使手术进展的更加顺利,手术的效果能够得到有效的保障。在常规的护理中,都是主张患者术后尽量不吃,或者是少吃,在术后进食的时间明显延长,对患者的心态以及营养要求都难以满足。而快速康复护理主张在术后指导患者早期的进食和运动,能够减轻患者由于卧床时间过长而造成的胃肠道功能紊乱,让胃肠道功能能够尽快的适应,以促进患者早期进行排气与排便^[10]。早期的进食还能尽快改善患者术后虚弱的身体状态,能够有效预防术后深静脉血栓、肠麻痹等并发症的形成。对患者辅以心理指导和尊严疗法,能够让患者术后的精神状态得到满足,增强患者的自尊以及充分感受到自身生命的价值,积极的面对生活,勇敢的接受显示,减少自卑感和逃避的行为,有助于患者社会功能的改善。护理人员耐心地对患者以及家属进行造口袋使用方法的精细指导,让患者能够具备造口袋护理以及更换的能力,对造口袋如何进行正确的使用以及注意事项都能充分的掌握,增强患者的自理能力和护理的主动参与性。术后对患者进行恢复情况的持续性跟踪,通过微信群来了解患者的恢复进展,并针对性的予以远程的指导和护理建议,使患者持续的保持正确的护理方式,术后的随访也可以提现出护理人员的责任意识,让患者感受到真诚的服务态度。本次研究结果显示,观察组首次造口排气时间、首次造口排便时间以及首次进食时间均短于对照组($P<0.05$)。观察组术后半年的生活质量各层面评分均高于对照组($P<0.05$)。观察组术后半年的各层面自我护理能力评分均高于对照组($P<0.05$)。

综上所述,快速康复护理用于结肠癌造口患者中具有较高的应用价值,可以改善患者的生活水平,提升患者对社会的适应性,还有助于术后胃肠功能的尽快恢复,促进术后整体恢复效果的提升。

参考文献:

- [1]尹宏,赖思帆,张春泽,等.行动导向宣教联合快速康复护理对结肠癌造口患者胃肠道功能恢复及生活质量的影响[J].中国中西医结合外科杂志,2020,26(4): 724-749.
- [2]梁尊孝,杨佳,王振斋,等.快速康复外科理念联合针灸对结肠癌术后胃肠功能恢复的影响[J].中国医药导报,2020,17(25): 125-128, 140.
- [3]王锐,尚静.腹腔镜根治术对老年结肠癌患者凝血因子,胃肠道功能及肿瘤标志物的影响[J].血栓与止血学,2022,28(3): 822-824.
- [4]皇冬梅,卢明,申瑶,等.行动导向宣教联合Orem护理系统在结肠癌术后永久性结肠造口患者中的应用[J].中华现代护理杂志,2021,27(23): 3166-3169.
- [5]程敏静,陈强,王伟,等.强化护理模式对直肠癌Miles术后结肠造口患者自主护理能力及其生活质量的影响[J].现代中西医结合杂志,2020,29(22): 2484-2488.
- [6]曹娟,刘文祯.预见性护理联合肠内营养对胆管癌患者术后胃肠功能和营养状况及护理满意度的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2020,27(7): 861-863.
- [7]梁冰.基于循证的加速康复外科的集束化干预方案对结肠癌根治术患者术后恢复及并发症的影响[J].癌症进展,2021,19(2): 207-210, 214.
- [8]徐伟,刘俊奇,赵莹,张晓辉.快速康复理念对结肠癌患者术后恢复及生活质量的影响[J].癌症进展,2020,18(20): 2151-2154.
- [9]李瑾.快速康复外科护理对胸腔镜肺癌根治术患者术后肺功能恢复及生活质量的影响[J].中国药物与临床,2020,20(24): 4191-4193.
- [10]马楠,马善新,李燕,等.早期利尿联合加速康复外科理念对结肠癌患者术后恢复的影响[J].中国医药导报,2020,17(11): 98-101.

项目来源:河北省邢台市重点研发计划自筹项目(2020ZC209)

心肌梗死急救护理中优化急诊护理流程对患者预后的影响分析

¹付贤玲 ²马靖慧 (通讯作者)

1.靖边县人民医院 急救中心 陕西榆林 718500; 2 靖边县人民医院 评审评价办公室 陕西榆林 718500

摘要: 目的: 探究对急性心肌梗死急救护理过程中实行急诊护理流程的临床价值。方法: 选取我院 2021.1-2022.1 期间收治的 129 例心肌梗死急救护理患者, 采用简单随机化分组方式, 将患者分为两组, 分别为对照组 (65 例) 以及观察组 (64 例)。对照组患者接受常规护理干预, 观察组患者在对照组的基础上接受急诊护理流程干预, 比较两组患者以下指标: 患者卧床时间、住院时间、急救时间、静脉通道构建时间、超敏 C-反应蛋白 (血清 hs-CRP)、白细胞介素-6 (IL-6)、患者满意程度、患者成功率、复诊率以及再行介入术治疗率。结果: 对比两组患者卧床时间、住院时间、急救时间、静脉通道构建时间, 观察组明显较佳 ($P<0.05$)。对比两组患者血清 hs-CRP、IL-6, 观察组明显较佳 ($P<0.05$)。对比两组患者成功率、复诊率以及再行介入术治疗率, 观察组明显较佳 ($P<0.05$)。对比两组患者满意程度, 观察组明显较佳 ($P<0.05$)。结论: 对心肌梗死急救护理患者实行急诊护理流程, 能显著缩短患者卧床时间、住院时间、急救时间以及静脉通道构建时间, 降低患者血清 hs-CRP、IL-6, 能显著提升患者抢救成功率, 降低患者复诊率以及再行介入术治疗率, 能显著提升患者护理满意程度, 故值得推广应用。

关键词: 心肌梗死; 急救护理; 优化急诊护理流程; 护理预后

急性心肌梗死属于急性疾病的一种, 由于患者冠状动脉发生阻塞, 导致心脏供血不足, 心肌缺血性坏死发生^[1]。如患者该症状持续 30min 以上, 则会发生心前区压榨性疼痛, 并表现为憋闷感^[2]。急诊是缓解患者症状, 挽救患者生命的重要方式。急诊速度对患者生命健康安全产生的影响较大^[3]。针对急性心肌梗死患者急诊工作的关键是在较短时间之内改善梗死情况, 纠正患者缺血组织, 并快速恢复患者心肌血液供给, 对患者濒死的心肌予以挽救, 防止患者出现猝死状况^[4]。数据显示, 超过一半的急性心肌梗死患者在送往医院的途中就已经死亡, 其原因时其已经失去对急性心肌梗死症状急救的最佳时间^[5]。故在急诊过程中, 医护人员应争分夺秒, 加快急诊效率。目前, 针对该疾病, 无法进行根治, 也未形成标准化以及规范化的流程, 影响患者急救的效果, 影响患者的生命健康安全。我院在常规急救护理的基础上, 对急诊护理流程予以优化, 能缩短急诊所需时间, 为患者提供专业护理, 效果显著。基于此, 文章以我院收治的心肌梗死急救护理患者作为研究对象, 通过分组采用不同护理干预的方式探究优化急诊护理流程的临床价值, 报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

研究选取我院收治的心肌梗死急救护理患者共 129 例, 收治时间 (2021.1-2022.1), 将患者采取随机分组的方式分为观察组与对照组。对照组 65 例, 其中男性患者为 33 例, 女性患者为 32 例, 其年龄集中在 45-71 岁之间, 均值 (56.51±2.57) 岁。观察组 64 例, 其中男性患者为 34 例, 女性患者为 30 例, 其年龄集中在 44-70 岁之间, 均值 (56.47±2.38) 岁。组间数据对比无统计学差异 ($P>0.05$), 可比。

纳入标准: ①此次纳入患者均患有急性心肌梗死疾病, 均前往我院接受急诊治疗; ②此次研究不违背医学伦理委员会批准标准; ③此次纳入患者均对研究内容知情。

排除标准: ①合并急性病症者; ②合并肝肾功能障碍者; ③合并凝血功能障碍者; ④合并精神系统疾病, 或存在意识障碍及沟通障碍者; ⑤临床资料存在缺失者。

1.2 方法

对照组: 常规护理干预。谨遵医嘱, 为患者建立静脉通道, 辅助医生为患者提供抢救干预。对患者实行心电监控, 实时关注患者血氧饱和度以及吸氧情况等。

观察组: 为患者优化急诊护理流程。①开设先抢救后付费的方式, 尽快为患者提供抢救干预。护理工作针对患者疾病发生情况, 对患者病情做出快速评估, 了解患者意识功能障碍、口唇发绀等症状发生情况。观察患者疼痛情况, 了解患者疼痛持续时间。使用口服硝酸甘油予以抢救,

如该方式无效, 则及时将该情况告知主治医师。②对患者实行心理引导告知并辅助患者行平卧位。如患者存在呼吸困难情况, 则辅助患者行半卧位。③接诊后, 立即为患者展开心电图检查, 并对患者实行血常规、肝功能等检测, 了解患者各项生命体征。确定患者为心肌梗死疾病后, 谨遵医嘱为缓则使用氯吡格雷、拜阿司匹林、肝素钙等药物治疗。如患者自述存在胸痛症状, 应适当给予患者镇静剂干预, 以缓解患者疼痛情况。如患者需要接受抢救治疗, 则应立即辅助医生做抢救准备。如患者需要接受心脏介入治疗干预, 则立即对患者病情发生情况予以评估, 辅助医生完成抢救前准备。急诊护理工作人员及时将患者转运至治疗室, 并携带急诊设备, 辅助患者家属在较短时间内办理好各项手续。

1.3 观察指标

观察对比两组患者卧床时间、住院时间、急救时间、静脉通道构建时间、超敏 C-反应蛋白 (血清 hs-CRP)、白细胞介素-6 (IL-6)、患者满意程度 (我院自制量表, 60/100 分为满意)、患者抢救成功率。

1.4 统计学分析

研究所有数据行统计数据, 计量资料 ($\bar{X} \pm s$) 表示、计数资料 n (%) 表示, 组间对比 t 、 χ^2 检验, $P<0.05$, 统计意义标准, 应用 SPSS 24.0 软件统计分析。

2. 结果

2.1 临床时间

比较两组患者各项临床时间, 观察组患者在卧床时间、住院时间、急救时间以及静脉通道构建所需时间方面, 均低于对照组, ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 临床时间 ($\bar{X} \pm s$, min)

组别	例数	卧床时间	住院时间	急救时间	静脉通道构建时间
对照组	65	4.91±1.49	17.07±2.14	67.65±7.71	7.68±2.31
观察组	64	2.47±1.30	11.88±2.62	41.30±5.71	3.54±1.43
t	-	9.904	12.331	22.031	12.217
p	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 血清 hs-CRP 与 IL-6

观察对比两组患者血清 hs-CRP 与 IL-6。护理前, 两组患者无显著差异, 护理后, 观察组显著较低, ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 血清 hs-CRP 与 IL-6 对比 ($\bar{X} \pm s$)

组别	例数	血清 hs-CRP (mg/L)	IL-6 (pg/L)
----	----	------------------	-------------

		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	65	8.77±1.72	6.46±1.41	2.66±0.48	2.01±0.35
观察组	64	8.78±1.53	4.12±1.05	2.68±0.45	1.57±0.21
<i>T</i>	-	0.035	10.678	0.244	8.641
<i>P</i>	-	0.972	0.000	0.808	0.000

2.3 患者满意程度

观察对比两组患者护理满意度,观察组显著较高, ($P<0.05$),见表3。

表3 患者护理满意度对比 (n/%)

组别	例数	非常满意	部分满意	不满意	总满意度
对照组	65	24(36.92)	32(49.23)	9(13.85)	56(86.15)
观察组	64	27(42.19)	36(56.25)	1(1.56)	63(98.44)
χ^2	-	-	-	-	6.804
<i>P</i>	-	-	-	-	0.009

2.4 患者抢救成功率、复诊率以及再行介入术治疗率

比较观察两组患者抢救成功率、复诊率以及再行介入术治疗率。观察组患者抢救成功率显著较高,复诊率显著较低,再行介入术治疗率显著较低, ($P<0.05$),见表4。

表4 抢救成功率、复诊率与再行介入术率 (n/%)

组别	例数	抢救成功率	复诊率	再行介入术率
对照组	65	55(84.62)	13(20.00)	11(16.92)
观察组	64	63(98.44)	3(4.69)	2(3.13)
χ^2	-	7.899	6.959	6.775
<i>P</i>	-	0.005	0.008	0.009

3. 讨论

急性心肌梗死是较为常见的急性疾病,目前我国城市发病率为58.69/10万,农村发病率为74.72/10万^[6]。总体来说,该疾病发病率农村高于城市。产生该情况的主要原因与医疗水平有关^[7]。为此,为减少该疾病的发生,降低该疾病发生后对患者生命安全造成的影响,医院应不断提升医疗技术水平,提升急诊抢救工作能力,尽快为患者提供优质抢救工作,提升患者的生存率。急性心肌梗死的主要临床表现为心律失常、持续性胸骨后压榨性疼痛,并伴有心力衰竭等症状^[8]。患者如发生胸痛疼痛,会导致其心肌耗氧量增加,会加重患者疾病发生,进一步对患者身体健康造成不良影响。急性心肌梗死患者血浆脑利钠激素水平会呈现上升趋势,产生该现象的主要原因是患者心室分泌氨基酸,共同组成利钠激素,与心室张力呈现正相关。急性心肌梗死后患者脑利钠水平直线上升的主要原因可能是化这心肌梗死面积以及位置,两段交接位置会出现心室壁张力,导致血浆脑利钠浓度上升,并对心室壁张力起到推进作用。

研究结果显示,观察组患者各项抢救以及诊疗时间均较短,患者护理满意度显著提升,患者抢救成功率提升,患者血清hs-CRP与IL-6下降。说明优质急诊流程对急性脑梗死患者来说效果显著。传统急诊护理干预中,护理人员虽然能配合医生,为患者提供急诊护理干预,能辅助患者完成体位调整,陪同患者完成各项检查工作,但是不同护理人员之间的工作范围并没有明确划分,导致护理人员之间工作杂糅,分工不明确。对于医生要求的检查工作进行不到位,不能对抢救工作或心脏介入治疗工作提供支持。该情况导致患者急诊过程中时间的浪费,无明确急诊时间要求,导致患者从接诊到抢救所需时间较长,影响患者的治疗效果。患者一旦发生急性心肌梗死症状,但未快速接受诊疗工作,则可能会导致患者血管阻塞位置大范围坏死,导致患者致残率上升,严重者甚至会导致患者死亡。优化急诊流程护理干预中,护理人员能针对患者制定优化急诊流程,并按照这一流程完成诊疗工作,能为患者提供尽早诊疗工作。这一基础上,能提升患者心肌血液供给,改善患者动脉血液循环情况,并

能尽快修补患者缺血组织,减少患者并发症的发生率。在优化急诊护理中,能对传统急诊护理工作予以优化,能确保患者分工明确。护理人员能谨遵急诊护理流程,为患者提供急诊干预工作,效果显著。优化急诊护理工作的根本目标是提升抢救效果,提高抢救效率,并且,抢救过程中,护理人员还能为患者提供更多考虑,最大限度地缩短患者挂号、缴费、检查等时间,为患者建立绿色通道,为患者提供先抢救后缴费的政策,尽快确定患者疾病发生情况,并未其提供药物治疗以及介入治疗干预。护理人员能确保各个护理流程均能紧密衔接,从根本上保证患者抢救的效率。因此医院应不断优化急诊流程,保证心肌细胞在濒死的情况下在较短时间内得以恢复,是提升患者抢救成功率的重要方式。同时,在这一护理流程中,护理人员能尽快掌握患者临床症状,快速评估患者病情,并辅助医生完成药物指导会诊疗工作,效果显著。患者尽快接受诊疗工作,能减少患者抢救时间,尽快促使患者恢复脑供血,并对缺血组织予以保护,故患者除急诊时间被缩短外,其治疗所需时间也大大缩短,为患者健康提升保障。患者在急诊抢救过程中,获得护理人员的高度重视,能大大提升患者的护理满意度,改善患者的心理情绪。护理工作人员在患者接受介入手术治疗之前,能根据手术流程以及医生需求等,做出及时的准备,能优化心脏介入手术流程。医护人员之间相互配合,互相监督。护理工作人员在这一过程中并不是盲目的听从医生的嘱咐,而是有自己的工作刘彻翰,能有效缩短抢救时间,并能为介入手术治疗工作提供有力支持。在护理人员的支持以及帮助下,患者能获得有效的治疗。如患者在急诊入院期间不能及时获取到有效的治疗,则可能会导致患者出现心律失常、心源性休克、心力衰竭等并发症,严重影响患者的生命健康。常规护理干预中,护理人员仅能按照经验为患者提供护理工作,未对患者病情发生情况进行评估,即使对于患者心电图等指标进行检查,但不能针对自身个人经验,对患者心电图予以判断,无法为医生提供参考。优化急诊流程护理干预中,护理人员能通过对患者的各项检查,为患者提供病情风险评估,并能在患者转运期间及时发现患者的疾病发生情况,能发现患者可能产生的并发症发生情况,并能及时做好各项准备,为医生提供其诊疗过程中所必需的各种药物以及医疗器械。该护理方式可显著提升患者的抢救率,是对常规护理干预方式的优化以及升华。

综上所述,对急性脑梗死患者实行优化急诊护理流程,可显著缩短患者抢救时间,提升患者护理满意度,提升患者抢救成功率,降低患者复诊率以及再行介入术治疗率,改善患者血清hs-CRP与IL-6水平,故具有较高临床推广应用价值。

参考文献:

[1]吕甜甜. 优化急诊护理流程对急性心肌梗死患者救治效果及预后的影响[J]. 婚育与健康,2022,28(7): 151-152.

[2]郑帆,郭莹. 优化急诊护理流程在急性心肌梗死患者抢救中的应用效果[J]. 临床医学研究与实践,2022,7(5): 161-163.

[3]陈宁. 优化急诊护理流程对急性心肌梗死患者救治效果及预后影响的疗效分析[J]. 糖尿病天地,2022,19(2): 234-235.

[4]罗展,黄秋萍. 优化急诊护理流程对急性心肌梗死患者抢救效果的影响[J]. 世界最新医学信息文摘,2022,22(4): 118-120.

[5]李野,孙晓文. 优化急诊护理对急性心肌梗死患者抢救的价值[J]. 中国医药指南,2022,20(11): 147-150.

[6]孙文杰. 优化急诊护理流程对抢救急性ST段抬高型心肌梗死患者的急救效果[J]. 中国医药指南,2022,20(14): 156-158.

[7]钟翟. 优化急救护理流程对提高急性ST段抬高型心肌梗死患者救治效果的影响[J]. 基层医学论坛,2022,26(12): 51-53.

[8]王静,张珍. 急诊护理套餐在急性心肌梗死患者救治中的应用及干预价值[J]. 中外医疗,2022,41(5): 149-153.

护理干预在肾病综合征患者院外遵医行为影响的研究

甘玉芬

广西百色市人民医院 肾内科 533000

摘要：目的：研究在肾病综合征患者中实施护理干预对其院外遵医行为的影响效果。方法：从2020年4月-2022年4月择取88例肾病综合征患者，将其以数字随机表法予以分组研究，每组44例，对照组实施常规护理，护理组实施综合的护理干预，对照分析两组院外遵医行为，评估两组护理前后心理情绪，对两组护理后生活质量进行评估与对比，调查两组护理满意度。结果：护理组在定期复查评分、合理饮食评分、定时定量用药评分、遵守活动计划评分上均高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；从心理情绪评分分析，护理前两组对比差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），护理后两组焦虑评分、抑郁评分均下降，护理组低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；从生活质量评分分析，护理后护理组各项指标评分均高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；护理组总满意度高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：对于肾病综合征患者来说，护理干预的实施可以提高院外遵医行为，改善患者不良情绪，提高其生活质量，患者也更加满意护理服务，临床价值显著。

关键词：护理干预；肾病综合征；院外遵医行为；心理情绪；生活质量；满意度

肾病综合征通常是因各种肾脏疾病的一组综合征，主要表现为蛋白尿、水肿、低蛋白血症、高脂血症^[1]。这一疾病虽然容易缓解，而且难以治愈，另外复发率比较高。对于肾病综合征患者来说，早期定量的肾上腺皮质激素治疗是常规治疗方式，但因激素应用会产生严重不良影响，而且需要疗程比较长，但因患者多存在认知水平不足的现象，所以在治疗上依从性比较高。因此对于肾病综合征患者来说，除治疗之外，有效护理措施也非常重要。常规护理注重病情的护理，缺乏对患者心理的关注，护理内容缺乏针对性，整体效果一般。护理干预作为综合护理模式之一，其不仅注重生理护理，同时也注重心理护理，为患者提供全面、系统的护理服务，使整体护理效果得到提升。本文从2020年4月至2022年4月择取88例肾病综合征患者作为研究对象，探析在肾病综合征患者中实施护理干预对其院外遵医行为的影响效果，报告如下所见。

1 资料与方法

1.1 一般资料

从2020年4月至2022年4月择取88例肾病综合征患者，将其以数字随机表法予以分组研究，每组44例，对照组中男24例，女20例，年龄18-80（36.96±8.46）岁，病程最长18个月，最短1个月，均值（5.52±1.12）个月；护理组中男25例，女19例，年龄19-81（36.56±8.36）岁，病程最长17个月，最短1.5个月，均值（5.33±1.23）个月；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，对该研究知晓且同意参与。该研究经伦理委员会批准。排除标准：恶性肿瘤疾病、精神疾病、出血倾向、智力障碍等。

1.2 方法

对对照组实施常规护理，观察病情变化，指导患者用药，对用药方式进行讲解。

护理组实施综合的护理干预，出院后每月进行1次电话随访：①认知干预。护理人员主动与患者沟通，对疾病相关知识进行讲解，并说明疾病影响因素，并将用药指导及注意事项制成手册，确保人手一本，方便患者随时查阅。②心理护理。因这一疾病属于慢性疾病而且容易复发，多数患者为青壮年男性，更多地担心自己的学习或事业受到影响，所以会产生不良情绪，对于此护理人员需要评估患者心理状态，并结合其病情、文化程度等，开展针对性疏导与安抚，向患者说明良好心态对疾病治疗的重要性。③用药指导。向患者说明激素治疗的原则，告知注意事项，特别说明应遵照医嘱用药，避免自行更改剂量或停用，并让家属监督患者用药，提高其依从性。④饮食干预。对患者饮食予以指导，以低盐、低脂饮食为主，同时保证饮食中维生素含量丰富、富含优质蛋白，注意保持合理休息与充足

睡眠，避免劳累，积极预防感染。⑤卫生干预。首先应确保环境卫生，保持室内空气流通，同时患者自身应加强卫生管理，通过生理盐水漱口预防口腔感染，并通过紫外线对室内进行消毒处理，预防感染。⑥日常指导。在日常生活中，应结合患者病情，针对其治疗情况，制定生活作息表，养成健康生活习惯，保证充足睡眠，良好作息习惯可以使患者保持充沛的精力，对病情控制有益，同时适当进行体育锻炼，有益身心健康。⑦病情干预。对患者病情改善情况进行了解，对疾病及治疗知识进行详细讲解，特别是依从性较低的患者，应重点予以干预，对患者疑问予以及时解答，强化与患者之间的沟通与交流，让患者对疾病的危害有更加深入的认识，同时也让患者对配合治疗的重要作用进行了解，充分激发患者的自我护理能力，提高依从性。

1.3 临床观察指标

①对比分析两组院外遵医行为，涉及到定期复查评分、合理饮食评分、定时定量用药评分、遵守活动计划评分，每项评分25分，共计100分，评分越高遵医行为越好。

②对两组护理前后心理情绪予以评估，通过焦虑自评量表（SAS）与抑郁自评量表（SDS）评估焦虑情绪、抑郁情绪，评分以50分、53分为分界值，评分越高心理情绪越差^[2]。

③评估两组护理后生活质量^[3]，通过健康调查简表（SF-36）评估，涉及到生理机能评分、一般健康状况评分、社会功能评分、情感职能评分、生理职能评分、精力评分、躯体疼痛评分、精神健康评分，评分越高生活质量越好。

④调查两组护理满意度，包括满意、一般、不满意三个选项，满意例数与一般例数之和为总满意。

1.4 统计学方法

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

2 结果

2.1 两组院外遵医行为评分对比

护理组在定期复查评分、合理饮食评分、定时定量用药评分、遵守活动计划评分上均高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表1：

表1 两组院外遵医行为评分对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	定期复查	合理饮食	定时定量用药	遵守活动计划
对照组 (n=44)	15.96±4.26	15.77±3.93	15.67±3.28	15.67±4.11

护理组 (n=44)	20.16±3.06	20.22±2.88	20.19±2.33	20.82±2.74
t	5.312	6.058	7.452	6.916
P	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组心理情绪评分对比

从心理情绪评分分析,护理前两组对比差异无统计学意义($P>0.05$),护理后两组焦虑评分、抑郁评分均下降,护理组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2:

表 2 两组心理情绪评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	焦虑 护理前	焦虑 护理后	t/P	抑郁 护理前	抑郁 护理后	t/P
对照组 (n=44)	56.96±6.36	48.91±7.02	5.637/0.000	61.25±8.52	50.15±7.18	6.608/0.000
护理组 (n=44)	56.77±5.99	40.15±5.63	13.411/0.000	61.33±7.29	42.66±8.19	11.295/0.000
t	0.144	6.457		0.047	4.562	
P	0.443	0.000		0.481	0.000	

2.3 两组生活质量评分对比

从生活质量评分分析,护理后护理组各项指标评分均高于对照组,差

异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3:

表 3 两组生活质量评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	生理机能	一般健康状况	社会功能	情感职能	生理职能	精力	躯体疼痛	精神健康
对照组 (n=44)	4.45±0.34	5.12±0.67	4.67±1.12	5.11±1.23	4.81±0.89	5.23±0.78	5.66±0.78	4.89±1.23
护理组 (n=44)	7.34±0.23	8.11±0.53	7.56±1.23	7.89±1.02	7.78±1.12	8.23±0.56	8.35±0.44	7.78±1.44
t	46.701	23.216	11.524	11.540	13.771	20.724	19.925	10.123
P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 两组护理满意度对比

护理组总满意度高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 4:

表 4 两组护理满意度对比[n (%)]

组别	满意	一般	不满意	总满意
对照组 (n=44)	20 (45.45%)	16 (36.36%)	8 (18.18%)	36 (81.82%)
护理组 (n=44)	22 (50.00%)	20 (45.45%)	2 (4.55%)	42 (95.45%)
χ^2				4.062
P				0.044

3 讨论

近些年,肾病综合征发生率呈现出递增趋势,这对公众身体健康产生严重危害,这一疾病不仅会对患者的日常生活产生影响,还会降低其生活质量。这一疾病患者通常会出现营养不良、身体水肿现象,同时伴随微量元素不足,另外还会对心血管系统功能产生一定损害。对于这一疾病患者来说,需要及时进行治疗及护理,否则容易使病情进一步发展,使患者损伤加重,甚至对其生命安全构成威胁,因此需要予以重视。在肾病综合征患者护理中,针对性的护理措施非常关键,同时提高患者的遵医依从性也非常关键,需要以医生指标为依据使患者积极配合临床工作,这样才能保证治疗效果,提高整体疗效。

在该研究中,护理组在定期复查评分、合理饮食评分、定时定量用药评分、遵守活动计划评分上均高于对照组,护理后焦虑、抑郁评分均低于对照组,生活质量评分高于对照组,护理满意度高于对照组,由此可见护理干预的实施可以改善患者的院外遵医行为,使患者的不良情绪得到改善,提高其生活质量,使患者对护理工作更加满意。护理干预相比于常规护理更加全面、细致,可以使以往的被动护理服务向主动护理服务转变,患者也从以往的被动依从向主动从医方向转变,患者更加重视自身健康,建立对自我的责任意识,并利用护理干预措施,使患者的自我管理意识得到提升,使其积极主动地参与自我护理工作,提高了自我护理水平。

在护理干预中,护理人员利用全面、系统的健康教育,对疾病及治疗进行详细讲解,增加患者对疾病与治疗知识的认识,提高其认知水平,患

者的认知水平决定着患者对治疗的依从性,只有患者了解疾病的严重程度以及严重影响,才能与医护人员达成共识,使被动依从转变为主动从医,使患者主观能动性得到充分发挥,强化其对自身健康的责任意识。利用护理干预的方式,可以使患者自我管理得到提升,使其主动参与个人护理。在肾病综合征患者治疗中,激素治疗不依从不仅与用药事件比较长有关,同时也与副作用明显有关,使得患者出现漏服或停服的现象,护理干预实施后,护理人员对治疗知识进行讲解,告知用药目的,讲解可能发生的副作用,让患者对副作用有更加深入的了解,进而使其主动配合治疗,另外鼓励家属参与健康教育与用药监督工作,在家属的鼓励与监督下,患者的遵医行为也可以得到明显提升^[4]。护理干预中除了疾病与治疗的讲解之外,还涉及到饮食护理、心理护理,可以拉近护患之间的关系,提高患者对医护人员的信任程度,有效避免医患纠纷问题的发生,使患者的护理满意度得到提高。电话随访作为一种简单但有效的护理方式,可以延伸护理服务,使患者遵医行为得到提高,护理服务内涵也得到丰富^[5]。利用电话随访的方式,对患者病情进行询问,并说明注意事项,嘱其定时复诊,以便于及时发现不依从行为,使患者遵医行为得到改善。

综上所述,对于肾病综合征患者来说,护理干预的实施可以提高院外遵医行为,改善患者不良情绪,提高其生活质量,患者也更加满意护理服务,临床价值显著。

参考文献:

- [1]李冲,李婷,刘诗吟. 护理干预在小儿肾病综合征中的应用价值[J]. 黑龙江中医药,2019,48(1): 97-98.
- [2]李倩雯. 基于目标管理理论的针对性护理对肾病综合征患儿心理状态、遵医行为及预后的影响[J]. 黑龙江医学,2020,44(4): 567-568.
- [3]黄荣,刘丹. 探讨家庭护理干预在小儿肾病综合征中的效果[J]. 中国继续医学教育,2019,11(24): 180-182.
- [4]杨玲,彭锦,余秋霞. 小儿肾病综合征应用舒适护理干预的效果观察[J]. 饮食保健,2019,6(52): 19.
- [5]杨东明. 家庭护理干预在小儿肾病综合征中的临床效果[J]. 中国医药指南,2021,19(11): 171-172.

时效激励理论结合家庭参与式护理对精神分裂症患者康复效果的影响

高宝霞¹ 柴娜^{通讯作者 2}

1.延安市第三人民医院科室 感染控制科 陕西延安 716000; 2.延安市第三人民医院 护理部 陕西延安 716000

摘要:目的:研究时效激励理论结合家庭参与式护理对精神分裂症患者康复效果的影响。方法:我院收治近2年76例精神分裂症患者作为研究对象,随机分组,全部患者均实施常规护理,在此基础上,对照组38例时效激励理论引导护理,观察组38例时效激励理论结合家庭参与式护理,观察患者康复效果。结果:护理后,观察组患者精神症状评分明显较低,生活质量评分、幸福指数评分、健康评分较高,依从性较高($P<0.05$)。结论:精神分裂症患者在时效激励理论结合家庭参与式护理干预下,可改善患者精神症状,提高患者生活质量、幸福指数、依从性,改善患者的健康状况。

关键词:时效激励理论;家庭参与式护理;精神分裂症;康复效果

精神分裂症在临床是比较常见的重性精神系统疾病,发病率较高,且呈增长态势。该病的发病机制目前尚不明确,但临床表现会出现不同的综合征,涉及感知觉、情感、行为等多方面障碍、精神活动不协调^[1]。患者意识、智力均正常,但部分患者发病期间认知功能会出现障碍。因该病病程迁延且易反复发作,无形中会加重患者病情。当前,临床对此病的治疗主要以药物为主,西汀与舒必利相联合取得的效果更好,患者经治疗可痊愈,但一些患者无法经药物治疗控制病情,最终导致精神衰退与残疾,患者日常生活受较大影响^[2]。临床实践发现,为患者采取有效的护理方式,可从根本上对病情进行控制。鉴于此,本研究对选取的精神分裂症患者分组实施不同干预,观察效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

我院选取2020年1月-2021年12月收治的76例精神分裂症患者作为研究对象,随机数字表法分组,对照组:38例,男、女($n=20、18$),年龄20~68岁,平均 (44.89 ± 6.72) 岁;观察组:38例,男、女($n=21、17$),年龄20~69岁,平均 (44.90 ± 6.71) 岁;两组资料均衡($P>0.05$),可对比。

纳入标准:①符合CC-MD-3中精神分裂症诊断标准;②病程时间 <1 个月,持续住院时间均达3个月以上;③患者均无明显的兴奋躁动、消极行为。

排除标准:①妊娠期、哺乳期女性;②临床资料不完整;③文盲者;④伴智能障碍者。

1.2 方法

全部患者均实施常规护理。根据患者的实际病情为患者实施抗精神药物治疗,对其做好健康宣传教育,疏导患者的负面情绪,观察患者病情发展,在家属可探视的时间内对患者进行探望。

对照组:时效激励理论引导护理。具体为:①护理1-2周,组织患者参加健康知识讲座,包含精神分裂症临床特点、发病因素、治疗方式等,加深患者对该病的了解,能够对自身病情有正确的认知。②护理3-5周,每间隔1d组织患者参加主题为“感恩”的阅读,合唱感恩类型歌曲,书写相关责任文章,帮其感受到生命的美好,懂得感恩家人。护士可组织患者参加各种娱乐活动,减轻患者的负面情绪,提高患者社会交际能力。③护理6-8周,组织患者观看励志类电视剧,重新树立信念。邀请治愈的患者现场给予患者鼓励,帮助患者疏导负面情绪,为患者提供精神支撑,增强患者治愈信念。④护理第9周,出院前组织患者对护理的时光进行回忆,建议其在出院后养成写日记的习惯,记录日常生活,宣泄自身的情绪。

观察组:时效激励理论结合家庭参与式护理。时效激励理论引导护理同对照组。家庭参与式护理为:

(1) 取得家属支持

医护人员为患者家属讲述家庭参与式护理的目的与作用等,取得患者家属的支持与认同。固定1名家属全程参与护理,家属每次探视时间需在

2次以上,探视时间需在1h以上,充分发挥出家属参与的效果,使患者家属能够充分参与其中。

(2) 疾病宣教

护士应重视患者与家属的疾病宣传教育,强化对固定陪护家属精神分裂症的疾病知识宣传,结合患者家属文化程度,运用口头宣传、观看视频等多种方式,提高患者家属对疾病的认知,得到家属对医护人员的全力配合,为患者提供必要的指导与帮助,增强干预效果。

(3) 家庭参与式护理的实施

①患者一经入院,家属参与到护理干预中,每周对患者进行最少2次的探视,每次探视时,家属均应主动和患者沟通,与患者交流其感兴趣的话题,引导患者讲述出自己内心的想法、感受,多给予患者鼓励和安慰,多理解和支持患者的想法,使患者感受到来自家人的温暖。②每次探视时,家属应和主治医生、责任护士加强沟通,了解患者产生负面情绪的主要原因,探视时科学避免诱发患者情绪波动的行为,与医护人员共同沟通,制定科学的预防方式,稳定患者的负面情绪。③家属探视时,需鼓励和引导患者按医嘱用药,采取合理的方式帮助患者认识到医嘱服药的作用,得到患者自主服药的配合。并对患者家属做好宣教,讲述药物的作用与服用方法,嘱咐家属日常对患者做好监督。④生活指导。家属可鼓励患者积极加入到日常生活中,鼓励其洗衣服、叠被子等,鼓励其从日常生活中获取信心,学会排解内心的不良情绪,积极对自身心态做好调整,能够以积极的信念面对生活。护士应嘱咐患者家属在日常生活中,引导患者多参加集体活动,提高其主动参与生活的积极性,鼓励患者能够主动与他人沟通,激发患者对生活的憧憬。家属和患者沟通时,应捕捉患者的情绪与心理变化,了解其心理需求,尽全力满足患者合理要求,保持患者情绪的愉悦。

1.3 观察指标

(1)观察两组患者精神症状评分。用精神病评定量表(BPRS)评估患者精神病性症状严重程度,单项总分7分,分值越高则病情越严重,社会功能越低下。(2)观察两组患者生活质量。用生活质量量表(SF-36)评估患者生活质量,分值与患者生活质量是正比。(3)观察比较两组患者的幸福指数评分。用幸福进取者问卷表(HEIQ)评估患者幸福指数,包含自我肯定、学习成长、幸福感,学习成长,总分10分,分值与患者幸福程度是正比。(4)观察两组患者健康评分。用健康评定量表(SRHS)对患者健康状况进行评估,总分170分,分值与患者心理健康是正比。(5)观察两组患者的治疗依从性,主要分成十分依从、依从、不依从,治疗依从性=(十分依从+依从)/总例数占比。

1.4 统计学分析

用SPSS20.0分析数据,计量资料($\bar{x}\pm s$)、计数资料行t检验、 χ^2 检验对比。 $P<0.05$ 为差异显著。

2 结果

2.1 精神症状评分

护理后,观察组患者精神症状评分明显较低($P<0.05$)。见表1。

表1:精神症状评分($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	焦虑		心境抑郁		概念紊乱		敌对性	
		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	38	1.76±0.33	1.43±0.29	1.89±0.36	1.58±0.26	1.78±0.41	1.50±0.23	1.39±0.41	1.22±0.17

对照组	38	1.75±0.30	1.68±0.30	1.88±0.35	1.82±0.26	1.77±0.39	1.71±0.25	1.38±0.35	1.36±0.15
t		0.138	3.693	0.123	4.024	0.109	3.811	0.114	3.807
P		0.890	0.000	0.903	0.000	0.914	0.000	0.909	0.000

2.2 生活质量评分

护理后, 观察组患者生活质量评分较高 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2: 生活质量评分 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	心理卫生	躯体功能	健康程度	活力	情绪角色
观察组	38	76.23±7.51	73.46±6.15	80.95±5.04	78.27±6.18	82.59±4.78
对照组	38	65.60±7.52	65.77±6.17	74.54±5.04	70.89±6.28	76.36±4.85
t		6.166	5.442	5.544	5.163	5.640
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 幸福指数评分

护理后, 观察组幸福指数评分较高 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3: 幸福指数评分 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	幸福感		自我肯定		学习成长	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	38	3.49±0.55	4.57±0.85	4.16±0.85	5.33±1.08	4.32±1.36	5.48±1.36
对照组	38	3.48±0.50	3.90±0.74	4.15±0.75	4.46±1.08	4.30±1.36	4.39±1.36
t		0.083	3.665	0.054	3.511	0.064	3.494
P		0.934	0.000	0.957	0.001	0.949	0.001

2.4 健康评分

护理后, 观察组健康评分较高 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4: 健康评分 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	日常生活功能	心理症状与负向情绪	角色活动和社会适应
观察组	38	126.45±13.05	117.10±10.02	108.20±7.68
对照组	38	116.23±13.02	109.21±10.15	101.40±6.74
t		3.418	3.410	4.102
P		0.001	0.001	0.000

2.5 治疗依从性

观察组: 十分依从 26 例, 依从 11 例, 不依从 1 例, 治疗依从性=97.37%;

对照组: 十分依从 18 例, 依从 10 例, 不依从 10 例, 治疗依从性=73.68%;

两组比较, 观察组治疗依从性较高 ($\chi^2=8.610$, $P<0.05$)。

3 讨论

精神科系统疾病中精神分裂症十分常见, 近年来发病率较高, 从调查结果来看, 我国精神分裂症发病率为 1%, 这不仅对患者生活质量造成影响, 还给患者与家属造成沉重的经济负担。为有效控制患者的病情, 治疗的同时采取科学的护理措施十分重要^[3]。

时效激励理论是近年来兴起的一种全新的护理方式, 通过对患者的激励, 对其生活质量与心理进行改善, 优化治疗效果。精神分裂症患者病情的好坏取决于精神状态是否稳定, 康复阶段, 患者的负面情绪十分明显, 通过时效激励理论护理能够有效改善患者的这些负面情绪, 有助于患者的身体健康^[4]。实践发现: 时效激励理论护理为精神分裂症患者的实施, 可有效对患者的焦虑、抑郁心绪进行改善, 提高患者对治疗的积极性^[5]。时效激励理论是建立在主观幸福感为患者实施的心理护理, 通过科学的护理, 提高患者的幸福感。该护理的实施有助于提高患者自我肯定, 对患者的学习成长均帮助较大, 可引导患者形成积极的心态, 挣脱痛苦的束缚, 快乐面对生活^[6]。

家庭参与式护理是指由患者家属参与到患者病情的护理中, 医护人员通过与患者家属的深入沟通, 全面对患者的病情进行评估, 制定针对性的干预方案。家属参与到护理中, 通过协同医护人员的工作, 不仅能够加深对精神分裂症的认识, 还可拉近与患者的亲密度, 使患者感到舒适和安全^[7]。家属了解患者的习惯、性格特点, 可为患者选择更适合的交流方式对患者进行指导, 指导其按照医嘱用药, 这对提高患者的治疗依从性有重要作用。另外, 由于精神分裂症的治疗通常环境比较封闭, 这种治疗氛围导致患者与外界接触机会减少, 容易导致患者社会功能消退, 家属的参与正好可以打破这种氛围, 使患者感受到安全感, 减轻患者的孤独和恐惧。

照顾患者的主要任务由家属担任, 这样可有效对患者的情绪进行安抚, 还可增强其和外界的接触^[8]。另外, 鼓励患者练习力所能及的事情, 恢复患者的社会功能, 预防社会功能的降低, 有效控制患者的病情。

本研究为有效控制患者病情, 现对观察组患者将上述两种护理联合实施, 结果发现: 观察组患者精神症状评分明显较低, 生活质量评分、幸福指数评分、健康评分、治疗依从性较高 ($P<0.05$)。这说明时效激励理论结合家庭参与式护理为精神分裂症患者的应用, 可有效对其病情进行改善。因为时效激励理论护理的实施可激发患者对生活的信念, 减轻患者负面情绪, 有助于患者预后^[9-10]。治疗该病的重点是疏导心理, 时效激励理论护理的实施, 可改善患者的消极情绪, 有效对情感进行调节和控制, 维持患者良好心态, 以积极的心态面对人生。家庭参与式护理可加速患者的病情好转, 优化患者生活质量, 对其社会功能进行改善, 家属参与到护理中, 医护人员通过与患者家属的沟通, 能够对患者的病情掌握的更加到位, 及时调整不适合的行为。

综上所述, 时效激励理论结合家庭参与式护理为精神分裂症患者的实施, 可有效减轻患者症状, 可改善患者的生活质量评分、幸福指数评分、健康评分、治疗依从性, 是值得应用的护理措施。

参考文献:

- [1] 吴雯娟. 时效激励理论联合康复护理对精神分裂症患者远近期效果及预后的影响[J]. 河北医药, 2020, 42(18): 2867-2870.
- [2] 顾惠, 郑梅芳, 江丽娜. 时效激励理论联合康复护理对精神分裂症患者远近期效果及预后分析[J]. 重庆医学, 2021, 50(S01): 425-427.
- [3] 王凌玲, 邱亚萍, 鄢兆栋, 等. 家属参与式护理对精神分裂症患者康复影响的研究[J]. 重庆医学, 2020, 49(2): 4.
- [4] 王清华. 家庭参与式护理干预对精神分裂症患者生活质量的影响[J]. 医学信息, 2022, 35(2): 187-189.
- [5] 张赞, 石锋, 徐亚娟. 家庭参与式护理干预对精神分裂症患者生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40(10): 1903-1906.
- [6] 朱文波. 家属参与式护理对精神分裂症病人自我管理能力和生活质量的影响[J]. 全科护理, 2019, 17(14): 3.
- [7] 饶晶玲. 心理护理联合康复护理对精神分裂症患者社会功能缺陷及生活质量的影响[J]. 基层医学论坛, 2022, 26(12): 63-65.
- [8] 钟月春. 作业疗法对慢性精神分裂症患者康复效果和睡眠的影响[J]. 中国卫生标准管理, 2022, 13(10): 68-71.
- [9] 姚俊瑞, 赵丹莹. 层级护理模式对精神分裂症患者自我管理行为和康复的影响[J]. 西藏医药, 2021, 42(6): 131-133.
- [10] 舒代明. 基于目标执行理念的生活-社交技能训练疗法对精神分裂症住院患者康复效果影响[J]. 中外医学研究, 2020, 18(10): 150-153.

感知关怀护理在腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者中的应用分析

高茹

韩城市中医医院 妇产科 陕西韩城 715400

摘要：目的：探讨感知关怀护理在腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者中的实施效果及对胃肠功能恢复效果的影响。方法：在 2019 年 4 月-2020 年 4 月，选择本院收治腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者 86 例，以简单随机化法分为观察组、对照组，各 43 例，对照组给予常规护理，观察组在常规护理下引入感知关怀护理，比较两组护理效果。结果：护理后，观察组各项应激指标变化与对照组对比差异显著，并发症发生率低于对照组，护理后 3 个月内生活质量高于对照组，观察组护理满意度高于对照组，各项数据对比有统计学差异（ $P < 0.05$ ）。结论：腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者采用感知关怀护理，可有效降低低体温等并发症出现，提高了患者的生活质量，患者护理满意度较高。

关键词：腹腔镜；子宫肌瘤剔除术；扁平化责任制护理；胃肠功能；护理质量

子宫肌瘤作为女性生殖器官常见良性肿瘤，主要因子宫平滑肌细胞增生导致。腹腔镜子宫肌瘤剔除术作为子宫肌瘤常用术式，具有损伤小、术后恢复快等优势，且手术疤痕小，患者疼痛轻微，患者接受度较高。然而，腹腔镜操作复杂，为保证手术顺利完成，在患者入院至出院期间，应给予全面化、专业化护理服务。感知关怀护理的本质是一种人文关怀护理，《中国护理事业发展规划纲要》中明确指出^[1]，要将人文关怀融入在日常护理工作中，让患者感受到高品质的护理体验、获得明显的护理感知，从而促进护理措施更好的实施，提升护理效果，改善患者生活质量。本研究以医院收治的 86 例腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者展开研究，探讨了该护理模式的应用效果，并报道。

1 材料与方

1.1 一般资料

选择本院（2019 年 4 月-2020 年 4 月）收治的腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者 86 例，随机分为两组，各 43 例，观察组中，单发性肌瘤 23 例，多发性肌瘤 20 例，年龄 24-47 岁，平均（35.56±4.02）岁，病程 1-6 年，平均（3.52±0.89）年，肌瘤直径 1.6-8.4cm，平均（5.03±0.65）cm；肌瘤位置：肌壁间肌瘤 20 例，下肌瘤 16 例，阔韧带肌瘤 7 例；对照组中，单发性肌瘤 25 例，多发性肌瘤 18 例，年龄 25-47 岁，平均（36.11±4.13）岁，病程 1-6 年，平均（3.61±0.91）年，肌瘤直径 1.6-8.5cm，平均（5.06±0.67）cm；肌瘤位置：肌壁间肌瘤 21 例，下肌瘤 17 例，阔韧带肌瘤 5 例。两组一般资料对比， $P > 0.05$ ，可比较。

纳入标准：（1）经过超声检查，确诊为子宫肌瘤；（2）患者均满足腹腔镜下子宫肌瘤剔除术手术指征；（3）患者精神尚可，状态优良，能够正常沟通；（4）患者自愿参与本次研究。

排除标准：（1）严重器质性疾病患者；（2）子宫肌瘤怀疑有恶性病变患者；（3）伴随严重高血压、糖尿病患者；（4）存在椎管内麻醉禁忌症患者。

1.2 方法

对照组：常规护理：术前了解患者病情，并对患者讲解关于手术室环境、手术方法，叮嘱患者术前禁食禁饮，术中调控手术室温度 22-25℃，并用毛毯遮盖裸露区域，观察患者整个手术过程中病情变化，并做好与医生的配合，术后将患者送至病房，保持去枕仰卧体位，头偏向一侧，防止误吸呕吐发生，指导术后 12h 合理饮食，遵医嘱用药，保持合适的温度湿度，打造舒适的住院环境。

观察组在常规护理基础上，结合实施感知关怀护理仪及保温护理干预，具体内容：感知关怀护理：

术前：术前 2d，开展动机性访谈，预估患者的心理状态、关于疾病的担忧顾虑，通过简单交流表达对患者感受的理解，彼此之间建立信任关系，根据沟通的大致内容对患者进行针对性讲解疏导患者不良情绪，切身从患

者感受表达理解。讲解关于手术开展的意义，也可通过播放视频或发放图片让患者了解关于手术操作过程，并告知患者成功案例，消除患者对手术不了解、担心病情不能康复的担忧顾虑，并在术前指导患者需要掌握术前注意事项，消除患者可能会对即将开展的手术产生的恐惧感。

术中：将患者送入手术室后，握着患者双手，缓解患者的焦虑。护理人员主动询问患者感受，了解患者担心、在意的的问题，并逐一解答。告知患者保持情绪放松，不要过度紧张，过度紧张会影响手术操作顺利进行；告知患者手术操作过程中的具体流程、具体步骤与大致时间。针对患者提出的问题，面带微笑耐心解答。同时可指导患者深呼吸保持放松。

术后：手术结束后，将患者送回病房，待患者麻醉复苏后，先告知患者手术顺利进行，并微笑鼓励患者表现良好。询问患者的心理状态与身体不适感情况，并对症进行调整。根据患者爱好、性格和生活习惯布置病房，可播放患者喜欢的音乐类型或喜欢观看的短视频和电视等，减少术后疼痛。创造安静、干净、整洁的病房环境，病房内摆放花草、风景画等，增强温馨的家庭氛围；可播放一些音调平缓或患者喜欢的音乐。持续与患者保持沟通，可通过听音乐、看电视等方法转移患者的注意力。主动鼓励和表扬患者，可通过表情、手势等方法，告知患者主动配合护理取得的良好效果，增强患者自信心。

1.3 观察指标

（1）记录两组应激反应指标：包括舒张压（SBP）、收缩压（DBP）、肾上腺素（NE）、皮质醇（COR）、心率（HR）。

（2）记录两组围手术期低体温发生率。

（3）采用 FACT-G 评分评估患者术后 3 个月内生活质量水平，分为身体、角色、情绪、社会功能 4 部分，共计 27 个领域，满分 270 分，分值与生活质量呈正相关关系。

（4）护理满意度：采用 Likert5 级评分法评定满意度，5-1 分分别对应很满意、满意、一般、不满意、很不满意。调查项目包括基础护理工作、服务态度、病房管理、工作能力、关爱患者等。分为：满意（≥85 分）、较满意（60-85 分）、不满意（≤60 分）三个等级，护理满意度=[(满意+较满意)/总例数]。

1.4 统计学方法

采用 SPSS24.0 统计学软件分析患者一般资料，以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示计量资料，以 t 值验证；以（%）表示计数资料，以 χ^2 验证；若 $P < 0.05$ ，表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 应激指标

手术前，两组各项应激指标对比无明显差异（ $P < 0.05$ ），手术后，观察组和对照组数据对比差异显著（ $P > 0.05$ ）。见表 1：

表 1：两组手术前后各项应激指标对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	n	SBP (mmHg)		DBP (mmHg)		HR (次/min)	
		手术前	手术后	手术前	手术后	手术前	手术后

观察组	43	124.2±11.7	125.2±10.3	78.2±6.6	81.8±4.2	86.41±10.56	85.26±11.04
对照组	43	125.3±10.1	135.8±11.1	78.5±6.5	86.8±5.7	86.97±11.43	95.65±12.74
χ^2		0.467	4.590	0.212	4.631	0.236	4.042
P		0.642	0.000	0.832	0.000	0.814	0.000

2.2 并发症

对照组出现低体温 10 例, 并发症发生率为 23.26%。观察组出现低体温 2 例, 并发症发生率为 4.65%, 数据对比差异显著 ($\chi^2=6.198$, $P=0.013$)。

2.3 生活质量水平

观察组护理后生活质量各项评分均高于对照组 ($P<0.05$), 见表 1。

表 2: 两组护理后生活质量评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	身体功能 (分)	角色功能 (分)	情绪功能 (分)	社会功能 (分)
观察组	43	49.2±9.4	60.8±15.6	59.2±10.6	46.6±12.4
对照组	43	44.6±8.2	55.4±12.3	55.7±1.7	41.9±11.3
t		2.501	1.844	2.211	1.900
P		0.007	0.034	0.015	0.030

2.4 护理满意度比较

观察组与对照组比较, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 两组护理满意度比较[n (%)]

组别	n	满意	一般满意	不满意	总满意度
观察组	43	24(55.81)	18(41.86)	1(2.33)	42(97.67)
对照组	43	20(46.51)	15(34.88)	8(18.6)	35(81.40)
χ^2	-	-	-	-	6.081
P	-	-	-	-	0.014

3 讨论

子宫肌瘤作为女性高发病, 易导致月经异常、反复流产等情况, 对于生育需求的女性, 应及时给予有效治疗^[3]。腹腔镜子宫肌瘤剔除术不仅保留了患者子宫, 保障了患者生育需求, 还具有创伤小、恢复快等优势, 通过腹腔镜辅助, 扩大了手术视野, 提高了手术精准性, 降低了手术创伤, 促进患者术后更快恢复^[4]。但是, 腹腔镜子宫肌瘤剔除术难度较大, 需要配以有效护理模式, 方能更好发挥手术治疗效果, 促进患者预后。

感知是患者一切生理活动的基础, 是获得信息的主要手段, 也是人与人或人与环境之间维持联系和沟通的关键。感知关怀护理将主体从护理人员转变为患者, 旨在通过行之有效的护理措施提升患者对护理过程的整体感知, 从而获得更好的护理服务, 提升护理效果。相关研究显示, 在外科手术实施过程中因患者暴露过多、麻醉等因素, 中枢神经会遭到一致导致低体温发生。轻度低体温可降低机体氧耗和氧需, 稳定细胞膜, 在一定程度上具有益处。当体温过低会引发刺激导致应激反应出现, 对机体生理功能稳定和术后恢复带来严重影响^[5-6]。此次研究中, 观察组低体温的发生率明显低于对照组, 且观察组术后应激反应等数据在术前术后无明显变化, 对照组应激数据变化对比 $P<0.05$, 直接证明实施相关保温措施可降低了低体温的发生率, 也进一步避免应激反应出现。对比术后患者对护理满意度的评价, 可见观察组明显高于对照组, 这是因为感知关怀护理将患者作为服务中心, 坚持以患者为本, 真诚对待每位患者, 加强和患者交流, 充分掌握患者心理需求, 更好为患者提供服务^[7-8]。通过各项健康教育患者可逐步掌握对疾病的知识, 同时加强自我护理和自我管理能力, 继而提高手术后的各项生活质量。

综上所述, 对于腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者, 实施感知关怀护理可有效降低低体温等并发症发生, 避免应激反应出现, 提高了患者的生活质量和护理满意度, 值得推广。

参考文献:

- [1] 中国共产党中央委员会, 中华人民共和国国务院. "健康中国 2030" 规划纲要[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2017, 024(007): 1-12.
- [2] 曹妍, 程晓林, 陈有美. 优质护理在腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者术后护理效果研究[J]. 基因组学与应用生物学, 2019, 38(1): 349-355.
- [3] 史红杰, 张兴伟, 马二梅, 等. 活血化瘤汤联合米非司酮对子宫肌瘤患者的临床疗效[J]. 中成药, 2021, 43(3): 653-656.

[4] 邢翠, 陈雅衡. 腹腔镜子宫肌瘤剔除术对子宫肌瘤患者术后生活质量和盆底功能的影响[J]. 中国妇幼保健, 2021, 36(4): 946-948.

[5] 刘永波. 剖宫产术同时行子宫肌瘤剔除术患者的精细化护理[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6 (24): 135-135.

[6] 张春兰, 李彩月, 张芙蓉. 快速通道外科理念下多维度护理对腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2020, 24(20): 119-123.

[7] 张华蕾. 全方位护理干预对子宫肌瘤微创术患者应激指标及康复效果的影响[J]. 中国药物与临床, 2019, 19(21): 3823-3825.

[8] 王晓芳, 杨红, 吴蕾. 扁平化责任制护理干预对腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者胃肠功能恢复、护理质量及满意度的影响[J]. 中国性科学, 2020, 29(4): 93-96.

[9] 人性化护理联合人文关怀在基层医院妇产科患者护理中的应用价值分析[J]. 赵金招. 当代护士(下旬刊). 2020(09)

[10] 综合康复护理干预对子宫肌瘤手术患者心理状态及生活质量的影响[J]. 魏丹. 基层医学论坛. 2020(21)

[11] 在妇产科护理中应用人性化护理干预措施的探究[J]. 陈静. 中西医结合心血管病电子杂志. 2020(19)

[12] 感知关怀护理模式在腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者的应用效果[J]. 俞君英, 王丽丹, 吴奇玲. 浙江医学教育. 2020(03)

[13] 新型护理模式联合人文关怀对子宫肌瘤切除患者护理质量的影响[J]. 张霞. 当代护士(下旬刊). 2020(06)

[14] 纽曼护理模式结合积极心理暗示对子宫肌瘤剔除术后患者睡眠质量及心理状态的影响[J]. 肖春芳, 陈兰兰. 中国医药指南. 2020(10)

[15] 正性暗示联合细节护理干预在子宫肌瘤患者围手术期的应用[J]. 张露枝. 河南医学研究. 2020(07)

[16] 人文关怀在子宫肌瘤患者介入治疗手术室护理中的应用[J]. 张彩霞, 张铭. 中国肿瘤临床与康复. 2020(01)

[17] 以人文理念为基础的优质护理在子宫肌瘤临床护理中的价值分析[J]. 王玉芳. 中外女性健康研究. 2020(01)

[18] 陈晓娜. 快速康复护理在腹腔镜下子宫肌瘤剔除术患者围手术期的应用分析[J]. 中国医药指南, 2020, 18(17): 16-18.

[19] 张素英. 腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者应用手术室护理路径的价值分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(10): 152.

[20] 邱丽. 腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者实施手术护理方法以及效果分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7(36): 144.

[21] 王凤娟. 腹腔镜子宫肌瘤剔除术后优质护理对患者康复的影响[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4(47): 126.

[22] 冯洁. 观察舒适护理在改善腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者治疗认知度与效能感中的应用效果[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2019, 6(30): 107-118.

综合性护理干预对精神分裂症患者恢复的影响

韩名伟

龙口市心理康复医院 山东省龙口市 265715

摘要:目的:对精神分裂症患者实施综合性护理干预,并分析对其病情恢复的效果。方法:选取2020年2月-2022年2月,在我院治疗的72例精神分裂症患者。采取随机数字表法,将其分为两组。对照组患者接受常规抗精神病药物治疗,并进行常规护理干预,在此基础上,观察组患者实施综合护理干预。比较两组患者的精神病性症状(Krawiecka症状量表)、行为表现[住院患者观察量表(NOSIE)]、遵医行为。结果:干预后,观察组患者阳性症状、阴性症状、情感症状及总分均明显低于对照组($P<0.05$);干预后,观察组患者NOSIE得分明显高于对照组,差异明显($P<0.05$);观察组患者遵医行为良好率为97.22%,对照组为83.33%,差异明显($P<0.05$)。结论:对精神分裂症患者实施综合性护理干预能够改善其行为表现及遵医行为,值得推广。

关键词:精神分裂症;综合性护理;精神病性症状;遵医行为

精神分裂症是一种常见的慢性精神疾病,患者多为青壮年时期缓慢起病,且临床表现差异较大,大部分患者均存在情感、思维障碍,且伴有精神活动不协调^[1]。大部分患者在发病早期均症状不明显,难以察觉,且智能、意识基本能够维持正常,随着病程延长,可造成认知功能受损。同时,随着其病程迁延,反复发作,若不能有效改善患者病情,则可能导致其病情加重甚至恶化,引起精神残疾^[2]。总体上看,精神分裂症的致残率较高,对患者生存质量、社会功能均有严重影响。在临床治疗方面,需要以药物治疗为主,但在治疗期间,需要患者具有良好的依从性。同时,部分患者可能存在暴力倾向或行为,对护理工作要求较高^[3]。研究发现,影响精神分裂症患者依从性的因素较多,包括认知功能、病情程度、社会支持、护理干预等^[4]。综合护理干预则是一种综合性较强、个性化程度较高的护理服务模式,护理方案更加科学、全面,能够改善患者遵医行为,促进其社会功能恢复^[5]。因此,本文将对精神分裂症患者实施综合性护理干预,并分析对其病情恢复的效果,现报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取2020年2月-2022年2月,在我院治疗的72例精神分裂症患者。纳入标准:(1)以《精神疾病的国际分类法系统(ICD-10)》为基准,符合精神分裂症诊断标准;(2)首次发病确诊;(3)病情程度为轻中度;(4)无肢体残疾,活动自如;(5)已签署知情同意书。排除标准:(1)有物质滥用史患者;(2)严重躯体疾病患者;(3)合并脑器质性疾病患者;(4)严重暴力倾向、复发精神分裂患者;(5)其他原因引起的社会功能减退患者。采取随机数字表法,将其分为两组。观察组36例,均为男性,年龄23~56岁,平均 (38.68 ± 6.02) 岁,病程13~29个月,平均 (20.12 ± 5.45) 个月。对照组36例,均为男性,年龄24~57岁,平均 (38.72 ± 5.77) 岁,病程13~30个月,平均 (20.78 ± 5.32) 个月。两组上述资料无明显差异($P>0.05$)。本次研究已经过伦理委员会审核。

1.2 方法

对照组患者接受常规抗精神病药物治疗,并进行常规护理干预,包括病情观察、生活护理、用药护理,在此基础上,观察组患者实施综合护理干预,干预12周,具体内容包括:(1)日常生活能力训练:为患者设计生活技能训练表,并给予患者督促、指导,确保其能够按照活动计划表完

成,对患者的恰当行为,通过言语鼓励、物质鼓励以及及时指导,能够帮助患者采取恰当的行为方式;(2)娱乐活动训练:为患者安排每日活动训练,按计划组织督促其训练,训练内容包括读书、看电视、练字、打球、跳绳、唱歌跳舞、做操、围棋、打牌等,当表现良好时,可给予适当表扬和奖励,培养其社会活动能力,使其活跃起来,增强其满足感、愉悦感,帮助其稳定情绪,抵消其敌意,降低其攻击性;通过集体活动形式,增强其合作精神,培养其整体观念,可改善其社会能力;(3)社交技能训练:进行语言表达、人际交往能力、情感表达能力训练,设置合适的场景,引导患者扮演适当的角色,并适当提供帮助,在扮演角色的过程中逐渐掌握人际关系处理技巧,增强其信心;加强社会支持,与家属、同事、朋友联系,鼓励其定期探视患者,通过视频录制的方式,使家属了解患者病情及表现,同时鼓励家属录制视频、分享生活中的趣事,使患者感受到家人的温暖、鼓励和支持,增强其康复信心;(4)健康教育:为患者制定个体化的健康教育方案,通过发放健康教育手册、个别讲解、视频资料、集体教育、小组讨论等方法,介绍疾病相关知识,包括病因、病机、表现、常用药物、副反应等,介绍疾病复发危险因素、征兆,重点讲解如何有效预防复发,科普卫生知识教育,通过小组讨论的方式,鼓励患者提问,并对其问题进行耐心解答,引导其思考问题;(5)心理干预:给予患者尊重、理解、关心,取得患者信任,建立联盟,耐心倾听患者诉说,鼓励其表达内心想法,分析其心理问题,并对其进行劝解、疏导、启发,帮助其疏导负面情绪;指导患者进行正念冥想训练,激发其内在动力,增强其生活的勇气;营造温馨、舒适、安静的环境,必要时可帮助其佩戴眼罩,播放符合患者喜爱的音乐,睡前30min播放,帮助其入睡;进行睡眠行为管理,例如可睡前温牛奶、热水泡脚,避免过于饱餐、剧烈运动;尽量控制噪声,保持病房环境安静;通过放松疗法、认知行为干预,缓解其不良情绪。

1.3 评价标准

(1)应用Krawiecka症状量表比较两组患者的精神病性症状,包括阳性症状、阴性症状、情感症状及总分。(2)应用住院患者观察量表(NOSIE)比较两组患者的行为表现,共7个因子,包括个人整洁、社会兴趣、社会能力、激惹等,采取5级评分法(0~4分),分值越高,提示其行为表现、生活自理状态越好。(3)比较两组患者的遵医行为,将其分为遵医行为良好、一般、较差三个等级,根据前两项合计计算遵医行为良好

率。

1.4 统计学方法

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

2. 结果

2.1 精神病性症状比较

干预后,观察组患者阳性症状、阴性症状、情感症状及总分均明显低于对照组($P < 0.05$),见表1。

表1 两组患者精神病性症状比较($n=36$, $\bar{x} \pm s$, 分)

阶段	组别	阳性症状	阴性症状	情感症状	总分
干预前	观察组	5.82±1.22	8.22±1.78	0.45±0.28	14.22±2.89
	对照组	5.90±1.34	8.09±2.22	0.37±0.26	14.59±3.04
t	--	0.265	0.274	1.256	0.529
P	--	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
干预后	观察组	2.04±1.34	4.75±2.22	0.15±0.04	8.58±1.92
	对照组	5.56±1.78	8.02±1.77	0.44±0.07	14.14±2.08
t	--	9.479	6.910	21.582	11.785
P	--	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 行为表现比较

干预前,观察组患者NOSIE得分为(83.33±4.96)分,对照组为(84.02±5.25)分,无明显差异($t=0.573$, $P > 0.05$)。干预后,观察组患者NOSIE得分为(97.23±5.06)分,对照组为(85.86±4.86)分,差异明显($t=9.724$, $P < 0.05$)。

2.3 遵医行为比较

观察组患者遵医行为良好率为97.22%(35/36),对照组为83.33%(30/36),差异明显($X^2=3.96$, $P < 0.05$)。

3. 讨论

精神分裂症是一种常见的重性精神疾病,需要长期住院治疗,由于封闭治疗期间与社会无接触,且无事可做,随着住院时间的延长可导致情感淡漠、活动减少、懒散、被动、意志减退、动作迟缓等症状,对外界不关心,社会功能低下,不利于其病情康复^[6-7]。同时,药物治疗虽然能够控制患者病情,但对其阴性症状改善不明显,例如被动、退缩、依赖等^[8]。此外,研究发现,患者的治疗效果与遵医行为密切相关,若患者遵医行为较差,则会导致其病程迁延,治疗效果不理想,且复发率较高^[9]。

为促进患者病情恢复,改善其社会功能,需要对患者加强护理干预。近年来,随着医学模式的转变,传统护理模式逐渐转变为“生物—心理—社会”医学模式,可有效改善患者生理、心理、社会等功能,改善其日常行为表现、生活质量^[10-11]。因此,本文对患者实施了综合护理干预,以往有研究显示,对精神分裂症患者实施综合护理干预可纠正其错误认知,改善其遵医行为,促进其社会功能恢复^[12]。在本次研究中,干预后,观察组患者阳性症状、阴性症状、情感症状及总分均明显低于对照组($P < 0.05$);干预后,观察组患者NOSIE得分明显高于对照组,差异明显($P < 0.05$);

观察组患者遵医行为良好率为97.22%,对照组为83.33%,差异明显($P < 0.05$),也证实了综合性护理干预的实施效果良好。首先,综合护理干预是以患者病情及心理状态为基础,更符合患者的实际病情,可纠正其错误认知,规范其治疗行为,患者能够感受到来自医护人员、家人、亲友的支持,从而建立积极的生活态度,增强其治疗信心。同时,该护理模式充分体现了“以患者为中心”的护理理念,患者个性化特点更加突出,注重全方位护理服务,具有针对性、系统化、目的性的特点,能够有效改善患者心理状态^[13]。此外,通过日常生活能力训练、娱乐活动训练、社交技能训练,可缓解其精神病性症状,增强其康复信心,提高其人际交往能力^[14]。在社交活动、文娱活动训练过程中,可提升患者的满足感、愉悦感,同时可淡化其精神病性症状,改善社交能力,对其病情恢复及回归社会具有积极意义。

综上所述,对精神分裂症患者实施综合性护理干预能够改善其行为表现及遵医行为,具有较高的推广价值。

参考文献:

- [1]盛磊,叶芳芳.老年抑郁症给予艾司西酞普兰与舍曲林治疗的临床观察[J].中国社区医师,2018,34(23): 32-34.
- [2]张雄,张灵丽,姜蕊琪.艾司西酞普兰与舍曲林治疗抑郁症的疗效与安全性的Meta分析[J].医药导报,2021,40(9): 1253-1260.
- [3]梁鑫.艾司西酞普兰与帕罗西汀治疗老年性抑郁症的临床效果与安全性比较[J].临床合理用药杂志,2022,15(14): 66-68.
- [4]许佩娜,彭燕萍,邓娟,等.综合性护理干预对康复期精神分裂症患者生活质量的影响[J].中国社区医师,2021,37(1): 147-148.
- [5]陶荷琴.综合性护理配合物理康复训练对稳定期精神分裂症患者肢体、心理及社会功能的影响[J].国际护理学杂志,2019,38(3): 325-327.
- [6]董蝶,沈翠珍.基于CiteSpace的精神分裂症护理与康复的可视化分析[J].护士进修杂志,2022,37(2): 124-129.
- [7]聂佳慧,沈妙莉,王菲,等.基于微信平台的延续性护理对精神分裂症患者预后的即时性与延时性影响分析[J].上海护理,2022,22(6): 11-15.
- [8]许惠英,黄爱丽,邵金鑫.体医结合护理干预在稳定期住院精神分裂症患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28(11): 16-19.
- [9]梁羽,邹书林,谢妃,等.绿色护理模式联合康复治疗在精神分裂症患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28(11): 41-44.
- [10]于秀梅,王岩,金玉玉,等.精神分裂症恢复期应用团体生物反馈疗法及心理护理的效果[J].临床与病理杂志,2022,42(4): 854-859.
- [11]李梅.家庭护理干预对首发精神分裂症患者康复效果的影响[J].反射疗法与康复医学,2022,3(9): 159-162.
- [12]李雪晖,区颖怡,张艳萍.人文关怀在恢复期精神分裂症护理中的应用及对患者自我认知、治疗依从性的影响[J].中国当代医药,2022,29(7): 193-196.
- [13]黄河龙.优质护理干预对精神分裂症患者健康知识知晓程度及服药依从性的影响探析[J].基层医学论坛,2022,26(18): 103-105.
- [14]韦有芳.分析精神分裂症患者睡眠障碍的相关因素及护理对策[J].世界睡眠医学杂志,2022,9(4): 782-784.

加速康复外科围术期护理在经皮肝穿刺硬质胆道镜治疗肝胆管结石患者中的应用

何永红

江油市人民医院 四川江油 621700

摘要: 目的: 分析在经皮肝穿刺硬质胆道镜对肝胆管结石治疗中加速康复外科在围术期护理中的应用效果。方法: 以我院 2019.12~2022.3 期间采用经皮肝穿刺硬质胆道镜治疗的 92 例肝胆管结石患者为例, 采用随机数字表法将这些患者分成对照组 (46 例, 常规围术期护理)、实验组 (46 例, 加速康复外科围术期护理), 对两组并发症、相关指标和满意度观察。结果: 实验组满意度高于对照组, 引流管拔除、首次排气等时间短于对照组, 并发症发生率低于对照组, ($P<0.05$)。结论: 对于采用经皮肝穿刺硬质胆道镜治疗的肝胆管结石患者实施加速康复外科围术期护理可加快病情恢复, 减少并发症, 提升满意度。

关键词: 加速康复外科围术期护理; 肝胆管结石; 经皮肝穿刺硬质胆道镜

Application of enhanced recovery after surgery perioperative nursing in patients with hepatolithiasis treated with percutaneous liver puncture and rigid choledochoscopy

He Yonghong

Jianguyou People's Hospital, Jianguyou, Sichuan, 621700

Abstract: Objective: To analyze the application effect of enhanced recovery surgery in perioperative nursing in the treatment of hepatolithiasis with percutaneous liver puncture rigid choledochoscopy. Methods: Taking 92 patients with hepatolithiasis treated by percutaneous liver puncture rigid choledochoscopy in our hospital as an example, these patients were divided into control group (46 cases, routine perioperative nursing) by random number table method, the experimental group (46 cases, enhanced recovery after surgery perioperative care), the complications, related indicators and satisfaction of the two groups were observed. Results: The satisfaction of the experimental group was higher than that of the control group, the time of drainage tube removal and first exhaust was shorter than that of the control group, and the incidence of complications was lower than that of the control group ($P<0.05$). Conclusion: Perioperative nursing of enhanced recovery after surgery for patients with hepatolithiasis treated by percutaneous liver puncture and rigid choledochoscopy can speed up recovery, reduce complications and improve satisfaction.

Key words: enhanced recovery after surgery perioperative nursing; hepatolithiasis; percutaneous liver puncture rigid choledochoscopy

肝胆管结石属于临床上常见的一种疾病, 其有着极高的复发率, 患者发病后极易使严重的并发症出现且病情较为顽固, 手术是对此疾病治疗的主要方式^[1]。伴随微创外科技术的不断发展, 各类内镜被广泛的用到临床上, 但是微创取石在当前已不断将传统的开腹术取代。针对多次实施开腹手术之后复发的患者, 以及年龄大且高危的肝胆管结石患者对胸腔或者开腹手术不耐受等患者, 一般需要应用经皮肝穿刺硬质胆道镜治疗, 为提升治疗效果应为患者配合科学护理干预。鉴于此, 本次纳入 92 例肝胆管结石患者, 均采用经皮肝穿刺硬质胆道镜进行治疗, 分析最佳护理方案, 如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以我院 2019.12~2022.3 期间采用经皮肝穿刺硬质胆道镜治疗的 92 例肝胆管结石患者为例, 采用随机数字表法将这些患者分成对照组 (46 例)、实验组 (46 例)。对照组男女比例 26: 20, 年龄 36~68 岁, 均值 (52.09±3.91) 岁; 实验组男女比例 24: 22, 年龄 34~69 岁, 均值 (52.71±3.51) 岁, 对两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义, ($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组: 常规围术期护理: 术前患者 12h 内禁饮、食, 予以清洁灌肠处理, 并留置胃管与尿管, 选择全身麻醉的方式; 术中予以常规的保暖措施, 没有进行限制性的输液; 术后按照患者的疼痛度进行给药, 待到肛门排气之后, 才可以进食, 2~7d 内拔除腹腔引流管, 按照患者的意愿进行适当的下床活动, 并根据病情采用雾化吸痰的方式。

实验组: 加速康复外科围术期护理: (1) 术前准备: 肺功能改善: 戒烟、吹气球; 雾化吸入锻炼: 在室内步行, 每天 2000 米, 术前晚 20 点口服 10% 的 1000 毫升葡萄糖液, 术日清晨 6 点或是术前的 2 小时, 口服 250 毫升的 10% 葡萄糖液, 不插胃管留置与灌肠。(2) 术中护理: 保持适宜的手术室湿度, 湿度 (50%~60%), 温度 (22℃~24℃), 注重保暖的措施, 保证患者的术中体温在 36℃的腹腔冲洗液, 预热到 40℃, 在冲洗的时候, 使其在腹腔内部停留 2 分钟之后再吸出, 应用输液加热器, 控制输入的液体温度为 37℃, 对术中的补液量进行限制, 不放置或者是少放置腹腔引流管, 对切口常规浸润注射罗哌卡因。(3) 术后护理: 手术后的 48 小时为患者连续硬膜外导管给药为其进行止痛; 术后 6 小时患者生命体征平稳后保持半卧位, 责任护理人员协助患者在床上坐起 1 到 2 次, 一次 5 到 10 分钟, 并且为患者准备温水泡脚, 为其按摩足三里以及三阴交等等穴位; 手术后的 12 小时责任护理人员评估患者的下床活动能力, 内容有: 第一, 患者的神志清晰, 可以正确解答各类简单问题; 第二, 患者的血压以及脉搏等生命平稳, 无呕吐、恶心等麻醉有关并发症; 第三, 腹部的切口敷料干燥, 在引流管附近无渗液或者渗血; 第四, 观察腹腔引流液的性状以及色和量等无任何异常, 活动性出血的指征不存在; 第五, 评估患者两侧上肢肌力为 3 级。协助患者床边活动 1 小时, 一次 15 到 20 分钟, 分成 3 到 4 次完成; 与国内实际情况相结合, 患者在术后都进行腹腔引流管留置, 以确保可以充分的引流渗血与渗液, 对是否存在无活动性出血了解; 并且将引流管妥善固定好, 确保引流通畅性, 对引流液的性状以及颜色和量等等认真观察且记录好。针对胃管与尿管, 该组患者手术之前不放置, 若是

需要留置于术中麻醉之后留置，胃管与尿管都在术后 12 小时到 24 小时无异常后拔除。术后第 2 天：进食流食，将补液量减少，将腹腔引流管拔除，下床活动在 2 小时内，一次 20 分钟，分成 6 次完成；之后慢慢的将活动时间延长到 4 到 6 小时每天，活动量主要以患者不出现感到乏力为宜。术后第 3 天到 4 天：进食普食，停止输液营养支持。术后第 5 天：对各项指标复查，准备出院。（4）创建出院随访卡，创建微信群，借助微信公众平台为患者或者其家属推送疾病以及手术有关科普知识，在群中或者通过电话回答患者提出的问题，并告知患者及其家属管床医师与专家的门诊时间，为患者设置门诊预约时间，告知患者定期到院复诊。

1.3 观察指标

并发症：腹部感染、胆漏、肺部感染。并发症=发生例数/总数*100%。

相关指标：引流管拔除时长、首次排气时长、术后进食时长、排便时间。

满意度：使用满意度调查表评估满意度，总分 100 分，非常满意分值在 85 分以上，满意分值在 65 分到 85 分间，不满意分值在 65 分以上，满意度为非常满意率和满意率。

1.4 统计学方法

统计学软件 SPSS26.0，计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 展示，*t* 检验，计数资料以 % 展示，检验 χ^2 ；*P* < 0.05 代表数据对比有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者并发症比较

实验组并发症发生率低于对照组，差异有统计学意义，(*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组并发症发生情况比较[n, (%)]

组别	例数	腹部感染	胆漏	肺部感染	发生率
对照组	46	2(4.35)	2(4.35)	4(8.70)	8(17.40)
实验组	46	1(2.17)	0 (0.00)	0 (0.00)	1(2.17)
χ^2	-	-	-	-	4.434
<i>P</i>	-	-	-	-	0.035

2.2 两组患者相关指标比较

实验组引流管拔除、首次排气、术后进食、排便时间短于对照组，(*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者相关指标比较[$\bar{x} \pm s$]

组别	例数	引流管拔除时间 (d)	首次排气 时间 (h)	术后进食 时间 (h)	排便时间 (h)
对比 组	46	3.61±1.22	35.23±1.21	45.32±1.21	105.33±1.21
实验 组	46	1.94±1.21	26.51±3.01	24.13±1.21	72.33±1.21
<i>t</i>		6.592	18.231	83.987	130.795
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 两组患者满意度比较

实验组满意度高于对照组，差异有统计学意义，(*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 比较两组满意度[n, (%)]

组别	例数	非常满意	不满意	满意	满意度
对照组	46	12(26.09)	17(36.96)	17(36.95)	29(63.05)
实验组	46	19(41.31)	26(56.52)	1(2.17)	45(97.83)

χ^2	-	-	-	-	17.682
<i>P</i>	-	-	-	-	<0.001

3 讨论

肝内胆管结石为临床上常见的一种胆道系统疾病，其主要是因为细菌感染、寄生虫或者滞留胆汁等等因素而导致的。患者发病之后多伴有胆管梗阻，使得结石难以自行排出，从而使得病情进一步恶化，进而导致胆管炎以及肝硬化发生，甚至会发生癌变^[2]。以往在对此疾病治疗时，采用肝切除术的患者极易有极大的应激反应出现，手术之后康复进展较为缓慢，同时患者有着较多的并发症，所以，临床上一般采用效果显著的经皮肝穿刺硬胆道镜为患者治疗。但是肝部分切除术将病变切除胆管结石属于将肝胆管狭窄解除的一种方法，可以避免结石复发，但是肝胆系统构造较为复杂，手术难度较大且有着极高的风险，同时手术创伤会使得患者引起机体生理与心理应激反应且也会使得免疫功能发生一定的变化，严重影响患者术后康复进程。围手术期实施科学有效的护理措施可以帮助患者避免发生不良反应与损伤因素，使得患者保持稳定的情绪状态，对加快患者术后康复，改善预后有着十分重要的意义。

当前，加速康复外科已被广泛的用于骨科与肝胆外科和胃肠外科等等科室当中。加速康复外科指的是为患者治疗期间通过实施各类优化方案，来达到提升治疗效果的目的，可以将患者的痛苦明显减轻。加速康复外科的主要内容有术前对禁食时间控制、留置尿管与放置胃管和术中保暖与术后管理疼痛等等。在手术之前、手术期间以及手术之后采用科学的方法，可使患者身体快速康复；建议在手术前在不对手术安全造成影响的前提下为患者舒适的状态下准备胃肠道、科学的进行营养支持，手术期间做好保暖，对术中与术后输入的液体量合理进行控制，手术之后为患者进行镇痛，引导患者尽早进行离床活动，早期为其进行肠内营养等等^[1]。本研究将加速康复外科理念应用到了经皮肝穿刺硬胆道镜治疗的肝胆结石患者围手术期中可以取得显著，手术之前通过准备胃肠道、不进行胃管留置，可以防止患者由此而产生的不良心理刺激；手术之前禁饮禁食不易过长，予以患者葡萄糖溶液可以使患者饥饿感减轻；手术期间做好保暖且对液体摄入量合理控制，可以将肺负荷以及组织间隙液体滞留减轻，能够避免组织水肿对切口愈合造成影响，可以使得胃肠道功能快速恢复；手术后镇痛可以使患者尽早活动，引导患者尽早下床运动与尽早进食可促使胃肠蠕动，使得肝脏合成与胃肠功能快速恢复，且可确保全身营养状况得到明显改善，使输血量与输液时间减少，进而使患者快速康复，且可提升患者的满意度使其可以安全的度过手术围术期，因此本次研究结果显示：实验组满意度高于对照组，(*P* < 0.05)。实验组引流管拔除时间、首次排气时间、术后进食时间、排便时间短于对照组，(*P* < 0.05)。实验组并发症发生率低于对照组，(*P* < 0.05)。

综上所述：对采用经皮肝穿刺硬胆道镜进行治疗的肝胆管结石患者行加速康复外科围术期护理对加快患者病情恢复，减少并发症，提升满意度有着重要意义。

参考文献：

[1]刘紫琳,刘菊,罗金林.加速康复外科围术期护理在经皮肝穿刺硬胆道镜治疗肝胆管结石患者中的应用[J].健康必读,2021,00(14): 116.
[2]高蕾.预见护理模式对肝胆管结石手术患者的积极作用研究[J].健康大视野,2021,00(20): 138.
[3]王蓉蓉,施若霖,俞富祥.胆道镜联合钬激光在肝胆管结石的围术期护理配合及临床效果[J].肝胆胰外科杂志,2021,33(7): 441-444.

老年结直肠癌手术患者中运用快速康复外科护理的效果分析

李亮俊 赵晓芬

宁夏医科大学总医院结直肠外科 宁夏银川 750001

摘要：目的：分析老年结直肠癌手术患者中运用快速康复外科护理的效果。方法：本次研究选取在2020年1月~2021年3月我院胃肠外科收治的老年结直肠癌患者共112例作为研究对象，男性63例，女性49例，年龄最小者61岁，最大者89岁，采用乱数表法将所有患者随机分为对照组、研究组各56例，对照组采用结直肠癌围术期常规护理措施，研究组采用快速康复外科护理措施。对照组男性29例，女性27例；最小年龄者61岁，最大者85岁，平均年龄（72.33±3.06）岁；研究组男性34例，女性22例；最小年龄者62岁，最大者89岁，平均年龄（72.18±2.11）岁；比较两组患者手术指标、并发症发生情况、经不同护理措施干预后心态变化及护理满意度。结果：比较两组患者手术指标，对照组各项手术指标时间均长于研究组（ $P<0.05$ ）；并发症发生情况比较，对照组并发症发生共14例，发生率25.00%；研究组共6例发生并发症，发生率10.71%；研究组并发症发生情况好于对照组（ $P<0.05$ ）；心理状态变化情况比较，两组患者经护理措施干预后，心理状态较护理前均有不同程度改善，护理后对照组SAS、SDS评分分别为（31.26±5.03）分、（27.85±4.27）分；研究组经护理措施干预后SAS、SDS评分分别为（20.99±6.35）分、（19.18±3.91）分；对照组护理后SAS、SDS评分均低于研究组（ $P<0.05$ ）；两组患者对不同护理措施满意度比较，对照组满意度76.79%，研究组满意度96.43%，满意度比较研究组明显高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：老年结直肠癌手术患者中运用快速康复外科护理的效果显著，有效缩短各项手术指标，减少并发症的发生，有效改善患者焦虑、抑郁等心理状态，同时提高护理满意度。

关键词：老年结直肠癌；快速康复外科护理；效果

在消化道肿瘤中结直肠癌是较常见的一种，发生于直肠或结肠的癌症，其发病因素与饮食习惯、环境、遗传等密切相关，患有溃疡型结肠炎、直肠息肉、大肠腺瘤等疾病的患者，后期患大肠癌的几率也会上升，随着人口老龄化，结直肠癌老年患者也在逐渐上升^[1]。对于结直肠癌的治疗临床上多以手术治疗为主，患者预后不仅与手术效果密切相关，与围手术期护理效果也息息相关，护理效果是否有效直接关系到患者的康复效果，如何使患者预后更有效，也是临床关注的重点^[2]。快速康复外科理念最早是由丹麦学者Kehlet提出，对于围手术期护理措施进行优化，以患者为中心，在确保患者安全的基础上，使患者达到快速康复的理念^[3]。目前临床上快速康复外科护理的应用越来越广泛，并取得了满意的效果，本次研究选取我院肛肠外科收治的112例患者作为研究对象，通过护理措施的不同，来探讨老年结直肠癌手术患者中运用快速康复外科护理的效果，现报道如下。

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

本次研究选取在2020年1月~2021年3月我院胃肠外科收治的老年结直肠癌患者共112例作为研究对象，男性63例，女性49例，年龄最小者61岁，最大者89岁，采用乱数表法将所有患者随机分为对照组、研究组各56例，对照组采用结直肠癌围术期常规护理措施，研究组采用快速康复外科护理措施。对照组男性29例，女性27例；最小年龄者61岁，最大者85岁，平均年龄（72.33±3.06）岁；研究组男性34例，女性22例；最小年龄者62岁，最大者89岁，平均年龄（72.18±2.11）岁；选取标准：所有患者年龄均大于60周岁，并符合结直肠癌临床诊断标准；经评估符合手术指标；所有患者均能够正常进行交流，无精神障碍；所有患者及其家属同意本次研究并签署知情同意书；所有患者术前未进行放化疗治疗；排除合并严重心脑血管疾病者；排除标准：经检查癌细胞有转移者、术后复发需再次手术者。两组患者性别、年龄、肿瘤部位等一般资料对比无显著性差异（ $P>0.05$ ），具有可比性。

表1 两组患者一般资料比较

分类	对照组	研究组
直肠癌	17	17
乙状结肠癌	13	14
升结肠	14	11
降结肠	12	14

合并糖尿病	19	20
合并高血压	21	19
高-中分化腺癌	27	28
低-未分化腺癌	29	28

注： $P>0.05$

1.2 方法

1.2.1 对照组采取常规护理措施，包括术前指导患者做术前检查，告知患者手术注意事项；手术前1~2d，指导患者饮食，摄入流质饮食，术前12小时禁食，术前8小时禁水；手术前一天下午开始肠道准备，当晚采用生理盐水进行肠道清洁；术中指导患者采取正确手术体位，放置导尿管，术后根据患者实际情况留置5~7d；对于疼痛较明显的患者给予止痛治疗，协助患者进行恢复性训练，遵医嘱指导患者用药。

1.2.2 研究组在常规护理基础上给予快速康复外科护理干预，主要措施包括：（1）手术前，护理人员影像患者及其家属详细讲解手术治疗流程及注意事项，包括疾病相关知识，使患者及家属充分了解疾病情况并配合医护人员进行治疗，提高治疗依从性；向患者讲解术前禁食禁水的重要性，手术前一天晚上指导患者口服糖水（浓度：10%，体积：1000mL），手术前2小时口服糖水（浓度：10%，体积：500mL）；指导患者正确练习肺功能，增加肺通气量；（2）手术时，指导患者采取正确手术体位，向患者介绍手术室环境及相关术者，消除患者对环境的陌生感，必要时向患者介绍以往成功案例，缓解患者紧张情绪，提高治疗信心；（3）手术后，手术室护理人员向病房护理人员介绍手术情况及患者手术基本情况，密切关注患者术后各项生命体征，妥善放置各类管道，避免折叠出现不畅通、脱落等异常现象；指导患者术后饮食、饮水，在术后1d少量多次的给予患者清流质饮食，体积控制在500~1000mL，次数控制在8~15次；术后2d，适当增加流质饮食物，但不超过2000mL，每次给予控制流量，分10~20次完成；术后3d可给予患者诸如面条、稀饭等软食物，之后根据患者恢复的实际情况适当调整饮食结构；（3）观察患者术后是否出现异常情况，首先关注胃肠道反应，一旦出现恶心、呕吐现象，遵医嘱给予及时处理；协助患者翻身，指导家属在一旁协助；老年患者可根据病情予以超声雾化吸入治疗等；卧床时指导患者家属对其腿部进行适当按摩处理。

2. 评定指标

比较两组患者首次排气时间、首次排便时间、首次进食时间、下床活动时间、住院时间；比较两组患者并发症发生情况，包括跌落、摔倒、感

染(包括切口、尿路感染)、吻合口瘘、下肢静脉血栓形成;比较两组患者经不同护理措施干预后心态变化,分别采用焦虑自评量表(SAS)及抑郁自评量表(SDS)^[4],分值越高患者焦虑、抑郁状态越严重;比较两组患者对不同护理措施的满意度。

3、统计学处理

使用SPSS23.0统计软件对统计结果进行分析,计量数据以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示;计数数据以百分比表示,采用 χ^2 检验;当 $P < 0.05$ 时,

表2 对照组与研究组手术指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	排气时间(h)	排便时间(h)	进食时间(h)	下床活动时间(d)	住院时间(d)
对照组	56	105.18±29.20	147.29±36.22	140.28±47.28	3.01±0.23	19.56±4.29
研究组	56	90.18±17.39	128.92±40.16	116.38±37.28	1.46±0.75	14.11±3.46

注: $P < 0.05$

4.2 比较两组患者并发症发生情况,对照组并发症发生共14例,发生率25.00%;研究组共6例发生并发症,发生率10.71%;研究组并发症发

表3 对照组与研究组并发症发生情况比较[n, n(%)]

组别	例数	跌落	摔倒	感染	吻合口瘘	下肢静脉血栓	并发症发生率
对照组	56	1(1.79)	1(1.79)	5(8.93)	4(7.14)	3(5.36)	25.00(14/56)
研究组	56	0(0.00)	0(0.00)	3(5.36)	2(3.57)	1(1.79)	10.71(6/56)

注: $P < 0.05$

4.3 比较两组患者经不同护理措施干预前后心理状态变化情况,两组患者经护理措施干预后,心理状态较护理前均有不同程度改善,护理后对照组SAS、SDS评分分别为(31.26±5.03)分、(27.85±4.27)分;研究组经护理措施干预后SAS、SDS评分分别为(20.99±6.35)分、(19.18±3.91)分;对照组护理后SAS、SDS评分均低于研究组,结果经统计学比较,具有统计学意义($P < 0.05$),详细数据见表4。

表4 对照组与研究组SAS、SDS评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例	SAS	SDS
----	---	-----	-----

表5 对照组与研究组护理满意度比较[n, n(%)]

组别	例数	非常满意	基本满意	不满意	满意度
对照组	56	22(39.29)	21(37.50)	13(23.21)	76.79(43/56)
研究组	56	37(66.07)	17(30.36)	2(3.57)	96.43(54/56)

注: $P < 0.05$

5、讨论

随着人们生活水平的不断提高,饮食习惯、结构均发生了改变,结直肠癌的发病率也在逐年提高,这与与饮食习惯、环境、遗传等密切相关,此外人们患消化系统疾病的比率也在不断升高,包括肠息肉、消化道溃疡等,使得癌变的几率也大大增加^[5]。目前对于结直肠癌的治疗临床上较为认可的治疗方式为手术治疗,而手术围术期护理对于患者预后效果的影响也有着重要意义^[6]。快速康复外科护理理念的形成,从患者角度出发,在围术期给予患者营养支持措施、早期进食、早期运动等多种学科的综合运用,在提高手术效果及降低术后并发症上都有着显著效果^[7]。

本次研究结果显示,两组患者手术指标比较,对照组各项手术指标时间均长于研究组($P < 0.05$);并发症发生情况比较,对照组并发症发生共14例,发生率25.00%;研究组共6例发生并发症,发生率10.71%;研究组并发症发生情况好于对照组($P < 0.05$);心理状态变化情况比较,两组患者经护理措施干预后,心理状态较护理前均有不同程度改善,护理后对照组SAS、SDS评分分别为(31.26±5.03)分、(27.85±4.27)分;研究组经护理措施干预后SAS、SDS评分分别为(20.99±6.35)分、(19.18±3.91)分;对照组护理后SAS、SDS评分均低于研究组($P < 0.05$);两组患者对不同护理措施满意度比较,对照组满意度76.79%,研究组满意度96.43%,满意度比较研究组明显高于对照组($P < 0.05$);以上结果表明,护理人员术后指导患者早期康复训练、有利于降低下肢静脉血栓形成的风险,通过护理措施干预,患者心理状态得到明显改善,有利于术后的恢复,同时护

则两组之间有显著性的差异存在,具有可比性;而如果 $P > 0.05$,则说明两组间的差异不明显,不具有可比性。

4、结果

4.1 比较两组患者首次排气时间、首次排便时间、首次进食时间、下床活动时间、住院时间,对照组各项手术指标时间均长于研究组,结果经统计学比较,具有统计学意义($P < 0.05$),详细数据见表2。

生情况好于对照组,结果经统计学比较,具有统计学意义($P < 0.05$),详细数据见表3。

	数	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	56	43.56±6.84	31.26±5.03	32.43±3.25	27.85±4.27
研究组	56	44.02±5.98	20.99±6.35	32.62±3.77	19.18±3.91

注: $P < 0.05$

4.4 两组患者对不同护理措施满意度比较,对照组满意度76.79%,研究组满意度96.43%,满意度比较研究组明显高于对照组,结果经统计学比较,具有统计学意义($P < 0.05$),详细数据见表5。

理措施的优化、升级,在允许的情况下过多的关注患者本身,使患者对于护理措施实施的满意度大大提高。

综上所述,老年结直肠癌手术患者中运用快速康复外科护理的效果显著,有效缩短各项手术指标,减少并发症的发生,有效改善患者焦虑、抑郁等心理状态,同时提高护理满意度,具有临床推广价值。

参考文献:

- [1]董久梅.结直肠癌患者围手术期快速康复外科护理措施效果研究[J].中国继续医学教育,2016,8(7): 215-216.
- [2]林晓丹.结直肠癌患者围手术期快速康复外科护理措施效果分析[J].黑龙江中医药,2020,4: 283-284.
- [3]朱琴,金七妹,张妍豪.快速康复外科护理在老年结直肠癌腹腔镜手术患者围术期的应用效果分析[J].中国肛肠病杂志,2019,39(8): 63-65.
- [4]聂利君,廖雯,曾志军,肖帅,匡雪春.快速康复外科理念对老年结直肠癌患者根治术的围术期护理效果分析[J].慢性病杂志,2018,19(10): 1402-1404.
- [5]何国辉,陈小雪,谭海扬,等.快速康复理念(FTS)在腹腔镜结直肠癌根治术患者中的应用[J].现代诊断与治疗,2017,28(15): 2897-2898.
- [6]刘刚,沈晓军,孙克康,等.腹腔镜结直肠癌切除术后快速康复理念对患者胃肠功能恢复及并发症的影响[J].中国临床研究,2018,31(1): 66-69.
- [7]宋海良,李亚军,王晓琴,等.快速康复理念对腹腔镜结直肠癌根治术预后影响分析[J].中华普外科手术学杂志(电子版),2017,11(6): 496-499.

疼痛专项护理干预在肛周脓肿手术患者护理中的应用价值

李晓嫻 普周妹^(通讯作者) 马兰兰

云南省滇南中心医院（红河州第一人民医院） 云南蒙自 661199

摘要：目的 探讨疼痛专项护理干预在肛周脓肿手术患者护理中的应用价值。方法 选取2018年11月~2021年11月我院的130例肛周脓肿手术患者，随机分成两组。对照组采取常规护理，观察组采取疼痛专项护理干预。评估两组肛周脓肿手术患者的VAS评分和睡眠质量评分。结果 观察组肛周脓肿患者术后6 h、12 h、24 h和48 h的VAS评分明显低于对照组($P<0.05$)；护理前，两组的焦虑自评量表评分、睡眠时间、日间功能紊乱、入睡时间、睡眠效率、睡眠紊乱、催眠药物应用和主观睡眠质量评分无明显差异($P>0.05$)，护理后，两组肛周脓肿患者的焦虑自评量表评分、睡眠时间、日间功能紊乱、入睡时间、睡眠效率、睡眠紊乱、催眠药物应用和主观睡眠质量评分均明显降低($P<0.05$)，且观察组肛周脓肿患者的焦虑自评量表评分、睡眠时间、日间功能紊乱、入睡时间、睡眠效率、睡眠紊乱、催眠药物应用和主观睡眠质量评分明显低于对照组($P<0.05$)。结论 疼痛专项护理干预在肛周脓肿手术患者护理中有较高的应用价值。

关键词：疼痛专项护理干预；肛周脓肿手术；疼痛评分；睡眠质量

肛周脓肿属于一种常见的肛管直肠疾病类型，发病较为急骤，手术干预是肛周脓肿患者主要的康复手段和疾病控制手段，但是由于肛管周围主要受机体脊神经阴部神经支配的属性以及手术切口的开放性特征，肛周脓肿患者术后极易受到愈合缓慢以及创面剧烈疼痛等问题的困扰^[1-2]。因此，及时有效的护理干预对肛周脓肿患者非常有必要。本研究探讨了疼痛专项护理干预在肛周脓肿手术患者护理中的应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2018年11月~2021年11月我院的130例肛周脓肿手术患者，随机分为两组。观察组65例，男34例，女31例；年龄24~67岁，平均 (43.92 ± 12.78) 岁；体重38~92 kg，平均 (57.43 ± 13.59) kg；其中，47例患者为低位肛周脓肿，6例患者为肛门直肠后间隙脓肿，12例患者为坐骨直肠间隙脓肿。对照组65例，男35例，女30例；年龄24~67岁，平均 (44.27 ± 11.56) 岁；体重38~92 kg，平均 (57.28 ± 12.45) kg；其中，48例患者为低位肛周脓肿，6例患者为肛门直肠后间隙脓肿，11例患者为坐骨直肠间隙脓肿。两组的基线资料具有可比性($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组：告知患者及其家属肛周脓肿术后的注意事项、如何缓解疼痛、保持肛门干燥清洁等。

观察组：（1）调节心理状态：手术后，肛周脓肿患者因为剧烈的疼痛感，普遍存在抑郁、烦躁和易怒等负面心理。护理人员可以利用情志相胜、情志疏导以及陶冶情操等方法调节肛周脓肿患者的情志，稳定患者的心理状态。对于VAS评分 ≤ 3 分的肛周脓肿患者，指导其通过看书、看电视、聊天、玩手机和听音乐等方式转移注意力，以使肛周脓肿患者的疼痛阈值提高。（2）中药坐浴：护理人员严格遵医嘱更换肛周脓肿手术患者的引流条、胶布和敷料等，操作尽可能保持轻柔，防止刺激创面而引起疼痛感。而且中药自拟方坐浴和熏洗，组方为：通草 10 g、丹参 20 g、蒲公英 20 g、薏苡仁 20 g、升麻 10 g、败酱草 20 g、当归 10 g、黄芪 60 g、桂枝 10 g，坐浴后及时清洗肛周脓肿手术患者的患处，采用碘伏棉球进行消毒。（3）饮食护理：按照肛周脓肿患者的体质、年龄和喜好等制定有针对性的饮食方案，饮食以易消化、高营养和清淡为主，禁食刺激、油腻和辛辣的食物，以保持二便通畅，防止因为受到排便刺激而加重肛周脓肿患者的疼痛感。

（4）耳穴压豆：选取肛周脓肿手术患者的交感、神门和皮质下等穴位，使用乙醇进行消毒后，采取磁珠耳穴贴紧贴上述的穴位，每个穴位按压3

分钟，对于疼痛感较为剧烈的肛周脓肿患者，可以按摩5分钟。

1.3 观察指标

（1）记录两组肛周脓肿患者术前、术后6 h、12 h、24 h和48 h的疼痛VAS评分。

（2）采取焦虑自评量表评估两组肛周脓肿患者的心理焦虑程度，且采取匹兹堡睡眠质量指数从以下7个维度进行评估：睡眠时间、日间功能紊乱、入睡时间、睡眠效率、睡眠紊乱、催眠药物应用和主观睡眠质量的评分，分值越高，表明肛周脓肿患者的睡眠障碍越严重。

1.4 统计学分析

采用SPSS 25.0软件，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，组间对比用 t 检验，组间率的比较用 χ^2 检验，以 $P<0.05$ 表明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组肛周脓肿患者术前、术后6 h、12 h、24 h和48 h的VAS评分对比

观察组肛周脓肿患者术后6 h、12 h、24 h和48 h的VAS评分明显低于对照组($P<0.05$)，见表1。

表1 两组肛周脓肿患者术前、术后6 h、12 h、24 h和48 h的VAS评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	术前	术后6 h	术后12 h	术后24 h	术后48 h
对照	65	7.63 ± 1.24	8.22 ± 1.59	6.53 ± 1.43	4.29 ± 1.17	3.28 ± 0.54
观察	65	7.59 ± 1.38*	4.53 ± 0.67*	2.78 ± 0.54*	1.98 ± 0.26*	1.49 ± 0.13*

注：与对照组相比，* $P<0.05$ 。

2.2 两组焦虑自评量表评分、睡眠时间、日间功能紊乱、入睡时间、睡眠效率、睡眠紊乱、催眠药物应用和主观睡眠质量评分对比

护理前，两组的焦虑自评量表评分、睡眠时间、日间功能紊乱、入睡时间、睡眠效率、睡眠紊乱、催眠药物应用和主观睡眠质量评分无明显差异($P>0.05$)，护理后，两组肛周脓肿患者的焦虑自评量表评分、睡眠时间、日间功能紊乱、入睡时间、睡眠效率、睡眠紊乱、催眠药物应用和主观睡眠质量评分均明显降低($P<0.05$)，且观察组肛周脓肿患者的焦虑自评量表评分、睡眠时间、日间功能紊乱、入睡时间、睡眠效率、睡眠紊乱、催眠药物应用和主观睡眠质量评分明显低于对照组($P<0.05$)，见表2。

表2 两组焦虑自评量表评分、睡眠时间、日间功能紊乱、入睡时间、睡眠效率、睡眠紊乱、催眠药物应用和主观睡眠质量评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	焦虑自评量表评分	睡眠时间	日间功能紊乱	入睡时间	睡眠效率	睡眠紊乱	催眠药物应用	主观睡眠质量	总分
----	---	----------	------	--------	------	------	------	--------	--------	----

对	65	护	57.29 ± 0.68 ± 0.22	1.73 ± 0.38	2.82 ± 0.46	2.14 ± 0.57	3.15 ± 0.79	3.48 ± 0.68	1.97 ± 0.24	15.38 ± 1.54
照		理	11.34							
组		前								
		护	36.19 ± 0.34 ± 0.09 [#]	1.13 ± 0.14 [#]	1.93 ± 0.34 [#]	1.56 ± 0.34 [#]	2.23 ± 0.48 [#]	2.29 ± 0.57 [#]	0.89 ± 0.14 [#]	10.27 ± 1.33 [#]
		理	5.46 [#]							
		后								
观	65	护	58.27 ± 0.67 ± 0.25	1.75 ± 0.39	2.85 ± 0.45	2.17 ± 0.69	3.17 ± 0.87	3.49 ± 0.72	1.95 ± 0.22	15.45 ± 1.78
察		理	12.53							
组		前								
		护	23.45 ± 0.15 ±	0.18 ±	0.73 ±	0.68 ±	0.72 ± 0.11 ^{*#}	0.67 ±	0.72 ±	3.69 ±
		理	2.38 ^{*#}	0.07 ^{*#}	0.04 ^{*#}	0.13 ^{*#}		0.13 ^{*#}	0.07 ^{*#}	0.52 ^{*#}
		后								

注：与对照组相比，* $P < 0.05$ ，与护理前相比，[#] $P < 0.05$ 。

3 讨论

肛周脓肿是以局部红肿热痛为主要症状表现、主要发生于机体肛门周围间隙的一种急性感染性病种。肛周脓肿的诱发原因有很多，主要包括：(1)医源因素：在患者的直肠附近注射一些药物时，会对患者的组织器官产生一定的损坏，从而引起肛周脓肿；在治疗内痔患者时，因为手术操作存在问题，或者器材、药剂存在污染问题，极易引起肛周脓肿；在进行肠镜检查时，会干扰覆膜穿孔，从而引起肛周脓肿^[3-4]。(2)感染因素：当肠道菌等病菌侵入到机体的肛腺后，会直接引起肛周脓肿的发生^[5]。(3)手术因素：在进行直肠手术时，可能会使直肠受到感染，从而引起直肠脓肿。一般情况下患者的自愈性极差，因此，一旦形成脓液，需要马上接受手术，但是因为肛门区域分布着丰富的神经，使肛周脓肿患者对肛周部位的创口疼痛非常敏感，从而会引起明显的机体应激反应，造成组织的分解代谢情况加重，引起一系列的不良的身心改变，会对肛周脓肿患者术后的功能康复和手术预期效果造成严重的负面效应^[6-9]。肛周的神经较为丰富，在该部位进行手术易引起剧烈的疼痛，而且术后排便无法避免的会导致肛周疼痛，引起肛周脓肿患者抗拒饮食，从而会造成营养失衡；另外，因为疼痛，会使得尿道括约肌紧张，极易导致尿滞留等并发症^[10-11]。

术后疼痛是人体对于组织损伤和组织修复的一种复杂的生理和心理反应，会影响患者的免疫系统、消化系统和内分泌系统，使患者的生理负担和心理负担加重，直接影响术后的治疗效果、身心状态、康复和转归等^[12-13]。护理属于治疗的延续，需要努力做到减少并发症的发生、安抚肛周脓肿患者的情绪，促进肛周脓肿患者术后快速康复。疼痛专项护理作为一种专门针对患者的疼痛反应而制定的一系列护理干预模式，其更具有针对性、有效性和科学性，通过中药坐浴以及耳穴压豆等中医镇痛方法，能有效发挥畅通经络和修复静脉的效果，明显减轻肛周脓肿术后的疼痛感，而且中药坐浴能使肛周脓肿患者手术部位的药物浓度明显增加，从而可以发挥较好的杀菌和止痛作用，加快切口的愈合，促进创面肉芽组织的生长^[14-15]。通过进行饮食护理，指导肛周脓肿患者多吃滋补养胃、易消化、高营养和清淡的食物，增强胃肠的消化能力，使肛周脓肿患者摄入充足的营养，有助于加快创面的愈合，而且可以保持大便的通畅，防止肛周脓肿患者因为便秘或用力排便而引起剧烈的疼痛感。本研究发现，观察组肛周脓肿患者术后 6 h、12 h、24 h 和 48 h 的 VAS 评分明显低于对照组($P < 0.05$)，表明疼痛专项护理干预能明显减轻肛周脓肿患者的术后疼痛程度；观察组肛周脓肿患者的焦虑自评量表评分、睡眠时间、日间功能紊乱、入睡时间、睡眠效率、睡眠紊乱、催眠药物应用和主观睡眠质量评分明显低于对照组($P < 0.05$)，表明疼痛专项护理干预能明显改善肛周脓肿患者的睡眠质量。

综上所述，疼痛专项护理干预在肛周脓肿手术患者护理中有较高的应用价值。

参考文献：

- [1] 韦用兰, 汪桐. 探讨不同肛周脓肿患者的手术治疗效果研究及主要病原菌和耐药性分析[J]. 现代消化及介入诊疗, 2021, 26(3): 356-360.
- [2] 李桂梅, 梁丽娟, 马衍海. 肛周脓肿患者术后高压氧处理对炎症因子及创面愈合的影响[J]. 中华航海医学与高气压医学杂志, 2022, 29(01): 99-101, 107.
- [3] 宗殿亮, 何洪芹, 王文进, 等. 高位虚挂线引流与减压引流法在高位肛周脓肿切除术中的应用效果比较[J]. 结直肠肛门外科, 2019, 25(2): 203-206, 216.
- [4] 焦峰, 黄海进, 仲艳阳, 等. 单纯性肛周脓肿切开引流术后使用抗生素对肛瘘形成的影响[J]. 实用医学杂志, 2020, 36(17): 2395-2398.
- [5] 韩兴兵, 范雷涛, 孙源. 超声清创仪联合藻酸盐敷料换药对肛周脓肿术后创面愈合的疗效研究[J]. 中国医学装备, 2022, 19(5): 120-124.
- [6] 郭其乐, 王琛, 姚向阳. 拖线置管术联合灌注冲洗后中药拖线换药治疗高位马蹄形肛周脓肿 28 例[J]. 中国医药指南, 2018, 16(16): 48-49.
- [7] 胡雪玲, 宋佳希, 牛冬梅, 等. 纤维蛋白原、C-反应蛋白和白细胞介素-6 对肛周脓肿和肛瘘的辅助鉴别诊断价值[J]. 东南国防医药, 2021, 23(3): 262-266.
- [8] 葛闻涛, 胡海平, 严建, 等. 清热活血法配合速愈生肌散对肛肠术后肛周脓肿患者相关细胞因子影响[J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22(5): 186-189.
- [9] 杨其良, 马晓英, 柴淑芳, 等. 自拟解毒消痛汤联合敛疮生肌散外用治疗术后肛周脓肿的效果观察[J]. 实用临床医药杂志, 2020, 24(16): 47-49.
- [10] 林丽娟, 杨屿晴, 谢守勇. 自拟中药熏洗方对合并糖尿病的肛周脓肿患者术后的临床疗效观察[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2020, 26(6): 1111-1115.
- [11] 陈文捷, 何建胜, 郑海霞. 八髎穴穴位贴敷联合消痛汤对高位肛周脓肿术后疼痛及创面状态、炎症因子的影响[J]. 中国现代医生, 2022, 60(14): 12-15.
- [12] 孙银梅, 纪艳, 周芳, 等. 中西医结合全程护理对行一次性根治术肛周脓肿患者围手术期的影响[J]. 中西医结合护理(中英文), 2021, 7(7): 61-64.
- [13] 葛春艳, 孙敬辉. 珍龙生肌散联合围术期护理对高位肛周脓肿术后患者肛门功能与血清炎症因子水平的影响[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2021, 12(7): 125-127.
- [14] 华美霞, 朱世民, 范劲霞. 疼痛专项护理配合阶段性健康教育对类风湿性关节炎患者疼痛症状、应对方式与生活质量的影响[J]. 护理实践与研究, 2019, 16(13): 22-24.
- [15] 任莉, 薛丽宁. 围术期疼痛专项护理对泌尿结石手术患者疼痛症状及治疗依从性的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2020, 5(19): 180-182.

腹腔镜下子宫肌瘤剔除术围术期患者进行快速康复护理对其并发症发生率的影响

李月梅 岳慧霞^{通讯作者}

府谷县妇幼保健服务中心 妇产科 陕西榆林 719499

摘要：目的：探讨快速康复护理对腹腔镜下子宫肌瘤剔除术围术期患者的应用价值。方法：收治腹腔镜下子宫肌瘤剔除术患者 80 例，选择腹腔镜下子宫肌瘤剔除术治疗，并在围术期予以患者不同护理操作，常规组 40 例；实施常规护理对策；研究组 40 例：开展快速康复护理；比较不同方案的护理效果。结果：研究组生理机能、生理职能、躯体疼痛、精力、社会功能、情感职能、精神健康均高于常规组，（ $P < 0.05$ ）。研究组并发症发生率 2.50% 低于常规组的 15.00%，（ $P < 0.05$ ）。研究组服务态度、护理效果、护理人员专业性、沟通能力及舒适度均高于常规组，（ $P < 0.05$ ）。结论：快速康复护理临床应用率高，护理效果确切，针对腹腔镜下子宫肌瘤剔除术围术期患者应用可确保手术顺利开展，保证安全性，提高护理满意度，满足临床护理需求。

关键词：子宫肌瘤剔除术；围术期；腹腔镜；并发症；快速康复护理

子宫肌瘤属于妇科常见良性肿瘤疾病，是指子宫平滑肌组织增生形成的肿瘤，中年女性为疾病主要发病群体，而且通过临床相关数据得知：子宫肌瘤发生率呈逐年增长模式，疾病形成诱因多样化，但多与性激素水平、遗传及干细胞功能失调等方面有着紧密性关联，疾病形成初期临床症状不明显，但随着病情持续性发展，可引发月经量增多、白带增多、腹部疼痛、阴道分泌物增多及痛经等症状，严重还可引发继发性贫血、感染、瘤体扭转等并发症，这对患者的机体健康非常不利^[1-2]。临床中，对子宫肌瘤数量较多或体积过大的病灶主要选择手术方案治疗，随着腹腔镜技术的逐步完善，可选择腹腔镜下子宫肌瘤剔除术进行治疗，从而提高疗效，还可减低机体受损程度，但毕竟手术属于侵入性操作，术后患者机体易存在疼痛等症状，为规避相关风险，提高预后，可予以患者护理干预^[3-4]。快速康复护理是一种科学性强、专业性高的护理对策，在临床中应用率高、范围广，针对围术期患者应用效果确切，加速机体康复，减低相关并发症出现，还可改善患者的日常生活水平^[5]。因此，本文就针对腹腔镜下子宫肌瘤剔除术患者围术期开展不同护理对策，分析快速康复护理优势。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收治 2020-5~2021-5 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术患者 80 例，由于落实的护理方案不同，将其划分为以下 2 个小组。常规组 40 例：年龄最小 29 岁，最大 45 岁，平均年龄（36.53±1.03）岁；最短病程 1 个月，最长 13 年，平均病程（6.58±0.45）年；研究组 40 例：年龄最小 28 岁，最大 46 岁，平均年龄（36.75±1.06）岁；最短病程 1 个月，最长 14 年，平均病程（6.62±0.48）年；各个小组患者基线数据对比，无差异性（ $P > 0.05$ ）。

1.2 筛选标准

纳入标准：①通过超声检查、腹腔镜检查，确诊为在子宫肌瘤；②符合腹腔镜下子宫肌瘤剔除术指征；③患者本人或家属对本次调研知情同意；④临床资料较为完善；剔除标准：①并发其他恶性疾病；②存在传染性疾病；③出血性疾病或凝血障碍者；④中途退出者或不接受护理服务；⑤听力障碍、语言沟通障碍者；⑥存在精神方面疾病者。

1.3 方法

选择腹腔镜下子宫肌瘤剔除术治疗，并在围术期内予以患者不同护理操作：

常规组：实施常规护理对策：护理人员遵医嘱落实相关护理操作，术后加强巡视，若患者生命体征及临床症状表现出现异常，立刻告知医师，并做好配合工作。

研究组：开展快速康复护理：（1）术前快速康复护理：①病情教育：患者入住病房后，护理人员第一时间与患者进行宣教，告知其子宫肌瘤相关医学知识，比如诱因、手术目的与流程、术后相关注意事项等内容，对于患者、家属在疾病、治疗及护理方面的疑问进行全方位解答，并强化患者遵医行为，提高依从性。②环境管理：护理人员根据室外环境调整病房温湿度，定时通风、消毒与清洁，及时将病房垃圾进行清理。同时，在夜

间关闭应用不到的仪器设备，减低噪音，确保每位患者的生命安全。③心理疏导：通过表情、神志等方面对每位患者的心理情绪实施综合评估，对于紧张感、害怕感的患者可增加护患沟通次数，为其播放舒缓的音乐转移其注意力，调节内心不良情绪；针对焦虑感、抑郁感的患者护理人员需引导其将内心负性情绪根源进行释放，从而有针对性的进行疏导、鼓励、支持与安慰，提高医患信任关系；对于孤独感、信念感差的患者督促家属陪同，与其多交流、多沟通，护理人员也可讲解相关治疗成功的案例，多方面纠正患者负性情绪；④术前准备：护理人员遵医嘱辅助患者进行血常规、肝肾功能等基础检查，并告知其检查有助于对子宫及机体状况详细了解，从而制定高效治疗方案。同时，确定手术时间后，告知术前禁食禁水时间，再次安抚患者的情绪，术前 30min 放置导尿管，确保膀胱处于排空状态。

（2）术后快速康复护理：①生命体征监测：术后护理人员加强巡视，对血氧饱和度、心率及血压等生命指标做好监测，当患者意识清醒后，询问其机体上是否有异常，遵医嘱予以其相关药物，对于轻度疼痛者可通过注意力转移法进行调节，对于重度疼痛可合理应用镇痛药物，并在患者用药后，加强观察，若出现药物不良反应立刻干预。②体位管理：术后调整患者保持平卧位姿势，头部偏向一侧，并予以患者常规吸氧 6h。术后 6h，定时辅助患者翻身，并将床头适度抬高，以患者机体舒适为主。若患者机体符合拔管指征，可将导尿管拔除。③并发症预防：加强对手术切口的观察，定时更换敷料，避免发生伤口感染情况；辅助患者对会阴部进行清洁，指导患者适度饮水，避免发生尿路感染；指导家属定期对患者肢体进行按摩，辅助患者调整体位，减低压疮及静脉血栓等并发症出现率。④日常生活指导：指导患者定时更换随身衣物，并保持良好的个人卫生。同时，根据患者的病情严重程度、体重等方面加强评估，从而为其制定针对性饮食方案，控制辛辣、生冷刺激性食物的摄入量，不可食用黏性等不易于机体消化性食物，适当食用高蛋白、高维生素食物。在患者机体允许的情况下，督促其下床活动，并循序渐进的增加运动量、延长运动时间。

（3）出院督导：机体各项指标符合标准后，可安排其出院，并再次对患者、家属进行督促，告知其加强运动、遵医嘱用药、合理饮食，并告知其下次复诊时间，指导患者保持良好的心态，若机体存在任何不适症状，立刻就诊。

1.4 观察指标

选择日常生活评分量表对护理后患者的日常生活状态方面加以评估，各项评分均为 100 分，日常生活水平越理想，则获得分值越高。同时，观察护理期间患者机体是否有相关并发症出现，进而判定不同方案的护理安全性。出院前，对患者与家属发放调查表，让其对护理人员的服务态度、护理效果、护理人员专业性、沟通能力及舒适度方面加以评价，每一项均为百分制，评分越高则说明护理满意度越高。

1.5 统计学处理

研究数据用软件 SPSS25.0 进行处理，计数资料并发症发生率行“ χ^2 检验；计量资料日常生活质量评分、护理满意度以 $\bar{x} \pm s$ （%）”表示， χ^2 检验；计量资料日常生活质量评分、护理满意度以 $\bar{x} \pm s$

表示,采用 t 检验, $P<0.05$, 存在差异性。

2 结果

2.1 组间日常生活质量评分的比较

表 1 组间日常生活质量评分的比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

小组	例数	生理机能	生理职能	躯体疼痛	精力	社会功能	情感职能	精神健康
常规组	40	80.25±3.25	80.30±3.21	79.55±2.91	79.52±2.90	80.45±3.33	80.56±3.41	79.65±3.50
研究组	40	90.55±4.85	90.45±4.77	90.50±4.79	90.51±4.96	90.55±5.00	91.00±5.55	91.05±5.56
t		11.158	1.165	12.356	12.097	10.633	10.137	10.974
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 组间并发症发生率的比较

($P<0.05$)。具体见表 2。

研究组并发症发生率 2.50% 低于常规组的 15.00%, 互比, 存在差异性,

表 2 组间并发症发生率的比较 (n , %)

小组	例数	出血	皮下气肿	切口感染	肠梗阻	呕吐	总发生率
常规组	40	1 (2.50)	1 (2.50)	2 (5.00)	1 (2.50)	1 (2.50)	6(15.00)
研究组	40	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	1(2.50)
χ^2							3.914
P							0.048

2.3 组间护理满意度的比较

高于常规组, 互比, 存在差异性, ($P<0.05$)。具体见表 3。

研究组服务态度、护理效果、护理人员专业性、沟通能力及舒适度均

表 3 组间护理满意度的比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

小组	例数	服务态度	护理效果	护理人员专业性	沟通能力	舒适度
常规组	40	82.55±4.00	82.14±3.80	82.33±3.92	83.41±4.05	83.45±4.08
研究组	40	91.05±5.21	91.09±5.26	90.99±5.18	91.15±5.24	91.18±5.29
t		8.184	8.723	8.431	7.392	7.318
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

子宫肌瘤病因尚不确定, 但多与激素、遗传及干细胞水平等方面有着紧密性关联, 30-50 岁女性为疾病主要发病群体^[6]。子宫肌瘤疾病形成初期临床症状不明显, 无法获得患者重视度, 但随着病灶逐步增大、数量增多等多方面因素的影响, 导致患者可出现月经异常、阴道分泌物异常、下腹部疼痛、压迫症状, 严重还可影响妊娠, 这对患者的生理与心理健康非常不利^[7-8]。

临床中, 针对子宫肌瘤多选择药物或手术方案治疗, 对于病灶体积大、数量较多的患者可选择手术, 将瘤体彻底清除, 从而抑制病情发展, 改善患者机体不适。但通过临床相关数据可发现: 实施不同方案所达到的治疗效果存在一定差异性, 开腹手术由于切口大, 对机体产生的创伤性较大, 从而影响着患者机体恢复速度, 增加相关并发症发生率^[9]。近些年, 腹腔镜技术日益成熟, 在临床中多个科室均有较高应用率, 不仅可减低术中出血量, 缩小切口, 还利于患者术后机体尽早康复, 可达到微创治疗目的, 针对子宫肌瘤疾病可选择腹腔镜下子宫肌瘤剔除术干预, 但为进一步确保预后, 保证治疗安全性, 可在围术期予以患者护理对策, 其中快速康复护理有着较高的应用价值, 具有科学、高效、规范及合理等优势性^[10]。

本次研究中针对围术期子宫肌瘤患者应用主要分为术前与术后二方面应用, 其中术前疾病教育有助于提高患者对自身疾病的认知度, 保持正确的治疗行为; 环境管理不仅可确保患者机体舒适度, 还可提高睡眠质量, 这对机体康复有着积极性影响; 心理疏导是快速康复护理中非常重要的一项护理环节, 可调节患者内心紧张、焦虑、害怕等情绪, 还可增强患者信念感, 保持正确的、良好的治疗心态, 控制应激反应发生; 术前准备有助于做好手术风险评估, 合理制定手术方案, 并告知患者术前相关注意事项, 从而保障手术治疗顺利性; 术后快速康复训练中生命体征监测有助于及时发现相关危险因素, 根据具体指标情况实施相对应干预, 确保手术治疗效果及患者机体健康度; 体位管理可确保患者机体处于舒适、正确的状态, 以免长时间保持一种姿势, 引发肌肉酸痛。并发症预防可减低切口感染、尿路感染及压疮等并发症出现, 这对机体尽早康复非常有必要; 日常生活指导可提高患者对自身卫生重视度, 还可确保每日摄入饮食均衡、合理, 辅助患者根据自身状况开展运动锻炼, 这对提高体质等方面非常重要。出

院指导可达到再次督促与指导目的, 提高患者定期复诊意识, 保持良好的自我管理能力和通过本次研究所得结果也可充分表明快速康复护理优势性与临床应用价值, 也因护理人员在快速康复护理中占有重要地位, 建议定期对护理人员培训, 并弹性安排其工作, 从而保持其良好的工作状态与积极性。

综上所述: 子宫肌瘤是妇科常见病, 为有效确保预后可选择腹腔镜下子宫肌瘤剔除术, 而在围术期期间实施快速康复护理既可减低相关并发症出现, 还可改善患者的生活水平, 更可获得其较高的护理满意度, 值得推广。

参考文献:

- [1] 陈晓娜. 快速康复护理在腹腔镜下子宫肌瘤剔除术患者围手术期的应用分析[J]. 中国医药指南, 2020, 18(17): 16-18.
- [2] 郑婷婷. 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术围术期中采取快速康复护理的可行性评价[J]. 医学食疗与健康, 2020, 18(8): 113-114.
- [3] 马丽影. 快速康复护理在腹腔镜下子宫肌瘤剔除术围术期中的应用评价[J]. 中国实用医药, 2020, 15(23): 174-176.
- [4] 杨乃珍. 快速康复护理在腹腔镜下子宫肌瘤剔除术患者围手术期的应用效果[J]. 家有孕宝, 2021, 3(18): 139.
- [5] 侯晓燕. 快速康复护理在腹腔镜下子宫肌瘤剔除术患者围手术期的应用分析[J]. 中国保健营养, 2019, 29(16): 225.
- [6] 李莉萍. 快速康复护理实施在腹腔镜下子宫肌瘤剔除术围术期中的价值探究[J]. 心理医生, 2018, 24(4): 3-4.
- [7] 戴迎欢. 快速康复护理在腹腔镜下子宫肌瘤剔除术患者围手术期的应用效果分析[J]. 当代护士 (上旬刊), 2020, 27(11): 116-118.
- [8] 鲍志丽, 仲娟, 刘晓捷. 快速康复护理在腹腔镜下子宫肌瘤剔除术围术期的应用价值[J]. 白求恩医学杂志, 2019, 17(4): 405-407.
- [9] 李惠芬. 子宫肌瘤腹腔镜围术期护理中快速康复外科理念的应用分析[J]. 中外医疗, 2021, 40(2): 134-136, 143.
- [10] 韩桃. 快速康复护理在腹腔镜下子宫肌瘤剔除术患者围手术期的应用[J]. 中国保健营养, 2019, 29(14): 37.

心血管护士的心理护理实践

刘文玲

菏泽市中医医院 山东菏泽 274035

摘要：心血管疾病是目前临床的常见疾病，心血管疾病患者普遍存在着不同程度的心理问题，目前临床对于心血管疾病的治疗已经趋于成熟，加强患者的心理护理成为护理人员研究的热点。本文主要讲述心血管科护士在加强对患者的心理护理方面取得的成效，结果表明，对患者实行心理护理能够提升患者的护理满意度，提升临床的治疗效果。

关键词：心血管；心理护理；心理治疗

心血管疾病是目前临床的常见疾病，在该类患者往往病情较为严重，严重威胁人类，特别是 50 岁以上中老年人的身心健康。鉴于心血管疾病治疗的长期性和病情的反复性，很多患者在得知自己患病，并经过长期的治疗后存在一定的心理障碍，如紧张、焦虑、失眠、抑郁等^[1]。研究表明^[2]心血管疾病的发生、发展、转归与患者所处的社会因素、生活环境和患者的心理均有着明显的关系。目前针对心血管的临床治疗已经较为成熟，但临床调查研究发现^[3]，目前临床护士在针对患者实施心理护理的主动性等方面均一直在低层次徘徊，这在一定程度上已经阻碍了临床护理质量的提升及护理专业的发展。心血管疾病患者发生后常出现复杂的心理反应，如忧虑、紧张等。作为心血管科护士，经常接触和护理心血管系统疾病的患者，我们的护士们能够在熟练地掌握心血管疾病特点、准确及时地执行医嘱的前提下，还能够熟练地掌握心血管疾病患者的心理特点，在心血管患者的心理护理方面取得了较好的效果，现将我们的护理体会介绍如下。

1. 心血管疾病患者的心理障碍特点及影响分析

心血管患者的心理障碍主要表现为以下几个方面：①抗拒心理^[4]。患者在得知自己患有心血管类型疾病时表现出不关心、不在乎的状态，甚至部分患者认为自己一直以来正常生活，并未有任何的不适，可能是医生因为某些原因而出现的诊断偏差，对医嘱的依从性表现较差，在自身疾病稍有好转后就自行停药或者中断治疗，该类患者往往对自身的病情出现延误治疗的情况。该类患者一般来说较为固执，护理人员在沟通过程中较为难以沟通，极不利于其病情的治疗。②过度紧张。患者在得知自己患有心血管类疾病后常常过度的紧张，尤其是对于对疾病知识不甚了解或者了解较少的患者，他们对于心血管疾病的理解较为片面，认为只要是心血管疾病就非常严重，从而出现内心的惊恐状态，部分患者出现心神不定、坐立不安等，在紧张心理的作用下更容易出现身体倦怠，精神恍惚，从而感到身心疲惫，加重对心血管疾病本身症状的感觉，甚至出现因为过度紧张而出现的头昏、胸闷、气促、心悸、心前区不适等临床症状，更有甚者出现全身不适的症状。在如此众多的感觉下失去对疾病治疗失去信心。③焦虑心理状态^[5]。在患者紧张的心理下，也会呈现出焦虑的心理状态，这与紧张心理相互作用，进一步加重患者的病情。尤其是该类患者在日常的生活和工作当中会因为心血管类疾病而出现部分工作不能够达到自己预期的状态的现象，使得患者出现焦虑的情况，在紧张和焦虑的状态下患者的病情进入一种恶性的循环当中。④猜忌及敏感的心理。患者由于自己患病，加上自我的紧张和焦虑状态，常出现愁眉不展的情况，加上长期的治疗，部分患者会出现敏感的心理状态，甚至有的患者出现猜忌的现象，认为家人与医生、护士等对其病情进行有意的隐瞒，并根据自己身上的症状在网络上进行搜索查询并对号入座，将自己的情况与网络上的事情进行一一对应，加重自己的猜疑和敏感的心理。在如此的心理状态下，患者往往出现治疗的依从性降低，盲目更换、停用药品，甚至相信网络或者部分宣传小

广告上的包治百病，对治疗的系统系是一种挑战，失去了治疗的效果；⑤绝望的心理。随着治疗的深入和病情的进展，患者在重重压力之下加上心血管治病的治疗方案、检查、护理以及环境等的精神刺激下，患者极易出现惊恐不安的状态，甚至出现陷入困境中，呈现出悲伤和绝望的心理状态。在该心理的作用下，患者不愿意治疗，放弃治疗的信念，甚至出现轻生的念头，这要求医生、护士和家人等都需要高度重视，必要时进行入院治疗等。

2. 心血管疾病患者心理障碍的影响因素观察与分析

影响心血管疾病患者心理障碍的因素主要包括两个方面：一是疾病的直接诱发因素。主要表现在：①患者的生活、劳动或工作状态的改变，该类患者长期生活或工作在一个环境中，由于环境的变化，导致患者出现心理上的障碍。②患者的情绪方面，患者的不良情绪，如激动易怒等，极易因为该类疾病的产生，造成心理上的障碍，反过来由于心血管疾病患者本身在对疾病的治疗中产生的不满、懊恼等情绪，使得该类患者在日常生活中也变得情绪激动，使得疾病进入了一个恶性循环的过程当中。③患者生活习惯的影响 部分患者在受冷、饱餐、吸烟、饮酒等生活习惯的影响产生心血管等疾病，而心血管疾病在一定程度上要求患者对于以上生活习惯需要改掉或者变更，这也在影响着患者的心理因素。二是患者自身的心理因素。主要表现在：①患者自身存在恐惧和焦虑的状态，对于自身产生疾病会在一定程度上加重以上的现象；②患者对于疾病治疗的悲观和忧郁。由于心血管疾病多数为需要患者长期用药治疗的疾病，该类患者认为病情治疗不能根除，因此而产生悲观和忧郁的情绪；③对自身疾病病情了解的局限性。患者对自己的病情高度的关注，给自己造成不必要的心理压力，同时非医学类患者对自身的疾病，尤其是发病的原因等并不十分了解，该类患者往往对疾病的医疗知识表现出极度的渴望，因此他们往往通过网络或某些自媒体平台的获取相关的信息，造成自身接受到的知识片面且对疾病产生着较大的误区；④经济压力的影响^[6]。该类患者大多数会考虑治疗该类疾病的成本，长期的治疗对患者的家庭经济产生着较大的压力，尤其是某些心血管疾病患者用药较为特殊，价格较为昂贵等。⑤对自己后续生活的担忧^[7]。主要是担心自己患病后的工作问题，自我生活能力问题等。心血管疾病的产生对患者的工作产生着一定的影响，但是对患者本身影响较大的应该就是患者本身的身体状况，患者大多数不能进行较为剧烈的活动，或者不能从事某些具体的工作等，这对患者产生心理障碍也产生着一定的影响。

3. 目前护理人员心理护理知识、能力及需求

目前在临床的治疗过程中，护理人员的介入对疾病的治疗也起到了举足轻重的作用，临床研究表明^[8]护理人员的多种护理方式对疾病均产生着不同程度的影响。随着心理护理在临床疾病治疗中护理人员的应用，心理护理在临床的多个学科中得到了实践和验证，其广度和深度得到不同程度

的增加,在教学和临床实践中护理心理学教育也得到了一定程度的重视,在疾病的治疗过程中的护理心理学研究在理论和实践两方面都取得了一定的进展,就文献查阅来看,心理护理的临床应用已经涉及到临床的各个病种当中,其论文数量和质量呈现直线上升的趋势。然而,在总体的论文当中可以发现,绝大多数的护理人员并没有经过正规的心理护理培训,只是将心理护理的部分内容用于实践当中,可以看出我们护理人员的心理护理知识、护理的能力和水平以及护理的行动方面均较为缺乏,在一定程度上呈现出科研的限制性和强制要求性,并不是临床的常规护理。有研究表明,在临床护理的调查研究中 50%的护理人员认为自己完全不懂心理护理的知识,对于给予的心理护理的内容不能完全的理解;约 80%的护理人员认为自己虽然接触过,但是对于心理护理的知识并没有完全系统的培训,对于心理护理的知识仅限于了解而不能完全掌握和运用;只有不足 16%的护理人员认为自己可以在临床护理中熟练使用心理护理的内容,对心理护理的内容比较熟悉。因此,当前我们的临床护士在心理护理方面其能力和知识储备已不能完全满足需求临床护理的需求,急需加强对临床护士的心理护理知识的教育和培训,加强临床护士的临床心理护理能力和水平的提升,根据临床护士在心理护理等方面的需求制定合适的教育、培训方案,系统全面地开展有针对性的心理护理继续教育。鉴于临床护理的需求,为使我们的护理人员切实地能够熟练运用心理护理的知识,熟练的服务与我们的患者群众。在提高我们护理人员心理护理的知识和能力的同时还需要更新我们护理人员的观念,牢固树立全心全意为患者服务的理念,提高对心理护理的应用和重视程度;另一方面,医院护理部也应积极开展心理护理等的相关科学研究,促进心理护理在医院的应用广度和深度;充分发挥优秀心理护理人员在临床心理护理中的带教作用,全面促进临床心理护理水平的提高。

4. 针对心血管疾病心理障碍患者的护理实践

在临床的护理治疗过程中,护理人员应充分了解患者的病情情况,根据患者的疾病程度、疾病知识掌握情况、患者的心理状态、家庭经济情况、患者自身的自理情况等,充分评估其心理,根据患者的心理状态制定有效的干预措施。主要的护理措施包括以下几个方面:

4.1 环境护理

主要包括患者的住院环境以及出院后的居家环境两个方面^[9]。在住院环境方面,针对患者的心入院情况,针对其对新环境的不适以及其因疾病导致的焦虑、不安等状态进行针对性的护理引导。根据病情和疾病的种类进行病房的安排和划分,通过周边患者和医护人员的沟通交流引导其减轻心理的压力和焦虑。在出院的护理方面,将患者的病情和疾病的特点告知患者及其家属,对患者居家的注意事项进行详细的交代,并建立病友微信群,病友交流沟通日等进行患者的病情交流。

4.2 注重护患的沟通和交流

根据患者的特点,安排护理人员进行相应的沟通和交流,必要时安排专门的护理人员,尽量做到护理人员的固定化服务。并要求护士尽量不要在患者面前低声讨论或者出现故意躲避患者进行交流的情况。对待患者需善用美好的语言进行沟通和交流,绝对地禁止护理人员使用伤害性、侮辱性、攻击性等的恶性语言。与患者的交流需要注意语速和音量,虽遇到老年人时声音需要加大,但是要注意态度的和蔼性,同时需要注意避免直呼患者的姓名,尤其是对于年龄较大和初次见面的患者,更不能用床号来代替,给患者营造一个在家中的居住环境。在与患者的沟通交谈中,应注意尊重患者的人格,回答问题时语言要热情有礼,对患者应报以同情,加强关心,避免生冷、粗硬以及低俗。注意患者的隐私保护,不假、大、空,

不模棱两可、装腔作势,要自然坦诚、通俗易懂。

4.3 充分运用中医护理技巧

充分发挥中医药特色,加强中医护理特点。充分运用中医护理中的五禽戏、八段锦等健身性中医养生操进行相应的护理锻炼^[10]。同时加强护理的人文关怀,充分利用非语言性、非专业操作性、非药物性治疗的护理,如通过患者的眼神和面部表情,判断患者的接受能力和心理状态;通过缩短距离,拉近与患者的情感沟通;通过为患者进行拍背和翻身,帮助患者下床活动,对患者的不适给予及时的安抚等,对患者进行心理的支持等。

5. 心理护理实践结果

通过对患者的心理护理的实施,我科室的住院患者的护理满意度全面提高,并且患者的心理状态得到明显的改变,用药的依从性等方面也全面的提高,并进一步降低了护患、医患矛盾的发生。在一定的程度上对临床治疗起到了辅助的作用,取得了良好的效果。

6. 小结

护理人员对于心理护理的知识、能力等方面还存在着一定的差距,但是通过系统的培训和学习能够达到在临床中熟练掌握和运用心理护理的要求。实践表明心理护理在临床心血管疾病的治疗中起着较为重要的作用。我院心血管科护理人员从患者的多个方面进行着手,加强对心血管患者的心理护理,在一定程度上对临床的治疗起到了一定的辅助作用。

参考文献:

- [1]中国医师协会心血管内科医师分会心力衰竭学组,中国心力衰竭患者高钾血症管理专家共识工作组.中国心力衰竭患者高钾血症管理专家共识[J].中华医学杂志,2021,101(42):3451-3458.
- [2]毛凡,姜莹莹,刘樾宁,等.中国居民心脑血管疾病流行现状及危险因素分析:基于2017年中国心血管健康指数研究[J].中华预防医学杂志,2021,55(11):1280-1286.
- [3]何艳.心理护理对心血管疾病患者心理健康状况的改善研究[J].心血管病防治知识,2021,11(27):34-36.
- [4]刘娟,刘彦君,黎爱云.临床护士心理护理技能培训现状及应用进展[J].临床医学研究与实践,2020,5(04):186-188.
- [5]晏敏,陈赞,李慧玲,吴焱,区少梅.基于SBAR模式的心理护理结合康复训练对脑梗死(塞)后遗症患者心理状态及生存质量的影响[A].广东省肿瘤康复学会.2021年南方肿瘤精准医学与护理高峰论坛学术宣读论文集[C].广东省肿瘤康复学会:广东省肿瘤康复学会,2021:4.
- [6]黎黎,彭丽丽,汪丰,徐辉,屈庆龄.积极心理干预对90后护士心理弹性及总体幸福感的影响[J].护理学杂志,2021,36(14):82-85.
- [7]王芳.心理应激护理干预对心血管病并发呼吸衰竭患者心肺功能的改善评价[J].心血管病防治知识,2021,11(34):69-71.
- [8]冯翠萍.保持心理平衡防治心血管疾病[J].健康向导,2021,27(04):45.
- [9]鄢慧,张秋镁,翁朝凤.合理情绪疗法联合基于分阶段行为转变理论对老年心血管疾病患者心理状态及健康行为的影响分析[J].心血管病防治知识,2021,11(22):42-44.
- [10]张秀芬,孙慧,何丽萍,杨傲冰.心理护理干预对心血管内科老年患者负性情绪及生存质量的影响[J].中国现代药物应用,2019,13(18):128-130.DOI: 10.14164/j.cnki.cn11-5581/r.2019.18.077.
- [11]黄思敏.神经质与急性心理应激心血管反应模式的关系:应激类型与强度的作用[D].陕西师范大学,2019.DOI: 10.27292/d.cnki.gsxfu.2019.000156.

冠心病护理中采用行为护理干预对提高护理效果的应用价值分析

马萍 姜阳

宁夏回族自治区人民医院 宁夏银川 750001

摘要：目的：探讨冠心病护理中采用行为护理干预对提高护理效果的应用价值。方法：从本院于2020年1月至2021年12月间收治的冠心病患者中，选取100例冠心病患者作为本次研究的对象，采用随机数字表法予以分组，分为实验组和对照组，每组各50例，对照组采用常规护理，实验组采用常规护理联合行为护理。结果：在疾病知识知晓程度和依从性评分方面，实验组在疾病知识知晓程度、饮食依从性、用药依从性方面均高于对照组（ $P<0.05$ ）。在生活质量情况方面，护理前，两组在躯体疼痛、生理职能、社会功能、一般状况方面，数据差异均不明显，无统计学意义（ $P>0.05$ ）；护理后，实验组在躯体疼痛、生理职能、社会功能、一般状况方面均高于对照组（ $P<0.05$ ）。在并发症发生率方面，实验组总发生率4.00%，对照组总发生率24.00%，组间数据差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。在护理满意度方面，实验组满意度98.00%，对照组满意度82.00%，有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：在冠心病护理中，实施行为护理，效果显著，能提升患者的认知水平和依从性，从而改善生活质量，降低并发症的发生率，提高护理满意度，值得临床推广和使用。

关键词：冠心病；行为护理；护理效果

在临床心内科疾病中，冠心病属于较为常见的心血管疾病，其发病率在近年来老龄化的加剧情况出现了较为明显的增长^[1]。相较于其他疾病而言，冠心病疾病具有进行性、长期性等特点，在病情发展期间，若不能有效的控制，则会引发一系列严重的并发症，病情严重时，甚至会威胁患者的生命安全，造成患者死亡^[2]。目前，在冠心病的临床治疗中，主要采用药物治疗和介入治疗两种方式。介入治疗，是通过建立血液通道的方式来治疗冠心病，其治疗方式存在着一定的风险性^[3]。而相较于介入治疗，药物治疗的方式更加安全，但是治疗周期较长，且存在着一定的反复性^[4]。为此，在冠心病的治疗中，辅以有效的护理措施进行干预，是提高治疗效果，降低风险的重要手段。本文通过探讨冠心病护理中采用行为护理干预对提高护理效果的应用价值，分析其临床效果，具体内容如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

从本院于2020年1月至2021年12月间收治的冠心病患者中，选取100例冠心病患者作为本次研究的对象，采用随机数字表法予以分组，分为实验组和对照组，每组各50例。其中，在对照组的冠心病患者中，男性患者28例，女性患者22例，最小年龄60岁，最大年龄76岁，平均年龄（ 67.35 ± 5.36 ）岁；在实验组的冠心病患者中，男性患者29例，女性患者21例，最小年龄61岁，最大年龄78岁，平均年龄（ 68.03 ± 5.42 ）岁。两组冠心病患者的基线资料对比，组间数据差异不明显，无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

对照组采用常规护理，实验组采用常规护理联合行为护理，具体内容如下：（1）常规护理：1）用药指导：在用药方面，护理人员要详细的为患者讲解药物的作用、机制以及不良反应，同时，告知患者严格按照医嘱用药的重要性以及不按医嘱用药的危害性，提高患者安全用药的意识，降低不良用药事件发生，避免患者私自增减药物，从而影响药物治疗的效果^[5]。2）监护病情：在护理期间，护理人员需要动态的监测患者的临床病情变化，同时，观察患者各项生命体征变化，一旦出现异常状况，需要及时的采取相关措施进行处理^[6]。3）心理护理：在护理期间，部分患者由于疾病的影响，可能会出现不良的心理情绪，如不安、抑郁、焦虑等，对此，护理人员要主动的和患者进行交流，了解患者的内心想法和担忧，根据患者的诉求，予以相应的鼓励和支持，缓解患者的心理压力^[7]。此外，还可以应用注意力转移法，转移患者的注意力，从而舒缓患者的心理情绪，如播放患者喜爱的音乐、视频，在病房内摆放一些书刊、杂志或者绿植等，通过改善环境氛围，来起到平复患者情绪的目的。3）健康宣教：在护理期间，护理人员可采用视频播放、发放健康手册、一对一讲解等方式，对患者进行健康宣教，引导患者正确地看待冠心病的治疗和护理，提升患者对冠心病的认知，从而提高患者的自我管理能力和配合度，增强患者的依从性，确保后续护理工作和治疗工作能够顺利开展^[8]。（2）行为护理：1）

在护理期间，针对患者出现的一些不良行为，护理人员需要及时干预和指正，基于患者自身的疾病认知水平、日常生活习惯等，制定具有针对性的干预措施，如讲解疾病产生的原因、治疗的方案等等，并告知患者不良行为会产生的危害性，让患者尽可能的避免这些行为，并养成良好、健康的生活习惯和作息。在护理过程中，护理人员要保持和患者间的良好沟通，一旦患者出现不良的行为，或者不当的行为，需要及时纠正，并告知其正确、健康的行为方式，同时，嘱咐患者家属，加强对患者行为的监督，进一步提高护理质量，帮助患者逐步养成良好的生活作息和生活习惯^[9-10]。2）在饮食行为方面，一些患者存在着一些不良的饮食习惯、饮食行为，如在就餐过程中，进食过快、进食过饱或者是边进食边进行其他行为，对此，护理人员予以指正，同时，根据患者的病情状况、身体情况、个人喜好，制定科学的饮食方案，避免患者食用一些高热量、油腻、刺激性强的食物，嘱咐患者养成多餐少食的饮食习惯^[11]。

1.3 观察指标

比较两组患者的疾病知识知晓程度和依从性评分、生活质量情况、并发症发生率、护理满意度。

1.4 统计学分析

采用SPSS 22.0软件对数据进行处理和分析，计量资料采用（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，计数资料采用 χ^2 表示，用t进行检验，当P小于0.05表示差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 比较两组患者的疾病知识知晓程度和依从性评分

两组对比，在疾病知识知晓程度和依从性评分方面，实验组在疾病知识知晓程度、饮食依从性、用药依从性方面均高于对照组，组间数据差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），详细数据见表1。

表1：两组患者的疾病知识知晓程度和依从性评分（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	疾病知识知晓程度（分）	饮食依从性（分）	用药依从性（分）
实验组	50	88.46 $\pm$ 3.76	87.31 $\pm$ 3.56	89.36 $\pm$ 3.51
对照组	50	75.64 $\pm$ 4.08	72.54 $\pm$ 3.44	74.57 $\pm$ 3.04
t值	-	16.338	21.096	22.522
P值	-	0.000	0.000	0.000

2.2 比较两组患者的生活质量情况

两组对比，在生活质量情况方面，护理前，两组在躯体疼痛、生理职能、社会功能、一般状况方面，数据差异均不明显，无统计学意义（ $P>0.05$ ）；护理后，实验组在躯体疼痛、生理职能、社会功能、一般状况方面均高于对照组，组间数据差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），详细数据见表2。

表 2：两组患者的生活质量情况（分， $\bar{x}\pm s$ ）

项目	时间	实验组（n=50）	对照组（n=50）	t 值	P 值
躯体疼痛	护理前	40.23±2.58	41.03±2.07	1.710	0.090
	护理后	60.65±1.27	55.12±1.14	22.912	0.000
生理职能	护理前	40.11±2.74	40.19±2.68	0.147	0.883
	护理后	54.65±1.37	48.14±1.22	25.093	0.000
社会功能	护理前	39.56±2.36	39.74±2.45	0.374	0.709
	护理后	57.69±1.44	50.15±1.05	29.916	0.000
一般状况	护理前	38.28±2.64	38.32±2.17	0.082	0.934
	护理后	63.69±1.52	58.21±1.38	18.874	0.000

2.3 比较两组患者的并发症发生率

两组对比，在并发症发生率方面，实验组总发生率 4.00%（2/50），对照组总发生率 24.00%（12/50），组间数据差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），详细数据见表 3。

表 3：两组患者的并发症发生率（n，%）

组别	例数	心室壁瘤	心绞痛	栓塞	乳头肌肉功能失调	总发生率
实验组	50	1（2.00）	1（2.00）	0（0.00）	0（0.00）	2（4.00）
对照组	50	2（4.00）	5（10.00）	2（4.00）	3（6.00）	12（24.00）
χ^2 值	-	-	-	-	-	8.306
P 值	-	-	-	-	-	0.004

2.4 比较两组患者的护理满意度

两组对比，在护理满意度方面，实验组满意度 98.00%（49/50），对照组满意度 82.00%（41/50），组间数据差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），详细数据见表 4。

表 4：两组患者的护理满意度（n，%）

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
实验组	50	30（60.00）	19（38.00）	1（2.00）	49（98.00）
对照组	50	25（50.00）	16（32.00）	9（18.00）	41（82.00）
χ^2 值	-	-	-	-	7.111
P 值	-	-	-	-	0.008

3. 讨论

冠心病属于一种心血管疾病，其病理机制较为复杂，在疾病早期阶段，冠心病患者通常会出现心悸、气促、胸闷、胸痛等症状；而在入院检查后，随着病情的发展，冠心病主要表现为由心肌缺血而引发的呼吸困难、乏力、胸痛、胸闷等，同时还会伴有恶心呕吐，病情严重时，有些患者甚至会出现猝死、心力衰竭等情况。同时，不同的患者、不同的冠心病类型，其症状表现也有不同，如慢性心肌缺血综合征，在疾病早期患者并不会出现明显的症状表现，而在病情的发展过程中，患者才会出现心悸、胸闷、胸痛等症状。除此之外，冠心病还伴有较多的并发症，在病情控制方面较为复

杂，为此，在冠心病的治疗中，辅以有效的护理措施干预尤为重要^[12]。行为护理是以患者为核心而开展的护理模式，对患者的饮食行为、用药行为、生活行为等，进行规范和指导，从而帮助患者养成良好的生活作息、生活习惯以及生活行为，进一步提升患者的自我管理能力，有利于降低并发症的发生，对于患者的生活质量提升有着良好的促进作用^[13]。

本文结果显示，在疾病知识知晓程度和依从性评分方面，实验组在疾病知识知晓程度、饮食依从性、用药依从性方面均高于对照组（ $P<0.05$ ）。在生活质量情况方面，护理前，两组在躯体疼痛、生理职能、社会功能、一般状况方面，数据差异均不明显，无统计学意义（ $P>0.05$ ）；护理后，实验组在躯体疼痛、生理职能、社会功能、一般状况方面均高于对照组（ $P<0.05$ ）。在并发症发生率方面，实验组总发生率 4.00%，对照组总发生率 24.00%，组间数据差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。在护理满意度方面，实验组满意度 98.00%，对照组满意度 82.00%，有统计学意义（ $P<0.05$ ）。这表明，在冠心病的护理中，联合行为护理，能够提高疾病知识知晓度和依从性，改善患者的患者生活质量，降低并发症发生率，提高护理满意度，从而改善患者预后^[14]。同时，行为护理的开展，能够进一步提升患者的认知水平，从而提高患者的自我管理意识，改善自身的生活质量，有利于进一步降低并发症的发生^[15]。

综上所述，在冠心病护理中，行行为护理，效果显著，能提升患者的认知水平和依从性，从而改善生活质量，降低并发症的发生率，提高护理满意度，值得临床推广和应用。

参考文献：

[1]吕长华,姜学爽. 基于 Peplau 人际关系理论康复护理模式对冠心病病人心理功能、健康行为及自我管理能力的影晌[J]. 全科护理,2022,20(6): 765-768.

[2]赵赫,姜荟,栾雪. 认知行为干预应用于冠心病临床护理中的价值研究[J]. 养生大世界,2021(13): 232.

[3]巨雯. 全程护理对冠心病合并糖尿病介入治疗患者临床效果及遵医行为的影响[J]. 医学美学美容,2021,30(7): 169-170.

[4]谢春芳. 认知行为干预应用于冠心病临床护理中的探讨[J]. 中国农村卫生,2021,13(13): 46-47.

[5]李芳,王玲霞,王静,等. 认知行为干预结合预防性护理对冠心病住院患者的影响分析[J]. 养生大世界,2021(16): 197-198.

[6]全洁,欧健吻. 基于跨理论模型的延续护理对老年冠心病患者自护能力与遵医行为的影响[J]. 当代护士（下旬刊）,2021,28(5): 47-50.

[7]徐昭芳,李秀娟. 冠心病合并胃病患者行责任制护理对遵医行为的效果分析[J]. 心血管防治知识,2021,11(4): 68-70.

[8]张玉佩. 行为干预技术应用在中老年冠心病护理中的效果探究[J]. 养生保健指南,2021(11): 148.

[9]刘悦. 循证护理对冠心病心绞痛患者健康行为及不良情绪的影响[J]. 特别健康,2021(19): 174-175.

[10]曾华萍,莫琳勤,周焕芳,等. 以行为转变理论为基础心脏康复护理对冠心病介入患者预后影响[J]. 国际护理学杂志,2021,40(23): 4369-4372.

[11]宋静科,李婵,吴亚. 基于冠心病自我管理行为量表的纽曼护理程序在冠心病患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2021,27(23): 27-30.

[12]钱红娟,王莉,王晶晶. 行为干预联合新型护理模式在冠心病老年患者的价值[J]. 国际护理学杂志,2021,40(11): 2070-2073.

[13]李娜. 行为转变理论在老年冠心病患者护理干预中的价值分析[J]. 中国医药指南,2021,19(8): 163-164.

[14]贺芳芳. 赋能心理护理模式对老年冠心病患者主观幸福感及遵医行为的影响[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2021,42(9): 803-806.

[15]雷剑英,李小玲. 中青年冠心病患者 PCI 术后实施行为护理教育对其生活质量和远期预后的影响分析[J]. 医学食疗与健康,2021,19(7): 154-155,157.

规范化流程护理在小儿骨折手术围术期的应用效果观察

史文静 高巧妮 (通讯作者)

西安市北方医院 陕西西安 710043

摘要:目的:探讨小儿骨折手术治疗期间施以规范化流程护理对护理效果的影响。方法:抽选出本院2020年1月至2021年12月手术治疗的骨折患儿80例参与研究,均在患儿入科后展开随机分组,对照组与观察组各组抽取40例,手术治疗期间,将常规围手术期护理用于对照组患儿,观察组患儿施以规范化流程护理,对不同护理照护模式下,患儿手术指标的差异、不同时间段的疼痛程度、患儿依从性、康复水平、生活质量及患儿家长满意度展开统计学分析。结果:观察组患儿骨折手术期间,用时及出血量、平均住院时间较对照组呈更低水平($P<0.05$)。两组患儿均在术后1d,测得疼痛分值无显著差异($P>0.05$);术后1个月及3个月时,观察组患儿疼痛分值均低于对照组($P<0.05$)。整个疾病护理期间,观察组依从性水平更高于对照组($P<0.05$)。观察组患儿康复效果总有效率占比更高($P<0.05$)。组间均在施以干预措施前,测得生活质量分值均无显著性差异($P>0.05$);均在施以干预措施后,得出组间分值有所改变,观察组得分占更高水平($P<0.05$)。观察组患儿家长对护理人员满意度更高($P<0.05$)。结论:小儿骨折手术期间,配合规范化流程护理实施围手术期干预,能缩短手术用时,降低术中出血量,提升患儿骨折区域的康复效果,对术后不同时间段的疼痛感受具有缓解作用。

关键词:小儿骨折手术;围手术期护理;规范化流程护理;疼痛;康复效果

前言

骨折会造成患儿多种临床症状的出现,如肢体肿胀、疼痛、畸形等。这患儿行为活动带来限制,还会造成生活质量和身体健康水平的下降,严重时会影响小儿正常发育^[1]。临床上对骨折的治疗,主要依托手术方式进行,但由于患儿对疼痛的耐受程度较差,在治疗过程中极易出现不安、恐惧、躁动等情绪状态,导致依从性相对较差^[2]。若患儿不积极配合临床展开治疗措施,将直接影响治疗效果及预后效果。在围手术期阶段,配合规范化流程护理实施干预,能依据患儿的疾病信息,制定护理干预对策,规范护理流程,使护理效果得到提升^[3]。对此,本研究将探讨规范化流程护理用于小儿骨折手术围术期的应用效果,现将方法与结果汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

抽选出本院2020年1月至2021年12月手术治疗的骨折患儿80例参与研究,均在患儿入科后展开随机分组,对照组与观察组各组抽取40例,手术治疗期间,将常规围手术期护理用于对照组患儿,该组中抽取的患儿性别例数为:男患儿23例、女患儿17例,年龄抽取范围为3-9岁之间,平均 (6.21 ± 1.11) 岁,病程为6-16d,平均 (10.22 ± 2.33) d;骨折类型为:股骨颈骨折12例、股骨干骨折8例、盆骨骨折4例、桡骨骨折10例、胫腓骨骨折6例。观察组患儿施以规范化流程护理,该组中抽取的患儿性别例数为:男患儿22例、女患儿18例,年龄抽取范围为3-10岁之间,平均 (6.34 ± 1.33) 岁,病程为6-15,平均 (10.01 ± 2.25) d;骨折类型为:股骨颈骨折11例、股骨干骨折9例、盆骨骨折6例、桡骨骨折9例、胫腓骨骨折5例。两组患儿基线资料水平均衡可比($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组患儿开展常规围手术期护理:给予患儿常规用药指导、健康教育以及饮食护理等。术后护理时,需协助患儿展开功能锻炼,依据患儿的恢复进度,开展适当的床上活动,引导患儿保持仰卧位,自然伸直小腿,紧贴于床面,然后开展对应性的锻炼。

观察组开展规范化流程护理:(1)术前心理护理:对本次手术的进展和术中注意事项内容与患儿及其家属进行沟通,消除家长的紧张、焦虑情绪,并借助对儿童的心理安抚,提高患儿依从性和对手术治疗的信心。

(2)进入手术室前护理:对患儿的基本情况和临床信息予以充分评估,提前预热手术室,并妥善准备好手术用物。维护好患儿手术期间的无菌手术环境,清点手术器械数目,配合医生展开手术进程,观察术中患儿的体征变化。(3)术中温度控制:将手术室温度调整与 $22\sim 24^{\circ}\text{C}$,避免患儿感冒^[4]。一般骨折患儿需在全麻作用下进行手术,当全身处于放松状态时,会受低体温的影响。因此,需对患儿术中所需使用的液体进行提前预热。

若暴露区域过大,可使用恒温毯维持患儿体温。(4)术后饮食护理:由于小儿患者身体处于生长阶段,在骨折手术后,机体营养大量流失,为促进骨折区域的愈合,可提高营养的补充,以优质蛋白、高钙、高维生素食物为主。(5)疼痛护理:评估患儿疼痛程度,拟定针对性的缓解措施。可借助冰袋,对患肢肿胀区域进行冷敷,提高患儿舒适感。若疼痛耐受程度较差,可遵医嘱给予患儿镇痛药物处理。(6)术后康复锻炼:通过采取游戏的方式与患儿进行互动,提高其对康复锻炼的依从性和积极性^[5]。协同患儿采取康复锻炼措施时,需在餐后半小时进行,需要患儿在锻炼前排空大小便,早期主要进行关节屈曲活动和肌肉收缩运动等。让患儿家属共同参与康复锻炼中,掌握锻炼技巧,便于在出院后给予患儿正确的锻炼指导和监督。

1.3 观察指标

(1)手术指标对比:施以护理干预配合骨折手术,观察两组患儿3项与手术相关指标变化,即手术时间、术中出血量、平均住院时间。(2)不同时间疼痛程度对比:以术后不同时段作为时间观察点,将组间患儿疼痛程度展开对比,即术后1d、术后1个月、术后3个月,以视觉模拟评分表(VAS)用于评估,该评价工具为0-10级疼痛刻度尺,依据疼痛程度选出对应分值,刻度所在位置越高表示疼痛越严重。(3)患儿护理依从性对比:采用Morisky依从性问卷(MMAS-8)展开评估,总分为8分,当所测分值低于6分表示不依从,6-7分表示依从,超过7分为完全依从,将完全依从与依从归纳为总依从率。(4)康复效果比较:护理后,对组间患儿康复效果予以对比,划分为3个等级呈现结果,即显效、有效、无效,单项评价指标所涵盖的意义表示:显效:治疗及护理后,患儿骨折区域明显愈合,且情况良好,功能障碍问题改善,且恢复70%及以上;有效:治疗及干预后患儿检查结果提示,骨折区域较干预前明显好转,疼痛感减弱,相关功能恢复40%及以上;无效:治疗及干预后,患儿骨折区域未愈合,活动障碍明显,与干预前无变化。将显效与有效例数汇总后与患儿总人数之比 $\times 100\%$,计算总有效率。(5)患儿生活质量对比:以实施干预前后作为时间观察点,分别对两组患儿生活质量予以评估,量表选取儿童生活质量指数(DLQI)展开分值评价,满分为0-100分,得分越高则表示患儿生活质量得以改善。(6)患儿家长满意度对比:满意度调查问卷由科室自制,满分为100分,划分为3个评分等级,依次为非常满意(问卷得分90分及以上)、一般满意(问卷得分79-89分以内)、不满意(问卷得分78分及以下),总和前两个等级例数与总患儿家长例数之比 $\times 100\%$,得出总满意度。

1.4 统计学方法

观察指标取SPSS21.0软件行统计分析,计量资料数据以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,行t检验,计数数据以%表示,行 χ^2 检验, $P<0.05$ 为数据间差异存在

显著意义。

2 结果

2.1 手术指标对比

观察组患儿骨折手术期间,用时及出血量、平均住院时间较对照组呈更低水平 (P<0.05)。由表 1 所示。

表 1 手术指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	平均住院时 间 (d)
观察组	40	110.32±23.22	14.44±2.21	8.44±2.45
对照组	40	132.89±21.32	18.45±2.65	10.33±2.54
t	-	4.528	7.350	3.387
P	-	0.000	0.000	0.001

2.2 不同时间疼痛程度对比

两组患儿均在术后 1d,测得疼痛分值无显著差异 (P>0.05);术后 1 个月及 3 个月时,观察组患儿疼痛分值均低于对照组 (P<0.05)。由表 2 所示。

表 2 不同时间疼痛程度对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	术后 1d	术后 1 个月	术后 3 个月
观察组	40	7.33±1.26	2.16±0.25	1.15±0.02
对照组	40	7.29±1.55	5.33±1.26	3.12±0.66
t	-	0.134	15.608	8.869
P	-	0.843	0.000	0.000

2.3 患儿护理依从性对比

整个疾病护理期间,观察组依从性水平更高于对照组 (P<0.05)。由表 3 所示。

表 3 患儿护理依从性对比[n(%)]

组别	例数	完全依从	依从	不依从	总依从率
观察组	40	28(70.00)	11(27.50)	1(2.50)	39(97.50)
对照组	40	18(45.00)	13(32.50)	9(22.50)	31(77.50)
χ^2	-	-	-	-	7.314
P	-	-	-	-	0.007

2.4 康复效果对比

观察组患儿康复效果总有效率占比更高 (P<0.05)。由表 4 所示。

表 4 康复效果对比[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	40	28(70.00)	11(27.50)	1(2.50)	39(97.50)
对照组	40	18(45.00)	14(35.00)	8(20.00)	32(80.00)
χ^2	-	-	-	-	6.136
P	-	-	-	-	0.013

2.5 患儿生活质量对比

组间均在施以干预措施前,测得生活质量分值均无显著性差异 (P>0.05);均在施以干预措施后,得出组间分值有所改变,观察组得分占更高水平 (P<0.05)。由表 5 所示。

表 5 患儿生活质量对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	护理前	护理后
观察组	40	65.78±2.19	92.76±1.15
对照组	40	65.83±2.22	74.16±1.07
t	-	0.101	74.890
P	-	0.920	0.000

2.6 患儿家长满意度对比

观察组患儿家长对护理人员满意度更高 (P<0.05)。由表 6 所示。

表 6 患儿家长满意度对比[n(%)]

组别	例数	非常满意	一般满意	不满意	总满意率
观察组	40	20(50.00)	19(47.50)	1(2.50)	39(97.50)
对照组	40	19(47.50)	11(27.50)	10(25.00)	30(75.00)
χ^2	-	-	-	-	8.538
P	-	-	-	-	0.003

3 讨论

小儿骨折在儿科较为常见,骨折部位一般在四肢^[6]。但小儿患者对疼痛的耐受程度较差,无法开展有效治疗及肢体功能康复锻炼,这对患儿生活质量及预后效果的提升带来限制^[7]。临床主要以手术治疗为骨折的首选方法,患儿术后往往需要开展不同程度的肢体功能锻炼,促进肢体的康复。但在康复过程中,会伴随明显的疼痛感受,绝大程度上降低了患儿依从性。

开展规范化流程护理,用于小儿骨折患者围手术期,能通过开展术前心理护理,让患儿充分放松身心,能采取积极的态度配合医生开展手术治疗^[8]。并缓解患儿家长的紧张、焦虑感,提高对医护人员的信任,能使手术进展较为顺利。术中护理时,护理人员不仅需细心照顾患儿,还要观察其临床指针的变化,配合医生开展各项工作^[9]。把控好患儿术中体温,避免出现相关并发症,影响手术治疗效果。而术后护理作为护理重心,需以缩短患儿骨折愈合时间、缓解骨折区域疼痛为目的。依据患儿的疼痛程度,制定缓解办法,缩短与患儿之间的距离,取得患儿的积极配合。

开展功能锻炼时,需配合饮食护理,强化患儿体质和免疫功能,为骨折端的愈合创建良好的条件。采取冷敷、镇痛药物等方式降低其疼痛感受。让患儿在尽量舒适的状态下配合锻炼,加速骨折端的尽快愈合^[10]。通过上述研究得出结论,将规范化流程护理用于观察组患儿围手术期,该组患儿手术时间较短、术中出血量较少、平均住院时间短于对照组,术后不同时间段的疼痛较对照组呈更低水平。患儿护理期间的依从性水平及康复效果更具优势,患儿生活质量得以提升后,使得患儿家长对护理人员的满意度有所改善,突出显示了规范化流程护理应用的有效性。

综上所述,小儿骨折手术期间,配合规范化流程护理实施围手术期干预,能缩短手术用时,降低术中出血量,提升患儿骨折区域的康复效果,对术后不同时间段的疼痛感受具有缓解作用。

参考文献:

[1]李世义.规范化流程护理在小儿骨折手术围术期的应用效果分析[J].黑龙江中医药,2021,50(06): 333-334.

[2]郑娟.舒适护理应用于小儿骨折术后功能锻炼中促进关节功能恢复和提升护理满意度的效果研究[J].中外医疗,2021,40(23): 133-135+139.

[3]张晓华,陈丽,刘亭亭,等.规范化流程护理在小儿骨折手术围术期的应用效果观察[J].首都食品与医药,2019,26(05): 106.

[4]王静.探讨规范化流程护理在小儿骨折手术围术期的临床效果[J].中国伤残医学,2022,30(3): 2.

[5]张荣丽,侯丽媛,闫承勇.围术期规范化流程护理对儿童骨折术后疼痛及康复的影响[J].实用临床医药杂志,2018,22(6): 4.

[6]孙向阳.围术期规范化流程护理对儿童骨折术后疼痛康复的影响分析[J].中国医药指南,2020,18(3): 2.

[7]徐燕.小儿骨折手术围术期护理干预的临床效果[J].健康之友,2019,7(24): 214.

[8]赵明佳,谢妍,柏丹.小儿骨折手术围术期护理干预的效果分析[J].大家健康(中旬版),2016,15(3): 7.

[9]卢倩.小儿骨折手术围术期应用规范化流程护理的效果观察[J].中国伤残医学,2022,30(5): 2.

[10]唐雪勤,黄素珍.舒适护理在小儿骨折围术期的实施[J].吉林医学,2015,36(16): 2.

作者简介:史文静,1984-11,女,汉族,本科。

通讯作者:高巧妮。

研究经鼻高流量加温湿化吸氧治疗在慢性阻塞性肺病合并呼吸衰竭患者中的护理效果

宋婷玉

南通市第一人民医院 江苏南通 226000

摘要:目的: 对应用经鼻高流量加温湿化吸氧治疗的慢性阻塞性肺病合并呼吸衰竭患者治疗中期间应用临床护理干预对于治疗效果的影响进行研究与探讨。方法: 选取 50 例于 2021 年 1 月至 2021 年 12 月一年间收治的慢性阻塞性肺病合并呼吸衰竭患者, 将 50 例患者按照随机数字表法进行分组, 分为观察组与对照组, 各 25 例。两组患者治疗期间均应用经鼻高流量加温湿化吸氧, 治疗期间给予对照组患者常规护理, 给予观察组优质护理。通过比较两组患者护理后三天的血气指标变化、心率变化、血氧饱和度变化以及治疗期间不良反应发生率来分析相关护理效果。结果: 患者护理后第 1、2、3 天血气指标变化比较中, 第 1 天患者血气指数比较无意义 ($P>0.05$), 第 2 天和第 3 天, 观察组血气指数趋于正常, 二者组间比较显示观察组优于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 比较第 1、2、3 天心率变化, 第 1 天两组比较无意义 ($P>0.05$), 第 2 天和第 3 天, 观察组心率显示趋于正常, 二者组间比较显示观察组优于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 比较第 1、2、3 天血氧饱和度变化, 第 1 天两组患者均显示异常, 组间比较无意义 ($P>0.05$), 第 2 天和第 3 天, 观察组患者趋于正常, 且优于对照组, 二者比较有统计学意义 ($P<0.05$); 比较治疗期间鼻出血、温湿度不适、鼻干燥等不良不良反应发生率, 观察组 1 例 (4.00%), 对照组 6 例 (24.00%), 二者组间比较结果显示为 ($P<0.05$)。结论: 患者在接受经鼻高流量加温湿化吸氧治疗期间给予患者优质的护理干预, 可以促使患者血气、心率、血氧饱和度快速恢复正常, 同时还减少治疗期间不良反应发生率, 具有较高的临床推广价值。

关键词: 慢性阻塞性肺病; 呼吸衰竭; 经鼻高流量加温湿化吸氧治疗; 护理效果

慢性阻塞性肺病为呼吸道常见的疾病, 会造成呼吸功能损伤, 呼吸道的障碍, 经常与慢性支气管炎有关^[1]。大多数是因为细菌或病毒感染所引起的, 另外吸烟或空气污染也会对肺造成严重损伤, 许多患者均经过一段漫长的时期方能形成该疾病。患病后患者会出现咳嗽、咳痰、呼吸困难、气短、胸闷、喘息、疲乏、焦虑等多种症状, 随着疾病的进展, 患者还会出现呼吸衰竭, 进而危及生命^[2]。经鼻高流量加温湿化吸氧治疗也被称为高流量氧疗, 是指通过给鼻气道提供高流量、精确氧浓度以及加温湿化的空气混合体, 为慢性阻塞性肺病合并呼吸衰竭患者进行有效的呼吸治疗方式, 可以快速改善患者氧合水平, 保持气道粘液纤毛的正常运转^[3]。该治疗方法是近年来临床常用治疗手段之一, 但在实际治疗过程中患者会出现鼻出血、温湿度不适、鼻干燥等不良反应以及其他异常情况, 需要给予精心的护理^[4]。基于此, 本研究将以 2021 年 1 月至 2021 年 12 月收治的 50 例患者为例, 通过分组护理的方式从中总结优质的护理干预对于临床治疗的影响, 具体内容如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 50 例于 2021 年 1 月至 2021 年 12 月一年间收治的慢性阻塞性肺病合并呼吸衰竭患者, 将 50 例患者按照随机数字表法进行分组, 分为观察组与对照组, 各 25 例。观察组男性患者和女性患者比例为 15/10, 年龄在 58~76 岁之间, 平均年龄为 (67.13±2.06) 岁; 对照组男性患者和女性患者比例为 14/11, 年龄在 55~77 岁之间, 平均年龄为 (66.53±2.27) 岁。通过比较两组患者基础资料显示结果无意义 ($P>0.05$), 可以进行比较。研究开始前已告知患者及其家属本次研究的目的和方法, 研究开始前均已签订相关同意书。

纳入标准: ①符合慢性阻塞性肺病诊治指南中的诊断标准者; ②血气分析检查提示动脉血氧分压 <60 mmHg, 二氧化碳分压 ≥ 50 mmHg 者; ③患者及其家属对本研究知情同意并自愿签署知情同意书。

排除标准: ①合并恶性肿瘤或心、肝、肾等脏器功能不全者; ②存在气胸及活动性肺结核等肺部病变者; ③呼吸微弱、无自主呼吸需立即行有创通气治疗者; ④气道阻塞或存在误吸风险者; ⑤存在认知及沟通障碍者; ⑥精神及智力障碍者。

1.2 护理措施

两组患者均采用经鼻高流量加温湿化吸氧治疗, 具体方法为: 根据患者的实际情况选择合适的鼻塞, 每天吸氧时间保持在 5 小时以上, 温度设定为 37℃, 氧气浓度设置为 30ml/min, 湿度设置为 100%, 氧流量根据患

者病情通常设置为 1~3L/min, 输出氧浓度控制在 28%~30%之间, 期间温度和湿度应根据患者的实际耐受程度进行随时调整。

治疗期间对照组患者给予常规护理, 其中包括用药指导、生活护理等干预措施, 观察组患者在此基础上给予优质护理干预, 具体内容如下:

①健康宣教

慢性阻塞性肺病合并呼吸衰竭患者发病期间会存在呼吸困难、乏力、咳嗽咳痰等症状, 由于其对于疾病相关知识不够了解, 发病后无法正确对待, 进而导致其在治疗过程中不能够积极配合医护人员完成相关治疗于护理。因此, 给予患者健康宣教护理来提高其认知程度, 进而改善患者的依从性。首先, 向患者口头讲解疾病形成的原因、流行病学统计数据、临床常用治疗方法、自我护理方法以及治疗过程中需要注意的问题等内容, 以此来提高患者的认知, 促使其建立良好的健康观念, 在治疗期间积极配合医护人员。其次, 将与疾病有关的知识制作成健康宣教手册以及宣教视频, 将其发送至患者手中, 便于治疗期间患者随时进行学习与观看, 进而准确掌握与疾病有关的所有知识。

②心理护理

大多患者在发病后会呈现出严重的紧张、恐惧、焦虑等不良心理, 影响治疗的顺利进行。对此, 护理期间积极与患者进行沟通, 详细了解患者不良心理形成的原因并根据其实际情况给予针对性的心理疏导。首先, 对于因疾病进展而出现不良心理的患者, 对其遭遇表示同情于认可, 同时沟通过程中为患者介绍当前我国针对该疾病治疗的先进水平, 引导其以平和的心态面对疾病并积极配合医护人员完成治疗与护理。其次, 针对患者因疾病迁延不愈、经济负担重等原因引起的不良心理, 可向患者介绍当前我国的医保政策, 并在能力范围内为患者制定较为经济的治疗方案, 在力所能及的情况下给予患者最大的帮助, 以此来缓解患者的心理负担。除此之外, 向患者讲解成功治愈的案例, 通过案例分享的方式促使患者建立良好的治疗信心。

③加强监测和巡视

首先, 患者在治疗过程中加强监测血气、血氧、心率等变化情况, 若出现异常或吸氧治疗后患者上述指标仍呈现异常需要及时上报主治医生调整治疗方案。其次, 治疗过程中加强巡视, 注意询问患者当前的感受以及注意观察关注吸氧过程中鼻干燥情况, 以及是否存在鼻出血风险, 若患者表示温度或湿度不耐受, 需要给予及时调整, 以保证患者治疗过程中的舒适度。

1.3 观察指标

患者实施护理后第1、2、3天监测血气、心率、血氧饱和度等指数变化情况做好详细记录并进行比较。另外，护理期间详细记录两组患者鼻出血、温湿度不适、鼻干燥等不良反应发生情况进行比较^[5]。

1.4 统计学分析

本研究中产生的所有数据均采用 SPSS20.0 软件进行统计和分析，其中应用的计算器包括 χ^2 和 t，当组间比较结果为 ($P<0.05$) 时，表示差异有统计学意义。

表 1 患者血气指数变化情况比较 (mmHg)

组别	例数	第 1 天		第 2 天		第 3 天	
		氧分压	二氧化碳分压	氧分压	二氧化碳分压	氧分压	二氧化碳分压
观察组	25	53.16±3.02	54.29±3.51	60.28±4.31	47.46±2.83	68.48±5.71	40.62±2.81
对照组	25	53.76±3.01	53.36±3.55	56.92±4.28	50.85±3.41	61.35±5.21	46.77±3.19
t		0.704	0.931	3.000	3.825	4.612	7.233
P		0.485	0.356	0.007	0.000	0.000	0.000

2.2 比较两组患者心率变化情况

比较第1、2、3天心率变化，第1天两组比较无意义 ($P>0.05$)，第2天和第3天，观察组心率显示趋于正常，二者组间比较显示观察组优于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表2。

表 2 两组患者心率变化情况比较 (次/分)

组别	例数	第 1 天	第 2 天	第 3 天
观察组	25	127.74±10.34	98.34±6.51	85.77±4.31
对照组	25	126.89±10.31	103.15±5.04	89.43±4.93
t		0.291	2.921	2.795
P		0.772	0.005	0.007

2.3 比较两组患者血氧饱和度变化情况

比较第1、2、3天血氧饱和度变化，第1天两组患者均显示异常，组间比较无意义 ($P>0.05$)，第2天和第3天，观察组患者趋于正常，且优于对照组，二者比较有统计学意义 ($P<0.05$)，见表3。

表 3 两组患者血样饱和度变化情况比较 (%)

组别	例数	第 1 天	第 2 天	第 3 天
观察组	25	79.39±6.54	89.54±6.35	96.71±3.17
对照组	25	79.31±6.73	85.16±6.04	93.55±3.64
t		0.043	2.500	3.273
P		0.966	0.016	0.002

2.4 比较两组患者不良反应发生率

比较治疗期间鼻出血、温湿度不适、鼻干燥等不良反应发生率，观察组 1 例 (4.00%)，对照组 6 例 (24.00%)，二者组间比较结果显示为 ($P<0.05$)，见表4。

表 4 两组患者不良反应发生率比较 (%)

组别	例数	鼻出血	温湿度不适	鼻干燥	不良反应发生率
观察组	25	0	0	1	1 (4.00%)
对照组	25	1	1	4	6 (24.00%)
χ^2					4.153
P					0.042

3 讨论

慢性阻塞性肺疾病是一种不可逆的气流受限为特点的疾病，患者会出现长期反复的咳嗽，病情还会逐渐加重^[6]，特别是在早晨起来时咳嗽较重。而对于早期慢性阻塞性肺病的治疗方式，通常可以通过药物进行治疗，期间患者需要戒烟，注意休息，清淡饮食^[7]。但随着疾病的进展，患者一旦合并呼吸衰竭则需要给予吸氧治疗，否则会危及患者生命安全^[8]。经鼻高流量加温湿化吸氧治疗是一项呼吸支持治疗新技术，该治疗方式可以根据患者的实际情况来设定吸氧浓度、温度和湿度，具有较好的舒适性^[9]。治疗期间辅以优质护理，对于加速患者康复进程、降低相关不良反应发生率发挥着重要的意义^[10]。

2 结果

2.1 比较两组患者血气指数变化情况

患者护理后第1、2、3天血气指标变化比较中，第1天患者血气指数比较无意义 ($P>0.05$)，第2天和第3天，观察组血气指数趋于正常，二者组间比较显示观察组优于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表1。

研究结果显示，患者护理后第1、2、3天血气指标变化、心率变化、血氧饱和度变化比较中，第1天患者各项指标水平比较无意义 ($P>0.05$)，第2天和第3天，观察组各项指标趋于正常，二者组间比较显示观察组优于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。患者治疗过程中积极与其进行沟通，了解患者对于疾病的认知以及当前的心理状态，通过给予健康宣教以及心理疏导，促使其积极配合医护人员完成治疗与护理干预，进而快速缓解疾病症状，缩短治疗周期。

研究结果显示，比较治疗期间鼻出血、温湿度不适、鼻干燥等不良反应发生率，观察组 1 例 (4.00%)，对照组 6 例 (24.00%)，二者组间比较结果显示为 ($P<0.05$)。护理期间通过加强监测与巡视来及时发现治疗过程中患者的异常情况，并针对实际情况给予及时调整，以此来避免相关不良反应的发生。

综上所述，患者在接受经鼻高流量加温湿化吸氧治疗期间给予患者优质的护理干预，可以促使患者血气、心率、血氧饱和度快速恢复正常，同时还能够减少治疗期间不良反应发生率，具有较高的临床推广价值。

参考文献:

[1]远青利. 经鼻高流量加温湿化吸氧治疗在慢性阻塞性肺病合并呼吸衰竭患者中应用的疗效观察[J]. 新疆医科大学学报, 2018, 41(5): 556-559,564.

[2]李荣, 穆清华. 经鼻高流量加温湿化吸氧治疗 COPD 合并呼吸衰竭的临床效果观察[J]. 医药前沿, 2021, 11(31): 46-47.

[3]赵智东, 付会文, 崔利锋, 等. 经鼻高流量加温湿化吸氧治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重合并呼吸衰竭的临床效果[J]. 检验医学与临床, 2019, 16(15): 2196-2199.

[4]陈龙, 张丹嗣, 刘丹舟. 经鼻高流量湿化氧疗对慢性阻塞性肺疾病合并II型呼吸衰竭患者血气分析指标及平均动脉压的影响[J]. 临床和实验医学杂志, 2020, 19(21): 2295-2299.

[5]刘景刚, 杨圣强, 袁继印, 等. 经鼻高流量氧疗序贯治疗慢性阻塞性肺疾病机械通气患者的临床研究[J]. 中华急诊医学杂志, 2019, 28(4): 459-462.

[6]张艳喜, 尚龙梅, 芮晓艳. 经鼻高流量湿化氧疗及鼻导管氧疗治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期合并II型呼吸衰竭患者的效果[J]. 中国医药导报, 2022, 19(7): 112-115.

[7]李霞, 魏青梅, 陈建峰. 经鼻高流量氧湿化疗法在慢性阻塞性肺疾病呼吸衰竭患者中的应用分析[J]. 河北医学, 2022, 28(1): 117-122.

[8]喻正浩, 张瑞, 黄卉, 等. 经鼻高流量湿化氧疗应用于慢性阻塞性肺疾病合并2型呼吸衰竭患者气管插管拔管后的疗效和安全性: 随机对照研究[J]. 第二军医大学学报, 2019, 40(9): 989-994.

[9]俞光胜, 蔡博. 经鼻高流量吸氧治疗慢性阻塞性肺疾病合并II型呼吸衰竭的临床效果观察[J]. 医药前沿, 2021, 11(31): 84-85.

[10]李玉玺. 经鼻高流量加温湿化吸氧辅助治疗 AECOPD 合并呼吸衰竭患者的疗效评价[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21(21): 16-17.

护理干预在呼吸内科重症患者护理中的应用效果分析

孙路遥

南通市第一人民医院 江苏南通 226000

摘要：目的：分析呼吸内科中针对重症患者采用护理干预的应用效果。方法：从我院呼吸内科 2021 年 4 月至 2022 年 3 月收治的重症患者中选取 50 例作为研究对象，按照随机数字原则将其分为对照组与实验组，每组 25 例。对照组采取常规护理方式，实验组在常规护理方式基础上增加综合护理干预模式，即对患者进行全面、系统护理，分析比较两组患者护理前后的 SAS、SDS 评分，pH 值、呼吸频率、心率变化、血氧分压（PaO₂）、血二氧化碳分压（PaCO₂）各项指标水平以及护理满意度。结果：根据相关数据显示，两组患者在护理前后 SAS 和 SDS 都有较大的改变，但实验组的评分情况优于对照组，差异显著（P<0.05）有统计学意义；实验组患者在护理后 pH 值、PaO₂、PaCO₂、呼吸频率、心率各项指标水平相对于对照组患者而言更接近正常值，组间差异显著（P<0.05）有统计学意义；实验组护理满意度为 96%，对照组护理满意度为 72%，组间比较，实验组护理满意度更高，差异（P<0.05）有统计学意义。结论：采用综合护理干预方式，更有利于提升呼吸内科重症患者的治疗效果，能够有效缩短住院时间，帮助患者早日恢复健康，值得在临床上广泛推广。

关键词：护理干预；呼吸内科；重症患者；应用效果

有研究表明，是一种临床上高发性、多发性呼吸系统疾病，该病症具有复发率高、病程长等特征，发病部位主要集中在胸腔、气管、肺部等器官组织内^[1]。呼吸内科重症患者的临床表现多为呼吸困难、精神状态低迷、血氧饱和度下降等。且随病情进展，甚至会引起呼吸衰竭症状，对患者生命安全造成严重威胁^[2]。为了改善呼吸内科重症患者的临床症状，在院治疗过程中处给予对症、有效治疗外，辅以合理、全面护理干预措施，是加速患者病情恢复的关键。鉴于此，本文以呼吸内科 50 例重症患者为对象，旨在探究综合护理干预在改善其负性情绪与临床症状表现中的应用价值。汇报内容如下：

1. 资料与方法

1.1 一般资料

从我院呼吸内科 2021 年 4 月至 2022 年 3 月收治的重症患者中选取 50 例作为研究对象，将其随机分为对照组与实验组，每组 25 例。对照组：男性 14 例，女性 11 例；年龄在 29 岁到 78 岁之间，平均年龄为（53.14±1.23）岁，重症肺炎 6 例，重症支气管炎 11 例，重症慢性阻塞性肺疾病 3 例，支气管扩展 5 例。实验组：男性 9 例，女性 16 例；年龄在 25 到 83 岁之间，平均年龄为（54.17±1.41）岁，重症肺炎 4 例，重症支气管炎 9 例，重症慢性阻塞性肺疾病 5 例，支气管扩展 7 例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义（P>0.05），具有可比性。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组

为对照组患者采用常规护理方式，内容如下：①分析患者病情，观察患者意识及生命体征变化、血氧饱和度，必要时监测血气分析，观察痰液的颜色、量、气味、病人的喘息情况；②保持呼吸道通畅，痰多不易咳出者指导有效咳嗽、雾化吸入、翻身叩背，必要时行体位引流；③保持室内空气清新、通风良好，温湿度适宜；④喘息者给予半坐卧位。

1.2.2 实验组

在对照组基础上，为实验组患者实施综合护理干预，内容如下：

①给药护理

在院治疗期间，除静脉给药外，还需口服药物、雾化药物等辅助治疗，因此，护理人员需做好药物护理工作，不仅要给药剂量的、用药方法进行严格把控，还需通过聊天方式，掌握患者自主用药情况，避免出现漏服、少服或多服等情况，防止患者由于用药偏差影响治疗效果，加重病情，同时告知患者谨慎用药及遵医嘱用药的重要性。

②心理护理

呼吸内科重症患者多存在病情迁延不愈、反复发作等现象，在长期病痛折磨下，患者或多或少存在一定负性情绪。如果患者始终处于焦虑、紧张情绪状态下，会降低患者护理配合度，对治疗与护理工作实施造成不理

影响。这就需要护理人员针对患者心理状态、负面情绪产生原因及接受能力等情况，并及时予以针对性心理疏导，如语言鼓励、指导正确宣泄不良情绪等，安抚患者心绪，告知其积极配合治疗与护理的重要性，并对患者存在的疑问予以耐心倾听和详细解答，减少其焦虑、紧张等不良情绪，为其讲述成功治疗案例，帮助其树立战胜疾病的信心。同时，有意识积极与患者沟通，建立良好互换关系，为提高患者护理满意度奠定良好基础。

③环境护理

呼吸内科重症患者多表现为呼吸系统症状，注重保持病房环境清洁、空气新鲜尤为重要，以防空气中灰尘进入患者呼吸道，引起呼吸不畅，加重病情。首先，护理人员应加强病房环境清洁、定时开窗通风，保持环境舒适。其次，每日定时进行病房消毒、定期更换创伤用品；再次，如果患者行动不便，护理人员可将患者安排在视野宽阔的病房内，确保房间光线充足，让其在病房内能够沐浴阳光、欣赏户外风景，有利于保持患者心情舒畅；最后，合理包房病房内物品，为患者加设床栏，保持地面干燥，为患者提供安全的就医环境，以防给患者造成二次伤害。

④气道管理

在呼吸内科重症患者临床护理中，应做好气道管理工作，当患者出现突发性呼吸困难难症时，护理人员能够准确评估患者问题、分析危险因素，并及时做出应对判断、采取干预措施。尤其夜间，护理人员应加强巡视，定时帮助患者翻身，保持舒适体位，并定时进行叩背操作，帮助痰液排出，保持呼吸道通畅，如有必要，可为患者进行吸痰处理。针对患者呼吸困难症状，需及时报告医生处理，并配合给予吸氧干预；针对气管插管患者，可按需给予起到通气处理，定期进行导管清洁、消毒，以防导管堵塞，增加感染风险。

⑤饮食护理

呼吸内科重症患者因受呼吸系统症状影响，多存在食欲不振现象，易出现营养不良症状，加之病情较重，机体损耗大，患者多体质虚弱，因此，需加强饮食护理，确保营养摄入均衡。在护理过程中，可指导患者多食用高蛋白、高维生素类食物，遵循清淡、易消化、少食多餐原则，同时指导患者进行适当运行，促进消化，必要时可予患者腹部按摩，促进胃肠蠕动，增加食欲。

⑥氧疗护理

多数呼吸内科重症患者需要配合吸氧治疗，从而保证患者呼吸顺畅，维持身体机能正常运行，因此，护理人员应该做好患者氧疗护理工作，如果患者症状表现较重，可能需要持续性吸氧，护理人员应该随时观察患者的吸氧情况，另外，对于个别不适应佩戴吸氧面罩的患者，护理人员可给予耐心解释，促使患者配合治疗，并询问患者的感受，帮助其挑选合适、舒适的面罩，并做好面罩消毒工作。

⑦健康教育

呼吸内科重症患者因病情影响,舒适度较低,治疗与护理依从性较低,护理人员可采用适当语言和方式为患者及其家属进行健康教育,提高患者及家属的重视程度与防范意识,对环境卫生、适当运动与保暖有正确认识,以防呼吸系统感染,加重病情。

1.3 观察指标

1.3.1 焦虑评分

采用焦虑自评量表(SAS)对两组患者护理前后焦虑程度进行评估,该量表共20条目,共80分,分值与焦虑情绪负相关,无焦虑征象计小于50分,轻度焦虑计50-59分,中度焦虑计60-69分,重度焦虑计69分以上。

1.3.2 抑郁评分

采用抑郁自评量表(SDS)对两组患者护理前后抑郁程度进行评估,该量表共20条目,共80分,分值与抑郁情绪负相关,无抑郁症状计小于53分,轻度抑郁计53-62分,中度抑郁计63-72分,重度抑郁计大于73分^[3]。

1.3.3 pH值、PaO₂、PaCO₂、呼吸频率、心率水平

汇总两组患者pH值、PaO₂、PaCO₂、呼吸频率、心率等检查数据,并计算平均值,便于比较。

1.3.4 护理满意度

采用问卷调查形式,汇总两组患者满意度评分,满分100分,<60分为不满意,61-80分为满意,81-100分为非常满意。

1.4 统计学方法

表2 两组患者pH值、PaO₂、PaCO₂、呼吸频率、心率水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	pH值	PaO ₂ (mmHg)	PaCO ₂ (mmHg)	呼吸频率(次/min)	心率(次/min)
实验组	25	7.32±0.21	95.13±4.33	75.18±2.31	25.01±2.59	93.25±4.46
对照组	25	7.20±0.19	91.24±4.71	77.43±2.45	27.58±2.84	96.45±4.51
t		2.119	3.040	3.341	3.343	2.523
P		0.039	0.004	0.002	0.000	0.015

2.3 比较两组患者护理满意度

根据调查两组患者家属的护理满意度可知,实验组护理满意度为96%,对照组护理满意度为72%,组间比较,实验组护理满意度更高,差异显著(P<0.05)有统计学意义。如表4所示:

表3 两组患者护理满意度比较(n%)

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
实验组	25	21(84%)	3(12%)	1(4%)	24(96%)
对照组	25	11(44%)	7(28%)	7(28%)	18(72%)
χ^2					5.357
P					0.020

3. 讨论

近年来,随我国社会经济快速发展,工业不断发展,因此导致的大气污染及吸烟、理化因子、生物因子吸入等因素,导致呼吸系统疾病发病率逐年上升。呼吸系统疾病严重危害着国民生命健康,受到社会各界关注^[4]。

呼吸内科重症患者多合并慢性呼吸系统疾病,治疗时间长,且病情易反复,随病情持续进展,伴有各种并发症,降低患者生活质量,威胁生命安全。因此,在护理过程中护理人员在对症护理之外,还应针对患者实际情况采取有效干预措施,提高患者舒适度,改善其负性情绪,促使患者积极配合护理与治疗工作开展^[5]。

传统护理模式过于注重遵医嘱行为,护理人员自主性、积极性较差。而综合护理干预模式,严格落实护理制度要求,立足于患者身心需求,采取全面、系统的针对性护理干预,为患者提供优质的护理服务,对于改善患者治疗舒适度与依从性有积极影响^[6]。因此,护理人员着眼于提高自身护理能力,树立岗位责任心,做好本职工作,做好呼吸内科重症患者的综合护理工作,从心理护理、饮食护理、药物护理、呼吸道护理、健康教育等

由SPSS21.0软件统计处理,以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,组间比较利用t检验,以百分数(n%)表示计数资料,采用 χ^2 检验,P<0.05说明差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 比较两组患者护理前后SAS与SDS评分

根据相关数据显示,两组患者在护理前后SAS和SDS都有较大的改变,但实验组的评分情况优于对照组,差异(P<0.05)有统计学意义。如表1所示:

表1 比较两组患者护理前后SAS和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
实验组	25	59.65±5.98	37.58±3.47	60.77±6.14	35.62±3.10
对照组	25	60.65±6.17	47.36±4.28	61.82±6.21	42.35±4.91
t		0.582	8.875	0.601	5.795
P		0.563	0.000	0.551	0.000

2.2 比较两组患者pH值、PaO₂、PaCO₂、呼吸频率、心率水平

根据两组数据显示,实验组患者在护理后pH值、PaO₂、PaCO₂、呼吸频率、心率各项指标相对于对照组患者各项指标来说更接近正常水平,差异显著(P<0.05)有统计学意义。如表2所示:

方面,让患者保持良好的心情,合理摄入营养,保证患者呼吸顺畅。此外,健康教育有助于提高患者及家属的自我防范意识与护理意识,对于提升患者护理与治疗积极性有促进作用,从而有助于全面提升护理质量与护理效果。本研究结果显示,与对照组相比,实验组患者护理后SAS、SDS更低,pH值、PaO₂、PaCO₂、呼吸频率、心率各项指标水平更接近正常值,护理满意度更高,且差异(P<0.05)均有统计学意义。该结果表明,综合护理方式有利于提高呼吸内科重症患者的护理效果。尤其是针对长期受病痛折磨,内心煎熬,又担心增加家庭经济负担,治疗配合度较差患者,护理人员通过有效的心理疏导与健康教育,帮助患者解决内心疑虑,有利于改善患者负性情绪,促使其积极配合治疗。

综上所述,采用综合护理干预方式,更有利于提升呼吸内科重症患者的治疗效果,能够有效缩短住院时间,帮助患者早日恢复健康,具有较高临床应用于推广价值。

参考文献:

- [1]李雪玲.整体护理干预在医院呼吸内科重症患者中的应用及效果分析[J].河北医药,2018,(8):1263-1264.
- [2]王静.人性化优质护理干预在重症监护呼吸衰竭患者护理中的应用效果评价[J].山西医药杂志,2019,48(24):3125-3126.
- [3]罗树章,罗日凤,周兰英,等.综合护理干预在呼吸内科重症患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2018,21(11):83-84.
- [4]郭薇,孟繁芝.护理干预在呼吸内科重症患者中的应用效果分析[J].中国医药指南,2018,14(18):266-267.
- [5]丁蓓.护理干预在呼吸内科护理中重症患者中的应用效果分析[J].饮食保健,2018,5(17):105-106.
- [6]胡九红.探讨护理风险管理在呼吸科危重症患者护理中的应用与效果[J].中国全科医学,2018,21(1):399-401.

初产妇行分娩球+自由体位护理的效果及对分娩控制感、妊娠结局的影响

王芳

陕西省商洛市商州区妇幼保健计划生育服务中心 妇产科 陕西商洛 726000

摘要:目的:探究分娩球配合自由体位护理应用于初产妇当中对于分娩控制感以及妊娠结局的影响。方法:选取2018年1月~2020年1月这期间本院收治的自然分娩的初产妇50例,将其平均分配为对照组与试验组,各25例,对照组采用传统卧位或半卧位,试验组采用分娩球配合自由体位护理,对比两组干预后临床指标、并发症发生率、疼痛情况、妊娠结局和分娩控制感。结果:试验组临床指标均优于对照组,具有统计学差异($P<0.05$)。试验组并发症发生率与疼痛情况明显低于对照组($P<0.05$)。对比两组妊娠结局,试验组更高($P<0.05$),两组均无死亡率。分析两组分娩控制感,试验组更好,两者差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论:在临床上对于自然分娩初产妇应用分娩球配合自由体位护理效果更好,可以明显提升产妇的分娩控制感,改善妊娠结局,并且并发症发生率更低,具有较高的临床应用价值。

关键词:分娩球;自由体位护理;分娩控制感;初产妇;妊娠结局

产妇是指在分娩期以及产褥期的妇女,主要可分为初产妇和经产妇两种,初产妇是指第一次生产,并且没有在怀孕达到28周流产过的女性,她们不止在身体上具有一定差别,在分娩经验上也相对于更加欠缺,在怀孕期间更容易出现精神紧张的情况,并且对于怀孕期间需要注意的事项也缺乏了解,会直接影响到产妇的精神状态与身体情况,导致分娩过程危险系数增加,在分娩期间产妇所受到的生理与心理压力加倍,分娩控制感较差,使得产程极有可能因此而延长,疼痛加剧,增加了母婴妊娠风险,极易影响到妊娠结局。临床对于自然分娩的初产妇通常选择传统卧位或半卧位方式,根据以往临床数据显示,这种助产方式会限制骨盆可塑性,增加胎儿下降阻力,不仅会使得产妇不适感与疼痛情况上升,还有可能会损伤产妇产后或胎儿,增加并发症发生几率,对母婴预后产生负面影响,接受度较低。随着医疗行业不断进步,研究显示,在第一产程应用自由体位,在缩短产程时间的同时还可以降低母婴风险,改善分娩控制感,分娩球可以让产妇能够灵活变换体位,有助于分娩。接下来,本文将就分娩球配合自由体位护理与传统卧位或半卧位不同的试验效果做出对比研究:

1 资料与方法

1.1 一般资料

从2018年1月~2020年1月期间本院自然分娩的初产妇50例作为试验样本,平均分为试验组与对照组,对照组25例,年龄23~32岁,平均年龄(27.50 ± 1.50)岁,其中大专学历10例,本科学历10例,高中学历3例,研究生学历2例,体重50~63kg,平均体重(56.50 ± 2.17)kg;试验组47例,年龄24~31岁,平均年龄(27.50 ± 1.17)岁,其中大专学历11例,本科学历9例,高中学历2例,研究生学历3例,体重51~62kg,平均体重(56.50 ± 1.83)kg。两组产妇一般资料对比相对均衡,无统计学意义($P>0.05$)。

纳入标准:①产妇及其家属对于试验知情并同意。②产妇经影像学、体格检查以及试验室检查等判断为自然分娩的初产妇,符合自然分娩特征。③产妇可以顺利配合试验,配合度符合试验标准。排除标准:①产妇存在全身传染性疾病。②产妇与家属配合度不符合试验标准。③明显头盆不称。④严重心肺功能不全者。⑤胎位异常者,出现横位、复合先露等情况。⑥高龄初产妇。⑥胎膜未破。本试验已通过医学伦理委员会批准同意。

1.2 方法

对照组:给予传统卧位或半卧位:由医疗人员检查宫口,在开到3cm后送到产房当中,保证产妇在分娩期间处于膀胱截石位,指导产妇采取胸式呼吸,向下屏住呼吸提升腹压,促进分娩,分娩后,对分娩出的胎儿剪断脐带,常规检查。

试验组:给予分娩球配合自由体位护理:根据产妇的具体情况以及个人选择可以采取多种体位,主要包含着:(1)坐位:产妇坐在分娩球上,用双手抓住周边扶手,双脚放置于支架,随后进行前后左右或上下运动。

(2)站位:产妇选择背靠着墙,站立,双手抓紧支架。(3)跪位:产妇跪在软垫上,身体向前方微微倾斜,双手置于分娩球上,头部抵着球体,

进行前后左右晃动。(4)趴位:分娩球放在产床上,协助产妇上身趴在球体上,使其运动腰部进行晃动。胎儿娩出后,剪断脐带,进行常规检查。

试验期间对于产妇与胎儿的生命体征进行严密监测,如若出现异常情况,应当及时给予对应处理措施,保障母婴生命安全。

1.3 观察指标

(1)将两组产妇临床指标进行统计进行对比:采用阿普加(Apgar)评分对新生儿进行评估,主要包括脉搏、外貌、肌张力、呼吸等,评分范围在1~10分,越接近满分说明患儿情况越好。

(2)疼痛情况对比:依据VAS量表让产妇进行打分评估当前疼痛情况,满分为10分,越接近满分说明疼痛越重。

(3)两组产妇并发症发生率进行对比。主要并发症发生率为:产后出血、头颅血肿、产伤、皮下血肿、新生儿窒息。

(4)对比两组妊娠结局:剖宫产、产钳助产。

(5)对比两组分娩控制感:采用分娩控制量表(LAS)进行评估,该量表共包括29个条目,评分29~203分,分娩控制感与分数呈正相关。

1.4 统计学方法

采用SPSS28.0统计学软件实行数值统计处理,($\bar{x} \pm s$)作为计量资料表示,使用t检验,计数资料用[n(%)]来表示,进行 χ^2 检验, $P<0.05$ 证明具有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组临床指标

试验组均优于对照组,具有统计学意义($P<0.05$)。详情见表1。

表1 两组临床指标对比($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	Apgar 评分 (分)	第一产程 (min)	第二产程 (min)	第三产程 (min)
对照组	25	7.43±1.81	537.54±120.64	48.43±15.46	6.43±2.81
试验组	25	9.45±0.45	450.36±110.85	37.74±12.34	4.45±1.45
t	-	5.415	2.661	2.702	3.131
P	-	<0.001	0.011	0.009	0.003

2.2 对比两组疼痛情况

试验组疼痛改善情况高于对照组,在统计学上具有差异意义($P<0.05$)。详情见表2。

表2 对比两组疼痛情况($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	干预前	干预后
对照组	25	7.57±1.24	3.25±1.51
试验组	25	7.58±1.37	2.14±0.40
t	-	0.027	3.553
P	-	0.979	0.001

2.3 两组并发症发生对比

试验组并发症发生率低于对照组,据统计学分析有意义($P<0.05$)。

详情见表 3。

表 3 两组并发症发生率对比[n(%)]

组别	n	产后出血	产伤	皮下血肿	头颅血肿	新生儿黄疸	并发症发生率
对照组	25	2(8.00)	0(0.00)	2(8.00)	1(4.00)	3(12.00)	8(32.00)
试验组	25	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	1(4.00)	1(4.00)
χ^2	-	-	-	-	-	-	6.640
P	-	-	-	-	-	-	0.010

2.4 两组分娩结局对比

对比两组分娩结局,试验组更为优秀。据统计学分析有意义($P<0.05$),详情见表 4。

表 4 两组分娩结局对比[n(%)]

组别	n	剖宫产	产钳助产
对照组	25	6(24.00)	4(16.00)
试验组	25	1(4.00)	0(0.00)
χ^2	-	4.153	4.348
P	-	0.042	0.037

2.5 两组分娩控制感对比

试验组更好。差异有统计学意义($P<0.05$)。详情见表 5。

表 5 两组分娩控制感比较[n(%)]

组别	n	分娩控制感
对照组	25	118.64±16.12
试验组	25	169.84±17.67
t	-	10.703
P	-	<0.001

3 讨论

初产妇是指生命中第一次怀孕的产妇,这类产妇的心理与心理都会产生巨大的改变,不仅有初为人母的喜悦,也有对于迎接新生命的紧张情绪,体内激素受到相应的影响产生不同程度的变化,部分产妇会出现乳房变大,行动力减缓,还有部分产妇会发生情绪波动情况,感到恐惧或担忧,过度的波动不仅会影响到产妇的身心健康,还会对胎儿的发育以及智力行为都有所影响,初产妇缺乏一定的孕期及生产知识,对于怀孕后发生的一切都是陌生的,对于饮食方面、生活习惯、运动方面等都不能正确认知,不利于母婴健康发展,极易影响到分娩结果,这类产妇在分娩期间由于各种因素,不能很好的配合医疗人员进行分娩,从而无法很好的控制分娩感,导致比较容易出现宫缩乏力,延长产程,不利于预后,容易危及母婴安全^[1-3]。

临床常用的分娩方式为传统卧位或半卧位,这种体位可以方便医疗人员检查产妇与胎儿的生命体征变化,观察产程等。但是根据近年来不完全调查表示,应用这种传统体位不利于母婴安全,对产程会产生不良影响。推测与卧位导致子宫压迫腹部,腹主动脉受到压力,会对胎盘循环产生压迫,从而影响到正常功能,并且还会对骨盆可塑性造成阻碍,在分娩期间,胎儿下降的阻力大幅度增加,使得产妇的疼痛感加重,不利于产后恢复,还有可能造成阴道损伤以及其它多种并发症,效果不佳^[4-6]。当前医疗科技不断进步,对这方面的研究更加深入,分娩球逐渐步入人们的视野当中,它作为一种柔软且富有弹性的大型球体,配有靠背,产妇们可以像坐沙发一样直接坐上去,在分娩前可以利用其锻炼盆腔力量,降低身体疼痛,有助于顺产^[7-9]。在分娩期间使用分娩球,可以促进产妇产盆松弛,有利于胎儿下降,采取不同的姿势可以适当扩大盆骨空间,放松盆底肌肉,缓解分娩时的疼痛感,通过与医疗人员配合,合理分配呼吸、力量,能够降低不

良妊娠结局的几率,从而使胎儿顺利分娩,这种方式具有操作简单、损伤小等优点,安全性较高,并且对产妇的预后也有着极大地帮助^[10]。

为了探究这两种方法在实际中的应用效果,本文选择从我院拥有助产指征的自然分娩的初产妇中抽取 50 例作为试验对象,应用传统卧位或半卧位的为对照组,应用分娩球配合自由体位护理的为试验组,依据上述表格可以得出结论,试验组新生儿情况明显优于对照组,并且第一产程、第二产程以及第三产程时间短于对照组,具有统计学差异($P<0.05$)。由此可以看出,应用分娩球配合自由体位护理不仅可以缩短产程时间,降低产妇的心理与生理压力,还可以改善新生儿情况,对母婴均起到了正面影响。对比两组疼痛情况,试验组(2.14 ± 0.40)分低于对照组(3.25 ± 1.51)分,具有统计学差异($P<0.05$)。传统卧位或半卧位会增加胎儿下降阻力,导致疼痛感加剧,而分娩球配合自由体位护理则可以使胎儿采取有利于盆骨内下降或旋转的姿势,增加盆骨空间,对母体伤害较小,疼痛感更低。比较两组干预后的并发症发生率,试验组 4.00%低于对照组 32.00%($P<0.05$)。分娩球配合自由体位护理具有简单方便、容易掌握的特点,可以降低对母婴的伤害,并且凭借着独特的柔软度,使产妇感到舒适的同时还可以降低不良事件发生几率,更具有安全性与有效性。将两组妊娠结局进行对比,试验组更好($P<0.05$)。两组均无死亡例数。说明分娩球配合自由体位护理可以降低产妇剖宫产以及助产的风险,避免二次伤害,使其能够顺利分娩,提高预后效果。分析两组的分娩控制感,试验组更佳($P<0.05$)。分娩控制感主要是指产妇在分娩期间的自身感受、行为控制以及宫缩时控制感,分娩控制感分数值与分娩结局以及新生儿情况有着一定的关联,在本文中对所有试验对象分娩后的新生儿进行检测,试验组新生儿正常值例数更高,说明应用分娩球配合自由体位护理可以降低新生儿不良风险,缓解产妇紧张、焦虑情绪,对于分娩起到正面作用,可以对最大限度保障其生命安全,对产妇家庭与社会均有着重大意义。本次研究尚有一些不足之处,比如样本选择例数较少,范围有限,对于当前存在的问题,应该在今后的研究中不断进行改进,最大限度扩增试验范围,增加样本数量,相信随着医疗科技不断进步,关于这方面的助产方法将会发展得更加完善,从而帮助更多的产妇与新生儿,降低各种并发症发生率,减轻社会与家庭负担。

根据以上研究可知,在自然分娩的产妇应用分娩球配合自由体位护理可以很好地帮助生产,相较于传统卧位或半卧位方式表现更为突出,在初产妇妊娠方面开辟了新的发展方向,不仅帮助产妇更加安全进行分娩,同时也保障了新生儿的生命安全与健康状态,适合在临床上进行大范围推广。

参考文献:

- [1]孙中平.初产妇应用分娩球联合自由体位助产护理的效果观察[J].中国社区医师,2022,38(02): 118-120.
- [2]李娇.分娩球和自由体位助产护理在初产妇分娩中的应用效果[J].中国医药指南,2021,19(11): 234-235.
- [3]吴岩.分娩球结合自由体位和常规护理在初产妇助产护理中的应用效果比较[J].中国医药指南,2021,19(05): 171-172.
- [4]陈家英.分娩球联合自由体位护理在初产妇产程中的应用效果分析[J].实用妇科内分泌电子杂志,2020,7(30): 88-89.
- [5]陈广云.分娩球结合自由体位和常规护理在初产妇助产护理中的效果比较[J].医学食疗与健康,2020,18(14): 132.
- [6]田华.分娩球结合自由体位和常规护理在初产妇助产护理中的效果比较[J].中国医药指南,2020,18(12): 271-272.
- [7]汪小琳,常学江,周国霞.自由体位+分娩球在初产妇助产护理中的应用效果评价[J].中外女性健康研究,2020,000(02): 135-136.
- [8]杨凯.分娩球与自由体位结合在初产妇助产护理中的效果观察[J].实用中西医结合临床,2019,19(09): 158-160.
- [9]吕丽,王星,林凤,等.分娩球联合自由体位助产护理在初产妇中的实施效果观察[J].实用妇科内分泌电子杂志,2019,6(24): 174.
- [10]陈卫.分娩球结合自由体位和常规护理在初产妇助产护理中的效果比较[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(39): 17-18.

全程护理模式对支气管哮喘合并变应性鼻炎患儿生活质量的影响

王敏¹ 翟亚南² 杜云广³ 郭庆生² 李茜²

1、唐县人民医院 河北保定 072350; 2、张家口市第四医院 河北张家口 075000;

3、张家口市市场监督管理局稽查局 河北张家口 075000

摘要: 目的: 分析对支气管哮喘合并变应性鼻炎患儿开展全程护理模式的有效性以及对患儿生活质量的影响。方法: 将本院儿科在 2019 年 5 月至 2022 年 4 月期间收治的 51 例支气管哮喘合并变应性鼻炎患儿作为护理观察对象, 采用电脑随机分组的方式将 51 例患儿分成常规组 (n=25) 及研究组 (n=26), 分别对两组哮喘合并鼻炎患儿开展传统护理模式及全程护理模式, 分析对比常规组及研究组患儿的护理效果及预后等差异。结果: 常规组患儿家属的护理满意度和患儿护理依从性相对于研究组患儿来说明显更高, 两组相比: $P < 0.05$; 而相对于常规组患儿来说, 研究组患儿干预后对比的生活质量评分、家属疾病相关知识掌握评分均更高 ($P < 0.05$), 有统计学意义; 而研究组患儿护理后的焦虑评分、症状缓解时间相对于常规组患儿更低/更短 ($P < 0.05$), 统计学有意义。结论: 全程护理模式应用在支气管哮喘合并变应性鼻炎患儿中的护理效果十分明显, 能改善患儿临床症状, 提高患儿生活质量水平, 增进医患沟通, 改善患儿家属对护理的满意度及患儿护理依从性。

关键词: 全程护理模式; 支气管哮喘合并变应性鼻炎; 生活质量水平; 护理有效性

变应性鼻炎在临床中属于较为常见的一种鼻黏膜非感染性炎症性疾病, 多发于儿童群体中。具体来说是指易感个体接触致敏原后由免疫球蛋白介导, 机体的免疫活性细胞、细胞因子等参与的以阵发性喷嚏、流涕、鼻塞等为主要表现的炎症性疾病^[1]。这一疾病主要是由于遗传因素、吸入性变应原、食物变应原等导致的, 患儿症状表现为眼痒、流泪、咳嗽、鼻塞、鼻涕、头痛等症状。当出现严重鼻塞影响呼吸或可诱发支气管哮喘的发作, 支气管哮喘是一种慢性气道疾病, 多在夜间或凌晨发作或加重, 使得患儿出现程度不一咳嗽、胸闷、气急、喘息等症状, 不利于患儿身体健康的保障, 降低患儿的生活质量水平^[2-3]。临床治疗中一般以激素、长效 β_2 受体激动剂、白三烯调节剂、抗组胺药、糖皮质激素等药物治疗, 能达到预期的治疗效果。但在接受药物治疗的过程中应配合相应的护理服务, 旨在更好的提高治疗护理效果, 改善患儿预后^[4]。为了分析在支气管哮喘合并变应性鼻炎患儿的临床护理中应用全程护理模式的应用价值和有效性, 本院儿科针对收治的支气管哮喘合并变应性鼻炎患儿 51 例展开了对比分析和观察, 详细内容如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

采用电脑随机分组的方式将本院儿科收治的 51 例支气管哮喘合并变应性鼻炎患儿分成 2 组, 所有患儿相关病例均在 2019 年 5 月至 2022 年 4 月这一时间段内收集。其中 25 例常规组患儿中男性患儿 15 例, 女性患儿 10 例, 年龄集中分布在 3 至 12 岁之间, 平均年龄为 (7.59±2.56) 岁, 病程时间集中分布在 3 个月至 4 年之间, 平均病程为 (2.05±0.63) 年; 26 例研究组患儿中男性患儿 15 例, 女性患儿 11 例, 年龄集中分布在 3.5 至 13 岁之间, 平均年龄为 (7.62±2.59) 岁, 病程时间集中分布在 4 个月至 5 年之间, 平均病程为 (2.07±0.66) 年。

对两组支气管哮喘合并变应性鼻炎患儿的基线资料进行统计分析, 结果显示差异小且可比性高。

纳入标准^[5]: 经实验室检查、鼻内镜检查、呼吸道功能检查等临床诊断后均符合支气管哮喘、过敏性鼻炎的诊断标准, 患儿年龄均在 13 周岁以下, 患儿家属均同意参与本次观察。

排除标准: 存在着较为严重的化脓性鼻窦炎、鼻息肉、重度鼻中隔偏曲等疾病的患儿、合并着严重的过敏性哮喘疾病、近期接受过全身性激素药物治疗的患儿。

1.2 方法

对常规组哮喘合并鼻炎患儿开展传统护理模式, 主要是指临床护理中较为基础的环境护理、对症护理、生活指导等护理措施。

对研究组哮喘合并鼻炎患儿开展全程护理模式, 具体如下: (1) 成立

全程护理小组: 在儿科成立一支专业、系统的全程护理团队, 定期组织团队成员参与“支气管哮喘合并变应性鼻炎、发病机制、用药方案、护理重点、可能出现的并发症等”等相关知识的培训学习, 强化儿科护士的护理技能及综合能力。患儿入院后结合患儿实际情况制定个性化的电子健康档案, 结合患儿的实际情况和病情严重程度制定全程性、整体的护理服务措施。(2) 入院后的健康宣教: 儿科护理人员应在患儿和家属入院后第一时间采用多元化途径展开疾病相关知识及护理技能的健康宣教工作, 包括专家视频讲座、PPT 教学讲解、一对一问答解惑及发放健康手册等, 健康教育的内容包括疾病发生机制、发病原因、临床表现、治疗计划、护理重点、注意事项等等, 提高患儿家属的疾病认知程度及预防意识。此外, 还可以通过动画模拟演练、游戏模拟情境及玩游戏的方式让患儿认识自己的疾病, 了解自己的疾病, 知晓平时生活中如何避免哮喘、鼻炎的发生, 规范患儿的生活习惯。(3) 治疗前的护理模式: 治疗前应全面评估患儿家属的心理状态, 结合患儿存在的紧张、焦虑、畏惧等心理和负面情绪开展一对一的放松疗法、游戏疗法、家属陪伴支持、模拟“奥特曼打怪兽”游戏角色演练等方式缓解患儿负面情绪, 提高患儿战胜疾病的自信心和配合度, 促使患儿能更加积极主动地配合医护人员的治疗护理操作, 提高临床护理的效率。(4) 治疗过程中的护理模式: 患儿接受治疗期间应选择合适的体位, 促使患儿身心得到放松和缓解, 对于咳嗽不易的患儿可以指导患儿家属通过拍背或改变体位的方式进行缓解, 必要时给予吸痰护理。对于哮喘发作的患儿应实施强迫坐位, 指导患儿深呼吸放松。护理人员应密切监测患儿病情是否改善或加重, 指导患儿用漱口水漱口, 第一时间清洁鼻腔和口腔内的分泌物, 减少感染现象的出现。(5) 治疗出院后的护理模式: 留下患儿家属的联系方式或建立病友家属群, 要求护士一周开展三次的群内成员交流互动, 由专科护士解答患儿家属提出的疑问和误解。定期在群内分享疾病相关预防知识、生活中注意事项等等, 提高患儿家属、患儿的自我预防意识和能力, 减少哮喘和鼻炎反复发作现象的出现。

1.3 观察指标

针对常规组与研究组患儿护理后的患儿家属的护理满意度、患儿护理依从性、生活质量评分、家属疾病相关知识掌握评分、焦虑评分、症状缓解时间等指标展开对比观察。(1) 患儿护理依从性=(完全依从+部分依从)/n·100%; 完全依从: 患儿完全依从护理人员的护理操作, 无任何抗拒及哭闹的行为; 部分依从: 患儿虽大多数依从护理人员的各项护理操作, 但偶尔存在哭闹、不配合等行为; 完全不依从: 患儿对护理人员存在畏惧和反抗心理, 且经常大哭大闹, 使得护理人员难以实施护理操作。(2) 生活质量评分^[6]: 对患儿的生理机能、心理机能和精神状态等实施第三版生活质量量表的评估, 总分 100 分, 分数越高患儿生活质量水平越高。(3) 焦

虑评分: 次用焦虑自评量表综合评估患儿的紧张情绪和心理压力, 总分 0-100 分, 50 分为临界值, 分数越高患儿负面情绪越严重。

1.4 统计学分析

采用 spss26.0 软件的处理, 焦虑评分、症状缓解时间、生活质量评分、家属疾病相关知识掌握评分为计量资料, 采用均数标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 家属的护理满意度、患儿护理依从性为计数资料, 采用 χ^2 表示, 当 $P < 0.05$ 表示统计学有意义。

2 结果

2.1 两组患儿护理后的患儿家属的护理满意度、患儿护理依从性

就患儿家属的护理满意度、患儿护理依从性这一指标而言, 研究组患儿干预后的各项指标均高于常规组患儿 ($P < 0.05$), 有统计学意义; 见表 1:

表 1: 两组支气管哮喘合并变应性鼻炎患儿护理后的家属的护理满意度、患儿护理依从性 (n/%)

组别	家属的护理 满意度	完全依 从 (n)	部分依 从 (n)	完全不 依从 (n)	患儿护理 依从性
常规组 (25)	17 (68.00)	7	9	9	16 (64.00)
研究组 (26)	24 (92.31)	10	13	3	23 (88.46)
χ^2 值	4.777	-	-	-	4.238
P 值	0.029	-	-	-	0.040

2.2 常规组与研究组患儿护理干预后的生活质量评分

相对于常规组哮喘合并鼻炎患儿来说, 研究组小儿患儿护理干预后的生活质量评分明显更高 ($P < 0.05$), 统计学存在意义; 见表 2:

表 2: 常规组、研究组支气管哮喘合并变应性鼻炎患儿护理干预后对比的生活质量评分

组别	生理机能	心理机能	精神状态	生活质量评分 (分)
常规组 (25)	65.23±4.56	63.37±3.59	68.98±5.10	66.30±4.16
研究组 (26)	69.96±3.67	68.52±3.36	73.37±5.05	70.19±4.67
t 值	-	-	-	3.137
P 值	-	-	-	0.003

2.3 两组患儿干预后的家属疾病相关知识掌握评分、焦虑评分、症状缓解时间

两组患儿护理后对比的家属疾病相关知识掌握评分、焦虑评分、症状缓解时间等指标相比, 研究组护理后的掌握水平高于常规组, 负面情绪评分低于常规组, 症状缓解时间短于常规组 ($P < 0.05$), 统计学有意义; 见表 3:

表 3: 两组患儿干预后的家属的家属疾病相关知识掌握评分、焦虑评分、症状缓解时间

组别	疾病相关知识 掌握评分 (分)	焦虑评分 (分) 护理前	护理后	症状缓解时 间 (d)
常规组 (25)	65.27±5.49	53.36±3.59	47.79±2.65	5.24±1.37
研究组 (26)	71.15±5.62	54.10±3.62	43.36±2.50	3.96±1.26
t 值	3.778	0.733	6.143	3.475
P 值	<0.001	0.467	<0.001	0.001

3 讨论

临床研究显示, 现阶段的儿童群体中多发变应性鼻炎这一疾病, 这一

疾病的发生若未得到显著的控制将会引发和合并支气管哮喘病症的发生, 严重影响患儿的身体健康及生活质量, 不利于患儿正常的生长发育及学习生活^[7]。且反复发作的哮喘、鼻炎等病症对于患儿家属来说不仅是一种心理负担, 还会引发患儿家属长时间处于担惊受怕的状态中, 不利于患儿及家庭生活质量水平的提高^[8]。因此, 在临床治疗中对支气管哮喘合并变应性鼻炎患儿开展相应的护理干预显得十分重要, 是提高患儿生活质量水平, 减少疾病反复发作次数及改善患儿预后的基础和保障。以往的传统护理干预中一般对患儿开展基础性、常规的对症护理, 缺乏完整性、预见性等护理特点和效果, 具有一定的局限性^[9]。随着临床护理技术的发展和运用, 现阶段儿科临床护理中提倡对患儿实施全程护理模式, 全程护理模式主要是从患儿入院到出院的全过程中要尽可能通过专业和综合性的护理服务让患儿得到身心两方面优质护理服务, 除了做好患儿入院、特殊检查、治疗前后护理、心理护理、健康指导和出院后的延续性护理等护理服务措施外, 每位护士对所负责患儿的身心问题要全面掌握, 不过放患儿治疗过程中病情的波动和变化, 使患儿与家属和护理人员之间得到密切配合, 促使患儿乐于接受治疗, 增强治疗信心, 改善患儿预后^[10]。本研究结果表明, 实施全程护理模式的研究组支气管哮喘合并变应性鼻炎患儿护理后对比的家属的护理满意度、患儿护理依从性、生活质量评分、家属疾病相关知识掌握评分均高于实施传统护理模式的常规组患儿, 说明全程护理模式能提高护理效果, 增进护患沟通, 加深患儿家属对患儿疾病的认知和掌握程度, 提高患儿的生活质量水平; 且研究组患儿干预后对比的焦虑评分、症状缓解时间相对于常规组患儿明显更低/更短, 说明全程护理模式的效果显著, 能减轻患儿负面情绪, 缩短患儿病程持续时间, 提高治疗效果。

综上, 全程护理模式对支气管哮喘合并变应性鼻炎患儿生活质量的影响十分明显, 建议在日后的儿科护理中推广。

参考文献:

- [1] 金翠翠. 全程护理在小儿哮喘雾化治疗护理中的临床应用效果及对家长满意度影响研究[J]. 黑龙江医学, 2022, 46(08): 1002-1004.
- [2] 朱聪桃, 李琳琳, 磨宾宇, 吴贞红. 综合护理干预对皮下免疫注射治疗变应性鼻炎患者康复效果的影响分析[J]. 中国医学文摘(耳鼻咽喉科学), 2022, 37(01): 209-211.
- [3] 谭敏, 石娜. 基于环境改良的功能干预在小儿支气管哮喘中的护理效果及对肺功能的影响研究[J]. 山西医药杂志, 2021, 50(23): 3328-3330.
- [4] 刘宁, 戚晓泰, 嵇志娟, 王净非, 雷娟. 整体护理联合以家庭为中心的护理模式对儿童支气管哮喘急性发作及患儿生活质量的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2018, 3(28): 182-184.
- [5] 韦红, 吴晓丽, 张勇彬. 五虎汤与穴位贴敷联合综合康复护理对支气管哮喘患者气道重塑及 MMP-9、TGF- β_1 的影响[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2020, 4(12): 92-95.
- [6] 程少玲, 张慧玲, 蔡连卿. 综合护理联合鼻腔冲洗在变应性鼻炎患儿中的应用效果及对睡眠质量的影响研究[J]. 中国医药指南, 2021, 19(20): 93-94.
- [7] 李艳清, 刘玉婷, 苏秀娟. 全程护理联合布地奈德雾化吸入治疗对哮喘儿童治疗依从性、炎症因子及肺功能的影响[J]. 慢性病学杂志, 2020, 21(03): 415-417+420.
- [8] 王灵灵, 崔喜梅. 小剂量肾上腺素联合整体护理对重症哮喘患者肺功能及血清 IL-8、MPO、ECP 水平的影响[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2021, 5(04): 134-136.
- [9] 刘晓玲, 肖懿婷. 全程积极心理干预结合动机性访谈对成年支气管哮喘急性发作患者护理中的应用价值[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(29): 131-132.
- [10] 李转. 家庭参与式干预模式对支气管哮喘患儿回避症状、警觉性及家长情绪的影响[J]. 黑龙江医药科学, 2020, 43(05): 101-102+104.

项目来源: 河北省张家口市重点研发计划项目 (2021102D)

针对性心理护理模式对骨科手术患者术后疼痛以及不良情绪的影响分析

王沛

富平县八里店骨伤医院 陕西渭南 711700

摘要:目的 探究针对性心理护理模式对骨科手术患者术后疼痛以及不良情绪影响。方法 80 例骨科手术患者,以入院顺序奇偶法分为对照组、观察组,各 40 例,分别接受常规护理、常规护理+针对性心理护理,比较两组术后疼痛感受(VAS)、不良情绪状态(SAS、SDS)、并发症发生率及生活质量(SF-36)。结果 护理前两组 VAS(视觉疼痛模拟)评分相近($P>0.05$);术后 3d、5d 观察组 VAS 评分较对照组低($P<0.05$);护理前两组 SAS(焦虑自评量表)、SDS(抑郁自评量表)评分相近($P>0.05$);护理后观察组 SAS、SDS 评分较对照组低($P<0.05$);并发症发生率:观察组<对照组($P<0.05$);护理前简易生活质量量表(SF-36)评分:两组相近($P>0.05$);护理后 SF-36 评分:观察组>对照组($P<0.05$)。结论 对骨科手术患者实施针对性心理护理模式,可缓解患者术后疼痛感受,改善其不良情绪,降低术后并发症发生率,改善其生活质量。

关键词:骨科手术;针对性心理护理模式;术后疼痛

手术治疗为骨折、骨关节病变等疾病重要治疗方式,可快速改善患者骨骼功能、缩短病程^[1]。但受手术过程中软组织损伤、骨骼打孔固定等因素影响,患者术后会出现不同程度疼痛感受,增加患者应激情绪;并受其病灶处运动功能障碍影响,可进一步增加患者术后不良情绪,提升疼痛感受敏感度,形成恶性循环,影响患者术后康复能力,因此需强化护理措施^[2]。骨科术后常规护理,主要护理内容包括环境护理、饮食指导等常规护理,但对患者情绪状态影响较小,难以纠正患者负性情绪状态,因此护理效果相对有限^[3]。针对性心理护理,是以患者心理学特征为基础的护理方式,可结合不同患者情绪特征、心理状态等实施针对性心理疏导,以满足其情感需求,降低应激情绪,保证护理效率。鉴于此,本次选 80 例骨科手术患者,分析针对性心理护理模式临床价值,并分析组间差异性。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

80 例骨科手术患者,选自 2019 年 1 月至 2020 年 12 月;依据入院顺序奇偶法分为对照组、观察组,各 40 例。对照组男:女=19:21,年龄 36~76 岁,平均(69.01±2.34)岁;手术类型:腰椎间盘突出症手术 9 例、髋关节置换术 12 例、四肢骨折手术 19 例;观察组男:女=16:24,年龄 38~79 岁,平均(69.75±4.52)岁;手术类型:腰椎间盘突出症手术 7 例、髋关节置换术 13 例、四肢骨折手术 20 例;组间资料相近($P>0.05$);研究符合医学伦理。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:①均经体征、影像学等检查确诊,且符合手术治疗标准;②年龄≥18 岁;③精神状态正常,可有效沟通;④患者、家属对研究知情同意。

排除标准:①心肝肾等脏器严重功能障碍;②合并糖尿病、甲亢等内分泌疾病;③术前长期使用糖皮质激素治疗;④凝血功能障碍、合并血液系统疾病;⑤合并恶性肿瘤;⑥合并其他部位疼痛感受。

1.3 方法

对照组(常规护理):(1)基础护理:监测患者生命体征(血压、心率、切口状态等)、环境管理(保持环境干净整洁、通风,定期消毒)、饮食指导(叮嘱清单、高膳食纤维);(2)疼痛管理:叮嘱患者深呼吸、遵医嘱指导应用镇痛药物治疗;(3)康复训练:结合患者骨折类型进行康复训练,包括踝泵运动、肌肉收缩舒张训练、核心肌群训练等;(4)并发症防控:①压疮:受压部位按摩、粘贴 3M 透明敷料、应用防压疮气垫等,避免发生压疮;②下肢深静脉血栓:床上尽早踝泵运动,结合患者骨折类型、康复情况实施早期床上康复训练,并开展早期下床运动;③切口感染:关注患者切口状态,及时更换敷料,保持切口周围皮肤干燥,避免发生切口感染。

观察组(常规护理+针对性心理护理):(1)制定心理疏导计划:与患者一对一沟通,结合患者基础资料、手术治疗方案、主诉等综合评估其负

性情绪来源,并结合患者特征制定针对性心理疏导办法;与患者家属沟通,侧面了解患者情绪状态同时,评估家属面对患者手术治疗及康复时情绪状态,并制定心理护理对策;(2)患者针对性心理疏导:保证环境安静、舒适环境下,对患者及其家属实施针对性心理护理;若患者担心治疗效果,则讲解医院、医疗团队专业性,列举既往医院相似手术方案治疗效果,以提升患者治疗信心;若患者怀疑术后康复训练必要性,则结合患者认知水平,借助模型、视频资料等讲解术后康复训练对病灶部位血运及骨愈合能力影响,以降低其护理排斥情绪;若患者担心治疗费用,则与医师商议更换性价比药物,并讲解保持良好情绪状态及护理依从性可缩短病程,以降低患者焦虑情绪,提升其护理依从性;(3)针对性情感支持:在于患者沟通时,了解其情感支持需求;若患者情感支持需求来源于家属,则在患者视线及听觉范围外,叮嘱家属增强对患者有效陪伴,包括延长聊天时间、共同参与康复训练等护理内容;若情感支持需求为同伴支持,则以护士为主导,组织开展病房内相关话题讨论,如“吃什么才能让自己快速恢复呢?”、“康复训练到底有没有必要呢?”,以提升患者对相关知识认知理解能力,提升病友情感支持;若情感支持需求来源于医护人员,则增加患者护理巡查,责任护士增加与其护患沟通频率,以满足患者情感支持需求;(4)针对性应激情绪管理:医疗护理操作前,均对患者轻声提醒,并讲解可能会出现的不适感受或疼痛感,以帮助患者提前做好心理准备,降低其应激反应;在应激反应管理中,对应激反应相对较轻者予以积极鼓励,如“您真棒!”、“您表现的真不错!”等,以维持患者应激情绪应对能力;对对应激反应相对强烈者,加强情绪安抚,包括手部抚触、头部按摩、肌肉按摩等,使其保持精神状态及肌肉组织处于理想放松状态,提升其应激情绪自我管理能力。

1.4 观察指标

(1)比较两组不同时间点疼痛感受(护理前、术后 3d、术后 5d),以 VAS(疼痛视觉模拟法)^[4]表示,即以数字刻度法(10cm)表示,每个刻度对应相应分数,分数高表示疼痛感受强烈;(2)比较两组护理前后负性情绪,焦虑(或抑郁)、抑郁情绪以 SAS(焦虑自评量表)^[5]或 SDS(抑郁自评量表)^[6]表示,≥50 分后,分数≥50 分(或 53 分)后,分数高表示焦虑(或抑郁)情绪严重;(3)比较两组并发症发生率:统计比较两组并发症发生率,包括压疮、下肢深静脉血栓、切口感染,并发症发生率=发生并发症例数/总例数×100%;(4)比较两组生活质量:护理前、护理后 3 个月生活质量,以简易生活质量量表(SF-36)^[6]表示,评分包括生理功能、生理职能、活力、社会功能等 8 项评价内容,总分 35~134 分,分数高表示生活质量好。

1.5 统计学方法

以 SPSS24.0 软件进行数据统计计算,(%)、($\bar{x} \pm s$)表示计数、计量资料, χ^2 、 t 检验; $P<0.05$ 提示比较有统计学意义。

2. 结果

2.1 护理前及术后 3d、5d 疼痛感受

护理前两组 VAS 评分相近 ($P>0.05$); 术后 3d、5d VAS: 观察组 < 对照组 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 护理前及术后 3d、5d 疼痛感受 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	护理前	术后 3d	术后 5d
对照组	40	5.14±1.02	4.96±1.22	3.47±0.75
观察组	40	5.33±1.16	4.21±1.38	3.02±0.54
t		0.778	2.575	3.080
P		0.439	0.012	0.003

2.2 护理前后负性情绪

护理前两组 SAS、SDS 评分相近 ($P>0.05$); 护理后 SAS、SDS: 观察组 < 对照组 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 护理前后负性情绪 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后

表 4 生活质量 ($\bar{x} \pm s$, 分)

时间	组别 (n=40)	生理功能	生理职能	总体健康	躯体疼痛	活力	情感职能	社会功能	精神健康
护理前	对照组	18.89±4.11	5.52±1.25	17.78±4.21	5.57±1.19	16.65±3.31	4.10±0.25	5.51±1.32	18.49±3.11
	观察组	18.06±3.94	5.26±1.31	17.54±3.96	5.08±1.20	16.11±4.20	4.09±0.58	5.38±1.05	18.05±3.64
	t	0.922	0.908	0.263	1.834	0.639	0.100	0.487	0.581
	P	0.359	0.367	0.794	0.071	0.525	0.920	0.627	0.563
护理后	对照组	23.37±4.27	6.04±1.09	21.24±2.16	7.79±1.00	20.20±2.15	5.17±0.49	6.67±1.23	20.74±2.50
	观察组	26.48±2.10	6.72±1.22	23.48±3.00	8.34±0.84	22.31±1.98	5.51±0.37	7.78±1.30	22.36±2.17
	t	4.134	2.629	3.832	2.664	4.566	3.502	3.923	3.095
	P	<0.001	0.010	<0.001	0.009	<0.001	0.001	<0.001	<0.001

3. 讨论

术后骨折端、切口疼痛感受, 为患者术后主要应激情绪来源, 可增加患者负性情绪。而负性情绪会影响患者血流动力学状态, 出现血管收缩、血压升高状态, 影响其病灶位置供血能力, 增加患者生理性疼痛感受; 同时处于负性情绪状态下, 会影响其内分泌状态, 增加痛觉神经刺激能力, 降低患者疼痛阈值, 使患者疼痛感受增强, 并形成恶性循环^[7]。因此为保证骨科手术患者术后护理质量, 需从改善患者情绪状态、缓解其术后疼痛感受为护理重点实施相关护理干预。

术后饮食指导、康复训练、疼痛管理等常规护理内容, 可通过相关干预缓解患者术后疼痛感受, 并通过生理功能恢复进一步缓解其生理性疼痛感受, 但难以有效缓解患者生理性疼痛感受, 因此需加强心理护理。

针对性心理护理模式, 其主要优势为, 可针对患者负性情绪来源实施针对性干预, 以满足患者心理护理需求, 降低其心理应激反应状态, 使其保持客观、冷静或积极态度接受术后相关护理干预, 以提升护理效率, 提升并发症控制效果及患者康复效果^[6]。本次研究中, 对观察组应用针对性心理护理干预, 结果显示其术后 3d、5d 患者 VAS 评分显著降低, 且护理后 SAS、SDS 评分显著降低, 考虑原因为, 对观察组护理中, 强调针对患者不同负性情绪来源、不同情感需求及不同程度应激反应实施针对性心理疏导, 使患者术后康复期间稳定日常情绪状态、提升其应激情绪管理能力, 并通过提升患者情感满足感以改善患者负性情绪, 使其术后始终保持理想情绪状态, 可提升其疼痛阈值, 降低患者疼痛感受; 同时随患者情绪状态改善, 护理排斥情绪相对降低, 可保证护理效率, 促进患者生理功能康复, 可进一步降低患者疼痛感受^[8]。而随患者疼痛感受下降、情绪状态改善, 可减少患者护理排斥情绪, 提升护理依从性, 保证并发症防控效果, 提升患者康复质量, 对降低并发症发生率、提升其生活质量具重要意义。笔者研究中发现, 骨科手术患者术前多存在骨骼疾病、骨折等引发的疼痛感受,

对照组	40	58.84±3.47	47.25±3.49	57.33±2.31	48.12±4.44
观察组	40	59.01±4.88	45.31±4.37	58.23±3.13	45.59±5.53
t		0.180	2.194	1.463	2.256
P		0.858	0.031	0.147	0.027

2.3 并发症发生率

并发症发生率: 观察组 < 对照组 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 并发症发生率[n (%)]

组别	n	压疮	下肢深静脉血栓	切口感染	发生率
对照组	40	2 (5.00)	3 (7.50)	1 (2.50)	15.00 (6/40)
观察组	40	0 (0.00)	1 (2.50)	0 (0.00)	2.50 (1/40)
χ^2					3.914
P					0.049

2.4 生活质量

护理前 SF-36 评分: 两组相近 ($P>0.05$); 护理后 SF-36 评分: 观察组 > 对照组 ($P<0.05$), 见表 4。

受术后一段时间内疼痛感受、肢体运动功能障碍影响, 可加重其预后不安情绪, 此时在心理护理中, 将护理重点倾向于列举相关成功案例, 可显著提升患者康复信息, 提升护理效果。

综上, 对骨科手术患者护理中, 实施针对性心理护理模式, 可降低患者术后疼痛感受, 改善其情绪状态, 效果理想。

参考文献:

- [1] 吴少芳. 曲线型仰卧护理模式对骨科术后压疮的预防效果及患者舒适度体验[J]. 中国实用护理杂志, 2019, 35(001): 37-41.
- [2] 刘佩, 赵久波, 许昌, 等. 正念心理特质在髋关节置换患者家庭关怀度与康复依从性间的中介效应[J]. 中华现代护理杂志, 2021, 27(03): 316-322.
- [3] 胡晨笛, 汤然钧, 王倩, 等. 心理护理路径对老年股骨骨折内固定治疗患者围术期疼痛、负性情绪及术后康复的影响[J]. 国际精神病学杂志, 2019, 046(002): 347-350.
- [4] 张莉, 陶贵彦, 章江琳, 等. 快速康复外科护理模式对骨科围手术期患者并发症影响的 Meta 分析[J]. 中国实用护理杂志, 2019, 35(18): 1435-1441.
- [5] 周苗, 李育玲. 骨科手术患者术前焦虑现状及影响因素分析[J]. 中华现代护理杂志, 2020, 26(5): 617-622.
- [6] 王子健, 王刚, 白晓冬, 等. 外侧 L 形入路治疗 Sanders IV 型跟骨骨折的手术疗效分析[J]. 临床和实验医学杂志, 2021, 20(21): 2317-2321.
- [7] 杨芳, 段蔚琨, 席莹. 心理干预联合综合康复护理对老年骨质疏松性骨折患者术后疼痛及生活质量的影响[J]. 贵州医药, 2019, 043(009): 1489-1490.
- [8] 张洁. 基于健康信念模式的护理联合术中舒适干预对老年髋关节置换术患者的应用[J]. 山西医药杂志, 2019, 048(011): 1369-1373.

围手术期精细化护理对颅脑损伤患者神经功能及生活质量的影响

王霞

山东省泗水县人民医院 神经外科 山东泗水 273200

摘要：目的：分析对于颅脑损伤患者运用围手术期精细化护理对促进其神经功能恢复和改善生活质量的临床价值。方法：对照组为围术期常规护理，观察组联合应用围手术期精细化护理。结果：术后并发症率观察组、对照组依次为 5.00%、17.50%， $P < 0.05$ ；护理前 2 组 NIHSS、GCS、WHOQOL-BREF 评分相比差异小 $P > 0.05$ ，护理后 NIHSS 评分观察组低于对照组，GCS、WHOQOL-BREF 评分观察组高于对照组 $P < 0.05$ 。结论：对颅脑损伤患者运用围手术期精细化护理可预防术后并发症，促进神经功能恢复、降低意识障碍程度及提升生活质量。

关键词：颅脑损伤；精细化护理；围手术期；神经功能；生活质量

颅脑损伤是临床常见外伤，是指头部遭受暴力作用而引起脑组织受损，通常发生于车祸、工伤事故、暴力击打或者高空坠落等事故中。近年来随着交通事业、工业化的迅速发展，颅脑损伤的发病率较高，且具有逐年上升趋势，在青年人群中发病率更高，同时男性的发病率高于女性，主要可分为开放性颅脑损伤和闭合性颅脑损伤。患者的受伤突然，其症状表现差异较大，如常见的意识障碍、头痛、神经功能障碍、昏迷、畏光、恶心呕吐、颅内压升高、精神烦躁等，甚至可引起患者死亡。现阶段对于颅脑损伤患者通常采用外科手术治疗，例如开颅血肿清除术、钻孔引流术以及去骨瓣减压术等，有利于控制患者的颅内压，清除颅内血肿，避免出现颅内占位效应，降低患者的死亡风险^[1]。然而患者的脑组织受损可对其神经功能产生不良影响，再加上发病突然，在受伤后疼痛剧烈、卧床制动以及经济负担较重，使得患者的心理压力增大，生活质量下降，部分患者丧失治疗信心影响其病情康复，所以做好患者的护理服务工作来改善以上情况至关重要。以下将分析对于颅脑损伤患者在围手术期采用精细化护理的临床效果以及对其神经功能恢复和生活质量的实际影响。

1 资料与方法

1.1 常规资料

病例选取自 2020 年 5 月~2022 年 5 月我院，均确诊为颅脑损伤，共计 80 例，随机数字表法予以平均分组，均为 40 例，观察组男、女分别为 24 例、16 例；年龄分布于 25~65 岁，均数（39.7±2.6）岁；体重 44.6~82.5kg，均数（61.8±2.5）kg；颅脑损伤原因：车祸 18 例，工伤事故 10 例，高空坠落 7 例，其他原因 5 例。对照组男、女分别为 23 例、17 例；年龄分布于 22~66 岁，均数（39.8±2.5）岁；体重 44.5~82.8kg，均数（61.7±2.6）kg；颅脑损伤原因：车祸 19 例，工伤事故 11 例，高空坠落 6 例，其他原因 4 例。2 组以上资料均有其可比性 $P > 0.05$ 。

纳入标准：①符合颅脑损伤的诊断标准；②通过颅脑 CT 等相关影像学手段检查得以明确诊断；③患者具有外科手术指征；④患者年龄 18~70 岁；⑤对研究方案知晓并征得知情同意；⑥临床资料齐备；⑦损伤至入院时间≤12h。排除标准：①符合存在脑挫裂伤者；②具有凝血功能异常者；③罹患各类恶性肿瘤者；④罹患精神疾病或罹患心理疾病者；⑤同时参与其他临床研究；⑥妊娠期/哺乳期患者。

1.2 方法

对照组为围术期常规护理，例如进行血压、血氧饱和度等各项生命体征的监测，积极协助患者术前检查并进行手术宣教，遵循医嘱完成相关的药物治疗。做好各项日常生活护理，加强引流管道护理，观察切口状况并给予饮食指导，针对压疮等并发症进行对症处理；观察组联合应用围手术期精细化护理，方法为：①术前精细化护理：对于各项生命体征指标做到

细致动态化的监测，如有异常需做到立即上报。意识清醒者需要做好心理疏导，尽快缓解其担忧、不安等不良情绪，增强其自信心。对于患者目前的病情状况向家属进行细致的讲解，并对于围术期的注意事项配合方法进行介绍，提升家属的配合度；②术中精细化护理：加强手术室环境管理，确保无菌舒适且温湿度适宜。在护理中做到精神高度集中，积极配合手术操作，对于术中的出血量、患者的生命体征指标进行密切观察和记录，发现异常立即上报，做好术中的体位管理以及保暖护理；③术后精细化护理：在意识未清醒时需要协助其维持仰卧体位，将床头进行适当抬高，协助其进行肢体的被动活动，首先从健侧开始过渡到患侧，从远心端开始过渡到近心端，根据患者的实际情况逐步提升肢体活动量。每隔两小时由两人同时协助完成患者的体位调整，期间加强切口护理和管道护理，对各项生命体征进行密切监测，维持患者的引流畅通。在意识清醒后需要做好心理疏导，告知手术顺利完成的消息，充分缓解其负性情绪。做好日常的清洁卫生护理，定期擦洗皮肤，遵循无菌操作原则，预防交叉感染。待患者病情恢复稳定后可进行肢体按摩，改善血液循环，预防压疮、肌肉萎缩等并发症。鼓励患者进行早期的康复锻炼，详细介绍正确的锻炼方法以及注意事项。做好术后的饮食管理，确保患者的营养摄入均衡，提升其术后的康复效果。在患者卧床阶段需要维持良肢位摆放，并做到定时协助翻身，同时可对其双侧下肢按摩以及揉捏，改善血液循环，并向家属讲解按摩的正确操作方法以及力度控制等，可每隔 3 小时左右按摩 1 次。待病情状况恢复稳定、各项生命体征恢复平稳后，可开展早期的四肢床上被动活动，例如肢体的屈伸、外展以及内旋等活动，结合其恢复状况进一步增加患者的活动时间以及活动量。在能够下床之后，可鼓励并指导患者逐步完成适应性的坐位训练，期间注意给予语言鼓励，提升其依从性，逐步进行下床活动，例如初期的床旁缓慢行走，期间可由家属、护士等进行从旁搀扶，在行走平稳后逐步延长行走距离以及行走时间，鼓励患者进一步配合上肢活动，例如屈曲、拉伸，以及下肢活动，例如抬高、跨越等。之后根据其恢复情况进一步增加上下楼梯活动，加快患者的运动功能恢复。在手术后的护理中还需有意识地给予患者认知功能锻炼以及记忆能力锻炼，通过引导的方式使其逐步辨认环境当中的相关物品，在清晰辨认后进一步通过数字、钟表以及图片等方式给予患者指导，使其完成辨认学习。引导患者对于既往经历的事情进行回忆，在关键时刻可指导患者家属给予适当的提示或进行纠正。还可通过对近期发生的事情进行提问，鼓励患者进行回答，对于患者的正确回答可及时进行鼓励或适当的物质奖励，进而提升患者的自信心，帮助其提升认知能力以及记忆能力。鼓励家属积极与患者之间沟通交流，对于存在表达困难者需要遵循循序渐进的原则，由发声练习开始，过渡到字词句等。在术后可实现自主下床后，鼓励患者进行生活能力方面的

锻炼,如独立的穿衣、如厕、洗漱等。

1.3 评价准则

(1)记录患者手术后的并发症,如中枢性高热、切口感染、再出血、下肢深静脉血栓形成(DVT)、压疮等。(2)2组患者均利用卒中量表(NIHSS)对其神经功能进行测评,0~42分,分数与其神经功能缺损程度成正比。(3)以GCS评分对于患者的意识障碍情况进行评估,3~15分,分数越低表明意识障碍情况越严重。(4)以WHOQOL-BREF量表对患者生活质量做以评估,其内容有生理、心理、社会关系、环境共计四个方面,得分越高生活质量越好。(5)2组患者均在出院前1天对其进行护理满意度的调查,主要的问卷内容有护理技术、护理服务态度、护患间交流、人

文关怀、住院环境以及护理效果等,0~100分,≥90分即为非常满意,70~89分即为满意,<70分即为不满意。

1.4 统计学方法

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

2 结果

2.1 术后并发症率2组间相比

术后并发症率观察组、对照组依次为5.00%、17.50%, $P < 0.05$ 。

表1 术后并发症率2组间相比[n(%)]

分组	n	中枢性高热	切口感染	再出血	DVT	压疮	总计
观察组	40	1 (2.50)	0 (0.00)	1 (2.50)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (5.00)
对照组	40	2 (5.00)	2 (5.00)	1 (2.50)	1 (2.50)	1 (2.50)	7 (17.50)
χ^2 值		0.597	1.526	-	0.526	0.526	4.036
p 值		0.206	0.095	-	0.365	0.365	0.035

2.2 NIHSS、GCS、WHOQOL-BREF评分2组间相比

护理前2组NIHSS、GCS、WHOQOL-BREF评分相比差异小 $P > 0.05$,

护理后NIHSS评分观察组低于对照组,GCS、WHOQOL-BREF评分观察组高于对照组 $P < 0.05$ 。

表2 NIHSS、GCS、WHOQOL-BREF评分2组间相比($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	NIHSS		GCS		WHOQOL-BREF	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	40	16.35±3.62	7.06±1.15	3.26±0.33	10.16±1.05	46.35±6.95	86.75±6.37
对照组	40	16.37±3.65	9.69±2.03	3.37±0.32	8.29±2.06	46.37±6.97	73.36±6.17
t 值		0.265	4.035	0.509	5.153	0.865	9.635
p 值		0.397	0.031	0.265	0.026	0.331	0.003

2.3 护理满意度2组间相比

护理满意度观察组为100.00%(40/40),其中非常满意32例,满意8例,以及不满意0例;护理满意度对照组为87.50%(35/40),其中非常满意13例,满意22例,以及不满意5例。护理满意度观察组较对照组更高 $P < 0.05$ 。

3 讨论

颅脑损伤的发病突然,可引起患者颅内血肿以及颅内压升高,表现为昏迷、恶心、嗜睡^{[2]-[4]}。患者的意识障碍情况显著,随着血肿的不断增多对脑室形成挤压引起患者神经功能损伤,进一步对其肢体功能和自理能力造成影响,患者的病情进展速度较快,其残疾率以及死亡率相对较高,这使得患者的心理压力升高,易出现负性情绪导致生活质量下降,所以为了改善该情况需做好围手术期的护理服务工作,增强患者的手术信心以及依从性^{[5]-[7]}。精细化护理的应用更加注重护理工作的细节化、全面性,结合患者围手术期的特征和需求来提供科学全面的护理服务,在做好常规护理的同时关注患者的精神心理状态并给予人文关怀,同时发挥家属的参与作用,使患者感受到温暖及关怀,有利于增强患者的康复信心以及治疗依从性^[8]。本研究中,观察组术后并发症率更低,在护理后神经功能、生活质量等各项评分改善情况好于对照组。表明,围手术期精细化护理的运用可提升颅脑损伤手术患者的护理质量。本次研究中2组患者均在出院之前对其进行护理满意度调查。研究显示,观察组的护理满意度显著高于同期对照组,表明精细化护理的运用可提升颅脑损伤患者的护理服务满意度,帮助和谐护患关系,原因在于精细化护理在运用过程中能够给予患者更具人

文关怀和细致全面的护理服务,可提升患者对于护士的亲切感、依赖感以及信任感,因此有助于提升护理服务满意度。

综上所述,对颅脑损伤患者运用围手术期精细化护理可预防其术后并发症,可促进神经功能恢复、降低意识障碍程度及提升生活质量。

参考文献:

- [1]蒋欢,冯霞飞,满小曲.围手术期精细化护理对颅脑损伤患者护理效果观察[J].家有孕宝,2020,2(6):131-132.
- [2]赖舒婷.精细化护理对改善额颞部重型颅脑损伤患者大骨瓣开颅术后康复的应用价值[J].中国伤残医学,2020,15(21):57-58.
- [3]陈丽.精细化护理在重症颅脑损伤患者肠内营养中对伤残率的影响[J].健康必读,2020,25(33):120,123.
- [4]吕圣银.早期分级康复护理对颅脑损伤患者预后及生活质量的影响[J].当代护士(下旬刊),2020,27(9):129-131.
- [5]董翔宇,刘帅.早期优质康复护理对颅脑损伤患者康复质量及不良心理情绪的影响[J].辽宁医学杂志,2020,34(5):71-73.
- [6]胡伟伟,刘雨雨.整体护理对颅脑损伤手术患者术后并发症率的影响分析[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(47):38-39.
- [7]周艳丽.以问题为导向的护理对颅脑损伤患者压疮发生情况的影响[J].河南医学研究,2019,28(18):3438-3439.
- [8]贾静.社区联动式延续性护理对颅脑损伤患者心理弹性和行为状态的影响[J].中国社区医师,2019,35(28):141-142.

临床护理路径对 ICU 呼吸衰竭患者的护理效果

王宇婷

齐齐哈尔市中医医院 黑龙江齐齐哈尔 161000

摘要:目的 探讨临床护理路径对 ICU 呼吸衰竭患者的护理效果。方法 选取 2020 年 3 月-2021 年 11 月本院 62 例 ICU 呼吸衰竭患者,随机分为对照组(常规护理)与观察组(临床护理路径),对比护理效果。结果 并发症发生率、呼吸机使用时间、呼吸功能恢复时间、ICU 住院时间、PaO₂和 PaCO₂、护理满意度方面,观察组较对照组优(P<0.05)。结论 给予 ICU 呼吸衰竭患者临床护理路径有助于患者及早恢复健康,且对于血气指标的改善有利,值得采纳。

关键词: ICU; 呼吸衰竭; 临床护理路径

Nursing effect of clinical nursing pathway on patients with respiratory failure in ICU

Wang Yuting

Qiqihar Traditional Chinese Medicine Hospital, Heilongjiang, Qiqihar 161000

[Abstract]Objective To explore the nursing effect of clinical nursing pathway on patients with respiratory failure in ICU. Methods 62 patients with respiratory failure in ICU from March 2020 to November 2021 were randomly divided into control group (routine nursing) and observation group (clinical nursing pathway), and the nursing effects were compared. Results the observation group was superior to the control group in terms of complication rate, ventilator use time, respiratory function recovery time, ICU hospitalization time, PaO₂ and PaCO₂, and nursing satisfaction (p<0.05). Conclusion the clinical nursing pathway for ICU patients with respiratory failure can help the patients recover health as soon as possible, and is beneficial to the improvement of blood gas indicators, which is worth adopting.

[Key words]ICU; Respiratory failure; Clinical nursing pathway

重症监护病房(ICU)为医院组成科室中相对重要的一部分,而呼吸衰竭为该科室发生率较高的一种疾病,指的是肺部通气功能、换气功能障碍,导致正常气体交换受到影响,引起缺氧或二氧化碳潴留,最终引起机体代谢异常【1】。疾病发生后,患者通常伴有呼吸困难及氧气供给不足等症状,由于这一因素,机体正常运转发生改变,代谢也随之变化,有些甚危及生命【2】。现阶段,机械通气为呼吸衰竭治疗主要方法,在降低二氧化碳浓度、缓解缺氧症状方面占据显著优势。但是该方法也存在一定不足,因此,需要结合护理方法,目的是为了帮助患者及早恢复【3】。临床护理路径为全新的护理模式,每项工作的开展均围绕时间进行,从入院开始到结束,根据不同时间段具体状况制定护理方法,对于患者及早恢复健康有利【4】。基于此,本文针对临床护理路径的应用方法和效果进行分析,详情如下。

1 资料与方法

1.1 资料

本次研究 62 例 ICU 呼吸衰竭患者均为本院 2020 年 3 月-2021 年 11 月,随机分组,每组各 31 例;两组临床资料比较,差异较小(P>0.05),见表 1。

表 1 两组临床指标对比

分组	性别	年龄(岁)	疾病类型			
			开放性颅脑损伤	严重脑挫裂伤	COPD 性肺气肿	重度肺炎
对照组(n=31)	18/13	53.47±3.15	3	17	6	5
观察组(n=31)	16/15	54.02±2.87	2	16	7	6
χ^2/t	0.261	0.719	0.218	0.065	0.097	0.111
P	0.609	0.475	0.641	0.799	0.755	0.739

1.2 方法

1.2.1 对照组

常规护理方法:加强对专科护理的关注。因呼吸衰竭患者病情相对严重,针对病情变化需严密监测,掌握呼吸状况,特别是呼吸机的应用,详细讲解呼吸机应用方法、原理等;根据氧气供给状况提供吸氧护理,给予

预防并发症护理方法等。

1.2.2 观察组

临床护理路径方法:①成立临床护理路径小组:组成人员以具备丰富经验的责任护理人员、医生和护士长为主,综合评估病情变化、情绪状态和治疗方法等,根据实际需求制定与患者相符的临床护理路径量表,并组织小组成员学习和培训。②临床护理路径量表内容:1)入院第 1 日:熟悉医院环境和病房环境,详细讲解 ICU 治疗的目的、护理路径的作用和具体内容等,通过讲解方法促进患者及其家属依从性、配合度的提高【5】。同时,综合评估病情变化,不断优化护理路径。2)入院第 2 日:介绍疾病诱因、治疗方法的同时,对日常饮食、生活进行指导,以易消化、蛋白及维生素含量丰富的食物为主,保证治疗环境安静,改善睡眠质量。3)入院第 3-4 日:以 ICU 治疗方法为依据,指导患者日常用药,保证药物用量、用法症状,药物应用后,对用药状况严密监测;排痰、咳嗽方法有效指导,观察呼吸机应用状况,以呼吸道实际状况为依据,实施排痰,在身体恢复无需呼吸机后撤机。护理人员按照路径表评估患者,调节治疗方法,以便身体及早恢复。4)入院第 5-6 日:加强对呼吸衰竭并发症预防的关注,在病情有所恢复后,对早期锻炼方法进行指导,但是需要加强对活动强度和时间的关注。同时,掌握情绪变化、心理状态等,通过知识讲解、心理疏导等方法,并患者消极状态和不良情绪变化进行调整,促进其治疗自信心的提高。5)出院当日护理:讲解出院后需要注意的内容,尤其是睡眠、饮食等,同时强化用药指导。科室为掌握患者出院后的恢复状况通常需要保留患者电话联系方法,以便其定期复查。在发现不适后马上去医院就诊。③临床护理路径的实施:根据临床护理路径内容观察病情变化,同时深入分析,给予针对性护理方法,在不同时间段实施相应的健康知识讲解,每完成一项内容后进行一次标记,同时记录签名和时间。

1.3 观察指标

观察并发症发生状况、临床指标(呼吸机使用时间、呼吸功能恢复时间、ICU 住院时间)、血气指标、护理满意度。

1.4 统计学方法

采取统计学软件 SPSS20.0 分析研究数据,($\bar{x} \pm s$)表示计量资料(t 检验),率(%)表示计数资料(χ^2)检验;两组比较,差异明显(P<0.05)。

2 结果

2.1 并发症发生状况

两组并发症发生率存在明显差异(P<0.05),见表 1。

表 1 两组并发症发生状况比较[n(%)]

分组	例数	应激性 溃疡	肺部感 染	自发性 气胸	尿路感 染	发生率
对照组	31	2	3	1	2	8 (25.81)
观察组	31	1	1	0	0	2 (6.45)
χ^2						4.292
P						0.038

2.2 临床指标

两组临床指标差异显著 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 两组临床指标对比 ($\bar{x} \pm s$, d)

分组	例数	呼吸机使用 时间	呼吸功能恢 复时间	ICU 住院时 间
对照组	31	7.09 $\pm$ 2.13	6.03 $\pm$ 1.32	15.62 $\pm$ 2.65
观察组	31	5.43 $\pm$ 1.92	5.07 $\pm$ 1.76	13.16 $\pm$ 3.12
t		3.223	2.429	3.346
P		0.002	0.018	0.001

2.3 血气指标

两组干预前血气指标差异较小 ($P>0.05$); 干预后, 两组差异明显 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 两组血气指标比较 ($\bar{x} \pm s$, mmHg)

分组	例数	PaO ₂		PaCO ₂	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	31	45.68 $\pm$ 4.31	65.69 $\pm$ 7.45	65.38 $\pm$ 5.67	48.47 $\pm$ 4.23
观察组	31	45.72 $\pm$ 3.97	71.25 $\pm$ 6.03	65.42 $\pm$ 6.13	44.95 $\pm$ 5.16
t		0.038	3.229	0.027	2.937
P		0.969	0.002	0.979	0.005

2.4 护理满意度

两组护理满意度存在明显差异 ($P<0.05$), 见表 4。

表 4 两组护理满意度对比[n(%)]

分组	例数	非常满意	基本满意	不满意	满意度
对照组	31	15	10	6	25(80.65)
观察组	31	19	11	1	30(96.77)
χ^2					4.026
P					0.044

3 讨论

呼吸衰竭为临床多发、常见疾病, 该病的发生与肺部通换气功能异常, 正常气体交换受阻有关, 因上述因素作用, 导致机体二氧化碳大量聚集, 最终引起潴留, 机体代谢、生理功能异常【6】。疾病发生后, 许多患者器官和组织代谢异常, 随着疾病的发展, 组织结构开始出现代谢紊乱, 严重危及到患者生命安全。

临床护理路径是一种全新的护理模式, 更加注重以患者为中心的护理原则, 利用图表记录患者从入院开始到出院享受的护理内容, 除具备基础的治疗标准及护理内容外, 考虑了每位患者实际状况, 从医疗管理、临床医疗及护理等方面成立具备较强专业性的护理小组, 通过语言交流、协调等方法尽可能的满足患者身心需求, 并对临床护理内容和标准进行优化、完善, 控制医疗成本, 相比于常规护理方法, 其涉及内容更多且细致【7】。临床护理路径模式有助于护理人员自身责任感提高, 愿意主动参与呼吸衰竭及 ICU 护理内容的学习, 在丰富自身理论知识的同时, 增强操作技能, 从而给予患者规范、全面的护理服务。除此之外, 临床护理路径更加注重医护患的沟通, 采用该方法能够及时掌握患者病情变化和患者及其家属的需求, 其对于缓和医生、护士与患者的关系有利。且, 规范的护理方法能够让其对医护人员的信任感提升, 从而更加肯定医护人员的工作, 而护理人员也会出现荣誉感及满足感, 这对于其工作积极性的改善有着显著影响,

不断规范自身工作, 从而达到护理工作质量及效率提高的目的。

由于 ICU 呼吸衰竭患者经济状况、年龄和理解能力等不同, 再加之病情严重程度存在差异, 进一步增加了治疗难度。因此, 护理过程中, 需要护理人员加强对病情评估的重视, 同时关注情绪变化和心理状态, 增加肢体接触和交流次数, 能够改变患者消极心态, 自愿接受疾病的护理和治疗。临床护理路径的制定以量表为中心进行。本次研究中, 观察组患者采取临床护理路径表, 护理人员工作期间, 科室护理人员不仅熟练掌握了护理路径内容, 且经过了系统的培训的同时, 进一步指导了患者日常用药, 帮助其了解药物在恢复机体功能中的重要性; 其次, 加强对气道及呼吸机管理的重视, 严密监测生命体征指标, 关注病情改善状况, 在进行细致护理的同时, 优化常规护理, 包括运动和饮食等。同时, 强化健康知识讲解, 在病情平稳且符合呼吸机撤除标准后, 撤机并拔管。除此之外, 临床护理路径实施期间, 患者及家属与护理人员沟通次数, 能够帮助患者及时掌握自身恢复状况和治疗效果, 对于及早恢复健康有利, 尽可能的避免因护理不规范、护理欠缺等导致的护理效果不理想。通过本次研究发现, 从并发症发生方面分析, 临床护理路径的应用效果更为显著, 由此可见, 临床护理路径的实施在预防并发症发生方面占据显著优势。临床护理路径量表制定过程中, 综合考虑了每位患者的实际状况, 尽可能的保证护理的时间性和有序性, 减少医疗资源的浪费, 同时, 护理工作开展的有序性, 能够让患者感受到护理人员对其关注度, 意识到护理服务的优势。该模式应用期间, 能够合理控制和管理整个过程中, 并对各项指标实施量化处理, 尽可能的保证护理过程中的具体化和规范化, 不仅对于护理及管理效果的评价有利, 且可促进护理人员工作积极性和责任感的提高。据有关资料显示, 临床护理路径有助于护理工作效果和护理质量提高, 加快疾病康复速度, 获得相对理想的预后效果。通过本次研究发现, 临床护理路径的应用可明显减少呼吸机应用时间和 ICU 入住时间, 较常规护理方法相比, 其应用效果更加明显。此外, 有关研究表明, 临床护理路径方法能够让患者享受到更为优质、全面的护理服务, 在此过程中, 护理人员对患者及其家属的关注度明显提高, 结合亲切、柔和的语言沟通方式和护理服务, 能够改变患者对护理人员的看法, 感受到其尊重和关爱, 从而提高护理满意度。通过本次研究发现, 临床护理路径能够改变患者对护理人员陈旧的看法, 更加满意护理人员的工作, 护患关系也得到缓解, 这一现象为护理工作的有序开展奠定了基础。经研究可知, 临床护理路径实施后, 患者的身体状况和各项指标显著改善, 特别是血气指标, 应用期间, 护理人员可以帮助患者更好的适应呼吸机等, 改善其因为环境陌生、恐惧疾病等产生的不良情绪, 主动配合医护人员工作, 提升整体治疗效果。

总而言之, 临床护理路径在缩短 ICU 呼吸衰竭患者 ICU 住院时间和呼吸机使用时间方面占据显著优势, 而且能够改善其血气指标, 尽量减少并发症的发生, 值得采纳。

参考文献:

- [1]程燕梅,禹秀娟.风险评估护理对 COPD 伴呼吸衰竭行机械通气患者血气分析指标及预后的影响[J].中国社区医师.2020,(6).141~142.
- [2]孙云,董烨,何欣燃,等.对在 ICU 接受治疗的呼吸衰竭患者进行精细化护理的效果分析[J].当代医药论丛.2020,(4).246~247.
- [3]徐梦遥.ICU 呼吸衰竭患者护理中临床护理路径的应用效果[J].中国保健营养.2020,(21).297.
- [4]刘玉华.风险评估护理对 COPD 伴呼吸衰竭行机械通气患者血气指标与预后的影响研究[J].中国医药指南.2020,(21).34~35,40.
- [5]翟晓秋.观察临床护理路径对 ICU 呼吸衰竭患者护理效果、满意度的影响[J].健康前沿.2019,(5).147.
- [6]江卉,杨金花,江明媛,等.基于奥马哈系统护理模式在 ICU 重症呼吸衰竭患者中的应用效果[J].中国当代医药.2019,(7).208~210,225.
- [7]胡琛琛.改良早期预警评分方案在 ICU 护理风险评估中的应用[J].当代护士(中旬刊).2019,(12).63~66.

分析舒适护理在老年股骨颈骨折术后护理中的应用价值

魏喜梅

广东省湛江市遂溪县中医院 骨外科 广东湛江 524300

摘要：目的：筛选股骨颈骨折患者，选取老年患者研究，探讨舒适护理效果。方法：以骨外科为研究科室，筛选年龄大于 60 岁的患者，筛选时间为 2018 年 2 月-2022 年 3 月，抽取 50 例股骨颈骨折研究。确定患者参与研究，经单双数法实行分组。单数是对照组，患者 25 例，选用常规护理包括向患者简单普及疾病知识，介绍手术方法与效果，提升患者的手术依从性；辅助患者完善各项检查，指导患者进行术前准备；术后指导患者以平卧位休养，但为了预防压力性损伤，需定时辅助患者翻身；双数是观察组，患者 25 例，选用舒适护理，包括心理护理、健康教育以及生活护理等。结果：与对照组比较，指标术后并发症，观察组发生率小；指标髋关节功能，观察组评分高；指标日常生活能力，观察组评分高；指标疼痛评分，观察组评分低，比值显示 ($P < 0.05$)。护理满意率观察组优于对照组 ($P < 0.05$)。结论：确诊并治疗老年股骨颈骨折时，应联用舒适护理，提升整体康复效果，改善相关预后情况，值得临床推广。

关键词：股骨颈骨折；舒适护理；术后并发症率；髋关节功能；日常生活能力

股骨颈骨折是常见骨科损伤，交通意外、摔伤以及砸伤等是导致疾病发生的主要原因^[1-2]。老年患者是该病主要群体，但因为老年人的体质状态更差，机体功能更弱，术后康复速度较慢，康复时间延长，康复风险增加^[3-4]。手术可迅速复位骨折部位，但属于侵入性操作，可对生理造成一定刺激，且术后有一定几率发生并发症^[5-6]。为促进患者尽快康复，多在围术期给予舒适护理，全面调节患者的身体状态，促使患者尽快恢复健康。但常规护理存在一定缺陷，在促进骨折愈合方面的效果不够理想。舒适护理是一种基于多学科理念的护理干预，所用干预手段均同时具备治疗与护理两项作用，用于骨折护理中，可促进骨折愈合，改善患者机体功能及减少一系列并发症的出现^[7]。

1 资料与方法

1.1 临床资料

研究科室，骨外科；研究类型，前瞻性；研究患者，股骨颈骨折；研究时间：2018 年 2 月-2022 年 3 月；患者特点：老年人；患者数量，50 例；分组方法，单双数法。对照组 VS 观察组，资料比值见下：男性单位例，比值 13:12；女性单位例，比值 14:11；年龄单位岁，最小比值 61:61，最大比 80:80；年龄均值比 70.36±5.17:70.61±5.18；整体比值显示，无差异 $P > 0.05$ 。

纳入标准：(1) 年龄 > 60 岁；(2) 具备手术指征；(3) 意识状态清醒；(4) 全程配合研究；(5) 知情同意研究。

排除标准：(1) 合并凝血障碍；(2) 合并传染性疾病；(3) 合并精神疾病；(4) 合并心理障碍；(5) 不配合研究。

1.2 方法

对照组按常规护理，向患者简单普及疾病知识，介绍手术方法与效果，提升患者的手术依从性；辅助患者完善各项检查，指导患者进行术前准备；术后指导患者以平卧位休养，但为了预防压力性损伤，需定时辅助患者翻身；术后第一天，指导患者进行踝关节运动，但运动时间与运动强度需结合患者病情而确定。

观察组按舒适护理，①心理护理：骨折发生之后会影响患者的活动能力，加上手术疼痛的影响，导致患者术后存在一定的心理压力。因此术后需要密切观察患者的心理状况，采取有效的心理疏导措施，帮助患者缓解心理压力，逐步调整应对方式，从而积极配合临床治疗。②健康教育：患者由于对骨折以及手术的认识不足，加上现代网络中充斥着各种各样的不

利传言，对于患者的认知造成了一定的影响。很多患者担心发生后遗症，因此需要告知患者手术治疗的效果以及康复锻炼的重要性，讲解骨折相关健康知识，从而促进患者形成健康的行为习惯，改善患者的预后结局。③生活护理：术后长期卧床容易诱发压力性损伤，因此需要加强皮肤护理，定期翻身，在骨突部位放置软枕。

1.3 观察指标

(1) 术后并发症，泌尿系统感染、肺部感染、褥疮；(2) 康复功能，采用 Harris 髋关节功能量表^[8]评估患者的髋关节功能，主要评估疼痛、功能以及畸形等内容，总分值是 0-100 分，分数越高指代患者髋关节功能恢复越理想；采用视觉模拟评分法^[9]评估患者的疼痛症状，总分值是 0-10 分，分数越低指代患者的疼痛症状缓解情况越好；采用 Barthel 指数^[10]评估患者的日常生活能力，主要评估活动、如厕、排便、穿衣、上下楼梯等方面，总分值是 0-15 分，分数越高指代患者日常生活能力恢复越理想。

1.4 统计学方法

研究数据有两大类，康复功能是计量资料，以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，通过 t 检验；术后并发症是计数资料，以 $n(\%)$ 表示，通过 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 术后并发症比较

见表 1。

表 1 两组术后并发症 ($n=50$ 例, $n(\%)$)

组别	泌尿系统感染	肺部感染	褥疮	合计
观察组	0	1	0	1 (4.00%)
对照组	1	1	2	6 (16.00%)
χ^2 值	-	-	-	4.153
P 值	-	-	-	0.041

2.2 康复功能比较

见表 2。

表 2 两组康复功能 ($n=50$ 例, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	髋关节功能评分		疼痛评分		日常生活能力评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	45.37±4.29	76.87±4.82 [△]	2.65±0.58	1.31±0.79 [△]	34.59±0.39	48.65±0.12 [△]

对照组	45.60±4.30	66.59±4.65 [△]	2.64±0.57	2.77±0.92 [△]	34.55±0.43	40.38±0.42 [△]
t 值	0.189	7.675	0.062	6.020	0.345	94.664
P 值	0.851	0.042	0.951	0.043	0.732	0.046

注：与同组比较，[△]P<0.05。

2.3 护理满意率

见表3。

表3 护理满意率比较

组别	非常满意	满意	不满意	满意率 (%)
观察组	13	12	0	100.00
对照组	10	11	4	84.00
X ² 值	-	-	-	4.348
P 值	-	-	-	0.037

3· 讨论

老年股骨颈骨折的治疗难度比较大，这与患者年龄过大、身体机能严重退化、手术耐受性差、慢性病多等存在直接关系^[11]。若患者患有严重高血压、糖尿病，在血压及血糖未控制在理想范围内，不建议进行手术治疗。但部分患者经术前对症处理后，将生命体征控制在合理范围内，即可接受手术治疗，并且可获得较好的治疗效果。但因为患者年龄较大，体质虚弱，所以术后需要较长的卧床休养时间。为保障患者的康复效果，临床多在围手术期联用舒适护理。

既往临床多应用常规护理，可提升患者与家属对疾病的认知，提升患者的手术依从性，辅助患者顺利完成手术治疗，指导患者术后早期活动恢复机体功能^[12]。但是，患者术后多伴有明显疼痛或是心理阴影，往往不愿意配合术后早期康复锻炼，尤其是因摔伤导致骨折的患者^[13]。针对这一情况，只能选择其他护理方法，改善患者的生理及心理状态，促进患者早期康复。

综上所述，确诊老年患者发生股骨颈骨折后，积极进行对症治疗，配合舒适护理，预后情况、康复功能更理想，值得推广。

参考文献：

- [1]叶珍.老年股骨颈骨折患者压疮预防中预见性护理的应用研究[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(38): 103.
- [2]周义.循证护理在老年股骨颈骨折患者预防压疮中的应用效果分析[J].中国伤残医学,2018,26(6): 95-96.
- [3]田宏.人性化护理在股骨颈骨折护理中应用的效果研究[J].中国伤残医学,2019,27(22): 65-66.
- [4]呼菊莲.系统护理干预对围术期老年股骨颈骨折患者心理状况及并发症的影响[J].现代中西医结合杂志,2017,26(28): 3175-3177.
- [5]AMR ELGEHINY, KHALED GHANEM, HAYTHAM BOU HUSSEIN, et al. Port-a-Cath fracture and migration in paediatric cancer patients: incidence and management at a tertiary care centre - a 15-year experience[J]. Cardiology in the young,2020,30(7): 986-990.
- [6]陈灶华,周琼,刘晓权.手术室精细化护理在老年股骨粗隆间骨折患者手术中的应用评价[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(42): 219-220.
- [7]黎华珍,谭杏贤,欧会芝,等.院外延续性系统护理对预防 Graden II 型

股骨颈骨折行闭合复位空心钉内固定术后并发股骨头坏死的有效性研究[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(36): 62,68.

[8]陈小玉.延续性护理对股骨颈骨折患者康复锻炼依从性及生活质量的影响分析[J].基层医学论坛,2020,24(15): 2159-2160.

[9]尹志秀.股骨颈骨折患者实施延续性护理干预对自理能力和护理服务评价的影响[J].中国社区医师,2020,36(30): 158-159.

[10]张爱英,赵霞,步海玲,等.快速康复外科理念延续护理模式在全髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折中的临床价值分析[J].反射疗法与康复医学,2020,29(2): 142-144.

[11]NAZARETH, ALEXANDER, VANDENBERG, CURTIS D., SARKISOVA, NATALYA, et al. Prospective Evaluation of a Treatment Protocol Based on Fracture Displacement for Pediatric Lateral Condyle Humerus Fractures: A Preliminary Study[J]. Journal of pediatric orthopaedics,2020,40(7): E541-E546.

[12]HALM, JENS A., BEEREKAMP, M. SUZAN H., DE MUINCK-KEIJZER, ROBERT JAN, et al. Intraoperative Effect of 2D vs 3D Fluoroscopy on Quality of Reduction and Patient-Related Outcome in Calcaneal Fracture Surgery[J]. Foot and ankle international,2020,41(8): 954-963.

[13]曾晓莲,许喆萍.整体延续性护理干预对股骨颈骨折患者康复效果的影响[J].中国当代医药,2020,27(29): 213-215.

[14]周娟.延续性康复护理对老年骨折病人出院后康复锻炼依从性、跌倒风险事件及日常生活能力的影响[J].护理研究,2020,34(24): 4491-4493.

[15]ZHU, K., ZHANG, J., ZHANG, C., et al. Therapeutic efficacy of zoledronic acid combined with calcitriol in elderly patients receiving total hip arthroplasty or hemiarthroplasty for osteoporotic femoral neck fracture[J]. Osteoporosis international: a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA,2021,32(3): 559-564.

[16]LIU YIJUN, CHEN XIAOKUN, ZHANG PEIXUN, et al. Comparing total hip arthroplasty and hemiarthroplasty for the treatment of displaced femoral neck fracture in the active elderly over 75 years old: a systematic review and meta-analysis of randomized control trials[J]. Journal of Orthopaedic Surgery and Research,2020,15(1).

[17]徐咏梅,丁妮,吕淑玲.基于微信平台的延续性护理干预对骨质疏松压缩性骨折患者运动功能及生活质量的影响[J].徐州医科大学学报,2020,40(2): 153-156.

[18]JOHARA, ERI, BANDO, YOSHINORI, YOSHIDA, TOMOJI, et al. Central Nervous System Agent Classes and Fragility Fracture Risk among Elderly Japanese Individuals in a Nationwide Case-Crossover Design Study[J]. Biological & pharmaceutical bulletin,2020,43(2): 340-347.

[19]王宗,张亚鹏,刘永.老年股骨粗隆间骨折患者应用防旋股骨近端防旋髓内钉与近端解剖钢板的疗效分析[J].临床和实验医学杂志,2021,20(4): 414-417.

脑出血昏迷患者的急救护理体会

武海燕 郭艳梅

宁夏银川市灵武市人民医院 宁夏灵武市 750400

摘要：目的：探讨脑出血昏迷患者的急救护理。方法：采集本院 2018 年 4 月至 2022 年 7 月期间收治的 94 例脑出血昏迷患者，随机分为对照组与观察组各 47 例，对照组运用常规护理，观察组运用急救护理干预，分析不同护理操作后患者抢救成功率、并发症、救治速度、恢复指标情况。结果：在患者 Barthel、FMA、NIHSS 评分上，观察组各项评分护理后改善幅度得到明显提升，差异有统计学意义 ($p<0.05$)；在患者急救有效率上，观察组为 93.62%，对照组 76.60%，差异有统计学意义 ($p<0.05$)；在患者并发症发生率上，观察组为 8.51%，对照组 25.53%，差异有统计学意义 ($p<0.05$)；在患者抢救时间、住院时间等指标上，观察组各项明显少于对照组，差异有统计学意义 ($p<0.05$)；在护理满意度上，观察组为 95.74%，对照组 78.72%，差异有统计学意义 ($p<0.05$)。结论：脑出血昏迷患者中运用急救护理干预，可以有效地改善其各项指标恢复状况，提升其各功能水平，减少并发症，加快其治疗恢复速度，提升患者护理满意度，整体状况更为理想。

关键词：脑出血；昏迷；急救护理；体会

脑出血属于中老年患者的常见病，病情发展快速，容易引发多种脑栓塞、深静脉血栓、癫痫等并发症问题，甚至导致患者生命威胁。该病起病急促，病情严重，发展变化快，对生命威胁大。本文采集 94 例脑出血昏迷患者，分析运用急救护理干预后患者抢救成功率、并发症、救治速度、恢复指标情况，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院 2018 年 4 月至 2022 年 7 月期间收治的 94 例脑出血昏迷患者，随机分为对照组与观察组各 47 例。对照组中，男 26 例，女 21 例；年龄从 45 岁至 78 岁，平均 (54.72 ± 3.97) 岁；观察组中，男 29 例，女 18 例；年龄从 43 岁至 76 岁，平均 (55.43 ± 4.28) 岁；纳入标准：所有患者不存在严重性的合并疾病，年龄在 40 岁以上；患者与家属配合治疗的进行，保证工作开展的有效性；患者病发时间在 24h 以内。排除标准：两组患者在基本年龄、性别与病情等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用常规护理，观察组运用急救护理干预，具体内容如下：

院前护理方面，一般在接到急诊电话之后，需要及时告知院前急救小组，完成有关急救准备工作。一般情况下，需要在接到通知后的 5 分钟出发^[1]。通常在 5 分钟的准备过程中，接听人员需要对患者有关情况做进一步地询问了解，收集更多的信息，为后续救治工作提供保证。要了解当事人所在的具体位置，尽可能地收集其基本病情状况以及现场情况，为有关急救小组的工作开展提供更好的准备参考。依据其不同情况准备对应的药物以及设备，为后续工作开展提供更可靠的保障^[2]。转运小组成员需要通过电话与医院内部的接诊科室做对应的沟通，反馈其到场之后了解的情况，报告现场施救之后有关患者基本资料、病情，为后续到院救治工作提供更多的准备参考。

接诊护理方面，患者被转运到院之后，需要及时提供对应的绿色通道。救治小组需要有一人引导患者家属做好对应手续工作，保证有关救治工作能够顺利地开展，避免因家属方面的不配合、迟疑而导致救治工作的延误^[3]。而其他成员则需要完成对患者有关救治工作的护送以及抢救工作。进入到急救室之后，需要确保在 5 分钟内完成对患者的静脉通路以及呼吸道建立工作，让其头部保持一侧的偏向，防控误吸而导致的窒息问题。

院前急救方面，医护人员送到急救室，需要做好对应的医护交接管理，为其开辟绿色通道，及时通知对应的神经内科医生，将其送到脑卒中抢救室做对应的抢救管理。开辟对应科室绿色通道，尽可能在 20 分钟内完成患者各项指标检查，包括生化检验、凝血功能、血常规、心电图、影像学有关检查等^[4]。同时需要医护人员陪同患者开展有关影像学 CT、MRI 检查工作。检查中如果有病情恶化情况需要及时抢救处理，如果没有出血征象问题，神经内科医生需要在返回急诊的过程中做好有关沟通谈话，开展对应的急诊静脉溶栓处理。获得患者同意之后，及时进行抢救有关设备、药物准备，开展治疗处理^[5]。做好患者各项生命体征以及病理症状情况的

监测记录，进行对应抢救物品准备、护送工作。

1.3 评估观察

分析不同护理操作后患者抢救成功率、并发症、救治速度、恢复指标情况。救治速度主要观察抢救时间与住院时间。恢复指标主要集中在 Barthel（日常生活活动能力）、FMA（生活质量与肢体运动能力）、NIHSS（神经功能损伤）评分。护理满意度中很满意与基本满意的比例之和。

1.4 统计学分析

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

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 Barthel、FMA、NIHSS 评分情况

如表 1 所示，在患者 Barthel、FMA、NIHSS 评分上，观察组各项评分护理后改善幅度得到明显提升，差异有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 1：两组患者治疗前后 Barthel、FMA、NIHSS 评分对比 ($\bar{x}\pm s$ ，分)

分组	时间	Barthel	FMA	NIHSS
观察组	治疗前	36.74 $\pm$ 3.98	35.76 $\pm$ 4.18	8.64 $\pm$ 0.48
	治疗后	82.39 $\pm$ 4.57	82.49 $\pm$ 5.62	3.09 $\pm$ 0.37
对照组	治疗前	35.29 $\pm$ 4.20	36.28 $\pm$ 4.16	8.53 $\pm$ 0.42
	治疗后	67.53 $\pm$ 5.39	67.82 $\pm$ 4.52	5.73 $\pm$ 0.51

注：两组治疗前对比， $P>0.05$ ，两组治疗后对比， $P<0.05$

2.2 各组患者抢救时间、住院时间情况

见表 2，在患者抢救时间、住院时间等指标上，观察组各项明显少于对照组，差异有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 2： 各组患者抢救时间、住院时间结果 ($\bar{x}\pm s$)

分组	抢救时间 (h)	住院时间 (d)
观察组	0.75 $\pm$ 0.17	11.29 $\pm$ 2.17
对照组	1.43 $\pm$ 0.38	19.53 $\pm$ 3.76

注：两组对比， $P<0.05$

2.3 患者急救有效率与并发症情况

见表 3 所示，在患者急救有效率上，观察组为 93.62%，对照组 76.60%，差异有统计学意义 ($p<0.05$)；在患者并发症发生率上，观察组为 8.51%，对照组 25.53%，差异有统计学意义 ($p<0.05$)；

表 3：患者急救有效率与并发症评估结果[n(%)]

分 组	n	显效	有效	无效	治疗总有效率	并发症发生率
观察组	47	35(74.47)	9(19.15)	3(6.38)	93.62%	4(8.51)
对照组	47	24(51.06)	12(25.53)	11(23.40)	76.60%	12(25.53)

照
组

注：两组对比， $P<0.05$

2.4 患者护理满意度情况

见表 4 所示，在护理满意度上，观察组为 95.74%，对照组 78.72%，差异有统计学意义（ $p<0.05$ ）；

表 4：患者护理满意度评估结果[n(%)]

分组	n	很满意	基本满意	不满意	护理总满意率
观察组	47	25(53.19)	20 (42.55)	2 (4.26)	95.74%
对照组	47	14(29.79)	23 (48.94)	10 (21.28)	78.72%

注：两组对比， $P<0.05$

3 讨论

脑出血的具体病因情况多样，一般情况下是因为患者自身存在基础性高血压、高脂血、糖尿病等疾病，或者存在血管畸形、颅内肿瘤、异常情绪波动以及生活不良习惯等。其具有较高的发病率，在脑卒中情况中占比在 19%~48%范围^[6]。其疾病症状主要集中在意识障碍，因此昏迷情况较为突出。如果不能及时有效地控制治疗，容易引发患者脑积水、偏瘫、植物性生存以及死亡问题。因此，需要优化脑出血昏迷患者所能达到的救治效果，尽可能减少疾病对其导致的后续不良影响，提升其整个生活质量^[7]。一般情况下，患者发病之后，有 30%的患者可能会存在一定程度的神经功能缺损，在发病之后的 48 小时就可能出现死亡问题。随着其疾病的治疗拖延，在一定程度上会导致病情逐步的严重化。要做好入院后的及时全面评估，保证有关救治工作效率提升，减少延误而导致的疾病恶化问题。一般情况下，入院之后做好患者整体评估之后，需要快速地进行静脉通路的建立，保证其良好的生命支持。需要依据其颅内压升高情况做好对应细节情况的调控，积极开展机械通气与吸氧治疗干预。做好呼吸道分泌物的清理，保证其呼吸道畅通，防控有关坠积性肺炎等不良并发症问题^[8]。尽可能地减少感染以及不良预后问题，做好有关并发症防控，减少疾病带来的危害，提升整体的护理成效。

从本研究结果可以发现，在患者 Barthel、FMA、NIHSS 评分上，观察组各项评分护理后改善幅度得到明显提升，差异有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者急救有效率上，观察组为 93.62%，对照组 76.60%，差异有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者抢救时间、住院时间等指标上，观察组各项明显少于对照组，差异有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在护理满意度上，观察组为 95.74%，对照组 78.72%，差异有统计学意义（ $p<0.05$ ）。脑出血昏迷患者中急救护理采用对应的护理干预工作，在一定程度上可以优化其整体的生理功能指标，整体的急救有效率更高，减少了其并发症风险。同时整个抢救效率以及治疗恢复速度更快，患者体验感更好，对护理工作的满意度更高，说明了护理干预工作开展的及时有效性。在具体层面上需要做好整个急救护理团队的管理，优化其执行能力，才能确保有关急救护理工作落到实处。

在脑出血昏迷患者急救工作中，需要保证有关工作操作的准确性、及时性，要有丰富的工作经验以及理论基础，同时强调更强的护理团队、医护人员之间的配合默契。脑出血昏迷问题情况严重，多耗费几分钟的救治就会导致患者的危险程度提升，甚至导致多种不可逆损伤，引发患者多种功能障碍，其生活质量严重下滑，甚至引发患者无法自理与植物生存的严重后果^[9]。脑出血会导致患者偏瘫、失语、吞咽障碍、意识障碍，甚至整个生活自理能力的缺失，对患者自身家庭以及社会而言都构成较大的压力。

因此，急救护理工作需要做好全流程的配合，保证信息采集的及时、准确、有效，为有关工作的准备到具体护理操作执行干预提供更可靠的参考依据。各部门有关岗位人员需要保持专业默契的配合，及时发现问题、

反馈问题，帮助其他医护人员做好有效的应对^[10]。要充分地发挥患者家属以及亲朋好友的支持作用，反馈有效的信息，让其做好有关救治工作的配合，减少其认知缺失以及负面情绪对有关工作构成的阻力。

急救护理工作强调的不仅仅是对患者生理层面的护理工作，同时也要做好患者以外家属的认知建设、心理干预，包括患者后期苏醒之后的认知提升以及心理疏导工作。调动各方面的资源，调整各方面的因素，在一定程度上才能推动整个工作顺利的执行。对于护理人员也不仅要强调其专业的疾病以及护理操作技术，同时对于其观察判断、沟通、法律常识、心理学、社会学等各方面的知识都需要有一定的掌握。甚至较多的知识并不是非常深入的掌握，需要保持基本常识上的具备。因此，需要科室有关人员在人员培养上面做好日常经验的总结分享，完成有关常识性教育的落实，提升整个工作人员在实际操作工作上的个人技术、自我情绪管理、压力分解、心理调适、应急问题应对等各方面处理能力的培养，提升工作人员以及有关团队问题解决的综合素养。要做好护理工作的定期巡查管理，有专人做各环节工作的定期与随机动态检查，提升有关工作人员规范操作的自觉性，将有关规范性执行形成习惯，减少形式化操作所存在的隐患。要做好工作人员综合评估，发挥团队综合实力。不一定要所有人都具备全方位能力支持，可以将全方位能力分解到个人身上发挥作用。这样一方面满足实际科室各方面能力支持所需，另一方面可以减少个人所承担的责任压力。在具体处理应对上，要做好整个科室工作的总结分析，依据地方实际情况，做好脑出血昏迷患者特点的归纳分析，设计对应的工作流程与护理路径，保证工作开展更为顺畅，减少阻力因素对有关问题构成的干扰。要做好工作人员定期的培训学习与经验交流，保证工作人员的综合能力得到稳步提升，避免闭门造车的局限性。优化实际工作细节，保持与时俱进的工作开展态度。

本研究不足之处在于，整体的研究样本量相对不足，容易导致案例相对单薄，缺乏典型性。同时在研究的方向上，也会随着时代发展而不断推陈出新，促使有关工作的进一步落实。同时患者病情的单纯性更好，没有复杂多变案例样本，因此今后的研究可以更多的对典型样本构成清晰性处理，提升工作开展的有效性。

总而言之，脑出血昏迷患者中运用急救护理干预，可以有效地改善其各项指标恢复状况，提升其各功能水平，减少并发症，加快其治疗恢复速度，提升患者护理满意度，整体状况更为理想。

参考文献：

[1]郭中华. 优化急诊护理流程对提高脑出血昏迷患者急救效率和急救结局的意义分析[J]. 中国保健营养,2021,31(12): 117.

[2]吴晚婷,宋丹丹. 脑出血昏迷患者急诊护理干预研究[J]. 中国医药科学,2021,11(5): 136-138.

[3]朱佳玉. 细节化护理在重症脑出血术后昏迷患者压疮预防中的效果[J]. 中国民康医学,2021,33(21): 172-173,176.

[4]苏义文. 一体化急救护理在脑出血患者中的应用效果[J]. 中国民康医学,2021,33(17): 163-164.

[5]任青青. 院前急救护理路径在高血压脑出血患者中的干预效果[J]. 特别健康,2021(34): 252.

[6]尤静,李环. 预见性护理在脑出血患者急诊急救中的应用效果[J]. 健康大视野,2021(13): 142.

[7]莫焕齐,谢妙航,周冠珊. 预见性护理对脑出血患者急诊急救的效果[J]. 医学食疗与健康,2021,19(14): 97-98.

[8]张姣. 院外急救护理对急性脑出血患者预后及并发症的影响分析[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志,2020,15(z1): 87-88.

[9]高杨杨,王玲,陈晨. 急救护理程序对改善脑出血昏迷患者救治效果与急救结局的作用研究[J]. 实用临床护理学电子杂志,2020,5(10): 15.

[10]宋涛. 院前急救护理对改善高血压脑出血预后的作用[J]. 科学养生,2020,23(3): 227.

针对性护理对计划免疫接种中不良反应的预防效果分析

忻文君

上海市嘉定区外冈镇社区卫生服务中心 上海 201806

摘要：目的：给予接受计划免疫接种的小儿针对性护理方案，对于预防小儿不良反应的效果探讨。方法：样本均为接受计划免疫接种的接种者，接种时间段为 2021.01——2021.12，样本共计 174 例，按照随机数字表法分为观察组和对照组，每组 87 例，两组均给予常规护理干预措施，其中观察组在以上基础上给予针对性护理措施。分析并探讨两种护理方案对接种者的护理效果。结果：两组儿童主要接种不良反应包括硬结、红肿、皮疹、发热，其中观察组患者的不良反应发生率为 6.90%，对照组患者的不良反应发生率为 21.84%，观察组患者的不良反应发生率低于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组家属对接种目的、一类和二类疫苗、接种前后注意事项、不能接种的情况、常见不良反应、接种后产生免疫的时间、疫苗联合应用、抗生素对疫苗的影响、基础免疫和加强免疫、免疫持续时间及不良反应处理方法等方面知识掌握度均分别高于对照组相应维度值，差异均具有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组儿童的家属满意度为 97.70%，对照组儿童的家属满意度为 88.51%，观察组儿童的家属满意度高于对照组儿童的家属满意度，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：给予接受计划免疫接种的小儿针对性护理方案，对于预防小儿不良反应的发生具有显著的效果，且能有效提高接种者家属对计划免疫接种相关知识的掌握程度。

关键词：计划免疫接种；针对性护理；不良反应；预防

为有效预防小儿疾病，保证小儿健康，定期接受预防接种是最有效的手段，接种疫苗能够短期内促使儿童产生抵抗疾病的免疫力，更好的应对突发性传染病的流行和爆发，而及时免疫接种率是有效判断免疫服务质量的重要指标，按照国家规定儿童免疫接种的起始月龄和接种时间间隔开始，在规定时间内 1 个月或最后 1 剂接种时间向后推迟 1 个月内完成全程接种的即为及时接种，但是在小儿接种时，大多表现为临床依从性差、不良反应多等现象^[1-2]。儿童身体尚未发育成熟，易遭受病毒及病原菌感染，实施预防接种可有效提高其免疫力，预防相关疾病，保障其正常发育，促进其健康成长，儿童年龄小，缺乏自我护理能力，在接种疫苗时，会存在抵触情绪，存在哭闹等情况，不利于接种工作的开展^[3-4]。在预防接种过程中，需要配合科学、优质、有针对性的护理措施，有效改善儿童的抵触心理，减少不良反应发生率，改善其预后，提高其家属的满意度^[5-6]。为有效避免和预防接种不良反应发生率，此项研究特选取 174 例接种者作为研究样本，采用分组对照理论，通过比较常规、针对性两种护理方案应用后对接种者安全性及家属知识掌握情况的影响，来探讨针对性护理的实际应用效果。

1、资料与方法

1.1 一般资料

样本均为接受计划免疫接种的接种者，接种时间段为 2021.01——2021.12 之间，样本共计 174 例，按照随机数字表法分为两组，分别为对照组（ $n=87$ ）、观察组（ $n=87$ ）。对照组中男 47 例，女 40 例，年龄 1 个月至 4 岁之间，平均（ 2.02 ± 0.58 ）岁；观察组中男 48 例，女 39 例，年龄 1 个月至 4 岁之间，平均（ 1.98 ± 0.56 ）岁；两组基线资料呈均衡分布， $P>0.05$ 。

纳入标准：（1）0~4 月龄儿童，计划在本社区居住超过 6 个月以上，连续接种疫苗 6 次以上；（2）家长具有小学或小学以上文化程度，能使用普通话进行交流，视力、听力、认知行为和理解能力正常；（3）研究期间和儿童居住在一起，并且愿意配合本次研究。排除标准：（1）将患有先天性或免疫性疾病、对疫苗过敏的儿童排除；（2）先天性发育不全、有预防接种禁忌症者。

1.2 研究方法

对照组接受的是常规护理，具体包括注射后的基础护理措施和留院观察等；研究组接受的是针对性护理，具体是指在接种前、接种中和接种后

给予儿童护理指导，护理前详细了解儿童体检情况，保证体格检查无异常后实施接种，向儿童家属进行预防接种相关知识宣讲，包括重要性、意义、可能会出现的不不良反应、注意事项等；并为接种者创造温馨的环境，以减轻接种者及其家属的心理压力。在注射前，对疫苗进行详细的观察，充分摇匀后若发现有混浊或疫苗瓶存在裂纹、过期等情况，应及时销毁；提前备好肾上腺素等急救药物，以防止过敏现象的发生。接种中对儿童注射部位进行消毒，穿刺成功后进行注射，观察 15s 发现不存在渗液、渗血、血肿等情况后，用干棉签进行按压处理，叮嘱家属在观察室滞留 30min，以观察儿童是否发生异常。接种后如有红肿硬块，可用热毛巾对局部皮肤进行热敷，发放相关注意事项提示书，并详细告知家属下一次疫苗接种的时间。

1.3 观察指标

详细记录接种后儿童发生硬结、红肿、皮疹、发热等不良事件的发生情况，计算发生率并进行比较，发生率越低则证明接种安全性越高^[7-8]。

于接种措施完成后，自制计划免疫接种相关知识调查表，邀请家属进行填写，问卷内容包括接种目的、一类和二类疫苗、接种前后注意事项、不能接种的情况、常见不良反应、接种后产生免疫的时间、疫苗联合应用、抗生素对疫苗的影响、基础免疫和加强免疫、免疫持续时间、不良反应处理方法等，每项满分为 10 分，分数越高证实家属知识掌握程度越优。

用问卷调查的方式统计两组患者的满意度，用非常满意、一般满意、不满意三个等级来评价，满意度=非常满意度+一般满意度。

1.4 统计学方法

数据处理以 SPSS 23.0 软件整理分析数据，计量资料采用均值±标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，组间比较采用独立样本 t 检验（符合正态分布，方差齐性要求），计数资料采用百分比或率（ $n, \%$ ）表示，组间比较采用卡方检验（ χ^2 ）或 Fisher 检验， $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 比较两组儿童不良反应发生率

两组儿童主要接种不良反应包括硬结、红肿、皮疹、发热，其中观察组患者的不良反应发生率为 6.90%，对照组患者的不良反应发生率为 21.84%，观察组患者的不良反应发生率低于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ），详见表 1。

表 1 比较两组儿童不良反应发生率（ $n, \%$ ）

组别	例数	硬结	红肿	皮疹	发热	总发生率
对照组	87	5（5.75%）	7（8.05%）	3（3.45%）	4（4.60%）	19（21.84%）

观察组	87	3 (3.45%)	2 (2.30%)	0 (0.00%)	1 (1.15%)	6 (6.90%)
χ^2	--	--	--	--	--	7.894
P	--	--	--	--	--	0.005

3.2 比较两组家属对计划免疫接种知识的掌握程度

观察组家属对接种目的、一类和二类疫苗、接种前后注意事项、不能接种的情况、常见不良反应、接种后产生免疫的时间、疫苗联合应用、抗生素对疫苗的影响、基础免疫和加强免疫、免疫持续时间及不良反应处理方法等方面知识掌握度均分别高于对照组相应维度值,差异均具有统计学意义 ($P<0.05$), 详见表 2。

表 1 比较两组家属对计划免疫接种知识的掌握程度 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	对照组 (n=87)	观察组 (n=87)	t	P
接种目的	8.84±1.63	9.60±1.71	3.000	0.003
一类和二类疫苗	7.30±1.56	8.82±2.54	4.756	0.000
接种前后注意事项	9.03±1.04	9.87±1.23	4.864	0.000
不能接种的情况	8.64±1.02	9.13±1.15	2.973	0.003
常见不良反应	8.14±1.76	9.20±1.55	4.216	0.000
接种后产生免疫的时间	7.61±1.50	8.59±1.44	4.396	0.000
疫苗联合应用	7.35±1.48	8.31±1.27	4.592	0.000
抗生素对疫苗的影响	7.17±1.54	8.05±1.36	3.995	0.000
基础免疫和加强免疫	7.28±1.55	8.10±1.23	3.865	0.000
免疫持续时间	7.87±1.20	9.04±2.31	4.192	0.000
不良反应处理方法	6.76±1.63	8.85±2.51	6.514	0.000

2.3 两组儿童家属满意度比较

观察组儿童的家属满意度为 97.70%, 对照组儿童的家属满意度为 88.51%, 观察组儿童的家属满意度高于对照组儿童的家属满意度, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 详见表 3。

表 3 两组儿童家属满意度比较[(n/%)]

组别	非常满意	一般满意	不满意	满意度
对照组 (n=87)	37 (42.53)	40 (45.98)	10 (11.492)	77 (88.51)
观察组 (n=87)	55 (63.22)	30 (34.48)	2 (2.30)	85 (97.70)
χ^2	-	-	-	5.728
P	-	-	-	0.017

3、讨论

在小儿接种后留观期间, 医院门诊应该对小儿疫苗的防治知识进行宣传, 当家属带领小孩进行传染病治疗或者其他疾病的预防接种时, 也可以对小儿家属实施和开展传染病预防治疗的知识讲解和知识教育^[9-10], 明确且详细的告知家属小儿传染病预防和治疗疫苗接种的重要性以及必要性, 提高小儿家属的整体知识水平和认知水平, 家属较高的认知水平不仅能有效保证计划免疫接种工作的有效开展, 且能保证小儿安全性, 提高其整体健康水平^[11-12]。

本次研究各项数据比较结果显示, 针对两组接种者的不安全事件发生率进行记录, 观察组记录值为 6.90%, 明显比对照组记录值 21.84%更低。观察组接种者家属在计划免疫接种相关各个方面的知识评分均比对照组家属的掌握程度更高。此项研究证实, 在计划免疫接种过程中, 实施针对性护理, 能有效降低或避免硬结、红肿、皮疹、发热等不良事件的发生率,

且能从接种目的、一类和二类疫苗、接种前后注意事项、不能接种的情况、常见不良反应、接种后产生免疫的时间、疫苗联合应用、抗生素对疫苗的影响、基础免疫和加强免疫、免疫持续时间、不良反应处理方法等方面提升家属对疫苗知识的掌握程度^[13-14]。

综上所述, 给予接受计划免疫接种的小儿针对性护理方案, 对于预防小儿不良反应的发生具有显著的效果, 且能有效提高接种者家属对计划免疫接种相关知识的掌握程度。

参考文献:

[1]屈丽.计划免疫接种预防儿童传染病发生的干预效果研究[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(58): 23-24.

[2]Ax A, Jam B, Vlk C, et al. Progress toward sustainable influenza vaccination in the Lao Peoples' Democratic Republic, 2012-2018[J]. Vaccine, 2019, 37(23): 3002-3005.

[3]赵慧,邓文,李增清,等.葡萄糖酸锌联合维生素 AD 辅助治疗对不同病原菌感染肺炎儿童免疫功能及临床疗效的影响[J].实用医院临床杂志,2020,17(1): 14-17.

[4]Weiner J L, Fisher A M, Nowak G J, et al. Childhood Immunizations: First-Time Expectant Mothers' Knowledge, Beliefs, Intentions, and Behaviors[J]. American journal of preventive medicine, 2015, 49(6): 426-434.

[5]刘润莲.微信群健康宣教联合手机短信提醒对已婚妇女宫颈癌疫苗接种知-信-行水平及护理服务满意度的影响[J].中国药物与临床,2020,20(16): 2810-2811.

[6]Bhb A, Sgab C, Cb D, et al. Adverse events following mRNA SARS-CoV-2 vaccination among U.S. nursing home residents[J]. Vaccine, 2021, 39(29): 3844-3851.

[7]田晓江,贾运涛,王柯静,等.基于欧洲药品不良事件数据库对洛匹那韦/利托那韦不良事件的快速挖掘和分析[J].中国新药杂志,2020,29(9): 1073-1080.

[8]Aoi,Noda,Takamasa,Sakai,et al.Characteristics of pediatric adverse drug reaction reports in the Japanese Adverse Drug Event Report Database.[J].BMC pharmacology & toxicology,2020,21(1): 36.

[9]吉连福,杨恩辉,单鸣凤,等.EV71 型病毒疫苗接种后住院患儿手足口病流行病学特征及病原学变化[J].中国感染控制杂志,2020,19(6): 546-552.

[10]范仁锋,郑艳,张吉凯,等.2-71 月龄儿童接种 AC 群脑膜炎球菌(结合)b 型流感嗜血杆菌(结合)联合疫苗后不良事件观察[J].中国疫苗和免疫,2020,26(5): 543-547.

[11]王静,张晓.全程护理指导应用于计划免疫接种中对儿童家长接种认知水平及接种后不良反应发生情况的影响[J].临床医学研究与实践,2022,7(15): 177-179.

[12]姚文清. 针对性护理在计划免疫接种中预防或减轻不良反应的效果分析[J]. 医药前沿, 2019, 9(19): 226.

[13]唐继海,李艺星,徐丽,等.儿童 A 群 C 群脑膜炎球菌多糖结合疫苗基础免疫后 A 群 C 群脑膜炎球菌多糖疫苗加强免疫的免疫原性和持久性[J].中国疫苗和免疫,2020,26(3): 245-248.

[14]何汉红,刘沛仪,黄泳仪.预见性护理在 1~3 岁儿童计划免疫接种时心理行为反应的影响[J].中国社区医师,2022,38(09): 111-113.

心理干预联合急救护理路径在急诊脑卒中患者溶栓绿色通道中的运用分析

晏莉

西安航天总医院 急诊医学科 陕西西安 710100

摘要: 目的: 探讨急诊脑卒中患者应用心理干预结合急救护理路径于溶栓绿色通道中的效果。方法: 取急诊脑卒中患者 66 例, 随机分成两组各 33 例, 对照组患者开通溶栓绿色通道并实施心理干预, 观察组在对照组基础上应用急救护理路径, 分析两组干预效果。结果: 经干预, 观察组患者焦虑、抑郁评分较低, 两组差别显著 ($P < 0.05$); 干预后对照组 NIHSS 评分高于观察组, 两组差异显著 ($P < 0.05$); 治疗后, 观察组溶栓治疗效果较优 ($P < 0.05$)。结论: 为急诊脑卒中患者实施心理干预联合急救护理路径, 可加速患者的疾病恢复, 对患者神经功能缺损进行改善。

关键词: 心理干预; 急救护理路径; 急诊脑卒中; 溶栓绿色通道

Analysis of application of psychological intervention combined with emergency nursing pathway in green channel of thrombolysis in emergency stroke patients

Yan Li

Department of Emergency Medicine, Xi'an Aerospace General Hospital, Xi'an 710100, Shaanxi, China

【Abstract】Objective: To explore the effect of using psychological intervention combined with emergency care in the green channel of thrombolysis for patients with acute stroke. **Methods:** Sixty-six patients with acute stroke were randomly divided into two groups with 33 cases in each group. The control group opened the thrombolytic green channel and implemented psychological intervention, and the observation group applied emergency care route on the basis of the control group to analyze the intervention effect of the two groups. **Results:** After the intervention, the anxiety and depression scores of the observation group were lower, and the difference between the two groups was significant ($P < 0.05$). The effect of suppository treatment was better ($P < 0.05$). **Conclusion:** The implementation of psychological intervention combined with emergency nursing path for patients with acute stroke can speed up the recovery of patients and improve their neurological deficits.

【Key words】 psychological intervention; Emergency nursing path; Emergency stroke; Thrombolytic green channel

脑卒中是临床常见性疾病, 不仅发病较急且病情凶险, 致残率较高。溶栓是治疗此病的重要方式, 能够有效对患者的病情与症状进行控制, 将死亡率降低, 并对预后进行改善。溶栓的时间窗比较严格, 需遵循早治疗理念^[1]。一般对急诊患者打开绿色通道, 缩短绿色通道停留时间, 帮患者争取更多时间是需注重的环节。急救护理路径是为患者建立系统、严谨的护理流程, 将急诊救治时间缩短, 帮患者争取最佳救治时机, 挽救患者生命。心理护理顾名思义是对患者的心理进行疏导, 帮助患者排解内心忧郁, 能够以平常心面对治疗。及时采取科学的护理措施能够减轻患者的脑卒中病情, 降低患者死亡率^[2]。本研究为加速患者的疾病好转, 现对收治的部分患者实施心理干预联合急救护理路径, 分析其在溶栓绿色通道中的作用。

1 资料与方法

1.1 临床资料

日期: 2018 年 12 月-2020 年 12 月; 对象: 66 例急诊脑卒中患者; 随机分成两组各 33 例; 对照组: 男 16 例, 女 17 例, 年龄 40~60 (56.32 ± 2.26) 岁; 观察组: 男 17 例, 女 16 例, 年龄 40~62 (56.31 ± 2.22) 岁; 两组患者信息资料均衡 ($P > 0.05$), 可对比。

1.2 方法

对照组: 开通溶栓绿色通道并实施心理干预。全部患者入院后均开通溶栓绿色通道并实施心理干预, 开启绿色通道具体措施为: ① 对高度疑似脑卒中患者, 分诊护士迅速评估, 由急诊内科医生通过评估直接进入急诊溶栓绿色通道。② 医护接诊: 1 名医生配备 3 名护士, 迅速对患者的病情进行评估, 完成查体, 下发医嘱, 1 名护士给予吸氧, 做好生命体征监测。第 2 名护士完成心电图监护及血糖测定。第 3 名护士采集血标本及迅速建立双静脉通路。保障抢救能够有序开展, 规范医护人员站位, 医生站立于患者右侧, 患者头侧站立 1 名护士, 1 名护士站立在患者左肩侧, 1 名护士站立在患者腹侧。

心理护理具体措施为: ① 心理支持: 针对患者出现的不良情绪等症状,

认真作出分析, 制定与之对应的干预措施, 运用语言对患者进行鼓励, 得到患者的尊重和理解。脑卒中患者经常会因家庭负担、健康恢复等出现负面情绪。护士应多关心患者, 多对患者进行鼓励和劝解, 最大程度减轻患者心理负担, 增强患者心理承受力, 使患者感受到自我价值。② 构建优良社会支持系统: 护士可与患者构建信任关系, 护患之间多加交流, 注意探索患者感兴趣的事情, 指导患者多思考感兴趣的事情, 鼓励其多和患者、家人交流, 取得家人与朋友的帮助, 深入开发社会支持系统。嘱咐患者亲朋好友多探望患者, 使患者得到情感上的支撑, 生活上也能够得到照顾。其认知与语言功能能够得以恢复。

观察组在对照组基础上开展急救护理路径。具体措施为:

(1) 预检分诊

患者一旦入院, 分诊护士迅速对其进行评估, 疑似卒中患者运用 FAST 评分为其迅速评估, 如在时间窗内, 直接送入抢救室进入急诊溶栓绿色通道。

(2) 接诊干预

要求 1 名医师与 3 名护士配合, 迅速评估的同时查体, 掌握病情, 告知医嘱, 站立患者一侧。1 名护士为患者吸氧, 连接心电监护, 观察并记录生命体征, 立于头侧。另 1 名护士进行末梢血糖测定, 并完成心电图检查, 站立于患者左肩侧; 第 3 名护士迅速采集静脉血标本, 建立双静脉通路, 站在患者腹侧。

(3) 溶栓前检验检查

① 血标本条码加盖卒中专用章, 直接送至检验科优先处置。② CT 检查: 提前与放射科联系好, 携带必要的抢救物品, 专人护送患者到 CT 室顺利完成检查。③ 神经内科医生前往 CT 室阅片。

(4) 用药干预

家属签署溶栓治疗同意书后, 使用科室备用溶栓药物遵医嘱进行溶栓治疗, 用药原则为先用药后缴费。溶栓前开展心理疏导, 减少患者的恐惧及焦虑情绪。治疗期间, 严密观察生命体征及是否有出血现象发生。严密

观察静脉留置针穿刺部位,有无渗血渗液,保持静脉通路顺畅,患者出现意识程度改变等病情变化时,及时报告医生,遵医嘱给予及时有效的处理措施。

(5) 康复干预

溶栓效果理想者,早期开展康复治疗,告知预期治疗效果与成功康复病例,辅助其重构心理平衡。注重与患者家属的沟通,遵循医务人员指导为患者提供服务,以免耽误最佳抢救时间。

(6) 术后干预

术后 24h 内,患者应绝对卧床,避免插胃管、尿管等有创操作,严密观察皮肤黏膜,牙龈,鼻腔,消化道,泌尿道有无出血倾向,监测生命体征变化,避免情绪激动。加强基础护理,协助生活干预,预防并发症。开展健康教育,帮助其树立战胜疾病的信心。合理饮食,加强营养,保持大便通畅,保证足够的休息和睡眠。教会患者及家属功能锻炼的方法。

(7) 出院护理

帮助患者办理出院手续,发放出院用药,做好出院指导工作,嘱患者按照医嘱服药,指导患者定期接受检查,并进行随访。

1.3 观察指标

(1) 观察患者焦虑、抑郁评分。用抑郁自评量表(SDS)、焦虑自评量表(SAS)评估此两种情绪。分值越高则此两种情绪越严重。(2) 观察两组神经功能缺损状况与焦虑情绪变化,运用神经功能缺损程度评分量表(NIHSS)实施判定,分别在溶栓治疗前后完成测定,总分:42分,最低0分,分值越高表示患者神经功能损伤过重。(3) 观察两组溶栓治疗效果,分值越低则效果越好。

1.4 统计学分析

SPSS20.0 系统计算数据,计量资料($\bar{x} \pm s$)-t、计数资料[n(%)]- χ^2 。 $P < 0.05$ 为差异大。

2 结果

2.1 分析 SAS、SDS 评分

SAS、SDS 评分比较:护理前两组差别不显著($P > 0.05$);护理后,观察组评分均较低,两组差别显著($P < 0.05$)。见表 2。

表 1: SAS、SDS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数 n	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	33	52.35±9.62	33.32±3.81	56.35±3.82	35.15±1.12
对照组	33	52.32±9.71	48.36±4.12	56.26±3.61	51.62±4.21
t		0.013	15.396	0.098	21.718
P		0.495	0.000	0.461	0.000

2.2 NIHSS 评分

NIHSS 评分比较,护理前,两组差异不显著($P > 0.05$);护理后,两组差异显著($P < 0.05$)。见表 2。

表 2: NIHSS 评分 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	NIHSS 评分 (分)	
		护理前	护理后
观察组	33	20.95±4.13	6.78±1.14
对照组	33	20.29±4.01	10.56±1.21
t		0.659	13.062
P		0.256	0.004

2.3 临床溶栓治疗效果

两组溶栓治疗效果比较,治疗前两组差异不显著($P > 0.05$);治疗后,观察组溶栓治疗效果较优($P < 0.05$)。见表 3。

表 3: 临床溶栓治疗效果 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	护理前	护理 2 周后
----	---	-----	---------

观察组	33	19.80±2.61	6.05±1.32
对照组	33	20.05±2.51	8.52±1.05
t		0.397	8.412
P		0.346	0.005

3 讨论

脑梗死于临床上发病率较高,属于一类神经科疾病,疾病原理和脑血管堵塞和脑组织供血不足关系密切^[3-5]。最近几年,脑梗死更容易发病,因为人体大脑比较缺氧,出血时间一般在 10min 内,科学把握小脑、延髓出血时间。为急性脑梗死患者采取科学的抢救护理措施,提高患者生存率。

急救护理路径能够将全程交谈时间缩短,护士在病患者开展手术时分工明确,时刻对患者病情情况进行监测,对病情的控制有辅助效用^[6-10]。心理干预能够减轻患者的不良情绪,对患者的疾病恢复有重要意义,取得患者的高度配合,从整体上提高效果。

急救护理路径与心理护理相联合在患者中的应用,经构建多学科合作模式,在患者入院后即能打开绿色通道,精心对急救环节进行设置,抓紧开设救护工作,争取足够的救护时间,并强化小组护理流程的培训,定期对质量进行反馈,持续对护理质量进行改善,确保绿色通道溶栓治疗顺利开展,提升患者的救治率^[11-14]。本研究中,观察组在上述两种护理干预下,负面情绪、NIHSS 评分、溶栓治疗效果均得到改善。

综上所述,为急诊脑卒中患者予以心理干预与急救护理路径结合,可加速患者恢复,减轻患者负面情绪。

参考文献:

- [1]李玉香,李振洋,胡周俊.急诊快捷护理路径对缩短急性缺血性脑卒中患者溶栓绿色通道停留时间的临床价值[J].中国医学创新,2020,17(6): 78-81.
- [2]唐玉清,王燕.急诊快捷护理路径对急性缺血性脑卒中患者溶栓的效果[J].国际护理学杂志,2019,38(1): 124-126.
- [3]李文娟,刘沐.基于溶栓时间窗控制的急诊绿色通道对急性缺血性脑卒中病人救治效果分析[J].全科护理,2019,17(12): 1483-1485.
- [4]朱慧瑜.急诊绿色通道对急性缺血性脑卒中患者阿替普酶静脉溶栓效果的影响[J].中国当代医药,2019,26(31): 69-71.
- [5]刘曙光.急诊护理路径对急性脑卒中患者急救时间及预后的影响[J].饮食保健,2019, 6(15): 111-112.
- [6]邓先锋,向莉,冯霞,等.急性缺血性脑卒中院内院外协作的溶栓急救绿色通道构建[J].临床急诊杂志,2019,20(11): 860-865.
- [7]陈圆,黄华,周丽娟,等.卒中急救护士参与的急性缺血性脑卒中患者静脉溶栓流程优化及效果评价[J].国际医药卫生导报,2019,25(19): 3213-3216.
- [8]李大伟,任真,景颖颖.卒中护士参与急性缺血性脑卒中患者溶栓救治流程的效果评价[J].检验医学与临床,2022,19(11): 1536-1538.
- [9]刘云霞,刘延云.绿色通道溶栓及护理对急性缺血性脑卒中患者临床结局的影响[J].中国保健营养,2019,29(16): 24-25.
- [10]王苏丹.急诊快捷护理路径对缩短急性缺血性脑卒中患者溶栓绿色通道停留时间的价值[J].家庭生活指南,2021,37(09): 136-137.
- [11]康成荫,刘学琴.急救护理路径在急诊脑卒中溶栓绿色通道的应用及效果评价[J].中国实用神经疾病杂志,2019(10): 1-6
- [12]赵楠.急诊护理路径干预对急性脑卒中患者急救时间的作用分析[J].甘肃医药,2019,38(04): 376-377.
- [13]董娜.急诊护理路径对急性脑卒中患者急救时间及预后的影响[J].实用医药杂志,2018,35(11): 1038-1041.
- [14]刘玲,王玉琴.急诊护理路径对急性脑卒中患者急救效果及预后的影响[J].实用心脑血管病杂志,2020,28(S2): 187-188.

急诊护理流程对急性脑梗死患者急救效率的影响

杨红霞 武海燕

宁夏灵武市人民医院急诊科 宁夏灵武市 750400

摘要：目的：探讨急诊护理流程对急性脑梗死患者急救效率影响。方法：采集本院2020年9月至2022年4月期间接收的102例急性脑梗死患者，随机分为对照组与观察组各51例，对照组运用常规护理，观察组运用急诊护理流程，分析不同护理操作后患者救治效果、NIHSS评分、Barthel评分、救治速度、救治满意度情况。结果：在患者救治总有效率上，观察组94.12%，对照组84.31%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者NIHSS评分、Barthel评分上，观察组各项评分护理后改善幅度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在医生到位时间、到院至检查时间、到院到检查结果得出时间、到院至用药时间上，观察组各时间明显少于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者救治满意度上，观察组93.08%，对照组80.39%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：急诊护理流程对急性脑梗死患者急救效率有一定的支持作用，有助于提升救治效果，加快救治进度，提升患者生理功能水平，优化患者护理满意度。

关键词：急诊；护理流程；急性脑梗死；急救效率

急性脑梗死属于脑卒中的一种，发病率在脑卒中内约为60%至80%，一般在老年群体中较为常见^[1]。该病发病急促，风险高，病死率高，甚至会存在多种严重性并发症，对患者生活质量构成威胁。本文采集102例急性脑梗死患者，分析运用急诊护理流程后患者救治效果、NIHSS评分、BI评分、救治速度、救治满意度情况，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院2020年9月至2022年4月期间接收的102例急性脑梗死患者，随机分为对照组与观察组各51例。对照组中，男28例，女23例；年龄从52岁至74岁，平均（61.49±2.56）岁；观察组中，男32例，女19例；年龄从54岁至76岁，平均（62.15±3.27）岁；两组患者在基本年龄、性别与病情等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用常规护理，观察组运用急诊护理流程，具体内容如下：

要做好有关院前急诊护理方案小组的构建，一般让高年资工作人员参与小组人员组成，依照有关前人经验以及行业规范标准、资料做有关急性脑梗死患者急救护理流程的设置。同时做好参与医护人员的培训管理，确保有关人员对于该疾病急救工作有充分的了解^[2]。同时保证工作人员在综合素质上符合工作开展所需，保证有关工作落实的有效性。要做好有关工作流程的优化调整，一般情况下，需要保证有医护人员做好对应接诊准备的随时待命。一旦有急救调度电话了解患者情况，需要确保5分钟内能够及时出诊，同时要确保出诊之后的15分钟能够及时到现场进行救治处理^[3]。同时，在出诊过程中，需要时刻与患者以及家属保持对应的电话沟通，由此来及时掌握其病情状况以及变化发展情况，更好地掌握其全面的既往病史以及身体状况，保证有关工作开展得到足够的信息支持。同时还需要让急诊医师指导现场的家属对患者展开必要的急救处理准备工作，让家属做好更好的配合。在其过程中还需要进行家属的心理疏导，避免负面情绪以及压力状况而导致的慌乱失措，保证情绪稳定来配合患者救治工作的开展。在医护人员到达现场之后，需要做好患者各项生命体征的评估建设工作，提供对应的吸氧，进行及时的血液标本采集，快速建立两条静脉通道，同时按照医嘱及时用药。还需要做好有关专业神经功能缺损以及生活能力评估检测工作，及时安抚患者以及家属所呈现出的负面情绪，做好及时的救治以及转运工作。在患者移动过程中，需要保持平稳柔和，进行其颈项组织的保护^[4]。在急救车内需要辅助患者保持仰卧位，头部侧向一边，保证其各项生命体征变化观察有效性，做好其及时途中电话转接工作，告知医师做好有关病情后续救治工作准备。保证充分的设备、药物以及有关人员。及时为患者开设对应的急救绿色通道，例如可以先救治后挂号缴费，同时需要安排护理人员做好家属的引导工作，保证其及时配合有关挂号缴费以及患者信息反馈等工作。做好院前急救人员的有关交接工作，保证到院后的就诊工作能够顺利开展，组织做好患者各项检查工作^[5]。

1.3 评估观察

分析不同护理操作后患者救治效果、NIHSS评分、Barthel评分、救治速度、救治满意度情况。救治满意度=很满意率+基本满意率。救治速度主要集中在医生到位时间、到院至检查时间、到院到检查结果得出时间、到院至用药时间方面。救治效果主要分为基本治愈、显效、有效以及无效。救治总有效率=基本治愈率+显效率+有效率。基本治愈为NIHSS评分缩减幅度在90%以上，Barthel评分在95分以上，生理功能恢复情况良好；显效为治疗后患者NIHSS评分缩减幅度在45%至90%范围，Barthel评分在75至94分，生理功能恢复情况良好；有效为治疗后患者NIHSS评分缩减幅度在18%至45%范围，Barthel评分在50至74分，生理功能恢复情况一般；无效为治疗后各指标没有恢复到上述有关标准，甚至严重化。治疗总有效率=基本治愈、显效以及有效比例之和。

1.4 统计学分析

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

2 结果

2.1 两组患者治疗前后NIHSS、Barthel评分情况

如表1所示，在患者NIHSS评分、Barthel评分上，观察组各项评分护理后改善幅度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；

表1：两组患者治疗前后NIHSS、Barthel评分对比（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

分组	时间	NIHSS 评分	Barthel 评分
观察组	治疗前	53.76±5.87	76.24±3.41
	治疗后	91.67±2.63	96.45±1.24
对照组	治疗前	52.98±5.27	75.82±3.28
	治疗后	92.76±2.49	95.68±1.63

注：两组治疗前对比， $P>0.05$ ，两组治疗后对比， $P<0.05$

2.2 各组患者救治恢复速度情况

见表2，在医生到位时间、到院至检查时间、到院到检查结果得出时间、到院至用药时间上，观察组各时间明显少于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；

表2： 各组患者救治恢复速度结果（ $\bar{x}\pm s$ ）

分组	医生到位时间（min）	到院至检查时间（min）	到院到检查结果得出时间（min）	到院至用药时间（min）
观察组	4.87±1.09	18.43±2.69	38.72±3.11	46.73±4.29
对照组	11.46±1.54	27.64±3.94	41.57±4.29	56.74±5.38

注：两组对比， $P<0.05$

2.3 患者救治总有效率情况

见表3所示,在患者救治总有效率上,观察组 94.12%,对照组 84.31%,对比有统计学意义 ($p<0.05$);

表 3: 患者救治总有效率结果[n(%)]

分 组	n	基本治愈	显效	有效	无效	治疗总 有效率
观 察 组	51	25(49.02)	13(25.49)	10(19.61)	3(5.88)	94.12%
对 照 组	51	14(27.45)	17(33.33)	12(23.53)	8(15.69)	84.31%

注: 两组对比, $P<0.05$

2.4 患者救治满意度情况

见表4所示,在患者救治满意度上,观察组 93.08%,对照组 80.39%,对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 4: 患者救治满意度评估结果[n(%)]

分 组	n	很满意	基本满意	不满意	护理总满意 率
观 察 组	51	32(62.75)	17(33.33)	2(3.92)	93.08%
对 照 组	51	18(15.69)	23(45.10)	10(19.61)	80.39%

注: 两组对比, $P<0.05$

3 讨论

急性脑梗死一般是由于脑血管血流灌注缺乏而导致的脑组织缺血缺氧性组织病变,属于脑卒中的一种。一般在中老年患者中较为常见,患者发病后容易产生头晕、头痛以及共济失调等问题。颅内压明显提升,会导致其脑疝以及休克等问题,进而引发致残以及致死风险。一般采用静脉溶栓治疗来纠正其疾病症状,提升整体的生命质量^[6]。有关治疗方法可以达到脑血管血栓的溶解,促使脑血管中血流灌注得到有效的恢复,改善脑组织缺血缺氧问题。然而静脉溶栓自身有着相对严格的治疗时间,一般发病之后的两小时内进行属于最佳选择。由于急性脑梗死整体的疾病发展速度相对较快,因此如何保证急诊抢救工作的效率以及质量,是促使有关患者生命救治工作成功的重要点。在急诊科抢救工作中,及早展开对应的急救治疗干预,需要各部门有关工作流程的密切合作,减少有关阻力性因素带来的影响^[7]。在抢救过程中,需要尽快加强工作人员之间的工作衔接以及工作默契,为生命救治获得更为宝贵的时间机会。一般情况下,急诊科有关救护工作的规范性流程相对不足,各环节缺乏有效衔接,同时在具体的工作分配上也缺乏明确清晰性,进而导致工作开展容易效率下滑^[8]。对于急性脑梗死患者,展开静脉溶栓治疗工作,需要急诊护理流程工作的支持。在基础护理工作上,需要做好整个急诊护理流程工作的细节完善以及简化改良,保证工作分工合理,设定规范科学的急诊护理流程时间表。保证急救护理工作能够顺畅地进行,确保有关急救护理工作效率得到明显提升,争取更好的救治时机。

对于急性脑梗死患者而言,院前延迟可能会直接影响其诊治的及时性。要确保院前急救具有专业的护理流程,符合有关规范标准,同时匹配患者个体情况所需。能够有专业的院前急救小组做支持,完善有关急救准备工作。在急救伦理以及流程标准上符合实际情况所需,开设对应的急救绿色通道。尽可能地减少有关环节时间耽搁,保证黄金抢救时间能够有效掌握。急诊科本身会面临多种多样的急重症、突发性疾病问题,工作任务重,风险高,医护人员需要不断地去强化自身对于急性脑梗死有关医学知识的了解,掌握其应对技能,规范其自身工作行为,提升综合应对素养。而院前急救小组工作的开展,在一定程度上是针对有关疾病设定对应的专业化团队以及流程,保证有关工作开展的效率以及质量。让医护人员能够更快地识别脑梗死,提供对应的有效措施来防控应对,让患者在整个现场以及流程工作中得到有效的救护处理。依据其情况做好对应的患者家属急

救干预,对其病情做及时有效地了解,保证有关检查以及检验工作能够快速进行,避免救治工作延误。

本研究结果可以发现,在患者救治总有效率上,观察组 94.12%,对照组 84.31%,对比有统计学意义 ($p<0.05$);在患者 NIHSS 评分、BI 评分上,观察组各项评分护理后改善幅度明显多于对照组,对比有统计学意义 ($p<0.05$);在医生到位时间、到院至检查时间、到院到检查结果得出时间、到院至用药时间上,观察组各时间明显少于对照组,对比有统计学意义 ($p<0.05$);在患者救治满意度上,观察组 93.08%,对照组 80.39%,对比有统计学意义 ($p<0.05$)。急诊护理流程工作的设定在一定程度上规范了急性脑梗死患者急救工作的水准,有效地提升了救治的速度以及质量。患者整体的病情控制效果好,恢复情况更佳。无论是检查还是治疗工作,整体的效率得到明显的优化。患者以及家属对有关救治工作的满意度也相对更高,有助于构建和谐医患关系,减少不良后果而导致的矛盾纠纷。尤其是急性脑梗死,患者容易有较为严重的后遗症、并发症等问题。即便保证了生命安全,也容易导致生理层面、心理层面、认知层面的各功能障碍,进而导致患者以及家属的负面情绪。对于有关工作而言,规范急诊护理流程在一定程度上不仅是对患者救治工作的保护,同时也是对医护人员自身岗位的保护。避免违规不当操作而导致的救治不良结果以及后续矛盾纠纷问题。作为医护人员而言,对于急诊护理人员需要有基本的生理层面的护理技能,同时也需要做好有关工作流程优化的积极建设。这样不仅可以提升急性脑梗死患者的救治效果,同时对于自身的工作保障也更为有利。作为一线医护人员,需要对急诊护理流程中存在的问题,以及更好的时代新技术、新方法献言献策,保证有关工作稳步的提升,减少有关工作开展所可能出现的不可逆损伤以及后续纠纷问题,优化整个工作开展的专业性以及与时俱进性。

本研究中,观察组采用的急诊护理流程工作,达到了相对理想的救治工作效果,保证护理环节得到有效的衔接,让各环节中的耗时得到明显的缩减。有关工作方案对具体急诊护理流程做了贴合实际情况的优化与因地制宜的改良,为有关工作的进行提供绿色通道支持,对家属也展开了电话过程中的有效指导。患者能够得到更快速的救治,让护理人员能够更好地提升对患者情况的识别把控,保证急救处理工作的准确及时。到院之后,得到了绿色通道的支持,让有关检查工作更为高效及时地进行,保证后续溶栓治疗得到更好的工作支持,减少时间的延误。

总而言之,急诊护理流程对急性脑梗死患者急救效率有一定的支持作用,有助于提升救治效果,加快救治进度,提升患者生理功能水平,优化患者护理满意度。

参考文献:

- [1]石敏. 急诊护理流程运用于急性脑梗死急救护理中的临床效果[J]. 东方药膳,2021(12): 189.
- [2]麦文琴. 急诊护理流程改善急性脑梗死病人护理及对患者 NIHSS 评分影响分析[J]. 家有孕宝,2021,3(7): 246.
- [3]肖艳. 急诊护理流程运用于急性脑梗死急救护理中的临床效果[J]. 家有孕宝,2021,3(16): 267.
- [4]金林燕. 急诊护理流程对急性脑梗死患者急救效率的影响分析[J]. 健康必读,2021(21): 150,149.
- [5]沈玉琴,刘辉珍. 优化急诊护理流程对急性脑梗死患者急救效率的应用研究[J]. 东方药膳,2021(1): 142.
- [6]徐沙沙. 急诊护理流程对急性脑梗死患者急救效率的相关影响[J]. 健康必读,2021(1): 207-208.
- [7]刘鹏. 优化院前急诊护理流程对急性脑梗死患者院前延迟的影响[J]. 健康必读,2021(18): 111-112.
- [8]饶璐,陈小飘,廖球红,等. 急诊护理流程在急性脑梗死患者急救中的应用效果[J]. 中国当代医药,2021,28(4): 225-227.

临床护理路径在老年性白内障护理中的应用价值分析

赵文¹ 赵斐²

1、广州医科大学附属第三医院眼科 广东省广州市 510000;
2、湖北省十堰市丹江口市第一医院耳鼻喉科 湖北省十堰市 442700

摘要:目的: 分析临床护理路径用于老年性白内障护理中的临床价值。方法: 抽取本院收治的 105 例老年白内障患者作为此次试验观察对象, 病患纳入时间自 2019 年 1 月~2021 年 12 月。按护理内容分组, 对照组 (n=50) 行常规护理干预, 试验组 (n=55) 行临床护理路径干预。组间比较其眼部状况、情绪、认知、生活质量变化情况及满意程度。结果: 于 BCVA、前房深度、房角开放距离、认知度、QLQ-C30、护理总满意率等项目值方面, 较对照组, 试验组护理后项目值更高, $P<0.05$ 。于眼内压、SAS、SDS 方面, 较对照组, 试验组护理后项目值更低, $P<0.05$ 。结论: 临床护理路径用于老年性白内障护理中, 可改善患者眼部状况、情绪状态, 提升患者认知度、生活质量及护理满意度。

关键词: 临床护理路径; 老年性白内障; 眼部状况; 情绪; 生活质量; 认知

白内障为眼科常见病变, 临床发病率较高, 该疾病有病程长的特点, 发病后, 患者眼睛晶状体逐渐浑浊, 并对患者视力产生不同程度影响, 甚至导致失明, 而老年患者因理解能力差、多合并有基础疾病, 给疾病救治、护理增加一定的难度。而临床救治老年白内障以手术救治为主, 利用手术治疗以改善患者眼部状况, 同时需辅以科学、系统的护理服务以改善患者身心状况^[1-3]。本次试验即分析临床护理路径用于老年性白内障中的临床价值。

1. 基线资料和方法

1.1 基线资料

抽取本院收治的 105 例老年白内障患者作为此次试验观察对象, 病患纳入时间自 2019 年 1 月~2021 年 12 月。按护理内容分组, 对照组 (n=50) 中, 男、女患者病例数之比为 27: 23, 年龄区间为 65 岁~78 岁, 年龄均值为 (72.36±2.58) 岁, 病程区间为 2 年~5 年, 病程均值为 (4.01±0.36) 年, 左眼患病、右眼患病例数分别为 27 例、23 例; 试验组 (n=55) 中, 男、女患者病例数之比为 29: 26, 年龄区间为 65 岁~79 岁, 年龄均值为 (72.12±2.13) 岁, 病程区间为 2 年~6 年, 病程均值为 (4.12±0.33) 年, 左眼患病、右眼患病例数分别为 30 例、25 例。于各基线项目方面, 组间比较可知, 差异无统计学意义, $P>0.05$ 。

纳入标准: (1) 临床诊断确诊为白内障; (2) 年龄均高于 65 周岁; (3) 单眼病变; (4) 关于此次试验内容, 患者及其家属知悉, 并签署同意书; (5) 本次试验经本院医学伦理委员会审批、通过。

排除标准: (1) 合并其他眼部病变; (2) 治疗依从性较差; (3) 于凝血功能、免疫功能方面, 存在明显异常; (4) 于其他脏器方面, 存在明显功能障碍。

1.2 方法

对照组 (n=50) 行常规护理干预, 为患者介绍白内障疾病相关知识, 辅助患者展开术前各项检查, 为其介绍手术流程、目标、注意事项等。术后及时告知患者术后各项注意事项。

试验组 (n=55) 行临床护理路径干预, 具体措施为: (1) 成立临床护理路径小组。由眼科护士长、责任护士组成小组, 护士长担任组长, 负责护理计划拟定、人员安排、人员培训及考核、护理质量监测等, 责任护士负责落实各项护理措施。(2) 拟定临床护理路径表。结合白内障疾病特点、护理重难点、患者具体状况, 拟定临床护理路径, 并要求责任护士落实各项护理措施。(3) 入院当日。为患者介绍院内环境、病房管理制度、病区

分布等, 同时为患者介绍白内障疾病知识、手术方案、术前注意事项等内容, 并针对患者的疑问进行及时解答, 消除患者的疑虑。(4) 入院第 2d。对患者身心状态进行全面评估, 通过术前访视以了解患者的心理健康状态、疾病认知程度、认知需求等, 结合评估结果, 针对性展开心理疏导工作、疾病认知干预。(5) 术前 1d。结合患者的手术方案, 为其介绍具体手术流程、术前准备工作、注意事项、术后可能出现的不良反应。同时做好术前各项准备工作, 如准备好手术所需器械、药物等。(6) 手术当日。患者进入手术室后, 通过与其沟通、交流以缓解其心理压力, 同时告知患者手术大概时长, 稳定患者情绪。手术过程中, 根据手术进展情况, 做好器械提供、配合等工作。(7) 术后 1d~3d。手术结束后, 每日对患者进行眼部状况检查、护理, 若患者出现眼周红肿、分泌物增多情况, 需及时告知医生进行纠正。同时, 密切关注患者眼压状况, 若出现眼压升高异常情况, 需及时告知医生。另一方面, 对患者介绍白内障术后自我护理工作, 如遵医嘱正确用药, 避免用力揉搓眼部。

1.3 评价指标

组间对比眼部状况变化情况, 项目内容为最佳矫正视力 (BCVA)、眼内压、前房深度、房角开放距离。

组间比较情绪、认知度、生活质量变化情况, 情绪状况以 Zung 式焦虑自评量表 (SAS)、Zung 式抑郁自评量表 (SDS) 做评估, 若患者情绪状态越好, 则表现为 SAS、SDS 分值越低; 认知度以问卷做评估, 生活质量以生活质量问卷 (QLQ-C30) 作评估, 若患者认知度、生活质量越好, 则表现为问卷分值、QLQ-C30 分值越高。

组间比较护理满意程度, 满意度以问卷作评估, 以满意率 (>90 分)、一般满意率 (80 分~90 分) 之和计为护理总满意率。

1.4 数据处理

以 SPSS20.0 处理此次试验涉及项目数据, 计数项目数据采用 n (%) 表述, 数据比较行 χ^2 检验; 计量项目数据采用 ($\bar{x} \pm s$) 表述, 数据比较行 t 检验。项目数据对比差异有统计学意义, 则表现为 $p<0.05$ 。

2. 结果

2.1 组间对比眼部状况变化情况

于 BCVA、前房深度、房角开放距离等项目值方面, 较对照组, 试验组护理后项目值更高, $P<0.05$ 。于眼内压方面, 较对照组, 试验组护理后项目值更低, $P<0.05$ 。详见下表。

表 1. 组间对比眼部状况变化情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	BCVA (°)	眼压 (mmHg)	前房深度 (mm)	房角开放距离 (mm)
对照组 (n=50)	护理前	0.25±0.07	39.12±5.23	1.79±0.41	0.53±0.23
	护理后	0.46±0.08	22.65±4.84	3.55±1.21	0.61±0.21
试验组 (n=55)	护理前	0.26±0.08	39.23±5.47	1.76±0.42	0.53±0.26

	护理后	0.78±0.11	13.21±4.06	4.57±1.28	0.74±0.36
T 护理后		16.9016	10.8608	4.1854	2.2311
P 护理后		0.0001	0.0001	0.0001	0.0278

2.2 组间比较情绪、认知度、生活质量变化情况

于 SAS、SDS 方面, 较对照组, 试验组护理后项目值更低, $P<0.05$ 。于认知度、QLQ-C30 方面, 较对照组, 试验组护理后项目值更高, $P<0.05$ 。详见下表。

表 2.组间比较情绪、认知度、生活质量变化情况 ($\bar{x}\pm S$, 分)

组别	时 间	SAS	SDS	认知度	QLQ-C30
对照组 (n=50)	护 理 前	54.26±5.12	53.11±3.12	63.25±5.12	70.21±3.35
	护 理 后	49.13±5.17	48.12±3.55	72.13±4.98	77.54±3.54
试验组 (n=55)	护 理 前	54.32±5.11	53.15±3.75	63.14±5.27	70.32±3.06
	护 理 后	38.46±4.12	39.21±4.06	83.17±5.05	85.45±3.87
T 护理后		11.7452	11.9184	11.2619	10.8917
P 护理后		0.0001	0.0001	0.0001	0.0001

2.3 组间比较护理满意程度

于护理总满意率方面, 较对照组, 试验组项目值更高, $P<0.05$ 。详见下表。

表 3.组间比较护理满意程度[n(%)]

组别	满意	一般满意	不满意	总满意例数
对照组 (n=50)	19 (38.00)	26 (52.00)	5 (10.00)	45 (90.00)
试验组 (n=55)	23 (41.82)	32 (58.18)	0 (0.00)	55 (100.00)
χ^2	-	-	-	5.7751
P	-	-	-	0.0163

3. 讨论

白内障为进行性眼晶状体浑浊病变, 为致盲性疾病, 近年发病率逐渐上升。致病原因较为复杂, 多与免疫异常、遗传、局部营养障碍等因素相关, 发病后, 晶状体代谢紊乱, 致使晶状体蛋白质变性、浑浊, 最终引发白内障。临床救治白内障, 以手术治疗为首选, 通过消除病灶以改善患者视力状况, 但手术救治存在一定应激性, 加之老年患者各项机能减弱, 给手术救治带来一定的难度^[4-6]。因而, 系统、科学的护理干预十分重要。

以往常规护理干预下, 存在责任不明、管理混乱等弊端, 一定程度影响了护理效果。而临床护理路径作为更为科学、合理的一种医疗护理模式, 改变以往以疾病为中心的传统护理理念, 转变为以人为中心的护理理念, 并结合疾病特点、救治情况、患者情况, 拟定具体的护理路径, 以便展开系统、科学的护理服务^[7-9]。本次研究结果显示, 于 BCVA、前房深度、房角开放距离、认知度、QLQ-C30、护理总满意率等项目值方面, 较对照组, 试验组护理后项目值更高, $P<0.05$ 。于眼内压、SAS、SDS 方面, 较对照组, 试验组护理后项目值更低, $P<0.05$ 。即表明, 临床护理路径干预下, 老年白内障患者的眼部状况恢复更佳, 且对改善患者情绪、认知、生活质量、满意度亦更为显著。分析原因可知, 临床护理路径干预, 注重对患者心理健康状态的监测, 通过展开针对性心理疏导、健康知识介绍, 以

不断提升患者的认知, 消除患者的心理顾虑, 进而达到改善患者情绪、认知度的效果^[10-12]。另一方面, 临床护理路径建立路径表, 以明确各医护人员工作职责、工作内容, 有效避免工作疏漏, 并注重提升医护人员工作主动性、积极性, 对进一步改善患者眼部状况、生活质量以及护理满意度有积极意义^[13-14]。

综上, 于老年白内障护理干预中应用临床护理路径, 对促疾病康复、改善眼部状况有积极意义, 同时可有效改善患者情绪状态, 提升患者疾病认知度、生活质量、护理满意度, 有积极临床价值。

参考文献:

[1]肖艳,肖冰,邱小玲. 临床护理路径在老年性白内障患者围手术期护理中的应用[J]. 当代护士(上旬刊),2021,28(6): 146-148.

[2]李晓悦,朱晓萍,任君红,等. 基于焦点小组访谈法的老年性白内障护理临床路径构建[J]. 护理学报,2019,26(24): 11-13.

[3]CAVDAR, AYSE UYAR, YILMAZ, EMEL, BAYDUR, HAKAN. The Effect of Hand Massage Before Cataract Surgery on Patient Anxiety and Comfort: A Randomized Controlled Study[J]. Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses,2020,35(1): 54-59.

[4]周旋. 临床护理路径在老年性白内障患者护理中的应用[J]. 国际护理学杂志,2020,39(12): 2278-2280.

[5]孔一帆. 临床护理路径在老年性白内障超声乳化手术患者中的应用效果[J]. 中国民康医学,2020,32(1): 167-169.

[6]GULSEN, MUAAZ, AKANSEL, NERIMAN. Effects of Discharge Education and Telephone Follow-up on Cataract Patients' Activities According to the Model of Living[J]. Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses,2020,35(1): 67-74.

[7]李美英,吴惠如,吴赛,等. 眼护理临床护理路径在老年性白内障患者围手术期视力恢复的应用[J]. 黑龙江医药,2020,33(6): 1464-1466.

[8]冯亚妮,柳萌萌,陈晨. 老年性白内障患者应用临床护理路径的效果研究[J]. 中国医药导刊,2017,19(4): 421,423.

[9]何燕. 老年性白内障患者应用临床护理路径的效果分析[J]. 中国医药指南,2017,15(24): 254-255.

[10]ESLAMI, JAMSHID, REZAEI, ROGHAYEH, JAMALI, HOSSEIN, et al. Effect of topical povidone-iodine 10% plus levofloxacin 0.5% 1 hour before cataract surgery in eliminating perioperative conjunctival flora: randomized clinical trial[J]. Journal of cataract and refractive surgery,2021,47(3): 340-344.

[11]杨梅. 探讨临床护理路径在老年性白内障护理中的应用价值[J]. 影像研究与医学应用,2017,1(9): 215-217.

[12]姜晓红,王颖. 老年性白内障患者护理中临床护理路径的应用评价[J]. 中国农村卫生,2019,11(1): 63,65.

[13]赵宏. 临床护理路径用于 71 例老年性白内障护理中的价值[J]. 中国医药指南,2019,17(30): 278-279.

[14]李莎,朱群丽,高金荣. 临床护理路径在老年性白内障超声乳化联合人工晶体植入术护理中的应用[J]. 临床医学研究与实践,2018,3(25): 165-166.

作者简介: 赵文, 出生年月: 1979-10-20, 性别: 女, 籍贯: 山东, 民族: 汉, 职称: 主管护师, 学历: 本科 研究方向: 护理 从事工作: 眼科、发热门诊。

心理护理干预提升 ICU 重症护理质量的价值分析

周莉莉

西安交通大学第一附属医院 陕西西安 710000

摘要:目的 主要研究心理护理干预在 ICU 重症病患临床护理品质中的应用价值。方法 本次研究对象选择 2020 年 1 月-2021 年 12 月期间在我院 ICU 接受治疗的 98 名重症病患,根据随机分组的方式将 98 名病患分成对照组和观察组,每组各 49 名病患,首先,对照组的 49 名病患开展基础护理,而观察组的 49 名病患开展心理护理干预,最后对比分析两组病患之间的心理状态、睡眠品质、生活品质、护理品质以及病患满意度。结果 开展基础护理的对照组焦虑评估表(SAS)以及抑郁评估表(SDS)的结果明显高于开展心理护理干预的观察组($P<0.05$);并且对照组护理后睡眠品质指标(PSQI)评分明显高于观察组($P<0.05$);对照组护理以后的生活品质评估表(WHOQOL-BREF)评分也明显低于观察组($P<0.05$);并且对照组的的服务态度、专业能力以及沟通能力和职业素养的评估明显要比观察组的低($P<0.05$);观察组和对照组病患的总满意度开展对比,观察组明显要比对照组的高($P<0.05$)。结论 在 ICU 重症病患护理过程中良好的开展心理护理干预可以很好的改善病患的心理状态,并且可以良好的提升病患的睡眠品质以及生活品质,从而大大提升护理的品质以及病患的满意度。

关键词: ICU;重症;心理护理干预;基础护理;心理状态

引言:针对一些在 ICU 治疗的病患而言,通常都身患十分严重的疾病,一般都伴多内脏器官毁坏、独立呼吸不畅等不适,并且病情早已发展到十分凶险的水平,救护难度系数相对来说比较大。对比一般病房中积极治疗的病患,重症监护室病房病患的病情不稳,并且随时都有可能发生意外,若是在护理的期间出现任何问题,将会带来非常严重的后果。根据研究表明,对其重症病患开展护理的过程当中假如适度的开展心理护理干预,就非常有益于病患病情的恢复。面对这种情况,文章重点对心理护理在 ICU 重症病患护理中的运用实际效果进行详细的讨论^[1]。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究对象选择 2020 年 1 月-2021 年 12 月期间在我院 ICU 接受治疗的 98 名重症病患,根据随机分组的方式将 98 名病患分成对照组和观察组,每组各 49 名病患。其中,对照组的 49 名病患当中 28 名男性病患(57.14%),21 名女性病患(42.86%);疾病类型:23 名高血压脑出血病患,8 名呼吸衰竭病患,7 名心肌梗塞病患,9 名颅脑损伤病患,2 名慢性心衰病患;年龄的区间范围在 39 到 69 周岁,平均年龄在 56.42±2.78 周岁;ICU 医治日数在 7~13 天,均值在 10.14±1.36 天。观察组的 49 名病患当中有 29 名男性病患(59.18%),20 名女性病患(40.82%);疾病种类:27 名高血压脑出血病患,7 名呼吸衰竭病患,6 名心肌梗塞病患,8 名颅脑损伤病患,1 名慢性心衰病患;年龄区间范围为 37 到 71 周岁,平均年龄在 56.57±2.98 周岁;ICU 医治日数 6~14 天,均值在 10.25±1.28 天。两组之间的基本资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),但是具有比较性。此次研究通过伦理委员会认可以及批准。纳入指标:第一,在 ICU 积极治疗的重症病患;第二,能清晰表述自己意志的病患;第三,意识清楚的病患;第四,在同意书上签名的病患。排除指标:第一,患有肿瘤等疾病病患;第二,精神疾病或认知功能不清楚的病患;第三,以往患有抑郁症的病患;第四,合并感染性疾病或比较严重病毒感染者。

1.2 方法

针对对照组开展基础护理模式:提升病患病情监测,为病患开展基本吸痰操作,保证上呼吸道顺畅,按时调节病患姿势和翻身,避免压疮等并发症发生,与此同时提升医院病房自然通风消毒杀菌,解答病患疑惑,简单明了地解读疾病基础知识。针对观察组开展心理护理模式:(1)主动沟通。病患进到医院门诊治疗时,需及时与病患及家属开展有效的沟通。不但要知道病患的病情,还需要全面了解病患的心理状况,让病患及其家属了解现阶段的病情和后续的治疗计划方案,搞好充足的心理准备。在和病患和家属沟通过程中,要时刻保持耐心,特别要注意语言表达,以真诚的心应对他们,会让病患对医护人员产生好感,也有助于后期治疗。(2)关爱病患。ICU 病患因为病情偏重,在治疗中会有欠佳心理健康问题,这些问题的存有严重危害病患疾病的康复。在这样的情况下,ICU 重症监护室工作人员应该根据病患的特征,进行相应的心理疏导,让病患体会到真心

实意的关怀,体会到医务人员的关爱,以更良好的心态帮助他们击败疾病。

(3)针对性正确引导。住院治疗前期,病患的心里一般会受到很多因素的影响,这对他们来说非常痛苦,对他们的心理承受能力是一个很大的磨练。在这样的情况下,ICU 的护理人员需要根据病患的具体特性,开展更有针对性的指导工作。比如需要手术的病患,手术前能够介绍病患的病情具体进展,从而增加病患的信心。心理咨询工作不能盲目照搬,要具体情况具体分析。护理人员可以积极与全体医务人员分享心理辅导经验和技巧。(4)构建良好的治疗环境。病患刚进入 ICU 治疗时,护理工作人员应当向病患简单介绍病房的基本情况,与此同时,协助病患深入了解现阶段的病情,缓解内心的恐惧。在病房布局上科学安排绿色种植,能够构建温馨的病房环境,也有助于减轻病患的紧张情绪。(5)手术之后的心理护理。一般情况下,用 ICU 治疗的病患需要手术。但这些病患手术后体质虚弱,需要长期休养才可以彻底康复。手术后恢复期对病情的改善至关重要。在这一环节中,护理工作人员需要进行相应的护理干涉,从而有益于病患疾病的康复。对其病患开展护理干涉的过程当中,应进行全面健康教育知识,可以向病患叙述一些成功的治疗实例,使之对自己病情康复有信心。护理环节中,务必自始至终坚持以人为本原则,一切工作都必须以病患康复为重中之重,采用相应措施缓解病患内心的恐惧,最终提高治疗效果。并且给病患拿药时,应详解服药使用量和使用方法,并说明吃药后各种各样常见问题。针对心浮气躁的病患,在护理环节中,一定要安抚病患情绪,保持平静的心态,告诉他们病情会转好,不然的话治疗实际效果便会受到影响。与此同时,病患在治疗中出现突发状况,需及时告之主治医师,对病患采用紧急抢救对策,避免造成比较严重的后果。(6)满足病患合理需求。在 ICU 医院病房护理病患时,最大程度地达到病患的合理要求,使病患身心舒服,从而以积极的心态应对疾病。治疗中如果出现了一些不良反应,应尽快采用相应措施,避免病患病情恶化。

1.3 观察指标

比较两组病患的心理状态评估、睡眠品质、生活品质、护理品质和满意程度。(1)对于两组病患的心理状态在护理之前以及护理之后分别运用焦虑评估表(self-rating anxiety scale, SAS)以及抑郁评估表(self-rating depression scale, SDS)^[2]开展分析,总分 50 分,最终得分越高,病患的焦虑越严重;最终截止分数为 53 分,分数越高,病患的抑郁越严重。(2)匹兹堡睡眠品质指标(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)^[3]匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)被作为改进睡眠品质的评估专用工具,主要评估入睡的时间、日间功能、睡眠效率、睡眠障碍四个维度,睡眠方面,每项均采用 4 分计分法评价,从 0 分到 3 分,得分越低,睡眠质量改善越好。(3)两组病患生活品质改善情况的比较主要采用世界卫生组织短期生活品质评估表(World Health Organization quality of life scale-brief, WHOQOL-BREF)^[4]开展评价,护理之前以及护理之后评价心理、生理、环境、社会四个方面的生活品质,得分在 1 到 100 之间,得分的高低与生活质量成正比。(4)

对比两组护理品质评估,主要从服务态度、专业能力以及沟通能力和职业素养进行评估。(5)对比两组护理满意度。

1.4 统计学方法

本研究运用 SPSS 25.0 统计软件开展数据的分析。(x±s)代表计量资料,两组之间比较 t 检验;[n(%)]代表计数资料,两组之间比较 χ^2 检验;P<0.05 代表差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 针对两组护理前后心理状态评分进行比较

开展基础护理的对照组焦虑评估表(SAS)以及抑郁评估表(SDS)的结果明显高于开展心理护理干预的观察组(P<0.05),差异具有统计学意义。具体见表1。

表1 两组 SAS、SDS 评分对比(x±s)

组别	例数	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	49	64.59±5.18	44.65±7.21	65.98±5.27	47.43±5.06
观察组	49	64.27±5.38	30.12±5.39	66.45±5.46	32.59±4.47
t		0.299	11.298	0.433	15.385
P		0.764	<0.001	0.665	<0.001

2.2 针对两组睡眠质量进行比较

对照组护理后睡眠质量指标(PSQI)评分明显高于观察组(P<0.05),差异具有统计学意义。具体见表2。

表2 两组 PSQI 评分对比(x±s)

组别	例数	日间功能		入睡时间		睡眠障碍		睡眠效率	
		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	49	1.95±0.44	1.51±0.57	2.63±0.42	1.68±0.54	2.40±0.48	1.62±0.61	2.30±0.58	1.52±0.71
观察组	49	1.97±0.46	1.22±0.43	2.74±0.35	1.39±0.41	2.34±0.36	1.33±0.57	2.24±0.56	1.23±0.67
t		0.219	2.843	1.408	2.994	0.700	2.431	0.520	2.079
P		0.826	0.005	0.162	0.003	0.485	0.016	0.603	0.040

2.3 针对两组病患的生活品质进行比较

对照组护理以后的生活品质评估表(WHOQOL-BREF)评分也明显低

于观察组(P<0.05),差异具有统计学意义。具体见表3。

表3 两组 WHOQOL-BREF 评分对比(x±s)

组别	例数	心理领域		生理领域		社会领域		环境领域	
		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	49	68.14±7.46	78.64±6.35	64.33±6.85	74.97±6.32	66.35±5.28	77.07±6.33	66.28±6.94	79.33±6.27
观察组	49	68.53±5.08	86.92±6.37	64.04±5.56	85.35±6.24	67.14±6.06	84.75±5.04	65.36±5.26	84.61±6.19
t		0.302	6.444	0.230	8.181	0.688	6.644	0.739	4.194
P		0.762	<0.001	0.818	<0.001	0.493	<0.001	0.461	<0.001

2.4 针对两组病患的护理品质进行比较

并且对照组的的服务态度、专业能力以及沟通能力和职业素养的评估明显要比观察组的低(P<0.05),差异具有统计学意义。

2.5 针对两组病患的护理满意度进行比较

观察组满意度明显要比对照组的高(P<0.05)差异具有统计学意义。

3. 讨论

ICU 是医院里面非常关键的部门之一,当中有配置心电图检查、起搏器、血球分析仪等医疗设备,主要运用于病患的抢救。ICU 病患的重要特征是病情恶化,随时可能丧失生命。因而,ICU 病患的救护至关重要,且与病患的生存品质密切相关。近些年,伴随着日常生活水平的提升,大家健康意识的提升,对护理质量给出了更高要求。心理护理干预作为临床实践不可或缺的一部分,在改进病患负性情绪和治疗依从性层面发挥了重要意义^[5]。受疾病和手术创伤影响的,ICU 病患在住院期间容易出现各种各样消极情绪。在这些情绪的影响下,病患治疗依从性明显下降,甚至出现抵触治疗的现象。因而,高度重视 ICU 病患的护理质量管理,开展安全有效的心理护理,有利于降低其负性情绪、提升病患治疗依从性和生存品质。心理护理主要指护理人员要为病患给予优质护理服务的过程当中,应用心理学的基础理论和技巧,通过各种途径与方法干扰病患的心理,做到平稳病患心态、改进病患心态的效果。并且在心理护理环节中,护理人员需要注意 ICU 急危重症病患的个别差异,挑选病患能理解的言语相互交流,让病患了解护理人员想表达的内容。另外,护理人员应在了解病患喜好的前提下构建医院环境,防止病患住进 ICU 医院病房后产生距离感,出现焦虑以及抑郁等情绪,护理人员在沟通过程中给予病患适度的鼓励和支持,协助病患创建成功控制病情的自信心,从而积极配合治疗。病患及其家属对病症的认知与治疗的效果之间也存在密切联系。护理人员要通过健康教育知识加强病患及其家属对病症的认知。病患对疾病和 ICU 病房的正确对待可以使其有意识的调节生活方式,培养自身医护观念,在护理过程中能够更好地遵从护理人员和医生叮嘱,最终使病患与医护人员建立起

较好的医护关系,这样可以大大提升病患的治疗效果以及病患的满意度^[6]。

通过本次研究可以看出,开展基础护理的对照组焦虑评估表(SAS)以及抑郁评估表(SDS)的结果明显高于开展心理护理干预的观察组(P<0.05);并且对照组护理后睡眠质量指标(PSQI)评分明显高于观察组(P<0.05);对照组护理以后的生活品质评估表(WHOQOL-BREF)评分也明显低于观察组(P<0.05);并且对照组的的服务态度、专业能力以及沟通能力和职业素养的评估明显要比观察组的低(P<0.05);观察组满意度明显要比对照组的高(P<0.05);结果表明,在 ICU 重症病患护理过程中良好的开展心理护理干预可以很好的改善病患的心理状态,并且可以良好的提升病患的睡眠质量以及生活品质,从而大大提升护理的品质以及病患的满意度。

结束语:总之,在 ICU 危重症病患的护理过程中,较好的心理护理方式能有效改善病患紧张情绪,明显改进病患心理心态,有益于提高治疗的品质,因此,在临床上具有一定的推广价值。

参考文献:

- [1]韩汝宁,李秀川,赵士兵,等.ICU 患者早期康复方案的构建及应用研究[J].中华护理杂志,2020,55(1): 8-15.
- [2]高明霞.心理护理对 ICU 重症患者护理质量的改善分析[J].智慧健康,2020,6(3): 101-102.
- [3]张伟.心理护理干预对心血管内科重症患者护理质量的影响分析[J].心理月刊,2021,16(4): 181-182.
- [4]陈倩.心理护理对 ICU 重症护理质量的影响[J].心理月刊,2020,15(22): 66-67.
- [5]张晓静,陈志苑,王伟良.全面护理对 ICU 重症肺炎患者护理满意度及生活质量的影响评价[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(26): 131-132.
- [6]张雪.心理护理对 ICU 重症患者护理质量的影响[J].特别健康,2020,34(16): 12.

基于循证理念指导的护理干预对前置胎盘行子宫下段剖宫产术患者护理影响

¹朱琳 ²马慧清

山东省单县妇幼保健计划生育服务中心 山东菏泽 274300

摘要: 目的: 基于循证理念指导的护理干预对前置胎盘行子宫下段剖宫产术患者的影响。方法: 筛选前置胎盘行子宫下段剖宫产术患者 90 例, 时间范围 2020 年 1 月至 2022 年 4 月, 随机将其分为对照组 (常规护理干预) 和观察组 (基于循证理念指导的护理干预), 各 45 例, 对比两组护理效果。结果: 观察组产后出血量少于对照组, 观察组新生儿 Apgar 评分高于对照组, 观察组不良妊娠结局发生率、不良新生儿结局发生率低于对照组, 护理满意度高于对照组, 差异有统计学价值 ($P<0.05$); 护理后观察组 SAS、SDS 评分低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 护理前两组上述评分差异较小 ($P>0.05$)。结论: 予以前置胎盘行子宫下段剖宫产术患者循证护理干预效果显著。

关键词: 前置胎盘; 子宫下段剖宫产术; 循证护理; 母婴结局; 心理状态

在受精卵滋养层发育迟缓、胎盘异常、子宫内膜损伤等因素作用下, 妊娠 28 后, 胎盘下缘覆盖或毗邻宫颈内口, 即前置胎盘。该病多见于妊娠晚期或临产时, 患者会出现无痛性、无诱因阴道出血, 反复出血可导致患者贫血、宫腔感染, 甚至引发大出血、医源性早产、胎盘植入、新生儿窒息等严重并发症^[1]。在此类患者治疗中, 可通过剖宫产终止妊娠, 使胎儿在短时间内娩出, 以此有效处理前置胎盘, 保障母婴安全。子宫下段宫壁韧性、弹性、延展性好, 切口易于扩大, 血窦少, 进行子宫下段剖宫产术安全性高, 可防止腹腔粘连及感染, 患者产后切口愈合良好, 现已成为前置胎盘患者首选剖宫产术式。经临床实践证实, 前置胎盘患者围术期护理风险较高, 且大部分患者对前置胎盘、剖宫产了解较少, 存在认识误区, 导致其治疗配合度低, 易出现消极情绪, 常规护理效果不佳。循证护理干预具有综合性、针对性、实践性特点, 通过提出问题、寻找证据、解决问题等措施, 可将常规护理服务流程化, 有助于患者疾病康复^[2], 本文将对其实际应用做出分析。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

筛选前置胎盘行子宫下段剖宫产术患者 90 例 (2020 年 1 月至 2022 年 4 月), 随机将其分为对照组和观察组, 各 45 例, 如表 1 所示, 两组一般资料差异较小。纳入标准: (1) 确诊为前置胎盘, 符合子宫下段剖宫产术指征; (2) 孕周 28~38 周, 单胎妊娠; (3) 年龄 20~40 岁; (4) 知情同意本研究。排除标准: (1) 合并恶性肿瘤或免疫功能障碍者; (2) 存在其他妊娠并发症者, 如妊娠高血压、妊娠糖尿病等; (3) 存在剖宫产术禁忌者, 如凝血功能异常、重要脏器功能衰竭等; (4) 胎儿发育异常者; (5) 合并宫内感染者; (6) 存在智力、精神及心理障碍者。

表 1 两组一般资料对比 (n=45)

项目	观察组	对照组
年龄 (岁)	28.75±2.60	28.91±2.64
孕周 (周)	33.82±1.95	33.69±1.92
体质量指数 (kg/m ²)	23.11±1.45	22.98±1.39
生育情况 (例)	-	-
初产妇	25	27
经产妇	20	18
前置胎盘类型 (例)	-	-
边缘型	3	2
部分型	15	14
中央型	27	29

1.2 方法

对照组: 宣讲前置胎盘相关知识, 说明剖宫产术相关事宜, 严密监测患者生命体征, 观察患者阴道流血情况, 做好日常生活护理, 遵医嘱使用抗生素、促胎肺成熟药物、宫缩抑制剂等。

观察组: (1) 组建循证护理小组, 组长为产科护士长 (1 名), 组员为产科护士 (3~4 名, 专科工作年限≥3 年), 邀请护理学专家及产科医师, 将剖宫产、前置胎盘、循证护理相关知识作为主要内容, 对小组成员进行

培训。(2) 提出循证问题, 总结前置胎盘子宫下段剖宫产术患者护理经验, 识别以往护理缺陷, 并对患者进行细致、全面的评估, 根据患者个体差异, 将护理问题结构化、特定化, 例如, 患者产后出血多、患者心理状态差、并发症预防措施有所遗漏、健康教育不到位等。(3) 寻找循证证据、制定护理路径, 小组成员在中外文数据库, 查询“循证护理”、“前置胎盘”、“子宫下段剖宫产”等关键词, 收集相关文献资料, 并对文献科学性、真实性进行考核, 获得最佳护理证据, 制定循证护理方案^[3]。(4) 护理措施落实: ① 患者入院后, 常规介绍医院环境及住院规章制度, 了解患者既往病史、生育史, 观察患者情绪状态, 协助其完成各项检查; 强化健康知识宣教, 包括前置胎盘病因、治疗方案、预后等, 强调子宫下段剖宫产术安全性和优势, 通过口头、图文相结合的方式, 帮助患者了解手术流程, 纠正其对剖宫产术的错误认识; ② 监测患者生命体征, 定时测量胎心胎动, 评估患者心理状态, 通过与患者及家属沟通、了解患者基本情况等措施, 明确患者心理问题成因, 通过沟通共情、语言安抚、放松训练等方式, 平衡患者身心状态, 重点强调情绪对自身及胎儿的影响, 鼓励患者自我调节情绪^[4]; ③ 做好剖宫产术准备, 如术前 8h 禁食禁水、完善 B 超检查、备皮等, 通过口头语言、肢体语言及眼神安抚患者, 转送患者至手术室; 患者术毕麻醉清醒后, 第一时间告知患者胎儿情况, 消除患者担忧、恐惧等不良情绪, 持续监测患者生命体征; ④ 观察患者阴道出血情况, 包括出血量、性状及颜色, 定时检查下腹部切口, 及时更换切口敷料, 避免渗血、渗液污染敷料, 做好会阴清洁, 保证局部洁净、干燥, 定时按摩患者子宫; 注意询问患者疼痛感受, 指导患者正确使用镇痛泵, 并通过肢体按摩、听音乐、深呼吸等方式缓解疼痛, 对于重度疼痛患者, 应遵医嘱采取强化镇痛方案^[5]; ⑤ 警惕剖宫产后并发症, 如产褥感染、下肢静脉血栓、产后出血等, 使用符合消毒标准的产褥垫、卫生巾, 勤协助患者更换衣物、床单, 各项操作遵循无菌原则, 通过按摩腹部、勤产褥垫等方式促进恶露排出, 必要时预防性使用抗生素, 若患者阴道出血量大、颜色鲜红, 警惕产后出血, 立即报告医师, 严密监测出血量, 遵医嘱补充血容量、使用缩宫素; ⑥ 指导患者产后早期床上活动、尽早下床活动, 患者产后 6h 禁食, 解除禁食后给予患者高蛋白、高热量饮食, 避免使用产气食物, 鼓励患者尽早进行母乳喂养^[6]。

1.3 观察指标

(1) 利用称重法、面积法, 评估患者产后出血量 (24h 内), 统计患者产后出血、产褥感染、子宫切除、胎盘植入等不良妊娠结局发生情况; (2) 利用 Apgar 评分, 评价新生儿窒息程度, 总分 0~10 分, 涉及肌张力、对刺激反应、心率、皮肤颜色、呼吸 5 项指标, 得分越高说明新生儿窒息程度越轻, 统计两组胎儿窘迫、新生儿窒息、新生儿死亡、新生儿转入 NICU (新生儿重症监护室) 等不良新生儿结局发生率; (3) 对患者心理状态进行评估, 所用工具为 SDS (抑郁自评量表)、SAS (焦虑自评量表), 前者涉及 20 个条目 (如生活空虚感、兴趣丧失、易激惹、睡眠障碍、易倦等), 划界分 53 分, 后者涉及 20 个条目 (如手足刺痛、头晕、心悸、惊恐、静坐不能、不幸预感等), 划界值 50 分, 得分与焦虑、抑郁程度成正比; (4) 调查患者护理满意度, 所用工具为自制问卷, 涉及宣教方法、

沟通技巧、护理技术水平、护理内容等维度,总分 0~100 分,结果分为非常满意(得分 90 分)、基本满意(得分 70~90 分)、不满意(得分 <70 分)3 个等级,总满意度排除不满意患者。

1.4 统计学方法

表 2 两组妊娠结局对比[n (%), n=45]

组别	产后出血量 ($\bar{X} \pm s$, mL)	产后出血	产褥感染	子宫切除	胎盘植入	总发生率
观察组	420.35±34.06	1 (2.22)	1 (2.22)	0 (0.00)	1 (2.22)	3 (6.67)
对照组	497.88±39.41	3 (6.67)	2 (4.44)	2 (4.44)	3 (6.67)	10 (22.22)
t/X ²	9.9846	-	-	-	-	4.4056
P	0.0000	-	-	-	-	0.0358

2.2 新生儿结局

详见表 3。

表 3 两组新生儿结局对比[n (%), n=45]

组别	Apgar 评分 ($\bar{X} \pm s$, 分)	胎儿窘迫	新生儿窒息	新生儿死亡	新生儿转入 NICU	总发生率
观察组	9.33±0.48	1 (2.22)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.22)	2 (4.44)
对照组	8.65±0.42	2 (4.44)	2 (4.44)	1 (2.22)	3 (6.67)	8 (17.78)
t/X ²	7.1519	-	-	-	-	4.0500
P	0.0000	-	-	-	-	0.0442

2.3 心理状态

详见表 4。

表 4 两组 SAS、SDS 评分对比($\bar{X} \pm s$, n=45, 分)

组别	SAS 评分		SDS 评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	63.25±4.11	45.23±3.65	62.71±5.89	45.92±3.48
对照组	62.98±4.06	53.69±3.94	61.54±5.60	52.08±3.65
t	0.3135	10.5665	0.9657	8.1939
P	0.7546	0.0000	0.3368	0.0000

2.4 护理满意度

详见表 5。

表 5 两组护理满意度对比[n (%), n=45]

组别	非常满意	基本满意	不满意	总满意度
观察组	25 (55.56)	18 (40.00)	2 (4.44)	43 (95.56)
对照组	22 (48.89)	15 (33.33)	8 (17.78)	37 (82.22)
X ²	-	-	-	4.0500
P	-	-	-	0.0442

3. 讨论

多胎妊娠、子宫胎盘供血情况较差、受精卵滋养层发育缓慢、子宫内膜受损等因素,与前置胎盘的发生密切相关。针对此类患者,在积极纠正贫血、绝对卧床休息等一般治疗的基础上,还应在适宜的条件下终止妊娠,通过剖宫产在较短时间内娩出胎儿,以此保证母婴健康和平安,配合有效、优质的护理服务,能够更好地改善此类患者母婴结局^[7]。基于循证理念,提出前置胎盘子宫下段剖宫产患者护理问题,如患者心理状态差、并发症预防措施有所遗漏、健康教育不到位等,制定整体护理计划,提出相应的解决措施,保证护理流程规范性,可切实提高护理效果^[8]。本研究结果显示,在产后出血量方面,观察组少于对照组,在新生儿 Apgar 评分方面,观察组高于对照组,在不良妊娠结局发生率、不良新生儿结局发生率方面,观察组均低于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。面对疾病症状困扰及不良母婴预后影响,多数前置胎盘患者均存在明显的心理应激,心理与生理相互影响,可使麻醉、手术风险提高,产后出血量增加,甚至还会给母婴结局造成不良影响。通过入院接待、心理干预和健康宣教,能够提高患者对剖宫产、前置胎盘的影响,减轻患者消极情绪和心理压力,避免情绪波动所致的负面生理变化,平衡患者身心状态,可在一定程度上改善母婴结局^[9];严密监测患者产后阴道出血量,通过按摩子宫、勤更换产褥垫、指导患者床上活动等护理措施,能够加快患者宫腔积血排出,提高子宫收缩强度,进而减少产后出血量;指导患者早期下床活动、早期进行母

数据分析使用统计学软件 SPSS25.0, P<0.05 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 妊娠结局

详见表 2。

乳喂养,指导患者正确饮食,能够促进子宫收缩,加快患者全身功能恢复,提高患者对疼痛的耐受性,改善患者营养状态,进而降低产褥感染、产后出血等并发症^[10]。不仅如此,本研究结果显示,在护理满意度方面,观察组高于对照组,在 SAS、SDS 评分方面,护理后观察组低于对照组,差异有统计学价值(P<0.05),护理前两组上述评分具有一致性(P>0.05)。说明循证护理中,心理护理措施效果确切,通过规范性、系统性、综合性护理干预,患者满意度可进一步提升。有研究显示^[11],根据护理方法不同,将前置胎盘剖宫产患者分为研究组和参照组,与参照组相比,研究组产后 2h、24h 出血量均明显更少,研究组子宫切除、切口感染、胎儿窘迫、新生儿窒息等不良母婴结局发生率更低,且研究组健康教育、护理态度、护理技术水平维度满意度评分均高于参照组。

综上所述,予以前置胎盘行子宫下段剖宫产患者循证护理干预效果显著,可减少患者术后出血,提高新生儿 Apgar 评分,降低母婴不良事件发生风险,改善患者心理状态,具有推广借鉴价值。

参考文献:

- [1] 闫琨. 前置胎盘剖宫产产妇围手术期护理对分娩结局的影响[J]. 中国医药指南, 2021, 19(12): 179-180.
- [2] 熊文宇. 基于循证理念的临床护理路径对前置胎盘剖宫产患者母婴结局的影响[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21(03): 143-144.
- [3] 马平, 胡梅芳. MDT 护理模式在凶险性前置胎盘并胎盘植入剖宫产中的价值探讨[J]. 泰州职业技术学院学报, 2020, 20(06): 90-93.
- [4] 丁丽芳. 循证护理干预在剖宫产产妇中的临床应用研究[J]. 中国社区医师, 2020, 36(21): 182-183.
- [5] 陈小燕, 柴泽英. 基于循证的临床护理路径对前置胎盘行子宫下段剖宫产术患者的应用效果[J]. 中华全科医学, 2020, 18(07): 1234-1236+1240.
- [6] 于香玲. 临床路径的优质护理对凶险性前置胎盘患者母婴结局及护理满意度的影响[J]. 心理月刊, 2020, 15(04): 137.
- [7] 冯苗倩, 黄伟, 肖英, 等. 预见性护理干预对凶险性前置胎盘剖宫产患者母婴结局的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2019, 25(24): 29-32.
- [8] 邵玉玲. 循证护理对前置胎盘大出血患者心理状态、并发症的影响[J]. 首都食品与医药, 2019, 26(20): 165.
- [9] 刘霞, 田晓雁, 许淑仙, 等. 前置胎盘行子宫下段剖宫产产妇实施综合护理的效果观察[J]. 护理研究, 2019, 33(14): 2543-2544.
- [10] 张卉. 循证护理在剖宫产术后患者中的应用效果[J]. 中国药物与临床, 2019, 19(07): 1192-1193.
- [11] 李文瑜. PDCA 循证护理对完全性前置胎盘患者出血及新生儿的影

个性化心理护理对初产妇产后心理状态的影响

朱梦晴

太仓市第一人民医院 江苏太仓 215400

摘要：目的：探讨在初产妇中应用个性化心理护理的价值，以提升产妇护理质量。方法：病例选自在 2020.08–2021.02 时间内，均为在我院分娩的初产妇，总计 100 例。以奇偶法实施分组，即常规组与实验组，各 50 例初产妇。在常规组中提供常规护理，在实验组中加入心理护理。对比分析两组初产妇经不同护理方法干预后的护理质量，包括初产妇情绪评分、产程时间、自然分娩率、妊娠结局、产后出血量。结果：焦虑自评量表（Self-Rating Anxiety Scale, SAS）、抑郁自评量表（Self-Rating Depression Scale, SDS）情绪评分比较，实验组初产妇护理干预后的负性情绪评分低于常规组（ $P < 0.05$ ）；产程时间进行比较，实验组初产妇的第一产程、第二产程、第三产程以及总产程时间均较常规组短， P 均 < 0.05 ；分娩形式比较，实验组初产妇的自然分娩率高于常规组， $P < 0.05$ ；妊娠结局分析，实验组初产妇胎儿窘迫、新生儿窒息发生率低于常规组，且新生儿 Apgar 评分高于常规组， $P < 0.05$ ；两组初产妇的产后 2h、24h 出血量进行比较，实验组均少于常规组 P 均 < 0.05 。结论：初产妇心理负担较重，为了优化母婴结局，需加强对其护理干预工作。通过实施个性化心理护理，可有效改善初产妇产后不良心理，降低其发生抑郁症风险。另外，合理缩短了产程时间，改善了妊娠结局，提升了自然分娩率。适宜深入研究及推广。

关键词：初产妇；心理护理；个性化；心理状态；产程时间；自然分娩率；妊娠结局；产后出血量

分娩对于女性而言，是重要的一个生理历程，但是在分娩时，产妇身体会出现应激反应，再加上分娩后体内多种激素水平降低，导致其神经递质功能出现改变，进而直接对产妇心理造成影响^[1-2]。再加上初产妇是首次分娩，对于分娩知识了解较少、分娩时受到剧烈疼痛、担忧胎儿健康等因素的影响，导致其无法及时完成角色转换，进而出现一些不良情绪，如焦虑、抑郁、无法集中注意力、难以入睡等，甚至还会出现厌世、悲观等情绪，不仅会影响到孕妇身体健康，还会对胎儿生长发育造成影响^[3-4]。相关研究指出，予以初产妇早期积极心理护理干预的效果显著，助于减轻初产妇的疼痛感，从而降低剖宫产率，积极预防和减少产后并发症率，满足初产妇护理需求^[5]。本研究目的是为了分析以个性化心理护理模式对初产妇实施干预的价值，抽取 2020.08–2021.02 时间内的 100 例初产妇。现展开分析汇总：

1. 资料与方法

1.1 病例资料

本组对象为 100 例初产妇，时间选自 2020.08–2021.02。纳入标准：（1）初产妇病例信息完整；（2）具备配合能力，签署分娩知情同意书；（3）顺利分娩，生命体征平稳、顺利出院。排除标准：（1）严重免疫疾病者；（2）血液疾病等分娩禁忌者；（3）检查不适宜自然分娩者。组间分组方式为奇偶法。在常规组纳入病例中，年龄区间在 22–38 岁，平均 30.0 ± 6.8 岁，孕周平均 (38.72 ± 0.58) 周；在实验组入组对象中，年龄值与均值是 20–35 (29.8 ± 6.5) 岁，平均孕周 (38.68 ± 0.64) 周。对 2 组临床资料以统计学分析，显示 $P > 0.05$ ，组间差异较小，满足研究要求。另外，申报伦理委员会批准。

1.2 方法

常规组提供常规护理，完善产前检查、产前教育、健康指导等；实验组则加入个性化心理护理，内容主要为：（1）分娩前护理：在产妇入院之后，为其建立完整档案，其中包括姓名、年龄、疾病史、过敏史、孕周等，全面掌握产妇基础资料；由于初产妇是首次分娩，缺乏分娩经验，对于分娩后相关保健知识了解较少，导致其容易在怀孕期间出现一些负性情绪，如焦虑、抑郁等，应定期将相关保健知识向产妇进行普及，帮助产妇尽快调节自身心理状态；主动与产妇交流，掌握产妇生理情况与心理情况，耐心倾听其述说，一旦发现产妇出现不良情绪，及时进行疏导，与产妇建立良好护患关系，取得产妇信任感，可有助于后期治疗、护理；（2）分娩后护理：在产妇分娩后，若认为产妇有出现产后抑郁症状时，应及时改善产妇各种行为，结合产妇具体情况，采取充分鼓励、肯定或中肯指导，及时

纠正产妇不良行为；尽量缓解产妇不良情绪，减少由于不良情绪给其带来的负面影响，积极帮助产妇从分娩后的不适与疲劳中恢复；主动与产妇交流，帮助其完成角色转变，接受自己已成为母亲，并引导产妇主动护理婴儿，促使其能够在护理过程中体现出自身价值，进而可有效减低患者由于无能感而形成的心理压力；鼓励产妇尽早下床活动，加强进行锻炼，进行亲子活动等，促使其保持良好心境；强化产后健康宣教，采取图像方式，宣传产妇分娩后所出现的生理变化，指导其能够以正确心态来面对心理问题与生理问题，加强进行自我调节，从而安全、平稳度过产褥期。指导产妇学习正确母乳喂养技巧、婴儿护理方法，将产后保健相关知识向产妇进行讲解，促使其能够了解到在生产后母体所出现的生理变化，有助于产妇更好护理自己。

1.3 指标观察及判定标准

统计负性情绪改善情况，以 SAS 焦虑自评量表与 SDS 抑郁自评量表评价，其中 SAS 量表临界值为 50 分，SDS 量表临界值是 53 分，分越高则显示负性情绪越严重^[6]；对比分析初产妇的产程时间，即第一产程、第二产程、第三产程以及总产程时间；对比分析初产妇的分娩形式，包括剖宫产、顺产；对比分析初产妇的妊娠结局，包括胎儿窘迫、新生儿窒息发生率以及新生儿 Apgar 评分。Apgar 评分即新生儿窒息缺氧，评估内容包括皮肤颜色、心率、对刺激的反应、肌张力和呼吸五项指标，评分越低，新生儿缺氧情况越严重^[7]；对比分析初产妇的产后出血量，即产后 2h 与 24h。

1.4 统计学处理

本文数据以 SPSS18.0 软件分析，以 t 值表示计量资料，以 $(\bar{x} \pm s)$ 检验，若 $P < 0.05$ ，则检验结果存在差异，有统计学意义。

2 结果

2.1 情绪状况比较

经分析干预前，2 组初产妇的负性情绪差异较小（ $P > 0.05$ ）；经实施干预后，实验组初产妇的焦虑及抑郁情绪改善情况优于常规组，且组内干预前后差异显著，经统计学处理（ $P < 0.05$ ）。

表 1 对比负性情绪（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	焦虑		抑郁	
		干预前	干预后	干预前	干预后
常规组	50	57.25±4.92	45.78±3.02	59.34±4.20	45.29±4.30
实验组	50	57.07±5.10	37.65±3.14	59.56±4.14	36.80±4.11
组间干预前 t/p 值	-	0.180/0.858		0.264/0.793	

组间干预后 t/p 值	-	13.196/0.000	10.093/0.000
常规组干预前后 t/p 值	-	14.049/0.000	16.528/0.000
实验组干预前后 t/p 值	-	22.928/0.000	27.588/0.000

2.2 产程时间与产后出血量比较

实验组与常规组初产妇的不同产程时间、产后不同时间出血量情况分析,见表2。经统计学分析,实验组初产妇较常规组的产程时间更短、产后出血量更少, P 均 <0.05 。

表 2 产程时间与产后出血量对比 ()

组别	例数	第一产程 (h)	第二产程 (h)	第三产程 (h)	总产程 (h)	产后 2h 出血量 (ml)	产后 24h 出血量 (ml)
实验组	50	7.02 $\pm$ 1.02	1.03 $\pm$ 0.05	0.53 $\pm$ 0.02	8.82 $\pm$ 1.04	125.50 $\pm$ 20.50	152.30 $\pm$ 30.50
常规组	50	9.80 $\pm$ 1.20	1.92 $\pm$ 0.06	0.92 $\pm$ 0.03	12.60 $\pm$ 1.20	195.50 $\pm$ 25.50	255.50 $\pm$ 45.50
t 值		12.482	80.577	76.485	16.832	15.128	13.322
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 自然分娩率、妊娠结局比较

实验组与常规组初产妇的自然分娩率、妊娠结局情况分析,见表3。经统计学分析,实验组初产妇的自然分娩率更高,不良妊娠结局更低, $P<0.05$ 。另外,实验组的 Apgar 评分为 (9.80 $\pm$ 0.20) 分,对照组的 Apgar 评分为 (9.15 $\pm$ 0.25) 分。经统计学计算, $t=14.356$, $P=0.000$ 。

表 3 自然分娩率与妊娠结局对比分析 (n, %)

组别	例数	自然分娩率	胎儿窘迫率	新生儿窒息率
实验组	50	44 (88.00%)	1 (2.00%)	0 (0.00%)
常规组	50	35 (70.00%)	7 (14.00%)	5 (10.00%)
χ^2 值		4.883	4.891	5.263
P 值		0.027	0.027	0.022

3 讨论

相比经产妇,初产妇分娩经验知识了解甚少,所以分娩期间的身心不适情况表现的相对更为明显,甚至导致符合阴道试产条件的产妇进行剖宫产分娩,以减轻分娩疼痛感。另外,由于大多数初产妇对于分娩知识了解较少,在分娩之后无法完全进入到母亲角色中,生理与心理上承受着较大压力,再加上在妊娠期时,由于体内孕酮与雌激素降低,内分泌发生变化,直接影响到产妇心理与生理,在怀孕时所存在的抑郁情绪越高,那么其产后发生抑郁症的几率就会越高^[8-9]。另外若在产后调养过程中,由于活动受到限制、生活习惯发生改变、缺乏正常沟通与宣泄方式等因素的影响,会导致其产后有较高几率出现抑郁症^[10]。相关研究指出,初产妇实施心理护理干预后的效果理想,减轻了产妇的负性情绪、减少了出血量,提高了自然分娩率^[11]。任雪莲,石慧研究中抽取了 2016 年 9 月-2017 年 8 月期间的 128 例孕妇,随机分配两组,观察组孕妇实施心理护理干预,对照组常规护理。对照组孕妇 SAS 评分明显低于对照组评分, $P<0.05$; 观察组自然分娩率 92.19% 高于对照组的 71.87%, $P<0.05$; 产后 2 h 出血量少于对照组, $P<0.05$ ^[12]。对产妇进行护理干预后改善了产妇的抑郁情况,提升了产妇的自然分娩率,减少产后出血风险。在本次研究中,通过对实验组产妇强化心理疏导,结果显示,实验组初产妇焦虑、抑郁评分明显低于常规组 ($P<0.05$),由此说明通过强化心理疏导,可有效缓解患者不良情绪。从孕妇家庭、生理及心理等方面进行疏导,可帮助其学会自我调节生理与心理需求,消除自身不良情绪,顺利完成角色转换,加强自身生活能力。

本文结果与姚小芸研究结果接近,护理前,对比了两组产妇的情绪状况评分结果。研究组与对照组产妇的焦虑评分(SAS)以及抑郁评分(SDS)接近, $P>0.05$ 。护理后两组产妇的 SAS 与 SDS 评分下降,研究组评分较对照组下降更为明显, $P<0.05$ 有统计学意义;另外,研究组产妇自然分娩率 88.00% 明显高于对照组产妇的 72.00%, $P<0.05$; 就两组产妇的产后出血

量情况进行比较,研究组明显少于对照组, $P<0.05$ ^[13]。予以初产妇心理护理干预后,减轻了产妇的负性情绪,降低了产后出血量,提升了自然分娩率,保障母婴安全。

综上所述,初产妇对于分娩有恐惧感,可能导致产程时间延长、增加了母婴安全威胁,导致胎儿宫内窘迫以及新生儿窒息,进而增加了剖宫产分娩率。所以,需加强对初产妇的心理护理干预。在初产妇中强化心理护理,可得到显著干预效果,助于减轻初产妇的心理负担,减少了分娩产程与产后出血量,进而改善了分娩形式与分娩结局,促进母婴预后,值得推广。

参考文献:

- [1]郭瑛,刘亚娟,王华,等. 心理行为护理干预对剖宫产初产妇产后焦虑、抑郁及疼痛状态的影响[J]. 国际精神病学杂志,2017,44(5): 911-914.
- [2]徐金玉,张燕,孟云霞. 健康宣教结合优质护理对初产妇心理状态和综合护理技能的影响[J]. 中西医结合护理(中英文),2021,7(4): 154-156.
- [3]覃社,韦利霞,覃聪慧. 叙事护理联合责任制助产护理对初产妇分娩方式和围产期心理状态的影响[J]. 中西医结合护理(中英文),2020,6(12): 134-136.
- [4]李华菊,施薇,蒋佩芸,等. 全程系统心理护理对分娩期间心理状态与产后心理状态的影响[J]. 医学食疗与健康,2020,18(23): 103,106.
- [5]孙坚. 探讨对初产妇实施早期积极心理护理对其分娩方式及妊娠结局的影响[J]. 中外女性健康研究,2022(4): 145-146,198.
- [6]郑家琼. 延伸式母乳喂养护理联合心理护理对初产妇母乳喂养成功率及心理状态的影响[J]. 当代医药论丛,2020,18(12): 224-226.
- [7]任娜,杨亚萍. 穴位按摩结合 IKAP 护理模式对产后缺乳初产妇乳汁分泌及心理状态的影响[J]. 临床医学研究与实践,2018,3(35): 191-192.
- [8]张婉玲,冯远衍,廖艳丹. 扮亲法全程陪护对剖宫产初产妇产后恢复、心理状态及产后泌乳状况的影响[J]. 中国医药科学,2019,9(22): 164-166.
- [9]莫秀敏. 产前针对性护理联合心理干预对初产妇分娩方式、产后出血及产后心理的影响[J]. 心理月刊,2020,15(22): 134-135.
- [10]郝小美. 探究产前心理护理干预对初产妇分娩方式、产后出血及产后心理的影响[J]. 药店周刊,2021,30(14): 51,53.
- [11]林春华,严达珍,关葵花. 探讨对初产妇实施心理护理干预对其心理状态、分娩方式及产后出血的影响[J]. 智慧健康,2020,6(17): 61-63.
- [12]任雪莲,石慧. 助产士心理护理干预对初产妇分娩方式的影响效果评估[J]. 中外医学研究,2019,017(008): 92-93.
- [13]姚小芸. 心理护理干预对初产妇心理状态与分娩方式及产后出血状况研究[J]. 医学食疗与健康,2021,19(4): 132-133.

八段锦联合认知行为疗法干预不寐患者生活质量与睡眠质量的效果观察

王然 王元红 范卉 吕敏敏

江苏省中医院 江苏南京 210029

摘要：目的：观察八段锦联合 CBT-I 对不寐患者综合调治的成效。方法：研究对象则是选取我院 60 例老年科不寐的患者，根据随机数字表法将其分为试验组 31 例和对照组 29 例。对照组采用步行联合一般健康教育的干预措施，试验组在此基础上加入八段锦联合认知行为疗法的干预措施，对比效果。结果：干预 8 周后，实验组生活质量评分显著高于对照组，以及睡眠质量评分显著低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论：八段锦联合认知行为疗法可有效地辅助治疗不寐患者的不寐，促进疾病康复，提高患者生活质量。

关键词：八段锦；认知行为疗法；睡眠剥夺

Abstract: Objective: To observe the effect of baduanjin combined with cognitive behavioral therapy on patients with insomnia. Methods: 60 patients with insomnia in geriatrics department in our hospital were randomly divided into experimental group (31 cases) and control group (29 cases). The control group adopted the intervention measures of walking combined with general health education, and the experimental group added the intervention measures of Baduanjin combined with cognitive behavioral therapy on this basis to compare the effects. Results: after 8 weeks of intervention, the quality of life score of the experimental group was significantly higher than that of the control group, and the sleep quality score was significantly lower than that of the control group. The data difference was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion: Baduanjin combined with cognitive behavioral therapy can effectively assist the treatment of insomnia patients, promote disease recovery, improve the quality of life of patients.

Keywords: Ba Duanjin; cognitive behavioral therapy; sleep deprivation

由于人们生活方式的不断改变，患有睡眠剥夺问题的老年人约有 50%-75%，现已成为严重危害老年人生命安全的首要公共卫生问题原因之一。以往，针对此类患者多以长期使用镇静剂来改善其睡眠，但此种药物使用往往会给老年人带来负面影响，包括白天精力不足，生理职能受损以及其他药物不良反应等^[1]。为避免药物治疗带来的不良反应，及有效提升临床疗效，认知行为疗法(CBT-I)这一非药物疗法成为了当前临床治疗该疾病的首选方案。中国睡眠研究会指出适当的体育运动可以改善睡眠剥夺患者的睡眠情况，提高患者的生活质量。以及中医认为，八段锦是一项能够改善八段锦通过调心神、调气息、调身体，缓解大脑疲劳，调整情绪，治病防病目的的保健康复体操。为此，有研究证实，八段锦、行为认知疗法均能改善老年患者睡眠剥夺的症状，但仍存在观察节点少，疗程过长的不足^[2]。因而，本研究针对八段锦联合认知行为疗法的实际应用效果展开了深入研究，报告如下。

1. 资料与方法

1.1 对象与方法

1.1.1 研究对象

利用 SPSS20.0 产生非连续的随机数；随机选取 64 例不寐患者作为研究对象。纳入标准：①符合 DSM-5 失眠诊断标准；②年龄在 60 周岁以上；③受试者自愿签定知情同意书并对本研究知情。排除标准：④合并心脑血管、肝、肾和造血系统等危急重症疾病者；⑤不适合进行八段锦或步行锻炼的骨骼肌肉疾病患者；⑥存在认知功能障碍、语言功能障碍或沟通困难等不适宜认知行为治疗者^[3]。本研究已获得我院伦理委员会批准(代号：2021NL-088-02)。

1.2 方法

对照组采用步行联合健康教育，如下：健康宣教，开解思想顾虑，养成良好生活习惯，及合理安排饮食和适度运动等。其中适度运动为早晚餐后 2 小时步行，每次 15 分钟，每周 5 天，连续 8 周。

实验组在对照组基础上进行八段锦和认知行为疗法干预，如下：①八段锦：选用 2003 年国家体育总局编制的健身气功八段锦术式，由经过八段锦培训并考核合格的专兼职中医治疗师负责与患者进行一对一八段锦运动教学，其间采用统一指导用语，结合图片、文字、平板电脑传授八段锦锻炼方法，并发放每人一份八段锦运动视频教程及运动手册，讲解运动的必要性，示范动作要领，指导患者练习直至其掌握。考核合格后，患者每天自行练习 2 遍，每次 15 分钟，每周 5 天，连续 8 周^[4]。责任护士对患者进行监护、指导和鼓励。患者出院时赠送患者八段锦锻炼光盘和穴位图册，嘱咐患者出院后在家人陪同下不间断跟随光盘练习，康复护士每周进行电话随访 1 次以了解患者病情变化，记录患者运动情况，在宣传进行健康教育的同时，激励鼓励患者坚持练习八段锦，根据自我感觉调整患者调整练习强度，如果出现异常情况立即停止运动，卧床休息并联系医生^[5]。②认知行为疗法：干预前，向研究对象介绍失眠的认知行为疗法，护士进行上述睡眠卫生教育、认知疗法指导，让患者熟悉睡眠日记，充分理解上床时间、准备入睡时间、睡眠潜伏期、睡醒时间、起床时间等概念，熟练掌握睡眠日记的记录方法；第 1 周末，回顾患者过去 1 周记录的睡眠日记，计算出平均睡眠效率，依据结果制定睡眠限制和刺激控制计划；第 2、3 周末，评估治疗的获益情况及依从性，进行睡眠计划调整依据患者的睡眠日记，计算平均睡眠效率，进行睡眠评价，同时回顾睡眠卫生并为患者制定合适的处方；第 4 周末，继续向上评价总睡眠时间，并纠正患者的负性睡眠思想，进行认知重建；第 5 至第 7 周的每周末，评估治疗，继续向上评价总睡眠时间，对负性睡眠信念进行随访；第 8 周末，评估治疗总体获益情况，讨论复发预防。

1.3 观察指标

生活质量采用生活质量量表(SF-36)进行评估，包括生理机能(PF)、情感职能(RE)、精力(VT)、躯体疼痛(BP)、一般健康状况(GH)、生理职能(RP)、社会功能(SF)、精神健康(MH)8 个维度，每个维度 0—100 分，综合评分为

8个维度均值,分数越高表示生活质量越好。而睡眠质量则采用匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)进行评估,总分为0—21分,得分越高则表示睡眠质量越差^[6]。

1.4 统计学分析

观察采用 SPSS 26.0 软件进行统计分析和处理,计量资料选用 t 检验,

计数资料选用卡方检验, $P < 0.05$ 即认为差别具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床基线资料比较

两组临床基线资料比较差异无统计学意义 ($p > 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者临床基线资料比较[($\bar{x} \pm s$), %]

组别/例数	年龄(年)	病程(年)	男性例数(%)	有吸烟史(%)	有饮酒史(%)	有糖尿病史(%)	有高血压史(%)
对照组(n=29)	68.66±5.37	9.41±4.95	17(44.7)	10(34.5)	5(27.7)	5(17.2)	9(31.0)
实验组(n=31)	67.32±6.05	10.51±4.93	14(37.8)	13(41.9)	13(72.2)	10(32.3)	8(25.8)
t/ χ^2 值	0.90	-0.87	1.07	0.34	4.53	1.80	0.20
P	0.37	0.39	0.30	0.56	0.37	0.19	0.66

2.2 两组患者干预 8 周后生活质量评分比较

干预 8 周后,实验组以(70.42±21.83)分的生活质量综合评分而显著

高于对照组的(53.42±25.98)分,数据差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组患者干预 8 周后生活质量评分比较[($\bar{x} \pm s$) 分]

组别/例数	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	综合评分
对照组(n=29)	51.35±35.82	52.03±36.03	50.34±22.91	56.34±18.36	53.28±22.13	62.03±24.77	56.28±20.23	45.69±27.62	53.42±25.98
实验组(n=31)	73.28±21.31	65.86±23.18	77.16±19.60	69.69±20.00	69.69±20.00	76.50±21.66	67.13±21.23	64.06±27.63	70.42±21.83
t 值	8.26	5.96	9.02	6.02	6.84	6.14	5.64	7.22	5.87
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组患者干预前后睡眠质量评分比较

干预前,两组患者睡眠质量评分分别为(12.76±3.86)分和(13.38±3.22)分,无显著差异($P > 0.05$);干预 8 周后,两组患者睡眠质量评分分别为(11.07±3.47)分和(8.38±3.76)分,实验组显著更低($P < 0.05$)。

3. 讨论

我国患有睡眠障碍人群患病率总体呈上升趋势,不容忽视。失眠患者通常表现为睡眠时间不足、睡眠质量差,从而严重影响日常生活、心理健康与工作状态,并会伴有焦虑、抑郁、烦躁等不良心理状态^[7]。

本研究发现,在 8 周时,实验组患者的生活质量与睡眠质量均显著优于对照组,提示八段锦联合认知行为疗法干预疗效显著。锻炼是改善中老年患者睡眠剥夺的有效方法。而八段锦作为中国传统的养生运动,通过舒缓、伸展肢体,疏通经络,使气血通过经络进入脏腑,达到调理和改善脏腑、气血、阴阳的作用,在中国被大众普遍接受^[8]。将八段锦等运动疗法与心理、药物、物理、中医等治疗方法联合应用,是治疗失眠的可行方案。八段锦适用人群广泛、经济、健康、安全,具有广阔的发展前景。长期练习八段锦,可使失眠患者病情得到明显控制、健康人群体质得到明显提升,八段锦不仅改善睡眠,而且改善焦虑、抑郁情绪。因此从公共卫生的角度看,行为认知疗法联合八段锦改善睡眠剥夺老人的睡眠情况与生活质量作为老年人睡眠剥夺的非药物治疗方法具有良好前景^[9]。在医院中,由于身处特殊的病房环境,步行等常规有氧运动往往达不到所需运动量,同时认知行为疗法存在一定的依从性问题,但若配合简单易学、疗效明显又普遍受到老年人群喜爱的中医健身气功八段锦,形成中西结合的非药物干预不寐患者的综合治疗方法和管理模式,将弥补认知行为疗法的不足,对缓解疲劳、改善睡眠质量具有积极作用^[10]。

本项研究同时也具有部分局限性。第一,参与者往往会意识到他们的分组方式,同时可能会对干预方法产生高度的期望值,此点会影响对疗效的评估。第二,我们对患者睡眠情况的测量均为主观测量方法,缺少客观

的测量方法,可能会使睡眠评估的阈值下降。第三,本研究很难监测参与者在八段锦或步行期间以外的额外体力活动,虽然本研究地点在病房,患者运动量往往偏少,但也无法完全忽略此点对研究产生的偏移。第四,本实验为单中心设置同时我们的参与者均来自南京本地,这可能限制了它的通用性。

参考文献:

- [1]王然,范卉.睡眠剥夺老年患者基于子午流注理论下安神贴联合耳穴压豆治疗的护理[J].护理研究,2018,32(15):2379-2382.
- [2]时淑华,何茶叶.认知行为疗法联合药物对大学生睡眠障碍患者的疗效观察[J].河南科技学院学报,2015,35(11):61-63.
- [3]刘潇,张琪然,黄柳,等.失眠认知行为疗法的研究进展:有效性、依从性与作用机制[J].中国临床护理,2018,10(06):470-474.
- [4]王芸朱晓珍.穴位贴敷联合耳穴压豆对老年不同证型不寐患者睡眠质量的影响[J].护理研究,2015,11(29):2394-2396.
- [5]高静,弋新,吴晨曦,等.子午流注择时五行音乐疗法在慢性心力衰竭焦虑患者中的应用效果[J].中华护理杂志,2016,51(4):6.
- [6]张瀚元,王文希,卢群,等.八段锦结合针刺法对失眠(肝郁脾虚型)影响的研究[J].中国医药科学,2019,9(05):3941.
- [7]王琨.正念减压疗法对偏头痛患者知觉压力、负性情绪及睡眠质量的影响[J].国际护理学杂志,2019,38(12):4.
- [8]黄秋瑜,张劼,许红阳.渐进式肌肉锻炼辅以正念减压对心胸外科患者睡眠质量和情感状态的影响[J].国际护理学杂志,2019,38(18):4.
- [9]张家熙,刘晓慧,刘娜,等.放松疗法对高龄老年失眠患者的有效性研究[J].现代生物医学进展,2014,14(23):4501-4503.
- [10]徐萍,季卫东,潘尧生.认知行为疗法联合药物对老年睡眠障碍患者血清细胞因子和皮质醇的影响及疗效观察[J].实用老年医学,2015,29(2):5.

针灸推拿联合康复理疗应用于颈椎病患者中的临床分析

缪思博

上海市静安区南京西路街道社区卫生服务中心 200041

摘要：目的：观察针灸推拿结合康复治疗对于颈椎病的效果，分析对疼痛、颈椎功能改善的作用影响。方法：筛选医院针灸推拿科 2020 年 7 月-2021 年 7 月门诊的 60 例颈椎病患者为研究对象，以随机数字表法分成试验组（n=30）、参照组（n=30）。予以参照组理疗康复治疗改善病情，试验组同时应用针灸推拿，比较各组治疗效果。疼痛情况、颈椎功能。结果：与参照组比较，试验组临床总有效率明显较高，VAS、JOA 评分较低，各项指标均有显著差异， $P<0.05$ 。结论：予以颈椎病患者针灸推拿理疗护理具有理想效果，可明显减轻患者疼痛程度，可促进颈椎功能恢复，应用效果显著。

关键词：颈椎病；针灸推拿；理疗康复治疗；效果；疼痛；颈椎功能

前言：颈椎病是由于颈椎椎间盘受损或者组织退变、长骨刺、压迫周围组织引发的颈椎病。颈椎骨质增生、椎间盘突出、神经根、脊髓、椎动脉、交感神经受压等都是引起颈部疼痛、僵直等诱发的颈椎病^[1]。颈椎又被成为人体的“第二大脑”，颈椎上接大脑，给予血液充沛供给；下接脊柱，是大脑中枢神经系统的延伸，如果患有颈椎病，不及时治疗不仅会严重影响人们的日常生活，还会引起中风、瘫痪等多种并发症^[2]。因此，颈椎病已经逐渐成为威胁人民群众健康的主要疾病之一。颈椎病的临床治疗难度较大，西医主要应用药物、手术进行治疗，可快速改善症状，但是难以控制复发率。祖国医学对于颈椎病的认识较为充分，认为引起该疾病的原因是长期劳累、先天不足、筋骨经络阻滞、外邪入侵等，故治疗原则为消痹通络、活血化瘀。相关研究表明，在颈椎病治疗中应用针灸推拿结合康复治疗，可显著提高疗效，改善机体颈椎功能^[3]。本次研究遴选医院门诊的 60 例颈椎病患者为探主体，旨在分析针灸推拿结合康复治疗对于患者的影响，详细内容如下分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究对象来自于医院 2020 年 7 月-2021 年 7 月针灸推拿科门诊的颈椎病患者，满足研究要求者共计 60 例，本研究通过随机数字表法将患者均分成两组，组名称为试验组（n=30）、参照组（n=30）。试验组中年龄最高为 79 岁，最小为 28 岁，均龄（53.52±4.59）岁；男性患者为 18 例，女性患者为 12 例。参照组中年龄最高为 76 岁，最小为 31 岁，均龄（53.53±4.57）岁；男性患者为 16 例，女性患者为 14 例。将各组基线资料纳入 SPSS23.0 软件，结果显示差异存在一致性， $P>0.05$ 。

1.2 研究方法

参照组仅采取理疗康复治疗，康复护理方法。详情如下：① 颈部牵引康复治疗：牵引康复前，为患者及其家属普及牵引康复注意事项、原理等，以便其做好心理准备。牵引期间，对牵引重量、部位合理调节，尽量减少因为过度牵引，导致病情加重。同时，引导患者表达自己的想法，如果出现不适感，需要马上向医生汇报，并进行针对性调整。除此之外，对舒筋、按摩方法进行指导，从而减轻疼痛。针对处于恢复阶段的患者，如果未见颈椎病症状，可指导患者展开旋转训练，并对训练强度合理调节，缓慢调节运动强度。② 日常康复护理：日常生活指导，为患者营造干净、舒适的病房环境，采用硬度适中的床垫。同时，加强对床板透气性的关注。长时间仰卧，可能会导致颈部压力增加，致使颈部僵硬。因此，体位选择时，

尽量调节为侧卧体位，但是不建议睡觉姿势长时间维持一个，需要定期对体位进行调节，尽量减小颈部压力。③ 心理康复护理：因颈椎病患者长时间受到病痛的影响，往往伴有紧张、焦虑等不良情绪，有些甚至出现消极心理，拒绝参与疾病的治疗，导致病情加重。因此，需要综合评估患者心理状态和情绪变化，以结果为依据进行心理调节，从而增强疾病治疗自信心。除此之外，设置干净、温馨、舒适的治疗环境，及时解答患者内心顾虑，从整体上促进护理和治疗依从性的提高。④ 医疗体操康复护理：由专业护理人员对医疗体操康复护理进行指导，从而促进治疗效果的提高，改善颈背部肌肉力量和肌肉痉挛状况，降低疾病复发率。医疗体操康复护理期间，讲解训练过程中需要注意的内容，确保动作轻柔、缓慢。首先，自我按摩头部：首先，采用五指按压头皮，由前到后，直到头皮感受到酸胀感；其次，采用四肢、拇指对颈背部、肩部抓拿；2-3 组/日，每次维持 10-20 分钟。

试验组采取针灸推拿结合康复治疗，主要措施为：（1）推拿。引导患者放松颈部后沿着颈交界处侧、后外侧实施推拿，自上而下往返推拿足少阳胆经与足太阳膀胱经，时间为 5-10min，以颈部肌肉轻微发红、发热为宜。对于肩颈部进行按、揉、弹，待确定敏感点后推拿，时间为 10min，每日 1 次，持续 6 周。（2）针灸。予以 CT 检查以明确病变部位，针灸穴位包括组是风池、大椎穴、颈夹脊穴、太溪穴、三阴交，应用 0.3mm×40mm 毫针实施针灸治疗，对于伴随其他症状的患者，可根据情况增加穴位，例如四肢乏力者可增加曲池穴，恶心者增加内关穴，头晕者增加风池穴。三阴交、足三里、太溪针灸手法为补泄法，其他穴位针灸手法为捻转泄法，注意严格掌握进针深度，得气后留针 30min，每日 1 次，持续 6 周。（3）理疗康复。患者处于仰卧位的状态，对颈椎进行间歇性的牵引，采取的牵引力度要以患者的实际情况来定，1 个疗程的时间为 2 周，保证患者连续牵引 3 个疗程。理疗结束以后对患者的坐姿及卧姿进行纠正。指导患者在坐位时将要背部挺直，且不能长时间处于坐位，要注意劳逸结合。当患者急性症状得到缓解后要指导其能够强化锻炼，为患者制定出锻炼的计划，尤其是针对颈部、肩部肌肉加强锻炼。常用于锻炼的操有十字操、颈部体操等。通过康复锻炼逐渐恢复患者颈部功能，并最大限度地纠正患者颈部的椎体力学。另外，根据患者的实际情况还可结合采取针灸、红外线照射及中药外敷离子渗透的理疗方法进行治疗。对于患者实施牵引理疗与电脑中频理疗，牵引理疗时准备电动牵引椅，协助患者取正坐位，设定持续牵引模式，牵引时间为 15-30min，牵引力为 100-200N，期间密

切关注患者颈项承受能力和抵抗力，每日 2 次。应用 HY-D 型电脑中频治疗仪进行理疗，电流为 20-50mA,模式为单向电流，依据患者耐受情况调整电流强度，每日 30min，每日 2 次，连续 6 周。

1.3 观察指标

治疗效果。参考《颈椎病中医防治》[1]，结合患者疼痛程度、颈椎功能改善情况进行分析，判定标准为无效、显效、有效，治疗总有效率为显效率、有效率之和。（2）疼痛情况与颈椎功能。以 VAS（疼痛视觉模拟法）评估患者疼痛情况，以 JOA（日本桥本外科协会）评估颈椎功能。

1.4 统计学方法

本文所选统计学软件为 SPSS23.00，计数资料为率，（n,%）表示，计量资料为方差，表示，满足正态分布；检验指标为 X^2 、t，以 <0.05 为判断依据，分析 P 的统计学情况。

2 结果

2.1 治疗效果评估

试验组临床总有效率高达 96.67%，与参照组的 80.00%存在明显差异， $P<0.05$ ，数据分析见表 1。

表 1：治疗效果评估量表[n/(%)]

组别	无效	有效	显效	总有效率
试验组（n=30）	1	11	18	29（96.67）
参照组（n=30）	6	10	14	24（80.00）
	--	--	--	4.043
P	--	--	--	0.044

2.2 疼痛情况与颈椎功能情况

试验组与参照组间治疗后的 JOA、VAS 评分存在明显拆， $P<0.05$ ，见表 2。

表 2：疼痛情况与颈椎功能情况量表（ $\pm s$ ，分）

组别/项目	JOA		VAS	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组（n=30）	9.83 $\pm$ 2.27	13.23 $\pm$ 2.35	6.77 $\pm$ 1.73	2.17 $\pm$ 0.71
参照组（n=30）	9.85 $\pm$ 2.33	15.31 $\pm$ 2.62	6.74 $\pm$ 1.75	2.63 $\pm$ 0.67
t	0.033	3.236	0.066	2.580
P	0.973	0.002	0.947	0.012

3 讨论

头颈部出现疼痛或者颈部僵硬是颈椎病中最常见的症状。不同类型的颈椎病表现症状也有一定的区别。颈椎病包括颈型颈椎病、神经根型颈椎病、脊髓型颈椎病、交感性颈椎病和椎动脉型颈椎病。颈型颈椎病由于颈项强直、疼痛，有时整个肩背疼痛发硬，不能点头、转头和仰头，严重时还会出现头晕等症[4]。神经根型颈椎病最早出现的症状是颈部疼痛和颈部僵硬，有些患者的肩部及肩胛骨内侧缘出现疼痛，还有些患者出现上肢肢体放射性疼痛或者麻木。神经根型颈椎病还有患者的姿势有明显的关系，颈部活动、咳嗽、打喷嚏都会造成颈部症状加重，严重时患者上肢会

出现无力，拿东西容易掉落导致肌肉萎缩。脊髓型颈椎病的患者一般出现一侧或者双侧下肢麻木，随后会出现行走困难等症状。有的患者可能会出现膀胱和直肠功能障碍，造成尿频、尿急、尿不尽。严重时还会出现下肢瘫痪，生活不能自理[5]。交感性颈椎病头部症状会出现头晕、头疼、睡眠质量差、注意力不集中等，恶心呕吐、腹泻、咽部有异物等胃肠道症状；心悸、胸闷、心律失常等心血管症状。椎动脉型颈椎病会出现发作性眩晕，看东西有重影，并伴有听力下降等症状。

中医学中认为颈椎病属“痹症”，其发生原因是由于筋骨失养和外界风寒的入侵。患有颈椎病的患者的主要症状有头晕、颈部疼痛、头痛等[6]。中医认为人体的经脉不通是导致颈椎病发生的原因。针灸具有活血化痰、疏通经络、扶正祛邪等疗效，可以使病变部位有效的得到恢复，从而达到消肿、减轻疼痛，因此针灸对治疗颈椎病有很好的疗效[7]。针灸通过刺激达到调理人体经络脏腑气血的功能和预防颈椎病的目的。针灸治疗包括针法治疗和灸法治疗。针法治疗用针刺入人体穴位进行刺激，针刺治疗颈椎病以局部取穴为主，适用于退变过程中的颈椎失稳期和骨赘刺激期。针刺主要通过改善局部血液循环，解除黏连和痉挛，对治疗神经根型颈椎病效果最为明显。针刺可使血管痉挛得到有效缓解，使颈椎动脉的血液流通顺畅，缓解因颈椎病带来的痛苦。针刺会根据患者颈椎病的症状和颈椎病类型对症下针，进行对患者颈椎病的缓解。推拿治疗具有舒筋通络、消肿止痛的治疗效果，可有效放松肩颈部肌肉，纠正错位关节及组织，可促进气血运行通畅，两者联合具有内外兼治效果。针灸可显著减轻颈椎退变对于颈部神经根产生的刺激以及对血管的压迫，能够改善神经核区缺血情况，有效增加脑部血流量，进而减轻眩晕、头痛等症状。理疗康复同样在颈椎病治疗中具有重要效果，可缓解肩颈部肌肉痉挛问题，有利于恢复生物力学平衡，同时还可增加椎间孔、大椎间隙，可进一步促进血液循环，减轻水肿，有利于改善机体颈椎功能。

综上所述，予以颈椎病患者针灸推拿理疗护理具有理想效果，可明显减轻患者疼痛程度，可促进颈椎功能恢复，应用效果显著。

参考文献：

[1]丁珊. 针灸推拿与康复理疗相结合治疗颈椎病患者的护理体会[J]. 中国社区医师,2021,37(21): 115-116.

[2]赵士梅. 综合护理干预在针灸推拿结合康复治疗颈椎病患者护理中的效果探讨[J]. 中外医疗,2021,40(15): 129-131+135.

[3]赵晓东,方芳,白雪松,韩华悦,赵福润. 针灸+推拿联合康复治疗神经根型颈椎病的临床观察[J]. 内蒙古中医药,2020,39(06): 132+139.

[4]何静茹,段伟燕. 颈椎病患者采用针灸推拿结合康复治疗治疗护理效果评估[J]. 新疆中医药,2019,37(06): 69-71.

[5]刘畅. 针灸推拿联合康复治疗对颈椎病患者的护理效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘,2019,19(A2): 377-378.

[6]李霖琳. 针灸推拿与康复治疗相结合对颈椎病患者的护理效果分析[J]. 全科口腔医学电子杂志,2019,6(35): 99.

[7]杨克亮. 针灸推拿联合康复治疗对颈椎病患者的临床护理效果分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(19): 121.

中医特色护理结合中药热奄包预防肛肠科术后尿潴留的分析

杜倩

韩城市中医医院 院感科 陕西韩城 715400

摘要：目的：分析予以肛肠科手术患者中医特色护理+中药热奄包对术后尿潴留的防范效果。方法：选取 2021.1.1–2022.1.1 期间本院肛肠科收治的手术治疗患者 100 例为研究对象，依据随机数字表法将采集病例按照 1/1 的比例均分为 2 组，对照组常规护理，观察组中医特色护理+中药热奄包护理；对比两组护理效果、尿动力学指标水平、术后 8h 内补液量、术后首次排尿时间、术后住院时间、尿潴留发生率及患者满意度。结果：观察组护理效果高于对照组 ($P<0.05$)。观察组护理后尿动力学指标（最大尿流率、初尿感膀胱容量、最大逼尿肌压力）水平高于对照组 ($P<0.05$)。观察组术后 8h 内补液量较对照组无差异 ($P>0.05$)；但观察组术后首次排尿、住院时间短于对照组 ($P<0.05$)。观察组尿潴留发生率低于对照组 ($P<0.05$)；观察组满意度高于对照组 ($P<0.05$)。结论：予以肛肠科患者术后中医特色护理+中药热奄包干预可有效防范尿潴留，促进患者术后恢复，可行推广。

关键词：中医特色护理；中药热奄包；肛肠科；术后尿潴留；导尿率；满意度

尿潴留 (urine retention) 为临床常见的肛肠科术后并发症之一，主要指患者膀胱内充满尿液但难以自主排出；肛肠科术后尿潴留发生率可达到 12-52%^[1]。术后尿潴留发生后不仅会增加患者生理痛苦，同时也会延长患者住院时间，增加医疗费用，增加患者心理压力，不利于患者预后康复。对此，相关临床研究发现，针对肛肠科手术患者强化术后尿潴留预防护理能够在一定程度上防范尿潴留发生，缓解患者术后不适感，促进患者预后恢复。中医特色护理则是基于中医学理论发展形成的新型护理模式，其能够秉持辨证施治的原则，通过膳食疗护、情志疗护、康复锻炼指导结合针灸、推拿、贴敷等多种形式帮助患者改善病症，减轻不适感^[2]；中药热奄包即为中医外治法之一，属于热疗范畴，其能够借助热气将包中中药药性发挥作用于患处，以达到治疗疾病、缓解不适症状。中药热奄包的作用效果与包中中药种类相关，一般具有行气活血、祛风散寒、止痛通络、利湿消肿等功效，在痛经、风湿类疾病、颈腰部疾病等病症治疗中可发挥较好疗效。对此，本次研究主要选取我院 2021.1.1-2022.1.1 期间肛肠科收治的手术患者 100 例为例，分析予以中医特色护理+中药热奄包干预的临床价值。报告如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021.1.1-2022.1.1 期间本院肛肠科收治的手术治疗患者 100 例为研究对象，依据随机数字表法将采集病例按照 1/1 的比例均分为 2 组，各 50 例。对照组男女比为 26/24；年龄 37-59 岁，平均 (43.25±3.75) 岁；疾病构成混合痔、肛瘘、肛周脓肿、其他分别 28 例、9 例、11 例、2 例。观察组男女比为 25/25；年龄 35-58 岁，平均 (43.12±3.81) 岁；疾病构成混合痔、肛瘘、肛周脓肿、其他分别 27 例、8 例、12 例、3 例。对比两组患者一般信息数据无统计学差异 ($P>0.05$)，可比。本次研究符合医学伦理。

纳入标准：① 单纯肛肠手术；② 符合肛肠科疾病手术指征，无麻醉禁忌证；③ 患者知情。

排除标准：① 严重心、肝、肾等脏器功能障碍；② 男性前列腺疾病、尿路感染等其他疾病因素引发的尿潴留；③ 中途退出。

1.2 方法

对照组常规护理，术前强化对患者与家属的宣教，告知其手术流程、注意事项及预期效果等，同时告知患者术后可能出现的相关并发症，以及尿潴留发生诱因、危害等，主动与患者沟通，提升其治疗依从性。术后护理中注意营造隐私环境，并结合患者实际情况进行诱导排尿，必要时实施导尿处理。

观察组基于对照组实施中医特色护理+中药热奄包干预：（1）环境护理：强化隐私保护，未能患者营造良好的排尿环境；术后鼓励患者尽早下床活动，并进行腰部锻炼，改善排尿功能；指导患者以温水进行会阴部冲洗，或听水声建立排尿反射等。（2）足部按摩及足浴：指导患者每日进行足浴 2 次，期间使用纱布包裹药物（药物配伍如下：红藤 20g，香附、丹参、芍药、川芎、乌药、丹皮、槟榔等药物分别 15g，附子 10g）放入 4000ml

的锅具或水壶中，煮到剩余 3000ml，凉到患者适宜的温度进行足部泡脚，每次足浴时间 10-20min 左右。结束足浴后，一手握住患者足部，一手以食指按压患者足底输尿管、肾、膀胱等相关反射区，压力力度以患者可耐受为宜，4-6 次/d，1-2min/次。（3）腹部热敷：取（2）中足浴使用的药包，在温度适宜下放置在患者下腹部膀胱区进行热敷，直至药物温度降到室温。（4）耳穴压豆：取患者双侧耳部穴位（尿道、肾、脾、膀胱等相关穴位），使用无菌胶布粘贴王不留行籽在穴位上，教会患者正确的揉捏、按压方式，4-6 次/d，2-3min/次。若患者无法自行按压，可由护理人员或指导患者家属代替完成。（5）艾灸：取艾柱点燃后在患者双侧关元穴、气海穴进行熏烤，期间需控制艾柱与皮肤间距离（约 2-4cm），以出现温热感为宜，2 次/d，10-15min/次。（6）排便护理：指导患者术后多饮水，增加新鲜蔬果摄入，以润肠通便。术后次日指导患者口服麻仁胶囊，以软化粪便，同时指导患者便后正确进行肛门清洁，并进行缩肛训练，以改善排便。

（7）情志护理：主动与患者沟通，了解患者感受，观察患者情绪状态，针对患者存在的焦虑、紧张情绪进行针对性疏导，减轻患者负性情绪；同时加强宣教，通过宣教手册、视频宣教、床边 1v1 宣教等形式为患者讲解肛肠术后尿潴留易发诱因、尿潴留症状、危害、防范措施等，并为患者讲解中医特色护理的临床价值，鼓励患者配合临床治疗及护理。（8）中药热奄包干预：术后指导患者取舒适体位，帮助其对腹部皮肤进行清洁；此后将粗盐混合吴茱萸，使用布袋进行密封制成热奄包，要以恒温箱将其升温到 70℃ 左右；在患者下腹部选取关元、气海、水道穴、中极穴等部位平稳放置中药热奄包置，并进行翻滚按摩，每次熨烫 3~5min；此后使用毛巾包裹中药热奄包放置在相应穴位热敷，20min/次，这一过程中可结合热奄包温度与患者耐受力进行热奄包更换。

1.3 观察指标

对比两组护理效果、尿动力学指标水平、术后 8h 内补液量、术后首次排尿时间、术后住院时间、导尿率、尿潴留发生率及患者满意度。

（1）护理效果：结合患者症状改善情况对护理效果进行评估，其中临床症状消失，术后 8h 内自行排尿，排尿通畅为显效；症状显著改善，术后 8h 内自行排尿，但仍存在排尿不畅感为有效；症状无改善，术后 8h 后仍难以自行排尿，需进行导尿干预为无效。总有效率=显效率+有效率和。

（2）尿动力学指标水平：指导患者保持膀胱充盈状态，嘱咐其排尿到尿流计集尿器内，对最大尿流率进行记录；同时，使用尿动力仪对初尿感膀胱容量进行记录，对最大逼尿肌压力进行测定。

（3）术后 8h 内补液量、术后首次排尿时间、术后住院时间：记录两组术后 8h 内补液量及术后初次排尿、住院时间。

（4）尿潴留发生率及患者满意度：统计两组术后尿潴留发生率；同时以本院自制满意度问卷对患者满意程度进行评价，问卷内容涉及护理操作、护理态度、护理技巧、护理有效性等方面，问卷发放与回收数量一致，回收率 100.00%。问卷分值 100 分，分值区间设置为 0-70、71-85、86-100，对应满意程度为不满意、较满意、满意，总满意度计算为 70 分以上病例

数占比。

1.4 统计学方法

SPSS 25.0 软件。计量数据指代形式为 ($\bar{x}\pm s$)，t 检验；计数数据指代形式为%， χ^2 检验；数据差异在 $P<0.05$ 时具备统计意义。

2. 结果

2.1 护理效果

护理效果比较，观察组高于对照组 ($P<0.05$)。见表 1：

表 2 护理效果对比 (%)

组别	例数	显效	有效	无效	总计
----	----	----	----	----	----

表 2 尿动力学指标水平对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	最大尿流率 (ml/s)		初尿感膀胱容量 (ml)		最大逼尿肌压力 (cmH ₂ O)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	50	6.32±2.12	15.30±3.25	83.77±15.23	142.56±21.34	40.35±8.79	65.47±10.53
观察组	50	6.42±2.13	18.37±4.12	83.59±15.14	172.65±22.41	40.42±8.86	78.51±10.46
<i>t</i>		0.235	4.137	0.059	6.876	0.040	6.212
<i>P</i>		0.814	<0.001	0.953	<0.001	0.968	<0.001

2.3 术后 8h 内补液量、术后首次排尿时间、术后住院时间

术后 8h 内补液量对比无统计学差异 ($P>0.05$)；术后首次排尿时间、住院时间比较，观察组短于对照组 ($P<0.05$)。见表 3：

表 3 术后 8h 内补液量、首次排尿时间、住院时间对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	术后 8h 内补液量 (ml)	术后首次排尿时间 (min)	术后住院时间 (d)
对照组	50	1112.35±32.64	146.58±35.46	8.24±1.56
观察组	50	1109.41±33.45	91.85±33.61	6.72±1.35
<i>t</i>		0.445	7.921	5.210
<i>P</i>		0.657	<0.001	<0.001

2.4 尿潴留发生率及患者满意度

尿潴留发生率比较，观察组低于对照组 ($P<0.05$)；患者满意度比较，观察组高于对照组 ($P<0.05$)。见表 4：

表 4 尿潴留发生率及患者满意度对比 (%)

组别	例数	尿潴留发生率	护理满意度			总计
			满意	较满意	不满意	
对照组	50	21(42.00)	16(32.00)	22(44.00)	12(24.00)	38(76.00)
观察组	50	10(20.00)	20(40.00)	27(54.00)	3(6.00)	47(94.00)
χ^2		5.657				6.353
<i>P</i>		0.017				0.012

3. 讨论

肛肠科术后尿潴留发生诱因较多，如骶管麻醉引发排尿困难、精神紧张、术后肛门口疼痛致使盆膈部尿道外括约肌痉挛、男性前列腺肥大、术后肛管内敷料填塞等都会引发术后尿潴留^[3]。尿潴留发生后，若膀胱内长时间储存过多尿液，极易引发膀胱壁出血，甚至造成膀胱破裂，导致尿液渗入盆腹腔，引发腹膜炎等严重并发症，危及患者生命健康。因而针对肛肠科手术患者加强对术后尿潴留的防范，以促进患者正常排尿功能的恢复，改善预后。常规西医针对术后尿潴留的处理多为水流声诱导、腹部按摩等，但实施效果有限；留置导尿管尽管能够解决尿潴留问题，但导尿过程痛苦，且易引发尿道感染、损伤等并发症，应用价值也有限^[4]。在中医中，尿潴留则属于“癃闭”范畴，中医认为术后尿潴留的发生是由于手术创伤造成筋脉痉挛、膀胱水道淤阻所致，易引发小便不利、腹胀等症状，故可以活血利尿及使用相关中医护理手段干预加以防范^[5]。

中医特色护理为我国特有的护理模式，具有操作简单、经济适用、适

对照组	50	14(28.00)	19(38.00)	17(34.00)	33(66.00)
观察组	50	18(36.00)	24(48.00)	8(16.00)	42(84.00)
χ^2					4.320
<i>P</i>					0.038

2.2 尿动力学指标水平

最大尿流率、初尿感膀胱容量、最大逼尿肌压力比较，护理前无差异 ($P>0.05$)；护理后，观察组均高于对照组 ($P<0.05$)。见表 2：

用范围广、患者接受度高等特点^[6]。临床常见中医护理技术种类繁多，包含中药敷贴、按摩推拿、拔罐、熏洗、耳穴压豆、针灸、饮食调护、情志护理等，其中针灸、艾灸、按摩、耳穴压豆、穴位注射等均为临床常见尿潴留干预方案。结合本次研究可见，在中医特色护理+中药热奄包护理中，观察组护理效果明显高于对照组，尿动力学指标优于对照组，术后排尿、住院时间短于对照组，尿潴留发生率低于对照组（常规护理），且观察组满意度高于对照组 ($P<0.05$)。提示中医特色护理结合中药热奄包干预可促进患者预后泌尿功能的恢复，防范术后尿潴留发生，获得患者认可。分析可见，中医护理着重于“治未病”，强调护理在疾病保健预防中的作用，主张为患者提供多形式、多层面、多方位的护理服务，结合多方面中医适宜技术帮助患者维系机体良好状态，提高机体防病抗病能力^[7]。中药热奄包也是临床常见中医护理手段，其中吴茱萸归肝、脾、肾、胃经；《本草衍义》中记载吴茱萸下气最速^[8]。而气海穴、神阙穴、关元穴、中极穴等均处于膀胱区，属任脉，其中神阙穴有利水、温阳之效；关元有补肾培元之效；气海有生发阳气的作用；中极为足三阴、任脉之会，可利膀胱、补肾气。吴茱萸加热后可大大增加辛温之性，热敷上述四穴可培元补肾、温阳通络之功效，进而促进膀胱气机、通阳下气，预防尿潴留发生。

综上，予以肛肠科手术患者中医特色护理+中药热奄包干预效果显著，可防范术后尿潴留，改善预后，获得患者认可，可行推广。

参考文献：

- [1]苗娟娟.中药热奄包护理在痔术后尿潴留患者中的效果分析[J].医药前沿,2020,10(10): 156-156.
- [2]龙学正.中药复方热奄包联合穴位注射治疗肛肠病术后尿潴留临床观察[J].实用中医药杂志,2022,38(2): 271-273.
- [3]黄宇燕,鲁影影,何海玲.吴茱萸中药热奄包对剖宫产术后尿潴留的护理效果[J].中外医学研究,2020,18(23): 87-90.
- [4]黄柳菊.中药热奄包热敷在老年髋关节置换术后尿潴留的护理效果[J]. 中外医疗,2020,39(18): 154-156.
- [5]刘薇文.吴茱萸中药热奄包预防混合痔术后尿潴留的效果观察[J].北方药学,2020,17(3): 22-23.
- [6]王慧利,武继涛.多功能艾灸治疗仪联合中药热奄包治疗经股动脉介入术后尿潴留的临床观察[J].医药论坛杂志,2021,42(16): 24-27,31.
- [7]王慧利,何佳玲,马韶薇,等.多功能艾灸仪联合中药热奄包对经股动脉介入术后尿潴留病人疗效、膀胱残余尿量及生活质量的影响[J].安徽医药,2022,26(1): 69-72.
- [8]温秀华.耳穴压豆配合中药热奄包护理对混合痔术后肛门疼痛、腹胀及排尿的影响[J].中外医学研究,2022,20(2): 84-87.

髋三针结合渐增功能锻炼治疗老年髋部骨折术后患者的效果分析

郭纯良 段明君 陈庆 赖丽芳 蒋明江 杨涛

江油市人民医院 四川江油 621700

摘要: 目的 探究老年髋部骨折术后应用髋三针结合渐增功能锻炼治疗的临床效果。方法 78 例老年髋部骨折患者分为对照组 (39 例, 髋三针治疗)、研究组 (39 例, 髋三针+渐增功能锻炼), 比较评分指标、优良率及满意度。结果 研究组 VAS 评分、ADL 评分、优良率、满意度及下肢深静脉血栓发生率均优于对照组 ($P<0.05$)。结论 老年髋部骨折术后应用髋三针+渐增功能锻炼治疗, 效果显著, 值得推广。

关键词: 髋三针; 渐增功能锻炼; 老年髋部骨折术

Abstract: Objective To explore the clinical effect of hip triple combined with functional exercise after elderly hip fracture. Methods 78 elderly patients with hip fracture were divided into control group (39 patients, triple hip treatment) and study group (39 patients, triple hip treatment + incremental function exercise), and satisfaction. Results The VAS, ADL, performance, satisfaction and incidence of lower limbs were better than the control group ($P<0.05$). Conclusion Elderly hip fracture is effective and worth popularizing.

Key words: three hip needles; incremental function exercise; elderly hip fracture surgery

在临床骨科中, 髋部骨折是常见、多发性疾病, 以老年人为主要发病群体, 临床多采取手术治疗。随着老龄化趋势的发展, 老年人因生理机能下降, 骨质疏松等, 导致髋部骨折发生率越来越高, 严重影响了老年人日常生活能力, 降低了老年人生活质量。此外, 手术治疗髋部骨折, 术后容易诱发深静脉血栓, 进而导致患肢功能障碍, 若严重者发生血栓脱落, 则会造成肺栓塞, 危及患者生命安全。临床实践发现, 在应用髋部骨折手术治疗后, 加强患者功能锻炼, 可以加快患者康复速度, 提高关节功能改善。针灸是中医学重要的一种治疗方法, 具有操作简单、便捷、成本低的特点, 近几年被广泛应用。功能锻炼主要是结合患者的病情, 制定个体化锻炼方法, 旨在促进患者早日康复。本次研究以 78 例老年髋部骨折患者为例, 探究髋三针+渐增功能锻炼治疗的应用效果, 并报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

时间: 2020 年 8 月~2021 年 8 月, 对象: 78 例老年髋部骨折患者, 数字表随机分组: ① 对照组: 39 例, 男 26 例, 女 13 例, 年龄: 60~69 (65.46±2.11) 岁; ② 研究组: 39 例, 男 25 例, 女 14 例, 年龄: 60~68 (65.51±2.08) 岁。

(1) 纳入标准: 临床影像学检查可发现骨折部位移位, 确诊为髋部骨折, 患者临床表现为髋部肿胀、疼痛等症状, 患者髋部皮下存在血瘀, 下肢检查, 患者存在程度不一的外旋、短缩等, 年龄≥60 岁, 均开展髋部骨折手术治疗, 患者签署手术知情同意书; (2) 排除标准: 沟通障碍患者、凝血功能障碍患者, 合并严重脏器功能疾病患者, 治疗前存在下肢骨折手术史患者 (1 年内)^[1]。统计学软件工具分析组间数据, 无差异性 ($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组: 髋三针治疗, 具体如下: ① 髋一针: 进针部位选取髂前上棘、股骨大转子最高点连线中点, 针刺, 约 2~3 寸; ② 髋二针: 背部第二侧线, 骶管裂孔旁开, 约 3 寸; ③ 髋三针: 股骨大转子最高点、骶管裂孔连线外、内各 1/3、2/3 处, 斜刺, 约 2 寸。常规消毒, 侧卧位在上, 分别进行针刺, 以有放电感、酸胀为宜, 1 次/d, 一个疗程 15 次, 共治疗 2 个疗程, 每个疗程需要间隔 3d。

研究组: 髋三针+渐增功能锻炼治疗, 即在对照组基础上开展渐增功能锻炼, 具体如下: ① 术后 1d: 指导患者采取合理、舒适的体位, 防止因卧姿错误, 对患侧肢体造成压迫, 引导患者进行深呼吸锻炼, 包括股四头

肌、踝关节等。② 术后 2d: 对患者髋关节、膝关节进行被动锻炼, 如髋腰肌、臀大肌等长收缩锻炼。③ 术后 3d: 结合患者恢复情况, 对患者髋关节、膝关节进行主动训练, 约 15~20min/次, 2 次/d。④ 术后 4d: 指导患者进行内收肌伸长锻炼, 对于开展髋关节置换术患者, 可以协助其进行坐位训练。⑤ 术后 5d: 在患者家属、医护人员指导下, 搀扶患者进行下床活动, 可以沿着床边进行短距离移动, 以患者耐受为宜; ⑥ 术后 6d: 增加患者锻炼量, 例如增加患者锻炼的时间, 晴朗天气可以搀扶患者到户外活动等。⑦ 术后 7d: 可以指导患者依靠拐杖行走, 并适当进行负重训练, 引导患者进行洗脸、穿衣服等日常活动, 提高患者日常自理活动。术后 7d 后: 评估患者恢复情况, 鼓励患者进行上、下楼梯训练, 锻炼患者逐渐扔掉拐杖, 独立行走。

1.3 观察指标

本次研究以两组患者疼痛评分、日常生活能力评分、满意度、下肢深静脉血栓发生率为观察指标, 探究髋三针+渐增功能锻炼治疗老年髋部骨折术患者的价值。

评估标准^[2]: (1) VAS 评分: 应用视觉模拟评分 (VAS) 评估, 总分 10 分, 0 分为无痛、10 分为剧烈疼痛, 分数高, 疼痛严重。(2) Harris 评分: 应用髋关节功能评分 (Harris 评分) 评估, 百分制, ① 优: >90 分; ② 良: 65~90 分; ③ 中: 35~64 分; ④ 差: <35 分, 优良率=①%+②%+③%。(3) 满意度: 应用我院自拟满意度量表评估, Cronbach's alpha 为 0.75, 由专人负责发放, 现场回收, 回收率 100%, 百分制, a 非常满意: >90 分, b 较满意: 65~90 分, c 不满意: <65 分, 满意度=非常满意率+较满意率。

1.4 统计学方法

统计学软件工具 SPSS26.0, 用 ($\bar{x} \pm s$) 表示计量资料、 t 检验; 用 (n, %) 表示计数资料、 χ^2 检验, 0.05 为界点, $P<0.05$, 提示有统计学差异性。

2 结果

2.1 评分指标结果

干预前两组患者 VAS 评分、ADL 评分比较无差异行 ($P>0.05$), 研究组干预后 VAS 评分<对照组, ADL 评分>对照组, 差异显著 ($P<0.05$), 见表 1。

表1 评分指标对比结果 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	VAS 评分		ADL 评分	
	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (39)	6.87±1.24	4.88±1.08	78.69±10.67	86.28±6.17
研究组 (39)	6.82±1.22	3.14±0.62	78.71±10.72	90.31±7.11
<i>t</i>	0.180	8.726	0.008	2.673
<i>P</i>	0.858	0.000	0.993	0.009

2.2 髌关节功能优良率结果

对照组优良率为 76.92%，其中优 7 例 (17.95%)，良 10 例 (25.64%)、中 13 例 (33.33%)、差 9 例 (23.08%)；研究组优良率为 94.87%，其中优 8 例 (20.51%)、良 12 例 (30.77%)、中 17 例 (43.59%)、差 2 例 (5.13%)，研究组优良率 > 对照组 (94.87% > 76.92%)，有统计学差异性 ($\chi^2=5.186$, $P=0.023 < 0.05$)。

表2 髌关节优良率对比 (n, %)

组别	例数	优	良	中	差	优良率
对照组	39	7 (17.95)	10 (25.64)	13 (33.33)	9 (23.08)	30 (76.92)
研究组	39	8 (20.51)	12 (30.77)	17 (43.59)	2 (5.13)	37 (94.87)
χ^2						5.186
<i>P</i>						0.023

2.3 满意度比较结果

对照组十分满意 14 例 (35.90%)，较满意 19 例 (48.72%)，不满意 6 例 (15.38%)，满意度为 84.62% (33/39)；研究组十分满意 16 例 (41.03%)，较满意 22 例 (56.41%)，不满意 1 例 (2.56%)，满意度为 97.44% (38/39)，研究组满意度明显较对照组高，有统计学差异性 ($\chi^2=5.186$, $P=0.023 < 0.05$)。

2.4 下肢深静脉血栓发生率结果

研究组下肢深静脉血栓发生率为 2.56% (1/39)，明显较对照组 17.95% (7/39) 低，有统计学差异性 ($\chi^2=5.014$, $P=0.025 < 0.05$)。

3 讨论

老年人作为特殊群体，多存在骨质疏松，伴有骨密度低的特点，骨折愈合速度慢，是髌部骨折的多发群体。手术是目前髌部骨折的主要治疗手段，但手术治疗后患者需要长期卧床，因活动少，肌力下降，容易产生下肢深静脉血栓等，影响患者康复效果。尤其是老年髌部骨折患者，受到年龄因素、手术刺激性因素影响，术后并发症多、康复慢，在积极治疗的同时，加强患者功能锻炼极为关键。基于此，选取科学、优质的干预方法成为研究的焦点问题。

髌三针是中医学重要的治疗方法之一，髌一针可直接到达估摸，能刺激病变部位，可达到改善微循环、疏通血管的功效；髌二针可以疏通经络，能对髌关节周围血流起到改善作用，可养血疏筋，能缓解患者的痛苦，预防肌肉萎缩；髌三针可以传导下行，于髌一针协调起到活血、止痛、通经络的作用。渐增功能锻炼以循序渐进为基础，结合患者术后恢复情况，由简易难、由弱至强，对患者逐步开展训练，从而减轻患者疼痛，预防并发

症，提高患者生活能力，加强患者康复。渐增功能锻炼的开展，术后初期，主要予以患者被动锻炼，从而消除水肿、缓解疼痛，术后中期，主要对患者开展主动训练，鼓励患者下床活动，提高患者关节活动度，术后期，可逐渐增加运动量，但需要注意以患者耐受为宜，防止因活动量过度，对患者造成二次损伤。临床实践显示，对于老年髌部骨折患者，开展渐增功能锻炼，采取循序渐进的方式，可以提高患者适应度，使其更好的配合医护人员，利于其髌部功能的康复，能降低护患纠纷，备受患者青睐。钟苗^[3-5] 研究中指出，髌部骨折患者应用功能锻炼+引导式教育，可以缓解患者疼痛程度，提高患者生活自理能力，术后并发症少，应用价值显著^[6-7]。对本次研究结果分析，研究组干预后 VAS 评分低于对照组，ADL 评分高于对照组 ($P < 0.05$)，由此可见，采取髌三针结合渐增功能锻炼治疗，可减轻患者疼痛，提高患者日常生活能力。功能优良率对比，研究组 > 对照组 ($P < 0.05$)，可见，功能锻炼的开展，可以改善老年髌部骨折患者的髌关节功能，取得成效明显。满意度比较，研究组较对照组高 ($P < 0.05$)，这一结果说明，患者对髌三针结合渐增功能锻炼这一干预方案认可度更高。下肢深静脉血栓发生情况对比，研究组发生率低于对照组 ($P < 0.05$)，对其原因分析，深静脉血栓属于中医学“脉闭”范畴，主要因淤血阻滞经络导致，予以患者髌三针+功能锻炼治疗，可以达到活血化瘀的功效，从而降低了深静脉血栓发生率^[8-9]。本次研究受到时间、纳入样本量限制，未对并发症发生情况、生活质量改善情况等进行评估，今后研究中可延长观察时间，增加样本量，探索更全面的指标，为临床髌部骨折患者提供更系统、全面的意见。

综上所述，髌三针、渐增功能锻炼联合用于老年髌部骨折术后患者治疗中，可减轻患者疼痛症状，提高患者日常生活能力，患者髌关节功能得到明显改善，满意度高，建议将该治疗方案推广应用。

参考文献：

[1]刘方, 暴晨, 范蕴非. 加速康复外科理念结合递进性健康教育对老年髌部骨折术后康复的效果观察[J]. 老年医学与保健, 2021, 27(4): 4.

[2]宋宏晖, 张鹏, 徐炜, 等. 加速康复外科管理模式对高龄髌部骨折患者护理效果评价[J]. 中华创伤杂志, 2021, 37(9): 8.

[3]钟苗. 功能锻炼路径联合引导式教育在老年髌部骨折术后的应用效果[J]. 检验医学与临床, 2020, 17(2): 5.

[4]李育红, 董加彬, 袁浩然, 赵玲. 髌三针结合彝医药罐治疗髌骨痹 46 例临床观察[J]. 云南中医中药杂志, 2019, 40(4): 75-76.

[5]谢飞林, 徐洲发, 熊向华. “智三针”电针刺激对老年髌关节置换术后认知功能的影响[J]. 广州中医药大学学报, 2016, 33(6): 813-817. DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2016.06.014.

[6]吴天然, 陈王, 李铭雄, 孔祥标, 苏源冰. 三针锁针外支架微创治疗老年股骨粗隆间骨折 62 例临床研究[J]. 福建中医药, 2012, 43(4): 26-28. DOI: 10.3969/j.issn.1000-338X.2012.04.013.

[7]严文, 崔淑仪, 慕容嘉颖, 何婉雯, 庄珣. 康复机器人康复训练同步针刺运动疗法干预髌部骨折术后康复的疗效观察[J]. 中国针灸, 2021, 41(4): 387-390. DOI: 10.13703/j.0255-2930.20201020-k0004.

[8]冯斌. 三针锁针加压器外固定治疗老年性转子间骨折 54 例[J]. 颈腰痛杂志, 2010, 31(1): 77-78. DOI: 10.3969/j.issn.1005-7234.2010.01.027.

[9]刘春. 切开复位三针内固定在股骨转子间骨折治疗中的应用[J]. 中国现代药物应用, 2013, 7(6): 57. DOI: 10.3969/j.issn.1673-9523.2013.06.052.

黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的临床疗效分析

郝巧荣¹ 曹晶² 通讯作者²

1.略阳县天津中医医院 内科 陕西汉中 724300; 2.志丹县中医医院 内科 陕西延安 717500

摘要：目的：探究对脾胃虚寒型慢性胃炎患者实施黄芪建中汤的治疗效果。方法：选取自2019年5月~2022年5月到我院就诊的60例脾胃虚寒型慢性胃炎患者。以盲摸双色球法均分为联合组及西药组（n=30）。西药组行常规西药治疗，联合组加行黄芪建中汤。比较两组的中医症状积分、临床疗效、血清指标及生活质量。结果：联合组上腹疼痛、腹胀、恶心呕吐、反酸评分均低于西药组，组间对比差异存在（P<0.05）；联合组治疗有效率为93.33%高于参照组70.00%，组间对比差异存在（P<0.05）；联合组PGI、PGII、GS评分均高于西药组，组间对比差异存在（P<0.05）；联合组精力、生理机能、生理职能、社会功能、情感职能、躯体疼痛、精神健康及一般健康评分均高于西药组，组间对比差异存在（P<0.05）。结论：黄芪建中汤在治疗脾胃虚寒性慢性胃炎患者中，临床疗效明显提高，中医症状积分降低，血清指标升高，生活质量改善，具有重要的临床应用价值。

关键词：黄芪建中汤；脾胃虚寒型；慢性胃炎；临床疗效；中医症状积分；血清指标；生活质量

慢性胃炎是一种生活中常见性疾病，其发病率位居各种胃病首位。患者的常见症状有恶心、食欲不振、反酸水、胃痛等，是胃癌的主要致病原因之一^[1]。有相关研究显示，我国慢性胃炎患者高达30%，对患者的生活质量造成严重影响^[2-3]。但临床中对于慢性胃炎的发病机制尚不十分明确，据分析与化学因素、生物因素及物理因素等多类有害因素反复侵害人体，导致机体胃黏膜出现病变。临床中常见的致病因素包括幽门螺旋杆菌感染、免疫功能、环境因素、饮食因素及药物因素等^[4]。药物治疗是临床中对于慢性胃炎的首先治疗方法，药物种类繁多包括抗胃酸药物、抗幽门螺旋杆菌感染药物、胃黏膜保护剂等，但是药物治疗只能在一定程度上控制疾病症状，无法根治疾病。中医是我国的特色医学，具有数千年的历史传承，形成了望闻问切为主的诊断体系，并将各类中药进行配伍达到增效减毒的作用^[5]。中医在治疗临床多数疾病中均具有较好的临床疗效。鉴于此，本文特研究对脾胃虚寒型慢性胃炎患者实施黄芪建中汤的治疗效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取自2019年5月~2022年5月到我院就诊的106例脾胃虚寒型慢性胃炎患者。诊断标准：符合《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见》中对于脾胃虚寒型慢性胃炎的相关诊疗标准；症状包括：胃脘胀满、纳呆少食、胃脘隐痛、畏寒怕冷、喜温喜按、大便稀溏。舌脉：舌淡胖，有齿痕，舌苔薄而白滑；脉沉细。纳入标准：（1）年龄≥18岁；（2）了解研究内容并签署知情同意书。排除标准：（1）对研究药物过敏；（2）妊娠哺乳期；（3）心脑血管疾病；（4）智力障碍或沟通障碍；（5）过去3个月内有药物治疗史；（6）正在参加其他药理学试验。以盲摸双色球法均分为联合组及西药组（n=30）。联合组男女比例为18:12，年龄22~69岁，年龄均值为（41.45±10.97）岁；病程1~7年，病程均值为（3.24±1.84）年。西药组男女比例为19:11，年龄24~68岁，年龄均值为（41.73±10.65）岁；病程1~6年，病程均值为（3.21±1.75）年。对比两组性别、年龄及病程等一般资料无统计学意义（P>0.05）。

1.2 方法

西药组行常规西药治疗：给予奥美拉唑肠溶胶囊（生产企业：山东罗欣药业集团股份有限公司；批准文号：国药准字H20033444；规格：20mg/粒）、枸橼酸莫沙必利胶囊（生产企业：上海新黄河制药有限公司；批准文号：国药准字H20173152；规格：5mg（以枸橼酸莫沙必利计）/粒）联合治疗。患者每日服用奥美拉唑肠溶胶囊1次，每次1粒。患者每日服用枸橼酸莫沙必利胶囊3次，于三餐前服用，每次1粒。联合组加行黄芪建中汤治疗，主要方剂组成为：炙甘草6克、生姜9克、桂枝10克、大枣12克、芍药15克、饴糖20克、黄芪30克。并根据患者的临床症状随症加减。如患者泛酸，则加入海螵蛸；如患者吐清水则加入法半夏及干姜；如

患者腹痛则加入延胡索；如患者出现胃胀则加入砂仁和木香。将上述中药采用纯净水清洗干净，以纯净水1L小火煎煮，煎煮至400ml为一剂，分早晚温服。两组均行连续1个月的药物治疗，在治疗过程中，两组均停止一切与本次研究无关的治疗行为，避免对研究内容产生影响。

1.3 观察指标

本次研究比较两组的中医症状积分、临床疗效、血清指标及生活质量。

1.3.1 中医症状积分观察指标

对比两组上腹疼痛、腹胀、恶心呕吐、反酸4项临床症状的症状积分。每项临床症状根据严重程度不同计0~6分。无症状0分，轻度症状2分，中度症状4分，重度症状6分。

1.3.2 临床疗效观察指标

本次研究将患者的临床疗效分为显效（中医症状积分减少≥70%）、有效（中医症状积分减少≥50%）及无效（中医症状积分减少<50%）。治疗有效率=（显效+有效）/例数×100%。

1.3.3 血清观察指标

比较两组胃蛋白酶原I（PGI）、胃蛋白酶原II（PGII）及胃泌素（GS）的血清水平。

1.3.4 生活质量观察指标

本次研究应用SF-36量表测评患者的生活质量，量表包含8个维度：精力、生理机能、生理职能、社会功能、情感职能、躯体疼痛、精神健康及一般健康。单维度总数为100分，分数与患者的生活质量成正相关。

1.4 统计学分析

采用SPSS26.0软件对患者的临床数据进行分析。计数资料以百分率（%）表示，行 χ^2 检验，计量资料以平均值±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，行t检验，P<0.05时，组间对比差异成立。

2 结果

2.1 两组中医症状评分对比

联合组上腹疼痛、腹胀、恶心呕吐、反酸评分均低于西药组，组间对比差异存在（P<0.05），详见表1所示。

表1 两组中医症状评分对比表（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	上腹疼痛	腹胀	恶心呕吐	反酸
联合组	30	1.09±0.41	1.51±0.43	1.28±0.31	1.24±0.35
西药组	30	2.35±0.52	2.66±0.68	2.52±0.66	2.47±0.58
t	-	13.852	10.406	12.380	13.219
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组临床疗效对比

联合组治疗有效率为93.33%高于参照组70.00%，组间对比差异存在（P<0.05），详见表2所示。

表2 两组临床疗效对比表[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
联合组	30	16(53.33)	12(40.00)	2(6.67)	28(93.33)
西药组	30	12(40.00)	9(30.00)	9(30.00)	21(70.00)
χ^2	-	-	-	-	4.970
P	-	-	-	-	0.026

2.3 两组血清指标对比

联合组 PGI、PGII、GS 评分均高于西药组，组间对比差异存在(P<0.05)，详见表3所示。

表3 两组血清指标对比表($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	PGI ($\mu\text{g/L}$)	PGII ($\mu\text{g/L}$)	GS (pmol/L)
联合组	30	117.65 $\pm$ 18.31	4.83 $\pm$ 1.26	8.12 $\pm$ 2.05
西药组	30	102.43 $\pm$ 20.16	3.25 $\pm$ 1.01	4.74 $\pm$ 2.38
t	-	4.069	7.123	7.834
P	-	0.000	0.000	0.000

2.4 两组生活质量对比

联合组精力、生理机能、生理职能、社会功能、情感职能、躯体疼痛、精神健康及一般健康评分均高于西药组，组间对比差异存在(P<0.05)，详见表4所示。

表4 两组生活质量对比表($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	精力	生理机能	生理职能	社会功能
联合组	30	86.98 $\pm$ 2.69	88.65 $\pm$ 2.82	87.58 $\pm$ 2.99	87.35 $\pm$ 2.69
西药组	30	83.37 $\pm$ 2.54	85.31 $\pm$ 3.06	84.52 $\pm$ 2.67	83.56 $\pm$ 2.31
t	-	7.104	5.843	5.557	7.335
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

表5 两组生活质量对比表($\bar{x}\pm s$, 分)(续)

组别	例数	情感职能	躯体疼痛	精神健康	一般健康
联合组	30	87.38 $\pm$ 2.77	86.68 $\pm$ 2.71	87.79 $\pm$ 2.55	88.32 $\pm$ 2.96
西药组	30	83.36 $\pm$ 3.15	83.44 $\pm$ 2.66	84.26 $\pm$ 2.85	84.69 $\pm$ 2.78
t	-	6.977	6.212	6.720	6.508
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

慢性胃炎作为临床中最为常见的内科疾病，其发病机制繁多。但是在中医理论中认为慢性胃炎的主要致病机制为脾胃虚寒。随着社会经济的不不断提高，人们对于饮食的节制减少，冰镇饮品、冰淇淋等各类生冷食物的食用增多^[6]。生冷食物会导致胃中阳气减少。胃中阳气减少后无法温煦脏腑。导致在后续进食后胃动力不足，胃部消化能力障碍。长此以往对导致脾胃损伤，出现脾胃虚寒。当机体免疫力不足或外邪入侵时也会发生脾胃虚寒型慢性胃炎^[7]。当机体脾胃虚寒时胃黏膜自我修复机制也会受到影响，出现慢性胃炎。但是常规西药治疗对患者的疗效欠佳，复发率极高。如何改善提高慢性胃炎的临床疗效具有重要的研究意义^[8]。鉴于此，本文特研究对脾胃虚寒型慢性胃炎患者实施黄芪建中汤的治疗效果。

本次研究中，西药组给予奥美拉唑及莫沙必利进行治疗。奥美拉唑属于碱性药物，可以充分中和胃酸，保护胃黏膜。莫沙必利能够加强胃肠动力，在不影响胃酸分泌的条件下改善患者的胃肠症状。两药合用后能够较好地缓解患者的临床症状。而黄芪建中汤则是传统中医方剂，最早出自于东汉《伤寒杂病论》中的杂篇《金匮要略》。黄芪建中汤以饴糖与黄芪共为君药，饴糖味甘，性温，能够补脾益胃，止痛解急。黄芪味甘，性微温，归脾肺经，能够健脾益气，两种药物能够对改善腹痛、脾胃损伤等机体症状。桂枝可以温阳经脉，化气助阳。桂枝的成分中存在桂皮酸以及桂皮醛，

能够有效减少细菌的滋生。在慢性胃炎中能够有利于减少幽门螺旋杆菌感染，芍药能够缓解腹痛，平抑肝阳的作用。桂枝与芍药为臣药。干姜可以温胃散寒，大枣能够补脾益气。干姜与大枣为佐药。甘草可以调和诸药，强化方剂疗效，为使药。君臣佐使诸药配合增效减毒。黄芪能够促进机体免疫功能提高，抑制机体发生溃疡。而 PG 是有胃黏膜细胞分泌而出，不具备生物活性，PGI 与 PGII 均存为其主要表现形式。当患者胃黏膜腺体出现异常时，PGI 与 PGII 水平均明显变化。而 GS 是由胃 G 细胞所分泌，能够对胃部细胞壁进行刺激，使其释放胃酸。PGI、PGII 及 GS 水平均与胃部健康程度呈正相关。根据本次研究数据显示，血清指标升高，提示患者机体胃部健康程度改善。经黄芪建中汤治疗后，患者的临床疗效改善，临床症状缓解，疾病对患者的生活质量影响自然明显减少，患者的生活质量显著提高。胡亚军^[9]以 713 例脾胃虚寒型慢性胃炎患者作为研究对象，对照组行阿莫西林联合奥美拉唑治疗。治疗组采用黄芪建中汤治疗，其研究数据显示，治疗组治疗有效率为 96%，对照组治疗有效率为 92%，组间对比差异成立(P<0.05)。与本次研究结论相符。王钦和^[10]等人以 80 例脾胃虚寒型慢性胃炎患者作为研究对象，对照组给予奥美拉唑、阿莫西林及胶体果胶铋联合治疗。实验组行黄芪建中汤联合中药穴位贴敷治疗，其研究数据显示，治疗后联合组胃脘疼痛及上腹部不适的中医症状评分明显低于对照组，组间对比差异成立(P<0.05)。与本次研究结论一致。张传彦^[11]的研究显示，患者经黄芪建中汤治疗后，临床疗效及中医症状积分改善、临床症状恢复时间缩短。与本次研究结论相符。汤爱玲^[12]等人的研究显示，黄芪建中汤加减治疗脾胃虚寒型胃溃疡患者的疗效显著，患者的生活质量明显提高，与本次研究大致吻合。

综上所述，黄芪建中汤在治疗脾胃虚寒型慢性胃炎患者中，临床疗效明显提高，中医症状积分降低，血清指标升高，生活质量改善，具有重要的临床应用价值。

参考文献:

[1]严玉琳,鲁海健. 香砂六君子汤联合黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的临床疗效分析[J]. 特别健康,2021(31): 87.

[2]王建岩. 黄芪建中汤联合中药穴位贴敷法治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的疗效[J]. 系统医学,2020,5(9): 66-68.

[3]张梦阳. 四君子汤合黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的临床疗效[J]. 内蒙古中医药,2020,39(7): 45-46.

[4]李录,吴亚丽. 黄芪建中汤联合穴位贴敷治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的临床效果[J]. 临床医学研究与实践,2021,6(10): 138-140.

[5]刘洪涛. 分析黄芪建中汤合理中汤治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的疗效[J]. 医学食疗与健康,2020,18(10): 25,27.

[6]高华,胡玉玲. 穴位贴敷辅以黄芪建中汤治疗慢性胃炎(脾胃虚寒型)的疗效分析[J]. 健康必读,2020(20): 167.

[7]易惺钱,王立,乐毅敏,等. 黄芪建中汤加减治疗脾胃虚寒型胃痛有效性和安全性的系统评价及 Meta 分析[J]. 中医临床研究,2022,14(5): 125-131.

[8]王一霖. 黄芪建中汤合理中汤治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的临床分析[J]. 中国现代药物应用,2019,13(20): 100-101.

[9]胡亚军. 治疗脾胃虚寒型慢性胃炎采用黄芪建中汤治疗的临床疗效观察[J]. 中国农村卫生,2021,13(3): 73,77.

[10]王钦和,黄小东. 黄芪建中汤联合中药穴位贴敷法治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的临床疗效[J]. 内蒙古中医药,2020,39(11): 25-26.

[11]张传彦. 四君子汤合黄芪建中汤治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的临床价值[J]. 健康之友,2022(10): 63-64.

[12]汤爱玲,甘翔. 脾胃虚寒型胃溃疡用黄芪建中汤加减治疗的临床疗效及对生活质量的影响分析[J]. 宜春学院学报,2021,43(6): 74-75,94.

中药饮片监管存在的问题及对策研究

李滢

平阴县市场监督管理局 山东济南市 250400

摘要:重要饮品是中药的精髓,它体现的是中医的辨证疗法,对疾病有很好的治疗和防范的作用。中药饮片、中药材、中成药是市面上常见的中药产品,而中药饮片在这三种中药产品中起着承上启下的作用,其中采用了中药的原材料,同时也是中医临床方剂的重要组成部分,因此在中医的发展过程中起着关键性的作用。历年来,在中医药临床治疗的过程中,我们充分的发挥中药材多样性的优势,降低药品对身体的副作用,使药剂更加的科学、合理,充分发挥治病救人的作用,但是在实际的情况过程中,由于中药饮品在原料、生产、流通等方面还存在一些不足,缺乏统一的、系统的、完整的管理和规范,从而使中药饮片市场陷入混乱,不利于中药饮片的发展,基于此,笔者针对中药饮片监管中存在的问题进行相关的探讨,并提出我的一些解决对策,希望能够对中药饮片的发展起到一定的推动作用。

关键词:中药饮片;监管;问题;对策

引言:“饮片”在我国古代医书《本草新编》中早有记载,为“饮片”作为中药提供了历史依据。中药饮片是根据中医的理论,按照传统的制作方法,将中药材制作成中医临床方剂,起到治病救人的作用,但是由于中药饮片由于没有受到良好的监管,从而使中药饮片的质量不过关,经常出现“证对方准要药不灵”的情况,从而在人们心中留下不好的印象。近些年来,我国食品药品监督管理局公布的药品质量显示,中药饮片不合格率都高于西药和中成药,从而使中药饮片的口碑越来越差,因此笔者针对中药饮片监管存在的问题及对策进行研究,说说我的一些看法,希望能够对提高中药饮片质量有一定的帮助。

1 目前中药饮片管理的现状和存在的问题

(一) 原材料方面

1、地道的药材减少

随着市场的需求量逐渐增大,出现了中药材种植热的潮流,我国的安徽、贵州、浙江、河北、湖南等地种植了各种有名的中药材,并逐渐规模化的种植。在中药种植的过程中,其对气候、土壤、温度条件的要求非常高,专家对异地种植产生了质疑,与此同时,中药材的品种在减少,以亳州为例,亳州是我国传统中药种植地区,已经形成了我国最大的中药材种植基地,但是在这样的一个偌大的种植基地中,其中药材的品种在减少,亳芍种植面积占全国 75%,而亳芍、亳桑皮、亳菊花、亳花粉的种植逐年减少,其主要原因是产量低、经济效益太差^[1]。

2、药农种植方法不合理

众所周知,药材的生长与植物的生长是一个道理,每一种药材的生长需要适宜生长的自然条件,但是药农一味地选择市场前景比较好的品种进行种植,打破了中药材的自然生长规律,从而影响力药材的质量,比如河南武陟所产的地黄中的梓醇含量是浙江仙居所产含量的 800 倍,与此同时,在对中药材的病虫害治理的过程中,药农一味地采用高效治理的农药和高产的化肥,这使得药材中的化学物质、重金属超标,降低了中药材中的有效成分的含量,影响中药材质量。在对中药材进行采摘的过程中,药农没有按照植物的生长规律进行采摘,中药材在每个生长阶段中的药性具有很大的不同,如果不能根据植物的生长规律进行适当的采摘,也会影响药性,比如根茎类的采集应以二、八月份为宜,冬天应该采收天麻,不能过早也不宜过时,这段时期的天麻质坚重,平肝潜阳作用强,而其他时期采摘的天麻药效欠佳,金银花的采收期一般在花蕾由青变黄,没有开放的时期,山东、河北种植的黄芪生长 1-2 年可以收获,而内蒙、东北地区的黄芪则需要更长的时间才能采收,提前收获,都会对药性产生影响。

3、以假乱真,以次充好

中药材的品种繁多,数量大,而且没有严格的管控标准,在经营的过程中,不法商家会钻市场的空子,以假乱真,以次充好,比如将品质二等的中药材作为一等药材来卖,还有的不法商家在中药材中增加水分,这样就降低了药材中的药性,还有的商家用其他外形类似产品来替代中药材进行造假,比如用菊科红花来替代藏红花,用老鼠皮、羊皮、鹿皮来伪造鹿茸等等,这些商家的行为都是不可取的。

4、缺乏质量管理体系和科技支撑

现如今中药市场的门槛低,而且进入药材市场的中药材没有严格的质量检测和准确的安全指标,这是由于没有健全的、完善的质量管理体系进行管理和监督,中药材的质量由经验丰富的人进行感官上的鉴别,与此同

时,中药的科技含量投入不大,科技成果创新、转化、应用的程度低,以及从事中药种植、育种、加工、新药研发的人才缺乏,也没有更多人的愿意投身于基层的推广中去,这些因素极大的限制了中药的发展和推广。

(二) 生产方面

首先,中药饮片的生产条件和资质参差不齐,很多企业的规模较小,基础设施条件差、卫生情况差,没有质量检测设备和仪器,缺乏良好的质量管理体系,许多中药材的生产商和加工商都是以小作坊的形式出现,他们生产出来的产品质量不合格,同时还有有的作坊无证经营,他们的生产设备非常原始,制作方法不合理,无法保证中药饮片的效果,为了能够合法的进入交易市场,无产经营者会上交一些管理费挂靠 GMP 生产企业在经营地进行自行生产、加工、销售,由于成本低,使商家获得了价格上的优势,使这些手工作坊更加猖獗,在饮片中掺杂使假,以次充好等。其次是中药饮片加工炮制标准不统一、不规范,特别是饮片的切制不规范,中药饮片中的切制方法不同,药效不同,但是在实际的中药饮片制作过程中没有对切片、段、块、丝的切法作出明确的规定,有的生产厂家即使有明确的相关规定,但是同行业内的相关规定也各有不同,从而使饮片在临床应用的效果也有很大的差异,还有的生产厂家的炮制方法根本不对,没有把握好炮制的时间和火候,还有的厂家为了省事,不按规定的制作方法进行炮制,也使中药饮片的效果不尽人意^[2]。

(三) 流通方面

中药饮片在流通方面的问题首先表现在中药饮片的市场混乱,近些年来,由于缺乏统一的质量监管体系,其市场的规范程度比较低,市场竞争缺乏秩序,以次充好,以假乱真的事情时有发生,目前的中药市场有很多的假的药材混进中药材市场,比如酸枣仁、沙苑子、华黄芪、党参子、西红花等珍贵的药材都有相应的造假,其次是购进的渠道混乱,验收不合格,很多经营单位购进的中药材没有配备产品质量证书,其供货商的资质不全,也没有严格对中药饮片的质量、包装、标签、产品合格证进行验收,再次是中药饮片的储存条件太差,没有对药材进行养护和管理,没有良好的通风和调温调湿设备,中药材的质量得不到保证,再次是配方的审核不严,主要体现在将名贵的药材用次等的药材来冒充,没有对这些中药材的具体名称、性状、药效进行仔细的掌握,比如将广金钱草当作金钱草;将香加皮当作五加皮;将北豆根当作山豆根等等,最后是不重视中药 ADR 监测,没有对中药的不良反应的检测引起重视。

(四) 制度方面

从现有的《药品管理法》来看,目前我国并没有把中药材、中药饮片按药品一样进行统一管理,存在着管理门槛低、管理粗放、强制力差等弊端,对企业的约束力还有待加强,相关的法律法规的不严谨和不健全,使目前的中药、饮片市场出现混乱,导致中药饮片质量偏低,假冒伪劣产品层出不穷。

2 加强中药饮片管理应采取的措施

(一) 原料方面

1、对药材的质量引起相应的重视

药材中所含有的有效成分与其生长环境有着十分密切的关系,生长环境中的土壤、气候、温度、光照等自然条件决定了药材的质量和品质,同一种药材,不同的产地,其药效有所不同,比如将黄芪进行移植,其中的微量元素会大大的减少,影响品质,因此对于中药饮片的药材应该强调

地道性,对中药材的原产地进行明确的限制,同时还要应用先进的科学技术,研究和归纳药材的地道性,不断地探索和研究土壤、气候、水文等因素与药材的有效成分之间的关系,并逐渐地建立资源化学、地理药材学,这将成为药学未来发展方向。

2、全面实行 GAP,提高中药材质量

为了进一步的规范中药材的种植和管理,因种植、采摘、收集的不合理导致的中药材品质不过关、农药残留物超标、有效成分不确定等情况,国家全面实施《中药材生产质量管理规范》(GAP),加强对中药材的种植的规范,并保证养殖基地的中药材的品质和优良的选种,使中药材的种植和加工技术更加的规范化,降低中药材的农药残留量和重金属对药材和环境的污染,起到环境保护的作用。中药材生产质量管理规范目的是为了为了更好的保证中药材的质量,对药材的生产环节乃至整个过程进行监督和管理,从源头上保证中药饮片的质量^[3]。

3、适时采收,保证疗效

不同的中药材有不同的采收季节和方法,过早的采收或延迟采收都会减轻中药材的效果,药农对中药的收采有着丰富的经验,如“春采茵陈夏采蒿,知母黄芩全年刨,秋天上山挖桔梗,及时采收质量高”,这说明采收季节对保证中草药质量的重要性。与此同时,中药材的适时采收不仅与采收季节有关,而且还对中药材的种类、有效成分有关,不同时期的生长阶段,其药用成分也不一样,同时受到其他外在因素的影响,因此采收时,不但要考虑中草药的产量,而且还要考虑有效成分的含量,只有这样才能获得高产优质的药材。

4 生产方面

4.1 建立统一的质量标准

统一的质量标准首先包括建立统一的中药饮片炮制规范和标准,对一个品种、一个名称的药材,采用统一的制作工艺进行炮制,在具体的操作过程中,先试点,然后普及到全国范围内,逐渐改变以地方为标准的现状,但是同一种药材不同的地域,采用同样一种制作工艺也会对药效产生一定的影响,因此国家也需要出台相应的政策,根据实际情况,在中药的名称上进行地域上的划分,其次是对中药饮片炮制建立统一的标准的基础上,要对药材的毒性进行统一的管理,坚持先易后难,先家养然后野生的原则,实现分步规范,逐渐的统一^[4]。

4.2 对中药饮片生产实行批准文号管理

实行中药饮片批准文号管理制度,就可以对那些不具备生产资格的小作坊和企业进行约束和管理,没有批准文号的药材和生产厂家所生产的饮片不能进入市场进行销售,同时在实施的过程中,进行分步实施、分级管理,鼓励合格的生产厂家发挥各自的地产优势、技术优势,进行合作生产,在生产过程中选择品种地道的药材,采用传统的炮制工艺,并充分的结合现代化的技术和工艺,严格按照统一的炮制规范和质量规范,由国家颁发批准文号。在分步实施、分级管理的过程中,首先对国家药品标准范围为内的品种进行规模化、标准化生产,对有科研基础的中药饮片进行批准文号管理,然后再推广其他的品种,并做好质量的管理和追溯制度。

4.3 改善生产条件,实行 GMP 管理

所有的中药都需要符合 GMP 条件下进行生产,否则一律停产,中药饮片的制作不仅需要传统的制作工艺,而且还要利用先进的现代化技术,对中药饮片进行技术创新,因此在实际的生产过程中要对设备进行更新,实现生产机械化、自动化,使中药饮片的制作符合现代化生产需求,向标准化、规模化方向发展,从而更好的符合市场发展的需求,而实行 GMP 管理模式,能够极大地提高企业的生产积极性,并且还能淘汰一些不符合生产资质的企业,从而解决长期以来效益差、规模小、管理粗放现状^[5]。

4.4 实行科学包装

中药饮片的包装是商品储存、运输、流通的重要保证,在对中药饮片进行科学包装的过程中,要对包装作出统一的要求,在包装袋上有品名、规格、等级、产地注册商标、生产厂家、生产批号、生产许可及出厂日期等重要信息,对于精包装的中药饮片还需要写明功效以及注意事项等,对于中成药所制成的中药饮片应采用单剂量分装的方法,其优点是用量少、剂量准确、煎制的时间短、防止串味、包装简单、加工速度快、避免出错,该中药的配方颗粒保管,调配、服用都很方便,这是对中药规范化生产的创新,也有利于药监部门的管理。

4.5 加强人才建设

中药饮片的质量越来越低,很大的原因在于人才的缺乏,因此一定要加强人才培养建设,在高校要设置中药炮制等相关的专业,在教学中对中药的品种和品质的区分进行教学,加强对专业人员的培养,同时要改善中药炮制人员的待遇问题,从而吸引更多的优秀人才投入到这一行中来,不管是专家还是技术人员,只要他精通某一个领域,都可以给他们足够的机会来展示自己的才华,并采取一定的激励措施,为中药饮片储备更多的人才,让他们成为中药饮片发展的中坚力量。

5. 流通方面

5.1 整治饮片市场,规范购销渠道

首先要对饮片市场进行规范,国家虽然允许市场上出售自种、自采、自收的中药材,但是对于国家许可范围之外的中药材是不能进入市场上的,特别是要加强质量不合格和伪劣产品进入交易市场,其次是要加强对供应厂商的资质审查工作,对饮片生产的企业、经营或使用的企业进行抽检,严厉打击假冒伪劣产品,并建立公平竞争的市场竞争机制,禁止不良竞争,实现生产、经营企业的优胜劣汰,再次要规范购销渠道,其生产厂家不能向无证企业提供饮片,同时饮片的使用单位、经营单位、零售或医疗单位不能向无证的生产厂家采购饮片,在监管的过程中,一定要对供货渠道进行检查和监督,一经发现不合格,将取消经营和生产资格,最后是要建立饮片质量责任制,凡是饮片生产加工单位都要提供相应的生产许可和质量合格证书,而经营单位向其他单位对饮片进行推广或销售的过程中,要提供货源的生产单位信息及质量合格证明^[6]。

5.2 规定储存期限,改善储存环境

如果中药饮片不能得到良好的储存,将会对饮片的质量产生很大的影响,在对中药的储存进行管理时,要根据药物不同的特性采取不同的储存方式,比如不具有芳香的根茎叶花可以放在阴凉处进行储存,而气味芳香且名贵的药材要放在封闭的瓷瓶内,容易生虫又不能暴晒的药材要进行熏蒸,果实、种子类的药材需要封闭储存,避免被老鼠偷吃,对于毒性、麻醉类的药材要经过专门人员的储存和保管。与此同时,中药饮片的经营商要根据实际的需要进行采购,避免大量的囤积,避免为中药饮片的储存带来不必要的麻烦。

5.3 认真调配

中药的调配要严格地按照医生的处方进行审方、调配、复核、发药处理,要配药的过程中称量要准确无误,如果一方多剂者要等量的分包,并写上先煎、后下、冲服、包煎字样,并在外包装上注明煎服方法,对于毒性药的调配必须按照国家规定进行保管、使用,在调配时需要经过反复的确认,调配好后的器具应该清洗干净,经过双方核对无误后签字发出,并做好相关的使用记录,对于急症处方随到随配发药,不得延迟发药,对于紧缺药只能用于配方中,不能单独售卖。

结语

综上所述,中药饮片发展至今,说明了它的科学性和独特性,也说明了中药饮片在人们心目中的形象和地位,然而在实际的生产、销售、使用等过程中还存在着各种各样的问题,这些问题需要引起从业人员及相关人员的重视,更好的解决这些问题,但是这并不是一蹴而就的,需要我们对中药饮片的整个发展过程进行深入的研究,将中药改革与临床医学相结合,以科学严谨的态度和现代化的生产技术,提高中药饮片质量,推动中药饮片的普及和推广。

参考文献:

- [1]焦休良. 中药饮片质量监管问题与对策研究[D].西南科技大学,2022.
- [2]许妍. 基层中药饮片质量监管问题及对策建议[J].智库时代,2019(24): 263-264.
- [3]刘学平,王春艳,高珣,刘婷婷,徐凯.我国中药饮片质量问题及强化监管的对策[J].实用药物与临床,2018,21(09): 1081-1084.
- [4]张维维,张雪.我国中药饮片质量监管问题及对策研究[J].中国市场,2016(27): 224-225+237.
- [5]宋光胜.浅析中药饮片生产企业存在的问题及监管对策[J].食品药品监管,2016(02): 60-62.
- [6]柏秀.中药饮片市场存在的问题及监管对策研究[J].医学食疗与健康,2020,18(09): 201+203.

桂枝芍药知母汤治疗健美爱好者腰背肌纤维炎

刘成长

山东省济宁市兖州煤业股份有限公司东滩煤矿职工医院 中医科 山东济宁 273512

摘要：健美爱好者腰背肌纤维炎应用桂枝芍药知母汤效果分析。方法：于（2018 年 01 月~2019 年 05 月）兖矿集团东滩职工医院、临沂天河医院收治的健美爱好者腰背肌纤维炎中抽取 70 例患者，以随机数字表法分为对照组（35 例），观察组（35 例），分别行常规治疗、常规治疗+桂枝芍药知母汤，对比两组治疗效果，中医症候积分，C 反应蛋白（CRP）、血沉（ESR）。结果：与对照组比较，观察组治疗总有效率更高（ $P<0.05$ ）；治疗前，两组中医症候积分对比， $P>0.05$ ；治疗后，观察组中医症候积分低于对照组， $P<0.05$ ；治疗前，两组 CRP、ESR 水平对比， $P>0.05$ ；治疗后，两组 CRP、ESR 水平较治疗前均明显降低，但观察组低于对照组， $P<0.05$ 。结论：给予腰背肌纤维炎桂枝芍药知母汤效果更明显，还可改善患者中医症候积分，降低机体炎症反应与 ESR 水平，临床应用价值较高。

关键词：腰背肌纤维炎；桂枝芍药知母汤；疗效；腰背部板滞疼痛；中医症候积分

健美爱好者常进行过重的训练，极易导致肌肉的纤维损伤，并且多数在进行训练过程中，通过排汗会使其大量的钾离子、钠离子丢失，使其腰背部的肌肉处于痉挛的状态，从而引起腰背肌纤维炎疾病，患者临床症状多表现为慢性腰背部疼痛、发凉、皮肤麻木、运动障碍等症状，对其身体健康造成极其不利的影响^[1]。临床多根据患者症状，选择理疗、热敷、推拿等常规治疗措施，但疗效不佳^[2]。有研究指出，给予腰背肌纤维炎患者中药治疗可显著改善其症状，促进病情逐渐好转^[3]。桂枝芍药知母汤含有桂枝、芍药、赤芍、知母等多种药物成分，其中桂枝具有抗菌消炎、消肿的作用，芍药、赤芍具有清热凉血、散瘀止痛之效，知母具有清热泻火、滋阴润燥之效，诸药合成此方，可起到标本兼治、舒筋骨之效。但有关此种药物对于腰背肌纤维炎患者的应用效果临床研究较少，基于此，本文选择（2018 年 01 月~2019 年 05 月）兖矿集团东滩职工医院、临沂天河医院收治的 70 例患者，展开以下分析。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

于（2018 年 01 月~2019 年 05 月）兖矿集团东滩职工医院、临沂天河医院收治的健美爱好者腰背肌纤维炎中抽取 70 例患者，以随机数字表法分为对照组（35 例），观察组（35 例），对照组男 20 例、女 15 例，年龄 30~46 岁，平均（38.00±3.12）岁，病程 7 个月~4 年，平均（2.00±0.52）年，体质指数 18~24kg/m²，平均（21.00±1.12）kg/m²；观察组男 21 例、女 14 例，年龄 31~46 岁，平均（38.50±3.00）岁，病程 6 个月~4 年，平均（2.00±0.50）年，体质指数 17~25kg/m²，平均（21.00±1.15）kg/m²；两组患者资料具有同质性（ $P>0.05$ ）。

诊断标准：符合中华人民共和国中医药行业标准《中医骨伤科病症诊断疗效标准》^[2]ZY/T001，主症：腰背部板滞疼痛、皮肤麻木、发凉，次症：运动障碍、肌肉僵硬。

纳入标准：符合诊断标准者；具有腰背部僵硬、发凉、疼痛等症状；知情本研究且已签署同意书。

排除标准：非健美引起的腰背肌纤维炎；合并其他腰背部疼痛症状者；具有免疫系统疾病；合并感染性疾病；具有精神类疾病或病史；临床资料不完整；依从性较差者。

1.2 方法

对照组：常规治疗：对患者疼痛部位进行热敷，根据病情具体情况进行推拿，推拿疗法：指导患者采取俯卧位，医师站立于患者身侧处，以按、揉的手法对其腰背部板滞疼痛部位的肌肉进行松懈，每种按摩重复操作 3 遍，之后以自上而下的方式，弹拨患者腰背部疼痛部位压痛点，若在此期间发现硬结，进行多次弹拨。最后对其腰背部的肌肉进行排打，使其处于放松的状态，推拿次数为每天一次，持续 1 周。

观察组：常规治疗+桂枝芍药知母汤：药方组成：赤芍 30g、白芍 30g、白术 15g、生姜 15g、麻黄 12g、防风 12g、知母 12g、桂枝 12g、附子 10g、甘草 6g。将中药药方加水进行煎煮，每天 1 剂，根据患者具体情况，连续

服用 1~2 周。

1.3 观察指标

对比两组治疗效果，中医症候积分，C 反应蛋白（CRP）、血沉（ESR）。

中医症候积分评分标准：参考文献^[3]采用中医症候量表，主症腰背部板滞疼痛、皮肤麻木、发凉三项，每项分值 0 分、2 分、4 分、6 分，分别表示无症状、轻度症状、中度症状、重度症状；次症：运动障碍、肌肉僵硬两项，每项分值 0 分、1 分、2 分、3 分，分别表示无症状、轻度症状、中度症状、重度症状。

CRP、ESR 检测方法：于治疗前后，抽取两组空腹静脉血，3mL，3500r/min 转速离心 10min，选取血清，以酶联免疫吸附法检测 CRP，以魏氏法检测 ESR 水平。

1.4 疗效判定标准

治疗总有效率判定标准：参照文献^[4]，痊愈：患者压痛、酸胀疼痛感、腰背部僵硬、钝痛等症状消失，且可正常活动，无障碍或不适情况。显效：患者症状明显缓解，偶尔会有轻度的疼痛、压痛感，活动时轻微的不适感，仍可继续参加中等强度的训练。有效：患者症状有所好转，可参加一般性强度的训练。无效：患者症状未发生任何变化。治疗总有效率=（痊愈+显效+有效）例数/总例数×100%。

1.5 统计学分析

纳入的数据以 SPSS21.0 处理，定性资料（n 或%）采用 χ^2 检验，定量资料以（平均数±标准差）表示，t 检验， $P<0.05$ 差异显著。

2 结果

2.1 对比两组治疗效果

与对照组比较，观察组治疗总有效率更高（ $P<0.05$ ）。详见表 1：

表 1 对比两组治疗效果

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	35	8 (22.86)	12 (34.29)	8 (22.86)	7 (20.00)	80.00%
观察组	35	10 (28.57)	15 (42.86)	9 (25.71)	1 (2.86)	97.14%
χ^2 值						5.081
P 值						0.024

2.2 对比两组中医症候积分

治疗前，两组中医症候积分对比， $P>0.05$ ；治疗后，观察组中医症候积分低于对照组， $P<0.05$ 。详见表 2：

表 2 对比两组中医症候积分

组别	例数	腰背部板滞疼痛（分）	皮肤麻木（分）	发凉（分）	运动障碍（分）	肌肉僵硬（分）
----	----	------------	---------	-------	---------	---------

别	数	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对	35	4.00±0.50	2.00±1.00	3.00±1.50	2.50±1.00	4.00±0.50	2.00±0.50	2.00±0.50	1.55±0.50	2.00±0.50	1.50±0.50
照											
组											
观	35	4.00±1.00	1.00±0.50	3.50±1.00	1.00±0.50	4.00±1.00	1.00±0.50	2.05±0.55	1.00±0.50	2.10±0.55	1.00±0.50
察											
组											
t 值		0.000	5.292	1641	7.937	0.000	8.367	0.398	4.602	0.796	4.183
P 值		1.000	<0.050	0.105	<0.050	1.000	<0.050	0.692	<0.050	0.429	<0.050

2.3 对比两组 CRP、ESR 水平

治疗前, 两组 CRP、ESR 水平对比, $P>0.05$; 治疗后, 两组 CRP、ESR 水平较治疗前均明显降低, 但观察组低于对照组, $P<0.05$ 。详见表 3;

表 3 对比两组 CRP、ESR 水平

组别	例数	CRP (mg/L)		ESR (mm/h)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对	35	84.15±28.35	54.10±22.50*	74.30±15.50	50.50±15.30*
照					
组					
观	35	83.50±29.10	31.20±12.50*	73.50±15.05	29.30±12.10*
察					
组					
t 值		0.095	5.264	0.219	6.430
P 值		0.0925	<0.050	0.827	<0.050

备注: 与治疗前比较, * $P<0.05$ 。

3 讨论

健美爱好者因力量过重, 极易引起腰部、背部的肌纤维炎, 该病易反复发作且较难治愈, 对患者正常生活带来极大困扰, 严重降低了其生活质量^[5]。此病在中医学上属于“痹证”一范畴, 内因主要为气滞血瘀、肝肾亏虚, 外因多为外伤治疗不当、风寒湿邪, 治疗应以祛风散寒、除湿、舒筋活络、温经通络为主^[6]。目前, 对于腰背肌纤维炎, 中医疗法主要包括针灸、推拿、按摩等, 其中推拿通过一定的按揉方法, 可加快患者病变组织的重生, 起到舒筋活络的临床效果^[7-8]。针刺疗法, 具有行气止痛、调和阴阳的效果。但报道显示, 该类治疗效果未达到临床预期需求, 有待进一步提高。因此, 及时寻求一种更安全、有效的治疗方案具有必要性。

有学者认为, 给予患者中药汤剂, 可对其机体进行有效调理, 缓解不良症状, 治疗效果更明显^[9]。本文研究发现, 观察组治疗总有效率比对照组高, $P<0.05$ 。数据提示与常规治疗方案比较, 桂枝芍药知母汤治疗腰背肌纤维炎的效果更好。此外, 研究还发现, 与对照组比较, 观察组中医证候积分更低, $P<0.05$; 数据提示桂枝芍药知母汤可明显缓解患者不良症状, 改善病情。分析原因为, 此药方中包括赤芍、白芍、白术、生姜、麻黄、防风、知母、桂枝、附子、甘草多种中药成分, 其中赤芍药性微寒, 苦寒入肝经血分, 可起到清热凉血、散瘀止痛、活血的作用; 生姜含有淀粉、氨基酸、姜酮等多种成分, 具有杀菌解毒、温中止痛之效; 附子具有补火助阳、散寒止痛之效; 甘草具有清热解毒、补益肺气、健脾胃之效。作者将诸多药物进行配伍, 其中芍药配伍甘草, 可使其酸甘化阴, 起到舒筋、止痛的效果; 白芍、赤芍用量为 30g, 药量适宜, 可起缓急止痛之效。诸药合用, 具有标本兼治、扶正祛邪之效, 祛风湿、舒筋骨效果显著, 以达到疼痛遂去的目的^[10-11]。

本文研究结果表明, 治疗后, 两组患者 CRP、ESR 水平均明显降低, 且与对照组比较, 观察组 CRP、ESR 水平更低, $P<0.05$ 。ESR 提高提示机体存在炎症或处于感染的状态, 腰背肌纤维炎患者的炎症因子分泌增多, 会导致红细胞浓度升高, ESR 增大; CRP 为机体炎性反应、组织损伤的有效预测指标, 可以对巨噬作用起到促进效果, 刺激组织因子的表达, 起到免疫调节的功能^[12]。数据可证实, 桂枝芍药知母汤可显著减轻患者机体炎

症反应, 改善血沉情况。分析原因可能为, 桂枝芍药知母汤中白芍具有补血、止痛、提高人体免疫力、扩张血管的作用; 白术性温, 归于脾、胃二经, 具有益气健脾、燥湿利水之效; 麻黄可起到发汗解表、宣肺平喘、利水消肿之效; 防风具有疏风、止血、清热之效; 知母归于胃、肾经, 具有清热泻火、滋阴润燥之效; 桂枝具有抗菌消炎、消肿利尿的作用。诸药合用, 可共奏抗炎、镇痛等效, 有助于改善患者病情, 控制疾病发展^[13-14]。

综上所述, 对于健美爱好者腰背部肌纤维炎, 给予其桂枝芍药知母汤, 可显著提高其临床疗效, 改善中医证候积分, 降低 CRP、ESR 水平, 临床应用价值显著, 可继续推广及应用。但本文研究尚存在一些不足之处, 如所选取的样本数量相对较少, 样本研究的时间相对较短, 关于桂枝芍药知母汤治疗健美爱好者腰背肌纤维炎的临床疗效有待进一步探讨。

参考文献:

[1]黎文杰. 中医外治法治疗腰背肌纤维炎研究进展[J]. 实用中医杂志, 2020, 36(8): 1102-1103.

[2]中华人民共和国中医药行业标准. 中医骨伤科病症诊断疗效标准[S]. 2015: 184-193.

[3]郑筱蓓. 中药新药临床研究指导原则[M]. 中国医药科技出版社, 2002: 126-133.

[4]国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京大学出版社, 1994: 159-170.

[5]Ismail Saracoglu, Merve Akdeniz Leblebicier, Fatima Yaman, et al. Pain neuroscience education combined with usual treatment for fibromyalgia syndrome: A randomized controlled trial[J]. Int J Rheum Dis, 2021, 24(11): 1409-1418.

[6]刘晓微. 桂枝芍药知母汤加味治疗类风湿性关节炎活动期疗效观察[J]. 中华中医药学刊, 2017, 35(2): 504-507.

[7]覃伟, 李仕杰. 三圣汤联合断三针疗法对寒湿痹阻型腰背肌筋膜炎的疗效观察[J]. 中华中医药学刊, 2018, 36(11): 2726-2728.

[8]王福, 刘焰刚, 王锡友. 针灸推拿治疗腰背肌纤维炎引发腰背板滞疼痛的疗效分析[J]. 湖北中医药大学学报, 2018, 20(3): 91-94.

[9]李树岗, 杨德富. 桂枝芍药知母汤治疗寒热错杂型类风湿性关节炎疗效观察[J]. 中医学报, 2018, 33(241): 1115-1118.

[10]陈倩倩, 郭小龙. 桂枝芍药知母汤加减在强直性脊柱炎中的应用[J]. 陕西中医, 2017, 38(10): 1426-1427.

[11]夏聪敏, 许波, 李刚, 等. 基于网络药理学探讨桂枝芍药知母汤治疗骨性关节炎的分子机制[J]. 中华中医药学刊, 2018, 36(11): 2671-2684, 后插 12-后插 14.

[12]刘志队, 史丽璞. 加味桂枝芍药知母汤对活动期寒热错杂型类风湿性关节炎患者 ESR、CRP 和 RF 调控作用分析[J]. 陕西中医, 2019, 40(1): 82-84.

[13]石少华, 许宗颖, 于瀚, 等. 桂枝芍药知母汤方证解析[J]. 中医药学报, 2019, 47(3): 27-28.

[14]孙莹, 马万千, 邱新萍. 《金匱要略》中桂枝芍药知母汤对“扶正祛邪”法治疗类风湿关节炎的启示[J]. 环球中医药, 2019, 12(3): 427-429.

银苓消肿丸治疗痛风性关节炎湿热蕴结证的临床研究

刘丹

河北省沧州中西医结合医院 河北沧州 061000

摘要：目的：讨论分析痛风性关节炎湿热蕴结证患者采用银苓消肿丸治疗的临床价值。方法：研究年限跨度为2021年1月-2021年12月，择取研究评估样本为本院收治64例痛风性关节炎湿热蕴结证患者，采用病历号数字表法分组为研究组（n=32）、对照组（n=32）。对照组患者为常规西医治疗模式，研究组患者参照对照组治疗方案，加用银苓消肿丸治疗，对比分析两组各项临床指标。结果：对比两组治疗后临床症状积分，研究组均低于对照组（ $P<0.05$ ）；对比两组治疗后ESR、CRP、BUA等实验室检查指标，研究组均低于对照组（ $P<0.05$ ）；对比两组临床总有效率，研究组高于对照组（ $P<0.05$ ）；对比两组不良反应发生率，无显著差异（ $P>0.05$ ）。结论：痛风性关节炎湿热蕴结证患者采用银苓消肿丸治疗可缓解肿胀及疼痛等临床症状，改善多种实验室检查指标，提高治疗效果，用药安全性较高，值得全面推广应用。

关键词：银苓消肿丸；痛风性关节炎；湿热蕴结证

痛风性关节炎为临床多发性代谢性疾病，其主要病因为机体嘌呤代谢异常所致血尿酸浓度升高，尿酸盐结晶并沉积于关节，继而导致发病。痛风性关节炎患者多为单关节炎性病变，主要临床表现为关节红肿、剧烈疼痛，如未能及时治疗干预可诱发痛风性肾病或肢体残疾^[1]。临床治疗痛风性关节炎多采用非甾体抗炎药物、激素、尿酸抑制剂等西药，部分患者停药后病情反复，为此需调整治疗方案。中医理论认为，痛风性关节炎属于痹症，其主要证型为湿热蕴结证，病机为湿热组织经脉所致气血不畅，应用中药治疗可消除病因，显著缓解临床症状^[2]。本研究择取本院痛风性关节炎湿热蕴结证患者为样本，讨论分析银苓消肿丸治疗的临床价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究年限跨度为2021年1月-2021年12月，择取研究评估样本为本院收治64例痛风性关节炎湿热蕴结证患者，采用病历号数字表法分组为研究组（n=32）、对照组（n=32）。研究组男28例，女4例，年龄区间跨度为35-66岁，平均（50.44±2.85）岁，病程区间跨度为1-3年，平均（2.06±0.65）年。对照组男29例，女3例，年龄区间跨度为36-64岁，平均（50.49±2.82）岁，病程区间跨度为1-3年，平均（2.02±0.69）年，组间基础资料对比差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：①符合《中国痛风病诊疗指南》中痛风性关节炎诊断标准，符合《中医病证诊断疗效标准》中湿热蕴结证诊断标准。②无肝肾功能障碍及药物过敏。③签署研究同意书。

排除标准：①妊娠期或哺乳期女性。②继发性痛风性关节炎。③合并风湿性关节炎或全身炎症感染。

1.2 方法

对照组患者为常规西医治疗模式，每日口服洛索洛芬钠片3次，单次用药剂量为60mg。每日口服苯溴马隆胶囊1次，单次用药剂量为50mg，

共用药1周。治疗期间医师告知患者戒烟酒，限制高嘌呤食物摄入量，增加碱性食物摄入量，每日饮水量不得低于2000ml。如患者病情急性发作，需告知其保证卧床休息，减少关节活动，不得负重。

研究组患者参照对照组治疗方案，加用银苓消肿丸（药物成分包括薏苡仁、金银花、紫花地丁、川芎、当归、车前子、茯苓、地黄、川木通、秦艽、牛膝、桑枝等）治疗，每日3餐后各服用1次，单次用药剂量为6g，共用药1周。

1.3 评价标准

（1）对比两组治疗前、治疗1周后临床症状积分，评分标准参照《中药新药临床指导原则》，评分项目包括发热、活动受限、关节疼痛、关节肿胀，单项分值范围均为0-3分，无症状为0分，重度症状为3分。（2）治疗前、治疗1周后抽取两组患者清晨空腹状态静脉血液样本5ml，高速离心后采用全自动生化分析仪检测ESR（血沉）、CRP（C反应蛋白）、BUA（血尿酸）等实验室检查指标。（3）对比两组临床总有效率，治疗后临床症状积分降低超90%，实验室检测指标正常，则评估为显效；治疗后临床症状积分降低70%-90%，实验室检测指标好转，则评估为有效；不符合显效及有效标准则评估为无效，纳入显效、有效患者为治疗有效范畴。（4）统计两组患者不良反应发生率。

1.4 统计学方法

SPSS23.0软件分析研究数据，计量资料（ $\bar{x} \pm s$ ）为t检验，计数资料%为 χ^2 检验， $P<0.05$ 为差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组治疗前后两组临床症状积分

治疗前两组临床症状积分对比差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），治疗后研究组均低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

表1 对比两组治疗前后临床症状积分（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	发热		活动受限		关节疼痛		关节肿胀	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组(n=32)	2.28±0.75	0.65±0.09	2.65±0.33	0.68±0.11	2.77±0.21	0.71±0.12	2.69±0.58	0.62±0.14
对照组(n=32)	2.31±0.74	1.07±0.48	2.63±0.34	1.19±0.45	2.75±0.24	1.28±0.53	2.65±0.56	1.18±0.65
t值	0.161	4.865	0.239	6.228	0.355	5.934	0.281	4.764
P值	0.873	0.000	0.812	0.000	0.724	0.000	0.780	0.000

2.2 对比两组治疗前后实验室检查指标

后研究组均低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

治疗前两组实验室检查指标对比差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），治疗

表2 对比两组治疗前后实验室检查指标（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	ESR（mm/h）		CRP（mg/L）		BUN（μmmol/L）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组（n=32）	48.61±6.72	25.11±3.28	38.26±5.77	20.14±2.48	528.43±46.79	312.77±18.64
对照组（n=32）	48.65±6.74	38.05±4.99	38.29±5.76	25.17±3.82	528.27±46.85	369.85±32.27

t 值	0.024	12.258	0.021	6.248	0.014	8.664
P 值	0.981	0.000	0.983	0.000	0.989	0.000

2.3 对比两组临床总有效率
对比两组临床总有效率，研究组高于对照组（ $P<0.05$ ）。

表 3 对比两组临床总有效率（n/%）

组别	显效例数	有效例数	无效例数	总有效
研究组 (n=32)	22	9	1	31 (96.9)
对照组 (n=32)	16	9	7	25 (78.1)
χ^2 值				5.142
P 值				0.023

2.4 对比两组不良反应发生率
对比两组不良反应发生率，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

表 4 对比两组不良反应发生率（n/%）

组别	皮疹	恶心呕吐	嗜睡	不良反应发生率
研究组 (n=32)	1	0	1	2 (6.3)
对照组 (n=32)	1	1	1	3 (9.4)
χ^2 值				0.216
P 值				0.641

3. 讨论

痛风性关节炎属于嘌呤代谢障碍所致代谢性病变，患者体内尿酸水平偏高，尿酸盐结晶后沉积于关节软骨、关节囊、骨质、滑囊等区域，可导致关节炎性反应，主要临床症状为关节疼痛、红肿等。临床治疗痛风性关节炎的关键为控制尿酸水平，缓解炎症反应，预防关节功能障碍^[3]。

西医治疗痛风性关节炎多采用非甾体抗炎药物、解热镇痛药物等药物综合干预，上述药物具有解热、镇痛、抗炎功效，但停药后病情易反复。中医理论中痛风性关节炎为痹症，主要证型为湿热蕴结，湿热之邪侵入患者体内，凝滞于关节，导致经络气虚痹阻，不通则痛^[4]。中医治疗痛风性关节炎湿热蕴结证以清热祛湿、活血化瘀为主要原则，通过多靶点的综合治疗可达到最佳临床治疗效果^[5]。

银苓消肿丸组方中薏苡仁性微寒，味甘，可利湿清热，宣痹通络，适用于筋脉挛急、风湿痹痛治疗；金银花性寒味甘，可解毒清热，疏散轻宣；川木通主要功效为通血脉，利湿热，利水通淋，适用于湿热痹症治疗，但需小剂量用药；紫花地丁性寒味苦，其主要功效为清热解毒；川芎及当归均为活血通络类药物；地黄性寒味甘苦，其主要功效为养阴生津，凉血清热；茯苓性平味甘，其主要功效为化痰健脾，利水渗湿；车前子性寒味甘，用药后可清除体内湿痹，缓解疼痛，利水渗湿；秦艽性微寒，味辛苦，用药后可清热解毒，祛风除湿，舒经通络，适用于风湿痹痛、关节痉挛治疗^[6]；桑枝性平味苦，适用于风湿痹痛及四肢痉挛治疗；牛膝性平味酸苦，主要功效为滋补肝肾，强健腰膝，引火下行，通血脉，利关节。银苓消肿丸以祛风除湿类药物为主药，以活血化瘀、清热解毒、滋补肝肾类药物为辅药，不同药物组方合用可达到活血化瘀，清热除湿，止痛消肿，调理气血的功效，可清除体内痹症，缓解肿胀及疼痛等临床症状^[7]。现代药理学研究表明，银苓消肿丸具有抗炎作用，可影响患者体内多种炎症因子的表达，显著降低炎症因子水平，进而患者炎症反应相关临床症状。银苓消肿丸为纯中药制剂，用药后无严重不良反应，大部分患者可耐受，具有较高的临床推广价值。痛风性关节炎患者治疗中联合应用银苓消肿丸与西药治疗可实现药效协同，通过多靶点作用可清除病因，减轻临床症状，显著提高疾病治疗效果^[8]。

本研究数据显示，研究组患者治疗后临床症状积分均低于对照组，这与姜淑华^[9]等研究结论一致，提示银苓消肿丸可缓解痛风性关节炎患者多

种临床症状。分析其原因，银苓消肿丸主要功效为活血化瘀，清热除湿，可清除痛风性关节炎湿热蕴结证患者湿热之邪，通过不同药物的多靶点作用可有效改善多种临床症状。研究组患者治疗后实验室检查指标均低于对照组，这与武晔^[10]等研究结论一致，提示痛风性关节炎湿热蕴结证患者采用银苓消肿丸治疗可缓解体内炎症反应，改善血沉及血尿酸指标，其临床疗效优于单一西药治疗。研究组患者临床总有效率高于对照组，不良反应发生率与对照组无显著差异，提示痛风性关节炎湿热蕴结证患者采用银苓消肿丸治疗可显著提高疾病治疗效果，且纯中药制剂用药安全性较高。

临床治疗痛风性关节炎期间，医师需依据患者临床症状确定适宜的治疗干预方案。治疗期间需监测血尿酸水平变化情况，如发现血尿酸升高，需指导患者控制饮食，禁止摄入高嘌呤食物，戒烟酒，保证休息时间。如患者血尿酸值超过 80mg/L，需指导其服用排尿酸类药物。临床广泛应用的排尿酸药物为丙磺舒，患者每日口服 2 次，单次用药剂量为 1-2mg，治疗期间需增加饮水量。如痛风性关节炎患者病情处于急性发作阶段，需告知其保证卧床休息，并疼痛部分实施冷敷，且治疗期间不得服用磺胺类药物或维生素 B12。如痛风性关节炎患者体内痛风石存在穿透的风险或病变严重影响关节正常运行，需实施手术切除。合理饮食在痛风性关节炎治疗中具有重要作用，为此医师需告知患者治疗期间保持理想体重，如机体肥胖或超重，需及时减重，但减重过程中需遵循循序渐进的基本原则，以避免痛风性关节炎急性发作。碳水化合物有助于加速尿酸排出，医师可指导患者增加碳水化合物摄入量。

综上所述可知，痛风性关节炎湿热蕴结证患者采用银苓消肿丸治疗可缓解肿胀及疼痛等临床症状，改善多种实验室检查指标，提高治疗效果，用药安全性较高，值得全面推广应用。同时，本次研究中择取患者样本量较少，研究总时间较短，痛风性关节炎湿热蕴结证患者采用银苓消肿丸治疗的机制仍需进一步分析。

参考文献：

[1]宋科,张国妮. 银苓消肿丸联合断藤益母汤治疗老年类风湿关节炎 40 例[J]. 中医研究,2020,33(7): 28-30.

[2]刘博,侯秀秀,张宝昕,等. 银苓消肿丸治疗小儿腕关节滑膜炎疗效分析[J]. 健康大视野,2018(11): 117-118.

[3]刘核达. 银苓消肿丸对湿热痹阻型类风湿关节炎的治疗效果分析[J]. 健康必读,2018(5): 117,119.

[4]Liu R H , Shi W , Zhang Y X , et al. Selective inhibition of adenylyl cyclase subtype 1 reduces inflammatory pain in chicken of gouty arthritis: [J]. Molecular Pain, 2021, 17(2): 422-439.

[5]侯秀秀,刘博,张宝昕,等. 银苓消肿丸在腕关节滑膜炎治疗中的疗效分析[J]. 中国保健营养,2016,26(13): 447.

[6]武晔,王晓磊,姜淑华,等. 银苓消肿丸对湿热痹阻型类风湿关节炎患者血清铜、铁、触珠蛋白的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2018,27(1): 55-57.

[7]樊赞. 银苓消肿丸治疗湿热痹阻型类风湿关节炎临床疗效及安全性观察[J]. 养生保健指南,2019(52): 235.

[8]Kotlyarov M , Hermann K G A , Mews, Jürgen, et al. Development and validation of a quantitative method for estimation of the urate burden in patients with gouty arthritis using dual-energy computed tomography[J]. European Radiology, 2020, 30(1): 404-412.

[9]姜淑华,武晔,胡丽伟,等. 银苓消肿丸联合来氟米特与甲氨蝶呤治疗类风湿关节炎的临床疗效观察[J]. 西部医学,2016,28(11): 1562-1565.

[10]武晔,王晓磊,姜淑华,等. 银苓消肿丸对湿热痹阻型类风湿关节炎患者血清 IL-1、IL-6、BlyS 表达的影响[J]. 风湿病与关节炎,2017,6(6): 21-24.

中医推拿联合针灸在小儿腹泻治疗中的应用效果

刘淑伟

甘肃省白银市会宁县北关小学 甘肃白银 730700

摘要：目的：评价在小儿腹泻患儿中中医推拿+针灸的治疗效果。方法：选择 2021 年 2 月到 2022 年 1 月间的小儿腹泻患儿 100 例，随机分成两组（A 组和 B 组），A 组 50 例接受常规治疗，B 组 50 例在 A 组基础上接受推拿+针灸治疗，比较两组的中医症候积分、治疗效果。结果：A 组与 B 组治疗前的大便次数积分、大便性状积分、呕吐积分、精神积分、饮食积分、面色积分、肛门积分差异不显著， $P>0.05$ ；A 组与 B 组治疗后的大便次数积分、大便性状积分、呕吐积分、精神积分、饮食积分、面色积分、肛门积分低于治疗前， $P<0.05$ 。且 A 组治疗后的大便次数积分、大便性状积分高于 B 组治疗后， $P<0.05$ 。A 组与 B 组治疗后的呕吐积分、精神积分、饮食积分、面色积分、肛门积分差异不显著， $P>0.05$ 。A 组治疗总有效率低于 B 组， $P<0.05$ 。结论：在小儿腹泻患儿中，中医推拿+针灸治疗可提高临床疗效，显著改善患儿的大便次数以及大便性状。

关键词：小儿腹泻；推拿；针灸；治疗效果

小儿腹泻是我国常见且多发的一种疾病，严重时威胁患儿生命安全。小儿腹泻的病原主要是细菌、病毒以及原虫等，最常见的是病毒，以轮状病毒为主^[1]。导致小儿腹泻的原因有很多，临床上把小儿腹泻分成感染性以及非感染性两类，其中感染性腹泻主要是由细菌、真菌、寄生虫、病毒等引起的，而非感染性腹泻主要是由腹部受凉、气候变化、饮食不当、消化道酶缺乏、食物过敏、胃肠功能紊乱等因素导致的^[2]。

在中医学上，腹泻属于泄泻的范畴，中医治疗小儿泄泻的经验比较丰富，认为其发病机理是脏腑娇嫩、脾不足（内因）和湿邪（外因），治疗主要采用利湿法或者责之脾胃，取健脾利水法^[3]。尽管小儿泄泻的药物治疗方法有很多，但患儿年龄小，常因用药不配合而影响疗效。而推拿、针灸等属于临床常用的中医外治方法，操作简便，痛苦小，患儿配合度高，在儿科中比较适用^[4]。因此，本文选择中医推拿+针灸疗法对小儿腹泻进行治疗，研究内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2021 年 2 月到 2022 年 1 月间的小儿腹泻患儿 100 例，随机分成两组（A 组和 B 组）。B 组：年龄 0.6-3 岁，平均（1.12±0.15）岁，男、女分别为 30 例、20 例。A 组：年龄 0.5-3 岁，平均（1.08±0.19）岁，男、分别为 29 例、21 例。两组临床资料比较， $P>0.05$ 。

纳入标准：确诊是腹泻的患儿；皮肤完好无损的患儿；心、肝、肾等功能正常的患儿。

排除标准：合并佝偻病、重度营养不良、生理性腹泻、痢疾、免疫缺陷疾病、精神疾病的患儿；局部皮肤感染的患儿；重度脱水或者存在中毒症状的患儿；中途退出研究的患儿。

1.2 方法

A 组：给予患儿双歧杆菌四联活菌片（国药准字 S20060010，杭州龙达新科生物制药有限公司，0.5g/片），0.5-1 岁患儿每次 1g，每天两次；1-3 岁患儿每次 1g，每天三次。

B 组：（1）推拿。摩腹，仰卧，以关元穴同上腕穴的连线为直径确定一圆，操作者并拢四指，沿该圆逆时针摩腹，150-300 次。揉脐，操作者中指指端放在患儿脐上，逆时针揉 150-300 次，力度确保皮肤凹陷 3-5mm 即可。补脾经，屈曲患儿的拇指，操作者以拇指偏峰沿拇指桡侧边缘向掌根方向进行 150-300 次直推。清小肠，操作者以拇指偏峰沿小指尺侧边缘从指根向指尖推 150-300 次。运土入水，从拇指根沿着手掌边缘，经小天心推至小指根，150-300 次。揉龟尾，俯卧，操作者指腹在患儿的尾骨处用力，其余四指附着，拇指揉龟尾，150-300 次。推上七节骨，操作者用拇指桡侧面从下到几对七节骨进行直推，150-300 次。捏脊，俯卧，操作者两拇指桡侧缘顶住背部皮肤，其余手指放在拇指的前方，用力提拿皮肤，

从下髂穴向大柱穴沿膀胱经重复提捏，捏三提一，提捏 3-5 遍。辨证选穴，寒湿泄患儿（大便清稀，夹有泡沫，臭气不甚，肠鸣腹痛，或伴恶寒发热，鼻流清涕、咳嗽，舌质淡，苔薄白，脉浮紧），补大肠、推三关，揉外劳宫；伤食泻（大便稀塘，夹有乳块或食物残渣，气味酸臭，或如败卵，脘腹胀满，便前腹痛，便后痛减，腹部胀满拒按，或有呕吐，不思乳食，夜卧不安，舌苔厚腻，或微黄，脉滑实）患儿，揉板门、清大肠、运内八卦。

（2）针灸。选气海穴、上巨虚穴、足三里穴、天枢穴、中脘穴等主穴。辨证加减，寒湿泄患儿加关元穴、三阴交穴；伤食泻患儿加建里穴、下脘穴。患儿仰卧，30 号 1 寸毫针（华佗牌），进针 1-3 分，轻柔浅刺疾出。

A 组与 B 组患儿均持续治疗三天。

1.3 观察指标

在两组患儿治疗前后，评估其中医症候，主要是：（1）大便次数：正常计 0 分，≤5 次/天计 2 分，6-9 次/天计 4 分，≥10 次/天计 6 分；（2）大便性状：成形计 0 分，不成形计 2 分，稀糊样便计 4 分，稀水样便计 6 分；（3）呕吐：无计 0 分，偶尔呕吐计 2 分，食入即吐计 4 分，频繁呕吐计 6 分；（4）精神：正常计 0 分，稍欠计 2 分，不振计 4 分，萎靡计 6 分；（5）饮食：正常计 0 分，食量减少 1/3 以内计 2 分，食量减少 1/3-2/3 计 4 分，不思饮食计 6 分；（6）面色：正常计 0 分，少华计 2 分，萎黄计 4 分，虚浮计 6 分；（7）肛门，正常计 0 分，微红计 2 分，灼热发红计 4 分，脱肛计 6 分^[5]。

评估两组治疗效果，痊愈：患儿症状、体征基本消失或者消失，中医症候积分减少超过 95%；显效：患儿症状、体征显著改善，中医症候积分减少在 71-95%之间；有效：患儿症状、体征好转，中医症候积分减少在 30-70%之间；无效：患儿症状、体征没有改善，中医症候积分减少在 30% 以内^[6]。

1.4 统计学分析

所有数据通过 SPSS 22.0 软件做分析，计数资料以（%）表示，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，分别进行 χ^2 、t 检验，存在显著差异以 $P<0.05$ 表示。

2 结果

2.1 中医症候积分对比

A 组与 B 组治疗前的大便次数积分、大便性状积分、呕吐积分、精神积分、饮食积分、面色积分、肛门积分差异不显著， $P>0.05$ 。A 组与 B 组治疗后的大便次数积分、大便性状积分、呕吐积分、精神积分、饮食积分、面色积分、肛门积分低于治疗前， $P<0.05$ 。A 组治疗后的大便次数积分、大便性状积分高于 B 组治疗后， $P<0.05$ 。A 组与 B 组治疗后的呕吐积分、精神积分、饮食积分、面色积分、肛门积分差异不显著， $P>0.05$ 。见表 1：

表 1 中医症候积分对比 $[(\bar{x} \pm s)$ ，分]

组别	大便次数	大便性状	呕吐
----	------	------	----

	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A 组/50 例	4.25±1.25	2.15±0.62*	4.35±1.11	1.94±0.52*	3.21±1.05	0.85±0.25*
B 组/50 例	4.30±1.26	0.92±0.33*	4.31±1.15	0.72±0.25*	3.19±1.01	0.80±0.20*
t	0.199	12.383	0.177	14.952	0.097	1.104
P	0.843	0.000	0.860	0.000	0.923	0.272

续表 1:

精神		饮食		面色		肛门	
治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
2.58±0.43	0.73±0.22*	2.94±0.64	0.61±0.17*	2.62±0.58	0.73±0.11*	3.21±1.11	0.85±0.25*
2.60±0.51	0.70±0.20*	2.97±0.58	0.59±0.18*	2.58±0.60	0.68±0.15*	3.18±1.02	0.79±0.18*
0.212	0.714	0.246	0.571	0.339	1.901	0.141	1.377
0.8323	0.477	0.807	0.569	0.735	0.060	0.888	0.172

注：同组治疗前比较，*P<0.05。

2.2 治疗效果对比

A 组治疗总有效率低于 B 组，P<0.05。见表 2：

表 2 治疗效果对比[n(%)]

分组	无效	有效	显效	痊愈	总有效率
A 组/50 例	10(20.00)	15(30.00)	20(40.00)	5(10.00)	40(80.00)
B 组/50 例	3(6.00)	9(18.00)	25(50.00)	13(26.00)	47(94.00)
χ^2	-	-	-	-	4.332
P	-	-	-	-	0.037

3 讨论

小儿腹泻是儿科最常见的一种消化道疾病，四季均可发生，特别是秋冬两季多发。腹泻是小儿死亡的一个主要原因，尽管随着我国医疗条件以及儿童营养状况的改善，小儿腹泻的致死率明显降低，但是腹泻可导致小儿营养不良，影响生长发育，所以，需做好小儿腹泻的治疗工作。

在中医学上，认为腹泻的原因是脾胃虚弱，饮食内伤，感受外邪，湿热蕴结导致的，脾胃是主要的病变部位^[7]。外感之湿邪是致病之标，内生之湿邪是致病之本，乳食积滞、内外之湿是泄泻病变过程中重要的转归演变因素。

经现代医学发现：针灸+推拿可通过外界被动刺激导致患儿出现局部反应以及全身反应，使其机体应激能力提高，促使患儿自我调节，利用体液反射、神经反射等调整胃肠运动，使消化系统功能恢复正常，提高免疫力。小儿泄泻并非是单纯的感受外邪或者内伤饮食导致的，而属于综合的一个表现，包含外感、内伤后一系列的病理过程，所以无论病因如何，都应健脾醒脾，使脾胃受纳、运化功能恢复。再加上“湿滞”为小儿泄泻的病理因素，所以治疗中要注意利水渗湿。

在本文的中医推拿中，腹、脐、龟尾、七节骨等穴是腹泻治疗常用的穴位，上述四穴可调节脏腑之气，协调阴阳平衡，从而治疗腹泻^[8]。从西医学观点上来看，七节骨可调节脊髓中枢进而对肛门括约肌功能进行调节，龟尾经局部作用对肛门括约肌收缩产生刺激，揉脐、摩腹经局部刺激对胃肠产生直接作用，摩腹可减缓胃肠蠕动，而揉脐可促进肠道消化吸收^[9]。本文还选择了一些上部部位穴，清小肠可清利下焦，分分泌浊，分利止泻；运土入水可止泻，消丹田作胀，滋补肾水^[10]。而且，进行辨证加减治疗，针对寒湿泄患儿揉外劳宫、推三关，可温阳散寒，补大肠可固脱涩肠，温中止泻；针对伤食泻患儿，运内八卦、揉板门可健脾和胃，行滞消食，清大肠可清利肠腑，导滞，除湿。并且给予患儿捏脊治疗，可疏通气血、调整脏腑功能，特别是脾胃功能^[11]。足太阳膀胱经捏提可提高体质，促进食欲，增强免疫力以及抵抗力。脊柱是支撑人体的骨性主干，同时也是脑、脊髓向各组织、脏器发出神经根的通道、地方，两侧交感干发出分支到各脏器，受到较强刺激后可使交感神经兴奋，而对副交感神经进行抑

制；受到柔和刺激后，可抑制交感神经，使副交感神经兴奋。此外，捏脊可使患儿的血红蛋白、血浆蛋白以及血清淀粉酶指数等提高，促进小肠吸收。

针灸对小儿腹泻治疗，可调节脾胃，益气止泻，提高免疫功能^[12]。本文针灸选穴主要是气海穴、上巨虚穴、足三里穴、天枢穴、中脘穴等，因小儿素体娇嫩，脾气不足，脾胃功能不全，所以针刺气海穴，可健脾益气，培补元气；上巨虚穴属于大肠下合穴，而足三里穴属于足阳明胃经下合穴，可通降胃气，升脾气，而受纳运化、水精四布、化湿滞，使大便转实；天枢穴属于大肠募穴，而中脘穴属于胃募穴，可调整胃肠传导功能和运化功能^[13]。上述穴位配伍，可调整脏腑和经络间的失衡，使脾气健、胃气强、气机顺、水湿化，二阴阳平衡，进而止腹泻。由于小儿属于稚阴稚阳之体，筋脉待长、气血待充，所以针灸手法要轻柔，且浅刺速出。

总之，在小儿腹泻患儿中，中医推拿+针灸治疗可提高临床疗效，显著改善患儿的大便次数以及大便秘状。

参考文献：

[1]尚小玉,聂楠. CRP、心肌酶谱、肝功能检测在小儿轮状病毒感染性腹泻诊治中的应用价值[J]. 贵州医药,2021,45(3): 454-455.

[2]李红艳,李华. 运脾化湿方对湿热证小儿急性非感染性腹泻病症状缓解及肠道微生态的影响[J]. 世界中西医结合杂志,2022,17(1): 179-183.

[3]王韵,刁娟娟,陈鲁. 四君子汤类方治疗小儿泄泻脾虚证[J]. 吉林中医药,2021,41(11): 1532-1535.

[4]周小骏. 俞募配穴温针灸法联合四步推拿治疗慢性小儿腹泻的临床疗效观察[J]. 医学理论与实践,2022,35(2): 287-290.

[5]马洁,余方辉,陶善平,等. 隔姜灸加小儿推拿治疗小儿脾虚型泄泻的临床随机对照研究[J]. 针灸推拿医学(英文版),2021,19(1): 30-36.

[6]李敏,胡海平. 小儿泄泻停颗粒联合布拉氏酵母菌治疗小儿急性腹泻[J]. 长春中医药大学学报,2021,37(4): 803-806.

[7]胡静雪,师建国. 艾灸联合玉屏风散治疗小儿脾胃虚弱型泄泻 38 例[J]. 西部中医药,2017,30(2): 84-86.

[8]尚星屹,艾民. 推拿治疗小儿腹泻的临床研究进展[J]. 国际中医中药杂志,2022,44(2): 233-236.

[9]尹晓慧,杨吉勃. 推拿“止泻四法”在脾虚泄患儿护理中的应用效果[J]. 西部中医药,2019,32(11): 128-130.

[10]梁雨晴,何雁云,谢珊,等. 分析醒脾养儿颗粒联合推拿治疗小儿消化不良性腹泻的疗效观察[J]. 现代消化及介入诊疗,2022,27(1): 84-87.

[11]李伟. 推拿捏脊法治疗小儿慢性腹泻的效果及对患儿免疫功能的影响[J]. 临床医学研究与实践,2019,4(21): 109-110.

[12]常宗煥,陈春林,成坤. 三字经派推拿法联合针灸在小儿急性腹泻治疗中的疗效研究[J]. 检验医学与临床,2019,16(23): 3539-3541.

[13]卢野,李晨依,郭倩倩,等. 针灸治疗小儿腹泻病的研究进展[J]. 云南中医中药杂志,2017,38(7): 83-85.

“中医药养生保健进社区”的必要性调查与分析

刘莹 王科军 姜侠^{通讯}

滨州医学院 山东滨州 256699

摘要:目的 了解社区老年人健康状况现状及其对中医药养生保健技术的了解、需求及接受状况,探讨中医药养生保健技术在社区开展的必要性,为“中医药养生保健进社区”提供依据。方法 采用自拟《社区老龄人口中医药养生保健了解与需求调查问卷》,对本市3个社区186名老龄人口做问卷调查,使用SPSS22.0软件对数据进行描述。结果 社区老人慢性病(症)发病率为54.30%;老年人对中医药养生保健技术的了解程度,33.87%熟悉或比较了解,61.83%有部分了解,4.30%完全不了解;91.93%的老年人接受过中医相关的治疗或保健;89.79%的老年人愿意接受中医药日常养生保健。结论 社区老年人对中医药保健技术了解、接受程度和需求均较高,基于需求开展“中医药进社区”有其可行性和必要性,有利于社区老人健康素质和生存质量的提高。

关键词: 老年人; 中医药; 养生保健; 问卷调查

21世纪以来,我国社会老龄化问题日益严重,尤其近5年,我国老龄化速度快速增长。联合国传统标准是某地区60岁以上老人占总人口的10%,新标准是65岁以上老年人占总人口的7%及以上,即该地区进入老龄化社会。据报道,2019年我国老龄化率比2018年提高0.7%,达到12.6%,65岁以上人口1.9亿,占总人口的13.5%^[1]。随着老龄化社会程度的加深,各种养老问题随之而来,特别是关于老年人健康的相关问题。传统中医有着“治未病”的预防理念,中医药养生保健方法的有效性在几千年的实践中得到证实。本研究通过对本市3个社区186例老年人进行问卷调查,旨在了解本市社区老龄人口健康现状,以及对中医药养生保健的了解、接受与需求情况,为开展“中医药养生保健进社区”提供参考。

1 对象与方法

1.1 研究对象

本次调查于2022年2~9月,选取山东省滨州市3个社区186名老年人作为调查对象,其中男性79人,女性107人;年龄60~85岁。

1.2 方法

1.2.1 调查方法

本次研究采用问卷调查方式进行。通过前期的文献研究和专家访谈,自制《社区老人中医药养生保健了解与需求调查问卷》,其中包括:社区老人基本资料、对中医药养生保健技术了解及使用情况、对中医药养生保健的需求及接受情况等。采用面对面,当场发放、收回问卷的方式进行,共发放196份问卷,收回196份,有效问卷186份,有效率94.90%。

1.2.2 评价方法

问卷调查表:基本资料,包括性别、年龄、文化程度、居住方式、收入、医疗保障、目前健康状况(是否患有慢性疾病、何种疾病)、生活质量自我感觉等;对中医药养生保健技术了解程度分为熟悉、比较熟悉、部分了解、完全不了解;对中医药使用情况包括是否接受过中医治疗及治疗效果等;对中医药养生保健的需求情况,包括中医体质检测及调理、缓解饮食睡眠障碍、延缓功能衰退、调整心理健康等需求;对中医药养生保健的接受情况,包括中药(汤剂、中成药等)、中医外治疗法(针刺、艾灸、按摩、刮痧、拔罐等)、中医传统功法(太极拳、八段锦、五禽戏等)、中医食疗、中医情志疗法、中医时令疗法等。

1.3 统计学方法

采用SPSS 22.0统计学软件进行数据分析,计数资料用率表示。

2 结果

2.1 社区老人基本情况 本次研究共纳入186名社区老人,男:女=1:1.35;平均年龄68岁。见表1。

表1 社区老人基本资料(n=186)

项目	人数	构成比/%	项目	人数	构成比/%
性别			居住方式		
男	79	42	夫妻同住	28	15.1
女	107	58	夫妻与子女同住	104	55.9

年龄/岁			与子女同住	30	16.1
60-64	75	40.3	与看护人同住	12	6.5
65-69	58	31.2	独居	12	6.5
70-74	26	14.0	月收入/元		
75-79	22	11.8	1000以下	32	17.2
80以上	5	2.7	1000-2000	44	23.7
文化程度			2000-3000	61	32.8
识字很少	34	18.3	3000-5000	38	20.4
小学/初中	51	27.4	5000以上	11	5.9
高中/中专	90	48.4	医疗保障		
大专/本科	11	5.9	有社保/商保	159	85.5
硕士及以上	0	0	无医疗保险	27	14.5
健康状况			自认为生活质量		
良好	85	45.7	较差	9	4.8
有慢性病(症)	101	54.3	一般	102	54.8
过去半年内住院	26	13.9	良好	75	40.4
过院					

2.2 社区老人目前健康情况

接受调查的186例社区老人中,有101人存在慢性病(症),发病率为54.30%,包括冠心病31例,高血压23例,糖尿病15例,腰椎间盘突出12例,其他慢性疾病(如癌症术后、胃溃疡、结肠炎等)20例。社区老人不适症状表现,包括乏力67.35%、失眠39.46%、便秘55.78%、腰腿疼65.31%、腹泻19.05%、排尿异常(尿急、尿频、尿等待等)30.61%。

2.3 社区老人对中医药养生保健技术了解及使用情况

接受调查的186例社区老人中,对中医药养生保健技术熟悉或比较了解的有63例,占33.87%;部分了解的有115例,占61.83%;完全不了解的仅8例占4.30%。有15例无中医药治疗经历,占8.07%,其余171例均接受过中医药养生保健(治疗),占91.93%。对使用过中医药养生保健(治疗)者的调查,症状缓解积分显示,有效率为65.59%。调查结果显示,有50%以上的社区老人对中医药养生保健技术有所了解;超过90%的社区老人接受过中医药养生保健(治疗),根据中医药技术干预效果,对中医药养生保健(治疗)的满意度较高。

2.4 社区老人对中医药养生保健的需求情况,见表2。

表2 社区老人对中医药养生保健的需求情况

中医药养生保健需求	需求人数(例)	占比(%)
中医体质检测及调理	163	87.63
缓解乏力、失眠、食欲不振	152	81.72
振	146	78.49
延缓视力、听力减退	167	89.79

调整(保护)关节功能	79	42.47
预防老年痴呆	113	60.75
缓解大小便异常	50	26.88
调节心理健康	72	38.71
药膳(酒)		

调查结果显示,社区老人对中医药养生保健的需求主要集中在对关节功能的调整(保护)、对中医体质的检测与调理、在对身体虚弱症状的缓解、听力视力减退的延缓以及对排泄功能异常的缓解方面,这之前调查的社区老人慢性病(症)种类和发病率相符合。

2.5 社区老人对中医药养生保健的接受情况

186 名社区老人中,愿意接受中医药日常养生保健人数占 89.79%,但接受的项目有所不同。统计结果,见表 3。

表 3 社区老人对中医药养生保健的接受情况

中医药养生保健需求	需求人数 (例)	占比 (%)
接受通过中医情志调节,达到身心安	98	52.69
宁	107	57.53
接受通过改变饮食方式,选择合适食		
物,对个人体质做出调整	74	39.79
接受按时令进行作息	72	38.71
接受中医传统功法(太极拳、八段锦、	70	37.63
五禽戏)	72	38.71
接受针刺	118	63.44
接受艾灸	44	23.66
接受按摩	37	19.89
接受拔(火)罐	165	88.71
接受刮痧	130	69.89
接受中成药	167	89.79
接受中药汤剂		
接受中医药日常养生		

调查结果显示,社区老人对中医药养生保健的接受项目主要集中在中成药、中药汤剂、中医按摩等安全性高、简单容易操作、个人容易完成的项目,而对于需要长期坚持或需要专业人员(或家属)操作的项目的接受程度相对较低。分析可能与被调查者目前生活习惯及需要第三者(医生或家属)操作完成的不方便因素有关。

3 讨论

《认知症老年人照护服务现状与发展报告》中显示,2021 年 60 岁以上老年人口慢性病患者超过 1.8 亿人,失能、半失能老人比例达 16%^[2],老年健康问题成为个人、家庭和社会面临的主要问题。老年人健康相关问题包括:身体机能衰退、疾病、心理问题等,这些方面往往相互影响,恶性循环,加速老年人行动能力的降低、健康的恶化。寻找一条能够减缓老年人身体机能衰退,预防或延缓疾病发生、发展,老年人及家庭易于接受,可操作性强的路径具有重要的现实意义。

2017 年 10 月,习近平总书记在十九大报告中提出要“坚持预防为主,深入开展爱国卫生运动,倡导健康文明生活方式,预防控制重大疾病。坚持中西医并重,传承发展中医药事业。积极应对人口老龄化,构建养老、孝老、敬老政策体系和社会环境,推进医养结合,加快老龄事业和产业发展^[3]。”中国最古老的治疗观是“未病先防,既病防变,病后防复”,强调“治未病”的重要性,因此,中医药的养生保健经验是非常丰富而且有效的。

随着现代药理学的发展,更多的中药药理学结果给传统中药的养生保健功能提供了证据,例如人参、鹿茸、黄精、大枣等补益药的药理研究结果显示,其具有提高免疫力、抗氧化、调节胃肠道功能、改善循环等作用^[4]、六味地黄丸^[5]、参苓白术散^[6]、当归补血汤^[7]、镇肝熄风汤^[8]等的药理结果显示,其具有预防骨质疏松、减缓糖尿病并发症、调节消化系统功能、预防痴呆、抗焦虑、抗失眠、抗高血压等作用。本次调查结果显示,目前,社区老人最熟悉和最能接受的养生保健和治疗手段依然是传统的中药,这也将成为社区老人养生保健(治疗)采用的主要方法。

古代针灸养生保健优势明显,《内经》载“刺法有全神养真之旨,亦法

有修真之道,非治疾也,故要修养和神也”。艾灸在预防传染病、预防中风、延缓衰老、强壮身体等方面的作用更加突出。现代病理学研究结果显示,针灸的调整神经内分泌免疫功能、调节血脂和血粘稠度、改善抗氧化平衡、增强清除自由基能力,对心脑血管、内分泌、免疫系统疾病有较好的防治作用^[9]。本次调查结果显示,35%以上的老年人能够接受针灸进行养生保健。由于针刺需要经过专业培训的医师进行操作,日常自行操作有一定的难度,这也可能是针刺接受度相对较低的原因之一。因此,我们需要利用社区这一平台,为社区老人提供这类养生保健服务专员和设施。推拿按摩能够缓解疲劳、疏通气血、调整脏腑功能,能有效的改善躯体疼痛和调节免疫功能等^[10]。由于其容易掌握、亦没有针刺的恐惧和痛苦,更容易被老年人所接受。本次调查结果显示,超过 60%的老年人,能够接受按摩疗法,是今后社区应该大力发展的中医养生保健技术。

中医传统功法是以自身“形、气、神”调为基本手段,能够协调人体阴阳、增强适应能力、延长健康寿命。实验研究显示,传统功法具有改善心肺功能、降低血糖、对延缓各种退化性骨性疾病的进展、改善睡眠障碍、降血压和调节情绪等作用。主要包括呼吸吐纳、八段锦、五禽戏、太极拳等,属于中低强度有氧运动,更加适合老龄人群。可能由于个体运动习惯的不同,以及基础入门无人带领的限制,本次调查结果显示,能够接受中医传统功法的老年人不到 40%,提示我们,要依靠社区平台,积极推广各种形式的中医传统功法练习。

综上所述,社区老人所患慢性病(症)中所占比例较大的包括脏腑、经络、关节机能减退所导致的乏力、腰腿疼、便秘,以及神经调节功能失常所表现的失眠、健忘等。中医药养生保健技术对这类病症有着较好的治疗和预防作用,且因方法简便易行、易于掌握和接受、安全可靠、个性化强、服务方式灵活等诸多优点,更加适合社区老龄人群。中医养生保健技术有利于提高社区老人身体素质、生活质量,减轻社会家庭经济负担,有必要在各社区开展。

参考文献:

[1]国家统计局,国务院第七次全国人口普查领导小组办公室.第七次全国人口普查公报(第五号)——人口年龄构成情况[S/OL].(2021-05-11).
http://www.gov.cn/xinwen/2021-05/11/content_5605787.htm

[2]人民网.我国老年人失能率 16%^[N].珠江晚报数字报,2019-7-31.

[3]张勇,焦丽艳,左慧敏,等.社区老年人中医药特色健康管理的认知和需求[J].卫生职业教育,2016,34(18): 86-88.

[4]唐佳琪,刘文亚,顾媛媛,等.浅析中医药养生保健[C]//第四届中国医药信息大会论文集.[出版者不详],2017: 93-96.DOI: 10.26914/c.cnkihy.2017.008413.

[5]李伦华,吴连国,梁博程,等.六味地黄丸防治肾阴虚型绝经后骨质疏松的临床疗效评价[J/OL].中华全科医学,2022(08): 1392-1395[2022-08-03].DOI: 10.16766/j.cnki.issn.1674-4152.002605.

[6]卢广英,邢训颜,王嘉昀,等.经典名方参苓白术散的研究进展及质量标志物的预测分析[J/OL].中国中药杂志: 1-13[2022-08-03].DOI: 10.19540/j.cnki.cjcmm.20220421.201.

[7]樊秦,张廷英,夏鹏飞,等.当归补血汤对血管性痴呆大鼠学习记忆障碍改善及其机制研究[J].中药药理与临床,2021,37(03): 2-6. DOI: 10.13412/j.cnki.zyy1.2021.03.001.

[8]许雅青,袁嘉丽,牛海涛.中药调节肠道菌群防治高血压的研究进展[J].中国微生态学杂志,2021,33(05): 599-602+608.DOI: 10.13381/j.cnki.cjm.202105022.

[9]尹红博,吴富东.古代针灸养生保健文献整理述略[J].山东中医药大学学报,2013,37(03): 234-235. DOI: 10.16294/j.cnki.1007-659x.2013.03.021.

[10]张欣,刘明军,杨寄渝,等.背部保健推拿对亚急性衰老家兔免疫功能的调节作用[J].中国老年学杂志,2015,35(24): 6969-6970.

基金项目:滨州市社会科学规划课题,项目号:22-SKGH-031

作者简介:刘莹(1982-),女,副教授,医学博士,从事中医药防治老年病研究。

参芪四逆汤联合拉米夫定治疗慢性乙肝的疗效观察

孙冬梅¹ 金辉² 周磊² 刘三婕² 周惠斌²

1、泊头市医院 河北沧州 062150; 2、任丘市疾病预防控制中心 河北任丘 062550

摘要:目的: 分析在治疗慢性乙肝的过程中给予参芪四逆汤联合拉米夫定治疗的安全性及有效性。方法: 将本院传染科 2020 年 1 月至 2021 年 8 月期间收治的 59 例慢性乙肝患者作为治疗研究对象, 采用双盲分组法将其分成参照组 (n=29) 及试验组 (n=30), 分别为两组乙肝患者实施常规西药治疗干预及加用中医参芪四逆汤治疗干预, 对比两组慢性乙肝患者的治疗效果差异。结果: 相对于参照组患者来说, 试验组患者治疗后的乙肝病毒脱氧核糖核酸 (即乙肝病毒基因, 以下简称 HBVDNA) 转阴率、治疗优良率更高 ($P<0.05$), 统计学有意义; 且就治疗后的中医症状积分、症状缓解时间及 YMDD 变异阳性率而言, 试验组患者相对于参照组患者更低/更短 ($P<0.05$), 有统计学意义。结论: 在慢性乙肝的治疗过程中给予中西医结合治疗方案 (参芪四逆汤联合拉米夫定) 干预的安全性及有效性较高, 能缓解和减轻患者的临床体征, 减少和预防乙肝病毒 YMDD 变异现象的出现, 提高乙肝患者的生活质量水平, 促进患者预后。

关键词: 参芪四逆汤; 拉米夫定; 慢性乙肝; 治疗优良率; 中医症状积分

慢性乙肝主要是指临床中较为常见的 HBV 持续感染导致的肝脏慢性疾病, 我国属于一个乙肝大国, 近年来慢性乙肝的发生率呈现逐年增长的发展趋势^[1]。临床研究显示, 慢性乙肝的发生与乙型肝炎病毒感染因素相关, 主要的传播途径包括母婴传播、性传播、血液传播及体液传播等等, 慢性乙型肝炎是由于感染乙型肝炎病毒 (HBV) 引起的, 乙型肝炎患者和 HBV 携带者是本病的主要传染源, HBV 可通过母婴、血和血液制品、破损的皮肤黏膜及性接触传播^[2]。感染 HBV 后, 由于受病毒因素、宿主因素、环境因素等影响, 会出现不同的结局和临床类型。慢性乙肝患者的临床症状主要表现为乏力、头晕、食欲不振、尿黄、睡眠质量差等等, 大多数患者无明显的临床症状。但慢性乙肝这一疾病若不及时的给予相应的监测和治疗将会随着病程时间的延长出现较为严重的并发症现象的发生, 不利于患者预后^[3]。因此, 在临床中给予相应的药物治疗和控制显得十分重要, 以往的治疗中一般给予患者西药治疗, 虽然能达到相应的治疗效果, 但药物安全性受到一定的威胁, 长时间服用将会导致不良反应的发生^[4]。因此, 临床中提倡对患者实施中西医结合的治疗, 旨在更好的提高治疗的安全性及有效性, 为了分析对慢性乙肝患者开展中西医结合 (参芪四逆汤联合拉米夫定) 治疗的有效性价值, 本院针对收治的慢性乙肝患者 59 例展开了对比研究和观察。

1 资料与方法

1.1 临床资料

采用双盲分组法将本院传染科收治的 59 例慢性乙肝患者分成 2 组, 所有患者相关病例的收集时间集中在 2020 年 1 月至 2021 年 8 月这一时间段内。其中 29 例参照组患者中男性 17 例, 占比 58.62%, 女性 12 例, 占比 41.38%, 年龄上限 75 岁, 年龄下限 25 岁, 均值为 (47.59±3.56) 岁, 病程时间集中在 3 至 15 年, 平均病程为 (7.96±2.36) 年; 30 例试验组患者中男性 17 例, 占比 56.67%, 女性 13 例, 占比 43.33%, 年龄上限 76 岁, 年龄下限 26 岁, 均值为 (47.62±3.57) 岁, 病程时间集中在 2 至 16 年, 平均病程为 (7.93±2.38) 年。

对两组慢性乙肝患者的基线资料进行统计分析, 结果显示组间差异小且可比性高。本研究实施之前, 59 例慢性乙肝患者及其家属均对本研究的全部内容展开了详细的了解并签署知情同意协议; 本研究均在本院伦理委员会审批下通过。

纳入标准^[5]: 所有患者经小生化检查、肝肾功能检查、病毒 DNA 测定等均符合“慢性乙肝”的诊断标准, 且患者均存在相应的症状、符合药物治疗的临床指征。

排除标准: 存在严重耐药性基因变异疾病的患者、酒精性和遗传性肝病患者、合并免疫机制性疾病患者、胃部疾病和严重药物过敏史的患者。

1.2 方法

对参照组乙肝患者实施常规西药治疗干预, 采用口服用药的方式给予

患者 0.1g/d 的拉米夫定 (国药准字 H20113025, 名称拉米夫定片, 由福建广生堂药业股份有限公司生产, 批准于 2016-01-26。为片剂(薄膜衣片)化学药品, 规格为 0.1g。)进行治疗, qd, 连续治疗 3 个月为一个疗程, 连续治疗三个疗程。

对试验组乙肝患者加用中医参芪四逆汤治疗干预, 试验组的西医用治疗方案与参照组一致, 在此前提下为患者加用中药汤剂的治疗: 参芪四逆汤的基础方为黄芪、太子参各 30g、柴胡、茯苓、白芍各 20g、法半夏、枳实、黄芩各 15g、苦味叶下珠、甘草各 10g。一天一剂, 以水煎制, 取 150ml 的药汁服用, 一剂分早晚两次服用, 二煎时间为 20 分钟, 取 150ml 汁水服用。连续治疗 3 个月为一个疗程, 连续治疗三个疗程。

1.3 观察指标

针对参照组及试验组慢性乙肝患者治疗 3 个疗程后的 HBVDNA 转阴率、治疗优良率、YMDD 变异阳性率、中医症状积分、症状缓解时间等指标之间的差异进行对比。(1) 治疗优良率^[6]= (优+良)/n×100%; 其中优: 治疗 3 个疗程后患者食欲不振、乏力和尿黄等症状均消失, HBVDNA 转阴, YMDD 未变异, 无药物不良反应; 良: 治疗 3 个疗程后患者症状和中医体征有所改善, YMDD 未变异, 无严重药物不良反应; 无效: 治疗 3 个疗程后患者症状和体征未明显改善或加重, YMDD 变异。(2) 中医症状积分: 对患者存在的神倦倦怠、脉细、黄疸等体征进行综合评分, 总分 0-45 分, 分数越高患者中医症状越严重。

1.4 统计学分析

采用 spss26.0 软件的处理, 中医症状积分、症状缓解时间为计量资料, 采用均数标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, HBVDNA 转阴率、治疗优良率、YMDD 变异阳性率为计数资料, 采用 χ^2 表示, 当 P 小于 0.05 表示有统计学意义。

2 结果

2.1 两组慢性乙肝患者用药后的 HBVDNA 转阴率、YMDD 变异阳性率

相对于参照组乙肝患者来说, 试验组乙肝患者干预后对比的 HBVDNA 转阴率明显更高, 而 YMDD 变异阳性率显著更低 ($P<0.05$), 有统计学意义; 见表 1:

表 1: 两组慢性乙肝患者治疗后的 YMDD 变异阳性率及 HBVDNA 转阴率对比

组别	例数(n)	HBVDNA 转阴率 (n%)	YMDD 变异阳性率 (n%)
参照组	29	18 (62.07)	4 (13.79)
试验组	30	27 (90.00)	0 (0.00)
χ^2 值	-	6.356	4.439
P 值	-	0.012	0.035

2.2 参照组及试验组慢性乙肝患者干预后的治疗优良率比较

就两组患者接受治疗后的治疗优良率这一指标而言,试验组慢性乙肝患者治疗后的数值相对于参照组慢性乙肝患者更高 ($P<0.05$), 统计学有意义; 见表 2:

表 2: 参照组及试验组慢性乙肝患者治疗后的治疗优良率

组别	优 (n)	良 (n)	无效 (n)	治疗优良率(n%)
参照组 (29)	8	12	9	20 (68.97)
试验组 (30)	12	16	2	28 (93.33)
X^2 值	-	-	-	5.773
P 值	-	-	-	0.016

2.3 两组患者治疗对比的中医症状积分、症状缓解时间

两组患者接受药物治疗前对比的中医症状积分不存在明显的差异 ($P>0.05$), 统计学无意义; 但两组治疗后, 相对于参照组慢性乙肝患者来说, 试验组慢性乙肝患者用药后的中医症状积分更低、症状缓解时间更短 ($P<0.05$), 统计学存在意义; 见表 3:

表 3: 两组慢性乙肝患者用药后的中医症状积分、症状缓解时间比较

组别	例数 (n)	中医症状积分 (分)		症状缓解时间 (d)
		治疗前	治疗后	
参照组	29	22.10±3.69	17.17±2.15	17.36±2.52
试验组	30	22.25±3.57	13.32±2.06	13.36±2.26
t 值	-	0.159	7.024	6.423
P 值	-	0.875	<0.001	<0.001

3 讨论

临床研究显示, 乙肝的发病率中国是较高的, 发病率大多集中在 10.00% 左右。但自从 1992 年国家推行接种乙肝疫苗后, 乙肝感染率呈现逐年下降的发展趋势。2006 年中国统计了 1 次全人群的乙肝的表面抗原携带率, 大约是 7.18% 左右^[7], 大概我们国家存在慢性的乙肝病毒感染者 9300 万左右。2014 年统计的 1-4 岁小孩的表面抗原流行率大概只有 0.32%, 也就是随着时间的延长, 乙肝的表面抗原携带率越来越低, 这是乙肝疫苗普遍接种的结果。慢性乙肝的发生主要是由于家族性传播、婴幼儿期感染病毒、缺乏乙肝预防意识、漏诊、免疫能力低下、既往存在着其他肝病感染病毒等导致的, 这一疾病的潜伏期大概为 6 周至 6 个月左右, 大多数为 3 个月, 从肝炎病毒入侵至临床出现最初症状以前称为潜伏期, 患者会出现程度不一的全身症状、消化道症状、黄疸、肝脾大、肝外表现、肝区疼痛及肝纤维化等等, 对患者的身体健康甚至生命安全产生严重的影响。

因此, 在临床中为患者实施有效的治疗显得十分重要。慢性乙肝的治疗原则为三分药治, 七分调理; 除黄疸或转氨酶显著升高需要卧床休息外, 应适量活动, 改善患者机体状态。乙型肝炎病毒复制明显的患者用抗病毒药物; 存在肝细胞损伤的用保护肝细胞的药物; 存在肝脏微循环障碍的用活血微循环的药物; 存在免疫功能紊乱的用调整免疫功能的药物。在西医临床治疗中一般给予患者拉米夫定的治疗, 属于口服性的抗病毒药物, 能很好的抑制乙肝病毒的复制, 还能很好的对病毒 DNA 聚合酶的活性达到抑制作用。用药治疗后能一定程度上加速病毒的变异和逃逸过程, 主要适用于乙型肝炎病毒复制的慢性乙型肝炎的治疗过程中。拉米夫定在细胞内代谢为拉米夫定 5'-三磷酸盐, 其主要作用方式是作为病毒逆转录时的链终止物^[8]。能很好的进行体外选择性地抑制 HIV-1 和 HIV-2 的复制, 对于已对齐多夫定耐药 HIV 也有抑制作用。拉米夫定与齐多夫定联合应用时, 在对抗细胞培养中的临床分离株的抗 HIV-1 活性方面显示增敏作用。但长时间实施西医药物治疗对患者机体的影响较大, 极易发生一系列的不良反应

症状, 不利于患者预后。而中医在我国历史悠久, 其精髓在于辩证论治, 通过中医治疗可改善慢性乙肝患者的临床症状, 提高患者的体质, 增强抗病能力, 促进免疫系统清除病毒, 促进患者预后。中医中提倡对患者实施参芪四逆汤的治疗, 其中黄芪具有补气固表, 利尿托毒, 敛疮生肌的功效; 太子参能发挥补益脾肺, 益气生津的治疗作用; 柴胡能达到解表退热、疏肝解郁、升举阳气的治疗意义^[9]; 茯苓具有利水渗湿、健脾和胃、养心安神的功效; 白芍能达到相应的调和营卫、缓急止痛、敛汗平肝的作用; 法半夏能发挥一定的燥湿化痰、降逆止呕的治疗意义; 枳实能起到破气消积、止咳化痰、止泻通便的治疗价值; 黄芩具有清热燥湿、泻火解毒、安胎的功效; 苦味叶下珠能发挥清热解毒, 健脾消积, 利湿通淋, 清肝明目的治疗作用; 甘草能发挥补脾益气、缓急止痛的治疗效果。全方联合西药治疗对于慢性乙肝患者能很好的缓解患者临床症状, 缩短症状持续时间, 提高 HBVDNA 转阴率及治疗疗效, 降低 YMDD 变异阳性率, 改善患者预后^[10]。本研究结果显示, 实施中西医结合治疗的试验组患者干预后的 HBVDNA 转阴率、治疗优良率均高于实施西医治疗的参照组患者, 且试验组患者的 YMDD 变异阳性率、中医症状积分、症状缓解时间相对于参照组患者更低/更短, 说明中西医结合治疗慢性乙肝的有效性较高。

综上, 在临床治疗中对慢性乙肝患者开展参芪四逆汤联合拉米夫定治疗的有效性较为显著, 建议推广使用。

参考文献:

- [1] 袁楚桥, 邓君竹, 黄倩倩, 王涛, 李薇, 蒋森, 邹文俊. 恩替卡韦联用 3 种中药治疗慢性乙肝纤维化效益风险评价[J]. 中草药, 2022, 53(08): 2449-2459.
- [2] 赵新波. 拉米夫定与阿德福韦酯联合用药方案治疗活动性乙型肝炎病毒性肝炎并发肝硬化的临床评价[J]. 中国现代药物应用, 2020, 14(16): 158-160.
- [3] 马晓, 薛娟. 拉米夫定联合阿德福韦酯治疗 LAM 耐药慢性乙型肝炎患者的疗效分析[J]. 实验与检验医学, 2021, 39(05): 1238-1240+1261.
- [4] 林怀德. 中药复方制剂对慢性乙肝肝纤维化患者肝纤维化指标及 Th1、Th2 细胞因子谱影响评价[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(97): 70.
- [5] 王宏峰. 补肾温阳中药辅助抗病毒药物治疗肾阳亏虚型高 ALT 水平慢性乙型肝炎及对免疫功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(30): 3342-3345.
- [6] 彭龙, 张立平, 郭子宁, 王炳然, 袁慧鑫. 扶正祛毒方对慢性乙肝病毒携带小鼠肝组织 γ -干扰素和白介素-10 表达影响的研究[J]. 环球中医药, 2019, 12(06): 835-838.
- [7] 徐蓉, 华忠. 中药配合中医综合护理对慢性乙肝肝硬化气滞血瘀型患者疗效及生活质量的影响[J]. 医药高职教育与现代护理, 2020, 3(02): 129-132+152.
- [8] 王佳佳, 王英强. 重组人干扰素联合拉米夫定对慢性乙型肝炎患者氧化应激蛋白及补体水平的影响[J]. 中国医师杂志, 2021, 23(01): 131-133.
- [9] 李丽娜, 赵洪雯, 孙岩, 申兵冰, 刘宝莲, 潘乾广. 替比夫定或拉米夫定联合糖皮质激素治疗慢性肾小球肾炎合并慢性 HBV 感染患者的疗效研究[J]. 现代医药卫生, 2021, 37(01): 65-68.
- [10] 刘莲, 王晨雪, 崔书彦, 张红霞, 吴小霞, 张巍. 拉米夫定联合复方甘草酸苷、小柴胡汤治疗慢性乙型肝炎疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(36): 4042-4045.

项目来源: 河北省中医药管理局 (2018520)

通讯作者: 金辉 (1980.10.31), 本科, 副主任医师, 主要从事预防医学工作。

针灸结合推拿治疗神经根型颈椎病的有效性研究

王军稳

汉滨区第一医院 陕西安康 725000

摘要：目的：分析针灸结合推拿治疗神经根型颈椎病的有效性。方法：纳入了我院的 120 例神经根型颈椎病参与本次调查，获得病人同意后在 2019 年 1 月~2022 年 1 月期间收治入组，所有病人以随机数表法进行分组，有对照组和观察组，分别采用西药治疗、针灸结合推拿治疗，对比两组的临床疗效，观察组两组治疗前后症状评分，使用 VAS 量表评估其疼痛情况，统计两组复发率。结果：两组的治疗有效率结果是 96.67%（58 例）、85%（51 例），其中观察组有效率较高，二者差异性比较有统计学意义， $P<0.05$ ；两组治疗前的各项症状评分无统计学差异， $P>0.05$ ，治疗后，观察组颈背疼痛评分（ 1.01 ± 0.32 ）分，颈背僵硬评分（ 0.78 ± 0.14 ）分，上肢放射性疼痛评分（ 0.52 ± 0.16 ）分，数据均比对照组低， $P<0.05$ ；两组的复发率比较，观察组数据低于对照组，其在治疗后一个月、两个月、四个月及半年后的复发率分别是 0、1.67%（1 例）、1.67%（1 例）和 5%（3 例），二者对比差异显著， $P<0.05$ 。结论：针灸结合推拿治疗神经根型颈椎病临床有效性较好，并且能够很好的改善颈背部疼痛与僵硬等症状，不易出现复发情况，建议在临床推广该治疗方案。

关键词：针灸；推拿；神经根型颈椎病；有效率；症状评分；疼痛改善；复发率

神经根型颈椎病是临床中比较常见的疾病，在各类颈椎病中发病率占比第一，本病会导致颈椎退化，同时伴有神经根病变表现，其病因主要在于颈椎髓核突出或是脱出，后方小关节出现骨质增生等，各种因素下对神经根造成了刺激与压迫^[1-7]。中医治疗本病的方式比较多样化，比如中药内服治疗，针灸以及推拿治疗，物理牵引治疗等等，但是单一的选择某一种治疗方式疗效不佳。而西医治疗本病则一般通过物理疗法和西药治疗，例如电刺激治疗，阿法骨化醇口服等^[8]。关于中医治疗本病的效果，临床一般认为多种中医治疗方式进行联合对本病的治疗效果更好。基于此，文章探讨了针灸联合推拿对疾病的治疗效果，并选取了 120 例患者展开分组比较，详细内容如下所述。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

纳入了我院的 120 例神经根型颈椎病参与本次调查，获得病人同意后在 2019 年 1 月~2022 年 1 月期间收治入组，所有病人以随机数表法进行分组，有对照组和观察组，分别采用西药治疗、针灸结合推拿治疗。对照组（ $n=60$ ）中男性有 31 例，女性有 29 例，年龄分布在 29~67 岁之间，平均值（ 48.32 ± 1.42 ）岁，病程跨度在 2 个月~8 个月之间，平均值是（ 5.11 ± 0.21 ）岁；观察组（ $n=60$ ）中男性有 33 例，女性有 27 例，年龄分布在 28~68 岁之间，平均值（ 48.41 ± 1.38 ）岁，病程跨度在 1 个月~9 个月之间，平均值是（ 5.13 ± 0.18 ）岁。两组一般资料对比无显著差异， $P>0.05$ ，可比较。

纳入标准：所有患者经 MRI 等临床检查确诊；患者主诉颈部疼痛、僵硬等表现，影像学检查可见髓核凸出、脱出，椎节呈现出梯形变，椎间孔变狭窄；患者均签署了研究的知情同意书。

排除标准：哺乳期以及孕期女性；精神障碍疾病；患有皮肤疾病不适宜进行针灸治疗的患者；肝肾功能不全的患者；此前接受过相关性治疗的患者；复发性颈椎病患者；有相关药物禁忌症的患者。

1.2 方法

对照组采用常规的治疗方式，给予肌肉注射甲钴胺注射液，每次 0.5mg，每周 3 次，口服布洛芬缓释胶囊，1 粒/次，每天 2 次。一周为一个疗程，共治疗三周。

观察组则使用针灸结合推拿治疗方案。（1）取患者合谷穴、风池穴、曲池穴、天柱穴、大椎穴等穴位，皮肤表面以碘伏消毒，指导患者行俯伏坐位，颈部向前微伸，观察病变位置，对以上位置进行针刺，其中风池穴进针深度为 0.8~1.0 寸，天柱穴进针深度为 1.0 寸，大椎穴斜刺进入，深度为 1.0 寸，其它穴位常规直刺，针灸均应用单式手法，进针后应用提插、捻转手法得气，带电针治疗半小时，每天治疗一次。观察组同时结合推拿

治疗，详细内容如下：（2）指导患者行坐位，充分暴露患者颈背部，操作医师站立治疗，使用掌根对颈部进行按揉，按揉过程中嘱患者放松肌肉，推拿力度应当先轻后重，依据患者耐受力逐渐增加力量，以患者颈部感到温热及酸胀为宜，按摩时间为 5min。（3）取患者颈夹脊、风池穴、曲池穴、天柱穴、肩井穴等穴位，使用掌指关节揉法、拿法及弹拨法按揉颈项部肌肉及诸穴位，每个穴位操作 20s，待患者颈肩部肌肉放松后再施以颈椎旋转定位扳法。（4）掌心对患者肩颈部进行拍法操作，操作时间是 2min，用力应当轻柔、平稳，有节奏的摇法放松患者上肢，有效缓解颈肩部肌肉疲劳。以上治疗每天进行一次，一个疗程是 10d，治疗一个疗程后停止一周，在第 18d 开始下一流程的治疗，在治疗两个疗程后观察效果。

1.3 观察指标

1.3.1 治疗效果

参照一下标准评估患者疗效：经治疗后疼痛等症状完全消失，症状评分降低 90%以上为显效；经治疗后疼痛等症状减轻，症状评分降低 50%以上为有效；经治疗后症状改善不显著，症状评分降低不明显为无效，显效与有效之和作为总有效例数。

1.3.2 症状评分

对比两组治疗前后颈背疼痛、颈背僵硬以及上肢放射性疼痛症状评分，按照轻重程度评分 0~3 分，0 分为无症状，3 分为重度症状，分数高则症状重。

1.3.3 复发率

对患者进行为期半年的随访，分别记录治疗后一个月、两个月、四个月及半年后的复发率。

1.4 统计学分析

实验数据均使用 SPSS23.0 进行差异检验，计数资料、计量资料分别以百分数、（均数±标准差）表达，以 X^2 值和 t 值进行检验， $P<0.05$ 为研究有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组的临床疗效分析

两组的治疗有效率结果是 96.67%（58 例）、85%（51 例），其中观察组有效率较高，二者差异性比较有统计学意义， $P<0.05$ 。

表 1：两组临床疗效统计

组别（ $n=60$ ）	显效（ n ）	有效	无效（ n ）	有效率（ $n\%$ ）
观察组	50	8	2	58（96.67）
对照组	41	10	9	51（85.00）

X ²	4.9041
P	0.0268

2.2 两组的 VAS 评分比较

观察组治疗前 VAS 评分 (6.12±1.35) 分, 和对照组无显著差异, P>0.05, 在治疗一个疗程、两个疗程以及治疗三个月后的 VAS 评分分别是 (3.01±0.24) 分、(2.45±0.25) 分、(1.01±0.11) 分, 低于对照组, 二者比较差异显著, P<0.05。

表 2: 两组的 VAS 评分 (分)

组别 (n=60)	治疗前	治疗一个疗程	治疗两个疗程	治疗三个月
观察组	6.43±1.24	3.01±0.24	2.45±0.25	1.01±0.11
对照组	6.21±1.37	3.64±0.34	3.21±0.27	1.45±0.15
t	0.9222	11.7258	15.9985	18.3227
P	0.3583	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 两组的复发率对比

两组的复发率比较, 观察组数据低于对照组, 其治疗后一个月、两个月、四个月及半年后的复发率分别是 0、1.67% (1 例)、1.67% (1 例) 和 5% (3 例), 二者对比差异显著, P<0.05。

表 3: 两组的复发率比较 (n/%)

组别 (n=60)	治疗后一个月	治疗后两个月	治疗后四个月	治疗后半年
观察组	0	1 (1.67)	1 (1.67)	3 (5)
对照组	4 (6.67)	7 (11.67)	7 (11.67)	12 (20)
X ²	4.1379	4.8214	4.8214	6.1714
P	0.0419	0.0281	0.0281	0.0130

3. 讨论

神经根型颈椎病的发病主要和颈椎间盘突出以及骨质增生相关, 以上病理会对患者神经根造成刺激和压迫, 导致颈椎间盘髓核凸出或是脱出, 从而引起了关节疼痛, 肌肉僵硬等症状, 对患者生活造成了不良影响^[9-11]。本病发病缓慢, 进展较慢, 但治疗棘手, 不易根治, 复发率较高。疾病在长期低头、坐姿不良的群体中发病率较高, 例如驾驶员、办公室人员、编辑等等。中医将本病归属在“项痹病”、“痉证”和“项强”范畴, 并认为疾病的发病多和肝肾亏虚、筋骨失养以及脉络瘀滞等因素相关。常规西医治疗本病一般应用口服药物治疗、注射药物治疗以及电刺激等物理治疗方式, 虽然可以改善患者症状, 但治标不治本, 复发率高, 复发较快^[12-13]。中医治疗本病的方案则比较多样化, 临床认为联合两种以上的中医方案对本病的治疗效果较好。

中医治疗中针灸治疗可以有效疏通经络, 达到解痉止痛和活血化瘀的功效, 针刺风池穴、合谷穴、天柱穴等穴位能够祛邪扶正、行气止痛、疏风通经, 其中风池穴位于颈后部, 针刺具有祛风通络止痛、调和局部经络气血的作用, 大椎穴为督脉、手足三阳经交会穴, 针刺治疗可以振奋机体的阳气而使筋脉柔和舒缓, 曲池穴、天柱穴等穴位针刺可以达到缓解肩颈部疼痛和肌肉僵硬的作用。针灸治疗通过针刺相应穴位, 能够加速全身的血液循环, 有效解除病灶位置肌肉痉挛, 放松韧带, 清除病灶部位及其周围的炎症反应, 减轻水肿表现, 对神经根型颈椎病的治疗效果较好。推拿治疗可以通过手法按摩肌肉和穴位, 以达到松弛肌肉和韧带, 减轻肌肉痉挛、解除硬结等目的, 其具有调血和气的功效, 可以最大限度缓解肌肉紧张和僵硬, 帮助恢复颈椎功能。在本次研究中, 观察组的治疗有效率较高, 并且本组患者各项症状评分在治疗后显著降低, 各时间疼痛评分对比。针灸和推拿联合用于治疗神经根型颈椎病可以达到疗效协调以及协同作用,

加速恢复病灶部位的肌肉状态, 及时解除肌肉紧张和痉挛表现。此外, 现代医学研究也指出了中医推拿和针灸治疗可以清除炎症因子, 从而积极减轻炎症引起的疼痛症状, 疼痛缓解较快, 故各项的症状评分也比较低。

研究还指出了: 两组的复发率比较, 观察组数据低于对照组, 其治疗后一个月、两个月、四个月及半年后的复发率分别是 0、1.67% (1 例)、1.67% (1 例) 和 5% (3 例), 二者对比差异显著, P<0.05。针灸与推拿联合治疗下, 能够加速复位颈椎小关节和凸出、脱出髓核等, 同时促进血液循环, 行气止痛、舒筋活络, 有效减轻了疼痛表现。西医治疗本病虽然也能够有效减轻疼痛, 但疗效不够持久, 由于本病多与患者职业和生活习惯有关, 故在停止用药之后, 疼痛症状会逐渐复发、加重。中医针灸和推拿治疗本病能够从根本解除病因, 避免了神经根长期受到压迫和刺激, 有效缓解了髓核凸出、脱出问题, 故本组患者的复发率相对较低。临床认为, 若患者经治疗后能够保持良好的坐姿, 避免长期低头等动作, 可以达到更好的维持效果。张英^[14]在其研究中也指出: 针灸结合推拿治疗神经根型颈椎病后, 患者一个月、两个月、四个月及半年后的复发率分别是 14%、22%、26%、26%, 与对照组比差异显著, P<0.05。其研究与本研究论证观点基本一致, 仅存在较小的数据差异, 考虑和病例数差异等因素相关。

综上所述: 针灸结合推拿对神经根型颈椎病的具有确切的疗效, 对临床症状改善明显, 治疗后不易复发, 值得应用。

参考文献:

[1]熊兵. 中医推拿结合针灸治疗神经根型颈椎病的临床效果与价值分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(42): 44, 46.

[2]徐爱军. 针灸结合推拿治疗神经根型颈椎病临床体会[J]. 中国保健营养, 2020, 30(26): 151-152.

[3]张明策. 针灸结合推拿治疗神经根型颈椎病的疗效观察[J]. 保健文汇, 2020(12): 183-184.

[4]柳森. 中医针灸结合推拿治疗神经根型颈椎病的临床效果与价值研究[J]. 特别健康, 2020(20): 110.

[5]郝宇鹏, 张博文, 周英杰. 针灸推拿结合黄芪桂枝五物汤治疗神经根型颈椎病的临床观察[J]. 健康大视野, 2021(7): 109.

[6]顾建峰. 中医推拿结合针灸治疗神经根型颈椎病的临床效果与价值[J]. 中外医学研究, 2019, 17(27): 34-36.

[7]赵立胜. 分析中医通督正脊推拿术结合针灸治疗神经根型颈椎病的临床疗效与推广价值[J]. 养生保健指南, 2021(10): 108-109.

[8]周海柱. 针灸推拿结合黄芪桂枝五物汤治疗神经根型颈椎病的临床观察[J]. 饮食保健, 2021(22): 103.

[9]肖杰, 王艳成, 茹占廷. 中医推拿结合针灸治疗神经根型颈椎病的临床效果观察[J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊), 2021, 21(21): 277-278.

[10]郑宾. 中医推拿结合针灸治疗神经根型颈椎病的疗效分析[J]. 系统医学, 2021, 6(18): 46-48.

[11]李随林, 姚小强. 中医推拿结合针灸治疗神经根型颈椎病的临床效果与价值研究[J]. 心理月刊, 2020, 15(6): 161.

[12]闫小妮, 杜小卫. 探讨中医推拿结合针灸治疗神经根型颈椎病的临床效果与价值[J]. 健康大视野, 2020(20): 98.

[13]田思奇. 针灸推拿结合黄芪桂枝五物汤治疗神经根型颈椎病的临床观察[J]. 中国保健营养, 2021, 31(30): 269.

[14]张英. 针灸结合推拿治疗神经根型颈椎病的效果分析[J]. 中国伤残医学, 2021, 29(12): 66-67.

麻杏石甘汤加味方治疗小儿哮喘发作期（热哮）的临床观察

王龙梅 孙永显

山东中医药高等专科学校 山东烟台 264199

摘要：目的：针对处于哮喘发作期（热哮）的患儿，探讨麻杏石甘汤加味的疗效。方法：将我院2016年2月至2019年12月收治的小儿哮喘患者200例纳入研究对象，电脑随机分成实验组和参照组。参照组予以西药进行平喘止咳治疗，实验组在参照组基础上予以麻杏石甘汤加味方，治疗结束后，观察两组临床效果、症状（咳嗽、喘息、肺部哮鸣音）改善时间以及不良反应发生率，并对数据作以分析。结果：实验组在麻杏石甘汤加味方的治疗下，咳嗽、喘息、肺部哮鸣音症状得到了迅速改善，所用时间明显短于参照组（ $P<0.05$ ）；且总有效率：实验组为98.00%，对照组为90.00%，实验组总有效率明显更高（ $P<0.05$ ）；同时实验组不良反应发生率为3.00%，对照组为2.00%，两组比较无差异（ $P>0.05$ ）。结论：对处于哮喘发作期（热哮）的患儿使用麻杏石甘汤加味方治疗，可促使临床效果得到进一步提升，使症状在较短时间内得到缓解，且不良反应少，安全性高，值得将该治疗方案在哮喘发作期（热哮）的治疗中推广。

关键词：麻杏石甘汤；加味；小儿哮喘；发作期；热哮；临床效果；症状改善时间；不良反应

小儿哮喘是儿童时期最常见的慢性呼吸系统疾病之一，具有较高的发病率，5岁以下儿童居多，约占到其中的80%^[1]。在日常生活中，一些空气中的过敏原、食物过敏原、季节交替、呼吸道感染等因素均可诱发小儿哮喘的发作^[2]。患儿主要表现为喘息、咳嗽、胸闷等症状，并在夜间或清晨加剧，这些临床症状严重影响儿童的身心发育^[3]。目前，哮喘难以彻底治愈，临床治疗主要以积极预防和控制为主。处于发作期的患儿若未得到及时有效的治疗，可并发肺部感染，加重哮喘症状，引起呼吸困难，甚至窒息，也可诱发呼吸衰竭，直接危及到患儿生命安全，同时若治疗不及时，哮喘长期发展可导致患儿气道发生不可逆缩窄与重塑，对患儿气道造成不可逆损伤，并可进展为成人哮喘，该病对患儿造成的不良影响和危害极为严重，故需采取及早治疗，及早治疗可有效控制病情进展，改善预后^[4-5]。因此，为探讨能够快速缓解小儿哮喘发作期临床症状的药物，笔者在本次研究中从中医角度提出了麻杏石甘汤加味方的治疗方案。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

从2016年2月~2019年12月我院收治的小儿哮喘患者中选取200例纳入研究对象，电脑随机分成实验组和参照组，每组100例。实验组中男女比例为48:52，年龄3~7岁，平均（ 5.1 ± 0.8 ）岁；参照组中男女比例为51:49，年龄3.5~6岁，平均（ 4.9 ± 0.7 ）岁。两组一般资料在差异上无统计学意义（ $P>0.05$ ），在本次研究中具有可比性，可进行研究。

纳入标准：1）依据《儿童支气管哮喘诊断与防治指南》和影像学检查结果，确诊为急性发作期小儿哮喘；2）依据《小儿哮喘中医诊疗指南》，患儿属于痰热壅肺证；3）患儿的临床资料齐全；4）患儿监护人知晓本次研究，并签署知情同意书；5）本次研究已取得院伦理委员会批准^[6]。

排除标准：1）特应性咳嗽、呼吸道感染后咳嗽等患儿；2）合并全身系统性疾病、肝肾功能不全者；3）对服用中药排斥者或对本次药物过敏者；4）治疗依从性极差者；5）中途退出研究者；6）存在严重先天性疾病史者。

1.2 治疗方法

参照组采用AstraZeneca AB公司的硫酸特布他林雾化液（批准文号：H20140108；规格：2ml:5mg*20支）雾化吸入。1日3次，每次5mg。

实验组在参照组基础上采用麻杏石甘汤加味治疗。基础方：生石膏30g、麻黄5g、杏仁6g、甘草5g。随症加减：热重者加金银花，痰重者加贝母，惊厥者加蝉蜕，腹胀便秘者加大黄、莱菔子。每日1剂，煎成汤剂100ml，分早中晚3次温服。连续服用7天。两组患儿治疗期间均加强护理，为其提供优质、全面、综合、系统的护理服务，包括用药护理、基础

护理、饮食护理、环境护理、心理护理以及家属的健康教育等。

1.3 疗效评价标准

观察两组临床效果、症状改善时间、不良反应发生率，并分析数据。临床效果评价标准^[7]：显效：经过治疗后，患儿临床症状、肺部哮鸣音消失或基本消失，夜间无急性发作和活动受限；有效：临床症状、肺部哮鸣音明显缓解，夜间急性发作次数明显减少；无效：未满足显效或有效标准，对两组的总有效率进行计算。症状改善时间包括咳嗽、喘息、肺部哮鸣音。常见药物不良反应有头痛、胃肠道反应等，统计两组发生情况。

1.4 统计学方法

采用SPSS20.0统计实验数据，以率（%）的形式表达计数资料，以（ $\bar{x}\pm s$ ）的形式表达计量数据，行 χ^2 检验和t检验。以 $P<0.05$ 作为统计值差异标准。

2 结果

2.1 两组临床效果对比

从表1可知，总有效率：实验组为98.00%，对照组为90.00%，实验组总有效率明显更高（ $P<0.05$ ）。详见表1：

表1 两组临床效果比较[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率（%）
对照组	100	48(48.00%)	42(42.00%)	10(10.00%)	90/100 (90.00%)
实验组	100	69(69.00%)	29(29.00%)	2(2.00%)	98/100 (98.00%)
χ^2	-	9.083	3.690	5.671	5.674
P	-	0.003	0.055	0.017	0.017

2.2 两组症状改善时间对比

从表2可知，实验组通过麻杏石甘汤加味方治疗，咳嗽、喘息、肺部哮鸣音症状在较短时间内得到了改善，所用时间明显短于参照组（ $P<0.05$ ）。

表2 两组症状改善时间比较（ $\bar{x}\pm s$ ，n=100）

组别	咳嗽消失时间（天）	喘息消失时间（天）	肺部哮鸣音消失时间（天）
实验组	2.95±0.34	3.12±0.54	3.67±0.38
参照组	4.13±0.28	5.03±0.37	4.79±0.33
t	26.7905	29.1782	22.2536

P	0.0000	0.0000	0.0000		
2.3 两组不良反应发生率对比					
从表 3 可知, 实验组不良反应发生率为 3.00%, 对照组为 2.00%, 两组比较无差异 ($P>0.05$)。详见表 1:					
表 3 两组不良反应发生率比较[n(%)]					
组别	例数	头痛	胃肠道反 应	其他	合计 (%)
对照 组	100	1 (1.00%)	1 (1.00%)	0 (0.00%)	2/100(2.00%)
实验 组	100	1 (1.00%)	1 (1.00%)	1 (1.00%)	3/100(3.00%)
χ^2	-	0.000	0.000	1.005	0.205
P	-	1.000	1.000	0.316	0.651

3 讨论

小儿哮喘是小儿群体常见的一种慢性呼吸道疾病, 具有较高的发病率, 据数据统计, 2010 年全国城市 14 岁以下小儿哮喘的患病率约为 3.02%, 约 70%~80% 的患儿发病于 5 岁之前^[8]。常见症状有咳嗽、喘鸣、气促、胸闷、呼吸困难等, 常于夜间或清晨急性发作或加剧, 并常伴有可逆性呼气气流受限, 其发病机制和病因较为复杂, 现临床上认为该病的发生与免疫因素、神经因素、炎性细胞浸润、气道壁增厚和、气道黏液栓形成、遗传等有着极为密切的关系, 常见诱发因素有过敏原、呼吸道感染病原体、运动、季节变化、剧烈情绪变化、某些药物等, 若治疗不及时, 可导致患儿气道发生不可逆损害, 迁延不愈, 部分患儿甚至可丧失体力活动能力, 急性发作时若未能得到及时有效控制, 甚至可直接导致患儿死亡, 严重威胁患儿生命安全, 该病对患儿造成的危害极为严重, 故需采取积极治疗, 早期治疗可有效延缓疾病进展, 改善预后^[9-10]。

在西医中, 小儿哮喘发作期的治疗通常使用 β_2 受体激动剂以快速缓解哮喘急性症状, 如特布他林雾化液, 该药可有效兴奋患儿 β_2 受体, 促使气道平滑肌松弛, 扩张大小气道, 并可有效抑制机体释放炎症因子, 改善气道纤毛运动, 但是, 该类药物可能对一些低龄段的儿童疗效欠佳以及对儿童的生长发育存在潜在风险^[11]。中医治疗小儿哮喘具有独特优势, 且历史悠久。中医认为, 小儿脏腑娇嫩, 形气未充, 肺、脾、肾三脏功能常不足^[12]。机体在受了外界的风寒或接触了诱发哮喘的过敏原等外邪之后, 就可能导致水液代谢失常, 肺脏的通降功能失常, 诱发哮喘反复发作^[13]。本次研究中患儿均为热哮, 症状表现为咳嗽、胸膈满闷、多痰等, 治疗上宜清热涤痰, 宣肺降逆平喘。本研究即应用了麻杏石甘汤加味方, 该方剂以麻杏石甘汤为基础方, 方中有生石膏、麻黄、杏仁和甘草。麻黄为君, 性温辛散, 能清肺平喘, 生石膏清热生津, 解肌透邪, 其主要成分硫酸钙入药后, 能够调节血液中的钙离子浓度, 发挥解痉、消炎的功效; 生石膏和麻黄联合, 既能疏散表邪, 又能宣肺平喘; 杏仁降逆肺气, 平喘咳, 其有效成分苦杏仁苷能够润肺止咳^[14]; 甘草和中益气, 对方中重用的生石膏有调和寒热之效, 保护胃气, 麻杏石甘汤加味方中诸药合用, 共奏宣肺止咳, 化痰清热功效, 可有效改善患儿肺通气功能, 从而缓解哮喘症状^[15]。并根据患儿具体情况随证加减, 热重者加金银花, 金银花可清热解毒、通经活络, 痰重者加贝母, 贝母可清肺化痰、润肺止咳, 惊厥者加蝉蜕, 蝉蜕可疏风清热、定惊解痉, 腹胀便秘者加大黄、莱菔子, 大黄可泻热通便、解毒消痈, 莱菔子可降气化痰、消食除胀, 加减方确保患儿的治疗更具针对性。同时该治疗方案不良反应极少, 具备较高的安全性, 具备较高的应用价值。

研究结果显示, 总有效率: 实验组为 98.00%, 对照组为 90.00%, 实

验组总有效率明显更高 ($P<0.05$), 且实验组咳嗽、喘息和肺部哮鸣音改善时间明显短于参照组, 提示了麻杏石甘汤加味的治疗效果更加显著, 这主要与麻杏石甘汤加味具有良好的化痰清热、宣肺止咳作用有关。同时实验组不良反应发生率为 3.00%, 对照组为 2.00%, 两组比较无差异 ($P>0.05$), 表明在西药治疗基础上加以麻杏石甘汤加味方治疗并不会增加药物不良反应, 具备较高的安全性。

综上所述, 采用麻杏石甘汤加味方治疗小儿哮喘发作期 (热哮), 能够快速缓解哮喘症状, 使病情得到控制, 同时中药治疗毒副作用小, 保证了患儿的用药安全性, 值得推广。

参考文献:

[1]叶龙.麻杏石甘汤加味离子导入联合西药治疗小儿热性哮喘轻度急性发作 50 例临床观察[J].中医儿科杂志,2019,15(05): 19-22.

[2]史荟杨,徐丽,郝欧美.麻杏石甘汤加味联合穴位贴敷对小儿支气管哮喘临床疗效观察[J].海南医学院学报,2019,25(24): 1897-1901.

[3]杜娟.麻杏石甘汤合升降散加味治疗小儿支气管哮喘发作期临床观察[J].光明中医,2018,33(6): 2.

[4]Zhiqiang WU, Pediatrics D O. Clinical observation on the effect of Moxing Shigan Decoction in adjunctive treating of 45 cases of children with asthma during attack[J]. Journal of Pediatrics of Traditional Chinese Medicine. 2018,14(04): 32-35.

[5]廖芳菊,周静冬,虞坚尔,等.平喘方治疗小儿支气管哮喘不同证型发作期临床研究[J].吉林中医药,2018,38(10): 5.

[6]刘艳梅,杨华萃.杨华萃主任应用经方治疗小儿哮喘发作期的临床经验[J].中国医药导报,2018,015(019): 113-116.

[7]史荟杨,徐丽,郝欧美.常规治疗基础上加用麻杏石甘汤加味对小儿支气管哮喘急性发作期的临床疗效[J].中国急救复苏与灾害医学杂志,2020,15(12): 4.

[8]Chang J J, Yuan-Sheng H E, Gao L, et al. The medication rule of childhood asthmatic attack to phlegm-type asthma,external cold and interior heat syndrome based on Apriori and other statistical methods[J]. Lishizhen Medicine and Materia Medica Research, 2019, 30(1): 3.

[9]薛庆凡,程果,邢璐.探讨针对性护理干预对雾化吸入治疗小儿哮喘的疗效及依从性的影响[J].四川解剖学杂志,2019,27(03): 143-144.

[10]史荟杨,徐丽,郝欧美.麻杏石甘汤加味对风邪犯肺型小儿支气管哮喘急性发作期 T 淋巴细胞亚群、炎症因子及肠道菌群的影响[J].河北中医,2020,42(4): 5.

[11]Liu Y, Zhang H, Xue Z, et al. Clinical study on the Liujunzi decoction and Yupingfeng powder in the treatment of asthma children in the remission period[J]. Chinese Pediatrics of Integrated Traditional and Western Medicine,2019, 39(06): 5.

[12]袁君茹.布地奈德混悬液联合复方异丙托溴铵雾化吸入治疗小儿哮喘的临床疗效分析[J].现代诊断与治疗,2019,030(004): 555-556.

[13]韩光玺,单永胜,韩晓.加味麻杏石甘汤联合特布他林及布地奈德雾化吸入治疗小儿支气管哮喘急性发作临床研究[J].新中医,2020,52(013): 4.

[14]张美霞.加味麻杏石甘汤治疗小儿哮喘的临床效果研究[J].北方药学,2018,015(005): 1.

[15]马静维,官振华.麻杏石甘汤加味结合常规疗法治疗邪热壅肺证支气管哮喘急性发作期的临床研究[J].天津中医药,2019,36(02): 5.

老年功能性便秘患者应用芪蓉行滞通便汤的效果研究

杨红玲

鄂城区玉蟾卫生院 陕西西安 710300

摘要：目的：探讨老年功能性便秘患者应用芪蓉行滞通便汤的效果。方法：将 2020 年 3 月~2022 年 3 月 170 例老年功能性便秘患者分为两组，各 85 例，对照组予以聚卡波非钙治疗，观察组在对照组基础上加芪蓉行滞通便汤治疗。两组治疗前后进行症状积分，检测血清胃泌素(GAS)、胃动素(MTL)、血管活性肠肽(VIP)、胆囊收缩素受体(CCKA)水平，评价临床疗效，同时采用便秘患者生存质量量表(PAC-QOL)进行评估。结果：两组治疗后的症状评分均有不同程度的下降，观察组的症状评分明显低于对照组(P<0.05)。观察组的总有效率(95.29%)明显高于对照组(82.35%)，统计差异具有显著性(P<0.05)。两组治疗后血清 GAS、MLT、VIP、CCKA 水平均有不同程度改善(P<0.05)，观察组血清 GAS、MLT、VIP 改善明显优于对照组，差异具有统计学意义(P<0.05)。两组治疗后 PAC-QOL 评分均有不同程度的降低(P<0.05)，观察组 PAC-QOL 评分明显低于对照组，统计差异具有显著性(P<0.05)。结论：芪蓉行滞通便汤对老年功能性便秘具有确切疗效，对改善老年患者的生活质量具有积极帮助。

关键词：功能性便秘；芪蓉行滞通便汤；老年

功能性便秘是一种功能性肠病，我国的患病率约为 6%，女性患病率(8%)高于男性(4%)^[1]。尽管西医可采用缓泻剂、促动力剂、微生态制剂及一些非处方产品等多种方法治疗该病，但仍有接近一半的患者无法从中获益^[2]。功能性便秘的治疗仍然具有挑战性。中医将功能性便秘归于“便秘”“秘结”“脾约”等范畴，老年人便秘多属于虚秘，由于老年人年老体衰，气血阴阳不足，脏腑功能也衰退，进而发生功能性便秘，而芪蓉行滞通便汤是根据老年人的体质而设计的，效果较好^[3]。本研究选择 2020 年 3 月~2022 年 3 月 170 例老年功能性便秘患者并分为两组，分别采用不同的方法治疗，旨在探讨芪蓉行滞通便汤治疗老年功能性便秘的效果，报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择 2020 年 3 月~2022 年 3 月 170 例老年功能性便秘患者，纳入标准：(1)符合功能性便秘相关诊断标准；(2)近 6 个月内接受过胃镜和结肠镜检查，无可解释症状的器质性疾病；(3)年龄≥65 岁；(4)中医辨证分型为脾虚气滞型。排除标准：(1)便秘型肠易激综合征；(2)合并其它严重原发性疾病及躯体疾病；(3)幽门螺杆菌阳性；(4)合并慢性或活动性炎症；(5)近期内使用过激素、抗生素、促胃动力药、泻药、益生菌等药物。随机分为两组各 85 例，观察组：男 41 例，女 44 例；年龄 66~83 岁，平均年龄(72.27±3.95)岁，病程 7~16 个月，平均(9.42±1.25)个月。对照组：男 43 例，女 42 例；年龄 65~80 岁，平均年龄(73.39±5.64)岁，病程 6~13 个月，平均(10.53±1.59)个月。两组一般资料无统计学意义(P>0.05)。

1.2 方法

对照组口服聚卡波非钙(苏州中化药品工业有限公司，国药准字 H20110109)治疗，2 片/次，3 次/d。观察组在对照组基础上加芪蓉行滞通

便汤，方剂：黄芪 30g、肉苁蓉 20g、枳实 15g、白术 15g、党参 20g、柴胡 15g、赤芍 30g、六神曲(炒) 15g、荷叶 10g、陈皮 10g、大黄 9g、木香 10g、炙甘草 6g，每日 1 剂，水煎分早晚温服。两组均连续治疗 4 周。

1.3 观察指标

治疗前后对两组患者的症状进行积分：腹胀：无计 0 分，偶尔计 1 分，经常计 2 分，持续计 3 分；腹痛：无计 0 分，轻微但可忍受，不影响生活与工作计 1 分，中度尚可忍受，一定程度影响生活与工作计 2 分，重度无法忍受为 3 分；大便艰涩不畅：无计 0 分，偶尔计 1 分，经常计 2 分，持续计 3 分；排便不尽感：无计 0 分，偶尔计 1 分，经常计 2 分，持续计 3 分。抽取空腹静脉血 3mL，采用 ELISA 法检测血清胃泌素(GAS)、胃动素(MTL)、血管活性肠肽(VIP)、胆囊收缩素受体(CCKA)等胃肠激素水平。两组患者均追踪 3 个月，采用便秘患者生存质量量表(PAC-QOL)进行评估，包括 4 个维度，共 28 个条目，分数越低表示生活质量越优。

1.4 临床疗效判断标准

治愈：相关症状消失，大便的性质及习惯恢复正常，2d 内至少排便 1 次；有效：相关症状明显减轻，3d 内至少排便 1 次；无效：相关症状无减轻或加重。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计软件分析处理数据，计数资料以率表示，组间两两比较采用 Pearson χ^2 检验；计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，组内治疗前后比较采用配对 t 检验，组间比较采用独立样本 t 检验。P<0.05 表示有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后症状评分比较

两组患者治疗后的症状评分均有不同程度的下降，观察组的症状评分明显低于对照组(P<0.05)，见表 1。

表 1 两组患者治疗前后症状评分比较 ($\bar{x} \pm s$ ，分)

组别	n	腹胀		腹痛		大便艰涩不畅		排便不尽感		总分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	85	2.44±0.68	0.83±0.19*	1.84±0.55	0.52±0.10*	2.64±0.69	1.27±0.30*	2.04±0.64	0.88±0.26*	7.42±1.29	2.11±0.65*
对照组	85	2.41±0.58	1.47±0.40*	1.88±0.51	0.95±0.23*	2.62±0.61	1.84±0.49*	2.07±0.58	1.42±0.40*	7.09±1.05	3.94±0.72*
t		0.309	13.324	0.492	15.807	0.200	9.147	0.320	10.436	1.829	17.394
P		0.758	0.000	0.623	0.000	0.842	0.000	0.749	0.000	0.069	0.000

注：与治疗前比较，*P<0.05。

2.2 两组患者的临床疗效比较

观察组的总有效率为 95.29% (81/85)，明显高于对照组的 82.35% (70/85)，统计分析有显著性(P<0.05)，见表 2。

表 2 两组患者的临床疗效比较[n(%)]

组别	n	治愈	有效	无效	总有效
----	---	----	----	----	-----

观察组	85	38(44.71)	43(50.59)	4(4.71)	81(95.29)
对照组	85	19(22.35)	51(60.00)	15(17.65)	70(82.35)
χ^2					6.417
t					0.000

2.3 两组患者治疗前后胃肠激素水平比较

两组治疗后血清 GAS、MLT、VIP、CCKA 水平均有不同程度改善，

观察组血清 GAS、MLT、VIP 改善明显优于对照组 (P<0.05), 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后胃肠激素水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	GAS (ng/L)		MLT (ng/L)		VIP (ng/L)		CCKA (pg/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
观察组	85	79.42±24.30	88.32±16.43*	153.39±38.21	202.82±36.62*	164.49±31.08	101.47±27.62*	106.52±23.94	123.42±21.43*
对照组	85	77.06±21.53	83.09±12.81*	151.11±38.59	189.42±38.61*	169.32±52.37	143.38±35.98*	104.16±21.94	109.52±27.67
t		0.670	2.314	0.387	2.322	0.731	8.519	0.617	3.662
P		0.504	0.022	0.699	0.021	0.466	0.000	0.538	0.066

注: 与本组治疗前比较, *P<0.05。两组治疗后 PAC-QOL 评分不同程度降低 (P<0.05), 观察组 PAC-QOL 评分明显低于对照组 (P<0.05), 见表 4。

2.4 两组治疗前后 PAC-QOL 评分比较

表 4 两组治疗前后 PAC-QOL 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	躯体不适		担心和焦虑		心理社会不适		满意度		总分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	85	12.83±2.53	5.62±1.72*	37.19±4.20	12.02±2.64*	22.83±3.28	12.84±2.09*	22.81±5.42	9.11±2.68*	93.53±13.29	40.17±6.47*
对照组	85	12.97±1.84	8.52±2.05*	37.22±5.76	21.84±3.80*	23.01±4.71	16.52±3.18*	21.37±4.91	16.31±2.77*	92.71±11.64	61.44±8.04*
t		0.413	9.991	0.039	19.567	0.289	8.916	1.815	17.223	0.428	19.002
P		0.680	0.000	0.969	0.000	0.773	0.000	0.071	0.000	0.669	0.000

注: 与本组治疗前比较, *P<0.05

3 讨论

功能性便秘在老年人中非常普遍, 其病因包含多种因素, 涉及年龄、饮食、行为、盆底功能、胃肠动力及精神心理因素等^[4]。聚卡波非钙作为容积性泻剂, 被广泛应用于治疗各种原因引起的便秘。它是一种吸水性的非离子型高分子聚合物, 能直接在肠道内发挥作用, 增加粪便中水分的含量, 维持肠管水分, 并促进消化道内容物的输送, 使粪便松软易排出, 且不会诱发腹泻, 反倒对腹泻具有抑制作用^[5]。

中医学认为便秘与脏腑功能失调密切相关, 涉及肝、脾、肺、胃、大肠多个脏腑。肝主疏泄, 脾主运化, 肺主宣发、肃降, 胃主受纳, 各脏器之间相互影响, 当某一脏器功能失调则会由此及彼, 相互累及, 从而影响气机的运动变化及水液代谢分布, 出现脾胃升降紊乱, 气机阻滞, 气滞则通降失常, 大肠传导失职, 粪便内停而不得下, 糟粕壅滞肠道, 损伤津液, 日久则肠燥津亏, 津亏则大便干燥秘结, 最终发为便秘^[6]。老年人因脏腑功能衰退, 加之饮食不节、外感邪毒、情志失调, 十分容易触发致病条件, 引起气机郁滞, 肝气有失调达, 必横克脾胃, 使中焦气机升降失调。脾胃居中焦, 脾升则健, 胃降则和, 恢复脾胃的运化, 使气机升降有序, 可助大肠传导之功。《素问大论》云: “通因通用, 塞因塞用, 必降其主”。其中的“塞因塞用”则指使用补中益气药物治疗堵塞腹胀之虚证^[7]。自拟芪蓉行滞通便汤, 方中以黄芪、肉苁蓉为君药, 大补脾气, 润肠通便; 臣药为白术、党参健脾助运, 枳实破气消积, 六神曲健脾和胃, 荷叶助脾利湿、升发清阳, 陈皮健脾燥湿、理气消积, 大黄攻积导滞, 木香健脾理气、消食止痛, 赤芍清热凉血, 柴胡疏肝利胆。炙甘草调和诸药。全方具有调理中焦气机、润肠通便的功效。本结果显示, 与对照组比较, 观察组患者的症状改善更显著。对照组的总有效率为 82.35%, 而观察组提升到 95.29%。

现代药理研究表明, 白术具有双向调节肠管运动, 促进胃肠道动力, 调节 Cajal 间质细胞的数量和分布, 以及肠神经系统等活性^[8]。枳实中的黄酮甙对由组织胺、乙酰胆碱引起的痉挛性收缩具有拮抗作用, 可兴奋胃肠平滑肌, 减少 VIP 分泌, 提高胃动素分泌, 增强胃肠动力^[9]。大黄可能通过抑制结肠黏膜层中水通道蛋白 3 的表达, 增加粪便含水量^[10]。木香与陈皮配伍可通过 CYP19A1 等多达 180 个靶点治疗便秘^[11]。以上为本方治疗老年功能性便秘提供了现代研究证明。GAS、MLT、VIP、CCKA 均为胃肠激素, 其中 VIP 表达过高对胃肠动力具有抑制性, 而 GAS、MLT、CCKA 对胃肠动力则具有促进作用。本结果显示, 与对照组比较, 观察组治疗后的血清 GAS、MLT、VIP 改善更显著, 可见芪蓉行滞通便汤在调节胃肠激素方面具有显著作用, 这可能是其治疗老年功能性便秘的机制之

一。便秘十分影响患者的生活质量, 本结果显示, 观察组患者的生活质量改善明显优于对照组。

综上所述, 芪蓉行滞通便汤对老年功能性便秘具有确切疗效, 对改善老年患者的生活质量具有积极帮助。

参考文献:

[1] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 功能性便秘中西医结合诊疗共识意见(2017 年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2018, 26(1): 18-26.

[2] Cassettari V, Machado N C, Louren O P, et al. Combinations of laxatives and green banana biomass on the treatment of functional constipation in children and adolescents: a randomized study[J]. Jornal de Pediatria, 2018, 95(1): 27-33.

[3] 王丽英, 陈迪峰. 芪蓉行滞通便汤治疗老年功能性便秘的疗效观察[J]. 中国中医药科技, 2021, 28(5): 856-857.

[4] Barnes J, Coleman B, Hwang S, et al. Educational needs in the diagnosis and management of pediatric functional constipation: a US survey of specialist and primary care clinicians[J]. Postgraduate Medicine, 2018, 130(4): 428-435.

[5] 汪小平, 金丽雯, 姚东英, 等. 莫沙比利联合聚卡波非钙治疗便秘型肠易激综合征的疗效观察和对细胞因子的影响[J]. 安徽医药, 2021, 25(3): 596-599.

[6] 敖雪仁, 廖聪, 马凯敏, 沈国喜. 温阳通幽汤对高龄阳虚型便秘患者中医症候、粪便情况 and 外周血肠神经递质水平的影响[J]. 四川中医, 2020, 38(10): 100-102.

[7] 梁彪, 施展, 王建东, 等. 基于中医传承辅助平台的中医药治疗功能性便秘用药规律研究[J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16(5): 829-833.

[8] 肖长芳, 孙颺杨, 孟令昀, 等. 基于网络药理学和分子对接技术探讨益气开秘方治疗便秘的作用靶点及效应机制[J]. 现代药物与临床, 2022, 37(06): 1211-1222.

[9] 张正选, 李鲜. 枳实改善功能性消化不良大鼠胃动力障碍的机制研究[J]. 陕西中医, 2018, 39(8): 998-1000.

[10] 包佳鹭, 赵伟, 路一璇, 等. 大黄对小鼠水通道蛋白 3、4 及血管活性肠肽的影响[J]. 动物医学进展, 2021, 42(03): 54-58.

[11] 王梁凤, 张小飞, 李慧婷, 等. 基于数据挖掘的芳香类中药治疗便秘高频次使用药对“陈皮-木香”网络药理学研究[J]. 中国中药杂志, 2020, 45(9): 2103-2114.

中医辨证治疗胆红素代谢紊乱医案举隅

杨伟 肖定洪 尚莹莹 郭召平 梁春耕 胡春平

上海市嘉定区中医医院 上海 201899

摘要：目的 探讨胆红素代谢紊乱的中医治法。方法 将近年来治疗胆红素代谢紊乱临证医案的中医辨证思路与方药进行归类总结。4 则医案分别从脾虚不运、胃肠湿热、肝胆实火、肝郁脾虚 4 种辨证角度，针对采用不同的中医方剂治疗，取得满意的效果。结果：胆红素代谢紊乱的病位为肝胆，同时与脾胃密切相关。推测本病病机是无形或有形之石或积块阻滞胆道，胆腑不通，胆汁外溢所致。辨证以脏腑辨证为主，脾胃肝胆互参。治疗原则为实证攻邪，虚证健脾疏肝，巧用中药三金（金钱草、海金沙、鸡内金）通调胆道。通过总结胆红素代谢紊乱疾病的病因病机及辨证论治规律，为本病治疗规范化提供依据。

关键词：胆红素代谢紊乱；间接胆红素；中医辨证；医案

血清胆红素是机体血液中衰老红细胞在肝脏、脾脏、骨髓等网状内皮细胞系统中分解代谢的产物，它包括直接胆红素和间接胆红素。随着科学的发展，越来越多的学者开始注意到胆红素的生理功能，如保护内皮细胞、抑制平滑肌增殖、免疫调节等。近年来的研究发现胆红素是一种天然的内源性抗氧化剂，它具有抗脂质过氧化，保护细胞免受损伤以及增强维生素 C 和 E 的抗氧化作用等重要生理功能。

高胆红素血症可导致新生儿胆红素脑病，不及时治疗会损伤患儿的神经系统，影响患儿的发育^[1]。刘惠、吕琳等学者的研究证明高胆红素血症可造成大鼠肾小球损伤，且呈剂量依赖性，在致死量范围内，剂量越高，损伤越严重^[2]。张双阳、伍海娜等学者的研究证明精神分裂症患者的胆红素水平普遍偏高，并且这些较高水平的胆红素与精神分裂症的急性发作、阳性症状及不良预后相关^[3]。

笔者临床碰到较多胆红素升高，临床无症状及黄疸体征的患者，采用中医辨证治疗，效果较好，兹举验案四则，总结如下。

医案一：患者陆某某，女 33 岁，2021 年 6 月 25 日初诊我院门诊。主诉：“体检发现胆红素异常 16 天”。临床无不适症状。2021 年 6 月 9 日单位体检肝功能：总胆红素 57.0umol/l，直接胆红素 18.7umol/l，间接胆红素 38.3umol/l，余值正常。B 超（肝胆胰脾肾）：肝内钙化灶。6 月 21 日乙肝 5 项：乙肝表面抗体 阳性，余 4 项皆阴性。HCV：阴性。抗核抗体 13 项：阴性。予垂盆草颗粒、胆宁片口服治疗半月。8 月 13 日二诊笔者门诊，仍主述无异常不适，查体无巩膜黄染等黄疸体征。当天复查肝功能：总胆红素 64.3umol/l，直接胆红素 11.6umol/l，余值正常。其舌淡红，边缘齿痕，苔白，脉细。辨证属脾虚不运。治当健脾益气。太子参 10g，白茯苓 10g，炒白术 15g，山药片 30g，白扁豆 10g，炒枳壳 15g，广郁金 10g，制香附 10g，制乌梅 6g，金钱草 20g，海金沙 15g（包煎），生鸡金 10g，*14 剂，水煎服，日一剂。8 月 28 日三诊。复查肝功能：总胆红素 26.5umol/l，直接胆红素 5.0umol/l，余值正常。舌淡红，边缘少许齿痕，苔白，脉细，继予原方 14 剂。其后随访胆红素正常。

按：患者胆红素升高，以间接胆红素升高为主，临床无症状，故临床采用舌脉辨证的方法，证属脾虚不运。脾胃居人体之中，脾主生清，胃主通降。脾虚则气机不畅，影响少阳，枢机不利，无形之石阻滞胆腑，迫使胆汁外溢，故见胆红素升高。方以参苓白术散加减，方中太子参益气，白术、茯苓、山药、扁豆健脾，枳壳、郁金、香附调畅气机，金钱草、海金沙、生鸡金健脾消食，除湿退黄，利尿排石，乌梅酸甘敛阴，防疏泄太过。脾运则气机通畅，枢机自开，胆汁疏泄有路，胆红素恢复正常。

医案二：患者王某某，女，51 岁，2020 年 11 月 26 日初诊。主诉：“体检发现胆红素升高 3 月”。临床无不适症状。2020 年 8 月初体检肝功能：总胆红素 28umol/l。B 超（肝胆胰脾肾）：肝内钙化灶。11 月 25 日总胆红素 38.2umol/l，直接胆红素 9.2umol/l，余值正常。舌红，苔薄黄腻，脉细滑。辨证属胃肠湿热。治当清利胃肠湿热。炒苍术 10g，薏苡仁 10g，山药片 30g，陈皮 10g，姜厚朴 6g，柴胡 10g，炒枳壳 10g，广郁金 10g，醋香附 10g，茵陈 10g，金钱草 15g，生鸡金 10g，盐车前子 10g，车前草 10g，

甘草 3g，*7 剂，水煎服，日一剂。12 月 4 日二诊。12 月 3 日查肝功能：总胆红素 38.9umol/l，直接胆红素 8.7umol/l。舌脉辨证同前。原方调整茵陈 15g，金钱草 25g，炒枳壳 15g，山药片 20g，余药剂量不变，继予 14 剂。2021 年 1 月 13 日复诊，1 月 12 日复查肝功能：总胆红素 29.9umol/l，直接胆红素 9.8umol/l，余值正常。效不更方，继予 12 月 4 日方 14 剂。其后随访胆红素正常。

按：该患者临床亦无症状，舌脉辨证属胃肠湿热，湿热熏蒸肝胆，胁迫胆汁外溢。方中苍术、薏苡仁、山药健脾化湿，陈皮、厚朴行气畅中，柴胡、枳壳、郁金、香附调畅气机，茵陈利湿退黄，金钱草、生鸡金健脾除湿，车前草、车前子利尿通淋，清肝，使湿热之邪从小便处化去。一诊用药后胆红素不降反升，考虑湿热熏蒸肝胆日久，本虚标实，在舌脉辨证准确的基础上，总方不变，加强除湿退黄利胆之效，逐渐收功。

医案三：患者郑某某，男，31 岁，2020 年 12 月 24 日初诊。主诉：“反复头痛数年，再发 2 天”。自述头痛数年，痛甚恶心，伴少许头晕，休息可缓解，无发热呕吐，无肋肋胀痛，纳可，小便调，大便干。12 月 21 日肝功能：总胆红素 49.8umol/l，直接胆红素 10.2umol/l，丙氨酸氨基转移酶 48U/l，余值正常。上腹部 CT：轻度脂肪肝、脾大。CEA、AFP、CA199、Ca724：正常值。舌红，苔黄腻，脉弦数有力。辨证属肝胆实火。治当泄肝胆实火，清肝经湿热。予龙胆 3g，焦栀子 6g，黄芩 6g，炒苍术 15g，薏苡仁 10g，柴胡 10g，炒枳壳 10g，生白芍 10g，山药 20g，郁金 10g，金钱草 15g，炒鸡内金 10g，车前子 10g，甘草 3g，*7 剂，水煎服，日一剂。患者未复诊，次年 1 月电话回访述药后头痛未作，复查肝功能正常，嘱当地中医医院复诊，汤药巩固避免复发。

按：该患者以头痛就诊，头面两侧疼，属少阳经有火。舌红，苔黄腻，脉弦数有力，辨证属肝胆实火，方拟龙胆泻肝丸加减。方中龙胆泻肝胆实火，炒栀子、黄芩苦寒泻火，清热燥湿，苍术、薏苡仁、山药健脾化湿，防苦寒伤正，柴胡、枳壳、郁金调畅气机，白芍代替当归、生地柔肝养阴，补肝胆实火所伤之阴血，又防苦燥渗利之品损伤阴液。柴胡配伍白芍为经典药对，体现了肝体阴用阳之性。金钱草、生鸡金健脾除湿。车前子清热利湿。甘草调和诸药。诸药合用，使肝实火泻，湿热化，脾运健，胆腑畅而诸症告愈。

病案四：患者吴某某，女，42 岁，2021 年 9 月 16 日初诊。主诉：“发现胆红素升高 9 天”。症见：易怒，口干口苦，两侧肋肋不适，纳呆脘痞，小便调，大便难，数日一行。2021 年 9 月 7 日肝功能：总胆红素 41.4umol/l，直接胆红素 13.8umol/l，余值正常。B 超（肝胆胰脾肾）：肝囊肿；肝内钙化灶；胆囊壁胆固醇结晶。CEA、AFP：正常值。其舌红，苔白，脉弦细。辨证属肝郁脾虚。治当疏肝健脾，利胆排石。柴胡 10g，炒枳壳 10g，生白芍 15g，金钱草 20g，海金沙 15g（包煎），生鸡金 10g，生白术 30g，广郁金 10g，制香附 10g，白茯苓 10g，白扁豆 10g，去壳砂仁 3g（后下），薏苡仁 10g，金蝉花 6g，威灵仙 6g，火麻仁 15g，郁李仁 15g，苦杏仁 6g（后下），*14 剂，日一剂，水煎服。9 月 27 日二诊，诸症皆减，纳好转，大便畅。复查肝功能：总胆红素 18.6umol/l，直接胆红素 4.3umol/l，余值

正常。

按：患者胆内见有形之石堵塞，胆腑不利，胆汁不循常道外溢，故见胆红素升高。舌脉辨证属肝郁脾虚，遵《内经》“木郁达之”之旨，治宜疏肝理气之法，方拟柴胡疏肝散合增液汤加减。方中柴胡疏肝解郁，白芍柔肝养血，郁金、香附、枳壳理气行滞，见有形之石堵滞胆道，予金钱草、海金沙、生鸡金、威灵仙利砂排石，生白术、茯苓、扁豆、薏苡仁健脾通便，砂仁温脾化湿，金蝉花甘寒养阴，火麻仁、郁李仁、杏仁润肠通便。辨证准确，诸证悉平。

体会：

胆红素代谢紊乱是指胆红素生成过多，或肝细胞对胆红素的摄取、转运或排泄过程中发生障碍时，血中胆红素浓度增高，出现高胆红素血症，临床主要表现为黄疸^[4]。一般血浆胆红素浓度 $>34.2\mu\text{mol/L}$ 时，肉眼可见组织黄染；胆红素浓度 $>119.7\mu\text{mol/L}$ 时黄疸较为明显；胆红素虽超过正常范围，处于 $17.1\sim 34.2\mu\text{mol/L}$ 范围时，肉眼尚不能觉察，称为隐性黄疸。

黄疸按原因可分为溶血性、肝细胞性和梗阻性黄疸；按发病机制可分为胆红素产生过多性、滞留性及反流性黄疸；按病变部位可分为肝前性、肝性和肝后性黄疸。黄疸较为合理的是按血中升高的胆红素的类型分为两大类，即以间接胆红素为主的高胆红素血症及以直接胆红素增高为主的高胆红素血症。间接胆红素升高的相关疾病有两大类。一为胆红素生成增加，如溶血性黄疸（新生儿溶血性黄疸、遗传性异常血红蛋白病、红细胞膜异常症、先天性红细胞酶异常症）、早期胆红素的增加（原发性早期高胆红素血症、先天性骨髓性卟啉症）。二为肝内胆红素处理功能异常，如结合酶活性低（新生儿高胆红素血症、Crigler-Najjar 综合征）、结合障碍（母乳性黄疸、Lucey-Driscoll 综合征）、肝的摄取机制及向肝细胞内转运障碍（Gilbert 综合征、先天性甲状腺功能低下症）、胃肠道狭窄或闭锁。直接胆红素升高相关疾病有五类。一为肝细胞损伤（婴儿肝炎、急性肝炎、慢性肝炎、肝硬化）。二为肝细胞向毛细胆管排泄的异常（Dubin-Johnson 综合征、Rotor 综合征）。三为肝内胆胆汁淤积（先天性肝内胆管闭锁症、原发性胆汁性肝硬化等）。四为肝外胆汁淤积（肝外胆管闭锁症、总胆管扩张症）。五为先天性代谢异常所引起的非溶血性黄疸（半乳糖血症、酪氨酸血症等）。

笔者临床所碰到的胆红素代谢紊乱患者黄疸指数以间接胆红素升高为主，临床大部分无不适主诉，很多患者及仅在体检时或其他疾病诊断中发现胆红素升高，临床查体也无明显巩膜、皮肤黏膜黄染体征，属隐性黄疸。因工作医院条件有限，无法进一步排查间接胆红素升高的上述病因，且大部分患者亦不愿去三级医院就诊，故临床直接采用中药治疗。在疾病诊断上，如直接使用“黄疸”诊断恐有所不妥，为避免患者恐慌，多根据患者舌脉辨证证型随证诊断。

肝主藏血，主疏泄，喜条达而恶抑郁，是胆红素摄取、转运、代谢的重要器官。胆的主要功能是贮藏和排泄胆汁。故本病的病位为肝胆，同时与脾胃密切相关。

临床治疗本病，笔者借鉴中医内科“黄疸”章节。《金匮要略·黄疸病脉证并治》有“黄家所得，从湿得之”。湿邪在黄疸发生发展中的地位受到历代医家的广泛重视，所谓“无湿不发黄”^[5]。但笔者临证中本病并未见到太多湿毒之证，脾虚、肝郁、肝火等也可引起胆红素代谢紊乱，故大胆推测本病病机是无形或有形之石或积块阻滞胆道，胆腑不通，胆汁外溢所致。病因为外感时邪，饮食所伤及肝胆结石、积块瘀阻等，其发病为内外因互患。辨证以脏腑辨证为主，脾胃肝胆互参。治疗原则为实证攻邪，虚证健脾疏肝。临床在辨证论治的基础上，笔者常采用加入金钱草、海金沙、生鸡金的三金组合，对于有形或无形之石皆取得良好的疗效。

金钱草，又称过路黄、神仙对坐草，性甘、淡，微寒，归肝、胆、肾、膀胱经，功能除湿退黄，利尿通淋，消肿解毒。现代药理及临床研究均证实金钱草含有内酯类、胆碱及挥发油、黄酮类、氨基酸等药物成分，具有排石、松弛血管平滑肌、抗炎利胆、抗移植排斥等诸多药理作用^[6]。鸡内

金，性甘，平。归脾、胃、小肠、膀胱经。功能消食健胃，涩精止遗。现代药理研究证实，鸡内金有抗氧化，改善血糖、血脂水平和血液流变学以及改善肠胃功能等药理作用^[7]。江苏省名老中医朱良春老师在治疗泌尿系结石疾病时，常用鸡内金配伍金钱草，其中鸡内金消化化石，用量多为 30g ^[8]。简学仲、谢曦等学者的研究证明，鸡内金除了直接治疗胆囊结石外，还能有效预防胆囊结石术后的复发，保胆取石术后经鸡内金等排石药物干预，结石的复发率显著低于对照组^[9]。谈太鹏、武英超等学者研究证明通过口服生鸡内金粉，经彩色多普勒超声检测发现，可有效减小颈动脉内-中膜厚度和斑块面积，降低斑块 Crouse 积分，降低患者血脂中的血清总胆固醇、三酰甘油、低密度脂蛋白胆固醇，且对于高密度脂蛋白胆固醇有一定升高作用，从而延缓或阻断颈动脉斑块的进程，对防治缺血性心脑血管疾病有重大意义^[10]，提示鸡内金对于血管内无形或有形之积块有清除作用。海金沙，性甘，寒，归膀胱、小肠经。功能利尿通淋，为治诸淋涩痛之要药。现代药理研究证明海金沙具有利胆、防治结石、抗氧化、抗菌和阻止粗毛发生等多种作用^[11]。临床在使用这三味药时，笔者以辨证为基础，效法天地人三才之道，辨证属脾胃肝胆湿热证型，病位在中焦的，重用金钱草 30g 为主，辅以海金沙 20g ，生鸡金 $6\sim 12\text{g}$ ，辨证以中焦积食为主的，重用生鸡内金 $12\sim 18\text{g}$ ，辅以金钱草 10g ，海金沙 6g 。辨证以下焦湿热为主的，重用海金沙 20g ，辅以金钱草 10g ，生鸡内金 6g 。另外在开具中药颗粒剂时，常因海金沙缺货，临床仅使用二金（金钱草、生鸡内金）配伍治疗本病，亦可取得良好的效果，间接印证了本病的病位在中焦以肝胆为主的说法。

对于本病，治疗方法有许多。西医方面目前可采用的药物也很多，如甘草酸制剂、熊去氧胆酸、腺苷蛋氨酸、门冬氨酸钾镁等。中药外用法、蓝光照射治疗也都是安全有效得方案^[12]。祖国医学博大精深，中医药文化是中华民族的瑰宝，蕴含着丰富的人生哲理，今后我要善于用东方智慧解决各项难题，更好地服务于全社会人民的健康。

参考文献：

- [1]袁和秀，袁珏.茵陈地黄汤药浴联合蓝光和茵栀黄颗粒治疗 51 例新生儿黄疸的临床疗效分析[J].上海医药，2020，41(21): 34-36; 70.
- [2]刘惠，吕琳，褚海晨，等.高胆红素血症诱导氧化应激引起的大鼠肾小球损伤[J].中华危重病急救医学，2022,1: 64-69.
- [3]张双阳，伍海珊，郭文斌，等.胆红素与精神分裂症的相关研究进展[J].中华神经医学杂志，2022,5: 528-532.
- [4]谢玉梅，聂青和.胆红素代谢紊乱[J].胃肠病学和肝病学杂志，2006,15(5): 525-527.
- [5]萧焕明，罗国亮，池晓玲.古代不同时期黄疸证治规律探析[J].中医杂志，2012，53(23): 1998-2001.
- [6]齐鹏.金钱草的药性和临床应用研究[J].首都食品与医药，2017，16: 89-89.
- [7]王会，金平，梁新合，等.鸡内金化学成分和药理作用研究[J].吉林中医药，2018，38(9): 1071-1073.
- [8]孙伟，纪伟，安金龙.朱良春治泌尿系结石经验[N].中国中医药报,2014-05-16(004).
- [9]简学仲，谢曦，王丹，等.自制中药方剂在微创保胆取石术后胆囊结石防治中的应用价值研究[J].中华中医药学刊，2018，36(5): 1248-1251.
- [10]谈太鹏，武英超，张静.生鸡内金粉对颈动脉粥样硬化斑块形成的干预效果及血脂水平的影响[J].中国中医药科技，2022,29(3): 415-416.
- [11]岑庚钰，蒙小丽，梁远芳，等.海金沙化学成分和药理作用研究概况[J].中国民族民间医药，2018,27(14): 48-50
- [12]柴晓阁，米鹏.黄疸的中医辨证论治进展[J].陕西中医，2015,36(6): 765-766.

作者简介：杨伟（1981.7.24--），男，汉族，籍贯上海，学历：大学本科，职称：主治医师，科室：消化科，就读学校：山东中医药大学。

手法复位椎体成形术联合中药外敷治疗 kummell 病疗效分析

¹詹柱享 ²梁周 ³黄志雄 ⁴李军

茂名市中医院, 骨一科 525000

摘要:目的:分析椎体成形术联合中药外敷治疗 kummell 病疗效。方法:选择 2019 年 4 月 1 日-2020 年 12 月 31 日在茂名市中医院骨科住院的 kummell 病患者 68 例纳入此次研究, 每组 34 例分为两个小组-对照组、观察组, 对照组给予手法复位椎体成形术治疗, 观察组给予手法复位椎体成形术联合本院制剂“金黄散及风湿跌打酒”外敷治疗, 对比两组患者椎体高度及塌陷情况、疼痛视觉模拟 VAS 评分、功能障碍指数 ODI 评分、生存质量情况 SF-36 评分等恢复指标。结果:治疗两组前椎体高度及塌陷情况对比无差异, $P>0.05$; 治疗 1 个月、6 个月后观察组 Cobb 角、椎体高度丢失率均低于对照组, $P<0.05$ 。治疗前两组 VAS 评分、ODI 评分以及 SF-36 评分对比无差异, $P>0.05$; 治疗 1 个月、6 个月后观察组 VAS 评分、ODI 评分低于对照组, SF-36 评分高于对照组, $P<0.05$ 。观察组并发症发生率 4.35%低于对照组发生率 17.39%, $P<0.05$ 。结论: kummell 病使用手法复位椎体成形术联合中药外敷治疗效果较好, 可有效恢复椎体高度, 减少椎体塌陷情况, 并获得较好的预后, 控制疼痛与功能障碍, 对并发症的发生率进行控制, 对于疾病的有效恢复具有积极作用。

关键词: 手法复位椎体成形术; 中药外敷; kummell 病; 疗效

kummell 病属于一种发生在胸腰椎体骨坏死而导致的延迟性、创伤性椎体塌陷性疾病, 该病在初期基本上无任何症状, 在发生轻微脊柱创伤之后通过几周、数月形成进展性脊柱后凸畸形。该病的发病机制目前仍未十分明确, 一般认为与创伤后骨坏死相关, 但是创伤一般是轻微的, 在常规状态下不会造成椎体骨折, 例如背部受到打击、脊柱重压等对某个椎体造成的屈曲损伤^[1]。该病早期一般不会造成严重脊柱、四肢功能障碍, 对于疾病的治疗采用对症治疗的方式, 以减轻脊柱负荷, 控制压缩椎体的压力。手法复位椎体成形术作为一种有效的复位方法, 使用移位反过程原则, 对移位进行纠正, 复位便捷, 治疗效果较好。中医认为 kummell 病属于骨痿范畴, 最早在《黄帝内经》中有对该病的记载, 认为与肝肾亏虚存在密切联系, 之后受到外力的影响, 引发疾病, 属于本虚标实, 对于该病联合中药外敷辩证论证, 促进骨折愈合, 提升疾病的治疗质量^[2]。本文对手法复位椎体成形术联合中药外敷治疗 kummell 病疗效进行分析, 研究如下:

1 资料与方法

1.1 基本资料

选择 2019 年 4 月 1 日-2020 年 12 月 31 日在茂名市中医院住院的 kummell 病患者 68 例纳入此次研究, 每组 34 例分为两个小组-对照组、观察组。对照组年龄下限 60 岁, 上限 90 (90) 岁, 平均年龄 71.22 (71.12) 岁 ($s=3.77$), 男/女性别分布: 24/22, 病程时间 20-140d, 平均病程时间 80.12d ($s=4.76$); 观察组年龄下限 60 岁, 上限 90 岁, 平均年龄 69.88 岁 ($s=3.86$), 男/女性别分布: 25/21, 病程时间 21-140d, 平均病程时间 80.67d ($s=4.64$)。对照组、观察组人员基线资料比较结果无差异, 符合对比研究原则 ($P>0.05$)。

纳入指标: 1) 获取完整的影像学资料; 2) 明显外伤史; 3) 签署知情同意书; 4) 完整的临床病理学诊断治疗; 5) 试验方案获医院审批; 6) I 型及 II 型 kummell 病。

排除指标: 1) 血液系统疾病; 2) 合并其他类型骨折、骨髓炎; 3) 中途退出试验; 4) 精神类疾病, 试验依从性不够; 5) III 型 kummell 病。

1.2 方法

对照组给予手法复位椎体成形术治疗, 在手术之前先进行骨折部位手法复位。予患者俯卧位于手术床上, 在 C 臂机辅助下确定病椎并予标记, 使用浓度为 2%利多卡因进行局部麻醉, 指导患者双手抓住床头, 助手穿过两侧腋窝进行上肢固定, 术者抓住脚踝进行下肢固定, 用力牵引, 达到

力度之后将下肢缓慢抬起, 肢体离开, 并通过牵引床腰桥反向折叠, 使脊柱呈现过伸位, 对骨折椎体后方棘突进行压迫, 持续 2-3min 后, 调整手术腰桥将腹部悬空, 取出中部支撑点, 将臀部和双肩抬高 10cm, 通过 C 臂机透视对复位效果进行评估, 如效果不佳, 可对棘突进行重复压迫或重复上述复位过程, 力图以使椎体进行有效复位。

观察组在对照组治疗的基础上加入中药外敷, 即使用本院制剂金黄散加风湿跌打酒热敷。金黄散组方包括: 姜黄、大黄、黄柏、羌活、苍术、厚朴、天花粉、骨碎补、白芷、陈皮。风湿跌打酒药物组方包括: 熟地黄、红花、杜仲、鸡血藤、骨碎补。使用方法为金黄散约 3 包加入适量跌打酒, 搅拌成泥浆状, 将搅拌好的药粉用纱布块包成药包, 将药包隔水蒸约 30 分钟, 蒸好后待有余温用药包直接外敷于患处, 每日 2 次, 每次 30min, 治疗一周为 1 个疗程, 共治疗 4 个疗程。

1.3 观察指标

(1) 评估两组椎体高度及塌陷情况, 使用 Cobb 角、椎体高度丢失率进行评估, 评估时间选择治疗前、治疗后 6 个月。

(2) 评估两组恢复质量, 使用疼痛视觉模拟 VAS 评分、功能障碍指数 ODI 评分、生存质量情况 SF-36 评分。

注: VAS 评分总分 10 分, 分值越高疼痛越严重; ODI 评分总分 50 分, 分值越高障碍占比越高; SF-36 评分总分 100 分, 包括生理功能 (PF)、生理职能 (RP)、躯体疼痛 (BP)、总体健康 (CH)、活力 (VT)、社会功能 (SF)、情感职能 (RE)、精神健康 (MH), 分值越高生活质量越理想。

(3) 评估两组并发症发生率, 并发症包括神经损伤、腰背疼痛和肺栓塞。

1.4 统计学处理

本次研究结果均采用 SPSS23.0 进行数据处理, 计数资料以 $n(\%)$ 表示, χ^2 值评价; 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, t 值评价; 组间统计学差异以 P 值作为评价指标进行检验, 当 $P<0.05$ 时, 研究结果具有统计学意义。

2 结果

2.1 评估两组椎体高度及塌陷情况

治疗两组前椎体高度及塌陷情况对比无差异, $P>0.05$; 治疗 1 个月、6 个月观察组 Cobb 角、椎体高度丢失率均低于对照组, $P<0.05$, 详见表 1。

表 1 评估两组椎体高度及塌陷情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	Cobb 角 (°)			椎体高度丢失率 (%)		
	治疗前	治疗 1 个月	治疗 6 个月	治疗前	治疗 1 个月	治疗 6 个月

对照组 (n=46)	25.12±5.43	17.35±1.11	17.34±2.11	28.12±10.22	6.33±2.12	4.33±4.65
观察组 (n=46)	24.88±5.56	15.74±1.22	15.76±1.34	27.98±10.54	2.33±1.34	1.34±3.76
t	0.209	4.112	4.287	0.065	5.332	3.391
P	0.845	0.000	0.000	0.949	0.000	0.001

2.2 评估两组恢复质量
治疗前两组 VAS 评分、ODI 评分以及 SF-36 评分对比无差异, P> 0.05; 治疗 1 个月、6 个月后观察组 VAS 评分、ODI 低于对照组, SF-36 评分高于对照组, P<0.05, 详见表 2。

表 2 评估两组恢复质量 ($\bar{X} \pm s$)

组别	VAS 评分 (分)			ODI 评分 (%)			SF-36 评分 (分)		
	治疗前	治疗 1 个月	治疗 6 个月	治疗前	治疗 1 个月	治疗 6 个月	治疗前	治疗 1 个月	治疗 6 个月
对照组 (n=46)	6.11±2.33	5.22±1.22	4.32±1.14	29.87±4.76	23.21±2.34	15.87±3.77	76.34±6.87	78.11±3.21	81.33±5.88
观察组 (n=46)	6.14±2.28	3.45±1.02	2.11±0.98	29.92±4.65	15.67±2.12	12.34±3.14	76.88±6.56	83.21±3.76	90.23±4.76
t	0.062	4.556	9.970	0.051	7.334	10.755	0.386	8.112	7.979
P	0.950	0.000	0.000	0.959	0.000	0.000	0.701	0.000	0.000

2.3 评估两组并发症发生率
观察组并发症发生率 4.35%低于对照组发生率 17.39%, P<0.05, 详见表 3。

表 3 评估两组并发症发生率[n (%)]

组别	神经损伤	腰背疼痛	肺栓塞	发生率
对照组 (n=46)	3	3	2	8 (17.39)
观察组 (n=46)	1	1	0	2 (4.35)
X ²	--	--	--	4.039
P	--	--	--	0.044

3 讨论

kummell 病是椎骨骨折之后发生缺血坏死的问题, 导致骨折无法愈合, 引发椎体塌陷骨折, 又被称为迟发性创伤后椎体骨坏死^[3]。该病是骨质疏松性压缩骨折的一个特殊类型, 发病机制目前尚未完全清晰, 通常会出现疾病的进行性发展, 长期发展则出现腰痛的问题, 并伴随着椎体塌陷和进展性后凸畸形, 存在神经损伤的概率, 因此需要及时对疾病进行治疗^[4]。椎体成形术配合手法复位治疗 kummell 病是临床比较常规治疗手段。椎体成形术前手法牵引复位术是一种无创的复位方法, 手术人员使用两个方向对抗拔伸的方式进行牵引施力, 使其完成移位反过程的原则, 复位便捷, 在复位的过程中动作连贯, 可及时减少患者的痛苦^[5]。但是单独使用达不到预期治疗效果, 因此需要选择联合更加科学有效的疾病治疗方法。

上文数据分析可见, 治疗两组前椎体高度及塌陷情况、VAS 评分、ODI 评分以及 SF-36 评分对比无差异, 而在治疗 6 个月后患者上述各指标均得到显著改善, 并且并发症发生率低。对其原因进行分析: 中药外敷使用中医治疗的方式, 其中金黄散可起到活血、消肿、止痛、强筋壮骨的效果, 组方中姜黄可活血止痛, 大黄、天花粉可解毒消痈, 黄柏可清热燥湿、泻火解毒, 羌活利关节, 苍术祛风散寒, 厚朴、陈皮可理气健脾, 骨碎补则起到补肾壮骨、活血止痛、续筋接骨的作用, 白芷散风除湿、通窍止痛、消肿排脓。风湿跌打酒则可起到舒筋活络、活血祛瘀、消肿止痛的作用, 组方中熟地黄可以养血补虚, 红花祛瘀止痛, 杜仲补肝肾、强筋壮骨功, 鸡血藤补血造血, 骨碎补补肾壮骨、活血止痛、续筋接骨, 对于骨折的恢复具有积极作用, 减少术后椎体坍塌情况, 因此联合椎体成形术可提升疾病的治疗效果。两种制剂混合以热敷方式进行治疗可对局部血液循环进行改善, 使术后卧床期间僵硬和痉挛的肌肉进行松弛, 通过经络的传导作用、皮肤毛孔的吸收作用以及外治药物的刺激作用进行疾病治疗, 舒筋活络、

祛瘀生新、消肿止痛、补肝肾强筋骨, 改善术后组织充血水肿的问题, 改善早期及术后半年疼痛情况及康复功能, 减少疼痛, 对于疾病的恢复起到积极作用^[7]; 从现代药理角度分析, 姜黄中姜黄素具有良好的抗炎作用, 类似于非固醇类抗炎药, 可对炎症进行控制。黄柏抗菌有效成分为小檗碱, 故其药理作用与黄连大体相似, 也具有较好的抑菌作用, 通过外敷可预防炎症, 提升恢复质量。

综上所述, kummell 病使用手法复位椎体成形术联合中药外敷治疗效果较好, 可有效恢复椎体高度, 减少术后椎体塌陷情况, 并获得较好的预后, 控制疼痛与功能障碍, 对并发症的发生率进行控制, 对于疾病的有效恢复具有积极作用。

参考文献:

[1]宋国华.分析手法复位结合经皮椎体成形术治疗合并椎体裂隙征骨质疏松性椎体压缩骨折的临床效果[J].中外医疗,2021,40(12): 15-17,21.

[2]江仲成.分析椎体成形术配合我院强筋壮骨膏治疗骨质疏松性脊柱压缩骨折的效果[J].中国实用医药,2021,16(15): 162-163.

[3]宋二辉,王伟,杨金勇.探讨单侧与双侧经椎弓根入路椎体后凸成形术治疗高龄胸腰椎压缩骨折效果的差异[J].中外医学研究,2017,15(31): 171-172.

[4]郑鸿鸣,吴树华.探讨经皮椎体成形术治疗骨质疏松性椎体压缩骨折的疗效[J].医药前沿,2017,7(30): 172-173.

[5]黄良勇,刘海,张兆群,等.经皮椎体成形术(PVP)骨水泥在骨折椎体内的弥散情况及其对再发骨折的影响[J].中国伤残医学,2017,25(20): 33-34.

[6]彭梅仙,张露露,胡昆伦,等.损伤一方加减联合甘露醇治疗早期胸腰椎压缩骨折的临床观察[J].中国民间疗法,2021,29(5): 68-71. 文章中引文?

[7]张震,林晓生,韩林静,等.扶元乳膏穴位贴敷治疗骨质疏松性椎体压缩骨折患者 PKP 术后残留腰背痛的疗效观察[J].中国骨质疏松杂志,2020,26(10): 1509-1513.

作者简介: 詹柱亭 性别与学历: 男性, 硕士研究生 职称和职务: 主治医师 籍贯与民族 广东茂名,汉族 出生年月:1984-07 研究方向: 骨伤科。

项目编号: 2019173

项目名称: 手法复位椎体成形术联合中药外敷治疗 kummell 病疗效分析

降脂理肝汤联合针刺治疗非酒精性脂肪肝临床疗效及安全性研究

朱新枝

太原市第三人民医院中医科 山西太原 030012

摘要：目的：分析降脂理肝汤联合针刺治疗非酒精性脂肪肝的临床效果及安全性。方法：随机抽取 2021 年 1 月到 2022 年 7 月于我科就非酒精性脂肪肝进行治疗的患者 60 例；按照人数将其均分为观察组和对照组，观察组采用降脂理肝汤联合针刺治疗，对照组采用临床西医治疗。对比两组患者肿瘤坏死因子 α 、白介素 6、白介素 1 β 、chemerin 表达水平；对比两组患者肝指标、血清指标、不良反应发生情况。结果：观察组患者肿瘤坏死因子 α 、白介素 6、白介素 1 β 、chemerin 表达水平显著优于对照组， $P<0.05$ ；观察组患者白蛋白、总胆红素、谷丙转氨酶表达水平均显著优于对照组， $P<0.05$ ；观察组患者发生不良反应几率、血清指标显著优于对照组 $P<0.05$ 。结论：降脂理肝汤、针刺治疗非酒精性脂肪肝具备一定应用价值。

关键词：降脂理肝汤；针刺；非酒精性脂肪肝；炎症因子；降脂理肝汤

非酒精性脂肪肝（nonalcoholic fatty liver disease）是指患者无饮酒习惯但肝伴随实质细胞脂肪变性、脂肪贮积为特征临床症状；非酒精性脂肪肝包含的类型较多，包括独立性的非酒精性脂肪肝炎、肝硬化、脂肪性肝纤维化等等；多数研究也显示非酒精性脂肪肝和肝癌的发生存在一定相关性。在体型上，体型较肥胖人群发生非酒精性脂肪肝的几率较高，这部分人群也是糖尿病、高血压一些慢性疾病的高发人群，这些疾病和炎症因子表达水平的增高存在联系，非酒精性脂肪肝在疾病进程中可能发展为肝炎，但炎症因子并非仅在这一阶段才开始出现高水平表达，诸如肿瘤坏死因子 α 在非酒精性脂肪肝发生全程就扮演着重要角色^[1]。在当下，肿瘤坏死因子 α 及白介素 6、白介素 1 β 在非酒精性脂肪肝中的作用机制还有待揭示，但其在针对非酒精性脂肪肝的治疗中具备重要预测效果^[2]。和基础医学一样，中医针对非酒精性脂肪肝也存在一定治疗经验，非酒精性脂肪肝在中医古文献中不常见，但结合病因、疾病症状，多数中医学者将其归为“痰浊”、“湿阻”的范畴，针对该疾病多采用降脂理肝汤进行治疗，鉴于此，笔者将结合研究结果等方面说明降脂理肝汤、针刺针对非酒精性脂肪肝的治疗效果和安全性。

1 一般资料和方法

1.1 一般资料

随机抽取 2021 年 1 月到 2022 年 7 月于我科就非酒精性脂肪肝进行治疗的患者 60 例；按照人数将其均分为观察组和对照组；观察组男性 20 例、女性 10 例；年龄范围（51-67）岁，平均年龄为（62.4 $\pm$ 3.4）岁；病程范围（1.8-3.4）年，平均年龄为（2.8 $\pm$ 0.4）年；疾病症状：轻度 14 例、中度 11 例、重度 5 例；伴随症状：腹水为主 19 例、肝性脑病 8 例、高脂血症 3 例；对照组男性 17 例、女性 13 例；年龄范围（53-65）岁，平均年龄为（61.9 $\pm$ 3.2）岁；病程范围（1.9-3.1）年，平均病程为（2.6 $\pm$ 0.6）年；疾病症状：轻度 15 例、中度 11 例、重度 4 例；伴随症状：腹水为主 20 例、肝性脑病 6 例、高脂血症 4 例；两组患者在一般资料上无显著性差异， $P>0.05$ ，本次研究经调查发现两组患者均不存在恶性肿瘤、自身免疫性疾病、精神异常及沟通障碍、糖尿病、高血压、肾病、神经病变；本次研究经过患者及其家属、我院相关机构同意。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组患者采用多烯磷脂酰胆碱胶囊（易善复）进行治疗；包装规格：

228mg*36 粒 产品剂型：胶囊剂、包装：盒；批准文号：国药准字 H20059010；生产厂家：赛诺菲（北京）制药有限公司。

根据患者个人情况选择药物剂量；告知患者该药物应用后存在的短暂性不良反应；使用药物后一旦使其感觉出现持久性不良反应则立刻告知护士。

1.2.2 观察组

观察组患者采用降脂理肝汤联合针刺进行治疗。

降脂理肝汤组成泽泻 10g、决明子 30g、丹参 10g、郁金 10g、海藻 30g、荷叶 10g；标准使用剂量为：每日一剂，使用方式为口服，用水煎服药物，分餐后两次服用；因为每个患者存在具体症状有所不同，所以应考虑在原有药物基础上进行调整，调整所涉及药物包括：胁痛加延胡索 30g；存在异常便秘患者加生大黄 3~10g 或芦荟 1~2g；血清酶学指标异常患者则加垂盆草、六月雪、平地木各 30g；乏力且肝功能指标正常，加生黄芪 10~30g，太子参 10~30g；血脂指标异常，加生山楂 15~30g，莱菔子 30g；体形肥胖、痰湿较重患者，加冬瓜子 15~30g。

针刺：取穴常用穴，分为二组：肝俞、期门；京门、章门。备用穴：中封、太冲、蠡沟、足三里、三阴交、丰隆、阴陵泉。使用方式：常用穴每次取一组，二组交替。备用穴每次取 3-4 个，可轮流取用。以 28-30 号 1.5 寸毫针刺入至得气后行中强度刺激，留针 20-30 分钟其间行针 1 次。隔日 1 次，3 个月为 1 疗程。疗程间停针 1 周。一般须治疗 2 个疗程，（以上使用方法为标准，具体应根据患者自身情况进行数量上的调整）。

1.3 观察指标

以人为统计对象，对比两组患者治疗阶段出现不良反应的几率；对比两组患者肿瘤坏死因子 α 、白介素 6、白介素 1 β 、chemerin 表达水平；对比两组患者白蛋白、总胆红素、谷丙转氨酶水平和血清指标。

1.4 统计学方法

本次研究使用 SPSS 20.00 作为统计学软件进行数据整理，计数资料用 % 表示，行 χ^2 检验；计量资料用（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，组间资料采用 t 检验。

2 结果

2.1 因子表达水平对比

观察组患者肿瘤坏死因子 α 、白介素 6、白介素 1 β 、chemerin 表达水平显著优于对照组， $P<0.05$ 。（表 1）

表 1 因子表达水平对比（ $\bar{x}\pm s$ pg/mL ng/mL）

组别	例数（n）	TNF- α （ng/mL）	IL-6（pg/mL）	IL-1 β (pg/mL)	Chemerin(ng/mL)
----	-------	-----------------------	-------------	----------------------	-----------------

观察组	30	134.7±13.4	142.71±11.84	24.18±8.17	12.84±2.19
对照组	30	159.6±12.8	171.47±18.41	28.44±8.06	16.81±1.93
t		6.552	7.181	2.033	7.449
P		0.000	0.000	0.047	0.000

2.2 血清水平对比
胆固醇水平、均显著优于对照组,P<0.05。(表2)
研究结果显示观察组患者甘油三酯、总胆固醇、高密度和低密度蛋白

表2 TG、TC、LDL-C、HDL-C 水平对比 (x±s mmol/L)

组别	例数 (n)	TC (mmol/L)	TG (mmol/L)	LDL-C (mmol/L)	HDL-C (mmol/L)
观察组	30	1.85±0.33	5.43±1.78	3.21±0.83	1.88±0.29
对照组	30	2.31±0.23	6.71±1.32	4.86±0.95	1.21±0.22
t		7.106	3.368	7.680	9.298
P		0.000	0.001	0.000	0.000

2.3 肝功能对比
研究结果显示观察组患者白蛋白、总胆红素、谷丙转氨酶表达水平均显著优于对照组, P<0.05 (表3)

表3 肝功能对比 (x±s; 表格第一行中单位依次为 u/L、 g/L 、 μmol/L)

组别	例数 (n)	谷丙转氨酶	-白蛋白]	总胆红素
观察组	30	55.11±11.18	33.07±0.94	28.11±7.19
对照组	30	64.18±9.77	30.41±0.55	35.82±6.94
t		2.306	13.378	4.226
P		0.025	0.000	0.000

2.4 不良反应发生情况对比
研究结果显示观察组患者发生不良反应几率为 10%，而对照组患者为 20%，观察组患者显著优于对照组,P<0.05。(两组患者中均存在炎症反应、晕厥、脏器疼痛)

3 讨论

非酒精性脂肪肝在一些学者看来属于代谢综合征，大多数糖尿病、高血压患者身上呈现和非酒精性脂肪肝多数相同机制并非偶然；非酒精性脂肪肝在进展中呈现坏死性炎症、纤维化特点，这一点在该疾病发展为非酒精性脂肪肝炎过程尤为明显，在其他类型非酒精性脂肪肝中也有这种机制；肿瘤坏死因子 α 在非酒精性脂肪肝中机制的探索主要受“多次打击”学说影响，这一学说认为胰岛素抵抗是非酒精性脂肪肝出现的主要因素，胰岛素抵抗和糖尿病的发生存在密切联系，这能解释为什么不大部分糖尿病患者会呈现和非酒精性脂肪肝患者多数相同机制^[3]。以胰岛素抵抗为源头，导致肝脏脂质代谢紊乱、肝细胞脂肪堆积使得干细胞对损伤的易感性增高，这其中包括促炎因子造成的风险，胰岛素抵抗引发的一系列变化将使得肝部最终出现坏死性炎症、纤维化，不及时阻止便会造成肝硬化^[4-5]。西医针对该疾病的治疗是以药物打断机制为主，但需要患者长期服药，甚至终生服药，不良反应是不可避免的^[6]。

本次研究显示，观察组患者在观察指标较之对照组有明显优势。结合研究结果和“多次打击”学说，可知降脂理肝汤和针刺较之对照组，对观察组患者 Chemerin 因子的干涉更强，Chemerin 因子属于脂质因子，在大量研究中被证实和白介素 8 和白介素 1β 水平的增高存在密切联系，而后两者和肿瘤坏死因子 α 有直接联系，Chemerin 因子具备促炎作用，且和肥胖、代谢性疾病存在联系，这一作用使得对于其干预和炎症因子一样对于非酒精性脂肪肝的治疗有着重要意义；从结果而言，降脂理肝汤、针刺起到的

效果是很大的，且与 chemerin 因子、肿瘤坏死因子 α 相关的血清指标也得到改善，这些和肝功能指标的改善存在重要联系^[7-8]。结合中医学者对降脂理肝汤、针刺的理解，该疾病的间接性最大的因素为饮食，因为饮食导致肝出现血瘀，因而治疗应当以活血、疏通、化痰等为原则，而采用到的药材诸如荷叶具备化痰、降浊的作用，而针刺涉及到经络学说，认为该疾病的发生和三阴穴等穴位未遭受刺激有关，因而需进行穴位刺激，辅助药物对患者肝脏进行活血^[9-10]。

综上所述，降脂理肝汤、针刺针对非酒精性脂肪肝具备良好效果，且发生长期性不良反应的几率也较之多烯磷脂酰胆碱胶囊更小。

参考文献：

[1]袁淑芬,叶璟,王丽琴,刘鸿.降脂理肝汤联合针刺治疗非酒精性脂肪肝临床疗效及安全性研究[J].中国现代医生,2022,60(15): 132-135.

[2]董璐,曹雪艳,成路平,薛焕利,郭西伟,杨跃青.苓桂术甘汤联合多烯磷脂酰胆碱治疗非酒精性脂肪肝疗效观察[J].海南医学,2022,33(01): 36-38.

[3]王梦瑶,高改,李二稳,张效威,王辉,徐江雁,张振强,王潘,谢治深.基于 LKB1/AMPK/PGC-1α 的泽泻汤改善非酒精性脂肪肝作用机制研究[J].中国中药杂志,2022,47(02): 453-460.

[4]秦百通,段菊花,陈正高,王桂勤.中西医结合治疗非酒精性脂肪肝 54 例临床观察[J].中国民族民间医药,2021,30(18): 83-85+89.

[5]尹抗抗,聂娟,唐标.降脂理肝汤抑制 NLRP3 炎症小体活化减轻高脂饮食诱导的大鼠非酒精性脂肪肝肝病[J].中国免疫学杂志,2020,36(22): 2716-2720.

[6]唐标,尹抗抗.降脂理肝汤对高脂饮食诱导的非酒精性脂肪肝肝病大鼠非经典的细胞焦亡途径的影响[J].中国免疫学杂志,2020,36(03): 267-271.

[7]韩静,李亚伟,刘艳萍,刘宏.降脂理肝汤对非酒精性脂肪肝大鼠脂代谢及 TNF-α、MDA、APN 水平的影响[J].中国老年学杂志,2019,39(11): 2782-2785.

[8]程华初,程婉红,王芳婷,唐聪聪,王一飞,尹抗抗,唐标,徐琦.降脂理肝汤对高脂饮食诱导的非酒精性脂肪肝大鼠血常规的影响[J].湖南中医杂志,2018,34(10): 164-167.

[9]何成邦,沈国英,孙成芝,张珏.降脂理肝汤联合针刺治疗非酒精性脂肪肝临床疗效及安全性研究[J].四川中医,2018,36(10): 91-94.

[10]王柏果. 基于肝脾相关理论探讨降脂理肝汤对非酒精性脂肪肝大鼠肠黏膜屏障功能影响[D].湖南中医药大学,2018.

《实验中医》课程教学与中医学专业大学生创新项目实践的相互促进

丁珊珊¹ 陈华琴²

1. 福建中医药大学助理研究员 福建福州 350122; 2. 福建中医药大学硕士研究生在读 福建福州 350122

摘要: 大学生创新计划项目的实践需要大学生具备较为完善的科学研究综合素质。《实验中医》是用科学实验的方法研究和发展中医学的一门学科,旨在培养中医学专业大学生参与科学研究的基本素养。本文根据《实验中医》教学目标和教学内容,探讨本课程的教学对大学生创新项目实践的推动作用。同时,依托大学生创新项目实践能力的培养对《实验中医》课程的教学提出了一些思考。

关键词: 《实验中医》; 教学目标; 课程内容; 大学生创新项目; 创新实践

前言

培养科研创新型人才是我国高等教育的一个重要任务,如何培养大学生的科研创新意识已成为当前高校的热门研究课题^[1]。大学生创新训练计划项目是高校培养大学生科研创新能力的一个重要平台。大学生创新训练计划项目是适应时代发展趋势、培养创新型人才的有效举措,对提升大学生专业实践能力具有重要意义^[2]。大学生创新项目的实践是指在导师的指导下,学生自主选题设计、独立组织实施并完成数据分析处理和撰写总结报告等工作,以培养学生提出问题、分析和解决问题的能力^[3]。《实验中医》是用科学研究的方法和手段来研究中医药的一门学科,是现代中医学的一个重要组成部分^[4]。《实验中医》课程的教学能够培养中医学专业学生树立正确的科研观念,提升科研能力,促使学生更好地参与到创新项目的实践中,运用现代科学技术对中医学理论和实践进行再创新。近几年中医院校积极投入参与大学生创新项目,对培养中医药创新型人才方面起到积极作用,但在项目实践过程中中医学专业大学生在科研素养方面存在薄弱之处^[5],因此也对《实验中医》课程教学提出新的要求。

1. 《实验中医》的教学目标

《实验中医》是现代中医学诸多学科中充满生机活力的一门新型学科,主要以中医理论为指导,利用现代科学技术和方法,来论证、研究和发展中医学的学科^[4]。《实验中医》是传统中医学和现代科学的融合,是学科的渗透与发展。传承创新发展中医药是新时代中国特色社会主义事业的重要内容,既需要中医学专业大学生掌握坚实的中医基础理论和基本技能,亦需要提升大学生的中医科研思维和科研能力,使得中医学的发展获得生机,并逐步走向现代化^[6]。《实验中医》课程的教学即以此为目标,引导中医学专业大学生加深对已学习的中医基础课程的理解,帮助学生培养中医科研思维并掌握科研技术与方法,使学生初步具备独立开展中医科研所需的专业知识、科研思维、创新意识及实验技术,引领学生从科学研究的角度理解、发展、创新中医药事业^[7-8]。

2 《实验中医》课程教学对大学生创新项目实践的推动

《实验中医》课程教学包含理论和实践两个部分,具体的教学内容与大学生创新项目从科学问题的提出、实验方案的设计到具体的落地实践等各个环节环环相扣,因此,有助于推动中医学专业大学生创新项目的实践。

2.1 培养科研思维, 启迪科研思路

《实验中医》的理论课程侧重中医科研思维、方法等内容的教授,以大学生创新项目为依托,培养学生科研思维、开拓科研思路。课程要求学生以小组为单位,自主选择感兴趣的中医药研究领域,在中医理论的指导下,自行选题提出假设,并设计实验方案。课堂上各小组汇报选题内容及实验方案,并以学生为主体、教师为主导的原则展开讨论。在讨论过程

中,教师时刻引导大学生注重培养独立思辨的能力,培养“质疑”的态度和良好的认知能力,打破习惯性思维模式。在教学过程中,通过学生的思考和教师的指导能够有效启迪学生的科研思路,培养学生的科研思维,为大学生创新项目的申报和立项做准备工作^[9]。

2.2 锻炼动手能力, 提高操作水平

大学生参与创新项目实践,除了需要扎实的专业知识水平,也应掌握熟练的实验技能^[10]。《实验中医》的实践课程注重对学生动手操作能力的训练,教师先结合多媒体和演示视频讲解各项操作要领及注意事项;再以实物对各项操作进行分部示范教学;随后由学生自行操作练习,教师进行巡视和个性化指导;最后教师针对学生操作的普遍优缺点进行分析和点评,巩固操作要点。此外,教师还将自己在科研中的体会,尤其是实验操作中曾出现的常见问题及其解决问题的经验传授给学生,促进学生正确地掌握各种实验操作。通过《实验中医》实验基础操作的教学,能够锻炼学生的动手操作能力,使学生熟练掌握中医学实验的基础操作和方法,促进大学生创新项目实践的顺利开展。

2.3 养成团队意识, 提升协作能力

大学生创新项目通常由若干大学生以研究团队的形式,在教师的指导下共同参与完成,因此需要大学生具备良好的团队协作能力^[11]。《实验中医》理论课程由学生自行分组制定选题和实验方案,实践课程也以小组形式开展实验操作,并且课程中需要各个小组汇报和答辩工作。因此,需要学生以团队协作的形式来合理安排、有效开展,每个小组成员都要有明确的定位和分工,其中组长是小组的核心和灵魂,需要具备组织、分工、协调各项工作的能力,组员则要有团队意识,以小组的目标为中心,积极完成分配的各项任务。《实验中医》理论和实践课程的学习都离不开小组成员的团结和协作,能够促使学生养成良好的团队协作意识,以团队为依托提升大学生创新项目实践的能力^[12]。

2.4 养成科研习惯, 遵守学术道德

良好的科研习惯和科学精神是大学生创新项目有效开展的基础条件^[13-14]。《实验中医》课程教学中,教师坚持培养学生文献查阅、实验操作、实验记录和写作等方面的规范化,引导学生掌握正确的科研思路和科研方法,促进学生养成良好的科研习惯和科学精神。认真严谨、实事求是的科研态度是大学生们在科研路上学习的第一课,也是大学生创新项目实践必须坚持的基本原则。课程教学中,教师反复告知学生对于实验过程和实验结果应如实记录,不应该将自己的主观想法介入实验,导致出现实验结果不客观的事件。同时,引导学生对于不符合预期的、不同于前人的实验结果带有批判的、质疑的态度,大胆提出自己的观点和见解,并进行合理验证。通过《实验中医》课程教学,培养学生正确的价值观,树立实事求是的科学精神,促使学生在大学生创新项目的实践中做一名知行合

一、遵守学术道德的科学研究工作者。

3 大学生创新项目实践对《实验中医学》课程教学的启发

通过大学生创新项目的实践,可进一步提升中医学专业大学生学习、探究学科专业知识的兴趣,使大学生的科研素养得到综合性的训练。但在创新项目实践过程中也显露出一些问题^[5],这也为《实验中医学》课程教学启发了新的思考。

3.1 进一步提高学习热情,提升科研兴趣

鼓励中医学专业的大学生积极参与大学生创新项目实践,必须进一步提高学生的学习热情,提升科研兴趣。《实验中医学》课程教学中,可以通过有机结合问题式教学(problem-based learning, PBL)、案例教学(case-based learning, CBL)、个性化辅导等等教学模式^[15-16],深入浅出的介绍知识点,创造愉悦的学习氛围,激发学习的热情;鼓励学生结合兴趣点自行学习,突显学生的主体地位,调动学习的积极性。习近平总书记指出:“中医学凝聚着深邃的哲学智慧和中华民族几千年的健康养生理念及其实践经验,是中国古代科学的瑰宝。”^[17]习总书记对中医药的科学定位,有助于坚定中医学专业的大学生学好中医的信念^[18]。因此,在《实验中医学》课程教学中,还需要注重引导学生对中医药的理论自信和文化自信,提高学生的学习热情。同时,也需指出虽然目前中医药的发展处于最好的时机,但也面临着挑战,存在科研瓶颈,进而引导学生认清肩负的责任和使命,学会用现代科学工具传承并发展中医,激发学生的科研兴趣。

3.2 进一步夯实理论基础,突出中医特色

中医药现代化和国际化的发展,要求我们以传承为根,在坚守中医药原创性思维的前提下,借助现代科学技术的力量说明白、讲清楚中医药疗效和机制^[19]。因此,中医学专业的大学生必须在夯实中医理论基础的前提下,以中医药原创性思维为指导,开展大学生创新项目实践。在《实验中医学》课程教学中,需要重点强调开展中医药科学研究必须遵循中医药理论和思维,使学生清楚地认识到运用好现代科学工具并不意味着照搬现代医学的研究体系。现代医药研究遵循的是还原论思维,而中医药研究则着眼于人体整体功能,所以对于现代科学研究体系,只能灵活借鉴,不能生搬硬套。在教学过程中,还可以通过知识迁移的方法,引导学生熟悉中医学理论,将气血、寒热、阴阳、虚实等抽象的中医学概念在实验过程中转变为具体的形象表现,促使学生多角度运用基础知识,将书本上的内容融会贯通,夯实理论基础,突出中医特色,指导创新实践。

3.3 进一步加强实战经验,激发创新思维

由于中医学专业的特殊性,如何在守正的前提下进行创新思维的培养显得尤为重要^[20]。在《实验中医学》课程教学中,在课时和经费允许的条件下,可以尽可能地增加学生开展中医科研实战的机会,使学生通过不断的学习和实践来培养创新思维,再通过创新思维引领创新项目实践。科学研究实际上是复杂性的研究,而复杂性研究需要的就是多学科的交叉^[19]。现代科学技术既高度分化又高度整合,汲取多学科的成果使中医药现代化的必经之路^[21]。因此,教学中还需要多引导学生注重医理融合、医工结合,注重批判性思维的养成,引导学生在学习和实践中有机地将中医药的理论和方法与多学科相融相通,激发创新思维。除了课堂上开展的科研实践外,也可以利用课余时间,带领学生充分参与各种学术论坛、学术沙龙的学习中,通过广泛的学习和交流,开阔学术视野,培养创新思维。

4 结语

当下,中医药面临着难得的历史发展机遇,一系列政策、法令的颁布与实施,将中医药发展上升为国家战略,加快了中医药的发展进程。中医学专业的大学生是守正、创新中医药事业的主要力量,因此在扎实中医学基础知识学习的同时,创新实践能力的提升至关重要。将《实验中医学》课程教学和中医学专业大学生创新项目实践有机地融合,在培养学生中医

科研素养的同时,不断完善课程教学体系,促使教学互长,促进中医学专业学生创新实践能力的培养。

参考文献:

- [1]杨岚茵,杨晨,钟斌,李昀蔚,李云杉,许瑞仙,樊俊宏,李颖,陈幸.本科生参与本科生导师组以及大学生创新创业训练项目的现状和应对措施[J].卫生职业教育,2021,39(16): 13-15.
- [2]吴学翠.我国大学生创新创业训练计划实施的现状及问题分析[J].常州工学院学报(社科版),2022,40(03): 126-128.
- [3]郭婧,刘诗宇,申俊超.中医院校大学生创新创业实践问题研究[J].中国多媒体与网络教学学报(上旬刊),2021,(11): 155-7.
- [4]郑小伟,刘涛.新世纪全国高等中医药院校创新教材 实验中医学[M].北京:中国中医药出版社,2017.08.
- [5]姚鹏,严俊贤.近九年中医药类院校大学生创新创业训练计划项目分析和思考[J].广东化工,2021,48(11): 208-209+193.
- [6]孙宏志,王微.“传承创新”理念下中医药实践教学体系的构建与应用[J].医学教育研究与实践,2021,29(06): 805-810.
- [7]张萌,张宏萌,魏盛,等.中医药大学生拔尖创新人才科研能力培养体系探索[J].中医药管理杂志,2021,29(11): 39-41.
- [8]殷子斐,张亚妮,杜娟,等.中医学八年制实验中医教学体会与思考[J].卫生职业教育,2019,37(14): 100-102.
- [9]唐元瑜,李奕祺,纪立金.实验中医学之教与学[J].中医教育,2010,29(06): 75-7.
- [10]于豪冰,杜娟,张亚妮,等.实验中医学之分子生物学技术教学的体会[J].中国中医药现代远程教育,2019,17(19): 35-7.
- [11]彭焱,汪晓航,宋正宇.大学生创新项目中团队建设与项目管理的实践[J].电脑知识与技术,2022,18(10): 155-156.
- [12]郭隽德,李乡南,苗兰英,丛培玮.浅谈指导大学生创新创业计划项目的几点体会——以辽宁中医药大学医学检验专业为例[J].科教文汇(中旬刊),2021(04): 16-17.
- [13]高见,夏雪花.基于大创项目科学教育培养学生的科学精神[J].教育教学论坛,2018(49): 61-62.
- [14]刘雯霞,李鹏,王翔飞,王恒,朱芸.自主创新能力培养和基本科研习惯形成的中药炮制集中专业实训教学模式创建[J].高教学刊,2016,(19): 155+157.
- [15]杜娟,殷子斐,张亚妮,等.PBL结合CBL教学法在《实验中医学》教学中的体会[J].中国继续医学教育,2022,14(01): 49-52.
- [16]贾冬威,潘志强,卢文丽,等.个性化辅导在实验中医学探究性学习中的实践[J].中医教育,2021,40(05): 73-76+79.
- [17]习近平出席皇家墨尔本理工大学中医孔子学院授牌仪式[N].人民日报,2010-06-21(001).
- [18]张洪雷,邱宗江.习近平中医文化重要论述对高等中医院校思想政治理论教育的启示[J].中国中医药现代远程教育,2019,17(14): 1-4.
- [19]余曙光,胡一梅,李勇,等.中医药高等教育守正创新的实践与探索[J].中医教育,2020,39(05): 30-34.
- [20]王志丹,李晓晨,崔高翔,等.从创新思维与创新能力培养探讨新时期中医类学生的自我提升[J].中国中医药现代远程教育,2020,18(15): 158-160.
- [21]杨宇飞.培养中医药多学科交叉人才[J].北京观察,2020,(07): 57.

第一作者:丁珊珊,女,回族,1987年11月生,福建晋江人,博士研究生学历,助理研究员,主要从事中医证的基础研究,工作单位:福建中医药大学。

基于行动导向教学法的健康教育对慢性阻塞性肺疾病患者的生活质量和自护能力的影响

范海霞¹ 孟春玲² 刘玉芳¹ 徐永广¹ 谭艳辉¹

1 保定市第二中心医院 河北省涿州市 072750; 2 承德市中心医院 河北省承德市 067000

摘要:慢性阻塞性肺疾病作为我国最常见的老年慢性病之一,其发病率以及死亡率也极高,不但严重影响患者的日常生活中质量和社会活动的参与,也对我国的经济带来了严峻的挑战。慢性阻塞性肺疾病具有病程长且治疗难度大等特点,因此提高患者对疾病的自我管理和护理能力成为保证患者生活质量的重要手段。而健康教育是提高患者自护能力的主要手段。目前,临床上对慢阻肺患者的健康教育方法多种多样,但就疗效而言,没有一个准确的说法。基于行动导向教学法的健康教育目前已经在我国多家医院多种疾病中应用并且取得了非常好的效果。因此,本文研究的目的是通过对已发表相关文献的回顾,具体阐述基于行动导向教学法的健康教育对慢阻肺患者健康教育的效果,为以后临床对慢性阻塞性肺疾病患者的健康教育提供理论支持。

关键词:行动导向教学法;健康教育;慢性阻塞性肺疾病;生活质量;自护能力

慢性阻塞性肺疾病(下文简称 COPD)是影响我国甚至整个世界的主要老年人慢性疾病之一,随着时间的增长,COPD 的患病率也随着升高。不仅如此,COPD 除去发病率高以外,其还有非常高的致残率和死亡率,并且由于其病程较长,需要长期用药或吸氧等,耗费大量的人力、物力和财力,给患者及其家属带来的沉重生活负担,目前已经成为全球公认的最重大公共卫生问题之一。由于老年人的免疫系统能力在不断衰退,很多患 COPD 的老年人还同时患有一种或多种的其他慢性疾病,为疾病的康复和治疗带来了更大的麻烦。除此之外,很多老年人由于对疾病知识的缺乏,未能及时去医院救治以及不懂的如何去自我管理和护理疾病,导致病情越来越严重,生活质量也每况愈下,更不利于疾病的控制和恢复。

患者的自护能力通常是指患者对自身疾病的管理能力以及护理能力的统称,是指患者拥有维护自身健康以及疾病稳定的一些操作技能以及信心信念等,护理人员通过提高患者的自护能力,可以帮助患者建立相应的健康行为以及对疾病认知,达到控制疾病,减少并发症发生等目的。近年来,有学者将行动导向教学法应用于临床教学,还有有部分学者将此方法应用于对患者的健康教育中去,取得了良好的效果。COPD 患者由于病程长,患者经受着正常人无法体会的痛苦和难处。而做好自身疾病的管理和护理,不但提升自身的生活质量,还能够适当的参与社会活动,减轻家庭的照顾负担和经济负担。本研究通过对现有的相关研究进行整理分析,综述基于行动导向教学法的健康教育对慢性阻塞性肺疾病患者的生活质量和自护能力的影响,为后期临床实验和研究提供理论和数据的支持。

1. 慢性阻塞性肺疾病概述

1.1 简介

慢性阻塞性肺疾病(英文缩写 COPD),又称“慢阻肺”,其特点是患者出现持续性的呼吸道症状以及不完全可逆且呈进行性发展的气流受限,是我国以及全世界都非常常见的一种慢性呼吸系统病症^[1]。在我国,COPD 的发病人群多以老年人为主,且南方的发病率要高于北方,吸烟的人群要高于不吸烟的人群。患者在日常生活中经常表现出慢性咳嗽、痰液粘稠不易咳出、呼吸费力、体能下降不能进行日常的体力活动,这也是 COPD 患病后的主要表现。随着病程的进展,疾病逐渐加重,患者的肺功能也越来越差,患者可能会出现一些 COPD 的并发症,如营养物质缺乏,心脏衰竭以及呼吸衰竭等,有危及患者生命的危险^[2]。

COPD 的全球总发病率极高,每年因为 COPD 死亡的人数约 300 万,各国家对其发病率的报道也有所不同^[3]。根据世界卫生组织(WHO)2015

年对 COPD 的报道,此疾病是导致全球人类死亡的第四大原因,预计十五年之后将跃升为第三大死亡原因。在我国,COPD 主要发生在我国四十岁以上的农村男性群体,也是导致我国农村人口死亡的最主要原因。有研究表明,由于 COPD 的发病较为隐匿,许多人不能够及时诊断并治疗,导致在确诊时患者已在中后期,增加了治疗的难度和治疗费用。有统计表示,每年我国患者因 COPD 住院所产生的费用就超过 24.5 亿元,在我国是疾病治疗花费最多的疾病,不利于我国的经济发展和医疗水平的提高。

1.2 现状

以目前的医疗手段来说,COPD 还不能被完全治愈,意味着患者一旦患上此病,治疗只能控制疾病的发展维持现有的状态而不能完全康复。在临床上,多采用各学科同事参与的综合性治疗手法。一般由护士对其进行相关的健康教育劝诫其戒烟,教会其氧疗的方法以及时间、浓度等,并且教会患者通过呼吸训练的方法训练自己的肺功能等等;临床医生通过诊断患者疾病,为患者开具合适的呼吸系统治疗的药物,并嘱其遵医嘱按时按量的服用,对于符合手术指征的患者,及时给予外科手术治疗。从而达到控制疾病的发展,减轻患者现在的状况,提高患者的生活质量的目。

在 COPD 的整个病程中,稳定期占主要部分,患者在家中养病的时间占整个病期的绝大部分时间,因此提高患者对自身疾病的管理和护理能力是控制疾病发展的关键。多项研究表明,对患者进行有效的健康教育有利于患者了解疾病发生发展的原因,更好的认识疾病,从而促进患者积极的配合医生治疗以及科学有效的对自己的病情进行自我管理和护理。不但能够有效的提高自身的生活质量,还能够减少急诊入院的次数,减慢疾病的进一步发展,提高患者的生存率。但是,目前我国临床上关于通过健康教育的方法去提高患者自我管理和护理能力的方法并未有统一的规定,因此方法多种多样,效果也没有严谨的报道,需要学者们进一步的深入研究总结。

1.3 常见问题

COPD 患者病程时间长且病情反复发作,患者必须长时间用药及用氧,且病情在急性发作时不得不去医院就诊,患者和家属均承受着巨大压力。

(1)就患者而言,疾病本身对患者身体的折磨,导致患者身体状况逐渐变差,不能进行体力劳动等,对于生活质量等也有非常大影响;同时,患者由于长时间的压力状态,极易出现各种不良情绪,如焦虑、失眠以及拖累家人的罪恶感等等,不利于日常的生活和治疗。(2)就患者家属来说,虽不经历患者本身身体上的痛苦,但需要照顾患者日常生活,以及努力赚

钱为患者治病,生活压力和经济压力均增加;同时,由于治疗效果不明显,可能会使家属产生放弃的心理,不利于家庭的和睦等。

2. 基于行动导向教学法的健康教育概述

2.1 简介

行动导向教学法是一种最初应用于学校的教学方法,老师们以各个课程的教学任务和教学目标为导向,通过采用学生感兴趣的方式引导学生在课堂上能够主动的学习知识,提高自身的学习能力和实践能力。随着我国医疗技术的不断发展,有学者发现,可以将行动导向教学法应用于临床的带教中,如护理、临床医学、医学技术等,能够促使学生主动学习新知识和新技能,且能够更好的与临床实践相结合,培养理论和实践共同发展的专业型人才。随后,有学者指出,将此教学方法应用在不同疾病的患者身上,对他们进行相关疾病的健康教育,在过程中发现患者现有的问题、促进护理措施的实施和改进,提高患者的自我管理和护理能力。

2.2 现状

目前,我国临床上应用行动导向教学法进行疾病的健康教育的研究相对较少,应用也不太广泛。但在现有的研究中,已有研究者将此方法应用于肾结石术后患者、产褥期妇女、膀胱造瘘患者、糖尿病患者以及大学生的心理健康教育并且取得了非常好的效果。研究者林佳音将行动导向教学法应用在肾结石超声碎石术后患者后,患者对自身疾病的患病原因及预防知识均有所提高,并且自身的管理能力也增强,患者更遵守医生所开具的医嘱,有利于患者手术后的恢复。众所周知,糖尿病同 COPD 一样,都是影响人们身体健康的常见慢性疾病,卢丽华将行动导向法应用于糖尿病患者,可以有效的降低患者的并发症,提高患者的自护能力和生活质量。荷兰和澳大利亚两家公立医院开展了一项国际多中心随机对照试验,将行动导向教学法的健康教育应用于 COPD 患者身上,发现患者的治疗依从性变高,并发症的发生率下降,且患者对自身疾病的管理能力提高,有利于患者更好的识别病情的发作,从而更好的正确开始治疗。

2.3 实施方法

以行动导向教学为主的健康教育不同于常规的临床上的健康教育单纯的向患者普及疾病相关的知识以及告知其该如何去做,而是以真正的或者是模拟的职业活动为基础,按照“提出相应的任务、制定合适的计划、实施所定的计划和自我审视检查”四个步骤,完整的对患者进行相应的疾病健康教育。在整个健康教育过程中,研究者和患者共同参与,着重解决患者现有的主要问题,从而提高患者的自护能力以及疾病知识,提高患者治疗疾病的积极性以及自身疾病康复的主动性和参与性。在整个实施过程中,不仅有护士和患者的参与,还要有患者照顾者、临床医生以及药剂师等等。

首先是对患者提出相应的任务。有调查数据表明,我国 COPD 患者多为 60 岁以上的男性,且居住在农村的占主要部分,这也就使得在整个患者群体中,他们的文化水平、经济条件以及医疗条件都不是很好,不利于疾病的治疗以及控制。就目前来说,主要表现出来的问题有四个方面,分别是(1)患者的用氧依从性不高:随着病情的进展,患者的肺功能逐渐下降,自身呼吸不足以支撑日常活动所需要氧气,因此需要长期氧疗来帮助患者。然而,长时间的氧疗不但要耗费大量的财力,患者还需要静卧或静坐,不能够帮助家庭去做一些力所能及的事情。此外,用氧及机器的使用对没有文化的老年人来说有一定的难度,需要专人教会患者及家属等如何开关氧气机器、如何调节氧流量等等。昂贵的用氧费用、文化水平低以及长时间的静坐等都是导致患者用氧依从性低的原因。(2)患者用药依从

性不高:众所周知 COPD 是一个慢性病,病期长,需要经常用药。同用氧一样,用药也需要耗费很多的财力,虽然国家现在对慢性病越来越重视,医保报销比例也越来越大,但是对于没钱又没文化的老年农村人来说,困难也是非常大。(3)患者不懂的如何进行呼吸功能训练,虽然在住院期间医护人员都会教患者如何进行呼吸功能训练,但是不是所有的患者都能够熟记并且照做,很多人出现学的时候没学会,想做的时候不会做的情况,因此呼吸功能越来越差,身体状况也越来越差。(4)由于患者不明白病情发生的原因或者是由于习惯等原因,无法避开疾病的诱发因素,导致疾病一步步加重患者却无能为力。正是由于上述的原因,患者自护能力较低间接导致生活质量变差。因此,需针对以上问题,提出我们的任务和目标。

第二个是制定实施的相关计划。计划的制定需要医生、护士、药剂师、营养师以及患者和家属共同商议决定,医护人员要根据现有的干预措施,结合患者自身的情况,为患者制定切实可行的个性化健康教育计划,但在整个过程中需尊重患者及家属的意见和建议。根据了解到的现有情况,为患者选择合适的健康教育方式,如口头交流表达、文字卡片引导、语音视频教学等等,选择时要依照患者的兴趣以及接受的程度来选择。在教会患者后,还可以不定时的对患者进行提问,看患者能否回答正确;还可以角色互换,让患者和家属扮演医护人员,向医护或同病室病友讲解疾病的相关知识及注意事项。不但可以增加她们的主动性,而且可以使患者将疾病相关的知识牢记于心。

第三个是对所定计划的实施阶段。此阶段主要是针对患者出现的问题,依据计划中的实施措施,做出相应的对策。举例来说,患者痰液粘稠不易咳出,按照计划嘱患者适当饮水和运动,护士教会患者有效咳嗽的方法,医生为患者开具止咳化痰的药物等等,多方面进行合作,共同帮助患者康复。

3. 将基于行动导向法的教育应用于 COPD 患者的意义

将此方法应用于 COPD 患者身上,不但对患者的疾病本身有效果,还促进了患者的心理健康。通过研究发现,此健康教育方法可以使患者更愿意参与到医务人员的诊疗和护理中去,也使患者更容易接受医护所普及的疾病知识

4. 小结

COPD 是我国重点关注的慢性疾病之一,做好 COPD 患者的疾病护理是我国医疗事业的重要任务。而长时间的居家治疗是 COPD 患者的主要特征,因此做好疾病相关的健康教育,对 COPD 患者的疾病控制和诱因的预防有着重要的意义。基于行动导向教学法的健康教育可以提高患者治疗疾病的主动性和自护能力,也从根本上提高了患者自身的生活质量,值得在临床治疗过程中推行此方法。

参考文献:

- [1]Vogelmeier, Claus F, Criner, Gerard J, Martinez, Fernando J, et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report: GOLD Executive Summary. RESPIROLOGY. 2017; 22 (3): 575-601. doi: 10.1111/resp.13012
- [2]周志红,严谨.团体活动对社区慢性阻塞性肺疾病患者自我管理水平的的影响[J].中国老年学杂志,2015,35(11): 3109-3111.
- [3]Xiao, Tian, Zhou, Xianfeng, He, Yun, et al. Pain problems for patients with mild and moderate chronic obstructive pulmonary disease - a community-based study in Shanghai. Journal of pain research. 2017; 10 2247-2252. doi: 10.2147/JPR.S14194

心脏介入手术患者运用多样化健康教育后的患者治疗依从性情况分析

宋靓媛¹ 周娟¹ 陈燕辉¹ 张弘蕾²

1 宁夏医科大学总医院 宁夏银川 750001; 2 银川市中医医院 宁夏银川 750001

摘要:目的:探讨心脏介入手术患者运用多样化健康教育后的患者治疗依从性情况。方法:采集本院2020年4月至2021年10月期间接收的194例心脏介入手术患者,随机分为常规组与研究组各97例,常规组运用常规护理,研究组运用多样化健康教育,分析不同护理应对后患者心理状况、生活质量、护理满意度、治疗依从性情况。结果:在患者各项生活质量评分上,研究组各项评分明显高于常规组,对比有统计学意义($p<0.05$);在患者治疗依从性上,研究组95.88%,常规组81.44%,对比有统计学意义($p<0.05$);在患者焦虑、抑郁等心理评分上,研究组护理后评分降低幅度明显多于常规组,对比有统计学意义($p<0.05$);在患者护理满意度上,研究组95.24%,常规组80.95%,对比有统计学意义($p<0.05$)。结论:心脏介入手术患者运用多样化健康教育后,可以提升其治疗依从性,改善其负面情绪,提升其治疗后生活质量,患者对护理工作的满意度也更高。

关键词:心脏介入手术;多样化健康教育;治疗依从性

心脏介入手术治疗属于心血管类疾病治疗的微创手段,相较于传统手术治疗方式而言,不需要做开胸操作,可以通过影像技术的引导来促使导管送到病变区域,降低治疗创伤,减少患者治疗痛苦。本文采集194例心脏介入手术患者,分析运用多样化健康教育后患者心理状况、生活质量、护理满意度、治疗依从性情况,具体内容如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院2020年4月至2021年10月期间接收的194例心脏介入手术患者,随机分为常规组与研究组各97例。常规组中,男52例,女45例;年龄从37岁至72岁,平均(51.86±3.59)岁;文化程度中,初中及以下为59例,高中为21例,大学为17例;研究组中,男57例,女40例;年龄从35岁至74岁,平均(52.12±5.65)岁;文化程度中,初中及以下为56例,高中为28例,大学为13例;两组患者在基本年龄、性别与文化程度等信息上有明显的差异,有对比研究意义。

1.2 方法

常规组运用常规护理,研究组运用多样化健康教育,具体内容如下:

了解患者的综合情况,包括其个人的疾病史、过敏史、饮食喜好、兴趣特点、性格、信仰、家庭基本状况等多种情况,依据其个体手术操作需求而定做内容的逐步完善。一方面,可以通过问卷调查表做患者直接的信息采集,也可以通过侧面信息的观察判断来做对应的备注内容的完善。对于展开对应的检查需要对其左心耳与左心房血栓情况做有效的确定^[1]。一般情况下,患者对于手术技术以及疾病等专业性的信息缺乏足够的了解,甚至因为昂贵的费用以及不确定的治疗结果而有较多的心理压力。需要通过通俗易懂的语言做好有关讲解工作,可以配合视频、图文等信息支持。还可以做好一对一的沟通,在沟通过程中,甚至可以与患者本人以及其家属做分别性的沟通说明。让其知晓手术过程情况以及风险预后状况。依据患者以及家属的实际需求,做好有关手术风险的说明讲解。通过相对客观的成功案例来提升其心理的安全感,但是避免对成功案例过大的夸张而导致其对手术结果抱有过的期待。

多样化的健康教育在于从多角度以及多样化内容出发。多角度方面,例如对患者以及对患者家属在沟通应对中需要做一定人性化、差异化的调整,由此来提升患者内心的接受程度^[2]。而对于其家属需要了解其有关治疗的整体的状况,由此配合有关工作的开展。对患者或者家属而言,在教育指导工作上需要保持更为柔和、人性化,避免过于沉重的信息内容对其构成过大的心理压力,要给予其一定的心理缓冲期。其形式上也可以多样化,可以分为一对多、一对一、纸质书面手册、手机电子文章、网络文章、口头指导、墙面海报等多种形式进行^[3]。具体在风格上面,可以依据患者个体需求做对应的调整,尽可能弱化疾病风险带来的影响性。但是避免过度夸张而导致的过重心理压力,或者过于放纵的心理状态,保持合理的标

准尺度。尽可能地通俗易懂,避免过于严肃、呆板、沉闷、专业术语而导致的理解障碍以及理解压力感。通俗易懂的处理方面需要依据各地情况而定,对于相对心智更加成熟的老年患者而言,可以相对全面、客观地介绍其内容^[4]。对于接受能力较差的,则需要给予更多的信心支持来提高其治疗康复的信心。在内容上面,还需要根据地方风土民情、文化风俗、患者个体情况、科室条件等情况做对应的调整,保证有关工作开展的因地制宜,匹配个体情况所需^[5]。

在健康教育工作中,要充分意识到健康教育本身可以达到双重的作用。一方面达到认知建设的功效,另一方面也可以达到一定的心理安抚作用。因此,多样化健康教育工作的开展,在一定程度上需要吸纳时代技术条件,以及相关理论做支持,保证有关工作开展的多样化、针对性,符合个体患者情况所需。而有关工作的开展在一定程度上可以借助社会专业的医疗媒体做支持,减轻医护人员在有关内容编辑制作上的压力。让医护人员有更多的精力以及时间投入到自身专业的工作之中^[6]。

而专业的医疗媒体从业人员则可以与医护人员采集到的专业信息做对应的通俗易懂以及多样化风格的转变,满足不同患者情况所需,甚至可以细化到不同季节情况、不同具体疾病类型、不同患者接受能力,包括其认知水平、兴趣特点、家庭状况、社会角色等各方面内容,由此来保证有关内容提供的针对有效性,避免笼统一个模式而导致的匹配问题^[7]。

在实际的健康教育工作中发现,并不是健康教育内容本身不具有专业性,而是因为过于专业术语应用在一定程度上导致患者与其家属理解的偏差,或者理解障碍出现了过高的期待或者过低的预估,这样在一定程度上会导致患者家属的负面情绪。具体因个人情况而异,因此在健康教育工作的开展上,首先需要保持一定的保守性原则^[8]。但要结合一定的客观真实性,这样才能保证后期在落地执行过程中能够有更为准确的推进效果。

而健康教育工作的开展,可以由专业的医护人员进行,也可以由专业的医护人员提供有关材料,通过专业的医疗编辑人员制作,而后制设计成专业的手机电子文章、电脑PPT、墙面海报、纸质手册,甚至结合传统广播、电视报刊等多种形式来传递有关内容,由此来保证工作开展的有效性。同时也要分析不同信息发送渠道中的各自特点,例如手机所代表的新时代数字媒体形式在一定程度上覆盖的人群越来越广,但是在具体的操作上,会因为患者以及家属个人在阅读习惯上的差异而有一定的不适应性。尤其是部分老年患者,仍旧喜欢采用传统的纸质方式,因此也需要匹配对应的纸质手册,或者将纸质手册制作成病房的重复可利用手册书籍,甚至可以在其纸质上做一定的强化材料处理,保持其耐用性,避免纸质资源的浪费。

在健康教育工作的开展情况上,还可以划分为由医院内部的医护人员制作,也可以由专业的院外医疗媒体。一般院外医疗媒体需与院内的宣传科工作人员做有效的对接,与医护做好对话沟通了解,由此保证内容制作的专业性,符合专业的医护标准,也符合患者接受标准所需。能够让患者

以及家属更为清晰明确的了解,其内容上可以集合多种形式,例如图文、视频、音频等多种材料,由此来保证有关内容传递的清晰性,能够保证最后落实的有效性。

1.3 评估观察

分析不同护理应对后患者心理状况、生活质量、护理满意度、治疗依从性情况。治疗依从性=完全依从率+部分依从率。护理满意度为很满意率和基本满意率之和。生活质量主要集中在生理功能、社会功能、生理职能、躯体疾病、情感职能等,评分越低情况越好。心理状况运用焦虑、抑郁有关 SAS、SDS 评分,评分越低情况越好。

1.4 统计学分析

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

2 结果

2.1 两组患者护理前后焦虑、抑郁评分情况

如表 1 所示,在患者焦虑、抑郁等心理评分上,研究组护理后评分降低幅度明显多于常规组,对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 1: 两组患者护理前后焦虑、抑郁评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	时间	焦虑	抑郁
研究组	护理前	47.28 $\pm$ 3.91	48.76 $\pm$ 4.27
	护理后	34.87 $\pm$ 2.56	35.17 $\pm$ 3.68
常规组	护理前	48.62 $\pm$ 4.07	49.18 $\pm$ 4.22
	护理后	43.16 $\pm$ 3.52	42.59 $\pm$ 4.08

注: 两组护理前对比, $P > 0.05$, 两组护理后对比, $P < 0.05$

2.2 各组患者生活质量评分情况

见表 2, 在患者各项生活质量评分上, 研究组各项评分明显高于常规组, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 2: 各组患者生活质量评分结果 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	生理功能	躯体疾病	生理职能	社会功能	情感职能
研究组	68.25 $\pm$ 4.17	66.28 $\pm$ 3.67	45.97 $\pm$ 4.11	72.49 $\pm$ 4.62	58.73 $\pm$ 4.11
常规组	49.27 $\pm$ 3.51	46.54 $\pm$ 2.19	37.82 $\pm$ 3.62	58.73 $\pm$ 3.47	43.58 $\pm$ 3.15

注: 两组对比, $P < 0.05$

2.3 患者治疗依从性情况分析

见表 3 所示, 在患者治疗依从性上, 研究组 95.88%, 常规组 81.44%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 3: 患者治疗依从性评估结果 [$n(\%)$]

分组	n	完全依从	部分依从	不依从	治疗依从性
研究组	97	54(55.67)	39(40.21)	4(4.12)	95.88%
常规组	97	32(32.99)	47(48.45)	18(18.56)	81.44%

注: 两组对比, $P < 0.05$

2.4 患者护理满意度情况

见表 4 所示, 在护理总满意率上, 研究组 95.24%, 常规组 80.95%, 对比有统计学意义 ($P < 0.05$);

表 4: 患者护理满意度评估结果 [$n(\%)$]

分组	n	很满意	基本满意	不满意	护理总满意率
研究组	97	29(29.69)	11(11.35)	2(2.06)	95.24%
常规组	97	22(22.68)	12(12.37)	8(8.25)	80.95%

注: 两组对比, $P < 0.05$

3 讨论

在多样化健康教育工作开展上, 多样化的理解, 除了形式、内容、风格, 制作团队等各方面情况的多样化、丰富性, 也需要积极的吸纳社会各方面渠道反馈的有效信息做支持。做好整合资源利用, 提升有关多样化健康教育工作开展的效率, 减少延误工作而引发的不良问题。同时多样化健康教育工作开展, 也可以结合多样化角色人员的参与, 除了常规的医护人员, 也可以由专业的医疗媒体、志愿者、学生以及各基层社会工作者做好有效配合。通过大家的合力配合, 可以减轻医护人员的工作压力, 同时提升整个健康教育工作的有效性。

健康教育工作的开展在一定程度上可以纠正错误的认知状况, 避免因错误认知而导致的错误行为, 以及对整个治疗工作开展构成的影响。因此, 具体的处理应对上还需要结合以往以及当下的资源优势, 不断地提供更多样化形式以及内容风格的宣教材料, 这样可以方便医护人员做对应的选择使用, 匹配不同的患者以及家属情况所需。挑选不同的形式与内容, 极大地提升整个护理工作的效率, 弥补医护人员在有关通俗化沟通解说方面的压力。尤其是实际沟通过程中, 医护人员会不自觉地采用行业内的专业术语, 导致有关内容在对患者以及家属传递的过程中会出现理解偏差。

本研究, 在患者各项生活质量评分上, 研究组各项评分明显高于常

规组, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。说明研究组采用多样化健康教育后, 可以直接地优化患者的生活质量水平, 达到相对实际的应用效果。在患者治疗依从性上, 研究组 95.88%, 常规组 81.44%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。研究组可以通过有关工作开展提升患者与家属的配合度, 减少工作阻力。在患者焦虑、抑郁等心理评分上, 研究组护理后评分降低幅度明显多于常规组, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。患者在实际过程中感受到的负面情绪更少, 整个工作开展有效性更高。在患者护理满意度上, 研究组 95.24%, 常规组 80.95%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。整体工作开展可以有助于患者更好地理解医护人员工作, 优化护理工作开展实际水平。

但是不足之处在于, 本研究案例属于各地方情况, 不代表全国所有状况。因此护理工作的研究带有一定的地域性特点, 需要因地制宜合理处理, 提升有关工作推行的有效性。具体处理上, 还需要考虑护理人员的执行能力, 避免笼统一刀切导致的负面问题。尤其是有关工作的开展, 执行与方案设计有较大的差异情况也非常常见。因此, 要做好护理人员的培训管理, 优化综合应对能力。

总而言之, 心脏介入手术患者运用多样化健康教育后, 可以提升其治疗依从性, 改善其负面情绪, 提升其治疗后生活质量, 华智能对护理工作的满意度也更高。

参考文献:

- [1] 汤微微. 健康教育对心脏介入导管室患者护理效果影响分析[J]. 东方药膳, 2021(5): 212.
- [2] 谷红娟. 健康教育应用于心脏介入导管室护理的必要性探析[J]. 东方药膳, 2020(16): 231.
- [3] 吴艳. 心脏介入导管室护理中健康教育的应用价值探究[J]. 黑龙江中医药, 2020, 49(3): 344-345.
- [4] 吕莎. 健康教育在心脏介入导管室护理中的应用价值[J]. 养生保健指南, 2020(10): 199.
- [5] 姜卫花, 崔红玲. 健康教育在心脏介入导管室中的护理效果及对知晓率的影响研究[J]. 健康大视野, 2020(5): 171.
- [6] 李雪莲. 探讨健康教育在先天性心脏病患者介入封堵术后护理中的体会[J]. 东方药膳, 2021(16): 216.
- [7] 许琴芳, 杨道平. 互联网+程序化健康教育对先心病介入患儿生存质量及家长遵医行为的影响[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(88): 11-14.
- [8] 张俭. 以理性行为理论为基础的延续性健康教育在 PCI 手术患者中的应用[J]. 国际护理学杂志, 2020, 39(22): 4208-4211.

3C 引导性反馈下高仿真模拟教学在危急重症教学中的应用

王敏[#] 王琮瑞[#] 齐玲 杨梅 史秀丽 李习平^{*}

贵州中医药大学第一附属医院 贵州贵阳 550002

摘要:目的: 探讨在某高校危急重症教学工作中, 实施 3C 引导性反馈下高仿真模拟教学的价值。方法: 选取贵州省某医学院校 2019 级 2 个班级医学生根据班级分组分为观察组 (n=88) 与对照组 (n=86), 对照组应用常规高仿真模拟教学, 观察组应用 3C 引导性反馈下高仿真模拟教学, 教学 36 学时 (30 学时理论, 6 学时实践), 评价医学生理论操作考核情况、评判性思维能力与教学满意度情况。结果: 观察组医学生在学期末的理论知识与实践操作考核成绩显著高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$); 教学后两组医学生批判性思维能力、问题分析能力、问题解决能力评分显著高于教学前, 观察组教学后评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$); 观察组医学生教学满意度为 96.59%, 对照组满意度为 82.56%, 对比差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。结论: 3C 引导性反馈下高仿真模拟教学实践对危急重症教学的效果满意, 显著提高医学生专业素养水平, 提高专业实践能力, 促进学生对所学知识的理解与吸收, 提高教学满意度。

关键词: 引导性反馈; 高仿真模拟教学; 危急重症教学; 情境-内容-拓展; 教学满意度

为全面贯彻党的教育方针, 更好的适应现代社会发展以及经济建设需求, 完善医疗服务及提高医疗质量, 要求在当前的医疗教学工作中积极进行一些教学方法的改革实践, 提高医疗卫生专业学生的批判性思维能力、决策能力以及处理问题的能力, 提高创新发展能力^[1]。作为医学教学的一种重要手段, 高仿真模拟教学指的是将临床真实案例部分或者完全复制到实际教学中, 学生在教学过程充分利用所学知识理论以及实践技能, 提高自身专业水平^[2]。而传统仿真教学过程, 教师对学生的引导以及标准化缺乏统一认识, 教学过程存在一些无效引导, 这样无法达到培养学生批判性思维及深层次学习的目的, 甚至还可能影响师生关系, 为尽可能取得良好教学效果, 需探讨更加合理的引导方法^[3]。3C 引导性反馈是指通过情境 (circumstances)、内容 (content)、拓展 (continuation) 三个阶段的引导, 建立教师与学生双向互动的反思性对话, 帮助学生形成批判性思维与临床推理能力^[4]。而目前国内 3C 引导性反馈设计及教学实施尚且缺乏统一标准, 这样影响教学效果。基于此, 本次研究就以危急重症教学工作为例, 探讨了 3C 引导性反馈下高仿真模拟教学的应用以及实践效果, 现报告如下。

1 资料与方法

(1) 一般资料

选取某医学院校 2019 级 4 年制 2 个班级的医学生作为研究对象, 均为全日制统招本科生。根据班级分组分成观察组 88 名与对照组 86 名。观察组男 11 例, 女 77 例; 年龄 18~22 岁, 平均年龄 (20.01±0.46) 岁。对照组男 9 例, 女 77 例; 年龄 18~22 岁, 平均年龄 (20.06±0.44) 岁。两组学生性别与年龄资料, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

(2) 方法

对照组应用常规高仿真模拟教学方法, 主要是基于实践标准并且结合教学大纲与教学目的, 根据辅助教材在辅导教材基础上结合真实急诊病例设计教学内容, 内容涵盖常见的急危重症, 如心肺复苏、急性中毒、创伤、休克等。教学前进行课前准备工作, 提前一周将教学案例相关内容及情景模拟教学上传至线上超星学习通教学平台, 随机分组并且选取组长, 根据教学程度制定方案。学生根据实际需求明确各自职责, 模拟同时体会角色在情境中的感受及行为。学生讨论并且汇报, 内容包括学习体会、常见问题及解决对策等, 学生通过相互评价结合授课老师直接反馈方式, 进行教学归纳及总结。

观察组采取 3C 引导下反馈的高仿真模拟教学方式, 在教学实施上, 针对案例情境设计、课前准备以及情景模拟均为对照组常规仿真模拟的操作步骤。但是在讨论、汇报以及评价阶段则是实施 3C 引导性反馈方式, 情境阶段主要是引导学生释放情绪并且充分表达自身想法以及感受, 对患

者的情况进行辨析; 内容阶段采用“主张一探寻”式提问策略; 拓展阶段引导学生如何将模拟过程中学习到的知识融入到以后的临床实践中。以心搏骤停为例, 3C 引导性反馈的实施方法如下: ① 情境阶段。引导者提问: “案例中病患发生了什么”、“病患的哪些表现对于判定病情有帮助”、“你需要通过那些评估来确诊病情”。教师引导学生根据反馈内容回顾个案情境, 确定病情并且整理需要重点解决的问题, 为案例分析的深入奠定坚实基础。② 内容阶段。这一阶段是引导性反思主要阶段, 在这一阶段引导者采用“主张一探寻”式提问策略, 即“我看到、我认为、我想知道”。通过提问 (我看到) 你通过触摸患者颈动脉搏动及观察患者胸廓有无起伏判断患者发生了心跳呼吸骤停, 你首先反应是立即给病人进行胸外心脏按压, (我想知道) 你当时是怎么想的? (我认为) 你按压之前应该先呼救, 并且需要评估患者是否卧于硬地面或者硬板床, 如果患者卧于软垫上, 直接进行胸外心脏按压就是无效按压, 对患者的循环恢复无意义, 延误抢救时间等一系列问题, 引导学生再次审视整个操作流程, 帮助学生训练评判性思维与临床决策能力的过程。③ 拓展阶段。鼓励学生畅所欲言, 分析在仿真模拟教学过程的优点以及不足, 探讨怎样才能将自身所学知识应用于临床实践中, 提高学生实践操作水平, 提高教学效果。

两组均是进行 36 学时的教学。

(3) 观察指标

(1) 考核评价。在学期末通过统一闭卷考试的方法, 考核评价医学生的理论知识水平。此外通过随机抽取 1 例急危重症的医疗救治操作进行现场考核评价。理论知识以及实践操作, 考核的总得分均是 100 分, 得分越高表明考核成绩越好。(2) 个人能力。在教学前与教学后, 调查考核医学生的个人能力, 具体包括批判性思维能力、问题分析能力、问题解决能力。各项内容均是应用 10 分制的评分方式, 得分越高表明个人能力越高。(3) 教学满意度。使用学院自制的问卷调查两组医学生对教学的满意度情况, 主要包括学习过程的趣味性, 学习主动性等, 满意度总得分 100 分, 分成非常满意 (90-100 分)、满意 (70-89 分)、不满意 (70 分以下) 三个等级。总满意度= (非常满意+满意)/总数×100%。

(4) 统计学方法

使用 SPSS20.0 软件做统计学结果分析, 计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较使用 t 检验, 计数资料用 (%) 表示, 组间比较使用 χ^2 检验, 以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 考核结果

学期末医学生考核成绩, 观察组在理论知识与实践操作考核成绩明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 1。

表1 两组学生考核结果比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	理论知识	实践操作
观察组	88	90.16±3.04	87.15±3.16
对照组	86	84.42±3.46	80.24±3.22
t	-	11.632	14.286

表2 两组学生教学前后个人能力评价结果比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	批判思维能力		问题分析能力		问题解决能力	
		教学前	教学后	教学前	教学后	教学前	教学后
观察组	88	7.04±0.66	8.89±0.52*	6.88±0.63	8.55±0.51*	6.51±0.71	9.02±0.42*
对照组	86	7.06±0.64	8.22±0.58*	6.92±0.64	7.92±0.56*	6.56±0.72	8.22±0.54*
t	-	0.202	8.027	0.415	7.761	0.461	10.922
P	-	0.839	<0.001	0.678	<0.001	0.645	<0.001

注:与本组教学前比较, * $P<0.05$ 。

2.3 教学满意度

观察组医学生的教学满意度显著高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表3。

表3 两组教学满意度比较[n (%)]

组别	n	非常满意	满意	不满意	总满意度
观察组	88	72(81.82)	13(14.77)	3(3.41)	85(96.59)
对照组	86	50(58.14)	21(24.42)	15(17.44)	71(82.56)
χ^2					7.783
P					0.005

3 讨论

近年来, 高仿真模拟教学法在医学生的教学中虽已得到广泛应用并取得一定成效^[5], 传统的灌输式教学手段无法满足现代医学教学的需求, 以模拟情境为主的教学方式受到广大教师与学生的认可。高仿真模拟教学主要是指在实际教学过程, 通过逼真的呈现临床情景, 突破临床教学的局限, 解决医学教学过程中普遍存在的理论知识教学同临床实践脱节的矛盾, 全面提升学生整体观念以及临床思维能力, 满足现代医疗服务需求^[6]。而仿真模拟教学过程, 需立足情境教学实际需求, 通过合理的引导策略指导学生主动思维, 培养学生批判性思维能力以及自主解决问题的能力^[7]。常规高仿真模拟教学实践中往往表现出教师引导不理想的情况, 这样削弱高仿真模拟教学在临床教学过程中的实际应用以及地位, 对于教学方式的推广以及优化不利, 所以探索实践合理的引导带教方式至关重要。

本次研究结果显示, 观察组医学生在学期末理论知识与实践操作考核成绩明显高于对照组。分析原因主要是3C引导反馈下高仿真模拟教学, 打破传统的引导模式, 积极创新教学理念, 在仿真情境基础上, 3C引导反馈策略涵盖情境、内容、拓展三个阶段的内容, 通过阶段性引导实践, 让学生回顾模拟临床情境及教学实施过程, 让学习的相关理论知识同案例内容结合, 分析问题并且寻找解决问题的方法^[8]。通过3C引导反馈策略可充分激发学生兴趣, 夯实基础病锻炼实践技能, 实现理论知识同操作实践的良好结合。本次研究结果显示, 教学后患者批判思维、问题分析与问题解决能力评分显著高于教学前, 且观察组评分高于对照组。分析原因主要是在3C引导反馈下的高仿真模拟教学, 在教学实践过程, 基于仿真情景引导学生提问, 经结构性引导反馈方式, 使得学生的思维以及决策水平显著提高^[9]。3C引导性反馈下高仿真模拟教学, 重点强调团队合作学习以及引导独立思考, 加强师生互动, 在逼真以及安全无风险仿真模拟情景下反复多次循环联系, 这样可以显著提高医学生的实践技能, 从临床实践过程中逐渐形成以及强化批判性思维能力以及问题解决能力, 从而为危急重症病患的救治提供有利帮助^[10]。本次研究结果显示, 观察组医学生教

P - <0.001 <0.001

2.2 个人能力

教学前医学生个人能力评分, 对比差异无统计学意义 ($P>0.05$); 教学后各项能力评分高于教学前, 而观察组评分高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 见表2。

学总满意度明显高于对照组, 提示3C引导反馈的高仿真模拟教学对提高教学满意度价值突出, 主要是通过循序诱导提问方式配合高仿真情境, 使得教学具备趣味性, 学生的主观能动性提高, 同时通过科学引导使得学生可以感受到自身能力的提升, 这样也对于医学生教学满意度的提高有重要帮助。

综上所述, 针对危急重症的教学实践, 采取基于3C引导性反馈策略的高仿真模拟教学, 可以取得满意的教学效果, 显著提高医学生的理论知识及操作水平, 提高医学生个人能力以及教学满意度, 更好的为现代医疗服务提供依托, 具有一定应用推广价值。

参考文献:

- [1]孙建玲, 孙立明, 张梅霓, 等. 急危重症护理高仿真模拟教学的设计与效果评价[J]. 中华现代护理杂志, 2020, 26(33): 4697-4701.
- [2]肖树芹, 王艳玲, 冯新玮. 结构化引导性反馈在高仿真情景模拟护理教学中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2020, 26(9): 1247-1250.
- [3]方雅璇. 护理教育中引导性反馈方法的研究进展[J]. 解放军护理杂志, 2018, 35(20): 46-49.
- [4]王娟娟, 金瑞华, 淮盼盼, 等. 3C引导性反馈下高仿真模拟教学在急危重症护理教学中的应用[J]. 护理研究, 2021, 35(16): 2971-2974.
- [5]李宇. 创新高仿真情景模拟教学方法对护生学习成效和差错发生率的影响[J]. 中国民康医学, 2021, 33(4): 115-116.
- [6]隗冰芮, 胡翠环. 引导性反馈在护理模拟教学中的应用现状[J]. 护理研究, 2021, 35(2): 289-291.
- [7]刘增霞, 吕静, 崔森. 基于形成性评价的高仿真模拟教学在内科护理学中的应用效果[J]. 安徽医学, 2018, 39(11): 1396-1399.
- [8]庄前玲, 汪婷, 叶建峰. 跨专业高仿真模拟教学在护理综合实训教学中的应用[J]. 护理学杂志, 2021, 36(10): 83-84, 88.
- [9]罗峤茜. 高仿真模拟教学在护理实习生临床推理教学中的应用效果[J]. 中国医药导报, 2019, 16(17): 173-177.
- [10]王小洪, 吴洪海, 李斐, 等. 实体标本与虚拟仿真教学系统结合的教学方法在护理专业人体解剖学教学中的应用[J]. 护理研究, 2022, 36(8): 1484-1486.

基金项目: 贵州中医药大学本科教学质量与教学改革工程项目(贵中医学工程合字(2021)09号); 贵州省卫生健康委科学技术基金项目(GZWJKJ2020-1-241); 贵州省卫生健康委科学技术基金项目(gawkj2021-521); 贵州省中医药管理局中医药、民族医药科学技术研究基金项目(QZY-2021-115)

*通讯作者: 李习平

#第一作者: 王敏, 王琮瑞。

中国区域儿童头颈部神经纤维瘤临床报告并诊治经验总结

肖兴望 索凤涛 姚红兵

重庆医科大学附属儿童医院耳鼻咽喉头颈外科； 国家儿童健康与疾病临床医学研究中心； 儿童发育疾病研究教育部重点实验室； 儿科学重庆市重点实验室 400000

摘要：目的 总结分析中国区域儿童头颈部神经纤维瘤临床病例，报告其临床诊治经验。方法 检索中国地区公开报告的关于儿童头颈部神经纤维瘤病例文献，分别统计其性别、发病年龄、病变部位、有无典型皮损改变、是否合并其他系统病变、病理组织化学特征等。结果 结合文献报道及我院收治病例共 7 例，男性 1 例，女性 6 例，中位就诊年龄 11（7-17）岁，以耳部包块多见（3 例），眼睑 2 例，头皮顶部 1 例，颈、胸及鼻部多发包块 1 例，除 1 例未报告外，其余病例均符合神经纤维瘤病 1 型。多数病例（6/7）可见典型牛奶咖啡斑皮损，（7/7）病理学检查均符合神经纤维瘤病理诊断。结论 儿童头颈部神经纤维瘤多为神经纤维瘤病 1 型，结合典型牛奶咖啡斑及 MR 检查可帮助诊断，手术切除肿块仍是目前最有效的治疗方法。

关键词：儿童；耳鼻咽喉头颈外科；神经纤维瘤

Summary of clinical report of head and neck neurofibroma in children in China and diagnosis and treatment experience

Xiao Xingwang Suo Fengtao Yao Hongbing

Department of Otorhinolaryngology head and neck surgery; Ministry of Education Key Laboratory of Child Development and Disorders; National Clinical Research Center for Child Health and Disorders (Chongqing); China International Science and Technology Cooperation base of Child development and Critical Disorders; Children's Hospital of Chongqing Medical University; Chongqing Key Laboratory of Pediatrics, Chongqing, P.R China.

Abstract Objective To retrieve and summary the clinical case reports of children with head and neck neurofibromas in China, and a case report of children with neurofibromas in ear was attached. Methods We searched publicly reported cases of children's head and neck neurofibromatosis in China, and statistically analyzed their gender, age of onset, location of lesions, changes in typical skin lesions, other systemic lesions, and histochemical characteristics. Results A total 7 cases was admitted, of which one was male and six were female, with the median age was 11 (7-17) years old. The most common location was ear (3 cases), 2 in eyelids, and 1 in scalp, one case had multiple masses in the neck, chest, and nose. The six cases were consistent with neurofibromatosis type 1 except that one case was not mentioned. In most cases (6/7), typical milk coffee spot lesions were seen, and all (7/7) the pathology were consistent with the pathological diagnosis of neurofibromas. Conclusion Neurofibromatosis in children's head and neck mostly come from neurofibromatosis type 1. Typical milk coffee spots and MR examination can help diagnosis. Surgical removal of the tumor is still the most effective treatment at present.

Key words Children; Otolaryngology head and neck surgery; Neurofibromas

Corresponding author: Suo Fengtao, Tel: 023-61966301 E-mail: 447283930@qq.com

神经纤维瘤（neurofibromas, NF）是源于神经轴鞘的神经膜细胞(雪旺细胞)和神经束膜细胞的良性肿瘤，部分肿瘤病例可见周围组织侵犯。NF 表现为瘤样肿物，由周围神经纤维成分局限或弥漫性增生所形成，全身多个系统可发生，临床上 NF 好发部位分别为躯干(43%)、头颈部(42%)和四肢(15%)^[1]。儿童头颈部 NF 病例相对少见，但严重影响面部美观，对患儿身心发育有极大影响，目前国内文献多为单发病例，对于该疾病的诊治缺乏规范化标准。本研究希望通过总结中国区域儿童头颈部神经纤维瘤特点，对其外科治疗的疗效和预后进行评价，为临床治疗提供参考。

资料与方法

利用 CNKI、维普、万方等学术平台检索中国区域公开发表的关于儿童（即 18 周岁及以下）头颈部 NF 病例文献，选择病例资料相对完整者纳入研究。

本院收治耳部 NF 病例一例，报告如下：女性，11 岁，因出生时即发现右侧耳甲腔包块，呈圆形，表面光滑，颜色为棕黑色，边界清楚，约 2cm×2cm 大小，耳后可扪及散在结节，约 0.2cm×0.2cm 大小，伴右侧面部下颌处膨隆。耳甲腔及耳后包块有缓慢进行性增大，无红肿、疼痛，表皮无明显破溃、流脓等；背部可见多处典型牛奶咖啡斑改变。CT 下表现为软组织密度影，CT 值为 25Hu，伴右侧外耳道骨部及右侧乳突骨质吸收，右侧蝶骨大翼及下颌骨改变。MRI 下可见 T1WI 呈低信号，T2WI 呈高低混杂信号影。术后病检见大量梭形细胞增生，免疫组化 Vimentin(+)，Desmin(-)，SMA 血管(+)，CD34(+)，S-100(+)，Ki67 1-3%(+)，符合 NF。

结果

结合文献报道及我院收治病例共 7 例，男性 1 例，女性 6 例，中位就诊年龄 11（7-17）岁，以耳部包块多见（3 例），眼睑 2 例，头皮顶部 1

例,颈、胸及鼻部多发包块1例,除1例未报告外,其余病例均符合神经纤维瘤病1型。多数病例(6/7)可见典型牛奶咖啡斑皮损,病理学检查均符合NF病理诊断。^[2-7]

讨论

1.临床表现及诊断:临床上10-20岁为NF发病高峰年龄段之一,好发部位为头面部及四肢,肿瘤可压迫周围,使骨质被吸收破坏,瘤体沿骨质破坏处侵入或压迫周围组织,导致面部变形^[8]。鼻腔内NF容易浸润鼻中隔、鼻翼软组织,并形成紧密粘连。

NF生长缓慢,病早期多无症状,实验室检查也多无异常。头颈部NF可表现为局部包块及睡眠打鼾,瘤体多凸出于皮面,皮下可触及包块,质地不一。NF患者典型皮损为皮肤牛奶咖啡斑,文献报道^[9]约40%-50%的患者于出生时即有棕色或牛奶咖啡色斑,且体积逐年增加、颜色逐年加深;斑疹出现率随年龄逐渐升高。NF可为孤立性表现,也可神经纤维瘤病的临床表现之一。目前依照1988年美国I型神经纤维瘤病(Neurofibromatosis Type 1,NF1)诊断标准:结合临床,本收治病例符合NF1诊断标准。

2.病理学表现:NF起源于周围神经鞘,组织学来源神经施万细胞及神经内、外束膜细胞,属于周围神经瘤样增生性病变,可发生于周围神经任何部位,多见于皮肤及皮下组织。据病理分型,NF一般分为结节型NF、弥散型NF和丛状NF三种类型。免疫组化中S-100蛋白,S100(+),Vimentin(+),Ki-67这些标记物的阳性表达对于NF的病理诊断具有较大意义。

3.影像学表现:超声检查对神经源性肿瘤具有一定诊断价值,但需注意与神经鞘瘤相鉴别。NF因其没有相对完整的包膜,所以超声下瘤体与周围组织间回声界限并不十分清晰,可使用6-12MHz高频超声,有助于鉴别NF与神经纤维瘤,但对结节型NF鉴别困难。神经鞘瘤及NF可从周围神经与肿瘤包块的关系作区分:周围神经在神经鞘瘤包膜外“绕过”,而在NF中央“穿”过^[10-11]

4.治疗及预后:NF目前尚无根治方法,主要为对症处理,根据瘤体的大小及生长部位决定治疗方案:如为体表肿瘤影响美观,可进行整形矫正;若在重要部位如颅脑、躯干、腹腔脏器等,易产生压迫及侵袭症状,则需考虑手术。NF预后结局与肿瘤类型密切相关,多数单发NF不易恶变,且生长缓慢,手术预后良好;彻底切除头颈部NF可改善预后,降低复发风险。只有2%-3%的NF患者会恶变为神经纤维肉瘤,又称为恶性外周神经鞘瘤和恶性神经鞘瘤。NF如果出现瘤体生长迅速、体积快速增大、剧痛难忍、质地由软变硬、新的或不能解释的神经功能缺失或括约肌紊乱时应高度怀疑肿瘤恶变,唯一有效的治疗方法为手术彻底切除,但5年生存率较低。NF瘤体完整切除后一般无需放、化疗,因为放、化疗会增加肿瘤恶变的风险。

结论

儿童头颈部NF多为神经纤维瘤病1型的部分表现,孤立性NF在儿童少见,就诊年龄多在学龄期及青春期,以局部包块为主要表现,结合典型牛奶咖啡斑及MR检查可帮助诊断。NF病程长,不易恶变,但恶变者预后较差。手术切除肿块仍是目前最有效的治疗方法,不推荐放、化疗。术前须充分了解包块性质,术中尽量完整切除,有助于改善预后,但术中是否同时切除神经仍应慎重考虑。

参考文献:

- [1]陈艳艳,张岩,祝威.外耳道神经纤维瘤一例[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2012,47(6): 512-513.doi: 10.3760/cma.j.issn.1673-0860.2012.06.021
 - [2]杨立东.眼睑神经纤维瘤误诊为眼睑松弛症一例[J].眼科,2015,24(2): 95-96.doi: 10.13281/j.cnki.issn.1004-4469.2015.02.017
 - [3]罗宏伟,王春花,张玲.耳廓神经纤维瘤1例[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2015,21(1): 79.doi:10.11798/j.issn.1007-1520.201501025
 - [4]罗世柏,张南生,邓江稳,等.耳周巨大神经纤维瘤1例[J].罕少疾病杂志,2002,9(5): 37-37.doi: 10.3969/j.issn.1009-3257.2002.05.021
 - [5]吕丹,李明霞,马兰枝,等.累及纵膈的头颈部丛状I型神经纤维瘤病两例[J].山东大学耳鼻喉眼学报,2018,32(1): 82-86.doi: 10.6040/j.issn.1673-3770.0.2017.294
 - [6]王晶.双眼睑多发神经纤维瘤1例报告[J].山东医药,2014,(27): 108-109.doi: 10.3969/j.issn.1002-266X.2014.27.045
 - [7]孙枢文,张恒柱,王晓东.头皮丛状神经纤维瘤1例[J].中国临床神经外科杂志,2018,23(5): 383.doi: 10.13798/j.issn.1009-153X.2018.05.031
 - [8]刘洪军,张爱芬.鼻腔鼻窦神经纤维瘤一例[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2011,46(4): 345-346.doi: 10.3760/cma.j.issn.1673-0860.2011.04.021
 - [9]王君芳.肠系膜巨大神经纤维瘤超声表现1例[J].临床超声医学杂志,2011,13(7): 450.doi: 10.3969/j.issn.1008-6978.2011.07.007
 - [10]王斌,黄波涛,邓明明,等.外周良性神经纤维瘤与神经鞘瘤的MRI表现及鉴别诊断[J].影像诊断与介入放射学,2014,(2): 99-102.doi: 10.3969/j.issn.1005-8001.2014.02.001
 - [11]赵霞,周列民,周珏倩,等.I型神经纤维瘤病患者神经纤维瘤发生机制的研究[J].中山大学学报(医学科学版),2005,26(6): 680-683.doi: 10.3321/j.issn: 1672-3554.2005.06.018
- 作者简介:肖兴望,男,医学硕士,医师,研究方向:儿童耳鼻咽喉头颈外科。

慢性宫颈炎患者给予连贯性护理健康教育干预的效果分析

许丽 闫彩霞 通讯作者

府谷县妇幼保健服务中心 妇产科 陕西榆林 719499

摘要：目的：分析在慢性宫颈炎患者中，实施连贯性护理健康教育价值。方法：选取2021年6月~2022年6月我院收治的80例慢性宫颈炎患者为研究对象，随机分组，常规护理对照组，观察组采用连贯性护理健康教育，比较两组患者的护理结局。结果：观察组生活习惯、自我管理、治疗依从性、复诊积极性、性欲望、性活动、性满意、精力、情感反应、躯体活动、社会活动、睡眠评分均高于对照组（ $P<0.05$ ），炎性因子水平和症状、性行为中异常症状、疼痛评分均低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：给予慢性宫颈炎患者连贯性护理健康教育，能帮助患者养成良好的生活习惯，提高自我管理能力，改善性生活，缓解病症，提高生活质量水平。

关键词：慢性宫颈炎；连贯性护理健康教育干预

慢性宫颈炎是指子宫颈受慢性炎症刺激，炎症细胞聚集于子宫颈间质细胞，导致间质浸润，进而诱发子宫颈间质增生，或上皮细胞增生^[1]。外源性和内源性病菌感染是该病的主要病因，发病后患者常表现为排尿困难、阴道出血、白带异常等症状，严重影响患者正常生活^[2]。为加快患者康复，治疗和护理工作需协调并进，优质高效的护理措施，能够减少患者盆腔炎、阴道炎等继发症状的发生。本研究认为连贯性护理健康教育具有一定的实施价值，通过基础健康教育、生活健康教育等措施，加快患者康复，为进一步分析该护理模式的优势，本次以80例患者为对象，展开下述报道。

1 资料与方法

1.1 临床资料

时间：2021年6月~2022年6月；对象：80例慢性宫颈炎患者；方法：随机分为对照组和观察组，各40例；对照组：年龄：20~47岁，平均（ 32.35 ± 3.85 ）岁；病程：1.5~5年，平均（ 3.12 ± 0.47 ）年；观察组：年龄：20~47岁，平均（ 32.36 ± 3.52 ）岁；病程：1.5~5年，平均（ 3.07 ± 0.45 ）年；两组资料无显著差异（ $P>0.05$ ），可对比。

1.2 方法

对照组：常规护理。保持外阴清洁。治疗期间做好避孕措施，避免意外怀孕，减少人流次数。减少奶油、糖果、蛋糕等甜腻性饮食和油腻性食物的摄入。

观察组：连贯性护理健康教育干预。

（1）基础健康教育：①了解患者婚育史、阴道分娩史、流产史、宫颈损伤情况、有无产褥感染情况、评估患者日常卫生习惯及性生活史。②多数患者对该病缺乏认识，且没有养成合理健康的生活习惯，因而护理人员应该详细讲解宫颈炎相关知识，分析日常生活习惯对宫颈炎的影响，讲解定期检查的重要性，告知保持外阴清洁、勤换内裤的重要意义。③心理护理。虽然该病不会危及生命，但白带增多、白带异味、腰痛、下腹胀等均会对女性的情绪产生影响，增加女性心理压力。部分患者对疗效极度担心，部分患者认为宫颈炎是宫颈癌的前兆，因而极度紧张、忧虑、悲伤。负面情绪引起内分泌失调，进一步加重病情。因而应增加对患者的陪伴和沟通，了解其心理状态和情绪状态，针对性地实施心理疏导，帮助患者践履信心，确保患者情绪平稳乐观，积极治疗。

（2）生活护理健康教育：①在创面尚未完全愈合期间，严禁盆浴、性交、冲洗阴道，避免大出血或外阴感染。观察创面愈合情况，直到痊愈。因为性生活、分娩、流产等会导致宫颈黏膜受损，从而为细菌的侵入提供机会，加重或导致病情反复。②女性阴道和宫颈相连，外阴清洁不到位，极易导致阴道炎症，阴道炎症未及时治疗，极易导致宫颈感染，引发宫颈疾病，因而清洁外阴、预防阴道炎症极其重要。应注意个人卫生，每日温

水清洗外阴，避免滥用洁阴液，破坏阴道酸碱、菌落平衡。每日至少更换一次内裤，避免穿蕾丝、紧身等化纤材质的内裤，尽可能穿纯棉、宽松、舒适的内裤，防止外阴长期处于温热潮湿的环境，滋养细菌繁殖。清洗内裤时，应单独清洗，避免与其他衣物同时洗，尤其避免与袜子一起清洗，内裤清洗后，应晾晒在通风、暴晒的位置，避免阴干滋养细菌。经期勤换卫生巾，避免不洁性生活。③饮食健康教育。避免食用辣椒、洋葱、芥末等辛辣刺激性食物，油炸、温热性食物，诸如：牛肉、羊肉、狗肉等热性食物也应尽量少食用，避免热上火加重病情。避免食用海鲜，严禁饮酒，防止加重湿热，影响疗效。多食用蔬菜、水果等富含维生素和蛋白质的食物，有利于宫颈炎症的康复。保持排便通畅。不能过度劳累也不能熬夜，要保持健康有规律的生活习惯。④治疗两、三天后，阴道会排出较多血性样或黄水样分泌物，可垫置全棉卫生垫，并每间隔2-3小时更换一次。若阴道分泌物较多，刺激外阴导致局部不适，可按照1：5000的比例，兑高锰酸钾和温水，对患者外阴进行清洗灭菌，每天早晚各清洗一次。⑤劳逸结合，制定科学、规律的生活习惯，以此来促进身体的恢复。鼓励患者适当散步、跑步，都可以有助于提高患者的身体素质，另外还可以去爬山、越野等，也是对身体有帮助的。⑥指导患者定期体检，一般1个月、3个月需要复查，检查是否有创面感染、愈合不良以及月经是否正常等。定期做宫颈癌筛查，预防宫颈癌的发生。

1.3 观察指标

（1）两组干预前后生活习惯、自我管理、治疗依从性、复诊积极性评分对比。

（2）两组炎性因子水平对比。包括：白细胞介素-6（IL-6）、肿瘤坏死因子（TNF- α ）、超敏C-反应蛋白（hScrp）。

（3）两组干预前后症状评分对比。包括：下腹疼痛、白带增多、坠胀。

（4）两组干预前后性功能评分。包括：性欲望、性活动、性满意、性行为中异常症状。

（5）两组生活质量评分对比。包括：精力、情感反应、躯体活动、社会活动、睡眠、疼痛。

1.4 统计学分析

SPSS20.0分析数据，计量资料（ $\bar{x}\pm s$ ）-t，计数资料[n（%）]- χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异显著。

2 结果

2.1 两组干预前后相关指标评分

干预前，两组患者的生活习惯、自我管理、治疗依从性、复诊积极性差异不大（ $P>0.05$ ），干预后，观察组的评分均显著高于对照组（ $P<0.05$ ）。见表1。

表1：两组干预前后干预前后相关指标评分（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	n	生活习惯（分）		自我管理能力（分）		治疗依从性（分）		复诊积极性（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
对照组	40	44.27 $\pm$ 7.32	66.24 $\pm$ 5.32	48.35 $\pm$ 6.26	62.38 $\pm$ 5.43	51.29 $\pm$ 6.85	71.34 $\pm$ 5.36	38.97 $\pm$ 5.38	70.45 $\pm$ 3.23
观察组	40	44.54 $\pm$ 7.26	88.38 $\pm$ 5.33	48.22 $\pm$ 6.33	86.24 $\pm$ 6.38	52.01 $\pm$ 5.89	89.48 $\pm$ 3.27	38.56 $\pm$ 6.12	86.38 $\pm$ 3.24
t		0.166	18.594	0.092	18.012	0.504	18.272	0.318	22.022
P		0.869	0.000	0.927	0.000	0.616	0.000	0.751	0.000

2.2 两组炎性因子水平对比

两组IL-6、TNF- α 、hScrp水平相比，干预前无差异（ $P>0.05$ ）；干预

后观察组水平平均低于对照组（ $P<0.05$ ）。见表2。

表2: 两组干预前后炎症因子水平 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	IL-6/(pg/mL)		TNF- α /(ng/mL)		hScrp/(mg/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	40	66.56 $\pm$ 15.38	49.16 $\pm$ 10.58	235.75 $\pm$ 12.52	199.84 $\pm$ 7.88	6.58 $\pm$ 1.55	4.32 $\pm$ 1.09
观察组	40	66.86 $\pm$ 15.17	35.58 $\pm$ 7.47	235.62 $\pm$ 12.35	121.59 $\pm$ 5.44	6.51 $\pm$ 1.54	2.25 $\pm$ 1.67
t		0.088	6.632	0.047	51.684	0.203	6.565
P		0.930	0.000	0.963	0.000	0.840	0.000

2.3 两组干预前后症状评分对比 显减轻 ($P < 0.05$)。见表3。
干预前两组症状评分差异不显著 ($P > 0.05$)，干预后，观察组症状明

表3: 两组干预前后症状评分对比

组别	n	下腹疼痛		白带增多		坠胀	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	40	2.64 $\pm$ 0.97	1.86 $\pm$ 0.83	2.57 $\pm$ 0.96	1.84 $\pm$ 0.76	2.73 $\pm$ 1.06	1.99 $\pm$ 0.82
观察组	40	2.66 $\pm$ 0.92	1.38 $\pm$ 0.66	2.53 $\pm$ 0.87	1.25 $\pm$ 0.62	2.66 $\pm$ 1.01	1.44 $\pm$ 0.66
t		0.095	2.863	0.195	3.804	0.302	3.305
P		0.925	0.005	0.846	0.000	0.763	0.001

2.4 两组干预前后性功能评分 性活动、性满意评分均高于对照组，且性行为中异常症状评分显著低于对照组 ($P < 0.05$)。见表4。
干预前两组性功能差异不显著 ($P > 0.05$)，干预后，观察组性欲望、

表4: 两组干预前后性功能评分对比

组别	n	性欲望		性活动		性满意		性行为中异常症状	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	40	30.98 $\pm$ 4.91	32.45 $\pm$ 5.31	74.95 $\pm$ 7.54	78.45 $\pm$ 7.25	27.06 $\pm$ 5.34	30.15 $\pm$ 5.36	32.45 $\pm$ 3.74	27.56 $\pm$ 4.25
观察组	40	30.87 $\pm$ 4.94	41.35 $\pm$ 5.07	74.67 $\pm$ 7.47	86.37 $\pm$ 7.61	27.23 $\pm$ 5.31	49.21 $\pm$ 5.42	32.51 $\pm$ 5.67	21.34 $\pm$ 5.47
t		0.100	7.667	0.167	4.766	0.143	15.814	0.056	5.679
P		0.921	0.000	0.868	0.000	0.887	0.000	0.956	0.000

2.5 两组生活质量评分对比 精力、情感反应、躯体活动、社会活动、睡眠评分均高于对照组，且疼痛评分低于对照组 ($P < 0.05$)。见表5。
干预前两组生活质量评分均差异不显著 ($P > 0.05$)，干预后，观察组

表5: 两组生活质量评分对比

组别	n	精力		情感反应		躯体活动		社会活动		睡眠		疼痛	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	40	7.56 $\pm$ 0.49	8.02 $\pm$ 0.67	21.67 $\pm$ 2.37	23.34 $\pm$ 4.35	11.32 $\pm$ 1.02	15.32 $\pm$ 1.23	9.67 $\pm$ 0.54	11.74 $\pm$ 0.51	18.69 $\pm$ 4.57	20.31 $\pm$ 4.53	5.96 $\pm$ 0.34	4.32 $\pm$ 0.31
观察组	40	7.52 $\pm$ 0.43	10.15 $\pm$ 0.91	21.45 $\pm$ 2.39	28.37 $\pm$ 4.30	11.41 $\pm$ 1.04	20.42 $\pm$ 2.42	9.71 $\pm$ 0.55	15.21 $\pm$ 1.05	18.57 $\pm$ 4.51	25.34 $\pm$ 4.17	5.94 $\pm$ 0.36	2.01 $\pm$ 0.21
t		0.388	11.921	0.413	5.201	0.391	11.882	0.328	18.801	0.118	5.167	0.255	39.018
P		0.699	0.000	0.680	0.000	0.697	0.000	0.744	0.000	0.906	0.000	0.799	0.000

3 讨论

慢性宫颈炎是常见妇科疾病，常见于婚后、产后的女性，这类炎症疾病，主要是因为病原体入侵感染导致，后期严重时，会出现宫颈糜烂现象，早期症状有很多，白带增加，也是慢性宫颈炎比较常见的一种现象，而且也会伴有粘稠的液体，甚至有的时候，还会伴有明显的血液，引发外阴瘙痒的现象，且伴随难闻异味^[3]。患者常腰痛、腹痛，疼痛程度一般与慢性宫颈炎的严重程度，呈正相关^[4]。部分患者排尿困难、尿频、月经不调且痛经。健康的生活习惯，合理的护理方式是治疗该病，确保女性身体健康的重要保障^[5]。

本研究连贯性护理观察组，结果显示：观察组生活习惯、自我管理、治疗依从性、复诊积极性、性欲望、性活动、性满意、精力、情感反应、躯体活动、社会活动、睡眠评分均高于对照组，炎症因子水平和症状、性行为中异常症状、疼痛评分均低于对照组 ($P < 0.05$)。究其原因：健康教育可加深患者对疾病的了解，熟知自身病情情况，掌握健康生活习惯对病情的影响，更加重视疾病治疗和健康养生，因而自我管理能力显著提高，良好的生活习惯逐渐养成^[6-7]。及时清洁外阴，更换内裤，确保患者外阴清爽干燥，减少细菌滋生，有效控制炎症，因而观察组患者炎症因子水平显著降低，疾病相关症状缓解^[8-9]。炎症的治愈利于提高患者性功能和生活质量水平，提高幸福指数^[10]。

综上所述，为慢性宫颈炎患者应用连贯性护理，利于养成良好生活习惯，降低炎症因子，缓解症状，提高性功能和生活质量。

参考文献:

- [1]陈波.连贯性护理健康教育干预对慢性宫颈炎患者的影响[J].中国社区医师,2022,38(14): 109-111
- [2]葛春玲.连贯性护理健康教育在门诊慢性宫颈炎患者中的效果[J].中国医药指南,2020,18(2): 216-217.
- [3]赵丹.连贯性护理健康教育对慢性宫颈炎患者疾病认知遵医行为及满意度的影响[J].基层医学论坛,2021,25(15): 2180-2181.
- [4]赵迪.连贯性护理健康教育在门诊慢性宫颈炎患者中的应用研究[J].基层医学论坛,2020,24(6): 853-854
- [5]田军,张娟.慢性宫颈炎护理中连贯性护理健康教育的临床应用[J].我和宝贝,2021,11(10): 85-8688
- [6]孙翠霞.连贯性护理健康教育在慢性宫颈炎护理中的应用研究[J].家有孕宝,2021,3(10): 132.
- [7]斯图娅.研究应用连贯性护理健康教育模式对慢性宫颈炎患者实施护理的临床效果[J].中国保健营养,2021,31(11): 249.
- [8]张文丽,张燕.连续性护理健康教育对门诊慢性宫颈炎患者疾病知识掌握的影响分析[J].医药前沿,2020,10(19): 161-162.
- [9]吕新华.健康教育护理干预在防治慢性宫颈炎中的作用分析[J].中国保健营养,2020,30(20): 215-216.
- [10]宋杨,谢海萍,关静欣,等.连贯性护理健康教育在宫颈炎疾病患者中的应用效果评价[J].中国医药指南,2020,18(12): 231-232.

PBL 结合 CBL 教学模式在耳鼻咽喉头颈外科学教学中的应用

杨花荣¹ 刘冉² 王璐² 刘涛¹ 陈影影¹ 韩淼¹ 赵康¹ 阮彩莲², 通讯作者

1.延安大学附属医院 陕西延安 716000; 2.延安大学医学院 陕西延安 716000

摘要: 根据不同学科的具体特点, 选择科学、合理和行之有效的教学方法, 有利于提高教师教学水平和学生学习效率, 完成教学目的和教学大纲要求至关重要。耳鼻咽喉头颈外科教学具有教学内容繁杂、课时少、专科性强、内容抽象和学生不易理解的特点。如何充分、有效利用有限的课时完成繁重的教学任务, 提高教学质量, 达到教学目的, 是需要我们每位从事耳鼻咽喉头颈外科学教学工作亟待解决的问题。

耳鼻咽喉头颈外科学是一门与解剖学密切相关, 具有极高专业性的临床二级学科。社会进步促使人们文化、思想水平提高, 人们的健康意识随之提高, 耳鼻咽喉头颈外科学的发展与日俱增, 在临床实践中占据的地位越来越重要, 这就需提高耳鼻咽喉头颈外科学教学质量, 培养越来越多的优秀的耳鼻咽喉头颈外科医生。传统的“填鸭式”、学生被动学习的教学方法已不能满足社会和学生需求, 使得耳鼻咽喉头颈外科学教学方法和教学质量面临巨大挑战。

关键词: PBL 教学法; CBL 教学法; 耳鼻咽喉头颈外科学; 理论教学

Application of PBL and CBL in Surgery of Otolaryngology Head and Neck

Yang Huarong¹, Liu Ran², Wang Lu², Liu Tao¹, Chen Yingying¹, Han Miao¹, Zhao Kang¹, Ruan Cailian^{2, #}

¹Yan'an University Affiliated Hospital, Yan'an, Shaanxi, 716000

²Yan'an School of Yan'an University, Shaanxi, Yan'an, 716000

[#] Corresponding author: Ruan Cailian, School of Medicine, Yan'an University, Yan'an, Shaanxi, 716000

Abstract: According to the characteristics of the subject, choosing scientific, reasonable and effective teaching methods is an effective method to improve teachers' teaching level and students' learning efficiency, and to complete the teaching purpose and teaching syllabus requirements. The teaching of otolaryngology head and neck surgery is characterized by complicated teaching content, less class hours, strong specialty, abstract content and not easy for students to understand. How to effectively use the limited class hours to complete the teaching task, achieve the teaching purpose, improve the quality of teaching, is an urgent problem for each engaged in otolaryngology head and neck surgery.

Otolaryngology head and neck Surgery is a highly professional, otorhinolaryngology head and neck surgery is a highly specialized subject, with social progress, people's cultural and ideological levels have improved, people's requirements for health are also constantly improving, people's requirements for health are also constantly improving, its development speed is accelerating, the traditional "cramming" teaching method and students' passive learning can no longer meet the needs of society and students, it makes the teaching methods and quality of Otorhinolaryngology Head and neck surgery face great challenges.

Key words: PBL teaching method; CBL teaching method; Otolaryngology head and neck external science; Theory teaching

耳鼻咽喉头颈外科学 (otorhinolaryngology head and neck surgery) 作为一门研究范围广泛、专科性强、解剖结构复杂、精细, 且位置深在, 与颅底、眼眶及颌面关系密切的临床二级学科, 因为其学科特殊性和重要性越来越受到人们的关注^[1-2]。耳鼻咽喉头颈外科的研究范围主要包括耳、鼻、咽喉及气管食管等器官的解剖生理及疾病的发生与防治^[3]。耳鼻咽喉头颈外科学在本科教学阶段具有教学内容多但课时数偏少的矛盾特点, 传统的教学模式显然不能改变这个现状。因此, 我们希望通过探索、使用新的教学模式改变传统教学行为, 达到提高耳鼻咽喉头颈外科学教学质量的目的。

在长期教学过程我们总结出耳鼻咽喉头颈外科学的学科特点^[4] (图 1A) 及教学难点^[5] (图 1B)。鉴于这些特点, 采用传统教学手段学生根本无法理解和接受该学科内容, 促使我们改变目前的教学模式, 使用新的教学模式。随着医学教育观念的转变, 开展各具特色的案例为基础的教学 (Case-based Learning, CBL) 和问题式学习 (Problem-based learning, PBL) 教学是目前医学教学改革中应用较广的教学方法 (图 1C)。但在耳鼻咽喉头颈外科学中引入 CBL 结合 PBL 教学法的效果还有待探索。本研究的目的将 PBL 与 CBL 教学法结合应用于耳鼻咽喉头颈外科学的实际教学中, 并将其与传统教学法进行比较, 以期能达到提升教学效果、使学生更好地掌握课程相关知识的目的, 为耳鼻咽喉头颈外科学教学提供新的思路。

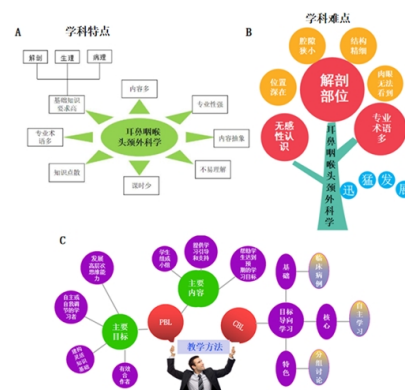


图 1.耳鼻咽喉头颈外科教学的特点、难点及改革

1. 研究对象

选择 2019 年 1 月~2020 年 12 月在延安大学附属医院耳鼻咽喉头颈外科实习的延安大学医学本科类实习生 120 名, 学生在来院前都已学习过基础课和临床课的内容。将 150 名实习生随机分为常规教学组 (对照组)、PBL 教学组、CBL 教学组、PBL+CBL 教学组, 每组各 30 人。学生的年龄、性别、学习成绩和教育背景等基本参数比较无显著性差异 ($p>0.05$), 具有可比性。

2. 实验分组、教学方法及教学效果考核设计

本次教学实践, 参照国内外常用 PBL 教学法和 CBL 教学法, 结合本学科的特点, 制定出教学计划及学生对 PBL 教学法的评价方法, 具体操作步骤

如图 2 下:



图 2.实验分组、教学方法及教学效果考核设计

3. 统计学方法

统计学方法采用 Graph Pad 7 软件, 组间比较用单因素分析法, $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

4 结果

(1) 理论考试成绩及临床技能效果比较

通过研究发现,理论成绩平均分值为如下:PBL+CBL 教学组>CBL 教学组>PBL 教学组>常规教学组,有显著性差异 ($P<0.05$) (图 3A)。在临床技能考试方面,平均分值为如下:PBL+CBL 教学组>CBL 教学组>PBL 教学组>常规教学组,有显著性差异 ($P<0.05$) (图 3B)。以上结果提示,PBL+CBL 教学会对学生的理论成绩和临床技能成绩以及总成绩都有所提高,有显著差异性 ($P<0.05$)。

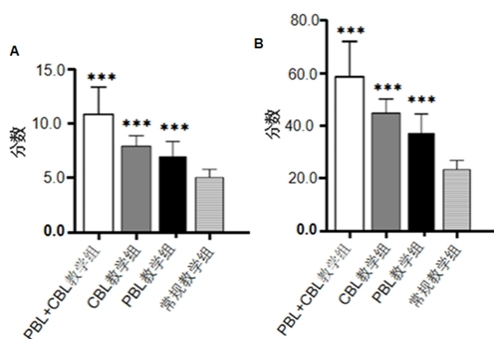


图 3.PBL+CBL 教学法对理论考试分项成绩及总成绩的影响。注: vs.常规教学组, * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$ 。

(2) 学生满意度比较

向实习生发放调查表 120 份, 收回 120 份, 有效率 100%。每项调查结果总分 20 分。统计结果表明, PBL+CBL 教学组在学习意识、学习策略、学习行为、学习评价和人际关系等方面效果良好(表 1)。

表 1. 学生对 PBL+CBL 教学法满意度调查 (%)

组别	PBL+CBL教学组				CBL 教学组				PBL 教学组				常规教学组			
评价内容	满意	一般	不满意	满意度	满意	一般	不满意	满意度	满意	一般	不满意	满意度	满意	一般	不满意	满意度
学习意识	30	0	0	100%	22	2	6	73.3%	19	6	5	73.3%	22	2	6	73.3%
学习意愿	28	1	1	93.3%	24	4	2	80.0%	19	8	3	73.3%	18	8	4	60.0%
学习行为	26	3	1	86.7%	20	4	6	66.7%	20	3	7	66.7%	20	9	1	66.7%
学习评价	27	3	0	90.0%	25	3	2	83.3%	23	2	5	76.7%	18	2	10	66.7%
人际关系	22	2	6	73.3%	19	7	4	63.3%	18	3	9	60.0%	21	8	1	70.0%

5. 讨论

耳鼻咽喉头颈外科学是一门临床非主流小科教学课程,具有教学时间偏少、教学内容繁多和学生在学习枯燥的特点,教学现状不容乐观^[6-7]。如何使用新的教学模式,帮助学生在有限的教学时间里掌握更多的耳鼻咽喉头颈外科学知识,变被动学习为主动学习,顺应教学改革的潮流是我们承担耳鼻咽喉头颈外科学医生亟待解决的问题。将 PBL、CBL 教学法引入耳鼻咽喉头颈外科学教学的尝试应运而生,呼声也日益高涨,这符合当今社会对创新型人才的需求。所以我们尝试引用 PBL 结合 CBL 教学法用于耳鼻咽喉

头颈外科的教学。

以问题为基础的学习 (problem-based learning, PBL) 教学法是以一种围绕某一具体疾病的发病特点、病因机制、诊断和鉴别诊断、辨证论治以及预防与调护等环节中涉及到的基础知识和临床知识的某一方面进行的研究性学习,以问题为基础、以学生自主学习为主体、以小组讨论为形式和以辅导教师为引导的一种新的教学模式^[6-7]。PBL 教学法比较倾向于临床知识的应用,跨学科程度比较高,要求学生有一定的基础医学知识,PBL 教学法更适用于临床实习阶段的学生。PBL 教学法可以激发学生学习积极性和目的性^[8],最终提升学生自己解决实际问题的能力。以案例为基础的学习(case-based learning, CBL)教学模式是近年国内外逐渐开展的一种临床教学方法,核心是“以病例为先导,以问题为基础,以学生为主体,以教师为主导”的讨论式教学方法。CBL 教学模式能很好地克服传统的填鸭式教学方式,满足医学生早日接触临床的需求,对于培养和提高现代医生的能力有重要作用。如果将 PBL 与 CBL 教学法结合,应该带来更佳的教学效果。本研究结果显示,PBL+CBL 教学法可以显著提高学生耳鼻咽喉头颈外科学理论考试成绩和临床操作成绩,提高学生对于耳鼻咽喉头颈外科学的学习兴趣、调动学生的积极性、提高学生主动思考问题的主动性和积极性、提高学生的意识和学习方法,更可以提高学生学习的策略和人际交往沟通能力。

总之, 通过 PBL 结合 CBL 教学法进行耳鼻咽喉头颈外科学教学, 不仅丰富了

同学们的耳鼻咽喉头颈外科学知识,提高了学习兴趣,培养了同学们的职业素养,同时,在授课中授课教师不断充实自己,授课水平也逐渐提高,师生之间,师师之间,生生之间的关系更为融洽,值得在教学中广泛推广应用。

参考文献:

[1]王伟,高颖娜,郑宏良,等.案例结合翻转课堂在耳鼻咽喉科教学中的应用[J].中国继续医学教育,2019,22(1):3-6.

[2]王慧敏,史圣华,金星,等.基于“互联网+”的中药学混合式教学模式改革[J].中国中医药现代远程教育,2019,17(12):153.

[3]田伟.案例教学在中药学教学中的应用研究[J].教育教学论坛, 2019(51): 189.

[4]佟苗苗,张囡,王冀,等.《中药学》课堂教学多样化的探索与实践[J].中国继续医学教育,2019.10(31):36.

[5]沈颖,陈娅平,张萍萍,王丽娜.PBL联合CBL教学法在胃肠甲乳外科实习护生带教中的应用[J].中国高等医学教育,2022(04): 121-122.

[6]BarrowsH.A taxonomy of proble-based learning methods[J].Medical Education, 1986, 20(6): 481-486.

[7]袁惠,陈洪艳,唐仕颖.PBL联合CBL教学法在超声医学教学中的应用

[J].中国中医药现代远程教育,2022,20(13): 6-7.

[8]Gholami M,Saki M,Toulabi T,et al. Iranian Nursing Students' Experiences of Case-Based Learning: A Qualitative Study[J]. Journal of Professional Nursing Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing,2017, 33(3): 241.

支撑项目: 1.延安大学教改研究项目(YDJGYB21-6)

2.延安大学研究生教改研究项目(YDYJG2018032)

3.陕西省高等教育学会项目(XGH21132)

[#]通讯作者: 阮彩莲, 延安大学医学院, 延安, 陕西。

静脉采血注意事项与方法研究专题报告

姚茹雯

怀集县中小学卫生保健所内科 广东省肇庆市 526400

静脉采血作为临床上使用最多及最基本的操作技术之一,也是一种最常见的护理操作技术^[1]。静脉采血其作为一种侵入性技术操作,不仅可能增强被采血者的心理负担,还侵坏了人体皮肤的防御屏障,有可能造成潜在的并发症发生。近年来,随着护理服务行业的飞快发展,静脉采血需要采血者具备很强的专业技术能力,此方法目前已经不单单是一项护理技术了,而是不断发展成为一种多学科多层面交织汇合的专业技术,要求护理人员必须积累丰富的临床实践经验,不断提高操作技能及熟练程度,这样才能够在飞快的社会发展中适应相应的角色^[2]。因此,护士的相关工作在临床中起着非常重要的作用,要求护理人员能够对于静脉采血的方法要领熟练掌握,避免发生不良事件,严格牢记一些注意事项,这样才能够进一步提高静脉采血的成功率,更好的为病人服务,提高自身的专业水平。本研究将选取在我院进行静脉采血的患者 60 例作为研究对象,现将具体报告如下:

1 资料与方法

1.1 资料

选取 2021 年 3 月—2021 年 11 月经我院进行采血的患者 60 例作为研究对象,随机将这 60 例采血患者依次分成分别 30 例的对照组和观察组。对照组采用常规操作采血,观察组则在主管护师的监督下,根据患者的个体差异,有针对性的进行技术指导,并对患者进行解释,让患者积极配合,其中对照组中男 14 例,女 16 例,平均年龄为(50.54±2.45)岁;观察组中男 12 例,女 18 例,平均年龄为(50.23±3.23)岁。两组患者均行动自如,意识清楚,组间具有可比性(P>0.05)。

1.2 方法

对照组采用常规操作采血,观察组则在主管护师的监督下,根据患者的个体差异,有针对性的进行技术指导,并对患者进行解释,让患者积极配合。静脉采血之前需要注意:①进行采血之前的两天时间,不能吃太油腻并且有丰富蛋白类的食物,也不可饮酒,更不能服用其他类的药物。②进行采血之前的一天时间,晚餐应吃的清淡一类的食物,在餐后不可喝咖啡以及浓茶。在晚上不可睡得非常晚,于采血之前的一个晚上,需禁食、进水 8 小时以上,维持其空腹状态,规避对检验结果的准确性造成干扰。③采血之前应该重视自己卫生的保持,尤其是采血部位必须干净整洁,规避因为细菌进入到进针点形成感染事件。在衣着方面要穿一些袖口宽松类的衣物,方便在采血时候把袖口卷起来,有利于在进行完采血之后予以按压止血,还要注意在采血之前尽可能的降低运动量。④检验血糖的清晨,不可服用任何的降糖类药物,需要检查受检人员的肝功能与血液粘稠度以及血脂相关生化项目,需再空腹状态下进行采血。⑤在采血之前要认真的核对清楚病患姓名与年龄以及性别等等基础信息,然后贴到容器上或者试管上,规避错误采集到他人的静脉血液样本。静脉采血时需要注意:①要选择比较直而且相对清楚的血管;②穿刺针进入血管后可再向前稍延长一段,以避免在采血过程中出现穿刺针脱落导致皮下出血的情况;③在进行静脉采血时,在整个过程要时刻注意病人的表现,以免有些病人出现晕血等情况;④静脉采血之后应该嘱托病人长时间按压采血处,以免出现皮下瘀血或血肿的情况,这种按压最好应该保持在 10 分钟以上,才能彻底将采血针造成的血管壁损伤封堵。采血之后需要注意:①采血后。迅速运用

消毒的干棉签将皮肤针眼上边大概 0.5 厘米位置进行按压,并且尽可能和静脉血管的走向保持一致。以此,可对血管上边的针眼实施压迫。与此同时,把已经流出来的血管在受检者皮肤之下血液尽量排到其皮肤外面,也要尽量降低舆情产生的任何可能性。②按压时间。要充分的按压住 3 分钟到 5 分钟予以止血,但是不能揉,否则会皮下出现血肿,每个人凝血时间存在不同,部分人的皮肤表层看起来没有出血,便马上就停下压迫,极有可能没有完全性的止血,反而让血液渗透到了皮下组织,产生血肿问题。若是存在出血倾向,便要增加按压时长。③采血休息。要休息大约 15 分钟到 30 分钟,假如产生晕针或是低血糖相关表现,要马上就地进行平卧式休息,维持呼吸方面的顺畅,予以温开水亦或是葡萄糖水完成口服,重视保温问。④淤血处理。如果产生了淤血问题,需要在 24 小时之后运用热的毛巾完成热敷,能够促使淤血更快的疏散与吸收。

静脉采血的具体方法在于:选择合适的采血部位很重要,充分把受检人员的采血部位暴露出来,且在穿刺的上面 6 厘米位置扎紧固定止血带,还要嘱咐受检人员紧握住拳头,挑选好进行穿刺的血管,将止血带固定到进针点的上方约 6 厘米位置,将进针点作为中心,以消毒棉签往外进行消毒,注意消毒的直径稳定在 5 厘米,再用右手进行持针,在左手绑紧需要进针的部位相应皮肤处,快速的刺入到选定好的进针位置,等观察到回血以后,把双向针都插入进采血的试管之中,在前臂比较粗犷的静脉由外侧到内侧逐一为静脉与肘正中静脉以及贵要静脉,针对体型比较偏瘦一点的受检者往往有很显著的静脉走向,用肉眼观察非常清楚,并且极易进行固定、稳定,如果受检者体型属于偏胖型会有较深的血管走向,需运用手压住方可感觉到其血管具体充盈度以及走向脉络,均需我们予以进针之时增加角度,一般,更容易成功的穿刺。

采血的时间,通常定于清晨的七点半到十点左右,受检人员必须保证空腹状态下进行。

最常用的是采用四肢的表浅静脉进行采血,但是如果是一些休克的患者,在四肢采血不成功的情况下,可以选择股静脉穿刺或者锁骨下深部静脉穿刺采血。通常采用的步骤是与被采血者交代注意事项,取得一定信任之后,选择采血部位(首选肘部静脉),之后在相应的部位系上止血带,随后局部用碘伏对采血部位进行消毒,然后一次性采血针的前针头以 15~30°角穿刺所选择的静脉。当看到有血液回抽之后,将真空管放入持针器中,并与一次性采血针尾针连接,血液自动流入采血管。然后去相对应的静脉血进行化验,穿刺结束以及拔针之后必须用棉签或者棉球用力按压穿刺针口的部位,防止其继续出血。如果针头比较小的话,一般按压 2 至 3 分钟就可去除按压的棉球,如果针头相对较大的话,就必须按压 5 分钟或以上。

1.3 观察指标

分别观察本研究中对对照组与观察组对于护理的满意度及不良事件发生情况。常见采血不良事件包括:局部出现皮肤过敏反应、局部淤血、出血疼痛、皮下血肿及回血障碍等。

1.4 统计学分析

本次研究报告所涉及的样本对象资料如患者的基线资料等情况均是经由统计学软件 SPSS25.0 进行统计计算和结果验证的,以百分比卡方对

设计数据中的计量资料进行表示和验算;以 T 值对符合正态分布的计数资料进行表示和验算;再通过 P 值的情况区分两组数据的对比是否具有统计学意义:当 $P>0.05$ 时则表明两组数据的比较差异不具备统计学意义;当 $P<0.05$ 时则表示两组数据的对比具备统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者采血满意度

本次观察组的研究者对此次静脉采血的护理满意度显著优于对照组,两组间比较有明显差异 ($P<0.05$)

表 2 两组患者采血满意度对比

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度 (%)
对照组	30	15	6	9	21(70.00)
观察组	30	24	4	2	28(93.33)
χ^2	-	-	-	-	6.455
P	-	-	-	-	0.001

2.2 两组患者不良反应发生率

采用常规采血方式的患者不良反应发生率高于观察组,且两组患者不良反应发生率之间比较具备有明显的差异性 ($P<0.05$)。

表 2 两组患者的不良事件发生率对比

组别	例数	不良事件发生率 (%)
对照组	30	4 (13.33)
观察组	30	0 (0.00)
χ^2	-	5.245
P	-	0.002

3 讨论

静脉采血操作是最基本的一项护理操作技能,同时也是衡量护理人员基本操作功底的主要环节,准确、快速、及时地进行静脉采血是护理工作的重要内容[3]。静脉采血作为临床上常见的护理操作,其操作具有复杂性及偶然性,在操作过程中很有可能发生一些不良反应[4]。近年来,随着护患关系的日趋紧张,静脉采血的操作质量与建立很好的护患关系密切相关[5]。其导致的局部不良反应不但使得被采血者害怕感加重,而且还带来一些不必要的痛苦。为了使采血事件的不良反应发生率降低,提高血液标本的质量,应该改进静脉采血的方法[6]。

抽血的时候需要注意的几个事项为:第一,体检化验需要早晨采集空腹状态的血液标本,如果太晚会由于身体中生理性的内分泌激素水平所影响,然后让血糖指标值失真,所以要受检人员尽早的接受采血,更不能轻易的耽误时间。在抽血的前 1 天,不能暴饮暴食,更不能喝酒,确定有充足的睡眠时间。在抽血之前尽可能降低运动量,也不能吃东西,维持空腹状态,不仅要按时的服下药物,还要尽可能的把其他药物安排在抽血以后去吃,否则会对部分检验结果造成影响或干扰。若是受检者为住院的病患,要在他们起床时候机体运动量足够平稳,安排医生亦或护士完成抽血操作。第二,在抽血之前应禁食在 8 小时到 12 小时,规避收到乳糜颗粒等的影响,让空腹血糖指标产生异常,但是过度性的空腹,假如在 24 小时之上,部分检验会出现异常的检查结果。比如:血清胆红素会因为空腹状态 48 小时反而增多 240%,受检人员血糖会因为空腹时间太长反而降低低血糖时间的产生,血脂空腹状态过度,其甘油三脂与甘油以及游离脂肪酸会表现为增加状态,反而胆固醇没有发生显著性的变化。所以,空腹状态并不是越长才越好,在近几年的国外还有学者主持胆固醇一项检查项目,无需空腹状态下去抽血。第三,进行抽血的时候务必让受检人员的心情保持放松,可以规避因为恐惧心理产生血管收缩问题,也不会导致采血操作的困难。另外,也能规避神经血管反射所出现的晕厥问题。采集到的血液

量多少,会参照化验项目的内容来决定,通常仅需 2ml 到 20ml,即便最多也不会超出 50ml 的量。通常,病患抽了较多的血液需要多少营养物质才可补给回来。实际上,无需担心或是紧张此事,由于其仅仅占据我们人体当中所有血液量 0.5 到 3 比例,无需进行特殊营养的补充,我们机体可以自动的适应并调整过来。第四,抽血之后于针孔位置按压住 3 分钟的时间,实现压迫性止血。无需对针孔位置进行按揉,规避皮下血肿的产生。进行压迫性止血时间务必充分,加上个体凝血差异的存在,部分受检者要较长时间能实现凝血,所以,无需观察到皮肤表层没有出血,则可以快速停止下压迫,极有可能会由于没能完全性的止血反而让血液渗透到皮肤之下产生青淤现象。若是不小心产生了少量的青淤问题,进行轻触有微微的痛感,也不用惊慌失措,等到 24 小时之后做个热敷,利于淤血的疏散。通常,小片量的淤血会在 3 天到 5 天左右慢慢的吸收或是变浅。

本次研究结果显示,研究组护理满意和不良采血事件发生率和均优于对照组,这结果表明,在静脉采血过程中,进行综合护理干预可以减少不良事件的发生,能够很好的减轻被采血者的痛苦,提高护理满意度[7]。综合有效的降低静脉采血不良事件的发生[8]。分析其可能的原因:①护士在采血前对被采血者进行细心的前期护理工作,从而降低了被采血者的恐惧感,建立了良好的护患关系,使被采血者的安全感增强,这样配合度极度升高;②护理人员熟练的操作保障静脉穿刺的成功率,减轻其疼痛感,减少穿刺过程中的失败[9];③护士正确指导被采血者进行采血部位的采血后护理,有利于不良采血事件的发生率降低,进而提高护理满意度[10-11]。

因此,护士应全面了解静脉采血的相关知识,不断加强自身的护理技能水平,并与患者建立良好的沟通,运用多层次的护理干预措施,以减少静脉采血的不良反应。在静脉采血过程中,应该细心护理操作,有利于缓和被采血者的紧张程度及提高采血配合度,进而减少不良采血事件发生率以及使护理的满意度提高,这样临床诊断的准确性也会大大提高。

参考文献:

- [1]王海莲.静脉采血常用方法及注意事项[J].实用医技杂志,2013,20(09): 976-977.
- [2]高坤.职业健康体检静脉采血中的常见问题及护理对策[J].中国冶金工业医学杂志,2021,38(01): 118-119.
- [3]成丽,林燕.健康体检中心集体静脉采血的护理风险管理[J].中外女性健康研究,2018(04): 165-166.
- [4]李琴,熊英.护理干预对健康体检者静脉采血不良反应的影响[J].实用临床医药杂志,2015,19(04): 125-126.
- [5]李巧英,周保凤.健康教育在静脉采血不良反应中的应用[J].齐齐哈尔医学院学报,2011,32(21): 3551-3552.
- [6]孟娜,谢博.优质护理在对健康体检者静脉采血中的应用价值分析[J].西藏医药,2019,40(01): 127-128.
- [7]李忠琼,雷晴,贺玉兰,杨梅,李雯雯,廖茜丽.护理干预在减轻体检者静脉穿刺疼痛的运用[J].四川医学,2014,35(02): 264-265.
- [8]陈霞.综合护理干预对减少静脉采血不良反应的影响评价[J].检验医学与临床,2016,13(15): 2172-2174.
- [9]黎泽璇.静脉采血及采血前后的注意事项[J].大健康,2021(6): 1.
- [10]周群悦.静脉采血及采血前后的注意事项[J].世界最新医学信息文摘,2019(102): 2.
- [11]杨教群.关于检验科静脉采血的几点体会[J].健康必读,2018,000(026): 237.

作者简介:姚茹雯,性别,女,出生年月,1983 年 9 月 1 日,籍贯,广东省肇庆市怀集县,民族,汉族,学历,本科,职称,主管护师,单位,怀集县中小学卫生保健所,科室,内科。

肿瘤登记带教工作经验总结分析

李秋林 余家华^{通讯作者}

广西医科大学附属肿瘤医院 广西南宁 530021

摘要: 通过开展肿瘤登记工作,可以清晰地描述区域内恶性肿瘤的发病和死亡情况、人群和地理的分布特点以及时间变化趋势,为制定癌症防治策略、开展癌症研究提供重要基础信息。肿瘤登记带教是将肿瘤登记理论知识和实践工作进行结合的重要途径,可以对肿瘤登记工作者的专业工作能力进行有效的培养和提高。本文就肿瘤登记工作带教中相关经验,进行总结分析。

关键词: 肿瘤防控; 肿瘤登记; 继续教育; 带教

Abstract: Cancer registration can clearly describe the incidence and mortality of malignant tumors in the region, the characteristics of population and geographical distribution, and the trend of time change, and provide important basic information for the development of cancer prevention and treatment strategies and cancer research. In this paper, the tumor registration work with the relevant experience in teaching is summarized and analyzed..

Key words: Tumor prevention and control; Tumor registration; Continuing education; teaching

根据国家癌症中心发布的统计数据^[1]显示,我国恶性肿瘤的发病及死亡仍然呈上升的趋势。肿瘤登记是国际上公认的有关肿瘤信息的收集方法,是一项按照一定的组织系统经常性地搜集、储存、整理、统计分析和评估肿瘤发病、死亡和生存资料的统计制度。肿瘤登记数据可以为国家癌症控制规划提供最基本的信息和依据,有助于我国癌症控制规划的合理制定和有效实施,促进我国癌症控制措施的科学评估与调整改进。

广西医科大学附属肿瘤医院作为广西省级肿瘤登记中心主要负责实施全省(市、县)肿瘤登记工作,制定实施方案,建立肿瘤登记数据库,开展技术指导、人员培训、质量控制和考核评价工作。作为一名肿瘤防控工作,本人有幸见证广西肿瘤防控工作取得的一系列成果,在省级肿瘤登记工作上,认真开展业务工作,履行岗位职责,积极参加中国癌症基金会、中国医学科学院肿瘤医院、国家癌症中心举办的“全国肿瘤防治和控制实践培训班”“中国肿瘤登记培训班”“生存分析培训班”;同时向北京市、上海市和中山市等国内肿瘤登记工作成绩突出的肿瘤登记处学习交流工作经验。在不断提升本人核心业务能力基础上,通过组织面向省、市、县三级网络的肿瘤登记继续教育培训,采取现场授课、操作演示、实训基地手把手带教等形式,向自治区内的肿瘤登记工作人员、在校实习生、进修医务人员传授肿瘤登记业务知识。在带教的过程中,通过与学员深入沟通、实地调研考察、开展访谈座谈、听取反馈意见、组织问卷调查等形式及时掌握肿瘤登记项目工作进展情况。以下是笔者在肿瘤登记带教工作中的一些经验总结。

1 肿瘤登记工作全面提升离不开各级领导高度重视

2015年初,国家卫生计生委员会发布了《肿瘤登记管理办法》,要求全国所有医疗机构上报恶性肿瘤病例信息,并明确了相关机构的职责,为肿瘤登记工作的开展奠定了行政制度基础。广西壮族自治区卫生健康委员会一直重视肿瘤防控工作,及时向各市卫健部门传达了并执行了《肿瘤登记管理办法》,大力推进肿瘤登记项目有序开展,登记覆盖面积得以逐年

扩大,截至2018年,广西肿瘤登记工作覆盖面积达到100%,实现全区覆盖。广西肿瘤登记质量也在逐步提高,数据达标县区覆盖人口从2019年的1163万提高至2021年的1400万、占全区总人口比例从21.07%^[2]提高至24.99%^[3]。

在国家癌症中心和广西医科大学附属肿瘤医院的支持下,广西肿瘤登记工作取得了较大的进步。2020年11月,国家癌症中心对肿瘤登记工作先进单位进行表彰,广西医科大学附属肿瘤医院荣获省级单位杰出贡献奖;扶绥县肿瘤登记数据因连续10年被《中国肿瘤登记年报》收录,扶绥县人民医院(肿瘤登记处)荣获肿瘤登记工作杰出贡献奖;柳州市、桂林市、苍梧县和合浦县肿瘤登记数据因连续5年被《中国肿瘤登记年报》收录,柳州市疾病预防控制中心、桂林市疾病预防控制中心、苍梧县疾病预防控制中心、合浦县疾病预防控制中心(肿瘤登记处)荣获肿瘤登记工作优秀奖;宾阳县、梧州市肿瘤登记数据因连续3年被《中国肿瘤登记年报》收录,宾阳县疾病预防控制中心、梧州市红十字会医院(肿瘤登记处)荣获肿瘤登记工作进步奖。2015年,柳州市肿瘤登记处向国际癌症研究机构(IARC)/国际癌症登记协会(IACR)提交了2008—2012年肿瘤发病数据,获得《五大洲癌症发病率》第10卷收录^[4],获得国际上的认可,实现了广西零突破。

为加强和督促各省、市、县级医疗机构和疾病预防控制中心的肿瘤登记管理工作,进一步完善医疗机构漏报调查制度,提高肿瘤登记工作报告质量,广西壮族自治区卫生健康委员会组织开展了肿瘤登记红黑榜考评,2021年上半年完成了54个肿瘤登记县(市、区)的工作考评,有20个县(市、区)数据质量基本达到国家要求,有8个县(市、区)评分不及格;下半年评估了各市、县(市、区)507家具有肿瘤诊断资质的医院上报新发肿瘤病例的数据质量(数据来源中国肿瘤登记平台,2021年1-6月),其中有17家医院上报数据质量较优,列入红榜;有12家医院未按规定上报病例资料,报告数均为0,列入黑榜。红黑榜考评制度有力地推动了各市肿瘤登记的开展。与此同时,本人在工作实践中明显的感到一个地区的

分管领导对肿瘤登记工作的重视程度直接影响到具体工作人员的积极性,乃至影响该地区肿瘤登记工作的顺利开展。总的来说,肿瘤登记工作要想取得更好成绩,始终离不开各级分管领导的高度重视和大力支持。

2 稳定肿瘤登记工作队伍是做好肿瘤登记工作的重要措施

近几年肿瘤登记工作发展十分迅速,但肿瘤登记队伍整体素质不能完全适应新形势下工作要求。肿瘤登记工作的难点是肿瘤编码,尤其是形态学编码,而基层肿瘤登记处具有医学背景或者熟悉肿瘤编码的人员少,而肿瘤国际疾病分类编码又不断更新,对即使是具有多年肿瘤登记工作经验的人员来说,肿瘤编码工作仍是一项艰巨的挑战。广西医科大学附属肿瘤医院作为广西肿瘤登记省级管理单位,非常重视肿瘤登记人员的业务培训,针对肿瘤登记工作流程和资料收集、肿瘤疾病编码、肿瘤分期、肿瘤登记软件使用、肿瘤资料质量审核和肿瘤登记数据利用等内容,每年定期组织开展全区继续教育培训,2010年至2021年间,累计开展肿瘤登记继续教育培训班17场,参训学员共计3157人次,向学员免费发放肿瘤编码工具书籍5400余册;对于肿瘤登记工作质量薄弱地区,安排专业老师前往该地区向相关医疗机构和疾病预防控制中心负责工作人员进行实地授课,仅2021年,安排专业老师到防城港市、钦州市、融水县、西林县、扶绥县、崇左市、百色市、贺州市、来宾市、南宁市等10市县进行肿瘤登记业务培训共计10人次。由于肿瘤登记是一项较为枯燥且繁琐的经常性工作,加之具体负责工作人员往往身兼数职且岗位变动频繁,导致一些工作人员刚接受项目培训,初步掌握业务流程,就不得不匆忙移交工作给新人,以致工作无法持续有效开展。事实证明,肿瘤登记工作成绩较为突出的地区,往往是有肿瘤登记工作岗位上坚持多年,经验丰富的“老同志”。因此,稳定肿瘤登记工作队伍,是做好肿瘤登记工作的重要措施之一。

3 肿瘤登记软件更新迭代对使用者提出更高要求

随着肿瘤登记工作的发展,其操作软件也不断更新升级。从最早由全国肿瘤登记工作中心汉化了IARC/IACR的CANREG-4单机版肿瘤登记软件,发展到2013年广西医科大学附属肿瘤医院自主研发并投入使用的“广西肿瘤登记子系统”,乃至后来的“全国肿瘤登记平台”,直到现在国家癌症中心推广使用的“中国肿瘤登记平台”,广西肿瘤登记工作者历经了4次工作软件的更替。肿瘤登记工作信息化程度逐年提高,数据信息采集工作更为高效便捷,但随着要求的数据变量不断增多且愈加专业化,从而对肿瘤登记工作者的能力素质也提出了更高要求。目前,通过“中国肿瘤登记平台”,可以实现肿瘤登记资料线上收集、整理、核对、编码与统计分析的全自动化,传统的被动登记方法逐渐被网络直报的现代主动登记方法取代,方便了不同地区间肿瘤病例的及时推送与共享,降低了重复的劳动和工作。对于能适应当前网络直报工作模式的人员,可从肿瘤专业能力入手,加强培训,精益求精;而对于无法适应新工作模式的人员,则加大现场培训力度,用典型示范引路、举一反三、操作演示和手把手教学的方法,促使其了解业务流程,掌握技术方法,熟练运用到实际工作中。

4 要引导肿瘤登记工作者充分利用已有数据成果

肿瘤登记的目的不仅仅只是收集肿瘤资料,更重要的目的是对收集的资料进行研究,为卫生管理部门和肿瘤防控工作者提供了肿瘤防治研究的科学依据。广西医科大学附属肿瘤医院每年6月中旬对全区各个肿瘤登记处数据资料作年度肿瘤发病、死亡和生存情况的统计分析报告,并将分析结果上报广西壮族自治区卫生健康委员会,同时将收集数据报送国家癌症中心。通过对肿瘤登记数据进行统计分析,广西医科大学附属肿瘤医院利用分析结果累计发表相关专业论文17篇,并出版了《2019年广西肿瘤登记年报》^[5],《2020年广西肿瘤登记年报》也已完成编排并准备出版。在广西医科大学附属肿瘤医院指导与帮助下,目前部分地区肿瘤登记处已能独立完成对登记数据的系统分析,利用登记资料对现有肿瘤防控工作开展评价研究,发表多篇专业论文,如南宁市^[6]、柳州市^[7]、桂林市^[8]、合浦县^[9]和扶绥县^[10]等。但仍有大部分地区对辖区内肿瘤登记资料利用程度普遍偏低。出现此种情况,既有数据质量偏低可利用率不高的原因,也有工作人员懈怠学习的内在因素,这需要在下步带教工作中引导学员转变工作思路,提高肿瘤登记资料利用率。

道家老子有句名言:授人与鱼,不如授人以渔。意思是说的是传授给人既有知识,不如传授给人学习知识的方法。道理其实很简单,鱼是目的,钓鱼是手段,一条鱼能解一时之饥,却不能解长久之饥,如果想永远有鱼吃,那就要学会钓鱼的方法。肿瘤登记带教工作亦是如此。通过多种途径带教,提升学员肿瘤登记专业技能,有意识、有耐心地激发学员对肿瘤登记工作的热情,将这份热情投入到实践工作中,为肿瘤防控事业添砖加瓦。

参考文献:

- [1]国家癌症中心.2019年中国肿瘤登记年报[M].北京:人民卫生出版社,2020.
- [2]李秋林.2016年广西肿瘤登记地区恶性肿瘤发病和死亡分析[J].中国癌症防治杂志,2020,12(01):44.
- [3]周子寒,李秋林,余家华.2017年广西肿瘤登记地区恶性肿瘤流行特征及疾病负担分析[J].中国癌症防治杂志,2022,14(3):264-273.
- [4]曹骥,葛莲英,余家华.广西肿瘤防控工作发展历程和展望[J].中国癌症防治杂志,2019,11(4):271-275.
- [5]佚名.2019广西肿瘤登记年报[M].南宁:广西科学技术出版社,2021.
- [6]黄秋兰,叶琳,周吉.2017年南宁市肿瘤登记地区主要恶性肿瘤发病和死亡分析[J].中国肿瘤,2022,31(03):187-196.
- [7]陈宁钰,蒋琦莲,潘榕.2013年柳州市城区人口恶性肿瘤发病与死亡资料分析[J].应用预防医学,2017,23(04):312-314.
- [8]黄灵,石瑀.2011—2018年广西桂林市恶性肿瘤发病与死亡分析[J].中国肿瘤,2020,29(11):844-850.
- [9]谢平.2012—2016年广西合浦县恶性肿瘤发病和死亡分析[J].中国肿瘤,2020,29(04):246-252.
- [10]韦忠亮.扶绥县2004~2008年肝癌发病率分析[J].中国癌症防治杂志,2011(2):137-138.

华法林联合替格瑞洛治疗急性心肌梗死的临床研究

高仓平

韩城矿务局总医院 陕西韩城 715400

摘要：目的：对急性心肌梗死患者实施替格瑞洛+华法林治疗的效果进行分析。方法：采用随机数字表法，将选取的 102 例急性心肌梗死患者进行分组比较治疗方案，51 例患者实施替格瑞洛片治疗，该组设定为对照组，51 例患者实施替格瑞洛+华法林治疗，该组设定为观察组，结合两组治疗前后的 QRS 积分、心肌梗死面积、心功能指标及治疗效果评估不同用药方案的具体价值。结果：QRS 积分和心肌梗死面积方面，治疗后，与对照组及治疗前相比，观察组 QRS 积分和心肌梗死面积均较小，($P<0.05$)。心功能指标方面：治疗后，观察组的 LVEDD、LVESD、LVESV 与治疗前及对照组相比，显著较低，LVEF 显著较高，数据之间的差异较大，($P<0.05$)。治疗效果方面，两组治疗总有效率相比，观察组的 98.04%显著较高，与对照组的 76.47%，数据差异较大，($P<0.05$)。结论：为了加快急性心肌梗死患者临床症状的改善速度，最大程度保护心功能，同时减少心肌梗死的面积，提升疾病治疗总体效果，建议推广方案为：华法林+替格瑞洛。

关键词：急性心肌梗死；华法林；替格瑞洛；心功能；效果

急性心肌梗死是临床一种以突发性心绞痛、胸骨后或胸前区出现持续压迫性疼痛为主要表现的疾病，患者发病是由于冠状血管突然出现堵塞，导致相应区域的心肌坏死。目前，临床上该病的高发人群是 45 岁以上群体，且疾病发生率呈逐年上升的趋势发展，患者由于心脏功能受损，随时有生命危险。所以，探讨一种高效且可行的治疗方案意义重大。华法林属于一种抗凝药，替格瑞洛属于一种血小板聚集抑制剂，将这两种药物联合应用治疗急性心肌梗死，能够尽快缓解患者的症状，改善心功能，减少心肌梗死面积，提升生存率^[1]。实验选取 102 例急性心肌梗死患者，结合实验数据进一步探讨了华法林+替格瑞洛联合应用的价值，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用随机数字表法，将选取的 102 例急性心肌梗死患者进行分组比较，患者的收治时间分布在 2020 年 1 月至 2022 年 4 月，51 例患者设定为对照组，实施替格瑞洛片治疗，该组患者的年龄跨度在 35 岁~69 岁，发病至入院时间跨度在 1h~10h，平均年龄(56.32±2.03)岁，平均入院时间(3.51±0.54)h，女性和男性患者分别占：20 例、31 例，51 例患者设定为观察组，实施替格瑞洛片+华法林治疗，该组患者中女性和男性分别占：19 例、32 例，发病至入院时间跨度在 1h~9h，年龄跨度在 36 岁~70 岁，平均入院时间(3.49±0.62)h，平均年龄(57.91±1.86)岁，所有急性心肌梗死患者的基本资料可比，($P>0.05$)。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：患者入院时均存在胸前区压榨性疼痛或憋闷感，症状突发且持续超过 30min，部分患者疼痛感延伸至胸骨后方，上腹部或左侧肋骨处；均经心电图检查，体格检查等确诊符合急性心肌梗死的相关诊断标准；患者及其家属均在知情的前提下签署相关医护同意书；排除标准：凝血功能障碍者；药物过敏者；重大脏器功能不全者；近期有过手术史者。

1.3 方法

对照组 替格瑞洛片治疗，用法：起始剂量：每次 180mg(2 片)，此后每次 90mg(1 片)，2 次/d。本品生产企业：AstraZeneca AB(瑞典)(阿斯利康制药有限公司分装)，批准文号，国药准字号：J20171077。连续治疗 2 周。

观察组 替格瑞洛片+华法林治疗，其中替格瑞洛片同对照组一致，

华法林：前 3 天，每天 3~4mg，3 天后维持剂量：每天 1.25~2.5mg。本品生产企业：上海信谊药厂有限公司生产，批准文号，国药准字号 H31022123。连续治疗 2 周。用药期间，要注意观察患者的反应，发现异常表现，如胃肠道不适、头晕等要及时对症处理。

1.4 观察指标

观察两组患者治疗前后的 QRS 积分、心肌梗死面积：采用 SelvesterQRS 积分系统，对检测得到的心电图检查指标值进行分析计算，再计算心肌梗死的面积。心功能指标：LVEDD、LVESD、LVESV、LVEF，依次代表：左室舒张末期内径、左心室收缩末期内径、左心室收缩末期容积、左心室射血分数。观察两组患者的临床效果，评判标准：显效：用药 2 周后，患者胸前区压榨性疼痛或憋闷感完全消失，心电图检查结果无任何异常；有效：用药 2 周后，患者临床症状明显改善，胸前区压榨性疼痛感减轻，心电图检查结果明显好转，ST 下降者恢复超过 0.1mV；无效：患者症状无变化或加重，心电图检查结果异常^[2]。

1.5 统计学分析

软件 SPSS24.0 分析实验数据，心功能指标、心肌梗死面积等表示用计量资料，均符合正态分布，表示为 $\bar{x}$ ±标准差；计数资料表示用百分比，t、 χ^2 分别检验组间差异性，统计学意义判断标准： $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 对观察组和对照组的心肌梗死面积、QRS 积分进行对比

见下表 1，不同方案治疗后，与对照组及治疗前相比，观察组 QRS 积分和心肌梗死面积均较小，($P<0.05$)。

表 1 两组 QRS 积分和心肌梗死面积对比

组别	n	QRS 积分(分)		心肌梗死面积(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	51	8.69±0.51	6.01±0.24	23.59±0.74	12.58±0.14
对照组	51	8.72±0.58	7.51±0.29	23.69±0.81	18.16±0.16
t	/	0.591	5.671	0.483	7.954
P	/	0.327	0.000	0.415	0.000

2.2 对观察组和对照组的心功能指标进行对比

见下表 2，治疗后，观察组的 LVEDD、LVESD、LVESV 与治疗前及对照组相比，显著较低，LVEF 显著较高，数据之间的差异较大，($P<0.05$)。

表 2 两组心功能指标对比

组别	n	LVEDD(mm)		LVESD(mm)		LVESV(mL)		LVEF(%)	
		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	51	60.52±1.25	41.03±0.87	52.69±1.07	30.56±0.28	58.79±0.51	31.26±0.52	36.98±0.31	51.47±0.52
对照组	51	61.25±1.42	52.36±0.86	52.74±1.12	39.79±0.31	59.36±0.47	42.18±0.49	36.78±0.28	44.87±0.56
t	/	1.514	9.265	0.841	7.943	1.284	7.643	0.549	5.698
P	/	0.159	0.000	0.236	0.000	0.108	0.000	0.659	0.000

2.3 对观察组和对照组的治疗效果进行对比

见下表 3，对照组和观察组急性心肌梗死患者的治疗总有效率对比，观察组的治疗效果显著较高，与对照组数据之间的差异较大，（P<0.05）。

表 3 两组治疗效果对比

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
观察组	51	23(45.10%)	27(52.94%)	1(1.96%)	98.04%
对照组	51	16(31.37%)	23(45.10%)	12(23.53%)	76.47%
X ²	/	/	/	/	11.097
P	/	/	/	/	0.000

3 讨论

急性心肌梗死是临床心血管内科一种因冠状动脉阻塞，导致供血不足，从而引发心肌缺血坏死的疾病。现代医学研究表明：急性心肌梗死的发病原因是：冠状动脉粥样硬化，此外，与患者长期不良饮食习惯，如吸烟、不合理膳食，存在既往心脏疾病、体重超重、情绪波动大、天气变化也有密切的关系。出现急性心肌梗死后，患者心肌缺血面积越来越大，心功能受损越来越严重，症状表现更加突出，常常因治疗不及时或方案不合理，诱发全身多器官的变化，容易引发心律失常、心力衰竭等心脏疾病，还有可能出现血栓栓塞或死亡^[3]。该病在临床上的特征是发病突然、病情进展速度快、并发症多、病死率高。临床快速采用一种治疗方案，旨在及时疏通阻塞的冠状动脉，改善缺血缺氧的心肌功能，减少心肌梗死的面积，改善心功能，减轻患者心脏负荷量^[4]。

替格瑞洛是临床一种血小板聚集抑制剂，同时可以对 ADP 诱导的血小板聚集进行有效抑制。该药物是一种环戊三唑嘧啶类化合物，药物本身及其主要代谢产物能够可逆性地与血小板 P2Y₁₂ADP 受体相互作用，从而阻断信号的传导和血小板的活化^[5-6]。将其用于治疗急性心肌梗死，能够有效抑制血小板聚集，疏通患者冠状动脉，减轻症状，但其总体效果欠佳，药物应用后，不能在改善患者心功能方面发挥作用，因此，治疗具有明显的局限性^[7]。华法林是一种抗凝药物，其主要作用是，能够对凝血因子的合成进行有效抑制，从而降低并减少血小板聚集反应，避免出现凝血状况。该药物的主要成分是双香豆素衍生物，患者口服后，能够在肝脏细胞内合成凝血因子，最终产生抗凝作用。结合研究结果显示：观察组治疗后的 QRS 积分和心肌梗死面积均较小，与对照组及治疗前相比，数据之间的差异较大，（P<0.05）。可见，对急性心肌梗死患者应用华法林联合替格瑞洛治疗，能够有效减少患者心肌梗死面积，预防其他其他并发症发生，避免对全身其他器官造成不利影响。观察组的心功能指标，LVEDD、LVESD、LVESV 与治疗前及对照组相比明显低，LVEF 显著高，数据差异有统计学意义（P<0.05）。可见，对急性心肌梗死患者应用华法林联合替格瑞洛治疗，方案能够有效减轻患者的心脏负荷，及时疏通冠状阻塞情况，帮助患者恢复心肌缺血及缺氧状态，改善心脏功能，预防心律失常、心衰等更严重的并发症发生^[8-9]。观察组和对照组的治疗总有效率相比，观察组的治疗

总有效率 98.04%显著较高，与对照组治疗总有效率 76.47%之间存在明显的差异性，（P<0.05）。可见，临床治疗急性心肌梗死时，选择华法林与替格瑞洛联合应用方案，相比单一替格瑞洛治疗效果更显著，方案总体应用价值大，联合应用能够提升疾病治疗总体效果，发挥药物的协同作用，快速疏通患者的冠状阻塞动脉，改善心肌缺血缺氧状态，抑制血小板聚集，加快机体血液的流速^[10]。

综上所述，为了加快急性心肌梗死患者临床症状的改善速度，最大程度保护心功能，同时减少心肌梗死的面积，提升疾病治疗总体效果，建议推广方案为：华法林+替格瑞洛。快速实施有效的治疗方案，对挽救患者的生命有非常重要的作用，此外，还能够有效预防各种并发症，如心律失常、心力衰竭、休克等，对于急性心肌梗死的治疗还需要临床扩大研究力度，不断总结治疗经验。

参考文献：

[1]张承花,陈静波,李建文.替格瑞洛用于急性心肌梗死经皮冠状动脉介入围术期对冠状动脉血流和炎症反应及心肌酶谱的影响[J].中国医药,2021,16(05): 661-665.

[2]陈香,罗伟陵,谢春林.替格瑞洛对急性心肌梗死介入治疗患者血小板聚集及预后的影响分析[J].现代诊断与治疗,2021,32(13): 2055-2056.

[3]张宁,刘欣,尹红梅.替格瑞洛联合阿司匹林治疗急性心肌梗死对心功能及预后的研究[J].中国冶金工业医学杂志,2021,38(05): 577-578.

[4]隋欣桐,马晶茹,金霞.替格瑞洛抗血小板治疗氯吡格雷抵抗急性心肌梗死经皮冠状动脉介入治疗术后患者的疗效和安全性分析[J].当代医学,2022,28(03): 20-22.

[5]贾红,陈要起.芪苈强心胶囊联合替格瑞洛治疗急性缺血性脑卒中并急性心肌梗死临床观察[J].中国药业,2022,31(08): 106-108.

[6]丁琦.替格瑞洛对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者 PCI 术后心功能指标及预后的影响[J].中国医学创新,2020,17(08): 23-26.

[7]郑文成,王兆翔,孙淑娴.替格瑞洛治疗急性心肌梗死经皮冠状动脉介入术后的不良反应及影响因素[J].中国慢性病预防与控制,2020,28(06): 458-462.

[8]郭晶,高道明,安浩君.替格瑞洛和氯吡格雷在急性心肌梗死病人溶栓后 PCI 治疗中的疗效与安全性分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(08): 1238-1241.

[9]王焕,王海波.替格瑞洛对行经皮冠状动脉介入治疗的急性非 ST 段抬高型心肌梗死患者的疗效[J].实用临床医药杂志,2019,23(20): 19-21.

[10]周锐,赵飞飞,钱阳,等.替格瑞洛与氯吡格雷的安全性和有效性在东亚急性心肌梗死患者的比较：系统回顾和荟萃分析[J].心血管病学进展,2021,6(12): 560-565.

基金项目：2022 年度广西高校中青年教师科研基础能力提升项目（2022KY0092）

可拆卸仿真式泪道模型在临床护士泪道冲洗培训中的应用分析

郭静 高永芳 王芳

宁夏回族自治区人民医院 宁夏银川 750002

摘要：目的：探讨可拆卸仿真式泪道模型在临床护士泪道冲洗培训中的应用效果。方法：从本院于2021年5月至2022年5月间接收的转科新护士、进修护士、实习护士中，选取128名护士作为本次研究的对象，采用随机数字表法予以分组，分为实验组和对照组，每组护士各64例，对照组采用传统口头讲解方式，实验组采用传统口头讲解联合可拆卸仿真式泪道模型方式。比较两组的培训效果。结果：在技能考核方面，实验组的操作前评估、操作前准备、操作过程、操作后处置及结果记录、泪道解剖、阻塞判断理论提问、操作后综合评价评分均高于对照组（ $P<0.05$ ）。且实验组在操作者精神面貌、沟通技能、体位摆放舒适度、操作过程感受、健康宣教方面的满意度均高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：在临床护士泪道冲洗培训中，采用可拆卸仿真式泪道模型，效果显著，有利于提高临床护士对技能的掌握程度，从而提高患者的满意度，值得临床推广和使用。

关键词：可拆卸仿真式泪道模型；临床护士；泪道冲洗培训

在人体的器官中，虽然眼球的体积较小，但是其功能性对于人体而言尤为重要。和其他身体器官相比，眼球的解剖结构非常复杂，同时具有精密、脆弱的特点^[1]。近几年来，随着我国医疗技术的发展，眼科专科的技术同样有了较大的提升^[2]。其中，泪道冲洗，属于眼科中非常常见的操作项目，该项目具有高精细性和高风险性，在操作过程中，一旦医护人员的进针手法、进针力度、进针角度有所偏差，或者患者的头部未稳妥的固定，极易导致患者出现泪道出血、假道等情况的发生^[3]。在眼科科室开展护士的技能培训课程中，大多数采用的教学模式都是以传统的视频教学联合两两分组互相练习的模式为主，针对一些刚入职的眼科护士，一般会采用带教老师一对一指导的方式进行教学，指导学生开展实践操作^[4]。但是，由于新手护士的操作不熟练，在冲洗时常常会出现针头反复出入泪道组织的情况，从而出现人为生理损伤的情况，进一步增加了患者的疼痛，情况严重时甚至会引发医患纠纷^[5]。为此，为了降低不良事件的发生，提高临床护士的技能，开展有效的泪道冲洗培训尤为重要。本文通过探讨可拆卸仿真式泪道模型在临床护士泪道冲洗培训中的应用效果，分析其临床价值，具体内容如下。

1. 资料与方法

1.1 基线资料

从本院于2021年5月至2022年5月间接收的转科新护士、进修护士、实习护士中，选取128名护士作为本次研究的对象，采用随机数字表法予以分组，分为实验组和对照组，每组护士各64例，对照组采用传统口头讲解方式，实验组采用传统口头讲解联合可拆卸仿真式泪道模型方式。其中，在对照组的护士中，最小年龄20岁，最大年龄28岁，平均年龄（ 24.42 ± 3.11 ）岁；在实验组的护士中，最小年龄21岁，最大年龄29岁，平均年龄（ 24.38 ± 3.08 ）岁。两组护士的基线资料对比，组间数据差异不明显，无统计学意义（ $P>0.05$ ），有可比性，具体基线资料见表1。

表1：两组护士的基线资料

组别	例数	学历		护士组成			工作年限		
		本科	大专	实习	进修	转科	小于1年	1-3年	大于3年
实验组	64	46	18	26	23	15	26	17	21
对照组	64	50	14	20	24	20	19	29	16
χ^2 值	-	0.667		1.518			4.895		

P 值	-	0.414	0.468	0.087
-----	---	-------	-------	-------

1.2 方法

对照组采用传统口头讲解方式，进行泪道解剖和泪道冲洗的操作培训，在专人的指导下，开展临床操作见习及临床实践操作演练，持续教学两周。

观察组采用传统口头讲解联合可拆卸仿真式泪道模型的方式进行培训，通过对部件的拆卸、分解以及泪道冲洗操作，进行演示讲解，同时基于模型，在专人指导下，指导护士进行练习，在护士基本掌握操作要领后，再由专人开展临床实践操作培训，持续教学两周。

可拆卸仿真式泪道模型的制作：（1）材料：眼球模型、海绵圆垫、数个小夹子、双面海绵贴、一次性输液器、一次性引流袋、一次性导尿管。

（2）结构：可拆卸仿真式泪道模型，主要分为三个部分，即固定装置、导液管路、储液袋。1）固定装置：主要包括U型输液管、海绵圆垫、眼球模型。其中眼球模型、海绵圆垫、U型输液管、Y型硅胶管会有部分部位嵌入到双面海绵内，从而起到固定Y型硅胶管路、固定眼球模型的效果，同时，U型输液管的两端需要连接到瓶塞穿刺器中^[6]。2）导液管路：主要包括Y型硅胶管、U型输液管、引流管。这其中，引流管的接头需要和Y型硅胶管相连接，引流管的下段需要对应泪道结构的鼻泪管部分^[7]。而Y型硅胶管的主管道，需要对接泪道结构的泪总管部位，其两分支管道，需要分别对应上泪小管和下泪小管，其上注液孔需要对应上下泪小点，注意注液孔的直径需要和冲洗泪道针的针孔保持大小一致^[8]。在导液管路中，需要确保插口连接处的严密性和有序性，确保管路间的贯穿。

可拆卸仿真式泪道模型的使用方法：将可拆卸仿真式泪道模型水平粘贴于物体的表面上，也可以竖立粘贴在立式物体表面，如柜、墙等。操作方法可根据冲洗泪道的方式进行。在操作过程中，左手手持无菌棉签，将其固定在硅胶网垫下缘，右手手持泪道针，由注液孔进针，约1mm至2mm，之后调转方向，以水平方向沿Y型硅胶管方向进行进针，约3mm至5mm，再将冲洗液缓慢注入。在泪道冲洗注液后，液体会流入储液袋中。可拆卸仿真式泪道模型，还可以通过流量调节器、小夹子、硅胶堵头等装置，来对部分管路进行封闭，由操作者来直观的判断泪道阻塞的原因^[9]。

在培训过后，由高年资的护士对新人护士进行考核。新人护士在培训完成后，可根据自身的掌握情况，自主申请是否需要延长实践培训，在确认自身完全掌握后，再参加考核。考核内容主要包括技能考核、患者满意度。

1.3 观察指标

比较两组护士的技能考核和患者满意度。1）技能考核：主要包括操作前评估、操作前准备、操作过程、操作后处置及结果记录、泪道解剖、阻塞判断理论提问、操作后综合评价，合计100分，其中操作过程40分，其他内容各10分，分值越高，表明护士的技能掌握度越好。2）患者满意

度：主要包括操作者精神面貌、沟通技能、体位摆放舒适度、操作过程感受以及健康宣教，合计 100 分，每项分值 20 分，分值越高，表明患者的满意度越高。

1.4 统计分析

采用 SPSS 22.0 软件对数据进行处理和分析，计量资料，采用均数标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，计数资料，采用 χ^2 表示，用 t 进行检验，当 P 小于 0.05 表示差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 比较两组护士的技能考核

两组对比，在技能考核方面，实验组的操作前评估、操作前准备、操作过程、操作后处置及结果记录、泪道解剖、阻塞判断理论提问、操作后综合评价各评分均高于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1：两组护士的技能考核 (分, $\bar{x} \pm s$)

项目	实验组(n=64)	对照组(n=64)	t 值	P 值
操作前评估	9.11±0.74	6.41±0.58	22.974	0.000
操作前准备	9.13±0.67	6.58±0.62	22.348	0.000
操作过程	37.22±0.53	30.19±0.49	77.916	0.000
操作后处置及结果记录	9.08±0.81	7.01±0.55	16.914	0.000
泪道解剖	9.22±0.76	6.95±0.48	20.203	0.000
阻塞判断理论提问	9.31±0.69	6.85±0.72	19.734	0.000
操作后综合评价	9.08±0.77	7.11±0.39	18.259	0.000

2.2 比较两组患者的满意度

两组对比，实验组在操作者精神面貌、沟通技能、体位摆放舒适度、操作过程感受、健康宣教方面的满意度均高于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2：两组患者的满意度 (分, $\bar{x} \pm s$)

项目	实验组 (n=64)	对照组 (n=64)	t 值	P 值
操作者精神面貌	19.41±0.25	11.25±0.36	148.942	0.000
沟通技能	18.62±0.36	12.52±0.39	91.945	0.000
体位摆放舒适度	18.74±0.41	13.03±0.41	78.782	0.000
操作过程感受	19.33±0.37	13.22±0.52	76.590	0.000
健康宣教	18.85±0.47	14.74±0.55	45.448	0.000
总满意度	94.95±2.74	64.76±2.85	61.092	0.000

3. 讨论

据相关研究表明，目前在泪道冲洗教学中，已经有多款教学模具，如标本拍照后打印图片版式等^[10]。在这些教学模具中，有些模具带有可视窗，能够方便培训人员更加直观的了解在冲洗过程中液体的流经；还有些模具，能够让培训人员更好的练习进针角度，从而帮助操作者提升进针的稳定性，在进针过程中，一旦出现针头刺破泪管壁的情况，就会出现相关的警示，更有利于培训人员进行经验总结^[11]。

而相较于其他泪道冲洗的教学模具而言，可拆卸仿真式泪道模型的具有以下优点：1) 可拆卸仿真式泪道模型，能够在任何物体的表面进行粘贴，既可水平粘贴，又可竖立粘贴，这两种粘贴方式，均是模拟患者卧位体位和坐位体位时，泪道结构的情况，更有利于教学，进一步增强操作演练的真实性。2) 可拆卸仿真式泪道模型的材料，通常都是采用临床中的一次性管路，不仅取材方面，还造价低廉^[12]。3) 在可拆卸仿真式泪道模型中，大多数部件都属于可拆卸式，同时组装简单，非常容易学习。4) 可拆卸仿真式泪道模型，可以在培训过程中，进行反复练习、反复操作，同时，其储液袋的容积较大，在下端还设有开关阀门，方便操作者及时的倾倒，并利于操作者循环练习、循环使用^[13]。5) 可拆卸仿真式泪道模型

的储液袋的表面，贴有职业暴露自我防护提示标签、防水泪道解剖图例，有利于初学者能够在操作过程中，了解泪道的结构，从而在反复的操作过程中，提升操作者的预防职业暴露意识，进一步提升操作者的自我防护意识，做好相关防护工作^[14]。6) 可拆卸仿真式泪道模型，可利用一些装置，如瓶塞穿刺器、硅胶堵头、流量调节器、小夹子等，对部分管路进行人为的阻断，从而来模拟泪道阻塞的场景，更有利于帮助操作者直观的了解泪道阻塞的原因^[15]。

本文结果显示，在技能考核方面，实验组的操作前评估、操作前准备、操作过程、操作后处置及结果记录、泪道解剖、阻塞判断理论提问、操作后综合评价评分均高于对照组 ($P < 0.05$)。实验组在操作者精神面貌、沟通技能、体位摆放舒适度、操作过程感受、健康宣教方面的满意度均高于对照组 ($P < 0.05$)。从结果上看，在临床护士泪道冲洗培训中，应用可拆卸仿真式泪道模型，能有效增强临床护士的技能熟练度，提高患者的满意度。

综上所述，在临床护士泪道冲洗培训中，采用可拆卸仿真式泪道模型，效果显著，有利于提高临床护士对技能的掌握程度，从而提高患者的满意度，值得临床推广和使用。

参考文献：

- [1]刘青, 黄绍辉, 刘华. 可拆卸壁贴式泪道模型在临床护士泪道冲洗培训中应用的效果评价[J]. 天津护理, 2021, 29(2): 196-198.
- [2]刘佳, 沈曼娜, 李莉婧, 等. 婴幼儿泪道冲洗及护理配合要点研究[J]. 医学食疗与健康, 2020, 18(23): 187-190.
- [3]林蕊, 杨笑, 张艳红. 泪道探通冲洗术治疗新生儿泪囊炎的围手术期护理[J]. 全科口腔医学杂志(电子版), 2019, 6(32): 67.
- [4]陈艳琼, 蔡丽逢, 刘晓俊, 等. 影响婴幼儿泪囊炎泪道冲洗探通疗效的相关因素分析及护理对策[J]. 中国实用护理杂志, 2019, 035(002): 108-114.
- [5]刘莲, 邹菊燕, 胡家芬. 改良泪道冲洗法运用于白内障复明手术中的护理效果分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(61): 99, 110.
- [6]王丽萍. 泪道冲洗联合探通术治疗儿童泪囊炎的观察及护理效果分析[J]. 大家健康(中旬版), 2017, 011(004): 94.
- [7]汤艳华, 张建萍, 韦丽芳, 等. 改良泪道冲洗设备运用于婴幼儿泪囊炎冲洗中的护理效果分析[J]. 中国实用护理杂志, 2020, 36(25): 1961-1965.
- [8]虞灵梅, 胡春玲, 谢莉娜, 等. 改良法泪道冲洗治疗泪小管炎的护理体会[J]. 当代护士(下旬刊), 2018, 25(11): 96-97.
- [9]宋玉波. 泪道冲洗患者实施预见性的护理干预措施[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(28): 242-243.
- [10]陈艳琼, 蔡丽逢, 刘晓俊, 等. 影响婴幼儿泪囊炎泪道冲洗探通疗效的相关因素分析及护理对策[J]. 中国实用护理杂志, 2019, 35(2): 108-114.
- [11]何辉婷. 泪道冲洗针冲洗庆大霉素联合局部涂抗生素软膏对血透导管出口感染的个案护理[J]. 保健文汇, 2021, 22(5): 219-220.
- [12]黄巧珍. 氧氟沙星加氟米龙局部点眼联合泪道加压冲洗治疗泪道狭窄的临床研究[J]. 中外医疗, 2019, 38(32): 106-108-111.
- [13]谢奇英, 陈小梅, 刘新. 丙美卡因在老年性白内障术前泪道冲洗中的应用[J]. 当代护士: 中旬刊, 2019, 26(8): 94-95.
- [14]韩婧楠, 刘宁宁. 泪道冲洗联合泪道探通术治疗新生儿泪囊炎 50 例体会[J]. 中国实用眼科杂志, 2017, 35(5): 508-509.
- [15]岑超, 何俐莹, 陶雪莹, 等. 泪道冲洗和泪道探通治疗 3558 例先天性泪道阻塞的时机及方法探讨[J]. 第三军医大学学报, 2021, 43(23): 2590-2595.

团体心理治疗对抑郁症患者的临床效果及对生活质量影响评价

李佳

遂宁市中心医院心身医学科 四川遂宁 629000

摘要:目的:探讨团体心理治疗对抑郁症患者的临床效果及对生活质量的影响。方法:2020年3月至2021年12月,选取64例抑郁症患者进行研究,实施抽签法分组,对照组单纯口服帕罗西汀治疗,观察组联用团体心理治疗,持续治疗3个月后评价效果。结果:治疗前比较两组患者的四项生活质量评分、两项心理健康评分,比值显示($P>0.05$);治疗后比较两组患者的四项生活质量评分、两项心理健康评分,观察组生活质量评分高,观察组心理健康评分低,比值显示($P<0.05$)。结论:抑郁症应用团体心理治疗,可有效改善患者的心理健康及生活质量,临床效果十分显著,值得推广。

关键词:抑郁症;帕罗西汀;团体心理治疗;生活质量评分;心理健康评分

Clinical effect of group psychotherapy on depression patients and evaluation of its impact on quality of life

Li Jia

Department of Psychosomatic Medicine, Suining Central Hospital

Suining, Sichuan 629000

【Abstract】Objective: To explore the clinical effect of group psychotherapy on depression patients and its impact on quality of life. **METHODS:** From March 2020 to December 2021, 64 patients with depression were selected for research and grouped by lottery. The control group was treated with oral paroxetine alone, and the observation group was treated with group psychotherapy. The effect was evaluated after 3 months of continuous treatment. **Results:** Before treatment, the four quality of life scores and two mental health scores of the two groups of patients were compared, and the ratio was shown ($P>0.05$). After treatment, the four life quality scores and two mental health scores of the two groups were compared. The score of quality of life was high, and the score of mental health in the observation group was low, the ratio showed ($P<0.05$). **Conclusion:** The application of group psychotherapy for depression can effectively improve the mental health and quality of life of patients, and the clinical effect is very significant, which is worthy of promotion.

Key words: depression; paroxetine; group psychotherapy; quality of life score; mental health score

抑郁症属于常见精神系统疾病,以思维迟缓、持久且显著的心境低落为主要病理特征^[1-2]。患者多伴有无理由悲观厌世、悲伤抑郁以及自卑等情绪,病情严重患者还会有自伤自杀行为,给家庭及社会带来较大负担^[3]。既往临床多在确诊抑郁症后,第一时间给予帕罗西汀、舍曲林等药物治疗,但长期用药效果并不理想,且存在药物依赖等缺陷。团体心理治疗近年来成为抑郁症常用治疗方案,可利用团体情境活动中的成员人际交往作用,让个体认识、接纳、发展自我,改善个体的社会适应能力^[4]。本文以2020.3-2021.12收治的抑郁症64例为对象,探讨团体心理治疗的效果,报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2020年3月至2021年12月,选取64例抑郁症患者进行研究,实施抽签法分组。对照组:总例数32例,男女比20:12,年龄24-67岁(45.71 ± 10.48)岁,病程0.5-8年(4.16 ± 1.24)年。观察组:总例数32例,男女比19:13,年龄24-66岁(45.42 ± 10.45)岁,病程0.5-8.5年(4.50 ± 1.28)年。两组资料比较,显示无差异($P>0.05$)。

纳入标准:(1)患者满足《抑郁症基层诊疗指南(2021年)》中的诊断标准^[5];(2)患者病程在10年以内;(3)患者自愿参与研究。

排除标准:(1)患者存在酒精依赖以及药物依赖等现象;(2)患者合并中枢神经系统疾病;(3)患者合并精神发育迟缓、认知功能障碍以及非抑郁症精神系统疾病。

1.2 方法

对照组单纯口服帕罗西汀(中美天津史克制药有限公司,国药准字H10950043,20mg*10片)治疗,一次口服20mg,一天口服1次,持续服用3月。

观察组联用团体心理治疗,(1)有效对话:医护人员需和患者定时进行一对一对话,每一次的对话时间均控制在1-2h。通过有效对话帮助医护人员明确患者现今抑郁状态及人际交往问题,结合所掌握情况调整患者的

后期治疗内容与治疗方案。通过对话让患者明确团体心理治疗的内容、流程、理念以及价值,提升患者的团体心理治疗积极性与主动性。(2)方案及规模明确:团体心理治疗每周进行1次,患者最少进行10次,持续治疗时间是3月。结合患者数量及实际情况,按照8-12人的规格,将患者分为3-4组,每组配备两名具有心理师资格的医护人员,其中一个是领导者,另一个是辅助者,两者配合带领患者完成团体心理治疗。(3)治疗活动:团体心理治疗活动包含两个阶段,第一个阶段是构建关系,通过有效对话可以完成。第二阶段是实践活动内容,不同时间的活动内容与活动地点存在一定差异。医护人员需提前做好团体心理治疗室,提前安排清洁人员清洁消毒病房,调整室内格局,营造良好的治疗环境,还可适当增加室内绿植数量,改善治疗室状态,让患者能够尽快适应环境。第一次活动,带领患者前往治疗室,向患者普及室内物品的准确使用物品,明确团体心理治疗规则,要求各个患者自我介绍、相互认识,营造良好的互动氛围。在初步了解患者情况后,结合团体实际情况,创建团体规则与团体的总达成目标,结合实际活动,将活动总目标拆解为各个小目标,降低患者的目标达成压力,让患者在和谐、安全以及信任氛围中完成治疗。第二次活动,在活动中鼓励患者自我介绍,重点讲述自己的优点,并在活动中反复寻找自己以及其他病友的优点,一一列出相关优点,为病友之间良好、有效沟通打下坚实的基础,有利于病友间良好氛围创建,可增强患者及病友自信心,促使患者重塑自信。第三-第六次活动,鼓励患者在活动过程中阐述自身情绪状态,尤其是日常生活中产生的各种情绪,让患者在自我阐述、聆听病友阐述的过程中,识别负面情绪,逐步进行情绪管理,成为情绪真正的主人。在活动过程中,领导者应从医学角度出发,通过简单易懂语言介绍抑郁症发生原因、临床症状、治疗方法和影响因素,提升患者的抑郁症知识掌握度。鼓励患者在活动中阐述既往经历与疾病症状,诱发其他病友共鸣,准确鉴别负面情绪,学习并掌握负面情绪的积极应对方式,让负面情绪及时释放出来。第七-第八次活动,帮助病友创建安全且和谐的人际关系,通过“心电感应”、“听音画画”以及“指间交流”等活动,帮助病友张傲

人际交往过程中的沟通、倾听、尊重以及包容等能力,让病友与病友之间顺利构建建立项人际关系。第九次活动,通过“假如我只能再活 3d”进行造句活动,让患者在造句过程中感怀自身,体会到生命的珍贵,明确生命不可重来的特质,树立珍爱生命、理性看待疾病、勇敢面对生活等理念,逐步转变患者的生活态度与行为。第十次活动,指导患者回顾前面数次的团体心理治疗活动,鼓励患者阐述自己的团体心理治疗感受及收获,领导者结合患者的诊断结果、活动记录,肯定患者经团体心理治疗后所发生的一系列变化,肯定患者的成长及改变,验证总结患者的团体心理治疗目标实现程度,让所有患者珍惜当下、珍惜眼前,以积极态度参与日常生活,全面改善患者的心理及精神状态。

1.3 观察指标

1.3.1 生活质量 治疗前、后通过生活质量综合评定问卷(GQOL-74)^[6]评价生活质量,评价维度有四个,包含社会维度、躯体功能、心理功能及物质生活,分数越高越好。

1.3.2 心理健康 治疗前、后通过汉密顿抑郁量表(HAMD)^[7]、汉密顿焦虑量表(HAMA)^[8]评价心理健康,前者评估条目 17 个,总分 54 分;后者评估条目 14 个,超出 7 分则可怀疑焦虑症状。

1.4 统计学方法

在 SPSS 22.0 中统计分析,计量资料(生活质量、心理健康)表示,t 检验;P<0.05 具有统计学意义。

2· 结果

2.1 患者生活质量统计

治疗前比较两组患者的四项生活质量评分,比值显示(P>0.05);治疗后比较两组患者的四项生活质量评分,观察组高,比值显示(P<0.05)。见表一

表 1 两组生活质量(n=32 例, , 分)

时间	组别	社会维度	躯体功能	心理功能	物质生活
治疗前	对照组	62.67±10.45	60.12±9.65	64.37±7.86	61.21±7.68
	观察组	62.08±10.41	60.74±9.68	64.89±7.89	61.77±7.72
	t 值	0.2263	0.2566	0.2641	0.2909
	P 值	0.8217	0.7983	0.7926	0.7721
治疗后	对照组	66.95±10.78	65.34±9.71	69.72±8.16	66.42±7.85
	观察组	73.48±10.85	71.55±9.88	75.38±8.24	74.35±7.98
	t 值	2.4152	2.5359	2.7609	4.0074
	P 值	0.0187	0.0138	0.0076	0.0002

2.2 患者心理健康统计

治疗前比较两组患者的两项心理健康评分,比值显示(P>0.05);治疗后比较两组患者的两项心理健康评分,观察组低,比值显示(P<0.05)。见表二。

表 2 两组心理健康(n=32 例, , 分)

组别	HAMD 评分		HAMA 评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	23.78±3.65	14.38±1.98 [△]	24.89±3.42	14.99±2.14 [△]
观察组	23.41±3.62	9.10±1.67 [△]	24.51±3.39	9.35±1.98 [△]
t 值	0.4071	11.5311	0.4464	10.9432
P 值	0.6853	0.0000	0.6569	0.0000

注:与同组治疗前比较,[△]P<0.05。

3· 讨论

有统计学数据^[9]显示,精神疾病在全球疾病负担中占 22.8%,抑郁症是主要致残原因。有调查^[10]表明,全球抑郁症患者超过 3.5 亿人,其中美国成年人中有 1900 万患有抑郁症,中国成人中有 2600 万患有抑郁症,每年因为抑郁症死亡的患者高达 100 万。抑郁症是一种难以彻底根除的疾病,具有病程漫长、治疗时间长、容易复发以及治疗费用多等特点。临床发现,抑郁症患者的一年复发率是 33%,五年复发率是 70%,且受生活压力及社会压力升高等影响,抑郁症发病率持续升高。抑郁症治疗期间存在诸多康复影响因素,包含缺乏社会支持、人际交往障碍、认知模式偏差等因素。既往临床多通过药物拮抗抑郁症状,固然可以起到一定效果,但在社会支持、人际交往和患者认知方面,效果并不理想。

团体心理治疗近年来在抑郁症康复中广泛应用,该治疗模式整合了人本主义、行为干预与自我认知等多种心理干预方法,主张利用团体成员相互影响,产生积极治疗作用,促使团体成员从多疑、敏感、抑郁、不安以及封闭状态转变成互相接纳、支持、信任、帮助的状态,循序渐进地推动患者进行自我感悟、互相分享、自我探索、积极应对。团体心理治疗还可有效增强患者的凝聚力,创造良好环境让患者进行人际交往,构建科学合理的社会支持体系,促进患者身心状态改善,调节患者生活质量,促进患者早日恢复健康。

综上所述,抑郁症实施团体心理治疗,患者的心理健康及生活质量更理想,临床应用价值显著。

参考文献:

- [1]刘琳. 分析心理护理干预、无抽搐电休克治疗(MECT)联用对难治性抑郁症患者疗效及依从性的影响[J]. 中国医药指南,2019,17(18): 248-249.
- [2]罗卓妍. 浅谈沙盘游戏疗法对初中青少年抑郁症心理辅助治疗的应用——以广州市南海中学初中部为例[J]. 教学管理与教育研究,2021,6(16): 118-120.
- [3]王宇,畅林亚,丁菲,等. 网络结构式团体认知行为治疗对轻症抑郁患者的特质应对方式和情感气质特征的影响[J]. 临床精神医学杂志,2021,31(4): 275-278.
- [4]田晓满,胡芳珍,胡洪进. 结构式团体心理治疗对轻、中度抑郁症患者症状及社会功能的影响[J]. 中国基层医药,2021,28(11): 1673-1677.
- [5]中华医学会,中华医学杂志社,中华医学会全科医学分会,等. 抑郁症基层诊疗指南(2021 年)[J]. 中华全科医师杂志,2021,20(12): 1249-1260.
- [6]周勤,赵后峰,耿德勤,等. 焦点解决治疗技术联合常规药物与心理治疗对青少年重度抑郁症的效果研究[J]. 重庆医学,2021,50(16): 2712-2715,2720.
- [7]沈佳佳,金燕萍,何英姿. 信息化认知矫正治疗对老年冠心病伴发抑郁症患者心理及自主神经功能影响[J]. 中国医学前沿杂志(电子版),2022,14(2): 6-10.
- [8]肖雪,胡大一,田静,等. 团体沙盘干预对稳定性冠心病合并轻中度抑郁症患者生活质量和预后的影响[J]. 中国心血管杂志,2021,26(4): 342-347.
- [9]陈玉婵,叶娥明. 正念冥想训练配合团体瑜伽干预在狂躁抑郁症患者中的应用[J]. 中西医结合护理(中英文),2020,6(11): 134-137,141.
- [10]李彩芳,刘元华,张立武. 抑郁症团体心理治疗的临床效果观察[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19(68): 135,146.

处方前置审核对提升药学服务价值的价值探讨

刘子铭

东莞市松山湖中心医院 药学部 广东东莞 523000

一、项目概述

(一)立项背景和意义

处方非常重要，是患者服药的依据，更是医生评定患者患病情况的凭证。处方的合理性对患者预后非常重要，与患者治疗有密不可分的关联。在药学质量的服务提升中，对于处方前置审核可以解决治疗中药品复杂的问题，缩短疾病治疗耗时间，提升最终疗效。合理用药还可以降低患者出现的不良反应，避免出现毒副作用。近年来，我国医学领域着重加强处方前置审核，将不合理用药现象降至最低。药学服务质量的提升受到医学界广泛关注，在后续需要以患者为核心，以临床药学为基本原则，打造一种全新的服务模式以及药品管理架构。对药师的审核能力有极高的要求，明确药学服务质量的审核标准，解决药方存在的问题。提示医师及时进行改正，避免出现用药错误，对患者造成额外伤害。在药剂调试时，严格审核处方内容，分析处方药品的合理性。

药学服务质量的提升将可以改变患者与临床医师的沟通模式，保障临床医生开具的处方更加合理。通过聆听临床医生对于处方的意见，改进目前处方在开具中出现的各项问题，使二者之间紧密衔接。对于处方前置审核，将其作为医学服务、药学服务中的重要内容，可以全面提高处方的合格率，降低患者在用药过程中出现的风险。对于病情较为严重的患者，合理的药学服务还能够提高患者的治疗依从性。对于患有基础性疾病的患者，药学服务降低患者出现意外的几率，保障医院良性发展，带来全新的治疗体验，有非常重要的推动作用。使用先进的医学设备，对于有疑问的药物还可以进行定期的监测，提供临床用药指导。对于药房差错率以及患者满意度进行调研，确保各指标能够得到全面提高，降低家属对医院的误解，提高患者治疗信心。为患者后续康复提供充足保障，实现医疗改革政策，完善现有的药品监督制度。解决药学领域药物配比以及药物选择的难题，建立一站式服务模式。

(二)当前需要解决的主要问题

1、分析处方不合格率，处方在开具时若未能考虑患者的实际患病情况以及患者的用药反应，就会导致该处方失去治疗价值。使患者在服用处方时受到额外伤害，降低医院服务质量。

2、提高患者的用药满意度，对于患有基础病患者，处方开具就需要考虑患者的基础疾病。分析与其他药品是否能够合理配比，如糖尿病、心脑血管疾病、高血压等患者，开具处方药物需要额外谨慎。保障患者在服药后产生理想的治疗效果，使患者对医院抱有信心，提高治疗依从性。

3 降低展处方前置审核的工作难度，结合目前工作出现的问题，提高处方前置审核工作效果。通过对医护人员以及专业医师的培养，使处方前置审核及时挖掘潜在问题。

4、提升药学服务质量。减少处方出现的不合格率，增强患者满意度，并进行大力临床推广，发挥自身积极作用。

(三)研究方向和目标

1、研究方向

运用处方前置审核，提高药学服务质量。强化医护人员的工作职责，改进以往在药品监督机制中出现的架空。解决药学服务问题，对于药物的调配以及处方药品的选择，打造流程化的服务措施，对人员素质以及设备提出改进建议。

2、研究目标

2.1 提高药学的管理人员素质，强化药学管理人员的职业技能。

2.2 提高医院硬件配套设施，药学专业较为复杂。因此，硬件配套设施非常重要。强化硬件配套设施，可以解决在治疗方式以及药物配比出现的瓶颈问题。

2.3 强化控制药品质量，选择合理药品，降低不良药品所造成的损害。

2.4 完成药品及时监测，因药品有特殊性，某些药品在服药后会产生不良反应，必须加强此方面监测，降低患者的服药危险。

二、项目简述

1.研究内容（包括子课题设置）

在研究内容中，主要对目前药学服务质量进行现状分析，考虑出现的

问题。从服药时间差异以及患者治疗满意度等方面出发，对药学服务情况进行综合比较。

2.拟解决的关键问题

2.1 药学人员素质较低，无法完成药学服务质量强化。

2.2 医院硬件配套设施落后，新设备引进速度滞后。

2.3 药品质量控制制度不科学。

2.4 药品检测效果不精准。

3.预期成果及形式

(1 处方前置审核合格率实现上升。在研究中，以 3000 张处方为例，经过处方前置审核后，发现用药不适宜处方 11 张、不符合规范处方 14 张、超常处方 7 张。

(2 对处方前置审核，各科室不合格处方检测率有明显的指向作用。以内科、外科、急诊、儿科、妇科、五官科为基础，每科室抽取 500 张处方，共计 3000 张。其中，内科用药不适宜处方 2 张、不规范处方 3 张、超常处方 1 张，不合格处方为 6 张，不合格率为 1.2%。而外科用药不适宜处方 3 张、不符合规范处方 3 张、超常处方 2 张，共计 8 张，不合格率为 1.6%。急诊科用药不适宜处方 3 张、不符合规范处方 4 张、超常处方 2 张，共计 9 张，不合格率为 1.8%。儿科用药不适宜处方 2 张、不规范处方 2 张、超常处方 1 张，不合格处方为 5 张，处方不合格率为 1%。妇科用药不适宜处方 1 张、不符合规范处方 1 张、超常处方 1 张，共计 3 张，符合率为 0.65%。五官科暂未出现用药不适宜处方，不符合规范处方 1 张，超常处方暂未发现，不合格处方共计 1 张，不合格率为 0.2%。

(3 患者用药满意度得到明显提升，98%患者对于处方前置审核表示非常满意。

3.预期成果应用前景和社会效益

通过研究分析，处方前置审核将对于药学服务质量有极高的改进优化效果。提升药学服务质量后，所有指标均得到一定程度的改善。结合临床调查，药学服务质量的优化，不仅能够满足患者治疗需求以及患者家属的陪护需求。还能够对家属进行额外的健康宣导，降低在护理过程中出现的各项问题。对于医疗事故发生几率，药学服务质量也起到规避作用，调节患者与医护人员之间的矛盾，缓解医患关系。对于患者以及其家属，帮助了解医护人员所做出的付出，增加彼此的认可，提高患者的治疗依从性。对于药品质量监测，为患者安全康复提供充分保障，减少在处方开具过程中出现的差错，有极佳的临床实验效果。

(五)项目特色和创新点

1、结合新医改政策，药品监督机制全面完善，在现有基础上对已有的药学服务质量进行改进。

2、调节侧重点，完成药物配比以及选择。结合患者的用药过程以及患者的身体健康情况，实现全程化的服务模式。

3、改进医疗现状，对医护人员的人员结构以及人员素质等提出要求，保障医护人员能够增强对于基础知识的掌握。

4、使用先进的医学设备，降低患者出现的用药风险。提高患者的预后效果。

5、对于某些特殊药物进行及时的不良反应监测，并提供定期的科学指导，保障患者能够合理用药。

6.项目的实施方案

6.1 总体方案

本研究方案从两项进行，一是加强处方前置审核，二是完成药学服务质量提升。

在处方前置审核上，抽取 3000 张处方，包含 6 个科室，分别为内科、外科、急诊、儿科、妇科、五官科。对 5 各科室的处方进行集中分析，挑选的处方要从处方的不合格率以及不适宜率、超常处方率出发，分析处方不合格的实际原因。检测各科室的处方开具问题，提供改进建议。

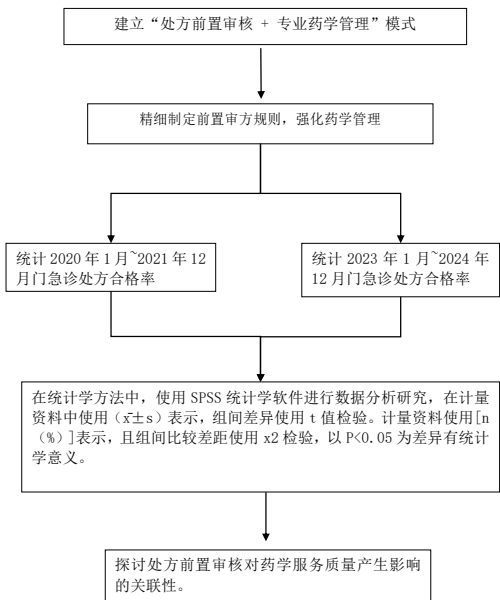
而对于药学服务质量，从药学人员素质、专业设备配套、药品质量、药品监测等环节出发，得出目前现状，给出合理改进建议。使二者能够互相配合，保障医疗领域发展更加迅速。

时间进度	阶段目标主要内容
2022 年 7 月~2022 年 12 月	建立“处方前置审核 + 专业药学管理”模式
2023 年 1 月~2023 年 12 月	精细制定前置审方规则，强化药学管理
2023 年 1 月~2024 年 12 月	利用 SPSS 统计学软件进行数据分析研究，在计量资料中使用 ($\bar{x}\pm s$) 表示，组间差异使用 t 值检验。计量资料使用 [n (%)] 表示，且组间比较差距使用 χ^2 检验，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义
2025 年 1 月~2025 年 6 月	统计分析 2020 年 1 月~2024 年 12 月医院门急诊处方合格率、对比分析数据、探讨处方前置审核对药学服务质量产生影响的关联性

6.2 研究方法（技术路线）

- 1.对比处方前置审核以及后期审核出现的不合格率。开展处方形式审核，对处方进行书写规范。确保处方书写清晰。同时对于诊断、用药剂量、用药方法等提供切实可行的建议，且医师必须签名，以便于后续处方审核。
- 2.对比各科室出现不合格率分类。可完成质量审核，包含对于药品的选择，以及对于患者建议、给药方式、频率、计量。考虑特殊人群，完成药物配比。在质量审核中，必须要求药师具有专业的职业水准，并掌握医学伦理知识。采用点评方法进行合理干预，在质量审核中，通过处方点评可以形成统一标准，为后续临床合理用药打下坚实基础。
- 3.对就诊患者进行编号，对比处方，了解患者在经过该处方后的治疗情况。提高药师以及医师二者之间的合作，增强交流，降低在处方前置中出现的合格率。提高药学服务质量，保障患者有极高的满意度。从服务态度、质量等方面调节潜在的医患纠纷。
- 4.从服务质量、服务态度、流程、用药环境等方面给出合理评分。
- 5.提高药学服务质量，强化药学管理人员素质。在人才选择中，优先选择拥有相关经验人才，强化医务人员沟通能力以及服务能力。确保与患者能够有效交流，完成健康知识宣教。
- 6.改进医院现有的配套服务措施，解决潜在的瓶颈问题，提供舒适、合理的治疗场所，对患者在治疗中出现的心理问题及时进行疏导。
- 7.在药品质量药品检测中，选择质量合理的药品，加强对购药渠道的审核。确保药品质量能够符合依据，考虑药品使用后不同药品之间有可能出现的不良反应，加强集中监测。完成用药合理指导，降低药品不良反应对于患者身体所造成的意外损害。

技术路线：



7 计划进度安排及阶段目标

8.项目风险评估

- 1.处方有可能出现一定程度的用药问题，关系患者治疗效果以及治疗安全。

- 2.部分处方存在潜在的用药疑问。
- 3.处方出现的不良反应有可能会对患者带来额外损害。
- 4.药学服务现状有可能会激发潜在医患矛盾。

9.前期工作基础

第一步：召开课题组会议，明确各阶段目标，明确各自的任务。

第二步：利用图书文献、教育网搜集药学服务相关资料；召开研讨会，请相关人员都参与收集相关材料的活动中来。

第三步：资料汇总，研究、分类，确定哪些方案适合在处方前置提升药学服务质量中开展。

第四步：每月选取一个适宜的案例，介绍给研究人员集中讨论。观察并记录案例，根据处方开局的状况和医护人员意见召开教研会，分析解决实际操作中出现的问题，推广先进的经验。同时注意收集文字资料、影像资料。

第五步：对活动中积累的资料进行分析和筛选，并分门别类存入档案。

第六步：提升经验，重点引导参与课题的人员撰写论文、制作课件。并进行评比，相互学习。

第七步：结题，向上级课题组呈交研究成果。

10.保障措施

本项目实施单位为 XXXXX，项目资金共计 1.04 万元，全部为自筹资金。目前项目资金已全部用于该项目的研究工作，包括外业调查、论文发表、资料印刷等方面。本项目在实施过程中，对资金合理分配并严格控制，费用支出情况见下表：

费用支出表

序号	经费开支项目	金额（元）
1	燃油动力费	5400
2	差旅费	2600
3	论文出版费	1000
4	其它	1400
5	合计	10400

参考文献：

[1]缪亚芬. 分析“品管圈”活动在提升门诊西药房药学服务质量中的价值[J]. 中国保健营养,2021,31(7): 340.

[2]宋成浩. 临床提升药剂科药学服务质量的临床应用价值[J]. 世界最新医学信息文摘（连续型电子期刊）,2021,21(7): 192-193.

[3]胡倩宁. 门诊药房全面优化药学服务的价值探讨[J]. 健康必读,2021(17): 272.

[4]楼瑜云,袁益仁. 门诊药房全面优化药学服务的价值探讨[J]. 中医药管理杂志,2021,29(6): 156-157.

[5]栗文芳. 单剂量静脉配药服务对药学服务质量及配药错误发生率的影响[J]. 现代诊断与治疗,2021,32(4): 633-635.

[6]费晓骏. 加强西药房管理对药学服务质量的提升作用研究[J]. 科学养生,2021,24(10): 276.

[7]黎学聪. 加强药房管理与合理用药对药房管理水平提高的价值[J]. 婚育与健康,2021(6): 110.

[8]KOSUKE INOUE, JOSE F. FIGUEROA, COLETTE DEJONG, et al. Association Between Industry Marketing Payments and Prescriptions for PCSK9 (Proprotein Convertase Subtilisin/Kexin Type 9) Inhibitors in the United States[J]. Circulation. Cardiovascular quality and outcomes.,2021,14(5): 586-596.

[9]BIRT LINDA, DALGARN LINDSAY, WRIGHT DAVID J, et al. Process evaluation for the Care Homes Independent Pharmacist Prescriber Study (CHIPPS)[J]. BMC Health Services Research,2021,21(1).

[10]ALBANO, DOMINICK, FOLLMAN, STACEY, PATEL, YESHA D., et al. Enhancing Patient Care: Value of Pharmaceutical Medical Information Services[J]. The journal for nurse practitioners: JNP,2021,17(7): 840-845.

作者简介：刘子铭，男，广东东莞，1988 年 1 月，本科，主管药师，医院药学。

高压氧治疗脑外伤认知障碍的临床应用效果分析

孟涛 常燕

宁夏回族自治区中卫市人民医院 宁夏中卫 755000

摘要：目的：探讨分析高压氧治疗脑外伤认知障碍的效果。方法：选取我院神经外科2018年1月~2021年1月期间收治的60例脑外伤认知障碍患者，将其随机分为2组，给予对照组常规治疗，研究组在对照组的基础上予以高压氧治疗，观察两组临床效果、治疗前后认知功能和生活质量，并分析数据。结果：研究组总有效率为96.67%，对照组为80.00%，前者高于后者（ $P<0.05$ ）；MMSE评分、WHOQOL-100评分：治疗前两组无差异（ $P>0.05$ ），治疗后研究组均更高（ $P<0.05$ ）。结论：采用高压氧治疗脑外伤认知障碍具有显著效果，可有效改善患者认知障碍，提升患者生活质量，这种治疗方式具有较高的临床使用价值，值得推广应用。

关键词：脑外伤认知障碍；高压氧；常规治疗；临床效果；认知功能；生活质量

脑外伤是临床上常见的一种疾病，是指由外力所引起的脑部损伤，具有病情凶险、进展迅速、预后较差等特点，致残率和致死率均较高，若治疗不及时，可诱发脑水肿、脑出血和脑积水等继发性脑损害，脑外伤严重者可直接死亡，幸存者可遗留不同类型及程度的功能障碍，认知障碍是其中常见的一种类型，是指患者语言、记忆、计算、执行、理解判断和视空间等功能的一项或多项受损，对患者日常生活造成了严重不良影响，严重降低了患者的生活质量，需对其采取及时早期的治疗，及早治疗可有效改善患者认知功能障碍，进而改善预后^[1]。以往临床上治疗该病的常用方法有药物治疗、康复治疗等，但总体效果欠佳，需选择其他治疗^[2]。近年来，高压氧在该病的治疗中得到了较为广泛的应用，该治疗方式可有效增加机体氧含量，改善脑局部缺氧，促进侧枝循环形成，进而促使脑代谢有效改善，从而改善认知障碍，具有良好的治疗效果^[3]。本研究即分析了高压氧治疗脑外伤认知障碍的临床效果，如下。

1、资料与方法

1.1 一般资料

选取我院神经外科2018年1月~2021年1月期间收治的60例脑外伤认知障碍患者，将其随机分为2组，分别为对照组（30例，男性16例，女性14例，年龄22~64岁，平均年龄 43.14 ± 8.23 岁，脑挫裂伤11例，颅内血肿15例，其他4例）和研究组（30例，男性17例，女性13例，年龄21~62岁，平均年龄 43.74 ± 8.37 岁，脑挫裂伤10例，颅内血肿14例，其他6例）。纳入标准：①所有患者均经临床确诊；②患者均存在认知障碍；③临床资料齐全；④同意参与此次研究。排除标准：①发病前合并其他神经系统疾病；②脏器功能衰竭；③合并活动性出血、气胸者；④存在严重肺部感染者；⑤合并恶性肿瘤者；⑥合并视网膜剥离者；⑦中途退出研究者；⑧纳入研究前存在精神障碍者。两组一般资料无差异（ $P>0.05$ ），可比。

1.3 方法

给予对照组常规治疗，主要包括止血、抗感染、脱水、营养神经、降颅压、改善微循环等治疗；研究组在对照组的基础上予以高压氧治疗，于受伤8d后治疗，使用0.3MPa高压氧舱，升压15min-稳压20min-休息5min-减压20min，以10d为一疗程，连续治疗2个疗程，休息5d后继续治疗，共治疗2~3个疗程，治疗期间均为患者提供基础护理、用药护理、安全护理、促醒护理等，并加强患者的监测，发现异常及时处理。

1.4 判定标准

观察两组临床效果、治疗前后认知功能和生活质量，并对数据作以分析。临床效果评价标准^[4]：以简易精神状态评价量表（MMSE评分）评价，显效：临床症状明显缓解，MMSE评分增分率 $>20\%$ ；有效：临床症状有所缓解， $12\%\leq$ 增分率 $\leq 19\%$ ；无效：未满足以上标准，计算总有效率。认知功能采用简易精神状态评价量表（MMSE评分）评价，该量表包括定向、计算、记忆、语言、识记、视空间等内容，得分30分，得分越低，代表认知功能缺损越严重，认知正常：得分27~30分；认知功能障碍： <27 分；轻度：21~26分，中度：10~20分；重度：0~9分，分别在治疗前、治疗结束后评价。生活质量采用世界卫生组织生活质量测定量表100(WHOQOL-100)评价，得分呈正比，分别在治疗前、治疗结束后评价。

1.5 统计学方法

使用SPSS22.0统计学软件分析数据，采用 χ^2 检验和t检验， $P<0.05$ 表示数据有统计学差异。

2. 结果

2.1 两组临床效果对比

研究组总有效率为96.67%，对照组为80.00%，前者高于后者（ $P<0.05$ ）。详见表1：

表1 两组临床效果比较[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率 (%)
对照组	30	16(53.33%)	8(26.67%)	6(20.00%)	24/30 (80.00%)
研究组	30	24(80.00%)	5(16.67%)	1(3.33%)	29/30 (96.67%)
χ^2	-	4.800	0.884	4.043	4.043
P	-	0.028	0.347	0.044	0.044

2.2 两组治疗前后MMSE评分、WHOQOL-100评分对比

MMSE评分、WHOQOL-100评分：治疗前两组无差异（ $P>0.05$ ），治疗后研究组均更高（ $P<0.05$ ）。详见表2：

表2 两组治疗前后MMSE评分、WHOQOL-100评分对比（ $\bar{x}\pm s$ ）（分）

组别	例数	MMSE评分		WHOQOL-100评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	18.14±4.19	23.06±2.52	72.14±5.31	76.02±4.21

研究组	30	18.25±4.24	28.49±2.14	72.89±4.98	84.29±5.36
<i>t</i>	-	0.101	8.996	0.564	6.650
<i>P</i>	-	0.920	0.001	0.575	0.001

3、讨论

脑外伤是临床上常见的一种脑损伤疾病,具有较高的发生率,一般由外界暴力直接或间接作用于头部引起,头皮损伤、颅骨骨折、脑损伤、颅内血肿等是常见的类型,以头痛、恶心、呕吐、意识障碍等为主要临床表现,轻症患者预后一般较为良好,病情严重者可直接导致患者死亡^[5]。即使存活也可遗留诸多功能障碍,如认知障碍、运动障碍、意识障碍、语言障碍、吞咽障碍等,其中认知障碍较为常见,目前临床上对于脑外伤认知障碍的发生机制尚不完全明确,认为其发生可能与脑组织结构性损伤、炎症反应、神经递质系统异常(兴奋性氨基酸毒性作用、乙酰胆碱含量变化影响、5-HT含量变化影响、钙离子通道异常、脑源性神经营养因子)、自由基作用等有关,脑外伤认知障碍患者表现为注意力及觉醒、感觉、记忆、知觉、语言、交流、情绪、智力和行为功能障碍等认知损害,严重者可发生永久性认知障碍,甚至可诱发痴呆,对患者日常生活造成了严重不良影响,需对其采取及时早期的治疗,早期治疗可有效改善预后^[5-6]。

目前临床上治疗该病的常用手段较多,主要有药物治疗、康复治疗等,这些治疗虽在临床中应用时间较长,但总体效果欠佳,且见效较为缓慢,同时对患者认知障碍改善较为不明显,需选择一种更为有效的治疗方式^[7]。近年来,随着医疗技术的快速进步,高压氧在该类患者的治疗中得到了一定应用,高压氧是指在超过一个大气压环境中呼吸纯氧气的治疗方式^[8]。该治疗方式可通过增加血中物理溶解氧的方法解决患者缺氧问题,气体在液体中的溶解度随着压力的升高而增加,在高压下吸氧,可使患者血中氧的溶解含量明显增加,通过为患者吸入85%~99%以上浓度的氧气,有效提升机体氧分压,使机体血氧和组织氧含量增加,提高氧的有效弥散距离和弥散率,减少局部血流量,进而改善局部缺氧,增加微循环血流,促进侧枝循环形成,修复病变的脑血管,从而加快神经功能修复和脑功能恢复^[9]。且该治疗方式可有效改善患者基底动脉供血量,在改善脑干供血的基础上使脑干兴奋性增强,改善微循环和脑代谢,从而有效改善患者临床症状,缓解其病情^[10]。同时该治疗方式可有效抑制氧自由基对脑组织的损害,进而促进神经功能恢复,还可改善组织供氧,增加血氧溶解量,因此,可有效避免脑组织缺氧,并可为受损脑组织及时供氧^[11]。除此之外,该治疗方式具有良好的促血管收缩作用,这是因为高压氧有 α -肾上腺素样的作用使血管收缩,促血管收缩作用利于减少局部血容量,减轻脑水肿^[12]。并且该治疗方式可促进患者脑组织损伤修复,这是由于该治疗可使bFGFmRNA表达增强,刺激bFGF合成,bFGF可促进血管增殖,进而促进脑损伤后神经修复和再生过程^[13]。高压氧治疗该病虽具有显著效果,但治疗期间对患者实施合理有效的护理也尤为重要,因此,临床上应加强该类患者的护理,以期达到良好的治疗效果,保障患者治疗的安全性^[14]。

本研究选取了60例脑外伤认知障碍,随机分组后采取不同治疗,结果显示,研究组总有效率为96.67%,对照组为80.00%,前者高于后者($P<0.05$),MMSE评分:治疗前两组无差异($P>0.05$),治疗后研究组均更高($P<0.05$),可见高压氧治疗方案疗效优于常规治疗,不仅治疗效果显著,同时对患者认知功能的改善更为明显,分析原因:高压氧治疗可有效改善大脑局部微循环,促进脑功能和神经功能恢复,并可有效减轻脑组织

损伤,脑组织损伤减轻,受损脑神经、脑血管修复,患者的认知障碍进一步改善,由此可见,该治疗方式具备推广价值。同时结果显示,WHOQOL-100评分:治疗前两组无差异($P>0.05$),治疗后研究组均更高($P<0.05$),可见高压氧治疗方案对患者生活质量的改善更为明显,这主要与该治疗方式疗效更佳有关,疗效提升,患者临床症状缓解,认知功能改善后,患者的生活质量进一步提升。

综上所述,采用高压氧治疗脑外伤认知障碍具有显著效果,可有效改善患者认知障碍和生活质量,该治疗方案具有较高的临床使用价值高,值得在临床中推广应用。

参考文献:

- [1]冯兴慧,王达,王巍.浅谈高压氧治疗脑外伤认知障碍的临床应用[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(82):93.
- [2]徐志锋,高忠恩,岑庆君,等.早期脑室-腹腔分流术同期联合颅骨修补术治疗脑外伤伴脑积水疗效分析[J].中国伤残医学,2019,27(008):56-57.
- [3]Su L, Shen G, Deng S, et al. Hyperbaric oxygen therapy improves cognitive functioning after brain injury[J]. Research on nerve regeneration in China: English version, 2013, 8(35): 10.
- [4]冯斌,蔡明,黄立超,等.高压氧治疗脑外伤认知障碍的临床应用效果观察[J].中国保健营养,2018,28(31):149,151.
- [5]祝亮,魏强,黄传峰,等.高压氧治疗对脑外伤后认知功能障碍的影响[J].现代诊断与治疗,2018,29(5):749-750.
- [6]张春生,蔡兆国.高压氧综合治疗创伤性脑损伤后认知功能障碍的疗效观察[J].世界最新医学信息文摘(电子版),2019,019(017):93-93.
- [7]Yu-Fang L I, Zhang S R, Niu F, et al. Protective effects of hyperbaric oxygenation on cognitive dysfunction in traumatic brain injury patients[J]. Chinese Journal of Gerontology, 2016, 36(4): 3.
- [8]耿聪,陈莉.康复护理对颅脑外伤恢复期患者神经运动功能和生活质量的效果分析[J].中国医药指南,2019,017(035):215-216.
- [9]李庆菲,郝特罗.早期脑室腹腔分流联合颅骨修补术对颅脑外伤术后颅骨缺损并发脑积水患者预后的影响[J].医药论坛杂志,2018,39(3):134-136.
- [10]龚献.高压氧治疗对脑外伤后认知功能障碍影响的疗效观察[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,007(034):65.
- [11]Bao S, Tan Q, Xiaoyang L I. Treatment and Nursing Care of Hypertensive Cerebral Hemorrhage Patients Treated by Hyperbaric Oxygen Combined with Chinese Medicine[J]. Journal of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, 2017, 19(6): 4.
- [12]李念宣,胡森,高玉帅,等.高压氧联合神经生长因子治疗脑外伤伴认知障碍患者41例临床观察[J].糖尿病天地·教育(下旬),2020,017(003):145-146.
- [13]武占锋.高压氧综合治疗对脑外伤后认知障碍患者生活质量及满意度的影响[J].中国社区医师,2019,035(011):56,58.
- [14]Voigt C, Frschler A, Jaeger M, et al. Protective effect of hyperbaric oxygen therapy on experimental brain contusions[J]. Acta neurochirurgica. Supplement, 2008, 102(102): 441-445.

经胸超声心动图(TTE)引导下房间隔缺损封堵术的可行性

¹ 宋小伟 ² 张本贵 ³ 李晓妍 ¹ 胡辉明^{通讯作者}

¹ 广元市中心医院 超声医学科 四川广元 628000; ² 广元市中心医院 心脏血管外科 四川广元 628000;

³ 广元市中心医院 心脏血管超声及心功能科 四川广元 628000

摘要: 目的 研究经胸超声 (TTE) 引导下房间隔缺损封堵术的可行性。方法 纳入 2020-2021 年我院收治的 80 例房间隔缺损微创手术治疗患者, 均分两组, 分别予以胸腔镜下修补术治疗与经胸超声心动图 (TTE) 引导下房间隔缺损封堵术, 从手术效果、并发症发生率来评判两种治疗方式的差异。结果 手术成功率比较, 组间无差异 ($P>0.05$); 手术时间、ICU 入住时间、呼吸机使用时间、住院时间比较, 观察组均短于对照组 ($P<0.05$); 手术切口大小比较, 观察组小于对照组 ($P<0.05$); 住院费用比较, 观察组低于对照组 ($P<0.05$); 术后出血量、胸腔引流量、总输血量比较, 观察组均少于对照组 ($P<0.05$); 并发症发生率比较, 组间无差异 ($P>0.05$)。结论 针对房间隔缺损的治疗, 胸腔镜下修补术与 TTE 引导下房间隔缺损封堵术均为可行的治疗方式, 但是比较而言, 经 TTE 房间隔缺损封堵术无需进行体外循环, 对患者的损伤较轻, 操作便捷, 且治疗效果更加卓越, 可积极推广应用。

关键词: 胸超声心动图; 房间隔缺损封堵术; 可行性

[Abstract]Objective To study the feasibility of transthoracic ultrasound guided TTE (atrial septal defect occlusion).Methods 80 patients with minimally invasive surgery in our hospital from 2020 to 2021 were divided into two groups for thoracoscopic repair and transthoracic echocardiography (TTE) to identify the difference between the surgical effect and the probability of complications.Results There was no difference between groups ($P>0.05$); operation time, ICU stay, ventilator duration and hospitalization were shorter than observation group ($P<0.05$); observation group ($P<0.05$), control group ($P<0.05$), chest flow, total transfusion and observation group ($P<0.05$); no difference between groups ($P>0.05$).Conclusion For the treatment of atrial septal defect, thoracoscopic repair and TTE guide inferior atrial septal defect occlusion are feasible treatment, but in comparison, the TTE atrial septal defect occlusion without extracorporeal circulation, mild damage, convenient operation, and better treatment effect, can be actively applied.

[Key words]thoracic echocardiography; atrial septal defect closure; feasibility

前言

先天性心脏病中 6-8%为房间隔缺损, 存在合并其他心血管畸形的概率, 单独出现房间隔缺损也叫作单纯性房间隔缺损, 是临床高发的心内畸形^[1]。针对房间隔缺损临床广泛应用手术治疗, 外科体外循环下心内修补术是传统的手术治疗方式, 弊端在于手术创伤大, 术后难以恢复。基于此, 临床为了减少侵入式手术对患者的危害, 研发出经胸超声心动图房间隔缺损封堵术与胸腔镜下修补术两种微创手术方式, 文章的研究目的就在于比较两种手术方式的差异性, 详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入 2020-2021 年我院收治的 80 例房间隔缺损微创手术治疗患者, 均分两组, 基线资料比较结果显示可比 ($P>0.05$), 全部患者均对该研究知情同意。排除其中合并其他需手术矫正的心血管畸形患者; 合并其他外科手术患者; 不耐受手术治疗患者。

对照组: 40 例, 男 20 例, 女 20 例, 年龄范围 5 个月-56 岁, 均值 (28.20 ± 1.56) 岁, 缺损直径范围 5-45mm, 均值 (25.09 ± 1.23) mm;

观察组: 40 例, 男 21 例, 女 19 例, 年龄范围 8 个月-56 岁, 均值 (28.45 ± 1.11) 岁, 缺损直径范围 6-45mm, 均值 (25.54 ± 1.03) mm。

1.2 方法

对照组患者接受胸腔镜房间隔缺损修补术。气管插管全身麻醉下, 患

者平躺, 手术切口外置为右侧腋前线第 7 肋间、右侧腋前线第 3 肋间、胸骨右缘第 3 肋间稍外侧, 切口大小 1.5cm, 为胸腔镜做置镜孔和操作孔, 肝素化完成后立即建立体外循环。切开右心房, 以相应大小牛心包补片修补房间隔缺损。以鱼精蛋白中和肝素后放置引流管, 逐层缝合。

观察组患者实施经 TTE 房间隔缺损封堵术。在气管插管全身麻醉状态下, 患者平躺垫高胸部 30 度, 手术切口位置为胸骨右缘第 4 肋间, 长度 2-3cm, 进胸后以牵开器撑开切口, 推开右肺叶, 切开膈神经前 15020mm 位置, 悬吊心包, 充分暴露右心房。静脉注射 1mg/kg 肝素以全身肝素化, 在房间隔缺损中心正对右心房内侧壁部分以 4-0prolene 双头针线带垫片荷包缝合, 在荷包正中钻孔, 放置完成肝素处理的封堵器输送鞘管, 术中实时监测 TTE 引导, 穿过房间隔缺损输送鞘管值左心房, 随后释放左房伞, 回拉鞘管, 确保左房伞与左心房间隔紧贴, 释放右心房中的右心伞, 推动封堵器确保两伞叶对合靠拢, 闭合房间隔。超声检查封堵器周围是否存在显著残余分流、各房室瓣反流情况、上下腔静脉、冠状静脉与肺静脉回流情况, 确认不受阻且封堵器打开形状正常后即提示手术成功。随后撤出输送鞘管, 结扎荷包线, 中和肝素, 缝合心包, 止血膨肺, 逐层缝合并放置引流管。术后遵医嘱常规予以阿司匹林口服抗凝治疗。

1.3 观察指标

(1) 手术效果: 手术成功率、手术时间、手术切口大小、术中出血量、术后胸腔引流量、总输血量、ICU 入住时间、呼吸机使用时间、住院

时间、住院总费用。

(2) 并发症: 心脏穿孔、术后封堵器脱落、脑栓塞、肺部感染、肺不张、胸腔积液、心律失常、残余分流、术后伤口愈合不良、死亡。

1.4 统计学处理

统计学软件 SPSS21.0, 利用该软件对本次研究中的两组数据进行分析, 其中计量资料采取 ($\bar{x} \pm s$) 表示, t 检验, 计数资应用百分比表示, χ^2 检验; $P < 0.05$ 说明数据对比有统计学意义。

表 1 两组患者的手术效果比较

组别	手术成功	手术时间 (min)	手术切口大小 (cm)	术中出血量 (ml)	术后胸腔引流量 (ml)
观察组 (n=40)	40(100)	66.61±9.28	2.19±0.36	43.34±6.11	63.79±7.89
对照组 (n=40)	38(95)	163.72±7.44	4.89±0.96	179.57±7.16	232.61±2.45
统计值	2.051	51.637	16.655	91.536	129.237
P 值	0.152	0.000	0.000	0.000	0.000

续表 1

组别	总输血量 (ml)	术后 ICU 入住时间 (h)	呼吸机使用时间 (h)	住院时间 (d)	住院总费用 (元)
观察组 (n=40)	13.34±5.67	4.09±7.74	0.95±2.63	5.63±1.43	27407.01±10.31
对照组 (n=40)	278.34±4.04	23.20±8.96	11.45±8.48	7.72±3.96	32528.02±9.56
统计值	240.734	10.208	7.480	3.140	2303.529
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 并发症发生率比较

两组患者均未出现心脏穿孔、术后封堵器脱落、肺栓塞、肺不张、胸腔积液、心率失常以及死亡的情况, 观察组中术后切口愈合不良 1 例, 对照组术后肺部感染 1 例。并发症发生率比较, 组间无差异 ($P > 0.05$)。

3 讨论

房间隔缺损属于先天性心脏病的一种, 患病患者的房室间隔流动动力学异常, 严重威胁患者的身体健康与生命安全。传统手术治疗方法是低温体外循环正中开胸直视修补术, 手术创伤较大, 患者不易愈合。继传统手术之后, 微创手术应运而生, 优势在于手术创伤小、无需开胸骨、术后患者疼痛程度低、恢复快, 但是术中需要体外循环是其弊端, 并没有实现真正的微创。经胸超声心动图 (TTE) 房间隔缺损封堵术也叫作非体外循环房间隔缺损封堵术, 是将传统外科手术与内科介入手术相结合的手术方式。术中经患者胸部做小切口放置封堵器输送鞘管, 在 TTE 引导下完成房间隔缺损封堵, 优势在于手术创面小, 无需体外循环, 不影响患者的呼吸系统与循环系统, 手术操作简单, 术中以推拉试验检测封堵器的牢固程度, 明确封堵器的位置。但是依然存在极少数病例封堵器放置失败, 这时可以收回封堵器重新放置, 也可以立即转为开胸手术进行补救, 安全程度高。同时, 可广泛应用广, 经胸微创房间隔缺损封堵术的首选是食管超声监护, 但是操作比较复杂, 导致应用范围狭窄。TTE 操作简单且无创, 与食管超声比较疗效没有差异性, 对婴幼儿低龄患者同样适用^[2]。并且, TTE 引导下房间隔缺损封堵术术中不受静脉血管内径的限制, 同样适用于低龄患者。

结合文章的研究结果, TT 引导下的房间隔缺损封堵术与胸腔镜下房

2 结果

2.1 手术疗效比较

见表 1, 手术成功率比较, 组间无差异 ($P > 0.05$); 手术时间、ICU 入住时间、呼吸机使用时间、住院时间比较, 观察组均短于对照组 ($P < 0.05$); 手术切口大小比较, 观察组小于对照组 ($P < 0.05$); 住院费用比较, 观察组低于对照组 ($P < 0.05$); 术后出血量、胸腔引流量、总输血量比较, 观察组均少于对照组 ($P < 0.05$);

间隔修补术相比, 术中用时短, 手术创伤性小, 术后恢复快, 可保证更加理想的手术治疗效果。TTE 引导技术最大的问题, 就是图像质量不够清晰。食道超声的探头紧邻左心房后壁, 超声束的进场邻近房间隔, 因此图像清晰。如果患者的胸壁较薄, TTE 可以良好成像患者房间隔缺损的直径与边缘, 同时积极引导导丝与导管封堵房间隔。但是针对胸壁较厚的患者, 受到超声波穿透能力的限制, TTE 无法清晰显示出缺损边缘以及导丝、导管的位置, 从而封堵失败。因此, 针对体质量过大的患者, 需要考量封堵的成功率。TTE 引导下无法精确判断导丝与导管的位置, 存在心脏穿孔、瓣膜损伤等事件的发生风险^[3]。因此, 对于 TTE 引导技术的实施人员要求具备较高的专业性, 具备丰富的临床实践经验, 必须是可以独立完成传统介入封堵术的医生或心脏外科医生, 需要在具备可紧急建立体外循环条件的手术室, 一旦发生风度失败或封堵器脱落、心脏穿孔、心包堵塞等严重并发症时, 便于术者及时开胸进行心脏直视手术。

对于房间隔缺损的治疗, 胸腔镜修复和 TTE 引导下房间隔缺损封堵术都是可行的治疗方法。而 TTE 房间隔缺损封堵术不需要体外循环, 对患者损伤小, 操作方便, 治疗效果更佳, 可积极推广应用。

参考文献:

[1]杨阳, 袁越, 刘晖, 等. 单纯超声引导经皮儿童房间隔缺损封堵术的临床研究[J]. 中华实用儿科临床杂志, 2020, 35(21): 3.
[2]王忠超, 王琦光, 孟立立, 等. 经颈静脉路径封堵房间隔缺损合并下腔静脉肝下段缺一例[J]. 中华心血管病杂志, 2020, 48(8): 3.
[3]黄明和, 李玉. 经食管超声心动图在房间隔缺损封堵术中的价值和术后并发症分析[J]. 实用心脑血管病杂志, 2020(S02): 2.

关于老年慢性功能便秘的相关因素分析

孙沛¹ 孙鼎明²

1 盐城市亭湖高级中学 江苏盐城 224002; 2 江苏省盐城市第一人民医院 江苏盐城 224006

摘要:目的 分析老年慢性功能便秘的相关因素。方法 选取 2020 年 1 月-2022 年 1 月 120 例老年患者, 所有患者均接受老年慢性功能便秘调查, 并分析老年慢性功能便秘相关因素。结果 120 例老年患者中, 42 例发生慢性功能便秘, 发生率为 35.00%, 78 例未发生慢性功能便秘, 占比为 65.00%。性别、年龄、吸烟方面, 便秘与非便秘组未见明显差异 ($P>0.05$); 焦虑、文化程度偏低、饮酒、独居、抑郁、体质量指数高、饮酒、喜好辛辣食物、睡眠质量差、主食过精细、进食无规律、蔬菜/水果摄入少、睡眠质量少、进食无规律、每日活动量少方面, 便秘组与非便秘组存在明显差异 ($P<0.05$)。老年人慢性功能性便秘独立危险因素包括抑郁、副食肉类为主、每日活动量少、蔬菜/水果和饮水少等。结论 老年慢性功能便秘的发生与不良心理状态、运动量少、不良生活习惯和偏精细饮食等有关, 临床上, 应加强对诸多因素的关注, 尽量降低疾病发生率, 控制疾病的发展。

关键词: 老年; 慢性功能便秘; 相关因素

功能性便秘指的是非器质性病变对于患者引起的排便量及排便次数减少, 大便干结, 且存在排便困难的综合性症状, 患病时间超过 3 个月即慢性便秘。现阶段, 我国便秘发生率高达 30% 左右, 大部分是老年人群, 而且相比于南方, 北方患病率更高。北方患病率大约 39.1%。便秘诱因有很多, 包括生活习惯、遗传因素、心理状态、排便习惯、环境因素等。便秘的发生对老年人身体健康和生活质量造成了显著影响, 有些引起消化道不适, 部分甚至出现心血管疾病、肠梗阻等, 导致患者精神状态受到影响, 患者心理状态及体质越来越低, 对患者身心健康造成了严重影响^[1]。因此, 应加强对老年慢性功能便秘相关因素的关注, 并深入分析。基于此, 本文针对老年慢性功能便秘相关因素进行分析, 详情如下。

1 资料与方法

1.1 资料

选取社区调查 2020 年 1 月-2022 年 1 月接收的 120 例老年患者, 其中 68 例男, 52 例女; 年龄均值 (72.51±4.87) 岁; 纳入标准既然是针对老年, 是不是应该有年龄纳入标准: ①年龄在 65 岁及以上; ②自愿签署研究同意书; ③意识清晰且资料完整; ④认知功能、表达能力正常。排除标准: ①存在严重心理疾病, 或精神异常; ②合并恶性肿瘤、器质性病变; ③存在血液系统疾病; ④严重疾病至长时间卧床, 或者生活无法自理; ⑤中途选择退出; ⑥具有传染病病史。

1.2 方法

通过调查方式收集患者一般资料, 具体有体质量指数、年龄、生活习惯、性别、主食、文化程度、蔬菜/水果、副食、饮水、每日活动量、排便状况、精神状态等, 分析老年慢性功能便秘的相关因素。

1.3 观察指标

分析老年人慢性功能便秘发生状况、老年人慢性功能便秘单因素和老年人慢性功能便秘多因素^[2]。

1.4 统计学方法

采取统计软件 SPSS20.0 分析研究数据, ($\bar{x} \pm s$) 表示计量资料 (t 检验), 率 (%) 表示计数资料 (χ^2 检验); 两组比较, 差异明显 ($P<0.05$)。

2 结果

2.1 分析老年人慢性功能便秘发生状况

120 例老年患者中, 42 例发生慢性功能便秘, 发生率为 35.00%, 78 例未发生慢性功能便秘, 占比为 65.00%。

2.2 分析老年人慢性功能便秘单因素

性别、不同年龄、吸烟方面, 便秘与非便秘组未见明显差异 ($P>0.05$); 焦虑、文化程度偏低、饮酒、独居、抑郁、体质量指数? 高、饮酒、喜好辛辣食物、睡眠质量差、主食过精细、进食无规律、蔬菜/水果摄入少、睡眠质量少、进食无规律、每日活动量少方面, 便秘组与非便秘组存在明显差异 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 老年人慢性功能便秘单因素分析

项目	便秘 (n=42)	非便秘 (n=78)	t/x ²	P
----	-----------	------------	------------------	---

年龄 (岁)	71.35±6.13	72.02±5.97	0.581	0.562
体质量指数 (kg/m ²)	26.31±1.62	23.57±1.54	9.129	0.000
男/女	20/22	48/30	2.154	0.142
文化水平			4.008	0.003
小学及以下	17 (40.48)	18 (23.08)		
初中或者高中	13 (30.95)	39 (50.00)		
大专及以上	12 (28.57)	21 (26.92)		
居住状况			6.359	0.012
独居	13 (30.95)	9 (11.54)		
非独居	29 (69.05)	69 (88.46)		
主食			4.848	0.003
精米	19 (45.24)	33 (42.31)		
面食	16 (38.09)	32 (41.03)		
粗粮	7 (16.67)	13 (16.67)		
副食			7.057	0.008
豆制品	10 (23.81)	38 (48.72)		
肉类	32 (76.19)	40 (51.28)		
蔬菜/水果			5.152	0.012
少	21 (50.00)	12 (15.39)		
中	14 (33.33)	44 (56.41)		
多	7 (16.67)	22 (28.21)		
饮水			5.327	0.008
少	19 (45.24)	10 (12.82)		
中	16 (38.09)	49 (62.82)		
多	7 (16.67)	19 (24.36)		
辛辣食物	16 (38.09)	16 (20.51)	4.316	0.038
进食规律	16 (38.09)	49 (62.82)	6.723	0.009
吸烟	9 (21.43)	15 (19.23)	0.082	0.774
饮酒	13 (0.95)	11 (14.10)	4.884	0.028
睡眠质量			4.588	0.003
差	17 (40.48)	23 (29.49)		
一般	16 (38.09)	36 (46.15)		
好	9 (21.43)	19 (23.36)		
每日活动量			4.789	0.015
少	32 (76.19)	14 (17.95)		
中	8 (19.05)	48 (61.54)		
多	2 (4.76)	16 (20.51)		
焦虑	11 (26.19)	6 (7.69)	7.682	0.006
抑郁	13 (30.95)	12 (15.38)	4.012	0.045

2.3 老年人慢性功能便秘多因素分析

老年人慢性功能性便秘独立危险因素包括抑郁、副食肉类为主、每日活动量少、蔬菜/水果和饮水少等,见表2。

表2 老年人慢性功能便秘多因素分析

变量	β 值	SE 值	Wald	P 值	OR (95%CI)
抑郁	1.100	0.100	4.023	<0.05	1.52 (1.182-1.590)
每日活动量少	1.119	0.102	4.421	<0.05	1.412 (1.221-1.683)
饮水少	1.153	0.1254	4.122	<0.05	1.396 (1.148-1.608)
蔬菜/水果摄入少	1.243	0.212	4.323	<0.05	1.576 (1.239-1.921)
副食肉类为主	1.300	0.230	4.525	<0.05	1.623 (1.212-2.063)

3 讨论

便秘为临床常见、多发的一种消化道疾病,具有排便困难、排便次数减少和大便干硬等症状。排便次数减少指的是每周排便次数在3次以下;排便困难指的是排便不尽感、排便费力、需要手法辅助排便、排出困难等^[3]。功能性疾病引起的便秘分为多种类型,包括正常传输型便秘、慢性传输型便秘、混合型便秘和排便障碍型便秘,正常传输型便秘主要是便秘型易激综合征。近年,随着社会经济的发展,人们的生活习惯、饮食习惯改变、心理压力的增加,导致慢性便秘患者越来越多,并表现为增加趋势,对人们的日常生活造成了显著影响^[4]。因为老年人群胃肠蠕动功能降低,慢性功能便秘发病率明显体改,临床症状越来越明显。慢性功能便秘的发生,除对老年人日常生活造成影响外,也可能导致其它疾病的发生。因此,应加强对老年慢性功能便秘的相关因素进行分析。本次研究结果显示,120例老年患者中,42例发生慢性功能便秘,发生率为35.00%,78例未发生慢性功能便秘,占比为65.00%。据有关资料显示,北方老年人群便秘患病率较高,同南方比较更高。由于南方地区气候潮湿温暖,在生活行为及饮食习惯方面具有一定的低于特殊。老年慢性功能便秘通常具有排便不尽感、每周排便少于3次及排便费力等症状,大部分便秘具有排便费力及每周排便低于3次,排便不尽感可能是由于饮食过于精细、所处地区相对湿热造成的,而大便干结需要采用辅助操作排便是由于肠道液体减少显著造成的。

本次研究结果显示,性别、不同年龄、吸烟方面,便秘与非便秘组未见明显差异($P>0.05$);焦虑、文化程度偏低、饮酒、独居、抑郁、体质指数高、饮酒、喜好辛辣食物、睡眠质量差、主食过精细、进食无规律、蔬菜/水果摄入少、睡眠质量少、进食无规律、每日活动量少方面,便秘组与非便秘组存在明显差异($P<0.05$)。根据研究发现,体质指数高、文化程度偏低及独居老年人具有较高的功能便秘发生率,文化水平与知识获取途径、意愿和健康观念存在紧密联系。老年人群与患者家属或者配偶等居住在一起,对于情感交流及生活照顾有利。进过调查研究发现,对于独居老年人而言,因为活动量少、相对孤独、饮食单一等,以上均可能对患者健康生活方式造成影响,具有较高的便秘发生率,对于独居老年人而言,其关怀及社会支持需要更多;针对肥胖老年人而言,通常具有不佳生活方式和生活习惯,除导致便秘发生率提高外,肥胖也是内分泌疾病和心血管疾病等诸多慢性疾病主要诱因,但是便秘也会导致病情加重,或者增加不良事件发生率。

饮食习惯为便秘发生的主要诱因,便秘组肉类摄入偏多同样是便秘诱发的重要原因。因为脂肪和蛋白质含量丰富,导致老年人消化道负加重,使得胃肠道停留时间延长。因为物产相对丰富,饮食中,蔬菜及水果摄入比例较高,整体摄入量占比在50%以上,而非便秘组蔬菜/水果占比更高^[5]。蔬菜/水果与饮食状况接近。喜欢辛辣刺激性食物、饮酒等占地较低,但是辛辣刺激性食物很可能对痔疮和便秘造成刺激,痔疮与便秘具有相互推动

作用。不规律饮食很容易影响正常的消化功能,特别是老年人群,自身消化功能逐渐减弱,极易引起排便异常。

因为老年人群灵活性及体力降低,活动量住进减少,在每日活动 $\geq 1h$ 占比方面,非便秘组较便秘组高,除了具备便秘预防作用外,有助于免疫力和抵抗力增强,避免慢性病的改善,减轻临床症状。对于老年人群而言,特别是独居老人,负面情绪较为明显,抑郁症状的出现,使得神经内分泌功能受到影响,消化功能异常导致便秘发生率提高。

长时间慢性功能便秘,使得老年患者精神压力、心理压力增加、负面情绪显著,同非慢性功能便秘患者比较,其负面情绪更加显著。通过分析患者家庭经济负担及社会等主观症状发现,老年慢性功能便秘患者生活质量降低显著。长时间存在慢性功能便秘,大部分具有失眠多梦、头痛、易醒及烦躁不安等表现,对患者日常生活影响明显。有关研究针对慢性功能性便秘及便秘型肠易激综合征等进行了研究,发现慢性便秘具有较高的并发症发生率,包括抑郁症、功能性消化不良及糖尿病等,14.6-29.2%左右的便秘患者存在抑郁症状,其对患者日常生活影响显著。长时间存在慢性功能便秘的老年患者,除了很容易累及直肠外,也会对盆底肌、膀胱和前列腺等盆腔器官功能造成影响。长时间患有慢性功能便秘患者,因为过度用力排便或者长时间慢性刺激,导致盆腔肌肉处于痉挛性收缩状态,肌肉群异常松弛、营养不良等,导致许多器官功能障碍,或者器官脱垂,比如子宫脱垂、盆底疝、会阴下降、膀胱脱垂等,部分甚至出现大小便失禁^[6]。研究结果显示,老年人慢性功能性便秘独立危险因素包括抑郁、副食肉类为主、每日活动量少、蔬菜/水果和饮水少等,临床防治过程中,应加强对老年慢性功能性便秘诱因,根据可能导致疾病发生的因素采取防范对策,有助于慢性功能便秘发生率降低,增强患者自身抵抗力,避免其他疾病的出现危及患者生命,提高其生活质量。

尽管慢性功能便秘发生率较高,短时间内并不会危及患者身体健康、生命安全。但是经过长时间的发展,也会对患者造成显著危害,因此,应加强对慢性功能便秘的关注。据有关资料显示,便秘患者采取药物治疗期间,仅有26.3%左右的患者用药规范。因为老年人群肝肠解毒及直肠蠕动等生理功能降低、活动量减少、营养不均衡、运动量减少、膳食纤维摄入少等,再加之合并许多基础疾病、长时间服用慢性病治疗药物等,导致慢性功能便秘发生率提高。因此,应加强对老年人慢性功能便秘防治的关注,并规范治疗,以此促进老年患者生活质量的提高,尽可能的确保患者身体健康、生命安全。

综上所述,老年慢性功能便秘的发生与不良心理状态、运动量少、长期食用辛辣刺激性食物、不规律饮食、饮食过于精细等有关,临床上,应加强对诸多因素的关注,纠正不良的生活方式,降低老年便秘疾病发生率,提升老年人的生活质量。

参考文献:

- [1]郭超,黄夺夏,陆翠钦.生物反馈治疗联合莫沙必利对老年慢性便秘患者肠运动功能的影响[J].黑龙江医药科学,2021,44(6):107-108+110.
- [2]钟丽红,张丽霞,林静.中医辩证健康指导联合吴茱萸贴敷神阙对慢性肾功能不全便秘的应用效果观察[J].护理实践与研究,2021,18(6):937-939.
- [3]张玉.肛滴平喘汤治疗老年COPD急性发作期(痰瘀阻肺证)患者疗效及对便秘、食少脘痞症状、肺功能和血清细胞因子的影响[J].四川中医,2019,37(7):83-86.
- [4]蒋元华,付佳,方玉华.心理弹性在老年脑卒中合并功能性便秘患者家庭功能与出院准备度的中介作用[J].世界华人消化杂志,2020,28(12):506-510.
- [5]黄钢丁,唐少波.六味安消散联合伊托必利对慢性功能性便秘患者肠道功能及焦虑抑郁情绪的影响[J].现代中西医结合杂志,2020,29(13):1426-1430.
- [6]常丽霞.观察枸橼酸莫沙必利联合双歧杆菌三联活菌胶囊治疗老年慢性功能性便秘的临床疗效[J].中国医药指南,2019,17(26):86-87.

家庭心理治疗联合草酸艾司西酞普兰治疗抑郁症的效果及对生活质量的影响

王李元柯

遂宁市中心医院 四川遂宁 629000

摘要:目的 观察临床上家庭心理疗法与草酸艾司西酞普兰的联合方案对抑郁症患者的生活质量、疗效产生的积极影响。方法 本次医学研究以抑郁症为对象,自愿参与研究的患者有70例,研究时段为2020年11月-2022年3月,将入选患者随机划分至两个独立的小组单元,将所有患者随机均分作对照组和研究组,每组各35例对象,予对照组草酸艾司西酞普兰方案,予观察组家庭心理治疗与草酸艾司西酞普兰的联合治疗方案。对比效果。结果 观察组和对对照组比较心理状态、生活质量、治疗效果、不良反应指标,结果显示前者均较优($P<0.05$)。结论 草酸艾司西酞普兰与家庭心理疗法可以有效改善抑郁患者的负面情绪,疗效显著,安全性高,且患者的生活质量水平得以提升。

关键词: 抑郁症; 家庭心理治疗; 草酸艾司西酞普兰; 生活质量

Effect of family psychotherapy combined with escitalopram oxalate on depression and its impact on quality of life

Wang Liyuanke

Suining Central Hospital Suining, Sichuan 629000

[Abstract]Objective: To observe the positive effects of the clinical combination of family psychotherapy and escitalopram oxalate on the quality of life and efficacy of patients with depression. Methods: This medical study focuses on depression. There are 70 patients who volunteered to participate in the study. The study period is from November 2020 to March 2022. The selected patients are randomly divided into two independent group units. All patients were randomly divided into control group and study group, with 35 subjects in each group., the control group was given the escitalopram oxalate program, and the observation group was given the combined therapy program of family psychotherapy and escitalopram oxalate. Contrast effect.Results: The psychological state, quality of life, treatment effect, and adverse reaction indexes were compared between the observation group and the control group, and the results showed that the former was superior ($P<0.05$).Conclusion: Escitalopram oxalate and family psychotherapy can effectively improve the negative emotions of patients with depression, with significant efficacy and high safety, and the quality of life of patients can be improved.

[Keywords]: depression; family psychotherapy; escitalopram oxalate; quality of life

抑郁症在现代社会已经是一种较为常见的病症类型,主要是当代社会较快的工作、生活节奏,较大的工作、生活压力所致^[1]。患者在发病初期多伴有经常性的低落、悲观以及消极的情绪,对很多事情不感兴趣,此时患者及其家属都较为大意,因此极易延误疾病治疗的最佳时间;之后多数患者在抑郁症进展的过程中,会伴有不同程度的偏激、厌世甚至有自残倾向,因此需要得到有效的救治措施^[2-4]。医学界的常规疗法为药物治疗,草酸艾司西酞普兰就是较为常见的抗抑郁药,临床上疗效确切,但部分患者疗效欠佳^[5]。多数患者除了需要接受有效的治疗措施,也离不开家属的鼓励及支持^[6]。本文就抑郁患者接受草酸艾司西酞普兰与家庭心理联合疗法后生活质量及疗效的改善情况进行探析,现报告如下:

1. 资料和方法

1.1 一般资料

选取2020年11月至2022年3月期间在遂宁市中心医院心身医学科治疗的患者,将70例抑郁患者随机分为观察组与对照组,每组各35例。对照组男性为12例,女性23例,平均年龄(43.58 ± 8.62)岁,平均病程(29.5 ± 10.8)个月;研究组患者当中男性15例,女性20例,平均年龄(38.0 ± 9.5)岁,平均病程(26.1 ± 12.4)个月,两组患者的人口学资料无统计学意义($P>0.05$)。

纳入标准:①符合ICD-10中关于抑郁症的诊断标准,并于遂宁市中心医院明确诊断;②所有患者均自愿参加本次研究,并签署自愿同意书;③本次医学研究经我院伦理委员会批准;④患者的临床资料比较完整,且症状相对稳定;⑤患者的认知功能正常,且与医护人员的沟通交流无障碍;

排除标准:①其它类型精神疾病;②恶性肿瘤疾病;③认知功能障碍;④依从性差;⑤无法沟通;⑥妊娠期或哺乳期女性;⑦对本次研究中所用药物过敏。

1.2 方法

对照组的方案为草酸艾司西酞普兰,给予患者草酸艾司西酞普兰片(四川科伦药业股份有限公司,国药准字H20080788,规格为10mg×7s)康复治疗,1片/次,1次/d,最大剂量≤2片/d;

研究组患者则需在这一基础上同时接受家庭心理治疗,方案具体内容如下:

1.2.1 研究工具

汉密尔顿焦虑量表(HAMA):共包含14个条目,每个条目可分为无症状、轻、中等、重、极重,分别记为0分、1分、2分、3分和4分,满分为56分,且评分越高则说明患者的焦虑症状越严重。

汉密尔顿抑郁量表(HAMD):共包含24个条目,每个条目可分为无症状、轻度、中度、重度和很重,分别记为0分、1分、2分、3分和4分,满分为96分,且评分越高则说明患者的抑郁症状越严重。

生活质量量表:包括躯体疼痛、活动能力、生命活力、精神健康、感情因素、角色受限、社交能力、总体健康8个维度,每个维度的满分为100分,且评分越高则说明患者生活能力该项内容越佳。

1.2.2 家庭治疗

在宽敞、明亮、干净整洁的环境,召集患者及其家属,进行1-2次/周的集体心理治疗,倾听患者不同阶段地心声及诉求,将患者内心的抑郁、焦虑等负面情绪发泄出来,再引导患者,转变患者的思维角度及思考方式,逐步将患者从内心困境中走出来,减少患者自我的精神内耗;结合患者的症状以及抑郁症的医学知识,用通俗易懂的形式提升患者的医学认知水平,有助于解开患者内心的疑惑、顾虑,也可以提高患者治疗积极性、配合度;且引导患者家属积极参与到患者心理治疗中去,通过生活饮食干预以及精神鼓励,积极引导患者,通过家庭的力量给予正在接受治疗的患者的相关干预,可显著增加患者内心的安全感及家庭责任感,也可以激发患者的主观能动性、依从性。

1.3 观察指标

我院以汉密尔顿抑郁(HAMD)量表以及汉密尔顿焦虑(HAMA)量表为依据,评估两组患者治疗前后的心理状态水平。测评得分越低,代表患者的心理状态越好。

1.4 统计学分析

此次研究涉及心理状态、生活质量、治疗效果、不良反应指标,前两项属于计量资料,通过 $\bar{x} \pm s$ 呈现,对比分析经t检验;后两项属于计数资料,通过n/%呈现,对比分析经 χ^2 检验;资料均准确录入SPSS 22.0中分析,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 心理状态

比较指标是治疗后心理状态,观察组、对照组比较,显示($P<0.05$)。

如表二呈现。

表 2 心理状态 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	HAMA		HAMD	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=35)	31.43±5.62	18.35±2.74	24.39±3.76	19.87±3.54
观察组 (n=35)	31.45±5.64	10.26±2.18	24.43±3.77	12.66±3.15
t	0.015	13.669	0.044	9.002
P	0.988	0.000	0.965	0.000

2.2 治疗效果

比较指标是治疗效果, 观察组、对照组比较, 显示 ($P<0.05$)。如表三呈现。

表 3 治疗效果 (例, %)

组别	显效	有效	无效	治疗总有效率
对照组 (n=35)	4 (11.43)	21 (60.00)	10 (28.57)	71.43
观察组	9 (25.71)	23 (65.71)	3 (8.57)	91.43

表 5 生活质量 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	躯体疼痛	活动能力	生命活力	精神健康	感情因素	角色受限	社交能力	总体健康
对照组 (n=35)	64.36±2.79	62.57±3.14	66.33±2.89	64.56±3.57	62.37±3.38	73.63±5.12	70.54±3.69	62.92±3.78
观察组 (n=35)	72.84±3.16	75.96±3.59	75.41±3.58	78.31±3.92	74.19±3.62	84.51±5.36	82.31±3.68	73.54±4.05
t	11.901	16.609	11.675	15.343	14.119	8.684	13.362	11.341
P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3. 讨论

抑郁症的发病机制及诱发因素目前临床上还未查明, 但多数研究认为抑郁症的发生与患者的心理压力、生活环境及遗传等综合因素密切相关^[7-8]。多数患者发病后容易产生消极思想, 且认知、思考方式较为负面、极端^[9]。常规的抗抑郁药只能在一定程度上改善患者的症状, 且患者对治疗的抵触心理较强, 因此治疗效果未能达到预期^[10]。必要的家庭心理疗法可以有效提升患者对医护人员相关救治措施的治疗依从性、配合度, 从而有效改善患者的症状, 转变患者思考角度及方式, 从而提升疗效及生活质量, 因此得到了患者及其家属的一致好评^[11-12]。

在本次医学研究中, 医护人员通过研究患者的临床资料、性格特点等具体情况, 制定适合患者自身特点的药物联合家庭心理疗法, 转变患者错误的认知、思考方式, 培养患者积极乐观的人生态度, 因此观察组患者的 HAMD 以及 HAMA 评分均较低。医护人员与患者进行良好、顺畅地沟通, 可以有效疏导患者的负面情绪, 减轻其内心巨大的精神压力, 将患者的心结打开; 再引导患者家属对患者进行日常生活中的陪伴及精神支持, 从患者的角度出发, 与患者进行交流, 鼓励患者, 激发患者的家庭责任感, 有利于提高治疗效果, 因此观察组患者的治疗总有效率较高。多数抑郁症患者对自身疾病的治疗抱有强烈的抵触心理, 不愿意接受医护人员的治疗, 通过采用定期、针对性的家庭心理疗法, 可以有效减轻患者的抵触情绪, 激发其治疗疾病的积极性、配合度, 心理上不再抵触治疗后, 药物的疗效得以改善、提升, 且遵医嘱按时、按量服药, 有利于最大程度发挥药效, 因此观察组患者的不良反应发生率较低。医护人员采用适合患者个性特点的家庭心理疗法有效减轻了患者沉重的心理负担, 提升了患者的家庭责任感、归属感以及安全感, 有利于转变患者错误的生活态度及认知角度, 因此观察组患者的生活质量评分较优。

综上所述, 草酸艾司西酞普兰与家庭心理疗法的联合治疗方案可以明显改善抑郁症患者的负面情绪, 且提升其生活质量水平, 临床上疗效确切, 且安全性好, 在临床一线具备较好的推广价值。

参考文献:

[1]曹流斌. 氯氮平联合草酸艾司西酞普兰治疗精神分裂症合并抑郁的

(n=35)

X ²	-	-	-	4.629
P	-	-	-	0.031

2.3 不良反应

比较指标是不良反应, 观察组、对照组比较, 显示 ($P<0.05$)。如表四呈现。

表 4 不良反应 (例, %)

组别	头晕	恶心	口干	便秘	不良反应总发生率
对照组 (n=35)	2 (5.71)	3 (8.57)	2 (5.71)	4 (11.43)	31.43
观察组 (n=35)	0 (0.00)	2 (5.71)	0 (0.00)	1 (2.86)	8.57
X ²	-	-	-	-	5.714
P	-	-	-	-	0.017

2.4 生活质量

比较指标是生活质量, 观察组、对照组比较, 显示 ($P<0.05$)。如表五呈现。

临床疗效及其对糖脂代谢指标的影响[J]. 临床合理用药杂志, 2022, 15(3): 104-107.

[2]徐瑞华, 黄小振, 郭晓, 等. 草酸艾司西酞普兰联合奥氮平治疗老年抑郁症的临床效果及对患者生活质量的影响分析[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21(1): 100-101.

[3]李润霞, 张峰, 刘艳清, 等. 草酸艾司西酞普兰联合心理护理对老年脑卒中合并抑郁患者的治疗效果[J]. 贵州医科大学学报, 2021, 46(2): 215-219.

[4]郭慧, 崔子昂, 焦鸿云, 等. 认知行为疗法联合草酸艾司西酞普兰治疗卒中后抑郁的临床效果[J]. 医学信息, 2020, 33(4): 121-122.

[5]毕雪飞, 袁梅菊, 温盼, 等. 不同剂量米氮平联合草酸艾司西酞普兰治疗精神分裂后抑郁患者的临床价值分析[J]. 四川解剖学杂志, 2021, 29(1): 107-108.

[6]赵榴榴. 探讨奥氮平联合草酸艾司西酞普兰对脑卒中后抑郁患者日常生活质量及神经功能恢复的影响[J]. 北方药学, 2021, 18(7): 48-49.

[7]穆前进. 利培酮联合草酸艾司西酞普兰治疗精神分裂症后抑郁的有效性研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(93): 167, 179.

[8]邹亮, 张新功, 孙丽丽, 等. 草酸艾司西酞普兰与舍曲林分别联合认知行为治疗青少年抑郁症的临床对照研究[J]. 中国医药导报, 2021, 18(13): 141-144.

[9]莫小恩. 米氮平联合草酸艾司西酞普兰治疗抑郁症伴睡眠障碍的疗效及对患者症状改善及睡眠质量的影响[J]. 世界睡眠医学杂志, 2021, 8(6): 1097-1098.

[10]成日华. 草酸艾司西酞普兰联合小剂量曲唑酮治疗难治性抑郁症的疗效分析[J]. 湖南师范大学学报(医学版), 2021, 18(5): 147-149.

[11]常宁, 胡佳, 赵刘乐, 等. 草酸艾司西酞普兰联合参松养心胶囊治疗冠心病伴抑郁症的临床效果[J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14(35): 47-48.

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

阿托伐他汀辅助用药在冠心病伴肾功能不全患者中的实施效果

王鹏程

于都县人民医院 江西于都 342300

摘要：目的：探讨冠心病伴肾功能不全患者应用阿托伐他汀的临床疗效。方法：选取我院 2019 年 9 月-2021 年 9 月收治的 68 例冠心病伴肾功能不全患者，采用随机数表法分为两组，对照组（34 例）给予常规治疗且不给予他汀类药物；观察组（34 例）除给予常规治疗外，实施阿托伐他汀药物治疗。两组患者均治疗 6 个月，对比两组患者经治疗后药物不良反应发生率、血肌酐（SCR）、血尿素氮（BUN）、尿蛋白（PRO）、总胆固醇（TC）、低密度脂蛋白（LDL-c）指标改善情况。结果：观察组患者经治疗后 SCR、BUN、PRO、TC、LDL-c 指标明显低于对照组患者，差异显著（ $p<0.05$ ）；观察组患者不良反应率与对照组患者相比明显较低，差异有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：对冠心病伴肾功能不全患者实施阿托伐他汀药物能降低总胆固醇与低密度脂蛋白浓度，控制冠心病病情的进一步恶化，并且对患者肾功能的改善效果显著。

关键词：冠心病；阿托伐他汀；血脂；肾功能不全

冠心病是全球范围内的常见临床疾病之一，本病发生的根本原因是患者血浆胆固醇升高致使血管动脉粥样硬化，管腔阻塞或狭窄引发心肌缺氧或缺血，更甚者有坏死的危险。血脂异常不仅是冠心病的危害因素，也是影响肾脏恢复的重要指标之一，为防止疾病持续性恶化，对合并肾功能不全的患者需及时治疗，反之可能引起更多的并发症，危及患者生命^[1]。有学者研究中提到，阿托伐他汀不仅能够有效地降低血脂，还能改善冠心病患者的肾功能^[2]。该药物除了能降低血脂外，还能很好的消除炎症反应，改善并修复细胞内皮功能。本文主要研究冠心病伴肾功能不全患者使用阿托伐他汀的临床疗效。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2019 年 9 月-2021 年 9 月收治的 68 例冠心病伴肾功能不全患者，采用随机数表法分为两组，对照组（34 例）男（20 例），女（14 例），平均年龄（ 54.21 ± 8.73 ）岁。观察组（34 例）男（18 例），女（16 例），平均年龄（ 53.61 ± 10.02 ）岁。

纳入标准：（1）本研究患者已签署知情同意书；（2）所有患者均符合美国和欧洲稳定性冠心病诊治指南解读中冠心病诊断标准^[3]；（3）所有患者均符合肾脏病诊疗指南中肾功能不全诊断标准^[4]；（4）无交流及意识障碍；（5）患者有低血压、胸痛、心动过速的表现。排除标准：（1）肿瘤晚期；（2）急性冠状动脉综合征；（3）急慢性血液疾病；（4）免疫系统疾病；（5）妊娠期女性。两组患者一般资料差异无统计学意义（ $p>0.05$ ）。

1.2 方法

对照组患者不给予任何调血脂类药物只采用常规治疗，如指导患者合理饮食、适量运动等。

观察组在常规治疗的基础上给予阿托伐他汀钙片（批准文号：国药准

字 H20093819，生产厂家：北京嘉林药业股份有限公司），患者进行本药治疗期间，应指导患者进行严格的低胆固醇饮食，初始服药阶段应从小剂量开始，每天口服 20mg，根据患者个人体征情况，遵医嘱适当调节用量，坚持连续服药 6 个月。

1.3 观察指标

（1）对比两组患者治疗前后血肌酐（SCR）、血尿素氮（BUN）、尿蛋白（PRO）指标的改善情况。SCR 的正常范围为 40-130 $\mu\text{mol/L}$ ；BUN 的正常范围为 2.9~7.5mmol/L；PRO 正常范围为 40~80mg。检测方法：抽取静脉血 5ml 采用碱性苦味酸测定法及二乙酰-丙法检测 SCR、PRO；取晨起第 1 次尿液的中段尿，使用加热醋酸法检测 BUN。

（2）对比两组患者治疗前后总胆固醇（TC）、低密度脂蛋白（LDL-c）指标改善情况。检测方法：晨起空腹抽取静脉血 5ml-10ml，使用比浊法测定。TC 正常范围为 2.85-5.69mmol/L；LDL-c 指标正常值一般低于 3.12mmol/L。

（3）对比两组患者治疗后药物不良反应发生率。包括患者出现腹痛、腹泻、便秘及消化不良。

1.4 统计学分析

SPSS22.0 统计学软件处理数据。计数资料以 χ^2 检验对比。计量资料以 t 检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患者治疗前后血肌酐（SCR）、血尿素氮（BUN）、尿蛋白（PRO）指标对比

经治疗后观察组 SCR、BUN、PRO 指标与对照组相比较低（ $p<0.05$ ）。见表 1。

表 1 两组患者 SCR、BUN、PRO 对比情况（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	SCR（mmol/L）		BUN（ $\mu\text{mol/L}$ ）		PRO（mg）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组（n=34）	163.1 $\pm$ 25	121.1 $\pm$ 29*	11.3 $\pm$ 3.1	7.5 $\pm$ 2.1*	678 $\pm$ 35	601.0 $\pm$ 45*
对照组（n=34）	159.2 $\pm$ 23	158.2 $\pm$ 26	10.8 $\pm$ 2.9	11.1 $\pm$ 3.1	659 $\pm$ 62	653.1 $\pm$ 58

t 值	0.678	5.539	0.678	5.606	1.556	4.607
p 值	0.247	0.000	0.247	0.000	0.062	0.000

注：与治疗前相比，*P<0.05。

2.2 两组患者治疗前后 TC、LDL-c 指标对比

经治疗后观察组患者的 TC、LDL-c 指标与对照组患者相比较低（p<0.05）。见表 2。

表 2 两组患者 TC、LDL-c 指标对比情况（ $\bar{x} \pm s$, mmol/L）

组别	TC		LDL-c	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=34)	6.1±1.2	4.3±0.6*	4.3±0.8	2.5±0.5*
对照组 (n=34)	6.3±1.4	6.2±1.4	4.4±0.7	4.3±0.5
t 值	0.632	7.274	0.549	14.843
p 值	0.265	0.000	0.293	0.000

注：与治疗前相比，*P<0.05。

2.3 两组患者经不同的药物治疗后不良反应发生率对比

经药物治疗后观察组患者便秘、腹泻、腹痛等不良反应率低于对照组患者（p<0.05）。见表 3。

表 3 两组患者不良反应发生情况[例（%）]

组别	便秘	腹痛	腹泻	消化不良	药物不良 反应发生 率
观察组 (n=34)	0 (0.00)	1 (2.94)	0 (0.00)	1 (2.94)	2 (5.88)
对照组 (n=34)	2 (5.88)	2 (5.88)	1 (2.94)	2 (5.88)	7 (20.58)
χ^2 值					6.081
p 值					0.013

讨论

冠心病伴有肾功能不全的病例在临床上越来越常见，肾脏负责机体代谢，会直接或间接影响药物作用于人体的效果，同时冠心病的治疗措施也会或多或少的影响肾功能，进而调节冠状动脉粥样硬化斑块成分的产生，对患者的预后生活产生较大影响^[5-6]。

冠心病发病后可能会损伤血管内皮细胞，产生的血管收缩物质可导致内皮细胞增生及肾小球系膜增殖，或毛细血管张力增加传递至系膜区造成细胞伸展，促进细胞外基质合成，对肾功能带来极大的损伤。有研究结果显示，他汀类药物对多种细胞增殖有抑制作用，他汀类药物的靶细胞之一就有肾小球系膜细胞^[7]。本研究给予阿托伐他汀治疗后，患者 SCR、BUN、PRO 较治疗前有明显改善，且与对照组患者相比较低（p<0.05），提示患者肾功能指标改善，证实这一药物能够改善患者肾脏损伤。

从病理机制角度分析，LDL-c、TC 进入血管壁内皮下层后，经氧化修饰进入巨噬细胞形成泡沫细胞，聚集之后形成的脂质核心是造成冠心病

的主要原因^[8-9]。阿托伐他汀是 HMG-CoA 还原酶抑制剂之一，该药可以阻断 TC 的合成，对细胞膜表面 LDL-c 受体数量及活性有抑制作用^[10-11]。研究认为，阿托伐他汀作为血管病的一、二级预防用药，能够使此类疾病发生风险降低 21%，其中 33%-80%是因为 LDL-c、TC 下降所致^[12]。本次研究中，观察组患者经该药治疗后 TC、LDL-c 指标均低于（p<0.05），这与杨晓玉^[13]学者提出的研究结果相一致。在药物治疗期间，观察组患者的不良反应发生率明显低于对照组，说明阿托伐他汀与其他药物相比安全性较高。

综上所述，本研究进一步证实了阿托伐他汀药物治疗冠心病伴肾功能不全的临床疗效，对患者肾功能血脂有显著改善，且本药的安全性及疗效极高，值得临床广泛使用。

参考文献：

[1]巫露娜, 杨永秀. 一例冠心病伴肾功能不全患者他汀类药物的选择[J]. 医药界, 2020, 3(5): 0064-0064.

[2]李兴辉, 周圣华. 老年冠心病合并慢性肾功能不全患者应用他汀类药物的安全性及疗效分析[J]. 中国综合临床, 2015, 31 (05): 408-409.

[3]沈迎, 张奇, 沈卫峰. 美国和欧洲稳定性冠心病诊治指南解读[J]. 中华心血管病杂志, 2014, 42(001): 70-72.

[4]刘晓城. 肾脏病诊疗指南(第 2 版)[M]. 科学出版社发行处出版社, 2006.

[5]冯颖青, 黄文晖. 阿托伐他汀改善冠心病合并肾功能不全患者肾功能[J]. 岭南心血管病杂志, 2006, 12(004): 284-286.

[6]张义林, 司马祎望, 舒鹏钦, 等. 阿托伐他汀对急性冠脉综合征合并慢性肾功能不全患者的影响[J]. 心脑血管病防治, 2017, 4(17): 73-75.

[7]罗根艳. 瑞舒伐他汀与阿托伐他汀治疗冠心病的应用效果评价[J]. 药品评价, 2019, 16(11): 16-18.

[8]张馨. 阿托伐他汀钙片对冠心病合并高脂血症调脂疗效观察[J]. 河北医药, 2011, 3(06): 882-883.

[9]王萍, 曾敏, 郑茜, 等. 不同剂量阿托伐他汀对 ACS 合并慢性肾病非冠状动脉介入治疗患者肾功能的影响[J]. 海南医学, 2017, 5(9): 1403-1405.

[10]于文超. 阿托伐他汀钙辅助治疗冠心病合并肾功能不全患者疗效观察[J]. 中国医药导刊, 2013, 000(010): 1675-1676.

[11]冯颖青, 黄文晖. 阿托伐他汀改善冠心病合并肾功能不全患者肾功能[J]. 岭南心血管病杂志, 2006, 12(004): 284-286.

[12]周益锋, 王勇. 他汀类药物在慢性肾功能不全患者中的应用评价[J]. 中日友好医院学报, 2012, 26(001): 44-46.

[13]杨晓玉. 阿托伐他汀对冠心病伴肾功能不全的治疗效果分析[J]. 河南医学研究, 2017, 26(014): 2613-2614.

他克莫司软膏治疗面部糖皮质激素依赖性皮炎临床疗效观察

王伟

郛城县人民医院 山东郛城 274700

摘要：目的：探究他克莫司软膏治疗面部糖皮质激素依赖性皮炎的临床效果。方法：选取2020年12月到2021年12月治疗的依赖性皮炎80例。以治疗方式的差异分为两组。常规组在皮肤清洁后采用润肤软膏，实验组应用他克莫司软膏。对比两组患者的治疗效果、症状积分与不良反应。结果：实验组疗效显著高于常规组， $P<0.05$ ；在干预前观察指标无明显差异， $P>0.05$ ；干预2周开始实验组患者的症状积分明显优于常规组， $P<0.05$ ；实验组不良反应明显低于常规组， $P<0.05$ 。结论：他克莫司软膏可以有效治疗面部糖皮质激素依赖性皮炎，对于症状表现的控制效率较高，可以有效降低并发症风险，值得推广。

关键词：他克莫司软膏；面部糖皮质激素；依赖性皮炎；临床疗效

依赖性皮炎主要是以激素治疗效果较差或者是形成激素依赖性的皮炎，其依赖性体现在一年发生3次以上并且接受激素治疗有一定效果但停药后2周仍然发病的患者^[1]。依赖性皮炎一般是因为激素用药的不规范以及患者的血肌酐持续异常所导致，临床中关于依赖性皮炎的治疗方式主要是以药物为主^[2]。随着临床用药越发普遍，传统治疗方式的问题越发突出，其主要在于疗效以及不良反应两个方面存在缺陷与不足。对于面部糖皮质激素依赖性皮炎患者而言，其一般发生在皮肤相对娇嫩的部位，疾病表现主要是以红斑、求真、水疱、脱屑、烧灼以及雌酮为主，临床中主要是应用心理、抗炎、抗组胺、保湿结合停用糖皮质激素方式进行治疗，但是整体治疗效果不佳，特别是症状改善效率较低，无法满足患者的预期需求^{[3][4]}。近些年有许多研究发现他克莫司软膏可以有效应用于依赖性皮炎，其对于用药效果以及患者的早期预后的改善作用较为明显，能够确保患者预后早期康复，同时用药效果安全可靠^[5]。对此，为了提高临床诊疗水平，本文从对比研究角度探究依赖性皮炎的不同治疗方式及其效果优势。具体研究如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取2020年12月到2021年12月治疗的依赖性皮炎80例。以治疗方式的差异分为两组。实验组40例患者，男女32例、8例，年龄 (51.34 ± 9.54) 岁，病程 (13.51 ± 3.50) 月，糖皮质激素外用时间 (1.67 ± 0.21) 月；常规组40例患者，男女30例、10例，年龄 (52.27 ± 8.64) 岁，病程 (12.42 ± 4.02) 月，糖皮质激素外用时间 (1.52 ± 0.02) 月。一般资料无显著差异， $P>0.05$ 。

入选标准：年龄18至55岁之间；糖皮质激素外用时间在1月以上；自觉存在瘙痒、烧灼或雌酮等症状；自愿参与本次研究。

排除标准：存在严重脏器功能损伤；接受过雷公藤制剂或四环素类药物治疗；妊娠期或哺乳期妇女；抗生素停用药物时间达到1月以上。

1.2 方法

两组患者糖皮质激素停用后接受相同基础治疗，在入院之后均应用盐酸依匹斯汀片（英文名称：Epinastine Hydrochloride Tablets（Alesion），注册证号：H20120438，2012-10-23，药品特性：化学药品，20mg）进行治疗，以口服方式用药，在餐后用药，每天1次，每次1片，同时结合应用3%硼酸溶液进行面部湿敷处理。

常规组在皮肤清洁后采用润肤软膏，润肤软膏（批准文号：国药准字Z20027155，2010-06-28，生产单位：广东泰恩康制药有限公司，药品特性：中药，每支装10g）每天用药2次，早晚分别一次，将药物涂抹在发病面部。

实验组应用他克莫司软膏，他克莫司软膏（注册证号：国药准字J20100015，2010-01-28，分装企业：安斯泰来制药（中国）有限公司，药品特性：化学药品，0.1%）每次用药2次，在早晚分别外敷一次，将药物

涂抹在发病面部。

两组患者在治疗期间均嘱咐其规避阳光直晒，出门时应当做好防护措施，预防患者因为阳光暴晒而导致皮肤红肿症状的发生。

1.3 疗效评定

对比两组患者的治疗效果、症状积分与不良反应。

疾病症状得到明显的改善且无法表现为显效；疾病症状依旧存在，但是明显改善且不影响正常生活为有效；其他患者均评价为无效。

症状积分涉及到瘙痒、烧灼、雌酮、红斑、丘疹、水疱等10项指标，各项0至3分，总分30分，分数越高证明患者的症状越严重。

1.4 统计学方法

研究数据应用SPSS23.0软件实现数据处理，数据计算期间以平均数进行统计，基于数据统计方式以及随机理论方式开展数据对比。根据参量估计和假设检验的方式开展数据评估。数据录入与分析均基于双人核对体系为主，按照数据的类型采用T值或 χ^2 值进行检验。两组数据对比期间P值计算结果 <0.05 代表两组数据满足统计学意义标准。

2. 结果

2.1 疗效对比

实验组疗效显著高于常规组， $P<0.05$ 。详情见表1。

表1 疗效对比

组别	显效	有效	无效	有效率
实验组（n=40）	22	17	1	97.50%
常规组（n=40）	9	23	8	80.00%
P值	-	-	-	<0.05

2.2 症状积分指标对比

在干预前观察指标无明显差异， $P>0.05$ ；干预2周开始实验组患者的症状积分明显优于常规组， $P<0.05$ 。

表1 症状积分指标对比

组别	症状积分			
	干预前	干预2周	干预后4周	干预8周
实验组（n=40）	23.21 $\pm$ 3.22	11.20 $\pm$ 0.29	6.24 $\pm$ 0.13	0.23 $\pm$ 0.07
常规组（n=40）	22.16 $\pm$ 2.50	16.24 $\pm$ 2.11	13.01 $\pm$ 0.81	8.24 $\pm$ 0.52
P值	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 不良反应对比

实验组不良反应明显低于常规组， $P<0.05$ 。详情见表3。

表3 不良反应对比

组别	红斑加重	渗液	糜烂	鳞屑	其他	发生率
实验组（n=40）	1	0	1	0	0	5.00%

常规组 (n=40)	3	2	1	1	2	22.50%
P 值	-	-	-	-	-	<0.05

3. 讨论

糖皮质激素依赖性皮炎也被称为红色皮肤综合征,一般发生在青年女性,在夏秋季节发病率相对较高。糖皮质激素带有抑制免疫反应、抗过敏以及抗炎的作用,外用之后可以有效降低充血与水肿表现,可以促使搜狗杨、皮损等症状得到有效的控制,一般用于面部的急性炎症患者,原则上在病情缓解后便需要停止用药^[6]。但是临床中大多数患者在停用药物后会出现病情复发,此时会自行反复使用糖皮质激素,时间一长便会导致激素依赖。特别是对于面部、阴部的皮肤病长时间、大面积的使用糖皮质激素,很容易导致皮肤萎缩、变薄、毛细血管扩张以及色素斑,从而导致皮肤老化、多毛等不良反应。糖皮质激素依赖性皮炎的疾病表现主要涉及到下面几种:1、表皮和真皮变薄。局部使用外用激素会导致角质层的颗粒形成减少与变薄,其中真皮糖蛋白与蛋白聚糖的弹性变化会导致较远的原纤维间粘附力下降,此时胶原量会显著减少而变薄;2、色素减退。因为角质层的数量减少此时迁移到角质而形成细胞的黑色素会大量减少,此时便会导致色素减退。色素沉着的发生可能和糖皮质激素激活黑色素细胞再生色素有直接关联;3、血管暴露。糖皮质激素依赖性皮炎发生是因为血管壁的胶原纤维之间的粘附力下降从而导致血管变宽,此时真皮胶原的消失便会导致表面的血管暴露。

糖皮质激素在临床中属于十分常见的一项药物,该药物在用于皮炎类、变态反应类炎症的治疗中,应用面积极其广泛。尤其近年来随着中强性激素类外用制剂的研究,此类药物也逐渐被广大医师纳入临床治疗,不过当患者在长期使用激素或含激素类化妆品后,会导致皮肤出现萎缩以及毛细血管扩张等不良反应;而且近年来糖皮质激素性皮炎发病率在逐年攀升,现已成为皮肤科十分常见的疾病^[7]。此病的发生因素和长期使用激素或激素使用不规范有关联,部分患者在美容过程中长期使用还有激素的化妆品,会导致面部糖皮质激素依赖性皮炎的产生。从发病机制来看该病的发生原因,通常是诱导皮肤结构和功能出现改变,而角质形成细胞的增殖受到抑制以及成熟,加快了表皮变薄,常常也表现为角质层变平,进一步会导致角质的黑色素下降,诱发色素的衰减。而激素通过干扰表层的分化,会进一步导致患者角质层颗粒形成的下降,并最终使脚这层变薄。在长期使用含有激素类产品后,会导致患者面部的细胞 DNA 合成出现抑制,而且角质层的脂质也会显著下降,对于表皮屏障功能会造成较大的损伤,进一步也会增加皮肤对于外界的敏感性^[8]。另外血管收缩力和激素的抗炎作用通常成正比,长此以往会导致真皮小血管功能发生失调,从而造成毛细血管的扩张。另外考虑到黑色素细胞功能的降低,进一步也抑制纤维细胞的增殖和分化使皮肤出现萎缩。除此之外,由于激素类药物的使用导致血管弹性和所属能力降低,进一步也致使局部水肿发生。

目前在面部糖皮质激素依赖性皮炎患者的治疗方面,其遵循的治疗原则首先在于停止激素类产品的使用,进一步恢复患者的皮肤屏障功能,从而减轻面部的持续皮损状态。针对此类患者在治疗前,合理的心理治疗也十分重要,能够有效帮助他们改变激素心理的依赖性;同时选择替代疗法,逐步减少激素的使用,进一步改善皮肤的屏障功能。近年来中医药的研究,在面部糖皮质激素依赖性皮炎的治疗中也得到有一定应用,例如中医药相关的冷喷、冷敷等物理疗法,取得了一定的治疗效果。

从临床研究来看,他克莫司软膏的用药对于多种皮肤病症均有较高的治疗作用,他克莫司软膏的药理作用属于和细胞性蛋白质的结合,在细胞内积蓄而生效,FKBP12-他克莫司软膏复合物属于转移性结合和抑制 calcinurin,其可以抑制 T 细胞当中钙离子依赖性信息传导的路径,所以能够预防不连续性淋巴因子基因转录。他克莫司软膏的作用原理主要是通过

细胞性蛋白质 FKBP12,实现对 T 细胞抑制作用并达到钙离子依赖性炎症反应通路的传导阻断,从而促使不连续性淋巴因子转录过程被抑制,其作用重点在于控制细胞活性并减轻炎症反应,作用效果与环孢素有较高相似性,但是抗炎作用属于环孢素的百倍,并且整个作用过程指向性明显,无明显不良反应,用药更加安全,更利于依赖性皮炎这类需要长期用药患者^[9]。近些年有研究认为,对于采用面部糖皮质激素依赖性皮炎患者采用他克莫司软膏进行治疗,相对于维生素 B6 而言治疗效果更加明显,面部糖皮质激素依赖性皮炎患者的刺痛与红斑症状可以得到显著的改善,临床治疗效果更加明显。这也证明了他克莫司软膏在面部糖皮质激素依赖性皮炎方面的临床治疗效果显著,同时具备较高的临床价值,不仅能够改善患者的疾病症状,同时还能够显著提高整体疗效,可以有效降低不良反应风险^[10]。

本次研究结果显示,实验组疗效显著高于常规组, $P < 0.05$; 在干预前观察指标无明显差异, $P > 0.05$; 干预 2 周开始实验组患者的症状积分明显优于常规组, $P < 0.05$; 实验组不良反应明显低于常规组, $P < 0.05$ 。本研究结果充分证明他克莫司软膏可以有效治疗面部糖皮质激素可以有效治疗依赖性皮炎,整体疗效突出,属于一种安全、高效且成本低收益高的治疗方式,可以作为临床医师的首选治疗方式。但是,依赖性皮炎目前仍然有较多的临床研究与发展空间,从目前的用药经验来看其作用靶细胞与作用机制并不明确,虽然有许多替代药物治疗,少数被确证为有效,但是其中仍然存在较多且严重的不良反应。

综上所述,他克莫司软膏可以有效治疗面部糖皮质激素依赖性皮炎,对于症状表现的控制效率较高,可以有效降低并发症风险,值得推广。

参考文献:

- [1] 浦洁, 邵敬华, 杨挺. 0.03% 他克莫司软膏联合多磺酸粘多糖乳膏治疗儿童面部白色糠疹的临床观察[J]. 临床皮肤科杂志, 2019, 048(004): 239-241.
- [2] 杨敏, 郑惠文, 李云玲. 0.03% 他克莫司软膏治疗儿童慢性唇炎疗效观察[J]. 儿科药科学杂志, 2019, 25(7): 324-325.
- [3] 呼肖娜, 马芳, 霍芳芳. 他克莫司软膏联合 UVB 紫外线治疗头面部稳定期节段型白癜风的临床效果[J]. 贵州医药, 2021, 45(8): 211-212.
- [4] 史利升, 雷德军. LED 红光对面部激素依赖性皮炎患者面部症状的影响研究[J]. 陕西医学杂志, 2019, 48(10): 310-311.
- [5] 梁源, 易红, 陈瑾萍, et al. 0.03% 他克莫司软膏长期维持治疗儿童特应性皮炎的多中心随机对照临床研究[J]. 中华皮肤科杂志, 2019, 52(008): 519-524.
- [6] 卢静静, 郑源泉, 王攀, 等. 序贯外用糠酸莫米松乳膏与他克莫司软膏治疗儿童特应性皮炎的临床观察[J]. 临床皮肤科杂志, 2019, 48(11): 305-306.
- [7] 陈文慧, 刘乐, 赵珍, 等. 硫酸羟氯喹联合他克莫司软膏治疗慢性光化性皮炎的疗效观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2019, 18(5): 454-456.
- [8] 许贵霞, 王娟, 姚秀华, 吕红, 张兰芳, 张思平. 他克莫司软膏联合舒敏之星导入治疗激素依赖性皮炎对敏感症状、心理状态的影响[J]. 疑难病杂志, 2020, 19(11): 52-53.
- [9] 徐翔, 李建勤, 赵云, 等. 二硫化硒洗剂联合他克莫司软膏治疗面部脂溢性皮炎的疗效观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2019, 18(1): 401-402.
- [10] 金艺, 赵春华, 滕序, 等. 积雪苷霜结合卤米松乳膏对女性外阴硬化萎缩性苔藓疗效、皮损面积及瘙痒评分的影响[J]. 中国妇幼保健, 2020, 35(10): 3.

前列地尔联合负压封闭引流治疗对糖尿病足患者临床疗效的影响

韦振东

河池市人民医院 广西河池 547000

摘要：目的：分析前列地尔联合负压封闭引流治疗对糖尿病足患者氧化应激和炎症反应的影响。方法：选择本院 2016.12-2020.09 收治的 74 例糖尿病足患者作为此次研究对象，采用区组随机法分组，其中 37 例入对照组，仅使用前列地尔治疗；另 37 例入实验组，使用前列地尔+负压封闭引流治疗。比较两组治疗效果、不良反应发生情况、创面恢复时间及住院时间。结果：实验组总体治疗效果优于对照组（ $P<0.05$ ），分别为 94.59%、78.38%；两组不良反应发生率对比无明显差异（ $P>0.05$ ），分别为 8.11%、10.81%；实验组创面恢复时间及住院时间均短于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：前列地尔联合负压封闭引流是糖尿病足优质的治疗方案，能显著抑制氧化应激和炎症反应，建议临床采纳。

关键词：前列地尔；负压封闭引流；糖尿病足；临床疗效

糖尿病足是糖尿病常见的并发症，是指糖尿病患者因下肢血管及神经病变导致的足部溃疡性疾病，临床数据显示我国糖尿病患者糖尿病足的发生率高达 4%-10%。糖尿病足的典型症状为下肢感觉异常、足部皮肤溃疡、坏疽等，随着病程延长还会引发深部脓肿、骨髓炎、脓毒血症等严重并发症，因此糖尿病足的治疗一直是临床研究的重要方向^[1]。前列地尔是目前临床针对糖尿病足较常用的一种药物，虽然该药物具有扩张血管、改善患足微循环的作用，但该药物起效时间较慢，无法直接作用到糖尿病足部位，因此单一使用前列地尔会出现治疗周期较长，局部溃疡恢复缓慢等问题，因此采取科学的辅助治疗意义重大^[2]。随着近年来医疗技术的进步及医疗器械的更新，负压封闭引流开始广泛应用于糖尿病足的治疗中并在实际应用中取得了较理想的治疗效果，但目前临床对前列地尔+负压封闭引流联合治疗研究相对较少^[3]。鉴于此，本次研究筛选出 74 例糖尿病足患者作为研究样本，分析前列地尔+负压封闭引流的实际治疗效果及作用机制，现报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院 2016.12-2020.09 收治的 74 例糖尿病足患者作为此次研究对象，纳入标准：（1）74 例样本均符合《糖尿病足溃疡周围动脉病变诊断、预后与管理指南 2019 版》^[4]诊断标准。（2）病历资料完整者。（3）言语及认知功能正常者。（4）实验组 37 例患者术前评估符合负压引流封闭手术指征，同时无治疗禁忌症。排除标准：（1）精神异常者。（2）足部严重外伤者。（3）对前列地尔有明确过敏及使用禁忌者（4）拒绝或者中途退出此次研究者。选取符合纳入标准的患者 74 例，均按照区组随机法将研究对象分为对照组（ $n=37$ ）和实验组（ $n=37$ ），两组男女比例分别为 18：19、20：17；对照组年龄最小 39 岁、最大 88 岁、均数 59.36 ± 7.48 岁，糖尿病病程最短 2 年、最长 9 年、均数 6.49 ± 1.02 年，对照组空腹血糖最低 6.24mmol/L、最高 8.05mmol/L、均值 7.25 ± 0.89 mmol/L；实验组年龄最小 30 岁、最大 81 岁、均数 59.41 ± 7.44 岁，糖尿病病程最短 3 年、最长 9 年、均数 6.55 ± 1.03 年，对照组空腹血糖最低 6.18mmol/L、最高 8.03mmol/L、均值 7.22 ± 0.86 mmol/L。数据差异小（ $P>0.05$ ），有可比性。

1.2 方法

74 例患者均接受糖尿病足常规治疗，包括控糖、抗感染、清创治疗等。对照组在常规治疗基础上使用前列地尔（哈药集团生物工程有限公司；国药准字 H20094203；规格：1ml：5 μ g*1 支）治疗，1-2ml（前列地尔 5-10 μ g）+10ml 生理盐水（或 5%的葡萄糖）缓慢静注，每日一次。实验组则采取前列地尔（用法、用量与对照组相同）+负压封闭引流：医生将医用泡沫敷料裁剪成足部溃疡形状、面积接近的小块，保证裁剪的敷料可与足部溃疡创面完全接触，随后在敷料内置入引流管将其固定，再将引流管与负压吸引器联通，再设定吸引压力实施间断负压引流；每间隔一周更换一次敷料及引流管，治疗期间需始终保证引流管通畅，同时需做好患足局部卫

生护理，规避感染发生。

1.3 观察指标及评价工具

（1）对比两组总体治疗效果。主要依据足部溃疡恢复情况及糖尿病足 Wagner 分级（总共分为 0-5 级，0 级：有发生足溃疡的危险因素，但目前无溃疡；1 级：足部表浅溃疡，无感染征象，穿透皮肤表层或全层；2 级：深达韧带、肌腱、关节囊或深筋膜的溃疡，无脓肿或骨髓炎；3 级深部溃疡伴脓肿、骨髓炎或败血症；4 级：局限性坏疽；5 级：全足坏疽）进行判定。其中显效：Wagner 分级下降 2 级，足部溃疡恢复 $>85\%$ ；Wagner 分级下降 1 级，足部溃疡恢复 45%-85%；无效：Wagner 分级未下降，未见明显溃疡恢复^[5]。

（2）对比两组治疗期间不良反应发生情况。包括恶心、呕吐、低血糖、头晕。

（3）对比两组创面恢复时间及住院时间。

1.4 统计学处理

选择 SPSS22.0 软件对研究内全部数据实施计算处理，以 % 形式表达计数资料，开展卡方检验；以（ $\bar{x}\pm s$ ）形式表达计量资料，开展 t 检测，在计算结果显示 $P<0.05$ 时，提示数据差异有统计学分析意义。

2 结果

2.1 两组总体治疗效果对比

实验组总体治疗效果优于对照组（ $P<0.05$ ），分别为 94.59%、78.38%，见表 1。

表 1 两组总体治疗效果对比（例）

组别	显效	有效	无效	总有效率（%）
对照组（ $n=37$ ）	13	16	8	29（78.38）
实验组（ $n=37$ ）	18	17	2	35（94.59）
χ^2	/	/	/	4.163
P	/	/	/	0.041

2.2 对比两组不良反应发生情况

两组不良反应发生率对比无明显差异（ $P>0.05$ ），分别为 8.11%、10.81%，见表 2。

表 2 不良反应发生情况对比（例）

组别	恶心	呕吐	低血糖	头晕	总发生率（%）
对照组（ $n=37$ ）	1	1	0	1	3（8.11）
实验组（ $n=37$ ）	1	1	1	1	4（10.81）

χ^2	/	/	/	/	0.158
P	/	/	/	/	0.691

2.3 对比两组创面恢复时间及住院时间

实验组创面恢复时间及住院时间均短于对照组 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 对比两组创面恢复时间及住院时间 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	创面恢复时间	住院时间
对照组 (n=37)	11.14±1.39	7.56±0.96
实验组 (n=37)	9.26±1.08	5.73±0.68
t	6.497	9.462
P	0.001	0.001

3 讨论

糖尿病足是周围神经病变与外周血管疾病合并过高的机械压力导致的足部感染,是糖尿病发生率较高的一种并发症,该疾病会严重影响患者生活质量,针对该疾病需予以足够重视,积极配合临床治疗,谨防疾病恶化对机体造成更严重损伤^[6]。

随着近年医疗技术的进步及对该疾病研究的深入,其治疗体系不断完善,为糖尿病足患者的提供了更多治疗选择,前列地尔是近年来针对糖尿病足应用率较高的一种药物,该药物其作用机制主要分如下四个方面:①前列地尔进入人体后能提高血小板内环磷酸腺苷的含量,进而发生抗血小板凝集及抗血栓形成的作用^[7]。②前列地尔能降低局部组织的内皮含量,抑制内皮素血管活性,从而达到舒张血管平滑肌的作用^[8]。③前列地尔对内皮细胞具有一定保护作用,通过减少组织蛋白酶的释放达到抑制炎症因子释放的作用^[9]。④前列地尔能改善毛细血管微循环。综合上述专用机制可得出,前列地尔能糖尿病足患者氧化应激和炎症反应。随着临床治疗经验的积累,临床工作者发现仅使用前列地尔治疗糖尿病足存在一定缺陷,原因在于前列地尔属于全身用药,对糖尿病足的局部作用并不显著^[10]。有研究提出将前列地尔与负压封闭引流联合能提升治疗效力,帮助糖尿病足患者在更短时间内恢复^[11]。

本次研究结果显示实验组总体治疗效果优于对照组、血糖控制情况优于对照组 ($P<0.05$);原因在于负压封闭引流是近年来临床针对溃疡、创面设计的一种新型辅助治疗技术,是指利用半透膜原理促使创面或溃疡封闭,将负压机与引流管及无菌敷料连接并直接作用于清创后的创面,与传统创面引流技术相比,该技术能及时清理创面渗出物与坏死组织,进而改变局部微循环,具有引流通畅,安全性高等特点,因此实验组治疗后氧化产物、丙二醇低于对照组^[12-13]。其次本次研究还显示实验组创面恢复时间及住院时间均短于对照组 ($P<0.05$) ($P<0.05$),原因在于负压封闭引流能直接作用于细胞膜,通过细胞膜传导损伤信息于细胞核,促使细胞分泌愈合因子及血管增殖因子,最终达到促进足部新生血管生成及肉芽组织生成的作用,同时该技术通过创面吸走渗液,能帮助建立创面液体平衡,提供一个湿润的环境,并有利于清除坏死组织、减少创面的细菌数量(细菌在负压下不易存活),因此实验组白介素 2、白介素 6、肿瘤坏死因子 α 等炎症因子指标相对较低^[14-15];同时负压封闭引流能促进白细胞和成纤维细胞进入创面,其中白细胞能抵抗感染,产生生长因子,而成纤维细胞能产生胶原,用来填平和修复伤口,增加静脉充盈,进而加快清除水肿液^[16-17]。另外将前列地尔与负压封闭引流联合实施能综合二者的优势,发挥两项治疗的协同作用,故实验组治疗效果优于对照组,氧化应激及炎症反应相对较弱。最后,本次研究结果还显示两组不良反应发生率对比无明显差异 ($P<0.05$),分别为 8.11%、10.81%,研究结果提示将前列地尔与负压封闭引流技术联合实施安全性具有保障。

综上所述,前列地尔联合负压封闭引流治疗能有效抑制糖尿病足患者氧化应激和炎症反应,建议临床采纳。

参考文献:

[1]吴志英,冯计萍,白超.前列地尔联合负压封闭引流治疗对糖尿病足

患者氧化应激和炎症反应的影响[J].临床误诊误治,2022,35(2): 63-67.

[2]HYO-JUNG JEONG, MICHAEL J. MUELLER, JENNIFER A. ZELLERS, et al. Heel Rise and Non-Weight-Bearing Ankle Plantar Flexion Tasks to Assess Foot and Ankle Function in People With Diabetes Mellitus and Peripheral Neuropathy[J]. Physical therapy, 2021, 101(7): pzab096.

[3]董俊,杨莉,杨蓓,等.前列地尔联合硫酸对糖尿病足患者纤维酶活性、抗氧化酶活性、血流动力学及血清炎症细胞因子的影响[J].中国老年学杂志,2022,42(3): 550-553.

[4]徐俊,许樟荣.国际糖尿病足工作组《糖尿病足溃疡周围动脉病变诊断、预后与管理指南(2019 版)》解读[J].国际内分泌代谢杂志,2021,41(2): 142-144.

[5]董晶莹,李婧波,韩春艳,等.前列地尔联合依帕司他治疗糖尿病足感染的疗效及对血清炎症因子水平的影响[J].川北医学院学报,2022,37(1): 71-74.

[6]游敏,杨丽,袁丽,等.前列地尔联合硫酸对 2 型糖尿病足患者的临床疗效及对血清 VEGF、bFGF、IGF-1、MMP-2 和足背动脉血流动力学指标的影响[J].中国老年学杂志,2020,40(13): 2727-2730.

[7]山永仪,李舜君,李冬萍,等.前列地尔联合硫酸对老年 2 型糖尿病足患者的临床疗效、血流动力学、纤维连接蛋白及血浆 D-二聚体的影响[J].海南医学院学报,2019,25(22): 1708-1712.

[8]马翠,花奇凯,何晓红,等.负压封闭引流术对重度糖尿病足患者胫骨横向往骨搬运术后炎症指标及创面愈合的影响[J].中国老年学杂志,2022,42(7): 1630-1634.

[9]LEE, YE-NA, LEE, JONG SEOK, HAN, SEUNG-KYU, et al. Tissue Oxygenation and Negative-Pressure Wound Therapy When Applied to the Feet of Persons With Diabetes Mellitus: An Observational Study[J]. Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2017, 44(6): 517-523.

[10]苏海玉,石钟,张宏颖,等.当归补血汤合二妙散加减联合负压封闭引流治疗糖尿病足疗效及对炎症因子、踝肱指数的影响[J].现代中西医结合杂志,2021,30(14): 1548-1551.

[11]刘佳荏,姜伟华,夏成勇,等.生肌玉红膏联合封闭负压引流术对糖尿病足患者溃疡创面血管新生及氧化应激指标的影响[J].湖南中医药大学学报,2019,39(2): 257-261.

[12]程学哲,陈鹏,杨海娜,等.芪丹通络汤联合封闭负压引流治疗糖尿病足临床疗效及对溃疡区微炎症状态、血管新生的影响[J].中国中医药信息杂志,2019,26(12): 31-35.

[13]李晓娥,郭伦峰,刘尹,等.硫酸联合前列地尔治疗糖尿病足的临床效果及对血清 VEGF、bFGF 和 IGF-1 的影响[J].解放军医药杂志,2019,31(6): 50-53.

[14]刘利,高启苹.舒血宁注射液联合前列地尔对糖尿病足溃疡愈合及足背动脉血流动力学指标的影响[J].现代中西医结合杂志,2019,28(20): 2226-2229.

[15]GUANG LI, YOU-QIANG WEI, QI-FA GUO, et al. Effect of Ilizarov external fixation combined with negative pressure sealing drainage and antibiotics in the treatment of infective tibial nonunion[J]. 海南医科大学学报(英文版), 2019, 25(22): 37-41.

[16]SHI-MENG YAN, REN-YAN HUANG, GUO-BIN LIU. Application of negative pressure closed drainage in the treatment of venous ulcer of lower limbs[J]. 海南医科大学学报(英文版), 2020, 26(6): 68-72.

[17]张亮,张继春,张立才,等.负压封闭引流联合前列地尔及依帕司他治疗糖尿病足溃疡[J].中国临床研究,2020,33(3): 359-362.

感恩情绪支持对精神分裂症康复期患者负性时间观的影响

吴金娣¹ 孙雅丽² 张雨师¹ 贺玉萍¹ 宋平丽³

1.北京市西城区精神卫生保健所 北京市西城区 100035; 2.北京市西城区安馨心理健康服务中心 北京市西城区 100035;
3.北京市西城区平安医院 北京市西城区 100035

摘要:目的 探讨感恩情绪支持对精神分裂症康复期患者负性时间观的影响。方法 依据便利抽样的原则,选择2021年1月至2021年12月在某医院接受治疗的处于康复的精神分裂症患者118例作为研究对象。全部患者随机分为对照组、观察组,每组59人。对照组采用常规的康复期干预策略。观察组在对照组基础上给予感恩情绪支持干预策略。对比2组患者干预前后的负性时间观情况[中文版津巴多负性时间观念量表(ZTPI)]、感恩水平[感恩量表评分问卷(GRAT)]、生活质量[中文版精神分裂症患者生活质量量表(SQLS)]。结果 2组患者干预前的负性时间观评分、感恩评分、生活质量评分的数据差异无统计学意义($P>0.05$)。经过干预后,观察组的负性时间观评分明显降低,感恩评分、生活质量评分均明显增高($P<0.05$)。在干预前后,对照组患者的负性时间观评分、感恩评分、生活质量评分未出现明显变化($P>0.05$)。结论 针对处于康复期的精神分裂症患者,在使用常规干预的基础上实施感恩情绪支持的干预策略,有利于改善患者的负性时间观水平以及感恩水平,提升患者的生活质量,值得推广。

关键词:感恩情绪支持;精神分裂症;康复期;负性时间观;消极情感

精神分裂症是人群之中极为常见的严重精神障碍疾病,该种疾病不仅病因构成复杂,病程漫长,治愈困难,而且具有十分明显的遗传倾向^[1-3]。无论是我国范围内还是全球范围内,精神分裂症均造成了极为严重的人群健康损失以及社会经济损失^[4]。针对精神分裂症的研究一直都是医学领域内探索的核心问题之一。目前针对精神分裂症患者的治疗仍然是以药物控制症状,延缓患者的病情恶化,尽量维持其社会功能的方针为主^[5-6]。但是绝大多数患者无法长时间坚持服药治疗,致使出现病情的反复。目前相当比例的精神分裂症患者处于康复期,病情波动期,治疗期的往返循环之中^[7]。处于康复期的患者,虽然使用药物后可以对症状实施控制,但是部分消极情感体验,如担心复发的焦虑感,病耻感,担心再次入院的社交恐惧等,诱发患者消极应对行为的出现^[8]。津巴多时间心理学的理论证明,不同的时间观对于个体的行为与思想会产生影响,同时也影响了各类时间导向者的行为特征^[9]。而个体对于时间的理解,也会在很大程度上影响行为,思维以及情感反应。而感恩是个体使用感激的情绪回应与了解别人赋予的帮助和恩惠,协助增强个体的生活满意度以及幸福感,这也是积极心理学研究的重点之一^[10]。本研究分析感恩情绪支持对精神分裂症康复期患者负性时间观的影响。现报告如下:

1. 资料和方法

1.1 一般资料

表1 2组临床资料对比结果

分组	年龄 ($\bar{x}\pm s$) (岁)	性别 (男/女)	病程 ($\bar{x}\pm s$) (年)	受教育程度 (初中/高中及中专/大专及以上)	主要抗精神病用药 (利培酮/奥氮平/阿立哌唑/喹硫平/氯氮平/其他)
对照组 (n=59)	38.32±7.41	38/21	9.87±3.32	18/25/16	13/11/8/7/17/3
观察组 (n=59)	39.21±8.72	42/17	10.62±4.40	22/27/10	15/8/11/6/18/1
t/χ^2 值	-0.597	0.621	-1.045	1.862	2.196
P 值	0.551	0.431	0.298	0.394	0.901

1.2 干预方法

对照组采用常规的康复期干预策略:由医务人员定期给予患者随访,同患者沟通上一阶段的康复情况,比如是否规律用药,生活质量如何,给予患者定期的心理支持,工娱治疗,给予患者以及家属定期的健康教育等。

观察组在对照组基础上给予感恩情绪支持干预策略:全部干预方法均由医务人员组织患者实施,具体如下:

1 感谢信书写练习:由医务人员指导患者进行感谢信的书写,借助书面表达的方式书写感恩的信件,若患者愿意也可以使用图画的方法。感恩的对象由患者自行选择,可以是自己的父母,朋友,同事,老师,医务人员等,凡是在生活中帮助过自己的对象,均可以作为感恩的对象。由医务人员引导患者正确的表达自己的感恩之心。若患者希望分享自己的感谢信,也可以将其张贴在宣传栏或者通过网络的形式共享等,将患者的感恩感情传递给其他人。该项活动每2周进行1次。

2 歌唱手语练习:由医务人员引导患者利用心型卡片写出自己所喜欢的物品或者名人等,并将其赠送给需要的对象,之后向医务人员说出自己的感受。在医务人员的带领之下,利用面授或者网络视频授课的方式,教会患者部分感恩类跟去的手语表达,比如感恩的心,听我说谢谢你等。一般可通过小组形式学习,以5至6人形成一个小队,相互学习和纠正。该项活动每周进行1次。

3 感恩日记记录:由医务人员引导患者回忆生活之中的感恩事件,体会周围的亲人,朋友,同事等对于自己的恩惠,并记录感恩日记。医务人员引导患者对幸福的含义进行认知。要求患者每周至少完成3次感恩日记的记录,每1周进行一次自己感恩日记内容的分享。

4 感恩冥想:医务人员带领患者观看感恩视频。借助电脑等多媒体设备播放轻音乐,引导患者进行冥想训练,感受生命的意义。每周进行1次,并组织患者观看电影或有意义的视频等,每周1次。

依据便利抽样的原则,选择2021年1月至2021年12月在某医院接受治疗的处于康复的精神分裂症患者118例作为研究对象。该医院的医学伦理委员会批准项目实施,全部入组精神分裂症患者的第一监护人均签署知情同意书。

1.2 诊断标准^[11]

参考 ICD-11 明确诊断为精神分裂症。

1.3 纳入、排除标准

纳入标准:①符合精神分裂症诊断;②年龄大于18周岁且低于60周岁,性别不限;③规律用药治疗,未发生严重药物不良反应,基本可以配合本研究中的干预方案;④主要症状控制稳定,病情处于康复期,简明精神病量表(N-BPRS)^[12]评分低于78分;⑤具有小学以上文化程度。

排除标准:①在哺乳期或妊娠期的女性;②重要脏器功能障碍,身体状况较差,无法适应本研究的干预方法;③存在智力缺陷或视听功能障碍。

1.4 方法

1.4.1 分组方法和结果

全部患者参照随机数字表的策略分为对照组以及观察组,每组均分配59人。2组的一般临床资料可比性良好,具体见表1。

5 总结和反馈:医务人员周期性的组织患者对前一阶段的干预训练过程进行回顾,总结患者在其中的表现和收获,引导患者自由表达出自己的想法,鼓励患者坚持下去。引导患者同周围人分享自己的干预感受,并叙述自己在干预过程中所感到的进步同改变。对于出现明显进步的个体,医务人员可给予积极的肯定和反馈,协助患者人群在意念认知方面产生积极时间观的变化,引导患者的行为出现改变。

2 组患者的干预时间长度均设定为3个月。

1.5 观察指标

(1)对比2组患者干预前后的负性时间观情况。使用中文版津巴多负性时间观念量表(ZTPI)完成测评。该量表包括10个条目,每个条目均以likert5级评分法测评,分别给予1分~5分。评分越高表示负性时间观的导向性越强。该量表的克朗巴赫系数(Cronbach's α)为0.825^[13]。

(2)对比2组患者干预前后的感恩水平。利用感恩量表评分问卷(GRAT)对感恩水平进行测评,该量表包括感激别人,富足感,普通感恩3个维度,均以评分高表示感恩水平高。该量表的Cronbach's α 为0.814^[14]。

(3)对比2组患者干预前后的生活质量。使用骆宏等反应的中文版精神分裂症患者生活质量量表(schizophrenia quality of life scale, SQLS)对生活品质进行测评。该量表包括有生理/社会,精力和动机,症状和副作用共3个维度,量表的总分分布在0分~100分,以分数低表示主观角度的生活质量高。该量表的Cronbach's α 为0.833^[15]。

1.6 统计学分析

采用SPSS24.0软件完成统计学处理,计量资料结果使用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,计数资料结果使用例数(n)及百分率(%)表示,计量数据比较采用t检验,计数数据比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者干预前后的负性时间观情况

2 组患者干预前的负性时间观评分的数据差异无统计学意义 ($P>0.05$)。经过干预后, 观察组的负性时间观评分明显降低 ($P<0.05$)。在干预前后, 对照组患者的负性时间观评分未出现明显变化 ($P>0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者干预前后的负性时间观情况 ($\bar{x}\pm s$, 分/条目)

分组	ZTPI 评分
对照组 (n=59)	3.11±0.37
干预前	
干预后	
观察组 (n=59)	
干预前	
干预后	

注: ^a与干预前比较, $P<0.05$, ^b与对照组干预后比较, $P<0.05$

2.3 2 组患者干预前后的生活质量比较

2 组患者干预前的生活质量评分的数据差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

表 4 2 组患者干预前后的生活质量比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

分组	生理/社会	精力和动机	症状和副反应	总分
对照组 (n=59)	34.12±4.78	18.98±2.47	14.13±1.98	65.48±9.82
干预前				
干预后				
观察组 (n=59)	33.68±3.70	18.74±2.62	13.97±1.82	65.72±7.89
干预前				
干预后				

注: ^a与干预前比较, $P<0.05$, ^b与对照组干预后比较, $P<0.05$

3 讨论

精神分裂症属于极为常见的慢性精神疾患, 罹患该类疾病的患者其症状表现极为多样, 一般均存在思维, 认知, 意志, 情感等多个方面的功能障碍。精神分裂症的病程极为漫长, 患者容易出现病情的反复, 治疗的费用消耗大, 家庭和社会的压力负担沉重, 以上均容易导致患者以及患者的照护者出现负性心理问题, 比如孤独, 抑郁, 悲观, 社会交往能力降低, 易激惹等。这严重的影响了患者个体的心理以及身体健康, 导致生活质量降低。而对于处于康复期患者的干预方法, 也直接决定了患者复发风险以及肇事肇祸风险。

目前常规的对于康复期患者的干预, 大多局限在患者症状的监控以及用药情况的随访等, 但是对于患者消极心理的干预以及情感方案的支持, 显得不是充足。而现有的研究结果早已证明, 利用药物干预联合心理干预的方法对康复期的精神疾病患者进行治疗, 不仅可以较为良好的控制患者的临床症状, 同时可以有效的改善患者的心理处境以及精神面貌, 全面的促进患者的康复进程^[16-17]。本研究中所实施的感恩情绪支持就是一种较为典型的心理干预方案。感恩属于一种正向积极的力量, 可以帮助人们发现在过去时间观中负性事件的积极线索, 引导个体从积极的角度对事件进行感知, 改变对于过去的认知态度。从本研究所获得的数据结果可见, 在经过为期 3 个月的干预之后, 观察组患者在负性时间观、感恩水平、生活质量的改善程度方面均优于对照组。说明观察组所采取的干预方式具有十分明显的效果, 特别是改善患者的心理状况具有显著的水平。以往关于感恩情绪的相关研究结果已经显示, 感恩情绪对于促进慢性疾病患者的健康状况具有积极的效果^[18]。在观察组所使用的干预方案中, 书写感谢信以及平日发生感恩事件的分享和表达感恩情绪均为个体想象, 会议, 记录, 表达生活事件中积极美好事件以及情绪体验的过程, 这十分有效的降低患者个体的负性时间观。在观察组干预方案的实施过程中, 对于出现进步的患者给予及时的, 积极的肯定和正向反馈, 可以最大程度的调动患者的主观能动性, 降低患者的负性情绪反应。而在分享个体的感恩以及学习感恩歌曲手语的过程中, 利用了小组的活动形式完成病友之间的互动, 促进病友之间的情感表达和交流。有研究结果显示, 音乐和歌曲的治疗能够有效的改善精神疾病患者的阴性症状^[19]。而利用冥想训练, 可以让患者感受到生命的起源, 协助患者同内心中去挖掘对于生命的尊重和热爱, 促进患者的正向情绪表达, 同时也让患者更加客观的接纳自己的状态, 提升自我情绪控制以及管理的能力。

感恩心理可以有效的调动个体的积极情绪, 使人可以心中充满善意。目前有研究结果显示, 感恩的干预能够协助个体克服自我的负面情绪, 帮助其原理心理疾病的危害, 促进个体的身心健康情况改善。这也很好的解释了观察组个体在生活质量方面优于对照组患者的结果。感恩是一种情绪状态与性格特征的综合体, 其具有十分广泛的适应性功能。同时感恩也是人类 24 种积极的品质之一, 具有提升个体幸福感, 改善心理健康的作用, 在近些年以来也受到了国内外学者的密切关注^[20]。当然时间长度仅为 3 个月的干预时间相对不长, 感恩情绪支持的干预方案需要很长时间的的使用, 潜移默化化的将患者的行为进行固化并延续到家庭生活之中。由此也建议, 有条件的患者, 可以邀请患者的家属同时参与到干预过程中, 并且将该项干预方案延续到家庭, 促进患者的全面康复。

综上所述, 针对处于康复期的精神分裂症患者, 在使用常规干预的

干预后	3.09±0.40
干预前	3.12±0.34
干预后	1.99±0.28 ^{ab}

注: ^a与干预前比较, $P<0.05$, ^b与对照组干预后比较, $P<0.05$

2.2 2 组患者干预前后的感恩水平

2 组患者干预前的感恩评分的数据差异无统计学意义 ($P>0.05$)。经过干预后, 观察组的感恩评分明显增加 ($P<0.05$)。在干预前后, 对照组患者的感恩评分未出现明显变化 ($P>0.05$)。见表 3。

经过干预后, 观察组的生活质量评分明显增加 ($P<0.05$)。在干预前后, 对照组患者的生活质量评分未出现明显变化 ($P>0.05$)。见表 4。

参考文献:

- [1]赵雪,袁锐,禹顺英. 精神分裂症多药治疗现状[J]. 中国神经精神疾病杂志,2022,48(1): 55-59.
- [2]韩亚光,胡晓萌,赵永厚,等. 精神分裂症中医证候的分布特征研究[J]. 中医药学报,2022,50(7): 79-84.
- [3]刘丹,范宏振,赵艳丽,等. 首发与慢性精神分裂症患者的 P50 感觉门控特征[J]. 中国心理卫生杂志,2022,36(4): 282-286.
- [4]郭桦,杨波,谭小林. 精神分裂症社区康复模式的研究进展[J]. 神经疾病与精神卫生,2022,22(5): 337-341.
- [5]高堂雨,杜健,敖媛媛,等. 经颅直流电刺激治疗精神分裂症幻听疗效的 meta 分析[J]. 中国心理卫生杂志,2022,36(7): 569-575.
- [6]王天明,江小建,黄德强. 利培酮在精神分裂症患者中的应用效果[J]. 中国当代医药,2022,29(7): 60-63.
- [7]曹晓浪,周郁秋,张春宇,等. 共享决策在精神分裂症中的研究现状及进展[J]. 解放军护理杂志,2022,39(2): 64-67.
- [8]王鑫. 阿立哌唑与奥氮平治疗精神分裂症的疗效对比[J]. 基层医学论坛,2022,26(16): 145-147,150.
- [9]顾海英,陆根法,潘小芳,等. 创伤后应激障碍患者生命质量与创伤后成长及津巴多时间观的相关性研究[J]. 中国实用护理杂志,2018,34(8): 606-612.
- [10]叶金娣,朱妮,孔维蕾,等. 感恩干预在尊严受损淋巴瘤化疗患者中的应用研究[J]. 护士进修杂志,2022,37(12): 1061-1065.
- [11]王善梅,许允帅,钱丽菊,等. ICD-11 精神、行为及神经发育障碍分类主要变化[J]. 中国神经精神疾病杂志,2020,46(1): 43-45.
- [12]宋建成,费立鹏,张培琰,等. 简明精神病评定量表中各分量表的评价[J]. 临床精神医学杂志,2001,11(2): 86-88.
- [13]菲利普·津巴多. 时间心理学[M]. 沈阳:北方联合出版传媒(集团)股份有限公司,2010: 48-51.
- [14]Watkins P C, Woodward K, Stone T, et al. Gratitude and happiness: Development of a measure of gratitude, and relationships with subjective well-being[J]. Social Behavior and Personality, 2003, 31(5): 431-452.
- [15]骆宏, 罗南, 王义强, 等. 精神分裂症患者生活质量量表信效度检验与应用[J]. 中国心理卫生杂志, 2003, 17(3): 172-174.
- [16]秦铁灵, 梁忠新. 书画训练对精神分裂症住院患者康复效果的影响[J]. 临床心身疾病杂志, 2015, 21(4): 38-41.
- [17]刘璇璇,张李斌,刘峰,等. 正念训练对康复期精神分裂症患者抑制控制的影响[J]. 心理与行为研究,2022,20(1): 138-144.
- [18]杨芳, 刘晓红. 感恩情绪研究对我国慢性病患者健康促进的启示[J]. 中华护理杂志, 2011, 46(11): 1145-1147.
- [19]李炬, 尹誉飞, 刘琳, 等. 歌曲治疗技术对慢性精神分裂症患者精神症状和认知功能的影响[J]. 中国健康心理学杂志, 2020, 28(3): 321-324.
- [20]张云霞, 杨芳, 曾丽娟, 等. 感恩教育研究现状及对护理职业稳定的启示[J]. 齐鲁护理杂志, 2017, 23(24): 56-57.

徒手淋巴引流法联合气压治疗对妇科恶性肿瘤术后患者生活质量的影响

余辛园 滚桂云 兰金梅 罗小霞

广西柳州市妇幼保健院 545001

摘要:目的 研究徒手淋巴引流法联合气压治疗对妇科恶性肿瘤术后患者生活质量的影响。方法 将2018年6月—2020年7月在我院手术的妇科恶性肿瘤患者50例作为对照组,所有患者术后接受气压治疗;将2021年1月—2021年12月在我院手术的妇科恶性肿瘤患者50例作为观察组,所有患者术后接受徒手淋巴引流法联合气压治疗,比较两组患者在疼痛程度、淋巴水肿发生率、生活质量以及患者满意度方面的异同。结果 ①疼痛程度:两组干预后患者的疼痛程度均轻于干预前,观察组干预后的疼痛程度评分 $[(1.12 \pm 0.18) \text{分}]$ 小于对照组 $[(2.02 \pm 0.24) \text{分}]$,差异有统计学意义($P < 0.05$);②淋巴水肿发生率:观察组术后1个月、术后3个月、术后6个月的淋巴水肿发生率(0、0、4.0%)显著低于对照组(8.0%、8.0%、16.0%),差异有统计学意义($P < 0.05$);③生活质量:经干预后观察组患者的各项生活质量评分均显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);④患者满意度:观察组的患者满意度(96.00%)显著高于对照组(84.00%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 妇科恶性肿瘤患者术后接受徒手淋巴引流法联合气压治疗不仅有利于预防术后淋巴水肿的发生,减轻患者的疼痛程度,同时还可以提高患者的生活质量,获得患者的满意与认可,故值得推广应用。

关键词:徒手淋巴引流法;气压;妇科恶性肿瘤;生活质量

妇科恶性肿瘤是影响女性身心健康的主要疾病类型,随着临床医学的不断发展,妇科恶性肿瘤的死亡率呈现下降趋势,患者的存活率明显提高。外科手术在妇科恶性肿瘤患者的临床治疗上有着非常重要的作用,但手术过程中需要进行淋巴结清扫,淋巴结切除的范围要以患者的肿瘤类型和临床分期决定,但行淋巴结清扫清除会增加术中、术后相关并发症的发生风险,患者术后容易出现下肢疼痛、麻木、肿胀等不适感,甚至患者会出现早期淋巴水肿,而一旦发生淋巴水肿则会长期存在,总体治疗效果不理想。研究表明,大多数妇科恶性肿瘤患者的术后3个月是患肢功能康复的黄金时期[1],而在最佳康复时期内及时采取有效的措施进行干预性治疗,能够有效改善患者的临床症状,提高患者的生活质量。目前国际较为公认的淋巴水肿治疗方案淋巴水肿治疗方法主要是有综合消肿治疗和物理因子疗法,其中综合消肿治疗是目前国际认可并普遍运用的保守治疗方法,它主要是通过皮肤护理、手法引流、加压包扎,再配合功能锻炼,从而来达到消肿的目的。但单独运用获得的效果并不十分理想。本次研究将我院收治的100例妇科恶性肿瘤患者作为主要对象,旨在进一步研究和评价徒手淋巴引流法与气压治疗相结合的干预效果,现总结并详述如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究的对照组对象是2018年6月—2020年7月于我院接受手术治疗的妇科恶性肿瘤患者,共50例。年龄最大60岁,最小29岁,患者的平均年龄是 (43.55 ± 5.30) 岁;文化程度:高中及以下36例,大专及以上学历14例。本次研究的观察组对象是2021年1月—2021年12月在我院手术的妇科恶性肿瘤患者,共50例,年龄最大60岁,最小27岁,平均年龄是 (44.45 ± 5.45) 岁;文化程度:37例患者的学历是高中及高中以下,其余13例患者的学历在大专及以上学历。经比较两组患者的平均年龄与文化程度,差异无统计学意义($P > 0.05$),说明两组之间存在对照研究的可比性。

纳入标准为:①年龄18~63岁;②意识清醒无交流障碍者;③积极性强依从性好患者[2]。

排除标准为:①伴有其他重要脏器(心、肝、肺、肾)的异常;②患者和家属对本研究高度敏感、难以解释与沟通者[3];③伴有残疾患者或因疾病而过度焦虑无法准确评估疼痛或精神病患者;④无法按程序配合的患者。⑤下肢静脉血栓。

1.2 研究方法

观察组患者术后48小时进行下肢静脉血管检查,排除下肢静脉血栓后进行徒手淋巴引流术联合气压治疗预防淋巴水肿:①气压:使用空气波压力治疗仪对患者进行治疗,IPC压力控制在10.7~16.0kPa,每次治疗时间为半小时,每日2次,连续治疗1周。②徒手淋巴引流法:患者术后,由淋巴水肿治疗师向患者及患者家属全面讲解关于徒手淋巴引流的治疗原理、基本的操作方法。首先教会患者如何激活淋巴结,让患者和家属按摩双侧锁骨上、双侧腋下淋巴结,同侧腹股沟淋巴结、同侧腘窝淋巴结。以上每一个部位重复动作20次,动作要轻柔。引流患肢淋巴结,指导患者和家属将同侧腹部与臀部往同侧的腋下引流,大腿前侧和后侧往同侧腹股沟引流,小腿的前侧与后侧往同侧的腘窝引流,足背和脚踝向同侧的腹股沟引流。可采用定圈法、旋转法、泵送法、勺形法进行引流,操作时需动作轻柔,每个动作至少重复做20个,每日1次,每次30分钟。患者在住院期间由护理人员进行操作,并指导患者和家属如何居家进行操作。伤口完全愈合拆线后,在之前按摩的基础上向患者和家属介绍舒缓疤痕、引流胸背部淋巴结的基本操作手法,并教会其完成操作对照组术后行气压治疗,具体的治疗方法同于观察组中气压治疗方法。

1.3 评价指标

(1)评估疼痛程度的标准:分别于干预前和干预后对两组患者的疼痛程度进行评估,评估疼痛程度时使用的工具是视觉模拟评分法(Visual Analogue Scale/Score, VAS)[4],VAS的评分范围是0~10分,0分表示患者无疼痛,10分表示疼痛极其严重且无法忍受,根据最终得分判定患者的疼痛程度。

(2)观察指标:记录两组患者术后1个月、术后3个月和术后6个月的淋巴水肿发生情况,计算比较两组的淋巴水肿发生率。

(3)评价生活质量的标准:使用36条简明健康状况调查表(Medical Outcomes Study Short-Form 36, SF-36)[5]评估两组患者干预后的生活质量,共选取5个维度进行评价,各维度的评分范围均是0~100分,所得分数越接近于满分,表示患者的生活质量越好。

(4)评价患者满意度的标准:使用满意度调查问卷[6]作为评价工具,问卷中共包括10项内容,每项问题的赋值:0代表不认可、不满意,1代表满意,根据最终获得的总数确定满意度等级。“非常满意”——8~10,“一般满意”——4~7,“不满意”——0~3。将两组的护理满意度进行计算,并进行组间比较分析。

1.4 统计学处理

将 SPSS24.0 作为分析数据的软件,其中符合正态分布的计量指标用 t 进行检验,表示为均数 $\pm$ 标准差;计数指标用 χ^2 检验,用例数/百分率表示,差异有统计学意义表示为 $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 比较两组干预前后的疼痛程度评分

干预前比较两组的疼痛程度评分,差异无统计学意义 ($P>0.05$),干预后与干预前相比,两组的疼痛评分均降低,干预后观察组的疼痛评分小于对照组,两组对比,差异有统计学意义 ($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组的疼痛评分比较分析 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	干预前	干预后	t	P
观察组 (n=50)	5.82 $\pm$ 0.74	1.12 $\pm$ 0.18	55.198	<0.001
对照组 (n=50)	5.80 $\pm$ 0.82	2.02 $\pm$ 0.24	39.571	<0.001
t	0.162	26.833	/	/
P	0.872	<0.001	/	/

表 3 两组的生活质量评分比较分析 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	躯体功能	情感功能	角色功能	认知功能	社会功能
观察组 (n=50)	88.56 $\pm$ 3.25	87.46 $\pm$ 3.02	88.69 $\pm$ 4.05	87.79 $\pm$ 4.61	87.74 $\pm$ 3.03
对照组 (n=50)	71.14 $\pm$ 3.50	72.51 $\pm$ 3.54	74.14 $\pm$ 4.55	73.36 $\pm$ 3.05	72.66 $\pm$ 3.58
t	32.622	28.736	21.364	25.020	28.758
P	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.4 比较两组的患者满意度

观察组的患者满意度是 96.00%,对照组是 84.00%,观察组显著高于对照组,两组对比,差异有统计学意义 ($P<0.05$),见表 4。

表 4 两组的患者满意度比较分析[n(%)]

组别	例数	非常满意	一般满意	不满意	患者满意度
观察组	50	36(72.00)	12(24.00)	2(4.00)	96.00
对照组	50	24(48.00)	18(36.00)	8(16.0)	84.00
χ^2	/	/	/	/	4.000
P	/	/	/	/	0.044

3 讨论

妇科恶性肿瘤患者在术后容易出现疼痛、麻木等不适症状,导致此类症状主要是因为下肢淋巴水肿的危险因素包括手术、肿瘤本身阻塞淋巴管、放疗和感染等。除与恶性肿瘤相关的危险因素外,肥胖和术后体重增加也是妇科肿瘤术后下肢淋巴水肿发生的主要危险因素。[7]本研究显示,经实施徒手淋巴引流法联合气压治疗的患者其疼痛程度改善更明显,这主要是因为此种治疗方法充分运用了外部动力,更有利于促进淋巴和血液的回流,从而减轻患者的疼痛感。

此外,本次研究结果显示,经采用徒手淋巴引流联合气压治疗的患者其干预后 1 个月、3 个月和 6 个月的淋巴水肿发生率均相对较低。术后淋巴水肿主要是因为手术对患者的淋巴系统形成了破坏,进而导致淋巴回流出现障碍,这也是妇科恶性肿瘤患者术后的常见并发症。而采用徒手淋巴引流徒手淋巴引流可以激活淋巴系统,特别是由于手术放疗导致的淋巴管的输送功能障碍。采用徒手淋巴引流治疗淋巴水肿能有效的改变淋巴回流的途径,高效率的减少滞留在组织间的水肿液,此外徒手淋巴引流能减轻组织纤维化,减少皮肤增厚,增加患部的免疫防御功能。徒手淋巴引流有助于恢复肿胀肢体的正常外形和功能。

本次研究结果显示,经实施徒手淋巴引流法联合气压治疗的患者其生活质量评分更高,患者的护理满意度更高。妇科恶性肿瘤患者术后出现疼

2.2 比较两组干预后的淋巴结水肿发生率

观察组术后 1 个月的淋巴结水肿发生率是 0,术后 3 个月的淋巴结水肿发生率是 0,术后 6 个月的淋巴结水肿发生率是 4.0%,均显著低于对照组的 8.0%、8.0%、16.0%,差异有统计学意义 ($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组的淋巴结水肿发生率比较分析[n(%)]

组别	例数	术后 1 个月	术后 3 个月	术后 6 个月
观察组	50	0 (0)	0 (0)	2 (4.0)
对照组	50	4 (8.0)	4 (8.0)	8 (16.0)
χ^2	/	4.167	4.167	4.000
P	/	0.041	0.041	0.044

2.3 比较两组干预后的生活质量评分

观察组患者干预后的躯体功能评分、情感功能评分、角色功能评分、认知功能评分、社会功能评分均显著高于对照组,两组比较,差异有统计学意义 ($P<0.05$),见表 3。

痛、麻木、功能障碍等系列活动,导致患者的生活质量受到影响。而通过实施徒手淋巴引流法联合气压治疗有利于减轻患者患肢的疼痛感,促进患肢功能的康复,从而改善患者的躯体功能。当患者出院后回归到家庭和社会中,由患者本人和家属负责进行徒手淋巴引流,更有利于减轻患者的心理负担,也可以让其有更多的时间和机会参与到社会活动中,这有利于改善患者的社会职能和情感职能,也在很大程度上减轻了患者的心理负担,改善了患者的认知和情感功能。

综上,妇科恶性肿瘤患者接受徒手淋巴引流法联合气压治疗的干预效果显著,有临床借鉴意义和推广价值。

参考文献:

- [1]陈晓娟,谢争,谢艳秋,等.医院互融手法淋巴引流用于妇科恶性肿瘤术后下肢淋巴水肿患者的效果分析[J].山东医学高等专科学校学报,2021,43(5): 388-389.
- [2]官铁燕,腹膜后淋巴引流对妇科恶性肿瘤手术患者术后淋巴囊肿及炎症应激状态的控制作用观察[J].中国医学创新,2020,17(6): 9-12.
- [3]王少雷,刘德华,魏宏,等.CT 引导下穿刺引流技术治疗妇科恶性肿瘤术后症状性淋巴囊肿的临床应用[J].介入放射学杂志,2021,30(2): 177-180.
- [4]于雅倩,朱炳鸿,孙丙辉,等.妇科恶性肿瘤患者腹腔镜下腹膜后淋巴结切除术后放置引流管的必要性分析[J].山东医药,2021,61(17): 49-51.
- [5]蒋泽波,谢秀娟,陈惠娟,等.超声引导下置管引流术在卵巢恶性肿瘤术后淋巴管囊肿治疗中的应用价值[J].中国实用医药,2019,14(4): 20-21.
- [6]刘颖,龙笑,赵沃娃,等.Vodder 手法淋巴引流与自我淋巴引流对乳腺癌相关淋巴水肿的即时疗效观察[J].中国康复医学杂志,2021,36(12): 1570-1573.
- [7]王健理,姚德生.妇科恶性肿瘤淋巴结清扫术后下肢淋巴水肿发病机制的研究进展[J].现代妇产科进展,2019,28(11): 864-868.

基金课题编号: 2020NBAB0117 自

基于循证理论的护理路径在白内障伴青光眼患者中的应用效果

张欢

绵阳市第三人民医院·四川省精神卫生中心 四川绵阳 621000

摘要：目的：探究基于循证理论的护理路径应用于白内障伴青光眼患者中的实际效果。方法：选取我院在2020年1月至2021年1月收治的60例白内障伴青光眼患者，随机分为观察组（基于循证理论的护理路径）和对照组（常规护理）各30人。结果：观察组护理满意度较高，视力、房角宽度、中央前房深度、眼压、血清炎性因子、临床症状、不良情绪改善更明显（ $P<0.05$ ）。结论：基于循证理论的护理路径应用于白内障伴青光眼患者中的实际效果十分显著。

关键词：循证理论；护理路径；白内障；青光眼

在眼科疾病中，白内障伴青光眼的发病率较高，该病的发生率与年龄的增长有关。其发病与年龄不断增长引起各种代谢障碍、大量使用抗生素类药物等相关因素密切相关，而氧化损伤是最为主要的环节^[1]。现阶段，手术是临床治疗白内障伴青光眼的主要手段，然而因术后并发症较多，所以会对患者的预后恢复产生影响。为改善预后恢复效果，加快疾病康复，在围手术期为患者提供系统、全面的护理干预尤为重要^[2]。常规护理缺乏针对性、个性化等特点，护理效果不理想，本文旨在探究基于循证理论的护理路径应用于白内障伴青光眼患者中的实际效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院在2020年1月至2021年1月收治的60例白内障伴青光眼患者，随机分为观察组和对照组各30人。观察组男17例、女13例，平均年龄（64.64±6.12）岁；对照组男19例、女11例，平均年龄（64.17±5.51）岁。一般资料无差异， $P>0.05$ 。纳入标准：所有患者均具有完整的临床病历资料，所选病例经过伦理委员会批准，且患者及家属知情同意。排除标准：中途中断或退出研究者；无法沟通者；组织或系统严重病变者。

1.2 方法

常规护理对照组，给予观察组基于循证理论的护理路径：确定循证问题及支持，建立起循证小组：通过总结经验、积极交流，了解在护理白内障伴青光眼患者过程中需要注意的问题，以便明确循证问题。通过查阅相关的文献和资料，与患者的实际状况有效结合，制定出科学的护理方案。

（1）术前干预：将疾病的手术影响因素及发病原因告知患者，对其心理状态充分了解，并且将手术治疗成功的案例介绍给患者，促进其依从性、自信心不断增强。（2）术中干预：对患者的生命体征密切监测，保证手术顺利进行。（3）术后干预：指导患者选择正确的体位，强化健康宣教，术后指导患者对眼部进行康复训练、眼球按摩等，并将自我护眼的方法告知患者；对患者的心理状态密切关注，充分了解其心理需求，尽可能地满足患者的合理需求，促进其预后效果有效提高。（4）出院指导：患者出院后指导其定期按摩眼部，确保睡眠充足，防止过度用眼，如果有异常情况出现，嘱咐其及时复诊，并定期对患者进行电话随访，耐心解答患者的疑问，指导其养成良好的生活、用眼习惯。

1.3 观察指标

（1）护理满意度；（2）视力、眼压情况、房角宽度、中央前房深度；（3）各血清炎性细胞因子；（4）采用李克特评分表对临床症状进行评分，主要症状包括眼部疼痛、头痛、恶心、呕吐，1至5分为分值范围，症状非常严重时为1分，没有症状时为5分，临床症状和分值呈反比；（5）运用SAS、SDS评分评定不良情绪。

1.4 统计学分析

运用SPSS22.0统计学软件，用“ $(\bar{x} \pm s)$ ”、“ $n(\%)$ ”表示，“ t ”、“ χ^2 ”检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 护理满意度：观察组高于对照组（ $P<0.05$ ），见表1。

表1 护理满意度【 $n(\%)$ 】

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意度
观察组	30	11	17	2	93.3%（28/30）
对照组	30	9	13	8	73.3%（22/30）
χ^2					12.054
P					<0.05

2.2 视力、眼压、房角宽度、中央前房深度：观察组改善情况优于对照组（ $P<0.05$ ），见表2。

表2 视力、眼压、房角宽度、中央前房深度（ $\bar{x} \pm s$ ）

检查指标		观察组 ($n=30$)	对照组 ($n=30$)	t	P
视力	干预前	0.21±0.03	0.20±0.03	5.310	>0.05
	干预后	0.80±0.14	0.45±0.11	12.026	<0.05
眼压 (mmHg)	干预前	35.15±10.19	34.01±9.49	1.164	>0.05
	干预后	12.59±5.26	16.65±6.16	10.098	<0.05
房角宽度 (°)	干预前	1.11±0.18	1.12±0.20	3.251	>0.05
	干预后	4.03±0.43	3.02±0.28	10.005	<0.05
中央前房深度 (mm)	干预前	2.07±0.37	2.08±0.24	6.352	>0.05
	干预后	3.28±0.16	2.85±0.17	11.584	<0.05

2.3 炎性细胞因子水平：干预后，观察组低于对照组（ $P<0.05$ ），见表3。

表3 炎性细胞因子水平（ $\bar{x} \pm s$ ）

检查指标	观察组 ($n=30$)	对照组 ($n=30$)	t	P
------	-------------------	-------------------	-----	-----

白细胞介素-6 (pg/mL)	干预前	75.32±2.14	76.01±2.20	2.241	>0.05
	干预后	50.36±2.02	65.14±2.11	10.141	<0.05
肿瘤坏死因子 (ng/L)	干预前	120.57±5.47	120.47±5.39	1.847	>0.05
	干预后	95.16±3.64	110.39±3.24	15.152	<0.05
C 反应蛋白 (mg/L)	干预前	5.29±1.02	5.31±1.28	4.067	>0.05
	干预后	3.31±0.41	4.25±0.47	15.471	<0.05

2.4 临床症状评分: 干预后, 观察组高于对照组 (P<0.05), 见表 4。

表 4 临床症状评分 ($\bar{x}\pm s$, 分)

检查指标		观察组 (n=30)	对照组 (n=30)	t	P
眼部疼痛	干预前	1.41±0.52	1.40±0.50	0.098	>0.05
	干预后	4.25±0.11	3.16±0.18	30.503	<0.05
头痛	干预前	1.36±0.32	1.30±0.29	0.982	>0.05
	干预后	4.54±0.51	3.06±0.11	7.048	<0.05
恶心	干预前	1.15±0.49	1.26±0.62	0.984	>0.05
	干预后	4.22±0.26	3.01±0.18	17.665	<0.05
呕吐	干预前	1.41±0.33	1.47±0.45	0.760	>0.05
	干预后	4.26±0.12	3.78±0.22	42.889	<0.05

2.5 SAS、SDS 评分: 观察组改善情况优于对照组 (P<0.05), 见表 5。

表 5 SAS、SDS 评分 ($\bar{x}\pm s$, 分)

检查指标		观察组 (n=30)	对照组 (n=30)	t	P
SAS 评分	干预前	59.84±5.11	60.15±5.47	1.574	>0.05
	干预后	41.47±4.16	50.14±4.11	10.264	<0.05
SDS 评分	干预前	60.18±5.33	60.05±5.29	1.058	>0.05
	干预后	40.33±4.12	50.39±5.02	13.847	<0.05

3 讨论

近年来, 随着人口老龄化程度的不断加剧, 使得与年龄因素有关的相关疾病的关注度越来越高^[3]。白内障伴青光眼的发生与年龄因素具有十分密切的关系, 早期症状主要为: (1) 早晨起床后阅读比较困难, 并且眼球及眶周可能出现胀痛。这是因为正常人的眼压昼夜波动, 通常早晨高而夜间低, 而白内障伴青光眼患者的 24 小时眼压波动更大, 因此早晨的眼压较高, 因此可能会出现上述早期症状^[4]。(2) 眼睛肿胀、头痛、视力模糊, 尤其是在情绪激动 (例如愤怒) 或在黑暗中停留太长时间后出现上述症状, 休息后症状缓解。反复发作后, 可能会发生急性发作, 例如严重的眼痛、头痛、视力急剧下降, 并伴有恶心、呕吐等症状, 有时会被误诊为急性胃肠炎和脑血管疾病。(3) 老花眼过早出现^[5]。青光眼的早期症状是 40 岁之前的老花眼, 尤其是对于女性, 老花眼的程度变化迅速, 需要频繁更换眼镜。(4) 视力逐渐下降。特别是对于高度近视的人, 戴中度眼镜后的早期症状通常包括头痛和眼睛肿胀。由于高度近视眼的巩膜变长并且其弹性显著下降, 因此当发生高眼压时, 症状不明显或无症状, 不会受到患者关注, 医生也有可能错误诊断, 并且视觉功能受损, 但情况日益恶化。因此, 强化对患者的及时、有效干预尤为重要。

手术是临床治疗白内障伴青光眼患者的主要手段, 然而术后并发症的发生几率较高, 容易加重患者的经济和心理负担。为了促进手术效果有效提高, 降低并发症的发生风险, 术后需要为患者提供有效、准确、合理的护理服务。常规的护理服务缺乏针对性, 无法获得十分理想的护理效果。然而, 基于循证理论的护理路径可以按照患者的实际状况与诸多的文献研究结果, 明确存在于护理工作中的相关问题, 并将有效、科学的护理措施制定出来, 进而使患者的病情得到有效缓解, 保证手术效果。本文通过探究基于循证理论的护理路径应用于白内障伴青光眼患者中的实际效果, 结果显示, 观察组护理满意度 (93.3%) 高于对照组 (73.3%), (P<0.05); 观察组视力、房角宽度、中央前房深度、眼压、血清炎性因子、临床症状、不良情绪改善更明显 (P<0.05)。主要原因为: 采用基于循证理论的护理路径的优势之处在于: (1) 成立循证护理小组, 在护理工作中护理人员有效结合患者的情绪、科研结论及临床经验, 以此为护理决策的重要依据, 通过收集、整理患者的问题并进行充分分析, 制定出科学的解决对策, 能够提高护理工作的前瞻性、预见性, 使突发状况得到及时的应对。(2) 心理疏导每位患者, 可以使其增强对护理人员的依赖和信任, 使环境对患者造成的心理压力明显减轻, 使其更加主动地配合治疗, 可以促进患者对治疗的耐受度有效提高, 保证治疗效果。(3) 将患者的病情发展状况清楚的告知患者及家属, 强化知识宣教, 包括白内障伴青光眼的预防手段、致病因素以及在日常生活中的注意事项等, 可以使他们更加深入的了解, 进而更好地管理自己的日常行为和习惯。(4) 围手术期强化对患者的护理干预, 能够及时了解其心理及生理需求, 进而更好地满足其合理需求, 提高其治疗依从性, 确保手术顺利实施^[6]。(5) 对患者的疾病治疗状况密切观察, 按照病情发展的不同, 为患者提供个性化的护理, 及时发现异常并与医师密切配合采取针对性的处理措施, 有利于术后恢复^[7]。出院后, 护理人员通过强化对患者的出院指导, 能够使其积极规避各种危险因素, 根据医嘱合理、科学用药, 防止过度用眼, 保证充分的睡眠, 进而加快疾病恢复。

综上所述, 于白内障伴青光眼患者中应用基于循证理论的护理路径, 能够提高其护理满意度, 减轻炎症反应、临床症状, 改善其不良情绪、加快疾病恢复。

参考文献:

[1]田晨霏,曾璐,唐乐,等. 基于循证理论的护理路径在白内障伴青光眼患者中的应用效果[J]. 贵州医药,2021,45(1): 142-143.

[2]王文娟. 探讨基于循证理论的护理路径对白内障伴青光眼患者的临床应用价值[J]. 健康女性,2021(38): 239.

[3]Salimi Ali,Qi Susan R,Harasymowycz Paul. Femtosecond Laser-assisted Cataract Surgery in Patients With Prior Glaucoma Surgery[J]. Journal of glaucoma,2022,31(7).

[4]张培,郭晓丹,胡依博. 基于循证理论的临床护理路径在白内障合并青光眼患者围术期中的应用[J]. 保健医学研究与实践,2022,19(3): 126-129.

[5]陈艳玲,梁勉,黄燕芳. 以循证理论为基础的临床护理路径对白内障合并青光眼术后患者症状改善、并发症及生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志,2021,40(7): 1253-1257.

[6]Gagné Sébastien,Yuen Darana,Cohen Shawn. Transconjunctival XEN45 Implantation for Glaucoma Performed at the Slit Lamp: A Pilot Study[J]. Journal of Glaucoma,2022.

[7]郭金明. 白内障合并青光眼手术患者实施以循证理论为基础的临床护理路径对负面情绪与生活质量的影响[J]. 世界最新医学信息文摘,2021,21(61): 323-324.

甲状腺良恶性结节采用二维超声与彩色多普勒超声诊断的价值分析

张晓燕

宁夏宝石花医院 宁夏银川 750006

摘要：目的：探讨二维超声和彩色多普勒超声对甲状腺良恶性结节的诊断效果。方法：将 2020 年 10 月到 2021 年 10 月在本院进行超声检查的甲状腺结节患者 52 例作为本次的观察对象，将对这 52 例观察对象均使用二维超声和彩色多普勒超声先后进行检查，并以病理的检查作为金标准，从而分析其诊断的准确性。将二维超声检查作为对照组，而彩色多普勒超声检查称为实验组，将两组诊断的结果以及诊断的敏感度和特异度进行对比和分析。结果：采用彩色多普勒超声进行检查的实验组诊断的效果优于采用二维超声检查的对照组诊断的效果，且两组诊断的结果对比具有统计学意义 ($p < 0.05$)；此外，彩色多普勒超声诊断的实验组诊断的敏感度以及特异度均优于采用二维超声诊断的对照组且两组诊断敏感度和特异度对比产生的差异数据具有统计学意义 ($p < 0.05$)。结论：本文对甲状腺良恶性结节的诊断采用二维超声和彩色多普勒超声进行诊断，能够发现彩色多普勒超声的诊断效果明显优于二维超声的诊断效果，并且敏感度以及特异度都超出二维超声的敏感度和特异度，因此彩色多普勒超声对甲状腺良恶性结节的诊断效果更具有优势，但是为了提高甲状腺结节患者临床的诊断准确率，所以应该联合两种诊断方法对患者进行诊断，从而为患者提供及时有效的治疗，在临床上值得推广和使用。

关键词：二维超声；彩色多普勒超声；甲状腺良恶性结节

目前由于我国经济水平在不断的提高，所以人们的生活水平以及生活习惯都发生了明显的改变，在这个快速发展的时代里，每个人都会有很大的压力，都在努力的工作，所以对于饮食上没有太多的用心，总是通过叫外卖的方式解决饥饿，但也正是因为这种情况所以导致各类疾病的发病率都在不断的提高，而甲状腺结节目前是临床上比较常见的多发性的疾病，甲状腺结节也有良性和恶性之分，目前在临床上大部分的甲状腺结节的患者都为良性的结节，可是良性病变的情况也发生的比较多，如果患者被诊断为甲状腺恶性结节，则需要给予患者更多的重视，并且及时对患者进行有效的治疗，否则会威胁到患者的生命安全，影响患者的生活质量。为此，本文将对本院治疗的 52 例甲状腺结节的患者采用二维超声和彩色多普勒超声对患者进行诊断，并将诊断的结果进行对比和分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2020 年 10 月到 2021 年 10 月在本院进行治疗的 52 例甲状腺结节的患者先后使用二维超声和彩色多普勒超声分别进行诊断，采用二维超声进行诊断的称为对照组，采用彩色多普勒超声进行诊断的称为实验组。在这 52 例甲状腺结节的患者中，有男性患者 30 例，女性患者 22 例年龄，在 25~70 岁之间，平均年龄为 (47.50±3.48) 岁。在这些患者通过病理检查后发现患有甲状腺恶性结节的患者为 21 例、患有甲状腺良性结节的患者为 31 例。纳入标准：本次的研究是通过医学伦理委员会批准进行的；并且本次研究的患者均对自己的病情知情，同时自愿参与本次的研究；这 52 例患者都能够自主的配合超声的检查工作。排除标准：排除不能够有效沟通的患者以及不愿意进行研究的患者。这些患者均符合本次研究的纳入标准。

1.2 方法

对照组使用二维超声对患者进行诊断，首先应该指导患者安静的躺在实验床上，由经验丰富的检验人员对患者进行检查，在检验人员对患者进行诊断时，应该先对患者讲解二维超声的注意事项以及二维超声的诊断方法。随后利用返回的声学状态信息进行分析，通过对患者进行两次的超声检查后，来绘制患者出现甲状腺结节的部位以及甲状腺结节的大小和形状，如果在检查过程中发现异常时，应该将焦点放在异常的部分，并且对异常情况进行记录。而实验组则是采用彩色多普勒超声对患者进行诊断，彩色多普勒超声的检查主要是根据患者结节内外的血液状况以及动脉和静脉的流速来判断患者体内的结节为良性和恶性。除了对病人血液检查以

外，还需要通过扫描患者甲状腺内的淋巴结进行观察，在临床上比较常见的甲状腺结节大多都是藏在患者的淋巴结内部的。在对患者检查结束以后，需要记录并且整合所得的数据以及图像，在患者检查过程中，检验人员需要不断的鼓励患者，使患者能够积极的配合检查，同时也能够缓解患者紧张的心理状态。

1.3 观察指标

将手术的病理结果作为诊断的金标准，并对两种诊断方法的诊断结果以及诊断的灵敏度和特异度进行对比和分析。

1.4 统计学分析

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

2 结果

2.1 通过手术病理得知有恶性结节的患者为 21 例、良性结节的患者为 31 例，将病理检查结果作为金标准，通过二维超声对病理检查的良性结节的患者进行检查后发现 26 例良性结节的患者和 5 例恶性结节的患者、而彩色多普勒超声根据病理诊断的 31 例良性结节的患者中中发现 30 例良性结节患者和 1 例恶性结节的患者。二维超声根据病理检查的 21 例恶性结节的患者诊断后发现 7 例良性的结节患者和 14 例恶性结节的患者、而彩色多普勒超声诊断根据病理检查的 21 例恶性结节患者中发现，有 2 例良性结节的患者和 19 例恶性结节患者。两种诊断的方法通过和手术病理检查的结果进行对比，发现彩色多普勒超声诊断的结果优于二维超声的诊断结果，两组对比有明显的差异 ($p < 0.05$) 见表 1

表 1 两组诊断方法诊断结果的对比情况

病理检查	对照组良性 结节	对照组恶性 结节	实验组良性 结节	实验组恶性 结节
良性结节 31	26	5	30	1
恶性结节 21	7	17	2	19

2.2 通过彩色多普勒超声诊断后的敏感度以及特异度情况均优于采用二维超声进行诊断的敏感度和特异度，并且对比后具有明显的差异 ($p < 0.05$) 见表 2

表 2 两组诊断敏感度和特异度的对比情况

分组	甲状腺结节性质敏感度	甲状腺结节性质的特异度
----	------------	-------------

对照组	61.91% (13 /21)	83.87% (26 /31)
实验组	90.47% (19 /21)	96.77% (30 /31)
χ^2	8.0655	6.0444
P	0.0014	0.0037

3 讨论

甲状腺是人体中非常重要的内分泌器官,能够通过分泌甲状腺素帮助机体调节蛋白质的含量,同时甲状腺素对于人体的各类荷尔蒙也具有较高的敏感性,如果甲状腺发生了病变,就会导致患者代谢功能出现异常,特别对青少年来说,如果甲状腺发生了病变,就会影响青少年的生长发育。甲状腺结节是目前临床上比较常见的一种疾病,且发病率比较高,这种疾病会威胁到患者的生命安全,降低患者的生活质量,所以为了提高患者的生活质量以及生命安全,需要尽早对甲状腺结节的患者进行有效的诊断,确定甲状腺结节的良恶性,从而对患者采取有效的治疗。目前在临床上对甲状腺结节进行诊断时,可以通过 X 线、核磁共振以及 CT 和超声检查方法对甲状腺结节进行诊断,CT 和核磁共振的图像检查能够清晰地看到结节的边界情况,但是却不能够作为鉴别结节病变的性质的方法,所以临床上大多采用超声检查。对甲状腺结节的患者进行超声的诊断能够详细的显示出生理组织的结构以及形态,并且可以根据检查后的图像来查找疾病的存在部位,在超声诊断的图像中发现健康的甲状腺组织能够在诊断中听到中轻度的回声,且回声要比肝脏的回声低,同时图像的点比较弱但是非常的准确,而甲状腺结节患者在超声诊断中会出现类似结石一样非常强有力的回声或者高密度影像的钙质沉淀的情况,病灶的形象不规则,边界不清晰。在对甲状腺结节的患者进行检查时,如果发现病灶的形态不规整,同时还具有微小钙化的病灶,且病灶非常的毛躁,当这种情况出现时就是恶性结节的重要指标。所以检验人员需要对微小钙化的病灶充分的进行关注,仔细的对患者出现微小钙化病灶的情况,并进行排查。

临床上对甲状腺结节的患者主要通过影像学的方法来扫描甲状腺结节病变的部位。本次研究是采用二维超声和彩色多普勒超声对甲状腺结节的患者进行检查并且进行诊断,通过本次研究数据的诊断标准发现,彩色多普勒超声诊断正确率要高于二维超声的诊断正确率,但是二维超声诊断在检测患者良、恶性结节是否出现钙化以及结节回声的效果和图像等方面却优于彩色多普勒超声的诊断。特别是对于甲状腺恶性结节边界不清晰的方面上,二维超声的优势比彩色多普勒超声的优势更大,因为部分恶性结节的患者超声的表现都比较均匀,而彩色多普勒超声检查容易被这点所迷惑。但是彩色多普勒超声诊断对于钙化率和回声率方面又能够充分的发挥优势,所以在对甲状腺结节患者检查时,应该联合使用两种超声诊断的方法进行诊断,更能够提高诊断结果的准确率。

在对甲状腺结节的患者使用超声诊断的过程中,需要充分注意以下几方面:1. 有部分甲状腺结节的患者影像学是呈囊实性混合的,并且囊里表现出多房分隔的乳头状突起,在部分恶性病灶则中表现为弥漫性,所以在检查的过程中很容易出现漏诊的情况。2. 有部分甲状腺恶性结节的患者属于单发病灶的情况,但是这类患者在诊断过程中内部的回声比较均匀,同时边界非常的清晰,所以通常会将恶性结节单发病灶的患者误诊成良性的结节。所以在临床上对甲状腺良性结节和恶性结节诊断的过程中,需要通过二维超声联合彩色多普勒超声进行诊断,并全面进行分析,如果在诊断的过程中出现了实性结节或者是孤立性囊实性的结节,虽然超声图像中没有明确的表明,但是也不能够轻易的排除恶性肿瘤的几率,应该与彩色多普勒超声的诊断结果结合后,再对患者良、恶性做出判断。

在本次的研究中使用彩色多普勒超声对甲状腺结节的患者诊断的效果更佳,显著优于采用二维超声对甲状腺结节诊断的结果,并且两种诊断方法对比具有统计学意义($p<0.05$),同时使用彩色多普勒超声对甲状腺结

节的患者进行诊断以后特异度以及敏感度都优于二维超声的检查方法,对比具有统计学意义($p<0.05$),但是为了能够提高诊断的准确性,所以应该联合两种诊断方法一起进行诊断,弥补其中的不足,尽早做出有效的诊断,随后对患者进行有效的治疗。

综上所述,本文对甲状腺结节的患者使用彩色多普勒超声以及二维超声进行诊断,根据研究的结果发现彩色多普勒超声诊断的结果以及诊断后的特异度和敏感度都优于二维超声的诊断,但是为了能够提高对甲状腺结节的诊断准确率,为患者提供正确的治疗,所以在临床上可以两者联合对甲状腺结节的患者进行诊断来提高诊断的准确性,在临床上值得推广和使用。

参考文献:

- [1]胡大海.二维超声联合彩色多普勒超声在诊断甲状腺良恶性结节中的应用[J].医疗装备,2021,30(3): 9-10.
- [2]刘学梅,李伟.二维超声与彩色多普勒超声诊断甲状腺良恶性结节的临床应用价值[J].中国医学物理学杂志,2021,32(5): 755-757.
- [3]梁杏芬,赖胜坤,李春苑,等.二维超声联合“萤火虫”成像技术诊断甲状腺良恶性结节的价值[J].深圳中西医结合杂志,2021,27(13): 57-58.
- [4]陈晓琼.彩色多普勒超声鉴别甲状腺良恶性结节的价值分析[J].基层医学论坛,2021,20(18): 2532-2534.
- [5]朱荣峰.高频超声在甲状腺良恶性结节鉴别诊断中的临床价值[J].中国继续医学教育,2021,8(32): 61-63.
- [6]张梅玉,于雪君,范凤春,等.彩色多普勒超声评分法在甲状腺结节良恶性鉴别诊断中的应用价值[J].中国中西医结合影像学杂志,2021,13(2): 174-176.
- [7]于春英,胡东明.彩色多普勒超声及 CT 诊断甲状腺结节良恶性对比研究[J].实用医学影像杂志,2021,16(6): 540-541.
- [8]于小翠.彩色多普勒超声对甲状腺结节良性恶性的诊断价值[J].医疗装备,2021,29(18): 12-13.
- [9]房雪松.彩色多普勒超声诊断甲状腺结节性肿瘤临床观察[J].中国医疗器械信息,2021,23(20): 19-20.
- [10]韩广香,周春艳,郑辉.二维超声与彩色多普勒超声诊断甲状腺良恶性结节的临床应用价值[J].影像研究与医学应用,2021,2(12): 150-151.
- [11]顾俐敏.彩色多普勒超声在甲状腺良恶性结节鉴别诊断中的应用分析[J].临床医药文献电子杂志,2021,5(83): 151-152.
- [12]崔丽娜.二维超声与彩色多普勒超声用于诊断甲状腺良恶性结节的诊断价值研究[J].中国医疗器械信息,2021,24(12): 63-64.
- [13]杨相明.二维超声联合彩色多普勒超声在诊断甲状腺良恶性结节中的应用[J].临床医药文献电子杂志,2021,5(3): 135, 137.
- [14]壹红.二维超声和彩色多普勒超声诊断甲状腺良恶性结节的临床应用价值研究[J].影像研究与医学应用,2021,4(9): 185-186.
- [15]杨宝华,赵文玉.用二维超声检查与彩色多普勒超声检查诊断甲状腺结节的效果对比[J].当代医药论坛,2021,18(1): 181-182.
- [16]陈爱华.二维超声联合彩色多普勒超声鉴别甲状腺良恶性结节的价值探讨[J].基层医学论坛,2021,24(14): 2005-2006.
- [17]仪艳.分析彩色多普勒超声在甲状腺结节良恶性鉴别中的应用价值[J].中国医药指南,2021,18(12): 85-86.
- [18]孙金凤.二维超声联合彩色多普勒超声在诊断甲状腺良恶性结节中的应用效果观察[J].影像研究与医学应用,2021,3(21): 223-224.
- [19]王伟,金正吉,唐波,等.超声及超声弹性成像诊断甲状腺良恶性结节的价值[J].中华实用诊断与治疗杂志,2021,27(5): 467-469.

危机护理管理理论干预对高龄初产妇母乳喂养率的影响

党亚君¹ 郑蓓蓓² (通讯作者)

1、洛川县中医医院 陕西延安 727400; 2、洛川县百益社区卫生服务中心 陕西延安 727400

摘要: 目的: 探讨与分析危机护理管理理论干预对高龄初产妇母乳喂养率的影响。方法: 2019 年 2 月到 2022 年 1 月选择在本院进行建档分娩的 104 例高龄初产妇作为研究对象, 根据随机 1: 1 信封抽签原则分为危机护理组与常规护理组, 各 52 例。常规护理组给予常规护理干预, 危机护理组在常规护理组护理的基础上给予危机护理管理理论干预, 比较两组患者的护理效果。结果: 危机护理组产妇的母亲适应良好 32 例, 适应中等 15 例, 适应差 5 例; 常规护理组产妇分别为 10 例、12 例、30 例, 两组对比有显著差异($P<0.05$)。危机护理组与常规护理组的母乳喂养时间明显少于常规护理组($P<0.05$)。护理后危机护理组与常规护理组的自我护理能力评分都明显高于护理前($P<0.05$), 护理后危机护理组的自我护理能力评分也明显高于常规护理组($P<0.05$)。结论: 危机护理管理理论干预在高龄初产妇中的应用能缩短母乳喂养时间, 能帮助高龄初产妇较好地适应母亲角色, 提高其自我护理能力, 有很好的应用效果。

关键词: 危机护理管理理论干预; 高龄初产妇; 母乳喂养率; 母亲角色; 自我护理能力

母乳是新生儿生长发育最为需要的天然理想食品, 促进新生儿营养全面吸收, 也可快速建立母婴关系, 增强母婴的抗疾病能力^[1-2]。但由于部分产妇存在家族缺乳史、精神压力、乳腺疾病等情况, 使得产妇产后乳汁分泌量不足, 母乳喂养现状不容乐观^[3]。特别是由于各种因素的影响, 并且当前一些医院的母乳喂养宣教工作做得不够或流于形式, 使得产妇对实行母乳喂养的重要性认识不够^[4]。并且妊娠与分娩是妇女一生中的重要生活事件, 如何进行角色适应也是当前护理新热点^[5]。随着护理观念的转变, 危机化的护理方法得到了广泛重视, 其中危机护理管理理论是近年来护理学界涌现出的新型护理理念, 其是将相关危险因素与不稳定因素整合成一个系统化的体系, 从而确保患者能得到有效干预的整体化护理方法^[6-7]。本文具体探讨了危机护理管理理论干预对高龄初产妇母乳喂养率的影响, 以

促进危机护理管理理论干预的临床应用, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

2019 年 2 月到 2022 年 1 月选择在本院进行建档分娩的 104 例高龄初产妇作为研究对象, 纳入标准: 单胎足月分娩; 年龄 35-45 岁; 乳房发育正常, 无任何并发症; 具有初中及其以上文化程度; 新生儿健康; 产妇知情并同意本研究; 研究得到医院伦理委员会的批准。排除标准: 产妇合并先天性疾病; 新生儿合并先天性疾病; 合并高危传染性疾病者; 临床资料不全者。根据随机 1: 1 信封抽签原则分为危机护理组与常规护理组, 各 52 例, 两组分娩孕周、新生儿体重、产妇年龄、孕次、分娩方式等对比无明显差异($P>0.05$)。见表 1。

表 1: 两组基础资料对比

组别	例数(n)	孕周(周)	孕次(次)	年龄(岁)	分娩方式(自然分娩/剖宫产)	新生儿体重(g)
危机护理组	52	39.24±0.67	1.53±0.41	36.39±2.18	40/12	3634.93±406.01
常规护理组	52	39.10±0.87	1.51±0.40	36.11±2.09	42/10	3649.82±420.22
P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

1.2 护理方法

常规护理组: 给予常规护理干预, 主要为日常护理与健康宣教, 注重对产妇与新生儿集中进行预防接种、抚触护理等。

危机护理组: 在常规护理组护理的基础上给予危机护理管理理论干预, 具体措施如下: (1)成立危机护理小组: 组长由产科护士长担任, 成员包括 3 名专科护士、2 名护理部质控人员、2 名诊疗专家, 对他们进行培训, 增加医护人员对产妇与新生儿的护理能力。(2)举办科室专题讲座, 由诊疗专家以床旁教学、微信群视频、业务学习的形式对病区所有护士进行母乳喂养相关知识培训, 专科护士轮流分享母乳喂养健康教育的流程、细节, 护士长定期评价学习效果。危机护理小组设计了产科护理记录单, 将母乳喂养与母亲角色适应相关的内容编制成表格格式, 规范护理操作流程。(3)规范健康教育流程, 简历系统评估-做出教育诊断-制定教育计划-实施教育活动-评价教育效果等流程, 以提高产妇母乳喂养技能与适应母亲角色能力; 责任护士主动协助产妇寻求多方位支持, 通过与家属与社会关系沟通, 以提高家属与社会关系对产妇与新生儿的支持力度。

两组护理观察时间为 14d。

1.3 观察指标

(1)母乳喂养效果: 记录两组产妇的产后母乳喂养时间, 具体是指胎儿、胎盘娩出后至乳汁首次自乳房溢出的时间。(2)母亲角色适应评定: 采用母

亲角色适应调查问卷进行调查, 总分 16-80 分, 评分越高, 说明角色适应越好, ≤ 47 分为适应差; 48-63 分为适应中等; 64-80 分为适应良好。(3)自我护理能力: 所有产妇在护理前后根据 Orem 自我护理理论自行设计调查问卷, 包括母乳喂养意愿、哺乳技能、乳房护理能力等多个维度, 总评分 0-100 分, 分值越高, 产妇自护能力越高。

1.4 统计学方法

选择 SPSS 22.00 软件进行分析, 产后母乳喂养时间等计量资料以均数±标准差表示, 母亲适应情况等计数资料用%表示, 计量数据与计数数据的对比采 t 检验、卡方 χ^2 分析, $P<0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 适应能力对比

危机护理组产妇的母亲适应良好 32 例, 适应中等 15 例, 适应差 5 例; 常规护理组产妇分别为 10 例、12 例、30 例, 两组对比有显著差异($P<0.05$)。见表 2。

表 2: 两组产妇护理后母亲角色适应情况对比(n)

组别	例数(n)	适应良好	适应中等	适应差
危机护理组	52	32(60.4%)	15(28.8%)	5(9.6%)
常规护理组	52	10(19.2%)	12(23.1%)	30(57.7%)

P <0.05

2.2 母乳喂养效果对比

危机护理组与常规护理组的母乳喂养时间明显少于常规护理组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

表3: 两组产后母乳喂养时间对比(min, 均数±标准差)

组别	例数(n)	母乳喂养时间
危机护理组	52	15.49±1.33
常规护理组	52	32.87±2.81
P		<0.05

2.3 自我护理能力变化对比

护理后危机护理组与常规护理组的自我护理能力评分都明显高于护理前,差异有统计学意义($P<0.05$),护理后危机护理组的自我护理能力评分也明显高于常规护理组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

表3: 两组护理前后自我护理能力对比(分, 均数±标准差)

组别	例数(n)	护理前	护理后	P
危机护理组	52	45.22±3.83	76.24±6.92	<0.05
常规护理组	52	45.99±4.12	64.29±5.17	<0.05
P		>0.05	<0.05	

3 讨论

母乳中富含新生儿健康成长所需的各种营养成分,其是新生儿最为常见的天然食品,也具有方便、新鲜、清洁、温度适宜等特点^[8]。并且新生儿娩出后,其机体内部的循环、内分泌、神经等器官与组织发育皆未成熟,对于母乳喂养的要求更高。母乳喂养效果不好不仅会影响新生儿的生长,还会影响到新生儿的远期发育^[9]。

近年来,危机护理理念被广泛的应用于各临床科室产妇的诊治中,其最终目的在于让临床产妇享受到最优化的医疗护理服务,其集合中的每个危险因素都经过了单独的随机对照试验论证或系统评价论证,能提高科内团体协作与交流^[10-11]。危机护理管理理论干预在具体应用中,通过一对一知识宣教强化了产妇对各项新生儿护理技能的掌握,也加深了产妇对母乳喂养知识的理解和掌握,提高了产妇对围生期健康知识的认知程度^[12]。本研究显示危机护理组与常规护理组的母乳喂养时间明显少于常规护理组($P<0.05$),表明危机护理管理理论干预在高龄初产妇的应用能缩短母乳喂养时间。

传统护理模式比较单一,将严重影响到母婴双方的身心健康,可影响初产妇产褥期母亲角色的适应^[13]。而危机护理通过针对性护理,有利于产妇掌握更多的健康知识,激发了产妇的潜能,使其更好、更快地进入母亲的角色^[14-15]。危机护理也有利于产妇能够减少焦虑等负面情绪,提高治疗信心和护理依从性^[16]。本研究显示危机护理组产妇的母亲适应良好32例,适应中等15例,适应差5例;常规护理组产妇分别为10例、12例、30例,两组对比有显著差异($P<0.05$),提示危机护理管理理论干预在高龄初产妇的应用能较好地帮助其适应母亲角色。

危机护理理念的形成是将循证文化引入护理管理并为产妇普遍存在的某种疾病创造最佳的实践指南,可增加产妇应获护理的可能性,也能确保循证实践以一种持续不变的模式,从而提高整体护理质量^[17-18]。并且其可将医疗质量管理的理念融于其中,将分散的护理方法归纳、系统化,使护理方法更加体现各单位的个体化^[19-20]。本研究显示护理后危机护理组与常规护理组的自我护理能力评分都明显高于护理前($P<0.05$),护理后危机护理组的自我护理能力评分也明显高于常规护理组($P<0.05$),也表明危机护理管理理论干预在高龄初产妇的应用能提高自我护理能力。本研究由于人力资源的限制,调查人数过少,且没有对高龄初产妇的母乳喂养意愿进

行调查,将在后续研究中探讨。

总而言之,危机护理管理理论干预在高龄初产妇的应用能缩短母乳喂养时间,能帮助高龄初产妇较好地适应母亲角色,提高其自我护理能力,有很好的应用效果。

参考文献:

- [1]杨嘉丽,韩田凤,李青松,等.性格特质导引式膳食管理联合个体化乳房管理在剖宫产产妇中的应用研究[J].临床护理杂志,2022,21(1): 18-21.
- [2]李燕群,尹月娥,方肖琼,等.基于时机理论强化初产妇配偶参与母乳喂养支持的临床观察[J].中国民间疗法,2022,30(1): 102-104,118.
- [3]Wang Y, Zhao T, Zhang Y, et al.Positive Effects of Kangaroo Mother Care on Long-Term Breastfeeding Rates, Growth, and Neurodevelopment in Preterm Infants[J].Breastfeed Med,2021,16(4): 282-291.
- [4]Flacking R, Tandberg BS, Niela-Vilén H, et al.Positive breastfeeding experiences and facilitators in mothers of preterm and low birthweight infants: a meta-ethnographic review[J].Int Breastfeed J,2021,16(1): 88-91.
- [5]唐玉玲,杨洁,金依华.母乳喂养对比配方奶喂养对足月新生儿组织血氧饱和度、血红蛋白浓度指数及肠道菌群的影响[J].临床与病理杂志,2022,42(1): 81-87.
- [6]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.
- [7]林倩清,林静兰,何东梅.母乳喂养质量持续改进联合袋鼠式护理在极低出生体重儿中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28(6): 39-42.
- [8]马小民,孟娟.互动式健康宣教对自然分娩高龄初产妇产后纯母乳喂养率的影响[J].内蒙古医学杂志,2022,54(3): 357-358.
- [9]杨静,虞娴婷,周宁波,等.延伸式纯母乳喂养护理干预对心理状态的影响[J].母婴世界,2022,11(4): 142-143.
- [10]王雯,张玲,曾静,等.贵州省0~6月龄婴儿纯母乳喂养影响因素分析[J].现代预防医学,2022,49(8): 1401-1407.
- [11]律苗苗,张英平,沈连华.耳穴压丸联合乳房穴位按摩对初产妇剖宫术后泌乳和康复的影响[J].西部中医药,2022,35(2): 108-111.
- [12]黄伟妍,李文君,夏斌.基于IMB理念的产前心理弹性支持及护理对高龄初产妇自然分娩率及母乳喂养率的影响[J].海南医学,2022,33(9): 1222-1224.
- [13]陈蔼兰,陈倩.初产妇产后应用母婴床旁护理对其母乳喂养成功率及初次泌乳时间的影响观察[J].母婴世界,2022,14(3): 127-128.
- [14]李懿,杨茜,蔡果,等.高智能婴儿互动照料模拟人在母婴分离产妇健康管理中的应用[J].护理学报,2022,29(1): 64-68.
- [15]王丹,蔡焱.知信行护理模式在剖宫产初产妇母乳喂养中的应用价值[J].临床医学研究与实践,2022,7(6): 183-185.
- [16]程丽华,祝琴,吕春莲,等."互联网+健康"护理服务对自然分娩初产妇自我保健能力的影响[J].全科护理,2022,20(12): 1681-1684.D
- [17]李丹妮,侯荣,王妙华.全程护理干预对乳头缺陷产妇母乳喂养的影响研究[J].贵州医药,2022,46(2): 325-326.
- [18]童霞,沈金容.基于行为分阶段转变理论的护理干预在产妇产后母乳喂养中的效果观察[J].母婴世界,2022,24(8): 127-128.
- [19]魏润泽,闫冬.共同参与护理模式在母婴护理中的应用效果[J].保健文汇,2022,23(12): 43-45.
- [20]李春静,任雅坤,文静茹,等.哺乳期化脓性乳腺炎伴乳漏病人患乳退奶治愈及健乳维持母乳喂养1例[J].全科护理,2022,20(2): 287-288.

风险评估联合 PDCA 在医院感染管理改善中的应用效果探讨

范晓玲¹ 张晓霞²

1、西安城北医院 陕西西安 710016; 2、西安交通大学第一附属医院 陕西西安 710061

摘要:目的:探究风险评估联合 PDCA 在医院感染管理改善中的应用效果探讨的效果。方法:将 2020 年 2 月至 2022 年 2 月入选的 96 例患者作为此次研究对象,并根据随机法分为对照组和观察组,各 48 例。对照组采用常规管理方式,观察组采用风险评估联合 PDCA 管理。比较两组患者感染发生率、护理满意度、医护人员护理水平。结果:观察组患者胃肠道感染、呼吸道感染、肺炎感染均低于对照组,总感染发生率(2.08%, 1/48)低于对照组(14.58%, 7/48), $P<0.05$,有统计学意义。观察组患者对技术操作、基础护理、安全管理、服务质量的满意度评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组医护人员护理水平知识掌握、防护情况、风险应对评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:在医院感染管理中采用风险评估联合 PDCA 管理可以降低感染发生率,提高护理满意度和医护人员服务质量,值得推广。

关键词: 风险评估; PDCA; 医院感染管理

院内感染是指患者在住院期间出现感染,当患者出现感染后,不仅会影响患者本身病情的治疗,还会给患者经济和心理增加负担,严重情况下,甚至危及到患者生命安全。导致出现感染的原因主要是消毒工作不到位,或者医护人员没有按照严格的制度和管理方法落实相关的工作,在操作中没有坚持无菌操作原则,加上医院监督不力,护理人员防范意识不强等^[1-2]。近些年医院感染率发生率普遍较高,这在一定程度上影响了患者治疗。因此,医院需要加强的医院感染发生情况管理,采用有效管理方法,为患者提供舒适安全的就医环境,制定相应的感染预防制度,利用医院资源实现最大效果的感染控制,降低各种感染风险^[3]。风险评估在医院感染领域近些年得到广泛应用,通过风险管理方法可以明确高风险因素等,并以此为护理切入点,采取相应的措施进行护理。PDCA 管理方法又称为质量循环管理法,通过计划、执行、检查、和处理等流程,完善医院管理制度,降低医院内感染风险^[4]。本研究对 96 例患者采用风险评估联合 PDCA 管理法进行干预,现报道如下。

1. 资料与方法

1.1 临床资料

将 2020 年 2 月至 2022 年 2 月入选的 96 例患者作为此次研究对象,并根据随机法分为对照组和观察组,各 48 例。对照组男 25 例,女 23 例。年龄 23-67 岁,平均年龄(41.25±1.63)岁。观察组男 26 例,女 22 例。年龄 24-68 岁,平均年龄(42.63±1.85)岁。两组患者一般资料比较得 $P>0.05$,无统计学意义。

1.2 方法

对照组采用常规护理方法,由科室主任、医生、护士等人员制定相应的护理流程,并由护理人员严格按照工作流程执行。

观察组采用风险评估和 PDCA 联合管理方法,具体:(1)风险评估方法。风险评估方法包括风险确定、风险识别、风险分析等。在进行风险识别时,要采用风险识别表评估风险因素和风险发生概率。在管理过程中,严格按照风险管理制度和流程对院内感染情况、感染风险进行分析,并结合专家意见重视风险指标及范围重要性、影响力、赋予相应的权重系数,构建风险矩阵,判定风险值,并根据风险值,将风险划分等级分为低风险、中风险、高风险。评估人员由感染管理专职人员、监控医生、护士组成。根据医院感染高危环节风险评估表中的风险指标进行评估,从风险发生的可能性,发生后的严重程度,以及管理体系完整性进行评估和分级。完成评估后,应制定相应的干预措施,依据卫生行业标准、医院感染管理新规范指南等文件,结合实际情况和科室特点,制定感染管理制度。并由专职感染小组组长组织起草感染质量控制制度,结合工作改进意见进行调整。由两名专职感染控制督导员进行督导和检查,对高风险因素采用鱼骨图查找原因,并拟定活动计划时间表,设定改进目标,依据风险评估值,制定

相应的护理管理措施。

(2) PDCA 循环管理法。① 计划。首先,护理人员需要收集医院近些年感染发生情况,并分析工作漏洞以及造成感染发生的原因,总结高发原因,并制定相应的控制目标。同时,要完善和监督工作计划的实施,制定相应的操作流程,规范工作人员的行为,保证每个环节都能够准确实施,按照规范落实。② 实施。在进行实施前需要对护理人员进行相关知识培训,了解感染知识基础,并掌握 PDCA 管理理念,正确使用各种器械,具备相应的操作技能。同时,要加强对护理人员医院感染风险的重视程度,增强防范意识。引导小组成员定期进行交流,寻找工作中存在的问题,并查找资料给出解决方案。为了更好的控制院内感染发生情况,医院需要每天进行消毒通风,使用消毒合格的医疗器械,同时要指导患者注意个人卫生,加强健康宣教。③ 检查。依据考核标准,定期对护理人员进行检查和控制,并汇报感染管理中存在的问题,落实感染控制制度,检查物体表面消毒情况,分析抗菌素的使用情况,并提出相应的改进措施。④ 处理。医护人员需要将所取得的管理效果与管理目标进行对比,分析总结管理工作中存在的问题,并不断优化管理方案,循环往复提高管理质量。在进行管理中,要注意各科室人员相互交流,增强科室凝聚力,制定相应的奖惩制度,以激发工作人员的积极性,提高护理质量。

1.3 观察指标

比较两组患者感染发生率、护理满意度、医护人员护理水平。观察和记录两组患者感染发生情况。在干预结束时,对所有医护人员护理知识掌握情况和防护情况以及风险应对能力进行评估,根据医院感染诊断标准知识量表进行评分,其知识掌握程度为 10 项,总分 10 分,答对一题为 1 分,得分者越得分越高,表明掌握程度越好。采用医院自制护理满意度评分量表,让患者对护理满意度进行评分,分数越高,表明护理质量越好。

1.4 统计学方法

用 SPSS 21.0 统计分析,计量资料 t 检验;计数资料 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示有统计学意义。

2. 结果

2.1 比较两组患者感染发生率

观察组患者胃肠道感染、呼吸道感染、肺炎感染均低于对照组,总感染发生率(2.08%, 1/48)低于对照组(14.58%, 7/48), $P<0.05$,有统计学意义。见表 1。

表 1 比较两组患者感染发生率(n, %)

组数	例数	胃肠道感染	呼吸道感染	肺炎感染	合计
观察组	48	1	0	0	1 (2.08)
对照组	48	3	3	1	7 (14.58)

χ^2	4.909
P	<0.05

2.2 比较两组患者护理满意度

观察组患者对技术操作、基础护理、安全管理、服务质量的满意度评分均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$) 见表 2。

表 2 比较两组患者护理满意度($\bar{x} \pm s$, 分)

组数	例数	技术操作	基础护理	安全管理	服务质量
观察组	48	23.56±1.85	23.16±1.74	22.02±1.96	24.01±1.63
对照组	48	16.85±1.25	17.02±1.63	17.85±1.69	18.96±1.25
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 比较两组医护人员护理水平

观察组医护人员护理水平知识掌握、防护情况、风险应对评分均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$) 见表 3。

表 3 比较两组医护人员护理水平($\bar{x} \pm s$, 分)

组数	例数	知识掌握	防护情况	风险应对
观察组	48	8.45±0.79	3.62±0.51	5.26±0.74
对照组	48	5.16±0.85	2.62±0.17	3.68±0.85
P		<0.05	<0.05	<0.05

3. 讨论

医院管理工作中需要加强对院内感染的管理措施, 尤其是对于住院部门, 患者生活不能自理、免疫能力下降等均会增加医院感染发生率, 如果没有采取有效的管控措施, 就会影响到患者疾病治疗。常规管理方法主要是引导患者注意个人卫生, 减少与感染患者的接触, 但是这种管理方法所取得的效果并不理想, 无法有效降低医院感染发生率^[5]。而随着近些年医疗水平的不断提高, 人们对医疗要求也越来越高。医院感染传播源主要包括空气传播、接触传播、飞沫传播等, 如果不能有效进行控制, 会影响患者治疗效果, 有损医院外在形象^[6]。因此, 在实际工作中, 医院需要改变传统管理方法, 寻求有效的管理措施, 降低医院感染风险, 保证患者安全。风险评估是指医院与科室人员对院内感染风险进行综合预判、评价分析, 并采取相应的管理制度降低风险发生率。有研究表明, 通过采用风险评估方法可以有效降低医院感染发生率。在进行风险评估时, 医院需要开展感染控制综合干预管理制度, 以提高风险管理质量。目前, 我国关于风险评估和感染管理主要集中在特定病房和高危因素的研究, 对于全院感染风险评估缺少系统制度和办法, 这也在一定程度上影响了风险管理效果^[7]。PDCA 循环管理法是从计划、实行、检查、改进等多方面进行管理。通过循环管理方法不断分析问题, 解决问题, 提高风险管理效果。在进行风险评价时, 需从多方面进行分析, 并根据风险值将科室划分为低风险、中风险、高风险, 对于中风险, 高风险科室需要加强风险管理。由于这类患者病情危重, 免疫能力差受到多种疾病因素的影响, 很容易出现感染的情况。因此护理人员需从多方面入手, 制定相应的管理制度, 加大风险感染防控管理, 高度关注风险控制情况, 并查找风险控制漏洞, 采取相应的措施进行管理^[8]。通过开展风险评估联合 PDCA 循环管理法, 从风险环节、影响因素等多个方面进行综合评估, 并根据实际情况制定完善的组织体系、规章制度, 使全体人员都能够掌握相关知识和基础, 加强防控制度的落实。同时, 医院也需要成立相应的监督管理小组, 以保证各项制度能够落实^[9]。研究表明, 通过结合院内感染相关指标和科室调查, 剖析风险级别、风险原因, 对其进行综合评估, 可以有效控制风险因素。通过不断完善风险管理体系流程和制度, 使工作人员能够提高风险意识, 强化用手卫生意识和各种器械的操作意识, 以降低感染发生率。风险评估的目的是找

到感染预防和控制工作中的薄弱环节, 并制定科学管理工作计划和干预措施。通过采用风险评估联合 PDCA 循环法进行管理, 明确风险管理重点内容, 并集中资源达到最大化管理效果。

本研究对 96 例患者进行分析, 结果显示观察组患者胃肠道感染、呼吸道感染、肺炎感染均低于对照组, 总感染发生情况低于对照组, $P<0.05$, 有统计学意义。观察组患者对技术操作、基础护理、安全管理、服务质量的满意度评分均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。观察组医护人员护理水平知识掌握、防护情况、风险应对评分均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。由此可见, 在医院感染管理中, 采用风险评估联合 PDCA 管理法, 可以有效降低医院感染发生情况, 提高护理人员护理水平, 让患者享受到更高质量的护理服务, 从而保证患者生命安全。其主要原因在于 PDCA 管理中通过评估风险管理中存在的问题, 完善风险管理指标, 并进行持续改进, 从而降低风险管理漏洞, 控制感染源。在具体工作中, 护理人员在收集医院近些年感染发生情况下, 分析工作漏洞以及造成感染发生的原因, 总结高发原因, 并制定相应的控制目标, 保证每个环节都能够准确实施。在进行实施前需要加强对护理人员相关培训, 了解感染知识基础, 并掌握 PDCA 管理理念, 正确使用各种器械, 具备相应的操作技能。引导小组成员定期进行交流, 寻找工作中存在的问题, 并查找资料给出解决方案, 加强健康宣教。依据考核标准, 定期对护理人员进行检查和控制, 并汇报感染管理中存在的问题, 并提出相应的改进措施。将所取得的管理效果与管理目标进行对比, 分析总结管理工作中存在的问题, 并不断优化管理方案, 循环往复提高管理质量。而在风险评估中, 通过对各科室风险情况进行调查评估, 并制定相应的管理制度, 重视用手卫生和个人防护, 对风险系数高的科室重新进行位置布局, 防止物品交叉感染, 同时定期对高风险科室进行抽查, 输液室要保证空气流通、环境干净卫生, 对住院病房要及时更换床单, 加强空气消毒。通过采用风险评估法对医院感染管理中的薄弱环节进行评估, 并明确医院感染高风险部门制定宏观防控目标, 通过开展风险评估方法发现, 找出各种感染隐患, 并采取个性化的防护措施, 降低感染风险。同时加强对护理人员的培训和教育, 制定相应的激励制度, 提高护理人员的工作积极性, 使各种防控措施得以落实, 达到事前预防的目的。

综上所述, 在医院感染管理中采用风险评估联合 PDCA 管理可以降低感染发生率, 提高护理满意度和医护人员服务质量, 值得推广。

参考文献:

- [1] 宁婧. 医院感染控制中应用 PDCA 循环管理的效果研究[J]. 甘肃科技, 2022, 38(4): 52-54.
- [2] 刘宝梅. PDCA 循环管理在医院感染患者中的应用效果及对管理质量的影响[J]. 中华养生保健, 2022, 40(4): 68-70.
- [3] 张冬红, 周新英, 陈新媚. PDCA 循环管理模式对医院感染控制情况的影响[J]. 基层医学论坛, 2021, 25(24): 3530-3531.
- [4] 高桂莹. PDCA 循环在控制医院感染管理质量中的价值研究[J]. 当代临床医刊, 2021, 34(3): 107-108.
- [5] 叶海珍, 骆小丽. PDCA 循环在医院感染管理过程中的应用分析[J]. 智慧健康, 2021, 7(14): 149-151.
- [6] 陈美利, 景照峰, 黄合田, 等. 风险评估联合 PDCA 改善医院感染管理效果研究[J]. 中国感染控制杂志, 2022, 21(5): 462-468.
- [7] 陈幼华, 罗晋卿, 关燕琼, 等. 医院感染风险评估对医院感染管理的成效探讨[J]. 贵州医药, 2021, 45(12): 1983-1985.
- [8] 吴珺. 基于风险评估的防控管理对医院感染控制质量的影响[J]. 国际护理医学, 2020, 2(3): 85-85+93.
- [9] 张慧慧, 白鹏. 在医院感染防控管理中加强风险评估对提高感染控制质量的效果[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6(34): 179-181.

团队管理模式应用于急诊护理管理效果分析

郭艳梅 杨红霞

宁夏银川市灵武市人民医院 宁夏灵武市 750400

摘要：目的：探讨团队管理模式应用于急诊护理管理效果。方法：采集本院 2020 年 8 月至 2022 年 4 月期间接收的 24 例急诊科护理人员，运用团队管理模式，分析管理前后急诊室护理质量、患者护理满意度、患者治疗依从性。结果：在护理人员业务水平、心理干预、健康教育、护理态度等各项护理工作质量评分指标上，管理后各项明显少于管理前，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在患者治疗依从性上，管理后 94.51%，管理前 74.73%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在患者护理满意度上，管理后 95.60%，管理前 80.22%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。结论：团队管理模式应用于急诊护理管理中，能有助于提升综合护理质量，有效提升患者治疗依从性，提升患者护理满意度。

关键词：团队管理模式；急诊护理管理；效果

对于急诊护理管理工作而言，做好一个护理团队管理的优化尤为重要。团队管理工作的目标主要集中在提升工作质量与效率，能实际地解决问题，达到工作管理的实际目的。本文采集 194 例急诊科患者，分析运用团队管理模式后患者生活质量、恢复速度、疼痛程度、护理满意度、治疗依从性情况，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院 2020 年 8 月至 2022 年 4 月期间接收的 24 例急诊科护理人员，其中男 3 人，女 21 例；年龄从 24 岁至 43 岁，平均 (30.87±5.61) 岁；学历状况上，大专为 16 人，本科为 8 人；职称情况上，护士 13 人，护师为 8 人，主管护师为 3 人。

1.2 方法

运用团队管理模式，具体内容如下：

构建对应团队管理小组，保证工作开展有对应的人员支持，做好科室患者与实际状况的了解，因地制宜与因人制宜地做好对应的管理制度设计、人员组织安排、资源优化配置等。一般情况下，要围绕人性化护理理念为中心^[1]。男性患者可以提供男性护理人员，女性患者可以提供女性护理人员，由此来保证患者隐私与心理舒适度，提升整个工作开展的顺畅性。护理人员需要在生理护理的层面上，还需要关照患者的认知建设以及心理疏导工作。保证足够的关心以及鼓励，调动患者以及家属对有关工作的配合度。构建舒适的整体环境，同时也由此来提升护理人员自身的工作积极性以及信心。

要做好护理人员的教育指导工作，一方面要提升其应对工作的综合素养，另一方面也要定期为护理人员疏解压力^[2]。具体疏解压力的方式可以依据个体需求而定，例如假期、娱乐活动，工作调整、薪资福利提升等各方面。要充分与护理人员做沟通互动了解，采取针对性的处理应对，保证其整个身心压力疏解的有效性。同时提供多样化的专业提升渠道，让其专业水准得到稳步提升，减少工作不适应以及工作应对不足而导致的矛盾纠纷，以及内心负面情绪、身体负担等。让护理人员意识到提升自身综合能力之后，应对工作的轻松程度就会更高。整体的状态更佳，对自身个人前途发展也有更好的支持，调动其积极提升自身的意识。

在整个工作素养的培养上，除了常规的护理知识，也需要积极展开社会学、心理学沟通技巧，法律常识、观察判断表达能力等各方面的指导，由此来达到其对工作应对的有效性^[3]。要充分意识到急诊护理工作中所面对的是多种多样的人以及多种多样的病情状况，并不是流水线统一模板的处理应对状况。因此，护理人员自身的综合素养以及灵活应对能力非常重要。不仅关系到患者的生命安全，同时也关系着护理人员自身以及科室医院的发展，提升其对有关工作的重视度。要明确各岗位工作人员的岗位职责以及工作目标，设定对应的工作流程、工作标准以及工作制度，提升其有效参照的意识^[4]。

在落实过程中，护理人员需要细致全面对整个工作开展更为清晰的认

识，积极鼓励患者做有效沟通，表达自身的想法，为有关工作的开展提供积极的努力建设。当其存在表达不便捷时，可以通过各种绿色通道来反馈意见，或者通过单独的意见沟通等多种形式处理。保持沟通互动的形式多样性，满足不同工作人员的实际诉求。同时也帮助护理管理人员对实际工作有更清晰的认识，避免闭门造车而导致护理管理工作停滞不前。要对实际工作有更为发展的眼光，能够挖掘团队内工作人员的潜能以及优势，积极鼓励其发挥自身的长处，提升对工作的积极性^[5]。

实际的护理人员管理中也需要做好分层管理工作，依据不同工作能力、年限、需求做对应的划分，由此来保证不同人员自身价值的充分发挥，达到人力资源的优化配置，带动整体团队工作效率的提升。要为每个护士提供其可以锻炼的机会，同时也展开积极的护理团队考核评比。对于成绩优秀者，需要做好对应的激励管理工作。激励的措施也需要多样化，除了常规的薪资福利，也可以包括荣誉表彰、假期、晋升机会、进修机会。具体依据个体需求而定，做好沟通再实行对应的激励措施，才能达到资源利用的最大化^[6]。同时对于优秀工作人员也需要提供更好的保护机制，避免团队中不和谐氛围对优秀人才构成的心理压力。因此，在有关激励措施以及日常工作安排管理上，需要与工作人员展开有效的沟通。了解优秀人才的诉求以及想法，做好对应的思想工作，避免团队内部恶性竞争导致不良后果问题。要建立积极和谐的团队竞争氛围，避免矛盾扩大化而导致的一系列不良问题。要加强整个团队管理意识，让护理人员充分地意识到科室内部的护理问题升级扩大化，将会给整个团队带来一定的负面影响，甚至关系到整个团队内部每个人员的日后职业走向。因此，在工作开展上需要发挥团队相互支撑的价值，要充分意识到每一个工作人员并不是全知全能，也不可能应对所有的问题，每一项工作的开展需要他人的支持以及辅助^[7]。在团队内部的互动沟通中，需要对每个岗位、每个人表示足够的尊重以及认可，避免个人态度不佳以及不良配合问题导致人际关系紧张。护理人员的整个工作氛围需要管理人员做有效的调度调整，避免团队恶性竞争气氛而导致工作开展进度质量下滑，效率下降。要构建积极的内部互动沟通协调氛围，护理管理人员也需要进行定期的学习，掌握更新的管理方法、管理技术，利用时代各方面的科技发展来优化实际管理工作中的效果。例如，在沟通过程中，可以通过互联网平台与线下平台结合，互联网平台可以沟通常规性的内容，线下可以沟通相对私密性以及重要性内容，要分清不同沟通形式的运用场景以及价值^[8]。

1.3 评估观察

分析不同护理操作后急诊室护理质量、患者护理满意度、患者治疗依从性。护理质量主要评估指标包括护理人员业务水平、心理干预、健康教育、护理态度等。患者护理满意度包括很满意率和基本满意率之和。患者治疗依从性包括完全依从率与部分依从率之和。

1.4 统计学分析

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

2 结果

2.1 管理前后护理工作质量评分情况

见表 1, 在护理人员业务水平、心理干预、健康教育、护理态度等各项护理工作质量评分指标上, 管理后各项明显少于管理前, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 1: 管理前后护理工作质量评分结果 ($\bar{x}\pm s$, 分)

时间	业务水平	心理干预	健康教育	护理态度
管理前	7.18±1.34	7.43±0.87	7.02±1.15	7.25±1.98
管理后	9.23±0.67	9.35±0.73	9.47±0.34	9.39±0.57

注: 两组对比, $P<0.05$

2.2 患者治疗依从性情况

见表 2 所示, 在患者治疗依从性上, 管理后 94.51%, 管理前 74.73%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 2: 患者治疗依从性评估结果[n(%)]

分组	n	完全依从	部分依从	不依从	治疗依从率
管理后	91	62(68.13)	24(26.37)	5(5.49)	94.51%
管理前	91	37(40.66)	31(34.07)	23(25.27)	74.73%

注: 两组对比, $P<0.05$

2.3 患者护理满意度情况

见表 3 所示, 在患者护理满意度上, 管理后 95.60%, 管理前 80.22%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。

表 3: 患者护理满意度评估结果[n(%)]

分组	n	很满意	基本满意	不满意	护理总满意度
管理后	91	64(70.33)	23(25.27)	4(4.40)	95.60%
管理前	91	41(45.05)	32(35.16)	18(19.78)	80.22%

注: 两组对比, $P<0.05$

3 讨论

本研究中, 在护理人员业务水平、心理干预、健康教育、护理态度等各项护理工作质量评分指标上, 管理后各项明显少于管理前, 对比有统计学意义 ($p<0.05$); 在患者治疗依从性上, 管理后 94.51%, 管理前 74.73%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$); 在患者护理满意度上, 管理后%, 管理前%, 对比有统计学意义 ($p<0.05$)。从有关评估指标可以发现, 观察组运用团队管理模式, 可以提升整个团队的护理工作执行力与综合素养, 提升患者整体的治疗依从性与护理满意度, 整体工作开展的积极性更高。

护理团队管理工作中, 作为护士管理人员要明确自身的角色定位, 其属于医院有关管理工作环节质控重要参与者。需要做好基础层面的人员管理, 完成有关上传下达以及下情上传的基本工作。要做好上级领导关系处理, 也要做好护士团队的工作管理, 发挥着上下的桥梁纽带作用。在团队管理中要做好团队人员的榜样, 这样才能引领整个团队保持更为正向积极的氛围。作为护理管理人员, 如果自身在综合素养上不能得到整个团队的认可, 在一定程度上也容易导致管理局面的混乱。因此, 作为护士长等有关护理团队的管理人员, 需要做到以身作则, 同时要充分地意识到除了常规的护理技术层面的专业水准之外, 也需要懂得人员管理艺术。护理管理工作与护理执行等操作有较大的不同, 需要做好人力资源的优化配置, 懂得安抚团队内人员的不良情绪, 激励每个工作人员不断提升以及积极开展本职工作。因此, 在掌握护理专业工作基础之上, 能够对自己能力也有基本的同理心、换位思考能力, 同时能够有能力来引导护理人员走出自身岗位工作的负面情绪以及困局, 能够提供更为有利的职业发展建议。甚至包括做好团队内部工作, 人员个人生活的开解以及支持工作, 让护理团队人员能够更专注地做好本职工作。要充分地意识到护理团队工作人员虽然完成好本职工作是其岗位职责, 但也要充分地意识到完成岗位工作也会受到其个人情绪、周围环境, 包括其家庭环境的影响。新时代的护理管理工作

要充分了解有关影响因素, 尽可能地通过多样化的资源以及方法来解决护理团队人员自身工作所受到的影响刺激, 让其减轻生活压力, 提升工作效率以及工作质量。因此, 护理管理工作不仅仅要懂得专业的护理知识, 同时也需要进行管理学、新时代科学技术、法律常识、沟通技巧、观察判断、心理学, 甚至各种社会常识性能力, 这样才能处理应对多样化的实际情况所需。不仅要意识到护理管理涉及专业的护理工作, 同时也涉及大量的社会常识。因为所面对的患者群体情况多种多样, 他们不同的社会角色, 不同的性格、喜好, 不同的生存环境背景, 都决定了在处理应对上需要护理团队有更强的个人素养。这样才能尽可能地控制护理工作不良问题控制在最小范围, 减少护理投诉、护理纠纷以及不可逆的护理损伤问题发生率, 虽然问题不能杜绝, 但是可以更好地控制。

护理管理工作要积极地通过团队管理模式来构建一个优秀的护理团队状态, 要积极地做好管理观念的转变, 要多鼓励、包容护理人员, 少批评、多体谅。尤其是在后疫情时代, 护理人员本身存在着较大的工作压力, 在管理制度方面也需要结合人性化的基本操作原则。要通过更强的积极正向氛围来引导护理人员, 身体力行地去领导整个护理团队向正向的方向发展。充分地尊重护理人员的劳动成果, 无论是对待护理人员还是患者, 都需要保持以人为本。要多采用多样化的激励措施来引导护理人员提升其工作的积极性。

要做好质量管理工作, 要以护理质量为优先, 保证有关工作落实到位。对于管理制度本身存在的问题需要积极的反馈, 以及集合群体的智慧去解决问题, 而不能盲目地遵从制度的一成不变。要充分地意识到制度本身需要做好实际性的灵活调整, 匹配科室实际情况以及具体人员状态, 避免笼统一刀切地照搬他人经验。要充分地意识到环境不同, 同样的制度所产生的实际效果也有差异。因此, 要做好有关管理工作, 积极了解实际情况, 做好因地制宜的合理改良。要充分意识到新时代人们对医疗工作的要求不断提升, 护理工作的对象不仅是患者, 还包括其家属。因此, 在有关工作中也需要充分地调动患者与家属有关教育指导、心理安抚工作, 提升其整体的治疗依从性, 避免负面情绪对整个工作构成的影响。要积极地倡导护理团队, 构建起多元化的知识结构以及前瞻性的思维特点。通过更为深厚的理论知识以及成熟的操作技术、积极平稳的心态来应对整个工作所需, 提升患者以及家属对护理工作人员的认可度, 优化整个工作的操作水准。

总而言之, 团队管理模式应用于急诊护理管理中, 可以有效地提升其治疗依从性, 优化其生活质量, 加快其治疗恢复速度, 减少患者疼痛程度, 提升患者护理满意度。

参考文献:

- [1] 易婷, 向瑶. 分析团队管理模式在急诊护理管理中的应用效果[J]. 中国卫生产业, 2022, 19(2): 29-32.
- [2] 邓婷艳, 陈小娟, 梁望飞. 结构化护理团队模式在急诊护理管理中的应用效果分析[J]. 中国卫生产业, 2020, 17(14): 52-54.
- [3] 王春婷, 付佩. 团队管理模式在儿科急诊护理管理中的应用效果观察[J]. 养生保健指南, 2020(16): 282-283.
- [4] 程春梅, 申静. 团队管理模式在急诊护理管理中的应用效果[J]. 饮食保健, 2020, 7(13): 171-172.
- [5] 关虹, 薛宏奎, 罗倩, 等. 探讨团队管理模式在急诊护理管理中的应用效果[J]. 中国卫生产业, 2020, 17(23): 109-111.
- [6] 周燕. 分析结构化护理团队模式应用在急诊护理管理中的意义[J]. 健康大视野, 2021(19): 24-25.
- [7] 曹秀萍. 急诊护理管理中实施团队管理的效果分析[J]. 健康之友, 2021(10): 287.
- [8] 皮佳玉. 团队管理模式应用于急诊护理管理作用探讨[J]. 中国卫生产业, 2020, 17(14): 50-51, 54.

医院西药房管理中应用药品合理分类及药品监管制度的效果

¹马慧清 ²朱琳

山东省单县妇幼保健计划生育服务中心 山东菏泽 274300

摘要:目的:探究医院西药房管理中应用药品合理分类及药品监管制度的效果。方法:选取我院西药房取药患者600例,按照时间段将其分为对照组(2021年1~6月,实施常规西药房管理)和观察组(2021年7~12月,实施药品合理分类及药品监管制度),各300例,对比两组管理效果。结果:观察组西药房管理质量评分高于对照组,观察组(1.00%)西药房药品差错率低于对照组(4.67%),观察组患者(99.33%)对西药房服务的满意度高于对照组(95.67%),差异有统计学价值($P<0.05$)。结论:实施药品合理分类及药品监管制度效果显著,可减少西药房药品差错,提高西药整体工作质量,进而获得患者满意。

关键词:西药房;药品管理;药品监管制度;药品合理分类;差错事件

西药包括抗生素类药物、神经类药物、心血管类药物、呼吸类药物、消化类药物等诸多类型,其具有剂量精准、用途广泛等特点,在临床疾病治疗中发挥着重要作用。作为综合性科室之一,医院西药房集中管理、服务、经营、技术为一体,为患者提供质量合格的药品,指导患者安全有效用药,是该科室的主要职责^[1]。但受西药房人力资源不足、患者用药需求量大、药品监管不到位等因素影响,西药房管理难度进一步提升,给药方式不当、药品发放不当等问题时有发生,不仅无法保证治疗效果、直接危害医院形象,还会给患者健康和安全造成严重威胁。根据药品特点,对其进行合理分类,不断完善药品监管制度,可起到提升药学服务质量、减少处方配药差错的重要作用^[2],本文将对药品合理分类及药品监管制度的实际应用作出分析。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院西药房取药患者600例,按照时间段将其分为对照组(2021年1~6月)和观察组(2021年7~12月),各300例。所选患者生命体征稳定,年龄 ≥ 18 岁,认知、沟通及理解能力正常,能够配合西药房缴费、发药工作流程,且知情同意本研究。两组男女比例分别为160:140、162:138,年龄分别为 (49.88 ± 3.62) 岁、 (50.13 ± 3.69) 岁,初中及以下/高中及中专/大专及以上学历患者例数分别为108例/115例/77例、110例/112例/78例,组间差异较小($P>0.05$)。在研究期间,我院西药房除实习人员外,未发生人事变动,共有工作人员14名,年龄为 (30.25 ± 2.97) 岁,工作年限为 (7.11 ± 1.80) 年,大专/本科学历人数为6名/8名。

1.2 方法

对照组:

按照西药房现有规章制度及传统发药取药流程,开展西药房服务,工作人员根据处方发药,耐心解答患者疑问,警惕并正确应对药品差错。

观察组:

(1)药品合理分类:参照国际管理模式及医院西药房工作现状,以给药途径、适应证、药物类别等为基本原则,对药品进行分类,具体如下:①通过包装标识,区分处方药和非处方药,对其进行分区摆放,分类详细核对药品名称、规格、生产厂家等;②根据给药途径和用药方式,对口服制剂、皮下制剂、注射制剂进行分类;③按照临床科室实际需求,对药品进行分类,包括急诊科、消化内科、泌尿外科、儿科、妇科等,以便于快速分辨药物种类;④根据人体不同系统用药,将药品进行分类,包括血液系统、神经系统、消化系统、呼吸系统等,在分类过程中,充分考虑到药品作用机制;⑤将麻醉类、精神类等特殊药品进行分类,使用特殊标识标记,使用专用药柜及容器储存,按照使用频率摆放;⑥建立药品分类网络系统,详细录入药品名称、商品名、规格、生产厂家等信息,为药品分

类提供信息技术支持,避免混淆和疏漏^[3]。

(2)药品监管制度:①根据西药房实际状况,参照药品管理规定和制度,制定相应的管理条例,重视对药房人员的专业培训,定期开展教育培训班,内容以药房管理条例、专业药学知识、相关法律法规为主,培训结束后进行考核,合格后方可到岗工作,另外实施抽查考核;同时,从思想认知层面着手,予以西药房人员培训,培养其职业道德和责任意识,使其充分认识到规范性药品管理的重要性,积极配合各项管理措施^[4];②强化药品采购管理,选择药理学理论知识扎实、采购经验丰富的工作人员,组建西药房采购小组,明确其责任和职责,并建立监督小组,根据医院实际情况,制定科学合理的采购计划;在采购药品时,详细填写药品信息,包括药品批文、药品有效期、药品生产批号、药品检验合格报告等,禁止购入没有生产经营许可证、假冒伪劣及不合格药品,监督小组应发挥自身职责,保证药品有效期,严格检查药品质量,保证药品信息完整,能够做到追根溯源,在新型药品采购方面,应由专人负责,监督小组加强管理;③规范管理药品出入库情况,定时核查药品销量和存盘情况,药品按照标准入库后,妥善保存药品,保证库房、药房温湿度适宜,满足药品存放条件,强化环境卫生管理,将药品分别放在常温药柜(库)、冷藏药柜(库)、阴凉药柜(库),做好防火、防潮、防尘措施,确保实际存储条件满足药品存储要求;监督药品使用情况,做好出入库记录,定时核对销量和存盘情况,定期检查药品有效期和性状^[5];④建立特殊药品管理制度,建立特殊药品使用登记册和专用账册,由专人负责管理,精神药品、麻醉药品等加锁存放,高危药品、促排卵药品、终止妊娠药品专区、专柜存放,上述特殊药品发药时,实行双人双签核对制度,注射余液妥善处理,并登记在册;⑤有效利用医院信息管理系统,做好药品调配及发放工作,动态监测药品使用情况,医师和药师共同组成审核小组,负责审核药品发放、使用差错率,发现差错立即提醒处理,按照流程上报差错事件,将其与个人、科室绩效挂钩,并将其作为晋升、评优的参考材料;⑥建立处方配药差错申诉及药物不良反应反馈窗口,认真倾听患者意见,总结处方配药差错发生情况,对药物不良反应进行登记,以此提高西药房人员重视^[6]。

1.3 观察指标

(1)回顾西药房服务过程中出现的工作差错,包括多发、漏发、错发药物等,计算药品差错率。

(2)采用自制百分制问卷调查患者满意度,涉及取药速度、服务态度、收费环节、药品质量、服务水平等维度,结果分为不满意(<70 分)、基本满意($70\sim 90$ 分)、非常满意(>90 分)3个等级,总满意度排除不满意患者;

(3)由药剂科及西药房主任,共同评估西药房管理质量,总分0~100分,涉及药品采购、药品储存、药品发放、用药安全等维度,得分与西药

房管理质量成正比。

1.4 统计学方法

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

2. 结果

2.1 西药房药品差错率

详见表 1。

表 1 两组西药房药品差错率对比[n (%)]

组别	例数	错发	漏发	多发	总差错率
观察组	300	1 (0.33)	1 (0.33)	1 (0.33)	3 (1.00)
对照组	300	5 (1.67)	5 (1.67)	4 (1.33)	14 (4.67)
X^2	-	-	-	-	7.352
P	-	-	-	-	0.0068

2.2 西药房服务满意度

详见表 2。

表 2 两组患者对西药房服务的满意度对比[n (%)]

组别	例数	非常满意	基本满意	不满意	总满意度
观察组	300	157 (52.33)	141 (47.00)	2 (0.67)	298 (99.33)
对照组	300	149 (49.67)	138 (46.00)	13 (4.33)	287 (95.67)
X^2	-	-	-	-	8.2735
P	-	-	-	-	0.0040

2.3 西药房管理质量评分

观察组和对照组西药房质量管理评分分别为 (91.11±2.65) 分、(91.43±3.08) 分, 观察组明显更高, 差异有统计学价值 ($t=24.2131$, $P=0.0000$)。

3. 讨论

西药具有品种多样、用途广泛等特点, 在配药发药过程中, 西药房工作人员必须保证零失误, 有效规避错拿、少拿、多拿等差错事件, 切实保证西药治疗效果, 避免药物不良反应, 这对西药房日常管理提出了更高的要求^[7]。传统管理模式下, 西药房管理制度不够细化, 未能对药品进行有效分类, 这就使得药房工作人员日常工作无章可循, 严重阻碍了处方配药工作效率和质量, 导致患者满意度降低, 各类差错事件频发, 不利于患者疾病治疗。西药房药品种类较多, 部分药品通用名或商品名类似, 同一种普遍存在多种规格和剂型, 同一个生产厂家的药物, 外包装往往较为相似, 例如, 头孢克肟和头孢克洛在生产厂商、包装、药品名称等方面均十分相似, 故药房工作人员很容易混淆^[8]。同时, 在摆放药品时, 相似药品错位、重叠、摆放相近, 也会增加配药差错风险。参照国际通用的药品分类原则, 根据医院西药房实际情况, 确定相应的分类标准, 如按照药物作用机制和器官部位分类、按照处方或非处方药进行分类、按照口服注射药物进行分类等, 并对特殊药物进行强化管理, 可获得理想的管理效果, 最大限度规避药品混淆风险, 提高配药、发药速度^[9]。本研究结果显示, 在西药房管理质量评分方面, 观察高于对照组, 在西药房药品差错率方面, 观察组 (1.00%) 明显低于对照组 (4.67%), 差异有统计学价值 ($P<0.05$)。究其原因, 对药品进行合理分类, 建立药品分类网络系统, 能够分类、妥善的存储和摆放药品, 动态监测西药房发药工作, 提高药房工作人员寻找药物的效率和正确率, 进而减少药品发放差错率, 提高西药房整体管理质量^[10]。

不仅如此, 在西药房管理中, 人员素质、药品监管制度等因素, 均会影响整体工作质量。明确药剂人员工作职责, 以药品管理法律法规、科室管理制度、药学专业知识为主要内容, 开展强化培训, 能够不断提高其综合素质, 确保其精通业务, 进一步培养其用药安全意识。同时, 通过强化培训, 药房

工作人员思想素质也会得到明显提高, 能够帮助其树立全心全意为患者服务的理念, 向患者展现良好的医院形象。在药品采购阶段, 组建专门的采购小组和监督小组, 能够充分保证西药房药品质量, 避免不合格药品流入, 促使采购工作合法、合理开展, 避免药品过期、药品质量不合格等因素给医院带来经济损失^[11]。做好防潮、防尘、防火措施, 选择药柜、货架的药柜摆放药物, 根据药品性能和存储要求, 对其进行分类摆放, 做好日常养护检查工作, 能够避免药品潮湿、变质, 提高用药安全性, 做好医疗保障供应工作。毒性药品、精神药品、麻醉药品等特殊管理药品具有特殊的药理、生理作用, 对其采取更为严格的监督管理, 建立特殊药品使用登记册和专用账册, 落实双人双签核对制度, 能够有效消除西药房管理风险, 防止药品丢失、滥用。利用医院信息管理系统, 动态监测药品调配及发放工作, 在规范西药房工作模式的同时, 还能有效提高西药房工作效率, 有助于药品管理和经济核算工作的高效开展。此外, 针对西药房药品差错及不良反应, 设置专门的服务窗口, 耐心倾听患者反馈意见, 可及时发现、妥善处理药品差错事件, 更好的监测药物不良反应发生情况, 为临床药学工作服务的优化和改进奠定基础。在此背景下, 患者对西药房工作人员的信任度和满意度也会进一步提升。本研究结果显示, 在西药房服务满意度方面, 观察组 (99.33%) 明显高于对照组 (95.67%), 差异有统计学价值 ($P<0.05$)。有研究显示^[12], 开展药品合理分类及药品监管制度后, 医院西药房工作效率得到了显著提升, 药房盘点时间、处方调配时间、患者等候取药时间明显缩短, 药房工作差错率由管理前的 2.30% 下降至 0.40%, 患者满意度由管理前的 89.50% 提高至 98.50%, 且西药房药品采购、药品储存、药品发放、用药安全等维度质量评分明显升高, 与本研究结果相似。

综上所述, 实施药品合理分类及药品监管制度效果显著, 可有效规避药品错拿、少拿、多拿等情况, 降低西药房药品差错发生率, 提升处方配药安全性, 提高西药整体工作质量, 进而获得患者满意。

参考文献:

[1]易惠茹.药品监管制度与药品合理分类在西药房管理中的应用价值[J].现代诊断与治疗,2021,32(23): 3825-3827.

[2]黄铮.药品合理分类及药品监管制度在医院西药房管理中的应用[J].临床合理用药杂志,2021,14(13): 147-148.

[3]李琼洁.药品合理分类及药品监管制度在医院西药房管理中的应用[J].黑龙江中医药,2021,50(02): 98-99.

[4]陆菲.药品合理分类及监管制度在医院西药房管理中的实施价值分析[J].北方药学,2020,17(02): 172-173.

[5]谷巧霞.药品合理分类及药品监管制度在医院西药房管理中的应用价值分析[J].临床研究,2019,27(12): 197-198.

[6]罗丽清,刘厚东.探讨药品合理分类及药品监管制度在我院西药房管理中的应用效果[J].中国实用医药,2019,14(21): 123-125.

[7]李晶晶.药品合理分类及药品监管制度在医院西药房管理中应用的意义[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(60): 258.

[8]赵继亮.研究在医院西药房管理中应用药品合理分类及药品监管制度的效果[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(33): 229+231.

[9]王梅.药品合理分类及药品监管制度在医院西药房管理中应用浅析[J].中国卫生产业,2018,15(35): 101-102.

[10]冯琳.药品合理分类及药品监管制度在医院西药房管理中的应用效果观察[J].中国医药指南,2019,17(01): 289-290.

[11]于丽丽,陈小洁,侯崇.药品合理分类及药品监管制度在医院西药房管理中应用的意义[J].中国卫生产业,2019,16(01): 160-161.

[12]王侃,缪晓青.药品合理分类及药品监管制度在医院西药房管理中应用的意义[J].中医药管理杂志,2018,26(22): 103-104.

移动护理信息系统对外周静脉留置针管理的干预分析

熊金妹 刘江玲

江油市人民医院 四川江油 621700

摘要: 目的 分析移动护理信息系统应用前后对外周静脉留置针管理的影响。方法 将 2020 年 1 月-2020 年 12 月实施移动护理信息系统管理前的 120 例外周静脉留置针患者纳入对照组, 将 2021 年 1 月-2021 年 12 月实施移动护理信息系统管理后的 120 例外周静脉留置针患者纳入观察组, 从导管堵塞、静脉炎、CRBSI 发生率与护理巡视记录所用时间等指标比较该种管理模式实施前后的差异。结果 实施移动护理信息系统管理后外周静脉留置针患者发生导管堵塞、静脉炎、CRBSI 的概率较实施前更低, 且护理巡视记录所用时间更短, 差异显著 ($P<0.05$)。结论 针对外周静脉留置针患者的日常管理, 实施移动护理信息系统管理的患者, 其发生导管堵塞、静脉炎、CRBSI 的概率显著更低, 且所需的护理巡视记录时间更短, 提高了护理人员的工作效果, 值得推广。

关键词: 移动护理信息系统; 外周静脉留置针; 管理

[Abstract]Objective To analyze the effect of peripheral intravenous needle management on the application of mobile nursing information system.Methods 120 patients from January 2020 to December 2020,120 differences between the incidence of catheter congestion, phlebitis, CRBSI and the duration of nursing patrol records.Results The probability of catheter blockage, C. V., CRBSI and less different ($P<0.05$).Conclusion According to the daily management of patients with peripheral intravenous welling needle and the management of mobile nursing information system, the probability of catheter blockage, phlebitis and CRBSI is significantly lower, and the required nursing patrol record time is shorter, which improves the work effect of nursing staff and is worth promoting.

[Key words]Mobile nursing information system; peripheral intravenous indwelling needle; management

前言

个人数字助理简称为移动护理信息系统, 是一种移动护理信息终端设备。将医院内的服务器和手持式终端, 通过无线网络技术连接起来, 保证了信息的互通, 优势在于轻巧、便于携带、可移动性强、操作简单, 在护理信息化的推动下将会在临床广泛应用^[1]。外周静脉留置针是临床常用的治疗方式, 操作简洁, 对血管损伤程度轻, 可减少穿刺次数, 缓解患者的痛苦, 临床应用较多。结合近几年临床护理质量管理相关标准, 需要对外周静脉留置针的使用加强护理与评估。基于此, 文章研究目的在于探究移动护理信息系统, 对外周静脉留置针管理的干预影响, 详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

对照组: 2020 年 1 月-2020 年 12 月实施移动护理信息系统管理前的 120 例外周静脉留置针患者, 其中男性 70 例, 女性 50 例, 年龄范围 25-75 岁, 均值 (50.23 ± 1.45) 岁;

观察组: 2021 年 1 月-2021 年 12 月实施移动护理信息系统管理后的 120 例外周静脉留置针患者, 其中男性 68 例, 女性 52 例, 年龄范围 26-75 岁, 均值 (50.78 ± 1.13) 岁。

全部患者的基线资料比较结果显示可比 ($P>0.05$), 且对研究知情同意。排除其中合并其他严重器质性疾病患者; 功能障碍患者; 沟通异常患者。

1.2 方法

全部患者均接受常规输液操作流程外周静脉留置针穿刺输液。

移动护理信息系统管理实施具体包括:

- 1 普通患者每 4 小时评估一次。
- 2 重症、镇静、认知障碍患者每 1-2 小时评估一次。
- 3 新生儿、儿童每小时评估一次。
- 4 针对输注腐蚀性药物患者, 需要每小时评估一次, 或缩短评估时间

间隔。

巡视内容: 穿刺点周围皮肤或静脉走向, 是否存在红肿、发热、疼痛现象, 一旦发现存在静脉炎、导管堵塞、可疑导管相关性血流感染等异常情况, 需要立刻拔出导管, 并予以相应的处理。

巡视记录方法: 建立移动护理信息系统小组。输液前对留置针患者进行评估, 扫描患者腕带记录信息; 输液后严格按照巡视频次要求进行巡视活动, 扫描输液体二维码进行评估与记录; 在患者床尾悬挂巡视记录单, 以此对巡视小组的工作进行记录与评估。

1.3 观察指标

(1) 导管堵塞、静脉炎、导管相关性血流感染 (CRBSI) 发生率: 给药过程中以生理盐水脉冲式冲洗导管, 针对遇到阻力或抽吸无回血结合静脉炎分级标准和浸润分级标准来评估静脉炎的损伤程度, 且以《静脉治疗护理技术操作规范》中的定义评估 CRBSI。

(2) 护理巡视记录所用时间。

1.4 统计学处理

统计学软件 SPSS21.0, 利用该软件对本次研究中的两组数据进行分析, 其中计量资料采取 ($\bar{x}\pm s$) 表示, t 检验, 计数资应用百分比表示, χ^2 检验: $P<0.05$ 说明数据对比有统计学意义。

2 结果

2.1 导管堵塞、静脉炎、CRBSI 发生率比较

见表 1, 实施移动护理信息系统管理后外周静脉留置针患者发生导管堵塞、静脉炎、CRBSI 的概率较实施前更低, 组间差异显著 ($P<0.05$)。

表 1 两组患者的导管堵塞、静脉炎、CRBSI 发生率比较[n/%]

组别	导管堵塞	静脉炎	CRBSI
观察组 (n=120)	2(1.67)	3(2.50)	1(0.83)
对照组 (n=120)	11(9.17)	12(10.00)	7(5.83)

χ^2 值	6.588	5.760	4.655
P 值	0.010	0.016	0.031

2.2 护理巡视所用时间比较

见表 2，与实施移动护理信息系统管理前相比，实施后护理巡视记录所用时间更短，差异显著（ $P<0.05$ ）。

表 2 护理巡视所用时间比较[$\bar{x}\pm s/\min$]

组别	护理巡视所用时间
观察组（n=120）	7.48±0.50
对照组（n=120）	11.94±3.03
t 值	15.909
P 值	0.000

3 讨论

外周静脉留置针是一种新型的医疗产品，在临床护理工作中广泛应用，主要用于静脉治疗，优势在于操作简单，对血管损伤小，可留置时间长，减少反复穿刺静脉次数，减少护理工作量，提高工作效率。所以，要求护理人员全面掌握静脉留置针适应症，确保合理性与计划性的静脉治疗^[2]。关于外周静脉留置针静脉血管的选择，通常选择粗、直、弹性好，血流丰富的血管。由于下肢静脉比上肢静脉瓣多，血流缓慢，容易导致静脉炎。所以临床上通常选择上肢静脉进行外针静脉留置针穿刺。穿刺位置避开关节活动处，以方便固定。留置针穿刺成功后，一旦固定不牢或留置位置处于活动关节处，会导致留置针松脱，同时造成导管微小移位与血管反复摩擦，缩短留置针使用时间，加大静脉炎与输液时液体外渗的发生风险。为了确保外周静脉留置针操作的规范性与安全性，需要医院护理部对护理人员统一进行静脉留置针规范操作的相关培训与考核。制定合理有效外周静脉留置针操作、固定、维护标准，明确规定留置针的固定方式以及辅料的更换流程，确保良好固定留置针。良好的透气性、黏黏性且固定牢固、透明为 3M 敷贴的优势，以此可便于观察穿刺点的情况，防水性良好。穿刺针穿刺成功后，以穿刺点作为中心，在穿刺点部位固定透明贴，向四周抚平，撕边框的同时边按压，签上患者姓名，标识静脉留置针留置日期与时间，U 型固定延长管。如果敷贴卷边松脱，穿刺点渗血、渗液，需要立即更换敷贴。同时，做好外周静脉留置针患者及其家属的健康教育工作非常重要。保证穿刺位置皮肤的整洁干燥，不可碰撞或自行按压穿刺处，不可随意松开固定敷贴，叮嘱患者及其家属不可穿过紧的衣服，尤其是保护穿刺肢体，不可影响局部血液回流。穿刺肢体不可过分下垂，如果患者穿刺位置出现疼痛、渗液、渗血、红肿，需要立即拔出穿刺针。通常情况下，穿刺针的留置时间不可过 96 小时，一旦发现留置针留置时间超过 96 小时的患者，应该尽快更换静脉留置针，以免发生感染。同时，每次输液完毕后，使用合适的封管液，以合理的用量正确封管。管套一旦堵塞，需要重新置管。杜绝强行挤压套管或者增大输液压力，使凝血压回血管内，否则将会发生栓塞。

严格按照临床护理相关规范与标准实施移动护理信息系统闭环管理，并将其不断完善，可以有效降低外置静脉针留置患者导管堵塞、静脉炎、CRBSI 的发生概率，提高护理工作效率。外周静脉留置针患者出现导管堵塞、静脉炎、CRBSI 的发生因素有很多，单一、及时的巡视与评估不可完全将其避免。实施移动护理信息系统管理后，可以更加快捷简便地开展巡

视记录工作，节省纸张，同时缩短了护士的护理巡视时间，提高了护理工作效率，节省更多的时间确保患者更加优质的护理服务^[3]。同时，在床尾悬挂评估单，可以对巡视内容一目了然，以此对护理人员的巡视工作起到监督管理的作用，以便及时有效的发现护理工作中的偏差。患者一旦发生异常情况，可有效顺利的查询到发生时间，以此对护理巡视工作起到有效的监管作用。不仅如此，移动护理信息系统管理的实施还可以减少并预防临床用药错误事件的发生。在移动终端扫码执行医嘱，确保提高扫码率，以此实现保证临床用药安全的目标。文章研究中，实施移动护理信息系统后，患者发生导管堵塞、静脉炎、CRBSI 的概率显著降低，且有效缩短了护理巡视工作的时间，便于及时调取巡视记录，监督护理人员是否严格按照规定落实巡视工作，促进质量控制，规范巡视工作的时间与频次，全面确保输液安全。

总结全文，移动护理信息系统的应用可以及时有效的记录各项护理工作，推动医院实现信息化与数字化的建设发展，减少外周静脉留置针患者不良事件的发生，提高护理工作效率，值得推广。

参考文献：

[1]王圆圆, 权月, 姜虹, 等. 移动护理信息系统在外周静脉留置针管理中的应用[J]. 中医学报, 2020(S02): 1.

[2]陶华奎, 解红文, 彭爱霞, 等. "互联网+"延伸护理在居家患儿静脉留置针风险管理中的应用[J]. 护理管理杂志, 2020, 20(5): 5.

[3]李旭英, 程文兰, 王一任, 等. 外周静脉留置针不同拔管时机的随机对照研究[J]. 中华护理杂志, 2020, 55(2): 6.

[4]Jennifer M, Duncan E Amy, 等. PDA+: A Personal Digital Assistant for Obesity Treatment – an RCT testing the use of technology to enhance weight loss treatment for veterans.[J]. BMC public health. 2011.11223.

[5]Gavin J, Putzer, Yangil, 等. The effects of innovation factors on smartphone adoption among nurses in community hospitals.[J]. Perspectives in health information management / AHIMA, American Health Information Management Association. 2010.71b.

[6]Zalon, M. L., Sandhaus, 等. Using PDAs to detect cognitive change in the hospitalized elderly patient[J]. Applied Nursing Research. 2010, 23(3).

[7]Sing-ling Tsai, Ying-Chou Sun, Fang-Meei Taur. Comparing the working time between Bar-Code Medication Administration system and traditional medication administration system: An observational study[J]. International journal of medical informatics. 2010, 79(10). 681–689.

[8]George LE, Davidson LJ, Serapiglia CP, 等. Technology in nursing education: a study of PDA use by students.[J]. Journal of professional nursing: official journal of the American Association of Colleges of Nursing. 2010, 26(6). 371–376. doi: 10.1016/j.profnurs.2010.08.001.

[9]Hsiao SJ, Li YC, Chen YL, 等. Critical factors for the adoption of mobile nursing information systems in Taiwan: the nursing department administrators' perspective.[J]. Journal of medical systems. 2009, 33(5). 369–377.

普外科围术期采用 PDCA 护理管理模式的效果分析

张玉玲 王丽荣

贺兰县人民医院 宁夏贺兰县 750200

摘要：目的：探讨普外科围术期采用 PDCA 护理管理模式的效果。方法：采集本院 2020 年 5 月至 2021 年 12 月期间接收的 242 例普外科患者，随机分为对照组与观察组各 121 例，对照组运用常规护理管理，观察组运用 PDCA 护理管理模式，分析不同护理管理模式后患者手术室感染率、消毒合格率、护理管理质量评分、护理满意度、不良事件发生率情况。结果：在手术室感染率、消毒合格率上，观察组为 2.48% 和 97.52%，对照组为 15.70% 和 80.17%，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)；在护理管理质量评分上，观察组护理后评分提升幅度明显多于对照组，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)；在护理不良事件发生率上，观察组为 3.31%，对照组为 14.05%，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)；在患者护理满意度上，观察组为 95.87%，对照组为 84.30%，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。结论：普外科围术期采用 PDCA 护理管理模式后，可以有效地提升护理管理质量，减少手术室感染率，提升消毒合格率，减少不良事件发生率，提升患者护理满意度，整体护理工作开展成效更为明显。

关键词：普外科；围术期；PDCA；护理管理模式；效果

普外科属于相对常见的手术治疗疾病情况，对于有关护理管理工作的要求较为严格。护理工作的配合贴合度，在一定程度上甚至会影响手术治疗的安全性、效果、速度等情况。对于普外科围术期护理管理工作而言，需要针对实际情况做好科学系统的了解与设计，发挥有关护理管理工作的价值。PDCA 护理管理模式在一定程度上是一种科学的管理路径，能保持有关护理工作有目标、有流程、有方法的持续优化提升，避免问题扩大化，发挥集体智慧实践问题与改善问题，提升工作开展的整体成效。本文采集 242 例普外科患者，分析运用 PDCA 护理管理模式的后患者手术室感染率、消毒合格率、护理管理质量评分、护理满意度、不良事件发生率情况，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院 2020 年 5 月至 2021 年 12 月期间接收的 242 例普外科患者，随机分为对照组与观察组各 121 例。对照组中，男 68 例，女 53 例；年龄从 24 岁至 60 岁，平均 (43.58±7.14) 岁；文化程度中，初中及以下为 73 例，高中为 31 例，大学为 17 例；观察组中，男 62 例，女 59 例；年龄从 23 岁至 60 岁，平均 (42.16±5.53) 岁；文化程度中，初中及以下为 68 例，高中为 39 例，大学为 14 例；两组患者在基本年龄、性别、文化程度等信息方面没有明显差异，有对比研究价值。

1.2 方法

对照组运用常规护理管理，观察组运用 PDCA 护理管理模式，具体内容如下：

1.2.1 计划阶段

计划阶段依照普外科有关手术室护理流程、措施以及手术类型做对应的护理管理制度安排。一般要针对实际情况出发，引导有关人员学习对应制度以及操作流程、注意事项^[1]。落实好人员的培训监督工作，让有关工作的开展能够得到专业的理论支持以及实际操作引导。在所有护理工作中，需要展现人性化、以患者为中心的手术护理理念。要注重各细节的完善，对于废弃物的处理，需要做好对应消毒隔离以及手术室环境的调控。将有关工作纳入到手术护理方案内，针对普外科手术室护理管理情况做对应的内容操作管理细化^[2]。

1.2.2 实施阶段

在实施阶段，需要按照之前的计划工作做内容的执行。具体执行中，需要匹配普外科手术的具体情况。同时考虑到患者的自身个性需求，做好有关工作的全面落实，完善好抗感染工作，保证手术有关用具得到全面的消毒清理，将无菌化工作落到实处^[3]。要做好护理人员操作流程有关培训指导工作，强化有关无菌化观念，优化工作人员的职业综合素养。在有关护理布局工作中，需要依据不同的手术情况做对应科学合理的规划设

计，避免手术过程中出现交叉感染问题，确保有关操作简单易行，能够发挥最终的成效^[4]。在手术室布局中需要做好有关物品合理的摆放，完善有关区域内的清洁消毒管理，合理地控制手术室的温度、湿度、人员量等各方面细节，让有关手术室的环境符合患者身心诉求，提升有关工作的配合度。对于手术室的操作系统管理工作，需要让无菌台与操作台保持 10 厘米的间隔。所有器械需要做好消毒清理工作，确保无菌化状态下执行，要将无菌化有关工作理念落到实处^[5]。

1.2.3 检查阶段

在检查阶段则需要依据手术进行的情况做动态性、非定时的检查，可以做专项检查。也可以配合对应的全面检查，依照有关规章制度做逐一内容的查看。评估如果有潜在问题，需要了解问题原因，提出应对措施，完善有关工作内容。让有关手术室细节能够符合实际情况所需，确保有关手术室护理质量达标。

1.2.4 处理阶段

在处理阶段，需要做好对应手术室内问题挖掘、管理工作，依照情况提供解决对策。在实践工作中，需要研究有关潜藏问题，不断循序渐进地展开，保持工作内容的逐步优化，避免隐蔽性问题带来的持续性不良事件^[6]。要不断通过 PDCA 循环周期来达到问题的不断改进，同时依照之前的改进经验做后续工作的参考以及提升。要充分意识到 PDCA 循环法的应用要落实到实际情况，要考虑科室综合调解，才能保证有关计划、执行、监督检查、总结各环节工作符合地方情况所需，避免好高骛远与过于松散两种极端化^[7]。

1.3 评估观察

分析不同护理管理模式后患者手术室感染率、消毒合格率、护理管理质量评分、护理满意度、不良事件发生率情况。护理满意度=很满意率+基本满意率。不良事件主要集中在医患纠纷、差错事故、仪器故障、术中不良反应等指标上。

1.4 统计学分析

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

2 结果

2.1 各组护理管理质量评分情况

见表 1，在护理管理质量评分上，观察组护理后评分提升幅度明显多于对照组，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)；

表 1： 各组护理管理质量评分结果 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	护理前	护理后
观察组	68.29±4.19	87.53±5.14
对照组	69.32±5.26	74.42±5.53

注：两组对比， $P<0.05$

2.2 两组护理不良事件发生率情况

见表2所示，在护理不良事件发生率上，观察组为3.31%，对照组为14.05%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；

表2：两组护理不良事件发生率评估结果[n(%)]

分组	n	术中不良反应	医患纠纷	仪器故障	差错事故	不良事件发生率
观察组	121	2	0	0	2	3.31%
对照组	121	5	4	3	5	14.05%

注：两组对比， $P<0.05$

2.3 两组手术室感染率、消毒合格率情况

见表3所示，在手术室感染率、消毒合格率上，观察组为2.48%和97.52%，对照组为15.70%和80.17%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表3：两组手术室感染率、消毒合格率评估结果[n(%)]

分组	n	手术室感染率	消毒合格率
观察组	121	3 (2.48)	118 (97.52)
对照组	121	19 (15.70)	97 (80.17)

注：两组对比， $P<0.05$

2.4 两组患者护理满意度情况

见表4所示，在患者护理满意度上，观察组为95.87%，对照组为84.30%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表4：两组患者护理满意度评估结果[n(%)]

分组	n	很满意	基本满意	不满意	护理总满意率
观察组	121	76 (62.81)	40 (33.06)	5 (4.13)	95.87%
对照组	121	51 (42.15)	41 (33.88)	19 (15.70)	84.30%

注：两组对比， $P<0.05$

3 讨论

PDCA护理管理模式强调从计划、实施、检查、处理这四个环节来形成一个闭环的护理管理工作状态，其四个内容也分别代表着这个缩写中的“PLAN”“DO”“CHECK”“ACT”。计划阶段主要是定位题目与问题，找准方向，了解有关问题产生的原因，抓住重点。针对有关问题开展对应的计划拟定，设计对应的操作路径。其二，是进行有关计划的执行，将有关问题解决目标落实到实处。其三，则是针对执行情况做有关检查、验证，开展效果评估，进行有关工作的评估。其四，则是进行有关工作的遗留情况处理，同时为后续的工作开展设定对应方向，总结经验。每个环节都承接上一个环节开展，形成一个持续性的循环闭环，促使有关护理管理工作持续优化，与时俱进。

护理管理要充分意识到普外科手术护理管理一方面要参照大方向的基本原则，另一方面要考虑到科室具体人员、物资、环境、患者情况所需^[8]。尽可能地控制工作开展的消耗，提升有关工作成效。在有关工作中，无论是医院无菌化操作、工作流程、并发症防控，安全管理等都需要不断地完善。每个PDCA循环周期中的主题内容各有不同，主要针对科室当前情况突出状况做对应的主题设定，然后开展对应的计划管理。要保持畅通的反馈渠道，让一线人员能够及时反映操作中遇到的问题以及困境，由此促使护理管理工作落到实处，改良实际问题。一方面，要参看兄弟单位或者是更优秀的医疗单位的经验，另一方面也需要落实到实地了解本单位的实际综合情况，做好细节层面的灵活调整，尽可能地运用懈怠科学技术以及方法论，对有关护理管理工作展开一定的支持，减少护理管理工作中的能力消耗，资源消耗，提升参与人员的工作获得感以及便捷度。

尽可能地避免复杂性、无效性操作，对护理人员工作构成的额外压力，提升整个工作开展的效果。

要积极鼓励护理团队人员反馈工作心得经验，让有关成熟经验能够得到共同的分享，促使团队护理人员的工作素养得到稳步的提升。在具体的人才培养工作方面，需要敞开多渠道。一方面利用医院内部骨干人员做经验分享，另一方面可以聘用专业的院外资源、团队为工作人员提供更多的专业提升支持。在具体的人才培养工作上，除了常规的护理学知识，还需要度方面社会能力与知识的积累，由此才能灵活应对实际工作中多样化情况所需，提升工作开展的成效，减少工作中应对不当而导致的矛盾纠纷，以及护理人员自身的工作压力、挫败感的问题。

细节护理的实施，要求我们尽可能做到事无巨细、温故而知新，精益求精在于不断总结、积累、反思和创新。对于手术室的护士来说，从前对只有“一面之缘”的手术患者，除了术中短暂地相处的时间，其余便所知无己，有了术后满意度回访，手术室护理更能清楚明白自身的不足，更能知道患者需要什么，该为患者做些什么，“发现问题解决问题、全心全意为患者服务”是实行围手术期优质整体护理的核心，全面提升护理质量，减少护理差错的发生，也尽可能地减少有关误解导致的矛盾纠纷，实现患者与医院的“双赢”。而护理人员自身需要具备全心全意为病人服务的工作态度，手术对于每一个患者都存在着紧张和恐惧，充分调动患者的主观能动性，缓解患者的心理压力，使之积极配合手术是治疗成功的关键。俗话说“天下大事必作于细，天下难事必作于易”。“细节决定成败”是精细化护理的核心思想。其目的在于将手术室的护理工作做精、做细、做好、做到位，规避护理风险，保质保量完成手术室工作。

本研究中，在手术室感染率、消毒合格率上，观察组为2.48%和97.52%，对照组为15.70%和80.17%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。在护理管理质量评分上，观察组护理后评分提升幅度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在护理不良事件发生率上，观察组为3.31%，对照组为14.05%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者护理满意度上，观察组为95.87%，对照组为84.30%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。整体的手术室不良问题发生率更低，护理质量水平得到提升，患者对护理工作的认可度更高，整体工作推进更为顺畅，减少护理不良问题对护理工作构成的压力与负面影响。

总而言之，普外科围术期采用PDCA护理管理模式后，可以有效地提升护理管理质量，减少手术室感染率，提升消毒合格率，减少不良事件发生率，提升患者护理满意度，整体护理工作开展成效更为明显。

参考文献：

- [1] 吉燕,王秋洁. PDCA 循环管理模式联合细节护理在普外科手术手术室护理管理中的应用效果[J]. 家有孕宝,2021,3(5): 220.
- [2] 石小蕊. 观察 PDCA 循环管理模式联合细节护理在普外科手术手术室护理管理中的应用[J]. 家有孕宝,2020,2(23): 258.
- [3] 刘晓春. PDCA 循环管理模式联合细节护理在普外科手术手术室护理管理中的应用效果[J]. 中国卫生产业,2020,17(28): 126-128.
- [4] 李素,张青妹,黄秀英,等. 项目管理流程结合 PDCA 循环法对普外科护理质量的促进作用[J]. 首都食品与医药,2020,27(4): 150-151.
- [5] 李翠. PDCA 循环管理模式联合细节护理在普外科手术手术室护理管理中的应用效果分析[J]. 家庭医药·就医选药,2020(9): 187-188.
- [6] 苏颖然,陈海燕. PDCA 循环管理模式联合手术室细节护理在普外科护理管理中的效果分析[J]. 家庭医药·就医选药,2020(5): 241-242.
- [7] 陈学辉. PDCA 循环管理对普外科护理人员疼痛评估正确率的影响[J]. 临床医药文献电子杂志,2020,7(59): 113,115.
- [8] 黄新红,谢美燕,卢晓,等. PDCA 循环管理法在普外科护理安全与质量改进中的应用效果分析[J]. 实用临床护理学电子杂志,2020,5(7): 170,181.

世界咖啡屋模式在“呼吸内科”护理质量管理中应用及对护士积极性的影响研究

张谕羚 李慧敏 覃春健 唐国梅

广西医科大学第一附属医院呼吸内科 广西南宁 530000

摘要: 目的: 探讨世界咖啡屋模式在“呼吸内科”护理质量管理中应用及对护士积极性的影响。方法: 回顾性分析本院 2021 年 1 月—2022 年 1 月对 60 名呼吸内科护士的护理质量点评, 按数字随机分组法分为对照组 (30 名) 和实验组 (30 名)。对照组采用常规护理质量点评方式, 实验组采用世界咖啡屋模式。对比两组护士护理质量评分、护理积极性及患者护理满意度。结果: 实验组的护理积极率为 90%, 与对照组相比, 46% 有显著性差异 ($P < 0.05$); 实验组的生活护理质量得分 (91.14 ± 7.64), 操作护理质量得分 (94.26 ± 8.14), 病房护理质量得分 (94.26 ± 8.14) 分, 对照组 (70.27 ± 6.55)、(71.86 ± 7.94)、(72.91 ± 7.45) 分, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 实验组的护士满意度得分 (92.45 ± 8.76)、(94.13 ± 7.31)、(92.57 ± 7.76)、(93.84 ± 7.17), 均高于对照组 (70.21 ± 6.59)、(72.38 ± 6.93)、(71.15 ± 6.33)、(70.34 ± 6.79) 分, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 世界咖啡屋模式在“呼吸内科”中的应用能有效提高护士积极性, 提高护理工作的质量, 加强患者对护理的满意度, 值得临床推广使用。

关键词: 世界咖啡屋模式; 呼吸内科; 护理质量管理; 积极性

护理质量是护理工作的核心和基本内容, 是护士理论知识、态度、技术水平的综合反映。随着医学科技的飞速发展, 对护理工作的要求也越来越高, 护士队伍也越来越年轻化, 而收治的病人年龄偏大, 病情较重, 病情复杂, 因此, 如何改进护理工作, 改进护士与患者的关系就显得非常重要。在过去的护理质量管理中, 护士的工作和工作中的问题多是由护士长来评估的, 护士的参与程度较低, 导致了护士的工作热情下降, 实施效果不佳, 导致护理工作的质量下降。而世界咖啡屋模式, 则是让护士在轻松、温馨的氛围中, 透过小组讨论, 让护士从参与人的角度来思考, 提升护士的工作积极性、执行能力和服务品质。本研究回顾性分析本院 2020 年 1 月—2021 年 1 月对 60 名呼吸内科护士的护理质量点评, 研究世界咖啡屋模式对护士积极性的影响, 现报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析本院 2020 年 1 月—2021 年 1 月对 60 名呼吸内科护士的护理质量点评, 按数字随机分组法分为对照组和实验组, 每组各 30 例。其中, 实验组男 7 例, 女 23 例, 年龄 21-55 岁, 平均年龄 (38 ± 17) 岁, 对照组男 6 例, 女 24 例, 年龄 22-56 岁, 平均年龄 (39 ± 17) 岁。两组间一般资料对比 $P > 0.05$ 无统计学意义。入选条件: ① 所有参与研究的护士和患者均来自本院呼吸内科, 自愿参加试验, 签署了知情同意书; ② 本医院伦理委员会批准了这项研究。排除条件: ① 患者拒绝签署参加试验。② 免疫功能障碍或严重器质性损伤, 无法正常交流; ③ 资料缺失或中途退出者 ④ 严重心脏疾病患者。

1.2 方法

对照组以日常护理质量评价法为基础, 每月定期由护士长、护理部主任采用幻灯片形式对存在的问题进行总结和分析, 并向护士反馈问题解决办法, 不设主题讨论。实验组采取世界咖啡屋方式, 以世界咖啡屋模式为基础, 以世界咖啡屋模式讨论计划, 检视每个季度的护理品质清单, 并以表格中五项最具争议的议题为核心, 进行探讨。① 设立“世界咖啡馆”, 将科室 5 个不同的地点设置成“咖啡屋”, 布置温馨、舒适、的谈话环境, 形成和谐的讨论气氛。② 将实验组 30 位护理人员分成 5 张桌子, 每个人围成一张桌子, 选择一张桌子的负责人, 由一位组长来决定该话题; 参与者发表意见, 每个人至少要讲 3 分钟, 参与者认真聆听, 参与思考和讨论; 一回合后, 主管站在原地, 其他的人到下一间咖啡馆去, 每个护士都要参

与一次谈话。可以参与多种话题讨论, 讨论完后可以进行集中报告。③ 选取自己部门迫切需要解决的问题, 或者是与护理工作关系密切的问题, 或者选取对护理工作最有意义的议题, 以此激发护理人员的工作热情。④ 鼓励每位护士发表意见, 课桌组长综合各种意见, 并讨论各种意见的关联。⑤ 每一位参加护理人员都认真倾听, 加深对问题的了解, 并在众多的意见和热烈的讨论中, 形成小组意见^[1]。

1.3 观察指标

① 按照积极、一般、消极三个层面对护理人员的积极性进行评估。积极: 按时到岗, 无旷工, 能在规定的范围内完成任务; 一般: 准时到达率 90% 以上, 没有迟到, 旷工, 能基本完成职责范围之内的工作; 消极: 准时到岗率 90% 以下, 甚至有迟到、旷工、无法完成职责范围内的任务, 积极率 = (积极人数 + 一般人数) / 总人数 $\times 100\%$ 。② 护理质量的评定应由护士长或主管护师等主管领导, 包括生活护理、操作护理、病房护理等, 每一项为 100 分, 得分越高, 说明护理工作的质量较好。③ 从服务主动性、言谈举止、技术操作、理论知识等四个角度来评价病人对护士的服务满意度。④ 对 2 个护理措施的实施效果进行对比分析^[2-3]。

1.4 统计分析

利用 SPSS21.0 统计软件对统计数据进行处理, 以正态分布的计量数据按标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 使用 t 检验, 不符合正态分布的计量数据按正态分布进行统计; 计数数据按百分比计算, 用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为显著性差异。

2. 结果

2.1 两组护士积极性表现对比

对照组 30 名护士中护理积极 8 例, 一般 8 例, 消极 14 例, 护士积极率为 46%; 实验组 30 名护士中护理积极 15 例, 一般 12 例, 消极 3 例, 护士积极率 90%。两组护士护理积极率对比, 实验组明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 详细如表 1。

表 1 两组护士积极性表现对比[n (%)]

组别	例数	积极	一般	消极	积极率
对照组	30	8	8	14	16 (46)
实验组	30	15	12	3	27 (90)
χ^2	-	-	-	-	9.931
P	-	-	-	-	0.001

2.2 两组护士护理质量评分对比

实验组各项护理质量评分均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 详细情况如表 2。

表 2 两组护士护理质量对比[分 ($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	生活护理	操作护理	病房护理
对照组	30	70.27±6.55	71.86±7.94	72.91±7.45
实验组	30	91.14±7.64	94.26±8.14	94.26±8.14
t	-	11.358	10.789	9.551
P	-	0.001	0.001	0.001

2.3 两组护士护理满意度对比

实验组护理满意度各项评分明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 详细情况如表 3。

表 3 两组护士护理满意度对比[分 ($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	服务主动性	言谈举止	理论水平	技术操作
实验组	30	92.45±8.76	94.13±7.31	92.57±7.76	93.84±7.17
对照组	30	70.21±6.59	72.38±6.93	71.15±6.33	70.34±6.79
t	-	11.112	11.826	11.715	13.034
P	-	0.001	0.001	0.001	0.001

3. 讨论

由于我国现有的医疗资源相对匮乏, 许多医院都需要大量的医护人员, 特别是呼吸科, 这给护士带来了更大的压力; 是因为他们在护理中工作量较大, 不能缺乏时间对病人详细的进行生活照顾和给出健康指导。另外, 由于各医院对护士的招聘标准不高, 或者对护士的标准过于宽松, 使得护士的工作质量参差不齐。不能承担好呼吸科的护理工作, 不关心病人, 不重视呼吸科的护理工作, 不重视对病人的健康教育, 不重视病人的记录, 不注意观察病人。如果不能及时的做出正确的治疗和护理, 很可能会耽误病人的病情。由于一些主观和客观的因素, 导致了护理工作中忽略了一些细节; 在治疗过程中, 会有一些危险, 比如病人会出现呼吸困难的情况, 在药物中会添加一些呼吸兴奋剂, 这种药物会导致病人的情绪波动。如果有烦躁等情况, 会造成药物流出, 此时应注意及时对病人进行清理, 避免引起其它不适, 严重的可能会引发并发症^[4]。

呼吸科的护士工作比较特殊, 有时会对患者进行排痰, 而大部分老年患者痰多, 不易咳出, 通常会采用吸痰或指导排痰, 有些护士觉得这个工作很累, 不想给病人做吸痰术, 缺少耐心对病人进行排痰指导; 另外, 有些护士对吸痰要领掌握得不好, 两次抽痰间隔太短, 不但会加剧病人的痛苦, 而且会降低治疗效果; 造成病人和家人对护理工作的不满意, 甚至出现了医患纠纷, 而且护士与病人的交流也很少; 护士对病人的状况没有进行细致的观察, 没有能够及时地发现病人的病情^[5-6]。因此, 在一定程度上, 让病人的治疗效果达不到预期, 进一步加长患者治疗周期, 也会给病人和病人的家人带来不必要的经济和心理压力。

“世界咖啡屋”是目前国际上比较流行的一种新的沟通模式, 它通过灵活的小组讨论、真诚的对话, 形成团体智力的讨论, 从而实现护士的整体素质管理。参与者要主动发表自己的观点, 并听取他人的意见, 再由组长汇总、整合, 寻找新的观点, 由于参与者年龄、家庭背景、教育理念不同, 所提观点也不同, 能将不同观点整合运用于工作中, 以解决护理工作中的诸多问题。世界咖啡馆的布局应该是类似于咖啡馆的, 四个座位, 桌布, 鲜花, 可以的话点一支蜡烛, 播放轻柔的音乐和点心。四个人围着一张桌子聊了二十到四十五分钟。每个回合后, 一名选手将继续担任该桌的主持人, 其余三名将被

安排在另一桌。餐桌上的主持人欢迎新加入的人, 分享他们之前的经验, 而新的参与者则讲述他们所提供的信息。第二回合之后, 按照咖啡厅的设计, 参加者可以坐回自己的位置, 也可以换一张桌子进行下一次的讨论。在随后的几轮讨论中, 他们对新问题进行了探讨, 或是对原有问题进行了深入研究。三次以上之后, 所有的人都会聚集在一起, 交流和探讨出现的主题、领悟和学习的成果。在此, 本次会议可以结束, 或者进行新一轮的提问或提问^[7-10]。

本研究发现, 在世界咖啡屋模式下, 实验组的工作动机与执行效率均有显著提升, 并显著高于控制组。分析其理由: 世界咖啡屋模式是以护理人员为核心, 让护理人员参与到部门议题的讨论中, 使其产生主人翁意识, 并能较好地落实自己的意见和措施; 这样才能增强他们的工作积极性和执行力。执行力就是把观念转化为行动, 把行动转化为实际的、有形的效果, 而执行力的提升则是指护士的工作能力得到提升。积极、民主、合作的讨论气氛, 让护士思维活跃, 畅所欲言, 更能全面认识护士的个性特征, 发掘其潜力, 并关注其心理的改变; 重视对每个护士的培训与生涯规划, 使之成为一支积极向上、踏实、技术精湛的护士队伍。与以往的刻板、严厉的工作环境形成鲜明对比, 护士与护士长之间的沟通和沟通不足, 导致护士的心理压力增大, 甚至有要求调岗、出勤率降低的情况。本研究发现, 实验组的护理品质与病人满意程度均较对照组高。原因: 咖啡屋模式能让护士对病人的工作更有责任心, 对病人更有热情, 更人性化。相关研究显示, 人性化、高品质的护理能有效解决呼吸内科中病患护理不到位的情况, 避免因护理不到位而发生医疗事故, 减少病人住院天数及经济负担, 提高了病人对护理工作的满意度。

总之, 世界咖啡屋模式可以提升护理人员的工作积极性和执行力, 让他们更好地投入工作, 提升护理工作的品质, 增进病人对护理工作的满意度, 并能促进护理人员与病人之间的关系。

参考文献:

- [1]Guo Ling,Wang Lifeng,Zhao Qiang,Ye Liyan,Ye Kun,Ma Yanning,Shen Dingxia,Yang Jiyong. Genomic Analysis of KPC-2-Producing Klebsiella pneumoniae ST11 Isolates at the Respiratory Department of a Tertiary Care Hospital in Beijing, China
- [J]. Frontiers in Microbiology,2022,13.
- [2]邓庆芬.“世界咖啡屋”模式在护理质量管理中应用及对护士积极性的影响[J].河南医学高等专科学校学报,2021,33(04): 482-484.
- [3]吴果果,赵艳歌.强化护理风险管理在呼吸内科护理中的临床价值分析与探讨[J].黑龙江医学,2021,45(02): 191-192.
- [4]尉淑红,韩凯,李霞.护理风险管理对呼吸内科护理质量与不良事件的影响[J].中国卫生产业,2020,17(16): 3-5.
- [5]田爱玉.PDCA 循环系统管理模式在呼吸内科护理中的应用效果及护理质量评价[J].中国卫生产业,2020,17(15): 84-85+88.
- [6]张爱华,吴燕娟,积累.“世界咖啡屋”模式在神经外科护理质量管理中的应用[J].中国临床神经外科杂志,2019,24(10): 634-635.
- [7]王萌.PDCA 循环在儿童呼吸内科护理质量管理中的应用价值研究[J].中国医药指南,2019,17(25): 213-214.
- [8]贾大平.护理风险管理对呼吸内科护理质量及不良事件的影响[J].中国医药指南,2018,16(34): 11-12.D
- [9]沈美芳,吴银竹.专科护理质量指标在呼吸内科使用吸入剂患者管理中的应用[J].护士进修杂志,2017,32(16): 1471-1473.
- [10]贾亚平,居蓓华,蔡仁美,郑叶平.“世界咖啡屋”模式在护理质量工作总结中的应用[J].中华现代护理杂志,2017,23(01): 127-129.

课题名称: 广西壮族自治区卫健委青年基金计划课题(Z20190897)

CCU 患者心理反应及护理研究进展

潘敏然

广州医科大学附属第六医院清远市人民医院 511500

摘要：CCU 的管理制度、治疗环境与一般病房不同，在多种因素影响下，CCU 患者易出现恐惧、焦虑、抑郁、沮丧等不良心理反应，对患者治疗效果会产生不良影响。因此，根据患者的实际情况，为患者提供个性化的护理服务，使其在接受护理服务的过程中，可以感受到放松及愉悦，逐步弱化不良心理反应，提高患者治疗效果。

关键词：CCU 患者；心理反应；护理研究进展

冠心病监护病房（CCU）是心内科的强化治疗单元之一，也是心脏病学学科建设领域中的重要组成部分，为确保心内科医疗安全提供了重要阵地。伴随人们生活水平的不断提升，加上社会老龄化进程愈发明显，我国心血管疾病的发病率逐年上升，CCU 凭借其自身完善的设备、持续的护理监测，为患者疾病的恢复做出了巨大贡献^[1]。由于 CCU 的环境、管理制度比较特殊，患者往往承受着巨大的心理压力，因此他们在心理上可能会出现很大改变，而这些改变发生以后，将会对其疾病的恢复造成不容忽视的影响。事实证明，心理护理是药物治疗以外一项非常重要的促进患者康复的方法和手段^[2]。

1. CCU 患者的心理反应

1.1 焦虑、恐惧

由于 CCU 患者病情危重，随时发生病情变化，因此很多患者都会产生焦虑、不安、恐惧等不良情绪。进入 CCU 后，患者的很多生活习惯都被迫发生改变，要求其绝对卧床，并且限制饮食，在多项仪器设备噪音的影响下，患者情绪容易波动，另外预后不确定，更容易加剧焦虑、恐惧情绪^[3]。

1.2 抑郁

抑郁是 CCU 患者常伴随的症状，尤其是首次进入 CCU 治疗的患者，抑郁的发生更加普遍。伴随着人们生活水平的不断提升，冠心病患者开始呈现出年轻化的趋势。由于植入支架后需长期服药，不能参与重体力劳动，因此患者对以后的工作和生活都非常迷茫，在巨大的医疗费用面前，患者极易表现出抑郁情绪。

1.3 急性应激障碍、创伤后应激障碍

急性应激障碍（ASD）又被称为急性应激反应，是由不寻常的、剧烈的精神刺激，或者持续困境等因素影响下导致的精神障碍。创伤后应激障碍（PTSD）是个体目睹或经历一个及以上他人死亡，或者面临严重伤害或受到死亡威胁，使其个体出现持续存在的精神障碍。其疾病初期主要表现为一种“茫然”的特征，表现为意识清晰度降低，同时注意力下降，还伴有定向困难的表现，对周围环境主要表现为愤怒、激越、恐惧性焦虑以及绝望等症状。以上症状在发生 24~48h 之后逐渐减轻，一般而言，这些症状持续的时间在 3 天以内，假如症状持续时间超过 4 周，临床常诊断为“创伤后应激障碍”^[4-5]。CCU 患者在入院 3~5 天后，就会有患者出现急性应激障碍，其引发因素比较多，例如缺乏对疾病知识的了解、对 CCU 环境感到陌生、有创操作影响、设备报警声影响等，这些都是导致其出现急性应激障碍的原因所在^[6-7]。

2. 引发 CCU 患者不良心理反应的因素

CCU 是保障心内科安全的重要阵地，其特殊环境、管理制度以及治疗过程中患者需要承受的痛苦体验，使其产生了巨大的心理压力，导致其心理上发生了很大改变，在这些改变的影响下，患者病情的康复面临着严重的不良影响。

2.1 疾病因素

CCU 患者发生急性左心衰时表现为严重的窒息感，呼吸困难，需要端坐呼吸。当其心律失常发作时，会出现心悸、胸闷以及头晕等症状。发生

急性心肌梗死时，其胸痛症状剧烈，甚至出现濒死感，需要实施介入和紧急溶栓等治疗。进入临终期的患者，发生心理变化后，将会表现出对死亡的恐惧，出现极度烦躁不安的情绪。在抢救过程中，患者身体部分位置会被导管、联线缠绕，其活动明显受限，睡眠、休息的正常姿势难以保持，处于强迫静卧、捆绑的状态，此时极易在情绪上产生焦虑、抑郁的情感^[8-9]。

2.2 环境因素

2.2.1 病房环境

CCU 中配置了各种设备，为患者活动留出的空间比较小，在过分拥挤的情况下，患者思想上将面临很大压力。CCU 患者需绝对卧床休息，在床上使用便盆大小便，在新环境的影响下，患者极易产生不良心理反应。

2.2.2 噪音

由于监护室仪器比较多，充斥着各种噪音，比如报警声、走路的声音、设备操作声音等，这些都是噪音的主要来源。在医院各科室中，CCU 是噪音最强的地点之一。在噪音影响下，人的交感神经将会受到刺激，可能会引发患者心率加快、血压上升、烦躁不安，加剧患者的疼痛感，并且焦虑感、压力感也会随之加重，严重影响患者的休息和睡眠。

2.2.3 视觉干扰

在各种仪器设备指示灯的影响下，加上医护人员忙碌的脚步、血压与呼吸曲线波形以及运动中的心电等，这些都会对患者的情绪造成一些不良影响，加之通宵照明，患者缺乏昼夜节律感以及时间感，对于环境的感觉可能会扭曲，导致其出现紧张、恐惧、不安等不良情绪，导致病情加重。

2.3 患者因素

2.3.1 睡眠剥夺

在各种仪器噪音、光线刺激下，患者对时间的概念会混乱，进而影响其正常休息和睡眠，患者就会有错觉、多疑、焦虑等精神症状出现。

2.3.2 CCU 综合症

由于限制探视、活动，加上对环境的陌生感，缺乏与他人的交流，在一系列检查、临床治疗后，患者对以后的生活产生顾虑，加之对疾病知识缺乏了解，极易形成“CCU 综合征”^[10]。

2.3.3 经济困扰

除住院、一般治疗与护理费用以外，一些特殊监测、介入治疗等都需要较高费用，为患者带来了巨大的经济负担，在经济因素影响下，一些患者难以静下心来配合治疗。

3. 针对 CCU 患者心理反应的护理措施

多种因素影响下，CCU 患者极易产生一些不良情绪，比如沮丧、焦虑、不安等，加之疾病影响下身体不适，在经济压力、家人不陪伴、病情反复等因素影响下，患者极易产生不良情绪，在不良情绪影响下，他们的预后往往比较差，难以获得理想治疗效果。为此，应该根据患者实际情况，为其提供相应的护理措施。

3.1 营造温馨舒适的病房环境

CCU 病房内确保温湿度适当，各仪器设备摆放整齐，各设备的位置要合理。同时注意调节好病房的颜色，对于易疲劳、情绪较差的患者而言，绿色可以起到很好的缓解作用，因此可以将床帘改为浅绿色。用床帘将相

邻床位隔开,以保护各自隐私不被侵犯,并且避免其他患者看到危重病患的抢救场景,为其他患者造成不良心理影响。夜间尽量暗化室内环境,以维持正常的休息节奏,营造良好的睡眠环境。另外,病房窗户选择浅色窗帘,夜间治疗时间尽量缩短,照明灯选择柔和光线,尽量暗化病房,为患者营造良好的休息环境。

3.2 减少室内噪音

CCU 护理工作中,应注意减少噪音,医护人员操作时尽量降低音量,禁止高声说话,将手机的音量调整为静音。平时走路、说话都要轻,不可以穿硬底鞋,在走廊中说话尽量避免高声。夜间把仪器报警音调至夜间模式,减少对患者的干扰,为患者休息、睡眠提供良好环境,晚间声音不能超出 40 分贝。根据患者病情调整监护仪的参数上下限值。明确患者的兴趣爱好、宗教信仰,例如信仰佛教的患者,可以播放低音量佛教音乐,以帮助其稳定情绪。

3.3 加强护患沟通交流

主动为患者介绍 CCU 基本情况,告知其相关注意事项,帮助其加深对所处环境、治疗方法的了解。例如,耐心的为患者解释 CCU 与一般病房存在哪些区别,用通俗的语言讲解疾病相关知识,介绍各项治疗操作的作用。向其讲解在床上大小便、卧床休息的必要性,并且教会其如何正确使用大小便器,帮助其尽快适应医院中的生活,并且配合医护人员执行各项治疗措施。

在护理过程中,应注意观察患者的情绪变化,用温和的态度和诚恳的语气与患者沟通,以减轻其紧张感,主动关注患者的需求,以减轻其家属不在身边的孤独感,在不影响其治疗和病情的前提下,多与患者沟通交流,同时注意做好健康教育。另外,还要用肯定的、鼓励的语言,引导其将内心的感受表现出来,并且及时了解其心理动态,与所学知识相结合,为其提供针对性的心理疏导,这样他们才能以一种积极的心境,去迎接即将到来的治疗与护理。

3.4 提升护理水平

CCU 病房护士应该规范展开各项护理操作,并且具备丰富的专科护理知识,在护理操作中可以严格依照流程执行各项护理操作,这样患者不仅可以获得专业化的护理,同时他们还能认识到自己正在接受着非常专业的照护,意识到自己的生命是有保障的。这样即可获得患者对医护人员的信任,从而更加积极的配合医护人员的治疗与护理。同时,还应及时发现患者病情变化,一旦发现患者有异常情况,要及时联系医生采取处理措施,帮助其减轻痛苦。在充分保证患者治疗安全的情况下,应尽量帮助患者取舒适的体位,并且协助其活动四肢,定时按摩,变换身体姿势,帮助其减少不适感^[8]。要深入、细致的为患者提供生活护理,进行口腔、皮肤清洁工作,确保排便畅通。在擦浴、大小便处置等操作中,要注意遮挡好,使患者感觉到被尊重。另外,还鼓励患者进行一些他们力所能及的活动,以帮助其缓解由于依赖他人而产生的不良情绪^[11]。

3.5 强调人性化护理

在护理过程中,护理方法要因人而异,从语言、环境以及行动等多方面为患者提供情感护理。比方说,要用温柔而坚定的目光注视患者,用善意温和的微笑面对患者,与患者恰当的握手,对于患者的疑问给予恰当好处的解答等等。护理人员要对患者的一般情况有所了解,通过聊天形式加强与患者的沟通,多多询问患者的身心感受,鼓励患者将内心的想法表达出来。对于患者提出的问题,要简单、清晰的给予回答,不能有所回避。尽量安排固定人员为患者提供护理服务,除工作意外,护理人员不应离开患者,这样可以增加患者安全感,同时还能增加护患之间的感情,帮助患者缓解焦虑、抑郁等不良情绪,同时还可以帮助濒死的患者将人生最后的道路平静的走完。

3.6 实施严谨规范的护理

在护理操作中,护理人员应具备娴熟的操作技术,掌握丰富的专科护理理论知识。在平时的护理过程中,要注意监测患者各项生命体征,以便

及时发现患者病情改变的情况,一旦发现患者病情发生变化,要及时联系医生,采取措施帮助患者减轻痛苦,确保医护人员要具备非常丰富的工作经验,这样即可为患者安全提供保证,使患者对医护人员产生安全感,从而更好的配合临床治疗与护理。平时患者要保持绝对的卧床休息,在确保安全的同时,取舒适卧位,适当活动四肢,另外,还要注意落实好夜间、晨间各项护理措施。

3.7 注重家属的作用

多为患者家属、亲友创造亲近患者的机会,通过加强与患者的沟通和交流,可以帮助其减轻孤独感,但是要告知患者家属及亲友,尽量不要与患者讨论病情,多与患者聊一聊积极向上的内容,帮助患者减轻心理负担。鼓励患者家属及亲友将一些充满希望的事情,帮助其树立与病魔抗争的意志。如果条件允许,应该适当增加家属到医院探视的时间,让患者与家属充分的接触,教授他们轻柔对待患者的技巧,增加与患者的情感交流。这样一来,可以很快的促进患者病情康复。在疫情期间,如医院要求家属不能探视,要鼓励患者家属、亲友多与患者电话或视频沟通,以减轻患者的孤独感、寂寞感。可以多谈一谈生活中充满光明和希望的事情,鼓励其积极与疾病作斗争。告知家属如何抚慰患者的心理,促进其与家属之间的情感交流,这对患者病情尽快恢复非常有利^[12]。

结语

综上所述,CCU 患者多为危重患者,他们可能处在濒死的边缘,对医护人员的安慰、关心非常渴望。因此,护理人员应该根据患者的实际情况为其提供护理措施,让患者感受到被尊重、被重视,看到希望,以便帮助其缓解不良心理反应,增加对疾病治疗、预后的信心,促进病情好转。

参考文献:

- [1]王春艳,孙凤,任宇婕,等. CCU 病房急性心肌梗死患者的心理分析及护理对策[J]. 中国保健营养,2019,29(20): 219-220.
- [2]侯新霞,杨静静,张梦霜,谢梦珠,白雪静.冠心病合并慢性心力衰竭患者应用强化护理干预的效果观察[J].航空航医学杂志,2022,33(02): 243-246.
- [3]钟香连.心理护理在 CCU 急性心肌梗死患者治疗中的效果和护理质量观察[J].心血管病防治知识,2021,11(08): 54-55+61.
- [4]曹旭.认知行为干预在改善冠心病重症监护室转出患者家属迁移应激水平及照顾者负担水平中的应用[J].护理实践与研究,2020,17(20): 57-59.
- [5]刘鑫,王晓霞,杨珺.风险评估模式下的分级护理干预在 CCU 接受 PICC 置管冠脉搭桥术后患者中的应用观察[J].黔南民族医学学报,2021,34(01): 58-61.
- [6]骆惠芬,李顺然,郑晓丹,张贺琼,伍雪华.CCU 老年危重症心力衰竭患者应用标准化护理程序的临床效果[J].名医,2020(10): 202-203.
- [7]范晓君,牛玉青,汪雪.探讨标准化沟通在心血管重症监护室(CCU)患者护理中的应用价值[J].首都食品与医药,2020,27(11): 177.
- [8]周淑淑.支持性心理护理结合行为干预对 CCU 心肺复苏患者心理弹性水平的影响[J].心血管病防治知识,2021,11(27): 42-44.
- [9]王彦侯,耿妍,赵永霞,张军,康西红.心理护理干预对 CCU 首次住院患者心理状态、免疫功能及护理满意度的影响[J].齐鲁护理杂志,2022,28(13): 133-135.
- [10]侯聪玲,刘小楠,周平.CCU 延续性护理对老年慢性心力衰竭患者认知功能及心理状态的影响[J].齐鲁护理杂志,2022,28(13): 45-47.
- [11]王超男,岳珍珍,赵晓燕,李世杰.4R 危机理论风险评估护理管理在心血管重症监护病房中的应用[J].临床心身疾病杂志,2022,28(02): 132-134.
- [12]郑玲,邢永生,郝宗娇.基于 ICNSS 评分的分层护理在急性心肌梗死合并心力衰竭患者中的应用效果分析[J].内科,2021,16(02): 270-273.

头部推拿配合平衡罐治疗肝火扰心型失眠的研究进展

韩正芳 周艳萍

宁夏回族自治区中医医院暨中医研究院治未病中心 宁夏银川市 750001

摘要：中医学中，失眠属不寐范畴，可受心理与生理多种因素影响，其中肝火扰心型失眠常见。尤其当前人们生活与工作压力不断升高，身体疲劳与精神压力造成了失眠发生率的升高。中医学可采用针刺、拔罐、推拿等多种手法进行治疗。而本研究着重进行头部推拿联合平衡罐治疗肝火扰心型失眠研究资料的总结。

关键词：头部推拿；平衡罐；肝火扰心型失眠

前言：失眠是困扰社会公众的常见问题，长期失眠可极大影响生活质量，且容易引发多种不良情绪，如焦虑、不安等^[1]。失眠虽不是危重症，但长时间受失眠困扰，容易出现精神疲乏、头晕头痛、健忘等问题，进而影响正常生活与工作^[2]。在中医学领域，对于失眠可采用多种手段治疗，下文将从头部推拿、平衡罐等中医外治疗法为方向总结其治疗肝火扰心型失眠的效果。

1 肝火扰心型失眠发病机制

1.1 阴阳失衡

阳盛阴衰是阴阳失衡的主要表现之一，病理因素与火存在密切关联，包括情志与饮食所引发的心火及肝火旺盛。同时也可基于疲劳、久病不愈引发阴虚火旺的虚火，导致精神受扰进而出现失眠症状^[3]。阴阳失衡还可表现为阳虚阴盛，如夏季长时间在空调房内，或过多饮用冷饮，可伤阳气，加之工作压力较大，生活节奏过快，频繁熬夜，容易引发失眠症状。

1.2 脏腑失和

心是君主器官，主血脉而藏神，神不能安则夜不能寐。长期处在疲倦、思虑、伤神等状态，导致心神失养，容易出现失眠表现。在中医学中有一种致病理论为，百病生于气，人体气血冲和，则不会生病，而肝体阴而用阳，主导气血津液调和。若肝脏未受不良影响，休息是魂归于肝，则可自由安睡。但基于种种因素影响，导致肝脏功能受损，加之心理因素的影响，则容易诱发失眠^[4]。脾脏的功能为调节脏腑及四肢肌肉，属于后天发展的根本，也是气血生化的源头，若忧思过度及饮食不节容易伤脾，进而产生痰湿，无法安睡。

1.3 现代医学对失眠的认识

失眠是多种因素作用的结果，包括生理病痛困扰、心理及精神压力的影响。目前青年与中年人群失眠与生活习惯相关因素存在密切关联。频繁熬夜可导致人体生物紊乱，进而形成睡眠障碍。在睡前存在的不良习惯，包括饮酒、咖啡、浓茶等容易产生神经兴奋性，进而造成睡眠障碍。在精神因素方面，若长期处在紧张、焦虑、过度兴奋等状态下，则可诱发心理性的失眠症状。而失眠又可增加心理压力，形成恶性循环^[5]。在躯体相关因素方面，心脏不适感、咳嗽、头晕、疼痛等症状均可诱发失眠症状。在药物相关因素方面，长时间服用安眠药物容易产生依赖性，进而加重睡眠障碍。睡眠与觉醒是维持生命的高级生理活动，正常状态的维持受到大脑皮质、丘脑等阻滞影响。失眠与睡眠-觉醒期之间存在密切关联，目前还未明确具体机制，但多种原因引发的神经结果破坏可引发睡眠障碍。褪黑素目前在缓解失眠问题上较为受到关注，尤其针对昼夜紊乱人群，其改善睡眠质量效果良好，但针对其他原因引发的失眠症状则无明显作用。我国目前已经批准褪黑素作为保健品应用，但不具备替代药物的价值。当前临床常用抗失眠药物分为苯二氮与苯二氮两种，如地西泮、及咪达唑仑，虽可缓解失眠，但容易引发日间头昏等不良反应。佐匹克隆等基于具有抗抑郁成分，为此多用于情绪状态相关失眠治疗中，但也存在恶心、头晕等不良反应可能性。

2 肝火扰心型失眠的中医治疗

2.1 头部推拿疗法

头部推拿是治疗失眠症状的常用手段之一，可采用多种手法或选择不同穴位进行。例如，直接施术在头部，其方法为：开天门：用中指之腹按压于印堂穴向上推至百会穴，三到五次。分推阴阳：将两手拇指指腹附按压在攒竹穴，分别推至两侧太阳穴，后沿额上三线依次分别抹至太阳穴，抹至太阳穴时稍加施力，刺激太阳穴；（太阳穴位于耳廓前额前额两侧外眼角延长线上）。点穴：以顺时针揉压的方式依次刺激睛明、印堂、攒竹、鱼腰、瞳子髎、太阳、四白、头围、百会、四神聪、风府、风池、安眠等穴，每穴揉压 3-5 次。头部刮痧：点刮印堂、百会，风府、风池、安眠穴；从印堂刮至百会，自攒竹刮至四神聪，对侧同法。将患者头部偏向一侧，从鱼腰穴刮至枕后，从太阳穴刮至耳后。（头部刮痧，可采用寸刮法刮拭，刮拭过程中要及时询问患者感受，及时调整力度，以不出痧为宜）。摩擦头皮：以一手拖住头部，另一手五指指腹紧贴头皮皮肤，反复收缩舒展，指腹下沉，力度均匀，使头皮微微发红即可。同法做对侧。其次，推上星，在印堂向上推导上星，推头维，印堂向邪上抹。对太阳经进行梳理，每次可反复进行 20 次，叩印堂 30 次，叩百会 30 次，太阳穴顺时针揉按 10 次，逆时针重复 10 次。头部穴位按摩可选择印堂、神庭、头维、丝竹空等穴位。按摩手法为从印堂穴推导神阙穴，可反复进行 30 次，每个穴位适当停留按压数秒钟。同时从印堂穴推导双侧头维穴，重复进行 30 次，各穴位适当停留按压数秒钟。双手交叉梳理法，从前额到后枕太阳经所经过的部位，重复进行 10 此。以揉法按揉双侧太阳穴，顺时针与逆时针均重复 10 次。

2.2 平衡罐疗法

平衡罐治疗中要求患者取俯卧位，预先以拇指的指腹在背俞穴寻找阳性点，结合病情辨证治疗。常规治疗方法为，在背部涂抹润滑油，用大号罐行闪火法，将一个罐从上到下，取另外一个罐由下至上。选择肩髃经心俞、膈俞、肝俞、胆俞等穴位反复闪罐 3 次，温热罐体循经熨罐 2 次，直行走罐 5 次，旋转走罐 3 次。以背部潮红为宜，阳性点区域摇罐 10 次，在观察有痧样瘀斑后，排灌法进行坐灌治疗，各部位均留罐 5 分钟。另外，特殊平衡罐操作法如闪罐：将 2 个 4 号罐吸附在背部皮肤上自背部由上而下吸附-拔起-吸附-再拔起，沿着督脉、膀胱经自上而下操作 3-5 次，至皮肤潮红为度。飞罐：用罐口把橄榄油均匀布在背部。行罐（走罐、游罐、揉罐）：将火罐吸附在大椎穴，沿着督脉、膀胱经自上而下由轻到重拉动、游走、顺时针旋转揉动直至皮肤出痧，将罐放置在大椎穴、肝俞穴、肾俞穴进行揉罐，顺时针转动 30 秒。留罐：在观察有痧样瘀斑后，排罐法进行留罐治疗，将罐吸附在背部相应的腧穴 5-8 分钟。操作过程手法轻柔，避免过度用力，同时询问患者是否有不适反应，如疼痛、呼吸不畅等，若有严重不适反应应立即停止^[6]。取罐，将背部擦拭干净，协助患者穿好衣服，仰卧与治疗床上。患者有头昏头胀时使用揉罐法、摩罐法对大椎穴、肩颈穴强刺激，顺时针刺激 30-50 秒，直到皮肤出现潮红；口干面苦，不思饮食，对肝俞、胆俞、胃脘穴走罐，牵拉。必要时配合下肢相应穴位。操作过程手法轻柔，避免过度用力，同时询问患者是否有不适反应，如疼痛、

呼吸不畅等,若有严重不适反应立即停止。

2.3 头部推拿配合平衡罐治疗肝火扰心型失眠

2.3.1 头部推拿治疗肝火扰心型失眠

赵燕^[7]等研究中针对失眠患者采用穴位按摩疗法,同时辅以中医音乐疗法,所获效果显著。研究中对常规药物治疗与护理的 53 例失眠患者与穴位按摩配合音乐疗法的 50 例患者进行对比观察。其中穴位选择百会、涌泉、太冲、内关、风池、太阳、神门。针对百会穴应用推与点的手法进行按摩,每次操作 2min,询问患者有发热感适宜。针对涌泉穴、太冲穴、内关穴等应用按与揉的手法进行,双手拇指指腹在穴位,其他手指自然放置,顺时针环形运动,促进皮肤与皮下组织运动。针对内关穴与太冲穴,除揉与按压手法之外,顺经络向上推,速度控制为每分钟 120 次。针对神门穴以拇指按压方法进行,每次按压 2min,询问患者有酸麻感适宜。其调查结果显示,头部穴位按摩配合音乐疗法患者的睡眠质量评分明显高于常规治疗患者。张天羽^[8]的研究中选取关元、神阙、中脘穴位进行推拿,所有穴位均按压 5 次。除推拿按摩治疗之外,辅以经颅重复针刺法,调查结果显示治疗后患者日觉醒次数少于常规治疗者,而日间睡眠睡眠明显长于常规治疗患者。以上研究结果均证实了,推拿按摩疗法在失眠患者治疗中发挥着重要作用。在中医学中,穴位按摩借助于手法刺激从表到里,疏通气血,加之经络传导与反射可改善脏腑功能,达到某些疾病的治疗目的。其中百会穴刺激具有醒脑开窍的作用,并疏通督脉经络气血。涌泉穴与太冲穴的刺激具有滋阴潜阳作用,有助于消除肝火,而肝火是失眠症状出现的主要原因之一。风池穴属于肝经穴位,具有疏风清热、补气益阳的作用,通过手法刺激具有降压功效。太阳可安神,配合内关与神门等穴位可理气顺气,安神醒脑。以上穴位的配伍应用,有助于降肝火,从而减轻睡眠障碍程度。轻柔且持续的局部刺激,有助于兴奋周围神经,同时抑制中枢神经,可促使患者逐渐产生睡意,进而提升睡眠质量。选择适合穴位进行推拿与按摩,能够促进机体复合胺释放,而复合胺具有促进机体放松的作用,有助于调节情绪相关的睡眠障碍。

2.3.2 平衡罐治疗肝火扰心型失眠

张晓乐^[9]在其研究中针对失眠伴发焦虑、抑郁患者采用中医外治,所获效果显著。在中医外治法中,除应用穴位按摩疗法之外,还应用平衡罐疗法,具体采用闪罐、揉罐、拔罐、滚罐、留罐几种拔罐手法。经对比观察发现,治疗前不同治疗方案患者的睡眠质量与效率及情绪状态均无明显差异。中医外治失眠患者的睡眠质量评分明显高于常规治疗患者;中医外治患者的睡眠效率明显高于常规治疗患者;中医外治患者的焦虑、抑郁评分明显低于常规治疗患者。以上结果充分证实了,平衡罐在失眠患者治疗过程中可发挥出重要价值。平衡罐疗法以火罐进行腰背部刺激,而腰背部为人体督脉,脏腑及血脉相关穴位刺激具有调理脏腑的攻下,而督脉气血调节可改善阴阳失衡,进而促进患者睡眠质量的提升。但单纯应用平衡罐所能达到的效果有限,为此,多将其与其他中医外治法联合应用。如中药浴足作为传统中医疗法,以具有通脉安神的重要进行外用治疗。通过浴足方式促使药物有效成分渗透到周身经络,随着经络达到脏腑,具有调节血液循环及植物神经的作用。在浴足过程给予足部穴位的按摩,可达到改善睡眠质量的效果。

2.3.3 头部推拿配合平衡罐治疗肝火扰心型失眠价值

头部推拿与平衡罐的联合应用可进一步加强治疗失眠的效果。头部推拿重在镇静安神。中医理论认为“五脏六腑之精气皆上注于头”,头为诸阳之会,精明之府,主司一身之神,人体百脉皆直接或间接达此部。阳气上达脑窍,百脉皆通。辨证后选择合适的头部穴位进行按摩并对相应经络进行推拿可达到使用常用镇静安眠药物的效果,同时避免了长时间用药而产生的依赖性 & 不良反应^[10]。通过对头面部神经末梢与皮下血管的推拿刺激,借助于反射弧作用,可调节大脑兴奋性,从而恢复脑部正常血液循环,减轻肌肉紧张状态,缓解睡眠障碍程度^[11]。平衡罐是在火罐疗法的基础上

用平衡理论为指导,在 1984 年起用于临床,手法由三种发展到近十种,治疗的病种也日渐增多,已成为脱离了针法、灸法的一种独立疗法。平衡火罐是以中医的基本理论为基础,以现代医学的神经反射为治疗途径,以自我修复,自我调节,自我完善为治疗核心;以不同的火罐手法为治疗手段的一种自然疗法。平衡罐在背部肾俞及督脉,进行相应穴位刺激,可达到调节脏腑、疏通经络、纠正阴阳失衡等效果。而经络疏通可致气血运行通畅,调节精神与生理性疲劳,有助于改善失眠症状。平衡罐治疗失眠多针对于痰热内扰型、肝郁化火型。而此类型失眠患者多基于时常熬夜、过多食用油腻、辛辣刺激食物造成痰热内扰,上扰心神的失眠。

2.4 其他中医疗法

灸法是中医常用治疗手段,对于肝火扰心型失眠也可发挥显著功效。采用天灸手法贴敷穴位治疗失眠症状效果明显,有助于减轻早醒、入睡困难、惊醒等问题。刺血拔罐疗法可促进局部小血管壁舒缩,从而调节微循环,可加快炎症吸收,并发挥止痛作用^[12]。刺血拔罐治疗用于失眠症状治疗中,可有效缓解睡眠障碍程度。同时此种治疗手段可调节大脑皮层血液循环,经脊神经根反射刺激中枢神经,改善神经功能活动,减轻神经紧张与大脑疲劳,最终发挥改善睡眠质量效果。将灸法与按摩及刺血拔罐等疗法联合应用被称之为中医综合疗法,可实现对失眠的辨证论治,以发挥更为显著治疗效果。不同中医外治法均具有其各自优势,在失眠症状治疗中所发挥的功效也有所不同,而联合应用多种中医外治法,有助于进一步强化疗效。

结论:失眠在现代医学认为精神紧张与药物作用等作为常见病因存在,在中医学中认为脏腑失调、气血不畅等可引发失眠症状。对于失眠的治疗,常用西药容易产生依赖,且不良反应明显,而中医采用平衡罐与头部推拿疗法安全性较高,且疗效显著。

参考文献:

- [1]吉安庆,崔景,徐晔.引阳入阴推拿配合中药安眠枕治疗肝火扰心型失眠的临床疗效观察[J].辽宁中医杂志,2021,48(12):165-168.
- [2]吕改兰.龙胆泻肝汤治疗对肝火扰心型失眠患者临床效果及睡眠质量的影响[J].2021,18(10):34-37.
- [3]朱敏敏,魏思宁,殷继磊,等.背部挑治联合龙胆泻肝汤治疗肝火扰心型失眠的疗效观察[J].世界最新医学信息文摘,2020,20(45):166-167.
- [4]徐永亦,林威明.调神六穴加眠三针刺法治疗肝火扰心型原发性失眠临床研究[J].新中医,2020,52(3):151-153.
- [5]冯贵平,李振起,王艳君.调督安神针法联合刺络拔罐治疗肝火扰心型失眠的疗效观察[J].河北中医,2018,40(7):1075-1078.
- [6]典迎彬.头部八卦推拿法联合清胆宁神汤治疗痰热内扰型失眠[J].中医学报,2020,35(4):885-888.
- [7]赵燕,曹迎凤,马小允.穴位按摩结合五行音乐疗法治疗肝火亢盛型高血压失眠效果分析[J].河北中医药学报,2018,33(02):40-43.
- [8]张天羽,李同军.推拿联合经颅重复针刺法为主针刺治疗轻中度失眠的随机对照临床研究[J].中医药临床杂志,2021,01(01):153-157.
- [9]张晓乐,李小波,王佩,等.中医外治综合疗法治疗失眠伴发焦虑、抑郁的临床效果[J].临床医学研究与实践,2020,5(4):124-125.
- [10]吕改兰.龙胆泻肝汤治疗对肝火扰心型失眠患者临床效果及睡眠质量的影响[J].中国医学创新,2021,18(10):34-37.
- [11]顾晶,王巍,周琦.清心化痰法治疗痰热扰心型房颤伴失眠患者的疗效观察[J].河北医药,2020,42(12):1877-1879.
- [12]黄建波,朱爱松,李晓娟,等.丹栀逍遥散加味治疗肝郁化火型不寐的理论探讨[J].浙江临床医学,2020,12(01):1829-1830.

课题编号:2021-NW-039

课题名称:头部推拿配合平衡罐治疗肝火扰心型失眠的效果观察

药学服务干预对慢性病患者用药疗效及依从性的影响的研究进展

赵欣

北京老年医院 北京 100085

摘要：我国的药学指导的应用历史超过 25 年，在目前临床并为大面积使用随着近年来新药学理论的不断深入研究和发 展药师在对患者进行用药指导 实习工作已经不仅仅局限于对患者的用药学量和用药种类进行调整，而是需要给予患者有效的用药支持，许多患者在接受治疗过程中都受到用药学量模糊 不清和用药方式模糊不清等多方面问题的困扰，所以药师在对患者进行用药时应当做好患者的用药指导告知患者在用药期间应当如何进行有效的自我调节 和管理，借此保障患者在接受治疗时个体状况能够得到保障，而对于某些见效较慢的疾病或药物药师也需要对患者进行有效的讲解，通过这种方式能够使 患者对于自身的疾病和用药有大致的了解，消除患者存在的不良情绪。而为了保障我国的药学服务能够进一步的发展药师，需要在医院内部建立对应的质 量管理体系，针对药师的药学服务工作质量进行评估，使药师在日常的工作和学习中不断进步，进而使患者的用药指导工作能够更为顺利的开展，保障患 者的用药质量，但要工作更为顺利的进行，也能够使患者获得更加专业的用药支持，使患者能够获得更加专业并且个性化的用药指导。

关键词：医院门诊；职业药师；药学服务；能力建设；要求与思路

国务院办公厅在 2015 年发布了国务院办公厅关于推进医疗联合体建设 和指导发展的指导意见。这一意见的推行不仅为我国分级诊疗工作提供了新 的方向，同时也为落实和提升社区医疗服务的合理性打下了坚实的基础。 在我国政策的引导下，相关工作人员以及医疗单位建立了医疗联合体，为 落实分级诊疗制度贡献出了自己的一份力量。而在 2019 年派遣临床药师， 驻点医联体社区，服务卫生机构为社区居民提供药物咨询服务，其主要目 的是保障我国的医疗药物工作能够落实到社区中，对于我国的现代化医疗 体系建设，以及社区用药指导工作提供帮助与参考。目前在我国的医疗环 境中开展的药学服务还需要进一步深入。

1. 患者的交流沟通

首先在开展药学服务前，药师需要积极学习用药的心理知识，积极 与患者进行有效的交流和沟通，使患者能够在与药师交流过程中，得到来 自于药师的用药引导。药师需要掌握社会学和伦理学等相关的内容，需要 具备较强的心理分析能力以及良好的护患交流能力。切不可一味地关注患 者的身体疾病，还需要重视患者在接受治疗过程中的个体状态，做好患者的 有效引导，进而改善患者在接受治疗时的个体状况，使患者的治疗效果 得到提升。

在与患者进行交流和沟通时，临床药师需要将自身的专业知识融入其 中，提高自身的观察能力和应变能力，在对患者进行用药指导时，需要密 切关注患者用药期间的情绪变化和不良反应，对患者进行有效的用药指导 和治疗调节，进而改善患者的用药效果。除此之外，在对患者进行用药指 导时，需要强化对患者的用药教育告知患者在接受治疗过程中可能会由于 外界因素的影响出现不良反应，告知患者在接受治疗时的注意事项使患者 能够充分的做好用药期间的心理准备，避免患者在用药时由于疗效没有明 显体现而出现焦虑和放弃治疗的情况。而针对慢性疾病患者以及用药后显 效较慢的患者进行教学时，需要为患者讲解关于药物的作用规律，如果药 效在治疗过程中并未明显体现，药学人员需要寻找其原因，明确患者在接 受治疗过程中是否在用量或其他因素的影响下出现不良反应。针对不同 类型的药物。在对患者进行治疗引导时，护理人员需要做好患者的病情分 析，例如水肿较为严重的患者，在接受利尿药物的治疗时，药学人员需要 告知患者日常生活中注意食盐和油的摄入量，而患者若存在冠心病，则 需要告知患者在接受治疗期间病情变化的规律，进而使患者对自身的疾病 和用药有大致的了解，提高患者的治疗信心。

以糖尿病患者为例，糖尿病患者是目前临床上最需要接受用药指导的 患者之一，与其他慢性病类似糖尿病患者在日常生活中的用药可能会出现 不规范和不合理的情况，如果不给予患者有效的用药指导，必然会导致患 者的血糖控制效果下降。所以为了保障患者的药学服务质量，用药仪式应 当针对糖尿病患者的个体状况进行综合分析，为患者设置对应的用药方式 并做好患者的交流沟通与健康教育。在进行降糖药物的选择时，不仅需要 考虑降糖效率，还需要考虑降糖的成本效益，而有限的用药资源，只有通 过合理的调整和管理，才能够发挥最大的经济效益降低患者在治疗时的经

济负担，并还能在一定程度上增加患者的顺应性。药物的经济学评价不仅 会对药物效果产生影响，同时也包含患者在治疗过程中的危险水平和降糖 疗效诸多外界因素都有可能 导致患者的机体功能受到影响，在对患者的 个体状况进行判断时，医务人员需要了解患者对于治疗的最终目标，并为 患者讲解相关的治疗方式，只有这样才能够使患者对于治疗最终效果有正 确的预期性评价。临床药师需要定期在社区内举办相应的健康知识讲座， 通过讲座以及指导的方式，让患者及患者家属了解关于高血糖病的各种 保健知识，合理的智能 5G 血糖仪联合智能手机 APP 护理能够有助于防治 各种高血糖病不良事件的发生。除此之外，患者与其他患者之间应当建立 病友群体互相交流康复经验，这样一方面能够使患者的康复信心得到加 强，另一方面还能使患者的社会适应能力得到提升，降低各种不良因素对 患者造成的刺激。部分临床研究显示，对于肥胖患者进行有效的体重控 制，有助于患者的血糖值控制在正常的水平，所以医务人员提倡高血糖患 者在日常生活中对体重变化的监测，这也是对血糖进行有效控制的一种 主要方式。通常情况来说，减轻 5%~10% 左右的体重数值，就有助于改善 患者的血糖控制质量，同时还能减少各种并发症的发生。

2. 多学科管理体系的建设

在临床药师的相关工作中显示目前的用药环境中存在较为严重的用 药错误问题，例如多处开药和药之间存在相互作用的问题，患者在进行 用药时容易受到多方面因素的影响^[4]，导致用药难度增加。首先在进行 管理工作的开展前，需要完善高警示药品的管理制度，医院中相关部门 应当明确高警示药品的标识，并且做出对应的分级管理制度，以及高警 示药品的医院目录，将各方面的要求落实在医院的各个部门，在科室内 实行三级管理制度，并且明确不同科室以及工作人员的职责。例如住院 是药房以及门诊需要 对高警示药品的相关警示标识进行有效的维护，而药学部门的工作 也就是保障医院以及药库中高警示药品的管理工作顺利进行，而针对临 床病区以及诊疗室的用药，则需要派遣专人对其进行维护，做好高警示 药品的应用以及交接和记录，使管理工作能够落到实处。其次在开展药 品管理工作前，需要针对相关用药管理人员和药学人员的专业素质进行 优化时，工作人员在开展高警示药品工作前了解这类药物与其他药物 之间存在的差异性，并对其引起高度重视，了解高警示药品一旦出现问 题，可能对患 者产生的不良影响。

在医联体框架下临床药师通过给予社区药师相应的专业化培训，能 够使药物咨询的流程和结果更加规范化和标准化，这也有助于促进临床 药师更好的发挥自身的作用，降低患者在临床上出现的用药不良事件的 发生。医院药学工作在开展过程中的工作模式，在近年来的医疗环境中 发生了极大的变化，由传统的供应保障型朝着技术服务型不断转变，所 以需要在这 一环境中建立多学科模式下的管理体系，药师不仅需要为患者提供良好的 药学服务，同时还需要凭借自身的职业道德为患者选择更适合患者的 药物。教师需要不断的强化学习，掌握对应的药学知识，才能够满足患 者的用药需求。

临床药师还需要做好相应的审方工作,药师需要具备全面的药学知识,并针对目前处方使用的药品通用名的状况,药师需要熟悉药品的所含成分,避免患者在接受治疗时重复用药,尤其在进行处理时,需要针对多方面内容进行详细的观察,例如严格执行处方制度,并合理审查药品名称,做好有效的药品规格分析,检查药品使用方法和剂量。随着剂型创新以及药物品种的不断增多,许多药物在使用过程中也面临着诸多安全性的问题,并且患者的不良反应发生状况也变得更为复杂,所以门诊窗口的药师在发药的同时应当与患者进行良好的交流,告知患者用药方法和时间,提高患者正确使用药物的能力降低由于用药错误而引发的不良反应。

在对患者进行护理时,临床药师需要为患者制定个性化的药物治疗方式,可以选择简化疗程和简化服药种类以及数量的方式,通过这类方式能够使患者的用药不良反应得到控制,保证每一名患者在治疗期间及用药都是符合自身需求的。除此之外,在部分家庭状况较差的患者接受治疗时,临床药师需要酌情与医师商议,为患者选择一些价格较低的药品,借此减轻患者的经济负担,通过这种方式也能够有助于促进患者的长期用药。在对患者进行随访时,临床药师需要定期询问患者的用药状况以及用药依从性,可以为患者建立随访卡或者建立随访微信群,便于患者在接受下一次随访时,临床药师能够了解患者是否达到了相关的治疗目标,当患者完成了一个目标后,患者自然会有治疗成就感,这也有助于促进患者的用药依从性提升。

药品属于一种较为特殊的商品,在对患者进行防病和治病的同时,必然也会引发患者出现不良反应,所以药学专业人员需要在工作具备良好的工作态度以及高度的责任心,了解不同药物之间的作用以及对药物效果产生影响的不利因素,积极掌握医院内常用药物的基本功能和不良反应等。同时临床药师还需要掌握现代药学的动态,学习新理论与新方式,熟悉自身的岗位操作。采用通俗易懂的语言指导患者,合理的使用药物,为患者提供更为良好且合理的药学服务。

3. 社区的用药指导

在开展社区的用药指导时,基础的用药教育是所有教育内容的基础,而其中包含药理作用和药品名称等,在对患者进行指导时,医务人员需要根据患者的不同需求为患者进行讲解告知药物的应用剂量和药物在应用时的不良反应和处理措施,使患者了解药物在使用时应当注意的内容^[7]。在对患者进行指导用药时,如果发现患者对于相关的内容缺乏了解,则需要应用通俗易懂的语言为患者讲解用药过程中出现的不明白的地方,直到患者对于药物的药理作用和用法用量有清晰的认知后方可离开。在对患者进行讲解时应当告知患者良好的护患关系是开展用药教育的基础,随着医患关系的不断加深,临床药师则能够获得来自于患者的更高的信任度,通过有效的指导能够帮助药师更好的开展针对性的教育,必要时也可以开展1对1的教育,或者在社区内开展专题讲座,以保障用药的合理性。在对患者进行指导时,还需要为患者讲解饮食和情绪等相关因素,对于用药效果产生的影响,例如抗糖尿病的药物在应用时容易受到患者饮食和运动等多个方面的因素影响,所以在对患者进行用药教育时,应当为患者进行详细的讲解,告知患者用药期间应当注意的各项事项,借此保障患者的治疗效果^[8]。

除此之外,在药物管理的平台上药师还可以录入自己的账号,当患者出现了相关的问题时,患者可以利用网络在线平台与药师进行直接沟通,通过这种方式能够有助于使患者的用药质量得到提升,给予患者在家中足够的专业化用药建议。为了进一步推动临床药学监护开展并保障带药工作的安全性和高效性,医院在进行建设时,需要建立标准化、专业化的模型,了解在开展用药管理时存在的问题,并且针对模型进行优化,分析一个薄弱的管理内容,并进行进一步的优化建设,使后续管理工作能够更为顺利的开展,这也有助于使我国的现代化用药质量得到提升,避免患者由于对用药不理解而出现自行调整用药的情况。

4. 临床药师的强化教育与专业素质提升

首先需要医院的管理层更新管理理念,并且下定决心决定整改,可以将重点放置如何使药学服务模式转变,也就是从以往的以药物为核心转换为以

患者为重点,从以往的药物供应为核心转换为既能维持日常药物的供应,又得不断提升药学专业技术服务,并参与到用药过程中,将临床用药作为核心。改变传统的思想观念,对临床药师的配置要有所提升,要明确临床药师的重要性,才能让其自身积极走向临床并参与到药物治疗中,并为患者提供更优质、更安全的药学服务。定时进行药学管理相关会议,做好药物的采购、使用等规定,严格按照正确流程购入并登记,领用药物也需根据流程申领,选择安全、有效且价格合适的药物,重点监控的药物和抗菌药物要重点防范和监督,并定期对药师进行相关药物的培训,必须熟悉不同药物之间的禁忌和需要注意的事项,才能使用药合理性提升。完善药事管理绩效考核,让药师明确绩效考核的关键之处,有助于使药师的工作积极性得到提升,并积极鼓励药师多提升和学习,在实践中去学习经验,自觉了解新型药物的禁忌以及不良反应,让医联体内基层医疗机构的药事管理持续发展。此外,定期对药师进行针对性用药培训,并且让基层药师积极参加会诊、查房以及患者疾病探讨,可以通过带教方式对青年药师进行相应指导,组建一支综合能力强的药师团队,保障患者的用药安全。对于某种疾病建立相应的治疗方式以及治疗缓解,三级医院可以在医联体内进行临床路径治疗,并且进行某种药物的使用疾病以及禁忌,建立用药规则和目录等,路径内的所有患者都能享受整体药学服务。已有诸多实验证明,实施临床路径有助于缩短患者住院时间和恢复时间,另外减少住院的费用。

某些社区中较为特殊的患者在进行用药时,需要受到相关工作人员的高度重视,例如年龄在60岁以上的老年人和年龄在10岁以下的儿童,在接受用药时,一方面来说,由于患者本身对于用药缺乏良好的认知,另一方面即使对这类患者开展健康教育,患者的自控能力也较差,所以临床药师在开展社区的用药指导时,需要为患者进行相应的讲解,告知不同类型患者应当在生活中如何进行自我管理,根据患者的实际状况为患者合适的调节用药学量,尤其是针对认知功能较差的患者,还需要针对患者的家属开展健康教育,使患者能够在日常生活中做好有效的用药管理。

总结

目前我国医院门诊窗口教学服务管理工作中存在的问题需要相关工作人员引起高度重视。随着新医改的不断深入我国的医院,药学服务方式也由以药为本的模式转变为以人为本的服务模式,门诊药房是医院药学服务开展的一个重要组成部分,所以如何更好的为患者提供药学服务,是近年来医院药房优化管理工作的一个重要内容。我国的门诊药学人员的综合素质提升,能够在一定程度上提高药房的工作质量,为患者提供更优质的药品管理服务。而在对患者进行实际治疗时用药的管理工作需要从药师的药学服务管理入手,了解我国执业药师在工作中存在的问题,并且从多个方面开展综合有效的药品管理活动,使我国门诊药学服务窗口的服务质量得到提升,进一步优化医院的药学服务效果,使患者能够得到来自药学人员的有效支持。

参考文献:

- [1]祁骏升,计雅纯,刘宇,李娟.基于循证医学的妇产科超说明书用药处方审核实践[J].药物流行病学杂志,2021,30(11): 739-743.
- [2]张旭.药学干预预防使用抗菌药物在骨科I类切口围术期的效果观察[J].中国实用医药,2021,16(30): 165-167.
- [3]石丽.药学门诊信息化系统在推进药学门诊工作开展中的作用[J].中医药管理杂志,2021,29(19): 186-187.
- [4]孙艳杰.药学服务教育模式对提升临床用药合理性及安全性的价值探析[J].临床研究,2021,29(04): 3-4.
- [5]刘慧霞.药学科参与抗菌药用药管理促进临床用药合理性的作用[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(28): 194.
- [6]梁美峰,万雄飞,熊丹.临床药学服务对临床用药合理性的影响效果评价[J].临床合理用药杂志,2019,12(26): 91-92.

作者简介:赵欣(1993.10.23---),女,汉族,北京人,本科,北京老年医院,北京,100085,研究方向:医药。