

不同的炮制方法和煎煮时间对大黄临床疗效的影响

王斌

贵州省遵义市中医院 贵州遵义 563000

摘要：本文依据相关大黄的现代文献资料，分析大黄不同的炮制品和煎煮方法对其有效成分和功效的影响，以期对临床组方用药有所裨益。

关键词：大黄；炮制；煎煮；影响

大黄在临床中的使用非常普遍，因其作用峻猛，而素有将军之称。大量的研究文献表明，大黄不同的炮制方法和煎煮时间，其药力和药效以及有效成分就会有较大的差异。因此，恰当选择大黄炮制品和煎煮方法对于充分发挥大黄的临床疗效具有重要意义。

1 大黄的药材来源

大黄在全国很多地方都产，据 2020 版《药典》的记载，大黄的来源共有三个品种，分别是产自四川西藏、青海和甘肃的蓼科植物大黄属的掌叶大黄；生长在四川西藏的唐古特大黄；以及生产在陕西、湖北和云贵川三省的药用大黄。过去多用野生品种，随着环境的恶化以及市场用量的增加，现在多用栽培品。传统认为比较有名的是甘肃省出产的大黄，这个地方生长的大黄产量高，品质好，所以在全国都比较出名。不过，据戎筱卿^[1]等按照大黄总灰分及有效成分的研究，对四川、甘肃、青海三个省份所产的 18 批样品的抽查，认为抽查的样品中四川省产的大黄质量要好于甘肃和青海省。而陈艳琰^[2]等通过对不同产地、不同采收期、不同品种、药材不同组织器官的分析，发现各个指标有较大的差异，提出可针对“功效偏向性”进行应用的观点。李东辉、王临艳^[3]等研究了不同道地产区，同产区不同炮制加工方法，其有效成分含量有显著的差别，提出了制定大黄质量标准时应考虑多重因素。

2 大黄的功效

据《本经》之记载，大黄性味苦寒。具有下瘀血，破症瘕、泻下攻积之功，能够祛除血中闭阻之寒热结积，留饮宿食，使邪积既去，而正气自和。凡腹中积滞之实热邪气，无不除之。本草又云：大黄颜色正黄而具有香气，有土的正气正色，故能专治脾胃疾病。大黄在泻下类药中极具攻下特色，故又别名将军。2020 版《药典》载明，大黄性味苦寒。主归脾、胃、大肠、心包经及肝经。能清热泻火，凉血解毒，泻下攻积，逐瘀通经，还能利湿退黄。治疗实热所致目赤红肿疼痛，牙龈咽喉肿痛，便秘，肠痈，跌打损伤，产后瘀阻经闭，尿赤，水肿，淋证及湿热黄疸等；将大黄生品捣烂单用或合方配伍使用治疗烧烫伤、热毒疮肿疗效也非常好。

3 大黄的炮制方法

3.1 中药材炮制的目的

中药材通过炮制可以达到去除非药用部分，剔除杂质，纯净药物；改变药物性味归经，功能主治和作用趋向；矫除刺激性或不良气味有利于煎服；便于制剂储存保管；降低毒性和副作用等。《金匱玉函經》有“咀、研、細、過、篩、燒、炙、和、生、熟、用”等炮制方法，提出生熟有定，順應是福，逆用有殃的观点。《傷寒雜病論》半夏要求用湯洗淨粘滑之液才能用，否

則有毒。《雷公炮炙論》指出半夏上的隙涎令人氣逆，必洗干淨，方可入藥，否則致肝氣怒滿。李建林等^[4]結合對清代名醫徐靈胎《制藥論》的研究，總結出炮制的目的是制其形、制其性、制其味、制其質。中藥炮制有利於提高臨床療效，是保證臨床用藥安全有效的重要措施，也是手段^[5, 6]。

傳統的藥材炮制方法有修制、水制、火制、水火共制和其他制法，經過揀選，切制，炒，炙，蒸、煮、燻，煨等方法，可以純淨藥材，去除臭味，便於服用，增強療效，便於煎出有效成分，改變藥物性質和作用傾向，降低毒副作用。

3.2 大黄历代的炮制方法

中藥炮制技術在我國歷史悠久，有上千年的歷史，可追溯到春秋戰國時代，凝聚着中華民族的偉大智慧，是充分發揮中藥臨床療效的重要手段。中藥炮制技術源於治療用藥實踐，用中藥治病時通常會採取清洗、咬碎，切短，除皮，由此而產生了洗制、切制的萌芽。火的發明和應用奠定了火制基礎，酒的發明為中藥加輔料炮制提供了可行性的條件

大黃在《神龍本草經》沒有記載應如何炮制和使用，說明當時的炮制理論、技術要求，炮制方法等還沒有形成和達到一定的體系。比較早記載大黃生熟用法的是漢代，《金匱玉函經》對大黃的炮制方法有去黑皮、酒洗、酒浸或蒸的記載，顯示大黃的炮制已分為生用、熟用和加輔料炮制的方法。《本草經集注》把大黃打碎，大如米豆，清炒到色黑入藥。《雷公炮炙論》中記載的炮制方法是“七蒸七晒”。唐代有用醋蒸、濕紙煨的方法。宋代時用米泔水浸透，側柏葉鋪蒸再晒干的炮制方法。《局方》記載將生品焙干用，或糖灰炮熟用。《聖濟總錄》記載有姜制和蜜制方法，元明時代有酥制的方法。《普濟方》提出了用醋熬膏，日晒夜露後研細用。《醫林集要》以當歸、紅花、童便、鹽、醋等為輔料的特殊炮制方法。著名的《傷寒雜病論》有生用、去皮、酒洗和麻沸湯漬、蒸熟的方法^[7, 8]。

歷代以來，大黃炮制方法不斷的増加，沿用至今常用的有以酒醋為輔料採取炒、炮、蒸、煮的方法或者加鹽、加砂炒或不加輔料直接炒炭等方法^[9]。

2020 版《藥典》規定大黃的饮片分為生大黃、酒大黃、熟大黃和大黃炭四種。生大黃就是將挖採的新鮮大黃清洗干淨切成片，陰干或晾干後入藥。酒大黃就是用黃酒拌勻後用文火炒干水分，取出涼透入藥的炮制方法。熟大黃是用酒將大黃拌勻拌透後，置於一定的容器內隔水加熱蒸透，使酒液充分吸收後，取出攤涼，陰干後入藥的炮制方法。大黃炭就是將生大黃置於鍋內，用文火清炒至大黃表面呈焦褐色，噴水滅掉火星，攤涼陰干後入藥的炮制方法。

5 大黄的有效成分

5.1 古今大黄使用状况

对大黄的研究，古今从未停步，以《伤寒》为例，《伤寒论》涉及到黄大黄的经方有 16 个，《金匱要略》涉及到黄大黄的经方有 23 个。其中用得比较好的也是现代人研究比较多的经方有大、小承气汤，大黄酒连泻心汤，桃核承气汤，大柴胡汤，柴胡加龙骨牡蛎汤，麻子仁丸等。在知网上输入大黄查询，从 2017 年 1 月至 2022 年 4 月的五年时间里，发表与大黄有关的文章就有 950 多篇，仅次于黄芪 1953 篇和人参 1190 篇；发表与大黄有关的具体的经方文章数，大承气汤 575 篇，小承气汤 158 篇，桃核承气汤 202 篇，大柴胡汤 601 篇，茵陈蒿汤 249 篇，柴胡加龙骨牡蛎汤 672 篇，从这么多的文章可以看出，当下对大黄的使用频率和研究是非常非常多的。

5.2 大黄的有效成分

据现代相关文献报道,大黄的化学成分高达 160 多种,主要包括结合和游离型蒽醌类/蒽酮类、黄酮类以及色原酮类、苯丁酮类和二苯乙烯类及鞣质类化合物^[10],其中蒽醌与蒽酮类成分占比最高。

文献研究表明, 结合型的蒽醌类/蒽酮类物质是大黄中泻下作用最强的成分; 游离的蒽醌类成分具有清热和利湿退黄的作用; 鞣质类成分具备酸敛收涩作用, 且具有一定的凉血止血作用; 黄酮类成分具有活血作用。

6 炮制对大黄各成分的影响

通过不同的炮制方法,大黄的有效成分发生较大的变化而产生不同的作用,据李会芳等^[11]的研究,生大黄结合性蒽醌含量较高,通过酒炒,结合性蒽醌类成分显著减少,故其泻下作用较生大黄弱。经过黄酒拌后隔纸蒸的熟大黄,鞣质有所减少,结合性大黄酸大为降低,故泻下的力量又为次之,收敛之力有所减弱。炒炭后的大黄,因其结合性的大黄酸被大量破坏,而鞣质只有少部分被破坏,且大黄炭化后有吸附作用,故收敛和吸附之性较其他炮制品强而泻下作用弱于其他炮制品,基本不再有泻下作用而独具止血止泻的功能。对于大黄的清热作用,各炮制品影响不大,故不同炮制方法的大黄都具有一定的清热抑菌作用,大黄生品和酒大黄抑菌作用相当接近。大黄的游离蒽醌类物质,最高的是熟大黄,最低的是大黄炭,酒大黄排第二,生大黄排第三;而其结合性蒽醌的含量,最高的则是生大黄,最低的是大黄炭,酒大黄和熟大黄分列二三位;鞣质的含量最高的是生大黄,最低的是大黄炭,酒大黄和熟大黄分列二三位。胡永淑^[12]对大黄炮制前后物质基础的变化再次证实大黄炮制前后结合型蒽醌的含量和鞣质的变化有显著性差异,并且与炮制方法的强弱程度相关。佐证了生大黄所含的结合型蒽醌含量最高,熟大黄所含游离性蒽醌最高。

7 不同煎煮时间对成分的影响

据武印奇,杨大宇^[13]的研究,通过设定不同的煎煮时间,对大柴胡汤中大黄的相关成分含量进行测定。得出大柴胡汤中大黄的有效成分含量都有先升高后降低变化趋势,当煎煮时间达 30 min 时,大黄的总蒽醌及结合蒽醌在煎液中的溶解值最大,泻下作用最强,随着时间的增加,结合型蒽醌含量逐渐降低。当煎煮时间达到 45 min 后,大黄游离蒽醌溶解值则最大,随着煎煮时间增加到 60min,大黄结合型蒽醌和游离性蒽醌的含量都在降

低, 泻下作用减弱。鞣质则随着煎煮时间的增加在 45min 时达到最大值, 加热到 60min 时仍较稳定, 说明鞣质有热稳定性。周珊珊, 李伟男等^[14]的研究证实也大黄的煎出液其成分含量与煎煮时间直接关系。

另有刘静琰等^[15]对大黄不同炮制品不同煎煮时间给小鼠灌肠后对肠推进速度的观察,发现只需煎煮 9 分钟,生大黄即有最强的泻下作用;在相同的煎煮时间里,生大黄泻下作用最强,酒大黄和熟大黄差不多,排在第二,最弱的是大黄炭;除大黄炭之外,生大黄、酒大黄和熟大黄都能加快肠推进速度。

白宛鑫等^[16]认为大黄通过久煎后,其结合蒽醌转化为游离蒽醌,且久煎后具有收敛作用的大黄总鞣质大量游离致泻下作用减弱。

刘刚彦等^[17]研究得出, 大黄煎煮 30 min 时总蒽醌达到最高值, 游离蒽醌在 60 min 达到最高, 结合型蒽醌在 15~30 min 达到最大值。孙玉琦等^[18]认为发挥大黄的泻下作用最佳的煎煮时间是 15min, 因为在这个点上, 结合蒽醌的值最大。

8 大黄饮片在临证中的选用

大黄饮片现在用的比较多的是生大黄，酒大黄、熟大黄和大黄炭。由于生大黄的作用较猛，主要用在凉血活血、化瘀解毒和泻下方面，常用于体格壮实，实热较盛的口舌生疮，热结便秘的实证患者，煎煮时间以15-30min为宜，若煎煮时间太长，会影响它的清热和泻下效果；如果临证需要加强泻下作用的可以采取后下煎9-15min左右。由于个体的差异，在临床上也发现不同的人，或者同一个人在不同的年龄段，发病时间对大黄的作用反应不尽相同，所以初用时建议从小剂量开始，特别是对老年人，量太大导致泻下不止有医疗风险。

酒大黄通过黄酒炙炒以后,泻下作用较生大黄减弱,同时通过酒的升提作用能够治疗头面颈部的疾病,具有清热解毒的功效,对于目赤肿痛、牙龈肿痛,口舌生疮及咽喉炎等疾病。煎煮时间控制在 30-45min 为宜。

熟大黄通过加黄酒蒸制后,主要是活血化瘀,治疗腹部疼痛,其泻下作用和酒大黄差不多,煎煮时间也是控制在 30~45min 为宜。

大黄炭是大黄通过文火清炒成焦褐色后入药,其收敛作用较强,泻下作用减弱,用于大便带血、女性崩漏、外伤出血等,由于鞣质对热的不敏感性,可根据其他同伍的药物性质煎煮 45-60min。

综上所述，大黄是临床中使用非常广泛的一味药材，其疗效与产地，不同的加工炮制方法，煎药时间等有很密切的关系，只有足够了解它的特性，才能发挥好他在临床中的最大疗效。

参考文献:

[1]戎筱卿,陈晓芳,殷建,刘银芳,刘春宇.不同产地大黄质量分析[J].牡丹江医学院学报,2009,30(05):29-32.

[2]陈艳琼,唐于平,陈嘉倩,曹玉洁,段金廛.大黄资源化学研究进展与利用策略[J].中草药,2018,49(21):5170-5178.

[3]李东辉,王临艳,吴红伟,张淑娟,张育贵,李越峰.四种因素对大黄有效成分含量影响研究[J].辽宁中医杂志,2021,48(06):182-185.

[4]李建林,胡佳玲.结合清代徐大椿《制药论》浅议中药炮制目的[J].

(下转第8页)

小儿推拿联合中医护理对脾失健运型小儿厌食的临床效果分析

邱霞

菏泽市巨野县中医医院 山东菏泽 274900

摘要：目的：探讨小儿推拿联合中医护理对脾失健运型小儿厌食的应用效果。方法：随机选取 2019 年 1 月-2020 年 12 月我院接收的 64 名脾失健运型小儿厌食患儿作为本研究对象，通过随机数字表法对研究对象进行分组，分别为参照组和观察组，每组各 32 名。参照组和观察组分别采用常规药物治疗和常规护理、小儿推拿和中医护理，对两组患者治疗有效率、中医证候积分、生活质量、生长发育情况、不良反应、微量元素水平进行研究比较。结果：观察组治疗有效率为 93.75%，高于参照组，组间差异明显（ $X^2=4.266, P=0.038$ ），具有统计学意义。观察组不良反应发生率为 0.00%，低于参照组，组间差异明显（ $X^2=5.423, P=0.019$ ），具有统计学意义。观察组体重、生活质量水平分别为（ 12.94 ± 1.69 ）kg、（ 89.19 ± 8.54 ）分，均高于参照组，组间差异明显（ $T=4.667, 6.948; P<0.001$ ），具有统计学意义。观察组中医证候积分中，主症、次症总积分分别为（ 2.32 ± 0.54 ）分、（ 1.29 ± 0.62 ）分，均低于参照组，组间差异明显（ $T=13.824, 7.265; P<0.001$ ），具有统计学意义。观察组微量元素中，钙、铁、锌含量分别为（ 38.88 ± 4.42 ）mg/L、（ 225.21 ± 25.51 ）mg/L、（ 3.79 ± 0.53 ）mg/L，均高于参照组，组间差异明显（ $T=7.787, 5.796, 6.838; P<0.001$ ），具有统计学意义。结论：为脾失健运型小儿厌食患儿使用小儿推拿治疗并联合中医护理干预，可以改善患儿厌食症状，促进患儿生长发育，进而能够提升小儿生活质量，治疗效果显著，具有临床应用价值。

关键词：小儿推拿；中医护理；脾失健运型；小儿厌食；疗效

厌食是一种常见脾胃病征，临床表现为食量减少、长时间厌恶进食、甚至拒食，该疾病在儿科非常常见，严重影响患者身心健康。临床对该疾病的治疗中，西医常以微量元素补充和肠道微生态纠正治疗为主，但治疗效果并不理想^[1]。中医理论中，将小儿厌食分为不同证型，其中对于脾失健运型小儿厌食症而言，在中医治疗中具有一定的治疗优势，配合中医护理干预，可以获取较佳治疗效果^[2]。本文为我院 2019 年 1 月-2020 年 12 月期间在我院治疗的 64 例小儿厌食患儿使用小儿推拿疗法并联合中医护理干预，并对治疗效果和护理结果进行分析，详细内容和结果总结如下文所述。

1 资料和方法

1.1 基本资料

研究对象选用时间为 2019 年 1 月-2020 年 12 月期间，均为小儿厌食者，按照随机信封法为研究对象分组，各组均为 32 例。参照组中，男生和女生人数依次为 17 例和 15 例，包括年龄最大者 6 岁和年龄最小者 2 岁，中位年龄为（ 4.38 ± 1.27 ）岁。观察组中，男生和女生人数依次为 18 例和 14 例，包括年龄最大者 6 岁和年龄最小者 2 岁，中位年龄为（ 4.87 ± 1.13 ）岁。两组相比所得，年龄和性别方面均没有较大区别，符合比较条件， $P>0.05$ 。两组研究对象均了解本研究内容，且已经签订知情协议，自愿加入本研究，本研究已经获取医学伦理委员会审批。纳入标准：资料完整者；能够正常沟通者；持续一个月以上食欲下降者；食量降低量超过或等于正常食量的一半；存在腹胀、腹痛、口臭、呕吐、大便稀或秘结等症状。排除标准：具有消化系统疾病患儿；合并严重佝偻病、贫血患儿；存在心脑血管肝肾等系统疾病患儿；精神疾病患儿；其他疾病导致的厌食症患儿；配合

度低者；中途退出研究者。

1.2 方法

参照组：开展常规治疗，并给予常规护理，具体内容包括：为患儿服用双歧杆菌乳杆菌三联活菌片（生产厂家：内蒙古双奇药业股份有限公司，批准文号：国药准字 S19980004，生产规格：0.5g*24 片），每天三次，连续治疗两周，3-5 岁每次 1 片，6 岁儿童每次 4 片。护理内容：观察患儿食欲、食量、精神状况等，定时检测患儿体重，适当加大患儿运动量，督促患儿锻炼，特别是户外活动，让患儿呼吸新鲜空气，促进饮食。让患儿定点按顿进食，并控制零食，饭后为患儿提供水果，午觉后可适量吃糕点、糖果。让患儿尽量食用新鲜食物，不得食用不卫生食物，避免病从口入。指导患儿饭前洗手、饭后漱口，禁止食后即睡。

观察组：在参照组基础上，开展小儿推拿疗法，并给予中医护理干预，小儿推拿：采用推拿手法为患儿补脾经、胃经，按揉患儿足三里、中脘，按摩小儿腹部，揉其板门，推运内八卦、四横纹，每个手法施行 200-300 次，配合捏脊手法，按照患儿承受力调整力度，每周治疗 5 次，连续治疗两周。中医护理：制定个体化中医特色健康教育方案，理论部分含有疾病知识、推拿方法、食疗方式、日常生活指导等，实践部分包括利用图片、视频等方式指导家属提升推拿认知，提升家属依从性。指导家属保持放松心情，了解家属有无不良生活习惯，让家属为患儿树立正确饮食习惯的榜样。观察患儿病情状况，监测患儿体重变化情况。为患儿实施情志护理，遵守胃以喜为补的原则，不得强迫患儿进食，小儿受到强迫进食或训斥情况，会出现不良情绪，愈加抗拒进食，容易形成恶性循环。为患儿提供舒适、轻松的进食环境，可让患儿参与做饭过程，提升患儿进食兴趣。饮食

护理，为患儿进食要定时、定量，确保胃肠消化规律正常，注意五味和谐，禁止食用生冷、辛辣、油煎温热类食物，可为患儿食用山药、黄小米等健脾类食物，也可使用山楂等酸性食物。日常活动方面，要指导家属带患儿进行户外运动，进行体育锻炼，适当的户外活动可以调节人体的气血运行，能够增加抵抗力和免疫力，促进胃肠蠕动，增加胃动力。同时，家长要注意避免患儿养成吃饭看电视的习惯，会影响脾胃消化功能，降低食欲。

1.3 观察指标

分析两组患儿的治疗有效率、中医症候积分、生活质量、生长发育情况、不良反应、微量元素含量水平。治疗有效率包括痊愈、好转、有效、无效四方面，痊愈指患儿食欲和食量恢复至正常标准；好转指患儿食量恢复至原有水平的四分之三，食欲大为好转；有效指患儿食欲有所好转，食量明显恢复；无效指患儿食欲、食量均没有好转；总有效率为痊愈、好转、有效三者例数和占总例数的百分比。中医症候积分包括主症总积分、次症总积分两方面，主症包括食欲、进食量、进食时间三方面，次症包括面色、大便、精神三方面；分值越高表示症状越明显。生活质量通过自制生活质量评定量表进行评定，分值越高表示生活质量越高。生长发育情况通过体重情况进行评定，比较患儿治疗前后体重数据。不良反应包括腹胀、恶心、呕吐三方面。微量元素通过钙、铁、锌三项指标水平进行评定，检测患儿血红蛋白水平后，采用原子吸收法测定，比较患儿治疗前后的微量元素水平。

1.4 统计学方法

本文研究结果涉及统计的内容均通过 SPSS22.0 统计学软件进行，统计项目涵盖计数和计量数据两种，前者通过 T 值和（均数±标准差）进行检验和表述，后者通过 X²和 n(%)进行检验和表述，最终结果以 P 值和 0.05 的大小关系进行评定，小于 0.05 则表明统计意义存在。

2 结果

2.1 两组治疗有效率的比较

两组治疗有效率相比，具有明显差异，具有统计学价值（P<0.05），如表 1 所示。

表 1 治疗有效率的比较 [n(%)]

组别	例数	痊愈	好转	有效	无效	总有效率
观察组	32	17(53.13)	8 (25.00)	5 (15.63)	2 (6.25)	30(93.75)

表 4 两组微量元素的比较（ $\bar{x} \pm s, \text{mg/L}$ ）

组别	例数	钙		铁		锌	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后

参							
照	32	6 (18.75)	10(31.25)	8 (25.00)	8 (25.00)	24(75.00)	
组							
X ²						4.266	
P						0.038	

2.2 两组中医症候积分的比较

两组中医证候积分相比差别较大，具有统计学价值（P<0.05），见表 2。

表 2 两组中医症候积分的比较（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	主症		次症	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	32	13.37±2.14	2.32±0.54	3.56±0.84	1.29±0.62
参照组	32	12.53±3.68	6.47±1.61	3.52±0.79	2.53±0.74
t		1.116	13.824	0.196	7.265
P		0.268	<0.001	0.845	<0.001

2.3 两组生活质量、生长发育情况的比较

生活质量、生长发育情况方面，观察组更优，两组差异明显，存在统计学意义（P<0.05），见下表。

表 3 两组生活质量、生长发育情况的比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	生活质量（分）		体重情况（kg）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	32	50.25±12.46	89.19±8.54	9.53±2.25	12.94±1.69
参照组	32	51.36±11.62	75.31±7.40	9.87±1.89	10.69±2.14
t		0.368	6.948	0.654	4.667
P		0.713	<0.001	0.515	<0.001

2.4 两组微量元素水平的比较

微量元素方面，观察组含量更高，两组差异明显，存在统计学意义（P<0.05），见下表。

观察组	32	28.57±3.11	38.88±4.42	167.71±18.91	225.21±25.51	2.08±0.17	3.79±0.53
参照组	32	28.58±3.10	31.91±2.47	168.01±18.78	190.39±22.45	2.09±0.14	2.98±0.41
t		0.012	7.787	0.063	5.796	0.256	6.838
P		0.989	<0.001	0.949	<0.001	0.798	<0.001

2.5 两组不良反应发生率的比较

两组不良反应发生率相比,具有明显差异,具有统计学价值(P<0.05),如表1所示。

表5 不良反应发生率的比较 [n(%)]

组别	例数	腹胀	恶心	呕吐	发生率
观察组	32	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
参照组	32	2 (6.25)	2 (6.25)	1 (3.13)	5 (15.63)
X ²					5.423
P					0.019

3 讨论

最近几年,小儿厌食发病率逐渐升高,儿童服药依从性较差,因此药物治疗效果欠佳,在中医中,将小儿厌食的发生原因归为脾常不足、喂养不当、脏腑娇嫩、损伤脾胃、后天失调、情绪思虑伤脾等因素,将该疾病分为三种证型,其中脾失健运证型比较常见^[3-4]。临床研究表明,为脾失健运型小儿厌食者使用小儿推拿法进行治疗,并配合相应护理干预,可以获得较佳治疗效果^[5]。

小儿推拿是我国医学的主要构成部分,小儿推拿历史悠久,主要用于治疗内科疾病,按照小儿疾病的特有手法和部位,自成体系^[6]。本文研究中,为小儿厌食者应用小儿推拿法进行治疗,采取补脾经手法恢复脾主运化功能,可以加强患儿对食物的消化吸收和输布作用;利用补胃经、按揉穴位等可以纠正胃的收纳和通降能力,进而能够增加患儿食欲,缓解厌食症状;通过推四横纹的方式对腹胀、积食症状进行改善,能够化积消胀^[7-8]。并且,小儿推拿手法柔和,力度可调节,因此患儿接受度较高,依从性较好,小儿推拿过程中,能够针对穴位、脏器、器官部位进行治疗,按照中医系统疗法,对患儿厌食症状进行有效缓解^[9]。在小儿推拿治疗基础上,为患儿实施中医护理干预,以中医思想为患儿家属提供各方面护理干预,帮助患儿及家属在日常饮食起居过程中纠正不良习惯,形成良好的生活、饮食习惯,利于疾病的康复^[10-12]。中医护理通过饮食护理对患儿胃肠功能进行调节,促进其食欲增加;通过纠正患儿的不良饮食习惯,改正患儿不良行为,从而对其症状进行改善。在中医辨证施治和辨证施护的原理基础上,为脾失健运厌食患儿针对性的采用小儿推拿手法和中医护理干预,能够获取显著治疗效果^[13-15]。

在刘黎玲^[16]的研究当中,为脾失健运型患儿食用小儿推拿联合中医护

理疗法进行治疗后,患儿治疗有效率为91.43%,高于常规治疗组;在本文研究中,研究组治疗有效率为93.75%,高于常规组,和刘黎玲研究结果一致,表明该治疗方式能够提升脾失健运型小儿厌食者的治疗效果。且在本文研究中,研究组患儿的生活质量评分和生长发育情况均明显增加,表明小儿推拿联合中医护理干预,可以促进患儿生长发育,提升其生活质量,和常规西药治疗相比,更具有治疗优越性。

总而言之,为小儿厌食者使用小儿推拿治疗并实施中医护理干预,可以降低患儿中医症候积分,减少不良反应,能够增加小儿微量元素含量,促进其生长发育,疗效理想,值得临床大力推广。

参考文献:

[1]刘丽平,王晓燕,王恩杰,王利然,武琪琳,李海金,赵丽. 小儿推拿联合耳穴贴压治疗小儿厌食症临床研究[J]. 新中医,2022,54(06):185-188.

[2]杜春玲. 中医护理干预辅助小儿推拿治疗脾失健运型小儿厌食的疗效观察[J]. 中国医药指南,2022,20(01):170-173.

[3]侯晓瑶,高殿璞. 六大小儿推拿流派及其治疗小儿厌食症经验概述[J]. 国际中医中药杂志,2021,43(10):1049-1053.

[4]吴学喜. 基于健脾益气思想运用小儿推拿联合中药治疗脾失健运型小儿厌食的随机多中心临床分析[J]. 内蒙古中医药,2021,40(07):86-87.

[5]李绮玲. 中医小儿推拿法治疗小儿厌食症对患儿血锌浓度及唾液淀粉酶含量的影响[J]. 疾病监测与控制,2021,15(03):197-200.

[6]谢伟. 小儿推拿联合中医护理对脾失健运型小儿厌食的效果及预后影响[J]. 中国社区医师,2021,37(11):98-99.

[7]徐步坚. 五步小儿推拿治疗小儿厌食症脾胃虚弱型 64 例临床观察[J]. 中医儿科杂志,2021,17(02):75-78.

[8]肖慧,李静,肖和印. 小儿推拿配合穴位贴敷治疗脾失健运型小儿厌食症的疗效观察[J]. 中国社区医师,2021,37(08):110-111.

[9]王珂. 中医小儿推拿法治疗小儿厌食症的临床研究[J]. 名医,2020,(09):30-31.

[10]石君惠,高菲,杜娟. 中医路径护理对脾失健运型厌食症患者治疗效果及生长发育的影响[J]. 护理实践与研究,2019,16(22):130-132.

[11]刘盈. 推拿配合敷贴和健胃消食口服液治疗小儿脾失健运型厌食的效果对比[J]. 医学食疗与健康,2019,(11):98-99.

[12]高扬,杨晓荣,杨国强. 运脾消食汤配合穴位推揉治疗脾失健运型小儿厌食症的临床效果[J]. 临床医学研究与实践,2019,4(22):151-153.

某院 2020 年镇痛药物在疼痛门诊的应用分析

曹灵杰 杨琪

中山大学附属第三医院药剂科 广东广州 510630

摘要：目的：通过对疼痛门诊中镇痛药物的处方进行统计分析，探讨镇痛药物的应用现状，了解疼痛患者的用药结构，为规范镇痛药物的应用提供参考，以促进临床用药的合理性。方法 随机抽取 2020 年 1 月-2020 年 12 月疼痛门诊处方 895 张，进行回顾性分析，点评镇痛药物的应用情况。结果 895 张处方中，疾病分布排位前 3 的有带状疱疹神经痛（25.92%）、腰痛（15.53%）、关节痛（15.08%）；使用的镇痛药物类别有非甾体抗炎药、阿片类药物、抗惊厥药等，其中使用频次排位前 3 的有盐酸乙哌立松片（11.26%）、洛索洛芬钠贴剂（8.4%）、甲钴胺片（7.65%）。结论 抽取的处方点评基本合理，但在药物选择上还有进步空间，规范镇痛药物的应用，可进一步提高药物临床疗效和用药合理性。

关键词：镇痛药物；疼痛门诊；处方分析；合理用药

疼痛作为第五大生命体征，是一种与实际或潜在的组织损伤相关的不愉快的感觉和情绪情感体验，或与此相似的经历，已成为影响人们生活质量的重要因素，不及时缓解与治疗疼痛，会给患者造成极大的身心痛苦，可能出现生活、睡眠紊乱，严重时会导致精神崩溃甚至人格扭曲^[1]。长期的疼痛刺激还可引起病理性重构，这使得疼痛性疾病的进展愈加难以控制，及时尽早地控制疼痛，可避免和延缓这一过程的发展，目前镇痛药物主要包括有，非甾体抗炎镇痛药、阿片类镇痛药、抗抑郁抗惊厥药、糖皮质激素等。了解疼痛性疾病的分布，规范镇痛药物的应用，有利于促进药品管理，为提高临床疗效与用药合理性提供参考。现对我院 2020 年 1 月-2020 年 12 月期间 895 张疼痛门诊处方进行分析，为进一步提高镇痛药物的合理使用提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机抽取 2020 年 1 月-2020 年 12 月疼痛门诊处方 895 张，分析内容包括：患者年龄、患者性别、临床诊断、镇痛药物种类、联合用药、处方合理性等情况。

1.2 方法

采取回顾性分析，根据《慢性肌肉骨骼疼痛的药物治疗专家共识（2018）》《带状疱疹相关性疼痛全程管理专家共识》《处方管理办法》中的相关要求，对疼痛门诊处方中镇痛药物的应用情况进行分析并统计，内容包括：人群分布情况，不同疼痛疾病的占比，镇痛药物的选择，处方规范性，联合用药是否合理等情况。

2 结果

2.1 一般资料

随机抽取的 895 张处方中，男性 328 张，年龄分布 13~86 岁，平均年龄 50.04 岁；女性 567 张，年龄分布 10~94 岁，平均年龄 49.40 岁。具体分布如表 1。

表 1 疼痛门诊处方中使用镇痛药物患者一般资料统计

性别	平均年龄(岁)	处方数(n)	构成比(%)
男	50.04	328	36.65%
女	49.40	567	63.35%

2.2 临床诊断分布

895 张处方中，临床诊断按处方数量从高到低排名如下：带状疱疹神经痛（25.92%）、腰痛（15.53%）、关节痛（15.08%）、头痛（11.17%）、肌筋膜炎（6.15%）、睡眠障碍（5.25%）、肌肉劳损（5.14%）、肩周炎（4.36%）、颈肩综合征（3.80%）、神经痛（3.13%）、腹痛（2.01%）、恶性肿瘤（1.90%）、抑郁状态（0.56%）。

2.3 药物联合情况

本次抽取的 895 张处方，用药频次为 2131 次，平均用药品种数为 2.38 种，其中一张处方品种最多为 5 种联合用药，最少为 1 种单一用药，统计可见最常为单一用药到三种药物联合应用（81.56%），大于三种药物相对较少（18.44%），分布见表 2。

表 2 疼痛门诊处方中使用镇痛药物单一用药、联合用药统计表

药品品种数	处方数(n)	构成比(%)
1	274	30.61
2	221	24.69
3	235	26.26
4	115	12.85
5	50	5.59

2.4 药物治疗情况

镇痛药物治疗使用频次排名前 3 的是：盐酸乙哌立松片（11.26%）、洛索洛芬钠贴剂（8.4%）、甲钴胺片（7.65%），具体排序前 10 的药物见表 3。镇痛药物使用剂型排名见表 4，以口服剂型为主（67.71%），注射剂型（16.38%）与外用剂型（15.91%）使用占比不相上下。排名前三的疼痛疾病的用药选择排序统计见表 5。

表 3 疼痛门诊处方中使用镇痛药物种类统计表

排 序	镇痛药物种 类	镇痛药物名称	用药频次 (n)	构成比 (%)
1	肌肉松弛剂	盐酸乙哌立松片(50mg)	240	11.26
2	非甾体抗炎 药	洛索洛芬钠贴剂(50mg)	179	8.40
3	神经营养剂	甲钴胺片(0.5mg)	163	7.65
4	抗惊厥药	普瑞巴林胶囊(75mg)	160	7.51
5	非甾体抗炎 药	塞来昔布胶囊(200mg)	115	5.40
6	非甾体抗炎 药	美洛昔康片(7.5mg)	97	4.55
7	阿片类	氨酚曲马多片(37.5mg)	94	4.41
8	糖皮质激素	复方倍他米松注射液 (5+2mg)	94	4.41
9	局部麻醉药	盐酸罗哌卡因注射液 (75mg)	83	3.90
10	神经营养剂	甲钴胺注射液(0.5mg)	67	3.14

表 4 疼痛门诊处方中使用镇痛药物剂型统计表

药物剂型	用药频次(n)	构成比(%)
口服剂型	1443	67.71
注射剂型	349	16.38
外用剂型	339	15.91

表 5 疼痛门诊处方中排名前三疼痛疾病的用药选择统计表

疾病名 称	用药频次 (n)	选用药物	用药频次 (n)	构成比 (%)
带状疱疹神 经痛	617	普瑞巴林胶囊(75mg)	112	18.15
		甲钴胺片(0.5mg)	89	14.42
		复方倍他米松注射液 (2+5mg)	52	8.43
腰痛	329	盐酸乙哌立松片 (50mg)	93	28.27
		洛索洛芬钠贴剂 (50mg)	58	17.63
		塞来昔布胶囊 (200mg)	34	10.33
关节痛	322	洛索洛芬钠贴剂 (50mg)	41	12.73
		塞来昔布胶囊 (200mg)	24	7.45

盐酸乙哌立松片 (50mg)	22	6.83
-------------------	----	------

3 讨论

3.1 药物使用分析

本次抽查 895 张疼痛门诊处方中使用的镇痛药物种类包括,非甾体抗炎药、阿片类、抗抑郁药、抗惊厥药、糖皮质激素等。药物频次以一到三种药物联用为主,大于三种药物的情况较少,不同机制、不同途径的镇痛联合用药可以加强临床疗效,减少药品不良反应,目前联合用药情况较为合理。使用最多的镇痛药物有盐酸乙哌立松片、洛索洛芬钠贴剂、甲钴胺片,这与疼痛门诊病种有关,大多为腰背肩疼、肌肉关节疼痛,另外多有神经痛与头痛。非甾体抗炎药作为轻中度疼痛的一线用药,尤其适用于因炎症导致的疼痛,相对于阿片类药物,无成瘾性,也无呼吸抑制、便秘等不良反应,是目前使用最多的镇痛药物,但应注意该类药物的天花板效应,剂量增大但疗效不再增强而不良反应增加^[2]。阿片类药物中使用较多的为氨酚曲马多片,曲马多相对于其他阿片类镇痛药还可抑制去甲肾上腺素与 5-羟色胺再摄取,在神经病理性疼痛方面有更多优势。长期的疼痛会给患者带来极大的身心痛苦,影响人们的生活质量,抗抑郁药与镇静催眠药可以降低机体对疼痛的敏感性和反应性^[3]。抗惊厥药主要包括离子通道调控剂,如普瑞巴林与钙离子通道结合,可降低突触前递质兴奋性氨基酸神经递质的释放,从而发挥抗惊厥、镇痛和抗焦虑的作用,常用于疱疹后神经痛^[4]。用于镇痛治疗的局部麻醉药主要有酰胺类局麻药,如哌罗卡因与利多卡因,可用于治疗神经痛、偏头痛或慢性疼痛综合征,此外糖皮质激素具有强大的抗炎作用,可做镇痛综合治疗的辅助用药^[5]。其他类的镇痛药,如乙哌立松,是中枢性肌肉松弛剂,解除肌痉挛,改善血液局部微循环,常用于慢性腰背部疼痛;神经营养剂甲钴胺主要作用是可减轻神经性疼痛。

3.2 患者就诊情况

本次抽查对患者基本情况的统计可以发现,疼痛门诊女性患者较男性患者高,可见女性相对男性对疼痛的耐受相对较低,平均年龄以中年人群为主。

就诊人群以患有带状疱疹神经痛为主,也叫疱疹后神经痛,一般指带状疱疹皮疹愈合后持续 1 个月及 1 个月以上的疼痛,可表现为持续性疼痛,也可缓解一段时间后再次出现,是带状疱疹最常见的并发症。带状疱疹神经痛的治疗原则为尽早、足量、足疗程和联合治疗,联合用药可增加药物疗效并且减少不良反应^[6]。治疗目标以控制疼痛,减少焦虑和抑郁,改善睡眠、身体功能等生活质量为主,一线药物推荐使用钙离子通道调节剂、三环类抗抑郁药、局部麻醉药,本院带状疱疹神经痛选用药物前三,普瑞巴林符合一线用药的选择,甲钴胺有研究显示能促进神经轴突的再生,修复损伤的神经,有利于减轻神经病理性疼痛;倍他米松作为糖皮质激素,可发挥强力的抗炎作用,通过减轻炎症和水肿,缓解神经组织的压迫,从

而发挥镇痛作用,主要还是作为带状疱疹神经痛的辅助用药,需把控其使用合理性^[7]。

此外疼痛疾病主要有腰痛与关节痛,腰痛与关节痛往往可能是诸多疾病的共有症状,持续3个月以上即可称为慢性疼痛,治疗目的主要以减轻疼痛,尽可能地恢复患者生理功能,改善生活质量为主^[8]。主要选用的有非甾体类抗炎药洛索洛芬钠贴剂与塞来昔布胶囊,洛索洛芬钠贴剂是我院少有的外用非甾体类抗炎药,因使用方便、局部浓度高、疗效显著等原因,比片剂使用更多,但相同剂量的贴剂价格较片剂要高出许多,从药品经济学的角度,应多使用口服剂型,此外洛索洛芬还可能对胃肠道等不良反应,需注意避免不良反应的发生^[9]。塞来昔布属于COX-2抑制剂,胃肠道的不良反应更小,对血小板也无明显影响,耐受性更好。此外,盐酸乙哌立松为肌肉松弛剂,作用于脊髓运动神经元和骨骼肌,因此使用于腰背部疼痛的频次较大^[10]。

4 小结

目前疼痛性疾病越来越多,疼痛门诊开具的处方基本合理,根据不同的疼痛部位和性质可选择不同的镇痛药物与镇痛辅助药。对方进行分析,了解疾病分布并规范镇痛药物的应用,有利于提高药物临床疗效与用药合理性。

参考文献:

[1]宋学军,樊碧发,万有,张达颖,吕岩,韩济生.国际疼痛学会新版疼痛定义修订简析[J].中国疼痛医学杂志,2020,26(09):641-644.

(上接第2页)

天津药学,2019,31(06):72-74.

[5]黄南龙,张碧玉,王志榕.简述中药炮制目的[J].航空航天医药,2010,21(01):131-132.

[6]石典花,孙立立,戴衍朋,周倩.名老中药炮制专家冯玉麟先生学术思想和研究经验[J].时珍国医国药,2016,27(08):2002-2003.

[7]谢君,符德玉,芦波,姚磊,李建华,桂明泰,胡盼盼,赵凌艳,石亚楠,史鑫鑫.《伤寒论》大黄炮制方法及应用探析[J].中国中医基础医学杂志,2022,28(02):276-279.

[8]袁国卿.张仲景中药炮制学术思想探析[J].中国中药杂志,2010,35(06):799-802.

[9]张桥,陈艳琰,乐世俊,王文晓,张丽,唐于平.大黄炮制的历史沿革及对化学成分、传统药理作用影响的研究进展[J].中国中药杂志,2021,46(03):539-551.

[10]王玉,杨雪,夏鹏飞,马肖,杨蕊蓉,虎峻瑞,樊秦,靳晓杰,武晓玉,彭雪晶,赵磊.大黄化学成分、药理作用研究进展及质量标志物的预测分析[J].中草药,2019,50(19):4821-4837.

[11]李会芳,孙琴,王伽伯,金城,肖小河.大黄炮制后化学组分转移规律研究[J].山西中医学院学报,2011,12(06):14-17.

[2]慢性肌肉骨骼疼痛的药物治疗专家共识(2018)[J].中国疼痛医学杂志,2018,24(12):881-887.

[3]赵婕,谢健.抑郁症和慢性疼痛的药物治疗[J].医药导报,2019,38(05):622-625.

[4]朱建设,连亚军.脉冲射频刺激联合普瑞巴林治疗带状疱疹后遗三叉神经痛的临床效果[J].临床医学研究与实践,2022,7(08):36-39.

[5]Tan X, Ma L, Yuan J, Zhang D, Wang J, Zhou W, Cao S. Intravenous infusion of lidocaine enhances the efficacy of conventional treatment of postherpetic neuralgia. J Pain Res. 2019 Aug 20;12:2537-2545.

[6]周森,李祥,杨旭东.带状疱疹后遗神经痛的药物治疗及预防研究进展[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志,2020,19(05):489-493.

[7]《中华医学杂志》社皮肤科慢病能力提升项目专家组,中国医师协会疼痛科医师分会,国家远程医疗与互联网医学中心皮肤科专委会.带状疱疹相关性疼痛全程管理专家共识[J].中华皮肤科杂志,2021,54(10):841-846.

[8]朱守荣,于生元,刘郑生,于向华,缪力.非甾体抗炎镇痛药治疗颈肩腰背痛的临床分析[J].中国疼痛医学杂志,2003(04):195-198.

[9]陈晓涛,刘晨.外用洛索洛芬钠治疗急性慢性疼痛的荟萃分析[J].中国处方药,2021,19(09):68-70.

[10]俞海亮.塞来昔布联合盐酸乙哌立松治疗对神经根型颈椎病颈椎曲度及运动功能的影响[J].中国处方药,2021,19(02):65-66.

[12]胡永淑.大黄炮制前后物质基础变化研究[J].中国药房,2014,25(11):1016-1018.

[13]武印奇,杨大字,郭玉岩,高宏伟,孙爽,吕邵娃.大黄不同煎煮时间对大柴胡汤中蒽醌类成分和鞣质含量的影响[J].时珍国医国药,2020,31(10):2375-2378.

[14]周珊珊,李伟男,王林群,李玉婷,胡刚明,巴元明.大黄不同炮制品煎煮时间对5种蒽醌类化合物含量影响[J].时珍国医国药,2020,31(04):867-870.

[15]刘静琰.不同炮制和煎煮时间大黄对小鼠泻下作用的药效研究及临床观察[D].湖北中医药大学,2019.

[16]白宛鑫,田明.大黄久煎其主要成分含量的变化[J].黑龙江科技信息,2015(31):96.

[17]刘刚彦,叶强,余葱葱,郭力.煎煮时间对大黄蒽醌类成分的影响研究[J].陕西中医学院学报,2011,34(02):79-81.DOI:10.13424/j.cnki.jsctcm.2011.02.037.

[18]孙玉琦,肖小河,马永刚,邢小燕,鄢丹.大黄煎煮过程中蒽醌类成分动态变化规律研究[J].解放军药科学报,2006(04):281-283.

对比在鼻骨骨折诊断中应用 CT 技术和 X 线技术的效果

张心杰

新泰市人民医院 山东新泰 271200

摘要: 目的 对比在鼻骨骨折诊断中应用 CT 技术和 X 线技术的效果。方法 选取 2020 年 1 月~2021 年 10 月在本院经过 CT 检查确诊是鼻骨骨折的患者 80 例,对所选的研究对象实施 X 线、CT 等两项检查,并分为 X 线组 40 例,CT 组 40 例,然后对比这两种诊断方式的准确率。结果 CT 诊断出鼻骨骨折的准确率高于 X 线,且 CT 诊断出单纯性鼻骨骨折和鼻中隔骨折的概率要高于 X 线技术,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 在诊断鼻骨骨折中 CT 技术诊断的准确率要比 X 线高,应将 CT 技术作为诊断鼻骨骨折的首选手段。

关键词: 鼻骨骨折; CT 诊断; X 线技术; 诊断效果

Comparison of the effects of CT and X-ray techniques in the diagnosis of nasal bone fractures

Zhang Xinjie

Xintai City People's Hospital, Xintai, Shandong 271200

【Abstract】 Objective To compare the effect of CT technology and X-ray technology in the diagnosis of nasal bone fracture. Methods A total of 80 patients who were diagnosed with nasal bone fracture by CT examination in our hospital from January 2020 to October 2021 were selected. The research subjects underwent two examinations including X-ray and CT, and were divided into 40 cases in the X-ray group and 40 cases in the CT group, and then the accuracy rates of the two diagnostic methods were compared. Results The accuracy rate of CT in diagnosing nasal bone fractures is higher than that of X-ray, and the probability of CT diagnosis of simple nasal bone fracture and nasal septum fracture was higher than that of X-ray, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). Conclusion CT is more accurate than X-ray in diagnosing nasal bone fracture. CT should be the first choice for the diagnosis of nasal bone fractures.

Key words: nasal bone fracture; CT diagnosis; X-ray technique; diagnostic effect

在耳鼻喉科,骨折疾病的发病率很高。在临床治疗期间,患者需要对骨折情况进行全面检查,然后根据耳鼻喉科的情况给出相应的治疗措施。其中,面部创伤在临床上较为常见,鼻骨骨折的疾病占一定比例。鼻骨位于面部中央,由于其位置浅,骨薄,在遭受外部创伤时更容易骨折。统计数据显示,近 50%的面部骨折发生在鼻骨骨折^[1]。鼻骨骨折的患者经常伴有出血、眼睑瘀伤、组织畸形、撕裂、鼻塞和肿胀,同时触摸鼻子时会有压痛感,或者鼻骨根部有变宽扭曲的迹象。鼻骨骨折有很多检查方法,包括 X 射线平片、单层螺旋 CT 轴向平扫等,但在普通 X 射线扫描的应用中,由于扫描方向的影响,临床遗漏和误诊的概率很高^[2]。而 CT 检测具有重建和无结构重叠的优点,因此诊断准确率更为理想。基于此,作者选取部分患者,详细比较 CT 技术和 X 射线技术在鼻骨骨折诊断中的效果,以期为患者提供最佳的检查方法。

1. 资料与分析

1.1. 一般资料

选取 2020 年 1 月~2021 年 10 月在本院经过 CT 检查确诊是鼻骨骨折的患者 80 例,对所选的研究对象实施 X 线、CT 等两项检查,并分为 X 线组 40 例,CT 组 40 例,其中 X 线组男性患者 33 例,女性患者 7 例,平均年龄为 (36.98 ± 4.99) 岁,平均病程为 (5.13 ± 2.09) h。根据致伤原因可知,

交通事故伤 16 例,拳击伤 19 例,钝器伤 5 例。根据患者骨折类型可知,单纯鼻骨骨折 24 例,粉碎性鼻骨骨折 15 例,混合型骨折 1 例。而 CT 组男性患者 30 例,女性患者 10 例,平均年龄为 (33.08 ± 5.09) 岁,平均病程为 (5.00 ± 1.23) h。根据致伤原因可知,交通事故伤 12 例,拳击伤 10 例,钝器伤 18 例。根据患者骨折类型可知,单纯鼻骨骨折 20 例,粉碎性鼻骨骨折 13 例,混合型骨折 7 例。参与研究的患者各项基础性资料已进行对比,且比较结果差异无统计学意义($P>0.05$)。正式开展本次研究前,已为患者及其家属详细介绍各方面的研究内容,并已进行医学伦理审查,且成功取得伦理委员会、患者以及患者家属认同。并排除认知方面存在异常、无法进行有效沟通的患者。

1.2. 研究方法

根据分组情况进行 X 线检查。主要操作是指导患者保持正确的姿势,并按照相关标准拍摄常规照片。在 X 线平片拍摄过程中,分别采用站立位和卧位两种姿势,拍摄完成后将获得的图像数据传输给医生,并对图像中的数据信息进行分析,作为患者疾病诊断的重要依据^[3]。而研究组进行 CT 检查,在检查过程中保持适当的环境温度和光线,在检查之前向患者说明检查程序,并获得患者的信任与合作。病人接受影像学检查时患者平躺于机器上,而后对患者应用多层螺旋 CT 检测,对患者的疾病部位进行容积

扫描和薄层扫描，检查时将 CT 机器参数设置:层厚 25mm，层距 3.5mm，电流 120 毫安，电压 100 千伏，旋转时间 1.0 秒^[4]。检查结果的收集和判断是由两名不知道病理结果的超声检查医生进行。并且在实际工作中医务人员必须在医患之间建立和谐的关系，同时使患者深刻理解临床医学检查在患者中的重要性，并让患者自愿配合治疗。在必要时应密切注意患者的意识和生命力征象，如有异常，应立即通知医生并进行治疗^[5]。应定期给患者提供止痛药，以避免术后疼痛对患者的副作用，并应严密监测患者的出院情况，以防止感染。在与患者沟通的过程中，护理人员必须根据特定的环境，患者的心情和当时的理解能力选择不同的语言表达。通过使用标准化语言来提高健康教育的有效性，注意使用易于理解的词汇向患者进行解释，并确保患者充分理解护理人员的表达^[6]。

1.3 观察指标

通过观察断出鼻骨骨折的准确率以及诊断单纯性鼻骨骨折和鼻中隔骨折的概率，以此分析比在鼻骨骨折诊断中应用 CT 技术和 X 线技术的效果。

1.4.统计学分析

用 SPSS21.0 统计学软件对数据进行分析，计量资料用 t 检验，计数资料行检验，P<0.05 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 观察诊断方法的准确性

经过 CT 诊断可得知，40 例患者中存在 30 例单纯性鼻骨骨折以及 10 例鼻中隔骨折，而 X 线组 40 例患者中诊断出单纯性鼻骨骨折 28 例，以及 8 例鼻中隔骨折，另有 2 例患者出现未能诊断情况。由此可看出，CT 的诊断正确率明显优于 X 线诊断（P<0.05）。详细情况见表 1

表 1 观察诊断方法的准确性（%）

检查方法	n	单纯鼻骨骨折	鼻中隔骨折	误诊率	假阳率	假阴率
CT 检查	40	30(75.00%)	10(25.00%)	0.00%	0.00%	0.00%
X 线检查	40	28(70.00%)	8 (20.00%)	10.00%	10.00%	10.00%
χ^2						6.554
P						0.001

2.2 观察两组患者骨折情况

CT 诊断出鼻骨骨折的准确率高于 X 线，差异有统计学意义(P<0.05)。见表 2

表 2 观察两组患者骨折情况（%）

检查方法	n	发生骨折	疑似骨折	未骨折
------	---	------	------	-----

CT 检查	40	40 (100.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)
X 线检查	40	26 (65.00%)	10 (25.00%)	4 (10.00%)
χ^2				6.421
P				0.001

3. 讨论

在耳鼻喉科，骨折疾病的发病率很高。在临床治疗期间，患者需要对骨折情况进行全面检查，然后根据耳鼻喉科的情况给出相应的治疗措施。张波,石荣义,陈文^[7]称，临床上，鼻骨骨折是一个非常常见的耳鼻咽喉创伤。在人体中，鼻子是面部最突出的部位，非常容易受到外力的影响，导致骨折。一旦鼻骨骨折发生，不仅会严重影响人体的通气功能，还会严重影响人脸的形状。严重者会进一步并发鼻中隔骨折、软骨脱位、鼻窦、颅底等多发性组织损伤，严重影响患者的鼻结构和功能，因此及时诊断和治疗鼻骨折非常重要。同时，鼻骨在面部突出，鼻骨相对较薄，周围组织结构相对复杂。当受到突然的外力时，它很容易受伤和骨折。因此，在诊断和检查鼻骨骨折患者时，我们应该首先掌握鼻骨的解剖结构，然后应用相应的诊断技术来更好地诊断准确的结果。目前，CT 技术和 X 射线技术主要用于临床诊断。X 线检查能准确了解鼻骨中断、持续移位、窦腔密度增厚等现象。然而，这种检查方法容易使鼻骨图像与周围组织结构图像重叠，成像效果较差，不能准确反映患者的类型和严重程度。CT 诊断技术是一种高分辨率扫描技术，具有图像清晰、扫描时间快的优点^[8]。明道红,连清泉^[9]在研究后指出，X 线平片诊断是一种较为传统的诊断方法，操作相对简单，患者需要支付的诊断费用相对较低。但在诊断过程中，由于受解剖结构的影响，患者鼻骨一侧的骨折线容易被遮挡，X 射线对密度的分辨率相对较低，成像效果相对模糊。此外，患者的位置很容易与其他部位重叠。在 X 线诊断中，病人的骨折不能很好地显示出来。CT 的检查使用计算机断层扫描技术诊断患者，并且具有高密度分辨率，因此可以显示患者的特定骨折范围和移位。在 CT 的诊断过程中，计算机主要用于后处理，可以有效地全面显示患者骨折的图像，准确判断患者鼻骨骨折的情况，从而有效降低误诊和漏诊的概率。与 X 线平片诊断相比，CT 检查技术具有较高的诊断率，能使患者更加满意。而相关学者还提出，临床上值得注意的是，操作者的操作技巧对检查的结果也有一些直接或间接的影响。因此，检验员本人也必须不断提高自己的操作技能，掌握相关诊断技术，能够熟练操作设备，按照设备操作规程进行检验，确保检验员自身因素不影响诊断，改善结果和疾病检测。在日常扫描过程中，可根据病灶实际情况适当增加探头频率，多角度多切片扫描可疑区域。厚度可以通过适当降低探测频率来降低假阴性率。以上研究均可对本次实验进行验证，从而证实本次研究具有较强的应用性。在研究中，根据分组情况进行 X 线检查和 CT 检查，

（下转第 13 页）

静配中心护理人员实施细节管理的实施效果

姜绍军

烟台市烟台山医院 山东烟台 264000

摘要: 目的: 探究静配中心护理人员实施细节管理的实施效果。方法: 2020 年 8 月至 2021 年 5 月我院静配中心实施常规管理, 设置为常规组 ($n=50$), 2021 年 6 月至 2022 年 3 月我院静配中心实施细节管理, 设置为细节组 ($n=50$), 对两组实施效果进行对比分析。结果: 2 组护理人员业务能力考核评分及护理质量评分对比, 细节组较常规组高, 有统计学差异, $P<0.05$; 2 组差错事件发生率对比, 细节组较常规组低, 有统计学差异, $P<0.05$; 2 组满意度对比, 细节组明显较高, 有统计学差异, $P<0.05$ 。结论: 静配中心护理人员实施细节管理, 不仅可以促进其业务能力水平提升, 还可减少差错事件发生, 提高满意度, 确保患者用药安全, 应用效果显著, 可在临床推广应用。

关键词: 护理差错; 静配中心护理管理; 细节管理; 护理质量

【Abstract】 Objective: To explore the implementation effect of detailed management of nursing staff in static distribution center. Methods: From August 2020 to May 2021, the static distribution center of our hospital implemented routine management, which was set as the routine group ($n=50$), and from June 2021 to March 2022, the static distribution center of our hospital implemented detailed management, set as For the detailed group ($n=50$), the implementation effects of the two groups were compared and analyzed. Results: Comparing the nursing staff's professional ability assessment score and nursing quality score between the two groups, the detail group was higher than the routine group, with a statistical difference, $P<0.05$; the incidence of error events between the two groups was compared, the detail group was lower than the routine group, with statistical significance Difference, $P<0.05$; Comparing the satisfaction between the two groups, the detail group was significantly higher, with a statistical difference, $P<0.05$. Conclusion: The detailed management of nursing staff in the static distribution center can not only promote the improvement of their professional ability, but also reduce the occurrence of error events, improve the satisfaction, and ensure the safety of patients' medication. The application effect is remarkable, and it can be applied in clinical practice.

【Key words】 nursing error; nursing management in static distribution center; detail management; nursing quality

静脉用药调配中心简称为静配中心, 该科室主要作用是严格依据国际药物特性及标准, 坚持无菌操作原则完成静脉用药调配。静配中心护理人员配药时必须集中注意力且按照无菌操作完成药物调配。一旦静脉用药配制不当, 引发感染事件, 更严重者引发院内群体感染, 给患者生命安全构成严重威胁^[1]。因此, 应做好静配中心护理管理工作, 以往多采取常规管理, 尽管能够起到一定效果, 但差错事件发生率依然较高。本研究选取我院静配中心护理人员 100 例作为研究对象, 研究时间 2020 年 8 月至 2022 年 3 月, 对所有护理人员实施习惯管理, 探究其临床实施效果, 现详细报道内容如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2020 年 8 月至 2021 年 5 月我院静配中心实施常规管理, 设置为常规组 ($n=50$), 2021 年 6 月至 2022 年 3 月我院静配中心实施细节管理, 设置为细节组 ($n=50$)。2 组护理人员男女比 13:37, 最小年龄 22 岁, 最大年龄 45 岁, 平均年龄 (32.47 ± 5.48) 岁, 文化程度: 37 例专科, 8 例本科, 5 例硕士研究生。每组随机抽取 80 例患者作为研究对象, 常规组男女比 43:37, 最小年龄 21 岁, 最大年龄 64 岁, 平均年龄 (42.47 ± 6.38) 岁, 细节组男女比 42:38, 最小年龄 23 岁, 最大年龄 66 岁, 平均年龄 (42.51 ± 6.47)

岁。纳入标准: (1) 患者临床资料齐全; (2) 主动参与本次研究; (3) 研究经医院伦理审核批准。排除标准: (1) 患者伴有认知功能障碍; (2) 严重精神疾病; (3) 无法自主完成满意度问卷表填写。2 组护理人员、患者年龄、性别等一般资料对比, 均无统计学差异, $P>0.05$, 存在可比性。

1.2 方法

常规组实施常规管理, 静配中心负责人员完成排药、药物调配、打包、成品输液扫描等各项工作。

细节组采取细节管理, 具体内容如下: 其一, 成立细节管理监督小组。小组成员包括主管护士、护士长, 建立健全护理监管机制, 仔细观察日常护理各个环节, 及时发现护理管理工作存在不足, 制定针对性解决方案, 予以解决。其二, 积极开展护理知识讲座。护士长定期进行护理知识讲座, 促进其知识水平提升, 强化护理人员药品认知。定期对护理人员工作开展情况进行考核, 若考核较差需再次进行培训。严格要求护理人员依据国际标准完成加药混合调配, 确保成品输液质量。其三, 严格执行无菌操作。护理人员要仔细区分非洁净区、洁净区, 个人一项操作均执行无菌操作流程。依据高压蒸气灭菌器标准完成药物分类、回收, 充分考虑实际情况包装、保存无菌药物成品。依据特殊药品相关注意事项保存药品。其四, 文明用语。临床工作中护理人员要注意个人仪容、仪表, 做到文明用语, 与

其他科室同事交流时面带微笑，耐心倾听其他科室提出意见，以促进护理工作质量提升。其五，实施老带新帮扶模式。组建带教小组，具有丰富护理经验主治医师与资历较低护理人员搭配，采取一对一方式传授护理技能，完善双人核查机制，减少护理差错事件发生。其六，建立完善规章制度。护理部、药学部等在多重指导下对各项规章制度进行完善，充分考虑护理人员实际工作情况，认知贯彻执行工作责任制，保证每位护理人员依据操作规范完成各项工作，促进工作效率提升。其七，全员参与。医院成立静配中心质量管控小组，加强各科室与静配中心沟通，及时发现存在的不足，对出现薄弱环节实施预见性干预，促进细节管理质量提升。

1.3 观察指标

业务能力考核评分：2 组护理人员业务能力评估用我院自制业务能力考核问卷，最低分 0 分，最高分 100 分，低于 60 分为差，60 至 79 分为及格，80 至 89 分为良好，超过 90 分为优秀。

护理质量：2 组护理质量评估用我院自制护理质量评价量表，最低分 0 分，最高分 100 分，评分越高表明护理质量越好。

差错事件发生率：记录 2 组护理人员 300 次用药调配中出现溶酶药物不符、签名不规范及剂量不符差错事件发生情况。

满意度：将我院自制满意度问卷表分别发给 2 组 80 例患者，告知其问卷填写方法，认知完成满意度问卷评估，患者评分超过 90 分为十分满意，患者评分 80 至 90 分为基本满意，患者评分低于 80 分为不满意。十分满意率+基本满意率=满意度。

1.4 统计学分析

本研究中所有数据分析对比均利用统计学软件，采用软件以 SPSS25.0 统计学软件为主，*t* 用于对比 2 组业务能力考核评分及护理质量， χ^2 用于对比 2 组差错事件发生率及患者满意度，当 $P<0.05$ 时，表明有统计学差异。

2 结果

2.1 2 组业务能力考核评分对比

常规组护理人员业务能力考核评分为（80.74±2.38）分，细节组护理人员业务能力考核评分为（91.44±1.27）分，细节组明显较常规组高，有统计学差异， $P<0.05$ 。

2.2 2 组护理质量评分对比

常规组患者护理质量评分为（82.41±2.43）分，细节组患者护理质量评分为（92.15±1.46）分，细节组明显较常规组高，有统计学差异， $P<0.05$ 。

2.3 2 组差错事件发生率对比

细节组差错事件发生率为 1.33%，与常规组的 7.33%相比，细节组明显较低，有统计学差异， $P<0.05$ ，见表 1。

表 1 2 组差错事件发生率对比[n（%）]

组别	例数	溶酶药物	签名不规	剂量不符	发生率
----	----	------	------	------	-----

		不符	范		
常规组	300	6（2.00）	11（3.67）	5（1.67）	22（7.33）
细节组	300	1（0.33）	2（0.67）	1（0.33）	4（1.33）
χ^2	/	/	/	/	33.868
<i>P</i>	/	/	/	/	0.000

2.4 2 组满意度对比

细节组满意度为 97.50%，与常规组的 85.00%相比，细节组明显较高，有统计学差异， $P<0.05$ ，见表 2。

表 2 2 组满意度对比[n（%）]

组别	例数	十分满意	基本满意	不满意	满意度
常规组	80	32(40.00)	36(45.00)	12(15.00)	68(85.00)
细节组	80	51(63.75)	27(33.75)	2（2.50）	78(97.50)
χ^2	/	/	/	/	10.959
<i>P</i>	/	/	/	/	0.001

3 讨论

静配中心作为医院重要科室之一，要求护理人员严格依据国际药物特征、标准，执行无菌操作完成静脉用药调配。一旦静配中心静脉用药调配出现差错，给患者生命健康带来严重威胁^[2]。因此，静配中心护理管理中应加强质量管理。

以往多采取常规管理，经大量实践研究证实常规管理存在诸多不足，引发签名不规范、剂量不符及包装破损等不良事件^[3]。因此，需要采取有效管理措施促进静配中心护理管理质量提升，确保患者用药安全。细节护理管理是全新的一种护理管理模式，在诸多行业中受到广泛应用^[4]。该管理模式的核心是在工作开展的各个环境实施管理，通过发现存在的问题，制定完善的解决对策，优化工作各个环节及流程，尽可能将风险降至最低，促进工作效率提升^[5]。

与常规管理方式相比，细节护理管理优势体现在以下几个方面：其一，细节护理管理中成立质量控制小组，充分考虑科室实际情况，存在的问题制定护理监管制度，由护士长担任组长，加强护理人员日常护理监管，及时发现护理工作存在的问题，针对问题制定针对性解决措施，帮助护理人员养成了良好的工作习惯，对其不良行为进行约束。其二，加强培训，提高护理人员业务能力。细节护理管理中注重人员业务能力培养，定期开展业务能力培训、专题讲座等，增强护理人员知识水平，促进其工作效率提升。培训后采取日常考核与不定期考核双重考核方式，不仅能够了解护理人员培训效果，还能够及时发现护理人员存在的不足，进行再次培训。其三，合理规划布局，促进工作质量提升。护理人员仔细区分非洁净区、洁净区，提高自身无菌意识，调配药品时严格按照相关规范完成审方、排药、取药、调配及核对分包等各个流程，就需特殊保存药品而言，要做好相关标识，标识中明确注意事项。其四，文明用语，促进护理质量提升。护理

人员在工作中注重个人仪容仪表,与其他科室同事交流时面带微笑,耐心倾听其他科室提出的意见,进行总结、分析,完成整改措施制定,以促进护理质量工作提升。其五,建立多部门质量监控小组,小组成员包括药学部、护理部等,定期对工作进行检查,严格把控工作质量^[6]。

本研究结果表明,2组患者业务能力考核评分及护理质量评分对比,细节组明显较常规组高。细节护理管理模式制定相关制度,并进行完善,严格要求护理人员按照操作规范及制度开展工作,进而促进护理质量提升。细节护理管理中加强护理人员知识培训、考核,依据考核结果发现其存在不足,进行再次培训,促进其业务能力提升^[7]。本研究结果发现,2组差错事件发生率对比,细节组较常规组低。细节护理管理中通过培训,提高护理人员业务能力,成立质量管控小组,对护理人员工作开展情况进行定期检查、不定期抽查,约束护理人员不规范行为,大大降低差错事件发生。本研究结果发现,2组患者满意度对比,细节组满意度为97.50%,常规组满意度为85.00%,组间对比,细节组较高。提示细节护理管理可促进患者满意度提升。细节护理管理提高护理人员业务能力,严格执行无菌操作,减少差错事件发生,获得患者高度认可^[8]。

综上所述,静配中心护理人员实施细节管理,不仅可以促进其业务能力水平提升,还可减少差错事件发生,提高满意度,确保患者用药安全,

(上接第10页)

主要操作是指导患者保持正确的姿势,并按照相关标准拍摄常规照片。在X线平片拍摄过程中,分别采用站立位和卧位两种姿势,拍摄完成后将获得的图像数据传输给医生,并对图像中的数据信息进行分析。而后对CT组患者应用多层螺旋CT检测,对患者的疾病部位进行容积扫描和薄层扫描,检查时将CT机器参数设置:层厚25mm,层距3.5mm,电流120毫安,电压100千伏,旋转时间1.0秒。在必要时应密切注意患者的意识和生命体征,如有异常,应立即通知医生并进行治疗。在与患者沟通的过程中,护理人员必须根据特定的环境,患者的心情和当时的理解能力选择不同的语言表达。通过使用标准化语言来提高健康教育的有效性,注意使用易于理解的词汇向患者进行解释,并确保患者充分理解护理人员的表达^[6]。从结果中可得知,经过CT诊断可得知,40例患者中存在30例单纯性鼻骨骨折以及10例鼻中隔骨折,而X线组40例患者中诊断出单纯性鼻骨骨折28例,以及8例鼻中隔骨折,另有2例患者出现未能诊断情况。由此可看出,CT的诊断正确率明显优于X线诊断($P<0.05$)。同时CT诊断出鼻骨骨折的准确率高于X线,差异有统计学意义($P<0.05$)。

综上所述,在诊断鼻骨骨折中CT技术诊断的准确率要比X线高,应将CT技术作为诊断鼻骨骨折的首选手段。

参考文献:

[1]薄海民.鼻骨骨折应用普通X线与CT诊断的灵敏度比较研究[J].名

应用效果显著。

参考文献:

[1]高雅.细节管理在静配中心护理管理中的效果分析[J].中国卫生标准管理,2022,13(06):166-168.

[2]徐爽,孔婷婷.细节管理在静配中心护理管理中的应用[J].黑龙江医药科学,2021,44(03):65-66.

[3]杨玲玲,康雯洁.细节管理在集中消毒供应中心护理管理中的应用分析[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(94):184.

[4]皇军芳,康雯洁.消毒供应中心护理工作实施细节管理对护理质量的改善作用分析[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(53):148.

[5]郑秀杰,卢福花.供应室护理工作实施细节管理对护理质量和护理人员的改善作用[J].中外女性健康研究,2018(24):189-190.

[6]刘健萍,焦素军.细节管理在消毒供应中心护理管理中的应用分析[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(76):192-193.

[7]滕曰英.细节管理在静配中心护理管理中的应用[J].中国卫生产业,2018,15(22):31-32.

[8]滕曰英.探讨细节管理对静配中心管理质量的影响[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(22):4328+4347.

医,2021(16):82-83.

[2]张辉,凌鑫,蔡宇鹏.鼻骨骨折老年患者临床诊断中CT的应用及准确性分析[J].老年医学与保健,2021,27(01):106-108.

[3]云惟高.X线技术与CT技术诊断鼻骨骨折的应用效果观察[J].心理月刊,2020,15(15):168.

[4]张勇.X线平片与CT检查技术诊断鼻骨骨折的临床价值比较[J].中国社区医师,2020,36(21):140-141.

[5]房士平.X线平片与CT对鼻骨骨折的诊断价值[J].中外女性健康研究,2020(08):177-178.

[6]张红,任燎原,严婷,刘正华,谭聪明,付浩.超声与CT诊断鼻骨骨折的应用价值比较[J].临床超声医学杂志,2019,21(07):547-549+565.

[7]张波,石荣义,陈文.分析CT检查对鼻骨骨折的诊断价值与CT影像学表现[J].影像研究与医学应用,2019,3(15):13-14.

[8]史胜龙.普通X线与CT对鼻骨骨折的诊断效果对比分析[J].中国药物与临床,2019,19(12):1995-1997.

[9]明道红,连清泉.普通X线与CT对鼻骨骨折诊断效果分析[J].中国CT和MRI杂志,2019,17(03):47-49.

[10]沈传华.使用X线技术与CT技术诊断鼻骨骨折的效果评价[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(89):178.

动态心电图与常规心电图对冠心病心律失常的诊断效果

王建蓉

荣成市中医院 山东荣成 264300

摘要：目的：探究冠心病心律失常诊断方法，明确常规心电图、动态心电图诊断效果差异。方法：筛选 486 例冠心病心律失常患者，时间范围 2020 年 1 月至 2022 年 1 月，均接受动态心电图及常规心电图检查，对比两组诊断效果。结果：动态心电图（97.12%）冠心病心律失常检出率高于常规心电图（90.33%），且动态心电图心房颤动、短阵室上速、房性早搏成对、房性早搏二三联、室性早搏成对、室性早搏二三联检出率为分别为 45.06%、46.30%、50.21%、50.62%、53.50%、60.29%，高于常规心电图的 30.86%、33.33%、38.27%、37.04%、38.89%、45.47%，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：在冠心病心律失常诊断中，与常规心电图相比，动态心电图优势显著，提倡临床检查选用。

关键词：冠心病；心律失常；常规心电图；动态心电图

多种因素作用下，胆固醇等物质沉积，聚集在动脉管腔，导致冠脉血流阻塞、冠脉狭窄或闭塞，即冠心病。心肌长期处于缺血状态，可干扰心脏电活动，进而引发心律失常。冠心病心律失常患者心电图改变相对隐匿，具有不规则特点，故检出难度较大。心电图检查具有无创、经济负担小、可重复性高等特点，其中，常规心电图能够根据各波段特点，发现异常心电图信号，判断患者心率状态，及时发现病变状况，准确评估患者心肌功能，但该检查方法，无法持续测定患者心电图信号变化，故易出现漏诊、误诊现象。动态心电图能够准确检测阵发性、短暂性心律失常，完全掌握不同时间点，患者心电图信号变化情况，实现实时监测心血管动态，可为冠心病心律失常诊断提供支持。本文将对两种心电图检查的实际应用价值做出分析。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

筛选 486 例冠心病心律失常患者（2020 年 1 月至 2022 年 1 月），所选患者男女比例为 280:206，平均年龄为（55.69±3.42）岁，冠心病病程（4.98±1.37）年，合并高血脂/糖尿病/高血压患者例数为 198/105/160。纳入标准：①经体格检查、病史询问、血液学检查、超声心动图、冠状动脉造影等检查，综合诊断为冠心病；②出现前区憋闷感、心绞痛、胸痛等症状；③检查配合度较高。排除标准：①存在心肌梗死发作史者；②合并脑卒中者；③伴有心肌肥厚、心包炎、心肌炎者；④接受过支架手术或介入治疗者；⑤入组前 6 个月，有外科手术史者。

1.2 方法

常规心电图：宣讲心电图检查流程、目的、配合方法等，叮嘱患者休息 20min，保持平静、放松，避免情绪激动、不安，取仰卧体位，对电极放置位置进行清洁，涂抹导电膏，所用工具为导联自动分析心电图机，型号 FX-740212，按照标准步骤，连接胸前导联、肢体导联，有序排放导联线，增益参数 10mm/mV，走纸速度 25mm/s，保证检查室安静，确保基线维持平稳、检查图像清晰。

动态心电图：准备工作同上，所用工具为北京世纪科医疗器械有限公司动态心电图系统（执行标准：Q/HDCTT001-2009 YZB/京 1073-2009），酒精擦拭皮肤，双下肢导联、双上肢导联分别粘贴于锁骨中

线、锁骨下窝，体表胸前粘贴肢体导联，佩戴记录仪，24h 连续监测患者心电图信号，24h 后取下记录仪，将内存卡数据输入计算机，通过人工校正处理及信息处理后，综合分析数据，评估患者心电活动，并做出相应诊断，若存在特殊信号，应客观记录、及时反馈。

1.3 观察指标

常规心电图检查：在同一导联上，ST 段下移 $>0.05\text{mV}$ ，T 波 $<\text{R}$ 波的 1/10，即可判定为阳性。

动态心电图检查：①ST 段下移 $>1\text{min}$ ；②ST 段下移量 $>0.1\text{mV}$ ，出现下斜型、水平型；③综合考虑心肌缺血发作时临床表现、持续时间、缓解特征、心率等。

统计心律失常检出情况，包括动态心电图心房颤动、短阵室上速、房性早搏成对、房性早搏二三联、室性早搏成对、室性早搏二三联。

1.4 统计学方法

数据分析使用统计学软件 SPSS27.0，以例（n）和率（%）表示计数资料，用 χ^2 检验法予以组间比较， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 心律失常检出率

动态心电图阳性检出率明显更高（ $P<0.05$ ），详见表 1。

表 1 两种检查方式心律失常检出率对比[n（%）]

检查方式	例数	阳性	阴性
常规心电图	486	439（90.33）	47（9.67）
动态心电图	486	472（97.12）	14（2.88）
χ^2	-	19.0478	
P	-	0.0000	

2.2 检查效果

动态心电图心律失常检查效果明显优于常规心电图（ $P<0.05$ ），详见表 2。

表 2 两种检查方式检查效果对比[n（%），n=486]

心律失常情况	常规心电图	动态心电图	χ^2	P
心房颤动	219（45.06）	150（30.86）	20.7980	0.0000
短阵室上速	225（46.30）	162（33.33）	17.0404	0.0000

房性早搏成对	244 (50.21)	186 (38.27)	14.0299	0.0002
房性早搏二、三联	246 (50.62)	180 (37.04)	18.2034	0.0000
联				
室性早搏成对	260 (53.50)	189 (38.89)	20.8658	0.0000
室性早搏二、三联	293 (60.29)	221 (45.47)	21.4044	0.0000
联				

3. 讨论

冠状动脉环绕心脏，负责供给心脏血液，分左右两支，在高甘油三酯症、高血压、大量饮酒、超重或肥胖、遗传等因素作用下，多种沉积物质形成斑块，附着于冠脉壁，使得血液难以通过，甚至出现冠脉闭塞，长此以往，患者心肌功能下降，心脏正常电活动受到干扰，易并发心律失常^[1]。受发病持续时间、发病类型不同，冠心病心律失常患者症状存在一定差异，早期以憋气、乏力、出汗、心悸为典型症状，若心律失常进一步发展，可引发晕厥、猝死等严重症状。早期检出心律失常，根据患者病情特点，合理应用钠通道阻滞剂、β受体阻滞剂、钙通道阻滞剂、延长动作电位时长效药等，可有效缓解患症状，预防心力衰竭、心源性猝死等严重并发症^[2]。根据心律失常频率、机制及发生部位不同，可将其分为心室颤动、室性心动过速、心房扑动、室性早搏、房性早搏、窦性心律不齐、窦性心动过缓、窦性心动过速等多种类型，行心电图检查，能够准确识别异常心电信号，对心律失常进行准确诊断及分类^[3]。常规心电图检查，利用心电图机，记录患者心脏电活动变化图形，具有操作便捷、可重复性强、无创操作、价格低廉等优势，是心律失常常见检查手段。但心律失常隐匿性强，心电图表现复杂，且心律失常类型较多，故常规心电图诊断准确率较低，无法单凭心电图结果，确定心律失常患者疾病类型。动态心电图利用便携设备，能够连续记录患者日常生活状态下心电活动全过程，定性、定量地分析多种类型的心律失常，能够弥补常规体表心电图的不足，具有如下临床意义：一是评定心脏起搏功能；二是评价心肌缺血治疗药物、抗心律失常药物疗效；三是定量、定性诊断心肌缺血及心律失常类型；四是评估患者日常生活能力；五是评估心脏病患者预后；六是确定阵发性心悸、眩晕、昏厥的性质及原因^[4]。本研究结果显示，动态心电图（97.12%）冠心病心律失常检出率高于常规心电图（90.33%），且动态心电图心房颤动、短阵室上速、房性早搏成对、房性早搏二三联、室性早搏成对、室性早搏二三联检出率为分别为45.06%/46.30%、50.21%、50.62%、53.50%、60.29%，高于常规心电图的30.86%、33.33%、38.27%、37.04%、38.89%、45.47%，差异有统计学意义（P<0.05）。

分析原因如下：在心电图检查结果中，临床医师可根据心跳节律的快慢，判定患者是心动过缓还是心动过速，根据有无p波出现，判断是异位心律还是窦性心律，并结合患者从事职业、身体状况、年龄等综合评估^[5]。由此可知，由于心律失常类型不同，故患者心电图表现存在明显差异，应采取适宜的检查方法，并进行全面、综合的分析。动态心电图能够连续性、反复多次地进行心电信号监测，持续时间可达24h，次数多达10万次以上，能够捕捉各个时间段的心电信息，获取临床诊断所需的所有信号，以便于明确冠心病患者疾病状况，提高对心律失常、短暂性心肌缺血的检出率^[6]。

同时，冠脉血管狭窄是冠心病患者主要的病理表现，部分患者冠脉狭窄严重，但在静息状态下，患者心肌缺血状态改善，机体能够维持正常血流供给，故常规心电图难以检出，随着病情进展，患者发生短暂性心律失常，冠脉血管严重狭窄，才能通过常规心电图检出，从而导致治疗时间延误。动态心电图通过连续监测，能够有效检出快速型、隐匿型心律失常，观察慢性心律失常，判断患者窦房结功能，区分不同类型的传导阻滞和异位节律，显著提升心律失常检出率^[7]。不仅如此，在心律失常治疗过程中，借助24h动态心电图，可帮助医师判定药物疗效，为抗心律失常药物选用及剂量调整提供有力支持。应用动态心电图，能够确定患者在安静状态下、运动状态下、夜间休息状态下的心电图变化，连续记录患者心脏状况，全面采集心律失常数据，判断患者是否出现头晕、心悸、昏厥等症状，全面监测冠脉缺血状况以及心律失常特点、种类、缺血状况、发作频率、发作次数等，明确心律失常与昼夜、患者体态、情绪状况、机体活动量之间的关系^[8]。而常规心电图，则存在无法捕捉各时间点心电信号、难以捕捉所有心电信号、心电信号记录次数有限等问题，故容易造成漏诊、误诊，诊断敏感性较低。一般来说，接受动态心电图检查的患者，仅需到心电图室预约排队，佩戴动态心电图仪，无需住院观察，患者日常生活和工作不受影响，具有便捷性特点，能够有效记录心电图变化，对于疑似冠心病心律失常患者，医师应建议患者行动态心电图检查，帮助患者正确佩戴设备、妥善粘贴电极，说明动态监测的必要性，以此提升患者依从性，减少各类伪差和肌电干扰^[9]。

需要注意的是，在动态心电图检查时，应严格遵守标准流程，避免影响心电图结果。首先，对电极安置部位，进行有效清洁及消毒，使用75%酒精棉球擦拭，以此降低皮肤电阻，指导患者取坐位，待酒精干燥后，再进行后续操作；其次，选用动态心电图专用电极，将其粘贴在相应位置，扣好电极与导线，做好贴于肋骨和胸骨上，使用胶布妥善固定，减少肌电干扰和呼吸运动干扰^[10]；再次，记录盒装上电池、插入闪光卡，使用专用背带，以便于患者佩戴，合理调整背带长度，叮嘱患者记录自觉症状及活动情况；最后，24h后，按照标准顺序，拆卸、取下记录盒，擦净患者局部皮肤，使用计算机设备读取相关信息^[11]。在动态心电图检查过程中，避免进行肌电图、脑电图、超声、磁共振、CT等其他检查，避免影响动态心电图监测结果，提醒患者远离磁场和强力电源，检查期间不能洗澡，防止雨、水进入记录仪，不要牵拉电极线。叮嘱患者可与佩戴前一样，保证正常起居与工作，无需过度担忧或过分关注，可做适量运动，但应避免双上肢剧烈活动及全身剧烈运动，若出现不适症状，应详细记录症状类型及具体时间，从而为医师诊治提供依据^[12]。有研究显示^[13]，根据检查方式不同，将冠心病心律失常患者分为研究组（50例，行动态心电图检查）和参照组（50例，行常规心电图检查），结果显示，研究组诊断准确性为90.00%，高于参照组的60.00%，且研究组房性早搏（成对型、二三联律型、频发型）、室性早搏（房室传导阻滞、二三联律型、频发型）、心房颤动检出率高于参照组；分析原因，动态心电图能够获取患者睡眠、活动、休息状态下的心电图资料，虽然图形质量可能受到一定影响，但具有持续性、全面性等

（下转第18页）

康复助力带结合系统性护理干预对食管癌开胸术后恢复的影响

李玲 陆遥 韩丁

东平县人民医院 山东泰安 271500

摘要: 目的: 探讨康复助力带结合系统性护理干预对食管癌开胸术后恢复的影响。方法: 2019年4月-2021年12月于我院行开胸手术的食管癌患者76例, 按随机数字表法分为两组, 各38例。对照组实施常规护理, 观察组实施康复助力带结合系统性护理, 两组持续护理至患者出院。比较两组压疮发生情况、术后恢复情况、焦虑抑郁情况。结果: 观察组压疮发生率为5.26%, 低于对照组的26.32%, 差异有统计学意义($P<0.05$); 观察组术后肛门排气时间[(1.43±0.35)d]、首次排便时间[(3.13±0.42)d]、首次下床活动时间[(3.67±0.74)d]、住院时间[(10.46±1.58)d]分别短于对照组的(1.96±0.24)d、(3.70±0.45)d、(6.48±1.69)d、(13.50±2.21)d, 差异有统计学意义($P<0.05$); 干预后, 观察组焦虑抑郁评分为(43.34±3.23)分、(45.35±4.12)分, 分别低于对照组的(50.42±4.85)分、(49.52±4.73)分, 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论: 康复助力带结合系统性护理干预能有效降低食管癌开胸术后压疮发生风险, 改善患者心理状态, 促进术后恢复。

关键词: 食管癌; 开胸手术; 康复助力带; 系统性护理干预; 压疮; 负性情绪

食管癌是原发于食管上皮组织的恶性肿瘤, 食管连接咽喉和胃, 食管癌发生后会影响吞咽和进食, 引起胸痛、背痛等症状, 给患者带来极大痛苦^[1]。目前临床针对食管癌多采取以手术为主的综合疗法, 对于中晚期、病情复杂的食管癌患者, 临床多采取开胸手术治疗, 能够较好的切除肿瘤组织, 控制病情。但开胸术创伤较大, 患者术后身体较为虚弱, 自理能力差, 若医务人员或者家属协助起卧时用力不当易导致伤口疼痛不适, 从而增加患者痛苦^[2-3]。食管癌患者术后翻身、起卧通常需要2-3名护士协助, 若患者过度依赖医务人员或家属的帮助, 将浪费大量的人力, 患者也得不到良好的锻炼, 不利于术后恢复^[4]。为此, 临床根据食管癌患者术后情况自制简易助力带帮助术后翻身、起卧, 并选取2019年4月-2021年12月医院行开胸手术治疗的食管癌患者76例为对象进行分组研究, 观察康复助力带结合系统性护理的干预效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取医院行开胸手术治疗的食管癌患者76例为研究对象。纳入标准: 存在进食哽咽、吞咽困难、胸骨后或后背痛等症状, 经内镜及病理检查确诊为食管癌; 拟行食管癌根治手术; 患者自愿签署知情同意书。排除标准: 合并其他系统恶性肿瘤; 严重肝肾功能不全; 存在精神异常、认知缺陷等, 不能完全配合研究者。按随机数字表法分为两组, 各38例。对照组男23例, 女15例; 年龄40-74岁, 平均年龄(56.28±6.07)岁; 病程5个月-3年, 平均病程(1.79±0.57)年; 体重指数18.3-29.2kg/m², 平均体重指数(23.05±1.84)kg/m²; 临床分期: I期7例, II期19例, III期12例。观察组男24例, 女14例; 年龄43-72岁, 平均年龄(55.93±5.85)岁; 病程4个月-3年, 平均病程(1.83±0.55)年; 体重指数18.10-29.5kg/m², 平均体重指数(22.98±1.85)kg/m²; 临床分期: I期5例, II期23例, III期10例。比较两组一般资料, 差异无统计学意义($P>0.05$), 有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组

实施常规护理: 术前向患者及家属简要交代疾病、手术相关知识; 术

后加强各管道的护理, 密切观察引流情况, 保持引流通畅; 给予肠内营养支持, 饮食由易消化的流食逐渐过渡至半流食、普食; 指导家属按摩患者四肢、腰背部、臀部等受压部位; 遵医嘱给予一般治疗, 出院前开展健康宣教, 嘱患者定期复查。

1.2.2 观察组

实施康复助力带结合系统性护理: (1) 康复助力带: ①康复助力带包含下肢、腰部和臀部3个部分, 材质为高织棉布和软质海绵, 下肢助力带两端各有1个手拉环, 根据国际制衣标准分为大、中、小3个型号, 大号上缘、下缘的尺寸分别为90cm、80cm, 中号上缘、下缘的尺寸分别为75cm、65cm, 小号上缘、下缘的尺寸分别为65cm、58cm; 腰部助力带两端各有2个手拉环, 大号长140cm、宽24cm, 中号长120cm、宽23cm, 小号长100cm、宽22cm; 臀部助力带顶端、底端各有1个手拉环, 长85cm、宽14cm。②协助患者翻身: 将腰部、臀部助力带分别平放于患者躯体下, 腰部助力带上缘置于腋窝处, 下缘置于第8-10肋骨处, 臀部助力带上缘与腰部助力带下缘间距5cm, 1名护士站在一侧, 将助力带一端连接固定躯体, 握对侧手拉环使患者面向护士翻身; 协助患者起卧: 使用腰部助力带, 平铺在躯体下面, 护士双手握两端手拉环, 使患者面向自己完成起卧; 协助患者移动: 使用下肢、腰部、臀部助力带, 首先固定好助力带与躯体, 采用下床移动转盘, 转盘核心为滚动轴承, 护士手握拉手环, 使用很小的力量即可带动患者移动。(2) 系统性护理: ①术前。由床旁责任护士对患者进行一对一宣教与心理护理, 详细介绍手术、术后引流管、术后镇痛等知识, 耐心解答患者疑惑; 介绍病室环境、病友、医师治疗水平, 并争取家属的支持与配合, 给予患者足够鼓励; 全面评估患者饮食习惯、营养状况, 饮食以高能量、高蛋白为主, 少食辛辣、干硬食物, 对于营养状况较差者给予静脉营养支持。②术后。患者麻醉清醒后, 指导其采取舒适体位, 保持病房安静、整洁, 并给予心理安慰; 患者各项体征平稳后取半坐卧位, 利用助力带定期翻身、按摩受压部位, 注意胸带包扎松紧适当, 防止勒紧影响呼吸; 每2h协助患者起卧, 拍打监测胸背部, 同时对喉结下施加压力, 刺激患者咳嗽, 促进排痰; 术后禁食3-4d, 持续胃

肠减压，嘱患者不可咽下唾液，由营养师根据患者个体需求制订每日营养摄入方案，肛门排气后开始试饮水，责任护士亲自指导饮食，严格遵循流质→半流质→普通饮食原则，禁食期间每日2次口腔护理；术后24h后指导患者进行肢体活动，包括上肢外展、内收、外旋、握拳等，下肢外展、屈伸、抬高，定时协助患者变换体位，鼓励患者尽早下床活动。两组持续护理至患者出院。

1.3 观察指标

(1) 压疮发生情况：干预后根据2016年NPUAP压疮指南^[5]评估患者皮肤情况，分为1期（骨隆突处皮肤红肿、疼痛，但皮肤完整）、2期（骨隆突处皮肤溃疡，有粉红色创面）、3期（受压处皮肤组织缺失，可见皮下脂肪）、4期（受压处组织缺失，可见骨、肌腱或肌肉），1期及以上均可判定为压疮。(2) 术后恢复情况：包括肛门排气时间、首次排便时间、首次下床活动时间、住院时间。(3) 焦虑、抑郁情况：干预前后采用焦虑自评量表（SAS）^[6]、抑郁自评量表（SDS）^[7]评估，两个量表各包含20个条目，采用4级评分，将各项目评分和乘以1.25则得到标准分，分值范围为25-100分，分值越高表示越焦虑、抑郁。

1.4 统计学方法

采用SPSS 20.0 统计学软件进行数据分析，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，等级资料采用秩和检验；计量资料以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，采用 t 检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 压疮发生情况

观察组压疮发生率低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表1。

表1 两组压疮发生情况对比 n（%）

组别	压疮分期			总计
	1 期	2 期	3 期	
对照组 (n=38)	4 (10.53)	5 (13.16)	1 (2.63)	10(26.32)
观察组 (n=38)	2 (5.26)	0	0	2 (5.26)
χ^2/Z		1.434		6.333
P		0.152		0.012

2.2 术后恢复情况

观察组术后恢复时间短于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表2。

表2 两组术后恢复情况对比（ $\bar{x} \pm s, d$ ）

组别	肛门排气时间	首次排便时间	首次下床活动时间	住院时间
对照组 (n=38)	1.96±0.24	3.70±0.45	6.48±1.69	13.50±2.21
观察组 (n=38)	1.43±0.35	3.13±0.42	3.67±0.74	10.46±1.58

t	7.699	5.708	9.389	6.898
P	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 焦虑、抑郁情况

干预前，两组焦虑、抑郁评分比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；干预后，观察组焦虑、抑郁评分低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表3。

表3 两组焦虑抑郁情况对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	焦虑		抑郁	
	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n=38)	55.93±4.26	50.42±4.85 ^a	54.36±4.68	49.52±4.73 ^a
观察组 (n=38)	56.37±4.54	43.34±3.23 ^a	54.02±5.79	45.35±4.12 ^a
t	0.436	7.490	0.282	4.098
P	0.664	0.000	0.779	0.000

注：与同组干预前比较，^a $P<0.05$

3 讨论

食管癌开胸手术需切开患者腹部、胸部，甚至颈部，创伤较大，患者术后早期需卧床休息。而长期卧床可能导致压疮等，加上食管癌属于恶性疾病，患者多对治疗缺乏信心及正确认识，容易出现焦虑抑郁心理，甚至不愿配合护理工作，影响术后恢复，也增加护理人员的工作负担。

压疮的发生与长期卧床致使身体局部长期受压力、剪切力等作用相关，临床可通过勤翻身、使用气垫床、气垫圈等方式预防压疮发生^[8]。然而传统护理模式中，为避免时间的浪费，常需要2-3名护士协助术后卧床患者翻身、移动，且需要患者的高度配合，操作难度较大，且会增加人力资源的浪费。系统性护理强调人的整体性，通过将临床护理与护理管理的各个环节系统化，对影响患者健康的因素进行全面干预，以维持患者生理、心理健康^[9]。本结果显示，观察组压疮发生率、焦虑抑郁评分均低于对照组，术后恢复时间短于对照组，提示康复助力带集合系统性护理干预能够减少食管癌开胸术后患者压疮发生，改善不良情绪，促进术后恢复。其原因该研究设计的康复助力带用于协助卧床患者翻身时，护士对背部、臀部助力带同时用力牵拉，使患者胸背、腰部、臀部能同轴翻身，既能节约人力，又可保证患者安全。同时，康复助力带有固定躯体的作用，用于患者翻身、搬运时能够减轻患者痛苦，且更易于患者配合，进而有效降低护理难度，使术后翻身、拍背、排痰工作能够顺利开展，增加患者的活动次数与活动量，减轻对躯体局部造成的压力，有效预防压疮发生。系统性护理干预通过术前一对一的宣教与心理护理，加强与患者的交流沟通，使患者了解手术、护理操作的意义与目的，提高治疗信心及心理安全感，有利于焦虑、抑郁等情绪缓解，并能够促使患者主动配合护理，保障护理质量。开胸术后患者无法吞咽进食，容易引起胃肠功能失调，出现营养不良状况^[10]。该研究通过系统化的术前、术后饮食营养干预，可刺激胃肠道激素的分泌，促进胃肠蠕动，加快术后肛门排气、排便，并能够为手术开展及术后恢复提供良好的营养基础，利于患者尽早恢复。术后体位管理能够增加

患者舒适度,也利于胸腔引流,配合康复助力带的使用,能够减轻局部切口的张力,避免活动时引起切口疼痛,为早期下床提供有利条件。系统性护理干预通过心理干预、饮食营养干预、体位管理、活动指导等措施,有效减轻患者身心压力,维持机体生理功能,进而促进术后全面康复,利于缩短住院时间。但本研究尚存在观察时间短、样本量较少等不足,可能在一定程度上影响研究结果的可信度,后续临床还应增加样本纳入量,深入分析康复助力带结合系统性护理干预对食管癌开胸术患者远期预后的影响,旨在为临床提供更为可靠的参考。

综上所述,康复助力带结合系统性护理干预能缓解食管癌开胸术患者焦虑、抑郁情绪,有效预防压疮的发生,进而加快术后恢复。

参考文献:

- [1]章丹坤,徐庆,赵荣华,等.快速康复护理在食管癌胸腹腔镜联合围手术期的应用[J].安徽医药,2019,23(4):778-780.
- [2]刘文静,赵紫凝,韩记真.食管癌患者术后应用规范化疼痛护理对于改善患者疼痛情况与负性情绪的效果研究[J].新疆医科大学学报,2021,44(9):1077-1080.
- [3]樊苏璐,王少华.三维护理管理对开胸手术患者呼吸功能锻炼依从

(上接第15页)

优势,能够更好地评估患者心律失常程度及发生频率。有学者指出^[14],动态心电图具有舒适性、经济性、准确性、实用性、安全性等特点,冠心病心律失常患者普遍存在心功能减退、血液流变学异常等表现,实施动态心电图检查,能够准确识别短暂性心肌缺血发作及一过性心律失常,可对患者不同心理状态下、运动状态下及不同时间段的心肌活动展开记录,进而准确判定心律失常病变程度,提升疾病诊断效果。还有研究显示^[15],在可重复性和安全性方面,常规心电图和动态心电图无明显差异,但在准确性方面,后者优势显著,通过持续监测,可获得更丰富的心电信息,临床医师应加大推广力度,对于病情复杂患者,可联合应用上述两种诊断方式。

综上所述,在冠心病心律失常诊断中,与常规心电图相比,动态心电图优势显著,可提升心律失常检出率,协助评定心律失常类型,提倡临床检查选用。

参考文献:

- [1]王黎阳.动态心电图和常规心电图诊断冠状动脉粥样硬化性心脏病心律失常的应用价值对比[J].实用医技杂志,2022,29(02):167-170.
- [2]肖蕾,孙晓臣,罗溶.动态心电图在冠心病心肌缺血与心律失常诊断中的价值分析[J].解放军医药杂志,2022,34(01):61-64.
- [3]蔡燕.24h 动态心电图在冠心病性心律失常诊断中的应用及准确性分析[J].河南医学高等专科学校学报,2021,33(05):519-522.
- [4]刘志英.动态心电图与常规心电图对冠心病心肌缺血、心律失常诊断价值的比较[J].影像研究与医学应用,2021,5(18):233-234.

性得分及数字评分量表疼痛评分的影响[J].中国药物与临床,2019,19(10):1757-1759.

[4]朱文静,夏文佳,王中秋,等.体位管理联合激励式护理在食管癌术后患者中的应用[J].中华现代护理杂志,2021,27(33):4584-4587.

[5]邓欣,吕娟,陈佳丽,等.2016年最新压疮指南解读[J].华西医学,2016,31(9):1496-1498.

[6]段泉泉,胜利.焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J].中国心理卫生杂志,2012,26(9):676-679.

[7]金婷,张磊晶.我国常用的抑郁自评量表介绍及应用[J].神经疾病与精神卫生,2017,17(5):366-369.

[8]刘新,陈红,陈红,等.家庭参与型远程护理模式在急诊患者出院后压疮管理中的应用效果[J].中华现代护理杂志,2019,25(6):742-747.

[9]陆宏,耿春花,肖彬,等.早期系统化护理对食管癌放疗患者的影响研究[J].中华全科医学,2021,19(7):1243-1247.

[10]林海燕,李毅,岳丽琴,等.精细化营养支持结合纽曼系统护理对食管癌术后患者营养状况及胃肠功能的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2021,28(3):354-357.

[5]张志红.冠心病心肌缺血心律失常患者行动态心电图与常规心电图的诊断效果对比[J].临床研究,2021,29(09):139-140.

[6]李秋娥.动态心电图与常规心电图诊断冠心病的临床效果[J].医疗装备,2021,34(15):107-108.

[7]胡泽宇.动态心电图与常规心电图诊断冠心病的应用及意义探究[J].中国社区医师,2021,37(20):97-98.

[8]刘秀庄.动态心电图诊断冠心病伴心律失常的临床效果分析[J].中国现代药物应用,2021,15(12):35-37.

[9]张甜甜.冠心病心律失常患者应用动态心电图诊断的临床准确性及科学性分析[J].中外医疗,2021,40(11):62-64.

[10]徐兰.探讨动态心电图检查在诊断冠心病所致心律失常的价值[J].影像研究与医学应用,2021,5(05):210-211.

[11]游梅.动态心电图与常规心电图在冠心病心律失常诊断中的效果分析[J].系统医学,2021,6(04):61-63.

[12]陈锐文.动态心电图与常规心电图对冠心病心律失常患者的临床诊断效果观察[J].黑龙江医药,2020,33(06):1397-1399.

[13]谭菊,刘敬.动态心电图对冠心病合并心律失常患者的诊断价值[J].现代电生理学杂志,2020,27(03):168-170.

[14]郑帆,白一苹.常规心电图与动态心电图对冠心病心律失常的诊断价值比较[J].山西医药杂志,2020,49(16):2201-2202.

[15]吴圆一.动态心电图与常规心电图诊断冠心病的作用及影像学特点分析[J].当代医学,2022,28(02):12-14.

腹部超声检查在酒精所致精神障碍患者中的临床应用分析

李文强 朱礼丽

临沂市精神卫生中心 276005

摘要：目的：研究酒精所致精神障碍患者腹部超声检查的效果。方法：回顾性研究我院 2018 年 1 月-2021 年 6 月收治的 90 例酒精所致精神障碍患者，所有患者均行腹部超声检查，统计患者慢性酒精性肝病等肝脏疾病及相关并发症发生情况。结果：90 例酒精所致精神障碍患者腹部超声检查结果显示阳性患者共 88 例，阳性率为 97.78%，其中 48 例为慢性酒精性肝病（53.33%），8 例为酒精性肝硬化（8.89%），32 例为酒精性脂肪肝（35.56%）。慢性酒精性肝病发生率最高，酒精性脂肪肝次之，酒精性肝硬化最低；合并症发病率由高到低分别为肾结石、脾肿大、肝囊肿、胆囊肿、肾囊肿、胆囊肿、肝血管瘤、肝内胆管结石、慢性胰腺炎。结论：酒精所致精神障碍患者应用腹部超声检查，可对其脏器合并损害进行有效诊断，准确率较高。

关键词：酒精；精神障碍；腹部超声

Clinical application of abdominal ultrasonography in patients with mental disorders caused by alcohol

li wenqiang zhu lili Linyi Mental Health Center 276005

[Abstract] Objective: To study the effect of abdominal ultrasonography in patients with mental disorders caused by alcohol. Methods: 90 patients with mental disorders caused by alcohol treated in our hospital from January 2018 to June 2021 were studied retrospectively. All patients underwent abdominal ultrasonography, and the incidence of liver diseases and related complications such as chronic alcoholic liver disease were counted. Results: the results of abdominal ultrasonography in 90 patients with mental disorders caused by alcohol showed that 88 patients were positive, and the positive rate was 97.78%. Among them, 48 cases were chronic alcoholic liver disease (53.33%), 8 cases were alcoholic liver cirrhosis (8.89%), and 32 cases were alcoholic fatty liver (35.56%). The incidence of chronic alcoholic liver disease was the highest, alcoholic fatty liver was the second, and alcoholic liver cirrhosis was the lowest; The incidence rate of complications was high to low respectively: kidney stones, splenomegaly, hepatic cysts, gallstones, renal cysts, gallbladder polyps, hepatic hemangiomas, intrahepatic bile duct stones, and chronic pancreatitis. Conclusion: abdominal ultrasonography can effectively diagnose the combined damage of organs in patients with mental disorders caused by alcohol, and the accuracy is high.

【 Key words 】 Alcohol; Mental disorders; Abdominal ultrasound

长期饮酒容易引发多种胃肠疾病及肝脏疾病，可严重损害身体健康，导致患者生活质量下降。有调查研究指出，长期饮酒导致的慢性酒精中毒还会对患者中枢神经系统产生不良影响，引发精神障碍^[1]。另有研究显示，我国慢性酒精中毒发生率常年居高不下，导致酒精所致精神障碍发生率也常年处于较高水平，同时指出长期大量饮酒会明显影响肝脏形态^[2-3]。近些年来随着影像学技术的进步及广泛应用，临床上发现通过超声技术能够清晰观察肝脏情况。基于此，本文对我院 2018 年 1 月-2021 年 6 月收治的 102 例酒精所致精神障碍患者为例，对其腹部超声检查结果进行了研究，现报告如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性研究我院 2018 年 1 月-2021 年 6 月收治的 90 例酒精所致精神障碍患者，年龄 25-82 岁，平均（50.47±9.67）岁；饮酒年限最长 49 年，最短 3 年，平均（16.27±4.67）年；主要饮酒种类：白酒：58 例，啤酒：22 例，黄酒及其他 10 例；身体质量指数（BMI）最大值 28.14kg/m²，最小值 20.74kg/m²，平均（24.37±1.08）kg/m²；文化程度：初中及以下 25 例，高中及中专 48 例，大专及以上 17 例。

1.2 方法

所有患者均使用飞利浦公司生产的多普勒超声诊断仪（型号：EPIQ7）

进行检查：患者进入检查室后帮助其取仰卧位，之后于患者腹部放置超声探头从不同位置和角度全面扫描肝、胆、脾、胰腺、肾等器官组织，重点检查肝脏的形态、大小、血管走行及回声等情况，特别要注意对门脉系统回声进行观察。

1.3 观察指标

各类肝脏疾病诊断标准如下：①慢性酒精性肝病：肝脏形态正常，大小正常，包膜光滑，回声明显增强，且分布均匀，肝内血管略模糊，肝胆管、门静脉内径、脾静脉内径无扩张；②酒精性脂肪肝：肝脏包膜光滑，形态饱满，肝光点密集，回声增强，但分布不均，肝内血管模糊，肝胆管、门静脉内径、脾静脉内径无扩张；③酒精性肝硬化：肝脏包膜粗糙，形态正常，肝光点回声增强，分布均匀、不均匀两种情况均存在，肝内血管模糊，肝胆管无扩张，门静脉、脾静脉内径明显扩张，部分脾肿大。

2. 结果

2.1 腹部超声检查诊断结果

90 例酒精所致精神障碍患者中，腹部超声检查结果为阳性者共 88 例，阳性率为 97.78%。其中，48 例诊断为慢性酒精性肝病，占比 53.33%；8 例被诊断为酒精性肝硬化，占比 8.89%；32 例被诊断为酒精性脂肪肝，占比 35.56%。详见表 1。

表 1：腹部超声检查诊断结果

诊断结果	例数	百分比 (%)
慢性酒精性肝病	48	53.33
酒精性肝硬化	8	8.89
酒精性脂肪肝	32	35.56
正常	2	2.22

2.2 腹部超声检查阳性患者合并症情况

88 例腹部超声检查阳性患者中, 3 例合并肝内胆管结石, 占比 3.41%; 2 例合并慢性胰腺炎, 占比 2.27%; 3 例合并肝血管瘤, 占比 3.41%; 5 例合并胆囊息肉, 占比 5.68%; 8 例合并肝囊肿, 占比 9.09%; 5 例合并肾囊肿, 占比 5.68%; 6 例合并胆囊结石, 占比 6.82%; 14 例合并肾结石, 占比 15.91%; 9 例合并脾肿大, 占比 10.23%。详见表 2。

表 2: 腹部超声检查阳性患者合并症情况

诊断结果	例数	百分比 (%)
肝内胆管结石	3	3.41
慢性胰腺炎	2	2.27
胆囊息肉	5	5.68
肝血管瘤	3	3.41
肝囊肿	8	9.09
肾囊肿	5	5.68
胆囊结石	6	6.82
肾结石	14	15.91
脾肿大	9	10.23

3. 讨论

长期饮酒引起的慢性酒精中毒不仅会对肝、肾、心等器官造成严重损害, 引发慢性酒精性肝病等多种疾病, 还会损伤神经组织, 使患者精神状态及行为表现发生改变, 从而对其身体健康及正常生活造成严重影响^[4-5]。慢性酒精中毒对人精神状态的影响主要表现在以下两个方面: ①慢性酒精中毒会不可逆的损害神经系统, 影响大脑皮质接通功能, 降低其灵活性, 严重者可引发脑萎缩。同时, 还会在不同程度上损伤其他周围神经及脏器; ②长时间大量饮酒会引发智能衰退和人格改变, 导致其孤僻、自私倾向加重, 缺乏社会责任感, 同时会对其思维能力产生干扰, 导致患者情绪缺乏稳定性, 喜怒无常, 严重者还可出现幻觉妄想等症状^[6-7]。

大量临床研究指出慢性酒精中毒会引发肝细胞炎症反应, 发生病变、坏死, 破坏肝小叶, 出现结节状再生肝细胞及结缔组织, 压迫肝内血管, 同时纤维组织收缩又会扭曲血管, 引发肝内循环障碍, 出现门静脉高压症状, 若不及时干预可进一步引发肝硬化, 甚至癌变^[8-9]。另外, 慢性酒精中毒还会严重影响机体消化功能, 增加体内及肝内脂肪水平, 导致脂肪沉积引发脂肪肝^[10-11]。超声检查是一种常用的影像学技术, 通过腹部超声检查能够清楚观察肝脏不同阶段及不同程度的损伤情况, 目前已广泛应用于酒精所致精神障碍患者的检查诊断中^[12-13]。在本次研究中, 90 例患者中 88 例腹部超声检查结果为阳性 (97.78%), 其中慢性酒精性肝病 48 例 (53.33%), 酒精性肝硬化 8 例 (8.89%), 酒精性脂肪肝 32 例 (35.56%), 且发现患者多合并肾结石、脾肿大等并发症, 88 例患者中合并肝内胆管结

石者 3 例 (3.41%), 合并慢性胰腺炎者 2 例 (2.27%), 合并肝血管瘤者 3 例 (3.41%), 合并胆囊息肉者 5 例 (5.68%), 合并肝囊肿者 8 例 (9.09%), 合并肾囊肿者 5 例 (5.68%), 合并胆囊结石者 6 例 (6.82%), 合并肾结石者 14 例 (15.91%), 合并脾肿大者 9 例 (10.23%), 提示腹部超声对该疾病患者具有较好的诊断效果, 且能够有效检出患者存在的各种合并症。

综上所述, 酒精所致精神障碍患者应用腹部超声检查具有较好的诊断效果, 值得推广应用。

参考文献:

[1]马琴,石晶,肖素珺,肖远奇.酒精所致精神障碍患者社会支持、应对方式与生活质量的现状分析[J].心理月刊,2019,14(21):238.

[2]FAMA, ROSEMARY, LE BERRE, ANNE-PASCALE, HARDCASTLE, CHESHIRE, et al.Neurological, nutritional and alcohol consumption factors underlie cognitive and motor deficits in chronic alcoholism[J].Addiction biology.,2019,24(2):290-302. DOI:10.1111/adb.12584.

[3]马银珠,陆光华,钟娜,等.酒精所致精神病性障碍男性患者临床特征及危险因素[J].上海交通大学学报(医学版),2020,40(9):1256-1262.

[4]倪文璐.高频超声对慢性酒精性周围神经疾病的临床诊断效果[J].深圳中西医结合杂志,2019,29(4):67-68.

[5]张海燕.腹部实质性脏器闭合性损伤中使用常规超声诊断的临床价值[J].影像研究与医学应用,2019,3(1):223-224.

[6]Andrés Fabricio Caballero-Lozada, Nanwani K L, Favio Pavón, et al.Clinical Applications of Ultrasonography in Neurocritically Ill Patients[J].Journal of Intensive Care Medicine, 2020, 36(6):088506662090579.

[7]NIE, XUEDAN, WANG, WENBO, WANG, QIN, et al.Intranasal erythropoietin ameliorates neurological function impairments and neural pathology in mice with chronic alcoholism by regulating autophagy-related Nrf2 degradation[J].Nature reviews Cancer,2019,19(2):1139-1149.

[8]江煜,胡燕红,张虹.腹部超声检查在流浪精神病患者肝胆疾病诊断中的应用价值[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(75):146-147,149.

[9]李萍英,李娟,谢守珍,等. FibroTouch 联合超声和 CT 检查诊断高原地区非酒精性脂肪性肝病临床应用研究 [J]. 实用肝脏病杂志,2020,23(6):817-820.

[10]王文莉,刘桂霞,王小燕.首发精神障碍患者超声检查漏诊原因分析及预防措施[J].影像研究与医学应用,2019,3(11):106-107.

[11]苏珊珊,蒋昌和.酒精所致精神障碍患者肝脏超声检查结果分析[J].实用医技杂志,2020,27(09):1167-1169.

[12]黄莉,王晓云,杨帆.超声心动图评价酒精所致精神障碍患者左心功能的应用价值[J].当代医学,2020,26(3):138-139.

[13]吴娟.腹部超声对酒精性肝硬化与肝炎肝硬化的临床诊断效果评价[J].影像研究与医学应用,2019,3(9):168-169.

成年抑郁症伴自杀患者的血浆非酶类抗氧化物水平的相关性研究

张丽

重庆医科大学附属第一医院第一分院 重庆 400000

摘要：目的：探讨抑郁症伴自杀的血浆非酶类抗氧化物（白蛋白、尿酸、总胆红素）水平及其影响因素。方法：研究纳入抑郁症伴自杀患者 80 例、无自杀患者 80 例及健康对照 80 例，测定其血浆白蛋白、尿酸、总胆红素及汉密尔顿抑郁量表（HAMD-24）水平，并对其进行组间差异分析。结果 自杀组的白蛋白（ 42.37 ± 3.12 ）g/L、尿酸（ 287.13 ± 57.81 ） $\mu\text{mol/L}$ 及总胆红素（ 10.21 ± 4.89 ） $\mu\text{mol/L}$ 水平及无自杀组的白蛋白（ 42.96 ± 2.89 ）g/L、尿酸（ 282.90 ± 54.08 ） $\mu\text{mol/L}$ 及总胆红素（ 9.75 ± 4.28 ） $\mu\text{mol/L}$ 水平都低于对照组[（ 46.07 ± 3.56 ）g/L、（ 323.13 ± 68.14 ） $\mu\text{mol/L}$ 、（ 15.21 ± 5.18 ） $\mu\text{mol/L}$]，差异都有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；无自杀组与自杀组二者之间无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。抑郁症伴自杀的血白蛋白、尿酸两种抗氧化物水平均与年龄呈负相关（ r 值为-0.155 和-0.241， $P < 0.05$ ）。血白蛋白、尿酸及总胆红素水平与 HAMD-24 评分无相关性（ $P > 0.05$ ）。结论：抑郁症伴自杀患者的血浆白蛋白、尿酸及总胆红素水平降低，跟年龄呈负相关，抑郁症的严重程度不会使氧化应激损伤加重。

关键词：抑郁症；血白蛋白；血尿酸；总胆红素

Plasma Non-enzyme Antioxidants Levels in the Adult Depressive Patients with Suicide

ZHANG LI

The First Branch, The First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing 400000, China

Abstract: Objective To discuss the difference of plasma non-enzyme antioxidants levels, and its correlative factors in the adult depressive patients with suicide. Methods Eighty depressive patients with suicide, 80 depressive patients without suicide, and 80 subjects of healthy adult were chosen for this study. The levels of serum albumins, uric acid, and bilirubin were tested. Patients were scored by HAMD-24. Results The levels of albumins, uric acid, and bilirubin in the suicide group[（ 42.37 ± 3.12 ）g/L,（ 287.13 ± 57.81 ） $\mu\text{mol/L}$ and （ 10.21 ± 4.89 ） $\mu\text{mol/L}$] and in the depression group[（ 42.96 ± 2.89 ）g/L,（ 282.90 ± 54.08 ） $\mu\text{mol/L}$ and（ 9.75 ± 4.28 ） $\mu\text{mol/L}$] were all lower than those in the healthy control group[（ 46.07 ± 3.56 ）g/L,（ 323.13 ± 68.14 ） $\mu\text{mol/L}$ and（ 15.21 ± 5.18 ） $\mu\text{mol/L}$]（all $P < 0.05$ ）. The plasma levels of non -enzyme antioxidants between the suicide group and depression group had no differences . The age were negatively correlated with serum levels of albumins（ $r = -0.155$ ）and uric acid（ $r = -0.241$ ）in the suicide group（ $P < 0.05$ ）. The levels of albumins, uric acid, and bilirubin were no correlated with the scores of HAMD（ $P > 0.05$ ）. Conclusion In the adult depressive patients with suicide , the levels of plasma non-enzyme antioxidants are low, those are negatively related with age, but there are no correlations between depression severity and the levels of plasma non-enzyme antioxidants.

Key words: Depressive disorder; Albumins; Uric acid; Bilirubin

抑郁症(MDD)是一种情绪障碍，其特征是严重和持续的情绪症状，如内疚感和快感缺乏；认知症状，如低自尊心；以及躯体症状，如丧失活力、失眠、精神烦躁和疲劳。MDD 是影响认知功能、生活质量和整体健康的最常见的心理疾病之一^[1-3]，也是世界疾病负担的主要原因。自杀是抑郁症最严重的后果，高自杀率是抑郁症最棘手的问题。目前，抑郁症影响着全球约 3 亿人，其中 5%-17%的人一生中至少患过一次这种疾病，给医疗和社会经济带来了沉重的负担^[4]。世界卫生组织（WHO）估计，到 2030 年，抑郁症将成为全球残疾的主要原因^[5]。同时抑郁症的缓解率低，只有大约一半的患者达到完全缓解^[6]，并且随着每次治疗缓解率会下降^[7]。遗憾的是，目前抑郁症的发病机制尚不明确。以单胺系统为靶点的经典抗抑郁物的治疗疗效存在很大的个体差异性，迫切需要寻找生物标志物，以便更好地了解抑郁症的发病机制、监测治疗效果及确定新的药物治疗靶点。

氧化应激（OS）是神经退行性变的主要原因，其参与 MDD 的发病机制已被证实，OS 和促炎信号已成为 MDD 发病机制的重要角色，OS 和抗氧化防御之间的失衡是抑郁症的主要致病原因，MDD 与血浆中抗氧化物浓度的降低有关^[8]。活性氧(ROS)在细胞信号转导和防御入侵微生物中起着至关重要的作用，过量 ROS 的产生和抗氧化防御功能的耗尽会触发促炎信号传导，破坏重要的大分子，诱导细胞凋亡，细胞不能维持氧化还原稳态，并由此产生促炎介质，导致细胞坏死。人体的血白蛋白、胆红素及

尿素常见的血浆非酶类抗氧化物^[9]，可通过检测其血浆水平间接反映是否存在氧化应激损伤^[10]。本研究拟分析抑郁症伴自杀患者血浆白蛋白、胆红素及尿素 3 种抗氧化物水平的差异及其影响因素，进一步探讨 OS 在抑郁症伴自杀患者的发病机制中的作用。

1 对象及方法

1.1 对象

1.1.1 病例组

选择从 2021 年 1 月至 2021 年 12 月在重医附一医院一分院睡眠病房住院年龄在 18 岁至 65 岁的 160 例抑郁症患者作为病例组，其中有 80 例为抑郁症伴自杀患者（自杀组，入院前的 2 周内存在自杀意念或自杀行为），余 80 例为抑郁症无自杀患者（无自杀组）。入组标准：符合国际疾病与相关健康问题统计分类(ICD-10)的抑郁发作标准。排除标准：①有其它精神障碍；②合并慢性或重大躯体疾病，如内分泌、代谢性及自身免疫性疾病，循环系统、血液系统疾病等；③饮食限制（素食者、乳糖不耐受和乳糖泻）；④有物质成瘾或滥用史；⑤HAMD-24 评分总分 < 8 分。

1.1.2 对照组

对照组共 80 例，均来源于同时期该院体检中心，年龄在 18 岁至 65 岁的正常健康体检者。排除标准：①有精神障碍或精神疾病家族史；②有慢性或重大躯体疾病，如内分泌、代谢性及自身免疫性疾病，循环系统、

血液系统疾病等；③饮食限制（素食者、乳糖不耐受和乳糖泻）；④有物质成瘾或滥用史；⑤HAMD-24 评分总分≥8 分。

所有研究入组对象均签署知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 资料收集

病例组由 2 名经专业培训有素的精神科医师仔细询问病史，收集一般资料（性别、体重、年龄、身高），及 HAMD-24 评分。所有患者均由 2 名副主任及以上级别精神科医师明确诊断。

1.2.2 血浆白蛋白、尿酸、总胆红素的测定

所有入选对象均为正常饮食，病例组及对照组均采用晨起空腹肘静脉血 4 毫升，送至该院检验科检测白蛋白、尿酸、总胆红素水平。

1.2.3 数据统计与分析

使用 SPSS 22.0 软件对研究资料行统计分析。计量资料用均值±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示；计量资料多组间比较采用方差分析；计数资料比较采用 χ^2 （卡方）检验；Pearson 相关分析用于相关性分析。P<0.05 表示差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料

抑郁症无自杀组、自杀组和对照组 3 组间的性别、年龄、及体质指数（BMI）差异不存在统计学意义（P>0.05）。

2.2 三组间血浆非酶类抗氧化物的比较

自杀组和无自杀组的白蛋白、尿酸及血总胆红素都均明显低于对照组，差异均存在统计学意义（P<0.05）；自杀组与无自杀组各指标的差异不存在统计学意义（P>0.05）。详见表 1。

表 1 抑郁症伴自杀组、无自杀组和对照组血浆非酶类抗氧化物的比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	白蛋白 (g/L)	尿酸 (μmol/L)	总胆红素 (mol/L)
自杀组	80	42.37±3.12*	287.13±57.81*	10.21±4.89*
无自杀组	80	42.96±2.89*	282.90±54.08*	9.75±4.28*
对照组	80	46.07±3.56	323.13±68.14	15.21±5.18

注：*表示与正常对照组相比，P<0.05。

2.3 抑郁症伴自杀患者血浆非酶类抗氧化物与 HAMD-24 评分、年龄的 Pearson 相关分析

抑郁症伴自杀患者血白蛋白水平与年龄呈负相关（ $r = -0.155$ ， $P = 0.016$ ），与 HAMD-24 评分均无相关（ $P > 0.05$ ）；尿酸水平与年龄呈负相关（ $r = -0.241$ ， $P = 0.002$ ），与 HAMD-24 评分均无相关（ $P > 0.05$ ）；血总胆红素水平与年龄及 HAMD-24 评分均无相关（ $P > 0.05$ ）。详见表 2。

表 2 抑郁症伴自杀患者血浆非酶类抗氧化物水平与年龄、HAMD-24 评分的 Pearson 相关分析

项目	年龄		HAMD 评分	
	r	p	r	p
白蛋白	-0.155	0.016	-0.094	0.238
尿酸	-0.241	0.002	-0.119	0.134

总胆红素	-0.095	0.144	-0.043	0.593
------	--------	-------	--------	-------

3 讨论

本研究对 2021 年我院 160 例抑郁症患者及 80 例健康体检人员的血浆抗氧化物水平及 HAMD-24 评分的相关数据统计分析，结果显示抑郁症患者（伴自杀或不伴自杀）的血白蛋白、尿酸、血总胆红素水平均低于正常健康对照组，差异具有统计学意义，提示抑郁症患者血液内的 3 种非酶类抗氧化物水平下降，机体有氧化应激损伤，与此前的 Palta P 等人的一项荟萃分析研究结果一致^[11]。自杀是抑郁症最严重的后果，本研究中自杀组与无自杀组二者的白蛋白、尿酸及总胆红素水平不存在明显差异，提示上述 3 种抗氧化物的水平不受抑郁严重程度的影响。Pearson 相关分析显示，HAMD 评分与本研究中的 3 种抗氧化物水平均不存在相关性，进一步验证前述观点，得出同样结论的还有程敏锋等人的研究^[10]。抑郁症伴自杀患者的年龄与白蛋白、尿酸水平呈负相关性，表明血液内的这些抗氧化物质水平随年龄的增长而降低，就越容易出现氧化应激反应，提示年龄可能是抑郁症伴自杀患者发生氧化应激损伤的影响因素。

综上所述，抑郁症伴自杀患者的血浆非酶类抗氧化物水平处于低水平状态，这种氧化应激损伤不随抑郁严重程度的增加而加重^[10]。

参考文献：

[1] Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)[J]. JAMA 2003, 289(23):3095-3105.

[2] Bijl RV, Ravelli A. Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study[J]. American journal of public health 2000, 90(4):602-607.

[3] Kuehner C. Why is depression more common among women than among men[J]? The Lancet Psychiatry 2017, 4(2):146-158.

[4] Nobis A, Zalewski D, Waszkiewicz N. Peripheral Markers of Depression[J]. Journal of clinical medicine 2020, 9(12).

[5] World Health Assembly. Global Burden of Mental Disorders and the Need for a Comprehensive, Coordinated Response from Health and Social Sectors at the Country Level: Report by The Secretariat; World Health Organization:Geneva, Switzerland, 2012.

[6] Kraus C, Kadri B, Lanzenberger R, et al. Prognosis and improved outcomes in major depression: a review[J]. Translational psychiatry 2019, 9(1):127.

[7] Gaynes BN, Warden D, Trivedi MH, et al. What did STAR*D teach us? Results from a large-scale, practical, clinical trial for patients with depression[J]. Psychiatric services (Washington, DC) 2009, 60(11):1439-1445.

[8] Bhatt S, Nagappa AN, Patil CR. Role of oxidative stress in depression[J]. Drug discovery today 2020, 25(7):1270-1276.

[9]程敏锋,温盛霖,王继辉.抑郁症自杀未遂患者血浆非酶类抗氧化物水平分析[J].中国慢性病预防与控制,2012,20(5).

阿奇霉素与布地奈德雾化吸入治疗小儿支原体肺炎的临床分析

孟晓晓

山东省平邑县人民医院 山东省平邑县 273300

摘要：目的：综合分析阿奇霉素与布地奈德雾化吸入治疗支原体肺炎患儿的临床疗效。方法：本次研究的主要对象为：支原体肺炎患儿（共 100 例，病例选取时间开始于 2020 年 10 月，截止时间为 2021 年 10 月）。按照治疗方法的不同命名为 2 组（每组均为 50 例），一组为对照组（单纯应用阿奇霉素治疗方法），另一组为实验组（应用阿奇霉素与布地奈德雾化吸入治疗方法）。采用统计学分析两组支原体肺炎患儿的临床疗效、不良反应发生率、临床症状改善时间以及治疗前后肺功能情况和炎症因子水平。结果：①对比两组支原体肺炎患儿治疗前肺功能情况和炎症因子水平，结果表明两组比较无差异（ $P > 0.05$ ）；对比两组支原体肺炎患儿治疗后肺功能情况、炎症因子水平，结果表明前者实验组明显高于对照组（ $P < 0.05$ ），后者实验组明显低于对照组（ $P < 0.05$ ）；②对比两组支原体肺炎患儿的临床疗效，结果表明实验组明显高于对照组（ $P < 0.05$ ）；③对比两组支原体肺炎患儿的不良反应发生率，结果表明两组比较无差异（ $P > 0.05$ ）；④对比两组支原体肺炎患儿的临床症状改善时间，结果表明实验组明显短于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：对支原体肺炎患儿采取阿奇霉素与布地奈德雾化吸入治疗方法可达到较高疗效。

关键词：支原体肺炎；阿奇霉素；布地奈德；雾化吸入；临床疗效

支原体肺炎患儿的临床主要症状表现为：（1）发热；（2）咳嗽；（3）头痛等^[1]。如果未及时治疗，将导致病情反复发作，继而诱发肺部感染，对患儿的身心健康造成极大负面影响。目前来看，临床主要通过药物治疗支原体肺炎患。阿奇霉素是一种临床常见抗生素，虽然能够积极改善支原体肺炎患儿的临床症状，但是停药之后复发率较高。布地奈德是一种糖皮质激素药物，具有较为明显的抗炎效果，用药后可显著抑制免疫反应，提高机体免疫功能。多数文献研究指出，对支原体肺炎患儿实施阿奇霉素联合布地奈德雾化吸入治疗效果显著^[2-3]。本文将对其进行有关分析。

1. 资料和方法

1.1 一般资料

本次研究的主要对象为：支原体肺炎患儿（共 100 例，病例选取时间开始于 2020 年 10 月，截止时间为 2021 年 10 月）。纳入标准：（1）所有入组患儿均经实验室检查确诊；（2）均在患儿家属知情下参与。排除标准：（1）对阿奇霉素、布地奈德药物过敏者；（2）合并肝肾功能障碍者。对照组男患儿/女患儿分别有 30 例、20 例，年龄均值（ 5.59 ± 1.28 ）岁，病程均值（ 3.66 ± 1.62 ）d。实验组男患儿/女患儿分别有 32 例、18 例，年龄均值（ 5.63 ± 1.22 ）岁，病程均值（ 3.61 ± 1.68 ）d。两组支原体肺炎患儿在一般资料比较未有差异（ $p > 0.05$ ）。

1.2 方法

对照组单纯应用阿奇霉素治疗方法：（1）首先，静脉滴注阿奇霉素注射液（成都天台制药，批号 13220101，将本品加入到 250ml 的 0.9%氯化钠注射液中稀释浓度为 1.0mg/ml，静脉滴注至少 1h，1d1 次），共治疗 4d；（2）待支原体肺炎患儿体温以及白细胞计数恢复正常后让其口服阿奇霉

素干混悬剂（辉瑞制药有限公司，H10960112，按 10mg/kg 口服，1d1 次），共治疗 3d，间隔 4d 后再次给药，总共治疗 14d。

实验组应用阿奇霉素（同对照组）与布地奈德（国药集团国瑞药业有限公司，批号：2111028，每次 1mg，1d2 次）雾化吸入治疗方法：总共治疗 14d。

1.3 观察指标

分析两组支原体肺炎患儿的临床疗效^[4-5]（①临床症状完全消失且肺部未有阴影且肺功能检查恢复正常为治愈、②临床症状基本消失且肺部阴影缩小大于 50%为有效、③临床症状未消失且肺部阴影缩小小于 50%为无效）、不良反应（①腹泻、②皮疹、③恶心呕吐）发生率、临床症状（高热、咳嗽、啰音）改善时间以及治疗前后肺功能情况（①用力肺活量占预计值百分比——FVC、②第一秒最大呼气量占预计值百分比——FEV1、③最大呼气流速占预计值百分比——PEF）和炎症因子（①C 反应蛋白——CRP、②血清降钙素原——PCT、③红细胞沉降率——ESR）水平。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据分析，临床疗效、不良反应发生率采用 χ^2 检验，临床症状改善时间以及治疗前后肺功能情况和炎症因子水平采用 t 检验， $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组治疗前后肺功能情况和炎症因子水平比较

对比两组支原体肺炎患儿治疗前肺功能情况和炎症因子水平，结果表明两组比较无差异（ $P > 0.05$ ）；对比两组支原体肺炎患儿治疗后肺功能情况、炎症因子水平，结果表明前者实验组明显高于对照组（ $P < 0.05$ ），后者实验组明显低于对照组（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1：两组治疗前后肺功能情况和炎症因子水平比较（%）

组别	FVC		FEV1		PEF	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组（n=50）	71.82±5.67	91.09±4.82	68.52±7.37	86.61±4.03	71.11±5.06	85.17±3.86

对照组 (n=50)	71.88±5.61	83.35±4.75	68.56±7.33	79.95±5.22	71.63±4.72	79.23±4.16
t 值	0.0531	8.0875	0.0272	7.1411	0.5313	7.4013
P 值	0.9577	0.0000	0.9783	0.0000	0.5964	0.0000

续表 1

组别	CRP (mg/L)		PCT (ug/L)		ESR (mm/h)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组 (n=50)	20.39±2.75	8.62±1.15	0.52±0.12	0.14±0.01	38.64±4.14	24.55±3.12
对照组 (n=50)	20.32±2.81	11.74±1.33	0.53±0.11	0.43±0.05	38.59±4.23	30.13±4.17
t 值	0.1258	12.5476	0.4343	40.2157	0.0597	7.5761
P 值	0.9001	0.0000	0.6650	0.0000	0.9525	0.0000

2.2 两组支原体肺炎患儿的临床疗效比较

对比两组支原体肺炎患儿的临床疗效,结果表明实验组明显高于对照组 ($P<0.05$),见表 2。

表 2: 两组支原体肺炎患儿的临床疗效比较 (n/%)

组别	治愈	有效	无效	总有效率
实验组 (n=50)	40 (80.00)	8 (16.00)	2 (4.00)	48 (96.00)
对照组 (n=50)	30 (60.00)	10 (20.00)	10 (20.00)	40 (80.00)
χ^2 值				6.0606
P 值				0.0138

2.3 两组支原体肺炎患儿的不良反应发生率比较

对比两组支原体肺炎患儿的不良反应发生率,结果表明两组比较无差异 ($P>0.05$),见表 3。

表 3: 两组支原体肺炎患儿的不良反应发生率比较 (n/%)

组别	腹泻	皮疹	恶心呕吐	不良反应发生率
实验组 (n=50)	1 (2.00)	1 (2.00)	1 (2.00)	3 (6.00)
对照组 (n=50)	2 (4.00)	3 (6.00)	3 (6.00)	8 (16.00)
χ^2 值				2.5536
P 值				0.1100

2.4 两组支原体肺炎患儿的临床症状改善时间比较

对比两组支原体肺炎患儿的临床症状改善时间,结果表明实验组明显短于对照组 ($P<0.05$),见表 4。

表 4: 两组支原体肺炎患儿的临床症状改善时间比较 (d)

组别	高热	咳嗽	啰音
实验组 (n=50)	2.56±0.67	5.26±1.88	5.25±1.31
对照组 (n=50)	4.23±1.81	9.29±3.06	9.13±2.78
t 值	6.1184	7.9346	8.9274
P 值	0.0000	0.0000	0.0000

3. 讨论

支原体肺炎是一种微生物,一旦发生将导致支气管发生变态反应。支

原体肺炎的致病原因较为复杂,目前上不完全清楚具体发病机制,主要与以下因素相关:其一,细胞免疫;其二,体液免疫^[6]。小儿人群的重要器官组织以及免疫系统尚未发育完全,因此其临床症状比成人更严重,部分支原体肺炎患儿伴有喘息症状,从而加大治疗难度。

阿奇霉素具有耐酸和吸收好等特点,在肺部组织和支气管分泌物中分布良好,是治疗支原体肺炎患儿的常用药物。有关研究指出,阿奇霉素单一用药效果不理想,最终提高临床复发率^[7]。布地奈德抗过敏和抗反应效果理想,可显著抑制组胺受体,提高平滑肌细胞的稳定性,改善黏膜水肿^[8]。

布地奈德经雾化吸入给药,既能够提高支原体肺炎患儿的治疗依从性,又能够有效结合气道中的糖皮质激素受体,降低炎症因子水平,修复气道^[9]。

本研究中,对比两组支原体肺炎患儿治疗前肺功能情况,结果表明两组比较无差异 ($P>0.05$);对比两组支原体肺炎患儿治疗后肺功能情况,结果表明实验组明显高于对照组 ($P<0.05$)。上述研究结果充分表明联合用药能够积极改善支原体肺炎患儿的小气道功能和肺部功能等,主要是因为布地奈德具有较高抗炎效果,一方面能够显著抑制白细胞的吞噬反应,另外一方面能够减少炎症因子的释放。有关资料显示,布地奈德雾化后形成溶胶微粒,迅速聚集在支气管肺泡之中,从而缓解呼吸障碍^[10-11]。布地奈德联合阿奇霉素可减轻支原体肺炎患儿的毛细血管通透性,不断提高临床治疗效果^[12]。

本研究中,对比两组支原体肺炎患儿治疗前炎症因子水平,结果表明两组比较无差异 ($P>0.05$);对比两组支原体肺炎患儿治疗后炎症因子水平,结果表明实验组明显低于对照组 ($P<0.05$);对比两组支原体肺炎患儿的不良反应发生率,结果表明两组比较无差异 ($P>0.05$)。上述研究结果充分说明单用阿奇霉素治疗仅仅能够抑制支原体肺炎活性,无法从根本上消灭支原体肺炎,导致病情反复发作;布地奈德可显著抑制炎症因子释放,与此同时提高支原体肺炎患儿的机体免疫功能,通过高速氧气流直接作用于患儿的呼吸道内,既能够提高临床疗效,又不会增加用药后不良反应。

本研究中,对比两组支原体肺炎患儿的临床疗效,结果表明实验组明

(下转第 27 页)

超声联合宫腔镜在内突型壁间子宫肌瘤治疗中的应用价值分析

邵长好

秦皇岛市妇幼保健院妇产科 河北秦皇岛 066000

摘要：目的：评估内突型壁间子宫肌瘤行超声+宫腔镜手术治疗的值。方法：以 72 例内突型壁间子宫肌瘤患者为样本，入选后记录时间，以此分组，有参考组和联合组，样本量均是 36 例，前者行开腹肌瘤剔除术，后者行超声+宫腔镜剔除术，研究在 2020 年 3 月-2022 年 3 月实施，记录围术期指标，观察恢复情况以及并发症，评估术后生活情况。结果：出血量检验后在联合组比参考组少，手术以及术后恢复时间检验后在联合组比参考组短，均符合正态分布， $P<0.05$ 。术后 1、3、6 个月时分别统计子宫肌层愈合率数据并检验，符合正态分布，在联合组（61.11%、83.33%、100.00%）比参考组高， $P<0.05$ 。术后 6 个月时统计复发率、妊娠率等数据并检验，符合正态分布，前者在联合组（0.00%）比参考组（11.11%）低，后者在联合组（44.44%）比参考组（13.89%）高， $P<0.05$ 。术后并发症数据符合正态分布，在联合组仅有 2.78%，远比参考组的 19.44%低， $P<0.05$ 。经不同角度评估肌瘤术后的生活质量，符合正态分布，在联合组比参考组高， $P<0.05$ 。结论：超声+宫腔镜手术下能加速子宫肌层的愈合，可防止肌瘤复发，并且能控制出血情况，利于降低肌瘤清除风险，改善术后生活。

关键词：内突型壁间子宫肌瘤；临床分析；并发症；宫腔镜；应用价值；恢复情况；超声

子宫肌瘤并非恶性病变，但肌瘤组织持续存在会造成子宫损伤，逐渐使患者丧失生育功能。平滑肌组织出现增生后，可在内部观察到较多的纤维结缔组织，在病发后常存在经期改变等问题，影响到排卵状态^[1]。肌瘤生长方向不同，治疗方案也有差异，内突型壁间子宫肌瘤较常见，此类肌瘤生长方向为宫腔，可观察到宫腔内部有突出的肌瘤组织，造成的宫腔损伤较明显。开腹手术即针对突出的肌瘤组织进行切除即可，此期间过多暴露子宫，不利于恢复育龄期女性的生育功能，且并发症多^[2]。宫腔镜无需做切口，经阴道置入宫腔后可观察到肌瘤存在情况，经此完成肌瘤剔除术，能保证肌瘤剔除效果，风险低。但部分研究指出，即使经宫腔镜辅助，也存在一定的体液超负荷情况，部分患者存在子宫穿孔的情况，为减少该类问题，临床常在宫腔镜手术基础上增加超声引导^[3]。经超声能动态观察到肌瘤组织，可为肌瘤切除操作提供引导，精准切除下能保护子宫，并能防止肌瘤遗漏等问题^[4]。基于此，研究以 72 例内突型壁间子宫肌瘤患者为样本，并在 2020 年 3 月-2022 年 3 月实施，重点是评估超声+宫腔镜手术的价值。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

以 72 例内突型壁间子宫肌瘤患者为样本，入选后记录时间，以此分组，有参考组和联合组，样本量均是 36 例，研究在 2020 年 3 月-2022 年 3 月实施。参考组：肌瘤直径跨度值 2.1-4.5cm，均数值（ 3.35 ± 1.01 ）cm；19 例多发性病变，17 例单发性病变；病程跨度值 3-25 个月，均数值（ 14.69 ± 2.17 ）个月；年龄跨度值 23-48 岁，均数值（ 35.89 ± 2.74 ）岁。联合组：肌瘤直径跨度值 2.4-4.0cm，均数值（ 3.02 ± 1.04 ）cm；20 例多发性病变，16 例单发性病变；病程跨度值 4-26 个月，均数值（ 15.24 ± 2.31 ）个月；年龄跨度值 24-49 岁，均数值（ 36.41 ± 2.55 ）岁。组间无差异， $P>0.05$ 。

纳入标准：与内突型壁间子宫肌瘤诊断标准符合；无其他宫颈病变；同意研究；为初次发病；此前半年无宫颈手术；委员会批准研究。

排除标准：宫颈重度粘连；哺乳妊娠者；传染性病变者；阴道感染者。

1.2 方法

联合组：超声+宫腔镜手术，各项检查后，在术前 2h 行宫颈软化治疗，准备米索前列醇（H20084598，50mg，浙江仙琚制药股份有限公司），在 200 μ g 的剂量下放置在阴道口，准备完成后行静脉麻醉，调整至截石位，连接超声仪器，向膀胱内关注葡萄糖注射液，剂量控制在 400mL，灌注后经甘露醇完成各患者的膨宫处理，膀胱得到充分充盈后，经超声辅助置入宫腔镜，双重检查下确定肌瘤位置，切开肌瘤组织并分离，经钳夹夹出肌瘤，彻底清除肌瘤后电凝止血，放置引流管即可。

参考组：开腹肌瘤剔除术，各项检查后，行硬膜外麻醉，取平卧位，消毒腹部，在正中位置做切口，分离各组织后暴露子宫，切开浆膜层，剥离出肌瘤组织，后行子宫清扫即可，无肌瘤后关腹。

1.3 观察指标

围术期指标，即在手术期间统计出血量和手术时间，而在手术后则需统计下床时间、排气时间，同时记录住院时间。

恢复情况，需在术后 1、3、6 个月时统计子宫肌层愈合率，在 6 个月同时统计复发率以及各患者妊娠率。

并发症，有感染、渗液、出血等。

生活质量，即在术后参考 WHOQOL-100 量表，评估期间肌瘤患者需高度配合，维度有环境、生理、信仰等，同时包括社会、心理、独立等，均有 100 分，术后生活质量与之为正相关关系。

1.4 统计学计算

（均数 $\pm$ 标准差）用于表示围术期指标、生活质量等计量资料，百分数用于表示恢复情况、并发症等计数资料，在 SPSS24.0 中实施 t、 χ^2 检验， $P<0.05$ ，即各手术方案符合正态分布。

2. 结果

2.1 围术期指标

出血量检验后在联合组比参考组少，手术以及术后恢复时间检验后在联合组比参考组短，均符合正态分布， $P<0.05$ 。

表 1 围术期指标

组别 (n=36)	出血量 (mL)	手术时间 (min)	下床时间 (h)	排气时间 (h)	住院时间 (d)
联合组	104.53±9.91	55.23±5.08	16.89±3.02	12.11±2.09	4.41±1.03
参考组	131.64±9.84	64.81±5.76	22.45±3.65	17.65±2.58	6.25±1.54
t	11.6473	7.4843	7.0418	10.0111	5.9589
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 恢复情况

术后 1、3、6 个月时分别统计子宫肌层愈合率数据并检验，符合正态分布，在联合组（61.11%、83.33%、100.00%）比参考组高，P<0.05。术后 6 个月时统计复发率、妊娠率等数据并检验，符合正态分布，前者在联合组（0.00%）比参考组（11.11%）低，后者在联合组（44.44%）比参考组（13.89%）高，P<0.05。

2.2 恢复情况

组别 (n=36)	子宫肌层愈合率 (n/%)			复发率 (n/%)	妊娠率 (n/%)
	1 个月	3 个月	6 个月		
联合组	22 (61.11)	30 (83.33)	36 (100.00)	0 (0.00)	16 (44.44)
参考组	8 (22.22)	15 (41.67)	21 (58.33)	4 (11.11)	5 (13.89)
X ²	11.2000	5.0751	18.9474	4.2353	8.1385
P	0.0008	0.0243	0.0000	0.0396	0.0043

2.3 并发症

术后并发症数据符合正态分布，在联合组仅有 2.78%，远比参考组的 19.44%低，P<0.05。

表 3 并发症

组别 (n=36)	感染 (n/%)	渗液 (n/%)	出血 (n/%)	总计 (n/%)
联合组	0 (0.00)	1 (2.78)	0 (0.00)	1 (2.78)
参考组	1 (2.78)	4 (11.11)	2 (5.56)	7 (19.44)
X ²				5.3129
P				0.0212

2.4 生活质量

经不同角度评估肌瘤术后的生活质量，符合正态分布，在联合组比参考组高，P<0.05。

表 4 生活质量

组别 (n=36)	环境 (分)	生理 (分)	信仰 (分)	社会 (分)	心理 (分)	独立 (分)
联合组	81.45±5.02	78.98±5.47	83.41±5.62	85.26±5.41	75.34±5.08	84.09±5.32
参考组	76.83±5.41	72.05±5.33	78.05±5.39	80.01±5.52	70.21±5.35	78.06±5.75
t	3.7560	5.4443	4.1300	4.0755	4.1721	5.6186
P	0.0004	0.0000	0.0001	0.0001	0.0001	0.0000

3. 讨论

子宫肌瘤危险因素多，其中性激素异常属于高危因素，约有 20%的育龄期女性会出现该病变。初期肌瘤直径较小时，可通过药物阻碍肌瘤生长，但仍会损伤到子宫，降低妊娠率，对育龄期女性有较大影响。手术能通过清晰的视野清除肌瘤组织，能提高肌瘤清除彻底性，开腹手术有直视的特点，可预防肌瘤的复发^[5]。但内突型壁间子宫肌瘤有特殊性，此类肌瘤生长方向为宫腔内，在肌瘤剔除过程中需切开子宫，造成明显的子宫损伤问题，若存在技术不佳的情况，常影响妊娠功能，降低各肌瘤患者接受度^[6]。针对此类肌瘤，临床以宫腔镜手术为主，经阴道置入器械有安全性高的特点，无需在腹部做切口，美观度高，更易于育龄期女性接受。宫腔镜本身有探头放大作用，能掌握肌瘤情况，了解肌瘤直径等信息，提高肌瘤剔除的精准度，减少子宫创伤^[7]。但宫腔镜手术并非完全安全，部分患者存在低钠血症、子宫穿孔等情况，需在该手术中予以引导处理。超声在高分辨率下能清楚观察到肌瘤组织，掌握子宫状态，了解子宫和肌瘤之间的关系，减少子宫创伤，降低肌瘤剔除风险^[8]。

本研究中，出血量检验后在联合组比参考组少，手术以及术后恢复时间检验后在联合组比参考组短，均符合正态分布，P<0.05。即超声联合宫腔镜能改善围术期指标。宫腔镜使用途径为阴道置入，局部麻醉下可减少

药物对意识的影响，经探头辅助可观察到子宫状态，掌握肌瘤生长情况，在超声辅助下能全面掌握肌瘤数量，即使是较小的肌瘤组织也能得到检出，超声可提高肌瘤测量的精准度，在其引导下入刀并切除肌瘤组织，可降低切除风险，较小创伤下能预防大出血等问题，且能加快术后恢复^[9-10]。

本研究中，术后 1、3、6 个月时分别统计子宫肌层愈合率数据并检验，符合正态分布，在联合组（61.11%、83.33%、100.00%）比参考组高，P<0.05。术后 6 个月时统计复发率、妊娠率等数据并检验，符合正态分布，前者在联合组（0.00%）比参考组（11.11%）低，后者在联合组（44.44%）比参考组（13.89%）高，P<0.05。即超声联合腹腔镜下达到的预后恢复效果较好，可预防肌瘤复发，且能加速子宫肌层的愈合。超声、宫腔镜联合使用后，探头均能发挥放大作用，能提高视野清晰度，准确切割肌瘤组织，并能掌握切割幅度，可防止切割过度造成的肌瘤损伤。超声进一步辅助后，能为肌瘤切除操作提供引导，能保护子宫，降低子宫穿孔风险，加速子宫肌层的愈合。联合使用下可提高肌瘤检出率，并经专业的剔除后可减少肌瘤遗漏，利于控制肌瘤复发问题，良好子宫功能下能恢复生育能力，提高各肌瘤患者的术后妊娠率^[11]。

本研究中，术后并发症数据符合正态分布，在联合组仅有 2.78%，远比参考组的 19.44%低，且经不同角度评估肌瘤术后的生活质量，在联合组

比参考组高, $P<0.05$ 。即超声联合宫腔镜安全性高。开腹手术会使子宫与空气过多接触, 造成的并发症多, 术后生活较差。而超声联合腹腔镜均无需做切口, 仅需阴道操作即可清除肌瘤组织, 能防止子宫和空气接触, 也能预防其他器官的暴露, 经此能减少肌瘤术后的感染事件。该手术创伤较小, 在肌瘤剔除过程中能增强子宫保护机制, 可控制出血情况, 减少手术以及并发症对各患者术后生活的负面影响, 仍能保持较高生活质量^[12]。

综上, 超声联合宫腔镜手术可推广, 创伤极小, 仅需较短时间内子宫肌层即可愈合, 且肌瘤清除彻底性高, 能防止肌瘤复发, 帮助各患者恢复妊娠功能, 较少并发症也能进一步改善肌瘤患者的术后生活。

参考文献:

- [1]郭云鸿. 超声引导定位下宫腔镜肌瘤剥除术治疗内突型肌壁间子宫肌瘤患者的疗效评价[J]. 包头医学院学报, 2021, 37(3): 74-76.
- [2]吕立威, 颜雪萍, 符俊娟. 超声对子宫肌瘤分型及在宫腔镜电切术中的应用[J]. 中国妇幼健康研究, 2022, 33(1): 117-123.
- [3]孔卓文. 超声引导下宫腔镜电切术对黏膜下子宫肌瘤的疗效[J]. 河南医学研究, 2021, 30(8): 1435-1436.
- [4]陈燕翔. 超声引导宫腔镜电切术治疗内突型肌壁间子宫肌瘤的效果[J]. 影像研究与医学应用, 2021, 5(12): 229-230.

(上接第 24 页)

显著高于对照组 ($P<0.05$); 对比两组支原体肺炎患儿的临床症状改善时间, 结果表明实验组明显短于对照组 ($P<0.05$)。上述研究结果充分说明联合用药能够积极改善支原体肺炎患儿的临床症状, 提高临床疗效, 建议临床广泛推广。布地奈德雾化吸入联合阿奇霉素可达到协同效应, 从而获得广大医患人员的青睐^[13-15]。

综上所述, 对支原体肺炎患儿采取阿奇霉素与布地奈德雾化吸入治疗方法可达到较高疗效。

参考文献:

- [1]韩露, 张璐璐, 冷鹏娟, 等. 布地奈德雾化吸入联合阿奇霉素序贯疗法治疗小儿支原体肺炎的临床效果分析[J]. 四川解剖学杂志, 2020, 28(1): 4-5, 8.
- [2]陈少全. 阿奇霉素联合布地奈德混悬液与沙丁胺醇雾化吸入在小儿支原体肺炎治疗中的效果及安全性[J]. 吉林医学, 2022, 43(2): 454-456.
- [3]吴途. 阿奇霉素干混悬剂结合布地奈德雾化吸入治疗肺炎支原体感染性小儿咳嗽的效果分析[J]. 医学食疗与健康, 2021, 19(5): 81-82.
- [4]宋亚萍. 布地奈德联合阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎的疗效及对 MMP-9、TIMP-1 水平的影响[J]. 淮海医药, 2020, 38(2): 140-142, 145.
- [5]王世霞. 小儿支原体肺炎采取阿奇霉素序贯疗法联合布地奈德雾化吸入法治疗的效果分析[J]. 中外医疗, 2019, 38(32): 109-111.
- [6]李娜. 布地奈德混悬液雾化吸入联合阿奇霉素治疗小儿肺炎支原体肺炎的临床效果探讨[J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊), 2021, 21(24): 201-202.
- [7]陈秀英. 雾化吸入布地奈德与特布他林、阿奇霉素联合孟鲁司特钠

[5]赵亚伟. 超声监视下宫腔镜电切术治疗黏膜下子宫肌瘤的效果及安全性分析[J]. 河南医学研究, 2021, 30(25): 4721-4723.

[6]郭红霞. 超声监视下宫腔镜电切术治疗黏膜下子宫肌瘤患者的疗效及安全性分析[J]. 首都食品与医药, 2020, 27(11): 51.

[7]买卫红. 超声引导定位指导下宫腔镜肌瘤剥除术治疗内突型肌壁间子宫肌瘤患者的短期随访研究[J]. 临床研究, 2020, 28(12): 60-62.

[8]赵俊红. 超声引导宫腔镜电切术治疗内突型肌壁间子宫肌瘤疗效观察[J]. 河南外科学杂志, 2020, 26(6): 160-162.

[9]吕滇英. 超声引导下宫腔镜电切术治疗黏膜下子宫肌瘤患者的疗效及安全性分析[J]. 首都食品与医药, 2020, 27(17): 28.

[10]范刚, 龚懂文, 张梅. 超声联合宫腔镜治疗黏膜下子宫肌瘤的疗效及影响术后妊娠的因素分析[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2020, 23(5): 500-505.

[11]马楠. 超声引导定位指导下宫腔镜肌瘤剥除术治疗内突型肌壁间子宫肌瘤患者的临床疗效[J]. 现代诊断与治疗, 2020, 31(11): 1772-1774.

[12]张金凤. 超声引导定位指导下宫腔镜肌瘤剥除术治疗肌壁间子宫肌瘤患者的效果[J]. 中国民康医学, 2020, 32(10): 54-56.

治疗小儿支原体肺炎的临床效果研究[J]. 中国医药科学, 2020, 10(6): 90-93.

[8]李长江. 布地奈德雾化吸入治疗小儿支原体肺炎的疗效及胸部 CT 表现变化观察[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2021, 19(4): 54-56, 116.

[9]吴仙娜, 何胜尧, 李秀兰, 等. 阿奇霉素干混悬剂结合布地奈德雾化吸入治疗肺炎支原体感染性小儿咳嗽的效果分析[J]. 中国现代药物应用, 2020, 14(15): 137-139.

[10]杨淑瑛. 阿奇霉素序贯法联合布地奈德、特布他林雾化吸入治疗小儿支原体肺炎的疗效及临床价值[J]. 东方药膳, 2020, 15(8): 95-96.

[11]祖日古力·艾尼. 布地奈德雾化吸入联合阿奇霉素序贯疗法治疗小儿支原体肺炎的疗效分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(39): 62.

[12]吴云, 王娟娟, 成胜. 布地奈德雾化吸入联合阿奇霉素序贯疗法治疗小儿支原体肺炎的临床效果研究[J]. 世界复合医学, 2019, 5(10): 180-182.

[13]侯秋苹. 雾化吸入布地奈德联合阿奇霉素治疗小儿肺炎支原体肺炎临床疗效分析[J]. 中国社区医师, 2019, 35(14): 43, 45.

[14]李景霞, 欧敏华, 蔡俊伟. 小儿支原体肺炎应用阿奇霉素联合布地奈德治疗的临床效果分析[J]. 北方药学, 2020, 17(2): 20-21.

[15]马千红. 阿奇霉素序贯疗法联合布地奈德与沙丁胺醇雾化吸入对肺炎支原体肺炎患儿炎症反应的影响[J]. 中国医学文摘 (耳鼻咽喉科学), 2020, 35(1): 20-22.

修改: 阿奇霉素和氨溴索的生产厂家和批号

注射用阿奇霉素, 成都天台制药, 批号 13220101。

盐酸氨溴索注射液, 国药集团国瑞药业有限公司。批号: 2111028

小儿咳嗽变异性哮喘用盐酸西替利嗪联合孟鲁司特钠的疗效及 FEV1/FVC 指标水平影响分析

杨蕊

定州市妇幼保健院 河北定州 073000

摘要：目的：探讨小儿咳嗽变异性哮喘用盐酸西替利嗪联合孟鲁司特钠的疗效及对 FEV1/FVC 指标水平的影响。方法：2020.6–2021.10，选取 116 例小儿咳嗽变异性哮喘进行前瞻性研究，经随机数字表法分组，汇总单数、双数例数，前者 58 例是对照组，联用布地奈德、硫酸特布他林治疗；后者 58 例是观察组，联用盐酸西替利嗪、孟鲁司特钠治疗。结果：观察组症状改善时间短于对照组，观察组治疗有效率大于对照组，治疗后观察组肺功能指标水平高于对照组，治疗后观察组咳嗽症状评分低于对照组，显示有差异（ $P < 0.05$ ）。两组不良反应率比较，显示无差异（ $P > 0.05$ ）。结论：盐酸西替利嗪、孟鲁司特钠联用可有效治疗小儿咳嗽变异性哮喘，症状改善时间、治疗有效率、肺功能指标、咳嗽症状评分更好，应用价值显著。

关键词：小儿咳嗽变异性哮喘；盐酸西替利嗪；孟鲁司特钠；治疗有效率；肺功能指标；咳嗽症状评分

咳嗽变异性哮喘属于儿童高发病，更是诱发小儿慢性咳嗽的主要原因^[1-2]。发病后有长期反复咳嗽、呼吸困难以及无喘息等多种哮喘症状，对生活质量造成严重影响，最终妨碍患儿生长发育^[3-4]。伴随着环境污染现象的加重，咳嗽变异性哮喘发病率日益升高，并对儿童身心健康造成严重不良影响。孟鲁司特钠、布地奈德、盐酸西替利嗪是咳嗽变异性哮喘常用治疗药物，但多在基础治疗时联合其中一种药物治疗，但并不能有效控制病情，改善疾病症状，整体用药效果一般。临床提出，应联合两种及以上药物治疗咳嗽变异性哮喘，提升疾病治疗效果，改善患者肺功能与咳嗽症状，减轻疾病造成的危害^[5]。基于此，本文以 2020.6–2021.10 收治的小儿咳嗽变异性哮喘为研究对象，探讨孟鲁司特钠、盐酸西替利嗪联用治疗效果，报道内容如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2020.6–2021.10，选取 116 例小儿咳嗽变异性哮喘进行前瞻性研究，经随机数字表法分组，汇总单数、双数例数。单数 58 例是对照组，男女比 34:24，年龄 2–10 岁（ 6.32 ± 1.97 ）岁，病程 1–18 月（ 9.72 ± 4.69 ）月。双数 58 例是观察组，男女比 36:22，年龄 2–10 岁（ 6.18 ± 1.96 ）岁，病程 1–17 月（ 9.41 ± 4.68 ）月。上述资料比较，数值显示（ $P > 0.05$ ）。

纳入标准：（1）患儿满足《儿童咳嗽变异性哮喘中药临床试验设计与评价技术指南》中的诊断标准^[6]；（2）患儿支气管激发试验显示阳性；（3）患儿家长知情同意研究。

排除标准：（1）存在感染征象患儿；（2）因肺炎以及百日咳等疾病诱发的哮喘患儿；（3）对研究用药物过敏患儿。

1.2 方法

患儿入院后均进行基础性治疗，包含止咳、平喘、抗感染、吸氧、解痉等治疗措施；如有必要，还可提供硫酸沙丁胺醇雾化吸入溶液（国药准字 H20000348，深圳大佛药业有限公司，产品规格 20ml）雾化吸入。

对照组联用布地奈德混悬液（国药准字 H20000348，深圳大佛药业有限公司，产品规格 20ml）、硫酸特布他林雾化吸入用溶液（批准文号

H20140108，AstraZeneca AB，产品规格 2ml:5mg*20 支）治疗，前者进行压缩雾化吸入治疗，一次吸入剂量是 2ml；后者结合患儿体质量决定雾化吸入治疗含量，若患儿体质量 $< 20\text{kg}$ 则给予 2.5mg 药物吸入治疗，若患儿体质量 $\geq 20\text{kg}$ 则给予 5.0mg 药物吸入治疗；两种药物吸入治疗时，均需与 1ml 浓度为 0.9% 氯化钠溶液混合，之后进行吸入治疗，一天治疗 2 次，持续治疗 4 周。

观察组联用盐酸西替利嗪片（国药准字 H20060333，苏州东瑞制药有限公司，产品规格 5mg*12 片）、孟鲁司特钠片（国药准字 J20130047，杭州默沙东制药有限公司，产品规格 4mg*30s/5mg*5s）治疗，结合患儿年龄决定用药剂量，若患儿 < 5 岁，孟鲁司特钠口服，一次 4mg，一天 1 次；若患儿 ≥ 5 岁，孟鲁司特钠口服，一次 5mg，一天 1 次；持续治疗 4 周。若患儿 < 2 岁，西替利嗪口服，一次 2mg，一天 1 次；若患儿 ≥ 2 岁，西替利嗪口服，一次 5mg，一天 1 次；持续治疗 4 周。

1.3 观察指标

1.3.1 症状改善时间 包含咳嗽及哮喘音两项症状消失时间、呼吸改善时间、哮喘持续时间、住院治疗时间五项，计算平均值。

1.3.2 临床治疗效果 评价标准^[7]如下，显效：经 4 周治疗后，患儿咳嗽、哮喘音以及哮喘等症状基本消失，肺功能基本正常。有效：经 4 周治疗后，患儿咳嗽、哮喘音以及哮喘等症状有所改善，肺功能部分改善。无效：经 4 周治疗后，患儿咳嗽、哮喘音以及哮喘等症状、肺功能指标变化轻微，或病情继续恶化。治疗有效率 = （显效患儿例数 + 有效患儿例数）÷ 患儿总例数 $\times 100\%$ 。

1.3.3 肺功能指标 包含第 1 秒用力呼气容积（FEV1）、用力肺活量（FVC）、最大呼气流速占个人预算值比（PEFpred）、第 1 秒用力呼气容积/用力肺活量（FEV1/FVC），治疗前、治疗 4 周后应用肺功能检测仪检测。

1.3.4 咳嗽症状评分 包含日间咳嗽与夜间咳嗽两项，评分标准^[8]如下：夜间咳嗽，若患儿夜间无咳嗽症状出现则为 0 分，若患儿夜间咳嗽且醒来 1 次则为 1 分，若患儿夜间咳嗽且醒来 2 次则为 2 分，若患儿夜间咳

嗽且醒来 2 次以上则为 3 分；日间咳嗽，若患儿白天无咳嗽症状出现则为 0 分，若患儿白天偶尔有间歇性单声咳嗽则为 1 分，若患儿白天有间歇性单声咳嗽则为 2 分，若患儿日间有间歇性单声阵发性咳嗽则为 3 分；在治疗前、治疗 1 周、治疗 2 周、治疗 4 周各评估一次。

1.35 用药不良反应 包含头痛、腹泻、皮疹三项。

1.4 统计学方法

统计软件是 SPSS 22.0，计数资料（临床治疗效果、用药不良反应） $n/\%$ 表示， χ^2 检验；计量资料（症状改善时间、肺功能指标、咳嗽症状评分） $\bar{x}\pm s$ 表示， t 检验； $P<0.05$ 具有统计学意义。

2· 结果

2.1 症状改善时间统计

观察组五项症状改善时间短于对照组，显示有差异（ $P<0.05$ ）。见表一。

表 1 两组患儿的症状改善时间（ $n=58$ 例， $\bar{x}\pm s$ ，d）

组别	咳嗽消失 时间	哮鸣音消 失时间	呼吸改善 时间	哮喘持续 时间	住院治疗 时间
对照组	11.23±1.35	8.89±1.69	8.25±1.52	7.68±1.25	12.53±1.39
观察组	6.04±1.09	5.11±1.14	6.53±1.39	4.11±1.04	7.99±1.06
t 值	22.7801	14.1216	6.3596	16.7203	19.7795
P 值	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 临床治疗效果统计

观察组治疗有效率大于对照组，显示有差异（ $P<0.05$ ）。见表二。

表 2 两组患儿的临床治疗效果（ $n=58$ 例， $n/\%$ ）

组别	显效	有效	无效	治疗有效率
对照组	23	25	10	48（82.76%）
观察组	43	14	1	57（98.28%）
χ^2 值	-	-	-	8.1351
P 值	-	-	-	0.0043

2.3 肺功能指标统计

统计两组患儿的 FEV1、FVC、PEFpred、FEV1/FVC 水平，治疗前两组比较，显示无差异（ $P>0.05$ ）；治疗后观察组高于对照组，显示有差异（ $P<0.05$ ）。见表三。

表 3 两组患儿的肺功能指标（ $n=58$ 例， $\bar{x}\pm s$ ）

	组别	FEV1（L）	FVC（L）	PEFpred （%）	FEV1/FVC （%）
治疗前	对照组	1.60±0.35	2.89±0.43	74.06±7.25	47.62±4.73
	观察组	1.69±0.36	2.81±0.42	74.32±7.26	47.90±4.74
	t 值	1.3651	1.0136	0.1930	0.3184
	P 值	0.1749	0.3129	0.8473	0.7507
治疗 4 周后	对照组	2.77±0.46	7.51±0.78	83.45±7.65	67.21±5.48
	观察组	3.34±0.51	8.94±0.82	90.76±7.73	76.78±5.53
	t 值	6.3206	9.6230	5.1190	9.3616

P 值	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
-----	--------	--------	--------	--------

1.34 咳嗽症状评分统计

统计两组患儿的日间咳嗽、夜间咳嗽评分，治疗前两组比较，显示无差异（ $P>0.05$ ）；治疗 1 周、治疗 2 周、治疗 4 周观察组低于对照组，显示有差异（ $P<0.05$ ）。见表四。

表 4 两组患儿的咳嗽症状评分（ $n=58$ 例， $\bar{x}\pm s$ ，分）

	组别	治疗前	治疗 1 周	治疗 2 周	治疗 4 周
日间咳 嗽	对照组	2.35±0.42	2.02±0.32	1.57±0.30	1.06±0.26
	观察组	2.31±0.41	1.71±0.27	1.17±0.28	0.65±0.22
	t 值	0.5190	5.6388	7.4234	9.1679
	P 值	0.6048	0.0000	0.0000	0.0000
夜间咳 嗽	对照组	2.53±0.42	2.21±0.38	1.65±0.34	1.13±0.30
	观察组	2.57±0.41	1.90±0.36	1.21±0.31	0.68±0.24
	t 值	0.5190	4.5102	7.2829	8.9204
	P 值	0.6048	0.0000	0.0000	0.0000

2.5 用药不良反应

观察组共有 3 例患儿发生不良反应，头痛 1 例、腹泻 1 例、皮疹 1 例，不良反应率 5.17%；对照组共有 5 例患儿发生不良反应，头痛 1 例、腹泻 2 例、皮疹 2 例，不良反应率 8.62%；两组比较，显示无差异（ $\chi^2=0.5370$ ， $P=0.4637$ ）。

3· 讨论

临床尚未明确小儿咳嗽变异性哮喘的发病机制，但气道高反应性、发生慢性变态反应，是该病主要病理表现^[9]。临床认为，儿童细胞肥大、T 淋巴细胞释放大细胞因子，是诱发小儿咳嗽变异性哮喘的主要原因。确诊疾病后，临床多通过减轻气道高反应性、抑制机体炎症水平达到治疗目的。但多数患儿早期被确诊为慢性咽炎以及支气管炎等疾病，未及时进行对症治疗，所以临床疗效并不理想。有文献^[10]指出，白三烯和小儿咳嗽变异性哮喘气道炎症反应存在相关性，可抑制气道局部反应、增加血管通透性，临床应从阻断白三烯着手，治疗该病。

药物是临床治疗小儿咳嗽变异性哮喘的主要方法，孟鲁司特钠、盐酸西替利嗪是最常用药物。前者属于白三烯受体拮抗剂，可阻断人体白三烯合成，遏制白三烯结合，控制人体炎症并减轻气道炎症细胞数量，改善气道高反应，调整人体肺功能^[11]；药物还具有非特异性抗炎、抑制变态反应等多种作用，吸入给药后药物可聚集在呼吸道，进入人体血液循环后会加速代谢，疾病症状有效缓解，用药不良反应较少，安全性有保障。后者属于受体拮抗剂，药物吸收速度快，药物效果持续时间长，用药不良反应少；药物具有强大的抗组胺功能，可对血管通透性发挥较强抑制作用，还可拮抗前列腺素，预防细胞脱落，缓解疾病症状^[12]。但上述两种药物单一应用，用药效果均一般。此次研究结果表明，观察组症状改善时间短、治疗有效率高、肺功能指标水平高、咳嗽症状评分低，提示孟鲁司特钠、盐酸西替利嗪联合用药，治疗效果理想，这和两药联合具有理想的协同作用、可提升药物效果、有效缓解支气管痉挛、加快疾病症状改善相关。

（下转第 34 页）

钬激光在泌尿外科的临床应用

方崇国

温州市人民医院 浙江温州 325000

摘要：钬激光是一种多用途的医用激光，目前已经广泛应用于各种泌尿外科手术，包括泌尿系结石、前列腺手术、泌尿系肿瘤，泌尿道狭窄等手术，本文就钬激光在泌尿外科的临床应用作一简单综述。

关键词：钬激光；泌尿外科；应用

钬激光的另外一种说法是钬铝石榴石激光，它是一种公认的用途广泛的医用激光，目前许多手术均可在钬激光的辅助下完成，因此它在泌尿外科的地位越来越重要。钬激光实际上是属于一类固体激光，它的光波波长是二千一百纳米，它可以同时拥有二氧化碳激光的切割能力与钕激光的凝固能力，它产生的生物学效应包括热效应，生物刺激作用，消融性等，由于钬激光的诸多特性，目前它已经被广泛的应用于泌尿外科临床工作中，如尿路结石、良性前列腺增生、泌尿系肿瘤、泌尿道狭窄等相关手术中。本文就钬激光在泌尿外科的临床应用进行简单综述。

1. 泌尿系结石

泌尿系结石问题在泌尿外科门诊或急诊时经常遇到，根据解剖学位置可分为两大类，包括上尿路结石和下尿路结石，前者是指肾结石和输尿管结石，后者是指膀胱结石和尿道结石，泌尿系结石的临床表现包括排尿不适、肉眼血尿，腰痛或腹痛，发热感染等，部分患者只是通过体检检查发现结石而没有明显临床症状。泌尿系结石的治疗包含药物保守治疗，体外冲击波碎石治疗和各种类型的手术治疗，其中泌尿系结石的手术方式包括有传统开放手术，腹腔镜微创手术，腔内手术等，而其中腔内手术包括气压弹道碎石、超声碎石、液电碎石、激光碎石等，目前钬激光碎石术已经被广泛的应用于各种泌尿系结石治疗中，被认为是泌尿系结石激光治疗的金标准^[1]。在手术过程中，大结石经过钬激光的处理可以被粉碎成小结石，然后手术医师利用水流冲出小结石或者利用器械取出残余结石。整个钬激光碎石过程安全有效，操作简便，钬激光在膀胱硬镜、膀胱软镜、输尿管硬镜、输尿管软镜、经皮肾镜等器械的配合下可以处理各种类型或各种层面的泌尿系结石，金一等通过 88 例肾结石患者的随机对照研究指出，比起开放性肾切开取石术，创经皮肾镜钬激光取石术可降低术中出血量、缩短手术及住院时间，提高结石清除率且安全性较高^[2]，陈少川等通过 205 例输尿管结石患者的研究指出，比起输尿管镜弹道碎石术（对照组），输尿管镜钬激光碎石术（观察组）的并发症发生率为 4.21%，低于对照组的 12.73%，差异有统计学意义，观察组结石清除率为 90.53%，高于对照组的 80.00%，差异有统计学意义^[3]。钬激光碎石术具有一定的并发症，如出血，感染，输尿管狭窄，输尿管穿孔等，碎块化和粉末化是最常用的两种激光碎石技术，分别需要不同的参数设置^[4]，因此在实际操作中需要掌握好钬激光的能量和频率等指标设置。随着科技的不断进步，更大功率、更高频率的钬激光逐步应用于临床，但是这种技术实际上是一把双刃剑，带来便利的同时也带来了挑战，可能会出现以下情况，比如由于激光的能量不能完全受控制，有可能损伤正常组织和腔镜^[4]。还有摩西技术结合钬

激光的不断实践探索，摩西技术钬激光具有两组独立的脉冲，Elhilali 等通过体内体外实验证明，与常规钬激光相比，摩西技术钬激光有两大优势，即可以减少结石回退和获得更高的结石粉碎效率^[5]。因此可以相信钬激光在泌尿系结石方面还有很大的未来发展空间。

2. 前列腺手术

良性前列腺增生困扰着许多老年男性，甚至是中年男性，是泌尿外科领域的一大常见疾病，其临床表现可以是不同程度的排尿困难，尿频尿急，夜尿增多，甚至是充盈性尿失禁等，高龄和有功能的睾丸是该疾病的两大重要因素，符合该疾病的发病率随着年龄的增长而升高的趋势。前列腺增生的治疗方式根据疾病的不同的严重程度可以有以下选择，如等待观察，药物治疗以及手术治疗，目前公认的前列腺增生的手术治疗金标准是经尿道前列腺电切术（TURP），然而 TURP 术后可能出现一些并发症需要警惕，例如经尿道电切综合征、尿失禁、前尿道狭窄、持续肉眼血尿。需要长时间冲洗等问题，而近年来我国钬激光前列腺剜除术不断开展，部分研究人员指出，钬激光前列腺剜除术是治疗前列腺增生的良好选择，有望替代 TURP 成为金标准^[6]，覃斌等通过 143 例良性前列腺增生的手术比较发现，比起 TURP，钬激光前列腺剜除术出血少，剜除前列腺彻底，缩短膀胱冲洗，术后导尿管留置及住院时间^[7]，而丁华佳等通过回顾性分析 100 例前列腺增生患者的手术效果发现，与等离子前列腺剜除术相比，激光前列腺剜除术可减少患者术中出血量，降低炎症因子和疼痛介质水平，缩短住院时间，且安全性较高^[8]。激光前列腺剜除术的学习曲线较长，需要手术医师熟悉掌握外科包膜等解剖学结构，该手术方式的术后并发症包括有出血，感染，逆行射精，尿失禁等，而且相应的设备价格相对高昂，部分医院可能无法开展。部分研究将摩西技术与钬激光前列腺剜除术相结合，最新的摩西技术有望通过加强汽化、提高止血、快速分离组织简化切割步骤改善传统钬激光前列腺剜除术的效果^[9]，这是一种新的尝试，需要进一步大量的研究来支持。

3. 泌尿系肿瘤

钬激光可以处理的泌尿系肿瘤包括膀胱肿瘤，泌尿道息肉、肾盂旁囊肿等。膀胱肿瘤是泌尿外科肿瘤领域的重要组成部分，该患者的重要症状是无痛性肉眼血尿，膀胱肿瘤的分期对治疗方式的选择起决定性的作用。对于非肌层浸润性膀胱癌，经尿道膀胱肿瘤电切术一直被认为是治疗的金标准，但是该手术方式存在以下问题，如分层切割破坏肿瘤的立体层次；促进肿瘤细胞播散种植；肿瘤基底部切除不完整影响临床分期等^[10]，而现在部分研究将钬激光应用于该疾病的治疗，并且取得了一定的效果，邸

鸿强通过 80 例表浅层膀胱癌患者的手术治疗对比指出,比起经尿道膀胱肿瘤电切术,经尿道钬激光膀胱肿瘤切除术不仅具有很高的安全性,且临床疗效显著,对降低患者创伤性指标有积极意义,复发率低^[11]。输尿管息肉是属于输尿管肿物的一种,结石、创伤、感染等因素与该疾病密切相关,患者可以没有明显的临床症状,也可以因合并肾积水或者输尿管结石等疾病出现腰痛等不适,临床上输尿管息肉经常在实施输尿管结石手术治疗过程中发现,该疾病可以采用钬激光进行处理,李强等通过 82 例结石性输尿管息肉患者的随机对照研究指出,比起不予切除息肉治疗,输尿管镜钬激光切除息肉治疗可以改善患者肾积水、输尿管狭窄、息肉形态,大大提高了患者治疗效果,降低并发症发生率^[12]。另一方面,钬激光还可以应用于治疗单纯性肾盂旁囊肿,肾盂旁囊肿是出现在肾实内的囊肿,是一类非遗传性肾囊性病变^[13],腹腔镜去顶减压术和输尿管软镜激光切开引流术是目前处理该疾病的两种主流方法,冯勇军通过 30 例单纯性肾盂旁囊肿患者的手术研究指出,采用输尿管软镜联合钬激光治疗的临床效果显著,可以有效减轻患者的临床症状,提高治疗效果^[14]。值得一提的是,钬激光也可被应用于尿道尖锐湿疣、局部低度恶性的上尿路移行细胞癌的治疗,目前这些手术方式的临床资料较少,仅仅是一些个案报道,因此需要进一步的论证分析。

4. 泌尿道狭窄

泌尿道狭窄可以分为原发性狭窄和继发性狭窄,根据狭窄位置和狭窄程度的不同其临床表现也不同,如尿道狭窄可以表现为尿线变细,排尿困难,甚至尿潴留,但是部分患者却是临床表现不明显。钬激光可以应用于不同位置的泌尿道狭窄,包括肾盂输尿管连接部狭窄,输尿管狭窄,尿道狭窄等。对于肾盂输尿管连接部狭窄,以往临床上经常采用开放手术或者腹腔镜手术来完成,但是相对来说手术创面较大,恢复时间较长,目前部分研究者采用钬激光内切开术来完成该疾病的治疗并且已经取得一定的成效,冯士楼等通过 13 例肾盂输尿管连接部狭窄的患者的手术研究指出,13 例患者接受钬激光内切开术治疗后,1 例患者治疗成功,2 例患者治疗失败,两位治疗失败患者再次接受钬激光内切开后获得满意效果,无一例发生严重并发症^[15]。对于输尿管狭窄,临床上可以采用输尿管镜下狭窄内切开术,而狭窄内切开术又包括冷刀切开和钬激光切开治疗,刘广等通过 78 例接受输尿管狭窄内切开术的患者的回顾性分析指出,输尿管镜钬激光治疗输尿管狭窄的临床疗效明显优于冷刀内切开术,具有创伤小、复发率低、并发症少等优点^[16]。尿道狭窄的治疗一直是泌尿外科上的一大难题,治疗方式包括尿道扩张术,开放手术,以及腔内手术等,其中经尿道钬激光狭窄内切开术是腔内手术治疗的重要组成部分,郑祥通过 86 例,尿道狭窄与闭锁患者的手术资料指出,比起经尿道冷刀内切开术,经尿道钬激光手术治疗效果理想,可有效降低并发症发生率,减少疾病再次复发的可能性,使患者尽快恢复^[17]。

小结

钬激光是一种多用途的高能脉冲式激光,由于其自身兼具组织切割和凝固止血的效果,它在泌尿外科领域有着极其重要的作用,并且随着时间的推移,钬激光在泌尿外科方面的作用也越来越广泛。无论是泌尿系结石、前列腺手术、泌尿系肿物,还是泌尿道狭窄方面,钬激光都可以取得不错

的治疗效果。随着不断的探索 and 发现,相信钬激光可以更好的服务于泌尿外科手术。

参考文献:

- [1]RUSSELL S. TERRY, PATRICK S. WHELAN, MICHAEL E. LIPKIN. New devices for kidney stone management[J]. Current opinion in urology,2020,30(2):144-148.
- [2]金一,郑昌庆,郑晓东. 微创经皮肾镜钬激光取石术治疗肾结石的效果分析[J]. 中国继续医学教育,2022,14(2):195-198.
- [3]陈少川,张源锋. 两种经输尿管镜碎石术治疗输尿管结石的临床疗效比较[J]. 当代医学,2022,28(4):87-89.
- [4]胡卫国,李建兴. 泌尿系结石的激光治疗现状[J]. 临床外科杂志,2020,28(2):184-186.
- [5]Elhilali M M, Badaan S, Ibrahim A, et al. Use of the Moses Technology to Improve Holmium Laser Lithotripsy Outcomes: A Preclinical Study[J]. Journal of Endourology, 2017:598-604.
- [6]Magistro G, Westhofen T, Stief C G, et al. A matched-pair analysis of patients with medium-sized prostates (50cc) treated for male LUTS with HoLEP or TURP[J]. LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms, 2020.
- [7]覃斌,覃鹤林,吴清国,等. 经尿道前列腺钬激光剜除术与经尿道前列腺电切术治疗良性前列腺增生的疗效比较[J]. 中国微创外科杂志,2022,22(1):48-54.
- [8]丁华佳,陈珊,蒋青青. 钬激光和等离子前列腺剜除术后前列腺增生患者的短期预后比较[J]. 中国医药,2022,17(2):236-240.
- [9]Kavoussi N, Miller N. V02-08 A COMPARISON OF TRADITIONAL HOLMIUM AND MOSES LASERS FOR PROSTATIC ENUCLEATION IN A SINGLE PATIENT[J]. The Journal of Urology, 2019, 201(Supplement 4).
- [10]杨欢,杨为民. 激光在腔内泌尿外科的临床应用[J]. 临床外科杂志,2020,28(2):111-113.
- [11]邱鸿强. 经尿道钬激光膀胱肿瘤切除术和经尿道膀胱肿瘤电切术治疗表浅层膀胱癌的临床效果和创伤情况比较[J]. 中国现代药物应用,2021,15(2):70-72.
- [12]李强,张小宁,黄东红,等. 输尿管镜钬激光治疗结石性输尿管息肉疗效观察[J]. 山西医药杂志,2020,49(2):126-128.
- [13]张克. 肾盂旁囊肿微创治疗研究进展[J]. 云南医药,2021,42(4):384-387.
- [14]冯勇军. 输尿管软镜联合钬激光治疗单纯性肾盂旁囊肿的近期临床疗效分析[J]. 饮食保健,2021(3):1.
- [15]冯士楼,赵永哲. 钬激光内切开术治疗肾盂输尿管连接部狭窄的疗效分析[J]. 家有孕宝,2021,3(3):171.
- [16]刘广,汤元杰,胡有根,等. 输尿管镜钬激光与冷刀内切开治疗输尿管狭窄的疗效比较[J]. 医学研究生学报,2019,32(3):273-277.
- [17]郑祥. 经尿道钬激光手术治疗尿道狭窄与闭锁的临床效果研究[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2021,21(2):159-160.

血小板平均体积与血小板计数比值在预测老年慢阻肺急性加重期患者预后中的应用价值分析

周薇

北京市健宫医院 呼吸与危重症医学科 北京 100032

摘要：目的：探究血小板平均体积与血小板计数比值在预测老年慢阻肺急性加重期患者预后中的应用价值。方法：将 2019 年 2 月-2022 年 2 月 83 例老年慢阻肺急性加重期患者，根据预后的不同分组，存活组（n=61）和死亡组（n=22），患者在住院期间均接受血清学检查，对其检查的结果进行分析。结果 试验组老年慢阻肺急性加重期患者的超敏 C 反应蛋白、降钙素原、中性粒细胞计数水平均低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；试验组血小板平均体积、血小板平均体积与血小板计数比值低于对照组，其血小板计数高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；多因素 Logistic 回归分析显示，血小板平均体积与血小板计数比值增加，是老年慢阻肺急性加重期患者死亡的主要危险因子， $P<0.05$ 。结论：老年慢阻肺急性加重期患者预后评估中，计算血小板平均体积与血小板计数比值，可较好反映患者的病情，意义重大。

关键词：血小板平均体积；血小板计数；老年患者；慢性阻塞性肺疾病

慢阻肺即慢性阻塞性肺疾病，受到各种因素的影响，使得慢阻肺的发生率呈逐渐升高的趋势，疾病具有发病急骤、复发率高、死亡高等特点^[1-2]。研究显示，老年慢阻肺疾病急性加重期患者，其发病后的 30 天内死亡率在 20%左右，患者疾病的死亡，与慢性炎症反应、血小板活化之间存在一定的关系^[3]。机体炎症反应的发生，会激活血小板，导致血小板的功能和结构异常^[4]。相较于老年慢阻肺稳定期患者，急性加重患者的血小板活动程度更高^[5]。研究显示，血小板平均体积与血小板计数比值可有效对慢阻肺疾病加重期患者的预后评估。本研究主要对血小板平均体积与血小板计数比值在预测老年慢阻肺急性加重期患者预后中的应用价值作观察，如下：

1 资料与方法

1.1 资料

将 2019 年 2 月-2022 年 2 月 83 例老年慢阻肺急性加重期患者，根据预后的不同分组，存活组（n=61）和死亡组（n=22），患者在住院期间均接受血清学检查，对其检查的结果进行分析。

纳入标准：a:依据《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》，慢阻肺确诊者，且为急性加重期；b:年龄 60 岁及以上；c:资料完整者。

排除标准：a:肝肾等功能不全者；b:免疫/血液/循环系统疾病者；c:近期抗凝药物、抗血小板聚集药物等治疗者；d:急性脑血管疾病者。

试验组年龄 60 岁-81 岁，均值（ 67.56 ± 2.58 ）岁，男 35 例，女 26 例。对照组年龄 61 岁-80 岁，均值（ 68.01 ± 3.16 ）岁，男 13 例，女 9 例。2 组基本资料相比， $P>0.05$ 。

1.2 方法

所有患者入院后，均给予其氧疗、平喘、解痉、化痰止咳、纠正酸碱平衡紊乱、营养支持等对症治疗。若有机械通气指征，则实施无创通气治

疗。对患者的临床资料收集，包括高血压史、糖尿病史、体质指数、年龄、性别等，详细记录患者的治疗情况，包括糖皮质激素治疗、抗生素治疗等情况。患者入院 2 天后，于空腹状态下采集其静脉血 6ml，将血液标本分为 2 份，一份离心处理取血清，以全自动生化分析仪进行超敏 C 反应蛋白、降钙素原的检测，另一份标本实施血小板计数、血小板平均体积、中性粒细胞计数等的检测，对血小板平均体积与血小板计数之间的比值计算。多因素 Logistic 回归分析老年慢阻肺急性加重期患者死亡的因素。

1.3 观察指标

对 2 组超敏 C 反应蛋白、降钙素原、中性粒细胞计数水平及血小板平均体积、血小板计数、血小板平均体积与血小板计数比值作观察，并分析血小板平均体积与血小板计数比值与患者预后的关系。

1.4 数据分析

SPSS 22.0 版本软件进行此研究，采用方差同质性检验方法，变量资料以“t”计算用“ $\bar{x}\pm s$ ”表示。定性数据用“ χ^2 ”核实以（%）表达。各组数据服从方差相同的正态分布， $P<0.05$,显著差异。

2 结果

2.1 2 组超敏 C 反应蛋白、降钙素原、中性粒细胞计数水平分析

试验组老年慢阻肺急性加重期患者的超敏 C 反应蛋白、降钙素原、中性粒细胞计数水平均低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。如表 1：

表 1 2 组超敏 C 反应蛋白、降钙素原、中性粒细胞计数水平分析（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数 (n)	超敏 C 反应蛋白 (mg/L)	降钙素原 (ug/L)	中性粒细胞计数 ($\times 10^9/L$)
		白		
试验组	61	21.36 $\pm$ 5.69	0.36 $\pm$ 0.14	6.50 $\pm$ 0.25

对照	22	35.61±5.12	0.66±0.10	7.43±0.29
组				
t 值	--	10.328	9.222	14.330
P 值	--	0.001	0.001	0.001

2.2 2 组血小板平均体积、血小板计数、血小板平均体积与血小板计数比值分析

试验组血小板平均体积、血小板平均体积与血小板计数比值低于对照组，其血小板计数高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。如表 2：

表 2 2 组血小板平均体积、血小板计数、血小板平均体积与血小板计数比值分析($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (n)	血小板平均体 积 (fl)	血小板计数 ($\times 10^9/L$)	血小板平均体积与 血小板计数比值
试验	61	10.36±0.25	221.17±23.85	0.05±0.01
组				
对照	22	12.69±0.31	186.35±26.09	0.07±0.02
组				
t 值	--	35.109	6.965	6.032
P 值	--	0.001	0.001	0.001

2.3 血小板平均体积与血小板计数比值与患者预后的关系分析

多因素 Logistic 回归分析显示，血小板平均体积与血小板计数比值增加，是老年慢阻肺急性加重期患者死亡的主要危险因素，95%CI 为 1.771-8.251，OR 值为 2.695， P 值 <0.05 。

3 讨论

慢阻肺是临床常见的疾病，在老年人群中的发生率较高，主要是由细胞因子、炎性介质、炎性细胞等介导的气道炎症性疾病，疾病的发生，会导致患者出现胸闷、呼吸困难等症状，严重损伤患者的身心健康水平和生活质量，甚至会威胁患者的生命安全，因此，积极采取有效措施评估患者的病情，并给予患者针对性的治疗干预来改善其预后十分必要^[6-7]。老年慢阻肺急性加重期患者多数存在基础疾病的情况，其疾病死亡率较高，患者疾病急性加重的原因之一为感染，研究显示脂多糖结合蛋白、纤维蛋白原、C 反应蛋白、白细胞介素等在慢阻肺急性加重期患者中的水平较高，可反映患者的疾病情况，但是其检测的费用相对较高，因此，选择更加经济、简便、有效的指标来评估患者的预后和疾病进展情况，十分必要^[8-9]。

本研究中，试验组老年慢阻肺急性加重期患者的超敏 C 反应蛋白、降钙素原、中性粒细胞计数水平均低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；试验组血小板平均体积、血小板平均体积与血小板计数比值低于对照组，其血小板计数高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；多因素 Logistic 回归分析显示，血小板平均体积与血小板计数比值增加，是老年慢阻肺急

性加重期患者死亡的主要危险因素， $P<0.05$ 。即代表超敏 C 反应蛋白、降钙素原、中性粒细胞计数水平及血小板平均体积、血小板计数、血小板平均体积与血小板计数比值，可在一定程度上反映老年慢阻肺急性加重期患者的病情，其中血小板平均体积与血小板计数比值与患者预后之间存在密切的关系。

血小板平均体积与血小板计数比值能够对血小板活化程度进行评估，超敏 C 反应蛋白、降钙素原、血小板计数等可作为全身炎症反应评估的相关生物标志物。血小板平均体积与血小板计数比值存在血小板计数与血小板平均体积的共同特征，可反映血小板活性与炎症反应相关的信息，以此评估慢阻肺患的预后^[10-11]。老年慢阻肺急性加重期患者，其机体内的血小板激活，会导致血小板活化反应，增强血小板聚集能力。慢阻肺患者在疾病的初期，血小板计数水平即出现升高的情况，随着疾病的进展，血小板被过度消耗，相较于骨髓内巨核细胞代偿量，血小板损伤量更高，从而出现血小板计数水平降低的情况^[12-13]。机体炎症反应，会增加活性氧生成量，使得血小板活化，增加血小板消耗量。血小板生成的主要器官之一为肺，而老年慢阻肺急性加重期患者，其肺功能存在损伤的情况，会影响肺对血小板的生成功能，导致外周血小板计数降低^[14]。血小板平均体积能够对血小板体积、活性状态以及骨髓聚合细胞反映等反映^[15]。老年慢阻肺急性加重期患者，其血液中的血小板不断的被破坏、消失，增加血小板生成素的产生量，骨髓造血组织巨核细胞，对大体积新生血小板释放，继而血小板平均体积增大。

综上所述，血小板平均体积与血小板计数比值在老年慢阻肺急性加重期患者预后预测中应用，可获得较好的效果，同时结合超敏 C 反应蛋白、降钙素原、血小板计数等指标，可更好提高预测的价值。

参考文献：

[1]张辉,伍冬冬,马东波,等. 血小板平均体积与血小板计数比值预测老年人慢性阻塞性肺疾病急性加重期近期预后的临床价值[J]. 中华老年医学杂志,2020,39(6):627-631.

[2]JARDESTANI, MOHAMMAD EMAMI, ALAVI-NAEINI, NOOSHIN. Evaluation of the relationship of neutrophil-to lymphocyte ratio and platelet-to-lymphocyte ratio with in-hospital mortality in patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease[J]. The clinical respiratory journal.,2021,15(4):382-388.

[3]黄丙连. 血小板及相关指数在慢性阻塞性肺疾病恢复期患者中的变化及临床意义[J]. 中国医药科学,2022,12(1):133-136.

[4]周佳. 法舒地尔对慢阻肺合并肺动脉高压患者的 MMP-9 及血小板指标的影响[J]. 医学理论与实践,2021,34(14):2429-2431.

[5]SHI, XIAODONG, APPIAH-KUBI, KWAKU. Platelet-Derived Growth Factors (PDGFs) are Key Players in the Stimulation of Airway Smooth Muscle Cells (ASMCs) Alteration in Asthma and Chronic Obstructive

Pulmonary Disease (COPD) with Multifarious Inhibitors at an Early Stage of Development[J]. Current proteomics,2020,17(4):324-332.

[6]SATO, YU, YOSHIHISA, AKIOMI, OIKAWA, MASAYOSHI, et al. Prognostic impact of chronic obstructive pulmonary disease on adverse prognosis in hospitalized heart failure patients with preserved ejection fraction – A report from the JASPER registry[J]. Journal of cardiology,2019,73(5/6):459-465.

[7]何军,季磊,赵玲,等. 阻塞性睡眠呼吸暂停综合征合并慢性阻塞性肺疾病与血小板参数相关性的探讨[J]. 中国校医,2019,33(11):833-836.

[8]ARCHONTOGEORGIS, KOSTAS, VOULGARIS, ATHANASIOS, PAPANAS, NIKOLAOS, et al. Mean Platelet Volume and Platelet Distribution Width in Patients With Obstructive Sleep Apnea Syndrome and Concurrent Chronic Obstructive Pulmonary Disease[J]. Clinical and applied thrombosis/hemostasis,2018,24(8):1216-1222.

[9]何林璞,李雯,余喜然. 血小板平均体积联合中性粒细胞/淋巴细胞比率检测对老年 AECOPD 近期预后的评估价值分析[J]. 实验与检验医学,2019,37(2):310-312,346.

[10]薛刚,郭华,白洁. 老年 AECOPD 患者的 MPV、NLR、PLR、CRP、PCT 水平及近期预后的影响因素分析[J]. 临床医学研究与实践,2022,7(5):4-6.

(上接第 29 页)

综上所述,孟鲁司特钠、盐酸西替利嗪联合应用可有效治疗小儿咳嗽变异性哮喘,值得临床推广。

参考文献:

[1]尹宏智. 定喘汤加减联合孟鲁司特钠治疗小儿咳嗽变异性哮喘的临床研究[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2021,21(18):246-247.

[2]王建玲,张忠平,鲁衍强,等. 孟鲁司特钠联合布地奈德治疗小儿咳嗽变异性哮喘的疗效及安全性分析[J]. 中外女性健康研究,2021(12):59-60.

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

[4]白桂林. 酮替芬联合孟鲁司特钠治疗小儿咳嗽变异性哮喘的临床疗效及对患儿免疫功能的影响[J]. 甘肃科技,2021,37(17):135-136,100.

[5]白英杰,郭凯,黄姗姗,等. 祛风宁肺散联合孟鲁司特钠治疗小儿咳嗽变异性哮喘的临床疗效及其对免疫功能的影响[J]. 川北医学院学报,2021,36(6):737-740.

[6]中华中医药学会儿科分会,中华中医药学会中药临床药理分会. 儿童咳嗽变异性哮喘中药临床试验设计与评价技术指南[J]. 药物评价研

[11]TAN, DINO B. A., ITO, JASON, PETERS, KIRSTEIN, et al. Protein Network Analysis Identifies Changes in the Level of Proteins Involved in Platelet Degranulation, Proteolysis and Cholesterol Metabolism Pathways in AECOPD Patients[J]. COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease,2020,17(1):29-33.

[12]杨军,袁开芬,张婷玉,等. 单核细胞/大血小板比率对慢性阻塞性肺疾病急性加重期肺栓塞的诊断价值[J]. 医学研究生学报,2020,33(9):957-962.

[13]Analysis of Blood Biomarkers in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and with Asthma-COPD Overlap (ACO)[J]. COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease,2020,17(3):306-310.

[14]郭璐,杨阳,蒋红丽,等. 血小板增多与慢性阻塞性肺疾病伴低危肺栓塞患者住院全因死亡的相关性分析[J]. 中国呼吸与危重监护杂志,2018,17(1):20-26.

[15]胡瑛,秦庆,吕永强. 检测凝血功能对 COPD 急性加重期患者的意义研究[J]. 中国现代药物应用,2019,13(4):12-13.

作者简介:周薇;女;1984-09月生;籍贯内蒙古;汉族;学历本科;职称中级 研究方向 慢阻肺预后影响因素。

究,2021,44(8):1621-1627.

[7]马依拉·艾萨,排孜拉·帕尔哈提. 孟鲁司特钠联合布地奈德治疗小儿咳嗽变异性哮喘的效果及安全性探讨[J]. 当代医药论丛,2020,18(1):139-140.

[8]向雪莉. 孟鲁司特钠联合布地奈德治疗小儿咳嗽变异性哮喘的临床效果观察[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19(56):144,154.

[9]张惠霞,赵惯军,张阳阳,等. 麻杏二陈汤加减联合孟鲁司特钠咀嚼片治疗小儿咳嗽变异性哮喘临床疗效观察[J]. 中国合理用药探索,2021,18(12):100-103.

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

[11]彭顺眉,蓝素根,陈清,等. 孟鲁司特钠联合西替利嗪治疗小儿 CVA 的疗效及患儿肺功能、睡眠质量与安全性影响[J]. 北方药学,2021,18(3):10-11.

[12]丁臻博,鲁萍,黄永坤,等. 孟鲁司特钠与西替利嗪联合布地奈德治疗儿童咳嗽变异性哮喘临床效果、肺功能及安全性[J]. 昆明医科大学学报,2020,41(3):86-90.

MCV 和 RDW 在缺铁性贫血与地中海贫血鉴别诊断中的价值

李华荣

山西省临汾市先平妇产医院 化验室 山西临汾 041000

摘要：目的：探讨血常规参数中的平均红细胞体积（MCV）和红细胞分布宽（RDW）在缺铁性贫血(IDA)与地中海贫血(THAL)的鉴别诊断中的意义。方法：采用回顾性分析的方法，统计分析了 50 例 IDA 患者、60 例 THAL 患者及 100 例健康对照者血液分析参数中 MCV 和 RDW 的分布情况。结果：健康对照组 MCV 明显高于 IDA 组和 THAL 组 ($P<0.05$)；THAL 组和健康对照组 RDW 明显低于 IDA 组 ($P<0.05$)。结论：MCV 和 RDW 可作为 IDA 和 THAL 早期诊断的参考指标，RDW 对 IDA 与 THAL 的鉴别诊断有重要参考价值。

关键词：血液分析；MCV；RDW；IDA；THAL；鉴别诊断

缺铁性贫血(IDA)是当机体对铁的需求与供给失衡，导致体内贮存铁耗尽(ID)，继之红细胞内铁缺乏(IDE)，最终引起的小细胞低色素性贫血。它既可独立发生，也可以作为其他疾病的伴发症状发生。地中海贫血(THAL)是是一组遗传性溶血性贫血疾病。由于遗传的基因缺陷致使血红蛋白中一种或一种以上珠蛋白链合成缺失或不足所导致的贫血或病理状态。缘于基因缺陷的复杂性与多样性，使缺乏的珠蛋白链类型、数量及临床症状变异性较大。本病广泛分布于世界许多地区，东南亚即为高发区之一。我国广东、广西、四川多见。

IDA和THAL都属于小细胞低色素性贫血，通常使用血红蛋白电泳和血清铁蛋白检测，或是骨髓染色和基因诊断来鉴别，但费用贵而且费时，而利用MCV和RDW来鉴别缺铁性贫血和地中海贫血，会对临床对于小细胞低色素性贫血的诊断和治疗都会有很大的帮助，本文对2013年1月1日至2022年1月1日期间的50例IDA和60例THAL患者以及部分正常人的血常规检测数据进行回顾性分析，为临床鉴别诊断提供参考。

1 材料与方法

1 材料与方法

1.1 研究对象

1.1.1 贫血组：标本取自2013年1月1日至2022年1月1日110例来我院就诊的门诊及住院患者，其中男71例、女39例，年龄7~46岁，平均年龄(31.79 ± 16.63)岁。全部病例均符合血液病诊断及疗效标准^[1]。本文根据试验目的将其按病因和诊断分为：①缺铁性贫血组(IDA组)：50例，男30例，女20例，年龄18~45岁；②地中海贫血组(THAL组)：60例，男41例，女19例，年龄7~46岁。所有受试者的年龄、性别构成比及体重的差异均无统计学意义。

1.1.2 健康对照组：健康成人共100例，男55例，女45例，年龄18~55岁，平均年龄($35.28\pm$

10.82)岁，均排除血液系统、营养代谢等疾病。所有受试者的性别、年龄构成比及体重的差异均无统计学意义($P<0.05$)。

1.2 主要仪器和试剂

1.2.1 仪器：日本Sysmex XS-500i全自动五分类血细胞分析仪。

1.1.2 试剂：所有相关配套分析试剂、全血质控品和仪器校准液均由日本生物科技股份有限公司提供。

1.3 方法

1.3.1 静脉血采集：贫血组病人于实验当日清晨经肘静脉空腹抽血1.5~2ml放入EDTA-K2抗凝管中混匀待测。正常对照组采血1.5~2ml作

为对照。

1.3.2 项目测定：血液分析的各项指标均上机自动测定，1小时内完成检测，每批样本均与全血质控品同时测定。操作均严格按照项目检测SOP和仪器操作SOP进行。

1.3.3 数据处理：记录下患者和健康成人血常规中重要参数(含MCV和RDW值)。

1.3.4 数据处理：所有结果均以均数 $\pm$ 标准差($\bar{X}\pm S$)表示；采用统计分析软件SPSS17.0进行统计分析；两组均数比较采用t检验，多组均数的显著性检验采用单因素多水平方差分析；用直线相关分析判断各项目间的相关性； $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 贫血组及健康组 MCV 与 RDW 的检测结果

表1结果显示，贫血组患者 MCV 明显降低，而 RDW 显著升高，与健康成人相比差异非常显著($P<0.05$)。

表 1 贫血患者及健康成人 MCV 与 RDW 的变化($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	MCV(fl)	RDW(%)
贫血组	110	66.32 $\pm$ 7.24	21.72 $\pm$ 8.25
健康对照组	100	90.37 $\pm$ 3.53	12.98 $\pm$ 2.64
P		0.032	0.021

2.2 IDA 组与 THAL 组患者 MCV 与 RDW 的检测结果

表2结果显示，IDA组和THAL组患者 MCV 均呈降低趋势，而 RDW 则明显增高，与健康对照组相比较，差异均有统计学意义(P 均 <0.05)；IDA组患者的 RDW 高于 THAL 组患者，差异亦非常显著($P<0.05$)。但 IDA 组和 THAL 组两组间的 MCV 差异并不明显($P>0.05$)。

表 2 贫血患者及健康成人 MCV 与 RDW 的变化($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	MCV(fl)	RDW(%)
IDA 组	50	68.31 $\pm$ 5.26 Δ	26.59 $\pm$ 4.10 Δ ▲
THAL 组	60	64.53 $\pm$ 5.15 Δ	17.46 $\pm$ 2.48 Δ
健康对照组	100	90.39 $\pm$ 3.50	12.93 $\pm$ 2.64

注：与健康对照组比较， $\Delta P<0.05$ ；与 THAL 组比较， $\Delta P<0.05$

3 讨论

3.1 MCV 作为地中海贫血和缺铁性贫血的初筛具有重要意义

红细胞的生理过程是从原始的红细胞发育成为成熟红细胞，此分裂过程中核与浆等皆会发生变化^[2]。浆的变化是由于血红蛋白的不断合成所致，

血红蛋白的合成是需要铁、卟啉及珠蛋白这三要素,缺乏其中任何一种物质,都会引起血红蛋白合成降低,减少细胞的充盈程度,最终形成小细胞低色素性贫血^[3],缺铁性贫血是由于缺乏合成血红蛋白的铁元素引起,而地中海贫血则是由于珠蛋白合成障碍引起,两者都会引起血红蛋白的合成降低,形成小细胞低色素性贫血,在 MCV 值的比较中,IDA 组和 THAL 各组与正常组有非常显著差异,但 IDA 组与 THAL 各组没有差异,均值在 65~70fL,呈现很明显的小细胞低色素性贫血,表明 MCV 降低是地贫与 IDA 的特征性改变,但对两者鉴别无意义,但是具有重要的初筛意义。

3.2 RDW 在缺铁性贫血和地中海贫血中有显著性差异

3.2.1 缺铁性贫血是因机体缺乏血红蛋白合成所需重要原料铁而导致血红蛋白合成减少,使红细胞的充盈程度改变,呈小细胞低色素贫血,但由于机体缺铁状态不一,铁元素是处于不稳定性的供应状态,因此其缺铁的程度会呈现出不断变化的现象,导致红细胞充盈的程度会有变化,最终可见红细胞的大小明显不等^[4],RDW 值增大。地中海贫血是遗传性溶血性贫血,其特点是由于珠蛋白基因缺乏使血红蛋白中的珠蛋白肽链合成减少或不能合成,导致血红蛋白的组成成分或量改变,地中海贫血虽然有血红蛋白的减少,但减少量相对恒定,故红细胞形态相对均一,RDW 值和健康组相比较变化不大。这就是地中海贫血与缺铁性贫血鉴别诊断的理论基础和实验依据。

3.2.2 本资料显示,在缺铁性贫血的患者中 RDW 明显高于地中海贫血组和正常对照组,差异有显著性($P<0.05$)。本实验结果表明:IDA 与地中海贫血 MCV 均小于正常对照组两者差异无显著性,IDA 的 RDW 明显高于对照组,与地中海贫血差异有显著性。缺铁性贫血实验室检查多以血红蛋白含量、红细胞总数、红细胞形态、红细胞压积、骨髓细胞形态学检查以及血清铁蛋白等指标来判断^[5],工作繁琐且不及时。RDW 检测简便快捷准确,是国内外用于贫血诊断的重要指标之一。有报道^[6]用 RDW/MCV 法对缺铁性贫血的诊断特异性可达到 98.8%,灵敏度达 94.4%。即使某些铁缺乏症患者在临床未出现 IDA 之前血液 Hb 尚不减少,但已有 RDW 增高^[7],这都提示了 RDW 对铁缺乏的早期诊断有一定参考价值,已有研究认为 MCV 减低 RDW 升高为 IDA,MCV 减低 RDW 正常为地中海贫血,所以同时分析 MCV 及 RDW 对诊断 IDA 和轻型地中海贫血有较大的参考价值。

结 论

缺铁性贫血和地中海贫血都属于小细胞低色素性贫血,但两种疾病的病因、治疗和预后完全不同,故这两种贫血的鉴别诊断对临床诊断和治疗具有重要意义^[8]。地中海贫血的并发症有 1、铁过载。部分珠蛋白生成障碍性贫血患者需长期、频繁输血治疗,使体内铁堆积过多,可能会引起心脏、肝脏等器官功能衰竭,还可能会导致肾上腺、甲状腺、甲状旁腺、垂体等损害,影响内分泌系统的正常功能。2、易感染。由于长期处于贫血状态,会导致机体抵抗力降低,从而使患者感染风险增加。3、骨异常。珠蛋白生成障碍性贫血除会引起脸部和颅骨发育畸形,还会使骨骼变薄变脆,出现骨质疏松,长骨甚至可发生病理性骨折。4、发育迟滞。贫血可能会导致成长发育迟缓、身材矮小,甚至推迟青春期。5、心脏问题。病情严重的患者可能会导致充血性心力衰竭和心律失常等表现^[9]。缺铁性贫血的常见临床表现为:乏力、易倦,头昏、头痛、耳鸣、心悸气促、纳差等,伴苍白、心率增快。组织缺铁表现为:精神行为异常,如烦躁、易怒、注意力不集中、异食癖;体力、耐力下降,易感染;儿童生长发育迟缓智

力低下;口腔炎,舌炎、舌乳头萎缩;口角炎、缺铁性吞咽困难(称 Plummer-Vinson 征);毛发干枯、脱落;皮肤干燥皱缩;指(趾)甲缺乏光泽、脆薄易裂,重者指(趾)甲变平,甚至凹下呈勺状(匙状甲)。缺铁原发病表现:如消化性溃疡、肿瘤或痔疮导致的黑便血便或腹部不适,肠道寄生虫感染导致的腹痛或大便性状改变,妇女月经过多,肿瘤性疾病的消瘦,血管内溶血的血红蛋白尿等^[10]。

鉴别诊断两种疾病的程序复杂,须依靠地贫基因分析技术、血红蛋白电泳、血清铁和血清铁蛋白等的检测,费用贵而且费时,在基层医院实验室难以开展^[11],本文针对地中海贫血、缺铁性贫血患者和健康成人的 MCV 和 RDW 进行分析,可见在对地中海贫血和缺铁性贫血的初步鉴别诊断上,其两者中的 MCV 都与健康成人有显著性差异,因此临床上可以借此作为初步鉴别诊断,另外,对于地中海贫血和缺铁性贫血患者血常规中的 RDW 值的比较中,缺铁性贫血中 RDW 值上升的尤为显著,两者具有显著性差异,因此可以作为临床医生对缺铁性贫血和地中海贫血患者进行快速诊断的依据^[12]。

参考文献:

- [1] Li Ailin, Wang Haixia, Li Quan, Dong Wenchao, Wang Shuqing, Wang Aiju, Wang Xin, Gu Yuming. Shengxuebao Mixture for Iron Deficiency Anemia: A Meta-Analysis and Systematic Review. [J]. Complementary medicine research, 2022.
- [2] 余永雄, 陈唯, 陈洁, 梁栋, 黄小娟, 廖彭. 广西梧州地中海贫血流行现状及罕见基因型研究 [J]. 临床检验杂志, 2022, 40(01): 74-76. DOI: 10.13602/j.cnki.jcls.2022.01.18.
- [3] 李友琼, 何升, 丘小霞, 董柏青, 陈碧艳, 韦慧, 黄秀宁, 赵林, 梁亮, 覃婷, 田矛, 黎君君. 2010~2019 年广西地中海贫血发生现状与防治策略 [J]. 中国临床新医学, 2020, 13(10): 955-959.
- [4] 岳福仁. 儿童缺铁性贫血与 β -地中海贫血鉴别诊断的研究进展 [J]. 医疗装备, 2020, 33(14): 197-198.
- [5] 许荟, 陈曦, 金炜, 陈家楠, 钱晓丹, 管俊. 缺铁性贫血对全血细胞影响的临床研究进展 [J]. 吉林医学, 2020, 41(02): 412-414.
- [6] 黄卉. 妊娠期缺铁性贫血对妊娠结局的影响及临床防治 [J]. 中国药物与临床, 2018, 18(10): 1807-1809.
- [7] 曾祥宗, 薛祥俊, 李玉权. 地中海贫血合并缺铁性贫血的研究进展 [J]. 广州医科大学学报, 2018, 46(05): 94-96.
- [8] 九姑娘. 缺铁性贫血及其不同治疗方法的疗效及不良反应研究进展 [J]. 中国继续医学教育, 2018, 10(28): 113-114.
- [9] 余勤勤, 盛光耀. 儿童地中海贫血的现状与研究进展 [J]. 河南医学研究, 2018, 27(16): 2949-2950.
- [10] 罗洪英. 血液形态学检验对于缺铁性贫血病情进展及预后评估的临床价值分析 [J]. 标记免疫分析与临床, 2018, 25(07): 973-976.
- [11] 寇艳婷, 王莹. 缺铁性贫血及其治疗的研究进展 [J]. 中国现代医生, 2017, 55(23): 165-168.
- [12] 王月利. 116 例缺铁性贫血成人患者的病因及防治措施 [C]// 中国中药杂志 2015/专集: 基层医疗机构从业人员科技论文写作培训会议论文集, 2016: 247+250.

桥本甲状腺炎患者血清甲状腺过氧化物酶抗体和甲状腺球蛋白抗体表达水平及诊断意义

司劲涛

保定市第一中心医院总院内分泌实验室 071000

摘要：目的：探讨桥本甲状腺炎（HT）患者血清甲状腺过氧化物酶抗体（TpoAb）和甲状腺球蛋白抗体表达水平（TgAb）及诊断意义。方法：随机选取2020年1月-2021年10月本院170例体检者，所有受检者均接受甲状腺球蛋白抗体及血清甲状腺过氧化物酶抗体检测，以检测结果为依据分为观察组（桥本甲状腺炎者，70例）与对照组（非桥本甲状腺炎患者，100例），分析检测结果。结果：TgAb、TpoAb方面，观察组较对照组高（ $P<0.05$ ）。TgAb、TpoAb和联合检测诊断的AUC分别是0.837、0.879、0.929，特异度90.00%、89.00%、90.00%，灵敏度分别是66.27%、76.20%与85.37%。TgAb及TpoAb、联合检测对HT分型的AUC分别是0.775、0.700、0.959；TgAb的特异度与灵敏度分别是78.83%、64.83%，TpoAb的特异度与灵敏度分别是80.75%与56.74%；联合检测的特异度与灵敏度分别是96.13%与80.05%。结论：血清TpoAb及血清TgAb在桥本甲状腺炎疾病诊断中应用价值较高，其诊断准确率高，且具有较高的灵敏度和特异度，能够将患者病情变化、严重程度等清楚的反映出来，为疾病的诊治提供参考，值得临床采纳、推广。

关键词：甲状腺球蛋白抗体；桥本甲状腺炎；血清甲状腺过氧化物酶抗体

桥本甲状腺炎（HT）指的是因为自身免疫介导引起的甲状腺慢性特异性炎症，30-50岁的女性是高发人群，患病初期临床症状并不明显，随着疾病的发展，患者开始出现全身乏力、甲状腺肿大及咽部不适等症状，因疾病因素作用，甲状腺功能逐渐降低，严重损伤了患者身体健康。近年，HT患者越来越多，同时表现为增加趋势，该病的发生与吸烟、碘摄入、病毒感染等导致的甲状腺组织损伤、自身免疫等有关，80%以上的患者伴有较高的甲状腺球蛋白抗体（TgAb）及血清甲状腺过氧化物酶抗体（TpoAb）水平，在诊断HT中具有重要作用^[1]。HT属于自身免疫性甲状腺疾病，其淋巴细胞浸润显著，根据检测结果，能够更好的制定治疗方案。基于此，本文针对HT患者血清TpoAb和TgAb及诊断意义进行分析，详情如下。

1 资料与方法

1.1 资料

随机选取2020年1月-2021年10月本院170例体检者，所有受检者均接受甲状腺球蛋白抗体及血清甲状腺过氧化物酶抗体检测，以检测结果为依据分组，对照组（100例）：52例男，48例女；年龄分布：18-76岁，均值（ 42.15 ± 3.67 ）岁；文化水平：小学21例，初中26例，高中18例，大专及大专以上35例；观察组（70例）：36例男，34例女；年龄分布：20-75岁，均值（ 42.21 ± 3.72 ）岁；文化水平：小学15例，初中18例，高中13例，大专及大专以上34例；一般资料方面，两组差异较小（ $P>0.05$ ）。经医院医学伦理委员会批准。纳入标准：①自愿签署研究同意书；②年龄高于18岁；③理解能力、表达能力正常；④依从性良好；排除标准：①合并恶性肿瘤、严重感染、结核等；②精神异常；③存在血液系统疾病、免疫系统疾病；④哺乳期、妊娠期妇女；⑤存在凝血功能障碍；⑥合并器

质性病变（肾、心、肝等）；⑦短时间内采用对甲状腺功能造成影响的药物；⑧中途选择退出。

1.2 方法

收集受检者一般资料，包括既往病史、年龄、性别、姓名等，并进行有关检查，同时实施明确诊断，应用ARCHITECT i4000 SR全自动化学发光分析仪检测TgAb及TpoAb进行检测，结合配套试剂，所有检测均严格按照说明书进行操作。血清TpoAb的参考区间为0-5.61IU/ml；血清TgAb的参考区间为0-4.11IU/ml。通过细针穿刺进行HT患者甲状腺组织采集，同时展开病理检查。

1.3 观察指标

①观察对照组与观察组TgAb、TpoAb；②分析血清TgAb及TpoAb对HT诊断的临床价值；③分析TgAb及TpoAb、联合检测对HT分型的临床价值。

1.4 统计学方法

本次研究数据的处理均应用统计学软件SPSS20.0，计量资料与计数资料的表示方法分别是（ $\bar{x}\pm s$ ）与率（%），分别采用t与 χ^2 检验；两组比较，差异显著（ $P<0.05$ ）。

2 结果

2.1 两组TgAb、TpoAb对比

观察组比对照组血清TgAb、TpoAb水平高，差异明显（ $P<0.05$ ），见表1。

表1 两组TgAb、TpoAb对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

分组	例数	TgAb（IU/ml）	TpoAb（IU/ml）
对照组	100	283.65±78.15	405.68±101.24

观察组	70	415.68±115.34	621.67±165.49
t		8.899	10.541
P		0.000	0.000

2.2 分析血清 TgAb 及 TpoAb 对 HT 诊断的临床价值

表 3 分析血清 TgAb 及 TpoAb 对 HT 诊断的临床价值

检测指标	AUC	SE	95%CI	特异度 (%)	灵敏度 (%)
TgAb	0.837	0.027	0.776-0.886	90.00	66.27
TpoAb	0.879	0.024	0.812-0.913	89.00	76.20
联合检测	0.929	0.017	0.882-0.959	90.00	85.37

2.5 分析 TgAb 及 TpoAb、联合检测对 HT 分型的临床价值

TgAb 的特异度与灵敏度分别是 78.83%、64.83%，TpoAb 的特异度与灵敏度分别是 80.75%与 56.74%；联合检测的特异度与灵敏度分别是 96.13%与 80.05%，见表 5。

表 5 分析 TgAb 及 TpoAb 对 HT 分型的临床价值

检测	AUC	SE	95%CI	特异度 (%)	灵敏度 (%)
TgAb	0.775	0.047	0.674-0.853	78.83	64.83
TpoAb	0.700	0.050	0.593-0.792	80.75	56.74
联合检测	0.959	0.015	0.896-0.989	96.13	80.05

3 讨论

1912 年，日本医学家第一次发现并描述关于 HT 的症状，但是，到目前为止，并没有明确阐述 HT 的发病机制，可能与先天性免疫监视缺陷、遗传易感性等有关。HT 属于自身免疫性疾病，具有较高的发病率，从发病率方面来看，与 Graves 病接近，是当前导致甲状腺功能异常的主要疾病，且大部分是女性，该病患病时间长，治愈难度较大，疾病发生后，很可能导致甲亢、甲状腺肿大等，大部分患者随着疾病的发展伴有甲减现象，有些伴有 RA、严重贫血及 SLE 等，对患者生活质量造成了严重影响。有关研究认为^[2]，甲状腺乳头状癌和 HT 存在共存现象，且认为该病可能随着疾病的发展转变为甲状腺癌，并获得当前许多研究证实，由此可见，及早发现，并诊断病情严重程度、治疗疾病在预后改善中具有重要作用。

HT 为自身免疫性甲状腺疾病类型中常见的一种，具有甲状腺组织大量受损、淋巴细胞浸润等病理变化，累及甲状腺滤泡，进而减少了甲状腺激素 FT4 级 FT3 释放量，进而增加了甲状腺激素代偿性分泌量，患者自身甲状腺功能出现不同程度的降低现象，进而影响了机体正常代谢。TgAb 及 TpoAb 属于自身抗体，也是导致甲状腺滤泡受损的主要因素，TpoAb 组成以微粒体为主，而 TgAb 主要源于甲状腺球蛋白渗透到血液而产生，两种均可以将补体激活，同时促进 T 淋巴细胞毒性的提高，进而进一步加

TgAb、TpoAb 和联合检测诊断的 AUC 分别是 0.837、0.879、0.929，TgAb 特异度与灵敏度分别是 90.00%与 66.27%；TpoAb 特异度与灵敏度分别是 89.00%、76.20%；联合检测特异度灵敏度分别是 90.00%、85.37%，见表 4。

重甲状腺功能受损程度，可用于 HT 疾病的诊断，及病情严重程度评估。研究结果显示，血清 TgAb 及 TpoAb 方面，观察组比对照组高，差异明显（P<0.05），TgAb、TpoAb 和联合检测诊断的 AUC 分别是 0.837、0.879、0.929，TgAb 特异度与灵敏度分别是 90.00%与 66.27%；TpoAb 特异度与灵敏度分别是 89.00%、76.20%；联合检测特异度灵敏度分别是 90.00%、85.37%，由此可见，血清 TgAb 及 TpoAb 在 HT 疾病诊断中应用价值较高。有关研究人员认为，联合血清 TgAb 及 TpoAb 在 HT 诊断中的准确率在 90%以上，单项检测过程中，TpoAb 的优势更加明显。本次研究中，TpoAb 比 TgAb 的灵敏度更高，但是在特异度方面存在一定不足，可见，联合血清 TgAb 及 TpoAb，两者之间能够相互弥补。

在自身免疫性疾病研究日益深入的同时，人们对疾病的认知度明显提高，组织纤维化合并浆细胞浸润患者在治疗方案和病变特征方面存在一定差异，有关研究显示，当前 HT 疾病发展速度较快，而且在实施替代治疗过程中，其需要甲状腺激素剂量更多，因此，及早划分疾病类型，并为其提供针对性治疗方法特别重要。现阶段，HT 疾病诊断及分型的金标准为病理穿刺活检，但是该检查方法具有一定的创伤性，临床诊断和治疗过程中，并不能频繁操作。有关研究人员认为 HT 分型其与血清 TgAb 及血清 TpoAb 存在紧密联系^[3]。结果显示，TgAb 的特异度与灵敏度分别是 78.83%、64.83%，TpoAb 的特异度与灵敏度分别是 80.75%与 56.74%；联合检测的特异度与灵敏度分别是 96.13%与 80.05%，血清 TgAb 及血清 TpoAb 可被视为 HT 分型诊断的主要方法，其有助于诊断准确率高，尽可能的减少病理穿刺。

据有关资料显示^[4]，桥本甲状腺炎疾病发生后，自身免疫系统疾病产生特异性抗体和针对性抗体，且血液中甲状腺抗体较多，通过对各种抗体水平进行检测，能够根据水平变化对 HT 判断。TpoAb 和 TgAb 是临床上用于甲状腺病因评估的主要指标，同时也是甲状腺疾病诊断的重要指标。其中，TgAb 很可能损伤甲状腺滤泡上皮，是甲状腺球蛋白渗透到血液中，并于甲状腺滤泡中形成的抗体。TpoAb 在甲状腺激素合成中具有重要作用，属于关节酶，其可以结合膜，在甲状腺球蛋白酪氨酸残基的偶联及碘化有关。但是，有关研究表明^[5]，因为 HT 患者合并上皮细胞退化、破坏、

变性等现象,采用单一抗体检测并不能将患者病情真实反映出来,而且大部分非自身免疫性甲状腺疾病患者进行检测中,血液中可以发现 TpoAb 及 TgAb,可见单一抗体检测具有一定的漏诊率、误诊率,对临床治疗效果造成了一定影响。Tpo 在合成 T₃ 及 T₄ 中尤为重要,相关研究显示,该酶可被视为诊断甲状腺疾病的主要指标^[6]。在甲状腺功能发生异常后,无法正常合成酪氨酸,进而对 T₃ 及 T₄ 的合成造成抑制,因滤泡细胞受损,进而释放到血液当中,导致血清中形成 TpoAb。本次研究结果显示,桥本甲状腺炎患者具有较高的 TpoAb 水平。TgAb 抗原是一种甲状腺微粒体,其主要生存在微粒体中,因此,相比于 TgAb, TpoAb 的敏感性及特异度更高。TgAb 血清浓度提高是诊断 HT 的重要依据。因此, TpoAb 与 TgAb 具有一定的相关性,因此,可联合 TgAb 与 TpoAb 检测,以此促进 HT 诊断准确率的提高^[7]。HT 患者采取甲状腺素治疗后,患者自身 TpoAb 水平及 TgAb 水平显著降低,因此,上述两种指标结合可用于诊断自身免疫抗体,判断临床治疗效果。

HT 患者血清 TgAb 及血清 TpoAb 提高明显,由此可见,上述两项指标与 HT 疾病的发生、发展有关。但是, HT 疾病发展过程中,并不是单一 TgAb 或者 TpoAb 引起的,而是因为多个免疫自身抗体相互作用导致的。除以上指标外,还包括抑制性抗体及甲状腺刺激性抗体。临床治疗 HT 期间,若甲状腺功能水平恢复状况,包括 TSH、FT₃ 等,而自身免疫抗体中最少有一项为阳性,因此应加强对疾病诊治的重视,需要慢慢调节药物用量,同时对患者抗体水平动态监测^[8]。针对自身抗体连续提高的患者,如有必要需要采取药物治疗,从而控制疾病的发展,降低疾病复发率。临床上,对于无 TgAb 和 TpoAb 阳性者,需要定期检测患者,避免病变的出现。近年,有关研究显示^[9], TPO 以往被认为是 TMAb 的抗原,可以固定补体,具有“细胞毒”作用,同时有关研究证实, TpoAb 通过激活抗体及补体,与细胞介导的细胞毒作用导致的甲状腺滤泡细胞损伤。TpoAb 可以直接结合 Tpo,并对其活性有效抑制。据有关资料显示^[10], TpoAb 结合 TgAb 检测在 HT 疾病诊断中阳性率超过 90%,从单项检测方面来看,桥本甲状腺炎诊断过程中, TpoAb 的诊断效果较 TgAb 更为明显。甲状腺自身抵抗产生的原因是什么,大部分研究人员认为,其是因为免疫耐受性受损引起的,包括以下两点:首先,靶器官由于部分因素作用导致抗原性发生变化,导致其转变为“非己”而加以排斥;其次,免疫活性细胞发生改变,对 T 细胞减少有效抑制, B 细胞抑制丧失,使其处于活跃状态,进而产生许多抗体^[11]。在抗原抗体结合后,产生的抗原抗体覆盖在甲状腺细胞表面, K 细胞与之结合后背激活。K 细胞属于杀伤淋巴细胞,其抗体依赖性细胞介导免疫引起的细胞毒作用显著,进而释放许多细胞毒素,损坏甲状腺细胞,在此期间,补体具有重要作用^[12]。因此,临床诊断 HT 疾病过程中,血清 TpoAb 及血清 TgAb 特别重要,联合上述两项指标能够准确诊断疾病,并为治疗

方案的制定提供参考。

总而言之,血清 TpoAb 及血清 TgAb 在桥本甲状腺炎疾病诊断中应用价值较高,其诊断准确率较高,且具有较高的灵敏度和特异度,能够将患者病情变化、严重程度等清楚的反映出来,为疾病的诊治提供参考,值得临床采纳、推广。

参考文献:

- [1]张燕. 甲状腺球蛋白抗体、甲状腺微粒体抗体、甲状腺过氧化物酶抗体联合检测对桥本甲状腺炎的诊断效能[J]. 中国现代医药杂志,2022,24(2):66-68.
- [2]谢海清,段丽华. 左甲状腺素钠联合硒酵母治疗桥本甲状腺炎合并甲状腺功能减退症的临床疗效[J]. 临床合理用药杂志,2022,15(3):127-129.
- [3]林宝虹,叶瑞玲,刘秀卿,李妙君. 桥本甲状腺炎患者血清中维生素 D 水平及与甲状腺激素和自身抗体的相关性研究[J]. 中外医学研究,2022,20(1):89-92.
- [4]龚海燕. 促甲状腺激素受体抗体与抗甲状腺过氧化物酶自身抗体在甲状腺功能亢进症中的特征分析[J]. 中国乡村医药,2021,28(23):67-68.
- [5]千博,赵文君,王慧芳,王瑞佳,刘静. 桥本甲状腺炎相关抗体与甲状腺乳头状癌的关系研究进展[J]. 临床与病理杂志,2021,41(9):2172-2179.
- [6]胡永莲,李霄,方海生,叶新华,沈美萍,武晓泓. 甲状腺相关抗体及高分辨超声对甲状腺功能正常桥本甲状腺炎诊断效能的对比[J]. 中华医学杂志,2021,101(32):2537-2543.
- [7]韩夏,刘喆隆. 硒酵母片治疗甲状腺功能正常的桥本甲状腺炎的真实世界研究[J]. 医药导报,2021,40(8):1065-1069.
- [8]蔡敏,孙建伟,王利,孙振威. TPOAb、TgAb 联合检测在桥本甲状腺炎诊断中的价值[J]. 深圳中西医结合杂志,2021,31(13):100-101.
- [9]殷东华. 左甲状腺素片与小金胶囊联合治疗桥本甲状腺炎的效果及对过氧化物酶抗体和炎症因子的影响研究[J]. 贵州医药,2021,45(3):369-370.
- [10]王新,杜新平,王素,姜云生,左国兴. 不同功能状态的桥本氏甲状腺炎患者甲状腺球蛋白抗体糖基化修饰的差异研究[J]. 国际免疫学杂志,2021,44(2):147-152.
- [11]刘丽华,吴斯淳,李晓静. 桥本甲状腺炎患者血清甲状腺过氧化物酶抗体和甲状腺球蛋白抗体表达水平及诊断意义[J]. 实用医院临床杂志,2020,17(6):175-178.
- [12]张洪福,蒙国煌,龙则平. 甲状腺抗体 3 项诊断桥本甲状腺炎的作用[J]. 中外医疗,2020,39(23):186-188+191.

改进无张力疝修补手术治疗腹外疝的临床有效性研究

谭炜

绍兴市中心医院医共体钱清分院 浙江绍兴 312030

摘要：目的：研究分析腹外疝采用改进无张力疝修补手术治疗的临床疗效。方法：68 例患者在 2020 年 7 月至 2021 年 7 月入院，奇偶数分组，常规组实施常规无张力疝修补手术，研究组实施改进无张力疝修补手术，疗效汇总。结果：手术指标项汇总，两组中研究组具备优势（ $P < 0.05$ ），术后恢复情况、并发症发病情况、预后疾病复发率等，两组比较后均显示研究组良好（ $P < 0.05$ ），治疗满意度调查，研究组开展治疗后满意度较高（ $P < 0.05$ ）。结论：腹外疝的治疗，以改进无张力疝修补手术疗效较为良好，患者术后恢复情况具备优势，且预后疾病复发率较低，具备较高疾病治疗有效性，疗效极佳。

关键词：改进无张力疝修补手术；腹外疝；有效性

腹外疝是疝气疾病中较为高发的疾病类型，以腹部出现活动性包块为主要特征，发病后，随病情进展，可对消化系统、泌尿系统、生殖系统功能造成干扰，严重时诱发肠粘连、肠梗阻等并发症，危害患者身体健康。腹外疝的治疗以手术为主要方式，通过手术对病灶进行处置，从而恢复患者机体健康。疝修补术对腹外疝疾病具备显著治疗作用，经由手术，修复破损腹壁，以此恢复腹壁组织完整性^[1]。改进无张力疝修补手术是临床中治疗疝气疾病的新型术式，处置病灶期间，改进无张力疝修补手术能够充分降低腹壁张力，修补后，腹壁强度能够显著改善。为进一步提高腹外疝患者疾病康复几率，改善其预后生活质量，采用改进无张力疝修补手术方式对患者实施治疗，相比其他术式，改进无张力疝修补术具备明显先进性，术中对破损腹壁实施无张力修补，采用补片提高腹壁强度，使疾病得到有效治疗的同时，手术对人体生理机能及生理结构影响较小，术后并发症发病率较低，疾病治疗安全性良好，从而使患者于治疗后能够快速康复，预后疾病复发几率得以降低，疾病治疗作用极为显著^[2-3]。基于此，研究自 2020 年 7 月至 2021 年 7 月选定腹外疝患者 68 例，对腹外疝采用改进无张力疝修补手术治疗的临床疗效开展研究，以此为临床腹外疝治疗术式的选择提供参考依据，现报告如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

68 例患者在 2020 年 7 月至 2021 年 7 月入院，奇偶数分组，常规组男 26 例，女 8 例，（53.64±3.41）岁，内环缺口直径（2.21±0.45）cm，病程（2.30±0.48）年，疾病类型：10 例为直疝，24 例为腹股沟疝；研究组男 27 例，女 7 例，（53.58±3.27）岁，内环缺口直径（2.18±0.41）cm，病程（2.37±0.42）年，疾病类型：9 例为直疝，25 例为腹股沟疝，无差异（ $P > 0.05$ ）。

纳入标准：（1）患者思维意识清晰，能够正常沟通交流、个人意愿能够清晰表述；（2）生命体征稳定，经临床诊断，确诊为腹外疝，适宜采用手术方式进行治疗；（3）属首次发病、首次就诊；（4）个人资料、病程病

史信息能够完整提供者；（5）研究内容如实告知，患者及其家属在知晓研究内容后，自愿同意加入。

排除标准：（1）精神状态异常、合并心理疾病者；（2）合并感染性疾病、传染性疾病、慢性疾病或心脑血管疾病者；（3）凝血系统功能障碍，免疫系统功能障碍，肝、肾功能异常者；（4）患有恶性肿瘤疾病并接受治疗者，处于特殊生理阶段（妊娠、哺乳）者；（5）存在明显抗拒治疗行为者；（6）经了解，已参与临床其他课题研究者；（6）有药物滥用史及用药过敏史，存在手术禁忌症者。

1.2 方法

常规无张力疝修补手术治疗常规组：术前对患者病情进行探查，明确其所在位置，入手术室后，调整患者至仰卧位，实施硬膜下麻醉，起效后，选择腹股沟韧带上 2 厘米左右位置做切口，长度控制在 3 厘米左右，袒露病灶后，自腹外斜肌腱处至内环处做切开处理，分离筋膜、睾肌，对病灶做结扎处理，完毕后根据患者病情，修剪布片，置入腹横筋膜前位置，做固定处理，完毕后做消毒，缝合切口，手术结束。

改进无张力疝修补手术方式治疗研究组：术前准备、麻醉方式等均同常规组，切口位置选定耻骨结节处，长度控制在 4 厘米左右，袒露外环、耻骨结节后，对腹外斜肌腱膜做切开处理，使斜肌腱膜得以分离，疝囊做高位游离处置，暴露内环后，横断疝囊内口，对提睾肌、精索、腹膜间隙做钝性游离，切口处置入补片至腹膜前间隙，遮盖内环口实施固定，游离组织复位后，做缝合处理，术毕。

术后两组均采用沙袋进行加压止血，同时监测患者生命体征及精神状态，指导其做充分休息，阐述术后注意事项；待患者消化系统功能恢复后，规划患者饮食结构，指导其健康进食，做适度运动，促进其术后恢复；出院前，叮嘱患者定期回院复查，恢复阶段及预后应避免从事重体力劳动，保持规律作息、健康饮食，由此促进其术后恢复。

1.3 观察指标

手术指标项手术时长、术中出血量、术后 24 小时出血量、疼痛时长。

术后恢复情况术后下床时间、疼痛程度（疼痛量表评测，10 分，得分者疼痛较轻，术后 24 小时评测）、排便时间、住院时间等。

并发症发病情况：采集慢性疼痛、出血、阴囊积液等进行采集。

开展为其 12 个月跟踪回访，统计预后疾病复发率。

治疗满意度调查问卷对患者治疗满意度进行汇总。

1.4 统计学处理

本次研究腹外疝采用改进无张力疝修补手术治疗的临床疗效，采用 SPSS21.0 版本统计学软件对研究所得数据进行计算分析，计量资料、计数资料分别采用 t 值、 χ^2 值进行检验，以（ $\bar{x}\pm s$ ）、（n%）方式进行表示，检验结果为 $P<0.05$ ，表示数据存差异、 $P>0.05$ 时，表示统计结果无差异。

2. 结果

2.1 手术指标项

手术指标项数据整理、比较后发现，研究组各项在组别间具有优势（ $P<0.05$ ），表 1。

表 1 腹外疝患者手术指标项（ $\bar{x}\pm s$ ）n=68

分组	案例 (n)	手术时长 (min)	术中出血 量 (ml)	术后 24 小时 出血量 (ml)	疼痛时长 (d)
常规组	34	53.23±3.02	63.49±2.54	242.67±18.23	5.25±1.10
研究组	34	44.09±2.14	50.72±3.17	198.45±13.72	3.82±1.06
t	-	14.3987	18.3308	11.3010	5.4583
P	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 术后恢复情况

统计患者术后恢复情况，比对结果显示，研究组术后恢复情况较为良好（ $P<0.05$ ），表 2。

表 2 腹外疝患者术后恢复情况（ $\bar{x}\pm s$ ）n=68

分组	案例 (n)	术后下床时间 (d)	疼痛程度 (分)	排便时间 (d)	住院时间 (f)
常规组	34	4.35±0.22	6.26±1.08	5.96±0.68	8.62±0.83
研究组	34	2.97±0.45	4.31±0.79	3.52±0.42	4.78±0.59
t	-	16.0645	8.4974	17.8010	21.9877
P	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 并发症发病情况

患者术后并发症发病几率比较，研究组略低（ $P<0.05$ ），表 3。

表 3 腹外疝患者并发症发病情况（n%）

分组	案例 (n)	慢性疼痛	出血	阴囊积液	发病率
常规组	34	3（8.82%）	2（5.88%）	3（8.82%）	8（23.52%）

研究组	34	1（2.94%）	0（0.00%）	1（2.94%）	2（5.88%）
χ^2	-	-	-	-	4.2207
P	-	-	-	-	0.0399

2.4 预后疾病复发率

跟踪回访统计患者预后疾病复发情况，复发率两组中以研究组较低（ $P<0.05$ ），表 4。

表 4 腹外疝患者预后疾病复发率（n%）

分组	案例 (n)	预后 3 个月	预后 6 个月	预后 9 个月	预后 12 个月	复发率
常规组	34	0（0.00%）	1（2.94%）	1（2.94%）	4（11.76%）	6（17.64%）
研究组	34	0（0.00%）	0（0.00%）	0（0.00%）	1（2.94%）	1（2.94%）
χ^2	-	-	-	-	-	3.9813
P	-	-	-	-	-	0.0460

2.5 治疗满意度

治疗工作具备较高满意度（ $P<0.05$ ），表 5。

患者治疗满意度汇总，数据汇总后比较，两组中，研究组患者对临床

表 5 腹外疝患者治疗满意度（n%）

分组	案例 (n)	非常满意	满意	一般满意	不满意	满意度
常规组	34	10（29.41%）	8（23.52%）	9（26.47%）	7（20.58%）	27（79.41%）
研究组	34	20（58.82%）	12（35.29%）	1（2.94%）	1（2.94%）	33（97.05%）

X ²	-	-	-	-	-	5.1000
P	-	-	-	-	-	0.0239

3. 讨论

腹外疝是临床中具有明显高发性的腹部外科疾病，发病机制是由患者负压升高，腹壁强度减弱，促使精索或其他腹腔组织器官穿过腹壁所导致，发病时以胸部呼吸运动度受限、腹水、站立时有肿块突出等为主要症状表现，随病情进展，症状反应将逐渐加剧。腹外疝对患者机体健康造成明显影响的同时，还可引发其精神压力及心理负担，因疾病发病初期患者症状反应并不明显，多数患者对自身患病情况易忽视，当出现明显症状反应后，腹外疝将对消化系统功能产生干扰， 并发便秘、腹痛、胀气等症状外，还将诱发营养不良、体质下降等情况，严重时将加剧功能障碍、不孕不育、肠坏死及肠梗阻等发生率，损害人体重要组织器官功能，疾病危害性极大^[4]。因此，需及时采取有效方式进行治疗，抑制病情进展，管控疾病不良影响，从而使疾病危害性及时得到有效控制。

疝修补术是临床治疗腹外疝首选方式，采用手术方式对病灶处进行处置及修补，能够改善腹壁状态，穿过腹壁的组织器官得以复位，以此阻滞病情进展，使患者机体健康得以恢复^[5]。随着医疗技术不断发展，疝修补术也呈现出明显多样化，既往临床治疗腹外疝所采取无张力疝修补手术，术中对筋膜、辜肌进行分离，疝囊实施结扎，处置后，采用补片对腹壁进行修补，以此达到疾病治疗目的^[6]。常规无张力疝修补手术对腹外疝具有一定治疗功效，术后可使患者病情得到缓解，腹壁组织能够得以修复，促使患者疾病症状得以减轻。就疗效而言，常规无张力疝修补手术的疾病治疗作用、患者预后恢复情况较为良好，但部分患者术后存在疾病复发情况，且并发症发病几率略高，分析其原因，与手术操作、手术时长、患者机体状态等具有相关性，因此疗效方面略显不足，疾病治疗安全性欠佳。改进无张力疝修补手术相比常规无张力疝修补手术，具有增强腹壁抗压能力、术后腹壁张力小、患者机体耐受度高、操作边界等优势，在手术期间，于患者耻骨结节处做手术切口，高位游离疝囊，提辜肌、精索、腹膜间隙等做钝性游离，后置入补片修补腹壁，修补后，患者腹壁强度能够明显增加，因手术操作能充分保护腹股沟解剖结构，因此患者术后能够快速恢复，手术对患者机体生理功能影响较小，能够明显缩短其住院时长，疗效具备优势^[7]。此外，改进无张力疝修补手术相比常规无张力疝修补手术，手术操作重点在于分离提辜肌，而后处置疝囊，一方面能够快速处置病灶，另一方面增强补片稳定性，由此可降低患者术后疾病复发率，增进疾病治疗有效性及患者疾病康复几率，疾病治疗作用及患者预后恢复情况等均极为良好，相比其他术式，改进无张力疝修补手术对腹外疝具备较高治疗安全性，在临床中具有良好疾病治疗效果^[8]。

研究共选定样本 68 例，分组后，分别实施常规无张力疝修补手术、

改进无张力疝修补手术方式进行治疗，其中以采取改进无张力疝修补手术治疗患者手术时长、术中出血量、术后 24 小时出血量、疼痛时长等手术相关指标项较好，术后恢复情况具备优势，术后并发症发病情况及预后疾病复发情况等能够得到有效控制，患者接受治疗后，对治疗工作具有较高满意度。由此可见，改进无张力疝修补手术的实施，在腹外疝治疗中，疗效、治疗安全性等方面均具有显著优势，且手术操作耗时较短，能够有效管控术中出血量，由此可减轻手术对患者机体健康影响性，降低手术对人体刺激性，极大程度保障手术操作安全，有助于患者术后恢复^[9]。此外，改进无张力疝修补手术相比其他术式，修补处周围组织张力较小，可避免预后组织牵拉引发疾病复发情况发生，患者经治疗后，疾病复发情况能够显著降低，改善患者生活质量，促使疾病所致不良影响得到抑制，因此具备较高疾病治疗有效率，术后疗效可达预期^[10]。

综上所述，腹外疝的治疗，以改进无张力疝修补手术具备较高治疗有效性，患者术后恢复情况较为良好，疾病复发率较低，建议在临床中推广。

参考文献：

[1]南友平.改进无张力疝修补手术治疗腹外疝的效果及复发率观察[J].中国农村卫生,2020,12(12):33-34.

[2]徐运桢,杨小翠.改进无张力疝修补手术治疗腹外疝的临床效果观察[J].临床合理用药杂志,2019,12(20):125-126.

[3]叶中伟.改进无张力疝修补手术治疗腹外疝的疗效分析[J].中国现代药物应用,2019,13(09):59-60.

[4]金玉柱,宋琪.改进无张力疝修补手术治疗腹外疝的临床应用效果[J].中国医药指南,2019,17(04):147-148.

[5]刘建欣.改进无张力疝修补手术治疗腹外疝的临床观察[J].青岛医药卫生,2018,50(06):444-446.

[6]唐智民.改进无张力疝修补手术治疗腹外疝的临床疗效观察[J].健康之路,2018,17(11):111-112.

[7]周国成.改进无张力疝修补术治疗腹外疝的疗效探讨与研究[J].中外医疗,2018,37(24):90-91+94.

[8]安兴乔.改进无张力疝修补术与传统疝修补手术治疗腹外疝的疗效比较[J].中国基层医药,2018,25(14):1880-1882.

[9]肖长军.改进无张力疝修补手术治疗腹外疝的临床应用[J].中西医结合心血管病杂志,2018,6(05):61+64.

[10]黎威,罗文浩.研究改进无张力疝修补术在临床中治疗腹外疝的效果[J].中国现代药物应用,2017,11(11):55-56.

螺旋 CT 扫描及三维重建技术在股骨颈骨折分型及治疗中的应用价值分析

汪叶婷

建德市第一人民医院放射科 浙江建德 311600

摘要：目的：分析螺旋 CT 扫描及三维重建技术在股骨颈骨折分型及治疗中的应用价值。方法：随机选取我院收治的股骨颈骨折患者 220 例进行研究，时间区间控制在 2020 年 02 月至 2022 年 02 月之间。按照不同诊断方式将患者分为两组，应用 X 线正位片检查的患者纳入参比组，应用螺旋 CT 扫描及三维重建技术检查的患者纳入试验组，两组患者在进行诊断检查后分别进行相应的治疗方式。分析两组纳入研究者检查后的诊断准确率、骨头坏死率、骨折不愈合率、病死率。结果：在对股骨颈骨折患者进行诊断检查后，试验组患者的诊断准确率高于参比组 ($P < 0.05$)，组间对比差异性显著；试验组患者的骨头坏死率、骨折不愈合率、病死率均低于参比组 ($P < 0.05$)，组间对比差异性显著。结论：在对股骨颈骨折患者进行诊断检查时，应用螺旋 CT 扫描及三维重建技术能够全方位的了解患者骨折情况，便于确定患者骨折分型，为后期临床治疗提供有效参考，增强治疗效果，利于患者骨折恢复，建议使用。

关键词：螺旋 CT 扫描；三维重建技术；股骨颈骨折；诊断准确率；骨头坏死率；骨折不愈合率；病死率

股骨颈骨折是指由于直接暴力或间接暴力导致的股骨头以下及股骨颈底部以上发生的骨折^[1]。常见骨折原因包括骨质疏松、跌倒、高处跌落、撞击等。患者骨折后一般表现为伤处髋部疼痛、下肢活动受限、无法站立或行走等症状^[2-3]，若未进行有效治疗，患者可并发股骨头坏死、骨折不愈合情况，危害患者的生命健康^[4]。临床上治疗无位移股骨颈骨折的 Garden I 型、II 型骨折或身体耐受性较差的患者可选择保守治疗，如穿防滑鞋、进行下肢骨牵引或皮肤牵引治疗 6-8 周^[5]。对于身体素质较好者往往选取手术治疗，可有效减轻疼痛症状，尽量保留股骨头，避免股骨头坏死，达到骨性愈合的效果。治疗时机是影响骨折愈合的重要因素，越早发现越早明确骨折分型并展开科学的治疗效果越好^[6-7]。基于此，本次研究选取 2020 年 02 月至 2022 年 02 月之间我院收治的股骨颈骨折患者 220 例，对螺旋 CT 扫描及三维重建技术在股骨颈骨折分型及治疗中的应用价值进行分析探讨，详细见下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

从时间 2020.02-2022.02 之间我院收治的股骨颈骨折患者中随机抽取 220 例展开调查，以诊断方式对其进行分组，即参比组 ($n=112$ ，应用 X 线正位片检测)、试验组 ($n=108$ ，应用螺旋 CT 扫描及三维重建技术检查)。参比组患者中男性有 52 例，女性有 60 例，年龄值域 56 岁到 82 岁，均值区间为 (69.17 ± 3.45) 岁；骨折至就医时间 1h 到 27h，均值区间为 (14.05 ± 2.39) h；骨折部位：左侧骨折有 55 例，右侧骨折有 57 例；骨折原因：跌倒有 59 例，高处坠落有 20 例，交通事故有 33 例。试验组患者中男性有 51 例，女性有 57 例，年龄值域 57 岁到 81 岁，均值区间为 (68.89 ± 3.49) 岁；骨折至就医时间 1h 到 27h，均值区间为 (13.97 ± 2.41) h；骨折部位：左侧骨折有 52 例，右侧骨折有 56 例；骨折原因：跌倒有 56 例，高处坠落有 18 例，交通事故有 34 例。两组的性别、年龄、骨折至

就医时间、骨折部位、骨折原因等临床基本资料之间无明显差异性 ($P > 0.05$)，可进行对比。此次研究经医院伦理委员会盖章许可。

纳入标准：符合股骨颈骨折疾病诊断标准患者；出现髋部疼痛、下肢行动不便等表现患者；对此次研究内容充分熟悉，自愿参加并填写同意书患者；临床基本资料完善患者。

排除标准：存在其他部位骨折患者；不能与之进行正常对话患者；意识不清晰患者；凝血因子丧失功能患者；免疫功能缺陷患者；研究依从性较差患者。

1.2 方法

在为两组股骨颈骨折患者进行诊断检查前，医护人员需要了解患者临床基本资料，根据患者理解能力简化股骨颈骨折相关知识，利用宣传手册为患者由浅入深的讲述，帮助患者建立正确疾病认知，减少抵触情绪，提高患者配合度；介绍诊断检查流程，增加患者熟悉感，提高患者检查依从性。在此基础上，两组患者展开不同诊断检查。

参比组患者应用 X 线正位片检查。详细如下：叮嘱患者维持仰卧位体位，将患者下肢向内旋转 15° ，将焦片距离控制在 1.2cm，分别从患者的骨盆前后位、侧位以及水平侧位进行扫描检查，以此了解患者骨折损伤情况。

试验组患者应用螺旋 CT 扫描及三维重建技术检查。详细如下：叮嘱患者维持仰卧位体位，之后选取我院采购的 64 层螺旋 CT 扫描仪对患者骨折处进行扫描检查，将扫描参数中的螺距距离、管球旋转速度、层间厚度、进床速度分别设定 13.3cm、0.4s/周、0.5mm、12mm/s。待初步扫描后，对所得到的数据进行层间距离、层厚分别为 0.5mm 的数据重建，并将所有获得的数据传送到工作站进行进一步处理计算，最后与患者的股骨头颈三维结构结合，分别在冠状位、矢状位、横断位等方位进行立体图像重建，以此形成患者股骨头颈的三维图像，便于细致观察骨折损伤程度，了解隐匿

处骨折情况，有效评估骨折分型，并为临床治疗提供参考依据。

两组患者均在进行相关检查后，由治疗医师为其展开合适的治疗方式（保守治疗、内固定手术治疗、髋关节置换术治疗等），并在治疗后 6 个月进行效果观察。注意在为患者治疗期间，需要强调恢复期间注意事项，术后早期避免负重活动，降低股骨颈进一步压缩和股骨头坏死风险；建议适当进行活动，早期进行肌力练习和活动度练习，降低粘连和肌肉萎缩风险，合理提高患肢，预防肿胀疼痛；初期加强患肢曲屈度，在未达到 90°前，禁止正常姿势坐起；中期强化关节活动，改善关节稳定性，逐步尝试患肢负重训练；后期以缓慢正常活动为主，逐渐恢复正常生活。

1.3 观察指标

对两组纳入研究者检查后的诊断准确率、骨头坏死率、骨折不愈合率、病死率进行统计。骨头坏死的评估标准主要是受力时髋关节疼痛明显，且出现患肢股骨头塌陷、下肢缩短、行走困难等。骨头坏死率（%）=（骨头坏死患者例数/总患者例数）×100%。骨折不愈合是指虽进行过相关治疗，但对医嘱的遵从性不高，骨折尚未完全愈合的情况。骨折不愈合率（%）=（骨折不愈合患者例数/总患者例数）×100%。

1.4 统计学分析

将两组纳入研究者检查后的诊断准确率、骨头坏死率、骨折不愈合率、病死率输入到 SPSS22.0 软件包内进行计算统计，其中计量资料符合正态分布，采用（均数±标准差）表示，作 t 检验；诊断准确率等采用（n%）表示，作 X² 检验。多项数据之间进行对比后，组间对比差异性显著（P<0.05）。

2. 结果

2.1 对比两组纳入研究者检查后的诊断准确率

试验组患者检查后的诊断准确率高于参比组（P<0.05），组间对比差异性显著。见表 1。

表 1 两组患者检查后的诊断准确率对比（n%）

组别	例数（n）	诊断准确率（%）	漏诊率（%）
试验组	108	106（98.15）	2（1.85）
参比组	112	95（84.82）	17（15.18）
X ² 值	-	12.3755	12.3755
P 值	-	0.0004	0.0004

2.2 对比两组纳入研究者的骨头坏死率、骨折不愈合率、病死率

试验组患者的骨头坏死率、骨折不愈合率、病死率均低于参比组（P<0.05），组间对比差异性显著。见表 2。

表 2 两组患者的骨头坏死率、骨折不愈合率、病死率对比（n%）

组别	例数（n）	骨头坏死率（%）	骨折不愈合率（%）	病死率（%）
试验组	108	2（1.85）	5（4.63）	1（0.93）
参比组	112	16（14.29）	24（21.43）	8（7.14）
X ² 值	-	11.3150	13.5580	5.4162

P 值	-	0.0007	0.0002	0.0199
-----	---	--------	--------	--------

3. 讨论

股骨颈骨折属于骨科诊治范畴，具有患病率高、致残率高的特点。流行病学显示，此类骨折占全身骨折的 3.6%，最常见的人群为老年患者，多是由跌倒等轻微扭转暴力引起^[8-9]。典型症状有骨折处疼痛、功能障碍、下肢缩短、外展、外旋畸形等，降低患者生活质量^[10-11]。股骨颈骨折分型是评估患者病情的主要方式，可有效针对具体分型选取最佳的治疗方案，提高治疗效果和预后情况。目前，最广泛地股骨颈骨折分型为 Garden 分型，I 型是指不完全骨折或嵌插骨折、骨的完整性部分中断情况；II 型是指完全骨折，但未发生移位的情况；III 型是指完全骨折，部分出现移位且股骨头与股骨颈有接触的情况；IV 型是指完全骨折且完全移位的情况^[12]。采取科学的诊断检查方式能够有效了解患者分型，不同方式的诊断效果有所差异。

X 线正位检查是以往临床上最常用的诊断方式，能够有效了解患者骨折情况，但部分患者可因骨折疼痛出现抵触情绪，对诊断检查的配合度不高，影响检查效果，且因股骨颈这一部位的特殊性，扫描可能不够全面，存在较高的漏诊率。此外，X 线正位检查无法对患者骨折分型进行准确判断，为后期治疗提供的参考意义不高^[13-14]。随着医疗水平不断提升，影像学技术的到广泛发展，以 CT 技术最为显著。螺旋 CT 突破了传统 CT 的设计，采用滑环技术，将电源电缆和一些信号线与固定机架内不同金属环相连运动的 X 射线管、探测器滑动电刷以及金属环导联。球管和探测器不受电缆长度限制，沿人体长轴连续匀速旋转，扫描床同步匀速递进，扫描轨迹呈螺旋状前进，可快速、不间断的完成容积扫描工作。此法具有扫描速度快、分辨率高、图像质量清晰的优势。使用此法对股骨颈骨折患者进行扫描检查，能够从冠状位、矢状位和横断位等多方位扫描，并利用计算机处理和计算，建立股骨颈相关图像，以此能够准确了解患者骨折情况，评判损伤严重程度，减少漏诊情况，为日后临床医师的治疗工作提供准确参考依据，诊断价值较高^[15-17]。但仍可出现漏诊现象，为提高诊断准确率，建议与其他诊断方式联合使用，提高诊断效能。

本研究结果表明，试验组患者检查后的诊断准确率为 98.15%高于参比组（P<0.05），组间对比差异性显著，说明应用螺旋 CT 扫描及三维重建技术能够提高诊断准确率，便于临床医师科学实施治疗方案，提高治疗效果。试验组患者的骨头坏死率为 1.85%、骨折不愈合率为 4.63%、病死率为 0.93%均低于参比组（P<0.05），组间对比差异性显著，说明经过螺旋 CT 扫描及三维重建技术诊断后，临床医师可以准确了解骨折损伤情况，采取合适的治疗方式，减少股骨头坏死和骨折不愈合情况，提高预后效果。

综上所述，对股骨颈骨折患者应用螺旋 CT 扫描及三维重建技术的诊断效果更佳，能够准确了解股骨颈骨折分型，利于医师展开科学治疗，增强治疗效果，促进患者预后恢复，值得借鉴。

参考文献：

（下转第 49 页）

有创机械通气治疗 ICU 重症心力衰竭患者的临床研究

郑青林

安徽无为市人民医院重症医学科 238300

摘要: 目的: 观察重症监护室例对重症心力衰竭患者实施有创机械通气治疗的临床应用效果。方法: 选取我院在 2015 年 7 月至 2019 年 2 月期间收治的 56 例重症心力衰竭患者为研究对象进行此研究, 根据 ICU 治疗方式的不同将患者分为观察组和对照组, 每组各 28 例。给予对照组患者常规治疗方案治疗, 观察组患者在此基础上增加有创机械通气治疗, 比较两组患者的治疗有效率和相关生命指标水平差异。结果 观察组患者的 SaO_2 、 PaO_2 、 PaCO_2 、HR、RR 等指标改善程度均明显高于对照组 ($P < 0.05$); 观察组患者的治疗总有效率高于对照组 (96.42% VS 75.00%, $P < 0.05$)。结论: 给予 ICU 重症心衰患者常规治疗基础上增加有创机械通气疗法, 可有效提升患者临床治疗效果, 改善患者生命指标, 临床应用及推广价值极高。

关键词: 有创机械通气治疗; 心力衰竭; 重症监护室

Clinical Study of Invasive Mechanical Ventilation in the Treatment of Severe Heart Failure in ICU

Zheng Qing Lin

(238300) Department of Critical Care Medicine, People's Hospital of Wuwei County, Anhui Province

[Abstract] Objective To observe the clinical effect of invasive mechanical ventilation on patients with severe heart failure in ICU. Methods a total of 56 patients with severe heart failure admitted to our hospital from July 2015 to February 2019 were selected as the subjects of this study. According to different ICU treatment methods, patients were divided into observation group and control group, with 28 patients in each group. Patients in the control group were given conventional treatment, and patients in the observation group were given invasive mechanical ventilation on this basis. The difference in treatment efficiency and related life indicators between the two groups was compared. Results The improvement degree of SaO_2 , PaO_2 , PaCO_2 , HR and RR in observation group was significantly higher than that in control group ($P < 0.05$). The total effective rate in observation group was higher than that in control group (96.42% VS 75.00%, $P < 0.05$). Conclusion Adding invasive mechanical ventilation therapy to ICU patients with severe heart failure on the basis of conventional treatment can effectively improve the clinical treatment effect of patients, improve patients' life indicators, and has high clinical application and promotion value.

[key words] invasive mechanical ventilation; heart failure; intensive care unit

重症心力衰竭是指患者心脏由于各种因素造成长期失代偿, 心脏功能发生严重下降或障碍, 常引起严重的临床症状, 给患者生命安全造成巨大威胁。重症监护室 (Intensive Care Unit, ICU) 内的患者通常病情紧急, 其中进入 ICU 的重症心力衰竭患者更是病情严重, 常存在缺血及缺氧症状, 同时增加相关并发症发生几率^[1], 因此需要积极合适的治疗来保障重症心衰患者的生命安全。常规医学救治措施治疗有一定局限性, 部分患者会存在通气不佳状况, 影响救治过程和效果, 需要增加辅助通气治疗以改善患者通气水平。临床上常使用药物联合有创机械通气进行患者治疗, 可取得显著效果。因此本研究以我院 ICU 收治的重症心力衰竭患者为研究对象, 在应用常规治疗的基础上增加有创机械通气, 观察其应用效果, 现报道如下:

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取在 2015 年 7 月至 2019 年 2 月期间我院 ICU 收治的 56 例重症心力衰竭患者为研究对象, 根据有无使用有创机械通气情况将患者分为观察组和对照组, 每组各 28 例。其中观察组男性患者 15 例, 女性患者 13 例, 年龄范围 35~87 岁, 平均年龄为 (74.32±5.68) 岁。28 例患者中合并冠心病 3 例, 合并高血气指标 5 例, 合并糖尿病 15 例, 合并其他疾病 5 例; 对照组男性患者 14 例, 女性患者 14 例, 年龄范围在 44~87 岁间, 平均年龄为 (76.30±7.54) 岁, 28 例患者中合并冠心病 4 例, 合并高血气指标 4

例, 合并糖尿病 16 例, 合并其他疾病 4 例。两组患者的年龄、性别及病种构成无明显差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。患者及家属均知情同意研究内容, 且研究获得院伦理委员会批准。

1.2 纳入排除标准

纳入标准: ①患者入住 ICU, 被明确诊断为重症心力衰竭; ②患者情况适合应用有创机械通气; ③患者血流动力学稳定; ④无其他不适合进行有创机械通气情况。排除标准: ①存在精神方面疾病或者语言功能障碍, 无法正常沟通患者; ②存在恶性肿瘤者; ③存在严重肝肾疾病者; ④临床资料不全患者; ⑤中途退出此次研究或者依从性差患者。

1.2 方法

给予两组患者平喘、扩张血管、呋塞米利尿、西地兰强心等常规治疗方案, 针对患者病情对患者内环境紊乱进行纠正, 做好患者生命体征监测。观察组在此方案上增加有创机械通气进行治疗, 有创机械通气仪器为 Drager Savina 300, 通气治疗模式为 BIPAP 双水平气道内正压或 A-C, 根据患者情况和治疗反应及时调整相关参数, 呼气末正压为 5-8cmH₂O, 1cmH₂O=0.098kPa; 潮气量 6-10ml/kg; 呼吸频 12-20 次/min, 氧浓度 35%-60%, 压力水平 12-22 cm H₂O。待患者心力衰竭症状有所好转后, 对通气模式及呼吸机支持参数进行适当调整, 并在合适时间将呼吸机撤离。

1.3 观察指标及疗效判定

观察指标: 比较两组患者生命体征指标差异, 主要包括动脉血氧饱和

度 (SaO₂)、动脉血氧分压 (PaO₂)、动脉血二氧化碳分压 (PaCO₂)、心率和呼吸。

患者治疗效果评判^[2]: ①显效: 治疗后患者各项生命指标明显改善或恢复正常水平, 心功能等级改善 1 级以上; ②有效: 患者治疗后各项血气指标均有所好转, 心功能等级改善 1 级以上; ③无效: 患者经治疗后各项血气指标无明显改善, 甚至加重, 心功能等级无明显变化。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.4 统计学方法

采用 SPSS19.0 分析软件对数据进行统计学处理, 对计量资料采用均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 使用 t 检验进行组间比较; 对计数资料采用例 (n) 或百分比 (%) 进行描述, 使用 χ^2 检验进行组间比较, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

表 2. 两组患者各生命体征监测指标水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	SaO ₂ (%)	PaO ₂ (mmHg)	PaCO ₂ (mmHg)	HR (次/min)	RR (次/min)
观察组 (n=28)	94.68±1.25	88.74±5.41	51.47±4.62	91.03±10.25	20.36±5.74
对照组 (n=28)	89.21±1.45	78.63±5.21	78.31±4.74	98.13±10.14	29.78±5.34
t	15.650	7.373	22.210	2.697	6.581
P	0.000	0.000	0.000	0.009	0.000

3. 讨论

随着我国居民老龄化的不断加剧、生活方式及饮食模式的巨大变化, 各种慢性病的发病率和患病率均在不断上升, 心血管疾病的患病群体不断增加, 而大部分心血管疾病发展到最后都会造成心力衰竭, 严重者发展成为重症心力衰竭, 严重危害患者生命安全和生活质量, 重症心力衰竭已经成为 ICU 常见疾病。

重症心力衰竭与诸多因素相关, 如炎症、血流动力学改变所致的负荷增加、心肌梗死等, 造成心肌功能及结构变化或者心肌损伤关系密切。心衰患者心脏正常的收缩或舒张功能出现障碍, 无法顺利将心脏回心血充分排出, 静脉系统血液淤积, 动脉系统血液灌注缺乏^[3-4]。

由于 ICU 患者病情大多危重, 心衰更是 ICU 患者的危急症之一, 临床表现主要包括周围循环阻力增加、肺循环压力升高、乏力、水肿、呼吸困难等。临床上以纠正心衰患者缺氧, 缓解临床症状, 减轻心脏负荷, 因此主要使用利尿药物、扩张血管、强心等方式实施治疗。临床上机械通气技术的成熟应用, 在患者生命抢救中具有重要作用^[5]。重症心衰患者心室排血不充分、遇阻, 舒张压上升, 肺部毛细血管压力和通透性增加, 血液外渗, 引起急性肺水肿、气体弥散障碍和呼吸血流比例紊乱, 造成低氧血症和高碳酸血症, 加重心脏压力^[6-7]。有创机械通气治疗帮助纠正患者酸中毒, 改善低氧血症和患者血液输氧能力, 增加胸内压及气道压, 降低患者左心室在舒张末期时的扩张容量。并且, 有创机械通气能够减轻患者心脏负荷及液体向外渗透量, 减少静脉回心的血流量, 增加肺泡内压, 保证患者肺泡内液处于充盈状态, 改善患者肺间质水肿、肺泡萎缩不张、肺泡通气情况, 因此可纠正患者重要器官和组织的缺氧。同时增加胸内正压可调整患者右心充盈状态, 升高平均动脉压, 降低患者左室负荷, 改善动脉灌注, 有助于患者的心功能恢复^[8]。

2.1 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者的治疗总有效率为 96.42%, 对照组治疗总有效率为 75.00%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 详见表 1。

表 1. 两组患者治疗总有效率比较[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	28	17(60.71)	10(35.71)	1(3.57)	27(96.42)
对照组	28	15(53.57)	6(21.42)	7(25.00)	21(75.00)
χ^2			5.250		
P			0.022		

2.2 两组患者治疗后各生命体征监测指标水平比较

观察组患者的 SaO₂、PaO₂、PaCO₂、HR、RR 等指标改善程度均优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 详见表 2。

此次研究中, 观察组 SaO₂、PaO₂、PaCO₂、HR、RR 等指标改善程度均高于对照组 ($P < 0.05$), 同时观察组总有效率为 96.42%, 对照组为 75.00% ($P < 0.05$), 这些结果表明给予 ICU 心衰患者药物联合有创机械通气的疗法可明显改善患者心功能, 具有十分显著的效果。

综上所述, 有创机械通气有助于重症监护室重症心衰患者的治疗, 帮助改善患者生命体征指标, 提升治疗效果, 具有良好的临床使用价值。

参考文献:

- [1] 谢凯, 林转娣, 梁结柱. 有创机械通气治疗 ICU 重症心力衰竭的疗效分析及可行性观察[J]. 中国实用医药, 2018, 13(13):39-41.
- [2] 朱春荣. 有创机械通气治疗 ICU 重症心力衰竭患者的临床分析[J]. 医药前沿, 2017, 7(11):208-209.
- [3] 王星利. ICU 重症心力衰竭应用有创机械通气和常规方法治疗临床比较[J]. 航空航天医学杂志, 2017, 28(6):698-700.
- [4] 曹亚伟. 无创机械通气治疗 ICU 重症心力衰竭的疗效观察[J]. 中国社区医师, 2018, 34(9):16-16.
- [5] 史雅琼, 张良平. 有创机械通气治疗 ICU 重症心力衰竭的疗效[J]. 中西医结合心血管病杂志, 2019, 7(3):45.
- [6] 王星利. ICU 重症心力衰竭应用有创机械通气和常规方法治疗临床比较[J]. 航空航天医学杂志, 2017, 28(6):698-700.
- [7] 于刘芳, 闫炳, 乾常琳. 有创机械通气治疗 ICU 重症心力衰竭患者的疗效评价[J]. 心理医生, 2016, 22(6):114-115.
- [8] 任薇, 闫沁斌, 梁伟, 等. 血清 BNP 水平与重度心力衰竭病人机械通气时间的关系探讨[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2018, 16(11):1533-1536.

作者简介: 郑青林 (238300) 安徽无为市人民医院重症医学科。

磷酸奥司他韦治疗小儿甲型流行性感冒的临床效果观察

曹 静

甘泉县中医医院 儿科 陕西延安 716100

摘要：目的：探究磷酸奥司他韦治疗小儿甲型流行性感冒的临床效果。方法：选取医院儿科 2019.1.31-2021.12.31 收治的 90 例小儿甲型流行性感冒患者，随机分为 A 组、B 组，各 45 例，A 组-常规治疗，B 组-磷酸奥司他韦治疗，对比 A/B 组患儿治疗效果、药物不良反应炎症因子表达，临床症状改善情况。结果：B 组患儿疾病治疗总有效率 88.89% 高于 A 组患儿治疗总有效率 64.44% ($\chi^2=7.516$, $P<0.05$)；B 组患儿药物不良反应发生率 11.10% 高于 A 组患儿 4.44% ($P>0.05$)；治疗前，两组患儿的 CRP、IL-8、IFN- γ 指标比较无统计学意义 ($P>0.05$)，治疗后 B 组患儿 CRP、IFN- γ 低于 A 组，IL-8 指标高于 A 组 ($t=16.067/7.857/5.262$, $P<0.05$)；B 组患儿咽喉肿痛消失时间、体温恢复正常时间、惊厥症状消失时间、咳嗽鼻塞消失时间均短于 A 组 ($t=7.485/8.426/16.378/8.690$, $P<0.05$)。结论：小儿甲型流行性感冒发生采用磷酸奥司他韦治疗，可有效提高患者治疗效果，改善患儿机体炎症指标，缩短患者症状持续时间，且药物使用后不良反应较少，具有好的治疗安全性，值得临床疾病治疗实践应用。

关键词：磷酸奥司他韦；小儿甲型流行性感冒；临床效果；炎症因子

甲型流行性感冒（甲型 H1N1）作为急性呼吸道传染病对人体身体健康影响较大，会造成患者出现持续性高热、肌肉酸痛、咽喉疼痛等症状。小儿由于年龄小，身体抵抗力低因此易患甲型 H1N1 疾病，疾病发生后患儿体温可高达 39℃ 至 40℃，严重情况下存在惊厥症状，而且疾病如果不能及时得到治疗，很容易造成范围性传播，通过调查发现儿童甲型流行性感冒发生率占比 4% 且男性高于女性^[1]。目前临床中针对小儿甲型流行性感冒主要以抗病毒治疗为主，同时为儿童进行抗感染，但该种治疗方法效果并不理想。因此临床中针对小儿甲型流行性感冒治疗进行研究发现磷酸奥司他韦治疗效果较好，该药物作为特效流感病毒神经氨酸酶抑制剂可有效降低病毒在体内的扩散，改善儿童体内炎症因子表达，改善儿童临床症状，对于小儿疾病预后具有重要作用，除此之外，药物在应用过程中具有较高的安全性，不会对儿童的身体造成健康影响^[2]。为进一步观察药物在小儿甲型流行性感冒治疗中的应用价值，研究纳入 90 例小儿甲型流行性感冒患儿（时间 2019.1.31-2021.12.31）采用 1/1 分组，探究小儿甲型流行性感冒治疗中磷酸奥司他韦的可行性。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取医院儿科 2019.1.31-2021.12.31 收治的 90 例小儿甲型流行性感冒患者，随机分为 A 组、B 组，各 45 例。观察 A 组、B 组一般资料，未见统计学意义 ($P>0.05$)。见表 1

表 1 90 例小儿甲型流行性感冒患者信息

	平均年龄(岁)	平均体温 (℃)	平均病程 (h)	性别 (男/ 女)
A 组 (n=45)	1-5 (2.29±0.87)	38.71-39.95 (39.21±0.44)	14-26 (18.58±2.26)	26/19
B 组 (n=45)	1-4 (2.21±0.85)	38.61-39.96 (39.25±0.42)	15-27 (18.60±2.27)	25/20
检验值	0.441	0.441	0.042	0.045

P 0.660 0.660 0.967 0.832

诊断标准：符合《流行性感冒诊断和治疗指南(2011 年版)》^[3]中诊断内容。

纳入标准：（1）学龄前儿童；（2）体温≥38.6℃；（4）咽拭子测试结果呈现阳性；（5）临床资料完整；（6）自愿参与研究。

排除标准：（1）合并呼吸道感染；（2）药物禁忌症；（3）6 个月内接种流行性感冒疫苗；（5）临床资料缺失；（6）严重脏器损伤；（7）存在精神障碍；（8）参与其他医疗项目研究。

注：研究按照正常审批流程上报医学伦理委员会；取得父母或法定监护人同意并签署知情同意书。

1.2 方法

两组患儿在治疗前均进行常规干预，为患儿进行退热治疗，解痉治疗，给予幼儿充足的营养支持，保证儿童体内水电解质平衡。

A 组采用常规治疗，为儿童使用小儿咽扁颗粒（内蒙古惠丰药业有限公司，国药准字 Z20053717，4g*12 袋）冲服使用，1-2 岁儿童 4g/次，2 次/d，3-5 岁儿童 4g/次，3 次/d，6-14 岁儿童 8g/次，3 次/d。

B 组在 A 组患者治疗基础上使用磷酸奥司他韦（宜昌东阳光长江药业股份有限公司，国药准字 H20080763，15mg）口服，用药剂量依据儿童体重进行确定：体重≤15kg 儿童，30mg/次，2 次/d；15 kg<体重≤23kg 儿童，45mg/次，2 次/d；23 kg 体重≤40kg 儿童，60mg/次，2 次/d；体重>40kg 儿童，75mg/次，2 次/d。

两组患儿均治疗 7d。

1.3 观察指标

（1）观察 A/B 组患儿治疗效果；

治疗效果判定：治愈：患儿鼻塞、流涕、咳嗽等症状完全消失，治疗两天后体温趋于正常；显效：患儿上述症状明显改善，治疗三天后体温趋于正常；有效：患儿上述症状有所减轻，治疗三天后体温逐渐降低；无效：不满足治愈、显效和有效判定。治疗总有效率=治愈率+显效率+有效率。

（2）观察 A/B 组患儿药物不良反应；

两组患儿在药物治疗过程中，需要由同一位医师对所有患儿在疾病治疗中的情况进行观察，并且对存在的不良反应进行记录。

(3) 观察 A/B 组患儿炎症因子表达情况；

分别采集儿童治疗前后的空腹状态下静脉血 3ml，完成血液采集后将血液样本进行离心处理（3500r/min，15min），离心血清样本放置冷藏室内存储，而后利用酶联免疫吸附实验（ELISA）测定样本中白细胞介素-8(IL-8)、C 反应蛋白（CRP）、 γ 干扰素(IFN- γ)。

(4) 观察 A/B 组患儿临床症状改善情况；

观察两组儿童在治疗后的咽喉肿痛好转时间、体温恢复正常时间、惊厥症状改善时以及咳嗽鼻塞好转时间。

1.4 统计学分析

统计学软件版本 SPSS22.0。计量资料（ $\bar{x}\pm s$ ）表示， t 检验，计数资料（%）表示， χ^2 检验， $P<0.05$ 体现统计学意义。

2 结果

2.1A/B 组患儿治疗效果比较

B 组患儿疾病治疗总有效率 88.89%高于 A 组患儿治疗总有效率 64.44%（ $\chi^2=7.516$ ， $P<0.05$ ）见表 2

表 2 A/B 组患儿治疗效果比较（%）

组别	显效	有效	无效	总有效
----	----	----	----	-----

表 4 A/B 组患儿炎症因子表达情况（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	CRP(mg/L)		IL-8(ng/mL)		IFN- γ (ng/mL)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A 组（n=45）	34.27 $\pm$ 4.86	15.01 $\pm$ 2.27	0.10 $\pm$ 0.02	0.20 $\pm$ 0.08	0.15 $\pm$ 0.08	0.10 $\pm$ 0.05
B 组（n=45）	33.96 $\pm$ 5.04	8.86 $\pm$ 1.20	0.10 $\pm$ 0.07	0.35 $\pm$ 0.10	0.17 $\pm$ 0.09	0.06 $\pm$ 0.01
t	0.297	16.067	0.000	7.857	1.114	5.262
P	0.767	<0.001	1.000	<0.001	0.268	<0.001

2.4A/B 组患儿临床症状改善情况

B 组患儿咽喉肿痛消失时间、体温恢复正常时间、惊厥症状消失时间、咳嗽鼻塞消失时间均短于 A 组（ $t=7.485/8.426/16.378/8.690$ ， $P<0.05$ ）见表 5

表 5 A/B 组患儿临床症状改善情况（ $\bar{x}\pm s$ ，d）

组别	咽喉肿痛消	体温恢复正	惊厥症状消	咳嗽鼻塞消
	失时间	常时间	失时间	失时间
A 组（n=45）	2.84 $\pm$ 0.58	4.06 $\pm$ 1.01	4.11 $\pm$ 0.74	3.97 $\pm$ 1.02
B 组（n=45）	2.00 $\pm$ 0.48	2.41 $\pm$ 0.84	2.09 $\pm$ 0.37	2.36 $\pm$ 0.71
t	7.485	8.426	16.378	8.690
P	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

3 结论

甲型流行性感冒通常是由于感染甲型 h1n1 流感病毒引发的急性呼吸道疾病，该疾病在小儿范围内发生较为广泛，主要是由于小儿的身体抵抗力弱，机体组织发育未完全，病毒通过飞沫传播进入到小儿体内后在体内进行繁殖，进而造成小儿出现体温升高、咳嗽咳痰、高热惊厥等症状，如果不及时采取有效措施治疗，极易导致小儿身体发育受到影响，威胁小儿

A 组（n=45）	12(26.67)	17(37.78)	16(35.56)	29(64.44)
B 组（n=45）	17(37.78)	23(51.11)	5(11.11)	40(88.89)
χ^2	-	-	-	7.516
P	-	-	-	0.006

2.2A/B 组患儿药物不良反应

B 组患儿药物不良反应发生率 11.10%高于 A 组患儿 4.44%（ $P>0.05$ ）

见表 3

表 3 A/B 组患儿药物不良反应（%）

组别	恶心呕吐	头晕	心跳过快	总发生
A 组（n=45）	1(2.22)	0	1(2.22)	2(4.44)
B 组（n=45）	2(4.44)	2(4.44)	1(2.22)	5(11.10)
χ^2	-	-	-	1.394
P	-	-	-	0.238

2.3A/B 组患儿炎症因子表达情况

治疗前，两组患儿的 CRP、IL-8、IFN- γ 指标比较无统计学意义（ $P>0.05$ ），治疗后 B 组患儿 CRP、IFN- γ 低于 A 组，IL-8 指标高于 A 组（ $t=16.067/7.857/5.262$ ， $P<0.05$ ）见表 4

生命安全，疾病的易感人群主要有儿童和老年人，因此需要重点关注针对儿童甲型流行性感冒的治疗研究。诱发因素分析，如果儿童身体素质差，身体抵抗力较低，这种情况很容易造成儿童出现疾病；而且疾病发生时间多以冬季春季为主，这种情况会造成冷热温差较大，空气较为干燥，以增加疾病发生风险；如果儿童在日常生活中存在普通感冒，尽管不会出现甲型流感疾病但是会受到抵抗力降低，增加病毒感染风险。通常情况下针对疾病治疗主要有抗病毒治疗，但是受儿童年龄较小的影响，单一的抗病毒治疗效果不佳，随着临床药物治疗的逐渐研究，发现针对小儿甲型流行性感冒治疗应用磷酸奥司他韦效果较好^[4]。

磷酸奥司他韦作为常见的神经氨酸酶抑制剂，目前被广泛应用于甲型乙型流感疾病治疗中，作为一种病毒表面的糖蛋白，神经氨酸酶抑制剂的活性可以对新形成的病毒颗粒从被感染人体中进行释放，而且该药物的活性代谢产物，可以有效减少患者体外的病毒活性，这样可以有效防止疾病的传播，进而降低患者临床症状，阻止病毒体内的复制，实现流感治疗的目的^[5]。现阶段研究发现磷酸奥司他韦在用药过程中并不会对儿童的机体健康组织造成损伤，还可以针对病毒感染人群在体内形成免疫反应，减少疾病的二次发生。分析此次研究结果。发现 B 组患儿的治疗效果高于 A

组,分析原因,药物应用后可以通过患儿的肝脏以及肠道酯酶的催化转化为活性代谢物奥司他韦羧酸,该物质与神经氨酸相似,在一定程度上能够竞争性地与流感病毒神经氨酸酶在活动地点进行结合,进而实现选择性流感病毒 NA 抑制,使细胞中的病毒被释放,进而降低甲型流感病毒被传播。而且药物使用过程中并不会损害小儿对感染的正常的抗体反应,还可以有效降低小儿体内炎症指标的表达情况,这也是此次研究中 B 组小儿 CRP、IL-8、IFN- γ 优于 A 组的重要原因。从安全性的角度分析,研究中基于小儿咽扁颗粒进行药物应用,药物应用后发现两组儿童出现的不良反应情况不存在统计学意义,这一数据充分说明磷酸奥司他韦在与其他药物联合应用过程中并不会增加不良反应,具有较好的用药安全性。药物应用后对缩短小儿咽喉肿痛、鼻塞鼻塞、惊厥发热等症状的时间具有积极意义。孙军锋,王亚坤,樊艳辉^[6]等人在报道中采用相同的研究方法进行研究,研究结果显示观察组患者临床总有效率 97.98%,高于对照组临床总有效率 88.89%,且观察组不良反应发生数据 7.07%,对照组不良反应发生 4.04%,该数据与本次研究部分数据高度相似,而且本次研究优势在于针对磷酸奥司他韦药物使用中对患儿症状的改善,发现用药后可加快患者临床症状消失时间,同时改善儿童生理指标情况。但是在为患儿进行药物使用过程中同样需要做好用药指导工作,严格按照医师药师的指导进行用药,不能随意改变用药时间以及用药频率,这样才能保证儿童在用药过程中减少不良反应的发生。与此同时,在患儿用药过程中还需要积极针对儿童进行护理,护理过程中主要通过情绪护理,生活护理,依从性护理等方面,例如在儿童用药过程中鼓励儿童,使儿童能够良好的配合医护人员,防止儿童由于年

龄低造成用药抗拒,导致儿童出现抵触情况,影响疾病治疗的安全性。生活护理过程中指导儿童以及家属在药物过程中不能与哪些药物进行联合应用,并且叮嘱家长以及儿童一旦在用药过程中出现任何不适,需要及时与医生和护士进行说明,减少严重不良反应的发生。

综上所述,小儿甲型流行性感冒具有多发性以及高发性,对儿童的身体发育以及身体健康均造成重要影响,在疾病治疗中为患儿使用磷酸奥司他韦,可以显著提高临床治疗效果同时改善患儿临床症状,而且药物的不良反应较少,更加具有用药安全性,值得临床推广。

参考文献:

- [1]刘歌,刘建汉,王洪声,梁飞,曾韦焜.小儿双解方联合磷酸奥司他韦颗粒治疗甲型流行性感冒的临床观察[J].中国民间疗法,2021,29(23):84-86.
- [2]苏晓杰.磷酸奥司他韦治疗小儿甲型流行性感冒的临床效果观察[J].名医,2020(11):300-301.
- [3]流行性感冒诊断与治疗指南(2011 年版)[J].国际流行病学传染病学杂志,2012(01):1-9.
- [4]文静.磷酸奥司他韦在流行性感冒患者治疗中的应用价值研究[J].名医,2019(03):259.
- [5]陈芸,付惠玲,汪宇.甲型、乙型流行性感冒患儿口服磷酸奥司他韦的治疗效果对比观察[J].山东医药,2020,60(30):84-86.
- [6]孙军锋,王亚坤,樊艳辉,等.小儿咽扁颗粒联合磷酸奥司他韦治疗儿童甲型流行性感冒伴热性惊厥的临床研究[J].中国医药导报,2020,17(18):111-114.

(上接第 44 页)

- [1]张敏红,陈晓波,蔡勇,徐海乔,梁焕.64 层螺旋 CT 三维重建技术在股骨颈骨折方面的诊断价值分析[J].现代医用影像学,2018,27(04):1112-1113+1115.
- [2]郭庆生.探讨 MSCT 扫描 MPR 技术对股骨颈骨折的诊断效能及在临床分型中的意义[J].当代医学,2021,27(35):59-61.
- [3]骆玉辉,张远鸿,冯均良,冯兆章.X 线与 CT 诊断股骨颈骨折的应用效果对比[J].影像研究与医学应用,2021,5(10):139-140.
- [4]黄桂香,孙学兵.64 排螺旋 CT 三维重建技术在老年股骨颈骨折中的应用价值[J].系统医学,2018,3(22):114-116.
- [5]宋海乔,强军.MSCT 三维重建对股骨颈骨折的诊断价值研究[J].黑龙江医药科学,2021,44(01):168-169.
- [6]郭向荣,桂芬,郭美琴,李侠,吕国义.多层螺旋 CT 三维成像与 X 线对老年股骨颈骨折分型的评估价值[J].中国老年学杂志,2020,40(17):3692-3694.
- [7]魏春林,陈玺,胡善文.MSCT 扫描 MPR 技术对股骨颈骨折诊断效能及在临床分型中应用价值分析[J].中国 CT 和 MRI 杂志,2020,18(08):161-163.
- [8]张先杰.CT 检查在诊断股骨颈骨折中的应用价值[J].当代医药论丛,2020,18(09):169-170.
- [9]蓝文新,李清华.X 线和 MSCT 三维重建技术对于股骨颈骨折分型的价

值比较[J].中外医学研究,2020,18(04):64-66.

- [10]何斌,甘群英.CT 扫描及三维重建对股骨颈骨折临床治疗方案选择及预后的评价[J].中国 CT 和 MRI 杂志,2019,17(07):140-143.
- [11]梁赞浩,洪海潮.DR、CR、CT 在诊断非典型股骨颈骨折中的临床诊断对比评价[J].现代医用影像学,2019,28(07):1522-1524.
- [12]廖彩虹,李青薛,胡贤铨.多层螺旋 CT 三维图像与 X 线评估老年股骨颈骨折分型的价值比较[J].创伤外科杂志,2019,21(06):473-474.
- [13]喻朋辉.股骨颈隐性骨折的 MRI 诊断及临床价值分析[J].现代医用影像学,2018,27(04):1110-1111.
- [14]徐海峰.股骨颈骨折 X 线 CT 影像的临床对比分析[J].影像研究与医学应用,2019,3(06):84-85.
- [15]佟鑫.螺旋 CT 扫描及三维重建技术在股骨颈骨折 Garden 分型中的应用价值[J].中国当代医药,2021,28(11):169-171.
- [16]史纪元,刘慧通,武世勋,王涛,傅蓓.MSCT 三维重建技术对老年股骨颈骨折患者临床应用价值研究[J].中国 CT 和 MRI 杂志,2022,20(03):171-173.
- [17]邢健.16 排螺旋 CT 三维成像与 X 线对老年股骨颈骨折分型的效果观察及检出率影响分析[J].影像研究与医学应用,2018,2(24):76-77.

孕期瑜伽对自然分娩的影响分析

陈丽^[1] 沈锡悦^[2] 冯德霞^[3]

^[1]山东省济南市平阴县中医医院 产科 山东济南 250400;

^[2]山东省济南市平阴县疾病预防控制中心 健康教育科 山东济南 250400;

^[3]山东省济南市平阴县锦水街道办事处社区卫生服务中心 山东济南 250400

摘要: 目的: 探究孕期进行瑜伽训练对自然分娩的影响。方法: 此次参加研究的 60 例受试者, 均选自我院产科住院部, 选取时间 2020 年 12 月到 2022 年 1 月, 将其随机分组为研究组(产前瑜伽)、对照组(基础孕期保健), 组间区别为孕期保健干预手段不同, 每组研究对象 30 例, 回顾性收集各组产妇产数据, 比对 2 组产程用时、产后出血量、母婴结局、盆底肌肌力、孕期不良情绪、侧切率、裂伤率、裂伤程度等。结果: 研究组三个产程和总产程用时均少于对照组, 产后出血量也更少, 将以上数据使用统计学软件进行处理, 排除第三产程用时, 其余指标均为 P 小于 0.05; 研究组自然分娩率高于对照组, 不良结局率低于对照组, 经软件分析可得 P 值均小于 0.05; 研究组不同阶段的盆底肌肌力均高于另一组 ($p=0.0000$), P 值小于 0.05; 研究组干预后围生期不良情绪评分更低, P 小于 0.05; 研究组产妇的侧切率、裂伤率、裂伤程度均低于对照组 (P 小于 0.05)。结论: 孕期积极应用瑜伽保健方法, 可有效改善母婴结局, 提高自然分娩率, 尽可能减轻生产过程对产妇生理和心理造成的不良影响。

关键词: 孕期瑜伽; 自然分娩; 母婴结局; 不良情绪; 盆底肌肌力

现阶段社会经济不断发展, 人们生活水平不断提高, 医学水平和诊疗技术不断提升, 越来越多的产妇希望通过孕期保健提升分娩舒适度^[1]。孕育过程中产妇的活动量突然下降, 加上体内胎儿生长发育需要摄取大量的蛋白质和热量, 在怀孕中后期产妇容易出现体重激增问题, 同时也增加了生产风险, 如巨大儿、早产、难产、妊娠期糖尿病等, 导致自然分娩率下降, 威胁母婴健康^[2-3]。其次, 在生产过程中部分产妇并没有达到剖宫产指征, 但却由于过度恐惧生产疼痛而选择剖宫产, 以上情况均会对母婴结局造成不良影响^[4]。当前为提升产妇自然分娩率, 改善母婴结局, 提升产妇的产后恢复效果, 必须积极引入新型的孕期保健方法^[5]。瑜伽作为放松休闲的常见运动方式, 近些年逐渐应用到孕期保健领域, 在改善产妇生理和心理状态方面具有重要意义^[6]。文章选取在我院产科进行孕期保健的 60 名产妇作为此次研究人员, 探究孕期进行瑜伽训练对自然分娩的影响, 现将过程和结果报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

此次参加研究的 60 例受试者, 均选自我院产科住院部, 选取时间 2020 年 12 月到 2022 年 1 月, 将其随机分组为研究组(产前瑜伽)、对照组(基础孕期保健), 组间区别为孕期保健干预手段不同, 每组研究对象 30 例, 受试者具体信息如下: 研究组年龄范围(岁): 20 到 39, 平均值(岁): (28.12 ± 3.23) , 孕周范围(周): 37 到 41, 平均值(周): (39.10 ± 2.48) , 孕次平均值: (1.67 ± 0.62) 次; 对照组年龄范围(岁): 21 到 39, 平均值(岁): (28.24 ± 2.32) , 孕周范围(周): 37 到 41, 平均值(周): (39.09 ± 3.25) , 孕次平均值: (1.72 ± 0.58) 次。对比两组资料, $P > 0.05$, 满足对比要求。

1.2 方法

对照组: 给予常规的孕期保健, 一般在孕 15 周时可以鼓励产妇适当进行运动, 运动的方式可以为慢走或慢跑, 一般在晚餐后进行运动, 运动时间为 30 分钟, 产妇若出现不适, 应立即停止休息。孕 13 周内建立母子

健康手册, 后续遵照保健规范给予定期的检查, 如 DNA、糖耐量试验、彩超四维等。

研究组: 在常规孕期保健基础上应用瑜伽运动干预, 具体如下: (1) 孕期给产妇普及运动健康保健措施, 提升产妇的认知水平。孕 15 周时, 产妇进行瑜伽训练, 每日训练时长为 30 分钟, 运动量要根据不同产妇情况进行调整, 循序渐进。(2) 具体体式: ①伸展式: 产妇身体保持直立, 双腿分开与肩同宽, 双肩打开保持与地面平行, 分别向左右两侧弯腰, 弯腰程度达到手掌可以触碰同侧脚踝, 头部偏向一侧, 缓慢伸展四肢, 循环进行上述动作, 可以有效改善产妇的呼吸功能, 强健脊柱和下肢运动功能。②蝶式: 该体式要求产妇上身呈直立状, 两脚靠拢, 挺胸抬头, 肩部充分放松, 以此来缓解肩背部压力。③侧伸展式: 产妇身体保持直立, 双腿伸直, 右脚向外侧旋转 45 度, 身体向左延伸, 手臂绷直, 向地面方向伸展, 双手尽可能触碰地面, 该动作保持 15 秒以上, 再向对侧进行伸展训练, 此动作可以缓解产妇的背部疼痛, 通过骨盆等区域的伸展, 可提升自然分娩率。④战士式: 深呼吸双脚呈前后打开状, 双手平举, 右侧下肢向外旋转 90 度, 左侧向内扣, 两脚保持在同一水平线, 前侧肢体提起膝盖, 做三次深呼吸动作, 结束后再进行另一侧肢体训练, 该动作可训练产妇骨盆区域内肌肉组织, 增强腿部肌肉弹性。⑤站立前屈式: 上身保持山式站立, 两侧手臂放于胯骨位置, 先吸气, 呼气时肢体以髋关节为首, 充分向前伸展, 做该体式时注意拉伸腹股沟、胸骨肌群, 保持 20 秒。

1.3 观察指标

(1) 统计产妇各产程用时和产后出血量。(2) 回顾性收集 2 组母婴结局, 对比自然分娩率和不良结局(胎儿窘迫、新生儿窒息、死亡)发生率。(3) 统计记录 2 组产妇盆底肌肌力评分, 分别于孕 32 周、孕 36 周、产后两周三个阶段测量产妇盆底肌肌力, 具体方法: 医务人员将食指和中指置于产妇阴道外口约 2 厘米处, 嘱产妇做盆底肌收缩动作, 记录收缩次数、时间, 评估收缩强度, 根据临床相关标准进行评分, 满分为 5 分, 可在上级医院

进行。(不需仪器测量)(4)根据 SDS 量表评定产妇情绪(抑郁、恐惧),评分越低越好。(5)收集 2 组产妇会阴侧切和裂伤的例数,计算总发生率,其中裂伤程度划分依据:出现会阴皮肤和阴道口黏膜裂伤为 I 度裂伤;裂伤已达肌层,阴道后壁黏膜撕裂,伤口不规则为 II 度;肛门外括约肌断裂为 3 度会阴裂伤。

1.4 统计学分析

2 组产妇的使用 spss13.0 软件进行统计学处理,其中,母婴结局、侧切率、裂伤率、裂伤程度等为计数资料,采用卡方检验,产程用时、产后出血量、盆底肌肌力、孕期不良情绪为计量资料,采用 T 检验,若两组数据之间 p 值小于 0.05,则代表 2 组在以上方面,具有统计学意义。

2 结果

2.1 对比 2 组产程和产后出血情况

统计 2 组产妇产程的各项数据,对比产程时间和产后出血情况,其中产程分为三个阶段,即第一产程、第二产程、第三产程,研究组以上三个阶段的用时分别为(9.63±0.99)h、(44.45±15.30)min、(6.29±4.87)min、总产程共用时(622.15±70.96)min、产后出血量为(86.35±44.15)ml;对照组以上三个产程的用时分别为(11.34±1.14)h、(65.16±6.59)min、(6.74±5.86)min、总产程共用时(740.28±75.63)min、产后出血量为(20.52±53.32)ml。研究组三个产程和总产程用时均少于对照组,产后出血量也更少,将以上数据使用统计学软件进行处理,可得 $t=6.2032$ 、 6.8092 、 0.3235 、 6.2389 、 5.2085

$P=0.0000$ 、 0.0000 、 0.7475 、 0.0000 、 0.0000 ,排除第三产程用时,其余指标均为 P 小于 0.05。

2.2 对比 2 组母婴结局

研究组自然分娩率为 60%(18 例)、剖宫产率为 23.33%(7 例)、阴道助产率为 16.67%(5 例)、早产率为 0%(0 例)、产后出血率为 3.33%(1 例)、胎儿窘迫率为 6.67%(2 例)、新生儿窒息率为 3.33%(1 例)、新生儿死亡率为 0%(0 例),不良结局发生率为 10%,对照组自然分娩率为 33.33%(10 例)、剖宫产率为 53.33%(16 例)、阴道助产率为 13.33%(4 例)、早产率为 6.67%(2 例)、产后出血率为 6.67%(2 例)、胎儿窘迫率为 10%(3 例)、新生儿窒息率为 10%(3 例)、新生儿死亡率为 0%(0 例),不良结局发生率为 33.33%,研究组自然分娩率高于对照组,不良结局率低于对照组,经软件分析可得 $t=4.2857$ 、 4.8118 , $p=0.0384$ 、 0.0283 。 P 值均小于 0.05。

2.3 对比 2 组孕产期盆底肌肌力变化

本次研究共测定三个阶段产妇的盆底肌肌力,即孕 32 周、孕 36 周、产后两周,研究组以上三个阶段的肌力评分分别为(4.57±0.32)分、(3.63±0.25)分、(2.95±0.11)分;对照组分别为(4.07±0.25)分、(3.40±0.17)分、(2.77±0.10)分,研究组不同阶段的盆底肌肌力均高于另一组($t=6.7440$ 、 4.1669 、 6.6319 , $p=0.0000$), P 值小于 0.05。

2.4 对比 2 组产妇产后围生期情绪变化

围生期产妇情绪复杂多变,常见的两种情绪包括焦虑和恐惧,其中研究组产妇产前瑜伽干预前焦虑评分为(56.25±4.89)分、恐惧评分为

(33.64±10.09)分,干预后 14 天评分分别为(42.16±7.12)、(28.62±6.78);对照组产妇产前瑜伽干预前焦虑评分为(56.65±6.48)分、恐惧评分为(34.32±10.10)分,干预后 14 天评分分别为(52.36±5.48)、(33.21±9.34),研究组干预后围生期不良情绪评分更低($t=0.2699$ 、 0.2609 、 6.2181 、 2.1783 , $p=0.7882$ 、 0.7951 、 0.0000 、 0.0335), P 小于 0.05。

2.5 对比 2 组会阴损伤的情况

生产过程难免会对产妇的会阴区造成不同程度的损伤,本研究统计 2 组产妇的侧切率、裂伤率和裂伤程度,裂伤程度被分为 1 度、2 度和 3 度,其中研究组 2 项发生率分别为 3.33%(1 例)、3.33%(1 例),1 度裂伤为 0%(0 例)、2 度 0%(0 例)、3 度 0%(0 例);对照组 2 项发生率分别为 20%(6 例)、23.33%(7 例),1 度裂伤为 13.33%(4 例)、2 度 6.67%(2 例)、3 度 3.33%(1 例),研究组产妇的侧切率、裂伤率、裂伤程度均低于对照组($t=4.0431$ 、 5.1923 , $p=0.0444$ 、 0.0227), P 小于 0.05。

3 讨论

临床上将产妇的分娩方式划分为自然分娩、剖宫分娩以及无痛分娩。自然分娩是指在安全保障的前提下,不进行任何人工干预,胎儿直接经阴道娩出;剖宫分娩也被称为剖宫产,是指经人工干预剖开产妇腹壁和子宫,取出胎儿;无痛分娩是指经药物干预减轻分娩疼痛甚至完全消除疼痛^[7-8]。以上分娩方式均会伴随不同程度的产后并发症,相比之下,临床上更推崇自然分娩。但生产过程中风险因素较多,如精神紧张、乏力、宫缩疼痛都会影干扰产程,降低产后恢复效率,给母婴结局造成不良影响^[9-10]。因此,当前必须积极应用有效的孕期保健方式,瑜伽运动作为近些年逐渐应用在临床孕产期训练方式,充分结合冥想、呼吸、动作等三方面,使产妇身心得到充分放松,实现最佳生产状态^[11]。

文章研究结果显示,研究组三个产程和总产程用时均少于对照组,产后出血量也更少,将以上数据使用统计学软件进行处理,排除第三产程用时,其余指标均为 P 小于 0.05,瑜伽通过体位训练可以帮助产妇在分娩时找到最佳的舒适体位,提高分娩时盆底肌收缩力^[12]。研究组自然分娩率高于对照组,不良结局率低于对照组,经软件分析可得 P 值均小于 0.05;研究组不同阶段的盆底肌肌力均高于另一组($p=0.0000$), P 值小于 0.05,说明孕期坚持进行瑜伽训练,可增强产妇的腰背部肌肉力量,增强盆底肌肌力,缓解孕期腰背酸痛症状^[13-14]。研究组干预后围生期不良情绪评分更低, P 小于 0.05,通过产前瑜伽训练,充分锻炼产妇的韧带、肌肉、关节和骨盆,通过冥想调节患者的不良情绪,降低围生期产妇抑郁和恐惧评分;研究组产妇的侧切率、裂伤率、裂伤程度均低于对照组(P 小于 0.05),孕期进行瑜伽训练可以提高产妇的身体柔韧度,在一定程度上也可能增加会阴长度,使胎儿娩出更加顺利,减少会阴撕裂伤,确保分娩安全^[15]。

综上所述,孕期积极应用瑜伽保健方法,可有效改善母婴结局,提高自然分娩率,尽可能减轻生产过程对产妇生理和心理造成的不良影响。

参考文献:

[1]赵琪,刘利,安晓玮.产前瑜伽联合自由体位分娩在产妇产前中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28(06):37-39.

(下转第 54 页)

不同年龄阶段下肢骨折患者 D-D 二聚体和纤维蛋白原水平变化差异分析

陈翼飞

韶州人民医院 广东韶关 512023

摘要：目的：对不同年龄阶段下肢骨折患者 D-D 二聚体、纤维蛋白原水平变化差异进行分析，做好比较。方法：选取 2021 年 1 月至 2022 年 1 月在本医院住院的不同年龄阶段下肢骨折病人 80 例患者，将其随机分为 A、B、C 组，A 组 27 例，B 组 27 例，C 组 26 例，均为外伤所致。A、B 和 C 组骨折患者均于入院后次日清晨空腹采静脉血用 CATD 管以 9:1 的比例抗凝，做好 D-D 二聚体、纤维蛋白原水平的差异比较。结果：通过对两组患者进行下肢骨折病人 24 小时内血浆 D-二聚体、纤维蛋白原水平的比较，其中 A 组患者 D-D (mg/L)、Fg (g/L) 指标分别为 0.36 ± 0.12 mg/L、 3.84 ± 0.03 g/L，B 组患者 D-D (mg/L)、Fg (g/L) 指标分别为 0.41 ± 0.14 mg/L、 3.47 ± 0.55 g/L，C 组患者 D-D (mg/L)、Fg (g/L) 指标分别为 0.47 ± 0.13 mg/L、 3.93 ± 0.25 g/L，经比较，三组患者具有一定差异 ($p < 0.05$)。结论：对于不同年龄阶段下肢骨折患者来说，D-D 二聚体、纤维蛋白原水平存在一定差异，对于年龄段在 50 岁的下肢骨折病人来说，在伤口 24 小时 D-D 二聚体、纤维蛋白原水平明显增多，因此还应注意防止血栓栓塞的出现。

关键词：下肢骨折；D-D 二聚体；纤维蛋白原

骨科作为当前常见的外科疾病，一般多发四肢骨折。对于四肢骨折患者来说容易出现高凝状态，并出现深静脉血栓栓塞、肺栓塞。D-D 二聚体、纤维蛋白原主要是血液高凝状态的指标，可以作为血栓形成的分子标记物^[1]。本文通过对不同年龄阶段的下肢骨折患者进行 D-D 二聚体、纤维蛋白原水平的比较，具体研究情况如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 1 月至 2022 年 1 月在本医院住院的不同年龄阶段下肢骨折病人 80 例患者，将其随机分为 A、B、C 组，A 组 27 例，B 组 27 例，C 组 26 例，均为外伤所致。其中 A 组年龄 < 25 岁，男性 14 例，女性 13 例；股骨骨折 12 例，膝部和胫腓骨骨折 5 例，踝部和足部骨折 8 例。B 组年龄 25~50 岁，男性 19 例，女性 8 例；股骨骨折 11 例，膝部和胫腓骨骨折 4 例，踝部和足部骨折 12 例；C 组年龄 > 50 岁，男性 12 例，女性 14 例；股骨骨折 13 例，膝部和胫腓骨骨折 7 例，踝部和足部骨折 6 例。各组受检对象均经肝功能、肾功能、血脂、血糖、激素、B 超和 X 线等检查，未见心、肝、肾异常，无高血压、外周血管性、自身免疫性疾病（包括内分泌疾病和肿瘤）及肿瘤，排除患者有静脉或动脉血栓病史。在采血留样检测前 1 月内均未使用免疫抑制剂，15 天内未使用抗血小板或抗凝药物。3 组性别构成比和下肢骨折部位构成比差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

通过对患者进行信息收集、凝血功能的收集，做好患者年龄、性别、骨折类型的比较。在就诊时，做好相关检测结果、凝血功能的检查。通过

使用低频探头沿髓外静脉向上扫查，沿股动脉进行扫查，在俯卧位后进行各个静脉的扫查。在扫查过程中观察、记录患者血管腔内、周围侧支循环情况检查。在做好管腔加压的同时，做好静脉管径的测量。在进行血管超声复查的同时，发现血栓变化时，在初次血管超声检查时应进行血栓变化时间的界定。

A、B 和 C 组骨折患者均于入院后次日清晨空腹采静脉血用 CATD 管以 9:1 的比例抗凝，颠倒混匀，3000r/min 立即离心 10 分钟，分离血浆，于 SysmexCA-1500 血凝分析仪上进行测定 D-二聚体 (D-D) 和 Fg 水平，以探讨不同年龄阶段下肢骨折病人在骨折后 24 小时内血浆 D-二聚体 (D-dimer, D-D) 和纤维蛋白原 (Fibrinogen, Fg) 水平变化。

1.3 观察指标

下肢骨折病人 24 小时内血浆 D-二聚体、纤维蛋白原水平。

1.4 统计学分析

选用 spss20.0 进行统计学分析， $p < 0.05$ 代表具有统计学差异。

2. 结果

通过对两组患者进行下肢骨折病人 24 小时内血浆 D-二聚体、纤维蛋白原水平的比较，其中 A 组患者 D-D (mg/L)、Fg (g/L) 指标分别为 0.36 ± 0.12 mg/L、 3.84 ± 0.03 g/L，B 组患者 D-D (mg/L)、Fg (g/L) 指标分别为 0.41 ± 0.14 mg/L、 3.47 ± 0.55 g/L，C 组患者 D-D (mg/L)、Fg (g/L) 指标分别为 0.47 ± 0.13 mg/L、 3.93 ± 0.25 g/L，经比较，三组患者具有一定差异 ($p < 0.05$)。

表 1 下肢骨折病人 24 小时内血浆 D-二聚体、纤维蛋白原水平的比较

组别	D-D (mg/L)	Fg (g/L)
A 组	0.36±0.12	3.84±0.03
B 组	0.41±0.14	3.47±0.55
C 组	0.47±0.13	3.93±0.25
t	6.064	13.843
P	0.000	0.000

3. 讨论

根据相关量表指出其静脉血栓形成主要有三个因素,在当前进一步研究表明中相关量表包含风险因素主要来自于系统评价。对于该量表以循证作为支持,但目前无相关信度、效度数据的报道。对于 Autar 量表能够有效清晰、直观的评估病人入院信息,同时在目前国内具有广泛应用。根据相关研究表明,通过进行危险分层能够有效预防相关措施,并在进一步验证中能够对病人的凝血酶原以及血清同型半胱氨酸进行分析。在入院时如果病人数据不足,那么将会无法进行项目评估,在目前通过对病情进行有效针对性预测能够有效评估。Wells 量表是最为广泛的评价模型,其中包括肺栓塞以及下肢深静脉评分等。通过对其进行风险级别的建立,能够有效进行风险级别简化^[2]。

在目前来说,对于围术期患者中存在深静脉血栓形成风险。通过对风险等级进行评估,主要包括 DV 中包括低危、中危、高危等不同等级,对于不同病人应采用不同的方式进行深静脉血栓的预防。护理人员还需根据病人的具体情况进行时间和频率的评估,以此来确保工作效率的提升。在目前国内外学者结果对评估时间和频率具有一定研究。根据澳大利亚临床委员会所颁布的深静脉血栓预防中建议应对病人在入院 24 小时内进行风险评估,通过及时转变识别深静脉血栓从而在病情的推进中能够有效提出相关建议。

在术前评估中,部分学者研究表明在围手术期患者采用常规手段进行检测,采用 APTT、PT 等检查能够有效检查患者的血凝状态并分析出血情况。经结果表明,TEG 能够对患者进行出血风险的预测,在此同时给予一定的干预能够减少输血量,因此在使用 TEG 检测的过程中评估价值相对较好。在临床上应根据患者的实际情况进行综合性的评估。根据相关学者研究表明使用血栓弹力图仪容易发生风险,血栓弹力图仪成功率能够有效分析其中的因素,在进行局部麻醉的同时,应根据患者血管情况选择合适的支管方式,以此来降低内皮损伤,降低其发生率^[3]。

探索早期预测 DVT 的诊断指标已成为研究热点。D-D 检测对下肢深静脉血栓有良好诊断价值,而 FDP 则是交联纤维蛋白、非交联纤维蛋白以及纤溶酶降解纤维蛋白原的总称,降解后的 FDP 碎片继续交联便会形成

D-D^[4]。D-D 是 FDP 的主要成分之一,二者有很好的相关性,将二者联合检测可以有效降低 D-D 的假阳性,从而提高 D-D 对 DVT 诊断的特异性。程建崇,张德忠,温建艳等在探究骨科创伤患者超敏 C-反应蛋白和血栓前状态标志物水平的检测意义时提出,骨折患者 Fg、D-D 均和超敏 C-反应蛋白(High-sensitivity C-reactive protein, hs-CRP)均呈明显正相关,hs-CRP 诱导组织因子(Tissue factor, TF)表达,激活凝血因子 X(FX)及凝血因子 IX(FIX),从而促使凝血酶生成以及纤维蛋白形成,由此引起患者血栓前状态或局部血栓栓塞事件;体内大量的 hs-CRP 不仅减少了蛋白的活化,而且增加内皮对炎症递质的敏感性,增加血管的通透性以及降低内皮表面抗栓特性;hs-CRP 减少内皮细胞表面葡萄糖胺聚糖的合成,即降低抗纤维蛋白酶的功能;使纤维蛋白酶活性增加,导致高纤维蛋白原血症、全血黏度增高,血液呈高凝状态^[5]。

四肢骨折患者凝血功能往往发生变化,容易引起出血和血栓的形成,使血液出现高凝状态,易造成术后深静脉血栓栓塞症(DVT)和肺栓塞(PE),Fg 是在肝脏中合成的大分子急性期蛋白,血浆内的 Fg 含量增高,表示机体内存在着血栓形成的倾向,如果 Fg 结果持续升高,则应该提高警惕,预防深静脉血栓形成及肺栓塞的发生;D-D 为胶原蛋白的特殊分解产物,能反映体内凝血和纤溶的变化。了解骨折患者血栓栓塞事件的发生机制以及建立相应的预防指标体系是当前需解决的主要问题^[6]。

当前临床上一种常见骨折为四肢长骨骨折,主要是受坠落、交通意外引起的,临床表现为肿胀、疼痛,部分患者具有功能障碍,在不及进行处理的同时将会导致患者出现感染、缺血坏死,直接影响患者的情况。四肢骨折在目前发病率高,主要是受直接、间接暴力的影响,从而导致患者患肢受限,直接影响了患者的生活。通过对两组患者进行下肢骨折病人 24 小时内血浆 D-二聚体、纤维蛋白原水平的比较,其中 A 组患者 D-D(mg/L)、Fg(g/L)指标分别为 0.36±0.12mg/L、3.84±0.03g/L, B 组患者 D-D(mg/L)、Fg(g/L)指标分别为 0.41±0.14mg/L、3.47±0.55g/L, C 组患者 D-D(mg/L)、Fg(g/L)指标分别为 0.47±0.13mg/L、3.93±0.25g/L,经比较,三组患者具有一定差异(p<0.05)。

Fg 作为当前肝脏中合成的急性蛋白,血浆内 Fg 含量增高,表示机体内存在着血栓形成的情况^[7]。如果 Fg 结果出现持续升高,应预防深静脉血栓的发生。D-D 胶原蛋白的特殊分解产物,能够反应体内凝血、纤溶的变化。对于不同年龄的下肢骨折病人来说,在创伤后凝血酶原被激活,同时通过外源性、内源性凝血途径,在 Ca²⁺从而促进凝血酶、纤维蛋白生成,从而引起血栓内或局部血栓栓塞事件。对于体内大量的 hs-CPR 不仅减少同时还能减少活化,在增加内皮对炎症递质的敏感性,增加血管通透性,并降低内皮表面抗栓特性^[8]。

在临床工作中,根据研究发现,骨折患者凝血功能一般处于高凝状态,受凝血功能异常影响容易出现深静脉血栓等并发症。在骨折发生后,受凝血酶原的影响,在激活血小板、凝血因子的同时能够促进血栓的形成。通过做好凝血功能变化的合理检测,在分析动态过程的同时,应合理监测其凝血功能变化。

在当前增加 hs-CRP 减少内皮细胞表面葡萄糖胺聚糖的合成,在降低纤维蛋白原酶活性的同时,将会使纤维蛋白酶活性增加,同时血液呈现高凝状态。除上述原因之外,老年人由于血液凝固性增加,静脉壁纤维蛋白活性降低,在静脉扩张时容易出现下肢血流瘀滞的情况。同时对于上下肢骨折病人来说,一般行手术、石膏固定,需要制动卧床,下肢活动明显丧失、血液回流出现受阻,并产生深静脉血栓的情况。目前来说,对于不同年龄段下肢骨折病人来说,血浆 D-D 和 Fg 水平具有一定差异,患者早期凝血处于高凝状态,年龄偏大患者的下肢骨折病人整体变化明显。通过对下肢骨折患者进行血浆 D-D、Fg 水平能够有助于病人了解下肢深静脉血栓的危险性。对于老年下肢骨折病人来说,应进行检测,从而为临床早期预防下肢深静脉血栓的形成具有重要意义。

参考文献:

- [1]冯刚,韩伟杰.凝血指标、D 二聚体及 FDP 水平联合检测对骨折病人的诊断价值[J].血栓与止血学,2021,27(04):590-591.
- [2]陈柯,张亚军,殷振华,韩健,何学军.纤维蛋白原水平对骨盆骨折后需大量输血患者的临床预测价值分析[J].山西医药杂志,2021,50(09):1529-1531.

(上接第 51 页)

- [2]何晓清,冯明红.孕妇瑜伽训练对分娩结局的影响[J].中国城乡企业卫生,2022,37(03):83-84.
- [3]简伟丽,周红华,汤晓娟,冯娟.孕期瑜伽体位调整在超声检查中的效果及对诊断准确率的影响[J].医学食疗与健康,2022,20(02):179-181+189.
- [4]许新,刘欢.孕晚期瑜伽球训练对孕妇分娩结局的影响[J].当代护士(上旬刊),2021,28(11):108-110.
- [5]钱丽琼,陆影仪,卢玉珊.孕期瑜伽训练对改善初产妇盆底肌肌力的效果[J].中国卫生标准管理,2021,12(20):132-135.
- [6]李丽君,黄晶,张宁,陈琦,王春雪.团体正念瑜伽缓解孕期焦虑及分娩恐惧的疗效[J].中国计划生育和妇产科,2021,13(09):88-91.
- [7]苏月英,李捷仪.孕产瑜伽联合生育舞蹈对于产妇分娩和盆底肌功能的影响[J].中国卫生标准管理,2021,12(04):50-53.
- [8]李春英,陈少慧,冯书梅,梁桂娇,丁玲玲.孕期瑜伽训练对初产妇分娩结局及盆底肌力的影响[J].国际医药卫生导报,2020,26(19):3003-3005.
- [9]谭善雄, 孕期瑜伽结合营养指导对母婴结局影响的研究. 广西壮

族自治区,玉林市妇幼保健院,2020-07-21.

- [3]黄兴.探析通脉四物汤对老年髋部骨折患者 D-二聚体及 LDVT 的影响[J].航空航天医学杂志,2020,31(06):667-669.
- [4]阙禄辉.闭合性骨折后下肢 DVT 患者 D-二聚体、纤维蛋白原与 Caprini 评分的相关性分析[J].医学信息,2020,33(04):101-103.
- [5]Kouroki S, Maruta T, Tsuneyoshi I. Effect of cryoprecipitate on an increase in fibrinogen level in patients with excessive intraoperative blood loss: a single-center retrospective study[J]. JA Clinical Reports, 2022.
- [6]郝虎萍.老年下肢骨折患者手术前后 D 二聚体和血小板参数变化分析[J].血栓与止血学,2019,25(03):462-463+466.
- [7]李飞,尚峰辉,李玉鹏.川芎嗪注射液联合利伐沙班对股骨颈骨折经髓关节置换术后下肢深静脉血栓形成的预防作用及对患者 D-二聚体、IL-6、IL-10 水平的影响[J].创伤外科杂志,2019,21(05):359-362.
- [8]Notani N, Miyazaki M, Kanezaki S, et al. The fibrinogen levels on admission is a predictive marker of the contrast extravasation on enhanced computed tomography in sacral fracture[J]. Medicine, 2021, 100.

课题项目名称:2022 年韶关市卫生健康科研计划项目

课题立项编号:Y22236

族自治区,玉林市妇幼保健院,2020-07-21.

- [10]朱凤明,段冬梅,翟巾帼.孕期瑜伽训练对产后盆底肌功能恢复的影响[J].护理实践与研究,2020,17(12):105-107.
 - [11]谭善雄,李莉,张玉凤,周华.孕期瑜伽训练结合营养指导对初产妇母婴结局的影响[J].中国当代医药,2020,27(14):103-106.
 - [12]王利叶,黄然,李利娜.孕期瑜伽训练对初产妇产程时间、盆底肌力、疼痛及会阴侧切率的影响[J].青岛医药卫生,2020,52(02):95-97.
 - [13]梁玉莲,朱凤明,段冬梅,余桂珍.孕妇孕期瑜伽运动依从性的影响因素分析[J].护理实践与研究,2019,16(22):109-111.
 - [14]韦欣.孕期瑜伽运动指导对初产妇分娩结局的影响[J].护理实践与研究,2019,16(15):100-102.
 - [15]王娟,梁旭霞.孕期瑜伽锻炼及自由体位分娩对母婴结局影响的研究进展[J].广西医学,2019,41(06):763-765.
- 作者简介:陈丽,本科,主治医师,研究方向:瑜伽利于自然分娩及产后的盆底肌力的恢复。

右美托咪定对全身麻醉骨科手术老年患者麻醉情况、血流动力学的影响探讨

周海斌

成都市简阳市中医医院 四川成都 641400

摘要：目的：探讨在骨科右美托咪定(DEX)对全麻手术老年患者血流动力学、麻醉情况的影响。方法：在骨科 2020 年 12 月-2021 年 12 月期间选出全身麻醉的手术患者，均是老年人。根据随机数值表法分为 2 组，麻醉诱导前 10 分钟，为对照组病人输注氯化钠溶液，观察组患者输注右美托咪定溶液。然后对比两组患者血流动力学、不良反应发生率、不同时间疼痛评分等情况。结果：VAS 评分，术前两组差异无统计学意义($P>0.05$)，术后 6h，观察组低于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)，术后 12h，观察组低于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)，术后 24h，观察组低于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)；SBP、DBP、HR，麻醉前两组差异无统计学意义($P>0.05$)，麻醉后两组差异有统计学意义($P<0.05$)；不良反应发生率，观察组(7.41%)低于对照组(29.63%)，差异有统计学意义($P<0.05$)。结论：在骨科右美托咪定有利于全麻手术老年患者麻醉恢复，可有效改善其血流动力学，减轻其疼痛感，降低不良反应发生率，值得应用。

关键词：全身麻醉；右美托咪定；血流动力学；麻醉情况；骨科；手术

骨科老年患者手术时多采取全身麻醉，可有效抑制周围神经系统、中枢神经系统的可逆性，进而让患者在手术中丧失痛觉^[1]。但会提升病人的交感神经兴奋性，易引起应激反应，进而改变其血流动力学指标，不利于患者麻醉恢复。为此，对老年患者全麻时需选择合适的麻醉药，以保障其围手术期安静、平稳地度过。据报道，右美托咪定具有较强的选择性、特异性，具有抗交感、镇静、镇痛等作用。为此，本文将 2020 年 12 月-2021 年 12 月期间探讨在骨科全面手术老年患者中应用右美托咪定的效果，详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在骨科 2020 年 12 月-2021 年 12 月期间选出全身麻醉的手术患者，均是老年人。根据随机数值表法分为 2 组，其对照组内有男性 11 例，女性 16 例；年龄 61-85 岁，平均(70.34±3.23)岁；ASA 分级：Ⅲ级 12 例，Ⅱ级 15 例；体重 53-83kg，平均(60.34±3.23)kg；疾病种类：骨质增生患者有 7 例，颈椎病患者有 8 例，骨折患者有 11 例，颈椎病患者有 1 例。观察组内有男性 13 例，女性 14 例；年龄 60-86 岁，平均(70.31±3.26)岁；ASA 分级：Ⅲ级 13 例，Ⅱ级 14 例；体重 51-85kg，平均(60.31±3.26)kg；疾病种类：骨质增生患者有 5 例，颈椎病患者有 7 例，骨折患者有 10 例，颈椎病患者有 5 例。本次试验经伦理委员会同意后进行。对比两组患者年龄、性别、疾病种类、ASA 分级等一般资料，差异无统计学意义($P>0.05$)。

纳入标准：①所选患者均是骨科内手术的患者；②所选患者均同意进行全身麻醉；③所选患者均是老年人；④所选患者自愿签署知情同意书。

排除标准：①排除重要脏器受损的患者；②排除听力障碍或认知障碍的患者；③排除临床资料不全的患者；④排除中途转院的患者。

1.2 方法

所有患者均进行全身麻醉，在此基础上，麻醉诱导前 10 分钟，为对照组病人输注氯化钠溶液，观察组患者输注右美托咪定溶液，详情如下：
麻醉诱导：为患者静脉注射罗库溴铵(0.9mg/kg)、舒芬太尼(0.5mg/kg)、丙泊酚(2mg/kg)，对丙泊酚进行气管插管后靶控，控制在 1-3μg/ml，而罗库溴铵间断给药，剂量控制在 0.3mg/kg。于此同时，连接多功能监测系统观察患者的血流动力学指标，包括舒张压、收缩压、心率等。

麻醉诱导前，对观察组患者静脉泵入 0.8μg/kg 的右美托咪定，注射时间控制在 15 分钟，随后静脉输注，剂量控制在 0.4μg·kg⁻¹·h⁻¹，直至手术结束前 20 分钟停药。对照组患者则静脉泵入 0.9%的氯化钠溶液。

麻醉药在手术结束后停用，待自主呼吸、吞咽反射恢复，且自主呼吸潮气量在 350ml 以上时，将气管导管拔除，并护送患者至麻醉后恢复室。

1.3 观察指标

观察两组患者 VAS 评分、血流动力学指标、不良反应发生率，详情如下：

1.3.1 VAS 评分：满分为 10 分，0 分为无痛，10 分为疼痛难忍，得分越高代表病人疼痛越严重。

1.3.2 血流动力学指标：从收缩压(SBP)、舒张压(DBP)、心率(HR)等方面分析，分别在麻醉前、拔管后检测，用全自动心电监护仪测量。

1.3.3 不良反应发生率：从高血压、呼吸抑制、心动过缓、躁动等方面分析。

1.4 统计学分析

数据用 SPSS24.0 分析，计量资料用“标准差、均值”表示，检验则用“t”值；计算资料用“百分比”表示，检验则用“ χ^2 ”值，若 $P<0.05$ ，则差异有统计学意义，若 $P>0.05$ ，差异则无统计学意义。

2 结果

2.1 分析两组患者不同时间的 VAS 评分

VAS 评分, 术前两组差异无统计学意义($P>0.05$), 术后 6h, 观察组低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$), 术后 12h, 观察组低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$), 术后 24h, 观察组低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$), 见表 1。

表 1 比较两组患者不同时间的 VAS 评分 ($\bar{x}\pm S$)

组别	SBP(mmHg)		DBP(mmHg)		HR(次/min)	
	麻醉前	拔管时	麻醉前	拔管时	麻醉前	拔管时
观察组 (27)	139.62±13.57	129.64±10.97	81.13±11.53	76.14±9.74	72.74±8.56	83.23±6.63
对照组 (27)	139.63±13.61	140.35±13.17	82.06±12.04	85.65±10.23	72.71±8.62	91.32±6.23
T 值	0.0027	3.2468	0.2899	3.4984	0.0128	4.6206
P 值	0.9979	0.0020	0.7731	0.0010	0.9898	0.0000

2.3 分析两组不良反应发生率

不良反应发生率, 观察组(7.41%)低于对照组(29.63%), 差异有统计学意义($P<0.05$), 见表 3。

表 3 比较两组不良反应发生率 [n (%)]

组别	高血压	呼吸抑制	心动过缓	躁动	不良反应发生率
观察组(27)	1(3.70)	0(0.00)	0(0.00)	1(3.70)	2(7.41)
对照组(27)	3(11.11)	2(7.41)	1(3.70)	2(7.41)	8(29.63)
X ² 值					4.41 82
P 值					0.0356

3 讨论

在骨科老年患者手术时常给予全身麻醉, 可有效消除患者的疼痛感。但因该类病人伴有多种并发症, 且不良刺激耐受性较低, 围术期的多项操作均会影响患者的血流动力学指标, 例如手术操作、气管插管、麻醉诱导等, 进而引起苏醒期躁动^[2]。且随着老年患者年龄的增长, 其机体各系统代偿功能在不断下降, 导致术中易出现应激反应与血流动力学改变。为此, 在骨科需选择能满足下述条件的镇静药对手术的老年患者实施麻醉, 分别是: ①对手术患者能起到镇静效果的同时能被唤醒; ②兼具抗焦虑、镇痛的作用; ③对老年患者呼吸没有抑制作用, 且能维持其血流动力学稳定; ④没有蓄积作用; ⑤不会让手术的老年患者出现便秘、呕吐、恶心等不良反应^[3]。

既往, 临床上常采取心理疏导、药物等方式缓解患者的麻醉不良反应, 效果不佳, 甚至还会增加病人机体负担, 严重影响其治疗效果^[4]。随着医学技术的发展, 2008 年 FDA 批准右美托咪定可用在镇静中。其对 α_2 肾上

观察组(27)	6.95±2.06	2.52±0.95	1.91±0.64	1.74±0.54
对照组(27)	6.96±2.11	4.03±1.53	3.04±0.97	2.98±0.97
T 值	0.0176	4.3567	5.0526	5.8038
P 值	0.9860	0.0001	0.0000	0.0000

2.2 分析各组患者血流动力学变化

SBP、DBP、HR 等血流动力学指标, 麻醉前两组差异无统计学意义($P>0.05$), 拔管时观察组低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$), 见表 2。

表 2 比较各组患者血流动力学变化 ($\bar{x}\pm S$)

组别	SBP(mmHg)		DBP(mmHg)		HR(次/min)	
	麻醉前	拔管时	麻醉前	拔管时	麻醉前	拔管时
观察组 (27)	139.62±13.57	129.64±10.97	81.13±11.53	76.14±9.74	72.74±8.56	83.23±6.63
对照组 (27)	139.63±13.61	140.35±13.17	82.06±12.04	85.65±10.23	72.71±8.62	91.32±6.23
T 值	0.0027	3.2468	0.2899	3.4984	0.0128	4.6206
P 值	0.9979	0.0020	0.7731	0.0010	0.9898	0.0000

腺素能受体激动剂具有较高的选择性, 对单核细胞迁移有一定的影响, 进而降低趋化因子、细胞因子的释放, 最大限度减小感染风险, 具有半衰期短、特异性强、起效快等优势, 可减低不良反应发生风险^[5]。于此同时, 右美托咪定还能对血管平滑肌突触产生一定的刺激, 进而对心血管中枢进行调节。此外, 还能对去甲肾上腺素释放进行抑制, 进而减弱交感神经兴奋性, 发挥抗焦虑、镇静、催眠的作用^[6]。所以, 右美托咪定可满足上诉要求, 同时还具有下述几点优势, 分别是: ①维持镇静期间可保持唤醒能力; ②作用时间比较短, 半衰期仅有 6 分钟, 且镇静水平比较容易调节, 可快速调整到所需水平^[7]。

据本次试验表 1 数据显示, 两组患者术前 VAS 评分比较高, 但差异无统计学意义($P>0.05$), 术后 6h、术后 12h、术后 24h 的观察组 VAS 评分较对照组低, 说明手术会提升老年患者疼痛感, 而使用右美托咪定麻醉可有效减轻患者围术期疼痛感。究其原因, 骨科手术老年病人在炎症介质、疼痛介质的影响下, 会激活其疼痛感受器, 促使高阈值痛觉感受器变成低阈值感受器, 相应的兴奋性阈值也有所降低, 而术中患者若出现应激反应, 则其兴奋阈值又会升高。使用右美托咪定对患者进行麻醉, 其能选择性激动 α_2 肾上腺素能受体, 且对中枢涉及系统蓝斑核内的 α_2 肾上腺素能受体的镇痛、镇静作用要更强, 而突触前膜 α_2 肾上腺素能受体激动可起到抗焦虑效果, 能更好的降低病人的痛觉过敏^[8]。据本次试验表 2 数据显示, SBP、DBP、HR 等血流动力学指标, 麻醉前两组差异无统计学意义($P>0.05$), 拔管时观察组低于对照组, 差异无统计学意义($P>0.05$)。说明右美托咪定有利于患者血流动力学的稳定, 究其原因, 在临床上评价病人血流动力学时常检测 BP、DBP、HR 等指标, 术中对患者进行麻醉时会降低上述指标水平, 但患者血压过低会影响其机体循环, 无法提供足够的血流量维持机体

(下转第 62 页)

环孢素软胶囊联合维 A 酸治疗中重度银屑病临床研究

方远芳

玉林市第一人民医院皮肤科 广西玉林 537000

摘要：目的：探讨环孢素软胶囊联合维 A 酸治疗中重度银屑病临床效果。方法：将本院 2019 年 01 月-2021 年 01 月收治的 90 例银屑病患者以随机抽样法分为观察组与对照组，每组 45 例，对照组给予维 A 酸片口服，观察组在对照组的治疗基础上给予环孢素软胶囊口服，比较两组治疗效果，并采用银屑病皮损面积和严重指数（PASI）、皮肤病生活质量指数（DLQI）评分对两组患者治疗前后的症状变化及生活质量进行调查，统计两组用药不良反应发生率及复发率。结果：观察组的总有效率远远超出对照组（ $P<0.05$ ）；治疗前，两组 PASI 评分相比无显著差异（ $P>0.05$ ）；治疗后，两组的红斑、鳞屑、浸润分值均较前降低，且观察组的红斑、鳞屑、浸润分值远远低于对照组（ $P<0.05$ ）；治疗前两组的 DLQI 评分比较无差异（ $P>0.05$ ），治疗后 1~6 个月，两组 DLQI 评分均呈下降趋势，其中观察组下降幅度最大，上述评分明显低于另一组（ $P<0.05$ ）。两组口唇干燥，血压升高，血脂异常，肝肾功异常等副反应发生情况相比无显著差异（ $P>0.05$ ）。观察组随访 1 个月、3 个月、6 个月的复发率均低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：环孢素软胶囊联合维 A 酸治疗中重度银屑病的临床效果显著，可有效改善患者皮肤症状，且用药安全性满意，降低复发率，提高患者生活质量。

关键词：环孢素软胶囊；维 A 酸；银屑病；生活质量

银屑病又称为“牛皮癣”，是一种常见皮肤疾病，临床皮肤呈红色丘疹或斑块，并覆有多层银白色鳞屑为主要表现，可发生于四肢或全身，具有迁延难愈、易复发等特点，其病因与发病机制至今尚未明确，由于皮损症状的反复发作，给患者带来巨大的容貌焦虑以及精神压力，影响患者的生活质量^[1-2]。目前，治疗银屑病的方法主要依靠药物，但尚无特效根治药，目前维A酸与环孢素是两种常见的治疗药物，其中维A酸具有诱导表皮增生的作用,可以通过调节表皮生长因子,从而对表皮细胞具有直接的作用^[3]；而环孢素既往多用于器官移植的抗排斥反应，近年来有学者发现其在治疗银屑病上也起到一定效果。据有关研究显示^[4-5]，将环孢素软胶囊联合维A酸治疗银屑病患者能收获理想疗效，且安全性较高。为此，本文现对2019年01月-2021年01月收治的90例中重度银屑病患者开展研究，分析环孢素软胶囊联合维A酸对该类患者的疗效，旨在为临床制定有关治疗方案提供依据，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

经伦理委员会审核通过，将本院 2019 年 01 月-2021 年 01 月收治的 90 例中重度银屑病患者以随机抽样法分为观察组与对照组，每组 45 例，患者签署知情同意。纳入标准：（1）银屑病面积高于机体面积 10%，属中重度银屑病。（2）所有患者均符合《中国临床皮肤病学》中银屑病诊断标准^[6]。（3）年龄 18~65 岁。（4）均能配合完成此次研究。（5）有完整的临床资料。（6）对本研究知情同意。排除标准：（1）近一个月系统性使用糖皮质激素、免疫抑制剂患者。（2）全身器质性疾病。（3）紫外线过敏者。（4）伴活动性炎症、感染，其他皮肤病患者。（5）存在认知障碍、精神障碍者。（6）过敏体质者。（7）存在肝肾功能障碍病者。（8）处在妊娠或者哺乳阶段女性。（9）拒绝或者中途退出研究者。所有研究对象基线资料无差异

（ $P>0.05$ ），见表 1。

表 1 两组患者一般资料

组别	n	男/女	年龄（岁）	病程（年）	疾病类型			
					红皮病型	泛发型寻常型	脓疱型	关节病型
观察组	45	26/19	48.67±4.28	3.17±0.32	18	12	8	7
对照组	45	25/20	48.09±4.35	3.08±0.35	16	13	8	8
χ^2/t	-	1.501	0.290	4.900		0.512		
P	-	0.682	0.832	0.003		0.664		

1.2 方法

对照组给予维 A 酸片（山东良福制药有限公司 规格：20mg 批号：国药准字 H10970053）初始剂量每日 20~40mg，起效后减至维持量每日 10~20mg，口服，疗程为 3 个月。在治疗过程中密切监测患者肝、肾功能及血脂，若患者指标出现异常，需适当降低药物剂量或停止用药。

观察组在对照组的治疗基础上给予环孢素软胶囊口服（杭州中美华东制药有限公司 25mg*50s 国药准字 H10960122）初始剂量 3~5mg/kg/日，分 2~3 次口服，出现明显疗效后缓慢减量至 1~2mg/kg/日，疗程为 3 个月。

1.3 观察指标及评价工具

（1）总有效率：分别在两组治疗结束 1 个月开展疗效评定，治愈：皮肤症状完全消失；显效：皮肤症状明显缓解；好转：皮肤症状均有一定

改善；无效：不符合上述标准^[7]。总有效率=治愈、显效及好转数/总数×100%。

（2）生活质量：采用银屑病皮损面积和严重指数（PASI）评价患者疾病症状的严重程度进行评估，选择红斑、鳞屑、浸润为主要观察症状，其中0分为无，1分为轻度，2分为中度、3分为重度、4分为极重度^[8]。得分越高表示症状越严重。

（3）采用皮肤病生活质量指数（DLQI）评估生活质量，该量表共十个选项，覆盖了生理/心理、日常活动、娱乐休闲、工作学习、人际交往及治疗6个方面。每个问题均采用4级计分法，无计0分，有一点计1分，比较明显计2分，非常明显计3分，分值与生活质量呈反比，满分30分^[9]。得分越高说明生活质量越差。

（4）副反应：包含口唇干燥，血压升高，血脂异常，肝肾功异常等，统计两组出现各类副反应的人数占比。

（5）比较2组治疗结束后1个月、3个月、6个月的复发率。

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

表3 两组治疗前后 PASI 评分对比（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	例数	红斑		鳞屑		浸润	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	45	228.96±25.74	100.10±14.78*	41.86±2.65	16.74±2.10*	9.74±0.45	4.15±0.22*
对照组	45	229.45±24.60	120.68±16.15*	41.80±2.72	28.35±2.26*	9.75±0.40	6.50±0.24*
t	-	0.097	6.647	0.112	3.690	0.117	7.602
P	-	0.923	0.001	0.911	0.001	0.907	0.001

注：和本组治疗前相比，* $P<0.05$

2.3 两组副反应出现情况相比结果

两组口唇干燥、血压升高、血脂异常、肝肾功异常等副反应发生情况相比无显著差异（ $P>0.05$ ），详见表4：

表4 两组副反应出现情况相比结果（例，%）

组别	例数	口唇干燥	血压升高	血脂异常	肝肾功异常	发生率
观察组	45	4（8.88）	1（2.22）	1（2.22）	1（2.22）	7（15.56）
对照组	45	3（6.66）	0	1（2.22）	0	4（8.88）

2.1 两组总有效率相比结果

观察组的总有效率远远超出对照组（ $P<0.05$ ），详见表2：

表2 两组总有效率相比结果（例，%）

组别	例数	治愈	显效	好转	无效	总有效率
观察组	45	21（46.67）	10（22.22）	13（28.89）	1（2.22）	44（97.78）
对照组	45	10（22.22）	10（22.22）	19（42.22）	6（13.33）	39（86.67）
χ^2	-	-	-	-	-	5.983
P	-	-	-	-	-	0.014

2.2 两组治疗前后 PASI 评分对比

治疗前，两组 PASI 评分相比无显著差异（ $P>0.05$ ）；治疗后，两组的红斑、鳞屑、浸润分值均较前降低，且观察组的红斑、鳞屑、浸润分值远远低于对照组（ $P<0.05$ ），详见表3：

2.4 两组患者治疗前后 DLQI 评分的比较

治疗前两组的 DLQI 评分比较无差异（ $P>0.05$ ），治疗后1~6个月，两组 DLQI 评分均呈下降趋势，其中观察组下降幅度最大，上述评分明显低于另一组（ $P<0.05$ ），见表5。

表5 两组患者治疗前后 DLQI 评分的比较（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	n	治疗前	治疗后1个月	治疗后3个月	治疗后6个月
对照组	45	18.03±1.24	13.45±1.67*	12.71±2.28	11.15±1.86*
观察组	45	18.38±1.22	7.41±0.33*	5.51±1.34	4.02±0.44*

<i>t</i>	-	1.200	13.640	10.280	35.801
<i>P</i>	-	0.312	0.001	0.001	0.001

注：和本组治疗前相比，* $P<0.05$ ；

2.5 2组复发率比较

观察组随访1个月、3个月、6个月的复发率均低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表6。

表6 2组复发率比较（例，%）

组别	例数	1个月	3个月	6个月
对照组	45	9（20.00）	12（26.67）	15（33.33）
观察组	45	2（4.44）	3（6.66）	4（8.89）
χ^2	-	7.543	13.524	21.919
<i>P</i>	-	0.006	0.001	0.001

3 讨论

银屑病是一种红斑鳞屑性疾病，其特征是皮肤红色鳞屑性斑块^[10]。皮损反复出现，集中在冬天高发，病因机制可能与遗传因素、免疫、病毒感染以及环境因素等有关，同时具有很强的遗传易感性，体内炎症的持续存在，使得不受控制的角质形成细胞功能障碍分化和增殖，另外不同类型的银屑病也有可能出现在同一位患者身上，还可能伴随多种并发症，包括心血管疾病、银屑病性关节炎、肥胖症、代谢综合征等，严重降低患者生活质量^[11]。因此对于病情比较顽固的患者需要终身治疗，尤其是中重度银屑病患者需给予更高重视，积极采取对症治疗。

目前对于银屑病的治疗原则在于控制病情发展，减轻皮肤损害和临床症状。临床主要采取药物治疗，尽管能够使用的治疗方法非常多，但是始终没有一种方法能够达到特异性治疗的标准^[12]。环孢素软胶囊联合维A酸是目前临床上治疗银屑病的常用药物，白明辉^[13]等人在研究中尝试将环孢素与阿维A联合治疗红皮病性银屑病取得令人满意的效果。本研究进一步调查发现：观察组的总有效率远远超出对照组（ $P<0.05$ ）；且观察组的红斑、鳞屑、浸润分值远远低于对照组（ $P<0.05$ ），说明环孢素软胶囊联合维A酸治疗银屑病效果满意，主要由于维A酸是人体内维生素A代谢过程中的中间产物，而补充维A酸对银屑病的作用在于对上皮细胞增生、分化和角质溶解等过程都具有代谢作用；环孢素属于一种强效的免疫抑制剂，不仅抑制T细胞的活化，减少炎症细胞因子的产生，还控制银屑病的角质形成细胞异常增殖，以及细胞因子的释放，当二者联合使用时，取长补短，可发挥协同作用^[14-15]。并且本文发现治疗后两组DLQI评分均呈下降趋势，其中观察组下降幅度最大，上述评分明显低于另一组（ $P<0.05$ ），观察组随访1个月、3个月、6个月的复发率均低于对照组（ $P<0.05$ ）。进一步证实两种方法联合应用的有效性与可行性。另外两组副反应发生情况相比无显著差异（ $P>0.05$ ）。说明观察组疗法不会显著增加副反应出现，有着较高的安全性。

综上所述，环孢素软胶囊联合维A酸治疗中重度银屑病的临床效果显著，可有效改善患者皮肤症状，且用药安全性满意，提高患者生活质量，值得在临床推广。

参考文献：

[1]江丽,龚春燕,李新宇. 环孢素A用于银屑病治疗的血药浓度监测追溯分析[J]. 中国医院用药评价与分析,2021,21(3):366-369.

[2]宋翠豪,张钧芬,马亮,等. 环孢素联合卡泊三醇倍他米松治疗32例掌跖脓疱病临床疗效观察[J]. 临床皮肤科杂志,2021,50(7):401-405.

[3]陈畅,徐媛媛,耿龙. 儿童银屑病药物治疗 meta 分析[J]. 中国免疫学杂志,2021,37(9):1100-1106,1112.

[4]王云,王明悦,夏杨,等. 银屑病的生物制剂治疗进展[J]. 中国医学前沿杂志（电子版）,2021,13(12):13-18.

[5]王娜,周盛基,冉德林,等. IL-17A单抗治疗儿童泛发性脓疱型银屑病一例并文献复习[J]. 中国麻风皮肤病杂志,2021,37(11):710-712.

[6]赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2010:1008-1025.

[7]向志,马一平,宗文凯,等. 环孢素维持治疗银屑病随机对照研究的文献分析[J]. 中国麻风皮肤病杂志,2020,36(1):8-12,31.

[8]卿敏,刘盼盼,朱武,等. 208例儿童寻常型银屑病临床资料分析[J]. 中南大学学报（医学版）,2020,45(7):804-811.

[9]袁静,张弘,吴玲玲,等. 激素联合环孢素治疗寻常型银屑病伴发大疱性类天疱疮1例并文献复习[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志,2019,18(2):159-162.

[10]李俊捧,曹发龙. 环孢素A联合阿维A治疗泛发性脓疱性银屑病疗效观察[J]. 临床皮肤科杂志,2019,48(12):772-773.

[11]JOPPIN,S., ILYAS,S.U.. A potentially rare and serious consequence of ciclosporin therapy for psoriasis[J]. Clinical and experimental dermatology,2014,39(8):947-948.

[12]郭金竹,王文慧,张春雷. 银屑病住院患者251例回顾性分析[J]. 中国皮肤性病学杂志,2019,33(4):420-424.

[13]白明辉,刘悦,李铁男. 环孢素与阿维A治疗红皮病性银屑病的疗效观察[J]. 中华皮肤科杂志,2018,51(10):756-757.

[14]周夕媛,赵蓓,王倩,等. 麦考酚酯与环孢素A治疗难治性泛发性脓疱型银屑病疗效比较[J]. 中国皮肤性病学杂志,2018,32(12):1396-1399.

[15]C.W. CHOI, B.R. KIM, E. SEO, et al. The objective Psoriasis Area and Severity Index: a randomized controlled pilot study comparing the effectiveness of ciclosporin and methotrexate[J]. British Journal of Dermatology,2017,177(6):1740-1741.

缬沙坦联合黄葵胶囊治疗慢性肾小球肾炎蛋白尿的临床疗效

韩张军

富平县医院 肾病科 陕西富平 711700

摘要：目的：研究缬沙坦+黄葵胶囊运用于慢性肾小球肾炎中的价值。方法：选择我院 2020 年 4 月-2021 年 1 月纳入的慢性肾小球肾炎患者 78 例，按随机数字表法划分成两组各 39 例，中西医组接受缬沙坦+黄葵胶囊，西药组接受缬沙坦，用药前、用药后 8 周测定两组的 24h 尿蛋白、血肌酐、尿素氮、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白介素-6 (IL-6)、超敏 C 反应蛋白 (hs-CRP)、白细胞介素-1 (LKN-1) 指标，对两组总有效率进行测评，并统计不良反应发生率，比较两组用药结果。结果：用药前两组肾功能相比无差异 ($P>0.05$)，用药后中西医组 24h 尿蛋白、血肌酐、尿素氮均低于西药组 ($P<0.05$)。中西医组总有效率 89.74%高出西药组 71.79% ($P<0.05$)。中西医组不良反应 7.69%与西药组 12.82%相比无差异 ($P>0.05$)。用药前两组炎症反应相比无差异 ($P>0.05$)，用药后中西医组 TNF- α 、IL-6、hs-CRP、LKN-1 均低于西药组 ($P<0.05$)。结论：缬沙坦+黄葵胶囊运用于慢性肾小球肾炎中效果显著，可有效改善患者蛋白尿水平，促进肾功能恢复，减轻炎症反应，避免严重不良反应产生，安全性高。

关键词：蛋白尿；缬沙坦；慢性肾小球肾炎；黄葵胶囊

慢性肾小球肾炎作为临床常见的慢性炎症，通常表示患者免疫系统障碍，进而使肾小球功能障碍，临床表现以水肿、蛋白尿、高血压为主，加上疾病具有病程较长、发病缓慢等特点，可能持续伤害患者正常肾脏功能，通常情况下，患者早期症状不典型，若未能够早期选择有效干预，随着疾病持续加重，可能牵连肾功能、泌尿以及心血管系统受累，直接危及患者机体健康与生活质量^[1]。针对此，临床多选择药物治疗，其中以缬沙坦较多见，能够有效改善肾小球灌注压，并缓解相关症状，但实际工作中发现长期用药可能导致机体受损，且难以显著改善患者预后^[2-3]。随后医疗水平以及中医技术不断进步，发现在缬沙坦基础上加用黄葵胶囊的效果更好，其可达到消炎和络、解毒消肿的目的，进而长时间控制病情，保障预后^[4-5]。研究纳入富平县医院收治的 78 例慢性肾小球肾炎患者（时间 2020 年 4 月-2021 年 1 月）采用 1/1 分组治疗，观察缬沙坦+黄葵胶囊在疾病治疗中的可实施性。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院 2020 年 4 月-2021 年 1 月纳入的慢性肾小球肾炎患者 78 例，按随机数字表法划分成两组各 39 例。中西医组男 22 例，女 17 例，年龄 43-70 岁，平均年龄 (58.17±1.26) 岁，病程 2-7 年，平均病程 (4.56±1.01) 年；西药组男 20 例，女 19 例，年龄 45-68 岁，平均年龄 (57.79±1.20) 岁，病程 2-9 年，平均病程 (4.87±1.06) 年。两组基本资料相比无差异 ($P>0.05$)。研究按照正常审批流程上报医学伦理委员会，经医学伦理委员会审批认可后，开展项目研究。

纳入标准^[6]：(1) 患者与家属知情同意；(2) 与临床诊断相符，经 CT、超声等各项检查确诊；(3) 意识正常，中途未退出。

剔除标准：(1) 存在药物依赖史或者药物过敏史；(2) 合并严重肝胆疾病、精神疾病、恶性肿瘤者；(3) 难以沟通或者听力障碍者。

1.2 方法

西药组：选择缬沙坦（北京诺华制药有限公司，国药准字 H20040217，80mg），80mg/次，1 次/d，口服。

中西医组：除上述用药之外加用黄葵胶囊（江苏苏中药业集团股份有限公司，国药准字 Z19990040，0.5g），2.5g/次，3 次/d，口服。两组持续用药 8 周。

1.3 观察指标

用药前、用药后 8 周测定两组的 24h 尿蛋白、血肌酐、尿素氮、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白介素-6 (IL-6)、超敏 C 反应蛋白 (hs-CRP)、白细胞介素-1 (LKN-1) 指标，对两组总有效率进行测评，并统计不良反应发生率，比较两组用药结果。

总有效率^[7]：用药后 8 周相关症状消失或者显著减轻，尿蛋白结果转阴，红细胞计数恢复是显效；用药后 8 周相关症状及红细胞计数有所缓解，尿蛋白结果减少低于++是有效；用药后 8 周末获得上述结果是无效。总有效率是显效率加有效率。

1.4 统计学处理

全文数据选择 SPSS 20.0 系统计算， $\bar{x} \pm s$ 表达计量数据，选择 t 检验；百分比表达计数数据，选择 χ^2 检验， $P<0.05$ 为两组数据存在差异。

2 结果

2.1 两组相关指标的对比

用药前两组肾功能相比无差异 ($P>0.05$)，用药后中西医组的 24h 尿蛋白、血肌酐、尿素氮均低于西药组 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组相关指标的对比

组别	24h 尿蛋白 (g/L)		血肌酐 (umol/L)		尿素氮 (mmol/L)	
	用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后
中西医组 (n=39)	1.26±0.32	0.55±0.13	192.36±15.47	154.29±10.21	9.58±2.25	7.24±1.41
西药组 (n=39)	1.22±0.30	0.86±0.20	190.51±15.23	173.54±12.40	9.67±2.30	8.36±1.79

<i>t</i>	0.569	8.116	0.532	7.484	0.175	3.070
<i>P</i>	0.571	0.001	0.596	0.001	0.862	0.003

2.2 两组总有效率的对比

中西医组总有效率 89.74%高出西药组 71.79% ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组总有效率的对比[n(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效率
中西医组 (n=39)	15	20	4	35 (89.74)
西药组 (n=39)	12	16	11	28 (71.79)
χ^2				4.044
<i>P</i>				0.044

2.3 两组不良反应的对比

中西医组不良反应 7.69%与西药组 12.82%相比无差异 ($P>0.05$)。见

表 3。

表 3 两组不良反应的对比[n(%)]

组别	恶心呕吐	腹泻	头晕	发生率
中西医组 (n=39)	1	1	1	3 (7.69)
西药组 (n=39)	2	2	1	5 (12.82)
χ^2				0.557
<i>P</i>				0.455

2.4 两组炎症反应的对比

用药前两组炎症反应相比无差异 ($P>0.05$)，用药后中西医组 TNF- α 、IL-6、hs-CRP、LKN-1 均低于西药组 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组炎症反应的对比

组别	TNF- α (mg/L)		IL-6 (ng/L)		hs-CRP (mg/L)		LKN-1 (pmol/L)	
	用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后
中西医组 (n=39)	52.36 $\pm$ 7.45	30.29 $\pm$ 4.33	17.54 $\pm$ 5.06	11.03 $\pm$ 3.46	14.35 $\pm$ 4.86	5.06 $\pm$ 1.67	170.68 $\pm$ 12.45	72.14 $\pm$ 6.89
西药组 (n=39)	52.61 $\pm$ 7.26	37.51 $\pm$ 5.29	17.31 $\pm$ 5.28	15.12 $\pm$ 4.09	14.88 $\pm$ 4.25	9.22 $\pm$ 2.73	169.55 $\pm$ 12.74	85.03 $\pm$ 7.76
<i>t</i>	0.150	6.596	0.196	4.768	0.513	8.118	0.396	7.757
<i>P</i>	0.881	0.001	0.845	0.001	0.610	0.001	0.693	0.001

3 讨论

慢性肾小球肾炎被称之为慢性肾炎，是源于肾小球的疾病，该疾病具有起病缓慢而且临床症状较轻特点。相关流行病学调查发现，该疾病可发生在任何年龄段人群，男性数量远高于女性，慢性肾炎是引起终末期肾病的第一病因，占比 64.1%，而原发性慢性肾小球肾炎发生率目前占比 35%~55%，随着近年来人们饮食习惯生活习惯发生变化，患有肾脏疾病患者数量逐渐增多，严重影响人们的身体健康降低患者生活质量。肾脏属于机体排泄器官，能够生成尿液，进而排出机体中毒素及废物，同时在重吸收能力下保留对机体的有用成分，不仅稳定内环境，同时促进新陈代谢^[8]。但机体出现炎症反应后，可导致大量营养物质丢失，并出现少尿、消瘦、水钠潴留等现象，给患者带来严重后果^[9]。针对此，临床应尽早选择科学合理的治疗方案，为控制患者肾功能恶化、肾小球硬化等情况提供前提保障。

以往临床多选择缬沙坦等常规西药进行治疗，其作为血管紧张素 II 受体拮抗剂，能够对血管进行舒张，并延缓血流，控制血压，避免患者肾小球硬化或者肾功能衰退，经口服用药后能够快速发挥药效，且生物利用度较高，但长时间单一用药的局限性较大，难以改善患者蛋白尿状况，甚至延长治疗时长，不利于病情的康复^[10-11]。随着临床深入研究，发现在此基础上加用黄葵胶囊的效果更显著，能够提升整体治疗效果，该药物作为处方药物，用药可起到清热利湿，消肿解毒，目前慢性肾炎治疗过程中，

该药物在治疗中可有效减少患者体内的尿蛋白含量，改善患者机体炎症。从本文研究结果上看到：用药前两组炎症反应、肾功能相比无差异 ($P>0.05$)，用药后中西医组各指标均低于西药组 ($P<0.05$)；中西医组总有效率 89.74%高出西药组 71.79% ($P<0.05$)，但两组不良反应相比无差异 ($P>0.05$)，提示中西医组安全性高，可促进肾功能恢复，减轻相关症状，保障预后。经分析发现，疾病在中医上属于湿热范畴，通常是因机体中湿热积聚导致，临床治疗原则应以活血通络、清热利湿为主^[12]。而黄葵胶囊中包含多种黄酮类化合物单体，可有效清除患者机体中湿热积聚之气，并促进积滞经脉疏通，改善肾脏之气血，最终起到缓解血管痉挛、扩张血管、清除氧自由基、改善全血黏度的效果，同时还能够保护患者肾脏，并不会增加不良反应的发生率，安全性高，值得推广^[13]。曾有研究表示，炎症反应在慢性肾小球肾炎的发生机制上具有重要意义，因此患者均伴有炎症因子异常表达情况。本文结果中看到用药前两组患者的 TNF- α 、IL-6、hs-CRP、LKN-1 表达较高，说明其机体的炎症因子水平明显升高，并与疾病互相影响，构成恶性循环。其中 TNF- α 是从单核巨噬细胞以及淋巴细胞中产生，可作用在肾小球系膜细胞，并促进分化以及增殖反应；IL-6 可促进肾小球系膜发生增殖反应，并分泌炎症介质，加速肾小球硬化；hs-CRP 作为急性时相反应，一旦机体处于微炎症状态时，即可呈现表达升高趋势；LKN-1 作为趋化因子 CC 的成员，可与受体 3 以及趋化因子受体 1 发生结合反应，进而促进炎症发展。但用药后中西医组的炎症指标水平较西药组

更低,提示中西医组能够促进炎症指标指标,最大程度减轻炎症反应,从而控制患者炎症状态。在为患者开展药物治疗过程中,同样需做好患者的用药指导工作,使患者了解用药中常见的并发症,做到按时、按量用药,不随意增减药量,这样更加利于提高药物应用的安全性。

综上所述,缬沙坦+黄葵胶囊的疗效更为突出,促进蛋白尿指标水平恢复,改善肾功能,消除炎症反应,不良反应发生率较低,为患者预后提供保障。

参考文献:

- [1]张灵灵.缬沙坦与黄葵胶囊联用对慢性肾小球肾炎患者的临床疗效及其对肾功能的影响[J].抗感染药学,2018,15(3):520-522.
- [2]王永丽,杨秀勇.肾康注射液联合缬沙坦对慢性肾小球肾炎肾功能、细胞免疫功能及尿蛋白的影响[J].中华中医药学刊,2020,38(9):72-74.
- [3]LIU, YI-RAN, MA, TIAN-TIAN, ZHAO, MING-HUI, et al. Late restoration of renal function in patients with severe ANCA-associated glomerulonephritis who were dialysis-dependent at presentation[J]. Clinical rheumatology,2018,37(8):2143-2150.
- [4]孙保党.贝那普利联合黄葵胶囊治疗慢性肾小球肾炎的有效性和安全性[J].中国医药科学,2020,10(21):104-106.
- [5]李佳,朱彬蔚,路华,等.黄葵胶囊联合贝那普利对慢性肾小球肾炎疗效及其血清炎症因子的影响[J].世界中西医结合杂

(上接第56页)

循环,进而易导致机体应激反应,尤其是老年病人,对其脏器的损伤要更严重。而采用右美托咪定进行麻醉,可对去甲肾上腺素释放进行抑制,进而提升迷走神经张力,减小交感神经兴奋性,进而降低机体应激反应,相应的减轻麻醉对病人血流动力学的影响^[8]。据本次试验表3数据显示,采取右美托咪定麻醉的观察组患者发生高血压、呼吸抑制、心动过缓、躁动等概率比较低,优于对照组。说明右美托咪定可提升骨科老年患者手术安全性,究其原因,右美托咪定能选择性地作用到患者神经阻滞上,且其药物在体内代谢比较快,不会残留在体内,能降低高血压、呼吸抑制、心动过缓、躁动等不良反应发生风险,可提升患者手术安全性^[9]。

综上所述,在骨科老年患者全身麻醉中使用右美托咪定效果显著,不仅能维持血流动力学稳定,还能有效降低患者的疼痛感与不良反应发生风险,值得应用与推广。

参考文献:

- [1]王小北.老年腹腔镜大肠癌根治术全身麻醉患者术前应用不同剂量右美托咪定对围拔管期血流动力学的影响[J].中国药物与临床,2020,20(13):2199-2201.
- [2]饶孔,徐瑞.右美托咪定对行气管插管全身麻醉妇科腹腔镜手术患者血流动力学指标、激素水平及血气状态的影响[J].中国实用医

志,2020,15(12):2298-2301.

[6]张谭,穆超超,陈娜,等.黄葵胶囊联合 ARB 类降压药治疗慢性肾小球肾炎随机对照试验的 Meta 分析[J].湖南中医杂志,2018,34(3):139-142.

[7]方心紫,王小琴,金善善,等.雷公藤多苷片、黄葵胶囊和肾素-血管紧张素系统阻断剂治疗 IgA 肾病的网状 Meta 分析[J].临床肾脏病杂志,2020,20(6):441-448.

[8]赵雪梅.益肾化湿颗粒联合缬沙坦治疗慢性肾小球肾炎患者的疗效评价[J].黑龙江医学,2021,45(7):752-753.

[9]李燕.观察布美他尼片联合缬沙坦胶囊治疗慢性肾小球肾炎的临床疗效及安全性[J].海峡药学,2021,33(2):137-139.

[10]仇琳,马世兴,张维周,等.血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂缬沙坦治疗慢性肾小球肾炎继发恶性高血压的效果[J].临床医学研究与实践,2020,5(26):55-57.

[11]林建,叶晴,王俊贤,等.缬沙坦胶囊联合前列地尔注射液对慢性肾小球肾炎患者的影响[J].吉林医学,2020,41(6):1339-1340.

[12]杜娟.慢性肾小球肾炎合并高血压患者行缬沙坦对肾功能、血压的效果观察[J].黑龙江医药科学,2020,43(6):96-97.

[13]程孝雨.参地颗粒联合黄葵胶囊治疗慢性肾小球肾炎临床研究及对血清炎症因子、PCX 及 B7-1 的影响[J].新中医,2021,53(1):61-64.

刊,2020(07):65-66-67-68.

[3]李晓芳,李军,田建民,张红伟,樊鹏,马闻奇,岳修勤.右美托咪定滴鼻对老年患者全麻苏醒质量的影响[J].中国合理用药探索,2021,18(07):78-82.

[4]罗显刚,肖倩兰.右美托咪定对全身麻醉老年患者术后的临床效果及对早期认知功能的影响[J].中外医学研究,2021,19(08):120-122.

[5]王小华,宋勇林.右美托咪啉对老年全身麻醉患者苏醒期的影响及其临床应用价值[J].吉林医学,2020,41(11):2664-2667.

[6]吴瑶,李亚玲,李建长.右美托咪定对全身麻醉下腹腔镜子宫切除术中血流动力学及应激反应的影响[J].临床和实验医学杂志,2020,19(10):1108-1113.

[7]万亮,王小锐,郭文艳,李昂谦.右美托咪定对骨科手术全麻患者麻醉深度及血流动力学的影响[J].实用药物与临床,2019,22(12):1269-1272.

[8]刘海生,张华,旷艳春,黄敏,罗艳.右美托咪定联合瑞芬太尼对全身麻醉下髋关节置换术患者脑氧代谢、血流动力学和认知功能的影响[J].现代生物医学进展,2021,21(08):1559-1562+1447.

[9]曹喜华,王帅,徐国亭,李好朝.右美托咪定全身麻醉对老年肿瘤手术患者脑血流动力学和应激反应的影响研究[J].实用癌症杂志,2021,36(11):1909-1912.

血液透析同血液灌流联合干预对糖尿病肾病患者营养指标改善效果观察

何蕾

成都郫都区医院 四川成都 611730

摘要：目的：分析糖尿病肾病患者利用血液透析联合血液灌流方式治疗对营养指标改善产生的效果。方法：选择2019年3月-2020年9月入院就诊糖尿病肾病患者100例纳入研究，临床分组方式采取随机数值法，设置研究组（n=50例）与对照组（n=50例），对照组采用单纯血液透析治疗方式，研究组将血液透析治疗方式作为基础，联合血液灌流方式，临床对比两组患者治疗效果。结果：治疗后，研究组营养指标水平明显高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；治疗后，研究组胰岛素抵抗指标评估水平低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；治疗后，研究组炎症因子水平低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；研究组不良事件发生率数值为6.00%，对照组为20.00%，研究组低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：针对糖尿病肾病患者临床治疗选择血液透析联合血液灌流方式，效果显著，改善营养情况，调节炎症情况以及胰岛素抵抗水平，降低并发症发生率，提高康复水平，值得临床推广。

关键词：血液透析；血液灌流；糖尿病；肾病；营养指标

糖尿病是临床多发疾病的一种，老年群体发病率较高，属于较为常见的代谢疾病。疾病若未获得及时治疗，长久发展后肾脏功能运转低效，可诱发糖尿病肾病。肾脏出现萎缩，主要症状表现为水电解质紊乱，代谢产物滞留严重等，全身系统受累，影响患者生活质量。临床治疗手段主要是血液透析以及血液滤过等方式，取代肾脏功能，清除机体内部多余的代谢物质，调节水电解质，维持平衡^[1]。但血液透析治疗方式对于毒素清除效果具有局限性，在大分子毒素以及废物代谢过程中难以彻底完成清除工作，会使患者出现食欲不振或失眠等症状。本研究通过对2019年3月-2020年9月入院就诊的100例糖尿病肾病患者进行客观性研究，临床采用血液透析联合血液灌流治疗方式，探讨治疗价值，现将研究结果公布如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2019年3月-2020年9月入院就诊糖尿病肾病患者100例纳入研究，临床分组方式采取随机数值法，设置研究组（n=50例）与对照组（n=50例），研究组中：26例为男性，24例为女性，年龄区间值为39-75岁，平均年龄值为（52.50±5.67）岁，病程时间为7个月-5.2年，平均病程时间为（3.41±0.73）年；对照组中：27例为男性，23例为女性，年龄区间值为36-74岁，平均年龄值为（52.23±5.50）岁，病程时间为6个月-5.8年，平均病程时间为（3.68±0.70）年。通过比较临床资料，统计学上并无差异， $P>0.05$ ，可公平对比。

纳入标准：（1）患者分别接受血液透析、血液透析和血液灌流治疗；（2）精神状态正常，认知正确，治疗依从性正常；（3）病程时间均大于等于6个月；（4）同意研究；（5）获得本院伦理委员会批准。

排除标准：（1）患有严重肝脏疾病，为高血压患者；（2）对研究治疗方式存在禁忌症；（3）为合并心力衰竭以及心律失常人员；（4）妊娠、哺乳期间妇女。

1.2 方法

对照组采用血液透析治疗方式，使用透析机设备，品牌为德国费森尤斯公司生产，型号规格为HF80S聚砜膜，设置超滤系数参数为5.5ml/（h·mmHg），治疗频率为3次每周；血液滤过治疗选择透析机设备型号为5008S以及F6聚砜膜血滤器，治疗频率为每周1次，治疗疗程为3个月。

研究组在对照组治疗基础联合血液灌流治疗方式，血液透析方式与对照组相同，血液灌流措施：设备品牌为健帆生物科技集团股份有限公司产品，器械设备主要包括柱体、吸附剂、垫片等。器械材料主要是聚碳酸酯，可以借助大孔吸附树脂的作用，对患者机体内部内源性以及外源性毒物开展清除处理工作。内部阻力参数设置为小于等于4kPa，耐压参数设置为100kPa，最高血流量调节参数设置为小于等于250mL/min。操作过程需严格遵守说明书，同步使用肝素生理盐水，剂量为2000mL，清洗灌注器，排出内部空气，吸附剂膨胀后，循环时间控制20分钟，连接血液透析器以及灌流器。上机开始血液灌流治疗，治疗时间为每次2小时，在灌注器饱和后，继续透析治疗，每次两小时，每周2次。

1.3 观察指标

（1）比较两组治疗前后营养指标，分别为血清总蛋白（TP）、血红蛋白（Hb）、转铁蛋白（TRF）、白蛋白（Alb）。

（2）检测治疗前后两组炎症因子指标，利用酶联免疫吸附方式，检验超敏C反应蛋白（Hs-CRP）、肿瘤坏死因子- α （TNF- α ）、白细胞介素-6（IL-6）。

（3）检测两组患者的胰岛素抵抗指数。

（4）对比两组患者不良事件发生率，指标分别为微炎症、营养不良、心律失常、胰岛素抵抗、透析失衡综合征^[6]。

1.4 统计学处理

采用SPSS24.0统计软件进行数据分析，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；计数资料用率表示，两组间比较采用 χ^2 检验，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 组间对比两组患者营养相关指标评估情况

治疗前，研究组患者的营养相关指标水平与对照组相比，研究组与对

照组差异不显著，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；治疗后，研究组营养指标水平明显高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 组间对比两组患者营养相关指标评估情况（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	TP（g/L）		Hb（g/L）		TRF（ug/L）		Alb（g/L）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	50	50.54±10.11	66.74±14.01	98.22±11.20	109.97±13.11	93.42±11.20	109.11±14.76	32.11±5.77	40.77±6.84
对照组	50	50.33±10.66	53.20±11.66	98.61±11.34	96.44±10.97	93.55±11.55	95.66±12.65	32.55±6.02	33.52±6.12
t 值	-	0.101	5.253	0.173	5.597	0.057	4.892	0.373	5.586
P 值	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 组间对比两组患者炎症因子指标评估情况

治疗前，研究组炎症因子水平与对照组差异不显著，差异无统计学意

义（ $P>0.05$ ）；治疗后，研究组炎症因子水平低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 组间对比两组患者炎症因子指标评估情况（ $\bar{x}\pm s$ ，ng/L）

组别	例数	Hs-CRP		TNF-α		IL-6	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	50	14.75±2.51	5.61±1.20	253.22±30.11	85.63±22.22	100.96±20.86	49.33±14.22
对照组	50	14.63±2.33	12.46±2.12	251.20±29.33	201.11±25.65	100.55±21.55	97.55±12.45
t 值	-	0.248	19.883	0.340	24.062	0.097	18.041
P 值	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 组间对比两组患者胰岛素抵抗水平评估情况

治疗前，研究组胰岛素抵抗指标评估情况与对照组差异不显著，差异

无统计学意义（ $P>0.05$ ）；治疗后，研究组胰岛素抵抗指标评估水平低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 组间对比两组患者胰岛素抵抗水平评估情况（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	FBG（mmol/L）		HOMA-IR		FINS（uU/mL）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	50	12.44±1.33	7.01±1.40	6.56±1.10	4.20±0.66	11.44±3.20	6.20±1.02
对照组	50	12.24±1.25	10.30±1.51	6.61±1.08	5.88±1.08	11.34±3.15	9.45±2.11
t 值	-	0.775	11.298	0.229	9.386	0.157	9.806
P 值	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 组间对比两组患者不良事件发生率指标

治疗后，研究组不良事件发生率数值为 6.00%，对照组为（20.00%），

研究组低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 4。

表 4 组间对比两组患者不良事件发生率指标（ $\bar{x}\pm s$ ，%）

组别	例数	微炎症	营养不良	心律失常	胰岛素抵抗	透析失衡综合征	发生率
研究组	50	1（2）	0（0）	1（2）	1（2）	0（0）	3（6）
对照组	50	2（4）	3（6）	3（6）	2（4）	0（0）	10（20）
X ²	-	-	-	-	-	-	4.531
P 值	-	-	-	-	-	-	<0.05

3 讨论

步入老龄化社会后，糖尿病肾病的发病率不断提高，多数患者伴随疾病发展最终诱发终末期糖尿病肾病。在多种因素影响下，造成肾实质损害，严重损害肾脏功能，部分患者肾脏功能丧失，难以维持机体正常代谢，代谢物潴留情况严重，生存质量受到影响^[2]。临床治疗需结合患者肾功能受损情况以及具体症状，确保营养均衡，以此为基础对血液中代谢废弃物以及毒素进行清除，取代肾脏功能，确保机体正常运转。血液透析治疗方式属于肾脏替代治疗中比较常用的一种，借助原理为吸附、对流以及弥散等，机体内部存在多余代谢物以及水分可获得清除。血液滤过方式是在持续补充血管通路置换液同时，血液与其混合后完成超滤工作，对患者体内毒素以及水分进行清除。血液灌流治疗方式是通过固态吸附剂、灌流器对血液透析工作中未能清除吸附的毒素和代谢物等进行再次清除，这种治疗方式可以与血液透析方式联合使用，提高治疗效果，在不同类型血液净化中适

（下转第 70 页）

来曲唑联合克罗米芬治疗多囊卵巢综合征(PCOS)的临床疗效

侯莉莉

临城县人民医院 妇科 河北邢台 054300

摘要：目的：分析来曲唑联合克罗米芬治疗多囊卵巢综合征的应用效果。方法：本次研究对象为本院 76 例多囊卵巢综合征患者，时间 2021 年 03 月-2022 年 03 月，选取随机数字表法将其均分为对照组 38 例，行克罗米芬治疗，观察组 38 例，联合来曲唑治疗，比较两组临床疗效。结果：观察组的治疗有效率、SHBG、宫颈黏液评分、宫腔容积和子宫内膜厚度均明显高于对照组，不良反应发生率、成熟卵泡个数、成熟卵泡平均直径、T、LH 和 FSH 均明显低于对照组 ($P<0.05$)。结论：给予多囊卵巢综合征患者来曲唑联合克罗米芬治疗能够有效改善患者胰岛功能，调节糖脂代谢情况，促进排卵，安全性高，具有推广价值。

关键词：来曲唑；克罗米芬；多囊卵巢综合征；胰岛功能；糖脂代谢；不良反应

多囊卵巢综合征属于临床多发妇科疾病之一，患者的代谢出现异常，内分泌紊乱，患者主要体征有代谢紊乱、卵巢多囊改变、月经紊乱以及雄激素过高等，但是，当下临床上尚未给出该病明确病因，且存在明显个体差异性。无排卵是该病患者主要特征，在长时间不排卵情况下，容易引发不孕。近些年来，人们饮食习惯和生活方式变化，导致该病发生率显著提升，严重影响了人们健康水平。经相关研究显示^[1]，疾病会影响到排卵功能，导致血脂代谢和糖脂代谢出现异常，致使心血管疾病发生率提高。在未及时采取有效措施情况下，患者的生殖功能明显降低或者丧失。该病主要采取药物治疗，克罗米芬应用广泛，排卵效果明显，但是单一用药难以改善糖脂代谢，提升胰岛功能。

1 资料和方法

1.1 一般资料

本次研究对象为本院 76 例多囊卵巢综合征患者，时间 2021 年 03 月-2022 年 03 月，选取随机数字表法将其均分为对照组 38 例，年龄为 25-39 岁，平均年龄 (30.18±4.89) 岁；观察组 38 例，年龄为 26-40 岁，平均年龄 (30.76±4.13) 岁。两组一般资料 ($P>0.05$)，具有可比性。

纳入标准：符合多囊卵巢综合征诊断标准；初次患病；婚姻状态为已婚，配偶不存在生育障碍；知情本次研究。排除标准：存在心脏疾病、脑部疾病和恶性肿瘤；存在血液系统疾病、内分泌系统疾病和免疫系统疾病；严重肝肾功能障碍；近期存在药物治疗史；伴有子宫内膜异位症、子宫畸形和子宫肌瘤；临床依从性差患者。

1.2 方法

对照组行克罗米芬 (上海衡山药业有限公司；国药准字 H31021107) 治疗：于患者月经期展开治疗，时间为第 4-8 天，选取本品 50mg，令患者口服，每天 1 次，1 个疗程为治疗 5 天。观察组联合来曲唑 (江苏恒瑞医药股份有限公司；国药准字 H19991001) 治疗：治疗时间为第 4-8 天，选取本品 2.5mg，口服，每天 1 次，克罗米芬治疗方式同对照组，1 个疗

程为治疗 5 天。在患者月经周期的第 12 天，为其展开 B 超检查，频率为 3 天 1 次，对患者的雌二醇(E2)指标和促黄体生成素(LH)指标展开检测，观察优势卵泡，当其直径处于 18-20 毫米时，表示诱发排卵，选取 5000-10000UHCg，为患者注射，在 24 小时内，为患者提供性生活指导。

1.3 观察指标

1.3.1 评价两组结合球蛋白和性激素：选取全自动生化分析仪，检测两组的 SHBG、T、LH 和 FSH。

1.3.2 评价两组排卵情况及子宫内膜：观察宫腔容积和子宫内膜厚度；应用 Insler 评分，评价宫颈黏液，分数与生理功能成正比。

1.3.3 评价治疗效果：显效为性激素指标趋向于正常，代谢紊乱和月经紊乱等明显改善；有效为性激素指标明显好转，代谢紊乱和月经紊乱有所恢复；无效为性激素指标和症状均无好转，对比两组治疗有效率^[2]。

1.3.4 评价不良反应：包括月经量增多、阴道出血和头晕。

1.4 统计学分析

SPSS23.0 处理数据，($\bar{x}\pm s$) 与 (%) 表示计量与计数资料，分别行 t 与 χ^2 检验， $P<0.05$ ，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组结合球蛋白和性激素比较

观察组的 SHBG 明显高于对照组，T、LH 和 FSH 均明显低于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。详见表 1。

表 1 两组结合球蛋白和性激素比较 [$n(\bar{x}\pm s)$]

组别	例数	SHBG (nmol/L)	T (mmol/L)	LH (U/L)	FSH (IU/L)
观察组	38	37.81±3.28	1.41±0.45	6.25±1.64	4.84±0.71
对照组	38	20.73±2.15	3.85±0.28	9.67±1.36	6.00±0.85

<i>t</i>	/	26.847	28.380	9.895	6.457
<i>P</i>	/	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组排卵情况及子宫内膜比较

观察组的宫颈黏液评分、宫腔容积和子宫内膜厚度均明显高于对照组，成熟卵泡个数和成熟卵泡平均直径均明显低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。详见表 2。

表 2 两组排卵情况及子宫内膜比较[$n(\bar{x}\pm s)$]

组别	例数	宫颈黏液 评分(分)	宫腔容积 (ml)	子宫内膜 厚度 (mm)	成熟卵泡 个数(个)	成熟卵泡 平均直径 (mm)
观察组	38	9.12±1.53	5.66±1.41	9.78±1.79	2.11±0.52	21.67±3.61
对照组	38	7.04±1.20	3.37±1.13	7.58±1.81	2.47±0.58	25.21±3.72
<i>t</i>	/	6.594	7.812	5.327	2.849	4.210
<i>P</i>	/	0.000	0.000	0.000	0.006	0.000

2.3 两组治疗效果比较

对比治疗有效率，观察组明显偏高， $P<0.05$ 。详见表 3。

表 3 两组治疗效果比较[$n(\%)$]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
观察组	38	31	6	1	97.37
对照组	38	18	12	8	78.95
χ^2	/	/	/	/	6.176
<i>P</i>	/	/	/	/	0.013

2.4 两组不良反应发生情况比较

对比不良反应发生率，观察组明显偏低， $P<0.05$ 。详见表 4。

表 4 两组不良反应发生情况比较[$n(\%)$]

组别	例数	月经量增多	阴道出血	头晕	发生率
观察组	38	1	0	1	5.26
对照组	38	4	2	4	26.32
χ^2	/	/	/	/	6.333
<i>P</i>	/	/	/	/	0.012

3 讨论

经临床研究证实，临床上引发多囊卵巢综合征的因素较多，常见的有家族遗传性因素、高雄激素血症、内分泌失调、排卵功能出现异常等，该

病患者会出现糖脂代谢紊乱现象，性激素分泌失调。在长期排卵异常影响下，患者有可能不孕，流行病学显示，该病发生率约为 30-40%。当下临床尚未给出疾病明确病机，当下主要有两种理论^[3]：其一为非遗传学理论，经长期观察发现就孕妇而言，其子宫内部实际激素环境会对内分泌状态产生影响，令孕期处于高水平雄激素状态中，包括母体具有先天性肾上腺皮质增生、PCOS 史等，下一代在青春期后出现排卵障碍的可能性更高。其二为遗传学理论，该学说的依据主要为该病呈现出家族群居现象，疾病表现出家族性卵巢多囊样改变以及排卵功能障碍，意味着该病具有遗传影响，存在家族遗传者出现该病的概率明显高于正常群体。疾病发展具有复杂性，治疗主张帮助患者重建生理周期，促使生育功能快速恢复。

帮助多囊卵巢综合征患者调整生活方式。针对肥胖者，需要强化运动，为其提供饮食指导，促使腰围和体重降低^[4]。所有该病患者中，肥胖发生可能性约为 2/5-3/5，相关研究显示患者体重下降幅度高于 5%，即能够有效调节月经，致使睾酮含量下降，胰岛素敏感性提升，强化生育功能，提高排卵能力，在实际治疗中，需将目标制定为降低体重幅度超过 10%。帮助患者减少高雄激素含量。受高雄激素影响，患者会出现月经失调、排卵障碍等现象，程度严重者有可能闭经，进而引发糖脂代谢紊乱、肥胖以及多毛等现象。在临床治疗中，需重视以下几个方面：其一为降低雄激素分泌量，其主要来源于卵巢或者肾上腺。其二为通过减肥，妨碍其外周转化。其三为提升 SHBG 水平，选取适宜方式对其合成产生刺激。其四为对靶器官含有的雄激素受体形成阻断^[5]。当下，临床多采取达英-35，给予患者治疗，降低高雄激素含量，该药物发挥作用的主要机制为对过多分泌促性腺激素产生抑制作用，减少垂体黄体生成素含量，进而致使卵巢内部含有的雄激素水平降低，对肾上腺素和卵巢分泌雄激素产生抑制，阻碍其合成途径。该药物中含有的乙炔雌二醇能够促使 SHBG 水平提升，处于游离状态的睾酮水平降低，含有的醋酸环丙酮能够于靶器官内，和雄激素结合受体产生竞争，对其外周作用产生抑制。给予患者胰岛素抵抗治疗。Burghen 在 1980 年，第一次提出在该病发生发展中胰岛素抵抗发挥着重要作用，和高胰岛素血症共同起到关键功效。另外，在长时间高胰岛素血症影响下，该病患者患有 2 型糖尿病和心血管疾病的风险性明显提升，特别是针对肥胖患者，风险度极高。针对存在胰岛素抵抗者，或者肥胖者，需要引导其合理运动，提供饮食指导，同时采取相关药物，展开治疗。例如，可以选取二甲双胍，该药物能作用于周围组织，致使其摄入葡萄糖能力提升，对肝糖产生形成抑制，同时能够在受体后水平，降低餐后胰岛素含量，提高胰岛素敏感性，能够提升患者机体对于克罗米芬产生的敏感性。给予患者促排卵治疗。针对存在生育要求者，调整其生活方式，在给予患者胰岛素抵抗治疗、减少学雌激素含量基础上，展开促排卵治疗^[6]。针对无生育要求者，临床治疗主张帮助患者改善生活方式，以降低体重为主要目的，调节内分泌功能。同时改善月经周期，可以选取口服避孕药，给予患者周期

治疗,能够于子宫内膜直接发挥疗效,对子宫内膜异常产生抑制,从而对月经周期展开调节。

当下,临床治疗该病主张推动排卵,减轻临床表现。克罗米芬属于生物制剂,是激素类药物,能够对下丘脑产生刺激,提升性腺激素分泌量,促使代谢指标改善,调节性激素指标^[7]。该药物属于雌激素受体拮抗剂,能够显著提升 FSH 和 LH,推动卵泡成熟和发育,进一步形成黄体。临床应用该药物的适应症主要有:不排卵不孕患者,机体内部存在雌激素;对卵巢功能展开测试;应用于黄体功能不足治疗中;治疗受精子过少影响引发的男性不育^[8]。该药物是一种抗性激素药,当下临床尚未给出明确的该药物刺激排卵作用机制,针对雌激素,该药物能够产生强效拮抗作用,和弱效激动作用,可以通过刺激下丘脑,促排卵。通过口服,能够以肠道为途径,被患者吸收,然后融进肝血液循环中,半衰期通常为 5-7 天。该药物的代谢部位主要为肝脏,然后和胆汁一起进入患者肠道中,随着粪便排出,少数药物会受肝肠循环影响,被再吸收。但是,单一应用该药物,改善患者代谢情况和内分泌代谢情况功效不明显。且有报道显示,用药后患者出现子宫黏液不良以及子宫内膜变薄的概率约为 15-50%,不孕患者存在该药物抵抗的概率约为 20-25%,临床应用受限,疗效较差^[9]。在卵泡成功发育后,有可能引发卵泡破裂,对局部产生刺激,导致抑制素提升,仅采取该药物治疗,患者成功妊娠的可能性为 20%,排卵功能较低,无法真正改良生殖功能,难以彻底治疗疾病。来曲唑属于促排卵药物,该药物能够作用于患者下丘脑,对其负反馈调节形成阻碍,发挥出排卵效果。该药物属于芳香酶抑制剂,能够抑制周围芳香酶,致使患者处于低雌状态,且不会过多影响到子宫内膜发育情况以及宫颈黏液。能够于垂体发挥功效,致使其促性腺激素分泌量反射性增加,对卵泡发育起到诱导功效,卵巢反应性明显提升,对胰岛素生长产生刺激,能够从根本上缓解各项症状。另外,该药物副作用不明显,药物半衰期较短,有助于满足患者需求,维持其利益,既可以起到明显促排卵功效,又不容易引发不良反应^[10]。在促排卵治疗中,应用来曲唑的适应症有存在生育要求,但是患有排卵障碍以及持续性无排卵患者,不孕患者;宫腔内人工授精配合治疗;黄体功能不足患者;轻型子宫内膜异位症患者;原因不明确的不孕症患者。给予患者口服治疗,该药物能够完全被胃肠道吸收,在 1 小时内血清浓度达到最高,然后能够快速分布于各个组织中^[11]。和血清蛋白之间的结合率较低,仅仅为 60%,该药物的清除途径主要为经过代谢,形成羟基代谢产物,该产物不存在药理功效,约有 5%的原药和绝大部分代谢产物经由患者肾脏排泄。该药物引发的不良反应较少,多表现为轻中度头疼、恶心、头晕等,安全性较高。将二者联合在一起,具有协同作用,一方面能够调节雌激素、糖脂代谢水平,一方面可以强化促排卵功效,有助于改善病情^[12]。本次研究结果表明观察组的治疗有效率和 SHBG 均明显高于对照组,不良反应发生

率、T、LH 和 FSH 均明显低于对照组 ($P<0.05$),表示联合用药,有助于调节糖脂代谢。观察组的宫颈黏液评分、宫腔容积和子宫内膜厚度均明显高于对照组,成熟卵泡个数和成熟卵泡平均直径均明显低于对照组 ($P<0.05$),代表联合治疗,可以促使患者排卵,调节其子宫内膜情况。说明二者联合应用可以有效改善患者病情,提升促排卵功效,改善糖脂代谢情况,调节性激素指标。

综上所述,给予多囊卵巢综合征患者来曲唑联合克罗米芬治疗能够有效改善患者胰岛功能,调节糖脂代谢情况,促进排卵,安全性高,具有推广价值。

参考文献:

- [1]崔荣荣,王晨鸽,尹东升. 来曲唑联合克罗米芬治疗多囊卵巢综合征疗效观察[J]. 陕西医学杂志,2022,51(3):359-362.
- [2]程华英. 克罗米芬与来曲唑治疗多囊卵巢综合征[J]. 中国继续医学教育,2021,13(27):135-138.
- [3]邢思思. 来曲唑联合克罗米芬治疗多囊卵巢综合征的临床疗效分析[J]. 中国实用医药,2021,16(26):149-151.
- [4]王慧玲. 来曲唑联合克罗米芬治疗多囊卵巢综合征的临床疗效[J]. 中国实用医药,2021,16(19):174-176.
- [5]杨冬,王丽峰,张颖,温都苏. 不同剂量来曲唑联合促性腺激素治疗克罗米芬抵抗多囊卵巢综合征的临床观察[J]. 广东医科大学学报,2021,39(3):321-324.
- [6]林子娴,徐俊珊,吴舜彬. 来曲唑联合尿促卵泡素治疗克罗米芬抵抗的多囊卵巢综合征不孕患者临床研究[J]. 基层医学论坛,2021,25(14):1974-1976.
- [7]王巍,莫羽,王巧玲. 克罗米芬抵抗多囊卵巢综合征患者予以不同剂量来曲唑联合二甲双胍治疗的效果观察[J]. 中国处方药,2020,18(9):89-91.
- [8]贾艳华. 克罗米芬联合来曲唑对多囊卵巢综合征患者血清 MMP-9 及 AMH 水平的影响[J]. 内蒙古医学杂志,2020,52(4):449-450.
- [9]刘培娟. 来曲唑联合克罗米芬对多囊卵巢综合征患者血清性激素水平及妊娠率的影响[J]. 河南医学研究,2020,29(11):2040-2042.
- [10]王秀朵,邵志君,王秀玲. 克罗米芬联合来曲唑治疗多囊卵巢综合征不孕症患者的临床效果[J]. 山东医学高等专科学校学报,2020,42(1):34-35.
- [11]黄敬华,张丰萍. 克罗米芬联合补佳乐与来曲唑用于多囊卵巢综合征促排卵助孕的临床研究[J]. 川北医学院学报,2019,34(6):791-793.
- [12]张晓娟,周瑞民,宋丽燕. 来曲唑与克罗米芬治疗多囊卵巢综合征的效果比较[J]. 实用临床医学,2019,20(4):61-63.

儿科病毒感染呼吸道感染治疗中重组人干扰素 $\alpha 1b$ 雾化吸入方案的应用价值

胡江平

甘泉县妇幼保健院 儿科 陕西甘泉 716100

摘要: 目的: 探讨重组人干扰素 $\alpha 1b$ 雾化吸入治疗儿童病毒感染呼吸道感染疾病的效果。方法: 本报告以 2019 年 5 月-2021 年 5 月作为时间区间, 并截取此段区间中我院接收的 90 例儿童病毒感染呼吸道感染患儿作为数据提供对象, 以数字随机表的方法分成常规组和研究组, 以 45 例为每组人数, 常规组以常规治疗联合利巴韦林为主要治疗方案, 研究组在常规基础上加入重组人干扰素 $\alpha 1b$ 注射液雾化吸入为主要治疗方案, 分析治疗效果。结果: 研究组治疗有效率更高, $p < 0.05$; 研究组患儿总病程、退热时间、咳嗽消失时间、憋喘消失时间均更短, 在治疗后一周内发生毛细支气管炎的概率更低, $p < 0.05$; 治疗后, 研究组血清肿瘤坏死因子 α (TNF- α)、白细胞介素 6 (IL-6) 及 C 反应蛋白 (CRP) 水平均更低, $p < 0.05$ 。结论: 重组人干扰素 $\alpha 1b$ 注射液雾化吸入治疗儿童病毒感染呼吸道感染疾病的效果显著, 值得推广。

关键词: 重组人干扰素 $\alpha 1b$; 儿童病毒感染呼吸道感染; 治疗效果; 毛细支气管炎发生率

急性呼吸道感染作为婴幼儿阶段的常见呼吸系统疾病, 一般以病毒感染为主要诱发因素。据一项相关流行病学的调查显示, 婴幼儿是感染呼吸道合胞病毒 (RSV) 的高发群体, 年龄在 1 岁以下的儿童, 其感染率可高达 60% 左右, 年龄介于 1~2 岁之间的儿童, 其感染率已经达到 80.0%~100% 之间。目前, 对于合并呼吸道感染患儿的临床治疗来说, 其治疗方案中还没有特效抗病毒药物, 而且如果无法有效控制病毒感染的发展, 特别是在婴幼儿阶段, 毛细支气管炎或哮喘等喘息性疾病的并发风险便会升高, 进一步增加了治疗难度。毛细支气管炎作为愿意发生在婴幼儿阶段的下呼吸道感染性病症, 发病迅速, 病情严重, 病死率高等是该并发的特征, 如果没有正确治疗, 会导致呼吸衰竭, 对患儿生存威胁较大。目前, 对于毛细支气管炎的特效治疗方案还在研制和探索中, 这对患儿来说, 会严重影响其健康成长及发育, 并且, 单独通过全身用药治疗, 会引起大量不良反应, 因此, 如何有效预防且避免毛细支气管炎成为儿童病毒感染呼吸道感染疾病治疗中需要关注的重点话题^[1-2]。所以, 寻找一种简单而又有效的方式是很有必要的。基于此, 本文为了进一步证实该药的效果, 特筛选出我院在 2019 年 5 月-2021 年 5 月期间收治的 90 例儿童病毒感染呼吸道感染患儿的临床资料作为分析对象, 研究如下。

1 一般资料和方法

1.1 一般资料

90 例病毒性呼吸道感染患儿均在 2020 年 5 月-2021 年 5 月期间截取, 根据数字随机表的方法分成常规组和研究组, 以 45 例为组间人数, 本次试验经我院伦理委员会审批; 入组成员均自愿参与, 并由家属签署知情协议。纳入标准: ①均符合《诸福堂实用儿科学》^[3]中关于病毒性呼吸道感染的诊断标准; ②进入本次研究之前均没有接受过其他人和治疗; ③入组对象在临床上均有发热、鼻塞、流涕等临床症状。排除标准: ①合并先天智力发育障碍者; ②合并先天性心脏性疾病; ③合并免疫缺陷性疾病; ④临床资料不完整者; ⑤排除存在癫痫病史、心、脑、肾功能障碍患儿。

常规组 45 例中男性: 22 人, 女性: 23 人, 年龄限定范围: 8 个月-5 岁, 以 (3.02 ± 0.81) 岁为年龄平均值, 病程区间在 1-3 天, 以 (1.75 ± 0.68) 天为平均值, 病情程度轻度 15 人、中度 20 人、重度 10 人; 研究组 45 例

中男性: 21 人, 女性: 24 人, 年龄限定范围: 9 个月-5 岁, 以 (3.11 ± 0.55) 岁为年龄平均值, 病程区间在 1-3 天, 以 (1.70 ± 0.47) 天为病程平均值, 病情程度轻度 17 人、中度 22 人、重度 6 人。两组资料经统计学计算后, $p > 0.05$, 可对比。

1.2 方法

常规组: 两组患儿均采用常规退热、止咳化痰、抗病毒等治疗。该组患儿在基础上应用利巴韦林注射液 (10mg/kg) 雾化治疗 (酒泉大得利制药股份有限公司生产, 国药准字 H19993643) 与 2 毫升生理盐水稀释, 利用空气压缩雾化泵面罩吸入, 每次 5-10 分钟, 每天两次, 连续治疗七天。

研究组: 该组患儿在以上基础上加入重组人干扰素 $\alpha 1b$ 注射液 (北京三元基因工程有限公司生产, 国药准字 S20110016) 雾化治疗, 选取 $10\mu\text{g}$ 与 2 毫升生理盐水进行稀释, 进行雾化吸入治疗, 每次 5-10 分钟, 每天两次, 连续治疗七天。

1.3 观察指标

治疗效果分析, 将治疗标准分为显效; 有效及无效, 其中显效是指治疗后, 患儿临床症状基本得到消失, 体征明显改善; 有效是指治疗后, 患儿临床症状得到明显改善, 体征得到缓解; 无效是指治疗后, 患儿临床症状没有任何变化;

分析两组临床症状消失时间及总病程, 其中前者可通过咳嗽、发热、憋喘等进行评估;

分析两组血清炎症因子, 通过血清肿瘤坏死因子 α (TNF- α)、白细胞介素 6 (IL-6) 及 C 反应蛋白 (CRP) 水平进行评估, 所有患儿均在清晨空腹状态下抽取血液样本, 将全血标本放于离心机进行离心, 转速为 3000 转每分钟, 取上层血清后, 通过酶联免疫分析法对血清 TNF- α 、CRP、IL-6 水平进行检验;

分析两组毛细支气管炎发生率。

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 临床疗效分析

研究组的治疗效果 44/45 (97.78%) 明显高于常规组 39/45 (86.67%), $p<0.05$, 见表 1。

表 1 2 组治疗效果 (n/%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
常规组	45	25/45 (55.56%)	14/45 (31.11%)	6/45 (13.33%)	39/45 (86.67%)
研究组	45	30/45 (66.67%)	14/45 (31.11%)	1/45 (2.22%)	44/45 (97.78%)
X ²	-	-	-	-	3.872
P	-	-	-	-	0.049

2.2 临床症状消失时间及总病程

研究组临床症状消失时间及总病程时间均更短, $p<0.05$, 见下表。

表 2 临床症状消失时间及总病程时间 ($\bar{x}\pm s$, d)

组别	例数	咳嗽消失时间	发热消失时间	憋喘消失时间	总病程
常	45	4.58±0.45	4.65±0.31	4.40±1.23	11.60±1.03

表 4 炎症因子分析 ($\bar{x}\pm s$)

组别	IL-6 (pg/ml)		TNF- α (pg/ml)		CRP (mg/l)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组 (n=45)	82.88±10.12	50.88±8.82	181.18±10.42	150.48±10.52	31.95±4.15	17.56±2.05
研究组 (n=45)	83.01±11.02	27.71±6.58	180.91±10.02	120.21±8.98	32.05±4.25	11.08±1.42
t	0.058	14.125	0.125	14.681	0.113	17.431
p	0.954	<0.001	0.901	<0.001	0.910	<0.001

3. 讨论

小儿呼吸系统极易受外来病菌侵害, 尤其是小儿下呼吸道感染, 最常见的病原菌是 RSV, 对儿童的身体健康造成极大危害。从世界各地来看, RSV 是导致婴幼儿发生急性呼吸道感染的首要因素, 同时也是导致婴幼儿死亡率增长的一个重要因素。据 WHO 的数据显示, 全世界每年有 160,000 名婴儿因呼吸道病毒感染疾病而死亡, 使得许多医药物资被浪费, 给社会和家人带来了巨大的经济压力^[4-5]。由于小儿气管较窄, 粘膜较软, 血液循环较多, 加之机体的免疫系统不健全, 因此, 呼吸道疾病的发生率要比成年人高出许多, 其中 70% 以上的呼吸道传染病都是由于病毒所致。由于缺乏有效的抗病毒药, 使得患儿病情治疗进展缓慢, 利巴韦林和阿昔洛韦等传统抗菌素药物品种不断增多, 耐药菌株也较多, 促使疗效不断降低, 而且副作用也很大, 这就给小儿呼吸系统造成了很大影响, 使得小儿呼吸道感染性疾病在治疗上越发困难。

这几年, 重组干扰素的使用在临床上越来越多, 也是目前最广谱的抗病毒药物之一, 该药物能够对机体免疫功能有效调节。据相关研究指出, 小儿在出现呼吸道病毒感染性疾病后, 如果能够尽早得到重组干扰素的治疗, 能够在最短时间内降低病毒给机体带来的危害, 并且整体上缩减患儿的总病程时间。李召锋^[6]研究中指出, α -干扰素是具备调节免疫功能和抵抗病毒的功效。从生物学角度分析, 重组干扰素能够有效阻断病毒的大量繁

规					
组					
研					
究	45	2.58±0.17	1.85±0.12	6.44±0.43	7.64±0.73
组					
T	-	27.890	56.505	10.503	21.042
P	-	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 毛细支气管炎发生率

治疗后一周, 研究组发生毛细支气管炎的概率更低, $p<0.05$, 见下表。

表 3 毛细支气管炎发生率 (n/%)

组别	例数	毛细血管支气管炎发生率
常规组	45	10/45 (22.22%)
研究组	45	2/45 (4.44%)
x ²	-	6.154
P	-	0.013

2.4 血清炎症因子分析

治疗后, 研究组 IL-6、TNF- α 、CRP 指标与常规组对比更低, $p<0.05$, 见下表。

殖和复制, 从而实现抗病毒的目的, 对于机体来说, 还能够启动免疫反应、提升清除细胞活性的能力, 从而促进巨噬细胞的吞噬功能, 对免疫蛋白合成有效调节, 以上均能够促使特异性血清 IgE 指标和气道高反应降低。干扰素作为一种广谱抗病毒活性的低分子糖蛋白, 其中的糖蛋白一般是基于单核巨噬细胞、淋巴细胞等受到病毒的刺激而形成的, 会直接影响到机体免疫功能, 进而形成后天获得性的非特异性免疫成分。病毒进入到细胞的屏障主要是干扰素, 因此, 干扰素会阻断病毒合成, 同时增加体内单核巨噬细胞、自然杀伤细胞的数目, 使其得到积聚, 从而促进机体免疫功能的提升, 提高患儿抵抗力, 比如这些细胞会对机体细胞因子和免疫球蛋白合成直接刺激, 促使其增多, 因此, 能够从多个角度共同抵抗病毒。另外, 重组干扰素对病毒敏感细胞有一定抑制作用, 和其受体结合后, 能够保证细胞合成, 形成抗病毒极强的一种蛋白, 阻断机体细胞生物化学合成中使 RNA 传递, 从而影响病毒蛋白的合成, 阻断病毒的不断增殖, 以充分发挥出抗病毒的作用。如果患儿再次受到病毒的侵入, 便可将病毒颗粒的生长进行阻断, 同时抑制病毒释放。干扰素可利用生物化学反应从多方面实现抵抗病毒复制的作用^[7-8]。

在人体正常的条件下, 机体内炎症因子 TNF- α 的指标并不是很高, 但是如果机体受到病毒入侵和感染, 其指标会因为免疫功能发生异常, 导致淋巴细胞及巨噬细胞中释放出大量 TNF- α , 进而对炎症细胞白细胞介

素-6 进行刺激,使其增多,这会损害到起到黏膜细胞和纤毛等功能,影响黏膜,进而形成黏膜水肿、呼吸道平滑肌痉挛等并发症,式病情进一步加重。CRP 则属于肝脏内分泌出来的一种急性期反应蛋白,人体在受到创伤、感染或炎性刺激后,可快速进入血液^[9-10]。该指标在下呼吸道感染疾病中具有重要的调节作用,能够将炎症程度动态反应出来。因此,本次研究中通过分析可知,研究组在治疗后 TNF- α 、IL-6 及 CRP 指标均更低, $p<0.05$;可进一步证实重组干扰素治疗方案的加入能够进一步降低炎症反应。此外,研究组在治疗有效率上更高,在临床症状消失时间及总病程上均更短, $p<0.05$;可进一步证实,重组人干扰素药物的加入促使患儿整体治疗效果提升,并且使得患儿的临床症状得以改善,缩短了患儿的总病程;研究中还指出,研究组在发生毛细支气管炎发生率上更低,说明,重组人干扰素在降低炎症反应的同时,也降低了毛细支气管炎的发生风险,优势显著。

综上所述,重组人干扰素 α 1b 注射液雾化吸入治疗儿童病毒感染呼吸道疾病的效果显著,值得推广。

参考文献:

- [1]张进尊.重组人干扰素 α 1b 鼻咽喉雾化治疗小儿病毒性上呼吸道感染效果评价[J].医学研究与教育,2021,38(05):15-19.
- [2]赵倩.小剂量布地奈德雾化联合重组人干扰素 α 1b 辅助治疗呼吸道感染合胞病毒感染患儿的疗效评价[J].实用中西医结合临床,2021,21(10):41-42.

(上接第 64 页)

用性比较突出^[3]。在血液透析治疗阶段,患者机体内部产生尿素氮以及电解质变化,炎症介质指标相应升高,患者机体局部感染或者全身感染情况下炎症状态持续性以及低水平状态可以通过炎症因子指标体现。在生理以及病理改变情况下,疾病临床症状影响,降低机体免疫力,加重营养不良,部分患者也会出现胰岛素抵抗问题^[4]。血液透析治疗中,未完全清除血液中的杂质,长时间治疗会降低后续治疗效果,提高治疗难度。血液透析治疗方式局限性较大,出于提高治疗效果目的,需要改进治疗方式。结合相关研究数据,将血液透析治疗联合血液灌注治疗,改善治疗过程产生的问题,提高患者康复效果^[5]。

本研究中,研究组患者炎症因子指标、营养情况、胰岛素抵抗、并发症发生率均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),结果提示在血液透析治疗中,可以清除血液中部分杂质,净化血液,但这种治疗方式难以将其中具有代表性的物质清除,例如 β 2-MG 以及 PTH,此种物质长时间积聚在机体内部,透析过程中会影响纯度指标以及透析膜生物相容性,提高血浆中不良物质水平,消化道受到严重损伤。同时 PTH 为代表的物质指标水平持续上升,对淋巴细胞组织造成损伤,弱化治疗效果,病情加重。临床应用选择血流灌注,清除血液中多余尿酸物质等,但其也不能完全清除杂质,在清除水溶性物质中效果较差,难以对机体电解质酸碱紊乱情况进行有效调节。因此,需将两种治疗方式结合,借助物理吸附方式发挥吸

[3]蔡莹.重组人干扰素 α 1b 雾化吸入在儿科病毒感染呼吸道疾病治疗中的临床应用[J].北方药学,2021,18(05):135-136.

[4]范建荣,毕研龙,范铭兴等.热毒宁联合雾化重组人干扰素 α 1b 对儿童呼吸道合胞病毒感染肺炎的疗效及免疫功能影响[J].中华中医药学刊,2021,39(11):189-192.

[5]姚川.葡萄糖酸锌联合干扰素 α 1b、西咪替丁治疗轮状病毒肠炎性腹泻患儿的疗效[J].实用中西医结合临床,2020,20(13):87-88.

[6]李召锋.补锌疗法联合干扰素 α 1b 及西咪替丁治疗轮状病毒肠炎性腹泻患儿疗效观察[J].实用中西医结合临床,2020,20(05):39-40.

[7]何密鲁,骆葵丽,黄丹.利巴韦林注射液联合重组人干扰素 α 1b 超声雾化治疗流感病毒感染致病毒性肺炎[J].北方药学,2020,17(02):14-15.

[8]唐光群,万娟,钟晓梅等.重组人干扰素 α 1b 联合无乳糖饮食对小儿轮状病毒肠炎性肠黏膜损伤及心肌酶谱的影响[J].临床和实验医学杂志,2019,18(24):2665-2668.

[9]韩晶,赵志勇,李贤伟等.雾化重组人干扰素 α 1b 联合热毒宁对 3~8 岁儿童呼吸道合胞病毒感染肺炎的免疫学分析[J].河北医药,2019,41(15):2314-2317.

[10]刘连凤,史军然,薛红霞等.重组人干扰素 α 1b 雾化吸入治疗儿童上呼吸道感染及预防儿童上呼吸道感染诱发毛细支气管炎效果研究[J].临床误诊误治,2019,32(05):24-29.

附作用,提高患者血液中蛋白质结合度,清除高脂溶性物质,血液透析借助弥散原理,清除高水溶新物质以及小分子物质,通过两种方式结合,可以遵循优势互补原则,彻底清除毒素,改善电解质紊乱情况,提高预后效果。

综上所述,针对糖尿病肾病患者临床治疗选择血液透析联合血液灌注方式,效果显著,改善营养情况,调节炎症情况以及胰岛素抵抗水平,降低并发症发生率,提高康复水平,值得临床推广。

参考文献:

- [1]付明月,刘阳,郝珍飞,刘迪.糖尿病肾病中西医结合治疗及发病机制的研究进展[J].云南中医中药杂志,2021,42(08):91-94.
- [2]王新月,贾胜,高键.吸烟、饮酒及其交互作用对糖尿病发病的影响[J].中国初级卫生保健,2021,35(08):31-34.
- [3]邵华,荣阳,荣根满.糖尿病肾病早期诊断价值与临床研究[J].中国医药指南,2021,19(24):49-50.
- [4]郑岚岚.对糖尿病肾病血液透析患者营养护理干预的临床效果及其身心状态的影响[J].透析与人工器官,2021,32(01):78-80+83.
- [5]陈石生.血液透析治疗糖尿病肾病肾功能衰竭的应用及疗效探析[J].中国社区医师,2021,37(13):21-22.

硫辛酸联合依帕司他对老年 2 型糖尿病周围神经病变患者血清 TNF- α 的影响

黄洁

邯郸市邯钢医院 消化内分泌一科 河北邯郸 056001

摘要：目的：探究硫辛酸联合依帕司他对老年 2 型糖尿病周围神经病变（DPN）患者血清 TNF- α 的影响。方法：我院 2019 年 1 月-2020 年 1 月期间收治的 60 例老年 2 型糖尿病周围神经病变患者，分组治疗（每组 30 例）。对照组单一用药 α -硫辛酸、观察组硫辛酸+依帕司他，对两组效果比较。结果：观察组治疗效果高于对照组；治疗前，腓总神经感觉传导速度、腓总神经运动传导速度，TSS、TCSS 评分，炎症因子水平（IL-6、CRP、TNF- α ），两组对比无统计学差异 $P>0.05$ ；治疗后，观察组各项指标均优于对照组， $P<0.05$ 。结论：硫辛酸联合依帕司他对 DPN 患者治疗，效果显著，可以提升患者神经传导速度，对临床症状有着积极的改善作用，而且对患者血清 TNF- α 具有积极的影响，具有推广价值。

关键词：硫辛酸；依帕司他；糖尿病周围神经病变；血清 TNF- α

[Abstract] Objective: To investigate the effects of lipoic acid combined with epalrestat on serum TNF- α in elderly patients with type 2 diabetic peripheral neuropathy (DPN). Methods: a total of 60 elderly patients with type 2 diabetic peripheral neuropathy admitted to our hospital from January 2019 to January 2020 were divided into groups (30 cases in each group). The effect of α -lipoic acid alone in control group and lipoic acid + epalrestat in observation group was compared. Results: The therapeutic effect of observation group was higher than control group. Before treatment, there were no significant differences in sensory conduction velocity and motor conduction velocity of common peroneal nerve, TSS and TCSS scores, and inflammatory factors (IL-6, CRP and TNF- α) between the two groups ($P > 0.05$). After treatment, all indexes in the observation group were better than those in the control group, $P < 0.05$. Conclusion: Lipoic acid combined with epalrestat has a significant effect on DPN patients, which can improve nerve conduction velocity and clinical symptoms, and has a positive effect on serum TNF- α , which is worthy of popularization.

【 Key words 】 lipoic acid; Epalrestat; Diabetic peripheral neuropathy; The serum TNF alpha

2 型糖尿病是老年人群常见疾病，DPN 是老年糖尿病常见并发症，发病后患者感觉神经、运动神经均表现出不同程度的功能障碍，临床表现出肢体麻木、感觉减退及刺痛等症状，严重影响了患者的生活质量^[1]。研究发现^[2]，DPN 临床治疗尚无特效药，常规基础用药能缓解症状，效果却十分有限，无法满足临床需求。临床常规用药控制患者血糖水平基础上给予针对性药物进行治疗，才能取得预期的效果。 α -硫辛酸用于 DPN 治疗，能清除氧自由基，改善氧化应激状态，促进内源性抗氧化剂的再生，提高其抗氧化性能^[3]。但是，单一用药效果却未达到预期的效果。依帕司他属于可逆性醛糖还原酶抑制剂，可以抑制醛糖还原酶的活性，实现改善临床症状和神经传导速度的作用^[4]。本研究将 α -硫辛酸与依帕司他联合用药用于 DPN 治疗，效果更为显著，将之与单一用药 α -硫辛酸相比较，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院 2019 年 1 月-2020 年 1 月期间收治的 60 例老年 2 型糖尿病周围神经病变患者，通过电脑抽签对资料分组，每组 30 例。对照组：男女比 18: 12；最小 45 岁，最大 78 岁，均（60.11 $\pm$ 8.74）；最短病程 2 年，最长病程 10 年，均（5.88 $\pm$ 2.14）；观察组：男女比 17: 13；最小 46 岁，最大 76 岁，均（61.03 $\pm$ 8.07）；最短病程 3 年，最长病程 10 年，均（5.12 $\pm$ 2.46）；两组资料比较，无统计学差异， $P>0.05$ 可比较。

纳入标准：入选患者对本次研究所选药物均无过敏反应，知情研究内容并签订同意书，资料完整，医院伦理委员会批准研究。排除血糖过高，低血糖频繁发作和严重肾功能不全，不能正常沟通的患者。

1.2 方法

两组均接受降糖治疗。对照组单一用药 α -硫辛酸（国药准字 H20045444，上海现代制药股份有限公司）治疗，药物取 600mg 与 250ml 的 0.9%氯化钠注射液混合，静滴给药，每日 1 次。观察组在对照组基础上联合依帕司他（国药准字 H20040012，北京优你特药业有限公司）治疗，每次 50mg，每日给药 3 次， α -硫辛酸用量用法与对照组相同。两组连续给药治疗 4 周时间。

1.3 观察指标

①疗效评价 显效：临床症状消失，肌肉萎缩明显改善；好转：临床症状有所好转，肌肉萎缩有所缓解；无效：症状无改变，肌肉萎缩无改变。治疗总有效率=显效率+好转率。②监测两组治疗前后神经传导速度的变化，包括腓总神经感觉传导速度、腓总神经运动传导速度，对监测结果做组间统计学分析；③根据多伦多临床神经病变评分（TCSS）评价两组神经反射、神经症状、感觉功能；根据神经病变主觉症状问卷评分（TSS）对两组麻木、下肢疼痛、烧灼感频率和强度等评价，以得分低代表神经病变症状改善效果好；④通过实验检测，记录两组治疗前后炎症因子水平变化，包括白细胞介素-6(IL-6)、C 反应蛋白(CRP)、肿瘤坏死因子 α (TNF- α)，

结果数值做组间统计学分析。

1.4 统计学方法

数据 SPSS22.0 统计学分析，计数资料【n (%)】表示， χ^2 检验；计量资料【 $\bar{x}\pm s$ 】表示， t 值检验， $P<0.05$ 说明差异明显。

2 结果

2.1 临床疗效

观察组治疗效果高于对照组， $P<0.05$ ，表 1。

表 1 组间疗效对比【n (%)】

组别	例数	显效	好转	无效	总有效率
观察组	30	18 (60)	11 (36.7)	1 (3.3)	29 (96.7)
对照组	30	9 (30)	10 (33.3)	11 (36.7)	19 (63.3)
χ^2					10.416
P					0.001

2.2 神经传导速度

治疗前，腓总神经感觉传导速度、腓总神经运动传导速度，两组对比无统计学差异 $P>0.05$ ；治疗后，观察组神经传导速度均优于对照组， $P<0.05$ ，表 2。

表 2 组间神经传导速度对比【 $\bar{x}\pm s$ ，m/s】

组别	腓总神经感觉传导速度		腓总神经运动传导速度	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	38.15±2.52	49.29±4.58	37.55±3.27	47.92±4.69

表 4 炎症因子水平组间对比【 $\bar{x}\pm s$ 】

组别	IL-6 (pg/ml)		CRP (mg/L)		TNF- α (ng/ml)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=30)	59.28±8.38	17.35±5.38	18.66±0.30	5.25±0.18	55.70±2.38	13.25±2.15
对照组 (n=30)	59.29±8.35	26.19±7.57	18.64±0.31	6.82±0.19	55.68±2.41	23.44±0.20
t	0.004	5.213	0.253	32.856	0.032	25.847
P	0.996	<0.001	0.800	<0.001	0.974	<0.001

3 讨论

DPN 患者临床主要表现出肢体麻木、感觉减退、运动障碍、疼痛等症状，分析 DPN 发病机制发现，患者有明显的代谢异常，由于氧化应激反应、神经营养因子不足、微循环的异常表现，都是诱发 DPN 的高危因素。研究发现^[5]，周围神经病变作为 2 型糖尿病常见并发症，发病率和病程呈正相关，病程越长，发病率越高，一旦并发 DPN，具有致残率高、致死率高的特点，使患者的生活质量受到严重影响。临床使用依帕司他可以缓解肢体疼痛和麻木等症状，可是，单一用药效果有限。为探讨 α -硫辛酸与依帕司他联合用药的可行性，将之与单一用药 α -硫辛酸的疗效进行比较，以此为 DPN 临床用药选择最佳用药方案提供参考，讨论如下。

3.1 分析 DPN 发病机制

研究发现^[6]，DPN 发病机制复杂，具体原因尚不明确，一般认为和胰岛素抵抗、炎症和氧化应激反应，血管内皮细胞受损、免疫因素等有着密切的关系。主要起作用的原因是炎症、氧化应激反应。由于高血糖影响，对血管会造成不同程度的损伤，将多元醇及蛋白激酶 C 等途径被激活。受

(n=30)

对照组	38.18±2.49	41.69±3.82	37.52±3.30	41.49±4.11
(n=30)				
t	0.046	6.979	0.035	5.647
P	0.963	<0.001	0.971	<0.001

2.3 TSS、TCSS 评分

治疗前，TSS、TCSS 评分，两组对比无统计学差异 $P>0.05$ ；治疗后，观察组评分优于对照组， $P<0.05$ ，表 3。

表 3 组间 TSS、TCSS 评分对比【 $\bar{x}\pm s$ ，分】

组别	TSS		TCSS	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	6.75±3.20	3.86±2.04	10.41±1.52	6.10±2.09
(n=30)				
对照组	6.82±3.19	5.11±2.58	10.58±1.45	8.30±1.29
(n=30)				
t	0.084	2.081	0.443	4.906
P	0.932	0.041	0.659	<0.001

2.4 炎症因子水平

治疗前，炎症因子水平 (IL-6、CRP、TNF- α)，两组对比无统计学差异 $P>0.05$ ；治疗后，观察组炎症因子低于对照组， $P<0.05$ ，表 4。

高血糖影响还会表现出明显的线粒体电子传递链发生异常，有过多的氧化物产生，引起氧化应激反应。

3.2 α -硫辛酸的作用机制

硫辛酸是临床最佳抗氧化剂，其抗氧化作用与维生素相比，高出 400 倍以上，称之“万能抗氧化剂”，将氧自由基、NO 自由基等直接进行清除，对血管氧化应激状态也能直接起到改善的作用。

3.3 依帕司他的作用机制

DPN 发病机制虽然尚未明确，可是已达成基本共识，认为此病发病和多元醇代谢异常有着密切的关系。由于多元醇异常代谢，患者神经细胞出现明显的水肿，使其发生变性反应，观察神经冲动有明显的异常传导表现。而依帕司他为醛糖还原酶抑制剂，对 Na^+/K^+ -ATP 酶活性起到有效的调节作用，进而对细胞水肿起到明显的减轻效果，从而促进细胞功能的恢复，促进神经细胞传导速度及早恢复到正常状态^[7]。糖尿病治疗过程中，注意监测患者空腹血糖、糖化血红蛋白等指标，观察这两项指标水平的变化，

(下转第 85 页)

医疗纠纷信访件的分析及对策建议

兰小鹏 李勇强 李庆节

广西壮族自治区卫生健康委员会 广西南宁 530000

摘要: 对医疗纠纷事件的梳理有利于预防潜在纠纷事件和提高纠纷解决的效率与满意度。本研究基于 2019 年至 2021 年中国南部地区某卫生健康行政部门收到的医疗纠纷信访事项,分析了医疗纠纷信访件中的投诉对象、原因、诉求、处理方式,研究结果显示,医疗纠纷医疗服务和医疗质量是信访事项中最常见的纠纷原因。包括:要求卫生健康行政部门调查处理和要求医疗机构进行经济赔偿是信访人最主要和常见的诉求。通过医患双方自愿协商(32.1%)和申请查处违法行为(24.4%)是 2 种使用最多的医疗纠纷处理方式。因此,本研究建议医疗机构和卫生健康行政部门应改善医疗服务和加强医疗质量管理,畅通医疗纠纷投诉和信访渠道,加强信访工作能力建设。

关键词: 医疗纠纷;信访;医疗服务;医疗质量;行政调解

近年来,随着经济社会发展与转型,人民群众的法律意识和自我保护意识也在不断增强,对医疗服务、医疗质量的期望和要求越来越高,医疗纠纷信访件总量呈逐年增长趋势,成为医疗机构和卫生健康行政部门共同面对的突出问题[1]。2017 年 7 月 12 日公布的《依法分类处理信访诉求工作规则》,厘清了信访与其他法定途径的界限。2018 年 7 月 31 日公布的《医疗纠纷预防与处理条例》,强调纠纷预防与处理并重。2019 年 3 月 6 日公布的《医疗机构投诉管理办法》,强调畅通医疗机构投诉渠道和规范投诉管理是预防纠纷的必要举措。2022 年 2 月 25 日公布的《信访工作条例》强调要坚持依法按政策解决问题,促进社会和谐稳定。因此,分析当前的医疗纠纷信访件的投诉对象、原因、诉求和处理方式成为紧迫和十分必要的工作,这将有利于提出相应的防范和应对措施,为预防和处理医疗纠纷提供参考[5]。

1 资料与方法

1.1 资料来源

本研究资料来源于 2019 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日中国南部地区某卫生健康行政部门保存的医疗纠纷信访件。

1.2 筛选方法和筛选结果

为了确保所有分析项目都来自相同的总样本,本研究按照有明确的投诉对象、原因、诉求和处理方式的标准进行筛选,共筛选出信息完整的医疗纠纷信访件 319 例。(见表 1)

表 1 2019 年至 2021 年某卫生健康行政部门医疗纠纷信访件情况

	来访	来信	网上信访	总量	同比增长 (%)
2019 年	11	76	0	87	-
2020 年	10	59	25	94	8.05
2021 年	5	82	51	138	46.81
合计	26	217	76	319	--

1.3 分析方法

本研究使用描述性统计分析,完整并真实地呈现了医疗信访件中的数据。使用资料分析法获取了每个具体信访件中的信息,并在凝练成“类别”的层面上展开进一步分析。

2 分析结果

2.1 被投诉对象的分布情况

2.1.1 被投诉的单位或部门有 431 家,其中,综合医院是最主要的投诉对象。(见表 2)

表 2 被投诉单位或部门分布情况

被投诉对象	类型	家数	占比 (%)
医疗机构	综合医院	186	43.2
	民营综合医院	36	8.4
	妇幼保健院	26	6.0
	精神病医院	20	4.6
	中医医院	17	3.9
	个体诊所	10	2.3
	肿瘤医院	6	1.4
	社区、卫生院	6	1.4
	职业病医院	3	0.7
	急救中心	2	0.5
	中西医结合医院	2	0.5
	疾控中心	2	0.5
	传染病医院	1	0.2
	康复病院	1	0.2
	民族医院	1	0.2
其他	卫生健康行政部门	84	19.5
	医学会	28	6.5

2.1.2 被投诉的医疗机构科室或部门有 360 例，其中，妇产科、外科、急诊科成为主要投诉的科室。（见表 3）

25 项，根据统计结果，医疗服务、医疗质量成为被投诉的主要原因。（见表 5）

表 3 被投诉医疗机构科室或部门分布情况

科室或部门	例数	占比（%）
妇产科	68	18.9
外科	53	14.7
急诊科	47	13.0
内科	37	10.2
医务科	23	6.3
精神科	19	5.4
康复科	15	4.2
儿科	13	3.6
口腔科	13	3.6
体检中心	11	3.1
眼科	9	2.5
保卫科	9	2.5
肿瘤科	8	2.2
预防保健科	6	1.7
收费处	6	1.7
重症医学科	5	1.4
皮肤科	4	1.1
中医科	4	1.1
职业病科	3	0.8
传染科	2	0.6
耳鼻喉科	2	0.6
药房	2	0.6
检验科	1	0.3

2.1.3 被投诉的人员共 406 人，其中，医师成为被投诉最多的人员。（见表 4）

表 4 被投诉人员分布情况

人员	人数	占比（%）
医师	265	65.3
卫生健康行政人员	58	14.3
护士	42	10.3
医疗机构管理人员	23	5.6
后勤、收费人员	15	3.7
医技人员	3	1

2.2 医疗纠纷原因的分布情况

信访件中反映的医疗纠纷原因共 840 条，经过凝练总结可分成 4 大项

表 5 医疗纠纷原因分类情况

原因	条数	占比（%）
医疗服务	372	44.3
漏诊、误诊、治疗和抢救措施不当	231	27.5
推诿、不处理	78	9.3
服务态度差	35	4.2
后勤、收费等服务不佳	15	1.8
诊疗制度、就诊流程不合理	13	1.5
医疗质量	222	26.4
篡改、伪造病历资料	91	10.8
未按规定告知患者病情、医疗措施、医疗风险、替代医疗方案	65	7.7
出具虚假检查结果和相关医学文书	16	1.9
使用非卫生技术人员从事诊疗工作	13	1.5
未告知解决医疗纠纷的合法途径	6	0.7
拒绝为患者提供查阅、复制病历资料服务	5	0.6
由于不负责任延误抢救和诊治	5	0.6
开展诊疗活动超出登记范围	4	0.5
违规开展禁止或者限制临床应用的医疗技术	4	0.5
违反手术分级管理	3	0.4
使用不合格或者未经批准的药品	3	0.4
未按规定填写、保管病历资料	3	0.4
泄露患者隐私	2	0.2
未告知患者家属有关	2	0.2

尸检的规定		
医疗行风	117	13.9
乱收费、多收费	75	8.9
过度检查和治疗	23	2.8
与院外药店、检测机构有不正当利益关系	17	2.0
收受患者红包	2	0.2
其他原因	129	15.4
卫生健康行政部门包庇医疗机构、不进行调查	102	12.2
医学会出具虚假鉴定	27	3.2

2.3 医疗纠纷诉求的分布情况

信访件中反映的医疗纠纷诉求共 405 条，可分为 5 种诉求类型，其中，要求卫生健康行政部门进行调查处理是信访件中最主要的诉求。（见表 6）

表 6 医疗纠纷诉求情况

诉求	条数	占比（%）
卫生健康行政部门进行调查处理	188	46.4
医疗机构进行经济赔偿	107	26.4
医疗机构加强管理	60	14.8
医疗机构进行解释、道歉	47	11.6
扬言采取个人极端行为	3	0.7

2.4 医疗纠纷处理方式的分布情况

信访件中反映的医疗纠纷处理方式有 315 例，其中，主要停留在医患双方自愿协商的阶段。（见表 7）

表 7 医疗纠纷处理方式

处理途径	例数	占比（%）
法定途径	232	73.7
医患双方自愿协商	101	32.1
申请民事诉讼	44	14.0
申请医疗事故技术鉴定	35	11.1
申请行政调解	24	7.6
申请人民调解	16	5.1
申请司法鉴定	12	3.8

行政程序	83	26.3
申请查处违法行为	77	24.4
申请行政复议	5	1.6
申请行政诉讼	1	0.3

3 讨论

结合每个信访件具体的投诉内容，我们进一步分析了医务人员、医疗机构和卫生健康行政部门被投诉的深层原因。

3.1 医务人员被投诉原因分析

通常由于患者病情紧急、求医心切等原因，对预约挂号缴费、门诊住院规定等就医流程及医护人员的专业术语认识程度存在差异，加上部分科室由于工作负荷量大，面对患者的质疑、询问，往往不够耐心，容易引发医患矛盾，导致妇产科、外科、急诊科成为医疗纠纷高发的科室[3][5]。部分医务人员由于缺乏沟通技巧、沟通能力不强，导致患者认为存在误诊、漏诊、治疗和抢救措施不当的情况，加上患者对医疗服务收费、医保报销等政策不了解，一旦出现治疗效果和费用与预期存在差距，就会引起患者的不满，使得医师成为被投诉的最主要人员[4]。部分医务人员由于业务能力不强、疏忽大意，未能充分告知患者病情、医疗措施、医疗风险、替代医疗方案，必然会引起医疗纠纷投诉和信访发生。当然，也有部分医疗纠纷是因为患者及其家属对医方缺乏信任，对疾病的复杂性与医疗的高风险性缺乏认识，对治疗效果抱有期望太高造成的[1]。部分医务人员为了规避医疗责任，一旦发生医疗纠纷投诉，就会篡改、伪造病历资料，这样不仅会引起患者的不满和投诉，也会因此被卫生健康行政部门进行处罚。

3.2 医疗机构被投诉原因分析

2019 年至 2021 年某卫生健康行政部门的医疗纠纷信访件数量呈逐年增加，来信是最主要的信访件来源，但网上信访已经成为增长最快的来源渠道。其中，2021 年医疗纠纷信访件总量较 2020 年同比增长 46.81%，网上信访数量同比增长 104%。从数据上看，医疗服务、医疗质量是主要影响患者就医体验的因素。医疗机构应以问题为导向，查找在管理流程、诊疗流程、医疗质量方面存在的不足，着力提升自身服务水平和服务能力[2]。如果患者在反映医疗服务行为、医疗质量管理等问题时，医疗机构管理部门人员存在敷衍、推诿、不重视的情况，医患双方矛盾就会激化成为医疗纠纷，甚至出现扬言采取个人极端行为报复医护人员的情况，不利于维护正常医疗秩序和构建和谐健康社会。

3.3 卫生健康行政部门被投诉原因分析

在实际工作中，患者“信访、不信法”的情况时有发生[2]。部分患者在与医疗机构协商后未能获得满意的处理结果，拒绝通过人民调解、行政调解、司法鉴定、医疗事故技术鉴定、诉讼等法定途径解决，或是通过医疗事故技术鉴定、诉讼等法定途径处理后认为医学会出具虚假鉴定、不服法院判决结果，就会通过信访渠道要求卫生健康行政部门进行调查处理，希望达到医疗机构进行赔偿、道歉等处理结果。由于部分卫生健康行政部门

无法针对患者反映、提出的建议、意见或者投诉请求进行逐项甄别,未能将要求解决医疗纠纷和申请查处违法行为的信访诉求依法分类导入法定途径和行政程序进行处理,简单以依法应当或已经通过法定途径处理而不予受理,导致部分患者认为卫生健康行政部门存在包庇医疗机构、不履行职责进行调查处理的情况,造成卫生健康行政部门成为排在综合医院之后被患者投诉第二多的部门。因此,对于需要通过技术鉴定才能得出结论的信访诉求,卫生健康行政部门应告知患者先进行医疗事故技术鉴定,再根据技术鉴定结果判定医疗机构是否存在违反卫生健康法律法规的行为;对于非医疗事故技术鉴定范围且属卫生健康行政部门职责范围的信访诉求,卫生健康行政部门应依法进行调查并及时回复患者。[6][7]

4 对策

通过对 2019 年至 2021 年某卫生健康行政部门的医疗纠纷信访件进行分析,本文提出了三条可以帮助预防和处理医疗纠纷的措施。

4.1 改善医疗服务和加强医疗质量管理

医疗服务和医疗质量直接关系到人民群众的就医体验和健康权益,既是医疗机构的核心竞争力,也是从源头上预防医疗纠纷的关键。医疗机构应当制定并实施医疗质量安全管理,设置医疗服务质量监控部门或者配备专(兼)职人员,加强对诊断、治疗、护理、药事、检查等工作的规范化管理,优化服务流程,改善就诊环境,提高医疗服务质量,防范安全隐患,减少医疗纠纷及投诉[7][8]。卫生健康行政部门要针对性地对卫生行政人员、医疗机构管理人员和医务人员进行培训,重点加强医疗机构医疗质量的监督管理工作,加强医疗质量安全的日常管理,强化医疗服务关键环节和领域的风险防控,加强医患沟通能力,及时有效妥善处理医疗纠纷[9]。

4.2 畅通医疗纠纷投诉和信访渠道

为患者建立多渠道的医疗纠纷投诉和信访处理途径,既是提高医疗机构管理水平、提升医疗服务档次、改进就医体验的契机,也是市域社会治理现代化工作中优先解决好群众关心的突出社会矛盾的必然选择。医疗机构应当建立健全投诉接待制度,设置统一的投诉管理部门或者配备专(兼)职人员,在医疗机构显著位置公布投诉处理程序、地点、接待时间和联系方式[7],也可以通过微信、微博、官网等网络平台建立医疗机构投诉系统[1],方便患者在诊疗过程中提出的咨询、意见和建议,并按规定及时向患者反馈处理方式或者处理意见[8],从源头上减少医疗纠纷的发生。卫生健康行政部门应向社会公布网络信访渠道、通信地址、咨询投诉电话、信访接待时间和地点等事项,在信访接待场所或者官方网站公布与信访工作有关的法律、法规、规章、处理程序等事项,耐心细致地做好法治宣传和思想疏导工作,最大限度避免医患矛盾纠纷激化,努力构建和谐稳定社会[10]。

4.3 加强信访工作能力建设

信访工作是一个长期性、系统性、政策性很强的工作[2]。医疗机构应

将投诉管理纳入患者安全管理体系,定期汇总、分析医疗纠纷投诉信息[8],加强医疗风险管理,完善医疗风险的识别、评估和防控措施[7],制订重大医疗纠纷事件应急处置预案,加强对医疗风险隐患进行评估和摸排,重点对高发医疗风险隐患提出针对性的防范措施,并做好医疗机构投诉管理与医疗纠纷人民调解、行政调解、诉讼等衔接[8]。卫生健康行政部门应按照规定原则、途径和程序,书面告知和引导患者通过医患双方自愿协商、人民调解、行政调解、司法鉴定、医疗事故技术鉴定、诉讼等法定途径解决医疗纠纷的信访诉求[7],通过行政程序、行政复议、行政诉讼等途径处理申请查处违法行为的信访诉求[6],还可以吸纳熟悉医学、法律专业知识的“两代表一委员”、律师、心理咨询师、社会工作者等第三方专家参与信访工作,引导患者依法理性反映诉求、维护权益,推动医疗纠纷及时有效化解[10]。

5 总结

我们利用近三年中真实的医疗纠纷信访情况,通过分析导致纠纷产生的原因,对未来如何预防和处理医疗纠纷事件提出了建议。但是,我们的研究也存在一定局限性。比如,现实中存在不少信访人不愿意通过医学鉴定或司法鉴定、协商、调解和法律诉讼解决医疗纠纷,信访途径又不可能解决医学技术范畴方面的矛盾,导致医疗纠纷信访问题演变成影响社会稳定问题,又如新形势下、后疫情时期的疫苗接种引发的纠纷不全适用于《医疗纠纷预防和处理条例》,但信访渠道也无法解决等。所以,如何提高信访和其他渠道的协同作用,值得未来进一步研究。

参考文献:

- [1] 闻庆柱,尹文强,黄冬梅,等.213 例网络医疗投诉分析及启示[J].中国卫生事业管理,2017(8):570-572,581.
- [2] 王文凤,吴家锋,常文静,等.北京市属医院 2017-2019 年信访工作现状研究[J].中国医院,2021,25(5):29-31.
- [3] 刘凌燕,丰娜.医院门诊患者投诉的常见原因及其对策[J].养生保健指南,2021(9):265.
- [4] 黄蓓,李熙鸿,孙荣国.某妇儿医院急诊信访类型及原因分析[J].医学与哲学,2021,42(3):54-57.
- [5] 高琴,季文祥和,顾彬.医院投诉事件原因分析及防范对策研究[J].医学与哲学,2020,41(17):52-57.
- [6] 国家信访局.依法分类处理信访诉求工作规则(国信发〔2017〕19号)[Z].2017-07-12.
- [7] 国务院.医疗纠纷预防和处理条例[Z].2018-07-31.
- [8] 国家卫生健康委.医疗机构投诉管理办法[Z].2019-03-6.
- [9] 国家卫生健康委员会办公厅,国家中医药管理局办公室.关于做好《医疗纠纷预防和处理条例》贯彻实施工作的通知[Z].2018-09-13.
- [10] 中共中央,国务院.信访工作条例[Z].2022-02-25.

恩替卡韦与保肝药物合用对肝硬化失代偿期患者的治疗效果评价

蓝叶

上林县中医医院 广西南宁 530599

摘要：目的：研究恩替卡韦与保肝药物合用对肝硬化失代偿期患者的治疗效果。方法：本次纳入 2021 年 4 月至 2022 年 4 月期间在本院进行治疗的 53 例肝硬化失代偿期患者展开研究，按照随机数字表法进行分组，对照组 28 例实施保肝药物治疗，观察组 25 例实施保肝药物联合恩替卡韦治疗。比较两组的疗效。结果：用药后，观察组的 hs-CRP、ALT、AST、TBIL 均低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；观察组用药后的全血低切与高切黏度、FIB 含量高于对照组，血浆黏度低于对照组，PT、APTT 短于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；观察组用药后的脾静脉内径、脾脏厚度、门静脉内径均小于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；观察组的总有效率高于对照组，不良反应发生比例低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论：在肝硬化失代偿期患者中联合应用保肝药物和恩替卡韦安全有效，能够减轻炎症反应，调节血液流变学，改善凝血功能和肝功能。

关键词：肝硬化；失代偿期；恩替卡韦；保肝药物

肝硬化一般为肝炎后肝硬化，其中以乙型肝炎病毒引起的肝硬化比例较高^[1]。从肝炎进展到肝硬化后会进一步损伤患者的肝功能^[2]，肝脏出现纤维化，发展到失代偿期后会增加死亡风险，因此需要采取有效的方法控制疾病进展。肝硬化失代偿期的病情危重，还会导致腹水等严重并发症发生，对其生命健康产生严重的影响^[3]。肝硬化失代偿期发展同 HBV 病毒复制相关，常规治疗的疗效一般，采用保肝药物具有抗纤维化、保护肝脏、增加免疫力等作用，但是由于 HBV 病毒未有效清除，因此会影响治疗效果，故还需进行抗病毒治疗。恩替卡韦为应用较为普遍的抗病毒药物，本文特择取 53 例 2021 年 4 月至 2022 年 4 月期间本院接收的肝硬化失代偿期患者，就保肝药物与恩替卡韦联合应用的效果进行观察，旨在为临床选择更加理想的治疗方案提供指导。

1 资料和方法

1.1 资料

于 2021 年 4 月至 2022 年 4 月期间收治于本院的肝硬化失代偿期患者中选取 53 例，根据随机数字表法分为两组。

纳入标准：(1) 经临床相关检查确诊为肝硬化失代偿期并符合《肝硬化诊治指南》中有关诊断标准者；(2) 均为乙型肝炎肝硬化；(3) 肝功能 Child-Pugh 分级为 A 级、B 级；(4) 入组前未使用过相关药物者。

排除标准：(1) 其他类型肝炎病毒或酒精引起的肝硬化患者；(2) 存在其他脏器严重病变者；(3) 存在严重心脑血管疾病者；(4) 存在免疫缺陷者；(5) 存在肝移植史的患者；(6) 因非肝硬化疾病因素导致无法配合完成本次研究者。

对照组 ($n=28$)：男 23 例，女 5 例；年龄为 39-73 (56.50 ± 4.10) 岁。病程为 5 个月至 4 年，平均为 (2.08 ± 0.33) 年。

观察组 ($n=25$)：男 21 例，女 4 例；年龄为 40-75 (56.60 ± 4.14) 岁。病程为 5 个月至 5 年，平均为 (2.14 ± 0.37) 年。

组间一般资料具有可比性 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

两组患者均接受利尿、抗感染、纠正水电解质紊乱等治疗。

对照组：保肝药物。注射用还原型谷胱甘肽 1.2g 加入到生理盐水

100mL 中稀释，静脉滴注，一日一次。

观察组在其基础上应用恩替卡韦治疗。还原型谷胱甘肽的用法用量同上，恩替卡韦 0.5mg/次，口服，一天一次。

两组均住院治疗 10-20d。

1.3 评价指标及判定标准

(1) 收集用药前、用药后两组患者清晨的空腹肘静脉血 6mL，以每分钟 3000 转的速度离心 10min，血清超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)应用酶免疫吸附法进行检测，对肝功能指标[谷丙转氨酶(ALT)、谷草转氨酶(AST)、总胆红素(TBIL)]应用全自动生化分析仪进行测定。

(2) 在用药前、用药后抽取两组患者的静脉血 6mL，应用全自动血液流变仪测定全血黏度、血浆黏度；应用全自动血凝分析仪对凝血酶原时间(PT)、活化部分凝血活酶时(APTT)、纤维蛋白原(FIB)进行测定。

(3) 在用药前、用药后空腹状态下应用彩色多普勒超声诊断仪对两组患者进行影像学检查。

(4) 评估两组的临床疗效，判定标准：①显效：临床症状消失，肝功能等指标基本正常，肝硬度下降明显；②有效：临床症状基本消失，临床相关指标趋于正常，肝硬度稍有下降；③无效：上述标准均未达到。(总例数-无效例数)/总例数 $\times 100\%$ =总有效率。

(5) 观察并记录治疗期间两组发生的不良反应情况，以此进行用药安全性评估。

1.4 统计学处理

SPSS 25.0 统计软件，符合正态分布的计量资料行 t 检验，其中组内对比采取配对 t 检验，组间对照采用独立样本 t 检验；计数资料行 χ^2 检验，差异有统计学意义以 $P < 0.05$ 体现。

2 结果

2.1 血液流变学指标

两组患者组内用药前与用药后的血液流变学指标对比差异显著 ($P < 0.05$)；用药后，观察组的全血低切与高切黏度均比对照组高，而血浆黏度比对照组低， $P < 0.05$ 。

如表 1 所示：

表 1：比较各组的血液流变学指标

组别	全血低切黏度（mPa·s）		全血高切黏度（mPa·s）		血浆黏度（mPa·s）	
	用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后
对照组（n=28）	6.10±0.58	7.50±0.86*	5.33±0.71	7.11±0.89*	3.58±0.51	2.64±0.35*
观察组（n=25）	6.14±0.63	8.74±1.25*	5.40±0.76	8.24±1.03*	3.65±0.60	1.76±0.24*
t 值	0.241	4.245	0.347	4.285	0.459	10.546
P 值	0.811	0.001	0.730	0.001	0.648	0.001

注：同本组用药前比较，*P<0.05。0.05），观察组的 PT、APTT 均比对照组更短，FIB 含量较对照组更高，P<0.05。

2.2 凝血功能指标

用药后，两组患者凝血功能指标同用药前相比较存在显著差异（P< 见表 2 所示：

表 2：比较两组的凝血功能指标

组别	PT（s）		APTT（s）		FIB（g/L）	
	用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后
对照组（n=28）	15.43±1.40	12.97±1.28*	40.15±2.27	34.56±2.10*	1.95±0.31	2.62±0.42*
观察组（n=25）	15.52±1.36	11.86±0.62*	39.68±2.32	30.05±1.25*	1.99±0.35	3.15±0.54*
t 值	0.237	3.940	0.745	9.354	0.441	4.011
P 值	0.814	0.001	0.460	0.001	0.661	0.001

注：同本组用药前比较，*P<0.05。0.05），组间对比腹部超声检查结果，观察组均比对照组小，P<0.05。

2.3 腹部彩超检查结果

如表 3 所示：

用药后，两组患者的腹部超声检查结果与用药前相比差异显著（P<

表 3：比较各组的腹部超声检查结果

组别	脾静脉内径（mm）		脾脏厚度（mm）		门静脉内径（mm）	
	用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后
对照组（n=28）	9.10±1.13	8.01±0.74*	52.75±3.94	46.69±3.18*	14.82±2.07	12.18±1.55*
观察组（n=25）	9.18±1.21	6.86±0.60*	52.83±4.02	41.92±2.25*	14.90±2.13	10.20±1.06*
t 值	0.249	6.167	0.073	6.233	0.139	5.362
P 值	0.805	0.001	0.942	0.001	0.890	0.001

注：同本组用药前比较，*P<0.05。同时时间点数据更低，P<0.05；对照组的 hs-CRP 水平、其他肝功能指标数据与用药前数据相比下降（P<0.05）。

2.4 hs-CRP 水平和肝功能指标

观察组用药后的 hs-CRP 水平、ALT、AST、TBIL 比用药前、对照组

如表 4 所示：

表 4：比较各组的 hs-CRP 水平、肝功能指标

组别	hs-CRP（mg/L）		ALT（U/L）		AST（U/L）		TBIL（μmol/L）	
	用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后
对照组（n=28）	42.04±8.73	10.20±2.07*	140.74±25.81	60.48±10.39*	92.80±8.35	68.63±6.12*	28.64±5.11	20.14±3.29*
观察组（n=25）	42.11±8.90	7.35±1.20*	141.03±25.94	32.74±6.53*	92.71±8.42	35.29±3.50*	28.73±5.18	15.02±2.14*
t 值	0.029	6.034	0.041	11.473	0.039	23.950	0.064	6.626
P 值	0.977	0.001	0.968	0.001	0.969	0.001	0.950	0.001

注：同本组用药前比较，*P<0.05。

2.5 临床疗效

观察组的总有效率为 96.00%，较对照组的 71.43%更高，P<0.05。

如表 5 所示：

表 5：比较两组的临床疗效[n（%）]

组别	例数	无效	有效	显效	总有效率
对照组	28	8（28.57）	10（35.71）	10（35.71）	20（71.43）
观察组	25	1（4.00）	8（32.00）	16（64.00）	24（96.00）
χ ² 值	-	-	-	-	5.656

P 值 - - - - 0.017

2.6 用药安全性

相较于对照组，观察组的不良反应发生率更低（ $P<0.05$ ）。

如表 6 所示：

表 6：比较各组的用药安全性[n（%）]

组别	例数	胃肠道反应	上呼吸道感染	头晕头痛	腹痛	总发生
对照组	28	3（10.71）	1（3.57）	1（3.57）	2（7.14）	7（25.00）
观察组	25	1（4.00）	0（0.00）	0（0.00）	0（0.00）	1（4.00）
χ^2 值	-	-	-	-	-	4.545
P 值	-	-	-	-	-	0.033

3 讨论

肝硬化失代偿期是指晚期肝硬化，5 年生存率不高。临床治疗肝硬化失代偿期以抑制病毒复制、阻止肝纤维化为主，多选用抗病毒药物。抗病毒药物中干扰素的效果差且易出现不良反应，而核苷类似物中拉米夫定虽可取得较好的效果，但是会使耐药变异率提升，阿德福韦酯的起效慢且长期用药会出现肾毒性，故存在局限性，而恩替卡韦具有抗病毒作用强、耐药性低等特点，可对乙肝病毒的复制进行有效抑制。但是单纯采用恩替卡韦在改善机体免疫功能等方面存在不足，因此还应与其他药物联合应用。

还原型谷胱甘肽属于抗氧化剂，也是临床常用的保肝药物^[4]。还原型谷胱甘肽的作用机制同巯基氧化-还原态的转化有关，其通过调节细胞代谢过程能够促进患者机体免疫功能增强。另外其通过清除各种活性氧以及自由基的酶系来起到抗氧化作用，同时其还可保护肝脏，发挥抗病毒作用。肝脏内具有较高的还原型谷胱甘肽含量，该物质的缺乏会促使肝细胞清除自由基，减弱抵抗 HBV 能力^[5]。通过注射还原型谷胱甘肽有助于患者肝脏内该物质的含量的提升，对因 HBV 损伤的肝细胞膜进行修复，并可对炎症因子的释放进行抑制，从而阻止肝纤维化持续进展，有助于维持肝细胞功能。恩替卡韦进入到人体后会与 HBV 多聚酶天然底物竞争，对 HBV 多聚酶的活性进行抑制，因此能够发挥抗病毒作用，阻止 HBV 复制，能够减少对免疫系统的刺激，改善肝脏受损程度^[6]。同时恩替卡韦具有较高的基因耐药屏障，可对肝纤维化进展速度进行控制，且由于选择性强，不会损伤正常细胞^[7]。在应用保肝药物的同时采用恩替卡韦不仅能够对 HBV 病毒复制、纤维化进展进行抑制，还可恢复该病患者的肝功能，增强免疫力。

肝硬化失代偿期患者由于肠道吸收障碍、营养不良、脾功能亢进等因素会出现贫血、全血细胞减少等情况，降低血细胞压积，影响血液流变学。另外患者 γ -球蛋白比例增高，白蛋白水平下降，白/球比例失衡，会导致血液黏度增高。同时微循环障碍会对肝细胞再生进行抑制，加重肝纤维化程

度。肝硬化失代偿期患者存在肝脏实质、肝内血管系统长期被破坏等情况，会引起肝功能减退和多脏器功能损害，改变血液成分，导致血液流变学改变及凝血功能异常。对此类患者的血液流变学、凝血功能进行检测，有助于对病情、治疗效果进行了解。通过分析此次研究数据可以得知，用药后，观察组的血液流变学指标、凝血功能指标改善幅度均大于对照组，这是因为，还原型谷胱甘肽能够调节血管内皮收缩，有助于体内微循环的改善，减少内脏血流，并可保护肝脏损伤，有助于改善肝脏缺血缺氧损伤，促使肝脏生成凝血因子的能力提高，因此能够较好地调节血液动力学。用药后，观察组患者脾静脉与门静脉内径、脾脏厚度均明显减小，说明了联合治疗能够对肝纤维化进程进行抑制，促进门静脉压降低。观察组患者用药后的 hs-CRP 水平下降幅度更大，且低于对照组，这是因为联合治疗能对患者体内炎症因子的过度表达进行抑制，增加还原型谷胱甘肽含量及机体抵御能力。用药后同对照组相比，观察组的肝功能指标改善更明显，总有效率及用药安全性均更高，提示联合用药能够发挥协同增效减毒的作用，还原型谷胱甘肽能够有效修复受损肝细胞及肝纤维化状态，促使患者的肝功能逐渐恢复正常^[8]，且恩替卡韦能够增强肝脏耐受性，减少不良反应发生，与其他核苷类似物相比，恩替卡韦的抗病毒作用更加持久，有效减少血清肝脏酶谱。两者联合能够更好地抑制病毒复制，改善肝硬化状况，从而可延缓疾病进展。

总而言之，恩替卡韦联合保肝药物的治疗效果显著，值得推广应用在肝硬化失代偿期患者治疗中。

参考文献：

[1]朱海洋,高红伟,韩仙芝,等.恩替卡韦联合复方鳖甲软肝片治疗不同时期慢性乙型肝炎肝硬化疗效及其与趋化因子受体的关系[J].中西医结合肝病杂志,2021,31(5):405-408.

[2]刘玮,连晶晶,李洁.恩替卡韦联合治疗对慢性乙型肝炎患者炎症反应、肝功能及肝纤维化的影响[J].临床误诊误治,2019,32(1):35-39.

[3]王柳青,李雅静,薛素娟,等.恩替卡韦联合扶正化瘀胶囊治疗 HBV 感染失代偿期肝硬化患者的疗效及对血清炎症因子的影响[J].疑难病杂志,2020,19(10):985-989.

[4]黄道宏.缬沙坦联合还原型谷胱甘肽对酒精性肝硬化代偿期肝功能和肝纤维化指标的影响[J].肝脏,2019,24(11):1325-1326.

[5]江小云,陈科,马思思,等.血清活性氧簇、还原型谷胱甘肽水平与原发性胆汁性肝硬化的相关性分析[J].实用医院临床杂志,2021,18(3):149-152.

[6]张丽丽,刘涛,马欢,等.恩替卡韦治疗失代偿期乙型肝炎肝硬化[J].西部医学,2020,32(7):999-1002,1006.

[7]孔庆芬,梅光涛,杨艳霞,等.恩替卡韦联合安络化纤丸治疗 56 例乙型肝炎失代偿期肝硬化患者 5 年疗效分析[J].中西医结合肝病杂志,2020,30(6):506-508.

[8]常文娟,王慧,张艳鹤.还原型谷胱甘肽联合恩替卡韦治疗乙型肝炎肝硬化的效果以及对患者 T 淋巴细胞亚群的影响观察[J].辽宁医学杂志,2021,35(6):50-52.

阿司匹林与硫酸氢氯吡格雷联合口服治疗急性脑梗塞的有效性分析

李琴琴

佳县人民医院 药剂科 陕西佳县 719299

摘要：目的：分析急性脑梗塞使用阿司匹林与硫酸氢氯吡格雷的疗效。方法：随机抽取并均分本院 2019 年 11 月—2021 年 11 月 80 例急性脑梗塞患者，给予对照组阿司匹林，给予观察组阿司匹林+硫酸氢氯吡格雷，对比两组疗效。结果：观察组治疗有效率、NIHSS 评分、不良反应发生率、炎症因子水平优于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：急性脑梗塞口服阿司匹林与硫酸氢氯吡格雷，能显著改善神经缺损情况，缓解炎症反应，不良反应少，效果显著。

关键词：急性脑梗塞；阿司匹林；硫酸氢氯吡格雷；治疗有效率；不良反应发生率；NIHSS 评分；炎症因子水平

对于中老年患者来说脑部血管常见的一类病变是脑梗死，多种因素都会诱发该病，大部分患者都会在神经功能方面出现不同程度的障碍^[1]。临床中急性脑梗塞患者如果发病后 4.5h，没有出现溶栓禁忌症，可以开展溶栓，但是受到多种因素的影响，一些患者都会错过溶栓治疗的最佳时间，因此需要给予这类患者制定有效的、安全的治疗方案^[2]。本研究分析了急性脑梗塞使用阿司匹林与硫酸氢氯吡格雷的疗效，现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

随机抽取并均分本院 2019 年 11 月—2021 年 11 月 80 例急性脑梗塞患者，两组资料（ $P>0.05$ ），见表 1。

表 1：两组一般资料对比[n（%），（ $\bar{x}\pm s$ ）]

基础资料		观察组 (n=40)	对照组 (n=40)	t/x ²	P
性别	男	21	23	0.202	0.653
	女	19	17		
年龄（岁）		46.52±3.27	46.13±3.21	0.538	0.591
体重（kg）		58.32±4.26	58.84±4.34	0.540	0.590
受教育年限（年）		15.21±3.26	15.35±3.21	0.193	0.847
梗死 部位	基底节	18	15	0.464	0.495
	脑叶				
	纳入和排除标准				
纳入标准			排除标准		
符合中华医学会关于脑梗死的诊断标准			其他脑血管病症		
发病到治疗 48h 内			妊娠期和哺乳期女性		
具备有完整的临床影像学和病理学诊断依据			因其他病症而导致存在头脑症状表现的患者		

资料齐全

合并恶性肿瘤

自愿参与并签署知情同意书

依从性差

经伦理委员会批准

不愿参与或中途退出本次研究者

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组常规降糖、降压、降脂+口服阿司匹林（50-150 mg/次，1 次/d）。

1.2.2 观察组

观察组在对照组基础上口服硫酸氢氯吡格雷（75mg/次，1 次/d）。注：阿司匹林最大剂量 1 天不超过 100mg。

1.3 指标观察

（1）对比两组治疗有效率。治疗有效率=（显效+有效）/总例数×100%。

显效：NIHSS 评分只有治疗前 10%以下，临床症状基本恢复，生活自理；有效：NIHSS 评分是治疗前的 45%-90%，临床症状大幅度改善，大部分生活能自理；无效：并不满足上述条件。（2）对比两组 NIHSS 评分，以美国国立卫生研究院卒中量表中的意识水平、水平眼球运动、视野、面瘫、左右臂运动、左右腿运动、语言障碍评分评价，每项 5 分，分数和症状严重程度成正比。（3）对比两组不良反应发生率，不良反应发生率=发生隶属/总例数×100%。（4）对比两组炎症因子水平，以 TNF- α （肿瘤坏死因子- α ）、INF- γ （干扰素- γ ）、IL-4（白介素-4）、IL-6（白介素-6）、CRP（C 反应蛋白）、HGF（肝细胞生长因子）、Hcy（血同型半胱氨酸）水平评价^[3]。

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 对比两组治疗有效率

观察组治疗有效率高于对照组（ $P<0.05$ ），见表 2：

表 2：对比两组治疗有效率（n,%）

分组	例	显效	有效	无效	有效率
----	---	----	----	----	-----

数					
观察组	40	25 (62.50)	12 (30.00)	3 (7.50)	37 (92.50)
对照组	40	19 (47.50)	10 (25.00)	11 (27.50)	29 (72.50)
χ^2	5.541				
P	0.018				

2.2 对比两组 NIHSS 评分

治疗前两组 NIHSS 评分对比 ($p>0.05$), 治疗后观察组低于对照组 ($P<0.05$), 见表 3:

表 3: 对比两组 NIHSS 评分 ($\bar{x}\pm s$, 分)

指标	时间	观察组 (n=40)	对照组 (n=40)	t 值	P 值
意识水平	治疗前	3.84±1.26	3.81±1.23	0.107	0.914
	治疗后	0.62±0.21	1.48±0.67	7.746	0.000
水平眼球运动	治疗前	3.61±1.48	3.69±1.51	0.239	0.811
	治疗后	0.81±0.37	1.64±0.73	6.414	0.000
视野	治疗前	3.75±1.32	3.64±1.43	0.357	0.721
	治疗后	0.75±0.31	1.52±0.64	6.848	0.000
面瘫	治疗前	3.51±1.63	3.42±1.58	0.250	0.802
	治疗后	0.82±0.35	1.58±0.63	6.669	0.000
左右臂运动	治疗前	3.78±1.45	3.61±1.34	0.544	0.587
	治疗后	0.52±0.23	1.46±0.43	12.191	0.000
左右腿运动	治疗前	3.81±1.63	3.86±1.67	0.135	0.892
	治疗后	0.68±0.47	1.53±0.87	5.436	0.000
语言障碍	治疗前	3.71±1.67	3.63±1.54	0.222	0.824
	治疗后	0.71±0.42	1.68±0.64	8.014	0.000

2.3 对比两组不良反应发生率

观察组不良反应发生率低于对照组 ($P<0.05$), 见表 4:

表 4: 对比两组不良反应发生率 (n,%)

分组	例数	消化系统不良反应	肝肾功能不良反应	其他	发生率
观察组	40	1 (2.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.50)
对照组	40	4 (10.00)	1 (2.50)	2 (5.00)	7 (17.50)
χ^2	5.000				
P	0.025				

2.4 对比两组炎症因子水平

治疗前两组炎症因子水平对比 ($p>0.05$), 治疗后观察组优于对照组 ($P<0.05$), 见表 5:

表 5: 对比两组炎症因子水平 ($\bar{x}\pm s$)

指标	时间	观察组 (n=40)	对照组 (n=40)	t 值	P 值
TNF- α (ng/L)	治疗前	86.45±15.33	86.29±16.03	0.045	0.963
	治疗后	50.31±9.23	63.76±10.52	6.078	0.000
(ng/L)	治疗前	35.76±10.92	35.86±11.16	0.040	0.967
	治疗后	17.31±4.42	25.48±6.35	6.678	0.000
(ng/L)	治疗前	35.65±10.23	35.78±10.46	0.561	0.955
	治疗后	55.34±12.08	43.81±11.73	4.330	0.000
(ng/L)	治疗前	26.15±8.26	26.33±8.34	0.096	0.923
	治疗后	46.87±10.35	37.31±9.53	4.297	0.000

	后				
	治	11.92±1.53	11.86±1.58	0.172	0.863
CRP	疗				
	前				
(mg/L)	治	3.72±1.03	5.32±1.26	6.217	0.000
	疗				
	后				
	治	1934.29±150.38	1928.38±148.26	0.177	0.860
HGF	疗				
	前				
(pg/L)	治	1300.38±120.15	1548.26±118.75	9.280	0.000
	疗				
	后				
	治	21.68±3.16	21.59±3.19	0.126	0.899
Hcy	疗				
	前				
(mmol/L)	治	14.92±2.26	18.69±2.27	7.443	0.000
	疗				
	后				

3 讨论

脑梗死在临床中属于严重病症,具有突然发病、病情快速恶化、致死率和致死率高的特点,主要致病原因是颅脑局部组织由于血供中断而导致发病^[4]。由于脑部组织突然失去血液供应,而导致这些脑组织出现缺氧、缺血等症状,进而导致这些脑组织坏死,诱发这些脑组织病变^[5]。大量临床实践研究证实,诱发急性脑梗死疾病的主要原因是,患者脑部动脉出现粥样病变,导致颅脑血管发生狭窄、堵塞等问题,进入诱发该病^[6]。急性脑梗死患者的主要发作群体是中老年人,这是因为随着年龄的增长,中老年患者不管是器官还是组织都会出现不同程度的衰退,同时自身的新陈代谢速度日益降低,不管是免疫能力还是打开能力都大幅度降低,再加上受到多种因素的影响,中老年患者都普遍存在高血压、糖尿病等典型的慢性疾病,这些疾病会改变患者自身血管和血液环境,加大患者出现急性脑梗死症状的风险^[7]。如果患者急性脑梗死病情严重,会损伤到患者的肝、肾功能和相关器官,加大患者心血管疾病的风险,形成血栓的概率更高,导致脑部出现栓塞,导致脑供血不足^[8]。

目前临床中治疗急性脑梗死患者的主要途径是预防形成血栓以及有效治疗血栓。参与本次研究的口服阿司匹林和硫酸氢氯吡格雷的观察组治疗有效率、不良反应发生率优于单纯口服阿司匹林的对照组($P<0.05$);观察组炎症因子水平(TNF- α 、INF- γ 、IL-4、IL-6、CRP、HGF、Hcy等)、NIHSS评分(意识水平、水平眼球运动、视野、面瘫、左右臂运动、左右腿运动、语言障碍评分)优于对照组($P<0.05$),充分将急性脑梗死患者口

服阿司匹林与硫酸氢氯吡格雷的有效性和安全性。阿司匹林是临床中广泛使用的抗聚集血小板一线药物,是一种乙酰水杨酸,口服进入体内,能直接作用于血小板,使其环氧核酶被乙酰化,避免机体生成大量的血栓素,从而抑制血栓素诱导机体血小板,且这个作用是不可逆的。阿司匹林能抑制第二相聚集(肾上腺素诱导),药物进入机体后能对自发性聚集低浓度的胶原、凝血酶等相关物质起到抑制作用^[9]。如果加大服用剂量,其中包含的乙酰水杨酸还能对血管壁中的前列腺素合成酶有效抑制,促使合同降低合成前列环素的数量,预防形成血栓。硫酸氢氯吡格雷是临床中常用的一种抑制聚集血小板药物,患者服用药物以后,能够有效抑制机体聚集血小板,同时还能选择性抑制二磷酸腺苷,从而对聚集血小板有效控制^[10]。急性脑梗塞患者联合口服阿司匹林与硫酸氢氯吡格雷能将两种药物的协同作用充分发挥出来,最大程度地改善病情。

综上所述,急性脑梗塞口服阿司匹林与硫酸氢氯吡格雷,能显著改善神经缺损情况,缓解炎症反应,不良反应少,效果显著,值得推广。

参考文献:

- [1]薛齐艳.阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷治疗脑梗塞对患者缺血区域脑血流量及疗效的影响[J].数理医药学杂志,2021,34(10):1535-1536.
- [2]胡世玉,宋元良.阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷治疗脑梗塞患者的安全性及有效性[J].临床医学研究与实践,2021,6(17):78-80.
- [3]赛双桥,朱巧红,张伟玲,余海鹏,梁婉如.阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷口服治疗脑梗塞对NIHSS评分的影响[J].中外医疗,2021,40(6):88-90.
- [4]李福荣,简建文,赵红玲,潘心.氢氯吡格雷与阿司匹林联合应用治疗脑梗塞的疗效[J].黑龙江医药,2020,33(6):1282-1284.
- [5]刘婧.脑梗塞患者给予阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷口服治疗的临床价值研究[J].系统医学,2020,5(21):62-64.
- [6]吴长雷.阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷口服治疗脑梗塞的应用效果及神经功能缺损评分影响分析[J].医学食疗与健康,2020,18(7):86-87.
- [7]黄惠红,冯强,韩世友,朱敏.阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷口服治疗脑梗塞的有效性安全性评价[J].北方药学,2019,16(3):163-164.
- [8]孙永法.阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷口服治疗脑梗塞的有效性及其患者满意度分析[J].首都食品与医药,2020,27(1):101-102.
- [9]崔伟.阿司匹林与硫酸氢氯吡格雷联合治疗脑梗塞的临床效果[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(95):158+161.
- [10]江源铭,盛宝英.阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷在治疗脑梗塞患者的效果观察[J].黑龙江医药科学,2019,42(3):30-31+34.
- [11]高峰.阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷口服治疗脑梗塞的有效性和安全性研究[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(04):746.
- [12]李树森.阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷口服治疗脑梗塞的有效性和安全性研究[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(44):60.

高剂量丙种球蛋白治疗小儿川崎病的效果观察

李月娥

阜宁县人民医院儿科 江苏盐城 224400

摘要：目的：高剂量丙种球蛋白治疗小儿川崎病的效果观察。方法：选取在 2019.1-2020.10 期间我院就治疗的 78 例小儿川崎病患者为研究对象，并且按照患儿家长治疗意愿将患儿分为实验组和对照组，分别采取高剂量丙种球蛋白治疗和低剂量丙种球蛋白治疗，比较两组小儿川崎病患者采取不同剂量丙种球蛋白临床治疗效果。结果：比较两组患儿采取不同剂量丙种球蛋白治疗之后疾病症状消退时间，实验组患儿手足硬肿缓解时间为（0.85±0.11）d、发热缓解时间（2.21±0.36）d、淋巴结肿大缓解时间（2.02±0.36）d、黏膜充血缓解时间（2.51±0.26）d，对照组患儿手足硬肿缓解时间为（0.93±0.15）d、发热缓解时间（3.49±0.45）d、淋巴结肿大缓解时间（3.29±0.46）d、黏膜充血缓解时间（3.35±0.35）d，实验组患儿临床疾病症状消退时间比对照组患儿短， $P<0.05$ ；两组小儿川崎病患者治疗之前实验室检验指标没有显著差异，采取不同剂量丙种球蛋白治疗之后，实验组患儿实验室检验 WBC、PCT、CRP 和 PLT 指标均低于对照组患儿， $P<0.05$ ；比较两组小儿川崎病患者采取不同治疗之后冠状动脉病变发生率，实验组患儿冠状动脉病变发生率 10.26% 低于对照组患儿 30.77% 冠状动脉病变发生率， $P<0.05$ ；比较两组采取不同剂量丙种球蛋白治疗患儿临床治疗总有效率，实验组患儿治疗有效率 94.87%，对照组患儿治疗有效率 76.92%，实验组患儿临床治疗总有效率高于对照组患儿， $P<0.05$ 。结论：小儿川崎病患者治疗中使用高剂量丙种球蛋白治疗，能够提升患儿临床治疗效果，促进患儿快速退热，而且能够降低小儿川崎病患者冠状动脉病变发生率，临床小儿川崎病治疗中推广采取高剂量丙种球蛋白治疗。

关键词：小儿川崎病；丙种球蛋白；高剂量；治疗效果

小儿川崎病是一种儿童群体好发疾病，小儿川崎病是属于良性疾病，患儿在发病期间会出现多种症状表现，包括口唇中潮红、发热、手足硬肿、淋巴结肿大、黏膜充血等，虽然小儿川崎病是属于良性疾病，但是如果直接不及时或者临床采取的治疗效果不佳，也会由于小儿川崎病诱发患儿出现心血管疾病类型，对于患儿的身体健康和生命安全造成了严重的威胁^[1]。小儿川崎病患者在发病初期，就要及时的采取针对性的治疗方案，帮助患儿缓解疾病症状，预防疾病不断恶化，对于患儿的生命安全造成威胁，现阶段临床针对小儿川崎病患者主要采取的药物治疗方案，丙种球蛋白就属于常用治疗药物，能够针对小儿川崎病患者展开对症治疗^[2]。当然在应用丙种球蛋白药物治疗小儿川崎病过程中，不同剂量对于患儿疾病的缓解情况还是具有差异性，因此在小儿川崎病患者应用丙种球蛋白治疗中把握药物使用剂量是需要重点探究的问题^[3]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取在 2019.1-2020.10 期间我院就治疗的 78 例小儿川崎病患者为研究对象，并且按照患儿家长治疗意愿将患儿分为实验组和对照组，分别采取高剂量丙种球蛋白治疗和低剂量丙种球蛋白治疗，39 例实验组小儿川崎病患者中男性 22 例女性 17 例，年龄 5 个月—9 岁，平均（4.51±2.13）岁，病程 2-9 天，平均病程（5.05±2.42）天；39 例对照组小儿川崎病患者中男性 23 例女性 16 例，年龄 6 个月—10 岁，平均（4.72±2.06）岁，病程 2-8 天，平均病程（5.01±2.29）天。两组患儿的年龄、性别和病程对研究效果无显著差异（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

两组小儿川崎病患者均要给予患儿阿司匹林治疗，阿司匹林肠溶片（批准文号：国药准字 H61022718，生产厂家：华东医药（西安）博华制

药有限公司）口服，5~10mg/kg，4-6 小时/次^[4]。

对照组小儿川崎病患者实施低剂量丙种球蛋白治疗，静脉注射，0.5g/kg，2 次/天^[5]。实验组小儿川崎病患者实施高剂量丙种球蛋白治疗，静脉注射，2g/kg，2 次/天^[6]。

1.3 观察指标

比较两组小儿川崎病患者采取不同剂量丙种球蛋白治疗之后，患儿临床疾病症状消退时间，包括手足硬肿缓解时间、发热缓解时间、淋巴结肿大缓解时间、黏膜充血缓解时间，患儿在临床治疗中相关疾病症状缓解时间指标越短，采取的丙种球蛋白治疗效果越好；比较两组小儿川崎病患者采取不同剂量丙种球蛋白治疗前后实验室检验指标，包括 WBC、PCT、CRP 和 PLT，患儿采取治疗之后，实验室检验指标 WBC、PCT、CRP 和 PLT 越低采取的治疗效果越好；比较两组小儿川崎病患者在治疗过程中，冠状动脉病变的发生率，患儿在疾病治疗的过程中，冠状动脉病变发生率越低采取的临床治疗效果越好；评估两组患儿临床治疗总有效率，根据患儿疾病症状的整体缓解情况将患儿临床治疗效果分为显效、有效和无效，显效患儿经过临床治疗小儿川崎病患者临床疾病症状表现完全消失，体温恢复正常，有效患儿经过临床治疗患儿临床疾病症状表现改善效果明显，体征改善程度超过 60%，发热症状也得到了缓解，无效患儿经过治疗临床症状没有得到改善，或者疾病症状反而有恶化的趋势，患儿临床疾病治疗有效率=显效+有效。

1.4 统计学方法

SPSS21.0 数据处理，计量资料（ $\bar{x}\pm s$ ），t 检验，计量资料（n,%），卡方检验，用 $P<0.05$ 表示有意义。

2 结果

2.1 患儿临床疾病症状消退时间

比较两组患儿采取不同剂量丙种球蛋白治疗之后疾病症状消退时间，实验组患儿临床疾病症状消退时间比对照组患儿短， $P<0.05$ 。

表 1 患儿临床疾病症状消退时间比较 (X±S, d)

组别	例数	手足硬肿缓解时间	发热缓解时间	淋巴结肿大缓解时间	黏膜充血缓解时间
实验组	39	0.85±0.11	2.21±0.36	2.02±0.36	2.51±0.26
对照组	39	0.93±0.15	3.49±0.45	3.29±0.46	3.35±0.35

表 2 患儿治疗前后实验室检验指标比较 (X±S)

组别	例数	WBC(×10 ⁹ /L)		PCT (μg/L)		CRP(mg/L)		PLT(×10 ⁹ /L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	39	18.68±2.32	6.21±0.65	0.83±0.06	0.32±0.05	88.89±9.53	22.03±3.21	375.46±42.51	222.42±12.03
对照组	39	18.62±3.42	8.88±0.76	0.85±0.05	0.55±0.06	89.51±9.02	28.46±3.85	373.42±40.86	256.53±13.75
t	--	0.09	16.67	1.59	18.39	0.31	8.01	0.21	11.65
P	--	0.92	0.00	0.00	0.00	0.75	0.00	0.82	0.00

2.3 患儿冠状动脉病变发生率

比较两组小儿川崎病患儿采取不同治疗之后冠状动脉病变发生率，实验组患儿冠状动脉病变发生率低于对照组患儿， $P<0.05$ 。

表 1 患儿冠状动脉病变发生率比较 (n,%)

组别	例数	冠状动脉病变发生人数	发生率
实验组	39	4	10.26
对照组	39	12	30.77
X ²	--	5.03	
P	--	0.02	

2.4 患儿临床治疗总有效率

比较两组采取不同剂量丙种球蛋白治疗患儿临床治疗总有效率，实验组患儿临床治疗总有效率高于对照组患儿， $P<0.05$ 。

表 4 患儿临床治疗总有效率比较 (n, %)

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
实验组	39	22 (56.41)	15 (38.46)	2 (5.13)	37 (94.87)
对照组	39	11 (28.21)	19 (48.72)	9 (23.08)	30 (76.92)
X ²	--	--	--	--	5.18
P	--	--	--	--	0.02

3 讨论

小儿川崎病是一种全身性的血管炎病变，患儿的主要临床表现为皮疹、发热、淋巴结肿大、黏膜充血等临床症状，一般情况下患儿表现出炎

t	--	2.68	13.87	13.57	12.03
P	--	0.00	0.00	0.00	0.00

2.2 患儿治疗前后实验室检验指标

两组小儿川崎病患儿治疗之前实验室检验指标没有显著差异，采取不同剂量丙种球蛋白治疗之后，实验组患儿实验室检验 WBC、PCT、CRP 和 PLT 指标均低于对照组患儿， $P<0.05$ 。

性细胞因子异常，导致患儿会出现冠状动脉炎症病变，疾病发展比较严重的患儿，出现严重的心血管疾病，对于患儿的生命健康造成了严重的威胁^[7-9]。现阶段临床主要针对小儿川崎病患儿疾病症状，采取药物治疗措施，包括不同剂量丙种球蛋白治疗，患儿在采取不同剂量的丙种球蛋白药物治疗之前，均需要服用阿司匹林，阿司匹林是一种广谱镇痛药物，具有抑制血小板聚集、解热，镇痛的效果，与丙种球蛋白联合使用能够有效地提升患儿疾病的治疗效果^[10-13]。丙种球蛋白是一种免疫球蛋白溶液，在正常人血浆中的提取物，患儿临床治疗中具有有效的应用价值，已在临床得到的认可，在患儿临床治疗中使用，主要的作用机制是通过对抗体产生抑制作用，来减少内皮细胞的抗体，还可以有效地帮助患儿封闭血液中的单核细胞和血管内皮细胞来阻断受体之间的免疫作用，对体内受体途径激活来防止疾病对于患儿血管造成的损伤，降低患儿由于疾病作用造成冠状动脉病变^[14-16]。小儿川崎病患儿临床治疗中应用不同剂量的丙种球蛋白治疗，治疗效果存在差异性，采取 2g/kg 剂量的丙种球蛋白，对于小儿川崎病患儿临床症状缓解效果更好，一般情况下是推荐采取高剂量丙种球蛋白治疗小儿川崎病。但是丙种球蛋白药物来源有限，并且价格昂贵，对于经济困难的家庭来说，需要承受昂贵的治疗费用，可以在患儿临床治疗中，根据患儿的具体情况选择用药的剂量，保障患儿临床治疗效果^[17-18]。

比较两组患儿采取不同剂量丙种球蛋白治疗之后疾病症状消退时间，实验组患儿临床疾病症状消退时间比对照组患儿短， $P<0.05$ ；两组小儿川崎病患儿治疗之前实验室检验指标没有显著差异，采取不同剂量丙种球蛋白治疗之后，实验组患儿实验室检验 WBC、PCT、CRP 和 PLT 指标均低于对照组患儿， $P<0.05$ ；比较两组小儿川崎病患儿采取不同治疗之后冠状动脉病变发生率，实验组患儿冠状动脉病变发生率低于对照组患儿， $P<0.05$ ；比较两组采取不同剂量丙种球蛋白治疗患儿临床治疗总有效率，实验组患儿临床治疗总有效率高于对照组患儿， $P<0.05$ 。

综上所述，高剂量丙种球蛋白治疗小儿川崎病患儿有效率高于低剂量丙种球蛋白治疗效果，帮助患儿改善临床疾病症状，保障患儿临床治疗效

果,提高患儿疾病治疗的安全性。

参考文献:

- [1]唐俊海,杨波,熊高洁.中小剂量丙种球蛋白治疗方案对重症免疫性血小板减少性紫癜患儿血小板的影响[J].中国小儿血液与肿瘤杂志,2020,25(2):4.
- [2]胡彬文,张丽娇,邓丽君,等.川崎病(气管两播证)丙种球蛋白治疗前后实验室指标观察[J].中国中医急症,2019,28(8):3.
- [3]肖昕,吴梦琦.彩色多普勒超声结合血清CD64水平对小儿川崎病临床诊断的价值研究[J].安徽医药,2019,023(006):1160-1163.
- [4]李丹,冯媛,耿玲玲,等.小剂量甲基泼尼松龙联合静脉丙种球蛋白治疗静脉丙种球蛋白无反应型川崎病的疗效分析[J].中国全科医学,2019,22(4):5.
- [5]申建伟,胡铮赞,刘冲.甲泼尼龙联合丙种球蛋白治疗川崎病的疗效及对冠状动脉的影响[J].山西医药杂志,2020,49(2):3.
- [6]徐闪,何俊明.阿司匹林辅助丙种球蛋白治疗小儿川崎病的应用效果及其对预防冠状动脉病变的作用分析[J].中国妇幼保健,2020,35(7):4.
- [7]章晋,陈启税,童晓琴.大剂量静脉注射丙种球蛋白联合阿司匹林治疗川崎病患儿的效果及对外周血NLRP3炎症小体的影响[J].中国妇幼保健,2021,36(12):3.
- [8]王茹,周莉蓉,戚昌丽.双嘧达莫联合丙种球蛋白及阿司匹林治疗川崎病疗效及对患儿免疫功能和凝血功能的影响[J].河北医学,2021,27(2):5.

(上接第72页)

可以及时发现患者病情的进展。对于DPN患者,使用不同用药方案,对于血糖控制结果会有明显的差异表现。

3.4 联合用药治疗机制

研究发现^[8],依帕司他与多元醇糖代谢会直接参与起作用,从而控制血糖水平变化。 α -硫辛酸与依帕司他联合用药,用于DPN治疗,能针对不同发病机制治疗,协同给药治疗,可以保证药物的抗氧化功能,从而改善神经传导速度,改善临床症状,充分发挥联合用药的协同作用,发挥联合用药的优势。

α -硫辛酸可以增强神经细胞酶活性、神经传导速度,抑制醛糖还原酶活性同时,还能控制葡萄糖向山梨醇的转化,从而控制过多山梨酸、果糖的累积,能有效减轻神经细胞的损伤。依帕司他对多元醇糖代谢旁路有着良好的阻断作用,减少山梨酸的合成,减轻神经细胞的损伤。所以,将 α -硫辛酸与依帕司他联合给药治疗,可以起到有效的协同作用。

本次研究结果显示,与单一 α -硫辛酸相比,联合用药能明显提升临床疗效,提高神经传导速度,积极改善炎症因子水平。可见,联合用药效果更佳,具有可高的可行性,安全性更高,能积极改善患者肢体的麻木、疼痛等症状。

综上所述, α -硫辛酸联合依帕司他用于DPN治疗,能积极改善患者临床症状和神经传导速度,进而改善患者的血清TNF- α 水平,有效抑制炎症反应,联合用药效果优于单一用药的效果。同时,指导患者注意控制饮

[9]李辉,经廷森,苏云娟,等.自拟解毒化痰地黄汤对小儿川崎病外周血Th9细胞及血清IL-6水平的影响[J].四川中医,2020,38(6):3.

[10]邹武军,郭焕利.不同剂量人免疫丙种球蛋白辅助治疗小儿重症肺炎的临床疗效分析[J].贵州医药,2020,44(5):2.

[11]徐玮玮,徐利,杨蕾.不同剂量丙种球蛋白联合阿司匹林治疗小儿川崎病效果观察[J].解放军医药杂志,2022,34(01):40-43.

[12]吴海燕.不同剂量丙种球蛋白治疗小儿川崎病对血清炎症因子的影响[J].中国处方药,2021,19(12):112-114.

[13]徐丙云,杨琳,张翼飞.高剂量丙种球蛋白联合双嘧达莫治疗小儿川崎病的临床疗效及其对C反应蛋白、心肌肌钙蛋白I及凝血功能的影响[J].临床合理用药杂志,2021,14(33):123-125.

[14]刘淑华.不同剂量丙种球蛋白治疗小儿川崎病的应用及临床有效性分析[J].甘肃科技,2021,37(19):138-140.

[15]黄斐.大剂量丙种球蛋白联合阿司匹林治疗小儿川崎病的临床效果[J].临床合理用药杂志,2021,14(19):136-137.

[16]武瑞娥.不同剂量丙种球蛋白治疗小儿川崎病临床效果观察[J].中国药物与临床,2021,21(11):1934-1936.

[17]黄滔进,张瑞霞,黄海波,邱荣华.大剂量丙种球蛋白+阿司匹林对小儿川崎病的临床治疗效果[J].智慧健康,2021,7(13):133-135.

[18]陈潮新.大剂量丙种球蛋白联合阿司匹林用于治疗小儿川崎病的效果研究[J].中外医疗,2020,39(22):104-106+109.

食,限制糖分摄入,积极配合运动,能明显提升机体免疫力,对于提升患者的生活质量具有积极的影响,保障患者的安全性。

参考文献:

- [1]曹青松,李向旭,马楠,等. α -硫辛酸联合依帕司他治疗2型糖尿病周围神经病变的疗效观察[J].临床医学,2020,40(09):106-107.
- [2]周帆,劳丹华,李廷尉,等.890nm红外激光联合 α -硫辛酸、依帕司他在2型糖尿病周围神经病变中的应用[J].中国医药科学,2020,10(17):16-19.
- [3]韩世华.硫辛酸联合依帕司他治疗2型糖尿病周围神经病变的临床疗效观察[J].齐齐哈尔医学院学报,2020,41(17):2120-2122.
- [4]张育芳,冯秀娟.依帕司他辅助治疗老年2型糖尿病周围神经病变的临床效果[J].实用中西医结合临床,2020,20(03):11-12.
- [5]李素芬,苏彩霞,周夫.硫辛酸联合依帕司他治疗2型糖尿病痛性神经病变临床效果及安全性分析[J].中国处方药,2019,17(12):81-82.
- [6]李洪彬.观察硫辛酸与依帕司他联合门冬胰岛素30治疗2型糖尿病周围神经病变的临床疗效[J].中国社区医师,2019,35(33):21+23.
- [7]张英杰,张红.硫辛酸联合依帕司他对2型糖尿病周围神经病变患者电生理与生活质量影响[J].社区医学杂志,2018,16(19):1455-1458.
- [8]李立群. α -硫辛酸和依帕司他单独用药和联合用药治疗2型糖尿病周围神经病变的效果对比[J].慢性病学杂志,2018,19(07):957-959.

项目编号:21422083023

噻托溴铵联合无创呼吸机辅助治疗 COPD 合并呼吸衰竭的临床疗效观察

梁秀胡

都安瑶族自治县人民医院 广西河池 530700

摘要：目的：浅析噻托溴铵联合无创呼吸机辅助治疗慢性阻塞性肺疾病(COPD)合并呼吸衰竭的临床疗效。方法：研究时间:2018 年 8 月至 2022 年 1 月间；研究对象:92 例 COPD 合并呼吸衰竭患者；分组:按照治疗方案不同划分为观察组(给予噻托溴铵联合无创呼吸机辅助治疗)与对照组(给予无创呼吸机治疗)各 46 例，评价 2 组疗效。结果：观察组患者氧分压(PO_2)值、血氧饱和度(SpO_2)值高于对照组，二氧化碳分压(PCO_2)值低于对照组， $P<0.05$ 。观察组患者干预后用力肺活量(FVC)、第 1 秒用力呼气容积(FEV_1)、 FEV_1/FVC 值高于对照组， $P<0.05$ 。观察组患者干预后 C 反应蛋白(CRP)、降钙素原(PCT)、白细胞介素-6(IL-6)值低对照组， $P<0.05$ 。结论：COPD 合并呼吸衰竭患者应用噻托溴铵联合无创呼吸机辅助治疗效果乐观，可帮助改善血气指标、炎症反应、肺功能。

关键词：噻托溴铵；无创呼吸机；呼吸衰竭；慢性阻塞性肺疾病

近年来国内环境大气污染程度逐渐加重、国内吸烟人数逐年增多、我国社会人口老龄化进程不断加剧，诸多因素影响导致肺部疾病发生率逐年上升，慢性阻塞性肺疾病(COPD)并呼吸衰竭尤为多见^[1-2]。临床针对 COPD 合并呼吸衰竭患者应用药物治疗时部分患者疗效欠佳，可能导致缺氧、二氧化碳潴留，加重呼吸衰竭严重程度，最终破坏机体细胞生存环境，导致酸碱失衡，诱发多器官功能衰竭，增加死亡风险，在该情况下辅助无创呼吸机治疗可有效改善患者症状表现，改善疾病预后^[3-4]。噻托溴铵是一种选择性抗胆碱药物，药物可作用于平滑肌 M3 受体以扩张支气管，可改善炎症反应，抑制腺体分泌^[5]。文章纳入我院于 2018 年 8 月至 2022 年 1 月间收治的 92 例 COPD 合并呼吸衰竭患者作为研究对象，评价噻托溴铵联合无创呼吸机辅助治疗效果，现将本次研究全部内容整理后作以下论述：

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究时间:2018 年 8 月至 2022 年 1 月间；研究对象:92 例 COPD 合并呼吸衰竭患者；分组:按照治疗方案不同划分为观察组与对照组各 46 例，观察组中男 30 例、女 16 例，年龄范围:50-87 岁，平均为(69.4±7.0)岁，COPD 病程时间平均为(6.1±0.5)年；对照组中男 32 例、女 14 例，年龄范围:50-87 岁，平均为(68.6±6.8)岁，COPD 病程时间平均为(6.5±0.6)年。2 组基线资料对比差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

纳入标准:神志清楚；有咳嗽、胸闷、气短、痰液颜色变化等症状；均为 II 型呼吸衰竭； $PaCO_2>50\text{mmHg}$ ；动脉血氧分压 $PaO_2<60\text{mmHg}$ 。

排除标准:肺部肿瘤；肝肾功能异常；支气管哮喘。

1.2 方法

观察组在对照组治疗基础上联合正大天晴药业集团的噻托溴铵粉雾剂(国药准字 H20060454、18μg)，每日 1 次，每次 18μg，治疗 2 周。

对照组给予无创呼吸机治疗，应用双水平呼吸机治疗仪 Flexo 口鼻面罩无创呼吸机，设置 S/T 模式，起始吸气压力 (IPAP)为 10cmH₂O，起始呼气压力 (EPAP)为 4cmH₂O，待患者适应后逐渐增加 IPAP 至 12-20cmH₂O，增加 EPAP 至 5-6cmH₂O，呼吸频率为每分钟 12-16 次；每日治疗 2 次，每

次治疗 6 小时；持续 2 周。

1.3 观察指标

记录 2 组患者氧分压(PO_2)、二氧化碳分压(PCO_2)、血氧饱和度(SpO_2)指标值、用力肺活量(FVC)、第 1 秒用力呼气容积(FEV_1)、 FEV_1/FVC 值、C 反应蛋白(CRP)、降钙素原(PCT)、白细胞介素-6(IL-6)值。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 17.0 统计软件，计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 差表示，采用 t 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 评价 2 组动脉血气指标值

观察组患者 PO_2 值、 SpO_2 值高于对照组， $PaCO_2$ 值低于对照组， $P<0.05$ ；见表 1。

表 1 比较 2 组动脉血气指标值(n=46, mmHg)

组别	时间	PO ₂	PaCO ₂	SpO ₂ (%)
观察组	治疗前	56.29±2.08	77.39±5.12	87.75±3.11
	治疗后	83.65±3.00	50.92±4.10	96.60±2.15
	<i>t</i>	50.832	27.370	15.876
	<i>P</i>	0.001	0.001	0.001
对照组	治疗前	56.10±2.15	77.51±5.15	87.59±3.00
	治疗后	74.62±3.12	60.23±7.43	92.10±1.60
	<i>t</i>	33.150	12.964	8.997
	<i>P</i>	0.001	0.001	0.001
<i>t</i> 两组治疗前比较	-	0.431	0.112	0.251
<i>P</i> 两组治疗前比较	-	0.668	0.911	0.802
值				
<i>t</i> 两组治疗后比较	-	14.150	7.441	11.388
<i>P</i> 两组治疗后比较	-	0.001	0.001	0.001
值				

2.2 评价 2 组肺功能指标变化

观察组患者干预后 FVC、FEV₁、FEV₁/FVC 值高于对照组, $P<0.05$; 见表 2。

表 2 比较 2 组肺功能指标值变化(n=46, 例)

组别	时间	FVC(L)	FEV ₁ (%)	FEV ₁ /FVC(%)
观察组	治疗前	1.58±0.26	43.82±3.80	47.20±3.19
	治疗后	2.20±0.58	60.10±4.10	60.91±5.10
	<i>t</i>	6.616	19.752	15.458
	<i>P</i>	0.001	0.001	0.001
对照组	治疗前	1.66±0.20	44.00±3.75	47.43±3.30
	治疗后	1.89±0.50	53.46±5.00	56.29±4.17
	<i>t</i>	2.897	10.266	11.300
	<i>P</i>	0.005	0.001	0.001
<i>t</i> 两组治疗前比较	-	1.654	0.229	0.340
值				
<i>P</i> 两组治疗前比较	-	0.102	0.820	0.738
值				
<i>t</i> 两组治疗后比较	-	2.746	6.965	4.756
值				
<i>P</i> 两组治疗后比较	-	0.007	0.001	0.001
值				

2.3 评价 2 组血清炎症因子水平

观察组患者干预后 CRP、PCT、IL-17 值低于对照组, $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 比较 2 组血清炎症因子水平(n=46, 例)

组别	时间	CRP(mg/L)	PCT(ng/mL)	IL-6 (pg/mL)
观察组	治疗前	45.39±6.10	8.82±1.43	92.17±14.08
	治疗后	10.01±1.50	1.52±0.70	38.10±8.34
	<i>t</i>	38.196	31.097	22.409
	<i>P</i>	0.001	0.001	0.001
对照组	治疗前	45.70±6.03	8.51±1.50	92.40±14.11
	治疗后	16.20±1.90	3.50±0.80	49.10±9.01
	<i>t</i>	31.647	19.988	17.542
	<i>P</i>	0.001	0.001	0.001
<i>t</i> 两组治疗前比较	-	0.245	1.015	0.078
值				
<i>P</i> 两组治疗前比较	-	0.807	0.313	0.938
值				
<i>t</i> 两组治疗后比较	-	17.343	12.633	6.077
值				
<i>P</i> 两组治疗后比较	-	0.001	0.001	0.001
值				

3 讨论

COPD 合并呼吸衰竭疾病患者应用机械通气治疗是临床公认的经典方案, 但因机械通气治疗具有创伤性, 治疗后可能诱发多种并发症, 如呼吸机相关性肺炎等, 可能导致病情反复、延长上机时间、导致脱机困难等, 严重影响疾病预后^[6-7]。

临床自 2003 年研发无创机械通气方法以来, 因其无需进行气管插管

的优势在临床获得广泛应用, 相对于有创机械通气而言, 无创呼吸机治疗优势在于操作简单、无需持续 24h、保护上呼吸道正常防御功能、无需切开气管、降低医源性风险、并发症风险低, 可缩短住院时间, 降低治疗成本; 无创呼吸机治疗期间不影响患者正常进食、说话、咳嗽等行为, 保留上气道湿化、过滤、加温功能^[8-9]。研究结果显示, 干预前 2 组患者 PO₂、PCO₂、SpO₂ 指标值比较无统计学意义, $P>0.05$; 干预后 2 组患者 PO₂ 值、SpO₂ 值高于干预前, PaCO₂ 值低于干预前, $P<0.05$; 其中观察组患者 PO₂ 值、SpO₂ 值高于对照组, PaCO₂ 值低于对照组, $P<0.05$ 。干预前 2 组患者 FVC、FEV₁、FEV₁/FVC 值比较无统计学意义, $P>0.05$; 干预后 2 组患者 FVC、FEV₁、FEV₁/FVC 值高于干预前, $P<0.05$; 其中观察组患者干预后 FVC、FEV₁、FEV₁/FVC 值高于对照组, $P<0.05$ 。干预前 2 组患者 CRP、PCT、IL-6 值比较无统计学意义, $P>0.05$; 干预后 2 组患者 CRP、PCT、IL-6 值低于干预前, $P<0.05$; 其中观察组患者干预后 CRP、PCT、IL-6 值低于对照组, $P<0.05$ 。分析原因发现, 呼吸衰竭的发病机制与异常肺氧合功能有关, COPD 合并呼吸衰竭患者伴随严重的全身炎症反应, 肺内积聚大量的分泌物, 可导致肺不张, 影响正常通气/血流平衡, 导致吸入氧气后无法有效进入血液循环中, 血液循环中的氧气无法迅速向肺泡中弥散, 引起氧合功能障碍; 由此可见血气指标变化可间接反映疾病预后效果^[10]。COPD 的病理基础与肺通气、换气功能障碍、呼吸道炎症反应关系密切, 病情急性发作时会增加气道阻力, 加重病情严重程度, 最终发展为呼吸衰竭。CRP、PCT、IL-6 均是 COPD 病情关联紧密的炎症因子, COPD 发病早期机体即可出现 CRP、PCT、IL-6 水平明显上升趋势, 出现呼吸衰竭后炎症因子可进一步上升^[11]。临床对于 COPD 合并呼吸衰竭的患者采取无创通气治疗可迅速改善症状, 发挥疗效, 同时结合药物治疗减轻炎症反应以改善气道功能意义重大^[12]。观察组应用噻托溴铵联合无创呼吸机辅助治疗, 噻托溴铵是一种长效抗胆碱药物, 用药后可对胆碱 M1、M3 受体产生选择性作用, 发挥长期有效的扩张支气管效果, 尤其适用于治疗维持性呼吸困难症状, 药物进入机体后起效时间较长, 主要功效包括舒张气道平滑肌、将气道横截面积扩大、降低肺通气阻力, 协助无创呼吸机治疗可有效改善换气、通气功能、氧合功能, 改善呼吸肌疲劳感, 降低呼吸肌能耗, 帮助改善呼吸功能, 降低肺部炎症反应^[13-14]。COPD 合并呼吸衰竭患者痰液质地黏稠, 单纯依靠无创呼吸机治疗无法顺利排出痰液, 辅助噻托溴铵治疗可抑制部分胆碱能受体, 纠正气道痉挛表现, 扩张支气管, 改善肺部功能, 恢复肺部正常通气功能, 缓解呼吸困难表现, 改善急促症状, 加速排出体内二氧化碳, 降低 PCO₂, 改善 PO₂ 值、SpO₂ 值, 增加机体运动耐性^[15]。同时噻托溴铵中存在季铵基因, 可减少呼吸道吸收黏稠物, 安全性高, 存在 24h 的药理作用, 用药后可有效提高患者依从性, 帮助改善疾病预后, 药物联合无创呼吸机治疗可增强改善症状效果, 为恢复肺部功能创造良好条件^[16]。

综上所述, 临床应用噻托溴铵联合无创呼吸机辅助治疗 COPD 合并呼吸衰竭患者效果乐观, 可帮助改善血气指标、炎症反应、肺功能。

参考文献:

[1] 刘晓帅, 王丽峰, 岳海梅, 等. 无创呼吸机联合噻托溴铵治疗慢性阻

(下转第 94 页)

输尿管软镜结合钬激光治疗肾结石的疗效观察

刘晨溪 王朦朦 徐洋涛 赵红娟

保定市第二中心医院泌尿外科 河北保定 072750

摘要：目的：探讨输尿管软镜结合钬激光治疗肾结石的临床效果。方法：选取 2019 年 1 月至 2021 年 1 月我院收治的 96 例肾结石患者，按照治疗方法的异同将患者进行分组。将接受经皮肾镜取石术治疗的患者划分为对照组，将接受输尿管软镜结合钬激光治疗的患者划分为观察组，对比两组的围手术期临床指标、结石清除率、术后并发症发生率、疾病相关指标及生活质量评分。结果：观察组的手术时间长于对照组，术中出血量、留置尿管时间、住院时间均短于对照组，组间差异显著（ $P<0.05$ ）。观察组的结石清除率（93.75%）高于对照组（77.08%），组间差异显著（ $P<0.05$ ）。观察组术后并发症的发生率（4.17%）低于对照组（16.67%），组间差异显著（ $P<0.05$ ）。术前，两组患者的 WBC、TBIL、IL-6、CRP 水平相较无显著差异（ $P>0.05$ ）；术后，两组的指标水平均下降，且观察组低于对照组，组间差异显著（ $P<0.05$ ）。术前，两组患者各项生活质量评分无显著差异（ $P>0.05$ ）；术后，观察组的各项生活质量评分高于对照组，组间差异显著（ $P<0.05$ ）。结论：输尿管软镜结合钬激光治疗肾结石效果显著，结石清除率较高，术后并发症少，疾病相关指标优异，可改善患者术后生活质量。

关键词：输尿管软镜；钬激光；肾结石；生活质量

肾结石为临床常见的泌尿系统结石，以肉眼血尿、疼痛等为主要临床症状表现^[1]。该病具有发病率较高、部分病例无典型症状等特点，若发病后未给予及时有效的治疗，则可能导致感染及梗阻等并发症，引起肾脏损伤、肾功能衰竭等，预后较差^[2-3]。临床治疗肾结石的主要方法为手术，经皮肾镜及输尿管软镜下钬激光为两种常用的术式，但临床医师对此两种术法的选择存在一定的争议。本文将采用平行对照法，对该两种术法治疗肾结石的效果予以对比，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 1 月至 2021 年 1 月我院收治的 96 例肾结石患者。纳入标准：（1）符合肾结石的诊断标准，经过影像学诊断确诊^[3]；（2）以往未接受过肾结石治疗；（3）临床资料完整；（4）签订参与同意书。排除标准：（1）合并重要脏器器质性疾病；（2）合并血压及血糖异常者；（3）合并免疫功能障碍者；（4）合并凝血功能异常者；（5）合并恶性肿瘤者；（6）精神意识障碍者。按照治疗方法的异同将患者进行分组。将接受经皮肾镜取石术治疗的患者划分为对照组，将接受输尿管软镜结合钬激光治疗的患者划分为观察组。观察组共有 48 例患者，其中男性 26 例，女性 22 例，年龄区间 23~65 岁，平均年龄（43.29±2.14）岁。病程 2~38d，平均病程（14.39±1.38）d。结石直径 1.4~2.4cm，平均直径（2.01±0.14）cm。对照组共有 48 例患者，其中男性 25 例，女性 23 例，年龄区间 24~66 岁，平均年龄（43.53±2.11）岁。病程 4~39d，平均病程（14.20±1.29）d。结石直径 1.3~2.5cm，平均直径（2.03±0.15）cm。两组一般资料无区别（ $P>0.05$ ）。此研究经本院伦理委员会批准通过。

1.2 方法

对照组行经皮肾镜取石术。观察组行输尿管软镜结合钬激光治疗。全身麻醉后取截石位，在 B 超引导下，于 11 肋间到肩胛线之间的区域穿刺，经穹窿部进入手术对象肾盏。穿刺成功后，送入斑马导丝，将 F16 扩大到 F18，放入工作鞘后，搭建经皮肾路径。置入肾镜，插入波长为 200 μm 的钬激光光纤，钳夹取大块结石，形状小块的结石采用负压吸出，尽量取净肾镜所发现的全部结石。在手术中使用 B 超复查结石清除情况。结石处理完成后，将输尿管软镜镜鞘拔出，顺导丝留放一根 F6 输尿管内支架，常规预留尿管，术毕。

1.3 观察指标

1.3.1 围手术期临床指标

观察记录两组患者的手术时间、术中出血量、留置尿管时间及住院时间。

1.3.2 结石清除率

于术后一个月，使用 B 超复查患者的结石情况，计算结石清除率。

1.3.3 并发症发生率

观察记录两组患者输尿管损伤、尿疼、出血三项并发症的发生情况，计算并发症的发生率

1.3.4 疾病相关指标

于术前及术后对两组患者的白细胞计数（WBC）及总胆红素（TBIL）进行血生化检测；使用酶联免疫吸附法检测两组患者的白介素-6（IL-6）、C 反应蛋白（CRP）水平^[4]。

1.3.5 生活质量评分

于治疗前及治疗后使用 SF-36 生活质量评分量表对两组患者的生活质量进行评分, 内容为情绪健康、情感职能、社会功能、躯体疼痛四个方面, 分数越高, 生活质量越高^[5]。

1.4 统计学分析

本次研究采用 SPSS23.0 版本的统计学软件作为数据分析软件, 计数资料以 n (%) 表示, 选用 X² 检验; 计量资料以均数±标准差 ($\bar{X} \pm S$), 选用 t 检验; 以 P<0.05 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者围手术期临床指标对比

观察组的手术时间长于对照组, 术中出血量、留置尿管时间、住院时间均短于对照组, 组间差异显著 (P<0.05), 见表 1。

表 1 两组患者围手术期临床指标对比 ($\bar{X} \pm S$)

组别	n	手术时间	术中出血	留置尿管	住院时间
		(min)	量 (ml)	时间 (d)	(d)
观察组	48	93.25±13.25	4.47±1.79	1.72±0.43	3.47±1.29
对照组	48	60.68±12.53	10.58±3.29	6.54±4.21	8.79±2.31
t	-	4.977	3.646	2.268	4.520
P	-	0.000	0.000	0.028	0.000

2.2 两组患者结石清除率比较

观察组的结石清除率 (93.75%) 高于对照组 (77.08%), 组间差异显

著 (P<0.05), 见表 2。

表 2 两组患者结石清除率比较[n (%)]

组别	n	结石清除	结石残留
观察组	48	45 (93.75)	3 (6.25)
对照组	48	37 (77.08)	11 (22.92)
X ²	-	5.352	
P	-	0.021	

2.3 两组患者并发症发生率比较

观察组术后并发症的发生率 (4.17%) 低于对照组 (16.67%), 组间差异显著 (P<0.05), 见表 3。

表 3 两组患者并发症发生率比较[n (%)]

组别	n	输尿管损伤	尿疼	出血	总并发症
观察组	48	1 (2.08)	1 (2.08)	0 (0.00)	2 (4.17)
对照组	48	3 (6.25)	2 (4.17)	3 (6.25)	8 (16.67)
X ²	-	-	-	-	4.019
P	-	-	-	-	0.045

2.4 两组患者疾病相关指标比较

术前, 两组患者的 WBC、TBIL、IL-6、CRP 水平相较无显著差异 (P>0.05); 术后, 两组的指标水平均下降, 且观察组低于对照组, 组间差异显著 (P<0.05), 见表 4。

表 4 两组患者疾病相关指标比较 ($\bar{X} \pm S$)

组别 (n)	WBC ($\times 10^9/L$)		TBIL (U/L)		IL-6 (pg/ml)		CRP (mg/dl)	
	术前	术后	术前	术后	术前	术后	术前	术后
观察组 (48)	6.15±0.79	10.06±1.53*	16.21±3.34	19.26±3.48*	53.28±10.29	79.58±13.43*	0.35±0.10	1.23±0.37*
对照组 (48)	6.21±0.81	12.98±1.76*	16.48±3.42	23.97±3.42*	53.21±10.91	104.38±13.29*	0.34±0.12	2.78±0.12*
t	0.143	3.212	0.152	2.644	0.012	3.584	0.162	20.196
P	0.887	0.002	0.880	0.011	0.9990	0.001	0.873	0.000

注: *与同组术前相较, P<0.05。

2.5 两组患者生活质量评分比较

术前, 两组患者各项生活质量评分无显著差异 (P>0.05); 术后, 观察组的各项生活质量评分高于对照组, 组间差异显著 (P<0.05), 见表 5。

表 5 两组患者生活质量评分比较 ($\bar{X} \pm S$)

组别 (n)	精神健康		情感职能		社会功能		躯体疼痛	
	术前	术后	术前	术后	术前	术后	术前	术后
观察组	53.65±12.40	82.21±14.18*	58.69±10.25	83.15±13.43*	63.25±11.36	84.24±12.14*	65.48±13.29	82.11±10.24*

(48)								
对照组	53.42±11.29	68.46±14.14*	58.32±10.21	70.24±13.21*	63.42±12.19	71.07±12.22*	65.98±13.20	72.31±10.15*
(48)								
<i>t</i>	0.039	4.757	0.177	4.748	0.071	5.297	0.185	4.709
<i>P</i>	0.969	0.000	0.860	0.000	0.944	0.000	0.854	0.000

注：*与同组术前相较， $P<0.05$ 。

3 讨论

治疗肾结石的最佳方案即为外科手术，经皮肾镜取石术及输尿管软镜下钬激光碎石术是治疗肾结石的常用术式^[6-7]。与传统开放式的手术相较，经皮肾镜取石术虽对肾结石的清除率较高，但其受到肾盂解剖特征的影响，无法对各盏的肾结石予以充分的挖掘和清除，结石残留率较高^[8-9]。且该术法在一定程度上会引发肾实质损伤，会增加术后并发症的发病率，给患者带来不良预后^[10-11]。输尿管软镜下钬激光碎石术将输尿管软镜通过尿道逆行进入肾盂，根据软镜的反馈，对结石进行激光打碎，提高结石的清除率，结石清除的准确率高，安全性高，大幅减少患者的手术疼痛感及术后炎性应激反应^[12-14]。本研究结果显示，接受输尿管软镜下钬激光碎石术治疗的肾结石患者围手术期指标优异，结石清除率较高，术后并发症发生率较低，疾病相关指标及生活质量评分较治疗前优异，五项指标均优于接受经皮肾镜碎石术治疗的患者（ $P<0.05$ ），提示输尿管软镜下钬激光碎石术治疗肾结石具有显著的效果。

综上所述，输尿管软镜结合钬激光治疗肾结石效果显著，结石清除率较高，术后并发症少，疾病相关指标优异，可改善患者术后生活质量，值得临床应用及推广。

参考文献：

- [1]高永涛,闫波,高思江.自拟三金排石汤辅助输尿管软镜下钬激光碎石术治疗肾结石临床疗效分析[J].山西医药杂志,2018,47(06):673-674.
- [2]Maeda K, Colonius T, Kreider W, et al. Quantification of the shielding of kidney stones by bubble clouds during burst wave lithotripsy[J]. Journal of the Acoustical Society of America, 2017, 141(5):3673-3673.
- [3]Assimos, Dean G. Re: Hypercalcemia, Hypercalciuria, and Kidney Stones in Long-Term Studies of Vitamin D Supplementation: A Systematic Review and Meta-Analysis[J]. J Urol, 2017, 197(3):737.
- [4]徐晓健,张俊,陈宗薪,梁睿,李森.微通道经皮肾镜联合输尿管软镜与输尿管软镜钬激光碎石术治疗复杂肾结石疗效及对肾功能的影响[J].临床和实验医学杂志,2022,21(03):313-317.

[5]单保华,向振东,龚年东,李锐,易成,汪萌,叶凤,李爱军.电子输尿管软镜与纤维输尿管软镜联合钬激光治疗肾结石的对比研究[J].中国微创外科杂志,2021,21(07):629-633.

[6]Weisenthal K, Karthik P, Shaw M, et al. Evaluation of Kidney Stones with Reduced-Radiation Dose CT: Progress from 2011-2012 to 2015-2016-Not There Yet.[J]. Radiology, 2017, 286(2):170285.

[7]Mina N, Marziyeh H, Roja R, et al. Dietary Plants for the Prevention and Management of Kidney Stones: Preclinical and Clinical Evidence and Molecular Mechanisms[J]. International Journal of Molecular Sciences, 2018, 19(3):2589.

[8]李玉兵,江少波,邬贤德,任小刚,求旦旦,程向东.一期球囊扩张联合输尿管软镜下钬激光碎石治疗输尿管狭窄合并肾结石的疗效分析[J].临床泌尿外科杂志,2019,34(01):57-59.

[9]Darabi M R, Soltani S, Rezayat A A, et al. Clinical outcomes of the simultaneous bilateral percutaneous nephrolithotomy (PCNL) in patients with kidney stones: A prospective cohort study[J]. Electronic Physician, 2018, 10(2):6377-6382.

[10]陈晨,王臣,李子良,鲁可权.组合式输尿管软镜联合钬激光碎石术与经皮肾镜碎石术治疗肾结石对比研究[J].河北医学,2018,24(08):1358-1362.

[11]Selberherr A, H?rmann M, Prager G, et al. "Silent" kidney stones in "asymptomatic" primary hyperparathyroidism—a comparison of multidetector computed tomography and ultrasound[J]. Langenbeck's Archives of Surgery, 2017, 402(2):289-293.

[12]Chamorro M, Collado S, D Márquez. Effectiveness of Using Renalof in the Elimination of Kidney Stones under 10 mm Located in the Renal-Ureteral Tract[J]. Open Journal of Nephrology, 2021, 11(1):78-92.

[13]石英,张悦,李凯,李国成.经皮肾镜和输尿管软镜钬激光碎石分阶段处理复杂性肾结石临床探讨[J].重庆医学,2017,46(05):687-689.

[14]李铁,薛超,及东林,肖存.经皮肾镜碎石术和输尿管软镜碎石术治疗肾结石的临床疗效比较和对机体氧化应激状态的影响[J].国际泌尿系统杂志,2017,37(03):361-364.

尿微量白蛋白肌酐检测试剂盒性能评价

牛茜

北京市海淀区北下关社区卫生服务中心 检验科 北京市 100089

摘要：目的评价普门尿微量白蛋白肌酐试剂在其 ACR-300 自动尿液微量白蛋白肌酐分析仪检测性能。方法 2019 年 9-11 月期间采用普门 ACR 分析仪检测尿微量白蛋白尿肌酐精密密度、线性、空白检测限、最大稀释倍数、临床可报告范围、比对实验进行性能验证。结果精密密度实验显示，日内精密密度尿微、尿肌酐低浓度样本的变异系数(CV)分别为 4.52%和 2.10%，高浓度样本的变异系数(CV)分别为 1.82%和 3.93%；日间精密密度尿微、尿肌酐低浓度质控的变异系数(CV)分别为 5.91%和 2.79%；高浓度质控的变异系数(CV)分别为 3.33%和 2.70%。准确度实验结果显示与贝克曼生化仪尿微量白蛋白检测试剂盒的检测结果回归方程为 $Y=0.893X-8.9651$ ，相关系数 R 为 0.9983；尿肌酐检测试剂盒比对结果回归方程为 $Y=0.8488X+0.6079$ ，相关系数 R 为 0.9943；ACR 比较回归方程为 $Y=0.9702X-14.203$ ，相关系数 R 为 0.9986。检出限最大稀释倍数尿微量白蛋白为 30 倍，尿肌酐为 20 倍。结论：普门尿微量白蛋白肌酐检测试剂盒精密密度良好、通过比对实验，检出范围符合厂家给出性能标准，能够满足社区检测的使用要求。

关键词：尿微量白蛋白；精密密度；线性范围；可报告范围；特种蛋白分析仪

Abstract: Objective To evaluate the performance of umen urine microalbumin creatinine reagent in ACR-300 automatic urine microalbumin creatinine analyzer. Methods The performance of precision, linear, blank detection limit, maximum dilution ratio, clinical reporting range and comparison experiment were verified by puumen ACR analyzer during September and November 2019. Results Precision experiments showed that the coefficient of variation (CV) of low precision urine and low creatinine was 4.52% and 2.10%, 1.82% and 2.79%, and the coefficient of variation (CV) was 3.33% and 2.70%, respectively. The accuracy test results showed that the regression equation of the urine microalbumin detection kit is $Y=0.893X-8.9651$, the correlation coefficient R is 0.9983, the urinary creatinine test kit is $Y=0.8488X+0.6079$, the correlation coefficient R is 0.9943; the ACR is $Y=0.9702X-14.203$, and the correlation coefficient R is 0.9986. The maximum dilution of urine microalbumin and 20 times urine creatinine. Conclusion: Pumen urine creatinine test kit is of good precision, and the detection range meets the performance standard of the manufacturer and can meet the requirements of community testing.

Key words: urine microalbumin; precision; linear range; reporting range; special protein analyzer

尿微量白蛋白尿肌酐比值 (albumin-to-creatinine ratio, ACR) 作为早期肾脏损害的敏感指标^[1]，对发现社区糖尿病、高血压等慢性疾病引起的早期肾脏损害具有意义^[2-3]。目前 ACR 已经成为高血压、糖尿病引起的肾脏损害的诊断指标。我国《中国糖尿病肾脏病防治指南（2021 年版）》^[4]指出糖尿病肾脏病 (diabetic kidney disease, DKD) 是指由糖尿病所致的慢性肾脏病，主要表现为尿白蛋白/肌酐比值 (ACR) $\geq 30\text{mg/g}$ 和 (或) 估算的肾小球滤过率 (eGFR) $< 60\text{ml}\cdot\text{min}/1.73\text{m}^2$ ，且持续超过 3 个月。

由于社区门诊患者居多，要求检测时间灵活，报告具有时效性，故选择快速检测的方法方便患者及时获得结果进一步诊断治疗。ACR-300 分析仪，可以满足日常社区卫生服务中心患者 ACR 检测时限需求，同时其微量白蛋白 (mALB) 测定试剂采用散射比浊法，肌酐 CREA 测定采用苦味酸法，方法学相对可靠，本实验主要对普门分析仪平台及其对应试剂进行性能评价，为社区临床开展 ACR 检测提供数据支持。

材料与方法

1 仪器与试剂

仪器与试剂：普门 ACR-300 自动尿液微量白蛋白肌酐分析仪。采用贝克曼 AU5800 生化分析仪作靶机，试剂盒尿微量白蛋白、尿肌酐采用德赛试剂盒。

2 检测方法

按要求调试仪器，使用配套试剂、校准品对仪器进行调试、校准，检测各自质控品，使结果处于允许偏差范围内。操作人员应在熟悉仪器操作、评价方案、参数设置、数据统计等工作后进行正式的评价过程。

3 评价方案

3.1 精密密度

日内精密密度：根据常规方法取高低 2 个浓度的尿液样本，针对固定通道，连续重复测定 20 次。日间精密密度：根据常规方法取二个浓度质控品，每天测试四次，连续测试五天。分别计算日内、日间 CV，SD。判定标准：参考厂家说明书标准，判断标准 CREA:CV $\leq 8\%$, mALB:CV $\leq 10\%$ 。

3.2 方法学比对

随机选取至少 20 份样本，在贝克曼生化仪 AU5800 (靶机) 和普门 ACR-300 分析仪上分别检测，每份样本测定 2 次，以靶机检测结果为参考结果，ACR-300 分析仪检测结果为比对结果进行线性回归统计。判断标准：斜率 b 值在 1 ± 0.2 范围内， $r\geq 0.975$, $R^2\geq 0.95$

3.3 线性范围验证

选取一份高值 (H:接近高值) 和一份低值 (L: 接近低值) 患者标本，标本分别按 H、4H+L、3H+2L、2H+3L、H+4L、L 的比例进行稀释，将实测值与理论值作比较，计算 $y=bx+a$ ，验证线性范围。判断标准：斜率 k 值在 1 ± 0.05 范围内，相关系数 $r\geq 0.975$ (或 $r^2\geq 0.95$)。

3.4 临床可报告范围验证

收集浓度为分析测量范围高值上限附近的样本。浓度为分析测量范围高值上限附近的样本和该样本经稀释液稀释相应倍数后，同时上机平行测定，回收率要求在 85%--115%。

4 统计学处理:采用 EXCEL2013 软件分析数据。

结果

1 精密度评价

表 1 日内精密度结果

	mALB (mg/L)		CREA (mmol/L)	
	低浓度	高浓度	低浓度	高浓度
	(10-40)	(150-200)	(5-15)	(20-40)
平均值	34.40	186.06	11.30	22.62
SD 值	1.55	3.39	0.24	0.89
CV 值	4.52%	1.82%	2.10%	3.93%
结论	合格	合格	合格	合格

表 2 日间精密度结果

	mALB (mg/L)		CREA (mmol/L)	
	低浓度	高浓度	低浓度	高浓度

表 3 仪器间比对数据

贝克曼生化仪 AU5800			ACR-300		
mALB(mg/L)	CREA(mmol/L)	ACR(mg/g)	mALB(mg/L)	CREA(mmol/L)	ACR(mg/g)
32.9	9.813	29.64	41.06	9.21	39.41
40.1	5.268	67.29	35.46	4.95	63.33
62.6	4.050	136.64	61.13	3.37	160.35
97.2	2.313	371.49	70.46	1.99	313.00
191.2	3.466	487.65	156.9	3.08	450.32
248.1	5.641	388.80	222.71	4.97	396.13
360.3	35.7	89.22	301	28.85	92.23
735.4	4.326	1502.76	593.1	3.89	1347.82
1067	7.467	1263.20	927.93	7.04	1165.18
3543.1	8.376	3739.37	2950.2	7.77	3356.47
4570.9	6.445	6269.47	4243.95	6	6252.75
4.6	11.43	3.56	5.35	11	4.30
6.8	3.91	15.37	9.49	3.81	22.02
8.1	6.323	11.32	8.01	6.09	11.63
10.8	22.65	4.22	9.03	21.42	3.73
15.9	15.96	8.81	13.39	15	7.89
18.3	17.97	9.00	14.38	16.68	7.62
21	11.39	16.30	17.47	10.43	14.81
24.2	16.01	13.36	18.33	14.67	11.05
28.3	5.42	46.16	21.46	5.03	37.71

	(10-40)	(150-200)	(5-15)	(20-40)
平均值	23.66	159.04	6.04	33.91
SD 值	1.40	5.29	0.17	0.91
CV 值	5.91%	3.33%	2.79%	2.70%
结论	合格	合格	合格	合格

精密度实验显示，日内精密度尿微、尿肌酐低浓度样本的变异系数(CV)分别为 4.52%和 2.10%，高浓度样本的变异系数(CV)分别为 1.82%和 3.93%；日间精密度尿微、尿肌酐低浓度质控的变异系数(CV)分别为 5.91%和 2.79%；高浓度质控的变异系数(CV)分别为 3.33%和 2.70%。均符合厂家要求。

2 比对结果及判断：

检测数据及结果验证结论见表 3-4、图 1-3。比对实验结果显示与贝克曼生化仪尿微量白蛋白检测试剂盒的检测结果比较回归方程为 Y=0.893X-8.9651，相关系数 R 为 0.9983；尿肌酐检测试剂盒比对结果回归方程为 Y=0.8488X+0.6079，相关系数 R 为 0.9943；斜率 k 值在 1±0.20 范围内， $R \geq 0.975$, $R^2 \geq 0.95$ ；ACR 检测比对结果回归方程为 y=0.9702x-14.203，相关系数 R 为 0.9986 符合厂家要求。

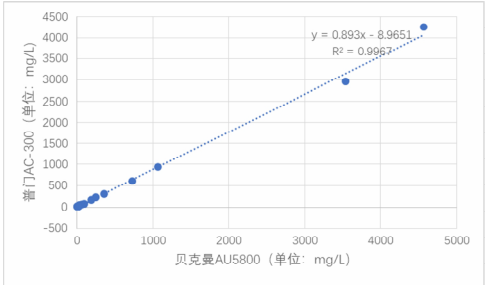


图 1 尿微量白蛋白贝克曼 AU5800-普门 AC-300 相关性

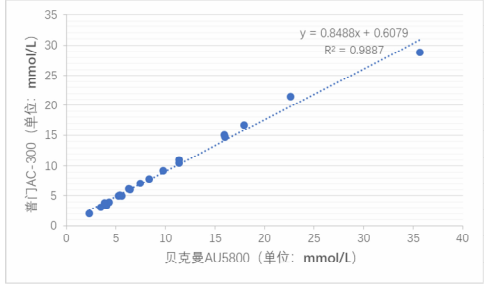


图 2 尿肌酐贝克曼 AU5800-普门 AC-300 相关性

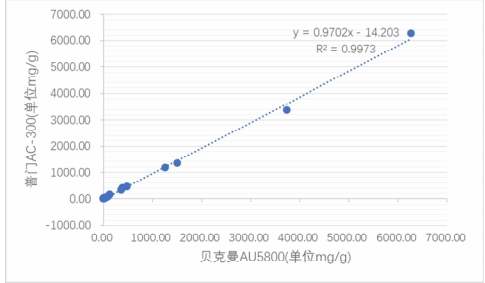


图 3 ACR 贝克曼 AU5800-普门 AC-300 相关性

表 4 仪器间比对结果

比对项目	R2	R	允许	结论
尿微量白蛋白	0.9967	0.9983	≥0.95	合格
尿肌酐	0.9887	0.9943	≥0.95	合格
ACR	0.9973	0.9986	≥0.95	合格

4 线性范围验证

如表 5-表 6、图 4-图 5 所示，线性方程为 $Y=1.0417x-4.3736$ 斜率 k 值为 1.0417，在 1 ± 0.05 范围内，相关系数 $R\geq0.975$ （或 $R^2\geq0.95$ ）。

表 5 尿微量白蛋白线性范围验证

浓度比例	5L	4L+H	3L+2H	2L+3H	L+4H	5H
测试均值	198.02	154.6	112.78	80.72	44.35	5
理论值	198.02	158.416	118.812	79.208	39.604	0

表 6 尿微尿肌酐临床可报告范围验证

项目	尿微（单位：mg/L）				尿肌酐（单位 mmol/L）			
稀释倍数	1	1/10	1/20	1/30	1	1/5	1/10	1/20
测定值	194.55	19.24	9.12	6.27	31.25	6.29	3.22	1.58
理论值	194.550	19.455	9.728	6.49	31.250	6.25	3.125	1.5625
回收率	100%	101%	107%	103%	100%	101%	103%	101%
日内最大允许 CV%	7.5%				7.5%			

相关回归分

$R^2=0.9979$

析

结论

通过

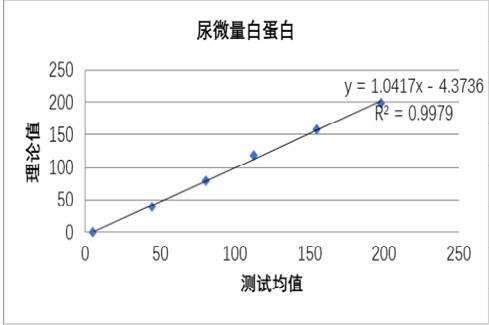


图 4 尿微量白蛋白检测范围线性

表 6 尿肌酐线性范围验证

浓度比例	5L	4L+H	3L+2H	2L+3H	L+4H	5H
测试均值	31.25	24.56	18.94	12.38	6.29	1
理论值	31.25	25	18.75	12.5	6.25	0

相关回归分

$R^2=0.999$

析

结论

通过

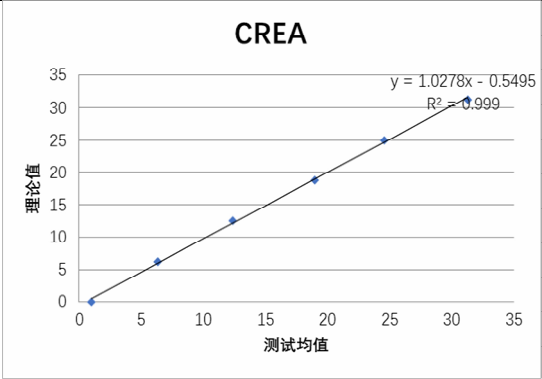


图 5 尿肌酐检测范围线性

5 临床可报告范围验证

收集浓度为分析测量范围高值上限附近的样本。浓度为分析测量范围高值上限附近的样本和该样本经稀释液稀释相应倍数后，同时上机平行测定，回收率要求在 85%--115%。

可信最大可稀释倍数

30

20

可报告范围

5836.5

625

3 讨论

尿微量白蛋白尿肌酐比值是老年慢病患者临床检测的一个重要指标,其增高见于糖尿病、高血压等慢性疾病。同时有研究表明较高的 ACR 水平可能和绝经后 2 型糖尿病患者骨质疏松症风险增加相关^[5]。检测 ACR 有利于早期发现肾脏损伤并进行干预。普门 ACR300 分析仪检测尿微量白蛋白采用免疫透射比浊法具有操作简单、检测速度快、结果重现性好等优势,在临床应用中具有优势。经性能验证分析普门 ACR300 尿微量白蛋白尿肌酐分析仪具有良好的性能,其检测项目尿微、尿肌酐精密度、线性、最大稀释倍数、临床可报告范围符合厂家标准,满足社区需求,同时由于其方法学与生化仪配套试剂的检测方法相同,具有良好可比性 ACR 比符合标准。同时由于实验目的需求不同,仪器的设计不同,故线性范围、精密度和准确度和生化仪比较仍有不足。但本次检测的各项评估指标与厂家提供的说明书参数相符,能满足日常常规检测需求,同时其检测便捷,减少患者等候时间,可在社区医疗机构进行推广运用。

(上接第 87 页)

塞性肺疾病合并支气管哮喘的临床观察[J]. 临床合理用药杂志,2021,14(13):82-84.

[2]李超然,朱运奎. 噻托溴铵联合无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺疾病合并慢性呼吸衰竭临床疗效及安全性观察[J]. 贵州医药,2021,45(7):1117-1118.

[3]杨敏,王建华. 噻托溴铵联合无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重合并 II 型呼吸衰竭的疗效及安全性观察[J]. 贵州医药,2020,44(12):1933-1934.

[4]黄雯. 噻托溴铵联合无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺疾病合并慢性呼吸衰竭临床疗效[J]. 山西医药杂志,2020,49(13):1697-1698.

[5]邓爱根,兰小君. 噻托溴铵与无创呼吸机联合治疗 COPD 合并 II 型呼吸衰竭的疗效及对 TNF- α 、IL-27、CRP 和氧合功能的影响[J]. 北方药学,2019,16(8):23-24.

[6]周蓉,吴竟雄. 噻托溴铵联合无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺疾病合并慢性呼吸衰竭的临床研究[J]. 北方药学,2019,16(8):91-92.

[7]常东歌,吴秋歌. 噻托溴铵联合无创呼吸机治疗 COPD 合并慢性呼吸衰竭的效果[J]. 河南医学研究,2019,28(4):665-667.

[8]RAMASWAMY, VIRARAGHAVAN VADAKKENCHERRY, MORE, KIRAN, ROEHR, CHARLES CHRISTOPH, et al. Efficacy of noninvasive respiratory support modes for primary respiratory support in preterm neonates with respiratory distress syndrome: Systematic review and network meta-analysis[J]. Pediatric Pulmonology,2020,55(11):2940-2963.

参考文献:

[1]丘江,张洁. 随机尿微量白蛋白与肌酐比值联合尿酶监测在 2 型糖尿病早期肾损害中的价值[J]. 南通大学学报(医学版),2018,038(002):103-106.

[2]喜杨,孙宁玲. 中国高血压患者微量白蛋白尿的检出率及影响因素[J]. 中华高血压杂志,2021,29(10):7.

[3]刘彬彬,张月兰. 血清胱抑素 C、尿微量清蛋白/尿肌酐比值与冠状动脉病变严重程度相关性分析[J]. 重庆医学,2021,50(22):5.

[4]中华医学会糖尿病学分会微血管并发症学组. 中国糖尿病肾脏病防治指南(2021 年版)[J]. 中华糖尿病杂志,2021,13(8):23.

[5]赵玲,符婷,潘毅,等. 绝经期 2 型糖尿病患者合并微量白蛋白尿对骨密度及 25 羟维生素 D 影响的观察[J]. 中国糖尿病杂志,2020,28(1):4.

作者简介:牛茜女 1986.8.6 本科 工作单位:北京市海淀区北下关社区卫生服务中心 科室:检验科 职称:主管检验师。

[9]周鹏程,余薇,陈科伶,等. 调补肺肾方对慢性阻塞性肺疾病合并气管支气管软化症患者肺功能和生活质量的影响[J]. 成都中医药大学学报,2019,42(1):45-50.

[10]朱正学,王义长,章平. 噻托溴铵联合无创正压通气治疗 COPD 合并呼吸衰竭的临床疗效[J]. 安徽医学,2021,42(3):303-306.

[11]李聪. 噻托溴铵粉吸入剂联合低流量吸氧治疗稳定期慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭的临床效果[J]. 河南医学研究,2021,30(14):2614-2616.

[12]赵立群,万印利,张娟妮,等. 噻托溴铵联合无创正压通气治疗对老年 COPD 合并呼吸衰竭患者生化指标的影响[J]. 海南医学,2020,31(1):34-37.

[13]史卫林,叶健. 舒利迭联合噻托溴铵及无创通气治疗 COPD 合并呼吸衰竭的疗效观察[J]. 医学理论与实践,2020,33(18):3025-3027.

[14]杨双嘉,邝敏,邓嘉宁,等. 噻托溴铵联合无创正压通气对慢性阻塞性肺疾病合并 II 型呼吸衰竭患者症状评分、肺功能及血气分析指标的影响[J]. 广西医科大学学报,2020,37(1):61-67.

[15]贾秀珍,尹东. NIPPV 联合噻托溴铵吸入治疗对慢阻肺合并慢性呼吸衰竭患者肺功能以及动脉血气的临床效果分析[J]. 中华养生保健,2020,38(1):86-87.

[16]黄霞,周彪,龙虎. 噻托溴铵与无创正压通气对老年 COPD 合并呼吸衰竭患者血气分析、炎症因子及 APN、SOD、PAB 水平的影响[J]. 国际呼吸杂志,2019,39(5):345-349.

即刻种植美学修复应用于前牙残冠的作用及病人牙槽嵴宽度变化量分析

祁海龙

医师祁海龙口腔诊所 口腔科 甘肃庆阳 745000

摘要：目的：以前牙残冠为对象，探究即刻种植美学修复治疗的效果。方法：选取2017年1月至2020年12月时段我院接收的500例前牙残冠患者为对象，以数字号（1~500）形式随机分设组别，即对照组、观察组，各组例数250例。选择行延期种植美学修复治疗对照组患者，选择行即刻种植美学修复治疗观察组患者。以治疗作用，美学效果，牙槽嵴宽度变化量情况为判定指标，对不同方法治疗取得效果分析。结果：在比较治疗作用中，较对照组，观察组数据评分结果更高；术后1个月、3个月、半年，对照组的美学效果情况明显低于观察组；在比较牙槽嵴宽度变化量中，8mm测量点位，较对照组，观察组变化量更小（ $P<0.05$ ）。结论：对前牙残冠患者行即刻种植美学修复法，效果更佳，促进早期功能恢复，保证美观性。

关键词：前牙残冠；即刻种植美学修复；牙槽嵴宽度变化量

在口腔疾病中前牙残冠是临床常见病症，有较高发生率，不但会严重干扰患者咀嚼功能，而且还会对其外在形象产生影响，使患者心理健康受损害。研究发现，牙体缺失后，易引发患者出现牙龈组织萎缩、牙槽骨宽度缩短等情况，对患者生活质量带来严重影响^[1]。即刻种植美学修复疗法是目前临床治疗此病症的常用方法，报道指出，即刻种植开展能充分保留原有组织，使患者对美观需求最大程度保留^[2]。对此，本文以我院接收的500例前牙残冠患者为对象，分析实施即刻种植美学修复疗法的效果。

1 资料与方法

1.1 病例资料

选取2017年1月至2020年12月时段我院接收的500例前牙残冠者为对象，以数字号（1~500）形式随机分设组别，即对照组、观察组，各组例数250例。对照组中，有148例为男性，102例为女性；年龄（37.52±2.14）岁，选取范围22~49岁。观察组中，有150例为男性，100例为女性；年龄（37.44±2.13）岁，选取范围22~49岁。病例差异小（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

术前，对研究所选病例种植部位牙槽骨宽度、牙槽高度和牙周组织情况进行观察，根尖片和曲面体层片均于术前拍摄准备，确定种植体长度、直径。嘱咐患者术前30分钟予以抗生素口服，并对牙槽骨垂直高度测量。

选择行延期种植美学修复治疗对照组患者，受损前牙脱落、拔除3个月后，观察患者牙槽窝愈合、牙槽嵴吸收水平情况，确定并满意上述两项条件后开展种植修复治疗。术前，予以碧兰局麻，常规消毒铺巾，指导患者仰卧，自牙槽嵴顶略偏腭侧做小切口，应用剥离器将黏骨瓣翻开，充分暴露种植骨区，将种植体常规置入，植入骨粉，35~50N·cm的扭矩，应用生物膜将表面覆盖。术后漱口液含漱漱口，抗生素口服5至7天，嘱咐患者术后半年复诊开展二期手术，于二期术后2至3个月开展全冠修复。

选择行即刻种植美学修复治疗观察组患者，术前，予以碧兰局麻，常规消毒铺巾，指导患者仰卧，做角形小切口，结合患者牙槽骨高度、牙周壁状况对患牙拔除与否确定，做切口设计翻瓣范围时，尽量保存牙龈乳头完整性，在微创拔牙时对牙槽窝增隙导致的创伤确保最大程度下降，对

骨壁完整性予以保持。种植窝制备，对适宜的种植体确定，种植体深度尽量达到牙槽窝底3至5毫米，对不低于1毫米厚度的舌唇侧骨壁予以保留，扭矩不低于35N·cm，种植体冠方未超过牙槽窝底0.5毫米左右，和对侧同一位置长轴保持对等。实施生物膜将表面覆盖，把骨粉植入种植体四周间隙。结合邻牙大小、缺牙位置，确定即刻种植基台规格型号，实施纳米树脂做临时冠，且植入基台后注意严密缝合，对基台颈部高度抛光处理，确保无咬合接触，随后对正中、侧方和前伸调整，应用中央螺丝固定位置。术后，漱口液含漱漱口，抗生素口服5至7天，于术后半年进行全冠修复。

1.3 评价标准

比较对照组、观察组美学效果情况，实施红色美学指数对患者前牙残冠修复后美学效果情况评估，于术后1个月、3个月和半年时段分别评估，以0至14分为评估分值，变量共计7个，评分越高说明美学效果越好^[3]。

比较对照组、观察组牙槽嵴宽度变化量情况，由同一主治医师在患者术后即刻种植和种植半年时完成测量锥形束CT数据，对术后即刻与种植后半年时段计算牙槽嵴宽度差值。测量的开展从种植体肩台处、种植体肩台下2毫米、4毫米、6毫米和8毫米处作为位点进行。

1.4 统计学分析

通过数据处理，选择SPSS25.0工具，输入数据，卡方检验、 t 检验分别对用率指标、评分指标表示的计数资料、剂量资料检验，0.05为检验标准， $P<0.05$ 差异大。

2 结果

2.1 对比治疗作用

在比较治疗作用中，较对照组，观察组数据评分结果更高（ $P<0.05$ ），见表1。

表1 对比治疗作用（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	整体美观	附着高度	咀嚼功能	色泽
对照组 (n=250)	7.63±0.85	7.74±0.92	7.05±0.94	7.66±0.83
观察组	8.57±0.76	8.37±0.83	7.97±0.91	8.57±0.85

(n=250)				
<i>t</i>	13.035	8.039	11.118	12.111
<i>P</i>	0.001	0.001	0.001	0.001

2.2 对比美学效果

术后 1 个月、3 个月、半年，对照组的美学效果情况明显低于观察组 ($P<0.05$)，见表 2。

表 2 对比美学效果 ($\bar{x}\pm s$ ，分)

组别	术后 1 个月	术后 3 个月	术后半年
----	---------	---------	------

表 3 对比牙槽嵴宽度变化量 ($\bar{x}\pm s$ ，mm)

组别	种植体肩台处	种植体肩台下 2mm	种植体肩台下 4mm	种植体肩台下 6mm	种植体肩台下 8mm
对照组 (n=250)	-0.69±0.20	-0.52±0.14	-0.50±0.14	-0.75±0.21	-0.59±0.17
观察组 (n=250)	-0.68±0.08	-0.51±0.02	-0.48±0.05	-0.73±0.02	-0.33±0.09
<i>t</i>	0.734	1.118	1.064	1.499	21.372
<i>P</i>	0.463	0.264	0.288	0.135	0.001

3 讨论

前牙在口腔医学中指的是右侧尖牙到左侧尖牙间的牙齿，前牙有较强的自洁作用，且有较长的牙根，其美学作用于生理学功能作用尤为显著，修复时常被视为基牙。如果患者前牙出现残冠情况，不但会使整体美观性受影响，而且口角上部也易发生塌陷，一定程度影响患者正常饮食，同时还会严重影响患者日常生活及机体健康。种植美学修复疗法是目前临床治疗前牙残冠出现严重受损、脱落的常用方法，其优点诸多，如无需对邻牙消磨、美观舒适等，因此深受患者青睐。

延期种植美学修复疗法是处理前牙外伤的一种常见方法，其能为重建牙槽骨软组织、修复愈合期上部结构提供良好条件。将此方法用于处理前牙残冠虽然能取得较好效果，但患者由于前牙缺失过长，会严重影响牙列和外观、语音功能和正常饮食，加之需要较长治疗时间，所以，患者在选择时存有顾虑，担心日常生活受影响^[4-5]。相比之前，即刻种植美学修复疗法的应用，于拔牙后将种植体立即植入，可有效缩短患者就诊时间，减少就诊次数，而且还能缩短治疗疗程，减轻患者心理压力。另外，此疗法的开展能同时进行植体骨整合和拔牙创愈合，经牙槽窝种植体进入理想位置，无需等待牙床愈合，减少手术次数同时也能缩短种植修复时间。因拔牙后易导致牙槽骨出现吸收情况，开展即刻种植美学修复疗法，能在牙槽骨吸收预防方面起到较好避免及减少作用，对软组织形态予以保持，并有效保持牙槽骨宽度与高度，而且能对牙槽骨生理刺激有效维持，促进颌系统功能恢复^[6-7]。而且，即刻种植美学修复疗法能将种植区骨量不足情况有效避免，达到良好美学效果，这是延期种植美学修复疗法无法达到的。

对于种植修复效果情况的评价，外形美观是主要指标之一，而上颌前牙是主要口腔美观区域，所以，对患者而言，种植效果有重要作用。在本次研究中，以我院接收的 500 例前牙残冠者为对象，经上述总结分析，从结果表 1 中可知，对照组的整体美观、附着高度、咀嚼功能和色泽情况均低于观察组，说明，相比延期种植美学修复法，即刻种植美学修复疗法的应用具有较好的治疗作用，而且还能一定程度提高患者接受度。从结果表 2 中可知，术后 1 个月、3 个月、半年，对照组的美学效果情况明显低于

对照组 (n=250)	8.57±0.76	8.84±0.65	9.72±0.67
观察组 (n=250)	10.21±0.93	10.35±0.87	11.23±0.78
<i>t</i>	21.590	21.984	23.219
<i>P</i>	0.001	0.001	0.001

2.3 对比牙槽嵴宽度变化量

在比较牙槽嵴宽度变化量中，以种植体肩台处、肩台下 2mm、4mm、6mm 测量点位，对照组、观察组数据评分结果相比，差异小 ($P>0.05$)；8mm 测量点位，较对照组，观察组变化量更小 ($P<0.05$)，见表 3。

观察组，说明，即刻种植美学修复疗法的开展，能取得较好的美学效果。修复体四周软组织好的量和质，以及种植体四周有无骨组织支持，均会对上颌前牙区种植修复的美学效果产生影响，经有效重建种植体四周软组织后，实施一定临时修复方法对其形态塑性及保持，对美学修复效果的提高有重要作用^[8-9]。考虑原因为，即刻种植美学修复疗法的开展，能有效确保牙龈乳头正常形态，对牙槽骨吸收最大程度避免，向拔牙窝内植入种植体，能进一步维持软组织的丰满度与高度，所以，能有效提高整体美观度。

改建后吸收量最大的是拔牙后牙槽嵴最高点，此处位点是血供不佳的位置。加之种植体中部肩台下 6 毫米处为骨充填材料不易填满的位置，因此骨板能看出明显吸收^[10]。从研究结果表 3 中可知，在比较牙槽嵴宽度变化量中，以种植体肩台处、肩台下 2mm、4mm、6mm 测量点位，对照组、观察组数据评分结果相比，差异小；8mm 测量点位，较对照组，观察组变化量更小，说明，对于牙槽嵴宽度维护方面，即刻种植美学修复疗法的应用能取得较好效果，且优势显著。根据上述的研究分析，能进一步证实，实施即刻种植美学修复疗法，能取得较好临床应用价值，提高患者牙体整体美观度。

根据上述所得，笔者就研究结论做总结归纳如下，延续种植美学修复的实施，容易造成患者前牙长时间缺失，使其外在形象、生理功能受影响，包括语音、咀嚼等，而且由于治疗时间较长，不但会使患者内心的顾虑及担忧情绪增加，而且还能严重影响患者牙齿功能恢复。即刻种植美学修复的开展，能将患者就诊次数减少，治疗时间缩短，同时还能使患者心理压力及顾虑减轻。除此之外，即刻种植美学修复疗法的实施，可通过进行种植体骨整合及拔牙创愈合，能更好地融合种植体及牙槽窝，使手术次数减少，修复种植时间缩短。而且，即刻种植美学修复方法，还能有效保护牙龈乳头的正常形态，避免及减少牙槽骨吸收，能对牙槽骨宽度、高度，以及软组织形态良好保持，维持牙槽骨生理刺激，进而能加快恢复牙齿功能，使修复后牙齿整体美观度提升。

在范孟钊^[11]等研究中，以前牙外伤者 31 例为对象，随机分设组别，

(下转第 99 页)

超声洁治联合派丽奥治疗中度牙周炎对患者症状的缓解评价

任美洁

慈溪市第三人民医院医疗健康集团天元分院 浙江慈溪 315325

摘要：目的：观察超声洁治联合派丽奥，和联合碘甘油对中度牙周炎患者临床疗效及症状的不同影响，分析派丽奥的临床价值。方法：选择 2021 年 01 月~2022 年 01 月我院收治的 80 例中度慢性牙周炎患者作为实验探查对象，电脑分发器将患者随机分为 2 组—对照组（132 颗患牙）和试验组（137 颗患牙），两组各 40 例，所有患者都在我院积极开展超声洁治，超声洁治完成后，对照组患者在牙周袋内注入碘甘油至溢出牙周袋，试验组患者在牙周袋内注入派丽奥至溢出牙周袋，观察两组患者临床治疗有效性、治疗前后牙周相关指标及临床症状积分改善情况。结果：治疗结束后，对两组患者临床治疗有效性进行统计，试验组患者明显更高（ $P<0.05$ ），牙周指标均显著优于对照组（ $P<0.05$ ，牙周炎症状评分明显低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：超声洁治联合派丽奥治疗中度牙周炎的效果明显优于超声洁治联合碘甘油，能够快速有效改善患者牙周指标，缓解患者牙周炎症状。

关键词：超声洁治；派丽奥；中度牙周炎；症状缓解

牙周炎属于一类因菌斑导致的慢性感染性疾病，会引起牙周支持组织的炎性破坏^[1]，主要表现为牙龈炎症、牙周袋的形成、进行性附着丧失、牙槽骨吸收、牙齿松动等，是导致我国成年人丧失牙齿最主要的原因，严重影响患者的咀嚼及生活质量，若细菌通过血液传播向全身，还会对患者的整体健康造成威胁^[2]，采取积极有效的措施控制牙周炎的发生发展是医务工作者的首要任务。清除牙石、牙菌斑等病原刺激物是治疗牙周炎的基本手段，同时还要及时消除患者牙龈炎症，使牙周袋变浅，促进牙周组织再生，改善牙周附着水平。超声洁治能够有效去除牙石及牙菌斑，但由于牙周袋的形态和牙体解剖的复杂性，超声洁治无法有效消除入侵患者牙龈及牙体组织的致病菌，以此需要对患者进行局部和系统的抗生素治疗^[3-4]，派丽奥是临床上常用的缓释剂，具有广谱抗菌作用，为探究其配合超声洁治治疗牙周炎的效果，我院展开以下实验观察：

1 资料和方法

1.1 临床资料

实验纳入对象为我院收治的 80 例中度慢性牙周炎患者，纳入时间：2021 年 01 月~2022 年 01 月，电脑分发器将患者随机分为 2 组—对照组（132 颗患牙）和试验组（137 颗患牙），两组各 40 例，对照组：23 例男性患者，17 例女性患者，年龄最小的患者 32 岁，年龄最大的患者 56 岁，平均年龄（ 42.12 ± 4.63 ）岁，病程 1~8 年，平均病程（ 4.28 ± 1.73 ）年，试验组：25 例男性患者，15 例女性患者，年龄最小的患者 34 岁，年龄最大的患者 54 岁，平均年龄（ 42.90 ± 4.78 ）岁，病程 1~8 年，平均病程（ 4.56 ± 1.91 ）年，两组资料统计学分析，平衡性良好（ $P>0.05$ ）。纳入标准：①患者均符合中度慢性牙周炎诊断标准：牙周袋 $\leq 6\text{mm}$ ，骨吸收超过根长的 1/3，但不超过 1/2。②全口功能牙数量 ≥ 20 颗，磨牙 ≥ 4 颗。③近两周未使用过非甾体类抗炎药及抗生素。排除标准：①合并有全身系统性疾病的患者。②凝血机制障碍或有活动性传染病的患者。③近期有妊娠计划及哺乳期的女性。④合并有严重心脑血管疾病的患者。

1.2 方法

所有患者都在我院积极开展龈上和龈下超声洁治，清除牙周结石和菌斑，然后使用 3%双氧水和生理盐水交替冲洗，最后使用消毒杀球隔湿。对照组患者超声洁治完成后，在牙周袋内轻柔注入碘甘油至溢出牙周袋，试验组患者超声洁治完成后，在牙周袋轻柔内注入派丽奥至溢出牙周袋，嘱患者治疗后 2h 内不能漱口、饮水或者进食，每周治疗一次，连续治疗 4 周。

1.3 观察指标

临床疗效判定：①显效：患者主观症状及牙龈炎症消失或基本消失，牙龈出血指数减少 ≥ 1 ，牙周出血指数减少 ≥ 1 ，牙周探针深度减少 $\geq 0.5\text{mm}$ ，咀嚼功能基本恢复。②有效：患者主观症状明显好转，牙龈炎症明显减轻，牙龈出血指数减少 ≥ 0.5 ，牙周出血指数减少 ≥ 0.5 ，牙周探针深度减少 0~0.5mm，咀嚼功能明显改善。③无效：未达到①②标准甚至病情加重的患者。有效性=（显效例数+有效例数）/总例数 $\times 100\%$ 。

牙周相关指标积分标准：

表 1 牙周相关指标检查计分标准

相关指标	计分标准（分）
牙龈指数： （视诊+探诊）	0 牙龈正常 1 轻度炎症及水肿，色泽稍变，探针无出血 2 中度炎症，牙龈色红充血、水肿、光亮，探诊出血 3 严重炎症，充血明显、水肿，伴有溃疡，有自发出血倾向
菌斑指数： （2%碱性品红染色）	0 近龈缘处牙面上无菌斑 1 近龈缘处牙面有浅染色薄菌斑，视诊不可见，探针侧面划过牙面可见少量菌斑 2 龈缘区或邻面有肉眼可见的中等量染色菌斑 3 龈沟内和（或）龈缘区及邻面有大量菌斑
牙周探针深度：	测量时，探针与牙长轴平行，尖端紧贴牙面，选取患牙颊侧近、中、远三个点，测量龈缘直至袋底、龈沟底的长度，计

（钝头带 算三个测量点的平均值。单位：mm
刻度牙周 探针）
附着丧失：
（钝头带 找到患者龈缘至釉牙骨质界距离进行测量，附着丧失值=探
刻度牙周 诊深度-龈缘至釉牙骨质界距离。单位：mm
探针）
龈沟出血 0 牙龈外观正常、健康，龈缘探诊无出血
指数： 1 牙龈外观正常，龈缘探诊出血
（视诊+探 2 牙龈色泽改变，轻微肿胀，仅在探诊处存在孤立点状出血
诊） 3 牙龈色泽改变，龈沟内呈线状出血
4 龈缘探诊出血严重，溢出龈缘
5 有自发性出血倾向

牙周炎症状积分：根据患者牙周炎症状（牙龈炎症、牙周袋形成、牙槽骨吸收及牙齿松动）严重程度，由轻到重记为 0~5 分，最高积分 20 分，积分越高提示症状越严重。

1.4 数据处理

使用 Excel 表格建立数据库，整理试验数据，SPSS 21.0 软件进行处理，定量学资料使用（ $\bar{x}\pm S$ ）描述，显著性使用 t 检验，定数资料使用（%）

表 3 两组患者治疗前后牙周相关指标比较（ $\bar{x}\pm S$ ）

时间	组别	牙龈指数	菌斑指数	探针深度（mm）	龈沟出血指数	附着丧失（mm）
治疗前 n=132	对照组	1.62±0.31	2.34±0.27	6.12±0.80	3.56±0.35	7.13±1.20
	试验组	1.58±0.29	2.38±0.28	6.16±0.74	3.60±0.32	7.08±1.15
	t/P	1.093/0.275	1.192/0.234	0.426/0.671	0.979/ 0.329	0.349/0.727
治疗后 n=137	对照组	1.06±0.21	1.62±0.23	4.17±0.32	1.79±0.45	5.23±0.84
	试验组	0.71±0.18	1.15±0.20	3.05±0.28	1.30±0.47	3.96±0.79
	t/P	14.694/0.001	17.904/0.001	30.581/0.001	8.728/0.001	12.778/0.001

注：与治疗前比较， $P<0.05$ 。

2.3 两组患者治疗前后牙周炎症症状评分统计

治疗结束后，两组患者牙周炎症症状评分与治疗前比较均明显降低，试验组患者牙周炎症症状评分明显低于对照组患者（ $P<0.05$ ），见表 4：

表 4 两组患者治疗前后牙周炎症症状评分统计（ $\bar{x}\pm S$ ；分）

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
对照组	132	14.15±2.07	8.42±1.36	12.753	0.001
试验组	137	14.06±1.98	5.27±1.48	41.620	0.001
t		0.364	18.185	-	-
P		0.716	0.001	-	-

3. 讨论

牙周病是由多种细菌相互作用引起的感染性疾病，呈缓慢加重发展，也可出现间歇性的活动期，其发生发展与牙菌斑及牙菌斑中的微生物有着

描述，显著性使用 χ^2 检验。 $P<0.05$ ，具有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患者临床治疗有效性统计

治疗结束后，对两组患者临床治疗有效性进行统计，试验组患者明显更高，见表 2：

表 2 两组患者临床治疗有效性统计[n(%)]

组别	n	显效	有效	无效	有效性
对照组	132	62(46.97)	46(34.85)	24(18.18)	108 (81.82)
试验组	137	97(70.80)	32(23.36)	8 (5.84)	129 (94.16)
χ^2					9.771
P					0.002

2.2 两组患者治疗前后牙周相关指标比较

治疗结束后，两组患者牙周相关指标均得到显著改善，试验组患者牙龈指数、菌斑指数、探诊深度、龈沟出血指数及附着丧失水平均显著低于对照组患者（ $P<0.05$ ），详细数据见表 3：

密切的联系，控制和消除细菌感染是治疗牙周病的关键^[5]。目前临床上治疗牙周病一般采用机械洁治与抗生素结合的方案，超声洁治术是治疗是去除龈上牙石和菌斑的最有效方法，其作用机制是通过超声波的高频振动来击碎牙石，然后通过冲洗装置有效清除患者牙石、牙菌斑等病原刺激物，操作简单易行，且不会对患者的牙齿造成损伤，安全可靠，可以在一定程度上抑制牙周炎病情^[6]。但是患者的牙周组织内已经存在或正在发生炎性满意损害，单纯进行机械洁治无法对患者牙周支持组织内的细菌感染进行控制，因此还需要对患者患者进行抗生素治疗。

碘甘油是抑制消毒防腐剂，常被用于牙周病的辅助治疗中，其作用机制是通过使菌体蛋白质变性、死亡，达到灭菌的效果，刺激性小，杀菌收敛作用明显，能够对患者牙周支持组织内的细菌进行控制，但碘甘油属于液态制剂，在牙周袋内的停留时间较短，很难保持一定的药物浓度，无法获得长期稳定的治疗效果，不利于牙周组织的再生^[7]。而派丽奥是一种溶性油质缓释剂，具有良好的广谱抗菌作用，其主要成分为盐酸二甲胺四环

素,能够杀灭革兰阳性菌、革兰阴性菌及牙龈卟啉菌、粘膜放线菌、巨核梭形杆菌等厌氧菌,抗菌效果显著,被认为是当前治疗牙周病的一线药物^[8],并且派丽奥袋内药物浓度高(是全身用药浓度的1000倍),对致病菌敏感度高、药效强(48h内可以杀灭大部分病原菌),作用时间长(局部药物浓度可以维持5~7d),不容易产生不良反应,安全性较高,派丽奥还有利于牙根表面脱钙,刺激结缔组织在牙根上面发生迁移,有利于牙周组织附着和再生,使牙周袋变浅,改善牙周附着水平,保持长期且稳定的疗效^[9]。此次我院使用超声洁治联合派丽奥治疗对中度牙周炎患者进行治疗,研究结果进一步佐证了超声洁治联合派丽奥能够提高中度牙周炎患者的临床疗效,有利于改善患者的牙周指标及临床症状,因此笔者认为可以将超声洁治联合派丽奥作为慢性牙周炎的首选治疗方案。

综上所述:超声洁治联合派丽奥治疗中度牙周炎的效果明显优于超声洁治联合碘甘油,能够快速有效改善患者牙周指标,缓解患者牙周炎症状,

参考文献:

- [1]杨海静,王永兰,张燕,等.慢性牙周炎患者长期牙周治疗失访现状及影响因素研究[J].中国全科医学,2018,21(30):7.
- [2]成妙莹,梁丹,唐智群.牙周炎与全身系统性疾病关系的研究现状[J].广东牙病防治,2018,26(9):606-612.
- [3] Orekhova L Y , Musaeva R S , Loboda E S , et al. Assessment of antibacterial effectiveness of ultrasonic scaling in combination with calcium hydroxyapatite suspension among patients with type-1

diabetes[J]. Parodontologiya, 2020, 25(2):108-115.

[4] Akram Z , Hyder T , Al-Harnoudi N , et al. Efficacy of photodynamic therapy versus antibiotics as an adjunct to scaling and root planing in the treatment of periodontitis: A systematic review and meta-analysis[J]. Photodiagnosis & Photodynamic Therapy, 2017, 19(9):86-92.

[5] Huo W , Wang H , Liu S , et al. Ultrasound subgingival scaling combined with manual root planing for treatment of chronic periodontitis in elderly patients[J]. Nan fang yi ke da xue xue bao = Journal of Southern Medical University, 2020, 40(5):723-726. (超声洁治)

[6] Yan Y , Wang X E , Zhan Y L , et al. Clinical outcomes of ultrasonic subgingival debridement combined with manual root planing in severe periodontitis[J]. Beijing da xue xue bao. Yi xue ban = Journal of Peking University. Health sciences, 2020, 52(1):64-70.

[7]韩琦婧.超声洁治结合派丽奥治疗慢性牙周炎患者的临床效果[J].医疗装备,2018,31(3):123-124.

[8]曹会珍.派丽奥辅助牙周基础治疗中重度牙周炎的疗效观察[J].当代医学,2021,27(5):126-127.

[9]代艳珺.正畸联合派丽奥、头孢氨苄治疗牙周炎的临床疗效及对TNF- α 、炎性因子的影响[J].数理医药学杂志,2021,34(6):897-898.

(上接第96页)

即研究组、对照组,其中前者实施即刻种植美学修复疗法,后者实施延期种植美学修复疗法。从结果中可知,对照组附着高度(7.8 $\pm$ 0.8)分、整体美观(7.7 $\pm$ 0.7)分、咀嚼功能(7.1 $\pm$ 0.9)分,均低于观察组的(8.4 $\pm$ 0.7)分、(8.6 $\pm$ 0.7)分、(7.9 $\pm$ 0.9)分,有差异(P<0.05)。分析牙槽嵴宽度变化量情况,对照组种植体肩台下8毫米(-0.60 $\pm$ 0.16)mm,相比研究组的(-0.34 $\pm$ 0.08)mm有差异(P<0.05)。说明,对前牙外伤患者实施即刻种植美学修复疗法,疗效显著,能有效改善患者牙周组织健康程度,而且能加快患者牙齿美观性的恢复,牙齿功能早期恢复。上述研究内容与本次研究报道相符。

综上,对前牙残冠患者行即刻种植美学修复法进行,效果佳,促进早期功能恢复,保证美观性,可推广。

参考文献:

- [1]张子婧.延迟修复与即刻修复在牙齿外伤修复中的应用效果比较[J].黑龙江医药,2020,33(1):172-173.
- [2]罗杰.牙外伤后实施即刻种植牙修复的临床效果[J].全科口腔医学电子杂志,2020,7(1):33-34.
- [3]辛国福.上前牙外伤脱落即刻种植与延期种植美学修复效果及美观

度分析[J].中国医疗器械信息 2021,27(10):76-77.

[4]赵晖,郭帅.探讨研究上前牙外伤脱落即刻种植与延期种植美学修复的应用效果[J].中国保健营养,2019,29(26):50.

[5]肖丽婷,杨锋,刘佃滨.即刻种植和延期种植修复前牙的临床效果观察[J].医学美容美容,2019,28(21):6-7.

[6]赵丽娜,刘鑫,唐旭炎.上颌前牙单牙即刻种植术后即刻修复和延期修复的临床效果比较[J].口腔医学,2019,39(9):799-804.

[7]王景新,王志刚.前牙外伤后即刻种植美学修复的临床应用疗效分析及价值评价[J].全科口腔医学电子杂志,2019,6(20):45-46.

[8]赵晖,郭帅.探讨研究上前牙外伤脱落即刻种植与延期种植美学修复的应用效果[J].中国保健营养,2019,029(026):50.

[9]曹建强,王丽芳,田碧媛,等.前牙外伤后即刻种植美学修复的临床应用疗效分析及价值评价[J].河北医学,2017,23(10):3.

[10]陈音音,郭泽清,庄燕茹.微创拔牙即刻种植即刻修复对上颌中切牙美学效果和唇侧骨板改建的影响[J].中国美容医学,2021,30(8):6.

[11]范孟钊,国正则,侯新华,等.即刻种植美学修复治疗对前牙外伤患者临床效果及整体美观度的影响[J].中国美容医学,2021,30(2):119-122.

中西医对失眠伴焦虑状态的认识

万鑫苗 翟晴

河北北方学院 2020 级硕士研究生 河北张家口 075000

摘要:随着社会压力的增大,失眠和焦虑的患者在临床中越来越常见,失眠是指不能拥有正常睡眠,祖国医学称其为“不寐”,历代医家还将其称为“卧不安、目不瞑”等,焦虑状态是指对某事情有着过度的担心、紧张、焦虑的情绪体验,在中医中归属于“郁证”范畴。失眠和焦虑互为因果关系,失眠可以导致焦虑,同样焦虑也可引起失眠,两者相辅相成。现代治疗此类疾病临床疗效并不显著,近些年来采用中医、西医同时治疗,弥补了彼此的不足,疗效甚佳,使得更多患者受益。

关键词:失眠;焦虑状态;认识

失眠定义为拥有充足的睡眠时间和舒适的睡眠环境,但仍然入睡困难,对自己的睡眠时间以及睡眠质量不满足,并且还可能影响第二天的日间社会功能^[1]。焦虑状态为内心紧张不安、出现与实际情况或处境不相符,过度担心、紧张焦虑的状态。一般失眠患者会过度关注自身睡眠情况,睡眠质量未满足患者自身要求,患者会更加关注睡眠问题,自身的心理负担会加重,严重者会有焦虑、抑郁等不良情绪的产生。有相关研究表明 47% 以上的失眠患者会存在焦虑等心境障碍,且焦虑症状约占失眠患者总数的 24%^[2]。由此可知,焦虑症状在失眠患者中出现的几率较大,而焦虑状态的患者出现失眠的症状也尤为常见,两者相互影响,互为因果关系。从中医方面来看失眠和焦虑具有着相类似的病因病机,与气机失常有着密切的关系,因此在中医治疗中可以采用异病同治的方法,同时治疗两者合病。由于两者相互影响,在治疗失眠的同时也同样改善了焦虑症状,在治疗焦虑的同时也同样改善了睡眠质量。以下是对失眠合并焦虑状态的病因病机及治疗的阐述,总结如。

1 西医对失眠合并焦虑的研究概况

1.1 西医学对失眠的概述

失眠是长时间睡眠时间减少,睡眠质量变差,人体对正常睡眠需求不满足,可表现为入睡困难,时睡时醒,醒后则难以再入睡,甚至会出现彻夜不眠,严重影响日常生活,还有可能会引起其他疾病的出现^[3]。许多研究已经揭示了失眠的发生发展机制,虽然具体机制尚不明确,多种睡眠模型的建立与临床研究推动了包括过度觉醒假说、3p 假说的建立。过度觉醒假说是指 24 小时过度觉醒状态表现为患者夜间睡眠不理想,日间虽然感到非常疲乏、困倦,但依然存在入睡困难、睡眠轻浅易醒等现象。影响患者睡眠的主要因素是对睡眠过度关注以及努力地入睡,甚至对于睡眠让他们产生了恐惧心理,形成恶性循环,更加加重失眠。3p 假说则包括易感因素、促发因素、持续因素,若三个因素超过了一定阈值,则会引起失眠的产生。

1.2 现代医学对焦虑的研究

焦虑通常以内心紧张不安、预感会有不好的事情发生等为表现的疾病。当焦虑情绪持续不能缓解,焦虑程度加深,超出了机体平时的承受能力,就会变成病理性焦虑症,然而焦虑状态是一种心理性疾病,是介于焦虑情绪和焦虑症之间的一种状态,对某事情有着过度担心、紧张、焦虑的

情绪体验,病情尚未达到焦虑症的程度,临床常表现为焦虑、胸闷、头晕,甚至会出现失眠等症状。焦虑的病因病机尚不明确,现代研究发现该病的发生主要与心理因素、性格特点、环境及生活压力等有着密切的关系,现代医学家相对较认可的还有神经递质学说、神经内分泌紊乱及免疫功能紊乱。神经递质学说中认为主要与 5-羟色胺关系密切,5-羟色胺是抑制性神经递质,若其释放分泌异常可引起焦虑症状。因此治疗焦虑时可采用抑制其神经递质的药物。

2 中医对失眠合并焦虑的研究概况

在中医古籍中并无失眠合并焦虑这个病名的记载,根据临床表现如入睡困难、寐后多梦易醒、醒后难以入睡并伴有焦虑烦躁等症状,可以将其归属于“不寐”、“郁证”等范畴。不寐最早记载出现在汉代马王堆出土的《足臂十一脉灸经》和《阴阳十一脉灸经》被称为“不得卧”,在《黄帝内经》中被称为“目不瞑”、“卧不安”等,在张仲景的《伤寒杂病论》中被称为“不得眠”等。不寐病因有很多,常认为与情志失常、过度劳累、病后体虚、饮食不节等有关,其病位在心,与肝、脾、胃、肾密切相关,主要病机是由于脏腑功能失调、气血紊乱及阴阳不和以致心神被扰,神不守常,故认为“阴阳不交”是失眠的主要病因。《灵枢》曰“阳气尽,阴气盛,则目瞑;阴气尽,阳气盛,则寐矣。”由此阴阳失调,阳不入阴会出现不寐,阴阳调和则寐矣。在临床中主要表现为入睡困难,或睡而易醒,醒后难以入睡,严重者表现为彻夜难眠。

焦虑状态在《金匱要略》中称为“郁证”“百合病”等,在中医中属于情志疾病,故其多是由情志内伤引起,病位与心、肝、脾、胃等脏腑有着密切关系,《王梦英医案》中记载“肝主一身之气,七情之病必由肝引起”,由此焦虑状态的产生与肝脏有着密切的联系,肝主疏泄,喜条达而恶抑郁,其病机多是由于情志所伤,肝气不疏,导致情绪不宁、胸胁胀满,肝脏具有调节全身气机的功能,若肝脏失于疏泄,则可引起全身气机及气血运行不畅,可以导致脏腑阴阳气血失调,最终导致疾病的产生。根据其病因病机,焦虑状态的患者临床表现主要为易怒、多虑、失眠、多梦、心悸等症状。

3 失眠和焦虑的相关性

睡眠是人体维持生命最基本的需求,与人体身心健康息息相关,若长期失眠患者过度关注自身睡眠问题,加重自身心理负担,不仅会产生躯

体上的疾病，还会出现焦虑抑郁等不良情绪，进而加重失眠，相关研究表明，失眠也会使患者产生焦虑抑郁等情绪，两者相辅相成，互相影响。在中医古籍中焦虑归属于“郁证”范畴，失眠属于郁证其中一项症状，根据以上所述，失眠和焦虑拥有着共同的病机，即情志不畅、心神失养，两者均与肝、心、脾等密切相关，情志不畅则可导致气机不舒，脏腑功能紊乱，进而加重人体的阴阳失衡，因此两者可相互转换，相互影响。当患者睡眠效率未达到自己心理预期时，则会出现焦虑抑郁等情绪变化，使得患者产生对睡眠的恐惧心理，从而进一步加重失眠。因此两者相互影响，失眠患者易出现焦虑抑郁等不良情绪的产生，而焦虑抑郁患者常常也会出现失眠，在临床中两者常常先后或同时出现。

4 失眠合并焦虑的治疗

4.1 失眠合并焦虑的中医药治疗

中医治疗不寐及郁证的历史悠久，相关研究发现目前治疗失眠合并焦虑主要分为中药、中成药及针灸治疗等。徐陈等^[4]研究表明中药治疗失眠合并焦虑具有明显优势，西医治疗组使用劳拉西泮，中医治疗组给予酸枣仁汤加减治疗，结果显示，中医治疗组的匹兹堡睡眠质量指数量表及汉密尔顿指数量表明显低于西医治疗组。杨坤^[5]研究在服用中药的基础上加用针灸治疗失眠合并焦虑的患者，结果显示不仅提高了睡眠质量，而且起效快，副作用较少。西药治疗失眠合并焦虑状态起效缓慢，副作用相对较严重，并且停药后还会出现成瘾性，中医治疗此病具有明显优势，从整体观念和辨证论治出发，进行组方遣药，方从法出，法随证立，治病求本，不仅具有良好的临床疗效，而且副作用相对较小，远期临床效果也较西医好，同时能改善相兼症状，提高患者的生活质量，患者接受度明显优于西医治疗。

4.2 失眠合并焦虑的西医治疗

4.2.1 失眠的西医治疗

西医治疗失眠主要分为药物治疗与非药物治疗，由于具有心理行为资源的人员较少和患者的依从性较差，现代临床中主要以药物治疗为主。在治疗失眠患者时，首先应对患者进行睡眠卫生教育，如要求患者睡前禁止饮酒、咖啡、浓茶等兴奋性物质，每日应规律并且适度锻炼，但睡前应避免剧烈运动，在选择睡眠环境时应安静、舒适，为睡眠提供一个良好的环境，并保持规律的作息时间。让患者首先保持一个良好的生活、睡眠习惯，在更加有助于提高睡眠质量，使得药效更佳。

西医药物治疗主要分为以下几类：（1）非苯二氮卓类药物（NBZDs）：我国指南^[6]和美国睡眠医学会（AASM）推荐：在临床中应将半衰期为短效或者中效 NBZDs 作为首选，如右佐匹克隆、扎来普隆等，它的优点是半衰期较短，起效较快，在体内代谢时间短，能在短时间内将药物代谢完全，不会在体内停留过长时间，次日残余症状较轻，第二天不会产生困倦等不良反应，产生药物依赖性的风险也较低，具有安全、有效且无明显不良反应等优点，临床中常使用本类药物。右佐匹克隆为右旋佐匹克隆单一异构体，由于其具有抑制中枢神经兴奋的作用，可以产生镇静，诱导患者睡眠，使入睡时间缩短，睡眠时间增加，提高患者的睡眠质量^[7]。（2）苯二氮卓类药物（BZDs）：此类药物包括艾司唑仑片、替马西泮等，此类药

物的优点是不仅可以改善患者入睡困难，增加总睡眠时间，还有抗焦虑、镇静等作用，因此在临床若患者出现焦虑抑郁症状可以使用此类药物，不仅改善睡眠还可以改善患者焦虑抑郁等不良情绪，更加有助于改善患者失眠。但是使用此类药物时更应该注意其头晕、日间困倦、认知功能减退等不良反应，尤其长期服用此类药物的患者，在突然停用后出现戒断症状或反跳性失眠的产生。（3）具有催眠作用的抗抑郁药：慢性失眠患者经常会伴随焦虑抑郁等不良情绪的产生，两者可相互影响，因此在焦虑状态及失眠的患者都可使用此类药物，当失眠伴随焦虑状态时使用效果更佳，不仅可以改善焦虑抑郁等不良情绪，也可以促使患者睡眠。临床中常使用米氮平等药物。（4）褪黑素及褪黑素受体激动剂：褪黑素在睡眠机制中参与调节睡眠觉醒周期，可以改善由于时差变化引起的睡眠觉醒障碍等昼夜节律失调性睡眠障碍，对于倒时差而出现的睡眠障碍患者尤为有效，近些年来新研发的褪黑素受体激动剂如雷米替胺等药物，在褪黑素的基础上，不仅可以缩短睡眠潜伏期，还可以调整睡眠的昼夜节律，以及抗抑郁作用。

在治疗失眠患者时，除了可以选择西药及中药治疗之外，还可以选择非药物治疗，从患者的心理认知上进行改善，在非药物治疗中最具代表性的为认知行为疗法，是对失眠患者在认知、行为和心理上的一系列干预，通过让患者改正负性自动思维、自动信念以及影响患者睡眠的不良行为，从而拥有新的健康的睡眠习惯以及稳定的睡眠^[8]。物理疗法是近几年临床中发展起来治疗失眠的方法，主要采用电、磁、超声波作为介质，对脑功能进行不同程度的刺激，从而使大脑皮质神经元产生相应的电活动，达到调节神经、诱导睡眠、增加睡眠深度等作用。

4.2.2 焦虑的西医治疗

近些年来，即使国内外学者对焦虑状态进行了大量的研究，但抗焦虑治疗仍然不能令人满意。目前治疗焦虑状态可以分为药物治疗及非药物治疗，临床中常用的药物治疗主要分为苯二氮卓类药物及抗抑郁药物等。苯二氮卓类药物会出现眩晕、记忆力下降等不良反应，部分患者治疗效果欠佳，停药后还容易复发。抗抑郁药分为：选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRIs）、选择性 5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂（SNRIs）及三环类抗抑郁药等。SSRIs 主要包括文拉法辛、度洛西汀等，其可引起头晕、消化道等副作用以及停药后的反跳现象，甚至还会加重焦虑。SNRIs 此类药物起效迅速、作用时间持久，安全性相对较高。三环类抗抑郁药，此类药物主要作用是抑制兴奋性神经递质再摄取，从而抗焦虑症状减弱。

5. 总结

由于社会的快速发展、经济迅猛增长，人们的生活物质水平不断地提高，社会对人的要求也越来越高，给人们的生活、学习以及工作带来了巨大的心理压力，严重影响了人们的身心健康，由于心理压力增大，越来越多的人出现各种失眠、焦虑等不良情绪的产生，严重影响了人们的生活质量；由于失眠及焦虑人数的增加，并且更多的人认识到睡眠的重要性，睡眠不仅可以消除疲劳，提高人体的免疫力，增加对疾病的抵抗能力，因此近些年来人们对睡眠及焦虑状态进一步引起重视，更加关注人们的身心健康。但是如何改善患者睡眠及焦虑情绪，成为当前一大难题，西医治疗中

（下转第 104 页）

经皮肝胆囊穿刺引流术联合腹腔镜胆囊切除手术治疗急性重症胆囊炎的效果分析

王彬

甘肃省天水市中西医结合医院 普外科 甘肃天水 741020

摘要：目的：分析穿刺引流术联合切除术治疗急性重症胆囊炎的效果。方法：选取我院 2019-03~2021-03 期间就诊的急性重症胆囊炎患者 70 例，按随机投掷法分为参照组、研究组。参照组实施 LC，研究组实施 PTGD 联合 LC 治疗，对比两组手术情况、术前后胃肠道屏障功能及并发症。结果：研究组 LC 耗时、排气时间短于参照组，出血量少于参照组，且胆囊壁厚度小于参照组，差异明显 ($P < 0.05$)；术前两组 D-乳酸、DAO 胃肠道屏障功能指标无较大差异 ($P > 0.05$)；研究组术后 24h、术后 72h 的 D-乳酸、DAO 胃肠道屏障功能指标水平平均低于参照组，且组内前后差异明显 ($P < 0.05$)；研究组并发症发生率 5.71%，低于参照组的 22.86%，差异明显 ($P < 0.05$)。治疗后，研究组各项指标值低于参照组，存有差异 ($P < 0.05$)。结论：PTGD 联合 LC 治疗急性重症胆囊炎的价值高，可减少对胃肠道屏障功能的影响并降低并发症风险。

关键词：经皮肝胆囊穿刺术；腹腔镜胆囊切除术；胆囊炎；胃肠道屏障；并发症

急性胆囊炎是胆囊管发生堵塞，细菌侵入所致的一类炎症，触摸疼痛、右上腹疼痛呈现阵发性等疾病典型表现。急性重症胆囊炎患者多合并胆囊结石，且病情危急，未及时治疗可引发胆囊积脓或胆囊穿孔，危及生命安全。该疾病的主要治疗手段是以外科手术方案为主，腹腔镜胆囊切除术 (LC) 为常用手术方法，但存较高的中转开腹及术后并发症风险^[1-2]。有报道指出，经皮肝胆囊穿刺引流术 (PTGD) 可通过对脓性胆汁的充分引流而缓解胆囊内高压状况，可一定程度提升手术安全性^[3]。鉴于此本研究探讨，分析两种手术结合治疗急性重症胆囊炎的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2019-03~2021-03 期间就诊的急性重症胆囊炎患者 70 例，按随机投掷法分为参照组、研究组。参照组 35 例，男 16 例，女 19 例，年龄 53~77 岁，平均年龄 (65.28±4.16) 岁，发病至入院时间 5~27h，平均 (11.53±1.42) h，合并疾病 15 例。研究组 35 例，男 14 例，女 21 例，年龄 52~76 岁，平均年龄 (65.37±4.21) 岁，发病至入院时间 6~29h，平均 (11.47±1.39) h，合并疾病 19 例。两组基础资料无较大差异 ($P > 0.05$)，可对比。

纳入标准：患者合并不同程度右上腹疼痛症状，体温 $> 37.5^{\circ}\text{C}$ ，胆囊直径增大且胆囊壁增厚，结合断层扫描及超声检查确诊，符合《中国慢性胆囊炎、胆囊结石内科诊疗共识意见》中的相关诊断标准^[4]，患者家属知情并签署同意书。**排除标准：**合并皮肤感染，凝血功能先天障碍者；合并大量腹水者；合并其它脏器恶性肿瘤病变患者。

1.2 方法

参照组实施 LC 手术治疗，取患者头高脚底右侧肢体抬高，待麻醉工作完成后，消毒铺巾常规应用，在距离脐下方的 1cm 距离处，行弧形形状的切口，建立 CO_2 气腹并腹压维持 12mmHg，后穿刺置入 10mm Trocar，中上腹及右上腹另取三个操作孔，明确腹腔情况及胆囊位置，于切开 Calot 三角区浆膜后行胆囊游离，借助探头将结石聚集于胆囊底，采用生物夹闭

胆囊管近端及胆囊颈部胆囊管，之后对使用夹闭的胆囊管实施进一步切除，使用电凝钩将胆囊动脉位置切除，并在切除后，查看是否无积血存在或是处于积液状态下 CO_2 气体是否正常排出，同步退出操作器械，切口使用无菌胶膜闭合，放置腹腔引流管，2~4d 视患者情况拔管。

研究组实施 PTGD+LC 治疗，局麻后取去枕平卧位，超声引导下定位穿刺位置，于第 7-8 肋间行 3cm 手术切口，入路后采用 18 号穿刺针，穿刺成功后退针，通过皮下超声引导，沿针道穿入 7-8F 穿刺作引流套管，注射液由外注射成功后，将部分胆汁进行抽取，之后将引流管妥善固定，引流。将穿刺管固定好，保障无碍后，使用无菌辅料进行包扎，留存少量胆汁，以便及时送去检验。术后 8 周，实施 LC 治疗，方法同于参照组。

1.3 观察指标

(1) 统计两组 LC 耗时、出血量、胆囊壁厚度、排气时间等情况。(2) 检测记录两组术前、术后 24h、术后 72h 的血浆 D-乳酸、二胺氧化酶 (DAO) 等胃肠屏障功能指标。(3) 统计两组肺部感染、胆道损伤、腔内出血等并发症总发生率。(4) 统计两组体温、白细胞计数、血清碱性磷酸酶 (ALP)、总胆红素 (TBIL) 变化。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 21.0 统计软件处理数据，计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，比较采用 t 检验，计数资料采用 χ^2 检验，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组手术情况

研究组 LC 耗时、排气时间更短，且出血量少、胆囊壁厚度小，两组对比差异明显 ($P < 0.05$)，见表 1：

表 1 两组手术情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	LC 耗时 (min)	出血量 (mL)	胆囊壁厚度 (mm)	排气时间 (h)
参照组 (n=35)	83.15±6.72	94.76±7.45	5.47±1.02	29.61±4.58

研究组 (n=35)	79.54±6.59	87.21±6.32	4.92±0.86	26.58±4.19	两组术前 D-乳酸、DAO 胃肠道屏障功能指标水平对比，无较大差异 (P>0.05)；两组术后 D-乳酸、DAO 胃肠道屏障功能指标水平均表现出不 同程度升高，组内前后比较，差异明显 (P<0.05)；且研究组 24h、术后 72d 指标水平低于参照组，，见表 2。
t 值	2.269	4.572	2.439	2.888	
P 值	0.026	0.000	0.017	0.005	

2.2 两组手术前后 D-乳酸、DAO 胃肠道屏障功能

表 2 两组手术前后 D-乳酸、DAO 胃肠道屏障功能指标比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	D-乳酸 (mg/L)			DAO (kU/L)		
	术前	术后 24h	术后 72h	术前	术后 24h	术后 72h
参照组 (n=35)	6.28±1.35	10.14±2.15*	2.83±0.41*	3.52±0.48	6.14±0.62*	2.13±0.36*
研究组 (n=35)	6.37±1.41	8.97±1.46*	2.57±0.32*	3.64±0.53	5.87±0.71*	1.94±0.45*
t 值	0.273	2.663	2.957	0.993	1.695	1.951
P 值	0.786	0.010	0.004	0.324	0.095	0.055
注：与手术前比较，*P<0.05。				P _{治疗前组间} 值	0.217	0.843
2.3 两组并发症情况				t _{治疗后组间} 值	3.804	9.052
参照组并发症总发生率 22.86% (8/35)，高于研究组的 5.71% (2/35)， 差异明显 (P<0.05)，见表 3。				P _{治疗后组间} 值	0.000	0.000

表 3 两组并发症比较[n (%)]

组别	肺部感染	胆道损伤	腔内出血	总发生率
参照组 (n=35)	3 (8.57)	3 (8.57)	2 (5.71)	8 (22.86)
研究组 (n=35)	1 (2.86)	1 (2.86)	0	2 (5.71)
χ^2 值				4.200
P 值				0.040

2.4 两组相关指标

治疗前，两组相关指标无差异 (P>0.05)；治疗后，研究组各项水平
值均低于参照组 (P<0.05)，详见表 4。

表 4：两组相关指标 ($\bar{x}\pm s$)

组别	体温 (°C)	白细胞计数 (10 ⁹ /L)	ALP (U/L)	TBLL (μ mol/L)
参照组 (n=35)				
治疗前	38.81±0.42	13.24±2.37	149.28±12.16	44.45±6.22
治疗后	37.15±0.27	6.13±0.67	99.17±5.34	22.34±2.82
t 值	19.669	17.079	22.322	19.153
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000
研究组 (n=35)				
治疗前	38.92±0.31	13.35±2.26	149.39±12.05	44.56±6.11
治疗后	37.34±0.12	8.56±1.44	113.74±8.28	28.85±2.66
t 值	28.120	10.575	14.425	13.947
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000
t _{治疗前组间} 值	1.247	0.199	0.038	0.075

3 讨论

急性重症胆囊炎病情发生情况较为危急，且病症发展速度迅速，患者
生理系统处储备能力、器官功能及免疫力进行降低后导致手术操作风险
高。而 LC 术式更具微创、痛苦小且患者术后恢复快的优点，成为当前治
疗该病的常用术式，可降低急性胆囊炎患者穿孔风险^[5-6]。研究报道，急性
重症胆囊炎患者 LC 术后远期死亡率高达 12%~19%^[7-8]。且该病患者急性
期多伴有不同程度水肿、黏膜坏死情况，导致胆囊分离难度大。而 PTGD
手术可充分引流脓性胆汁，有效降低胆道及胆囊压力，为后 LC 术式的开
展创造了有利条件^[9-10]。

D-乳酸、DAO 均为胃肠道屏障功能的常用评定指标，指出急性重症
胆囊炎患者受疾病自身因素及手术操作原因，会导致胃肠道屏障功能破
坏，直接表现为 D-乳酸和 DAO 异常升高，且同病变严重程度及炎症反应
水平密切相关^[11]。本次结果中显示两组术后 24h 的乳酸、DAO 水平均出
现升高趋势，而术后 72h 逐步降低至正常水平，两组对比差异明显 (P<
0.05)。研究指出，手术刺激是导致术后 24h 胃肠道屏障功能损伤的主要因素，
而研究组术后 24h、72h 的 D-乳酸、DAO 水平低于参照组，提示联合手术
方法可通过减轻腹腔高压刺激，更利于腹腔内环境稳定性。在术后并发症
方面，研究组肺部感染、胆道损伤、腔内出血等并发症总发生率低于参照
组。有研究指出，因急性重症胆囊炎患者胆囊及周边组织炎症严重，且受
胆囊肿大、粘连等及胆囊内压力等因素影响，导致并发症风险增加^[12]。同
时，LC 行手术时，视野清晰度不够，因此提高了预后不良的可能性。而
LC 手术前配合开展 PTGD 手术，提前通过穿刺，将淤积胆囊内的脓液、
胆汁大量清除，最大程度将胆囊内压力降低，以及帮助周边组织粘连情况
及炎症情况明显改善，同时也是降低因实施 LC 术后出现并发症的关键
所在。本次研究结果还显示，治疗后研究组血清 ALP、TBIL、白细胞计
数均低于参照组，临床中 ALP 指标可对肝脏、骨骼突变有效检测，同时
也是肝炎、胆汁淤积等疾病发生、发展过程中占据重要参与因子之一。TBIL
为临床常用诊断肝脏疾病、胆道梗阻的有效指标，当该因子处于高水平状

态时,会表示患者可能发生肝炎、急性黄色肝萎缩等疾病。对于该疾病患者而言,联合治疗可在短时间内将淤积一起的胆汁、脓液有效清除,为释放胆囊内压力创造有利条件,因此进一步降低了对胆源性肝损害的发生,促进血清因子、WBC 水平的降低,保障术后效果。

综上所述,PTGD+LC 术式治疗急性重症胆囊炎的效果显著,手术损伤小且患者术后恢复快,可同步降低对胃肠道屏障功能的影响及术后并发症风险,有推广价值。

参考文献:

- [1]唐武.急性结石性胆囊炎患者经皮经肝胆囊穿刺引流术后腹腔镜胆囊切除术时机的选择[J].中外医学研究,2020,18(22):154-157.
- [2]裴艳秋.经皮经肝胆囊穿刺引流联合腹腔镜胆囊切除术治疗高危急性结石性胆囊炎的效果[J].河南外科学杂志,2021,27(06):53-55.D0I:10.16193/j.cnki.hnwk.2021.06.018.
- [3]陈红兵,李健,杨少伟,王健,祝淑莲.经皮经肝胆囊穿刺引流术联合腹腔镜胆囊切除术治疗老年Ⅲ级急性胆囊炎手术时机选择及中转开腹影响因素分析[J].广东医科大学学报,2020,38(04):428-431.
- [4]中华消化杂志编辑委员会.中国慢性胆囊炎,胆囊结石内科诊疗共识意见(2014年,上海)[J].中华消化杂志,2015,31(1):292-296.
- [5]田树琴,韩江涛,胡运轩.急性重症胆囊炎老年患者经皮经肝胆囊穿刺引流术后腹腔镜胆囊切除术的时机选择[J].宁夏医科大学学

(上接第 101 页)

采用药物治疗及行为认知疗法,使患者恢复正常生活状态,但是西药服用时除了显效快的优点之外,长期服用还可产生大量的副作用。随着中医的发展,越来越多的医家在学习经典的基础上使用经方治疗失眠伴焦虑状态,在临床中取得了良好的效果。结合相关研究及病因病机,失眠伴焦虑状态主要是由于情志失调引起,与肝有着密切关系。在中医理论基础中认为,不寐与五脏均有关系,但情志失常与肝脏疏泄失常密不可分,肝主升发、疏泄,肝脏功能正常,则气血运行调畅,五脏气血平和,若遇到情志不遂,出现抑郁等不良情绪,初为肝气抑郁,郁久则化火,伤及肝脏及其他脏腑,出现五脏六腑功能失调,阴阳失衡,进而可出现失眠、焦虑的产生。

睡眠是生命中不可或缺的一部分,一生中 1/3 的时间都是在睡眠中度过,充足的睡眠可以促进机体恢复、加强记忆等,是维持人体身心健康重要的一部分。若失眠的患者因长时间对睡眠不满足,同时不能达到睡眠需求,进一步可影响日间的生活,随着失眠的程度加重容易诱发各种身心问题,其中在生活中最常见的是焦虑抑郁情绪的产生,然而当患者由于有焦虑情绪的存在,会更加关注自身睡眠问题,在一定程度上影响了患者的正常睡眠。随着现代经济的快速发展、生活压力的增大,也使得更多人长期有焦虑症状,患有焦虑症状的患者会对自己睡眠问题担忧,进一步引起失眠。因此,失眠患者对失眠的主观感受可能会受到焦虑情绪的影响,失眠和焦虑之间存在着恶性循环的关系。

报,2020,42(01):84-87.

[6]唐武.急性结石性胆囊炎患者经皮经肝胆囊穿刺引流术后腹腔镜胆囊切除术时机的选择[J].中外医学研究,2020,18(22):154-157.D0I:10.14033/j.cnki.cfmr.2020.22.062.

[7]丁利霞,沈芊,庄二宝.超声引导下经皮经肝胆囊穿刺置管引流术对急性胆囊炎的治疗效果[J].中国现代普通外科进展,2020,23(01):42-44.

[8]袁佩华.超声引导下经皮胆囊穿刺置管引流术治疗老年急性胆囊炎的临床效果观察[J].中国药物与临床,2021,21(21):3556-3558.

[9]张崇,沈思思,王明辉,刘吉盛,田学昌.直接行腹腔镜胆囊切除术与联合经皮经肝胆囊穿刺引流治疗急性重症胆囊炎的荟萃分析[J].中华肝胆外科杂志,2019(12):910-911-912-913-914.

[10]赵长海,杨晓丹,王强,焦成斌,任秀敏.不同时期腹腔镜胆囊切除术联合经皮经肝胆囊穿刺引流治疗急性胆囊炎的临床疗效及安全性分析[J].医学理论与实践,2019,32(17):2747-2748.

[11]赵长海,杨晓丹,王强,焦成斌,任秀敏.不同时期腹腔镜胆囊切除术联合经皮经肝胆囊穿刺引流治疗急性胆囊炎的临床疗效及安全性分析[J].医学理论与实践,2019,32(17):2747-2748.

[12]艾志国,程玉,张旭.经皮肝胆囊穿刺引流术后择期经单孔腹腔镜胆囊切除术治疗老年急性胆囊炎患者的疗效及安全性分析[J].岭南现代临

参考文献:

- [1]张鹏,李雁鹏,吴惠涓,赵忠新.中国成人失眠诊断与治疗指南(2017版)[J].中华神经科杂志,2018,51(05):324-335.
- [2]石小雨,郭锦晨,刘兰林,冯焯,程悦,李凯琳,周超,龚悦,齐卓操,高婷.135 例失眠患者的中医体质调查及 Logistic 回归分析[J].山西中医学院学报,2018,19(05):5-8+11.
- [3]张芳,刘清泉.失眠的病因病机及脏腑论治[J].河南中医,2019,39(11):1643-1647.
- [4]徐陈,郭小草,王敬卿.加味酸枣仁汤治疗阴虚火旺型焦虑性失眠障碍的临床疗效[J].实用中医内科杂志,2020,34(04):94-96.
- [5]杨坤.督脉十三针配合中药治疗焦虑性失眠的疗效分析[J].内蒙古中医药,2020,39(01):124-126.
- [6]顾平,何金彩,刘艳娇,等.中国失眠障碍诊断和治疗指南[C].黑龙江省中西医结合学会睡眠分会第二届学术年会会议手册,2019:77-86.
- [7]肖东芳.甜梦口服液联合右佐匹克隆治疗脑梗死后失眠症的疗效观察[J].现代药物与临床,2016,31(10):1612-1615.
- [8]吴有艳,单雪娇,窦湘芸,吕云辉.中西医结合治疗慢性失眠的非药物方法研究进展[J].世界睡眠医学杂志,2021,8(07):1288-1296.

作者简介:万鑫苗,女,汉族,(1997-),河北张家口,硕士研究生在读。研究方向:中医药治疗心血管疾病。

试析选择性激光小梁成形治疗开角型青光眼的疗效

王亚丽 吴青松^(通讯作者)

湖北恩施州中心医院眼科 湖北恩施 445099

摘要：目的：分析选择性激光小梁成形治疗开角型青光眼的疗效，旨意为相关人员的研究工作提供参考文献。方法：择取 2019 年 12 月 15 日—2021 年 12 月 15 日我院收治的 96 例（96 眼）原发性开角型青光眼者为研究对象，对患者开展选择性激光小梁成形治疗疾病，分析结果。结果：干预前，病患眼压均值为（26.88±2.28）mmHg。经 SLT 手术治疗 1h，共计 21 眼出现一过性升高的情况，受试者平均眼压增加（2.99±1.68）mmHg；术后第 1d 受试者眼压降低均值（7.59±2.59）mmHg；和手术前相比，差异明显， $P<0.05$ ；术后 1 个月病患眼压降低（5.49±3.19）mmHg；手术后 3 个月受试者眼压降低均值为（4.69±0.27）mmHg；术后半年眼压降低均值为（5.48±0.18）mmHg；受试者偶尔出现一过性前房浮游细胞，1d 内全部消退。本组内，一过性结膜充血 25 眼，眼压值在 5mmHg 以下，不需要实施特别处理；病患手术之后视力和手术前相比无明显差异。结论：针对开角型青光眼患者来讲，为其实施选择性激光小梁成形治疗疾病能取得满意效果。该法安全性强，有效性高。值得进一步在临床内推广和应用。

关键词：选择性小激光小梁成形术；开角型青光眼；疗效分析

青光眼为常见眼部疾患，该疾病有着高致盲率的特征。开角型青光眼为常见病理类型，迄今为止，学术界对于开角型青光眼的发病机制依旧存在争议。部分学者认为，在患者疾病发展过程中，会逐渐出现视野狭窄，相关神经萎缩等现象，最终失明。该疾病发生给患者的日常学习生活带来了极大影响，使用有效方式，控制患者疾病发展，有着相当重要的现实意义^[1]。

自上世纪 90 年代中期国外学者 Latina 等^[1]正式提出了针对开角型青光眼病患实施选择性激光小梁成形术（selective laser trabeculoplasty angioplasty, SLT）治疗开角型青光眼（primary open angle glaucoma, POAG）以后，近几年这种治疗技术在临床中被广泛应用^[2]。现阶段，国内以及国外有诸多小型样本选择性激光小梁成形术治疗开角型青光眼疾病的报道，具体的临床效果不尽相同。为了全面分析选择性激光小梁成形治疗开角型青光眼的具体治疗效果，结合实际情况，本文对以上命题加以分析，现汇报如下。

1. 资料及方法

1.1 基线资料

择取 2019 年 7 月 15 日—2021 年 7 月 15 日我院收治的 96 例（96 眼）原发性开角型青光眼者为研究对象。患者知晓实验过程自愿参加实验调查，在此同时签署了《知情同意书》；本实验经我院医学伦理委员会批准，同意实施。相关精神符合《赫尔辛基宣言》中的有关内容。病患经诊断，符合我国卫健委最新制定的关于开角型青光眼诊断标准。男患者 60 例，女患者 46 例，年龄区间为 39.62-72.58 岁，平均年龄为（50.69±2.19）岁。病程区间为 3.26-20.28 个月，平均病程为（13.29±0.58）个月；排除标准：心脑血管疾病者，严重肝肾功能不全者，不同意参加实验调查者，自身免疫系统疾病者，无法耐受手术治疗者，血液病者，法定传染性疾病者，既往接受过眼部手术者，精神疾患，临床治疗缺失者。

1.2 方法

所有患者接受选择性激光小梁成形术治疗疾病。详细方案为：

1.2.1 手术前检查

针对所有开角型青光眼患者，医生为其开展手术前检查，具体项目包含眼压值、视力水平、眼底镜、视野、前房角镜等等。确定病患服符合治疗标准之后，工作人员为其开展相关治疗。

1.2.2 治疗方法

在对患者开展手术之前，测定其眼压值。术眼实施表面麻醉，并放置好 Latina SLT 房角镜。实验应用 Q 开关倍频 Nd: YAG 激光，对受试者开展治疗。脉冲时间设定为 3ns，波长设定为 532nm，光斑直径设定为 400 μ m。择取病患的患侧眼鼻侧小梁网，制作 180°激光照射。依照 Latina 的方式，激光能量起点设定为 0.6mJ，查看激光照射过程中是否存在气泡。倘若无气泡，工作人员把能量调低，直到恰好无气泡产生为止。在此刻的能量视为患者接受激光治疗所需要的能量。把瞄准光斑对准病患小梁网。即可实现发射，并于 180 度范围之内击射 50~60 点，光斑之间互不重叠。在对病患实施激光治疗过程之中，工作人员应当随时调节患者具体的激光能量，令其刚好不产生气泡。

1.2.3 患者手术后用药随访以及二次治疗

患者接受完毕激光手术治疗之后 1h 测定减压，患者手术眼继续应用手术前所使用的降压药品。结合患者眼压情况，调整降低眼压药物使用剂量。患者在接受完毕激光治疗 1 个月之后，如果眼压降低幅度在 4mmHg 以下。或者患者经治疗之后，如果眼压依旧高于 30mmHg，则需要对其开展再次激光治疗。详细的治疗位置应择取病患内侧小梁网，具体方式和首次之光激光治疗相同。如果患者在接受第二次激光治疗，术后一个月眼压仍旧比 30mmHg 高，则需要接受小梁切除术治疗疾病。

1.3 观察指标

- （1）分析患者手术之后 2h、术后 1 周、术后 1 个月、术后 3 个月、术后半年眼压变化情况。
- （2）分析患者眼内反应情况。
- （3）分析患者视力变化情况。

1.4 统计学原理

采用 SPSS 19.0 统计学软件进行数据分析, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验; 计数资料以率 (%) 表示, 采用 χ^2 检验。P<0.05 为差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 患者干预前以及干预后各时间段内眼压变化情况

干预前, 病患眼压均值为 (26.88 ± 2.28) mmHg。经 SLT 手术治疗 1h, 共计 21 眼出现一过性升高的情况, 受试者平均眼压增加 (2.99 ± 1.68) mmHg; 术后第 1d 受试者眼压降低均值 (7.59 ± 2.59) mmHg; 和手术前相比, 差异明显, P<0.05; 术后 1 个月病患眼压降低 (5.49 ± 3.19) mmHg; 手术后 3 个月、术后半年受试者眼压降低均值分别为 (4.69 ± 0.27) mmHg 以及 (5.48 ± 0.18) mmHg。在此其中没有使用降压眼药共计 17 眼; 术后 13 眼的眼压依旧高于正常水平; 2 眼属于发育性青光眼, 眼压分别是 37.26 mmHg 以及 32.05 mmHg; 1 眼属于钝挫伤性青光眼。病患的眼压值是 36.25 mmHg, 受试者接受小梁切除治疗疾病。

2.2 病患眼内反应情况

受试者偶然出现一过性前房浮游细胞, 1d 内全部消退。本组内, 一过性结膜充血 25 眼, 眼压值在 5 mmHg 以下, 不需要实施特别处理; 手术之后受试者局部应用浓度水平为 0.02% 氟美瞳点眼, 时间为 3.0d, 在此之后病患的眼部炎症反应减缓。

2.3 病患术后视力水平变化情况

病患手术之后视力和手术前相比无明显差异。

3. 讨论

最近几年, 我国原发性开角性青光眼疾病的发生概率表现出了逐年上涨的态势。该疾病的发生在极大程度上影响患者的正常生活, 针对此疾病患者, 临床可以使用手术、药物以及激光治疗疾病。患者长期接受药物干预, 会对其眼部和全身造成较大副作用, 病患依从性不佳, 且非常容易形成耐药性^[3]。这种情况直接导致了药物治疗一段时间以后患者病情反复, 眼压值不容易得到控制。且值得说明的是, 患者到了治疗后期, 患者需要承担过高药物花费。这种情况对其心理造成极大伤害, 同时也增加了患者的经济负担。

手术治疗疾病的效果虽好。但值得说明的是, 病患手术需要住院, 且术中以及术后有可能出现并发症。这种情况令很多患者望而生畏, 耽误了最佳手术时机, 最终造成非可逆性视功能受损。在以往, 临床应用激光治疗青光眼手术类型为氩离子激光小梁成形术 (argon laser trabeculoplasty, ALT)^[4]。近阶段, 美国 FDA 证实: 选择性激光小梁成形术在治疗开角型青光眼方面取得了满意结果。这种方式不但具备了和 ALT 相差无几的效果, 同时 SLT 也具备更多优势。这种手术方法为一类特异性靶细胞干预方案, 通过对开角型青光眼患者开展 SLT 治疗, 不会对其他细胞造成额外损害, 且 SLT 治疗后副作用也比 ALT 更低。迄今为止, 临床针对于 SLT 降低眼压的详细机制仍旧在研究阶段。有部分学者推测, 这种手术降低患者眼压的机制可能为: 在激光的作用之下, 经噬细胞侵入吞噬小梁碎屑或者

经刺激无病变小梁网组织形成, 令房水顺利流出改善患者眼压。

针对开角型青光眼患者实施 SLT 手术治疗疾病, 并不会出现实施 ALT 手术所造成的热凝固性小梁网受损现象。开角型青光眼患者接受完毕此项手术之后, 仅仅会表现为轻微机械性损伤。主要为: 小梁内皮细胞分裂以及包装内色素颗粒。有少数病例单只眼接受了手术之后, 另外一侧的眼压也会随之下降。出现这种情况的原因很可能和手术眼部巨噬细胞凝集, 进入循环系统抵达脾脏, 通过脾脏细胞释放到循环系统, 就此达到术眼以及对侧眼小梁网之内, 发挥出降低眼压值的效果。基于这种情况, 我们能够看出 SLT 降低患者眼压机制很可能并非单纯针对术眼机械性作用以及局部反应, 与此同时可能存在一个作用范围更为广泛的应激与调节机制^[5]。

最近阶段, 临床在广泛开展了关于 SLT 治疗原发性开角型青光眼研究的同时, 也在跟进行了其他类型青光眼以及前部缺血性视神经病变者实施 SLT 改善眼压值的治疗研究。有学者曾经对共计 52 例维持药物治疗的原发性开角型青光眼病患实施 SLT 手术, 同时对患者实施了为期 1~4 年的随访, 结果表明: 1 年后, 有 60% 的病患血压值降低幅度达到了 6 mmHg; 直到手术后 4 年, 患者治疗疾病成功率达到了 44%^[6]。另有实验研究结果表明^[7]: 针对于原发性开角型青光眼患者以及正常眼压性青光眼病患而言, 为其开展 SLT 治疗能够发挥出显著的降低眼压效用; 原发性开角型青光眼病患眼压值降低幅度比眼压正常性青光眼患者更高。

可见, 对于开角型青光眼病患而言, 为其实施选择性激光小梁成形治疗疾病能取得满意效果, 该法值得推广。

参考文献:

- [1] Latina MA, Park C. Selective targeting of trabecular meshwork cells: in vitro studies of pulsed and cw laser interactions. *Exp Eye Res*, 1995, 60: 359-371.
- [2] 富名水, 罗大卫, 唐敏等. 选择性激光小梁成形术治疗早期慢性原发性闭角型青光眼的疗效[J]. 上海交通大学学报: 医学版, 2008 (6): 710-712.
- [3] 卞洪俊, 王秀明, 盛峰, 等. 曲伏前列素滴眼液对原发性开角型青光眼患者眼压、眼部血流动力学及不良反应的影响[J]. 湖南师范大学学报 (医学版), 2019, 16 (6): 70-73.
- [4] Sharma A, Sharma S, Pandav S S, et al. Post penetrating keratoplasty glaucoma: Cumulative effect of quantifiable risk factors[J]. *Indian Journal of Ophthalmology*, 2014, 62(5): 590-595.
- [5] 张新, 郭黎霞, 吕爱国, 等. 联合激光与传统药物治疗原发性闭角型青光眼急性发作期的临床研究[J]. *中华眼科医学杂志*, 2019, 9 (6): 354-359.
- [6] 洪颖, 宋思佳, 李书珊, 等. 微脉冲激光小梁成形术治疗开角型青光眼及高血压症的疗效及安全性[J]. *中华实验眼科杂志*, 2018, 36 (11): 859-863.
- [7] Qian S H, Sun X H. Selective laser trabeculoplasty in the primary open-angle glaucoma[J]. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*, 2007, 87(2): 118-120.

盐酸氨溴索联合抗菌药物治疗慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染的临床观察

于志鑫

齐齐哈尔一厂医院 黑龙江齐齐哈尔 161005

摘要：目的：观察慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染患者应用盐酸氨溴索联合抗菌药物治疗的临床效果。方法：研究对象为 100 例慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染患者，均于 2020 年 10 月~2022 年 1 月在本医院就诊，按随机数字表法分组，对照组与观察组各 50 例，对照组采用抗菌药物治疗，观察组采用抗菌药物联合盐酸氨溴索治疗，观察治疗效果。结果：治疗前，两组肺功能指标、炎症因子指标无明显差异 ($P>0.05$)；治疗后，观察组治疗总有效率、FEV1、FVC、FEV1/FVC 高于对照组，症状消除时间、住院时间、WBC、IL-6、TNF- α 低于对照组，差异显著 ($P<0.05$)，但两组用药后不良反应发生率无明显差异 ($P>0.05$)。结论：慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染应用盐酸氨溴索联合抗菌药物治疗时，可有效提升治疗效果，促进咳嗽等症状尽早消除，并使肺功能良好改善，且用药后不会明显增加不良反应，安全性较高。

关键词：慢性阻塞性肺疾病；肺部感染；抗菌药物；盐酸氨溴索；临床疗效

慢性阻塞性肺疾病是一种慢性呼吸系统疾病，特征表现为呼气气流受限，且此种受限呈现出进行性发展及不完全可逆，该疾病多发生于老年人群，发病后具有较高的病死率，有研究指出，在疾病病死率中，该疾病居于第 3 位^[1]。慢性阻塞性肺疾病发生后，以咳嗽、咳痰、气促为主要症状表现，随着病情进展，可累及肺部，损伤肺泡，导致降低肺部抵御病原体的能力，升高肺部感染的发生风险，而合并肺部感染后，不仅会加重病情，甚至会危及患者生命安全^[2]。目前，临床治疗慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染患者时，抗菌药物为主要使用的治疗药物，经治疗后感染等得到以有效控制，但研究发现，单一采用抗菌药物情况下，仍有部分患者无法获得理想的治疗效果，建议采用抗菌药物联合其他相关药物的治疗方案^[3]。因此，本研究采用盐酸氨溴索联合抗菌药物的方式治疗慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染患者，取得较好治疗效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究对象为 100 例慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染患者，均于 2020 年 10 月~2022 年 1 月在本医院就诊，按随机数字表法分组，对照组与观察组各 50 例。对照组中，男 34 例，女 26 例；年龄 53~84 岁，平均(68.25±4.76)岁；慢性阻塞性肺疾病病程 2~13 年，平均(6.15±0.74)年；肺部感染评分 5~8 分，平均(6.52±0.83)分。观察组中，男 31 例，女 29 例；年龄 55~81 岁，平均(68.32±4.79)岁；慢性阻塞性肺疾病病程 2~12 年，平均(6.09±0.71)年；肺部感染评分 5~8 分，平均(6.51±0.87)分。经比较，两组无明显差异 ($P>0.05$)。

纳入标准：(1)符合诊断标准；(2)肺部感染经肺部听诊、实验室检查等确诊；(3)支气管扩张药物近 1 个月内并未使用，糖皮质激素近 15g 内未应用过；(4)知情同意。

排除标准：(1)药物过敏；(2)合并其他部位感染；(3)合并其他肺部疾病，如吸入性肺炎、支气管哮喘等；(4)合并凝血功能障碍；(5)重要脏器功能严重不全；(6)合并恶性肿瘤。

1.2 方法

两组患者入院后，均给予基础治疗，包含吸氧、纠正水电解质紊乱、维持酸碱平衡、卧床休养等；同时开展对症支持治疗，包含解除支气管痉挛[采用孟鲁司特钠片(四川大冢制药有限公司，国药准字 H20064370)，每次 10mg，每天 1 次]、平喘[氨茶碱(山东新华制药股份有限公司，国药准字 H37020351)每次 0.1~0.2g，每天 3 次；沙丁胺醇吸入气雾剂(黑龙江省福乐康药业有限公司，国药准字 H23020333)每次 2 喷，每天 3~4 次；布地奈德吸入气雾剂(阿斯利康制药有限公司，国药准字 H20030410)每次每个鼻孔 64 μ g，每天 2 次]。

上述治疗基础上，对照组采用莫西沙星治疗，开始时，应用盐酸莫西沙星注射液(南京优科制药有限公司，国药准字 H20130039)，剂量 0.4g，利用 250ml 生理盐水稀释，静脉滴注，每天 1 次，待缓解症状后，改用莫西沙星片(拜耳医药保健有限公司，国药准字 J20150015)，每次剂量 0.4g，每天 1 次，口服。共治疗 2 周。

观察组采用抗菌药物联合盐酸氨溴索(山德士(中国)制药有限公司，国药准字 H19990228)治疗，抗菌药物用法用量与对照组相同，盐酸氨溴索每次 30mg，每天 3 次，饭后口服，共治疗 2 周。

1.3 观察指标

完成治疗后，评估临床疗效；观察胸闷、肺部啰音、咳嗽消除时间；记录住院时间；检测肺功能，治疗前、后各进行一次，具体指标包含 1 秒用力呼气量(FEV1)、用力肺活量(FVC)、FEV1/FVC，检测仪器为耶格肺功能检测仪；检测炎症因子水平，治疗前、后各进行一次，具体指标包含白细胞介素-6(IL-6)、白细胞计数(WBC)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)，空腹状态下，抽取 5ml 静脉血，给予离心处理(速度 3000r/min、半径 10mm、时间 10min)，完成后分离血清，WBC 利用 MD-IA-1000 型全自动免疫分析仪(武汉明德生物科技股份有限公司生产)检测，IL-6、TNF- α 采用酶联免疫吸附法测定；观察用药后不良反应发生情况，包含头晕头痛、恶心呕吐、乏力、皮疹等。

1.4 疗效判定

显效：基本消除胸闷、咳嗽等症状，行肺部 X 线片检查后，肺部并不存在阴影，痰涂片显示为阴性结果；有效：缓解胸闷、咳嗽程度，肺部阴影减小了面积，痰涂片显示为阴性结果；无效：未达上述标准。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 总有效率比较

观察组治疗总有效率显著高于对照组 ($P<0.05$)，见表 1。

表 1 观察组与对照组总有效率比较 n (%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	50	24(48.00)	24(48.00)	2(4.00)	48(96.00)

表 3 观察组与对照组治疗前后肺功能指标比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别 (n=50)	FEV1 (L)		FVC (L)		FEV1/FVC	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	1.19±0.26	1.83±0.23*	1.55±0.37	2.98±0.47*	54.93±5.72	76.68±6.84*
对照组	1.18±0.24	1.47±0.26	0.59±0.36	2.14±0.49	55.04±5.81	65.28±6.47

注：与对照组相比，* $P<0.05$ 。

2.4 治疗前后炎症因子指标比较

治疗前两组并无明显差异 ($P>0.05$)；治疗后，相比对照组，观察组显著降低 WBC、IL-6、TNF- α ($P<0.05$)，见表 4。

表 5 观察组与对照组治疗前后炎症因子指标比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别 (n=50)	WBC ($\times 10^9$ /LL)		IL-6 (pg/mL)		TNF- α (mg/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	10.06±1.95	5.11±0.09*	24.72±2.49	12.23±0.93*	115.64±9.72	47.26±2.28*
对照组	10.03±1.92	7.35±0.23	24.75±2.46	19.15±1.32	115.70±9.56	76.95±3.92

注：与对照组相比，* $P<0.05$ 。

2.5 用药后不良反应发生率比较

观察组用药后，共有 3 例发生不良反应，头晕头痛 2 例，恶心呕吐 1 例，总发生率 6.00% (3/50)；对照组用药后，共有 2 例发生不良反应，恶心呕吐 1 例，皮疹 1 例，总发生率 4.00% (2/50)。经比较，两组无明显差异 ($P>0.05$)。

3 讨论

慢性阻塞性肺疾病发病后，如果急性发作，合并肺部感染的可能性较大，一旦合并，临床需对患者格外注意，积极实施相应的干预和治疗。常规对症治疗是目前临床主要采用的慢性阻塞性肺疾病治疗方式，具体包含吸氧、止咳、平喘、扩张支气管等，治疗后可一定程度的缓解咳嗽、咳痰等症状，但如果患者合并肺部感染，还需给予抗菌药物，使感染情况尽早消除^[4]。肺部感染治疗时，莫西沙星属于常用药物，其是一种广谱抗菌药物，具有显著的抗感染作用，但由于慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染患者会进一步将其心肺功能，单一应用该药物时，治疗效果并不理想^[5]。针对此种不足，近年较多研究提出采取联合用药方案治疗该疾病患者，即抗菌

*					
对照组	50	19(38.00)	22(44.00)	9(18.00)	41(82.00)

注：与对照组相比，* $P<0.05$ 。

2.2 症状消除时间及住院时间比较

观察组症状消除时间、住院时间显著低于对照组 ($P<0.05$)，见表 2。

表 2 观察组与对照组症状消除时间及住院时间比较 ($\bar{d}, \bar{x}\pm s$)

组别 (n=50)	胸闷消除时间	肺部啰音消除时间	咳嗽消除时间	住院时间
观察组	3.68±1.17*	5.31±2.33*	5.27±2.48*	5.27±1.26*
对照组	5.59±2.24	7.08±2.65	7.06±2.35	8.24±1.15

注：与对照组相比，* $P<0.05$ 。

2.3 治疗前后肺功能指标比较

治疗前两组并无明显差异 ($P>0.05$)；治疗后，相比对照组，观察组显著升高 FEV1、FVC、FEV1/FVC ($P<0.05$)，见表 3。

药物联合其他治疗药物，由于慢性阻塞性肺疾病患者发生肺部感染相关于气道内分泌物阻塞，所以可选择具有清除气道内分泌物作用的药物，盐酸氨溴索恰是具有此种药物的作用^[6-7]。本次研究显示，观察组治疗总有效率显著高于对照组 ($P<0.05$)，而胸闷、肺部啰音、咳嗽消除时间及住院时间明显低于对照组 ($P<0.05$)，提示抗菌药物与盐酸氨溴索联合后，能明显提升临床疗效，有助于快速、有效的控制病情，使患者尽早康复出院。分析原因^[8-9]：这两个药物能够发挥协同增效的效果，莫西沙星的抗感染、抗菌作用较强，但对于呼吸道分泌物，无法有效清除，而盐酸氨溴索作为黏液溶解剂，可弥补此种不足，促进呼吸道分泌物、黏液彻底的溶解并清除，最终使感染得到良好的控制。

临床上，肺通气功能常用 FEV1、FVC、FEV1/FVC 等指标来反应，当肺通气功能出现障碍，会明显降低上述指标水平^[10]。本研究发现，观察组经治疗后 FEV1、FVC、FEV1/FVC 水平显著高于对照组 ($P<0.05$)，说明盐酸氨溴索具有促进肺通气功能改善的作用，这与其可溶解痰液、提高气道分泌物清除率、通常呼吸道等作用相关。细胞因子、炎症递质发挥作

(下转第 111 页)

信息化及药学干预对骨科 I 类切口手术围术期合理应用抗菌药物的研究

袁意敬 何芳玲 符艳芬

广东省佛山市南海区第六人民医院 药学部 广东佛山 528248

摘要：目的：探析信息化及药学干预对骨科 I 类切口手术围术期合理应用抗菌药物的价值。方法：时间节点范围确定为 2021 年 1 月至 2021 年 6 月间，将在我院骨科接受治疗的 I 类切口手术患者 260 例列为观察对象，所有患者均在围术期应用抗菌药物治疗，将 260 例患者按是否采用信息化及药学干预措施作为分组依据，分为两组，即对照组 130 例只实施常规的抗菌药物指导，观察组 130 例增加信息化及药学干预进行抗菌药物指导，对比两组抗菌药物合理应用率、用药时间、抗菌药物使用费用、平均费用、不合理用药情况、生活质量。结果：经统计，观察组抗菌药物合理应用率、给药时机合理率、药物品种选择合理率均高于对照组 ($P < 0.05$)；用药时间、抗菌药物使用费用、平均费用相比，观察组均少于对照组 ($P < 0.05$)；经对比，抗菌药物不合理用药情况观察组少于对照组 ($P < 0.05$)；术前两组患者生活质量相比无差异， $P > 0.05$ ；术后，2 组患者生活质量评分均上升，且观察组生活质量评分高于对照组 ($P < 0.05$)。结论：骨科 I 类切口手术围术期合理应用抗菌药物中，采用信息化及药学干预，不仅能够提升药物合理应用率、减少不合理用药情况的发生，还能提高生活质量、减少抗菌药物使用费用，故临床可积极提倡并施展此项干预措施。

关键词：信息化及药学干预；骨科；I 类切口手术围术期；抗菌药物；使用费用；平均费用；不合理用药情况；生活质量

骨科收治的患者多数需要开展手术治疗，近年来，随着人们生活方式与习惯的不断变化，使得骨科疾病发生率直线上升^[1]。但在骨科患者开展手术治疗中，为了提高预后效果，需要在围手术期内为患者实施抗菌药物干预，以此来减轻围手术期的应激反应，提升治疗效果^[2]。I 类切口手术（又称清洁手术）是指手术未进入炎症区，未进入呼吸、消化及泌尿生殖道，以及闭合性创伤手术符合上述条件者即可开展手术。I 类切口手术部位为无污染区，大多不需要应用抗菌药物干预，只在大范围手术区，或是长时间手术时、存在高危因素时方可考虑预防用药^[3]。术后感染属于外科手术患者最常见的一种并发症，据相关报道表明，术后感染率会达到 9.2%。而此时应用抗菌药物，其在预防术后感染方面发挥了很大作用，是一项必不可少的重要的治疗手段^[4]。合理应用抗菌药物直接关系到患者术后伤口的康复，而不合理应用抗菌药物不仅不能达到药物应有的疗效，还可能会导致细菌耐药性增加；甚至引起药物不良反应的发生，浪费医疗资源的同时，增加患者不必要的经济负担。为探讨提高围手术期抗菌药物合理使用的有效方法，本课题主要利用信息手段和药学干预，以创新的方式去提高 I 类切口围术期抗菌药物使用的合理性。本文取 260 例开展 I 类切口手术的患者进行对照研究，探析信息化及药学干预对骨科 I 类切口手术围术期合理应用抗菌药物的价值，内容详述如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

时间节点范围确定为 2021 年 1 月至 2021 年 6 月间，将在我院骨科接受治疗的 I 类切口手术患者 260 例列为观察对象，所有患者均在围术期应用抗菌药物治疗，将 260 例患者按是否采用信息化及药学干预措施作为分组依据，分为两组，即对照组 130 例只实施常规的抗菌药物指导，观察组 130 例增加信息化及药学干预进行抗菌药物指导。对照组男 78 例，女 52 例；年龄 22~70 岁间，均值 (46.58 ± 3.16) 岁。观察组男 77 例，女 53 例；年

龄 23~71 岁间，均值 (47.08 ± 3.57) 岁。基线资料无显著差异 ($P > 0.05$)，研究可比。本研究符合医院伦理委员会要求。

纳入标准：符合开展 I 类切口手术者；围术期没有出现任何感染者；患者均知情，并签署同意书者。

排除标准：免疫功能障碍者；累及多种疾病者；药物禁忌证者；配合度较差者；依从性严重较差者。

1.2 方法

对照组只实施常规的抗菌药物指导，既由药师根据患者的实际情况、生理状况、手术情况，进行对症抗菌药物治疗，做好预防感染。在此过程中，做好常规治疗，基于此，观察组增加信息化及药学干预进行抗菌药物指导，如下：

(1) 为患者制定 I 类切口围手术期抗菌药物相关制度，需要先根据手术期的抗菌药物实用情况、不良反应、相关规定与政策，制定完善的 I 类切口抗菌药物使用制度，之后细化抗菌药物的使用流程，规范相关操作制度，最后做好强化管理，保证抗菌药物的应用可以有序开展。(2) 明确抗菌药物的应用方案，在手术治疗的前一天，需要在查房过程中了解患者的实际病情，以实际情况，对相关检验报告加以分析，同时回答医生的问题，即针对抗菌药物的使用问题，提高抗菌药物使用配合度。之后针对医生开具的医嘱进行审核，及时发现问题，并开展反馈、沟通，分析医嘱中的相关问题，不断的提高抗菌药物的使用方案，提高用药合理性^[5]。(3) 在抗菌药的应用过程中，加强药学监护，对用药后是否出现不良反应进行密切的监测，如发现异常，立即停止用药，并与医生进行交流，及时对抗菌药物的使用方案进行更换。对于病情较为危重患者，在应用抗菌药物时，需要提前向家属说明抗菌药物的使用情况与可能出现的不良反应，提升药物认知效果，保证手术配合度。同时对患者与家属的疑问进行解答，提醒他们可以随时咨询相关问题，减轻心中的困惑。定时由药师对 I 类切口手术

期抗菌药物应用不合理情况进行总结，并分析相关问题的原因，制定相应的解决方案，提升抗菌药物使用合理性^[6]。

1.3 观察指标

对比两组抗菌药物合理应用率、用药时间、抗菌药物使用费用、平均费用、不合理用药情况、生活质量。抗菌药物合理应用率针对抗菌药物合理使用率、给药时机合理率、药物品种选择合理率进行统计。不合理用药情况包括用药时间不当、药物选择不当、持续用药时间不当、药物更换无依据。应用 SF-36 量表，对患者的生活质量施以评估，包括生理功能、社会功能、独立性、精神功能、心理状态、环境等，分数越高，患者的生活质量越高^[7]。

1.4 统计学方法

通过 SPSS26.0 软件完成数据的分析，若数据之间存在组间差异性，则以 $P<0.05$ 展开。

2. 结果

2.1 抗菌药物合理应用率对比

经统计，观察组抗菌药物合理使用率、给药时机合理率、药物品种选择合理率明显高于对照组 ($P<0.05$)，见表 1。

表 1 抗菌药物合理应用率对比 n (%)

组别	例数	抗菌药物合理使用率	给药时机合理率	药物品种选择合理率
观察组	130	120 (92.31)	126 (96.92)	130 (100.00)
对照组	130	83 (63.85)	117 (90.00)	124 (95.38)
χ^2	--	30.761	5.098	6.142
P	--	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 用药时间、抗菌药物使用费用、平均费用对比

用药时间、抗菌药物使用费用、平均费用相比，观察组均少于对照组 ($P<0.05$)，见表 2。

表 2 住院时间、抗菌药物使用费用、平均费用对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	用药时间 (d)	抗菌药物使用费用(元)	平均费用(元)
观察组	130	6.39±1.31	30.55±4.21	52.04±42.51
对照组	130	9.41±2.11	54.60±13.31	74.97±52.85
t	--	13.864	19.635	3.855
P	--	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 抗菌药物不合理用药情况对比

经对比，抗菌药物不合理用药情况观察组少于对照组 ($P<0.05$)，见表 3。

表 3 抗菌药物不合理用药情况对比 n (%)

组别	例数	用药时间不当	药物选择不当	持续用药时间不当	药物更换无依据
观察组	130	3 (2.31)	4 (3.08)	2 (1.54)	2 (1.54)
对照组	130	15 (11.54)	20 (15.38)	10 (7.69)	11 (8.46)
χ^2	--	8.595	11.751	5.591	7.105

P -- <0.05 <0.05 <0.05 <0.05

2.4 生活质量对比

术前两组患者生活质量相比无差异， $P>0.05$ ；术后，2 组患者生活质量评分均上升，且观察组生活质量评分高于对照组 ($P<0.05$)，见表 4。

表 4 生活质量对比

组别	观察组 (130 例)	对照组 (130 例)
生理功能 (分)	护理前 21.75±6.31	21.54±6.77
	护理后 33.85±8.64	26.15±6.55
社会功能 (分)	护理前 13.54±2.67	13.55±2.68
	护理后 24.21±6.41	17.15±5.88
独立性 (分)	护理前 15.78±6.45	15.55±6.25
	护理后 30.95±6.20	20.75±6.68
精神功能 (分)	护理前 20.45±2.78	20.15±2.34
	护理后 28.67±2.78	24.51±3.11
心理状态 (分)	护理前 12.15±8.26	12.35±8.66
	护理后 22.31±6.54	17.15±5.88
环境 (分)	护理前 12.65±7.51	12.35±7.95
	护理后 19.15±5.94	15.14±5.45

3. 讨论

I 类切口手术是指手术未进入炎症区，未进入呼吸、消化及泌尿生殖道，以及闭合性创伤手术，符合以上条件者即为 I 类切口手术。I 类切口手术部位没有污染，但多数均需预防用抗菌药物，仅在手术范围大或长时间手术者、涉及重要脏器均需要考虑应用预防用药^[8]。而术后感染属于外科手术患者最常见的一种并发症，据报道，国内术后感染率较高。因此，抗菌药物的应用，在预防手术后感染方面发挥了积极作用，属于一种必要可缺的重要手段。据相关研究表明，应用抗菌药物可以有效预防感染等现象发生，提高手术质量、改善患者预后。

研究表明，合理应用抗菌药物与术后患者伤口康复具有积极作用，而且不合理应用抗菌药物，不仅无法达到有效的治疗效果，而且有可能增加细菌耐药性，甚至引起药物不良反应，浪费医疗资源的同时增加经济负担。据 WHO 相关调查研究表明，全球约有 1/3 的患者会在用药过程中因用药不当而产生死亡，而全球约有 1/7 患者的死因，是因不合理用药而发生的^[9]。因此，围术期合理应用抗菌药物对于预防术后感染、降低微生物耐药性具有重要作用。随着我院骨科的发展，人口老龄化的到来，骨外科患者人数也在不断增加，同时也增加了病情复杂情况，导致 I 类切口围术期抗菌药物的使用率较高，引发合理率偏低的情况的出现。为了规范抗菌药物合理应用情况、保障医疗质量安全，我院根据相关指导原则，开展信息化及药学干预，取得了显著效果^[10]。在信息化及药学干预措施下，可以在一定程度上促进抗菌药物的合理应用率，根据患者的实际情况，制定相应的抗菌药物使用制度与使用频率，减少不合理用药引起的困扰；而抗菌药物作为 I 类切口手术患者围术期预防应激反应的药物，其对提升预后效果、缩短住院时间具有积极作用。

在骨科手术患者的治疗中，会对软组织产生损伤，加上手术器械的影

响, 非常容易发生感染, 影响手术效果, 同时也影响术后的康复效果。而信息化及药理学干预措施的开展, 可以提升手术的安全性, 减轻患者的经济负担, 对推动医学服务的发展具有重要作用; 同时信息化及药理学干预措施的开展, 可以提高预后效果, 对辅助提升患者生活质量也具有积极作用^[11]。

综上所述, 信息化及药理学干预用于骨科 I 类切口手术围术期合理应用抗菌药物中, 具有显著的作用, 值得推广。

参考文献:

- [1]吴雪娟.药理学干预对 I 类切口围手术期使用抗菌药物的评估分析[J].中国现代药物应用,2021,15(13):220-222.
- [2]潘丽芬,林新云,王杰聪.临床药师干预前后骨科 I 类切口手术围术期抗菌药物预防性应用分析[J].北方药学,2020,17(06):189.
- [3]王峰.药理学干预对 I 类切口围手术期使用抗菌药物的评估分析[J].心理月刊,2020,15(05):191.
- [4]林家萍.药理学干预对提高骨科 I 类切口手术患者围手术期抗菌药物合理使用的影响[J].抗感染药学,2019,16(04):603-605.
- [5]吴丽莎,黄春兰,林雪峰,等.骨科 I 类切口手术围术期预防性应用抗菌

(上接第 108 页)

用时, 多种以呼吸道上皮细胞作为靶细胞, 其可将 IL-6、TNF- α 等细胞因子大量的合成和释放^[11]。合并肺部感染后, 因会刺激到单核细胞, 导致明显增加炎症递质的释放, 使 WBC 水平升高, 并进一步损伤肺组织^[12]。盐酸氨溴索能一定的刺激支气管黏液腺, 促进更多的分泌中性黏多糖, 减少酸性黏多糖的产生, 使新陈代谢速度加快, 利于呼吸道纤毛运动, 最终顺利的、及时的将呼吸道分泌物和黏液排出。本研究显示, 观察组治疗后 WBC、IL-6、TNF- α 显著低于对照组 ($P<0.05$), 提示盐酸氨溴索有助于进一步减轻炎症水平, 促进病情恢复。此外, 盐酸氨溴索有 7h 的血浆半衰期, 主要代谢途径为干净, 可将 90% 的机体代谢产物清除掉, 所以给药后药物蓄积现象基本不会出现, 不会增加头晕头痛等不良反应, 本研究两组不良反应发生率无明显差异 ($P>0.05$) 也证实了该药物的安全性。

综上, 慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染应用盐酸氨溴索联合抗菌药物治疗时, 可显著提升临床疗效, 促进患者肺功能明显改善, 且不良反应较少, 安全性较高, 值得推广。

参考文献:

- [1]周志,胡光熙.盐酸氨溴索治疗老年慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染疗效与药物不良反应[J].临床合理用药杂志,2021,14(31):35-36.
- [2]苏凝,王晋利,赵素霞,等.盐酸氨溴索在治疗慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染患者中的效果分析[J].中国药物与临床,2021,21(14):2500-2501.
- [3]马立敏.盐酸氨溴索治疗老年慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染临床效果评价[J].中国药物与临床,2021,21(09):1536-1538.
- [4]郑良璇,李景隆.慢性阻塞性肺疾病(慢阻肺)合并肺部感染患者实施

药物的调查与分析[J].中国当代医药,2019,26(07):200-203+207.

[6]魏龙.临床药理学干预对骨科 I 类切口手术预防用抗菌药物的作用分析[J].全科口腔医学电子杂志,2019,6(06):149.

[7]汤文静,汤婷,刘禹.临床药理学干预对骨科 I 类切口手术预防用抗菌药物的作用分析[J].当代医学,2019,25(04):136-138.

[8]黄均初,李世浩,曾钰超.药理学干预前后 I 类切口手术围术期抗菌药物预防性应用分析[J].中国医院用药评价与分析,2018,18(06):838-839+843.

[9]张莉,刘仔,谢景峰.药理学干预前后骨科 I 类切口手术围术期抗菌药物预防性应用分析[J].中国医院用药评价与分析,2018,18(02):243-245.

[10]范卫华.对行 I 类切口手术期间使用抗菌药物的骨科疾病患者进行综合药理学干预的效果[J].当代医药论丛,2017,15(20):148-149.

[11]何兆红,李洁媚,游启森,等.药理学干预对 I 类切口围手术期使用抗菌药物的评估分析[J].中国当代医药,2017,24(11):143-145+157.

作者简介: 袁意敬, 性别, 男, 出生年月, 1989 年 6 月, 籍贯, 广东佛山, 民族, 汉族, 学历, 大学本科, 职称, 主管药师。

佛山市卫生健康局医学科研课题立项 (项目编号: 20210349)

盐酸氨溴索治疗的效果观察[J].智慧健康,2021,7(14):136-138.

[5]张彦军.盐酸氨溴索治疗老年慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染疗效[J].名医,2021(09):163-164.

[6]侯瑞婷.盐酸氨溴索治疗慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染的效果[J].深圳中西医结合杂志,2021,31(07):189-191.

[7]武焕龙.盐酸氨溴索治疗老年慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染疗效与药物不良反应[J].山西医药杂志,2021,50(06):966-968.

[8]谭雪婷,林彩战,钟小娜.盐酸氨溴索治疗慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染的临床效果[J].中国当代医药,2020,27(36):64-66.

[9]姬圆圆,赵文萍.盐酸氨溴索治疗老年慢阻肺合并肺部感染患者的临床效果[J].临床医学研究与实践,2020,5(30):65-67.

[10]赵聪.慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染患者使用盐酸氨溴索静滴的临床价值分析[J].中国医药指南,2020,18(08):57-58.

[11]陈晓宇.盐酸氨溴索配合抗菌药物对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者伴肺部感染的疗效及其对肺功能改善的影响[J].抗感染药学,2019,16(02):310-312.

[12]周淑华,徐秀萍,毛芝芳,等.左氧氟沙星与氨溴索联合治疗对慢性阻塞性肺疾病合并肺部感染老年患者的疗效研究[J].中华医院感染学杂志,2018,28(06):848-851.

作者简介: 姓名: 于志鑫 性别:男 出生年月:1985.01.10 民族:汉 籍贯:望奎 学历:本科 职称:主治医师 职务:医生 研究方向:呼吸内科。

缬沙坦氨氯地平与氨氯地平在高血压合并冠心病支架置入术后患者中的应用观察

张茹 包斯琴

北京市海淀区甘家口社区卫生服务中心 北京 100037

摘要：目的：比较缬沙坦联合氨氯地平与氨氯地平单用在高血压合并冠心病支架置入术后患者中的应用效果。方法：选取 2020 年 1 月~2021 年 6 月本院就诊 150 例高血压并冠心病支架置入术后患者为研究对象，采用随机排列法分为对照组和观察组，各 75 例。对照组在给予氨氯地平治疗，观察组在对照组基础上额外添加缬沙坦治疗，两组治疗周期均为 2 个月，比较 2 个月后患者血压水平及血压达标率，并调查两组患者治疗前后血压及血脂水平，并统计两组随诊半年心血管不良事件发生率以及用药期间不良反应发生率。结果：治疗前患者血压指标比较，差异无统计学意义 ($P>0.05$)，治疗后研究组患者血压各项指标均低于对照组，血压达标率高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)；研究组治疗前收缩压、舒张压、总胆固醇 (TC)、甘油三酯 (TG)、低密度脂蛋白 (LDL-C) 和高密度脂蛋白 (HDL-C) 与对照组无明显区别 ($P>0.05$)；研究组治疗后 TC、TG、LDL-C 水平低于对照组，HDL-C 水平高于对照组 ($P<0.05$)。随诊半年研究组心血管事件发生率明显低于对照组 ($P<0.05$)，对照组和研究组不良反应发生率对比差异不显著 ($P>0.05$)。结论：缬沙坦联合氨氯地平在高血压合并冠心病支架置入术后应用效果满意，可有效控制血压及血脂水平，减少心血管事件的发生率，且联合用药安全较高。

关键词：缬沙坦氨氯地平；氨氯地平；高血压；冠心病；支架置入术

高血压和冠心病均是临床较为常见的慢性疾病，二者均对机体的心血管系统构成极大的威胁。不仅如此，据调查显示，高血压和冠心病两种疾病既可独立存在，也可相互影响，共同发病，对患者的身心健康及生活质量造成严重影响。目前经皮冠状动脉支架置入和冠状动脉旁路移植术 (CABG) 的成熟应用，可以有效疏通堵塞的动脉血管，在挽救患者生命安全，提高生存率方面效果显著^[1-2]。然经临床研究发现^[3]，仍有部分患者在行支架置入术治疗后仍无法有效实现心肌组织再灌注的情况，同时血压控制不佳将会进一步损伤血管功能，导致动脉粥样硬化引发的微血栓，因此在支架置入术后辅以有效的药物控制血压进行优化治疗必不可少^[4]。现为验证该药物在 CHD 患者中治疗的安全性和有效性，本研究选取 2020 年 1 月~2021 年 6 月本院就诊 150 例高血压并冠心病支架置入术后患者进行分组研究，旨在分析在缬沙坦联合氨氯地平与氨氯地平单用治疗的临床效果，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2020 年 1 月~2021 年 6 月本院就诊 150 例高血压并冠心病支架术后患者作为研究对象，采用随机排列法将其中 75 例患者纳入对照组，组内男性和女性患者人数比为 41:34，年龄范围在 49~75 (62.85±3.74) 岁，高血压病程范围在 1~18 (10.25±2.41) 年，吸烟人数比 (是：否) 22: 53，合并糖尿病 36 例；其余 75 例患者纳入研究组，组内男性和女性患者人数比为 45:30，年龄范围在 50~73 (62.79±3.82) 岁，高血压病程范围在 1~19 (10.30±2.38) 年，吸烟人数比 (是：否) 20: 55，合并糖尿病 34 例。两组资料对比有分组比较价值 ($P>0.05$)。

纳入标准^[4]：(1) 均为原发性高血压患者^[5]，符合高血压诊断标准：收缩压≥140mmHg，舒张压≥90mmHg；(2) 年龄>18 岁；(3) 符合冠心病诊断标准^[6]，在上级医院行冠脉支架术后 1-3 个月；(4) 临床各项检查

资料、服药情况等资料完整。

排除标准：(1) 继发性高血压患者；(2) 因药物引发冠心病症状；(3) 服药期间同时合并两种以上的降压或降脂药物治疗；(4) 合并严重肝脏、肾脏病变；(5) 患有心脑血管疾病的患者；(6) 患有恶性肿瘤的患者；(7) 药物治疗期间合并严重外伤或经手术治疗的患者。

1.2 方法

入组患者均接受饮食指导，控制血糖、戒烟戒酒、减肥，叮嘱其适当参加体育锻炼等，术后均给予双联抗血小板药物。对照组单纯采用氨氯地平治疗，选取由辉瑞制药有限公司研发的苯磺酸氨氯地平片 (国药准字：H10950224；规格：5mg)，患者每日 1 次，每次 5ml。研究组采用氨氯地平联合缬沙坦治疗，其中氨氯地平厂商、型号、规格及用法用量同对照组；缬沙坦 (北京诺华制药有限公司，国药准字 H20040217，80mg/粒) 于晨起口服，1 粒/次，1 次/d。两组疗程均为 2 个月。

1.3 观察指标及评价工具

(1) 详细记录两组患者治疗前后血压指标 (即收缩压与舒张压)、血压变化。(2) 分别于治疗前和治疗 2 个月后采集患者空腹静脉血液 5ml，利用全自动生化分析仪测定患者的血脂指标水平，具体包括总胆固醇 (TC)、甘油三酯 (TG)、低密度脂蛋白 (LDL-C) 和高密度脂蛋白 (HDL-C)，比较两组间差异。(3) 详细记录患者治疗期间不良反应发生情况，具体包括腹痛、头晕头痛、恶心呕吐、消化不良和肝功能异常等，比较两组总发生率的差异。

1.4 统计学处理

全文数据使用 SPSS19.0 统计软件进行计算，将数据资料分为两大类，即计数资料与计量资料，计数资料用百分比表示，检验方式为卡方值 (χ^2)；计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示，检验方式为 t 值，最终以 P 值是否小于 0.05 判定其有无统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者血压控制情况比较

治疗前患者血压指标比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 治疗后研究组患者血压各项指标均低于对照组, 血压达标率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 详见表 1:

表 1 两组患者血压状况组间比较 ($\bar{x}\pm s$, mmHg)

组别	n	治疗前		治疗后		血压达标率
		收缩压	舒张压	收缩压	舒张压	
对照组	75	145.67±11.05	94.21±7.01	141.35±9.45	89.67±7.08	11 (9.17)
研究组	75	144.98±11.12	94.17±7.12	136.27±8.06	86.31±7.32	3 (2.50)
t/X^2		0.482	0.044	4.480	3.614	4.855
P		0.630	0.965	0.001	0.001	0.028

2.2 两组患者血脂水平比较

对照组和研究组治疗前血压和血脂指标水平对比无明显区别 ($P>0.05$); 治疗后对比差异显著 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者血脂水平比较 [$\bar{x}\pm s$]

组别	阶段	TG (mmol/L)	TC (mmol/L)	LDL-C (mmol/L)	HDL-C (mmol/L)
对照组 (n=75)	治疗前	2.33±0.65	5.82±1.36	4.05±0.87	1.02±0.28
	治疗后	1.62±0.23	5.40±1.25	3.26±0.61	1.33±0.26
研究组 (n=75)	治疗前	2.31±0.68	5.86±1.37	3.99±0.88	1.03±0.27
	治疗后	1.28±0.21	4.92±1.13	2.46±0.50	1.59±0.30
t 治疗前组间值		0.774	0.754	1.765	0.936
P 治疗前组间值		0.439	0.451	0.078	0.349
t 治疗后组间值		39.738	10.369	36.921	23.840
P 治疗后组间值		0.001	0.001	0.001	0.001

2.3 两组随访半年心血管事件发生情况

对照组和研究组心血管事件发生率对比差异显著 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 两组随访半年心血管事件发生情况[n(%)]

组别	例数	心肌梗死	心绞痛	心衰加重	再次血管重建	心源性死亡	发生率
对照组	75	1	2	2	3	2	10(13.33)
研究组	75	1	1	0	0	0	2 (2.67)
X^2							17.639
P							0.001

2.4 不良反应发生率

对照组和研究组不良反应发生率对比差异不显著 ($P>0.05$), 见表 4。

表 4 不良反应发生率比较[n(%)]

组别	例数	皮疹	水肿	恶心呕	头晕头	肌肉疼	发生率
----	----	----	----	-----	-----	-----	-----

				吐	痛	挛	
对照组	75	7	1	1	1	2	12(16.00)
研究组	75	5	2	1	2	1	11(14.67)
X^2							1.263
P							0.356

3 讨论

冠心病是一种临床常见的缺血性心脏病, 主要由冠状动脉粥样硬化造成的器官病变, 此病常与高血压并存^[7]。高血压作为一种典型慢性血管疾病, 截至 2018 年发表的全国高血压调查结果显示^[8], 我国 18 岁及以上年龄人群高血压的患病粗率为 27.9%, 加权患病率为 23.2%。这也意味着, 平均每四个成人中就有一名高血压患者。临床对于高血压合并冠心病主张以介入治疗的方式, 然而根据病变不同, 支架术后仍有 12%~58%的再狭窄发生率, 增加了心肌梗死再发、心绞痛及靶血管重建的发生风险, 而导致血管狭窄的主要原因在于血栓形成, 而这与血压血脂控制不佳密切相关^[9]。因此, 在高血压合并冠心病行支架植入术后如何选择合适的药物对改善患者预后具有重要意义。

现如今, 临床主要采取 ABCD 原则治疗高血压, 即血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI) 或血管紧张素受体抑制剂 (ARB)、钙离子拮抗剂、 β 受体阻滞剂类降压药物、钙通道阻滞剂 (CCB) 降压药物可达到有效的降压效果, 且安全性较高^[10]。其中苯磺酸氨氯地平是治疗高血压的首选, 它是临床最具代表性的长效降压药物, 同时也是第三代氢吡啶类钙离子拮抗剂, 对于高血压患者而言, 它可以两种降压作用机制, 其一是抑制血管平滑肌的收缩作用, 其二是阻断细胞外钙离子内流, 加之该药物还可以促进一氧化氮的释放, 降低氧化应激因子和炎症因子的表达, 使其在降低血压水平的同时还可以有效保护患者的血管^[11-12]。但由于高血压是一种多种原因导致的异质性综合征, 在临床治疗中采用单一的降压药效果不明显, 需给予联合用药。缬沙坦属血管紧张素阻滞剂, 亦有学者证实它具有强效、持续的降压效果^[13]。本研究对支架置入术后辅以缬沙坦联合氨氯地平, 结果显示: 治疗后研究组患者血压各项指标均低于对照组, 血压达标率高于对照组; 研究组治疗后 TC、TG、LDL-C 水平低于对照组, HDL-C 水平高于对照组。氨氯地平片的降压机制包含[8]: ①机体心肌、平滑肌的收缩功能正常运行依赖细胞外钙离子通过特异性离子通道进入细胞, 氨氯地平能选择性抑制钙离子进入平滑肌细胞、心肌细胞, 且对平滑肌作用效果更大, 从而起到降低收缩压的效果; ②减少患者外周阻力, 降低心脏做功与心率血压乘积, 减低心肌需氧量, 促使缺血区恢复正常血供。缬沙坦是一种典型的 ARB 类药物, 其能起到良好的血管紧张素受体拮抗作用, 对血管紧张素 II 抑制, 抑制血管收缩, 达到舒张血管平滑肌的作用, 同时能降低肾上腺素含量, 达到降压的效果^[14]。同时缬沙坦对血管紧张素 I 受体的影响较小, 在降压的同时, 不会增加心率产生影响, 降压效果可超过 24h^[15]。另外发现, 随访半年研究组心血管事件发生率明显低于对照组 ($P<0.05$), 对照组和研究组不良反应发生率对比差异不显著 ($P>0.05$), 主要由于当患者血脂和血压水平达到满意控制时, 能够最大减少心血管事件发生

(下转第 119 页)

腹膜外腹腔镜疝气修补手术在腹股沟疝气治疗中的效果和临床价值探讨

张志安

邢台市清河县人民医院 河北邢台 054800

摘要：目的：分析治疗腹股沟疝气时应用腹膜外腹腔镜疝气修补手术的临床效果。方法：选取 2021 年 4 月~2022 年 3 月腹股沟疝气患者 85 例，根据手术方法分组，A 组（腹膜外腹腔镜疝气修补术）42 例，B 组（腹膜前间隙无张力疝修补术）43 例，比较手术情况、临床疗效、疼痛程度、安全性、预后情况。结果：手术情况比较，A 组可较快完成手术，术中出血较少，可较早下床活动和出院，显著优于 B 组（ $P<0.05$ ）；疗效比较，A 组[95.24%（40/42）] 优于 B 组[81.40%（35/43）]（ $P<0.05$ ）；疼痛程度比较，A 组[（2.27±0.42）分]轻于 B 组[（3.11±0.54）分]（ $P<0.05$ ）；安全性比较，A 组[4.76%（2/42）] 优于 B 组[18.60%（8/43）]（ $P<0.05$ ）；预后情况比较，A 组复发率[2.38%（1/42）]低于 B 组[16.28%（7/43）]（ $P<0.05$ ）。结论：应用腹膜外腹腔镜疝气修补手术进行腹股沟疝气治疗具有较好手术效果，可提高手术效率，减少术中出血，促进患者快速恢复，术后疼痛较轻，并发症较少，预后情况较好。

关键词：腹膜外腹腔镜疝气修补手术；腹股沟疝气；疼痛；安全性

前言：腹股沟疝气是发病率较高的疾病，通常需要实施手术对患处进行修复，解除不良症状。相关研究显示，腹股沟疝气主要是因为患者腹股沟部位存在缺损或者薄弱区域，导致腹腔内脏器朝向体表方向突出，形成疝，俗称“疝气”^[1]。腹膜外腹腔镜疝气修补手术是先进治疗方法，应用该手术方法可促进腹股沟薄弱区修复。腹膜外腹腔镜疝气修补手术具有较小手术切口，属于微创治疗，可降低手术对机体造成的额外创伤^[2]。本文从 2021 年 4 月~2022 年 3 月收治的腹股沟疝气患者资料中选取 85 例，说明腹膜外腹腔镜疝气修补术方法，观察应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 4 月~2022 年 3 月 85 例腹股沟疝气患者，按照手术模式分为，A 组 42 例（腹膜外腹腔镜疝气修补术），性别：男/女=24/18，年龄（21~79）岁，平均（50.19±9.34）岁；病程（0.5~8.0）年，平均（4.59±1.20）年；其中股疝 6 例，直疝 13 例，斜疝 23 例。B 组 43 例（腹膜前间隙无张力疝修补术），性别：男/女=23/20，年龄（21~79）岁，平均（50.19±9.34）岁；病程（0.5~8.0）年，平均（4.59±1.20）年；其中股疝 7 例，直疝 12 例，斜疝 24 例。资料可予分析（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：（1）确诊为腹股沟疝气；（2）符合手术治疗指征；（3）资料完整；（4）器官功能正常；（5）患者知情同意。

排除标准：（1）精神、智力障碍；（2）血液系统疾病；（3）免疫系统异常；（4）药物过敏；（5）妊娠哺乳期。

1.2 方法

A 组行腹膜外腹腔镜疝气修补手术治疗：（1）对患者实施全麻，术中取侧卧体位，头低足高。脐下开 2 cm 切口，直达腹直肌，通过牵拉处理分离腹直肌。在腹直肌外侧缘部位置入 5 mm 规格 Trocar 2 个，在脐下切

口中置入 10 mm 规格 Trocar 1 个。创建气腹，利用腹腔镜视野观察患处疝囊情况，进行结扎处理。通过套管鞘将卷曲的补片置入，使其完全覆盖耻骨肌孔，补片边缘超出腹横肌上缘，对股管内口下缘进行覆盖。将管套拔出，然后将气腹解除。

B 组实施腹膜前间隙无张力疝修补术：（1）麻醉、手术开创方法同 A 组，实施腹膜前间隙无张力疝修补术。（2）上下分离切口处腱膜，使腹股沟韧带、腱膜充分显露。（3）将提睾肌分离，游离处理精索，定位疝囊区域。（4）彻底分离疝囊至疝囊颈部。（5）高位缝扎内环口处，将多余疝囊去除。（6）根据疝分类和规格选择疝修补术，通常采用 Bassini 与 Mcvay 疝修补术。（7）完成上述操作后，逐层缝合切口部位。

术后，严密监测体征，实施规范抗感染治疗、饮食管理、用药管理、健康宣教等，预防并发症。术后随访 6m，观察预后情况。

1.3 观察指标

手术情况：统计手术用时、术中出血量、术后初次下床活动时间、住院时间。

临床疗效：（1）显效：通过手术修补，患者基本无异常；（2）有效：通过修补后，患者症状可见明显改善；（3）无效：未见上述变化。有效率 = [（1）+（2）]÷（本组 n）×100.00%。

疼痛程度：术后 0.5d、1d、3d 使用《视觉疼痛模拟评分》（即 VAS）评价疼痛程度，总分（0~10）分，VAS 评分、疼痛程度呈正相关。

安全性：统计术后尿潴留、切口疼痛、感染、阴囊水肿等并发症情况。

预后情况：术后 6m 随访统计复发情况。

1.4 统计学方法

以 SPSS 24.0 分析腹股沟疝气患者数据，计量资料（手术情况、疼痛程度）以“均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）”表示， t 检验，计数资料（疗效、手术

安全性、预后情况)以率(%)表示, χ^2 检验, $P<0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 手术情况

A 组手术、下床活动、住院时间<B 组,A 组出血量<B 组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 手术治疗情况($\bar{x}\pm s$)

组别	A 组(腹膜外腹 腔镜疝气修补 手术)	B 组(腹膜前间 隙无张力疝修 补手术)	<i>P</i>
<i>n</i>	42	43	
手术时间(min)	25.27±3.65	38.25±4.41	<0.05
手术出血量 (mL)	24.93±3.72	35.62±4.35	<0.05
初次下床活动 (h)	20.54±4.11	25.31±3.40	<0.05
住院时间(d)	3.16±2.14	7.66±2.25	<0.05

2.2 临床疗效

A 组有效率(95.24%)>B 组(81.40%),A 组显效率(57.14%)>B 组(44.19%),差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 疗效[n, % (n)]

组别	A 组(腹膜外腹 腔镜疝气修补 手术)	B 组(腹膜前间 隙无张力疝修 补手术)	<i>P</i>
<i>n</i>	42	43	
显效	24	19	
有效	16	16	
无效	2	6	
有效率	95.24 (40/42)	81.40 (35/43)	<0.05
显效率	57.14 (24/42)	44.19 (19/43)	<0.05

2.3 疼痛程度

术后各阶段 VAS 评分比较,A 组<B 组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 VAS 评分[分, ($\bar{x}\pm s$)]

组别	A 组(腹膜外腹 腔镜疝气修补 手术)	B 组(腹膜前间 隙无张力疝修 补手术)	<i>P</i>
<i>n</i>	42	43	

术后 0.5 d	4.01±0.49	5.70±0.64	<0.05
术后 1 d	3.24±0.57	4.62±0.85	<0.05
术后 3 d	2.27±0.42	3.11±0.54	<0.05

2.4 安全性

A 组并发症发生率(4.76%)<B 组(18.60%),差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

表 4 术后并发症情况[n, % (n)]

组别	A 组(腹膜外腹 腔镜疝气修补 手术)	B 组(腹膜前间 隙无张力疝修 补手术)	<i>P</i>
<i>n</i>	42	43	
阴囊水肿	0	1	
切口疼痛	1	2	
肠梗阻	0	1	
尿潴留	1	2	
切口感染	0	2	
发生率	4.76 (2/42)	18.60 (8/43)	<0.05

2.5 预后情况

A 组复发 1 例,复发率 2.38%;B 组复发 7 例,复发率 16.28%;A 组复发率(2.38%)<B 组(16.28%),差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

疝气发病率较高,中老年患者和患儿占比较高。相关调查显示,疝气发生率为(1~4)%,其中男性发病率显著高于女性。在疝气发病患者中,发病区域为腹股沟区域的疾病类型为腹股沟疝,主要分为直疝、斜疝与股疝。疝气临床特征主要为腹股沟部位出现薄弱点、孔隙或缺损,导致内部组织或脏器位置异常,朝着体表方向突出,侵入其他区域。腹股沟疝患者在疝气疾病人数中占比高达 95%,在外科属于高发性疾病,对患者造成痛苦,必须予以积极治疗^[3]。

腹壁强度减弱、腹内高压是诱发腹股沟疝的核心因素。腹股沟疝可由疾病等因素诱发,患者慢性支气管炎长期咳嗽,习惯性便秘导致用力排便,前列腺增生、肥大等导致排尿困难,受到上述因素影响,患者腹腔内压升高,对腹内脏器造成异常压迫,导致其向腹壁薄弱处移位,患者因此发病。脏器疾病诱发腹水后腹压升高也是常见因素。医学研究认为,患者局部肌肉、肌腱退变,腹壁功能强度降低是主要影响因素。

腹股沟疝通常具有显著外在症状,可见腹股沟区域出现肿块,平卧状态下不明显,患者偶尔可见疼痛,运动状态下疼痛加剧。腹股沟疝影响患者日常生活,患者在长期站立、举重物和咳嗽时明显不适。因为体内组织受到压力影响突向薄弱点,腹壁薄弱处组织推进过多时,患者因为局部压力而产生疼痛感,随着疝气恶化疼痛加剧。腹股沟疝具有显著

危害性,轻症患者可见局部肿块,偶尔合并胀痛。重症腹股沟疝患者出现恶心、呕吐、腹胀、便秘以及腹部绞痛等。腹股沟疝处理不及时会影响部分突出小肠血运,局部组织因为血氧供应不足而发生缺氧缺血性坏死。腹股沟疝严重时可能诱发感染,发展为脓毒血症,具有病死风险。基于其危害性,患者发病后应及时就医接受专业诊断治疗,对于符合手术指征的患者应予以手术修补^[4]。

腹股沟疝无法自愈,虽然该病进展缓慢,但是病情将持续进展,病情加重后,患者从轻度消化系统症状和疼痛,发展为肿块坠入阴囊,影响日常生活。腹股沟疝严重时发生嵌顿,引起肠坏死,威胁患者生命健康。在当前医疗水平下,腹股沟疝无法通过药物治疗,手术是唯一治疗方法。腹膜外腹腔镜疝气修补手术属于比较先进的手术方法,该手术中针对腹股沟疝患者进行无张力修补治疗,具有较好的治疗效果。

传统手术治疗治疗中,患处缺孔组织存在一定距离,对疝气周围组织进行强行缝合导致局部张力过大,不仅较易造成患者剧烈疼痛,而且术后较易复发,其复发率为(10~15)%。传统手术治疗后患者卧床3d,出院后还需休息3w,术后3m无法进行重力劳动。基于此种原因,传统手术方法已经被无张力修补手术取代。腹腔镜疝修补术为无张力修补术,具有较好的应用效果,应用此种手术对患处进行无张力修补,从而缓解病情,解除患者痛苦。在此种手术中,利用腹腔镜使用疝补片进行腹股沟缺孔修复,从而增强缺孔后腹股沟管后壁。采取此种治疗措施后,在腹股沟最深面置入补片,较之张力修补手术相比复发率显著降低。腹腔镜腹股沟疝修补术的优点是可显著缩小手术切口,减轻机体疼痛,可促进术后早期恢复。腹股沟区通常不会留下手术疤痕。在实施此种手术时,采用腹膜外区域作为手术路径,对腹腔干扰减轻,可进一步降低手术消极影响,对于加速术后恢复具有积极意义^[5]。

在无张力疝修补术治疗中可选择不同手术入路。其中腹膜外入路具有显著优势,此种手术不仅切口较小,无需进行大面积剥离,减轻手术对机体造成的创伤,具有微创外科优势。此种手术疗法不会造成缝线张力,对患者机体常规解剖结构不会造成破坏,手术可操作性较强,实施效率较高,而且不易产生严重并发症,可快速减轻患者痛苦,促进患者预后。术后患者可较快恢复正常体力活动,术后3d即可出院,1w后通常可恢复正常活动,术后复发率较低,相关数据显示,此种手术治疗复发率通常低于1%。对于改善患者生活质量具有积极意义。此种手术中所用合成材料属于生物植入材料安全性较好。

腹腔镜疝气修补手术中,可选择腹膜前手术入路或者腹膜外入路。与腹膜前入路相比,该手术无需进入腹腔,可最大程度保证腹膜完整性,在手术过程中充分分离腹膜前间隙,所用补片面积较大,治疗效果比较理想,术后并发症风险降低,预后情况相对较好。腹膜前间隙无张

力疝修补术的优点是具有良好的全局观,术中视野较好,可清晰识别手术解剖标志,技术难度较低。在腹膜前入路手术中,需要在进入腹腔和腹股沟区后对腹膜进行二次切开,导致腹膜受损,完整性降低,而且术中腹膜前间隙未能充分分离,所用补片面积较小,覆盖疝气区域时覆盖面积有限,术后较易复发。两种手术方法均有一定疗效,但是腹膜外腹腔镜疝气修补手术应用效果比较理想。

本次研究中,手术情况显示,与B组相比,A组手术用时显著缩短,同时在手术过程中切口出血量显著降低。术中出血量与手术创伤密切相关,该出血量表明A组手术方法术中创伤较轻。下床活动时间表明,A组可较早恢复至下床水平。住院时间表明,A组术后恢复迅速,可较早出院,提前出院不仅有利于减轻患者经济负担,而且对于节约医疗资源具有重要意义。

临床疗效数据表明,A组总体疗效较好,与B组相比更符合患者治疗预期。通过治疗,A组患者显效率和有效率较高,显著优于B组。并发症显示,A组发生率较低,B组较高,由该数据可知A组手术风险相对较低,安全性较好。

疼痛程度显示,两组术后疼痛逐渐减轻,但是A组疼痛缓解比较迅速,同一阶段A组疼痛程度较轻。相关研究显示,疼痛较易引起患者生理和心理应激,影响术后顺利恢复,疼痛程度减轻可缓解应激,对促进术后恢复具有积极意义。

腹股沟疝手术治疗后复发率较高,在评价手术疗效时应将复发率等预后信息作为重要评价指标。通过术后6m可知,A组治疗后与B组相比复发率显著降低,该维度数据显示A组疗法预后较好。

综上所述,在腹股沟疝气治疗中,采用腹膜外腹腔镜疝气修补手术方法具有显著应用价值。应用此种手术可显著提高手术效率,减少手术创伤,促进患者术后快速恢复,提高疗效,患者术后疼痛显著减轻,手术安全性和预后情况较高,应用效果显著。

参考文献:

- [1]张芳燕,张燕萍,陈群.腹膜外腹腔镜疝气修补术治疗老年腹股沟疝的临床效果研究[J].浙江创伤外科,2022,27(01):56-57.
- [2]董伟杰,胡松,余国利.腹膜外腹腔镜疝气修补术治疗腹股沟疝的效果分析[J].深圳中西医结合杂志,2021,31(20):168-170.
- [3]廉平,鲍传庆.腹膜外腹腔镜疝气修补术治疗老年腹股沟疝的效果和安全性观察[J].当代医学,2021,27(28):163-164.
- [4]范学刚,吴立娜.腹膜外腹腔镜疝气修补术与传统疝气修补术在临床治疗腹股沟疝的效果[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(89):44+46.
- [5]于海波.腹膜外腹腔镜疝气修补术在腹股沟疝气治疗中的效果和临床价值探讨[J].实用妇科内分泌电子杂志,2020,7(32):178-179.

集束化疼痛护理干预理念在多发性骨肉瘤护理管理中对患者疼痛的影响评价

王静怡 史黎

新疆医科大学第一附属医院 新疆乌鲁木齐 830011

摘要：目的：观察集束化疼痛护理干预理念在多发性骨肉瘤护理管理中对患者疼痛的影响。方法：选取我院多发性骨肉瘤患者 66 例（2018 年 9 月至 2021 年 9 月），随机分为集束化疼痛护理干预理念的观察组（33 例）与常规护理的对照组（33 例），观察患者疼痛情况、睡眠质量、患肢功能、生活质量。结果：与对照组相比，观察组 VAS 评分低，MSTS 评分高，PSQI 评分低，生活质量评分高， $P<0.05$ 。结论：在多发性骨肉瘤护理管理中应用集束化疼痛护理干预理念，能减轻患者疼痛感，促进肢体功能的恢复，且提高睡眠质量及生活质量，值得借鉴。

关键词：集束化疼痛护理干预理念；多发性骨肉瘤；护理管理；疼痛

骨肉瘤是一种恶性肿瘤，相比于其他类型的肿瘤，其发生率相对较低，主要患病人群为青少年，中老年人中也偶有发生^[1]。该病常发生于股骨远端及胫骨近端等，疾病的发生与间质细胞病变联系较大，患者发病后会出现持续性疼痛，而且存在明显的局部肿胀症状，还会对其关节活动造成影响，如果患者表现为体质较弱，发病后会出现体重降低、贫血等情况^[2]。多发性骨肉瘤患者情况较为严重，主要为多骨或单骨多处发病，患者疼痛感较为明显，对其身心、生活质量均存在不利影响^[3]。因此，必须对多发性骨肉瘤患者临床护理引起重视。本研究选取我院多发性骨肉瘤患者 66 例，观察集束化疼痛护理干预理念应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2018 年 9 月至 2021 年 9 月，选取我院多发性骨肉瘤患者 66 例，随机分为 2 组，各 33 例。对照组男 18 例，女 15 例，年龄 15 至 35（ 25.73 ± 2.83 ）岁，病程 0.6 至 3（ 1.82 ± 0.64 ）年，观察组男 17 例，女 16 例，年龄 15 至 36（ 25.59 ± 2.26 ）岁，病程 0.7 至 3（ 1.90 ± 0.57 ）年。一般资料对比， $P>0.05$ 。

1.2 方法

对照组：向患者讲解多发性骨肉瘤发病机制，指导用药，观察用药情况，叮嘱注意事项，鼓励患者每天饮水在 2000ml 及以上，多进食水果及蔬菜，防止便秘。

观察组：①对患者进行疼痛评估，在此之前，需要向患者讲解疼痛分级及评分标准，保证评估准确率，主要包含患者疼痛部位、性质、缓解情况等，而且了解患者基本信息。患者治疗期间对其疼痛进行密切评估，制定疼痛评估表，能较好的了解其疼痛波动情况，并且与医生及患者进行沟通。②根据疼痛评估情况进行针对性干预，轻度疼痛者主要采用放松技术减少其对疼痛的注意力，如听音乐、深呼吸、冥想等。如果患者疼痛较为剧烈，可配合进行红外线照射、热敷等，1 天 3 至 5 次，每次 30min。也可对患者进行局部按摩，使用拇指指腹进行环形按摩，不能进行压、扣、

捶等动作，同时限制患者活动。③中重度疼痛需给予镇痛药物，药物的选择需引起重视，应根据疼痛持续时间、强度进行选择，并且做好个性化用药指导，告诉患者应用镇痛药物的重要性，并且观察用药后不良反应。④患者睡前热水泡脚，还可进行脚底按摩，使其处于放松状态。睡前不能饮用浓茶、咖啡等，控制晚餐，不能进食过饱，而且控制好午睡时间，一般在 30min 左右，以此来保证其睡眠质量，如果患者存在失眠严重的情况，需要给予安眠药物。⑤超声药物透入法，选择 HB810A 超声治疗仪，根据患者情况选择主穴、配穴及压痛点，在穴位放置相关中药制成的中药贴片电极板，1 天 1 次，1 次 20min，干预 20 次。

1.3 观察指标

疼痛情况：视觉模拟评分量表（VAS），评分越低越好；患肢功能：睡眠质量：匹兹堡睡眠质量指数（PSQI），评分越低越好；生活质量：GQOL-74 量表，评分越高越好。

1.4 统计学方法

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

2 结果

2.1 疼痛情况对比

护理后，观察组评分低于对照组， $P<0.05$ ，见表 1。

表 1 疼痛情况对比（分）

组别	护理前	护理后
对照组（n=33）	6.74±1.23	4.29±1.10
观察组（n=33）	6.63±1.54	2.38±0.73
t	0.3206	8.3110
P	0.7495	0.0000

2.2 患肢功能对比

观察组各评分高于对照组， $P<0.05$ ，见表 2。

表 2 患肢功能对比（分）

组别	患者满意度	关节活动功能	步态	保留肢体疼痛	承重方式	行走能力	总分
对照组（n=33）	3.11±0.83	3.23±0.74	3.19±0.89	3.41±0.76	3.32±0.83	3.48±0.53	3.14±0.64
观察组（n=33）	4.45±1.27	4.11±0.83	4.63±0.67	4.51±1.24	4.46±1.18	4.50±1.20	4.13±1.30
t	5.0737	4.5461	7.4256	4.3448	4.5393	4.4666	3.9248
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0001	0.0000	0.0000	0.0002

2.3 睡眠质量对比 护理后，观察组各评分低于对照组，P<0.05，见表 3。

表 3 睡眠质量对比（分）

组别	催眠药物	睡眠障碍	日间功能	睡眠质量	睡眠时间	入睡时间	睡眠效率
对照组	护理前	1.23±0.24	1.60±0.34	1.75±0.34	1.54±0.28	1.31±0.23	1.80±0.34
（n=33）	护理后	0.66±0.17	1.42±0.19	1.51±0.19	1.26±0.25	1.09±0.15	1.55±0.53
观察组	护理前	1.22±0.19	1.61±0.37	1.74±0.40	1.68±0.27	1.30±0.19	1.65±0.29
（n=33）	护理后	0.14±0.09	1.16±0.07	1.03±0.12	1.14±0.13	0.64±0.08	1.20±0.27

2.4 生活质量对比 护理后，观察组各评分低于对照组，P<0.05，见表 4。

表 4 生活质量对比（分）

组别	物质生活		社会功能		心理功能		躯体功能	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	71.25±2.21	75.26±3.24	66.45±2.34	73.45±3.64	68.48±3.14	73.36±2.12	69.42±2.38	73.25±3.42
（n=33）								
观察组	71.17±2.73	79.54±4.12	67.57±3.58	78.67±4.38	68.95±3.35	79.63±4.65	70.51±2.27	77.12±3.35
（n=33）								
t	0.1308	46908	1.5043	5.2653	0.5880	7.0479	0.1571	4.7987
P	0.8963	0.0000	0.1374	0.0000	0.5586	0.0000	0.8756	0.0000

3 讨论

骨肉瘤为原发性肿瘤，对患者危害较大，其具有较高的恶性程度，而且 5 年内生存率较低，对患者生命危害较大。临床认为，该病的发生与年龄有着密切联系，大部分患者年龄为 10 至 30 岁。骨肉瘤常进行手术治疗，但是患者预后较差^[4]。患者发病后会出现严重疼痛症状，也容易导致病理性骨折的发生，对患者造成进一步的危害。该病早期无特异性症状，很多患者在发现疾病后已经出现了转移，患者治疗期间身心均承受着较大痛苦^[5]。在骨肉瘤患者中，多发性骨肉瘤所占比例并不大，而且发病机制尚不明确，在临床不断的研究中发现，RB 基因变异、P53 基因的突变与疾病的发生有着密切联系。

本研究结果中，与对照组相比，观察组 VAS 评分低，MSTS 评分高，PSQI 评分低，生活质量评分高，P<0.05。多发性骨肉瘤患者长时间遭受疾病疼痛折磨，这类患者多存在不良情绪，而且各种不良因素会导致其睡眠障碍，进一步导致病情恶化，且带来更大的心理负担。常规护理内容较为笼统，具体实施期间主要遵医嘱开展工作，被动性较强，而且缺乏针对性，无法对患者精神、心理进行有效干预，进而不能取得较好的整体性效果^[6]。集束化疼痛护理理念的应用进一步深入护理内涵，将疾病护理转变

为身心护理，在很大程度上提高了护理的科学性，而且进行个体化干预，也更加符合现代医学模式，加快患者身体康复速度。将其应用于多发性骨肉瘤护理管理中，对患者疼痛情况进行积极评估，并且主动询问患者自身感受，而且护理人员对患者情况进行观察，可通过患者面部表情等了解疼痛情况，并且对获得的相关信息记录，能提高疼痛干预的针对性，为其提供准确可靠的依据，也在很大程度上实现了差异化管理^[7]。具体实施期间，主要通过物理、放松疗法等使患者保持身心放松，减少对自身病情的关注度，进而缓解疼痛，还能避免其精神情绪处于紧张状态，进而促进睡眠质量的改善。对患者积极进行健康指导，能使其获得多个方面的支持，并且提高认知，使其意识到行为、态度对自身病情的影响，在不断地干预中形成健康行为，使其疼痛感有效减轻^[8]。药物镇痛是一种主要镇痛方式，能根据患者情况进行针对性用药，缓解患者疼痛感，在此期间，还可评估患者全面情况，进行辅助用药，如镇静药、抗焦虑等，保证最小剂量达到最佳镇痛效果。护理过程中，加强患者睡眠干预，通过术前热水泡脚、脚底按摩等能促进患者入睡，而且规范其相关行为，能避免受到影响睡眠质量的因素的影响，提高睡眠质量^[9]。低频超声的应用也能发挥较好的效果，其能促进微循环的改善，进而有效改善患者水肿情况，在此之上，给

予具有相关作用的中药贴片,能发挥活血通络、温经散寒的效果,能使药物作用直接到达病所,最终减轻其有疼痛感。加强患者心理干预,以积极心理学为指导,并且采用相关心理干预技巧与患者交流,促进其应对水平的提升。心理干预还能激发患者潜能及创造力,使其能对相关良性因素进行积极的探索,并且相应的内容进行完善,保持良好的心理状态。在某种程度上,有效的心理干预对患者疼痛缓解也具有积极作用,特别是轻度疼痛的患者,能促进其对疼痛的心理耐受阈值的提升,最终减轻疼痛^[10]。

所以,集束化疼痛护理干预理念用于多发性骨肉瘤护理管理中,能减轻患者疼痛感,促进肢体功能的恢复,还有利于睡眠质量及生活质量的提升,具有推广价值。

参考文献:

- [1]王蕾,楚培艳,吕双双,等.医护患一体化模式在骨肉瘤患者术后疼痛护理中应用的效果[J].中华现代护理杂志,2021,27(10):1336-1340.
- [2]代选慧,倪四峰,尚乐,等.自我效能干预联合 5E 康复护理模式对股骨远端骨肉瘤患者术后应用观察[J].中国肿瘤临床与康复,2019,57(9):1110-11145.
- [3]文英霞,刘芳琴.围术期心理护理干预对骨肉瘤手术患者应激状态

(上接第 113 页)

率,且使用安全。

综上所述,缬沙坦联合氨氯地平在高血压合并冠心病支架置入术后应用效果满意,可有效控制血压及血脂水平,减少心血管事件的发生率,且联合用药安全较高。

参考文献:

- [1]石辉进.阿托伐他汀钙对高血压冠心病患者 IMT 厚度及血脂和心功能的影响[J].河北医药,2018,40(11):1733-1735.
- [2]李劲鸿,王红.缬沙坦氨氯地平片联合 α -硫辛酸治疗老年 2 型糖尿病肾病合并高血压的效果及安全性[J].昆明医科大学学报,2021,42(4):53-56.
- [3]徐盛颖,王道成,王国平,等."复方三七通脉方"联合缬沙坦氨氯地平片治疗高血压早期肾损害 30 例临床研究[J].江苏中医药,2021,53(4):48-50.
- [4]王威,杜晓思.UPLC 法同时测定缬沙坦氨氯地平片复方制剂的含量[J].中国新药杂志,2020,29(15):1791-1794.
- [5]刘艳,王晓明,葛伟.缬沙坦氨氯地平治疗老年高血压的依从性及药物经济学优势[J].中国老年学杂志,2017,37(5):1148-1149.
- [6]李亚萍,王静,周立新,等.HPLC 法测定氨氯地平氢氯噻嗪缬沙坦片中的有关物质[J].中国药房,2017,28(12):1714-1717.
- [7]杜晓马,兰景良,沈昕,等.氨氯地平联合缬沙坦治疗原发性高血压的疗效及对动脉硬化病变的逆转作用[J].中国生化药物杂志,2016(1):157-159,162.

的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2019,57(2):234-237.

[4]雷平纷,王丽红,李霞,等.以人文关怀理念为中心的全程化护理在治疗骨肉瘤患者中的应用[J].东南国防医药,2021,23(6):657-659.

[5]龙作尧,鲁亚杰,李明辉,等.骨肉瘤患者的个体化化疗与药敏相关基因的临床研究[J].中国骨与关节杂志,2019,8(3):229-234.

[6]韦荣泉,邵笑,廖丹,等.亲自我表露干预对青少年骨肉瘤患者创伤后成长的效果[J].中国医药导报,2021,18(27):158-161.

[7]李彤,管萌娜.延续性康复护理联合下肢训练干预对骨肉瘤膝关节置换患者 Lysholm 评分及生活质量的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2021,28(6):760-763.

[8]余逸枝.骨肉瘤患者家庭照顾者社会支持、生活质量与照护负担的相关性研究[J].中国医刊,2019,54(6):673-676.

[9]宋美,黎志宏.基于 SEER 数据库骨肉瘤患者预后影响因素分析[J].中国医师杂志,2019,21(4):525-531.

[10]岳慧玉,刘丹丹,张淑娟.慢性疼痛管理对骨肉瘤癌性疼痛患者疼痛程度、负性情绪、自我管理能力和运动功能的影响[J].癌症进展,2021,19(11):1180-1183.

[8]李占华,李宇.苯磺酸氨氯地平片联合缬沙坦氢氯噻嗪片治疗中青年 2 级高血压临床观察[J].空军医学杂志,2020,36(3):248-250.

[9] NAGASAWA, KAI, TAKAHASHI, KEIJI, MATSUURA, NATSUMI, et al. Comparative effects of valsartan in combination with cilnidipine or amlodipine on cardiac remodeling and diastolic dysfunction in Dahl salt-sensitive rats[J]. Hypertension research: Official journal of the Japanese Society of Hypertension,2015,38(1):39-47.

[10]符雨嫣,胡晓寒,宣建伟.奥美沙坦/氨氯地平复方制剂与缬沙坦/氨氯地平复方制剂治疗原发性高血压的网状 meta 分析[J].中国现代应用药学,2020,37(24):3034-3040.

[11]魏筱华,王可莉,刘红,等.缬沙坦氨氯地平片在中国健康人体内的生物等效性研究[J].中国现代应用药学,2020,37(12):1483-1488.

[12]俞惠琴.缬沙坦联合氨氯地平治疗社区老年原发性高血压合并糖尿病疗效[J].山西医药杂志,2020,49(22):3110-3112.

[13]钱辉,汪燕,李亚南.缬沙坦联合氨氯地平治疗老年高血压病的疗效及对血管内皮舒张功能和血生化指标的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(6):905-907.

[14]张洪柱,陈宁.氨氯地平联合缬沙坦对老年高血压患者多参数影响分析[J].浙江临床医学,2019,21(5):662-663.

[15]唐正萍,赵志颖,金静,等.缬沙坦氨氯地平片对老年高血压患者血压变异性及血管弹性功能的影响[J].中华高血压杂志,2019,27(10):964-967.

门诊护理干预对提高老年糖尿病患者生活质量的效果研究

柴雷艳

淄川区双沟卫生院 山东淄博 255100

摘要：目的：对老年糖尿病患者治疗中采用门诊护理干预并观察该种方式对其生活质量的影响情况。方法：设置 2021 年 4 月—2022 年 3 月为观察时间段，采用数字表法将 74 例老年糖尿病患者分为普通组和优化组，普通组采用一般护理干预，二组采用门诊护理干预，观察两组患者生活质量、依从性和心理状态情况。结果：（1）普通组和优化组生活质量评分对照中，普通组躯体功能评分、生理职能评分、情感职能评分、社交职能评分均低于优化组，（ $t=17.257$ ， $p=0.008$ ），两组有差异。（2）普通组和优化组治疗依从性和心理状态评分对照中，普通组治疗依从性和心理状态评分分别为 82.56 ± 3.37 （分）、 53.88 ± 3.12 （分），优化组治疗依从性和心理状态评分分别为 93.45 ± 3.04 （分）、 42.31 ± 3.09 （分），（ $t=14.104$ ， $p=0.011$ ），两组有差异。结论：对老年糖尿病患者治疗中采用门诊护理干预效果显著，值得推荐。

关键词：老年糖尿病；门诊护理干预；生活质量；效果

糖尿病在临床治疗中属于一种较为典型的代谢障碍性疾病，该种病症的发病因素主要是由于患者的体内胰岛素分泌不足而使其血糖水平升高，患者临床表现一般为多汗、身体乏力、年拼、体重下降等现象，如果不及时对血糖水平进行合理控制和干预，病情发展后会造成糖尿病肾病，随着病情的发展还会对患者的心脏、五官等造成伤害。据研究统计发现，在我国老年糖尿病的患病人群庞大，患者的病程时间以及治疗时间较长，因此需要日常中加强预防和自我管理，同时护理人员对患者开展有效的监督和教育干预，从而提升患者的治疗依从性。目前临床中还没有彻底治愈糖尿病的方式，只能依靠药物干预、运动治疗和科学饮食来干预，老年患者需要漫长的治疗过程，因此需要对其护理方式重视，帮助患者改善生活质量，形成良性治疗循环。在本次研究中，通过陈慧芳在 2021 年《门诊护理干预在提高老年糖尿病患者生活质量中的作用分析》中获得，对老年糖尿病患者采用门诊护理干预能够满足患者的治疗需求，该种方式效果更佳，但是门诊护理干预在实际临床工作开展中的效果还需要进行深入的剖析和研究，同时将实践研究的数据作为观察依据，然后以实际患者的临床状况为准，帮助老年糖尿病患者找到更加优质的护理方案，从而提升患者的康复效果。基于此，在本组研究中对老年糖尿病患者治疗中采用门诊护理干预并观察该种方式对其生活质量的影响情况，现将具体分析结果呈现于下文中^[1-3]：

1. 一般资料和方法

1.1 一般资料

在本组研究开展前需要保证 74 例患者均自愿参与本次观察研究，然后选择 2021 年 4 月—2022 年 3 月的老年糖尿病患者，随后将其分为普通组和优化组，普通组的 37 例患者年龄在 61—81 岁之间，平均年龄 68.02 ± 3.44 岁；患者的患病时间在 3—16 年之间，平均患病时间 7.79 ± 0.85 年；其中男

性老年糖尿病患者 20 例，女性老年糖尿病患者 17 例。优化组的 54 例患者年龄在 60—82 岁之间，平均年龄 69.13 ± 3.16 岁；患者的患病时间在 4—15 年之间，平均患病时间 6.59 ± 0.91 年；其中男性老年糖尿病患者 21 例，女性老年糖尿病患者 16 例。（ $p>0.05$ ），两组资料无差异。在本次研究前需要指导患者签订知情同意书，同时排除具有精神类疾病、不配合研究患者以及中途放弃研究者。

1.2 方法

1.2.1 一般护理组

采用一般护理干预，主要为：针对患者血糖水平用药，告知患者用药注意事项，观察患者用药过程中的不良情况并及时处理^[4]。

1.2.2 优化组

采用门诊护理干预，该种方式是在一般护理之上的，主要包括以下几点：

提高护理质量：对护理人员开展培训管理，通过多元化方式全面提高科室内的护理质量，首先对护理人员开展培训，在培训过程中，主要培训内容包括糖尿病专业护理知识内容、与患者沟通该方式、老年糖尿病患者的护理特点等内容，通过定期培训提高护理人员的沟通能力，以及反应能力、工作责任心。在培训中，可以指导护理人员通过角色扮演的方式来引导护理人员体验沟通中的问题和解决方式，提高护理人员的自身职业素养，引导护理人员能够在工作开展中换位思考，发现患者的心理需求，从而真心地帮助患者解决问题。在角色扮演中，可以由专家等进行指导，及时发现护理人员在护理工作开展中的问题，然后进行讨论研究，及时纠正护理人员的缺点，加深印象，避免在实际工作开展中再出现相同的问题^[5]。

心理疏导：老年糖尿病患者由于长期需要服用药物，因此在心理和情绪上就会产生消极状态，护理人员要积极地与患者的进行沟通，树立患者

积极的治疗心态,引导患者释放自己的不良情绪。护理人员通过与患者及时沟通来掌握其心理需求,然后在不影响治疗的情况下尽量满足患者的心理需求,指导患者宣泄内心的不良情绪,告知患者积极治疗对生活质量的良好作用,采用鼓励、安慰的话语建立患者的积极心态。引导患者家属给予患者更多地关心和照顾,采用亲情来感化患者,让患者感受到家庭的温暖和被需要^[6]。

疾病宣教:患者对自身疾病了解程度较低,治疗过程中的积极性也不高,因此护理人员要针对老年患者的特点开展疾病宣教活动,针对年龄较大、文化水平较低的患者,在疾病宣教中可以采用视频资料的循环播放、宣传小册的发放、一对一健康知识讲解等方式,采用多种不同的方式来针对不同患者开展,使糖尿病患者能够了解到自身病症的发病原因、发病机制、治疗方式、用药及胰岛素使用注意事项、饮食指导内容、并发症的发展以及危害、并发症的不良后果以及日常有效维持血糖水平等疾病知识内容,全面提升患者疾病认知度。向患者开展健康宣教以后,可以采用知识问答、问卷调查等多种方式来了解患者对疾病知识的掌握情况以及薄弱环节,采取一对一的知识讲解方式来提高患者的健康教育时效性,进而开展针对性指导^[7]。

生活管理:根据老年患者的年龄、饮食习惯、饮食喜好、血糖水平来制定一个长期、合理、科学的饮食计划方案,指导患者按照少食多餐的原则开展,多食用富含蛋白质、维生素类的食物,加强低糖、低脂、和高蛋白食物摄入量,严禁烟酒、生冷、高甜、刺激性食物的摄入。根据患者的年龄、身体耐受情况来制定动指导方案。引导患者积极参加体育锻炼,通过游泳、慢跑、爬山、骑自行车、散步、太极、跳舞、太极等方式来合理开展体育运动,在体育运动开展中,每天 20 分钟左右即可,禁止由于运动过度造成低血糖的情况。指导患者日常中定期测量血糖并及时记录,引导患者家属在日常中要参与后患者的健康管理当中^[8]。

1.3 观察指标

生活质量:采用 GQOLI-74 量表对 4 个维度评价,每一项总分为 100,分数与生活质量成正相关性^[9]。

依从性:评价患者的用药、饮食、运动、复查、依从性情况,分数与依从性成正相关性。

心理状态:采用情绪量表,评价的临界点分数为 50 分,分数越高则表示患者的情绪状态越差^[10]。

血糖水平:观察患者护理前后血糖水平情况。

护理满意度:采用百分制满意度调查问卷,70 分以上为满意。

疾病知晓率:采用百分制疾病知识调查问卷,70 分以上表示合格^[11]。

1.4 数据统计分析

应用 SPSS.22 统计分析数据,计量资料以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,采用 t 检验,计数资料以 (n, %) 表示,采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组生活质量情况

普通组和优化组生活质量评分对照在表 1 中呈现:

表 1 两组生活质量评分对比					
组别	数例	躯体功能	生理职能	情感职能	社交职能
普通组	37 (例)	77.58±4.13 (分)	78.59±4.65 (分)	79.48±4.72 (分)	80.31±4.62 (分)
优化组	37 (例)	90.31±4.65 (分)	91.71±3.45 (分)	90.76±3.44 (分)	91.58±3.17 (分)
t	--	17.591	18.033	17.113	16.294
p	--	0.008	0.007	0.008	0.009

2.2 两组治疗依从性和心理状态评分情况

普通组和优化组治疗依从性和心理状态评分对照在表 2 中呈现:

表 2 两组治疗依从性和心理状态评分对比			
组别	数例	依从性	心理状态
普通组	37 (例)	82.56±3.37 (分)	53.88±3.12 (分)
优化组	37 (例)	93.45±3.04 (分)	42.31±3.09 (分)
t	--	14.281	13.928
p	--	0.011	0.012

2.3 两组治疗前后血糖水平情况

普通组和优化组治疗前后血糖水平对照在表 3 中呈现:

表 3 两组治疗前后血糖水平对比					
组别	数例	空腹血糖		饭后 2 小时血糖	
		护理前	护理后	护理前	护理后
普通组	37 (例)	8.76±1.28 (mmol/L)	7.81±1.03 (mmol/L)	13.55±2.15 (mmol/L)	9.88±1.02 (mmol/L)
优化组	37 (例)	8.77±1.23 (mmol/L)	6.18±1.02 (mmol/L)	13.48±1.96 (mmol/L)	7.21±1.06 (mmol/L)
t	--	1.164	13.891	1.492	16.263
p	--	0.183	0.012	0.116	0.009

2.4 两组护理满意度和疾病知晓率情况

普通组和优化组护理满意度和疾病知晓率对照在表 4 中呈现:

表 4 两组护理满意度和疾病知晓率对比

组别	数例	护理满意度		疾病知晓率	
		满意数例	占比	知晓数例	占比
普通组	37 (例)	30 (例)	81.08%	27 (例)	72.97%
优化组	37 (例)	36 (例)	97.29%	34 (例)	91.89%
X ²	--	--	10.584	--	11.849
p	--	--	0.015	--	0.014

3. 讨论

糖尿病在临床中属于终身制代谢障碍疾病，该种病症与患者生活质量、遗传等有着一定关系，糖尿病属于综合性疾病，患者只能依靠药物干预来控制血糖水平，避免和预防并发症的发生。近年来随着人们生活水平的不断提升，常规的护理方式已经不能满足患者的治疗需求，因此对于老年糖尿病患者而言，除了帮助患者控制血糖水平以外，还需要给予其科学、有效、针对性的护理干预方式。门诊护理干预是一种新型的护理模式，在护理干预当中，通过提高护理质量能够对护理人员进行培训，引导其能够增加工作责任心和综合素养能力，同时指导患者和家属参与到护理当中；通过心理疏导引导患者具备良好的治疗心态，减少不良情绪的发生；通过疾病宣教提高患者对自身疾病的认知度，从而更加积极地配合医护人员开展后续治疗；通过生活管理帮助患者养成良好的饮食、运动、作息等习惯，指导患者定期测量血糖，及时发现异常，避免并发症的发生，全面提高生活质量^[12-14]。

在本组研究中，首先对两组治疗前后血糖水平情况观察分析：普通组和优化组治疗前后血糖水平对照中，护理前两组数据无明显差异，护理后普通组空腹血糖、饭后 2 小时血糖分别为 7.81±1.03 (mmol/L)、9.88±1.02 (mmol/L)，优化组空腹血糖、饭后 2 小时血糖分别为 6.18±1.02 (mmol/L)、7.21±1.06 (mmol/L)，(t=15.077, p=0.010)，两组有差异。以上结果表明，对老年糖尿病患者采用门诊护理干预能够提高患者的血糖控制水平，分析其原因，主要是由于对患者开展心理疏导、疾病宣教和生活指导后，患者能够更加客观、全面的认知自身疾病，从而积极配合护理人员开展治疗，日常中养成良好的生活习惯，因此血糖水平控制效果更高。

在本组研究中，再次对两组护理满意度和疾病知晓率情况观察分析：普通组和优化组护理满意度和疾病知晓率对照中，普通组护理满意度和疾病知晓率分别为 81.08%、72.97%，优化组护理满意度和疾病知晓率分别为 97.29%、91.89%，(x²=11.216, p=0.014)，两组有差异。以上结果表明，

对老年糖尿病患者采用门诊护理干预能够提高患者护理满意度和疾病知晓率，分析其原因，主要是由于对患者开展门诊护理干预后，患者的主观能动性更高，血糖控制更佳，同时开展疾病宣教后，患者认知度更高，因此提高了疾病知晓率和治疗依从性。

综上所述，对老年糖尿病患者治疗中采用门诊护理干预能够改善患者的生活质量，提高其疾病知晓率，提高患者的治疗依从性和血糖控制效果，该种方式更具有针对性和优势性，值得在临床中推广使用。

参考文献：

[1]杨春彩.评价护理干预对提高老年糖尿病患者生活质量的效果[J].医学食疗与健康,2021,19(18):147-148.

[2]陈慧芳.门诊护理干预在提高老年糖尿病患者生活质量中的作用分析[J].糖尿病新世界,2021,24(15):142-145.

[3]张媛.门诊护理干预对提高老年糖尿病患者生活质量的效果研究[J].中国全科医学,2021,24(S1):183-186.

[4]陶攀琴,郭红英,郑文好,陈庆文.门诊护理干预在提高老年糖尿病患者生活质量中的作用分析[J].继续医学教育,2020,34(10):115-117.

[5]常淑红.门诊护理干预对提高老年糖尿病患者生活质量的效果探讨[J].全科口腔医学电子杂志,2020,7(02):65-68.

[6]董丽华.社区门诊护理干预对提高老年糖尿病患者生活质量的效果研究[J].中外女性健康研究,2019(24):7-8.

[7]刘沐秀,杨胜美.门诊护理干预对提高老年糖尿病患者生活质量的效果评价[J].人人健康,2019(15):275.

[8]徐志明,缪雪琴.门诊护理干预对提高老年糖尿病患者生活质量的效果分析[J].糖尿病新世界,2019,22(02):160-161.

[9]唐绿春.门诊护理干预对提高老年糖尿病患者生活质量的效果评价[J].系统医学,2019,4(01):163-164+167.

[10]秦丽媛.分析护理干预在提高老年糖尿病患者生活质量和预防夜间低血糖中的应用效果[J].世界最新医学信息文摘,2019,18(91):284-285.

[11]刘建华,张颜.门诊护理干预对提高老年糖尿病患者生活质量的效果评价[J].实用临床护理学电子杂志,2019,2(35):133-134.

[12]梁嘉欣.门诊护理干预对提高老年糖尿病患者生活质量的意义[J].深圳中西医结合杂志,2019,27(10):172-173.

[13]伍焕勉.门诊护理干预对提高老年糖尿病患者生活质量的效果评价[J].中外医疗,2019,33(23):163-165.

[14]陈红香,明红萱,张辉.探讨门诊护理干预对提高老年糖尿病患者生活质量的效果[J].大家健康(学术版),2019,7(21):5-6.

临床护理路径在结核性胸膜炎病人护理中的应用

孙相

南通大学附属医院 江苏南通 226001

摘要:目的 在结核性胸膜炎患者中实施临床护理路径,评价应用效果。方法 选取2021年1月~12月在我院接受治疗的90例结核性胸膜炎患者作为观察对象,治疗期间,为所有患者提供护理服务。对照组(n=45)实施常规护理、研究组(n=45)采用临床护理路径,评价护理效果。结果 (1)临床疗效:研究组治疗有效率93.33%,显著高于对照组71.11%, $\chi^2=7.601$, $P=0.006$; (2)炎症因子水平:研究组患者的IL-4、IL-10水平显著高于对照组;IL-2、IFN- γ 水平显著低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$); (3)并发症:研究组4例(8.89%)、对照组16例(35.55%), $\chi^2=9.257$, $P=0.002$; (4)生活质量:研究组生理职能、生理功能、健康状况、活力状况、躯体疼痛、情感职能、精神健康、社会功能各维度评分明显高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论 临床护理路径应用于结核性胸膜炎患者中,能够有效减轻患者的机体炎症,预防并发症,对于提高临床疗效、改善患者生活质量具有重要意义,具备推广价值。

关键词: 临床护理路径; 结核性胸膜炎; 生活质量; 临床疗效; 炎症因子

结核性胸膜炎属于肺外结核病,发病机制为:结核杆菌及其生化代谢产物进入机体循环系统(淋巴液、血液)抵达胸膜下肺部,继而扩散至胸膜,最终诱发免疫细胞介导的免疫反应^[1]。患者主要伴有呼吸困难、盗汗、乏力、咳嗽、食欲不振、畏寒、发热、出汗等相关症状;病理特点主要表现在胸膜充血、白细胞浸润、水肿、血浆蛋白聚集等方面。患侧还会合并胸痛与胸腔积液。结核性胸膜炎可发生于各个年龄段,具有起病急、发展速度快等特点,在很短的时间内,渗出的胸腔积液便会压迫肺部组织,引起呼吸功能障碍^[2]。在使用抗结核药物的同时,还需配合胸腔引流,由于患者病程较长,病情迁延难愈,治疗过程中身心均承受巨大痛苦,因此更需要科学、系统、人性化的护理服务。本文以我院于2021年1月~12月期间收治的90例结核性胸膜炎患者作为观察对象,对比了常规护理与临床护理路径的应用效果,现报告如下。

1. 资料与方法

1.1 资料

参与本次研究的90例患者,全部来自2021年1月~12月,自愿签署知情同意书。根据患者的入院先后顺序分为两组:对照组45例,男性26例、女性19例;年龄区间:21~74岁,中位年龄(45.82±5.36)岁;患病时间:最短4d、最长32d,平均(16.27±3.15)d;左胸腔积液23例、右胸腔积液22例;胸部超声液体前后径5~13cm,平均(9.48±2.03)cm。研究组45例,男、女患者分别有28例、17例;年龄最低20岁、最高76岁,均值(46.12±4.49)岁;病程4~34d(16.59±2.94)d;胸腔积液部位:左侧25例、右侧20例;胸部超声液体前后径6~13cm(9.35±1.82)cm。组间比较临床资料,差异无统计学意义($P>0.05$)。

纳入标准: (1)符合中华医学会《临床医疗指南结核病分册》^[3]提到的结核性胸膜炎诊断标准。(2)胸部超声检查显示胸腔积液>5.0cm。(3)

无抗结核药物与胸腔穿刺治疗禁忌症。排除标准: (1)妊娠哺乳期女性;

(2)合并心血管/脑血管疾病、重要脏器功能障碍、糖尿病、其他呼吸系统疾病; (3)恶性胸腔积液、脓胸、继发性胸膜粘连; (4)精神疾病、沟通障碍。

1.2 方法

本组90例患者全部接受常规护理:测量体温、心率、血压、脉搏等生命体征;协助患者摆放半卧位、侧卧位;遵循少量多餐的饮食原则^[4],积极补充蛋白质、维生素与热量,保持清淡饮食。做好鼻导管的护理,及时清理患者鼻腔内的分泌物,协助患者排痰,保持呼吸道通畅,视情况决定是否提供氧气支持。应用抗结核与抗炎药物后,观察不良反应、对症处理,若发现患者发热,才采用降温措施进行干预;及时抽取胸腔积液,多鼓励安慰患者,减轻其紧张恐惧情绪。在病情允许的情况下,提倡早期锻炼,增强抵抗力与免疫力,改善肺功能。采用图文并茂、现场示范、视频讲解等方式指导患者控制呼吸节奏,通过缓慢的腹式呼吸抑制剧烈咳嗽。

在此基础上,研究组患者采用临床护理路径:设计路径表,向患者讲解表格内容,解释护理的必要性与重要性,获得患者的理解与认可,激发患者的主观能动性,保证护理内容能够顺利实施。(1)入院后1~3d:协助患者完善临床检查;综合评估患者的健康知识水平、家庭环境、生理与心理状况、健康行为、社会关系;按照医生的要求落实治疗与护理操作,检查之前提前预约。(2)入院后第4d:夯实基础护理,配合医生完成患者的胸膜活检、胸膜穿刺等临床检查。穿刺前,告知患者操作方法、注意事项,安抚患者的紧张情绪。用药期间关注患者的临床表现,观察用药后患者是否出现不良反应;做好皮肤护理、饮食指导与用药指导。(3)入院后第5~7d:重点讲解抗结核药物的健康知识,提高患者的用药依从性;计量胸腔引流

管；评估一周以来护理方案的实施效果，总结问题，制定优化措施。(4) 入院后第 8d~出院时：加强胸腔闭式引流护理，延续抗结核药物的健康宣教，做好拔管后的护理。护理项目完成后，在路径表格的对应位置打“√”，若没有完成护理项目，或者患者病情出现变化，则用“×”标记。出院前，向患者发放健康资料，通过电话、微信等方式定期随访。

1.3 观察评定标准

(1) 临床疗效^[5]：①痊愈：胸痛、胸腔积液、胸膜增厚症状完全消失。②显效：胸痛症状明显减轻、胸腔积液的吸收在 80%以上，无胸膜增厚；③有效：胸痛一定程度的缓解，胸腔积液吸收程度 50%~79%；轻微胸膜增厚；④无效：病情未见明显改善，甚至更加严重。总有效率 = $\frac{\text{痊愈} + \text{显效} + \text{有效}}{\text{总例数}} \times 100.00\%$

(2) 炎症因子水平：检测患者的白介素 (IL)-2、IL-4、IL-10 与 IFN (干扰素)- γ 水平。IL-4 与 IL-10 水平上升、IFN- γ 、IL-2 水平下降说明机体炎症减轻。

(3) 并发症：包裹性积液、胸膜反应、胸膜增厚、气胸、血胸等。

(4) 生活质量^[6]：应用美国医学研究所设计的《生命质量评定量表》(MOS-SF36) 进行评价，量表包含生理职能、生理功能、精神健康、社会功能、情感职能、健康状况、躯体疼痛、活力状况 8 个维度，每个维度由 36 个条目组成。量表总分 100 分，评分越高说明生活质量越好。

1.4 统计学方法

本研究应用 SPSS22.0 统计学软件进行处理，计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，组间比较采用 t 检验，计数资料以率 (%) 表示，组间比较进行 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的临床疗效比较

研究组、对照组患者的治疗有效率分别为 93.33%、71.11%， $\chi^2 = 7.601$ ， $P = 0.006$ ，详见表 1：

表 1 两组患者的临床疗效比较 (n, %)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
研究组	45	21 (46.67)	15 (33.33)	6 (13.33)	3 (6.67)	93.33%
对照组	45	13 (28.89)	12 (26.67)	7 (15.55)	13 (28.89)	71.11%
χ^2						7.601
P						0.006

2.2 两组患者的炎症因子水平比较

IL-4 与 IL-10 两项指标，研究组明显高于对照组；IL-2 与 IFN- γ 两项指标，研究组明显低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，如表 2 所示：

表 2 两组患者的炎症因子水平比较 (ng/L, $\bar{x} \pm s$)

时间	组别	n	IL-4	IL-10	IL-2	IFN- γ
护理前	研究组	45	29.72 $\pm$ 10.84	53.36 $\pm$ 5.59	354.92 $\pm$ 23.45	348.43 $\pm$ 51.19
	对照组	45	29.83 $\pm$ 11.25	54.08 $\pm$ 4.27	355.73 $\pm$ 24.76	347.62 $\pm$ 53.21
	t		1.1869	1.2354	1.0792	1.1728
	P		0.395	0.278	0.413	0.352
护理后	研究组	45	49.92 $\pm$ 3.75 [#]	80.46 $\pm$ 8.82 [#]	225.58 $\pm$ 31.14 [#]	227.75 $\pm$ 39.16 [#]
	对照组	45	35.24 $\pm$ 3.17 [#]	68.35 $\pm$ 8.39 [#]	276.65 $\pm$ 29.40 [#]	275.51 $\pm$ 41.37 [#]
	t		15.3798	12.3614	14.2895	13.5739
	P		0.000	0.000	0.000	0.000

注：与本组护理前比较，[#] $P < 0.05$

2.3 两组患者的并发症发生率比较

研究组、对照组的并发症发生率分别为 8.89%、35.55%； $\chi^2 = 9.257$ ， $P = 0.002$ ，如表 3 所示：

表 3 两组患者的并发症发生率比较 (n, %)

组别	n	包裹性积液	胸膜反应	胸膜增厚	气胸	血胸	总发生率
研究组	45	3 (6.67)	1 (2.22)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	8.89%
对照组	45	6 (13.33)	3 (6.67)	2 (4.44)	2 (4.44)	3 (6.67)	35.55%
χ^2							9.257
P							0.002

2.4 两组患者的 MOS-SF36 量表评分比较

研究组患者在生理、心理、躯体症状、活力、社会、情感、精神、健康等各方面的生活质量指标评分显著高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，如表 4 所示：

表 4 两组患者的 MOS-SF36 量表评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

时间	组别	生理职能	生理功能	健康状况	躯体疼痛	活力状况	社会功能	情感职能	精神健康
----	----	------	------	------	------	------	------	------	------

护理前	研究组	58.43±3.52	27.35±6.68	44.75±5.46	26.23±6.65	34.98±4.38	43.19±5.35	33.84±5.59	42.54±5.82
	对照组	57.64±4.38	28.13±5.94	44.82±4.17	26.74±7.12	34.26±5.45	43.26±5.51	34.17±4.32	43.16±5.39
	t	1.2536	1.1742	1.4893	0.9715	0.7539	0.6247	1.3916	1.5829
	P	0.327	0.415	0.296	0.248	0.415	0.179	0.372	0.186
护理后	研究组	78.76±6.64 [#]	79.82±8.37 [#]	75.62±6.64 [#]	78.73±6.82 [#]	76.48±6.82 [#]	75.59±6.47 [#]	78.85±5.52 [#]	78.83±5.95 [#]
	对照组	62.13±8.85 [#]	64.33±7.26 [#]	62.27±5.56 [#]	63.39±5.17 [#]	61.14±5.53 [#]	60.28±6.32 [#]	63.94±6.71 [#]	63.16±5.57 [#]
	t	9.8417	9.3172	8.3549	8.5246	10.3752	10.8461	10.5148	10.5327
	P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

注：与本组护理前比较，[#]P<0.05

3 讨论

结核性胸膜炎是一种慢性传染性疾病，具有病程长、治疗难度大、并发症多等特点^[7]。临床实践中发现，很多患者正是因为不能遵医嘱用药、没有坚持胸腔穿刺治疗而引起各种并发症，导致病情迁延不愈。现阶段，临床并没有治疗结核性胸膜炎的特效药物，主要通过对症干预与患者健康的生活、饮食方式相配合来提高临床疗效。之所以实施效果不理想，主要是因为患者的依从性较差，出院后在饮食、生活、用药等各方面比较放纵，所以病情反复。研究表明^[8]：结核性胸膜炎患者对自身疾病普遍存在错误认知，无法客观理性的看待自身疾病，这是降低患者依从性的重要因素。在综合分析患者的具体情况、普遍存在的问题后，我院从提高患者的认知水平与治疗依从性、改善其生活质量的角度出发，设计了临床护理路径表，用来指导护理工作的开展，促进健康教育与胸腔穿刺治疗的全面落实，通过患者主动、积极的遵医嘱行为来改善预后。

本次研究结果显示：研究组机体炎症的改善情况优于对照组，相应的，治疗有效率也显著高于对照组（P<0.05）。临床护理路径秉持“以人为本”的护理理念^[9]，从患者的病情与身心特点出发，在详细了解其生理、心理、社会、家庭、行为等各方面情况的基础上制定护理措施，构建主动护理与主动配合的临床工作模式；结合路径表内容，护理人员科学的统筹时间，保证了护理流程的有序性，让患者有充分的时间休息，避免重复护理给患者造成的干扰与痛苦，患者更容易接受，不会产生强烈的排斥情绪，因此配合度良好。本研究中，研究组的并发症发生率低于对照组；生活质量评分高于对照组（P<0.05）。临床护理路径全程向患者公开，患者对接下来采取的护理措施了如指掌，极大的增加了患者的心理安全感，减轻了因未知而产生的紧张、焦虑和恐惧情绪，促进了护患关系的融洽与和谐，避免因信息不对称而产生的误会和纠纷。研究表明^[10]：积极、平和的心理状态有助于改善机体免疫系统，增强抵抗力，减少并发症，健康的心理对于疾病的治疗与康复至关重要。临床护理路径实现了护理工作的人性化、系统化与具体化，简化了不必要的护理操作，既提高了护理效率，减轻了患者

的身心痛苦，同时又解决了医疗资源与人力成本。临床护理路径从患者入院第 1d 起，一直延续到患者出院，期间不曾有任何间断，将结核性胸膜炎的有效干预连成一条线，保证每项护理内容有据可依，充分体现了现代护理模式的科学性与人性化。

综上所述，临床护理路径在结核性胸膜炎患者中具有理想的应用效果，具备推广价值。

参考文献：

- [1]王仪民,杨芳,王勋芹. 临床护理路径在结核性胸膜炎患者护理中的应用价值分析[J]. 特别健康,2021(24):151.
- [2]张文利.预见性护理措施在经皮微创胸腔置管闭式引流术后结核性渗出性胸膜炎患者中的应用效果[J].黑龙江中医药,2021,50(4):432-433.
- [3]张婷.对结核性胸膜炎胸腔积液实施临床护理干预的临床效果及对生活质量的影响[J].养生保健指南,2021(12):157.
- [4]宋玲,王莹莹.集束化管路护理在结核性胸膜炎行胸腔闭式引流患者中的应用及效果评价[J].养生保健指南,2021(25):176.
- [5]任宇,倪正平,李琴.人性化护理在结核性胸膜炎患者护理中的应用及对患者炎症反应发生的影响[J].饮食保健,2021(11):141.
- [6]王玉英,郭苗,汪晓琳.预见性护理措施在经皮微创胸腔置管闭式引流术后结核性渗出性胸膜炎患者中的应用[J].海南医学,2020,31(4):538-541.
- [7]迟秋艳,魏斌.集束化管路护理在结核性胸膜炎行胸腔闭式引流患者中的应用[J].护理与康复,2020,19(10):75-78.
- [8]李玲,杨桂杰,刘欢欢.健康教育联合优质护理在结核性胸膜炎患者中的应用效果观察[J].健康大视野,2019(17):150.
- [9]黎志玲,刘意琼,黄国华.人性化护理在结核性胸膜炎患者护理中的应用及对患者炎症反应的影响[J].当代医学,2020,26(10):16-18.
- [10]王永燕.健康教育联合优质护理在结核性胸膜炎患者中的应用效果观察[J].医学食疗与健康,2020,18(1):11,14.

胎盘早剥孕产妇院前急救细致化综合护理干预的临床研究

方方 蔡巧妹^{通讯作者}

南京医科大学附属妇产医院（南京市妇幼保健院） 江苏南京 210000

摘要：目的：系统分析胎盘早剥孕产妇的症状及其原因，评定实施院前急救细致化综合护理干预对胎盘早剥孕产妇的临床护理学运用实用价值。方法：本研究选取出 2016 年 01 月至 2020 年 08 月期间我院急诊就诊的 20 例胎盘早剥孕产妇，采取用信封法分成两组对照组和观察组两组，各 10 例，对照组孕产妇接受常规护理，观察组孕产妇院前急救细致化综合护理干预，将两组胎盘早剥孕产妇的临床护理效果展开对比分析。结果：观察组患者并发症的发生率为 10.00% 小于对照组并发症发生率 60.00%，观察组出生的新生儿的并发症发生率 0.00% 小于对照组新生儿并发症发生率 40.00%，观察组总体抢救成功率 100.00% 高于对照组抢救成功率 90.00%，（ $P < 0.05$ ）具有统计学意义；观察组护理服务满意度 100.00% 高于对照组 70.00%，（ $P < 0.05$ ）具有统计学意义。结论：对胎盘早剥的孕产妇施行院前急救细致化综合护理干预的临床效果显著，可以值得在临床护理工作中展开普及推广及使用。

关键词：胎盘早剥；院前急救；细致化综合护理干预；临床研究

胎盘早剥的定义是妊娠 20 周之后或分娩期正常位置的胎盘在胎盘娩出前一部分（或者全部）剥离子宫。该疾病发病较急且疾病危险性较高。临床上一旦发生胎盘早剥，易对孕产妇及其家属造成及其不良的影响，危及母儿生命，需要引起医生和孕产妇的高度重视。胎盘早剥的国外发病率数据显示在 1%~2%，而我国该疾病的发生率数据在 0.46%~2.1%，胎盘早剥常常会引起孕妇大量出血、突发急性肾衰竭，严重危及患者的生命健康^[1-2]。为评估院前急救细致化综合护理干预在胎盘早剥孕产妇中的使用价值，开展本次临床研究。院前急救细致化综合护理干预是指在临床上患者尚未办理入院手续，在急诊就诊过程中即给予一系列有针对性、高效、细致广泛的护理干预措施，起到全面的护理效果，为患者的生命赢得宝贵的急救时间^[3]。下面本文将要对该疾病患者的临床护理进行相关内容的研究和深入探讨。

1. 资料和方法

1.1 基线资料

2016 年 01 月到 2020 年 08 月之间，经由南京市妇幼保健院医院道德伦理委员会通过，经由孕产妇以及家属一致同意授权许可，将我院急诊救治的胎盘早剥孕产妇 20 例列入本次科学研究，使用信封法下分作对照组和观察组两组患者，各 10 例，两组采用常规护理和院前急救细致化综合护理干预。对照组，年龄在 23 岁-37 岁之间，平均年龄是（29.80±6.27）岁；孕周时长在 32 周-39+4 周，平均孕周时长是（35.61±3.73）周；其中初产妇 4 例，经产妇 6 例。观察组，年龄在 23 岁-36 岁之间，平均年龄是（30.80±5.92）岁；孕周时长在 29+4 周-38+1 周，平均孕周时长是（35.39±4.08）周；其中初产妇 4 例，经产妇 6 例。对照组和观察组的胎盘早剥孕产妇的资料相对比，没有统计学意义，（ $P > 0.05$ ）。

1.2 方法

对照组孕产妇予以纠正休克、及时终止妊娠以及处理这种相关的并发症等常规护理。确保孕产妇的急诊就诊过程中环境安静、整洁，温湿度适宜，保证孕产妇及其家属好好休息，做到患者各项生命体征的监测，观察并及时询问孕产妇是否出现阴道流血以及腹部疼痛等典型胎盘早剥的症状，及时协助医师处理患者可能出现的各种突发急救情况。

观察组孕产妇实施院前急救细致化综合护理干预。首先，我院急诊医学科组织高效的护理团队，在平时的工作中加强业务学习，全科技术演练每周一次，全院大型多学科多团队多成员模拟演练一月一次。每个护理团队至少拥有一名本专科高年资专业护理人员，团队人员合理分层，包括夜班组与白班组，24 小时保证团队的专业与经验。团队快速评估患者病情，明确护理中的各种细分问题和重点，掌握患者各项生命体征，做好患者的病情预检分诊检测工作，提高孕产妇以及其家属对胎盘早剥疾病的认知情况，检测患者的动态神志变化，注意孕妇是否有出现阴道出血，是否有出现剧烈的腹痛、板状腹，监测患者的血压值、血氧饱和度、DIC 等情况，密切关注孕妇及胎儿的病情发展情况并做到及时报告医师。其二，迅速使患者循环血量保持在正常范围内，预判确定孕妇及胎儿的各项情况后，迅速开启救治治疗，为孕妇建立两条以上的静脉通路，急诊检测孕妇的血常规与凝血功能，客观评估患者病情情况，保证孕妇血液循环的通畅，必要时遵医嘱予相关药物扩容治疗。第三，学习有效的心理专科知识，展开心理护理，患者及其家属在就诊过程中往往因为剧烈的腹痛和阴道流血等症状，担心腹内胎儿的生命安全，由此产生各种焦虑和紧张的不良情绪，急诊护士积极主动与孕妇展开沟通交流，让孕妇自己说出心中的不良情绪，急诊护士特别针对患者存有的心理问题进行分析。护理人员主动介绍急诊团队，急诊环境中的各项仪器设备的配置情况和相关护理操作的目的是和注意事项，展示急诊医学科优质的医护力量，为孕产妇提供温馨、舒适的就医体验，打消患者的疑虑和忧心。如果有可能，尽量让患者的家属全程陪同患者，消除患者的陌生不安感觉，最好是让患者的丈夫全程陪同，在精神上给予患者家人的鼓励和支持。向患者及其家属解释胎盘早剥相关疾病的原理和知识，以及我们能够为患者和胎儿提供的各项应急紧急措施服务，让患者解除或消解心中的不良焦虑情绪，配合医护人员，以期得到更好更及时的帮助和理解。第四，遇到疑似患者或者高度怀疑患者，紧急联系医院内的相关各学科，快速高效组织多学科的团队互动，保证母儿的安全。尽量不让患者离开急诊医护人员的观察范围内，急查床边 B 超检查尽快帮助确诊患者病情是否为胎盘早剥，了解 B 超显示胎盘剥离面有多少，及时掌握患者病情动态情况。第五，如果诊断该患者为胎盘早剥，立即终

止妊娠,要为患者进行手术准备。做好迅速有效的转运交接,填写转运交接单,联系产科医生与儿科医生及时到场抢救患者。同时开放急诊绿色通道,协力指导孕产妇家属办理住院的手续,通知其相关入院病区,做好新病患及家属的接待,以便住院病区医护人员做好术后患者回室的准备工作,整个急救护理干预过程从患者急诊就诊预检分诊至患者被安全转运送至手术室,控制在八分钟以内,以最快的速度、最有效率的护理团队配合,调动全院所有相关各科室资源,争分夺秒,保证胎盘早剥患者母婴的身心安全,防止并发症的发生。

1.3 观察指标

观察两组产妇并发症发生率、新生儿并发症发生率、抢救成功率和护理满意度。

1.4 统计学处理

得到数据,应用统计学软件 SPSS23.0 处理,产妇并发症的发生率、新生儿并发症的发生率、急诊抢救的成功率和出院时对护理工作的满意度应用(%)表示,组间差异性应用卡方检验表示。若存在统计学意义,则($P<0.05$)。

2. 结果

2.1 两组产妇的并发症发生率、新生儿的并发症发生率、急诊抢救的成功率观察

如表 1, 观察组产妇的并发症发生率和新生儿的并发症发生率小于对照组, 观察组的急诊抢救的成功率高于对照组, ($P<0.05$) 对比差异性具有统计学意义。

表 1 两组产妇的并发症发生率、新生儿的并发症发生率、急诊抢救的成功率观察 { n (%)}

组别	n	产妇的并发症发生率	新生儿的并发症发生率	抢救的成功率观察
观察组	10	60.00 (6/10)	40.00 (4/10)	90.00 (9/10)
对照组	10	10.00 (1/10)	0.00 (0/10)	100.00 (10/10)
X^2 值		5.4945	5.0000	8.2547
P 值		0.0190	0.0253	0.0158

2.2 两组产妇出院时的护理满意度观察

如表 2, 观察组产妇出院时的护理满意度均高于对照组, ($P<0.05$) 对比差异性具有统计学意义。

表 2 两组产妇出院时的护理满意度观察 { n (%)}

组别	n	护理满意度观察
观察组	10	70.00 (7/10)
对照组	10	100.00 (10/10)
X^2 值		5.0000
P 值		0.0253

3. 讨论

胎盘早剥是妊娠中晚期相当严重的一类疾病,虽然发病几率较低,但危害性和后果都很严重^[4]。胎盘早剥的病因目前尚未十分明确,虽然在平时门诊建卡孕期管理时,就已经对高危孕妇进行了筛查,做好了各种病情

介绍、健康宣教和紧急情况的安全指导,但出现胎盘早剥这一快速危及母婴安全的疾病仍旧是防不胜防^[5]。院前急救细致化综合护理干预是指在患者发生危急情况之前,对患者可能出现的各种护理问题细分,逐个问题细致列出,然后给予对应的院前急救护理,在患者办理住院手续之前就有了针对性的护理方案和措施,使得患者的安全得到最大的保障。

院前急救细致化综合护理干预可以优化急诊急救内容,动态监测疾病变化,并在住院前提前给予科学干预,强调急诊急救多人多团队的综合护理干预,争分夺秒,其目标就是为了提高新生儿的存活率,保证母婴安全^[6]。经由此次护理研究临床实验数据发现,观察组的胎盘早剥的产妇的并发症发生率以及新生儿的并发症发生率远小于对照组,观察组的急诊急救抢救成功率是显著高于对照组的。结果表明通过院前急救细致化综合护理干预可以更快更好的提高患者的预后几率,有助于提升母婴的生存质量^[7-8]。院前急救细致化综合护理干预组建经验丰富的护理团队,通过有效的急诊预检分诊,病情的密切检测,强化其生命体征及血氧饱和度监测,迅速开放两路静脉通路扩容,予以心理护理,急救床边 B 超,紧急抽血备血及时送检,全程胎心监护,术前准备,联系手术室和新生儿科,绿色通道办理住院手续,降低了胎盘早剥有关并发症的发生,增进患者术后快速恢复健康,可有效降低孕产妇及胎儿的风险因素^[9]。保证患者生命安全的同时,因为及时的陪伴与专业的解释,全程“一对一”的护理服务急救干预,降低患者的负性情绪,改善孕妇突然出现胎盘早剥情况时特别是大量阴道流血和剧烈腹痛时的紧张慌乱焦虑情况,降低孕妇初到急诊医学科就诊的心理焦虑和精神压力,促进患者的心理康复,形成身心的良性循环,也有利于腹内胎儿的生命安全^[10]。院前急救细致化综合护理干预为患者及其家属提供了更加安心舒适安全的就诊环境和就诊过程,想患者之所想,急患者之所急^[11],本临床研究在患者出院后的电话回访的过程中了解到胎盘早剥患者及家属对急诊医学科护理人员的满意度明显提高,特别是护理人员的专业性、团队协作、心理护理得到了多位患者及其家属的肯定,说明院前急救细致化综合护理干预能够促进护患关系,使患者、家属、护理人员之间增加了信任关系。同时院前急救细致化综合护理干预也促进了急诊医学科护理人员的工作积极性、使命感与成就感,每月一次的全科护理演练,每月一次的全院各相关临床科室团队演练,演练后全科人员一起讨论发现解决护理问题,交由科室质检小组进行 PDCA 的质检,并在下一次演练前投入临床督察演练成果。目前在院临床进行的此项急救护理干预,要求整个干预过程从患者急诊就诊预检分诊至患者被安全转运送至手术室,控制在八分钟以内,其实也是对急诊医学科的护理人员,乃至全院的相关多部分和学科提出了更高的专业要求。这项院前急救细致化综合护理干预能够成功实施,离不开急诊医学科全科护理人员的多次团队配合和辛苦的模拟演练,更加离不开全院众多部门学科的支持和通力合作。通过此次胎盘早剥孕产妇院前急救细致化综合护理干预的临床研究,急诊医学科的护理团队互相学习,相互促进,也增加了全科护理人员的团结性和积极向上的科室核心氛围^[12-13]。此次对胎盘早剥孕产妇的院前急救细致化综合护理干预提升了整个医院的专业技术影响力。

(下转第 130 页)

全程护理干预在老年糖尿病患者护理中的应用及效果观察

祁天梦

南京一民医院老年医学科 江苏南京 211100

摘要:目的:对老年糖尿病患者护理的临床价值研究中,全程护理干预的应用情况进行分析,旨在帮助患者有效控制血糖,实在最佳预后。方法:选择我院70例老年糖尿病患者,按照随机数表分组法进行分组,研究组35例(全程护理干预)、对照组35例(常规护理)。入选开始时间2021年02月-2022年02月。结果:对照组满意度低于研究组,结果有意义($P<0.05$);护理后,餐后2小时血糖、空腹血糖对比显示,研究组低于对照组($P<0.05$);研究组生活质量(健康状况、社会功能、生理机能、情感职能)各指标评分均高于对照组,统计学有意义($P<0.05$);不良情绪评分显示,对照组高于研究组, $P<0.05$,对比分析有意义。结论:全程护理干预安全性、可行性较高,对老年糖尿病患者情绪改善,生活质量及满意度的提升具有积极意义,可以稳定血糖指标状况,推广价值较高。

关键词:老年糖尿病;临床价值;全程护理干预;生活质量

糖尿病常见于中老年人,是一种常见疾病。随着时代的发展,人们生活方式和习惯的改变,糖尿病患病率逐年上升,发病年龄逐渐年轻化^[1]。糖尿病是一种以胰岛素分泌缺陷引起的胰岛素功能障碍,以高血糖为特征的代谢紊乱疾病^[2]。随着病情的发展和恶化,患者逐渐出现长期代谢紊乱、全身及器官功能衰竭,生活质量降低,若未及时给予针对性治疗会直接危及患者生命健康^[3]。全程护理干预是一种新型护理干预措施,该方案的实施可以帮助患者实现从入院到出院整个治疗周期均享受到优质护理,不仅能有效控制患者的血糖,而且能最大限度地抑制疾病治疗中的危险因素,提高患者生活质量^[4]。为进一步研究上述治疗措施的可行性,本文对70例老年糖尿病患者为例,旨在帮助患者有效控制血糖,实现最佳预后,为后续护理工作提供科学指导,现具体分析为:

1 资料与方法

1.1 一般资料

本文研究样本选取时间:2021年02月-2022年02月。研究在院伦理委员会批准下进行:以70例老年糖尿病患者为研究对象,在随机数表分组下,分为研究组、对照组,各35例。前者:平均年龄(70.33±0.12)岁(60岁-80岁);病程2-13年,平均(7.45±0.28)年;男性、女性患者分别20例、15例。后者:病程3-12年,平均(7.39±0.30)年;男性、女性患者分别18例、17例;62岁-79岁。平均年龄(70.30±0.15)岁。上述指标均纳入SPSS22.0统计学软件中, $P>0.05$,可以进行下一步分析。

纳入标准:(1)年龄在60岁以上;(2)70例患者及家属自愿签署入组同意书;(3)临床资料完整;(4)入选者对相关研究内容知情;(5)入选患者均确诊糖尿病^[5]。

排除标准:(1)重大疾病史、过敏史;(2)严重脏器病变(肝、肾、骨髓等)者;(3)精神类疾病;(4)生殖系统功能严重不全;(5)凝血功能异常者;(6)中途退出研究;(7)依从性差;(8)语言、意识障碍。

1.2 方法

对照组:常规护理,主要实施措施包括:对患者实际病情状况进行分析,随后结合实际,给予患者常规口头健康知识教育,做好患者护理及病情观察,在相关医嘱指导下,对患者进行常规用药指导,出现异常状况后

给予及时处理。

研究组:全程护理,具体应用措施为:(1)入院时护理:入院时,护理人员需要对患者实际病情进行分析,随后引导患者进行相关体检。检查结束后,告知患者检查结果,并积极向患者普及糖尿病相关知识,告知患者有效治疗对疾病恢复的积极意义,提升患者依从性及配合度。(2)治疗过程护理:首先,对患者机体健康状况进行分析后,给予其针对性饮食及运动指导。为患者制定针对性的饮食计划,帮助患者养成健康的饮食习惯,提升其机体素质。除此之外,重视日常生活中的体育锻炼,包括慢跑、快走、太极拳等,提升患者机体素质。在运动过程中,需要引导患者坚持循序渐进的原则,防止运动过度。以自身机体承受能力为标准,根据机体实际状况,对运动强度及运动量进行控制。在治疗期间,护理人员需要做好患者的床边知识教育,帮助患者提升护理依从性。出院后,还应通过定期讲座进行全程健康教育。主要内容包括不同营养素的分配、总热量的计算、用餐时间的合理安排等,在日常生活中,指导患者进行适当的体育活动,并说明相关注意事项。其次,重视对患者进行健康知识教育。对患者的文化水平、受教育程度以及家庭环境等进行分析,随后结合患者实际,对其进行针对性健康知识教育,主要教育内容包括疾病知识、低血糖症状、处理方法、药物用法、胰岛素保存以及药物不良反应等,主义教育措施包括一对一教育、视频宣教、网络宣传、发放健康知识手册等,加强患者疾病认知的同时,提示其自我健康管理意识及能力,现场示范血糖测定的正确方法,引导患者做好日常血糖监测。说明糖尿病常见的并发症以及预防措施,主要包括酮症酸中毒、心血管病变、糖尿病足、高渗性昏迷、视网膜病变、周围神经病变以及糖尿病肾病等,进而提升患者依从性。密切关注足底情况,指导病人以正确的方式和时间泡脚,穿着透气、适合的鞋子,观察脚趾甲的颜色和厚度、脚趾的颜色、是否有伤口等,若发现异常状况需及时告知主治医生,并积极配合其完成相关治疗及护理,最大限度的满足患者护理需求。最后,加强对患者进行心理护理。在实际护理干预过程中,护理人员需要及时对患者的情绪状况进行分析,随后结合患者实际,加强与患者进行交流,一方面可以更好的了解患者内心实际需求,另一方面可以对护理措施进行更新与完善,实现最佳护理方案,满足患者护理需求,

提升护理质量,进而实现血糖指标的有效控制。为患者讲解本院救治成功案例,提升患者对抗疾病疾病的自信心。需要注意的是,护理人员在与患者进行沟通的过程中,需要使用关切、诚恳的语言,提升患者对相关医护人员的信任程度,构建和谐护患关系,疏导负性情绪,降低患者心理压力,进而实现最佳护理结局。(3)出院后护理:护理人员需要对患者进行出院前的护理指导,告知患者出院后的注意事项,做好出院前患者病情、联系方式等的记录,方便实施后续随访。告知患者家属做好患者出院后饮食、运动以及用药的监督工作,帮助患者养成健康的饮食及运动习惯,防止出院少服、错服、漏服等状况,实现最佳药物治疗效果。定期进行随访,主要随访措施包括电话、微信、家庭随访等,一方面可以让患者充分感受到医护人员的关怀,另一方面可以更好的了解患者病情状况,及时对护理措施进行更新与完善,实现最佳预后。

1.3 观察指标

对两组患者护理前后血糖指标状况进行分析,主要研究内容为:餐后2小时血糖、空腹血糖;对两组生活质量情况进行分析,采用SF-36量表,分析两组患者健康状况、社会功能、生理机能、情感职能等生活质量指标状况,上述指标状况均按照百分制评分标准实施,分数越高,表示患者的生活质量越好;对两组护理前后不良情绪状况(抑郁、焦虑)进行分析,采用SAS、SDS焦虑及抑郁自评量表,上述指标总分均为100分,分数与不良情绪状况成正比;对患者的满意情况进行分析,发放满意度调查问卷,问卷总分为100分:0-60分、61-80分、81-100分,上述分别表示为不满意、一般满意、非常满意,满意度=(总例数-不满意例数)/总例数*100.00%。

1.4 统计学分析

SPSS22.0 软件:70例老年糖尿病患者数据资料〔计量资料(生活质量、餐后2小时血糖、空腹血糖、不良情绪状况):T检验;计数资料(满意度):X²检验,以上分别以 $\bar{x} \pm s$ 、%为表现形式〕:P<0.05,统计学有意义;反之(P>0.05)无意义。

2 结果

2.1 护理前后血糖指标状况统计学差异分析显示:护理前,数据差异大,统计学分析无意义(P>0.05);护理后,对照组各指标水平平均高于研究组,P<0.05,提示统计学差异分析有意义。具体见表一:

表一 两组护理前后血糖指标状况统计学对比 (mmol/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	空腹血糖		餐后2小时血糖	
		护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	35	9.36±1.45	5.36±0.45	15.23±1.36	10.16±1.45
对照组	35	9.28±1.31	7.45±1.26	15.31±1.24	12.33±1.23
T	-	0.2421	9.2414	0.2571	6.7517
P	-	0.8094	0.0000	0.7978	0.0000

2.2 不良情绪状况差异分析显示:护理前,两组差异较小,P>0.05,无统计学意义;护理后,对照组高于研究组,P<0.05,统计学对比研究有意义。具体见表二:

表二 两组护理前后不良情绪状况对比 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	抑郁	焦虑
----	----	----	----

		护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	35	60.22±1.28	30.23±3.14	61.25±1.36	32.22±1.15
对照组	35	60.24±1.31	41.28±3.26	61.47±1.24	41.14±1.19
T	-	0.0646	14.4429	0.7071	31.8885
P	-	0.9487	0.0000	0.4819	0.0000

2.3 生活质量统计学分析显示:对照组各指标0评分均低于研究组,P<0.05,表示统计学数据分析有意义(P<0.05)。具体见表三:

表三 两组生活质量评分对比 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	社会功能	情感职能	健康状况	生理机能
研究组	35	94.61±2.15	93.33±1.43	93.22±1.39	92.78±1.36
对照组	35	80.11±1.35	81.28±1.25	79.01±1.11	80.14±1.21
T	-	33.7901	37.5339	47.2602	41.0794
P	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.4 满意度统计学分析:对照组、研究组满意度分别为80.00%、97.14%,前者低于后者,数据分析有意义(P<0.05)。具体见表四:

表四 两组患者满意度对比

组别	例数	非常满意	一般满意	不满意	总满意度
研究组	35	19(54.29%)	15(42.86%)	1(2.86%)	34(97.14%)
对照组	35	10(28.57%)	18(51.43%)	7(20.00%)	28(80.00%)
X ²	-	-	-	-	5.0806
P	-	-	-	-	0.0241

3 讨论

糖尿病是我国发病率最高的疾病之一,发病人群多为中老年人,通常会 对患者健康造成严重损害,并伴有各种并发症,影响患者机体健康的同时,会对其生命安全产生威胁^[6]。由于患者长期不良的生活习惯、自身体质的影响,会对神经系统、视功能、肾功能造成极大的损害。由于糖尿病是一种终身性、慢性不治之症,复发率高,在常规护理中很难对患者进行全面干预,导致疾病复发,增加并发症的风险^[7]。临床结果显示^[8],影响老年糖尿病的因素很多,主要有遗传、生活环境、饮食失调等。此外,老年人的免疫力相对较差,若患者发病后未及时给予针对性治疗,导致长期处于高血糖状态,很容易对心脏、肾脏造成损害,对其健康和安全产生负面影响^[9]。除此之外,多数老年糖尿病患者对疾病缺乏科学认知,导致其自我管理能力强,容易产生不良情绪,对疾病治疗及预后产生消极影响,不利于患者身心健康。针对以上状况,临床应将疾病相关护理作为研究的重点课题,提供有效的护理干预,满足患者护理需求,提升护理质量。常规的临床护理仅为患者提供与生理及疾病相关的护理措施,在一定程度上忽视了对患者进行情绪疏导,护患之间沟通较少,导致不良情绪状况发生率较高,对治疗依从性产生消极影响^[10]。全程护理干预是一种新型护理干预措施,该方案的实施可以结合患者实际,以患者为中心,给予其针对性护理,让患者更好的了解病房和治疗过程,提升患者依从性,实现最佳治疗及预后^[11]。

本文研究结果显示,研究组患者生活质量评分及满意度较高,不良情绪评分及血糖各指标水平均较低。由此分析结果可以看出,与常规护理措施相比,全程护理干预的实施可以更好的满足患者护理需求,帮助其改善情绪状况,降低心理压力,对患者依从性及生活质量均具积极意义。其原因分析结果显示:全程护理干预的实施可以弥补传统护理缺陷,重视对患者实施针对性、综合性、全面性护理指导,从心理以及生理等多个层次实施护理指导,帮助患者提升疾病认知的同时,可以加强患者自我健康管理意识及能力,实现科学的生活及饮食方式,有效控制血糖指标状况,实现患者身心健康^[12]。

综上所述,全程护理干预应用价值较高,可以帮助患者提升疾病控制效果,加快机体恢复进程,各院可积极推广,并将其作为首选干预措施,为疾病治疗及预后创造更多价值。

参考文献:

- [1]谷乔,李敏,徐芳,等.综合心理护理模式对糖尿病视网膜病变手术患者的干预效果[J].中国医科大学学报,2021,50(2):184-186.
- [2]鹿慧慧,曹青,李玉梅.管路结合预见性护理对糖尿病肾病维持性血液透析患者透析效果及并发症的影响[J].中国实用护理杂志,2021,37(15):1146-1151.
- [3]王斌,郑桃花,黄霞,等.基于奥马哈护理结局分类系统构建老年糖尿病病人护理敏感性结局指标[J].护理研究,2021,35(4):685-689.
- [4]郭善萍,段功香,陈长蓉,等.2型糖尿病合并骨质疏松患者护理干预

(上接第127页)

综上所述,胎盘早剥孕妇运用院前急救细致化综合护理干预的临床效果显著,值得推广使用。

参考文献:

- [1]罗春兰.对胎盘早剥患者实施急救护理的临床分析[J].家庭医药,2019,(6):292-293.
- [2]褚霜霜,沈雪琴.1例胎盘早剥的急救与护理体会[J].养生保健指南,2019,(39):164.
- [3]顾芯.急救护理流程在胎盘早剥救治过程中的应用效果观察[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(35):73.
- [4]何伶俐.急救护理流程应用于胎膜早破并发胎盘早剥救治过程的价值分析[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(53):85,88.
- [5]岳姗姗,张燕子,王旭芳.妊娠高血压综合征并发胎盘早剥的临床护理途径及效果[J].实用医技杂志,2019(12):1612-1613.
- [6]韦奕羽,潘颖群.优质护理用于胎盘早剥患者护理的效果[J].实用临床护理学电子杂志,2017,2(9):104-105.
- [7]刘芹.护理程序在胎盘早剥孕妇中应用[J].中国实用医药,2016,8(4):214-215.
- [8]王金娥.急救护理流程在胎盘早剥合并失血性休克患者中的应用

方案的构建[J].中华护理杂志,2021,56(3):381-386.

[5]白友菊,康霜,李颖,等.基于简易指标的综合指数对老年2型糖尿病患者肌少症的诊断价值[J].中国实用内科杂志,2020,40(8):6.

[6]罗雪莉,庄一渝,董莲莲.1例糖尿病患者颈部慢性溃疡伴高渗高血糖综合症的护理[J].中华护理杂志,2021,56(11):1698-1702.

[7]韩晓霞,郭庆玲.一例甲状腺功能亢进药物性肝损伤合并1型糖尿病并发韦尼克脑病患者的护理[J].中国实用护理杂志,2021,37(7):522-526.

[8]龚亚驰,彭美娣,吴瑕,等.社区老年糖尿病患者的居家护理需求及社会支持特征研究[J].护士进修杂志,2020,35(15):1427-1431.

[9]张洪,张文广,于海兵,等."一病一品"护理模式对社区糖尿病足患者治疗护理效果及认知水平的影响[J].护士进修杂志,2021,36(24):2267-2270.

[10]孙维禧,王艳梅,李萍.基于App"医院-社区-家庭"联动的2型糖尿病患者延续护理方案的构建[J].中国实用护理杂志,2021,37(26):2008-2015.

[11]孙维禧,潘欣欣,王艳梅,等.2型糖尿病患者对基于App"医院-社区-家庭"联动的延续护理需求的质性研究[J].中国实用护理杂志,2021,37(31):2432-2437.

[12]陈金金,戴莉敏,王雨,等.专科护士主导的MDT延续护理在妊娠期糖尿病伴亚临床甲减病人护理中的应用[J].护理研究,2021,35(20):3606-3611.

[J].中华现代护理杂志,2014,20(20):2550-2551.

[9]缪于梅.早发型胎盘早剥26例临床治疗分析[J].吉林医学,2015,34(33):6926-6927.

[10]吴斌.358例胎盘早剥病例临床分析[J].江西医药,2013,48(9):806-807.

[11]谢鹏飞.妊娠晚期胎死宫内102例临床分析[J].海南医学杂志,2011,22(1):61-62.

[12]许梦婷,李晓洁,李丽娇.胎盘早剥的危险因素及其对母婴妊娠结局的影响[J].中国妇幼保健,2020,35(4):727-729.

[13]吴笛,龚晨,兰晶,等.胎盘早剥产妇产后止血功能变化特征及其预测产后出血的价值[J].临床检验杂志,2019,37(9):661-665.

作者简介:方方,女,1981.12-,江苏南京人,硕士研究生;主管护师;研究方向:妇产科护理、急诊急救护理;单位:南京医科大学附属妇产医院(南京市妇幼保健院);

通讯作者:蔡巧妹,女,1963.1-江苏南京人,本科,副主任护师,研究方向:妇产科护理、急诊急救护理、护理管理;单位:南京医科大学附属妇产医院(南京市妇幼保健院)。

小儿咳嗽变异性哮喘的发病特点及护理干预对策研究

陈韦莉

广西贵港市人民医院儿童诊疗中心 广西贵港 537100

摘要：目的：探讨小儿咳嗽变异性哮喘的发病特点及护理干预对策。方法：以 60 例小儿咳嗽变异性哮喘患儿为对象，分为参照组 30 例与研究组 30 例，参照组实施常规护理，研究组系统护理干预，对比治疗效果。结果 两组患儿经过护理后，临床症状明显改善，研究组患儿的治疗有效率更高，与参照组比较，差异是 $P<0.05$ 。研究组患儿护理后血氧饱和度高于参照组，差异 $P<0.05$ 。两组患者经过治疗后，肺功能指标均明显改善，研究组改善优于参照组，差异 $P<0.05$ ，有统计学意义。对于护理后 HAMA 评分、HAMD 评分，研究组更低，与参照组比较差异是 $P<0.05$ 。对比护理满意度，研究组更高，差异 $P<0.05$ ，有统计学意义。结论：小儿咳嗽变异性哮喘患儿实施系统护理干预，有助于消除负面情绪，改善血氧饱和度，提高治疗有效率，得到患儿家属满意评价，效果显著。

关键词：系统护理干预；咳嗽变异性哮喘；治疗效果；小儿

咳嗽变异性哮喘为临床常见呼吸系统疾病，以小儿为高发人群，无特异性症状，增加了诊断难度^[1]。咳嗽变异性哮喘主要症状为持续性咳嗽，高发于清晨、夜间，持续时间长，可引起慢性咳嗽，给患儿带来痛苦，需及时给予有效治疗，避免病情反复发作，引起呼吸困难、喘息等典型哮喘。有学者提出^[2]，儿童咳嗽变异性哮喘若未及时给予有效治疗，在 3-5 年后变化成典型哮喘概率是 30-50%左右。因此，应当重视咳嗽变异性哮喘患儿的发病影响因素分析，明确发病特点，给予精心护理与治疗，有效预防疾病，同时还可缓解或控制疾病^[3]。本文将以 60 例患儿为对象进行研究，探究小儿咳嗽变异性哮喘的发病特点及护理干预对策，详细如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

以 60 例小儿咳嗽变异性哮喘患儿为对象，研究时间为 2019 年 11 月-2021 年 11 月。参照组，18 例男患儿，12 例女患儿；年龄是 2-11 岁，平均是 (6.43 ± 0.27) 岁。研究组，17 例男患儿，13 例女患儿；年龄是 2-12 岁，平均是 (6.35 ± 0.12) 岁；病程平均值为 (5.67 ± 1.16) 天。参照组、研究组资料比较， $P>0.05$ 。纳入标准^[4]：①使用病原菌检测、胸部 X 片、CT 等诊断，确诊疾病^[5]；②资料齐全；③认知正常。排除标准：①本研究药物过敏者；②支气管肺发育不良、肺结核等肺部疾病者；③传染性疾病者；⑤恶性肿瘤者；⑥血液系统疾病者；⑦先天性免疫系统不全者。

1.2 方法

参照组患儿实施常规护理：关注患儿体征变化，监测多项指标，通过播放音乐等方式转移患儿注意力，与患儿沟通交流，讲述疾病有关知识。

给予研究组系统护理干预：（1）加强心理护理：关注情绪变化，及时进行疏导。由医护人员采用自身肢体语言，为患儿营造良好印象；医护人员应当面带微笑，使用温柔语言、肢体语言与患儿沟通，护理过程中，动作幅度要小。在护理人员与患儿交流过程中需注视患儿，使用手势与眼神使患儿感受到自己受到理解与尊重；给予患儿鼓励与支持。医护人员应当注重仪态，无需过于挺直，并重视仪表着装，预期与体态均需大方得体。（2）用药教育：给予患儿用药指导，了解用药情况，在使用特殊药物时，首先应当向患儿家属讲述注意事项，其次讲述药物可能存在的不良反

应，由患儿家属观察，同时，小组成员需增加巡视次数。（3）症状教育：密切关注患儿体温，增肌饮水量，做好皮肤、口腔护理工作。（4）环境管理：室内需保持空气流通与清晰，对室内湿度、温度合理调整，消毒隔离呼吸道感染疾病、消化道传染疾病，开窗通风，使用紫外线管进行照射，持续 1h。护理人员与患儿接触时，严格依照手卫生要求进行处理，预防交叉感染。（5）饮食管理：饮食应当清淡，同时需富含纤维、优质蛋白、维生素等，采用流质食物或者半流质食物，对于辛辣刺激类食物，应当禁止饮食，增加饮水量。（6）健康教育：加强患儿家属健康教育，对提高患儿家属治疗依从性具有积极意义。患儿家属因缺乏疾病知识，无法积极配合治疗，因此，通过发放健康知识手册、PPT、视频等方式，向患儿家属讲述疾病知识，提高患儿家属疾病认知水平。（7）延续护理：为患儿提供恒温恒湿、通风良好的治疗环境，室内需保持清洁，勤晒洗床单、被褥等，避免出现螨虫滋生现象；避免养宠物、种花，防止接触毛绒玩具、尘螨、油烟、花粉等过敏原。做好保暖防寒工作，公共场所尽可能少去，在冬天出门时应当佩戴口罩，结合患儿实际情况，制定运动计划，包括游泳、慢跑等，增强免疫力，指导患儿增加饮水量，确保营养均衡，提高身体素质。

1.3 观察指标

（1）统计治疗效果，由显效、有效、无效组成，评估患儿咳嗽症状，咳嗽评分为 0 分则为显效；护理后咳嗽评分降低超过 1 分，即为有效；其余则是无效。（2）测量血氧饱和度，在护理前、护理后分别进行评估。（3）使用德国耶格肺功能仪对患者的肺功能指标进行检测。（4）评估心理状态，使用 HAMA 量表、HAMD 量表评估。（5）评估护理满意度，采用护理满意度量表。

1.4 统计学方法

使用统计学软件（SPSS19.0）对比分析， $P<0.05$ ，表示统计学意义。

2 结果

2.1 比较治疗效果

两组患儿经过护理后，临床症状明显改善，研究组患儿的治疗有效率更高，与参照组比较，差异是 $P<0.05$ 。如表 1。

表 1：治疗有效率对比（n/n%）

组别	n	显效	有效	无效	有效率
研究组	30	19 (63.33%)	10 (33.33%)	1 (3.33%)	29 (96.67%)
参照组	30	12 (40.00%)	12 (40.00%)	6 (20.00%)	24 (80.00%)
X ² 值	/	/	/	/	4.5623
P 值	/	/	/	/	0.0398

2.2 比较两组患儿护理前后血氧饱和度

研究组患儿护理后血氧饱和度高于参照组，差异 P<0.05，有统计学意义。如表 2 所示。

表 2：护理前后血氧饱和度对比($\bar{x}\pm s$, %)

组别	n	护理前	护理后
研究组	30	86.32±2.89	96.78±2.37
参照组	30	86.17±3.06	91.73±2.45
T 值	/	0.4744	6.8956
P 值	/	0.5127	0.0000

2.3 肺功能指标水平比较

两组患者经过治疗后，肺功能指标均明显改善，研究组改善优于参照组，差异 P<0.05，有统计学意义。见表 3。

表 3：肺功能指标水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	FVC(L)		FEV1(%)		FEV1/FVC(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	30	1.44±0.33	1.07±0.23	52.2±8.86	42.33±7.74	58.54±8.81	40.35±6.66
参照组	30	1.41±0.24	1.23±0.41	53.3±7.88	48.47±6.64	57.28±7.83	47.24±5.51
t		0.3448	3.3922	0.4351	3.6151	0.3979	8.6821
P		0.7319	0.0015	0.6657	0.0008	0.6927	0.0000

2.4 两组患者心理状态与生活质量比较

对于护理后 HAMA 评分、HAMD 评分、生活质量指标，研究组更优，

与参照组比较，P<0.05。如表 4 所示。

表 4：心理状态与生活质量比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	HAMA 评分		HAMD 评分		FEV1/FVC(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	30	13.42±2.62	6.24±1.64	14.35±2.34	6.87±1.34	70.87±5.61	82.49±6.14
参照组	30	13.21±2.34	9.73±1.12	14.09±2.16	9.65±1.47	70.31±4.52	91.73±6.36
t		0.8967	4.7896	0.2855	4.8055	0.7834	7.9453
P		0.3174	0.0000	0.8967	0.0000	0.4127	0.0000

2.5 两组患儿护理满意度对比

研究组护理满意度明显优于参照组，P<0.05，统计学意义存在。如表 5 所示。

表 5：护理满意度对比 (n/n%)

组别	n	十分满意	比较满意	不满意	满意度
研究组	30	18 (60.00%)	12 (40.00%)	0 (0)	30 (100%)
参照组	30	13 (3.33%)	12 (40.00%)	5 (16.67%)	25 (83.33%)
X ² 值	/	/	/	/	4.4523
P 值	/	/	/	/	0.0412

3 讨论

3.1 小儿咳嗽变异性哮喘发病特点分析

小儿因免疫系统尚未发育成熟，极易引发多种过敏性疾病，常见的有咳嗽变异性哮喘等。咳嗽变异性哮喘缺乏典型哮喘症状，随着病情法阵，进展呈典型哮喘^[5]。因此应当重视咳嗽变异性哮喘患儿发病因素分析，并结合实际情况进行预防管理^[6]。哮喘为多基因遗传病，具有家族聚集倾向。小儿咳嗽变异性哮喘临床特征如下所示^[7]：（1）持续咳嗽 4 周以上，清晨和(或)夜间发作，咳嗽剧烈影响休息；（2）运动后咳嗽加重，刺激性干咳，

没有痰液，除非合并感染；（3）经常规治疗疗效不明显或者无效；（4）经过规范抗生素治疗无效；（5）应用支气管扩张剂可以使得咳嗽明显好转；（6）往往有过敏性病史和过敏性疾病的家族病史；（7）咳嗽有季节性、冬季气温低、气候干燥、春季空气中花粉，柳絮等植物性粉尘较多，这些因素都容易诱发咳嗽变异性哮喘症状发作。

3.2 小儿咳嗽变异性哮喘系统护理干预的应用价值

咳嗽变异性哮喘在急性发作以后，主要症状为咳嗽、胸闷等，不同患者的病情严重程度、发作持续时间也存在差异，若患者症状轻，在急性发作以后仅仅持续几分钟时间，若患者病情严重，可能持续数周时间^[8]。咳嗽变异性哮喘患儿多采用雾化治疗，操作简单，治疗效果显著^[9]。同时，在治疗过程中配合实施科学护理干预，结合患者文化程度、家庭背景等开展的护理干预，其内容包括饮食、运动、疾病等知识，其目的在于确保患者充分掌握疾病知识，纠正不良生活习惯与认知误区，消除负性情绪，促进疾病的治疗；加强饮食，提高免疫力，给予患者运动指导，促进疾病的治疗^[10]。本次研究中，研究组患儿实施系统护理干预，参照组为常规护理，结果可见，对于护理后 HAMA 评分、HAMD 评分，研究组更低，与参照组比较差异是 P<0.05。表明系统护理干预可消除患儿负性情绪。系统护理

（下转第 135 页）

眼科门诊患者中采用心理护理干预后患者的心理状况情况分析

陈学香 张慧 付媛

宁夏人民医院眼科医院 宁夏银川 750002

摘要：目的：探讨心理护理对眼科门诊患者中心理状态的应用效果。方法：将2020年11月到2021年11月在本院门诊进行治疗的眼科患者74例作为本次的观察对象，并将这74例观察对象随机分为实验组和对照组两组，每组有37例眼科的患者，而对照组的37例眼科门诊的患者采用常规的护理措施进行护理，而实验组的37例眼科的患者则是在常规护理的基础上加用心理护理措施进行护理，并将两组眼科门诊的患者护理前后心理状态的评分情况以及患者对护理满意度情况进行对比和分析。结果：两组在门诊进行就诊的眼科患者护理前，两组患者心理状态的评分对比不具有统计学意义（ $p>0.05$ ），而两组患者采用有效护理措施护理后，采用心理护理进行护理的实验组眼科门诊的患者心理状态的评分情况以及患者对护理工作的满意度情况均优于采用常规护理的对照组眼科门诊患者，且两组眼科门诊的患者心理状态的评分以及对护理工作的满意度对比产生的差异数据具有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：本文对在门诊进行就诊的眼科患者使用心理护理措施进行护理，能够有效的改善患者不良的心理状态，同时还能够提高患者的生活质量以及患者对护理工作的满意度情况，在临床上值得推广和使用。

关键词：心理护理；门诊；眼科；心理状态

由于我国生活水平的不断提高，所以我国的居民对于自身的健康需求也在不断的增加。加上我国眼科保健的普及，所以人们对于眼部的健康需求也在不断的增加。目前我国大部分的综合性的医院都开设了眼科的门诊，这主要是因为眼科相对于内科和外科来说具有一定的特殊性，因为眼科的门诊需要对眼科的常见病以及多发病进行诊治，同时对患者进行眼科健康知识的普及工作，能够提高医院的服务质量。在眼科门诊中会发现大部分患有眼科疾病的患者都会出现焦虑和抑郁等不良的情绪，甚至患者还会表现出很强的焦躁以及恐惧的心理，这主要是因为眼科门诊的人流量比较大，所以每位患者都需要很长时间的候诊，再加上患者都是视力受到损伤，甚至是双眼失明的患者，行动非常的不便，在进行专科检查时耗时的时间比较长，所以对于眼科就诊的时间相对于其他科就诊的时间来说较长，也正是因此对于眼科门诊的患者来说，对护理的需求也远远高于其他科的患者。传统的护理模式只对患者的疾病进行护理，而忽略了对患者进行人文关怀的护理，不能够满足患者对临床护理的需求。但是心理护理作为优质护理服务中的重要一项护理，能够通过对患者进行人文关怀护理以及针对性的心理护理，改善患者的心理状态，使患者能够积极的面对疾病。本次研究将对眼科门诊的患者采用心理护理措施进行护理，并将护理的结果进行对比和分析。^{[1]-[3]}

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2020年11月到2021年11月在本院眼科门诊进行就诊的患者74例作为本次的观察对象，并将这74例眼科门诊的患者随机分为实验组和对照组两组，每组有37例眼科门诊的患者，而对照组的37例眼科门诊的

患者中，有男性患者19例，女性患者18例，年龄在22~76岁之间，平均年龄为（45.8±17.55）岁，而实验组的37例眼科门诊的患者中，有男性患者18例，女性患者19例，年龄在21~77岁之间，平均年龄为（46.28±16.89）岁，两组患者均符合本次研究的纳入标准，并且两组患者均签署知情同意书，同时两组患者的临床资料对比产生的差异数据没有统计学意义（ $p>0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法

对照组的眼科门诊的患者使用常规的护理措施进行护理，而实验组眼科门诊的患者则采取心理护理措施进行护理，主要的内容包括：1. 首先应该对眼科门诊患者的心态进行详细的分析，因为门诊属于患者看病的第1个阶段，通过早期的诊断对患者的病情进行掌握，同时也能够对患者之后的治疗有一个合理的分类和安排。对于初诊的眼科患者来说，对于未知的病情，患者都会产生一定的焦虑抑郁以及紧张等心理情绪。在这种情况下，护理人员应该主动的去安慰患者的情绪，告诉患者一些非常常见的小知识。在眼科门诊进行就诊的患者心态是非常的复杂的，患者会反复的出现不安以及焦躁的情况，这主要是因为眼科门诊就诊的检查程序非常的多，所以大部分的患者都会因为时间太长而产生非常烦躁的心理。因此，也会出现一些患者与医护人员发生争执的情况，所以门诊的护理人员需要具有非常强的应变能力，去解决突发的事情，并且安排患者有秩序的就诊。如果在安排秩序的过程中出现了失误的情况，那么门诊的护理人员就应该礼貌的向患者进行道歉，并且替患者安排好相关的就诊事务。^{[4]-[6]}2. 在眼科门诊就诊的患者常见的心理问题：①患者由于对自身的病情以及就诊，会抱有非常担忧以及恐惧和害怕等不良的心理状态，再加上患者对眼科的

健康知识非常的缺乏以及对就诊的盲目性，所以患者会对相关的护理工作产生逃避的心理，特别是在患者进行治疗的过程当中，患者的心理变化非常的大。主要是患者在治疗时出现疼痛而产生的恐惧以及对术后恢复情况的担忧和病情发展的担心等。②在患者手术以后或者治疗以后，如果病情没有好转，那么患者就会出现情绪低落的情况，并且这段情绪一直会持续到患者病情好转或者医生给出相关诊断结果之后才会逐渐的消失。③眼科的患者在治疗的过程中会出现情绪烦躁以及焦虑和忧郁的心理情绪，这主要是因为患者迫切的想要恢复视力，所以产生了不正当的心理。所以护理人员应该改善患者的心理，使患者心理能够处于平静的状态。这一点对于老年患者来说是非常重要的，老年患者会因为年龄的增加产生一定的孤独感和落寞感，再加上出现了视力的问题，所以这种感觉会更加的强烈，所以在这个时间段内老年患者很容易患有青光眼以及白内障等眼科的疾病。为了能够改善老年患者的心理问题，所以需要对患者进行一定的心理安慰，改变老年患者的心理变化。^{[7]-[9]}3. 心理护理的方法：①护理人员应该主动并且积极的与患者进行沟通和交流，减少患者对病情的盲目性，稳定患者的情绪，同时护理人员还应该热情的关怀患者的病情以及患者的情绪，使患者能够保持良好的心理状态面对接下来的治疗，同时也能够使患者与医生之间进行良好的沟通和交流。此外，护理人员还应该为患者进行健康宣传教育，使患者掌握疾病的发生发展、治疗的方法以及注意事项，提高患者对疾病知识的掌握度，从而提高患者对治疗的依从性。②身为门诊的护理人员，需要遵循职业道德，因为在患者进行就诊以及治疗的过程中，护理人员担任着非常重要的责任，护理人员不仅要具有非常熟练的工作技能，同时对患者进行心理关怀，对患者的治疗是非常重要的。能够有效帮助患者降低因病情而产生的恐惧和害怕以及忧虑的心理情绪，同时帮助患者建立信心去战胜疾病，提高医院的护理质量。③门诊的护理人员对患者进行治疗的过程中，还应该观察患者情绪上的变化，并且在治疗过程中护理人员的手法应该轻柔，面对问题时应该保持沉着冷静的态度。特别是在门诊的护理人员，能够通过观察患者表情上的变化，并且主动的去询问患者相关的情况，同时使用温和的语言去安慰患者，并尽快的安排医生为患者进行就诊。^{[10]-[11]}

1.3 观察指标

将两组眼科门诊的患者护理前后心理状态的评分以及对护理工作的满意度情况进行对比和分析。患者心理状态的评分采用焦虑自评量表和抑郁自评量表来观察患者的心理变化并进行评分，分数越高的代表患者的焦虑和抑郁越严重。

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 两组患者护理前，心理状态的评分对比不具有统计学意义（ $p>0.05$ ），两组患者护理后，采用心理护理的实验组眼科门诊的患者心理状态的评分情况优于采用常规护理的对照组眼科门诊的患者，且两组眼科门诊患者心理状态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 1

表 1 两组患者护理前后心理状态的对比情况

组别	例数	SAS 护理前	SAS 护理后	SDS 护理前	SDS 护理后
实验组	37	58.64±12.33	18.45±5.16	60.32±13.82	20.38±5.55
对照组	37	59.18±13.02	22.38±5.64	29.98±13.55	25.13±5.67
t		0.1832	3.1272	9.5353	3.6416
P		0.8552	0.0025	0.0000	0.0005

2.2 采用心理护理的实验组眼科门诊的患者对护理工作的满意度情况优于采用常规护理的对照组眼科门诊患者，且两组眼科门诊患者对护理工作满意度对比后产生的差异数据具有统计学意义（ $p<0.05$ ）见表 2

表 2 两组患者对护理工作满意度的对比情况

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意度
实验组	37	32(86.49%)	4 (10.81%)	1 (2.70%)	36(97.30%)
对照组	37	26(70.27%)	5 (13.51%)	6 (16.21%)	31(83.79%)
P					<0.05

3 讨论

目前眼科门诊对于综合性医院来说是不可缺少的部分，眼科门诊需要承担眼科常见病以及多发病的治疗，同时还应该对患者宣传眼科健康知识。近几年来由于我国经济水平的提高以及生活水平的提高，所以人们对于自身的健康也越来越重视，特别是对于眼科保健的需求也逐渐的增加，所以眼科门诊的工作也受到了非常大的重视。眼科门诊的患者和其他科室的患者具有一定的特殊性，再加上眼部是人体最重要的器官，所以在眼科门诊进行就诊的患者会出现焦虑和抑郁等不良的情绪。这主要是因为患者视力受到损伤，导致患者行动不便，再加上患者等待就诊的时间比较长，所以使患者产生了焦虑的情绪。这种情绪不仅会影响疾病的治疗，同时也

会影响患者的预后效果。所以对于眼科门诊的患者来说采取有效的护理措施是非常重要的。^[12]

心理护理是优质护理服务的重要组成部分,能够通过观察在眼科门诊患者的心理特征来选择针对性的护理措施,通过对患者进行健康教育宣传,使患者能够掌握眼科疾病的相关知识,同时对患者的心理情绪进行安慰,提高患者对治疗的信心,也能够改善患者不良的心理状态。^[13]

本文对在眼科门诊进行就诊的患者使用心理护理措施进行护理,能够有效的改善患者不良的心理状态,同时改善患者的生活质量,提高患者对护理工作的满意度以及患者对健康知识的掌握度,在临床上值得推广和使用。

参考文献:

- [1]邹海棠.心理护理干预对眼科临床治疗效果的影响分析[J].国际护理学杂志,2021,31(12):2322—2324.
- [2]曾敏.心理护理在提高门诊手术患者满意度中的作用[J].医药前沿,2021,5(1):67—68.
- [3]侯华丽.术前访视心理护理对眼科局麻患者心理、生理应激的影响[J].国际护理学杂志,2021,31(11):2099—2100.
- [4]何洁丽.心理护理在眼科患者中的应用效果[J].护理实践研究,2021,11(10):142—143.

(上接第132页)

干预的展开针对性患者不同心态、不同年龄、不同文化程度和不同的疾病知识接受度展开分析,并讲分析结果作为制定个性化强化健康教育方案的依据,密切监测各项指标,结合实际情况确定治疗方案,对疾病的治疗具有积极意义^[11]。本次研究结果显示,两组患儿经过护理后,临床症状明显改善,研究组患儿在治疗有效率、肺功能指标、血氧饱和度方面均优于对照组, $P < 0.05$,且研究组护理满意度更高,证实了系统护理干预可促进治疗,改善预后效果。

综上所述,小儿咳嗽变异性哮喘实施系统护理干预,有助于消除负性情绪,改善血氧饱和度,提高治疗有效率,得到患儿家属满意评价,效果显著。

参考文献:

- [1]胡明英.小儿咳嗽变异性哮喘的发病特点及护理干预对策[J].健康必读,2021(7):210—211.
- [2]谭黎黎.小儿咳嗽变异性哮喘的发病特点及护理干预对策[J].东方药膳,2021(12):191.
- [3]王欣.小儿咳嗽变异性哮喘的发病特点及护理干预对策[J].临床

[5]柴卫卫.人性化护理服务模式在眼科门诊护理管理工作中的应用价值分析[J].临床医药文献电子杂志,2021,6(92):111—114.

[6]陈秀萍.心理护理干预对眼科门诊患者满意度的作用分析[J].南通大学学报(医学版),2021,39(06):527—528.

[7]古风琴.人性化护理服务模式在眼科门诊护理管理工作中的应用价值分析[J].中国实用医药,2021,11(23):250—251.

[8]马英霞,崔付清,崔占叶,等.眼科患者围手术期心理状况调查分析[J].山东医药,2021(28).

[9]王振华,孟庆珍,刘洋,等.健康教育在眼科护理中的作用[J].中国医药指南,2021(20).

[10]陈蓉,敖瑞莲.眼科门诊患者的心理特点分析及护理对策[J].中外医学研究,2021(29).

[11]曾月玲,杨君,何燕.优质护理在门诊眼科护理中的应用观察[J].基层医学论坛,2021,19(7):890—891.

[12]赵媛媛,吕丽雯,陈盼.优质护理服务措施在眼科门诊中的应用及效果[J].河北医药,2021,36(1):148—149.

[13]邓燕妮.眼科护理过程中存在的问题及对策[J].中国医药导报,2021,7(32):82—85.

检验杂志(电子版),2019,8(2):59—60.

[4]荣金丽,孙丽,黄孝玲.小儿咳嗽变异性哮喘的发病特点及护理干预对策[J].全科口腔医学杂志(电子版),2019,6(18):108—109.

[5]兰雨浓.小儿咳嗽变异性哮喘的发病特点及护理干预对策[J].医学食疗与健康,2019(6):158—159.

[6]刘喜凤.小儿咳嗽变异性哮喘的发病特点及护理干预[J].饮食保健,2020,7(4):7—8.

[7]曹会萍.小儿咳嗽变异性哮喘的发病特点及护理干预对策[J].母婴世界,2020(34):164.

[8]刘娟,张萌,贾玉臻.小儿咳嗽变异性哮喘的发病特点及护理要点研究[J].中外女性健康研究,2019(10):64—65.

[9]赵艳.试论小儿咳嗽变异性哮喘的发病特点及护理体会[J].现代养生(下半月版),2019(1):195—196.

[10]谭黎黎.小儿咳嗽变异性哮喘的发病特点及护理干预对策[J].自我保健,2019(14):130.

[11]杨凤葵.小儿咳嗽变异性哮喘的发病特点及护理要点分析[J].中国社区医师,2018,34(6):131,130.

手术体位护理对脑肿瘤手术患者长时间手术压疮形成的影响分析

黄娟

贵港市人民医院 广西壮族自治区 537100

摘要: 目的: 降低脑肿瘤手术患者压疮发生率, 提高患者舒适度。方法: 收集于我院接受手术治疗的 84 例脑肿瘤患者为研究对象, 按照随机原则将患者分设为两组, 并实施不同的护理模式, 对照组 42 例采取常规护理, 观察组 42 例改良术中体位护理, 观察指标包括压疮发生率、压疮平均面积、舒适度评分、护理满意度及医生对体位满意度评分。结果 观察组术后 7d 内压疮总发生率低于对照组, 且压疮平均面积较对照组小, 有统计学差异 ($p < 0.05$); 干预前, 两组 GCQ 各维度评分比较无显著差异 ($p > 0.05$); 干预后, 观察组 GCQ 生理、心理精神两个维度评分较对照组高, 有统计学差异 ($p < 0.05$); 观察组护理满意度较对照组高, 有统计学差异 ($p < 0.05$); 观察组医生对体位满意度评分高于对照组, 有统计学差异 ($p < 0.05$)。结论: 术中改良体位护理能够有效降低压疮发生率, 促进患者术后康复, 提高患者舒适度。

关键词: 脑肿瘤; 手术体位; 护理; 压疮

【 Abstract 】 Objective To reduce the incidence of pressure ulcers in patients undergoing brain tumor surgery and improve patient comfort. Methods 84 patients with brain tumor who received surgical treatment in our hospital were collected as the research object. According to the principle of randomness, the patients were divided into two groups, and different nursing modes were implemented. The control group included 42 patients with routine nursing, and the observation group included 42 patients with improved intraoperative postural nursing. The indicators included the incidence of pressure ulcers, mean area of pressure ulcers, comfort score, nursing satisfaction score and doctors' satisfaction score on body position. Results The total incidence of pressure ulcers within 7 days after operation in the observation group was lower than that in the control group, and the average area of pressure ulcers was smaller than that in the control group, with statistical difference ($P < 0.05$). Before intervention, there was no significant difference in GCQ score of all dimensions between the two groups ($P > 0.05$). After intervention, GCQ scores of physiological and psychological dimensions in the observation group were higher than those in the control group, with statistical differences ($P < 0.05$). The nursing satisfaction of observation group was higher than that of control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The satisfaction score of the observation group was higher than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion Intraoperative improved posture nursing can effectively reduce the incidence of pressure ulcers, promote postoperative rehabilitation of patients, improve the comfort of patients.

【 Key words 】 brain tumor; Surgical position; Nursing; Pressure sores

压疮是指皮肤受剪切力、压力、摩擦力引起的受压皮肤颜色改变、水泡/溃疡形成及组织坏死, 也称为压力性溃疡^[1]。局部皮肤长时间受压, 血液循环不畅, 导致皮肤及皮下组织营养缺乏是压疮发生的主要机理^[2]。骶尾骨、足跟、臀部等受压骨骼部位是压疮的好发部位。压疮根据病程分为急性和慢性两类, 慢性压疮一般由长期卧床引起, 而急性压疮的发生则主要与手术相关^[3]。压疮的发生可导致患者住院时间延长, 术后感染风险增加, 甚至对手术质量和效果产生负面影响, 增加患者痛苦和经济负担^[4]。脑肿瘤手术较复杂, 手术时间长, 制动时间久, 束带的应用增加了局部皮肤受到的压力, 是急性压疮的高危人群。降低手术急性压疮的发生是手术室护理的重点工作内容, 相关研究指出, 围术期压疮的发生与术中体位密切相关^[5]。本研究通过改良手术体位护理, 降低了脑肿瘤手术患者压疮发生率, 具体报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

研究对象: 84 例脑肿瘤患者。研究时间: 2020 年 4 月~2021 年 4 月期间。分组方法: 随机数列表分组法。对照组 42 例中, 男 25 例, 女 17 例, 年龄 40~77 岁, 平均 (62.36±7.15) 岁; 肿瘤部位: 前交通动脉瘤 11 例, 颈内动脉后交通动脉瘤 20 例, 大脑中动脉瘤 6 例, 其他部位 5 例; 体

量指数 (BMI) 18~26kg/m², 平均 (22.41±4.23) kg/m²; 急性生理与慢性健康 (APACHEII) 评分 18~22, 平均 (20.63±2.15) 分。观察组 42 例中, 男 27 例, 女 15 例, 年龄 41~79 岁, 平均 (61.99±6.98) 岁; 肿瘤部位: 前交通动脉瘤 10 例, 颈内动脉后交通动脉瘤 21 例, 大脑中动脉瘤 7 例, 其他部位 4 例; 体质量指数 (BMI) 19~27kg/m², 平均 (21.99±4.05) kg/m²; 急性生理与慢性健康 (APACHEII) 评分 17~22 分, 平均 (20.41±2.11) 分。两组一般资料比较, 差异不显著 ($p > 0.05$)。

纳入标准: ①符合脑部肿瘤诊断标准, 均明确诊断, 有手术指征。②美国麻醉医师协会 (ASA) 分级 I~II 级。③签署知情同意书。④侧卧位手术患者。

排除标准: ①合并严重的内科疾病。②既往无脑部手术史。③术中大出血。④合并全身感染性疾病。④皮肤破溃、糖尿病血糖控制不佳、术前营养不良及既往压疮史患者。

1.2 方法

两组手术、麻醉均由同一医疗团队开展。对照组开展常规术中护理, 根据手术需求和主刀医生习惯摆放患者体位, 受压局部以海绵垫支撑和保护, 术中加强保温。观察组实施改良体位护理, 内容包括: ①组建压疮预防小组, 由科室护士长担任组长, 组员由工作年限 3 年以上, 专业知识及技术过硬的护士组成。组长带领组员定期学习压疮相关知识, 提高组员对

压疮预防的意识以及处理压疮的技术和能力。②术前风险评估,术前1d,巡回护士进入病房,对患者进行手术相关知识宣教,并开展必要的心理护理,同时应用 Waterlow 压疮危险因素量表评估患者发生压疮的风险,量表共9个维度,根据评估最终得分,划定三个级别。10分以下低风险,10~14分为中风险,15~19分为高风险,≥20分为超高风险。建立压疮风险预测报告制度,评分15分及以上的患者,进行压疮风险预警表填制,向患者及家属告知压疮发生的可能性以及危害。③分级护理,Waterlow<10分,压疮风险低,术中根据手术需要,常规摆放体位,受压部位以软海绵垫保护或进行悬空。Waterlow10~14分,在常规护理基础上,强化护理记录,观察耳廓、颊部、踝关节前部等压疮好发部位皮肤温度、颜色等,每隔30min记录一次,发生变化应当及时采取措施。以高分子聚氨酯凝胶体对骨隆突处进行保护,受压局部给予溃疡贴粘贴。Waterlow15~19分,在上一级护理措施基础上,强化细节护理,体位摆放过程中动作轻柔,使用柔软、松紧适宜的约束带,避免挤压皮肤,局部发生颜色改变,给予减压,条件允许下每隔60min对局部进行按摩,征询手术医师意见,对体位进行小幅度变化。Waterlow20分以上,护理评估内容向护理小组上报,审核评估内容,检查预防性护理措施是否全面和具有针对性,给出指导性意见,根据实际情况,调整术中护理措施。

1.3 观察指标

(1) 压疮形成情况:主要分设为四个不同级别,I级:皮肤局部颜色变化,红肿、麻木、皮温升高或轻微触痛,皮肤周围界限清晰,压力解除

后30min内皮肤颜色仍无法复常。II级:皮肤呈紫红色,出现表浅溃疡或表皮水泡形成,局部皮肤红肿、质地变硬,但无结痂。III级:皮肤出现潮湿、红润的创面,表皮水泡破溃,有渗液,但肌肉、肌腱、骨等深层组织未暴露。IV级:局部皮肤组织坏死,出现焦痂皮,组织呈黑褐色,有脓性分泌物,味臭,并发感染,感染向深部组织扩张。记录两组患者术后7d内压疮发生情况。并记录两组压疮平均面积^[6]。

(2) 护理舒适度:采用 Kolcaba 舒适状况量表(GCQ)对患者舒适度进行评价,包括生理、心理精神、社会文化、环境四个维度,分别于入院时(护理干预前)和术后7d内(护理干预后)进行评估^[7]。

(3) 患者护理满意度:以自制护理满意度调查问卷作为工具,调查患者对护理服务的满意程度,包括非常满意、较满意、一般和不满意四个等级,总满意度为非常满意率与较满意率之和。

(4) 调查手术医生对体位的满意度,总分0~100分,分数越高,满意度越高。

1.4 统计学方法

采用 spss24.0 软件处理资料,以($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,(%)表示计数资料,分别以t和卡方检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 压疮形成情况

观察组术后7d内压疮总发生率低于对照组,且压疮平均面积较对照组小,有统计学差异($p < 0.05$),见表1。

表1 两组患者压疮形成情况比较[n(%), ($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数(n)	压疮发生率[n(%)]					压疮平均面积(cm)
		I	II	III	IV	总发生率	
观察组	42	2 (4.76)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (4.76)	6.55±2.82
对照组	42	5 (11.90)	1 (2.38)	1 (2.38)	0 (0.00)	7 (16.67)	10.36±3.81
χ^2						4.251	5.209
P						0.034	0.000

2.2 舒适度评分
干预前,两组GCQ各维度评分比较无显著差异($p > 0.05$);干预后,观察组GCQ生理、心理精神两个维度评分较对照组高,有统计学差异($p < 0.05$),见表2。

表2 两组舒适度评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

指标	时间	观察组	对照组	t	P
环境	干预前	22.12±4.15	22.36±3.12	0.300	0.765
	干预后	23.03±4.11	23.81±4.02	0.891	0.376

社会文化 心理精神 生理	干预前	32.23±3.25	33.12±3.08	1.301	0.095
	干预后	34.08±4.14	33.95±4.33	0.141	0.889
	干预前	27.15±5.11	27.63±5.12	0.624	0.421
	干预后	35.33±4.15	30.45±4.33	5.273	0.000
	干预前	17.23±3.25	17.63±3.14	0.574	0.568
	干预后	15.36±4.12	10.25±6.11	4.494	0.000

2.3 患者满意度

观察组护理满意度较对照组高,有统计学差异($p < 0.05$),见表3。

表3 两组患者满意度比较[n(%)]

组别	例数(n)	非常满意	较满意	一般	不满意	总满意度
观察组	42	22 (52.38)	18 (42.86)	2 (4.76)	0 (0.00)	40 (95.24)
对照组	42	15 (35.71)	19 (45.24)	8 (19.05)	2 (4.76)	34 (80.95)
χ^2						4.087
P						0.043

2.4 医生体位对满意度评分

(下转第148页)

循证护理在急性心肌梗死并发心律失常患者中的成效探究

鄂艳茹

河北省秦皇岛市卢龙县医院 河北省秦皇岛市卢龙县 066400

摘要：目的：探究在急性心肌梗死并发心律失常患者护理中应用循证护理法的临床效果。方法：以2019年1月—2022年1月为研究对象选取时间段，以区组随机化法从我院在此时间段内收治的急性心肌梗死并发心律失常患者中选取76例，并根据患者病例编号末尾数奇偶分为对照组与研究组，各38例，对照组患者应用常规护理，研究组患者在此基础上应用循证护理，比较两组患者护理心功能、生活质量、护理有效率、焦虑、抑郁情况以及并发症情况。结果：研究组患者LVEF为 $(68.91 \pm 1.74)\%$ ，LVEDD (57.62 ± 1.36) mm，均优于对照组($t=15.416$, $P<0.001$; $t=14.066$, $P<0.001$)；研究组患者生理功能评分为 (80.91 ± 2.98) 分，社会交往能力评分为 (79.73 ± 2.74) 分，精神状态评分为 (83.26 ± 3.07) 分，心理状态评分为 (80.44 ± 3.26) 分，均高于对照组评分($t=11.222$, $P<0.001$; $t=9.482$, $P<0.001$; $t=14.432$, $P<0.001$; $t=9.268$, $P<0.001$)；研究组患者护理有效率为97.37%，显著高于对照组($X^2=5.029$, $P=0.025$)，研究组患者焦虑评分为 (33.05 ± 1.63) 分，抑郁评分为 (33.62 ± 1.90) 分，显著低于对照组($t=15.935$, $P<0.001$; $t=12.555$, $P<0.001$)；研究组患者并发症发生率为5.26%，显著少于对照组($X^2=4.146$, $P=0.042$)。结论：在心肌梗死并发心律失常患者的临床护理中应用循证护理法有显著效果，有利于改善患者心功能、提升患者生活质量，能够有效改善患者焦虑、抑郁情况，减少并发症出现，从而提升患者护理满意率，构建和谐护患关系，有较高的临床应用价值。

关键词：循证护理；急性心肌梗死；心律失常；心功能；临床成效

急性心肌梗死指的是患者冠状动脉出现持续性、急性缺氧或缺血，导致心肌坏死，是常见的心脏外科疾病，主要表现为心跳加速、胸闷胸痛、大汗发热等，其发病急，常伴有心律失常情况且。急性心肌梗死具有死亡率高的特点，且近年来呈年轻化趋势发展^[1-2]。急性心肌梗死并心律失常目前主要通过药物、溶栓治疗、冠状动脉介入术等方式控制病情发展，但治疗后易出现并发症且有复发风险，因此需以有效的护理手段为辅助^[3-4]。在治疗过程中，护理质量的欠缺会导致治疗效果不佳，对患者生命安全造成威胁。应为患者提供更密切的特殊护理方式，以更科学、规范的护理模式，提升患者生存质量，预防并发症^[5-6]。本研究对我院在2019年1月—2022年1月收治的急性心肌梗死并发心律失常患者(76例)进行研究，研讨循证护理在急性心肌梗死并心律失常患者临床护理中的效果，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以我院于2019年1月—2022年1月收治的急性心肌梗死并发心律失常患者为研究对象选取范围，以区组随机化法从中选取76例，并根据患者病例编号末尾数奇偶分为对照组与研究组，各38例。

研究组中，男患者21例，女患者17例，患者年龄47—69岁，平均年龄 (54.37 ± 3.63) 岁，病程为2-3年，平均病程为 (1.73 ± 0.77) 年；对照组中，男患者20例，女患者18例，患者年龄45—68岁，平均年龄 (53.21 ± 3.29) 岁，病程为2-4年，平均病程为 (1.79 ± 1.21) 年。比较两组患者性别年龄等基础临床资料可知，两组患者无显著组间差异($P>0.05$)，不存在统计学意义，能够进行比较研究。

1.2 纳入标准和排除标准

纳入标准：患者符合《急性心肌梗死诊断和治疗指南》^[7]中关于心肌梗死相关诊断标准；患者资源参与研究并签署知情同意书；研究经医院伦理委员会审核通过。

排除标准：严重肝肾疾病患者；恶性肿瘤患者；传染性疾病患者；近3个月内参与过其他临床医学实验者；精神类疾病、难以有效沟通患者。

1.3 方法

对照组患者应用常规护理法，主要包括以下几点。

1 入院护理。护理人员应在患者入院前为其准备好床位，并热情接待、引导患者家属进行入院手续办理以及各项常规身体检查。检查结束后应为患者家属讲解检查结果，帮助其平稳情绪，正确对待患者病情。还需评估患者病情，包括疼痛情况、持续时间等，并对患者生命体征及病情发展进行严密监控，监测患者心电图变化情况，对患者心律失常及心肌缺血情况以及患者健康知识掌握情况、心理状态进行评估。

2 住院护理。护理人员在患者住院期间应监督其卧床休息，对家属探视情况进行控制，其次应为患者进行患病原因、治疗方法等方面的讲解，提升患者对疾病知识的掌握程度，帮助其缓解心理压力、树立治疗信心。

研究组患者在常规护理基础上，应用循证护理法，主要包括以下几点。

1 明确循证问题。护理人员应针对护理中的问题进行相关资料与文献查找，评价查找结果的适应性，并了解患者需求，将其与相关资料结合进行护理计划的制定。

2 病情监测。护理人员应对患者血压、心率以及心功能等指标进行实

时监测，及时根据患者情况调整护理计划。护理人员在患者手术后或疾病发作期应监督其卧床休息，关注患者是否有并发症发生，待患者病情稳定后，应鼓励并辅助其进行适当的创伤肢体运动。若患者急性期出现心律失常症状应立即进行同步直流电复率治疗，防止病情严重发展。

3 心理护理。护理人员需加强与患者的沟通交流，了解患者护理需求，帮助患者疏导不良情绪，帮助其以良好的心态面对疾病，消除患者治疗顾虑。

4 饮食护理。护理人员需为患者指定科学合理的饮食计划，在符合饮食要求的前提下尽量满足患者饮食需求，保证患者营养需要，以维生素丰富食物为主，少量饮食。

1.4 观察指标

比较两组患者护理前后心功能指标，包括 LVEDD（左心室舒张末期内径）及 LVEF（左心室射血分数）。

参考 SF-36 生活质量量表，对两组患者护理后生活质量评分进行比较，包括社会交往能力、生理功能、心理状态以及精神状态进行比较，分数与患者生活质量为正相关。

比较两组患者护理效果，评价为显效、有效及无效。显效：患者临床症状显著改善，心律失常、胸闷胸痛等情况基本消失；有效：患者临床症状有一定改善，患者心理状态提升，情绪较佳；无效：患者情况无明显改善，心理状态压抑。显效与有效计入总有效率。

参考焦虑、抑郁自评量表，比较两组患者护理前后心理状态，分数越高则患者焦虑、抑郁情况越严重。

比较两组患者并发症情况，包括低血压、肾衰竭、心包积液。

1.5 数据处理

在 SPSS22.0 统计学软件的计算之下，对本研究 76 例急性心肌梗死并发心律失常患者进行分析研究，计数资料（护理有效率及并发症发生率）以卡方检验，表达方式为（n%），计量资料（生活质量评分、心功能指标以及焦虑抑郁评分）以 t 检验，表达方式为（均数±标准差）。当 P<0.05 时间，比较有统计学意义，反之无意义。

2 结果

2.1 心功能

两组患者护理前心功能指标无明显差异（P>0.05），不存在统计学意义；护理后，两组患者心功能均明显改善，研究组患者心功能指标优于对照组（P<0.05），对比有统计学意义，详细对比数据见表 1。

表 1 两组患者护理前后心功能对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	LVEF（%）		LVEDD（mm）	
		护理前	护理后	护理前	护理后
研究	38	35.86±3.29	68.91±1.74	35.99±3.32	57.62±1.36

组					
对照	38	36.81±3.74	62.43±1.92	35.82±3.24	52.67±1.69
组					
t		1.176	15.416	0.226	14.066
P		0.244	P<0.001	0.822	P<0.001

2.2 生活质量

研究组患者生活质量评分显著高于对照组（P<0.05），对比有统计学意义，详细对比数据见表 2。

表 2 两组患者生活质量评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	例数	社会交往能力	生理功能	精神状态	心理状态
研究	38	79.73±2.74	80.91±2.98	83.26±3.07	80.44±3.26
组					
对照	38	72.13±3.15	74.34±3.06	72.81±3.24	73.90±2.88
组					
t		11.222	9.482	14.432	9.268
P		P<0.001	P<0.001	P<0.001	P<0.001

2.3 护理有效率

研究组患者护理有效率显著高于对照组（P<0.05），对比有统计学意义，详细对比数据见表 3。

表 3 两组患者护理有效率对比[n（%）]

组别	例数	显著	有效	无效	总有效率
研究	38	16（41.11）	21（55.26）	1（2.63）	37（97.37）
组					
对照	38	17（44.74）	14（36.84）	7（18.42）	31（81.58）
组					
X ²					5.029
P					0.025

2.4 焦虑、抑郁情况

两组患者护理前焦虑、抑郁评分无明显差异（P>0.05），不存在统计学意义；患者心理状态在护理后有明显改善，研究组患者焦虑、抑郁评分显著低于对照组（P<0.05），对比有统计学意义，详细对比数据见表 4。

表 4 两组患者焦虑、抑郁评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	例数	抑郁评分		焦虑评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
研究	38	65.39±2.35	33.62±1.90	66.32±2.44	33.05±1.63
组					
对照	38	65.34±2.06	39.63±1.34	66.34±2.10	37.01±1.06

组				
t	0.099	15.935	0.039	12.555
P	0.922	P<0.001	0.970	P<0.001

2.5 并发症

研究组患者中出现低血压与心包积液情况的患者各 1 例, 并发症发生率为 5.26%; 对照组中, 4 例患者出现低血压情况, 1 例患者出现肾衰竭, 3 例患者出现心包积液情况, 并发症发生率为 21.05%。研究组并发症显著少于对照组 ($X^2=4.146$, $P=0.042$), 对比有统计学意义 ($P<0.05$)。

3 讨论

急性心肌梗死属于典型的危急病症, 起病急且常有呼吸困难、剧烈心绞痛情况, 需立即进行有效救治、平稳患者病情。近年来随着人们生活压力升高、饮食结构改善, 不良的生活习惯于社会环境导致急性心肌梗死并发心律失常发病率不断升高, 患者年龄不断下降^[8]。大部分急性心肌梗死并发心律失常患者会出现心理障碍, 且随着患者病情发展, 对其治疗依从性有严重负面影响, 不利于患者身体健康的恢复^[9-10]。为提升患者治疗依从性与舒适度, 应以有效的护理措施进行干预。循证护理要求对循证问题进行诊断、调查及资料文献查阅明确具体措施, 并根据患者病情评估结果制定护理计划, 要求为患者提供科学的护理措施^[11-12]。循证护理要求护理人员对患者病情严密监测, 掌握其身体状态的实时变化, 以根据护理中的问题与患者情况再次查找相关数据与文献寻找理论依据, 进行护理计划的调整, 避免护理措施的主观性与盲目性^[13-14]。循证护理注重患者的运动护理与饮食护理, 重视患者营养的保障, 有利于快速改善患者身体机能, 提升其心功能, 缩短治疗时间^[15]。急性心肌梗死患者会出现剧烈疼痛, 导致患者心理状态不佳, 且长时间卧床休养及健康知识掌握不足等问题致使患者焦虑、抑郁情况严重, 循证护理要求护理人员重视与患者的沟通交流, 了解患者情绪变化, 帮助患者了解疾病相关知识, 并在最大范围内满足患者护理需求, 从而提升其护理依从性、改善患者心理状态, 积极的情绪有利于患者身体健康的回复, 能够加快患者康复效率、缩短住院治疗时间, 在一定程度上为患者及家属减轻经济与家庭负担。此外, 循证护理具有较强的目的性、全面性及专业性, 有利于避免并发症的发生, 护理水平较高, 提升了整体护理质量^[16-17]。

邵文静^[18]研究中在急性心肌梗死并发心律失常患者护理中应用循证护理, 其患者护理满意率为 (95.24%) 显著高于常规护理组; 本研究中, 研究组患者护理满意率为 97.37%, 明显高于对照组, 本研究在护理满意率方面数据于邵文静研究结果具有一致性。

综上所述, 于急性心肌梗死并发心律失常患者护理中应用循证护理法可有效提升患者护理满意率, 改善患者临床症状于心理状态, 有利于患者树立治疗信心, 有较高的应用价值。

参考文献:

- [1]李波,金芳,王兰君. 研究循证护理干预对于急性心肌梗死并发心律失常患者的作用与效果[J]. 中国医药指南,2021,19(34):146-147+150.
- [2]陈慧. 循证护理在急性心肌梗死并发心律失常护理中的应用效果分析[J]. 中国社区医师,2021,37(24):124-125.
- [3]代兰艳. 循证护理在急性心肌梗死并发心律失常护理中的应用[J]. 中国医药指南,2021,19(22):23-25.
- [4]徐敬岩. 循证护理在急性心肌梗死后心律失常护理中的应用效果评价[J]. 中国医药指南,2021,19(22):198-199+202.
- [5]吴聪媛,胡来. 循证护理在急性心肌梗死并发心律失常护理中的应用及对缩短患者住院时间的作用研究[J]. 心血管病防治知识,2021,11(22):50-52.
- [6]张彦玲. 循证护理在心肌梗死合并心律失常中的应用[J]. 中国卫生标准管理,2021,12(13):149-151.
- [7]刘新霞. 急性心肌梗死伴心律失常老年患者接受循证护理后的生活质量分析[J]. 中外医疗,2021,40(18):160-162+167.
- [8]李蕴红,王立恒. 循证护理对急性心肌梗死并心律失常患者及预后效果的影响[J]. 黑龙江医药科学,2021,44(03):88-89.
- [9]曲维艳. 循证护理对老年急性心肌梗死后并发心律失常的效果[J]. 继续医学教育,2021,35(05):124-126.
- [10]朱莉. 急性心肌梗死后心律失常的循证护理应用与临床护理学研究[J]. 中国医药指南,2021,19(13):200-201.
- [11]朱燕梅,张春燕,何艳. 循证护理模式对老年急性心肌梗死并发心律失常生活质量和护理满意度的影响[J]. 中外医疗,2021,40(13):103-105+109.
- [12]石永红. 循证护理在急性心肌梗死后心律失常护理中的应用[J]. 中国农村卫生,2021,13(08):78+77.
- [13]曹云,朱尊敬. 评价循证护理在急性心肌梗死后心律失常护理中的应用价值[J]. 医学食疗与健康,2021,19(06):149-150.
- [14]何翠芳,周晓萍. 循证护理在急性心肌梗死后心律失常患者临床护理中的应用[J]. 中国医药科学,2020,10(18):144-146+167.
- [15]江鑫,黄江伟. 循证护理在急性心肌梗死后心律失常护理中的应用观察[J]. 心血管病防治知识,2020,10(26):85-86.
- [16]孙爱霞,丁海平. 循证护理在急性心肌梗死后心律失常患者护理中的应用[J]. 国际护理学杂志,2020,39(17):3208-3210.
- [17]邵文静. 循证护理在急性心肌梗死后心律失常中的价值和满意度观察[J]. 心血管病防治知识,2020,10(24):59-60.

综合性护理在减少前列腺电切术患者术后膀胱痉挛的效果分析

胡建英

山西省忻州市人民医院 山西省忻州市 034000

摘要：目的：以接受前列腺电切术治疗的患者为研究主题，探究综合性护理干预对其产生的影响。方法：将随机抽取的 120 例行前列腺电切术治疗的患者作为观察对象，其中 60 例患者纳入到干预组，实施综合性护理方案，将剩余的 60 例患者纳入到对照组，实施常规护理方案，将两个小组患者的各个观察指标进行分析，并将观察结果进行比较。结果：在各个观察指标中，干预组患者占有显著的优势，显著优于对照组患者，（ $P < 0.05$ ）。结论：在对于临床接受前列腺电切术治疗的患者术后应用综合性护理方案能够使患者发生膀胱痉挛概率得以显著减少，而且还能够减轻患者的疼痛，同时有助于调整患者的心理状态，患者及其家属对临床护理服务表示高度的满意。

关键词：综合性护理；前列腺电切术；膀胱痉挛；护理效果

在临床泌尿外科前列腺增生患者较为常见，该病的发病率较高，而且近年来呈现逐渐递增的趋势，倘若患者未及时的接受对症治疗就会持续损伤其肾功能和泌尿系统功能，严重的话甚至会导致患者出现肾衰竭死亡等不良后果。现阶段，临床对于该类患者首选治疗方案为手术切除术，而且在我国医疗技术水平不断提高的背景下，微创技术也得以提升，其中前列腺电切术就属于一种微创治疗手段，其具有多种优点，包括确切的疗效和较小的手术创伤以及术后较快的恢复速度。前列腺电切术以其独特的优势在临床上得到广泛的应用。然而虽然该治疗手段属于一种微创治疗技术，但是在术后患者极易出现膀胱痉挛这一并发症。患者术后一旦出现膀胱痉挛，不但会增加患者的疼痛感，还会导致相关并发症的发生，如漏尿、感染以及出血等，进而对手术治疗效果产生不良影响，患者术后康复速度减慢^[1]。基于此，对于行前列腺电切术手术治疗的患者在其术后运用综合有效全面的护理干预措施对其发生膀胱痉挛能够起到有效的预防作用。现对不同护理方案对接受前列腺电切术手术治疗的患者产生的不同效果进行如下报道。

1 材料与方法

1.1 一般资料

患者一般资料（表 1）。

表 1 两组患者一般资料比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别(n)	年龄（岁）	病程（个月）
干预组（n=60）	71.82±6.67	39.56±1.98
对照组（n=60）	71.73±6.51	39.60±1.80
t	0.402	0.225
P	0.334	0.509

1.2 方法

对照组：运用常规护理方案。即护理人员实时监测患者的各项生命体征变化情况，并对其进行口头健康宣教，给予患者一定的心理安慰。每天定时对病房进行通风和消毒，在用药方面和饮食方面给予患者一定的指

导，将患者术后需要注意的内容告知患者^[2]。

干预组：运用综合性护理方案，主要内容：（1）认知干预。护理人员将手术前的准备工作和术后进行膀胱冲洗的注意内容、时间以及目的详细的讲解给患者，并将术后患者发生膀胱痉挛属于一种正常的并发症介绍给患者，使患者做好心理准备，促进其心理承受能力的提升。将患者术后需要注意的内容以宣传资料的形式发放到每位患者手中，并在患者的用药和饮食以及自我监测等方面给予一定的指导，尤其是叮嘱患者不要进食具有刺激性的食物。护理人员与患者进行积极主动的聊天，使患者得到一定的情感支持，将不良心理状态对其发生膀胱痉挛产生的不良影响讲解给患者，并指导患者进行一些在发生膀胱痉挛时自我放松的方法。为了分散患者的注意力，采用看电视和听音乐等方式，不但缓解患者的负面情绪，同时还能够减轻患者的疼痛程度。针对出现便秘或者尿意的患者，叮嘱患者应采用深呼吸的方式使腹压减轻。根据患者的理解能力和记忆能力情况进行认知干预，对于重点内容进行多次反复的讲解，促进患者对疾病认知程度的提升，使其掌握预防膀胱痉挛的技能。（2）体位护理。手术后叮嘱患者不应过早的进行坐起动作。同时，在体位方面应尽量减少更换的次数。在翻身过程中，避免用力过猛或过快，每天定时协助患者进行一次翻身。手术后第一天叮嘱患者保持平躺的姿势，将下肢向外展。手术后的前三天患者应保持绝对卧床休息，尽量不要有久坐，避免发生出血的情况。随着患者的康复，鼓励患者可以进行适当的离床活动，可以进行短暂的小活动量步行。（3）膀胱功能训练：护理人员将膀胱功能训练对患者尿道和盆底中午肌肉张力提升产生的积极影响告知患者，科学有效的膀胱功能训练能够给膀胱逼尿肌抑制性收缩起到有效的抑制作用，使患者发生膀胱痉挛的风险得以显著减少，提高患者对该训练的重视程度，使患者的对训练产生的抵触心理得以消除。在征求患者和家属同意和理解的情况下，将相关的训练资料发放到每位患者手中，叮嘱患者并给予患者一定的指导，在训练的过程中协助患者保持舒适体位，使其全身肌肉处于放松的状态。按照提前相应的方法开展训练，保证每天坚持训练，并在每次训练前叮嘱患者

排空尿液,根据每位患者的病情确定训练的频率和强度。在训练的过程中,指导患者每间隔十秒钟主动收缩一次肛门,反复进行 30 次,将其作为 1 组训练,每天保证进行 5 组。在开展排尿中断训练的过程中,叮嘱患者在排尿的过程中下意识地将尿液中断 3 次。在对患者开展膀胱功能训练时,不断鼓励和肯定患者的表现和训练效果。(4)按摩:在患者手术后的第一天,对患者实施穴位按摩,选取患者的足三里和三阴交作为按摩穴位,每个穴位每分钟按压 20 下,5min/次,每天进行六次。根据患者的耐受程度决定按摩的力度,直到患者出现胀痛感觉为止。(5)药物干预:对于术后患者按照医生给予患者相应的预防性镇痛措施。为了减少患者术后的疼痛感和发生膀胱痉挛的风险,一般会给予患者。自控镇痛泵。同时针对于胃肠功能恢复的患者,严格按照医生医嘱给予患者盐酸奥昔布尼缓释片。该药物不能减少患者发生膀胱痉挛的可能性,同时也能够促进患者术后睡眠质量的提升。(6)心理干预:因大多数对患者自身的疾病和手术治疗效果比较担心极易产生负向情绪,护理人员加强和患者的交流,使患者得到充分的情感支持,并将不良心理状态对其术后康复产生的不良影响耐心的讲解给患者。因该疾病会涉及隐私部位,再加上有些患者对疾病的认知和理解较差,会进一步加重患者的不良心理状态,对手术进程产生不良影响。护理人员之间建立和谐的关系,并将以往治疗成功的案例列举给患者,使其重新燃起治疗疾病的信心。护理人员叮嘱患者家属应给予患者更多的陪伴和支持,使患者的心理负担得以减轻,促进其心理承受能力的提升,有助于提升患者的配合度。(7)饮食干预:因患者术后存在较高的膀胱痉挛发生风险,护理人员在手术前一周就对其饮食进行相应控制,叮嘱患者所进食的食物应保持清淡且容易消化,多进食新鲜的水果和蔬菜以及豆制品,针对存在排便困难的患者,叮嘱患者在用餐后进食香蕉等有助于排便的水果。在整个围术期,叮嘱患者不要进食具有刺激性或者含有较高油脂量的食物。针对存在饮酒或吸烟史的患者,叮嘱患者尽量将烟酒戒掉。(8)出院指导:在患者出院之际,护理人员向患者及其家属再次强调膀胱痉挛等并发症的预防知识,并嘱咐患者严格按照医生的要求定时定量用药,提醒患者家属对患者进行监督,定期以打电话或者上门随访等方式对患者的居家护理情况进行了解,针对于存在护理问题的患者,护理人员给予一定的指导,并叮嘱患者定期来源复查相关指标^[3]。

1.3 观察指标

对比两组患者的相关指标。

1.4 统计学分析

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

2 结果

2.1 膀胱痉挛程度比较

表 2 膀胱痉挛程度比较 (n, %)

组别(n)	例数	无	轻度	中度	重度
干预组	60	31(51.67)	20(33.33)	6 (10.00)	3 (5.00)
对照组	60	17(28.33)	21(35.00)	10(16.67)	12(20.00)
X ²	-	11.068	0.089	1.591	10.285
P	-	0.001	0.765	0.207	0.001

2.2 护理满意度比较

表 3 护理满意度比较 (n, %)

组别(n)	例数	十分满意	满意	不满意	总满意度
干预组	60	39(65.00)	19(31.67)	2 (3.33)	58(96.67)
对照组	60	24(40.00)	25(41.67)	11(18.33)	49(81.67)
X ²	-	12.531	2.170	11.053	11.053
P	-	0.000	0.141	0.001	0.001

2.3 心理状态评分和疼痛评分比较

表 3 心理状态评分和疼痛评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

指标		干预组	对照组	t	P
		(n=60)	(n=60)		
SDS	护理前	53.32±3.91	53.60±4.41	0.364	0.401
	2.67				
SAS	护理后	30.28±2.67	10.54±4.50	9.876	0.000
	护理前	50.52±4.14	50.71±4.32	0.282	0.507
VAS	护理后	30.12±2.28	40.37±2.77	0.997	0.000
	护理前	4.47±0.81	4.30±0.91	0.085	0.070
	护理后	2.10±0.32	2.87±0.65	4.230	0.00

2.4 生活质量评分比较

表 5 生活质量评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

指标	干预组	对照组	t	P
	(n=60)	(n=60)		
躯体疼痛	77.89±1.65	69.52±1.12	28.399	0.000
生理职能	78.91±1.50	67.68±1.32	37.671	0.000
生理功能	76.58±1.44	65.94±1.74	32.456	0.000
情感职能	75.13±1.77	66.93±1.20	26.772	0.000

社会功能	78.89±1.65	67.72±1.90	30.830	0.000
活力	72.45±1.77	65.53±1.30	21.678	0.000
精神健康	73.30±1.87	68.74±1.50	13.531	0.000
总体健康	79.63±1.14	70.35±1.64	32.684	0.000

3 讨论

现阶段,在我国人口老龄化进程不断加快的背景下,每年都有大量的患者被检出前列腺疾病,尤其是中老年男性群体是该病的高发人群。近年来,前列腺疾病的发病率呈现逐年上升的趋势,前列腺增生是前列腺疾病中一种常见的疾病类型。前列腺增生的临床症状包括血尿、尿失禁和排尿困难,给患者的正常生活和工作产生极大的影响^[4]。倘若患者未及时的接受相关治疗,就会对患者的生命健康产生极大的威胁。现阶段,临床在治疗前列腺疾病时主要采取前列腺电切术这一治疗手段,该手术具有独特的优势,包括较小的手术创伤、重复性较高、术后较快的恢复速度等^[5]。

在进行前列腺切除术治疗患者术后极易出现的并发症之一就是膀胱痉挛,主要是由于在手术刺激下膀胱三角区钙离子通道被激活,致使逼尿肌出现不稳定性的兴奋收缩,最终导致患者出现膀胱痉挛^[6]。另外,导致患者术后发生膀胱痉挛的因素还有很多,包括患者自身不良心理状态和不恰当的冲洗液速度与温度等。患者一旦出现膀胱痉挛的情况会出现尿急和尿频以及排尿困难等症状,且呈现阵发性,患者在发作间隔时间方面存在较大的差异,有些患者发作间隔时间较短,表现为几分钟,但有些患者的发作间隔较长,长达数小时^[7]。由于发作时患者的急迫感较为强烈,进而增加患者的膀胱内压,导致膀胱冲洗不畅通。正是因为这种不适症状会使患者的负向情绪进一步加重,如此恶性循环下去,给患者术后康复产生严重的影响,在一定程度上患者的住院时间也会有所延长。另外,膀胱痉挛也会导致患者出现出血或者管道被膀胱血块堵塞的情况。基于此,加强行前列腺切除术治疗患者术后膀胱痉挛预防护理工作显得尤为重要^[8]。

综合护理干预方案是一种比较现代新型的护理模式,旨在提升整体护理效果。该护理方案是将多种有效的护理方法整合在一起,对护理中存在的问题进行系统的解决,有规律地进行开展护理工作,促进患者身心尽快恢复。综合护理干预方案中包括多种有效的护理干预措施,包括心理以及体位和饮食等方面。通过对实施前列腺电切术手术治疗的患者术后应用综合护理干预方案,能够使其术后发生膀胱痉挛的风险得以显著减少,有效保证患者术后早日康复^[9]。

在本次报告中,将综合性护理干预措施运用到行前列腺电切术治疗患者术后护理工作中获得的结果是,干预组患者的膀胱痉挛发生率较对照组低,而且干预组患者发生膀胱痉挛的程度也较对照组轻。在对患者实施综合性护理干预措施的过程中,通过实施有效的体位护理能够使患者的术后体位更加规范,使患者由于频繁更换体位或者翻身不当引起的膀胱痉挛发生率得以显著降低^[10]。另外,通过对患者开展系统的膀胱功能训练,促进

患者尿道关闭功能的进一步提升,促使患者尿道坚持比膀胱内压的阻力高,使患者的尿急症状得以改善,在一定程度上也能够降低患者发生膀胱痉挛的概率。在有关资料中提到,膀胱功能训练对于接受前列腺电切术患者术后发生尿失禁的风险得意显著减少^[11]。除此之外,通过护理人员对患者实施按摩干预,能够起到调肝补肾、通经活络和健脾益血的功效。通过对患者实施药物干预,尤其是应用自控镇痛泵,能够使患者膀胱神经脊髓反射弧得以有效阻断,患者的尿急和尿频症状得到显著缓解,而且患者发生膀胱痉挛的情况也会有所改善,在一定程度上患者术后的疼痛感也会有所减轻。在本次研究中,干预组患者的心理状态评分和疼痛评分较对照组,主要是因为应用自控镇痛泵的同时还有护理人员对患者实施认知护理干预的作用,尤其是重视对患者实施心理干预,教会患者心自我调节心理的方法,使患者的疼痛预知得以显著减轻,而且还能够缓解由于不良心理状态,对其发生膀胱痉挛产生的不良影响,在减轻患者疼痛感的同时,也有助于改善患者的心理状态,加强对患者的健康教育,提高患者对疾病的认知程度,而且还能够使患者做好发生膀胱痉挛的心理准备^[12]。

4 结论

总而言之,对于临床上接受前列腺电切术手术治疗的患者在其术后运用综合性护理方案,有助于患者发生膀胱痉挛情况的改善,而且患者术后的疼痛感也会有所减轻,在一定程度上也能够对患者的心理状态进行有效调节,相应的提高患者术后生活质量。

参考文献:

- [1]刘曼.综合护理干预在根治性前列腺切除术后患者尿失禁的应用效果[J].中国医药指南,2022,20(09):14-17.
- [2]刘玉洁.综合性护理在减少前列腺电切术患者术后膀胱痉挛的效果分析[J].医学理论与实践,2022,35(04):692-694.
- [3]高茜.综合性护理对前列腺电切术病人术后膀胱痉挛的影响[J].循证护理,2021,7(11):1560-1562.
- [4]于文越.综合性护理干预对前列腺电切术患者术后膀胱痉挛的影响[J].中国医药指南,2021,19(20):165-166.
- [5]伍惠凤,余燕芳,刘嘉茜.集束化护理策略对经尿道前列腺电切术后膀胱痉挛的影响[J].护理实践与研究,2021,18(05):722-725.
- [6]胡新华.综合护理干预对前列腺良性增生患者术后疼痛程度及膀胱痉挛发生的影响[J].基层医学论坛,2020,24(36):5242-5243.
- [7]丁娜,阮丽,奚劼,王洁,张珺雅,涂其玲.预见性护理在预防经尿道前列腺电切术患者膀胱痉挛的应用研究[J].护士进修杂志,2020,35(15):1416-1420.
- [8]司迎朝.综合性护理对前列腺电切术患者术后预防膀胱痉挛的效果观察[J].山西医药杂志,2020,49(12):1615-1617.

精细化护理在急诊重症脑梗死患者中的应用效果和临床价值 体会思考

姜明慧 赵伟

大庆龙南医院（齐齐哈尔医学院第五附属医院） 黑龙江/大庆 163453

摘要：目的：评价急诊重症脑梗死患者治疗期间配合精细化护理干预的预后效果，以规范临床护理工作、促进患者预后。方法：选择我院2020年1月-2021年5月期间收治的急诊重症脑梗死患者，选取符合研究条件者80例。进行随机数字表法分组，治疗后进行对照组与观察组分组护理，两组各40例。对照组行常规护理，观察组行精细化护理干预，对比分析两组急诊重症脑梗死患者的护理效果，即情绪评分、生活质量评分、神经功能评分情况、并发症发生情况。结果：焦虑自评量表（Self-Rating Anxiety Scale, SAS）与抑郁自评量表（Self-Rating Depression Scale, SDS）评估重症脑梗死患者的情绪状况。护理干预后评分对比护理干预前下降、观察组比较对照组评分更低， $P<0.05$ ；健康调查简表（the MOS item short from health survey, SF-36）评估重症脑梗死患者的生活质量。护理干预后评分对比护理干预前提升，观察组比较对照组评分更高， $P<0.05$ ；美国国立卫生研究院卒中量表（National Institute of Health stroke scale, NIHSS）评估患者的神经功能。护理干预后评分对比护理干预前下降、观察组比较对照组评分更低， $P<0.05$ ；感染、褥疮等并发症情况比较，观察组发生率5.00%低于对照组20.00%， $P<0.05$ 。结论：精细化护理落实后，预防和减少了急诊重症脑梗死患者的并发症风险，促进患者情绪改善、减轻神经功能缺损程度，提升了患者的生活质量。

关键词：精细化护理；重症脑梗死；情绪；神经功能；生活质量；并发症

[Abstract] Objective: To evaluate the prognostic effect of intensive nursing intervention during the treatment of acute severe cerebral infarction patients, so as to standardize the clinical nursing work and promote the prognosis of patients. Methods: A total of 80 patients with severe acute cerebral infarction who were admitted to our hospital from January 2020 to May 2021 were selected. After treatment, the control group and observation group were divided into nursing groups, with 40 cases in each group. The control group received routine nursing, the observation group received fine nursing intervention, and the nursing effect of the two groups of patients with emergency severe cerebral infarction was compared and analyzed, including mood score, quality of life score, neurological function score and complications. Results: Self-rating Anxiety Scale (SAS) and self-rating Depression Scale (SDS) were used to assess the emotional status of patients with severe cerebral infarction. The score after nursing intervention was lower than that before nursing intervention, the score of observation group was lower than that of control group, $P<0.05$; The MOS Item Short from the Health Survey (SF-36) assesses quality of life in patients with severe cerebral infarction. The scores of the observation group were higher than those of the control group ($P<0.05$); Neurological function was assessed by the National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS). The score after nursing intervention was lower than that before nursing intervention, the score of observation group was lower than that of control group, $P<0.05$; The incidence of infection, bed sore and other complications in the observation group was 5.00% lower than 20.00% in the control group, $P<0.05$. Conclusion: The implementation of fine nursing can prevent and reduce the risk of complications in patients with acute severe cerebral infarction, promote the improvement of patients' mood, reduce the degree of neurological impairment, and improve the quality of life of patients.

【 Key words 】 : Fine nursing; Severe cerebral infarction; Emotions; Neurological function; Quality of life; complications

基于社会人口老龄化、高血压等慢性病发病率递增等影响，导致各类脑血管疾病明显多发^[1]。其中，脑梗死是典型疾病。为了促进患者预后，需加强治疗与护理工作。相关研究指出，急诊重症脑梗死患者治疗期间落实精细化护理干预，整体护理效果显著。助于减少相关并发症，提升患者的安全性，加速患者康复，改善和稳定患者的情绪，提升患者的生活质量，有护理推行价值^[2]。基于此，本文就我院急诊重症脑梗死患者为例进行研究，采取分组对照的形式。详细内容如下：

1 资料与方法

1.1 基线资料

研究对象均为急诊重症脑梗死患者（ $n=80$ ），选取时间段2020年1月-2021年5月。纳入对象：（1）MRI、CT等影像学检查确诊；（2）患者病例信息完整；（3）患者或家属对研究方案知情同意；（4）治疗后患者生命体征平稳。排除标准：（1）肝肾功能异常患者；（2）血液疾病患者；（3）精神、意识障碍等无法配合参与者。此次研究方案申报医院，获得伦理委

员会审核批准。进行随机法分组对照，对照组40例、观察组40例。对照组：患者年龄42-74岁，平均（ 60.05 ± 3.05 ）岁；患者病程2-20h，平均病程（ 15.50 ± 3.50 ）h。观察组：患者年龄40-76岁，平均（ 61.02 ± 3.12 ）岁；患者病程4-22h，平均病程（ 15.20 ± 2.20 ）h。急诊重症脑梗死患者分组后，性别分布、平均年龄与病程具有可比性，符合后续研究要求， $P>0.05$ 。

1.2 护理方法

对照组：予以患者入院健康宣教、病情评估、治疗与护理工作记录、用药指导、病情与生命体征监测等常规护理。

观察组：予以患者精细化护理干预。（1）病情护理。患者及时送入ICU，建立静脉通道、吸氧，监测患者生命体征、病情变化情况。另外，做好患者口腔与皮肤护理，维持患者呼吸通畅。同时，根据患者意识与梗死部位等情况做好评估工作，明确患者相关风险，并做好对应的护理干预工作。

（2）心理干预。恢复期阶段，予以患者心理安抚、疏导，积极交流中以语言以及成功治疗病例建立患者的恢复信心。另外，以抚触肢体、优化病

房环境等形式,缓解陌生环境对患者造成的心理负担。(3)并发症预防护理。了解患者病史,使用胃酸抑制剂等药物,患者恢复意识后尽早进食高热量、蛋白类食物,以预防上消化道出血。患者长期卧床情况下,导致吞咽与咳嗽等能力下降,增加了肺炎风险。所以,护理工作中需要严格无菌,及时清除患者呕吐物,做好患者口腔护理。以健康教育形式进行压疮知识宣教,辅助患者翻身、被动运动等护理,合理使用软枕、水垫。另外,适当按摩患者肢体,合理应用弹力袜,以促进肢体血液循环。

1.3 观察指标

统计分析两组患者的情绪、生活质量以及神经功能改善情况、并发症发生情况(感染、褥疮、消化道出血、血栓)。

1.4 指标评价

情绪评分:患者的焦虑情绪以焦虑自评量表(SAS)评估,临界值 50 分。患者的抑郁情绪以抑郁自评量表(SDS)评估,临界值 53 分。

生活质量评分:患者的生活质量以健康调查简表(SF-36)评估,评分百分制。

神经功能:患者的神经功能缺损程度以美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评估,总分 0-42 分。

其中,情绪与神经功能评分越低,患者的情绪与恢复状况越好。生活质量评分越高,生活质量越好^[3-4]。

1.5 数据统计学分析

急诊重症脑梗死患者护理指标建模,录入软件包版本 SPSS19.0。例(n)、率(%)描述并发症,护理指标评分以均数(Mean Value)±标准差(Standard Deviation)($\bar{x} \pm s$)描述,(X^2)和(t)进行检验。 $P < 0.05$ ——数据比较后差异显著。

2 结果

2.1 并发症情况比较

两组患者护理后的感染、褥疮、消化道出血、血栓并发症发生情况分析,数据见表 1。经统计学分析, $P < 0.05$ 。

表 1 并发症发生情况对比分析(n,%)

组别	例数	感染	褥疮	消化道出血	血栓	总发生率
观察组	40	1	0	1	0	2 (5.00%)
对照组	40	2	2	3	1	8 (20.00%)
χ^2 值						4.1143
P 值						0.0425

2.2 护理指标评分比较

两组患者护理期间情绪、生活质量以及神经功能改善情况分析,数据见表 2。护理干预后观察组患者指标评分比较对照组差异显著,经统计学分析, $P < 0.05$ 。

表 2 组间相关评分改善情况对比($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	SAS		SDS	
(n=80)	护理干预前	护理干预后	护理干预前	护理干预后

观察组	60.55±5.50	39.90±3.03*	59.99±5.50	39.20±3.02*
对照组	61.02±4.80	47.80±4.05*	59.55±5.35	46.02±3.90*
t	0.4072	9.8782	0.3627	8.7446
P	0.6850	0.0000	0.7178	0.0000

表 2 (附表) 组间相关评分改善情况对比($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	SF-36		NIHSS	
(n=80)	护理干预前	护理干预后	护理干预前	护理干预后
观察组	70.80±5.06	89.50±5.60*	18.30±2.20	10.05±1.05*
对照组	70.05±5.50	80.05±4.05*	18.03±2.15	14.50±1.30*
t	0.6347	8.6481	0.3495	16.8420
P	0.5275	0.0000	0.7276	0.0000

注: *比较同组护理干预前评分, $P < 0.05$ 。

3 讨论

脑梗死是脑血管多发疾病,疾病具有起病急、预后差等特点。急诊重症脑梗死属于危急重症,增加了患者的致残、致死风险。为了促进患者治疗预后,需加强对患者的护理干预^[5]。精细化护理干预细化了护理内容,护理效果显著。用于此类患者护理中,通过予以患者病情护理,评估患者情况并做好护理干预工作,以提升患者的安全性。予以患者心理干预,建立患者的恢复信心,缓解陌生环境造成的心理负担。并发症预防护理,积极预防和减少相关并发症^[6]。结合本文研究:两组急诊重症脑梗死患者均顺利完成治疗,恢复期不同护理干预后。观察组患者的情绪、神经功能缺损、生活质量评分改善幅度均大于对照组,并发症发生率低于对照组。观察指标比较, $P < 0.05$ 。由此说明,精细化护理干预落实后,患者的康复状况理想,安全性高。相关研究指出,予以急诊重症脑梗死患者精细化护理干预,减少了相关并发症,提升了患者的生活质量,护理效果显著,有较高的推广价值^[7]。

综上所述,急诊重症脑梗死患者治疗期间加强护理干预,可以促进患者治疗与预后。实施精细化护理干预后,减少了疾病的相关并发症,加速患者康复,护理效果显著。

参考文献:

- [1]王丽华. 精细化护理在急诊重症脑梗死患者中的应用效果和临床价值体会[J]. 心理月刊,2020,15(13):87.
- [2]翟园园. 精细化护理在急诊重症脑梗死患者中的应用研讨[J]. 黑龙江中医药,2019,48(6):304-305.
- [3]徐子惠. 细致化护理对急诊重症脑梗死患者并发症的影响分析[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19(27):254,257.
- [4]曹日进,龚利平,李金贵. 探讨和分析重症脑梗死患者实施细致化护理对其并发症的临床影响情况和护理效果[J]. 黑龙江中医药,2020,49(2):240-241.
- [5]李建宏,李宁,韩璐. 急诊重症监护室脑梗死患者的心理护理干预措施和效果[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2021,21(9):323-324,329.
- [6]刘秋英. 呼唤式护理干预在脑梗死昏迷患者中的护理效果及对 GCS 评分的影响研究[J]. 微量元素与健康研究,2021,38(4):74-76.

气压泵治疗联合护理干预在神经外科深静脉血栓预防中的应用

蒋璐 季翠玲

南京大学附属鼓楼医院神经外科重症监护室 107 病区 江苏南京 210000

摘要: 目的: 探讨气压泵联合护理干预应用于神经外科深静脉血栓(DVT)预防的效果。方法: 选取我院神经外科卧床患者 90 例随机分组, 对照组 45 例采用常规护理干预, 观察组在对照组患者的护理基础上增加气压泵治疗, 比较两组患者的深静脉血栓发生情况。结果: 干预后观察组静脉栓塞子检出率低于对照组; 观察组全血比粘度、红细胞聚集指数、D-二聚体低于对照组; 观察组数字评分(NRS)低于对照组, 满意评分高于对照组($P < 0.05$)。结论: 气压泵联合护理干预应用于神经外科患者的护理中, 可有效减少深静脉血栓形成, 减轻患者疼痛, 提高患者满意度。

关键词: 神经外科; 气压泵; 深静脉血栓

Application of pneumatic pump therapy combined with nursing intervention in the prevention of deep venous thrombosis in neurosurgery

Jiang Lu, Ji Cuiling

Department 107, neurosurgery intensive care unit, Gulou Hospital Affiliated to Nanjing University, Nanjing, Jiangsu 210000

[Abstract] Objective: To explore the effect of air pressure pump combined with nursing intervention on the prevention of deep venous thrombosis(DVT) in neurosurgery. Methods: 90 neurosurgical bedridden patients in our hospital were randomly divided into two groups. 45 patients in the control group were treated with routine nursing intervention. The observation group was treated with pneumatic pump on the basis of the nursing of patients in the control group. The incidence of deep venous thrombosis was compared between the two groups. Results: after the intervention, the detection rate of venous thrombosis in the observation group was lower than that in the control group; The whole blood specific viscosity, erythrocyte aggregation index and D-dimer in the observation group were lower than those in the control group; The numerical score(NRS) of the observation group was lower than that of the control group, and the satisfaction score was higher than that of the control group($P < 0.05$). Conclusion: The application of air pressure pump combined with nursing intervention in the nursing of neurosurgical patients can effectively reduce deep venous thrombosis, reduce patients' pain and improve patients' satisfaction.

【key words】Neurosurgery; Pneumatic pump; Deep venous thrombosis

神经外科卧床患者由于创伤性操作多、输血、长时间卧床、制动及使用镇静剂等, 患者多存在血液高凝、静脉内膜受损、血流速度缓慢的特点, 因此神经外科卧床患者的深静脉血栓发生风险较高^[1]。深静脉血栓栓子一旦脱落可能会导致肺栓塞、脑栓塞等严重后果, 因此防治深静脉血栓是所有神经外科医务工作者必须重视的问题。气压泵当前已经在我国应用广泛, 血管外科、妇产科、泌尿外科、神经外科、普外科等都广泛应用以预防深静脉血栓形成, 除此以外气压泵还在创伤性水肿、淋巴性水肿、慢性静脉功能不全、动脉阻塞性疾病等的治疗中应用广泛^[2]。本次研究主要探讨气压泵联合护理干预应用于神经外科深静脉血栓预防的效果, 为减少神经外科患者深静脉血栓发生提供参考, 报道如下。

1、资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2019 年 10 月-2021 年 10 月期间神经外科卧床患者 90 例随机分为两组各 45 例。观察组男 24 例、女 21 例, 23~75 岁(62.64 ± 10.22)岁; 对照组男 23 例、女 23 例, 22~75 岁(62.50 ± 10.36)岁。两组患者一般资料对比 $P > 0.05$ 。

纳入标准: ①年龄 18~75 岁, 性别不限; ②存在深静脉血栓的高危因素, 患者的 Caprini 评分介于 3-5 分; ③自理活动受限, 需要长期卧床; ④

自愿参与研究。

排除标准: ①气压泵治疗禁忌证; ②凝血功能异常、血液病; ③有深静脉血栓和下肢血管疾病; ④使用抗凝剂; ⑤下肢局部异常。

1.2 方法

1.2.1 对照组

给予对照组患者常规护理, 具体包括: ①健康教育: 护理人员为患者告知应戒烟, 饮食应清淡, 当病情允许时可多饮水; ②下肢静脉血管的保护: 为患者进行输液时合理选择血管, 尽可能不选择下肢及股静脉置管、输液, 条件允许时不在相同静脉上反复穿刺、不在周围静脉输入血管刺激性药物。护理人员经常观察患者的输液部位情况, 尽可能避免从股静脉采血; ③下肢主被动活动: 护理人员对患者进行下肢主被动活动以改善静脉血流, 每 2h 进行一次踝关节、膝关节的屈伸及内收活动, 每次 20min。每 2h 进行一次转换卧位, 对患者的双下肢进行定时按摩, 每日按摩 3 次, 每次持续 20min; ④对没有禁忌症都会穿预防深静脉血栓的弹力袜。⑤护理人员指导并教会病人做踝泵运动。

1.2.2 观察组

观察组患者在对照组患者的护理基础上增加气压泵治疗。设备为间歇加压式静脉泵, 压力控制为 60mmHg~80mmHg, 遵医嘱结合患者的耐受调

节压力，患者采取平卧位，使用一次性中单包裹整个下肢，紧密连接接口与充气压力泵，结合测量周径对压力值进行调整。每日 2 次，每次 30min，结合患者的病情调整治疗时间，直至患者可自行下地。

使用气压泵治疗前，护理人员为患者介绍该设备的原理、功能、治疗的意义、治疗时的相关注意事项等，为患者介绍气压泵治疗时的可能会出现由于压力造成不适的情况，该情况属于正常情况，从而减轻患者的恐惧心理，同时也取得患者及家属的认可，进而提高其对治疗的依从性。

气压泵治疗时，患者放松，护理人员帮助患者采取舒适卧位以便于充分放松，将气压泵治疗仪推到床旁。连接气压泵的电源，连接泵与充气管时以听到插口部位“咔嚓”声为准，将专用腿套并放置于合适的肢体位置，护套包裹患者肢体，将尼龙搭扣扣好，紧密连接气泵与护套，打开气泵开关后遵医嘱调整压力旋钮，治疗 30min 后将气泵开关关闭，从护套连接部位分开压力充气管，将压力护套取下后使用含有酒精的消毒湿巾擦拭消毒，晾干备用。对多重耐药菌的病人采用单独的腿套及气压泵。

1.3 观察指标与评价标准

比较两组患者干预 1w 后的双下肢栓子检出率、栓子直径。使用彩色多普勒超声对双下肢深静脉血流情况进行检查，检查深静脉栓子形成情况，对栓子直径进行记录。

比较两组患者的全血比粘度、红细胞聚集指数、D-二聚体水平。

观察两组患者的疼痛评分，采用数字评分法（NRS）评估，总分 0 分~10 分，评分越低疼痛越轻微。使用自制问卷调查患者的满意度评分，评分 0 分~100 分，评分越高说明越满意。

1.4 统计学处理

SPSS23.0 处理数据，计量资料（ $\bar{x} \pm s$ ）行 t 检验；计数资料（%）行卡方检验，检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2、结果 2

2.1 治疗效果

干预后观察组静脉栓子检出率低于对照组（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 比较两组静脉栓子检出情况

组别	栓子直径分布			栓子检出率
	0.1cm~0.3cm	0.3cm~0.5cm	>0.5cm	
观察组	5（11.11）	1（2.22）	0（0.00）	6（13.33）
对照组	9（20.00）	6（13.33）	2（4.44）	17（37.78）
χ^2	/	/	/	7.07
P	/	/	/	<0.05

2.3 实验室检查结果

观察组全血比粘度、红细胞聚集指数、D-二聚体低于对照组（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 比较两组实验室检查结果

组别	全血比粘度（mPa/s）	红细胞聚集指	D-二聚体（mg/L）
----	--------------	--------	-------------

	数		
观察组	4.06±0.45	8.72±0.43	3.40±1.53
对照组	5.31±0.84	10.83±1.12	4.92±1.44
t	8.80	11.80	4.85
P	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 NRS 评分及满意评分

观察组视觉模拟评分（NRS）低于对照组，观察组满意评分高于对照组（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 比较两组 NRS 评分及满意评分（分）

组别	NRS 评分	满意评分
观察组	1.14±0.53	94.41±5.53
对照组	4.26±2.02	87.67±6.69
t	10.02	5.21
P	<0.05	<0.05

3、讨论

气压泵治疗仪应用于深静脉血栓的预防中效果明显。间歇气压疗法预防深静脉血栓的原理包括：①气压泵治疗仪反复加压肢体后卸压，形成类似肌肉的收缩与扩张的作用，对淋巴液循环及静脉血液循环具有促进作用，还可以通过按摩作用来预防深静脉血栓；②气压泵治疗仪经肌肉泵改善静脉血液回流，可降低静脉壁及瓣膜压力，对促进静脉瓣功能修复有利；③间歇气压疗法可促进血管内皮释放一氧化碳以舒张血管；④间歇气压疗法治疗时，有规律地机械挤压肢体可改善动静脉血流，引起血管血流动力学变化，改善血管内的血液环境及局部组织血供从而发挥抗血栓的疗效；⑤间歇气压疗法加压治疗时血管内血流速度加快，有助于局部血、氧及营养成分的供应，对加快渗出液吸收及排出病理代谢产物有利，可消除下肢肿胀^[3,4]。

本次研究结果显示，神经外科卧床患者在常规护理干预的基础上增加间歇气压疗法干预后，患者的下肢深静脉栓子检出率明显低于仅接受常规护理患者；且经气压泵治疗联合护理干预后患者的栓子中以可自行吸收的栓子（直径介于 0.1~0.3cm）居多，说明气压泵治疗联合护理干预的应用可有效减少神经外科卧床患者的下肢深静脉栓子发生，有助于预防下肢深静脉血栓。本次研究中，神经外科卧床患者在常规护理干预的基础上增加间歇气压疗法干预后，患者的全血比粘度、红细胞聚集指数、D-二聚体低于仅接受常规护理患者的测定结果，D-二聚体是血栓形成及溶解的重要标志物，该指标是排除下肢深静脉血栓的重要指标，间歇气压疗法规律性地对肢体进行加压及释放，这有助于改善局部血液流速从而将瘀滞的活化血栓带走，确保血管通透，强化人体纤溶系统从而降低 D-二聚体水平，说明气压泵治疗联合护理干预的应用可有效改善患者的凝血指标，降低深静脉

血栓的发生风险。

NRS 是常用的评估患者疼痛情况的量表,本次研究中经气压泵治疗联合护理干预后患者的 NRS 评分更低,说明气压泵治疗联合护理干预的应用可有效减轻患者疼痛。下肢深静脉血栓的发生时常造成患者一侧或双侧下肢隐痛、酸胀,造成患者难以下地或站立后疼痛,这对患者的早期康复不利。间歇气压疗法一方面可预防下肢深静脉血栓的发生,减轻由于下肢深静脉血栓引起的疼痛;另一方面,间歇气压疗法通过规律加压及放松的方式可促进静脉及淋巴循环,加快组织渗出液及炎性产物吸收,减少外周感受器受到的刺激从而减轻疼痛。间歇气压疗法反复膨胀收缩有助于提高皮肤表面温度从而活化、扩张血管,规律的按摩有助于预防肌肉萎缩,这有助于促使患者尽快下床进行训练,从而预防下肢深静脉血栓,早期康复。

本次研究中,经气压泵联合护理干预后,患者的满意度评分更高,说明气压泵联合护理干预的应用可有效提高患者的满意度评分。气压泵应用于深静脉血栓的预防中,与人工按摩相比具有按摩速率恒定、按摩力度均匀的优势,按摩速率更贴近人体血流速率,这能明显提高患者的舒适度。气压泵操作渐变,患者容易接收,气囊排气平缓,不对患者的正常睡眠造

成影响,不会对患者造成损伤。间歇气压疗法与常规护理配合可有效预防深静脉血栓的发生风险。间歇气压疗法的应用可代替人工翻身及按摩,这有助于减少护理人员的工作量。因此对护理人员及患者而言,气压泵的应用都能带来很大助力。

综上所述,气压泵联合护理干预应用于神经外科患者的护理中,可有效减少深静脉血栓形成,有助于减轻患者疼痛,提高患者满意度。

参考文献:

- [1]张向华,刘藏,石祥恩,等.神经外科病人术后下肢深静脉血栓危险因素分析[J].临床和实验医学杂志.2017,16(22):2252-2255.
- [2]鲍金凤,乔莉,庄艳,等.下肢气压泵于 ICU 长期机械通气患者下肢 DVT 防治中的应用效果[J].血管与腔内血管外科杂志.2021,7(10):1240-1243,1255.
- [3]归燕华,归承莹,王雅霖.静脉通路管理联合气压泵治疗对危重患者预防下肢深静脉血栓的效果评价[J].老年医学与保健.2017,23(1):63-65.
- [4]李敏.穴位电刺激联合气压泵预防颅脑外伤患者下肢深静脉血栓的临床研究[D].南京中医药大学,2017.

(上接第 137 页)

观察组医生对体位满意度评分为(95.45±4.12)分,显著高于对照组的(90.36±4.08)分,两组比较有统计学差异($p < 0.05$)。

3 讨论

压疮发生机制与力学因素、生物学因素等相关,大型手术引起的急性压疮仍然是目前护理领域的重要难题^[8]。早期识别大型手术对患者压疮形成的相关危险因素并做好预防措施对于预防压疮或降低压疮发生率均有重要的意义^[9]。目前一些研究指出,在大型手术中,年龄、体质指数、皮肤情况、术中体温、手术体位以及术中出血量是影响患者压疮发生率的相关因素^[10]。高龄、肥胖、术中低体温、全身麻醉、出血量较大等均可导致围术期压疮发生率的升高^[11]。

手术体位与压疮的发生密切相关,脑肿瘤手术患者需全身麻醉,身体长时间处于固定体位产生的不适以及疼痛都无法被身体感知,导致身体受压局部皮肤长期处在压疮高风险状态,同时因手术操作难度大,患者可能无法通过改变体位来改善局部皮肤的受压状态^[12]。压疮的防治是临床护理工作的重要任务,压疮风险的准确评估、护理措施的落实是降低压疮发生率的主要途径。本次研究中,我们对术中体位护理进行改良,术前 1d 通过量表评估压疮风险,并根据风险分级实施相应的体位护理,提高了护理措施的预见性和针对性,有效培养了护士对压疮发生的警惕性,从而赋予护理措施前瞻性。研究结果显示,观察组压疮发生率、压疮面积均较对照组低,舒适度 GCQ 量表生理、心理精神两个维度评分和满意度较对照组高,提示改良体位护理能降低压疮发生率,提高患者舒适度与满意度。

参考文献:

- [1]胡航,黄领,卜嫚嫚,等.基于 FMEA 模式的体位护理对脑瘤长时间手术患者的舒适度及压疮形成的影响[J].海南医学,2022,33(4):538-540.
- [2]李艳萍,冯文娟.脑瘤患者手术期间采用手术体位护理的干预效果

及对压疮发生率的影响[J].山西医药杂志,2021,50(11):1885-1887.

[3]徐秀珍,王芝静,孙杰,等.集束化护理在神经外科侧卧位手术患者体位安置与压疮防护中的应用[J].现代中西医结合杂志,2020,29(15):1687-1690.

[4]武亮,王雅琳,赵燕红,等.长时间麻醉手术中老年患者压疮形成的危险因素及预防策略[J].重庆医学,2020,49(13):2102-2106.

[5]郝娜,冯贝贝.循证护理联合减压床垫对脑出血昏迷患者压疮及下肢深静脉血栓形成的影响[J].山西医药杂志,2020,49(16):2241-2243.

[6]王文龙,徐晓晴,黄先涛.基于患者角色体验的术中体位管理在手术室护理中的应用及持续改进质量的观察[J].中国医药导报,2020,17(20):172-175.

[7]黄维健,于娜,张冉,等.间断性变换手术床角度对平卧位手术患者受压部位皮肤的影响[J].中国实用护理杂志,2021,37(13):985-989.

[8]杨洋,丁志娟,段军霞,等.手术室老年患者压疮护理管理中集束化护理策略的应用效果及对护理质量的影响研究[J].贵州医药,2021,45(12):1997-1998.

[9]钱晓,潘苏京,戴荣兄.综合性术中压疮管理方案预防长时间手术老年患者压力性损伤的效果[J].河北医药,2022,44(3):413-415,419.

[10]王薇,晏春花.侧卧手术体位对老年患者眼压变化的影响及护理观察要点[J].中华现代护理杂志,2021,27(1):77-81.

[11]杨莹,陈嘉萍,潘颖欣,等.头面部手术患者术中压力性损伤的影响因素及护理措施[J].实用医学杂志,2020,36(21):3005-3008.

[12]陈晓丽,李翠翠,孙珂,等.手术室系统化护理与常规护理降低脊柱骨折伴脊髓损伤患者术中压力性损伤的效果比较[J].中华创伤杂志,2021,37(2):152-157.

无间隙个性化护理模式对急救成功率的影响

李春萍 曾艳

海南省人民医院秀英急诊科 海南省海口市 570311

摘要:目的:急诊室患者在临床上的护理措施,施用无间隙个性化护理模式,同时,对其施用后的效果,展开相应的探讨。方法 抽取(随机法)2021年1月-2021年12月期间,本院接受诊治急诊室患者,60例作为研究对象,分为(随机数字表法)30例实验组、30例对照组。对照组:施用常规护理方法,实验组:施用无间隙个性化护理方法。结果:在施用干预措施之后,实验组试验对象,与对照组相比后,护理满意度所得数值更高,有十分明显的差异($p<0.05$);实验组试验对象,与对照组相比后,平均抢救时间更短,急救成功率所得数值更高,有十分明显的差异($p<0.05$);实验组试验对象,与对照组相比后,生活质量评分情况所得数值更高,有十分明显的差异($p<0.05$)。结论 在临床上,急诊室患者,施用无间隙个性化护理模式,效果更好,在接受干预之后,患者的急救成功率,得到了一定的提高,同时改善了患者的临床症状,能够有效缩短患者的抢救时间,且将自身的生活质量进一步提升,改善护理服务的管理质量,其预后效果相对更好,具有一定的优越性,更加值得在临床上推广。

关键词:无间隙个性化护理模式;急救成功率;影响

急诊科作为医院中较为重要的一个组成部分,主要是接待重症患者的科室^[1-2],急诊科接受治疗的患者的病情,相对而言比较危重,且患者的病情大多变化较快,需要对患者展开及时、有效的紧急抢救措施。在实施紧急抢救的过程中,其抢救时间直接影响到患者的急救成功率,若患者的抢救时间相对较短,则患者能够尽早的脱离生命危险,能够进一步确保患者的生命安全。为进一步提升患者的急救成功率^[3],除了有效的抢救措施之外,还应积极展开有效的护理干预,将患者的预后进一步改善,将患者的抢救时间尽可能的缩短,提升患者的救治的安全系数,为此本次研究中抽取60例急诊室患者,并对其临床护理施用无间隙个性化护理模式,探讨其效果如何,以下为详细内容。

1 资料与方法

1.1 一般资料

抽取(随机法)2021年1月-2021年12月期间,本院接受诊治急诊室患者,60例作为研究对象,分为(随机数字表法)30例实验组、30例对照组。试验对象,对照组:18例男性患者,12例女性患者,年龄为20岁-63岁,其均值为(39.57±2.36)岁。

实验组:19例男性患者,11例女性患者,年龄为21岁-64岁,其均值为(39.67±2.41)岁。

纳入标准:①纳入此次试验的对象,为急诊室患者,同时具有平稳的生命体征^[4];②纳入此次试验的对象,能够正常配合治疗,且意识无精神方面的状况;③本次试验中研究对象,均属于自愿参与,并由自己签署研究知情书。排除标准:①排除入院之前已经死亡的试验对象;②临床资料不完整。

实验组、对照组,比较如上组间数据,无十分明显的差异($p>0.05$)。

1.2 方法

在试验对象入院后,对照组施用常规护理干预。依据患者的实际情况,对患者展开常规的急诊护理干预,给予患者吸氧操作,并建立静脉通路,严格监测患者得各项生命体征等,帮助医师实施各项全面的检查,并帮助患者的家属进行住院手续的办理等,若患者发生任何异常情况,需配合医师进行相应的抢救措施^[5]。

实验组则对试验对象,施用无间隙个性化护理模式。在救护车到医院之后,经由绿色通道运送,尽量缩短其抢救的时间,让患者能够及时进行

检查及救治,护理人员应立即帮助医师对患者展开相应的救治操作,依据患者的实际情况,包括其病情严重程度、致病原因、各项生命体征的记录等情况,实施个性化的具有针对性的护理操作,且在协助医师展开救治措施之后,及时安抚患者家属的情绪,向其讲解救治的过程及结果,进一步降低患者家属的不良情绪,给予患者家属更多的鼓励及支持,以此确保患者及其家属能够进一步配合医护人员的治疗及护理操作。在实施抢救的过程中,应注意实施环境的护理^[6],进一步加强患者的保暖、防寒等护理措施,并注意避免患者不必要部位的暴露,保护患者的隐私,降低患者的紧张等不良情绪,仔细判断患者有无存在生命危险,仔细观察患者的瞳孔反射,以及意识状态,积极实施预防感染、预防并发症发生等措施,护理人员应注意帮助患者将标本等送入检验科,实施相应的检验,并全程陪护患者,实施影像学检查等,注意应全程携带便携式呼吸机,以避免患者在进行检查的过程中发生意外,将风险降到最低,在患者抢救成功之后,且其生命体征基本恢复处于平稳的状态下,将患者转送至重症监护病房,随后帮助患者家属实施住院手续的办理。

1.3 观察指标

1.3.1 护理满意度:试验对象对护理服务的满意程度 85~100分则为非常满意、60~84分则为较为满意、0~59分则为不满意。

总护理满意度=非常满意率+较为满意率。

1.3.2 平均抢救时间、急救成功率。

1.3.3 生活质量评分:评估研究对象的生活质量,应用生活质量综合评定量表(SF-36)评定,0-100分,得分越高则生活质量越高。

1.4 数据处理

此次研究的数据,使用SPSS22.0软件包,实施相应的处理分析,并以($\bar{X}\pm S$)表示计量方式,t作为检验值;[n(%)]为计数方式,应用X²检验计数资料,P<0.05对比代表具有统计学差异。

2 结果

2.1 护理满意度

依据试验数据,可以发现,患者在护理之后,实验组试验对象,护理满意度(93.33%),高于对照组(66.67%),比对其差异,十分明显($p<0.05$)。

表 1 研究对象护理满意度比[例数 (%)]

组别	非常满意	较为满意	不满意	护理满意度
对照组 (n=30)	8 (26.67)	12 (40.00)	10 (33.33)	20 (66.67)
实验组 (n=30)	13 (43.33)	15 (50.00)	2 (6.67)	28 (93.33)
卡方	-	-	-	6.667
p	-	-	-	0.010

2.2 平均抢救时间、急救成功率

依据试验数据,可以发现,患者在护理之后,实验组试验对象,平均抢救时间(40.37±5.81) min 低于对照组平均抢救时间(64.59±6.14) min,急救成功率(96.67%)高于对照组急救成功率(80.00%),比对其差异,十分明显(p<0.05)。

表 2 研究对象平均抢救时间、急救成功率比[$\bar{x}\pm s$]

组别	平均抢救时间/min	急救成功率/%
对照组 (n=30)	64.59±6.14	24 (80.00)
实验组 (n=30)	40.37±5.81	29 (96.67)
T/X2	15.693	4.043
p	0.000	0.044

2.3 生活质量评分

依据试验数据,可以发现,患者在护理之后,实验组试验对象,心理功能评分(85.52±3.16)分、物质生活状态评分(84.15±3.37)分、社会功能评分(85.05±3.29)分,高于对照组心理功能评分(76.53±4.61)分、物质生活状态评分(74.68±4.19)分、社会功能评分(76.67±4.58)分,比对其差异,十分明显(p<0.05)。

3. 讨论

急诊科属于医院中较为重要的一个科室,其收治的患者通常病情较为危重,且病情的变化相对较为迅速,若患者得不到及时、有效的抢救^[7-8],将会进一步威胁到自身的生命安全,诱发死亡。为进一步确保患者的生命安全,需要对患者展开及时的抢救措施,并且在抢救的过程中,展开有效的护理干预,改善患者的预后,缩短患者的抢救时间,而常规的护理干预主要是协助医师展开护理措施,容易浪费过多的时间,这将会对患者的抢救操作起到不良的影响,为此需要寻求更加有效的护理干预^[9]。

无间隙个性化护理模式作为急诊护理中新型的一种措施,能够针对患者的实际情况,展开针对性、个性化的护理操作,并不仅仅是遵医嘱展开常规的护理措施,更具有计划性、高效性,在患者入院后,能够及时实施绿色通道^[10],缩短患者的检查及救治的时间,缩短其就诊的环节,让患者能够在最短的时间内,得到有效的救治,优化其急诊的护理流程,且更加全面的了解患者的实际状况,包括其致病原因、过往病史等,将护理中可能会出现的情况降到最低,最大程度上提升患者的急救成功率,能够依据患者的实际病情制定针对性、个性化的护理措施,并及时对患者实施严格的监测,以及更加全面的观察,能够进一步判断患者有无存在生命危险,从而协助医师更好地实施相应的抢救措施,将在急诊护理过程中由于自身的疏忽造成的问题,尽可能的降低,确保患者的生命安全^[11-12],有效缩短患者的抢救时间。除此之外,能够及时对患者及其家属实施有效的心理干预,以及健康教育,能够进一步缓解其不良情绪,确保其对医护人员

员实施护理或救治时的配合度,进一步确保抢救的效果,提升急救成功率。

经过研究,可以发现,患者在护理之后,实验组试验对象,护理满意度(93.33%),高于对照组(66.67%),比对其差异,十分明显(p<0.05);患者在护理之后,实验组试验对象,平均抢救时间(40.37±5.81) min 低于对照组平均抢救时间(64.59±6.14) min,急救成功率(96.67%)高于对照组急救成功率(80.00%),比对其差异,十分明显(p<0.05);患者在护理之后,实验组试验对象,心理功能评分、物质生活状态评分、社会功能评分,高于对照组心理功能评分、物质生活状态评分、社会功能评分,比对其差异,十分明显(p<0.05)。由此可得,临床上对于急诊室患者的护理措施,施用无间隙个性化护理模式,其效果更佳,更适合在临床上进行推广及应用。

参考文献:

[1]刘晓阳,王丽萍,吴学勤,等. 个性化护理对老年急性心肌梗死患者转运成功率、急救成功率和护理满意度的影响[J]. 贵州医药,2021,45(9):1512-1513.

[2]曹玉成. 急诊护理中应用无间隙个性化护理模式干预的效果及对急救成功率的影响[J]. 科学养生,2021,24(17):95.

[3]厉地玲,吕珊珊. 个性化护理在急性心肌梗死患者院前急救中的效果分析[J]. 医药前沿,2021,11(3):145-146.

[4]杨秀萍. 分析个性化护理在急性心肌梗死患者院前急诊护理中的应用[J]. 中国保健营养,2021,31(3):149.

[5]王敬. 急性心肌梗死患者院前急诊护理中应用个性化护理的观察[J]. 中国保健营养,2021,31(11):165.

[6]赵瑞. 个性化护理措施在急性心肌梗死患者院前急诊护理中的效果分析[J]. 糖尿病天地,2021,18(10):257.

[7]田玲艳,刘姗姗,丛敏. 研究院前急诊急救与护理措施的实施对于急性心梗患者抢救的效果[J]. 糖尿病天地,2021,18(8):278.

[8]陈智娟,莫木贤,王雪冰,等. 个性化护理模式在急性心肌梗死患者院前急诊中的临床效果研究[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2021,21(1):301-302,304.

[9]邱永芹. 个性化护理在急诊心肌梗塞患者院前急诊中的应用价值[J]. 中国保健营养,2020,30(14):201.

[10]王春梅. 个性化护理干预对急性心肌梗死患者院前急诊护理的作用[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(12):93.

[11]Inbal Hour, Noya Horowitz, Helena Katchman, Yael Weksler, Ofer Miller, Liat Deutsch, Oren Shibolet. Emergency department targeted screening for hepatitis C does not improve linkage to care[J]. World Journal of Gastroenterology, 2020, 26(32):4878-4888.

[12]Majiwa Fredrick, Mukami Diana, Kiarie Jackline, Kiilu Colleta, Maithya Ruth, Gikunda George, Munyalo Bonnie, Omogi Jarim. Are Mentorship and Training the Key in Provision of Emergency Obstetric and New-Born Care (EmONC) Services? A Formative Evaluation of Pre and Post in Samburu County, Kenya[J]. Journal of Clinical Diagnostics, 2021, 11(4):100-111.

作者简介: 姓名, 李春萍, 本科, 主管护师, 研究方向, 急诊护理, 通讯作者: 曾艳。

综合护理干预对防控耳鼻喉科患者术后感染的效果分析

刘晓婷

宁夏回族自治区人民医院耳鼻喉科 宁夏银川 750000

摘要：目的：探讨综合护理措施对预防耳鼻喉患者术后感染的效果。方法：将2020年10月到2021年10月在本院进行手术治疗的耳鼻喉科的患者82例，作为本次的观察对象，并将这82例耳鼻喉科的患者随机分为实验组和对照组两组，每组有41例耳鼻喉科的患者，而对照组的41例耳鼻喉科的患者在围术期使用常规的护理措施进行护理，而实验组的41例耳鼻喉科的患者则是在围术期采用综合护理措施进行护理，将两组耳鼻喉科患者术后的感染情况以及患者平均抗生素的使用时间、住院时间、住院费用和患者对护理工作的满意度情况进行对比和分析。结果：采用综合护理措施进行护理的实验组耳鼻喉科患者术后感染的情况以及患者平均抗生素使用时间、住院的时间、住院的费用和患者对护理工作的满意度情况均优于采用常规护理的对照组耳鼻喉科的患者，且两组耳鼻喉科患者术后感染的情况以及患者平均抗生素使用的时间、住院的时间、住院的费用和患者对护理工作的满意度情况对比后产生的差异数据具有统计学意义（ $p < 0.05$ ）。结论：本文对在本院进行手术治疗的耳鼻喉科的患者在围术期使用综合护理措施进行护理，能够有效的预防患者术后出现感染的情况，同时也能够缩短患者抗生素的使用时间以及患者的住院时间，减少患者住院的费用，提高了患者对护理工作的满意度，同时也提高了患者临床的治疗效果，值得推广和使用。

关键词：耳鼻喉科；综合护理；术后感染

在临床上耳鼻喉科患者手术后出现感染的情况是比较常见的，这主要是因为耳鼻喉科的术后护理跟其他手术的护理相比比较特殊，因为医护人员在对患者进行治疗以及护理的过程中都需要与患者进行近距离的接触，所以容易引发患者出现病原菌的感染和传播，同时患者在手术后机体产生的应激反应比较大，所以患者机体的免疫力以及抵抗力就会出现下降的情况，所以也增加了患者手术后出现感染的风险。耳鼻喉科的患者在手术后出现感染的情况会影响到患者的手术治疗效果，降低患者的生活质量，同时也会延长患者住院的时间，并且增加住院的费用。所以预防耳鼻喉科患者在术后出现感染是目前临床上耳鼻喉科最重要的问题。对于耳鼻喉科患者术后出现感染的影响因素比较多。但是有研究表明，对耳鼻喉科患者在术后采取有效的护理措施能够降低患者术后感染的几率，所以本次研究将对耳鼻喉科的患者使用综合护理措施进行护理，并将结果进行对比和分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2020年10月到2021年10月在本院进行手术治疗的耳鼻喉科的患者82例作为本次的观察对象，并将这82例耳鼻喉科的患者随机分为实验组和对照组两组，每组有41例耳鼻喉科的患者，而对照组的41例耳鼻喉科的患者中有男性患者25例，女性患者16例，年龄在22~69岁之间，平均年龄在（44.7±6.4）岁，而实验组的41例耳鼻喉科的患者中，有男性患者23例，女性患者18例，年龄在25~70岁之间，平均年龄在（43.2±8.9）岁，两组耳鼻喉科的患者中包括鼻鼾症手术的患者10例、鼻内镜手术的患者为34例、中耳手术的患者为30例、喉癌手术的患者为6例、下咽癌

手术的患者为2例。纳入标准：两组耳鼻喉科患者均采用手术进行治疗，并且年龄在18~70岁之间；患者在手术前精神和智力都处于正常的状态，能够保持正常的沟通和交流，同时患者的肝肾功能也正常，没有全身系统性的疾病；对本次研究知情且自愿参加本次研究的患者。排除标准：合并伴有全身免疫性疾病以及冠心病、高血压和糖尿病、精神病以及中枢神经性病变等；耳鼻喉科的患者具有酗酒史和药物滥用史；耳鼻喉科患者处于妊娠期和哺乳期；不愿意参加本次研究的患者。两组患者均符合本次研究的纳入标准，并且两组耳鼻喉科患者的临床资料对比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

对照组的患者使用常规的护理措施进行护理，护理人员需要对耳鼻喉科患者在术前进行常规的检查，并且进行健康教育宣传和心理指导。而实验组的患者则是在常规护理的基础上，对患者使用综合护理措施进行护理，主要的内容包括：1. 对患者进行手术前的护理，首先需要完善患者的血常规检查以及乙型肝炎检查和梅毒检查等。对于进行咽喉手术的患者，在术前的4天需要禁止饮食，并且保持身体的清洁，及时的更换贴身的衣物；对于耳部手术的患者，应该将耳后3~4cm的位置将头发剃掉，在剃发的过程中注意不要伤及患者的皮肤；对于进行鼻部手术的患者，应该在手术前的1天刮掉患者的胡子，并且修剪患者的鼻毛，清理患者的口腔。在患者手术前需要严格的做好手术器械的消毒工作，并且严格执行无菌操作，同时医护人员也应该严格的执行手卫生的原则。2. 在手术中的护理，患者手术的过程中应该尽量减少对患者进行侵入性的操作，并且严格的做到无菌操作的原则，护理人员应该积极的配合手术的医师，确保手术能够

顺利的进行。在手术的过程中也应该限制手术室的出入人数，及时的清除掉手术室内的废弃物。3. 对患者进行术后的护理，首先护理人员应该在患者手术后严格的观察患者手术的切口，并且指导患者应该保持正确的体位进行休息。护理人员在患者术后还应该严密的观测患者生命体征的变化，一旦出现异常情况时，应该及时的报告给医师进行处理。同时维持好病房内的干净和整洁，并且定期开窗通风，保持室内的空气流通，将温度以及湿度和光线控制在适宜的范围内。此外，还应该控制探视患者的人员，并且做好登记和管理。在患者手术以后，护理人员应该尽早的鼓励患者进行下床活动，能够提高患者机体的恢复速度。4. 加强对医院感染防控的意识以及医院消毒隔离的措施，首先院内应该定期组织医护人员对医院感染相关知识进行培训，也可以通过开设医院感染的专题讲座，使院内的医护人员都能够良好地掌握医院感染的相关知识，并且具有一定的防控感染的技能。此外，院内还应该定期进行感染知识的考核，起到加强医护人员对感染的意识以及对防控感染的技能的掌握。其次，院内还应该强化手术室的消毒隔离制度，使用 75%的酒精和 500mg/L 的含氯消毒液进行交替消毒，消毒液应该定期进行更换，对于过期的消毒液应该及时的进行处理，并且禁止再次使用，应该增加等离子消毒机的使用次数以及使用的时间，擦拭巾应该禁止跨区进行使用。在使用一次性无菌物品前应该严格的查看物品的完整性以及物品的有效期，禁止使用过期以及破损的物品。在使用手术器械前后都应该严格的进行消毒，对于非一次性的口腔器械，应该遵循消毒-清洗-灭菌的程序进行处理。对于耐热的耳鼻喉科的器械在使用后应该快速的使用高压蒸汽进行灭菌，如果不耐热的耳鼻喉科器械可以使用 2%的戊二醛进行浸泡 10 个小时以上，尽量做到使用一次性的物品。此外，院内还应该强化医护人员手卫生的意识，在手术室内贴上关于手卫生宣传的标语，同时还应该定期的对医护人员进行手卫生的考试。在对患者进行诊疗的过程当中，医护人员也应该严格的做到无菌操作原则，禁止使用污染过的手套拿取无菌的物品，并且尽可能的使用脚踏治疗椅。5. 指导患者合理的使用抗生素，在对患者使用抗生素治疗的时候，医护人员首先应该掌握各种抗生素的配置药理以及抗菌谱和抗菌的活性，并且严格的遵循医嘱对患者使用抗生素。在患者使用抗生素期间，护理人员需要严格的关注患者用药期间的不良反应情况，一旦出现异常情况，应该及时的报告给医生。同时护理人员也应该提醒医生，在对患者使用抗生素之前应该先去送检抗生素标本，这样能够在明确抗生素的致病菌种类下对患者合理的使用窄谱抗生素。6. 加强对患者营养的支持，对于抵抗力以及免疫力低下或者老年患者，为了能够增强患者自身的免疫功能，所以在对患者治疗期间可能出现原发病的同时，加强对患者进行营养的护理。指导患者主要以杂粮、米和面为主，可以多吃鸡蛋以及奶类和瘦肉等含有丰富高蛋白的食物，同时也应该多吃一些新鲜的蔬菜和水果等含有丰富维生素和纤维素的食物，

保证自身的营养，从而提高机体的免疫功能。

1.3 观察指标

将两组耳鼻喉科患者术后感染的情况以及患者平均使用抗生素的时间、住院的时间、住院的费用和患者对护理工作的满意度情况进行对比和分析。

1.4 统计学分析

采用 SPSS20.0 软件对数据进行处理和分析，计数资料用 (n/%) 来表示，用 χ^2 进行检验，计量资料用标准差±来表示，用 t 进行检验，当 $p<0.05$ 时具有统计学意义。

2 结果

2.1 采用综合护理措施进行护理的实验组耳鼻喉科患者术后感染的情况优于采用常规护理的对照组耳鼻喉科的患者，且两组患者术后感染的情况对比后产生的差异数据具有统计学意义 ($p<0.05$) 见表 1

表 1 两组患者术后感染的对比情况

组别	例数	手术部位感染	肺部感染	泌尿系统感染	其他感染	感染率
实验组	41	1	1	0	0	2/41 (4.88%)
对照组	41	5	3	2	1	11/41 (26.83%)
χ^2						7.405
p						<0.05

2.2 采用综合护理措施进行护理的实验组耳鼻喉科患者平均使用抗生素的时间\住院的时间以及住院的费用均优于采用常规护理的对照组耳鼻喉科的患者，且两组耳鼻喉科患者平均使用抗生素的时间、住院的时间以及住院的费用对比后产生的差异数据具有统计学意义 ($p<0.05$) 见表 2

表 2 两组患者平均使用抗生素的时间、住院的时间和住院费用的对比情况

组别	抗生素使用 时间 (d)	住院时间 (d)	住院费用 (万 元)
实验组	4.85±0.72	6.17±1.74	1.01±0.27
对照组	6.78±1.19	8.84±2.86	1.45±0.32
t	8.885	5.107	6.729
P	0.000	0.000	0.000

2.3 采用综合护理措施进行护理的实验组耳鼻喉科患者对护理工作的满意度情况优于采用常规护理的对照组耳鼻喉科的患者，且两组耳鼻喉科患者对护理工作的满意度对比后产生的差异数据具有统计学意义 ($p<0.05$)

(下转第 154 页)

老年中风患者护理不安全因素分析及对策分析

刘郁芬

梅州市大埔县中医医院内科 广东/梅州 514200

摘要：目的：对老年中风患者进行护理不安全因素的分析，做好对应的对策比较。方法：通过选取 40 例中风患者，中风患者的就诊时间处于 2018.12 到 2020.12 月之间，随后将 40 例患者进行分组。常规组采用常规模式，试验组首先对不安全因素进行分析，随后进行针对性对策的使用。结果：试验组中风患者通过对不安全因素进行分析，其中摔倒、感染、拔针的出现例数为 0 例、1 例、0 例，所占比例分别为 0.0%、5.0%、0.0%，整体并发症出现率为 5.0%，经比较， $t=8.447$ 、 7.276 、 6.360 、 7.356 ， p 均 <0.05 。试验组管理质量评分分别为 84.63 ± 2.14 、 88.23 ± 1.60 、 91.06 ± 0.50 、 90.04 ± 0.75 ，常规组后质量评分明显改善， $t=15.064$ 、 11.090 、 18.441 、 17.086 ， p 均 <0.05 。结论：通过对老年中风患者进行不安全因素的分析，在针对其进行对策管理的同时整体效果较好。

关键词：中风患者；不安全因素；对策分析

Analysis of unsafe factors and countermeasures for the care of elderly stroke patients

Liu Yufen

Department of Internal Medicine, Dapu County Traditional Chinese Medicine Hospital, Meizhou, Guangdong 514200, China

【Abstract】 Objective: To analyze the factors of nursing insecurity in elderly stroke patients, and to compare the corresponding countermeasures. Methods: By selecting 40 stroke patients, the stroke patients were treated between December 2018 and December 2020, and 40 patients were grouped. The conventional group adopts the conventional mode, in which the experimental group first analyzes the unsafe factors and then uses targeted countermeasures. Results: Through the analysis of unsafe factors, the number of cases of fall, infection and needle extraction was 0, 1 and 0, accounting for 0.0%, 5.0% and 0.0%, respectively, and the overall complication rate was 5.0%, and after comparison, $t=8.447$, 7.276 , 6.360 , 7.356 , $p<0.05$. The management quality scores of the experimental group were 84.63 ± 2.14 , 88.23 ± 1.60 , 91.06 ± 0.50 , 90.04 ± 0.75 , respectively, and the quality scores after the regular group were significantly improved, $t=15.064$, 11.090 , 18.441 , 17.086 , and the $p<0.05$. Conclusion: Through the analysis of unsafe factors in elderly stroke patients, the overall effect is better while the needle is managed.

中风大部分患者会出现语言障碍、瘫痪等后遗症，同时部分学者认为根源为肾虚精亏，在中风发病初期受身体自身原因的影响，患者容易产生精神压抑等现象，从而导致精血耗散，在肝气郁结的同时导致此症并发。在临床研究中认为气虚血瘀型中风合并抑郁症发病率相对来说较高。本文通过对老年中风患者护理不安全因素进行分析，随后做好一定的管理，具体研究情况如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

通过选取 40 例中风患者，中风患者的就诊时间处于 2018.12 到 2020.12 月之间，随后将 40 例患者进行分组。本次选取的 40 例中风患者中有 23 例为男性患者，17 例为女性患者。全部患者中最低为 40 岁，最高的为 75 岁，年龄的平均值为 58.3 ± 1.2 。经比较，患者差异不大。

1.2 方法

常规组采用常规模式，试验组首先对不安全因素进行分析，随后进行针对性对策的使用。

不安全因素分析：第一，医疗设备问题。从目前治疗情况来看，精密仪器较多，同时受医疗设备专业性、装置性的影响，容易出现事故，同时受电路、线路的影响容易出现短路、火灾，不良情况发生概率加大。第二，医院监管问题。受医院监管不当的影响，脑卒中等相关仪器工作相比其他科室来说复杂、繁琐，在人员不够的同时导致护理人员的压力增大，忽略了其中的细节。在引进新设备之后，如果未对中的管理机制进行全面制定，

容易出现漏洞。由于时间紧迫，在未经过系统培训中，无法了解工作能力，无法处理突发事件。第三，工作人员能力问题。在护理过程中，由于一些人员不够严谨，未按照相关规定进行操作，一些仪器未规范应用，因此危险事件多发。除此之外一些医护人员不注重细节，专业知识不够、操作不熟练，因此还需注意。

防治对策：第一，建立合理的体系，确保保护措施完整。对于专业的人员来说，应做好操作知识、事故发生之时的普及和培训，在做好定期检查的同时，保证仪器能够良好运行^[2]。第二，增加管理力度。对于医护人员来说，应增强护理人员的法律观念，加强责任心，并学会维护自己利益。除此之外，还要对人员进行安排、培训，依据护理人员的性格、能力做好分配，确保发挥最大的优势。第三，根据血液透析室的人流量做好安排，依照患者的特点做好排班，从而减轻护理人员的工作压力。第四，设置专门的操作岗位。通过对仪器设备、使用方式、常见故障进行了解，并找寻其中的不良事件，针对此做好对应管理。

1.3 观察指标

两组中风患者并发症情况比较（摔倒、感染、拔针人数）。

2 结果

通过对两组中风患者进行危险事件概率比较，其中常规组中风患者中出现摔倒、感染、拔针人数分别为 1 例、2 例、1 例，并发症出现概率为 5.0%、10.0%、5.0%，总体并发症出现率为 20.0%。试验组中风患者通过对不安全因素进行分析，其中摔倒、感染、拔针的出现例数为 0 例、1 例、0

例, 所占比例分别为 0.0%、5.0%、0.0%, 整体并发症出现率为 5.0%, 经比较, $t=8.447$ 、 7.276 、 6.360 、 7.356 , p 均 <0.05 。

表 1. 两组患者并发症情况发生率比较

组别	例数	摔倒	感染	拔针	发生率
常规组	20	1 (5.00)	2 (10.00)	1 (5.00)	20.0
试验组	20	0 (0.00)	1 (5.00)	0 (0.00)	5.00
t	-	8.447	7.276	6.360	7.356
P	-	0.020	0.021	0.015	0.023

通过常规组后感染病房管理质量评分比较, 其中常规组医疗废物、感染监控、环境管理、感染防护评分分别为 75.64 ± 2.13 、 73.50 ± 1.07 、 83.30 ± 1.80 、 80.40 ± 1.03 , 试验组管理质量评分分别为 84.63 ± 2.14 、 88.23 ± 1.60 、 91.06 ± 0.50 、 90.04 ± 0.75 , 常规组后质量评分明显改善, $t=15.064$ 、 11.090 、 18.441 、 17.086 , p 均 <0.05 。

表 2 管理质量评分比较

组别	医疗废物	感染监控	环境管理	感染防护评分
常规组	75.64 ± 2.13	73.50 ± 1.07	83.30 ± 1.80	80.40 ± 1.03
试验组	84.63 ± 2.14	88.23 ± 1.60	91.06 ± 0.50	90.04 ± 0.75
t	15.064	11.090	18.441	17.086
P	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

中风, 突然昏倒, 不省人事并伴有半身不遂、口歪眼斜症状。中风作

为中医的疑难杂症, 一般见于中老年人, 整体发病率高、致残率高, 同时致死率逐渐升高。中风在古代医籍中记载, 一般源于《黄帝内经》。在《中风历节篇》中具有相关理论记载。中风病位在脑, 和心肝脾肾多个脏腑具有密切关系, 受阴阳失调、气血逆乱的影响, 在治疗时需要祛瘀化痰。中风基本病期分为急性期、恢复期、后遗症时期, 并伴有吞咽障碍、言语不利等多种症状。在做好相关研究的同时, 总结其中的危险因素, 并制定全面、完整的管理机制, 做好监督工作, 以便来减少危险事件的发生概率。在实验室来说, 应采用安全监管、防治模式, 针对其中的不安全因素、护理因素做好多方面的管理, 从根源上减少不良因素的发生, 在做好康复工作的同时减少阻碍, 降低不良效果概况^[5]。通过对老年中风患者进行不安全因素的分析, 在针对其进行对策管理的同时整体效果较好。

参考文献:

[1]杨敬华.老年中风患者护理不安全因素的分析及对策[J].中国医药指南,2020,18(07):206-207.DOI:10.15912/j.cnki.gocm.2020.07.154.

[2]陈兰.老年中风患者护理不安全因素分析及对策分析[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(51):124.DOI:10.16281/j.cnki.jocml.2019.51.099.

[3]王冬兰.老年中风病人护理不安全因素分析及对策[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(A3):20314-20315.DOI:10.16281/j.cnki.jocml.2017.a3.091.

[4]吴蒙.老年中风患者护理不安全因素分析及对策[J].中外医学研究,2014,12(16):106-107.DOI:10.14033/j.cnki.cfmr.2014.16.036.

[5]国丽.老年中风病人护理不安全因素分析及对策[J].中国社区医师,2009,25(23):19.

(上接第 152 页)

见表 3

表 3 两组患者对护理工作满意度的对比情况

组别	满意	较满意	不满意	总满意度
实验组	34 (82.93%)	5 (12.20%)	2 (4.88%)	95.12% (39/41)
对照组	23 (56.10%)	8 (19.51%)	10 (24.39%)	75.61% (31/41)
χ^2				6.248
P				<0.05

3 讨论

目前在临床上多采取手术对耳鼻喉科患者进行治疗, 也是重要的治疗手段之一。临床上常见于鼻息肉切除手术以及鼻中隔形成手术和腭咽形成手术等。通过手术治疗能够有效的缓解耳鼻喉科患者的病情疼痛的情况。但是耳鼻喉科手术的治疗跟其他手术治疗相比, 患者在术后也会出现感染的风险, 降低患者的生活质量, 从而影响到了患者手术治疗的效果, 延长了患者的住院时间。为了能够降低耳鼻喉科手术的患者术后出现感染的几率, 所以本次研究对耳鼻喉科手术患者手术前以及手术过程中和手术以后使用针对性的预防性综合护理措施, 不仅降低了病原菌的传播, 同时也降低了医院感染的发生率, 并且减少了患者在手术过程中可能感染的风

险。此外, 加强医护人员对感染防控的意识以及消毒隔离的措施, 能够提高医院感染的防控意识以及防控感染的能力。同时强化手术室的消毒隔离措施, 也能够有效的降低患者出现感染的几率。

本文对耳鼻喉科的患者采用综合护理措施进行护理, 能够有效的降低患者在术后感染的几率, 减少患者抗生素的使用时间以及患者的住院时间, 同时也能够降低患者住院的费用, 提高患者对护理工作的满意度以及患者的临床治疗效果, 值得推广和使用。

参考文献:

[1]魏珍星, 范崇盛, 薛柯凡, 等.耳鼻喉术后并发感染患者的血清炎症因子、T 淋巴细胞亚群表达及临床意义研究 [J].中华医院感染学杂志, 2021, 27 (2): 396-398.

[2]张馨竹, 卢仲明.早期喉癌病人术后医院感染的易感因素分析与 护理对策 [J].护理研究, 2021, 31 (4): 459-461.

[3]谢琼, 余腊枝, 张先群.先天性耳前瘻管术后医院感染的影响因素分析 [J].中华医院感染学杂志, 2021, 24 (3): 708-710.

[4]谷波, 张骏, 成翼娟.住院患者护理满意度量表信度效度测量 [J].护理学杂志, 2021, 23 (5): 45-47.

[5]张贵, 袁泉良, 邵静, 等.强化手术室消毒隔离实施对耳鼻喉科手术患者医院感染的防控效果研究 [J].中华医院感染学杂志, 2021, 27 (23): 5487-5490.

人性化护理在脑外伤护理中的效果及对生活质量的影响分析

陆姝颖

连云港市第一人民医院 江苏连云港 222000

摘要：目的：研究人性化护理干预脑外伤患者的效果，评估护理对患者的生活质量产生的影响。方法：选择 2020 年 03 月-2021 年 03 月到本院治疗脑外伤的患者共 134 例，随机分作实验组和对照组，分析两组护理效果。结果：实验组护理满意度、护理后肢体功能、睁眼反应、语言反应、GCS 总分、生活质量均高于对照组， $P<0.05$ ；实验组并发症发生率低于对照组， $P<0.05$ 。结论：运用人性化护理服务对脑外伤患者干预，效果极佳，可改善患者生活质量，值得运用。

关键词：人性化护理；常规护理；脑外伤；生活质量；肢体评分；GCS 总分

脑外伤还可以被称作弥散性损伤与局灶性损伤，前者的出现会使得患者有听觉障碍、感觉障碍、语言障碍和视觉障碍，而后者会出现使得患者的记忆力和睡眠受到影响，致使患者出现昏迷不醒症状和意识模糊症状等^[1-2]。手术治疗方式作为对脑外伤病症治疗的关键性方式之一，但是根据调查发现患者在接受手术治疗之后出现并发症的概率比较高^[3-4]。对此，需将高效和优质的护理干预方式引入，提升治疗预后价值，使得患日常的活动能力、生活质量以及肢体运动功能等均被较好的改善，减少患者术后并发症出现的概率。近几年，随着医疗水平的提升年，人性化护理服务方式受到了更多的关注和认可，此种护理服务为秉承着将患者当成是护理服务的中心^[5]。重视患者的需求，给予患者全面和对应的护理，使得患者病情可快速的好转。基于此，本文将细致分析人性化护理干预脑外伤的方式和干预效果，作如下报道：

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

选择 2020 年 03 月-2021 年 03 月到本院治疗脑外伤的患者共 134 例，随机分作实验组和对照组，实验组患者 67 例，年龄 25-80 岁，平均年龄（ 48.16 ± 11.28 ）岁；对照组患者 67 例，年龄 25-81 岁，平均年龄（ 48.14 ± 11.24 ）岁，一般资料（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

1.2.1 对照组

组内患者接受常规护理服务，具体为：对患者生命体征和病情发展进行密切的记录和观察，依照医嘱完成相关的服务。对患者实施基础护理，保障病房中卫生干净和整洁，对探视的人数与频率严格的控制，若是发现出现异常状况，要及时地和医生上报，告知患者主治医师给予针对性的干预。

1.2.2 实验组

组内患者在对照组基础之上，及接受人性化护理服务，具体为：

（1）加强心理护理。对于意识较为清醒患者，需主动与积极的和其沟通与交流，鼓励患者可将内心想法和需求讲出，尽可能地满足患者的各项合理性需求，为患者积极引导，告知其疾病在逐步的恢复和改善，使得

其可以树立其疾病治愈的勇气和信心。对患者近亲加强安抚，使得其情绪可调整在最佳状态，积极建议患者家属可给予患者更多的陪伴，使得其树立起疾病治愈的勇气和信心。将家属支持引入其中，给予患者更多的照护。如果患者近亲生活和工作较为繁忙，需建议其为患者聘请比较专业的护理工作，保障患者全天 24 小时不间断的有人照护和看护，提升其安全感。

（2）环境护理。护理工作人员需要为患者营造出安静、舒适、整洁的环境，尽可能地将各种不良刺激消除。在和患者主动交流时，需要对其心理状态进行动态化的评估与了解，将医院中的住院环境和规章制度为患者做简单的介绍。尽可能的转移患者的注意力，可以在室内播放患者喜爱的音乐。对患者所提出的问题进行耐心和专业解答，在实施护理时重视对患者隐私的保护，给予患者更多的理解和尊重。

（3）积极预防并发症。脑外伤之后因为颅内压会持续性的增加，患者会有呕吐症状，在患者出现呕吐症状的时候，可以引导其把头部偏向于一侧，规避出现呕吐物误吸问题发生，确保患者能够绝对性地卧床休息。在患者排便之后，需对其会阴部位及时的清洗，使得患者此部位可保持清洁和干燥。对存在大小便失禁的患者，需留置尿管，需定期地协助其翻身，间隔两个小时一次。对其进行叩背，确保痰液可以顺利排出，降低肺部出现感染问题。引导患者在床上进行四肢活动。

（4）营养支持。从饮食层面上来讲，需引导患者多多摄入高蛋白质、高维生素、高氨基酸类食物。若患者的肠内营养不够充足的时候，可运用静脉补充方式给予营养支持。针对危重症患者，给予营养支持的时候，需重点对其病情进行观察。在实施肠内营养支持的时候，护理工作人员需重视对患者病况的监测。首先，护理工作人员要对患者临床症状进行密切的监测，观察患者是否出现呕吐、腹胀以及腹泻等相关的异常表现。若出现异常问题，需明确异常出现的因素，而后给予针对性处理。与此同时，护理工作人员要加强对患者排便的观察，判定患者大便的形状、颜色是否出现变化，而后将其胃液抽出，对其是否出现消化道出血问题进行观察。对于已经出现消化道出血的患者来讲，需及时与尽早的止血，进而有效避免治疗安全受到影响。最后在输注之后的三十分钟之内，需规避给予患者实施吸痰干预，规避胃内容物出现反流，避免吸入性肺炎的出现。加强导管

护理。在开展肠内营养支持的过程中,护理人员需重视对鼻胃管的管理与护理,护理人员需对导管加以固定,规避导管出现脱出问题。对于存在躁动患者,需给予其适宜的约束。为了能够有效避免出现堵管,护理人员要在患者接受肠内营养支持干预的前后,运用 30~50 mL 的浓度为 0.9%氯化钠药液进行冲管,有效规避营养也出现残留。对于导管和皮肤所接触的位置,需加强保护,规避压疮的出现。

(5) 体位护理。对于有意识障碍的患者,需辅助患者处于平卧体位,把其头部偏向于一侧。对于存在颅底骨折和脑脊液耳漏患者,需把床头抬高到 10°~30°。对于意识较为清醒的患者,需引导其处于左侧卧位亦或是右侧卧位,将床头抬高到 30°,使得患者颅内静脉可以顺利回流,降低其颅内压。

(6) 皮肤护理。对于长时间卧病在床的患者,需及时的复制其更换贴身的异物,将床上的用品也需及时和定期的更换,规避出现细菌滋生问题,降低感染出现的概率。

(7) 口腔护理。在患者每餐之后,需告知患者进行漱口,在其呕吐之后,需对其口腔及时的清晰,降低口腔污染的风险。

(8) 早期康复护理。等到患者的生态体征处于平稳状态之后,需指导其实施早期的康复锻炼,将运动疗法当做是主要的方式,使得患者可开展作为平衡运动、床旁运动和步行运动等,加速患者运动机能的恢复。

(9) 出院护理。把出现之前的有关事项告知患者与家属,特别是用药,需叮嘱患者与家属做到严格和规范性遵医嘱用药。

1.3 观察指标及评价标准

满意度分析,分为非常满意、满意、不满意;肢体功能评分,于护理前后,评估患者上肢 Fugl-Meyer、下肢 Fugl-Meyer ;运用 GCS 量表,评估睁眼反应、语言反应、GCS 总分;生活质量评估,运用 SF-36 量表细致分析各项指标评分;并发症发生率:肺部感染、泌尿系统感染、深静脉血栓、腹泻、便秘、压疮。

1.4 数据处理

用 SPSS21.0 软件进行统计,计数资料用 (n/%) 表示、行 χ^2 检验,计量资料用均值 $\pm$ 标准差 ($\bar{x}\pm s$) 表示、行 t 检验。P<0.05 有统计学意义。

2. 结果

2.1 分析两组患者护理满意度

实验组患者护理满意度高于对照组, P<0.05。

表 1 护理满意度 (n/%)

组别	非常满意	满意	不满意	总满意率
对照组 (n=67)	40(59.70%)	18(26.87%)	9 (13.43%)	58(86.57%)
实验组 (n=67)	58(86.57%)	8 (11.94%)	1 (1.49%)	66(98.51%)
χ^2	-	-	-	6.9161
P	-	-	-	0.0085

2.2 分析两组患者肢体功能评分

实验组显著优于对照组, P<0.05。

表 2 肢体功能评分 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	上肢 Fugl-Meyer		下肢 Fugl-Meyer	
	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组 (n=67)	30.47 $\pm$ 5.64	45.88 $\pm$ 6.42	40.30 $\pm$ 4.63	50.87 $\pm$ 6.32
实验组 (n=67)	30.50 $\pm$ 5.59	52.02 $\pm$ 5.34	41.55 $\pm$ 4.72	58.02 $\pm$ 6.39
t	0.0309	6.0185	1.5475	6.5119
P	0.9754	0.0000	0.1241	0.0000

2.3 分析两组患者 GCS 评分

实验组显著优于对照组, P<0.05。

表 3 GCS 评分 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	睁眼反应		语言反应		GCS 总分	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组 (n=67)	2.12 $\pm$ 0.24	2.51 $\pm$ 0.19	2.42 $\pm$ 0.44	3.14 $\pm$ 0.33	5.69 $\pm$ 0.31	6.58 $\pm$ 0.25
实验组 (n=67)	2.06 $\pm$ 0.21	3.11 $\pm$ 0.33	2.31 $\pm$ 0.56	4.17 $\pm$ 0.64	5.66 $\pm$ 0.24	8.89 $\pm$ 1.42
t	1.5400	12.8975	1.2643	11.7085	0.6264	13.1139
P	0.1259	0.0000	0.2084	0.0000	0.5322	0.0000

2.4 分析两组患者生活质量

实验组显著优于对照组, P<0.05。

表 4 生活质量 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	实验组 (n=67)	对照组 (n=67)	T 值	P 值
护 躯体功能	65.36 $\pm$ 7.54	65.69 $\pm$ 7.78	0.2493	0.8035

理

躯体疼痛

65.93 $\pm$ 6.14

65.54 $\pm$ 6.42

0.3594

0.7199

前

躯体职能

60.98 $\pm$ 8.13

60.69 $\pm$ 8.16

0.2061

0.8370

一般健康状

况

63.72 $\pm$ 6.42

63.61 $\pm$ 6.52

0.0984

0.9218

精力

63.79 $\pm$ 6.96

64.00 $\pm$ 7.03

0.1738

0.8623

社交能力

68.92 $\pm$ 6.07

69.11 $\pm$ 5.94

0.1831

0.8550

护 理 后	情感职能	70.44±8.43	69.87±8.69	0.3854	0.7006	精力	84.03±5.48	77.93±5.07	6.6881	0.0000
	精神健康	69.63±7.45	70.08±7.87	0.3399	0.7345	社交能力	82.00±5.68	76.28±5.64	5.8492	0.0000
	躯体功能	88.64±5.72	75.65±4.96	14.0441	0.0000	情感职能	86.93±7.17	74.21±6.82	10.5217	0.0000
	躯体疼痛	88.57±9.43	71.67±6.05	12.3468	0.0000	精神健康	86.94±6.37	70.79±6.51	14.5139	0.0000
	躯体职能	89.93±6.82	72.51±5.15	16.6848	0.0000	2.5 分析两组并发症发生率				
	一般健康状况	88.44±7.19	76.66±8.04	8.9397	0.0000	实验组并发症发生率低于对照组, P<0.05。				

表 5 并发症发生率 (n%)

组别	肺部感染	泌尿系统感染	深静脉血栓	腹泻	便秘	压疮	并发症发生概率
实验组 (n=67)	1 (1.49%)	1 (1.49%)	1 (1.49%)	1 (1.49%)	1 (1.49%)	1 (1.49%)	6 (8.96%)
对照组 (n=67)	2 (2.99%)	1 (1.49%)	2 (2.99%)	3 (4.48%)	2 (2.99%)	2 (2.99%)	18 (26.87%)
χ^2	-	-	-	-	-	-	7.3091
P	-	-	-	-	-	-	0.0069

3. 讨论

脑外伤症状存在进展速度比较快和疾病较为严重等特征, 此类患者时常会出现意识障碍、头痛等相关症状。若是患者没有得到及时和有效的干预, 病情控制不够理想, 患者会出现诸多的并发症, 直接地危及到其生命安全^[6-8]。现代医学领域中一般主张将治疗与护理有机地结合在一起, 治疗可高效的挽救患者的生命, 护理更是不可或缺的。若是护理不够规范和到位, 会对机体造成负面的作用和影响, 使得康复治疗的时间被延长, 长时间的质量会使得患者心智被磨平, 造成患者存在较大的经济负担和心理负担。在对患者实施护理中, 需使得患明确疾病基础知识内容, 包含致病因素、治疗计划、预后效果以及注意事项等等。给予患者对应性心理护理, 使得患者治疗信心提高, 使得其可主动和积极地配合临床中各种治疗和护理操作^[9-12]。

个性化护理方式作为新型护理方式的一种, 主要是将患者作为护理服务的中心, 可以通过加强心理护理、环境护理、预防并发症、营养支持、体位护理、皮肤护理、口腔护理、早期康复护理、出院护理等多方面入手, 为患者提供更具备个性化和针对性的护理服务, 使得患者可以积极地配合临床中治疗与护理, 改善患者的生活质量^[13-16]。

此次研究中, 分析两组护理效果。发现, 实验组护理满意度、护理后肢体功能、睁眼反应、语言反应、GCS 总分、生活质量均高于对照组, P<0.05; 实验组并发症发生率低于对照组, P<0.05。

综上, 人性化护理可在脑外伤患者中运用, 可辅以疗效的提升, 改善其生活质量。

参考文献:

- [1]张弹,李显伟,潘丽,等. 探讨人性化护理对脑外伤患者疗效以及生活质量的影响[J]. 糖尿病天地,2021,18(1):290.
- [2]吕欣,李红,贾晓慧. ICU 里的“人性化”——廊坊市人民医院 ICU 护理团队“降低 ICU 身体约束率”的行动[J]. 中国卫生画报,2020(5):54-57.
- [3]陈秀玲. 人性化护理对脑外伤手术患者的效果观察及心理状态影

响评价[J]. 四川生理科学杂志,2021,43(8):1330-1332,1326.

[4]闫翠霞. 人性化护理用于脑外伤患者的效果观察[J]. 中国农村卫生,2021,13(21):78-79.

[5]胡顶萍. 人性化护理在脑外伤患者围术期中的效果和满意度观察[J]. 航空航天医学杂志,2021,32(5):606-607.

[6]陈超丽. 人性化护理在轻度脑外伤手术中的患者应用价值[J]. 中国卫生标准管理,2020,11(8):156-158.

[7]李燕,朱美霖. 人性化手术室护理对轻度脑外伤手术患者焦虑抑郁情绪的影响[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(6):110,135.

[8]付玮男. 人性化护理在脑外伤护理中的效果[J]. 中国伤残医学,2020,28(7):77-79.

[9]付瑛. 脑外伤护理中人性化护理的效果[J]. 中国伤残医学,2020,28(24):81-82.

[10]刘洪杰. 在脑外伤护理中人性化护理的应用效果观察[J]. 中国医药指南,2019,17(31):264-265.

[11]蒋静. 分析人性化护理模式在脑外伤患者围术期的应用价值[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19(96):350,353.

[12]金丽艳. 人性化护理在脑外伤护理中的效果评价[J]. 中国伤残医学,2019,27(21):57-59.

[13]伍云. 分析在脑外伤患者护理工作中开展人性化护理的方法及效果[J]. 系统医学,2019,4(8):172-174.

[14]崔维芬. 人性化护理对轻度脑外伤手术患者的应用效果及 SAS、SDS 评分影响分析[J]. 实用临床护理学电子杂志,2019,4(52):50,62.

[15]李娟. 人性化手术室护理对轻度脑外伤手术患者焦虑与抑郁情绪的影响[J]. 医药前沿,2019,9(5):210-211.

[16]何静,林康. 人性化手术室护理对轻度脑外伤患者焦虑抑郁情绪的影响[J]. 医药前沿,2019,9(7):213.

临床护理细节化开展对提高眼底疾病患者生活质量的影响

马雪丽

宁夏回族自治区人民医院眼科医院 宁夏银川 750001

摘要:目的:探讨临床细节化开展对眼底病患者生活质量的影响。方法:将2020年11月到2021年11月,在本院进行治疗的眼底病患者66例作为本次的观察对象,并将这66例眼底病患者随机分为实验组和对照组两组,每组有33例眼底病的患者,而对照组的33例眼底病的患者则采取常规护理措施进行护理,而实验组的33例眼底病的患者则采取细节护理措施进行护理,并将两组眼底病患者护理前后心理状态的评分情况以及患者的生活质量进行对比和分析。结果:在两组眼底病患者护理前,患者心理状况对比产生的数据不具有统计学意义($p>0.05$),而两组患者护理后,采用细节护理的实验组眼底病患者心理状态的评分情况以及患者生活质量的评分情况均优于采用常规护理的对照组眼底病的患者,且两组眼底病患者心理状态以及生活质量的评分对比后产生的差异数据具有统计学意义($p<0.05$)。结论:本文对眼底病患者采用细节护理措施进行护理,能够有效的改善患者不良的心理状态,提高患者的生活质量,同时也能够提高患者在临床的治疗效果和患者对护理工作的满意度情况,值得推广和使用。

关键词:细节护理;眼底病;生活质量

眼底病是指没有办法通过肉眼观察到患者的眼球后部的球内组织产生的疾病,包括视网膜以及视神经、黄斑、玻璃体疾病和脉络膜疾病等部位被称为眼底疾病,是眼部比较常见的一种疾病。在患者患有眼底病以后,会表现出视力下降以及视物变性、重影、雾视以及虹视等症状,会对患者的生活质量造成非常严重的影响,导致患者出现焦虑、抑郁以及不安等不良的心理情绪。所以对于患有眼底病的患者治疗的同时采取有效的护理措施,能够改善患者的临床症状,提高患者的治疗效果,促进患者的视力恢复。而临床护理细节化能够对细小的环节进行重点的护理,从而为眼底病的患者提供非常完整以及系统性和高质量的护理服务,促进患者的病情恢复。本文将对眼底病的患者采用细节护理措施进行护理,并将护理后患者心理状态的评分以及生活质量的评分情况进行对比和分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2020年11月到2021年11月在本院进行治疗的眼底病的患者66例作为本次的观察对象,并将这66例眼底病的患者随机分为实验组和对照组两组,每组有33例眼底病的患者,而对照组的33例眼底病的患者中有男性患者19例,女性患者14例,年龄在41~75岁之间,平均年龄为(61.5±3.8)岁,而实验组的33例眼底病的患者中,有男性患者20例,女性患者13例,年龄在42~74岁之间,平均年龄为(60.9±3.8)岁,两组患者均符合本次研究的纳入标准,并且两组患者均自愿签署知情同意书,同时两组眼底病患者中不具有精神障碍以及其他脏器疾病的患者,且两组眼底病患者的临床资料对比不具有统计学意义($p>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

对照组的患者使用常规的护理措施进行护理,而实验组的患者则采取细节护理措施进行护理,主要的内容包括:1.对眼底病的患者进行心理的护理,由于患者长期受眼底病的折磨,所以降低了患者的生活质量,患者也会因此出现焦虑、抑郁以及不安等不良的心理状态,所以在患者入院以后,护理人员需要对患者的心理状态进行全面的评估,并根据患者的实际心理情况制定针对性的心理护理,并且护理人员还应该告知患者不良的心理状态不利于疾病的治疗。护理人员可以采取心理安慰以及转移注意力和呼吸放松等方法来缓解患者内心的压力,必要时也可以为患者列举治疗成功的案例,提高患者战胜疾病的信心,使患者能够保持最佳的心理状态面

对疾病的治疗,提高患者对临床治疗的依从性和配合度。2.对环境进行护理,首先院内需要为患者提供良好的住院环境,并且将病房内的温度以及湿度和光线都控制在合理的范围内,同时护理人员还应该对病房进行定期的消毒和通风,护理人员还应该指导患者注意个人的卫生情况,为患者提供日常所需的用品,比如开水瓶和水壶等。因为患者眼部受到疾病的影响,所以患者可能会出现视物不清的情况,影响着患者日常的生活,所以为了防止患者因视物不清而出现摔倒的情况,应该在患者活动的范围内设置安全的扶手,降低患者摔倒的几率,提高患者的安全性。此外,护理人员还应该保证病房内的安静,并且为患者提供温馨优质的病房环境,使患者在治疗的过程中能够感觉到非常的舒适,同时也能够保证患者的睡眠质量。3.对患者进行健康教育宣传措施,首先护理人员需要将眼底病相关的知识,以及临床的治疗方法和注意事项等详细并且耐心的讲解给患者,同时还应该指导患者遵医嘱服用药物,不要出现药物服用过量或者私自换药的情况,这样会降低患者的治疗效果。指导患者进行合理的饮食,护理人员告知患者应该多食用富含高蛋白以及高纤维的食物,多吃一些新鲜的蔬菜和水果,不要吃辛辣以及刺激性的食物,提高自身的免疫力以及保证自身的营养。指导患者进行合理的运动,护理人员应该指导患者加强对眼部的运动,这样能够起到促进患者康复的作用。4.对患者进行安全护理,因为患有眼底病的患者因病情和手术方式的情况,需要进行头低位、俯卧位休息,这时护理人员应该定期的为患者进行翻身和按摩受压部位,防止患者出现压疮等并发症情况。对于行走不便的患者,护理人员应该指导家属辅助患者进行行走。此外,护理人员还应该指导陪护的工作,确保患者在临床治疗时的安全。在患者病房内或者病区张贴安全警示标语,避免患者出现跌倒的情况。

1.3 观察指标

将两组眼底病患者护理前后心理状态以及生活质量的评分进行对比和分析。采用焦虑自评量表和抑郁自评量表对患者护理前后的心理状态进行评分,分数越高则代表患者焦虑和抑郁的症状越严重。患者的生活质量包括患者的情感功能以及患者的社会功能和患者躯体功能三个方面,采用生活质量评分量表对患者的生活质量进行评分,分数越高则代表患者的生活质量越好。

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 两组眼底病患者护理前,患者心理状态的评分对比不具有统计学意义 ($p > 0.05$),两组眼底病患者护理后,采用细节护理的实验组眼底病患者心理状态的评分情况优于采用常规护理的对照组眼底病的患者,且两组眼底病患者心理状态对比后产生的差异数据具有统计学意义 ($p < 0.05$) 见表 1

表 1 两组患者护理前后心理状态的对比情况

组别	例数	SAS 评分 护理前	SAS 评分 护理后	SDS 评分 护理前	SDS 评分 护理后
实验组	33	44.6 $\pm$ 2.7	16.1 $\pm$ 1.2	43.1 $\pm$ 2.3	14.8 $\pm$ 2.2
对照组	33	44.3 $\pm$ 2.8	29.2 $\pm$ 2.1	42.9 $\pm$ 2.4	27.9 $\pm$ 2.1
t		0.968	8.372	1.063	9.473
p		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 采用细节护理的实验组眼底病患者生活质量的评分情况优于采用常规护理的对照组眼底病的患者,且两组眼底病患者生活质量的评分对比后产生的差异数据具有统计学意义 ($p < 0.05$) 见表 2

表 2 两组患者生活质量的对比情况

组别	例数	情感功能	社会功能	躯体功能
实验组	33	89.1 $\pm$ 2.4	91.6 $\pm$ 2.8	94.8 $\pm$ 2.4
对照组	33	69.3 $\pm$ 3.2	72.3 $\pm$ 3.3	64.7 $\pm$ 2.9
t		8.376	7.625	9.682
p		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

目前在临床上眼底病是我国比较多发的一种五官科的疾病。患有眼底病的患者长期处于疾病的状态当中,如果没有及时的进行治疗或者治疗不当以及护理不当,就会影响患者的生活质量。而眼部是我们机体当中非常重要的一个器官,与其他器官的生理特点以及功能相比都非常的特殊,所以一旦眼部受到了损伤,就会影响患者的心理和生理的状态。并且患者在治疗的过程中也会为疾病的预后恢复效果产生担忧,所以患者的心理波动非常的大,就会引发患者出现不良的心理状态,这种心理状态也会影响患者的治疗效果,所以对于眼底病的患者来说,不仅要采取有效的治疗措施,同时还应该采取有效的护理措施来改善患者的心理状态,提高患者的生活质量。目前研究发现,传统的护理模式已经不能够符合目前人群对护理的需求,同时传统的护理方法已经无法起到强化治疗效果的作用,并且也没有办法重视细节上的护理。而护理细节化是一种人性化的护理模式,主要遵循以患者为中心的护理原则,是一种符合现代护理学的新型护理的模式,近几年来也广泛的应用在临床护理工作当中。患有眼底疾病的患者临床症状比较严重,再加上眼部的特殊,所以相对于其他疾病的治疗来说,眼部疾病的治疗难度比较大,所以大部分的眼底病的患者都会产生焦虑、抑郁、紧张以及不安等负面的情绪,影响了疾病的治疗以及恢复。但是通过细节护理对患者进行心理疏导,使患者能够掌握眼底病的发生发展以及眼底病的临床治疗方法和注意事项,提高了患者对健康知识的掌握度,同时也树立了患者战胜疾病的信心,促进眼底病的恢复。通过对病房环境的

管理,维持病室内的温度、湿度,防止患者眼部出现干燥的情况,同时病房内合理的光线也能够避免患者受到强烈的光的刺激,促进患者的病情恢复。此外,指导患者进行科学合理的饮食护理,并且使患者保持良好的生活习惯能够增强患者自身的免疫力和抵抗力,同时也能够改善眼底病的病情。对患者进行安全护理,因为患者患有眼底病后会对患者的行动产生一定的影响,降低患者的生活质量,从而也导致患者出现跌倒的风险,所以为了能够提高患者在临床治疗的安全性,通过在患者活动区域内设置安全扶手或者张贴警示标语以及保证地面的干燥等来降低患者出现跌倒的几率。

通过本次研究的数据发现,在采用细节护理后患者心理状态的评分明显的优于对照组的患者,且对比具有统计学意义 ($p < 0.05$),同时细节护理后,患者生活质量的评分也明显的优于对照组的患者,且对比具有意义 ($p < 0.05$)。

综上所述,本文通过对眼底疾病的患者采用细节护理进行护理,能够有效的改善患者的心理状态,提高患者的生活质量,同时也能够确保患者在临床治疗的安全性,在临床上值得推广和使用。

参考文献:

- [1]辛颖.眼底病手术患者应用围手术期护理干预的效果[J].医疗装备,2021,31(09):174.
- [2]李洪英.深化细节与安全管理护理对眼底病患者生活质量的影响[J].中外医疗,2021,36(24):169-171.
- [3]李爱红,周青.浅谈眼底病激光光凝术围手术期护理体会[J].实用临床护理学电子杂志,2021,2(11):51-52.
- [4]沈艳涛.眼底病激光光凝术的护理干预[J].中国社区医师,2021,33(06):140-141.
- [5]滕腾.深化细节护理对眼底病患者心理状态及生活质量的影响[J].世界最新医学信息文摘,2021,18(32):245.
- [6]李彩萍.深化细节护理对眼底病患者心理状态和生活质量的影响效果分析[J].中国社区医师,2021,34(01):143.
- [7]裴晓娜.深化细节护理对眼底病患者心理状态、负性情绪及生活质量的影响[J].新疆医学,2021,49(10):1040-1042+1047.
- [8]张立群.细节护理对眼底病患者心理状态和生活质量的影响[J].内蒙古医学杂志,2021,51(07):883-884.
- [9]李妮.深化细节护理对眼底病患者心理状态和生活质量的影响效果[J].中国农村卫生,2021,11(18):74-76.
- [10]滕腾.深化细节护理对眼底病患者心理状态及生活质量的影响[J].世界最新医学信息文摘,2021,18(32):245.
- [11]杨倩.糖尿病眼底病的护理体会[J].养生保健指南,2021,1(1):200.
- [12]赖旺英,成江梅,肖霞,等.人文关怀在眼底病专科日间病房优质护理服务中的实践与体会[J].中国实用医药,2021,3(23):288-289.
- [13]鲍菁,王烨琛,张敏.手术室细节护理应用效果研究[J].中国预防医学杂志,2021(2):158-160.
- [14]王东霞,潘健,王洪佳等.深化细节护理对眼底病患者心理状态和生活质量的影响[J].全科口腔医学电子杂志,2021,5(21):121,123.

临床循证护理对颅内动脉瘤手术后患者疼痛程度及睡眠质量的影响

米蓉

巴市中心医院神经外科二病区 四川巴中 636001

摘要: 目的: 探讨颅内动脉瘤手术患者应用临床循证护理对术后疼痛程度及睡眠质量的影响。方法: 抽取 102 例颅内动脉瘤手术患者采用双色球法分为两组各 51 例。对照组用常规护理, 观察组用临床循证护理, 比较效果。结果: 术后观察组生活质量评分更高; 观察组术后 6h、12h、24h 疼痛评分更低; 术后睡眠质量 AIS 各项评分更低; 观察组患者满意度评分更高 ($P<0.05$)。结论: 颅内动脉瘤手术患者应用临床循证护理干预, 可更好地缓解术后疼痛, 改善睡眠质量与生活质量, 提高患者满意度, 值得应用。

关键词: 颅内动脉瘤; 临床循证护理; 疼痛程度; 睡眠质量; 生活质量

Effect of clinical evidence-based nursing on pain degree and sleep quality of patients after intracranial aneurysm surgery

Mi Rong

Department of Neurosurgery, Bazhong Central Hospital, Bazhong, Sichuan 636001

[Abstract] Objective: To explore the effect of clinical evidence-based nursing on postoperative pain and sleep quality in patients undergoing intracranial aneurysm surgery. Methods: 102 patients with intracranial aneurysms were divided into two groups with 51 cases in each group. Routine nursing was used in the control group and clinical evidence-based nursing was used in the observation group. Results: the postoperative quality of life score of the observation group was higher; The pain scores of the observation group were lower at 6h, 12h and 24h after operation; The AIS scores of postoperative sleep quality were lower; The satisfaction score of patients in the observation group was higher ($P < 0.05$). Conclusion: the application of clinical evidence-based nursing intervention in patients undergoing intracranial aneurysm surgery can better alleviate postoperative pain, improve sleep quality and quality of life, and improve patient satisfaction, which is worthy of application.

[Key words] intracranial aneurysm; Clinical evidence-based nursing; Degree of pain; Sleep quality; Quality of life

颅内动脉瘤是常见脑血管疾病, 在脑血管疾病发病率中高居前三位, 仅次于脑血栓与高血压脑出血^[1]。从近几年有关文献中看出, 本病发生率逐年升高, 多数患者因动脉瘤破裂出血而入院诊治。本病首发症状为蛛网膜下腔出血, 容易导致患者发病期间出现头痛与呕吐, 严重情况下会有神经功能障碍或意识丧失, 若未能及时采取有效的手术治疗, 会给患者带来巨大的影响^[2]。有文献显示, 颅内动脉瘤手术患者术后会有较重的疼痛, 从而影响他们正常的睡眠, 造成其生活质量不佳。因此, 为了尽量保障手术治疗效果, 在围术期还需采取有效的护理措施干预。临床循证护理是一种相对新颖的护理模式, 在国内一些地区已有成熟的应用体系, 证实有不错的价值。为了进一步探讨颅内动脉瘤手术患者应用临床循证护理对术后疼痛程度及睡眠质量的影响, 本次就我院收治的 102 例颅内动脉瘤手术患者进行分组研究, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

抽取 102 例颅内动脉瘤手术患者进行研究, 纳入时间 2019 年 2 月~2022 年 2 月。双色球法分为两组, 各 51 例。纳入对象临床资料完整, 确诊满足颅内动脉瘤标准, 满足手术指征, 接受手术治疗, 签署知情同意书, 同时排除严重脏器病变、精神疾病、严重意识障碍、脑部其他病变, 以及不愿意配合研究等患者。对照组: 男 27 例、女 24 例; 年龄 30~71 岁, 均值

(49.57 ± 2.67) 岁; 发病至入院时间 2~24h, 均值 (12.05 ± 1.35) h。观察组: 男 29 例、女 22 例; 年龄 32~73 岁, 均值 (49.26 ± 2.55) 岁; 发病至入院时间 3~24h, 均值 (12.13 ± 1.23) h。基线资料对比, 组间无明显差异 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组: 予以常规护理, 术后适当抬高床头 15-30°, 加速静脉回流。协助患者卧床 1d, 术后 4 周避免体力活动。提供饮食指导, 从流食过渡到普食, 且注意清淡, 维持大便通畅。协助患者定期翻身与拍背, 避免压疮。若有剧烈疼痛, 则按照医嘱予以止痛剂。出院前做好指导, 教会他们康复训练方法。

1.2.2 观察组: 予以临床循证护理干预, 措施如下: (1) 组建循证护理小组: 由本科室医师、护士、药剂师等组建循证护理小组, 要求组员有丰富的经验, 熟悉手术知识、护理知识等。(2) 总结循证问题: 结合既往文献与临床实践, 找出颅内动脉瘤术后疼痛、睡眠质量、并发症等方面的护理问题。(3) 寻找循证证据: 选择关键词: 颅内动脉瘤、睡眠质量、疼痛、并发症等, 检索相关文献, 包括万方、知网、维普等数据库, 找出解决前述问题的护理方法, 并结合患者具体情况与本院既往临床经验, 分析这些护理措施的可行性与有效性, 从而制定最终的护理计划, 制作出护理路径表, 发放给患者及其家属, 要求患者按照路径表内容配合完成护理。

(4) 护理具体实施: 术后, 叮嘱患者按照医嘱用药, 比如尼莫地平, 告知药物知识与不良反应, 做好用药监护。密切观察患者的肢体活动状况, 警惕脑血管痉挛前驱症状, 若有异常, 则及时告知医师。术后观察神经缺损情况, 予以脑保护剂、中和肝素等处理, 避免再出血发生。术后, 采取纱布及弹力绷带对穿刺部位进行加压包扎, 至少 8 小时, 可有效预防皮下血肿。若有必要, 可采取沙袋压迫, 并要求患者治疗 1d 后避免随意走动。术后, 根据患者病情恢复情况, 指导患者自我康复训练, 制定康复训练计划, 比如早期肢体被动与主动锻炼, 适当下床活动, 但要注意活动幅度, 若有不适则及时停止。术后, 做好患者疼痛干预, 通过转移注意力或音乐疗法等缓解疼痛, 若有必要, 可采取止痛药物处理, 但需按照医嘱服药。术后, 观察患者的心理情绪变化, 及时发现负面心理状况, 针对性疏导, 从而缓解负面情绪, 促使其以良好的心态配合完成术后护理。

1.3 观察指标

(1) 比较术前术后生活质量, 参考 GQOL-74 量表, 从躯体、物质、心理、社会四个功能评价, 采取百分制, 评分越高则越好。

(2) 比较术后 6h、12h、24h 疼痛程度, 参考视觉模拟评分法, 0-10 分, 剧痛为 10 分、无痛为 0 分, 评分越低则疼痛越轻。

(3) 比较术后睡眠质量, 参考阿森斯失眠量表 (AIS), 从入睡时间、夜间苏醒、总睡眠时间、白天思睡、白天情绪等方面评价, 采取 4 级评分法, 评分越低则生活质量越好。

(4) 比较患者满意度, 用自制满意度问卷调查, 满分 100 分, ≥ 90 分为满意、70-89 分为尚可、 < 70 分为不满意, 患者满意度 = (满意 + 尚可) / 本组例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学分析

SPSS22.0 分析数据, 计数资料用%、 χ^2 处理, 计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 、 t 处理, $P < 0.05$ 为差异显著。

2 结果

2.1 生活质量比较

术前组间生活质量无明显差异 ($P > 0.05$), 术后观察组生活质量评分更高 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 生活质量对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	躯体功能		物质功能		心理功能		社会功能	
	术前	术后	术前	术后	术前	术后	术前	术后
观察组 (51)	68.47 $\pm$ 3.42	84.32 $\pm$ 2.35	68.67 $\pm$ 3.44	84.23 $\pm$ 2.36	68.76 $\pm$ 3.22	84.88 $\pm$ 2.35	68.47 $\pm$ 3.33	84.33 $\pm$ 2.66
对照组 (51)	68.58 $\pm$ 3.23	78.38 $\pm$ 2.72	68.58 $\pm$ 3.52	78.32 $\pm$ 2.84	68.82 $\pm$ 3.14	78.43 $\pm$ 2.79	68.55 $\pm$ 3.27	78.54 $\pm$ 2.13
t	0.061	4.821	0.055	4.771	0.051	4.632	0.068	4.592
P	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.2 术后疼痛程度比较

观察组术后 6h、12h、24h 疼痛评分更低 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 术后疼痛程度对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	术后 6h	术后 12h	术后 24h
观察组 (51)	4.21 $\pm$ 0.61	3.51 $\pm$ 0.43	2.52 $\pm$ 0.34

对照组 (51)

5.82 $\pm$ 1.02

t

4.025

3.510

3.162

P

< 0.05

< 0.05

< 0.05

2.3 术后睡眠质量比较

术后睡眠质量 AIS 各项评分更低 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 术后睡眠质量对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	入睡时间	夜间苏醒	总睡眠时间	白天身体功能	白天思睡	白天情绪	总睡眠质量
观察组 (51)	0.95 $\pm$ 0.15	1.10 $\pm$ 0.41	1.12 $\pm$ 0.23	0.95 $\pm$ 0.43	1.16 $\pm$ 0.52	0.86 $\pm$ 0.18	0.98 $\pm$ 0.16
对照组 (51)	2.34 $\pm$ 0.27	2.52 $\pm$ 0.31	2.45 $\pm$ 0.19	2.44 $\pm$ 0.36	2.25 $\pm$ 0.38	2.53 $\pm$ 0.29	2.32 $\pm$ 0.24
t	3.554	3.412	3.608	3.647	3.395	3.502	3.910
P	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.4 患者满意度比较

观察组患者满意度评分更高 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 患者满意度对比[n(%)]

组别	满意	尚可	不满意	患者满意度
观察组 (51)	29 (56.86)	21 (41.18)	1 (1.96)	50 (98.04)
对照组 (51)	18 (35.29)	23 (45.09)	10 (19.61)	41 (80.39)
χ^2				6.281
P				< 0.05

3 讨论

颅内动脉瘤是脑血管疾病常见类型, 指的是颅内动脉管壁发生异常膨

出, 而且其发生原因较多, 主要是动脉管壁异常所致, 比如腔内压力增高与先天性缺陷等^[3]。本病危害性较高, 且有较高的致残率与致死率, 严重威胁患者的生命安全, 需尽早诊断与治疗。颅内动脉瘤采取手术治疗是常用疗法, 但手术期间需配合有效的护理干预才能取得不错的效果。既往常规护理重视的是疾病本身, 而忽略患者的生理与心理感受, 从而不利于患者的康复^[4]。循证护理作为新型护理模式, 在脑血管疾病中也逐渐应用起来, 显示有不错的效果。

本次就收治的颅内动脉瘤手术患者 102 例进行研究, 对照组用常规护理, 观察组用临床循证护理, 结果显示: 术前组间生活质量无明显差异

(下转第 164 页)

分析对腹腔镜胆囊切除术患者实施快速康复护理优化应激指标和术后并发症的效果

蒲小丽

甘肃省陇南市第一人民医院 甘肃陇南 746000

摘要：目的：研究分析对腹腔镜胆囊切除术患者实施快速康复护理优化应激指标和术后并发症的效果。方法：选择2021年1月-2022年1月于医院行腹腔镜胆囊切除术治疗的患者74例，并以手术治疗时间的顺序分为对照组（予以常规护理， $n=37$ ）和研究组（实施快速康复护理， $n=37$ ），比较2组患者术后生理应激、心理应激指标、术后康复指标及术后并发症现象。结果：研究组术后24h血清CRP、Cor、肾上腺素水平各为 (8.35 ± 0.86) mg/L、 (494.52 ± 52.47) nmol/L、 (130.26 ± 13.11) ng/L，分别小于对照组（ $P < 0.05$ ）；且研究组术后24h患者SAS、SDS评分各为 (33.25 ± 3.25) 、 (34.62 ± 3.41) 分，亦分别小于对照组（ $P < 0.05$ ）；另记录统计显示研究组术后饮食恢复时间、排气时间、排便时间、离床活动时间、创口愈合时间及住院时间各为 (2.68 ± 0.25) h、 (24.53 ± 2.42) h、 (1.59 ± 0.37) d、 (1.24 ± 0.14) d、 (3.47 ± 0.62) d、 (4.07 ± 1.03) d，分别短于对照组（ $P < 0.05$ ）；最后观察记录提示研究组术后并发症率较对照组更低（5.41%vs21.62%， $P < 0.05$ ）。结论：在腹腔镜胆囊切除术患者围术期实施快速康复护理，可显著的降低患者术后生理及心理方面的应激反应，并降低其术后并发症率，促进患者术后身心的快速康复，值得推广。

关键词：腹腔镜胆囊切除术；快速康复护理；应激反应；术后并发症

腹腔镜胆囊切除术是目前临床上治疗胆囊结石、胆囊炎、胆囊息肉等的主要微创术式，主要通过腹壁打孔，利用特制器械或特殊摄像头，在腹腔内进行的手术操作^[1]。与传统手术相比，具有微创、美观、术后无疤痕、恢复快、住院时间短等优势^[2]。然而手术毕竟属于有创式操作，加之患者对疾病认知不足、麻醉药物、担心预后等多重因素的影响，会加剧患者术后的生理及心理等方面的应激反应，增加术后并发症风险，不利于患者的术后身心康复^[3]。因此，对于患者围术期需要采取科学有效的护理措施进行干预，帮助患者降低术后各方面应激反应及术后并发症风险，缩短其术后的康复周期^[4]。鉴于此，该次研究选择2021年1月-2022年1月于医院行腹腔镜胆囊切除术治疗的患者74例，通过随机对照方式分析了对其实施快速康复护理优化应激指标和术后并发症的影响，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择2021年1月-2022年1月于医院行腹腔镜胆囊切除术治疗的患者74例为研究对象。以手术治疗时间的顺序均分为对照组和研究组。其中对照组男性有21例，女性有16例，年龄最大者68岁，年龄最小者23岁，均龄为 (48.52 ± 4.48) 岁；病程最短者7个月，病程最长者2年，均龄为 (1.14 ± 0.73) 年。研究组男性有22例，女性有15例，年龄最大者69岁，年龄最小者23岁，均龄为 (48.65 ± 4.55) 岁；病程最短者6个月，病程最长者2年，均龄为 (1.07 ± 0.68) 个月。比较两组患者的临床基础资料差异不存在统计意义， $P > 0.05$ 。

1.2 纳入标准

（1）均经手术病理学确诊为良性胆囊疾病^[5]；（2）满足腹腔镜胆囊切除术的各项条件；（3）具备清晰完整的病历基础资料；（4）患者知情并自愿参加。

1.3 排出标准

（1）合并心肝肾严重器质性损伤；（2）合并恶性肿瘤；（3）合并凝血功能异常；（4）合并精神疾患或认知、交流功能异常；（5）不同意参加。

1.4 方法

对照组常规护理，指导患者术前完成各项检查，并进行术前常规宣教，术中配合医生操作，术后根据患者病情、症状等进行对症施护等。研究组快速康复护理，主要内容有下：（1）术前护理。术前1d医护人员对患者进行术前访视，详细为患者讲解疾病知识、腹腔镜手术优势、麻醉注意事项、术后疼痛缘由及可能出现的并发症等，提高患者认知水平，减轻的心理负担；同时通过主动的沟通交流，了解掌握患者的内心情绪变化，针对于心理状态较差的患者要针对性其心理特点给予个体化的心理疏导方案，获得患者的信任并消除其各种的不良情绪，让患者保持健康良好的心理状态面对后续的手术治疗。此外，还需叮嘱患者术前禁水禁食时间，做好胃肠道的术前准备。（2）术中护理。麻醉前再次为患者讲解麻醉的相关注意事项，并加强监测患者的血压、心率等体征；调整手术室的温度和湿度，为患者提高舒适的手术环境；术中加强与医生的配合，并做好患者的保温护理工作，比如为患者提供保温毯，液体输注前进行加热保温，输注液体温度保持在37℃左右。（3）术后护理。患者清醒后及时评估其疼痛程度，并针对性的给予疼痛护理，比如轻度疼痛可进行注意力分散、深呼吸等方

式缓解；对于疼痛不耐受的患者可遵医嘱给予镇痛处理。术后禁食 4~6h 指导患者进食流质、半流质等食物，以清淡易消化、少食多餐等为主，再逐渐转变为正常饮食；同时鼓励患者尽早下床，根据患者术后病情恢复情况给予针对性的康复训练，可逐渐有床上被动训练转为离床后的慢走等；此外还需强化对患者各项生命体征及留置管道、创口等监测，详细记录患者留置液量、颜色、状态等，观察创口渗血渗液等情况，出现异常要及时进行处理。

1.5 观察指标

表 1 比较 2 组手术前后生理应激指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	CRP (mg/L)		Cor (nmol/L)		肾上腺素 (ng/L)	
		术前 1h	术后 24h	术前 1h	术后 24h	术前 1h	术后 24h
研究组	37	2.25±0.26	8.35±0.86	462.53±48.53	494.52±52.47	95.52±9.47	130.26±13.11
对照组	37	2.17±0.22	17.77±1.59	461.95±48.21	565.63±58.58	95.66±9.54	157.08±15.45
t 值	-	1.4288	31.6979	0.0516	5.5001	0.0634	8.0513
P 值	-	0.1574	0.0000	0.9590	0.0000	0.9497	0.0000

2.2 表 2 结果显示，2 组术前 1h 各心理应激指标比较，差异不存在意义 ($P>0.05$)；研究组术后 24h 患者 SAS、SDS 评分亦分别小于对照组 (P 均 <0.05 ，下见表 2)。

表 2 比较 2 组手术前后心理应激指标 ($\bar{x} \pm s$ ，分)

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		术前 1h	术后 24h	术前 1h	术后 24h
研究组	37	54.36±5.36	33.25±3.25	55.63±5.45	34.62±3.41

表 3 比较 2 组术后康复指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术后饮食恢复时间 (h)	排气时间 (h)	排便时间 (d)	离床活动时间 (d)	创口愈合时间 (d)	住院时间 (d)
研究组	37	2.68±0.25	24.53±2.42	1.59±0.37	1.24±0.14	3.47±0.62	4.07±1.03
对照组	37	4.75±0.46	38.59±3.79	3.01±0.62	2.61±0.27	6.72±1.48	6.45±1.70
X ²	-	24.0501	19.0191	11.9631	27.4000	12.3201	7.2833
P 值	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.4 表 4 结果显示，研究组术后并发症率较对照组更低 ($P<0.05$ ，下见表 4)。

表 4 比较 2 组术后并发症 [n (%)]

组别	例数	切口感染	穿刺点皮下出血	胆漏	术后并发症率
研究组	37	1 (2.70)	1 (2.70)	0 (0.00)	2 (5.41)
对照组	37	4 (10.81)	2 (5.41)	2 (5.41)	8 (21.62)
X ²	-	-	-	-	4.1625
P 值	-	-	-	-	0.0413

比较 2 组患者术后生理应激、心理应激指标、术后康复指标及术后并发症现象。

1.6 统计学方法

运用 SPSS20.0 进行数据分析，以 $P<0.05$ 进行体现。

2 结果

2.1 表 1 结果显示，2 组术前 1h 各生理应激指标比较，差异不存在意义 ($P>0.05$)；研究组术后 24h 血清 CRP、Cor、肾上腺素水平分别小于对照组 (P 均 <0.05 ，下见表 1)。

对照组	37	54.44±5.42	43.52±4.18	55.73±5.51	44.23±4.35
t 值	-	0.0638	11.7984	0.0785	10.5758
P 值	-	0.9493	0.0000	0.9377	0.0000

2.3 表 3 结果显示，研究组术后饮食恢复时间、排气时间、排便时间、离床活动时间、创口愈合时间及住院时间分别短于对照组 (P 均 <0.05 ，下见表 3)。

3. 讨论

腹腔镜胆囊切除术以在临床逐渐取代传统的开腹手术，但是术中的麻醉、操作等仍不可避免的会造成患者应激反应加重，导致其促肾上腺皮质激素等分泌增多，容易引发患者血压、心率等变化异常，增加术后并发症的风险^[6]。再加之患者心理焦虑、抑郁等不良情绪的滋生，影响患者术后心理健康，阻碍其术后康复进程。故需要在患者围手术期实施科学合理的护理干预^[7]。

快速康复护理主要通过对患者围术期实施全面系统的护理干预，最大限度的降低患者生理及心理等方面的应激反应，并降低术后并发症风险，

达到促进患者身心尽早康复的目的^[8]。就该次研究而言,通过对患者术前的宣教和心理指导可显著的降低患者内心思想负担,缓解内心各种不良情绪,再结合以胃肠道和饮食管理等可为患者手术的顺利进行提供先决条件;术中增强配合并做好体征监测、保温护理等,可有效的缩短患者手术时间,并降低术中各种风险事件的发生,保证患者手术的顺利完成;术后的疼痛、饮食及并发症等护理能够有效的减轻患者生理应激反应,促使其身心双重的尽早康复^[9-10]。该研究结果显示,研究组术后 24h 血清 CRP、Cor、肾上腺素水平分别小于对照组 (P 均 <0.05);且研究组术后 24h 患者 SAS、SDS 评分亦分别小于对照组 (P 均 <0.05);另记录统计显示研究组术后饮食恢复时间、排气时间、排便时间、离床活动时间、创口愈合时间及住院时间分别短于对照组 ($P<0.05$);最后观察记录提示研究组术后并发症率较对照组更低 ($P<0.05$)。

综上,在腹腔镜胆囊切除术患者围术期实施快速康复护理,可显著的降低患者术后生理及心理方面的应激反应,并降低其术后并发症率,促进患者术后身心的快速康复,值得推广。

参考文献:

- [1]王祖颖.快速康复外科护理模式对老年腹腔镜胆囊切除术患者手术应激和术后恢复的影响[J].中国医药科学,2021,11(18):121-124.
- [2]苟林娟,施雁,宋瑞梅,等.快速康复外科护理对高龄腹腔镜胆囊切除

术患者手术应激及术后恢复的影响[J].中华护理杂志,2018,53(11):1343-1346.

[3]欧云毕力克.快速康复外科护理对腹腔镜胆囊切除术患者手术应激的影响[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(47):216+218.

[4]龚海燕,刘秀霞,曾慧仪.快速康复外科理念在腹腔镜胆囊切除术患者护理中的应用及其下床活动时间影响观察[J].按摩与康复医学,2020,11(03):68-69.

[5]王影.快速康复外科理念在腹腔镜胆囊切除术围手术期护理中的应用效果[J].中国医药指南,2020,18(32):229-230.

[6]罗玲英.快速康复护理理念支持下的护理对高龄腹腔镜胆囊切除术患者术后恢复的影响[J].中国社区医师,2021,37(13):144-145.

[7]王海虹.快速康复外科护理对腹腔镜胆囊切除术患者手术应激的影响[J].健康研究,2017,37(01):87-89.

[8]魏德华,凌霞.快速康复外科理念在腹腔镜胆囊切除术患者护理中的应用效果[J].医疗装备,2019,32(12):161-162.

[9]全海舟.快速康复外科护理对腹腔镜胆囊切除术老年患者术后恢复的影响[J].中国基层医药,2021,28(02):315-317.

[10]谢伟,吕芳彩,曹敏.快速康复外科护理对腹腔镜下胆囊切除术患者术后恢复效果及生活质量的影响[J].当代护士(下旬刊),2017(11):49-51.

(上接第 161 页)

($P>0.05$),术后观察组生活质量评分更高 ($P<0.05$);观察组术后 6h、12h、24h 疼痛评分更低 ($P<0.05$);术后睡眠质量 AIS 各项评分更低 ($P<0.05$);观察组患者满意度评分更高 ($P<0.05$)。临床循证护理是在常规护理基础上的进一步拓展与延伸,加强了疾病的特定诊断与治疗,结合既往工作经验与文献资料及事实依据,利用既往成熟的操作经验,重视护理期间的注意事项,可为患者制定具有时间性与顺序性的整体护理服务计划,从而尽量避免医疗资源的浪费,促使患者获取最佳的医疗护理服务^[5]。循证护理的实施,提高了医护人员的紧密度,充分调动医护人员的主观能动性,促使他们积极参与护理工作,最大化减少并发症的发生,从而改善了预后。从同类报道中看出,颅内动脉瘤手术患者采取循证护理干预,可有效缓解术后疼痛,从而促使患者术后有更好的睡眠质量,以良好的状态配合完成护理,最终改善了患者的生活质量。此外,循证护理的实施,可促进患者尽早实施康复训练,加速机体恢复,改善其自理能力,促进其尽快康复出院。

综上,颅内动脉瘤手术患者应用临床循证护理干预,可更好地缓解术

后疼痛,改善睡眠质量与生活质量,提高患者满意度,值得应用。

参考文献:

- [1]吴海霞.循证护理对颅内动脉瘤介入治疗患者自理能力及预后的影响[J].中国实用神经疾病杂志.2020,23(8):716-719.
- [2]罗志锋,黄子洁.分析循证护理应用于颅内动脉瘤患者对其介入栓塞术后并发症、心理状态、预后的影响[J].世界最新医学信息文摘.2021,21(98):391-392.
- [3]王燕.循证护理干预对颅内动脉瘤介入术患者并发症及生活质量的影响[J].国际护理学杂志.2019,38(3):409-412.
- [4]吴晓燕.循证护理模式在颅内动脉瘤夹闭术后患者并发症预防中的临床应用[J].中外医学研究.2020,18(10):82-83.
- [5]葛周勤,侯春华.循证护理对颅内动脉瘤病人术后不良反应及护理满意度影响的 Meta 分析[J].全科护理.2021,19(15):2043-2049.
- [6]李亚红,魏瑞娟.循证护理在颅内动脉瘤血管介入栓塞术围术期中的应用效果[J].临床医学研究与实践.2021,6(10):160-162.

舒适护理模式在腹腔镜子宫肌瘤剔除术围手术期护理中的实施效果探究

万俊

巴中市中心医院 四川巴中 636000

摘要: 目的: 研究在腹腔镜子宫肌瘤剔除术围手术期护理中应用舒适护理模式的临床效果。方法: 选取行子宫肌瘤剔除术治疗的患者 92 例随机分成观察组和对照组各 46 例。对照组接受常规护理, 观察组实施舒适护理, 比较 2 组护理前后的焦虑评分 (SAS)、手术及恢复指标、并发症发生率、舒适度评分、疼痛评分及满意度评分。结果: 观察组护理后的 SAS 评分、疼痛度评分低于对照组; 观察组手术时间、住院时间、术后下床活动时间均短于对照组; 观察组并发症发生率低于对照组; 观察组舒适度评分满意度评分高于对照组, $P < 0.05$ 。结论: 在子宫肌瘤剔除术患者的围手术期护理中, 实施舒适护理模式, 可有效减轻患者焦虑情绪, 减轻患者疼痛, 减少并发症, 提升舒适度, 值得借鉴。

关键词: 舒适护理; 腹腔镜子宫肌瘤剔除术; 围术期; 疼痛; 并发症

Effect of comfort nursing model in perioperative nursing of laparoscopic myomectomy

Wan Jun

Bazhong Central Hospital, Bazhong, Sichuan 636000

[Abstract] Objective: To study the clinical effect of comfort nursing mode in perioperative nursing of laparoscopic myomectomy. Methods: 92 patients who underwent myomectomy were randomly divided into observation group and control group, with 46 cases in each group. The control group received routine nursing and the observation group received comfort nursing. The anxiety score (SAS), operation and recovery indexes, complication rate, comfort score, pain score and satisfaction score were compared between the two groups before and after nursing. Results: the SAS score and pain score of the observation group were lower than those of the control group; The operation time, hospital stay and postoperative ambulatory time in the observation group were shorter than those in the control group; The incidence of complications in the observation group was lower than that in the control group; The comfort score and satisfaction score of the observation group were higher than those of the control group ($P < 0.05$). Conclusion: the comfort of patients with hysteromyoma can be reduced and the perioperative nursing can be used for reference.

[Key words] comfort nursing; Laparoscopic myomectomy; Perioperative period; Pain; complication

子宫肌瘤是常见的妇科良性肿瘤, 患者腹部可触及肿物, 压迫导致阴道出血等表现, 若发生蒂扭转就会引发剧烈疼痛, 需要手术治疗。子宫肌瘤剔除术是治疗此病的常用手术, 随着腔镜技术的发展, 腹腔镜子宫肌瘤剔除术在临床得到广泛应用, 具有创伤小、术后恢复快等优点, 还可保留子宫的完整性, 痛苦小。但经临床资料显示, 多数患者在得知需要手术治疗, 都会本能的产生焦虑的情绪, 害怕疼痛, 又怕手术带来的并发症^[1]。因此, 采取有效的护理措施对减轻患者疼痛及负性情绪就非常必要了。随着人文理念在护理服务中的深入, 舒适护理成为围术期护理的有效措施。舒适护理, 使患者心理、生理享受最优质的护理服务, 减轻患者身心不适, 规避并发症的发生, 以促进患者早日康复^[2]。本文就舒适护理应用在子宫肌瘤剔除术患者中护理效果进行研究, 现汇报如下。

1. 资料及方法

1.1 一般资料

选取在我院行腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗的 92 例患者, 均于 2021 年 4 月~2021 年 9 月期间收治, 采用随机数字表法分成观察组和对照组各 46 例。观察组, 年龄 38~54 岁 (44.41 ± 3.25) 岁, 单发肌瘤 35 例、多发肌瘤 11 例; 对照组, 年龄 39~55 岁 (44.29 ± 3.31) 岁, 单发肌瘤 34 例、多发肌瘤 12 例, 对两组的一般资料给予分析, 不具有统计学差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

对照组采取常规护理, 如术前准备、术中生命体征监测、配合医生的操作、术后症状观察等。观察组予以舒适护理, 具体内容: (1) 术前舒适

护理: 将手术室温控制在 20° 左右, 定时通风, 保持空气清新, 简明告诉手术流程、目的, 配合要点, 告诉患者可能发生的不良反应, 做好患者的心理护理, 告知患者腹腔镜子宫肌瘤剔除术是一种微创手术, 疼痛度轻, 不会给身体造成太大影响, 为患者讲解成功治疗案例, 安抚患者的情绪。

(2) 术中舒适护理: 术中护理人员协助患者采取舒适体位, 严格执行无菌操作原则, 术中密切观察患者的生命体征, 一旦发现异常, 及时告知医生, 术中做好患者的隐私保护, 做好患者的保暖工作, 可以握着患者的手, 鼓励患者。(3) 术后舒适护理: 帮助患者擦拭血迹, 帮其穿好衣服, 系上腹带, 护送患者回病房, 做好引流管的维护, 保持静脉管道通畅, 嘱咐患者术后禁食 4-6h, 饮食从流食逐渐过渡到普食。对于术后疼痛的患者, 教会患者学会腹式呼吸方法, 鼓起腹部, 停留 10 秒再收缩, 通过看电视、听音乐等转移患者对疼痛的关注, 对于疼痛难忍的遵医嘱给予止痛药物。对患者进行临床护理操作时, 动作轻缓, 避免对其造成牵拉。(4) 并发症预防: 患者术后有肠梗阻发生的可能, 做好胃肠道减压, 定期冲洗引流管, 密切观察切口有无渗血、渗液情况, 保持敷料干燥, 定期更换敷料。指导患者术后食用高维生素、高蛋白、易消化的无刺激食物, 保证足够睡眠休息。

1.3 观察指标

(1) SAS 评分; (2) 手术及恢复指标; (3); 并发症; (4) 舒适度、疼痛度、满意度评分。

1.4 评价标准

采用口头调查问卷的形式对两组患者的舒适度进行评分, 满分 100 分,

分数越高,患者越舒适。采用本院自制的满意度调查量表对两组患者及其家属进行调查,包括基础护理、护理态度、护理操作、舒适护理等四项内容,每项内容 25 分,量表满分 100 分,分数越高,满意度越好。采用视觉模拟评分法(VAS)对两组的疼痛进行评分,共 0-10 分,0 分为无痛,1-3 分为轻度疼痛;4-6 分为中度疼痛;7-10 分为重度疼痛,分数越高,患者的疼痛越明显。

1.5 统计学分析

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

2. 结果

2.1 SAS 评分

护理后, 观察组 SAS 评分低于对照组, $P < 0.05$, 见表 1

表 1 两组 SAS 评分对比 (分)

组别	例数	护理前	护理后	t	P
观察组	46	54.32±8.35	40.26±4.19	10.207	0.000
对照组	46	55.36±6.59	47.23±3.51	7.385	0.000
t	-	0.663	8.649	-	-
P	-	0.255	0.000	-	-

2.2 手术及恢复指标

观察组手术时间短于对照组、住院时间短于对照组、术后下床时间也短于对照组, $P < 0.05$, 见表 2

表 2 两组手术及恢复指标对比

组别	例数	手术时间 (min)	住院时间 (d)	术后下床时间 (d)
观察组	46	55.75±10.81	5.72±1.04	1.18±0.21
对照组	46	66.68±10.54	6.97±1.25	1.98±0.44
t	-	4.910	5.214	11.129
P	-	0.000	0.000	0.000

2.3 并发症

观察组的并发症发生率明显要低, $P < 0.05$, 见表 3

表 3 两组并发症发生率对比表[n (%)]

组别	例数	下腹疼痛	肠梗阻	腹胀	总发生率
观察组	46	2 (4.35)	0 (0.00)	1 (2.17)	3 (6.52)
对照组	46	4 (8.70)	3 (6.52)	3 (6.52)	10 (21.74)
X^2	-	-	-	-	4.389
P	-	-	-	-	0.036

2.4 舒适度、疼痛度、满意度评分

护理后, 观察组舒适度评分、满意度评分高于对照组, 疼痛度评分低于对照组, $P < 0.05$, 见表 4

表 4 舒适度、疼痛度、满意度评分比较 (分)

组别	例数	舒适度	疼痛度	满意度
观察组	46	93.52±5.27	4.25±1.76	92.17±5.98

组别	例数	舒适度	疼痛度	满意度
对照组	46	80.13±5.43	6.72±2.03	85.49±5.07
t	-	12.002	5.554	5.779
P	-	0.000	0.000	0.000

3. 讨论

子宫肌瘤是好发于青中年妇女的一种生殖系良性肿瘤, 早期无明显症状, 随着肌瘤的增大, 可能会表现出腹部不适、白带增多、腹痛等症状, 对患者的身心健康带来一定的影响, 部分患者经保守治疗, 肌瘤可缩小, 但有些患者需要手术干预才能改善症状^[3]。随着微创术的应用, 传统的开腹手术仅对较大的子宫肌瘤比较适用, 这些年通常采用腹腔镜术治疗, 腹腔镜子宫肌瘤剔除术成为治疗子宫肌瘤的常用术式, 具有操作简单、快速、安全、恢复快等优势, 深受临床青睐^[4]。由于患者对手术的担忧, 对疼痛的恐惧, 容易产生焦虑的情绪。因此, 需要对患者进行有效的护理手段来减轻疼痛, 提升患者的舒适度。

随着大众生活水平的提高, 常规护理不再满足患者的需求, 传统的护理仅仅是配合治疗的操作, 这些年, 各种优质护理服务在临床应用越来越广。“以患者为中心”的护理服务越来越深入人心, 从医疗行为上照顾患者的身心感受, 围绕着患者的需求, 这就要从患者心理、生理方面, 促进患者舒适。舒适护理就是常用于行手术治疗的一种护理模式, 具有整体性、个性化、创造性、综合性的一种护理模式, 使患者达到最愉悦的状态, 尽可能的减少身心不适。舒适护理不仅在硬件上需要干净整洁、温度适宜的治疗环境, 在护理人员方面也需要其具备坦诚、热心的职业道德, 举止端庄、仪表素雅给患者带来感官上的舒适, 尊重患者隐私与信仰, 换位思考, 为患者着想。本研究对观察组实施舒适护理, 为患者提供良好的手术室环境, 保持手术室温湿度适宜, 术中注重患者的隐私保护, 给予患者安抚和鼓励, 术中轻握患者的手, 让其有种被重视、被关爱的感觉, 使患者意识到不是单独面对手术, 减轻患者对手术的恐惧, 术中做好患者的心理安抚, 娴熟的配合医生, 减轻患者的手术应激, 使患者更好的配合手术, 确保手术治疗的有效性。术后做好患者的切口护理和疼痛护理, 减轻患者对术后治疗效果的担忧。术后做好饮食指导, 食用易消化、高纤维食物, 有利于促进胃肠道恢复。本研究结果显示, 观察组护理后的 SAS 评分低于对照组, 观察组手术及术后恢复指标优于对照组, 并发症发生率低于对照组, 舒适度、满意度评分高于对照组, 疼痛度评分低于对照组, 说明舒适护理可提升患者的舒适度。

综上所述, 在腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者的围术期护理中, 采用舒适护理, 有助于减轻患者疼痛、减轻其焦虑情绪, 并发症少, 有助于术后早日恢复。

参考文献:

- [1]毛含平.腹腔镜子宫肌瘤剔除术围术期舒适护理的效果[J].河南外科学杂志.2019,25(5):191-192.
- [2]周蓉.基于团队合作的舒适护理策略在腹腔镜下子宫肌瘤剔除术中的应用效果分析[J].现代医药卫生.2020,36(16):2618-2621.
- [3]王聪颖, 王彦颖.舒适护理对腹腔镜剔除术治疗子宫肌瘤患者中的应用效果[J].内蒙古医科大学学报.2019(s1):168-170.
- [4]陈美丽.舒适护理在腹腔镜子宫肌瘤剔除术中的应用效果[J].按摩与康复医学.2018,9(1):81.

舒适护理干预在老年慢性心衰护理中的实施效果探究

王芳

成都西区医院心血管内科 四川成都 610000

摘要:目的:探讨老年慢性心衰护理中舒适护理干预的效果。方法:随机抽取自愿配合研究的老年慢性心衰患者60例进行分组研究,双色球法分组,对照组常规护理,观察组舒适护理。对比两组效果。结果:观察组心率恢复正常时间、气喘改善时间、住院时间更短,患者满意度更高($P<0.05$);护理前两组生活质量无明显差异($P>0.05$),护理后观察组评分更高($P<0.05$)。结论:老年慢性心衰护理中应用舒适护理干预,可缩短康复时间,改善生活质量,提高患者满意度,值得应用。

关键词:老年慢性心衰;舒适护理;生活质量;患者满意度

Effect of comfort nursing intervention in the nursing of elderly patients with chronic heart failure

Wang Fang

Department of Cardiology, Chengdu West District Hospital, Chengdu, Sichuan 610000

[Abstract] Objective: To explore the effect of comfort nursing intervention in the nursing of senile chronic heart failure. Methods: 60 elderly patients with chronic heart failure who volunteered to cooperate in the study were randomly selected for grouping study. The two-color ball method was used for grouping. The control group received routine nursing and the observation group received comfortable nursing. The effects of the two groups were compared. Results: in the observation group, the recovery time of heart rate, the improvement time of asthma, the hospitalization time were shorter, and the patient satisfaction was higher ($P<0.05$); There was no significant difference in quality of life between the two groups before nursing ($P>0.05$), and the score of the observation group was higher after nursing ($P<0.05$). Conclusion: the application of comfort nursing intervention in the nursing of senile chronic heart failure can shorten the rehabilitation time, improve the quality of life and improve the satisfaction of patients, which is worthy of application.

[Key words] senile chronic heart failure; Comfort care; Quality of life; Patient satisfaction

慢性心衰是常见的心血管疾病,好发于老年人群,而我国近几年老龄化加剧,老年人口增多,导致老年慢性心衰患者不断增多^[1]。老年慢性心衰有着较高的致残率与致死率,而老年人随着年龄增加,其机体抵抗力与免疫力下降,合并基础疾病较多,存在较多的风险因素,导致他们的生活质量不佳^[2]。基于此,针对老年慢性心衰患者应积极做好护理,尽量避免各类风险因素的影响,从而改善其生活质量,提高预后。本次就我院2020年7月~2021年12月收治的老年慢性心衰患者60例实施研究,旨在探究舒适护理干预的效果,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机抽取自愿配合研究的老年慢性心衰患者60例进行分组研究,双色球法分组,每组30例,纳入时间2020年7月~2021年12月。纳入对象临床资料完整,确诊满足《中国心力衰竭诊断和治疗指南》中关于慢性心衰标准,年龄60~80岁,愿意配合研究,同时排除严重脏器病变、恶性肿瘤、精神疾病、资料不全、不愿意配合调查等患者。该研究经本院医学伦理委员会批准。对照组男女分别为16例、14例;年龄60~79岁,均值(68.54 ± 1.34)岁;病程5~10年,均值(7.12 ± 0.64)年。观察组男女分别为17例、13例;年龄60~80岁,均值(68.26 ± 1.38)岁;病程5~10年,均值(7.16 ± 0.68)年。基线资料对比,两组无明显差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组:予以常规护理,积极做好病房巡视,严密监测患者的生命体征,及时询问他们的身心感受,做好日常基础护理,同时按照健康教育需求进行宣教,做好饮食管理。

1.2.2 观察组:予以舒适护理,措施如下:(1)心理舒适护理:老年慢性心衰患者需长期服药,或长时间、多次住院,长期饱受病痛折磨,容易给他们心理造成巨大冲击,出现焦虑、抑郁、害怕、恐惧等负面情绪,甚至拒绝配合治疗与护理,这势必会影响康复速度。为此,要主动与患者沟通交流,了解他们的情绪,细致观察情绪变化,针对性疏导。护理人员多关心呵护患者,让他们明白疾病并不可怕,经过系统治疗与全方位的护理干预,只要他们心态良好,积极配合完成治疗,基本可顺利康复,促使他们树立康复信心。有条件可请既往成功案例亲身说教,进一步提高治疗信心。(2)吸氧舒适护理:大部分老年人呼吸功能较差,为此需配合吸氧治疗,吸氧期间需合理控制氧流量。若有并发症,则持续予以低流量吸氧,一般为1-2L/min吸入氧气,同时要做好宣教,叮嘱他们不能随意调节氧流量,明白吸氧期间的注意事项,从而提高吸氧效果。此外,每天做好氧气湿化装置的更换,做好感染预防干预。(3)输液舒适护理:在输液治疗期间,需合理控制输液的速率。根据患者的实际情况,采取静脉留置针进行输液,确保操作规范与熟练,避免多次穿刺导致疼痛,甚至增加患者的负面情绪。护理人员严密观察病情变化,掌握生命体征有无异常,若发现出现异常则及时上报医师,协助其积极处理,避免输液不良事件发生。(4)环境舒适护理:努力营造温馨与舒适的住院环境,控制好室内的温度与湿度,其中温度24-26℃为宜,湿度55%为宜。每天做好病房的消毒与通风,维持室内空气的清新,根据患者需求对病房进行布置,比如窗台摆放绿植,让患者感觉舒适。若有必要,可予以约束带处理,避免患者出现坠床或跌倒等不良事件。将物品放置在患者手能触及的地方,便于他们日常生活。(5)体位舒适护理:部分老年慢性心衰患者伴有水肿与气喘等并发症,合并这些疾病时,会影响患者的睡眠,需采取合适的体位处理,尽量维持

患者舒适。比如水肿与气喘患者,选择半坐卧位最佳,必要时可采取端坐位,合理调整床头高度,让患者感觉舒适。

1.3 观察指标

(1)比较时间指标,包括心率恢复正常时间、气喘改善时间、住院时间。

(2)比较护理前后生活质量,参考 GQOL-74 量表,选择四个功能评价,采取百分制,评分越高则生活质量越好。

(3)比较患者满意度,护理结束后用满意度问卷调查,评分范围 0-100 分,90 分以上满意、70-90 分尚可、不足 70 分不满意,患者满意度=满意率+尚可率。

1.4 统计学分析

SPSS22.0 分析数据,计数资料用%、 χ^2 处理,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 、 t 处理, $P < 0.05$ 为差异显著。

2 结果

表 2 生活质量对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	躯体功能		物质功能		心理功能		社会功能	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (30)	68.78±3.16	84.15±2.34	68.87±3.45	84.25±2.37	68.94±3.25	84.86±2.34	68.63±3.35	84.35±2.66
对照组 (30)	68.48±3.25	78.26±2.73	68.76±3.54	78.35±2.77	68.86±3.37	78.45±2.73	68.69±3.25	78.54±2.13
t	0.058	4.996	0.066	4.802	0.072	4.792	0.051	4.682
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 患者满意度比较

观察组患者满意度更高,与对照组显著 ($P < 0.05$),见表 3。

表 3 患者满意度对比[n(%)]

组别	满意	尚可	不满意	患者满意度
观察组 (30)	18 (60.00)	11 (36.67)	1 (3.33)	29 (96.67)
对照组 (30)	9 (30.00)	12 (40.00)	9 (30.00)	21 (70.00)
χ^2				5.887
P				<0.05

3 讨论

慢性心衰除了是一种心血管疾病,还是各类心血管疾病发展的终末阶段,本病患者心排量明显减少,难以满足自身正常的代谢需求。从既往文献中看出,老年人是慢性心衰主要发病群体,但近几年本病有年轻化趋势。相比中青年群体,老年人合并基础疾病较多,发生慢性心衰后需长时间卧床休息,容易导致血流速度减缓,导致血液粘稠度增加,从而出现各类并发症,严重损害患者的身心健康^[3]。为了提高患者的治疗效果,让其平稳度过康复期,就需要选择合适的护理模式干预,舒适护理干预在我院应用起来,证实有不错的效果。

本次就我院收治的 60 例老年慢性心衰患者进行分组,对照组常规护理,观察组舒适护理,结果显示:观察组心率恢复正常时间、气喘改善时间、住院时间更短,患者满意度更高,与对照组差异显著 ($P < 0.05$);护理前两组生活质量无明显差异 ($P > 0.05$),护理后观察组评分更高,差异显著 ($P < 0.05$)。舒适护理是一种相对新颖的护理模式,重视个性化服务,将患者作为服务中心,结合实际情况,制定针对性较强的护理措施,尽量满足他们的需求,缓解他们的病痛,提高舒适度,从而有效缓解患者的负面情绪,促使其维持愉悦的状态,积极配合治疗与护理,提高依从性,最

2.1 时间指标比较

观察组心率恢复正常时间、气喘改善时间、住院时间更短,与对照组差异显著 ($P < 0.05$),见表 1。

表 1 时间指标对比 ($\bar{x} \pm s$, d)

组别	心率恢复正常时间	气喘改善时间	住院时间
观察组 (30)	9.23±2.31	3.21±0.15	12.74±3.20
对照组 (30)	15.10±2.28	5.47±0.52	17.54±1.49
t	4.935	2.510	4.571
P	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 生活质量比较

护理前两组生活质量无明显差异 ($P > 0.05$),护理后观察组评分更高,差异显著 ($P < 0.05$),见表 2。

终加速患者的康复。舒适护理开展期间,要做好化妆的输液护理、吸氧护理、体位护理、环境护理等,让患者感受到温馨与舒适,改善其身体状况,避免意外事件发生^[5]。同时,加强患者的心理情绪干预,及时发现负面情绪,针对性疏导,提高患者的心理状况,重视患者的心理感受,尽量结合个体情况制定合理的措施,建立良好的护患关系,让患者尽量配合完成护理^[6]。该研究结果与同类报道类似,证实老年慢性心衰患者采取舒适护理干预,可有效提高患者对护理总满意度,减少不良事件发生,同时提高生活质量。不过,本次研究采取的样本量较小,也未能进行长期随访调查,是否能提高远期生活质量,减少远期不良事件发生,还需在以后的研究中加大样本量开展远期随访调查。

综上,老年慢性心衰护理中应用舒适护理干预,可缩短康复时间,改善生活质量,提高患者满意度,值得应用。

参考文献:

- [1]朱艳丽.对老年慢性心衰患者给予舒适护理干预的作用以及相关护理分析[J].中外医疗.2020,39(31):141-143.
- [2]李澍君,石慧.舒适护理模式用于老年慢性心衰患者中的效果研究[J].现代诊断与治疗.2019,30(22):4057-4059.
- [3]陈惠.老年慢性心衰患者实施舒适护理干预的效果分析[J].中国农村卫生.2018,11(20):53,55.
- [4]张大林.舒适护理干预在老年慢性心衰患者护理中的效果分析[J].卫生职业教育.2020,38(9):156-158.
- [5]虞彬,段咏梅,芦颜美.舒适护理干预在老年慢性心衰患者护理中的应用[J].国际护理学杂志.2020,39(7):1259-1262.
- [6]吕巍,王琦.舒适护理用于老年慢性心衰护理中的效果研究[J].中国继续医学教育.2019,11(10):184-186.

ICU 特色护理干预对心力衰竭患者的影响

张敏

菏泽市中医医院 山东菏泽 274035

摘要：目的：探讨 ICU 特色护理干预对 ICU 心力衰竭患者的影响。方法：选取 2019 年 3 月-2021 年 10 月之间入住 ICU 的心衰患者 66 例作为研究对象，随机均分为两组，对照组患者护理采用常规 ICU 心衰护理方法，观察组患者在常规护理的基础上加用 ICU 特色护理干预的护理模式，通过护理的分组护理观察比较两组患者的感染率、病死率、护理满意度、应用呼吸机时间、ICU 入住时长、护理前后的患者焦虑、抑郁状况评分（SAS 评分、SDS 评分）等指标进行比较。结果：观察组的患者在感染率、应用呼吸机时间、ICU 入住时长等方面明显低于对照组，在护理满意度方面明显高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），两组护理在病死率方面差异不明显，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；护理后两组患者的 SAS 评分、SDS 评分均明显降低，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；护理后观察组较对照组患者在 SAS 评分、SDS 评分方面降低更加明显，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：在医院 ICU 中对心衰患者实行本院制定的特色的 ICU 特色心衰护理方案能够明显降低患者的合并感染风险，缩短 ICU 患者的入住时长和呼吸机使用时长，明显的缓解患者的心理焦虑和抑郁等负性情绪，对于提高患者的护理满意度有明显的作用，值得 ICU 护理人员的推广使用。

关键词：重症医学；心力衰竭；护理

基于 0.5 亿中国城镇职工医疗保险数据的调查发现^[1]，在我国 25 岁及以上人群中，心力衰竭（以下称心衰）标准化患病率是 1.1%，估算现有心衰患者达 1205 万，每年新发心衰患者 297 万。心衰的患病率正在迅速上升，更严重的心衰是一种消耗大量医疗资源的疾病，造成相当大的发病率和死亡率，并极大地影响生活质量^[2]。目前 ICU 常规的心衰护理多集中于对患者的吸氧、吸痰、体位、清洁、给药护理等，对于患者的心理及其他的护理涉及较少^[3,4,5,6]。本院 ICU 护理团队根据《心力衰竭患者管理的物理治疗师临床实践指南》^[7]并结合中医院的实际工作需要和中医护理的特色制定了一系列适合本院 ICU 的特色护理管理方法，并将其应用于临床的实际护理当中，取得了良好的效果。现汇报如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象：选取 2019 年 7 月-2021 年 8 月之间入住 ICU 的心衰患者 66 例作为研究对象，随机均分为两组，对照组患者护理采用常规 ICU 心衰护理方法，观察组患者在常规护理的基础上加用 ICU 特色护理干预的护理模式，每组 33 例。对照组患者男女比例为 19:14，年龄为 42-89 岁，平均（64.79±11.33）岁；观察组患者男女比例为 17:16，年龄为 41-90 岁，平均（65.84±12.61）岁；两组患者的年龄等一般资料差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 入选标准 ①符合心衰诊断标准^[7]；②患者精神正常；③无合并其他无法控制的疾病或严重器质性病变；④患者目前不存在感染；⑤心功能分级为 II-IV 级；⑥患者目前非妊娠及哺乳期；⑦患者家属愿意积极配合治疗者。

1.3 护理方法 对照组实行 ICU 常规心衰护理模式，包括①积极进行 ICU 的护理接诊，与患者及家属进行充分的沟通，建立患者护理档案，妥善安置患者；②密切监护患者的血压及心率变化，给予患者心电监护；③严格遵医嘱给予患者相应的药物治疗，并注意患者是否对药物有过敏的，一旦发生不适及时进行对应处理等；④密切关注患者的体格变化，尤其是呼吸方面变化，及时给患者执行吸氧或高流量等；⑤对患者可能存在的风险进行预判，并进行相应的风险规避等；⑥对患者进行及时的身体清洁的护理，保持身体清爽，及时更换床单，长期卧床的患者注意患者出现压疮等。观察组在对对照组的基础上执行以下相应的护理操作，主要包括：①疾病知识的普及护理 对于因为心衰进入 ICU 的患者，与患者进行沟通和交流，告知患者基本的病情，并及时与患者的家属进行沟通和交流，对患

者和家属普及相应的疾病知识，告知患者家属相应的注意事项和与患者的沟通技巧，为接下来的家属配合护理治疗奠定基础；②基础运动 护理人员提供有关预防性自我保健行为，辅助患者进行基础的相应运动，如在病床上进行相应的踝部运动，屈膝运动，以及上臂和手部的运动等，避免患者长期卧床发生静脉血栓的情况，同时根据患者的身体状态辅助患者进行床边及床下的短时间的坐卧等。③营养治疗 由于心衰的复杂性，护理人员要求严格识别患者失代偿的体征和症状，根据患者的日出入量，配合药物的调整，进行适当的营养治疗，以降低患者住院期间发生营养缺失或失代偿等的风险。④情志护理 注意与患者沟通时的交流方式，对于听力正常的患者建议低声交流，通过语言、行为、表情等，促进患者情绪的稳定性。⑤心理护理 在与患者家属充分沟通交流的基础上，对患者进行相应的交流，了解患者关心的人活着事情，对患者家属约定时间，通过视频的方式让患者与家属进行沟通，进行来自家属或者朋友的鼓励和心灵的安慰，保持患者的积极治疗的心态。护理人员在治疗的过程中也注意患者的心理变化，及时进行相应的心理沟通，及时排除患者的负性情绪。⑥中医特色护理 对患者进行相应的中医特色护理，根据患者的情况通过康复护理，对患者进行相应的穴位按摩，或者通过针灸等对患者进行相应的穴位针灸等护理治疗，对有治疗需求的患者进行相应的电针刺激等。

1.4 评价指标 观察比较两组患者的感染率、病死率、护理满意度、应用呼吸机时间、ICU 入住时长、护理前后的患者焦虑、抑郁状况评分（SAS 评分、SDS 评分）等指标进行比较。

1.5 统计分析方法 计量资料采用均数 ± 标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组内比较采用用配对 t 检验，组间比较采用协方差分析（ANCOVA）比检验，以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的感染率、病死率、护理满意度、应用呼吸机时间、ICU 入住时长比较

观察组的患者在感染率、应用呼吸机时间、ICU 入住时长等方面明显低于对照组，在护理满意度方面明显高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），两组护理在病死率方面差异不明显，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具体情况见表 1。

表 1 两组患者的肺部感染率、病死率比较

分组	n	感染率	病死率	应用呼吸机	ICU 入住	护理满意度
----	---	-----	-----	-------	--------	-------

			时间	时长		
对照组	33	19(57.58)	2(6.06)	272.46±5.77	13.37±9.23	7.32±9.27
观察组	33	9(27.27)	1(3.03)	210.73±5.26	7.87±6.63	9.41±4.33
t/X^2	-	6.592	0.273	12.702	11.463	5.495
P	-	0.031	0.39	0.001	0.013	0.038

表2 两组患者护理前后 SAS 评分、SDS 评分比较 (X±S)

类别	SAS 评分		t	p	SDS 评分		t	p
	干预前	干预后			干预前	干预后		
对照组	58.73±5.31	46.43±6.67	8.727	0.035	58.48±7.85	47.38±7.19	9.055	0.028
观察组	58.69±5.69	35.42±3.93	12.369	0.008	58.57±6.19	34.93±3.74	13.072	0.001
t	0.271	10.258	-	-	0.293	13.091	-	-
P	0.633	0.024	-	-	0.647	0.001	-	-

3 讨论

入组 ICU 的患者大多数病情较重,对于心衰的患者呼吸功能和其他的机体的机能也呈现下降的趋势,对于该类患者在对其进行积极治疗的同时通过护理的护理手段也在一定的程度上起到相应的辅助治疗的作用^[8,9]。临床的研究表明^[10,11]对患者家属与患者通过微信视频的探视模式可以有效的避免家属进入 ICU 与患者接触,可以从源头上杜绝发生家属携带细菌或病毒进入监护室的可能,通过如此模式有助于降低患者发生院外病原菌感染发生率。对于当前的疫情防控也起到一定的作用。同时通过对患者实行中医特色护理措施,可改善患者临床疗效,这可能与中医的针灸等护理治疗手段有关,同时中医护理的情志护理,能够有效的改善患者的负性情绪,提高患者的治疗积极性,改善患者的抑郁和焦虑状态,对于临床症状和心理有积极的作用。本次研究的结果显示 护理后两组患者的 SAS 评分、SDS 评分均明显降低,差异有统计学意义 ($P<0.05$); 护理后观察组较对照组患者在 SAS 评分、SDS 评分方面降低更加明显,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。这与李洪云^[12]的研究结果相一致。

同时本次的研究相应的临床效果方面的结果显示,观察组的患者在感染率、应用呼吸机时间、ICU 入住时长等方面明显低于对照组,在护理满意度方面明显高于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$),两组护理在病死率方面差异不明显,差异无统计学意义 ($P>0.05$); 表明 ICU 特色的护理在对患者的疾病改善方面有十分积极的作用。这一方面与护理人员的中医学特色护理有关系,另一方面也在于患者家属的支持,同时对于护理人员对患者实行的疾病管理,疾病知识的讲解,尤其是对患者进行的早期的营养支持治疗和基础运动的治疗有着非常重要的关系。临床的研究表明^[13,14,15],心衰患者的一个标志性特征是运动能力降低,对心衰患者实行基础运动的治疗能够改善患者的基本临床体征,对于预防患者发生相应的静脉血栓,保持患者肌肉的基本功能,预防肌肉的萎缩有十分重要的作用。

综上所述,在医院 ICU 中对心衰患者实行本院制定的特色的 ICU 特色心衰护理方案能够明显降低患者的合并感染风险,缩短 ICU 患者的入住时长和呼吸机使用时长,明显的缓解患者的心理焦虑和抑郁等负性情绪,对于提高患者的护理满意度有明显的的作用,值得 ICU 护理人员的推广使用。

参考文献:

[1] Wang H, Chai K, Du M, et al. Prevalence and incidence of heart failure among urban patients in China: a national population-based analysis[J]. Circ Heart Fail, 2021, 14(10): e008406. DOI: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.121.008406.

2.2 两组患者护理前后 SAS 评分、SDS 评分比较

护理后两组患者的 SAS 评分、SDS 评分均明显降低,差异有统计学意义 ($P<0.05$); 护理后观察组较对照组患者在 SAS 评分、SDS 评分方面降低更加明显,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。具体情况见表 2。

[2] Shoemaker MJ, Dias KJ, Lefebvre KM, Heick JD, Collins SM. Physical Therapist Clinical Practice Guideline for the Management of Individuals With Heart Failure. Phys Ther. 2020;100(1):14-43. doi:10.1093/ptj/pzz127.

[3] 许丹.人文关怀护理对慢性心力衰竭患者护理满意度与护理质量的改善作用[J].中国医药指南,2021,19(32):151-152.DOI:10.15912/j.cnki.gocm.2021.32.061.

赖玉琴.跨理论模型的健康教育护理模式对慢性心衰患者自我管理能力的、应对方式的影响[J].现代诊断与治疗,2021,32(21):3503-3504.

[4] 田霞.心内科重症监护室中急性左心衰患者的心理护理效果评价[J].中国社区医师,2021,37(32):132-133.

[5] 燕苹,殷建峰.曲美他嗪联合家庭护理对冠心病心衰患者的应用研究[J].现代医学与健康研究电子杂志,2021,5(20):96-98.

[6] 王莹.中医特色护理在心衰患者中的应用效果[J].实用中医内科杂志,2021,35(10):68-70.DOI:10.13729/j.issn.1671-7813.20210916.

[7] 急性心力衰竭基层诊疗指南(2019 年)[J].中华全科医师杂志,2019(10):925-930.

[8] 林慧珠,范惠琴,林金华.穴位贴敷配合多元化护理在心力衰竭患者中的应用效果[J].福建医药杂志,2021,43(05):152-153.

[9] 李婷婷,刘宇,史铁英.老年慢性心衰患者健康素养、服药依从性与自我护理能力的相关性研究[J].现代临床护理,2021,20(10):1-7.

[10] 袁玉琳.膳食护理联合营养管理模式对老年慢性心衰病情恢复及营养状态的影响[J].航空航天医学杂志,2021,32(09):1132-1133.

[11] 岳美丽,崔贵璞.家庭跟进式护理对慢性心衰的干预效果[J].中国城乡企业卫生,2021,36(10):99-100.DOI:10.16286/j.1003-5052.2021.10.039.

[12] 李洪云.中医特色护理干预在重症监护室心衰患者护理中的效果观察[J].中医临床研究,2021,13(03):78-79.

[13] 张莉.基于家庭的延伸康复护理在慢性心力衰竭患者中的应用效果[J].中国民康医学,2021,33(18):164-166.

[14] 杨美蓉,廖赵林.3+1 整体康复护理结合知行信健康教育对慢性心力衰竭患者疾病控制的影响分析[J].心血管病防治知识,2021,11(26):65-67.

[15] 陈迪,蒋李艳,徐芬芬.微信视频护理模式对内科 ICU 心衰患者康复的影响[J].医学信息,2020,33(10):188-189+192.

甲状腺癌术后护理中应用个体化护理干预的效果研究

赵染¹ 雷玲^{通讯作者}

云南省第一人民医院 乳腺甲状腺外科 云南昆明 650032

摘要：目的：本文研究甲状腺癌术后护理中应用个体化护理干预的效果。方法 研究时间：2021 年 1 月到 2022 年 1 月。研究对象：我院收取的 100 例甲状腺癌手术患者，随机进行分组，每组患者数量：50 例。常规组采用常规护理。个体组采用个体化护理。最后收集并分析患者的护理质量、生存质量、心理状态、疼痛感、睡眠质量、不良事件情况、满意度等数据。结果 个体组护理质量评分高于常规组， $P<0.05$ 。个体组患者对生存质量评分数据高于常规组， $P<0.05$ 。个体组不良心理状态数据低于常规组， $P<0.05$ 。个体组患者术后疼痛感评分低于常规组， $P<0.05$ 。个体组患者睡眠质量数据高于常规组， $P<0.05$ 。个体组不良事件情况数量低于常规组， $P<0.05$ 。个体组满意度高于常规组， $P<0.05$ 。结论 在针对甲状腺癌手术患者进行术后护理时，通过个体化护理可以显著提高护理效果，进一步帮助患者提升生存质量，缓解患者的疼痛感，消除患者负面心理状态，降低患者出现不良事件的风险，进而提高患者睡眠质量，并具有更高的满意度，建议在实际的护理工作中积极予以借鉴和采纳。

关键词：甲状腺癌；个体化护理；生存质量；心理状态

甲状腺癌是一种较为常见的恶性肿瘤疾病，在我国具有较高的发病率，患者在发病后需要及时进行治疗^[1]。而在当前的临床医学中通常会选择甲状腺癌手术进行干预，这就需要在术后为患者予以科学、全面的护理服务^[2]。而个体化护理在很多临床疾病中均有所应用，能够根据患者的实际情况，制定有针对性的个体化护理方案，在患者生理以及心理等各个方面进行术后康复护理，进一步提高患者预后水平^[3]。因此，本文将选择 2021 年 1 月到 2022 年 1 月期间我院收取的 100 例甲状腺癌手术患者作为研究对象，针对甲状腺癌术后护理中应用个体化护理干预的效果展开分析。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

研究时间：2021 年 1 月到 2022 年 1 月。研究对象：我院收取的 100 例甲状腺癌手术患者，随机进行分组，每组患者数量：50 例。一般资料：个体组：男性：18 例、女性：22 例，平均年龄：（42.21±10.37）岁；常规组：男性：19 例、女性：21 例，平均年龄：（42.62±10.43）岁。采集甲状腺癌手术患者的一般资料分析。数据显示： $P>0.05$ ，可以进行对比研究。

1.2 方法

常规组采用常规护理：为患者予以生活护理、用药干预等护理工作。

个体组采用个体化护理。在护理前观察患者各项生命体征以及相关指标数据，并根据患者实际情况进行评估，制定个体化护理方案：第一，并发症护理。在术后需要引导患者采用正确的体位姿势进行修养，按时为患者进行按摩腿部等，避免患者出现下肢深静脉血栓等不良情况。此外，针对创口予以处理。保证不出现感染等不良情况^[4]。如果患者创口位置存发生活动性出血，则应当及时进行止血处理。此外，患者在术后有一定几率出现感染等情况，这就需要在护理过程中保持无菌操作，如果患者创口位置出现渗血、渗液等情况，需要及时进行处理并予以细菌培养试验^[5]。第二，疼痛护理。患者在术后会出现较为明显的疼痛感，也是对患者术后康复以及睡眠质量造成不良影响的重要原因之一。由于大部分甲状腺手术均属于侵袭性手术，因此会在手术中对患者造成一定的损伤，并导致患者出

现不同程度的应激反应。在患者麻醉效果消退后，患者会出现一定的疼痛感，进而导致患者很难进行有效的休息。因此，在术后需要对患者及时进行术后疼痛感干预。通过观看电视节目、听音乐等方法转移患者的注意力。此外，在患者入睡前，通过泡脚、喝牛奶等方式促进睡眠^[6]。第三，心理干预。在患者术后清醒的情况下第一时间告知患者手术结果，安抚患者的心理状态，并在术后通过亲切的沟通和交流掌握患者的真实诉求，并掌握患者的内心波动，根据患者的实际情况进行心理疏导，帮助患者树立积极、乐观的心态。此外，引导患者通过音乐缓解法、冥想法以及深呼吸训练法等方式逐渐控制自身的情绪，调整自身的心理状态第四，环境护理。在术后对患者病房环境予以护理干预。定期对患者病房进行通风处理、保证室内采光、通风情况良好，将室内温度以及湿度等指标调整到患者适宜的条件下，并定期清理室内垃圾，维持舒适、温馨的室内环境，改善病房环境状态。第五，健康宣教：护理人员需要根据甲状腺手术后护理的基本知识、检查注意事项、饮食干预、运动干预、不良事件预防、身体锻炼等内容进行整理和分类，并制作成宣传册、视频等宣教材料^[7]。在护理期间，为患者及家属进行全面的宣教。根据患者及家属受教育水平和接受能力选择不同的宣教方法，可以通过一对一讲解、宣传册、视频等方式告知患者甲状腺癌的相关知识以及在术后护理中需要注意的自我管理事项。第六，院外延续性干预。在患者术后恢复后，需要对患者予以延续性护理干预。出院前需要为患者建立病历档案，并告知患者在出院后需要注意的各方面事项。通过微信群、QQ 群等方式构建交流平台，对于患者在日常自我管理过程中产生的疑问进行解答。同时，定期对患者进行电话随访，告知患者按时进行复诊观察^[8]。

1.3 观察指标

收集并分析患者的护理质量、生存质量、心理状态、疼痛感、睡眠质量、不良事件情况、满意度等数据。（1）护理质量：选择我院自制的调查问卷获取患者数据，分数和患者护理质量呈正相关。（2）生存质量：选择量表（QOL）获取数据，每项 100 分，共计 3 项，分数与生存质量呈正相

关。(3) 心理状态: 选择 SDS 量表以及 SAS 量表获取数据, 分数与心理状态呈负相关。(4) 疼痛感: 采用 VAS 量表获取数据, 共 10 分, 分数越高则疼痛感越强烈。(5) 睡眠质量: 选择量表 (PSQI) 获取数据, 分数与睡眠质量呈正相关。(6) 不良事件情况: 创口出血、感染、恶心呕吐、吞咽障碍。(7) 满意度: 使用自制调查表采集数据, 分数 100 分, 数据整理为三个等级。满意度=(十分满意+基本满意)/病例数*100.00%。

1.4 统计学方法

使用 SPSS19.0 软件处理各项数据。通过率 (%) 表示不良事件情况、满意度等计数数据, 通过 χ^2 检验。通过 $\pm$ 标准差表示护理质量、生存质量、心理状态、疼痛感、睡眠质量等计量数据, 经 t 检验。数据判定标准: $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 患者护理质量比较

个体组护理质量评分高于常规组, $P < 0.05$ 。表 1 为患者护理质量数据。

表 1 患者护理质量数据 (分)

组别	n	基础护理	护理环境	健康宣教	服务态度	总分
个体组	50	23.14 $\pm$ 0.44	23.28 $\pm$ 0.52	22.74 $\pm$ 0.38	23.43 $\pm$ 0.41	93.02 $\pm$ 1.89
常规组	50	20.24 $\pm$ 0.82	21.02 $\pm$ 0.78	20.34 $\pm$ 0.94	21.41 $\pm$ 0.87	82.64 $\pm$ 3.87
t	--	--	--	--	--	17.042
p	--	--	--	--	--	0.000

2.2 患者生存质量比较

个体组患者对生存质量评分数据高于常规组, $P < 0.05$ 。表 2 为患者生存质量数据。

表 2 患者生存质量数据 (分)

组别	n	躯体功能	认知功能	社会功能	角色功能	情绪功能
个体组	50	67.89 $\pm$ 4.08	70.25 $\pm$ 3.54	71.32 $\pm$ 3.07	69.14 $\pm$ 4.61	68.02 $\pm$ 4.12
常规组	50	60.21 $\pm$ 7.61	64.28 $\pm$ 6.78	61.28 $\pm$ 7.66	60.08 $\pm$ 8.12	60.35 $\pm$ 7.64
t	--	6.289	5.519	8.602	6.861	6.248
p	--	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 患者心理状态比较

个体组不良心理状态数据低于常规组, $P < 0.05$ 。表 3 为患者心理状态数据。

表 3 患者心理状态数据 (分)

组别	n	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
个体组	50	74.28 $\pm$ 10.27	31.25 $\pm$ 5.08	70.35 $\pm$ 12.38	32.37 $\pm$ 4.87
常规组	50	74.01 $\pm$ 10.15	52.07 $\pm$ 7.69	70.18 $\pm$ 12.17	45.81 $\pm$ 8.64
t	--	0.132	15.973	0.069	9.582
p	--	0.895	0.000	0.944	0.000

2.4 患者疼痛感比较

个体组患者术后疼痛感评分低于常规组, $P < 0.05$ 。表 4 为患者疼痛感数据。

表 4 患者疼痛感数据 (分)

组别	n	术后 24h	术后 48h	术后 72h
个体组	50	6.21 $\pm$ 1.23	4.23 $\pm$ 0.97	3.02 $\pm$ 0.34
常规组	50	7.58 $\pm$ 1.62	5.68 $\pm$ 1.34	4.56 $\pm$ 0.71
t	--	4.762	6.198	13.832
p	--	0.000	0.000	0.000

2.5 患者睡眠质量比较

个体组患者睡眠质量数据高于常规组, $P < 0.05$ 。表 5 为患者睡眠质量数据。

表 5 患者睡眠质量数据 (分)

组别	n	入睡时间	睡眠效率	催眠药物	睡眠时间	睡眠质量	睡眠障碍	日间功能	总分
个体组	50	2.41 $\pm$ 0.26	2.52 $\pm$ 0.28	2.47 $\pm$ 0.21	2.37 $\pm$ 0.31	2.57 $\pm$ 0.23	2.43 $\pm$ 0.47	2.45 $\pm$ 0.35	17.02 $\pm$ 2.02
常规组	50	1.89 $\pm$ 0.52	1.72 $\pm$ 0.46	2.01 $\pm$ 0.51	1.82 $\pm$ 0.47	2.02 $\pm$ 0.65	1.87 $\pm$ 0.41	1.97 $\pm$ 0.43	14.11 $\pm$ 3.41
t	--	--	--	--	--	--	--	--	5.191
p	--	--	--	--	--	--	--	--	0.000

2.6 患者不良事件情况比较

个体组不良事件情况数量: 2 例 (4.00%); 常规组不良事件情况数量:

9 例 (18.00%)。个体组不良事件情况数量低于常规组, $P < 0.05$ 。表 6 为患者不良事件情况数据。

表 6 患者不良事件情况数据 (%)

组别	n	创口出血	感染	恶心呕吐	吞咽障碍	总几率
个体组	50	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (2.00%)	1 (2.00%)	2 (4.00%)

常规组	50	2 (4.00%)	1 (2.00%)	3 (6.00%)	3 (6.00%)	9 (18.00%)
χ^2	--	--	--	--	--	5.005
p	--	--	--	--	--	0.025

2.7 患者满意度比较

个体组满意度：100.00%（50 例）；常规组满意度：88.00%（44 例）。个体组满意度高于常规组， $P<0.05$ 。表 7 为患者满意度数据。

表 7 患者满意度数据

组别	n	十分满意	一般满意	不满意	满意度
个体组	50	21(42.00%)	29(58.00%)	0 (0.00%)	50 (100.00%)
常规组	50	18(36.00%)	26(52.00%)	6 (12.00%)	44 (88.00%)
χ^2	--	--	--	--	6.383
p	--	--	--	--	0.011

3 讨论

甲状腺(Thyroid)是人体内分泌器官之一，也是机体重要的腺体组织。甲状腺处于人体颈部的甲状软骨下方位置，在气管两旁，是控制机体能量消化速度、合成蛋白质以及调节机体荷尔蒙敏感度的重要器官^[9]。甲状腺癌是甲状腺病变中较为常见的恶性肿瘤疾病，约占所有恶性肿瘤的 1%左右,根据临床数据显示：多数甲状腺癌均属于滤泡上皮细胞^[10]。甲状腺癌患者在发病早期会表现出甲状腺肿块，吞咽时腺体上下移动性受限。此外，部分患者病变组织会持续侵犯正常周围组织。而当患者处于发病晚期阶段时，会出现声音嘶哑、呼吸困难、吞咽障碍以及交感神经受压等情况^[11]。而病灶组织会逐渐侵犯患者出现颈部组织，造成耳、肩等位置出现明显的疼痛感。部分患者会出现淋巴结转移或者其他器官转移等情况。在当前的临床医学中，主要是通过手术为患者进行治疗，而甲状腺癌手术属于侵袭性手术，会在手术过程中对患者造成一定程度的损害^[12]。这就需要在手术后为患者予以科学、可靠的护理服务。而个体化护理是一种新颖的护理模式，随着临床医学的发展逐渐在很多疾病的护理工作中被广泛的应用，并取得较为显著的护理成果，因此被临床医学所广泛认可^[13]。在个体化护理中，能够有效缓解患者的心理压力，增加患者对手术治疗的依从性。同时，会对患者并发症和不良情况进行评估，并予以有针对性的预防^[14]。此外，患者在术后会出现较为明显的疼痛感，也是对患者术后康复以及睡眠质量造成不良影响的重要原因之一。而个体化护理会通过有针对性的方式帮助患者降低疼痛感^[15]。根据本文数据分析显示：个体组护理质量、生存质量、睡眠质量等指标评分高于常规组，而患者不良心理状态、疼痛感等指标数据低于常规组， $P<0.05$ 。同时，个体组不良事件情况数量低于常规组， $P<0.05$ 。此外，患者对个体化护理的满意度更高。由此可见，个体化护理对甲状腺癌手术患者的术后护理能够起到十分重要的作用。

综上所述，在为甲状腺癌手术患者予以术后护理的过程中，选择个体化护理可以显著提高护理效果，进一步帮助患者提升生存质量，缓解患者的疼痛感，消除患者负面心理状态，降低患者出现不良事件的风险，进而提高患者睡眠质量，并具有更高的满意度，建议在实际的护理工作中积极予以借鉴和采纳。

参考文献：

[1]马莹莹. 个体化护理干预在甲状腺癌术后护理中的应用[J]. 医学食疗与健康,2021,19(13):110-111.

[2]黄月园. 个体化护理干预在甲状腺癌术后护理中的应用体会[J]. 中国卫生标准管理,2020,11(6):148-150.

[3]於赵悦. 个体化护理在甲状腺癌术后患者中的价值及护理质量评价[J]. 东方药膳,2020(22):270.

[4]苏娇娇. 个体化护理干预在甲状腺癌术后护理中的应用体会[J]. 临床医药文献电子杂志,2020,7(77):135-136.

[5]石红,贾楠. 个体化护理干预在甲状腺癌患者围手术期的应用[J]. 养生保健指南,2020(48):193.

[6]陈亚娟. 个体化护理干预在甲状腺癌患者术后护理中的应用体会[J]. 健康之友,2019(9):276-277.

[7]邱月. 探讨在甲状腺癌术后护理中应用个体化护理干预的价值[J]. 中国医药指南,2021,19(23):97-98.

[8]万姗姗. 个体化护理在甲状腺癌患者术后护理中的应用[J]. 中国医药指南,2021,19(21):197-198.

[9]李竹岩,李德伟. 个体化护理干预在甲状腺癌患者术后护理中的应用[J]. 中国药物与临床,2018,18(8):1425-1426. DOI:10.11655/zgwyylc2018.08.080.

[10]余菲菲. 个体化护理在甲状腺手术患者护理中的应用效果研究[J]. 文存阅刊,2021(9):196.

[11]何红艳,李瑞,庞飞雄,等. 甲状腺癌患者全程护理干预单中心分析(附 942 例报告)[J]. 海南医学,2014,25(3):460-462.

[12]马晚霞,孙静岚,付秋玲,等. 1 例甲状腺癌术后并发多种并发症患者的护理体会[J]. 当代护士(下旬刊),2017(8):139-141.

[13]王彦. 个体化干预模式对甲状腺癌术后患者自我效能及生活质量的影响[J]. 现代医用影像学,2018,27(3):1044-1045.

[14]刘志平. 护理干预在儿童青少年甲状腺癌术后 131 碘治疗中的应用[J]. 当代护士(专科版),2012(7):93-95.

[15]郭潇,代艺,徐伟. 护理干预对甲状腺癌患者 131I 隔离治疗期间心理状态的影响[J]. 中华现代护理杂志,2009,15(28):2879-2880.

北京市某社区站老年体检人群体重指数与空腹血糖、脂肪肝、血脂的调查分析及护理建议

周真真 张茹

甘家口社区卫生服务中心 北京 100037

摘要: 目的: 了解北京市某社区老年群体的身体状况, 分析存在的健康问题, 为保障老年群体的生活质量以及临床护理干预提供循证依据。方法: 收集 2021 年 10 月-2021 年 12 月北京市某社区老年人体检报告, 并对体重指数 (BMI)、空腹血糖、血脂、脂肪肝情况进行分析。结果: 本次研究共 156 例老年人参与体检, 其中有 12 例老年人同时存在 BMI、空腹血糖、血脂、脂肪肝异常, 占比 7.69%; 其中 32 例老年人完全正常, 占比 20.51%; 超重/肥胖 96 例, 占比 61.54%; 高血糖 64 例, 占比 41.03%; 血脂异常 53 例, 占比 33.97%; 脂肪肝 63 例, 占比 40.38%。根据 156 例体检者的 BMI 情况分为正常组、超重组和肥胖组。正常组 61 例, 其中高血糖 13 例 (21.31%), 血脂异常 18 例 (29.51%), 脂肪肝 10 例 (16.39%); 超重组 66 例, 高血糖 33 例 (50%), 血脂异常 26 例 (39.39%), 脂肪肝 33 例 (50%); 肥胖组 29 例, 高血糖 18 例 (62.06%), 血脂异常 9 例 (31.03%), 脂肪肝 20 例 (68.97%)。体检者血糖、血压、脂肪肝随着 BMI 的升高呈现出上升趋势。结论: 高血糖、血脂异常、脂肪肝以及超重/肥胖在社区老年人中具有较高的检出率, 存在严重的健康隐患, 将对老年人的生命健康及生活质量造成严重的负面影响, 其中超重/肥胖可导致社区老年人高血糖、血脂异常、脂肪肝等慢性疾病的高发, 应当在社区中进行健康教育, 指导社区老年人健康饮食, 合理锻炼, 控制体重。

关键词: 老年人; 体检; 调查分析; 护理建议

根据我国统计年鉴显示^[1-2], 由于卫生条件的改善、医疗水平以及生活水平的提高, 我国人均预期寿命在不断上升, 1981 年为 67.77 岁, 2010 年为 74.8 岁, 在 2019 年人均预期寿命达到 77.3 岁。但在另一方面, 人均预期寿命的上升, 可导致诸如糖尿病、高血压等慢性疾病在老年人群体中的快速增长^[3]。尤其在作为人口第一大国, 人口老龄化不断加重、医疗资源紧张等基本现状下, 如何积极保障老年群体的健康也成为当前的重中之重。习近平总书记在中央政治局第三十四次重要讲话中^[4], 也重点提及需要积极推动老龄事业发展、保障养老健康问题。基于此, 收集 2021 年 10 月-2021 年 12 月北京市某社区老年人体检报告, 分析存在的健康问题, 为保障老年群体的生活质量以及临床护理干预提供循证依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2021 年 10 月-2021 年 12 月在北京市某社区服务机构进行体检的 60 岁以上老年人作为研究对象。

1.2 方法

依据《国家基本公共卫生服务规范 (第三版)》中的要求, 对老年人进行体检, 内容包括体检对象一般资料情况、身高、体重、血压、血脂、空腹血糖、血常规、肝功能、肾功能以及心电图检查等。所有研究人员在参与研究前均经过一致性培训以及相应的考核, 同时在为研究对象体检前, 已对检查仪器进行了校正以控制误差。在录入数据时, 由专人负责并进行逻辑校对, 确定录入数据的质量。

1.3 诊断标准

(1) 超重或肥胖: 依据体检者 BMI 进行划分, 其中 BMI $24\sim 28\text{kg/m}^2$ 属于超重, $>28\text{kg/m}^2$ 肥胖。

(2) 高血糖: 根据世界卫生组织 (WHO) 1999 年发布的标准, 将空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ 视作高血糖。

(3) 血脂异常: 总胆固醇 $\geq 5.2\text{mmol/L}$ 或甘油三酯 $\geq 1.70\text{mmol/L}$ 。

(4) 脂肪肝: 通过 B 超检查予以确诊, 诊断标准参照《非酒精性脂肪性肝病诊疗指南(2010 年修订版)》^[5]。

1.4 统计学方法

本次研究采用 Excel 录入保存数据、SPSS20.0 分析处理数据。对于符合正态分布的计量资料以 ($\bar{x}\pm s$) 表示; 不符合正态分布的计量资料以百分位数或四分位数表示; 计数资料采用 n% 表示。在本次研究中以 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料

本次研究共计纳入研究对象 156 例, 其中男性 72 例, 女性 84 例, 年龄 63-82 岁, 平均年龄 (68.45 ± 5.85) 岁, 学历水平: 小学及以下 97 例, 初高中水平 34 例, 高中以上 25 例; 配偶状况: 丧偶 70 例, 健在 86 例, 职业情况 (包括退休前): 公务人员 31 例, 农民 59 例, 个体及工人 66 例。

2.2 BMI、空腹血糖、血脂、脂肪肝情况

在 156 例老年体检对象中, 有 12 例老年人同时存在超重/肥胖、空腹血糖、血脂、脂肪肝异常, 占比 7.69%; 其中 32 例老年人完全正常, 占比 20.51%; 超重或肥胖 96 例, 占比 61.54%; 高血糖 64 例, 占比 41.03%; 高血脂 53 例, 占比 33.97%; 脂肪肝 63 例, 占比 40.38%。具体见表 1。

表1 2021年10月-2021年12月北京市某社区156例老年人体检结果(n%)

	例数	占比
超重或肥胖	96	61.54%
高血糖	64	41.03%

血脂异常	53	33.97%
脂肪肝	63	40.38%

2.3 基于 BMI 分层的空腹血糖、血脂、脂肪肝分布情况

根据 156 例体检者的 BMI 情况分为正常组、超重组和肥胖组。正常组 61 例,其中高血糖 13 例(21.31%),血脂异常 18 例(29.51%),脂肪肝 10 例(16.39%);超重组 66 例,高血糖 33 例(50%),血脂异常 26 例(39.39%),脂肪肝 33 例(50%);肥胖组 29 例,高血糖 18 例(62.06%),血脂异常 9 例(31.03%),脂肪肝 20 例(68.97%)。体检者血糖、血压、脂肪肝随着 BMI 的升高呈现出上升趋势。具体见表 2。

表 2 基于 BMI 分层的高血糖、血脂异常、脂肪肝分布情况 (n%)

BMI	例数	高血糖	血脂异常	脂肪肝
正常	61	13(21.31%)	18(29.51%)	10(16.39%)
超重	66	33(50%)	26(39.39%)	33(50%)
肥胖	29	18(62.06%)	9(31.03%)	20(68.97%)

3 结论

由于环境因素的恶化以及生活方式的改变,人类健康状况已发生变化,逐步由传染性疾病向慢性非传染性疾病过渡,成为当前影响老年群体身体健康及心理健康的主要威胁^[6]。据研究调查显示^[7],近 20 年来,我国慢性疾病在老年人中的发病率由 50.6%上升至 71.8%,其中以糖尿病、高血压以及心脑血管疾病为主。我国 2020 年慢性病调查研究报告显示^[8],在 2019 年我国死亡人数中占比最高的为慢性病所致死亡,高达 88.5%。慢性病致病原因多样、病程漫长且复杂,降低了生活质量,极大增加了患者的经济负担。在本次研究中,共纳入 156 例社区老年人作为研究对象,其中超重或肥胖 96 例,高血糖 64 例,高血脂 53 例,脂肪肝 63 例,此外,还有不少老年人同时存在多种疾病,这表明社区老年人健康状况不容乐观。因此有效保障老年群体的身体健康,预防慢性病是成为当前的研究重点。

在本次研究中,以体检者的 BMI 进行分级,研究结果显示,老年人血糖、血压、脂肪肝随着 BMI 的升高呈现出上升趋势,这一研究结果与何博平^[9]、张忠武^[10]等人的研究结果具有一致性。在孙晓琦的研究中^[11],将 823 例老年人纳入研究,采用 Pearson 相关分析老年人肥胖指标与血糖、血脂间的相关性,其研究结果显示, BMI 与血糖、血脂呈正相关($r=0.274, r=0.162$)。根据现有研究的解释^[12-13],认为其机制在于:肥胖可导致患者腹部脂肪的堆积,促进机体脂肪酸的释放,从而引起胰岛素抵抗,进行导致患者出现高血糖、血脂异常等不良表现。因此,有效控制体重是目前老年慢性病预防的有效途径之一。

基于本次研究结果,为进一步有效落实老年群体慢性病预防工作,笔者提出以下建议,仅供参考:(1)体检是及时发现老年人健康问题的重要手段^[14],因而可以通过讲座、海报宣传等形式向老年群体灌输定期体检意识,同时在社会医疗体系当中,也建议能够进一步放开免费体检年龄及条件。(2)社区医务人员是老年慢性病预防的主力军^[15],可以通过有效对社区医务人员进行重点性培训,提高其医疗服务水平。(3)老年人健康管理知识缺乏以及自我管理能力不足是导致其肥胖以及罹患慢性病的重要影

响因素^[16],因而可通过予以健康宣教,普及健康管理知识,提高自我管理能力。(4)在老年群体慢性病预防工作中,需要充分考虑其年龄因素进行综合性调整。

参考文献:

- [1]周脉耕,李镒冲,王海东,等.1990-2015 年中国分省期望寿命和健康期望寿命分析[J].中华流行病学杂志,2016,37(11):1439-1443.
- [2]董惠珍,任桂芳,宁佩,等.基于地理加权回归的老年人口健康预期寿命影响因素分析[J].中国卫生政策研究,2020,13(2):73-80.
- [3]Bardhan I, Chen H, Karahanna E. Connecting systems, data, and people: A multidisciplinary research roadmap for chronic disease management[J]. MIS Quarterly, 2020, 44(1): 185-200.
- [4]国家统计局.国家统计局党组传达学习习近平总书记重要讲话精神.[EB/OL]. (2021-11-13) http://www.stats.gov.cn/tjgz/tjdt/202111/t20211113_1824433.htm
- [5]中华医学会肝病学会脂肪肝和酒精性肝病学组.非酒精性脂肪性肝病诊疗指南(2010 年修订版)[J].中华肝脏病杂志,2010,18(3):163-166.
- [6]Reynolds R, Dennis S, Hasan I, et al. A systematic review of chronic disease management interventions in primary care[J]. BMC family practice, 2018, 19(1): 1-13.
- [7]王浩,张琳,方晓雅,等.中国中老年人慢性病共病现状及其空间分布研究[J].中国全科医学,2022,25(10):1186-1190,1196.
- [8]胡世莲,王静,程翠,等.中国居民慢性病的流行病学趋势分析[J].中国临床保健杂志,2020,23(3):289-294.
- [9]何博平.超重与肥胖对老年男性原发性高血压患者心血管的影响[J].现代实用医学,2017,29(1):37-38.
- [10]张忠武,王卢敏,林春生.肥胖对老年高血压患者心肺运动功能的影响[J].中国卫生标准管理,2017,8(22):76-78.
- [11]孙晓琦.长春市某社区 65 岁及以上老年人肥胖指标与血压、血糖、血脂的关系研究[D].吉林:长春中医药大学,2020.
- [12]齐士格,王志会,李志新,等.中国老年人肥胖流行特征及其与五种慢性病关系的人群归因分析[J].中华老年医学杂志,2018,37(8):919-923.
- [13]Smith C J, Perfetti T A, Hayes A W, et al. Obesity as a source of endogenous compounds associated with chronic disease: a review[J]. Toxicological Sciences, 2020, 175(2): 149-155.
- [14]甘雯曦.社区老年人群体检慢性病中存在的问题及相关对策分析[J].保健文汇,2020(23):203-204.
- [15]张丹,周戈耀,田海玉,等.医务人员视角下的贵阳市重点人群主要健康问题及对策[J].中国初级卫生保健,2020,34(7):8-12.
- [16]Kaliannan K, Li X Y, Wang B, et al. Multi-omic analysis in transgenic mice implicates omega-6/omega-3 fatty acid imbalance as a risk factor for chronic disease[J]. Communications biology, 2019, 2(1): 1-18.

人性化护理模式在手术室护理中的应用及临床有效性探究

朱良琼¹ 谢苇薇²

重庆市中医院 重庆 400021

摘要:目的:本文针对手术室的护理工作进行了研究,并分析了人性化护理模式的临床应用效果和价值作用。方法:此次研究从本科选取了符合要求的100例手术患者的临床资料进行了回顾性分析,对患者进行随机分组,对照组50例患者执行了常规护理干预模式,观察组50例患者实施了人性化护理干预方案。对患者的护理满意度、患者焦虑状况、抑郁状况。临床有效性进行了评估分析。结果:给患者实施了不同的护理方案,对患者护理服务满意度进行了评估,数据结果显示观察组患者对此次护理模式较为满意,差异有统计学意义($P<0.05$);对患者的焦虑状况和抑郁状况进行了评估,对照组患者评分明显较高,差异有统计学意义($P<0.05$);对护理临床有效性进行了评估,观察组患者评分较佳,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:针对实施手术治疗的患者给其配合人性化护理干预,能够有效缓解患者不良情绪和负性心理,提升患者临床护理满意度。

关键词:人性化护理模式;手术室护理;应用;临床有效性

前言

手术室在医院当中是重要科室,尤其担任着危重症患者身体健康和生命安全的救治责任,手术室护理服务工作如何直接影响到临床治疗疗效,患者疼痛程度及就医舒适度等,更是评估医院护理质量的标准要求。时代的发展,人们的生活质量越来越好,人们的认知也在发生改变,特别是当前医疗技术的进步,人们不仅仅只为了到医院就医治病,更是想要在治疗过程中能够得到良好服务和就医舒适感。手术室护理工作是临床工作不可缺少的一部分,手术室护理工作的开展是由护理人员完成的,所以,对护理人员有着极高的要求,不仅要具备良好的专业素养,还应该充满责任感和使命感,只有这样才能为患者提供优质的护理服务,更符合当代人们的就医需求,护理人员应该在面临紧急状况时具有良好的应对反应能力,非常有耐心、亲和的解答患者就医过程中遇到的各种问题。在手术室护理工作当中,护理人员还应该以平等的心态对待每一位患者,即使患者学历不同、家庭生活环境不同、宗教信仰不同,护理人员都应该以相同的护理态度做好护理服务工作,这样才能提升患者临床护理依从性,保证手术室的临床治疗疗效。相关数据实践证明给手术治疗的患者实施人性化护理干预能够帮助患者有效改善消极情绪和心理,该类护理模式是当前临床上的新型护理手段,将“以人为本”作为临床护理理念,进而提升了患者的护理舒适度,此次就人性化护理模式在手术室护理中的应用及有效性进行了评估分析,具体内容如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

为了验证此次数据的可靠性,从本科选取了符合要求的100例手术治疗的患者进行了分析,对患者进行随机分组,对照组患者50例,男性患者30例,女性患者20例,患者年龄小至18岁,大至78岁,观察组患者50例,男性患者33例,女性患者17例,患者年龄小至19岁,大至77岁,入选标准:患者自愿参与本次研究项目;认知无异常患者;对手术无禁忌症者;排除标准:精神病变患者;器质性疾病类患者;中途无法坚持配合治疗者。对患者的相关资料进行了评估,数据结果差异无统计学意义($P>0.05$),具有对比意义。

1.2 护理方法

对患者实施了差异性的护理干预方案,对照组患者为常规护理干预方案,观察组患者为人性化护理干预模式,具体内容如下:

(1)术前护理:①术前访视:给患者执行手术治疗前,护理人员需要对患者的基本信息有一个全面的了解,如是否存在过敏史,有无合并症等,并对患者常规检测结果进行仔细观察,根据患者的身体状况进行

评估,这样才能在手术过程中更好的应对各类问题。②术前心理护理:在术前护理人员需要密切关注患者的心理变化和情绪状况,患者因为病情所带来的痛苦,较易发生不良情绪和心理,因此,护理人员应该时刻关注患者的心理状况,给患者详细讲解疾病的发病因素,手术治疗的目的,治疗效果和注意事项,让患者对疾病和手术治疗有一个全面的认识和了解,稳定患者情绪,让患者保持积极乐观的心态。护理人员也可以给患者播放喜欢的音乐、视频等转移患者的注意力,缓解患者焦虑、害怕、不安等情绪,让患者树立自信心,敢于面对病魔,积极配合就医。③术前准备:手术前一天责任护士应该再次给患者详细的说明有关疾病常识和手术治疗目的,护理人员在患者治疗的整个过程中都应该陪伴左右,及时解答患者遇到的各类问题,让患者对治疗不会产生顾虑。还需要给患者详细的介绍有关药品治疗及器械使用的临床作用,提升患者就医配合度。如果患者状态良好时,护理人员应该对其进行赞扬,这样能够提升患者治疗自信心^[1-2]。④安全转运:将患者送入手术室前,护理人员应该对患者的身份信息进行再次核实,保证手术治疗方法 and 患者的病症相一致,给患者身体末端佩戴写有有关信息的腕带,责任护士陪伴患者进入手术室内,护士需要密切关注患者的心理状况,如果患者出现负性心理,或者有治疗疑虑等,护理人员应主动和患者进行交流,稳定患者的情绪和心理,避免患者术前、术中发生应激反应。给患者说明在手术治疗期间需要麻醉干预,手术操作过程中不会产生疼痛症状,所以,让患者不用太过担忧,让患者保持积极心态,这样才能保证手术治疗疗效。

(2)术中护理:为了让患者手术过程中保持良好心态,积极配合医生就医,在术前护理人员应该给患者详细的说明手术治疗过程、手术治疗相关,手术操作的重要性的,还应该给患者讲解手术的相关注意事项,让患者和家属对手术治疗有一个全面的认识和了解,提升患者治疗依从性。手术过程中护理人员应该将手术室内的温度和湿度调整在要求范围内,执行手术时应该有耐心的和患者进行沟通,分散患者注意力。患者受压的位置下应该给其放置柔软体位垫,使用保护膜对隆起部位进行遮盖,避免患者发生压疮症状。对患者的皮肤进行清洁,并给予麻醉干预,完成麻醉注射后需要对患者的神经迟钝程度进行密切观察,有效识别患者麻醉后是否起到效果。手术室要适当的调整室内温湿度,避免患者因为体温过低出现不良反应,应给患者做好保暖工作,使用液体加温技术将输注液体及腹腔冲洗液进行加温干预,液体温度不可温度过高,应和患者体温相符,这样才能保证手术治疗安全性。

(3)术后护理:手术结束后应该密切关注患者的身体状况,观察患者的意识情况及肌力恢复状况等,保证交接工作落实到位。手术结束后需

对患者身上的血迹、消毒液等进行及时清理,给患者做好保暖干预。在给患者使用引流袋时应做好固定操作,引流袋应放置在适宜的水平位置,避免因放置导管不当出现脱出或移位情况,护理工作人员在移动患者身体时需要掌握好力度,不可过于粗鲁,应轻柔缓慢,防止给患者带来明显疼痛感。对患者的机体反应进行密切关注,观察患者有无体位变化状况,定期对患者病房区域进行打扫清洁,使用空气消毒机对病房消毒处理,提升病房空气质量,避免患者出现感染分析。另外,应与患者和家属进行及时沟通,告知手术治疗疗效、术后的注意事项^[3]。

1.3 观察指标

对患者的护理满意度进行了评估,本院自行制定了护理服务满意度调查问卷,发放 100 份,回收 100 份,回收率 100%,分数共为 120 分,90 分以上为很满意,89-60 为基本满意,59 以下为不满意。对患者的焦虑状况和抑郁情况进行了分析,使用焦虑自评量表、抑郁自评量表评价患者焦虑及抑郁状况,分数为 100 分,分数越低表示患者情况越佳。

1.4 统计学方法

此次研究产生的数据使用 SPSS26.0 统计学软件对数据进行分析,% 为护理服务满意度,组间比较行 χ^2 检验;焦虑和抑郁程度以 ($\bar{x} \pm s$) 表示,组间均数比较用 t 检验;两组差异具有统计学意义数据为 ($P < 0.05$)。

2 结果

2.1 对照组和观察组患者护理服务满意度比较分析

对患者实施了不同的护理干预方案,对照组为常规护理方案,观察组为人性化护理方案,对患者的护理满意度进行了评估分析,对照组患者 24 例表示很满意,18 例表示基本满意,8 例表示不满意,护理满意度为 84.00%,观察组患者 32 例表示很满意,17 例为基本满意,1 例为不满意,护理满意度占比是 98.00%,对照组患者对此次护理满意度较差,数据结果差异有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 1。

表 1 对照组和观察组研究对象临床护理满意度对比分析[n(%)]

组别	例数	很满意	基本满意	不满意	护理满意度 (%)
观察组	50	32	17	1	98.00
对照组	50	24	18	8	84.00
t					
p		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 对照组和观察组患者焦虑评分以及抑郁评分比较分析

对患者实施了护理干预后,对患者焦虑及抑郁状况进行了评估,数据显示,观察组患者各项评分明显较优,数据结果差异有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 2。

表 2 对照组和观察组患者焦虑评分以及抑郁评分比较分析[n(%)]

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	50	59.72±1.23	36.11±4.06	56.43±1.28	32.09±47.16
对照组	50	59.67±1.24	48.25±4.81	56.45±1.31	34.63±47.87
t		0.202	13.637	0.077	15.858

p	0.840	0.000	0.939	0.000
---	-------	-------	-------	-------

3 讨论

时代的发展推动了我国医疗行业领域的迅速发展,尤其是医疗外科技术方面取得了较好的成绩,手术室是给患者进行就医的重要场所,手术室护理对临床治疗效果,患者就医满意度,就医配合度等方面有着直接的影响。所谓手术室护理就是在手术室给患者实施全方位的护理服务工作,通过给患者进行心理干预,稳定患者不良情绪,提升患者就医舒适度。常规护理是手术室护理工作中比较常见的护理方案,这类护理方案具有一定的局限性,直接影响到患者的治疗依存性和临床治疗疗效。从体温降低方面来讲,很多患者在手术结束后会出现低体温情况,一旦患者发生低体温情况,不仅较易造成切口发生感染分析,也会导致患者发生输血量及心脏病等并发症。手术治疗对患者的身心健康都会造成一旦程度的影响,麻醉药物干预也会导致患者心理情绪发生较大变化,所以,手术室护理服务工作对临床治疗工作的开展有着关键性的作用,手术室的护理工作必须具有有效性和可靠、安全性。

人性化护理模式和常规护理模式有着极大的不同,该类护理模式是涉及手术室护理工作的整体当中,需对相关人员、医疗物品、手术环境等进行全方位的管理。人性化护理模式充分结合了人文关怀理念和优质护理服务理念,以“一切以患者为中心”为原则给患者提供现代化的护理服务工作。从手术室护理工作角度来讲,人性化护理服务模式根据患者病房、手术室护理工作为基础,将护理工作落实到每一个治疗环节当中。此次研究对照组患者实施了常规护理方案,观察组患者执行了人性化护理服务方案,数据结果分析,观察组患者护理服务满意度、心理状况等方面明显较优。可以说,在手术治疗过程中给患者实施人性化护理干预模式能够优化就医环境,提升临床治疗效果,让患者享受全方位、个性化的优质护理服务,这样更利于建立良好的护患关系,减少护患纠纷事件的发生,患者会对护理人员产生信赖感,不仅能够促进医院的长远发展,也提升了医院的社会形象。在手术期间如果患者体温较低,会给患者血流动力带来不同程度的影响,为了避免患者发生大出血情况,应该做好保暖工作,避免患者手术过程中发生大量出血现象。此次研究选取的患者病例较少,如果想要深入的分析人性化护理在手术室护理中的临床有效性,应该对其进行大力研究和分析^[4-5]。

上述研究表明,手术室是救治患者的重要场所,手术室护理工作的有效开展能够提升临床治疗疗效,此次研究给患者实施了人性化护理干预,患者对该护理模式较为认可。

参考文献:

- [1]柳晶晶. 人性化护理对于手术室护理提升的效果观察[J]. 名医, 2020, No.83 (04): 143-146.
 - [2]张媛媛. 人性化护理模式在手术室护理中的应用价值评价[J]. 中国继续医学教育, 2020, 012 (006): 181-183.
 - [3]袁秀华. 人性化护理在手术室护理中的应用效果分析[J]. 医药前沿, 2020, 9 (013): 152-153.
 - [4]刘晓艳. 人性化护理在手术室护理中的应用及效果分析[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2021, 004 (012): P.103-103.
 - [5]张蕾. 人性化护理模式在手术室护理中的应用价值分析[J]. 健康必读, 2020, 000 (008): 159-160.
- 作者简介: 1 第一作者: 朱良琼, 重庆市中医院, 手术室, 主管护师;
2 通讯作者: 谢苇薇, 重庆市中医院, 体检中心护师。

中医骨科康复治疗老年骨性关节炎临床效果分析

刘佳

西安市鄠邑区石井卫生院 陕西西安 710300

摘要:目的: 分析老年骨性关节炎(OA)采取中医骨科康复治疗的临床效果。方法: 本次总共抽取 100 例病例展开研究, 年限截止为 2020.10~2022.01, 均以老年 OA 确诊, 对比研究以随机法展开, 分为对比组(50 例)与分析组(50 例)。分析组采取中医骨科康复治疗, 对比组应用常规治疗。结束研究后对比关节功能评分、VAS 评分、总有效率、心理状态及生活质量等数据, 以评定效果。结果: 2 组对比关节功能、VAS 评分等数据, 分析组均优于对比组($P<0.05$)。2 组对比总有效率数据, 分析组高于对比组($P<0.05$)。2 组对比 SDS、SAS 评分等数据, 分析组均低于对比组($P<0.05$)。2 组对比生活质量数据, 分析组均高于对比组($P<0.05$)。结论: 老年 OA 采取中医骨科康复治疗能显著改善患者心理状态, 改善关节功能, 降低疼痛程度, 提高生活质量和治疗效果, 可推广使用。

关键词: 老年骨性关节炎; 中医骨科康复治疗; 临床效果

在骨科疾病中, 骨性关节炎(OA)发生率相对较高, 多发于老年群体, 且随着老年人年龄的不断增高, 该病症发生率呈不断增高趋势^[1]。临床目前尚未弄清该病症的具体发生原因, 多数研究认为患者发病可能与过量关节负重、年龄、肥胖、内分泌异常、过量关节活动等关系密切^[2]。患者发病后以关节僵硬、疼痛、肿胀, 活动受限等为主要症状, 若不及时治疗, 这会对老年人的生活产生严重影响, 甚至造成残疾, 从而大大降低患者的生存质量^[3]。目前在治疗该病症方面, 中医疗法获得了广泛使用, 且取得了较为显著的成效^[4]。因此本文总共抽取 100 例病例展开研究, 年限截止为 2020.10~2022.01, 均以老年 OA 确诊, 对比研究以随机法展开, 分为对比组(50 例)与分析组(50 例), 研究了老年 OA 采取中医骨科康复治疗的临床效果, 现将研究情况做以下阐述:

资料与方法

1.1 资料

本次总共抽取 100 例病例展开研究, 年限截止为 2020.10~2022.01, 均以老年 OA 确诊, 对比研究以随机法展开, 分为对比组(50 例)与分析组(50 例)。研究开展前统计处理 2 组基本资料, 其中男女比例为 27:23(分析组)和 28:22(对比组); 所选病例年龄范围位于 60-83 岁之间, 2 组均值统计结果分别为(68.47±5.74)岁(分析组)、(67.92±5.31)岁(对比组)。通过对各项数据经 χ^2 、T 值检验分析, 若 $P>0.05$, 说明研究可开展。所有对象均知情, 且事先签订同意书, 正式开展研究前已获伦理委员会批准。

入选条件^[5]: 符合相关诊断标准确诊患者; 家属知情并同意。排除条件: 痛风性、继发性、类风湿等关节炎患者; 患有精神疾病; 心、肾、肝等器官功能衰竭患者。

1.2 方法

对比组应用常规治疗, 首先采取布洛芬缓释胶囊(规格 300mg/粒, 国药准字 H10900089, 产自中美天津史克制药有限公司)口服, 早晚服用, 1 粒/次, 2 次/d。若疼痛较为严重, 则采取透明质酸钠(2010 第 3640588 号为国药监械(准)字, 上海其胜生物制剂有限公司)行关节腔注射, 1 次/w, 持续 5w。

分析组采取中医骨科康复治疗, 具体为: (1) 针灸: 选择血海穴、合谷穴、阳陵泉穴、足三里穴等, 进针得气后, 局部照射红外线, 1 次/d, 持续 5w。(2) 推拿: 对髌骨处采取揉、按、拿、捏等手法推拿, 选择阳陵泉穴、太冲穴、合谷穴、足三里穴等揉捏, 向上拔伸髌骨 5-10 次, 向下

拔伸膝关节 30s, 采取弹拨手法对病变关节周围韧带和肌腱实施推拿, 30min/次, 1 次/d, 持续 5w。(3) 中药熏洗: 组方为艾叶 6g、川芎 6g、红花 6g、桑枝 6g、桂枝 6g、花椒 6g、牛膝 10g、独活 10g、防风 10g、伸筋草 20g、透骨草 30g。用水浸泡 60min, 煮沸后, 在患处下方放置药液熏蒸, 在温度降至一定程度后清洗病变关节, 30min/次, 1 次/d, 持续 5w。(4) 康复训练: 展开直腿抬高、伸屈膝关节、踝关节等训练, 训练时患者取仰卧位; 之后调整为侧卧位, 外展髋关节; 然后调整为仰卧位, 训练关节和膝关节的内收, 15min/次, 2 次/d, 持续 5w。

1.3 评价指标

结束研究后对比关节功能评分(工具为用日本骨科协会(JOA)^[6]制定的评分标准, 以 0-29 分为总分值, 关节功能越佳则分值越高。)、VAS 评分(评估疼痛, 分值为 0~10 分, 以视觉模拟评分量表^[7]为工具, 疼痛轻者分值更低。)、总有效率(评估要求: 患者关节功能完全恢复, 正常进行日常生活为显效; 关节功能显著改善, 基本恢复日常生活为有效; 关节功能没有改善, 日常生活受到较大影响为无效。)、心理状态(评估抑郁/焦虑心理, 应用工具为 SDS/SAS 自评量表^[8], 其中 SDS 量表包括 20 项, 采取 1-4 分计分, 临界值为 53 分, 分值越低则抑郁越轻微; SAS 量表包括 20 项, 采取 1-4 分计分, 临界值为 50 分, 分值越低则焦虑为轻微。)及生活质量(评估 4 项因子, 以 GQOL-74^[9]为工具, 涉及躯体功能、物质生活、心理、社会等功能, 各项分值越高越好。)等数据, 以评定效果。

1.4 分析数据

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

结果

2.1 对比关节功能、VAS 评分

2 组对比治疗后关节功能、VAS 评分等数据, 分析组均优于对比组($P<0.05$); 但干预前 2 组对比治疗前各评分的差异较小($P>0.05$)。如表 1 示。

表 1 2 组对比关节功能、VAS 评分($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	VAS		关节功能	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后

分析组	50	7.03±0.61	2.16±0.41	51.61±1.81	91.62±1.39
对比组	50	7.06±0.56	4.24±0.52	51.69±1.77	82.62±1.61
T 值		0.7765	5.8649	0.8457	5.7648
P 值		0.265	0.000	0.337	0.000

2.2 对比总有效率

2 组对比总有效率数据, 分析组高于对比组 ($P<0.05$)。如表 2 示。

表 2 2 组对比总有效率指标 [例 (%)]

组别	n	无效	有效	显效	总有效率 (%)
分析组	50	1 (2.00)	13 (26.00)	36 (72.00)	49 (98.00)
对比组	50	9 (18.00)	12 (24.00)	29 (58.00)	41 (82.00)
X2 值					6.3459
P 值					0.000

2.3 对比心理状态

2 组对比治疗后 SDS、SAS 评分等数据, 分析组优于对比组 ($P<0.05$); 但干预前 2 组对比治疗前各评分的差异较小 ($P>0.05$)。如表 3 示。

表 3 2 组对比心理状态指标 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	SDS		SAS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
分析组	50	56.27±7.92	20.69±2.09	60.49±7.17	25.47±2.05
对比组	50	55.69±8.07	42.09±5.03	60.29±7.08	41.13±5.04
T 值		0.5243	7.9244	0.4342	5.5342
P 值		0.416	0.000	0.521	0.000

2.4 对比生活质量

2 组对比生活质量数据, 分析组优于对比组 ($P<0.05$)。如表 4 示。

表 4 2 组对比生活质量指标 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	物质生活	躯体运动	心理功能	社会功能
分析组	50	78.53±3.64	77.58±3.35	78.46±4.49	79.55±3.32
对比组	50	61.27±2.44	60.27±2.73	61.57±2.96	62.57±3.24
T 值		18.6235	17.3202	18.0214	16.9563
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

3. 讨论

作为一种骨关节慢性病变, 老年 OA 的主要特点为关节原骨质增生和退行性关节软骨病变, 且发病的根本原因为关节软骨受损, 受损后的软骨无法将聚氨基葡萄糖和透明质酸等正常合成, 造成软骨基质软化, 且其强度和弹性逐渐丧失, 最终引起 OA^[10]。目前在治疗该病症时, 临床保守疗法为西药治疗, 尽管可对患者功能和症状加以改善, 但因患者病情易反复发作, 加之病程较长, 长时间使用西药也可产生一些副作用, 所以整体效果欠佳。而在中医学中, 该病症所属范畴为“骨痹”, 其是因机体关节内风湿寒邪等入侵, 造成气血长期瘀滞, 最终损伤筋骨, 导致肝肾不足而发病。所以中医治疗 OA 的原则主要为活血化瘀和温经通络。通过对患者实施中

医骨科康复治疗, 其疗法涉及康复训练、中药熏洗、推拿和针灸等手段, 其中中药熏洗可消肿止痛和活血化瘀; 推拿则可对病变部位以手法按摩, 可松解周围组织粘连, 促进患处血液循环和代谢, 可加速修复受损组织; 针灸可有效缓解疼痛, 促进局部血液循环; 康复锻炼可促进关节功能快速恢复^[12]。前述方法联合使用, 则可发挥疏通经络、消肿止痛活血化瘀等功效, 不仅有利于改善患者的疼痛症状和关节功能, 还有利于改善其身心健康状况, 进一步提升其生存质量。本文结果中, 2 组对比关节功能、VAS 评分等数据, 分析组均优于对比组 ($P<0.05$)。2 组对比总有效率数据, 分析组高于对比组 ($P<0.05$)。2 组对比 SDS、SAS 评分等数据, 分析组均低于对比组 ($P<0.05$)。2 组对比生活质量数据, 分析组均高于对比组 ($P<0.05$)。可见, 老年 OA 采取中医骨科康复治疗发挥着积极作用和显著优势。

综上, 老年 OA 采取中医骨科康复治疗能显著改善患者心理状态, 改善关节功能, 降低疼痛程度, 提高生活质量和治疗效果, 可推广使用。

参考文献:

[1]张治国. 中医骨科康复治疗方案在老年骨性关节炎中的应用效果[J]. 反射疗法与康复医学,2021,2(5):52-54.

[2]高旭宏. 中医骨科康复治疗老年骨性关节炎的临床效果[J]. 中国保健营养,2021,31(16):80,84.

[3]Nicoła Veronese, Giacomo Siri, Alberto Cella, et al. The Multidimensional Prognostic Index Predicts Falls in Older People: An 8-Year Longitudinal Cohort Study of the Osteoarthritis Initiative[J]. Journal of the American Medical Directors Association, 2020, 21(5):669-674.

[4]李晓. 中医骨科康复方案联合玻璃酸钠注射液治疗老年骨性关节炎的疗效[J]. 当代医药论丛,2021,19(6):74-76.

[5]王洪江,李文建. 中医骨科康复治疗老年人骨性关节炎的疗效[J]. 深圳中西医结合杂志,2021,31(4):68-69.

[6]曾仁宏. 中医骨科康复治疗老年骨性关节炎的临床效果分析[J]. 中外医学研究,2020,18(34):152-153.

[7]邓伟. 中医骨科康复治疗老年骨性关节炎的临床应用[J]. 中国社区医师,2020,36(6):88,90.

[8]吴少明,谢俊杰. 中医骨科康复治疗老年骨性关节炎的临床分析[J]. 中外医疗,2020,39(6):176-178.

[9]陈立新. 中医骨科康复治疗老年骨性关节炎临床研究[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(16):166,168.

[10]Komuravelly Shrivani, Chevireddy Surishika, Katam Ramkumar, et al. Assessment of psychiatric variables in geriatric patients diagnosed with different types of osteoarthritis: Radiographic-based evidences[J]. Archives of Mental Health, 2020, 21(2):95-100.

[11]曹晓玲. 中医骨科康复治疗老年骨性关节炎临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育,2021,19(7):94-96.

[12]孙秀华. 中医骨科康复治疗老年骨性关节炎临床效果研究[J]. 反射疗法与康复医学,2020,29(8):46-47.

香砂六君子汤联合西药治疗慢性胃炎的效果探究

张效红

肃省镇原县三岔中心卫生院 中医内科 744512

摘要：目的：分析对慢性胃炎患者通过合用西药与中药香砂六君子汤的治疗价值。方法：病例选取自 2021 年 1 月~2022 年 1 月我院，均确诊为慢性胃炎，共计 200 例，随机数字表法予以平均分组，即对照组、观察组，各组均为 100 例患者，对照组为常规西药治疗，观察组加用中医药香砂六君子汤治疗，就 2 组患者的中医证候积分、治疗总有效率、Hp 转阴率、疾病复发率、药物不良反应率等进行对比。结果：治疗总有效率观察组、对照组分别为 98.00%、81.00%， $P<0.05$ ；治疗前 2 组中医证候积分对比差异较小 $P>0.05$ ，治疗后中医证候积分 2 组均低于本组治疗前 $P<0.05$ ，且治疗后中医证候积分观察组低于对照组 $P<0.05$ ；Hp 转阴率观察组、对照组分别为 96.00%、78.00%， $P<0.05$ ；慢性胃炎复发率观察组、对照组分别为 3.00%、16.00%， $P<0.05$ ；药物不良反应率观察组、对照组分别为 3.00%、4.00%， $P>0.05$ 。结论：对于慢性胃炎患者合用西药、香砂六君子汤进行治疗可获得较为满意的临床疗效，可有效改善患者临床症状，促进 Hp 转阴，预防复发且安全性良好，该中西医结合用药方案值得应用与推广。

关键词：慢性胃炎；西药；中医；香砂六君子汤；价值

慢性胃炎是指在多种病因作用下所诱发的胃黏膜慢性炎症性疾病，患者的病理特征集中体现为淋巴细胞浸润，随病情进展还可产生胃黏膜腺体萎缩、化生，甚至上皮内瘤变，容易诱发胃癌。临床中慢性萎缩性较为常见，近年来的发病率较高，且伴随年龄增长其发病率呈现显著的上升趋势。慢性胃炎的发病与幽门螺杆菌（Hp）感染、十二指肠反流、不良饮食、自身免疫因素、长期吸烟、年龄增长、饮用浓茶、精神压力过大等因素有关，使得胃黏膜慢性反复损伤，胃黏膜屏障受到破坏。患者发病早期症状体现并不十分明显，随病情进展可产生上腹隐痛、反酸、恶心、食欲下降、身体消瘦、腹泻以及餐后饱胀等情况，胃黏膜糜烂者还可出现呕血、黑便等情况，慢性胃炎的病程长以及疾病复发率高，对于患者的心理健康以及工作生活构成较大影响^[1]。目前对慢性胃炎患者主要以西药治疗为主，然而单一西药应用的疗效个体化差异较大，近年来中西医结合用药方案在以慢性胃炎为代表的消化系统疾病治疗中应用广泛。以下将分析对于慢性胃炎患者合用香砂六君子汤及西药的治疗价值。

1 资料与方法

1.1 常规资料

病例选取自 2021 年 1 月~2022 年 1 月我院，均确诊为慢性胃炎，共计 200 例，随机数字表法予以平均分组，均为 100 例，观察组男、女分别为 53 例、47 例；年龄分布于 23~78 岁，均数（43.2±2.6）岁；病程为 6 个月~7 年，均数（3.2±0.5）年；体质量 45.5~82.6kg，均数（62.7±1.3）kg。对照组男、女分别为 51 例、49 例；年龄分布于 21~79 岁，均数（43.3±2.5）岁；病程为 8 个月~6 年，均数（3.3±0.4）年；体质量 45.3~82.8kg，均数（62.6±1.4）kg。2 组以上资料均有其可比性 $P>0.05$ 。

纳入标准：（1）通过临床症状观察、胃镜检查、实验室检查以及病理组织活检等确诊为慢性萎缩性胃炎；（2）幽门螺杆菌（Hp）检查结果为阳性；（3）中医证候分型为脾胃虚弱型，其主症包括胃脘胀满、喜按喜暖，次症为倦怠乏力、食少纳呆、气短懒言以及大便稀溏等，舌质淡以及脉细弱；（4）年龄 18~80 岁；（5）对研究方案知晓且获得知情同意；（6）相关临床资料完善；（7）可配合完成规范化药物治疗。排除标准：（1）对所纳入药物存在过敏等禁忌症者；（2）具有心肺肾等脏器功能病变者；（3）经检查具有胃黏膜重度异型增生者；（4）患有消化性溃疡者；（5）处于妊娠期、哺乳期患者；（6）用药依从性差或研究中途失访者。

1.2 方法

对照组为常规西药治疗，即采用抗幽门螺杆菌三联疗法，给予奥美拉唑口服，20mg/次、2 次/天；阿莫西林胶囊 1.0g/次、2 次/天；克拉霉素片

0.5g/次、2 次/天，上述药物均指导患者餐前服用，共计口服治疗 2 周；同期观察组加用中医药香砂六君子汤治疗，中药方剂如下，茯苓和党参均为 15g，砂仁、炙甘草、木香、陈皮、姜半夏以及白术均为 10g。在此基础上随症加减，例如具有血瘀腹痛表现者可添加丹参和延胡索各 15g，具有胃虚有热者添加竹茹和蒲公英各 10g，具有肝郁表现者添加香附 10g，具有胃气虚寒表现者添柿蒂 10g 以及丁香 5g，存在暖气症状者添加沉香 5g，具有胃阴不足表现者添加麦门冬和沙参各 10g，存在呕吐酸腐宿食者添加鸡内金和神曲各 10g。中药煎煮后取汁约 300ml，每日服用 1 剂，分 2 份在早晚餐前口服，共计治疗 2 周。叮嘱 2 组患者用药物治疗过程中保持清淡易消化的日常饮食，遵循少量多餐的进餐方式，并避免食用油腻、生冷和辛辣等各类具有刺激性食物，注意保暖，维持情绪平稳，并适当休息等。

1.3 评价准则

（1）就 2 组患者的治疗效果进行评估和对比，痊愈：患者的胃痛、反酸、恶心等症状体征完全或大部分消失，复查胃镜可见胃黏膜炎症完全消失，中医证候积分降低 $\geq 95\%$ ；显效：患者的症状、体征大部分消失，复查胃镜可见胃黏膜炎症显著改善，中医证候积分降低 70~94%；有效：患者的症状、体征缓解以及胃黏膜炎症出现好转，中医证候积分降低 30~69%；无效：患者的症状、体征以及胃黏膜炎症等情况无明显变化，中医证候积分降低 $<30\%$ 。（2）对 2 组患者进行中医证候评分，如胃脘疼痛、喜按喜暖、气短懒言、食少纳呆、倦怠乏力等，均计为 0~3 分，统计中医证候积分。（3）记录 2 组患者的 Hp 转阴率和随访 3 个月慢性胃炎复发率。（4）记录 2 组患者的药物不良反应，如便秘、恶心、皮疹、腹泻等。

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 临床疗效 2 组间相比

治疗总有效率观察组、对照组分别为 98.00%、81.00%， $P<0.05$ 。

表 1 临床疗效 2 组间相比[n(%)]

分组	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	100	37(37.00)	49(49.00)	12(12.00)	2(2.00)	98(98.00)
对照组	100	19(19.00)	36(36.00)	26(26.00)	19(19.00)	81(81.00)
χ^2 值		13.937	8.015	9.635	12.362	12.362

p 值	0.000	0.005	0.003	0.000	0.000
2.2 中医症候积分 2 组间相比					
治疗前 2 组中医症候积分对比差异较小 $P>0.05$, 治疗后中医症候积分 2 组均低于本组治疗前 $P<0.05$, 且治疗后中医症候积分观察组低于对照组 $P<0.05$ 。					
表 2 中医症候积分 2 组间相比 ($\bar{x} \pm s$, 分)					
分组	n	治疗前	治疗后	t 值	p 值
观察组	100	14.62 $\pm$ 3.52	2.69 $\pm$ 1.15	9.695	0.000
对照组	100	14.63 $\pm$ 3.50	5.06 $\pm$ 2.07	7.153	0.005
t 值		0.196	4.036	-	-
p 值		0.253	0.012	-	-

2.3 Hp 转阴率、慢性胃炎复发率 2 组间相比					
Hp 转阴率观察组、对照组分别为 96.00%、78.00%, $P<0.05$; 慢性胃炎复发率观察组、对照组分别为 3.00%、16.00%, $P<0.05$ 。					
表 3 Hp 转阴率、慢性胃炎复发率 2 组间相比[n(%)]					
分组	n	Hp 转阴率	慢性胃炎复发率		
观察组	100	96 (96.00)	3 (3.00)		
对照组	100	78 (78.00)	16 (16.00)		
χ^2 值		11.196	8.635		
p 值		0.000	0.007		

2.4 药物不良反应率 2 组间相比

药物不良反应率观察组、对照组分别为 3.00%、4.00%， P>0.05。

表 4 药物不良反应率 2 组间相比[n(%)]

分组	n	便秘	恶心	皮疹	腹泻	总计
观察组	100	0 (0.00)	2 (2.00)	0 (0.00)	1 (1.00)	3 (3.00)
对照组	100	1 (1.00)	1 (1.00)	1 (1.00)	1 (1.00)	4 (4.00)
χ^2 值		0.362	0.816	0.362	-	0.365
p 值		0.257	0.507	0.257	-	0.528

3 讨论

近年来伴随着人们饮食结构出现变化以及生活压力增加,以慢性胃炎为代表的慢性消化道疾病的发病率具有显著的上升趋势,由于慢性胃炎患者多数缺乏特异性的临床症状表现,在发病早期不易察觉,随着病情进展产生反酸、上腹隐痛、餐后饱胀等一系列消化到症状时病情已然较重,其治疗难度增加^{[2]~[3]}。近年来研究发现^{[4]~[5]},慢性胃炎的发病与诸多因素有关,其中 Hp 感染与慢性胃炎的发病紧密相关,除此以外不良饮食刺激、精神压力过大、气候变化、生活环境、药物应用不当等均与该疾病的发生有关^{[6]~[7]}。上述因素使得患者胃黏膜出现慢性炎症病变,由于 Hp 感染后可对患者胃黏膜造成慢性损伤并引起免疫反应,在慢性胃炎患者的治疗中需要彻底根除 Hp。目前以三联药物疗法为代表的抗 Hp 治疗方案应用广泛,其目的是根除 Hp 并抑制胃酸分泌,从而避免胃黏膜受损,改善患者的临床症状,促进病情康复。然而近年来 Hp 耐药性有所升高,所以常规西医疗法 Hp 根除率有所下降,还需探寻更为有效的综合治疗方案进一步提升 Hp 的根除率,促进患者病情康复。近年来中西医结合用药方案在临床疾病治疗领域应用广泛,本次研究中对于联合应用香砂六君子汤与西药在慢性胃炎患者中的治疗价值进行了观察和分析。

从本次研究结果可知,在常规西药治疗基础上加用中医药香砂六君子汤进行治疗,观察组的治疗总有效率明显提升,且高于同期对照组。这提示,该中西医结合用药方案能够有效提升慢性胃炎患者的整体治疗价值。祖国中医学将慢性胃炎归入到胃脘痛等范畴中,认为该疾病的发生多与患者的日常饮食不节或者外邪侵扰等有关,进而导致脾胃受损,患者的疾病本质在于本虚标实,在其治疗中可遵循和胃理气、活血止痛以及调胃顺脾的基本原则。中医药香砂六君子汤最早被记录于《太平惠民和剂局》中,是在中医药四君子汤基础上化裁而来,具备降胃气、强体本、运中气、安脾胃以及化湿浊等功效,方剂中包含甘草、党参、白术、木香、茯苓以及砂仁等中药^{[8]~[9]}。其中甘草有助于补中益气;应用党参有利于益气健脾;加用白术可促进健脾燥湿;加用木香有利于和胃止痛以及疏肝理气;加用茯苓和砂仁等中药能够健脾渗湿;加用丹参有助于活血行气。与此同时现代药理学研究发现,白术中含有的活性成分可增强机体免疫力发挥,可发挥抗氧化以及保护胃黏膜等作用^[10]。中药木香中的活性成分可有效缓解胃胀气、腹痛等症状,同时能够促进消化液的大量分泌,有利于改善患者的腹胀、腹痛等临床症状。中医药半夏、茯苓中的有效成分可增强机体免疫力,可发挥抗病毒、抗肿瘤等作用。本次研究显示,观察组治疗后的中医证候积分显著低于对照组,随访过程中 Hp 转阴率高于对照组,慢性胃炎复发率低于对照组,同时药物不良反应发生率较低。表明,香砂六君子汤与西药进行联合应用可有效提升慢性胃炎患者的治疗价值。

综上所述,对于慢性胃炎患者合用西药、香砂六君子汤进行治疗可获得较为满意的临床疗效,可有效改善患者临床症状并促进 Hp 转阴,预防复发,且安全性良好,该中西医结合用药方案值得应用与推广。

参考文献:

[1] 舒雪梅. 老年慢性胃炎患者采用香砂六君子汤联合克拉霉素、奥美拉唑等治疗的临床效果及 不良反应分析[J]. 家庭医药,2019, 26(6):189-190.

[2] 周艳,徐建华. 四逆散合香砂六君子汤联合西药治疗慢性胃炎效果观察[J]. 东方药膳,2021,15(13):217.

[3] 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,2021,15(31):87.

[4] 吴日亮,何成辉,陆小强,等. 中药热庵包联合香砂六君子汤治疗慢性胃炎与泮托拉唑治疗的效果对比研究[J]. 实用中医内科杂志,2021,35(3):16-18.

[5] 金晶. 香砂六君子汤联合温针灸法治疗脾胃虚寒型慢性胃炎的临床探索[J]. 药店周刊,2021,30(51):129-130,132.

[6] 苏洪学. 中西医结合方法治疗慢性胃炎的临床疗效分析[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2021,21(7):166-167.

[7] 吉各结呷. 加味香砂六君子汤联合西药治疗老年慢性胃炎的疗效分析[J]. 中国社区医师,2021,37(15):97-98.

[8] 卢杰昌. 香砂六君子汤加味联合中药封包治疗脾胃虚寒型慢性胃炎男性患者临床观察[J]. 福建中医药,2020,51(5):34-35,40.

[9] 王顺琴,王静文. 加味香砂六君子汤治疗伴有幽门螺杆菌感染的慢性萎缩性胃炎的疗效观察[J]. 甘肃科技,2020,36(21):117-119.

[10] 杨华杰,吴庆龙. 回顾分析幽门螺杆菌感染致脾胃虚弱型胃炎患者接受香砂六君子汤加味治疗的临床效果[J]. 临床医药文献电子杂志,2020,7(75):81-82.

四物汤配方颗粒治疗更年期功能性子宫出血的药学作用分析

刘淑德

广州市中山大学肿瘤防治中心药学部 51000

摘要：目的：分析四物汤配方颗粒治疗更年期功能性子宫出血的药学作用。方法：选取本院收治的更年期功能性子宫出血病患 84 例为本次观察对象，纳入时间自 2020 年 9 月~2021 年 9 月。根据治疗方案不同分组为参照组（n=42）、研究组（n=42），参照组开展常规西药治疗，研究组在常规西药治疗基础上开展四物汤配方颗粒治疗。对比两组更年期功能性子宫出血病患的疗效及对卵巢血流动力学、激素的影响。结果：研究组病患治疗总有效率 95.24%高于参照组 78.57%，治疗后 PSV、RI、EDV 等卵巢血流动力学指标值高于参照组，FSH、E2、LH 等激素指标值低于参照组，P<0.05。结论：四物汤配方颗粒用于更年期功能性子宫出血救治中可提升救治效果，并改善机体卵巢血流动力学、激素水平。

关键词：四物汤配方颗粒；更年期功能性子宫出血；卵巢血流动力学；激素

更年期是指女性绝经前后的生理阶段，多发于 40 岁~65 岁间，这一阶段，女性卵巢功能逐渐退化，且多伴有内分泌失调情况。而更年期功能性子宫出血为更年期常见妇科疾病的一种，以子宫无规律出血为主要疾病症状，需及时止血、调节机体内分泌以控制疾病症状。临床救治多采取去氧孕烯炔雌醇片，可快速止血，而四物汤配方颗粒亦符合塞流、复旧、澄源的中医救治要求^[1-3]。本次研究即分析四物汤配方颗粒应用于更年期功能性子宫出血病患中的临床价值。

1. 基线资料和方法

1.1 基线资料

选取本院收治的更年期功能性子宫出血病患 84 例为本次观察对象，纳入时间自 2020 年 9 月~2021 年 9 月。根据治疗方案不同分组为参照组（n=42）、研究组（n=42），参照组 42 例病患最低年龄为 42 岁，最高年龄为 57 岁，年龄均值为（51.36±2.17）岁，病程为 3 个月~21 个月，病程均值为（12.36±2.17）个月；研究组 42 例病患最低年龄为 41 岁，最高年龄为 56 岁，年龄均值为（51.17±2.21）岁，病程为 3 个月~20 个月，病程均值为（12.41±2.06）个月。两组更年期功能性子宫出血病患各基线资料（年龄、病程）经比较可知无明显差异（P>0.05）。

纳入标准：（1）经内分泌激素、宫腔镜、B 超等检查确诊为更年期功能性子宫出血；（2）临床资料完整；（3）病患及其家属知悉此次研究内容，自愿配合参与。

排除标准：（1）存在子宫内膜息肉、肌瘤、内膜癌等器质性病变；（2）对此次研究涉及用药不耐受或过敏；（3）存在沟通障碍、精神障碍；（4）合并其他脏器病变；（5）临床资料不完整。

1.2 方法

参照组开展常规西药治疗，即在对患者进行诊刮术后 1d 给予病患去氧孕烯炔雌醇片（Organon Ireland Ltd；国药准字 H20120041；规格：21 片）口服治疗，1 次/片，3 次/d，持续用药 3d 后，每隔 3d 递减 1/3 用量，逐渐减量至 1 片/d，后持续用药至 21d。治疗过程中，出血停止则可停药，而出血者及时向医生反馈出血量以便于作用药调整。

研究组在常规西药治疗基础上开展四物汤配方颗粒治疗，即四物颗粒（吉泰安药业有限公司；国药准字 Z20020016；规格：5g·9 袋）温开水冲服，5g/次，3 次/d，持续治疗 21d。

1.3 评价指标

评估、对比两组更年期功能性子宫出血病患疾病救治效果，疗效评估标准为：（1）显效：救治后病患疾病症状完全消失，经期、月经周期恢复正常，闭经或规律月经>3 次；（2）有效：救治后病患疾病症状明显改善，且经期、月经周期恢复正常，月经规律<3 次；（3）无效：阴道出血情况无

明显变化。治疗总有效率=（显效病例数+有效病例数）/总病例数×100.00%。

治疗前、后，以彩色多普勒超声对两组病患卵巢血流动力学指标进行测定，即卵巢间质血流收缩期阻力指数（RI）、血流值速度（PSV）、舒张末期流速（EDV）。

治疗前、后，测定两组病患激素指标水平，即取 3ml 空腹肘静脉血，离心后作血清分离处理，以化学发光法测定病患激素指标水平，即卵泡刺激素（FSH）、雌二醇（E2）、黄体生成激素（LH）。

1.4 数据处理

本文结果数据采取 SPSS21.0 处理、分析，计数数据以 n（%）形式表达，数据对比行 χ^2 检验；计量数据以（ $\bar{x} \pm s$ ）形式表示，数据比较行 t 检验。数据对比结果为 p<0.05，即表明数据比较结果差异显著，有统计学意义。

2. 结果

2.1 对比两组更年期功能性子宫出血病患疾病救治效果

研究组病患治疗总有效率 95.24%高于参照组 78.57%，P<0.05。具体见下表 1。

表 1.对比两组更年期功能性子宫出血病患疾病救治效果[n(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效
参照组 (n=42)	15 (35.71)	18 (42.86)	9 (21.43)	33 (78.57)
研究组 (n=42)	17 (40.48)	23 (54.76)	2 (4.76)	40 (95.24)
χ^2	-	-	-	5.1258
P	-	-	-	0.0236

2.2 治疗前、后两组更年期功能性子宫出血病患卵巢血流动力学指标水平对比

研究组病患治疗后 PSV、RI、EDV 等卵巢血流动力学指标值高于参照组，P<0.05。具体见下表 2。

表 2.治疗前、后两组更年期功能性子宫出血病患卵巢血流动力学指标水平对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	时间	PSV(cm/s)	EDV(cm/s)	RI
参照组 (n=42)	治疗前	8.12±1.23	2.54±0.31	0.99±0.11
	治疗后	9.21±1.14	3.01±0.47	0.87±0.12

研究组 (n=42)	治疗前	8.08±1.18	2.52±0.35	0.99±0.13
	治疗后	10.72±1.25	3.78±0.51	0.73±0.06
T 治疗后		5.7844	7.1952	6.7626
P 治疗后		0.0001	0.0001	0.0001

2.3 治疗前、后两组更年期功能性子宫出血病患激素指标水平对比
研究组病患治疗后 FSH、E2、LH 等激素指标值低于参照组, P<0.05。
具体见下表 3。

表 3. 治疗前、后两组更年期功能性子宫出血病患激素指标水平对比 ($\bar{x} \pm S$)

组别	时间	FSH (U/L)	E2 (pmol/L)	LH (U/L)
参照组 (n=42)	治疗前	7.01±1.89	299.12±10.06	8.01±1.21
	治疗后	6.12±1.75	275.45±10.47	7.21±1.33
研究组 (n=42)	治疗前	7.12±1.83	299.36±10.45	8.02±1.24
	治疗后	5.05±1.63	263.14±9.88	6.13±1.41
T 治疗后		2.8996	5.5418	3.6111
P 治疗后		0.0048	0.0001	0.0001

3. 讨论

女性正常子宫出血(月经)是指机体卵巢激素周期性调节下, 子宫内膜周期性脱落、出血情况, 正常月经周期为 21d~35d, 每次月经持续时间为 2d~8d, 每次月经出血量为 20ml~60ml。而功能性子宫出血亦称为异常子宫出血, 是指女性月经频率、经期出血量、规律性、月经持续时间出现异常情况, 于妇科疾病中较为常见, 且多见于更年期女性中^[4-6]。更年期功能性子宫出血的主要发病原因为机体卵巢功能退化、神经内分泌失调, 致使排卵受阻、激素周期变化, 主要疾病症状为子宫无规律出血, 需及时展开有效救治以尽快止血, 避免贫血、内分泌失调及其他脏器情况发生^[7-9]。

临床救治更年期功能性子宫出血多采取去氧孕烯炔雌醇片, 去氧孕烯炔雌醇片有强孕激素受体亲和力, 可有效抑制垂体-性腺轴排卵, 达到快速止血效果, 且炔雌醇可修复机体不完全脱离的子宫内膜, 有利于月经周期调节^[10-12]。而为进一步提升救治效果, 考虑在此基础上联合用药。于中医范畴, 更年期功能性子宫出血属“崩漏”, 因肾冲任不固所致子宫藏泄失常, 临床救治需以塞流、复旧、澄源为主, 而四物汤配方颗粒符合这一救治要求。四物汤配方颗粒主要成分为川芎、当归、熟地黄、白芍等, 主要功效为补血和血、调经化瘀、补气益血、止血固崩。在常规西药治疗基础上对更年期功能性子宫出血患者施行四物汤配方颗粒治疗, 在提升疗效同时, 可进一步改善病患的卵巢血流动力学、激素水平^[13-14]。研究组病患治疗总有效率高于参照组, 治疗后卵巢血流动力学指标 (PSV、RI、EDV) 值高于参照组, 激素指标 (FSH、E2、LH) 值低于参照组, P<0.05。杜国华的研究《四物汤配方颗粒治疗更年期功能性子宫出血的效果及安全性研究》^[15]结果表明, 相较于开展常规西药治疗的对照组病患, 于常规西药治疗基础上施行四物汤配方颗粒治疗的观察组更年期功能性子宫出血病患治疗总有效率更高, 组间比较差异有统计学意义 (P<0.05)。这一结论与本文相似, 有可参考性。

综上所述, 四物汤配方颗粒治疗更年期功能性子宫出血病患, 提升救治效果同时可有效改善机体卵巢血流动力学、激素水平, 效果显著。

参考文献:

[1]马洪艳. 四物汤配方颗粒治疗更年期功能性子宫出血的疗效评价[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2017, 4(24): 125, 127.

[2]柴媛. 探究卡前列素氨丁三醇注射液治疗子宫收缩乏力性产后出血的临床效果[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(8): 178-180.

[3]WANG HE CHEN, BAO YONG RUI, WANG SHUAI, et al. Simultaneous determination of eight bioactive components of Cirsium setosum Cirsium setosum Cirsium setosum flavonoids in rat plasma using triple quadrupole LC/MS and its application to a pharmacokinetic study[J]. Biomedical Chromatography: An International Journal Devoted to Research in Chromatographic Methodologies and Their Applications in the Biosciences, 2019, 33(11): e4632.

[4]何丹, 万丹, 舒骏, 等. 四物汤物质基础、药理作用及临床应用研究进展[J]. 中药药理与临床, 2020, 36(6): 221-229.

[5]朱洪承, 李玲, 周佳, 等. 胶艾四物汤对剖宫产术后子宫收缩乏力性出血患者凝血功能和卵巢功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(14): 1552-1555.

[6]CHI JING ZUO, YANYAN ZHANG, JICHEN WANG, et al. Deciphering the intervention mechanism of Taohong Siwu Decoction following the abnormal uterine bleeding rats based on serum metabolic profiles[J]. Journal of Pharmaceutical and Biomedical Analysis: An International Journal on All Drug-Related Topics in Pharmaceutical, Biomedical and Clinical Analysis, 2019, 170204-214.

[7]全燕, 刘忠玉, 张永萍. 失笑散合四物汤加减治疗无痛放置宫内节育器后子宫异常出血疗效观察[J]. 陕西中医, 2017, 38(10): 1331-1332.

[8]伍军军, 曹崇波, 陈剑波, 等. 胶艾汤与四物汤对子宫出血大鼠模型出血量及性激素的影响[J]. 吉林中医药, 2018, 38(3): 313-316.

[9]王继陈, 韩岚, 张艳艳, 等. 桃红四物汤调节不完全流产大鼠子宫组织氧化应激诱导的细胞凋亡作用研究[J]. 中南药学, 2019, 17(3): 409-414.

[10]ZHANG, YANYAN, WANG, JICHEN, ZUO, CHI JING, et al. Protective Effect of Taohong Siwu Decoction on Abnormal Uterine Bleeding Induced by Incomplete Medical Abortion in Rats during Early Pregnancy[J]. Chemical and Pharmaceutical Bulletin, 2018, 66(7): 708-713.

[11]曾晓明, 周桃花, 李贞晶. 李氏调经固冲止血汤治疗功能性子宫出血的效果及对月经量、出血时间的影响[J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14(8): 93-95.

[12]朱曙明, 应晓萍. 现代医学常规疗法联合固冲止血汤、耳穴贴压法治疗青春期功能性子宫出血临床研究[J]. 新中医, 2021, 53(21): 142-146.

[13]柳丽君. 雌二醇片/雌二醇地屈孕酮片复合药物在异常子宫出血治疗中的应用效果[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(12): 163-165.

[14]常改芝. 不同药物联合应用米非司酮终止瘢痕子宫中期妊娠的效果评价[J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(14): 202-202, 203.

[15]杜国华. 四物汤配方颗粒治疗更年期功能性子宫出血的效果及安全性研究[J]. 中国农村卫生, 2018(14): 55.

作者简介: 刘淑德, 女, 1980.11 出生, 本科, 汉族, 潮州, 药师。

血府逐瘀口服液治疗原发性痛经的药学效果评价

周春娜

海军军医大学第一附属医院药剂科 上海市杨浦区 200433

摘要：目的：研究血府逐瘀口服液治疗原发性痛经的药学效果。方法：本次纳入 2020 年 2 月至 2021 年 1 月期间在本院就诊的 120 例原发性痛经患者展开研究，按照掷硬币法进行分组，对照组（字面）60 例实施吲哚美辛治疗，观察组（花面）60 例施以血府逐瘀口服液治疗。比较两组的治疗效果。结果：观察组用药后的 PI、RI、PGF2 α 低于对照组，PGE2 高于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组用药后的 VAS 评分、中医证候积分以及复发率均低于对照组，临床总有效率高于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）；不良反应组间比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。结论：对原发性痛经患者实施血府逐瘀口服液治疗安全有效，可有效改善子宫动脉血流以及临床症状，镇痛效果显著且预后良好。

关键词：原发性痛经；血府逐瘀口服液；药学

痛经为妇科病中比较多见的一种，其中原发性痛经在未婚未育的女性中更为多发^[1]，患者会出现腹部疼痛、腰痛等症状，严重者还会出现面色苍白、恶心呕吐甚至是晕厥等表现，发作后会对患者的生活及工作产生较大的影响^[2,3]。在原发性痛经的治疗中，西医多采用非甾体类止痛药、避孕药等，虽然能够在短期内发挥止痛作用，但治标不治本，在停药后仍容易复发，且避孕药镇痛方法并不适合应用在未婚或存在生育要求的女性中^[4]，因此需要寻找更加理想的治疗方案。中医药在该病治疗中具有独特的优势，长期治疗可标本兼治且安全性高。血府逐瘀口服液具有活血散瘀、行气止痛等效果。本文选择 120 例 2020.2-2021.1 本院收治的该病患者进行观察，进一步研究血府逐瘀口服液的实施效果。

1 资料和方法

1.1 资料

从 2020 年 2 月至 2021 年 1 月在本院就诊的原发性痛经患者中选取 120 例，以掷硬币法为依据，字面为对照组，花面为观察组。

诊断标准：西医以《妇产科学》中有关标准为参照；中医以《中医妇科学》中有关标准参照，辨证为气滞血瘀型。

纳入标准：（1）未存在盆腔器质性改变者；（2）月经周期正常者；（3）精神状态良好，自愿参与此次研究并配合随访者。

排除标准：（1）存在重要脏器功能不全者；（2）存在血液系统疾病者；（3）近 1 个月内接受过其他治疗者；（4）过敏体质或对相关药物过敏者。

对照组（n=60）：年龄为 19-43 岁，年龄平均值（29.52 $\pm$ 2.20）岁。病程为 2-9 年，病程均值为（5.64 $\pm$ 1.05）年。疼痛程度：轻度 20 例，中度 37 例，重度 3 例。

观察组（n=60）：年龄为 20-45 岁，年龄平均值（29.60 $\pm$ 2.31）岁。病程为 3-11 年，病程均值为（5.76 $\pm$ 1.12）年。疼痛程度：轻度 21 例，中度 35 例，重度 4 例。

组间一般资料具有可比性（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

对照组：吲哚美辛。吲哚美辛每次口服一片，一日三次。于经期前 3d 开始，持续用药 4d 直至月经来潮第一天。

观察组：血府逐瘀口服液。根据基础体温（BBT）上升情况，在经期前两周开始，口服血府逐瘀口服液 1 次 1 支，一日两次，直至月经来潮第 1 或 2 天。

两组均进行 2 个疗程（一个疗程为 3 个月经周期）。

1.3 评价指标及判定标准

（1）在用药前、用药后应用彩色多普勒超声测定两组患者的子宫动脉血流情况，即血液搏动指数（PI）、阻力指数（RI）。同时采集两组患者空腹静脉血 4mL，经离心处理获得上清液，应用酶联免疫吸附法测定血清前列腺素 E2（PGE2）、前列腺素 F2 α （PGF2 α ）。

（2）在用药前、用药后对两组患者的痛经程度进行评估，评估工具为视觉模拟评分法（VAS）。其中 0 分表示无痛，轻度、中度、重度疼痛依次对应 1-3 分、4-6 分、7-10 分。同时对中医证候（面色苍白、小腹冷痛、四肢寒冷、血色紫暗、血块）进行评分，0 分表示正常，2 分为轻度，4 分为中度，6 分为重度。总分为各症状得分之和。

（3）随访 6 个月后进行临床疗效评估，其中临床症状消失，且中医证候积分减分率 $\geq 95\%$ ，即为痊愈；临床症状基本消失，中医证候积分减分率为 50%~ $<95\%$ ，即为显效；临床症状改善，中医证候积分减分率为 30%~ $<50\%$ ，对日常生活和工作存在一定影响，即为有效；以上标准均未得到达到，则为无效。总有效率=（60 例-无效例数）/60 例 $\times 100\%$ 。

（4）记录治疗期间两组患者出现的不良反应情况。随访 6 个月，计算复发率。

1.4 统计学处理

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

2 结果

2.1 子宫动脉血流情况及血清学指标

用药后，两组患者的 PI、RI、PGE2、PGF2 α 同用药前相比存在较大差异（ $P<0.05$ ），观察组的 PI、RI、PGF2 α 均比对照组数据更低，PGE2 较对照组更高， $P<0.05$ 。

见表 1 所示：

表 1：对比两组的子宫动脉血流情况及血清学指标

组别	PI		RI		PGE2（pg/mL）		PGF2 α （pg/mL）	
	用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后
对照组（n=60）	3.72 $\pm$ 0.68	2.84 $\pm$ 0.50	1.14 $\pm$ 0.20	0.80 $\pm$ 0.16	3.01 $\pm$ 0.46	4.83 $\pm$ 0.95	92.27 $\pm$ 19.69	74.80 $\pm$ 15.26
观察组（n=60）	3.79 $\pm$ 0.73	1.96 $\pm$ 0.35	1.20 $\pm$ 0.22	0.52 $\pm$ 0.12	2.97 $\pm$ 0.54	6.08 $\pm$ 1.18	92.38 $\pm$ 19.74	61.05 $\pm$ 11.58
t 值	0.543	11.169	1.563	10.844	0.437	6.392	0.031	5.560
P 值	0.588	0.001	0.121	0.001	0.663	0.001	0.976	0.001

注：组内用药前、用药后数据对比，* $P<0.05$ 。

如表 2 所示：

2.2 VAS 评分和中医证候积分

用药后，两组患者的 VAS 评分和中医证候积分均较用药前下降（ $P<0.05$ ），观察组的两项指标分值均比对照组更低（ $P<0.05$ ）。

表 2：比较各组的 VAS 评分和中医证候积分

组别	VAS 评分（分）		中医证候积分（分）	
	用药前	用药后	用药前	用药后

对照组 (n=60)	5.49±1.22	1.07±0.24*	22.27±2.66	12.05±1.52*
观察组 (n=60)	5.54±1.26	0.58±0.11*	22.34±2.70	7.41±0.76*
t 值	0.221	14.377	0.143	21.149
P 值	0.826	0.001	0.887	0.001

注：组内用药前、用药后数据对比，*P<0.05。

2.3 临床疗效

对照组的总有效率较观察组更低（P<0.05）。

如表 3 所示：

表 3：比较各组的临床疗效[n（%）]

组别	例数	无效	有效	显效	痊愈	总有效
对照组	60	9（15.00）	16（26.67）	20（33.33）	15（25.00）	51（85.00）
观察组	60	2（3.33）	12（20.00）	14（23.33）	32（53.33）	58（96.67）
X ² 值	-	-	-	-	-	4.904
P 值	-	-	-	-	-	0.027

2.4 不良反应发生情况和复发率

组间不良反应发生率比较差异微小（P>0.05），观察组复发率较对照组数据更低（P<0.05）。

如表 4 所示：

表 4：比较各组的不良反应发生情况和复发率[n（%）]

组别	例数	胃肠道反应	胃部隐痛	总发生	复发率
对照组	60	1（1.67）	1（1.67）	2（3.33）	13.73（7/51）
观察组	60	1（1.67）	0（0.00）	1（1.67）	3.45（1/58）
X ² 值	-	-	-	0.342	5.747
P 值	-	-	-	0.559	0.017

3 讨论

原发性痛经又称之为功能性痛经，是伴随经期出现的小腹疼痛及不适症状^[5]。原发性痛经的发生主要同代谢紊乱、子宫内血流不畅、子宫舒张收缩过度等相关。子宫过度舒张、子宫收缩速度加快会增加宫缩压力，引起子宫内缺氧缺血，堆积了过多的酸性代谢产物，进而引起痛经^[6]。PI、RI 可对子宫内血流供应表达情况进行反映，数值越高，则说明血流速度越慢及局部组织血供越少。原发性痛经患者的子宫动脉血流增加、血供减少，促使子宫动脉血流存在高阻低速情况，引起子宫异常痉挛性收缩，故会导致痛经^[7]。同时前列腺素增多也与该病的发生存在关联，PGE2、PGF2α 分别介导子宫正常舒张、收缩，其中 PGF2α 还可增高子宫张力，减少血流。PGF2α 的增加会导致 PKC 通路激活，在子宫平滑肌发挥作用，促进子宫收缩及子宫内血流异常，出现局部组织缺血情况，出现自主神经疼痛纤维反应异常情况，故会诱发痛经。PGE2 能够对收缩期子宫平滑肌痉挛状况进行改善，从而有助于痛经症状得到缓解。故监测 PGE2、PGF2α 能够对痛经程度、疗效进行评估。

咧咪美辛能够有效缓解原发性痛经患者的疼痛症状，但是长期应用会出现依赖性，增加不良反应发生风险，且停药后仍存在复发可能性，故临床应用存在局限性。中医将原发性痛经纳入“经行腹痛”范畴^[8]，认为气滞血瘀、寒凝湿热瘀阻、肝肾亏虚等有关，其中气滞血瘀型比较常见，因此需要辨证施治^[9,10]。针对气滞血瘀型原发性痛经，应以行气止痛、养血活血、温经散瘀为主要原则。血府逐瘀汤剂在妇科疾病治疗中具有较好的效果^[11,12]。血府逐瘀口服液同血府逐瘀汤剂相比更方便携带和服用，可提升患者的服药依从性。

血府逐瘀口服液采用了多种中药材，其中桃仁、红花可活血祛瘀；当归可补血活血、调经止痛；川芎可行气活血、解郁止痛；地黄可补血滋阴；赤芍可散瘀止痛、活血凉血；牛膝具有逐瘀通经、引血下行等效果；柴胡可行气止痛、调经；枳壳可理气行滞、消胀；桔梗可载药上行；甘草可补

脾益气、缓急止痛。诸药配伍能够发挥疏肝解郁、益气活血、调经止痛、散瘀生新的效果。现代药理学表明，桃仁具有抗血凝、抗血栓等作用，还可促进患者免疫力的增强^[13]。红花能够扩张血管和改善微循环，发挥破瘀通经效果。当归中的挥发油可促进患者血栓塞 a2 与前列素的比值提高，并释放 5-羟色胺，对血小板聚集进行抑制，促使血液循环障碍得到改善，有助于子宫动脉血流速率的提高，同时当归提取物可通过调节雌二醇和孕酮的平衡来起到止痛作用。川芎与当归配伍能够对子宫中雌二醇等表达水平进行抑制，起到缓急止痛效果。地黄可对中枢神经系统进行抑制，起到镇静作用，并有助于造血功能的增强。赤芍中的芍药苷等成分可使患者子宫组织内的 PGF2α 含量减少，促进子宫供血情况的改善。牛膝能够有效改善血液循环及血液黏稠度，提高患者免疫力。柴胡通过抑制中枢神经系统可起到镇静镇痛、安定等效果。枳壳可作用于子宫平滑肌，有效抑制子宫痉挛性收缩。甘草中的异体甘草素可对一氧化氮酶、钙离子通道进行抑制，促使子宫肌松弛，起到缓解痛经的作用。

此次研究数据显示，观察组的 PI、RI、PGE2、PGF2α 改善幅度均大于对照组，VAS 评分、中医证候积分下降幅度更大，总有效率更高且不良反应轻微，复发比例更低，充分说明了血府逐瘀口服液的疗效较西药治疗更显著。分析原因在于，血府逐瘀口服液通过对卵巢激素、PGE2、PGF2α 进行调节，可促进降钙素基因相关肽的合成、释放，可改善子宫肌痉挛情况，有助于子宫血管舒张，因此能够改善子宫血流灌注，减轻痛经症状^[14]。同时血府逐瘀口服液能够对患者整体情况进行调理，增强患者体质，副作用小，具有根治效果，故治疗后复发率低。而咧咪美辛虽然能促进患者腹痛等症状得到一定缓解，但远期效果并不理想。

总而言之，血府逐瘀口服液适合推广应用在原发性痛经患者的治疗中，能够较好地缓解临床症状，具有较高的有效性及安全性。

参考文献：

[1]朱美文,袁晴,朗苗苗,等.痛经方治疗原发性痛经临床观察[J].吉林中医药,2019,39(5):621-624.

[2]孙兰,李家春,王振中.中药防治原发性痛经机制研究进展[J].中医药信息,2019,36(4):109-112.

[3]周红.辨证分期治疗不同程度原发性痛经[J].中医学报,2018,33(12):2470-2473.

[4]万真真,孙皎,孙丹,等.芳香疗法在原发性痛经患者中的应用进展[J].护理学杂志,2020,35(4):93-96.

[5]张永芬.复方益母胶囊治疗原发性痛经的疗效观察[J].内蒙古中医药,2020,39(8):20-22.

[6]王晓莉,刘慧杰,于增瑞,等.柴附青金汤治疗原发性痛经气滞血瘀证疗效研究[J].陕西中医,2020,41(12):1704-1707.

[7]范强芳,王凤英,李灿华,等.中药隔姜灸治疗中重度原发性痛经临床研究[J].针灸临床杂志,2020,36(6):51-55.

[8]兰玉冰,王冬梅.桃红四物汤加味联合温经汤治疗原发性痛经 180 例[J].光明中医,2020,35(9):1282-1285.

[9]李晶晶,李丹丹,阮迪,等.逐瘀温经汤配合振腹法治疗原发性痛经[J].吉林中医药,2019,39(8):1037-1040.

[10]沈金凤,刘妍.当归芍药颗粒治疗原发性痛经临床观察[J].西部中医药,2019,32(6):69-71.

[11]庞兰.血府逐瘀汤加减治疗子宫内位症痛经的临床观察[J].内蒙古中医药,2020,39(7):40-41.

[12]杨英.探讨血府逐瘀汤在中医妇科中的临床应用[J].中国现代药物应用,2020,14(13):216-217.

[13]谭志平,陈观尚,林玲莉,蒿苓清胆汤联合血府逐瘀胶囊对盆腔炎疾病所致痛经患者血清 Th1/Th2 和 GM-CSF 水平的影响[J].广东医科大学学报,2019,37(6):647-650.

[14]黄群,林辉,王萍,等.痛经贴合血府逐瘀颗粒对原发性痛经寒凝血瘀证患者血清 PGE2、PGF2α 的影响[J].中医药导报,2018,24(1):99-101.

中医养生与体质辨证理论下的饮食指导对慢性病的影响

刘曦昀¹ 刘杰²

1.乐山职业技术学院医学系 614000; 2.乐山市中医医院 肾病科 614000

摘要:目的:探究中医养生与体质辨证理论下的饮食指导对慢性病的影响。方法:选取乐山市中医医院2019年4月~2021年4月收治的88例慢性病患者作为研究对象,按照随机数字表法分为常规组(44例)与中医养生组(44例),常规组采用常规护理方法,中医养生组采用中医养生与体质辨证理论下的饮食指导干预方法。比较两组患者生活质量、慢性病知识知晓情况、疾病复发率、身体健康指标。结果:中医养生组患者生活质量显著优于常规组,具可比性($P<0.05$);中医养生组患者慢性病知识知晓评分显著高于常规组,具可比性($P<0.05$);中医养生组患者疾病复发率显著低于常规组,具可比性($P<0.05$);中医养生组患者身体健康指标显著优于常规组($P<0.05$)。结论:对慢性病患者采用中医养生与体质辨证理论下的饮食指导可提升患者生活质量,提升患者慢性病知识知晓情况,改善患者身体指标,降低疾病复发率,值得推广。

关键词:中医养生;体质辨证理论;饮食指导;慢性病

由于人们的生活节奏越来越快,人们的生活压力逐渐增大,且我国人口老龄化问题逐渐加剧,导致慢性病的发病率逐渐提升。慢性病已经成为我国卫生部门重点关注的问题^[1]。其中高血压、糖尿病及冠心病等一系列的慢性病对患者的生活质量产生一定影响,危害了患者的身体健康,并需要患者长期坚持用药,在此基础上还应保持良好的生活习惯^[2]。对于常见的慢性病来说,需要患者了解疾病相关知识,掌握疾病护理技巧,并注意日常饮食,保持营养均衡,避免饮食不科学带来的相关疾病危害,加重病情。因此,为慢性病患者提供良好的饮食指导是十分重要的,而在中医养生与体质辨证理论下的饮食指导是一种以健康为目的,通过自我调理的综合保健措施^[3]。从中医的角度出发,根据阴阳气血变化以及脏腑盛衰的情况对患者进行饮食上的调理。本研究以88例慢性病患者为研究对象,意在分析中医养生与体质辨证理论下的饮食指导对慢性病的影响,具体报告下述。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

研究选取乐山市中医医院收治的慢性病患者共88例,收治时间(2019.4-2021.4),将患者采取随机数字表的方式分为中医养生组与常规组。其中常规组44例,其中男性患者为23例,女性患者为21例,其年龄集中在47-79岁之间,均值(62.42±1.54)岁;体重49.20-88.30kg,平均(57.83±1.24)kg。病程2-13年,平均(5.72±1.55)年;高血压20例,糖尿病14例,冠心病10例。中医养生组44例,其中男性患者为22例,女性患者为22例,其年龄集中在48-80岁之间,均值(62.43±1.55)岁;体重49.3-88.4kg,平均(57.84±1.26)kg;病程3-14年,平均(5.73±1.57)年;高血压19例,糖尿病13例,冠心病12例。组间数据对比无统计学差异($P>0.05$),可比。研究经伦理委员会批准。

纳入标准:患者均符合高血压、糖尿病或冠心病三大慢性疾病诊断标准之一;慢性病超过两年;患者同意医学观察。

排除标准:排除中枢神经损伤及免疫系统疾病者;排除沟通障碍及不配合者;排除严重的恶性肿瘤者。

1.2 方法

常规组:给予常规护理干预,对患者进行健康指导,告知患者用药方法及疾病相关知识,并提供基础饮食指导。

中医养生组:给予中医养生与体质辨证理论下的饮食指导干预。(1)健康宣教:对患者讲述慢性病相关知识,健康宣教方式保证多元化,通过网络、广播等途径进行宣传,并为患者发放相关健康手册,包含详细的慢性病知识,涉及到疾病发生原因,影响因素及日常护理方法。并推出中医养生理念,使患者对中医养生有详细的了解,提升患者的认知度,加强患

者自我保健意识。(2)针对性健康指导:结合患者的实际病情为患者的个性化情况提供中医养生饮食指导等。对于不同类型的慢性病患者进行分类,了解患者的体质状况,并实施相关生活指导,针对患者的疾病特点给予科学的饮食方案,告知患者健康饮食的重要性,并帮助患者养成良好的生活习惯,进行相应运动指导及养生知识宣传等。使患者建立起中医养生意识。为患者讲述相应的饮食方案原理,告知患者饮食方案需要结合季节的变化及疾病特点进行调整,在春季需要加强养心、固肾,夏季应祛湿、清肠,秋季应补肺、润肺,冬季应补肾固元等。(3)中医养生演示:指导患者各种中医养生形式及具体操作方式,包括拔罐、穴位按摩、艾灸、刮痧等,并告知患者相应养生小技巧,如梳头、转目、搓足心等,使患者将养生技巧实施到的日常生活中。

1.3 观察指标

比较两组患者生活质量、慢性病知识知晓情况、疾病复发率、身体健康指标。

(1)生活质量:结合患者生活质量综合评定量表-74(GQOLI-74),包括物质生活、躯体功能、心理功能、社会功能,评分越高,代表生活质量越好。

(2)慢性病知识知晓情况:对患者发放调查问卷,了解患者认知情况,其中包括用药安全、日常护理、保健方法及饮食方案等,每项内容分值为25分,分数与患者认知水平成正比。

(3)疾病复发率:包括高血压、糖尿病、冠心病复发情况。

(4)身体健康指标:观察患者收缩压、舒张压、餐后血糖、总胆固醇。

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 生活质量

中医养生组患者生活质量显著优于常规组,具可比性($P<0.05$)。见表1。

表1 两组患者护理后GQOLI-74评分对比($\bar{x} \pm s$;分)

组别	物质生活	心理功能	躯体功能	社会功能
中医养生组	92.52±1.53	93.42±1.79	92.88±1.73	92.36±1.39
n=44				

常规组 <i>n</i> =44	86.64±1.31	84.52±1.64	87.20±1.32	86.19±1.72	
	<i>t</i>	19.364	24.318	17.314	18.507
<i>P</i>	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	

2.2 慢性病知识知晓情况

中医养生组患者慢性病知识知晓评分显著高于常规组，具可比性（ $P<0.05$ ）。见表2。

表2 两组患者慢性病知识知晓评分对比（ $\bar{x}\pm s$ ；分）

组别	用药安全	日常护理	保健方法	饮食 方案
中医养生 组 <i>n</i> =44	21.33±1.27	23.41±1.11	22.06±1.16	22.07±1.18
常规组 <i>n</i> =44	16.53±1.41	15.62±1.95	17.38±1.63	17.57±1.42
<i>t</i>	16.779	23.029	15.517	16.167
<i>P</i>	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 疾病复发率

中医养生组患者疾病复发率显著低于常规组，具可比性（ $P<0.05$ ）。见表3。

表3 两组患者疾病复发率对比（%）

组别	高血压	糖尿病	冠心病	总复 发率
中医养生 组 <i>n</i> =44	1(2.27)	1(2.28)	1(2.27)	3(6.82)
常规组 <i>n</i> =44	4(9.09)	3(6.82)	4(9.09)	11(25.00)
χ^2	-	-	-	5.436
<i>P</i>	-	-	-	0.020

2.2 身体健康指标

中医养生组患者身体健康指标显著优于常规组，具可比性（ $P<0.05$ ）。见表4。

表4 两组患者身体健康指标对比（ $\bar{X}\pm s$ ）

组别	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)	餐后血糖 (mmol/L)	总胆固醇 (mmol/L)
中医养生 组 <i>n</i> =44	130.32±1.53	73.45±1.31	10.46±0.16	6.45±0.08
常规组 <i>n</i> =44	137.03±1.64	85.62±0.95	12.31±0.13	5.09±0.12
<i>T</i>	19.845	49.886	59.526	62.551
<i>P</i>	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

3. 讨论

在经济不断发展的过程中，人们的生活水平显著提升，而心血管疾病以及糖尿病等慢性疾病的发病率逐渐提升，对人们的身体健康产生较大威胁。此类慢性病的发生均与人们的饮食习惯及生活习惯有较大联系^[4]。同时，慢性病的影响因素有很多，缺乏运动以及不合理饮食都是造成患者慢性病的主要原因，其中饮食因素的影响程度最为突出。若在日常饮食中摄入过多的油、盐，缺少豆奶制品的摄入则会使患者营养摄入不均衡，并会对患者身体血液系统及相关指标造成影响。对于此种现象，需要加强对患者的饮食指导。

中医养生方法及体质辩证理论对患者饮食指导有重要帮助，由于人们摄取营养的主要方式为饮食，通过合理饮食可以维持人们正常生长发育，满足人体的营养元素需求，促进人们良好的实施相应生理活动。其中，中医养生是以中医相应理论为指导，注重生理及心理的协调，并且帮助患者预防疾病，进行综合调养。同时，还可根据人体个性化差异，实施不同的调养方案。而人的体质与先天遗传及后天均有关系，在中医体质辩证理论中，强调人体体质有强弱之分，并且体质的差异可以影响人们对疾病的抵抗能力。在《素问通评虚实论》^[5]中提到，若人们的饮食失衡则会引发糖尿病及心脑血管等疾病的发生。所以需要针对不同人群实施相应变质论治，使其阴平阳秘。结合本次实验研究，以88例慢性病患者为研究对象，中医养生组患者生活质量显著高于常规组（ $P<0.05$ ），表明中医养生与体质辩证与体质辩证理论可以改善患者生活质量。在实际的护理工作中加强对患者的健康教育，并结合患者疾病特征，给予相应饮食指导、运动指导以及日常生活指导，帮助患者建立良好的中医养生观念，并在饮食指导中结合季节变化，对患者讲述饮食原理，使患者的自我调养能力提升，并通过对患者指导相应养生小技巧，使患者生活质量得到明显改善。中医养生组患者慢性病知识知晓情况显著优于常规组（ $P<0.05$ ），表明此种护理方案较常规护理效果更佳，可有效提升患者的认知水平。在中医养生组患者护理中以多元化的方式对患者进行健康宣教，使患者了解慢性病的发病原因及护理方法，帮助患者建立良好的保健意识，并掌握一系列养生技能，使患者了解用药知识日常护理知识等。中医养生组患者疾病复发率显著低于常规组，且身体健康指标显著优于常规组（ $P<0.05$ ），表明中医养生与体质辩证理论，可有效降低患者疾病复发率，并改善患者身体健康指标，并改善患者血压血糖胆固醇等指标。中医种认为，多种慢性病的发病都与饮食失调有很大关系，导致患者脾胃损伤消化不良，影响患者气血流通。而通过中医养生法对患者平衡饮食调配合理，并做到谨和五味，避免患者营养失调造成的阴阳失衡而产生疾病复发。例如糖尿病患者的中医饮食指导，需要保证糖尿病患者五脏平衡协调，为患者增补五脏之气，若在饮食中偏食或营养失调，则会使五脏功能失调^[6]。在合理的饮食搭配中，肉类、糖类、果品、蔬菜都需要科学的饮用量，帮助患者良好的养气补血，并且保持患者饮食清淡，避免服用刺激辛辣的食物。另外，还需要注重患者饮食的规律性，控制患者进食时间及进食量，有利于维持阴阳血气平衡。因此，保证合理的饮食搭配，帮助患者补血养气，规律饮食，提升患者健康水平。

综上所述，中医养生与体质辩证理论的饮食指导，可以帮助慢性病患者生活质量提升，并增强患者慢性病知识知晓情况，降低疾病复发率，改善身体健康指标，值得推广。

参考文献：

[1]秦静波,李竹青,孟翔鹤,等.大健康背景下中医体质学在恶性肿瘤防治中应用的思考[J].北京中医药大学学报,2021,44(9):818-823.
[2]倪诚,李玲孺,李英帅.辨体-辨病-辨证诊疗模式在慢性病防治中的应用策略[J].天津中医药,2019,36(5):418-420.
[3]张乐.分析中医养生与慢性病防治[J].中国社区医师,2019,35(4):127,131.
[4]王凤卿,陈妙,陈红艳,等.社区慢性病患者中医养生康复健康教育需求的调查研究[J].中国实用护理杂志,2009,25(6):60-62.
[5]顾妍丽,张敏.浅析中医养生与慢性病防治[J].中国保健营养,2019,29(18):356.
[6]唐俊杰.中医养生保健在慢性病防治中的应用研究[J].健康前沿,2019,28(6):216,243.

活血养膜汤联合穴位贴敷改善流产后薄型子宫内膜容受性的临床研究

孙百荣 樊毓 苏红梅 姜丽丽^{通讯作者}

临沂市人民医院 276003

摘要：目的：探讨活血养膜汤联合穴位贴敷改善流产后薄型子宫内膜容受性效果。方法：选择2020年1月至2021年8月临沂市人民医院流产后薄型子宫内膜患者90例，按随机数字表分为中医治疗组、西医治疗组、中西医结合治疗组，每组30例。西医治疗组在月经干净后给予阿司匹林肠溶片25mg口服，每日2次。中医治疗组给予活血养膜汤联合穴位贴敷治疗，中西医结合治疗组则在西医治疗基础上加以中医治疗，3组均连续治疗3个月，在经期及确认妊娠后暂停治疗。比较三组患者临床疗效，中医证候评分、排卵日的子宫内膜厚度、子宫内膜形态分型，子宫动脉血流搏动指数（PI）、阻力指数（RI）、临床妊娠率及不良反应发生情况。结果：中医治疗组总有效率为66.67%，与西医治疗组的70.00%无显著差异（ $P>0.05$ ），中西医结合治疗组的总有效率为93.33%，高于中医治疗组与西医治疗组（ $P<0.05$ ）。治疗后三组患者中医证候评分均低于治疗前，且中西医结合治疗组低于中医治疗组与西医治疗组；治疗后三组患者排卵日子宫内膜厚度、A型子宫内膜占比均较治疗前增加，且中西医结合治疗组高于中医治疗组与西医治疗组（ $P<0.05$ ）。治疗后两组患者子宫动脉血PI、RI均低于治疗前，且中西医结合治疗组低于中医治疗组与西医治疗组（ $P<0.05$ ）。中医治疗组临床妊娠率为33.33%（10/30）与西医治疗组的30.00%（9/30）差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），中西医结合治疗组的临床妊娠率为60.00%（18/30），高于中医治疗组及西医治疗组（ $P<0.05$ ）。三组均未出现明显的与治疗相关的不良反应。结论：活血养膜汤联合穴位贴敷联合阿司匹林治疗产后薄型子宫内膜临床疗效较单独使用西医治疗与单独使用中医治疗均有明显提升。中西医结合治疗可有效提高排卵日的子宫内膜厚度，改善子宫内膜形态及血流动力学参数。

关键词：活血养膜汤；穴位贴敷；流产后薄型子宫内膜；疗效观察

子宫内膜厚度系子宫内膜与肌层间的厚度，薄型子宫内膜并非特殊的疾病而是随着辅助生殖技术的发展而发现的特殊影像学表现，此类患者因子宫内膜厚度低于可成功妊娠的阈值而影响受精卵的着床，导致反复移植失败、流产或不孕^[1-2]。目前关于薄型子宫内膜的定义尚存在一定争议，尚无统一的标准，临床上多认为排卵日子宫内膜厚度 $\leq 7\text{mm}$ 即为薄型子宫内膜。中医认为肾主生殖，胞脉者系于肾；冲任二脉起于胞中，冲为血海、任主胞胎；流产等宫腔操作，可导致肾精、气血以及冲任损伤，气血失调而血行瘀滞，瘀血阻滞冲任、胞宫胞脉则不能摄精成孕，故流产后薄型子宫内膜多属于肾虚血瘀证型^[4]，针对其发病机理，本研究采取自拟活血养膜汤联合穴位贴敷的方法进行治疗取得满意疗效，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2020年1月至2021年8月临沂市人民医院流产后薄型子宫内膜患者90例，按随机数字表分为中医治疗组、西医治疗组、中西医结合治疗组，每组30例。中医治疗组年龄25~34岁，平均 30.18 ± 4.61 岁；BMI指数 $21.13\sim 24.58\text{kg/m}^2$ ，平均 $22.17\pm 3.05\text{kg/m}^2$ ；排卵日子宫内膜厚度 $5.12\sim 6.81\text{mm}$ ，平均 $6.37\pm 1.23\text{mm}$ 。西医治疗组年龄25~35岁，平均 29.71 ± 4.58 岁；BMI指数 $20.94\sim 25.06\text{kg/m}^2$ ，平均 $22.08\pm 3.11\text{kg/m}^2$ ；排卵日子宫内膜厚度 $5.09\sim 6.85\text{mm}$ ，平均 $6.41\pm 1.37\text{mm}$ 。中医治疗组年龄25~38岁，平均 30.74 ± 4.75 岁；BMI指数 $20.83\sim 24.91\text{kg/m}^2$ ，平均 $22.08\pm 3.11\text{kg/m}^2$ ；排卵日子宫内膜厚度 $5.39\sim 6.74\text{mm}$ ，平均 $6.15\pm 1.41\text{mm}$ 。三组一般资料差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 诊断标准

西医诊断标准：目前对薄型子宫内膜无统一诊断标准，参照文献制定自然周期中，LH峰值日，卵泡最大直径 $\geq 18\text{mm}$ 时，子宫内膜厚度 $\leq 7\text{mm}$ 。

中医辨证标准：参照中华人民共和国卫生部《新药(中药)治疗月经不调的临床研究指导原则》^[3]及普通高等教育“十一五”国家级规划教材《中医妇科学》^[4]第2版拟定。月经量少诊断标准：月经量少指月经周期基本正常，月经血量较常量明显减少，甚至点滴即净；或经期时间不足2天，经量亦少的月经病。一般认为月经量少于20mL。连续出现2个月经周期以上者可诊断月经量少。证属肾虚血瘀证。①精神萎靡；②眼眶黯黑或面有黯斑；③头晕耳鸣；④腰膝酸软；⑤夜尿频数；⑥月经量少或后期；⑦舌质暗或有瘀点、淡胖，苔白，脉沉细。①~⑦项中具备3~4项即可确诊。

1.3 纳入与排除标准

纳入标准：①符合中、西医诊断标准；②年龄24~45岁之间，基础性激素水平正常；③无重大脏器疾患、子宫形态正常、输卵管通畅；④无药物过敏史；⑤已签署知情同意书。

排除标准：①不能接受口服中药汤剂者；②穴位贴敷过敏者；③合并有心肺肝肾等脏器功能不全的患者；④严重宫腔粘连致闭经者；⑤夫妇双方染色体检查异常；⑥女方生殖道畸形，卵巢有包块者。

1.4 治疗方法

西医治疗组在月经干净后给予阿司匹林肠溶片（由江苏平光制药有限公司，国药准字H32026317，规格：25mg/片）25mg口服，每日2次。中医治疗组给予活血养膜汤联合穴位贴敷治疗，活血养膜汤组成：当归、

熟地各 20g, 山药、山萸肉杜仲各 15g, 牛膝、桃仁、丹参、益母草各 10g, 红花、甘草各 5g, 小腹冷痛者加肉桂、人参各 10g, 心悸失眠者加五味子、炒酸枣仁各 10g, 每日 1 剂, 水煎 400ml 分 2 次服用。穴位贴敷: 以吴茱萸、肉桂、川芎、三棱、莪术各 10g, 冰片 1g 以生姜汁调成糊状后在神阙、关元、涌泉进行贴敷, 每日 1 次, 每次 6-8 小时。中西医结合治疗组则在西医治疗基础上加以中医治疗, 3 组均连续 3 个月, 在经期及确认妊娠后暂停治疗。

1.5 评价指标

比较三组患者临床疗效, 中医证候评分、排卵日的子宫内膜厚度、子宫内膜形态分型, 子宫动脉血流搏动指数 (PI)、阻力指数 (RI)、3 个月内临床妊娠率及不良反应发生情况。(1) 临床疗效评价标准^[5]: 痊愈: 月经量恢复正常, 肾虚血瘀的临床表现消失且停药后月经量未见减少; 显效: 月经量较治疗前增加 >1/3 或 >20ml, 临床症状基本消失, 但停药后经量有所减少。有效: 月经量较治疗前增加但不足 1/3, 临床症状有所缓解, 但停药后经量明显下降; 无效: 各临床症状未见好转甚至加重。(2) 中医证候评分: 参照《中医临床病症疗效标准》^[9]对主证: 月经稀发、颜色暗淡、质地稀薄、腰骶酸软, 次证: 头晕、耳鸣、性欲减退根据严重程度进行评分, 主证计 0~6 分, 次证计 0~3 分, 两者相加为证候评分, 得分越高病情越严重。(3) 排卵日的子宫内膜厚度、子宫内膜形态分型, 子宫动脉血流搏动指数 (PI)、阻力指数 (RI): 在治疗前 1 个月经周期及疗程结束后一个月经周期排卵日以阴道彩色多普勒超声检测上述指标。(4) 妊娠情况: 在疗程结束后 3 个月经周期内于排卵后第 14d 行尿 HCG 检测, 阳性者为生化妊娠; 再待排卵后 35d 经阴道 B 超证实出现宫内孕囊、胎芽及胎心者为临床妊娠。(5) 不良反应: 记录并比较各组治疗期间不良反应。

1.6 统计学方法

以 SPSS23.1 软件分析数据, 计数资料以 $n(\%)$, 采用 χ^2 检验, 计量资

料以 (均值±标准差) 表示, 多组间比较行单因素方差分析, 两两比较行 Lsd-t 检验, 治疗前后组内比较行配对 t 检验, 均以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效

中医治疗组总有效率为 66.67%, 与西医治疗组的 70.00% 无显著差异 ($\chi^2=0.077$, $P=0.781$), 中西医结合治疗组的总有效率为 93.33%, 高于中医治疗组与西医治疗组 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 临床疗效比较 (n=30)

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
中医治疗组	8 (26.67)	5 (16.67)	6 (20.00)	10 (33.33)	20 (66.67)
西医治疗组	5 (16.67)	3 (10.00)	13 (43.33)	9 (30.00)	21 (70.00)
中西医结合治疗组	12 (40.00)	10 (33.33)	6 (20.00)	2 (6.67)	28 (93.33) *#
χ^2					7.081
P					0.029

注: 与中医治疗组比较, * $P<0.05$; 与西医治疗组比较, # $P<0.05$ 。

2.2 中医证候评分、排卵日的子宫内膜厚度、子宫内膜形态分型

治疗后三组患者中医证候评分均低于治疗前, 且中西医结合治疗组低于中医治疗组与西医治疗组; 治疗后三组患者排卵日子宫内膜厚度、A 型子宫内膜占比均较治疗前增加, 且中西医结合治疗组高于中医治疗组与西医治疗组 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 中医证候评分、排卵日的子宫内膜厚度、子宫内膜形态分型比较 (n=30)

组别	中医证候评分 (分)		排卵日子宫内膜厚度 (mm)		A 型子宫内膜占比	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
中医治疗组	17.94±5.06	9.31±2.35^	6.37±1.23	7.26±0.84^	4 (13.33)	13 (43.33) ^
西医治疗组	18.29±5.11	9.40±3.02^	6.41±1.37	7.39±0.91^	3 (10)	14 (46.67) ^
中西医结合治疗组	18.13±5.25	6.11±2.03*#^	6.15±1.41	8.21±1.15*#^	3 (10)	22 (73.33) *#^
F/χ^2	0.035	16.845	0.328	8.360	0.225	6.541
P	0.966	0.000	0.721	0.000	0.894	0.038

注: 与中医治疗组比较, * $P<0.05$; 与西医治疗组比较, # $P<0.05$; 与治疗前组内比较, ^ $P<0.05$

注: A 为治疗期, 子宫内膜 C 型, 厚度 6.13mm; B 为治疗后 3 个月, 子宫内膜 A 型号, 厚度 9.05mm。

2.3 子宫动脉血 PI、RI

治疗后两组患者子宫动脉血 PI、RI 均低于治疗前, 且中西医结合治疗组低于中医治疗组与西医治疗组 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 子宫动脉血 PI、RI 比较 (n=30)

组别	PI		RI	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后

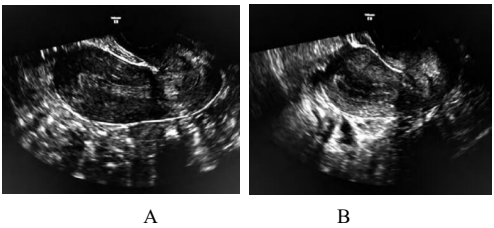


图 1 治疗前后阴道超声检查结果

中医治疗组	2.73±0.42	2.24±0.45 [△]	0.91±0.22	0.75±0.16 [△]
西医治疗组	2.75±0.45	2.19±0.51 [△]	0.90±0.18	0.76±0.22 [△]
中西医结合治疗组	2.71±0.46	1.88±0.54 ^{*#△}	0.93±0.25	0.54±0.16 ^{*#△}
<i>F</i>	0.061	4.539	0.147	13.946
<i>P</i>	0.941	0.013	0.864	0.000

注：与中医治疗组比较，**P*<0.05；与西医治疗组比较，[#]*P*<0.05；与治疗前组内比较，[△]*P*<0.05

2.4 临床妊娠率及不良反应发生情况

中医治疗组临床妊娠率为 33.33%（10/30）与西医治疗组的 30.00%（9/30）差异无统计学意义（ $\chi^2=0.077$ ，*P*=0.781），中西医结合治疗组的临床妊娠率为 60.00%（18/30），高于中医治疗组及西医治疗组（ $\chi^2=4.286$ 、5.455，*P*=0.038、0.020）。三组均未出现明显的与治疗相关的不良反应。

3 讨论

子宫内膜容受性指子宫内膜对胚胎的接受能力，即允许胚胎黏附于子宫内膜并完成着床的能力，其受到子宫内膜厚度、形态及血流分布等因素的影响^[6]。提高临床妊娠率，改善胚胎质量和子宫内膜容受性是两大关键所在，也是世界性生殖医学系统研究的焦点。尽管目前辅助生殖技术已取得了一些进步，但着床缺乏控制仍然是获得成功妊娠的一个障碍，因此改善子宫内膜容受性至关重要。多项研究证实子宫内膜厚度在 8~14mm 为受精卵宫内种植的适宜条件，薄型子宫内膜不仅可对胚胎的种植造成影响，还是导致不孕、闭经的重要因素，因此薄型子宫内膜是引起子宫内膜容受性下降的一个重要原因^[7]。

现代医学对于薄型子宫内膜的机制尚不明确，有研究发现此类患者多有子宫动脉血流高阻抗的表现，子宫内膜血流量下降可致子宫内膜腺上皮生长受阻并致血管内皮生长因子表达下降而影响局部血管发育，如此形成恶性循环而使子宫内膜厚度下降，因此有学者提出以低剂量阿司匹林治疗可改善患者高阻抗状态^[8]。本研究结果显示西医治疗组有效率为 70.00%，印证了该观点。但中西医结合治疗组的总有效率为 93.33%，高于中医治疗组与西医治疗组。中医虽无薄型子宫内膜一说，但该病临床表现可将其归为月经过少、“滑胎”“暗产”“不孕症”等范畴，中医认为月经与天癸、冲任、胞宫均有密切的关系，肾为先天之本，肾精不足则可致气血生化之源，血海亏虚并使冲任胞脉瘀滞而使经量下降，因此月经、胎孕的治疗均与肾密不可分。本研究所采用的活血养膜汤以当归、熟地为君药，取其补血、活血、补肾益精之功；山药、山萸肉可补脾益肾，杜仲则可补肾

气以固肾门，三者共为臣药；牛膝有强腰膝、通经血的作用，丹参、桃仁、益母草、红花均可活血化瘀，上述药物与当归、熟地等补血药配伍可起补中有行的作用，使补血而不留瘀，甘草则有调和诸药的作用。上述药物配合有补肾益精，养血活血的作用，全方以补肾为主，活血为辅，寓补于通有效针对患者肾虚血瘀之证，达到标本共治的效果。穴位贴敷为中医特色外治法之一，通过在特定穴位贴敷药物以达到调理脏腑、疏通经络的作用，神厥穴也称脐中、气舍，内连十二经、五脏六腑，神厥、关元均为任脉腧穴，贴敷神厥穴有固本培元、通经活血的作用，并可提高受孕率，在《甲乙经》中有“绝子灸脐中，令有子”的记载；关元则有补益元气之功，并可固摄胎元。本研究结果显示：中西医结合治疗组对子宫内膜厚度、子宫内膜形态及血流动力学参数的治疗效果均更优，提示活血养膜汤联合穴位贴敷改善流产后薄型子宫内膜容受性的作用机制可能与增加子宫内膜厚度，改善子宫内膜形态及血流动力学参数有关，至于其具体分子机制尚有待于进一步研究证实。

综上所述，活血养膜汤联合穴位贴敷联合阿司匹林治疗产后薄型子宫内膜临床疗效较单独使用西医治疗与单独使用中医治疗均有明显提升。中西医结合治疗可有效提高排卵日的子宫内膜厚度，改善子宫内膜形态及血流动力学参数，从而提高妊娠率。

参考文献：

[1]孙芮,张萌,赵岩松.中西医干预治疗薄型子宫内膜现状述评[J].中医药信息,2020,37(02):76-85.

[2]管凤丽,耿静然,杜惠兰.杜惠兰辨治薄型子宫内膜经验[J].中华中医药杂志,2019,34(11):5193-5195.

[3]王净净,龙俊杰.中医临床病症诊断疗效标准[M].湖南科学技术出版社:1993:93-96.

[4]中华人民共和国卫生部药政局.新药(中药)治疗月经不调临床研究指导原则[J].中国医药学报,1990(02):71-74.

[5]刘宏奇.中医妇科学(第2版)[M].科学出版社,2011:102-105.

[6]韩亚光,韩延华,吴效科,等.薄型子宫内膜发生机制及中医治疗进展[J].吉林中医药,2019,39(07):976-980.

[7]刘宏奇.中医妇科学(第2版)[M].科学出版社,2011:102-105.

[8]李晓凤,王芳,陶丽梅,等.宫腔灌注富血小板血浆对薄型子宫内膜不孕患者疗效的 Meta 分析[J].实用妇产科杂志,2020,36(7):5.

山东省中医药科技发展计划项目(2019—2020 年度)编号(2019-0857)。

升陷汤加味联合盆底康复治疗女性压力性尿失禁疗效分析

蔡新建¹ 胡青²

1 浙江安吉县中医医院泌尿科 湖州 313300; 2 浙江中医药大学附属第二医院 杭州 310005

关键词: 升陷汤; 盆底康复; 女性压力性尿失禁

压力性尿失禁 (Stress urinary incontinence, SUI), 是影响女性生活质量的常见疾病, 表现为尿液在打喷嚏、咳嗽、大笑或运动等腹压增高时出现不自主漏出^[1]。祖国医学认为, 尿失禁的基本病因病机是气血不足、脾肾亏虚, 治疗以补虚为主^[2]。2019 年 1 月至 2021 年 8 月我们将通过升陷汤加味联合盆底康复治疗仪治疗 SUI, 取得更好的疗效。现将报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 按照随机数字表法将轻、中度确诊女性压力性尿失禁患者 60 例分为观察组和对照组共 2 组, 每组各 30 例。治疗组中, 年龄 32~63 岁, 平均 (47.87±8.53) 岁; 病程 1~14 年, 平均 (7.2±2.2) 年; 对照组中, 年龄 31~65 岁, 平均 (48.20±11.89) 岁; 病程 2~15 年, 平均 (7.6±2.7) 年。两组患者年龄、病程等一般资料经统计学分析均无明显差异 (P>0.05), 具有可比性。辨证标准: 符合《中药新药临床研究指导原则》^[3]及《中华人民共和国中医药行业标准》, 辨证分为脾肾气虚证, 主症: 尿意频且急, 时有尿自遗或不禁, 面气短, 甚则在咳嗽、谈笑时均可出现尿失禁; 次症: 小腹时有坠胀, 神疲乏力, 少气懒言, 饮食减少, 纳差, 舌质淡红舌苔薄, 脉像虚软无力。西医诊断标准: 根据国际尿控协会定义, 突然增加腹压的情况下出现尿液不自主从尿道口流出的现象。病例纳入标准 (1) 符合上述辨证标准与诊断标准; (2) 分度为轻度和中度; (3) 年龄 30~65 岁; (4) 至少有一次分娩史; (5) 自愿参与本研究课题并签署患者知情同意书。排除标准: (1) 不符合上述辨证标准及诊断标准者; (2) 合并有严重的泌尿系感染; (3) 合并有重度的盆腔脏器脱垂或阴道壁膨出; (4) 伴有严重心理障碍的患者; (5) 治疗依从性差, 临床资料不全者。

1.2 治疗方法 (1) 对照组: 通过盆底康复治疗仪, 对患者进行盆底 I 类、II 类肌纤维肌力等进行分析、评估, 选择相应的治疗方案、个体化治疗。每 3 天一次, 每次 20 分钟, 10 次为 1 个疗程, 共 2 月。(2) 观察组: 患者在上述盆底康复治疗的基础上加用升陷汤加味颗粒剂, 每天 1 剂, 将冲服 200 mL 分早晚 2 次服用, 治疗时间为 2 个月。升陷汤合缩泉丸加味处方: 黄芪 18g、知母 9g、升麻 6 g、桔梗 9g、柴胡 6 g、山萸肉 15g、党参 10 g、益智仁 10g、乌药 10g、山药 10g 等。

1.3 观察指标 治疗前及 2 个月后评估盆底肌肉功能: Glazer 评估测

试, 快速收缩阶段 (II 类肌纤维的肌力)、持续收缩阶段 (I 类肌纤维的肌力)、前后基线平静期, 1 小时尿垫试验, ICI-Q-SF 症状评分。

1.4 疗效标准 参照 2017 年版《女性压力性尿失禁诊断和治疗指南》^[4]中的疗效评价标准, 显效: 腹压增高时无漏尿; 有效: 腹压增高时有漏尿, 1 h 尿垫试验漏尿量较治疗前减少≥50%; 无效: 腹压增高时有漏尿, 1 h 尿垫试验漏尿量较治疗前减少<50%。

1.5 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计学软件进行统计学分析, 计量资料数据用均数±标准差 (x±s) 表示, 若方差齐, 两组间比较采用 t 检验, 若方差不齐, 采用 Wilcoxon 符号秩和检验; 计数资料用率表示, 组间比较采用 X² 检验; 以 P<0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后盆底肌肉功能情况比较见表 1。

表 1: 两组治疗前后盆底肌肉功能 (vu)

组别	n	前基线平静期	II 类肌收缩期	I 类肌收缩期	后基线平静期
观察组	30	7.58±5.06	32.83±6.02	27.73±6.43	9.47±7.05
治疗前					
治疗后		2.98±1.01▲*	52.03±4.34▲*	52.64±4.42▲*	4.49±1.70▲*
对照组	330	11.06±7.05	35.38±8.64	32.73±9.83	14.51±10.05
治疗前					
治疗后		4.70±3.10▲	44.56±8.22▲	36.22±10.93▲	8.68±4.06▲

注: 与同组治疗前比较, ▲P<0.05; 与治疗后对照组比较, *P<0.05

2.2 两组治疗前后 ICI-Q-SF 评分比较见表 2

表 2: 两组治疗前后 ICI-Q-SF 评分 (分)

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	30	9.50±3.51	5.03±3.05
对照组	30	8.87±3.43	6.93±3.65

注：与对照组比较 P <0.05

2.3 两组治疗前后 1h 尿垫试验漏尿量比较见表 3

表 3：两组治疗前后 1h 尿垫试验漏尿量（g）

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	30	9.50±5.21	2.63±1.15
对照组	30	9.87±5.13	5.43±3.55

注：与对照组比较 P <0.05

2.4 两组临床疗效比较见表 2。

表 2：两组临床疗效比较[例（%）]

组别	n	显效	有效	无效	总有效率 %
观察组	30	18	10	2	93.33
对照组	30	14	6	10	66.67

注：与对照组比较 P <0.05

3 讨论

压力性尿失禁是尿失禁的一种，其特点是腹压突然增高时尿液自动流出，而正常状态下无遗尿。其病理变化主要为尿道及盆底肌肉、筋膜松弛。在我国，压力性尿失禁在成年女性的患病率为 18.9%，其中 50-59 岁年龄段患病率最高，为 28.0%^[1]。临床上治疗女性压力性尿失禁的关键在于恢复盆腔脏器肌力，同时增强患者的控尿功能^[5]。初始治疗多以生活方式改变和盆底肌肉锻炼、生物反馈治疗等，严重者可以行尿道中段悬吊术。对于轻中度女性压力性尿失禁常采用盆底康复物理治疗，即生物反馈和电刺激，其不良反应少，但治疗疗程往往较长，患者常不能坚持或不按医嘱执行，从而影响疗效。因此，针对本病，寻找切实有效的中医疗法是近几年来研究热点之一。

祖国传统医学对压力性尿失禁的认识和治疗方法也有独到的见解，其属于中医学“遗尿”、“小便失禁”等病的范畴。《素问·宣明五气》中记述：“膀胱不利为癃，不约为遗溺”。中医认为尿失禁的基本病因病机是气血不足、脾肾亏虚，治疗以补虚为主^[2]。升陷汤出自近代名医张锡纯《医学衷中参西录》^[6]的第四卷中，该方补中有行，补而不滞，补中有升，升阳举陷，又可甘温除热，是为补气升阳的代表方。本次研究选用升陷汤为基础方，方中以黄芪为主，黄芪既善补气又善升气，知母凉润以济黄芪之温性，升

麻、柴胡升举清阳，桔梗为药中舟楫，可载药上行，直达病所，山萸肉补肾涩精，党参补脾益气，加入固精缩尿的缩泉丸（山药、乌药、益智仁）等治疗女性压力性尿失禁，以达到补脾温阳，强肾固尿之目的，使膀胱开阖有度，小便得以固摄。

盆底康复治疗仪是目前公认的治疗压力性尿失禁较为有效且不良反应少的方法，因此用以作为对照疗法。本研究通过比较 2 组受试者的盆底肌肉的力量、耐力及协调能力的差异，结果表明观察组在治疗前后盆底肌肉功能改善情况明显高于对照组，ICI-Q-SF 评分改善情况明显优于对照组，说明患者在盆底康复仪刺激治疗下，联合使用升陷汤加味能有效唤醒、激活盆底神经及肌肉^[7]；在 1 小时尿垫试验中观察组漏尿量减少明显高于对照组，临床疗效中观察组有效率 93.33%也明显高于对照组 66.67%，组间差异有统计学意义。同时中药治疗采用颗粒剂，方便患者接受。目前治疗只有 2 月，若随着时间推移是否能保持疗效仍需进一步研究，或过多久再需治疗才能维持盆底肌力将是我们下一步研究的方向。

综上所述，升陷汤加味联合盆底康复治疗对女性压力性尿失禁具有明显改善漏尿的重要意义，值得临床推广使用。

参考文献：

[1]黄健,王建业,孔垂泽,等. 中国泌尿外科和男科疾病诊断治疗指南[M].2019 版.北京: 科学出版社, 2020:345.

[2]黄美施. 补中益气汤加味治疗香港成年妇女压力性尿失禁的临床研究[D].南方医科大学,2012.22-23

[3]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[M].北京中国医药科技出版社,2002.68-73.

[4]中华医学会妇产科学分会妇科盆底学组.女性压力性尿失禁诊断和治疗指南(2017)[J].中华妇产科杂志,2017,52(11) : 289-293.

[5]赵鑫,刘莉君.加味补中益气汤配合盆底肌训练治疗中老年女性压力性尿失禁疗效及对阴道压力和尿动力学参数的影响[J].现代中西医结合杂志,2018,27(23):2559-2562.

[6]张锡纯.医学衷中参西录（第三期）[M].2017 版.北京：中国中医药出版社，2017：187.

[7]陈丹,吴春晓,林妙珊.补中益气汤联合电刺激治疗中老年女性压力性尿失禁临床研究[J].深圳中西医结合杂志,2020,30(18):33-35.

潮州市科技局科技计划项目（NO.2018GY72）。

腰椎牵引温针灸与推拿联合促进腰椎间盘突出症病人功能康复的作用观察

谈廷莹

凉山彝族自治州第二人民医院 康复医学科 四川西昌 615000

摘要：目的：分析腰椎牵引温针灸与推拿联合促进腰椎间盘突出症病人功能康复的作用。方法：以我院收治的 300 例腰椎间盘突出症患者为研究对象，入选病例均来自 2019 年 1 月至 2021 年 1 月，采取随机数字表法将其分为研究组（150 例）与对照组（150 例），对照组采取腰椎牵引治疗，研究组在对照组基础上加用温针灸和推拿治疗，对比两组两组患者治疗效果、疼痛症状和腰椎功能改善情况、治疗前后腰椎活动度、血清炎症因子水平改善情况、治疗后一个月生活质量。结果：研究组患者治疗总有效率（95.33%）比对照组（81.33%）更高，治疗后 VAS 评分比对照组更低，治疗后 JOA 评分比对照组更高，治疗后腰椎左弯、右弯、前屈、后伸角度比对照组更大，治疗后 IL-6、TNF- α 、IL-1 β 水平比对照组更低，治疗后一个月各项生活质量评分比对照组更高，两组对比 $P < 0.05$ 。结论：对腰椎间盘突出症患者应用腰椎牵引温针灸联合推拿治疗可显著改善其病情，提升其生活质量，此治疗方案适宜在临床中推广应用。

关键词：腰椎间盘突出症；腰椎牵引；温针灸；推拿；生活质量

The effect of lumbar traction warm acupuncture and massage on promoting functional rehabilitation in patients with lumbar disc herniation

Abstract: Objective: To analyze the effect of lumbar traction warm acupuncture and massage in promoting functional rehabilitation of lumbar disc herniation. Methods: to our 300 cases of lumbar disc herniation as the study object, selected cases from January 2019 to January 2021, random number table into study group (150 cases) and control group (150 cases), control group take lumbar traction treatment, study group with warm acupuncture and massage, compared two groups treatment effect, pain symptoms and lumbar function improvement, lumbar mobility, serum inflammatory factors improvement, quality of life one month after treatment. Results: The study group had higher overall response rate (95.33%) (81.33%), lower VAS score, higher JOA score, higher left bend, right bend, anterior flexion, and posterior extension angles, lower IL-6, TNF- α and IL-1 levels, and higher quality of L scores in the first month after treatment, and $P < 0.05$. Conclusion: The treatment of lumbar traction warm acupuncture and massage can significantly improve their condition and quality of life, which is suitable for application in clinical practice.

Key words: lumbar disc herniation; lumbar traction; warm acupuncture; massage; quality of life

腰椎间盘突出症是一类常见的脊柱外科疾病，会对患者日常生活和工作造成较大的负面影响，常规药物治疗的效果比较有限，而手术疗法的创伤性较大，医疗开支也较大，物理疗法被认为是治疗该病最佳选择^[1]。腰椎牵引、温针灸、推拿均为治疗腰椎间盘突出症的常用方法，本研究就腰椎牵引温针灸与推拿联合促进腰椎间盘突出症患者功能康复的作用进行具体分析和阐述。

1. 资料和方法

1.1 一般资料

以我院收治的 300 例腰椎间盘突出症患者为研究对象，入选病例均来自 2019 年 1 月至 2021 年 1 月，采取随机数字表法将其分为研究组（150 例）与对照组（150 例）。研究组中男、女各有 94 例、56 例；年龄 35-78 岁，均值（53.35 $\pm$ 4.27）岁；病程 3 个月-5 年，均值（1.82 $\pm$ 0.30）年。对照组中男、女各有 90 例、60 例；年龄 32-79 岁，均值（53.79 $\pm$ 4.31）岁；

病程 3 个月-6 年，均值（1.88 $\pm$ 0.32）年。两组患者上述基础资料比较 $P > 0.05$ ，试验可行。入选病例均确诊为腰椎间盘突出症，患者对试验知情、同意；排除合并风湿性关节炎、骨结核、严重内科疾病、传染性疾病者；本研究得到我院医学伦理委员会批准。

1.2 方法

对照组采取腰椎牵引治疗，指导患者取仰卧位，通过腰椎 CT、腰椎核磁共振检查确定好病变部位后，将患者臀部和胸部固定，进行间断性牵引，首次牵引力量为患者体重的 50%至 80%，之后根据患者肌腱韧带水平和本身耐受力适度加减压，持续牵引 30 分钟，每天 1 次，牵引治疗结束后嘱咐患者静卧 30 分钟，并在医生指导下进行腰部活动。

研究组在对照组基础上加用温针灸和推拿治疗，在牵引治疗结束后，指导患者取俯卧位，按摩其胸腰至下肢区域，循环按摩 4 至 5 次，之后嘱咐患者深呼吸 5 次，以点、推、按手法按摩阿是穴、膈穴，之后拔腰大肌，

连续 3-4 次，对昆仑穴、承山穴、腰夹脊穴进行点压。针灸主穴为环跳穴、委阳穴、腰夹脊穴、秩边穴等，配穴为 L4-L5 足三里、阳陵泉、悬钟、风市穴，L5-S1 委中、殷门、承扶，采取平补平泻法针灸，在针柄上点燃艾绒，得气后留针 30 分钟，每天 1 次。

两组患者均连续治疗一个月时间。

1.3 观察指标

1.3.1 比较两组患者治疗效果。治疗效果评价标准^[2]：“显效”为患者腰痛等症状消失，直腿抬高试验结果为阴性；“有效”为患者腰痛等症状显著改善，直腿抬高试验>60 度；“无效”为患者腰痛等症状无改善，活动明显受限。治疗总有效率=(显效例数+有效例数)/总病例数×100%。

1.3.2 比较两组患者疼痛症状和腰椎功能改善情况。患者疼痛症状和腰椎功能改善情况分别以疼痛视觉模拟评分 (VAS) 和日本骨科协会评估治疗分数 (JOA) 评价，前者满分为 10 分，得分以低者为佳，后者满分为 29 分，得分以高者为佳^[3]。

1.3.3 比较两组患者治疗前后腰椎活动度 (左弯、右弯、前屈、后伸角度)。

1.3.4 比较两组患者血清炎症因子水平改善情况。采集患者空腹静脉血 3ml，置入离心机后，以 3000r/min 的速度离心 5min，取出血清，采取酶联免疫吸附法检测其 IL-6 (白介素-6)、TNF-α (肿瘤坏死因子-α)、IL-1β (白介素-1β) 水平。

1.3.5 比较两组患者治疗后一个月生活质量。采取 SF-36 量表对两组患者治疗后一个月生活质量进行评价，共分八个维度，每项满分均为 100 分，得分以高者为佳^[4]。

1.4 统计学方法

应用 SPSS21.0 软件处理试验数据，组间对应的计数资料[n (%)] 与计量资料($\bar{x} \pm s$)统计对比采用卡方检验和 t 检验，P<0.05 时，表示组间差异显著。

2, 结果

表 3 对比两组患者治疗前后腰椎活动度($\bar{x} \pm s$, °)

组别	例数	左弯		右弯		前屈		后伸	
		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	150	15.23±3.20	32.41±7.34	14.26±3.03	35.30±6.31	31.16±5.20	70.50±8.29	11.77±2.03	26.52±4.72
对照组	150	15.02±3.11	22.40±5.67	14.30±3.06	22.01±5.39	31.36±5.27	48.83±8.10	11.81±2.10	21.70±4.60
t		0.576	13.218	0.114	19.614	0.331	22.899	0.168	8.957
P		0.565	0.000	0.910	0.000	0.741	0.000	0.867	0.000

2.4 对比两组患者治疗前后血清炎症因子水平

两组患者治疗前血清炎症因子水平无明显差异，组间比较 P>0.05；

2.1 对比两组患者治疗效果

研究组患者治疗总有效率 (95.33%) 比对照组 (81.33%) 更高，组间比较 P<0.05，详见表 1。

表 1 对比两组患者治疗效果[n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
研究组	150	65(43.33)	78(52.00)	7 (4.67)	143 (95.33)
对照组	150	46(30.67)	76(50.67)	28(18.67)	122 (81.33)
X ²					14.264
P					0.000

2.2 对比两组患者治疗前后 VAS 评分、JOA 评分

两组患者治疗前 VAS 评分、JOA 评分接近，组间比较 P>0.05；研究组患者治疗后 VAS 评分显著低于对照组，JOA 评分显著高于对照组，组间比较 P<0.05。详见表 2。

表 2 对比两组患者治疗前后 VAS 评分、JOA 评分($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	VAS 评分		JOA 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	150	7.05±1.20	1.95±0.52	5.66±1.41	23.05±5.20
对照组	150	7.11±1.23	4.44±0.89	5.69±1.43	14.69±5.34
t		0.428	29.586	0.183	13.737
P		0.669	0.000	0.855	0.000

2.3 对比两组患者治疗前后腰椎活动度

两组患者治疗前腰椎活动度接近，组间比较 P>0.05；研究组患者治疗后腰椎左弯、右弯、前屈、后伸角度均大于对照组，组间比较 P<0.05。详见表 3。

研究组患者治疗后 IL-6、TNF-α、IL-1β 水平显著低于对照组，组间比较 P<0.05。详见表 4。

表 4 对比两组患者治疗前后血清炎症因子水平($\bar{x}\pm s$, ng/L)

组别	例数	IL-6		TNF- α		IL-1 β	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	150	139.11 $\pm$ 9.30	76.63 $\pm$ 8.24	122.08 $\pm$ 16.69	80.33 $\pm$ 10.37	137.78 $\pm$ 5.59	67.75 $\pm$ 5.56
对照组	150	140.21 $\pm$ 9.38	94.30 $\pm$ 8.33	122.96 $\pm$ 17.05	102.23 $\pm$ 11.34	138.25 $\pm$ 5.68	94.45 $\pm$ 5.78
t		1.020	18.470	0.452	17.455	0.722	40.773
P		0.309	0.000	0.652	0.000	0.471	0.000

2.5 对比两组患者治疗后一个月生活质量评分
比较 $P<0.05$, 详见表 5。
研究组患者治疗后一个月各项生活质量评分均显著高于对照组, 组间

表 5 对比两组患者治疗后一个月生活质量评分($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	活力	生理功能	生理职能	躯体疼痛	社会功能	情感职能	精神健康	总体健康
研究组	150	86.67 $\pm$ 5.60	87.71 $\pm$ 5.51	85.51 $\pm$ 5.24	86.00 $\pm$ 5.30	85.50 $\pm$ 5.10	84.49 $\pm$ 4.49	85.09 $\pm$ 4.56	86.33 $\pm$ 4.89
对照组	150	75.50 $\pm$ 5.34	74.49 $\pm$ 4.99	76.63 $\pm$ 5.01	77.21 $\pm$ 5.23	76.65 $\pm$ 5.22	75.25 $\pm$ 4.65	76.00 $\pm$ 4.45	76.23 $\pm$ 4.98
t		17.746	21.781	15.002	14.458	14.852	17.507	17.473	17.723
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3, 讨论

腰椎间盘突出症为中老年人高发病症, 其主要致病因素为遗传、腰骶先天异常、腰椎间盘突出性改变、损伤等, 患者多会出现腰痛、下肢放射痛、马尾神经症状等临床表现^[5]。腰椎间盘突出症的危害性极大, 在临床中要重视对该类患者的治疗^[6]。腰椎牵引治疗可扩张病变椎间隙, 促使髓核回纳, 可发挥出很好的行气止痛、通络化瘀功效, 利于改善患者腰椎功能^[7]。中医推拿疗法在治疗腰椎间盘突出症中应用较广, 通过该项治疗能有效改善患者腰背部血液循环, 调整腰背部肌肉, 复位椎间小关节, 具有很好的舒筋活络、行气活血、通痹止痛功效^[8]。温针灸的应用能发挥针灸和艾灸双重作用, 能促使局部血管扩张, 加速局部血液循环, 可起到消散气结、解痉止痛、温通经脉等功效^[9]。将腰椎牵引、温针灸、推拿联合应用于腰椎间盘突出症患者治疗中, 可发挥协同作用, 能针对性改善患者病情, 且无明显的副作用, 患者耐受性较好^[10-11]。本研究结果显示, 腰椎牵引温针灸与推拿联合治疗腰椎间盘突出症可取得很好的效果, 其治疗总有效率高达 95.33%, 患者治疗后疼痛症状、腰椎功能、腰椎活动度均显著改善, 血清炎症因子水平大幅下降, 生活质量显著提升, 且上述指标均优于单用腰椎牵引治疗者 ($P<0.05$), 邓鑫^[12]的研究结论与此相似。

可见, 腰椎牵引温针灸与推拿联合治疗腰椎间盘突出症具有很好的疗效, 此治疗方案适宜在临床中推广应用。

参考文献:

[1]高振乾. 推拿配合夹脊穴温针灸治疗腰椎间盘突出症的效果探讨[J]. 健康前沿, 2019, 28(001):11-13.

[2]傅丹丹, 祝明浩, 江淑红. 循经点穴推拿联合温针灸在治疗腰椎间盘突出症中的临床观察[J]. 大医生, 2021, 6(11):80-82.
[3]李旭. 温针灸治疗腰椎间盘突出症患者的效果[J]. 中国民康医学, 2021, 33(22):121-123.
[4]栗方武. 温针灸联合牵引 按摩治疗腰椎间盘突出症 56 例临床观察[J]. 基层医学论坛, 2020, 24(26):3818-3820.
[5]王骏. 推拿联合温针灸治疗腰椎间盘突出症的效果分析[J]. 中国卫生标准管理, 2021, 12(17):135-138.
[6]宫奎,徐征华. 循经点穴推拿联合温针灸治疗腰椎间盘突出症临床观察[J]. 吉林中医药, 2020, 40(12):1667-1670.
[7]范琳. 探讨腰椎牵引温针灸治疗腰椎间盘突出症下肢功能障碍的影响[J]. 双足与保健, 2019, 28(18):181-182.
[8]郭志彬. 温针灸配合牵引治疗寒湿型急性腰椎间盘突出症的疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2019, 38(9):1030-1034.
[9]李晓民. 肝肾亏虚型腰椎间盘突出症应用推拿配合温针灸治疗的效果观察[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15(14):203-205.
[10]陈柏书, 傅伟, 尹建平,等. 温针灸治疗腰椎间盘突出症系统评价[J]. 中国中医药信息杂志, 2018, 025(002):104-109.
[11]王顺成, 朱俊. 近五年温针灸治疗腰椎间盘突出症的研究进展[J]. 按摩与康复医学, 2021, 12(24):70-72.
[12]邓鑫. 腰椎牵引温针灸联合推拿对腰椎间盘突出症患者疼痛及下肢功能的影响[J]. 光明中医, 2021, 36(11):1854-1856.

压疮的中医护理技术刍议

曹彩婷 曹彩景

北京朝阳中西医结合急诊抢救中心 北京市 100023

摘要：目的：分析中医护理技术在压疮防控干预中的应用方法和效果。方法：选取2021年4月~2022年3月新发压疮患者83例，护理模式分组，A组（中医特色护理）41例，B组（常规护理）42例，比较压疮情况、护理效果、生活质量、舒适度、满意度。结果：压疮情况比较，A组Ⅱ期、Ⅲ期创面愈合较早，优于B组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；护理效果比较，A组显效率[51.22%（21/41）]高于B组[28.57%（12/42）]，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；生活质量比较，A组[（89.65±6.10）分]优于B组[（74.98±6.07）分]，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；舒适度比较，A组[92.68%（38/41）]优于B组[76.19%（32/42）]，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；满意度比较，A组[97.56%（40/41）]高于B组[83.33%（35/42）]，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：应用中医护理技术进行压疮护理，可促进压疮快速愈合，护理效果较好，提高患者生活质量和舒适度，同时可提高患者满意度，应用效果显著。

关键词：中医护理技术；压疮；中医护理；舒适度

前言：压疮是临床护理中常见内容，常见于长期卧床患者^[1]。中医理论认为，压疮属于“席疮”类疾病。患者局部皮肤长期受到压迫、营养状态不良或者皮肤抵抗力较低等原因而产生压疮，表现为骨性突出部位红肿、破溃等^[2]。常规护理手段对压疮防控效果不理想。中医特色护理是结合中医护理技术开展的具有中医治疗特色的护理模式，综合多样化中医手段进行临床干预。本文从2021年4月~2022年3月收治的新发压疮患者中选取83例回顾分析资料，说明应用中医护理技术的中医特色护理方法，观察护理效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2021年4月~2022年3月83例压疮患者，按照护理模式分组，A组41例（中医特色护理），性别：男/女=23/18，年龄（43~79）岁，平均（70.92±6.24）岁。B组42例（常规护理），性别：男/女=22/20，年龄（44~78）岁，平均（70.90±6.21）岁。资料可予分析（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：（1）根据2016美国NPUAP压疮分级标准，符合Ⅱ期、Ⅲ期、Ⅳ期标准；（2）住院患者；（3）院内新发压疮；（4）年龄（20~80）岁；（5）患者知情同意。

排除标准：（1）精神病史；（2）自主意识异常；（3）智力障碍；（4）合并恶性肿瘤；（5）重症器官衰竭；（6）合并恶病质；（7）免疫系统异常。

1.2 方法

B组行常规护理：定期翻身护理，床头使用翻身记录卡，（2~3）h翻身1次。患者使用气垫床，骨隆突周围垫设海绵垫、软枕。保证床铺平整无褶皱，清洁干燥。加强患者卫生管理，避免汗水或者渗出物等使皮肤长期受潮，及时清洁。使用碘伏对创面部位消毒，日常使用无菌纱布进行创面覆盖，定期更换创面治疗药物，换药次数≥1次/d。根据细菌培养结果进行抗生素等用药。用药后使用纱布覆盖，根据渗出情况控制换药频率。2 w/疗程，持续进行2疗程。

A组在B组基础上进行中医特色护理：（1）中药用药：外敷用药，结合创面实际情况外敷中药制剂。创面坏死组织较多，存在恶臭气味的脓性

分泌物，同时表面可见坏死黑痂时，对创面外敷麝香生肌膏。创面坏死组织不明显，皮肤边缘无红肿，可见新鲜肉芽组织的创面，使用生肌粉、湿润烧伤膏。结合压疮分期情况用药。Ⅱ期压疮进行龙血竭酊剂用药，联用云南白药粉，涂抹在患处。Ⅲ期压疮护理中，使用生肌粉、湿润烧伤膏进行外涂1次/d，晨间用药。Ⅳ期压疮麝香生肌膏持续用药。1次/d，晨间用药，坏死组织完全脱落后，采用Ⅲ期护理方法用药。（2）饮食护理：对患者进行营养状态评估，根据评估结果设计食谱。饮食保证维生素、热量和蛋白质摄入。对于无法经口进食的危重患者，使用喂养管进行饲喂，食用营养液或者流质食物。必要时遵医嘱给予肠外营养。（3）穴位按摩：结合受压部位沿着经络分布从远端合理选取穴位，实施局部按摩。通常取关元穴、气海穴、太溪穴以及照海穴等。指部施力按揉，根据病情取穴后，悬空腕关节，以拇指指腹为施力点，按揉施力，按摩至患者该处酸麻为主，15 min/次，2次/d。疗程同B组。

1.3 观察指标

压疮情况：统计不同创面分期愈合时间，即发现压疮并且确诊分级后，至压疮痊愈所用时间。

护理效果：（1）痊愈：坏死组织被新生肉芽组织取代，创面基本愈合；（2）显效：新生肉芽组织生长良好，大部分坏死组织消失，未见炎性渗出；（3）有效：可见创面缩小，部分肉芽组织新生，炎性渗出减少，部分创面红润；（4）无效：未见上述改善。有效率=[（1）+（2）+（3）]÷（本组n）×100.00%。

生活质量：采用《生活质量调查简表》（即SF-36）评价生活质量。SF-36分为躯体疼痛、精神健康、情感职能、社会功能、生理职能、生理功能、活力、健康变化趋势8个方面，转换后获得总分。SF-36评分与生活质量呈正相关。

舒适度：采用《舒适状况量表简表》（即GCQ）评价患者舒适度。GCQ共30项问题，（1~4）分/项，分为生理、环境、社会文化、心理精神4个方面，总分（30~120）分。GCQ评分与舒适度呈正相关。（1）非常舒适：（91~120）分；（2）基本舒适：（61~90）分；（3）不舒适：（30~60）分。

舒适度=[(1)+(2)]÷(本组n)×100.00%。

满意度：管理组自制调查表，患者填写。(1)评分>90分，优；(2)(81~90)分，良；(3)(71~80)分，中；(4)(0~70)分，差。满意度=[(1)+(2)]÷(本组n)×100.00%。

1.4 统计学方法

以 SPSS 24.0 分析数据，计量资料以“均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$)”表示， t 检验，计数资料以率(%)表示， χ^2 检验， $P<0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 压疮情况

II期、III期创面愈合时间比较，A 组用时<B 组，差异有统计学意义($P<0.05$)；IV期愈合时间比较，A 组与 B 组，差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 压疮创面愈合时间[d, ($\bar{x} \pm s$)]

组别	A 组(中医特色 护理)	B 组(常规护理)	<i>P</i>
n	41	42	
II期	9.37±1.72	12.61±1.98	<0.05
III期	20.49±3.54	24.08±4.26	<0.05
IV期	76.13±13.85	78.04±12.03	>0.05

2.2 护理效果

A 组有效率(95.12%)与 B 组(92.86%)差异无统计学意义($P>0.05$)；A 组痊愈率(51.22%)>B 组(28.57%)，差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 护理成效[n, % (n)]

组别	A 组(中医特色 护理)	B 组(常规护理)	<i>P</i>
n	41	42	
痊愈	21	12	
显效	10	13	
有效	8	14	
无效	2	3	
有效率	95.12 (39/41)	92.86 (39/42)	>0.05
痊愈率	51.22 (21/41)	28.57 (12/42)	<0.05

2.3 生活质量

干预前，组间 SF-36 评分差异无统计学意义($P>0.05$)；干预后，A 组>B 组，两组干预后>干预前，差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 SF-36 评分[分, ($\bar{x} \pm s$)]

组别	A 组(中医特色护理)		B 组(常规护理)		<i>P</i>
阶段	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
n	41	41	42	42	
躯体疼	56.65±5.09	81.73±5.07	56.63±5.11	70.23±5.03	<

痛					0.05
情感职	51.23±4.67	83.89±4.89	51.24±4.73	63.75±4.94	<
能					0.05
精神健	57.10±4.62	82.76±4.70	57.08±4.71	69.70±4.65	>
康					0.05
生理职	35.43±4.29	55.27±4.82	35.41±4.34	46.73±4.82	>
能					0.05
生理功	62.25±4.57	84.57±5.04	62.22±4.90	74.25±5.14	<
能					0.05
社会功	61.23±4.40	85.79±5.10	61.25±4.56	72.39±5.02	<
能					0.05
患者活	56.13±4.32	81.67±4.87	56.15±4.49	69.50±4.91	<
力					0.05
健康变	45.85±4.49	69.79±4.74	45.83±4.52	56.73±4.65	<
化					0.05
总体健	52.24±5.83	89.65±6.10	52.23±5.89	74.98±6.07	<
康					0.05

2.4 舒适度

A 组舒适度(92.68%)>B 组(76.19%)，差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

表 4 舒适度调查结果[n, % (n)]

组别	A 组(中医特色 护理)	B 组(常规护理)	<i>P</i>
n	41	42	
非常舒适	24	9	
基本舒适	14	23	
不舒适	3	10	
舒适度	92.68 (38/41)	76.19 (32/42)	<0.05

2.5 患者满意度

A 组满意度(97.56%)>B 组(83.33%)($P<0.05$)，A 组差评率(0.00%)<B 组(4.76%)，差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 5。

表 5 调查结果[n, % (n)]

组别	A 组(中医特色 护理)	B 组(常规护理)	<i>P</i>
n	41	42	
优	29	12	
良	11	23	
中	1	5	
差	0	2	
满意度	97.56 (40/41)	83.33 (35/42)	<0.05
差评率	0.00 (0/41)	4.76 (2/42)	<0.05

3 讨论

压疮是指局部组织被长期压迫,引起局部血氧供应不足,进而诱发皮肤溃烂、坏死。骨性突出部位骨隆突与外部压迫对局部皮肤组织产生挤压力,压疮发生率较高。压疮不仅会造成患者机体痛苦,降低生活质量,而且压疮合并征等具有病死风险。中医理论认为,压疮为“席疮”类疾病,患者长期卧床是诱发压疮的主要原因。现代医学认为压力、摩擦力、剪切力是压疮直接诱因,中医对压疮的病因病机分析与其具有一致性。预防和治疗压疮是临床护理中常见内容,压疮护理质量直接影响患者健康安全和舒适度。

压疮即褥疮,或称压力性溃疡,其主要致病诱因是局部组织承受长期压力,在此过程中该处组织持续缺血缺氧以及营养不良等,诱发溃烂坏死。压疮预防和控制是护理常见问题,也是康复治疗中普遍性问题。诱发压疮的因素主要分为压力因素、营养状况、皮肤抵抗力减弱等。其中压力因素包括垂直压力、摩擦力与剪切力等。营养状态也是压疮风险的相关性因素,肌肉萎缩、全身营养缺乏较易引起压疮,相关研究显示恶病质或者长期发热患者较易发生压疮。部分患者存在全身营养障碍,导致机体未能摄入充足营养,蛋白质合成不足,发生氮平衡情况,机体皮下脂肪含量降低,严重时发生肌肉萎缩。在此种情况下机体局部受压时,骨隆突区域皮肤受到骨隆突和外界压力同时作用,由此产生的挤压力,因为该处皮肤下脂肪组织和肌肉含量较低,降低血液循环质量,因此产生压疮。皮肤抵抗力减弱会增加压疮风险,例如部分患者大小便失禁导致局部皮肤长期潮湿,使用夹板、石膏绷带对局部造成物理性摩擦刺激,此外床上有碎屑、床单存在褶皱等都较易引起皮肤压疮^[3]。

现代研究认为,患者卧床期间长期维持单一卧位,局部皮肤组织受到异常压迫或者剪切力、摩擦力影响,影响局部血氧供应顺利进行,影响局部血氧供应。中医研究认为,患者在发生重症疾病或者长期生病后,机体亏虚、气血不足,同时长期卧床损伤元气,造成气虚。气虚对机体血行产生不良影响,皮肤濡养不足,致使皮肉发生坏死^[4]。

压疮护理中应用中医护理技术,通过外敷用药、饮食调节、穴位按摩与情志护理等,综合应用多样化手段,联合开展机体调节与情志调节,减轻负性情绪对患者产生的不良影响,通过改善情志减轻不良情绪引起气血瘀滞,促进气血畅通,尤其是在肝郁诱发的气血运行滞涩干预中具有显著疗效。部分患者气血运行不畅,气血亏虚,因此出现压疮,对于此类患者应重点进行饮食调节,益补气血,固本培元,促进扶正活血,调节营养状态有利于该类患者压疮早日恢复。穴位按摩是中医常见临床护理手段,在针对压疮患者实施穴位按摩时,重点是针对性选取穴位,在按摩中杜绝直接刺激受压部位,通过选取特定穴位改善机体血液循环^[5]。

中药外敷对于促进创面愈合具有积极意义。本次研究所用外敷药剂中,基于中医压疮治疗理念使用龙血竭,该药主要功效包括活血化瘀和镇痛等,可促进疮疡愈合,促进肌肤组织新生,对压疮治疗具有适用

性。在云南白药药物成分中,含有冰片、三七以及麝香等多味中药,具有活血消肿功效,同时可去腐生肌,兼具镇痛效果,缓解患者压疮部位不适,缓解患者痛苦。同时该药可促进局部血液循环改善,加速压疮部位愈合。在湿润烧伤膏中含有去腐生肌和清热解毒类药物,例如黄连、黄柏以及黄芪等。在外用中药使用中,配合使用无菌敷料促进创面无菌处理,保持创面湿润,促进皮损部位顺利生成上皮细胞,加速肉芽组织新生,从而实现创面快速愈合。在中医护理中,联合使用粉剂药物、膏药和酊类药物等,促进创面维持无菌状态,同时使创面具有一定湿润度,保证药物可良好固定在创面部位,减少换药频率,加速创面愈合。

本次研究中,A组护理实施后该组Ⅱ期压疮和Ⅲ期压疮患者均快速恢复,恢复效率显著高于B组。Ⅳ期压疮恢复耗时组间差异较小,无统计学意义。该数据显示,在进行轻中度压疮护理中,中医特色护理应用效果比较显著,优于常规护理模式。

护理效果显示,两组护理有效率均较高,其中A组为95.12%,B组为92.86%,组间差异无统计学意义。痊愈率统计显示,组间差异显著,A组痊愈率明显高于B组。该数据表明,实施中医特色护理有利于促进压疮患者优质恢复。

生活质量显示,在护理实施前组间生活质量差异无统计学意义。护理实施后,A组生活质量全面提升,显著优于B组。分析SF-36评分可知,在中医特色护理实施后,A组生理、情感、精神、社会功能等多个方面发生显著积极变化,B组虽然有所改善,但是与A组相比效果较差。

舒适度显示,采用A组护理方案后,该组患者总体舒适度较好,明显不适患者较少。B组与A组相比,总体舒适度较低。该数据表明,A组护理方案有利于减轻患者痛苦。

满意度显示,A组患者对中医特色护理做出较高评价,无差评发生,中评仅发生1例。B组较之A组,满意度数据相对较差。该数据显示,A组护理方案有利于改善患者满意度。

综上所述,采用中医护理技术进行压疮患者护理,对于促进创面愈合具有积极意义。通过此种护理可显著提高护理效果,提升患者生活质量,减轻患者痛苦,提高患者舒适度与护理满意度,应用效果显著。

参考文献:

- [1]朱敏.中医循证护理预防脑卒中瘫痪患者压力性损伤临床研究[J].国际医药卫生导报,2020,26(10):1377-1380,1413+1377-1380,1413.
- [2]梁雪.对压疮患者实施中医护理的研究[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(24):127.
- [3]张杨.中医特色护理干预对神经内科压疮患者的临床效果[J].山西卫生健康职业学院学报,2020,30(04):124-125+135.
- [4]江方婷.老年中风患者卧床压疮应用中医护理的临床疗效研究[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(16):101.
- [5]和亚红.中医特色护理干预压疮的临床观察[J].中国民间疗法,2019,27(18):85-87.

加味参苓白术散联合穴位敷贴治疗 COPD 急性加重期患者肺功能指标的影响

陈文参 郑彩霞

揭阳市中医院 广东揭阳 522000

摘要：目的：探讨 COPD 急性加重期（AECOPD）患者应用加味参苓白术散联合穴位敷贴治疗的临床疗效。方法：纳入 2019 年 8 月至 2021 年 11 月收治于我院的 110 例 AECOPD 患者，采用随机数字表法分为两组，各 55 例。对照组予以穴位敷贴治疗，观察组加用加味参苓白术散治疗，均连续治疗 7d。对两组临床疗效、中医证候积分、肺功能[1 秒用力呼气容积（FEV₁）、肺活量（FVC）及 FEV₁/FVC]、血气指标[二氧化碳分压（PaCO₂）和氧分压（PaO₂）]、炎症因子指标[肿瘤坏死因子（TNF-α）、白介素-6（IL-6）、C 反应蛋白（CRP）、白介素-8（IL-8）]及不良反应进行比较。结果 观察组临床总有效率、PaO₂及 FEV₁、FVC、FEV₁/FVC 高于对照组，中医证候积分、PaCO₂及 TNF-α、IL-6、CRP、IL-8 水平低于对照组，有统计学差异（ $P < 0.05$ ）。治疗期间两组未见明显不良反应。结论：AECOPD 患者应用加味参苓白术散联合穴位敷贴治疗可减轻炎症反应，改善肺功能及血气功能，促进疾病恢复，是一种安全、有效的治疗方案。

关键词：慢性阻塞性肺疾病急性加重期；加味参苓白术散；穴位敷贴；肺功能；炎症因子水平

慢性阻塞性肺疾病（COPD）是呼吸内科常见病，以喘息、咳嗽、咳痰等为主要表现，严重危害患者生命健康^[1]。当今社会，环境问题日益突出，老龄化进程的加剧，致使该病发病率不断上升。COPD 可分为稳定期和急性加重期，其中急性加重期病情严重，各项临床症状均加重，若不及时治疗，可并发呼吸衰竭、心源性心脏病，危及生命^[2-3]。西医针对该病的治疗以抗感染、支气管扩张等药物为主，但实际临床治疗中发现，虽可在一定程度上控制患者临床症状，但存在药物依赖性、耐药性等问题，并不能很好地延缓疾病进展。既往研究发现，以培土生金为治则的参苓白术散在改善 COPD 呼吸困难方面有着一定的效果，但没有体现辨证与辨病相结合^[4]。穴位贴敷结合中药外治及穴位刺激于一体，可产生良好的治疗和调整作用。基于此，本研究探讨 COPD 急性加重期（AECOPD）患者应用加味参苓白术散联合穴位敷贴治疗的效果。现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 纳入 2019 年 8 月至 2021 年 11 月收治于我院的 110 例 AECOPD 患者，采用随机数字表法分为两组，各 55 例。西医诊断符合《慢性阻塞性肺疾病基层诊疗指南（2018 年）》^[5]：呼吸困难、胸闷、咳嗽等症状加重，需改变原有治疗方案。中医诊断符合《中药新药临床研究指导原则》^[6]肺脾气虚证：胸闷气促，咳嗽，咳痰，少气懒言，舌苔黄腻，舌质淡，脉滑数。对照组 30 例男，25 例女；年龄 50-84 岁，平均年龄（68.24±5.08）岁；BMI 19-29kg/m²，平均 BMI（23.74±1.32）kg/m²；COPD 病程 2-10 年，平均病程（6.25±1.32）年。观察组 32 例男，23 例女；年龄 52-82 岁，平均年龄（68.33±5.12）岁；BMI 19-30kg/m²，平均 BMI（23.59±1.37）kg/m²；COPD 病程 1-11 年，平均病程（6.19±1.28）年。两

组一般资料比较，无统计学差异（ $P > 0.05$ ），获医院伦理委员会批准。

1.2 入选标准 纳入标准：年龄 50-85 岁；急性加重期病程≤7d；患者或家属知情同意；临床资料齐全；语言、认知功能正常。排除标准：预计生存期小于 6 个月者；合并肝肾等其他脏器严重并发症者；合并肺部其他疾病者；意识障碍者；对本研究所使用药物过敏者。

1.3 方法 两组均根据情况予以茶碱类、激素、抗生素、祛痰、吸氧等治疗。对照组予以穴位敷贴治疗，取白芥子 30g，丁香、干姜、延胡索各 10g，甘遂、细辛各 15g。将上述药物研磨成粉末，使用新鲜姜汁调成药膏备用。取足三里、定喘、天突、肺俞、脾腧、膻中穴，将上述药膏制成 1.5cm×1.5cm 圆饼状，贴于上述穴位后用胶布固定，3h/次，1 次/d。观察组加用加味参苓白术散治疗，方药组成：黄芪 30g，茯苓 20g，陈皮、桔梗 10g，砂仁 5g，党参、白术、山药、白扁豆、丹参、桑白皮各 15g。水煎取汁 300ml，150ml/次，早晚温服，1 剂/d。两组均连续治疗 7d。

1.4 观察指标 （1）临床疗效：中医证候积分减少率≥70%，症状、体征显著减轻，但未恢复至急性发作前水平为显效；中医证候积分减少率为 30%-69%，症状、体征有所减轻为有效；未达上述标准为无效。参照《中药新药临床研究指导原则》评估。（2）中医证候积分：对胸闷气促、咳嗽、咳痰、少气懒言 4 项症状进行评估，按照无、轻度、中度、重度分别计 0、1、2、3 分，评估时间取治疗前、治疗 7d 后。（3）肺功能：采用肺功能仪检测 1 秒用力呼气容积（FEV₁）、肺活量（FVC）及 FEV₁/FVC，检测时间取治疗前、治疗 7d 后。（4）血气指标：抽取患者 5ml 动脉血，采用血气分析仪检测二氧化碳分压（PaCO₂）和氧分压（PaO₂）水平，检测时间取治疗前、治疗 7d 后。（5）炎症因子指标：抽取患者 5ml 动脉血，检测肿瘤坏死因子（TNF-α）、白介素-6（IL-6）、C 反应蛋白（CRP）、白介素

-8 (IL-8) 水平, 检测时间取治疗前、治疗 7d 后。(6) 不良反应: 恶心呕吐、头晕、腹泻。

1.5 统计学分析 采用 SPSS 22.0 统计分析软件, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 用 t 检验; 计数资料以 % 表示, 采用 χ^2 检验; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 观察组临床总有效率高于对照组, 有统计学差异 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 n (%)

组别	显效	有效	无效	总有效
----	----	----	----	-----

表 2 两组中医症候积分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	胸闷气促		咳嗽		咳痰		少气懒言	
	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=55)	2.05±0.34	1.06±0.23 ^a	2.17±0.29	1.01±0.25 ^a	2.11±0.28	1.12±0.25 ^a	2.16±0.28	1.04±0.22 ^a
观察组(n=55)	2.11±0.29	0.84±0.15 ^a	2.09±0.32	0.78±0.16 ^a	2.09±0.34	0.82±0.17 ^a	2.13±0.31	0.72±0.11 ^a
<i>t</i>	0.996	5.942	1.374	5.747	0.337	7.359	0.533	9.648
<i>P</i>	0.322	0.000	0.172	0.000	0.737	0.000	0.595	0.000

注: 与同组治疗前比较, ^a $P < 0.05$

且观察组高于对照组, 有统计学差异 ($P < 0.05$)。见表 3。

2.3 肺功能指标 治疗后两组 FEV₁、FVC、FEV₁/FVC 高于治疗前,

表 3 两组肺功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	FEV ₁ (L)		FVC (L)		FEV ₁ /FVC (%)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组(n=55)	1.29±0.24	1.53±0.16 ^a	2.22±0.43	2.59±0.54 ^a	52.26±12.33	58.33±12.87 ^a
观察组(n=55)	1.31±0.22	1.97±0.24 ^a	2.25±0.46	2.94±0.62 ^a	52.34±11.55	65.23±13.94 ^a
<i>t</i>	0.456	11.313	0.353	3.157	0.035	2.697
<i>P</i>	0.650	0.000	0.725	0.002	0.972	0.008

注: 与同组治疗前比较, ^a $P < 0.05$

2.4 血气指标 治疗后两组 PaO₂ 高于治疗前, 且观察组高于对照组, PaCO₂ 低于治疗前, 且观察组低于对照组, 有统计学差异 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组动脉血气分析指标比较 ($\bar{x} \pm s$, mmHg)

组别	PaO ₂		PaCO ₂	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	62.94±6.31	74.24±10.13 ^a	68.19±12.25	50.23±11.41 ^a

表 5 两组炎症因子指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	TNF- α (pg/L)		IL-6 (ng/L)		CRP (mg/L)		IL-8 (pg/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=55)	548.36±82.52	227.26±51.37 ^a	18.62±4.25	9.25±2.06 ^a	34.49±6.03	14.31±3.24 ^a	440.63±81.34	182.39±42.77 ^a

对照组 (n=55)	33 (60.00)	13 (23.64)	9 (16.36)	46 (83.64)
观察组 (n=55)	42 (76.36)	11 (20.00)	2 (3.64)	53 (96.36)
χ^2				4.950
<i>P</i>				0.026

2.2 中医症候积分 治疗后两组中医症候积分低于治疗前, 且观察组低于对照组, 有统计学差异 ($P < 0.05$)。见表 2。

观察组 (n=55)	62.25±5.97	85.03±12.24 ^a	67.81±12.13	45.47±10.15 ^a
<i>t</i>	0.589	5.037	0.164	2.312
<i>P</i>	0.557	0.000	0.871	0.023

注: 与同组治疗前比较, ^a $P < 0.05$

2.5 炎症因子指标 治疗后两组 TNF- α 、IL-6、CRP、IL-8 水平低于治疗前, 且观察组低于对照组, 有统计学差异 ($P < 0.05$)。见表 5。

观察组(n=55)	546.78±82.45	171.62±36.84 ^a	18.74±4.19	6.32±1.54 ^a	33.58±5.78	7.62±1.15 ^a	441.57±80.69	130.58±40.24 ^a
<i>t</i>	0.100	6.528	0.149	8.449	0.808	14.431	0.061	6.543
<i>P</i>	0.920	0.000	0.882	0.000	0.421	0.000	0.952	0.000

注：与同组治疗前比较，^a*P*<0.05

2.6 不良反应 治疗期间两组未见明显不良反应。

3 讨论

中医学将 COPD 归属于“肺胀”的范畴，患者年老体虚，肺虚气不足，不能卫外，导致外邪侵袭，邪气留于肺内致使肺气胀满，肺不敛降，致使咳嗽加剧，转化为急性发作期^[7-8]。其包含内因和外因两个方面，内因为久病肺虚，外因为感受外邪，久病伤脾，导致脾气虚弱，形成脾肺气弱之证^[9-10]。故临床针对本病的之治疗应施以补脾益肺之法。

COPD 的发生、发展与炎症反应密切相关，急性加重期会释放大量的炎症因子，如 TNF- α 、IL-6、CRP，刺激线粒体增加分泌，从而加剧气道阻塞，使病情进一步加重^[11-12]。本研究结果显示，观察组临床总有效率、PaO₂及 FEV₁、FVC、FEV₁/FVC 高于对照组，中医证候积分、PaCO₂及 TNF- α 、IL-6、CRP、IL-8 水平低于对照组，表明 AECOPD 患者应用加味参苓白术散联合穴位敷贴治疗具有良好的效果，可改善肺功能、血气指标，减轻炎症反应。本研究中，穴位敷贴所用中药中白芥子理气豁痰；丁香降逆止呕；干姜温肺化饮、温中散寒；延胡索行气活血；甘遂破积通便；细辛祛风散寒、温肺化饮。诸药合用，具有温肺化饮、祛风化痰之效。穴位取足三里可补中益气、调理脾胃；定喘、天突、肺俞可止咳平喘、通宣理肺、化痰；脾腧健脾和胃；膻中穴宣发正气。诸穴共用可宣肺平喘、理气健脾。穴位敷贴利用药物对穴位的刺激可平衡阴阳，缓解临床症状^[13]。加味参苓白术散中黄芪补肺气，党参益气健脾，共为君药；茯苓健脾补中，山药益气健脾，白术健脾益气，共为臣药；陈皮健脾和胃，使药物补而不滞，白扁豆健脾化湿，丹参活血化痰，桑白皮泻肺平喘，桔梗清泄肺热、化痰，共为佐药；砂仁为使药，和胃醒脾、行气化滞。全方共奏健脾益肺之效。中医学历来重视脾胃功能，脾主运化，为气血生化之源，诸气不足均可通过健脾得以改善。加味参苓白术散具有健脾的作用，可使气血有源，并可培补肺气，杜绝生痰。现代药理研究显示，党参具有抗炎、抗氧化、调节胃肠运动的作用；陈皮具有平喘、祛痰、调节胃肠运动的作用；桔梗具有增加免疫力、抗炎、镇咳、平喘等作用^[14-15]。中医内、外治疗相结合，可起到互补的作用，显著增强治疗效果，促进疾病恢复，且安全性好，患者易于接受。

综上所述，AECOPD 患者应用加味参苓白术散联合穴位敷贴治疗效果确切，可减轻炎症反应，改善肺功能及血气功能，促进疾病恢复，且具有良好的安全性，值得借鉴。

参考文献：

- [1]刘若阳, 张璐, 林娟, 等.穴位贴敷治疗慢性阻塞性肺疾病(痰浊壅肺型)的优化研究[J].四川中医, 2020, 38(10):208-212.
- [2]李源莉, 柳超, 李龙超, 等.穴位敷贴配合理疗和呼吸功能训练治疗慢性阻塞性肺疾病 30 例[J].安徽医药, 2019, 23(11):2223-2226.
- [3]杨燕, 姚冬娟.清肺化痰汤加减联合穴位敷贴治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床观察[J].中国中医急症, 2020, 29(7):1255-1257.
- [4]陈茂华, 赵云, 杜虎城, 等.止嗽方穴位敷贴治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期临床疗效研究[J].河北中医学报, 2019, 34(5):53-55.
- [5]中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等.慢性阻塞性肺疾病基层诊疗指南(2018 年)[J].中华全科医师杂志, 2018, 17(11):856-870.
- [6]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].中国医药科技出版社, 2002:361-390.
- [7]张丽.自拟益气补肺方联合穴位敷贴治疗慢性阻塞性肺病临床分析[J].四川中医, 2019, 37(3):92-94.
- [8]王健, 程建军.中药穴位贴敷联合布地奈德雾化吸入治疗慢性阻塞性肺疾病的疗效及对患者生活质量的影响[J].中国医师杂志, 2019, 21(2):277-279.
- [9]李静静, 王奎玲, 花代平, 等.“培土生金”法治疗慢性阻塞性肺疾病的现代医学研究[J].浙江中医药大学学报, 2020, 44(5):490-494.
- [10]王益斐, 周杨, 马黄钢, 等.基于“脾胃论”内外合治辅助慢性阻塞性肺病患者机械通气撤离对患者预后的影响研究[J].中国全科医学, 2019, 22(12):1447-1452, 1460.
- [11]陈茜, 刘伟, 姜华, 等.参苓白术散联合氨茶碱片治疗慢性阻塞性肺疾病的临床疗效[J].西部中医药, 2020, 33(6):95-97.
- [12]宋采秋, 马贤德, 束沛, 等.都气丸合参苓白术散加减治疗慢性阻塞性肺疾病临床观察[J].辽宁中医药大学学报, 2020, 22(2):207-210.
- [13]周智恩, 卢萍, 姚娟, 等.培土生金综合疗法对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者机械通气脱机影响的临床研究[J].现代中西医结合杂志, 2021, 30(17):1908-1911.
- [14]胡涛, 金龙伟.加味参苓白术散对不同病情程度慢性阻塞性肺疾病稳定期患者临床疗效[J].辽宁中医药大学学报, 2019, 21(3):78-81.
- [15]徐娟娟, 连玉菲, 闫莉.参苓白术散对稳定期 COPD 老年患者血清炎症因子与心理状态的影响[J].武警医学, 2019, 30(4):295-298.

颈椎牵引联合针灸治疗神经根型颈椎病的疗效观察

苏婷

江苏省连云港市赣榆区人民医院针灸科 江苏连云港 222100

摘要：目的：探究颈椎牵引联合针灸治疗神经根型颈椎病（Cervical spondylotic radiculopathy, CSR）的效果。方法：选取江苏省连云港市赣榆区人民医院针灸科2018年12月至2021年12月收治48例CSR患者为例，按照不同治疗方法分为两组，对照组（n=24例）采取针灸治疗，观察组（n=24例）在对照组上结合颈椎牵引治疗，评价不同方法治疗对治疗效果、症状评分的影响。结果：观察组生活质量各项评分均高于对照组（ $P<0.05$ ）。观察组治疗效果95.83%高于对照组66.67%（ $P<0.05$ ）。治疗后，观察组功能障碍程度评分、颈椎功能评分、疼痛评分低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：颈椎牵引联合针灸应用于CSR患者中治疗效果确切，能显著改善颈椎功能，降低疼痛。

关键词：神经根型颈椎病；针灸；颈椎牵引

【引言】

近年来，神经根型颈椎病（Cervical spondylotic radiculopathy, CSR）发病率逐渐上升，且呈年轻化趋势逐渐发展，由颈神经根受压引起，表现为与脊神经根分布区相一致的感觉、运动及反射障碍，若不及时治疗，不仅引发头部疼痛，甚至还可能会导致整个肩颈的麻木，对患者日常生活存在一定影响^[1-2]。因此，对于此类患者应积极地治疗，对提高患者颈椎功能，生活质量尤为重要^[3]。西医治疗多以抗炎、扩张血管为主，但治疗效果不佳。中医治疗历史悠久，牵引、针灸等技术在治疗该病中具有独特优势，能显著降低患者功能障碍，缓解疼痛^[4-5]。本研究选取48例CSR患者临床资料，评价不同方法治疗对治疗效果、症状评分的影响。具体内容如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

以我院2018年12月至2021年12月收治48例CSR患者为例，按照不同治疗方法将其分为对照组和观察组各24例。对照组男12例，女12例，年龄27~60岁，平均（42.20±2.06）岁，病程时间2~134个月，平均（68.52±1.67）个月。对照组男9例，女15例，年龄27~58岁，平均（42.68±1.99）岁，病程时间1~135个月，平均（68.95±1.59）个月。2组资料比较， $P>0.05$ 。本研究经江苏省连云港市赣榆区人民医院医学伦理委员会审批通过。

1.2 入选条件

入选标准：①患者均存在患侧上肢麻木、疼痛等典型根性症状，x线片及压颈试验、臂丛牵拉试验结果为阳性。②所有患者均知晓此次研究内容；④依从性较好者，并自愿接受该研究；④临床资料齐全；⑤精神状态良好，知情同意并签署知情同意书。排除标准：①存在治疗禁忌者；②患有精神类疾病，且存在认知障碍者；④心肝肾功能严重异常；④合并其他严重疾病者。

1.3 方法

入院后，两组患者均给予常规功能锻炼，如肩颈操、自我按摩等，同时培养患者养成良好的生活习惯，保证充足的睡眠；注意日常生活、学习等颈部姿势和体位，为患者选择适当的枕头，注意调整心态。在此基础上，对照组采取针灸。下针前对患者穴位进行消毒，以大椎穴、后溪穴、肩外俞颈夹脊穴、养老穴等穴位进行疏通经络，结合患者实际情况确定穴位，若患者颈部较为僵硬，加风池穴，行针力度应以出现放射性坠胀感为佳，每次留针30min，5次/周。观察组另加用颈椎牵引治疗，取坐位，全身放松，由医师对患者斜方肌、肩胛提肌等进行推揉，选取掌揉法、拇指揉法，结束后指导患者放松其双上肢下垂，固定头颈部，若出现颈椎曲线不正，采用颈部屈曲角保持15°，牵引重量设置4kg，时间为30min，1次/d。两组均持续治疗1个月。

1.4 观察指标

对比两组治疗效果。痊愈：临床症状和体征完全消失，颈部功能活动恢复正常；显效：上述症状及指标明显改善；好转：上述症状及指标有所好转；无效：与治疗前相比无变化。（2）对比两组功能障碍程度。根据oswestry功能障碍指数（Oswestry dysfunction index, ODI）^[6]评估，包括疼痛、生活自理、行走、站立等10个项目组成，无症状~痛的不能做任何事情分别对应0~5分，评分方法：实际得分/50（最高可能得分）×100%。ODI代表生存质量的改善程度，分值越低生存质量越高。（3）对比两组颈椎功能。根据颈椎功能障碍指数（Cervical dysfunction index, NDI）^[7]评估，满分50分，0~5分表示无残疾到完全残疾，颈椎功能与得分呈反比。（4）对比两组疼痛程度。根据视觉模拟量表（Visual analogue scale, VAS）^[8]评估，总分10分，采用0~10分法表示从无痛到剧痛。（5）两组生活质量比较。治疗后，根据健康调查建表（SF-36）^[9]评估，包括身体功能、精神健康、躯体疼痛、精力状况等8项指标，各项指标均为100分，各项目得分越高，表示生活质量越好。

1.5 统计学分析

使用SPSS 22.0软件完成统计学分析。计数资料以[例（%）]表示，采用 χ^2 检验；计量资料以（ $\bar{x}$ ±s）表示，采用t检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组治疗效果

观察组治疗效果95.83%高于对照组66.67%，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。详见表1。

表1 对比两组治疗效果（n，%）

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	有效率
观察组	24	14（58.33）	6（25.00）	3（12.50）	1（4.17）	23（95.83）
对照组	24	7（29.17）	4（16.67）	5（20.83）	8（33.33）	16（66.67）
χ^2 值						4.923
P 值						0.027

2.2 对比两组临床相关指标

治疗前，两组对比（ $P>0.05$ ），治疗后，观察组Oswestry评分、NDI评分、VAS评分较对照组好，疼痛程度、功能障碍控制更为有效，颈椎功能提高更为显著，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。详见表2。

表 2 对比两组临床指标[$\bar{x} \pm s$, 分]

组别	例数	功能障碍评分		颈椎功能评分		疼痛评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	24	28.51±2.64	11.02±1.07*	30.25±2.10	9.65±0.94*	5.20±0.54	1.56±0.33*
对照组	24	29.08±2.51	16.56±1.13*	30.56±2.18	14.67±1.05*	5.39±0.55	2.08±0.37*
<i>t</i> 值		0.767	17.440	0.502	17.451	1.208	5.138
<i>P</i> 值		0.447	0.000	0.618	0.000	0.233	0.000

注：与治疗前相比，* $P < 0.05$ 。

2.3 对比两组生活质量

观察组生活质量各项评分较对照组好，生活质量提高更为显著，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。详见表 3。

表 3 对比两组生活质量[$\bar{x} \pm s$, 分]

组别	例数	生理机能	生理职能	躯体疼痛	健康状况	精力	社会功能	情感职能	精神健康
观察组	24	76.52±2.64	67.52±2.62	79.56±2.41	77.64±2.15	69.65±2.41	74.21±2.36	69.65±1.20	77.52±2.40
对照组	24	69.35±2.21	61.34±2.71	72.65±2.22	70.60±2.02	62.54±2.35	68.43±3.20	62.20±1.02	71.64±2.61
<i>t</i> 值		10.202	8.032	10.331	11.691	10.348	7.122	23.174	8.124
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

CSR 主要由于骨质增生或椎间孔缩小等原因引起，导致患者颈椎神经出现压迫，颈部及肩膀处出现疼痛，严重时出现颈部和肩关节的功能障碍，使颈部肌肉处于长时间痉挛状况，严重影响患者日常生活^[10-11]。中医上，该病属“痹症”范畴，由于颈椎筋脉受到风寒湿邪侵犯，留于关节、注于经络，导致气血亏损、气血不和，引起肝肾不足，进而出现运动和感觉障碍，在内外因素的作用之下而致病^[12]。治疗上多以舒筋、活络、补益肝肾为主，从而达到缓解临床症状，提高颈部功能的目的^[13]。临床关于颈椎牵引联合针灸治疗 CSR 的研究较少，本研究分析其疗效，取得较好的治疗效果。

常规功能训练一定程度上能有效改善患者临床症状，减轻患者疼痛，但治疗效果不佳，易反复发作^[14]。中医上认为疼痛是由气血不畅、经络阻滞引起，行针灸治疗能有效改善神经根的牵张力，降低化学性神经根炎，从而改善或减轻疼痛现象^[15]。针灸疗法通过选取相应的穴位，通畅血脉，可有效改善神经系统，进一步巩固活血化瘀、通经活络的效果^[16]。选取大椎穴位于人体的颈部下端，有调节全身阳气、扶正祛邪、解表退热等效果；后溪穴属手太阳小肠经，有通督、镇静、止痛、解表祛热等作用；肩外俞颈夹脊穴位于在背腰部，有调理脏腑，疏经、通络等作用；养老穴为手太阳小肠经上的常用腧穴之一，有活血化瘀、扶正祛邪等作用。联合颈椎牵引利用作用力与反作用力，通过手法、器械或电动装置产生的外力，作用于人体脊柱或四肢关节，拉伸关节周围软组织，从而达到治疗目的。本研究观察组另加用颈椎牵引治疗，结果显示，观察组治疗效果 95.83% 高于对照组 66.67%（ $P < 0.05$ ）。治疗后，观察组 Oswestry 评分、NDI 评分、VAS 评分低于对照组（ $P < 0.05$ ）。认为这一治疗方法效果显著，能显著改善患者临床症状，降低患者疼痛，提高其颈椎功能。颈椎牵引利用作用力与反作用力，通过手法、器械或电动装置产生的外力，作用于人体脊柱或四肢关节，拉伸关节周围软组织，从而达到治疗目的。本研究结果显示，观察组生活质量各项评分均高于对照组（ $P < 0.05$ ）。认为这一治疗方法能显著提高患者生活质量。分析原因为：针灸通过对相应穴位进行刺激，能有效恢复颈部功能，改善患者脑血管供血，进而缓解肌肉痉挛，而联合颈椎牵引能发挥促进颈肩部血液循环、松解粘连组织的效果，进而活血化瘀，对患者的生活质量、预后等均存在积极影响。

综上所述，对 CSR 患者采取颈椎牵引联合针灸治疗效果较好，能显著改善缓解临床症状，颈部功能恢复较好，可在临床上推广。

参考文献：

- [1]周谦. 非手术脊柱减压系统牵引与颈枕带坐位颈椎牵引治疗神经根型颈椎病的疗效对比[J]. 颈腰痛杂志, 2019, 40(1):103-104.
- [2]陈彦均, 温涛, 许鸿智, 等. 仰卧前屈拔伸牵引对神经根型颈椎病患

者有效椎管横截面积的影响[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2020, 28(5):31-34.

[3]Sh A, Sk A, Kn A, et al. Anatomical study of cervical intervertebral foramen in patients with cervical spondylotic radiculopathy[J]. Journal of Orthopaedic Science, 2021, 26(1):86-91.

[4]胡晓惠, 张步. 牵引、低频联合颈痛片、甲钴胺分散片治疗神经根型颈椎病疗效观察[J]. 贵州医药, 2021, 45(2):257-258.

[5]潘胜莲, 郑士立, 周夏慧, 等. 针刺联合颈痛颗粒治疗神经根型颈椎病及对患者 IL-6、TNF- α 、IL-1 β 和血液流变学指标的影响[J]. 中国针灸, 2019, 37(12):26-30.

[6]杨波, 梁智林, 唐杰, 等. 腰椎管狭窄症患者椎旁肌形态与其 Oswestry 功能障碍指数的相关性分析[J]. 颈腰痛杂志, 2020, 41(2):218-220.

[7]张亚, 刘志维, 方忠, 等. 3D 打印钛合金椎间融合器置入治疗脊髓型颈椎病的临床疗效及颈椎矢状位参数变化[J]. 骨科, 2021, 12(2):97-102.

[8]王琪, 郭磊, 白平, 等. 益气续骨合剂加虫类通络方在踝关节骨折术后康复治疗中的应用[J]. 中医正骨, 2021, 33(7):17-22.

[9]周非非, 张一龙, 李舒扬, 等. SF-36 量表用于国人脊髓型颈椎病的信度分析及其与神经功能的相关性研究[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2020, 30(3):256-262.

[10]尉迎丽, 晏圣松, 唐流刚, 等. 郑氏“颈四步”手法治疗神经根型颈椎病疗效研究[J]. 陕西中医, 2021, 42(12):1779-1782.

[11]Sh A, Sk A, Kn A, et al. Anatomical study of cervical intervertebral foramen in patients with cervical spondylotic radiculopathy[J]. Journal of Orthopaedic Science, 2021, 26(1):86-91.

[12]陈紫恒, 伍广锐, 黄勇. 温针灸治疗寒湿痹阻证神经根型颈椎病急性期的疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(1):84-88.

[13]张飞雄, 张瑾, 任海滨, 等. 电针颈三针配合牵引疗法治疗神经根型颈椎病的临床研究[J]. 广州中医药大学学报, 2021, 38(10):2163-2168.

[14]柏杖勇, 李文杰. 颈椎牵引联合颈痛颗粒及针灸治疗神经根型颈椎病患者的疗效分析[J]. 实用临床医药杂志, 2019, 23(20):84-87.

[15]周夏慧. 针刺联合颈痛颗粒治疗神经根型颈椎病及对患者 IL-6、TNF- α 、IL-1 β 和血液流变学指标的影响[J]. 中国针灸, 2019, 39(12):1274-1278.

[16]徐震球, 詹红生. 四物四妙汤联合针灸疗法治疗神经根型颈椎病临床价值评估[J]. 四川中医, 2019, 37(6):127-129.

作者简介：苏婷，大学本科，主治中医师，研究方向：针灸治疗方面。

探讨溃疡性结肠炎脾胃虚弱型患者接受中西医结合药物治疗的效果

孙文

秦皇岛市中医医院 肛肠科 066000

摘要：目的：探究不同治疗方式对于溃疡性结肠炎脾胃虚弱型患者临床治疗效果，观察中西医结合药物治疗溃疡性结肠炎脾胃虚弱型的疗效。方法：选取 2017 年 1 月至 2021 年 12 月，消化内科住院溃疡性结肠炎脾胃虚弱型患者 100 例病例，采取回顾性调查方法分析溃疡性结肠炎脾胃虚弱型原情况，随机分为中西医结合药物治疗组 50 例、单一西药药物治疗组 50 例，分析对比不同治疗方式组别的治疗有效率。结果：入院治疗溃疡性结肠炎脾胃虚弱型患者整体治疗有效性为 78.9%，中西医结合药物整体治疗有效性 88.1%治疗相比于药物治疗组治疗有效率更高 69.7%，联合中西医治疗有效率比单一用药更高，具有统计学方面的意义（ $P < 0.05$ ）。结论：中西医结合药物治疗对于溃疡性结肠炎脾胃虚弱型的治疗有效，能够达到较好的临床治疗效果。

关键词：溃疡性结肠炎脾胃虚弱型；中西医结合药物治疗；治疗方式；观察

引言

溃疡性结肠炎，是慢性起病反复发作，发病机理、治疗手段尚不明确的疾病。特别是长期反复腹泻、腹痛、血便等症状后，容易引起患者整体身体状态不佳。中医辨证治疗，认为属于“便血”“泄泻”等临床症状，饮食调化、消化吸收均属于脾胃功能范畴。溃疡性结肠炎反复发作，病程长，缠绵久，一般都是患者脾胃功能受到影响。因此，中西医结合治疗，从调理脾胃、促进消化的角度出发，筑牢患者疾病康复的基础。同时，利用中医灌肠药物，对于肠黏膜屏障损伤进行全面修复治疗，从病理基础上预防缓解病症的进程，从而达到有效改善反复腹泻、腹痛、血便等症状的作用。^[1]溃疡性结肠炎脾胃虚弱型临床治疗中，常用药物治疗、中药灌肠治疗、中西医结合药物治疗等方式，不同治疗方式之前治疗效果不同，针对不同患者治疗效果也不同。近年来，随着溃疡性结肠炎脾胃虚弱型治疗方式的广泛应用，中西医结合药物治疗溃疡性结肠炎脾胃虚弱型的临床治疗越来越得到肯定，成为了更为安全、更加有效、治疗成本更低的治疗方式，能有效缓解患者进食呃逆情况，具有重要临床应用意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取 2017 年 1 月至 2021 年 12 月，消化内科住院患者入住，明确诊断为溃疡性结肠炎脾胃虚弱型患者的 100 例病例，溃疡性结肠炎脾胃虚弱型病患者男女性别比为：59:41，年龄在 38—75 岁之间，平均年龄为 65.2±9.8 岁。纳入试验标准：溃疡性结肠炎患者经过临床确诊，明确具有反复腹泻、腹痛、血便等症状症状，中医辨证具有脾胃虚弱等情况，具有明确的饮食调化、消化吸收受到影响情况。充分了解试验内容并自愿参加试验，患者及家属签署知情同意书。排除试验标准：具有基础性重大疾病，免疫性、遗传性、血液性疾病除外，对中药灌肠、针刺、药物等治疗方式敏感者除外，不愿意接受临床观察除外。

1.2 研究方法

选取 2017 年 1 月至 2021 年 12 月，消化内科住院溃疡性结肠炎脾胃虚弱型患者 100 例病例，采取回顾性调查方法分析溃疡性结肠炎脾胃虚弱型原情况，随机分为 I 组中西医结合药物治疗组 50 例、II 组药物治疗组 50 例，两组患者基本情况不具有影响统计学结果的差异。

所有观察对象，入院明确诊断后，均给予相应治疗。其单纯西医药物治疗，使用艾迪莎-美沙拉秦缓释颗粒 0.5g/袋，每日 3 次，每次 1 袋。如果出现反复血便，则辅助柳氮磺胺吡啶片保留灌肠治疗，每日 1 次，观察病情进展，血便好转则停止。加强消炎支持治疗，规范治疗 2 周。^[2]

采用中药药物对症治疗，扶正固本、补益气血、健脾开胃的益气补脾汤中成药剂治疗。以口服补脾益肠丸中成药等为主，每日 3 次，每次 1 袋。如果出现脾胃虚弱，伴发瘀血阻络等情况，则要义口服汤剂辅助，建议采用黄芪，炒白术，陈皮，当归，红花，丹参，黄连，白芍，三七粉，甘草等为主，辨证增减药物，上药每剂水煎成 300 ml，口服，每次 100 ml，每日 3 次。如果出现反复血便，则以中医汤剂灌肠治疗，肠方：槐花，地榆，秦皮，海螵蛸，白及，上药每剂水煎成 100 ml，每晚 1 次，待血便情况好转后则，适当减少槐花、地榆用量。中医针灸治疗则是，取主穴膈腧、膈关、内关（I 组），天突、中脘、足三里、公孙；配对症取穴，痰多哽塞，取大陵，两组主穴日间交替 1 次，3 日 1 次为 1 个疗程，为平补平泻手法，捻针行针 20-30 分钟，症状严重可以治疗仪器通电，临床治疗效果更显著。^[3]

1.3 观察指标

整体治疗有效率：规范治疗 2 周后，溃疡性结肠炎脾胃虚弱型治疗临床症状有效缓解人数/总体观察人数。

肠镜检查有效率：规范治疗 2 周后，肠镜检查溃疡性结肠情况有效改善人数/总体观察人数。

肠镜下溃疡出血点数量、面积大小、周边炎症情况、组织充血反应等。

对于所有研究观察对象，在明确临床诊断后，给予治疗方式规范治疗 2 周后，通过复查血液检查、影像学检查，与患者临床症状相互对比，并与临床影像学检查结果相互印证。

1.4 统计学分析

对数据采用 SPSS 19.0 统计学统计软件进行处理与统计学分析，对计量资料和计数资料分别采用学生检验（即 t 检验），当（ $P<0.05$ ）时，即说明差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 溃疡性结肠炎脾胃虚弱型治疗方式整体治疗情况

观察 2017 年 1 月至 2021 年 12 月，入住溃疡性结肠炎脾胃虚弱型病房患者的 100 例病例，观察其治疗方式治疗有效情况。收治入院治疗溃疡性结肠炎脾胃虚弱型患者，经过 2 周规范治疗有效 96 例，占到 63.3%。

表 1 消化内科病房溃疡性结肠炎脾胃虚弱型治疗基本情况

	调查例数	有效例数	治愈率	P 值
性别（男）	59	44	56.8%	$P<0.05$
性别（女）	41	38	72.1%	
年龄（>60）	62	45	43.8%	$P<0.05$
年龄（<60）	38	36	83.5%	
总体例数	100	96	63.3%	

研究观察发现女性（72.1%）溃疡性结肠炎脾胃虚弱型率高于男性（56.8%）、青年患者（83.5%）高于老年患者（43.8%），均明显高于平均溃疡性结肠炎脾胃虚弱型率 63.3%，且组别之间均具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

2.2 不同组别治疗方式治疗溃疡性结肠炎脾胃虚弱型的效果差异

观察 2017 年 1 月至 2021 年 12 月，不同病因治疗有效治疗方式的差异。分析观察不同疾病原因之间的治疗方式率，中药灌肠治疗组（89.1%）、相比于药物治疗组治疗有效率（79.3%）更高，具有统计学差异意义（ P

<0.05 ）。

表 2 溃疡性结肠炎脾胃虚弱型的症状改善治疗有效率

	例数	症状改善治疗率	P 值
中西医结合药物治疗组	50	90.8%	$P<0.05$
单一药物治疗组	50	79.3%	

2.3 联合治疗方式与单一治疗方式治疗溃疡性结肠炎脾胃虚弱型差异

观察 2017 年 1 月至 2021 年 12 月，联合治疗方式与单一治疗方式治疗溃疡性结肠炎脾胃虚弱型差异。分析观察不同联合用药和单一用药之间的治疗方式率，中西医结合药物治疗+药物治疗联合用药组（95.8%）相比于单一用药组治疗有效率（82.3%）更高，具有统计学差异意义（ $P<0.05$ ）。

表 3 溃疡性结肠炎脾胃虚弱型的肠镜检查治疗有效率

	例数	肠镜检查治疗率	P 值
中西医结合药物治疗组	47	95.8%	$P<0.05$
单一药物组	53	82.3%	

2.4 溃疡性结肠炎脾胃虚弱型肠炎面积深度缩小度

观察 2017 年 1 月至 2021 年 12 月，联合治疗方式与单一治疗方式治疗溃疡性结肠炎脾胃虚弱型差异。经过系统治疗以后，中西医结合药物治疗组的溃疡性结肠炎脾胃虚弱型长度、深度、面积缩小值（69%、59%、61%）和，明显优于单一药物组长度、深度、面积缩小值（33%、40%、39%），比较差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），溃疡性结肠炎脾胃虚弱型面积显著缩小的平均起效时间，中西医结合药物治疗组（5.7 天），也明显优于单一药物组（13.2 天），比较差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表 4。

表 4 不同组别之间溃疡性结肠炎脾胃虚弱型的溃疡面积缩小度对比

组别	出血点数量	深度缩小	面积缩小	平均起效时间
中西医结合药物治疗组 n=50	69%	59%	61%	5.7 天
单一药物治疗组 n=50	33%	40%	39%	13.2 天
χ^2 值	4.7	5.6	3.8	7.3
p 值	0.05	0.03	0.04	0.01

2.5 溃疡性结肠炎脾胃虚弱型肠道炎症反应率、肠壁溃疡面愈合率发生率

临床观察，中西医结合药物治疗组和单一药物组肠道炎症反应率、肠壁溃疡面愈合率情况。治疗前症状差异是无统计学意义，经过系统治疗以

后，对肠道炎症反应率、肠壁溃疡面愈合率比治疗前、治疗后有明显差别，肠道炎症反应、炎症渗出液量和肠壁溃疡面肉芽组织形态，是否有明显改变，变化具体情况及进展，中西医结合药物治疗组的肠道炎症反应率、肠壁溃疡面愈合率（19%、69%）和，明显优于单一药物组肠道炎症反应率、

肠壁溃疡面愈合率（33%、40%），比较差异有统计学意义($P < 0.05$)，见表 2。

表 5 不同组别之间溃疡性结肠炎脾胃虚弱型的肠道炎症反应率、肠壁溃疡面愈合率对比

组别	肠道炎症反应率	肠壁溃疡面愈合率
中西医结合药物治疗组 n=50	19%	69%
单一药物治疗组 n=50	25%	55%
χ^2 值	7.8	6.5
p 值	0.03	0.07

2.6 溃疡性结肠炎脾胃虚弱型治疗满意度对比

较治 2 周后，中西医结合药物治疗组与单一药物组的总有效率均为 80%，中西医结合药物治疗组和单一药物组的痊愈率明显高于单一药物组，见住院患者的满意度，是判断住院患者就医过程中医患关系的重要指标。在治疗 11 天及 18 天后，中西医结合药物治疗组溃疡深度明显小于对照，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。分别对于中西医结合药物治疗溃疡性结肠炎脾胃虚弱型组与单一药物组 50 名患者，出院前进行治疗满意度测评，满分为 30 分，区分为非常满意（90 分以上）、比较满意（70 分到 90 分）、不满意（70 分以下），具体情况如下：

表 6 溃疡性结肠炎脾胃虚弱型病房治疗满意度对比

组别	非常满意	比较满意	不满意	治疗满意度
中西医结合药物治疗组 n=50	48 例	12 例	0 例	100%
单一药物治疗组 n=50	38 例	10 例	2 例	92%
χ^2 值	5.6	6.3	4.5	3.4
p 值	0.05	0.03	0.05	0.04

3 讨论

选取 2017 年 1 月至 2021 年 12 月，消化内科住院溃疡性结肠炎脾胃虚弱型患者 100 例病例，采取回顾性调查方法分析溃疡性结肠炎脾胃虚弱型原情况，随机分为 I 组中西医结合药物治疗组 50 例、II 组药物治疗组 50 例，两组患者基本情况不具有影响统计学结果的差异，通过观察可见，得到以下结论：

（1）不同人群治疗效果不同。研究观察发现女性（72.1%）溃疡性结肠炎脾胃虚弱型率高于男性（56.8%）、青年患者（83.5%）高于老年患者（43.8%），均明显高于平均溃疡性结肠炎脾胃虚弱型率 63.3%，且组别之间均具有统计学意义 ($P<0.05$)。

（2）中西医结合资料整体治疗有效度更高。从临床症状改善情况来

看，中西医结合药物治疗+药物治疗联合用药组（89.8%）相比于单一用药组治疗有效率（82.3%）更高，此类治疗方式均高于平均治疗率，联合用药治疗有效率比单一用药更高。结合肠镜检查结果，中西医结合药物治疗+药物治疗联合用药组（95.8%）相比于单一用药组治疗有效率（82.3%）更高，具有统计学差异意义 ($P<0.05$)。

（3）中西医结合治疗肠壁炎症情况改善更为明显，中西医结合药物治疗组的溃疡性结肠炎脾胃虚弱型长度、深度、面积缩小值（69%、59%、61%）和，明显优于单一药物组长度、深度、面积缩小值（33%、40%、39%），比较差异有统计学意义($P < 0.05$)，溃疡性结肠炎脾胃虚弱型面积显著缩小的平均起效时间，中西医结合药物治疗组（5.7 天），也明显优于单一药物组（13.2 天），比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

中西医结合药物治疗组的肠道炎症反应率、肠壁溃疡面愈合率（19%、69%）和，明显优于单一药物组肠道炎症反应率、肠壁溃疡面愈合率（33%、40%），比较差异有统计学意义($P < 0.05$)，尤其是经过中西医系统治疗以后，对肠道炎症反应率、肠壁溃疡面愈合率比治疗前、治疗后有明显差别，肠道炎症反应、炎症渗出液量和肠壁溃疡面肉芽组织形态，是否有明显改变。

4. 结论

本文围绕溃疡性结肠炎脾胃虚弱型患者的治疗方式应用策略，采取回顾性调查方法分析，消化内科住院溃疡性结肠炎脾胃虚弱型患者 100 例病例，分析对比不同治疗组别发现，联合中药灌肠治疗与针灸治疗，相比于单一用药的治疗有效率更为明显，确保溃疡性结肠炎脾胃虚弱型患治疗方式的有效控制，为制定消化内科病房治疗方式治疗措施提供依据，充分提升溃疡性结肠炎脾胃虚弱型的治疗方式的临床经济效益。[4]

研究发现，溃疡性结肠炎脾胃虚弱型的治疗方式，总体上面来看，西药治疗、西医结合治疗对于溃疡性结肠炎脾胃虚弱型的治疗均游戏哦啊，中西医结合资料整体治疗有效度更为明显，同时，肠镜检查可见中西医结合治疗肠壁炎症情况改善更为明显，特别是中西医结合治疗肠壁炎症情况改善更为明显。临床情况回顾调查，也发现中西医疗疗总体满意度较高，说明中西医结合药物治疗可以明显缩短起效时间、提升肠壁溃疡面自我愈合程度，有效改善了患者临床症状情况，值得临床应用的广泛推广。

参考文献：

[1]翟永治. 中西医结合治疗溃疡性结肠炎疗效观察[J]. 实用中医药杂志. 2020(04)

[2]朱立龙. 美沙拉嗪、肠道益生菌联合治疗溃疡性结肠炎临床效果探究[J]. 临床医药文献电子杂志. 2019(45)

[3]阿依努尔·阿不拉,欧美珍. 研究益生菌结合美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎的临床疗效[J]. 世界最新医学信息文摘. 2019(40)

[4]秦文. 美沙拉嗪、肠道益生菌联合治疗溃疡性结肠炎临床效果探究[J]. 临床医药文献电子杂志. 2019(37)

血府逐瘀汤加减治疗心力衰竭的临床效果研究

王庆桂 秦艳丽 孙琦

山东省济南市平阴县中医医院 中医内科 山东济南 250400

摘要：目的：探讨在心力衰竭患者治疗中以中药血府逐瘀汤实施加减治疗的价值。方法：试验对象选择于2019.05–2022.02期间，在我院接收治疗干预的心力衰竭患者78例，采取随机数字表法均分作对照组与观察组，在施治期间对照组提供常规西医疗法，观察组则在对照组基础上加入血府逐瘀汤施治，统计组间施治疗效、心功能、炎症因子及中医证候积分差异性。结果：观察组施治总有效率比对照组高， $P<0.05$ ；观察组心功能指标优于对照组， $P<0.05$ ；观察组炎症因子指标低于对照组， $P<0.05$ ；观察组中医证候总积分低于对照组， $P<0.05$ 。结论：通过在常规西医疗法基础上以中药血府逐瘀汤施治，可显著改善患者临床症状，进一步提升治疗效果的同时，还能降低炎症反应，有利于改善患者心功能及促进其康复，适宜临床推广借鉴。

关键词：心力衰竭；血府逐瘀汤；心功能；炎症因子；施治效果；中医证候积分

心力衰竭是由于多因素造成心脏结构和（或）心脏功能发生异常改变，促使心室的收缩功能和（或）舒张功能出现障碍的一种临床症候群，具有预后差、病情重、易反复发作等特点，同时也是各类心脏疾病严重程度的表现或者晚期阶段体现^[1-2]。近年来，基于社会老龄化到来背景下，由于心脏疾病所致心衰发生率呈明显增长趋势，在很大程度上降低老年群体生存质量的同时，还导致其再住院率与病死率呈居高不下状态，其中慢性心衰急性失代偿是造成患者反复性住院及死亡的重要因素，故而合理选择治疗方案则显得至关重要^[3-4]。目前对于心衰患者的治疗临床以降低体内钠水潴留、提升心肌收缩能力、减少心脏负荷量及抑制心肌重塑为主，通过以正性肌力药物实施治疗，可有效增强患者心肌收缩能力，然而传统正性肌力药物远期疗效尚未明确，且部分药物长期应用易增加患者病死率，整体疗效并不理想^[5-6]。以中医治疗心力衰竭具有安全性高、多靶点、多途径等特点，在临床上得到广泛应用，为有效提升临床治疗效果，本研究以2019.05–2022.02在本院就医的78例心力衰竭患者作为本次试验所选对象，主要目的是为了探讨以中药血府逐瘀汤对患者施治的价值，现分析如下：

1. 资料与方法

1.1 病例资料

本组入选对象是78例存在心力衰竭疾病的患者，组间以随机数字表法实施分组，回顾性分析组内对象资料，对照组：年龄在57岁至78岁，均龄值在65.72±6.21岁，男性22例，女性17例，病程最长达9年，最短为1年，病程平均在5.02±0.78年，NYHA心功能分级：II级28例、III级11例；观察组：年龄最大是80岁，最小为55岁，均龄值为65.38±6.45岁，男性与女性占比20例及19例，病程在1年至9年，病程平均为5.17±0.72年，NYHA心功能分级：II级与III级各25例及14例。综合分析2组资料数据（ $P>0.05$ ），可对比。（1）西医符合中华医学会心血管病学分会《中国心力衰竭诊断和治疗指南2018》相关诊断要求^[7]，经临床实验室检查明确为心力衰竭；（2）中医符合《中药新药临床研究指南原则：试行》^[8]，中医辨证类型为阳虚兼血瘀证，其中主症包括：气促、心悸与肢冷畏寒；次症包括：口唇发紫、面色晦暗，合并胸水及舌暗红、脉细；（3）知晓病情且愿意配合；（4）NYHA心功能分级为II–III级；（5）入组前1周无本研究应用药物使用史；（6）临床基础资料完善；（7）依从性不低。排除：（1）存在感知、认知或精神障碍；（2）合并其它慢性疾病；（3）无法耐受中药方剂或对研究所应用药物存在过敏史；（4）合并感染；（5）存在先天性心脏病；（6）存在急性心梗；（7）中途失联或退出。

1.2 方法

对照组提供常规西医疗法，在患者入院后予以低流量吸氧、服用硝酸酯类、血管紧张素转换酶抑制剂、利尿素、洋地黄类及 β 受体阻滞剂等药

物施治，在治疗过程中根据患者病情合理调整用药量，维持体内水电解质处于平衡状态；观察组则在上述治疗基础上提供中药血府逐瘀汤施治，药方组成如下：柴胡 3g、甘草 3g、川芎 4.5g、桔梗 4.5g、枳壳 6g、赤芍 6g、生地 9g、红花 9g、当归 9g、牛膝 10g、桃仁 12g、人参 15g，随证实施加减治疗，对于有明显水肿症状存在者，加入五加皮 15g、汉防己 15g；对于有明显心悸症状存在者，加入炒柏子仁 12g、制远志 15g；对于有明显咳嗽症状存在者，可加入麦冬 15g、五味子 10g。上述药物以水煎服，分别于早晚各温服1次，2组均持续接受4周治疗，在施治期间观察患者用药反应，若存在异常及时进行处理。

1.3 指标观察及判定标准

（1）统计施治疗效，结合NYHA分级与中医症状积分来评定药物有效率，分为无效（症状并未得到明显改善，心功能提升未超过1级且证候积分降低幅度在30%以下，部分病情加重）、有效（症状快速改善，心功能分级提升1级，但未达2级，且证候积分降低幅度在30%~70%）与显效（症状基本或完全消失，心功能达I级或提升2级以上，且证候积分降低 $\geq 70\%$ ），总疗效为有效率及显效率之和；（2）统计心功能指标，指标包括：左心室射血分数（LVEF）、左心室收缩末期内径（LVESD）与左心室舒张末期内径（LVEDD）；（3）统计中医证候积分，指标包括：烦躁、乏力、心绞痛、心悸、心前区不适及呼吸困难，总分为0分–18分，分值越高则显示症状越严重；（4）统计炎症因子，指标包括：TNF- α （肿瘤坏死因子）、IL-6（白细胞介素-6）与NT-proBNP（N端脑钠肽前体），分别以酶联免疫吸附法与电化学发光法进行检测。

1.4 数据处理

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

2 结果

2.1 施治疗效

施治后，对照组中施治总有效例数达30例，其中治疗无效9例、治疗有效19例，治疗显效11例，总有效率为76.92%；观察组中治疗无效、治疗有效及治疗显效例数各2例、22例、15例，总有效例数为37例，总有效率为94.87%；通过对施治后2组总疗效进行比较，观察组比对照组高， $\chi^2=5.186$ ， $P=0.023$ ，组间差异显著， $P<0.05$ 。

2.2 心功能

施治前，对照组LVEF指标水平为30.15±2.07%、LVESD指标水平为48.12±7.82mm、LVEDD指标水平为65.16±4.35mm，观察组LVEF、LVESD及LVEDD指标水平分别为30.08±2.13%、47.95±8.06mm、65.04±4.54mm，

通过对施治前 2 组各项心功能指标进行比较, $t_1=0.147$, $t_2=0.095$, $t_3=0.119$, $P=0.883$, 0.925 , 0.905 , 无显著差异, $P>0.05$ 。

施治后, 对照组 LVEF 指标水平为 $35.74\pm 3.44\%$ 、LVESD 指标水平为 $40.47\pm 4.34\text{mm}$ 、LVEDD 指标水平为 $52.78\pm 4.32\text{mm}$, 观察组 LVEF、LVESD 及 LVEDD 指标水平分别为 $43.70\pm 4.15\%$ 、 $35.16\pm 5.12\text{mm}$ 、 $46.50\pm 4.94\text{mm}$, 通过对施治后 2 组心功能进行比较, 观察组各项指标水平优于对照组, $t_4=9.222$, $t_5=4.941$, $t_6=5.976$, $P=0.000$, 组间显著差异, $P<0.05$ 。

2.3 炎症因子

施治前, 对照组 TNF- α 指标为 $29.15\pm 3.04\text{ng/L}$ 、IL-6 指标为 $78.94\pm 5.45\text{ng/L}$ 、NT-proBNP 指标为 $2463.28\pm 325.30\text{ng/L}$, 观察组 TNF- α 、IL-6 与 NT-proBNP 指标分别为 $29.83\pm 3.11\text{ng/L}$ 、 $78.26\pm 5.41\text{ng/L}$ 、 $2407.89\pm 330.24\text{ng/L}$, 通过对比施治前 2 组炎症因子, $t_1=0.976$, $t_2=0.553$, $t_3=0.746$, $P=0.332$, 0.582 , 0.458 , 组间无显著差异, $P>0.05$ 。

施治后, 对照组 TNF- α 指标为 $20.13\pm 2.45\text{ng/L}$ 、IL-6 指标为 $60.63\pm 6.04\text{ng/L}$ 、NT-proBNP 指标为 $927.78\pm 89.34\text{ng/L}$, 观察组 TNF- α 、IL-6 与 NT-proBNP 指标分别为 $15.02\pm 2.14\text{ng/L}$ 、 $51.53\pm 4.39\text{ng/L}$ 、 $803.47\pm 83.74\text{ng/L}$, 通过对比施治后 2 组炎症因子, 观察组各项指标水平低于对照组, $t_4=9.810$, $t_5=7.611$, $t_6=6.340$, $P=0.000$, 组间存在显著差异, $P<0.05$ 。

2.4 中医证候总积分

施治前对照组中医证候总积分为 10.78 ± 2.14 分, 观察组总积分为 10.47 ± 2.05 分, 通过对比组间施治前中医证候总积分, $t_1=0.653$, $P=0.516$, 无显著差异, $P>0.05$ 。施治后对照组与观察组中医证候总积分分别为 5.63 ± 1.14 分、 3.02 ± 0.87 分, 施治后 2 组总积分明显下降, 且观察组评分低于对照组, $t_2=11.366$, $P=0.000$, 组间差异显著, $P<0.05$ 。

3 讨论

心力衰竭是临床心内科中常见的一种疾病, 主要是由于心脏收缩功能或者舒张功能出现障碍, 无法充分将静脉回心血量排出心脏, 促使静脉系统中血液淤积, 且动脉系统血液灌注不足, 最终出现心衰^[9-10]。该疾病好发于中老年群体中, 临床表现以乏力、呼吸困难、液体滞留等为主, 且大多数患者是以左心衰开始, 具有较高病死率, 严重威胁到患者生命安全。若患者出现心衰症状, 在其患病过程中, 交感神经会较为活跃, 一旦交感神经处于兴奋状态, 会使得患者去甲肾上腺素水平得到提高, 从而使其心室容量、质量及心室结构发生改变^[11-12]。一旦患者交感神经长期处在兴奋状态, 会降低其心肌收缩力, 使得心功能发生恶性循环, 进而对患者生命安全造成不良影响^[13]。目前, 在导致心血管疾病患者死亡因素中, 心源性猝死是重要因素之一, 而急性心衰则扮演着重要的角色, 特别是对于老年患者而言, 所造成的危害性更大。大多数慢性心衰患者均存在和心脏病有关病史, 比如扩张性心肌病、急性重症心肌炎、冠心病等都是主要发病原因, 而患病机制则是由于患者心肌严重受损, 促使其心肌结构与心功能出现改变与障碍, 进而引发其心室泵血不足、且心室充盈功能下降, 最终发生心衰^[14]。与此同时, 大多数患者常伴随着出现多种并发症, 再加上患病时间较长, 导致患者病情易出现反复发作现象, 不仅给患者机体造成巨大痛苦, 同时还会增加患者家庭压力, 故而及时予以有效治疗干预, 对减轻患者临床症状, 改善其预后起着重要意义^[15]。本研究中, 经比较单一应用常规西医疗法与联合中药血府逐瘀汤在心力衰竭患者中的施治效果, 结果发现施治后观察组占比率总有效率达 94.87%, 高于对照组 76.92%, 观察组 LVEF、LVESD 及 LVEDD 指标水平分别为 $43.70\pm 4.15\%$ 、

$35.16\pm 5.12\text{mm}$ 、 $46.50\pm 4.94\text{mm}$, 优于对照组 $35.74\pm 3.44\%$ 、 $40.47\pm 4.34\text{mm}$ 、 $52.78\pm 4.32\text{mm}$, 观察组 TNF- α 、IL-6 与 NT-proBNP 指标分别为 $15.02\pm 2.14\text{ng/L}$ 、 $51.53\pm 4.39\text{ng/L}$ 、 $803.47\pm 83.74\text{ng/L}$, 低于对照组 $15.02\pm 2.14\text{ng/L}$ 、 $51.53\pm 4.39\text{ng/L}$ 、 $927.78\pm 89.34\text{ng/L}$, 且观察组中医证候总积分为 3.02 ± 0.87 分, 低于对照组 5.63 ± 1.14 分, 证实以中西医结合施治方式治疗, 具备可靠性与有效性。

综上所述, 联合以常规西医疗法与中药血府逐瘀汤治疗心力衰竭患者, 可得到确切施治效果, 值得推广。

参考文献:

- [1]郝思杨,黄家欣.真武汤合血府逐瘀汤辅助治疗冠心病心力衰竭的临床效果[J].临床医学研究与实践,2022,7(08):133-136.
 - [2]孟玉娟,何洪波.血府逐瘀汤联合真武汤治疗冠心病心力衰竭对患者心功能指标的影响[J].黑龙江医药,2022,35(01):70-72.
 - [3]韩官君,刘金豹.真武汤合血府逐瘀汤对冠状动脉粥样硬化性心脏病心力衰竭患者心功能及血浆氨基末端脑钠肽前体的影响[J].中医临床研究,2021,13(08):32-34.
 - [4]李红云,董得刚,戴生喜等.血府逐瘀汤合玉苓散联合诺欣妥与传统的“金三角”治疗方案治疗血瘀脉阻证慢性心衰的临床疗效对比观察[J].四川中医,2021,39(11):69-72.
 - [5]李占芳,李新华.真武汤合血府逐瘀汤治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病并心力衰竭临床效果及心功能观察[J].中医临床研究,2021,13(21):41-42.
 - [6]周爱民,杨德钱,赵凤林.保元汤合血府逐瘀汤对慢性心力衰竭患者心功能及炎性因子的影响[J].中国医药导报,2019,16(10):128-131.
 - [7]中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组,中国医师协会心力衰竭专业委员会,中华心血管病杂志编辑委员会.中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018[J].中华心力衰竭和心肌病杂志(中英文),2018,2(4):30.
 - [8]郑筱蓓.中药新药临床研究指南原则:试行[M].中国医药科技出版社,2002.
 - [9]董进军,商李超,李妍蓉等.保元汤合血府逐瘀汤干预冠心病心力衰竭(气虚血瘀型)的临床观察[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(23):159.
 - [10]孙郁松.真武汤合血府逐瘀汤辅助治疗对慢性心力衰竭患者心功能及血流动力学指标的影响[J].中国药物经济学,2020,15(06):48-51.
 - [11]王建军,李志宏.冠心病慢性心力衰竭采取真武汤联合血府逐瘀汤加减治疗后的临床效果治疗顽固性心衰阳虚水泛证的临床观察[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(06):169-170.
 - [12]王颖,陈虎,吕旺,郭志.血府逐瘀汤联合西药治疗慢性心力衰竭合并抑郁症血行郁滞证[J].吉林中医药,2020,40(02):201-204.
 - [13]皇甫秀丽.真武汤配合血府逐瘀汤用于治疗冠心病心力衰竭病人疗效观察及其不良反应分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(02):168-169.
 - [14]张沛华,张韵,朱桂芬.血府逐瘀汤联合依那普利对心力衰竭患者血清炎症因子水平的影响[J].山西医药杂志,2020,49(18):2430-2432.
 - [15]伍明秋,李敬武,林凯旋.真武汤合血府逐瘀汤对慢性心力衰竭患者炎性因子及心功能的影响[J].黑龙江医药,2021,34(02):323-325.
- 作者简介:王庆桂 本科 学士学位 主治医师 平阴县中医医院 中医内科 山东省济南市 250400 研究方向:心力衰竭的中医治疗。

中医时间护理干预在中老年原发性高血压患者中的效果评价

王泽琼¹ 杨淑娟²

1.遂宁市中医院 体检中心 四川遂宁 629000; 2.遂宁市中医院 肺病科 四川遂宁 629000

摘要:目的:以中老年原发性高血压者为判定对象,探究中医时间护理的干预效果。方法 选取 2019.12 至 2021.12 时段我院接收的 240 例中老年原发性高血压者为对象,以数字号形式对研究所选病例组别分设,即对照组(n=120)、观察组(n=120)。选择行常规护理干预对照组患者,选择行中医时间护理干预观察组患者,以护理效果、生活质量为判定指标,对不同护理取得效果分析。结果:护理有效率统计,对照组、观察组所占比分别是 78.26%、95.65%,前者低于后者;在比较生活质量中,干预后,较对照组,观察组数据评分结果更高($P<0.05$)。结论:对中老年原发性高血压者行中医时间护理,能取得较好护理效果,控制血压水平在合理范围内,提高患者生活质量。

关键词:中老年原发性高血压;中医时间护理;护理效果

原发性高血压指的是因病因不明确而诱发的血压水平递增,其在心血管疾病中属于临床多发且常见症,发病后易引发患者出现乏力和头胀、头晕和耳鸣等症状,能严重影响患者的机体健康和生活质量。伴随近几年社会人口愈发高龄化,一定程度提高了中老年原发性高血压的发生率,由于该疾病具有病程时间长、病情发作反复特点,除予以降压药物控制外,加强护理开展的重视非常重要。中医时间医学指的是,根据中医理论,从整体上对人体生命活动周期研究,具有一定科学性^[1]。故而,本文对开展中医时间护理干预的效果情况进行分析。

1 资料与方法

1.1 临床资料

通过选取 2019.12 至 2021.12 时段我院接收的 240 例中老年原发性高血压者为对象,医学委员会知晓同意研究进行。以数字号形式随机划分病例,即对照组(n=120)、观察组(n=120)。对照组中,有 66 例为男性,54 例为女性;年龄(64.43 ± 2.51)岁,选取范围 42~79 岁;病程(5.63 ± 1.12)年,选取范围 2~9 年;血压值:收缩压(160.52 ± 1.52) mmHg (140~179 mmHg),舒张压(97.52 ± 1.48) mmHg (90~109 mmHg);中医分型:32 例肝阳上亢型、28 例风痰上扰型、37 例肝肾阴虚型、23 例阴阳两虚型。观察组中,有 70 例为男性,50 例为女性;年龄(64.52 ± 2.53)岁,选取范围 42~79 岁;病程(5.57 ± 1.13)年,选取范围 2~9 年;血压值:收缩压(159.52 ± 1.74) mmHg (140~179 mmHg),舒张压(96.47 ± 1.39) mmHg (90~109 mmHg);中医分型:33 例肝阳上亢型、27 例风痰上扰型、36 例肝肾阴虚型、24 例阴阳两虚型。病例差异小($P>0.05$)。

1.2 入选与剔除标准

1.2.1 入选标准

针对此研究所选的原发性高血压者均与《中医病证诊断疗效标准》^[2]中表述的诊断“眩晕”的标准相符;研究所选病例年龄均不低于 42 岁,但未超过 79 岁;选取患者均知晓同意研究进行。

1.2.2 剔除标准

伴严重脏器功能障碍者,包括肝脏、肾脏等;伴严重感染病症者、继发性高血压病症者;对研究进行不配合者。

1.3 方法

所有患者均口服相同降压药,即 20mg 氢氯噻嗪和 150mg 厄沙贝坦共同治疗。持续用药 2 个月。治疗期间,临床对患者血压水平进行 24 小时动态心电图监测,从胸骨左右缘进入,把电极片粘附在相应位置,保证粘附牢固,随后开展 24 小时监测,应用上海群天通用电器有限公司提供的动态心电图记录盒对患者心肌缺血、房室传导阻滞和心律失常情况进行详细记录。

在此基础上,选择行常规护理干预对照组患者,对患者血压危险程度评估;简单介绍高血压的危害,对血压水平监测的重要性;叮嘱患者遵医

嘱按时按量用药,并对患者情绪变化情况密切观察,综合评估其心态想法,开展疏导干预,改善其负性情绪。在饮食方面,叮嘱患者保证膳食合理,增加对优质蛋白、高维生素和粗纤维食物得到摄入。

选择行中医时间护理干预观察组患者,(1)不同季节的护理:①春天,万物欣欣向荣,生机盎然。肝属于木脏,同气相引,容易生发,对此,建议患者始终保持良好心态,夜卧早起,可根据春天气候情况适当活动,能保持血压水平稳定,严禁过大波动,能使中风发生降低。②夏天:地气上升,天气下降,建议患者夜卧早起,合志无怒,无厌于日,使华英成秀,使气得泄,若所爱在外,则火无以伤阴。③秋天:西风肃杀,气燥,建议患者早卧早起,使志安宁,神气收敛,肺气清。④冬天:气寒,建议患者早卧晚起,去寒就温,无泄皮肤。根据季节变化情况,可开展健康教育干预,叮嘱患者保持饮食清淡,减少对高胆固醇、食盐的摄入,对体重予以控制,同时减少对含较高胆固醇、脂肪等食物的摄入,如蛋类、内脏和动物脂肪等;增加对新鲜蔬菜、水果的摄入。由于高血压的发生和中枢神经功能紊乱相关,对此,叮嘱患者保证睡眠充足,做到劳逸结合,规律生活,增加对纤维素食物的摄入;同时,蹲位、卧位起立使应缓慢起身,避免因脑供血不足而出现意外。另外,鼓励患者适当运动锻炼,如太极拳、慢跑步和散步等。(2)24 小时择时护理:24 小时内血压最低时刻护理干预,即午夜 2 时,需加强对心电监护的异常警报重视,避免患者由于血压偏低而发生意外,如心绞痛、中风等;24 小时中第一个血压上升期干预,即上午 10 时,巡回护理人员应对患者晨间护理工作开展加强,并将巡视次数增加,针对高危患者,应叮嘱其在高峰前期对降压药物应用,同时对血压变化情况密切监测;24 小时中第 2 个血压上升期为下午 4 时,护理人员应告诫患者午餐时尽量少食,午后对探视予以限制,并为患者营造舒适、安静的嘻嘻环境。

1.4 评价标准

干预后,评估患者护理效果情况,根据显效、有效和无效的标准进行划分,其中,病症改善明显,患者舒张压恢复正常范围,或是下降程度 >20 mmHg,满足上述符合显效;病症有所缓解,收缩压水平降低 >30 mmHg,或是舒张压恢复正常范围或降低程度在 10 至 19 mmHg 区间,满足上述符合有效;相比干预前,病症变化不明显,病情有加重趋势,且上述指标标准未达到,满足上述符合无效^[3]。

干预前后,评估患者生活质量,选用 SF-36 (健康调查简表)进行,内容包括生理职能(100 分)和情感职能(100 分)、社会功能(100 分)和精神健康(100 分),评分越高说明患者生活质量越好^[4]。

干预前后,在比较心率(24h 心率)、血压(24h 收缩压峰值、24h 舒张压峰值、夜间收缩压均值、夜间舒张压均值和)中,对照组、观察为对象,观察患者具体情况。

1.5 统计学分析

数据处理,选择 SPSS25.0 工具,输入数据,卡方检验、 t 检验分别对用率指标、评分指标表示的计数资料、计量资料检验,0.05 为检验基准, $P<0.05$ 差异大。

2 结果

2.1 对比护理效果

护理有效率统计,对照组、观察组所占比分别是 86.67%、96.67%,前者低于后者 ($P<0.05$),见表 1。

表 1 对比护理效果[n (%)]

组别	显效	有效	无效	总有效率
对照组 (n=120)	48 (40.00)	56 (46.67)	10 (13.33)	104 (86.67)
观察组 (n=120)	51 (42.50)	65 (54.17)	2 (3.33)	116 (96.67)
χ^2		7.855		
P		0.005		

2.2 对比心率、血压情况

在比较患者心率、血压指标水平中,干预前,对照组、观察组数据评分结果比较,差异小 ($P>0.05$);干预后,对照组的心率、血压情况均低于观察组 ($P<0.05$),见表 2。

表 2 对比心率、血压情况 ($\bar{x} \pm s$)

指标	时间	对照组 (n=120)	观察组 (n=120)	t	P
24h 收缩压 峰值 (mmHg)	干预前	156.92±21.24	155.83±19.21	0.417	0.677
	干预后	137.51±18.34	126.43±16.48	4.923	0.001
24h 舒张压 峰值 (mmHg)	干预前	96.83±11.23	95.48±11.29	0.929	0.354
	干预后	84.23±10.23	77.40±9.39	5.388	0.001
夜间收缩 压均值 (mmHg)	干预前	136.23±18.09	134.34±16.78	0.839	0.402
	干预后	116.37±15.61	104.87±14.65	5.885	0.001
夜间舒张 压均值 (mmHg)	干预前	80.12±12.51	78.24±10.35	1.268	0.206
	干预后	70.34±9.21	64.70±8.27	4.991	0.001
24h 心率均 值 (次 /min)	干预前	76.83±8.32	75.62±6.55	1.252	0.212
	干预后	72.43±6.06	68.28±5.19	5.698	0.001

2.3 对比生活质量

在比较生活质量中,干预前,对照组、观察组数据评分结果比较,差异小 ($P>0.05$);干预后,较对照组,观察组数据评分结果更高 ($P<0.05$),见表 3。

表 3 对比生活质量 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	对照组 (n=120)	观察组 (n=120)	t	P
生理职 能	干预前	37.47±5.09	38.52±5.32	1.562	0.120
	干预后	53.70±6.82	68.44±8.95	14.350	0.001
情感职 能	干预前	35.21±5.12	36.46±5.31	1.856	0.065
	干预后	54.34±6.28	64.83±9.42	10.150	0.001
社会功 能	干预前	58.67±8.24	60.50±8.47	1.696	0.091
	干预后	76.63±9.52	84.29±8.26	6.628	0.001
精神健	干预前	45.16±5.88	46.34±6.21	1.511	0.132

康 干预后 60.12±7.55 68.26±8.65 7.766 0.001

3 讨论

原发性高血压是一种以乏力、失眠和头晕头胀为主要表现的心血管疾病,长期的高血压能严重损伤患者的靶器官,包括肾、脑和心等,不但能对患者生存质量带来威胁,而且还易引发患者出现负性心态,所以,加强对患者血压水平的重视及控制非常重要。中医时间护理是一种有效结合了现代护理和中医时间医学的方法,主要涉及两方面,即“因时施护”、“择时施护”^[5]。中医时间医学本来就存在“时禁、时药”概念,认为不同药剂的服用应在最佳时辰,能使药剂作用得到最大程度发挥^[6]。在本次研究中,以我院接收的 240 例中老年原发性高血压者为对象,从结果表 1 中可知,对照组患者护理总有效率是 86.67% 低于观察组的 96.67% ($P<0.05$),说明,中医时间护理干预的实施,能提高疗效,有效改善患者血压水平,控制其在正常范围内,有较好临床应用价值。因为现代医学已证实,正常的 24 小时血压波动状态为双峰一谷的长柄杓型曲线,可规律呈现血压的昼夜节律波动,根据不同时间点开展合理护理措施,能对患者血压水平有效控制,实现血压改善的目的。

另外,因原发性高血压是一种具有不可治愈、终身患病特点的慢性疾病,多数患者受病情影响其心理状态会发生一定程度变化,从而能对其生活质量带来影响。而且,经调查发现,大多数原发性高血压患者主诉患病后其生活质量都有所下降^[7]。其原因是,主要是因高血压伴随症状所致,当患者血压控制和血压波动不理想时,则易出现呕吐眩晕、头痛心慌等一系列症状。所以,加强对患者生活质量情况的重视非常重要。故而,通过开展中医时间护理干预,从结果表 3 中可知,干预后,对照组患者生活质量评分明显低于观察组 ($P<0.05$),说明,中医时间护理的开展对患者生活质量提升有重要作用。

总而言之,对中老年原发性高血压者行中医时间护理,能取得较好护理效果,控制血压水平在合理范围内,提高患者生活质量,可推广。

参考文献:

- [1]李荣秀,李欣欣,盛儒丹,等.中医护理干预在原发性高血压患者中的应用研究[J].现代医药卫生,2019,35(3):377-380.
- [2]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:57-59.
- [3]丁兆敏,刘婉露,朱正日,等.中医护理干预对原发性高血压病患者的临床应用疗效分析[J].中医临床研究,2020,12(30):43-44.
- [4]刘丽杰.中医护理方案应用于眩晕病(原发性高血压)中的价值观察[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(1):159-159.
- [5]孙俊艳,丁晓婷.中医护理方案在原发性高血压患者中的应用价值[J].医学美容美容,2019,28(9):108-109.
- [6]贾玉莹.中医护理方案应用于原发性高血压患者的效果[J].河南医学研究,2019,28(13):2483-2485.
- [7]袁琳萍.眩晕(原发性高血压)中医护理方案实施疗效观察[J].中医临床研究,2019,11(8):135-137.
- [8]陈祖森,郑丽维.八段锦运动对原发性高血压病人作用机制的研究进展[J].护理研究,2017,(34):4323-4326.
- [9]贾佳萌,刘宇.中医穴位疗法用于原发性高血压的研究进展[J].中华现代护理杂志,2016,(12):1652-165.
- [10]刘利芳.中医护理在原发性高血压患者中的应用效果分析[J].中医临床研究,2015,(34):132-133.
- [11]阮小毛.原发性高血压患者运用中医护理干预的效果分析[J].大家健康(中旬版),2017,(10):215.
- [12]吴秀花.老年性高血压病的中西医结合护理.内蒙古中医药,2011,30(6):150.

针灸治疗骨质疏松致脊椎压缩性骨折的临床效果分析

杨培红 丁荣富

上海市闵行区浦锦社区卫生服务中心 上海 201112

摘要：目的：研究针灸治疗骨质疏松致脊椎压缩性骨折的疗效。方法：选择 2020 年 12 月-2021 年 12 月到本院治疗骨质疏松致脊椎压缩性骨折患者共 106 例，按照不同的治疗方式分为实验组和对照组。分析两组临床疗效、NRS 指标、肿胀评分、中症候积分、临床指标以及不良反应。结果：实验组总有效率 50（94.33%）高于对照组 43（81.13%）， $P<0.05$ ；治疗第三天、第五天、第七天后，实验组患者 NRS 指标明显低于对照组， $P<0.05$ ；治疗前，两组肿胀评分与中症候积分对比， $P>0.05$ ；治疗后，实验组肿胀评分与中症候积分均低于对照组， $P<0.05$ ；实验组的各项指标、生活质量更优于对照组， $P<0.05$ ；实验组不良反应发生率低于对照组，但两组对比 $P>0.05$ 。结论：运用针灸治疗方式对骨质疏松致脊椎压缩性骨折患者干预，可提升疗效。

关键词：针灸治疗；骨质疏松；脊椎压缩性骨折；NRS 指标；肿胀评分；中症候积分

根据临床数据资料统计发现，骨质疏松致腰椎压缩性骨折作为老年群体好发的一种疾病。我国正处于老龄化社会，该疾病患病人数在逐年上涨^[1-2]。临床传统对此疾病治疗中，一般会运用保守治疗方式，经由患者的皮肤将充填机注入其中，使得药物可产生椎体^[3-4]。虽西医治疗方式可将患者脊椎位置恢复，提升患者骨密度，该种治疗方式虽可获得较好的疗效^[5]。但因为手术治疗的费用较为高昂，治疗后不良反应出现的概率比较高，而且患者在接受治疗时有巨大的疼痛感，对其康复和生活质量造成不良影响，使得手术治疗存在较大的局限性^[6]。所以，在对此类患者治疗时，在西医保守治疗的前提下，可将中医治疗方式引入，尤其是针灸治疗方式，可直接刺激病灶，辅以治疗效果的提升^[7]。基于此，本文将分析针灸治疗骨质疏松致脊椎压缩性骨折的疗效，报道如下：

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

选择 2020 年 12 月-2021 年 12 月到本院治疗骨质疏松致脊椎压缩性骨折患者共 106 例，按照治疗方式的不同，分成实验组和对照组。实验组患者 53 例，年龄 50-78 岁，平均年龄（68.16±4.28）岁；对照组患者 53 例，年龄 51-78 岁，平均年龄（68.14±4.24）岁，脊柱压缩程度、影像学资料统计学没差异（ $P>0.05$ ），患者可以采用保守治疗。

1.2 方法

1.2.1 对照组

纳入研究中的患者在入院之后，需开展对应性体征检查，对病情进行分析，确诊之后给予对应的治疗。引导患者服用碳酸钙 D3 片，600 mg/次，1 次/d；鲑鱼降钙素实施肌内注射，第 1 周肌内注射 1 次/d，50 U/次，从第 2 周开始，肌内注射 2 次/周，50U/次，连续治疗 6 个月。

1.2.2 观察组

组内患者接受对照组治疗前提下，配合敷药治疗。需对患者病灶位置用药外敷，药方为：20g 当归、20g 防风、20g 海桐皮、20g 泽兰、20g 红花、20g 天南星、20g 艾叶、20g 川乌、20g 草乌、20g 花椒、20g 鸡血藤、20g 桂枝、20g 伸筋草、20g 透骨草等将全部药物煎煮之后实施外敷。和针灸治疗：选取患者的穴志室穴、次谿穴、大肠俞穴、血海穴、委中穴、腰阳关穴、风市穴、肾俞穴、命门穴、承扶穴、阳陵泉穴、环跳穴等开展对应性针灸干预。外敷药物需每天三次，每次外敷时间控制在三十分钟，对患者实施连续两周的干预，针灸干预需每天一次，连续干预七天。

1.3 观察指标及评价标准

临床疗效：痊愈+显效+有效=总有效率；NRS 指标：在不同观察点，运用 NRS 数字分级量表对患者疼痛程度进行评估；统计和分析两组患者肿胀评分、中症候积分与临床指标（BALP、PICP、BGP、CRP、WBC）；不良反应：统计和分析患者是否出现不良反应，其中包含：面色苍白、腰膝冷痛、头晕心悸。

1.4 数据处理

用 SPSS21.0 软件进行统计，计数资料用（n%）表示、行 χ^2 检验，计量资料用均值±标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）表示、行 t 检验。 $P<0.05$ 有统计学意义。

2. 结果

2.1 分析临床疗效

实验组总有效率 50（94.33%）高于对照组 43（81.13%）， $P<0.05$ ，见表 1。

表 1 临床疗效（例/%）

组别	痊愈	显著	有效	无效	总有效率
对照组（n=53）	6（11.32%）	12（22.64%）	25（47.16%）	10（18.86%）	43（81.13%）
实验组（n=53）	13（24.52%）	23（43.39%）	14（26.41%）	3（5.66%）	50（94.33%）
χ^2	-	-	-	-	4.2961
P	-	-	-	-	0.0382

2.2 分析不同观察点 NRS 指标

治疗前，两组患者 NRS 指标对比， $P>0.05$ ；治疗第三天、第五天、第七天后，实验组患者 NRS 指标明显低于对照组， $P<0.05$ ，见表 2。

表 2 不同观察点 NRS 指标（ $\bar{x}\pm s$ /分）

组别	治疗前	治疗第三天	治疗第五天	治疗第七天
对照组	7.03±1.31	6.34±1.21	5.19±1.29	4.32±0.69

（n=53）

实验组	7.01±1.28	5.11±1.01	4.02±1.08	2.92±0.39
（n=53）				
T	0.0795	5.6813	5.0628	12.8593
P	0.9368	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 分析肿胀评分、中症候积分

治疗前，两组肿胀评分与中症候积分对比， $P>0.05$ ；治疗后，实验组

肿胀评分与中症候积分均低于对照组, $P<0.05$, 见表 3。

表 3 肿胀评分、疼痛评分 ($\bar{x}\pm s$ /分)

组别	肿胀评分		中医证候积分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=53)	4.66±0.35	2.93±0.44	27.88±7.24	18.58±5.18

表 4 临床指标 ($\bar{x}\pm s$)

组别	BALP (U/L ⁻¹)	PICP (μg/L ⁻¹)	BGP (μg/L ⁻¹)	CRP (Pg/ML)	WBC (10 ⁹ /L ⁻¹)
对照组 (n=53)	221.63±20.55	82.54±24.45	3.55±0.44	18.21±1.32	9.68±1.84
实验组 (n=53)	272.68±14.06	57.22±20.81	4.52±0.66	14.72±1.21	7.42±1.14
T	14.9260	5.7412	8.9026	14.1889	7.6012
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.5 分析生活质量评分

实验组患者生活质量明显高于对照组患者, $P<0.05$, 见表 5。

表 5 生活质量评分 ($\bar{x}\pm s$; 分)

项目	实验组 (n=53)	对照组 (n=53)	T	P
睡眠与精力	14.52±2.87	11.74±2.26	5.5403	0.0000
身体不适感	12.57±2.96	10.11±2.06	4.9661	0.0000
进食功能	15.58±2.67	12.08±2.11	7.4874	0.0000
运动与感觉功能	14.63±2.38	12.57±1.84	4.9852	0.0000
精神紧张感	13.14±2.77	9.88±1.86	7.1131	0.0000
负性情感	15.74±3.17	11.94±2.57	6.7790	0.0000
正性情感	13.74±3.17	11.86±1.87	3.7187	0.0003
认知功能	13.84±3.11	12.01±2.17	3.5131	0.0007
社会支持	10.44±1.82	8.78±1.59	5.0006	0.0000
业余娱乐生活	13.78±3.27	9.42±3.19	6.9482	0.0000
婚姻与家庭	10.15±2.37	9.16±1.67	2.4859	0.0145

2.6 分析不良反应

实验组不良反应发生率低于对照组, 但两组对比 $P>0.05$, 见表 6。(不良反应, 对照组和实验组最好没统计学意义)

表 6 不良反应 (例/%)

组别	面色苍白	腰膝冷痛	头晕心悸	总计
对照组 (n=53)	1 (1.89%)	1 (1.89%)	1 (1.89%)	3 (5.66%)
实验组 (n=53)	1 (1.89%)	1 (1.89%)	0 (0.00%)	2 (3.78%)
χ^2	-	-	-	0.2099
P	-	-	-	0.6468

3. 讨论

骨质疏松是脊椎压缩性骨折的主要因素之一, 随着人年龄的不断增长, 患者的骨密度会明显降低, 使得患者没有办法开展日常活动, 需将针对性和及时的治疗引入其中^[8]。伴随着医疗技术的飞速发展与进步, 对此疾病治疗时方案多种, 为了能够保障临床疗效显著, 需重视对治疗方式的选取, 在加速患者康复速度的同时, 亦可降低不良反应发生几率^[9]。而骨质疏松致脊椎压缩性骨折为老年群体中常见骨科疾病之一, 患者的病症会比较严重, 将对其生存质量造成较大的影响。而从西医角度上分析, 该疾病治疗时, 一般会运用手术治疗方式, 但由于价格较贵、心理害怕等诸多原因, 较多患者选择采用保守治疗^[10]。中医学角度上分析, 对骨折治疗中, 需秉承着“三期”基本原则, 早期需实施活血消肿干预, 中期需实施骨折干预, 晚期需实施补肾干预, 加速病灶位置血液循环, 使得患者肿胀问题消

实验组 (n=53)	4.75±0.47	1.65±0.36	27.15±8.16	14.26±4.21
T	1.1181	16.3913	0.4872	4.7116
P	0.2661	0.0000	0.6272	0.0000

2.4 分析临床指标

实验组的各项指标更优于对照组, $P<0.05$, 见表 4。

退, 提升通经舒络干预效果、康复治疗效果。为患者提供中药外敷干预, 可将药物作用发挥出, 发挥出行气活血、强筋壮骨功效, 对患者疼痛感缓解。辅以针灸干预, 亦可发挥出镇痛效果和消炎效果。

此次研究中, 分析两组临床疗效、NRS 指标、肿胀评分、中症候积分、临床指标以及不良反应。发现, 实验组总有效率 50 (94.33%) 高于对照组 43 (81.13%), $P<0.05$; 治疗第三天、第五天、第七天后, 实验组患者 NRS 指标明显低于对照组, $P<0.05$; 治疗前, 两组肿胀评分与中症候积分对比, $P>0.05$; 治疗后, 实验组肿胀评分 1.65±0.36/分与中症候积分 14.26±4.21/分均低于对照组, $P<0.05$; 实验组的各项指标 (BALP 指标为: 272.68±14.06 (U/L⁻¹), PICP 指标为: 57.22±20.81 (μg/L⁻¹), BGP 指标为: 4.52±0.66 (μg/L⁻¹), CRP 指标为: 14.72±1.21 (Pg/ML), WBC 指标为: 7.42±1.14 (10⁹/L⁻¹)), 生活质量更优于对照组, $P<0.05$; 实验组不良反应发生率低于对照组, 但两组对比 $P>0.05$ 。

综上, 针灸治疗骨质疏松致脊椎压缩性骨折疗效显著, 安全性较高可推广。

参考文献:

[1]黄冯. 探讨针灸治疗骨质疏松致脊椎压缩性骨折的临床价值[J]. 中国伤残医学, 2019, 27(18): 63-64.

[2]陈小波, 蔡郁, 周小斌, 等. 温针灸联合康复训练治疗老年性骨质疏松的效果[J]. 中国老年学杂志, 2021, 41(2): 305-308.

[3]岑卓灏, 陈洁娜, 黄嘉华, 等. 针灸联合多种方法治疗骨质疏松的网状 Meta 分析[J]. 中国组织工程研究, 2020, 24(2): 320-328.

[4]王栋, 王景然. 针灸治疗骨质疏松性腰椎压缩性骨折时临床治疗效果探讨[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(31): 169, 176.

[5]范培武, 李斌, 黄炎. 温针灸联合运动疗法治疗脑卒中后骨质疏松临床研究[J]. 中国骨质疏松杂志, 2020, 26(3): 337-339, 344.

[6]萨莉勇. 针灸治疗骨质疏松性腰椎压缩性骨折的应用效果研究[J]. 中国伤残医学, 2021, 29(23): 63-64.

[7]李洪峰. 骨质疏松性胸椎压缩骨折伴肋间神经痛行针灸联合经皮椎体后凸成形术的预后分析[J]. 中国疗养医学, 2020, 29(4): 386-387.

[8]黄慧, 陈健, 林小梅, 等. 温针灸联合低频脉冲电磁场对绝经后骨质疏松患者腰背痛的影响[J]. 中西医结合研究, 2021, 13(5): 321-323, 329.

[9]田峰森, 李蕊, 贾强强, 等. 针灸及针灸联合中药治疗骨质疏松症的进展[J]. 中国骨质疏松杂志, 2019, 25(2): 263-267.

[10]石可松, 王庆甫, 周述娜. 椎体成形术配合针灸治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折临床疗效研究[J]. 临床和实验医学杂志, 2020, 19(6): 642-645.

李兰应用霍朴夏苓汤临床验案举隅

张青芳¹ 李兰^{通讯作者 2} 陈立²

1. 贵州中医药大学研究生院 贵州贵阳 550001; 2. 贵州中医药大学第一附属医院 贵州贵阳 550001

摘要: 李兰主任从医多年, 具有扎实的理论基础知识, 以及丰富的临床工作经验, 在临床中灵活运用霍朴夏苓汤治疗痰湿导致的汗证、不寐、胃痛等, 均获效显著, 充分体现了“异病同治”的临床理念, 并列举验案加以佐证。

关键词: 名中医经验; 霍朴夏苓汤; 异病同治

李兰教授, 系国家中医药管理局优秀中医临床人才, 贵州省名中医, 国医大师刘尚义教授学术经验继承人, 重症医学医学科主任, 对疑难杂病有着独特的见解, 有丰富的临床经验。李兰主任在“异病同治”的指导思想下, 运用霍朴夏苓汤加减治疗以“湿邪”为患而致的多种疾病, 尤其擅长于中西医结合治疗脾胃病、不寐、汗证等内科疾病。笔者有幸跟从李兰教授, 在临床跟师实践中学习遣方用药思想, 受益颇多。现将李兰教授运用霍朴夏苓汤异病同治的临床案例整理如下, 以飨同道。

1. 霍朴夏苓汤源流

霍朴夏苓汤出自中国清代·石寿棠所著的《医原·湿气论》^[1], 但未言及方名和剂量。《重订广温病论》^[2]书中“温热验方”篇载有霍朴夏苓汤, 并有“治法以轻开肺气为主, 宜用霍朴夏苓汤”主之。主治湿温病初起, 湿重于热的常用方。药用“杜藿香 6g, 厚朴 3g, 姜半夏 4.5g, 赤苓 9g, 光杏仁 9g, 生薏苡仁 12g, 白蔻末 1.8g, 猪苓 4.5g, 淡香豉 9g, 泽泻 4.5g”。方中藿香芳香化湿, 淡豆豉清宣郁热, 二者合治湿热, 可使湿邪邪气分消走泄, 正如《金匱要略》云: “发其汗, 但微微似欲出汗者, 风湿俱去也”, 以化肌表上焦之湿; 佐杏仁苦温, 开泄肺气于上, 使肺气宣降, 使水道自调; 厚朴、半夏、白豆蔻苦温燥湿, 使中焦里湿之邪得化; 猪苓、赤苓、泽泻、薏苡仁淡渗利湿, 则下焦湿之邪水道通畅, 湿有去路。本方集芳香化湿、苦温燥湿、淡渗利湿于一体, 以使企业表里、脏腑、三焦之湿内外、上下分解, 体现“分消走泄”之法。

2. 治湿与霍朴夏苓汤

贵州地处西南内陆腹地云贵高原东部, 气候湿润, 易感湿邪而病为外湿^[3]; 此外, 现代人的饮食不当, 过量饮食, 或过量饮酒, 容易损伤脾胃, 使湿邪内生, 则内湿而生。正如《丹溪医集·丹溪先生治法心要·卷二》有言: “湿之为病有自外入者, 有自内出者, 必审其方土之病源。”^[4]湿邪浸淫, 上下内外, 无处不达, 外溢则为湿疹; 湿邪在上, 则头重如裹, 口中粘腻不爽; 湿邪在中, 则肢体困重, 胸脘痞闷, 纳呆; 湿邪在下, 则小便浑浊、白带过多或大便粘腻不爽。由此可见, 湿邪致病具有广泛的特性。临床上有外感之湿, 但以内湿致病较为常见, 尤以过食肥甘厚味、素体肥胖、情志抑郁等有关, 所以临床治疗湿邪, 注重利湿、渗湿、化湿, 李兰主任认为, 应当根据湿邪的性质、所在部位, 四诊合参, 注重舌脉象, 灵活选用药物, 才能做到遣药组方的有效性。

3. 霍朴夏苓汤现代应用

有研究表明^[5], 发现霍朴夏苓汤所治疾病在内科各系统中的分布有明显的侧重, 以脾胃系疾病最多占 58.3%, 杂症次之占 14.8%, 余依次为气津液病证(10.4%)、肺系疾病(9.5%)、肝胆系疾病(5.3%), 而肾系、心系和肢体经络病证较少。药理研究已证实霍朴夏苓汤表明, 霍朴夏苓汤具有降血糖、血肌酐及尿素氮, 减轻肝炎、调节脂质代谢、改善胃肠功能等

作用^[6-8]。有研究将霍朴夏苓汤加减联合降糖药格列齐特缓释片用于治疗组, 对照组仅服用格列齐特缓释片, 治疗前后对照观察肥胖型 2 型糖尿病 2hBG、BMI、腰围、HbA1c、FINSF、IR, 结果显示霍朴夏苓汤加减明显改善患者血糖水平、肥胖情况、临床症状及胰岛素抵抗情况^[9]。功能性消化不良属于中医“胃痛”范畴, 为中焦气机不利, 脾胃升降失职位而致, 胃肠动力不足、肠道内环境紊乱、胃肠激素水平失衡等导致功能性消化不良加重。郑国雄^[10]将本方对 106 例功能性消化不良的患者采用霍朴夏苓汤加减进行治疗, 临床疗效显著, 可有效改善患者胃肠功能, 促进胃排空。

4. 验案举隅

4.1 汗证 患者男, 36 岁, 高中教师。于 2020 年 11 月 15 日于我院专家诊室就诊, 主诉双手掌多汗半年。患者诉半年因运动完后洗冷水澡后出现双手掌多汗, 病程达半年, 当时未予重视, 之后时汗出欲滴, 浸透衣物, 伴头身汗出, 影响工作。多次就诊于多家医院, 均有尝试中西医结合治疗, 汗出症状均未见明显好转。后经人推荐特就诊于我院, 查看患者双手汗液可滴, 呈细水珠状, 时时手握纸团擦拭, 诉双手汗出不分白天黑夜, 与情绪波动无明显相关, 情绪平稳, 时有口苦, 饮食可, 眠差, 小便调, 大便粘腻, 2-3 次/天。舌暗红, 苔黄腻, 脉滑。中医诊断: 汗证, 辨证属湿热内阻, 治以: 清热利湿, 分清降浊。方选霍朴夏苓汤加减。广藿香 12g, 麸炒苍术 12g, 姜厚朴 10g, 法半夏 12g, 茯苓 15g, 泽泻 10g, 黄连 6g, 黄芩 10g, 盐吴茱萸 3g, 麻黄根 6g, 牡蛎 20g, 酸枣仁 20g。忌食辛辣肥甘。共 7 剂, 水煎服, 每日 2 次, 早晚温服。

二诊: 2020 年 11 月 22 日, 患者诉服上方 7 剂后汗出较前明显缓解, 以原方

去炒酸枣仁, 加北柴胡、麸炒枳壳, 继续服用 14 剂。

三诊: 2018 年 12 月 5 日, 药后汗出较前减少, 头面为主, 舌淡, 苔薄白,

脉细沉。上方去麻黄根、煅牡蛎、黄芩, 加川芎 10g、当归 10g、黄精 20g, 14

剂, 煎服法同前。治疗 2 月后回访病人诉停药后病情平稳, 较前明显改善, 仅偶见额头汗出, 未见反复。

按语: 何为汗证? 祖国医学对汗证的研究由来已久, 《素问·宣明五气》载“五藏化液, 心为汗”。《医宗必读》曰: “心之所藏, 在内者为血, 在外者为汗。”历代有“诸种汗证, 皆属心病”、“汗证, 心虚病也”的记载。现代医学中的甲状腺功能亢进、自主神经功能紊乱、更年期综合征、肝病、黄疸等所致的以自汗、盗汗为主要表现者, 均可归纳为中医学中“汗证”范畴^[11], 其病机总属阴阳失衡, 腠理不固, 切不可为“阳虚自汗, 阴虚盗汗”所囿, 正如唯《景岳全书·卷十二·汗证》认为: “自汗盗汗亦各有阴阳之证。李兰主任从“湿邪”患角度诊治, 指出本案患者运动完后洗冷水澡后出现双

手掌多汗，湿邪无处可去，闭阻于内，且湿热熏蒸，迫液外泄，故出现双手心汗多，并结合患者舌脉象，证属湿热内阻，宜清热利湿，升清降浊，方选藿朴夏苓汤加减，方中广藿香、法半夏、苍术、厚朴、茯苓、泽泻以健脾益气，清热燥湿，加黄连、苍术以加强清热燥湿功效；加入麻黄根、煅牡蛎以助敛汗；酸枣仁以养心安神。二诊时患者汗出、眠差较前均改善，故去酸枣仁，加柴胡、枳壳以理气宽中，后继续在上方基础上加减治疗 2 月，患者病情平稳，未见反复。

4.2 胃脘痛 主诉：胃脘部半年余，复发加重伴呃逆反酸 1 周。病史：长期工作繁忙，工作压力大，经常熬夜加班、晚睡，情绪急躁，饮食不规律，经电子胃镜检查示：慢性非萎缩性胃炎，期间间断口服雷贝拉唑肠溶胶囊，症状未见明显缓解，遂求诊于中医。刻诊：胃痛，性质呈胀痛，持续时间长，进食后明显，伴有呃逆、反酸、烧心，晨起口干口苦，口臭，焦虑不安，纳眠差，便溏不爽，小便调。舌暗红、苔黄腻，脉滑数。平时喜食辛辣食物。中医诊断：胃脘痛，脾胃湿热证。治宜：清热化湿，和胃止痛，拟藿朴夏苓汤加减：广藿香 12g，麸炒苍术 15g，姜厚朴 10g，法半夏 12g，茯苓 10g，草豆蔻 10g，黄连片 6g，盐吴茱萸 2g，柿蒂 10g，炒酸枣仁 20g，百合 20g，赤芍 10g，生甘草 6g，徐长卿 20g，川芎 10g。忌食辛辣肥甘，保持情致舒畅。共 7 剂，水煎服，每日 2 次，早晚温服。

二诊：2018 年 9 月 23 日，服药后患者胃痛较前缓解，反酸、烧心次数减少，口臭减轻，患者仍焦虑不安，舌暗红，苔微黄，脉滑数。上方去百合，加佛手、郁金各 10g。14 剂，服法同前。

三诊：2018 年 10 月 9 日，患者胃痛较前明显缓解，偶有呃逆、反酸，舌暗红，苔薄，脉滑。上方去草豆蔻、苍术，加白术 15g，14 剂，服法同前，服药期间胃脘痛未再发作。

按语：慢性非萎缩性胃炎西医大多以抑酸药治疗为主，临床上有一定疗效，但病情易反复，中医药治疗该病独显优势。本案患者平素喜食辛辣，长期工作压力大，以致湿热内结，脾胃失降，胃气上逆而致胃痛、反酸、烧心等诸症。该病以脾胃失运，湿阻中焦化热为其主要病机。该病其主要病机以脾虚失运，湿阻中焦化热而成。藿朴夏苓汤具有解表化湿、宣畅气机运行之功。李兰教授在此方基础上，加黄连清热燥湿，清其胃火；吴茱萸又治肝郁化火证，长于泄肝胆火，黄连合吴茱萸同用，起到和胃降逆止呕的作用，并能够缓和黄连苦寒害胃之性；柿蒂增强止呃功效；苍术健脾燥湿，消肿消痞；苍术、厚朴、草豆蔻合用，增强化湿之功效；酸枣仁、百合合用宁心安神；二诊时患者睡眠症状明显改善，故去百合，加佛手、郁金疏肝理气。三诊时患者湿热之邪已去，去草豆蔻、苍术，加白术加强健脾之力，使脾胃运化有力。之后后继在上方基础上加减治疗 1 月，患者症状明显改善，未再复发。

4.3 2 型糖尿病 敬某，男，51 岁。2021 年 7 月 12 日初诊。主诉：口渴多饮 1 年，于当地医院诊断为 2 型糖尿病，予降糖治疗，并嘱控制饮食、增加运动。半年来血糖控制不理想。形体偏胖，平素喜烟酒，嗜食肥甘厚味。刻诊：口渴多饮，双下肢瘙痒可忍，纳可眠稍差，大便偏稀，1-2 次/天，舌暗红，苔白腻，脉弦滑，空腹血糖 9.7mmHg。西医诊断：2 型糖尿病。中医诊断：消渴病，证属中焦湿热夹瘀证，治宜清热化湿，健脾益气，活血化瘀，予藿朴夏苓汤加减。药物组成：广藿香 12g，麸炒苍术 10g，姜厚朴 10g，法半夏 12g，茯苓 10g，盐泽泻 10g，地肤子 20g，白鲜皮 20g，牡丹皮 20g，川芎 10g，酸枣仁 20g，百合 20g。日 1 剂，水煎，早晚 2 次温服，内服 7 剂，配合西药降糖治疗及运动疗法。2021 年 7 月 18 日二诊，

患者口渴改善、瘙痒减轻，大便正常，舌脉同前。空腹血糖：7.1mmol/L。守上方加焦山楂 20g，服用 14 剂。2021 年 9 月 1 日三诊，患者诸证减轻，已无口渴多饮，睡眠改善，舌淡红，苔白，脉滑，空腹血糖 6.4mmol/L，继服二诊方 14 剂善后。

按语：患者以“口渴多饮 1 年”为主证，属于中医学“消渴病”范畴，其临床多表现为“三多一少”，“阴津亏损，燥热偏盛”是消渴病的基本病机关键，李兰主任认为，遵循“阴虚燥热”的传统病机在诊疗中固然重要，但随着现代人们生活习惯、饮食结构改变，病因病机也发生了一定变化。在临证中，发现很多消渴病患者多有神疲乏力，口干口苦，大便不调等症状，此为脾胃虚弱、中焦湿热蕴结之象，本例患者平素饮食无节，喜食肥甘厚味，痰湿体质，蕴久化热，日久耗气伤阴，津液不足则口渴欲饮、皮肤瘙痒；舌暗红，苔白腻，脉弦滑均属湿热之症。脾胃虚弱易成痰湿之患，故于方中配伍广藿香、法半夏、苍术、厚朴、茯苓以健脾益气，祛痰燥湿，恢复脾胃之健运功能；因双下肢瘙痒，故用地肤子、白鲜皮祛风止痒；因虚而致瘀，用牡丹皮、川芎清热化瘀，通行血脉；诸药合用，共奏清热化湿，健脾益气，活血化瘀之效，故能药到病除。

5. 结语

以上几则医案所列举的疾病，虽然看似症状不一，所患疾病不同，但都为湿邪为共性。湿邪为病，病程迁延不愈，从而表现出病状复杂多变。因此，临证时把握患者体质要点，并注意舌脉诊，根据舌苔黄白厚腻程度在藿朴夏苓汤的基础上调整用药，习古遵古而不拘泥于古，辨证施治得当，充分体现了中医学“异病同治”的学术思想。

参考文献：

- [1]王士雄.湿热经纬[M].北京：中国医药出版社，2011：88.
 - [2]石寿堂.医原.南京：江苏科技出版社，1983：94.
 - [3]廖前花，李兰.因地制宜与贵州地区湿热病的治疗[J].亚太传统医药，2020，16(10)：115-116.
 - [4]唐奇，李兰.李兰教授运用分消走泄法治疗湿热病临证经验[J].中国中医药现代远程教育，2018，16(20)：72-74.
 - [5]常丽萍，吕军影，阙铁生，李曙光，卓冬婷.藿朴夏苓汤的文献研究[J].现代中西医结合杂志，2011，20(17)：2207-2208.
 - [6]全红.藿朴夏苓汤加减治疗糖尿病肾病的效果分析[J].临床和实验医学杂志，2012，11(8)：589-591.
 - [7]钟艳花，林重，钟映芹，等.藿朴夏苓汤治疗糖尿病肝病大鼠的实验研究[J].广东药科大学学报，2017，33(5)：639-642.
 - [8]肖晓桥，喻斌.加减藿朴夏苓汤配合胃动力仪治疗功能性消化不良脾胃湿热证疗效观察[J].湖南中医药大学学报，2016，36(05)：70-73.
 - [9]钱昌盛.加减藿朴夏苓汤治疗肥胖型 2 型糖尿病（痰湿郁热证）的临床观察[D].云南中医药大学，2021.
 - [10]郑国雄.四君子合藿朴夏苓汤加减辅助益生菌与多潘立酮治疗功能性消化不良患者的疗效[J].中国药物经济学，2020，15(04)：76-78.
 - [11]薛博瑜，吴伟.中医内科学[M].3 版.北京：人民卫生出版社，2016.
 - [12]AAOS MEDICINE. International classification of sleep disorders II:diagnostic and coding manual[M].2005.
- 作者简介：张青芳（1996-），女，住院医师，研究方向：中医药对危急重症的防治及研究。

100 例乙肝住院患者乙肝防治知行调查及健康教育需求分析

陈彦羽¹ 谢宏民² 施展鹏²

1. 中山市小榄镇社区卫生服务中心 广东中山 528415; 2. 中山陈星海医院 广东中山 528415

摘要: 目的: 分析 100 例某医院慢性乙肝住院患者的乙肝防治知行调查情况、影响因素、及健康教育需求。方法: 选取 2019 年 5 月—2020 年 12 月在中山市某医院接受治疗的 100 例乙肝患者为研究对象, 采用问卷调查方法对患者开展乙肝防治知行调查, 即乙肝防治知识、态度、行为及健康教育需求调查。比较乙肝防治知识得分情况, 分析其影响因素及对乙肝健康教育的需求状况。结果: 不同性别和年龄乙肝防治知识知晓情况得分差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。不同文化程度、职业、户籍类型的乙肝住院患者对疾病防治知识知晓情况得分差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 乙肝患者的防治知识仍较欠缺, 文化程度、职业和户籍类型是影响患者防治知识知信行的因素, 应注重对低学历人群、农民和工人、外来人口等人群的乙肝知识教育宣教, 提高其对乙肝的认知。大部分乙肝患者在日常工作生活中仍存在一定的心理负担, 并最希望能通过专业的医护人员获得乙肝防治的相关知识。医护人员在健康教育中不仅要加强乙肝防治知识的宣传, 也要注重调节患者的心理健康平衡。

关键词: 乙肝; 知行调查; 防治

Investigation on the knowledge and health education needs of 100 inpatients of treatment in hospital and with hepatitis B.

Abstract: Objective To investigate the influencing factors and health education needs of 100 patients with chronic hepatitis B in hospitalized on the knowledge. Methods Selected 100 cases of hepatitis b patients in a hospital of zhongshan city in May 2019 to December 2020 for treatment as the research object, used the questionnaire survey method for them about the knowledge and attitude, behavior and the needs of health education, meantime analyzing the influence factors. Results There was no statistically significant difference in the score of knowledge of hepatitis B prevention and treatment in different genders and ages ($P > 0.05$). There was statistically significant difference in the score of knowledge with different educational levels, career and household registration types ($P < 0.05$). Conclusion The knowledge of hepatitis B prevention and treatment is still insufficient, who should pay attention to low education levels, farmers, workers and non-native population. Most of hepatitis B patients in daily life there is still a certain psychological burden, they want to get the knowledge from professional medical personnel, which not only can strengthen the propaganda but also pay attention to adjust the mental health of patients with hepatitis B.

Key words: Hepatitis B; Knowledge and trust investigation; Prevention

乙型肝炎病毒是一种世界性广泛流行的传染病, 是全球危害人类生命安全的公共健康问题。^[1] 我国乙肝患病率较高, 其主要病变为肝脏损害, 但随着病情的发展可引起多器官损害, 既给患者身心带来严重伤害, 也给家庭社会产生较大负担^[2-3]。本研究旨在探索住院乙肝患者对乙肝防治知行调查及其健康教育需求情况, 为乙肝患者开展有针对性的健康教育提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 研究对象 采用分层抽样, 选取 2019 年 5 月—2020 年 12 月间在中山市某医院接受治疗中的 100 例乙肝患者为研究对象并进行问卷调查。纳入标准: ①成年人 (≥ 18 岁); ②已确诊为乙型肝炎; ③征得患者或家属知情同意。排除标准: ①排除肝癌、心、肾等严重器官性疾病; ②无精神疾病史或意识障碍性疾病。

1.2 方法

1.2.1 研究方法 采用调查问卷对患者进行乙肝防治知行调查, 问卷内容分为五部分: 包括个人基本信息、乙肝基本知识题 14 个、乙肝态度题 5 个、乙肝相关行为题 5 个, 乙肝健康教育知识需求内容 3 题。由调查员向对象说明调查目的和填写要求后, 被调查对象可自行填写或由调查员口头提问并代填。

1.2.2 统计和分析指标 将调查问卷的数据录入后, 采用 SPSS 19.0 软

件对数据进行统计学分析。比较分析不同性别、年龄、文化程度、职业类型、户籍类型等人群的乙肝知识知晓情况、态度、行为及健康教育需求情况; 对不同人群的掌握乙肝防治知识水平进行单因素方差分析, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 调查对象基本情况 本次调查共发放调查问卷 100 份, 回收有效问卷 100 份。男性 51 例, 女性 49 例; 18-29 岁占 11%, 30-39 岁占 24%, 40-49 岁占 26%, 50-59 岁占 21%, 60 岁以上人员占 18%; 文化程度小学及以下水平占 16%, 初中占 37%, 高中或中专占 29%, 大学及以上占 18%; 职业类型中公职人员占 11%, 工人占 39%, 公司职员占 21%, 农民占 20%, 个体户 9%; 其中小榄的户籍人口占 63%, 非户籍人口 37%。

2.2 乙肝防治知识知晓情况 调查对象对乙肝传染源、传播途径、高危行为、接种疫苗等基本知识的知晓程度, 详见表 1。

表 1 100 例乙肝患者乙肝防治基本知识知晓情况

基本知识	知晓例数	知晓率
乙肝是否是传染病	100	100
引起乙肝的病原体类型	68	68
乙肝病毒携带者能否感染乙肝	53	53
乙肝病毒携带者和乙肝患者是否有区别	65	65

握手、拥抱、同桌用餐是否传染乙肝	73	73
共用注射器是否传染乙肝	82	82
蚊虫叮咬是否传染乙肝	57	57
共用牙具、剃须刀是否传染乙肝	77	77
输血是否可传染乙肝	98	98
怀孕妈妈是否可以传染乙肝给胎儿	82	82
不安全性行为是否传染乙肝	74	74
乙肝是否可发展为肝硬化、肝癌	89	89
乙肝的最有效的预防措施	74	74
乙肝疫苗接种成功的指标	55	55

2.3 乙肝防治态度情况分析 57%的患者认为乙肝是一种严重的疾病,68%的人认为乙肝患者可以和其他人一起用餐, 73%的人认为患有乙肝不会影响与他人共同工作或交流, 71%的人认为乙肝不会影响和亲朋好友间如握手、拥抱等亲密接触行为, 80%的人认为乙肝患者在恋爱、婚育方面会遇到一定的阻碍。

2.4 乙肝防治行为情况 39%的调查对象表示曾经接种过乙肝疫苗, 54%的患者会定期自觉去做乙肝病毒的相关检测, 60%的患者愿意按照正规医院意见接受治疗, 16%的患者不会按照医院的意见接受治疗, 24%的人表示会自己看实际情况后, 再决定是否接受治疗。

2.5 乙肝防治知识健康教育需求情况 从本次的调查结果看, 调查对象中 54%的人最主要获得乙肝防治知识是广播、电视、网络宣传的途径; 其次是宣传板报、书本等方式占 26%, 医生占 15%, 家人、同事、朋友占 5%; 调查显示有 81%的人员最希望获得乙肝防治知识的途径是专业医护人员的课程培训或讲解, 对获得乙肝防治相关知识的内容需求占比情况分别为: 乙肝流行现状 13%, 乙肝发病机制 5%, 乙肝传播途径、高危行为及有效保护方法 96%, 乙肝药物治疗占 48%, 乙肝并发症及预后占 5%, 乙肝患者如何缓解心理负担、家庭矛盾及社交困扰等问题占 72%。

3 讨论

慢性乙型肝炎属乙类传染病, 是由乙型肝炎病毒持续感染超过 6 个月以上, 肝脏发生不同程度炎症坏死(或)纤维化的慢性疾病。乙型肝炎患者及乙型肝炎病毒携带者为主要传染源, 极少量的含有病毒的血液进入人体, 便有乙型肝炎病毒感染的风险。临床可表现为乏力、食欲减退、厌油、尿黄、肝区不适、腹胀等症状。若能让患者充分认识疾病本身, 一方面可以延缓自身疾病的发展, 同时也是从源头控制疾病传播的关键。从表 1 情况可以看出, 乙肝患者对防治知识平均得分为 75.21, 普遍存在认知不足。虽然自身患病, 但防治知识仍然匮乏, 并未对疾病引起足够重视, 导致诊疗的依从性不高, 仅有 60%的对象愿意按照医生的意见定期诊疗; 长期乙型肝炎病毒感染可进一步发展为肝硬化、肝癌, 我国肝硬化和原发性肝细胞癌患者中, 由乙型肝炎病毒所致者分别为 77%和 84%。早发现、早干预、早治疗才能从根本上减轻乙肝的疾病负担。

如何利用更好的健康教育手段和模式, 开展乙肝防治个性化教育方

案, 普及和宣传乙肝知识直接影响到乙肝的预防和治疗, 是降低乙肝感染率和发病率的当务之急^[4-5]。从本次调查结果可以看出: 调查对象中最希望获得乙肝防治知识主要包括: 乙肝的传播途径、高危行为、预防方式和药物治疗。因此, 这也要求我们医护人员具备更人性化、更广泛的职业素养, 逐步从传统的以疾病为中心模式向以病人为中心的生物-心理-社会医学模式转变。

第五部分健康教育需求调查结果显示, 现大部分人获取乙肝防治相关知识主要是通过电视、网络、广播等途径。随着科技的发展, 群众获得的信息的手段更为便捷, 但各类信息鱼龙混杂, 其权威性很难得到保证, 有时甚至会在治疗用药等方面出现误导的可能。本次调查中 81%的人员表示更希望正规医院的医护人员向他们讲解疾病防治的相关知识。

综上所述, 针对乙肝患者的健康教育工作仍有待加强, 需结合患者特点制定个性化的健康教育方案, 提高患者的依从性。医护人员作为健康知识传播者, 是最值得信赖的健康宣教资源, 把握患者住院或复诊的良好时机, 达到事半功倍效率。宣教的内容除了疾病防治的相关知识外, 还应关注该类患者的心理状态和社会适应能力等问题, 将治病防病、身心兼治双管齐下。

参考文献

- [1]Cui FQ, Wang XJ, Cao L, et al. Progress in hepatitis B prevention through universal infant immunization—China, 1997–2006 [J]. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 2007, 56(18):441–445
- [2]杨东梅, 陈忠, 陈漫, 等. 某高校商学院大学生乙型肝炎知识态度行为调查分析[J]. 重庆医学, 2015, 32(3):366–367.
- [3]姚展妮. 铜川某职业技术学院学生乙型肝炎知识态度行为的现况调查及干预研究[D]. 西安: 第四军医大学, 2016: 1032–1646.
- [4]胡海石, 董博, 王德景, 等. 2017 年河北省廊坊市 18 ~ 25 岁在校大学生人群乙型肝炎病毒的感染现状 [J]. 实用预防医学, 2019, 26 (3) : 330–333.
- [5]刘彩, 刘晗, 王晓方. 天津高校大学生乙肝认知及影响因素分析 [J]. 中国学校卫生, 2016, 37(2) : 274–276.
- [6]Na GH, Kim DG, Han JH. et al. Prevention and risk factors of hepatitis B recurrence after living donor liver transplantation [J]. Journal of gastroenterology and hepatology, 2014, 29(1):151–156.
- [7]高淑红, 原素梅, 樊敏, 等. 医学生乙型病毒性肝炎防治知识及态度调查[J]. 中国药物与临床, 2018, 18(5):700–701.

基金项目: 中山市医学科研项目 (2019A020404)

作者简介: 陈彦羽, 主治医师, 硕士, 从事传染性疾病防治工作。

作者简介: 姓名: 陈彦羽, 性别: 女, 籍贯: 湖南株洲, 民族: 汉族, 出生年月日: 1985.01.06, 学历: 硕士研究生, 职称: 主治医师, 研究方向: 传染病预防与控制。

临床护理路径在慢阻肺患者护理及健康教育中的应用价值

熊燕华 文彩虹 郑玲霞^{通讯作者}

庐山康复疗养中心 江西九江 332000

摘要：目的：研究分析临床护理路径在慢阻肺患者护理及健康教育中的应用价值。方法：本次临床研究选取 62 例慢阻肺患者作为样本对象，所有患者均在 2020 年 1 月-2021 年 7 月期间内前来我院接受治疗，按照随机数字表法将其分组：实验组与对照组，每组均包括 31 例样本；对比两组患者的护理评分以及干预前后对疾病认知的评分、治疗积极性评分、肺相关指标以及对护理工作的满意率、不良反应发生率。结果：两组患者接受干预前的各项评分和指标之间无显著性差异 ($P>0.05$)；干预后，实验组患者的护理评分及、疾病认知的评分、治疗依从性评分明显高于对照组患者，其肺功能指标也得到显著改善，且明显优于对照组患者；该组患者的不良反应发生率明显低于对照组患者，结果具有显著性差异， $P<0.05$ 。结论：在临床护理路径的指导下对慢阻肺患者实施护理及健康教育能够有效提高患者对于疾病的认知程度，同时能够提高其对于护理工作的满意程度，效果理想。

关键词：临床护理路径；慢阻肺；健康教育；疾病认知；护理评分

慢阻肺全称为慢性阻塞性肺疾病，其属于呼吸内科临床上较为常见的疾病之一。其属于呼吸系统疾病的范畴，且存在持续气流受限的特点，且目前病因尚不明确，但临床上普遍认为与环境、个体因素存在相关^[1]。随着我国空气污染程度的不断加剧，慢阻肺近几年来在我国的发病率已经呈现出逐年提高的趋势。该病主要好发于中老年患者群体，发病后主要会表现出咳嗽、咳痰、呼吸困难、胸闷等为一系列临床症状^[2]。如果患者得不到及时有效的治疗，任由病情发展，可能会引发肺心病、呼吸衰竭等并发症，具有较高的致残率与死亡率，严重影响到患者的生命安全^[3]。引发该疾病的原因主要与吸入有害颗粒、有害气体等所引发的异常炎症反应存在密切关联，病情严重者甚至会对患者的各项机体功能造成障碍，还会引发咳血等全身性疾病，所以，必须对该类患者实施及时、有效的治疗与护理干预，以此提高其治疗效果，缓解其各项临床症状。临床上用以治疗该病的方法较多，均可获得较为理想的临床疗效，但同时也需配合优质的护理方式进行干预，以此达到更佳的控制病情的效果^[4-8]。在此基础上，本研究对慢阻肺患者实施护理及健康教育的过程中引用临床护理路径，以此分析其应用价值，现进行详细报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次临床研究选取 62 例慢阻肺患者作为样本对象，所有患者均在 2020 年 1 月-2021 年 7 月期间内前来我院接受治疗，按照随机数字表法将其分组：实验组与对照组，每组均包括 31 例样本；实验组中患者的年龄范围均在 60 岁-76 岁之间，平均(68.65±1.53)岁，男女患者的比例为 17:14；对照组中患者的年龄范围均在 60 岁-75 岁之间，平均(68.42±1.68)岁，男女患者的比例为 16:15。两组资料之间不存在显著性差异，即 $P>0.05$ 。

1.2 方法

对照组：采取常规的护理方法和健康教育对本组患者进行干预，包括疾病知识普及、遵医嘱用药、安抚患者情绪等。

实验组：在临床护理路径的指导下对本组患者实施干预，详情如下：

(1) 入院 24h 内，护理人员需要结合患者自身的文化水平和理解能力向其普及疾病相关的知识、常规的治疗方法等，降低患者恐惧、紧张的不良情绪，使其尽快适应新环境。此外，护理人员要告知患者可能会导致病情加重的危险因素，避免患者由于外界因素导致病情发展。(2) 在入院 1d-3d 内，护理人员需合理评估患者的病情及身体情况，密切观察其各项生命指标的变化，发现异常时要及时联系主管医生进行处理。此外，护理人员需要严格遵照医嘱为患者给予护理和药物干预，以此改善其各项临床症状。此外还需指导患者正确排痰，确保其呼吸始终处于通畅状态。(3) 患者出院前，护理人员要叮嘱其及家属居家护理期间的注意事项，详细记录其联系方式，定期通过微信了解患者居家期间的饮食、用药等情况，以便医护人员及时的对其治疗方案和护理方案进行合理调整。

1.3 观察指标

(1) 以我院自主制定的护理工作评价表收集两组患者的评分，同时在干预前后采用我院制定的疾病认知评价表对其进行评估，二者均为百分制，分值越高代表评价越高。

(2) 统计两组患者接受干预前后的肺功能指标，采用肺功能测定仪对两组患者的用力肺活量(FVC)、第一秒用力呼气值(FEV1)、呼气峰值流速(PEF)进行测定。观察干预前后的指标变化。

(3) 统计两组患者的并发症发生率，并发症主要包括肺气肿、呼吸衰竭、肺源性心脏病，并发症的发生率越低代表护理干预的效果越理想。

(4) 采用我院自制的护理服务评价表，统计两组患者对于护理干预的满意率，该表的满分为 100 分，分值越高代表患者对于护理工作的满意

率和认可度越高;总分>80 分判定为很满意, 60-80 分为满意, 其余分数为较为满意, 满意率=(很满意+满意)/总患者数×100%。

(5) 采用我院自制的治疗依从性评价表, 分别于干预前后统计两组患者的治疗依从性, 该评分表共计 100 分。

1.4 统计学方法

选用 SPSS19.0 统计学软件处理分析, 计数资料实施 χ^2 检验, 计量资料实施 t 检验, $P<0.05$, 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者的护理评分及治疗前后的疾病认知评分

两组患者接受干预前的疾病认知评分无显著性差异 ($P>0.05$); 干预后, 实验组患者的护理评分及对疾病认知的评分明显高于对照组患者, 结果具有显著性差异, $P<0.05$ 。分析详见表 1。

表 1 对比两组患者的护理评分及干预前后的疾病认知评分 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	护理评分	干预前	干预后
实验组	31	91.21±1.87	67.22±2.58	78.96±4.75
对照组	31	88.32±1.43	66.71±2.42	74.75±3.24
t	-	6.8352	0.8027	4.0767
P	-	0.0000	0.4253	0.0001

2.2 对比两组患者两组患者接受干预前后的肺功能指标

两组患者接受干预前的肺功能指标无显著性差异 ($P>0.05$); 干预后, 实验组患者的肺功能指标得到显著改善, 且明显优于对照组患者, 结果具有显著性差异, $P<0.05$ 。分析详见表 2。

表 2 对比两组患者两组患者接受干预前后的肺功能指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	FVC/L	FEV1/L	PEF/L/s
实验组	31	干预前	1.66±0.53	1.19±0.58	3.56±0.75
对照组	31	干预前	1.67±0.57	1.21±0.42	3.42±0.24
t	-	-	0.0715	0.1555	0.9898
P	-	-	0.9432	0.8769	0.3262
实验组	31	干预后	2.56±0.87	1.89±0.87	4.73±0.87
对照组	31	干预后	1.88±0.59	1.43±0.57	3.69±0.47
t	-	-	3.6017	2.4624	5.8558
P	-	-	0.0000	0.0167	0.0000

2.3 对比两组患者对于护理干预的满意率

干预后, 实验组患者对于护理干预的满意率明显高于对照组患者, 结果具有显著性差异, $P<0.05$ 。分析详见表 3。

表 3 对比两组患者对于护理干预的满意率 【(n) %】

组别	n	很满意	满意	较为满意	不满意
----	---	-----	----	------	-----

实验组	31	19 (61.29)	12 (38.70)	0 (0.00)	31 (100.00)
对照组	31	15 (48.38)	12 (38.70)	4 (12.90)	27 (87.09)
t	-	-	-	-	4.2759
P	-	-	-	-	0.0386

2.4 对比两组患者的并发症发生率

干预后, 实验组患者的并发症发生率明显低于对照组患者, 结果具有显著性差异, $P<0.05$ 。分析详见表 4。

表 4 对比两组患者的并发症发生率 【(n) %】

组别	n	肺气肿	呼吸衰竭	肺源性心脏病	发生率
实验组	31	0 (0.00)	1 (3.22)	0 (0.00)	1 (3.22)
对照组	31	1 (3.22)	5 (16.12)	0 (0.00)	6 (19.35)
t	-	-	-	-	4.0260
P	-	-	-	-	0.0448

2.5 对比两组患者干预前后的治疗依从性

接受干预前, 两组患者的治疗依从性评分无显著性差异 ($P>0.05$); 干预后, 实验组患者的治疗依从性评分明显高于对照组患者, 结果具有显著性差异, $P<0.05$ 。分析详见表 5。

表 5 对比两组患者干预前后的治疗依从性 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	干预前	干预后
实验组	31	77.22±2.58	88.96±4.75
对照组	31	76.71±2.42	82.75±3.24
t	-	0.8027	4.0767
P	-	0.4253	0.0001

3 讨论

慢阻肺是呼吸科临床上的常见疾病, 其主要好发于 40 岁以上的人群。患者发病后主要会表现出晨间咳嗽、排痰、气短、喘息等典型的临床症状, 随病程的不断延长还会引发多种并发症, 从而影响到其正常的生活和工作^[9]。值得注意的是, 在对慢阻肺患者进行治疗的同时需要配合科学、有效的护理干预, 以此规避各类潜在的危险因素, 强化其临床治疗效果。本研究所涉及到的临床护理路径是以常规护理为基础不断优化得到的一种优质护理方式, 其能够为患者提供整体化、全面化的护理干预, 有利于提高患者的整体疗效^[10]。慢阻肺虽然只会直接累及到患者的肺部组织, 但极易会引发十分明显的全身疾病反应, 疾病典型的临床症状如喘息、气促等也会反复出现, 逐渐加重, 甚至会对患者的肺外组织、气道、肺泡等产生

损伤^[11]。慢阻肺的病程长短与疾病的临床症状通常会因人而异,不同的患者之间存在着较为明显的差异性,但在影响正常工作及生活质量方面存在普遍性。对于慢阻肺患者实施科学、合理的健康教育能够有效提高患者对于疾病的正确认知,进而提高其自我护理、自我管理的质量和水平。但以往临床上实施的常规护理在进行健康宣教等方面缺乏一定的完整性和系统性,患者难以全面、完整的接受正确的疾病知识^[12]。此外,常规护理干预的内容较为传统,缺乏不断优化和改进的健康教育体系,患者无法及时、正确的认识到自身疾病的严重性,加之不同患者间存在一定的差异,传统的健康宣教工作无法获得理想的临床效果^[13]。相较于常规护理而言,本研究涉及到的临床护理路径的护理干预流程具有更加科学、更加合理、更加标准化等优势,护理人员在临床工作时要根据患者的病情特点,为其制定个性化的护理模式,从而提高临床护理工作的程序化和规范化,以此达到提高护理工作的安全性、护理工作的质量和水平。在进行临床工作时,临床护理路径小组要根据不同患者制定个性化的临床护理路径表,以此确保整个护理流程更具全面性和针对性^[14]。在患者入院初期,护理人员对其实施临床护理路径能够有效提高其对于疾病的正确认知,消除其对于医院环境和医护人员的陌生感,弥补其在临床治疗过程中存在的盲区。此外,护理人员详细向患者讲解临床治疗成功的案例能够有效提高其治疗的积极性和自信心,帮助患者在一定程度上消除其心理障碍,促进治疗过程的顺利进行。入院中期,护理人员要对患者的临床症状及体征变化等情况进行密切的监测,遵照医嘱对患者实施雾化吸入治疗等,但也要主要治疗过程中可能出现的各类不良反应,护理人员要及时注意^[15]。护理人员还要指导患者有效的咳嗽,促进排痰,并告知患者家属定时为其叩背促排痰,以此避免发生意外情况;在患者出院前对其实施护理干预能够有效提高患者及其家属对于疾病的重视程度,进而提高患者配合护理的积极性与配合度,护理人员还要明确告知患者及其家属下次的复查时间以及居家期间的相关注意事项,以此提高患者的依从性,获得较好的效果^[16-17]。

本研究对慢阻肺患者实施护理及健康教育的过程中引用临床护理路径,以此分析其应用价值,临床结果如下:两组患者接受干预前的各项评分和指标之间无显著性差异($P>0.05$);干预后,实验组患者的护理评分及、疾病认知的评分、治疗依从性评分明显高于对照组患者,其肺功能指标也得到显著改善,且明显优于对照组患者;该组患者的不良反应发生率明显低于对照组患者,结果具有显著性差异, $P<0.05$ 。

综上所述,在临床护理路径的指导下对慢阻肺患者实施护理及健康教育能够有效提高患者对于疾病的认知程度,同时能够提高其对于护理工作的满意程度,值得将其应用在临床工作中。

参考文献:

- [1]于欣鑫.浅析临床护理干预在老年慢阻肺护理工作中的应用效果及对患者生存质量的影响[J].中国医药指南,2022,20(04):117-119.
- [2]夏冉冉.分析临床护理干预在老年慢阻肺护理工作中的应用效果及对患者生存质量的影响[J].当代临床医刊,2021,34(05):98+51.
- [3]刘晓莉,丁琳.老年慢阻肺患者中健康教育联合心理护理干预的效果研究[J].心理月刊,2021,16(18):129-130.
- [4]李萍,李娜,王欢环.心理护理在老年慢性阻塞性肺疾病患者护理中的应用疗效分析[J].山西医药杂志,2021,50(09):1568-1570.
- [5]刘芳芳,王海荣.延续性护理在慢阻肺患者护理中的效果观察及生活质量变化情况影响评价[J].黑龙江中医药,2021,50(01):271-272.
- [6]张锡瑞.延续性护理对慢阻肺患者戒烟情况及肺功能的影响[J].黑龙江中医药,2021,50(01):365-366.
- [7]李婷.呼吸功能锻炼联合饮食护理干预对 COPD 生活质量的影响[J].医学信息,2021,34(01):188-189.
- [8]肖宝勤.延续性护理干预对慢阻肺患者肺功能及生活质量的影响[J].内蒙古医学杂志,2020,52(12):1516-1517.
- [9]张黎莉.临床护理干预在老年慢阻肺护理工作中的应用效果及对生存质量的改善作用[J].承德医学院学报,2020,37(06):502-505.
- [10]李玲.多元化健康教育对慢阻肺患者布地奈德福莫特罗吸入依从性及操作技术的影响[J].内蒙古医学杂志,2020,52(09):1120-1121.
- [11]王仔燕.健康教育在慢阻肺患者护理中的应用效果[J].中西医结合心脑血管病电子杂志,2020,8(26):125+130.
- [12]王真.探讨临床护理路径在慢阻肺患者护理及健康教育中的应用效果[J].黑龙江中医药,2020,49(04):313-314.
- [13]袁进美.优质护理服务理念在慢性阻塞性肺疾病中的应用价值及对患者满意度的影响[J].基层医学论坛,2020,24(03):372-373.
- [14]刘萍.探讨健康教育联合心理护理用于老年慢阻肺患者中的效果[J].中西医结合心脑血管病电子杂志,2019,7(35):127.
- [15]王凯燕,李桂琴,张慧,白雅琴.健康教育联合心理护理用于老年慢阻肺患者中的效果观察[J].心理月刊,2019,14(19):84.
- [16]史琴芳.应用临床护理路径对慢阻肺实施护理及健康教育的效果观察[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(40):164.
- [17]俞小敏.医护一体化模式健康教育对慢阻肺患者自我效能的影响[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(79):119.

医院文化建设在新时期医院思想政治工作中的意义

丁华珍

江苏省淮安市第三人民医院 江苏淮安 223001

摘要: 医院文化建设在思想政治工作开展的过程中具有一定的推动作用。为了进一步优化思想政治工作的开展,需要利用医院文化建设作为主要渠道。二者之间的协同作用对于医院的发展以及医疗水平的提升都具有重要意义,因此需要加强文化建设,推动思想政治工作的有效开展。基于此,本文通过分析医院文化建设在新时期医院思想政治工作中的意义,提出加强二者融合的具体策略,希望为之后的医院工作开展提供一些参考。

关键词: 医院; 文化建设; 思想政治工作; 意义; 融合

文化建设一直以来都是医院工作中的重点内容。通过文化建设营造文化氛围,有助于医院树立正面的社会形象,提升医院在社会上的影响力。在开展思想政治工作的过程中,需要重点关注工作人员之间的传导作用,并利用正确的引导对职工进行思想政治教育,帮助医院职工树立正确的职业观、价值观,从而更有助于医院提升服务质量,增强医院内部的核心凝聚力。

一、医院思想政治工作与医院文化的联系

医院在长期经营发展过程中,产权结构出现了明显的改变。在这样的背景之下,医院需要通过思想政治工作,对现有医疗工作进行优化,通过探索积极和谐的医院文化,改变医院现阶段经营管理中存在的不足。因此,医院的思想政治工作和医院文化的建设关系密切。首先,思想政治工作一直都是医院各项工作开展的重要基础。随着市场经济结构的改变,部分医院以盈利作为医院管理的工作内容之一,而过于追求医院经济收益可能会影响到医疗工作的正常开展。因此,加强思想政治工作可以避免造成过度追求经营效益的问题,在思想政治工作的影响下,可以在医院内部逐渐形成良好的文化氛围,而促进医院内部各项管理活动的正常开展。

医院思想政治工作主要的对象是医院内部的工作人员,要求工作人员可以在正确思想的指导下完成本职工作,推动医院管理活动的有效进行。思想政治工作的核心内容是让医院工作人员正确意识到医疗工作的重要性,具备较高的职业素养,从而做好本职工作。公立医院作为具有社会公益性质的医疗机构,需要始终将患者放在首位。而众多医疗工作者难免会出现思想觉悟不够高,其工作能力和职业态度并不符合医疗工作的基本要求等情况。而思想政治工作可以有效避免上述情况,推动医院文化建设。思想政治工作医院文化的建设与思想政治工作的开展具有密切联系,二者相辅相成,可以进一步推动医院的长远发展^[1]。

二、医院文化建设在新时期医院思想政治工作中的意义

(一) 医院思想政治工作可以指导文化建设

医院文化在建设过程中需要思想政治工作作为指导,医院的经营理念以及管理重心都是依托于思想政治工作。医院文化主要包括医患关系、医院服务、管理理念,这些内容均属于思想文化范围。只有通过思想政治工作的有效开展才可以使医院职工充分意识到自身岗位职能的重要性,进而

在医疗工作和自身利益之间达成有效平衡,激励医院工作人员完成本职工作。例如,提升医疗服务水平是目前思想政治工作中的核心内容之一,医院通过思想政治工作的开展可以对医院职工的工作内容进行监督,工作人员会将相关内容融入日常工作中,进而提升医疗服务水平,缓解医患关系,同时也可以协助医院树立正面的社会形象^[2]。

(二) 文化建设对思想政治工作具有辅助作用

医院文化建设需要将核心内容设置为“为人民服务”,为患者提供更优质的医疗服务。医院文化既是思想政治工作指导下的重要产物,在医院发展过程中也会反作用于思想政治工作。医院需要结合自身发展的实际情况,在满足社会需求的基础上,进一步加强医院文化建设。通常情况下,文化建设属于长期过程,多数医院在相关政策的支持下都可以将提升医疗水平、提供优质服务放在工作首位,但是仍有部分医院过于重视经济收益。原因主要在于这部分医院在思想政治方面的工作存在缺失,未能建立起正确的医院文化。无论是医院文化还是思想政治工作,都需要有针对性地开展。例如,个别医务人员未能从患者的角度出发,在日常工作过程中,并不具备良好的职业素养,这也是医患关系紧张的主要原因之一。因此需要开展思想政治教育工作,对这部分医务人员的工作行为进行规范,让工作人员从思想上正确意识到医疗工作的重要性,并通过医院文化的长期影响,树立其正确的服务价值观^[3]。

三、加强医院文化建设与思想政治工作的融合的策略

(一) 传承医院精神

医院精神作为医院文化的核心组成部分,不仅是医院日常工作开展的重要基础,也是医院内部工作人员的核心动力。医院文化应该是医院在经营发展过程中,全体工作人员长期积累共同形成的工作理念和工作思想,既能得到全体职工的认可,也是开展医疗工作的行为准则,

首先,医院在进行文化建设的过程中,需要充分借鉴其他医院的优秀理念,同时需要结合本医院的实际情况进行本土化的优化。由于每个医院所处的环境都存在明显的差异,在实际开展医疗工作的过程中,管理模式、工作理念都存在一定的差距,因此医院在借鉴的过程中应该避免盲目应用。同时,医院文化在建设的过程中,应该通过潜移默化的方式融入到医院工作人员的日常工作中,以此得到医院职工的支持认同;其次,我院一

直以来都十分重视医院文化建设以及思想政治工作。为了进一步推动二者的融合,可以开展相关活动,积极引导医院职工参与其中。例如,可以针对医院在抗击新冠疫情尤其是赴兄弟市及外省支援过程中涌现出来的优秀医务人员事迹进行宣传,组织优秀事迹宣讲或访谈。宣讲访谈的主题应紧扣医务人员“敬佑生命、救死扶伤、甘于奉献、大爱无疆”的职业精神。此举不仅可以树立先进典型,同时也可以开展思想政治教育活动增强职工的职业理念^[4]。

（二）塑造医院形象

随着人们生活水平以及医疗技术的不断提高,人们对于医疗服务的要求也日益增长,医院行业的竞争逐渐激烈。为了可以满足患者的基本需求,在激烈的行业竞争中获取优势,医院需要塑造正面的医院形象,在医疗工作的基础上,加大宣传力度。医院在经营发展的过程中与其他经济组织存在明显的差异。一方面,医院医疗水平直接关系到人民群众的身体健康和社会效益,具有一定的公益性质,是社会基础服务设施之一;另一方面,医院要想长期稳定发展,就需要在经营过程中获取稳定的经济收益。因此,医院需要做到以下几点:第一,坚持为人民服务的基本理念,重点强化医院职工的服务意识。同时,在开展服务工作的过程中,需要与时俱进,改变传统的服务理念,将医疗技术和医疗服务作为基础,在此基础上进一步优化,为患者提供更加优质的医疗服务;第二,医院需要加强内部软环境的建设,例如,优化医院的内部环境,为患者提供更加舒适的就医环境;第三,医院需要加大宣传力度,在信息时代背景下,人们获取资讯的渠道增多,因此医院需要充分利用多元的媒体平台。可以将新兴媒体作为宣传媒介,加强对医院经营理念、医疗技术、优质服务和医疗设备的宣传。例如,在开展院庆活动的过程中,可以开展“医院文化理念”、“志愿服务”等主题的相关活动,通过回顾医院的发展历程和主要成就,加强与其他医疗机构的交流与协作,同时宣传医院的正面形象。也可以利用信息交流平台定期发布医疗知识,在重要节日时推出免费就诊活动,增强老百姓的获得感和认可度。在树立自身形象的同时,积极承担社会责任。

（三）营造文化氛围

科学技术的发展使得医疗技术以及医疗手段不断更新。作为医院工作者需要紧跟时代脚步,重点提升自身的素质和综合能力,以此满足人民群众对于医疗服务的需求,在日常工作中不断积累实践经验,将个人利益与医院的经营发展相结合。医院需要为工作人员营造良好的文化氛围,可以通过问卷调查的方式,收集工作人员对于现阶段医院文化建设以及经营发展中存在的意见。对于医院而言,需要为职工自身能力的提升提供平台,结合医院内部的各项政策,建立激励机制,充分调动医院职工提升自身能力的积极性,可以定期选择骨干人员接受相关培训,重点加强医疗人员的医疗理念和医疗技术更新。同时在建设医院文化和开展思想政治工作的过程中,也需要充分尊重医院职工的意见,鼓励职工主动参与到文化建设中。负责文化建设的工作团队,需要充分结合现阶段思想政治工作开展的实际

情况,针对思想政治工作存在的不足以及医院职工的反馈,进一步提升医院文化建设的科学性和合理性,进而营造良好的文化氛围^[5]。

（四）完善管理机制

管理机制的完善工作是保障医院内部各项工作顺利开展的重要基础。医院在经营发展过程中,思想政治工作的开展与文化建设工作的融合存在一定的难度,因此需要完善的管理机制,保障二者之间可以有效结合,并实现预期目标。因此,医院需要结合自身管理工作的实际情况,建立健全绩效考核机制,针对医院工作的工作行为给予公正的评价,同时为职工的上升渠道建立公平的竞争平台。此外,医院还需要有效的激励机制。由于多数医院的工作人员面临着较大的工作压力,工作内容繁重,可能会导致部分工作人员在长期的工作压力下,产生倦怠心理,影响医疗服务质量。而激励机制通过物质或精神的奖励,可以对医院职工的工作行为进行综合考量,不仅可以帮助医院职工释放工作压力,同时也可以激发工作热情^[6]。

（五）加强队伍建设

为了进一步加强思想政治工作与医院文化建设工作的融合,需要组建专业的工作团队。首先,医院在思想政治工作人员的招聘方面需要提高招聘门槛,针对招聘人员的工作经验、专业能力提出明确的要求,并根据医院内部的岗位设置要求合理分配人力资源,进一步拓宽社会招聘的渠道,积极引进具有较高思想政治工作素养的专业人员,加强队伍建设;其次,需要针对医院文化建设工作人员进行思想政治工作的培训,通过完善科学培训计划,帮助工作人员充分意识到医院建设的重要性,并在实际工作中形成切实可行的文化建设方案。

结束语:总而言之,医院文化建设工作与思想政治工作的开展密不可分,二者通过协同作用可以促进医院的长远发展。因此,医院工作人员需要充分意识到文化建设在思想政治工作中的重要意义,并结合医院自身管理经营的实际情况,促进二者的融合发展,重点提升医疗服务水平,塑造医院社会形象。

参考文献:

- [1]殷霞.新时期医院思想政治工作与文化建设分析[J]. 中外交流,2021,28(2):913.
- [2]王莹.新时期医院思想政治工作与文化建设的研究[J]. 青春岁月,2019(5):382.
- [3]吕娟.论医院思想政治工作与文化建设的和谐发展[J]. 科技风,2019(36):226-227.
- [4]黎晓琪.试论医院思想政治工作同医院文化建设的关系和作用[J]. 卷宗,2017(18):258-258.
- [5]李颖.新时代医院思想政治工作与文化建设融合发展的策略分析[J]. 环球市场,2020(19):294.
- [6]刘成杰.加强医院文化建设促进思想政治工作分析[J]. 百科论坛电子杂志,2020(11):344.

流动人口职业病防治教育现状及影响因素

窦树秀

青县卫生健康综合执法大队 河北青县 062650

摘要:随着我国经济的迅猛发展,以农民工为主的流动人口开始逐步涌向城市,为城市的发展奉献自己的力量。但随着规模的逐步扩大,中小型企业当中流动人员职业卫生问题受到了社会各界的高度关注。由于不良的生活习惯,繁重的工作压力,使得流动人口的身体状况急剧下降,而为了更好的防治流动人口职业病的发生,加强职业病防治教育至关重要。本文将结合流动人口职业病防治教育的开展现状进行有效分析。通过找到影响职业病防治教育开展的因素,从而提出合理的优化策略,以供相关人员借鉴。

关键词: 流动人口; 职业病防治教育; 影响因素; 发展现状

在职业病防治工作开展的过程中,我国一直坚持着“预防为主,防治结合,分类管理,综合治理”的16字方针。预防为主,防治结合是职业病防治工作开展必须坚持的基本方针。劳动者享有职业卫生保护的权利,这是劳动者的基本权利,也是落实《职业病防治法》的前提。相关用人单位需要对职业病防治工作负起一定的责任,积极参与工商社会保险,通过这种方法为用工人员的身体健康提供保障。但就目前对职业病防治教育发展现状来说并不理想。由于绝大多数的流动人口以农民工为主,而且文化程度较为薄弱。在参与工作后,对于相关的法律制度并不了解,导致职业病防治教育接受率较低,健康问题频发,因此,本文将分析流动人口职业病防治教育现状及影响因素,加强流动人口职业病防治教育水平,提高职业病防治综合素养,保障流动人口的身体健康,促进流动人口相关活动的有序开展。

一、流动人口职业病防治教育现状

根据国家统计局2021年5月11日发布的第七次全国人口普查主要数据可以了解到,我国流动人口总量大幅度提升。相较于2010年来说,年均增长率高达6.7%以上流动人员数量高达37582万人,这个数字相当于英国人口总数的六倍,西班牙的九倍,澳大利亚的18倍,这些流动人口超过70%属于移居到城市的农村人口,而且绝大多数人口正处于经济活动较为活跃的阶段,这些人口的流动在我国经济发展中占据着重要位置。因此,加强流动人员的职业病防治教育至关重要,流动人口从事的工作往往都是城市人员不愿意从事的工作,这些工作对健康的危害极大。普遍是脏乱的工作、危险的工作、棘手的工作。据数据表明,珠三角地区的流动人员大约有1/3的人认为自身的健康状态与工作环境有着极大的影响,而产生这种思想的主要原因是由于这些流动人员经常处于噪音较大,粉尘较大或有害物质较多的环境当中,这些外部环境因素对于流动人员的身体状况产生了极大的冲击。而且据不完全统计,我国每年都会发生12万左右的故事,其中过800例事故会导致工作人员死亡。而这中间绝大多数的都是流动人员。除此之外,很多黑心企业会以金钱利诱,引导更多的工人参与到超强度的加班活动当中,部分工厂为了提高生产效益%强迫每位工人每月工作时间超过500小时,这就导致部分工人的身体状况不能满足工作需要而出现各种各样的问题,甚至导致死亡。而这些死亡人员当中,流动工人占据大多数。结合国家经济贸易委员会递交国务院的一份报告可以了解到,流动人员是同职业相关健康问题的主要受害者,而职业疾病主要包括职业性损伤和职业疾病两个部分,两者相比损伤更严重的是由于工作而获得的疾病,这种疾病不仅需要支付高额的治疗费用,而且在治疗的过程中也会对患者的身体产生巨大的负担。这些可怕的事例需要引起相关部门和相关企业的深入思考,通过加强流动人员职业病防治教育,提高流动人员对自身身体健康的关注,从而降低职业队流动人员身体的危害,保障流动人员的

职业健康。

二、影响流动人口职业病防治教育开展的因素

结合目前流动人口职业病防治教育工作的开展现状可以了解到,职业健康问题已经十分严峻。因此,加强对流动人员职业病防治教育工作的开展至关重要。而要想使相关工作的开展能够达到实质性的作用,就需要对影响流动人口职业健康的因素进行有效分析,但由于流动人口问题本身的复杂性和多样性,因此,在开展相应工作的过程中会受到各层次的制约,以下是影响流动人口职业病防治教育开展的主要因素:

2.1 用工企业的法律意识较为淡薄

由于农民工外在条件的限制,因此,在进入城市工作时,经常会进入一些中小型企业当中,但部分企业法律意识较为淡薄,在生产经营的过程中过于注重经济效益,而忽略了职工的健康监护工作,导致农民工的身体健康不能得到过多的关注,从而各种职业病频繁发生。而产生这种现象的主要原因是由于中小型企业管理人员对于职业健康监护工作的开展并不配合,甚至拒绝接受职业卫生监督。对于自身的工作项目和所涉及的危害项目,并不及时进行职业危害申报。害怕工作人员在工作过程中被查出职业病。需要承担相应的费用,影响企业形象。而且由于中小型企业的经营规模较小,因此在开展日常经营活动的过程中,对于工作人员的个人防护用品购置不到位,这就导致工作人员的工作环境较为恶劣,很多有毒气体进入工作人员身体后对工作人员的身体健康产生不利影响。除此之外,很多大中型企业职业危害严重的工作岗位以及规模较小,社会落后的乡镇企业更加倾向于使用流动人口,这些工作人员在与企业签订劳动合同时,往往签订的是短期劳动合同,一旦雇主发现职业病患者或可能存在职业病的工作人员将对其立即解雇,这种行为不仅是对职工生命健康的忽视,也是对法律法规的挑战。

2.2 流动人口的自我保护意识和维权意识较为薄弱

绝大多数的流动人口以农民工为主,整体素质较为薄弱,自我保护意识较差,而且人员流动性较大,这使得健康监管工作的开展缺乏连续性,由于流动人口对于法律赋予的健康权益并不了解,因此依靠法律维护自己的权益的相关意识较弱,就使得在从事存在职业危险的工作时,不敢向企业要求提供保护身体健康的各项措施,不敢要求企业为他们开展职业健康检查影响了职业病的发现和治疗工作的开展。

2.3 职业健康检查机构不能结合流动人员的职业特性开展相应的健康监护工作

目前绝大多数的职业健康检查机构由于自身技术和实力较为薄弱,很多设备和仪器的更新较为缓慢,工作人员的整体素质较低,因此在对流动人员进行职业健康监护的过程中不能结合流动人员的职业需求开展针对性的康监护工作。这就导致很多职业并不能及时发现,影响了工作人员的

身体健康。而且绝大多数的职业健康监护工作仅停留在预防性体检阶段,很难满足日益发展的职业健康监护工作需求。因此,不能发挥实质性的作用,影响了流动人口对于自身身体健康的了解。

2.4 地方政府并未对流动人员的身体健康给予应有的重视

政府在对企业进行管理的过程中,设置了经济发展服务中心。而职业卫生执法监督部门在开展相应的职业健康监护工作时,需要经过经济发展服务中心的批准才可进入企业当中。而这种行为无疑是对职业健康监护工作增加了一道门槛,提高了日常工作的开展难度,同时也对不良企业产生了保护作用,使不良企业找到了忽视员工身体健康的保护伞。

三、促进流动人员职业病防治教育开展的有效措施

3.1 打破部门界限,理清职业健康监护监管与运行机制

结合《职业病防治法》的相关规定可以了解到,职业卫生现场监督由卫生行政部门承担,而卫生部和安监总局的职能划分,将现场监督责任划归为安监总局。但由于安监总局缺乏相应的专业人才,因此无法开展监督工作,影响了相关工作的有序开展。而且职业卫生监督需要了解相关的法律知识,具备完善的专业知识,但由于目前监督人员较少,能力较为薄弱,很难满足监督的需求。因此卫生监督管理运行机制不能满足实际的环境需求,而为了打破这种局限,相关部门应当打破部门之间的束缚,由政府分管领导牵头,卫生部,社会保障工会,安监总局的共同参与,建立各个部门协同工作的平台,通过加强各个部门之间的沟通和协调,明确各个部委的职责和权利,形成相互合作,弥补监督管理工作空缺的局面。通过理顺卫生部和监督部门之间的关系,从而促进相关工作的有序开展。

3.2 加强职业卫生监督和管理工作的

受到外部环境的影响,用于职业卫生监督工作的投入经费较少,职业病防治技术并未得到及时的更新,而且由于职业卫生人员较为缺乏整体素质,不能满足职业健康监护的要求。因此,劳动者在得了职业病后,得不到职业健康保障。而为了打破这种现状,应当加强日常职业卫生监督力度,严厉惩处违法乱纪行为。各部委需要联合相关部门深入开展整治活动,加强职业卫生监督管理人员队伍的建设,通过提高工作场所监督管理水平,从而确保职业健康监护工作能够真正发挥自身的优势。而在政策管理上应当采取奖惩制度,鼓励先进企业的职业健康保护监护行为,对于未开展职业健康保护监护的企业应当予以严惩,通过这种方式加大企业对于职业健康监护的重视程度。

3.3 国家应当针对流动人口制定相关的法律政策

为了提高政府和企业对于流动人口职业健康的关注,国家应当制定相应的法律法规。例如高危行业,在实施经营活动的过程中,需要办理高危行业生产许可证,通过对高危行业的准入关卡严格把控,对高危从业人员进行重点监督,从而保障从业人员的人身安全。在相关制度制定的过程中,可参考公共场所从业人员的健康管理制度,对于从事高危职业的工作人员应当采取职业健康证管理。并且由相应的机构进行补助,确保工作人员在工作的过程中能够有足够的资金来保障自身健康活动和医疗活动。并且针对流动人口的作业特点,制定相应的职业健康监督管理方法,根据不同行业制定具体的实施细则,规范健康体检项目,加强档案管理,确保每一个工种都能够进行针对性的健康检查,保障每一位流动人口的身体健康。

3.4 将流动人口职业健康监护工作纳入日常管理工作当中。

目前职业健康监护工作是由卫生部门主要监督办理的重要工作之一,主要的防治手段是在接到举报后才上门执法的形式,这种被动的防治形式很难发挥卫生监管工作的真实力度,而且由于外部因素的制约,导致执行力度很难起到警戒遏制的作用,这种被动的管理方式产生的主要原因是由

于强制性政策的缺乏,而为了更好的开展流动人口职业健康监护工作,应当将其纳入卫生部门的安全生产监督管理规范当中,通过这种做法能够从源头上改变工作人员的工作状态,提高对流动人口职业健康监护工作的重视程度。有利于加强各种教育手段的进一步开展。除此以外,监管队伍的建设也尤为重要,加强各级职业卫生专业技术队伍的培训,提高职业卫生队伍的整体素质和工作水平,能够进一步推进职业卫生科普宣传工作的有序开展,通过多种手段的共同作用,达到保护劳动者健康,预防职业病的目的。

四、总结

结合上述分析,由于流动人口职业病防治教育接受效率较低,健康教育力度需要进一步加强,流动人口健康问题不仅仅是流动人口个人的问题,更是社会广泛关注的话题,提高相关部门、企业、个人对流动人口职业病防治教育关注,有利于营造健康稳定的外部环境,相关政府应当加强对流动人口在流入地的劳动制度保护,督促企业与流动人口签订合法的劳动合同,保障流动人口的基本权益。提高流动人口的职业卫生意识,帮助流动人口在面对健康问题时,能够利用法律武器维护自己的合法权益。对于用人单位的行为,相关部门应当建立合理条款对其进行约束,加强企业职业病防治教育的监督工作,并对企业职业病防治教育的开展情况进行考核。相关医疗单位也应当结合流动人口的职业特点,开展针对性的职业病防治活动。通过设置专业的健康服务检查,从而帮助流动人口了解自身的身体状况,及时发现身体所出现的问题,做到防患于未然。通过提高职业病防治教育的覆盖面,从而打破当前局面,促进流动人口服务与管理工作的进一步开展。

参考文献:

- [1]曹小华,张雯,王娜,等.流动人口职业病防治教育现状及影响因素分析[J].现代预防医学,2021,48(21):5.
- [2]郭静,郭宇濛,朱琳,等.中国流动人口传染病健康素养具备情况及其影响因素分析[J].中国公共卫生,2021,37(2):5.
- [3]张检,蔡金龙,何中臣,等.我国流动人口健康教育现状及其影响因素分析[J].中国健康教育,2021,37(4):6.
- [4]廖智柳,王德文.老年流动人口心理健康教育现状及其影响因素分析[J].中国公共卫生,2022,38(7):927-932.
- [5]尹玉,李娜玲.我国城乡流动人口健康教育现状及其影响因素的差异性分析[J].现代预防医学,2021,48(20):6.
- [6]杜洁,田仕静,赵民.流动人口医疗保险参保现状的影响因素分析[J].唐山师范学院学报,2020,42(2):6.
- [7]阙凌云,李宾,金蕾.基于微信平台的海南省劳动者职业病防治知识知晓现状及影响因素调查[J].实用预防医学,2022,29(3):3.
- [8]张检,蔡金龙,何中臣,等.流动人口与户籍人口健康教育状况及其影响因素比较分析[J].医学与社会,2021,34(7):6.
- [9]唐敏珠,褚敏捷.2010-2018年我国职业病发病情况及防治现状[J].解放军预防医学杂志,2020,38(2):4.
- [10]杨雪莹,范丽娜,郝培,等.天津市职业人群职业病防治知识知晓影响因素及需求分析[J].职业与健康,2021,37(18):5.

作者简介: 窦树秀,1975年9月8日,女,汉族,2011年12月30日毕业于河北联合大学卫生事业管理专业,学历本科,现供职单位:青县卫生健康综合执法大队,科室:办公室,邮编062650,职称:中级,研究方向:卫生管理。

混合型教学在妇科住院医师规范化培训中的应用

牛津洋 王以锋 龚宜

攀枝花市中心医院妇科 四川攀枝花 617067

摘要：目的：探讨妇科住院医师规范化培训中混合型教学的作用。方法：随机抽取我院 2019 年 1 月~2021 年 6 月妇科住院医师规范化培训的住院医师 40 名进行研究，采取随机数表法分为两组，各 20 名。对照组予以传统教学法，观察组予以混合型教学法。比较两组效果。结果：观察组理论知识、实践操作、临床思辨考核评分更高，同时医师对教学满意度更高，与对照组比较差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。结论：妇科住院医师规范化培训中采取混合型教学，可更好地提高住院医师的考核成绩，促使他们对教学更满意，值得应用。

关键词：妇科住院医师；混合型教学；规范化培训；考核成绩；教学满意度

住院医师规范化培训，是医师专业毕业生再教育的重要组成部分之一，而且规范化的培训可促使住院医师将理论知识熟练应用于临床实践中，也是培养出高素质医师的重要环节^[1]。2013 年 12 月 31 日，我国卫生计生委等联合发布了《关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》，2015 年开始，我国大部分医院也逐步开展住院医师规范化培训，一定程度上提升了住院医师的能力水平。住院医师规范化培训制度是保障培训质量的基础，但培训期间依旧会有许多问题，比如其培训方式或教学方法，只有不断改进培训方式与教学方式，才能与时俱进，不断提升住院医师规范化培训效果^[2]。对于住院医师规范化培训而言，除了要强化他们的理论知识，还要重点做好临床思维能力、决策能力及综合能力的培养。妇科是医院比较重要的科室，为了进一步探讨妇科住院医师规范化培训中采取混合型教学的价值，本次就我院 2019 年 1 月~2021 年 6 月妇科住院医师规范化培训的住院医师 40 名进行了研究，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机抽取我院 2019 年 1 月~2021 年 6 月妇科住院医师规范化培训的住院医师 40 名进行研究，采取随机数表法分为两组，各 20 名。入组临床住院医师均为自愿配合研究，其中对照组：男性医师 4 名、女性医师 16 名；年龄在 22~27 岁之间，均值 (26.85 ± 1.24) 岁；包括本院规培医师 6 名、外院规培医师 14 名。观察组：男性医师 5 名、女性医师 15 名；年龄在 22~26 岁之间，均值 (26.70 ± 1.42) 岁；包括本院规培医师 7 名、外院规培医师 13 名。基线资料对比，两组无明显差异 ($P>0.05$)，具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组：在规范化培训中予以传统教学法，规范化培训期间，住院医师完成妇科住院基础技能培训，要求每名医师负责 3~5 个床位的妇科患者，对他们进行常规诊治工作培训，并要求他们完成基本的妇科培训任务，培训结束后对他们进行理论知识、实践操作及临床思辨等考核。

1.2.2 观察组：在规范化培训中予以混合型教学法，要求参与培训的妇科住院医师每周进行规培医师的读书报告会，要求他们分享自己的心得体会，同时每周进行 1 次妇科知识培训讲座，利用翻转课堂的方式来促使他们学习妇科经典的案例。妇科住院医师进行规范化培训时，需要掌握的妇科疾病案例包括宫颈炎、阴道炎、月经异常、盆腔炎、生殖系统肿瘤（如宫颈肿瘤、子宫肿瘤、卵巢肿瘤等），以及妇科急腹症（如异位妊娠、子宫内孕异位症、卵巢囊肿破裂等）。采取翻转式课堂教学，促使临床住院医师可熟练掌握这些妇科疾病的发病机制、诊治方法，务必准确了解相关知识。妇科住院医师在教学课外，则主动利用学习软件与网站等自主学习

妇科相关知识，其中 MOOC 学习工具就是一种不错的课外辅助工具，可对临床技能实验室模拟操作，从而提升他们的实践操作能力。此外，对于疑难案例则指导住院临床医师进行文献搜索，然后对搜索结果进行分享，讨论疑难案例的诊治策略；引导临床医师积极参与临床科研工作，对每个阶段的学习进行评估，重视他们的医德医风培养。本组妇科住院医师同样要完成临床常规工作，要求每名住院医师负责 3~5 个床位的患者，对他们进行基本的诊疗工作。培训结束后，对他们进行理论知识、实践操作及临床思辨等考核。

1.3 观察指标

(1) 考核成绩，从理论知识（包括选择题、判断题、名词解释、案例分析、论述题等）、实践操作（妇科临床中基础的技术，比如盆腔检查、宫颈活检、分段刮诊术、换药、缝合等）、临床思辨（主要针对他们诊治思维能力进行评估，考核形式一般采取随机抽取一名患者，让其详细诊断与书写病历，根据其表现评分）三个方面进行考核，满分均为 100 分，评分越高则表明考核成绩越好。

(2) 调查住院医师对教学满意度情况，采取满意度问卷调查，最高 100 分，非常满意 >90 分、基本满意 70~90 分、不满意 <70 分，满意度 = 非常满意率 + 基本满意率。

1.4 统计学分析

采用统计学软件 SPSS22.0 分析数据，计数资料用 χ^2 处理，计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 、 t 处理， $P<0.05$ 为差异比较具有统计学意义。

2 结果

2.1 考核成绩比较

观察组理论知识、实践操作、临床思辨考核评分更高，组间差异比较具有统计学意义， $P<0.05$ ，见表 1。

表 1 考核成绩对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	理论知识	实践操作	临床思辨
观察组 (n=20)	94.62 $\pm$ 2.84	90.54 $\pm$ 3.67	89.64 $\pm$ 3.97
对照组 (n=20)	85.74 $\pm$ 4.68	80.14 $\pm$ 5.22	79.20 $\pm$ 5.04
<i>T</i> 值	6.324	6.680	6.574
<i>P</i> 值	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 住院医师对教学满意度比较

观察组住院医师对教学满意度更高，与对照组差异比较具有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 2。

表 2 住院医师对教学满意度对比 [n(%)]

组别	非常满意	基本满意	不满意	临床医师对教学
----	------	------	-----	---------

				满意度
观察组 (n=20)	13(65.00)	7 (35.00)	0 (0)	20 (100.00)
对照组 (n=20)	7 (35.00)	8 (40.00)	5 (25.00)	15 (75.00)
χ^2 值				6.057
P 值				<0.05

3 讨论

近几年,医学改革不断发展,关于住院医师的培训也出现了新的成绩,比如住院医师规范化培训,已经纳入了相关指导意见中。住院医师规范化培训指的是住院医师在上级医师指导下完成临床实践,然后通过规范的要求与严格的考核,促使其学习到某一认可的医学专科中的合格医师所需的姿势与技能及态度^[3]。目前,住院医师规范化培训已经成为医学教育关键的组成,直接影响医院专业人才的培养。在发达国家,所有专业都需要完成住院医师规范化培训,比如内外科、妇科、儿科、麻醉科、影像科等,而我国关于住院医师规范化培训起步相对较晚^[4]。住院医师制度起源地是法国,而住院医师培养也是医学院教学工作之一,培训原则为宽进严出、优胜劣汰。纵观国内外的临床医学教育来看,其自身是一个终身连续的过程,基本可分为三个阶段,包括医学院院校教育、毕业后教育及继续教育,三者之间虽然目标与特点及内容不同,但最终目标一致,就是通过学习^[5]不断提升自己的技能,促进自己全面发展。此外,继续教育中住院医师培训是常见类型,根据个人选择专业不同,一般 3-5 年,这也是本次研究的阶段,即住院医师的规范化培训。美国是最早实施专科医师准入管理制度的一个国家,比如 1899 年霍普金斯大学医院率先实施住院医师在临床实践时要得到上级医师指导,之后再对他们实施规范化培训、考核,最终获取国家认可的医师资格(包括全科或专科)^[6]。

住院医师规范化培训是一项复杂的工作,需健全医院管理系统,整个培训涉及多个部门,而且也获得了国家卫生计生委与省或市卫生计生委的支持,尽量落实到基层医院与培训基地及各个科室,组建完成的教学管理体系,才能促进教学质量的持续改进。对于医院开展规范化的住院医师培训,涉及实习生、研究生、进修生及本院规培医师等,接受规范化培训的住院医师应在医院层面予以高度的教学重视,而合格的带教老师也是重要的组成,要求带教老师有良好的医风医德、扎实的理论基础、精湛的实践操作能力、良好的沟通能力、缜密的临床思维及丰富的临床经验。另外,对于临床住院医师规范化培训中,相关的教学方法也十分关键,有效的教学方式可提高培训质量,但选择何种教学方式,则成为临床热点课题。妇科作为医院重要的组成,对妇科临床住院医师的规范化培训就显得十分关键^[7-9]。

本次就我院妇科住院医师规范化培训的住院医师 40 名进行研究,对照组予以传统教学法,观察组予以混合型教学法,观察组理论知识、实践操作、临床思辨考核评分更高,同时医师对教学满意度更高,与对照组差异比较具有统计学意义(P<0.05)。该研究结果与同类报道类似,比如有学者对妇科住院医师规范化培训的住院医师 56 位进行了分组研究,对照组用传统教学方法,观察组予以混合型教学方法,显示观察组理论知识、实践操作、临床思辨评分分别为 94.6±5.7 分、90.1±3.8 分、89.9±8.7 分,对照组则依次为 82.2±6.4 分、66.8±3.5 分、74.3±7.2 分,差异比较具有统计学意义(P<0.05)。我国医疗培训事业发展较晚,大部分医院关于医师

的培训系统、制度及体系都不完善,导致各个医疗结构的培训水平参差不齐。随着患者对主治医师的能力要求提高,越来越多的患者要求资历较深的医师为其诊治,特别是妇科,这种情况更普遍。为了提高妇科住院医师的专业水平,就需要对他们实施规范化的培训,在培训期间选择合适的教学方法处理。混合型教学法是一种比较新颖的教学模式,明显提升了住院医师的专业水平,促使患者对医师更信任,从而提高了医院的声誉。妇科住院医师应定期开展规范化培训,混合型教学法提高了专业培训效率,让每名住院医师的知识水平与操作技能均得到提升^[10-12]。在培训期间,除了重视住院医师的理论知识的培训,还要重视他们的实践操作能力与临床思辨能力的培养,利用每周的读书报告会或专科知识讲座,以及课下自主学习的方式,让住院医师充分发挥主动性与积极性,不断学习相关典型病例,提高专业知识水平。此外,还要为他们树立终身学习的理念,才能不断提高他们的业务能力与专业水平,方能更好地服务患者^[13-14]。

综上,妇科住院医师规范化培训中采取混合型教学,可更好地提高住院医师的考核成绩,促使他们对教学更满意,值得应用。

参考文献:

[1]景涛,邱阳,李静尧,等.混合现实技术在住院医师规范化培训临床手术能力教学中的应用[J].重庆医学.2021,50(8):1435-1437.

[2]王慰敏,马强,白桂芹,等.混合型教学在产科住院医师规范化培训中的应用研究[J].中华医学教育探索杂志.2018,17(6):631-635.

[3]方衡英,李莉莉,王巧瑞,等.基于混合式教学的新护士规范化培训模式的构建及应用[J].中华医学教育探索杂志.2021,20(5):609-612.

[4]申子龙,郭弋凡,赵文景,等.基于线上、线下混合式教学模式在中医院住院医师规范化培训中的实践研究[J].继续医学教育.2021,35(10):32-35.

[5]张淑清,张建荣,郭长琼,等.基于在线课堂的混合式教学模式在新护士规范化培训中的应用效果[J].中国当代医药.2019,26(33):183-186.

[6]来璇,张福春,刘慧琳,等.线上线下混合教学在内科住院医师规范化培训体格检查中的应用[J].中国病案.2021,22(7):80-83.

[7]刘达,姜丽丽,欧阳玲.混合型教学在妇科住院医师规范化培训中的应用[J].医学研究与教育,2019,36(1):63-67.

[8]吴晓燕,张巧玲,孙倩,等.混合型教学在妇科住院医师规范化培训中的应用[J].中国继续医学教育,2019,11(33):32-34.

[9]中国住院医师培训精英教学医院联盟.中国住院医师培训精英教学医院联盟住院医师核心胜任力框架共识[J].协和医学杂志,2022,13(1):17-23.

[10]池添雨,赵曲川.目标教学法结合 Mini-CEX 在消化内科专业住院医师规范化培训中的应用[J].中国病案,2022,23(2):86-89.

[11]张清伟,付秀虹,吕净上,等.CP 结合 TBL 教学在妇科住院医师规范化培训中的应用[J].中华医学教育探索杂志,2022,21(1):71-74.

[12]王新花,王春霞,翟清亮,等.情景模拟教学在妇科急腹症住院医师培训中的应用[J].继续医学教育,2020,34(3):20-22.

[13]杨卓,官婷婷,常青.基于慕课的 Seminar 教学法在妇科住院医师规范化培训中的应用价值[J].中国高等医学教育,2019(10):109-110.

[14]张东竹,高红丽.思维导图在规范化培训医师妇科超声教学中的应用价值研究[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19(80):362-363.

家庭护理对儿科患者临床疗效与满意度的干预效果分析

王景梅

青岛西海岸新区人民医院 山东青岛 26400

摘要：目的：研究分析儿科患者应用家庭护理对其临床疗效及满意度的影响。方法：本次选取研究目标为儿科患者，共计 80 例，入组后采用双盲法形式进行患者分组，分为家庭组、参照组，家庭组采取家庭式护理、参照组采用常规护理，对比患儿家属护理满意度、护理依从性、护理有效率、护理质量（基础护理、护理安全、病房管理、服务态度、护理文书）评分。结果：家庭组依从性与参照组实施对照，家庭组护理依从性更高（ $P<0.05$ ），家庭组护理有效率与参照组对比，差异明显，存在显著指标对比意义（ $P<0.05$ ），家庭组患儿家属护理满意度与参照组比较，指标比较有显著统计学意义（ $P<0.05$ ），实施家庭护理前，家庭组护理质量评分与参照组对比无统计学意义（ $P>0.05$ ），实施家庭护理后，家庭组护理质量评分显著高于参照组（ $P<0.05$ ）。结论：家庭护理能够提高儿科护理质量，提高患儿家属护理满意度及护理有效率。

关键词：家庭护理；有效率；满意度；临床疗效

儿童为家庭的重要核心，儿童患病会牵动整个家庭。由于医院的各项就诊、治疗、检查、环境、设施、管理制度对于患儿及家属均属于负性生活事件，会产生较强的心理应激，患儿会对于这些应激源造成不良应对反应^[1]。部分家长可能会由于学习、工作等因素，与闭环管理制度存在矛盾而产生心理反应。患儿对于这些应激源无法有效应对，会中断医院治疗或选择他院治疗，增加患儿痛苦以及加大家庭的医疗经济开支，为医院带来一定的负面影响^[2-3]。因此，可在医院儿科病房中实施以家庭为中心的临床护理服务，提高临床患儿及家属的护理满意度，报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

抽取在 2019 年 1 月-2020 年 7 月期间入院儿科患者 80 例，采用双盲法进行分组，均分为 40 例的两小组。纳入标准：患儿诊断标准明确，能够配合完成此项研究者；排除标准：合并认知障碍者。参照组，入组 23 例男患者，入组女性 17 例，均在 1-14 岁，平均 6.92 ± 1.25 岁；家庭组，入组 21 例男患者，入组女性 19 例，均在 1-15 岁，平均 6.84 ± 1.37 岁，针对入组患者的临床资料采取统计学软件分析，对照两组临床资料， $P>0.05$ ，可为对比。

1.2 方法

参照组应用常规护理，家庭组采用以家庭为中心的临床护理：①制定儿科病房管理制度，完善陪伴管理制度，将原有陪伴只限于一人改为可双人陪伴，依据患儿需求进行决定，取消原本统一化物品放置的相关管理制度，实现以家庭化为原则的物品摆放，可摆放患儿喜爱的玩具、图书等物品，室内保持清洁。②饮食管理：应与营养师进行联系，在避免影响患儿治疗的前提下，依据患儿口味提供膳食，并为其配备微波炉，方便患儿家属能够热饭。③顺应睡眠习惯：如患儿存在晚睡晚起，开灯睡觉等，建议家长为患儿提供单间温馨病房，与他人共住病房，需要相互商量、劝说家长，以不影响患儿休息的原则进行患儿睡眠管理。④营造温馨舒适病房环境，将传统病房统一化管理的陈旧观念打破，积极建立家庭式病房，有效营造家庭氛围，迎合患儿的心理，顺从患儿原有的生活习惯，在走廊、病房以及患儿活动室及墙上挂满各样的彩色气球、拉花、彩带、花束以及卡通画等，可到处张贴小朋友祝福标语，晒患儿生活照、绘画以及手工制作专栏，提高整个病区气氛的活泼自然，充满童趣，为患儿营造温馨舒适的住院环境。⑤增设服务项目，除了在单间设置冰箱、电视、饮水机、卫生间、沙发等，应在患儿的活动室内放置收音机、书柜、VCD、玩具柜等相关设施，并设置电视供患儿观看，并安排家长及护理人员轮流负责，有组织、有计划地为患儿讲故事或组织患儿做游戏、绘画比赛、手工制作等，安排两名精通小学的语文、数学、英语课程的护理人员为小学生及时进行补习，为患儿举办生日庆祝以及“六一”儿童节等相关活动，并在春节前、元旦前为患儿受赠送小礼物及贺卡。构建便民服务站，协助患儿能够购买物品、生日蛋糕、订购车票、提供针线包，可活跃患儿的病房生活，为家长提供方便。⑥积极完善服务活动，要求儿科护理人员具备爱心，肩负着母亲、治疗者、监护人、教师等各类角色，依据患儿年龄段及心理需求为

其提供各项护理服务，同时，在操作前应 与患儿建立良好的朋友关系，操作过程中，以减少患儿痛苦为原则，使其恐惧感减轻。操作后可积极鼓励及安抚患儿，对于勇敢及表现较好的患儿当场赠送礼品，积极鼓励患儿能够接受临床治疗，并减轻患儿痛苦，消除治疗过程中的约束感。

1.3 观察指标

观察研究护理指标：对比患儿家属护理满意度、护理依从性、护理有效率、护理质量（基础护理、护理安全、病房管理、服务态度、护理文书）评分。对于护理满意度分析调查，依据评分结果对于满意度情况进行判断，可分为不满意、满意、很满意，护理满意度=（总数-不满意数）/总数 $\times 100\%$ 。护理有效率分为 3 级。显效：患儿疾病症状消失，临床指标正常；有效：患儿疾病症状减轻，临床指标改善；无效：患儿症状无改善，临床指标无改变，护理有效率统计结果=有效例数+显效例数/组间病例总数 $\times 100\%$ ；护理质量分为基础护理、护理安全、病房管理、服务态度、护理文书，评分总分 100 分。护理依从性：分为完全依从、一般依从、不依从，由护理人员依据患者配合情况实施判断；护理依从性=（患儿总数-不依从数）/患儿总数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法

采取 SPSS22.0 对于家庭护理相关调查指标进行计算，n，%为护理满意度、护理依从性、护理有效率表示方法，卡方实施指标检验，护理质量（基础护理、护理安全、病房管理、服务态度、护理文书）评分取（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，应采取 t 检验，统计学得到结果 $P<0.05$ ，则有对比意义。

2. 结果

2.1 家庭组、参照组护理有效率对比结果

家庭组护理有效率与参照组护理有效率具备显著优势（ $P<0.05$ ），见表 1 所示：

表 1：家庭组、参照组护理有效率对比结果（n，%）

组别	显效	有效	无效	有效率
家庭组 (n=40)	23 (57.50)	16 (40.00)	1 (2.50)	39 (97.50)
参照组 (n=40)	20 (50.00)	10 (25.00)	10 (25.00)	30 (75.00)
X ²	-	-	-	8.5375
P	-	-	-	0.0035

2.2 家庭组、参照组护理满意度对比结果

家庭组、参照组护理满意度结果比较，家庭组护理满意度更高（ $P<0.05$ ），见表 2 所示：

表 2：家庭组、参照组护理满意度对比结果（n，%）

组别	满意患者	很满意患者	不满意患者	总满意情况
家庭组 (n=40)	21 (52.50)	17 (42.50)	2 (5.00)	38 (95.00)

参照组 (n=40)	14(35.00)	10(25.00)	16 (40.00)	24 (60.00)
X ²	-	-	-	14.0502
P	-	-	-	0.0002

2.3 参照组及家庭组护理依从性对照

家庭组依从性与参照组实施对照，家庭组占据依从率结果比对优势，具备显著性统计学差异（ $P<0.05$ ），见表3所示：

表3：参照组及家庭组护理依从性对照（n,%）

组别	一般依从护理	完全依从护理	不依从护理	依从总计
家庭组	25 (62.50)	14 (35.00)	1 (2.50)	39 (97.50)

表4 家庭组、参照组护理质量评分对照（ $\bar{X}\pm S$ ；分）

组别	时间	基础护理评分	护理安全评分	病房管理评分	服务态度评分	护理文书评分
参照组 (n=40)	护理前	41.43±11.42	42.42±11.33	42.43±11.37	41.41±11.32	42.45±11.34
	护理后	69.67±13.45	67.46±12.42	69.31±14.52	65.42±12.72	67.71±10.35
家庭组 (n=40)	护理前	42.42±11.35	41.43±12.58	41.15±14.31	41.46±11.35	42.42±11.35
	护理后	80.22±10.37	82.34±12.28	82.35±11.21	85.32±10.75	85.58±10.44
t/P 参照组（护理前后）		10.1226/0.0000	9.4202/0.0000	9.2183/0.0000	8.9180/0.0000	10.4056/0.0000
t/P 家庭组（护理前后）		15.5502/0.0000	14.7178/0.0000	14.3344/0.0000	17.7444/0.0000	17.7007/0.0000
t/P 组间值（护理后）		3.9288/0.0002	5.3882/0.0000	4.4959/0.0000	7.5572/0.0000	7.6880/0.0000

3. 讨论

伴随社会逐步进步，医疗水平不断提高，人们对于疾病及健康的认知发生了重大改变。传统的医学模式改变，带动了整体护理模式的发展，现代医学模式指导下能够以家庭为中心的临床护理模式逐步产生。儿童是国家的希望及未来，注重儿童健康，为关注国家未来。护理人员需要将儿童作为整体，积极关心儿童健康相关的心理、生理、社会、家庭等问题，儿童疾病康复与家庭照料之间具备密切联系。因此，为促进儿科护理发展，应实现以家庭为中心的临床护理服务。

以家庭为中心的护理服务干预方法多种多样，其重点应以儿童作为主要研究对象，以满足儿童需求为主，提供各项护理服务^[4-5]。可针对患儿实现有效健康教育，干预方式一般为与患儿互动，并实施故事讲解，观看疾病宣教卡通片以及一对一指导等，提高患儿对于疾病的认知。同时，患儿由于教育限制及年龄限制，传统的口头宣教以及宣传册发放，不具备理想效果。应在患儿及家属能够有效接受的情况下，为其采取多方面的教育指导。例如，家庭互动、亲子活动以及家庭电话随访等，其干预的内容及时间需要依据患儿及家庭的具体需求进行方案制定。通常针对患儿应实现临床日常护理及自我管理的相关内容指导，在此模式实施过程中，父母属于住院期间患儿主要照顾者，因此，护理人员的工作也发生相应变化，角色转变对于护理人员及父母来说均为巨大挑战。父母需要在护理人员的指导下进行相关医学知识学习，掌握有效照顾患儿的基本技能成为非专业父母的主要压力源^[6-8]。因此，在护理超出家属的能力范围时会产生焦虑感及压力感。护理人员应该由实施者转变为教育者及领导者，在整个角色转变过程中，应从观念上进行更新，提高自身能力，有效促进患儿尽快康复。同时，医院方面现阶段设施无法完全满足患儿及家庭的个体需求。国内的大部分医院病房不允许家属常规探视，探视期间需要规定人数及时间，还要穿着隔离衣帽等，阻碍了临床护理的有效实施。利用探视模式开放，能够为以家庭为中心的护理奠定基础。在保证患儿及家属的安全条件下，为其提供舒适、安全的家庭化病房环境，能够依据相应操作规范实现整体制度的有效完善。同时，由于部分护理人员对于传统护理模式已经形成习惯，不愿意学习及接受新的护理理念，认为家庭的参与会使工作效率降低，提高工作难度。因此，部分护理人员缺乏相关知识，直接阻碍了以家庭为中心的护理顺利开展。应采取以理论授课形式为护理人员实施培训及指导，引导其行为及认知改变，在其中发挥重要作用，利用教学培训能够提高儿科护理人员的以家庭为中心护理认知水平，实现整体护理理念转变。同时，护理人员能够提高自身素质，并尽快适应新型的护理模式，为患儿提供有

(n=40)				
参照组	12 (30.00)	17 (42.50)	11 (27.50)	29 (72.50)
(n=40)				
X ²	-	-	-	9.8039
P	-	-	-	0.0017

2.4 家庭组、参照组护理质量评分对照

护理前，家庭组基础护理评分、护理安全评分、病房管理评分、服务态度评分、护理文书评分对比参照组，无统计学差异（ $P>0.05$ ），护理后，家庭组护理质量评分显著高于参照组，有显著统计学意义（ $P<0.05$ ），见表4所示：

效帮助。针对部分患儿家属的认知偏差能够纠正，护理人员鼓励家长实现社会支持系统建立，通过多类途径获得有效帮助，并积极参与到临床护理决策当中。以家庭为中心的护理模式要求护理人员与患儿的家属能够保持良好的沟通，但受到人力资源限制，护理人员日常工作繁忙，沟通时间受限，只能在有限时间内与患儿家属进行病情预后交流，对于沟通造成影响。因此，护理人员的沟通能力提高，为较为漫长的过程，应积极制定更加适用于家庭为中心护理的有效测量评估工具，促进护理模式有效推广。本文研究显示，家庭组护理依从性与参照组护理依从性实施对照，家庭组护理依从性相对偏高（ $P<0.05$ ），家庭组护理有效率与参照组护理有效率对比，有对比意义（ $P<0.05$ ），家庭组患儿家属护理满意度与参照组患儿家属护理满意度对比，存在统计学意义（ $P<0.05$ ），护理前，家庭组护理质量评分与参照组护理质量评分对比，无意义（ $P>0.05$ ），护理后，家庭组护理质量评分相比参照组更高（ $P<0.05$ ）。

综上所述，在儿科护理过程中采用家庭护理干预方法时，护理人员将家庭作为整体，注重整个家庭的心理需求、生理需求，及时与患儿父母进行有效沟通，使其能够减轻焦虑情绪，提升护理效果。通过应用家庭护理促进儿科整体护理质量提升，促使患儿的依从性和配合度增加，提升护理有效性，进而提高患儿家属护理满意度，具备重要推广应用价值。

参考文献：

- [1]张娜,唐倩,朱丽辉,等. 以家庭为中心的安宁疗护服务模式在儿科中的应用进展[J]. 中华现代护理杂志,2021,27(35):4882-4887.
- [2]唐利华,韦琴,覃美淑,等. 院外家庭护理干预在门诊学龄前期哮喘患儿中的应用效果[J]. 中国医药导报,2020,17(26):166-169.
- [3]张丽娟,刘一鸣. 基于微信公众号的优质护理对促进儿科护理质量提升的回顾性分析[J]. 中国数字医学,2020,15(08):156-158.
- [4]李玉. 家庭护理干预在儿科门诊静脉留置针护理中的应用及对留置时间的影响[J]. 全科护理,2020,18(21):2687-2690.
- [5]杨若男,徐春苗. 基于“互联网+”儿科家庭护理服务模式的应用现状研究[J]. 中国卫生产业,2020,17(11):188-189+192.
- [6]刁春艳,刘萌,刘璐. 家庭护理干预对儿科患儿的护理效果[J]. 河南医学研究,2020,29(03):546-547.
- [7]程燕. 家庭护理模式在儿科护理的应用效果[J]. 世界最新医学信息文摘,2019,19(76):324+343.
- [8]韦爱群,汪梦云,梁月艳. 家庭护理干预对儿科门诊静脉留置针留置时间的影响[J]. 世界最新医学信息文摘,2018,18(17):179+182.

医教协同背景下医院临床教学师资队伍建设现状及探讨

张彩云¹ 燕玉敏¹ 张旭²

1.滨州市中医医院 山东滨州 256600; 2.无棣县应急管理局 山东滨州 251900

摘要:目的: 对医院的临床带教师资队伍进行调研分析, 探讨其建设现状, 发现其存在的问题, 提出对策。方法: 对医院内的 180 名临床带教教师进行问卷调查, 采用 epitada 软件进行数据录入, spss22.0 进行描述性统计分析。结果: 临床带教教师存在年轻化, 职称偏低, 带教年限少多数临床带教教师对教学工作比较喜爱, 教学精力有限, 医疗压力大。结论: 临床带教教师教学热情不够, 教学动力不足, 没有完善的激励机制调动教师的教学积极性, 教师遴选机制不健全。对应上述问题, 笔者认为医院领导者要具有教学思想, 提高教学意识, 编制结构合理的教师队伍, 充分发挥教学考评和激励机制, 建立完善的培训体系, 营造热爱学习的氛围等对策。

关键词: 医教协同; 临床教学; 师资队伍

Current situation and Discussion on the construction of clinical teaching staff in hospital under the background of medical education cooperation

Zhang Caiyun, Yan Yumin

Binzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine 256600

[Abstract] Objective: To investigate and analyze the clinical teaching staff in the hospital, explore its construction status, find its existing problems and put forward countermeasures. Methods: a questionnaire survey was conducted among 180 clinical teaching teachers in the hospital, and the data were entered by epitada software, SPSS 22 0 for descriptive statistical analysis. Results: clinical teachers were younger, with low professional titles and less teaching years. Most clinical teachers liked teaching work, limited teaching energy and high medical pressure. Conclusion: the teaching enthusiasm and motivation of clinical teachers are not enough, there is no perfect incentive mechanism to mobilize teachers' teaching enthusiasm, and the teacher selection mechanism is not perfect. In response to the above problems, the author believes that hospital leaders should have teaching ideas, improve teaching awareness, prepare a reasonably structured team of teachers, give full play to the teaching evaluation and incentive mechanism, establish a perfect training system, and create an atmosphere of loving teaching.

[Key words] medical education collaborative clinical teaching faculty

全球医学教育提出了 7 个最低基本要求宏观的教学结果和能力领域: ①职业价值、态度、行为和伦理; ②医学科学基础知识; ③沟通技能; ④临床技能; ⑤群体健康和卫生系统; ⑥信息管理; ⑦批判性思维和研究^[1]。医学教育过程中一个极其重要的部分就是临床教学, 此过程将理论和实践相结合、实现知识向能力转化^[2]。在整个医学教育过程中, 临床教学工作的主体和核心是临床教师, 临床教师是医学生从理论学习走向临床实践并成长为一名合格医师的领路人临床教师教学能力的提高^[3], 常常要经过长期的培养和实践才能完成, 高素质、高水平的师资队伍是提高培训质量的根本保障。当前的重点是临床教学师资的知识水平和教学能力如何提高, 实现临床医师向双师身份的角色转换, 尽快熟悉教学^[4], 是目前很多临床教师面临的一项紧迫而艰巨的任务^[5]。笔者结合自身教学管理实践经验, 试图对在教学过程中的一些顶层设计与实践措施进行经验总结, 供教学管理人员参考借鉴。

1. 当前医院临床教学师资队伍建设现状

1.1 研究对象与方法。

研究对象为我院 180 名临床带教教师。此处的临床带教教师是采用国家三级公立中医医院绩效考核的指标经临床教学基地和相关院校核准, 承担临床教学和人才培养任务的执业医师。不含护理、药学及相关类专业的人员^[6]。

1.2 研究方法

采用整群抽样的方法, 利用 epitada 软件进行数据录入, SPSS22.0 进行描述性统计分析。

1.3 问卷内容

调查采用自制问卷, 共两部分, 13 道题。第一部分为个人基本信息, 包括年龄、职称等; 第二部分是调查临床教学教师对教学工作的认可感, 包括对教学投入的时间和精力、喜爱教学工作的程度等问题。问卷发放 183 份, 有效回收 177 份, 有效回收率为 96.7%。

1.2 研究结果

(1) 临床师资队伍结构。①性别结构。临床带教教师中女性 91 人 (51.41%), 男性 86 人 (48.59%), 男女比例趋于 1:1。②年龄结构。临床带教教师中 35 岁以下占 130 人 (73.45%), 36-45 岁 35 人 (19.77%), 46-55 岁 7 人 (3.95%), 56 岁以上 5 人 (2.82%), 师资趋于年轻化。③学历结构。临床带教教师学历以本科为主, 87 人 (49.15%), 其次是硕士研究生 58 人 (32.77%), 本科以下 31 人 (17.51%), 博士研究生仅 1 人。④职称结构。临床带教教师中人数以初级住院医师为主, 87 人 (49.15%), 其次是中级主治医师, 50 人 (28.25%), 副主任医师 30 人 (16.95%), 主任医师 10 人 (5.65%)。⑤临床医疗和教学工作年限。带教教师的临床医疗和教学工作年限多为 6 年至 10 年, 占 42.6%, 其次为 16-20 年 23.4%。

(2) 对教学工作的认可感。①喜爱教学工作的程度。调查显示临床带教教师中非常热爱临床教学工作的占比 22.82%, 比较喜欢者占 63.14%, 说明临床带教教师中绝大多数人喜欢教学。②每天教学投入的时间和精力。临床带教教师在教学工作中投入的时间和精力在 0-1.5 个小时 67 人 (37.85%), 1.5-3 小时的 52 人 (29.37%), 3-4.5 小时 35 人 (19.77%), 4.5-6 小时的 23 人 (12.99%)。③觉得教学工作对自身的职业生涯发展是否有作

用。85.23%的教师认为非常有帮助,说明医疗与教学工作相辅相成;14.77%的教师认为教学对自身的发展无作用,只会增加自身的工作压力。④医疗压力和教学压力的比较程度。85人(48.02%)认为医疗压力大,46人(25.99%)认为教学压力大,46人(25.99%)认为“两方面压力都非常大”。⑤双师身份的认同感。96人(54.23%)选择“医师为主、教师为辅”,42人(23.78%)的人更认同医师身份,39人(22.03%)认可教师身份。⑥对临床教学工作中的存在困惑(多选题)。调查结果显示80.13%的人认为“临床工作繁忙,精力不济”。其次,10.07%的临床带教教师认为自己缺乏有效的教学方法”、23.79%的认为医院教学管理部门的教育、培养工作还不到位。38.19%的教师认为“进行了教学工作,但是并未得到认可”。

2. 临床教学师资队伍建设存在的问题

(1) 医疗压力大,缺乏足够的教学热情。当前医患矛盾冲突严重,临床工作繁忙,医疗压力大,精力欠缺,这不但会严重影响身心健康,更会影响其从事教学工作的热情。

(2) 医院的发展需要医疗、教学、科研三者并重,相辅相成,共同发展。但是目前很多医院对医、教、研三者辨证关系处理不好,更加注重医疗和科研,对教学思想意识淡薄,在一定程度上会导致教师从事临床教学的动力不足。

(3) 教学动力不足,教学积极性不高。

根据赫兹伯格的双因素理论说明成就、认可、工作本身的挑战、责任心、工资的提高和职务的提升、个人和事业的发展等都可以有很好的激励作用,但医院并没有对教学建立对应的激励机制,得不到合理的激励,难以形成可持续发展的良性循环。

(4) 临床教师遴选制度不完善,培训体系不健全。多数医院都没有完善的临床带教教师遴选制度,只是根据年限进行选择,对其带教效果无可靠的评估机制,导致好的临床医生并不一定是好的临床教师。教师培训体系不完善,医院对临床带教教师的培训次数及培训质量没有明确的规定,教师缺乏先进的教学理念与方法,临床教师本身的教学素质难以得到提高,导致教学质量提高缓慢。

3. 临床教学师资队伍提升的对策

(1) 提高教学意识,发挥教师的主导作用。医院领导要具备教学思想,提高思想认识,处理好医疗、教学、科研三者之间的关系,使三者相互促进,形成良性循环。医院要引导广大临床带教教师树立教学观念,保证广大教师的主体地位,使其充分发挥主导作用,参与教学工作之后得到相应的认同感,富有使命感。

(2) 编制教师队伍,使其结构合理。师资是教学工作中的核心资源是优化的重点^[7]。医院在编制人员规划发展时,往往为了节约成本,并未设置专人专岗来进行临床教学,使得临床教学工作没有专人管理,师资队伍不稳定。医院要立足于自身的长远发展,将师资队伍的发展纳入医院发展规划,有目的地引进、培养人才,改善人才结构。充分利用人力资源需求方法,对现有的师资年龄、数量结构进行分析论证,并辅以相配套的制度、措施和经费。

(3) 完善教学考评和激励机制,调动教师积极性。教师激励模型包括经济激励、职业激励和环境激励三个维度^[8]。医院要建立合理的激励引

导和分配机制,对教师的发展形成正确的引导和促进作用。对教学能力突出的教师加大奖励力度,合理体现临床教师劳务价值;将教学放置与科研同等重要的平台,调动临床教师教学主动性、积极性与创造性。将教学作为医院人事考核评估的重要内容,使临床教学师资队伍建设得到重视。只有让师资队伍从内心资源提升自己的综合素质,其发展才有可持续性。

(4) 搜集培训需求,建立完善的培训体系。医院应该因地制宜,征求临床带教经验丰富的老师意见,搜集培训需求,做好反馈,建立完善的培训体系。职能部门要充分发挥作用,开展形式多样的师资培训活动,邀请进行教学方法培训,及时更新相关知识,鼓励教师参加教学类会议。开展教学技能评比大赛。通过这些培训活动,拓展临床带教教师的视野,增加其与同行和学者之间的交流机会,提高临床教师教学能力和综合素质。

(5) 提高临床教师准入门槛,重视师德师风建设

医院要制定临床带教教师资格准入制度,进行学历或职称筛选,对其基本素质考核,主要考核内容包括沟通能力、教学态度和方法、教学能力等,全部通过之后,方可授权。临床带教教师不仅要理论知识丰富,临床实践经验也要经得起考验。师德师风是进行临床教学的前提。坚持把师德师风作为临床带教的首要标准,临床教师要自身师德师风建设,健全师德考核制度,实现师德建设常态化、长效化,引导广大教师将教书育人和自我修养提高相结合。

(6) 加强文化建设,营造热爱教学的氛围。医院的组织文化是一个医院发展的软实力。医院要出台相应的文化制度体系来提升医院的尊师重教的教学文化,保证保障教师自身的权益和个人职业成长的成长,促进教学的长远发展。

参考文献:

- [1]周晓帆,何云,李雪梅.浅谈临床教学医院师资培养的举措[J].西北医学教育,2011,19(5):1055-1102.
- [2]董九翠,陈斌,史良会,等.提高附属医院临床教师工作积极性的探讨[J].医学信息,2011,24(6):3242-3243.
- [3]李萍,蔡沁怡,陆耀红,等.培训者培训模式在临床教师教学能力培养中的应用效果研究[J].中华医学教育杂志,2019(3):185-188.
- [4]刘毅,刘远厚,赵琼.适应医学教育发展,充分发挥非直管附属医院教学职能[J].中国卫生事业管理,2000,11:682-683.
- [5]傅行礼,魏海霞,李常淳,等.加强驻点教学医院临床师资队伍建设的实践与思考[J].卫生职业教育,2007(25):11-13.
- [6]卫生部 教育部关于印发医学教育临床实践管理暂行规定的通知(卫科教发[2008]45号)
- [7]刘艳宏 李建树 伍志良 等.临床医学教学资源配置中存在的问题与优化整合[J].安徽卫生职业技术学院学报 2005 4(2):58-59
- [8]何霞,刘文明.高职院校教师极力模型的验证性因素分析——基于28所高职院校的抽样调查[J].中国高教研究,2014,3:95-99.
- *基金项目:2021年山东中医药大学校外培养单位研究生教育管理研究课题(项目编号:YGSGL202118);长春中医药大学临床实践教学改革专项研究课题;滨州医学院2021年实践教学改革与研究立项项目(项目编号:SJJY202119)。

邵氏颈部保健操在颈椎病康复中的应用与疗效观察

蒋红英¹ 于秀¹ 何丽娟¹ 陈竹¹ 郭涛²

1.四川省遂宁市中医院 四川遂宁 629000; 2.四川省射洪市中医院 四川射洪 629100

摘要: 目的研究分析邵氏颈部保健操在颈椎病康复护理中的应用疗效。方法将 2020 年 11 月至 2021 年 10 月在我科就诊的 68 例颈椎病患者作为研究对象,采用随机数字法分成对照组和观察组各 34 例。对照组实施常规护理,观察组在此基础上指导患者进行邵氏颈部保健操训练。比较患者的颈椎疼痛改善情况、症状缓解率以及患者满意度。结果观察组患者的颈椎活动功能恢复正常时间、疼痛消失时间均低于对照组患者,患者满意度高于对照组,两组间数据比较差距明显($P<0.05$)。结论邵氏颈部保健操可有效改善颈椎病患者症状,缓解患者的疼痛感受,明显提高患者的满意度,值得在临床颈椎病康复治疗中推广使用。

关键词: 邵氏颈部保健操; 颈椎病康复; 疗效观察

颈椎病是由于椎间盘发生退变,影响其相邻部位的椎体、椎间盘、韧带、肌群等组织,使颈椎力学平衡失调,即颈椎失稳而导致的。一旦力学平衡失调,将会引起颈椎局部的反射性代偿,使间隙的稳定性变差。进一步导致的机械压迫将会使各个部位出现不同程度的不适如活动受限、疼痛、麻木等^[1-2]。该病属中医“痹症”“项强”等范畴。中医认为“筋柔骨正”即椎体椎间盘等内部稳定结构与颈部肌肉群共同构成一个动态的稳定系统。这是颈椎保持正常功能不引起紊乱的条件。而通过对肌肉经筋的锻炼能有效改善颈椎病的各项症状,长期的锻炼更能加强颈部肌肉力量,更好的保护内部的椎间盘、椎体、血管等;使颈椎更加稳定^[3]。对此,邵氏颈部保健操就有极佳的效果,邵氏颈部保健操是全国名老中医邵章祥教授根据多年临床实践经验的总结而成,对治疗颈椎病行之有效。本研究观察了邵氏颈部保健操治疗颈椎病的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在我科于 2021 年 11 月~2020 年 10 月收治的颈椎病患者中,选取 68 例作为本次的研究对象,根据不同的康复治疗方式进行分组,其中 34 例作为对照组接受常规康复治疗,另外 34 例作为观察组在常规治疗基础上加以邵氏颈部保健操。对比两组患者的一般资料,差异无统计学意义($P>0.05$),遂进一步展开比较。

1.2 诊断标准

参照《颈椎病诊治与康复指南》(1992 年青岛第二届全国颈椎病专题座谈会)。^①颈肩部疼痛不适症状及压痛点。^②X 线有颈椎曲度改变、不稳定等表现。^③CT 诊断颈椎间盘突出不超过 3mm。

1.3 纳入诊断标准

①年龄在 18 岁至 55 岁之间,性别不限;②经 X 线或 CT 检查确诊;③自愿加入本试验,并签定“知情同意书”者。

1.4 排除标准

①有其他原因造成的颈项部疼痛患者;②妊娠或哺乳期妇女。③合并有心血管、脑血管、肾等严重原发性疾病,腰椎滑脱、椎体压缩性骨折、严重椎管狭窄或有较大骨赘者,精神病患者。④根据研究者的判断、具有降低入组可能性或使入组复杂化的其它情况,如工作环境经常变动等易造成失访的情况。

1.5 方法

1.5.1 对照组:给予患者常规康复措施,包括药物、按摩、牵引等。

1.5.2 观察组:在对照组的治疗措施基础上,给予患者邵氏颈部保健操, 具体内容为:

(1)蜻蜓点水:指导患者站位,双手插腰,头部尽量前屈和后伸,达到最大限度时停顿 3 秒,重复 8 次。

(2)风摆荷叶:体位同上,上半身轮流向左右侧倾斜,注意动作缓慢,幅度要大,每次倾斜至最大限度之后停留 3s,左右侧倾斜各 8 次。

(3)幼鸟觅食:体位同上,双肩放松,头颈部尽量前伸,作觅食状,达最大限度时停顿 3 秒,重复 8 次。

(4)犀牛望月:体位同上,头颈部轮流向左右侧,眼睛斜向后上方看,似左右侧头顶球状,达最大限度时停顿 3 秒,重复 8 次。

(5)与项争力:体位同上,头部缓慢向左右转动,达到最大限度时停顿 3 秒,重复 8 次。

(6)霸王举鼎:指导患者取站立位,双手轮流向上缓慢屈伸,形似举鼎过头,达最大限度时停顿 3 秒,重复 8 次。

(7)鸣击天鼓:取站立位,两手掩耳抱头,用除大拇指外的其余八指叩击后脑勺,重复 8 次。

(8)仙人梳头:取站立位,手指呈爪状左右手臂轮流在头部两侧,从头顶-耳朵-肩峰-上臂由内收至外展状,重复 8 次。

(9)猿猴揉颈:取站立位,左右手轮流有节奏的按揉胸锁突肌乳,重复 8 次。

1.6 评价标准

在两组患者均康复治疗 2 周后,比较患者的颈椎疼痛、症状改善情况,邀请患者出院前进行满意度评分。

1.6.1 应用颈椎功能障碍指数量表(NDI)^[4]来评定患者颈椎功能障碍指数,NDI 以百分数表示,范围在 0~100%,数值越高,颈椎功能越差,以此评估治疗前后颈椎功能恢复情况。

1.6.2 颈项部疼痛视觉模拟评分(VAS)根据 VAS 评分法^[5],共 0—10 分,评分越高,疼痛程度越重,以此评价治疗前后 2 周患者颈项部疼痛 VAS 评分。

1.6.3 疗效评定标准根据 1994 年国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》^[6]评定。未愈:症状无改变;好转:原有各型症状减轻,颈、肩部背疼痛减轻,颈、肢体功能改善;治愈:原有症状减轻,肌力正常,颈、

肢体功能恢复正常，能参加正常劳动和工作。

1.6.4 采用科室自制的问卷表对患者满意度进行调查，总分为 100 分。评分 ≥ 90 分的为非常满意，评分在 71~89 分的为一般满意，评分 ≤ 70 分的为不满意。非常满意和一般均计入总满意。患者满意度=总满意例数/入组患者总例数 $\times 100\%$ 。

2 结果

2.1 两组患者 NDI 指数比较 治疗 2 周后，两组患者 NDI 均低于治疗前($P<0.01$)，且 NDI 观察组显著低于对照组 ($P<0.01$)，差异有高度统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者 NDI 比较 (% $\bar{X}\pm S$)					
组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值
观察组	34	37.85 $\pm$ 8.86	14.18 $\pm$ 4.45	13.922	0.000
对照组	34	34.03 $\pm$ 9.06	29.21 $\pm$ 4.80	2.743	0.008
t 值		1.759	13.386		
P 值		0.83	0.000		

2.2 两组患者颈项部疼痛 VAS 评分比较 治疗 2 周后，两组患者颈项部疼痛 VAS 评分均低于治疗前，($P<0.01$)，且 VAS 评分观察组显著低于对照组 ($P<0.01$) 差异有高度统计学意义。见表 2

表 2 两组患者 VAS 评分比较[分, $\bar{X}\pm S$]					
组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值
观察组	34	7.09 $\pm$ 1.31	2.47 $\pm$ 0.61	18.593	0.000
对照组	34	7.44 $\pm$ 1.37	3.74 $\pm$ 1.73	9.783	0.000
t 值		1.083	4.019		
P 值		0.283	0.000		

2.3 两组患者疗效比较 治疗 2 周后，观察组总有效率(88.24%)与对照组 (73.53%)比较，差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者疗效比较[$(n)\%$]					
组别	例数	治愈	好转	未愈	总有效
观察组	34	20(58.82)	10(29.41)	4(11.76)	30(88.24)
对照组	34	10(29.41)	15(44.12)	9(26.47)	25(73.53)
χ^2 值					6.256
P 值					0.044

2.4 两组患者满意度结果显示，观察组满意度 (91.18%) 显著高于对照组 (85.29%)，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 4。

表 4 两组患者满意度比较[$(n)\%$]					
组别	例数	非常满意	一般满意	不满意	总满意
观察组	34	22(64.71)	9(26.47)	4(11.76)	31(91.18)
对照组	34	11(32.35)	18(52.94)	5(14.71)	29(85.29)
χ^2 值					6.765
P 值					0.034

颈椎的一系列活动都是需要筋与骨共同维系的，在中医阴阳学说中，筋为阳，骨为阴，生理上筋与骨相互依存、互根互用、相互制约，共同维持阴平阳秘的动态平衡；病理上筋与骨相互影响，若筋不能发挥“束骨，利关节”的作用，病久及骨，阳损及阴，则会出现椎体不稳、小关节紊乱

等表现。而骨的失稳又会加重筋的压力，导致损伤，周而复始，恶性循环，最终出现神经和脊髓卡压等严重后果。在颈椎病中，筋的病变是首当其冲的，因此“以筋为先”的治疗思路将会在临床中占尽先机。临床大部分医生较重视调节骨错缝的问题，而相对忽视了经筋的问题。而张景岳在《类经·十二经筋结支别》中论述到：“经筋连缀百骸，维络周身，各有定位。筋有刚柔，柔者以相维，刚者以束骨。”由此可见，十二经筋的主要功能是通过束骨和联系肌肉来维持四肢骨骼关节的各项活动。筋在颈椎的生理活动中也占有重要的一部分^[7]。而颈椎操是颈椎功能锻炼的最好形式之一，在众多治疗方式中不局限于时间和地点的简便性和效果的显著性使得它广受好评。它能加强肌肉经筋的力量，稳固颈椎的椎体和椎间盘，不光能改善已有的颈椎病症状，也能预防未来有可能的颈椎病变，这也符合中医“治未病”的养生理念。但由于颈椎操的多样性、患者个体病情差异性及练习颈椎操程度不同使得治疗效果不一。

邵氏颈部保健操是邵章祥教授基于痛则不通，通则不痛等中医经典理论，并结合多年临床经验创制而来，常作为我院颈椎病患者的基础治疗手段之一，效果良好。汪东颖等^[8]认为颈椎病的主要发病机制是颈脊柱力学失衡。邵氏颈部保健操可以调节颈椎动力平衡系统，通过对颈部肌肉多方向的、全方位的主动牵拉，达到锻炼颈项部各部分肌肉，使得颈部肌肉的肌力逐渐恢复正常的目的，借此来保持颈椎的相对平衡。邵氏颈部保健操是治疗有效、简单易学、所耗时间又短的颈椎功能锻炼方法，通过观察 (NDI) 指数、VAS 量表、疗效以及满意度等相关指标的变化，证实了邵氏颈部保健操在治疗颈椎病中的有效作用，可以在临床进一步推广应用邵氏颈部保健操防治颈椎病。

参考文献:

- [1] MARTIROSYAN NL, PATEL AA, CAROTENNTTO A, et al. Genetic alterations in intervertebral disc disease. Front Surg. 2016; 21(2): 59.
- [2] ZHAO GS, ZHANG Q, QUAN ZX. Mid-term efficacy and safety of cervical disc arthroplasty versus fusion in cervical spondylosis: A systematic review and meta-analysis. Biomed Rep. 2017; 6(2): 159-166.
- [3] 卢敏从“骨正筋柔”论治神经根型颈椎病经验, 中医药导报杂志社; 2021.09.16
- [4] 伍少玲, 马超, 伍时玲, 等. 颈椎功能障碍指数量表的效度与信度研究[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 7(16): 625-628.
- [5] 曹卉娟, 邢建民, 刘建平. 视觉模拟评分法在症状类结局 评价测量中的应用[J]. 中医杂志, 2009, 50(5): 324-328.
- [6] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 190.
- [7] 吴志伟, 宋朋飞, 朱清广, 等.“筋骨平衡”理论在颈椎病推拿诊疗中的应用[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(8): 193-196.
- [8] 汪东颖, 陆军达, 裴建. 动静平衡思想对颈椎病防治的指导作用[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2012, 20(4): 60-62.

第一作者: 蒋红英 女 主任护师 大内科护士长 本科 四川省遂宁市船山区天峰街遂宁市中医院 邮编 629000。

办公自动化环境下医院档案管理的意义及策略分析

刘宝花

广东省江门市人民医院 广东江门 529000

摘要:档案管理工作是医院管理工作中的重要内容,医院的行政管理、人事管理、病例档案管理等都需要实施科学化的分类管理。随着信息技术的高速发展,逐步实现了办公的自动化和信息化,极大的便利了人们的生活和工作,也给医院档案管理带来了新的发展方向。因此在办公自动化环境下,医院应该积极推进档案管理的改革创新,不断提升档案管理的水平 and 质量。基于此,文章主要探讨了办公自动化环境下医院档案管理的意义和策略,从而为推动医院的建设和发展提供一定的参考。

关键词:办公自动化;医院;档案管理;意义;策略

科学技术的高速发展为各行各业的高效管理创造了良好的条件,医院档案管理是医院重要的管理工作,医院内部档案信息资源详细记录了医院发展历程,并且重要医药案例和医疗卫生事件等已经巩固的医疗卫生成果为医院相关工作的顺利开展提供重要的数据和资料^[1]。因此,医院应该积极进行医疗卫生事业的创新和改革,充分利用办公自动化技术进行档案管理,有效提升医院档案管理的效率和质量,从而为医疗卫生的发展以及相关工作的开展提供更加优质的服务。

一、办公自动化环境下医院档案管理的优势

(一)有效提升办公效率

办公自动化是依托互联网的一种全新的办公形式,在现代化办公中充分利用计算机技术能够有效解决储存时效等问题,实现医院科研报告、病历档案、信息资源等内容的快速协调、调取和应用。通过及时的资源信息储存、接收、发送、传输以及共享等能够更好地进行工作的分配,充分发挥医院档案的价值和作用,同时也促进了医院各个部门工作的协调性,显著提升了医院的办公效率。此外,实现医院档案科学、便捷和安全化的管理,为医院后期保障工作提供了坚定的基础^[2]。

(二)资源共享

在办公自动化环境下进行医院档案管理工作,提升工作效率的同时,也充分发挥了资源共享的优势,能够基于微博、QQ、微信、钉钉等软件进行档案信息的实时共享和传输,从而在一定程度上有效提升了医院档案管理的效率。医院档案管理人员基于相关的信息系统能够在短时间内进行目标档案信息的搜索和确定,借助文件检索就可以快速找到所需的文件,并且可以将其共享。在这样的形式下,档案信息内容的共享是不受时间和空间的限制的,从而极大地节省了人力,提升了效率。

(三)储存安全

医院传统的纸质档案资料容易受到空气、湿度、自然灾害等外界因素的影响,使用年限较短,并且纸质档案资料经过长时间储存和放置后容易受到不同程度的损坏,比如纸质档案资料上的字迹不清等。影像资料的画面质量较差也对储存质量产生一定的影响。然而在办公自动化环境下的医院档案管理能够实现电子化和信息化发展,所有的档案资料都可以以电子版本进行储存和备份,并且一个小小的芯片就可以实现大量档案资料的储存,充分节省了医院档案资料的储存空间以及档案管理的时间,方便医院档案管理的同时也有效延长了档案资料的使用年限。

(四)储存形式多样化

在办公自动化环境下,医院档案储存形式有很多种,可以由文本、声音、图片以及录像等多种形式组成,并且可以将档案内容集成实现一体化归档存储^[3]。此外,借助网络平台的权限等功能可以提高档案储存的安全性,提高医院档案的管理质量。

二、医院档案管理的现状分析

(一)档案管理较为混乱

医院档案管理涉及的内容较多,各个分类板块之间还存在着一定的交

叠,从而加大了医院档案管理工作的难度,影响了医院档案管理的效率和质量。进行医院的档案管理工作时,需要对大量文书、病历、科研成果、影像、实物等内容进行档案的存档和分类,还要结合不同科室、不同人事档案、不同会议纪要、会诊记录等进行划分,使得医院档案管理工作内容更为繁杂^[4]。而相应的医院档案管理部门在开展具体的工作时也存在一定的不足,影响了档案管理的效率。

(二)信息化网络存在一定的风险问题

随着网络技术的高速发展,医院档案管理部门积极引入办公自动化系统,推动了医院档案管理工作的信息化变革,显著提升档案管理工作效率的同时,也给档案管理带来了一定的安全隐患问题。由于互联网技术的发展还不够成熟,网络风险问题难以避免,医院档案资料以数字化的形式进行储存,进行网络传播时极大可能会有风险问题出现,从而导致档案资料信息的丢失、泄露甚至是被篡改,从而给医院带来难以估量的经济损失,影响医院的良好发展和社会影响力。

(三)医院档案管理人员的整体素质不高

办公自动化环境下开展医院档案管理工作主要依赖计算机网络系统、计算机技术、网络技术、储存技术等,虽然在一定程度上减少了人为操作,但并不意味着档案管理信息化建设对档案管理人员的依赖度不高,相反,档案管理的信息化建设对档案管理人员的综合素质有了更高的要求。而医院档案管理工作人员整体素质不高具体表现在:第一是意识不高。部分档案管理工作人员甚至是部分医院片面认为办公自动化环境下的医院档案管理只需要加大资金的投入以不断完善机械设备和技术的应用,档案管理人员的实际工作相对较少、管理工作较为简单。第二是能力不高^[5]。办公自动化环境下的医院档案管理人员大多都是传统纸质档案管理人员过渡的,其没有掌握良好的档案信息化管理技能,而且部分医院外聘人员进行档案管理的情况也较为普遍。

(四)医院各个部门缺乏一定的沟通和交流

医院各个部门之间的工作内容和形式等都存在很大的差异,导致医院每个部门都有不同的工作状态。而就医院档案管理部门来说,如果其没有加强与医院各个部门之间的交流和沟通,会加大各个部门档案管理工作的难度,无形之中加大了医院档案管理人员的工作量,从而在一定程度上影响了医院档案管理工作的效率,给医院档案管理工作的人员带来一定的困扰。

三、办公自动化环境下进行医院档案管理的可行性

首先,医院领导人员和管理人员应该提高对办公自动化的重视程度,加强与其他先进医疗单位的交流和合作,从而不断引进先进的管理经验和自动化机械设备。随着人们对医疗卫生机构提出了精细化程度更高的要求,医院不同发展阶段的病历档案信息等统计资源能够为医院制定长远发展战略提供重要的依据。同时,就诊记录和病历档案等资料信息是医院经营管理的重要信息,如果充分运用大数据技术进行整合和归类,充分挖掘这些信息资料的有效信息,有助于医院经营管理水平的提升。此外,就诊

记录和病历档案信息的整合与医院的管理活动密切相关。比如在进行医院医疗质量安全评估过程中,就诊记录和病历档案信息资料起着至关重要的作用,可以以病历档案为切入点准确查找并评估其中可能存在的问题,在医院相关人员一起努力下提出批评意见和建设性的建议,及时补救可能存在的医疗安全纰漏,从根本上落实医疗卫生的安全管理,尽可能降低医患纠纷的发生率。

四、办公自动化环境下医院档案管理的策略分析

(一) 搭建医院档案管理的信息化平台

在办公自动化环境下顺利开展医院的档案管理工作,最为关键的是有效提高医院档案管理的信息化水平,这就需要医院充分提高对档案管理的重视程度,积极搭建相应的信息化档案管理平台,从而有力推动医院档案管理的信息化建设^[6]。首先,医院要在档案管理方面加大资金和技术等方面的投入,不断完善开展档案管理工作的软硬件配置,积极引入先进的档案管理系统,并融入到办公室系统之中,确保档案管理信息系统的可操作性和可覆盖性。除此之外,医院档案管理相关部门要不断完善档案管理信息平台的功能,在确保档案信息资料搜集、整理、归档、查询等基础功能之外,还要充分利用大数据分析对档案资源信息的数据库进行有效整合,结合数据信息资料的分析和处理不断完善医院档案管理的服务功能,能够对医疗档案、科研档案、机械设备与仪器的使用档案等可公开的信息资料实现联网查询,实现医院各个部门对档案信息资源的共享。

(二) 建立健全医院档案管理制度

制度是医院档案管理工作顺利实施的重要保障,是有序开展档案管理工作的标准和要求,因此医院要建立和完善档案管理制度。一方面,医院应该要结合自身实际情况和相关部门制定的标准,在符合国家制定档案管理标准的基础条件下制定相应的档案管理方法和标准以确保档案管理工作的顺利实施,从而不断规范医院档案管理工作。由于网络的开放性,医院档案管理信息化建设的要求和标准不断发生变化,国家有关部门在制定医院档案管理标准时应该要结合医院档案管理发展的具体需要进行定期的完善和改进,从而使医院档案管理标准符合医院实际发展的需要。另一方面,医院内部要针对医院档案管理中存在的具体问题合理进行档案管理监督制度的完善,科学合理地划分档案管理工作人员的工作职责,以免由于监督管理不当造成的档案管理混乱、档案资料出现损坏或是泄露等问题的发生。

(三) 不断提升医院档案的管理水平

在办公自动化环境下开展医院档案管理工作能够为医院节省资源,使医院在进行档案管理工作中实现资源的充分利用和优化配置,从而有效提升医院档案管理工作的效率。医院要不断加强数字化的档案管理,安全科学地存放医院的档案资料,创建安全的网络环境,防止外部网络、病毒、木马等网络风险渗入医院档案管理网络中,给医院的档案管理工作带来潜在的隐患问题。由于医院档案资料较为隐私,一旦发生档案的损坏、丢失、泄露以及篡改等问题都会给医院的经营和管理带来不良影响,严重影响医院的发展。因此,相关的医院管理部门应该不断加强医院网络安全建设,提高医院档案管理水平,确保医院数字化档案的安全性。

(四) 不断提升医院档案管理人员的整体素质

与传统的纸质档案管理相比,办公自动化环境下的医院档案管理工作在内容上没有很大的差异,管理程序得到了一定程度地简化,管理信息增多,从而对档案管理人员的综合素质有了更高的要求。针对目前医院档案管理工作人员整体素质不高的问题,医院相关的管理部门需要重视档案管理人员综合素质的提升,从而使其满足办公自动化环境下医院档案管理工作的实际要求。要想有效提升医院档案管理人员的整体素质,可以具体从以下两个方面入手。第一,注重医院档案管理人员意识的提升。目前医院档案管理人员普遍存在的问题是没有深刻认识到医院档案管理工作的重

要性,可以通过专家讲座的开展、知识普及等形式不断提高档案管理人员的能力意识和责任意识,充分发挥档案管理人员在医院档案管理工作中的作用,从而有效提升医院档案管理工作的质量和效率。第二,注重医院档案管理人员能力的提升。目前医院档案管理人员普遍存在的问题是专业能力不够硬,医院可以定期组织档案管理人员的培训工作,从而整体提升档案管理人员在档案管理知识、办公软件使用、档案管理信息化建设等方面的能力。同时,也要充分重视档案管理专业人才的培养,医院可以积极引入专业的档案管理技术型人才,不断打造专业能力过硬的高素质档案管理团队,有效提升档案管理的水平。此外,医院还应该建立合理的档案管理工作人员的审核和监督机制,加强档案管理工作人员的工作审核和监督,并且由医院最高领导制定两个或两个以上综合素质过硬的档案管理人员负责重要程度较高的档案管理的各个环节,对管理过程进行详细记录,采用档案备份和分开存放的方式进行档案的管理,定期对重要档案的管理实施考核和检查,确保重要档案信息资料的真实性、原始性,以免档案信息的泄露、损坏等问题的发生影响医院档案管理工作的质量和医院的发展。

(五) 不断加强档案管理部门与各个部门之间的沟通

医院各个部门要加强部门之间的协调与沟通,创新工作模式,有效提升工作质量和效率。虽然医院各个部门是相互独立的,但这并不影响各个部门之间在工作上的交流沟通和合作。就医院档案管理部门来说,与医院其他各部门之间的沟通更加密切。针对各个部门之间的档案管理,如果相关的工作人员在档案管理过程中遇到问题,一定要及时上报给相应的负责人员,让负责人员进行及时有效的沟通,从而减少档案管理工作中的失误问题,极大程度地节省了归档所需要花费的时间和精力,从而显著提升档案管理的质量和效率。档案管理人员要强化工作意识和工作态度,科学合理地进行档案的归档、整理以及存放,尽量避免不同部门之间的档案重合,以免档案存放错误影响档案查询的效率。在医院档案管理过程中不断加强档案管理部门与其他各部门之间的交流沟通和合作能够有效提升档案管理工作的效率和水平。

结束语

医院档案管理工作融合科学技术实现创新发展是时代发展的必然趋势,是有效提升医院档案管理工作质量和效率的重要手段。基于办公自动化环境开展医院的档案管理工作不但能够从根本上提升医院重要数据的管理水平,推动医院档案管理的现代化发展,而且还能够加强不同部门和科室之间的档案资源共享和应用,有效提升了医院整体工作效率,促进医院的长远发展。然而办公自动化环境下的医院档案管理在开展实际工作中存在一定的问题,医院领导和管理人员需要充分地重视,不断提升医院档案管理人员的安全意识和专业能力,建立完善的管理制度,以免医院档案信息资料的损坏、泄露、丢失等问题的发生,充分保障医院档案管理的质量和安

参考文献:

- [1]刘皓.办公自动化环境下医院档案管理探讨[J].中国卫生标准管理,2019,10(2):1-3.
- [2]计晓丽.办公自动化环境下医院档案管理研究[J].管理学家,2019(7):153-154.
- [3]陈红.办公自动化环境下医院档案管理研究[J].城建档案,2021(6):82-83.
- [4]高宸睿.办公自动化环境下医院档案管理对策探析[J].办公室业务,2021(20):140-141.
- [5]毕珍玥,张彬,王天杰.办公自动化环境下医院档案管理探讨[J].办公自动化,2022,27(1):46-48.
- [6]王哲.办公自动化环境下医院档案管理的必要性和可行性[J].兰台世界,2021(S02):64-65.

院前创伤评分系统的研究应用

莫加良

广西梧州市工人医院 广西梧州 543000

摘要:就不同类型院前创伤评分方式的临床作用及优缺点进行阐述分析。院前创伤评分多以结合患者生理、解剖或二者结合的方式进行评分,采用分值量化方式分辨创伤严重程度,由此使患者创伤情况得以明确,辅助救治工作开展,同时促进重伤伤员能够得到合理、有效救治,使其生存几率得以提高,助力于其康复。

关键词: 创伤; 院前急救; 创伤评分; 应用

21 世纪的临床医学正在从直观的、经验的“描述型”演变为深入的、量化的“解释型”。创伤评分的实施意义在于,通过对伤者伤情进行系统性评估,对其伤情等级、严重程度等做出主权内判定,从而为救治工作的开展提供参考依据,是创伤学向解释型转变的又一个例证^[1]。创伤在日常生活时时有发生,其程度不同,对患者身心状态影响性具有差异,现今公众对伤后生活质量要求的不断提高,如何在伤员救治过程中,增强创伤治疗有效性,抑制并发症发生,降低病死率、伤残率,以及如何通过医院有序的工作以减轻国家和家庭在治疗中所支付的费用已成为广大创伤工作者关注的严峻课题^[2]。

院前评分在当前临床中常用于事故现场或入院医院前阶段,经由院前评分,对患者伤情、生命体征、生理机能等实施评估,明确病情的同时,给予初步处置,而后进行转运,做进一步救治。受环境因素影响,在院前急救时,部分检查工作无法开展,仅能够结合患者意识反应、生命体征等对其病情做初步分类及判断,采取相应急救措施,以干预其伤情,维持伤员生命,快速转送。采用有效方式评定患者上情况,是保障院前处置工作实施效果,提高处置操作准确性的先决条件,采用院前评估系统进行评估,能够快速鉴别患者创伤等级,因院前评估系统便于操作,且对伤情评估具备较高灵敏度、特异性及准确性,所得结果在救治工作中具有较高可信度,因此具备较高应用价值^[3]。随着医疗领域发展,院前评估系统也在不断改进、更新,其创伤评估功能有效性得到显著提高^[4]。现就目前国内常用的几种院前创伤评分方法及应用现状加以综述。

1 院前创伤评分法的定义

院前创伤评分是指在事故现场或转运时,急救人员根据所得数据对伤情迅速作出判断和评估,并以此进行分类处理、转运并指导复苏,经由院前创伤系统评定,护送患者入不同等级医疗单位接受救治,保障患者得到有效救治的同时,医疗领域人力资源能够得到合理分配,对构建和谐医疗环境能够产生积极影响,避免出现急救力量不足与医患矛盾等情况发生^[5],借助创伤评分标准,形成规范化、标准化的工作流程,有助于医院创伤性疾病救治工作开展,减少多余环节,从而使工作效率得以提高^[6]。

2 常用的院前创伤评分系统

2.1 昏迷指数评分法(glasgow coma scale, GCS)

GCS 由 Teasdale 和 Jennett 在 1974 年提出, GCS 在实施中,可对存在头部伤患者意识水平做出评测,自睁眼、言语和运动等方面进行多项检查,以此进行判断。GCS 评分法最高得分 15 分,得分在 13~15 分者,评定为轻型颅脑损伤,得分在 9~12 分者,评定为中型颅脑损伤,得分在 3~8 分者,评定为重型颅脑损伤^[7]。Hadisaputra I H 等^[8]认为,使用 GCS 评测头部伤患者,评测所得分值,能够明确患者运动反应情况,对于医护人员对伤员运送具有促进作用。虽然 GCS 评分系统在临床中具有显著应用价值,但在应用中,对局灶性或偏侧性、广泛代谢过程或毒性反应等缺乏判断,因此存在不足^[9]。现场抢救时 GCS 评分不能正确判断伤员的预后,因为初步复苏有可能明显改善现场 GCS 评分。

2.2 创伤指数(TI)

TI 是以生命体征相关数据为依据所实施而当院前创伤评测方式,根据损伤部位、损伤类型、循环(血压、脉搏)、呼吸和意识等,对患者创伤等级实施评测,是 Kirkpat J R 等于 1971 年首次提出。这 5 类参数按轻重程度分别记分为 1、3、5、6 分,对生命体征指标项进行评测后,得分汇总,所得总分即为 TI。TI 总分为 30 分,评测得分与及创伤等级成正比,既得分高者,伤情较重,死亡几率将明显升高,而得分低者,伤情较轻,死亡几率较低^[10]。TI 在创伤评测中,其评测操作便捷,能够快速对伤员病情做出准确判断,伤情鉴别精准度高,因此适用性良好。康建毅等^[11]在相关研究中指出,院前 TI 评分相比其他评分系统,对创伤患者伤情评测作用良好、评测耗时较短,更有利于急救工作开展。梁振斌^[12]曾应用 TI 评分评估在急诊中心救治的 336 例创伤患者,并对其预测患者伤情及去向的能力进行研究,评估后患者接受临床救治,疾病治愈率显著提高,医务人员具备较高满意度,证明实施评估,可明确患者病情,收住专科病房和 ICU 的概率越大。

2.3 修正的创伤指数(recised trauma index, RTI)

1990 年 Smith 等^[13]修订了创伤指数并命名为 RTI。在评测过程中,RTI

通过肉眼观察方式对创伤区域、伤情、患者生命体征、生理机能、思维意识等进行评分。受伤部位为四肢、背部、胸部、头腹部等,分别记1、3、5、6分;轻度开放伤、单纯创伤或II度烧伤、较大开放伤或刺伤或III度烧伤、枪弹伤或钝挫伤,分别记1、3、5、6分;收缩压>100 mmHg或脉搏<100次/min、收缩压78~100 mmHg或脉搏100~140次/min、收缩压<78 mmHg或脉搏>140次/min、无血压或无脉搏,分别记为1、3、5、6分(呼吸状态及意识计分方法同创伤指数)。经2340例伤员资料验证并与创伤记分(TS)、PHI、CRAMS和损伤机制级别4种评分方案对比,RTI相比其他评测方式,操作简便,是具备较高评测准确度的拣送方案。

2.4 CRAMS评分法(circulation, respiration, abdomen, motor and speech Score)

CRAMS评分法是由Gormican S P于1980年提出^[14],分别自循环、呼吸、胸腹、运动和语言等5个方面进行评测,评测项得分最高2分,最低0分,表示伤情自轻到重,汇总所有项目得分总和,总分10分至0分,得分靠近总分者,伤情较轻,反之较重。1985年Clemmer T P等又对其进行了修正,修正后CRAMS评分法评测结果准确性显著提高,且使用方式更为简便,应用价值得到显著提高^[15]。当前临床中诸多相关研究中均指出,修正后CRAMS评分对伤情评测作用更为良好^[16],修正后CRAMS可对伤情等级评测准确性得以提高,有益于临床选择是以措施对患者实施临床救治,明确救治条件,以保障治疗工作疗效。在临床中,CRAMS记分法多应用于院前急救、急诊急救中,除此之外,CRAMS记分法还适用于早期监测复苏急救工作中,对急救工作开展功效能够做出准确判断。但就应用效果而言,CRAMS评分结果可受患者生理指标、精神心理、基础血压等因素影响,促使其干扰评测效果,因该项评测过程中,未考虑基础疾病,因此经由评测后,未能对并发症、合并症、组织器官功能障碍等情况做出预估,评测所得结果存在误差性,且对脑损伤患者损伤情况判断作用略显不足。方梁^[17]建议应用CRAMS和创伤评估程序相结合,根据评测结果,给予患者具备适用性的措施进行救治,促进卫生资源使用合理性,以保障患者生命安全,促使抢救成功率能够得以提高。

2.5 创伤评分(TS)

1981年,Champion^[18]等报告一种既适用于颅脑损害又适用于其他部位损伤的评价方式(TS)。TS评测项分别为循环(包括收缩压和毛细血管充盈)、呼吸(动度和频率)、意识[格拉斯哥昏迷指数(GCS)]等,分值最高5分,最低0分,创伤积分TS值为5项评测总和,有效值为1~16。TS评分在1~3分者,其死亡率可达96%以上;TS评分在4~13分者,失治易死亡,及时救治具备较高存活率;TS评分在14~16分者,存活率可达96%。吴孙莹^[19]在探讨急诊室用TS在创伤患者快速救治中的价值中发现TS使用简便快速,能较好地反映损伤严重程度和伤情,对急诊室医生及早掌握病情,尽快完成急诊接诊程序和救治很有价值。汪海洲、庄鑫

^[20]在应用TS中发现创伤患者液体需要与TS分值有明显相关性,TS分值越低,液体需要量越大,对伤情的评估中以颅脑损伤为主的伤员,TS敏感性差,仍以GCS评分更有价值。

2.6 修正的创伤记分法(RTS)

TS应用较多,但其敏感性较低,常遗漏严重创伤伤员。于是提出了修正的创伤记分法(RTS),创伤记分法修正后,呼吸幅度、毛细血管充盈度等项观察得以取消,减少了指标评测确认性对结果干扰性。评测过程中,加以权重处理的收缩压、呼吸频率和GCS等3项,得分相加取RTS值,对患者创伤情况进行分析。1991年,Gilpin等^[21]经过大量病例研究,将RTS计分方法修改。RTS总分>11分诊断为轻伤,<11分诊断为重伤,并建议对急诊科RTS<12分者应予重视并请高年资医生治疗。既往临床在对RTS进行应用中发现,以RTS对急救现场创伤患者进行评测,其创伤等级评测精准度良好,且病情鉴别灵敏度极佳,仅特异性相比TS略显不足,在临床中具备一定应用价值。张亮杰、王显斌^[22]在相关研究中指出,RTS在院外检伤中的灵敏度为95%高于TS的71%,能够准确反应创伤患者颅脑损伤情况,在解剖损害不明的情况下,RTS评分可评估创伤严重程度,可作为判断病情的重要依据。李文君、李莉^[23]建议在院外急救中,RTS评分后所得结果,医学介入可对其进行参考,由此在疾病救治过程中,能够管控病情,降低并发症发病率及外伤亡亡率。

2.7 院前指数(prehospital index, PHI)

PHI是用于入院前创伤急救检伤分类的一种方法,采用收缩压、脉率、呼吸状态和意识四项生理指标作为评分参数,每项分为3~4个级别,院前指数(PHI)值为上述项评测得分综合,存在胸或腹部有穿透伤,总分需增加4分,为最终PHI值。PHI评测总分为20分,最低得分0分,伤情由重到轻,得分高于17分者,即可判定为重度伤。PHI作为一种易于操作创伤评测方式,所评测结果可信度较高,且对创伤等级划分准确,在评测过程重,有效利用现场资料,对疾病做相关适宜处置,有利于急诊室准备工作开展,同时对伤员转送,救治措施制定等提供科学参考依据。杜奇容等^[24]研究表明,PHI评分与伤情密切相关,评测后可对伤员伤情做出区分,同时明确救治条件,以反映其救治要求,在院前伤情评估重应用价值较高。相比其他评估方式,PHI具备良好效果,但存在以下局限性:(1)评定时间、伤员年龄干扰评测结果;(2)PHI记分中每分钟脉率及呼吸情况记分跨度太大,4分以上即列为重伤,则必有过多伤员在现场是为重伤。

3 院前创伤评分系统的总结

院前评分在创伤疾病救治中具有极高应用价值,在评测过程中,对多因素进行评测分析,判定伤者伤情,对创伤疾病治疗的开展能够产生指向性影响。当前院前创伤评分系统种类多样,但部分评分系统对伤情评测效果并不理想,由此干扰院前处置工作及临床救治工作开展。不同类型评分系统在创伤评测中,实施方法、操作原理等具有差异性,因此各自均具备

不同优缺点,在应用时需要根据创伤的特点进行恰当选取及合理使用。

现如今,院前创伤评分的实施多以多媒体技术相融合,融合后,评分操作更为便捷,所得结果精准度更高,实施后能够增进院前处置工作效率,充分发挥院前创伤评分在创伤疾病救治中作用。现阶段临床上所应用的院前创伤评分系统还存在很多不足,但随着医疗领域科学技术不断发展,创伤评分系统将逐渐得到完善。

我国的创伤评分工作起步较晚,20世纪80年代仅有个别报道。1987年中华创伤学会成立了创伤评分组,此后我国广大创伤工作者开始对创伤评分有了进一步的认识。国内最早报道应用院前评分的是1984年鹤岗矿务局总医院建立了一个多参数的院前评分方案。后经中国煤矿创伤学会多次讨论,于1988年提出煤矿创伤院前评分(MPS)方案^[25],并印制成册发放全国煤矿推广应用,成为我国的第一个比较成型的创伤评分标准。1992年召开了全国首届创伤评分研讨会,创伤工作者对评分工作的认识日益深入,所应用的评分方案也逐步与国际接轨,并且在创伤评分的使用中,有些学者也提出了不少对于修正评分公式权重系数的建议和意见,使得从单纯引用国外评分方案进入到研究改进现有方案和试图建立我国评分方案的新阶段。

目前我国创伤救治水平、科研能力相比发达国家,尚存差距,但随着医学研究的不断深入,通过吸取和借鉴国外同行经验,院前创伤评分系统相关经验已经趋向成熟,通过建立国人自己的数据库,所得属及评测结果在我国临床领域中具备较高适用性,且生存概率具体权重值预测能够充分符合我国国情,对创伤科学的发展具有明显推进作用。

参考文献:

- [1]张方园,曹义战,曹林芳,等.院前创伤评分用于严重创伤患者急诊救治护理中的价值[J].山西医药杂志,2021,50(20):2969-2972.
- [2]梁启玲,黎裕萍,陈照坤.基于创伤指数评分早期病情评估的自动预警系统的设计与应用[J].循证护理,2021,7(04):559-562.
- [3]张艳红,王娜,鲍冬梅,刘雪艳.基于院前创伤评分下的预见护理在急诊创伤骨折患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(04):37-39.
- [4]秦刚.院前急救创伤评分方法对院前急救患者诊治效果的影响[J].中西医结合心血管病杂志,2020,8(35):189+194.
- [5]向忠豪,陈鑫,陈益磊,等.四种评分系统评价婴幼儿颅脑创伤预后的比较研究[J].中国现代神经疾病杂志,2020,20(07):614-619.
- [6]冯华,李文,谭亮,陈图南.颅脑创伤病情评估多模态监测系统[J].中国现代神经疾病杂志,2020,20(07):568-576.
- [7]施永周,宋斌.改良坎帕拉创伤评分法在院前急救中的应用分析[J].浙江创伤外科,2020,25(01):107-109.
- [8]Hadisaputra I H, Suwedagatha G, Mahadewa T. Adjustment of

Trauma and Injury Severity Score (TRISS) and Revised Trauma Score (RTS) in Predicting Mortality of Multitraumapatient in Sanglah Hospital Bali[J]. Biomedical and Pharmacology Journal, 2021, 14(1):267-272.

[9]姚砚灿,梁凯玲,李秀兵,等.创伤评分系统对严重创伤患者伤情评估的研究[J].数理医药学杂志,2019,32(07):982-983.

[10] Ogawa M, Sugimoto T. Rating severity of the injured by ambulance attendants: Field research of trauma index [J]. J Trauma, 1974, 14(11): 934-937.

[11]康建毅,段朝霞,张洁元,等.不同创伤评分系统在爆炸伤伤情评估中的比较[J].第三军医大学学报,2019,41(15):1403-1406.[12]梁振斌.院前急救创伤评分方法对院前急救患者诊治效果的影响[J].安徽卫生职业技术学院学报,2019,18(03):10-11.

[13] Smith J S Jr, Bartholomew M J. Trauma index recisited: A better triage tool[J]. Crit Care Med, 1990, 18(2): 174-180.

[14] Gornican S P. CRAMS scale: Field triage of trauma vic. tims[J]. Ann Emerg Med, 1982, 11(3): 132. 135.

[15]周瑞云,李方航.基于修正创伤评分的院前院内一体化急救护理在多发伤患者中的应用[J].国际护理学杂志,2019(09):1303-1305.

[16]Jarman M P, Hashmi Z, Zerhouni Y, et al. Quantifying geographic barriers to trauma care: Urban-rural variation in prehospital mortality[J]. Journal of Trauma and Acute Care Surgery, 2019, 87(1):1.-2

[17]方梁.四种评分模式对院前成人创伤患者临床评估的适用性和可行性[J].临床合理用药杂志,2019,12(04):132-134.

[18] Champin H R, Sacco W J, Carnazzo A J, et al. Trauma score[J]. Crit Care Med, 1981, 9(9): 672-676.

[19]吴孙莹.创伤严重度评分在严重外伤患者院前急救护理中的应用价值研究[J].中国现代医生,2018,56(35):155-157.

[20]汪海洲,庄鑫.不同院前创伤评分对创伤性脑损伤患者伤后24h死亡的预测价值[J].中华实用诊断与治疗杂志,2018,32(11):1076-1079.

[21] Gilpin D A, Nelson P G. Tevised trauma score: A triage tool in the accident and emergency department[J]. Injury, 1991, 22(1): 35-37.

[22]张亮杰,王显斌.不同院前创伤评分模式对急诊创伤患者评估的安全性研究[J].智慧健康,2018,4(28):87-89.

[23]李文君,李莉.创伤评分在急救护理中的应用现状[J].预防医学情报杂志,2018,34(05):702-705.

[24]杜奇容,潘曙明,李明,等.不同院前创伤评分体系在急诊创伤患者中的应用研究[J].中国临床医生杂志,2017,45(07):76-78.

[25]张洪美,周志道.煤矿创伤的院前评分[J].中华医院管理杂志,1993; 9(8): 476.

阴道镜下宫颈活组织检测在宫颈癌筛查中的临床应用研究

周萍 隗伏冰 钟换霞 孙国丽 袁惠桃

东莞市妇幼保健院 广东东莞 523000

摘要：目的：针对阴道镜下宫颈活组织测定在宫颈癌检测中的临床运用意义进行评估。方法：选取2017年10月至2019年12月间东莞市妇幼保健院收治的2000例进行宫颈癌筛查患者为研究对象，入院后实施阴道镜检查并进行病理组织学诊断，针对高危型人乳头瘤病毒（HPV）测定数据、液基薄层细胞检测（TCT）测定数据、TCT结合高危型HPV测定数据进行分析。结果：运用比较分析的方式评估阴道镜拟诊数据与阴道镜活检病理测定数据，并且符合率计算结果为69.65%，阴道镜活检病理测定数据的准确性相对较高，阴道镜拟诊的漏诊率与误诊率分别是14.00%、16.35%，宫颈锥切及阴道镜测定数据的准确率是64.06%，以宫颈锥切为准确结果，比较出阴道镜检测的误诊率为24.15%，漏诊率为11.79%，不同诊断方法的完全符合率相比，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：对于阴道镜检查以及宫颈锥切都无法明确病情的患者，可以选取TCT技术来做进一步检查，保障检测结果的准确性，为患者早期防治做好准备。TCT技术和HPV的结合，会在一定程度上减小宫颈癌的发病率，提高早期宫颈癌筛查的准确性。

关键词：宫颈癌；阴道镜；宫颈锥切术；宫颈活检

宫颈癌的癌前病变期非常持久缓慢，并且能够医治，因此早期精确诊断并医治对宫颈癌的预防十分关键。与此同时，早期宫颈癌前期病变和子宫颈癌的防治工作成为了医学工作的核心。所谓高危型人乳头瘤病毒（human papillomavirus, HPV），指的是一种乳头瘤空泡病毒，该类型病毒对人体组织细胞有良好的亲嗜性，一旦人体接触该病毒，就很容易引发宫颈癌^[1]。针对于HPV，医学上选取液基薄层细胞检测（thinprep cytologic test, TCT）对宫颈癌早期是否病变进行检测，TCT出宫颈异常细胞的概率高于传统宫颈刮片检测，并且TCT结合HPV检测，会在一定程度上降低宫颈癌的发病率，并对早期宫颈癌的防治工作做出极大贡献^[2]。笔者就HPV结合TCT技术，在大多数临床试验的基础上，研究宫颈癌早期病变检测对宫颈癌筛查的重要意义，详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2017年10月至2019年12月间本院收治的2000例进行宫颈癌筛查患者为研究对象，患者年龄35~72岁，平均年龄（52.36±8.69）岁。纳入标准：知情同意本研究；有过性生活；之前没有接触过阴道镜检查、TCT、高危型HPV检测；检查前3d未冲洗阴道；检查前1d无性交。排除标准：处在生理期；子宫炎症患者；子宫切除患者；接受过盆腔放射检查；生殖道炎症患者；精神障碍，认知障碍患者。

1.2 筛查方法

1.2.1 TCT和HPV检测 在进行TCT和HPV检测之前，要求所有筛查对象都未做过TCT和HPV检查。根据国际癌症协会提供的新分类标准，会对所有筛查对象提取的细胞进行诊断，诊断标准划分为6种：（1）正常范围（within normal limits, WNL）；（2）低度鳞状上皮内瘤变（Low Grade squamous intraepithelial neoplasia, LSIL）；（3）鳞状细胞癌（squamous cell carcinoma, SCC）；（4）高度鳞状上皮内病变（high-grade squamous intraepithelial lesion, HSIL）；（5）非典型鳞状上皮细胞（atypical squamous cell, ASC），包括无明确意义的非典型细胞的变化（atypical squamous cells of unknown significance, ASCUS）、非典型鳞状上皮细胞（atypical squamous cell-high, ASC-H）；（6）腺癌（adenocarcinoma, AC）。对于TCT存在异常细胞，同时HPV检测呈现阳性的筛查对象，都需要加以重视，其体内肯定存在宫颈早期癌变细胞，需要及早医治^[3]。

1.2.2 阴道镜检查 在对筛查对象进行阴道镜检查的过程中，需要派遣专业的医务人员，并且根据国际宫颈病理和阴道镜术语对检查成像进行专业分析，保障检测结果的准确性和全面性，一旦发现患者阴道存在可疑图像，就应该对其进行醋酸白试验、碘试验以及定位活检，最终诊断出其是否存在癌变细胞^[4]。

1.2.3 宫颈锥切 若是宫颈高级别上皮中观察到病变细胞，或是低级别上皮中观察到病变细胞，主要是因为细胞学诊断和阴道镜成像不一致，无法做进一步诊断，因此就需要采取宫颈锥切进行更深一步的检测。

1.3 观察指标

将阴道镜拟诊结果与阴道镜下活检病理诊断结果进行比较，再将阴道镜下活检病理诊断结果与宫颈锥切术后病理诊断结果进行比较，计算完全符合率。

1.4 统计学方法

采用SPSS 23.0软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 t 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 TCT和HPV检测结果

依据具体病情和自身意愿，最终2000例妇女接受了阴道镜检查。2000例妇女中200例（10%）TCT分级≥ASCUS，HPV结果显示均为为阳性。

2.2 阴道镜拟诊结果和阴道镜下活检病理诊断分析

阴道镜下宫颈活组织检测和阴道镜下活检病理诊断的完全符合率是69.65%（1393/2000），前者假阳性诊断率为16.35%（327/2000），漏诊率为14%（280/2000），后者结果是标准。

表1 阴道镜拟诊结果和阴道镜下活检病理诊断结果比较（例）

阴道镜拟 诊	<i>n</i>	阴道镜下活检病理				完全符合率 /%
		正 常	低级 变	高级 变	浸润 癌	
正常	1069	899	114	56	0	84.10
低级病变	574	236	232	105	1	40.42
高级病变	312	44	42	221	5	70.83
浸润癌	45	0	0	5	41	91.11
合计	2000	1179	388	387	46	—

2.3 阴道镜下活检病理诊断结果和宫颈锥切术后病理诊断结果分析

2000例患者中有882例（44.10%）采取了宫颈锥切术治疗方式。阴道镜下活检技术和宫颈锥切术的完全符合率是64.06%（565/882），后者的结果是标准，前者的假阳性率是24.15%（213/882），漏诊率为11.79%（104/882）。两种诊断方式的完全符合率比较，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表2。

表2 阴道镜下活检病理诊断结果和宫颈锥切术后病理诊断结果比较（例）

阴道镜下活检病 理	<i>n</i>	宫颈锥切术后病理				完全符合 率
		正	低级病	高级病	浸润	

	常	变	变	癌	%
低级别病变	151	73	48	30	31.79
高级病变	608	96	96	402	66.12
浸润癌	123	0	0	8	115
合计	882	169	144	440	129

讨 论

在妇科疾病中,宫颈癌的发病率仅次于乳腺癌位居第二,再加上宫颈癌的前期癌变细胞存在持久缓慢^[5]。

宫颈癌是妇科最为常见的恶性肿瘤之一,近年来其发生呈年轻化趋势,宫颈的癌前病变 CIN 发展为宫颈癌大约需要 5~20 年,因此可以从宫颈癌的早期筛查工作入手,从根本上大大降低宫颈癌的发病率。传统的早期筛查方法是宫颈涂片,该检测技术是临床使用时间最久的一种,即使其具备筛查功能,但由于在收纳标本的过程中很容易发生细胞丢失、细胞涂抹不匀,会影响到检测结果的准确性,因此该检测技术已慢慢被遗弃^[5]。

从生物学和流行病学的资料不难发现:女性乳头 HPV 感染是自身宫颈癌和宫颈上皮内瘤病变的关键原因。而多数的 HPV 感染并没有临床症状。但是 HPV 感染导致的后果较为严重,HPV 感染使得女性宫颈癌的危险系数增加了 260 倍。为避免漏诊、误诊等问题的出现,解决传统型宫颈细胞学检测中存在的问题,医务人员可以有效结合宫颈刮片、阴道镜和 HPV 检测三种方式,利用 HPV 检测,其敏感程度和传统型宫颈细胞学检测敏感程度更加明显。阴道镜可以直接检查女性宫颈表面的血管和形态,从而更好地评定病变。

阴道镜属于一种内窥镜,其具有放大的效果,可放大宫颈局部数十倍,从而获得较为清晰的病变部位图像,直接观察宫颈上皮及血管的病变,是早期筛查并诊断宫颈癌及癌前期病变的一种较为重要的辅助检查技术,在检查的过程中无痛苦,病患的配合度较高;另外在检查的过程中使用醋酸溶液或者是复方溶液对可疑病变部位进行定位,如此可将活检的盲目性进行有效避免,从而提高了诊断的正确性及可靠性,并且阴道镜检查技术可以检查到肉眼察觉不到的亚临床病变,特别是宫颈光滑的病患,从而将漏诊率大大的降低了。宫颈阴道镜成像的特征:在病患移行区未发现异常血管、上皮以及上皮颜色,血管形态正常为正常转化区;若是发现点状血管,表明病患存在病变可能,且点状越粗大表明高度病变的可能性越大;若是发现形态不规则,多成发卡状或者是螺旋状,且多从中间断裂的血管,则为异型血管,表明病患存在病变可能;同时宫颈部位白色上皮改变越大、镶嵌越大,则表明病变的可能性越大且越严重。相比于健康人群,CIN 患者更易患浸润性宫颈癌,并且 CIN 患者的分期越高,发生浸润性宫颈癌的可能性就更高,故宫颈癌前病变患者早被检出有利于其尽早接受治疗,越早治疗对病情的控制越有效。病理检查是通过超高频电波刀术切除病灶组织后对其进行病理检查,而阴道镜下宫颈活组织检查属于点状活检,相比病理检查在结果分析上更为全面,所以其诊断准确率更高,能够有效减少、避免浸润癌的漏诊以及误诊,故临床上对宫颈癌筛查方式的价值分析通常将病理检查作为标准。

在使用阴道镜进行检测的过程中,医护人员会根据阴道镜成像对患者病情进行诊断,该诊断技术往往会存在一定的局限性。主要由两方面引起,一方面是检测设备不够高端,医治人员对患者宫颈内部观察不够清晰,会有误诊的可能性;另一方面是医护人员本身的经验不够充足,没有太多的临床经验,会出现漏诊的可能性^[6]。除此之外,宫颈管的部位自身组织结构小,内部病灶很难检测,阴道镜做不到对宫颈病灶进行完整检测。运用比较分析的方式研究阴道镜拟诊技术与阴道镜活检技术测定结果,符合率是 69.65%,以阴道镜活检病理检测结果为准确结果,比较出阴道镜拟诊的误诊率为 16.35%,漏诊率为 14%,因此在对阴道镜进行拟诊之后再再进行阴道镜活检是非常关键的,大部分医护人员也将该顺序作为诊断标准^[7]。

通过大量数据分析,我们得知 CIN 级别越高,阴道镜拟诊和阴道镜活检的完全符合率越高,这主要是因为伴随着 CIN 级别的增高,患者体内的异常细胞扩散速度加快,在醋酸白的影响下,导致异常细胞存活率变高,在此基础上,通过阴道镜进行成像观察,就会检测到明显的异常细胞,病灶处的血管在血液供给充足的作用下更加清晰,进而提高了阴道镜检查的准确性^[8]。前些年,有专家对阴道镜宫颈癌早期筛查技术产生了怀疑,为了打消疑问,专业医护人员对阴道镜下的活检组织中的部分低级别上皮内病变和高级上皮内病变两种细胞进行宫颈锥切,宫颈锥切与阴道镜测定技术的符合率是 64.06%,宫颈锥切是准确数据,而阴道镜技术的误诊率是 24.15%,漏诊率为 11.79%,这表明阴道镜检查技术仍需要改进完善,不能依据阴道镜检查就做出诊断,需要进一步宫颈锥切来诊断^[9]。

总的来说,对于阴道镜检查以及宫颈锥切都无法明确病情的患者,可以选取 TCT 技术来做进一步随访检查,保障检测结果的准确性,为患者早期防治做好准备。TCT 技术和 HPV 的结合,会在一定程度上减小宫颈癌的发病率,提高早期宫颈癌筛查的准确性。

参考文献:

- [1]周德.高危型 HPV 检测与 TCT 检查在宫颈癌筛查中应用研究[J].临床检验杂志(电子版),2020,9(1):50-51.
 - [2]王建瑞.高危型 HPV 检测及 TCT 检查在宫颈癌筛查中的应用分析[J].河南医学研究,2019,28(24):4546-4548.
 - [3]犹真明,庄建全,姜玲.TCT 联合高危型 HPV 检测在社区宫颈癌筛查中的应用价值[J].系统医学,2019,4(16):24-26.
 - [4]杨卫敏.宫颈癌筛查中护理干预对高危型 HPV 检测及 TCT 检查结果的影响及随访分析[J].中国社区医师,2019,35(22):155,157.
 - [5]赵东丽.HPV 检测和 TCT 检查对宫颈病变筛查的意义[J].内蒙古医学杂志,2019,51(4):413-414.
 - [6]丁立家.TCT 联合高危型 HPV 检测诊断宫颈癌的研究进展[J].中国城乡企业卫生,2019,34(4):66-68.
 - [7]高颖.高危型 HPV 检测及 TCT 检查在宫颈癌筛查中的应用分析[J].中国实用医药,2019,14(9):41-42.
 - [8]纪巧云,刘美霞,侯玉兰,等.阴道镜下宫颈活组织检测在宫颈癌筛查中的临床应用研究[J].中国病案,2019,20(3):109-112.
 - [9]杨艳玲.探讨 TCT 阴道镜联合阴道镜下宫颈活组织病理检查在宫颈癌诊断中的价值[J].中国实用医药,2019,14(4):52-53.
 - [10]陈丽艳.比较 LEEP 术后病理检查和阴道镜宫颈活检对宫颈癌前病变诊断结果的差异[J].中外医疗,2018,37(5):30-31.
 - [11]陈静,陈煜田,弋文娟.阴道镜下宫颈活组织检查对子宫颈癌前病变诊断的准确性及子宫颈癌漏诊影响因素分析[J].肿瘤研究与临床,2020,32(8):579-583.
 - [12]李丽娟,张秋菊,樊素珍.TCT 联合 HR-HPV 检测在宫颈癌及癌前病变早期筛查中的应用价值[J].癌症进展,2019,17(21):2569-2571.
 - [13]周淑平,张丹.宫颈癌筛查中阴道镜检查阳性与宫颈病理诊断关系分析[J].中国社区医师,2019,35(3):154.
 - [14]高双霞,姚大勇.阴道镜下宫颈活组织检测用于宫颈癌筛查的分析[J].实用妇科内分泌电子杂志,2020,7(1):202.
 - [15]钟彩香.HPV、TCT 检查联合电子阴道镜下宫颈活检在宫颈癌前病变及宫颈癌中的诊断价值[J].福建医药杂志,2018,40(5):54-56.
- 基金项目:东莞市社会科技发展(重点)项目资助课题(2019050715007213);东莞市社会科技发展(一般)项目资助课题(2020050715007847)。
- 作者简介:周萍,女,主任医师,主要研究方向是下生殖道、宫颈疾病及妇科内镜微创治疗(宫腹腔镜)。

辛开苦降酸化法治疗代谢综合征的临床疗效观察及应用研究

高文军¹ 白煜¹ 董璐² 李晓龙¹ 通讯作者

榆阳区人民医院 陕西榆林 719000; 陕西省中医医院 陕西西安 710003

摘要: 目的: 分析辛开苦降酸化法应用于代谢综合征治疗的临床效果。方法: 选取 2019 年 1 月~2021 年 11 月在榆阳区人民医院就诊, 中医辨证分型为胃热脾困证的 200 例代谢综合征患者。根据随机数字表法将其分为两组, 各 100 例。两组均予以生活方式干预, 在此基础上, 对照组予以盐酸二甲双胍治疗, 观察组则基于辛开苦降酸化法应用运脾化浊颗粒治疗, 比较两组治疗 6 个月后的临床疗效、体重、腰围、中医症状积分、糖脂代谢及相关安全性指标。结果: 治疗前, 两组中医症状积分、体重、腰围、血脂指标、糖代谢指标无统计学差异 ($P>0.05$)。治疗后, 两组体重、腰围及各中医症状积分均较治疗前降低, 且观察组的体重、腰围、症状积分均低于对照组 ($P<0.05$)。治疗后, 两组 TC、TG、空腹血糖、UA、HOMA-IR 及空腹胰岛素水平均较治疗前降低, HDL-C 水平较治疗前升高, 且两组间比较差异明显 ($P<0.05$)。观察组治疗后总有效率高于对照组, 具有统计学差异 ($P<0.05$)。两组治疗后的 ALT、AST、Cr、BUN 等安全性指标比较, 差异不明显 ($P>0.05$)。结论: 辛开苦降酸化法应用于代谢综合征患者, 可有效减轻患者临床症状, 进一步控制患者体重, 缩小腰围, 改善患者的机体代谢紊乱状况, 增强临床治疗效果, 且具有较高安全性。

关键词: 辛开苦降酸化法; 代谢综合征; 运脾化浊颗粒; 二甲双胍; 糖脂代谢

代谢综合征是一组以中心性肥胖(腹型肥胖)、高血糖、高血压、高甘油三酯、等多种代谢组异常聚集的疾病, 通常认为腹型肥胖是代谢综合征发生的始动因素, 胰岛素抵抗是标志^[1]。对于该疾病西医常规以降糖、降脂和降压等治疗为主, 缺乏特效治疗药物。

1 资料与方法

1.1 一般资料

病例选取自榆阳区人民医院 2019 年 1 月~2021 年 11 月收治的 200 例代谢综合征患者, 中医辨证分型为胃热脾困证。采用随机数字表法将其分为两组, 各 100 例。治疗组中男 58 例, 女 42 例, 年龄 31~68 岁, 平均(50.26±4.39)岁。病程 1~6 年, 平均(3.31±0.56)年。对照组中男 56 例, 女 44 例, 年龄在 30~69 岁之间, 平均(49.95±4.42)岁。病程 1~5 年, 平均(3.29±0.58)年。两组一般资料比较, 无显著差异 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准: 参考《中国 2 型糖尿病防治指南(2017 年版)》IDF 诊断标准, 以下具备 3 项或更多项即可诊断: (1) 腹型肥胖(即中心型肥胖): 腰围男性 ≥ 90 cm, 女性 ≥ 85 cm; (2) 高血糖: 空腹血糖 ≥ 6.1 mmol/L 或糖负荷后 2 h 血糖 ≥ 7.8 mmol/L 和(或)已确诊为糖尿病并治疗者; (3) 高血压: 血压 $\geq 130/85$ mmHg (1mmHg=0.133 kPa) 和(或)已确认为高血压并治疗者; (4) 空腹甘油三酯(TG) ≥ 1.70 mmol/L; (5) 空腹 HDL-C < 1.04 mmol/L。

1.2.2 中医辨证标准: 参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]中胃热证、湿热蕴脾证制定并分级量化症状胃热脾困证: 主症: 脘腹胀闷, 口渴, 消谷善饥, 肢体困重, 舌红, 苔黄; 次症: 身热不扬, 头身困重, 倦怠乏力, 大便粘滞, 大便秘结, 小便黄赤。主症 3 项, 或主症 2 项加次症 2 项, 即可诊断。

1.3 纳入排除标准

纳入标准: (1) 符合上述西医代谢综合征诊断标准; 符合上述中医辨证符合胃热脾困证; (2) 年龄在 18-65 岁; (3) 接受临床医学伦理学原则, 知情同意合作, 配合服药; (4) 血压收缩压 < 180 mmHg, 舒张压 < 100 mmHg; (5) 入选前 2 周末服用过或已停用减肥、降脂、降压、降糖药物和具有类似作用的保健品。

排除标准: ①合并有 I 型糖尿病患者; 或空腹血糖 > 13 mmol/L 者; ②患有心脏病者; ③有药物过敏史或过敏体质者; ④准备妊娠、妊娠或哺乳妇女; ⑤精神病患者及依从性差的患者; ⑥正在接受胰岛素治疗者; ⑦脑血管病。

脱落中止标准: 如果在服用药物过程中有下列情况之一出现, 应该及时中止临床试验: ①服用药物过程中出现了严重的不良反应; ②服用药物疗效不佳, 临床试验中的 2/3 受试者无效; ③服用方案或试验过程中出现严重问题或漏洞, 以致于无法判断临床疗效。

1.2 方法

干预方法: 入院后, 两组均予以生活方式干预, 具体干预措施包括: ①代谢综合征卫生宣教, 教导患者学会根据自身体重、身高、体型、活动强度计算单日总热量; 教导患者运动注意事项。②低 GI、低盐、低脂、高纤维素食, 尿酸高者附加低嘌呤饮食; 避免煎炸食品、高热量饮食; 单日总热量控制在 6930 kJ 以下, 盐少于 6g, 热量分配方面碳水化合物占 60%左右, 脂肪 25%左右, 蛋白质 15%左右, 其中饱和脂肪酸饮食控制在 10%以下。饮食分 5 个餐次, 5 餐大体各占单日总热量 20%, 但需满足早餐与早餐后加餐量之和至少占单日总食量 35%, 晚餐量不超过单日总食量 30%; 每日饮用水 2000ml 左右。③每日午餐 45 分钟后步行 30 分钟, 15 分钟其他低中强度(保证心率=170-年龄)有氧锻炼, 每周需坚持 4-5 日。④戒烟限酒, 每周饮酒量少于 2 个酒精单位。

治疗方法：在上述干预基础上，对照组口服盐酸二甲双胍（福州辰星药业有限公司；国药准字 H20080432；0.25g）治疗，250mg/次，每天 2 次；疗程 6 个月（24 周）。观察组口服运脾化浊颗粒治疗。服药方法：按照运脾化浊颗粒说明书服用，每袋装 10g。温水冲服，一次 1 袋，一日 2 次。疗程 6 个月（24 周）。

1.3 观察指标

所有入选者于入选前及治疗终结时采取血标本，专人检测各项观察指标。观察并比较两组中医症状积分、临床疗效、生化指标及安全性指标。

1.3.1 体格检查：分别于治疗前和治疗结束时对两组空腹体重及腰围进行测量，并使用欧姆龙 BP-203RVIIIIC 型电子血压计测定两组治疗前后的收缩压和舒张压水平。

1.3.2 中医症状积分：参照《中药新药临床研究指导原则》将症状积分量化，对患者治疗前后的主症：脘腹胀闷，消谷善饥，舌红苔黄；次症：身热不扬、倦怠乏力、大便秘结等症状进行评分。按轻、中、重程度，主症计 2、4、6 分，次症计 1、2、3 分。

1.3.3 疗效评定：根据患者临床症状改善情况和积分比分为显效、有效、无效。积分比=（治疗前总积分-治疗后总积分）/治疗前总积分×100%，显效：中医临床主症、次症均有明显改善或证候积分比减少≥70%；有效：中医临床主症、次症均有改善或主症未改善但次症全消失或证候积分比减少≥30%；无效：中医临床主症、次症均无明显改善，甚至加重或积分比<30%。总有效率=（显效例数+有效例数）/总例数×100%。

1.4 统计学方法

将数据录入 SPSS23.0 处理，计量数据用($\bar{x}\pm s$)表示，组间行 t 检验，计数资料用（%）表示，行 χ^2 检验， $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组体格指标及血压水平比较

两组治疗前体重、腰围及血压水平无显著性差异（ $P>0.05$ ）；治疗后，研究组体重、腰围均显著较治疗前降低（ $P<0.05$ ）。两组治疗前后血压水平比较，无统计学差异（ $P>0.05$ ）。见表 1。

表 1：两组体格指标及血压水平对比($\bar{x}\pm s$)

分组	n	体重（kg）		腰围（cm）		收缩压（mmHg）		舒张压（mmHg）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	100	85.79±6.42	73.84±4.56*	105.79±10.85	94.83±8.16*	132.86±15.98	115.95±9.87*	84.05±7.83	78.91±5.69*
对照组	100	85.74±6.45	79.58±5.19*	106.01±10.94	98.75±8.68*	131.94±16.05	117.86±10.35*	83.92±7.86	79.12±5.58*
t		0.055	8.308	0.143	3.290	0.406	1.336	0.117	0.264
P		0.956	0.000	0.887	0.001	0.685	0.183	0.907	0.792

注：与同组干预前比较，* $P<0.05$

治疗后，两组各中医症状积分均降低，且观察组治疗后各中医症状积分低于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 2。

2.2 两组中医症状积分比较

表 2：两组治疗前后中医症状积分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	脘腹胀闷		消谷善饥		舌红苔黄	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	100	4.63±0.71	2.35±0.34*	4.57±0.34	2.31±0.45*	4.59±0.38	2.47±0.31*
对照组	100	4.62±0.75	2.86±0.57*	4.56±0.38	2.85±0.64*	4.57±0.42	2.91±0.36*
t 值		0.097	7.684	0.196	6.902	0.353	9.262
P 值		0.923	0.000	0.845	0.000	0.724	0.000

组别	n	身热不扬		倦怠乏力		大便秘结	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	100	2.51±0.36	1.21±0.27*	2.35±0.41	1.16±0.29*	2.39±0.34	1.18±0.25*
对照组	100	2.48±0.39	1.49±0.34*	2.37±0.39	1.42±0.35*	2.40±0.32	1.31±0.37*
t 值		0.565	6.449	0.353	5.720	0.214	2.911
P 值		0.573	0.000	0.724	0.000	0.831	0.004

注：与同组治疗前比较，* $P<0.05$

经治疗后两组血脂指标均改善，且观察组治疗后 TC、TG 水平低于对照组，HDL-C 水平高于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 3。

2.3 两组治疗前后血脂指标比较

表 3: 两组治疗前后血脂水平比较($\bar{x}\pm s$)

分组	<i>n</i>	TC (mmol/L)		TG (mmol/L)		HDL-C (mmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	100	5.57±0.69	2.89±0.82*	2.35±0.64	1.25±0.37*	1.05±0.17	1.49±0.38*
对照组	100	5.54±0.71	3.75±0.97*	2.29±0.68	1.64±0.52*	1.06±0.19	1.35±0.27*
<i>t</i>		0.303	6.771	0.643	6.111	0.392	3.003
<i>P</i>		0.762	0.00	0.521	0.000	0.695	0.003

注: 与同组治疗前比较, **P*<0.05 HOMA-IR 及空腹胰岛素均改善, 且观察组治疗后各指标水平低于对照组

2.4 两组治疗前后糖代谢指标及尿酸水平比较 (*P*<0.05)。见表 4。

治疗前, 两组血糖水平无明显差异 (*P*>0.05)。治疗后两组空腹血糖、

表 4: 两组治疗前后糖代谢及 UA 水平比较($\bar{x}\pm s$)

分组	<i>n</i>	空腹血糖 (mmol/L)		空腹胰岛素 (mU/L)		HOMA-IR (mmol/L)		UA (μmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	100	6.57±1.48	5.14±0.82*	13.32±1.14	9.75±1.53*	5.42±1.06	3.58±0.62*	411.95±67.83	362.47±42.59*
对照组	100	6.54±1.51	5.89±0.97*	13.28±1.19	10.86±1.74*	5.39±1.08	4.16±0.79*	409.86±68.21	388.74±51.98*
<i>t</i>		0.142	5.905	0.243	4.791	0.198	5.776	0.217	3.909
<i>P</i>		0.887	0.000	0.809	0.000	0.843	0.000	0.828	0.000

注: 与同组干预前比较, **P*<0.05 χ^2 5.207

2.5 两组临床疗效比较 *P* 0.022

观察组治疗显效 68 例, 有效 28 例, 其总有效率 96.00%, 与对照组的 87.00%比较明显较高, 具有显著性差异 (*P*<0.05)。见表 5。

表 5: 观察组与对照组治疗效果比较[n(%)]

分组	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效率
观察组	100	68(68.00)	28(28.00)	4(4.00)	96(96.00)
对照组	100	47(47.00)	40(40.00)	13(13.00)	87(87.00)

2.6 两组安全性指标比较

两组治疗前后分别进行了血常规、尿常规、粪常规、心电图等检查, 检查结果显示与治疗前相比基本相同, 且观察组治疗前、治疗后的 ALT、AST、Cr、BUN 指标与对照组比较, 无统计学差异 (*P*>0.05)。两组治疗期间组未发现明显毒副作用, 各安全性指标均无明显差异且在正常范围内, 说明本方案相对安全。

表 6: 两组安全性指标比较($\bar{x}\pm s$)

分组	<i>n</i>	ALT (U/L)		AST (U/L)		Cr (μmol/L)		BUN (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	100	23.41±5.19	22.09±5.23	23.57±4.62	21.79±3.51	70.52±4.68	67.38±5.12	5.31±1.12	5.45±1.37
对照组	100	23.39±5.22	21.98±5.31	23.59±4.58	22.36±3.47	70.49±4.71	67.85±4.95	5.29±1.16	5.39±1.42
<i>t</i>		0.027	0.148	0.031	1.155	0.045	0.660	0.124	0.304
<i>P</i>		0.978	0.883	0.976	0.250	0.964	0.510	0.901	0.761

注: 与同组干预前比较, **P*<0.05 综合征临床经验[J]. 陕西中医,2020,41(7):957-959.

3. 讨论

综上所述, 辛开苦降酸化法应用于代谢综合症患者, 可有效减轻患者临床症状, 改善患者的机体代谢紊乱状况, 降低腹部内脏脂肪比率, 增强临床治疗效果, 且具有较高安全性^[2-3]。

参考文献:

[1]王高雷,周春梅,肖洋,等. 路波主任医师辛开苦降酸化法治疗代谢

[2]王高雷,肖洋,黄倩,等. 基于辛开苦降酸化法创立的运脾化浊颗粒治疗胃热脾困型代谢综合症的临床效果[J]. 临床医学研究与实践,2020,5(15):105-107.

[3]路波,王高雷,肖洋,等. 运脾化浊颗粒对代谢综合征患者内脏脂肪的影响[J]. 临床医学研究与实践,2021,6(3):120-122.

基金项目: 榆林市科学技术项目 项目编号 2019-201。

头孢噻肟钠联合万古霉素治疗小儿化脓性脑膜炎的疗效观察

张莉

遵义医科大学第三附属医院（遵义市第一人民医院） 贵州遵义 563000

摘要：目的：观察头孢噻肟钠联合万古霉素治疗对化脓性脑膜炎患儿血清学指标、脑脊液生化及病原菌转阴情况的影响。方法 选择2019年10月-2021年10月我院收治的76例化脓性脑膜炎患儿为研究对象，随机分两组各38例。对照组患儿给予头孢噻肟钠治疗，观察组患儿给予头孢噻肟钠联合万古霉素治疗。观察两组临床症状改善时间、血清中降钙素原（PCT）、C反应蛋白（CRP）、白细胞（S-WBC）水平、脑脊液中蛋白测定（M-TP）、白细胞（CSF-WBC）、乳酸脱氢酶（LDH）水平变化及病原菌检出及耐药情况。结果：临床症状改善时间观察组短于对照组（ $P < 0.05$ ）；治疗后患儿血清学指标PCT、CRP、S-WBC均低于治疗前，且观察组降低更显著（ $P < 0.05$ ）；治疗后患儿脑脊液生化指标M-TP、CSF-WBC、LDH均低于治疗前，且观察组降低更显著（ $P < 0.05$ ）；治疗后脑脊液和血培养中病原菌检出数均少于治疗前，其中血培养革兰阳性菌株（S-GP）检出数减少明显，且观察组降低更加显著（ $P < 0.05$ ），而革兰阴性菌株（S-GN）检出数减少不显著；脑脊液培养中，革兰阳性菌株（CSF-GP）在观察组检出数减少明显（ $P < 0.05$ ），而在对照组检出数减少不显著，革兰阴性菌株（CSF-GN）检出数减少均不显著。结论 头孢噻肟钠联合万古霉素治疗可显著降低化脓性脑膜炎患儿相关血清学指标和脑脊液生化指标，可有效降低病原菌检出数，尤其是革兰阳性菌株数，改善临床症状，缩短治疗疗程，改善患儿预后。

关键词：化脓性脑膜炎；头孢噻肟钠；万古霉素；血清学指标；脑脊液生化；病原菌株

化脓性脑膜炎（Purulent Meningitis, PM）是由化脓性细菌感染所导致的脑脊膜炎症，是儿科常见的中枢神经系统感染性疾病。多发于婴幼儿和儿童，且多为爆发性或急性起病，若未得到及时有效治疗，其致死率可达10%~15%，致残率可达20%~50%^[1]。因此，早期准确诊治小儿化脓性脑膜炎一直是我室的努力方向。目前对化脓性脑膜炎的治疗仍以抗菌药物治疗为主，头孢噻肟钠是第三代头孢菌素，抗菌谱广，能有效抑制大肠埃希菌、流感杆菌、脑膜炎奈瑟菌等，

但随着细菌耐药性增加及合并感染，导致部分病例临床单一用药治疗效果不理想，万古霉素属于一种强效抗生素，对革兰阳性菌抗菌作用强，但抗菌谱作用窄。因此，本研究旨在通过使用头孢噻肟钠联合万古霉素治疗，观察其对化脓性脑膜炎患儿相关血清学指标、脑脊液生化及病原菌转阴的影响，以评估二者联合用药的治疗效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院2019年10月至2021年10月收治的76例化脓性脑膜炎患儿为研究对象，按随机数表法分为观察组（38例）和对照组（38例）。对照组男23例，女15例；年龄1~10岁，平均（ 3.82 ± 0.93 ）岁；病程17~48天，平均（ 31.16 ± 4.71 ）天。观察组男21例，女17例；年龄1~10岁，平均（ 4.14 ± 1.07 ）岁；病程14~47天，平均（ 29.21 ± 5.58 ）天。纳入标准：所选病例均符合《诸福棠实用儿科学》中化脓性脑膜炎诊断标准^[2]；脑脊液和（或）血培养病原菌检测呈阳性；入组前未接受抗菌药物治疗；患儿家长均签署知情同意书。排除标准：合并严重脏器功能障碍者；伴有免疫功能缺陷及全身性感染者；结核性脑膜炎、流行性脑脊髓膜炎、真菌性脑膜炎、病毒性脑炎及其他非细菌性中枢神经系统感染者；既往存在颅脑外伤病史或颅脑手术史的患儿；对本研究所用药物药敏试验过敏者。两组患儿一般资料比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。本研究已获得本院医学伦理委员会审核批准。

1.2 方法

两组患儿均给予降颅内压、镇静、退热、维持酸碱平衡等对症支持治疗。在此基础上，对照组患儿给予头孢噻肟钠（生产厂家：山东鲁抗医药股份有限公司，国药准字：H20093362，规格：0.5g）治疗，静脉滴注，300 mg/(kg·d)，每6 h 1次，持续治疗1周。观察组患儿在对照组基础上给予万古霉素（希腊 VIANEX S.A.(PLANT)公司，进口药品注册证号：H20140174，规格：0.5g）治疗，静脉滴注，60 mg/(kg·d)，每6 h 1次，持续治疗1周。

1.3 观察指标

1.3.1 临床症状缓解时间 记录两组患儿退热时间、颅内高压消失、

意识恢复、抽搐消失时间。

1.3.2 血清学指标 记录两组患儿治疗前后血清中PCT、CRP和S-WBC水平变化情况。

1.3.3 脑脊液生化 记录两组患儿治疗前后脑脊液中M-TP、CSF-WBC和LDH水平变化情况。

1.3.4 脑脊液和血培养病原菌检测 记录两组患儿治疗前后病原菌株数检出情况。

1.3.5 脑脊液和血培养药敏试验 记录两组患儿血液细菌培养或脑脊液培养的菌敏试验结果。

1.3.6 统计学处理

应用SPSS 17.0软件进行数据统计分析。计量资料以均数 ± 标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，两两比较采用t检验；计数资料以百分率（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 两组患儿临床症状缓解时间比较

如表1所示，治疗后，观察组患儿的退热时间和颅内高压、剧烈头痛和抽搐消失及意识恢复的时间均短于对照组，两组差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

表1 两组患儿临床症状缓解时间比较（ $\bar{x} \pm s$, d）

组别	n	退热时间	颅内高压消失	剧烈头痛消失	抽搐消失	意识恢复
对照组	38	4.78 ± 1.27	3.39 ± 1.08	4.48 ± 0.95	4.11 ± 1.23	5.22 ± 1.39
观察组	38	3.20 ± 1.08	2.05 ± 0.96	3.10 ± 1.12	2.94 ± 1.35	3.70 ± 1.16
t值		5.640	5.736	5.094	2.710	2.598
P值		0.000	0.000	0.000	0.010	0.019

2.2 两组患儿治疗前后血清中PCT、CRP、S-WBC水平

如表2所示，治疗后，两组患儿血清中PCT、CRP和S-WBC水平均低于治疗前，且观察组的降低效果更明显，两组差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

表2 两组患儿治疗前后血清中PCT、CRP和S-WBC水平比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	n	PCT (ng/ml)		CRP (mg/L)		S-WBC ($10^9/L$)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	38	9.78 ± 3.91	1.12 ± 0.69*	101.20 ± 19.51	32.22 ± 6.27*	34.44 ± 9.19	8.30 ± 2.23*
观察组	38	9.88 ± 3.59	0.58 ± 0.42*	100.96 ± 19.71	22.97 ± 5.02*	34.30 ± 9.41	5.69 ± 1.47*
t		0.118	4.099	0.054	7.105	0.048	4.381
P		0.906	0.000	0.957	0.000	0.962	0.000

注：与治疗前相比，* $P < 0.05$ 。

2.3 两组患儿治疗前后脑脊液中M-TP、CSF-WBC和LDH水平

如表3所示,治疗后,两组患儿脑脊液中M-TP、CSF-WBC和LDH水平均低于治疗前,且观察组的降低效果更明显,两组差异具有统计学意义($P<0.05$)。

表3 两组患儿治疗前后脑脊液中M-TP、CSF-WBC和LDH水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	M-TP (g/L)		CSF-WBC ($10^6/L$)		LDH (U/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	38	4.90±2.09	0.67±0.17*	608.05±376.05	46.35±24.46*	339.42±171.82	37.74±17.73*
观察组	38	5.01±2.01	0.47±0.19*	609.70±3810.99	24.35±13.98*	345.55±149.49	24.05±10.57*
t		0.150	3.447	0.048	3.493	0.120	2.966
P		0.882	0.001	0.962	0.001	0.905	0.006

注:与治疗前相比, * $P<0.05$ 。

2.4 两组患儿治疗前后脑脊液及血培养病原菌数检出情况比较

治疗前,两组患儿在血培养中,革兰阳性菌株(S-GP)中以肺炎链球菌为主,分别为7/9株和7/8株;而革兰阴性菌株(S-GN)中以大肠埃希菌为主,分别为2/3株和2/3株。在脑脊液培养中,革兰阳性菌株(CSF-GP)中以肺炎链球菌为主,分别为6/7株和6/6株;而革兰阴性菌株(CSF-GN)中以大肠埃希菌为主,分别为1/1株和1/2株。如表4所示,治疗后脑脊液和血培养中病原菌检出数均少于治疗前,其中血培养中,革兰阳性菌株(S-GP)检出数减少明显,且观察组降低更加显著,差异有统计学意义($P<0.05$),而革兰阴性菌株(S-GN)检出数减少不显著;脑脊液培养中,革兰阳性菌株(CSF-GP)在观察组检出数减少明显,差异有统计学意义($P<0.05$),而在对照组检出数减少不显著,革兰阴性菌株(CSF-GN)检出数减少均不显著。

表4 两组患儿治疗前后脑脊液和血培养病原菌检出数比较($\bar{x}\pm s$,株)

组别	n	S-GP		S-GN		CSF-GP		CSF-GN	
		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	38	9	6*	3	1	7	5	1	0
观察组	38	8	1*	3	1	6	1*	2	1
χ^2/t		0.076	5.130	0.000	0.000	0.093	3.899	0.347	0.750
P		0.783	0.018	1	1	0.761	0.041	0.552	0.306

注:与治疗前相比, * $P<0.05$ 。

2.5 两组患儿主要病原菌血细菌培养或脑脊液培养的药敏试验结果

两组患儿主要病原菌血培养和脑脊液培养药敏试验结果表现出一致性。其中,革兰阳性菌中的肺炎链球菌对美罗培南、利奈唑胺、万古霉素、青霉素等药物敏感性较高,对厄他培南、头孢曲松、头孢噻肟等药物也具有一定的敏感性,对红霉素、克林霉素等药物耐药性较高。革兰阴性菌中的大肠埃希菌对头孢他啶、头孢曲松、亚胺培南等药物敏感性较高。

3 讨论

化脓性脑膜炎是儿科常见的中枢神经系统细菌感染性疾病,具有起病急、进展快、病情重等特点。若未得到及时有效治疗,易发生全身炎症反应综合征(SIRS)、多器官功能障碍综合征(MODS)等严重并发症,延长治疗时间,增加治疗难度,威胁患儿生命,遗留神经系统后遗症者可严重影响患儿后期生活质量,增加家庭、社会负担。因此,早期诊治对化脓性脑膜炎患儿显得尤为重要。

早期抗生素应用是治疗化脓性脑膜炎患儿的主要方法,对其预后息息相关。研究表明,化脓性脑膜炎患儿的病原体主要为脑膜炎奈瑟菌、金黄色葡萄球菌、肺炎链球菌等革兰阳性菌和大肠埃希菌等革兰阴性菌等细菌感染引起^[3]。临床上经验性用药以能快速透过血脑屏障的三代头孢治疗为主,在诊疗过程中,再依据临床疗效、病原学结果及临床药敏结果等酌情调整抗感染治疗方案。然而,近年来,细菌耐药性成为全球性公共卫生问题,且耐药程度不断加剧,加之多病原体合并感染增多,单一用药可能会影响疾病治疗效果,导致治疗疗效差。同时,由于早期抗生素的滥用、病原学检测技术限制等因素影响,病原学检出率低,部分病例不能及时获得病原学结果及药敏结果,单一用药可能不会覆盖某些病原体感染,如MASA等,导致治疗效果不佳甚至失败。

本研究发现,化脓性脑膜炎患儿的病原体主要为金黄色葡萄球菌、肺炎链球菌等革兰阳性菌等细菌感染引起,而大肠埃希菌等革兰阴性菌检出较

少,这可能与选择的患儿年龄主要在1-10岁之间有关,有研究表明,大肠埃希菌等革兰阴性菌主要在1岁以下的婴幼儿化脓性脑膜炎患儿中被检出^[3]。另外,单用头孢噻肟钠与联用万古霉素相比较,二者在革兰阴性菌转阴率上无明显差异,但在革兰阳性菌转阴率方面,头孢噻肟钠联用万古霉素的治疗效果更为显著。万古霉素是一种能透过血脑屏障的糖肽类抗生素,抗菌谱相对较窄,对革兰阳性菌有较强的杀菌作用,但对革兰阴性菌无抗菌作用^[4]。万古霉素较三代头孢而言,对革兰阳性菌有更强杀菌作用,头孢噻肟对革兰阴性菌有较强杀菌作用,两者联合用药具有疗效强、抗菌谱广等优点。同时,本研究所选研究对象主要是1岁以上的化脓性脑膜炎患儿。我们发现其主要致病菌为肺炎链球菌,而该病菌对万古霉素敏感性较高,对头孢噻肟钠也有一定的敏感性。这提示,头孢噻肟钠和万古霉素联合用药具有疗效强、抗菌谱广等优点,可增强化脓性脑膜炎患儿的治疗效果,增加治愈率。此外,治疗后,观察组患儿的退热时间和颅内高压、剧烈头痛和抽搐消失时间及意识恢复时间均短于对照组。这进一步佐证了头孢噻肟钠联合万古霉素治疗小儿化脓性脑膜炎较单用头孢噻肟钠而言,具有一定的优越性。

病原学检查是诊断化脓性脑膜炎的金标准,但病原学检查存在检测时效较长,检出率低等情况,对于化脓性脑膜炎的早期诊断和治疗而言存在一定的局限性。因此,在化脓性脑膜炎早期,综合利用相关实验室检测指标对该病症进行鉴别诊断具有重要意义。而既往研究表明,WBC,尤其是CSF-WBC升高($>100\times 10^6/L$),是小儿化脓性脑膜炎的诊断标准之一,而WBC正常或偏低则倾向于其他病原体感染^[5]。血清学指标PCT、CRP分别由甲状腺C细胞和肝脏合成,作为炎性介质,在正常情况下,二者在机体中的含量均接近于0,但在细菌感染时,二者含量均明显升高,而在病毒感染时无明显变化^[6]。因此,在疾病早期,可利用S-WBC、PCT和CRP等血清学指标对化脓性脑膜炎和病毒性脑膜炎进行鉴别诊断。脑脊液指标CSF-WBC、M-TP在颅内感染引起的血脑屏障被破坏后从血管渗入脑脊液中,而LDH由受损神经细胞释放,进而引起脑脊液中CSF-WBC、M-TP含量升高^[7]。既往研究还表明,外周血WBC和CRP联合检测、脑脊液LDH和CRP联合检测、以及外周血CRP、PCT和脑脊液M-TP、LDH联合检测,对于小儿化脓性脑膜炎具有较高的诊断效能^[7]。

本研究结果也显示,化脓性脑膜炎患儿的S-WBC、CSF-WBC水平显著升高;外周血CRP、PCT和脑脊液M-TP、LDH均显著升高。治疗后,患儿血清学指标PCT、CRP、S-WBC和脑脊液生化指标M-TP、CSF-WBC、LDH均低于治疗前,且观察组降低更加显著。这提示,头孢噻肟钠联合万古霉素治疗小儿化脓性脑膜炎可以有效降低机体的炎症反应。

综上所述,头孢噻肟钠联合万古霉素治疗化脓性脑膜炎,可明显缩短患儿临床症状缓解时间,降低患儿相关血清学指标和脑脊液生化相关指标,提高患儿病原菌转阴率,增强抗感染疗效,改善预后。为化脓性脑膜炎的临床治疗提供参考借鉴。

参考文献:

- [1]罗淑芬. 万古霉素联合美罗培南对化脓性脑膜炎患儿血清CRP、S-100 β 及NSE表达的影响[J]. 淮海医药, 2019, 37(4): 353-355.
- [2]江载芳, 申昆玲, 沈颖. 诸福棠实用儿科学[M]. 第8版. 北京:人民卫生出版社, 2015: 854-990.
- [3]黄军, 刘祥玉, 童辉纯. 中山地区70例儿童化脓性脑膜炎病原学及临床特征分析[J]. 右江医学, 2020, 48(9): 680-685.
- [4]刘永芳, 吕晓菊. 万古霉素的临床应用及耐药现状[J]. 华西医学, 2005, 20(1): 199-200.
- [5]郑文, 张燕堂, 刘新风, 等. C反应蛋白与白细胞计数在儿科细菌性感染中的诊断价值[J]. 山东医药, 2015, (9): 95-96.
- [6]方瑞, 都鹏飞. 血清高敏C-反应蛋白联合降钙素原对足月新生儿败血症并发化脓性脑膜炎的预测价值[J]. 重庆医学, 2019, 48(23): 66-69.
- [7]黄军, 胡静美, 童辉纯, 等. 脑脊液和血清指标联合应用在小儿化脓性脑膜炎诊断中的价值[J]. 中华临床实验室管理电子杂志, 2021, 9(3): 143-149.

综合护理模式在小儿急性高热惊厥临床护理中的应用效果分析

倪晓燕 崔蕾

南通大学附属海安人民医院儿科 江苏南通 226600

摘要：目的：分析综合护理模式在小儿急性高热惊厥临床护理中的应用效果。方法：选取2021年01月至2022年01月我院收治的小儿急性高热惊厥患儿54例展开研究，将患儿随机分配分为两个小组，参比组27例患儿应用基础护理模式，试验组27例患儿应用综合护理模式。比较两组纳入研究患儿护理后的高热消退时间、惊厥好转时间、住院时长、遵医行为评分、护理满意度、并发症发生率。结果：在对本次研究疾病患儿进行护理后，试验组患儿的高热消退时间、惊厥好转时间、住院时长均短于参比组（ $P<0.05$ ），组间对比差异性显著；试验组患儿的遵医行为评分高于参比组（ $P<0.05$ ），组间对比差异性显著；试验组患儿的护理满意度高于参比组（ $P<0.05$ ），组间对比差异性显著；试验组患儿的并发症发生率低于参比组（ $P<0.05$ ），组间对比差异性显著。结论：在对小儿急性高热惊厥患儿进行护理时，应用综合护理模式能够促进患儿症状好转，缩短住院时长，增强遵医行为，提高护理满意度，减少并发症发生风险，推荐使用。

关键词：综合护理模式；小儿急性高热惊厥；高热消退时间；遵医行为评分；护理满意度；并发症发生率

小儿急性高热是一种儿童常见病，病因主要与病毒感染、支原体感染、衣原体感染等^[1-2]，患儿一般表现为体温升高、流涕、喉咙痛、咳嗽、气促等，若未进行有效控制治疗，部分患儿还可出现惊厥、支气管炎、肺炎等情况，影响患儿生命健康^[3-5]。当患儿出现惊厥情况时，危险性明显提升，严重者影响智力。临床中治疗此情况以解除患儿惊厥、促进患儿退热、控制病情进展、预防并发症为原则，方法有氧疗支持、物理疗法、药物治疗等，均有较好的治疗效果^[6-7]。部分患儿家属可因病痛折磨产生消极情绪，对治疗的配合度不高，急救方法不掌握等影响治疗效果，故需要采取合适的护理方式进行管控，保障治疗效果，促进患儿康复^[8]。基于此，本次研究选取2021年01月至2022年01月之间我院收治的相关疾病患儿54例，对综合护理模式在小儿急性高热惊厥临床护理中的应用效果进行分析探讨，具体报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取2021年01月至2022年01月我院收治的小儿急性高热惊厥患儿随机抽取54例进行分析，对其进行随机分组，即参比组（ $n=27$ ）和试验组（ $n=27$ ）。参比组患儿中男性有17例，女性有10例，年龄值域下至1.0岁，年龄值域上至7.0岁，年龄值域均值为（ 4.02 ± 1.01 ）岁；体重值域下至10.30kg，体重值域上至30.70kg，体重值域均值为（ 20.52 ± 1.09 ）kg；患病时长下至1d，患病时长上至7d，患病时长均值为（ 4.01 ± 0.48 ）d。试验组患儿中男性有15例，女性有12例，年龄值域下至1.2岁，年龄值域上至6.8岁，年龄值域均值为（ 3.98 ± 1.05 ）岁；体重值域下至10.36kg，体重值域上至30.66kg，体重值域均值为（ 20.50 ± 1.12 ）kg；患病时长下至1d，患病时长上至7d，患病时长均值为（ 3.99 ± 0.51 ）d。两组纳入研究者患儿的性别、年龄、体重、患病时长等一般临床资料之间进行对比后无明显差异性（ $P>0.05$ ），可进行对比。

纳入标准：符合小儿急性高热诊断标准，且伴有惊厥现象患儿；家属了解此次研究内容，自愿参加并填写同意书患儿；性别、年龄、体重、患病时长等一般临床资料详细记录患儿。

排除标准：患有先天性心脏病、肝功能损伤、肾功能损害患儿；存在肿瘤病变患儿；凝血因子无法发挥作用患儿；对治疗药物有过敏史患儿；研究依从性不高患儿。

1.2 方法

参比组27例患儿应用基础护理模式，主要包括记录患儿资料、评估患儿病情、科学摆放患儿体位、为患儿开放气道、指导治疗方法、评估危险因素等内容。

试验组27例患儿应用综合护理模式。详细如下：（1）成立综合护理小组。由我院儿科专业素养较好、护理经验丰富、沟通宣教能力强的护理

人员组成，均需要学习小儿急性高热惊厥相关知识，展开综合护理技巧培训，经过专业测评合格后方可为患儿进行服务，保障护理服务质量。（2）完善护理方案。组员需要对以往常见护理问题进行分析，找出具体影响因素，制定相关的防护策略，将其编入护理内容中，完善护理方案，为患儿护理工作提供参考依据。（3）展开综合护理。第一，认知方面护理。组员需要了解患儿相关资料，根据患儿和家属理解能力，利用图文并茂宣传彩页为其由浅入深的讲述，帮助树立正确疾病认知，减少陌生情绪，做好心理准备，提高患儿配合度；讲述治疗方案，提高相关认知，减少抵触心理，增强用药依从性。第二，情绪方面护理。组员需要关注患儿面部表情，了解其不良情绪来源，展开针对性疏导，维持良好心态；利用成功案例，激发患儿家属治疗信心，维持乐观心态；建议家属陪伴，给予患儿鼓励，安抚患儿情绪，提升患儿依从性。第三，环境方面护理。营造舒适居住环境，每日开窗通风，使室内室外空气流通，保障患儿呼吸新鲜空气，利于患儿心态平和；合理规划室内布局，适当播放动漫，营造温馨氛围，减少患儿紧张情绪；每天清洁地面，减少菌群数量，降低感染机率。第四，症状方面护理。对于高热患儿，组员需要为患儿家属提供物理降温用品，如冰袋、毛巾等，必要时可遵医嘱应用退热药，缓解高热不适症状。对于惊厥患儿，组员需要将患儿头部偏向一侧，勿按压肢体，及时清理呼吸道分泌物，恢复呼吸道通畅，降低窒息、误吸风险。此外，还需要监测患儿生命体征，对缺氧患儿进行氧疗支持，保障机体氧利用需求，避免病情加重。第五，出院方面护理。在出院前，组员需要留好患儿及其家属联系方式，在其许可下组建微信群，以此保障出院后护患互通有无；每周在微信群推送小儿急性高热惊厥相关知识文章，让患儿家属参考学习，增强护理能力，以便归家后更好的服务患儿，促进患儿康复；定期进行电话随访，了解患儿恢复情况，纠正不规范护理内容，叮嘱回院复查时间，提升护理服务质量。

1.3 观察指标

对两组纳入研究患儿护理后的高热消退时间、惊厥好转时间、住院时长、遵医行为评分、护理满意度、并发症发生率进行统计。

（1）遵医行为评分：包括用药遵医行为、饮食遵医行为等，评估工具为本次研究自拟评分标准，值域下至0分，值域上至100分，分值越高表示护理后遵医行为越好。

（2）护理满意度：评估工具为本次研究自拟调查问卷，值域介于90分到100分之间即很满意，值域介于70分到89分之间即较满意，值域介于0分到69分之间即不满意。护理满意度（%）=很满意（%）+较满意（%）。

（3）并发症发生率：包括皮肤损伤、牙齿脱落、窒息、关节脱臼等，并发症发生率=皮肤损伤（%）+牙齿脱落（%）+窒息（%）+关节脱臼（%）。

1.4 统计学分析

对两组数据采用统计软件SPSS23.0进行检测，其中高热消退时间

符合正态分布,均采用(均数±标准差)表示,作t检验;护理满意度采用(n%)表示,作 χ^2 检验。两组数据进行对比后,组间对比差异性显著($P<0.05$)。

结果

2.1 对比两组纳入研究患儿护理后的高热消退时间、惊厥好转时间、住院时长

试验组患儿护理后的高热消退时间、惊厥好转时间、住院时长均短于参比组($P<0.05$),组间对比差异性显著。见表1。

表1 两组患儿护理后的高热消退时间、惊厥好转时间、住院时长对比
($\bar{x} \pm s$)

组别	例数(n)	高热消退时间 (h)	惊厥好转时间 (min)	住院时长(d)
试验组	27	18.75±4.24	2.63±0.49	6.22±1.27
参比组	27	27.66±5.31	5.38±0.84	8.99±2.15
t 值	-	6.8133	14.6939	5.7640
P 值	-	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 对比两组纳入研究患儿护理后的遵医行为评分

试验组患儿护理后的遵医行为评分高于参比组($P<0.05$),组间对比差异性显著。见表2。

表2 两组患儿护理后的遵医行为评分对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数(n)	用药遵医行为(分)	饮食遵医行为(分)
试验组	27	92.79±4.78	90.26±4.69
参比组	27	87.64±6.03	85.45±6.01
t 值	-	3.4777	3.2785
P 值	-	0.0010	0.0019

2.3 对比两组纳入研究患儿护理后的护理满意度

试验组患儿护理后的护理满意度高于参比组($P<0.05$),组间对比差异性显著。见表3。

表3 两组患儿护理后的护理满意度对比(n%)

组别	例数 (n)	很满意 (%)	较满意 (%)	不满意 (%)	护理满意度 (%)
试验组	27	14 (51.85)	12 (44.45)	1 (3.70)	26 (96.30)
参比组	27	9 (33.33)	10 (37.04)	8 (29.63)	19 (70.37)
χ^2 值	-	-	-	-	6.5333
P 值	-	-	-	-	0.0105

2.4 对比两组纳入研究患儿护理后的并发症发生率

试验组患儿护理后的皮肤损伤、牙齿脱落、窒息、关节脱臼分别有0例、0例、1例、0例,并发症发生率为3.70%。参比组患儿护理后的皮肤损伤、牙齿脱落、窒息、关节脱臼分别有4例、1例、1例、1例,并发症发生率为25.93%。两组患儿护理后的并发症发生率进行对比后, χ^2 值为5.2826, P值为0.0215($P<0.05$),组间对比差异性显著。

讨论

小儿急性高热惊厥属于儿科诊治范畴,具有起病急、病情重、进展快的特点^[9]。小儿因年龄较小,机体免疫系统发育不完善,机体对外界的抵抗力较弱,极易受多种因素感染而致病^[10-11]。典型症状有体温升高至38℃以上、双侧肢体全面性强直或阵挛发作、意识丧失等,降低患儿生存质量^[12]。在治疗的同时展开科学的护理方式有助于稳定患儿病情,巩固治疗效果,促进患儿恢复健康。基础护理模式虽通过记录患儿资料、评估患儿病情、科学摆放患儿体位、为患儿开放气道、指导治疗方法、叮嘱危险因素等进行护理,起到一定效果,但在认知方面和情绪方面有所欠缺,护理效果不佳。随着医疗水平不断提升,人们对小儿急性高热惊厥患儿护理效果的好坏关注度明显提升,基础护理模式已经不足以满足患儿康复需求,需

要寻找新的护理方式,提高护理效果^[13]。综合护理模式是一种理想的护理方式,通过成立综合护理小组,学习小儿急性高热惊厥相关知识,展开综合护理技巧培训,提升组员专业水平,保障护理服务质量。通过分析常见护理问题,完善护理方案,为日后工作作参考。通过展开综合护理,包括认知方面护理、情绪方面护理、环境方面护理、症状方面护理、出院方面护理等内容,有效增强相关认知,维持良好心态,提高遵医行为,减轻不适症状,促进患儿康复出院,护理价值较高^[14]。

本研究表明,试验组患儿护理后的高热消退时间、惊厥好转时间、住院时长均短于参比组($P<0.05$),组间对比差异性显著,说明与基础护理模式相比,应用综合护理模式能够促进患儿退热,缩短惊厥好转时间,加速患儿康复出院,缩短康复进程。试验组患儿护理后的用药遵医行为为(92.79±4.78)分、饮食遵医行为为(90.26±4.69)分均高于参比组($P<0.05$),组间对比差异性显著,说明与基础护理模式相比,应用综合护理模式能够提高患儿饮食遵医行为,增强患儿用药配合度,保障治疗效果,利于患儿病情恢复。试验组患儿护理后的护理满意度为96.30%高于参比组的70.37%($P<0.05$),组间对比差异性显著,说明与基础护理模式相比,应用综合护理模式能够提升护理服务质量,且获得患儿及其家属的认可,护理意义较好。试验组患儿护理后的并发症发生率为3.70%低于参比组的25.93%($P<0.05$),组间对比差异性显著,说明与基础护理模式相比,应用综合护理模式能够减少并发症发生风险,提高护理安全性,保障患儿稳定恢复健康状态。

综上所述,对小儿急性高热惊厥患儿应用综合护理模式的效果较好,能够缓解患儿相关症状,提升遵医行为,促进患儿康复出院,提高护理服务质量,降低并发症发生率,推荐使用。

参考文献:

- [1]左丽细,吴雪玉,王宝娥.家庭延续性护理在小儿急性高热惊厥干预中的效果分析[J].中外医学研究,2020,18(8):84-86.
- [2]宋玉英.细致化护理干预在小儿急性高热惊厥中的应用效果观察[J].中国药物与临床,2021,21(9):1637-1639.
- [3]艾菁.延续性护理对急性小儿高热惊厥临床效果的影响[J].中国药物与临床,2021,21(8):1411-1412.
- [4]李莉.综合护理干预在小儿急性高热惊厥中的临床应用[J].中国保健营养,2019,29(7):148-149.
- [5]尤晓燕.综合护理对小儿急性高热惊厥的作用[J].中国卫生标准管理,2019,10(6):118-120.
- [6]安利.延续性护理干预对急诊患儿高热惊厥的影响[J].国际护理学杂志,2019,38(13):2030-2032.
- [7]许阿妮.探析全程绿色通道护理在急诊小儿高热惊厥中的应用意义[J].中国社区医师,2021,37(15):153-154.
- [8]张艳红,马淑梅.全程绿色通道护理在急诊小儿高热惊厥中的临床效果评价[J].家有孕宝,2020,2(7):5.
- [9]郭俊清,李欢欢,韩琳,等.小儿急性高热惊厥应用综合护理模式的效果评估[J].中华养生保健,2021,39(8):98-100.
- [10]马巧.小儿急性高热惊厥的危险因素分析及护理管理研究[J].中国卫生产业,2019,16(7):38-39.
- [11]韩芳芳.综合护理在小儿急性高热惊厥临床护理中的应用效果探讨[J].中国医药指南,2021,19(21):8-10.
- [12]李珂,徐慧娟,吴莹莹,等.综合护理在小儿急性高热惊厥临床护理中的应用效果观察[J].临床医药实践,2019,28(8):632-634.
- [13]张雪.细致化护理在小儿急性高热惊厥的应用效果分析[J].四川解剖学杂志,2020,28(1):175-176.
- [14]储冬梅.综合护理在小儿急性高热惊厥临床护理中的应用价值分析[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(60):111-112.

探讨优质护理服务模式在骨科人工关节置换术中的应用价值

丁妮荣 孙咪 (通讯作者)

陕西省西安市阎良区人民医院 陕西西安 710089

摘要:目的:探讨优质护理服务模式在骨科人工关节置换术中的应用价值。方法 以我院于2018年12月至2020年5月收治的100例骨科人工关节置换患者为研究对象,将其以每组50例分为对照组与观察组,对照组患者采用基础护理,观察组患者采用优质护理服务模式。观察比较两组护理效果、患者护理满意度、患者髋关节功能(以Harris髋关节评分表评估)、日常生活能力(以Barthel评分评估)、生活质量(以GQOLI-74量表评估)。结果 观察组并发症发生例数少于对照组,护理效果明显优于对照组($P<0.05$),观察组护理满意评分优秀率80%明显高于对照组58%($P<0.05$);观察组Harris评分、Barthel评分均高于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义,提示观察组患者髋关节功能及日常生活能力较强;观察组物质生活状态、社会功能、心理功能及躯体功能评分均高于对照组,对比 $P<0.05$,差异有统计学意义。结论 优质护理服务模式可有效改善患者生活质量,缓解患者术后疼痛提高患者术后舒适度,并在获得患者高度认可的同时提高护理效果,促进患者髋关节功能及日常生活能力的恢复,应用效果显著,具有推广意义。

关键词:优质护理;服务模式;骨科人工关节置换;应用价值

人工关节置换常应用于人体关节功能恢复,是提高创伤性关节炎与类风湿性关节炎患者行动能力的重要手段。然而术后不良反应如出血、血脂、血栓形成等,术后感染极有可能引起神经损伤^[1]。常规护理缺乏针对性,对于患者个体差异性的分析深度不够,导致护理措施缺乏有效性。随着医学进展,临床护理也愈发受到关注,护理方案的优化为患者预后改善创造了有利条件。优质护理服务模式意在从“以患者为中心”的护理理念出发,缓解患者术后疼痛,促进患者术后恢复,在临床中应用方法也较为丰富,因患者病情差异其护理方案也存有差异^[2]。为进一步优化人工关节置换术应用流程,本文选取我院100例对症患者研究优质护理服务在人工关节置换术中的应用价值,现整理资料如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

以我院于2018年12月至2020年5月收治的100例骨科人工关节置换患者为研究对象,其中30例类风湿性关节炎、35例创伤性关节炎、35例骨性关节炎,将其以每组50例分为对照组与观察组。对照组男性患者占40%,女性患者占60%,年龄在26~65岁之间,平均年龄(45.21±2.45)岁之间,对照组男性患者占70%,女性患者占30%,年龄在25~66岁之间,平均年龄(45.71±2.65)岁之间。两组在年龄、性别以及病情上对比无明显差异,不影响实验最终结果($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组:术前准备好手术必需品,术中配合医生完成手术,术后结合护理标准与患者基本需求进行常规护理,具体方法如下:

(1)健康教育:术前、术后均对患者行疾病相关健康教育,强调术前相关准备事宜及术后恢复注意事项;

(2)常规环境护理:保持病房整洁干净,并调整好病房环境温度、湿度,避免患者发生感冒及其它不良事件。

观察组:采用优质护理,内容如下:

(1)术前准备专业化:术前在对照组的基础上引入患者心理抚慰,提升医患配合度。同时,确认患者出凝血时间,配合医生减少手术失误^[2]。针对心血管病史,应关注患者心电图,确保患者身体情况符合手术要求,降低不良事件发生率。最重要的是,需做好患处清洁,降低感染风险。

(2)术后精细护理:密切注意患者体征变化,生命体征的测量工作应保持在1次/h,分析患者血压情况,一旦发现异常情况,便立即通知医

生,预防不明并发症发生^[3]。在患者昏迷期间,需做好各方面的清洁工作,保持病房温度与湿度适宜,同时,也要注意患者局部身体的清洁,全方位降低感染风险^[4]。当患者处于清醒状态时,则应加强对患者饮食的护理,结合患者情况制定一份饮食计划表,并将食物与功能一一对应。

(3)全面化护理:对患者资料进行整理,分析患者术后可能出现的问题,从各个角度提升患者恢复速度。基于此,可适当的对患者进行健康教育,具体从关节炎疾病常识及自我护理内容等方面进行,同时注意监督患者进行康复训练包括踝关节、足趾屈伸训练等,并与患者家属进行沟通,在患者恢复期间给予充分鼓励;

(4)并发症护理:针对术后发生风险较高的并发症进行预防,如患者卧床期间可通过更换体位预防压疮,通过定期冲洗尿路预防膀胱感染;同时评估患者皮肤状况予以美皮康敷料对受压部位进行保护,此外坠积性肺炎、深静脉血栓等并发症需尤为关注,期间需综合评估患者各项情况采取对应护理措施,如定时按摩患者下肢促进血液循环、促进排痰降低坠积性肺炎发生率等。

(4)出院指导及延续性护理融入:评估患者情况给予出院指导,将相关事宜装订成册发放给患者,并叮嘱患者按时复查,患者出院后定期对患者进行随访,以延续性护理提高护理质量,解答患者相关疑问。

1.3 观察指标

(1)护理效果:患者疼痛缓解时间、住院时间以及并发症发生情况;

(2)护理满意等级优秀率:百分制,优等(90~100),中等(70~90),一般(60~70),差等(0~60),护理满意等级优秀率=(优等+中等)/总例数×%;(3)髋关节功能:以Harris髋关节评分表对患者髋关节功能进行评价,满分100分,分数越高表示患者髋关节功能恢复效果越好;(4)日常生活能力:以Barthel评分对患者进行日常生活能力评估,满分100分,分数越高表示患者日常生活能力越强;(5)生活质量:以GQOLI-74量表对患者生活质量进行对比。

1.4 统计学方法

对患者的各部分资料以SPSS21.0进行统计学分析,计数资料(护理满意度、术后并发症)“%”采用 χ^2 检验,计量资料(疼痛缓解时间、住院时间、髋关节功能、日常生活能力、生活质量)“ $\bar{x} \pm s$ ”采用t检验,数据差异具有统计学意义以 $P<0.05$ 表示,反之以 $P>0.05$ 表示。

2 结果

2.1 护理效果

在护理过程中发现, 观察组患者疼痛缓解时间及住院时间要短于对照组 ($P<0.05$), 不良情况发生率, 如术后出血、感染等, 观察组的控制情况也显著优于对照组 ($P<0.05$), 具体情况见表 1。

表 1 两组护理效果统计对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	疼痛缓解时间 /d	住院时间/d	术后并发症 /[n(%)]
观察组 (n=50)	1.72 $\pm$ 0.23	13.79 $\pm$ 4.92	2(4.00)
对照组 (n=50)	2.82 $\pm$ 0.17	19.21 $\pm$ 5.12	16(32.00)
T/ χ^2	28.4319	5.3973	13.2791
P	0.0000	0.0000	0.0002

2.2 护理满意度

由于在心理护理上以及生理护理细节化的加强, 观察组 50 例中未出现差等评分, 而对照组中出现 9 例差等评分, 总的来说, 观察组护理满意度要高于对照组 ($P<0.05$)。详情见表 2。

表 2 护理满意度对比 [n(%)]

组别	优等	中等	一般	差等	优秀率
观察组 (n=50)	35	5	10	0	40(80.00)
对照组 (n=50)	19	10	22	9	29(58.00)
χ^2					5.6568
P					0.0173

2.3 髌关节功能及日常生活能力

如表 3 所示, 观察组 Harris 评分、Barthel 评分均高于对照组, $P<0.05$, 差异具有统计学意义, 提示观察组患者髌关节功能及日常生活能力较强。

表 3 两组患者 Harris 评分和 Barthel 评分对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	Harris 评分	Barthel 评分
观察组 (n=50)	90.65 $\pm$ 5.27	91.66 $\pm$ 2.54
对照组 (n=50)	82.71 $\pm$ 5.66	83.32 $\pm$ 2.32
T	7.259	17.143
P	0.000	0.000

2.4 两组患者生活质量对比

如表 4 所示, 观察组物质生活状态、社会功能、心理功能及躯体功能评分均高于对照组, 对比 $P<0.05$, 差异有统计学意义。

表 4 两组患者 GQOLI-74 量表对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	物质生活状态	社会功能	心理功能	躯体功能
观察组 (n=50)	27.45 $\pm$ 2.19	28.77 $\pm$ 2.15	55.34 $\pm$ 3.71	33.34 $\pm$ 1.82
对照组 (n=50)	24.11 $\pm$ 2.54	23.21 $\pm$ 2.71	47.11 $\pm$ 3.65	25.64 $\pm$ 2.17
T	7.042	11.365	11.182	19.224
P	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

本研究 100 例患者中, 共出现 18 例术后不良事件, 对照组 16 例, 占总不良事件的 88.89%, 观察组 2 例, 占 11.11%。不良事件的发生对患者恢复情况具有一定影响, 其中因素较为复杂, 是术后难以避免的问题, 就

本实验 100 例患者而言, 经优质护理, 不良事件发生率降低了 77.11%, 随着样本数量的增大, 其对应患者数目也会随之增长, 可见优质护理具有其自身临床价值。而从护理满意度来看, 经优质护理的观察组无一差评, 优等评价数目也远远高于行常规护理的对照组。分析护理过程, 可得出以下经验:

(1) 进行心理护理时, 护理人员务必从患者性格出发, 动静结合。这一点的实施需要护理人员把握术前时间, 与患者建立良好护患关系。术前, 患者精神状态相对较好, 术后患者处于恢复期, 身体与精神状态都较为虚弱, 如沟通不当, 极有可能让患者感到不耐烦, 医患配合度也会受到影响^[7]。

(2) 进行生理护理时, 需细心体恤患者身体上的不便, 如术后患者可能需要卧床一段时间, 对此, 护理人员可最大限度地帮助患者更换卧位, 避免长期卧床带来生理上及心理上的问题。

同时, 从患者术后髌关节恢复、日常生活能力及生活质量上看, 优质护理服务模式的应用价值是值得肯定的。究其原因在于优质护理服务模式将“以患者为中心”的护理理念贯彻至整个护理流程, 在提升护理专业性的同时融入人性化护理^[9]。在护理流程中, 专业性与人性化通常难以兼顾, 严格来讲在为患者提供护理服务时, 一项优质的护理服务需确保每一项护理操作都达到最高标准, 这需要护患相互配合才能完成。而部分患者受各方面因素影响治疗依从性较低对于相关操作难以理解继而对于干预措施产生抵抗心理, 同时护理人员自身也存在一些问题, 这就导致整个护理流程都处于较为消极氛围当中。因此, 在确保专业性的同时, 人性化护理融入是十分有必要的, 以最大限度争取患者配合^[10]。在该研究中, 人性化的服务体现在对患者术后疼痛的理解、对患者经济压力的充分考虑以及对患者恢复锻炼保持充足耐心。例如, 常规护理的心理护理通常是与健康教育并行, 在这期间侧重不同则可能忽视患者心理上的需求。优质护理服务理念则将心理护理落到实处, 切实解决困扰患者的问题, 从患者心理压力的根源出发给予患者心理支持^[11]。如患者因经济压力而出现焦虑情绪, 而通过优质护理服务模式的应用, 患者住院天数明显减少, 相应地, 住院费用也有所降低, 切实解决了患者在经济上的压力。同时也考虑到患者家属对患者心理的影响, 在护理期间, 护理人员通过与患者家属的积极沟通, 可让患者从家属处获得更有力的心理支持, 有利于患者治疗积极性提升^[12]。在此前提下, 患者术后恢复效果也会得到提升, 具体体现为患者日常生活能力提升及生活质量改善。

参考文献:

- [1]古丽白热木·艾肯.优质护理服务模式在骨科人工关节置换术患者中的应用价值研究[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19(22):221,224.
- [2]王雅婧,张耀文.骨科人工关节置换术患者应用优质护理服务模式的效果分析[J].吉林医学,2019,40(9):2140-2141.
- [3]梁琳,王妍.优质护理服务模式在骨科人工关节置换患者护理中应用[J].医学美学美容,2020,29(20):190.
- [4]WU XIN-YU, WANG YANG, SUN ZHI-LING, et al. Experimental study on the effect of different moxibustion durations on rats with rheumatoid arthritis[J]. Journal of Acupuncture and Tuina Science, 2017, 15(3):177-183.
- of Acupuncture and Tuina Science, 2019, 17(5):305-311.

炎琥宁治疗小儿毛细支气管炎的临床效果评价

蔡星霞

广东省湛江市廉江市妇幼保健院 药剂科 524400

摘要：目的：探讨炎琥宁治疗小儿毛细支气管炎的临床效果。方法：将我院 2018 年 1 月-2019 年 1 月小儿毛细支气管炎患儿 100 例，随机分组，对照组采取常规抗病毒等对症治疗，研究组常规抗病毒等对症治疗基础上给予炎琥宁治疗。比较两组小儿毛细支气管炎疗效；患儿阵发性咳嗽、心率增快、肺部喘鸣音、喘憋、气促消失时间；治疗前后患儿高敏 C 反应蛋白、白介素-6 水平、降钙素原水平、肿瘤坏死因子- α 。结果：研究组小儿毛细支气管炎疗效高于对照组，患儿阵发性咳嗽、心率增快、肺部喘鸣音、喘憋、气促消失时间短于对照组，高敏 C 反应蛋白、白介素-6 水平、降钙素原水平、肿瘤坏死因子- α 低于对照组， $P < 0.05$ 。结论：常规抗病毒等对症治疗基础上给予炎琥宁治疗小儿毛细支气管炎效果良好，相对于常规抗病毒等对症治疗，患儿症状消退更快，可控制炎症，值得推广。

关键词：炎琥宁；小儿毛细支气管炎；临床效果

毛细支气管炎是一种病毒感染的疾病，其特点是急性炎症，水肿，上皮细胞坏死，粘液分泌增加，支气管痉挛。主要表现为流鼻涕，咳嗽，喘息，呼吸急促，肺部罗音，吸气时下胸腔凹陷，鼻翼摆动。RSV 是最常见的病原，90% 的婴儿和儿童在 2 岁以下时都会受到 RSV 的感染，大约 40% 会发展成下呼吸道感染。反复感染是因为 RSV 感染后，人体无法形成持久的、持久的免疫系统。其它病毒，例如人偏肺病毒 (hMPV)，毛细支气管炎还可以由流感病毒、腺病毒、副流感病毒引起。临床上以喘憋为主要症状，是小儿常见病。本研究将我院 2018 年 1 月-2019 年 1 月小儿毛细支气管炎患儿 100 例，随机分组，对照组采取常规抗病毒等对症治疗，研究组常规抗病毒等对症治疗基础上给予炎琥宁治疗。比较两组小儿毛细支气管炎疗效；患儿阵发性咳嗽、心率增快、肺部喘鸣音、喘憋、气促消失时间；治疗前后患儿高敏 C 反应蛋白、白介素-6 水平、降钙素原水平、肿瘤坏死因子- α ；治疗相关不良反应，分析了炎琥宁治疗小儿毛细支气管炎的临床效果，如下。

1 资料与方法

1.1 资料

纳入我院 2018 年 1 月-2019 年 1 月小儿毛细支气管炎患儿 100 例，随机分组，其中，对照组男女分别 27 例和 23 例，年龄 2 个月~2 岁，平均是 (11.52±0.61) 个月。小儿毛细支气管炎患病时间 2-7 天，平均 (5.12±0.21) 天。

研究组男女分别 28 例和 22 例，年龄 2 个月~2 岁，平均是 (11.41±0.45) 个月。小儿毛细支气管炎患病时间 2-7 天，平均 (5.13±0.25) 天。

对照组、研究组资料 P 大于 0.05。所有患者都达到了毛细支气管炎的诊断标准，全部病例均被确诊为毛细支气管炎，住院之前都进行了 X 光和实验室检查，符合中华医学会 2003 年关于毛细支气管炎的诊断标准。全部病例均出现咳嗽、喘憋、气促及肺颤等症，排除呼吸衰竭、心力衰竭等主要器官功能疾病、先天性支气管肺发育不良的儿童。排除先天性心脏病、支气管肺发育不良、佝偻病、支气管异物、贫血等疾病的患儿，将合并严重的心、脑、肾损害、其他肺部病变的患儿排除。

两组儿童的年龄、病情等均无显著差异，且有可比性。

1.2 方法

所有患者均给予退热和祛痰、吸氧、抗感染等基础治疗。

对照组的患儿当中，给予对症治疗。(1) 对于实验室检查确诊为病毒感染，给予利巴韦林静脉点滴，确定为单纯细菌感染给予头孢类抗生素治疗，合并感染者同时滴注抗生素治疗；出现合并症者同时给予对症治疗，缓解并发症。(2) γ -干扰素 4 万 U/次+2ml 生理盐水，每日 2 次雾化。

(3) 布地奈德 0.5mg+2ml 生理盐水，每日两次雾化。(4) 酚妥拉明 0.3~0.5mg/kg，每日 2 次静点。(5) 氧疗。目前儿童急性毛细支气管炎的主要方法就是氧疗，一般采用鼻导管给氧、头罩给氧、高流量鼻导管给氧、机械通气等。对于有中度重度症状的儿童，可以通过高流量的鼻导管给氧，增加加温加湿的空气来防止呼吸道黏膜的干燥，同时也能减少呼气末二氧化碳的浓度和呼吸频率。

研究组在以上基础治疗同时给予炎琥宁，20mg/次，加生理盐水 20ml 稀释后运用超声雾化器雾化，1 次/d。

两组均治疗 1 周。

1.3 指标

比较两组小儿毛细支气管炎疗效；患儿阵发性咳嗽、心率增快、肺部喘鸣音、喘憋、气促消失时间；治疗前后患儿高敏 C 反应蛋白、白介素-6 水平、降钙素原水平、肿瘤坏死因子- α 。

显效：治疗 1 周阵发性咳嗽、心率增快、肺部喘鸣音、喘憋、气促消失，实验室指标检查恢复正常，恢复正常体温；有效：治疗 1 周阵发性咳嗽、心率增快、肺部喘鸣音、喘憋、气促等症体征等改善 50% 以上，实验室指标检查改善；无效：疾病改善的程度低于 50%，实验室指标检查结果无明显改善。总有效率=显效率、有效率之和^[1]。

1.4 统计学处理

SPSS24.0 软件统计相关数据，计数 χ^2 检验，计量 t 检验， $P < 0.05$ 说明有统计学意义。

2 结果

2.1 两组的治疗效果

研究组总有效率是 98%，远高于对照组 76%， $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组治疗效果比较[例数 (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	50	14	24	12	38(76.00)
研究组	50	33	16	1	49(98.00)
χ^2					8.589
P					0.001

2.2 高敏 C 反应蛋白、白介素-6 水平、降钙素原水平、肿瘤坏死因子- α 治疗前对照组、研究组高敏 C 反应蛋白、白介素-6 水平、降钙素原水平、肿瘤坏死因子- α 比较， $P > 0.05$ ；治疗后研究组高敏 C 反应蛋白、白介素-6 水平、降钙素原水平、肿瘤坏死因子- α 改善程度大于对照组相应指标改善幅度， $P < 0.05$ 。如表 2

表 2 治疗前后高敏 C 反应蛋白、白介素-6 水平、降钙素原水平、肿瘤坏死

因子-α 比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时 期	肿瘤坏死因子-α (ng/ml)	高敏 C 反应蛋白 (mg/L)	白介素-6 (pg/mL)	血清降钙素原 (μg/L)
研究组	50	治 疗 前	3.71±0.34	13.25±3.01	162.12±16.01	6.12±2.51
		治 疗 后	1.52±0.21	7.12±1.02	61.34±2.16	1.24±0.11
	50	治 疗 前	3.74±0.31	13.34±3.21	162.55±16.42	6.16±2.52
对照组		治 疗 后	2.45±0.22	9.13±1.56	121.41±2.11	4.12±0.24

2.3 患儿阵发性咳嗽、心率增快、肺部喘鸣音、喘憋、气促消失时间

研究组患儿阵发性咳嗽、心率增快、肺部喘鸣音、喘憋、气促消失时间优于对照组相应的指标, $P < 0.05$, 见表 3。

表 3 两组患儿阵发性咳嗽、心率增快、肺部喘鸣音、喘憋、气促消失时间比较 ($\bar{x} \pm s$, d)

组别	例数	阵发性咳嗽消失的时间	心率增快消失的时间	肺部喘鸣音消失的时间	喘憋消失的时间	气促消失的时间
对照组	50	5.73±0.33	5.71±0.31	7.24±2.41	4.81±0.34	3.12±1.01
观察组	50	4.21±0.01	3.01±0.12	5.28±1.40	2.61±0.22	2.21±0.21
t		6.421	6.965	8.134	5.421	5.321
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

毛细支气管炎是小儿下呼吸道感染的一种常见疾病, 病原以呼吸道合胞病毒为主, 主要表现为急性炎症、水肿、上皮细胞坏死、粘液分泌增加、支气管痉挛。儿童在发病初期会出现明显的呼吸困难, 严重时会出现呼气、心衰等情况, 因此在儿童发病后要立即就医^[2]。

毛细支气管炎大多预后较好, 病程 5~9 天, 咳嗽 2~3 天即可恢复, 但要注意, 患有毛细支气管炎的儿童很可能会有哮喘。根据儿童毛细支气管炎的全国性流行病学调查, 跟踪随访, 发现儿童哮喘患者中 20%~40%会发展成为儿童, 应加强预防, 降低哮喘发病率。毛细支气管炎是由于呼吸道合胞病毒和副流感病毒所致, 病灶主要侵犯的是直径 75-300 μm 的毛细支气管, 粘液分泌增多, 细胞破坏, 纤维素堵塞。肺不张、肺气肿主要表现为上皮细胞坏死和支气管周边淋巴细胞浸润^[3-4]。

近年研究表明, 儿童毛细支气管炎气道的急性炎症变化与儿童哮喘发作期的气道炎症变化相似, 治疗上应采取对症、综合治疗, 主要有改善呼吸、吸氧、增加空气湿度、加强呼吸道护理、止咳化痰、镇静平喘、纠酸抗心衰等。同时, 结合具体案例, 采用常规疗法, 达到良好的临床疗效^[5-6]。在常规治疗当中, 需要维持气道通畅, 因气道粘膜分泌物增多, 细胞破坏, 纤维素堵塞, 肺不张、肺气肿多见, 因此, 气道的畅通非常重要, 不仅可

以减少阻塞性呼吸困难, 而且可以提高雾化吸入的作用。另外还需要应用干扰素, 干扰素是一种广泛的抗病毒药物, 它的抗病毒作用已得到了验证^[7-8]。外源干扰素能够提高儿童的免疫力, 抑制合胞病毒的传播, 从而使儿童的病情得到改善和康复。布地奈德是一种具有抗感染、抗过敏、抑制白三烯、前列腺素等物质的分泌、抑制气管炎症反应的非甾体糖皮质激素, 两者结合, 可直接作用于病灶, 具有操作简单、局部浓度高、见效快、降低全身副作用、易于接受、经济实用等优点。而酚妥拉明是一种 α-受体阻断剂, 具有扩大周围小动脉、改善肺微循环、促进肺内罗音吸收、增强肺通气、换气等作用。常规综合对症治疗方法可改善患者的病情, 降低患者的并发症, 但部分患儿经治疗后效果仍然欠佳^[9-10]。

炎琥宁注射液是一种用于上呼吸道感染的中药萃取物, 是由穿心莲内酯加工而成的中药穿心莲注射液。穿心莲内酯对病毒的抑制效果较好, 经处理后的炎琥宁也有较好的抗病毒效果。炎琥宁对毛细支气管炎的儿童有快速的控制体温、促进循环、增强免疫力的功效, 同时还能刺激人体的免疫系统, 让更多的中性粒细胞进入患者的体内, 达到抗病毒的目的^[11]。

本研究显示, 研究组小儿毛细支气管炎疗效高于对照组, 患儿阵发性咳嗽、心率增快、肺部喘鸣音、喘憋、气促消失时间短于对照组, 高敏 C 反应蛋白、白介素-6 水平、降钙素原水平、肿瘤坏死因子-α 低于对照组, $P < 0.05$ 。

综上所述, 常规抗病毒等对症治疗基础上给予炎琥宁治疗小儿毛细支气管炎效果良好, 相对于常规抗病毒等对症治疗, 患儿症状消退更快, 可控制炎症, 值得推广。

参考文献:

[1]郝琨,李媛媛,宋文,杨美,赵明,路苓. 槐杞黄颗粒对毛细支气管炎后气道炎症的干预作用[J]. 中国基层医药,2022,29(04):486-489.

[2]郭磊,丁效国,杨丽,莎德·哈西,黄蓉. 过氧化氢酶基因多态性与婴幼儿呼吸道合胞病毒感染毛细支气管炎易感性的关联[J]. 中华医院感染学杂志,2022,(05):775-778.

[3]呼旭东,贺金娥,高海亮. 无创吸痰联合雾化吸入治疗小儿毛细支气管炎的临床效果[J]. 临床医学研究与实践,2022,7(08):81-84.

[4]朱志杰. 妥洛特罗贴剂联合异丙托溴铵、吸入用布地奈德混悬液治疗毛细支气管炎患儿的效果观察[J]. 医学理论与实践,2022,35(05):826-828.

[5]陈国金,张志博,陈国光. 毛细支气管炎患儿血清中 LTB4、CCL11 的表达及临床意义[J]. 中国医学创新,2022,19(07):127-130.

[6]左权杰,张芷铭,舒成仁. 布地奈德联合维生素 K₃ 注射液治疗小儿毛细支气管炎的效果观察及对炎症因子的影响[J]. 检验医学与临床,2022,19(04):473-476.

[7]徐迎春,李北方,张志刚. 白三烯受体调节剂对 RSV 感染性毛细支气管炎患儿 T 淋巴细胞亚群的影响[J]. 检验医学与临床,2022,19(04):504-507+512.

[8]王晓敏,张迎春,姚国晋. 胡成群教授应用中医理论辨治小儿急性毛细支气管炎(痰热闭肺型)的临床经验[J]. 时珍国医国药,2022,33(02):484-485.

[9]汪廉,孙明月,彭万胜. 毛细支气管炎患儿血清 IL-35、Th2 类细胞因子水平变化及其意义[J]. 山东医药,2022,62(03):20-24.

[10]陈海兵. 毛细支气管炎婴幼儿 T 淋巴细胞亚群、25 羟基维生素 D 水平分析[J]. 中国卫生检验杂志,2022,32(02):201-204.

[11]Mitting RB,Peshimam N,Lillie J. 有创机械通气治疗急性病毒性毛细支气管炎: 回顾性多中心队列研究[J]. 中国小儿急救医学,2022,29(01):32-32.

优质护理对促进康复科癫痫患者康复的效果研究

曹光莲

临沂市交通医院康复科 山东临沂 276000

摘要：目的：分析优质护理干预模式应用于康复科对促进康复科癫痫患者康复的临床应用效果。方法：随机选取 2018 年 2 月-2019 年 8 月期间在我院康复科接受治疗的癫痫患者 94 例做为研究对象并进行分组对比研究，分组办法为数字随机法，其中采取常规护理干预的为对照组（n=47），采取优质护理干预的为研究组（n=47），比较两组患者护理前后癫痫发作次数、每次持续时间、焦虑情绪自评量表评分（SAS）、抑郁情绪自评量表评分（SDS）以及各项生活质量评分结果。结果：护理前，两组患者癫痫发作次数、每次发作时持续时间、SAS 评分结果、SDS 评分结果以及各项生活质量评分结果对比均无明显差异，（ $P>0.05$ ），护理后，研究组患者癫痫发作次数以及每次发作持续时间明显比对照组要少（短），SAS 评分结果、SDS 评分结果明显比对照组要低，各项生活质量评分结果明显比对照组要高，（ $P<0.05$ ）。结论：优质护理模式应用于康复科癫痫患者的临床护理过程中，可有效缓解患者癫痫发作的频次、改善其负面情绪、提升其生活质量，临床具有较高应用价值。

关键词：癫痫；康复科；康复；负面情绪；发作频次；生活质量

癫痫是康复科中较为常见的一种神经系统病变，该病的主要发病原因即是其脑神经元的异常放电导致的脑功能失调，其主要表现特征即为反复的癫痫发作，目前对于此病的主要控制办法即为长期、系统的药物控制，同时减少外界不良因素对患者的刺激^[1]。有研究称，此类患者在接受治疗的过程中通过科学的护理干预可有效的减少其发病次数以及发作时间，同时还有利于改善患者因此病导致的焦虑、抑郁等负面情绪，进而提升其生活质量^[2]。基于此观点，本次研究将我院 2018 年 2 月-2019 年 8 月期间收治的此病患者抽取了 94 例并进行随机分组，对不同小组采取了不同的护理干预，目的即在于分析优质护理模式对促进此病患者康复方面的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究起止时间为 2018 年 2 月-2019 年 8 月，共计抽取了 94 例患者做为研究对象，均为此时间段内在我院康复科接受治疗的癫痫患者，并以数字随机法将其平均分成对照组（n=47）和研究组（n=47）两组，对照组患者年龄在 18-39 岁之间，平均年龄为（30.17±3.53）岁，男女患者分别为 21 例（44.68%）和 26 例（55.32%），患者病程介于 1-5 年之间，平均病程为（3.03±1.05）年。研究组患者年龄在 18-42 岁之间，平均年龄为（30.46±3.61）岁，男女患者分别为 24 例（51.06%）和 23 例（48.94%），患者病程介于 1-6 年之间，平均病程为（3.29±1.12）年。两组患者一般资料经统计学软件分析后可知差异不具有统计学意义，（ $P>0.05$ ），组间数据具有可比性。纳入标准：（1）患者无认知功能障碍、意识清楚，能够正常交流。（2）患者本人及其家属对本次研究内容知情并自愿加入此次研究。（3）患者均无精神疾病且智力水平正常。排除标准：（1）患有严重心、肝、肺、肾功能衰竭的患者。（2）聋哑人群无法正常交流者。（3）患有严重内分泌系统病变者（4）恶性肿瘤患者。

1.2 方法

对对照组患者开展常规护理干预，即在其入院后发放健康教育手册，为患者提供饮食、用药指导，为患者提供简单的心理疏导，在其出院前叮嘱其日常注意事项并叮嘱按时复诊。对研究组患者则开展优质护理干预，具体护理内容如下：（1）患者入院时护理人员应热情接待并帮助患者妥善安置，收集患者相关资料以及疾病详情，对其各项生命体征进行检测，向患者介绍病区环境以消除患者的陌生感，同时对患者开展癫痫疾病相关的健康知识宣讲，对患者及家属的问题予以耐心解答，评估患者的心理状态^[3]。（2）为患者营造良好的住院环境，保持夜间患者能够得到充分的休息，若为失眠严重的患者可在遵医嘱的前提下为其提供适量的安眠药物以帮助其睡眠，室内温、湿度适宜、每日更换床上用品。（3）叮嘱患者合理饮食，避免食用刺激性强的食物、避免饮用可致神经兴奋的饮料，应以营

养丰富且易消化的饮食为主^[4]。（4）此病患者较为敏感且易受到外界刺激，因此应加强病房环境安全性的管理，以确保患者不会因为疾病发作出现自残等行为，同时也需要确保患者不能伤及他人^[5]。（5）对患者的心理及情感状态加强了解，对其焦虑、恐惧、抑郁等情绪应及时予以安抚，同时鼓励加家属多予以患者情感上的支持以提高患者治疗的信心以及依从性。（6）为患者进行详细的用药指导，告知其服用方法、用量、注意事项等，同时向其讲解严格遵从医嘱用药对促进其康复的重要作用。（7）在患者出院前对其进行出院指导，告知其日常生活中需要注意的事项、饮食以及用药等，叮嘱其按时复诊的重要性，同时尽量避免接受对患者产生刺激的事或物。每个月组织患者通过茶话会的方式进行一次交流，鼓励康复效果好的患者积极分享其康复经验以帮助其他病友尽快康复，同时建立战胜病魔的信心。此外，还需指导患者及家属如何应对突发状况。

1.3 观察指标

两组患者均进行为期三个月的随访，记录并比较两组患者护理前、后 3 个月癫痫的发作次数、每次发作持续时间。利用焦虑（SAS）自评量表对患者的焦虑情绪进行评估，该量表共计 20 个条目，每个条目的评分范围均为 1-4 分，4 分代表几乎全部时间均有此种症状，3 分代表极大多数时间均有此种症状，2 分代表只有少数时间有此种症状，1 分代表极少有此种症状或无此症状。得分总和×1.25 即为该量表的实际得分，分值越高提示其焦虑的症状越重。利用抑郁（SDS）自评量表对患者的抑郁情绪进行评估，评分办法及标准与 SAS 评分相一致，分值越高时提示其抑郁的症状越重。利用《美国癫痫患者生活质量评估量表-31（QOLIE-31）》对患者的生活质量进行评估，该量表共计 8（生活质量、社会功能、发作担忧、精力/疲劳、认知功能、药物影响、情绪健康、总健康）个项目，每项评分范围均为 0-50 分，分值越高提示该项的生活质量越好。

1.4 统计学方法

利用 SPSS24.0 统计学软件进行数据处理；资料描述：计量资料为（ $\bar{x} \pm s$ ），发作次数、每次发作持续时间、SAS 评分、SDS 评分以及各项 QOLIE-31 评分结果均利用 t 进行检验，计数资料为（n%），当 $P<0.05$ 时提示结果具有统计学意义。

2 结果

2.1 护理前后两组患者癫痫发作次数及每次发作持续时间对比。

护理前，两组患者 3 个月内癫痫发作次数以及每次发作持续时间对比均无明显差异，（ $P>0.05$ ），护理后，研究组 3 个月内癫痫发作次数明显比对照组少，每次发作持续时间明显比对照组短，（ $P<0.05$ ），见表 1：

表 1：护理前后两组患者癫痫发作次数及每次发作持续时间对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

分组	n	发作次数（次）	每次发作持续时间（min）
----	---	---------	---------------

		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	47	3.19±0.26	2.35±0.74	27.85±3.04	17.32±1.54
研究组	47	3.28±0.37	0.83±0.12	28.01±3.19	10.06±1.13
<i>t</i>		1.364	13.900	0.248	26.057
<i>P</i>		0.175	0.000	0.804	0.000

2.2 护理前后两组患者 SAS、SDS 评分结果对比。

护理前, 两组患者 SAS 评分结果以及 SDS 评分结果对比差异均不明显, ($P>0.05$), 护理后, 研究组患者 SAS、SDS 评分结果均明显比对照组低, ($P<0.05$), 见表 2:

表 2: 护理前后两组患者 SAS、SDS 评分结果对比[($\bar{x}\pm s$), 分]表 3: 护理前后两组患者生活质量评分结果对比[($\bar{x}\pm s$), 分]

项目	治疗前		<i>t/P</i>	治疗后		<i>t/P</i>
	对照组	研究组		对照组	研究组	
生活质量	22.03±2.96	21.35±.81	1.142/0.256	30.42±3.35	41.86±2.54	18.655/0.000
发作担忧	21.76±3.15	21.48±3.22	0.426/0.671	30.55±3.63	40.87±2.69	15.659/0.000
情绪健康	32.33±4.16	32.18±4.04	0.177/0.859	41.54±3.27	45.35±2.66	6.196/0.000
精力/疲劳	29.79±3.41	29.63±3.28	0.231/0.817	34.53±2.86	40.72±2.70	10.789/0.000
药物影响	22.54±3.29	22.32±3.61	0.308/0.758	33.25±3.57	40.04±2.83	10.218/0.000
认知功能	29.66±3.45	29.03±3.72	0.851/0.396	34.73±2.51	41.89±2.16	14.823/0.000
社会功能	3.67±3.42	33.58±3.16	0.132/0.894	40.76±2.35	44.53±2.11	8.183/0.000
总体健康	35.47±2.04	35.19±2.21	0.638/0.524	42.18±2.32	46.29±1.76	9.675/0.000

3 讨论

癫痫病的发作前不可预测, 此病患者极易受到外界的刺激而引起发作, 而且发作时患者对自身行为一般情况下无法控制, 可能对自身身体安全或是他人安全造成不同程度的威胁^[6], 因此在其治疗期间应予以优质的护理以减少患者接触到可刺激其疾病发作的相关事物, 减轻患者及家属心理方面的负担以及不良情绪, 使其能够正确面对此病, 积极的配合治疗, 最终实现减少发作次数、缩短发病时间、提高生活质量的目的^[7]。

目前来讲, 此病仍极难根治, 因此患者需要长时间服用药物来控制其病情的发展, 同时接受科学、系统的治疗才能进一步控制其反复发作^[8]。有研究称, 在治疗期间, 配合优质的护理模式, 通过对患者开展精心照护、督促其遵从医嘱用药等方式可有效促进其康复^[9]。本次研究中我们对研究组患者开展了优质的护理干预, 从研究结果上可以见到, 该组患者护理后的癫痫发作次数以及每次发作时的持续时间均明显下降, 而且患者的焦虑、抑郁等负面情绪也得到了明显的改善, 生活质量亦得到了显著的提升, ($P<0.05$)。说明了对此病患者实施优质护理可有效促进其康复。分析其原因: (1) 通过对患者以及家属开展癫痫疾病相关的健康宣教, 使患者、家属对此病均有了正确的认知, 同时了解到了积极配合治疗对控制病情发展、减少癫痫发作的重要意义^[10]。(2) 通过心理干预可改善患者因担心疾病反复发作以及担心其他人对自己的异样看法所产生的焦虑和抑郁等不良情绪, 能够以积极的心态正确看待自身疾病, 同时也能够树立乐观的心态, 这样不仅有利于提高患者治疗过程中的依从性, 而且当患者再次受到外界因素刺激时也能良好的进行自控, 有利于促进其康复。(3) 出院后的电话/微信随访也可以极时了解患者的康复情况, 同时对其日常生活中可诱发癫痫发作的诱因以及错误行为进行指出并纠正, 有利于减少其发作的风险。同时若遇到紧急情况时护理工作人员也可通过电话、视频的方式对其家属进行紧急指导, 降低了患者突然发作时导致的安全风险。(4) 茶话会的形式可将癫痫患者聚集在一起相互交流经验, 减轻心理负担、树立积极治疗的信念。

分组	n	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	47	59.32±4.24	51.74±3.18	60.57±3.55	50.89±4.45
研究组	47	59.88±4.56	40.36±4.23	61.04±3.68	40.22±3.17
<i>t</i>		0.616	14.742	0.630	13.388
<i>P</i>		0.539	0.000	0.530	0.000

2.3 护理前后两组患者生活质量评分结果对比。

护理前, 两组患者各项生活质量评分结果对比均无明显差异, ($P>0.05$), 护理后, 研究组患者各项生活质量评分结果均明显高于对照组, ($P<0.05$), 见表 3:

表 3: 护理前后两组患者生活质量评分结果对比[($\bar{x}\pm s$), 分]

项目	治疗前		<i>t/P</i>	治疗后		<i>t/P</i>
	对照组	研究组		对照组	研究组	
生活质量	22.03±2.96	21.35±.81	1.142/0.256	30.42±3.35	41.86±2.54	18.655/0.000
发作担忧	21.76±3.15	21.48±3.22	0.426/0.671	30.55±3.63	40.87±2.69	15.659/0.000
情绪健康	32.33±4.16	32.18±4.04	0.177/0.859	41.54±3.27	45.35±2.66	6.196/0.000
精力/疲劳	29.79±3.41	29.63±3.28	0.231/0.817	34.53±2.86	40.72±2.70	10.789/0.000
药物影响	22.54±3.29	22.32±3.61	0.308/0.758	33.25±3.57	40.04±2.83	10.218/0.000
认知功能	29.66±3.45	29.03±3.72	0.851/0.396	34.73±2.51	41.89±2.16	14.823/0.000
社会功能	3.67±3.42	33.58±3.16	0.132/0.894	40.76±2.35	44.53±2.11	8.183/0.000
总体健康	35.47±2.04	35.19±2.21	0.638/0.524	42.18±2.32	46.29±1.76	9.675/0.000

综上所述, 癫痫疾病治疗难度大、易复发, 给患者身心健康都造成了较大的影响, 此病患者接受系统治疗的同时对其采取优质护理干预可以显著减少患者癫痫发作的次数以及每次发作时持续的时间, 改善患者因此病导致的负面情绪, 提高患者日常生活质量, 可见临床应用价值较高, 值得推广应用。

参考文献:

- [1]徐朝霞, 董湘萍, 景艳红, 等. 优质护理联合随访护理对癫痫患者康复、负面情绪及生活质量的影响研究[J]. 中国全科医学, 2019, (2):202-205.
- [2]王姗姗. 综合护理对癫痫患者生活质量、焦虑抑郁状况的影响研究[J]. 中医学报, 2019(2):248-249.
- [3]王建华. 护理干预对成人癫痫患者自我效能及生活质量与焦虑抑郁状况的影响[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(10):1816-1817.
- [4]周华丽莹. 综合护理对成人癫痫病人生活质量、焦虑抑郁情况的影响研究[J]. 湖南中医药大学学报, 2018, 38(1):1207.
- [5]许琼, 李娜, 吕南南. 综合护理干预模式在小儿癫痫患者护理中的应用效果分析[J]. 贵州医药, 2019, 43(9):1487-1488.
- [6]吕莎莎, 刘丽, 李文艳. 健康教育干预提高小儿癫痫患者护理满意度及疾病知晓率的效果分析[J]. 贵州医药, 2019, 43(4):666-668.
- [7]张艳玲. 健康教育对小儿癫痫患者生活能力和康复效果的影响观察[J]. 贵州医药, 2021, 45(2):326-328.
- [8]孙丽娟, 柏丽萍. 癫痫患者治疗依从性的影响因素及护理对策[J]. 海南医学, 2019, 30(10):1355-1357.
- [9]蒋建波, 赵建法, 易飞, 等. 认知康复训练对难治性癫痫患者认知功能改善的对照研究[J]. 国际精神病学杂志, 2018, 45(5):904-906.
- [10]崔玉枝, 王艾虹, 姜燕. 优质护理模式对癫痫患者病情康复的影响[J]. 贵州医药, 2021, 45(8):3139-3140.

医院督查服务工作的 SWOT 分析及改进对策

孙小妹

北京市房山区卫生健康委员会 102488

摘要：督查服务是医院办公室的一项重要职能，也是推动决策实施的重要措施之一，更是抓好工作落实的必要手段和重要环节。做好督查服务工作，能够有效提升医院医疗质量，优化医院服务流程，增强患者就医满意度。本文结合医院实际特点，通过 SWOT 分析法对医院督查服务工作进行梳理，并以此提出针对性的改进策略。

关键词：医院；督查；SWOT 分析；对策

面对当前复杂的医疗环境形势和越来越高的工作要求，医院督查服务工作的重要性有了进一步显现。做好督办工作，提高管理效能，确保医院政令畅通，决策落实到位，是医院行政办公室的重要职责之一^[1]。督查服务，不仅在于督办，还要注重服务，为临床服务，为患者服务。高质量的督查服务工作，能够切实保障工作有序有效开展。本文通过对医院督查服务工作进行 SWOT 分析，明晰其内外部影响因素，对于以后的发展有着重要意义。

一、医院督查服务工作的内部条件（S、W）分析

1.1 自身优势（S）分析

一是机构设置完整。医院设有专门的督查机构——督查室，人员构成和岗位职能明确，配有政治思想先进、工作作风严谨、业务能力突出的工作人员负责。二是工作流程规范。建有一套系统的标准化工作流程，主要分为登记、拟办、承办、反馈、催办、归档六个环节。三是职责清晰。责任主体、责任内容明确，为工作有落实、责任有人担提供了保障。健全的工作机制，是开展医院督查服务工作的根本所在，既明确了责任划分，又增加了工作的规范性、严肃性和透明度，大大提升了工作效能。

1.2 自身劣势（W）分析

一是医院科室繁多，督查涉及领域广。医院设有行政管理、后勤保障、临床医技等多个部门，工作涉及人员范围广，层次不一，情况较为复杂，给予督查服务工作增加了一定的难度，要想做到面面俱到，需要督查人员有更高的业务要求。二是督查服务工作方式单一。对于工作部署贯彻落实情况的督查，多是以发通知、等结果方式进行，没有充分利用医院内部办公系统优势，发挥网上督办过程可追溯、督办流转更快捷等作用。三是督查服务工作容易出现重布置、轻落实的情况。工作缺少现场检查指导，对后续落实情况没有持续跟进，前紧后松，影响督查效果。

二、医院督查服务工作的外部条件（O、T）分析

2.1 机会（O）分析

领导重视，督查具有权威性。督查服务工作是发挥管理效能的直接体现，出发点是抓好决策部署落实，是领导职能的进一步延伸。在工作开展中，领导是关键，是定决策、抓落实的主体，领导的重视和支持，有效增加了督查工作的政治性和权威性，为工作开展提供了坚强有力的组织保障。

2.2 威胁（T）分析

一是主动反馈意识不够强。在医院督查服务工作中，有的承办部门未能严格按照要求及时反馈阶段处理情况，存在办理结果不合要求或延误时间的现象。有的承办部门对事项进展情况掌握不够充分、精准，导致工作落实大打折扣。对于一些涉及部门多、困难大的事项，横向沟通不足，导致督查成效深受影响。二是长效管理不足。医院督查服务工作是一项系统工作，不是临时性的，有时会出现“头痛医头、脚痛医脚”的现象，容易造成不断整治却又反复回潮的局面。

改进对策

3.1 明确督查内容，提升督查工作针对性

医院督查工作涉及较多内容，每项督查任务的重点、时限不同，由此要区分各项任务的重要程度和必要程度，针对性地开展工作。一是督查工作要常态化。对医院党委会、院长办公会以及经院领导审批的上级文件等日常工作实施督查，重要会议、重要事项、重要文件等决策部署也属于督查工作重点内容，需要在日常工作中紧抓不懈。在工作开展中，要根据实际情况及时制定督查计划并有步骤地推进，跟踪了解文件执行与工作进展情况并准确反馈，对决策落实中的重难点问题和关键环节要一抓到底。督查人员要将落实作为工作起点和终点，在督查过程中将效率和质量放在重要地位，形成严谨高效的督查工作运行机制。二是督查工作要跟踪化。要对医院不同阶段工作进行重点跟踪，由院领导班子与职能部门负责人组成行政查房小组，每周前往临床科室检查各项管理工作，如科室基础设施配备、人才培养、科室建设、阶段性重点工作与保障环节落实情况。认真聆听临床意见反馈，督促职能科室协调解决。每月以不定期形式开展护理或行风等医疗联合督查行动，同时组建督查小组，由院领导、护理部、党委办公室、医务处等不同部门人员参与其中。在节假日等重要时间、重要节点，由院领导带领职能科室，开展党风、行风、医疗安全、消防安全等督查，要立行立改，解决不了的问题要制定整改措施，按时整改。三是督查工作要针对化。医院督查工作重点即服务于临床科室，解决临床科室相关需求，督查职能科室是否有效落实各项工作。在督查过程中，不能面面俱到，要围绕医院医疗质量、业务发展、学科建设、队伍建设等重点工作，分清层次关系。另外要注重患者满意度，以患者需求为出发点，开展督查工作。比如定期深入临床科室，发放患者满意度调查问卷，查看患者征求意见建议本，及时汇总意见建议，督促相关科室整改。各个部门负责人要严格落实，及时将整改情况汇报督查室。

3.2 梳理完善制度流程，构建标准化规范化督查服务体系。

制度，为医院督查服务工作的开展提供了行为依据，规范化的工作程序，科学化的管理办法，对医院督查服务工作起着重要的作用。做深做实医院督查服务工作，需要一套完善的规章制度和规范流程。一是结合医院工作实际，总结以往督查服务工作经验，查找不足，分析研究符合自身实际的督查服务制度体系，进行补充完善，做到任务量化、时限具体化、责任明确化，形成更加规范的工作体系，使医院督查服务工作有章可循、有据可依。二是结合责任制和网格化管理，按照“交必办、办必果、果必报”的工作要求，以目标管理为抓手，下大力气抓紧抓好工作落实，实时跟踪进展情况，及时催办紧急重大事项，确保每项决策落地见效，每件事情都有结果。三是完善督查服务工作考评体系，关于责任追究和奖惩等方面，积极推广先进典型，借鉴优秀做法；对办理不认真或者拒绝服从督查意见的，严格责任追究，提高督查力度。四是细化督查制度，医院办公室作为

连接内外纽带,在开展督查工作时需要其他部门给予高度配合。严格遵守精、细、准、严等要求开展督查工作,每个环节都要体现精心,每个细节都要展现精细,实现高效精细督查工作。具体从以下方面着手,①拟办:对督查文件实施精确分类,提升工作效率。确定事项后对其登记,充分了解背景资料,提出主协办部门与办理意见并将其报送至领导审阅。②立项:对督查信息内容给予准确把握,细化督查工作要求。医院办公室需遵循一事一单原则开具《督办通知单》,明确责任科室及相关要求,标出交办事项与完成截止日期等各项信息。③承办:完成任务时遵循高标准与要求。其中责任科室接到办公室发送的通知单后需高质高效的完成督查事项。④反馈:实时掌握准确信息并合理调整。医院办公室在日常工作中需实时掌握督办信息,责任科室则需积极主动反馈重要事项、特殊事项等进度,并及时将重要与特殊事项上报至医院领导。⑤办结:严格把控事项完成质量。医院办公室需严格审查办结事项,若与要求不符则需退回科室要求重办或补办,明确指出问题所在,符合要求则上报至领导审阅,确定办结。⑥催办:节点细化,进展控制。医院办公室需对督办事项主要控制节点进行细化,按照要求和标准检查事项完成进度,针对未能按时完成的需结合实际情况重新制定完成日期,对无故非按期完成的需开具整改通知并给予处罚。⑦归档:准确分类,便于查找。医院办公室需分类整理督查材料,根据档案管理要求与标准进行整理存档。

3.3 创新工作思路手段,强化督查服务工作能力和质量。

创新督查服务工作方法,要从医院实际出发,紧紧围绕医院重点工作完成情况、前勤科室实际需求及解决群众困难等方面,激发工作动力,高质量完成工作。一是在督查服务的基础上,进行协调指导。开展工作时,涉及多个科室部门的,需明确第一责任主体,出现分歧时,做好协调工作。强调分工,突出合作,形成合力,推动落实。二是在实地督查听取情况介绍、查阅相关资料的基础上,采取信息化督查。充分借助医院内网及微信工作群,及时提醒承办部门,动态追踪事项落实情况,使督查服务工作更加快捷。督查工作旨在将领导思想与正确政策转至具体实践,了解医院各个科室在落实各项工作时存在问题并及时指导。所以,督查人员自身需具备一定知识,积极学习新理论、新知识、新技能。由于督查人员在工作中面对的是不同科室、不同领域的人员,需不断提升沟通技巧,正确面对督查中存在的问题并督促科室解决,严谨且细心地处理各种关系,提升督查工作水平。三是建立医院督查服务工作台账,量化任务清单,实时记载工作进展情况,及时发现问题,提出整改措施,有效提高督查服务工作质量效率。四是加强行风督查,促进优质服务。行风建设是医院精神文明建设重要组成,也是促进医院深化改革不可缺少的途径。所以,医院办公室需加强行风督查。例如督查组采取问卷调查形式开展行风建设督查工作,对全院临床、行政职能科室开展行风建设专项走访,围绕工作人员是否接受患者及其亲友物品、“红包”与宴请,工作时间是否脱岗以及廉洁自律、医疗行业“九不准”等情况展开。与此同时,督查组还可采取现场督查与患者调查相结合的方式,不提前告知,直接前往科室,通过一看、二问、三查对全院各科室实施督查,现场督查分别从劳动纪律、环境秩序、服务态度、精神面貌、廉洁行医等方面评分;患者调查则从环境设施、服务态度、医疗质量、医疗技术水平、护理服务、人文关怀、医疗费用、治疗效果等方面进行评分,督查组经过汇总得出分值,并通过反馈会等形式反馈各部门,提出指导性意见,进一步发挥督查职能作用。

此外,还需保障投诉渠道畅通。医院督查室对接诉即办等全院各个部门、不同层级投诉进行督查,根据投诉类别再将其转至相关职能科室,健

全完善分转、反馈、办结登记等一系列工作。在对接诉即办工作督查时,要坚持以问题为导向,着力解决群众诉求,建立以病人为中心的投诉接待处理模式,形成院领导亲自督办、督查室推进督办、职能业务部门相互配合的工作格局,定期召开接诉即办工单调度会、分析会,对所有投诉工单定期汇总、分析,及时发现医疗服务管理漏洞,督查整改措施落实情况。在医院门诊急诊大厅张贴院内投诉电话、投诉处理流程,便于患者能及时反映问题,也促使医院及时了解患者需求并给予高效解决。与此同时,在住院部护士站、门诊诊区显著区域张贴院内投诉电话,便于患者及时反映自身诉求并对医务人员诊疗行为进行监督。此外,针对患者满意度采取合适方式,例如借助信息化技术调查满意度,运用医院网站与微信等创新调研方式,提升满意度调查效率。

3.4 紧盯目标把握重点,确保督查服务工作成效明显。

医院涉及部门多,人员层次广,督查服务工作任务重。要统筹谋划,把握好督查督办工作中的轻重缓急、分清主次,对日常性工作实施常规性督办,对关键性工作实施重点督办,对全局性工作实施特别督办,增强督查督办工作的灵活性、指导性和主动性[2]。要提高督查服务的精准度,做到督大事、督实事、督难事,对于医院中心工作、事关全局及群众反映的热点难点问题,要着重督办,及时跟踪催办,深入查找原因,科学分析,为领导合理决策提供依据,进而妥善解决问题,确保医院督查服务工作及时、全面、规范、严格,落到实处、督出实效。

3.5 突出服务职能,切中需求,发挥督查服务“指挥棒”作用。

督查不仅为领导决策落实服务,还为基层科室、职工服务。前勤科室是医院重要的组成部分,是医院的窗口,是体现医疗质量和医疗服务的一面镜子。在开展督查服务工作中,要以督查为手段,以服务为核心,深入前勤一线,现场了解科室工作开展情况及实际困难,深入病房面对面听取患者意见建议,及时向有关部门提出反馈意见,督促有关部门能解决的及时解决,暂不能解决的,向督查室说明原因,提出方案,确保工作见效,服务到位。

四、小结

做好新形势下医院督查服务工作,对于保障医院工作有序进行起着非常重要的作用,要加强对督查服务工作重要性的认识,求真务实,不流于形式,积极探索督查规律,总结过往经验,借鉴优秀做法,创新用好督查手段,提升督查服务工作的影响力,为医院健康持续发展提供保障。

参考文献:

- [1]傅铭,何琦.完善督办制度提高医院办公室工作效率[J].中医药管理杂志,2006,14(007):12-14.
- [2]李武.浅谈督查督办对提高企业管理水平的重要性[J].企业文化旬刊,2016,000(001):122,145.
- [3]张静雯.以党建为引领 促进督查工作提质增效[N].石家庄日报,2022-03-26(004).
- [4]李奕,袁柏春,吕翼,易晖,张玉,汪宏波.公立医院党组织专项督查模式[J].解放军医院管理杂志,2021,28(04):389-390.
- [5]俞丽芳,俞雪静,汪静,朱志浩.质控科现场督查对改善医院管理水平的作用[J].中医药管理杂志,2021,29(07):203-204.
- [6]吕明慧,朱星梅,于珈,阮景昊,夏瑾瑜,陈玲.质量督查员岗位助力医院质量管理成效[J].现代医院管理,2021,19(01):38-41.
- [7]周俊辉,孙慧敏,黄文莉.分时段日督查模式在武汉方舱医院护理质量管理中的应用[J].中国护理管理,2020,20(09):1362-1364.

血流感染患者金黄色葡萄球菌的耐药监测及临床分析

韦凤省 韦梓言

河池市第三人民医院检验科 广西河池 547000

摘要：目的：探讨观察血流感染患者金黄色葡萄球菌的耐药监测及临床特点。方法：2017年5月到2020年12月，本院共收治38例金黄色葡萄球菌诱发的血流感染患者，汇总患者的病历资料、检查结果，统计耐甲氧西林金葡菌(MRSA)与甲氧西林敏感金葡菌(MSSA)患者的药敏结果，并进行比较分析。结果：38例血流感染患者均检出金黄色葡萄球菌，总耐药情况如下，青霉素耐药性是97.37%，四环素耐药性是55.26%；利奈唑胺、米诺环素、复方新诺明、万古霉素耐药性是0.00%。38例患者中，MRSA患者10例，占26.32%、MSSA患者28例，占73.68%。MRSA患者的苯唑西林、头孢西丁、青霉素耐药性是100.00%，阿奇霉素、克林霉素、红霉素、耐药性是80.00%；MSSA患者的青霉素、四环素耐药性分别是96.43%、50.00%，苯唑西林、头孢西丁、利奈唑胺、米诺环素、复方新诺明、万古霉素耐药性均是0.00%。38例患者的好转率是73.68%，其中MSSA患者的好转率82.14%大于MRSA患者50.00%，MSSA患者的未愈率17.86%小于MRSA的患者50.00% ($P < 0.05$)；MSSA患者、MRSA患者的死亡率均为0.00%，比较无差异 ($P > 0.05$)。结论：金黄色葡萄球菌所致血流感染发生后积极进行血培养及药敏试验，明确致病菌实际类型与抗生素耐药情况，准确的、针对性的选择药物进行治疗，无疑可提升治疗效果，改善患者的预后情况。

关键词：血流感染；金黄色葡萄球菌；耐药性；抗生素

血流感染是感染性疾病中最严重的一种，可诱发感染性休克、多脏器功能衰竭、弥散性血管内凝血等严重并发症，最终导致患者死亡^[1]。近年来我国血流感染发病率逐步升高，临床对该病的重视度逐步提升，有关血流感染的研究文献不断增多。从临床调查可发现，金黄色葡萄球菌是导致血流感染发生的主要病原菌之一，有耐甲氧西林金葡菌(MRSA)与甲氧西林敏感金葡菌(MSSA)两种^[2]。而金黄色葡萄球菌诱发的血流感染不仅发病率高，而且具有预后差与多重耐药等问题。相较于MSSA，MRSA是血流感染中治疗难度更高的一种，也是导致患者死亡的主要原因。为辅助临床提升金黄色葡萄球菌致血流感染的治疗效果，积极进行细菌检验与药敏试验，指导临床准确用药，对疾病转归有积极意义。本文选取2017年5月-2020年12月收治的38例金黄色葡萄球菌致血流感染患者为研究对象，统计患者的病原菌类型、药敏结果，报道内容如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2017年5月到2020年12月，本院共收治38例金黄色葡萄球菌诱发的血流感染患者。其中女性有6例，男性有32例；最小年龄22d，最大年龄76岁，平均年龄(54.78±5.01)岁。纳入标准：(1)完善体格检查、血常规检查与实验室检查等，且确诊感染性疾病，符合血流感染诊断标准患者；(2)可提供完整临床资料患者；(3)在院内完成各项检查患者，且检查结果具有较高可信度。排除标准：(1)重复菌株患者；(2)无完整临床资料患者；(3)无法完善各项检查患者。

血流感染诊断标准^[3]如下：至少有一次血液培养分离出金黄色葡萄球

菌，患者至少有以下一种症状、体征：(1)发热时，患者体温不小于38℃；(2)未发热时，患者体温小于36℃；(3)发生寒战与低血压(收缩压不超过90mmHg)。患者至少有以下一种实验室检查异常情况：(1)外周血白细胞计数超出正常水平；(2)中性粒细胞数量增多，或是核左移；(3)C反应蛋白水平升高或降钙素原水平升高。

1.2 方法

1.2.1 资料汇集

收集患者的病历资料，包含姓名、性别、年龄、入院时间、诊断结果、科室来源、实验室检查等。

1.2.2 临床检查

仪器与试剂：安图自动化血培养系统BC120(培养仪)、TDR-300BPLUS自动微生物分析系统。

检查流程：根据最新版《临床微生物室血培养操作规范》完成血培养标本采集工作和培养工作，然后通过安图自动化血培养系统BC120完成血培养，按照医院检验科细菌学检测继续之后的细菌检测工作，检出病原菌后将内容记录在册，方便后期统计。抗菌药物敏感性必须依据CLSI 2016年颁布的M100-S26文件。若对苯唑西林耐药，则将其纳入耐甲氧西林金葡菌(MRSA)中。若对苯唑西林敏感，则纳入甲氧西林敏感金葡菌(MSSA)中。

1.3 观察指标

(1)金黄色葡萄球菌的药敏结果，统计38例患者的药敏结果；(3)MRSA组、MSSA组的药敏结果，结合血培养结果、药敏结果将患者分为

MRSA 组与 MSSA 组，分别统计两组的药敏结果。(3) 疾病转归情况，病情转归评估标准^[4]如下，好转：患者的感染得到有效控制，且炎症水平大幅度下降，实验室指标显示明显改善。未愈：患者的感染并未得到有效控制，炎症水平与实验室指标无明显变化，部分患者病情加重。死亡：患者经治疗后，预后不良，最终死亡。

1.4 统计学方法

数据来源 WHONET，计数资料以例数、个数和百分率进行描述，结果采用 X²检验进行比较，显著性标准为 P<0.05 具有统计学意义。

2· 结果

2.1 血流感染患者的抗生素耐药情况分析

38 例血流感染患者均检出金黄色葡萄球菌，其中 MRSA 患者 10 例 (26.32%)，MSSA 患者 28 例 (73.68%)。患者均进行药敏试验，患者的青霉素、四环素耐药性较高；患者的利奈唑胺、米诺环素、复方新诺明、万古霉素耐药性为 0.00%。见表一。

表 1 血流感染患者的抗生素耐药情况 (n=38 例, n/%)

抗生素	株数与百分比
苯唑西林	10 (26.32%)
阿奇霉素	11 (28.94%)
氯霉素	6 (15.79%)
环丙沙星	4 (10.52%)
克林霉素	9 (23.68%)
红霉素	11 (28.94%)
头孢西丁	10 (26.32%)
加替沙星	1 (2.63%)
庆大霉素	3 (7.89%)
利奈唑胺	0 (0.00%)
洛美沙星	4 (10.53%)
莫西沙星	1 (2.63%)
米诺环素	0 (0.00%)
诺氟沙星	3 (7.89%)
青霉素	37 (97.37%)
利福平	3 (7.89%)
复方新诺明	0 (0.00%)
四环素	21 (55.26%)
万古霉素	0 (0.00%)

2.2 MRSA、MSSA 患者的抗生素耐药情况

MRSA 患者的苯唑西林、头孢西丁、青霉素耐药性均是 100.00%，阿奇霉素、克林霉素、红霉素、耐药性是 80.00%，四环素耐药性是 70.00%。

MSSA 患者的青霉素、四环素耐药性较高，分别是 96.43%、40.00%。见表二。

表 2 MRSA、MSSA 患者的抗生素耐药情况 (n/%)

抗生素	MRSA (n=10 例)	MSSA (n=28 例)
苯唑西林	10 (100.00%)	0 (0.00%)
阿奇霉素	8 (80.00%)	3 (10.71%)
氯霉素	4 (40.00%)	3 (10.71%)
环丙沙星	1 (10.00%)	3 (10.71%)
克林霉素	8 (80.00%)	1 (3.57%)
红霉素	8 (80.00%)	3 (10.71%)
头孢西丁	10 (100.00%)	0 (0.00%)
加替沙星	0 (0.00%)	1 (3.57%)
庆大霉素	1 (10.00%)	2 (7.14%)
利奈唑胺	0 (0.00%)	0 (0.00%)
洛美沙星	1 (10.00%)	2 (7.14%)
莫西沙星	0 (0.00%)	1 (3.57%)
米诺环素	0 (0.00%)	0 (0.00%)
诺氟沙星	0 (0.00%)	3 (10.71%)
青霉素	10 (100.00%)	27 (96.43%)
利福平	1 (10.00%)	2 (7.14%)
复方新诺明	0 (0.00%)	0 (0.00%)
四环素	7 (70.00%)	14 (40.00%)
万古霉素	0 (0.00%)	0 (0.00%)

2.3 MRSA、MSSA 患者的预后情况

持续治疗 3d 后，38 例患者中有 28 例患者达到好转标准，有 10 例患者达到未愈标准，好转率是 73.68%，未愈率是 26.32%。其中 10 例 MRSA 患者中有 5 例患者达到好转标准，有 5 例患者达到未愈标准，无患者死亡，好转率是 50.00%，未愈率是 50.00%；28 例 MSSA 患者中有 23 例患者达到好转标准，有 5 例患者达到未愈标准，无患者死亡，好转率是 82.14%，未愈率是 17.86%；MSSA 患者的好转率大于 MRSA 患者，MSSA 患者的未愈率小于 MRSA 患者 (P<0.05)；MRSA 患者的死亡率与 MRSA 患者比较，无差异 (P>0.05)。

3· 讨论

伴随着器官移植技术、骨髓移植技术与侵袭性操作的实施，感染性疾病发生率日益升高。血流感染属于严重感染性疾病，也是临床常见感染，患者病情十分凶险，存在较高的生命威胁。该病属于严重全身性感染，包含败血症、菌血症两种。发病后患者的主要症状以发热、寒战、精神状态转变等为主^[5]。若患者病情严重，还伴有少尿、高乳酸血症、多脏器功能

衰竭、感染性休克等症状,最后对患者生命造成威胁。伴随着医疗水平的逐步提升,血流感染早期检出率日益升高,鉴别诊断技术进一步更新。多数血流感染患者可在早期确诊,确诊后临床会结合患者病情提供针对性治疗,所以治疗效果较好,患者生存率升高。但伴随着肿瘤化疗、器官移植、侵入性诊疗以及免疫抑制等多种诊疗技术的应用,血流感染发生率日益升高。不同病原菌诱发的血流感染治疗方案也存在一定差异,明确常见诱发血流感染的致病菌与药敏结果,针对性应用药物治疗,改善病情转归情况,对临床有积极意义。

金黄色葡萄球菌属于诱发感染性疾病的常见致病菌,可诱发局部化脓性感染与全身性感染,还可诱发多发性脓肿、专业性感染、导管相关性感染、感染性心内膜炎以及感染性休克等严重感染性疾病^[6]。金黄色葡萄球菌可在医院感染、社区感染中普遍存在。我国卫生部的年度血流感染细菌构成及耐药性监测结果报道,金黄色葡萄球菌是导致血流感染的常见病原菌,其发病率在所有病原菌中排第四^[7]。血流感染是金黄色葡萄球菌诱发的感染性疾病之一,属于重症疾病,患者死亡率在 20%-40%左右^[8]。血流感染发病后,人体心排量逐步减少、心肌收缩力逐步减弱、血管通透性逐步升高,最终导致人体有效血容量减少,机体组织灌注不足,血压水平持续下降,微循环障碍形成。病情严重时,患者还会并发感染性休克发生,最终导致患者死亡。实验室检查表明,血流感染患者伴有不同程度的血流动力学变化,如内皮细胞损伤、血液高凝、血流速度缓慢,最终导致微血栓形成,诱发缺血性器官功能衰竭等并发症。临床认为,血流感染的致病菌耐药情况和治疗效果、预后情况息息相关。但从临床调查可发现,血流感染的致病菌类型较多,其中多重耐药致病菌比较常见,比较典型的是 MRSA。MRSA 最初于 1961 年被发现,伴随着抗生素合理应用现象的加重,MRSA 出现率日益升高。临床调查^[9]表明,MRSA 血流感染患者的死亡率达到 37.1%,明显高于 MSSA 血流感染患者的死亡率 13.51%。如何有效治疗 MRSA 患者,改善患者的预后情况,提升其存活率,成为临床重点研究问题。细菌培养无疑是有效辅助手段,可帮助临床第一时间明确血流感染致病菌的类型。若同时进行药敏试验,则可帮助临床及时明确金黄色葡萄球菌的抗生素耐药情况与敏感情况,有利于临床早期选择敏感抗生素治疗血流感染患者,改善患者的预后情况,提升患者生存率。

本文共计算 19 种常用抗生素的耐药性情况。本文纳入的 38 例患者耐药情况如下,青霉素耐药性是 97.37%、四环素耐药性是 55.26%;分组汇总药敏结果显示,MRSA 患者的苯唑西林、头孢西丁、青霉素耐药性是 100.00%;MSSA 患者的青霉素耐药性是 96.43%、四环素耐药性是 40.00%;MSSA、MRSA 患者的利奈唑胺、米诺环素、复方新诺明、万古霉素耐药性均为 0.00%,可见确诊患者疾病后可将利奈唑胺、米诺环素、复方

新诺明、万古霉素等作为首选抗生素,有效治疗患者疾病,但在无上述两种药物的情况下,复方新诺明可作为 MRSA 血流感染患者的次要选择,苯唑西林、利福平、莫西沙星、环丙沙星可作为 MSSA 血流感染患者的次要选择;MRSA 患者的预后情况差于 MSSA 患者,可见前者的治疗难度更高,更需临床继续研究分析,探讨更理想的治疗方案。但本文一共纳入金黄色葡萄球菌致血流感染患者 38 例,数量有限,所以研究内容存在一定局限性,还需临床扩大样本数量,进一步分析 MSSA、MRSA 的药敏区别,探讨 MSSA、MRSA 的科学治疗方案,提升患者的治疗效果,改善患者预后情况。

综上所述,积极调查金黄色葡萄球菌致血流感染患者的耐药情况,明确 MSSA、MRSA 患者数量,结合耐药情况为患者提供敏感性药物治疗,可提升治疗效果。但考虑到 MRSA 患者的治疗难度更大,还需结合药敏结果、实验室其他检查、临床症状以及既往经验,实施针对性治疗,改善患者的预后情况。

参考文献:

- [1]刘泉波,郑锐. 甲氧西林耐药金黄色葡萄球菌血流感染 41 例临床特征及发生危险因素分析[J]. 中国感染与化疗杂志,2021,21(4):388-393.
- [2]刘新光,崔玉娇,王毅,等. 金黄色葡萄球菌血流感染患儿近期预后影响因素及 mNAP、Presepsin、TREM-1 的预后预测价值[J]. 临床误诊误治,2021,34(8):65-69.
- [3]徐卫华,田克印,李小红,等. 儿童金黄色葡萄球菌血流感染临床特征及耐药分析[J]. 中山大学学报(医学科学版),2019,40(4):578-584.
- [4]卯建,任玉吉,单斌,等. 成人金黄色葡萄球菌血流感染 133 例的危险因素及预后分析[J]. 中国感染与化疗杂志,2019,19(4):345-350.
- [5]温伟洪,徐令清,李玉珍,等. 血流感染和皮肤软组织感染金黄色葡萄球菌耐药特征及多位点序列分型[J]. 中国感染与化疗杂志,2018,18(5):515-520.
- [6]苏冬梅,黄燕,刘一,等. 血培养阳性报警时间对金黄色葡萄球菌血流感染患者预后的预测价值[J]. 安徽医药,2018,22(5):839-842.
- [7]张燕,周晋,曹彤,等. 入住重症监护室的儿童与成年患者血流感染病原菌分布、耐药性、临床特点比较[J]. 山东医药,2021,61(12):19-22.
- [8]王淑慧,刘海英,林敏纯,等. 血培养阳性报警时间联合未成熟粒细胞及 C 反应蛋白鉴别儿童凝固酶阴性葡萄球菌血流感染与污染[J]. 中华实验和临床感染病杂志(电子版),2021,15(1):60-66.
- [9]朱京乐,冯婷婷,赵卫峰. 某院 193 例血流感染患者血液中分离出的葡萄球菌对不同抗菌药物的药敏结果分析[J]. 抗感染药学,2021,18(3):326-330.

基底节区脑出血患者早期血肿周围相对水肿体积与预后的相关性

吴彦涛

西安市高陵区医院 神经外科 陕西西安 710200

摘要：目的：探究基底节区脑出血患者早期血肿周围相对水肿体积（rPHE）与预后的相关性。方法：选取医院 2021 年 2 月-2022 年 2 月 90 例基底节区脑出血患者，对其录入院及发病 24 ~ 48 h 内血肿体积、血肿周围绝对水肿体积（PHEAV）与 rPHE 进行观察，采用 mRS 评分进行预后分组，以 mRS=3 节点为分组依据，低于 3 分为良好预后，高于 3 分不良预后，分析影响患者预后的因素。结果：90 例患者依据 mRS 评分，发现预后良好患者 79 例，占比 87.78%，不良预后患者 11 例，占比 12.22%。而且经过随访，发现随访过程中 1 名患者出现死亡，占比 1.11%；经过单因素分析，发现患者疾病预后情况与吸烟史、饮酒史、高血脂、NIHSS 评分、基线水平以及 24-48h 的血肿体积、rPHE 存在相关性（ $P<0.05$ ）；经多因素 Logistic 回归分析，发现患者疾病预后与 NIHSS 评分、血肿体积、rPHE 存在相关性，且属于独立性危险因素（ $P<0.05$ ）。结论：针对基底节区脑出血患者疾病预后的判断，可以依据血肿周围相对水肿体积进行判定，其数值越大患者预后情况越良好。

关键词：基底节区脑出血；血肿周围相对水肿体积；预后；相关性

基底节区脑出血是常见的脑出血类型，该种出血通常包括壳核出血、丘脑出血、脑干出血、脑桥出血，疾病发生严重影响患者身体健康，患者会存在意识障碍，肢体瘫痪，恶心，呕吐，眩晕以及抽搐等不良情况，出血部位的不同患者临床症状表现不同，该疾病具有较高的致死率以及致残率^[1]。临床中研究发出现出血后患者由于血肿周围水肿造成的神经元损伤具有不可逆性，关于血肿周围水肿的评价主要依据周围绝对水肿体积（PHEAV）与周围相对水肿体积（rPHE），以及 PHEAV 扩大存在重要关联，而目前针对基底节区脑出血患者疾病预后情况存在争议，这种争议尤其体现在 rPHE 指标的情况，为进一步保证基底节区脑出血患者疾病预后的有效性，需要加强关于 rPHE 研究，通过该数据的情况为患者临床疾病治疗方案制定提供依据^[2]。研究纳入 90 例基底节区脑出血患者（时间 2021 年 2 月-2022 年 2 月）基于 mRS 评分进行预后情况划分，观察良好预后以及不良预后之间的因素分析情况，内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取医院 2021 年 2 月-2022 年 2 月 90 例基底节区脑出血患者为此次研究对象，90 例患者中男性 56 例，女性 34 例，年龄 40-85 岁，平均年龄（56.48±4.44）岁，身高 160-170cm，平均身高（165.45±3.14）cm。诊断标准：符合《成人自发性脑出血处理指南——2007 年更新版》^[3]中相关疾病诊断。纳入标准：发病时间≤6h；年龄≥18 岁；无精神障碍性疾病；意识正常；同意临床医学观察。排除标准：严重精神障碍性疾病；入院后存在深度昏迷；短期内经受神经外科手术治：合并脑肿瘤以及动脉；凝血功能异常；心肾功能障碍；妊娠哺乳期女性；拒绝临床观察。

1.2 方法

对参与本次研究所有的患者进行基础资料收集，主要收集内容，包括患者性别，年龄，吸烟，饮酒，基础疾病（糖尿病，高血压，脑血管疾病），用药情况，血糖指标，NIHSS 评分情况。针对水肿体积评估：患者入院后立即为患者进行颅脑 CT 检查，以第 1 次 CT 血肿体积为基础，PHE 体积分别为基线水平 PHEAV、基线水平 rPHE，完成颅脑 CT 检查，由专业的具有丰富阅片经验的影像科医生对其进行测定评估。

1.3 观察指标

观察 90 例患者预后情况以及影响预后的单因素以及多因素。

1.4 统计学分析

以 SPSS23.0 软件行统计学处理，计数资料采用 χ^2 检验，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。以 Logistic 多因素回归分析独立影响因素。

2 结果

2.1 预后结果情况

90 例患者依据 mRS 评分，发现预后良好患者 79 例，占比 87.78%，不良预后患者 11 例，占比 12.22%。而且经过随访，发现随访过程中 1 名患者出现死亡，占比 1.11%。

2.2 但因素分析

经过但因素分析，发现患者疾病预后情况与吸烟史、饮酒史、高血脂、NIHSS 评分、基线水平以及 24-48h 的血肿体积、rPHE 存在相关性（ $P<0.05$ ），见表 1

表 1 单因素分析

相关因素		预后良好 (n=79)	不良预后 (n=11)	χ^2	P
性别	男	49(62.03)	7(8.86)	0.011	0.918
	女	30(27.73)	4(36.36)		
年龄	≤56 岁	42(53.16)	5(6.33)	0.230	0.631
	>56 岁	37(336.36)	6(54.55)		
吸烟史	否	61(77.22)	3(27.27)	12.621	<0.001
	是	17(21.52)	8(72.73)		
饮酒史	否	60(75.95)	4(36.36)	7.365	0.007
	是	19(24.05)	7(63.64)		
高血压	否	58(73.42)	6(54.55)	1.674	0.196
	是	21(26.58)	5(45.45)		
高血脂	否	56(70.89)	4(36.36)	5.178	0.023
	是	23(29.11)	7(63.64)		
糖尿病	否	60(75.95)	5(45.45)	4.476	0.034
	是	19(24.05)	6(54.55)		
NIHSS 评分		3.33±1.27	10.15±2.05	10.750	<0.001
基线水 平	血肿体 积	5.94±4.54	11.85±8.22	2.335	0.022
	PHEAV	5.20±5.01	5.94±4.70	0.485	0.629
	rPHE	0.95±0.84	0.45±0.21	4.395	<0.001
	血肿体 积	6.12±4.87	14.32±5.64	4.590	<0.001
24-48h	PHEAV	6.83±4.58	8.71±3.28	1.686	0.095
	rPHE	1.24±0.90	0.54±0.30	5.156	<0.001

2.2 多因素分析

经多因素 Logistic 回归分析,发现患者疾病预后与 NIHSS 评分、血肿体积、rPHE 存在相关性,且属于独立性危险因素 ($P<0.05$),见表 2

表 2 多因素 Logistic 回归分析

指标	β	SE	Wald	P	OR	OR 的 95%CI
吸烟史	1.012	0.449	5.505	0.068	2.115	1.002-5.986
饮酒史	1.251	0.584	8.734	0.095	3.051	1.025-9.851
高血脂	1.346	0.432	9.251	0.543	1.768	1.524-6.892
NIHSS 评分	1.273	0.467	1.397	0.217	4.328	1.006-8.763
血肿体积	0.132	0.526	0.071	0.012	5.133	1.001-6.987
rPHE	1.458	0.628	5.269	0.020	4.438	1.014-8.859

3 结论

3.1 流行病学分析

脑出血作为现阶段原发性非外伤性脑实质内出血,对患者的身体健康以及生活质量造成重要影响,疾病发生的严重程度与患者出血部位和出血量存在密切关联。据中国脑出血诊治指南中数据统计显示,我国脑出血疾病发生人群情况 12-15/10 万,而大部分脑出血均属于急性脑出血,具有较高的病死率以及致残率。基底节区出血是最为常见的脑出血发生位置,其中脑壳出血发生率占 50%-60%,这种情况下,患者临床症状和血肿的部位以及血肿量存在密切关联,如果患者出血量少可能存在运动障碍,如果患者出血量大,会造成患者在短时间内迅速昏迷。丘脑出血基底节出血的 24%,这一部位的出血会造成患者出现神经障碍偏瘫以及失语。尾状核头出血这种情况较为少见,疾病发生后,患者通常会存在恶心,呕吐,头痛等症状,无论是哪个部位发生出血,均会对患者脑神经功能造成影响,需要积极针对患者疾病治疗研究,但是现阶段针对基底节区脑出血患者疾病预后判断仍然存在争议,rPHE 在患者疾病预后中的价值目前没有充分证据支持,在此次研究中重点针对 rPHE 预后情况进行分析^[4]。

3.2 因素分析

本次研究中所有脑出血患者类型均为基底节出血为主,研究得出结论,患者 24-48h 内,rPHE 和血肿体积是导致患者疾病治疗后出现不良预后的重要性因素,而且通过对患者性别,年龄,血压,血脂,血糖,吸烟史以及饮酒史等相关因素进行预后观察,发现这些因素都不是造成患者出现不良预后的重要因素,而影响患者疾病预后的独立危险因素主要为患者 NISHH 评分以及血肿体积等。如果患者神经功能缺水严重,会造成患者疾病治疗后出现不良预后。此次研究中 90 例患者,其中男性与女性患者占比 1.6: 1,相较于女性患者,男性患者数量较多,依据大部分疾病预后的相关性因素,考虑造成基底节区脑出血患者不良预后与患者吸烟史以及饮酒史存在关联,但是此次研究结论将这一理论推翻。张安娜,肖娟,张媛^[5]等人在报道对患者的年龄情况进行统计,发现患者的平均年龄 (58.92±12.02) 与本次报道相符,而且学者在报道过程中,针对 90 天后患者不良预后进行研究,发现脑血肿体积<30ml,患者死亡率在 19%-40%,脑血肿体积≥30ml,其死亡率超过 46%,基底节区脑出血疾病发生后由于受到学生组织压迫易对脑组织结构产生破坏,这种情况对患者神经功能缺损产生严重影响,易造成占位效应,增加患者疾病发生后存在脑疝等概率。

通过多因素分析,针对基底节区脑出血患者早期,rPHE 可以作为患者疾病预后的预测因子,rPHE 数据越高患者疾病预后会越理想,如果该数据降低患者疾病预后较差。相关学者研究发现,如果患者疾病发生 72h,rPHE 指标可以作为预测性因素,分析原因,基底节区脑出血患者早期,患者血肿透过血脑屏障进而出现水肿,血浆随着胶体渗透压梯度逐渐渗透

到组织间隙,这种情况会造成血肿的扩大,对周围组织水肿情况产生影响,造成绝对水肿体积逐渐增加,因此 rPHE 越大,对于患者疾病预后越理想。而且目前 PHEAV 也对于疾病预后产生一定影响,如果患者疾病发生后血肿体积不超过 30ml,可以通过该指标判断患者疾病预后情况,如果患者血肿体积超过 30ml,不能通过 PHEAV 对患者疾病预后进行判断。这也是现阶段目前临床结果中不同研究存在不同结果的重要影响因素。此次研究结果发现基底节区脑出血患者良好预后以及不良预后患者的 PHEAV 数据并没有统计学意义,这一结果说明针对基底节区脑出血早期患者,并不能通过血肿周围绝对水肿体积判断患者疾病预后情况。而且本次研究中针对患者血糖指、标性别情况,年龄情况,血压情况等因素进行综合分析,发现这些因素并不能作为判断患者疾病预后的指标,导致这样的结果出现可能与此次研究过程中的样本选择数量减少以及出血部位较为特殊存在关联。

针对基底节区脑出血患者想要进一步保障疾病预后,除了需要开展有效救治之外,还需要积极加大患者疾病护理工作,在护理工作中重点针对可能存在影响患者预后的情况进行预防性护理,有效减少患者疾病治疗中不良情况发生,同时为患者开展饮食指导,生活指导,作息指导,用药指导以及情绪指导,通过这些指导方法以及相关的护理实践,使患者能够在疾病治疗后各项生理指标稳定,使临床疾病治疗更加具有安全性及有效性^[6]。

综上所述,基底节区脑出血患者早期 rPHE 可以预测患者疾病预后情况,该数值越大,患者疾病预后越理想。此次研究结果仅适用于早期患者,而且受到研究选举的数量影响,需要在今后临床研究中进一步扩大样本数量,保证研究结论的可说服力。

参考文献:

- [1]刘玄玺,陈相兵,吴云.脑出血患者出现早期血肿周围性水肿对预后的影响[J].浙江临床医学,2021,23(3):398-399,402.
- [2]王一芳,纪安妮,高继荣,等.早期高压氧治疗对未行血肿清除手术的基底节区脑出血患者预后的影响[J].中华航海医学与高气压医学杂志,2021,28(04):442-444,483.
- [3]Joseph Broderick,Sander Connolly,Edward Feldmann,Daniel Hanley,Carlos Kase,Derk Krieger,Marc Mayberg,Lewis Morgenstern,Christopher S.Ogilvy,Paul Vespa,Mario Zuccarello,王玉洁,刘娟,白璇,李新辉,孙虹,姚志成,张慧,牛英翔.成人自发性脑出血处理指南——2007 年更新版 美国心脏协会/美国卒中协会卒中委员会、高血压研究委员会、医疗质量和转归研究跨学科工作组指南 美国神经病学学会确认本指南作为神经科医生教学工具的价值[J].中华脑血管病杂志,2008(01):39-61.
- [4]宋永福,何升学,赵金兵,等.高血压性基底节区脑出血患者血清 S100 钙结合蛋白 B、神经特异性烯醇化酶水平对病情的评估及预后的预测价值[J].临床神经病学杂志,2020,33(01):17-21.
- [5]张安娜,肖娟,张媛,等.基底节区脑出血患者血肿周围相对水肿体积与预后的相关性[J].临床神经病学杂志,2018,31(05):328-331.
- [6]刘晶,王瑾,刘文艳,等.基底节区脑出血患者血肿周围相对水肿体积与预后的关系分析[J].健康必读,2020,(17):232.
- [7]艾波波.脑出血继发性水肿及血肿扩大治疗的临床研究进展.中西医结合心脑血管病杂志,2020,18(8):1250-1252
- [8][5]刘燕鸣,刘南,张嘉雄,等.微创颅内血肿外引流术对自发性脑出血周围水肿带的影响.中国伤残医学,2015,23(22):6-8
- [9]黄海常.不同术式对自发性幕上脑出血周围水肿带的观察.中国医药指南,2012(34):155-156

恩替卡韦联合安络化纤丸对乙型肝炎肝硬化患者血清生长激素、免疫功能影响

覃永红

广西桂平市人民医院 广西桂平 537200

摘要：目的：探讨恩替卡韦联合安络化纤丸治疗对乙型肝炎肝硬化患者生长激素（GH）及免疫功能影响。方法：以本院2013年至2019年期间收治的98例慢性乙型肝炎肝硬化患者为研究对象，对照组在对症治疗基础上给予口服恩替卡韦进行抗病毒治疗，观察组同时口服安络化纤丸，6个月后比较两组患者血清GH、T细胞水平及疗效。结果：相比于治疗前，治疗6个月后患者血清GH、CD8+水平均显著下降，其余亚群水平显著升高；相比于对照组，观察组显效率显著升高，患者血清GH、CD8+水平显著下降，其余亚群水平显著升高；相比于对照组显效率44.90%（22/49），观察组的患者显效率显著升高至71.43%（35/49）。结论：恩替卡韦联合安络化纤丸能够进一步降低乙型肝炎肝硬化患者血清GH水平，改善患者免疫功能，临床疗效显著。

关键词：恩替卡韦；安络化纤丸；肝硬化；生长激素；免疫功能

慢性乙型肝炎是我国常见的一类传染病，多数患者临床症状并不明显，导致未及时进行治疗，随着病情的进展逐渐发展至乙型肝炎肝硬化，目前我国约20%-30%的慢性乙型肝炎患者合并肝硬化[1-2]。恩替卡韦作为治疗乙型肝炎的一线抗病毒药物，已在临床上被广泛使用，然而部分患者病情仍缓慢进展，免疫功能逐渐减退[3]。中医辨证认为，肝病的进展与瘀热阻滞密切相关，故中医主张活血化瘀、软坚散结的原则以延缓病情进展[4]，安络化纤丸具有健脾养肝、凉血活血之功效，能够弥补单纯抗病毒治疗的局限[5]。本研究将恩替卡韦联合安络化纤丸应用于乙型肝炎肝硬化患者中，并以患者血清生长激素及免疫指标评估其疗效，以期为进一步提高乙型肝炎硬化的治疗效果提供依据。

1 资料与方法

1.1 患者资料

选择我院2013年至2019年收治的98例慢性乙型肝炎肝硬化患者为研究对象，根据不同的临床治疗方案随机分组。患者的基本资料见表1。纳入标准：（1）符合慢性乙型肝炎硬化的诊断标准[6]；（2）HBV DNA≥104拷贝/mL；（3）肝功能Child-Pugh评分为A级或B级；（4）精神状态正常，能顺利配合治疗。排除标准：（1）失代偿期患者；（2）药物过敏者；（3）妊娠哺乳期妇女；（4）合并恶性肿瘤或者其他慢性肝病者。本研究经患者知情同意，符合伦理学规范。

表1 两组患者基线资料比较（X±S，例）

组别	例数（n）	性别		年龄（岁）	BMI（kg/m ² ）	病程（年）	Child-Pugh 分级	
		男	女				A 级	B 级
观察组	49	32	17	44.2±5.8	23.4±3.5	9.2±3.4	35	14
对照组	49	30	19	46.7±6.1	23.9±4.1	8.9±3.1	38	11
t/χ ²		0.617		0.964	0.507	0.953	1.021	
p		0.124		0.118	0.135	0.154	0.105	

1.2 治疗方案

入院患者采用对症支持治疗后，对照组患者口服恩替卡韦（正大天晴，批号：H20100019，规格：0.5mg/粒）抗病毒治疗，用法用量：0.5mg/次/日。观察组患者同时给予口服安络化纤丸（森隆，批号：Z20010098，规格：6g/粒），用法用量：6g/次，2次/日。两组患者均治疗6个月评估其疗效。

1.3 评价指标

1.3.1 生长激素（GH）和T细胞亚群

入院治疗前后分别收集空腹患者腹静脉血于试管中，静置一段时间后离心取血清。采用试剂盒（深圳晶美生物技术有限公司）检测血清GH水平，采用流式细胞仪（Coulter公司，EPICS-XL型）检测T细胞亚群CD3+、CD4+、CD8+、CD4+/CD8+水平。

1.3.2 疗效评价

依据肝硬化疗效评估标准[7]评价治疗效果，显效率=（痊愈+显效例数）/患者总数×100%。

1.4 统计学分析

数据处理采用SPSS26.0统计软件分析，实验结果采用均数±标准差

（means±SE）表示，所有计量资料中，两样本均数的比较采用Student's t test检验，计数资料采用卡方检验，P<0.05视为存在统计学差异。

2 结果

2.1 恩替卡韦联合安络化纤丸治疗对GH水平的影响

如表2所示，相比于治疗前，两组患者治疗后GH水平均显著降低，相比于对照组患者，观察组患者治疗后GH水平也显著降低。

表2 两组患者治疗前后GH水平比较（X±S）

组别	例数（n）	治疗前	治疗后6个月
观察组	49	3.25±0.28	1.48±0.16
对照组	49	3.29±0.30	2.02±0.21
t 值		0.964	5.304
p 值		0.234	0.002

2.2 恩替卡韦联合安络化纤丸对T细胞水平的影响

如表3所示，进一步利用流式对患者T细胞水平分析，相比于治疗前，治疗后6个月两组CD8+水平降低，其余亚群水平平均升高；相比于对照组，观察组CD8+水平降低，其余亚群水平平均升高，。

表3 患者治疗前后CD3+、CD4+、CD8+、CD4+/CD8+水平比较（X±S）

组别	CD3+	CD4+	CD8+	CD4+/CD8+
----	------	------	------	-----------

	治疗前	治疗后 6 个月	治疗前	治疗后 6 个月	治疗前	治疗后 6 个月	治疗前	治疗后 6 个月
观察组	51.23±7.52	66.34±8.21	44.23±5.39	56.31±6.27	38.24±4.21	26.38±3.24	1.24±0.32	2.15±0.64
对照组	52.09±7.48	60.03±7.86	43.95±4.98	51.34±5.47	39.19±4.35	30.82±3.67	1.28±0.38	1.73±0.45
t 值	0.506	5.234	0.619	4.806	0.913	3.967	0.826	4.235
p 值	0.138	0.001	0.124	0.003	0.157	0.016	0.169	0.008

2.3 恩替卡韦联合安络化纤丸对疗效的影响

如表 4 所示,根据疗效评价标准,本研究进一步发现相比于对照组显效率 44.90% (22/49),观察组的患者显效率显著升高至 71.43% (35/49)。

表 4 两组患者治疗效果比较 (例, %)

组别	例数 (n)	痊愈	显效	有效	无效	显效率 (%)
观察组	49	12	23	12	2	71.43% (35/49)
对照组	49	6	16	24	3	44.90% (22/49)
χ^2 值	4.506					
p 值	0.008					

3 讨论

慢性乙肝患者由于体内病毒的长期复制,机体肝脏出现持续性的变性坏死及修复再生,继而肝脏出现纤维组织增生,导致肝硬化的发生。如果患者未及时治疗有效的抗病毒治疗,最终可能进展至肝癌,导致患者死亡率明显提高[8]。因此目前如何有效控制乙肝肝硬化患者病毒的持续复制是治疗该类疾病的主要原则,其中通过长期口服恩替卡韦抗病毒治疗被广泛应用于临床实践过程中,临床疗效显著[9-10]。然而 HBV 病毒的复制即便得到有效的控制,并不代表患者肝硬化痊愈,肝功能损伤可能依旧存在[11]。故临床上多数学者在常规抗病毒治疗基础上联合其他保肝护肝药物。

本研究中,对于观察组患者笔者在使用恩替卡韦常规抗病毒治疗基础上,同时联合安络化纤丸口服治疗。经治疗后 6 个月后进行临床疗效评价后发现表明患者联用安络化纤丸能够进一步改善患者肝功能、抑制病毒复制及肝纤维化的进展,这与段红岩等人同时联用微生态制剂的效果一致[12]。研究表明,乙肝肝硬化患者体内 GH 水平会抑制促甲状腺释放激素,导致肝细胞 GH 受体水平降低,间接加剧患者体内激素水平失调[13]。本研究中通过联用安络化纤丸能够使 GH 水平降低,进一步减轻肝功能损伤的程度。

临床上肝硬化患者体内免疫调节系统紊乱, T 淋巴细胞在其中发挥着重要的作用,其中诱导 T 细胞 CD3+、CD4+及杀伤 T 细胞 CD8+的水平可以直接衡量患者免疫功能的强弱。同时 CD4+与 CD8+间数量的平衡及比值的稳定也是间接评估机体免疫能力的重要指标。乙肝也是免疫性的基础疾病,随着患者病情的加重会出现免疫系统紊乱[14-15]。本研究通过研究证实发现口服恩替卡韦联合安络化纤丸能够通过提高 T 淋巴细胞亚群水平,可进一步促进机体免疫调节功能的修复,缓解患者相应的临床症状。安络化纤丸是由水蛭、地黄、牛黄等多种中草药通过不同的比例组成。其中多种成分被证实促进肝功能修复,缓解肝细胞损伤。从中医学角度分析则具有退热除蒸、滋阴潜阳以及软坚散结等功效,同时减轻机体肝纤维化的严重程度,增强患者肝功能。上述中草药联合应用,可通过活血化瘀、通络疏肝减轻临床症状,进一步促进肝硬化的治疗。[11]。

综上,恩替卡韦联合安络化纤丸能够降低乙肝肝硬化患者血清 GH 水平,改善患者免疫功能,临床疗效显著。两种药物联合口服能够进一步提高恩替卡韦抗病毒治疗的效果,值得临床进一步推广。

参考文献:

[1]郝亚娟,薛敬东,杨跃青,等.益气活血法联合抗病毒药物对早期乙型肝炎肝硬化患者免疫功能和肝纤维化指标水平的影响[J].解放军医药杂志,2020,32(1):93-97.

[2]Román E,Nieto JC,Gely C,et al.Effect of a Multistrain Probiotic on

Cognitive Function and Risk of Falls in Patients With Cirrhosis: A Randomized Trial[J].Hepatology Communications,2019,3(5):632-645.

[3]赵巍峰,王园园,李赢,等.安络化纤丸和恩替卡韦联合治疗对乙型肝炎肝硬化代偿期患者肝纤维化和炎症因子的影响[J].新乡医学院学报,2019,36(4):319-322.

[4]林万宝,陈海燕,殷光辉,等.安络化纤丸联合恩替卡韦片治疗慢性乙型肝炎肝硬化肝纤维化临床研究[J].新中医,2020,52(1):80-82.

[5]李芝蓓,邹静,曹丹,等.安络化纤丸联合恩替卡韦治疗慢性乙型肝炎肝硬化伴肝硬化的系统评价[J].中国医院用药评价与分析,2019,19(9):1025-1038.

[6]李朝晖,张晓龙,郭彦清,等.安络化纤丸联合恩替卡韦治疗乙型肝炎硬化的效果及对肝功能的影响[J].中国医药导报,2020,17(28):151-154.

[7]陈慧基,胡敬宝,鲁艳平,等.清营汤对感染乙型肝炎病毒导致肝硬化的患者体内血清生长激素及肝纤维化指标变化的影响[J].中医临床研究,2019,11(19):11-13.

[8]Hu L,Zhu Y,Zhang J,et al.Potential circulating biomarkers of circulating chemokines CCL5, MIP-1 β and HA as for early detection of cirrhosis related to chronic HBV (hepatitis B virus) infection[J].BMC Infect Dis,2019,19(1):523.

[9]赵鹏程,张超.七氟醚联合丙泊酚对肝硬化患者术后肝肾功能及免疫功能的影响[J].中国临床药理学与治疗学,2018,23(11):1276-1281.

[10]柴芳,张小毅,郭玉琴,等.清营汤对肝硬化患者血清生长激素及肝纤维化指标的影响研究[J].中华医院感染学杂志,2017,27(22):5113-5115.

[11]付裕.探讨恩替卡韦联合安络化纤丸对进展期肝纤维化患者的肝硬度及 FIB-4 指数的影响[J].中外医疗,2021,6(6):76-78.

[12]段红岩.微生态制剂联合抗病毒治疗对乙肝肝硬化患者免疫功能及肝纤维化指标的影响[J].河北医学,2019,25(11):1861-1865.

[13]王俊娜,郑成芳,赵展庆,等.养肝汤联合甘甘草酸镁注射液对乙肝肝硬化患者血清生长激素及纤维化指标影响[J].四川中医,2020,38(9):116-119.

[14]姚金侠,王兴,李敏轩,等.益气消鼓汤合利水贴对乙型肝炎肝硬化腹水患者肠道菌群、免疫功能的影响[J].河北中医杂志,2018,33(6):19-21.

[15]吴超,郭芙蓉,苏桂华.益生菌对慢性乙肝肝硬化患者免疫功能及肠道菌群的影响[J].川北医学院学报,2021,36(1):83-86.

[16]李艳萍.康艾注射液联合西药对失代偿期乙型肝炎肝硬化患者肝功能改善及抗病毒疗效分析[J].吉林中医药,2017,37(6):557-559.

[17]赵子龙,康海燕,张志等.阿德福韦酯联合拉米夫定与恩替卡韦单药治疗乙型肝炎肝硬化疗效比较[J].现代中西医结合杂志,2016,25(33):3716-3718.

[18]朱林.恩替卡韦治疗乙肝后肝硬化失代偿期的近期疗效观察[J].白求恩医学杂志,2018,16(4):392-393.

[19]王天东.恩替卡韦治疗乙肝后肝硬化失代偿期的疗效及不良反应分析[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(48):25,27.

[10]贾梦山.恩替卡韦抗病毒治疗失代偿期乙型肝炎肝硬化效果观察[J].中国急救医学,2017,37(2):22-23.

抗菌药物降阶梯方案对慢性阻塞性肺疾病急性加重患者的影响

张美玲

南京江北医院 江苏南京 210000

摘要：目的：为了深入探讨与研究抗菌药物降阶梯方案对慢性阻塞性肺疾病（COPD）急性加重病人的实际影响。方法：统计分析 2021 年 2 月—2022 年 2 月期间我院 66 例 COPD 急性加重病人的用药情况。其中，33 例实施普通治疗方案的 COPD 急性加重病人作为观察组，33 例实施抗菌药物降阶梯方案的 COPD 急性加重病人作为研究组，展开此次调查。通过对比以及观察两组 COPD 急性加重病人痰液颜色变化、治疗前后 SGRQ 评分、治疗前后肺功能相关数据（FEV₁、FVC、FEV₁/FVC）、生化和生理相关数据（白细胞、CRP、中性粒细胞百分比、PCT）；结果：①实施普通治疗方案的观察组 COPD 急性加重的观察组病人治疗后 SGRQ（20.96±0.27）分，治疗前后肺功能相关数据：治疗后 FEV₁（2.77±1.08）L、FVC（3.43±0.76）L、FEV₁/FVC（68.76±0.18）%。痰液颜色变化：治疗前黄痰达 84.8%、白痰达 78.7%，治疗后黄痰达 66.7%、白痰达 60.0%。生化和生理相关数据：治疗后 CRP（7.18±0.47）mg/L、白细胞（0.53±0.38）×10⁹/L、PCT（0.53±0.38）μg/L、中性粒细胞百分比（60.82±0.72）%。②实施抗菌药物降阶梯方案的 COPD 急性加重的研究组病人治疗后 SGRQ（12.92±0.09）分，治疗前后肺功能相关数据：治疗前 FEV₁（1.68±1.16）L、FVC（2.84±0.45）L、FEV₁/FVC（55.19±0.26）%，治疗后 FEV₁（3.86±0.18）L、FVC（4.96±1.63）L、FEV₁/FVC（78.75±0.07）%。痰液颜色变化：治疗前黄痰达 78.7%、白痰达 54.5%，治疗后黄痰达 60.0%、白痰达 33.3%。生化和生理相关数据：治疗前 CRP（15.19±3.26）mg/L、白细胞（15.15±0.60）×10⁹/L、PCT（8.76±0.94）μg/L、中性粒细胞百分比（82.75±0.69）%，治疗后 CRP（6.92±0.09）mg/L、白细胞（9.02±0.21）×10⁹/L、PCT（0.24±0.46）μg/L、中性粒细胞百分比（60.39±0.06）%。P<0.05，两组指标均有明显的差异。结论：实施抗菌药物降阶梯方案对改善 COPD 急性加重病人痰液颜色变化、降低 SGRQ 评分、肺功能相关数据生化和生理相关数据具有重要作用，可以确保病人日常生活整体质量，值得临床大面积普及以及实际应用。

关键词：抗菌药物降阶梯方案；慢性阻塞性；肺疾病急性加重；实际影响

引言：

一般来说，COPD 是一种以气流受限为主要特征的肺部慢性炎症性疾病，这种疾病是逐步发展的。同时，痰可能会变成黄色粘稠的痰，不容易咳出，胸闷和气短的症状比以前更严重。急性加重期活动后，气喘会比以前更严重。即使在静息状态下，也会出现哮喘、胸闷、呼吸困难、嘴唇发紫，然后出现发烧症状，并伴有下肢肿胀和循环阻塞。此时，需要及时去呼吸科。目前，多数医院实施抗菌药物降阶梯方案来加快病人恢复的速度，并且恢复程度极好，临床价值极高。为了进一步深入探讨与探究抗菌药物降阶梯方案对 COPD 急性加重病人的实际影响，我院对 66 例 COPD 急性加重病人实施详细观察与记录，实验结果如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

以 2021 年 2-2022 年 2 月这一阶段，我院抽取 66 例 COPD 急性加重病人开始研究和观察。将 66 例 COPD 急性加重病人均分成 33 例观察组以及 33 例研究组。实施普通治疗方案的观察组男病人 10 例，女病人 23 例；最大 80 岁，最小 40 岁，平均（60.7±0.2）岁。实施抗菌药物降阶梯方案的研究组男女病人的数量分别为 19 例和 14 例，最大 81 岁，最小 43 岁，平均（62.4±0.1）岁。两组 COPD 急性加重病人实际数据和信息无任何统计学意义，P>0.05^[1]。

1.2 方法

两组 COPD 急性加重病人治疗方案：

根据疾病的相关具体指标，全面检查病人实施血常规以及肺功能，并按照最终检查结果实施相应肺疾病治疗；两组病人全部实施基本治疗，包括机械通气等。

观察组：实施普通治疗方案。具体操作如下：将规格为 1.0 g 的头孢哌酮注射液实施静脉滴注。每 1g 药物溶于规格为 40 ml 的葡萄糖氯化钠注

射液中，每 12 小时滴注一次，一次滴注 1g；同时，将规格为 2 毫升 0.2g 的左氧氟沙星注射液实施静脉滴注，一次滴注 1g，每天滴注范围把保持在 4~12ml，每日进行 2-4 次，持续滴注 30 天，观察效果。

研究组：实施抗菌药物降阶梯方案。具体操作如下：将规格为 0.5 g 的亚胺培南实施静脉滴注。一次滴注 1g，每天滴注次数保持 1-2 次，分成 3-4 次进行滴注，24 小时全程检测与观察病人的临床情况。病情基本平稳后，实施全面病理检查，包括病原微生物一系列检查。根据最终检查结果适当调整剂量。持续治疗 1 个星期后，实施相关药敏试验以及痰培养。如果最终结果是阴性，实施二线抗生素开始治疗，比如规格为 4 万单位/mL 的硫酸庆大霉素注射液、规格为 0.48 g 的青霉素钠等。持续滴注 30 天后，对病人实施第二次病理检查，以更科学的方式制定治疗方案。该治疗方案能大幅度减少肝脏受药物的直接损害，实现有效保护肝功能的目标。

1.3 观察指标

通过对比以及观察两组 COPD 急性加重病人痰液颜色变化、治疗前后 SGRQ 评分、治疗前后肺功能相关数据（FEV₁、FVC、FEV₁/FVC）、生化和生理相关数据（白细胞、CRP、中性粒细胞百分比、PCT）。

1.4 统计学方法

用 spss18.0 统计分析软件可以对所有的搜索数据进行收集，以平均 p<0.05 为主要统计判断依据指标，具有现代统计学的重要研究意义。

2 结果

2.1 两组病人治疗前后肺功能相关数据

可以看出，实施抗菌药物降阶梯方案的研究组 COPD 急性加重病人 FEV₁、FVC、FEV₁/FVC 等肺功能相关数据，比实施常规护理手段的观察组的 COPD 急性加重病人效果好。P<0.05，两组指标有明显的差异，具体信息参考表格 1 内容。

表 1 两组病人治疗前后肺功能相关数据对比 (X±S)

时间	组别 (n=33)	FVC (L)	FEV ₁ (L)	FEV ₁ /FVC (%)
治疗前	观察组	2.81±0.18	1.74±0.15	58.39±0.82
	研究组	2.84±0.45	1.68±1.16	55.19±0.26
治疗后	观察组	3.43±0.76	2.77±1.08	68.76±0.18
	研究组	4.96±1.63	3.86±0.18	78.75±0.07

2.2 两组病人治疗前后 SGRQ 评分、痰液颜色变化

可以看出, 实施抗菌药物降阶梯方案的研究组 COPD 急性加重病人 SGRQ 评分、痰液颜色变化改善情况, 比实施普通治疗方案的观察组 COPD 急性加重病人改善更明显。P<0.05, 两组指标有明显的差异, 具体信息参考表 2。

表 2 两组病人治疗前后 SGRQ 评分、痰液颜色变化对比 (X±S, %)

时间	组别 (n=33)	SGRQ 评分 (分)	黄痰	白痰
治疗前	观察组	39.71±0.03	28 (84.8)	26 (78.7)
	研究组	39.65±3.52	26 (78.7)	18 (54.5)
治疗后	观察组	20.96±0.27	22 (66.7)	20 (60.0)
	研究组	12.92±0.09	20 (60.0)	11 (33.3)

2.3 两组病人的生化和生理相关数据

实施普通治疗方案的 COPD 观察组病人生化和生理相关数据: 治疗前 CRP (16.81±0.91) mg/L、白细胞 (15.28±0.70) ×10⁹/L、PCT(8.85±0.85) μg/L、中性粒细胞百分比 (82.92±0.01) %, 治疗后 CRP (7.18±0.47) mg/L、白细胞 (0.53±0.38) ×10⁹/L、PCT(0.53±0.38) μg/L、中性粒细胞百分比 (60.82±0.72) %。实施抗菌药物降阶梯方案的 COPD 急性加重的研究组病人的生化和生理相关数据: 治疗前 CRP (15.19±3.26) mg/L、白细胞 (15.15±0.60) ×10⁹/L、PCT(8.76±0.94) μg/L、中性粒细胞百分比 (82.75±0.69) %, 治疗后 CRP (6.92±0.09) mg/L、白细胞 (9.02±0.21) ×10⁹/L、PCT(0.24±0.46) μg/L、中性粒细胞百分比 (60.39±0.06) %。可以看出, 实施抗菌药物降阶梯方案的研究组 COPD 急性加重病人生化和生理相关数据, 比实施普通治疗方案的观察组 COPD 急性加重病人更低一些。P<0.05, 两组指标有明显的差异, 具体信息参考表 3。

表 3 两组病人的生化和生理相关数据对比 (n, %)

时间	组别 (n=33)	CRP (mg/L)	白细胞 (×10 ⁹ /L)	PCT(μg/L)	中性粒细胞百分比 (%)
治疗前	观察组	16.81±0.91	15.28±0.70	8.85±0.85	82.92±0.01
	研究组	15.19±3.26	15.15±0.60	8.76±0.94	82.75±0.69
治疗后	观察组	7.18±0.47	9.04±0.26	0.53±0.38	60.82±0.72
	研究组	6.92±0.09	9.02±0.21	0.24±0.46	60.39±0.06

3 讨论

COPD 主要为老年比较多。由于他们整体抵抗力比较弱, 容易并发呼吸衰竭。其中呼吸道感染是主要诱因。过去, 由于反复使用抗生素, 肺部感染病人的数量 and 安全性大大降低, 在临床治疗过程中, 肺部感染病人的数量严重减少。

通过实验结果可以看出, 实施普通治疗方案的观察组 COPD 急性加重的观察组病人治疗前后 SGRQ 评分: 治疗前 SGRQ (39.71±0.03) 分、治疗后 SGRQ (20.96±0.27) 分, 治疗前后肺功能相关数据: 治疗前 FEV₁ (1.74±0.15) L、FVC (2.81±0.18) L、FEV₁/FVC (58.39±0.82) %, 治疗后 FEV₁ (2.77±1.08) L、FVC (3.43±0.76) L、FEV₁/FVC (68.76±0.18) %。痰液颜色变化: 治疗前黄痰达 84.8%、白痰达 78.7%, 治疗后黄痰达 66.7%、白痰达 60.0%。生化和生理相关数据: 治疗前 CRP (16.81±0.91) mg/L、白细胞 (15.28±0.70) ×10⁹/L、PCT(8.85±0.85) μg/L、中性粒细胞百分比 (82.92±0.01) %, 治疗后 CRP (7.18±0.47) mg/L、白细胞 (0.53±0.38) ×10⁹/L、PCT(0.53±0.38) μg/L、中性粒细胞百分比 (60.82±0.72) %。实施抗菌药物降阶梯方案的 COPD 急性加重的研究组病人治疗前后 SGRQ 评分: 治疗前 SGRQ (39.65±3.52) 分、治疗后 SGRQ (12.92±0.09) 分, 治疗前后肺功能相关数据: 治疗前 FEV₁ (1.68±1.16) L、FVC (2.84±0.45) L、FEV₁/FVC (55.19±0.26) %, 治疗后 FEV₁ (3.86±0.18) L、FVC (4.96±1.63) L、FEV₁/FVC (78.75±0.07) %。痰液颜色变化: 治疗前黄痰达 78.7%、白痰达 54.5%, 治疗后黄痰达 60.0%、白痰达 33.3%。P<0.05, 两组指标有明显的差异。

过去, 在强有力的临床治疗中, 对重症感染病人的抗生素治疗大多基于单独用药和逐步升级的策略。然而, 从实际情况来看, 这种做法不利于病人病情的治疗, 反而会导致病情的进一步恶化。针对这一现象, 国内外专业学者在归纳探究过去经验的条件下, 提出了抗生素 “降阶梯” 的医治手段, 实现病原菌大面积覆盖, 以实现快速控制感染。治疗 24-48 小时后, 根据药物或细菌学最终试验结果, 调整抗生素, 以提高整体临床治疗。

4 结论

总而言之, 针对 COPD 病人急性加重实施抗菌药物降阶梯方案, 对改善 COPD 病人急性加重的痰液颜色变化、降低 SGRQ 评分、肺功能相关数据生化和生理相关数据具有重要作用, 可以确保病人生活整体水平和质量。因此, 应积极发挥抗菌药物降阶梯方案在慢性肺疾病康复的价值, 全程对 COPD 病人急性加重进行护理监测, 为慢性肺疾病的痊愈开辟新的天地。

参考文献:

- [1] 杨菊菊. 抗菌药物降阶梯方案对慢性阻塞性肺疾病急性加重病人的疗效评价[J]. 中国卫生工程学, 2019, 06(011):093-096.
- [2] 姜佳. 抗菌药物降阶梯方案对慢性阻塞性肺疾病急性加重病人的疗效评价[J]. 当代医学, 2021, 034(011):0819-0923.
- [3] 符丹丹, 欧阳瑶, 薛令合. 不同治疗方案对慢性阻塞性肺疾病急性加重期铜绿假单胞菌感染的疗效分析[J]. 临床荟萃, 2014, 037(04):051-053.
- [4] 张蓓, 刘魁, 尹向辉. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期抗菌药物应用管理成效[J]. 中国感染控制杂志, 2019, 032(010):01509-01510.
- [5] 杨哲. 抗生素降阶梯对于慢性阻塞性肺疾病合并重症肺炎病人疗效分析[J]. 健康之路, 2019, 020(014):0188-0189.

中西医结合治疗更年期综合征患者的疗效观察

周保平

菏泽市巨野县北城医院 中医妇科 山东菏泽 274900

摘要：目的：探讨分析在进行更年期综合征患者的临床治疗时，将中西医结合疗法联合应用于患者治疗中的效果，评估这一治疗方式在临床上的可应用性。方法：选择 2020 年 4 月至 2021 年 6 月作为研究时段，录入该时段内我院中资料登记有效的 36 名更年期综合征患者作为本次研究对象开展随机对照实验，将患者进行随机两组均分，并按照实验习惯记录为对照组与实验组，组内设置 18 名患者，由医务人员对患者选择不同方案进行治疗。对照组内患者单纯应用激素替代疗法实验组患者在激素替代的治疗基础上，配合应用中医药方结合治疗，在治疗后评估患者治疗效果同时记录患者治疗期间的不良反应发生状况以及患者的情绪状态分析，中西医结合治疗对患者的认知与情绪状态产生的影响。结果：在治疗后由医务人员进行评估，发现实验组患者治疗后总有效率为 94.44%，相较于对照组的 80.56%来说明显更高，差异对比显著存在（ $P < 0.05$ ）。两组患者在治疗过程中均出现了不同程度的不良反应发生状况，但相较于对照组来说，实验组患者的不良反应发生率更低，仅为 8.33%，低于对照组的 22.22%，差异对比显著存在（ $P < 0.05$ ）。两组患者治疗后情绪状态均有所改善，而相较于对照组来说，实验组内患者接受治疗后生活质量评分明显更低，而焦虑和抑郁评分同样低于对照组，组间对比差异显著（ $P < 0.05$ ）。结论：在进行更年期综合征患者的临床治疗时，选择中西医结合治疗方案进行治疗，能够有助于改善患者的临床病情，具有良好的可用价值，值得进行进一步的推广。

关键词：激素替代治疗；更年期综合征；中西医结合治疗；治疗分析；研究分析

随着近年来生活水平的不断提升以及人类寿命的延长，我国患有更年期综合症的人数也在不断上升，不仅对于女性的正常生活和会产生极大的影响，甚至这一疾病还有可能威胁女性的正常家庭和谐。因此更年期综合症的临床治疗受到医务人员的高度重视，而在对患者进行治疗时，医务人员认为应当根据患者的临床病情状况，选择一种安全有效的治疗方案，尽可能保障患者的治疗效果。在患者发病后，患者临床症状主要表现为月经周期或月经量的异常，并且部分患者还伴随存在腹痛以及其他的全身症状。正常情况来说，月经直接反映着女性的生殖健康和机体健康状况^[1]。在进行相关的临床研究时发现长期的更年期综合征不仅会影响女性的正常生殖功能，同时还会影响女性的美容状况，导致女性出现妇科炎症以及早衰等疾病，所以当女性出现更年期综合征时，需要由相关工作人员针对女性的个体状况进行综合化的分析，选择一种合理的治疗方式，对女性的机体功能进行调整，通过这种方式能够有助于在一定程度上改善女性的更年期综合征的情况，女性的机体功能改善以及病情改善有良好的效果^[2]。随着近年临床研究的不断发展，医务人员在对更年期综合征女性进行实际治疗时，首先需要确定女性更年期综合征并非与女性的器质性病变有一定的关联，而在确定患者并非是由于器质性病变引发的更年期综合征时^[3]，需要给予患者对应的月经周期进行治疗，目前临床上主要采用的是激素治疗以改善患者的临床症状，但长期应用激素治疗有可能会对患者机体对于激素产生依赖性，并且还会在一定程度上导致患者的机体功能受

到影响，所以研究人员在进行患者的临床治疗时，逐渐将目光放在了激素治疗的应用中。将激素替代治疗应用于患者的更年期综合征，治疗中不仅安全性较高^[4]，能够逐渐调理患者的机体功能，同时这种用药方式还能够对女性起到调节情绪的作用^[5]，有助于改善女性的生理状态，是现代临床医务人员较为青睐的一种治疗方式。本次研究中，将 2019 年 4 月至 2020 年 5 月作为研究时段，在该时段内将我院中收入的 36 名更年期综合征患者作为本次研究实验对象，探讨分析在进行更年期综合征患者的临床治疗时，选择激素替代治疗，应用于患者治疗中的效果，分析临床可应用价值以及对患者机体功能产生的影响，现报道如下。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

选择 2020 年 4 月至 2021 年 6 月作为研究时段，录入该时段内我院中资料登记有效的 36 名更年期综合征患者作为本次研究对象开展随机对照实验，将患者进行随机两组均分，并按照实验习惯记录为对照组与实验组，组内设置 18 名患者，由医务人员对患者选择不同方案进行治疗。组内各设置 18 名患者进行研究。实验组年龄介于 23-35 岁之间，平均年龄（ 28.2 ± 2.4 ）岁，对照组年龄介于 22-36 岁之间，平均年龄（ 29.2 ± 3.8 ）岁。

纳入标准

①符合更年期综合征诊断标准；②意识清楚，未昏迷者；③神经功能缺损无继续进展；③患者知情同意；④本次实验统计计划已经上交伦理委

员会，批准后得以实施。

排除标准

①患者认知功能异常；②患者患有其他全身性疾病或器质性疾病；③患者在三个月内接受过相关治疗或相关实验；④不伴运动功能障碍者；⑤不愿签署知情同意书。

对比两组患者的一般信息未发现明显差异，不具有统计学意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

对照组患者在接受治疗时，选择激素替代方案进行治疗，用药为倍美力，每日用药剂量为 0.625mg。在患者连续治疗 10 天后将药物替换为安宫黄体酮，患者用药剂量为 4mg。

实验组内患者在对照组的治療基础上增加中药方剂进行治疗，本次研究中选择甘麦大枣汤加味方作为治疗方剂，药方为：小麦 60g，炙甘草 15g，大枣 30g，百合 15g，生地 15g，麦冬 12g，远志 6g，煅龙齿 20 g，枣仁 12 g。大便秘结者加大黄 5 g；阴虚化热者加知母 9g，黄柏 9 g；阳亢者用知柏地黄汤合龙胆泄肝汤加减。所有药物取水 400ml 进行煎熬煎熬后，取药汁 200ml 为一剂，每一剂患者分早晚两次进行饮用。

所有患者连续治疗 4 周后对疗效进行观察。患者连续治疗 10 天后观察疗效。

1.3 评价标准

痊愈：治疗完成后，患者的生活质量有明显改善，患者情绪状态有所恢复，患者月经周期恢复正常或患者绝经；有效：治疗后患者的生活质量有明显改善，月经状况良好或绝经患者的情绪状态可进行控制，但并未完全恢复正常；无效：治疗完成后，患者临床症状未见改善，甚至出现月经不调以及其他不良状况生活质量降低。（痊愈+有效）/总例数 $\times 100.00\%$

同时在治疗完成后记录所有患者的生活质量评分，采用我院中自主制定的生活质量评分表对患者的生活质量进行调查，满分为百分制，得分越高，说明患者的生活质量越优，同时采用 SDS 评分与 SAS 评分评估患者的不良情绪状态，分析患者在治疗后的生活质量与情绪状况变化。

治疗后，医务人员按要求针对所有患者的不良反应发生状况进行记录分析，患者在治疗过程中的安全性。

1.4 统计学方法

本次研究中统计软件为 SPSS21.00 for windows，数据经由统计学人员处理后通过 T、 X^2 值对 P 值进行计算，确认结果 $P<0.05$ 则视为结果具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗完成后总有效率对比

在治疗后由医务人员进行评估，发现实验组患者治疗后总有效率为 94.44%，相较于对照组的 80.56%来说明显更高，差异对比显著存在（ $P<0.05$ ）。详情见表 1。

表 1 两组患者临床效果比较

组别	痊愈	有效	无效	总有效率（%）
实验组（n=36）	15	19	2	94.44%
对照组（n=36）	11	18	7	80.56%
X^2				8.2964
P				0.0000

2.2 两组患者治疗后不良反应发生状况对比

两组患者在治疗过程中均出现了不同程度的不良反应发生状况，但相较于对照组来说，实验组患者的不良反应发生率更低，仅为 8.33%，低于对照组的 22.22%，差异对比显著存在（ $P<0.05$ ）。

表 2 两组患者临床效果比较

组别	肝功能损害	头痛	血脂升高	总有效率（%）
实验组（n=36）	0	2	1	8.33%
对照组（n=36）	1	4	3	22.22%
X^2				7.9619
P				0.0000

2.3 两组患者的 SAS、SDS、生活质量评分对比

两组患者治疗后情绪状态均有所改善，而相较于对照组来说，实验组内患者接受治疗后的生活质量评分明显更高，而焦虑和抑郁评分低于对照组，组间对比差异显著（ $P<0.05$ ）。

表 3 两组患者的 SAS、SDS、生活质量评分对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	SDS	SAS	VAS
实验组（n=36）	46.23±6.62	45.88±5.96	3.56±0.68
对照组（n=36）	61.85±3.25	60.47±4.59	6.29±0.84
T	9.2854	9.6158	10.6299
P	0.0000	0.0000	0.0000

3 讨论

更年期综合征在目前临床上诸多因素均有可能引发，而目前临床上常见的更年期综合征类型包括闭经、月经周期紊乱以及月经量增多或减少，在临床研究发现更年期综合征的疾病类型较为复杂，并且疾病的发生与患者的发病原因密切相关。阴道炎是导致更年期综合征发生的重要原因之一[6]。

研究人员发现将激素替代疗法应用于更年期患者的临床治疗中获得的 效果良好，并且在本次研究结果中显示相较于对照组来说，实验组患者

的情绪状态和生活质量控制效果明显更优,而值得注意的是^[7],对照组与实验组患者在接受治疗时均出现了不同程度的不良反应发生状况,所以在对患者进行治疗时,一定要予以注意。谷维素^[8]通过调节患者神经系统以及内分泌系统能够改善患者的情绪,达到调节更年期患者心理状态的效果,但这一药物单纯应用于患者的治疗中,并不能够有效改善其他的症状,所以在应用谷维素对患者进行治疗时,患者的用药时长尽量不要超过一周,否则患者容易出现头痛等不适症状^[9]。倍美力又被称为结合雌激素软膏,这种药物具有较强的 CYP3A 诱导剂作用,能够促进患者血浆雌二醇浓度降低,这种药物也是一种对痛经进行治疗的药物,同时这种药物也是一种孕激素药物,但并不具有激素活性,所以通过皮下注射进行治疗,其效果大约是黄体酮的 25 倍左右,能够有效改善患者的治疗效果^[10]。所以在针对患者进行临床治疗时,医务人员所选择的具体治疗方式需要根据患者的病情做出相应的调整。针对更年期综合症患者进行激素替代治疗时,为了保障患者的治疗效果,医务人员需要根据患者的病情特点进行综合分析,通过有效的调整用量和调整,治疗时间能够降低患者出现不良反应的可能性,使患者的病情状况得到有效的控制。除此之外,在应用激素替代疗法进行治疗时,则需要评估患者的适应症,把握最优的治疗时机,而根据患者存在的用药禁忌症状,则需要酌情进行使用合理调整用药剂量以及用药方案,进而使患者的治疗安全性得到提升^[11]。

在我国中医理论中,并未针对更年期综合症这一疾病进行记录^[12],但根据患者的临床病症,可基本将其归类为脏躁、年老血崩、不寐等范畴。简单来说,在我国中医理论中认为,更年期综合症是女性在年龄逐渐增大的过程中,机体功能逐渐发生衰老所引发的一种病症。在对患者进行治疗时,需要针对患者的病情作出辨证施治改善患者的阴阳平衡,进而保障患者的治疗效果^[13]。本次研究在治疗过程中所选择的甘麦大枣汤,具有养心安神和补中健脾的功效,将其应用于更年期综合症患者的临床治疗中具有较好的可应用价值,是我国中医理论中针对更年期综合症患者治疗的常用经验方剂^[14]。方中加入的百合具有养阴润肺和清心安神的功效,而生地则能够清热生津,对于滋阴养血有良好的效果,方中麦冬的也能够养阴生津。枣仁则能够养肝宁心。在对患者进行实际治疗时,针对患者的病情状况选择合适的加减药物能够有助于改善患者的病情,给予患者有效的病情干预,改善患者的临床病症。麦干大枣汤协同各种药材的功效能够应对更年期综合症患者的多种临床症状,并且这一方剂以调和阴阳为主,能够大大改善患者的临床病情,具有良好的可应用价值,而值得注意的是在对患者进行用药时随症进行加减,既能够改善患者的病情,同时还能够有助于消除患者在接受激素治疗过程中出现的不良反应,大大提高了患者的治疗安

全性。在本次研究结果中显示相较于对照组来说,实验组患者的不良反应发生率明显更低,究其原因可能与患者在接受治疗时通过中医药物调和患者的机体进而达到了改善患者免疫力的功效,能够使患者后续治疗工作更为顺利的开展。

综上所述,在进行更年期综合征患者的临床治疗时,选择中西医结合治疗方案进行治疗,能够有助于改善患者的临床病情,具有良好的可用价值,值得进行进一步的推广。

参考文献:

- [1]张丽芳.雌二醇屈螺酮片治疗更年期综合征的临床效果及对患者内分泌和免疫功能的影响[J].中国妇幼保健,2022,37(03):558-560.
- [2]张文华.知柏地黄汤合逍遥散加减治疗肾虚肝郁型更年期综合征60例分析[J].中国实用医刊,2022,49(01):120-123.
- [3]王慧芳.自拟更年宁心方治疗心肾不交型更年期综合征的临床效果[J].中国实用医刊,2021,48(18):110-113.
- [4]杨建土.坤宝丸对更年期综合征的治疗作用及不良反应临床探讨[J].海峡药学,2021,33(09):108-110.
- [5]王秀萍,徐冰,王希瑞.益坤宁颗粒联合替勃龙治疗更年期综合征的效果[J].中国实用医刊,2021,48(12):116-119.
- [6]张静雯.三花逍遥散改善乳腺癌内分泌治疗后肝郁脾虚型更年期综合征的临床研究[D].山西中医药大学,2021.
- [7]凌小艳,韩平,崔晓华.疏肝补肾活血汤联合刮痧对女性更年期综合征患者内分泌紊乱状态的调节作用研究[J].辽宁中医杂志,2021,48(12):151-154.
- [8]陶静.柴胡桂枝汤联合戊酸雌二醇片治疗更年期综合征的临床观察[J].中国民间疗法,2021,29(10):98-100.
- [9]田丽丽.知柏地黄汤合小柴胡汤加减治疗乳腺癌内分泌治疗类更年期综合征[J].中国药物与临床,2021,21(09):1582-1584.
- [10]苏爱慧,张彦,张莹莹.激素替代疗法对更年期综合征妇女激素水平、症状改善及生存质量的影响[J].医学理论与实践,2021,34(09):1541-1542.
- [11]李娜.双清固本汤治疗心肝热盛、肾阴亏虚型更年期综合征的临床观察[D].北京中医药大学,2021.
- [12]苑晓微,邓继红,王丽君.中西医结合治疗女性更年期综合征的临床研究[J].实用妇科内分泌电子杂志,2021,8(01):65-67.
- [13]樊红霞,吴幸峰,朱黎明.补肾疏肝宁心汤联合针灸治疗更年期综合征的效果观察[J].中国实用医刊,2020,47(15):115-118.

质量管理在静脉药物配置中心的应用价值

文彩虹 熊燕华

庐山康复疗养中心 江西九江 332000

摘要：目的：研究分析质量管理在静脉药物配置中心的应用价值。方法：样本对象：200例接受输液治疗的患者；样本来源：我院于2020年5月-2021年7月期间内收治的需接受输液治疗的患者群体，按照随机数字表法将上述样本进行分组：一组为实验组，另一组为常规组，每组各100例样本；对比管理前后两组患者输液药物的配置合理率、治疗有效率、对护理质量的评分、对护理服务的满意率以及不良事件的发生率。结果：管理前两组患者的各项数据之间不存在显著性差异， $P>0.05$ ；管理后，实验组患者输液药物的配置合理率明显高于常规组患者，其治疗有效率、对护理质量的评分、对护理服务的满意率也显著高于常规组患者，其优势较明显；此外，该组患者不良事件的发生率明显低于常规组患者，以上结果均存在显著性差异， $P<0.05$ 。结论：在静脉药物配置中心应用质量管理方法能够有效提高药物配置的合理率，降低不良事件的发生率，同时能够有效提高患者对于护理服务的评价和满意率，在一定程度上降低了发生护患纠纷事件的概率，可见该管理模式具有较高的应用价值。

关键词：质量管理；静脉药；配置中心；应用价值；不良事件；干预效果

静脉药物配置中心是医院中重要的组成部门之一，其不仅是药剂人员工作中的重点，也是确保输液患者安全的前提条件^[1]。一旦出现药物配置不合理、不正确的情况，便会增加不良事件的发生率，同时还会影响到整个医院的可持续健康发展。而质量管理主要通过制定措施，妥善解决中心存在的配置不合理等问题，能够有效提升调剂药师、审核药师的工作水平，确保临床药物配置的安全性和合理性^[2]。为了保证临床上能够合理给予患者静脉用药，降低护理服务不良事件的发生率，需要对其静脉药物配置中心的管理工作进行干预^[3]。在静脉药物配置中心的质量管理工作中，对其配置不合理的行为进行管理和制约会直接影响到整个医院的水平和可持续发展^[4-5]。而通过对其工作的质量进行管理，采取一定的措施解决相关，不仅是该部门内相关药师工作中的重点之处，同时提高院内医疗水平的关键所在^[6-7]。以往，静脉输液配置中心和病区、病区内的输液情况也会因为药物配置存在问题而发生不良事件，因此必须重点关注静脉药物配置中心的工作。因此，本研究在静脉药物配置中心应用质量管理方法，以此分析其具体的应用价值，现进行详细报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

样本对象：200例接受输液治疗的患者；样本来源：我院于2020年5月-2021年7月期间内收治的需接受输液治疗的患者群体，按照随机数字表法将上述样本进行分组：一组为实验组，另一组为常规组，每组各100例样本；实验组患者的年龄均分布在20岁-66岁，平均年龄（43.78±1.47）岁，男性患者49例，女性患者51例；常规组患者的年龄分布在20岁-65岁之间，平均（43.42±1.64）岁，男性患者51例，女性患者49例。两组样本之间的资料不存在显著性差异，即 $P>0.05$ 。

1.2 方法

常规组：本组患者接受常规管理指导下的静脉药物配置。

实验组：在质量管理指导下，对本组患者实施静脉药物配置，内容如

下：①强化配置中心工作人员的学习和培训：严格区分配置中心内的洁净区、控制区、缓冲区等；定期更换和清洗过滤网等物品，配制间内每月需要进行一次空气培养、送检。对现有制度进行完善，优化废弃物处理制度、洁净控制区更衣的相关流程、无菌操作原则等。定期组织配置中心的工作人员进行静脉药物配置相关的理论培训，同时必须严格把控院内进行静脉输液时出现的问题，以此对制定和落实整改措施；②制定科学、合理的工作流程和操作规范：安排专门的药剂工作人员负责配液的常规药物清点 and 核对工作，该类人员必须妥善监管中心内的配液设备，按要求摆放好相关的物品。遵照相关制度要求，规范操作配液和输液等流程。仔细、认真的核对清单，以便及时发现存在的各项问题。③开设意见建议箱，收集药剂人员内部以及来自外部人员的反馈：药剂师和护理人员在日常工作中必须严格执行工作审核流程，及时对输液、配液的设备和仪器等进行检查和清点。定期组织会议，对现有工作中的问题进行总结并查漏补缺，以此帮助主审医师得到一系列的信息反馈。总结和归纳近期工作的成效，以此作为核心方向进行努力。

1.3 观察指标

统计两组患者输液药物的配置合理率，调剂药师、主审药师能够很合理的完成静脉配置中心、病区输液中心的药物配置工作则可判定为合理；调剂药师、主审药师能够较为合理的对药物进行配置，包括静脉配置中心、病区输液中心工作则可判定为较为合理；此外责备判定为初步合理。合理率=（合理+较为合理）/初步合理×100%。此外，采用我院自主制定的护理工作评价表，对两组患者对于护理工作的满意率及满意程度进行评估，该量表满分100分，主要对护理人员的专业素养、服务态度等方面进行评估，二者均为50分；总分>80分为很满意，60-80为满意，其余为一般，满意率=（很满意+满意）/总患者数×100%。统计两组患者的不良事件发生率，包括输液后肿胀疼痛、巡视不及时、操作不规范三类，此外统计其临床疗效，主要包括显效、有效、一般。

1.4 统计学方法

选用 SPSS19.0 统计学软件处理分析, 计数资料实施 χ^2 检验, 计量资料实施 t 检验, $P<0.05$, 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比管理前后两组患者输液药物的配置合理率

管理前两组患者的各项数据之间不存在显著性差异, $P>0.05$; 管理后, 实验组患者输液药物的配置合理率明显高于常规组患者, 优势较明显; 结果存在显著性差异, $P<0.05$ 。分析详见表 1。

表 1 对比管理前后两组患者输液药物的配置合理率【(%)】

组别	n	时间	合理	较为合理	初步合理	合理率
实验组	100	管理前	91(91.00)	6 (6.00)	3 (3.00)	97 (97.00)
常规组	100	管理前	90(90.00)	6 (6.00)	4 (4.00)	96 (96.00)
X^2	-	-	-	-	-	0.1480
P	-	-	-	-	-	0.7004
实验组	100	管理后	99(99.00)	1 (1.00)	0 (0.00)	100 (100.00)
常规组	100	管理后	91(91.00)	5 (5.00)	4 (4.00)	96 (96.00)
X^2	-	-	-	-	-	4.0816
P	-	-	-	-	-	0.0433

2.2 对比两组患者管理前后的治疗有效率

管理前两组患者的各项数据之间不存在显著性差异, $P>0.05$; 管理后, 实验组患者的治疗有效率显著高于常规组患者, 其优势较明显; 结果存在显著性差异, $P<0.05$ 。分析详见表 2。

表 2 对比两组患者管理前后的治疗有效率【(%)】

组别	n	时间	显效	有效	一般	有效率
实验组	100	管理前	68(68.00)	25(25.00)	7 (7.00)	93 (93.00)
常规组	100	管理前	66(66.00)	25(25.00)	9 (9.00)	91 (91.00)
X^2	-	-	-	-	-	0.2717
P	-	-	-	-	-	0.6021
实验组	100	管理后	79(79.00)	21(21.00)	0 (0.00)	100 (100.00)
常规组	100	管理后	69(69.00)	27(27.00)	4 (4.00)	96 (96.00)
X^2	-	-	-	-	-	4.0816
P	-	-	-	-	-	0.0443

2.3 对比管理前后两组患者对护理质量的评分

管理前两组患者的各项数据之间不存在显著性差异, $P>0.05$; 管理后, 实验组患者对护理质量的评分显著高于常规组患者, 其优势较明显; 结果存在显著性差异, $P<0.05$ 。分析详见表 3。

表 3 对比管理前后两组患者对护理质量的评分【(%)】

组别	n	时间	服务态度	专业素养
实验组	100	管理前	40.95±5.43	41.62±5.68
常规组	100	管理前	41.42±5.53	41.54±5.58
X^2	-	-	0.6064	0.1004
P	-	-	0.5449	0.9201
实验组	100	管理后	48.65±6.55	48.58±6.77
常规组	100	管理后	44.42±6.25	43.89±6.32
X^2	-	-	4.6722	5.0639
P	-	-	0.0000	0.0000

2.4 对比管理前后两组患者对护理服务的满意率

管理前两组患者的各项数据之间不存在显著性差异, $P>0.05$; 管理后, 实验组患者对护理服务的满意率显著高于常规组患者, 其优势较明显; 结果存在显著性差异, $P<0.05$ 。分析详见表 4。

表 4 对比管理前后两组患者对护理服务的满意率【(%)】

组别	n	时间	很满意	满意	一般	满意率
实验组	100	管理前	65(65.00)	23(23.00)	12(12.00)	88(88.00)
常规组	100	管理前	66(66.00)	21(21.00)	13(13.00)	87(87.00)
X^2	-	-	-	-	-	0.0457
P	-	-	-	-	-	0.8306
实验组	100	管理后	71(79.00)	28(21.00)	1 (0.00)	99(99.00)
常规组	100	管理后	69(69.00)	24(27.00)	7 (4.00)	93(93.00)
X^2	-	-	-	-	-	4.6875
P	-	-	-	-	-	0.0303

2.5 对比管理前后两组患者不良事件的发生率

管理前两组患者的各项数据之间不存在显著性差异, $P>0.05$; 管理后, 实验组患者不良事件的发生率明显低于常规组患者, 以上结果存在显著性差异, $P<0.05$ 。分析详见表 5。

表 5 对比管理前后两组患者不良事件的发生率【(%)】

组别	n	时间	输液后肿胀疼痛	巡视不及时	操作不规范	发生率
实验组	100	管理	8 (8.00)	5 (5.00)	5 (5.00)	18(18.00)

常规组	100	前				
		管				
理		理	9 (9.00)	5 (5.00)	6 (6.00)	20 (20.00)
		前				
X ²	-	-	-	-	-	0.1300
P	-	-	-	-	-	0.7184
实验组	100	管				
		理	1 (1.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (1.00)
后		理				
		后				
常规组	100	管				
		理	5 (5.00)	4 (4.00)	4 (4.00)	13 (13.00)
后		理				
		后				
X ²	-	-	-	-	-	11.0599
P	-	-	-	-	-	0.0008

3 讨论

静脉药物配置中心是发生药物配置不良事件的主要场所,其也会直接影响到院方有序开展抢救、施救各类患者的效果和水平。静脉药物配置中心及各疗区、病区护理人员的工作极为繁重,因而会出现服务态度较差、在配置药物的速度、准确度等方面存在观察不仔细等情况,对于患者而言非常容易发生不良事件和安全隐患,严重者甚至会引发严重的医疗纠纷事件^[8-9]。因此,药剂师安全、合理的进行配药并对自身的工作进行管理能够有效的预防上述事件的发生,加强质量管理也是当前临床医院需要积极贯彻、实施的落脚点和基本点。静脉药物配置中心的工作量巨大,且任务复杂繁重,如果医院内部不对药物配置管理、配置速度等方面进行强化管理,可能会引发一定的安全隐患,从而导致医疗纠纷事件的发生,甚至会对患者的生命安全造成影响^[10-11]。而药物配置的合理与否不仅与药剂师的工作指导存在直接关系,同时还需对其质量管理进行持续化干预。在静脉药物配置中心实施质量管理能够有效降低发生不良事件的概率,从而改善中心工作的质量以及患者的满意度,确保其用药的安全性^[12-14]。通过对静脉药物配置中心进行质量管理,对其日常工作的流程进行控制、创新后,医院临床输液发生感染的风险性得到了大幅度的下降,可见该管理模式具有较高的应用价值。而在静脉药物配置中心建立其相关的管理体系,例如从药物的管理和使用、高危药品的管理、完善医嘱审核制度、持续质量改进等方面建立新的管理体系能够有效降低临床发生不良事件的概率^[15-16]。而在静脉药物配置中心完成管理配置后处方,其安全性能够得到大幅度的提高,临床上不合理用药的事件大大减少。由此可见,在静脉药物配置中心处进行管理能够在一定程度上确保患者合理、安全的用药,保证了患者自身的安全。

本研究在静脉药物配置中心应用质量管理方法,以此分析其具体的应用价值,所获得的临床结果如下:管理前两组患者的各项数据之间不存在显著性差异, $P > 0.05$; 管理后,实验组患者输液药物的配置合理率明显高

于常规组患者,其治疗有效率、对护理质量的评分、对护理服务的满意率也显著高于常规组患者,其优势较明显;此外,该组患者不良事件的发生率明显低于常规组患者,以上结果均存在显著性差异, $P < 0.05$ 。

综上所述,在静脉药物配置中心应用质量管理方法能够有效提高药物配置的合理率,降低不良事件的发生率,同时能够有效提高患者对于护理服务的评价和满意率,在一定程度上降低了发生护患纠纷事件的概率,值得将该管理模式在临床工作中进行推广应用。

参考文献:

- [1]吴文静.优化质量管理流程在医院静脉配置中心中的应用[J].中国城乡企业卫生,2021,36(12):81-82.
- [2]叶树君,华赛美.环节质量管控在改善静脉用药配置中心退药情况中的应用[J].中医药管理杂志,2021,29(21):172-173.
- [3]方少丹,李巧霞,陈燕兰.优化质量管理流程对静脉配置中心降低感染及差错的效果观察[J].基层医学论坛,2021,25(27):3938-3939.
- [4]刘广玲,甘雁妃,李伯良,黄翠媚.实施环节质量管理对提高静脉化疗药物配置效果的影响[J].临床医学工程,2021,28(08):1121-1122.
- [5]路云青,苗红英,李莲娜.静脉药物配置中心开展风险管理对护理质量管理提升的作用[J].中国农村卫生,2021,13(04):18+17.
- [6]周双燕,吴勤研,周云.追踪管理法在静脉药物配置中心质量管理中的应用价值研究[J].结直肠肛门外科,2020,26(S1):74-75.
- [7]陈晓玲.静脉药物配置中心药物配制过程中质量管理分析[J].中国处方药,2020,18(04):40-41.
- [8]吴海梅,符大天.浅谈静脉用药配置中心安全质量管理[J].广东化工,2020,47(03):123+126.
- [9]李宣.六西格玛管理对静脉药物配置中心化疗药物配制质量控制中的应用[J].黑龙江中医药,2020,49(01):52-53.
- [10]王嵘娟.持续质量改进对静脉药物配置中心护理质量及满意情况的影响[J].中国医学创新,2019,16(33):83-87.
- [11]房丽丽.静脉药物配置中心药物配制过程中质量管理[J].中国卫生产业,2019,16(20):37-38.
- [12]房丽丽.持续质量改进在静脉药物配置中心护理管理工作中的应用[J].中国卫生产业,2019,16(19):61-62.
- [13]嵇利芹.儿科静脉药物配置中心的输液配置质量管理[J].中医药管理杂志,2019,27(12):157-158.
- [14]宋丽坤.PDCA 循环质量管理法在静脉药物配置中心护理管理工作中的应用[J].山东医学高等专科学校学报,2019,41(02):117-118.
- [15]王翠.静脉用药集中配置中心质量管理与提升的探讨[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(34):185.
- [16]文雅娟,夏欣华.浅谈静脉药物配置中心的质量管理[J].中国城乡企业卫生,2019,34(04):59-61.

PDCA 循环管理方法在护理继续教育管理中的应用效果

罗笑丹 陈婷婷

福建医科大学附属闽东医院 福建福安 355000

摘要：目的：对 PDCA 循环管理方法在护理继续教育管理中的应用效果展开研究。方法：选取我院 70 例护理人员作为研究对象，用 PDCA 循环方法对护理人员展开继续教育管理，对比继续教育管理前后的护理质量评分以及患者护理满意度，分析 PDCA 循环管理方法的应用效果。结果 对比发现 PDCA 循环管理方法应用后护理满意度明显更高，同时护理质量评分也明显更高，该管理方法应用后护理继续教育管理质量更高。（ $P < 0.05$ ）结论：PDCA 循环管理方法在护理继续教育管理中的应用能够有效提高继续教育管理质量，提高护理人员护理质量以及患者护理满意度，该管理方式是我院在促进护理质量提升中的一次有效尝试，值得推广。

关键词：应用效果；健康教育；产后护理

我国医疗事业不断发展，对医护人员的专业要求越来越高，为满足人们日益增长的医疗服务需求，医护人员的专业能力必须也要随之提升，医院对护理人员展开继续教育十分有必要^[1]。护理学继续教育主要是针对护理人员的理论知识、技术能力以及服务态度等展开更进一步的教育，做好继续教育管理可以有效保证护理教育质量，而应用好管理方法则对管理质量的提升具有促进作用。PDCA 循环管理方法是一种十分科学的管理方法，通过对“计划”“实施”“检查”以及“处理”进行循环而不断积累经验，提高管理效果^[2]。为提高我院护理继续教育管理质量，本院对 PDCA 循环管理方法在护理继续教育管理中的应用效果展开研究，研究效果及结果如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取我院 70 例护理人员作为研究对象，用 PDCA 循环方法对护理人员展开继续教育管理。年龄 24-54 岁，均龄 38.25 ± 12.54 岁。学历分布情况：大专学历 20 例，本科学历 30 例；职称：副主任护师及以上 5 例，主管护师 10 例，护师 20 例，护士 35 例。

1.2 方法

PDCA 循环管理方法在护理继续教育管理中的应用方式如下：（1）计划阶段（P）：针对护理人员日常护理问题展开主观问卷调查，同时选取 2020 年 1 月到 2020 年 6 月期间的患者的临床资料进行分析，对实际护理问题进行总结，结合护理人员主观问卷调查结果以及临床资料分析结果确定继续教育内容。经过分析，对护理人员对继续教育的需求总结如下：健康教育知识全面性提升的需求、专科知识与技能优化的需求、心理疏导技巧掌握能力提升的需求、医疗相关法律法规掌握能力提升的需求、病历书写能力提升的需求、计算机水平提升的需求。护理工作中常见问题包括饮食护理不精细、心理护理不完善、护理人员服务态度不够好、耐心不足、病房巡视频率不够、患者生命体征监测不力、护患之间沟通不足、并发症预防不当等。（2）继续教育项目的制定，实施阶段（D）：有关管理人员对护理人员展开针对性患者心理健康教育，提高护理人员心理疏导能力，针对护理人员与患者之间沟通不足的问题，对护理人员展开沟通技巧教育与加强沟通鼓励。培训人员引导患者在日常工作中，多站在患者的角度上思考问题，主动和患者沟通。当护理人员发现患者护理配合度不高的时候，不要带着情绪埋怨患者不懂事，而是要切身处地的思考以患者当时的处境，患者在想什么，并通过加强沟通让患者信任自己理解自己，更好的配合自身的工作。护理人员在日常工作中，还要注意善于开导自己，借助心理学知识舒缓自身压力，并在和患者发生冲突的时候，有技巧的对冲突进行化解；管理人员针对不同病症常见并发症及其预防护理措施展开技术教育。临床常见并发症主要由医院感染、吸入性肺炎、引流异常、压疮等，管理人员

针对每种常见并发症实施并发症预防干预教育。压疮主要是由长期卧床导致，作为一种严重的皮肤深层损伤性并发症，严重危及患者生命健康与生活质量，压疮的预防重点在于促进血液循环，实现方法包括体位管理护理、按摩以及鼓励活动，为进一步提高护理人员压疮预防护理干预能力，管理人员就压疮预防必要性、按摩手法等对护理人员进行培训；管理人员针对饮食护理不足的问题对护理人员展开饮食护理教育。管理人员制定详细的饮食护理健康手册分发给护理人员，让护理人员全方面掌握各种类型疾病病情修养过程中的最佳饮食方案，促使护理人员饮食护理能力得以提升；管理人员对护理人员展开健康教育技巧培训。健康教育作为护理工作的重要内容，可以有效提高患者的健康知识认知水平，促使患者的护理依从性得到提高，降低护理人员的工作强度与工作难度，管理人员告知护理人员健康教育目的及其重要意义，同时就面对面健康教育方法、健康教育注意事项、心理暗示在健康教育中的使用方法等进行培训，全方面提高护理人员健康教育干预能力；管理人员对患者实施康复训练指导继续教育。康复护理具有一定技术性，康复护理指导出现误差将导致患者肢体、语言等功能恢复的延误，因此管理人员要格外重视护理人员的康复训练护理培训。

（3）检查阶段（C）：继续教育小组每天对继续教育落实情况以及护理人员护理实践提升情况进行检查，制定继续教育学分获得标准，要求护理人员在接受继续教育的同时在日常护理中修学分，对于学分修不够的护理人员要求其继续参加继续教育培训，对于表现良好的护理人员，予以奖励。

（4）处理阶段：针对检查中发现的个别护理问题对继续教育内容进行补充，并对继续教育接受能力差的护理人员实施惩处；针对在上一轮循环中没能解决的问题，将问题投入到下一轮的继续教育 PACD 循环管理中，继续对问题进行解决，继续对护理人员的护理能力进行提升

1.3 指标观察

对比 PDCA 循环管理方法应用前后患者护理满意度以及护理质量综合评分。PDCA 循环管理方法应用后的护理满意度由 2020 年 6 月 2021 年 1 月期间护理满意度测评表统计得出^[3]。

1.4 统计学分析

以 SPSS20.0 统计学软件分析数据，均数±平方差表示计量资料，组间比较使用 t 检验，率表示计数资料， χ^2 检验组间比较，存在明显差异时，具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。

2 结果

2.1 患者护理满意度及护理质量综合评分对比

对比发现 PDCA 循环管理方法应用后患者的护理满意度明显更高，护理质量综合评分也明显要更高，比较具有统计学意义（ $P > 0.05$ ），详见表 1：

表1 护理满意度与护理质量评分对比情况 (n,%)

分组	病例数	护理满意度	护理质量评分
2020.1-6月	70	50 (71.43)	68.26±12.05
2020.6-1月	75	69 (98.57)	92.41±10.42
T/X ²		10.412	12.933
P		0.001	0.000

3 讨论

患者的护理满意度是医院医疗服务质量的重要指标,提高患者护理满意度既是医院生存与发展的必然要求,同时也是医院做好本职工作的重要表现^[4]。提高护理质量是提高护理满意度最直接也是最有效的方法,因此医院必须做好护理人员的继续教育工作。

继续教育以新理论、新知识、新技术以及新方法的学习为主要内容,是一种终生教育。我国的医疗事业呈现不断发展、积极蓬勃发展的态势,医院护理人员作为整个医疗服务体系的基石,其护理水平的不断提升对整个医疗服务行业的持续稳步发展来说至关重要,所有医护人员都具备继续教育的需求,医疗服务实践也要求护理人员积极参与健康教育,继续教育的展开,应以护理人员更熟练的护理技术操作、更高尚的职业品德为目标,为了更好的实现这个目标,需要采用更合理科学的继续教育方案来进一步做好继续教育工作。以往的医院管理采用常规的管理方法,在常规继续教育管理方案的引导下,继续教育工作效率得不到有效保障,为保证继续教育能够发挥相应效果,医院不得不对继续教育方案进行优化,同时我们也从近年来患者护理满意度以及护理质量评分中我们发现常规继续教育管理方法不够有效,鉴于此对管理方法的使用进行了创新。

PACD最早是由美国质量管理专家戴明提出来的一种用于解决问题的理念,该理论基于“实践是检验时间的唯一标准”的理论基础提出,很好的体现了马克思主义唯物观,p、a、c、d分别代表的是计划、执行、检查、处理这四个环节,整个理论实际上就是发现问题、提出问题、分析问题、解决问题、验证问题的闭环,在使用该问题解决方案的时候,问题提出者需要回答五个问题,即为什么制定该措施、想要达成什么样的目标、在什么地方执行、由谁负责以及怎么完全。每一次问题的分析都可以解决一定问题,当然也可能会出现一些没能在第一次循环中解决的问题,这时候只要将新的问题或者是没能在上一次循环中解决的问题投入到下一次循环中即可,通过PACD循环,让问题的解决更加科学,能够有效避免问题解决的无序性,避免由于无序而导致的后果的不佳以及资源的浪费。PDCA循环管理法作为一种系统性的管理方法,应用于企业、各组织等管理中能够发挥事半功倍的效果,鉴于此本院对该管理方法进行了应用^[5]。

用药护理、病情监测、饮食护理、康复训练指导、心理护理、科室护理记录等各个方面均存在一定问题,这些都属于护理人员护理技术上的问题,除此之外,护理人员的服务态度、沟通技巧等也在很大程度上影响护理质量。继续教育实施之前,常规用药护理时护理人员缺少对患者是否真实用药的关注度,若患者的用药配合度较差,很容易出现患者装作用药的情况,以儿科患者为例,儿科患者年龄小怕苦,因此可能会骗家长和护理人员已经用过药,这种做法严重影响药物治疗效果,当然也对护理服务质量造成了影响。常规病情监测也存在一定问题,本次研究中,我院通过统计分析可知,部分患者因病情监测不及时导致急救延误而出现并发症,临床上也存在体征监测工作没做好导致患者因抢救失败而死亡的情况,病人体征与病情监测不到位严重影响整个护理服务的质量。饮食护理也是整个护理服务体系中十分重要的内容,不同类型的疾病,同类患者的不同身体素质以及恢复阶段,患者所需要的饮食方案都是不同的,一般饮食护理中,

护理人员为患者提供的饮食指导相对宽泛,无法满足各科室患者在病情恢复期间的营养需求,因此饮食护理也有一定优化必要。对于骨折患者、神经损伤患者等需要功能恢复的患者来说,护理人员需要为患者提供康复训练指导,康复训练质量直接决定患者病后生活自理能力以及生活质量。康复训练指导的技术要求较高,护理人员的操作能力可能存在不足的情况,因此康复护理操作必须得到优化。经过统计分析可知临床上常规康复护理中,容易因训练强度不合理导致患者出现训练受伤的情况。再者,康复训练过程中,患者的不配合也会影响康复训练效果,而护理人员的态度、语言沟通能力等则直接影响患者的配合意愿,而常规护理,康复护理的效果则较为有限。通常来讲,身体上的病痛折磨会让患者感到心力交瘁,患者的情绪也会受到影响,部分患者会因为病痛折磨而呈现出攻击性,还有一些患者因病痛折磨表现出抑郁、焦虑心里,无论是哪一种不良情绪,均会危及患者健康,因此随着护理事业的不断发展,心理护理也已经成为整个护理系统中的重要内容。护理记录也是常出现护理问题的地方,记录片面、记录内容过于简单、工作繁忙来不及记录等均是护理记录中常见的问题,护理记录贯穿整个护理工作始终,这些记录问题都会在一定程度上影响护理效率以及不同护理环节之间的衔接。针对上述各个护理内容、护理环节中的常见问题,都需要对护理人员展开护理继续教育。

首先,本院借助PDCA循环管理方法中的计划理论,对我院护理质量的具体提升要求展开了分析,从而确定具体的护理人员教育重点。随后,我院开始结合分析结果对提前准确好的管理计划进行实施,由此进入了管理实施阶段,针对性的对我院护理人员所且欠缺的计算机技术操作能力、护患沟通技巧以及护理服务态度等展开了继续教育实践,这对我院护理人员服务态度的提升具有促进作用,促使护理人员从患者角度思考,对患者更加包容与宽容,从而促进护患关系的改善。与此同时护理人员相关护理能力也会有针对性的提升,进一步为自身得到患者的认可创造有利条件。之后我院又相继对护理人员继续教育管理实施情况展开检查,并结合检查出来的问题进行解决。检查这一管理环节能够对继续教育管理内容进行查漏补缺,同时能够看出护理人员接受教育的态度,通过检查提高护理人员对接受继续教育的重视度,针对检查出的问题进行处理,由此完成一个管理循环^[6]。若能够不断重复这一管理循环,能够促进医院护理质量的不断提升。研究结果显示PDCA管理方式应用后的护理满意度以及护理质量评分明显高于应用前的,这充分证实了PDCA循环管理方法在护理继续教育管理中的应用效果。

综上所述,PDCA循环管理方法在护理继续教育管理中的应用能够有效提高继续教育管理质量,提高护理人员护理质量以及患者护理满意度,PDCA循环管理方法在护理继续教育管理中的应用值得推广。

参考文献:

- [1]马小琴,程思诗.基于CIPP模型与柯氏模型护理继续教育培训评价体系的构建研究[J].中医教育,2021,40(4):36-40.
- [2]许小娟.护教协同背景下中医护理继续教育体系的构建[J].中医药管理杂志,2021,29(6):117-118.
- [3]谢菲菲.“南丁格尔+时代”下护理联合体的建设与实践[J].中医药管理杂志,2021,29(6):84-85.
- [4]郭洪亮.云课堂技术在护理临床继续教育中的实践及优势[J].中国中医药现代远程教育,2021,19(5):177-180.
- [5]黄紫薇,韦义萍,兰园淞,覃燕,唐文帅.“后慕课”时代在护理继续教育中的态势分析[J].护士进修杂志,2021,36(4):339-343.
- [6]胡雪丹,吴芝炜,黄茶英,吴爱莲,吴海燕.多媒体+手机APP移动教学在低年资护士继续教育中的应用[J].护理实践与研究,2020,17(9):127-129.

新医改背景下大数据对医院档案管理研究分析

郭雪娇

聊城市人民医院 山东聊城市 252000

摘要：随着科技的飞速发展，互联网得到了极大的进步，信息大数据时代也随之来临。大数据以其独特的优越性，对各个行业都产生了巨大的冲击，同时也为医院的档案工作带来了新的发展机遇。在新医改浪潮中，如何利用大数据技术将档案工作推向数字化、电子化、网络化是当前管理人员必须重视的问题。基于此，本文主要围绕新医改背景下大数据对医院档案管理开展研究与分析。

关键词：新医改；大数据；医院档案；管理工作

在新医改背景下，我国现有的卫生体制给医院的档案工作带来了新的挑战，档案是医院的一种重要信息资源，它包括了病历、人事、财务、科研等档案，以及医院建立以来的全部资料。当前，随着社会的发展，提高档案工作水平，是推动医疗卫生事业长期健康发展的关键。大数据时代的来临，医院的档案工作要与时俱进，运用大数据技术完善传统的档案管理模式，为医院的运营和未来的健康发展奠定良好基础。

一、大数据技术在医院档案管理中的应用背景

目前，信息化技术在医疗卫生事业中得到了广泛的运用，利用信息化技术可以有效地保障医院的信息检索和储存。随着医院对信息技术的不断研发与完善，电子化管理信息日益丰富，同时各类影像技术也在逐步完善，医疗数据的存储周期更长，住院患者的数据至少要存储 30 年，门诊数据至少要保留 15 年以上，所以如果一直采用常规的医院档案管理办法，难以使得新医改形势下的医院档案管理要求得以实现。根据对医院的长期和短期发展计划分析发现，一般情况下医院的人员、技术、装备都在不断完善，但是由于档案的管理质量不佳，导致医院的管理和服务无法跟上，医院整体管理质量下降，从而影响到了医院的发展。许多医院在进行档案管理时仍采用人工录入和查找的方法，无法快速获得资料，导致医院档案应有的作用没有发挥^[1]。由于客观条件的制约，我国的医院档案拥有极为庞大的、种类繁多的信息。随着医疗卫生事业的迅速发展，档案所涵盖的信息也日益丰富，包括患者信息、影像资料、各种报表等。在这种背景下，将大数据技术应用在医院档案工作中，无疑会促进医院的发展。

二、大数据的内容及特点分析

根据我国的国情来看，当前正处于大数据发展时代，在智能化、数字化的环境下，人们利用计算机技术来建立大数据库，对数据进行收集、传输和存储。大数据具有不可估量的信息和数据，能够整合现有的云计算及云储存。在新时代，经营、生产、管理等活动都建立在海量信息的支撑下，特别是在医疗服务领域，档案的应用越来越广泛。要保证医院档案资料可以更好的保存患者资料、治疗方案、发展进程等，提升档案资料的使用率，需要通过大数据技术作为保障。在医院作出重要决策时，可以利用档案作为今后工作的参照，保证工作的顺利进行。

三、新医改背景下大数据对医院档案管理的影响

（一）对档案管理发展方向进行明确

当前我国医疗事业发展迅速，出现了许多文件，这些文件包括活动文件、就医资料、患者信息、治疗影响、专家会诊记录等。同时，档案既要记载医院的日常工作，又要积累医院发展历史和重大事件^[2]。基于当前的发展动向，运用大数据技术对医院档案进行数字化的分析，能够更好地对档案进行无纸化、现代化的处理，为今后的工作指明了一个清晰的发展方向。

（二）推动档案管理工作的顺利开展

在新医改背景下，医疗服务的进步不仅可以改善人民的身体状况，而且还可以促进整个国家的和谐发展。但是，由于挂号难、排队时间长，成为了制约医院发展的一大难题。当前，大数据技术在医院档案管理中的运用，通过大数据管理平台，医护人员可以快速查找患者病历，也可以通过终端进行操作，极大地缩短了患者就诊等候时间。将大数据技术引入到医

院的档案工作中，能够提升档案管理水平，促进医院工作效率的提升。

（三）档案整合管理实现资源共享

对于医院日常工作来说，大数据技术能够将不同科室的文件资料进行有效的集成，并将其上传到云端存储系统，从而提高了档案的使用率。在医院档案管理工作中，只需将档案存储在数据库中，就可以轻松的查询到相关信息，并通过不同的渠道进行共享，进而提高医院各科室的交流和合作，从而增强了医院的工作效率^[3]。

（四）档案管理形式多元化发展

以前的档案工作主要集中在文本材料的使用上，但是医院也是一个科研机构，对影像和图片的需求很大。大数据技术的出现，使得传统的档案类型从单一的文档扩展到了更多的领域，并根据网络的兼容性，实现了对图像、声音、视频等档案的储存，从而扩大了档案的管理范围。

（五）档案信息不易损坏、遗失

过去医院的档案是以纸质为载体，档案损坏、遗失等问题普遍存在，主要是人为失误、管理制度不完善所致，造成了纸张的虫噬、发霉、褪色等问题，数据丢失严重影响了医院的发展^[4]。在此基础上，对大数据系统进行全面的应用，可以将医院档案从传统的纸质向数字档案发展，从而摆脱了实体的限制，可以实现永久性的档案储存。

（六）档案信息的利用率极大提升

由于患者数量的增加，医院的规模逐年扩大，对档案的需求也随之增加。如果继续采用传统的人工管理模式，那么档案管理人员的工作压力将会不断增加，而档案管理效率会不断降低。在大数据环境下，档案的管理变得更加智能化，所有的工作都可以在数据系统中完成，可以极大地提高工作效率，节省大量的人力物力，同时也减轻了管理人员工作压力，有利于营造良好的工作环境。

（七）满足医院精细化管理需求

通过对大数据技术的应用，可以实现档案利用的历史数据自动生成，便于档案管理员对其档案进行追溯管理，从而为今后的各种档案工作提供便利。同时，在档案信息化管理平台中融入档案修改权限，通常仅对用户开放公共档案，从而避免了档案被任意篡改的风险^[5]。在大数据的作用下，用户可以将权限内的档案资料有效利用，比如患者的病历资料，隐藏私密信息，从而保障患者的个人隐私。在大数据技术的支持下，能够更好地满足医院精细化发展需求，进而促进长远发展目标的实现。

四、新医改背景下大数据对医院档案管理的新要求

（一）对管理人员的要求

随着大数据技术的普及，医院的档案工作环境也随之改变，管理方式不断多元化，对管理人员的要求也越来越高。新医改背景下，大数据对医院档案管理要求越来越高，需要工作人员既要有良好的信息系统操作能力，又要有创新管理意识。然而，由于一些档案管理工作人员存在着落后的观念，对档案工作的意识不足，致使档案管理工作无法适应大数据环境，使档案工作信息化程度很难提高。

（二）对软硬件设备要求

在医院档案进行大数据管理的基础上，需要各个软件和硬件的支撑，但也不是所有的医院都能满足软硬件要求。当前，一些医院在大数据环境

中,对档案只是进行了简单的管理,仅仅配备了计算机和打印机,档案归档功能受限于系统的软硬件条件,导致档案管理效果难以达到期望。此外,大部分的医院都没有注意到大数据操作安全问题,只设置了普通的防火墙,有可能导致档案的遗失。

五、新医改背景下医院档案管理的现状

(一) 档案管理工作缺乏认识

档案是医院发展的关键数据和技术结果,但目前的医院档案工作还没有发挥出应有的作用,部分档案管理人员对档案的使用还很肤浅,大部分都是简单的查找档案信息,并没有真正发挥出档案的作用。在医院的管理工作,往往注重患者管理,以及相关设备的购置和使用,而在一定程度上忽视了档案的管理,导致档案管理处在一个很低的层次。部分高层领导在对档案工作的理解与利用方面存在着很大的缺陷,医院的档案工作本身就具有系统性,不仅种类多而且非常繁杂,存在需求潜在的应用价值,但可惜的是绝大多数管理者无法深入的挖掘档案价值。

(二) 档案管理硬件设施落后

医院管理对医疗器械的重视程度很高,可以及时对医疗器械进行升级,而对档案管理工作的关注却很少。在档案管理工作中,为工作人员提供的办公场所空间很少,严重地制约着工作的开展。目前,部分医院的档案管理工作使用的设备陈旧,甚至是缺乏专业的硬件设施,工作效能不高是造成档案管理工作滞后的主要原因。目前,部分医院由于没有引入或建立档案管理系统,档案的收集、分类和处理工作不完善,无法满足新医改的要求。

(三) 管理人员综合能力不高

由于医院档案类型繁多,综合管理也很困难,因此档案管理人员必须具备一定的专业技能和职业素质。然而,目前的档案管理人员由于受教育程度和专业技能不同,工作水平存在着较大的差距,部分管理者对档案工作认识不足,对信息化建设也缺乏足够的理解,只靠经验进行档案管理工作,无法促进档案管理水平的提升。

(四) 档案安全保护不到位

由于信息化技术应用不够成熟,缺乏有效的信息安全系统,使得在利用大数据技术的情况下,无法建立起有效的安全防护功能,从而影响了档案的隐秘性和安全性。档案系统安全防护等级低,使不法分子通过木马、黑客等方式侵入档案管理系统,窃取资料、伪造病历,导致医院承受难以估量的损失。

(五) 档案管理制度不完善

目前的医院档案管理方式主要是各科室负责提交档案,档案管理部门进行分类、处理,这一管理方式不但影响了工作效率,而且无法实现档案的统一管理。此外,档案管理制度缺乏完善,管理人员存在违规操作问题,并且一旦出现问题相互推诿,这严重影响了档案管理工作的开展。

六、新医改背景下大数据在医院档案管理工作中的应用建议

(一) 积极树立大数据应用观念

将大数据技术引入到医院档案工作中,首先要转变相关人员的思维方式,充分认识大数据技术在档案信息化建设中的重要作用。大数据技术相对于传统的档案记录系统而言是一个崭新的研究领域,由于大数据技术在档案管理系统中的运用,需要投入相当多的人力物力,因此必须实现观念的转变,提高大数据技术的使用效果。在医院档案管理中,可以利用兄弟医院的大数据技术进行实验应用,以便更好地理解大数据技术对档案管理工作起到的促进作用,使各科室能够更好地发挥大数据的积极作用。

(二) 优化档案管理软硬件设备

在医院档案管理中应用大数据技术,在极大地方便了档案工作的前提下,也优化了工作条件。大数据要依靠网络,所以对软硬件要求更高,所以医院要为档案管理提供最基本的软硬件条件。首先,要构建专门的档案数据库,这就要求在利用大数据技术的基础上,将以往的档案录入数据库,并根据系统模块进行归类。其次,为实现数据的整合、分类、保存、传输等,需要构建数字档案管理平台 and 软件系统。该基础设施的建立既能适应

大数据技术在医院档案中应用需求,又可以与其它系统相结合,成功地应用于医疗卫生系统。其次,医院要提高意识,加强对大数据运行过程中的安全控制,强调安全防范,提高档案的安全性。同时,加强对医院的信息资源管理系统的建设。在大数据环境中,各种信息的呈现形式多样,如果仅仅把计算机看作是一种信息输入工具,而不能够深入地建立起一个高效的数据处理系统,那么就会使档案工作的效率大大提高。建立科学的档案管理系统,是实现档案信息在大数据视域下呈现的重要基础。在建设要聘请专家队伍,根据档案管理工作的现状,对各科室系统进行相应的建设,使档案管理系统做到简单化、透明化,丰富系统的存储、查阅等功能,并定期进行维护,保证系统的正常运行。最后,完善信息化平台。基于大数据特点,对医院档案信息化管理平台的建设进行完善,建立事务处理系统,确保档案管理工作开展的及时性。建立一体化、自动化、智能化的系统平台,以最大程度地强化档案管理水平,提高档案传输和处理工作的效能,并持续对人工智能进行优化,集成到大数据管理系统中,实现更有效的数据收集和归类。在数据库中集成档案,使得档案利用可以在多个模型中进行。同时,及时清理垃圾信息,定期对无效缓存进行清除,腾出空间储存更多的档案。积极推动建立信息共享制度,完善院际间、部门间的档案资料共享,以提高档案的利用率。此外,积极开发档案的自动记录功能,便于档案的可追踪化管理,并设定归还期限警示功能,严格规范档案的利用。

(三) 引进大数据技术人才

将大数据技术运用于医院的档案工作,既要建立基本的信息系统,又要引进专业人员,以确保大数据技术得到有效的运用。在引进专业的档案管理人员的同时,必须对现有人员进行培训,向全体人员档案管理工作的价值,能够在具体工作中认真对待档案的归档,以提高档案管理水平。医院应加强对档案管理工作的关注,增加经费和招募人才,并聘请专家对档案管理人员进行培训。同时,要构建健全的人员考核制度、奖惩制度等,把数据系统建设与绩效相结合,推动大数据管理模式的发展。此外,在大数据人才管理方面,应从对内与对外两方面实施。首先,在医院内部,管理层应合理地设立了档案管理部门,确定人事分配,为已有的人员进行教育和培训,与权威培训组织进行合作,把培训考核与业绩相挂钩,提高工作人员的积极性。同时,积极与各兄弟医院开展合作,邀请同行的专业技术人员到医院来考察,交流自己在档案管理方面的工作经验,相互学习,促进专业技能的提升。在医院外部方面,根据当前现有的档案管理人员配备情况,结合档案大数据系统建设需求,编制一套合理的人员聘用方案,由主管同意后,面向社会招聘优秀的管理人才。在招聘过程中,可以适当降低诸如年龄等非限制性的要求。新人员引入有助于提高档案管理水平,优化人员配置比例,促进大数据的有效应用。

结束语:

综上所述,在新医改背景下,医院急需对档案管理工作进行改革,要以高标准为目标,与时俱进,顺应时代的发展趋势,有效应用大数据技术,将更好的服务带到公众面前。因而,在大数据时代,开展信息化档案管理工作将是一种势在必行的发展趋势,并最终实现信息化建设的全面推进,在提升管理工作效率的前提下,促进医疗改革的发展。

参考文献:

- [1]王杰.新医改形势下大数据对医院档案管理的价值探讨[J].科学与信息化,2021(1):149.
- [2]甘英文.新医改背景下大数据对医院档案管理的影响及对策研究[J].兰台内外,2021(15):43-44.
- [3]邵方蓓.新医改背景下大数据对医院档案管理的影响及对策[J].文存阅刊,2021(28):185.
- [4]吕鹏.新医改形势下大数据对医院档案管理的影响分析[J].办公室业务,2020(12):126,130.
- [5]胡小霞.新医改形势下大数据对医院档案管理的作用和影响探究[J].现代企业文化,2021(22):16-17.

健康管理中心应用人性化服务管理模式的效果探究

魏焕兰

北大医疗潞安医院健康管理中心 山西长治 046204

摘要：目的：探究健康管理中心应用人性化服务管理模式的效果。方法：抽取我院健康管理中心体检的 400 例体检者作为研究对象，其中 200 例开展常规服务，设作对照组，余下 200 例开展人性化服务管理模式，设作观察组，对两组体检者症状自评表（SCL-90）、自我护理能力（ESCA）、不良事件、健康体检时间、教育宣传检测、满意度表现评分等指标比较。结果：护理后，观察组 SCL-90 评分低于对照组，ESCA 评分高于对照组，不良事件发生率低于对照组，健康体检时间短于对照组，教育宣传检测评分高于对照组，患者满意度评分高于对照组， $P<0.05$ 。结论：健康管理中心应用人性化服务管理模式，能明显减轻患者的不良情绪，提高患者的自我护理能力，减少不良事件，缩短体检时间，提高体检者对服务的满意度，效果显著，可推广应用。

关键词：健康管理中心；人性化服务；管理模式；管理效果

健康管理中心开展科学的管理模式，对于体检者顺利完成体检具有重要的作用。体检过程中，体检者要承受心理压力，这是面对陌生环境，对体检流程、注意事项缺乏足够的了解，容易发生不良事件，影响体检者的满意度^[1]。有研究发现^[2]，健康体检过程中引入人性化护理服务，坚持以体检者为中心开展各项护理工作，对于提高健康管理效果具有重要作用。虽然近年来，人们已越来越关注自身的健康，到健康体检中心接受体检的人数也在逐年上升。可是，健康体检时由于缺乏对体检知识、体检流程的了解，都会影响体检工作的效率^[3]。临床已广泛开展人性化护理服务，人性化服务更重视体检者的需求，在体检过程中可以为体检者提供更贴心、更周到的护理服务，以此缩短体检时间，减轻体检者的不良情绪，更好的配合体检工作^[4]。鉴于此，为探究健康管理中心应用人性化服务管理模式的效果，将常规服务与人性化管理服务效果进行比较，通过对比分析人性化管理的优越性，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

抽取 2021 年 5 月-12 月期间在我院健康管理中心体检的 400 例体检者作为研究对象，以电脑生成数据随机抽签，共分 2 组，每组取 200 例。对照组：男女比 112：88；最小 20 岁，最大 68 岁，均（42.28±3.66）；本科及以上学历 55 例，大专学历 52 例，中学学历 64 例，小学学历 29 例；观察组：男女比 109：91；最小 21 岁，最大 67 岁，均（42.35±3.12）；本科及以上学历 58 例，大专学历 50 例，中学学历 62 例，小学学历 30 例；两组资料比较，无统计学差异 $P>0.05$ 。

纳排标准：入选体检者均自愿配合体检，知情研究内容，均为首次接受健康体检的体检者。排除肝、肾、肺等严重脏器疾病，认知或意识障碍疾病的体检者。

1.2 方法

对照组开展常规体检模式，对体检者发放体检表，体检者按表格项目自行到各个对应科室接受检查，在此过程中，体检中心安排导诊护士，为体检者解答问题，引导路径和维持体检排队的秩序。观察组开展人性化服务管理模式，内容如下。

（1）体检前。

常规体检更重视体检过程中各项护理操作，对于体检者的体检却缺乏足够的重视。当体检人员过多时，有些项目，体检者要长时间的等待，当环境过于嘈杂，人流过于密集时，都会对体检者的情绪产生不良影响。体检前，护理人员要尽可能营造舒适的环境，体检区保持整洁、干净，控制人流量，保持空气的流通，维持适宜的温湿度。加强体检环境管理同时，还要加强对体检设施的管理，提高体检者的舒适体验。例如：B 超、心电图等类检查，医务人员可以对耦合剂、棉球加温处理，避免温度过低刺激体检者，产生不适感受。休息区，为体检者配置宣传栏、饮水机、沙发等设施，以此帮助体检者缓解情绪^[5]。

护理人员要注意观察体检者的状态，面对不同年龄段，不同情况的体

检者，实施差异性护理，更好的满足不同情况的体检者。体检中心待检的体检者人数过多，对于儿童体检者，如果家长不方便看管或看管不当，会有儿童随意乱走的行为。护理人员要及时实施干预，开展人性化服务。面对行动不便的老年体检者，护理人员及时提供服务，帮助体检者顺利完成体检各个项目。

有些体检者面对体检会有不同的态度，对体检也会有不同程度的了解。护理人员要针对体检者个体差异，在体检前为体检者开展口头宣教。按预约好的体检项目，逐个项目为体检者进行宣教，例如：接受肝功能、肾功能检查时，要验血，指导体检者前一日做好准备，检查当日要保持空腹状态，而体检前 3 日要忌食高油、高盐、高脂肪类的食物，检查前一日不要熬夜，忌烟酒。等待 B 超检查的体检者，对于腹部超声检查者指导体检者要保持憋尿状态，而阴道超声检查者要尽量排空膀胱。护理人员将图片、文字结合使用，对体检者讲解注意事项，指导体检者做好相应的准备，了解体检流程，为后续体检工作打好基础^[6]。

（2）体检期间。

护理人员在体检区对体检者进行沟通，对体检者分流，对排队人群进行科学分流、引导，排队时要注意保持一定的间距。对体检者的体检项目进行合理规划，防止出现人群过多、堵塞或扎堆等情况发生。体检期间，护理人员要灵活安排检查项目的人员，合理引导。按规定流程指导体检者每个项目的注意事项，按体检者特点、需求提供服务，例如：老年人、残疾人、晕针者等，针对个体差异，提供合适的服务干预，以此满足体检者的需求。护理人员与体检者沟通过程中，重视其主诉，对于体检者有情绪不满或出现问题时，要耐心沟通，不要产生争执。体检者要在对应检查区域等待，有疑问时，要由护理人员解答，维持体检秩序，在此期间，要保护体检者个人隐私。例如：心电图、超声等检查，体检者在检查过程中会出现身体暴露的情况，护理人员要安排好人员，控制好人员间隔，拉好布帘，陪同者不能随意进入等，保护体检者的隐私。结果未出时，护理人员不能和其他人员随意讨论，不要主观臆测检查结果，导致体检者产生恐慌情绪，对于已得出检查结果的单据，也不要过度解读，加重体检者的心理负担。

（3）体检后。

完成所有体检项目以后，护理人员对体检者的各项数据整理，核对所有数据后由医生整理成报道。形成体检报告后，及时通知体检者收取，由医生一对一对体检者解读报告，结果有疾病风险或确诊疾病时，护理人员可从旁辅助，为体检者开展健康宣教，指导到专科及时就治疗。

（4）人性化护理服务。

人们对自身健康意识、医疗质量需求逐年上升，而人性化服务用于医学行业已得到了广泛的关注。体检过程中引入人性化服务管理模式，可以促进人性化服务的开展，更好的融合到体检工作中，完善规章制度，对护理人员实施专业培训，配合后续考核、质控管理，开展阶段性考核、不定期考核，结果和绩效挂钩，对护理工作监督管理，定期总结汇报，及时发

现问题,结合实际工作中的情况,制定可行解决方案,以此提高服务质量。对不同体检项目和体检者开展优质服务,以此提高体检者的满意度。

1.3 观察指标

采用 SCL-90 量表对两组护理前后的心理情绪进行评价,总分 1-5 分评价,得分高表现不良情绪严重,心理状态和评分呈反比例;采用 ESCA 量表对两组护理前后体检者的自我护理水平评价,评分 1-172 分,以得分高代表自我护理水平高,评分与护理水平呈正比例的关系;统计两组体检者不良事件,结果进行统计学分析;统计两组健康体检时间、教育宣传检测评分、体检者满意度评分,其中教育宣传检测及满意度满分为 10 分,得分高表示教育宣传检测评分效果好,体检者对护理服务的满意度高^[7]。

1.4 统计学方法

数据 SPSS22.0 统计学分析,计数资料[n(%)]表示, χ^2 检验;计量资料【 $\bar{x} \pm s$ 】表示, t 值检验, $P < 0.05$ 说明差异明显。

2 结果

2.1 分析心理情绪评分

护理前,两组 SCL-90 评分,比较无统计学差异 $P > 0.05$;护理后,两组 SCL-90 评分低于护理前,观察组评分低于对照组, $P < 0.05$, 如表 1。

表 1 护理前后 SCL-90 评分【 $\bar{x} \pm s$, 分】

组别	护理前	护理后	t	P
观察组 ($n=200$)	3.72 $\pm$ 0.12	0.76 $\pm$ 0.15	217.918	0.000
对照组 ($n=200$)	3.73 $\pm$ 0.10	2.02 $\pm$ 0.13	147.446	0.000
t	0.905	89.771		
P	0.365	0.000		

2.2 分析患者的自我护理能力

护理前,两组 ESCA 量表评价两组患者的自我护理能力,评分比较无统计学差异 $P > 0.05$;护理后,两组 ESCA 评分高于护理前,观察组高于对照组, $P < 0.05$, 如表 2。

表 2 护理前后 ESCA 评分【 $\bar{x} \pm s$, 分】

组别	护理前	护理后	t	P
观察组 ($n=200$)	104.49 $\pm$ 5.17	154.88 $\pm$ 5.26	96.621	0.000
对照组 ($n=200$)	104.52 $\pm$ 5.14	125.37 $\pm$ 5.30	39.937	0.000
t	0.058	55.889		
P	0.953	0.000		

2.3 分析不良事件

观察组不良事件发生率低于对照组, $P < 0.05$, 如表 3。

表 3 组间不良事件发生率[n(%)]

组别	例数 (n)	跌倒	锐器 伤	晕血、晕 针	低血糖	不良事件发 生率
观察组	200	1 (0.5)	0 (0)	2 (1)	1 (0.5)	4 (2)
对照组	200	3 (1.5)	2 (1)	4 (2)	3 (1.5)	12 (6)
χ^2						4.166
P						0.041

2.4 分析两组健康体检情况

观察组健康体检时间短于对照组,教育宣传检测评分高于对照组,患者满意度评分高于对照组, $P < 0.05$, 如表 4。

表 4 组间健康体检情况【 $\bar{x} \pm s$ 】

组别	健康体检时间 (min)	教育宣传检测 (分)	满意度表现 (分)
观察组($n=200$)	58.20 $\pm$ 2.41	9.45 $\pm$ 0.51	9.52 $\pm$ 0.42
对照组($n=200$)	70.35 $\pm$ 2.28	8.44 $\pm$ 0.22	8.55 $\pm$ 0.67
t	51.792	25.716	17.347
P	0.000	0.000	0.000

3 讨论

定期体检以及早发现身体的异常状况,及早检出疾病,实施有效的防治措施,实现对疾病的有效控制。随着健康体检理念的推广,人们对健康的关注程度已日益提升,而医院健康管理中心接收的体检者也逐年增加^[8]。可是,有些体检者对体检会出现错误的认知,对体检的开展产生不良的影响。常规体检模式未重视客观条件和体检者的主观认知,而这些都会对体检结果产生不良影响,使体检过程中出现抵触情绪,影响体检者的自我护理能力。与常规体检模式比较,人性化护理用于健康管理中心,对体检者实施健康宣教,体检过程中重视其心理的适应性,对体检环境进行优化,可以更好的满足体检者需求,提高体检者的安全感,在体检过程中,尽可能减轻体检者的不良情绪。人性化护理服务的应用,可以更合理的安排体检流程。随着民间资本进入健康体检,对健康管理的竞争也越来越大,医院健康管理中心要不断提升护理服务质量,才能推动健康管理工作的顺利开展^[9]。

本研究结果,在健康管理中心的护理中引入人性化内容,可以明显提高体检者的自我管理能力和减轻不良情况和不良事件,与他人结论一致^[10]。可见,人性化服务用于健康体检护理管理工作中,已经得到了体检者的认可。作为特殊的服务工作,护理人员提升专业知识水平,提升主动服务意识,才能实现人性化服务管理的作用,为体检者提供最佳医疗体验,针对体检前、体检中、体检后不同时期,对护理服务不断优化,针对体检者需求提供个性化的护理服务,纠正错误的观念,提高体检者的健康意识,合理解读体检结果,提高体检者正确了解自身的健康程度。对于可能有潜在疾病,身体健康存在严重隐患的体检者,护理人员要为其提供专业指导,改善体检者的健康情况,以此提高体检者的满意度。通过以上对比研究,表明人性化服务的干预,在健康管理中心应用,具有重要价值。

综上所述,健康管理中心应用人性化服务管理模式的效果显著,具有实践价值,可用于临床推广。

参考文献:

- [1]刘丽娟,狄思雨,泮凤莉.人性化服务在健康体检护理中的应用效果[J].中外女性健康研究,2019,1(3):183-184.
- [2]麦燕芬.人性化服务在健康体检护理工作中的应用研究[J].黑龙江中医药,2020,49(01):154-155.
- [3]胡曼连.人性化护理服务在儿童健康体检中的临床应用效果研究[J].当代护士(上旬刊),2020,27(9):95-97.
- [4]郝仙锐,李燕燕,王梦娇,等.人性化服务在健康体检护理工作中的应用效果观察[J].医学美学美容,2021,30(23):90-91.
- [5]田维科,雷蓉,李芸,等.健康管理服务质量控制的现状与思考[J].医学信息,2019,32(8):39-43.
- [6]吕艳花,林航.人性化服务在健康体检护理工作中的应用[J].护理实践与研究,2019,16(1):143-144.
- [7]黄赫.人性化的护理模式在体检中心中的应用效果分析[J].世界最新医学信息文摘,2020,20(23):271-272.
- [8]朱丽霜,丁小美.人性化护理工作与健康体检中的应用[J].饮食保健,2019,6(8):179-180.
- [9]孙荣,霍芊竹,涂勤,等.高峰时段实施个性化体检服务模式的应用研究[J].健康体检与管理,2020,1(1):81-85.
- [10]邓萍.人性化服务在健康体检护理工作中的应用[J].世界最新医学信息文摘,2020,20(30):212-213.

研究采用全程质控管理对消毒供应中心护理管理质量的影响

刘景娟

齐齐哈尔市中医医院 黑龙江齐齐哈尔 161000

摘要：目的：探讨采用全程质控管理对消毒供应中心护理管理质量的影响。方法：随机抽取我院消毒供应中心工作人员 30 名参与 2021 年 1 月—2021 年 12 月期间的医学研究，其中 2021 年 1—6 月期间以常规护理管理模式进行工作质量干预，2021 年 7 月—12 月期间以全程质控管理模式进行工作质量干预，并将两个时间段消毒供应中心工作质量进行统计、对比及分析。结果 全程质控管理后消毒供应中心医疗器械回收、分类、清洗、灭菌、包装及存放工作评分分别为 (94.38±2.91) 分、(92.21±3.87) 分、(94.56±2.45) 分、(93.17±4.79) 分、(95.14±3.12) 分、(94.38±3.91) 分，均较常规护理管理下的 (84.84±2.57) 分、(81.32±2.34) 分、(86.57±2.69) 分、(83.27±3.54) 分、(82.84±3.47) 分、(82.84±2.97) 分更高；工作人员理论及操作考核成绩全程质控管理后分别为 (93.54±5.09) 分与 (93.37±5.23) 分，较常规护理管理时 (87.67±4.30) 分与 (86.66±5.51) 分更高；以上研究数据对比均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论：全程质控管理的应用有助于提升消毒供应中心工作人员专科能力，并促进消毒供应中心工作质量的改进与提升，为医院医疗器械的安全使用奠定良好基础，值得被进一步推广应用。

关键词：全程质控管理；消毒供应中心；护理管理质量；工作质量；专科能力

消毒供应中心是医院的一项重要组成部分，重点工作是对重复使用的医疗器械进行清洁和灭菌，以保证院内医疗器械应用的有效性和安全性【1】。然而一旦出现消毒及供应环节护理管理质量问题，不但直接影响到医院形象，更事关患者的人身安全。因此就需要不断加强对消毒供应中心的护理管理质量，同时提升该科室工作人员的专科能力，以确保消毒供应中心工作质量，并有效预防和减少医源性感染症状的发生，为广大病患提供更加优质的临床服务【2】。而本次主要就全程质控管理的应用效果展开研究，以期待提升我院消毒供应中心护理管理质量，并最终惠及广大病患。现做如下报告：

1 资料和方法

1.1 一般资料

研究对象 30 名为我院消毒供应中心工作人员，研究起止时间为 2021 年 1 月—2021 年 12 月。其中男性 17 名，女性 13 名；年龄 23-46 岁，均值 (31.27±3.34) 岁；学历大专 21 名，本科及以上 9 名。

1.2 方法

2021 年 1 月—6 月期间以常规护理管理模式进行工作质量干预，包括遵守医疗器械清洗及灭菌流程标准进行消毒，并且在消毒设备运行过程中观察运行参数，以及及时排除设备故障，消毒后按流程包装及存放等内容。同时定期对工作人员展开针对性培训，全面提升其综合素质，此外需做好相应的考核工作，以评估护理人员操作及理论知识掌握情况，确保消毒供应中心工作质量。

2021 年 7-12 月期间以全程质控管理模式进行工作质量干预，具体包括：(1)

建立全程质量控制小组，科室护士长担任小组长，并需要其具备丰富的经验、卓越的管理才能；并重点针对医疗仪器的护理服务质量，提出富有针对性的评估准则，从而合理有效评价医疗仪器在回收、分类、清洗、灭菌、包装及存放等各个环节的服务质量，并主动发现了当中的问题，并根据问题提供优化举措【3】；以及监督工作人员日常消毒操作遵循规章制度，进而提升消毒管理质量；同时定期在开展科室会议，以分析、总结消毒管理工作内容和问题，最后制定改进方案，以不断改进和完善护理管理制度【4】；(2) 严格执行无菌操作，根据本院的消毒卫生标准，消毒供应中心工作人员在上班期间，务必保持个人卫生，并对所有工作环境进行全

面灭菌，以确保各项工作在无菌环境下完成；(3) 严格执行回收及分类操作，对回收器械必须进行当场分类、当面清查，并仔细观察医疗器械上有没有铁锈、血迹、机械缺陷、性能有变异等；并对医疗器械的数量、规格型号等作出详尽记载，以便于日后核对【5】；同时由专人或专车统一回收所有医疗器械，并保持密闭运输；每台手术后回收的手术器械均需要进行分类，然后配备相应的清洗溶液，并将损坏的器械进行单独标记，以便于消毒后的维护及修理工作；(4) 严格执行清洗操作，手术器械清洗流程为预刷洗—冲洗—洗涤—漂洗—终末漂洗—消毒—机械烘干保存，在清洗中，使用软水及纯化水，多酶清洗剂进行清洗；对能拆卸的器械需要打开清洗和消毒，精密细小器械需要手工消毒【6】；(5) 严格执行包装操作，将仪器清洁完成并分类，然后检验包布尺寸是否合理，有没有损坏，以及包装容器的完好、洁净、干燥等状况；包装处理后将其编号并记录在包装袋上，以进一步明确责任人，并将灭菌标志贴于包装袋上；在包装处理过程中，需对器械表面有无血渍和锈斑等进行仔细检查，如果发现其残余物质存在时，应进行适当对其处理【7】；(6) 严格执行灭菌操作，对包装好进行仔细检查，确定其是否完好，然后采用高压蒸气的方法进行灭菌处理，而后仔细检查灭菌袋的干燥性、密闭性、完整性及其数量，灭菌袋检验合格后，放在无菌架上，并确保存放环境干燥、整洁【8】；(7) 严格执行发放操作，检验消毒包时间、标志数量及其完整度，并按照时间依次进行派发，同时根据各个科室特点，进行仪器型号、数量等的清点管理工作。

1.3 指标观察

对比以下两组指标：(1) 工作质量评分，包括手术器械回收、分类、清洗、灭菌、包装及存放；(2) 理论及操作考核成绩，两项均为满分制，分数越高专科能力越高。

1.4 统计学分析

SPSS 25.0 版本软件进行此研究数据处理，变量资料以“t”计算用 ($\bar{x} \pm s$) 表示。定性数据用 χ^2 核实，以 (%) 表达。各组数据 $P < 0.05$ 时为统计学意义。

2 结果

2.1 全程质控管理前、后消毒供应中心工作质量评分对比

全程质控管理后消毒供应中心各项工作质量评分均高于管理前，对比均有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 1：

表 1 全程质控管理前、后消毒供应中心工作质量评分对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

时间	例数	回收	分类	清洗	灭菌	包装	存放
管理前	30	84.84±2.57	81.32±2.34	86.57±2.69	83.27±3.54	82.84±3.47	82.84±2.97
管理后	30	94.38±2.91	92.21±3.87	94.56±2.45	93.17±4.79	95.14±3.12	94.38±3.91
t		13.458	13.189	12.028	9.103	14.437	12.872
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 全程质控管理前、后消毒供应中心工作人员考核成绩对比

全程质控管理后工作人员理论及操作考核成绩均高于管理前, 对比均有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 2:

表 2 全程质控管理前、后消毒供应中心工作人员考核成绩对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

时间	例数	理论考核	操作考核
管理前	30	87.67±4.30	86.66±5.51
管理后	30	93.54±5.09	93.37±5.23
t		4.825	4.837
P		0.000	0.000

3 讨论

在医院治疗工作中, 消毒供应中心的意义非常重要。因为消毒供应中心主要是对医院各科室医疗器械进行清洁消毒, 以确保各科室所用敷料、器材极易其他一些物品的安全性【9】。因此来讲, 消毒供应中心的护理品质对临床治疗效果, 以及安全性有着很直接的影响, 因此其也被称为临床一线服务的后勤安全保障科。但是在实际工作中, 会存在护理管理问题, 进而影响临床服务质量, 不利于患者的预后及医院的稳定发展【10】。同时随着居民对医疗服务要求的不断提升, 以及对医疗的重视, 导致消毒供应中心的工作内容繁杂, 强度较大, 致使工作效果并不理想, 从而影响医疗器械的顺利及安全使用。故需要明确问题所在, 并通过完善的消毒供应中心护理管理制度来提升该科室工作质量, 并贯彻与落实医院的无菌操作条件, 对防止医院传染、改善医护服务质量等产生正面影响【11】。

全程质控管理模式是一个更加全面、新型的管理工作方式其被用于各个职业中, 且使用范围广, 可利用现有资源, 进一步推动事业发展, 不断改进工作管理, 从而获取理想工作质量。而将其应用到消毒供应中心的护理管理中, 其可以更好地使护理管理工作过程变得更为细致和规范性, 并最终有效地提升了消毒供应中心的护理管理工作质量与效率。通过全程质控管理的应用, 可以使管理人员分析和评价既往消毒供应中心工作中存在的不足, 然后结合科室及医院详情制定具体的消毒供应中心护理管理方案, 然后要求工作人员按照制定的方案实施和执行, 从而确保了消毒供应中心工作的规范性。此外管理者定期展开消毒供应中心的专科能力考核, 不仅可以及时发现工作人员的能力不足, 同时加以总结, 并给予针对性的干预, 可使工作人员的专科能力得到提升, 从而提升消毒供应中心的工作质量。此外管理者通过阶段考核成绩, 也可以及时发现其在护理管理工作中的不足之处, 然后通过探索、总结、解决消毒管理工作中的问题, 并逐步完善管理措施, 以确保护理管理的有效性, 最终助消毒供应中心的工作质量得到全面提升, 并有效地减少院内感染事件的发生, 对确保患者身心安全奠定良好基础。此外, 在全程质控管理模式的应用下, 也可以使用消毒供应中心工作人员的专业技能及职业素养的有效提高, 使其以积极的态度面对工作, 从而确保消毒、灭菌工作质量, 减少医院感染事件的发生。

本次研究将全程质控管理模式应用到 2021 年 7 月—12 月期间我院消

毒供应中心的护理管理工作中, 并以 2021 年 1 月—6 月期间常规护理管理模式下的管理效果为参照, 结果显示: 2021 年 7 月—12 月阶段我院消毒供应中心手术器械回收、分类、清洗、灭菌、包装及存放工作质量评分均较 2021 年 1 月—6 月的评分更高。该组研究结果进一步证实, 全程质控管理模式有助于规范消毒供应中心工作流程, 并制定相应的工作标准, 从而有助于科室工作质量的全面提升。而在工作人员考核成绩对比上, 显示 2021 年 7 月—12 月期间工作人员理论及操作考核成绩均高于 2021 年 1 月—6 月阶段, 表明全程质控管理模式不仅有助于提升消毒供应中心工作质量, 同时还可以促进工作人员专科能力, 综合素养的提升, 进而为临床提供更加优质的护理服务, 确保临床工作的顺利展开与进行。

综上所述, 将全程质控管理模式应用到消毒供应中心的护理管理中, 有助于科室工作质量的提升, 同时还可以有效预防和减少院内感染的发, 并最终惠及广大病患, 值得在被广泛推广、借鉴及应用。

参考文献:

[1] 郝丽甫.3C 全程优质护理在消毒供应中心手术器械管理中的应用效果分析[J].首都食品与医药, 2020, 27 (16): 153.

[2] 戚晓霞, 杨蕾, 姜昊君.优质护理在消毒供应室手术器械管理中的效果观察及满意度影响分析[J].中外女性健康研究, 2019 (8): 172-173.

[3] 郑晓燕. 护理质量控制责任制用于消毒供应中心腔镜器械供应中的效果分析[J]. 中国继续医学教育, 2016, 8 (034): 262-264.

[4] 林远清, 吴瑞芳, 龚少婷.消毒供应中心实施护理质量控制责任制对腔镜器械供应质量的影响[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7 (62): 183, 186.

[5] 潘小荣.腔镜器械清洗消毒灭菌的相关护理管理的应用价值分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18 (66): 228, 235.

[6] 钱黎明, 季佩雯, 张青.医院消毒供应中心实施信息化质量追溯的现状调查[J].中华护理杂志, 2020, 55 (1): 123-127.

[7] 刘莎.质量管理监测指标应用于消毒供应中心质量管理的成效探讨[J].养生保健指南, 2019, 0 (24): 10.

[8] 史国钰.探讨质量管理与控制指标在消毒供应室管理中的应用价值[J].世界最新医学信息文摘, 2019, 19 (9): 194+197.

[9] 黄倩, 黄伟玲, 陈惠玲, 等.质量敏感指标在消毒供应室管理中的应用效果[J].中华现代护理杂志, 2020, 26 (10): 3.

[10] 姚力, 朱晓彦, 王耀敏, 等.6S 管理联合 SOP 在消毒供应中心中医诊疗器具处理作业流程管理中的应用[J]. 智慧健康, 2019, 005 (035): P.22-24.

[11] 杨宏威, 刘铭, 刘玉霞, 等.6S 管理在大型第三方医学检测机构标本接收和分发中心的应用[J]. 中华临床实验室管理电子杂志, 2019, 7 (01): 56-60.

药品合理分类及药品监管制度对药事管理的影响研究

吕廷帅

北京市怀柔区九渡河镇卫生院 北京 101404

摘要：目的：观察药品合理分类及药品监管制度对药事管理的影响。方法：选取我院2021年1月-2021年12月药事管理的临床资料，2021年7月开始实施药品合理分类及药品监管制度，分别在制度实施前和实施后随机抽取5000张处方，根据两组资料具有匹配性的原则，将其分为常规组及研究组，对比两组工作效率、药品差错率情况。结果：研究组人员工作效率显著高于常规组（ $P<0.05$ ）。研究组药品差错率均显著低于常规组（ $P<0.05$ ）。结论：药品合理分类及药品监管制度能够有效提高药事管理工作效率，简化繁琐的程序，降低错误率。

关键词：药事管理；药品合理分类；药品监管制度

执业医师在诊疗过程中会开具各种处方，药学专业技术人员会根据处方审核、调配、核对并发放药物。处方质量不合格、药品使用不合理、药品监管体系不健全等都会直接影响药物的精准调配及发放，影响用药安全。因此，药品的合理使用与后续开药等流程息息相关，直接关系到用药者的健康与生命安全^[1-3]。药品合理分类及药品监管制度是对医院药事资料进行抽样管理的一种药品合理分类及药品监管制度系统，能够有效分析医院各类处方的质量，针对抽样结果提出合理性意见和措施，能够大大加强医院处方规范化管理，提高处方质量，合理管理药品，加强基本健康保障，提高医院办事效率，促进合理用药，保障医疗安全。为探究药品合理分类及药品监管制度干预对药事管理的影响，特选取2020年1月至2021年12月我院药事管理的临床资料，并随机抽取10000张处方开展对比研究，现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

随机抽取2021年1月-2021年12月我院药事管理临床处方10000张纳入至本次研究中，其中，2021年1月-6月的药事管理的临床处方5000张为常规组，2021年7月-12月的药事管理的临床处方5000张为研究组，并且，2021年1月-2021年12月从事药事管理的工作人员共计8名，其中男性6例、女性2例，年龄22-48岁，平均（49.12±5.74）岁。

1.2 研究方法

1.2.1 常规组 常规药事管理模式，加强对医生以及药品管理工作人员的药事相关培训工作，提高医生开具处方的合格率，提高药事管理工作人员的工作效率，要求工作人员按照处方快速扩展药检人员，提高药物检测速率，简化相关工作流程，减少等待时间，为提供优质的药物检测服务，根据临床用药的及时反馈，不断调整相关药物使用标准，进行合理化配制，在尽可能降低副作用的同时，提高药物的作用效果。

1.2.2 研究组 在常规组的基础上，行药品合理分类及药品监管制度模式，包括：①组建药品合理分类及药品监管制度法护理干预团队，由科室5名取得初级以上职称的护理人员组建药品合理分类及药品监管制度法护理干预团队，由护士长任组长。在实施本次研究前，对小组成员进行培训，培训内容包括：明确药事管理人员工作职责、护理理论要点讲解、药品合理分类及药品监管制度法护理干预支持措施及注意事项，培训后对团队成员进行考核，合格人员方可参与本次研究。②药品合理分类：通过加强对相关药品采购厂家的药品质量监督管理，定期对药品采购厂家进行资质审核，加强药品质量抽查，明确药品分类标准，尤其针对外包装相似、药品特性相似的药品进行详细的批号核对，明确药物的使用标准，分类放置，加强药物的存放时间以及特殊存放要求的管理，确保药品的有效性，尽量减少药物放置混乱、错拿等情况的发生，在醒目位置进行药品种类以及存放、使用方法的标识，方便工作人员进行存放和取用。药品存放以及取用时要进行详细的登记，相关人员进行签字，做到责任到人的管理制度，避免药物使用错误等情况的发生。明确标识处方药以及非处方药品，处方

药需要根据医师开具的处方经执业药师进行详细核对后再发放，并叮嘱用药规格、使用方法以及相关注意事项，必要时在药品外包装上进行详细标注，尤其是针对一些老年或儿童，需要对家属进行二次说明，让家属详细了解药品使用情况，能够在最大程度上避免用错药物，减少药品不良使用情况发生。③药品监督管理：加强药品调配管理，明确规范药品申请调配的相关工作流程，加强调配人员的监管。调配工作人员均需要进行相关的药品监督管理等知识的学习、培训，组织定期的工作汇报、工作考核，对工作人员进行有效的管理，制定合理的药品调配计划，经过药事管理培训、考核合格后的工作人员方可上岗进行相关药品调配的工作，对药品管理、药品调配的相关网络、链接进行严格监管，仅有资格进行药品调配的工作人员可以登录药品调配的内网进行合理的药品调配，并且相关管制类药品的调配需要上级负责人进行详细的核对，包括药品数量、应用科室等情况。具体到每位的使用剂量，需要进行严格的管控，加强药物的分配管理，减少药物的非正常损耗。明确药物的使用日期，对不合格药品、已超过有效期的药品、失效的药品进行定期的销毁处理，清除不合格的药品。在加强药物管控强度的同时要尽量简化药品调配流程，优化药房调配业务，减少不必要的环节，提高药房工作人员的工作效率。应用药物合理配置程序，通过电子化自动校对各类药品的使用剂量，分配标准，能够及时提醒药房工作人员的不合理配置情况，帮助药房工作人员降低工作错误的发生，强化处方分配，职业药剂师加强对处方的监督管理，对医师开具的处方进行二次核对，保证处方的准确率，并及时与医师进行沟通，减少药物不合理使用的情况，减少药物的滥用、错用，提高药物的合理应用率。在药品发放窗口处设立药品监督管理窗口，对关于药品使用的相关问题进行详细解答，帮助再次核对药物的使用标准、使用规格以及注意事项、禁忌症等，减少错误用药的发生^[4-7]。同时，可以在药品监督管理窗口进行投诉，相关人员应及时进行调查、取证，提高相关药事工作人员的警惕性，定期汇总工作人员的投诉情况以及满意度情况，对工作人员实施奖惩制度，以提高人员的工作积极性，提高工作效率。健全药品信息管理系统，在药品调配、核对、发放时进行扫描药品条码，能够迅速显示药品相关信息，包括药品名称、使用日期、生产厂家、批准编号等，方便工作人员进行及时、准确的药品核对，减少药品分配错误的发生。

1.3 观察指标及评判标准

观察比较两组的人员工作效率、药品差错情况。

1.4 数据处理

采用SPSS 23.0版统计软件将随访数据录入数据库，纳入因素均给予赋值。正态分布的计量资料以均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较采用t检验，计数资料以百分率（%）表示，采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组人员工作效率比较

研究组人员工作效率显著高于常规组， $P<0.05$ 。见表1。

表1 两组人员工作效率对比 (n,%)

组别	n	高效率占比
常规组	8	5 (62.50)
研究组	8	8 (100.00)
χ^2		6.092
P		0.026

2.2 两组药品差错率比较

研究组药品差错率显著低于常规组, $P<0.05$ 。见表2。

表2 两组药品差错率对比 (n,%)

组别	n	药品差错率
常规组	5000	2569 (51.38)
研究组	5000	336 (6.72)
χ^2		6.926
P		0.025

3 讨论

3.1 药品合理分类及药品监管制度能够有效提高药事管理效率

通过对药品进行合理的分类,在醒目位置标注药品信息,使用电子条码、药品配置管理系统等,能够帮助药品调配人员迅速找到相关药品,有效掌握药品的剩余数量、使用频次,方便工作人员对药品进行管理,及时补充药品,掌握药品来源、使用动态情况,提高药房-药品库-诊室三者之间的工作效率^[8-11],提高数据的透明化,减少非正常途径的药物使用。针对药品调配、管理的相关人员进行定期培训、工作考核,实行工作人员奖惩制度,进而大大提高工作人员的工作积极性,提高药事管理效率。

3.2 药品合理分类及药品监管制度能够有效提高药物合理使用情况

随着大数据时代的不断发展,药品合理分类及药品监管制度逐渐被广泛应用于各大医院,通过对医院以往一段时间内开具处方的抽样分析,得到不合格处方的占比以及各类不合格处方的原因,医院根据抽样结果提出相应的改进措施,目的在于提高处方的质量,促进医师合理用药,提高医疗的质量,保障医疗的安全^[12-14]。通过药品合理分类及药品监管制度系统进行药事管理逐渐受到越来越多医院的青睐,借助监管系统能够准确地得到处方的数据分析,具有节约时间、点评高效、结果精确等优点,利用统计分析寻找不合理原因,更精准地发现关键问题,以达到降低不合理处方的目的,能够从源头上把关,降低药品错误使用情况的发生。

3.3 药品合理分类及药品监管制度能够有效提高降低药品差错率

药品合理分类及药品监管制度是干预不合理用药的一项重要措施,如门诊急诊在开具处方上存在诸多问题,包括用法用量、用药频次不适宜,适应症不适宜,药品剂型与给药途径不相符,选择的药品不适宜,医师未签、签章不规范或与签名/签章的留样不一致,医师未按照抗菌药物临床应用管理规定开具临床药物处方/越级使用临床抗菌药物,开具处方未写明临床诊断或临床诊断书写不全,处方修改未签名、未注明修改日期或药品超剂量使用未注明原因,违反医疗保险管理制度,药师未对方进行适应性审核等等,这些问题无疑给患者的安全用药带来了不良影响,增加了患者的治疗成本^[15]。由于目前我国各地区不同的医院存在不同的制度管理体系,对于处方的开具更加没有统一的标准,针对这一现象,药品合理分类及药品监管制度的重要性更加显著。借助信息系统性处方数据收集,进行大数据处方分析,制定标准化的药物给药途径、用药方案、配伍禁忌等,从而在医师开具处方时进行相应权限的限制,在医师给出不合理处方时给予预警,以规范处方的合理性,更符合临床实际情况。通过实行药品合理分类及药品监管制度,能够从多方面帮助相关工作人员进行药品的核对工作,利用电子药品管理系统,提高工作效率的同时,也能够大大降低医务工作者的工作负荷,简化工作流程。通过网络应用系统对药品配置情况进行实施监管,能够全程追溯药品使用的整个流程,对药品调配的不合理情况进

行及时提醒,帮助工作人员降低药品差错率,减少药品分配过程中的错误情况,提高合理配置效率。

综上所述,药品合理分类及药品监管制度能够有效提高药事管理工作效率,简化繁琐的程序,降低错误率,值得推广。

参考文献:

[1]宋再伟,黄振城,张恩瑶,等.血液肿瘤大剂量甲氨蝶呤输注24 h时血药浓度与临床结局相关性的 meta 分析[J].药物不良反应杂志,2019(03):183-189.

[2]刘国栋,秦冉展,明平静,等.新型冠状病毒肺炎(COVID-19)疫情期间定点收治医院的药事管理与药学服务实践[J].解放军预防医学杂志,2020,38(07):95-97.

[3]Ming Zhou,Xiaoyuan Chen,Hong Zhang,Lin Xia,Xin Tong,Limin Zou,Ruimin Hao,Jianhong Pan,Xiao Zhao,Dongmei Chen,Yuanyuan Song,Yueli Qi,Ling Tang,Zhifang Liu,Rong Gao,Yuankai Shi,Zhimin Yang.中国国家药品监督管理局批准安罗替尼用于经两种系统化疗后疾病进展的晚期非小细胞肺癌的治疗[J].癌症,2019,38(12):517-527.

[4]宋彩梅.美国食品药品监督管理局以为中心的药物开发系列指导原则1-《综合和有代表性的信息收集指导原则》介绍[J].中国临床药理学杂志,2021,37(17):2381-2384.DOI:10.13699/j.cnki.1001-6821.2021.17.033.

[5]张京梅,张喆,李桂桂,等.国家药监局垂管系统在全国一体化在线政务服务平台建设体系中的对接试点研究[J].中国医药导刊,2020,22(10):728-733.

[6]李冠乔,卢希,孟醒,陈晓媛,张琦,王涛,张林琦.美国食品药品监督管理局接受不确定性:治疗多重耐药的人类免疫缺陷病毒感染的单克隆抗体加速获批[J].中国临床药理学杂志,2021,37(01):89-93+96.

[7]贺锐锐,李丽.欧洲药物管理局和美国食品药品监督管理局关于注射用醋酸奥曲肽微球人体生物等效性研究指导原则比较及相关考虑[J].中国临床药理学杂志,2021,37(13):1752-1756.DOI:10.13699/j.cnki.1001-6821.2021.13.032.

[8]沈春英,仇茂珍,顾萌,相小强,韩冰,袁静.基于大数据的药物警戒研究:美国食品药品监督管理局的最新研究进展及对我国的启示[J].药学服务与研究,2021,21(05):389-391.

[9]闫方,王玉珠,张宁,等.国际人用药品注册技术协调会基于生物药剂学分类系统的生物等效性豁免最新技术要求[J].中国临床药理学杂志,2020,36(08):1037-1040+1048.

[10]韩爽,武丹威,郑婷婷,等.临床药师主导的慢病管理在出院老年高血压病用药错误防范中的作用[J].药物不良反应杂志,2019(05):326-333.

[11]陈慧娟,汪龙,宋佳伟,刘丽,曾诚.基于 Granada-II 分类法评价住院患儿质子泵抑制剂临床使用中的药物相关问题[J].中国药师,2020,23(11):2191-2194.

[12]王静,肖桂荣,孙国锐,等.“互联网+药品流通”背景下成都市零售药店电子处方用药现状及合理性评价研究[J].中国循证医学杂志,2020,20(11):1274-1279.

[13]张莎,祝德秋.基于美国 FAERS 数据库的新型降脂药前蛋白转化酶枯草溶菌素 9 抑制剂药物不良信号的数据挖掘与分析[J].中南药学,2021,19(12):2582-2587.

[14]吴娜,闫峻峰,边原,等.四川省药品不良反应监测中心 2016 年 11 月-2017 年 11 月妊娠期药品不良反应回顾性分析[J].中国药房,2019,30(15):2125-2129.

[15]张青霞,白向荣,岳群英.氯喹引起的致死性心脏不良事件分析:基于 WHO 个案病例安全报告全球数据库相关数据的研究[J].药物不良反应杂志,2020,22(06):343-349.

观察个性化健康管理应用于体检中的实际作用

夏中英 潘映雪^{《通讯作者》}

重庆医药高等专科学校附属第一医院 400060

摘要：目的：分析在健康体检中开展个性化健康管理的实际价值。方法：抽取2020年1月~2020年12月本院400例健康体检者，随机数字表法分组，即对照组、观察组，各组均为200例健康体检者，对照组为常规指导，观察组联合应用个性化健康管理，比较2组体检者的患病率以及服务满意度。结果：首次体检2组体检者高血压、糖尿病、高脂血症、冠心病以及其他疾病的患病率对比差异较小 $P>0.05$ ，二次体检中高血压、糖尿病、高脂血症、冠心病以及其他疾病的患病率观察组均低于对照组 $P<0.05$ ；体检者健康体检服务满意度观察组为99.50%，对照组为92.00%， $P<0.05$ 。结论：通过开展个性化健康管理有利于降低体检者的患病率，并提升其服务满意度。

关键词：体检；个性化健康管理；慢性病；满意度；价值

健康体检是指以健康为核心和目标所做的一系列身体检查，通过借助一系列的医学手段对体检者进行全面的身体检查，从而了解其身体的健康状况，帮助尽早发现某些疾病的线索或存在的健康隐患，进而及早采取措施进行治疗和干预，预防疾病或抑制病情进展，从而提升受检者的健康水平。近年来随着人们物质生活水平提升和健康意识的不断增长，接受健康体检的人数也在日益增多，有病早治、无病预防的理念深入人心，健康管理理念快速发展，健康体检已成为人群健康管理的重要组成部分。随着近年来人们工作、生活节奏的加快以及压力的增大，人群的亚健康状态比较普遍，与此同时受到日常饮食习惯以及生活习惯等因素影响，使得各类慢性非传染性疾病的患病率较高，如常见的高血压、糖尿病以及高脂血症等，而上述慢性疾病的发病对于人群的健康安全构成严重影响，通过做好定期的健康体检是尽早诊断及预防慢性疾病的有效途径^[1]。为了进一步提升健康体检的价值需要为健康体检者进行科学的健康管理，提升其健康体检率以及降低患病率，以下将分析对健康体检者进行个性化健康管理的方法及其应用价值。

1 资料以及方法

1.1 临床资料

抽取2020年1月~2020年12月本院400例健康体检者，健康体检者，随机数字表法分组，观察组：200例，男103例/女97例；年龄23~83岁，均数 (43.6 ± 1.5) 岁；体质指数(BMI) $17.6\sim32.5\text{kg/m}^2$ ，均数 $(23.6\pm1.4)\text{kg/m}^2$ ；吸烟史共122例，饮酒史共101例。对照组：200例，男104例/女96例；年龄21~85岁，均数 (43.7 ± 1.4) 岁；BMI $17.3\sim32.8\text{kg/m}^2$ ，均数 $(23.7\pm1.3)\text{kg/m}^2$ ；吸烟史共123例，饮酒史共100例。2组各项基础资料具备可比性 $P>0.05$ 。

纳入标准：(1)自愿接受健康体检者；(2)年龄18~90岁；(3)基本资料完善；(4)对研究方案知晓且取得知情同意；(5)具备正常的语言沟通能力、听力以及认知能力等。**排除标准：**(1)合并重度心脑血管疾病者；(2)患各类恶性肿瘤者；(3)患精神疾病或心理疾病等，缺乏正常的交流能力、认知能力者；(3)研究中途退出者；(4)拒绝配合随访、问卷调查等工作。

1.2 方法

对照组为常规指导，并未进行个性化健康管理，在体检时需要受试健康体检者开展综合体质检查，主要的项目有体格检查、肝肾功能检查、内外科常规检查、心电图检查、血尿常规检查、血糖、血压以及血脂检查和B超检查等。对于成年女性还需进行专项体检，如进行B超、乳腺检查、宫颈涂片检查、子宫附件检查以及阴道检查等。对于成年男性需进行睾丸、前列腺以及胆固醇等相关检查。在其体检结束后出具体检报告，告知体检结果，解答体检者的相关疑问，并注意其个人隐私的保护等；观察组联合

应用个性化健康管理，方法为：(1)创建健康管理档案：在体检之后，结合体检者的年龄、性别、体检内容以及工作性质等为其创建个性化健康管理档案。借助健康调查的手段进一步了解体检者的相关个人信息，例如遗传因素，需详细询问体检者的家族遗传病史以及种族等情况。对体检者的生活方式进行详细调查和记录，例如是否具有吸烟、饮酒史、日常的饮食习惯、运动情况以及睡眠情况等。对体检者的社会生活环境进行调查和记录，如日常的居家生活条件、经济收入、工作环境以及工作性质和人脉关系等。对体检者的个人心理因素进行调查和记录，例如体检者的个性特征、抗压能力、自我情绪控制能力。最后对体检者的其他情况进行调查和记录，例如是否具有相应的医疗保障、婚姻状况、生育情况、既往病史以及个人生长发育状况等，将上述信息进行详细记录归纳于个人的健康档案中。在进行个性化健康管理的过程中需要根据体检者的调查情况以及变化情况，及时对健康档案中的信息进行更新，通过分析其健康档案来查找相关的致病因素并充分分析原因，在此基础上制定个性化的健康管理方案；(2)制定个性化健康管理方案：结合体检者的体检结果以及健康调查结果，例如个人生活行为、社会生活环境以及个人心理生理因素等，对其健康状况进行细致全面的评估，采用定性定量紧密结合的手段对其个体健康水平进行评估，并对健康风险行为进行评估，重点对确诊慢性非传染性疾病的体检者进行关注。详细对体检者的慢性病致病原因、个人情况、病情发展情况等全面的评估，出具健康评估报告，并据此制定个性化健康管理方案，在后续的健康管理中严格依据所制定健康计划落实；(3)个性化健康管理实施：①健康宣教：通过开展健康讲座、发放健康教育手册、一对一讲解、集中讲解、播放视频等多种形式向体检者普及相关的健康知识。充分结合体检者的体检报告、个人职业、理解能力、性格特点以及学历水平等进行个体化的健康宣教，详细介绍相关疾病的发病原因、危害性、防治措施，并介绍日常生活、活动、睡眠、饮食等各个方面的注意事项。对于确诊慢性疾病的体检者，需要详细介绍疾病的治疗手段以及后期的正确预防措施，进行个性化、全面性的健康宣教，从而使体检者树立良好的健康意识以及积极向上的生活态度，提升体检者的自我管理能力，改善其健康水平；②饮食指导：结合体检者的体检结果以及健康调查结果，例如性别、年龄、身高、工作性质以及体质量等为其制定个性化的膳食方案，对中热量摄入进行适当控制，并确保营养均衡摄入。鼓励日常遵循低糖、低脂以及低钠盐的基本饮食原则，鼓励多食用新鲜果蔬，控制辛辣刺激性食物及油腻食物的摄入。重点对于确诊高血压、糖尿病以及高脂血症的体检者，叮嘱其日常控制糖类、脂肪、钠盐等摄入，有吸烟、饮酒习惯的体检者，应督促其尽早戒烟戒酒。对于超重或肥胖的体检者，叮嘱其日常做到饮食均衡控制热量摄入，从而控制体重增长；③运动指导：详细向体检者讲解坚持运动锻炼是一项有益健康的保健活动，对于预防慢性疾病和控制病情进展有

重要帮助, 增强体检者的认知水平。进一步介绍坚持运动锻炼有助于提升心肺功能, 调节血液循环系统以及增强机体免疫力等, 提升体检者的运动锻炼积极性和依从性。结合体检者的身体状况、体检结果、年龄、工作时间等为其制定个性化的日常运动方案, 并详细告知运动注意事项。例如属于老年人叮嘱避免长时间剧烈运动, 患有颈椎病或者腰椎病的人群, 可适当进行关节活动, 避免长久坐立或站立等; ④心理指导: 密切关注体检者的精神心理状态, 特别是部分体检者在体检结束后确诊疾病, 此时容易出现恐惧、焦虑等负面情绪, 甚至部分体检者担忧自身病情影响工作前途, 因此隐瞒病情且未能积极治疗。所以需要关注体检者的精神心理状态, 做好个性化的心理疏导, 针对疾病知识进行细致讲解, 同时做好体检者的个人隐私保护, 结合其性格特征给予心理指导, 舒缓其紧张、恐惧、顾虑等负面情绪, 提升体检者的自信心以及依从性; ⑤生活指导: 向体检者讲解良好的日常生活习惯对于提升健康水平的重要性, 体检者日常避免身体疲劳, 注意劳逸结合纠正不良的日常生活习惯, 例如做到按时吃饭、规律饮食以及规律作息, 避免熬夜、戒烟戒酒等。

1.3 评价标准

(1) 统计 2 组体检者的首次体检患病率以及 12 个月后(2021 年 1 月~2021 年 12 月)第 2 次体检时的患病率, 如高血压、糖尿病、高脂血症、冠心病以及其他疾病等; (2) 对于 2 组体检者进行健康体检服务满意度调查问卷, 内容有体检环境、医护患沟通、服务态度、诉求应答、健康教育、慢病预防等方面, 0~100 分, 非常满意(95~100 分)、满意(80~94 分)、不满意(<80 分)。

1.4 统计学方法

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

2 结果

2.1 体检者 2 次体检患病率组间对比

首次体检 2 组体检者高血压、糖尿病、高脂血症、冠心病以及其他疾病的患病率对比差异较小 $P > 0.05$, 二次体检中高血压、糖尿病、高脂血症、冠心病以及其他疾病的患病率观察组均低于对照组 $P < 0.05$ 。

表 1 体检者 2 次体检患病率组间对比[n(%)]

分组	时间	高血压	糖尿病	高脂血症	冠心病	其他
观察组 (n=200)	首次 体检	36(18.00)	31(15.50)	43(21.50)	8(4.00)	3(1.50)
	二次 体检	38(19.00)	33(16.50)	46(23.00)	8(4.00)	4(2.00)
对照组 (n=200)	首次 体检	37(18.50)	32(16.00)	42(21.00)	9(4.50)	4(2.00)
	二次 体检	46(23.00)	43(21.50)	58(29.00)	16(8.00)	8(4.00)

2.2 体检者健康体检服务满意度组间对比

体检者健康体检服务满意度观察组为 99.50%, 对照组为 92.00%, $P < 0.05$ 。

表 2 体检者健康体检服务满意度组间对比[n(%)]

分组	n	非常满意	满意	不满意	总满意度
观察组	200	125	74(37.00)	1(0.50)	199
		(62.50)			(99.50)
对照组	200	81(40.50)	103	16(8.00)	184
			(51.50)		(92.00)

χ^2 值	18.692	15.172	10.075	10.075
p 值	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

近年来我国医疗水平快速提升, 与此同时人们的健康意识也在增强, 健康体检已经成为人群预防疾病的重要手段, 常规体检在体检结束后将体检结果告知体检者, 未能进行个性化的健康指导^{[2]-[4]}。由于体检者在健康意识、文化水平、年龄等方面存在较大差异, 所以自我健康管理能力参差不齐, 部分健康体检者未能对体检结果进行细致充分的分析, 与此同时并未对日常的不良生活习惯进行纠正, 因此健康体检的作用未能充分发挥^{[5]-[7]}。通过开展个性化健康管理则是对健康体检服务的进一步优化和延伸, 通过对体检者的体检结果进行细致分析, 与此同时对体检者进行更加深入的调查, 了解其存在的危险健康行为, 为其制定个性化、全面性的健康管理方案, 从而纠正体检者的不良日常生活方式以及行为习惯^{[8]-[10]}。个性化健康管理不仅关注体检者生理生活层面, 还关注其心理和社会生活, 从而使体检者从各个维度加强自我管理, 有利于降低疾病患病风险, 对于提升其个人的健康水平有重要价值^{[11]-[12]}。本次研究中通过为观察组体检者开展个性化健康管理, 该组体检者在第二次体检时发现其慢性病的患病率并未明显增长, 并且与同期的对照组相比各项疾病的患病率明显更低。这表明, 个性化健康管理的开展对于降低慢性病的患病率以及提升体检者的健康水平有重要帮助。与此同时, 观察组体检者等服务总满意度显著高于对照组。进一步证实, 个性化健康管理的开展能够有效提升健康体检的整体服务质量。

综上所述, 通过开展个性化健康管理有利于降低体检者的患病率, 并提升其服务满意度。

参考文献:

[1]倪为健. 个性化健康管理在体检中的应用分析[J]. 养生保健指南, 2020, 26(33):234.

[2]王飞娥. 体检后个性化健康管理对人群慢性病发生的影响[J]. 山西医药杂志, 2020, 49(10):1299-1301.

[3]刘雷丹. 健康管理应用于职业病预防性体检中的效果研究[J]. 饮食保健, 2020, 15(51):295.

[4]刘英, 朱艳华, 张妍. 探讨和分析医院体检中心健康管理一体化服务模式[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(8):130-131.

[5]张秀红. 精细化健康体检管理模式在体检中的应用效果分析[J]. 医药前沿, 2020, 10(19):184-185.

[6]汤丽莉, 柯文琼, 林俐. 治未病与健康理念在我院体检中心的应用[J]. 中医药管理杂志, 2020, 28(15):203-204.

[7]王庆稳, 李玲, 阮宇, 等. 健康体检后续服务管理模式应用于慢性非传染性疾病管理中的应用价值分析[J]. 健康之友, 2019, 28(14):290.

[8]邹鸿丽, 赵丹凤. 健康管理路径应用于体检中临界高血压者的效果与评价[J]. 中国保健营养, 2019, 29(18):335.

[9]胡岚, 杨红. 健康管理一体化服务模式在医院体检中心的应用方法和效果[J]. 当代医学, 2019, 25(13):124-125.

[10]刘娜娜. 人性化护理管理应用于健康体检人群具体效果及满意度影响评价[J]. 东方药膳, 2019, 21(13):75.

[11]李昶. 人性化健康管理应用于老年人健康体检过程中的意义分析[J]. 心理医生, 2018, 24(3):344-345.

[12]李鸳鸯, 薄芳芳. 精细化健康体检管理模式在体检中心的应用研究[J]. 现代养生(下半月版), 2018, 11(10):237-238.

优质护理管理模式在护理管理中的应用效果分析

于秀荣

枣庄市立医院 护理部 277100

摘要：目的：分析护理管理采取优质护理管理模式的应用效果。方法：选取 2021 年 1 月—2022 年 2 月收治的患者 76 例，随机分为观察组和对照组 38 例，对照组采取常规护理管理模式，观察组实施优质护理管理模式，对比管理效果，观察两组患者的不良事件发生率及护理满意度评分。结果：优质护理管理观察组的患者的不良事件的发生率（23.7%）明显低于常规护理对照组的不良事件发生率（71.1%），而护理满意度评分（96.59±2.72）高于对照组的护理满意度评分（82.68±2.31）分， $P<0.05$ ）本次研究具有统计学意义；危重患者护理（98.31±2.29）分、护理文书（98.65±3.32）分、病房管理（98.01±2.44）分、基础护理（97.81±3.48）分均优于对照组（88.35±3.22）分、（89.34±3.11）分、（88.64±6.21）分、（89.28±3.49）分，对比差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：优质护理管理模式在护理管理中应用效果显著，值得应用。

关键词：护理管理；优质护理管理；应用效果

在中医临床康复护理实践中，优质护理专业服务理念就是指要以康复病人治疗为临床中心，强化病人基础生活护理，全面有效落实家庭护理目标责任制，深化提升护理工作专业内涵，整体优化提升医疗护理的服务专业化水平。医院中由于住院患者量众多，科室患者分布面积众多，患者间由于患者自身的情况差异及各种病情情况差异对医生在家庭护理环节中服务的各种特殊需求也都开始出现逐渐增多。大部分患者还会经常因自己病情加重和因对医院特殊护理的流程等的种种不了解，导致在心理身体上、生理行为上诸多的心理不和谐不舒适，因此，对医院护理人员平时的医疗护理及工作要求等也变得极为苛刻严格。本文是对在综合性医院中的临床护理行政管理流程中，实施优质护理工作管理评价模式试点后获得的管理应用及效果进行分析研究，并可结合各实验小组负责人和实验研究项目组中护理一线工作人员的实践护理工作管理中表现的优质护理，工作质量水平情况进行一系列深入讨论交流与对比研究，具体成果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次的研究观察对象从 2021 年 1 月至 2022 年 2 月在我院内科接受治疗的病人中随机抽取 76 名，其中男性患者人数为共计 41 名，女性患者则为计 35 名，采用的随机分组法均是将受试者分为观察组与对照组。常规护理对照组患者中的女性患者年龄主要的分布区间为 19 周岁至 45 岁之间，平均年龄（43.61±4.34）岁。优质护理与管理观察组中的患者年龄平均分布在 20 周岁至 42 岁之间，平均年龄为（43.59±4.23）岁。所有入院的护理患者本人均对参与本次的临床护理课题研究都知情，且均为属于自愿的参与。统计比较两组护理人员的临床一般数据资料，两组人员间数据并几乎不存在显著统计学差异时（ $P>0.05$ ），可据此予以比较。

1.2 方法

对实验组实施常规护理管理模式进行管理。研究组在应用常规护理管理模式的基础之上，实施现代优质护理的管理新模式，主要组织管理研究方法内容包括：①岗位职责细化：护士长的岗位主要职能工作任务是综合协调科室和病房监管病房所有临床病房护理的各项工作，并对外进行着相应岗位的全面指导培训和技术监督，同时要与其他各个科室进行的各种护理技术工作等进行统一协调处理；护理工作组长负责的一个主要业务工作是要对临床护士长进行的临床工作情况进行的积极配合，并对临床一般的护理人员完成的临床检查和处理常规工作情况等进行监督协助，同时也负责定期对本院下级病房护理人员工作的质量考核，监督评估其工作护理技术质量，以了解患者病房的工作具体实施情况并对各种护理的方案等进行组织制定，确保其方案的科学化与合理化，进行其他各项工作的同时护理组长工作时也必须是严格地按照住院计划要求和临床护理常规制度要求的相关要求进行，强化日常进行巡视值班和查房。责任护士与主力护士之间的职责主要联系工作任务是定期对重症患者病人

进行各项基础的护理工作指导，监测病人其基本生命体征状况和主要病情进展变化，观察患者临床诊断疗效，对危重患者及其日常的饮食卫生进行监督检查和指导，要求告诫其患者必须注意严格谨遵护理医嘱按时用药，强化术后心理的护理服务等。尽可能充分满足每位患者及家属提出各项合理要求、有效的正常生理活动和社会心理需求，全面地落实好医院提供的全方位系统性康复护理保障服务。②进一步完善护理管理模式的流程：对其他各项正常生命体征必须做好检查和严格地监测记录的随访工作。对其他各项正常生命体征必须做好检查和严格地监测记录的随访工作。强化对护理人员基本素质的综合培训工作和岗位考核，主要项目包括护理部门对医务人员护理技术工作范畴、护理保健措施、护理人员职责、护理相关政策法规以及管理规章制度方面的专项培训等。依据每位住院患者目前及自身发展情况分析和自身病情特点，进一步分析制定实施方案并完善健全其有关医疗规章制度，通过实施方案对近期每位入住患者病情出现的重大变化可能性及发展特点情况作出的初步价值评估，从而制定落实出患者相应有效的健康护理措施，同时，依据临床患者病情针对性科学合理的方案指导住院患者安全用药。③加强医院护理人员管理及知识技能：加强各级对住院护理人员日常的卫生服务与技能管理培训，提升临床护理人员自身护理专业水平、岗位责任意识、护理交流沟通服务能力水平及对法律法规政策的全面掌握意识等。通过定期培训可以增强我院护理人员平时对急救、慢性病、康复医疗及急救用药安全等日常护理业务的能力掌握熟悉度。同时要进一步加强临床护理人员应接待、介绍新医院、病房环境、病情的评估、输液、饮食护理指导及定期随访指导等部分护理指导流程方面的相关细节进行掌握。④强化风险自我防范管理意识：成立一支由主要责任护士、护士长所组成的专业护理岗位风险防控管理专业小组，定时轮流让每位组员共同参与到医院护理岗风险自我评估培训会，将当前护理岗工作实践中护士常见存在或潜在可能同时出现问题的各类危险影响因素归纳提出来，采用共同查阅病例资料、讨论案例等有效方法研究确定有效防范岗位护理岗风险发生的措施。并且，定时会让每个组员免费参加一次安全预防知识座谈会，对如何预防发生护理的风险事故进行初步了解，从而提前知晓了其预防重要性，强化对其护理责任感和护理安全预防意识。同时也对于护理有关风险的基本法律知识等进行深入学习，将自身处理各类突发事件风险及重大紧急避险事件中的法律应对和能力得到提升，从而能使自身发生各种护理有关风险事件中的事件几率有所降低，提升了患者安全性。

1.3 观察指标

在临床实验与研究活动结束之后，护理人员对临床患者进行护理质量满意度综合评分，将医生自制的综合评分表及时发放反馈至每个患者，评分值越高，患者们的综合护理的满意度会越高。在每个患者都即将痊愈出院之时，对所有的患者生活中所有不良健康事件的总发生的次数来进行一个统计，再一次将评分表重新收回并要求继续对为这一 76 例患者所提供

服务的其他相关医学数据资料继续地进行重新分析记录。护理服务质量：由医院科室护士长填写自拟出的服务质量调查表，包含：护理文书、基础护理、病房管理、危重患者护理，每一项都是 100 分，分数越高的则表示其该次护理工作质量得分将越高。

1.4 统计学方法

应用 SPSS1 9.0 软件处理数据，计数实行 χ^2 检验，用[n (%)]表示，组间计量资料应用($\bar{x} \pm s$)描述，经 t 检验，组间数据差异在 $P < 0.05$ 时为有统计学意义。

2. 结果

2.1 不良事件发生率和护理满意度

在实验的时间结束后，38 名观察组中的患者的不良医疗事件的平均发生率如下(23.7%)明显减少于常规护理对照组中的不良护理事件发生率(71.1%)，而护理服务满意度评分(96.59 $\pm$ 2.72)高于对照组的护理和服务满意度的综合评分(82.68 $\pm$ 2.31),(P 值<0.05)表明本次研究工作具有重大统计学意义。见表 1。

表 2 两组患者不良事件发生率及护理满意度对比 (n, %)

组别	例数	不良事件发生率	护理满意度评分
对照组	38	27 (71.1%)	82.68 $\pm$ 2.31
观察组	38	9 (23.7%)	96.59 $\pm$ 2.72
t	-	17.100	24.028
P	-	0.001	0.001

2.2 护理质量

两组医院临床护理人员分别从事护理基础临床护理、病房及安全卫生管理、护理文书、危重监护患者的护理实践方面，对比两者的差异有一定的统计学及分析参考意义 ($P < 0.05$)。见下表图 2。

表 2 两组患者不良事件发生率及护理满意度对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	基础护理	病房管理	护理文书	危重患者护理
对照组	38	89.28 $\pm$ 3.49	88.64 $\pm$ 6.21	89.34 $\pm$ 3.11	88.35 $\pm$ 3.22
观察组	38	97.81 $\pm$ 3.48	98.01 $\pm$ 2.44	98.65 $\pm$ 3.32	98.31 $\pm$ 2.29
t	-	10.669	8.657	6.549	15.539
P	-	0.001	0.001	0.001	0.001

3. 讨论

优质护理服务理念的核心内涵主要应该包括：要尽可能满足照顾患者基本生活上的服务需要，要充分保证服务患者人员的医疗安全，要努力保持护理患者躯体方面的良好舒适，协助医生平衡照料患者人员的情绪心理，取得服务患者家庭组织和家庭社会方面的合理协调安排和有力支持，用优质专业医疗及优质护理工作的水平有效的提升护理服务，使得患者对自身社会有良好满意度。护理业务是医护作为医院里一件相对比较庞大而复杂、细致而重要的日常工作，其与整个临床护理工作服务及质量关系直接影响到医院整体形象、发展以及变化等情况。并且根据所提供护理内容涉及到的这些临床疾病患者本身的某些常见疾病临床特殊情况也会容易使临床疾病种类数量过多、反复性大反复发作、病程时间很长等，并且同时在进行这些疾病护理工作情况中，护理人员也有着将会面临需要共同面对的还有很多未知风险的临床疾病危险因素，从而这就很需要能够达到相对较高水平的专业医疗与护理质量。同时在医疗现阶段，人们本身对于病人护理质量提高的客观要求正随着我国社会文明的进一步发展水平而逐渐提升。但是由于护理人员素质不足、责任主体划分等不确定也是当前医疗过程护理中出现的最大问题。因此，有个别的专业护理人员资历并不高、专业医疗技术水平要求较低、学习与主动性能力差，影响到了日常护理服

务工作得以顺利高效进行。鉴于此，为了进一步使其临床疗效质量得到持续有效的提升，让临床护理人员保证所应提供护理的各项护理技术质量长期处在临床较高水平变得非常十分重要。有关科室人员参加研究交流会时一致表示，有效的护理管理模式不仅能够让人才和健康管理能力真正快速全面提升到具备其整体及综合专业医护人员素质，将更加高效和优质、全面与专业兼具的临床优质护理专业医疗和服务品质真正的提供给社会每个临床患者，也期望着能使院内其他医疗科室真正进一步有效提高我院临床医疗水平。在有效整合优质护理与医疗操作管理工作流程体系中，建立起规范化全科临床护理，工作职责的清晰合理划分，确定每个护理人员岗位职责，提高临床医护人员满意度。在进一步的简化临床护理与操作的流程环节工作的同时也是一次让配置的护士人力资源流程再次的进行优化，同时又有效保证完成了全科护士工作科学化、人性化、制度化的流程规范化与管理职能。进而才能将其优质性的护理及服务充分体现出来。并且，让全体护理人员每月定时集中进行专业知识培训辅导和知识学习，可使员工在临床知识能力储备及时得到充实，提升了其业务操作和技能，提升其安全健康意识程度和岗位责任感，并且每次培训学习结束后进行综合考核，使员工考核学习成绩能同个人绩效提升相紧密关联，让每位护理人员的内在积极性及时得到充分刺激，加之通过对相关规章制度持续定期的改进、优化，同样可进一步让护士日常各项护理实践工作行为得到合理规范，降低其盲目重复操作实践的情况，将有据则可依、有规而可循才能落实到了实处。

当前，优质护理新模式也受到我国越来越多一线医疗工作群体的持续关注，在医院临床服务工作模式中也已经得以广泛应用。优质护理服务属于中国新型临床护理工作模式内容之一，其特色主要是指采用的管理模式是医生在实际护理及管理病人过程实践中，将现代人性化、科学化理念的医护知识融入护理中，其管理模式坚持贯彻以临床患者满意度为评价中心，以人为本的人性化服务理念思想，通过医务人员对护理患者过程进行全方位优质个性化的服务护理，达到有效提高全体护理人员健康管理技能水平和有效改善整体护理质量效率为目的。在中国护理行政管理体制中通过运用现代优质护理行政管理服务模式，管理的过程中包括对每位护理人员所实施的层级化管理，可以保障患者将管理责任完全落到我们每个管理人的职责肩上，通过对护士长及各级护理人员实行的更加全面、规范地护理服务管理，值班治疗过程管理中需要给予广大患者系统科学细致的医疗护理行为指导，护理的事业至今还只处在一种初级研究阶段，但是随着临床循证护理模式这种安全有效科学的新型护理治疗方式逐渐的发展形成完善，我国护理科学事业水平发展将进一步取得更重大的进步，此外，循证医疗护理工作方式等也定会继续得到更加重大的发展进步与有效推广，真正的实现了护理科学化的更高效化。

综上所述，在我院护理规范化管理上采取了优质的护理服务管理的模式，能在一定程度上有效降低医疗不良事件中的发生率，提升我院临床医疗护理患者满意度和护理质量，值得在我院临床进广泛应用。

参考文献：

- [1]黄倩， 杨增云. 优质护理管理模式在护理管理中的应用效果分析[J]. 健康大视野 2021 年 2 期， 18-19 页， 2020.
- [2]李富晓. 优质护理管理模式在内科护理管理中的应用效果分析[J]. 河南医学研究， 2016, 25(7):2.
- [3]罗婷， 魏革， 庄艳. 优质护理管理模式在内科护理管理中的应用效果分析[J]. 实用临床护理学电子杂志， 2017(29):2.
- [4]林琳， and 李惠. "探讨优质护理管理模式在儿科护理管理中的应用效果分析." (2020).
- [5]张丽玥， 刘燕. 优质护理管理模式在科室护理管理中的应用效果分析[J]. 中文科技期刊数据库(文摘版)医药卫生.
- [6]李雅春、张文倩、翟玉萍. "优质护理管理模式在血液透析护理管理中的应用效果分析." 兵团医学 3(2020):2.

脑卒中患者膀胱管理的护理体会

张维

宁夏回族自治区人民医院 宁夏银川 750021

摘要：目的：探讨脑卒中患者膀胱管理的护理体会。方法：观察本院 2020 年 4 月至 2021 年 9 月期间接收的 46 例脑卒中患者，随机分为对照组与观察组各 23 例，对照组运用常规护理，观察组做好针对性膀胱护理管理，分析不同处理后患者生活质量、尿失禁程度、尿失禁改善效果、不良反应、护理满意度情况。结果：在夜尿间隔时间、24h 漏尿次数等指标上，观察组与对照组差异明显，有统计学意义 ($p < 0.05$)；在患者行为限制、心理影响、社会障碍、ICI-Q-SF 等生活质量评分上，观察组各项与对照组差异明显，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)；在干预总有效率上，观察组 91.30%，对照组 82.61%，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)；在患者护理满意度上，观察组 95.65%，对照组 82.61%，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。结论：脑卒中患者膀胱管理中用针对性护理操作，可以更好地减少患者漏尿频次、增加夜尿间隔时间、提升其生活质量、治疗疗效相对更好，提升患者护理满意度，整体状况更为理想。

关键词：脑卒中；膀胱管理；护理体会

脑卒中具有较高的致残率与致死率，疾病复发率高，属于较为常见的脑血管疾病问题。该病容易引发多种并发症，例如：尿失禁等问题。一般情况下，脑卒中患者中有 38%至 60%的比例会存在尿失禁问题^[1]。具体引发尿失禁的原因较多，患者无法按照自身的意识做排尿处理，导致患者生活质量受到严重影响、患者自身与家庭承受较大的压力。本文采集 92 例脑卒中患者，分析运用针对性膀胱综合护理管理，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

观察本院 2020 年 4 月至 2021 年 9 月期间接收的 46 例脑卒中患者，随机分为对照组与观察组各 23 例。对照组中，男 13 例，女 10 例；年龄从 38 岁至 78 岁，平均 (59.87 ± 10.43) 岁；观察组中，男 15 例，女 8 例；年龄从 36 岁至 75 岁，平均 (58.19 ± 9.53) 岁；两组患者的基本年龄、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，观察组做好针对性膀胱综合护理管理，具体内容如下：

1.2.1 基本护理流程

患者入院第一天需要做好整体情况的评估，了解其诊断情况。知晓其膀胱状况，如果存在异常情况，需要针对性的处理，开展对应的健康宣教工作。开展小便评估，同时需要确定是否需要做好尿管的使用。当其膀胱充盈，且小便相对困难时，同时尿培养结果为阴性，需要做好间歇性导尿干预^[2]。做好患者血常规、尿常规、泌尿超声、尿细菌培养检查等。如果其超声显示存在异常情况，还需要做好后续的膀胱造影。入院第二天，需要展开膀胱功能观察，可以通过饮水、输液的状况来做好评估。入院第三天需要做好饮水计划，依据其膀胱功能做好后续持续性观察。入院第四天需要进行间歇性导尿处理，讲解有关目的、方法、注意事项、流程说明，让患者配合工作的开展。依据其膀胱功能展开间歇尿频判定，结合有关检查、治疗以及护理方法做好对应的指导。做好患者心理评估，积极开展心理干预工作，减少其疾病带来的心理压力，提升患者康复信心。入院第 5 至 7 天需要开展间歇导尿处理，了解其输液、饮水以及排尿状况，同时要评估其间歇导尿的次数情况^[3]。入院第 8~9 天，需要做好对应的健康教育指导工作。如果间歇导尿失败，有感染问题，需要开展尿液培养，同时嘱咐其多饮水，开展对应的饮食计划。尿培养结果如果为阴性，需要再次进行间歇导尿。间歇性导尿成功后开展对应的健康宣教^[4]。出院时，需要将尿管撤除，可以鼓励正常排尿并做好出院有关健康宣教。指导工作方式可以通过口头方式与书面方式结合。如果存在间歇性导尿失败的情况，还需

要做其间歇导尿相关操作指导，懂得操作目的、注意事项，同时辅助患者做好有关出院手续的办理。

1.2.2 间歇性导尿护理

间歇导尿一般提前备好一次性无菌导尿管，将患者的留置尿管撤除，进行其每天饮水量的记录，同时让其饮水量控制在 1450~2000 毫升的范围内，鼓励其饮水来达到更好的排尿效果。保证其有相对规律的饮食习惯，让其膀胱保持相对规律性充盈状态，达到排尿功能的优化。进行其残余尿量的评估，对其导尿频次与时间做好对应的安排^[5]。如果无法达到自主排尿情况，则需要保持每 4 小时一次的导尿处理一直到其有自主排尿行为。需要做好患者及家属的有效沟通，避免患者以及家属对此产生过大的心理压力。

1.2.3 教育指导

做好教育指导工作，让其意识到神经源性膀胱属于脑卒中患者中的常见并发症，让其了解有关疾病知识、临床表现、并发症治疗方法、护理要点，让患者对疾病有相对积极的心态、做好预防性的控制以及有关配合^[6]。提供对应的教育指导手册，让其更好地做好具体事项的了解。让家属做好有效的监督以及辅助工作，防控不良问题的出现。要构建良好的氛围，多鼓励，避免其心理压力过大导致不良问题。同时需要对患者检查以及锻炼等各项工作做好对应的维护管理，尽可能维护好其隐私。保持耐心的倾听，多沟通，细致地解答其问题，保持充分的理解以及尊重，提升其整体的配合度^[7]。

患者间歇性导尿治疗，可以减少长时间导尿管摄入所带来的不适感。同时要配合对应的盆底肌肉锻炼，一般在餐前半小时或者睡前、晨起训练，让其培养良好的排尿习惯。需要做好“扳机点”排尿训练、听流水声、摩擦大腿内侧、轻敲耻骨上区做好膀胱功能锻炼。日间需要嘱咐患者进行定时的饮水，一般保持每小时 200 毫升。尽可能地进行排尿时间的延长，提升膀胱容量，由此来提升其尿量^[8]。当有尿意时，需要展开对应的排尿指导，做好相关检查。此外，还可以采用有关中医手段配合，例如：针灸以及封闭疗法等，由此来达到排尿障碍的改善。

1.3 评估观察

分析不同处理后患者生活质量、尿失禁程度、尿失禁改善效果、不良反应、护理满意度情况。生活质量主要集中在行为限制、心理影响、社会障碍、ICI-Q-SF 等指标，评分越高情况越好。尿失禁有关观察指标主要集中在夜尿间隔时间、24h 漏尿次数等指标。尿失禁改善效果分为痊愈、显效、有效以及无效，痊愈率+显效率+有效率=尿失禁改善总有效率。痊愈为治疗后患者小便之前存在尿意，可以对排尿全程做有效地控制；显效为

干预后患者可以达到排尿的基本控制；有效为干预后患者尿意偶尔可以得到控制，不产生尿管的依赖性；无效为干预后患者尿失禁情况没有明显改善。

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 各组患者夜尿间隔时间、24h 漏尿次数情况

见表 1，在夜尿间隔时间、24h 漏尿次数等指标上，观察组与对照组差异明显，有统计学意义 ($p < 0.05$)；

表 1： 各组患者夜尿间隔时间、24h 漏尿次数结果 ($\bar{x} \pm s$)

分组	夜尿间隔时间 (h)	24h 漏尿次数 (次)
观察组	2.86±1.04	2.98±0.43
对照组	2.08±0.52	7.69±0.74

注：两组对比， $p < 0.05$

2.2 各组患者生活质量情况

见表 2，在患者行为限制、心理影响、社会障碍、ICI-Q-SF 等生活质量评分上，观察组各项与对照组差异明显，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)；

表 2： 各组患者生活质量结果 ($\bar{x} \pm s$ ，分)

分组	行为限制	心理影响	社会障碍	ICI-Q-SF
观察组	37.59±0.93	40.15±1.98	20.76±1.74	7.24±0.87
对照组	31.29±0.86	36.26±1.24	17.53±1.25	12.87±1.75

注：两组对比， $p < 0.05$

2.3 患者干预疗效情况分析

见表 3 所示，在干预总有效率上，观察组 91.30%，对照组 82.61%，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)；

表 3： 患者干预疗效评估结果[n(%)]

分 组	n	痊愈	显效	有效	无效	治疗总有效率
观察组	23	6 (26.09)	11 (47.83)	4 (17.39)	2 (8.70)	91.30%
对照组	23	3 (13.04)	8 (34.78)	7 (30.43)	4 (17.39)	82.61%

注：两组对比， $p < 0.05$

2.4 患者护理满意度情况

见表 4 所示，在患者护理满意度上，观察组 95.65%，对照组 82.61%，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	23	11 (47.83)	10 (43.48)	1 (4.35)	95.65%
对照组	23	7 (30.43)	11 (47.83)	4 (17.39)	82.61%

注：两组对比， $p < 0.05$

3 讨论

脑卒中属于相对常见的脑血管意外问题，一般是由于脑血管破裂以及血管堵塞而引发的脑血管不畅，进而导致脑组织受损。因此，分为出血型

以及缺血型两种情况。一般容易出现神经源性膀胱疾病，患者会出现尿潴留、尿急、尿频，勃起功能障碍以及性功能异常等问题，需要及时的做好患者病情控制，减少疾病带来的身心不适感，优化其整体的膀胱功能。护理工作需要采用个性化处理，满足患者个人情况所需，减少并发症带来的风险，缩减由此带来的医疗纠纷。需要展开患者需求了解以及鼓励其积极反馈，结合有关经验以及实际条件，设定对应的护理干预措施，优化患者心理及生理状况。积极的维护好整体的治疗环境，开展多样化的健康教育指导以及心理干预工作，纠正患者的不良生活习惯，由此促使疾病更好的康复。

本研究中，在夜尿间隔时间、24h 漏尿次数等指标上，观察组与对照组差异明显，有统计学意义 ($p < 0.05$)；在患者行为限制、心理影响、社会障碍、ICI-Q-SF 等生活质量评分上，观察组各项与对照组差异明显，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)；在干预总有效率上，观察组 91.30%，对照组 84.78%，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)；在患者护理满意度上，观察组 95.65%，对照组 82.61%，对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。通过本研究结果可以发现，观察组采用针对性护理操作后，患者的排尿功能得到有效地改善，促使夜尿间隔时间拉长，漏尿次数缩减。患者整体的生理、心理、认知状况得到优化提升，生活质量明显提高。总体的干预成效上，相对明显，说明这种护理方法的有效性，在多数患者中较为适应运用。具体处理应对上，要考虑实际情况所需，提升护理工作安排与执行的匹配性与有效性，避免不良纠纷矛盾带来的影响，提升患者整体舒适度，促使疾病更好的恢复。

要落实好护理工作，需要注重对护理人员的培养。护理人员的综合素质越高，执行力更强，患者评价更高，纠纷更少，对护理人员、科室、医院以及对患者而言都更好。培养上需要将线上与线下培养结合，融合多种能力培养，包括其个人沟通技巧、观察判断能力、法律常识、自我规范意识等，提升整体工作的执行力，降低管理工作的压力。要注重制度化管，将制度落实到实处，提升制度的权威性，促使工作人员形成规范性操作的自觉意识。

总而言之，脑卒中患者使用膀胱针对性护理管理操作，可以更好地减少患者漏尿频次，加长夜尿间隔时间，减少导尿管导致的泌尿系统感染，提升其生活质量，治疗疗效相对更好，提升患者护理满意度，整体状况更为理想。

参考文献：

[1] 廖小红,邱雪赋,李莉,等. 康复护理对脑卒中后神经源性膀胱患者功能恢复及生活质量的影响[J]. 现代实用医学,2021,33(11):1500-1502.

[2] 赵廷利. 康复护理对脑卒中后神经源性膀胱患者功能恢复及生活质量的影响研究[J]. 中国保健营养,2020,30(25):237-238.

[3] 朱香玲,孟晓燕,安文芬,等. 脑卒中神经源性膀胱患者护理间歇导尿效果及临床价值研究[J]. 养生保健指南,2021(4):119.

[4] 钟冰. 脑卒中后神经源性膀胱尿潴留患者的临床心理护理[J]. 中外医学研究,2020,18(6):111-113.

[5] 胡小理. 脑卒中后尿失禁患者功能独立性水平调查及其康复护理干预[J]. 中国现代医生,2022,60(4):180-183.

[6] 颜慰安,陈麒麟,张英,等. 家庭支持模式对脑卒中后神经源性膀胱患者膀胱功能的影响[J]. 国际护理学杂志,2021,40(11):2087-2091.

[7] 付伟峰,张佳,曾静,等. 间歇导尿对脑卒中后神经源性膀胱障碍患者的疗效[J]. 临床医学,2021,41(2):84-85.

[8] 张艳,宦红美,马付玉. 膀胱容量压力测定指导下的膀胱训练在脑卒中排尿障碍患者中的应用效果观察[J]. 医药前沿,2020,10(1):164.

二陈汤治疗恶性肿瘤的研究进展

任婉¹ 刘松江²

1 黑龙江中医药大学 黑龙江哈尔滨 150040; 2 黑龙江中医药大学附属第一医院 黑龙江哈尔滨 150040

摘要: 痰邪作为众多诱发恶性肿瘤的病因之一,因其流动性与粘滞性的特点,从而极易导致病情迁延发展。二陈汤作为治痰之通剂,其药少力专,应用于多种疾病的治疗中;随着研究的不断深入,二陈汤在肿瘤各阶段中所发挥的作用也逐渐被挖掘。本文从痰邪致病的病因病机、二陈汤的方义和现代药理学机制以及临床疗效方面对其治疗恶性肿瘤的研究进展做了如下综述,为进一步探索二陈汤在治疗肿瘤的过程中所发挥的作用,从而为临床提供新思路。

关键词: 二陈汤; 痰; 肿瘤; 化疗; 临床疗效; 研究进展

恶性肿瘤是全球共同面临的卫生挑战,其不仅威胁公众健康,加重人类负担,且常规西医治疗手段会给肿瘤患者带来极大副作用,由于中药作用广泛且毒副作用小,故在肿瘤治疗的各阶段发挥作用⁰。二陈汤作为燥湿化痰,理气和中的代表方,经现代研究证明其可直接抑制肿瘤细胞的生长,因而逐渐应用于肿瘤的治疗中⁰。“百病皆由痰作祟”、“人上中下有结块者,多属痰”,“痰”既为致病因素,也是病理产物,当外感邪气,内伤情志等导致脏腑失调,不能输布津液,聚而成痰,壅滞使得血液运行不利,痰瘀互结,日久形成积块。《杂病源流犀烛·痰饮》谓:“痰之为物,流动不测,故其为害……随气升降,周身内外皆到,五脏六腑俱有。”由于痰邪粘滞和易流注的致病特点,使得病势迁延难愈且可通过淋巴、血行等多种转移途径侵犯其他脏腑⁰。

1 二陈汤方义

二陈汤最早见于北宋《太平惠民和剂局方》:原方用“半夏(汤洗七次)、橘红各五两、白茯苓三两、甘草(炙)一两半”,临床上丹溪曾以二陈汤为基础方,加减灵活运用以治一身之痰⁰。方中半夏辛温性燥为君,用以化痰降逆和胃,消痞除满,配臣药橘红理气行滞以达气顺痰消。茯苓健脾渗湿,合半夏化湿消痰;生姜作为佐药既可助半夏降逆化痰还可制其毒性;佐乌梅收敛肺气,配伍半夏则可散中有收;炙甘草为使药调和诸药,共行治痰之效。

2 药理机制

2.1 抑制肿瘤细胞的增殖与转移

促分裂原活化蛋白激酶(MAPK)通路成员p38与JNK,以及参与细胞间粘附且在肿瘤中过表达的细胞间黏附分子-1(ICAM-1),均与肿瘤细胞生长分化、增殖等密切相关。二陈汤可通过下调p38活性控制ICAM-1的表达来抑制肿瘤的发展⁰⁰;由于血管内皮生长因子(VEGF)可促使内皮细胞增殖、浸润及肿瘤血管的生成,将裸鼠接种A549肺癌细胞后用二陈汤及其加减方灌胃,可见P-JNK、P-p38、VEGF表达下调,推测其通过JNK、p38通路抑制肿瘤血管的形成来发挥抗肿瘤作用⁰。研究者通过制备Lewis肺癌转移模型,发现由六君子汤合二陈汤加清热解毒类中药后所得六君祛痰解毒汤及其拆方能有效抑制肿瘤的生长,通过下调细胞黏附分子CD44表达和降低血清HA水平,以及减少基底膜Col IV的溶解,上调可抑制肿瘤转移基因nm23-H1表达的多种方式,来抑制肿瘤细胞的增殖浸润与转移⁰⁰。程序性死亡蛋白配体1(PD-L1)与受体结合会诱导T细胞凋亡,造成免疫逃逸,也会促使肿瘤的进一步发展⁰。黄唯等⁰将小鼠接种Hep2喉癌细胞后施以二陈汤合会厌逐瘀汤灌胃,根据实验结果推测其可能是通过抑制IL-6/JAK1/STAT3通路,下调PD-L1表达来发挥作用的。

2.2 诱导肿瘤细胞的凋亡

当细胞缺氧、钙离子稳态及蛋白质异常分泌会引发内质网应激(ERS),

内质网I型跨膜蛋白PERK活化会促使eIF2α磷酸化,通过上调转录因子ATF4来促使增强子结合蛋白同源蛋白(CHOP)过表达从而诱导细胞凋亡。将裸鼠接种A549肺癌细胞建模并给予加味二陈汤灌胃,可见瘤重降低及ATF4、CHOP表达升高,提示加味二陈汤能抑制肿瘤生长,其可能是通过ERS途径上调ATF4、CHOP表达来发挥作用的⁰。通过给喉鳞癌移植瘤裸小鼠用二陈汤合会厌逐瘀汤灌胃,可见抗凋亡基因Bcl-2、参与细胞周期调控的Cyclin D1、Cyclin B1和MMP-9因子的下调,促凋亡基因Bax、Caspase-3表达上调,其机制可能是通过调节STAT3通路来抑制肿瘤细胞过度增殖和侵袭,诱导其凋亡⁰。

2.3 其它

除上述机制外,机体免疫功能失调也是诱发恶性肿瘤的基础因素,研究发现二陈汤及其不同组方还能在不同程度上提高肺癌小鼠的免疫功能,从而使机体得抗肿瘤能力增强,这其中也以二陈汤的作用最为显著,其发挥作用的机制还有待进一步研究⁰;在肿瘤疾病化疗过程中还经常出现多药耐药(MDR),这将会影响后续的药物使用以及疗效,二陈汤还可通过抑制JNK通路,下调P-gp、MRP1蛋白来逆转MDR⁰。

3 临床疗效

3.1 改善临床症状

通过观察痰湿蕴肺型晚期NSCLC(非小细胞肺癌)合并咳嗽患者可见二陈汤合三子养亲汤治疗咳嗽的总有效率可达88.57%⁰。对比晚期NSCLC患者口服二陈汤前后,可见其缓解症状的同时可改善患者生存质量⁰。丁倩等⁰纳入化疗耐药晚期NSCLC患者并接受CIK(细胞因子诱导的杀伤细胞)或联合加味二陈汤治疗,虽患者生存质量较治疗前均有改善,但辅助加味二陈汤者改善更为显著、中位PFS(无进展生存期)也更长,且未见明显不良反应。通过给甲状腺癌术后气郁痰阻型患者分别应用左甲状腺素钠片及在其基础上辅助柴胡疏肝散合二陈汤临证加减干预,两组治疗后的中医各项证候均有改善,辅助中药组疗效更优且并发症的发生率仅为3.33%;由于血清TSH、TG与肿瘤复发、转移密切相关,对比可见中药组对于甲功改善效果更好,且能有效减少复发⁰⁰。

3.2 辅助化疗缩小瘤体

通过观察NSCLC患者,与单纯化疗相比联合二陈汤对瘤体稳定率高达80%,且患者生活质量改善明显,安全性更优⁰;除此之外,化疗辅助二陈汤加减还可降低碱性磷酸酶(AKP)、癌胚抗原(CEA)等指标,改善T淋巴细胞亚群水平,减少化疗所致的免疫损伤,调整机体免疫状态⁰⁰。通过给晚期胃癌患者在化疗基础上施以二陈汤治疗,发现患者中医证候的改善率可达82.5%,对实体瘤的整体疗效可达70%,远优于化疗组且不良反应的发生率也更低⁰。钟灼等⁰观察已行¹²⁵I放射性粒子植入术后的痰湿型晚期结肠癌患者,与仅口服卡培他滨对比,联合二陈汤更能有效缩小

肿瘤, 稳定病情, 降低 CEA 指标, 且缓解癌痛使患者生活质量更佳。

3.3 减轻化疗毒副反应

观察因癌症化疗而出现呕吐患者, 在格拉司琼和甲氧氯普安基础上佐以旋覆代赈汤合二陈汤对症状的缓解可高达 94.74%^[9]。应用铂类化疗方案联合二陈汤加减可见 NSCLC 患者的不良反应发生率、疗效及生存质量均优于单纯化疗, IGFBP-3 作为一种胰岛素生长因子, 其过表达可抑制肿瘤细胞增殖, 引发细胞凋亡^[10], 通过 VEGF 下降和 IGFBP-3 升高也说明二陈汤能抑制肿瘤血管生长, 预防肿瘤细胞增殖扩散, 且可有效降低复发率, 延长患者生存时间^[9]。在化疗间歇期佐二陈汤干预的肺癌患者各项营养指标与生活质量均优于单纯化疗组, 除脱发外的其它毒副症状也更轻^[9]。在胃肠道恶性肿瘤化疗患者肠内营养支持的基础上辅以二陈汤加味可一定程度上对患者的营养状态以及血红蛋白、血清白蛋白的水平进行改善, 且降低了患者发热、贫血、胃肠道反应、乏力诸多不良反应发生率, 提高了患者的生存质量^[9]。

4 总结与展望

肿瘤患者病情复杂, 病位可遍布全身且类型多样, 与痰邪的致病特点甚为相似。治痰通剂二陈汤能通过多种途径抑制肿瘤细胞的生长与浸润, 调控细胞周期, 诱导肿瘤细胞凋亡; 还可有效改善患者症状, 辅助化疗缓解毒副反应, 延长患者带瘤生存时间, 提高生存质量等。但目前对二陈汤的实验研究较少, 临床治疗中也多与其它方剂合用, 故其抗肿瘤机制及单独应用的疗效仍有待研究。且痰饮的形成除了与肺脏相关以外, 与脾肾肝也都有密切联系, 如脾失健运, 水湿内生凝聚; 肝失疏泄, 气机郁滞, 津液停积; 肾阳不足, 水液不得蒸发停等均能生“痰”, 因此结合临床可进一步探究二陈汤在消化系统、泌尿系统肿瘤治疗上的独特作用, 为临床治疗提供更多思路。

参考文献:

- [1]袁选举, 邓守恒. 中医药在治疗恶性肿瘤中的研究进展[J]. 时珍国医国药, 2019, 30(09): 2232-2234.
- [2]陈玉龙, 苗艳艳, 吕翠田. 健脾和胃类方对肿瘤细胞生长抑制的比较研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2010, 16(03): 112-115.
- [3]赵红, 张健. 从“虚、痰、瘀、毒”论肺癌的病因病机[J]. 中国医学创新, 2013, 10(19): 159-161.
- [4]衣标美. 丹溪学派诊治痰证的理论研究[D]. 中国中医科学院, 2016.
- [5]周琦, 刘晓瑜, 刘树民. 中药调控 MAPK 信号通路在疾病治疗中的研究进展[J]. 中药药理与临床, 2019, 35(06): 176-180.
- [6]王芬, 胡凯文, 肖俐, 等. 二陈汤对 CAM-1 高表达肺癌 A549 细胞的影响[J]. 中国中医基础医学杂志, 2010, 16(12): 1126-1127.
- [7]王芬, 胡凯文, 左明焕, 等. 二陈汤对肺癌 A549 细胞中黏附分子-1 和 p38 表达的影响[J]. 中国中医药信息杂志, 2012, 19(08): 41-43.
- [8]江洋. 二陈汤及其加减方通过 JNK 信号通路抑制 NSCLC 肿瘤血管生成的实验研究[D]. 北京中医药大学, 2019.
- [9]陈华圣, 许爱华, 沈婷婷, 等. 六君祛痰解毒汤及其拆方对 C57BL/6J 小鼠 Lewis 肺癌转移的抑制作用[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(06): 249-253.
- [10]刘丹丹. 透明质酸与肺腺癌发展关系的研究[D]. 吉林大学, 2019.
- [11]崔德利, 陈华圣, 许爱华, 等. 六君二陈解毒汤及其拆方抑制 Lewis 肺癌及对 VEGF 和 nm23-H1 表达的影响[J]. 中药材, 2010, 33(11): 1771-1773.

[12]Ai L, Xu A, Xu J. Roles of PD-1/PD-L1 Pathway: Signaling, Cancer, and Beyond. Adv Exp Med Biol. 2020;1248:33-59.

[13]黄唯, 谭希, 冯小聪, 等. 二陈汤合会厌逐瘀汤对喉癌荷瘤裸鼠肿瘤组织中 PD-L1 及 IL-6/JAK1/STAT3 信号通路的影响[J]. 中医杂志, 2021, 62(01): 61-66.

[14]李亚玲. 加味二陈汤对 A549 肺癌的抗肿瘤作用及机制的初步分析[D]. 成都中医药大学, 2019.

[15]周世卿. 基于 STAT3 信号通路探讨化痰祛瘀方对喉鳞癌的作用研究[D]. 广州中医药大学, 2019.

[16]王子卿, 李燕, 王芬, 江洋, 张弘, 王玥慧, 张燕娜, 黄璐璐, 杜倩倩. 二陈汤及其不同组方对 Lewis 肺癌小鼠免疫功能的影响[J]. 环球中医药, 2019, 12(10): 1463-1470.

[17]石亚楠. 二陈汤通过 JNK 信号通路干预非小细胞肺癌多药耐药的研究[D]. 北京中医药大学, 2019.

[18]闻彬, 蒋霁鹏. 二陈汤合三子养亲汤治疗痰湿蕴肺型肺癌咳嗽疗效观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2018, 6(24): 162-163.

[19]张海燕, 王芬, 曹阳, 等. 二陈汤对晚期非小细胞肺癌痰证患者生活质量的影响[J]. 中国中医基础医学杂志, 2015, 21(06): 700-701.

[20]丁倩, 李亚玲, 王莉娟, 等. CIK 细胞联合加味二陈汤治疗化疗耐药的晚期 NSCLC 的临床研究[J]. 西南国防医药, 2018, 28(10): 901-903.

[21]贺小华. 甲状腺次全切除术后应用柴胡疏肝散合二陈汤对甲状腺癌患者的效果分析[J]. 天津药学, 2021, 33(01): 37-39.

[22]郭灿灿, 吕久省, 潘研, 等. 柴胡疏肝散合二陈汤治疗甲状腺癌术后气郁痰阻证的临床观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2018, 13(05): 683-686.

[23]车杭蕊, 林建萍. 二陈汤加减联合铂类化疗方案对非小细胞肺癌(痰证)的影响[J]. 海峡药学, 2017, 29(03): 113-115.

[24]李晶, 徐鸿飞, 许超. 二陈汤辅助化疗对痰湿证非小细胞肺癌患者的临床疗效及对 T 淋巴细胞亚群的影响[J]. 中药材, 2019, 42(11): 2706-2708.

[25]谢国群, 翁诗婷, 钱鹏. 二陈汤辅助 NP 化疗方案辨证治疗痰证非小细胞肺癌的临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2018, 45(04): 738-741.

[26]任明智, 王裕. 二陈汤加减联合化疗药物对晚期胃癌的临床疗效[J]. 中国现代药物应用, 2018, 12(06): 114-115.

[27]钟灼, 高飞, 赵永心, 等. ¹²⁵I 放射性粒子植入术后卡培他滨单药化疗联合二陈汤治疗晚期结直肠癌疗效分析[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2021, 28(03): 257-262.

[28]马计美. 旋覆代赈汤合二陈汤加减治疗癌症术后化疗呕吐 38 例[J]. 中国医药指南, 2014, 12(34): 279-280.

[29]王明月. IGFBP3 在肺腺癌中的差异表达及其对肺腺癌细胞的增殖、凋亡和侵袭等的影响[D]. 锦州医科大学, 2019.

[30]刘雪强, 孙春林, 刘昌海. 常规铂类化学治疗方案联合二陈汤加减治疗非小细胞肺癌的效果研究[J]. 中国临床实用医学, 2019(03): 30-31-32-33.

[31]赵柏庆, 尹海燕, 周开创, 等. 二陈汤改善晚期肺癌(痰湿证)化疗后生存质量观察[J]. 新中医, 2015, 47(01): 192-194.

[32]代忠, 陶丰娟, 吉雪, 等. 二陈汤加味联合肠内营养支持对中晚期胃肠道恶性肿瘤患者化疗期间营养状态及生活质量的影响[J]. 河北中医, 2021, 43(10): 1658-1661+1665.

糖尿病足的中医研究进展

张坤朋

山东省桓台县人民医院中医科 山东淄博 256400

摘要:糖尿病足是糖尿病比较严重的一种并发症,其致死和致残率很高,病情严重的情况下需要进行截肢,因此,患病后会给患者的身心产生很大的影响,也会降低其生活质量。所以,帮助患者改善病情,降低致残率和致死率是现在目前临床的研究关键,中医药在治疗糖尿病足中效果比较显著。为了探究中医药治疗糖尿病足的效果,本次就主要针对目前临床中对糖尿病足采用中医药治疗的进展进行综述。

关键词:糖尿病足;中医药;研究进展

糖尿病足是在糖尿病周围神经病变、血管病变的基础上,足部发生破溃、感染、坏疽。如果足部出现发黑坏疽,表明足部的缺血严重不足,甚至下肢血管已经完全闭塞,同时合并严重感染的话可能会导致截肢;糖尿病性神经病变会引起足底的温度觉、痛觉缺失,甚至是消失,足部的自身保护系统就会缺失,甚至消失,如果异物进入到足部组织机体不会出现任何感觉,出现了感染便很难被控制,甚至也会出现截肢的后果^[1]。糖尿病足在中医里属于“消渴病”“脱疽”等范畴,古代医书中对糖尿病足的病症、病因病机、临床诊治、调理等有相关的记载,并且,中医药在治疗糖尿病足中也取得比较显著的成果。由于此疾病的危害比较大,临床中为了进一步提升治疗效果,降低死亡率和截肢率,本次就主要针对糖尿病足的中医研究进行了浅析,为临床中治疗糖尿病足提供参考意见^[2]。

1 糖尿病足的古医记载

古代医家对糖尿病足的临床症状、病因病机、治疗方式和预后等的记载很丰富;其中对于“脱疽”症候的记载,早在《灵枢·痈疽篇》中有所记载;在《内经》有关于“脱疽”的病因病机的记载:“营气虚则不仁,卫气虚则不用,营卫俱虚则不仁且不用”;其关于“脱疽”病因病机的相关讲解,对未来关于该疾病有很高的指导意义。关于治疗“脱疽”的记载:《汉代华佗拼申医秘传》中讲到“此症发十手指或足趾之端,先痒而后痛,甲现黑色,久则溃败,节节脱落……内服药使用儿参、金银花三两、当归二两、甘草一两,水煎服……”此四种药物被称为“四妙勇安汤”,是最早关于内服药治疗“脱疽”的记载,该药方在现代医学中比较少见,在临床应用比较少^[3]。

2 糖尿病足的现代中医学研究

2.1 病因病机

现代医学中针对糖尿病足的病机,大都认为病性属于本虚标实,本虚主要为阴虚、气虚、阳虚、气阴两虚,标实属于血瘀、气滞、热毒、寒凝、痰浊、湿热等。有研究者对糖尿病足坏疽的临床特点进行分析,发现约有1/3 患者在出现足坏疽之前并没有出现血糖水平增高的情况,主要的诱发因素是损伤,通常重症患者大都伴有各种合并症,容易出现漏诊,预后比较差,缺乏对糖尿病足病知识的认知,糖尿病患者中血管病变神经病变及感染是促使糖尿病足坏疽的重要原因^[4]。伴有神经病变促使患者足的感觉减弱,在该基础上导致足损伤,因此加强对足的检查 and 护理,能够预防发生足溃疡,针对血管病变,以患者的病变程度实施血管重建手术和内科保守治疗,同时对伴有感染的患者根据培养结果使用敏感抗菌药物进行治疗^[5]。

2.1.1 本虚

脾胃气虚、脾肾虚弱、肝肾气虚、气血亏虚、气阴两虚:气阴亏虚其经脉失养,脏腑受损,阴损及阳,阴阳俱虚,虚则无力抗邪,湿热之邪则乘虚入足,阴虚便内热,热盛便内腐,肉腐便为脓,消渴病痈脓而致^[6]。脾肾虚弱:消渴日久,久便脾肾两虚,脾气虚弱,水湿运化不当,湿热蕴结、湿邪浸淫、腐蚀筋肉、足部坏疽而致。脾胃气虚:消渴日久、脾胃气虚、津血疏布失调,津停为痰,痰在经络,滞十血中,其阻滞脉中气血的

运转,促使局部血滞为癖。气血亏虚:消渴日久,脏腑功能障碍,气血生化失源,无法濡养肢体,气虚血滞,致湿癖痰毒化生,损伤肢体^[7]。

2.1.2 标实

血瘀、气滞、湿热、热毒、寒凝、痰浊湿,消渴病患者由于脾肾虚弱,运化水液失能,容易夹湿;有研究者针对治疗消渴的古医学进行分析后发现,存在较多的清热解毒药物。有研究者根据解毒化浊法对糖尿病和相关的慢性并发症进行治疗,表明其临床和实验室指标均显著改善。有研究者表示浊毒是糖尿病慢性并发症的重要病机,李秋萍表示糖尿病属于全身性病疾病,糖尿病足出现在血管神经病变的基础上,病情可能有心、脑、肾等脏器的损伤,程度不一样有气血阴阳亏虚之证气阴两虚,气虚血瘀是糖尿病足的主要病机,并且根据足溃疡局部实施辨证糖尿病足的主要病因病机包含血瘀、正虚、毒聚正虚,一般为气血阴阳虚损;血瘀表示痰湿、瘀血等病理产物促使脉络气血被阻,使足部失养^[8]。毒聚主要包含热毒、外感湿热、邪毒内生、外伤染毒,其趁虚而入,使脉络气血凝滞,热盛肉腐,肢体溃烂;治疗宜分标本虚实缓急。

2.2 辨证分型

有研究中对糖尿病足进行辨证治疗,将其分为:寒湿阻滞证:表现为患肢发冷,皮温下降,遇冷便痛,遇热便舒趾尖与足底部溃烂流脓血,出现间歇性跛行,舌淡,苔白腻,脉沉细;湿热证:表现为肢体坏疽溃烂流脓,脓液黄稠,疼痛严重,舌黯红、苔黄腻,脉数;气阴两虚证:常见于糖尿病足恢复期,表现为局部腐肉已清,肉芽生长较慢,长期不封口,脓出清稀,局部皮色黯红、皮肤温度下降,舌质淡红,苔少,脉细弱;阳虚毒陷证:表现为患肢发冷、疼痛,夜间加重,足部皮肤变白,足部皮肤溃烂流脓,脓汁清稀,伤口长期不愈,舌质淡,脉细;瘀血阻络证:表现为患肢麻木、发冷、疼痛,痛有定处,间歇性跛行,足部皮肤青紫,舌质黯,苔薄白,脉沉细^[9]。

3 糖尿病足的综合治疗

3.1 内治法

糖尿病足其症状存在的差异较大,且病情复杂,采用中医药证论治主要实施的方法包含益气活血、温经通络、清热利湿、活血化瘀、清热解毒等,其对糖尿病足有显著的防治作用。有研究者以辨证的结果选取了有化痰、化湿、化瘀、泄脂等功的药物化腐,然后选取了有活血通络、益气养阴功效的药物,促进孙络、浮络的再通进而起到再生的作用,以患者的病情进行化腐再生使用,或者先进行化腐或再生,进而帮助患者改善糖尿病足经络闭塞、营卫不和的情况,帮助患者改善症状^[10]。本文提出了化腐再生法治疗糖尿病足的理论基础,对糖尿病足的内治法提出了新的治疗方式。前列地尔是一种效果不错的生物活性物质,前列腺素是其主要的成分。有相关研究中通过静脉注射治疗后可以在患者机体内毛细血管、小动脉、出现病变的主动血管壁等部位进行分布,扩张血管增加血流量是主要作用,可以帮助调节组织缺氧缺血状况,控制血小板的聚集,能够使血液黏稠度下降和改善高凝状态,使机体的微循环和神经损害得到改善,有效的

降低动脉粥样化脂质斑的发生率。并且,也有研究表明,前列地尔是一种环化酶激活剂,能够使周围神经再生和重建神经肌肉接头功能,促使已经出现的神经肌萎缩状况被控制使病情的发展延缓,能够替代某些神经生长因子进行作用。

有研究中应用山莨菪碱加胰激肽原酶治疗糖尿病足,连续治疗时间30d后,发现并未发生任何严重的不良反应,表明应用山莨菪碱加胰激肽原酶治疗糖尿病足的效果高,两组药物有一定的协同作用,能够帮助调节患者的血液黏度,提升其免疫力,具有一定的推广意义^[11]。也有研究组对糖尿病足患者实施常规治疗和在常规治疗的基础上实施血栓通治疗,结果发现联合血栓通治疗后患者的病情得到显著的控制,阻止了病情继续加重,也减少了坏疽的发生,进一步提升了治愈率,减少截肢率,帮助患者改善了生活质量,促使糖尿病足的治愈率得到了显著的提高。

3.2 外治法

实施中医外治法治疗糖尿病足其具有比较显著的效果,外治法常用的剂型包含外洗剂、膏剂、配剂、散剂、擦剂、湿敷剂等。通过辨证论治应用活血化瘀、益气活血、托腐生肌、清热解毒、温通经脉等方式,其疗效显著。

有研究者在治疗糖尿病足中,对其创面和窦道进行探查后,选取患足肿胀波动处或者溃破口顺肌腱走向作一纵形切口,针对坏死变性肌腱进行一次性清除肌腱和周围筋膜,将一部分肌鞘切开,确保引流通畅;肿胀肌腱进行分次清除,然后通过创面情况引流和填塞,进行加压包扎,定时进行常规换药。在适宜此方法治疗糖尿病足中度筋疽后,认为祛腐清筋术能够使患者的C反应蛋白水平下降,减轻局部炎症,提高疗效。有研究者通过麝香外敷治疗糖尿病足患者,结果显示2级溃疡患者愈合病例较少,3级溃疡愈合病例较多,并且也有患者病变缩小或者无变化。有研究中对糖尿病足患者的血糖水平进行控制,然后给其实施中医外治法,包含湿敷、敷贴、引流、拖线、灌注等。结果显示,通过中医外治法对糖尿病足患者实施治疗后,显效率达到了92%;表明在控制糖尿病患者血糖的基础上,应用中医外治法治疗糖尿病足的效果很显著,可以帮助患者减轻痛苦,促进其病情的痊愈,减轻病程,使截肢率降低等。有研究中对早期糖尿病足患者实施护理干预联合中药足浴治疗,结果显示,其总有效率达到了92.57%,治疗后其中医证候评分,抑郁自评量表评分,焦虑自评量表评分显著比治疗前降低;表明采用中药足浴联合护理干预可以选择的帮助患者改善机体功能和降低血糖,并且可以减轻其焦虑、抑郁心理,提高其生活质量。

3.3 内外联合治疗

根据《理瀹辨文》中讲到:“外治之理,即内治之理;外治之法,亦即内治之药,所异者法耳”;不论是进行内科治疗或者外治疗法,理法方药均为一脉;为了明确中药内服外治联合治疗糖尿病足的临床疗效,有研究者对糖尿病足患者实施了内科分型论治和外科分期施治联合治疗,对患者展开临床分型,内服中药汤剂联合足浴疗法,其总有效率达到了97.53%,疗效很显著。也有研究组给糖尿病足患者予内服汤药联合拔毒生肌散进行外包扎,患者溃疡的愈合情况很不错。中医科学院广安门医院著名老中医赵永昌,师出(师承于京师外科名医段馥亭),于总结先贤经验的情况下,联合自身几十余载临床经验提出糖尿病足以“血脉瘀阻夹热毒型”比较多,便建议采用“补消法”对糖尿病足患者展开治疗。并且根据此情况提出“赵氏脱疽方”(包含内服“赵氏脱疽汤”及外用“赵氏脱疽膏”)。有研究者对糖尿病足进行研究后发现,通过赵氏脱疽方可以帮助患者控制住血糖水平,使糖化血红蛋白水平和血液循环等指标降低,促进患者全身症状的改善,使其血管功能得以恢复,促使周围血管疾病的出现和发展延缓,进一步提升治愈率,降低致残率。

3.4 中西医结合治疗

中医治疗糖尿病足应该先使用西药对患者的血糖水平进行控制,然后从根源抑制糖尿病足的发生和发展;其中医治疗主要包含:气血亏虚型,治疗宜益气养血,托疮生肌,可用十全大补汤;并且进行早预防、早发现、早诊断,其超过95%的未破溃的糖尿病足患者的病情可以得到显著的改善,不会出现足部坏疽的状况;热毒伤阴型,治疗宜滋阴清热,解毒活血,可用顾步汤加减;寒瘀阻络型,治疗宜活血通络,散寒止痛,可用当归四逆汤;血脉瘀阻型,治疗宜活血化瘀,温经通络,用以血府逐瘀汤。糖尿病足主要是在糖尿病大、小、微血管病变及周围神经病变的情况下,由于感染及诱发因素等的作用出现的一种慢性、进行性、全身性、跨学科的难治性疾病。通过中医治疗此疾病,应该以整体改善入手,立足辨证论治,通过内治法、外治法、内外联合治疗、中西医结合的治疗原则,标本、虚实同治,进一步提升糖尿病足的治愈率和有效率,降低致残率,提升患者生活质量。

4 小结

临床在治疗糖尿病足中采用中医药的方式获得了比较显著的疗效,可以有有效的提升患者的预后效果,改善其生活质量;既减轻了患者的经济和身心的压力,也可以体现出医学的价值。目前中医药应该开始被各国重视起来,我国在积累的中医经验,中医传统疗法、经验方药的同时,也要在继承中发展,根据现代医学的理论和实践,对中医的应用技术的进行研究,促使老中医的秘方及先进的诊疗技术被广泛应用在临床中。但是现在中医临床和研究中对糖尿病足并未进行统一的辨证分型理论,也没有客观的临床评价标准,因此对糖尿病足患者无法制定出针对性的中医治疗方案。并且,虽然中医药的治疗效果比较高,而中医药的现代药理、作用机制的研究很少,若要制定出合理的治疗策略很难,所以其用药具有一定的局限性。所以,在今后的临床和研究中,需要在传承先贤经验的同时,对中医辨证糖尿病足的知识进行完善,制定出统一的诊疗方案,便于更好的发挥出中医学在诊治疾病中的优势。

参考文献:

- [1]张海霞,李旗,田福玲,等.中医药治疗糖尿病足研究进展[J].海南医学院学报,2020,26(8):4.
- [2]刘欣,王云飞.中医药治疗糖尿病足溃疡的研究进展[J].海南医学院学报,2021,27(16):4.
- [3]卢维,陈壮丽,李杰辉.糖尿病足中医外治法应用现状及研究进展[J].中国烧伤创疡杂志,2021,33(4):5.
- [4]郑敏,汤潜潜.治疗糖尿病足的中医外科制剂研究进展[J].内江科技,2020,41(3):3.
- [5]房兴宇,韩永峰,付赢,等.化浊解毒汤联合中医外治法治疗糖尿病足的临床疗效[J].糖尿病天地·教育(下旬),2020,0(02):72,74.
- [6]郑红波,周伟,李永文,等.糖尿病足的中医外治法研究进展[J].现代中西医结合杂志,2021,30(1):5.
- [7]王琦,李小会.中医药治疗糖尿病肾病的研究进展[J].现代中西医结合杂志,2020,29(23):5.
- [8]邓佳铭,邓德强,尤念炼.2型糖尿病伴失眠症的中医研究进展[J].新疆中医药,2021,39(1):4.
- [9]韩玉梅,田凤胜,白海龙.维生素D与糖尿病肾病及骨质疏松的中西医结合研究进展[J].中国医药导报,2020,17(19):4.
- [10]窦淑文,谭从娥,王相东,等.从“调畅气机”论治糖尿病胃轻瘫研究进展[J].陕西中医,2021,42(4):3.
- [11]李安香,林玉平,范冠杰,等.中药外洗法治疗糖尿病下肢动脉粥样硬化性病变研究进展[J].河北中医,2021,43(2):4.

重症急性胰腺炎肠内营养支持的护理进展

刘帅

山东省莒南县人民医院 276600

摘要：危重急症急性胰腺炎在目前临床上属于发病率较高的一种临床病症，这种病症的病情较为严重，大多数患者在发病后往往伴随存在代谢功能紊乱的情况，这一疾病一旦发生必然会对患者的生命安全造成极大的威胁，而随着近年来医疗技术的不断发展以及重症急性胰腺炎，非手术治疗理念的不断推广，在对患者进行实际治疗时研究人员认为在对患者进行治疗时，需要针对患者的病情状况进行综合分析，给予患者有效的营养支持治疗配合，通过这种方式改善患者的病症同时提高患者的机体免疫功能。在近年来针对患者的病情状况进行分析时，研究人员发现给予患者肠内营养支持，能够改善患者的治疗效果，针对患者的病情作出综合评估，通过这种方式改善患者的病情状况，以提高患者的治疗总有效率。

关键词：重症急性胰腺炎；肠内营养支持；临床研究；治疗分析；护理进展

在目前临床上，重症急性胰腺炎属于发病率较高的一种危重急症，这种病情一旦发生，不仅患者的并发症较多，并且病死率较高，对于患者的生命会产生极大的威胁，在针对患者进行治疗时，选择积极对症治疗以及肠内营养支持的同时，还需要给予患者有效的护理干预，通过这种方式能够有助于改善患者的治疗效果。研究人员发现，在针对急性胰腺炎患者的肠内营养支持的整个过程中，护理人员需要针对导管以及患者的个体状况进行综合化的评估，针对患者的病情选择合适的治疗方式以及护理方式，则能够最大限度的改善患者的护理效果，使患者在接受治疗时机体状况得到有效的保护，使患者对于各种治疗方案具有更高的耐受性，保障患者后续治疗工作能够更为顺利的开展。

一、重症急性胰腺炎

重症急性胰腺炎在临床上属于一种较为常见的胰腺病症，主要是由于在多种因素的综合作用下，胰酶消化自身胰腺或周围组织而引发的一种急腹症，多种外界因素和内在因素都有可能引起这一疾病的发生，患者的胰管压力增加，会导致胰泡破裂，并且释放出大量的胰酶，常见的胰酶，包括胰蛋白酶、胰淀粉酶和胰脂肪酶等。随着患者病情的进展，巨噬细胞会释放大量的细胞因子进入血液和组织液中，而细胞因子发挥作用，否则会引发患者出现全身性的炎症反应综合征，导致患者的多个器官受到影响。危重急症急性胰腺炎患者在发病后个体状况较差，容易出现较为严重的应激状态以及高代谢反应患者十分容易出现机体内部环境紊乱以及免疫功能减退和营养不良的病情状况，积极对患者进行有效的综合治疗是保障患者预后恢复的关键。

二、肠内营养对患者的支持作用

相较于肠外营养来说，早期肠内营养经由门静脉进入患者的肝脏，这一处理方式有助于蛋白质的合成，能够向患者的肠黏膜直接提供营养物质，同时能够维持患者的肠黏膜功能。肠内营养支持在应用过程中对患者的肠道有良好的保护作用，能够有效避免患者出现肠道损伤，使患者肠黏膜保持完整状态，其次这一治疗方式还能够使肠黏膜获得多种营养元素产生的效果良好。而在对患者进行实际治疗时，研究人员发现，在对患者进行治疗的过程中，所应用的肠内营养支持，则能够为患者提供良好的营养底物，改善患者的胃肠营养血供，避免患者出现粘膜损伤的情况，能够有效修复患者的机体功能。而在近年来的临床研究发现，早期开展肠胃营养则能够维持患者的肠道功能，刺激患者的肠胃，保持正常蠕动，使患者的胃肠道能够更好的摄取营养物质，进而促进患者胃肠功能恢复和病情恢复，同时这一治疗方式能够保障患者血红蛋白以及白蛋白等多项生物指

标，最大限度的降低胃肠功能衰竭以及其他并发症的发生率。在近年来的相关临床研究发现给予患者有效的肠内营养支持，能够使患者的具体功能得到改善，保护患者的肠道功能治疗后患者的恢复状况良好，并不会出现额外的不良反应，临床可应用价值较高。

三、肠内营养支持的时机以及途径

1 肠内营养支持的时机

在对患者进行护理时，研究人员发现在急危重这急性胰腺炎患者早期由于患者的肠道属于衰竭的状态，此时给予患者肠内营养支持，不仅不利于患者营养物质吸收，同时还会导致患者肠道功能受损，进而引发患者出现肠道内毒素和细菌移位的情况。并且过早的开展患者的肠内营养支持，有可能会刺激患者的胰腺外分泌，导致患者的病情进一步加重，但也有一部分研究人员通过实验获得结果显示急危，重症急性胰腺炎患者在早期接受肠内营养支持也具有一定的安全性。在发病后 72 小时左右给予患者肠内营养支持，大部分患者的耐受性较好，并且这一治疗方式不会对患者的病程以及后续治疗工作的开展产生影响，并且相较于肠外营养支持来说，通过早期开展肠内营养支持，能够有效降低并发症的发生率。综上所述，在进行患者的肠内营养支持时，时间以及方式的选择需要根据患者的个体状况做出相应的调整，但一般情况来说，并不支持早期开展患者的肠内营养支持，需要根据患者的耐受状况做出相应的调整，进而保证患者的机体功能恢复。

2 肠内营养支持途径

要素饮食以及半要素饮食和多聚饮食是早期开展患者肠内营养支持的一个重要方式。目前临床上，所应用的早期支持方式，包括手术空肠造瘘植入导管、内镜下经皮空肠造瘘、经鼻空肠置管三种处理方式而研究人员发现，在对患者进行实际的营养支持时，具体的方式选择可根据患者的个体状况做出调整。在近年来的临床研究发现经鼻空肠置管跟容易导致患者出现额外的不良反应，相较于其他的两种营养支持的方式来说，这一处理方式对患者的个体状况要求较高，一般情况下并不建议应用于患者的营养支持中。所以在临床上建议在对患者进行营养支持时，可选择手术空肠造瘘植入导管，以及内镜下经皮空肠造瘘方式，并配合个体化的营养护理，进而来改善患者的营养支持效果。

四、肠内营养支持的护理方式

1 心理护理

面对突如其来的疾病，在对患者进行护理时，研究人员发现大部分患者对于疾病都缺乏良好的认知，有很多患者在发病后出现了恐惧和焦虑的

情绪。而在开展患者的临床护理是护理人员需要在患者整个治疗过程中将健康教育与心理教育贯穿于其中,增强患者的健康意识,使患者在接受护理的整个过程中状态良好。通过有效的健康教育能够使患者了解治疗方式的特点,同时还能够使患者了解自身疾病的特点消除,患者由于未知对于疾病产生的恐惧情绪,进而优化患者的后续护理质量,而通过心理护理则能够使患者始终保持良好的心理状态,提高患者的治疗和护理依从性,使患者能够主动耐受在肠内营养支持过程中出现的各种不适感,避免患者由于不了解治疗方式而出现挣扎和焦虑的情绪,使患者的肠内营养支持更为顺利的进行。在对患者进行治疗时,研究人员发现给予患者有效的综合治疗与心理护理,能够改善患者的肠道血流量,促进患者营养液的吸收与能量转化,有助于提高患者的治疗效果以及营养支持效果,使患者的病情得到改善。

2 物质选择

在进行营养液的配制前,护理人员需要做好手部清洁,而在进行各项操作时也需要注重于无菌操作,每次对患者进行营养灌注前均需要对滴管和容器进行更换,在这个患者进行滴注前,需要针对胃阳管进行全面的消毒,滴注完成后用无菌纱布进行包裹,而营养液在输注的整个过程中温度需控制在 30 度左右。配制好的营养液在储存时,在冰箱内的储存时间不可超过 24 小时,而在常温状态下进行放置时,其放置时间不可超过 4 小时。一般情况下,在针对患者应用肠内营养支持期间,护理人员需要密切对患者的个体状况进行观察,了解,患者在治疗过程中的变化状况,根据患者对于营养液和营养支持的耐受性作出相应的调节,进而改善患者的营养支持效果。开启营养液后应当立即使用每瓶营养液的悬挂时间不可超过 8 小时,避免出现营养液变质的情况。

在为患者滴注营养液的过程中,滴注速度应当从慢到快,容量也应当从小到大。若患者在滴注过程中没有任何的不适感,可以根据患者的个体状况适当增加浓度和营养液的输注量,但在进行参数的调整时,研究人员以及护理人员需要在处理过程中首先增加输入量,其次再增加浓度,而输注量与浓度不可同时增加,否则有可能引发患者出现快速的不良反应。在寒冷的季节对患者进行营养液的应用时,可以采用热水袋适当对营养液进行加温,但如果在处理过程中无法对营养液的温度进行合理的把控,则需要遵循宁低勿高的原则,切不可将营养液的温度调得过高,否则有可能引发患者出现肠道刺激而引发各种不良反应。

3 营养液输注导管护理

护理人员在为患者应用营养液期间,需要强化输注导管的有效护理保障输注导管始终处于通畅清洁的状态可以利用缝线,将造口固定于患者的腹部并应用宽容。而若患者采用的是经鼻置管,则需要采用鼻管固定带或者吊线法,将导管固定在患者的鼻部。在营养支持期间,护理人员需要了解营养液的具体状况,若使用的是含有膳食纤维或蛋白的营养液,护理人员需要每隔大约 2~4 小时采用温开水对导管进行一次冲洗,患者每日需要对体外导管进行一次更换。若患者在使用过程中采用的是非常细的经皮造口管或者鼻肠管,则需要使用灭菌注射用水配合营养液进行使用,通过这种方式来对营养液进行稀释,避免出现导管阻塞的情况。如果在使用过程中发生了导管阻塞的情况,工作人员与护理人员需要暂停营养输注将导管进行彻底清洁或者更换导管后再进行使用,禁止经由导管输入有渣溶液,一旦导管发生阻塞,在进行处理时需要采用低压多次冲洗,而不可直接采用高压冲洗的方式。

4 代谢与营养评估

在刚开始对患者应用营养支持的过程中,每隔大约 24 小时就需要针对患者的血糖以及个体状况进行一次监测,等待患者的糖代谢功能稳定后再对患者进行处理,根据患者的血糖变化,可对胰岛素的用量作出相应的调整。在对患者进行处理时,护理人员需要每日对患者进行一次血常规和电解质的变化,并对液体平衡作出相应的控制。护理人员可采用精密尿量计,对患者每日的出入液体量作出相应的记录,评估患者的营养状态,进而了解患者在接受治疗过程中的效果。根据患者的病情状况可实时做出相应的调整,每周需要对患者进行一次称重,并按要求对白蛋白进行一次测量,若患者病情危急,则需要留 24 小时尿对患者氮平衡进行测量,合理针对患者的营养状态作出相应的评估。

5 并发症的护理

在对患者进行营养支持的过程中,医务人员发现腹胀、腹痛以及恶心都是常见的并发症,护理人员需要在对患者进行营养支持的过程中,对患者的胃肠道反应进行动态且细致的观察,及时记录患者的大便颜色与性状,每次对患者进行营养液的输注前都需要观察回抽液的性状。在近年来的临床研究发现,在对患者进行处理时,如果配方中含有的纤维蛋白含量较少,则有可能引发患者出现便秘的不良反应,而以整蛋白为氮源的能全力营养液中含有较为丰富的大豆纤维,可有效避免便秘和腹泻等不良反应的发生,所以在对患者进行护理时,护理人员可根据患者的病情变化状况作出相应的营养液的含量调控,进而保障患者的护理效果,降低患者在接受肠内营养支持期间出现的不良反应,改善患者的护理质量。

总结

在危急重症胰腺炎患者开展肠内营养支持的过程中,护理人员需要做好患者的病情分析,了解患者的护理需求,给予患者针对性的护理干预,从心理护理和营养支持护理等多个角度开展患者的护理工作,使患者的不良反应发生状况得到有效的控制,进而改善患者的营养支持效果,消除患者的不良反应。

参考文献:

- [1]逢泽辉,王庆华.联合早期肠内营养和生态免疫肠内营养对重症急性胰腺炎大鼠肾功能保护作用[J].中国老年学杂志,2022,42(07):1718-1722.
 - [2]朱琳,潘强,鲍冠君,刘亮,张帅.内镜辅助下早期肠内营养对重症高血压脑出血患者免疫功能和炎症反应的影响[J].广东医学:1-5.
 - [3]马柳一,刘倩倩,韩冬冬,周鹏程,高敏,田源,周小燕.大承气汤灌肠联合芒硝外敷对中重度急性胰腺炎早期肠内营养耐受性的影响[J].山东中医杂志,2022,41(04):401-407.
 - [4]赵亮.综合性护理干预对ICU重症肠内营养支持患者营养状况及预后的影响[J].中国医药指南,2022,20(09):169-172.
 - [5]韩良慧,谢幸尔.重症颅脑损伤病人主要照顾者家庭肠内营养知行现状调查[J].全科护理,2022,20(08):1116-1120.
 - [6]龚冠闻,成汇,潘华峰,刘江,马坤,程双,王启飞,江志伟.高龄结直肠肿瘤合并肠梗阻病人肠功能的预康复研究[J].实用老年医学,2022,36(03):253-256.
- 作者简介:姓名:刘帅,性别:男,出生年月:1988年03月,籍贯:山东省临沂市莒南县,学历:专科,职称:主管护师,研究方向:重症护理。

中医药膳食疗防治抑郁症的研究进展

杨周赞

四川中医药高等专科学校 四川绵阳 621000

摘要: 抑郁症是一种患病率、治愈率高的临床常见精神障碍性疾病,患者多表现兴趣减弱、情绪低落,甚至出现自杀行为。中医药膳食疗对神经系统疾病、糖尿病及妇科等疾病均可达到理想的防治效果,由于抑郁症疾病发生率近年来递增,为有效抑制病情发展,改善患者机体不适,可予以其中医药膳食疗方案进行干预,从而降低医疗费用,突出中医药原创理论的特色,提高疾病治愈率。

关键词: 抑郁症; 中医药膳食疗; 预防; 治疗效果; 慢性病

抑郁症疾病诱发因素多样化,青少年为抑郁症主要发病群体,若不尽早干预对患者的学习状态、工作质量及日常生活水平等方面均有不利影响^[1]。临床中,针对抑郁症多选择药物干预,西药长时间应用可对机体肝肾等器官产生损伤,而中医药膳食疗具有服用便捷、安全性高、适宜长期应用及易获得患者认可与接收等优势性,中医药膳食疗历史悠久,随着医疗技术的进步,药膳食疗已成为中医临床医疗实用学科之一,针对抑郁症等慢性疾病可达到理想的防治作用,不仅可有效改善患者的日常生活水平,确保机体处于良好的健康状态,还可获得患者接受与认可^[2-3]。因此,本文就针对中医药膳食疗防治抑郁症的研究进展开展综述,期盼可为人民群众的日常健康作出贡献,详细综述如下。

1 抑郁症定义与流行病学

抑郁症是抑郁障碍的一种典型情况,具有发病率高、复发率高、接受治疗率低及临床治愈率高等特征。20-30岁女性为抑郁症疾病主要发病群体,也是导致我国伤残率、死亡率升高主要疾病之一^[4-5]。

2 抑郁症典型症状

2.1 心理症状群

2.1.1 焦虑

患者可出现胡思乱想、心烦、担心等情绪^[6]。

2.1.2 认知症状

初期表现为记忆力下降、注意力不集中,严重可出现无助、无望及无助情况。

2.1.3 思维迟缓

患者自觉反应迟钝、决断能力下降、说话语速过慢及声音过小等^[7]。

2.1.4 其他

部分患者出现自责自罪、精神运动改变、自杀未遂等行为。

2.2 核心症状群

2.2.1 情绪低落

患者出现情绪低沉、苦恼忧伤、唉声叹气等表现。

2.2.2 情绪减弱

对任何事物提不起兴趣,对以往爱好丧失热情,而且整日唉声叹气。

2.3 躯体症状群

患者可出现睡眠障碍、精神丧失、性功能障碍、饮食与体重障碍等情况^[8-9]。

3 中医药膳食疗的概念

所谓药膳是特殊膳食的形态概念,食物中含有中药成分,以中医药理论为基础,通过药食结合的方式对疾病进行预防与治疗,药膳重视的是膳食的形式与内容^[10-11]。食疗是通过药膳进行调理与治疗,强调的是膳食的调理与治疗过程,食含义较为广泛,包含保健食品、药膳及特医食品等形式。总之,药膳必存在食疗作用,但食疗却不一定选择药膳开展调理与治疗^[12]。

4 中医药膳食疗的形式

4.1 形态

中医药膳可分为糖点类、菜肴类、饮料类及粥食类。

4.2 功效

按照功效可将中医药膳分为清热类、养生保健类、温里类、解表类及化痰止咳类等。

5 抑郁症的中医病因病机

通过对抑郁症疾病的定义与临床症状表现进行分析,抑郁症属于郁证范围,疾病的形成与患者情志不遂、精神受到刺激等方面有所关联。中医将郁证具体可分为心脾两虚证型、肝气郁结证型、心神惑乱证型、血行瘀滞证型、痰气郁结证型,抑郁症疾病的治疗方向多以气血亏虚、五脏功能失常等方向开展中药配伍,从而达到多方位、多靶点治疗目的。

6 中医药膳食疗防治抑郁症的优势

陈启迎^[13]等在文中表明:疏肝理气之解郁汤对抑郁症疾病干预效果确切,而且具有服用安全性等特征,有效改善患者心烦、神疲乏力等症状,而且对机体不易产生强烈的毒副作用,值得推广。李珂^[14]在文献中也表明:针对糖尿病合并抑郁症患者可选择血府逐瘀汤治疗,不仅可调节患者血清C反应蛋白及同型半胱氨酸水平,还可改善抑郁症状,服用安全性高,易于患者与家属接受与认可。针对抑郁症药膳多选择百合鸡子汤、甘麦大枣汤等,而且我国中医药膳食疗有着较久的历史,而且治疗安全性高、有效性强、操作简单、医疗费用低、操作过程简单,深获患者认可与接收,而且中医药膳食疗可治末病调节机体,根据不同证型针对性用药,达到辩证施膳目的,加速病情好转。比如百合粥、小麦红枣粥可达到安神、养心、甘润缓急作用,对抑郁症疾病可达到理想的干预作用。此外,辩证施膳将食物与药物结合,达到药食同源目的,根据实者泻之、寒者热之、虚者不知、热者寒之原则,采用相须、相杀、相使、相恶配伍目的,遵守君臣佐使进行组方,从而均衡性搭配,发挥人性化、规范化、科学化防治目的。苏玉晨^[15]等在文中表明:百合甘麦汤加味可抑制抑郁症疾病发作,还可提高患者的认知能力与神经功能,有着较高的临床应用价值。多名研究者认为:疏肝健脾养心方、甘麦大枣汤合四逆散、甘麦大枣汤合百合知母汤加减等均对抑郁症疾病可达到理想的干预作用,提高患者睡眠质量,抑制病情发展,确保患者机体舒适度,安全性较高^[16-21]。

7 中医药膳食疗防治抑郁症措施

7.1 辨证施膳

7.1.1 心脾两虚证型

米新涛^[22]认为:归脾汤对老年抑郁症患者应用效果确切,改善病情发展,更可提高患者日常生活质量。针对对于心脾两虚证型的患者,其多存在气血不足、思虑过度症状,可选择百合鸽子汤、龙眼枣仁及人参茯苓粥进行调节,从而达到补益气血、健脾阳性目的。此外,心脾两虚证型患者机体较为虚弱,应多为补为主,贝壳类食物可选择海蛤、牡蛎,肉食可选择鸡肉、羊肉与牛肉,并适当应用党参、人参及西洋参熬汤饮用。多名研究者认为:归脾汤加减治疗、柴胡加龙骨牡蛎汤及小柴胡汤加减对心脾

两虚证型抑郁症患者也有较高的治疗价值^[23-25]。

7.1.2 肝气郁结证型

此证型患者多存在气机不畅、肝气郁结情况,可选择木香饮、玫瑰参茶防治,进而发挥理气畅中、疏肝解郁效果。此类患者药膳食疗应以食物平和为主,不建议食用较为油腻的食物,可将生姜片放于口中,或放置在菜中,可食用清淡的小米粥与大米粥,并遵守少食多餐的原则,蔬菜方面可多食用紫菜、白扁豆、山药等。

7.1.3 心神惑乱证型

心神惑乱证型患者多存在心神失养、情志内伤、肝气郁结等症状,可采用甘麦大枣汤、百合鸡子汤与百合枣仁汤药膳,发挥养心安神、甘润缓急作用。此类患者可多适当食用偏寒凉、偏酸甜食物,前者多选择芹菜、百合、薄荷、萝卜及绿豆等,后者可选择苹果、大枣、西红柿、红薯等食物,在肉食方面可选择鸡肉、鸽子肉、鸭子肉及鹌鹑肉等。

7.1.4 血行瘀滞证型

血行郁滞证型多存在郁结、血行郁滞情况,可选择玫瑰膏、川穹茶等药膳干预,从而达到行气、活血、疏肝、解郁目的。从外,杂粮类食物可选择高粱与大麦,水果可选择小金桔、柠檬、柑橘与橙子,蔬菜可选择洋葱、豆类、蘑菇及萝卜。

7.1.5 痰气郁结证型

此类患者多存在肝郁乘脾、水湿内停、痰气胶结等情况,可选择梅橘汤、荔枝香附桔梗饮等药膳,从而达到散结、化痰、行气、开郁目的。痰气郁结证型患者在蔬菜方面可选择萝卜、竹笋、毛笋及冬瓜等野菜,海产品可多食用海笋、海带及海白菜,水果可适当增加芦柑、橘子、柚子及西瓜。

7.2 个性化中医药膳食疗

对于睡眠障碍的抑郁症患者可增加百合鸡子汤药膳;对于尿频、尿黄赤的患者可选择车前草、绿豆、芦荟及赤小豆;针对头部、手部及渗透颤抖的患者可增加乌梅、草莓及杨梅摄入量。

小结

青少年学业压力大、中青年工作压力大、老年人群经济压力大,从而导致抑郁症疾病发生率呈逐年增长模式,由于多数人对抑郁症疾病认知度较低,从而导致接受治疗率低,疾病复发率高,而且抑郁症也是导致我国残疾率、死亡率持续性升高主要疾病之一,选择正确的方案尽早对疾病进行干预非常重要。我国中医历史悠久,对疾病可达到辨证施治、标本兼治效果,为有效确保治疗安全性与有效性,可予以抑郁症患者应用中医药膳食疗,通过辨证施膳、个性化中医药膳食疗可达到全面化、规范化、合理化干预作用,确保持续性保证中医药膳食疗效果,建议加强中医药膳食疗对慢性病防治效果的宣传力度,并丰富膳食疗法方案,开展药膳定制产品的研发,从而予以患者更高效、更科学的中医药膳食疗对策,对多种疾病可达到防治目的,提高其应用率及应用范围。

参考文献:

- [1]颜平. 抑郁症采用甘麦大枣汤合百合知母汤加减治疗的临床效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19(A4):258,265.
- [2]童海涛,陈常莲,艾志福. 气郁质抑郁症的养生防治思想探讨[J]. 江西中医药,2020,51(6):12-14.
- [3]袁书章,薛珂,王诗琦,等. 张金生教授运用柴胡桂枝汤治疗抑郁症经验探析[J]. 浙江中医药大学学报,2021,45(5):526-529.
- [4]巩宏立. 解郁清心安神汤治疗抑郁症肝郁化火、扰心伤神证疗效观察[J]. 医学食疗与健康,2020,18(14):34,37.
- [5]肖苗,吕映福. 浅谈抑郁症与中医"郁证"的关系[J]. 医学食疗与健康,2020,18(20):37,39.

[6]李世强,王玮,宋颖,等. 逍遥散合化痰通络汤加盐酸度洛西汀片治疗抑郁症的临床效果[J]. 中国医药导报,2021,18(4):111-114.

[7]李巧云,林广珍,谢远芳,等. 中穴穴位贴敷联合中药汤剂治疗2型糖尿病合并抑郁症的疗效观察[J]. 中国处方药,2020,18(2):130-131.

[8]白华,庆慧. 柴胡加龙骨牡蛎汤加减治疗抑郁症的效果[J]. 临床医学研究与实践,2021,6(18):120-122.

[9]张秋香,宋银芳,柳迎春,等. 加味芪参二莲汤治疗慢性乙型病毒性肝炎伴抑郁症临床研究[J]. 山东中医杂志,2021,40(1):43-47.

[10]陈莉华,吴秋英. 中医绿色疗法治疗产后抑郁症的效果观察[J]. 福建医药杂志,2019,41(4):66-68.

[11]王欢,江津津,贾强. 中医食疗药膳的应用与推广[J]. 现代食品,2021,29(19):118-120.

[12]尚青青,杨玲春,余捷,等. 浅析中医药膳与食疗的差异和相互关系及其发展[J]. 云南中医中药杂志,2012,33(9):82-84.

[13]陈启迎,李亮平. 疏肝理气解郁汤治疗抑郁症临床疗效研究[J]. 陕西中医,2018,39(12):1764-1767.

[14]李珂. 血府逐瘀汤治疗糖尿病合并抑郁症的疗效观察[J]. 当代医药论丛,2020,18(23):11-13.

[15]苏玉晨,韩煥,孟强. 百合甘麦汤加味治疗抑郁症疗效及对神经功能和认知功能的影响[J]. 中华中医药学刊,2020,38(4):101-104.

[16]李晓辉,姜文森,高萍. 疏肝健脾养心方治疗轻中度抑郁症60例临床观察[J]. 国医论坛,2019,34(6):34-36.

[17]刘俊贤,许环宇,刘卓晖,等. 甘麦大枣汤合四逆散及草酸艾司西酞普兰片治疗抑郁症临床观察[J]. 实用中医药杂志,2020,36(7):921-922.

[18]傅启伟,周宇,顾江. 5-羟色胺再摄取抑制剂合甘麦大枣汤治疗脑卒中后抑郁症的效果分析[J]. 临床和实验医学杂志,2020,19(14):1483-1487.

[19]赵宣,赵栋. 甘麦大枣汤合百合知母汤加减治疗抑郁症的效果观察及睡眠质量评分影响评价[J]. 饮食保健,2020,7(23):97-98.

[20]庄红艳,贾竑晓,刘杰,等. 甘麦大枣汤干预多种抑郁症的疗效及药理探究[J]. 世界中医药,2019,14(7):1907-1910,1914.

[21]蔡道堂,王从法,刘利利. 中药消郁汤联合重复经颅磁刺激治疗首发抑郁症的临床研究[J]. 中国卫生标准管理,2021,12(4):120-122.

[22]米新涛. 归脾汤加减治疗老年高血压合并抑郁症对患者血压及生活质量的影响[J]. 当代医药论丛,2021,19(3):154-155.

[23]王丹,张薇,鲍蕴琦,等. 归脾汤加减治疗气血两虚型类风湿关节炎伴抑郁症的临床效果[J]. 临床医学研究与实践,2021,6(30):112-114,118.

[24]杨雪慧,赵宇昊,张立然,等. 柴胡加龙骨牡蛎汤合百合地黄汤对更年期抑郁症患者情绪状态及激素水平的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2021,30(17):1889-1892.

[25]曹新毅. 小柴胡汤加减对抑郁症患者神经细胞因子及单胺类递质水平的影响[J]. 浙江中医杂志,2021,56(5):321-322.

[26]童倩,李友林. 中药治疗抑郁症研究评析[J]. 2011,(4).

[27]熊洪艳,秦竹,张胜,等. 甘麦大枣汤在抑郁症治疗中的运用. 辽宁中医药大学学报,2011,13(8):142-143

[28]李文凯. 中医干预下的抑郁症病情发展及转归. 中国社区医师,2017,33(23):17-18

[29]熊洪艳,秦竹,张胜,等. 甘麦大枣汤在抑郁症治疗中的运用. 辽宁中医药大学学报,2011,13(8):142-143

[30]李朝霞,瞿融. 柴胡类方治疗抑郁症的方药探讨[J]. 2008,(6).

和爽清肠联合二甲硅油在便秘患者中的应用效果 及对肠道菌群的影响研究

王佳佳 谢彩妮 李亚男 李秀清

东莞台心医院 广东东莞 523128

摘要：目的：分析和爽清肠联合二甲硅油在便秘患者中的应用效果以及对肠道菌群的影响。方法 选取我院 2018 年 4 月~2020 年 4 月接受肠镜检查的 60 例便秘患者作为研究对象，在肠道准备中以不同用药的方式分为观察组（服用和爽清肠联合二甲硅油散）与对照组（服用和爽清肠），各 30 例。观察并对比两组患者肠道清洁效果总有效率、不良反应发生率以及肠道菌群状态。结果 两组患者经不同药物干预，在肠道准备过程中，观察组患者肠道清洁效果总有效率（93.33%）优于对照组（56.67%），观察组不良反应发生率（6.67%）低于对照组（43.33%），观察组乳酸杆菌水平（ $9.85 \pm 0.95 \lg \text{CFU/g}$ ）高于对照组（ $9.12 \pm 0.66 \lg \text{CFU/g}$ ）以及大肠埃希菌水平（ $8.13 \pm 1.01 \lg \text{CFU/g}$ ）低于对照组（ $9.01 \pm 0.95 \lg \text{CFU/g}$ ），且具统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论 在便秘患者肠镜检查前肠道准备中，和爽清肠联合二甲硅油可优化肠道清洁效果，降低清肠中不良反应发生，改善肠道菌群状态，取得积极的应用效果。

关键词：和爽清肠；二甲硅油；便秘；肠道菌群

目前，在临床上通常采用肠镜检查发现肠道疾病、肿瘤以及癌前病变，具有简便、有效、安全等特点，但由于该检查需要通过肛门进入直肠到达检查部位，故肠道的清洁度对肠镜检查的顺利与否起到关键作用^[1]。便秘患者伴有停止排气、排便等肠梗阻症状，且普遍呈现肠道菌群状态失调，肠道转运能力较差、排空能力弱的特点，导致肠道清洁不佳，在接受肠镜检查前的肠道准备过程较为困难，针对该情况，临床常用和爽清肠作为便秘患者的肠道清洁药物，和爽清肠具有较强的稳定性，肠道细菌不易把该药物降解，但已有研究发现采用和爽清肠清洁肠道后，患者肠道中依然出现一定的气泡，易阻碍肠镜检查的正常进行，且清洁肠道时需大量服用，可出现呕吐、腹胀等不良反应，使患者依从性降低，因此单一使用和爽清肠达不到最佳的清洁效果^[2-3]。二甲硅油散在临床上起到祛泡作用，同时服用量较小，不易被肠道黏膜吸收。和爽清肠联合二甲硅油可在肠道准备中提高清洁有效率，减少不良反应发生，对便秘患者的肠道菌群状态起到改

善的效果。本文就和爽清肠联合二甲硅油在便秘患者中的应用效果以及对肠道菌群的影响进行研究分析，具体报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究对象为我院 2018 年 4 月~2020 年 4 月进行肠镜检查的 60 例便秘患者，在肠道准备中以不同用药的方式分为 30 例观察组与 30 例对照组。观察组有 18 例男性，12 例女性；年龄为 38~70 岁，平均年龄（ 50.89 ± 8.19 ）岁。对照组有 16 例男性，14 例女性；年龄为 39~69 岁，平均年龄（ 51.33 ± 8.99 ）岁。两组均属于长期、持续存在便秘症状的患者。以上两组的一般资料无明显差异，不具统计学意义（ $P > 0.05$ ），可进行比较。纳入标准：①自愿参加本次研究调查，配合度高的患者；②均需要进行肠道准备，接受肠镜检查的患者；③对研究中两种药物不存在过敏现象的患者。排除标准：①存在消化道穿孔或出血症状的患者；②处于妊娠

期的患者；③存在心肺功能异常的患者。

1.2 方法

观察组与对照组均在肠镜检查 2d 开始进行无渣流质饮食，禁食水果、蔬菜等食物，并于检查前 12h 前禁食，检查前 1d 用水稀释 1 袋和爽清肠（生产厂家：深圳万和制药有限公司，国药准字 H20030827，规格：68.56g/袋）至 1000ml，并让患者在 1h 内喝完；检查前 4h 用水稀释 2 袋和爽清肠至 2000ml，并让患者在 2h 内喝完。

观察组在此基础上，于检查时喷射麻醉剂前灌注二甲硅油散（生产厂家：自贡鸿鹤制药有限责任公司，国药准字 H51023869，规格：2.5g/瓶）0.5%~1.0%的水悬液 30~50ml，并半小时完成镜检。若二甲硅油散水悬液在温度较低，则稍加温后再使用。

1.3 观察指标

1.3.1 肠道清洁总有效率

肠道清洁效果分为显效、基本有效、基本无效以及无效，其中患者肠道内非常干净，无明显粪渣、粪水为显效；肠道内较为干净，有少许粪渣、粪水为基本有效；不太干净，有较多粪渣、粪水为基本无效；肠道内不干净，粪渣、粪水多为无效^[4]。总有效率=（显效+基本有效）例数/总例数×100%。

1.3.2 不良反应发生率

记录患者在药物干预后出现的不良反应发生率，常见的不良反应有呕吐、腹胀、腹痛以及便秘。

1.3.3 肠道菌群状态

在患者药物干预前最后一次排便以及结束肠道检查后第一次排便时，各收集 0.5g 新鲜粪便，用以接种培养，采用 10 倍稀释法处理粪便，对培养中乳酸杆菌以及肠球菌的菌群数量进行计算，并加以对比^[5]。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 22.0 统计学软件分析数据，用均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示

符合正态分布的计量资料，采用 t 进行检验；采用率（%）表示计数资料，采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者肠道清洁总有效率

药物干预后，观察组的肠道清洁总有效率大于对照组，且两组差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表 1：

表 1 对比两组患者肠道清洁总有效率（n/%）

组别	例数	显效	基本有效	基本无效	无效	总有效率
观察组	30	8 (26.67)	20 (66.67)	2 (6.67)	0 (0.00)	28 (93.33)
对照组	30	7 (23.33)	10 (33.33)	11 (36.67)	2 (6.67)	17 (56.67)
χ^2						10.755
P						0.001

2.2 对比两组患者不良反应发生率

药物干预后，观察组的不良反应发生率低于对照组，且两组差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表 2：

表 2 对比两组患者不良反应发生率（n/%）

组别	例数	呕吐	腹胀	腹痛	便秘	不良反应发生率
----	----	----	----	----	----	---------

观察组	30	1 (3.33)	1 (3.33)	0 (0.00)	2 (6.67)
对照组	30	5 (16.67)	3 (10.10)	2 (6.67)	13(43.33)
χ^2					10.755
P					0.001

2.3 对比两组患者肠道菌群状态

药物干预前，观察组乳酸杆菌以及肠球菌的菌群数量无明显差异（ $P>0.05$ ）；药物干预后，观察组乳酸杆菌的菌群数量高于治疗前和对照组，观察组肠球菌的的菌群数量低于治疗前和对照组，且两组差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表 3：

表 3 对比两组患者肠道菌群状态（ $\bar{X} \pm S$ ，lgCFU/g）					
组别	例数	乳酸杆菌		肠球菌	
		药物干预前	药物干预后	药物干预前	药物干预后
观察组	30	8.91±0.41	9.85±0.95	9.13±0.46	8.13±1.01
对照组	30	8.93±0.46	9.12±0.66	9.22±0.51	9.01±0.95
t		0.381	3.456	0.475	3.476
P		0.703	0.001	0.717	0.001

3 讨论

随着人们生活质量提高以及健康观念加强，更多的人自愿接受肠镜检

查，以早发现、早治疗肠道疾病^[6]。肠镜检查前做好肠道清洁尤为重要，若肠道中残留的粪渣过多，则影响检查进度和观察效果，临床上通常采用药物进行肠道清洁，大多数患者选择在家里进行肠道准备，但不能保证其安全性、有效性，特别是便秘患者，极易发生清洁度不高的情况，因此选择清洁效果最佳的药物干预对患者肠镜检查的成败至关重要^[7-8]。临床上理想的肠道准备所使用的药物应具有高效、安全、经济的特点，且使患者依从性高，耐受性强。根据本次研究结果可知，和爽清肠联合二甲硅油在便秘患者肠道准备中起到更优应用效果并对患者肠道菌群状态起到改善的作用。

由上文表 1 对比结果可知，观察组与对照组在药物干预后，观察组的肠道清洁总有效率大于对照组（ $P<0.05$ ），说明和爽清肠联合二甲硅油在便秘患者肠道准备中可起到更强的清洁力度。根据相关报告显示，肠镜检查除患者心理状态影响检查效果之外，最大的影响因素是肠道清洁准备，而清洁不佳与患者自身因素息息相关，特别是便秘患者^[9]。由于便秘患者日常出现大便次数减少，排便量少且费力，在排便后仍有大量残留物于肠道中等症状，其肠道清洁力度能够达到肠镜检查的标准是比较困难的。本次研究中，采用和爽清肠联合二甲硅油，不仅让便秘患者在较短时间内顺利完成肠道准备，而且两种药物的联合提高清洁肠道的总有效率，降低无效的概率。和爽清肠是目前临床上常用的肠道准备药物，是一种不被吸收的容积性泻药，通过增加氢键结合水分来刺激肠道蠕动，加快便秘患者排便速度，且可用于慢性肾功能衰竭等特殊群体，但它对清除肠道气泡效果不佳，若肠道具有较多气泡，则会影响观察视野，易导致误诊、漏诊。二甲硅油散弥补和爽清肠使气泡增多的缺点，该药能够刺激肠道内气泡的表面张力，让气泡发生裂解，达到净化肠道粘膜的效果^[10]，两者联合使用对便秘患者的清肠效果更佳。由上文表 2 可知，在药物干预后，观察

组的不良反应发生率低于对照组 ($P<0.05$)，说明和爽清肠联合二甲硅油对减少便秘患者不良反应起到积极效果。由于单一使用和爽清肠时，需要大量服用药液，其味道不佳，服用过程中患者易产生腹痛、呕吐等不良反应，又因和爽清肠对便秘患者肠道准备中易产生气泡，药物无效率上升，需要医生反复冲洗对患者肠道来达到检查标准，损害患者肠道^[11]。为减轻便秘患者痛苦，本次研究中加入二甲硅油，二甲硅油在消除便秘患者肠腔内气泡量同时减轻患者腹胀程度，两者药物联合清洁度更高的同时有效减少不良反应发生，提高肠镜检查的顺利性与准确性，缩短检查时间，增强患者的耐受性。由上文表 3 可知，药物干预后，观察组乳酸杆菌的菌群数量高于治疗前和对照组，观察组肠球菌的的菌群数量低于治疗前和对照组 ($P<0.05$)，说明和爽清肠联合二甲硅油能够在一定程度上增加肠道有益菌，减少致病菌数量。由于便秘患者肠道功能减弱的根本原因是肠道菌群状态失调，其肠道蠕动功能受到抑制，且易积累有害菌种，导致便秘症状加重^[12]。和爽清肠在保证便秘患者体液平衡情况下，起效速度快并不影响电解质平衡，但不易祛泡的特点不利于患者排气，而积累的气体一定程度上给便秘患者肠道中有害菌种提供了生长的环境，本次研究中去泡剂二甲硅油让便秘患者肠道内气泡破裂，促使气体随肠道蠕动或弥散入血，使肠道内含氧量降低并快速形成优势菌群，抑制致病菌生长，二者联合对肠道动力紊乱起到控制的作用同时改善了患者肠道菌群状态。

综上，和爽清肠联合二甲硅油能够加强便秘患者肠道的清洁力度，减小对肠道检查的消极影响，减少患者进行肠道准备中不良反应的发生，并在一定程度上改善便秘患者的肠菌状态，两者联合起到了积极的应用效果，值得推广。

参考文献：

[1]朱霞琴.三种清肠方法在小肠胶囊内镜检查中的比较研究[J].当代

护士：下旬刊，2020,27(03):295-298.

[2]陈川铁,杨伟昂,张宏聪,等.二甲硅油散在小肠胶囊内镜肠道准备中的服用时间及剂量研究[J].现代消化及介入诊疗,2021,26(12):153-154.

[3]洪艳秋,张书信,耿学斯,等.肠润方对功能性便秘患者肠道菌群调节作用的临床研究[J].河北中医学报,2021,36(04):13-17.

[4]黄小明,张敏.肠道菌群与慢性便秘关系的研究进展[J].安徽医药,2021,24(02):220-222.

[5]王重吟,李菁.功能性便秘患者肠道菌群分析及微生态治疗的研究进展[J].安东南大学学报：医学版,2021,40(03):405-409.

[6]钟艺华,韩杨,唐显军.二甲硅油的不同配伍方案在胶囊内镜肠道准备中的随机对照研究[J].中国内镜杂志,2021,27(11):25-30.

[7]张淑芬,薛挥,李建宏,等.聚乙二醇电解质散剂联合二甲硅油在结肠镜检查肠道准备中的应用效果观察[J].陕西医学杂志,2020,49(02):227-228.

[8]李家诚,王瑞平,胡梦玲,等.便秘患者的特征及中药治疗用药归经特点分析[J].陕西医志,2020,18(03):203-207.

[9]罗云春,易文.聚乙二醇电解质口服溶液联合二甲基硅油对 UC 患者肠道清洁效果及血清 hs-CRP 水平的影响[J].中国现代医学杂志,2020,30(03):44-47.

[10]周帅,阳金颖.二甲硅油联合复方聚乙二醇清肠道对结肠息肉检出率的影响[J].中华消化内镜杂志,2021,38(12):1025-1028.

[11]李琴,王丹丹.复方聚乙二醇电解质散实际服药速度对肠道准备实施的影响[J].现代消化及介入诊疗,2021,26(10):120-124.

[12]徐俊丽,马静,郭荣雅.胃肠多功能治疗仪联合复方聚乙二醇电解质散对老年功能性便秘患者的治疗效果[J].中华老年多器官疾病杂志,2020,19(06):410-413.

血浆纤维蛋白原及 D-二聚体含量检测在进展性脑梗死患者中的应用

钟志才 钟广时 张振平

河源市龙川县人民医院 广东省 517300

摘要：目的：探讨采用血浆纤维蛋白原（Fib）、D-二聚体（D-dimer）对进展性脑梗死患者进行检测的临床价值。方法 基于特定期限内（2018 年 3 月-2021 年 9 月），选取龙川县人民医院神经内科收治的急性脑梗死患者 100 例，将其依据是否进展性分成进展性组（50 例）与非进展性组（50 例），另选取同期在本院行健康体检者 50 例为对照组，测定并对比三组的 D-dimer、Fib 水平。结果 进展性组在发病 24h、2d、3d、7d 时的血浆 Fib 水平均较非进展性组、对照组高（ $P<0.05$ ），非进展性组的 Fib 水平较对照组高（ $P<0.05$ ）；进展性组的血浆 Fib 水平于发病 24h 内开始升高，在第 3d 时达峰值，而在第 7d 时开始下降，于第 14d 时降到正常状态。进展性组于发病第 24h 及第 2、3、7d 时的血浆 D-dimer 水平相比非进展性组、对照组，都显著偏高（ $P<0.05$ ），非进展性组的 D-dimer 水平较对照组高（ $P<0.05$ ）；进展性组的 D-dimer 水平在发病 24h 时开始升高，且在第 7d 时处于峰值状态，而在 14d 时快速下降，直至正常水平。结论 进展性脑梗死的发生密切相关于 Fib、D-dimer 水平的升高，此类指标对进展性脑梗死发生的早期预测有利。

关键词：进展性脑梗死；纤维蛋白原；D-二聚体

进展性脑梗死实际就是发病后经多方法、多手段治疗后病情仍呈进行性加重的一种脑梗死类型，通常于发病后 6h~7d 内进展^[1]。需要指出的是，此病不仅有着较高的发生率，而且致残、致死率也较高，预后不理想。在当前临床中仍缺乏治疗此病的确切方法，因而是临床当中一项不叫棘手的难题。当前，有关进展性脑梗死的病因仍未明了，有报道^[2]指出，患进展性脑梗死的患者，其机体中的血浆纤维蛋白原（Fib）、D-二聚体（D-dimer）水平呈逐渐升高趋势，是此病发生、进展的重要危险因素。为明确进展性脑梗死与血浆 Fib、D-dimer 之间的关联性，本文选取本院神经内科收治的急性脑梗死患者（进展与非进展性脑梗死）及健康体检者，就其血浆 Fib、D-dimer 水平进行测定并对比，从中剖析彼此的相关性，现剖析如下。

1. 资料与方法

1.1 临床资料

2018 年 3 月-2021 年 9 月期间，在龙川县人民医院神经内科范围内，以急性脑梗死患者为对象，选取 100 例，将其依据有无进展性分成 2 组，在进展性脑梗死（进展性组）50 例中，最小年龄 48 岁，最大 80 岁，平均为（63.71±12.10）岁，男性 29 例，其余为女性（21 例）；在非进展性脑梗死（非进展性组）50 例中，年龄 47~79（61.83±12.24）岁，男女比值为 30:20。非进展性脑梗死纳入标准：（1）均与第 4 届全国脑血管病会议所修订的此病诊断标准相符^[3]；（2）都经头颅 CT 或 MRI 检查予以明确证实；（3）都为首次发病；（4）均在发病后 6~24h 内入院；（5）都有局灶性神经功能缺失表现。进展性脑梗死纳入标准：（1）发病后神经功能缺失症状于 72h 内成不断进展状态；（2）瘫痪侧肢体肌力与入院时相比，已下降≥2 级，或者斯基的维纳亚卒中（SSS）评分^[4]当中运动或意识评分下降≥2 分，再或语

言障碍下降>3 分。排除标准：（1）合并脑出血；（2）入院时已存在严重合并症或意识障碍而难以评定神经功能；（3）伴心血管疾病；（4）心源性脑栓塞；（5）合并风湿、急慢性感染及严重免疫、血液系统疾病；（6）合并外伤、肿瘤及严重脏器功能障碍。另选取同期在本院行健康体检者 50 例，其中，男、女之间的比值为 26: 24，年龄 46~78（61.87±12.09）岁。三组上述数据经逐一对比，并未发现显著差异（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

分别在发病后 24h 内及第 2、3、7、14d 时，于清晨且空腹状态下，进行肘静脉血的采集（4mL），用枸橼酸钠（3.8%）进行抗凝，都在抽血后 2h 内完成测定。用全自动生化分析仪（贝克曼，AU2700 型）测定 D-dimer；另全自动凝血仪（希森美康，CA1500 型）测定 Fib。所用试剂均由德国西门子公司所提供。

1.3 统计学处理

SPSS10.0 处理数据，t、 X^2 分别对计量、计数资料展开检验， $P<0.05$ 提示差异显著。

2. 结果

2.1 三组血浆 FIB 水平对比

在发病 24h、2d、3d、7d 时，较之非进展性组、对照组，进展性组的血浆 Fib 水平均均偏高（ $P<0.05$ ），且非进展性组与对照组相比，明显偏高（ $P<0.05$ ）；进展性组的 Fib 水平于发病 24h 内开始升高，第 3d 时达到峰值，但在第 7d 时开始下降，于第 14d 时处于正常水平；而非进展性脑梗死的血浆 Fib 水平在 24h 处于峰值，7d 时正常；见表 1。

表 1 对比 3 组的 Fib 水平（ $\bar{X} \pm s$, g/L）

组别	24h	2d	3d	7d	14d
进展性组（50 例）	5.68±1.11 [#]	6.01±1.19 [#]	6.94±1.55 [#]	4.92±1.68 [#]	2.88±0.70 [#]
非进展性组（50 例）	4.31±1.08 [*]	3.97±1.02 [*]	3.61±0.97 [*]	2.85±0.66 [*]	2.80±0.61 [*]
对照组（50 例）	2.57±0.46	2.57±0.46	2.57±0.46	2.57±0.46	2.57±0.46

注：较非进展性组、对照组，[#] $P<0.05$ ；较对照组，^{*} $P<0.05$ 。

2.2 三组 D-dimer 水平对比

于发病第 24h 及第 2、3、7d 时，进展性组的 D-dimer 水平较非进展性组、对照组高（ $P<0.05$ ），而非进展性组较对照组高（ $P<0.05$ ）；进展

性组在发病 24h 时开始升高，且在第 7d 时处于峰值状态，而在 14d 时快速下降，直至正常水平；而非进展性组在第 3d 达峰值，第 7d 恢复正常；见表 2。

表 2 对比 3 组的 D-dimer 水平（ $\bar{X} \pm s$, mg/L）

组别	24h	2d	3d	7d	14d
进展性组（50 例）	0.90±0.24 [#]	1.04±0.27 [#]	1.37±0.30 [#]	1.48±0.29 [#]	0.37±0.16 [#]
非进展性组（50 例）	0.71±0.18 [*]	0.80±0.20 [*]	0.83±0.19 [*]	0.39±0.14 [*]	0.37±0.16 [*]

对照组 (50 例)	0.34±0.17	0.34±0.17	0.34±0.17	0.34±0.17	0.34±0.17
注: 相比非进展性组、对照组, #P<0.05; 相比对照组, *P<0.05。					
3. 讨论					
进展性脑梗死实为脑梗死并当中的一种常见类型, 其有着十分复杂的发病机制, 而且诱因因素较多, 一些患者在入院后给予相应治疗后, 病情仍难以控制, 且呈现出进行性加重情况, 因而非常棘手, 乃神经内科医生的治疗难题^[5]。有研究^[6]指出, 在急性脑梗死患者当中, 进展性脑梗死的占比为 20-40%, 且其发生、进展与收缩压偏低、高血糖、血管狭窄及感染发热等因素紧密相关。 有研究^[7]指出, 在进展性脑梗死发病中, D-dimer、Fib 水平升高起到关键性作用, 与其病情进展之间呈现紧密关联。Fib 乃是一种急性期反应性蛋白, 由肝脏所分泌, 属于纤维蛋白的前体, 同时还是凝血活化的重要标志物; Fib 于凝血酶的持续作用下, 会不断转变成纤维蛋白, 从而在粥样硬化斑块当中发挥关键作用, 且还是导致血小板不断聚集的基本介质^[8]。有报道^[9]指出, Fib 血症能够大幅升高血液黏稠度, 加重脑梗死的临床症状。有研究^[10]发现, Fib 的增加会对内皮细胞的功能产生直接影响, 并对其合成进行刺激, 使其分泌大量的纤溶酶原灭活剂, 造成一些微血栓形成且未能获得及时、有效的处理, 这不会加重动脉粥样硬化, 而且还会造成脑梗死的延长^[11]。有学者^[12]围绕 Fib 开展 Meta 分析, 从中发现, 血浆 Fib 水平每升高 1g/L, 那么发生卒中事件的风险便会随之增加 1 倍。另有研究^[13]强调, 脑梗死后血栓的不断扩展, 能够增大梗死的面积, 是进展性脑梗死发病的重要诱因, 同时还是急性脑梗死后降纤治疗的理论根基所在。对于 D-dimer 来分析, 其则作为一种交联蛋白特异性降解产物, 其生成及含量升高, 可以折射出纤溶、凝血系统被激活, 因而不仅是判定继发性纤溶亢进的重要指标, 而且还是评定血液高凝状态的特异性指标^[14-15]。有学者^[16]强调, 在脑梗死后, D-dimer 水平最高, 其含量正相关于梗死的程度及梗死灶的体积大小。还有报道^[17]显示, D-dimer 可在血管壁上不断沉积, 从而对血管内膜造成直接性损伤; 此外, 其还能加速血小板的不断聚集、粘附, 从而使血液呈现为一种高凝状态。 从本文结果可知, 进展性组的血浆 Fib 水平较非进展性组高, 且非进展性组较对照组高, 表明在脑血栓形成时, 机体当中存在显著的凝血功能亢进情况, 血浆 Fib 的异常升高加速了血栓于血管中的扩张与发展, 从而造成脑动脉血管出现不同程度阻塞, 致使神经缺损情况加重。非进展性脑梗死的血浆 Fib 水平在 24h 达峰值, 而在 7d 时恢复正常, 提示其有着比较轻的凝血功能亢进程度, 且有着较小的血栓形成范围; 而对于进展性脑梗死, 其水平在 3d 时达峰值, 而在 7d 时下降, 并且于 14d 时达正常。表明患者机体中的凝血功能十分的亢进, 血栓有着较广的血栓范围, 通过对其 Fib 水平进行动态观察, 能够为此病诊断提供良好的量化指标。另从本文可知, 非进展性组在发病 24h 内及 2、3d 时的血浆 D-dimer 水平较对照组高, 而进展性组发病 24h 及 3、7d 时都高于非进展性组、对照组, 非进展性组的 D-dimer 水平均较对照组高。另外, 非进展性组此指标于第 3d 达峰值, 第 7d 转正常; 而进展性组发病 24h 内的此指标高于非进展性组, 呈现出进行性升高, 且始终维持在高水平, 在第 7d 时达峰值。提示进展性脑梗死的血栓正处于持续进行状态, 造成纤溶活性不断升高, 所以, 能够将血栓进展情况反映出来的 D-dimer 水平也随之升高。 综上, 进展性脑梗死的发病与 Fib、D-dimer 水平升高之间存在密切联系, 通过对紧张性脑梗死患者的血浆 Fib、D-dimer 进行测定及动态化观察, 能够为此病发病机制及原因的研究提供助力, 并且还有助于找出能够对此病早期进展进行预警的预测因子, 从而为更理想治疗方案的明确提供支撑。					
参考文献:					
[1]杨小蓉, 蔡祥胜, 卢汉威, 等.急性脑梗死患者 CYP2C19 基因多态性与纤维蛋白原及 D-二聚体相关性研究[J].检验医学与临床, 2021, 18 (2): 149-151, 155. [2]牛田川, 朱勤, 李诚诚.急性脑梗死病人中医证型特点及与 CRP、纤维蛋白原、D-二聚体的关系探讨[J].中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18 (8): 1294-1297. [3]中华医学会神经科分会.各类脑血管疾病诊断要点.中华神经科杂志, 1996, 29 (6): 379-381. [4]王大力, 赵晓晶, 常莉莎.四种评分对脑卒中患者预后评价的比较[J].中国煤炭工业医学杂志, 2005, 8 (8): 238-240. [5]钟可文, 孙华, 赵玉环, 等.血同型半胱氨酸、纤维蛋白原、D-二聚体联合检测在急性脑梗死诊断中的临床意义[J].安徽医药, 2020, 24 (9): 1803-1805. [6]侯瑞华, 吕麦扣, 温慧军.D-二聚体与纤维蛋白原比值与青年急性脑梗死患者颈动脉粥样硬化斑块的相关性分析[J].中国卒中杂志, 2021, 16 (8): 805-809. [7]王聚瑾, 况佳, 杨叶怡, 等.血浆血管性血友病因子抗原、D-二聚体、纤维蛋白原/纤维蛋白降解产物检测在急性脑梗死中的诊断价值[J].中国当代医药, 2022, 29 (2): 133-136. [8]林加澍, 张锋岂.血浆纤维蛋白原与 D-二聚体在急性脑梗塞 solitaireAB 支架取栓治疗后的病情判断[J].数理医药学杂志, 2020, 33 (12): 1777-1778. [9]Shuko Mishima, Kayoko Kaneko, Yuka Okazaki, et al. A woman with systemic lupus erythematosus, multiple pregnancy complications, and cerebral infarction who was only positive for phosphatidylserine-dependent antiprothrombin antibodies[J]. Mod Rheumatol Case Rep, 2021, 5 (1): 47-51. [10]徐原科, 周正, 李贺恒, 等.后循环短暂性脑缺血发作患者血浆 D-二聚体、纤维蛋白原、血小板的变化[J].临床检验杂志, 2020, 38 (5): 356-358. [11]Alexis Chenouard, Frédérique Toulgoat, Anne Rolland, et al. Right watershed cerebral infarction following neck cannulation for veno-arterial extracorporeal membrane oxygenation in pediatric septic shock: a case series[J]. Perfusion, 2021, 36 (3): 293-298. [12]卢晓敏, 徐炜斐, 张春霞.纤维蛋白原联合 D-二聚体检测在缺血性脑卒中早期筛查中的应用研究[J].中国卫生检验杂志, 2020, 30 (12): 1491-1493. [13]李军.丁苯酞联合阿替普酶对急性缺血性脑卒中患者的治疗效果及对 D-二聚体、纤维蛋白原水平的影响[J].中国社区医师, 2020, 36 (34): 10-11. [14]Matthew J Kole, Aaron P Wessel, Beatrice Ugiliweneza, et al. Low-Dose Intravenous Heparin Infusion After Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage is Associated With Decreased Risk of Delayed Neurological Deficit and Cerebral Infarction[J]. Neurosurgery, 2021, 88 (3): 523-530. [15]汪闯, 薛春萍, 郑良鹏, 等.血浆 D-二聚体、同型半胱氨酸、纤维蛋白原与急性脑梗死关系及其对预后的预测价值[J].中外医学研究, 2021, 19 (32): 84-87. [16]丁宁, 张卫峰, 陈小勇, 等.平均血小板体积、D-二聚体和纤维蛋白原降解产物与脑梗死及其病变程度的相关性研究[J].检验医学, 2021, 36 (4): 384-387. [17]常华军, 全亚萍, 王念.D-二聚体纤维蛋白原超敏 C 反应蛋白与脑梗死后非痴呆性血管性认知障碍的关系[J].中国实用神经疾病杂志, 2020, 23 (12): 1023-1026.					
课题编号: 18062170221797 专题名称: 河源市社会发展科技计划专题 技术领域: 临床医学-内科。					