

饮食指导及护理在孕妇孕期护理中的应用价值分析

朱丽梅

江苏省南京市六合区中医院 江苏南京 211500

摘要:目的 探讨饮食指导及护理在孕妇孕期护理中的应用价值。方法对我院接诊的数名孕妇进行回顾性分析,参与研究的孕妇共44例,其中22名孕妇接受常规护理,作为对照组,22例孕妇接受饮食指导及护理,作为试验组,比较保健效果及并发症发生情况。结果:试验组保健效果明显优于对照组, ($p < 0.05$); 对照组,试验组并发症总发生率分别为54.55%、13.64%,差异明显 ($P < 0.05$)。结论:孕妇孕期护理中采取饮食指导及护理,可改善孕妇营养状况,有助于减少孕妇并发症的发生,为孕妇提供优质护理体验。

关键词: 饮食指导; 护理; 孕妇; 孕期护理; 应用价值

母体是婴儿成长依靠的主要环境,孕妇的营养状态,身心状态等会直接的影响胎儿健康。妊娠期间孕妇必须摄取足够的营养^[1],满足自身和胎儿的双重需要。妊娠期间,孕妇的营养过多或者过少都会对胎儿的发育造成影响,并造成并发症。倘若营养摄取多,就会导致胎儿发育过大而难产;若营养摄取少,就会造成胎儿体质量发育不足,过小,骨骼发育差,早产以及死胎的几率增加。研究发现,不论是孕妇体质量过重或者轻,出现子痫的几率都会增加,因此可见孕妇的营养情况对于胎儿影响较大^[2]。为了更好的进行孕期管理需增加相关的指导和干预,确保良好妊娠结局。对此,选择2020年1月到2021年12月接诊的数名孕妇进行回顾性分析纳入研究对象,探究饮食指导及护理在孕妇孕期护理中的应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院2020年1月到2021年12月接诊的数名孕妇进行回顾性分析,参与研究的孕妇共44例,随机做分组处理,试验组所纳入的22例中,年龄所涉范围为22~34岁之间,平均值(28.20 ± 4.40)岁,孕周4-12周,平均(8.8 ± 2.5)周,初产妇12例,经产妇10例。对照组所纳入的22例中,年龄所涉范围为23~34岁之间,平均值(28.50 ± 4.77)岁,孕周5-12周,平均(9.0 ± 2.9)周,初产妇15例,经产妇7例,组间基线资料具均衡性 ($P > 0.05$)。

纳入标准:①纳入孕妇体质量大于 24kg/m^2 ,均为单胎妊娠,不存在其它妊娠合并症,能够正常的进行交流;②知情,自愿对同意书签署,报经单位所设伦理部门批准,所涉资料齐全无缺项。

排除标准:①纳入孕妇存在严重的肝、肾、脑血管等疾病;②孕妇连续两周都无法配合护理进行,且在此过程中孕妇不愿意继续实验;③无法沟通等。

1.2 方法

对照组:常规护理^[3],即注意孕妇生命体征变化,告知孕妇在饮食上的注意事项,控制体重更有助于生产;督促孕妇多进行运动。

试验组:饮食指导及护理:

(1)为孕妇建档之后,向孕妇、家属介绍每个妊娠阶段需要注意的营养,例如进行食材挑选,避免个别食材食用不当对孕妇造成不适,正确的进行营养补充,且同时发放营养保健材料,供以患者参考;

(2)评估孕妇最理想的体质量,依据其身高,体质量等计算,计算公式=身高-105(需注意当孕妇身高超过165,则减100),正常在10%范围,当大于这个范围则证实为超重,大于20%则为肥胖;测算体质量指数,公式孕前体质量/身高,正常值在18-24,大于24则为超重^[4],大于25则为肥胖;

(3)计算出体质量之后,若体质量小于18.5,则建议孕妇增加体重12.5-18kg,体质量在18.5-25.0,则建议增加体重11.5-11.6Kg;体质量大于25-29.9,则增加7.0-11.5kg;当体质量大于30,体质量增加小于6kg;

(4)热量需要规划:对于极轻体力劳动增加9614千焦,中体力劳动需要热量11286千焦;妊娠在4-6个月需要增加836千焦。因目前多数的孕妇在妊娠五个月时从事的工作较轻,家务劳动和其它活动也会相对减

少,所以热量的增加依据产妇的实际情况进行调整;先观察产妇的体质量增加情况,妊娠到中期-后期,每周体质量应当适当的增加0.3-0.5千焦,随着孕妇对热能需要量增加,和能量代谢有关系的维生素B1摄取量也在增加;

(5)孕妇记录好每周的饮食情况,每次复诊交给医生,医生依据孕妇记录,计算出孕妇每日实际应该摄入的蛋白质,热量,进行一对一的面对面沟通,指出饮食上存在的问题,并制定出新的食谱;另外^[5],可以采用随访,微信,电话等多种形式和孕妇保持联系,将孕妇的基本情况记录在册,从而及时的了解孕妇的情况,并制定出下一阶段的饮食计划;还需对孕妇,家属进行健康宣教,讲解食物的种类,营养元素正确的搭配方式等;

(6)对于存在高危倾向的孕妇进行个性化的营养治疗,若发生糖筛查异常,但还未达到妊娠合并糖尿病患者,则需要进行饮食指导,确保蛋白质,维生素,矿物质等重要营养供应充足,控制热量,合理的进餐,少食多餐;对于体质量不足的孕妇,则则建议其在3餐前测量血糖,血酮体,避免因为热能量供应不足,定期的监测血糖变化;对于妊娠期存在高血压倾向患者,则定期的监测血压,并进行营养治疗干预;

(7)依据孕妇的实际情况,要求其定量的进行运动,建议其多散步,孕期瑜伽等,孕期进行运动可以转移注意力,且能够缓解妊娠带来的身体不适感,促进血液循环,提升血氧量,消除疲劳感,另外在孕期进行保健锻炼,也可增强分娩的自信心,有助于生产的进行;

(8)了解孕妇的心理变化情况,及时的进行心理疏导,以免孕妇因为不良情绪进行暴饮暴食;

(9)对孕妇进行相关的技能培训,例如胎教的正确方式,纠正胎位的方式,正确的坐姿和行走,缓解分娩疼痛的技能,以及对于新生儿应当如何进行喂养,换尿布等,在这个过程中,需要依据孕妇的不同时期进行针对性的演示和指导;

(10)基于孕产妇的实际情况进行评估,督促孕妇进行适当的改正,在这个过程中保持鼓励和安慰;

(11)孕妇在妊娠期心理敏感,对于社会适应能力下降,家属应当多给予关心和照顾,在一定程度上可以缓解其焦虑的心情;孕期时间医生可给予相关的宣传资料以及进行门诊定期的讲座等,让孕妇能够更充分的了解孕期知识,家属配合,让孕妇能够明白自身生理变化,缓解心理压力,孕妇马上要做母亲且会害怕妊娠出现异常,希望有人陪伴,因此,护理人员应当先和孕妇建立良好的护患关系,语气轻柔,了解孕妇的护理需要,介绍分娩有关知识,在一定程度上也能够很好的缓解情绪;

(12)将孕妇的妊娠期分成早、中、晚孕期,分娩期四个不同阶段进行健康宣教,包含了孕前饮食,检查、保健,分娩等知识。进行孕期健康教育,孕妇能够正常的面对孕期的异常心理,通过学习可以掌握分娩的方式和技巧,缓解心理压力,也能缓解焦虑、恐惧造成的肌肉紧张等,提升自然分娩的自信心,降低难产率,缩短产程时间;

(13)除了门诊面诊之外,可适当的进行电话随访,妊娠到19周,每月电话访问1次,20-27周则电话访问改为半月1次,28-36周电话随访

则改为一周 1 次,每次时间不得少于 30 分钟,随访的时间可以和孕妇商量,指导内容涵盖孕期饮食指导,产前检查意义,心理干预等,告知产妇可 24 小时进行解答,并且将随访所获结果进行记录。

1.3 观察指标

(1) 护理效果:经过护理,孕妇营养状况良好,妊娠结局理想,即效果显著;经过护理,孕妇超重,孕期营养,妊娠结局尚可,即有效;当护理后,孕妇剖宫产较多,且巨大儿情况也多,即为无效。

(2) 并发症:观察出现巨大儿、产后出血的几率。

1.4 统计学处理

以 SPSS28.00 进行分析,计数以 (%) 予以表述,以 χ^2 检验, $P < 0.05$,具备差异。

2 结果

2.1 护理效果比较

试验组保健效果明显优于对照组, ($p < 0.05$), 表 1。

表 1 护理效果比较 (n, %)

组别	效果显著	有效	无效	总有效率
试验组 (n=22)	15 (68.18)	5 (22.73)	2 (9.09)	20 (90.90)
对照组 (n=22)	5 (22.73)	6 (27.27)	11 (50.00)	11 (50.00)
χ^2		-		8.844
P		-		<0.05

2.2 并发症比较

表 2, 对照组, 试验组并发症总发生率分别为 54.55%、13.64%, 差异明显 ($P < 0.05$)。

表 2 并发症比较 (n, %)

组别	巨大儿	产后出血	总并发症率
试验组 (n=22)	1 (4.55)	1 (4.55)	3 (13.64)
对照组 (n=22)	4 (18.18)	3 (13.64)	12 (54.55)
χ^2			8.193
P			<0.05

3 讨论

妊娠期作为女性人生重要阶段,对于她们而言,进行科学的产前护理干预具有重要意义。现今,多数的孕妇和家属在妊娠期间仅仅是注重多食多餐,多休息,缺少了更为健康的饮食指导以及护理干预^[6]。据调查可知,低体重儿,巨大儿等都是因为孕妇的营养不良或者是膳食不合理造成的,应当引起重视。

常规护理中包含了多项护理干预,但是在饮食上只侧重在饮食摄入量控制,多数的医疗机构对于孕妇尚未依据身体状况进行饮食指导,且也没有能够依据科学的营养管理体系,这造成多数的孕妇出现了营养不良,肥胖,高血压等问题,影响了正常妊娠,间接也造成了新生儿出现了低体重儿^[7],巨大儿等情况,这和优生优育的理论相违背,所以为了保证孕妇的生育质量,应当在常规护理的基础上,深入护理,开展饮食指导及护理,确保产妇能够正常妊娠。

饮食指导是本着以孕妇为主,疾病预防为主的原则,在妊娠早期,提前对在妊娠期有可能出现的合并症进行护理干预,以便获得良好的妊娠结局。在饮食上采用个性化的饮食指导,针对性更强^[8],也突出了饮食管理的重点,现在的饮食以控制糖尿病的孕妇的多,指出每位孕妇在饮食结构上的不足,指导内容,目标,方式等都是由医护人员,孕妇,家属三方一同制定。进行一对一的沟通,让医患之间的关系更为和谐,指导内容孕妇和家属都能够轻易接受,且控制饮食对血糖具有一定重要性,可减少发生巨大儿的风险,并有效纠正贫血,也可以预防产后出血等。

门诊上接触的孕妇较多,孕妇的文化程度不同,孕期营养状态不同,妊娠合并症孕妇也较多,所以在日常中要求孕妇进行饮食运动的记录,这有助于医护人员及时的了解孕妇的情况变化^[9],在饮食上有无问题,常见

问题有(1)超量饮食,会造成的巨大儿,难产,手术率较高;(2)食物过于精细化,就会造成营养素缺少,影响胎儿生长和发育;(3)营养不足或者未在医生的指导下进行合理的饮食补充,就会造成营养素滥用的情况发生,出现不良后果。多数的孕妇不知道在孕早期补充较多的维生素、矿物质可以较好的预防胎儿畸形。通过分析每位孕妇的饮食,工作情况等,基于孕妇体质质量指数,胎儿生长发育,有无并发症等,进行饮食干预,确保胎儿的生长发育可以保持在理想状态下。

理想的妊娠结局是可以足月分娩,且新生儿无畸形情况,体质质量适中。根据资料可知,孕期孕妇体质质量增加在 11.5-16Kg,新生儿体质质量在 2.75-3.25Kg,母婴并发症几率最低。本次实验数据证实,试验组总并发症率低于参照组, $P < 0.05$,这说明了当进行饮食指导,孕妇的孕期更为健康和安全的,出现的并发症的几率低。

除了进行饮食指导,还需进行护理,从多方位进行护理干预,能够多和孕妇交谈,宣传有关妊娠以及胎儿宫内发育的情况,让孕妇能够明白这一切都是妊娠期正常的生理情况,指导孕期保健,从而缓解孕妇的恐惧心理,建立其良好的护患关系,让孕妇能够保持良好的心态等待分娩^[10]。怀孕,分娩都会让孕妇在生理,心理产生变化,会有产后抑郁症出现的可能,所以在孕前进行护理干预可尽早的干预。在确定怀孕时或者第一次到门诊就诊检查开始,门诊护士就应当进行“生育相关知识讲解,孕期自我保健,孕期行为和心理准备”等多个方面进行干预,建立起孕妇档案,通过聊天明白孕妇的护理需要,例如新生儿的特征以及护理,如何选择分娩等。让孕妇能够正确面对分娩疼痛,讲解造成分娩疼痛的原因,疼痛的特点,让孕妇能够有着思想准备,可以清楚的知道心理负担过重,疼痛越严重;对孕妇进行健康教育,针对不同阶段进行宣教,让孕妇能够明白每个阶段的变化,坦然面对;建议孕妇在妊娠期间多运动,也有助于妊娠的进行;孕妇除了进行面诊之外,还可进行电话随访,在不同阶段进行随访,以便及时的了解孕妇变化,进行问题解答,使其能够放宽心进行妊娠。本次实验数据证实,试验组保健效果明显优于对照组, ($p < 0.05$),其证实了当进行饮食指导及护理之后,孕妇保健能力提升,可配合各项护理措施进行,并及时纠正自身不足的地方。该结论和李双辉、叶洁玲、黄春梅研究一致:“研究组巨大儿、早产儿及窒息儿发生率分别为 3.3%、3.3%、3.3%,均低于对照组的 20.0%、23.3%、20.0%, $P < 0.05$ 。”也说明了当进行个体化营养饮食护理干预方法,并发症率,对于妊娠有着重要的促进效果。

综上所述,孕妇孕期护理中采取饮食指导及护理,可改善孕妇营养状况,有助于减少孕妇并发症的发生,为孕妇提供优质护理体验,值得广泛应用。

参考文献:

- [1] 骆志慧,黄锡纯,陈锦秀,苏丽珍.个体化饮食干预联合运动指导对妊娠期糖尿病孕产妇围生期结局的影响[J].全科护理,2021,19(21): 2965-2967.
- [2] 刘高炎,宋宏.个体化饮食联合运动指导对孕前肥胖者妊娠期糖尿病预防效果及母婴结局的影响[J].全科护理,2021,19(09): 1259-1263.
- [3] 姜雨微,袁宏,林萍,孔祥颖,党文军.饮食护理指导对于孕妇产后减重的影响[J].黑龙江医药科学,2021,44(01): 17-18.
- [4] 冯耀芳.个性化饮食指导对妊娠期糖尿病保胎孕妇的护理价值[J].国际医药卫生导报,2020,26(21): 3239-3242.
- [5] 郭小惕,黄幼敏,陈莹莹.妊娠糖尿病孕妇行个性化饮食指导+自我效能干预对 HPLP 的效果分析[J].糖尿病新世界,2020,23(20): 175-176+179.
- [6] 李双辉,叶洁玲,黄春梅.护理干预孕期个体化营养饮食在孕中的应用[J].中国现代药物应用,2019,13(13): 208-210.
- [7] 蓝岚,陈超.产科门诊孕期膳食指导对母婴健康的影响分析[J].饮食科学,2019(10): 115.
- [8] 卢丹红.针对性饮食指导和营养管理对孕产妇母婴健康和自然分娩的影响[J].临床护理杂志,2018,17(02): 75-77.
- [9] 金凌燕.孕期营养膳食指导对孕妇妊娠结局及新生儿状况的影响[J].当代医学,2018,24(10): 94-95.
- [10] 侯爱军,王丽萍,赵艳敏,李桂艳.孕期膳食营养指导对母婴健康及妊娠结局的影响分析[J].中国妇产科临床杂志,2016,17(03): 254-256.

三氧大自血疗法联合体外冲击波治疗纤维肌痛一例

曾艳¹ 唐堂¹ 种朋贵^{2*} 王碧² 何幼芹²

1. 贵州中医药大学 贵州贵阳 550002; 2. 贵州中医药大学第二附属医院 贵州贵阳 550001

摘要: 纤维肌痛 (Fibromyalgia, FM) 是一种以广泛肌肉、骨骼疼痛为主, 常伴有焦虑、抑郁、失眠、疲劳、晨僵等临床表现的疾病; 目前 FM 的发病机制尚未明确, 且临床症状不具有特异性, 缺乏实验室特异性检测指标, 对于临床诊断和治疗均有一定难度^[1]; FM 的管理侧重于改善症状, 有效缓解患者疼痛症状、改善睡眠质量和身体机能、提高生活质量成为 FM 患者的治疗重点; 三氧大自血疗法 (O3-AHT) 又称臭氧疗法, 具有抗炎、抗感染、促进氧代谢、调节免疫系统、增强血液循环、清除自由基和止痛等作用; 体外冲击波疗法 (ESWT) 通过物理作用, 使粘连组织松懈, 具有改善血液循环、抗炎、止痛等作用, 目前尚未报道过将三氧大自血联合体外冲击波治疗 FM。

关键词: 纤维肌痛; 三氧大自血疗法; 体外冲击波; 个案报道

纤维肌痛是一种慢性、易致残及自杀率高的疾病, 其特征是全身广泛性肌肉骨骼疼痛, 常伴有睡眠障碍、疲劳及焦虑、抑郁等不良情绪。目前 FM 机制尚未完全阐明, 尚无确切有效的治疗方法。临床上主要以抗抑郁药物、非甾体类消炎药、非阿片类的中枢镇痛药以及 5-羟色胺 (5-HT) 受体拮抗剂等对症治疗, 但存在长期疗效不确切, 副作用大等问题, FM 患者急需有效的治疗方式。基于此, 分享 1 例跟师学习过程中经三氧大自血疗法联合体外冲击波治疗后症状明显好转的纤维肌痛患者, 现将患者病例资料及诊治经过进行报道并作相应探讨。

1、病例资料

患者, 女, 49 岁, 因“全身疼痛 1+年, 加重 10 月”于 2020 年 06 月 30 日以“全身疼痛原因?”收住入院。1+年前患者无明显诱因出现全身性疼痛, 以颈肩、腰部、下肢为主, 呈间断性酸胀疼痛样, 痛无定处, 全身游走不定, 休息后稍缓解, 情绪紧张、失眠、焦虑、抑郁时症状加重, 患者当时未予重视及系统诊疗; 10 月前患者感全身疼痛加重, 性质同前, 累及颈肩、腰背部、下肢及指关节, 休息后无明显缓解, 睡眠障碍, 每天仅入睡 3-4 小时; 患者于外院各处行风湿相关检查及相关影像学检查均未见明显异常, 考虑为“颈椎病”, 予“推拿、针灸及口服中药联合塞来昔布”等治疗, 症状未见明显缓解。入院症见: 慢性痛苦面容, 全身疼痛, 以颈肩、腰背部、双下肢及双上肢指关节为主, 呈持续性酸胀样疼痛, 痛无定处, 全身游走不定, 休息后无明显缓解, 伴有焦虑、抑郁, 睡眠障碍, 每天仅入睡 2-4h, 时有眩晕。既往有 1+年“混合型颈椎病”病史, 完善实验室血常规、抗环瓜氨酸肽抗体 (CCP)、抗角蛋白抗体 (AKA)、抗核抗体 (ANA)、甲状腺功能及双手 X 线、胸部 CT 等检查均无明显异常, 颈椎+腰椎 CT 提示: 1. 颈椎退行性改变; C3/4、C6/7 间盘膨出, 2. 腰椎退行性变, L3/4、L5/S1 间盘突出。考虑患者为“全身疼痛原因: 1) 神经官能症? 2) 其他? 、混合型颈椎病、腰椎间盘突出症”, 予“中药热奄包、穴位贴敷、针灸、参芎葡萄糖注射液、盐酸度洛西汀肠溶胶囊、利多卡因注射液”等治疗后患者症状稍缓解, 但症状反复, 多次就诊于贵州中医药大学第二附属医院。2021 年 05 月 06 日, 患者再次因“全身疼痛加重”就诊, 查体: 精神差, 慢性病面容, 表情痛苦不堪, 全身皮肤未见明显异常, 全身关节无红肿及活动受限; 颈软, 颈椎活动未见明显受限, C2-C7 椎体棘突旁 2cm 压痛明显, 双侧斜方肌外侧缘广泛压痛, T7-T12 棘突压痛明显, 无叩击痛, L4-S1 双侧脊旁 3cm 轻压痛, 左侧臀中外侧、右臀中部、双侧大腿后侧及双小腿后侧压痛明显, 双上肢指关节压痛明显, 活动稍受限, VAS 评分: 7 分,

入院后查血常规提示: 白细胞计数 $10.40 \times 10^9/L$, 余未见明显异常。

根据 2016 年美国风湿病学会修订的 FM 诊断标准^[2], 诊断为 FM; 治疗上在“盐酸度洛西汀肠溶胶囊抗抑郁、牛痘疫苗接种家兔炎症皮肤提取物营养神经”基础上加用“三氧大自血疗法配合体外冲击波治疗”; 具体操作:

1. 三氧大自血疗法: 18G 穿刺针与 250ml 负压吸引器瓶连接, 打开活塞, 负压吸入配好的肝素钠注射液 25ml (江苏万邦生化医药股份公司, 国药准字 H32020612; 规格 2ml: 1.25 万 U, 用 0.9%氯化钠 49ml+0.625 万 U 肝素钠注射液共配成 50ml), 轻轻摇动负压吸引瓶, 使肝素钠注射液与瓶壁充分接触; 使用 18G 穿刺针穿刺肘正中静脉或贵要静脉, 抽取 150~200 ml 血液到负压吸引瓶中, 用连接管将设定浓度的三氧经三氧治疗仪注入负压吸引瓶中与血液充分混合; 将已氧化的血液再回输至患者静脉, 时间 10~15min; 负压吸入剩下的肝素钠注射液 25ml, 重复一次上述过程; 隔天一次 (与体外冲击波治疗间隔 24 小时), 10 次为一个疗程共治疗 4 个疗程。

2. 体外冲击波: 采用瑞士 EMS 生产的体外冲击波治疗仪, 患者取俯卧位, 充分暴露胸、腰背、臀部及双下肢后侧, 涂抹耦合剂, 探头沿着膀胱经从上到下, 臀部沿着肌肉纹理走行, 双下肢沿膀胱经循行部位治疗; 每次冲击为 4000~6000 次, 频率为 8Hz, 压力为 100-300kPa, 根据患者耐受程度以及疼痛评分, 酌情增减能量输出, 每周 1 次, 共进行 10 次治疗。

经三氧大自血疗法 4 个疗程及体外冲击波疗法 10 次后, 患者诉颈肩、胸腰背部、双下肢及双上肢指关节疼痛基本消失, VAS 评分: 2 分, 睡眠较前明显改善, 每晚可入睡 5-7h, 舌淡, 苔薄白, 脉弦, 1 年来多次电话随访未复发。

讨论

纤维肌痛又称为纤维痛综合征 (FMS), 是一种以中枢神经系统感觉传入处理功能障碍引起弥漫性疼痛综合征, 以全身广泛性疼痛、疲劳乏力、僵硬感和睡眠障碍为主要症状^[3]。疼痛可遍布四肢、颈项腰背, 多以酸痛胀痛为主, 通常不会导致关节红肿和功能受限^[4], 临床检查一般无明显异常; 除此之外, FM 患者常伴有焦虑、抑郁等不良情绪, 因而临床首选抗焦虑药及抗抑郁药, 以缓解患者焦虑、抑郁、失眠等状态, 但效果不明显。FM 是仅次于腰痛和骨关节炎的第三大常见慢性肌肉骨骼疼痛, 在全球普通人群中的发病率为 2-3%^[5]。临床上可以是独立的疾病, 也可作为其他疾病的症状出现, 极易漏诊、误诊, 从而导致失治、误治, 延误治疗最佳时

期,甚至会导致疾病加重,因此对于弥漫性疼痛患者,应该警惕 FM 可能;FM 可影响任何年龄的人,多见于女性、肥胖者和心理健康状况不佳的人。研究发现,FM 可能是肌筋膜疼痛演变而来,筋膜支持人体的重要功能,如姿势、运动和体内平衡,以及包含用于本体感受、伤害感受甚至激素的各种感受器,伤害感受受筋膜状态的影响,这意味着疼痛可能源于结缔组织的变化;筋膜的相互联系及其传递力的能力是其功能的基础,筋膜将躯干、上肢、下肢相连接;FM 归属于中医“筋痹、周痹”等范畴。中医学通过“十二经筋”理论,将人体肌肉及软组织结构生物力学特征进行了高度的概括,其中足太阳经筋“与膈中并,上结于臀,上挟脊上项”,主要分布于脊柱两侧以及双下肢后侧;经筋学说认为本病是由于感受邪气或体虚损伤,使全身多出经筋出现痉挛、渗出而致;微观角度来说,筋膜与肌肉内充血,肿胀及渗出的改变,使局部结缔组织挛缩及瘢痕化,最终形成结节,这些结节可压迫微血管致使炎症渗出,并激惹神经末梢而产生疼痛等一系列症状^[6]。因此基于 FM 与肌筋膜的解剖学联系以及病理学机制,改善筋膜状态有可能缓解 FM 患者。

三氧大自血疗法又称为臭氧疗法,是将一定浓度氧气和三氧混合气体与自体血等容量混匀,再回输到体内的一种疗法,具有极高的氧化作用。被广泛用于恶性肿瘤的辅助治疗、慢性肝炎患者以及三高症,具有抗炎、抗感染、促进氧化代谢、调节免疫系统、增强血液循环、清除自由基和止痛等作用。众多学者提出 O₃-AHT 的应用有助于减轻纤维肌痛综合征患者的疼痛,缓解肌肉痉挛等症状,其通过提高机体红细胞携氧能力,增加红细胞的流变性和通过毛细血管的能力增加组织氧供^[7,8];同时还能激活抗氧化酶和增强自由基清除率,起到抗炎、改善睡眠以及调节免疫力的作用^[9]。

冲击波是利用压缩气体产生机械性脉冲波,具有改善局部血液循环、松解肌肉粘连且无创、操作简单等优点。体外冲击波疗法(ESWT)是指一系列具有一定能量密度的声脉冲,通过适当的发生器传输到特定的靶区,以脉冲方式冲击治疗部位从而达到治疗效果的一种治疗方法。ESWT 在软组织疼痛中取得了良好的临床疗效,凭借安全、有效、无创等优势,已被用于治疗肌肉、骨骼系统疾患达 20 年之久,如足底筋膜炎、肱骨外上髁炎、肩关节肌腱炎和髌骨肌腱炎等^[10]。其机制可能涉及以下几个方面:首先,冲击波释放的能量可以通过体液和组织到达受影响区域,改善局部血流分布,促进分子和免疫反应的激活,刺激血管生成,促进微循环,增加细胞含氧量,产生抗炎作用,减轻疼痛^[11];其次,ESWT 可上调一氧化氮水平,促进内皮型一氧化氮合酶活性的生长,下调核因子 κ B 的表达^[12];第三,冲击波治疗可在组织间产生空化效应,引起组织间释放,促进粘附组织的分离,加强组织修复;第四,该方法可以改变痛觉感受器对疼痛的接受频率,改变痛觉感受器周围化学介质的组成,引起细胞周围自由基的变化,释放抑制疼痛的物质,抑制疼痛信息的传递^[11];第五,局部高强度冲击波可对神经末梢产生过度刺激,降低神经敏感性,阻碍神经传导功能,减轻疼痛;最后,在一些基础研究中已经观察到组织再生的增强、组织凋亡的减少和成纤维细胞的有效招募;因此 O₃-AHT 联合 ESWT 可能通过改善 FM 患者氧供、抑制疼痛信号传递、提高痛阈,松解阻滞粘连等作用改善 FM 患者症状,从而提高患者生活质量。

通过本病例学习,作者认为:一、FM 临床症状不具有特异性,缺乏

实验室特异性检测指标,临床医师对该病的认识不够,易发生误诊、漏诊,亟需加强 FM 诊治指南及研究进展的学习;二、FM 的发病机制目前尚不明确,临床常规药物长期疗效不确定,且副作用大;通过三氧大自血疗法联合体外冲击波调节患者自身免疫力,全身广泛性疼痛得到有效缓解,提高了患者的生存质量,此方法可能为 FM 治疗提供一个新方向。

参考文献:

- [1]Hughes LJP: Changes in clinical manifestation of fibromyalgia Syndromes after Alzheimer's disease diagnosis. 2021, 34 (4): 523-526.
 - [2]Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria[J]. Semin Arthritis Rheum, 2016, 46 (3): 319-329.
 - [3]Sarzi-Puttini P, Giorgi V, Marotto D, et al. Fibromyalgia: an update on clinical characteristics, aetiopathogenesis and treatment. Nat Rev Rheumatol. 2020; 16 (11): 645-660.
 - [4]纤维肌痛临床诊疗中国专家共识编写组.纤维肌痛临床诊疗中国专家共识[J].中国疼痛医学杂志, 2021, 27 (10): 721-727.
 - [5]Spaeth M. Epidemiology, costs, and the economic burden of fibromyalgia. Arthritis Res Ther. 2009; 11 (3): 117.
 - [6]刘美锭,李开平,李殿宁.论臀部结筋病灶点与臀肌筋膜疼痛症的治疗[J].辽宁中医药大学学报, 2014, 16 (5): 115-116.
 - [7]瞿波,傅平,田祥元.医用三氧大自血疗法联合中药熏蒸治疗类风湿关节炎患者的效果[J].医疗装备, 2019, 32 (14): 113-114.
 - [8]吴潇.局部联合穴位臭氧水注射治疗纤维肌痛综合征临床疗效观察[J].实用中西医结合临床, 2021, (02): 80-82.
 - [9]李素荣,陈翠琴,卜少卿等.免疫三氧自体血回输联合超声引导三氧椎旁注射治疗带状疱疹后神经痛疗效观察[J].河北医药, 2018, 40 (6): 886-889.
 - [10]Wang CJ. Extracorporeal shockwave therapy in musculoskeletal disorders. J Orthop Surg Res 2012; 7: 11.
 - [11]Han NH, Liu MY, Chu HZ, et al. Meta-analysis of the clinical effect of extracorporeal shock wave therapy in the treatment of scapulohumeral periarthritis. Article in Chinese. Int J Lab Med. 2020; 41 (12): 1412-1417.
 - [12]Mariotto S, de Prati AC, Cavalieri E, Amelio E, Marlinghaus E, Suzuki H. Extracorporeal shock wave therapy in inflammatory diseases: molecular mechanism that triggers anti-inflammatory action. Curr Med Chem. 2009; 16: 2366-2372.
- 基金项目: 贵州省中医药管理局中医药、民族医药科学技术研究课题 (QZY-2021-032)。
- 作者简介: 曾艳 (1996—), 女, 在读硕士, 主要研究方向为临床疼痛诊疗方法。
- *通信作者: 种朋贵 (1980—), 男, 副主任医师, 主要研究方向为临床麻醉疼痛诊疗。

傅氏加味补中益气汤治疗多囊卵巢综合征的临床应用

符诗云¹ 王琪² 通讯作者

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

摘要: 多囊卵巢综合征是妇科常见的内分泌紊乱性疾病, 其发病率居高不下, 严重困扰着广大育龄期女性。加味补中益气汤为傅青主治疗“肥胖不孕”的经典名方, 因肥胖不孕与多囊卵巢综合征的临床表现颇有相似之处, 故现代多用于多囊卵巢综合征的治疗。现根据加味补中益气汤中各个药物的现代药理学研究, 阐述其治疗多囊卵巢综合征的机制, 为临床用药提供一定的理论依据。

关键词: 多囊卵巢综合征; 加味补中益气汤; 药理研究; 临床疗效

多囊卵巢综合征 (polycystic ovary syndrome, PCOS) 是妇科常见的内分泌疾病之一, 主要以稀发排卵、高雄激素血症和卵巢多囊样改变为基本特征, 大多伴有胰岛素抵抗和肥胖, 远期有发展为代谢性综合征、心血管疾病和子宫内膜癌的风险。一项流行病学研究显示我国育龄期妇女 PCOS 的发病率约为 5.6%^[1], 由于现代超声和实验室检测技术的不断发展, 本病的发病率可能远高于此。我国古籍中并无此病的记载, 根据其临床症状可归属于中医学“月经后期”、“闭经”、“不孕”、“崩漏”等病。傅青主乃我国清朝著名医家, 一生所著医书众多, 其中《傅青主女科》系统地阐述了经、带、胎、产相关妇科疾病, 对后世妇科的发展影响深远, 具有极高的临床实用价值, 至今仍是临床医师研究的热点。现从加味补中益气汤中各个药物的现代药理学研究入手, 阐述其治疗多囊卵巢综合征的机制, 为临床用药提供理论依据。

1、加味补中益气汤的来源

加味补中益气汤源于《傅青主女科·种子篇》, 为治疗肥胖不孕的经典名方。傅氏提出“妇人身体肥胖, 痰涎甚多, 不能受孕者。人以为气虚之故, 谁知是湿盛之故乎”。在治疗上认为“必须以泄水化痰为主, 然泄水化痰, 而不急补脾胃之气, 则阳气不旺, 湿痰不去, 人先病矣”。方选加味补中益气汤以提升脾之阳气, 促进脾的运化, 使水湿得运, 同时削减肥胖, 易于摄精受孕。

2. 加味补中益气汤的组方要义

本方由补中益气汤与二陈汤化裁而来, 方中人参、黄芪、白术补气健脾, 助脾运化, 以资气血生化之源; 其气既虚, 营血易亏, 故用当归补血养血, 使所补之气有所依; 升麻、柴胡提升脾之阳气; 半夏燥湿化痰, 脾为生痰之源, 茯苓甘淡渗湿健脾, 以治生痰之源, 二者配伍燥湿渗湿则不生痰; 陈皮理气健脾, 燥湿化痰, 乃“治痰先治气, 气顺则痰消”之意, 全方共奏益气升阳, 运脾化湿之效。

3. 加味补中益气汤中各个药物治疗多囊卵巢综合征的药理学研究

3.1 人参

人参, 味甘、微苦、微温, 归脾、肺、心、肾经, 功善大补元气、补脾益肺、生津养血等。主要的化学成分有人参皂苷、多糖、挥发油、氨基酸和有机酸等, 具有抗休克、促消化、促造血、抗心脑血管缺血和调节免疫等作用。刘瑶^[2]发现人参主要的有效成分人参皂苷能显著改善糖耐量和胰岛素抵抗, 并且抑制肝脏糖异生、减少脂质的积累进而改善血脂异常。冯立等人^[3]发现人参多糖能促进小鼠卵母细胞成熟, 增加低温应激小鼠颗粒细胞蛋白的合成。

3.2 黄芪

黄芪, 初载于《神农本草经》, 味甘, 微温, 归脾、肺经, 善于补气升阳、益气固表、利水消肿和生津养血等。现代药理学研究显示黄芪主要含皂苷类成分、黄酮类成分、多糖等, 有使细胞生长旺盛、促进并保护造血功能、调节血压、抗炎、降血糖血脂、增强免疫等作用^[4]。李艳青等人^[5]发现高剂量黄芪甲苷能显著降低多囊卵巢综合征大鼠体内雄激素、促黄体生成素的含量, 并且明显升高雌二醇及卵泡刺激素的含量, 同时减少卵

巢多囊样、降低卵巢指数。亦有研究发现高剂量黄芪有提高排卵障碍性大鼠体内 AMH 的作用^[6]。毛竹君等^[7]研究发现黄芪多糖小檗碱能显著促进 IR-INS-1 细胞的胰岛素的分泌, 增加 IRS1 mRNA 水平及其蛋白的表达进而改善胰岛素抵抗。此外, 黄芪多糖能抑制 PCOS 患者卵巢颗粒细胞体外培养中的睾酮分泌, 降低睾酮分泌水平^[8]。

3.3 柴胡

柴胡, 为伞形科植物柴胡或狭叶柴胡的干燥根, 味辛、苦, 微寒, 归肝、胆、肺经, 有疏散退热、疏肝解郁、升举阳气的作用。《本草经解》中提出柴胡具有“久服清气上行, 则阳气日强”的作用。现代药理学研究显示柴胡具有抗癌、抗抑郁、抗炎、保护心脏、保护肝脏、保护肾脏等作用^[9]。刘晓春等人^[10]的研究显示柴胡皂苷 A 能改善非酒精性脂肪肝小鼠的胰岛素抵抗。柴胡总皂苷具有降低高脂模型 SD 大鼠的血脂中总胆固醇、三酰甘油、高密度脂蛋白胆固醇和低密度脂蛋白胆固醇的作用, 这可能与柴胡总皂苷能降低 MDA 含量、升高 SOD、t-PA 含量, 并下调肝脏中 HMGCR 和 ACC 的 mRNA 表达量相关^[11]。

3.4 当归

当归, 味甘、辛, 温, 归肝、心、脾经, 《雷公炮制药性论》曰: “当归, 血药也, 心主血, 肝藏血、脾裹血, 故均入之”。功专补血活血、调经止痛、润肠通便。主要含苯酞类、酚酸及其衍生物类、多糖类、黄酮类、生物碱类等多种成分, 有改善微循环、抗血栓、抗肿瘤、脑保护、降血糖、肝保护、抗炎、调节免疫等药理作用^[12]。有研究发现当归对子宫平滑肌具有双向调节作用, 既可以抑制子宫平滑肌的痉挛, 又具有一定的兴奋作用^[13]。陈琼等人^[14]研究发现黄芪总皂苷、当归挥发油对小鼠的脂质代谢有一定的调节作用, 主要表现为降低小鼠血清及肝脏总胆固醇 (TC)、甘油三酯 (TG) 的含量。

3.5 白术

白术, 味甘、苦, 温, 入脾、胃经。有补气健脾、燥湿利水、止汗、安胎之功效。目前研究发现白术的化学成分主要为挥发油、内酯及多糖, 具有多种药理活性, 包括保肝、调节胃肠运动、抗炎性反应、抗肿瘤、调节免疫系统、降血糖、调节免疫代谢等^[15]。苏祖清等人^[16]的研究发现白术挥发油能明显降低代谢综合征大鼠血清中空腹血糖、空腹胰岛素、甘油三酯、总胆固醇和低密度脂蛋白胆固醇水平, 提高胰岛素敏感性和高密度脂蛋白胆固醇含量。

3.6 升麻

升麻, 为大三叶升麻、兴安升麻或升麻的干燥根茎, 味辛、微甘, 微寒, 归肺、脾、胃、大肠经, 效于发表透疹、清热解毒和升举阳气。升麻化学成分复杂, 主要成分为三萜皂苷类化合物、酚酸类物质、色原酮和挥发油类等, 有镇痛消炎、抗病毒、抗肿瘤、调节免疫、抗骨质疏松以及调节神经-内分泌功能紊乱等作用^[17]。袁静静^[18]发现升麻能通过促进脂肪组织脂解和棕脂化, 并提高机体能量消耗进而明显降低高脂饮食小鼠体重, 并改善肥胖相关的胰岛素抵抗、脂肪肝和高血脂等代谢综合征, 其中发挥主要作用的活性物质为升麻乙酸乙酯萃取物。

3.7 陈皮

陈皮, 味苦、辛, 温, 归脾、肺经, 有理气健脾、燥湿化痰的作用, 在药用和食用方面都具有较高的价值。陈皮主要含挥发油、黄酮及黄酮类成分, 具有抗氧化及去除自由基、祛痰、促消化、抑制平滑肌收缩、抗肿瘤等作用^[1]。冯孔龙^[2]发现陈皮中分离纯化的七甲氧基黄酮、川陈皮素和橘皮素有降血脂的功效, 能有效预防高脂膳食大鼠肥胖, 尤以七甲氧基黄酮效果最佳。

3.8 茯苓

茯苓, 是多孔菌科真菌茯苓的干燥菌核, 味甘、淡, 平, 入心、脾、胃经, 功效利水渗湿、健脾、宁心安神。茯苓的主要化学成分分为三萜类和多糖, 药理作用包括利尿、抗血小板聚集、镇静催眠、调节免疫、调血糖、降血脂等^[3]。张叶苗等人^[4]发现茯苓复合提取物能有效调节脂代谢紊乱, 有抗氧化的作用, 并可明显改善胰岛素抵抗。符贤佩^[5]的研究发现茯苓酸可以改善 PCOS 小鼠胰岛素抵抗, 抑制炎症, 从而抑制颗粒细胞的损伤及卵母细胞氧化及凋亡, 间接提高多囊卵巢综合征小鼠卵母细胞质量及后期发育。

3.9 半夏

半夏, 味辛, 温, 归脾、胃、肺经, 有燥湿化痰、降逆止呕和消痞散结的功效。半夏化学成分复杂, 包括生物碱、挥发油、有机酸、氨基酸等, 有镇咳祛痰、抑制胃液分泌、镇吐、促进胆汁分泌、抗肿瘤、降血脂等作用。有研究表明半夏-当归药对之所以能治疗 IR 导致的多囊卵巢综合征患者不孕及早期流产, 可能与半夏及半夏-当归药对中的相关成分能对孕酮受体 PGR 靶点发挥协同增效作用, 进而调节子宫内腔容受性相关。

4. 加味补中益气汤治疗多囊卵巢综合征的临床疗效研究

刘媛等人^[6]在使用二甲双胍的基础上加用傅氏加味补中益气汤治疗脾虚痰湿型多囊卵巢综合征患者, 发现治疗后患者的中医证候总积分、LH 及 T 的含量均明显降低, 小卵泡个数均明显减少, 提示傅氏加味补中益气汤能明显改善多囊卵巢综合征患者的性激素紊乱状态及临床症状。谢佳的研究团队发现加味补中益气汤联合二甲双胍治疗多囊卵巢综合征患者能显著降低患者的 LH、LDL-C、TC、TG、FPG、BMI 和腰臀比, 同时升高患者的 E2、HDL-C 以及增厚患者子宫内膜的厚度, 显示加味补中益气汤能显著降低 PCOS 患者体质量, 有效调节患者的性激素和糖脂代谢水平, 提高子宫内腔容受性。李娟等人的研究发现加味补中益气汤能有效提高 PCOS 患者的妊娠率和排卵日子宫内膜厚度, 降低患者 LH、T、FINS 及 BMI, 提示加味补中益气汤能有效促进多囊卵巢综合征患者的月经周期恢复正常, 调节性激素水平及改善胰岛素抵抗, 进而提高妊娠率。刘艳俊等人治疗脾虚痰湿型多囊卵巢综合征患者时发现加味补中益气汤联合二甲双胍能显著提高患者网膜素-1 的水平, 同时对患者性激素及胰岛素抵抗也有积极的调节作用。杨卓的研究发现加味补中益气汤配合针灸法治疗多囊卵巢综合征患者总有效率达到 94%, 说明此方法治疗 PCOS 的疗效显著, 且无明显不良反应。陈华, 运用加味补中益气汤配合神阙艾灸治疗 22 名多囊卵巢综合征患者, 结果显示基本痊愈 13 例, 有效 8 例, 妊娠 5 例, 总有效率达到 94%, 提示加味补中益气汤配合神阙艾灸治疗 PCOS 患者疗效确切。

5. 小结

加味补中益气汤为傅青主治疗肥胖不孕的经典名方, 全方配伍合理, 充分体现了傅氏治病求本的学术思想。《傅青主女科》中肥胖不孕与多囊卵巢综合征的临床表现颇有相似之处, 故现代多用于多囊卵巢综合征的治疗。现代研究显示加味补中益气汤及方中各个药物能通过纠正性激素紊乱状态、调节糖脂代谢、改善胰岛素抵抗等作用对治疗多囊卵巢综合征有较好的疗效, 值得临床进一步推广应用。

参考文献:

- [1] Rong Li, Qiufang Zhang, Dongzi Yang, et al. Prevalence of polycystic ovary syndrome in women in China: A Large Community-Based Study [J]. Hum Reprod, 2013, 7: 1-8.
- [2] 刘瑶. 人参皂苷 Rk3/Rh4 降糖作用及机制研究[D]. 西北大学, 2021.
- [3] 冯立, 褚征, 孙艳, 等. 人参多糖对低温应激大鼠颗粒细胞与卵母细胞的调节[J]. 中国微生态学杂志, 2007 (03): 256-258.
- [4] 马艳春, 胡建辉, 吴文轩, 等. 黄芪化学成分及药理作用研究进展[J]. 中医药学报, 2022, 50 (04): 92-95.
- [5] 刘颖, 张金莲, 邓亚玲, 等. 黄芪多糖提取、分离纯化及其药理作用研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36 (10): 6035-6038.
- [6] 李艳青, 赵方, 傅金英, 等. 黄芪甲苷对多囊卵巢综合征大鼠性激素水平及氧化应激损伤的影响[J]. 中国病理生理杂志, 2020, 36 (12): 2244-2250.
- [7] 杨亚南, 吴献群. 不同剂量黄芪对排卵障碍大鼠卵巢功能的影响[J]. 湖北中医药大学学报, 2018, 20 (05): 14-17.
- [8] 毛竹君, 寿旦, 柴可夫. 黄芪多糖小檗碱下调 IR-INS-1 细胞 miR-126-3p 改善胰岛素抵抗[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32 (07): 2961-2965.
- [9] 张雅娟, 桑敏, 张洪秀, 等. 黄芪多糖对体外培养多囊卵巢综合征患者卵巢颗粒细胞雄激素分泌异常的影响[J]. 中国医师杂志, 2011 (12): 1607-1610.
- [10] 李月阳, 雷根平, 董盛, 等. 柴胡的现代药理作用研究进展[J]. 海南医学院学报: 1-15.
- [11] 刘晓春, 吴佳健, 张微, 等. 柴胡皂苷 A 改善胰岛素抵抗对高脂诱导非酒精性脂肪肝小鼠的影响[J]. 中国临床药理学杂志, 2020, 36 (07): 772-774.
- [12] 王少平, 于盈盈, 宋晓光, 等. 柴胡总皂苷降脂作用及机制研究[J]. 中国新药杂志, 2020, 29 (04): 437-442.
- [13] 吕成龙, 李会会, 史永洁, 等. 中药当归现代研究进展及其质量标志物的预测分析[J]. 中国中药杂志: 1-22.
- [14] 马艳春, 吴文轩, 胡建辉, 等. 当归的化学成分及药理作用研究进展[J]. 中医药学报, 2022, 50 (01): 111-114.
- [15] 陈琼, 黄水清. 黄芪总皂苷、当归挥发油对动脉粥样硬化 ApoE^{-/-}小鼠脂代谢的影响[J]. 中药新药与临床药理, 2021, 32 (06): 791-798.
- [16] 左军, 张金龙, 胡晓阳. 白术化学成分及现代药理作用研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2021, 23 (10): 6-9.
- [17] 苏祖清, 曹科学, 孙朝跃, 等. 白术挥发油对代谢综合征大鼠糖脂代谢的影响[J]. 亚太传统医药, 2018, 14 (10): 4-7.
- [18] 孙慧娟, 朱鏐变, 王宪波, 等. 升麻的研究进展[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27 (05): 837-840+849.
- [19] 袁静静. 升麻提取物改善小鼠饮食诱导肥胖及相关代谢疾病的作用机制研究[D]. 合肥工业大学, 2019.
- [20] 梅全喜, 林慧, 宋叶, 等. 广陈皮的药理作用与临床研究进展[J]. 中国医院用药评价与分析, 2019, 19 (08): 899-902.
- [21] 冯孔龙. 多甲氧基黄酮及陈皮油降脂减肥作用研究[D]. 华南农业大学, 2018.
- [22] 邓桃妹, 彭代银, 俞年军, 等. 茯苓化学成分和药理作用研究进展及质量标志物的预测分析[J]. 中草药, 2020, 51 (10): 2703-2717.
- [23] 张叶苗. 茯苓复合提取物对 2 型糖尿病大鼠血糖和血脂水平的影响[D]. 吉林大学, 2020.
- [24] 符贤佩. 茯苓酸改善 PCOS 小鼠卵母细胞损伤的作用研究[D]. 厦门大学, 2018.

周洵教授运用参苓白术散加减治疗肺胀病验案一则

韩黄阳 周洵

贵州中医药大学 贵州贵阳 550002

摘要：周洵教授从事肺病临床、科研、教学 20 余载，重视方药配伍、药物用量及适当化裁，临床疗效显著，具有丰富的临床经验。此文介绍周洵教授运用参苓白术散加减治疗肺胀病一则验案，在充分阐述肺胀病病因病机、参苓白术散方义及化裁用药的基础上，全面总结周洵主任医师临床运用此经方的经验。

关键词：肺胀病；参苓白术散；周洵

《素问·大奇论》说：“肺之壅，喘而两胠满”。《灵枢·胀论》说：“肺胀者，虚满而喘咳。”由此可知，肺胀病的病机在于虚，主要临床表现为咳嗽、咯痰、喘息、胸满等症。后世医家对肺胀病的认识更加深入，《诸病源候论》提出：“肺虚为微寒所伤，则咳嗽。嗽则气还于肺间，则肺胀；肺胀则气逆。而肺本虚，气为不足，复为邪所乘，壅痞不能宣畅，故咳逆短气也”。可见久病肺虚是肺胀的主要病因^[1]。肺胀病的病理性质多数为标实本虚，但临床有偏实偏虚的不同，因此治疗选方加减等也应深思，各种病机因素相兼为患者，又当数法同用，正确的辨证施治在肺胀病的治疗中尤为重要。

参苓白术散出自《太平惠民和剂局方》，书中对其主治进行了表述，“治脾胃虚弱，饮食不进，多困少力，中满痞噎，心忪气喘，呕吐泄泻及伤寒咳嗽”。同时点出“此药中和不热，久服养气育神，醒脾悦色，顺正辟邪”。其是方剂学中补气剂的经方之一^[2]。故此，在肺胀病-肺脾气虚证的治疗中，参苓白术散的运用应予以重视。

周师从事中医内科学临床 20 余载，尤其擅长肺系疾病的诊治，对肺胀病的治疗颇有心得，对素体本虚、湿邪伤人等有独特认识。周师在辨肺胀病标本虚实的基础上，同时辨脏腑阴阳，有侧重的遣药组方，对肺胀病有着独到的见解。笔者有幸随师临证，抄录方药，收获颇丰，在此总结如下，以供同道参考。

1 病因病机

1.1 本虚：肺、脾、肾虚损

肺胀病多因久病，如咳嗽、哮喘等证，以及长期吸烟、感受外邪等，而致肺脏虚损，呼吸出入不利，肺叶胀满，宣降失司，从而发生胸部满闷、喘息气促、痰涎壅盛等症^[3]。本病病变部位早期在肺，继而影响脾、肾，最后甚危及于心。《素问遗篇·刺法论》言“正气存内，邪不可干”。肺为娇脏，有“华盖”之称，居于诸脏之上，为清虚之体，外合皮毛，开窍于鼻，与天气相通，故外邪来犯时首先犯肺，导致肺气宣降不利，上逆则咳，升降失常则喘，久病则肺虚不能主气^[4]。《素问·经脉别论》言“食气入胃，浊气归心，淫精于脉，脉气流经，经气归于肺，肺朝百脉，输精于皮毛……”肺为脏之长，肺气顺则五脏六腑之气顺，肺气逆，则五脏六腑之气亦逆。肺病迁延不愈，子耗母气，肺脾俱虚，脾失健运，水液停滞于体内，则产生湿浊、痰饮等病变。同时，《脾胃论》言“百病皆有脾胃衰而生也”。脾胃为后天之本，脾虚而运化水谷功能减退，则气血生化不足，正气虚损而生他病^[5]。肺为水之上源，肾为主水之脏，肺为气之主，肾为气之根，二者关系密切。肺失宣肃，水道失于通调，不能下输于肾，可致水肿；金能生水，肺阴可养肾阴，肺肾之间阴液可互相滋养。然肺阴虚损，久则必损肾阴，而肾阴虚衰，亦可致肺阴虚，最终形成肺肾阴虚的局面。因此，肺脾肾三脏贯穿肺胀疾病发展全过程，早期表现以肺虚为主，中期以肺脾气虚为主，后期损及肾脏，三脏功能受损，气失宣降、水液代谢失常，痰瘀互结而致肺胀发生。

1.2 标实：痰浊、水饮、血瘀

《证治汇补·痰证》中言“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”。在肺胀病发展的早期，肺气虚弱，肺失宣发，津液不能及时布散而停留于局部，停于肺则为痰饮；中期肺病及脾，脾脏运化失司，水液代谢障碍，多余的水液停留于局部则成痰饮、湿浊等^[6]。而疾病后期，损及于肾，肾的气化功能

失常，则人体水液代谢失衡，故有“肾为生痰之本”之说。周师认为痰浊、水饮的形成均与肺脾肾三脏虚损密不可分：肺虚不能化津，脾虚不能转输，肾虚不能蒸化，则致痰饮潴留，喘咳愈甚。而瘀血的产生，主要因痰浊闭阻经脉，血气不通则瘀，又因肺主百脉，肺气虚则助心行血功能减退，可导致心血瘀阻。痰浊、水饮、血瘀三者之间相互影响：瘀血与痰浊常常并见，痰浊内阻则气滞血瘀；瘀血阻碍气道，气机不畅，则水液不能气化而成痰浊；痰从寒化而成饮，饮溢肌表而成水^[7]。

2 临床施治

2.1 急时治标，平时治本

肺胀患者多在疾病急性发作时就医，标实者，以外邪、痰浊、水饮、瘀血为主，本着中医治疗的原则“急则治其标，缓则治其本”。肺胀治标，务必祛邪宣肺、清肺化痰（饮）、温阳利水等。更有甚者，疾病发展危急，心阳虚衰，出现喘脱症状者，或阴损及阳，出现肢冷、脉微弱等元阳虚脱者，或肝肾阴虚，肝火夹痰上扰，肝风内动而致抽搐者，应予开窍、息风、回阳等法^[8]。本虚者，当以补肺健脾，益肾纳气为主，或气阴兼调，或阴阳兼顾；虚实夹杂者，应扶正与祛邪并用，根据标本缓急，侧重选用扶正与祛邪。周师在临床治疗肺胀病中，常常根据感邪是偏于标实，还是平素偏于本虚，遵循中医治疗原则，侧重选用扶正与祛邪。

2.2 多种病机因素相兼者，当数法同用

肺胀病早期以痰浊为主，渐而痰瘀并重，后期本虚与标实并重，痰浊、水饮、血瘀错杂为患者，单予补益或化痰等法并不可行。如多数肺胀患者均在冬春季节天气寒冷时发病，患者平素体内有痰饮为患，遇风邪引诱，气挟痰逆上袭于肺脏，此时予“开鬼门”之法，使风邪随汗液排出体外，水液顺势而下，经膀胱排出体外，方选小青龙汤，病则痊。然若患者渴又小便频数时，不可用汗法，此时邪已入内，应另寻他法，祛邪外出。多数肺胀患者多年不愈，症状反复发作，虚实夹杂，辨证复杂，不能一概而论。应正确辨证论治，寻找病因病机，对症下药，可补益与祛邪同用，也可化痰与化瘀同用，找到核心病机是诊治肺胀病的关键。

2.3 合理使用活血化痰疗法

《丹溪心法·咳嗽》篇言“肺胀而咳，或左或右不得眠，此痰挟瘀血碍气而病”。瘀血是肺胀病的主要病理产物之一，痰瘀互结，阻塞气道，肺不敛降，故肺胀的治疗中，祛瘀是不容忽视的治法之一。痰瘀互结阻塞肺络是气血津液失调的继进表现，也是病情逐渐深入的关键节点。覃文慧等通过数据挖掘，统计结果表明在肺胀的治疗中，具有良好活血化痰功效的桃仁、当归、川芎等出现的频次仅次于化痰止咳平喘药^[9]。王念源^[10]通过加用丹参饮治疗慢阻肺急性加重期效果显著，认为运用丹参饮行气活血、化痰止痛之功，对改善胸闷等症疗效颇优。周师认为肺胀病不论久病成瘀，或瘀血为患，在选方加减中，加予活血化痰药可明显提高临床疗效。

3 参苓白术散是临床常用方

参苓白术散（选自《太平惠民和剂局方》）由人参（去芦）、茯苓、白术（炒）、白扁豆（姜汁浸、去皮、微炒）、陈皮、莲子肉（去皮）、甘草（炒）、山药、砂仁、薏苡仁（炒）、桔梗（炒令深黄色）等组成，上述药物研为细末，枣汤调服^[11]。此方是补脾益气，除湿止泄之经典名方，主治脾胃气虚夹湿证、脾肺气虚夹痰湿证，是脾虚夹湿泄泻或脾肺气虚夹痰湿咳嗽的临床常用方。方中人参味甘，微苦，微温，归脾、肺、心、肾经，《本草

纲目》言“人参，治男妇一切虚证、发热、自汗、眩晕、头痛、反胃吐食、痰涎、滑泻久痢、小便频数淋瀝、劳倦内伤、中风、中暑、痿痹、吐血、嗽血、下血、血淋、血崩、胎前产后诸病”。可益肺气，补脾气；白术味甘，苦，温，归脾、胃经，《医学启源》言“除湿益燥，和中益气。其用有九：温中一也，去脾胃中湿二也……”；茯苓淡渗甘补，药性平和，既可祛邪，又可扶正，善渗湿健脾，治水湿为患，可标本兼顾。三者共为君药，起益气健脾，渗湿止泻之功。山药味甘，平，归脾、肺、肾经，《本草正》言“第其气性轻缓，非堪专任，故补脾胃必主参、术”。莲子肉入脾、肾、心经，厚肠胃，强筋骨，补虚损，二者助参、术益气补脾，兼湿肠止泻；白扁豆甘温补脾不滋腻，芳香化湿不燥烈；薏苡仁为淡渗清补之品，利水不伤正，同扁豆补脾不滋腻，二者同为臣药，助参、术健脾助运，除湿止泻。砂仁首载于《药性论》，书中言其“主冷气腹痛，止休息气痢劳损，消化水谷，温暖脾胃”。本品辛香温散，主入脾胃经，起化湿醒脾，行气和胃之功，为佐药。甘草炙用甘温，可益气和，调和诸药，俱为佐使。大枣药力平和，煎汤调药，为补益脾胃辅助用药。《古今医鉴》记载本方时，又加上一味陈皮，借其辛温苦降之性更增本方行气健脾，燥湿和胃之效，并载诸药上行而成培土生金之功。本方以益气健脾与淡渗止泻之品组成，为培土生金的常用方之一，全方虚实并治，甘淡平和，久服诸症自除。其中本方体现“培土生金”的治法，即“补脾益肺”，肺气盛衰取决于脾气之强弱，根据脾肺为土金相生的母子关系，虚则补其母，补脾而达益肺气之功效，从而治疗肺脾气虚证^[12]。

4 医案介绍

杨某，女，85岁。2021年10月27日初诊。

患者反复咳嗽、喘息10余年，加重2天。

初诊：患者10余年前受凉后出现咳嗽、喘息、咯痰等症，每因天气变冷或劳累后间断发作，多次住院治疗，诊断为慢性喘息性支气管炎、肺气肿，行抗感染、止咳平喘等治疗后感症状稍缓解。后多次入院治疗，经相关检查（具体不详）后明确诊断慢性阻塞性肺疾病、慢性肺源性心脏病。既往有30+年吸烟史，现已戒烟20+年。2天前，患者劳累后感染风寒，遂自觉喘息加重，咳嗽，咯痰。遂就诊于我院门诊，现症见：面白无华，气短，喘息，咳嗽咯痰，痰液清稀，乏力，声低懒言，腹部稍胀，双下肢轻度凹陷性水肿，病来神疲，食欲不振，食少，眠差，小便短，大便不成形，稍溏。舌淡，苔白滑，舌下络脉稍迂曲，脉弱。查体：桶状胸，双肺可闻及散在湿啰音。诊断为肺胀（慢性阻塞性肺疾病、慢性肺源性心脏病），肺脾气虚型。该患者为中老年女性，平素体虚，久病咳喘，肺气虚损，宣降失司，气逆于上，故咳嗽、气短；肺气虚，津液失于输布，聚湿成痰，故咯痰，痰液清稀；脾虚不能健运，运化失职，水液不能运化，泛滥肌肤，故见食欲不振，腹胀，便溏，下肢微肿；气虚则脏腑功能活动减弱，故神疲乏力，声低懒言；气为血之帅，气虚则运血无力，血液不能达周身，上荣头面，故见面色无华；舌淡，苔白滑，舌下络脉稍迂曲，脉弱，为气虚夹瘀之征。辨证为久病咳喘，耗伤肺气，子盗母气，影响脾气，痰浊瘀阻，治宜补肺健脾益气，活血化瘀，方拟参苓白术散加味，处方：

人参12g，白术12g，白茯苓12g，山药12g，莲子肉6g，白扁豆9g，薏苡仁6g，砂仁6g，桔梗6g，苏子6g，杏仁6g，百部6g，丹参12g，炙甘草12g。14剂，加大枣3枚，水煎服，日一剂，分三次用。

复诊：服药14剂后，气短、喘息、咯痰明显减轻，自觉乏力好转，纳食进步，二便较前尚调。周师原方去苏子、杏仁、百部，予经方参苓白术散加丹参长期服，巩固疗效，续服14付。后电话随访，患者诉上症未再反复。

按语：哮喘为肺部之疾患，喘病日久，则致肺虚，痰瘀互结，肺气失宣，肺部胀满而成肺胀。肺气贯百脉而通他脏，随疾病进展而累及心脾肾。根据五行相生理论，肺为脾之子，肺虚累及于脾，子盗母气，故脾失健运，脾肺均损，肺脏不能输布津液，脾脏不能运化，津液不化故成痰浊；气虚则脏腑功能减退，机体防御功能减弱，故本案患者素体虚，然患者遇外邪后内外相引，更加郁闭肺气，损伤肺脏，诱发本病。患者既往因病发反复入院治疗，而反复感受外邪诱发病，是病情日益加剧的重要原因。周师

以补肺健脾为法，方选参苓白术散加味，本方益气补脾与除湿止泻并用，则虚实并用；健脾佐以宣肺，则培土生金；补气兼以行气，则补而不滞。

《冯氏锦囊·杂症》中言“脾胃属土，土为万物之母。东垣曰：脾胃虚则百病生，调理中州，其首务也。脾悦甘，故用人参、甘草、苡仁；不喜燥，故用白术、茯苓；脾喜香，故用砂仁；心生脾故用莲肉，益心，土恶水，故用山药治肾；桔梗入肺，能升能降，所以通天气，于地道而无痞塞之忧也。”方中人参、白术、茯苓、甘草补气健脾；山药、扁豆、莲肉补脾渗湿；砂仁醒脾；桔梗升清，宣肺利气，用以载药上行；配伍苏子、百部杏仁以降逆、宣肺、润肺；患者久病入络，见舌下络脉迂曲，需加丹参以活血化瘀。本案较好的运用了“治标顾本”的原则，除“培土生金”外，对肺胀久病者灵活运用活血化瘀疗法，而使患者病情未在反复。

5 结语

历代医家对参苓白术散方证的认识各有千秋，各大家从不同的角度解释阐述其方证病机，但对于运用参苓白术散治疗肺胀病的认识不外乎健脾益肺。周洵主任医师认为，临床应辨证施治，通过望闻问切四诊合参，探求不同肺胀病患者的病因、病机、病性、病位等。发挥各家学说之特点，灵活运用参苓白术散治疗肺胀病。根据病人不同的症状，在守经方之原貌的基础上适度化裁，对症施治，同时兼顾肺胀病疾病特点，根据气血阴阳的虚损灵活配伍。所举医案中患者辨为肺胀病-肺脾气虚夹瘀证，予参苓白术散加味健脾益肺化瘀治疗后，患者感症状明显改善，此医案治疗有效。周师认为肺胀病发病关键因素为肺脾肾三脏虚损，核心病机为痰浊、水饮、瘀血，其发展过程各因素错杂为患，故在诊疗过程中，应当充分体现“整体观念，辨证论治”。临床审治中要不拘泥于一格，在辨清证候，申明病因、病机之后，有针对性的采取治疗方案。周师明晰参苓白术散之内涵，结合肺胀病疾病特点，重视方药配伍、药物用量及适当化裁，临床疗效显著，其丰富临床经验值得进一步研究，并作为临床借鉴。

参考文献：

- [1]陈宪海,陈召华,周钦荣.《诸病源候论》论治肺胀特色及对现代临床的启示[J].中华中医药学刊,2010(3):3.
- [2]卢广英,邢训颜,王嘉昀,王媛,马柯,王世军.经典名方参苓白术散的研究进展及质量标志物的预测分析[J/OL].中国中药杂志:1-13[2022-04-30].
- [3]王雪慧,陈叶,张悦,乔羽.刘建秋基于象思维理论治疗痰热郁肺兼气虚血瘀型肺胀的经验撷菁[J].辽宁中医杂志:1-9.
- [4]刘浩,曲妮妮.从经典论肺胀从五脏论治[J].辽宁中医药大学学报,2012,14(04):112-113.
- [5]马丽佳,徐洪洁,曲妮妮.从脾胃论治肺胀[J].中华中医药学刊,2013,31(9):3.
- [6]郭璐璐,王济梅,董晓云.王有奎治疗肺胀经验浅谈[J].中医药导报,2017,23(4):3.
- [7]张罗丹,王洋教授从“痰瘀”论治慢性阻塞性肺疾病[J].实用中西医结合临床,2015(9):3.
- [8]赵丽萍,武慧强.宋一亭教授治疗肺心病临床经验[J].陕西中医,2020,41(10):3.
- [9]覃文慧,杨柯,黄思诗,等.中医治疗肺胀用药规律的文献研究[J].中国实验方剂学杂志,2013,19(019):341-344.
- [10]王念源.活血化瘀法治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期2例体会[J].中国实用医药,2017,12(5):3.
- [11]宋采秋,马贤德,束沛,刘昱麟,曲妮妮.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(02):207-210.
- [12]夏慧敏,陈志祥,张华.张华运用参苓白术散加减治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期经验介绍[J].中国医药科学,2021,11(23):108-111.

作者简介：韩黄阳（1996.10—），男，布依族，贵州省安顺市人，学生，医学硕士，单位：贵州中医药大学，专业：中西医结合临床，研究方向：呼吸系统疾病防治，邮编550000。

李秀军教授治疗原发性血小板增多症经验

蒙丽仙¹ 李秀军² 通讯作者 宋娟² 张雨凝²

1. 贵州中医药大学 贵州贵阳 550002; 贵州中医药大学第二附属医院 贵州贵阳 550001

摘要: 迄今为止, 原发性血小板增多症尚无从根本上治理的方法, 李秀军教授在中西医结合治疗该病方面具有丰硕的理论和充足的临床经验, 笔者从指导思想和治疗要点等方面对其经验进行整理、总结, 认为坚持中西医结合方向, 应当以辨证论治为前提, 选用个体化治疗是其关键的临床思路和方法。

关键词: 原发性血小板增多症; 临床经验; 李秀军

原发性血小板增多症(essential thrombocythemia, ET)是病变侵及巨核细胞系的一类骨髓增殖性肿瘤, 临床症状多为网状青斑、晕厥、头痛、非典型胸痛、头晕目眩、肢端感觉异常等, 部分病人可伴有肝脾脏器肿大, 鲜明特征为外周血血小板水平明显逐渐增多且相关功能异常, 骨髓中巨核细胞盲目增殖, 伴有出血及血栓形成, 脾常肿大。目前该病尚无根治方法, 多次出血或血栓形成的患者, 临床转归较差, 是本病主要致死因素。参照近年流行病学相关研究显示, ET 的患者人群呈明显的上升趋势, 但因其临床表现尤为隐匿, 症状、体征特异性差, 现阶段仍缺乏充分重视, 易出现漏诊误治, 导致该病继续进展, 出现严重并发症, 更有甚者危及生命。目前国内外缺乏治疗该病的特异性药物, 治疗进展比较缓慢。西医药物治疗上目前主要采用抗血小板药物例如羟基脲、干扰素等以改善相关症状、避免血栓形成和出血为主要治疗目的, 以降低恶性转化风险, 改善患者的生活质量。但患者往往不能耐受, 停药后极容易复发, 而分子靶向药物费用昂贵, 目前尚未大范围应用。中医药治疗原发性血小板增多症优势明显, 中药具有高效、资源丰富、作用靶点广泛、毒副作用小等优点, 中西医结合能将西医见效快和中医辨证论治相结合, 标本兼治, 是目前研究的重点所在。

1. 中医对原发性血小板增多症的认识

我国古代医书无明确直接对于 ET 的相关论述, 而在有的书籍, 有与此类病症相关的疾病的书面描述。根据对发病率的大体分析, 以及对传统医学的学习与认识, 本病与“血症”、“虚劳”、“脉证”等疾病的临床症候表现有相通之处, 所以, 近代医学工作者将 ET 归属于“血实”、“微积”等范畴, 病位多在髓及血脉^[1]。中医诸多大家认为 ET 的发病机制多为毒邪瘀滞、内外合邪。根据疾病的病因病机学方面来剖析, 大多为先天不足、后天失养引起的, 而外因多为外感六淫, 治疗多以活血化瘀为主要治则, 根据个体差异及疾病发展不同的阶段, 精确地辨证论治, 包括七情、饮食不节、劳倦失度等, 最终致脉络瘀阻, 病性有虚有实, 主要是以血瘀实证为主。故临床治疗后, 在活血化瘀的基础上配以扶正温里、益气养血等药物治疗^[1]。在维持原有西药羟基脲治疗基础上, 根据中医辨证给予益气活血解毒中药治疗:

1.1 中医辨证论治

1.1.1 气滞血瘀

主证: 头痛、头晕、肝气不舒, 烦躁易怒, 时感胁痛, 偶感颈项拘急不舒, 或胁下痞块, 面色晦暗少华, 口唇、爪甲紫暗, 舌质暗, 可见瘀点、瘀斑, 脉弦。

1.1.2 寒凝血瘀

主证: 乏力, 畏寒肢冷, 手足冰凉, 时感疼痛不适, 遇寒则甚, 得热则减, 舌质暗红或暗紫, 脉沉迟或细数。

1.1.3 正虚血瘀

主证: 神疲乏力, 潮烦, 头晕耳鸣, 腰膝酸软, 可见皮肤紫斑, 鼻衄, 齿衄, 大便干结, 舌质红, 少苔, 舌可见瘀斑或瘀点, 脉细数。

1.1.4 邪热温毒致瘀

主证: 壮热烦渴, 口舌干燥, 渴喜凉饮, 或可见鼻衄、肌衄、齿衄、吐血及便血等出血症状, 也可见肝、脾、淋巴结肿大, 舌质红或绛, 苔黄, 欠津, 或见瘀斑、瘀点, 脉数。

2. 李教授对原发性血小板增多症的看法

关于原发性血小板增多症, 李教授认为气血虚为其病机之根本, 血瘀为其病理产物, 二者贯彻疾病始终。起病核心是气血亏虚, 同样也是触发疾病的始动因素。这就是古代医家总结的: “正气存内, 邪不可干。邪之所凑, 其气必虚”, 年老体衰正气亏, 气虚营卫失守, 五淫六邪侵及机体, 浸淫于内。气虚日久, 可诱发气机升降失调, 气郁、气滞由此而生, 因虚致郁, 气郁久不畅, 又可郁而化热, 久则化热、化火。此类病患中老年患病最为常见, 女子七七, 男子八八, 正气渐亏, 对外抵御外邪无力, 不能完全驱邪外出; 在内则生长收藏无力, 气机运行不畅, 或化热、化火, 久则亦可生痰、生湿、致瘀, 病久化生诸邪, 而致痰湿、瘀血, 火邪诸邪内生。内邪无以驱, 外邪无以御, 内外合邪, 触发本病。瘀血是这类疾病病程中的病理产物, 瘀血日久阻滞经脉, 血行受阻, 血不循经而出血为本病的机理。这就决定了活血化瘀在治疗此类病过程中的必要性及重要性。归纳大批 ET 病人, 从年龄分段、疾病分期、脏器功能水平、危险分层等层面综合分析后制定的相应的治疗方案。李教授根据每位患者的不同情况综合分析后进行个体化的治疗, 主要包括在药物种类的选择、剂量配伍、服用方法、配制等层面均呈现出较大的敏捷性, 并取得鲜明的临床治疗结果。笔者认为, 这首先要在于其丰富的从医经验及丰沛的理论根基。治疗上多以中西医结合为主, 李教授二十余年行业经验临证分析发现, 原发性血小板增多症病人多以气血虚为根本, 综合多数 ET 患者病症, 其临床病机主要为血瘀阻滞导致的一系列症状, 常见为: 肢软乏力、面色淡暗无华, 皮肤紫斑、口唇、爪甲紫暗, 甚者肋下可触及痞块, 舌质暗, 可见瘀点、瘀斑, 脉细。因此, 以凉血热, 化瘀血兼以补益气血为主要治疗大法。

中西医结合 西医在调控血小板数量上有相对的优势, 而中医在减轻临床症状和预后方面有专长, 综上所述中西医结合能够取长补短, 相互映衬, 经验总结得出, 中西医结合能够实现提效、减毒的目的, 是目前治疗 ET 可选择的不错方案。一方面, 中医、西医协同提效, 对于较高数量的血小板、或者出现血栓或出血隐患的病员, 西医可应用降细胞用药可以达到显而易见的效果, 例如: 血小板单采术、羟基脲或者高三尖杉酯碱, 并且在使用降细胞用药的基础上使用活血化瘀中药治疗, 不光能够减少血小板数量, 同样也可提升血小板功能, 最终达到减轻血栓和出血的不适症状。经过多轮积极有效治疗后, 中药不仅能使西药减量甚至有可能达到停药, 使疾病稳定在平台期。再者, 中医药可减轻西药不良反应。

3. 现代药理学中药单味药相关研究

莫琼等^[2] 总结得出牡丹皮、赤芍均含有不同程度增加血小板内皮型一氧化氮合酶、磷酸化的内皮型一氧化氮合酶蛋白表达水平、减少血小板黏附率、调节凝血系统、血液流变性。相关数据^[3] 归纳出, 水蛭拥有明显的抗血栓、溶血栓功用。这些药物可以起到增强抗栓、溶栓、凝血功能作用, 且可以缓解病人不适症状。红花等活血化瘀类药材中的糖类、萜类、

甾体、黄酮成分含有能遏制血小板聚集, 抗血栓形成, 缓解局部微循环。郁金的提取物通过减少 TXA₂ 合成遏制血小板功能亢进。川芎的有效成分川芎生物碱能遏制血栓形成和血小板聚集, 调低血液黏稠度^[4]。黄芪、白术等补气类药可大幅提升单核巨噬细胞系统和白细胞的吞噬功能。三棱^[5]: 主治癥瘕积聚, 心腹痹痛、经闭等诸证。当代研究显示三棱水化物能大大提高凝血酶对纤维蛋白的凝聚时长; 水煎剂不仅能极大的遏制血小板聚集, 达到降低全血粘度的功效; 并且能大幅度延长凝血酶作用时间起到抑制人体血栓形成的作用。莪术: 主治癥瘕积聚, 经闭, 心腹痹痛等诸证。二十一世纪药理学研究显示莪术及其提取物有提高免疫力, 细胞毒性(抗癌), 减少血小板聚集, 促使微动脉血流恢复的效用, 其水提液醇对人体血栓形成仍有遏制意义。生地: 关键医治热病阴伤、温毒发斑、吐血者。近代药物化学数据表明生地黄水提液有降糖、降压、减慢心率及抗肿瘤等功能; 其流浸膏有强心、利尿功用; 其乙醇提取物有减短凝血时长, 防治出血的功用; 以生地为主药的传统经方六味地黄丸经当代网络药理学研究得出其有降血压、改善肾效用、抗肿瘤效用。丹皮: 主治温毒发斑, 血热吐诸证。治血中伏火, 除烦热。现代药理研究证实牡丹酸有解热、抗炎、镇痛、抗动脉粥样硬化、增加冠脉血流量及抗血小板聚集的效用。丹参的活性成分关键为丹参酮类和酚酸类化合物。丹参药理活性宽泛, 诊治通常用来治疗心脑血管疾病。二十一世纪药理研究得知丹参还具备防护脏器、抗纤维化、抗菌抗炎、抗肿瘤及免疫调节等作用。有研究者^[6]对何首乌的多种溶剂提取物展开了抗癌活性提炼, 发现其乙酸乙酯部分可抵抗苯并芘的致癌作用, 大幅减少肿瘤的出现。水牛角: 主治血热妄行斑疹、吐、温病高热诸证。治热病昏迷, 麻疹斑疹, 吐血衄血, 血热潮赤; 现代药理学最新研究表明水牛角含有强心、降血压, 及缩短出血时间, 调低毛细血管通透性避免出血的功能。生明没药当代药理学研究指出, 没药具有抗炎, 镇痛及降低血小板粘附性的药用。

4. 中药复方治疗原发性血小板增多症研究

黄志惠^[7]等分析证实, 解毒活血汤协同羟基豚脂可增强原发性血小板增多症临床效果, 并且能够减少血栓形成几率。在西医医治的基础上予自行加减中药汤剂医治 ET 的临床临床效果相较于单纯西医疗法略胜一筹, 李仕能等通过实验研究得出, 凉血解毒, 活血理气方治疗有切实治疗作用, 既能充分降低病人骨髓巨核细胞, 同时也能控制外周血小板计数水平, 在缓解病人临床不适症状, 防范血栓及出血症状产生等层面有一定的作用。其治疗安全可靠, 未出现显著不良反应。皇玲玲等根据临床观察得出, 凉血化瘀方加减在控制原发性血小板增多症病人血小板计数与羟基豚脂片相当, 但在减轻临床症状层面较羟基豚脂片略胜一筹。李魏等调研归纳出, 疏肝化瘀汤协同羟基豚脂治疗高危原发性血小板增多症, 可以充分使血小板计数降低, 减轻临床不适感。血府逐瘀汤协同羟基豚脂医治原发性血小板增多症效果明显, 奏效快, 缓解持续时间长。

5. 典型病案

初诊: 张某, 男, 76 岁, 既往明确诊断为“原发性血小板增多症”, 为寻求中西医结合治疗就诊于我科门诊, 主诉: “反复肢软乏力 7 月, 加重 3 天”。现病史: 患者 7 月前感肢软乏力, 肋下痞块, 面色晦暗少华, 口唇、爪甲紫暗, 舌质暗, 可见瘀点、瘀斑, 偶有心慌, 无胸闷, 无便血、尿血等症, 于当地医院查血常规回示: 血小板计数: 2980*10⁹/L, 于外院经完善骨髓穿刺、骨髓活检等相关检查后明确诊断为“原发性血小板增多症”, 长期予口服“羟基豚脂”降血小板等对症治疗, 近期调整“羟基豚脂”使用剂量后, 病情迁延反复, 遂就诊于李师门诊。症见: 自诉时感肢软乏力, 活动后尤甚, 休息后稍缓解, 偶感心慌、头晕, 腹部胀满不适等, 病来精神欠佳, 纳差, 眠差, 小便调, 大便干, 数日一行, 舌暗, 苔薄白, 脉细涩。查血常规回示: 血小板计数: 1620*10⁹/L, 血小板比积: 0.760%。中医诊断为: 虚劳气血亏虚夹瘀证。中药内服以补气养血活血, 处方: 黄芪 20g、白术 12g、当归 15g、川芎 15g、牛膝 10g、何首乌 10g、赤芍 12g、酸枣

仁 10g、五味子 12g、醋三棱 9g、醋莪术 9g、丹参 10g、莱菔子 20g、姜厚朴 10g、炙甘草 6g、14 剂, 水煎服, 一日一剂; 二周后复诊。

二诊: 患者诉症状较前好转, 仍偶感肢软乏力, 无心慌、头晕, 精神纳眠可, 二便调, 舌淡红, 苔薄白, 脉细涩。复查血常规: 血小板计数: 580*10⁹/L, 中医诊断及辨证同前, 予调整处方为: 黄芪 20g、白术 15g、党参 10g、当归 12g、川芎 15g、牛膝 10g、白芍 12g、何首乌 9g、赤芍 12g、酸枣仁 10g、五味子 12g、炒芥子 9g、醋三棱 9g、醋莪术 9g、丹参 10g、莱菔子 15g、姜厚朴 9g、炙甘草 6g、14 剂, 水煎服, 一日一剂; 二周后复诊。

三诊: 患者诉症状较初诊明显缓解, 活动后偶有肢软乏力, 无心慌、头晕, 精神尚纳眠尚可, 二便调, 舌淡红, 苔薄白, 脉细缓。复查血常规: 血小板计数: 424*10⁹/L, 中医诊断及辨证同前, 予原方七剂, 水煎服, 一日一剂。患者坚持于我院门诊予中药内服治疗, 血小板计数维持在相对稳定、安全的范围, 目前情况良好。

6. 按语

原发性血小板增多其病位在髓, 本质为本虚标实, 虚实夹杂, 与五脏均相关, 主要与肝脾肾三脏密切相关, 缘由患者先天禀赋不足, 又后天调摄失养, 久而气血亏虚, 病久瘀而化热, 热毒伤津耗液, 血液运行不畅, 气滞血瘀, 发为瘀血。患者张某因使用西药治疗停药后病情迁延反复而寻求中医治疗, 李师结合患者病症总结为气血亏虚夹瘀证, 所用方中黄芪、党参、白术补气行血, 当归、五味子补血养阴, 丹参、赤芍凉血散瘀, 炒芥子、醋三棱、醋莪术破血行气、活血化瘀, 莱菔子、姜厚朴降气, 炙甘草调和诸药, 全方共奏补气养血活血散瘀之功。

李师依据多年临床经验, 活灵活用中西医结合治疗 ET 得到较好的临床疗效, 中医药在改善了患者不适症状的同时又让患者的血小板计数稳定在安全的范围内, 也同样避免了相关西药的不良反应, 西药虽然可以较快的降低血小板水平, 但在改善症状方面, 中药略有所长, 彰显了中西医结合治疗该病独特的优势。综上, 中西医结合治疗 ET 效果理想, 具有临床推广价值。

参考文献:

- [1]陈亚勇. 中西医结合治疗原发性血小板增多症的临床疗效[J]. 内蒙古中医药, 2019, 38 (03): 49-50.
 - [2]莫琼, 郝二伟, 覃文慧等. 平性活血化瘀中药物质基础与药理作用的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2020, 26 (01): 205-216.
 - [3]宿玉, 程婧, 刘竹青等. 桂郁金水提物抗血栓作用及其机制研究[J]. 陕西中医药大学学报, 2019, 42 (06): 80-84.
 - [4]蒲忠惠, 代敏, 彭成等. 川芎生物碱的物质基础及药理作用研究进展[J]. 中国药房, 2020, 31 (08): 1020-1024.
 - [5]臧奉娇, 王树庆, 王念德等. 活血通脉颗粒对真性红细胞增多症患者血栓弹力图 K 值的影响[J]. 安徽中医药大学学报, 2017, 36 (2): 22-25.
 - [6]张志国, 吕泰省, 姚庆强. 何首乌的研究进展[J]. 解放军药学报, 2008, (1): 62-65.
 - [7]黄志惠, 吴雪琴, 吴玉霞. 解毒活血汤联合羟基豚脂对原发性血小板增多症患者疗效及外周血中性粒细胞/淋巴细胞比值变化[J]. 微循环学杂志, 2020, 20 (02): 20-23.
- 第一作者: 蒙丽仙 (1993-), 女, 2020 级在读研究生, 研究方向: 中西医结合血液病防治。
- 通讯作者: 李秀军 (1974-), 女, 主任医师, 教授, 硕士研究生导师, 全国优秀中医人才, 主要从事白血病、ET、ITP 等临床治疗工作。
- 基金项目: 科技厅科技攻关项目 (编号: 黔科合 SY 字 (2012) 3098 号)。

曹波教授运用黄芪汤化裁治疗老年气虚型便秘验案举隅

尹丽¹ 曹波^{2*}

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

摘要: 临床上黄芪汤被广泛运用于老年气虚型便秘, 曹波教授古今结合, 以“治病求本”为治疗原则, 以“益气润肠、补益脾肾”为法, 化裁黄芪汤治疗老年气虚型便秘, 每获良效, 值得借鉴。

关键词: 黄芪汤; 老年气虚型便秘; 曹波; 贵州名中医

便秘是老年人的一种常见病、多发病, 而气虚型便秘则是老年便秘的一个主要证型。症见大便干或不干, 虽有便意, 但排出困难, 用力努挣则汗出、短气, 便后乏力, 面白神疲, 肢倦懒言, 舌淡, 苔白, 脉弱。引起便秘的因素有很多, 主要与情志不畅、气机失调、遗传因素、饮食不洁、肠道疾病、服药史、生活习惯等相关。长期便秘可继发多种疾病, 严重影响患者的身心健康及生活质量。吾师曹波教授在临床中运用黄芪汤化裁治疗老年气虚型便秘, 疗效满意, 现将曹波教授的诊治经验介绍如下。

1 病机阐微

曹波教授认为老年便秘发生的关键是肠道传导失常, 病位在大肠, 与脾、胃、肾、肺、肝等脏腑功能失调密切相关。《素问·灵兰秘典论》: “大肠者, 传道之官, 变化出焉”。大肠以通为用, 主传化糟粕, 运化水液, 该功能失常, 则可致大便难。《素问·宝命全形论》曰: “土得木则达。”肝的疏泄功能与胃肠气机的升降密切相关, 故肝失疏泄影响胃的降浊及大肠传导, 进而造成便秘。如《灵枢·杂病》曰: “心痛引小腹满, 上下无常处, 便溲难, 刺足厥阴”。《素问·通评虚实论》曰: “闭塞隔绝, 上下不通, 则暴忧之病也”。明言肝失疏泄造成便秘。《内经》以后, 《难经·第十六难》曰: “假令得肝脉, 其外证: 善洁, 面青, 善怒; 其内证: 脐左有动气, 按之牢若痛; 其病: 四肢满, 闭淋, 溲便难, 转筋。有是者肝也, 无是者非也”。肝失疏泄导致大肠传导失司, 故而导致便秘。《素问·举痛论》云: “热气流于小肠, 肠中痛, 瘕热焦渴, 则坚干不得出, 故痛而闭不通矣”, 则认为热邪内犯可以导致便秘。《褚病源候论·大便难佰勘》曰: “大便难者, 由五脏不调, 阴阳偏有虚实, 谓三焦不和, 则冷热并结故也”, 认为便秘由脏腑不调、三焦不和、冷热并结所致。《灵枢·平人绝谷》有载: “胃满则肠虚, 肠满则胃虚、更虚、更满, 故气得上下”, 明确指出了胃肠的正常生理活动。由此可知若胃肠出现但满而不虚, 则可使气不得上下而导致胃肠结滞不通, 进而出现便秘。《素问》中指出: “肾主水”、“肾主水液”、“肾恶燥”、“肾主五液, 津液盛则大便如常”, 肾通过气化作用, 调节人体水液输布, 气虚则气化不利, 肠道津液运化失常, 则致便秘。《素问·金匱真言论》谓: “北方黑色, 入通于肾, 开窍于二阴, 藏精于肾”“夫肾主五液, 故肾实则津液足, 而大便滋润, 肾虚则津液竭, 而大便燥结”。肾阳亏虚, 温煦无权, 气虚无力推动血液运行, 而致瘀血停留肠道加重便秘。是故患者受到外邪侵袭、情志损伤、饮食不节、年老体衰、病后产后体质虚弱等内外因的影响, 使得人体气机紊乱、脏腑不调, 人体气血亏虚, 阴阳失于平衡, 易导致大便干结, 引起便秘。《素问·厥论》有云: “太阴之厥, 则腹胀满, 后不利”。脾为后天之本, 生气之源, 脾弱土亏, 则气之生化无源, 气虚日久, 阳病及阴, 则气阴不足, 气虚不能推动, 阴虚不能润燥, 则便秘更甚。《石室秘录·大便闭结》指出: “大便闭结者, 人以为大肠燥甚, 谁知

是肺气燥乎? 肺燥则肃肃之气不能下行于大肠”。由此得知肺肃降功能失常亦可导致大便闭结。《素问·痹论》说: “饮食自倍, 肠胃乃伤”。胃与大肠属于腑, 均以通降为用。若饮食过量, 谷停于胃肠, 气滞不运, 容易发生便秘, 如《灵枢·胀论》说: “胃胀者, 腹满, 胃脘痛, 鼻闻焦臭, 妨于食, 大便难”。此类便秘, 以“饱食则痛, 饥则安”(《灵枢·百病始生》)为特征, 临床以老人或小儿饮食不知自节, 食滞肠胃, 热郁大肠, 津液干涸而成便秘者多见。究其病机, 主要是升降失序。《素问·水热穴论》言: “肾为胃之关”。所谓“关”, 包括大肠所主之魄门。如果禀赋柔弱, 肾受寒邪, 肾气不温, 大便不利, 如《灵枢·邪气脏腑病形》说: “肾脉……微急为沉厥奔豚, 足不收, 不得前后”。《灵枢·五邪》言: “邪在肾, ……腹胀, 腰痛, 大便难, 肩背颈项痛, 时眩”。又《素问·逆调论》曰: “水者, 循津液而流也, 肾为水脏, 主津液”。肾气实则津液足, 若肾虚精耗不能蒸化津液, 温润肠道则肠道干涩而失润泽, 因此粪便干燥, 大便难以排出。《素灵微蕴·噎膈解》云: “饮食消腐, 其权在脾; 粪溺疏泄, 其权在肝”。张景岳认为“秘结一证……当辨者惟二……阴结者……宜补宜滋润……先阳后阴阳结者……宜攻宜泻”。《素问·奇病论》说: “夫五味入口, 藏于胃, 脾为之行其精气”。《素问·平人氣象论》说: “脏真濡于脾”。如若体衰年老之人, 脾阳不足, 脾不能运化胃之所生化的水谷精气达于四肢百骸, 则是脾不散津, 出现排便无力之虚秘, 如《素问·玉机真脏论》说: “太过则令人四肢不举, 其不及则令人九窍不通”。《灵枢·口问》说: “中气不足, 溲便为之变, 肠为之苦鸣”。均为言及中气不足造成排便功能失常。曹波教授基于祖国医学对便秘的相关论述, 结合多年的治疗便秘的临床经验, 认识到老年便秘虚证者十居其九, 其关键病机在于气虚不能推动, 以致大肠传导无力, 血虚、阴虚者亦多夹气虚。

2 诊疗思路

曹波教授临症强调辨证论治应与辨体、辨病相结合, 认为老年人年老多脏腑功能衰退, 体质本虚, 而老年便秘一病亦以虚证居多, 气虚型便秘是脏腑之气不能发挥其正常作用, 日久使得大便积于肠腑之中, 故治疗上亦不能急于一时, 应慢病缓图, 纠其病因, 绝其病根。同时, 其在诊治过程重视发挥四诊的作用, 借助排便造影等现代医学科技手段, 将人的感官尽可能的延伸, 以求获得更加完整的四诊资料, 为临症遣方用药提供更加真实、客观的依据。曹波教授基于对老年气虚型便秘的认识, 在治疗上另辟一径, 认为脾为后天之本, 生气之源; 肾为先天之本, 主气之根, 故当补益脾、肾两脏。脾肾得补, 一则先后天之本得培, 继而五脏六腑皆可补益, 改善年老之体质; 二则气属阳, 阳者根于阴, 五脏得培, 气之源得补, 气之根得益, 则生气化气之源泉不竭, 使得肠中燥粪得润, 糟粕得行。曹波教授治疗老年气虚型便秘善在黄芪汤基础上加减化裁, 该方原出自

《金匱翼》，是治疗气虚型便秘的主方。后世《太平惠民和剂局方》指出该方“治年高老人大便秘涩...此药不冷不燥，其效如神”。该方由黄芪、陈皮、火麻仁、白蜜四药组成，四药皆可益气健脾，且可燥湿润肠，功效平缓。曹波教授在四药基础上常加党参、生白术、当归、熟地、肉苁蓉、甘草等药物。方中黄芪、党参、肉苁蓉为君药，黄芪以补气固表，黄芪被誉为“补脾之要药”、“补药之长”，党参以补养中气，健脾；二药合用，增强益气健脾之效。药理研究表明^[1,2]：黄芪、党参均有提高免疫力的作用。肉苁蓉以补肾，润肠通便，有“温而不燥，补而不腻，暖而不燥”之说。现代药理研究表明：肉苁蓉^[3,4]具有润肠通便的功效。三药合用，达益气润肠、补益脾肾之效。火麻仁、白蜜为臣药，以滑肠、润肠、通便，佐以熟地以补血补肾，当归以补血、润肠通便，不仅可加强通便之效，且当归为“血中气药”，二者均可补血，血可生气、载气；生白术、陈皮以理气健脾，且研究表明^[5]：生白术^[6,7]可使胃肠蠕动增快，使大便变柔软，进而促进排便；甘草以补脾益气，增强黄芪补气之效，且甘草还可调诸药。诸药合用，共奏益气润肠、补益脾肾之功。

3 病案举隅

李某，女，77岁，2021年08月14日初诊。主诉：患者反复便秘2余年。大便5-6日一行，每次排便时间约20-30分钟，大便干，虽有便意，但排出困难，感腹胀，每次排便用力努挣后出现气短汗出乏力，长期需口服药物或肛内注入开塞露辅助通便，停药后便秘如常。刻下症见：形体消瘦，面白神疲，言语低微，肢倦懒言，腰膝酸软，纳眠差，舌淡苔白，舌体胖大，舌边有齿痕，脉弱。专科检查：膝胸位：双侧臀部对称无畸形，肛周皮肤正常。肛门指检：肛门括约肌功能稍差，直肠粘膜松弛，有堆积感，未触及硬性包块，退出指套无血迹。中医诊断：便秘（气虚秘）。治法：益气润肠，补益脾肾。选方：黄芪汤化裁，拟方如下：黄芪25g，陈皮12g，白蜜12g，火麻仁15g，生白术20g，党参15g，肉苁蓉15g，甘草6g。中药7付，水煎内服，每日一剂，日三次；嘱患者保持心情轻松愉悦、食易消化维食物及适当运动。

2021年08月21日复诊：患者便秘情况较前好转，大便3日一行，每次排便时间约10-15分钟，偶感腹胀，大便稍干，排便较前顺畅，偶用力努挣，便后气短、汗出、乏力等症较前改善，纳眠转佳，舌淡苔薄白，舌体适中，无齿痕，脉细。效不更方，再进7剂。

2021年08月28日三诊：患者大便如常，1-2日一行，每次排便时间约5至8分钟，无腹胀，大便黄软，排便顺畅，纳眠可，舌淡苔薄白，脉缓。中病即止，嘱患者舒畅情志、调摄饮食。

按：便秘的发生，随着年龄增加，以本虚标实为主，多以气虚型为主要证候。因气属阳，血属阴，阴为本，阳为末，故年老者先虚以气。从脏腑方面看，年老者，脾、肾常虚，肾为先天之本，开窍于二阴，司二便；脾为后天之本，主气血生化；但脾虚未有胃不病者，所谓纳化相宜，升降有序，所以脾不能升清而胃不能和降，则便秘腹胀。《景岳全书·秘结》云：“元气薄弱之人，有便不行者，但察其胸腹下焦，若绝无胀实痞塞，急坠欲解等患，此其中本无实邪，即虽十日二十日不解，亦自无妨，切不可因其不便，强为疏导。若肠脏本无滞碍，而强为通利，以泄胃气，遂至主不胜客者有之，邪固而陷者有之。”

4 结语

随着年龄的增长，脏腑功能不断减退，气血阴阳失去平衡，便秘的患

病率越来越高。便秘的相关论述最早于《黄帝内经》被称之为“大便难”、“后不利”、“前后不通”等，“便秘”之名首见于《广嗣纪要》，并于《杂病源流犀烛》中明确为病名，并沿用至今，又有“久不大便，而无里急后重者为虚秘”、“虚秘者，年老血少，肠胃枯涩”及“又有老人津液干燥，是名虚证”等相关论述。经姜义彬^[8]研究发现：黄芪汤治疗不仅可使减少排便时间及缓解排便费力程度，而且汗出、气短、乏力等伴随症状明显改善。孙丽丽^[9]、唐泽寅^[10]、李根虎^[11]、薛静波^[12]等临床研究表明：加减黄芪汤治疗老年性气虚型便秘可显著纠正排便状态，改善病患便秘情况及降低便秘复发率，近期效果及远期效果俱佳。曹教授认为虽然西医对治疗便秘可达立竿见影，但极易让患者产生依耐性及不良反应^[13]，甚至可致黑变病^[14]，不能从根本上解决问题。想较之而言，中医药治疗老年性气虚型便秘，可从整体出发，不仅着眼于患者便秘这一病证，还注重调整恢复患者五脏六腑、气血阴阳的平衡，标本兼顾，疗效显著，值得借鉴。

参考文献：

- [1]王桂芬，中药黄芪的药理作用及临床应用效果观察. 临床医药文献电子杂志，2017. 4（16）：第3115-3116页.
 - [2]Zhao, X., et al., The comparison of immune-enhancing activity of sulfated polysaccharides from Tremella and Condonopsis pilosula. Carbohydr Polym, 2013. 98（1）：p. 438-43.
 - [3]姚辛敏，周晓洁与周妍妍，肉苁蓉化学成分及药理作用研究进展. 中医药学报，2021. 49（02）：第93-97页.
 - [4]陈倩玉，基于数据挖掘的单兆伟教授治疗功能性便秘经验研究，2021，南京中医药大学. 第52页.
 - [5]毛刚与赵景文，补中益气汤加减配合穴位贴敷治疗出口梗阻型便秘的疗效观察. 中国中西医结合外科杂志，2020. 26（01）：第83-88页.
 - [6]梁学玲与秦艳虹，基于网络药理学分析重用生白术组方治疗小儿功能性便秘的作用机制. 广州医药，2020. 51（05）：第84-89+141页.
 - [7]袁文武与王敏，重剂生白术治脾虚型便秘—王敏教授治疗脾胃疾病经验总结. 全科口腔医学电子杂志，2020. 7（02）：第102+111页.
 - [8]姜义彬，黄芪汤加味治疗气虚型便秘观察. 实用中医药杂志，2017. 33（01）：第31-32页.
 - [9]孙丽丽，加减黄芪汤治疗气虚型老年功能性便秘的疗效观察. 中国医学创新，2021. 18（06）：第88-91页.
 - [10]唐泽寅，加减黄芪汤治疗气虚型老年功能性便秘的临床价值分析. 现代养生，2019（10）：第163-164页.
 - [11]李根虎，加减黄芪汤治疗气虚型老年功能性便秘的临床研究. 医学食疗与健康，2020. 18（20）：第34+36页.
 - [12]薛静波与韩凯，加减黄芪汤治疗气虚型老年功能性便秘的临床疗效. 名医，2019（12）：第251页.
 - [13]刘颖等，益气活血养阴汤治疗老年功能性便秘的临床疗效. 中国老年学杂志，2019. 39（21）：第5243-5246页.
 - [14]Shin, J.E., et al., Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Chronic Functional Constipation in Korea, 2015 Revised Edition. J Neurogastroenterol Motil, 2016. 22（3）：p. 383-411.
- 作者简介：曹波，男，布依族，主任医师、三级教授、硕士研究生导师、贵州省第三批名中医。

针刺联合附子理中汤治疗腹泻型肠易激综合征 82 例

郑春梅¹ 胡高源¹ 赖象权^{1, 2} 通讯作者

1 贵州中医药大学 贵州贵阳 550000; 2 贵州中医药大学第一附属医院肛肠科 贵州贵阳 550000

摘要: 目的 观察和评价针刺联合附子理中汤治疗腹泻型肠易激综合征的临床疗效。方法 将 82 例腹泻型肠易激综合征患者随机分为两组, 每组各 41 例, 治疗组 41 例口服附子理中汤联合针刺连续治疗 4 周; 对照组 41 例口服匹维溴铵片, 每次 50mg, 每日 3 次, 两组均连续治疗 4 周进行, 并比较两组患者治疗前后临床疗效。结果 通过两组患者采用不同的治疗方法进行比较, 治疗组的总有效率高于对照组的总有效率, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗组患者的生活质量评分明显高于对照组的生活质量评分, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 针刺联合附子理中汤治疗肠易激综合征疗效优于西药匹维溴铵, 可有效缓解腹泻型肠易激综合征患者临床症状。

关键词: 脾肾阳虚; 肠易激综合征; 针刺; 附子理中汤; 临床疗效

肠易激综合征 (Irritable bowel syndrome, IBS) 是一种慢性功能性胃肠道疾病, 以腹痛、腹胀伴排便习惯及便质异常为主要临床表现。依据粪便性状可将 IBS 归类为四个临床亚型, 即腹泻型 (IBS-D)、便秘型 (IBS-C)、混合型 (IBS-M) 和未定型 (IBS-U), 其中以 IBS-D 最常见^[1]。近年来, 随着人们生活质量不断提高, 饮食习惯及生活环境的改变, IBS 发病率呈逐年上升趋势, 复发率高, 需长期服药控制, 严重影响患者生活质量。研究表明, IBS 在全球内发病率超过 10%^[2]。IBS 常见病因有内脏超敏性、炎症后反应、肠黏膜屏障破坏、肠道动力问题及脑-肠轴功能紊乱等, 但确切机制目前尚不完全明确^[3]。西医主要采取口服解痉、促泌、抗抑郁类药物及低 FODMAP 饮食等治疗方法缓解症状, 但疗效及安全性评估等方面仍有待改善^[4-5]。因此, 中医治疗受到了人们的广泛关注。本研究采用针刺联合附子理中汤治疗腹泻型肠易激综合征 82 例, 取得满意疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选取 2021 年 03 月至 2022 年 03 月就诊于贵州中医药大学第一附属医院肛肠科的 82 例腹泻型肠易激综合征患者, 明确临床研究入组及受试对象符合纳入标准后, 利用随机数字表法将这 82 例 IBS-D 患者分为使用针刺联合附子理中汤治疗的治疗组 ($n=41$) 和使用匹维溴铵片治疗的对照组 ($n=41$)。其中男 38 例, 女 44 例, 对照组患者的平均年龄为 (47 ± 12) 岁, 治疗组患者的平均年龄为 (46 ± 12) 岁。两组患者性别、年龄、病程等一般资料经统计分析后无显著性差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

西医诊断参照《2020 年中国肠易激综合征专家共识意见》^[1]: 诊断前 6 月出现症状, 近 3 月内症状持续存在, 反复 3 天以上出现腹痛或不适症状, 并具有以下 2 项或 2 项以上者: 下列症状可支持 IBS 的诊断: ①异常的排便频率: a.每周 ≤ 3 次排便或 b.每天 > 3 次排便。②异常的粪便性状: c.块状便/硬便或 d.松散便/稀水便。③排便费力。④排便紧迫感或排便不尽感。⑤排出黏液。⑥腹胀。

中医诊断标准: 依据《肠易激综合征中医诊疗专家共识意见 (2017)》^[6] 辨证分型属脾肾阳虚型, 主症: 晨起腹痛, 泄泻, 腹部冷痛, 得温痛减, 四肢冰凉; 次症: 肠鸣, 腰膝酸软, 纳食差, 疲乏无力, 舌淡苔白, 脉沉细, 有 2 项主症及 2 项次症即可确诊。

1.3 纳入标准

符合中医、西医诊断标准; 患者本人及家属同意并签署知情同意书者。

1.4 排除标准

(1) 由消化道溃疡、肠炎、病毒、细菌、寄生虫、恶性肿瘤及其他原因引起的腹泻; (2) 1 个月内曾服用钙通道阻滞剂、抗酸剂、促动力剂、抗抑郁剂、镇静剂、非甾体抗炎药及其他可能影响胃肠道功能的药物; (3) 妊娠、哺乳期或合并其他严重疾病; (4) 不能遵从医嘱服药或资料不全者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用针刺联合口服附子理中汤治疗。

(1) 针刺治疗。取穴: 大肠俞、天枢、中脘、阴陵泉、足三里、上巨虚。操作: 患者取坐位, 常规消毒医者手指及患者针刺穴位, 选用 0.30mm $\times$ 40mm 一次性无菌针灸针 (贵州安迪药械有限公司), 大肠俞直刺 15-25mm, 天枢、中脘直刺 25-30mm, 阴陵泉、足三里、上巨虚直刺 30-65mm, 行提插捻转平补平泻法, 以局部酸麻胀痛为度, 留针 20min 后出针。每日 1 次, 连续治疗 5d 后休息 2d, 共治疗 4 周。

(2) 中药治疗。附子理中汤 (中药) 用药为四川新绿色药业生产的免煎颗粒, 处方组成: 基本方: 制附子 5g、党参 15g、干姜 5g、白术 5g、炙甘草 5g。腹痛甚者, 加木香 10g、小茴香 5g; 久泻中气下陷者, 加黄芪 15g、升麻 10g。温水冲服, 每日 2 次, 连续治疗 4 周。

2.2 对照组 予口服匹维溴铵片 (法国雅培制药有限公司, 国药准字 H20120127, 50mg), 每次 50mg, 每日 3 次, 连续治疗 4 周。

服药期间嘱两组患者保持心情舒畅, 戒烟酒, 饮食清淡。

3 疗效观察

3.1 观察指标

(1) 中医证候总评分: 根据《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[7] 中泄泻量化分级标准评定, 主要评价症状包括腹痛、腹胀、排便不尽感、大便次数、大便性状等, 按照症状从无到重或症状发生频次由无到多依次计 0-9 分, 评分越高表明症状越严重。于初诊首日及治疗结束 3d 内进行量表评价。

(2) 生活质量量表评分: 采用 Drossman 等^[8] 编制的 IBS 专用生活质量量表 (IBS-QOL) 来评估 IBS-D 患者的生活质量。该量表由 34 个条目组成, 每个条目分为 5 个等级, 即无症状、轻度、中度、偏重、严重, 分别计为 5、4、3、2、1 分。患者得分与生活质量呈正相关, 分别于初诊日及治疗结束 3d 内进行量表评价。

3.2 疗效评定标准

于治疗结束 3d 内根据中医证候总评分采用尼莫地平法评定疗效。疗效指数 = [(治疗前中医证候总评分 - 治疗后中医证候总评分) $\div$ 治疗前中医证候总评分] $\times 100\%$ 。无效: 疗效指数 $< 30\%$; 有效: $30\% \leq$ 疗效指数 $< 70\%$; 显效: $70\% \leq$ 疗效指数 $< 95\%$; 治愈: 疗效指数 $\geq 95\%$ 。

3.3 统计学处理

采用 SPSS26.0 软件进行分析处理, 计量资料用 t 检验, 计数资料用卡方 χ^2 检验分析。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

3.4 治疗结果

(1) 两组患者一般资料比较

两组患者性别、年龄、病程一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性, 见表 1。

表 1 两组腹泻型肠易激综合征患者一般资料

组别	例数	性别/例		年龄/岁			病程/年		
		男	女	最小	最大	平均 ($\bar{x}\pm s$)	最短	最长	平均 ($\bar{x}\pm s$)
对照组	41	21	20	34	65	47±12	2.0	18.5	7.5±2.3
治疗组	41	18	23	35	64	46±12	1.5	16.0	7.7±2.4

(2) 两组患者治疗前后中医证候总评分比较

两组患者治疗前中医证候总评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性;治疗后,两组患者中医证候总评分均下降($P<0.05$),治疗组治疗后各项评分均低于对照组($P<0.05$),说明说明针刺联合附子理中汤与口服匹维溴铵片均能改善患者的临床症状,但治疗组对 IBS 患者总体症状改善情况明显优于对照组。见表 2。

表 2 两组腹泻型肠易激综合征患者治疗前后中医证候总评分比较

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	41	11.2±1.3	10.2±1.4
治疗组	41	11.3±1.4	7.2±1.5*

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

(3) 两组患者生活质量评分比较

治疗前两组生活质量评分比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性;

治疗后,两组患者生活质量评分均上升($P<0.05$),治疗组治疗后生活质量评分均高于对照组($P<0.05$),说明针刺联合附子理中汤与口服匹维溴铵片均能改善 IBS—D 患者的生活质量,但针刺联合附子理中汤对生活质量改善明显优于口服匹维溴铵片。见表 3。

表 3 两组腹泻型肠易激综合征患者生活质量评分比较

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	41	131.56±19.68	140.96±15.56
治疗组	41	132.23±20.15	157.85±16.82*

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

(4) 两组患者临床疗效比较

治疗组总有效率高于对照组($p=0.019$),说明治疗组总体疗效优于对照组。见表 4。

表 4 两组腹泻型肠易激综合征患者临床疗效比较

组别	例数	痊愈/例	显效/例	有效/例	总有效率/%
对照组	41	11	8	8	65.9
治疗组	41	21	12	4	90.2*

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

4 讨论

肠易激综合征是一种慢性非器质性胃肠功能紊乱疾病,目前发病机制并不确切,内分泌失调、胃肠道菌群失调、压力过大等都会引发或加重胃肠症状^[7]。匹维溴铵属于选择性钙离子拮抗剂,对胃肠道平滑肌的钙离子通道具有阻断作用,从而能防止肌肉过度收缩,达到治疗肠易激综合征的目的,在临床中应用普遍,但会产生恶心,食欲下降,肠鸣音紊乱等胃肠道副反应^[9]。

中医学理论认为,肠易激综合征属于“肠癖”“痢疾”“泄泻”等范畴。病位在大肠,与肝、脾、胃、肾、肺脏等多脏相关。随着人们生活习惯及观念

的改变,晚婚晚孕、加班熬夜、嗜食寒凉已成常事,最易伤及先后天之本,人秉父母精气而化生,先天不足则五脏六腑失于温养,无力抵御外邪,更易受外邪侵犯,加之嗜食寒凉进一步导致脾阳受损。脾运化水谷精微,脾阳不足,则脾胃失于运化,脾病日久累及肾脏;肾主一身之阴阳,肾阳不足,则脾胃失于温煦,先天之阳又赖以脾胃后天补充。先天禀赋不足、饮食失节、感受外邪均可致脾肾阳气受损,正如明代张景岳所说“非精血无以立形体之基,非水谷无以成形体之壮,精血之司在命门,水谷之司在脾胃,本赖先天为主,而精血之海又赖后天为资。”病机属脾肾阳虚,故治则以温阳祛寒,补气健脾为法。附子理中汤出自《太平惠民和剂局方》,为中医温中祛寒之经典方剂,方中附子、干姜辛温大热,温补脾肾为君药,可温肾气、补元阳,起一切沉寒痼冷之疾,阳化气,阴成形,阳虚常兼气虚,故臣以甘温之党参益气健脾,补虚助阳,脾为中土灌溉四旁,其性喜燥而恶湿,故以甘温苦燥之白术,燥湿健脾以助运化,炙甘草调和诸药、缓急止痛,全方共奏温阳祛寒,补气健脾之功。

本研究针刺取穴选用大肠俞、天枢、中脘、阴陵泉、足三里、上巨虚,体现了前后配穴、近部取穴、远端取穴的原则,其中大肠俞、天枢属于俞募配穴法,肠腑之气通于与俞募,针刺可达到平调脏腑,恢复大肠燥化津液的作用。中脘属于局部取穴,内合脾胃,针刺可恢复脾胃升降浊功能。足三里、上巨虚分别是胃、大肠下合穴,可通肠化滞、疏经调气。阴陵泉是脾经合穴,针刺可健运脾胃,通利水湿。本研究发现针刺联合口服附子理中汤可有效缓解 IBS 患者的临床症状,降低患者中医证候总评分,明显提高患者生活质量评分。研究中使用的针刺选穴及中药均是临床常见、简便、可重复的治疗方法,更适合基层医疗机构推广,惠及更多患者,为今后开展更深入的研究提供了参考思路。本研究因条件所限,仅以 1 家单位患者作为研究对象,需扩大样本量及研究中心以验证研究结论,且本研究周期较短,缺乏远期疗效的评价。

参考文献:

[1]侯晓华. 2020 年中国肠易激综合征专家共识意见[J]. 中华消化杂志, 2020, 40 (12): 803-818.

[2]Love11 RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis[J]. Clin Gastroenterol Hepatol 2012,10 (7): 712-721.

[3]FORDAC,SPERBERAD,CORSETTIM,etal.FunctionalGastrointestinalDisorders2-Irritablebowelsyndrome[J].Lancet,2020,396(10263): 1675-1688.

[4]LacyBE,Pimente1M,BrennerDM,etal.ACGClinicalGuideline : ManagementofIrritableBowelSyndrome[J].TheAmericanJournalofGastroenterology,2020,PublishAheadofPrint (1) .

[5]胡明,吕宾.肠易激综合征的治疗进展[J]. 中国实用内科杂志,2020, 40 (2): 105-110.

[6]张声生,魏玮,杨俭勤.肠易激综合征中医诊疗专家共识意见 (2017) [J]. 中医杂志,2017,58 (18): 1614-1620..

[7]郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社,2002.

[8]RAY K. Yeast probiotics for the treatment of IBD [J] . Nat Rev Gastroenterol Hepatol, 2021,18 (9): 594.

[9]王来生.匹维溴铵联合谷维素治疗肠易激综合征的临床疗效观察[J].中国当代医药,2011,18 (1): 69-70.

第一作者: 郑春梅 (1997-), 女, 汉族, 硕士研究生在读, 研究方向为中医诊疗肛肠疾病。

通讯作者: 赖象权 (1966-), 男, 侗族, 硕士研究生导师, 研究方向为中医诊疗肛肠疾病。

乳腺癌手术患者护理过程中渗透亲情护理模式的效果及满意度影响

崔娜

民航总医院 北京 100024

摘要:目的 探讨乳腺癌手术患者护理过程中渗透亲情护理模式的效果及满意度影响。方法 选择医院 2020 年 1 月-2021 年 1 月 92 例乳腺癌手术患者作为研究对象,随机数字表法分为观察组和对照组,各 46 例。对照组实施常规护理,观察组以常规护理为基础,在护理过程中渗透亲情护理模式。比较两组患者护理效果[恢复情况、抑郁自评量表(SDS)与焦虑自评量表(SAS)、简易应对方式问卷(SCSQ)评分]及满意度。结果 观察组首次下床、上肢肿胀消退和住院的时间均短于对照组($P<0.05$);护理后,两组 SAS、SDS、消极应对评分均降低,且观察组低于对照组,两组积极应对评分均升高,且观察组高于对照组($P<0.05$);观察组护理满意度高于对照组($P<0.05$)。结论 乳腺癌手术患者护理过程中渗透亲情护理模式的效果较好,能减轻患者焦虑、抑郁,改善应对方式,促进患者恢复,提升护理满意度。

关键词: 乳腺癌; 亲情护理; 焦虑; 抑郁; 应对方式; 满意度

手术治疗是乳腺癌患者重要的治疗手段,其中,改良乳腺癌根治术在根治术基础上进行改良,具有较高的局部与区域控制率,能提升患者的生存质量,目前在乳腺癌治疗中应用较为广泛。但是,患者在手术期间切除部分乳腺,造成乳房残缺,可能会引起患者强烈的应激反应,增加患者抑郁、焦虑等负面情绪,影响康复效果^[1]。亲情护理模式提倡以患者为中心,让家属在护理过程中承担一部分护理工作,帮助患者缓解负面情绪,促进患者积极面对疾病与治疗^[2]。但是,目前在乳腺癌手术患者护理过程中渗透亲情护理模式的相关研究较少,本研究对该模式下护理效果及满意度进行分析,为乳腺癌手术患者护理质量的提升提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择医院 2020 年 1 月-2021 年 1 月 92 例乳腺癌手术患者作为研究对象,随机数字表法分为观察组和对照组,各 46 例。观察组均为女性;年龄 25-69 岁,平均年龄(44.53±4.73)岁;体重指数 18.84-25.11kg/m²,平均体重指数(22.31±0.83)kg/m²;TNM 分期:II 期 23 例,III 期 23 例;病变部位:左侧 21 例,右侧 25 例。对照组均为女性;年龄 22-68 岁,平均年龄(44.15±4.66)岁;体重指数 18.15-25.07kg/m²,平均体重指数(22.25±0.76)kg/m²;TNM 分期:II 期 29 例,III 期 17 例;病变部位:左侧 24 例,右侧 22 例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可对比性。

1.2 入选标准 (1) 纳入标准:①符合《中国抗癌协会乳腺癌诊治指南与规范(2019 年版)》^[3]诊断标准;②病理学检查确诊;③单侧乳腺癌;④初次接受乳腺癌手术及相关放化疗;⑤均实施改良乳腺癌根治术;⑥认知功能、沟通能力正常。(2) 排除标准:①多中心病灶乳腺癌或炎性乳腺癌;②乳腺癌复发;③合并第二原发肿瘤;④术前接受过新辅助化疗。

1.3 方法 对照组实施常规护理,观察组以常规护理为基础,在护理过程中渗透亲情护理模式。(1) 常规护理:术前统一进行健康宣教,帮助患者了解乳腺癌疾病相关知识和治疗方式、注意事项等,与患者及其家属沟通治疗方法,做好准备手术室环境、手术用品等,帮助患者做好术前准备;术中配合医生进行治疗,围术期密切观察患者生命体征,按流程查房、记录细节,采取相应的措施预防并发症;术后及时将手术结果告知患者与家属,指导患者保证健康饮食和适量运动。(2) 亲情护理模式:①入院后:带领患者及其家属熟悉院内环境及病房环境,积极与患者家属进行沟通,允许患者家属进行陪护并告知家属医院的陪护规定,为家属讲解亲情护理的目的、意义,帮助家属了解亲情护理对乳腺癌手术患者的必要性及需要配合的措施等。②术前:向患者详细讲解手术流程、注意事项等相关知识,主动询问患者的需求,指导患者对负面情绪进行自我纾解,减轻患者对手术的恐惧心理,帮助患者保持良好的心态。积极与患者进行交谈,耐心倾

听患者诉说心理感受,了解患者在心理上的动态变化,并据此采取合理的心理干预措施,通过鼓励、安慰等方式帮助患者发泄负面情绪。观察家属与患者相处的模式,指导家属调节和优化与患者的沟通、相处方式,提醒家属多通过语言、行为鼓励与支持患者,减少患者的孤独感、无助感,促进患者乐观面对手术。尤其注意与患者丈夫进行沟通,指导丈夫以积极的态度面对,尽量满足患者的需求,在生活中、精神上均积极支持患者,帮助患者树立治疗信心。对患者家属进行培训,指导家属参与部分简单的护理工作,增加参与感,增进患者与家属的情感连接,提升患者的治疗积极性。③术中:指导家属护送患者进入手术室,以及给予患者言语鼓励、身体触摸安慰等,帮助患者消除对手术的恐惧。进入手术室后,调节手术室环境,询问患者有无不适,帮患者盖上保温毯,适当遮挡隐私部位,尽量减少身体裸露。在手术准备过程中关注患者情绪变化,对于存在严重焦虑、紧张情绪的患者可适当给予轻声安抚、触摸肢体等方式,帮助患者放松精神。麻醉前告知患者可能会发生的情况,避免患者在麻醉时过度紧张,稳定患者情绪。④术后:指导家属在手术室外等候,使患者感受到家庭的温暖。第一时间告知患者及家属手术结果,安抚患者情绪,通过成功案例使患者获得治疗的信心。增加术后病房巡视,密切监测患者生命体征,对患者切口有无渗血、引流管是否通畅、伤口恢复程度等情况加强检查。合理安排各家属对患者的探视时间,增加家属陪伴患者的时间,指导家属积极面对治疗,避免负面的语言或情绪,以正能量感染患者。积极进行并发症护理,与家属共同帮助患者进行按摩、清洁等护理工作,预防下肢水肿、下肢静脉血栓、感染等。积极开展疼痛护理,主动询问患者对疼痛的感受。

1.4 评价指标 (1) 恢复情况:统计两组首次下床、上肢肿胀消退和住院的时间。(2) 焦虑抑郁:护理前、护理后,参照抑郁自评量表(SDS)与焦虑自评量表(SAS)^[4]评估心理状况,均采用四级评分,SDS 共 20 个条目,总分为 80 分,SAS 共 20 个条目,总分为 80 分,评分越高表示抑郁或焦虑越严重。(3) 应对方式:护理前、护理后,采用简易应对方式问卷(SCSQ)^[5]进行评估,SCSQ 分为积极应对与消极应对,共 20 个条目,每项 0-3 分,量表得分取平均分,得分越高表示应对方式越趋向积极或消极。(4) 护理满意度:护理后,采用自制护理满意度量表评估,其 Cronbach's α 系数为 0.787,重测信度为 0.802,总分为 100 分,0-70 分、70-90 分、91-100 分分别列为不满意、满意、非常满意范围,总满意=(非常满意+满意)/总数×100%。

1.5 统计学方法 采用 SPSS24.0 软件进行数据处理,计量资料均经 Shapiro-Wilk 正态性检验,且呈正态分布,以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间用独立样本 t 检验,组内用配对样本 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 恢复情况 观察组首次下床、上肢肿胀消退和住院的时间均短于对照组 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组恢复情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	首次下床时间 (h)	上肢肿胀消退 时间 (d)	住院时间 (d)
观察组 (n=46)	19.74±2.12	10.23±1.48	11.94±1.02
对照组 (n=46)	23.11±2.67	12.45±1.97	13.63±1.80
<i>t</i>	6.704	6.111	5.540
<i>P</i>	0.000	0.000	0.000

2.2 焦虑抑郁 护理后, 两组 SAS、SDS 评分均降低, 且观察组低于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组焦虑抑郁评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

时间	组别	SAS	SDS
护理前	观察组 (n=46)	56.32±5.74	53.86±5.75
	对照组 (n=46)	56.18±5.99	54.13±5.42
	<i>t</i>	0.115	0.232
	<i>P</i>	0.909	0.817
护理后	观察组 (n=46)	39.88±4.10 ^a	43.32±4.43 ^a
	对照组 (n=46)	45.23±4.71 ^a	47.46±5.11 ^a
	<i>t</i>	5.811	4.152
	<i>P</i>	0.000	0.000

注: 与同组护理前对比, ^a $P<0.05$

2.3 应对方式 护理后, 两组积极应对评分均升高, 且观察组高于对照组, 消极应对评分均降低, 且观察组低于对照组 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者 SCSQ 量表评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

时间	组别	积极应对	消极应对
护理前	观察组 (n=46)	1.16±0.22	2.13±0.23
	对照组 (n=46)	1.14±0.25	2.15±0.25
	<i>t</i>	0.407	0.399
	<i>P</i>	0.685	0.691
护理后	观察组 (n=46)	1.80±0.36 ^a	1.54±0.27 ^a
	对照组 (n=46)	1.57±0.32 ^a	1.73±0.35 ^a
	<i>t</i>	3.239	2.915
	<i>P</i>	0.002	0.005

注: 与同组护理前对比, ^a $P<0.05$

2.4 护理满意度 观察组护理满意率高于对照组 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组护理满意度比较 n (%)

组别	非常满意	满意	不满意	总满意
观察组 (n=46)	23 (50.00)	20 (43.48)	3 (6.52)	43 (93.48)
对照组 (n=46)	15 (32.61)	21 (45.65)	10 (21.74)	36 (78.26)
χ^2				4.390
<i>P</i>				0.036

3 讨论

乳腺癌最有效的治疗方式是手术切除病变组织, 能阻滞病变进展, 延长患者的生存时间。但是, 患者在术后可能会失去乳房, 承受躯体外观变化带来的心理压力, 影响患者对治疗及生活的态度^[6]。而且, 若发生严重的情绪失调, 可能引起机体严重应激反应, 造成患者血压升高、心率加快等生命体征变化, 不利于手术顺利进行和术后恢复。因此, 在围术期对患者进行心理护理是有必要的。

常规护理对乳腺癌手术患者的护理工作着重于手术准备、病情监测、并发症护理等, 对患者的心理状态关注度不足。亲情护理模式以患者的心理需求为重点, 致力于为患者提供亲切感、家庭感的护理, 若在常规护理过程中渗透亲情护理模式, 可降低患者的负性情绪, 帮助患者放松身心, 促进患者积极配合治疗与护理工作, 利于达到更高的治疗与护理效果^[7]。本研究分析乳腺癌手术患者护理过程中渗透亲情护理模式的效果, 结果显示, 观察组首次下床、上肢肿胀消退和住院的时间均短于对照组, 提示亲情护理模式能缩短乳腺癌手术患者的恢复时间。可能是由于, 亲情护理模式通过改善患者的心理状态, 促使患者以良好的身心状态面对治疗, 促进治疗与护理效果的提升, 同时提高患者的治疗依从性, 从而促进患者恢复。而且, 亲情护理模式帮助患者了解疾病相关知识, 促进患者积极掌握康复训练知识与技能, 从而缩短恢复时间。本研究结果显示, 护理后, 两组 SAS、SDS 评分均降低, 且观察组低于对照组, 提示亲情护理模式能减轻焦虑、抑郁情绪。分析原因为: 亲情护理模式帮助家属参与护理工作, 增加家属对患者的陪伴时间, 减少患者对手术、治疗的恐惧, 从而减轻焦虑、抑郁^[8]。亲情护理模式下, 患者感受到的支持和鼓励不仅来自于护理人员, 还来自于家庭, 并可以通过多种途径宣泄负性情绪, 利于减少焦虑和抑郁。本研究发现, 护理后两组消极应对评分均降低, 且观察组低于对照组, 积极应对评分均升高, 且观察组高于对照组, 说明亲情护理模式能改善乳腺癌手术患者的应对方式。分析原因为: 亲情护理模式指导家属以积极的态度面对疾病和治疗, 通过正能量的传递感染患者, 促进患者的积极面对疾病, 从而改善应对方式, 使患者趋向积极应对^[9]。另外, 观察组护理满意度高于对照组, 提示亲情护理模式利于提升护理满意度, 可能是由于, 亲情护理模式中护理人员增加对患者的心理护理, 利于建立良好的护患关系, 增加患者对护理人员的好感, 从而提升护理满意度^[10]。而且, 亲情护理模式改善患者的心理状态及应对方式, 这也有利于护理满意度的提升。

综上所述, 乳腺癌手术患者护理过程中渗透亲情护理模式的效果较好, 能减轻患者焦虑、抑郁, 改善应对方式, 促进患者恢复, 提升护理满意度。

参考文献:

- [1] 苏凡, 焦东晓, 楚艳茹, 乔江华. 手术室心理护理对乳腺癌患者负面情绪的影响[J]. 国际精神病学杂志, 2022, 49 (2): 365-368.
- [2] 王玉巍, 安丹, 贺乾, 邱啸臣. 乳腺癌患者临终期医院-家庭-护理三位一体模式的研究[J]. 结直肠肛门外科, 2020 (S02): 179-180.
- [3] 中国抗癌协会乳腺癌专业委员会. 中国抗癌协会乳腺癌诊治指南与规范 (2019 年版) [J]. 中国癌症杂志, 2019, 29 (8): 609-679.
- [4] 田银娣, 王怡恺, 李静, 等. 焦虑和抑郁量表在肝硬化患者临床应用中的信效度评价[J]. 实用肝脏病杂志, 2019, 22 (1): 105-108.
- [5] 朱宇航, 郭继志, 罗盛, 等. 简易应对方式问卷在老年人群体中的修订及信效度检验[J]. 中国卫生统计, 2016, 33 (4): 660-664.
- [6] 李璐璐, 李小妹, 韩冬芳, 等. 乳腺癌患者心理痛苦轨迹及影响因素的纵向研究[J]. 中华护理杂志, 2020, 55 (8): 1140-1146.
- [7] 田欢. 重症护理中亲情化护理分析与研究[J]. 世界临床药物, 2021, 42 (6): 522.
- [8] 邹云艳, 马燕, 马波, 等. 基于亲情疏导的心理护理对乳腺癌改良根治术后患者心理状态的影响[J]. 中华全科医学, 2020, 18 (12): 2140-2143.
- [9] 胡梅. 乳腺癌手术患者护理过程中渗透亲情护理模式的效果及满意度影响[J]. 现代消化及介入诊疗, 2020 (S01): 397-398.
- [10] 陈泽容, 王丽, 李曦杨, 等. 亲情化护理在重症监护室清醒患者中的应用及对褪黑素水平的影响[J]. 河北医药, 2021, 43 (2): 307-309, 313.

中风偏瘫患者应用中医针灸结合康复疗法治疗的临床效果观察

翟树地¹ 赵先一² 丁娟³

1.新泰市中医院 康复科 山东泰安 271200; 2.枣庄市中医医院 综合针灸科 山东枣庄 277100;

3.新泰市中医医院 神经内科 山东泰安 271200

摘要: 目的: 对中风偏瘫病人应用中医针灸结合康复疗法观察临床效果。方法: 选择 2022 年 11 月至 2022 年 1 月在我院接受治疗的 100 例中风偏瘫患者作为研究对象。将其分为两组, 对照组给予一次性康复训练。除康复训练外, 观察组还接受了中医针灸治疗。结果: 观察组患者质量总有效率明显高于对照组 ($P < 0.05$)。观察组患者治疗后的生活质量评分高于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 脑卒中的治疗不是单一药物或方法可以取得良好疗效, 而是多种中西医结合的治疗方法, 形成了完整的治疗体系, 可以有效提高脑卒中偏瘫患者的临床疗效和生活质量, 值得在临床上进一步推广。

关键词: 中风; 偏瘫; 中医针灸; 康复训练; 临床效果

[Abstract]Objective: To observe the clinical effect of acupuncture and moxibustion combined with rehabilitation therapy for stroke patients with hemiplegia. Methods: A total of 100 stroke patients with hemiplegia who were treated in our hospital from November 2022 to January 2022 were selected as the research objects. They were divided into two groups. The control group was given one-time rehabilitation training. In addition to rehabilitation training, the observation group also received traditional Chinese acupuncture treatment. Results: The total effective rate of observation group was significantly higher than that of control group ($P < 0.05$). After treatment, the quality of life score of the observation group was higher than that of the control group ($P < 0.05$). Conclusion: The treatment of stroke is not a single drug or method can achieve good efficacy, but a variety of integrated traditional Chinese and western medicine treatment, forming a complete treatment system, can effectively improve the clinical efficacy and quality of life of stroke patients with hemiplegia, worthy of further promotion in clinical practice.

Key words: stroke; Hemiplegia; Traditional Chinese medicine acupuncture; Rehabilitation training; Clinical effect

中风又称脑卒中, 是指由于各种原因引起的脑血管或血流痉挛、阻塞或破裂, 导致各种急性脑功能障碍和功能损害, 主要由偏瘫引起。根据现代社会老龄化、城市化的发展和不健康的生活方式, 脑卒中的临床表现分为缺血性卒中和血管性卒中。中国的中风发病率急剧上升^[1]。研究数据表明^[2], 我国脑卒中低收入人群增长迅速, 性别和地区差异显著, 且有年轻化趋势。目前, 脑卒中已成为影响我国老年人身心健康和生命安全的主要原因。同时, 中国的脑卒中发病率和死亡率居世界首位, 每年增加约 150 万患者^[3]。目前, 有 6700 万患者, 约 100 万人死亡。存活患者中约有 3/4 伴有残疾, 最常见的临床症状为偏瘫、失语、认知障碍等。本研究主要探讨针灸对脑卒中偏瘫患者康复的影响, 现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选择 2022 年 11 月至 2022 年 1 月在我院接受治疗的 100 例脑卒中偏瘫患者作为研究对象。根据治疗方法, 将患者随机分为两组。对照组 50 例, 男 30 例, 女 20 例, 年龄 45~80 岁, 平均 (67.34±2.45) 岁, 平均病程为 (10.20±4.23) 天。观察组 50 例在康复治疗的基础上进行针灸治疗。观察组男 28 例, 女 22 例, 年龄 46-79 岁, 平均 (65.67±2.31) 岁, 平均病程 (9.86±5.51) 天。两组一般数据无显著差异 ($p > 0.05$)。纳入标准: 根据脑血管病诊断点中的脑血管病诊断点, 所有患者均为脑卒中后偏瘫。除心肺、肝、肾、精神病、恶性肿瘤和 30 天内严重认知功能障碍等严重器官疾病患者外, 所有患者均为脑卒中后首次急性偏瘫发作。

1.2 方法

两组患者选择恢复脑神经组织、营养神经等药物进行特殊治疗。在此基础上, 对照组给予早期康复治疗 (根据患者的具体情况, 选择训练方法并结合), 包括 (1) 肢体锻炼。患者体征稳定后, 应正确引导患者在轮椅

或床上被动移动。包括按摩、身体布置等, 将患者一侧从大关节移动到小关节, 包括旋转、伸展、内收、屈曲和伸展等小控制力。每天练习 2-3 次, 每次控制在 15min-20min 内。从简单到困难, 逐步站立和变换姿势, 转身, 举手行走, 这有助于专业设备培训。(2) 练习生活技能。护士为患者演示、指导进食、洗脸、刷牙、穿衣、上厕所等生活能力训练, 并协助患者模仿。每天三次, 每次 15min-20min 内, 协助患者进行训练, 指导患者避免事故。(3) 训练语言技能。鼓励患者加强语言训练, 从简单的音节过渡到下一节, 引导患者在广播或电视节目中进行模仿训练, 提高患者的基本语言交流技能, 给予患者适当地鼓励, 提高患者对治疗的信心。

观察组在对照组的基础之上加施中医针灸治疗: (1) 主要操作步骤如下: 选择患者的合谷、外关、肩、曲池、足三里、阳陵泉等穴位, 根据患者实际情况加减, 如果患者的口角倾斜, 则会增加人中穴和地仓穴。上肢偏瘫患者可补充阳池、肩外俞、大椎等穴位。下肢偏瘫患者可使用太溪、委中、风市等穴位。根据中风的性质采取合理措施, 毫针进行常规的角度后对穴位进行针刺, 并采用提插捻转, 留针半小时, 每隔 10min 进行一次行针, 每天一次, 连续针灸 2 周-2 月。

1.3 观测指标

治疗结束后根据患者情况作出评估, 有效: 患者治疗结束后肢体功能恢复正常; 改善: 患者在治疗结束后肢体功能有显著改善, 可以做一些简单的日常活动; 无效: 患者在治疗结束后肢体功能没有明显改善, 甚至有加重现象。

生活质量选用世界卫生组织生活质量测定量表 100 (WHOQOL-100) 评价, 得分越高, 表明生活质量越好。

1.4 统计方法

研究结果采用 SPSS19.0 统计学软件进行数据分析处理, $P < 0.05$ 表示

两组对比差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组病人治疗临床效果比较

观察组患者治疗总有效率显著高于对照组 ($P<0.05$)，详见表 1。

表 1 两组患者治疗结束后效果比较 (n, %)

组别	例数	有效	改善	无效	有效率
对照组	50	21(42.00)	15(30.00)	14(28.00)	36(72.00)
观察组	50	28(56.00)	19(38.00)	3(6.00)	47(94.00)
X^2 值					8.5755
P 值					0.0034

2.2 两组病人生活质量评定比较

观察组患者的治疗后生活质量评分高于对照组 ($P<0.05$)，详见表 2。

表 2 两组患者的生活质量评分 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	生活质量评分
对照组	50	70.01±5.67
观察组	50	79.66±6.21
T 值		8.1146
P 值		0.000

3 讨论

中风是以常见的脑缺血和出血为主要临床症状的中风。他是人类健康的第一杀手。中风将给患者及其家人带来长期的经济和生活压力^[5]。据国家卫生委员会(2021)统计,脑卒中是危害我国健康的主要疾病之一,据统计,2019 年中国缺血性脑卒中发病率为 17.0%,出血性卒中发病率为 3.06%。此外,中国 70 岁以下脑卒中患者的比例持续上升,并逐渐年轻化。高血压是脑出血最常见的原因,动脉粥样硬化是脑血栓形成的常见原因,大多数患者为中老年人^[6]。当疾病暴发时,患者可能会突然晕倒、晕倒、俯身、争吵和缺乏语言。中风偏瘫是中风最常见的后遗症之一,表现为肢体肌力下降、活动能力下降或完全丧失活动能力。严重影响病人生活,吃饭穿衣都需要他人的帮助,行走也会不便,不仅患者苦不堪言,还给家庭和社会带来很大的负担。因此中风偏瘫后的康复治疗是非常关键的,中风康复治疗过程中往往会有很多问题被忽视,中风后的治疗以前都是在发病后重视药物的治疗,而忽视了康复治疗,而等病人病情平稳后,一些后遗症已经形成了,这个时候再介入康复治疗手段往往是事倍功半,因此,卒中后康复训练的开始时间对患者的预后和生活质量具有重要的临床意义。康复训练是指消除或缓解疾病引起的身心障碍,尽可能协调功能,实现心理社会化和功能社会化。脑卒中偏瘫患者康复治疗的主要目的是恢复或重建其功能,发挥残余功能,预防并发症,减少后遗症,调整患者心理,学会使用移动工具和辅助设备。做好回归家庭社会的准备,提高患者的生活质量^[7]。根据病情分期治疗。但简单康复的效果有限,而且会下降。针灸是中医治疗方法之一。针灸具有疏通经络的功能,可以使堵塞的经络畅通,恢复患者正常的生理功能,达到快速治疗疾病的目的,目前对中风偏瘫的治疗方法除了西方的康复治疗,还有中医针灸治疗,通过针灸可以进一步恢复病人的肢体功能、语言功能、二便功能,提高病人的生活质量,回归社会、家庭。大量研究表明^[8],康复训练应该越早介入越好,脑卒中后早

期康复治疗可以促进肢体功能的恢复,预防并发症,预防关节畸形和肌肉痉挛,提高患者的日常生活质量。目前研究认为在发生中风后只要不影响抢救,就可以展开康复治疗,这样不仅可以预防中风后脑外伤后继发障碍的发生和发展,还可以维持心肺循环功能,促进功能障碍的恢复,为未来系统恢复奠定基础^[9]。帮助患者尽快恢复独立生活,减轻家庭和社会负担,因而有巨大的社会效益和经济效益。但是康复疗法的进展较为缓慢。

中医认为中风是由阴阳失衡和气血紊乱引起的。风、火、痰、瘀、麻痺会阻碍脑静脉或脑静脉的血流。肠的第一个中风名称和证候分类,《金匱要略:中风事件中的脉象综合征》:“四斋乐,匹斋财政,四斋乐,重而不重,四斋乐,即不识人。邪入于脏,舌即难言,口吐涎。针灸是中医名酒,传承了数千年。在众多中医治疗方法中,针灸是最重要、应用最广泛的^[10]。针灸治疗中风也有一定的历史渊源。针灸刺激人体体质,疏通经络,刺激局部穴位,改善血液循环,改善内脏功能,平衡阴阳。针灸也是治疗中风最传统的中医疗法,与西方的康复疗法相比,针灸具有见效快、操作简单、费用低廉、疗效更优的特点^[11]。通过外周感觉输入,可以形成功能性突触连接,调节运动神经元对神经反射通路的兴奋性,重建脊髓运动神经元细胞,改善局部肌肉张力,增强再生神经元的协调和运动控制能力。在脑卒中痉挛期,局部穴位针刺可以刺激脊髓中枢神经活动的传递,缓解肌肉痉挛,促进皮下中枢的代偿作用,改善痉挛性脑卒中偏瘫患者的运动功能。本次研究结果也表明,观察组的有效率要显著高于对照组($P<0.05$),观察组的生活质量评分高于对照组 ($P<0.05$),提示针灸结合康复治疗对偏瘫脑卒中患者有积极作用。究其原因,针灸可以改善疼痛极限,减少肌肉痉挛,缓解患者在康复功能训练过程中的疼痛,提高患者的治疗依赖性,提高中枢系统控制肢体的能力,有助于促进身体功能的恢复。电生理检查在脑卒中的诊断和预后评估中起着重要作用。

综上所述,脑卒中的治疗不是单一药物或方法可以取得良好疗效,而是多种中西医结合的治疗方法,形成了完整的治疗体系,可以有效提高脑卒中偏瘫患者的临床疗效和生活质量,值得在临床上进一步推广。

参考文献:

[1]秦龙江,徐乐义,王孝义.针灸联合偏瘫肢体康复训练对老年脑梗死后偏瘫患者肢体功能、神经功能和生活质量的影响[J].中国老年学杂志,2022,42(05):1071-1074.

[2]章薇,娄必丹,李金香,石文英,刘小娟,唐健,陈成,刘民权,曹洋.中医康复临床实践指南·缺血性脑卒中(脑梗死)[J].康复学报,2021,31(06):437-447.

[3]刘道龙,褚雪菲,曾令慧,朱金莉.针灸配合穴位按摩治疗高龄脑卒中患者运动功能障碍的效果[J].中国老年学杂志,2021,41(15):3164-3166.

[4]景福权,秦虎,刘欢,王增亮.针灸联合康复疗法对缺血性脑卒中偏瘫患者肢体运动功能及血清 cAMP、cGMP 的影响[J].中国针灸,2020,40(06):581-585.

[5]于波,张勇.中医综合康复疗法治疗中风病的研究概述与问题探讨[J].中国康复医学杂志,2015,30(01):73-75.

临床护理路径在小儿腹泻护理中的应用价值及临床效果探讨

王艳华

东营市第二人民医院 山东东营 257000

摘要：目的：研究临床护理路径在小儿腹泻护理中的应用价值及临床效果。方法：选择 2021 年 02 月-2022 年 02 月到本院治小儿腹泻患儿 150 例作为观察对象，随机分为实验和对照两组，分析护理价值和效果。结果：实验组护理满意度 74（98.67%）高于对照组 68（90.67%）（ $P<0.05$ ）；实验组护理质量评分高于对照组，住院相关指标优于对照组（ $P<0.05$ ）；护理后，实验组生活质量、各项依从态度评分高于对照组（ $P<0.05$ ）；护理后，实验组患儿家属的 SAS、SDS 分数明显低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：运用临床护理路径护理方式对小儿腹泻护理，可明显改善相关临床指标，提升护理满意度，可运用。

关键词：临床护理路径；小儿腹泻；满意度；护理质量；生活质量；依从态度评分

小儿腹泻作为患病概率极高的一种消化道类疾病，此疾病为多种病原和因素引起的。患儿症状表现一般为大便的次数增加、性状出现变化，而且由于小儿的消化道发育并没有完全，其神经调节能力比较差，自身的防御能力不足。若是不当喂养，比较容易发生肠道负担太重等问题。若是患儿病况严重，甚至会有脱水、电解质紊乱等问题，将直接的对患儿身心健康、生活质量产生威胁。所以，不但需给予患儿个性化治疗，亦需制定出合理化、科学化的护理计划，进而有效的规避各类不良事件的出现，优化临床治疗效果。以往临床中一般运用常规的护理方式，将其当做首选方案，纵然获得效果，可护理的内容相对比较片面和单一，没有办法获得预期、理想的护理效果。近几年，伴随国内医疗护理服务逐步改革，临床护理路径服务方式逐步的运用在临床中。此种护理方式为新型的质量效益类护理方式，可按照特定患儿的群体而构建出坐标轴，将纵轴作为护理的方式，将横轴当成时间，开展入院检查干预用药干预以及饮食干预等，将该整体性护理的理念贯穿其中，进而切实的规避患儿有腹泻问题发生，压缩患儿住院的时间^[1-3]。基于此，本文将分析临床护理路径在小儿腹泻护理中的应用价值及临床效果，报道如下：

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

一般资料对比， $P>0.05$ ，见表 1

表 1 一般资料对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	年龄（岁）	病程（天）
实验组（n=75）	1.82±0.28	1.27±0.27
对照组（n=75）	1.88±0.31	1.29±0.26
T 值	0.0768	0.1609
P 值	0.9390	0.8727

纳入标准：符合临床小儿腹泻诊断标准；患儿、家属知情同意，自愿参与此次研究；医院伦理委员会批准。

排除标准：合并重大疾病；合并认知功能障碍；合并精神功能障碍等。

1.2 方法

1.2.1 对照组

组内患儿接受常规护理服务，其中包含：人员健康宣教、病情观察与评估、脱水问题纠正、饮食合理化调整、感染控制与预防和出院指导等相关工作。

1.2.2 实验组

组内患儿接受临床护理路径服务，具体为：

（1）组建临床护理路径组。组内成员包含：科室中主管医生以及责任护士，需组内成员可明确自身责任，进而对其病情全面化与个性化的评估。按照患儿具体腹泻的程度，为其制定出针对性护理路径与方式，将制定的路径执行与落实。

（2）入院指导。待到患儿入院之后，护士需为患儿、家属耐心的讲解相关注意事项，需依照温度，对患儿穿衣进行及时的调整，规避过凉或是过热对腹泻症状产生影响。加之，更需说明疾病的归转、病情和疾病注意事项等，将患儿家属担忧感、紧张感消除，增强患儿家属配合度。针对营养不良、抵抗力比较低的患儿，需告知患儿家属重视饮食营养性和卫生性。

（3）病情的密切观察。密切关注患儿大便的性状、次数、气味和量，了解患儿排尿次数与量，将其细致记录。重视关注其精神状况、面色状况、意识状况、口唇状况、口腔黏膜状况以及皮肤弹性状况，进而尽早的明确

患儿脱水状态。重点关注患儿电解质紊乱与酸碱失衡症状表现，例如酸中毒症状表现、低血钙症状表现以及低血钾症状表现等。了解患儿是否出现呕吐，明确呕吐物性状，警惕有早期肠套叠症状出现。加之，亦可重点观察监测，加强对患儿体温变化的监督，若是患儿体温过高需积极引导其多喝水。

（4）补液护理。小儿腹泻疾病中脱水原因为腹泻疾病发生的主要因素，所以临床中合理化补液作为降低病死率的关键。临床中，需适宜的为患儿补液，遵循着先快后慢原则，先盐后糖原则等，而补液的内容和量依照患儿个体化差异谨慎选取。例如，对轻度、中度的脱水，没有呕吐表现或是呕吐不剧烈患儿，可引导其少量多次的口服补液盐。对于病情严重患儿，需建立起静脉通路给予其补液处理。在实施中，需按照其脱水程度、尿量以及呕吐程度进行调整，尽早将患儿脱水症状纠正，确保其机体水电解质可维持在平衡状态下。

（5）饮食护理。合理化饮食作为对小儿腹泻治疗的关键方式。对患儿喂养中一般肠道母乳喂养，压缩每次哺乳的时间，降低其肠道压力和负担。对六月之上患儿需停止加入辅食，添入易消化性食物，例如蔬菜末与稀粥，保障少食多餐。在其腹泻症状被改善之后，对饮食结构适宜的改变。对于人工哺乳患儿，需降低奶量，使得其进食可被恢复，加速其体力恢复速度。

（6）出院指导。告诉患儿家属母乳喂养的关键性，指导其可科学饮食，在其中添入辅食，有效避免其发生偏食问题，进尽可能避免于夏季断奶。重视饮食卫生管理，规避患儿发生肠道内感染问题，积极培养患儿饭前便后洗手的优良习惯。与此同时，需引导患儿适宜的开展户外运动，提升自身抵抗力。

（7）健康宣教。健康教育方式是为了能够满足患儿对疾病发生、发展和归转知识了解的干预方式。标准化健康教育方案是为正确接受特殊性治疗患儿，制定的个性化健康教育表格或是路线图。在为患儿、家属答疑解惑的时候，需辅助患儿、家属明确疾病基础知识内容，了解到危害自身健康的相关因素，不良生活行为和方式等等，使得患儿、家属能够更为了解疾病知识。加强各阶段疾病指导，在出院之前，需给予患儿家属耐心的健康教育，使得其能够正确的认知腹泻相关知识，明确疾病诱发性因素，预防和治疗措施，正确掌握护理技术手段，

1.3 观察指标及评价标准

分析患儿家属护理满意度：非常满意、满意、不满意；分析护理质量评分（护理措施完成度、护理服务、生活环境、健康指导）与住院指标评分（住院时间、住院费用）；分析生活质量：生理机能、躯体功能、情感功能、精神健康；分析两组患儿家属心理状况：SAS、SDS；两组患儿依从态度评分：用药依从性、规律生活依从性、健康饮食依从性、管理依从性、总分。

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 分析患儿家属护理满意度

实验组护理满意度 74（98.67%）高于对照组 68（90.67%）（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 护理满意度（n%；例）

组别	非常满意	满意	不满意	总满意度
实验组	46(61.33%)	28(37.33%)	1(1.33%)	74(98.67%)

(n=75)				
对照组	43(57.33%)	25(33.33%)	7(9.33%)	68(90.67%)
(n=75)				
X ² 值	-	-	-	4.7535

p 值	-	-	-	0.0292
2.2 分析护理质量评分与住院指标评分				
实验组护理质量评分高于对照组, 住院相关指标优于对照组 (P<0.05), 见表 3。				

表 3 护理质量评分与住院指标评分 ($\bar{x} \pm s$)

组别	护理质量评分/分				住院相关指标	
	护理措施完成度	护理服务	生活环境	健康指导	住院时间/d	住院费用/元
实验组 (n=75)	7.58±1.53	8.01±1.32	8.61±0.48	6.45±1.85	2.12±1.01	1216.01±433.32
对照组 (n=75)	4.50±1.51	5.12±1.49	5.63±1.15	4.88±1.63	4.58±1.13	2936.12±543.49
T 值	12.4083	12.5731	20.7098	5.5144	14.0568	21.4312
P 值	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 分析两组患儿生活质量

护理后, 实验组生活质量高于对照组 (P<0.05), 见表 4。

表 4 生活质量 ($\bar{x} \pm s$ /分)

组别		实验组 (n=75)	对照组 (n=75)	T 值	P 值
护理前	生理机能	58.57±4.42	59.39±6.51	0.9025	0.3683
	躯体功能	58.97±4.11	58.92±5.23	0.0651	0.9482
	情感功能	53.92±4.77	53.54±5.12	0.4703	0.6388
	精神健康	51.73±8.72	52.74±9.64	0.6729	0.5021
护理后	生理机能	89.73±6.31	75.82±6.61	13.1824	0.0000
	躯体功能	88.42±4.73	72.42±6.63	17.0136	0.0000
	情感功能	84.41±6.72	76.42±8.53	6.3721	0.0000
	精神健康	80.89±5.42	71.43±5.12	10.9880	0.0000

2.4 分析两组患儿家属心理状况

护理后, 实验组患儿家属的 SAS、SDS 分数明显低于对照组 (P<0.05), 见表 5。

表 5 家属心理状况 ($\bar{x} \pm s$ /分)

组别	SAS		SDS	
	护理前	护理后	护理前	护理后
实验组 (n=75)	64.82±7.74	44.32±5.51	68.82±8.74	46.34±5.02
对照组 (n=75)	63.32±6.10	52.34±6.02	69.32±9.10	53.32±6.51
T 值	1.3182	8.5107	0.3432	7.3532
P 值	0.1895	0.0000	0.7319	0.0000

2.5 分析两组患儿依从态度评分

护理后, 两组患儿各项依从态度评分 (P<0.05), 见表 6。

表 6 依从态度评分 ($\bar{x} \pm s$ /分)

组别		实验组 (n=75)	对照组 (n=75)	T 值	P 值
护 理 前	用药依从性	75.36±7.54	75.69±7.78	0.2638	0.7923
	规律生活依从性	75.93±6.14	75.54±6.42	0.3802	0.7043
	健康饮食依从性	70.98±8.13	70.69±8.16	0.2180	0.8277
	管理依从性	73.72±6.42	73.61±6.52	0.1041	0.9172
	总分	63.79±6.96	64.00±7.03	0.1838	0.8544
护 理 后	用药依从性	89.64±5.72	85.65±4.96	4.5641	0.0000
	规律生活依从性	88.57±9.43	81.67±6.05	5.3335	0.0000
	健康饮食依从性	89.93±6.82	82.51±5.15	7.5192	0.0000
	管理依从性	90.44±7.19	86.66±8.04	3.0350	0.0028
	总分	90.03±5.48	77.93±5.07	14.0362	0.0000

3. 讨论

小儿腹泻疾病为病毒感染类疾病, 对此病治疗的基础原则是纠正酸碱失衡症状、纠正水电解质紊乱症状为主。以往对此类患儿护理中, 一般是依照主治医师所开具出的医嘱实施, 对患儿对应性护理^[4-5]。但因为医师、护士护理能力不同, 护理效果存在一定的差异。临床护理路径服务作为有时间规定、有序的一种流程护理服务, 能够切实的增强患儿、家属对疾病认知和掌握程度, 使得其可主动与积极的配合临床护士相关的护理服务,

进而加速其康复的速度, 有效压缩患儿住院时间、康复时间, 缩短其所需的住院费用^[6-8]。

此次研究中, 分析护理价值和效果, 发现实验组护理满意度 74 (98.67%) 高于对照组 68 (90.67%) (P<0.05); 实验组护理质量评分高于对照组, 住院相关指标优于对照组 (P<0.05); 护理后, 实验组生活质量、各项依从态度评分高于对照组 (P<0.05); 护理后, 实验组患儿家属的 SAS、SDS 分数明显低于对照组 (P<0.05)。此次研究结果表明, 临床护理路径服务可明显缩短患儿住院时间, 降低住院所需费用, 进而缓解患儿家庭所承担的经济压力, 改善患儿家属的心理状态。引起患儿发生腹泻因素多种, 临床症状表现一般为呕吐症状、恶心症状以及腹泻症状等。此次研究中对实验组内患儿运用临床护理路径服务开展指导护理^[9-15]。护士需主动和患儿家属交流与沟通, 将其紧张、焦虑状态改善, 提升其治疗信心, 进而辅助护士对其护理, 给予其精神支持, 进而改善护理依从性。

综上, 临床护理路径服务可对患儿病情进行高效的监控和评估, 开展健康教育、饮食干预等, 护士可更为耐心的对患儿实施护理服务, 加速患儿康复速度, 进而改善其临床指标, 可运用。

参考文献:

- [1]王颖. 临床护理路径在小儿腹泻患儿护理中的应用[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50 (1): 312-313.
- [2]李雪丽. 临床护理路径在小儿腹泻护理中的应用效果[J]. 中国社区医师, 2020, 36 (24): 147-148.
- [3]张玉明. 临床护理路径在小儿急性腹泻病护理中应用的研究[J]. 黑龙江中医药, 2020, 49 (3): 357-358.
- [4]马淑贞, 李梅, 李婷婷. 临床路径护理干预在小儿腹泻中的应用效果观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2020, 40 (7): 73-75.
- [5]周春花, 温玉丹, 黄欣欣. 探讨临床护理路径用于小儿急性腹泻的护理效果[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5 (28): 125, 127.
- [6]焦瑞. 小儿腹泻实施临床护理路径的效果评价[J]. 航空航天医学杂志, 2020, 31 (7): 872-873.
- [7]陈燕珍, 卢静仪. 探讨临床护理路径对于小儿腹泻患儿护理效果[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5 (48): 41.
- [8]陈天杰. 临床护理路径在小儿轮状病毒感染性腹泻护理中的实施效果探讨[J]. 中外医疗, 2019, 38 (33): 119-121.
- [9]张晓慧, 梅磊, 单琪. 小儿腹泻实施临床护理路径干预的效果[J]. 医学食疗与健康, 2019 (17): 106, 108.
- [10]付燕. 临床护理路径在小儿轮状病毒感染性腹泻护理中的效果[J]. 中国医药指南, 2020, 18 (23): 221-222.
- [11]王颖, 姜爽, 刘红爽, 等. 临床护理路径用于小儿腹泻患儿护理中对腹泻次数及住院情况的作用分析[J]. 中国实用医药, 2019, 14 (1): 170-171.
- [12]赖晓燕, 郑定容, 王春鹏, 等. 中西医结合联合临床护理路径治疗小儿慢性腹泻的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2019, 27 (24): 53-55.
- [13]张方方, 王芳, 沈德新. 临床护理路径在小儿腹泻护理中的应用价值及临床效果[J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊), 2019, 19 (90): 314, 316.
- [14]田丽平. 临床护理路径在小儿腹泻护理中的应用价值及临床效果分析[J]. 中国医药指南, 2019, 17 (5): 220-221.
- [15]杨娇梅, 周丽华, 胡碧珠. 临床护理路径在小儿急性腹泻病护理中应用的研究[J]. 中外医学研究, 2019, 17 (2): 86-87.

胞磷胆碱钠片治疗老年脑出血的临床观察

纪俊强 卫刚要

单县中心医院 山东菏泽 274300

摘要：目的：观察老年脑出血患者采用胞磷胆碱钠片治疗效果。方法：随机选取老年脑出血患者 100 例，并设置成观察组和常规组，前者实施胞磷胆碱钠片药物治疗法，后者实施常规治疗方案，将两组治疗效果存在的差异进行比较。结果：在 NIHSS 和 mRS 评分指标中，治疗前，观察组为（32.81±2.51）分、（5.26±1.58）分，常规组为（32.14±2.42）分、（5.80±1.68）分，2 组比较差异不显著，（P>0.05）；治疗后，观察组为（18.13±2.53）分、（2.52±0.23）分，常规组为（25.72±2.25）分、（4.30±0.60）分，2 组均有所改善，但观察组和常规组相比，前者改善程度更大，（P<0.05）。在 MoCA 和 MMSE 评分指标中，治疗前，观察组为（13.70±2.48）分、（20.13±3.96）分，常规组为（13.60±2.70）分、（20.63±3.51）分，2 组比较差异不显著，（P>0.05）；治疗后，观察组为（25.35±2.64）分、（27.40±2.68）分，常规组为（20.81±2.85）分、（24.81±2.51）分，2 组均有所改善，但观察组和常规组相比，前者改善程度更大，（P<0.05）。在 BI 指数和 ADL 评分指标中，治疗前，观察组为（35.13±5.47）分、（45.24±5.71）分，常规组为（35.16±5.51）分、（45.27±5.82）分，2 组比较差异不显著，（P>0.05）；治疗后，观察组为（86.24±7.40）分、（88.96±5.48）分，常规组为（70.41±7.82）分、（73.24±5.16）分，2 组均有所改善，但观察组和常规组相比，前者改善程度更大，（P<0.05）。在消化道反应、肺部感染、肾功能障碍、尿路感染并发症发生率方面，观察组有 3 例（6.00%）、0 例（0.00%）、2 例（4.00%）、0 例（0.00%），总计 10.00%，常规组有 3 例（6.00%）、2 例（4.00%）、2 例（4.00%）、4 例（8.00%），总计 22.00%，观察组和常规组相比，前者更低，（P<0.05）。结论：老年脑出血患者采用胞磷胆碱钠片治疗能够使脑神经功能得到显著改善，同时还能够提高患者的生活质量，改善患者的精神状态和认知功能，将并发症的发生率控制在一定范围内。

关键词：胞磷胆碱钠片；老年脑出血；临床疗效

在临床常见的脑血管疾病中脑出血占有很高的比例，该病主要是因为小动脉粥样硬化和高血压等因素引起，对于长时间酗酒和吸烟以及超重肥胖的患者，其发生脑出血的风险更高。该病的特点是发病急，而且在发病之前患者的症状不显著，有些患者会表现出肢体无力和头晕等症状，一般在发病数小时后病情会达到最严重水平，而且病情的严重程度和出血量以及出血部位之间有着很大的关系^[1]。临床在治疗脑部非功能区出血患者时一般采取保守治疗方案，但是对于脑部功能区出血患者临床一般会采取手术治疗方案。由于患者在发病之后会表现出脑水肿和颅内压升高的情况，因此，临床治疗该病的原则主要是减小脑水肿体积和对颅内压水平进行控制，并监测患者相关生命体征，给予患者保护神经的药物治疗方案，目的是恢复患者的脑部神经功能，避免发生并发症，使患者获得良好的预后。胞磷胆碱钠属于大脑代谢功能激活剂中的一种。在有关报道中提到，该药物在治疗老年脑出血患者方面具有显著的疗效^[2]。现对不同药物治疗方案治疗老年脑出血患者的效果进行比较。

1.1 一般资料

患者一般资料（表 1）。

表 1 两组患者一般资料比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别（n）	男/女	年龄（岁）	脑出血量（ml）
观察组（n=50）	26/24	74.89±14.85	32.17±20.92
常规组（n=50）	28/22	74.83±13.98	32.35±20.74
t	0.251	0.225	0.306
P	5.036	5.963	4.524

1.2 方法

常规组：常规治疗。每次注射 2g 氨甲环酸，每天用药三次；每次口服 25mg 氢氯噻嗪，每天用药一次；每次口服 40mg 呋塞米，每天用药两次；静脉滴注 125ml 的 20%甘露醇，每间隔 8 小时用药一次；根据患者的病情，每次静脉注射 5mg 的地塞米松磷酸钠注射液^[3]。

观察组：常规治疗方案同常规组，同时联用胞磷胆碱钠片。患者每次口服 0.2g 胞磷胆碱钠片，每天用药三次^[4]。

1.3 观察指标

对比两组患者的相关指标。

1.4 统计学分析

用 SPSS21.0 统计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 NIHSS 和 mRS 评分对比

在 NIHSS 和 mRS 评分指标中，治疗前，观察组为（32.81±2.51）分、（5.26±1.58）分，常规组为（32.14±2.42）分、（5.80±1.68）分，2 组比较差异不显著，（P>0.05）；治疗后，观察组为（18.13±2.53）分、（2.52±0.23）分，常规组为（25.72±2.25）分、（4.30±0.60）分，2 组均有所改善，但观察组和常规组相比，前者改善程度更大，（P<0.05）。

表 2 NIHSS 和 mRS 评分对比（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别（n）	NIHSS 评分		mRS 评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组（n=50）	32.81±2.51	18.13±2.53	5.26±1.58	2.52±0.23
常规组（n=50）	32.14±2.42	25.72±2.25	5.80±1.68	4.30±0.60
t	4.201	12.205	5.302	8.663
P	0.336	0.000	0.254	0.000

2.2 MoCA 和 MMSE 评分对比

在 MoCA 和 MMSE 评分指标中，治疗前，观察组为（13.70±2.48）分、（20.13±3.96）分，常规组为（13.60±2.70）分、（20.63±3.51）分，2 组比较差异不显著，（P>0.05）；治疗后，观察组为（25.35±2.64）分、（27.40±2.68）分，常规组为（20.81±2.85）分、（24.81±2.51）分，2 组均有所改善，但观察组和常规组相比，前者改善程度更大，（P<0.05）。

表 3 MoCA 和 MMSE 评分对比（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别（n）	MoCA 评分	MMSE 评分
-------	---------	---------

	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=50)	13.70±2.48	25.35±2.64	20.13±3.96	27.40±2.68
常规组 (n=50)	13.60±2.70	20.81±2.85	20.63±3.51	24.81±2.51
t	5.632	9.996	4.635	8.524
P	0.258	0.000	0.302	0.000

2.3 BI 指数和 ADL 评分对比

在 BI 指数和 ADL 评分指标中,治疗前,观察组为(35.13±5.47)分、(45.24±5.71)分,常规组为(35.16±5.51)分、(45.27±5.82)分,2 组比较差异不显著,(P>0.05);治疗后,观察组为(86.24±7.40)分、(88.96±5.48)分,常规组为(70.41±7.82)分、(73.24±5.16)分,2 组均有所改善,但观察组和常规组相比,前者改善程度更大,(P<0.05)。

表 4 BI 指数和 ADL 评分对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别 (n)	BI 指数		ADL 评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=50)	35.13±5.47	86.24±7.40	45.24±5.71	88.96±5.48
常规组 (n=50)	35.16±5.51	70.41±7.82	45.27±5.82	73.24±5.16
t	2.441	11.521	4.201	10.470
P	0.524	0.000	0.369	0.000

2.4 并发症发生情况对比

在消化道反应、肺部感染、肾功能障碍、尿路感染并发症发生率方面,观察组有 3 例(6.00%)、0 例(0.00%)、2 例(4.00%)、0 例(0.00%),总计 10.00%,常规组有 3 例(6.00%)、2 例(4.00%)、2 例(4.00%)、4 例(8.00%),总计 22.00%,观察组和常规组相比,前者更低,(P<0.05)。

表 5 并发症发生情况对比 (n, %)

组别 (n)	消化道反 应	肺部感染	肾功能障 碍	尿路感染	总计
观察组 (n=50)	3 (6.00)	0 (0.00)	2 (4.00)	0 (0.00)	5 (10.00)
常规组 (n=50)	3 (6.00)	2 (4.00)	2 (4.00)	4 (8.00)	11(22.00)
X ²	0.000	4.081	0.000	8.333	5.357
P	1.000	0.046	1.000	0.004	0.021

3 讨论

现阶段,临床在治疗大多数的脑出血患者时主要采取内科治疗方案,即给予患者保护神经、控制血压和止血等相关药物,如果患者的出血量相对较小,但是处于疾病发作期,在治疗患者时主要遵循降低颅内压和控制出血的原则,然而在治疗病情比较严重,且脑血肿体积相对较大,颅内压水平相对较高患者时一般会采取外科手术治疗方案^[5]。

脑出血属于非创伤性脑实质出血疾病中的一种,该病的发生和患者自身因素之间有着很大的关系。临床在诊断该类患者时,通常会采取询问病史和实验室辅助检查以及影像学检查手段,在对脑出血病灶明确之后,应鉴别诊断外伤性颅内血肿和蛛网膜下出血以及老年常见脑梗死等疾病^[6]。

在本文中,选择的研究对象出血量相对较小,因此,患者均采取药物保守治疗方案。通过分析研究结果不难看出,观察组和常规组患者经临床

治疗后均改善其脑神经功能,但是通过对比两组的研究结果发现,采用胞磷胆碱钠片治疗的观察组患者各个指标均优于常规组患者,主要是该药物能够给人体内卵磷脂生物合成起到良好的促进作用^[7]。该药物属于激活大脑代谢功能核苷类药物中的一种,其能够使网状结构系统激活功能得以增强,从而使脑血管阻力得以降低,而且还能够促进脑部血流量的增加^[8]。该药物通过对患者脑部微循环进行改善,有利于患者脑部功能的尽快恢复。同时,观察组患者经临床治疗后其脑神经功能得到改善的同时,观察组患者的精神状态评分和认知功能状态评分显著优于常规组患者^[9]。另外,观察组患者的 BI 指数和 ADL 评分较常规组高,说明该药物在提高患者生活能力和生活质量方面发挥着重要的作用^[10]。

需要注意的是,受到本次研究所选择的样本数量相对较少等因素的影响,未进行大样本量的验证,致使最终获得的研究结果缺少科学性。希望在今后的研究中对样本量进行适当扩大,不断完善本研究结果,并在临床治疗老年脑出血患者时推行和推广该治疗方案。

4 结论

总而言之,对于老年脑出血患者应用胞磷胆碱钠片治疗能够使其脑神经功能得以有效改善,而且还能够改善患者的生活状态、精神状态和认知功能,有效降低其发生相关并发症的风险。因此,胞磷胆碱钠片具有较高的用药安全性和有效性。

参考文献:

[1]高普,刘亮,刘杏棉,张自豪,张文亮,吴志宝.丹红注射液联合脑苷肌肽治疗老年高血压性脑出血病人的临床研究[J].实用老年医学,2022,36(05): 487-491.

[2]孙田田,卢瑛,王丽,董少军.胞磷胆碱钠片治疗老年脑出血的临床观察[J].老年医学与保健,2021,27(06): 1178-1181.

[3]胡纪可,胡婷.醒脑静注射液联合奥拉西坦对老年脑出血后认知功能障碍患者的临床疗效[J].中成药,2021,43(11): 3028-3031+3232.

[4]尚少红.不同剂量甘露醇治疗老年急性脑出血的效果观察[J].中国实用医药,2021,16(21): 133-135.DOI: 10.14163/j.cnki.11-5547/r.2021.21.050.

[5]黄芳,李一心.奥拉西坦联合丁苯酞治疗老年高血压脑出血的临床疗效[J].中国处方药,2021,19(06): 4-6.

[6]徐光明,连超玉,方舒,冯瑞,李慧敏.自拟化痰通窍汤联合盐酸乙哌立松对老年脑出血患者神经功能及脑血管功能的影响[J].中国疗养医学,2021,30(07): 766-768.DOI: 10.13517/j.cnki.ccm.2021.07.036.

[7]马琳,游广辉,戚志平,李博.β-七叶皂苷钠联合依达拉奉治疗老年高血压脑出血术后病人的疗效观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2021,19(10): 1745-1748.

[8]陈云超.阿托伐他汀治疗老年高血压急性性脑出血的疗效观察[J].实用中西医结合临床,2021,21(10): 104-106.DOI: 10.13638/j.issn.1671-4040.2021.10.050.

[9]刘晓聪.注射用奥拉西坦联合纳洛酮对老年脑出血患者 GCS 评分的影响[J].系统医学,2021,6(07): 14-16.DOI: 10.19368/j.cnki.2096-1782.2021.07.014.

[10]王兴克.奥拉西坦治疗老年脑出血后认知功能障碍的疗效和安全性[J].国际精神病学杂志,2021,48(01): 102-104.DOI: 10.13479/j.cnki.jip.2021.01.030.

多维度协同护理在冠心病合并慢性心力衰竭患者中的应用

王蓓

石嘴山市第一人民医院 宁夏石嘴山 753200

摘要：目的：分析对冠心病合并慢性心力衰竭患者实施多维度协同护理干预的临床应用效果。方法：选择我院于 2020.10-2021.10 月，1 年内收治的 118 例冠心病合并慢性心力衰竭患者，将所有患者随机分组为 A 组（59 例，采用常规方法护理）和 B 组（59 例，实施多维度协同护理干预）。结果：两组患者在接受护理后均取得一定效果，但 B 组心理状态明显优于 A 组，同时 B 组的生活质量、护理满意度均明显高于 A 组，差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：对冠心病合并慢性心力衰竭患者实施多维度协同护理干预效果显著，可明显改善患者的心理状态，提高患者生活质量，提升护理满意度，有较高应用价值。

关键词：多维度协同护理；冠心病合并慢性心力衰竭；应用效果

Application of multi-dimensional collaborative nursing in patients with coronary heart disease complicated with chronic heart failure

[Abstract]Objective: to analyze the clinical effect of multi-dimensional collaborative nursing intervention on patients with coronary heart disease complicated with chronic heart failure. Methods: 118 patients with coronary heart disease complicated with chronic heart failure admitted to our hospital from October 2020 to October 2021 were selected. All patients were randomly divided into group A (59 cases, with routine nursing) and group B (59 cases, with multi-dimensional cooperative nursing intervention). Results: both groups of patients achieved certain effects after receiving nursing, but the psychological state of group B was significantly better than that of group A. meanwhile, the quality of life and nursing satisfaction of group B were significantly higher than that of group A ($P < 0.05$). Conclusion: The implementation of multi-dimensional collaborative nursing intervention for patients with coronary heart disease and chronic heart failure can have a significant effect, which can significantly improve the psychological state of patients, improve the quality of life of patients, and improve nursing satisfaction, which has high application value.

[Key words]multi dimensional collaborative nursing; Coronary heart disease complicated with chronic heart failure; Application effect

冠心病是发病率较高的心血管疾病，中老年人一般身体素质较差，普遍抵抗力较弱，是该病的多发人群。冠心病合并慢性心力衰竭是严重危害老年人身体健康的疾病，患者生活质量严重下降^[1-4]。治疗冠心病合并慢性心力衰竭需要较长时间，病症对身体和心理都会造成较大影响，需要有效的护理干预提高治疗效果^[5-6]。传统的临床护理较为单一，并未全面考虑患者的实际需求，仅仅是为患者提供了基础性的护理服务，无法真正满足患者的护理需求。本研究中即分析了实施多维度协同护理干预对冠心病合并慢性心力衰竭患者的临床应用效果，具体报道如下：

1 对象和方法

1.1 对象

选择我院于 2020.10-2021.10 月，1 年内收治的冠心病合并慢性心力衰竭患者 118 例为研究对象。将所有患者随机分组为 A 组（59 例，男 34 例，女 25 例，平均年龄 68.54 ± 5.18 岁）和 B 组（59 例，男 35 例，女 24 例，平均年龄 68.59 ± 5.20 岁）。对两组患者一般资料分析后显示，其差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

1.2 方法

所有患者均接受常规方法护理，B 组患者在常规护理的基础上实施多维度协同护理干预。

1.2.1 常规方法护理

A 组的患者接受常规方法护理，护理人员在观察病情的同时，需要为患者提供用药、饮食等方面的护理服务。

1.2.2 多维度协同护理干预

B 组实施多维度协同护理干预，具体方法如下：

①成立护理干预小组。选取我院临床经验丰富的护理人员组成多维度协同护理干预小组，全力开展临床护理工作。所有护理人员都具有 5 年及以上临床护理经验，对冠心病合并慢性心力衰竭有独特的见解，非常清楚该疾病的重点。小组成员均是自愿加入本小组，愿意执行小组护理职责，积极提高自身护理技能，为患者提供高质量的护理服务。

②健康知识维度。健康教育须结合患者病情，患者全面认识疾病，才能积极配合治疗。培养护理人员的学习能力，广泛阅读各类疾病治疗和护理的文献资料，将文献中的方法与护理人员的经验结合。在开展健康教育是针对患者的病因、危险因素、个人理解能力等情况选择最适合的方法。

③心理维度。老年人心理一般比较敏感，随着年龄增长，对疾病、死亡的恐惧不断增加。老年患者一般没有丰富业余生活，长时间住院治疗，单调乏味的生活容易产生一些负面情绪。不良情绪会影响治疗效果，改善患者的心理状态，良好的心态更有利于身体恢复。责任护士应该主动与患者交流，客观评价患者的心理状态，耐心安慰患者，给患者更多的鼓励和支持。

④身体维度。全面分析患者病情、年龄、心功能等数据，指导患者休息和活动。病情严重患者的需要卧床休息，长期卧床远心端血液流动减慢，容易形成静脉血栓。定时为患者翻身，活动四肢，积极预防血栓。治疗后应尽早开展功能锻炼，通过不断训练提高肢体运动功能，恢复日常生活能力。

⑤日常生活维度。冠心病合并慢性心力衰竭患者心脏功能严重障碍，

衣食住行均被受到较大影响。督促患者严格遵医嘱用药,按照标准控制剂量、疗程。多吃营养丰富的新鲜水果蔬菜,勤饮水,预防便秘。定时清洁身体,预防褥疮,防止感染。指导病情缓和的患者适量运动,积极开展心肺功能训练,改善心脏功能,提高生活质量。

⑥评价、优化。患者入院、出院时可以自愿填写满意度问卷调查表,调查结果将作为护理效果评价的依据。完善的评价机制可以检验护理效果,客观评价护理措施实践情况。护理方案通过实践后可以发现存在的问题,经过讨论研究后确定解决方案,不断优化。

1.3 观察指标

本研究需从两组患者的心理状态、生活质量、护理满意度进行评价。在心理状态的评价上,使用 SAS 焦虑自评量表和 SDS 抑郁自评量表进行评价。在生活质量的评价上,使用生活质量评价量表 SF-36 进行评价。在护理满意度的评价上,使用满意度调查问卷表进行评价,满分 100 分,得分 90-100 分为非常满意,80-89 为满意,80 分以下为不满意。护理满意度 = (非常满意+满意)/所有患者×100%。

1.4 统计学分析

使用 SPSS20.0 软件对数据进行统计学分析,使用 t 和“ $\bar{x}\pm s$ ”表示计量资料,使用 χ^2 和 % 表示计数资料, $P<0.05$ 表示数据差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组心理状态的对比

B 组心理状态优于 A 组,如表 1:

表 1 B 组和 A 组心理状态的对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	SDS 抑郁评分	SAS 焦虑评分
B 组	59	47.95±6.33	48.62±6.67
A 组	59	52.46±7.05	53.15±7.11
t	-	3.656	3.569
P	-	0.001	0.001

2.2 两组生活质量的对比

B 组生活质量高于 A 组,如表 2:

表 2 B 组和 A 组生活质量的对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	生理机能	生理职能	躯体疼痛	社会功能
B 组	59	81.05±5.71	81.82±5.66	77.92±5.14	81.65±5.67
A 组	59	77.01±5.47	78.46±5.38	82.51±5.71	76.49±4.98
t	-	3.925	3.305	4.589	5.252
P	-	0.001	0.001	0.001	0.001

2.3 两组护理满意度的对比

B 组护理满意度高于 A 组,如表 3:

表 3 B 组和 A 组护理满意度 (%)

组别	例数	非常满意 (例)	满意 (例)	不满意 (例)	护理满意度
B 组	59	31(52.54%)	25(42.37%)	3 (5.08%)	56(94.92%)
A 组	59	26(44.07%)	22(37.29%)	11(18.64%)	48(81.36%)

χ^2	-	0.848	0.318	5.187	5.187
P	-	0.357	0.573	0.023	0.023

3 讨论

冠心病合并心力衰竭是严重危害患者身体健康的疾病,患者因为冠状动脉狭窄导致血管堵塞,引起心肌缺血、缺氧,若不及时得到有效治疗,随时可能危及生命^[7-8]。老年患者身体机能下降,冠心病合并心力衰竭会进一步加重心脏负担,产生许多不良去情绪,影响治疗效果。护理干预是提高疾病治疗效果的重要措施,对于许多危重疾病患者都有非常大的作用。传统护理主要是为患者提供基础性的护理护理,常规护理缺乏针对性,并不适合冠心病合并心力衰竭患者^[9-11]。多维度协同护理是在常规护理的基础上,根据冠心病合并慢性心力衰竭患者的身体状况以及病情特征而实施的护理干预措施,不仅关注患者的身体健康,还将患者的心理健康也纳入了临床护理中,提供科学全面的护理服务。

综上所述,对冠心病合并心力衰竭患者实施多维度协同护理干预效果显著,可明显改善患者的心理状态,提高患者生活质量,提升护理满意度,有较高应用价值。

参考文献:

[1]吴艳. 多维度协同护理在冠心病合并慢性心力衰竭患者中的应用效果[J]. 中国民康医学,2022,34 (01): 153-156.

[2]张金丽. 多维度协同护理对老年冠心病合并心力衰竭患者负性情绪及生活质量的影响分析[J]. 医学理论与实践,2021,34 (02): 316-317.

[3]陈晨. 多维度协同护理对老年冠心病合并心力衰竭患者负性情绪及生活质量的影响[J]. 中国医药指南,2021,19 (02): 156-157.

[4]郑如婷. 多维度协同护理模式应用于老年冠心病合并心力衰竭患者的临床效果及生活质量评分影响分析[J]. 当代临床医刊,2020,33 (05): 473+455.

[5]曹小丽,杨延,孙静. 个体需求导向的生理-心理维度协同式护理对老年慢性心力衰竭伴心律失常患者心理状态及生活质量的影响[J]. 保健医学研究与实践,2020,17 (04): 56-60.

[6]孟庆艳. 多维度协同护理在老年冠心病合并心力衰竭患者中的应用价值[J]. 当代医药论丛,2020,18 (11): 231-232.

[7]谢绿梅. 多维度协同护理应用于老年冠心病合并心力衰竭患者的疗效评价[J]. 实用临床护理学电子杂志,2019,4 (46): 29.

[8]杨梅,邢咏. 多维度协同护理在老年冠心病合并心力衰竭患者中的应用[J]. 承德医学院学报,2019,36 (05): 413-415.

[9]鲁珺,赵薇,张小芳. 多维度协同护理对老年冠心病合并心力衰竭患者负性情绪及生活质量的影响[J]. 当代医学,2019,25 (16): 180-182.

[10]方秀娟. 多维度协同护理应用于老年冠心病合并心力衰竭患者的临床效果观察[J]. 中国现代药物应用,2018,12 (23): 167-168.

[11]吴晶,杨欣,周月. 多维度协同护理对老年冠心病合并心力衰竭患者负性情绪及生活质量的影响[J]. 中华现代护理杂志,2018,24 (05): 577-581.

患者即时自评引导式护理对胃癌围手术期患者遵医行为及自护能力的影响

张晓飞 于杰霞

临沂市肿瘤医院 普外科 山东临沂 276000

摘要: 目的: 探讨胃癌围手术期患者采用患者即时自评引导式护理干预对遵医行为及自护能力的影响。方法: 选取 2020 年 3 月至 2021 年 9 月我院收治的胃癌围手术期患者共计 100 例, 根据随机摸球法分成观察组 ($n=50$) 与对照组 ($n=50$), 对照组采用常规护理干预, 观察组采用患者即时自评引导式护理干预, 比较两组患者遵医行为及自护能力。结果: 观察组与对照组比较, 自我监测、术后活动度、配合治疗等遵医行为明显更高 ($P<0.05$); 两组干预后自护能力 (健康知识水平、自我护理技能、自我责任感) 均较干预前明显提高 ($P<0.05$), 观察组与对照组相比明显更高 ($P<0.05$); 观察组 (98.00%) 与对照组 (86.00%) 比较护理满意度明显更高 ($P<0.05$)。结论: 胃癌围手术期患者采用患者即时自评引导式护理干预能够提高患者遵医行为, 增强自护能力, 提高护理满意度。

关键词: 患者即时自评引导式护理; 胃癌; 遵医行为; 自护能力

Abstract: Objective: To investigate the effect of immediate self-assessment guided nursing intervention on compliance behavior and self-care ability in patients with gastric cancer during perioperative period. Methods: A total of 100 perioperative patients with gastric cancer who were treated in our hospital from March 2020 to September 2021 were selected, and they were divided into the observation group ($n=50$) and the control group ($n=50$) by random touch ball method. The control group was used routine nursing intervention, the observation group was used immediate self-assessment guided nursing intervention. The medical compliance behavior and self-care ability of the two groups were compared. Results: Compared with the control group, the observation group had higher compliance behaviors such as self-monitoring, postoperative activity, and cooperation with treatment ($P<0.05$). After the intervention, the self-care ability (health knowledge level, self-care skills, self-responsibility) of the two groups were improved compared with those before the intervention ($P<0.05$), and the observation group was higher than the control group ($P<0.05$). The nursing satisfaction of the observation group (98.00%) was higher than that of the control group (86.00%) ($P<0.05$). Conclusion: In patients with gastric cancer during perioperative period, immediate self-assessment guided nursing intervention can improve patients' compliance behavior, enhance self-care ability, and improve nursing satisfaction.

Key words: Immediate self-assessment guided nursing care of patients; Gastric cancer; Medical compliance behavior; Self-care ability

胃癌是临床上常见的恶性肿瘤疾病, 严重威胁人类的生命安全, 该病发病率、致死率一直居高不下, 位居我国第二位的水平, 目前我国胃癌发生率已经超过世界的平均水平^[1]。胃癌根治术是目前直接有效治疗胃癌的主要方法, 通过手术治疗能够延长患者的生存周期, 使生存质量大大提升, 但术后机体作为最大的应激源, 常发生一些生理应激反应, 而且因胃结构的改变, 胃容积的减少, 易出现消化道功能的异常, 影响患者术后康复及心理人格特征^[2]。采用常规干预护理, 谨遵医嘱进行简单的知识宣教、饮食管理等, 措施较为单一, 缺乏系统性, 而且导致常规护理效果不佳^[3-4]。采用即时自评引导式护理干预, 患者对自己的情况更为了解, 使疾病发展情况受到患者及其家属的高度重视, 可提高患者的治疗依从性^[5]。本研究通过对 100 例胃癌围手术期患者进行分析, 旨在探讨患者即时自评引导式护理干预对遵医行为及自护能力的影响, 详情如下:

1 资料方法

1.1 一般资料

选取我院收治的共计 100 例胃癌围手术期患者, 选取时间 2020 年 3 月至 2021 年 9 月, 采用随机摸球法分成观察组 (50 例) 与对照组 (50 例), 观察组男性、女性分别为 26 例、24 例, 年龄在 40~71 (55.50 ± 5.34) 岁, 病程在 2~8 (4.50 ± 0.55) 年; 对照组男性 27 例、女性 23 例, 年龄在 39~69 (55.14 ± 5.23) 岁, 病程在 2~9 (4.90 ± 1.54) 年。在性别、年龄、病程等上述基线资料上, 两组患者比较差异不明显 ($P>0.05$), 可以进行比较。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: ①经病理组织学检查确诊, 均符合手术指征; ②预计生存期在 3 个月以上; ③卡氏 (Karnofsky) 评分在 70~90 分; ④患者知情同意。排除标准: ①伴有肝肾等功能异常者; ②怀孕、哺乳期妇女; ③伴有精神障碍者; ④合并意识障碍及认知功能障碍者。

1.3 方法

对照组给予常规护理干预, 以健康宣教为主, 采用口头健康宣教告知用药注意事项, 对于出现负性情绪的患者给予心理干预, 加强对患者的饮食指导, 指导患者培养良好的生活习惯。

观察组给予患者即时自评引导式护理干预, 具体如下: 首先建立护理小组, 即时自评引导式小组成员包括 1 名组长、1 名护士; 组长负责护理方案的制定, 通过在 CNKI、万方、PubMed 等数据库查阅“胃癌”“护理”“遵医行为”“自护能力”等, 得到胃癌患者科学的护理方法, 根据患者的具体情况制定个性化的干预方案; 护士培训后负责患者日常护理工作, 负责心理疏导及给予心理咨询技术支持, 并引导患者进行适度的锻炼。(1) 即时自评: 发放自评模式健康知识调查问卷, 护士分批次发放自评量表 (于入院当天、手术后当天发放), 对患者病情恢复状况、心理状态、知识掌握程度进行全面监测与评估, 护士及组长对自评量表显示的信息进行分析和总结, 制定针对患者的护理方案, 适时进行干预, 完成每次护理计划后, 再进行下一次的分析与评估。(2) 引导式护理模式: 从临床症状自我评估和监控、围手术期注意事项、回归社会技能三方面说明: 临床症状自我评估和监控是医护人员通过视频或者发放资料等宣教方式, 让患者了解在不同情况下各种情形的处理措施, 提高患者的遵医行为; 围手术期注意事项是让患者了解围手术期治疗过程, 让患者发挥其主观能动性, 配合治疗; 回归社会技能是通过社会外在的因素感染患者积极乐观地面对生活, 如护士及家属对生活积极乐观的态度潜移默化影响患者情绪, 减轻患者心理负担, 增加社会对患者的关心与爱护。(3) 健康宣教: 以患者通俗易懂的表达方式向患者讲述胃癌患者相关疾病的知识, 为患者解答疑虑, 让其对疾病有正确的认知, 并积极配合医生治疗, 积极解决健康教育中存在的问题, 以提高患者对疾病的了解及掌握程度。两组均干预 2 周。

1.4 观察指标

①遵医行为：采用 Morisky 依从性问卷（MMAS-8）调查，包含自我监测、术后活动度、配合治疗 3 个项目。②自护能力：干预前、干预 2 周后应用自我护理能力力量表（ESCA）对患者健康知识水平（0~50 分）、自我护理技能（0~30 分）、自我责任感（0~30 分）等 3 个方面进行评定，总分 110 分，分数越高表示自护能力越强。③护理满意度：采用本院自制的护理满意度调查问卷（Cronbach's $\alpha=0.882$ ）评估，总分 0~100 分，包括非常满意（90~100 分）、比较满意（80~89 分）、不满意（0~79 分），满意度=（非常满意+比较满意）/例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学方法

计数资料（遵医行为、护理满意度）以 $[n(\%)]$ 描述，行 χ^2 检验，计量资料（自护能力）以 $(\bar{x}\pm s)$ 描述，行 t 检验，录入 SPSS 25.0 统计学软件， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

表 2 两组自护能力比较 $(\bar{x}\pm s)$

组别	例数	健康知识水平		自我护理技能		自我责任感	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	50	41.32 $\pm$ 4.63	47.91 $\pm$ 3.18 ^a	22.52 $\pm$ 2.14	29.83 $\pm$ 3.12 ^a	20.31 $\pm$ 3.04	24.92 $\pm$ 2.37 ^a
对照组	50	41.41 $\pm$ 4.64	46.23 $\pm$ 3.59 ^a	22.43 $\pm$ 2.24	27.53 $\pm$ 3.24 ^a	20.45 $\pm$ 2.99	23.74 $\pm$ 2.24 ^a
t		0.097	2.477	0.205	3.616	0.232	2.559
P		0.923	0.015	0.838	0.000	0.817	0.012

注：与本组干预前比较，^a $P<0.05$

2.3 两组护理满意度比较：

与对照组（86.00%）比较，观察组（98.00%）护理满意度明显更高（ $P<0.05$ ）。见表 3。

表 3 两组护理满意度比较 $[n(\%)]$

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意度
观察组	50	31 (62.00)	18 (36.00)	1 (2.00)	49 (98.00)
对照组	50	28 (56.00)	15 (30.00)	7 (14.00)	43 (86.00)
χ^2					4.891
P					0.027

3 讨论

胃癌是我国消化道肿瘤中发病率最高的癌症疾病，死亡率达第二位^[7-8]，而且由于人们生活方式的改变，胃癌的发病率逐年增加。胃癌根治术是控制胃癌发展的主要手段之一，能够有效切除病灶，可有效提高患者生活质量，术后恢复过程受护理干预效果的影响，提高护理干预质量对改善癌症患者的生活质量及服药依从性等意义重大^[9]。

本研究结果中，观察组与对照组比较，前者自我监测、术后活动度、配合治疗等遵医行为明显更高（ $P<0.05$ ）。究其原因，患者了解疾病相关知识，减少对疾病的误解，通过心理、健康教育等多方面护理可提高患者治疗的主观能动性，从而促进遵医行为的改变^[10]。本研究中，观察组与对照组相比，前者自护能力（健康知识水平、自我护理技能、自我责任感）明显更高（ $P<0.05$ ）。究其原因，采用患者即时自评引导式护理干预，可使患者保持积极乐观的心态，通过疾病宣教、发放知识宣讲手册等途径，进行了解、纠正错误观念，帮助患者形成正确的理念，从而有效改善健康行为，促进希望水平的提高，增强患者遵医行为，提高自护能力^[11-12]。此外，观察组（98.00%）与对照组（86.00%）比较，前者护理满意度明显更高（ $P<0.05$ ）。究其原因，胃癌术后对患者采用患者即时自评引导式护理干预认可度高，可纠正患者对疾病的错误认知，缓解患者紧张抑郁的心理，弥补常规护理的不足，而且护士积极乐观的心态、与患者耐心沟通会感染患者的情绪，对顺利进行护理起到积极作用；此外，患者对疾病的

2.1 两组遵医行为比较

与对照组比较，观察组护理期间的自我监测、术后活动度、配合治疗等遵医行为明显更高（ $P<0.05$ ）。见表 1。

表 1 两组遵医行为比较 $[n(\%)]$

组别	例数	自我监测	术后活动度	配合治疗
观察组	50	49 (98.00)	48 (96.00)	49 (98.00)
对照组	50	38 (76.00)	38 (76.00)	43 (86.00)
χ^2		10.699	8.306	4.891
P		0.001	0.004	0.027

2.2 两组自护能力比较

两组干预前 ESCA 评分比较无明显差异（ $P>0.05$ ），干预后均较干预前明显提高（ $P<0.05$ ），与对照组相比，观察组自护能力（健康知识水平、自我护理技能、自我责任感）明显更高（ $P<0.05$ ）。见表 2。

认知能力提高，能够积极配合治疗，改变生活中的不良习惯，生活质量得以提高，护患关系也能够和谐，从而促进护理满意度的提高。

综上所述，胃癌围手术期患者采用患者即时自评引导式护理干预，能够促进遵医行为的改善，促进自护能力的增强及护理满意度的提高，值得推广。

参考文献：

- [1]刘伟敏,赵春花.基于微信平台的护理干预对胃癌手术患者自护能力的影响分析[J].现代诊断与治疗,2021,32(14): 2342-2344.
- [2]雷雪娇.自护技能培养结合心理引导对胃癌根治术患者自护能力及健康知识水平的影响[J].航空航天医学杂志,2021,32(11): 1389-1391.
- [3]曹丽晶.强化健康教育模式对胃癌根治术患者心理状态及自护能力的影响[J].当代护士:下旬刊,2019,26(12): 80-82.
- [4]温春秀.基于健康信念的健康教育对胃癌高危人群遵医行为及自护能力的影响[J].实用医技杂志,2019,26(8): 1074-1076.
- [5]张冉.基于患者即时自评的引导式护理模式对胃癌术后化疗患者的影响[J].河南医学研究,2021,30(12): 2302-2304.
- [6]黄妍飞.基于即时自评的引导式护理在肠癌化疗患者中的应用[J].国际护理学杂志,2019,38(8): 1094-1097.
- [7]朱莎莎,李彬霞,李茜.回授式健康教育计划表对胃癌化疗患者遵医行为与护理满意度的影响[J].山西医药杂志,2021,50(6): 1012-1014.
- [8]王丽萍.护理干预对胃癌术后患者生存质量和遵医行为的研究[J].中国医学创新,2011,8(27): 84-85.
- [9]刘洋洋,莫晓娟,李巧.阶段性认知行为护理对晚期胃癌患者心理及预后的影响[J].国际医药卫生导报,2020,26(5): 731-733.
- [10]庄适兰.责任制护理对冠心病合并胃癌患者护理质量影响的疗效观察[J].心血管病防治知识:学术版,2020,10(7): 86-88.
- [11]李心慧,梁楚,陈丹妮.自护技能指导配合出院计划对老年胃癌术后患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2021,27(18): 29-32.
- [12]黄妍飞.基于即时自评的引导式护理在肠癌化疗患者中的应用[J].国际护理学杂志,2019,38(8): 1094-1097.

首次换药时间对清创缝合术后患者伤口愈合的影响

朱姗姗

昌邑市人民医院 山东潍坊 261300

摘要:目的: 清创缝合术后开展首次换药时间使用第 1 天换药治疗, 观察该种治疗方法效果。方法: 将我科 2018 年 4 月--2020 年 10 月的清创缝合术 172 例患者作为观察对象, 并且分成研究组与对照组, 分别采用缝合后 1 天换药治疗和缝合后 3 天换药治疗, 对比该种治疗方法效果。结果: (1) 研究组和对照组 1 期伤口愈合率对照中, 研究组是 82.55%, 对照组是 50.00%, ($\chi^2=21.313, p=0.000$), 结果有差异。(2) 研究组和对照组伤口痂皮损伤率对照中, 研究组为 3.48%, 对照组为 19.76%, ($\chi^2=17.241, p=0.000$), 结果有差异。结论: 清创缝合术后采用第 1 天换药治疗效果优良, 该方法可推广。

关键词: 清创缝合术; 首次换药时间; 伤口愈合

Effect of first dressing change time on wound healing after debridement and suture

Zhu Shanshan

Changyi people's Hospital Weifang 261300 China

Abstract: Objective: To observe the effect of the first dressing change on the first day after debridement and suture. Methods: 172 patients with debridement and suture in our department from April 2018 to October 2020 were observed and divided into study group and control group. They were treated with dressing change one day after suture and three days after suture respectively, and the effects of this treatment method were compared. Results: (1) in the study group and the control group, the stage 1 wound healing rate was 82.55% in the study group and 50.00% in the control group ($\chi^2 = 21.313, P = 0.000$). (2) In the study group and the control group, the wound scab injury rate was 3.48% in the study group and 19.76% in the control group ($\chi^2 = 17.241, P = 0.000$). Conclusion: dressing change on the first day after debridement and suture is effective, and this method can be popularized.

Keywords: debridement and suture; First dressing change time; wound healing

外科开展治疗工作时, 对患者采用清创手术治疗是一种常见的手段, 该方法能够帮助患者根除病灶, 使其恢复身体健康。但是患者手术治疗后会留下创口, 为了帮助患者快速恢复健康, 临床上会对创口采用更换药物治疗方法。但是在实际的换药临床上, 由于可以换药的时间不相同, 会对患者创口愈合有不同的影响。为了帮助患者提高清创缝合术后创口能够快速恢复, 需要临床上医务人员不断研究首次更换药物时间, 并且在研究过程中寻找一种行之有效的首次换药时间, 以此来提高患者治疗效果。基于此, 本组研究清创缝合术后开展首次换药时间使用第 1 天换药治疗, 观察该种治疗方法效果^[1]。

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

从本院接受清创缝合术患者中选出 172 例, 作为本次研究的对象, 研究时间为 2018 年 4 月--2020 年 10 月, 【纳入标准】: ①所有入选对象经诊断为头部和四肢损伤; ②所有入选对象资料完整并签署知情同意书; ③所有入选对象精神正常; ④所有入选对象无药物过敏史。【排除标准】: ①病例不完整者, 且不愿配合研究者; ②精神异常, 且有严重语言障碍者; ③患有骨折、神经损伤、伤口重度感染者; ④有药物过敏者。

采用数字表随机分组, 将 172 例清创缝合术患者划分为对照组 (n=86) 和研究组 (n=86),

86 例研究组年龄在 5 岁--70 岁, 平均年龄 41.48±5.72 岁, 男 42 例, 女 44 例。86 例对照组, 年龄在 6 岁--70 岁, 平均年龄在 42.69±5.85 岁, 男 41 例, 女 45 例。(P>0.05), 资料无差异。

1.2 方法

1.2.1 对照组

患者采用清创缝合术治疗后, 首次换药时间设置为第 3 天开展。

1.2.2 研究组

研究组患者采用清创缝合术治疗后, 首次换药时间设置为第 1 天开展。

1.3 观察指标

对入选对象的伤口愈合情况进行观察和对比, 评价标准: 伤口修复正

常且愈合良好, 周围未出现感染或组织坏死情况则为 I 期愈合; 伤口愈合欠佳, 伤口边缘有炎症或红肿, 且出现瘢痕现象, 大量肉芽组织填充创腔, 最后上皮组织覆盖则为 2 期; 伤口感染伤口敞开和引流后, 待感染控制和肉芽组织健康时再进行缝合。

1.4 统计学处理

数据分析应用统计学软件 SPSS20.0, 本次研究中伤口愈合情况及伤口痂皮损伤情况, 均用%表示, 由 χ^2 进行检验; 两组对护理满意度情况用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 由 t 进行检验, 具有统计学意义表现为 P<0.05。

2. 结果

2.1 两组伤口愈合情况

研究组和对照组 1 期伤口愈合率对照中, 研究组是 82.55%, 对照组是 50.00%, ($\chi^2=21.313, p=0.000$), 结果有差异。

表 1 两组伤口愈合情况对照[n (%)]

组别	数例	1 期愈合	2 期愈合	3 期愈合
研究组	86 (例)	71 (例) 82.55%	15 (例) 17.44%	0 (例)0.00%
对照组	86 (例)	43 (例) 50.00%	35 (例) 40.69%	8 (例)9.30%
χ^2	--	21.313	12.231	12.085
p	--	0.000	0.000	0.000

注: 两组对比结果 P<0.05。

2.2 两组伤口痂皮损伤率对照

研究组和对照组伤口痂皮损伤率对照中, 研究组为 3.48%, 对照组为 19.76%, ($\chi^2=17.241, p=0.000$), 结果有差异。

表 2 两组伤口痂皮损伤率对照[n (%)]

组别	数例	伤口痂皮损伤发生率	
		数例	发生率
研究组	86 (例)	3 (例)	3.48%

对照组	86 (例)	17 (例)	19.76%
X ²	--	--	17.241
P	--	--	0.000

注：两组对比结果 P<0.05。

2.3 两组治疗满意度对照

研究组和对照组治疗满意度评分对照中，研究组为 92.74±10.46 (分)，对照组为 80.57±9.10 (分)，(t=7.315,p=0.000)，结果有差异。

表 3 两组治疗满意度评分对照 (分, x±s)

组别	数例	治疗满意度评分
研究组	86 (例)	92.74±10.46 (分)
对照组	86 (例)	80.57±9.10 (分)
t	--	7.315
P	--	0.000

注：两组对比结果 P<0.05。

3. 讨论

外科开展清创手术治疗过程中，该种手术方法会对患者留下创口。为了帮助创口恢复健康，在临床上需要对患者进行敷料治疗。临床上对患者使用敷料治疗时，由于敷料会和创口产生粘连，在更换敷料时会引起患者创口损伤，影响治疗。同时还会增加患者疼痛度，导致患者治疗舒适度不高。而且，患者在长期没有更换敷料后，虽然可以采用生理盐水浸润方法，但是这种方法不仅容易引起感染，在浸润时会引起结痂处产生疼痛，引起患者创口发炎，影响治疗效果。为了解决清创缝合术中更换敷料存在的问题，可以改变患者首次换药时间来解决。从临床的换药经验分析获得，患者手术后第一天对患者进行首次换药，这种方法不仅可以解决敷料和创面粘连问题，还可以因为及时更换敷料而减少患者感染发生率，以此来提高患者治疗效果^{[2][3]}。清创缝合术治疗的伤口长时间浸泡于血液中影响组织修复和愈合^[2]，血痂形成还可作为异物刺激引起炎症反应，加大局部感染几率。在清创缝合术后换药时，应严格按照无菌术原则进行，避免痂皮损伤^[3]；按伤口、针眼、缝线、周围皮肤顺序进行消毒；并记录伤口愈合情况。有研究^[4-10]证明，因频繁换药可能会造成创面反复感染^[11-19]。

在本组研究过程中，为了获得清创缝合术后首次换药时间使用术后第 1 天换药的效果，采用两组对照分析。从研究组和对照组 1 期伤口愈合率对照中分析，研究组是 82.55%，对照组是 50.00%，(x²=21.313,p=0.000)，结果有差异。从该组数据分析获得，采用首次换药为手术后第 1 天方法治疗后，患者伤口敷料较为干燥、粘连较轻，因此在换药过程中较易揭除，便于护理人员操作，患者创口愈合时间更短。而对照组换药开始时间从第 3 天开始，由于伤口内层或全部敷料全部给黏液浸透，这样就会造成敷料与伤口粘连较紧，不仅需要更多的生理盐水充分浸润才能揭除，而且在揭除过程中易造成新鲜肉芽组织的损伤，这样就会造成创面再次渗血，增加感染的几率，使患者痛苦加深。此外，在清创伤口时，由于换药不及时，容易让伤口形成血痂并压迫其伤口，不仅不利于周围组织生长，而且有活动出血时，也无法及时观察，造成伤口长时间浸泡在血液中，不利于组织修复。因此，对于清创缝合术后患者来说，再生肉芽组织的数量及质量好坏是创伤修复的关键，也就是说及早换药对保护新生肉芽组织，加速患者伤口愈合有积极的作用。

本组对该内容进行了探讨，从结果中显示：从研究组和对照组伤口痂皮损伤率对照中分析，研究组出现伤口痂皮损伤有 3 例 (3.48%)，而对照组出现伤口痂皮损伤有 17 例 (19.76%)，两组相比较而言，研究组的损伤率更低 (x²=17.241,p=0.000)，结果有差异。从该组数据分析获得，患者手

术后使用第一天换药方法能够减少结痂损伤率，有利于缓解患者换药疼痛，使其治疗舒适度提高。最后从研究组和对照组治疗满意度评分对照中分析，研究组为 92.74±10.46 (分)，对照组为 80.57±9.10 (分)，(t=7.315,p=0.000)，结果有差异。从该组数据分析获得，患者手术后使用第一天换药方法能够提高满意度^{[4][5]}。

以上结果表明，清创缝合术治疗过程中采用术后第 1 天开展首次换药方法效果优良，不仅能预防患者伤口的感染，对炎症反应能够有效控制，而且还能有效保护新生肉芽组织，降低痂皮损伤的发生率，利于愈合疗效的提高，该方法可在临床上推广。

参考文献：

- [1]马亮,刘鹤,孙中武.慢性鼻窦炎经鼻内镜治疗后不同时间换药对患者疼痛影响的临床研究[J].中国临床医生杂志,2019,47(11):1364-1366.
- [2]秦洁.门诊清创缝合术后换药间隔时间对伤口愈合影响的研究[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(21):68+73.
- [3]张莉雅.清创缝合术后患者首次换药时间对其伤口愈合的重要性分析[J].心理月刊,2019,14(08):109.
- [4]廖德强.首次换药时间对清创缝合术后患者伤口愈合的影响新探[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(08):188.
- [5]张伟明.分析门诊清创缝合术后换药间隔时间对伤口愈合的影响[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(60):60.
- [6]包继峰.清创缝合术后不同换药时间的效果观察[J].中国医药导刊,2015,17(09):962-963.
- [7]陶宝英.首次换药时间对清创缝合术后患者伤口愈合的影响[J].上海护理,2012,12(03):30-31.
- [8]周苏平.门诊清创缝合术后换药间隔时间对伤口愈合影响的研究[J].护理与康复,2011,10(05):390-391.
- [9]蓝英,蓝丽智.清创缝合术后缩短伤口愈合时间的探讨[J].广西医学,2009,31(03):399-400.
- [10]冷莉萍,李新民,林劲秋.清创缝合术后首次换药时间的探讨[J].南方护理学报,2000(06):17-18.
- [11]陈辉.重组人表皮生长因子在急诊外伤行清创缝合术患者中的应用效果[J].当代临床医刊,2022,35(03):46-47.
- [12]谢春平,蓝复莉.个性化心理护理联合健康教育对急诊清创缝合术患者心理应激及疼痛程度的影响[J].医学食疗与健康,2022,20(09):120-122+143.
- [13]邓海艳,李娟,张冰.优质护理对急诊外科清创缝合术患者应激反应及VAS评分的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(5):858-861.
- [14]刘楠楠.个性化心理护理在急诊清创缝合术患者中的应用效果评价[J].中国实用医药,2019,14(1):184-185.
- [15]丁健科,肖博夫,崔江波,等.头面部皮肤裂伤手术时机对伤口愈合及患者满意度的影响[J].中国美容整形外科杂志,2021,32(4):231-233.
- [16]余彩霞,蒋晓红.心理护理干预在急诊科清创缝合术中的应用效果分析[J].中国实用医药,2018,13(36):167-168.
- [17]蒋伟.跟骨骨折内固定术后伤口不愈合的预防与治疗[J].中国伤残医学,2020,28(22):95-96.
- [18]刘根爱.心理护理干预在急诊科清创缝合术中的应用效果观察[J].中国社区医师,2018,34(18):161,163.
- [19]官红敏,王兴蕾,祁永军,等.清创缝合术后局部加压和固定对胫前烧瓶样伤口愈合的促进作用[J].中华创伤杂志,2019,35(11):1027-1032.

系统护理对无痛胃镜检查患者的干预效果

何丽 李文

兖矿新里程总医院 山东济宁 273500

摘要：目的：研究系统护理模式对于提升消化道疾病治愈率的主要效果。方法：谨选取 2021 年 2 月~2022 年 2 月进入到本医院接受专业化临床医学研究工作以及后续消化道疾病治疗工作的共计 80 名患者。将 80 名患者平均分配为两组，命名为对照组与观察组，每组患者固定人数为 40 人。在对照组与观察组中采取不同的护理模式。结果：绝大多数观察组患者疾病治疗效果普遍较好，并无患者死亡，并没有患者出现比较复杂的疾病复发问题及相关并发症，绝大多数观察组患者比较认可本次临床医学研究工作以及系统护理工作，可以积极主动接受系统护理工作，配合医护工作人员的日常护理操作。结论：在正式开展消化道疾病护理工作的过程中，可以融入系统护理模式，进一步优化系统护理工作整体流程，逐步推行新型的护理模式，以便形成独具特色的消化道疾病系统护理工作体系。

关键词：系统护理；无痛胃镜检查患者；干预效果

Abstract: Objective: To study the main effect of systematic nursing mode on improving the cure rate of digestive tract diseases. Methods: A total of 80 patients who entered our hospital from February 2021 to February 2022 to receive specialized clinical medical research work and follow-up treatment of digestive tract diseases were selected. The 80 patients were equally divided into two groups, named as the control group and the observation group, with a fixed number of 40 patients in each group. Different nursing modes were adopted in the control group and the observation group. Results: Most of the patients in the observation group had good disease treatment effects, no patient died, and no patients had complicated disease recurrence and related complications. System nursing work, can actively accept the system nursing work, cooperate with the daily nursing operation of the medical staff. Conclusion: In the process of officially carrying out the nursing work of digestive tract diseases, the system nursing mode can be integrated, the overall process of the system nursing work can be further optimized, and the new nursing mode can be gradually implemented, so as to form a unique system nursing work system of digestive tract diseases.

Key words: systematic nursing; painless gastroscopy patients; intervention effect

引言：与传统类型的无痛胃镜护理模式相比，系统护理模式主要立足于生理健康以及心理健康这两个视角，从饮食护理、病房护理、心理健康护理等诸多方面出发，为患者提供更加人性化、全面化、多元化、舒适化的疾病护理模式与方法，保障患者生命安全，为患者提供不同类型的护理方案。由于大多数患者接受无痛胃镜治疗工作之后可能会在一段时间之内处于身体不适阶段，需要医护人员结合每一位无痛胃镜检查患者实际患病情况以及护理需求，适当调整系统护理工作的主要方法与流程，为患者提供较为个性化的护理模式，以便帮助患者快速恢复身体健康，及时摆脱病痛折磨，早日恢复正常生活。因此，笔者将在文章以下内容中，结合消化道疾病日常护理工作整体要求与原则，深入分析消化道疾病治疗工作中融入新型护理模式的主要方法。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

本次临床医学研究工作主要选取 2021 年 2 月~2022 年 2 月进入到本医院接受专业化临床医学研究工作以及消化道疾病治疗工作的部分患者（无痛胃镜检查患者总人数为 80 人），随后采取统计学随机抽签的形式，将这 80 名患者平均分配为对照组与观察组，每组患者固定人数为 40 人。两组患者各项资料对比期间无差异存在，按照医学对比相关标准可将两组对比差异视为（ $P>0.05$ ）不存在统计学意义。

1.2 方法

在对照组中，需要医护人员结合每一位无痛胃镜检查患者的患病情况，统一开展常态化（一般化）消化道疾病护理工作，并不融入系统护理模式。

在观察组之中，医护人员需要开展系统护理工作，结合每一位无痛胃镜检查患者的患病情况进行适当调整与优化，制定个性化疾病护理方案以及治疗方案，具体护理方法如下：（1）饮食护理：绝大多数无痛胃镜检查患者患病情况比较特殊，由于一部分患者胃肠道消化功能受到一定影响，或者是在患者消化道内部出现病灶情况，已经严重影响患者正常进食。因此，医护人员需要在开展消化道疾病也是护理工作的同时，引导患

者纠正错误的饮食习惯以及生活习惯，避免患者暴饮暴食，避免无痛胃镜检查患者的短时间之内使用过量高糖、高蛋白以及高油脂食物。如果患者患病情况比较特殊、身体比较虚弱，或者是患者正处于术后恢复阶段，则需要医护人员适当为患者提供一定的营养物质，尤其是蛋白质，维生素，无机盐等基础营养物质，以便保障患者身体所需。如果患者由于胃肠道过度疼痛无法正常进食，医护人员需要采取鼻饲或者是静脉输送的方式，为患者提供诸多营养物质，等待无痛胃镜检查患者身体逐渐恢复之后，可以引导患者适当食用流食或半流食。经过无痛胃镜检查工作一小时之后患者即可饮水，一般情况下患者需要食用清淡类食物，禁忌食用辛辣、刺激或坚硬的食物。无痛胃镜检查患者取活检 2h 后方可进食。如果无痛胃镜检查患者接受手术治疗工作之后出现咽部疼痛，并伴随出现少量血性分泌物等情况，有可能出现咽部黏膜损伤问题。医护人员需要及时叮嘱无痛胃镜检查患者，每日使用淡盐水漱口，持续天左右即可缓解相关症状。如果无痛胃镜检查患者出现呕血、上腹部剧痛、黑便、吞咽困难等异常时应及时就诊。（2）病房护理：医护人员在开展饮食护理工作的同时，需要配合开展病房护理工作。首先，医护人员需要每日多次进入患者病房内部，严格检查患者疾病恢复情况，全过程使用临床医学检验设备以及护理工具，监督患者生命体征，尤其是心率、血氧饱和浓度、血压、体温等基础性生命体征。一旦无痛胃镜检查患者生命体征出现异常情况，则需要医护人员及时联系患者主治医生，及时将患者送往相关诊室开展抢救治疗工作，避免耽误患者病情。其次，从另一个角度分析，医护人员需要定期使用 75%浓度的医用酒精消毒溶液或者是专用清洁剂清洁患者病房内部的各种死角，尤其是及时清理无痛胃镜检查患者病房内部的各种杂物以及垃圾，避免滋生大量细菌与病毒。同时，医护人员需要定期开窗通风，结合天气情况，适当调整环境内部温度与湿度，以便为无痛胃镜检查患者提供更加舒适的护理环境。（3）心理健康护理：由于极个别无痛胃镜检查患者，并不了解系统护理工作的主要流程以及护理方法。也有一部分无痛胃镜检查患者对疾病治疗工作以及胃肠镜检查工作存在一定误区，可能会导致患者出现紧张情绪以及焦躁心理。由于患者缺

乏基础生理健康常识以及病理知识,可能无法积极主动配合医护工作人员的正常操作,可能会影响系统护理工作的有序推行。面对此种情况,则需要医护工作人员配合本院内部专业心理医师共同开展心理健康教育工作以及心理问题疏导工作,面向全体患者细致讲解消化道疾病的致病原因以及发病过程,积极鼓励每一位患者正确对待自身疾病问题,积极主动接受专业化消化道疾病系统护理工作。

1.3 观察指标与评价标准

1.3.1 护理效果评价标准

在本次临床医学研究工作之中,护理效果评价标准主要可以划分为显效、有效以及无效三种,主要由医护工作人员结合每一位学习患者的疾病恢复情况以及护理情况进行综合对比之后,考察对照组与观察组患者在接受不同护理工作过程中的主要表现情况,尤其是着重分析患者的疾病恢复情况。

1.3.2 护理满意度评价标准

护理满意度评价标准可以划分为非常满意、满意、不满意、非常不满意四种,主要由医护工作人员在对照组与观察组患者住院期间,面向全体无痛胃镜检查患者发放调查问卷,引导无痛胃镜检查患者本人以及患者家属填写调查问卷,回答调查问卷之中的相关问题,随后考察全体无痛胃镜检查患者对于本次临床医学研究工作以及系统护理工作的满意程度。

1.3.3 护理后并发症评价标准

在全体无痛胃镜检查患者接受护理工作的过程中,由医护工作人员全程监控每一位无痛胃镜检查患者的护理情况以及疾病恢复情况,详细记录患者在接受护理工作过程中以及护理后所出现的各种并发症。

1.4 统计学方法

本次临床医学研究工作主要采用 SPSS 25.0 软件进行记录与分析,所有数据均以 n (%) 差表示。当数据之间的差异 $P<0.05$ 时,被可认为结果可靠,具有显著性。

2 结果

经过一段时间的治疗与观察之后,可以发现,绝大多数观察组无痛胃镜检查患者疾病恢复效果普遍较好,并无患者死亡,观察组无痛胃镜检查患者疾病治愈率得到明显提升,疾病恢复速度明显加快。组间比较差异显著, $P<0.05$ 。

表 1 接受系统护理工作的无痛胃镜检查患者治疗效果比较[n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	40	34 (85)	5 (12.5)	1 (2.5)	39 (97.5)
对照组	40	28 (70)	8 (20)	4 (10)	36 (90)

在对照组与观察组无痛胃镜检查患者相互对比的过程中可以发现,绝大多数观察组患者所给出调查满意度平均分普遍较高。这意味着,观察组无痛胃镜检查患者比较认可本次临床医学研究工作以及系统护理工作。组间比较差异显著, $P<0.05$ 。

表 2 接受系统护理工作的无痛胃镜检查患者满意度数据比较[n (%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意率	平均分
观察组	40	30 (75)	8 (20)	2 (5)	38 (95)	8.45
对照组	40	25 (62.5)	5 (12.5)	10 (25)	30 (75)	7.02

对照组以及观察组内部全体无痛胃镜检查患者在接受不同护理工作中以及护理后所出现的并发症情况如下表所示。组间比较差异显著, $P<0.05$ 。

表 3 接受系统护理工作的无痛胃镜检查患者治疗效果比较[n (%)]

组别	例数	机械性损伤	胃肠道黏膜穿孔	出血	其他
观察组	40	0 (0)	0 (0)	1 (2.5)	0 (0)
对照组	40	3 (7.5)	1 (2.5)	5 (12.5)	4 (10)

3 讨论

近年来,经过多年临床医学研究工作之后,许多医护工作人员发现在治疗消化道疾病的过程中可以应用无痛胃镜检查技术,进一步缓解患者身体疼痛,提高疾病治疗安全性。无痛胃镜检查技术操作比较方便,疾病治疗以及护理环节中并不会严重影响患者身体机能康复,也不会对患者的胃肠道消化功能造成严重影响。无痛胃镜检查工作以及后续治疗工作已经成为近年来广泛应用于临床医学研究工作的重要检查技术之一,具体的检查过程可以促使患者感受到舒适与安逸,避免普通胃镜检查引起无痛胃镜检查患者咽喉部不适、恶心、呕吐、呛咳、流泪、恐惧、焦虑、心血管反应等身体不适症状。尤其是在消化道疾病系统护理工作之中,更加需要医护工作人员面向全体无痛胃镜检查患者细致讲解主要的护理流程以及疾病研究方式。消化道疾病系统护理工作主要包含生理健康护理以及心理健康护理这两个方面,在生理健康护理之中主要包含饮食护理以及疾病护理这两个方面。由于不同患者患病情况有所不同,所需接受的系统护理模式也存在一定细节差异。因此,医护工作人员需要结合每一位患者的患病情况以及综合护理需求,从细节之处,快速调整主要的护理形式以及服务模式,以便为患者提供更加人性化的护理方案,帮助患者快速恢复身体健康,及时引导患者主动接受临床医学研究工作以及消化道疾病系统护理工作。在开展心理健康护理工作之前,医护工作人员需要引导患者签订检查知情同意书以及麻醉同意书,随后医护工作人员也需要面向全体患者细致讲解在疾病检查环境中可能会出现各种突发状况以及身体不适症状,以便逐步缓解患者紧张情绪。医护工作人员需要及时解除患者的思想顾虑,消除每一位无痛胃镜检查患者的恐惧心理,促使每一位无痛胃镜检查患者可以积极配合无痛胃镜检查工作以及后续治疗工作。医护工作人员也需要积极尊重每一位患者,文明用语,维持良好的医患关系,适当使用专业术语,与患者进行良性沟通与交流,及时排除无痛胃镜检查患者的心理障碍,取得无痛胃镜检查患者的信任。

开展无痛胃镜检查工作,解决了普通胃镜检查给患者带来的各种身体不适症状以及痛苦体验,可以减轻无痛胃镜检查患者的恐惧感,进一步提升无痛胃镜检查患者的耐受性。更加现代化、智能化的胃镜检查技术以及相应的检查模式已经逐渐应用于各大医院。伴随智能化无痛胃镜检查技术的出现,自动化无痛胃镜检查技术也已经得到良好发展。在不久的将来,无痛胃镜检查技术将会得到技术创新与稳定发展,也将会为全体无痛胃镜检查患者提供更加多元化的疾病治疗模式以及护理模式。

由此可见,在正式开展消化道疾病日常护理工作的过程中,积极融入系统护理模式,可以进一步优化消化道疾病日常护理工作。

参考文献:

[1]郑连冬.系统护理模式对胃镜检查的干预效果和患者满意度分析[J].中国冶金工业医学杂志,2022,(02): 192.

[2]付俊芝.系统护理干预在慢性胃炎及胃溃疡患者中的应用研究[J].实用临床护理学电子杂志,2017,(16): 9+11.

[3]郭艳.护理干预对无痛胃镜检查患者的影响观察[J].河北医药,2014,(06): 939-941.

[4]张高坤,王晶茹,陈宏,金鲜花.系统护理与传统护理在无痛胃镜检查中的比较[J].中国医药导刊,2011,(08): 1412-1413.

老年糖尿病的全科医学治疗探究

滑海滨

余姚市三七市镇卫生院 浙江余姚 315412

摘要：目的：分析老年糖尿病的全科医学治疗效果。方法：回顾性方法分析，选取本院于2021年5月-2022年5月收治的110例老年糖尿病患者作为此次研究对象，根据治疗方法分为对照组与研究组，每组各55例，前一组实施常规药物治疗，后一组实施全科医学治疗，比较两组患者治疗前及治疗5个月后的血糖水平及生活质量。结果：研究组患者的空腹血糖、餐后2小时血糖、糖化血红蛋白、生活质量与对照组相比，均有显著差异（ $P<0.05$ ）。研究组者CTRP3、sTWEAK、NF- κ B、PGRN与对照组相比，有显著差异（ $P<0.05$ ）。结论：老年糖尿病患者采用全科医学治疗，可改善血糖水平，提高生活质量，值得临床推广应用。

关键词：老年糖尿病；全科医学治疗；血糖；生活质量

糖尿病（diabetes mellitus, DM）是临床常见代谢性疾病，是以高血糖为特征的疾病。糖尿病患者多表现为多饮、多尿、多食及消瘦。若得不到及时诊治，长期存在高血糖，可引起血管病变、糖尿病肾病、糖尿病视网膜病变、糖尿病足等并发症^[1]。尤其近年来，随着人口老龄化的加快，生活方式的转变，老年糖尿病患者逐年增加，并呈“爆炸式”增长。我国糖尿病患者数量位居世界第一，有着庞大的数量，也有着较高的死亡率^[2]。鉴于我国糖尿病患者普遍存在对疾病认知度较低，需对糖尿病患者进行专业性、全科性治疗尤其重要。本文现分析老年糖尿病患者采用全科医学治疗的临床效果，现报告如下：

1、资料与方法

1.1 一般资料

选取本院于2021年5月-2022年5月收治的110例老年糖尿病患者为此次研究对象，纳入标准：符合WHO制定的糖尿病诊断标准；典型的糖尿病症状多饮、多尿、多食及体重下降；空腹血糖指标超过7mmol/L；年龄超过18周岁，患者意识清醒，交流顺畅；患者临床资料较完整；自愿参与此次研究。排除标准：严重心肝肾功能性疾病者；器质性疾病及其他内分泌疾病者；糖尿病并发症者；恶性肿瘤者；精神异常者；临床资料不完整者；无法配合此次研究者。根据治疗方法分为对照组与研究组，其基本资料如下表1所示：无显著差异（ $P>0.05$ ）。

表1 两组基本资料比较

组别	男/女	年龄（岁）	病程（年）
对照组（n=55）	26/29	64.16±4.06	5.15±1.05
研究组（n=55）	25/30	64.78±4.27	5.46±1.04
t	0.944	0.135	0.935
P	0.156	0.397	0.167

1.2 方法

对照组：给予常规药物治疗。根据患者治疗情况选择适合的降糖药物，对于胰岛素治疗者，告知胰岛素治疗注意事项。

研究组：给予全科医学治疗。具体治疗方法：（1）知识教育。全科医师可开展具有针对性的课堂教育活动、小组交流互动及云交流互动，实现血糖知识的传递。根据受教育程度制定针对性的教育方案，可采用音频、视频及动画形式，了解控制血糖重要性，学会自我监测血糖的方法^[3]。定期采用表格、日记等形式来记录血糖变化，并在活动中分享自己的血糖控制经验。（2）心理指导。每月安排心理专科医生向老年糖尿病患者讲课，可安排在社区、公园等多个环境中，鼓励老年患者诉说内心世界，构建明确的治疗目标，确定治疗策略，提高治疗依从性^[4]。（3）用药指导。告知患者每日需执行医嘱用药，不得随意更改服药时间及剂量，并将用药期间出现的不良反应、注意事项告知患者，从而减轻患者内心恐惧感。对于记忆力较差的老年患者，可指导设置闹钟方式来提醒用药时间，最终控制血糖水平。（4）自我监测。全科医生应指导患者选择价值较高的血压仪、血糖

监测仪，鼓励每周至少1次进行血糖测定，并将自我血糖监测优势告知患者，及时发现病情控制情况，提高自我监测依从性，阻止病情进一步发展^[5]。（3）饮食结构调整。进行均衡营养的膳食，坚持每日定时进餐，保证每餐碳水化合物应均匀分配。提高老年糖尿病患者膳食中纤维的摄入，可多食用豆类、蔬菜、全麦谷物及水果等。限制食盐的摄入量及高热量的食物，如调味酱、味精、酱油等。评估患者营养状况，适当服用微量营养素食物。根据老年患者身高、提质量、劳动强度来计算理想体重、每日标准摄入量，按照1.5：6：2.5的比例来摄入蛋白质、碳水化合物、脂肪^[6]。（4）运动干预。在开始运动前应接受专业评估，在专业人员指导下进行适当运动。原则上建议老年糖尿病患者以有氧运动为主，每周至少3日，时间不低于1个半小时。可选择自行车、慢跑、跳舞及游泳等方式。若老年糖尿病患者无任何禁忌症，可选择自由力量训练及举重训练，提高机体免疫力。

1.3 观察指标

观察及比较两组治疗前及治疗5个月后的患者血糖水平（空腹血糖、餐后2小时血糖、糖化血红蛋白）、血清学指标、生活质量。（1）血糖水平。采用AU5800型生化分析仪测定患者空腹血糖、餐后2小时血糖、糖化血红蛋白。（2）血清学指标。患者在空腹状态下，抽取5ml静脉血，离心处理后，采用酶联免疫吸附法测定肿瘤坏死因子相关蛋白3（CTRP3）、可溶性肿瘤坏死因子样凋亡微弱诱导剂（sTWEAK）、颗粒蛋白前体（PGRN）、核转录因子- κ B（NF- κ B）。严格按照说明书操作进行。（3）生活质量。采用糖尿病患者生活质量评定量表（DMQLS）评估患者的生活质量，每一项100分，得分越高，生活质量越高。

1.4 统计学分析

采用统计学软件SPSS17.0进行统计分析，以 $P<0.05$ 表示两组数据检测有统计学意义。

2、结果

2.1 两组治疗前后的血糖水平比较

见下表2所示：治疗后，研究组者血糖各项指标均低于对照组，经对比， $P<0.05$ ，有统计学意义。

表2 血糖水平（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	空腹血糖 (mmol/L)		餐后2小时血糖 (mmol/L)		糖化血红蛋白 (%)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=55)	9.15±1.29	7.84±0.03	8.16±0.47	7.48±0.36	10.36±1.04	9.36±0.25
研究组 (n=55)	9.45±1.05	5.71±0.15	8.93±0.16	6.28±0.17	10.24±1.15	6.81±0.56
t	0.166	9.822	0.784	11.168	0.185	16.732
P	0.733	0.001	0.822	0.001	0.492	0.001

2.2 两组治疗前后的血清学指标比较

见下表 3 所示：治疗后，研究组者 CTRP3、sTWEAK 高于对照组，意义。
且研究组者的 NF-κB、PGRN 低于对照组，经对比，P<0.05，有统计学意

表 3 血清学指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	CTRP3 (ng/ml)		sTWEAK (ng/ml)		NF-κB (μg/L)		PGRN (μg/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)	332.17±14.06	397.17±5.62	192.15±4.36	215.37±5.67	21.15±2.06	13.16±2.05	159.37±16.92	89.31±6.57
研究组 (n=55)	331.69±15.93	458.71±4.03	192.27±4.07	289.75±5.13	21.37±2.57	8.79±2.14	159.81±15.04	60.15±6.90
t	0.467	11.562	0.489	8.956	0.129	10.175	0.386	8.936
P	0.166	0.001	0.566	0.001	0.935	0.001	0.277	0.001

2.3 两组治疗前后的生活质量比较 经对比，P<0.05，有统计学意义。

见下表 4 所示：治疗后，研究组者生活质量各项指标均高于对照组，

表 4 生活质量 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	心理健康		躯体健康		物质生活		社会功能		总生活质量
	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)	48.15±5.68	61.16±4.78	45.47±4.16	67.16± 3.90	38.71± 4.15	67.21± 8.39	47.16± 3.90	67.15± 3.29	53.15±3. 90
研究组 (n=55)	48.92±5.29	75.82±4.24	45.82±4.71	76.81± 3.93	38.95± 4.84	73.25± 8.51	47.92± 3.22	72.14± 3.04	79.27± 3.81
t	1.279	11.724	0.852	12.067	1.826	15.631	0.894	14.893	8.633
P	0.167	0.001	0.633	0.001	0.896	0.001	0.487	0.001	0.001

3、讨论

近年来，我国糖尿病患者发病人数逐年增高，已有近有 10%的人群患有糖尿病。2016 年世界卫生组织首次发布的全球糖尿病报告，过去 40 年内，全球成年糖尿病患者已增加了 3 倍^[7]。我国的糖尿病患者数量位居世界第一位。根据相关资料显示，自 2016 年以来，我国 60 岁以上的老年糖尿病患者约占 15.7%^[8]，已步入到严峻的老龄化社会。鉴于我国老龄化社会进程加快及人们观念的转变，人们对老年服务需求、老年健康管理需求也在不断增加，使得老年糖尿病患者的临床治疗成为当前研究热点。

临床对老年糖尿病患者的治疗，往往采取降糖药物或者胰岛素注射治疗，但由于老年患者的记忆力较差，且对疾病认知不到位，极易出现错服或者漏服现象，影响临床疗效。并且传统的用药治疗方案存在一定不足，服用药量较多，使得疗效欠佳。因此，在临床治疗中实施科学的治疗指导具有重要意义^[9]。全科医学治疗涉及内容较广泛，包括心理指导、健康教育、药物指导、饮食及运动指导等，若能够获得社区、家庭及患者的配合，可提高患者治疗依从性，控制患者病情进展，帮助患者重新回归到社会及家庭^[10]。

此次数据调查显示研究组者的空腹血糖、餐后 2 小时血糖及糖化血红蛋白水平均低于对照组，表明全科医学治疗可调节患者血糖水平。可能是因为全科医学治疗重点在于患者长期疗效，减少并发症的发生，减轻对重要靶器官的损害。通过叮嘱患者定期复诊，并结合实验室指标，制定全面的治疗干预措施，充分发挥医学治疗的特色^[11]。同时开展特色交流活动，让患者能够正确认识疾病，掌握自测血糖方法，提高疾病自我管理能。更为重要的是能够遵从医嘱，科学健康生活，有效控制血糖，保证老年患者身体健康^[12]。此次数据调查还显示研究组者 CTRP3、sTWEAK、NF-κB、PGRN 与对照组相比，有统计学意义。表明全科医学治疗模式可有效改善血清学因子水平，可能是因为全科医学治疗重视对患者的生活干预，鼓励患者采用低糖、低脂、高纤维清淡饮食可提高胰岛素敏感性，达到预防并发病的功^[13]。同时，适量的运动可刺激血糖转运机制，诱导大量碳水化合物转化为能量，达到降糖效果。最后，该研究还表明研究组者的生活质量各个评分高于对照组，表明全科医学治疗从多个角度出发，重视患者心理健康指导，使得患者以积极向上的态度接受临床治疗，最终改善预后。

综上所述，老年糖尿病患者实施全科医学治疗可取得较为满意的效果，

值得临床推广应用。

参考文献：

[1]王金莉,侯爱莲.全科医学治疗在老年糖尿病患者中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2022,7(15):58-60.
[2]张强.全科医学理论为指导治疗老年糖尿病的效果分析[J].中国保健营养,2021,31(2):57-58.
[3]刘佳.全科医学理论在老年糖尿病治疗中的指导效果研究[J].特别健康,2020,5(4):148-149.
[4]Radwan T F, Agyako Y, Ettetfaghian A, et al. Improving the management of type 2 diabetes through large-scale general practice: the role of a data-driven and technology-enabled education programme[J]. BMJ Open Quality, 2021, 10(1):11-12.
[5]王菊兰.探讨全科医学治疗模式在老年糖尿病患者中对临床指标、生活质量的影响[J].健康必读,2021,7(4):38-39.
[6]甘艳明.分析全科医学治疗老年糖尿病的效果[J].中国保健营养,2021,31(35):249-250.
[7]衣金秋.全科医学理论指导治疗老年糖尿病的效果分析[J].东方药膳,2021,6(7):127-128.
[8]黄彬,罗悦玲,李俊,等.基于全科思维照顾下老年糖尿病患者抑郁与治疗依从性研究[J].中国保健营养,2021,31(30):18-19.
[9]李颖,冯江超,谢建平,等.全科医学视角下社区卫生服务的糖尿病管理现状[J].经济师,2021,3(2):237-239.
[10]吕娟琴,沈利兰,孟作龙,等.自制糖尿病饮食管理器在空巢老年血糖控制不佳糖尿病患者中的应用价值研究[J].中国全科医学,2021,24(34):4404-4408.
[11]麦华德,宋艳玲,林芸芸,等.全科诊疗模式对老年 2 型糖尿病患者自我管理效能的影响研究[J].实用老年医学,2020,34(6):551-553,557.
[12]杨海丹,吴丽楠,李淑娴.全科医学治疗模式在老年糖尿病中的运用[J].中国继续医学教育,2020,12(11):110-113.
[13]张金玉.全科医学理论为指导治疗老年糖尿病的效果分析[J].医学食疗与健康,2020,18(20):229-230.

手术室麻醉苏醒护理策略对腹部手术患者全麻苏醒期躁动的影响

王健

临沂市肿瘤医院 麻醉手术科 山东临沂 276000

摘要 目的 探讨手术室麻醉苏醒护理策略对腹部手术患者全麻苏醒期躁动的影响。方法 将2019年7月到2022年7月到我院治疗的90例接受了腹部全麻手术的患者作为研究对象,实际分为两组,即观察组和对照组,每组45例。对照组患者采用常规护理的方法,观察组患者采用手术室麻醉苏醒护理策略。记录并比较两组患者经过不同护理方法后的苏醒期血压、心率情况以及患者的躁动程度。结果 经过护理后,观察组患者的收缩压为 (130.52 ± 15.62) mmHg,舒张压为 (87.71 ± 5.71) mmHg,心率为 (74.61 ± 10.63) 次/分,观察组的血压、心率水平明显低于对照组,患者的躁动发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 手术室麻醉苏醒护理策略对腹部手术患者全麻苏醒期躁动效果疗效明显,可以在较短时间内恢复患者的血液和心率水平,稳定患者情况,减少躁动的发生,减轻痛苦,提高生活质量,改善患者预后,值得在临床上推广使用。

关键词 麻醉苏醒护理;腹部手术;全麻苏醒期;躁动

Effect of operating anesthesia awakening care strategy on agitation in patients undergoing abdominal surgery Objective To investigate the effect of anesthesia on agitation in patients undergoing abdominal surgery. Methods The 90 patients undergoing general abdominal anesthesia from July 2019 to July 2022 were actually divided into two groups, namely the observation and control groups, with 45 patients each. Patients in the control group adopted the usual care method, and patients in the observation group adopted the operating room anesthesia awakening care strategy. To record and compare the blood pressure, heart rate and the agitation after different care methods. Results After nursing, systolic blood pressure was (130.52 ± 15.62) mmHg, diastolic blood pressure was (87.71 ± 5.71) mmHg, and heart rate was (74.61 ± 10.63) . The blood pressure and heart rate of the observation group were significantly lower than that of the control group, significant ($P < 0.05$). Conclusion The operating room anesthesia awakening care strategy has obvious effect on agitation effect of general anesthesia in abdominal surgery patients, which can restore blood and heart rate in a relatively short time, stabilize patient condition, reduce agitation, reduce pain, improve quality of life, and improve patient prognosis in clinical practice. Key words anesthesia awakening care; abdominal surgery; general anesthesia awakening period; agitation

患者接受大型腹部手术需要进行全身麻醉,在苏醒期之间,患者容易受到不良刺激、麻醉药物、心理因素等各种不良因素的影响出现无意识的行为异常状态^[1-2]。由于全麻苏醒期的患者容易出现躁动、兴奋和定向障碍,特别是对腹部手术的患者而言,如果出现了全麻苏醒期的躁动,患者腹部的引流管、输液管和导尿管和一些伤口就会受到影响,管道脱出、伤口开裂都容易产生感染等不良后果,对患者的生命安全造成极大威胁^[3]。在此种情况下,患者的不自主地躁动需要得到合理控制,通过手术室的麻醉苏醒护理,对患者的情况加以防范,出现后妥善处理。减轻患者的麻醉期躁动对于手术恢复效果的不良影响。本次研究通过比较常规护理操作和手术室麻醉苏醒护理策略对腹部手术患者全麻苏醒期躁动效果,探究最佳的护理途径,现报告如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

将我院在2019年7月到2022年7月期间收治的需要进行腹部全麻手术的90例患者作为研究对象,将两组患者随机分为对照组和观察组,每组45例。对照组患者男32例,女13例,年龄为21~68之间,平均年龄为 (56.5 ± 1.5) 岁;试验组患者男27例,女18例,年龄为22~70之间,平均年龄为 (58.2 ± 0.7) 岁。两组患者均确诊需要接受腹部全麻手术,两组患者一般资料年龄、性别差异不显著,具有研究意义($P > 0.05$)。本次试验均在患者和家属知晓下并且签署同意书后进行研究,且经得医学伦理委员会批准。排除标准为:①患者合并有免疫系统疾病、肝病、肺结核等其他严重疾病。②重度营养不良的患者。

1.2 方法

对对照组患者采用常规护理的方法,包括输液、吸氧、用药、定时测量体温、观察病情变化^[4]等常规护理方法,手术后将患者的头部偏向一侧,清除口腔异物,维持呼吸道通畅、为患者腹部的管道加固,防止患者出现意识不清的躁动时拔下管道,当患者出现躁动时,立即处理,可以适量使用镇静药物。而对观察组患者采用手术室麻醉苏醒护理策略,具体方法^[5]如下:(1)术前护理:密切关注患者的心理状态,排除影响患者躁动发生的不良因素,缓解患者的紧张躁动的情绪,做好患者的心理护理工作,减少患者的负面情绪,取得患者的信任,多于患者沟通,帮助其树立战胜疾病的信心。为患者及其家属进行健康宣教,讲述患者的手术注意事项,对患者进行手术前指导,提高其对自身疾病的认识。(2)术后护理:定时监测患者的血压、护理频率、脉搏等基本生命体征的变化,观察患者是否有胸闷气短的症状等。为患者讲述腹部的各种导尿管、输液管和引流管,告知患者注意防护,出现不适症状后立即处理。(3)针对性护理①环境护理:应为患者营造温馨舒适的病房环境,同时保证患者家人陪伴。定期对病房进行消毒清洁,保证空气清新,做好患者的防寒保暖工作,保证患者的体温正常;②帮助患者尽快苏醒,缓解患者的不适情况;③用药指导:患者用药时,护理人员要进行严格检查,防止发生用药错误。并对患者的用药剂量、时间向患者说明;④患者苏醒后,及时告知手术成功和病情的消息以及一些术后注意事项,稳定患者不安的情绪,同时做好患者出现苏醒后躁动的准备,一旦发生,立即处理。

1.3 疗效观察指标

记录两组患者经过不同护理方法后的血压、心率变化情况;观察两组患者的苏醒期躁动发生情况,具体躁动的程度判断为评分制,0分表示无

躁动发生, 1 分为患者受到吸痰、气管插管和尿管的刺激出现轻度躁动, 2 分表示患者出现无刺激情况下的躁动, 此时需要给予患者安慰, 必要时采取制动措施, 3 分为无刺激情况下患者出现严重躁动, 此时采取强制性制动措施。

1.4 统计学方法

所有数据均采用 SPSS 20.0 软件进行统计分析, 计量资料 ($\bar{x} \pm s$) 表示, t 检验, 计数资料 (%) 表示, χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者麻醉前后血压情况比较

麻醉前, 两组患者的血压无明显差异 ($P > 0.05$), 麻醉后, 经过护理后, 观察组患者的收缩压为 (130.52±15.62) mmHg, 舒张压为 (87.71±5.71) mmHg, 观察组的血压水平明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1. 两组患者麻醉前后血压情况比较

组别	收缩压 (mmHg)		舒张压 (mmHg)	
	麻醉前	苏醒期	麻醉前	苏醒期
观察组	128.93±9.26	130.52±15.62	83.72±9.53	87.71±5.71
对照组	127.93±9.71	142.63±12.73	83.51±8.91	94.82±5.93
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组患者麻醉前后心率情况比较

麻醉前, 两组患者的心率无明显差异 ($P > 0.05$), 麻醉后, 经过护理后, 观察组患者的心率为 (74.61±10.63) 次/分, 观察组的心率水平明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2. 两组患者麻醉前后心率情况比较

组别	心率 (次/分)	
	麻醉前	苏醒期
观察组	71.63±5.83	74.61±10.63
对照组	71.63±6.73	87.63±9.14
P	>0.05	<0.05

2.3 两组患者的躁动发生情况比较

观察组患者的躁动发生率明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3. 两组患者的躁动发生情况比较

组别	0	1	2	3	发生率 (%)
观察组	38	5	2	0	7 (15.56)
对照组	12	12	14	7	33 (73.33)
P					<0.05

3. 讨论

患者经历过腹部全麻手术恢复期间会出现一些并发症, 如躁动, 出现的躁动情况主要是一种意识障碍, 多由于患者的身体不适或者其他刺激引

发, 事后患者并不能记忆。由于交感神经的兴奋, 患者在无意识情况下出现血压升高和心率加快, 此时患者出现拔管、乱动、哭喊、呻吟、无意识言语等行为, 这容易造成伤口出血、开裂的情况, 不利于患者的术后恢复, 妨碍手术恢复进程, 不利于预后。由于腹部手术对患者的内脏有一定刺激, 并且术中患者出血量大, 患者苏醒期间可能会出现躁动的情况发生^[6-8]。因此护理人员应该根据躁动可能出现的原因, 对患者进行针对性护理降低患者出现躁动的可能性, 减少躁动的发生, 促进患者术后恢复。研究表明全麻手术前后对患者进行综合性护理措施有利于减少躁动的发生。

本次研究目的在于通过不同的护理方式对于腹部全麻手术苏醒期患者出现躁动的情况的对比, 探讨手术室麻醉苏醒护理策略减少躁动发生的效果。研究结果表明经过不同的护理之后, 两组患者的收缩压和舒张压都在改善, 但是观察组患者的血压较对照组更低, 心率也更低, 患者发生躁动的次数以及严重程度都在减轻。由于在躁动时患者已出现心率血压上升的情况, 观察组护理人员根据躁动可能发生的原因对患者采取全面细致的护理措施, 在麻醉前, 护理人员向患者讲述手术的过程, 减少患者的恐惧和紧张的心理, 舒缓患者的不良情绪, 减轻心理负担^[9-10], 另外手术完成之后, 通过有效的健康宣教的方式, 护理人员详细讲解了注意事项, 使家属能够对患者有更好的照顾。护理人员密切观察患者的生命体征, 避免患者出现高尿酸血症和缺氧的发生, 并根据患者可能在苏醒期发生躁动的情况, 观察组护理人员准备了镇静的药物, 缓解患者的疼痛刺激, 加强护理效果。

综上所述, 手术室麻醉苏醒护理策略对腹部手术患者全麻苏醒期躁动效果疗效明显, 可以在较短时间内恢复患者的血液和心率水平, 稳定患者情况, 减少躁动的发生, 减轻痛苦, 提高生活质量, 改善患者预后, 值得在临床上推广使用。

参考文献:

- [1] 朱晓瑜. 手术室麻醉苏醒护理对减少腹部手术患者全麻苏醒期躁动的临床效果[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2021, 38 (04): 479-480.
- [2] 王燕. 手术室麻醉苏醒护理对腹部全麻手术患者苏醒期躁动的影响分析[J]. 中国医药指南, 2020, 18 (17): 283-284.
- [3] 马庆. 麻醉苏醒护理对手术室腹部手术患者全麻苏醒期躁动情况及术后生活质量的影响研究[J]. 中国农村卫生, 2020, 12 (10): 62.
- [4] 马婉谊. 手术室麻醉苏醒护理减少腹部手术患者全麻苏醒期躁动的临床效果[J]. 数理医药学杂志, 2020, 33 (03): 452-453.
- [5] 江伟容, 罗石英, 张玉善, 等. 手术室麻醉苏醒护理对减少腹部手术患者全麻苏醒期躁动的临床效果[J]. 中外医学研究, 2019, 17 (36): 100-102.
- [6] 孙翠兰. 麻醉苏醒护理对手术室腹部手术患者全麻苏醒期躁动情况及术后生活质量的影响研究[J]. 首都食品与医药, 2019, 26 (19): 112-113.
- [7] 贺欣业. 手术室麻醉苏醒护理对减少腹部手术患者全麻苏醒期躁动的疗效评价[J]. 中国医药指南, 2019, 17 (27): 320-321.
- [8] 薛雨桃. 手术室麻醉苏醒护理对腹部手术病人全麻苏醒期躁动的临床影响[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19 (16): 167.

综合护理对减少无痛胃肠镜诊疗术并发症的效果

王晓艳

蒙阴县人民医院 山东临沂 276200

摘要：目的：分析在无痛胃肠镜诊疗术中采用综合护理对减少并发症的应用效果。方法：随机抽选 74 例于我院 2021.9–2022.3 接受无痛胃肠镜诊疗术治疗的患者进行分析，采用随机数字表法将其分成参照组和研究组，各入选 37 例。参照组开展常规护理，研究组开展综合护理，对比两组的检查情况、不良情绪评分、满意程度及并发症发生率。结果：研究组的检查、苏醒时间均短于参照组， $P<0.05$ ；研究组护理后的焦虑、抑郁评分及不良反应发生率均低于参照组， $P<0.05$ ；研究组对护理的满意度高于参照组， $P<0.05$ 。结论：综合护理的应用可以有效减少无痛胃肠镜诊疗术并发症发生率，减轻患者不良情绪，缩短患者的检查和苏醒时间，提高患者的满意程度，有较高的推广应用价值。

关键词：无痛胃肠镜诊疗术；并发症；综合护理；不良情绪

The effect of comprehensive nursing on reducing the complications of painless gastroscopic diagnosis and treatment Wang Xiaoyan, Mengyin County People's Hospital, 276200 (Linyi, Shandong) [Abstract] Objective: To analyze the application of comprehensive nursing on reducing complications in painless gastroscopic diagnosis and treatment Effect. Methods: A total of 74 patients who received painless gastrointestinal endoscopy in our hospital from 2021.9 to 2022.3 were randomly selected for analysis. They were divided into a reference group and a research group by random number table method, with 37 cases in each. The reference group was given routine nursing care, while the research group was given comprehensive nursing care. The two groups were compared in terms of examination, negative emotion score, degree of satisfaction and the incidence of complications. Results: The examination and recovery time of the research group were shorter than those of the reference group, $P<0.05$; the anxiety, depression scores and the incidence of adverse reactions in the research group after nursing were lower than those of the reference group, $P<0.05$; the satisfaction of the research group to nursing Higher than the reference group, $P<0.05$. Conclusion: The application of comprehensive nursing can effectively reduce the incidence of complications of painless gastrointestinal endoscopy, reduce the patient's negative emotions, shorten the patient's examination and recovery time, and improve the patient's satisfaction, which has a high promotion and application value.

【Key words】Painless gastroscopy; Complications; Comprehensive nursing; Negative emotions

无痛胃肠镜诊疗术是临床应用较为广泛的诊疗措施，相比传统胃肠镜有显著的优势，如能有效缩短检查时间、有较高的准确率，具有无痛苦、对患者造成的创伤小等特点。但该种检查方式属于侵入性操作的一种，大多数患者对检查的认知度不足，存在一定恐惧、害怕的不良情绪，易出现心理和生理应激反应，增加并发症的发生风险，会对检查的顺利进行造成不利影响。需要配合有效的护理干预措施，以减轻患者的负面情绪，提高检查配合度。常见所开展的护理内容有较强的随意性，对患者情绪和心理层面的关注度不高，难以取得理想的护理效果。综合护理是将患者作为护理中心开展的干预措施，能从生理、心理、躯体等多个角度加强对患者的护理，有利于改善患者不良情绪^[1]。为此，本文选入 2021.9–2022.3 接受无痛胃肠镜诊疗术治疗的 74 例患者进行分析，结果内容具体报告如下。

1 资料与方法

1.1 基本资料

随机抽选于我院 2021.9–2022.3 接受无痛胃肠镜诊疗术治疗的 74 例患者进行分析，采用随机数字表法将其分成两组，各入选 37 例。参照组中男性有 20 例，女性有 17 例；年龄最高为 79 岁，最低为 52 岁，均值（ 60.35 ± 1.27 ）岁；文化程度：初中及以下 25 例，高中及中专 10 例，大专及以上 2 例。研究组中男性有 22 例，女性有 15 例；年龄最高为 78 岁，最低为 49 岁，均值（ 60.47 ± 1.63 ）岁；文化程度：初中及以下 24 例，高中及中专 11 例，大专及以上 2 例。两组基本资料比较无较大差别， $P>0.05$ 。

1.2 方法

参照组开展常规护理：告知患者检查前合理禁食，完成对应的准备工作，检查后对患者的生命体征进行密切监测，发现异常立即予以有效处理。

研究组开展综合护理：（1）综合护理小组：成立综合护理小组，由经验丰富、责任心强的护士组成，加强对小组成员的有效培训，主要内容以综合护理、无痛胃肠镜诊疗术配合要点、护患沟通技巧等为主，完成培训考核合格后方可为患者开展各项护理内容，提高综合素质能力水平。（2）检查前护理：对患者的基础信息资料进行有效评估，掌握患者的病情、心电图结果、气道及肝功能，对患者的检查风险进行有效评估。针对患者的文化程度和理解能力采用通俗易懂的话语讲解疾病和检查有关的知识，说明诊疗术中的各项注意事项内容，提高患者的认知度，让患者知晓需要配合的各项内容。并加强针对患者的心理疏导，与患者建立良好的护患关系，为患者提供心理支持，让患者准备好完成各项检查，阐明检查的安全性，减轻患者的不适感和疑惑。（3）检查期间护理：在进行麻醉操作时为患者进行基本的说明，并指导患者正确放松，保持舒适适宜的体位，为患者说明配合要点，做 3–4 次深呼吸操作，插管时指导患者正确做吞咽动作，并在操作过程中密切观察患者的意识状态、情绪表现、心理变化及呼吸状况等，发现异常立即告知医师并协助处理。（4）检查后护理：对患者持续进行心电监护，对患的意识、血氧、生命体征变化情况进行密切观察，为患者说明在检查后可能出现的不良情况，告知患者禁食禁饮 3 小时左右，避免用力咳嗽，在无不适后可适当进食无刺激的食物，为患者说明术后不可进食荤腥、辛辣等刺激性食物，日常饮食以高营养、高纤维素的食物为

主, 适当到户外进行合理科学的运动。

1.3 观察指标

对比两组的检查情况、不良情绪评分、满意程度及并发症发生率。(1) 对两组患者的检查时间和苏醒时间进行详细记录。(2) 采用焦虑自评(SAS)量表和抑郁自评(SDS)量表对两组患者的负面心理情绪进行评价, 分值越高表示患者负面情绪越严重。(3) 应用自制的量表对组间患者的满意程度进行评估, 分值范围在 0-100 分之间, 根据得分结果 <60 分记录为不满意, >80 分记录为非常满意, 处于二者之间记录为基本满意。总满意度=非常满意+基本满意。(4) 记录两组患者呛咳、呼吸抑制、肠胀气、吸入性肺炎等并发症的发生情况。

1.4 统计学分析

以 SPSS28.0 统计软件作为研究数据的处理工具, 检查情况、不良情绪评分均采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 经 t 检验, 满意程度及并发症发生率均采用 (%) 表示, 经 χ^2 检验, 有统计差异则: $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 检查情况的比较

研究组的检查时间为 (24.36 ± 2.17) min、苏醒时间为 (2.04 ± 0.35) min, 对照组的检查时间为 (31.48 ± 3.26) min、苏醒时间为 (3.47 ± 0.29) min, 研究组的检查时间和苏醒时间均短于对照组, 对比后 $t = 11.059$ 、 19.136 , P 均 < 0.001 , 差别显著。

2.2 不良情绪评分的比较

组间护理前的评分差别不明显, $P > 0.05$; 研究组护理后焦虑评分和抑郁评分均低于对照组, $P < 0.05$ 。如表 1。

表 1 比较两组不良情绪评分 $(\bar{x} \pm s)$

组名	n	焦虑评分(分)		抑郁评分(分)	
		护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	37	48.37±5.14	35.42±4.03	49.72±5.43	37.18±4.29
对照组	37	48.42±5.03	39.62±4.14	49.57±5.36	41.09±4.81
t	-	0.042	4.421	0.119	3.690
P	-	0.966	0.000	0.905	0.000

2.3 满意程度的比较

研究组中有 21 例患者持非常满意态度, 基本满意的患者有 14 例, 不满意患者共计 2 例, 总满意度为 94.59%。对照组中有 18 例患者持非常满意态度, 基本满意的患者有 11 例, 不满意患者共计 8 例, 总满意度为 78.38%。组间比较 $\chi^2 = 6.175$, $P = 0.012$, 有统计学意义。

2.4 并发症发生率的比较

研究组中有 2 例患者发生呛咳, 1 例患者发生肠胀气, 发生率为 8.11%。对照组中有 4 例呛咳者, 呼吸抑制、肠胀气、吸入性肺炎各 2 例, 发生率为 27.03%。组间比较 $\chi^2 = 4.572$, $P = 0.032$, 有统计学意义。

3 讨论

无痛胃肠镜诊疗术是现阶段治疗消化道疾病的主要手段, 由于术中需要进行无痛麻醉操作, 部分患者会对麻醉药物产生不同程度的应激反应,

受到麻醉药物速度、剂量、麻醉刺激敏感性等多种因素影响, 易导致患者出现系列并发症^[2]。加之患者对疾病的认知度不高, 易产生恐惧、焦虑等不良情绪, 降低患者的依从性, 需积极配合开展有效的护理干预措施, 以促进患者依从性的不断提升, 保证诊疗术的顺利实施。

综合护理是具有科学性、全面性、综合性特点的干预措施, 在整体护理过程中能根据对应的护理流程开展各项护理内容, 为患者提供全方位的护理措施。针对无痛胃肠镜诊疗术开展综合护理能提升诊疗效果, 从诊疗开展前、诊疗开展期间、诊疗开展后为患者进行护理, 耐心解答患者各项问题, 为患者说明对应的健康知识, 告知操作的各项流程, 有效提高患者的认知度和配合度, 让患者更好的配合完成各项操作^[3]。在诊疗开展期间能及时帮助患者和家属明确潜在的护理风险内容, 采取有效的干预措施, 促进患者积极参与到各项操作过程中, 在充分掌握各项诊疗操作后, 加强对患者的生命体征监测等内容, 提高患者的身心舒适度。同时在诊疗开展后持续监测患者实际情况, 指导患者对应的注意事项等, 加强对患者的饮食指导和生活指导, 巩固疗效, 有效提升总体护理质量。开展综合护理的过程中还能重点加强对患者的心理疏导, 为患者提供心理支持, 及时发现患者出现的不适感受并加以有效处理, 促进患者尽早康复^[4]。本组结果显示, 研究组的检查时间和苏醒时间均短于对照组, $P < 0.05$, 有统计学分析差异; 研究组护理后的焦虑评分和抑郁评分均低于对照组, 两组结果差异显著 $P < 0.05$; 研究组的护理满意度高于对照组, $P < 0.05$, 具备统计学意义; 研究组的不良反应发生率低于对照组, $P < 0.05$, 有显著性差异。说明综合护理的应用能有效促进无痛胃肠镜麻醉患者的身体恢复, 提升患者的总体疗效, 使患者术后并发症的发生风险降低。这是因为实施综合护理能充分发挥全面性、系统性特点, 通过加强对患者开展的全方面护理干预措施, 有效改善患者的病情, 减轻患者焦虑抑郁等负面心理情绪, 并采取有效的措施相应减轻患者的咽喉部不适感受, 改善患者心理压力, 保证顺利完成检查操作, 并促进患者疾病康复^[5]。

综上所述, 在无痛胃肠镜诊疗术中采用综合护理能有效减轻患者不良情绪, 使患者的检查时间和苏醒时间明显缩短, 有效减少患者并发症的发生率, 让患者对护理更加满意, 值得推广。

参考文献:

- [1] 杨金华, 黄万鹏, 蓝宝华, 等. 无痛结肠镜下行结肠息肉高频电切术的护理效果[J]. 中国城乡企业卫生, 2021, 36(1): 196-198.
- [2] 赵东旭. 无痛胃肠镜诊疗的精准护理经验及效果观察[J]. 中国保健营养, 2021, 31(19): 213.
- [3] 丁美祝, 林燕凤, 胡佩欣, 等. 无痛结肠镜检查后患者腹胀完全缓解时间的影响因素[J]. 保健医学研究与实践, 2021, 18(5): 63-66, 75.
- [4] 彭文君, 李斌飞, 周仕海, 等. 基于微信平台多学科参与的术前访视系统在无痛胃肠镜检查中的应用效果评价[J]. 中国护理管理, 2021, 21(2): 288-293.
- [5] 吴瑜. 消化内科治疗中应用无痛肠镜的术后护理观察[J]. 家有孕宝, 2021, 3(8): 254.

PDCA 循环护理应用于急性心肌梗死患者的临床应用效果

韦娜 梁丽

山东省菏泽市单县东大医院 山东菏泽 274300

摘要：目的：探究 PDCA 循环护理对急性心肌梗死患者的临床护理效果以及应用价值。方法：在本院选取于 2020.1—2021.1 期间入院的急性心肌梗死患者 96 名作为本次临床研究的主要对象，将患者以观察组与对照组的形式随机划分，组内患者人数平均，观察组护理采用 PDCA 循环护理法；对照组患者采用常规式护理法。对两组患者在护理过程中，产生的心绞痛疼痛与自我感受以及临床护理效果进行观察记录后展开数据对比分析。结果：通过观察分析临床护理数据可知，处于观察组的患者在接受护理的过程中自我感受明显提高 $P < 0.05$ ，心绞痛发作几率显著降低 $P < 0.05$ ，且发生的不良事件也低于对照组 $p < 0.05$ 。结论：针对急性心肌梗死患者的护理应用 PACA 循环护理法能够有效降低患者心绞痛发作几率，有助于提高患者自我感受，患者病情得到明显改善，可推荐应用。

关键词：PDCA 循环；急性心肌梗死；应用效果

Abstract: Objective: To explore the clinical nursing effect and application value of PDCA circulation nursing on patients with acute myocardial infarction. Methods: A total of 96 patients with acute myocardial infarction admitted to the hospital from 2020.1 to 2021.1 were selected as the main subjects of this clinical study, and the patients were randomly divided into the observation group and the control group. The number of patients in the group was average, and the observation group The nursing adopts PDCA cycle nursing method; the patients in the control group adopt routine nursing method. The angina pain, self-feeling and clinical nursing effect of the two groups of patients during the nursing process were observed and recorded, and then the data was compared and analyzed. Results: Through observation and analysis of clinical nursing data, it can be seen that the patients in the observation group had significantly improved self-perception during the nursing process, $P < 0.05$, and the probability of angina pectoris was significantly reduced, $P < 0.05$, and the occurrence of adverse events was also lower than that of the control group, $p < 0.05$. Conclusion: The nursing application of PACA cycle nursing method for patients with acute myocardial infarction can effectively reduce the incidence of angina pectoris, help improve the patient's self-feeling, and the patient's condition has been significantly improved, which can be recommended for application.

Key words: PDCA cycle; acute myocardial infarction; application effect

引言：急性心肌梗死发病过程中极易发生心机坏死与心肌缺血等状况，发病临床症状为胸部疼痛、呼吸困难等，若在发病阶段护理方式不当，会导致患者出现心力衰竭、心脏破裂等状况。因此在日常治疗过程中，应为学生提供科学有效的护理干预方式。本次主要研究 PDCA 循环护理方法对急性心机缺血患者的临床护理效果，具体内容如下。

1、资料与方法

1.1 一般资料

选择 2020.1—2021.1 期间在本院接受治疗患急性心肌梗死的患者 96 例，所选取的患者均通过院方批准并征求了患者同意。与此同时，应将 96 例急性心机缺血患者以 1:1 的方式平均划分为观察组与对照组，观察组人数：48 人，其中男患者 24 人，女患者 24 人，年龄范围区域：21—74 岁，年龄均差：(51.2±13.6)，患病时长：2—12 年；对照组人数：48 人，男患者设置 20 人，女性患者设置 28 人，年龄区域：30—75 岁，平均年龄差为：(52.1±13.4)，患病年限为：3—15 年。通过对观察组与对照组患者的实际病情进行分析得出结论：上述患者信息数据不具备差异性，不符合统计学标准 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组患护理方式：常规式护理法，其中涵盖日常用药护理、检测生命体征、饮食与对症护理等；观察组患者护理方式：PDCA 循环护理法，具体护理过程为：

(1) 计划 (Plan)：参与护理工作人员应在护理前期制定患者使实情档案，利用其收集患者的个人信息、发病信心以及各种护理数据的记录，具体应包含性别、年龄、家属情况与联系方式、饮食与日常习惯、用药与临床情况等。首先，在护理工作开展前期应预先了解患者的实际护理需求，掌握患者的自理能力与认知程度；其次根据患者实际病情开展小组会议，

明确对患者进行用药与健康疏导等护理工作的方向；最后，组建胸痛 PDCA 循环护理小组，并选举两位护理人员作为代表。通过组内讨论，制定科学、有针对性、可操作的护理计划。1) 健康指导：护理人员应为患者以及家属普及此类病症的专业知识与注意事项，如：诱因因素、预防措施等，同时还需为患者传导常用药品的类别与服用方式、服用效果以及药物的不良反应等，此外还应引导患者形成随身携带应急药物良好防病意识，如吗啡和哌替啶、救心丸等。并告知患者用药禁忌与饮食禁忌。2) 生活指导：首先，护理人员应鼓励患者积极活动，调整自身身体状况，根据身体实情选择步行、跑步、打太极拳或做健身操等运动项目；其次，在护理的过程中护理人员可适当为患者播放有助于缓解精神压力的音乐；最后，劝导患者养成正常作息的习惯，转变不良饮食观念，杜绝食用高能量、高胆固醇类食品。3) 心理指导：充分了解患者心理发展情况，为患者提供个性化心理服务，改善患者的不良心理，增强治疗自信心。4) 出院指导：护理人员应主动向患者提供详细的用药指导，主要涵盖按时服药、不可私自停止服用抗血小板类的凝聚药品，如汀类、扩展冠状动脉类药品。同时，护理人员也应指导患者服用可改善心机代谢方面的药品，如复合辅酶或者曲美他嗪等药品，并告知患者此类药品长期服用效果最佳。

(2) 执行 (DO)：在小组内对护理工作人员进行专项培训，使护理人员能够熟练地掌握 PDCA 护理计划与实施流程和操作方式，如快速转移患者、及时实施救援护理、准确检测患者心电图血氧指标、正确用药与术后护理等。同时，还需增加护理工作人员护理技能的训练强度。培训工作完成后，应设置考核内容，考核成绩符合标准的护理人员可直接参加患者的护理工作当中，针对考核失利的工作人员，可安排二次培训，帮助他们进一步了解护理工作的重要性与实施流程，直至考核成绩合格后，加入至患者的日常护理之中。此外，根据计划制定患者就诊流程，由护理人员为患

者填写胸痛中心就诊信息表,并记录患者在各处的停留时间,如分诊台、问诊室、CT室、抢救室等。接诊后利用 SOAP 公式迅速对患者开展分诊工作,对患者的胸部疼痛展开综合分析,检测患者的呼吸情况是否畅通,以此辨别患者的病况是否危重。若患者病况较轻可利用轮椅将其送至普通急诊室进行急诊,若患者病况危重,应迅速利用病床将患者送至抢救室展开救治。此时,需要护理任用具备识别心电图的能力,患者的心电图需在 10 分钟以内呈现结果,患者的床边心肌肌蛋白需要在 15 分钟内呈现结果,所有检测结果需在 25 分钟内结束。若患者的心电图呈现出低压段,则应立即打将患者转移至抢救室,此时护理人员需对患者进行抽血、吸氧以及监护心电等工作,并将患者的病况信息上传至医院的胸痛中心,提前准备介入或为患者溶栓的工作。

(3) 检查 (Check): 所有 PDCA 组内的护理工作人员对护理计划进行复盘检查,及时了解并归总病症资料方案,同时收集患者家属意见,共同讨论下一步护理工作实施方案。另外,组内的两名代表定时查房,实时掌握患者病情,并做好患者病况记录。

(4) 行动/处理 (Action): 对上述计划的制定、实施以及检查等步骤在护理工作过程中进行收集,对薄弱之处进行详细了解与检测,给予重视,及时发现不足之处找准原因将其改正,完善计划,充分利 PDCA 进行解决,若出现新问题,利用 PDCA 再次进行循环。如此反复,直至问题消失,使护理工作的水平不断提升。

1.3 观察指标

对两组患者接受治疗护理期间的心绞痛发作频率与自我感受进行观察与对比,并详细记录在册,其中心绞痛消失、自我感受不断提高证明护理工作效果良好;患者心绞痛发生几率降低、自我感受有所提升证明护理工作显效;患者心绞痛时有发生、自我感受不断下降证明护理工作无效。

1.4 统计学方法

利用公认评分法对两组患者接受护理干预前后的心绞痛与自我感受数据进行评估对比,其中 $P>0.05$ 表示该数据信息无差异,不满足统计学条件; $P<0.05$ 表示该数据信息存在较大差距,符合统计学条件。计量资料单位为: $(\bar{x} \pm s)$; 检验方式为: 全部 t 检验,利用此套统计学方法进行数据对比若得出数据结论为 $P<0.05$,则表示本次实验研究的统计学意义成立。

2、结果

表 1 两组患者心绞痛发作频率与自我感受

评分项目	分组	病例 (n)	治疗前评 分	治疗后评 分
自我感受	观察组	48	4.20±2.98	9.65±0.54
	对照组	48	4.59±2.01	8.12±1.23
心绞痛发作频率	观察组	48	4.11±2.58	9.11±1.02
	对照组	48	4.20±3.11	7.98±1.45

对观察组与对照组患者在接受护理过程中的心绞痛发作频率、自我感受进行评分对比,满分 10 分,具体数据报告如下表 1 所示;对观察组与对照组患者在接受护理的过程中生活质量进行评分对比,具体对比数据如报告表 2 所示。

对观察组与对照组患者在接受护理的过程中评分存在较大差异,统计学意义成立,即 ($P<0.05$)。

表 2 两组患者接受护理后对比

组别	患者人数	良好	效果显效	无效	总有效率
----	------	----	------	----	------

观察组	48	32	14	2	95.6%
对照组	48	23	20	5	89.5%

通过上述表 2 中对观察组与对照组患者的护理总有效率进行分析对比差异较大,统计学意义成立,即 ($P<0.05$)。

3、讨论

急性心肌梗死的病症极为特殊,有很大可能会导致患者出现心脏骤停,发病阶段护理不当者会导致直接猝死。急性心肌梗死发病的主要原因是因冠状动脉的突然性闭塞、阻塞而致使心脉血流终止,最终导致心肌严重缺血的情况产生,在发病的过程中极易出现心肌梗死的病症,并且心肌梗死的情况不可逆转,发病阶段若未经过正确的护理治疗会导致患者病变的范围增加,最为明显的临床表现为胸骨后的剧烈疼痛、呼吸困难、烦躁不安、大汗出、窒息感或濒死感等现象,此时即使患者舌下含服药物或者立即休息均不得缓解。而且,急性心肌梗死还会并发多种类型的心律失常,还有可能会出现急性的左心衰、心源性休克,一旦产生无法缓解的剧烈胸痛,应及时就医。此外,虽然急性心肌梗死好发于青年人,但老年人当中也时有发作,主要是由于动脉的持续痉挛导致的,治疗的主要目的是解除闭塞,恢复血供,以此缓解患者的疼痛,并避免并发症的出现。近年来急性心肌梗死的发病率与致死率持续上升,患者的生命安全得不到有效保障,因此,在患者入院接受治疗护理的过程中,院方应为其制定更为行之有效治疗护理方案。常规护理手段对于急性心肌梗死患者的干预效果并不理想,难以有效降低患者心绞痛的发展几率与提高患者的自我感受,并且患者对健康知识的掌握程度与自信心均较为低下。

PDCA 循环法也被称之为戴明环,主要分为四个部分,第一,计划:明确目标、分析现存实际问题,其次总结问题,并针对问题系统分析找出问题根源,再次针对问题根源细致划分;最后针对问题根源,制定解决方案。第二,行动:依据所制定的解决方案进一步实施,如:谁来着、做什么、什么时间做。第三,检查:检查结果是否达到目标,若并未达成目标,需检查上个环节是否按照计划执行。第四,行动/处理:若达成目标,便制定相应标准,若发现新的未解决问题,便转入下个循环继续处理。PDCA 循环法能够使工作步骤更加条理化,其能够不断循环、不断解决问题,直到问题得到解决为止。

当下 PDCA 循环法因其独特的作用已被广泛地应用与护理工作当中,并且取得的成绩也十分理想。通过在急性心肌梗死患者临床治疗中应用 PDCA 循环护理法,通过其中四个步骤依次开展护理工作,能够循序渐进地提高护理工作质量。

综上所述,观察组的护理效果与患者感受明显高于对照组,充分表明了 PDCA 循环治疗法在急性心肌梗死患者临床治疗中能够降低患者心绞痛的发作几率,提高患者的自我感受,值得广泛推广于急性心肌梗死的临床治疗中。

参考文献:

- [1]席婷,姬学光,孙红梅.基于 PDCA 循环管理模式个性化护理在急性心肌梗死患者中的护理效果观察[J].贵州医药,2022, (01): 162-163.
- [2]颜琼,王霞,雷秀兰,翟一如,胡聪,张琴,霍雪琴.PDCA 循环法在急性心肌梗死护理路径管理中的应用效果[J].中国当代医药,2021, (18): 177-179+183.
- [3]冯妙林,谭彩霞.PDCA 循环在急性心肌梗死患者院前急救护理中的应用[J].武警后勤学院学报(医学版),2021, (04): 48-51.
- [4]张丽丽,王丹.PDCA 循环在急性心肌梗死患者院前急救护理中的应用效果[J].中国民康医学,2021, (07): 183-185.

重症创伤脑出血患者手术后重症监护病房（ICU）综合护理干预的效果

吴磊 魏中利

山东省菏泽市单县东大医院有限公司 山东菏泽 274300

摘要：目的：研究重症创伤脑出血患者在接受重症监护病房（ICU）综合护理干预工作之后的实际情况以及身体机能恢复情况。方法：从 2020 年 4 月-2021 年 4 月进入到本医院接受专业化重症创伤脑出血疾病治疗工作随机选取 100 名患者参与本次临床医学研究工作以及后续诊疗工作，将这 100 名患者平均分配为对照组与观察组，每组患者固定人数为 50 人，在对照组与观察组中将采取不同的疾病研究形式以及综合性护理模式，判断重症创伤脑出血重症监护病房（ICU）综合护理干预工作的临床医学研究价值以及应用价值。结果：绝大多数观察组重症创伤脑出血患者比较认可重症监护病房（ICU）综合护理干预模式，疾病问题明显好转。此外，观察组患者出现不良事件以及身体不适症状的几率较低，大多数观察组重症创伤脑出血患者对重症监护病房（ICU）综合护理干预工作比较满意。结论：融入重症监护病房（ICU）综合护理干预模式，加强护理干预和指导，能够帮助患者快速恢复身体健康，早日恢复正常生活。

关键词：重症创伤脑出血；重症监护病房（ICU）；综合护理干预

Abstract: Objective: To study the actual situation and physical function recovery of patients with severe traumatic cerebral hemorrhage after receiving comprehensive nursing intervention in the intensive care unit (ICU). Methods: From April 2020 to April 2021, 100 patients were randomly selected to participate in this clinical medical research work and follow-up diagnosis and treatment, and the 100 patients were equally distributed For the control group and the observation group, the number of patients in each group is fixed at 50. In the control group and the observation group, different forms of disease research and comprehensive nursing models will be adopted to judge the comprehensive nursing intervention in the intensive care unit (ICU) of severe traumatic cerebral hemorrhage. The clinical medical research value and application value of the work. Results: The vast majority of patients with severe traumatic cerebral hemorrhage in the observation group recognized the comprehensive nursing intervention model of the intensive care unit (ICU), and their disease problems were significantly improved. In addition, the patients in the observation group had a lower incidence of adverse events and physical discomfort symptoms, and most patients in the observation group with severe traumatic cerebral hemorrhage were satisfied with the comprehensive nursing intervention work in the intensive care unit (ICU). Conclusion: Integrating into the comprehensive nursing intervention model of the intensive care unit (ICU) and strengthening nursing intervention and guidance can help patients quickly recover their health and return to normal life as soon as possible.

Key words: severe traumatic cerebral hemorrhage; intensive care unit (ICU); comprehensive nursing intervention

引言：一部分重症创伤脑出血患者在接受手术治疗工作之后，在一定时间之内处于身体虚弱期，医护人员需要加强有效干预和帮助，以便引导患者逐步恢复基础生理机能。经过多年临床医学研究与试验之后，医护人员发现，在开展重症创伤脑出血手术治疗工作之后，可以融入重症监护病房（ICU）综合护理干预模式，在保障患者生命安全的前提之下，进一步提升疾病治愈率，优化重症创伤脑出血治疗与后期护理工作的具体体系，深层次推进重症创伤脑出血综合性治疗工作与人性化护理工作的改革。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

本次临床医学研究工作主要选取 2020 年 4 月-2021 年 4 月进入到本医院接受专业重症创伤脑出血护理工作的部分患者（患者总人数为 100 人），随后由医护人员采取统计学专业区域分组以及随机抽签分组相互结合的形式，将 100 名患者平均分配为两组，在后续临床医学研究环节以及重症创伤脑出血护理环节之中，统一命名为对照组与观察组。在整个研究环节以及数据分析环节之中，对照组与观察组的组名、组别以及组内整体结构均不发生任何变化。两组患者各项资料对比期间无差异存在，按照医学对比相关标准可将两组对比差异视为（ $P>0.05$ ）不存在统计学意义。

1.2 方法

在对照组中，需要医护人员面向全体重症创伤脑出血患者合理采

取常态化（一般化）重症创伤脑出血护理工作，并不融入重症监护病房（ICU）综合护理干预模式。

在观察组之中，具体护理方法如下：（1）观察病情：在重症创伤脑出血患者接受专业化手术治疗工作之后，医护人员需要及时进入病房内部检查重症创伤脑出血患者的病情状态以及术后身体状态，尤其需要严格检查患者的意识状态以及瞳孔变化情况。医护人员可以采取专业临床医学设备，以疼痛刺激的形式，判断患者是否处于正常意识，判断患者意识是否稳定、是否清晰，是否具备自主判断能力。医护人员需要使用专业工具，认真检查患者瞳孔的变化情况，每 15 分钟检测一次，每日最少检测十次。其次，医护人员密切观察重症创伤脑出血患者的各项生命体征，尤其是血压、心率、体温、呼吸、血氧饱和浓度等基础性生命体征。患者从抢救室出来之后，医护人员需要每隔十分钟进入患者病房内部，检查患者各项生命体征，直至患者生命体征平稳。如果患者基础生命体征较为平稳，则需要医护人员每隔 15 分钟进入重症创伤脑出血患者病房内部，严格检查重症创伤脑出血患者生命体征的变化情况，随后进行详细记录，将患者生命体征的相关信息统一上报给上级，主治医师或者是直接记录于计算机系统内部。（2）引流管护理：医护人员需要每日定时进入患者病房内部检查患者颅内引流管、导尿管、气管以及其他各种引流管的实际情况，如果患者引流管内部存在一定淤血或者是存在其他的杂物，则需要及时更换引流管，避免患者出现伤口感染问题以及其他类

型并发症。如果患者颅内引流管以及导尿管内部存在少量淤血，则需要医护人员及时检查重症创伤脑出血患者是否存在轻微脑出血问题。医护人员也需要检查引流管内部的各种液体，如果引流量较少，需要医护人员及时疏通引流管，检查引流管是否出现漏液问题以及渗液问题。

(3) 呼吸道护理：大多数重症创伤脑出血患者需要长期卧床，接受手术治疗工作之后，重症创伤脑出血患者也需要长时间保持仰卧位姿势。一部分患者口腔内部以及呼吸道内部可能会残留一定分泌物，需要医护人员保持患者呼吸通畅，及时清理重症创伤脑出血患者口腔内部的各种杂物以及相关分泌物。一旦发现患者存在呼吸不畅或者是口腔黏膜感染等问题，则需要医护人员及时予以相应的检查和护理，及时将患者送往相关诊室，开展对应治疗工作。医护人员需要每日 2-3 次进入患者病房内部，引导患者适当翻身，针对一部分患病情况比较严重的重症创伤脑出血患者而言，需要医护人员每隔两小时为患者翻身一次，检查患者皮肤表面是否出现褥疮、压疮。在引导患者更换呼吸道引流管之前，医护人员需要定期为患者进行药敏试验，合理使用不同类型的抗生素，避免患者出现呼吸道内部感染问题。同时，在更换呼吸道引流管之后，医护人员要及时检查呼吸道引流管表面是否存在污垢、分泌物以及血液，及时予以充分的清洁与干预。(4) 按摩护理：一般情况下，患病症状较轻或者是疾病恢复速度较快的患者，可以在术后重症监护病房（ICU）综合护理干预环节之中，接受按摩护理工作。通常情况下，医护人员需要在患者四肢、前胸、后背等部位适当采取舒缓按摩，检查患者四肢是否能够正常活动，检查患者关节是否出现坏死问题以及其他并发症，每次按摩时间需要控制在 10-20 分钟，最多不宜超过 30 分钟，每日按摩 2-3 次即可。

1.3 观察指标与评价标准

第一，本次临床医学研究工作评价标准主要可以划分为显效、有效以及无效三种，需要医护人员结合每一位重症创伤脑出血患者患病情况以及后期疾病恢复情况进行综合性分析与评估，判断患者疾病恢复效果。第二，由专业医护人员每日多次进入重症创伤脑出血患者病房内部，及时检查患者并发症以及不良事件发生情况，了解重症创伤脑出血患者身体不适情况。第三，等待对照组与观察组重症创伤脑出血患者出院之后，医护人员采取追踪性调查的形式，深入了解对照组与观察组重症创伤脑出血患者后续恢复情况，从生理健康、心理健康以及社会生活三个方面进行统筹研究与分析。

1.4 统计学标准

在本次临床医学研究工作之中所产生的具体数据以及患者个人信息主要采用 SPSS25.0 软件进行记录与分析，所有数据均以 n（%）差表示。当差异 P<0.05 时可认为结果可靠，具有显著性。

2 结果

经过一段时间的护理与观察之后，可以发现，绝大多数观察组重症创伤脑出血患者疾病治疗效果普遍较好，并没有患者出现疾病复发问题以及相关并发症，并无患者出现身体不良反应。组间比较差异显著，P<0.05。

表 1 接受重症监护病房（ICU）综合护理干预工作的重症创伤脑出血患者手术后患者治疗效果比较[n（%）]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	50	44（88）	5（10）	1（2）	49（98）
对照组	50	35（70）	10（20）	5（10）	45（90）

对照组与观察组重症创伤脑出血患者出现不良事件以及并发症的情

况如下表所示。组间比较差异显著，P<0.05。

表 2 接受重症监护病房（ICU）综合护理干预工作的重症创伤脑出血患者手术后患者治疗效果比较[n（%）]

组别	例数	脑水肿	颅内压增高	颅内感染	心肾功能损伤
观察组	50	0（0）	0（0）	0（0）	0（0）
对照组	50	3（6）	2（4）	5（10）	2（4）

与对照组患者相比，观察组重症创伤脑出血患者在接受重症监护病房（ICU）综合护理干预工作之后，已经逐步恢复身体健康，逐步恢复正常生活。对照组与观察组重症创伤脑出血患者的生理健康、心理健康以及社会生活三方面的具体表现情况如下表所示。组间比较差异显著，P<0.05。

表 3 接受重症监护病房（ICU）综合护理干预工作的重症创伤脑出血患者手术后患者后续护理效果比较[n（%）]

组别	例数	心理健康	生理健康	社会生活
观察组	50	20.51±2.12	22.24±2.45	17.65±3.18
对照组	50	14.87±3.64	18.54±3.19	13.22±2.76

3 讨论

与一般脑出血患者相比，重症创伤脑出血患者患病情况更加严重，需要医护人员以专业的干预和护理帮助，以便挽救患者生命安全，保障患者身体健康，为重症创伤脑出血患者保驾护航。

在本次临床医学研究环节之中，将针对于近年来进入我院接受专业化重症创伤脑出血治疗工作以及重症监护病房（ICU）综合护理干预工作的相关患者进行统筹分析与研究，采取干预性研究与对比性研究相结合的形式，判断对照组与观察组患者在接受相应疾病护理工作之后的主要情况，尤其是身体机能康复情况以及术后恢复情况。在治疗全身疾病的过程中，需要医护人员了解每一位重症创伤脑出血患者的患病情况以及护理需求，提供具有针对性的护理服务，采取针对性的护理干预措施，促进重症创伤脑出血患者术后康复，有效降低不良事件发生率，予以充分的监督与控制。在患者接受重症监护病房（ICU）综合护理干预工作的过程中，也需要由医护人员秉持实事求是、开拓创新的实干精神，合理预见各式各样的不良事件以及并发症，有效避免并发症以及身体不适状，予以重症创伤脑出血患者多重保护与干预。

由此可见，在正式开展重症创伤脑出血护理工作的过程中，可以融入重症监护病房（ICU）综合护理干预模式，深入研究重症监护病房（ICU）综合护理干预模式的具体方法以及未来的发展方向尤为重要，这不仅仅可以帮助医护人员逐步明确重症创伤脑出血护理工作之中的实际问题，也可以进一步优化重症创伤脑出血护理工作具体流程，逐步形成独具特色的重症创伤脑出血重症监护病房（ICU）综合护理干预体系。

参考文献：

[1]梁秋. 分析重症创伤脑出血患者手术后重症监护病房（ICU）护理干预效果[J]. 2021.
[2]马娇，许姗姗. 分析重症创伤脑出血患者手术后重症监护病房（ICU）护理干预效果[J]. 医药界，2019（16）：1.
[3]胡建梅. 分析脑出血患者术后重症监护室护理干预效果[J]. 科学养生，2019.
[4]林阳，陈巧玲，林孔榕. 脑出血手术后 ICU 内患者的心理特点分析与护理干预效果分析[J]. 按摩与康复医学，2018，9（22）：2.

早期康复护理在重症颅脑损伤术后肢体偏瘫患者中的应用研究

赵秀 白媛

山东省菏泽市单县东大医院 山东菏泽 274300

摘要：目的：研究早期康复护理模式对于提升重症颅脑损伤术后肢体偏瘫患者治愈率的效果。方法：选择2019年5月-2021年5月进入到本院接受重症颅脑损伤手术治疗工作88名患者参与本次临床医学研究工作，将这88名患者划分为对照组与观察组，在两组中予以不同类型的疾病护理模式。结果：与对照组患者相比，观察组患者在接受早期康复护理工作之后，自身疾病问题明显好转，并没有患者出现疾病复发问题以及身体不适症状，大多数观察组患者对于本次临床研究工作以及早期康复护理工作较为满意，所给出的问卷满意度平均比较高。观察组ADL评分和肌力恢复情况明显优于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：融入早期康复护理模式有助于在保障患者生命安全的前提下，合理提升疾病治愈率，凸显早期康复护理工作应用效果以及临床医学应用价值。

关键词：早期康复护理；重症颅脑损伤术；肢体偏瘫患者

Abstract: Objective: To study the effect of early rehabilitation nursing mode on improving the cure rate of patients with hemiplegia after severe craniocerebral injury. Methods: A total of 88 patients who entered our hospital for surgical treatment of severe craniocerebral injury from May 2019 to May 2021 were selected to participate in this clinical medical research work. These 88 patients were divided into a control group and an observation group. The groups were given different types of disease care patterns. Results: Compared with the patients in the control group, the patients in the observation group had significantly improved their own disease problems after receiving early rehabilitation nursing work, and no patients had disease recurrence or physical discomfort. The early rehabilitation nursing work is relatively satisfactory, and the average satisfaction score of the questionnaires given is higher. The ADL score and muscle strength recovery of the observation group were significantly better than those of the control group ($P<0.05$). Conclusion: The integration of the early rehabilitation nursing model can help to reasonably improve the disease cure rate under the premise of ensuring the life safety of patients, and highlight the application effect of early rehabilitation nursing work and the application value of clinical medicine.

Key words: early rehabilitation nursing; severe craniocerebral injury surgery; limb hemiplegia patients

引言：近年来，在临床医学研究领域之中，许多医护工作人员发现，传统类型的重症颅脑损伤术后肢体偏瘫护理模式可能会诱发比较复杂的安全管理问题，甚至是安全事故、医疗事故。为了解决此类问题，医护工作人员经过多年研究与调整之后，一致认为在早期康复护理之中，需要制定个性化疾病护理方案，统一开展专业化康复护理工作，有效预防重症颅脑损伤术后肢体偏瘫并发症以及相应的心脑血管疾病。因此，笔者将在文章以下内容中，结合早期康复护理工作整体要求以及实际的护理理念，合理分析早期康复护理模式融入重症颅脑损伤术后肢体偏瘫疾病护理工作的具体方法与策略。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

本次临床医学研究工作主要选取2019年5月-2021年5月进入到本院接受专业化重症颅脑损伤术后肢体偏瘫疾病治疗工作以及后续护理工作的部分患者（患者总人数为88人），随后采取统计学专业化随机抽签分组的形式，将这88名患者随机分配为两组，每组患者固定人数为44人，在后续临床医学研究环节以及重症颅脑损伤术后肢体偏瘫疾病护理环节之中，统一命名为对照组与观察组，组名以及组内整体结构均不发生变化。

1.2 方法

在对照组中，医护工作人员主要采取常态化（一般化）重症颅脑损伤术后肢体偏瘫疾病护理模式，并不融入早期康复护理模式。

在观察组之中，医护工作人员需要结合每一位重症颅脑损伤术后肢体偏瘫患者实际患病情况以及综合护理需求进行细致评估与分析，统一制定个性化疾病护理工作以及相应的护理方案，积极引导每一位患者主动接受早期康复护理模式，统一开展专业化的早期康复护理工作，具体护理方法如下：（1）制定个性化护理方案：由于不同重症颅脑损伤术后肢体偏瘫患者患病情况有所不同，不同患者所需接受的专业化疾病护理模式以及治疗

方式也存在诸多细节差异。在此前提之下，医护工作人员需要通过询问或走访的形式，了解重症颅脑损伤术后肢体偏瘫患者的个性化护理需求，如果重症颅脑损伤术后肢体偏瘫患者由于患病情况比较严重，无法自主表达护理要求，可以由专业医护工作人员与重症颅脑损伤术后肢体偏瘫患者家属进行详细沟通与交谈，或者是直接联系重症颅脑损伤术后肢体偏瘫患者主治医生，统一制定个性化疾病护理方案以及后续研究方案。（2）心理健康护理：在完成重症颅脑损伤术后肢体偏瘫手术治疗工作之后，需要医护工作人员立即与患者进行深入交流与沟通，及时采取积极语言与患者进行适当交流与互动，缓解患者的紧张情绪以及焦躁情绪，予以较为正确的心理健康疏导以及帮助。医护工作人员也可以列举成功的治疗案例，进一步增强重症颅脑损伤术后肢体偏瘫患者的自信心以及成就感，引导重症颅脑损伤术后肢体偏瘫患者正确对待本次临床研究工作以及疾病护理工作，避免重症颅脑损伤术后肢体偏瘫患者在负面情绪的影响之下，干扰医护工作人员的正常操作，或者是严重影响重症颅脑损伤术后肢体偏瘫疾病早期康复护理工作整体效率。医护工作人员可以与本医院内部专业心理医师共同开展心理健康教育工作以及心理问题疏导工作，及时解决患者的心理健康问题。（3）肢体运动功能康复训练：医护工作人员需要定期进入重症颅脑损伤术后肢体偏瘫患者病房内部，帮助患者适当调整体位，及时帮助患者翻身，避免出现压疮以及痔疮等问题。患者也需要积极配合医护工作人员的指导与帮助，适当翻动身体或者是调整自身体位，医护工作人员可以根据重症颅脑损伤术后肢体偏瘫患者的患病情况，采取主动或被动关节康复训练模式，轻轻按摩患者四肢关节，配合开展关节康复训练工作，每日训练2-3次即可，每次训练时间需要控制在10分钟至20分钟，每次训练时间最多不宜超过30分钟。同时，患者也需要定期接受专业化肌肉按摩护理工作，医护工作人员也需要每日为患者按摩3-4次，采取热敷关节的形式，在保障患者肌肉放松的前提下，适当为患者按摩四肢关节，通过捏、揉、压的形式，为患者提供不同类型的按摩服务。等待患者身体机能逐渐

康复之后，医护人员需要引导患者适当下床，引导重症颅脑损伤术后肢体偏瘫患者主动恢复肢体皮肤能力，引导患者通过慢走或慢跑的形式，进一步恢复基础肢体运动能力以及运动能力。等待患者身体机能基本康复之后，医护人员需要引导患者当参加一部分有氧运动，比如瑜伽、慢跑、游泳等轻度有氧运动，重症颅脑损伤术后肢体偏瘫患者每日需接受半小时至一小时的有氧运动即可。（3）营养支持与护理：如果重症颅脑损伤术后肢体偏瘫患者患病情况比较严重，缺乏自主进食能力，则需要由于工作人员取彼此或者是静脉输送的形式，为患者提供营养物质，保障患者身体所需。如果重症颅脑损伤术后肢体偏瘫患者不存在营养不良问题，具备自主进食能力，则需要医护人员引导患者正确饮食，适度饮食，避免患者暴饮暴食。（4）病房护理：医护人员也需要每日多次进入患者病房内部，严格检查重症颅脑损伤术后肢体偏瘫患者病房内部的实际情况，及时清理病房内部的各种垃圾以及杂物。定期开窗通风，及时使用 75% 浓度的医用酒精消毒溶液或者是专用消毒溶液，清理重症颅脑损伤术后肢体偏瘫患者病房内部的各种医疗器械以及护理设备，避免滋生大量细菌病毒，避免严重影响重症颅脑损伤术后肢体偏瘫患者身体康复。

1.3 观察指标与评价标准

第一，本次临床医学研究工作的评价标准主要可以划分为显效、有效以及无效三种，主要结合对照组与观察组患者疾病恢复情况以及治疗情况进行综合性分析与评估。第二，针对于两组患者日常生活活动能力(ADL)、肢体肌力改善情况以及重症颅脑损伤术后肢体偏瘫并发症的发生率进行多角度对比与研究。第三，等待对照组与观察组患者出院后，由医护人员采取回顾性分析与对比研究相结合的形式，判断对照组与观察组患者在生理健康、心理健康以及社会生活三方面的具体表现情况（主要通过调查问卷满意度平均分的形式展现）。

1.4 统计学方法

本次临床医学研究工作主要采用 SPSS 26.0 软件进行记录与分析，所有数据均以 n（%）差表示。当差异 P<0.05 时被可认为结果可靠，具有显著性。

2 结论

经过一段时间的治疗与观察之后可以发现，绝大多数观察组患者在接收临床医学研究工作以及重症颅脑损伤术后肢体偏瘫疾病治疗工作的过程中，并没有出现疾病复发问题以及身体不适症状，绝大多数观察组重症颅脑损伤术后肢体偏瘫患者疾病治疗效果明显较好。组间比较差异显著，P<0.05。

表 1 接受早期康复护理工作的重症颅脑损伤术后肢体偏瘫患者治疗效果比较[n（%）]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	50	44（88）	5（10）	1（2）	49（98）
对照组	50	35（70）	10（20）	5（10）	45（90）

与对照组患者相比，观察组患者在接收早期康复护理模式之后，在 ADL 评分、肢体肌力改善情况以及重症颅脑损伤术后肢体偏瘫并发症的发生率如下表所示。组间比较差异显著，P<0.05。

表 2 接受早期康复护理工作的重症颅脑损伤术后肢体偏瘫患者治疗效果比较[n（%）]

组别	例数	日常生活活动能力（ADL）	肢体肌力改善情况	重症颅脑损伤术后肢体偏瘫并发症发生率

评分				
观察组（护理前）	44	67.98±2.65	45.78±3.87	32.98%±2.98%
观察组（护理后）	44	78.36±2.13	74.98±3.41	9.87%±1.76%
对照组（护理前）	44	65.78±2.39	46.98±3.09	31.34%±2.17%
对照组（护理后）	44	71.45±2.89	65.81±3.72	15.87%±2.98%

在本次临床医学研究工作之中，对照组与观察组患者针对于重症颅脑损伤术后肢体偏瘫疾病护理工作给出了相应评分，具体评分情况如下。经过表格的对比与研究之后可以发现，绝大多数观察总患者对于本次临床医学研究工作以及重症颅脑损伤术后肢体偏瘫护理工作比较满意，所给出的调查问卷满意度平均明显高于对照组。组间比较差异显著，P<0.05。

表 3 接受早期康复护理工作的重症颅脑损伤术后肢体偏瘫患者后续护理效果比较[n（%）]

组别	例数	心理健康	生理健康	社会生活
观察组	44	20.12±2.12	22.24±2.96	17.16±3.24
对照组	44	14.84±3.52	18.54±3.02	13.28±2.17

3 讨论

当前情况下，在临床医学研究领域之中，许多医护人员发现，较为传统的重症颅脑损伤术后肢体偏瘫疾病护理模式并不能够完全提升重症颅脑损伤术后肢体偏瘫疾病治愈率，有可能在重症颅脑损伤术后肢体偏瘫疾病护理环节之中诱发比较复杂的工作问题以及管理问题。因此，诸多医护人员针对于重症颅脑损伤术后肢体偏瘫疾病的病理知识以及致病原因进行了深入研究，之后发现早期康复护理模式可以帮助重症颅脑损伤术后肢体偏瘫患者有效解决疾病问题，可以引导重症颅脑损伤术后肢体偏瘫患者正确对待自身疾病，主动接受医护工作人员的日常护理工作，并在此基础之上，进一步优化重症颅脑损伤术后肢体偏瘫疾病护理工作整体流程，逐步创造新型的护理模式以及工作方法。医护人员需要立足于生理健康以及心理健康这两个方面，在保障患者生命安全的同时，适当缓解患者的紧张情绪以及负面情绪，避免患者出现抑郁倾向或者是其他类型的心理疾病。在生理健康方面，医护人员需要在患者日常饮食以及病房护理等诸多环节之中，适当予以充分的干预和帮助，避免患者在疾病护理环节之中出现伤口感染问题或者是其他并发症。

由此可见，在正式开展重症颅脑损伤术后肢体偏瘫疾病治疗工作与护理工作流程中，可以融入早期康复护理模式，进一步提升重症颅脑损伤术后肢体偏瘫疾病治愈率，帮助患者快速恢复肢体协调能力以及基础运动能力，引导重症颅脑损伤术后肢体偏瘫患者逐渐摆脱病痛折磨，恢复正常生活。

参考文献：

[1]孙静群,石倩倩,刘美娜,李艳霞.早期综合康复护理运用于重症颅脑损伤术后肢体偏瘫患者中的效果[J].中国实用医药,2021,(05): 179-181.
[2]范苏华,高霞,王玲.早期康复护理对重型颅脑损伤术后肢体偏瘫患者康复的价值体会[J].首都食品与医药,2020,(12): 126-127.
[3]莫燕兴.早期康复护理在重症颅脑损伤术后肢体偏瘫患者中的应用[J].实用临床护理学电子杂志,2017,(50): 86+88.
[4]倪小平.早期康复护理在重症颅脑损伤术后肢体偏瘫患者中的应用[J].内蒙古中医药,2014,(07): 171-172.

临床输血治疗中血栓弹力图技术应用效果

周玲玉 王飞 (通讯作者)

宿迁市第一人民医院 江苏宿迁 223812

摘要:目的: 观察血栓弹力图技术在临床输血治疗中的应用效果。方法: 94 例临床输血患者, 病例选取时间为 2020 年 1 月份-2021 年 12 月份, 随机分组成对照组 (常规凝血检查指导) 和观察组 (血栓弹力图技术)。结果: 血液制品使用量观察组低于对照组, 出血量及住院时间观察组低于对照组, 术后 1h、24h 两组 APTT、TT、PT 治疗低于术前, FIB 水平高于术前, 术后 24h 两组 APTT、TT、PT 低于术后 1h, FIB 水平高于术后 1h ($P<0.05$); 但术前、术后 1h、术后 24h, 组间 APTT、TT、PT、FIB 比较, 差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。结论: 将血栓弹力图技术应用于临床输血治疗中, 为患者临床输血提供了科学的指导, 疾病治疗时间缩短, 对患者术后出现出血反应具有预防作用, 保证了患者的生命安全, 疾病预后治疗效果好, 在临床输血中展现出了较高的应用价值。

关键词: 临床输血; 血栓弹力图技术; 血液制品; 凝血指标

【Abstract】 Objective: To observe the application effect of thromboelastometry in clinical blood transfusion therapy. Methods: A total of 94 clinical blood transfusion patients were selected from January 2020 to December 2021, and were randomly divided into a control group (guided by routine coagulation examination) and an observation group (thromboelastography). Results: The consumption of blood products in the observation group was lower than that in the control group, the blood loss and hospital stay in the observation group were lower than those in the control group, the PTT, TT and PT treatment in the two groups at 1h and 24h after the operation were lower than those before the operation, and the level of FIB was higher than that before the operation. At 24 hours after operation, APTT, TT, and PT in the two groups were lower than those at 1 hour after operation, and the level of FIB was higher than that at 1 hour after operation ($P<0.05$). Comparison, the difference was not statistically significant ($P>0.05$). Conclusion: The application of thromboelastography technology in clinical blood transfusion therapy provides scientific guidance for patients with clinical blood transfusion, shortens the disease treatment time, has a preventive effect on postoperative hemorrhagic reactions, ensures the personal safety of patients, and ensures the prognosis and treatment of the disease. The effect is good, and it shows high application value in clinical blood transfusion.

【Key words】 clinical blood transfusion; thromboelastometry; blood products; coagulation index

之所以会出现严重的凝血功能障碍受重大手术及严重创伤引发所致, 在患病之后应及时入院接受输血治疗, 以此来完成对患者生命安全的保证。因此, 对患者的凝血功能状态做好精准评估尤为重要^[1]。当前, 在临床评估上最为常用的评估方式是常规凝血检查指导, 可完成对患者凝血功能状态的评估, 为输血治疗提供科学的指导, 但是经常会出现血制品输注过量及不足等情况的出现, 且有较长的耗时时间, 会严重影响患者的凝血功能^[2]。而血栓弹力图技术解决了常规凝血检查指导存在的弊端, 完成了对凝血至血凝块产生至最后稳固的全过程的检测, 能够完成对患者全凝血状况的精确和及时检测, 为临床输血提供了目标性指导^[3]。本文选取于 2020 年 1 月份-2021 年 12 月份的 94 例临床输血患者作为研究对象, 观察血栓弹力图技术在临床输血治疗中的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

94 例临床输血患者, 病例选取时间为 2020 年 1 月份-2021 年 12 月份, 随机分组。对照组 47 例, 男 23 例, 女 24 例, 24-71 (50.24±2.6) 岁; 观察组 47 例, 男 22 例, 女 25 例, 25-72 (51.2±2.8) 岁; 两组资料无差异 ($P>0.05$)。纳入标准: ①出血量>1000ml, 与临床输血适应症相符合; ②患者信息资料齐全, 并且能够积极主动参与本次研究活动; ③患者对本次研究活动知情; ④患者可正常与他人进行沟通和交流, 具备理解能力和表达能力。排除标准: ①器官功能异常及血液疾病; ②肝功能不全、精神疾病、器官功能异常及血液疾病者; ③哺乳期或妊娠期疾病者; ④在最近 2 个月使用抗凝药物者; ⑤受个人因素影响中途退出及拒绝本次治疗者。

1.2 方法

对照组, 常规凝血检查指导, 在术前、术后 1h、术后 24h 对患者的常规凝血 4 项进行检测, 在患者空腹状态下, 抽取 3mL 的肘静脉血, 使用的试剂为含 109mol/L 的柠檬酸钠一次性血凝测定管, 以防止患者出现气泡, 离心使用 2500r/min 的速度进行, 将离心半径控制在 8cm, 将离心时间控制在 10 分钟, 对患者的血浆进行采集, 使用全自动血凝分析仪及其相关的配套试剂盒对患者的 APTT (活化部分凝血活酶时间)、TT (凝血酶时间)、PT (凝血酶原时间)、FIB (纤维蛋白原) 四项指标进行检测。凝血指标的正常参考值为: APTT: 23.3-32.5s, 异常为延长 10s; TT: 14-21s, 异常为延长 3s; PT: 9-14s, 异常为延长 3s; FIB: 2-4g/L。若检查结果显示, APTT 及 PT 延长>1.5 倍, FIB<0.8g/L, 应为患者补充冷沉淀。APTT、PT 延长>1.5 倍, FIB 正常或接近正常, 应及时为患者补充血浆。在为患者输入其他血液制剂时需要以患者的临床经验为指导。

观察组, 血栓弹力图技术, 在术前、术后 1h、术后 24h 对患者的常规凝血 4 项、血栓弹力图进行检测, 在患者空腹状态下, 应使用采血针抽取患者 3mL 的肘静脉血, 并将其放置到 109mol/L 柠檬酸钠试管中, 在进行封口之后, 应上下进行翻转 3 次, 以确保柠檬酸钠能够与血充分的混合在一起, 并将其放置到温室下, 将放置的时间>15 分钟之后, 在对患者进行检测时主要是使用血栓弹力图仪及其相关的配套试剂盒进行检测, 具体的操作步骤为: 试剂复温十分钟以上, 打开检测软件并登录, 通过仪器脚踏调节“水平检测”界面的水平气泡并进行通道“平稳检测”, 录入患者信息, 装样品杯并在杯底加入 20μL 试剂 2, 在试剂 1 瓶内加入 1.0mL 的血液标

本，上下颠倒 5 次，将静置的时间控制在 4 分钟进行激活，将试剂 1 激活后的血样取 340μL 至样品杯中，点击“开始检测”，使用电脑对软件处理进行收集和分析，将血栓弹力图的图像进行描记，对 APTT（活化部分凝血活酶时间）、TT（凝血酶时间）、PT（凝血酶原时间）、FIB（纤维蛋白原）四项指标进行记录。凝血指标参考值同对照组相同。

1.3 观察指标

（1）血液制品使用情况观察，包括悬浮少白细胞红细胞、病毒灭活冰冻血浆、单采血小板。（2）出血量及住院时间。（3）凝血指标，包括 APTT（活化部分凝血活酶时间）、TT（凝血酶时间）、PT（凝血酶原时间）、FIB（纤维蛋白原）四项指标。（4）再出血率及住院时间。

1.4 统计学处理

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

2 结果

2.1 血液制品使用情况

血液制品使用量观察组低于对照组（ $P < 0.05$ ）。

表 1 血液制品使用情况（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别（n=47）	悬浮少白细胞红	病毒灭活冰冻	单采血小板
	细胞（U）	血浆（mL）	（袋）
观察组	4.22±1.05	214.12±40.23	2.31±0.52
对照组	6.45±1.25	432.23±33.45	3.68±1.41
t 值	9.365	28.580	6.250
P 值	0.000	0.000	0.000

2.2 出血量及住院时间

出血量及住院时间观察组低于对照组（ $P < 0.05$ ）。

表 2 出血量及住院时间（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别（n=47）	术中出血量	术后 24h 出血量	住院时间（d）
	（mL）	（mL）	
观察组	916.36±124.36	146.72±33.46	18.13±5.42
对照组	1124.36±124.75	117.75±27.36	17.72±6.23
t 值	8.095	4.595	0.340
P 值	0.000	0.000	0.734

2.3 凝血指标水平

术后 1h、24h 两组 APTT、TT、PT 治疗低于术前，FIB 水平高于术前，术后 24h 两组 APTT、TT、PT 低于术后 1h，FIB 水平高于术后 1h（ $P < 0.05$ ）；但术前、术后 1h、术后 24h，组间 APTT、TT、PT、FIB 比较，差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

表 3 凝血指标水平（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别（n=47）	时间	观察组	对照组
APTT（s）	术前	48.83±7.11	48.75±7.03
	术后 1h	35.41±5.24	35.49±5.31
	术后 24h	32.33±5.42	32.40±4.88
TT（s）	术前	23.82±3.23	23.65±3.55
	术后 1h	20.82±3.26	20.84±2.35
	术后 24h	16.77±3.33	16.78±3.26

PT（s）	术前	17.89±3.65	17.47±3.02
	术后 1h	15.48±3.02	15.52±3.04
	术后 24h	11.46±3.02	11.54±2.85

3 讨论

血栓弹力图本身属于一种全凝血功能检测技术，可全面检测患者的纤溶及凝血构成及血小板功能，完成了对凝血到纤溶全过程的整体评估，相比于常规凝血检查指导方法，具有快捷、方便等优势，能够为疾病临床诊断提供科学的指导^[4-5]。另外，血栓弹力图还被广泛应用于神经内科、急诊创伤及产科中，完成了对成分输血的指导，可对抗凝药物疗效及血栓预防提供科学的指导^[6-7]。

本文研究结果为，血液制品使用量观察组低于对照组，出血量及住院时间观察组低于对照组，术后 1h、24h 两组 APTT、TT、PT 治疗低于术前，FIB 水平高于术前，术后 24h 两组 APTT、TT、PT 低于术后 1h，FIB 水平高于术后 1h（ $P < 0.05$ ）；但术前、术后 1h、术后 24h，组间 APTT、TT、PT、FIB 比较，差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。因此可知，将血栓弹力图技术应用于临床输血治疗中具有可行性，被广泛应用于凝血块强度的检测，并且还可提供血栓形成及 FIB 溶解两大凝血组成分信息，相比于 APTT、PT 能够更早检测到机体中的凝血功能障碍情况，完成了对患者输血需求的早期评估^[8-9]。另外，血栓弹力图还可将凝血因子功能的变化情况反映出来，能够对凝块溶解变化及强度进行识别，能够将患者的输血需求准确的提示出来。因此可知将血栓弹力图技术应用于临床输血治疗中，应用展现出了较高的临床应用价值，建议在临床上大力推广使用。

综上所述，将血栓弹力图技术应用于临床输血治疗中，为患者临床输血提供了科学的指导，疾病治疗时间缩短，对患者术后出现出血反应具有预防作用，保证了患者的生命安全，疾病预后治疗效果好，在临床输血中展现出了较高的应用价值。

参考文献：

[1]苏建勇.探讨血栓弹力图技术在临床输血治疗中的应用效果[J].科
学养生,2020,23（2）: 184-185.
[2]杨志,秦冬梅.血栓弹力图指导临床输血的价值分析[J].当代医药论
丛,2022,20（14）: 120-123.
[3]祝贺.血栓弹力图检测指导临床输血的效果[J].中国民康医
学,2022,34（3）: 124-126.
[4]刘蕾.血栓弹力图在临床输血中的应用新进展[J].河北医科大学学
报,2021,42（11）: 1361-1364.
[5]刘玮.血栓弹力图指导临床输血的有效性及其安全性观察[J].贵州医
药,2020,44（12）: 1907-1908.
[6]何利红.血栓弹力图指导临床输血与用药的研究[J].中国实用医
药,2019,14（21）: 192-193.
[7]邱欣,高青,李春,等.血栓弹力图指导肝硬化出血患者输血治疗的临
床研究[J].医学理论与实践,2022,35（6）: 912-915.
[8]蒋晓颖,周密,席岚,等.血栓弹力图技术指导产后出血大量输血治
疗及对临床预后的影响[J].中国计划生育学杂志,2020,28（4）: 596-600.
[9]樊瑞军,柳斌,朴文花.血栓弹力图监测肝脏疾病患者凝血功能及其
对临床输血的应用研究[J].宁夏医学杂志,2021,43（2）: 124-127.

血糖检验中酶检验方法及快速检验方法的应用差异分析

王娟

余姚市陆埠中心卫生院 315420

摘要：目的：分析血糖检验中酶检验方法及快速检验方法的应用差异。方法：回顾性方法分析，选取本院于2021年5月-2022年5月收治的98例血糖检测者作为此次研究对象，分别给予酶检验方法及快速检验方法，比较两组检验效果。结果：酶检验与快速检验的血糖水平经比较，无显著差异（ $P>0.01$ ）。但快速检验的满意度（97.96%）高于酶检验（89.80%），有显著差异（ $P<0.05$ ）。结论：血糖检验中酶检验方法及快速检验方法都有较高应用价值，在临床血糖检验中应联合两种检验方式，可提高血糖检验准确度。

关键词：血糖检验；酶检验；快速检验；价值

血糖是组成人体的重要成分之一，同时也为人体生长提供能量。只要血糖水平维持在正常范围内才能够发挥其生理功能。一旦超出正常范围或者低于正常范围，容易导致人体机能发生变化，引发病变^[1-2]。因此，应重视血糖水平的检测，帮助临床医师明确诊断，从而制定针对性治疗方案。在此背景下，研究血糖测定工具具有重要意义。本文现分析血糖检验中酶检验方法及快速检验方法的应用效果，现报告如下：

1、资料与方法

1.1 一般资料

选取98例血糖检测者为研究对象，时间来源于我院检验科自2021年5月-2022年5月，男性58例，女性40例；年龄（18-59）岁，平均年龄（ 46.25 ± 4.38 ）岁；体质量40-87kg，平均质量（ 63.14 ± 3.89 ）kg。纳入标准：年龄超过18周岁，患者意识清醒，交流顺畅；患者临床资料较完整；自愿参与此次研究。排除标准：严重心肝肾功能性疾病者；器质性疾病及其他内分泌疾病者；恶性肿瘤者；精神异常者；临床资料不完整者；无法配合此次研究者。

1.2 方法

酶检验：采用日本东芝全自动生化分析仪及葡萄糖氧化酶试剂。于患者晨起空腹、餐后2小时、睡前抽取3ml外周静脉血，将其置于真空抗凝管中。对所采集到的血液标本进行水溶收缩处理，再采用全自动医用离心机分离血清，按照每分钟3000转的速度离心10分钟。置入血清中，采用酶检验法来检测患者血糖水平。

快速检验：采用美国强生血糖仪及配套血糖试纸。于患者空腹状态、餐后2小时、睡眠采集患者指尖末梢血2ml，采血前采用医用酒精消毒患者手指，掌握采血深度，以免渗入杂质。将第2滴血置于专用血糖检测试纸上。

1.3 观察指标

比较不同检验方法测定的空腹血糖、餐后2小时血糖、睡前血糖水平及检验满意度。

1.4 统计学分析

采用统计学软件SPSS17.0进行统计分析，以 $P<0.05$ 表示两组数据检测有统计学意义。

2、结果

2.1 不同检验方法的血糖检验结果比较

见下表1所示：酶检验与快速检验的血糖水平经比较， $P>0.01$ ，无统计学意义。

表1 不同检验方法结果（ $\bar{x}\pm s$,mmol/L）

组别	空腹血糖	餐后2小时血糖	睡前血糖
酶检验（n=98）	7.15±1.34	8.45±1.90	7.37±0.78
快速检验（n=98）	7.36±1.05	8.41±1.58	7.42±0.88
t	0.345	0.956	2.155
P	0.201	0.676	0.377

2.2 不同检验方法的满意度比较

见下表2所示：快速检验满意度高于酶检验度，经比较， $P<0.05$ ，有统计学意义。

表2 检验者满意度比较（%）

组别	非常满意	基本满意	不满意	满意度
酶检验（n=98）	34	54	10	88（89.80）
快速检验（n=98）	45	51	2	96（97.96）
X ²	-	-	-	10.452
P	-	-	-	0.041

3、讨论

现阶段，糖尿病已成为继心血管、肿瘤后第三位威胁人类健康及生命的疾病。糖尿病是临床较常见的内分泌疾病，其防治可引起社会各界人士的关注。根据相关数据统计，我国糖尿病患者人数是世界最多的国家，约有1.2亿的糖尿病患者^[3]。尽管糖尿病不会直接影响身体健康，但长时间血糖偏高容易引发其他疾病，甚至有生命危险。这就需要提高糖尿病的检测水平，尽早做好糖尿病治疗。

血糖来源于食物消化与吸收，储存在肝内糖原被分解、脂肪与蛋白质转化。血糖去路在氧化过程中转变为能量，再转换为糖原存放在肾脏、肝脏、肌肉中，通过蛋白质与脂肪等营养成分形式来储存。血糖浓度则是由神经、胰岛及内分泌激素调节，当血糖升高或者下降都会反映患者身体状况，当注射普通糖或者肾上腺素后，血糖水平会随之而变化。正常人血糖的产生及利用往往处于动态平衡状态，且维持在较稳定的水平^[4]。可能由于血糖源与去路大致相同。近年来，由于临床中糖尿病发病率趋向上升，这就对临床血糖检测、日常监测提出了较高要求。通过实施评估血糖，了解患者是否存在糖尿病等高血糖疾病的先驱表现，从而采取针对性治疗措施。随着医疗设备及技术的发展，血糖测定方法不断增多^[5]。

酶检验法是血糖测定的“金标准”，可为临床诊断及治疗提供参考借鉴。且通过研究发现，静脉血浆酶检验法所获得的检验结果更加可靠，能够直接

反映血糖水平^[6]。可迅速检查出昏迷患者是否为低血糖昏迷,协助临床医师在短时间内获得诊断结果,利于在短时间帮助患者恢复。但酶检验步骤较繁琐,患者等待时间较长,容易造成不便,不利于临床医师掌握患者病情,进而影响后续方案执行,增加了检验医务人员的工作压力。因此,在大批量检验中存在一定局限性,限制了广泛应用。我国学者对血糖检验方法的应用研究形成了较深厚的理论基础。如:马娇^[7]学者选择 120 例血糖检验者为研究对象,根据检验方法分为对照组与观察组,前一组采用快速检验,后一组采用酶检验,结果显示观察组患者的静脉血糖值与末梢血糖值比较,无统计学意义。马玉萍^[8]学者对 80 例血糖测定者分别使用快速检验法及酶检验法,结果发现两种检验法所获得血糖值经比较,无显著差异。华燕^[9]学者将 200 例血糖检测者分为快速检验组与酶检验组,每组 100 例,结果显示快速检验组患者与酶检验组患者末梢血糖值经比较,无统计学意义。以上研究充分证实快速检验得到的结果与酶检验无差别,均可获得一定作用,但快速检验法相对而言更为便捷,两者联用,可实现优势互补。

快速检验是一种先进的检验方式,可进行静脉血与末梢血两者联合,操作较简单,且整个过程花费的时间相对较短。便携式血糖仪从工作原理上可分为生物电法和光电比色法两种:①电化学—生物传感器原理:当待检测血样试纸置入血糖仪后,仪器内部电化学-生物传感器开始工作进行检测。全血标本中的血浆扩散并溶解于反应层(内含葡萄糖氧化酶或葡萄糖还原酶及电极)开始反应,催化血浆中葡萄糖转化为葡萄糖酸,并在葡萄糖氧化过程中形成电子,进而转化为电流,仪器通过对电流校准形成全血糖浓度值;②反射—分光光度法原理:此反应原理试纸血样接触面具有微孔反应膜,可将样本中红细胞分离而形成血浆,血浆通过扩散至富含催化酶的反应层,催化葡萄糖反应并氧化试纸条上的染色物质形成蓝色,试纸反应颜色深度与血样中血糖浓度成比例,通过仪器内部转化形成数值^[10]。两种检测原理间比较各有利弊,生物电方法不受环境强光影响,无需经常清洁,采血样本一般在机外,避免交叉感染的可能,但通电后易受血中一些代谢性酸化还原物质和残留药物的干扰。而采用光电比色法的仪器因易受血样污染,需经常进行清洁保养,但不会受到血样中内源性代谢产物和外源性药物浓度的影响。便携式血糖仪从检测方法上常见于以下几种:①葡萄糖染色脱氢酶法:如罗氏血糖仪,血样扩散至富含葡萄糖脱氢酶的反应层,催化葡萄糖生成葡萄糖酸内酯,并将辅酶吡咯喹啉醌(PQQ)还原为辅酶 PQQH2, PQQH2 参与氧化反应生成还原型中介物,该中介物使指示剂磷钼酸还原为异极蓝,通过仪器内部转化形成血糖浓度值^[11];②葡萄糖染色氧化酶法:如强生血糖仪,血样扩散至富含葡萄糖氧化酶的反应层,催化葡萄糖氧化生成葡萄糖酸及过氧化氢,过氧化氢酶催化过氧化氢反应并氧化试纸条上的染色物质形成蓝色,通过仪器内部转化形成血糖浓度值;③己糖激酶法:如拜耳血糖仪,血样扩散至富含己糖激酶的反应层,催化血样中葡萄糖转化为葡萄糖-6 磷酸,进而测定出血样中葡萄糖含量^[12]。其中,葡萄糖氧化酶法和葡萄糖脱氢酶法各有特点,对氧含量、药物、其他糖类物质的反应也不尽相同。葡萄糖氧化酶对葡萄糖特异性高,但由于它反应过程需要氧的参与,因此测量结果容易受血氧含量影响而造成结果出现偏差。葡萄糖脱氢酶不受血液或空气中氧分子的干扰,但反应过程需要一定的辅酶和介质的参与,有些辅基如吡咯喹啉醌(PQQ)可能与注射用麦芽糖等其他糖类、口服木糖和半乳糖发生反应,造成结果假性升高。静脉血、动脉血、指端血样间快速血糖检测值也存在

差异^[13]。一般认为空腹 8 h 以上时,静脉血与毛细血管血糖值(Capillary blood glucose, CBG)无显著差异;但进食后,肠道吸收的葡萄糖经腔静脉回心后再流到动脉,动脉血在外周经过毛细血管与组织代谢消耗了葡萄糖后再进入静脉,故动脉血糖值比静脉血糖值高,而毛细血管血大致相当于动脉血^[14]。此次数据调查显示:快速检验与酶检验的血糖水平经对比,无显著差异,且快速检验的满意度高于酶检验,与相关文献报道相一致。究其原因在于,血糖仪快速检验对于糖尿病患者而言,更容易掌握,且在日常生活中可完成自我血糖监测。但同时也应注意到该方法存在一定劣势,若操作不合理,其检验结果可能存在一定偏差,影响血糖测定质量^[15]。

综上所述,血糖检验中酶检验与快速检验均可取得满意检验效果,在临床中可将这 2 种检验方法结合起来,提高临床检验准确性。

参考文献:

- [1]王丽红. 对比快速血糖仪与常规生化仪在急诊检验血糖中的应用效果[J]. 婚育与健康,2022,28(9): 102-103.
- [2]贾欣欣. 快速血糖仪及常规生化仪血糖临床检验的效果对比研究[J]. 健康之友,2022,3(2): 183-184.
- [3]Chamoli S K, Singh S C, Guo C. Design of Extremely Sensitive Refractive Index Sensors in Infrared for Blood Glucose Detection[J]. IEEE Sensors Journal, 2020, 20(9): 4628-4634.
- [4]李振厂. 快速血糖仪常规生化仪血糖临床检验的效果研究[J]. 健康之友,2022,4(12): 136-137.
- [5]王斐,刘英俊. 血糖检测中应用快速血糖仪与常规生化仪的效果对比[J]. 健康大视野,2022,3(12): 266-267.
- [6]白士丽. 两种血糖检测方式在糖尿病患者血糖监测中的应用观察[J]. 现代科学仪器,2022,39(2): 111-113.
- [7]马娇,王文俊. 对比分析酶检验方法及快速检验方法在血糖检验中的应用差异[J]. 母婴世界,2020,3(19): 2-3.
- [8]马玉萍. 血糖检验中酶检验方法与快速检验方法的比较[J]. 世界最新医学信息文摘,2021,21(65): 249-250.
- [9]华燕. 比较分析血糖检验中酶检验方法与快速检验法的检验结果[J]. 饮食保健,2018,5(47): 257.
- [10]Long H, Chen B, Li W, et al. Blood glucose detection based on Teager-Kaiser main energy of photoacoustic signal[J]. Computers in Biology and Medicine, 2021, 134(4): 12-13.
- [11]陈利奎,赵艳艳,崔宇晖,等. 常规尿液检验与血糖检验对糖尿病患者的诊断价值探讨[J]. 饮食保健,2021,4(36): 263-264.
- [12]Dabek P, Szrek J, Zimroz R, et al. An Automatic Procedure for Overheated Idler Detection in Belt Conveyors Using Fusion of Infrared and RGB Images Acquired during UGV Robot Inspection[J]. Energies, 2022, 15(1): 14-15.
- [13]臧慧平. 糖尿病患者应用血糖检验和尿糖检验的差异分析[J]. 糖尿病新世界,2020,23(12): 3-5.
- [14]张忠贵,左莉. 对比血糖与尿糖检验在糖尿病患者诊断中应用价值[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(25): 63-64.
- [15]徐进进. 生化检验中血脂、血糖、血清酶检测和脂肪肝的关系研究[J]. 医学食疗与健康,2020,18(4): 176-179.

3.0T 磁共振成像在子宫肌瘤诊断中的应用研究

陈燕

番禺区中心医院 511400

摘要：目的：探讨在子宫肌瘤诊断中应用 3.0T 磁共振成像的诊断价值。方法：选取 2021 年 1 月至 2021 年 6 月我院收治的 31 例子宫肌瘤患者并为其实施子宫肌瘤扫描。结果：子宫发生形变 23 例，多发子宫肌瘤 20 例，黏膜下肌瘤 5 例，肌壁间肌瘤 8 例；浆膜下肌瘤 18 例；病灶形状中 20 例病灶为圆形，5 例为椭圆形，5 例为类圆形，1 例为不规则形状。病灶性质中 5 位病灶在子宫颈部，23 位在子宫体部，3 位在子宫轮廓外。7 例患者冠状面 T2WI 信号较高，24 位患者为低信号；T1WI 横断面信号偏高患者为 3 例，28 例为低信号；T1WI 横断面有 6 例边界清晰，25 例边界模糊；7 例患者冠状面 T2WI 边界清晰，24 例边界模糊。结论：利用 3.0T 磁共振成像技术进行子宫肌瘤的诊断，有助于临床医师正确地判断肌瘤的位置、形状和性质。

关键词：3.0T 磁共振成像；子宫肌瘤；诊断

1 前言

子宫肌瘤具有良性和恶性肿瘤之分，恶性肿瘤对病人的生命造成直接的威胁。因此，加强早期病情诊断是提高病人的生存品质的关键。尽管子宫肌瘤的发病率现在逐年上涨，但实际上，绝大多数的子宫肌瘤都是不需要做手术治疗的。而我国的临床医生们认为，子宫肌瘤的治疗应该是以“手术治疗为主，药物治疗为辅”的治疗方案，而介入栓塞、高强度聚焦超声（海扶刀）等微创技术已逐渐被广大患者所接受，并且核磁共振成像技术在其诊断和预后评价方面也得到了较广泛的应用。

1.1 MRI 在子宫肌瘤诊断中发挥的作用

通过文献分析可知^[1]，在核磁共振成像技术诊断中，子宫肌瘤一般会表现出典型特点，核磁共振成像技术诊断的准确率可以高达 69%-86%。检测的精确度与其它临床诊断方法比较有显著差别^[2]。在 T1WI 和 T2WI 图像中，T1WI 和 T2WI 表现为高低混杂信号，DWI 显示出高的图像。这种病人在骨盆部位可以看到大量的淋巴结肿大，血液供应非常的充足，但是血液流动形式不均匀。如果是子宫腺肌症，T1WI 和 T2WI 就会有不同程度的变化。低信号区伴有点片高信号，这是典型的 T1WI 影像上等低信号的征象。在 MRI 扩散权重影像中，通过扩散系数值和相对 ADC 值来判断是否为子宫肌瘤或子宫内腺癌，但在某些特殊条件下，检测结果的精确度取决于仪器的表现。

1.2 MRI 在子宫肌瘤治疗中发挥的作用

在现代临床医学上，MRI 所具有的高的软组织分辨率是其它诊断方式无法比拟的，因而可以确保对特殊类型的子宫肌瘤诊断，并保证相当高的诊断准确率。为医生的治疗疾病过程中提供了科学有效的依据^[3]。临床上已有研究表明，MRI 在 MRI 增强前后和子宫肌层的强化程度进行对比，可以更精确地判定肌瘤的血供类型。研究人员任务，前者等于或高于后者时则认为其属于富血供应。根据这一点，在临床上，临床治疗中医生还可以利用 DCE-MRI 来了解肿瘤的血供供应状况，对于血液流通较多的病人，则需要调整手术方案，用药物进行干预和纠正^[4]。在术前，通过 MRI 对肿瘤部位和肿瘤的形态进行精确的判断，可以更好地进行外科手术，从而达到改善疗效的目的。

临床常用诊断方式包括核磁共振成像、CT 扫描、超声检查等，此次研究选取 2021 年 1 月至 2021 年 6 月番禺区中心医院收治的 31 例子宫肌瘤患者作为研究对象，分析患者采用磁共振成像的诊断价值，具体结果如下：

2 资料与方法

2.1 临床资料

随机选取 31 例子宫肌瘤患者，年龄 24-50 岁，平均（34.82±4.03）岁。所有患者年龄均≥18 岁，平均病程为（9.3±2.9）个月，纳入标准：患者的主要临床症状有月经不调，月经量多，下腹疼痛；病人不存在交流和理解

障碍，并对该项研究持有知情权。排除条件：人工心脏瓣膜的病人；严重器官衰竭，如肝脏、肾脏、心脏、肺部；伴有严重感染的病人。

2.2 方法

应用 3.0T 核磁共振盆腔 MR 平扫+增强扫描仪为患者实施子宫肌瘤扫描，设定矩阵为 234×350，层间距为 2 mm，层厚为 6 mm，调整病人的体位为仰卧位，采用体位线圈和旋转回波序列进行 T1WI 和 T2WI 的横断面检查，扫描结束后采用翻转恢复法进行矢状面 T2WI 和冠状面 T2WI 扫描；采用多段并行扫描，每个面扫描 3 次。

2.3 评价项目

核磁共振成像检出不同类型的子宫肌瘤，包括子宫肌瘤的形状、数量、病灶位置和性质分析，并阐述核磁共振成像的特点。

3 结果

3.1 子宫肌瘤形态以及数量分析

31 例子宫肌瘤患者中 23 例子宫发生形变，占 74.19%，8 例患者子宫未发生形变，占 25.81%，20 例多发子宫肌瘤患者，占 64.52%，11 例单发子宫肌瘤患者，占 35.48%，见表 1。

表 1 子宫肌瘤形态以及数量表[n（%）]

子宫肌瘤形态	n	例数	比例
子宫发生形变	31	23	74.19%
多发子宫肌瘤	31	20	64.52%

3.2 子宫肌瘤病灶位置、形状以及性质分析

5 例黏膜下肌瘤，7 例肌壁间肌瘤，18 例浆膜下肌瘤，见表 1。病灶呈圆形患者 20 例，椭圆形 5 例，类圆形 5 例，形状不规则 1 例。见表 3。病灶位于子宫颈部患者 5 例，子宫体部 23 例，子宫轮廓外 1 例，见表 4。

表 2 子宫肌瘤病灶位置分布表

子宫肌瘤病灶	n	例数	比例
黏膜下肌瘤	31	5	16.13%
肌壁间肌瘤	31	8	25.81%
浆膜下肌瘤	31	18	58.06%

表 3 子宫肌瘤病灶形状情况表

子宫肌瘤病灶	n	例数	比例
圆形	31	20	64.52%
椭圆形	31	5	16.13%
类圆形	31	5	16.13%
形状不规则	31	1	3.22%

表 4 子宫肌瘤病灶性质情况表

子宫肌瘤病灶	n	例数	比例
子宫颈部	31	5	16.13%
子宫体部	31	23	74.19%

子宫轮廓外	31	3	9.68%
-------	----	---	-------

3.3 核磁共振成像特点分析

横断面 T1WI 信号偏高患者 3 例, 低信号患者 28 例; 横断面 T1WI 边界清晰患者 6 例、边界模糊患者 25 例; 冠状面 T2WI 信号偏高患者 7 例, 低信号患者 24 例; 冠状面 T2WI 边界清晰患者 7 例, 边界模糊患者 24 例。

4 讨论

随着现代临床医学的不断发展, 我们对子宫肌瘤的病因学研究也有了新的进展。虽然目前还没有明确其发病机制, 但是随着女性体内雌激素和黄体酮水平的升高, 可能会促进子宫肌瘤细胞生长, 所以 35 岁以后的女性更容易出现子宫肌瘤。由于磁共振成像技术在临床诊断上的应用, 可以让医生在最短的时间内, 准确的判断出子宫肌瘤的位置, 从而为病人制订相应的治疗方案, 促使患者的治疗效果不断提升, 许多学者对此也开展了较为深入的研究:

张彦峰、安蓬田等人^[5]为了探讨 1.5 T MR 影像在子宫肌瘤的临床诊断及与 16 排螺旋 CT 扫描的诊断价值, 选取了最近几年在本院收治的 60 名子宫肌瘤患者作为研究对象, 将其分成两个小组, 采用 1.5 T MR I 和 16 排螺旋 CT 造影诊断, 比较两组患者子宫肌瘤的检出率和漏诊率。结果显示: 1.5 T MR 组的子宫肌瘤检出率比 16 排螺旋 CT 扫描组高 ($P<0.05$); 两组之间的漏诊率、误诊率均未见统计学意义, 无显著差异 ($P<0.05$), 但 1.5 T MRI 组的总体误诊率明显低于 16 排螺旋 CT 成像 ($P<0.05$)。通过笔者的研究和对王萍、黄玉罡等人^[6]研究的叙述, 结果再次表明, 1.5 T MRI 对子宫肌瘤的诊断准确率明显高于 16 排螺旋 CT 及 B 超诊断, 且误诊率和漏诊率均明显低于 16 排螺旋 CT 及 B 超诊断, 因此 1.5 T MRI 能广泛应用于临床。

刘桂华、张成军等^[7]研究表示肌瘤的 MRI 表现出不同的病理类型、不同的内部结构、出不同的 MRI 信号, 子宫肌瘤临床表现为: 普通型、细胞型、退变型, MRI 对子宫肌瘤的诊断符合率为 93.10%。也有研究指出, 单纯凭肌瘤的均匀性并不能很好地区分增生的肌瘤和退化的肌瘤, 二者的信号存在交叉, 需要更多的研究。刘一诺等^[8]还对肌瘤的信号强度进行了校正, 发现肌瘤的信号强度与肌瘤内的平滑肌数目呈正相关关系, 建议对其进行信号强度的分析; 肌瘤内平滑肌数目的测定, 此特征可作为保守疗法的参考。

李立军、李瑞梅^[9]通过研究指出在治疗上, MRI 对子宫肌瘤的病理类型进行诊断, 可以有效地改善 HIFU 治疗、GnRH-a 药物治疗等。有文献报导, 不同 T2WI 信号之子宫肌瘤, 其消融效果有明显差别, T2 低讯号的消融率较高, 而 T2 型 T2 高讯号则较难消融; 这与均匀的 T2 高信号肌瘤的血供和高细胞的数量相关, HIFU 的消融过程中, 由于血液的流动会带走大量的能量, 使其治疗效果不理想; 因此, 不推荐单纯应用 HIFU, 而 GnRH-a 联合应用 GnRH-a 药物。研究表明^[10], 肌瘤信号百分数可以预测其数量, 对评估 UAE、GnRH-a 的效果有一定的参考价值, T2 高信号肌瘤明显高于 T2 低信号患者, MRI 是一种非常好的评估 UAE、GnRH-a 的方法; 细胞型子宫肌瘤比正常类型的患者更容易出现复发, 但对 GnRH-a 药物的敏感性更高, 而 VEGF 的水平则明显高于正常和退变型, VEGF 是目前最强大的内皮细胞有丝分裂原, 提高了血管的通透性, 促进了血管新生; 在肿瘤血管发生、重塑和芽生中起着关键的调控作用。因此, 在临床上, 针对子宫肌瘤的治疗方法有很多种, 但由于其病理类型的差异, 其治疗效果也不尽相同^[11]。因此, 利用 MRI 对子宫肌瘤进行分类, 不但可以改善患者的个体化, 而且可以为患者在术中的选择提供可靠的手术方式, 从而减少不必要的副作用甚至子宫切除。

鲁辛健、班允清等^[12]认为, MRI 在目前的临床应用中, 由于 MRI 所具有非常高的软、硬组织分辨能力, 对于特定的子宫肌瘤, 可以确保高

精度的确诊, 为疾病的诊治提供了科学有效的依据。临床上已有研究表明, MRI 在 MRI 增强前后和子宫肌层的强化情况下, 可以更精确地判定肌瘤的血液供应。当血液供给大于或大于供给时, 就被视为是供给丰富的血液。根据这一点, 在临床上, 中医还可以利用 DCE-MRI 来了解肿瘤的血流供应状况, 对于血液流通较多的病人, 则需要调整手术计划, 用药物进行干预和纠正。在术前, 通过 MRI 对肿瘤部位和肿瘤的形态进行精确的判断, 可以更好地进行外科手术, 从而达到改善疗效的目的, 提高治疗效果。

综合上述文献的研究, 可以了解到子宫肌瘤是一种常见的妇科多发性生殖系统肿瘤, 以良性肿瘤为主, 其发病初期的临床症状缺乏典型性。但是随着病情的发展, 良性肿瘤向恶性肿瘤转化的风险将逐渐增加, 应重视早期诊断和积极的治疗, 以提高病人的生活质量^[13]。

由于子宫肌瘤的体积大、范围广, 很容易与周围的器官发生相互推移或者贴近等现象, 磁共振成像技术的软组织分辨率和空间分辨率都很高, 可以在多个平面上显示; 通过对子宫肌瘤的大小和位置的准确判断, 可以得到肿瘤的形态, 也可以与子宫其它病变相鉴别区分^[14-15]。

本次研究结果表明, MRI 可以准确诊断出子宫肌瘤的各种形状、位置信息, 在子宫肌瘤诊断中应用磁共振成像价值较高, 临床医生必须深入掌握子宫肌瘤图像特征、不断提高自身专业技能以保证诊断质量。

参考文献:

- [1]张九茹,李莹郡,赵媛,刘护丽,宋廉.MRTA 及影像组学在子宫肌瘤中的应用研究进展[J].现代医药卫生,2022,38(04): 614-619.
- [2]苏青青,段早辉,朱立文.动态增强磁共振成像及定量参数在子宫肌瘤病理分型中的应用价值分析[J].中国医疗器械信息,2022,28(03): 55-57.
- [3]邓文馨,韦菊临.1.5T 磁共振成像在子宫肌瘤诊断中的应用价值[J].影像研究与医学应用,2021,5(23): 18-20.
- [4]郭华,孙硕研,李扬.MRI 在鉴别子宫肌瘤病理亚型中的价值[J].深圳中西医结合杂志,2021,31(22): 88-91.
- [5]张彦峰,安蓬田.1.5T 磁共振成像在子宫肌瘤诊断中的运用研究[J].影像研究与医学应用,2021,5(21): 107-108.
- [6]王萍,黄玉罡,钟波,周智洋.磁波刀术前评估在治疗子宫肌瘤及腺肌症中的应用价值[J].影像研究与医学应用,2021,5(18): 227-228.
- [7]刘桂华,张成军,刁金辉.动态增强磁共振成像定量灌注参数与子宫肌瘤病理分型的相关性[J].中国性科学,2021,30(01): 78-81.
- [8]刘一诺. 子宫肌瘤 MR T2WI 信号定量与 HIFUa 疗效及剂量关系研究[D].重庆医科大学,2020.
- [9]李立军,李瑞梅,何守杰.动态增强磁共振成像及定量参数在子宫肌瘤病理分型中的应用价值[J].中国妇幼保健,2020,35(10): 1943-1945.
- [10]苏琴.经阴道超声: 子宫肌瘤初诊的首选方案[J].医学争鸣,2019,10(06): 26-28+33.
- [11]张晓华.扩散张量成像评价子宫肌瘤高强度聚焦超声刀治疗前后的临床价值[J].医药论坛杂志,2019,40(12): 83-85.
- [12]鲁辛健,班允清.磁共振成像在子宫肌瘤诊治中的应用进展[J].影像研究与医学应用,2019,3(24): 8-9.
- [13]黄宝阳.核磁共振在子宫肌瘤诊断中的成像探究[J].中国医疗设备,2019,34(S1): 148+150.
- [14]苏萍,李力,肖进,高爽,刘强,韩健,郭建新.磁共振成像技术在诊断与治疗子宫肌瘤中的临床价值[J].中国计划生育和妇产科,2019,11(08): 24-26.
- [15]熊域霖,吕发金.多模态磁共振成像在子宫肌瘤中的研究进展[J].磁共振成像,2018,9(09): 716-720.

作者简介: 姓名: 陈燕, 单位: 广州市番禺区中心医院, 民族: 汉, 性别: 女, 籍贯: 广东肇庆市, 学历: 本科, 职称: 初级技师。

毕节市随机献血人群 HPA-1 ~ 5 和 HPA-15 多态性分析研究*

聂昌¹ 洪铸^{1Δ} 宋晓艳² 陈晓芳¹ 周洁¹ 汪鹏² 杜春艳¹

1.毕节医学高等专科学校医学技术系; 2.毕节市中心血站 贵州毕节 551700

摘要: 目的: 对毕节市献血随机人群血小板特异性抗原 HPA1~5, 15 基因作基因多态性分析, 初步建立本市 HPA 血型库。方法: 采用聚合酶连-序列特异性引物技术 (PCR-SSP) 对毕节市 221 名无偿献血者进行血小板 HPA-1~5 和 HPA15 抗原 6 对 12 个等位基因检测分析, 计算基因频率、基因型频率和总结分布特点, 研究血小板抗原基因多态性。结果: HPA-1~5 和 HPA15 基因频率分别为: HPA-1a 0.993, HPA-1b 0.006, HPA-2a 0.986, HPA-2b 0.001, HPA-3a 0.911, HPA-3b 0.008, HPA-4a 0.953, HPA-4b 0.004, HPA-5a 0.957, HPA-5b 0.004, HPA-15a 0.481, HPA-15b 0.518; 不配合发生率依次为: HPA-1: 1.3%, HPA-2: 2.6%, HPA-3: 14.8%, HPA-4: 8.5%, HPA-5: 7.8%, HPA-15: 37.4%。结论: 本研究初步建立了毕节市人群的 HPA 血型库; 研究结果提示毕节市人群 HPA-3 和 HPA-15 随机不匹配概率较高, 可能是引起无效血小板输注的重要原因, 临床输注血小板时应予以重视。

关键词: 毕节; 血小板特异性抗原; 基因多态性

Analysis on the random blood donor platelet HPA-1-5,15 gene polymorphism in the Bijie population

NIE Chang¹ HONG Zhu¹ SONG Xiaoyan² CHEN Xiaofang¹ ZHOU Jie¹ WANG Peng² DU Chunyan¹ (¹Department of Medical Technology, Bijie Medical College; ²Bijie City Central Blood Station, Bijie 551700, China. E-mail: hz2020@vip.qq.com)

[Abstract]Objective: The genepolymorphism was analyzed on the platelet-specific antigen HPA1 to 5,15 in the random population of blood donation to preliminarily establish the HPA genotyping library in Bijiecity.Methods: Polymerase link-sequence-specific primer technology (PCR-SSP) was used for detecting 12 alleles of platelet HPA1-5 and HPA15 antigen in 221 unpaid blood donors in Bijiecity to calculate gene frequency, genotype frequency and summary distribution characteristics, and study platelet antigen gene polymorphism.Results: The HPA-1-5 and HPA15 gene frequencies are: HPA-1a 0.993, HPA-1b 0.006, HPA-2a 0.986, HPA-2b 0.001, HPA-3a 0.911, HPA-3b 0.008, HPA-4a 0.953, HPA-4b 0.004, HPA-5a 0.957, HPA-5b 0.004, HPA-15a 0.481, HPA-15b 0.518; HPA blood group incompatibility are: HPA-1: 1.3%, HPA-2: 2.6%, HPA-3: 14.8%, HPA-4: 8.5%, HPA-5: 7.8%, HPA-15: 37.4%.Conclusion: This study preliminarily established the HPA blood group database in Bijie population; The results suggest that the probability of HPA-3 and HPA-15 random mismatch rate is high in Bijie population, which may be an important cause for ineffective platelet transfusion, and attention should be paid to clinical platelet transfusion.

[Keywords]Bijiecity; platelet-specific antigen; genepolymorphism

人类具有复杂的血小板特异性抗原 (human platelet alloantigens, HPA), 该系统位于血小板膜糖蛋白上, 由第 5、6、17、32 号染色体上的相关等位基因控制, 这类基因常发生单个碱基改变而使对应的氨基酸发生序列变化, 形成单核苷酸多态性 (Single nucleotide polymorphism, SNP), 这使得 HPA 具有高度多态性, 尤其在民族、不同区域中的分布存在明显差异, 这种差异是临床使用血小板输注过程中引起血小板输注无效 (Platelet refractoriness, PTR)、输血后紫癜 (Post-transfusion purpura, PTP) 等反应的重要原因^[1]。由于目前血小板输注已成为临床输血治疗的重要手段, 因此研究 HPA 基因多态性在临床治疗和输血实践中有重要意义, 并能为其基因的疾病关联及相关遗传学等方面提供重要依据。为此, 本研究采用 SSP-PCR 法对毕节市无偿献血人员血小板基因型进行研究分析, 初步建立毕节市人群 HPA 血型库。现报告如下:

1 材料与方法

1.1 研究对象

随机抽取贵州省毕节市血液中心献血者 221 例, 献血者留取全血标本

4ml / 人份 (EDTA-K2 抗凝), 存放于 -20℃ 备用。

1.2 仪器与试剂

PCR 仪 (美国, Bio-Rad 公司), 凝胶成像仪 (美国, Bio-Rad 公司), GreenTaqPCRmix (南京诺唯赞生物科技股份有限公司), DL2000PlusDNAMarker (南京诺唯赞生物科技股份有限公司), UltraGelRed 核酸染料 (南京诺唯赞生物科技股份有限公司)。引物合成由昆泰瑞 (武汉) 生物技术有限责任公司完成。

1.3 外周血 DNA 提取

应用全血组织细胞基因组 DNA 快速提取试剂盒 (北京艾德莱生物公司, 货号 DN10) 提取 DNA, DNA 存放于 -20℃。

1.4 HPA-1~6, 15 基因的 PCR-SSP 扩增

引物设计详见表 1。PCR 反应体系: GreenTaqPCRmix 10 ul, HPA 引物 (10 uM) 0.8 uL, 公共引物 (10 uM) 0.8uL, 模板 DNA (1 ug/ul) 1ul, 灭菌双蒸水补足体积为 20uL。PCR 参数: 94℃ 预变性 5 min, 然后以 94℃ 30 s, 65℃ 30 s、72℃ 30 s 进行 30 个循环, 最后 72℃ 延伸 5 min。^[2]

表 1 主要引物序列

Table1.Main primer sequences

名称	碱基序列 (5'-3')	公共碱基序列 (5'-3')	产物长度 (bp)
HPA-1	1a ACTTACAGGCCCTGCCTCT	AGCCGGAGTGCAATCCTCTG	196
	1b ACTTACAGGCCCTGCCTCC		196
HPA-2	2a CCCCCAGGGCTCCTGAC	GCCAGCGACGAAAATATAGG	241
	2b CCCCCAGGGCTCCTGAT		241
HPA-3	3a GGGGGAGGGGCTGGGGA	GACCTGCTCTACATCCTGGA	230
	3b GGGGGAGGGGCTGGGGC		230
HPA-4	4a CTGGCCACCCAGATGCG	GGTAGAAAGGAGCTATAGTTTGGC	252
	4b CTGGCCACCCAGATGCA		252

HPA-5	5a	AGTCTACCTGTTTACTATCAAAAG	CTCTCATGGAAAATGGCAGTAC	249
	5b	AGTCTACCTGTTTACTATCAAAA		249
HPA-15	15a	GCCTTCCCAACCATTCCCTTA	ATGACCTTATGATGACCTATTC	225
	15b	TTCAAATTCTTGGTAAATCCTGG		225
内参基因	上游	GCCTTCCCAACCATTCCCTTA		225
	下游	TCACGGATTCTGTGTGTGTTTC		225

1.5 电泳

扩增结束后,取扩增产物 10uL 于 2%琼脂糖凝胶(含 8%的 UltraGelRed 核酸染料)孔中,1×TAE 缓冲液进行电泳(110 V, 15-20 min),随后置于凝胶成像仪中进行观察和拍照记录。

1.7 统计学方法

基因频率按群体遗传基因计数法统计,用 χ^2 检验比较基因型频布期望值与观察值并检查是否符合 Hardy-Weinberg 平衡。比较不同人群基因频率分布的差异比较采用 χ^2 检验。^[3]

2 结果

详见表 2。

表 2 毕节市献血人群 HAP-1~5、15 基因型和等位基因频率分布 (n=221)
Table 2 Distribution of HAP-1 to 6,15 genotypes and allele frequency among the blood donors in Bijie City

	基因型(预期值)			基因频率(%)		H-W 平衡检验		不配合发生率 (MP) %
	aa	ab	bb	a	b	χ^2	P	
HPA-1	218 (218.01)	3 (1.42)	0 (0.01)	99.32	0.68	1.54	0.215	1.3
HPA-2	216 (215.04)	4 (2.81)	1 (0.04)	98.64	1.36	22.97	<0.001	2.6
HPA-3	189 (183.72)	25 (16.89)	7 (4.63)	91.18	8.82	19.28	<0.001	14.8
HPA-4	206 (188.96)	15 (9.38)	3 (0.46)	95.31	4.69	15.82	<0.001	8.5
HPA-5	204 (202.41)	15 (8.64)	2 (0.39)	95.70	4.30	10.06	0.015	7.8
HPA-15	102 (51.32)	9 (52.43)	110 (56.37)	48.19	51.81	131.98	<0.001	37.4

表 3 不同区域 HAP-1~5、15 基因型和等位基因频率分布对比

	毕节 (n=221)	贵州 ^[4] (n=1270)	重庆 ^[5] (n=553)	北京 ^[6] (n=588)	浙江 ^[7] (n=345)	数据 ^[8]
HPA-1a	0.993	0.994	0.995	0.994	0.995	本研究发现毕节市 HPA 血型库,填补了本区域内无相关研究的空白,研究结果与 HPA-3 和 HPA-15 随机不匹配概率较高,可能是引起无效血小板输注的重要原因,临床输注血小板时应予以重视,但因受限于样本量等客观因素,可能是导致部分 HPA 显示不符合 H-W 平衡的原因,HPA 血型库准确建立和 HPA 多态性情况分析等仍需要进一步、更大样本量的研究。
HPA-1b	0.006	0.006	0.004	0.006	0.004	参考文献: [1]尹红,田力.免疫性血小板输注无效发生机制和解决策略[J].中国输血杂志,2012,35(06): 677-682.
HPA-2a	0.986	0.938	0.936	0.932	0.949	[2]尹芳,黄吉娥,曾小菁,杨普渝,丛硕.贵州省黔东南州侗族献血人群 HPA-15 多态性分析及随机输血不配合率研究[J].中国输血杂志,2013,26(110):1090-1093.
HPA-2b	0.013	0.062	0.063	0.068	0.050	[3]李萍,李萍,谢小双.HPA 基因多态性对肝病患者血小板输注疗效的评价[J].临床血液学杂志,2022,35(06): 447-450.
HPA-3a	0.911	0.614*	0.572*	0.566*	0.475*	
HPA-3b	0.088	0.386*	0.427*	0.433*	0.524*	
HPA-4a	0.953	0.998	0.996	0.998	0.998	
HPA-4b	0.046	0.002	0.003	0.001	0.001	
HPA-5a	0.957	0.973	0.941	0.982	0.995	
HPA-5b	0.043	0.027	0.058	0.017	0.004	
HPA-15a	0.481	0.512	0.541	0.441	0.562	
HPA-15b	0.518	0.488	0.458	0.558	0.437	

*为 $P < 0.05$;

3 讨论

HPA 是血小板的固有抗原,由 *ITGA2*、*GP1BA*、*ITGA2B*、*ITGB3* 和 *CD109* 基因编码,具有丰富的多态性和种族差异,其分布目前发现与血小板功能性密切相关,并在多种疾病如 PTP 中发挥重要作用,HPA 的不匹配则是临床输注血小板治疗时发生血小板输注无效的重要原因之一,因此调查区域内的 HPA 分布,具有重要意义^{[7][9]}。毕节市位于贵州省西北部川滇黔交界地区,是重要的少数民族、汉族杂居地,本次研究对本区域内随机献血人群进行调查,结果发现:由 HPA 引起的理论不配合发生率依次为 HPA-15: 37.4%,HPA-3: 14.8%,HPA-4: 8.5%,HPA-5: 7.8%,HPA-2: 2.6%,HPA-1: 1.3%,可见,由 HPA-15 和 HPA-3 引起不匹配的概率最高,临床输血时应予以重视,这与尹红^[4]等人对贵州省随机人群的调查结果一致,但本次结果仍表现出自身特点,结果显示本地区 HPA-3 与本省份和其他省份在基因分布上有不同特点,HPA-3a 占有较高的基因频率,详见表 3。

有趣的是,本次调查中均有发现 HPA-2~5 中的 bb 型纯合子,这在其他调查中并不多见,其原因可能与区域人口特点有关。

参考文献:
[1]尹红,田力.免疫性血小板输注无效发生机制和解决策略[J].中国输血杂志,2012,35(06): 677-682.
[2]尹芳,黄吉娥,曾小菁,杨普渝,丛硕.贵州省黔东南州侗族献血人群 HPA-15 多态性分析及随机输血不配合率研究[J].中国输血杂志,2013,26(110):1090-1093.
[3]李萍,李萍,谢小双.HPA 基因多态性对肝病患者血小板输注疗效的评价[J].临床血液学杂志,2022,35(06): 447-450.

[4]尹红,杨芳,杨晋渝,曾小菁,钟娜娜.贵州地区随机人群血小板抗原基因频率调查和不配合率分析[J].中国输血杂志,2015,28(03): 279-282.

[5]毛伟,王芳,王跃华,黄霞,宋正利,张蕾,程磊.重庆汉族人群 HPA1-7、15 多态性分布[J].重庆医学,2009,38(12): 1422-1424+1426.

[6]车进,王晓宁,麻静敏,李凤,冯艳华.北京地区汉族献血人群血小板 HPA1-17 基因多态性的研究[J].中国输血杂志,2018,31(04): 401-405.

[7]曹建平,赵毓宏,邓永乐,程超,谢珏.浙江地区人类血小板抗原基因 HPA-1~6,15 的多态性分析[J].临床血液学杂志,2018,31(10): 739-742.

[8]杨帆,韩瑜,焦立新,鲁威,金成日,陈琳,牛潼,李俊玮.吉林地区人群 HPA-1~6,15 系统基因多态性分析[J].中国实验诊断学,2016,20(05): 750-751.

[9]聂湘辉,陈颖,黄仕云.机采血小板输注无效的临床分析[J].中国医药科学,2021,11(23): 202-204.

*毕节市科技基金项目:毕科联合字 YZ【2018】4 号

单径路鼻内镜手术治疗真菌球型鼻窦炎对 TIgE 及 ECP 水平的效果分析

魏鹏 田翠娟 李珍

北京怀柔医院耳鼻喉科 北京 101400

摘要: 目的: 探讨单径路鼻内镜手术对真菌球型鼻窦炎患者总 IgE (TIgE) 以及嗜酸性粒细胞阳离子蛋白 (ECP) 水平的影响。方法: 选取 2019 年 6 月~2022 年 6 月期间我院收治的 82 例真菌球型鼻窦炎患者为研究对象, 入组患者均统一实施单径路鼻内镜手术治疗, 观察患者的治疗效果。结果: 经治疗后, 82 例患者的症状控制率为 95.12% (78/82), 术后并发症发生率为 6.10% (5/82)。患者术后 C-反应蛋白、白细胞介素-6 (IL-6)、TIgE、ECP 等炎症相关因子低于术前, Lund-Kennedy 内镜评分低于术前, 鼻腔鼻窦结局测试-20 (SNOT-20) 评分高于术前, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 单径路鼻内镜手术治疗真菌球型鼻窦炎患者的手术效率、安全性均较高, 此术式可有效缓解患者炎症反应, 对促进患者症状恢复、改善其预后均有积极意义。

关键词: 真菌球型鼻窦炎; 单径路鼻内镜手术; 血清总 IgE; 酸性粒细胞阳离子蛋白; 预后情况

真菌球型鼻窦炎为一种常见的鼻腔感染性疾病, 目前认为其发病与全身、局部因素或外界环境因素密切相关, 真菌感染为其主要发病原因。真菌孢子广泛存在于大气环境, 可随人体的呼吸运动进入鼻腔、鼻窦, 若机体本身存在免疫机制障碍或其他病生理状态时, 则极易引发鼻腔真菌感染^[1]。外科手术为目前治疗真菌球型鼻窦炎患者的主要手段, 既往临床应用微波热凝鼻黏膜的方式对此类患者进行治疗, 该方法虽可有效修复受损的鼻黏膜, 以缓解鼻塞、流涕等相关症状, 却难以根本上治疗真菌感染^[2-3]。近年来, 内镜技术在各类鼻炎、鼻窦炎患者的临床治疗中得到了广泛应用, 在鼻内镜视野下可实现对鼻腔、鼻窦形态及结构的清晰观察, 也可在避免损伤正常鼻黏膜及鼻腔神经血管基础上切除鼻腔鼻窦病变组织, 具有较为显著的治疗效果^[4]。本研究主要探讨单径路鼻内镜手术对真菌球型鼻窦炎患者总 IgE (TIgE) 以及嗜酸性粒细胞阳离子蛋白 (ECP) 水平的影响。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 6 月~2022 年 6 月期间我院收治的 82 例真菌球型鼻窦炎患者为研究对象, 82 例患者中女 47 例 (57.32%)、男 35 例 (42.68%), 年龄均在 40~80 岁, 平均 (60.41±0.39) 岁, 病程均在 1~4 年, 平均 (2.54±0.31) 年, 疾病分期: I-II 期 44 例 (53.66%)、III-IV 期 38 例 (46.34%)。

纳入标准: ①入组患者符合《慢性鼻-鼻窦炎诊断和治疗指南》^[5]中真菌球型鼻窦炎诊断标准; ②有鼻塞、流涕、涕血等相关症状; ③鼻窦 CT 影像学检查可见鼻窦密度不均匀, 有点状高密度影; ④符合手术指征且自愿接受单径路鼻内镜手术治疗。

排除标准: ①伴急性上呼吸道感染或过敏症状者; ②既往鼻内镜手术史者; ③鼻腔鼻窦肿瘤者; ④有出血倾向或凝血功能障碍以及其他手术禁忌者; ⑤术后病理未发现真菌者。

1.2 方法

82 例患者均统一予以单径路鼻内镜手术治疗, 具体步骤如下: ①患者取平卧位, 全麻后以盐酸肾上腺素棉片收缩鼻腔黏膜, 鼻内窥镜探查病变部位及鼻腔解剖形态等; ②保护正常鼻黏膜, 用动力系统充分开放病变鼻窦, 注意扩张时不可损伤眶纸板、蝶腍动脉、颅底; ③窦口扩张满意后经吸引器清除窦腔内褐色脓液及真菌团块及其他病变, 可用生理盐水反复冲

洗鼻腔; ④应用凡士林纱布填塞鼻腔持续 24h, 取出后同时予以口服抗生素进行抗菌治疗; ⑤术后生理盐水鼻冲洗、定期复诊换药。

1.3 观察指标

1.3.1 疗效及安全性评估 参考《中国慢性鼻窦炎诊断和治疗指南 (2018)》^[6]中相关疗效判定标准, 对 82 例患者术后的症状控制率进行统计, 主要分为完全控制、部分控制和未控制三个标准, 若治疗后症状均缓解、鼻内镜检测可见窦口黏膜无水肿即判定为完全控制, 若治疗后上述症状明显缓解, 内镜检查可见少量脓液和鼻黏膜轻度水肿则判定为部分控制, 若治疗后上述症状未缓解、内镜检查可见脓液、黏膜仍水肿则判定为未控制, 取完全控制、部分控制例数之和百分比为最终控制率。同时统计 82 例患者术后并发症发生情况, 主要包括鼻黏膜损伤、头痛、鼻腔粘连、感染等四种。

1.3.2 其他临床指标 ①术前、术后均留取患者外周静脉血 3ml 为样本, 经抗凝、离心后以酶免法 (ELISA) 分别检测 82 例患者的 C-反应蛋白、白细胞介素-6 (IL-6)、总 IgE (TIgE)、嗜酸性粒细胞阳离子蛋白 (ECP) 等炎症相关因子。②手术前后采用 Lund-Kennedy 内镜评分、鼻腔鼻窦结局测试-20 (SNOT-20) 评分评估 82 例患者的预后情况, Lund-Kennedy 内镜评分标准^[7]: 共包括息肉、水肿、鼻漏、瘢痕、结痂等多种鼻黏膜形态, 单侧分值 0~10 分, 分值降低表明鼻腔鼻窦炎改善; SNOT-20 评分标准^[8]: 主要用于评估鼻窦炎患者术后生活质量, 分值 0~40 分, 分值越高表明生活质量越好。

1.4 统计学方法

数据均采用软件 spss22.0 处理, 计数资料以 n % 表示, χ^2 检验, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, t/F 检验, $P < 0.05$ 具统计学意义。

2. 结果

2.1 患者治疗效果及安全性分析

治疗后, 82 例患者的症状控制率症状控制率为 95.12% (78/82), 其中包括 50 例完全控制、28 例部分控制和 4 例未控制, 术后并发症发生率为 6.10% (5/82), 其中 2 例为鼻黏膜损伤、1 例为头痛、2 例为鼻腔粘连、1 例为感染。

2.2 患者治疗前后炎症相关因子比较

治疗后, 82 例患者的 CRP、IL-6、TIgE、ECP 等炎症相关因子均低于

治疗前,差异具有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 82例患者炎症相关因子比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	CRP (mg/L)	IL-6 (pg/ml)	TlgE (kU/L)	ECP (ng/L)
治疗后	82	6.36±0.37	5.11±0.41	50.25±5.33	3.24±0.41
治疗前	82	8.65±0.44	8.25±0.62	55.47±5.28	4.72±0.63
<i>t</i>	-	36.071	38.253	6.301	17.830
<i>P</i>	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 患者预后情况比较

治疗后,82例患者的Lund-Kennedy内镜评分低于治疗前、SNOT-20评分高于治疗前,差异具有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表2 82例患者预后情况比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	Lund-Kennedy	SNOT-20
治疗后	82	4.22±0.33	33.45±0.66
治疗前	82	6.65±0.72	30.12±0.18
<i>t</i>	-	27.783	44.079
<i>P</i>	-	0.000	0.000

3. 讨论

近年来由于抗生素的不合理应用导致真菌逐渐发展为鼻腔鼻窦优势菌,真菌在鼻腔内大量繁殖会破坏人体内环境,可严重影响到鼻窦黏膜的引流功能,从而引发真菌球型鼻窦炎,对部分伴有鼻窦结构异常、鼻息肉或鼻甲肥大等群体来说,发生此病的风险相对更高^[9-10]。此前临床采用的微波热凝术可有效杀灭鼻腔黏膜上生长的真菌菌群,可在短期内改善患者鼻塞、流涕等相关症状,术中采用生理盐水对鼻窦腔进行反复冲洗也可有效清除其他组织上覆盖的真菌^[11-12]。鼻内镜手术为一种微创技术,为目前临床公认有效性、安全性均较高的手术方案。

本研究中,82例患者经单径路鼻内镜手术治疗后,症状控制率可达90%以上,考虑与鼻内镜手术的术中操作相关,在鼻内镜引导下,医生可清楚探查至鼻腔、鼻窦内的感染情况,经确认病灶组织位置并进行完全切除后,可起到根治性治疗效果,术中通过生理盐水对鼻腔进行反复冲洗后,患者窦腔深处附着的真菌菌落也可被有效清除,该术式对预防病情复发也有积极意义。且鼻内镜为一种微创手术,术中对机体造成的损伤较小,患者术后恢复更快,经单径路鼻内镜手术治疗后,82例患者的术后并发症发生率仅为6.10%,提示该术式的安全性高。受真菌感染,真菌球型鼻窦炎患者会伴有不同程度的炎症反应,TlgE为一种免疫球蛋白,在人体血清中含量极少,仅在机体发生变态炎症反应或感染性症状相关^[13]。ECP为介导炎症反应的重要细胞因子,当机体发生感染或炎症反应时,气道中的嗜酸性粒细胞被活化后即可发生脱颗粒而释放大量的ECP,随气道炎症反应加剧,ECP水平也会呈持续上升^[14]。单径路鼻内镜手术可有效避免对患者鼻腔黏膜造成损伤,经完整切除病灶组织后,患者的鼻腔、鼻窦功能均可恢复到正常状态,经消除引发炎症反应的感染源头后,患者对应的炎症因子水平也可显著下降^[15]。故本研究中,患者术前的炎症因子水平均高于正常控制标准,但经手术治疗后,患者的CRP、IL-6、TlgE、ECP等炎症相关因子均有所降低,与治疗前存在显著差异($P<0.05$)。经此手术进行根治性治疗后,患者预后情况得以相应改善,故82例患者治疗后的Lund-Kennedy内镜评分低于治疗前、SNOT-20评分高于治疗前($P<0.05$)。王崇辉等^[16]指出,鼻内镜手术安全性高,经此术式治疗后,患者的炎血清

炎症介质因子水平更低,与本研究结果具有一致性。

综上所述,单径路鼻内镜手术对真菌球型鼻窦炎患者具有较高应用价值,可通过切除病灶组织显著降低患者TlgE、ECP水平。但本研究并非随机、对照试验,研究结果仅针对同一批患者产生,无法验证此术式的临床优势,后续可依据本研究结果,开展关于单径路鼻内镜手术治疗真菌球型鼻窦炎的临床对照试验。

参考文献:

- [1]熊健,张杰,兰德,等.老年真菌性鼻窦炎患者病原菌分布特征及定植高危因素分析[J].中国病原生物学杂志,2021,16(7): 829-832.
- [2]张永兰,时文杰,孙沛湧,等.急性爆发性侵袭性真菌性鼻窦炎的诊治探讨[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2021,35(2): 169-172.
- [3]王军利,张滢,何珍.鼻内镜下Messerklinger手术治疗真菌性鼻-鼻窦炎疗效及对患者血清炎症因子水平的影响[J].河北医学,2020,26(11): 1761-1765.
- [4]王克伟.鼻内镜下Messerklinger手术对真菌性鼻-鼻窦炎患者的疗效及对血清炎症因子水平的影响[J].中外医学研究,2021,19(15): 63-66.
- [5]中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编委会,中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组.慢性鼻-鼻窦炎诊断和治疗指南[J].中国临床医生杂志,2010,38(4): 73-74.
- [6]中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会鼻科组,中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组.中国慢性鼻窦炎诊断和治疗指南(2018)[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2019,54(2): 80-100.
- [7]沈晓伟,杨竟博.不同入路鼻内镜手术对真菌性鼻窦炎患者Lund-Kennedy评分的影响[J].中国药物与临床,2020,20(10): 1665-1666.
- [8]白林锐,史丽伟.鼻渊通窍颗粒联合阿奇霉素治疗慢性鼻窦炎患儿的疗效及对SNOT-20评分和IL-2及IL-6的影响[J].解放军预防医学杂志,2019,37(11): 4-5.
- [9]包立豪,纪科,李栋,等.真菌感染对慢性鼻窦炎伴鼻息肉患者鼻内镜手术治疗效果的影响[J].中国预防医学杂志,2020,21(2): 172-176.
- [10]吴鸿泉,刘展,覃宇铭.慢性鼻-鼻窦炎伴鼻息肉患者鼻内镜术后复发的危险因素及相关模型构建[J].中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2021,27(5): 559-564.
- [11]曾伟,黄佳,耿娟娟,等.微波热凝在慢性鼻窦炎鼻内镜术后处理的应用探讨[J].中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2017,25(2): 105-108.
- [12]梁乐平,赵倩倩.不同年龄阶段真菌性鼻窦炎患者病原菌分布特点及耐药情况分析[J].检验医学与临床,2021,18(2): 180-182.
- [13]吴叶丽,邱红.血清IgE抗体检测结果与临床过敏症状的相关性[J].临床检验杂志,2020,38(11): 815-818.
- [14]张浩,卢滨,贾金广.血清嗜酸性粒细胞阳离子蛋白、嗜酸性粒细胞、免疫球蛋白E及MP-IgM检测在肺炎患者病情监测中的应用分析[J].实用医院临床杂志,2020,17(1): 138-141.
- [15]王月华.鼻内镜手术治疗非侵袭性真菌球型鼻窦炎的疗效分析[J].当代医药论丛,2018,16(11): 88-90.
- [16]王崇辉,丁翠红,江志娟.鼻内镜手术治疗非侵袭性真菌性鼻窦炎的临床分析[J].中国卫生标准管理,2022,13(5): 48-51.

作者简介:魏鹏,男,硕士研究生,满族,1992.11.16,住院医师,研究方向:睡眠医学鼻科学。

眩晕残障程度评定量表在眩晕患者跌倒风险预测中的应用研究

马瑞红

潍坊市昌乐中医院 山东潍坊 262400

摘要: 目的: 在跌倒风险评估中采用跌倒评估风险量表和眩晕残障程度评定量表(DHI)进行评价, 观察其预防跌倒风险效果。方法: 将我院在2018年6月到2020年6月神经内科收治患者作为观察对象, 并且将患者分成研究组和参照组, 研究组为患者在3个月内已经跌倒一次以上者, 参照组为三个月内没有发生跌倒患者。对比两组患者DHI评分差异和对漏诊率评估的效果。结果: (1) 研究组DHI量表评分为 58.99 ± 14.81 (分), 参照组为 43.36 ± 12.54 (分), ($P < 0.05$), 结果有差异。(2) 独采用跌倒风险评估92例患者漏诊6例, 漏诊率为6.52%, 采用两组方法联合评估中, 漏诊患者为0例, 漏症率为0%, ($P < 0.05$), 结果有差异。结论: 在高危跌倒风险人群中采用DHP预测准确率高, 可以减少患者跌倒发生率。

关键词: 跌倒风险; 预测; DHI

Application of vertigo disability rating scale in predicting fall risk of vertigo patients

Ma Rui Hong

Weifang Changle Hospital of Traditional Chinese medicine, Weifang, Shandong, 262400

Abstract: objective: to evaluate the fall risk with the fall assessment risk scale and Vertigo disability rating scale (Dhi), and to observe the effect of prevention of fall risk. Methods: patients admitted to the Department of Neurology from June 2018 to June 2020 in our hospital were observed and divided into study group and Reference Group, patients in the study group had fallen more than once within three months, while patients in the control group had not fallen within three months. To compare the difference of DHI score between the two groups and evaluate the effect of missed diagnosis rate. Results: (1) the score of Dhi in the study group was 58.99 ± 14.81 (points), and that in the control group was 43.36 ± 12.54 (points) ($P < 0.05$). (2) the rate of missed diagnosis was 6.52% (6/92), and 0% (0/92), respectively ($P < 0.05$). Conclusion: DHP has a high accuracy in predicting falls in high-risk population, and can reduce the incidence of falls in patients.

Keywords: fall risk; prediction; Dhi

在神经内科开展治疗工作中, 由于患者老年因素, 或者是病症因素, 容易导致患者出现摔倒风险, 出现患者意外损伤, 影响患者治疗效果。特别是在护理人员开展护理工作时, 如果患者出现摔倒事件, 有可能引起医疗纠纷, 影响护理质量不高。为了解决在护理时患者出现摔倒问题, 需要护理人员对患者进行摔倒风险评估, 并且采用针对性方法预防, 实现减少患者摔倒。但是在护理过程中采用摔倒风险量表评估时, 容易出现漏评估问题, 导致患者摔倒^[1-2]。为了解决在摔倒风险评估表中存在的问题, 可以联合使用DHI进行评估, 实现评估准确率提高。以此, 本组研究在跌倒风险评估中采用跌倒评估风险量表和DHI进行评价, 观察其预防跌倒风险效果。

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

将我院在2018年6月到2020年6月神经内科收治患者作为观察对象, 并且将患者分成研究组和参照组。研究组有患者46例, 平均年龄 68.41 ± 5.92 岁, 平均身高 1.64 ± 0.65 米, 平均体重 67.73 ± 9.31 千克, 平均病程 1.42 ± 0.46 年, 男20例, 女26例。参照组有患者46例, 平均年龄 65.59 ± 6.42 岁, 平均身高 1.62 ± 0.51 米, 平均体重 65.18 ± 9.53 千克, 平均病程 1.72 ± 0.57 年, 男21例, 女25例。($P > 0.05$), 资料无差异。

1.2 方法

1.2.1 对患者资料收集

在采用资料收集过程中, 资料主要来源于临床, 为了保证在临床收集资料时准确, 需要对收集资料人员开展培训工作, 使其专业素质能够满足本次研究需要。资料收集完成后, 是将资料开展信息化技术处理, 并且储

存在医院计算机中心, 以便本次提取使用^[3-4]。

1.2.2 DHI 自制量表

在开展DHI制作过程中, 需要对相关的参考文献查询, 并且在咨询专家意见情况下, 开展DHI制作工作。该种量表总共分成3个子目标, 分别是功能F、情绪E、躯体P, 其中3个指标中总共由25个问题组成, 每个问题设置相应的分数。同时三个指标的总分数为DHI评分, DHI评分在0到30分为轻度障碍, 31到60分为中度障碍, 61分到100分为重度障碍^{[5][6]}。

1.3 统计学

使用SPSS22.0软件处理, 两种资料用 χ^2 检验, $p < 0.05$ 为有差异统计学意义。

2. 结果

2.1 两组 DHI 量表评分情况

研究组DHI量表评分为 58.99 ± 14.81 (分), 参照组为 43.36 ± 12.54 (分), ($P < 0.05$), 结果有差异。

表1 两组 DHI 量表评分对照

组别	数例	躯体 P	情绪 E	功能 F	DHI 总分
研究组	46	16.24 ± 4.14 (分)	17.19 ± 4.73 (分)	25.56 ± 5.94 (分)	58.99 ± 14.81 (分)
参照组	46	12.23 ± 3.35 (分)	12.29 ± 4.93 (分)	18.84 ± 4.26 (分)	43.36 ± 12.54 (分)

2.2 两组 DHI 残障程度分级对照

两组DHI残障程度分级对照中, 主要是从重度障碍、中度障碍、轻度障碍进行对照, 其中两组的重度障碍和轻度障碍有明显差异, ($P < 0.05$)。

表 2 两组 DHI 残障程度分级对照

组别	数例	重度障碍	中度障碍	轻度障碍
研究组	46	29	13	4
参照组	46	9	13	24

2.2 两组联合单独评估跌倒风险情况

单独采用跌倒风险评估 92 例患者漏诊 6 例，漏诊率为 6.52%，采用两组方法联合评估中，漏诊患者为 0 例，漏诊率为 0%，（P<0.05），结果有差异。

3. 讨论

患者在医院治疗过程中，由于身体因素，或者是疾病因素，很容易导致患者晕倒和跌倒，引起护理不良事件，出现医患纠纷，影响医院的护理质量。因此，在医院的护理工作中，为了减少医患纠纷的发生，需要在护理过程中预防患者跌倒事件的发生，以此来保证患者治疗安全。目前在预防患者跌倒护理中，可以采取多种护理方法，比如对患者采取使用护理标识，或者是加强护理工作，这些方法的应用，能够减少患者跌倒，帮助患者顺利完成治疗。但是在实际的护理工作中，使用常规的预防患者跌倒方法，还是容易出现患者跌倒事件的发生，引起医患纠纷。因此，在临床上开展护理工作时，需要研究其他方法，帮助患者预防跌倒，减少医患纠纷的发生率^[7-8]。

在本次研究中，主要是对患者采取评估方法，这种方法的应用，能够有效地了解患者跌倒风险，并且采取针对性措施预防，以此来预防患者跌倒事件的发生。在护理临床上，为了评估患者跌倒风险，可以使用跌倒评估风险量表评价，这种量表能够了解患者在治疗过程中出现跌倒事件的发生几率，并且帮助临床护士采取措施预防，减少患者跌倒事件的发生。但是从临床使用跌倒评估风险量表后，虽然有一定的效果，但是由于患者跌倒受多种因素影响，单一使用一种量表评价，很难准确评估患者跌倒风险，因此临床护理中使用跌倒评估风险量表后，患者仍然有跌倒事件的发生。为了更加准确的评估患者跌倒风险，可以在使用该评估量表的同时，对患者结合应用眩晕残障程度评定量表，这种量表可以了解患者跌倒风险指数，并且两种量表联合使用，能够更加准确的评估患者，以便临床护士对患者跌倒风险程度掌握，再采取针对性措施预防，以此来保证患者临床护理安全^[9-10]。

临床护理工作中，使用眩晕残障程度评定量表加跌倒评估风险量表评价，在临床上使用后有以下方面的优点。首先是提高评估风险的准确性，从本次的研究中可以获得，使用两种量表结合评估后，患者发生跌倒事件的几率更低。其次是对患者评估风险的客观性更强，使用两种量表重叠评估，能够减少护士的主观评价，使评价准确性更好。最后是两种量表联合使用，其操作简单，能够减少护士在临床上的评估工作，使护理效率提高^[11-12]。

在护理过程中为了防止患者跌倒，可以采用 DHI 进行评估，从本次研究中两组 DHI 量表评分情况分析，研究组 DHI 量表评分为 58.99±14.81（分），参照组为 43.36±12.54（分），（P<0.05），结果有差异。再从两组 DHI 残障程度分级对照分析，两组 DHI 残障程度分级对照中，主要是从重度障碍、中度障碍、轻度障碍进行对照，其中两组的重度障碍和轻度障碍

有明显差异，（P<0.05）。从上述的分析中可以获得，在容易跌倒患者中采用 DHI 评估准确性高，可以有效对跌倒患者进行风险评估^[13]。

同时，在护理过程中，使用 DHI 和跌倒风险量表进行评估，可以有效提高评估准确率。在本组研究中，单独采用跌倒风险评估 92 例患者漏诊 6 例，漏诊率为 6.52%，采用两组方法联合评估中，漏诊患者为 0 例，漏诊率为 0%，（P<0.05），结果有差异。从上述分析获得，在护理时预防患者跌倒可以采用 DHI 联合跌倒风险量表进行评估，以此来根据评估采用针对性方法预防，减少患者跌倒事件发生，保证患者治疗安全。

参考文献：

[1]范芳莲,李红丽,陶晶晶.两种跌倒评估工具在住院患儿跌倒风险评估中的应用比较[J].中国护理管理,2022,22(06):888-892.

[2]杨怡菁,贺佩青.老年住院患者跌倒风险评估量表及工具的研究进展[J].老年医学与保健,2022,28(01):215-220.

[3]温燕玲,李哲,杨静雯,陈建红.孕产妇跌倒风险评估系统的汉化及信效度检验[J].护理研究,2022,36(02):289-292.

[4]杨娟,李牧玲,李春梅,黄清辉,林少钦,周宏珍.眼科住院患者跌倒风险评估量表的构建及初步验证[J].中华护理杂志,2022,57(01):66-73.

[5]张晓霞,冯玲,梁科,桂静,王燕,李玲.眩晕残障程度评定量表在 HIV/AIDS 患者抗病毒治疗中的应用[J].医学动物防制,2021,37(11):1063-1066.

[6]李响,张庆芬,吴茜.肺癌放疗患者跌倒风险评估量表的构建研究[J].天津护理,2021,29(04):390-395.

[7]姜若曦,陆皓,师艳花,刘玉梅.心血管疾病患者跌倒风险评估量表的研究进展[J].西北国防医学杂志,2021,42(07):721-725.

[8]刘坤,黄浩,朱红,刘争.华西跌倒风险评估量表与托马斯跌倒风险评估量表对老年住院病人跌倒的预测价值[J].护理研究,2021,35(09):1516-1520.

[9]周玲玲,鲁秀玲,韩之瑾,鲍婧,柳春晖,司徒慧如,喻红之,庄文杰,章如新.G-Force 眩晕诊疗系统治疗老年良性阵发性位置性眩晕的临床疗效分析[J].老年医学与保健,2021,27(02):326-329.

[10]刘彩霞,江婉明,陈碧贤,张思能,黎海东.四种跌倒风险评估量表在老年患者中的应用研究[J].中医临床研究,2021,13(03):137-139.

[11]胡硕婷,岳丽青,彭欢,韩辉武,闫城,陈静,尹曾珍.三种跌倒风险评估量表应用于老年住院患者的比较研究[J].当代护士(下旬刊),2020,27(10):1-5.

[12]刘墩秀,丁福,朱跃平,杨君.汉化版 Morse 跌倒评估量表和 Hendrich II 跌倒因素模型量表在老年住院患者跌倒风险评估中的适用性比较[J].中国护理管理,2020,20(08):1168-1172.

[13]刘晓卫,李雪芬,徐建珍,廖黎,王玲,王娅,吴悠悠,许梅.眩晕残障程度评定量表在眩晕患者跌倒风险预测中的应用研究[J].护士进修杂志,2019,34(13):1184-1187.

作者简介：姓名：马瑞红 性别：女 出生年月日：1985-01-21 民族：汉，籍贯：山东昌乐 学历：本科 职位：主治医师 职称：中级，主要研究方向：眩晕。

探究双源计算机断层扫描（CT）能谱曲线与碘浓度在甲状腺良恶性病变中的应用价值

仪冠群

烟台市烟台山医院 医学影像科 山东烟台 264000

摘要：目的：分析碘浓度和双源 CT（计算机断层扫描）能谱曲线与碘浓度在甲状腺良恶性病变中的应用价值。方法：研究对象择取我院于 2020 年 1 月至 2022 年 1 月时间段内收治的 30 例甲状腺癌患者纳入研究组的范畴，选择同期 30 例结节性甲状腺肿患者纳入参照组的范畴，两组患者均接受双源 CT 检查并经临床症状推理及病理学检查确诊。对两组患者的碘浓度、平扫时能谱曲线斜率值、动脉期以及静脉期能谱曲线斜率值及甲状腺和颈总动脉碘浓度比值情况进行比较和分析。结果：经双源 CT 平扫时，参照组患者的碘浓度水平、能谱曲线斜率值与研究组相比均明显较高，组间数据比较差异显著（ $P<0.05$ ）；参照组患者动脉期的甲状腺与颈总动脉碘浓度比值以及能谱曲线斜率值相对于研究组明显较高，组间数据比较差异显著（ $P<0.05$ ）；两组患者静脉期的甲状腺与颈总动脉碘浓度比值、能谱曲线斜率值与研究组患者相比，无统计学差异存在（ $P>0.05$ ）。结论：在甲状腺良恶性病变的诊断中开展双源 CT 能谱曲线与碘浓度相结合的方式，能够获得较为清晰和准确的结节性甲状腺肿和甲状腺癌平扫时动脉期和静脉期的能谱曲线斜率以及碘浓度情况数据，并通过对影像资料和数据的分析实现对病情准确判断，从而制定针对性的方案对患者实行及时有效的救治，应用价值较高。

关键词：良恶性病变；甲状腺；碘浓度；CT 扫描能谱曲线

甲状腺是位于人体的胸部和喉部之间的位置，属于人体的内分泌器官，甲状腺病变类型分为良性和恶性两种^[1]。良性的甲状腺病称为结节性甲状腺肿，恶性甲状腺病变成为甲状腺癌^[2]。结节性甲状腺肿在发病早期症状不明显，病情发展至一定阶段会有压迫症状以及甲状腺功能亢进等临床表现，目前临床上主要采取手术和补碘的方式进行治疗，疗效确切^[3-5]。甲状腺癌临床主要特征为无痛性颈部结节或肿块，治疗方式以手术为主，治疗期限为终身治疗，因病情较为严重，治疗难度大，预后效果不理想^[6-7]。在发病早期对甲状腺病变进行良恶性的诊断有利于对症下药，准确地进行治疗方案的制定和落实，对疾病的治疗具有非常关键的作用和意义。现阶段来说，病理学检查是临床诊断甲状腺良恶性病变的主要方式，虽然具有较高的确诊率，但无法避免损伤患者的机体，具有一定的弊端^[8]。

Computed tomography CT 双源计算机断层扫描英文简称 CT 是指利用计算机及探测器对人体局部进行断面扫描，以获得能谱曲线和硝基图像，图像较为清晰、方便快捷。在胃癌淋巴结转移、肾透明细胞癌分化程度等疾病的诊断中应用频率较高。碘浓度在甲状腺摄碘功能的检测中应用较为广泛，借助检测结果可以对病变的进展情况进行分析^[9-10]。此次研究通过对我院于 2020 年 1 月至 2022 年 1 月时间段内收治的 30 例甲状腺癌患者和同期 30 例结节性甲状腺肿患者进行双源 CT 检查和碘浓度检测来探讨分析碘浓度和双源 CT（计算机断层扫描）能谱曲线与碘浓度在甲状腺良恶性病变中的应用价值。详细情况见下文。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究对象择取我院于 2020 年 1 月至 2022 年 1 月时间段内收治的 30 例甲状腺癌患者纳入研究组的范畴，选择同期 30 例结节性甲状腺肿患者纳入参照组的范畴，两组患者均接受双源 CT 检查并经临床症状推理及病理学检查确诊。研究组患者的年龄范围为 42-79（ 58.02 ± 3.29 ）岁；男性患者、女性患者各 16 例、女性 14 例。参照组患者的年龄范围为 44-80（ 58.62 ± 3.30 ）岁；男性患者、女性患者分别为 15 例、15 例，将两组患者的基础资料纳入统计学软件中进行组间对比发现无统计学差异存在（ $P>0.05$ ），符合研究资料的一般要求。本次研究向医院所在伦理委员会提出申请并获得通过后执行。

1.2 纳入及排除标准

1.2.1 纳入标准：①两组患者均符合《甲状腺结节和分化型甲状腺癌诊治指南》的相关标准并经病理学检查确诊；60 例患者均：②临床资料完善；③无研究相关检查禁忌证合并者；④60 例患者及家属均签署知情同意协

议。

1.2.2 排除标准：①合并有免疫系统疾病者；②既往有甲状腺疾病治疗史者；③病变发生大面积钙化者；④临床资料不完善者；⑤不配合治疗者。

1.3 方法

两组患者均接受双源 CT 检查，检查仪器为德国西门子品牌双源炫速 CT 机。扫描方式为双能量扫描模式平扫和增强扫描。当增强扫描经肘静脉时，将 100mL 左右的非离子型对比剂（欧乃派克）以 2.5~3.0mL/s 的速度借助高压注射器向肘静脉注入，追踪点从颈总动脉处开始设置，颈总动脉的 CT 值参数调整为 100HU，接着选择同层动态模式扫描程序对动脉期进行持续 20s 的扫描、对静脉期进行持续 40s 的扫描，扫描部位同增强。扫描参数设置：120 千伏，180 毫安。准直器宽度设置为 5 毫米。平扫参数设置：电流（250 毫安），电压（120 千伏），螺距（1.08 毫米），矩阵（ $512*512$ ），重建层（5 毫米），持续扫描 6 秒。

图像处理和分析：使用仪器专用软件对所得图像资料进行分析和处理，使用 Monoenergetic 软件处理甲状腺能谱曲线（40~190keV）；使用 liverVNC 软件处理以碘为基物质的碘密度图像，安排两位副主任医师对甲状腺与颈总动脉碘浓度比值、曲线斜率、碘浓度、分别进行计算和测量。

病理学检查：两组患者分别采集各自病灶处的组织样本，以病理学检查结果作为金标准，交与实验室开展病理诊断。

1.4 观察及评价指标

对两组患者的双源 CT 平扫时能谱曲线斜率值及碘浓度、动脉期及静脉期的能谱曲线斜率值及甲状腺与颈总动脉碘浓度比值情况进行组间比较和分析。

1.5 统计学方法

数据分析和处理借助 SPSS24.0 版本的统计学软件进行，使用 t 对计量资料均数标准差进行验证，使用卡方对计数资料百分比进行验证，当结果为 $P<0.05$ 时，提示组间数据比较存在统计学参比意义。

2 结果

2.1 对比两组双源 CT 平扫时能谱曲线斜率值和碘浓度情况（见表 1）

经双源 CT 平扫时，参照组患者的碘浓度水平、能谱曲线斜率值与研究组相比均明显较高，组间数据比较差异显著（ $P<0.05$ ）。

表 1 对比两组双源 CT 平扫时能谱曲线斜率值和碘浓度情况

分组	甲状腺碘浓度 /HU	能谱曲线斜率值
研究组（n=30）	32.38±9.74	1.70±0.26

参照组 (n=30)	45.06±7.28	2.92±0.60
t	5.566	10.219
p	0.000	0.000

2.2 对比两组动脉期能谱曲线斜率值和甲状腺与颈总动脉碘浓度比值情况 (见表2)

参照组患者动脉期的甲状腺与颈总动脉碘浓度比值以及能谱曲线斜率值相对于研究组明显较高, 组间数据比较差异显著 (P<0.05)。

表2 对比两组动脉期能谱曲线斜率值和甲状腺与颈总动脉碘浓度比值情况

分组	甲状腺与颈总动脉 碘浓度比值	能谱曲线斜率值
研究组 (n=60)	0.26±0.07	2.95±1.13
常规组 (n=60)	0.41±0.06	5.26±2.15
t	8.911	5.209
p	0.000	0.000

2.3 对比两组静脉期能谱曲线斜率值和甲状腺与颈总动脉碘浓度比值情况 (见表3)

两组患者静脉期的甲状腺与颈总动脉碘浓度比值、能谱曲线斜率值与研究组患者相比, 无统计学差异存在 (P>0.05)。

表3 对比两组静脉期能谱曲线斜率值和甲状腺与颈总动脉碘浓度比值情况

分组	甲状腺与颈总动脉 碘浓度比值	能谱曲线斜率值
研究组 (n=60)	0.43±0.06	4.95±2.08
常规组 (n=60)	0.42±0.08	5.06±2.30
t	0.548	0.194
p	0.586	0.845

3 讨论

结节性甲状腺肿是一种良性病症, 经过对症治疗可以实现痊愈。碘摄入因素以及电离辐射因素可能会引发甲状腺细胞病变引发甲状腺癌, 治疗方式为手术切除以及放疗, 治疗周期长、治愈率较低, 复发率高^[11-15]。随着经济的发展和环境的变化, 甲状腺良性病变近些几年来发病率呈现不断上涨的趋势。在疾病早期能及时地进行必要的诊断, 能够帮助患者抓住最佳的治疗时机, 采取针对性的治疗, 以提高患者的生存率和生活质量^[16-18]。病理学检查的方式及通过手术的方式来诊断甲状腺的良恶性, 虽然诊断效果准确, 但手术繁琐且比较耗时, 对患者的机体和心理都会形成创伤^[19-20]。

双源CT扫描恰巧弥补了这一缺陷^[21]。通过对甲状腺病变组织的平扫和增强扫描获得以碘为基物质的图像和能谱曲线斜率, 从而对病灶区域的碘摄取能力及其碘浓度值进行准确的判断, 对病变情况进行准确的把握^[22]。从而在此基础上制定针对性的治疗方案, 实效及时有效的救治^[23]。此次研究发现: 经双源CT平扫时, 参照组患者的碘浓度水平、能谱曲线斜率值与研究组相比均明显较高; 参照组患者动脉期的甲状腺与颈总动脉碘浓度比值以及能谱曲线斜率值相对于研究组明显较高, 组间数据比较均差异显著 (P<0.05); 两组患者静脉期的甲状腺与颈总动脉碘浓度比值、能谱曲线斜率值与研究组患者相比, 无统计学差异存在 (P>0.05),

综上, 在甲状腺良恶性病变的诊断中开展双源CT能谱曲线与碘浓度相结合的方式, 能够获得较为清晰和准确的结节性甲状腺肿和甲状腺癌平扫时动脉期和静脉期的能谱曲线斜率以及碘浓度情况数据, 并通过对影像资料和分析实现病情准确判断, 从而制定针对性的方案对患者实行及时有效的救治, 应用价值较高。

参考文献:

[1] 颜珊, 覃丽英, 劳兰玉, 陆仁军. 超声在甲状腺良恶性病变中的诊断价

值分析[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2021, 38 (01): 11-13.

[2] 杨志强, 周涛, 刘卫, 林光耀. 双源CT能谱曲线与碘浓度在甲状腺良恶性病变中的应用价值[J]. 深圳中西医结合杂志, 2021, 31 (13): 88-90.

[3] 王丽杰, 刘辉, 王南, 张楠, 包迪, 张惠敏, 张前翔. 甲状腺结节钙化超声分型在鉴别诊断甲状腺良恶性病变中的应用价值[J]. 影像研究与医学应用, 2021, 5 (18): 182-183.

[4] 潘冬梅, 李正腾, 王敏, 等. 双源CT双能量扫描测定甲状腺碘浓度, 体积及总碘含量的价值(J), 医学影像学杂志, 2020, 30 (3): 375-377, 531.

[5] 李正腾, 王敏, 潘冬梅, 等. 双源CT测定甲状腺碘含量与甲状腺功能的相关性(J), 中国医学影像技术, 2020, 36 (4): 610-613.

[6] 吴城炜, 邹大中, 缪伎玄, 等. 超声引导下FNAC与ARHI印迹基因检测在甲状腺结节良恶性病变鉴别诊断中的比较研究(J), 中国超声医学杂志, 2019, 35 (10): 877-879.

[7] 王永清, 宋慧茹. 甲状腺钙化超声分型对甲状腺结节良恶性病变的鉴别诊断的临床意义[J]. 影像研究与医学应用, 2020, 4 (03): 192-194.

[8] 林波, 郭华, 杨馨. 甲状腺良恶性病变的螺旋CT特征表现及与病理基础的相关性研究[J]. 中国CT和MRI杂志, 2020, 18 (02): 84-87.

[9] 李红艳, 王艳云, 肖春影. 甲状腺钙化超声分型对甲状腺结节良恶性病变的鉴别诊断价值[J]. 泰山医学院学报, 2020, 41 (06): 427-429.

[10] 张爱丽, 张丹丹, 刘亮洪, 等. 细胞角蛋白19, 半乳糖凝集素3, 甲状腺过氧化物酶和CD56对甲状腺良恶性病变鉴别诊断的价值(J), 江苏医药, 2017, 43 (10): 716-718.

[11] 苏昭凤. 甲状腺良恶性病变功能MRI成像研究[D]. 苏州大学, 2018.

[12] 郭继云. SWE、SMI联合TI-RADS分级对甲状腺结节良恶性病变的诊断价值分析[J]. 中国医学工程, 2022, 30 (01): 106-108.

[13] 余任辉, 陈惠林, 王宋浩. 甲状腺良恶性病变的CT征象差异性比较[J]. 中国CT和MRI杂志, 2018, 16 (05): 40-42.

[14] 冯军, 章晓赞, 陈娟. 彩超联合弹性成像及促甲状腺激素水平对甲状腺良恶性病变的诊断价值[J]. 影像研究与医学应用, 2018, 2 (17): 209-211.

[15] 李劲松. 甲状腺钙化超声分型对甲状腺结节良恶性病变的鉴别诊断价值探讨[J]. 中国医疗器械信息, 2018, 24 (14): 84-85+93.

[16] 于潇. 超声造影、MSCT及细针穿刺在甲状腺结节良恶性病变诊断中的应用[J]. 中国CT和MRI杂志, 2018, 16 (08): 37-39.

[17] 刘涛. 甲状腺钙化超声分型对甲状腺结节良恶性病变鉴别诊断的分析[J]. 中国疗养医学, 2017, 26 (09): 930-932.

[18] 贾丽. 超声弹性及断层成像对甲状腺良恶性病变的诊断价值[J]. 国外医学(医学地理分册), 2019, 40 (02): 178-181.

[19] 熊虎, 高小瞻. 超声量化评分法和超声弹性成像技术在甲状腺占位性病变良恶性中鉴别诊断中的价值(J), 中国医师杂志, 2019, 21 (12): 1833-1836.

[20] 陶迅, 童清平, 杜欢, 等. 超声联合弹性成像及促甲状腺激素水平对甲状腺良恶性病变的诊断价值(J). 东南国防医药, 2018, 20 (3): 232-235.

[21] 贾颖超, 杨章慧, 吕信笑, 等. 多种超声征象联合检测在甲状腺结节良恶性病变中的鉴别应用价值(J), 中华全科医学, 2018, 16 (5): 816-819.

[22] 金弋人, 韩丹, 赵雯, 等. 双源CT平扫碘值联合TSH诊断良恶性甲状腺结节的价值(J). 临床放射学杂志, 2018, 37 (4): 591-595.

[23] 周艳, 罗枫, 伍世钢, 等. TP0, HBME-1, CK19, Galectin-3, CyclinD1检测在甲状腺良恶性病变中的鉴别诊断价值(J) 海南医学, 2020, 31 (1): 27-30.

螺内酯联合美托洛尔治疗心衰的有效性及对患者神经内分泌因子的影响

祁超

北京市延庆区医院（北京大学第三医院延庆医院） 北京 102100

摘要：目的：了解螺内酯+美托洛尔治疗心衰的具体情况，评价对治疗效果及神经内分泌因子水平的影响。方法：选择本院诊疗的 178 例心衰患者为探究主体，应用数字单盲法实施分组，运用数字单盲法进行分组，患者纳入本研究的日期是 2020 年 8 月-2021 年 8 月，其中 89 例作为参照组予以常规治疗，剩余 89 例作为观察组予以螺内酯+美托洛尔治疗，评价组间临床效果、神经内分泌因子、心功能、血管内皮功能、不良反应发生率。结果：对比组间临床效果发现，观察组明显较参照组高， $P<0.05$ ；对比组间神经内分泌因子发现，观察组明显较参照组低， $P<0.05$ ；对比组间心功能指标发现，观察组明显优于参照组， $P<0.05$ ；对比组间血管内皮功能发现， $P<0.05$ ；对比不良反应发生率发现，观察组明显较对比组低， $P<0.05$ 。结论：予以心衰患者螺内酯+美托洛尔治疗的效果较为显著，可显著改善机体神经内分泌因子与血管内皮功能，可促进心功能提高，且药物不良反应较少，用药疗效与安全性均值的认可。

关键词：螺内酯；美托洛尔；心衰；有效性；神经内分泌因子；影响

心衰指的是各类原因造成心脏结构或者心功能异常改变，可造成心室舒张、收缩功能障碍的一种综合征。心衰患者主要症状是液体潴留、疲乏、呼吸困难等。心衰为心血管疾病的终末期，由于机体心脏排血功能明显降低，排血量显著不足，难以满足机体正常运转需要，故对机体生活质量、生命安全存在较为严重的影响。螺内酯属于利尿剂，可对醛固酮水平进行抑制，进而发挥抗心衰作用，但是研究发现长期服用该药物效果并不显著，且极易造成不良反应^[1]。美托洛尔为 β 受体阻滞剂，可对交感神经造成的血管收缩进行抑制，减慢心率并减轻性肌张力，同时还可降低血液黏稠度与心肌耗氧量，可促进心室功能改善。联合应用螺内酯、美托洛尔治疗心衰具有更为理想的效果，可降低心肌肥厚、增生、过度氧化，能够延缓心肌凋亡^[2]。本研究采取螺内酯+美托洛尔治疗心衰，同时选择医院在 2020 年 8 月-2021 年 8 月期间诊疗的 178 例患者实施分析，旨在了解该治疗方案对临床效果、神经内分泌因子、心功能、血管内皮功能、不良反应发生率的影响，具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

178 例心衰患者纳入本研究的时间是 2020 年 8 月-2021 年 8 月，研究分组方式为数字单盲法，其中 89 例纳入观察组，剩余 89 例纳入参照组。参照组中年龄是 63~82 岁，平均 (72.59 ± 3.72) 岁；31 例小学文化，34 例初中文化，24 例高中及以上文化；病程是 1-6 年，平均 (3.02 ± 0.67) 年；体质量为 $21\sim26\text{kg/m}^2$ ，平均 $(23.53\pm1.39)\text{kg/m}^2$ ；男女比例是 45: 44。观察组中年龄是 62~83 岁，平均 (72.56 ± 3.49) 岁；35 例小学文化，30 例初中文化，24 例高中及以上文化；病程是 2-5 年，平均 (3.02 ± 0.81) 年；体质量为 $22\sim25\text{kg/m}^2$ ，平均 $(23.53\pm1.18)\text{kg/m}^2$ ；男女比例是 47: 42。经 SPSS24.0 软件比较各项资料，未发现差异 ($P>0.05$)。

1.2 研究标准

纳入标准：全部患者均符合伦理道德要求，获得了《世界医学会赫尔辛基宣言》验证；诊疗资料完整，可为顺利研究提供保障；疾病诊断参考《内科学》中有关标准^[3]；患者与家属均对研究表示同意且自愿签署同意书；年龄 ≥ 60 岁；经心脏彩超检查确诊；心功能分级是 II-IV 级。

剔除标准：凝血障碍；血液系统或者传染性疾病；恶性肿瘤；自身代谢性疾病；免疫系统疾病；严重过敏体质；中途转院或者退出治疗；精神类疾病或者认知功能异常；诊疗资料丢失。

1.3 方法

予以参照组常规治疗，主要为强心、利尿、扩张血管等，以此为基础

予以观察组螺内酯（H20093097；国药集团容生制药有限公司）+美托洛尔（H32055391；阿斯利康制药有限公司）治疗，螺内酯服用剂量是 20mg，每日 1 次，持续服用 3 个月；美托洛尔服用剂量为 25mg，每日 2 次，可根据病情增加剂量，最大剂量 $\leq 100\text{mg}\cdot\text{d}$ ，持续用药 3 个月。

1.4 观察指标

（1）临床效果。以患者临床症状、神经内分泌因子、心功能、血管内皮功能为判定依据，了解临床效果，判定要求是无效、显效、有效，总有效率=（显效数+有效数）/总例数。（2）神经内分泌因子。治疗前后抽取患者 10ml 静脉血检测 Aldo（醛固酮）、AngII（血管紧张素 II）、NT-proBNP（末端 B 型脑钠肽）。（3）心功能。治疗前后均予以心脏彩超（SIEMENS）检查，对比射血分数（LVEF）、左室后壁厚度（LVPWT）、左室舒张末期内径（LVEDD）。（4）血管内皮功能。治疗前后抽取患者 5ml 静脉血，以全自动生化分析仪检测 TXB2（血栓素 B2）、NO（一氧化氮）、ET-1（血管内皮素-1）。（5）不良反应发生率。比较组间用药后恶心呕吐、心律失常、头痛头晕的发生率。

1.5 统计学处理

使用 SPSS23.0 软件开展数据分析工作，运用相对数“ $n/(\%)$ ”表示计数资料，组间差异行“ χ^2 ”检验，运用“ $\bar{x}\pm s$ ”表示计量资料（符合正态分布），组间差异行“ t ”检验， $P<0.05$ 说明存在差异。

2 结果

2.1 临床效果分析

表 1 临床效果数据提示，观察组、参照组间治疗总有效率具有明显差异， $P<0.05$ 。

表 1：临床效果分析量表 $n/(\%)$

组别	无效	显效	有效	总有效率
观察组 (n=89)	3 (3.37)	22 (24.72)	64 (71.91)	86 (96.63)
参照组 (n=89)	10 (11.24)	34 (38.20)	45 (50.56)	79 (88.76)
χ^2	--	--	--	4.066
P	--	--	--	0.043

2.2 神经内分泌因子水平分析

观察组治疗后的 Aldo、AngII、NT-proBNP 水平均明显较参照组低， $P<0.05$ ，统计数据见表 2。

表 2: 神经内分泌因子水平分析量表 ($\bar{x} \pm s$)

组别	Aldo (pmol/l)		AngII (pg/mL)		NT-proBNP (pg/mL)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=89)	874.53±60.91	554.26±51.92	150.49±18.57	65.49±7.68	2091.36±351.28	791.46±50.62
参照组 (n=89)	874.38±60.52	581.39±51.49	150.48±18.62	58.79±7.83	2091.76±352.47	839.72±52.63
t	0.016	3.500	0.003	5.763	0.007	6.234
P	0.986	0.0100	0.997	0.000	0.994	0.000

2.3 心功能分析
比较观察组、参照组治疗前的 LVEF、LVPWT、LVEDD 水平均无统计学差异, $P>0.05$; 对比治疗后的水平发现存在差异, 观察组显著优于参照组, $P<0.05$, 见表 3。

表 3: 心功能分析量表 ($\bar{x} \pm s$)

组别	LVEF (%)		LVPWT (mm)		LVEDD (mm)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=89)	41.28±5.27	53.28±5.72	13.28±1.34	8.96±0.72	66.58±5.48	48.73±3.49
参照组 (n=89)	41.37±5.41	50.09±5.69	13.41±1.28	9.73±0.78	66.51±5.71	50.09±3.62
t	0.112	3.730	0.661	6.843	0.083	2.551
P	0.910	0.000	0.509	0.000	0.933	0.011

2.4 血管内皮功能分析
表 4 中数据提示, 观察组、参照组间治疗前的 TXB2、NO、ET-1 水平均无统计学差异, $P>0.05$; 治疗后观察组 NO 水平较参照组低, ET-1、TXB2 水平较参照组高, $P<0.05$ 。

表 4: 血管内皮功能分析量表 ($\bar{x} \pm s$)

组别	TXB2 (pg/ml)		ET-1 (ng/L)		NO (umol/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=89)	355.47±60.71	234.43±33.47	147.64±7.37	95.71±6.38	42.86±3.69	60.74±5.42
参照组 (n=89)	355.38±59.53	258.45±35.24	147.78±7.69	114.64±7.13	42.64±3.59	55.13±5.58
t	0.009	4.662	0.123	18.665	0.140	6.805
P	0.992	0.000	0.901	0.000	0.687	0.000

2.5 不良反应情况分析

观察组用药后出现 1 例恶心呕吐, 1 例头痛头晕, 不良反应发生率仅为 2.25%, 参照组用药后出现 4 例恶心呕吐, 3 例头痛头晕, 2 例心律失常, 不良反应发生率为 10.11%。观察组不良反应率明显较参照组低 ($\chi^2=4.748$, $P=0.029$)。

3 讨论

流行病学数据发现, 我国 35-74 岁人群中心衰的发病率达到了 0.9%, 且疾病发生率随着年龄增加而上升, 70 岁以上人群患病率更为显著。近年来受我国人口老龄化加剧与生活方式改变的影响, 心衰的临床发生率不断升高, 若患者未及时治疗, 可导致心肌损伤加剧, 心功能严重降低, 对患者生命安全存在严重威胁^[4]。研究表明, 心衰的发生根源为神经内分泌系统过度激活造成“心肌重塑”, 发病后机体心排出血量减少, 机体神经体液机制实施代偿, 主要表现为交感神经兴奋性增强、RAAS (激活肾素—血管紧张素—脑钠肽系统)、多种体液因子 (脑钠肽、心钠肽、抗利尿激素) 参与, 起初可通过代偿发挥作用, 但是 RAAS 系统过度激活与交感神经长期兴奋, 极易造成心肌能量供应、利用障碍, 可造成心肌纤维化、细胞坏死, 心脏功能快速失去代偿, 最终可造成心肌功能耗竭^[5]。目前认为生物学模式治疗可延缓心衰, 为改善心功能的关键, 可阻断心肌重塑与神经内分泌^[6]。

予以心衰患者螺内酯后, 可竞争性结合醛固酮受体, 进而阻断血管紧张素转换酶抑制剂, 能够促进排尿, 减轻心脏前负荷, 合理应用后可有效降低心脏事件风险^[7]。此外, 螺内酯还可在一定程度上改善患者血管内皮功能, 促进一氧化氮合成, 药物可扩散在平滑肌细胞间, 能够促进平滑肌细胞松弛, 提高血液流通, 有利于纠正神经内分泌系统紊乱状态, 但是单纯采取该药物治疗的效果并不理想^[8]。美托洛尔属于 β 受体阻滞剂, 对于机体呼吸道并无较大影响, 可抑制交感神经导致的血管收缩, 减小外周循环阻力并减轻心脏负荷^[9]。美托洛尔还可降低心肌张力与心率, 可促进心室舒张功能改善, 能够抑制去甲肾上腺素活性, 预防氧化过度, 对于心

肌分后、增生存在阻碍^[10]。联合两种药物后可发挥更为显著的效果, 对延缓疾病进展, 改善预后具有重要作用。

综上所述, 予以心衰患者螺内酯+美托洛尔治疗的效果较为显著, 可显著改善机体神经内分泌因子与血管内皮功能, 可促进心功能提高, 且药物不良反应较少, 用药疗效与安全性均值的认可。

参考文献:

[1]吴聪聪.沙库巴曲缬沙坦联合螺内酯、美托洛尔治疗左室射血分数保留心衰患者的疗效观察[J].检验医学与临床,2022,19(04):548-550.
[2]费艳丽.曲美他嗪、美托洛尔联合螺内酯治疗对慢性心衰患者心功能、炎症因子及 N-proBNP 水平的影响[J].当代医学,2022,28(05):28-31.
[3]任锋,张亭.螺内酯联合美托洛尔治疗心衰的有效性以及对患者神经内分泌因子的影响[J].贵州医药,2021,45(01):58-60.
[4]王红丽,孙洁,李云妮.美托洛尔与螺内酯在 DCM 合并心衰患者中的疗效分析[J].贵州医药,2020,44(02):265-266.
[5]孙桂兰.螺内酯联合贝拉普利、美托洛尔治疗慢性心力衰竭疗效分析[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(A4):248-278.
[6]孙文霞.美托洛尔联合螺内酯治疗慢性心力衰竭患者的临床疗效[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(27):38-41.
[7]张斌.美托洛尔联合螺内酯对慢性心衰患者的应用及患者左心室射血分数的影响[J].湖南师范大学学报(医学版),2019,16(04):7-10.
[8]李传荣.美托洛尔联合螺内酯治疗慢性心力衰竭的临床疗效及对心功能的影响[J].海峡药学,2019,31(02):190-192.
[9]崔莹.螺内酯联合美托洛尔治疗老年慢性心力衰竭疗效分析[J].北方药学,2019,16(01):108-109.
[10]魏刚,房万菊,周湘忠等.螺内酯联合美托洛尔对老年慢性心力衰竭病人左室重构及心功能的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2018,16(04):451-455.

莫沙必利联合奥美拉唑治疗老年反流性食管炎

霍丽

泰山景区疾病控制中心 山东泰安 271000

摘要：目的：探究在老年反流性食管炎患者中使用莫沙必利联合奥美拉唑治疗分析。方法：甄选 2020 年 1 月~2021 年 3 月在泰安市中心医院接受反流性食管炎治疗的老年患者 63 例，根据门诊就诊的单双号，随机进行分组，即实验组（n=32）、常规组（n=31）。实验组采用莫沙必利联合奥美拉唑，常规组采用奥美拉唑。对比两组治疗效果、症状改善、胃肠激素水平情况和生活质量。结果：在治疗效果方面，实验组总疗效高于常规组，数据有明显差异，有统计学意义，（ $P<0.05$ ）。在治疗后症状评分方面，实验组 8.89 ± 1.89 低于常规组 19.56 ± 0.99 ，数据有明显差异，有统计学意义，（ $P<0.05$ ）。在治疗后，胃肠激素评分方面，胃泌素实验组 97.99 ± 1.67 高于常规组 84.03 ± 1.21 ；在胃动素方面，实验组 151.96 ± 0.57 高于常规组 138.24 ± 1.86 ，数据有明显差异，有统计学意义，（ $P<0.05$ ）。在生活质量方面，实验组数据高于常规组（ $P<0.05$ ）。结论：在老年反流性食管炎患者中，采用莫沙必利联合奥美拉唑药物，提升患者治疗效果，促进其临床症状、生活质量改善，提升患者胃肠激素水平，值得在临床中推广使用。

关键词：莫沙必利；奥美拉唑；反流性食管炎

反流性食管炎是一种消化性疾病，在白种人男性患者为主，常见于欧美国家中，主要是由于患者的胃部以及十二指肠中容物发生反流情况后，其食管方面发生炎症性病变，在内镜中可以看出，患者的食管黏膜出现破损状况。中老年人发病率较高，其与遗传和环境有较大的关联性^[1]。由于老年人随着年龄的增加会导致其身体中的食管括约肌受到一定功能性障碍，对其食管反流的抵抗能力较弱，从而引发其食管受损。本次研究通过对 2020 年 1 月~2021 年 3 月期间在泰安市中心医院接受反流性食管炎治疗的老年患者采用莫沙必利联合奥美拉唑治疗，探究其效果，结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

甄选 2020 年 1 月~2021 年 3 月在泰安市中心医院接受反流性食管炎治疗的老年患者 63 例，根据门诊就诊的单双号，随机进行分组，即实验组（n=32）、常规组（n=31）。实验组，男性患者 17 例，女性患者 15 例，年龄在 59~75 岁，平均年龄为（ 67.00 ± 2.70 ）岁。常规组，男性患者 13 例，女性患者 18 例，年龄在 60~77 岁，平均年龄为（ 68.00 ± 2.70 ）岁。两组一般资料对比（ $P>0.05$ ）。具有可比性。研究经本院伦理学批准。

纳入标准：（1）研究选取的反流性食管炎者均符合胃食管反流性疾病的判断标准^[2]；（2）患者 3 个月时间内，未使用其他药物治疗；（3）患者年龄 ≥ 59 岁；（4）签署知情同意书。

排除标准：（1）患有其他重大器官性疾病；（2）患有消化系统疾病；（3）对本次研究选用药物过敏；（4）患者资料不完整。

1.2 方法

常规组：采用奥美拉唑肠溶胶囊（山东莱阳生物化学制药厂生产，批准文号：国药准字 H20074104）规格为 20 毫克，消化性溃疡患者每次 1 粒，每天一次，反流性食管炎一次为 20~60 毫克。

实验组：在常规组基础上服用莫沙必利（上海新黄河制药有限公司生产，批准文号：国药准字 H20173152）规格为 5 毫克，口服每次一粒，每日 3 次。饭前服用。

治疗周期为 30 天。

1.3 观察指标

①对比治疗效果：显效则为临床症状消失，胃镜检查结果呈现阴性，其受损黏膜得到愈合。有效临床症状部分得到改善，胃镜检查结果呈现阴性，受损黏膜开始愈合。无效则为临床症状无改善，甚至有恶化趋势；胃镜检查，呈现阳性，受损黏膜未出现任何变化。总有效病例数=显效病例数+有效病例数

②对两组患者治疗症状评分情况统计和记录，当患者出现，反流、胸骨后疼痛、泛酸、烧灼感等病症进行记录，症状评分在 0-10 分间，以反流情况为例，2 分表明患者有轻微症状，3 分表明 4 分表明有症状发生，并影响患者生活。以此类推。分数越接近 10 分，患者症状越为严重。

③对两组患者胃肠激素水平记录，主要有胃肠激素其由 G 细胞分泌。胃动素，为消化道激素。

④生活质量：根据 SF-36 生活质量通用量表进行评估，主要从 8 个维度对患者评估，分值范围在 0-100 分之间，得分越高，说明患者生活质量越好。

1.4 统计学处理

SPSS 25.0 为统计学软件，计量资料以%表示，采用卡方检验，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 t 检验，以 $P<0.05$ ，说明数据比较存在差异性。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果对比

在治疗效果方面，实验组显效 18 例，有效 13 例，无效 1 例，治疗总疗效率 96.88%，常规组显效 13 例，有效 9 例，无效 9 例，治疗总疗效率 70.97%，数据有明显差异（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 两组患者治疗效果对比[n, (%)]

小组	显效	有效	无效	总疗效率
常规组 (n=31)	13 (41.94)	9 (29.03)	9 (29.03)	22 (70.97)
实验组 (n=32)	18 (56.25)	13 (41.94)	1 (3.13)	31 (96.88)
χ^2	-	-	-	7.914
P	-	-	-	0.005

2.2 两组患者治疗后临床症状评分对比

在临床症状评分方面，实验组反流情况、胸骨后疼痛、泛酸、烧灼感均低于常规组，数据有明显差异（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 治疗后临床症状评分对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

小组	反流情况	胸骨后疼痛	泛酸	烧灼感	总分
常规组 (n=31)	6.23 $\pm$ 0.98	5.79 $\pm$ 0.89	5.11 $\pm$ 0.79	4.39 $\pm$ 0.66	19.56 $\pm$ 0.99
实验组	1.32 $\pm$ 0.77	2.55 $\pm$ 0.61	1.33 $\pm$ 0.27	1.07 $\pm$ 0.34	8.89 $\pm$ 1.89

(n=32)

t 值	22.151	16.901	25.575	25.215	27.934
P 值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 两组患者治疗前后胃泌素水平对比

在治疗前, 两组患者胃泌素以及胃动力水平值无明显差异 ($P>0.05$)。在治疗后, 实验组胃泌素和胃动素水平高于常规组, 数据有明显差异 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 胃泌素水平对比 ($\bar{x} \pm s$, pg/ml)

组别	胃泌素		胃动素	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组 (n=31)	46.23±2.96	84.03±1.21	121.79±0.61	138.24±1.86
实验组 (n=32)	46.46±2.71	97.99±1.67	121.46±0.97	151.96±0.57
t 值	0.322	37.891	1.610	39.849
P 值	0.749	<0.001	0.112	<0.001

2.4 两组患者生活质量评分对比

在生活质量评分方面, 实验组各项生活质量评分均比常规组更高, 数据有明显差异 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4 生活质量评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	实验组 (n=32)	常规组 (n=31)	t 值	P 值
生理功能	78.27±8.81	62.19±6.22	8.344	<0.001
躯体疼痛	72.91±7.54	60.89±6.46	6.785	<0.001
社会功能	82.83±8.33	72.67±6.28	5.453	<0.001
情感职能	68.71±7.15	56.87±5.98	7.118	<0.001
精神健康	75.19±8.24	63.57±6.08	6.353	<0.001
总体健康	85.94±7.38	72.16±5.32	8.478	<0.001
生命活力	84.37±5.38	79.29±5.12	3.837	<0.001
心理健康	72.68±4.19	68.64±4.11	3.862	<0.001

3 讨论

反流性食管炎是指患者的胃和十二指肠内容物流回食管, 引起食管粘膜产生炎症和溃疡。当患者的胃肠道内容物流回食道时, 食道不能迅速清除这些物质, 导致反流停留在食道内。含有的胃酸、胆汁酸、胃蛋白酶等物质, 会损伤食管粘膜, 最终导致患上反流性食管炎。这种疾病可能发生在任何年龄组的人, 并随着年龄的增长, 发病率也上升。部分长者、肥胖人士、长期吸烟人士、酗酒人士及精神压力高的人士等, 是该病的高发人群。大部分反流性食管炎患者会并发胃炎、消化性溃疡、食管裂孔疝及其他消化系统疾病。因此, 减轻患者的临床症状, 减少胃内容物对食管粘膜的损害, 抑制胃酸, 调节胃肠道功能是治疗的关键所在。

莫沙必利为选择性 5-羟色胺受体性激动药物, 其对乙酰胆碱的释放有重要的作用, 其可对胃肠道进行持续刺激。进而使其发挥功能性作用, 从而对患者功能进行改善, 提升患者胃肠道消化能力, 但这种药物对胃酸的分泌无其他影响。当患者口服治疗后, 吸收较为快速, 促使胃肠道功能出现肝、肾局部组织中的药物浓度较高, 患者脑部几乎没有, 当患者服用 0.8 小时后, 其需要浓度达到峰值, 药物的半衰期处于 2 小时。其药物代谢主要经尿液以及粪便进行排泄。但服用这种药物后, 会有部分患者发生腹泻或者腹痛的情况, 以及皮疹和头晕的情况发生。

奥美拉唑药物, 对于抑制胃酸分泌的质子泵抑制剂, 其在胃蛋白酶分

泌中抑制, 对患者胃粘膜血流量的改变较不明显, 对患者体温以及胃腔温度, 以及静脉血红蛋白分压等指标没有产生任何影响。其主要用于十二指肠和反流性食管炎^[3-4]。其主要作用为对胃粘膜选择性的作用, 抑制其胃壁中的细胞以及顶端膜构成分泌性微管中 ATP 酶的活性, 进而对患者胃酸的分泌进行抑制, 作用效果较为迅速, 抑酸能力较强, 这种药物非竞争性抑制促胃液素, 刺激神经, 进而引发胃酸的分泌, 并且不受胆碱以及 H₂ 受体影响, 其作用较为迅速, 具有可逆性^[5-6]。并且在患者使用后不会受到 H₂ 受体拮抗剂影响, 降低其精神方面副作用发生。当患者使用该种药物后, 其通过对患者体内的胃蛋白酶分泌进行抑制, 在对胃粘膜血流量改变不明显, 对患者的体温无任何影响, 其药物有较强的抑制基础胃酸以及食物影响胃酸的分泌^[7-8]。

本研究表明, 患者在接受药物治疗后, 较比于常规组, 实验组效果较为明显, 提升患者的恢复, 缓解患者的症状, 降低症状继续发现, 促进胃肠激素水平恢复正常, 生活质量评分较高, $p<0.05$, 具有统计学意义。分析原因是为奥美拉唑属于 H⁺-K⁺-ATP 酶的抑制剂, 它是一种强力的酸抑制剂。服用 20mg 剂量之后, 能够维持 19min 左右胃中 pH 值为 3, 创造良好的低酸环境。莫沙必利是一种新型的胃动力药物, 具有强大的选择性受体激动剂, 可激活胃肠肌的 5-HT₄ 受体, 增加释放乙酰胆碱, 继而将胃排空。本次研究还存在一定不足之处, 因为所选例数较少, 研究时间较短, 所以在研究结果上, 与实际会有少许偏差。除此之外, 由于不同患者之间, 心理状态有所不同, 所以对结果产生一些影响。但是由于在年龄等方面, 两组无显著差异, 所以研究结果具有准确度。患者由于文化程度有所不同, 所以医生在讲述疾病及一些注意事项方面, 患者理解能力有所偏差, 也会影响结果。未来会更进一步完善, 增加研究例数, 延长研究时间, 通过采用探讨会等活动, 为患者发放一些关于此疾病相关知识, 旨在为完善治疗方案。

综上所述, 在老年反流性食管炎患者中, 采用莫沙必利联合奥美拉唑药物治疗, 提升患者治疗效果, 促进其临床症状、生活质量改善, 提升患者胃肠激素水平, 值得在临床中推广使用。

参考文献:

[1]陈更武,胡晓恒.奥美拉唑联合康复新液治疗反流性食管炎疗效观察[J].实用临床医药杂志,2020,24(21):24-26.

[2]齐伯贞,黄象谦,主编.胃食管反流性疾病.内科临床与新进展[M].天津:天津科技翻译出版公司,1993:259.

[3]徐文俊,许建国,朱华,等.雷贝拉唑或奥美拉唑联合莫沙必利治疗反流性食管炎有效性和安全性的 meta 分析[J].药学与临床研究,2017,25(2):145-148.

[4]狄萌.莫沙必利联合雷贝拉唑治疗老年人反流性食管炎的临床疗效研究[J].航空航天医学杂志,2018,29(11):1369-1371.

[5]赵桂芹.伊托必利联合雷贝拉唑对反流性食管炎患者症状改善及生活质量的影响[J].北方药学,2018,15(6):93-94.

[6]崔虎啸,王芳杰,李向阳.胃力康颗粒联合甲氧氯普胺治疗反流性食管炎的临床研究[J].现代药物与临床,2019(2):494-498.

[7]王小锋,范利娟.阿莫西林联合奥美拉唑及甲硝唑治疗反流性食管炎的效果观察[J].实用临床医药杂志,2020,24(4):101-103,107.

[8]乔发涛,范斌,侯宇,万千,高博.艾普拉唑与奥美拉唑治疗反流性食管炎的疗效及安全性比较[J].临床合理用药杂志,2020,13(25):62-63、

磁共振 3D-ASL 技术在高级别胶质瘤靶区勾画术后残留病灶识别中的应用研究

滕菲¹ 孙晓静¹ 李延红¹ 骞立刚² 通讯作者 史鸿云¹

河北大学附属医院 河北保定 071000

摘要: 高级别胶质瘤呈浸润性生长, 手术通常难以完全切除, 术后联合放疗能改善患者的预后。本文探讨三维动脉自旋标记(three-dimensional arterial spin labeling, 3D-ASL)技术联合对比增强扫描在诊断胶质瘤患者术后残留中的价值, 为放疗靶区勾画提供准确定位。方法: 对我院 2016 年 3 月—2018 年 5 月经手术后病理学检查证实的 30 例术后高级别胶质瘤患者(其中 III 级 12 例, IV 级 18 例)行常规 MRI、3D-ASL 扫描。通过联合常规 MRI 及 3D-ASL 序列进行分析, 计算感兴趣区肿瘤血流灌注值(tumor blood flow, TBF)、对侧正常白质的区域血流灌注值(contralateral white matter blood flow, CBFwm)及标准化肿瘤血流量(normalized tumor blood flow, nTBF), $nTBF = TBF / CBF_{wm}$ 。进行 t 检验统计学处理。结果: GE 3D-ASL 灌注图显示, 胶质瘤术后残留组(20 例)呈高血流灌注, 术后残腔组(10 例)呈低血流灌注。术后残留组 TBF 与 nTBF 均高于术后残腔组, 术后残留组 TBF: $(85.97 \pm 17.54) \text{ mL/min}$, nTBF: 4.19 ± 1.58 , 术后残腔组 TBF: $(26.51 \pm 8.93) \text{ mL/min}$, nTBF: 0.91 ± 0.44 , 差异有统计学意义($P < 0.01$); 但 CBFwm 差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论: 磁共振 3D-ASL 技术联合对比增强扫描可以半定量测定高级别胶质瘤灌注情况, 对于高级别胶质瘤患者的术后残留病灶有定位及定性诊断的价值, 对于精确勾画放疗靶区具有实用价值。

关键词: 高级别胶质瘤; 三维动脉自旋标记; 放疗; 肿瘤血流灌注值

胶质瘤属于日常生活中比较常见的肿瘤之一, 其中大约超过 3/4 的高级别胶质瘤为 III 级和 IV 级别。胶质瘤因为浸润性生长的相关的特性, 在后期的治疗的过程中, 手术难以根除。在相关的手术以后, 还需要病理学特征以及手术切除的具体情况, 结合放疗以及化疗, 手术联合的术后放化疗的综合治疗模式, 已经成为了目前针对胶质瘤治疗的主要方法。目前国内的大多数的医院对于胶质瘤术后放疗使用的强调放疗因为其靶区适形度好, 剂量也是非常好的均匀分布。因此能够比较的好的提高靶区剂量同时保护靶区周围正常的组织。进一步的为提高胶质瘤的局部控制率做出重要的贡献。但是在实际上对于准确的靶区勾画所需要的影像学要求可以说也是非常的高。需要结合影像相关检查了解肿瘤的具体情况。精准的影像是靶区准确勾画必不可少的条件。

1 资料和方法

1.1 临床资料

回顾性分析我院 2016 年 3 月—2018 年 5 月经手术后病理学检查证实的高级别胶质瘤患者 30 例, 其中 III 级 12 例, IV 级 18 例, 男性 17 例, 女性 13 例, 年龄 22~71 岁, 平均 43 岁。根据外科手术情况及中国中枢神经胶质瘤诊断与治疗指南(2015)[7]分为术后残留组及术后残腔组。术后残留组: ①术中无法完整切除; ②术后增强范围扩大 $\geq 25\%$; ③明显增加的 T2 FLAIR 非强化病灶。术后残腔组: ①术中超过影像学范围的扩大切除; ②术后无明显异常强化灶或强化范围较术前缩小; ③无明显增加的 T2 FLAIR 非强化病灶。

1.2 检查方法

采取的仪器设备为美国 GE, 750B, 3.0T 核磁。采用标准头部正交线圈, 实施钆喷酸葡胺对比剂的静脉注射, 规格 0.2 mL/kg 。按照扫描标准进行规范化的扫描, 扫描方向为横断面、矢状面、冠状面, 层厚 5 mm。常规行头部轴位 T1WI、T2WI 及矢状位 T2WI 序列扫描, 并在增强前加扫全脑 3D-ASL 序列。ASL 采用 3D 快速自旋回波连续式标记 ASL, 并在增强前加扫全脑 3D-ASL 序列。3D-ASL 参数: 视野(field

of view, FOV) 24.0 cm, 层厚 5 mm, 重复时间(repetition time, TR) 4 632.0 ms, 回波时间(cho time, TE) 10.5 ms, Point512, 激励次数(number of excitation, NEX) 3 次, 标记延迟(postlabeling delay, PLD) 时间 1.5 s, 总扫描时间 5 min。

1.3 影像后处理方法和分析

在 GEADW4.5 工作站上应用 Functional 软件进行 3D-ASL 等进行相关的图像的后期的处理, 其中对于感兴趣的区域一般的放置原则: 需要在此基础上结合常规的平扫和增强的扫描图像, 感兴趣区放置需要对应于伪彩图上实性的肿瘤色彩最鲜艳的部分, 软件可以自动测定肿瘤病灶内血流量以及脑血流图, 至少选择 3 个 ROI, 然后取其平均值, 并在肿瘤镜像区域脑组织, 对侧正常白质放置同样大小的感兴趣区, 这个时候得到对侧正常白质区域血流灌注值, 同样至少选择 3 个感兴趣区, 然后在取平均值, 感兴趣区的选择尽量避开囊变、坏死、钙化等, 为校正年龄、性别和个体的所导致的平均的脑血流差异, 计算获得标准化肿瘤血流量。

1.4 治疗方案

所有病例均给予 2.0 Gy/次, 共 30 次, 放疗期间替莫唑胺 75 mg/m^2 同步放化疗加替莫唑胺 $150 \sim 200 \text{ mg/m}^2$ 辅助化疗 6 个周期的标准治疗。靶区勾画采用欧洲癌症治疗研究组织(European Organisation for Research and Treatment of Cancer, EORTC)的靶区勾画原则[9]: 大体肿瘤体积(gross target volume, GTV)包括 MRI T1 增强区和术腔, 不包括瘤周水肿区。临床靶体积(clinical target volume, CTV)为 GTV 外扩 2 cm, 对于颅骨、脑室、大脑镰、小脑幕、视器、脑干等一些天然屏障区域外扩 0.5 cm。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 17.0 统计包统计数据。计数资料以 $x \pm s$ 表示, 进行独立样本 t 检验统计学处理, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

20 例术后残留组胶质瘤患者(III 级 4 例, IV 级 16 例), 其中 11 例 MRI 平扫表现等 T1、稍长 T2 信号, 增强扫描呈环形、线样、小片状强化,

强化程度为中度至明显强化; 6 例 MRI 平扫表现为稍长 T1、T2 信号, 增强扫描呈结节样、团片状不均匀明显强化; 10 例胶质瘤术后残留组患者(III 级 2 例, IV 级 8 例), 其中 6 例 MRI 平扫表现为等 T1、稍长 T2 信号, 其中 4 例增强扫描呈线样、片状强化, 2 例增强扫描呈明显团片状强化; 4 例 MRI 平扫表现为稍长 T1、T2 信号, 增强扫描未见强化。其中 20 例术后残留组胶质瘤患者在术后区域 3D-ASL 灌注图显示在低灌注的背景下部呈高血流灌注(图 1); 10 例胶质瘤术后残留组患者在术后区域 GE 3D-ASL 灌注图显示呈低血流灌注(图 2)。术后残留组 TBF 与 nTBF 均高于术后残腔组, 术后残留组 TBF: (85.97 ± 17.54) mL/min, nTBF: 4.19 ± 1.58 ; 术后残腔组 TBF: (26.51 ± 8.93) mL/min, nTBF: 0.91 ± 0.44 , 差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 但 CBF_{wm} 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

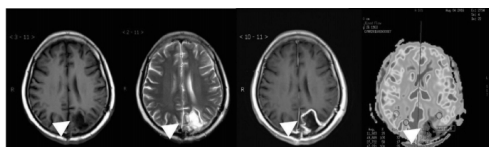


图 1 女性, 51 岁, 左侧枕顶叶 (WHO IV 级) 术后

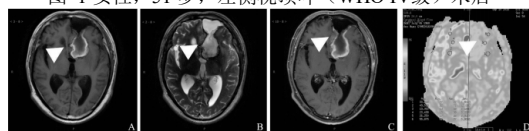


图 2 男性, 43 岁, 左侧额叶间变性星形细胞瘤 (WHO III 级)

3 讨论

本研究将患者分为术中无法完整切除组及扩大切除组, 根据中国中枢神经系统胶质瘤诊断与治疗指南 (2015) 中界定的术后残留, 研究显示, 术后残留组 TBF: (85.97 ± 17.54) mL/min, nTBF: 4.19 ± 1.58 ; 术后残腔组 TBF: (26.51 ± 8.93) mL/min, nTBF: 0.91 ± 0.44 , 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。从本研究 ASL 图可以看出胶质瘤术后残留组呈高血流灌注图, 术后残腔组呈低血流灌注图表现; 定量参数分析, 无论是标准化前还是标准化后, 术后残留组 TBF 与 nTBF 均高于术后残腔组, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 与国内外报道一致 [13]。提示 3D-ASL 能够根据 TBF 补充判断高级别胶质瘤切除程度及术后残留情况。在 CT 及 MRI 图像上, 对于高级别胶质瘤, 部分患者术前病灶也并不都表现增强, 而术后血脑屏障破坏、术后胶质增生等因素又可表现出增强, 故常规 T1WI 增强不易区分是术后的改变还是术后的残留。基于 CT 及 MRI 勾画靶区, 有可能对术后残留的肿瘤组织认识不足, 对靶区的设计缺乏全面的考虑, 使部分肿瘤细胞处于低剂量照射范围内; 根据治疗指南术后 MRI 复查应选择 T1 增强加上多种功能成像的多模态 MRI 检查方法, 其中灌注检查是具有重要鉴别参考价值的检查方法; 而 3D-ASL 技术对于高级别胶质瘤内部血流灌注的观察、术后病灶区域血流灌注差异的观察及检测评估均是可行的。目前关于是否需要高级别胶质瘤术后残留的病灶组织进行局部加量等问题各肿瘤中心均有不同观点, Iuchi 等 [14] 对 25 例恶性胶质瘤患者采用调强同期推量单纯放疗, 单次分割剂量 1.8 Gy, 同时给予野中野同期推量 2.5 Gy/次, 总剂量最大达到了 68.0 Gy, 结果显示, 1、2 年生存率分别为 71.4%、53.6%。钟良志等 [15] 对 37 例高级别胶质瘤行低分割同步推量至计划大体肿瘤靶体积 (plan gross tumor target volume, PGTV): 2.37 Gy/次, 结果显示, 1、2、3 年生存率分别为 81.1%、77.4%、62.1%。因此, 能否通过适当提

高放疗剂量及分割模式进一步改善 HGG 患者的疗效, 值得进一步探索。提示 3D-ASL 可以为进一步探索提高术后残留放疗剂量的相关临床研究提供技术支持。

3D-ASL 技术操作简单易行、安全无创、图像处理简便、无需注射外源造影剂, 避免了加重诱发肾源性疾病的风险。其检查成本低, 可用作胶质瘤术前术后评估的常用诊断手段。磁共振 3D-ASL 技术联合对比增强扫描可以半定量测定高级别胶质瘤灌注情况, 对于患者的术后残留有定位及定性诊断的价值, 对于精确勾画放疗靶区具有实用价值。

参考文献:

- [1] 于丽波, 徐广玲. 3D-ASL 与 DCE-MRI 在脑胶质瘤术前分级诊断中的应用研究[J]. 神经损伤与功能重建, 2020 (1): 1.
- [2] 尹永芳, 陈志仁, 梁研. 磁共振弥散量成像技术在高级别胶质瘤导航术中的应用价值[J]. 医学食疗与健康, 2018 (2): 2.
- [3] 王宏英, 王玲, 李修磊. 磁共振多模态成像及融合技术在脑胶质瘤术后放疗剂量优化中的应用[J]. 影像研究与医学应用, 2020, 4 (5): 2.
- [4] 刘矿. 3D-ASL 技术在鉴别脑胶质瘤术后改变与复发的临床应用[J]. 2016 年浙江省医学会放射与影像技术学术年会. 0.
- [5] 于丽波, 徐广玲. 3D-ASL 与 DCE-MRI 在脑胶质瘤术前分级诊断中的应用研究[J]. 神经损伤与功能重建, 2020, 15 (1): 3.
- [6] 石慧烟, 韩雷, 叶靖, 等. 3D-ASL 与 DSC-PWI 在高级别脑胶质瘤术后复发和放射性脑坏死鉴别诊断中的应用[J]. 肝胆胰胆管上颌低度父批 S 孟呷汇 1 mapping 均匀性研究[J]. 肿瘤影像学, 2020, 29 (2): 175-180.[15] 刘 肿瘤影像学, 2020, 29: 324-329.
- [7] 尹永芳, 陈志仁, 梁研. 磁共振弥散量成像技术在高级别胶质瘤导航术中的应用价值[J]. 医学食疗与健康, 2018, 000 (002): 170, 172.
- [8] 赵妍. 3DASL 在脑肿瘤术前诊断分级及术后评估中的应用价值[D]. 广西医科大学, 2016.
- [9] 夏伟, 杨应明, 陈伟强. 磁共振弥散张量成像技术在高级别胶质瘤导航术中的应用价值[J]. 中国医药导报, 2014, 11 (17): 3.
- [10] 张静, 王庆军, 张君, 等. 3.0T 磁共振 3D-ASL 技术对高级别脑胶质瘤复发与假性进展的鉴别诊断[J]. 北京医学, 2019, 41 (05): 47-49+53.
- [11] 尹媛. 3D-ASL 技术在高级别脑胶质瘤术后复发诊断中的价值[J]. 特别健康 2021 年 30 期, 104 页, 2021.
- [12] 潘锋, 诸一吕, 姚丽娣, 等. 3D-ASL 技术在高级别脑胶质瘤术后复发诊断与鉴别诊断中的应用[J]. 医学影像学杂志, 2018, 28 (8): 4.
- [13] 胡丽霞, 朱进, 唐娜, 等. 磁共振 ASL 技术在鉴别高级别脑胶质瘤治疗后假性进展中的应用[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2019 (8): 5.
- [14] 黄立敏, 雷竹, 张瑜, 等. 磁共振 3D-ASL 技术在高级别胶质瘤靶区勾画术后残留病灶识别中的应用.
- [15] 黄立敏, 雷竹, 张瑜, 等. 磁共振 3D-ASL 技术在高级别胶质瘤靶区勾画术后残留病灶识别中的应用[J]. 中国癌症杂志, 2019, 29 (11): 5.

课题名称: 河北省 2020 年度医学科学研究课题计划 编号: 20200579。

基于IMB模式的认知行为干预在慢性心力衰竭患者中的应用研究

曹胜兰

成都中医药大学附属医院心血管二科 四川成都 610072

摘要：目的：探讨基于以信息-动机-行为技巧（IBM）模式的认知行为干预在慢性心力衰竭（CHF）患者中的应用效果。方法：选取 2021 年 4 月至 2022 年 1 月成都中医药大学附属医院心血管二科收治的慢性心力衰竭患者 90 例作为研究对象，根据患者入组顺序进行编号，用随机数字表法将 90 例患者随机分为试验组和对照组，每组 45 例。对照组用常规管理，观察组则加基于 IMB 模式的认知行为干预。对比两组效果。结果：干预前，两组营养状况（MNA 量表）、中国心血管病人生活质量问卷（CQQC）、心衰自我护理指数量表（SCHFI）评分，以及生化指标（转铁蛋白、前白蛋白、总白蛋白、血红蛋白、NT-proBNP）对比，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），干预后观察组 MNA 评分、CQQC 评分、SCHFI 评分、转铁蛋白、前白蛋白、总白蛋白、血红蛋白更高，NT-proBNP 更低，与对照组差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组随访半年，再入院率明显低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：CHF 患者采取基于 IMB 模式的认知行为干预，一方面可更好地改善营养状况、生活质量及自我护理能力，另一方面还可改善转铁蛋白、前白蛋白、总白蛋白、血红蛋白等生化指标，且明显降低再入院率，值得应用。

关键词：慢性心力衰竭；IMB 模式；认知行为干预；营养状况；生活质量；自我护理能力

慢性心力衰竭（CHF）病程长，且有进行性加重与反复入院等特点，其临床症状会严重困扰患者，导致他们的生活质量下降，给患者、家庭及社会都带来巨大的负担。对于 CHF 患者，因医疗资源缺乏、住院时间缩短等影响，出院后居家心脏康复成为热点课题。同时，已有研究证实，营养不良可作为 CHF 患者临床结局独立预测因子，采取合理的营养支持可有效延缓病情进展，延长生存期，提高生活质量^[1]。不过，大部分 CHF 患者对疾病知识、治疗知识及康复知识缺乏认知，就需要加强健康教育与认知行为干预，促使他们养成良好的饮食习惯，从而提升机体营养状况^[2]。以信息-动机-行为技巧（IBM）模式将疾病预防行为分为三个板块，包括信息板块、动机板块及行为技巧板块，该模式指出三个板块各自独立，但又互相作用^[3]。其优点在于，可帮助寻找问题，分析原因，制定针对性的策略处理，同时结合患者的即时状况合理调整方案，还可确保健康教育延续性，从而将患者的健康认知转变为行为^[4]。为了进一步探究 CHF 患者采取基于 IMB 模式的认知行为干预的效果，本次就 2021 年 4 月至 2022 年 1 月成都某大学附属医院心血管科收治的慢性心力衰竭患者 90 例实施研究，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 4 月至 2022 年 1 月成都中医药大学附属医院心血管二科收治的慢性心力衰竭患者 90 例作为研究对象，根据患者入组顺序进行编号，用随机数字表法将 90 例患者随机分为试验组和对照组，每组 45 例。纳入标准：①符合《中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018》诊断标准，均为 CHF；②根据 NYHA 心功能分级标准，心功能为 II-IV 级；③年龄≥40 周岁；④神志清，能正常进行交流；⑤病人及家属知情并签署知情承诺书表示自愿参与本次研究；⑥能掌握智能手机使用。排除标准：①既往明确诊断焦虑障碍等精神疾病；②先天性心脏病、严重肝肾功能障碍及其他系统严重的合并症；③严重疾病终末期者（如癌症晚期、难治性终末期心力衰竭）；④近一个月发生不稳定性心绞痛或急性心肌梗死；⑤同时参与其他研究。对照组：男 25 例、女 20 例；年龄 40~78 岁，均值（65.21±2.31）岁；NYHA 分级 II 级 5 例、III 级 15 例、IV 级 25 例。观察组：男 24 例、女 21 例；年龄 40~79 岁，均值（65.13±2.12）岁；NYHA 分级 II 级 3 例、III 级 16 例、IV 级 26 例。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：本组予以常规管理模式，出院前 1 天，责任护士对患者进行常规出院宣教，指导患者进行科学饮食，严格遵循粗细搭配、温度适宜、定时定量、少量多餐的饮食原则，切忌暴饮暴食现象的发生。在食物上低盐、低脂、低胆固醇、高维生素、高植物蛋白、高维生素等“三低三高”饮食。忌饮浓茶、咖啡及产气饮料，叮嘱患者务必戒烟戒酒。发放出院宣教单、随访登记本、门诊复诊安排手册，并建立个人健康档案。

1.2.2 观察组：本组在对照组基础上加基于 IMB 模式的认知行为干预，

重点予以居家心脏康复营养指导。出院前 1 天进行出院指导，要求患者及家属加入成都中医药大学附属医院心血管二科居家心脏康复营养管理”微信群，关注科室微信公众号，下载薄荷健康 APP。

以上两组患者均在出院 3 天和 2 周，由责任护士进行电话随访了解家庭营养情况、存在问题、居家护理情况、自我监测情况，并解答疑惑。以后每 2 周电话随访 1 次，并要求患者出院后 1、3、6 个月来医院门诊随访。

1.3 观察指标

（1）比较两组干预前后营养状况，参考 MNA 量表，含条目 18 个，前 6 条总分≥12 分评价为良好，若<12 分继续测评，MNA 总分≥24.0 分为良好、17.0~23.5 分为潜在不良、<17.0 分为不良。即评分越高则其营养状况越好。

（2）比较两组干预前后生活质量，参考中国心血管病人生活质量问卷（CQQC），含条目 24 个，共计 6 个亚组，包括体力、病情、一般生活功能、医疗情况、工作状况、社会心理功能，评分越高则生活质量越好。

（3）比较干预前后自我护理能力，参考心衰自我护理指数量表（SCHFI），含条目 22 个，共计 3 个亚量表，即自我护理维持、自我护理管理、自我护理信心，分别含条目 10 个、6 个、6 个，除自我管理 2 个条目用 Likert 5 级评分法，其余均采用 Likert 4 级评分法，其中 5 级评分法包括未意识到 0 分、较慢 1 分、较快 2 分、快 3 分、非常快 4 分，而 4 级评分法包括从不 1 分、偶尔 2 分、经常 3 分、每天或总是 4 分。最终，自我护理维持最高 40 分、自我护理管理最高 24 分、自我护理信心最高 24 分，将其根据公式计算标准分，最终兑换为满分 100 分，即三个亚量表最高均为 100 分，则 SCHFI 满分 300 分。评分越高表明自我护理能力越好。

（4）比较干预前后生化指标，包括转铁蛋白、前白蛋白、总白蛋白、血红蛋白、N 末端前体脑利钠肽（NT-proBNP）。采集患者晨空腹肘静脉血 5ml，3000r/min 离心，15min，分离血清待检。采取血液细胞分析仪检测血红蛋白；采取血清酶法检测转铁蛋白、前白蛋白及总白蛋白；采取电化学发光免疫法检测 NT-proBNP。均严格按照仪器与试剂说明书操作执行。

（5）比较随访半年时再入院情况，再入院率=再入院例数/本组例数×100%。

1.4 统计学分析

SPSS22.0 分析数据，计数资料用%表示，计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示，符合正态分布的数据采用两样本独立 t 检验，非正态分布采用 Mann-Whitney U 检验，计数资料采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 为差异显著。

2 结果

2.1 营养状况比较

干预前两组营养状况对比无明显差异（ $P>0.05$ ），干预后观察组 MNA 评分高于对照组，差异显著（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 两组营养状况对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	干预前	干预后
观察组（45）	16.52±4.22	23.61±2.84

对照组 (45)	16.34±4.18	18.52±3.21
<i>t</i>	0.081	3.931
<i>P</i>	>0.05	<0.05

2.2 CQQC 评分比较

干预前两组 CQQC 评分对比无明显差异 ($P>0.05$), 干预后观察组 CQQC 评分高于对照组, 差异显著 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 两组 CQQC 评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	干预前	干预后
观察组 (45)	40.55±17.34	72.65±20.14
对照组 (45)	40.68±17.25	62.59±19.23
<i>t</i>	0.036	5.224
<i>P</i>	>0.05	<0.05

2.3 SCHFI 评分比较

表 1 两组生化指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

干预时间	组别	转铁蛋白 (mg/dl)	前白蛋白 (mg/L)	总白蛋白 (g/L)	血红蛋白 (g/L)	NT-proBNP (ng/L)
干预前	观察组 (45)	210.23±38.41	142.32±20.35	28.45±3.15	116.62±17.56	2102.32±235.41
	对照组 (45)	210.52±38.61	142.11±20.29	28.32±3.21	116.54±17.49	2103.47±234.84
	<i>t</i>	0.063	0.051	0.084	0.046	0.092
	<i>P</i>	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
干预后	观察组 (45)	284.12±42.11	195.47±25.34	45.43±4.12	142.34±23.51	1324.12±125.74
	对照组 (45)	260.32±40.51	180.21±22.61	36.85±3.94	129.88±20.14	1611.74±180.41
	<i>t</i>	5.332	4.921	5.204	4.775	8.032
	<i>P</i>	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.5 再入院率比较

随访半年时, 观察组再入院 2 例, 再入院率为 4.44%, 对照组再入院 12 例, 再入院率为 26.67%, 观察组明显低于对照组 ($\chi^2=6.221$, $P<0.05$)。

3 讨论

CHF 主要是心脏结构病变或功能障碍所致的射血或充盈功能受损, 最终造成心力衰竭现象。本病在我国发病率近 1%, 且以老年人群为主, 而老年人口增多, 一定程度上导致本病发病率有所升高^[4]。CHF 部分患者对疾病存在认知偏差, 而且本病容易短期内反复发作, 导致他们有负面情绪, 从而出现自我护理能力下降, 疾病复发或加重, 不利于治疗及预后^[6]。基于 IMB 模式的认知行为干预是一种新型健康教育模式, 也是比较系统、规范及科学的教育模式, 采取患者容易理解与采纳的方式, 尽量提升患者及其家属的认知水平, 改善他们的不良行为方式, 可避免传统健康教育的弊端, 达到预防疾病及促进康复的目的^[7]。在既往文献中看出, IMB 模式已逐步应用于糖尿病、艾滋病、冠脉搭桥术等患者的行为管理中, 证实有不错的效果^[8]。比如乔够梅等人将 IMB 健康教育应用于对高原官兵泌尿结石患者的健康行为影响中, 结果表明基于 IMB 模式的健康教育模式促使官兵将健康的认知转化为实际的行为, 并在日常生活中持续保持健康行为习惯, 降低泌尿系结石的复发率, 提高部队作战能力^[9]。但是, 关于基于 IMB 模式的认知行为干预在 CHF 患者的报道还比较缺乏, 需进一步探究。

本次就 90 例 CHF 患者分组, 对照组用常规管理模式, 观察组则加基于 IMB 模式的认知行为干预, 结果显示: 干预后观察组 MNA 评分、CQQC 评分、SCHFI 评分、转铁蛋白、前白蛋白、总白蛋白、血红蛋白更高, NT-proBNP 更低, 与对照组差异有统计学意义 ($P<0.05$); 观察组随访半年, 再入院率明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。IMB 模式的三个模块互相独立, 但又互相作用, 其中信息模块为疾病预防行为打下理论基础; 动机模块旨在促使个体对预防行为的行动准则和态度发生转变, 然后影响个体所在社会支持网络的观点, 最终促使其期望更加安全的行为; 行为技巧模块则着重教育个体在其所在社交圈应该如何开启安全的行为并维持该行为, 同时在其自制力和自我效能产生对预防行为更有利的影响^[9]。本研究中将 IMB 模式与居家心脏康复健康指导结合起来, 虽然处于起步阶段, 但取得了不错的效果, 经 IMB 模式指导的营养干预方案应用在 CHF 患者居家康复营养管理中切实可行, 可促使患者了解心脏康复营养管理对心脏康复的帮助, 同时明白坚持营养管理的必要性, 提高营养康复依从性及配合度, 强化他们的认知程度, 提高主观能动性, 坚持居家

干预前两组 SCHFI 评分对比无明显差异 ($P>0.05$), 干预后观察组 SCHFI 评分高于对照组, 差异显著 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 两组 SCHFI 评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	干预前	干预后
观察组 (45)	186.62±20.41	253.44±10.28
对照组 (45)	186.14±20.68	224.75±15.34
<i>t</i>	0.081	6.874
<i>P</i>	>0.05	<0.05

2.4 生化指标比较

干预前两组生化指标对比无明显差异 ($P>0.05$), 干预后观察组转铁蛋白、前白蛋白、总白蛋白、血红蛋白更高, NT-proBNP 更低, 差异显著 ($P<0.05$), 见表 1。

心脏康复营养管理^[12]。

综上, CHF 患者采取基于 IMB 模式的认知行为干预, 一方面可更好地改善营养状况、生活质量及自我护理能力, 另一方面还可改善转铁蛋白、前白蛋白、总白蛋白、血红蛋白等生化指标, 且明显降低再入院率, 值得应用。

参考文献:

- [1] 丁丽颖. 认知行为干预对住院老年冠心病患者生活质量与用药依从性的效果观察[J]. 安徽预防医学杂志. 2019, 25 (5): 410-411, 380.
- [2] 张鸿梅. 认知行为干预联合最佳运动耐力训练对慢性心力衰竭患者心功能及 6MWD 的影响[J]. 中国疗养医学. 2020, 29 (2): 156-157.
- [3] 李小红, 刘欣媛. 认知行为干预在慢性心力衰竭患者中的应用[J]. 当代护士 (中旬刊). 2018, 25 (3): 19-21.
- [4] 吴长丽, 赵跃武, 唐丹. 认知行为干预在慢性心力衰竭患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志. 2017, 23 (7): 13-15.
- [5] 赵华荣. 认知行为护理干预在慢性心力衰竭患者中的应用[J]. 中国冶金工业医学杂志. 2018, 35 (6): 662-663.
- [6] 齐莹. 认知-行为团体心理咨询干预模式在慢性心力衰竭患者中的应用[J]. 河南医学研究. 2021, 30 (2): 382-384.
- [7] 郭丽丽, 徐燕, 杨秀木. 基于 IMB 模型的认知行为干预在慢性心力衰竭患者中的应用[J]. 中华全科医学. 2020, 18 (11): 1961-1965.
- [8] 李聪茹. 以 IMB 理论为指导的护理对慢性心力衰竭患者运动耐力及生命质量的影响[J]. 中国民康医学. 2021, 33 (21): 169-171.
- [9] 乔够梅, 任洁, 刘麟玲, 等. 基于“信息-动机-行为技巧”模型的健康教育对高原官兵泌尿系结石患者健康行为的影响[J]. 中华现代护理杂志. 2019, 25 (8): 962-966.
- [10] 杨玉辉, 葛金菱, 姚玉梅, 等. 基于 IMB 技巧模型的护理干预对慢性心力衰竭患者自我效能及自护行为的影响[J]. 中国医药导报. 2021, 18 (19): 193-196.
- [11] 何颖倩, 王莲萍. 基于 IMB 模型的健康教育在慢性心力衰竭患者自我管理中的应用[J]. 中国药物与临床. 2019, 19 (18): 3238-3240.
- [12] 王平平, 程睿, 王雪. 基于 IMB 理念的认知行为干预对慢性心力衰竭患者心功能及生活质量的影响[J]. 临床与病理杂志. 2021, 41 (10): 2400-2406.

【基金项目】四川省干部保健科研项目, (编号: 川干研 2022-502)

心律失常患者采取盐酸胺碘酮片,酒石酸美托洛尔片联合用药 方案治疗的临床应用价值

曹远玲

淄博市张店区人民医院 山东淄博 255025

摘要: 目的: 分析心律失常患者采取盐酸胺碘酮片联合酒石酸美托洛尔片治疗的临床应用价值。方法: 选取我院 2020 年 4 月至 2020 年 12 月期间收治的心律失常患者共计 130 例, 按入院单双号分组法分为观察组 (n=65) 和对比组 (n=65), 对比组患者单一使用盐酸胺碘酮片治疗, 观察组患者使用盐酸胺碘酮片联合酒石酸美托洛尔片治疗, 对比分析不同组别下患者的各项临床指标及治疗效果。结果: 观察组患者在心率、超敏 C 反应蛋白水平、左室射血分数等临床指标均优于对比组, 组间对比差异均具统计学意义 ($P<0.05$); 观察组治疗总有效率为 93.85%, 对比组治疗总有效率为 76.92%, 观察组高于对比组, 统计学分析对比有差异 ($P<0.05$)。观察组患者精神健康、躯体疼痛以及精力生活质量明显优于对比组 ($P<0.05$)。观察组患者治疗满意度明显优于对比组 ($P<0.05$)。从患者心理角度出发, 治疗前两组患者各项数据无差别 ($P>0.05$), 治疗后观察组患者 PANAS 评分与 SAS 评分和 SDS 评分明显优于对比组 ($P<0.05$)。从治疗安全性角度分析, 观察组患者不良反应发生率明显低于对比组 ($P<0.05$)。结论: 心律失常患者使用盐酸胺碘酮片联合酒石酸美托洛尔片治疗的效果更理想, 不仅能够促进疾病的快速恢复, 为患者拥有良好生活质量与心理状况提供巨大帮助, 同时亦可在确保患者治疗效果的同时保证整体的治疗安全性, 由此可得知, 该治疗方法临床应用价值较高。

关键词: 心律失常; 盐酸胺碘酮; 酒石酸美托洛尔

心律失常属于心血管疾病的范畴, 多发生在中老年人群中, 心律失常的致病因素相对较多, 一旦患病需立即进行有效治疗, 如未进行及时治疗, 随着病程延长、病症加重可引发器质性病变, 诸如冠心病等疾病, 对患者身体健康和生命安全均带来严重威胁^[1]。当下针对心律失常病症多实施药物治疗, 其中胺碘酮是临床实践中的 III 类抗心律失常药物。它的功效有效地防止了 β 受体和离子通道的结合, 延长了动作电位时间, 有助于患者的心肌传导能力和心脏自主性能力得到提高。同时, 它可以扩张冠状动脉并改善血液灌注。在治疗过程中, 胺碘酮可以保护心肌细胞的完整性, 解决心肌缺氧和耗氧的问题。然而酒石酸美托洛尔联合胺碘酮可抑制钠离子触发活性和钙超载, 从而控制心律失常的发生。同时, 它还可以改变动作电位, 抑制膜激活电位, 减少神经兴奋, 达到良好的镇静效果。本次实验研究针对心律失常患者采取盐酸胺碘酮片联合酒石酸美托洛尔片治疗的临床应用价值进行探讨, 具体内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2020 年 4 月至 2020 年 12 月期间收治的心律失常患者共计 130 例, 按入院单双号分组法分为观察组 (n=65) 和对比组 (n=65), 所有患者均签署我院知情同意书并经伦理会认证批准后实施。观察组中, 男性患者 37 例、女性患者 28 例, 年龄 43-88 岁区间范围内, 年龄中位数 (62.52±4.57) 岁, 对比组中, 男性患者 35 例、女性患者 30 例, 年龄 42-85 岁区间范围内, 年龄中位数 (61.28±4.63) 岁, 两组患者的一般资料对比不具统计学差异, $P>0.05$ 。

1.2 方法

根据患者的健康状况和心脏功能指标制定诊断和治疗计划, 使用胺碘酮进行治疗, 检查患者的心脏状况, 制定合理的治疗计划, 对比组患者单一使用盐酸胺碘酮片 (赛诺菲 (杭州) 制药有限公司, 国药准字 H19993254, 0.2g*10 片) 治疗, 口服, 负荷量为每日 0.6g, 可连续服用 8-10 日, 维持量为每日 0.1-0.4g, 由于胺碘酮的延长治疗作用, 可给予隔日 0.2g 或每日 0.1g 治疗, 可使用已有临床推荐的每周停药二日的间歇性治疗方法^[2]。观察组患者使用盐酸胺碘酮片联合酒石酸美托洛尔片 (珠海经济特区生物化学制药厂, 国药准字 H20057288, 25mg*20 片) 治疗, 盐酸胺碘酮片服用方法同对比组, 酒石酸美托洛尔片口服, 初始剂量为每次 6.25mg, 每日 2-3 次, 日后视临床情况每数日至一周每次增加 6.25-12.5mg, 每次 2-3 次,

最大剂量每次不得超过 100mg, 每日不得超过 400mg^[3]。在治疗前与患者充分沟通, 了解疾病状态, 药物状态和临床症状, 并了解患者的日常生活习惯和经济状况告知患者治疗所需的风险和预防措施。在进行药物治疗的过程中, 需要进行健康教育, 使得患者充分了解疾病治疗的常识, 进而保证患者的治疗依从性, 提高治疗效果^[4]。

1.3 观察指标

详细观察并记录患者心率、超敏 C 反应蛋白水平、左室射血分数等临床指标; 治疗效果分为显效、有效和无效, 显效即为患者临床症状全部消失且心功能改善在 2 级及以上, 有效即为患者临床症状大部分消失且心功能改善在 1 级以上, 无效为病症无改善或恶化, 有效率与显效率之和即为治疗总有效率。

生活质量: 在观察患者生活质量过程中以患者精神健康、躯体疼痛以及精力为评价标准, 每个维度 50 分, 分数越高则证明患者生活质量越好。

PANAS 评分: 采取正性负性情绪量表 (PANAS) 完成两组患者的情绪评价, 5 级评分标准 (几乎没有、比较少、中等程度、比较多、极多)。正性、负性情绪各 100 分, 分数越高代表正、负性情绪越强。

SDS 和 SAS 评分: 在患者接受治疗期间利用 SAS、SDS 焦虑自评量表, 其中包括 20 道问题, 每题最高分 4 分, 最后算取患者总分, 总分≤50 分为正常, 51-60 分为轻度抑郁, 61-70 分为中度抑郁, ≥70 分为重度抑郁^[5]。

不良反应发生率: 在观察患者不良反应发生率过程中, 通过观察患者出现恶心呕吐、头痛头晕以及低血压的概率, 来进行评价。

1.4 统计学处理

本实验涉及的所有数据采用 SPSS26.0 统计软件包进行分析, 计量资料采用均数±标准差表示, 组间比较采用独立样本 t 检验, 计数资料采用例数和百分比率表示, 组间比较采用 χ^2 检验, $P>0.05$ 表示差异无统计学意义, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 分析对比两组患者的各项临床指标

观察组患者在心率、超敏 C 反应蛋白水平、左室射血分数等临床指标均优于对比组, 组间对比差异均具统计学意义 ($P<0.05$)。

表 1 分析对比两组患者的各项临床指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	心率 (次/	超敏 C 反应	左室射血分
----	----	--------	---------	-------

		分)	蛋白水平 (mg/L)	数 (%)
观察组	65	83.74±4.85	6.11±1.35	65.85±8.63
对比组	65	98.69±5.22	11.58±2.47	48.96±8.91
t	-	16.915	15.667	10.977
P	-	0.000	0.000	0.000

2.2 分析比两组患者的治疗效果

观察组患者中, 显效 39 例、有效 22 例、无效 4 例, 治疗总有效率为 93.85%, 对比组患者中, 显效 23 例、有效 27 例、无效 15 例, 治疗总有效率为 76.92%, 观察组高于对比组, 统计学分析对比有差异 ($X^2=7.458$, $P=0.006<0.05$)。

2.3 分析患者生活质量差别

观察组患者精神健康、躯体疼痛以及精力生活质量明显优于对比组 ($P<0.05$)。见表 2

表 2 观察患者间生活质量 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	精神健康	躯体疼痛	精力	总分
对比组	65	21.33±3.30	11.30±4.39	27.55±3.00	60.18±10.69
观察组	65	49.30±8.44	24.66±7.96	40.99±5.90	114.95±22.30
t 值	-	4.220	4.307	4.010	14.299
P	-	0.001	0.001	0.001	0.001

2.4 观察患者心理状况

从患者心理角度出发, 治疗前两组患者各项数据无差别 ($P>0.05$), 治疗后观察组患者 PANAS 评分与 SAS 评分和 SDS 评分明显优于对比组 ($P<0.05$)。见表 3、4

表 3 观察患者的心理状况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	正性情绪		负性情绪	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对比组	65	57.99±2.11	60.89±3.57	68.00±6.87	49.08±3.03
观察组	65	57.10±1.01	82.00±5.25	67.10±6.00	18.06±2.00
t	-	0.981	7.016	1.014	6.002
P	-	1.011	0.001	0.927	0.008

表 4 观察患者间 SAS 评分、SDS 评分 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	SAS 评分	SDS 评分
对比组	65	20.12±5.58	12.58±1.84
观察组	65	7.09±1.44	8.05±1.56
t 值	-	7.167	6.149
P 值	-	0.001	0.001

2.5 观察患者不良反应发生率

从治疗安全性角度分析, 观察组患者不良反应发生率明显低于对比组 ($P<0.05$)。见表 5

表 5 观察患者间不良反应发生率 (%)

组别	n	恶心呕吐	头痛头晕	低血压	总体发生率
对比	65	5 (7.69%)	4 (6.15%)	2 (3.08%)	11 (16.92%)

观察组	65	0 (0.00%)	1 (1.53%)	0 (0.00%)	1 (1.53%)
x^2	-				7.522
P	-				0.001

3 讨论

心律失常作为临床常见且多发性疾病, 可致患者发生冠心病、心力衰竭等病症, 严重时甚至可发生猝死, 受到临床治疗的重视和关注。以往临床中大多单一使用盐酸胺碘酮片治疗, 该药物能够显著抑制患者体内的钾通道、有效作用于非竞争性的 β 受体阻滞, 在有效减轻患者外周血管阻力同时扩张冠状动脉, 单一使用尽管起到一定效果但仍不够理想^[6]。酒石酸美托洛尔片现阶段被临床中划分至高选择性的 β 受体阻滞剂范围内, 具有显著抑制患者交感神经、缓解心脏异位起搏频率、阻碍 RASS 活化等功效, 实现心律失常患者症状缓解的最终目的, 对心功能改善明显, 两药联合作用效果更佳。与此同时, 胺碘酮是临床中 III 类抗心律失常药物。它能有效地防止了 β 受体和离子通道的结合, 延长了动作电位时间, 有助于患者的心肌传导能力和心脏自主性能力得到提高。同时, 它可以扩张冠状动脉并改善血液灌注。在治疗过程中, 胺碘酮可以保护心肌细胞的完整性, 解决心肌缺氧和耗氧的问题, 对患者的心室速度起根本作用。相关学者在治疗过程中, 胺碘酮可以保护心肌细胞的完整性, 解决心肌缺氧和耗氧的问题, 对患者的心室速度起根本作用, 从而提高临床治疗效率。研究结果表明, 胺碘酮治疗后患者之间的治疗效率差异非常明显。在治疗过程中, 患者的心理和心电图监测数据显示 PR 间期和 QT 间期非常不同, 这意味着胺碘酮可快速恢复冠心病快速心律失常患者窦性心律并将心率维持在正常范围内^[7]。但是, 目前尚无基于此类患者和疾病的丰富临床治疗标准, 并且相关研究中的病例相对较少且具有实验性偏移, 从而导致数据结果普遍化。考虑到这一点, 相关学者建议继续进行临床研究。研究结果表明: 观察组患者在心率、超敏 C 反应蛋白水平、左室射血分数等临床指标均优于对比组, 且观察组治疗总有效率高于对比组, 由此可见, 相比于单一使用盐酸胺碘酮片治疗来说, 联合酒石酸美托洛尔片对心律失常患者的治疗效果更理想, 患者心率更趋平稳性, 各项指标也更趋近于正常水平, 有利于病症康复。

综上所述, 盐酸胺碘酮片联合酒石酸美托洛尔片对心律失常患者的临床治疗效果显著, 可明显改善患者各项临床指标, 帮助患者尽快恢复健康, 保障身体健康, 具有极佳的临床应用价值。

参考文献:

[1]高宇.盐酸胺碘酮片联合酒石酸美托洛尔片治疗心律失常的临床效果分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(18): 60,89.

[2]王艳.盐酸胺碘酮片结合酒石酸美托洛尔片对心力衰竭伴室性期前收缩的作用研究[J].首都食品与医药,2019,2615: 61-62.

[3]胡晴,魏红叶,李德新,曹红涛,王永.盐酸胺碘酮片联合酒石酸美托洛尔片治疗心律失常的临床效果分析[J].世界最新医学信息文摘,2019,1965: 13-14.

[4]黄贵生.盐酸胺碘酮片联合酒石酸美托洛尔片治疗心力衰竭伴室性期前收缩的临床分析[J].河南医学研究,2017,2610: 1840-1841.

[5]路素品,吴艳丽.胺碘酮片联合酒石酸美托洛尔在心力衰竭伴室性期前收缩中的疗效分析[J].北方药学,2017,1411: 111-112.

[6]徐洋.盐酸胺碘酮片联合酒石酸美托洛尔片治疗心力衰竭伴室性期前收缩的临床疗效[J].临床医学研究与实践,2016,117: 46-47.

[7]张丽萍.胺碘酮联合美托洛尔治疗心律失常的临床疗效[J].中国实用医药,2021,1629: 115-117.

阿托伐他汀联合抗血小板药治疗脑血栓的疗效及血小板参数分析

常燕 孟涛

宁夏回族自治区中卫市人民医院 宁夏中卫 755000

摘要：目的 探讨分析脑血栓使用阿托伐他汀联合抗血小板药治疗的疗效及血小板参数。方法 选取我院神经内科 2019 年 1 月~2021 年 1 月期间收治的 100 例脑血栓患者，将其随机分为 2 组，对照组采用抗血小板药治疗，研究组在此基础上加以阿托伐他汀治疗，观察两组临床效果、血小板参数、治疗前后神经功能缺损程度、日常生活能力以及不良反应发生率，并对数据作以分析。结果 研究组总有效率为 98.00%，对照组为 86.00%，前者高于后者（ $P < 0.05$ ），同时研究组各项血小板参数均优于对照组（ $P < 0.05$ ）；NIHSS 评分、ADL 评分：治疗前无差异（ $P > 0.05$ ），治疗后研究组 NIHSS 评分更低（ $P < 0.05$ ），ADL 评分更高（ $P < 0.05$ ）；不良反应发生率：研究组为 6.00%，对照组为 4.00%，两组无差异（ $P > 0.05$ ）。结论 针对脑血栓患者，采用阿托伐他汀+抗血小板药治疗可进一步提升临床疗效，并可有效改善患者血小板参数、神经功能缺损，提高患者日常生活能力，同时该方案不良反应少。

关键词：脑血栓；阿托伐他汀；抗血小板药；临床疗效；血小板参数；神经功能缺损；日常生活能力；不良反应

脑血栓是临床上常见的一种疾病，是指脑动脉由于局部血管自身病变而继发血栓的疾病，是脑梗死中常见的一种类型，发病率较高，好发于 50 岁以上男性群体，且发病率随年龄上升而不断增长，以偏瘫、失语、口角歪斜、意识模糊等为主要症状，该病不仅发病率高，致残率、致死率也非常高，严重威胁患者生命安全，因此，对其采取及时早期的治疗十分重要，及早治疗可有效改善预后^[1]。现临床上治疗该病的常用方法有药物治疗、手术治疗等，临床上常用的药物较多，主要有静脉溶栓类药物、抗凝类药物、降纤类药物、降脂类药物、改善微循环药物、抗血小板聚集类药物等不同药物作用机制、疗效和不良反应各不相同，其中抗血小板聚集类药物可有效抑制血小板聚集，进而延缓疾病进展^[2]。研究发现，于抗血小板药治疗基础上加以阿托伐他汀治疗可进一步提升疗效，并可有效改善患者血小板参数^[3]。本研究即分析探讨了脑血栓使用阿托伐他汀联合抗血小板药治疗的疗效及血小板参数，介绍如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院神经内科 2019 年 1 月~2021 年 1 月期间收治的 100 例脑血栓患者，将其随机分为 2 组，分别为对照组（50 例，男性 29 例，女性 21 例，年龄 42~70 岁，平均年龄 56.12 ± 6.45 岁）和研究组（50 例，男性 28 例，女性 22 例，年龄 41~70 岁，平均年龄 56.04 ± 6.12 岁）。纳入标准：①所有患者均经临床确诊；②无其他脑血管疾病；③资料齐全；④同意研究。排除标准：①合并恶性肿瘤；②合并精神障碍；③依从性极差；④脏器功能衰竭；⑤对此次研究使用的药物过敏者；⑥中途退出研究。两组资料无差异（ $P > 0.05$ ），可进行对比。

1.2 方法

两组均行改善脑循环、预防感染等治疗，对照组在此基础上应用抗血小板药治疗，给予患者阿司匹林肠溶片口服，100mg/d，1 次/d。研究组在对照组的基础上加以阿托伐他汀治疗，给予患者阿托伐他汀片口服，10mg/次，1 次/d。两组治疗期间均加强监测和护理，通过提供积极良好的护理确保患者治疗的安全性，监测过程中发现异常及时处理。

1.3 观察指标

观察两组临床疗效、血小板参数、治疗前后神经功能缺损程度、日常生活能力以及不良反应发生率，神经功能缺损程度采用神经功能缺损评分（NIHSS 评分）评价，得分与神经功能缺损程度呈正比。临床疗效评价标准^[4]：患者临床症状消失，NIHSS 评分下降 $> 90\%$ ，病残 0 级为显效；临床症状有所缓解，NIHSS 评分下降 45%~90%，病残 1~3 级为有效；未满足以上标准为无效，计算两组治疗的总有效率。血小板参数主要观察血小

板计数（PLT）、血小板平均体积（MPV）、血小板分布宽度（PDW），在治疗结束后评价。日常生活能力采用日常生活活动能力评估量表（ADL）评价，总分 100 分，得分越高代表日常生活能力恢复越好。

1.4 统计学方法

使用 SPSS22.0 统计学软件对数据进行分析，采用 χ^2 检验和 t 检验， $P < 0.05$ 表示数据有统计学差异。

2 结果

2.1 两组临床疗效对比

研究组总有效率为 98.00%，对照组为 86.00%，前者高于后者（ $P < 0.05$ ）。详见表 1：

表 1 两组临床效果比较[n（%）]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率（%）
对照组	50	23(46.00%)	20(40.00%)	7(14.00%)	43/50 (86.00%)
研究组	50	36(72.00%)	13(26.00%)	1(2.00%)	49/50 (98.00%)
χ^2	-	6.986	2.216	4.891	4.891
P	-	0.008	0.137	0.027	0.027

2.2 两组血小板参数对比

研究组各项血小板参数均优于对照组（ $P < 0.05$ ）。详见表 2：

表 2 两组血小板参数对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	PLT（ $\times 10^9/L$ ）	MPV（fl）	PDW（%）
对照组	50	200.14 $\pm$ 36.28	18.67 $\pm$ 1.87	18.47 $\pm$ 1.85
研究组	50	246.43 $\pm$ 42.52	12.64 $\pm$ 1.56	13.62 $\pm$ 1.27
t	-	5.856	17.509	15.283
P	-	0.001	0.001	0.001

2.3 两组治疗前后 NIHSS 评分、ADL 评分对比

NIHSS 评分、ADL 评分：治疗前无差异（ $P > 0.05$ ），治疗后研究组 NIHSS 评分更低（ $P < 0.05$ ），ADL 评分更高（ $P < 0.05$ ）。详见表 2：

表 2 两组治疗前后 NIHSS、ADL 评分对比（ $\bar{x} \pm s$ ）（分）

组别	例数	NIHSS 评分		ADL 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	13.18 $\pm$ 4.27	7.34 $\pm$ 2.08	49.55 $\pm$ 6.32	60.18 $\pm$ 7.09
研究组					

研究组	50	13.24±4.06	4.05±2.19	48.71±6.29	72.82±6.37
<i>t</i>	-	0.072	7.702	0.666	9.377
<i>P</i>	-	0.943	0.001	0.507	0.001

2.4 两组不良反应发生率对比

不良反应发生率：研究组为 6.00%，对照组为 4.00%，两组无差异（ $P>0.05$ ）。详见表 4：

表 4 两组不良反应发生率比较[n（%）]

组别	例数	胃肠道反应	过敏反应	其他	合计（%）
对照组	50	1（2.00%）	1（2.00%）	0（0.00%）	2/50（4.00%）
研究组	50	1（2.00%）	1（2.00%）	1（2.00%）	3/50（6.00%）
χ^2	-	0.000	0.000	1.010	0.211
<i>P</i>	-	1.000	1.000	0.315	0.646

3 讨论

脑血栓是神经内科常见病，是指在多种因素导致脑动脉血管壁病变基础上，管腔狭窄或闭塞，引起脑局部血流减少甚至中断，供血范围内的脑组织发生缺氧、缺血性坏死，出现相应神经功能缺损症状体征的一种疾病。该病发病率较高，好发于中老年人群，据数据统计，我国 2016 年该病的发病率约为 276.75/10 万，近年来，随着我国人口老龄化程度的加深和城市化进程的加速，该病发病率也呈逐年上升趋势^[5]。该病发病机制和病因均较为复杂，常见病因有动脉粥样硬化、血液成分改变、血管管壁病变、血流动力学改变、颈部动脉外伤、血管畸形、侧枝循环功能不全等，其中动脉粥样硬化最为常见，颈动脉形成斑块，导致血管官腔缩小，血流量下降，血液中的有效成分附着于患者血管内膜，进而诱发脑血栓。该病根据梗死部位和面积的不同临床症状也不相同，部分患者可出现短暂性脑缺血发作前驱症状，如突然出现言语不清、口角歪斜、偏侧上下肢麻木无力等，该病不仅发病率高，致残率和致死率均较高，对患者生命安全造成了严重威胁，需对其采取及时早期的治疗，及早治疗可有效改善预后^[6]。

药物方案是现临床上治疗脑血栓的常用方法之一，常见药物较多，不同药物的作用疗效、安全性等各不相同。抗血小板药是治疗该病常用的一种方法，常见抗血小板药物有氯吡格雷、阿司匹林、替格瑞洛、替罗非班等，其中阿司匹林为水杨酸衍生物，该药是心脑血管疾病一二级预防中常用的抗血小板类药物，具有良好的抗血栓和抗血小板聚集作用，可通过抑制机体血小板的前列腺素环氧化物，从而抑制血栓 A2 的生成而发挥良好的抗血小板聚集作用，不仅可有效预防血小板发生聚集，从而预防血栓形成，并可通过抑制血小板的释放而抑制血小板聚集，但单一使用该药疗效欠佳，需联合其他药物共同治疗^[7]。由于该类患者的病理基础多为动脉粥样硬化，而血脂水平异常是动脉粥样硬化发生的最主要原因，故需在常规治疗基础上加以降脂治疗。

他汀类药物是临床上常见的一类降脂药物，该类药物可对内源性胆固醇合成限速酶 HMG-CoA 还原酶发挥有效的抑制作用，从而促使羟甲戊酸代谢途径阻断，进而降低胆固醇含量，该类药物除可有效降低血脂，并可有效抑制动脉粥样硬化和血栓的形成^[8]。阿托伐他汀属于临床上常见的第 3 代他汀类药物，具有良好的降脂作用，可有效降低机体脂蛋白、血胆固醇

醇等水平，增加肝表面 LDL-C 受体数量，增强该脂蛋白的摄取和分解，并可有效提升高密度脂蛋白（HDL-C）、载脂蛋白 A-1 水平，进而发挥良好的降脂效果，同时该药还可改善机体炎症和动脉粥样硬化^[9]。除此之外，该药还具有具有良好的改善血管内皮弹性、改善心肌代谢、保护血管、抑制炎症因子水平、改善动脉粥样硬化、降低机体炎症反应等作用，同时该药不良反应少，安全性高。此次研究结果显示，研究组总有效率为 98.00%，对照组为 86.00%，前者高于后者（ $P<0.05$ ），同时研究组各项血小板参数均优于对照组（ $P<0.05$ ），可见于抗血小板药治疗基础上加以阿托伐他汀治疗是显著有效的，不仅可促使疗效得到提升，并可促使血小板参数得到有效改善，这主要与联合用药发挥更多的药理作用有关。NIHSS 评分、ADL 评分：治疗前无差异（ $P>0.05$ ），治疗后研究组 NIHSS 评分更低（ $P<0.05$ ），ADL 评分更高（ $P<0.05$ ），可见联合用药对患者神经功能缺损和日常生活能力的改善更为明显，这主要与联合用药疗效更佳有关。不良反应发生率：研究组为 6.00%，对照组为 4.00%，两组无差异（ $P>0.05$ ），可见两组不良反应均较低，且组间比较无差异，表明在阿司匹林治疗基础上加以阿托伐他汀并不会增加药物不良反应，仍具有较高的安全性。

综上所述，针对脑血栓患者，采用阿托伐他汀联合抗血小板药治疗可进一步提升临床疗效，并可有效改善患者血小板参数、神经功能缺损，提高患者日常生活能力，同时该治疗方案不良反应少，可在这种疾病的治疗中推广。

参考文献：

[1]王旭方. 观察急性脑血栓早期康复护理对降低脑血栓患者致残率的效果评价[J]. 中外女性健康研究, 2018, 000（017）: 162-163.

[2]胡赛丽, 张茜, 李永生. 阿托伐他汀与抗血小板药对脑血栓血小板参数的影响分析[J]. 中国现代药物应用, 2019, 013（019）: 59-61.

[3]Chen X. Influence discussion of Atorvastatin combined with antiplatelet drugs on the effect of cerebral thrombosis, platelet parameters and incidence of sequelae[J]. China Practical Medicine, 2018, 013（025）: 1-3.

[4]陈勋. 探讨阿托伐他汀联合抗血小板药治疗对脑血栓的效果、血小板参数及后遗症发生率的影响[J]. 中国实用医药, 2018, 013（025）: 1-3.

[5]唐文巧. 早期综合护理干预与常规护理对脑血栓肢体瘫痪患者生活能力的作用研究[J]. 中国卫生标准管理, 2018, 009（003）: 148-150.

[6]Zhang P, Yang L Y. Effect of edaravone combined with atorvastatin calcium in the treatment of cerebral thrombosis and its effect on hemorheological indexes, inflammatory factors and neurological function[J]. Clinical Research and Practice, 2019, 4（5）: 3.

[7]刘正蛟, 宋新荣. 他汀类药物在脑血栓治疗中的临床应用分析[J]. 中西医结合心脑血管病电子杂志, 2019, 007（001）: 75,78.

[8]白燕青. 阿托伐他汀联合抗血小板药治疗脑血栓患者的疗效及对血小板参数的影响分析[J]. 中西医结合心脑血管病电子杂志, 2020, 008（029）: 44-45.

[9]Wang L Y, Zhang H L, Chen S. Effect of atorvastatin combined with trimetazidine on oxidative stress, hemorheology, and NT-proBNP, hs-CRP in patients with coronary heart disease[J]. Journal of Hainan Medical University, 2017, 23（17）: 15-16.

青霉素类药物发生不良反应的药学分析

程革娟¹ 成晨² 柴玉萍¹ 周腾飞¹ 马启斌^{通讯作者}

1.宁夏医科大学总医院制剂中心 宁夏银川市 750001; 2.宁夏医大总院心脑血管病医院药剂科 宁夏银川市 750001;
通讯作者: 宁夏医科大学总医院心脑血管病医院药剂科 宁夏银川市 750001

摘要: 目的: 分析青霉素类药物发生不良反应情况以及药学特性, 为实现青霉素安全用药提供支持。方法: 选择医院于 2020 年 4 月-2022 年 2 月间收治的 600 例接受青霉素类药物治疗患者为研究对象, 根据本组患者的临床资料记录不良反应发生率, 统计患者用药方案、不良反应症状等相关资料。结果: 在本组 600 例患者中, 青霉素类药物的不良反应发生率达到 9.67% (58/600)。从用药方案来看, 阿莫西林的不良反应发生率最高, 氨苄西林钠的不良反应发生率最低; 不良反应类型统计, 皮炎与水肿的占比最高、恶心与腹泻呕吐次之, 白细胞数量减少患者最少。患者不良反应转归比较, 56 例患者停药后症状自行消失, 2 例患者经治疗后好转。药物用药方式统计, 静脉用药的不良反应发生率显著高于口服用药, 组间数据差异显著 ($P<0.05$)。结论: 在当前临床治疗中, 青霉素类药物的不良反应发生率偏高, 这可能与该药物的特殊药理特性存在相关性, 因此临床上针对接受静脉注射治疗或者阿莫西林等药物治疗的患者应高度警惕用药安全性问题, 做好安全用药管理, 这样才能最大限度上保障患者用药安全。

关键词: 青霉素类药物; 不良反应; 药学; 安全性; 用药方式

前言: 青霉素类药物在临床上的应用前景广阔, 成为现代医学治疗病症的常见药物。从作用机制来看, 青霉素类药物可以选择性抑制细胞壁的合成, 进而有效杀灭致病菌, 达到促进康复的目标。而近些年受到抗生素类药物滥用等问题影响, 青霉素类药物的耐药性以及不良反应报道逐渐增多, 引发社会对此类药物安全性的广泛关注^[1]。现为深入了解青霉素类药物的不良反应情况以及药学特性, 本文以 2020 年 4 月-2022 年 2 月间收治的 600 例接受青霉素类药物治疗的患者为研究对象, 详细资料如下。

1. 资料与方法

1.1 临床资料

选择我院于 2020 年 4 月-2022 年 2 月间收治的 600 例接受青霉素类药物治疗的患者为研究对象, 本组患者包括男性患者 342 例, 女性患者 258 例, 年龄 18-67 岁, 平均年龄 (42.39±5.93) 岁。

纳入标准: 患者知情并自愿参与本次治疗; 患者严格按照医嘱用药; 有完整的资料并且接受随访; 年龄大于等于 18 周岁。

排除标准: 中途转用其他药物治疗患者; 临床资料不完整患者; 伴有器官功能障碍或者肿瘤等病症; 年龄小于 18 周岁患者; 妊娠或者哺乳期患者。

1.2 方法

采集本组 600 例患者的临床资料, 根据患者主诉以及医护人员观察结果, 统计患者用药后的不良反应情况; 根据药品说明书、医护人员集体讨论结果对患者的不良反应问题进行综合评价。

1.3 统计学方法

使用 SPSS 14.0 软件, 其中的计数资料用卡方值检验, $P<0.05$ 时认为数据差异显著。

2. 结果

2.1 不良反应发生率

根据本组患者的调查结果, 结果显示 600 例患者中有 58 例患者发生不良反应, 占比达到了 9.67%。

2.2 不良反应的药物类型

根据 58 例患者的统计结果显示, 发现接受阿莫西林治疗患者的不良反应发生率最高, 氨苄西林钠的不良反应发生率最低, 详细资料如表 1 所示。

表 1 不良反应药物类型统计表

药物类型	用药患者例数	不良反应患者例数
------	--------	----------

阿莫西林	151	23
青霉素钠	143	18
美洛西林钠	88	10
哌拉西林钠	81	5
氨苄西林钠	79	2
综合	542	58

2.3 患者用药方式比较

根据对 58 例患者的用药方式统计后可以发现, 静脉用药的不良反应发生率显著高于口服用药, 组间数据差异显著 ($P<0.05$), 详细资料如表 2 所示。

表 2 用药方式

用药方式	总患者例数	不良反应例数
静脉给药	319	44
口服用药	281	14
χ^2 值	12.292	
P	0.001	

2.4 患者常见不良反应

根据本组患者的常见不良反应, 发现皮炎水肿恶心呕吐腹泻患者的占比最多, 其次为恶心呕吐腹泻、头痛烦躁等, 白细胞减少患者最少, 患者不良反应的详细数据资料如表 3 所示。

表 3 患者常见不良反应 (n=58)

常见不良反应类型	例数	占比
皮炎水肿	44	75.86%
恶心呕吐腹泻	23	39.66%
头痛烦躁	19	32.76%
心跳加快	12	20.69%
白细胞减少	7	12.07%

2.5 不良反应转归

记录本组患者不良反应转归情况, 结果显示患者转归情况良好, 详细资料如表 4 所示。

表 4 不良反应转归结果 (n=58)

不良反应转归结果	例数	占比
停药自行缓解	56	96.55%
药物治疗	2	3.45%

3. 讨论

青霉素是临床上常见抗生素,属于 β 内酰胺类抗生素,可以抑制细菌细胞壁的合成最终达到快速杀菌的作用,是治疗阴性球菌、嗜血球菌以及革兰阳性菌感染的常见药物。临床上青霉素治疗感染的历史悠久,因为具有价格低廉、毒性低以及杀菌效果满意等优点而被广泛推广^[2]。但是近几年,青霉素滥用问题越来越严重,尤其是青霉素用药剂量的增加、治疗时长延长,导致青霉素的毒性反应越来越严重,部分患者在接受青霉素类药物治疗后出现不良反应,严重影响了患者的治疗依从性。由此可见,现阶段青霉素类药物的不良反应问题已经成为医学界关注的重点内容。

结合本文的相关研究结果可知,在所选的 600 例患者中发生不良反应的患者数量为 58 例,并且患者的主要不良反应包括恶心呕吐腹泻、皮炎水肿、心跳加快等。其中以过敏反应最为常见,皮炎水肿是过敏反应的代 表,该不良反应的发生机制为:青霉素中的 β 内酰胺环不稳定,进入人体后可能经过代谢形成大量青霉素噻唑聚合物或者青霉素噻唑蛋白等,上述物质通过与血液以及蛋白结合形成全抗原,加快 B 淋巴细胞分化增殖,导致部分淋巴细胞转化为浆母细胞,而浆母细胞的一个重要特性是刺激人体产生 IgE 抗体, IgE 抗体已吸附在嗜酸粒细胞表面,导致嗜酸粒细胞与肥大细胞表面的 IgE 抗体结合,促使人体产生大量的组织胺等血管活性物质,该物质具有提升血管通透性、加快平滑肌收缩等功能,最终引发皮肤的过敏反应,也有可能 导致患者出现心跳加快等一系列不良反应。消化系统反应也较为常见,出现这一现象的原因为:患者胃肠分泌以及血清免疫球蛋白的 IgE 抗体水平偏低,最终造成消化系统微环境在外界因素的影响下而引发胃肠道反应。最后患者用药后出现白细胞减少等不良反应也是临床安全用药管理中不容忽视的问题,作为血液系统常见的不良反应,其发生机制可能为:在接受青霉素类药物治疗后导致患者体内血浆蛋白对青霉素的肾脏清除能力下降,进而影响身体内白细胞水平。

同时文本表 2 的相关数据研究发现,不同给药方法与青霉素类药物的不良反应发生率之间存在相关性,其中数据显示静脉给药的不良反应发生率显著高于口服用药,而出现这一结果的原因可能为:在采用静脉给药后可以短时间内提升体内青霉素浓度,进而造成中枢神经毒性反应;相反口服用药方法下患者血药浓度涨幅相对平缓,可以有效降低中枢神经毒性反应发生率。因此根据这一结果可以认为,在临床上采取静脉注射青霉素的治疗方法时更应该警惕药物不良反应问题。若因为各种原因必须要使用静脉给药方案,则应该保持注射过程缓慢,严格控制用药剂量,缓慢提升血药浓度,这是保障药物治疗安全的关键点。而也有学者研究认为,在临床治疗中使用青霉素类药物时,静脉注射可以保障生物利用度,但是因为不同患者对药物的耐受性不同,导致医生难以合理控制用药剂量,因此部分患者可能会因为用药剂量偏高而造成不良反应;采用口服用药的患者多为门诊患者,因为患者在居家治疗期间无法接受医护人员的监督,经常会出现更改用药剂量或者错误服药的问题,进而增加了不良反应发生率,这也是未来应用青霉素类药物中高度关注的问题^[3]。结合本文的数据可知,青霉素类药物不良反应转归良好,其中 56 例患者在停止使用青霉素类药物后其不良反应消失,仅有 2 例患者需要通过药物干预不良反应。因此可以认为,虽然青霉素类药物的不良反应发生率较高,但是对患者整体健康状况影响不明显,就目前而言仍然是一种安全有效的治疗方案。

最后本文的研究结果显示,不同青霉素类药物的不良反应发生率存在明显的差异,根据本文结果发现,阿莫西林不良反应发生率最高,其次为青霉素钠、美洛西林钠等,氨苄西林钠不良反应发生率最低,可见不同类型药物的安全性存在明显差异。出现这一结果可能与患者不合理用药等诸多因素有关,例如阿莫西林宜在饭后服用,这是因为饭后用药可以降低胃肠道的不良反应,但是部分患者选择在饭前服用,最终引发消化

系统不适;或者在临床用药中选择了错误的配伍方式,如阿莫西林与环丙沙星等药物存在配伍禁忌,在用药后导致患者出现不良反应。

结合本文对青霉素类药物不良反应发生率的统计结果来看,在临床治疗过程中青霉素类药物所引发的不良反应可能会累及患者的多个重要器官,并影响患者身体健康,严重情况下可能会引发严重不良反应,影响临床治疗进程。而在临床用药中,大部分患者的不良反应症状不明显,导致患者与主治医师忽视了青霉素类药物的安全性问题,最终造成药物不良反应发生率升高,这是未来临床用药管理中不容忽视的问题。所以针对上述情况,医师在临床用药中应贯彻落实安全用药的治疗原则,严格了解患者的用药指征,掌握抗生素类药物的应用方式以及剂量等,这是保障药物治疗安全性的重要组成部分,因此在未来临床工作中应重点关注以下几方面内容:(1)在用药前需要了解患者既往病史以及用药史等,尤其是了解患者是否接受过青霉素类药物治疗、有无容易忽略的反应症状等,如用药后出现发热、胸闷或者腹泻等;尤其是针对患者主诉个人或者家族有变态反应性疾病时应该引起高度关注。(2)做好特殊人群的关注。根据相关学者的调查结果显示,与青壮年相比,老年人在接受青霉素类药物治疗后不良反应发生率更高,所以对于年龄大于 60 岁的患者应密切关注,在用药前做好家属宣教,根据患者用药方案介绍常见不良反应,确保引起患者的重视,通过医护双方的联动有效预防药物不良反应,这对于实现用药安全有重要意义。(3)在用药前应做好医师的宣教,针对青霉素类药物的性质以及影响因素等展开专题宣教,使全体医师了解青霉素药物的配药时间、用药剂量以及给药方式等。同时针对青霉素类药物的配伍禁忌等问题进行宣教,确保医师能够掌握青霉素适应证,避免因为大剂量使用青霉素而增加不良反应发生率。(4)做好患者宣教,尤其是避免患者因为不合理用药方案而增加不良反应发生率,例如部分患者因为盲目追求更理想的治疗效果而选择增加青霉素类药物的用药剂量等,这种行为对于用药安全不利,需要更正。

本次研究还存在一定的不足,一方面所选案例较少,对药物不良反应的认知不全面,例如文献^[4]通过研究发现,患者在接受青霉素类药物治疗后,患者不良反应包括肾毒性反应、胃肠道反应、过敏反应、肝毒性反应、呼吸系统反应以及神经毒性反应等,而在本次研究中未发现肾毒性反应等患者,造成这一现象的原因可能是所选患者数量较少,因此在未来研究中可考虑增加患者数量。另一方面,对不良反应缺乏多因素回归分析,引发青霉素类药物不良反应的因素是多方面的,可能与年龄、用药方式、用药剂量甚至性别等有关,但是在本次研究中并未开展多因素回归分析与单因素分析,这也是未来研究中应重点解决的问题。

综上所述,青霉素类药物所引发的不良反应问题不容忽视,本文研究结果证明患者常见不良反应包括皮炎水肿、恶心呕吐腹泻、头痛烦躁、心跳加快、白细胞减少等几种类型,这可能与药物的药性存在密切关系,因此为实现安全用药目标,则需要医师做好药物安全性管理,主动观察、预防不良反应问题,这是提升临床疗效的关键。

参考文献:

- [1]王熠杰,张令晖,邓美玉,等.老年社区获得性肺炎抗生素的合理应用[J].人民军医,2021,64(09):915-918.
- [2]涂丽萍,陈全华.青霉素类抗生素发生不良反应的特点与规律分析[J].北方药学,2021,18(08):93-95.
- [3]孙庆.青霉素类抗生素发生不良反应的药理学分析[J].中外医疗,2021,40(19):81-83.
- [4]李佳.青霉素与氯霉素、四环素类药物联合使用的不良反应分析[J].中国医药指南,2020,18(17):159-160.

江苏省社区卫生服务机构抗高血压药物的可获得性研究

陈磊 俞敏 吴红雁 顾雅琴

江苏医药职业学院 江苏盐城 224005

摘要：目的：评价江苏省社区卫生服务机构抗高血压药物的可获得性。方法：采用世界卫生组织/国际卫生行动组织（WHO/HAI）标准调查法，对江苏省社区卫生服务机构和零售药店抗高血压药物的可获得性进行调查和对比研究。结果：社区卫生服务机构和零售药店可获得率高的抗高血压药分别有 10 种和 15 种；可获得率较高的降压药各有 14 种和 17 种；可获得性一般的降压药各有 18 种和 8 种；可获得性低的降压药各有 1 种和 3 种。结论：在医联体背景下，被调查抗高血压药物品种在江苏省零售药店的可获得情况优于社区卫生服务机构。国家基本药物目录中的抗高血压药物的可获得性整体情况较好。

关键词：抗高血压药物；可获得性；江苏省；社区卫生服务机构；零售药店

近年来，我国慢性病高发，慢性病防治已成为我国公共卫生工作重点。根据第五次全国卫生服务调查结果，高血压是患病率最高的慢性病（142.5‰）。我国高血压患者中，90%在基层就医。尤其是在医联体背景下，社区卫生服务机构作为基层医疗卫生机构的主要成员之一，承担城乡居民慢性疾病的预防保健和诊疗服务的任务[1]。而确保慢性病基本药物在基层医疗机构的保障供应是慢性病防治工作的基本要求。本文以药物的可获得率作为评价指标，对江苏省社区卫生服务机构（包括社区卫生服务中心和社区卫生服务站）和零售药店抗高血压药物的可获得性（可及性）进行调查。为江苏省抗高血压药物的供应情况以及基层用药管理政策提供参考。

1 对象和方法

1.1 调查地区和机构 根据 WHO/HAI 标准药品调查法的原则，结合江苏省的实际情况，分别从苏南、苏北和苏中随机选取 4 个调研城市：盐城、泰州、南京、苏州；每个城市选取 20 家社区卫生服务机构，20 家距离所选社区卫生服务机构最近的零售药店。

1.2 调查药品选择 自 2019 年起，江苏省已取消省增基药，进一步响应《关于进一步加强基层医疗卫生机构药品配备使用管理工作的意见》，支持基层医疗机构采购非基药。因此，笔者主要根据《国家基层高血压防治管理指南（2020 版）》中建议使用的常用降压药物种类[2]，《江苏省基本医疗保险药品目录（2021 年版）》以及《国家基本药物目录（2018 版）》中收录的降压药物目录，并结合查阅文献，最终确定以下降压药为调查品种（表 1）。

表 1 降压药调查目录

类别	药物名称
血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）	基药-卡托普利、依那普利、赖诺普利 非基药-培哚普利、贝那普利、雷米普利、福辛普利、咪达普利
血管紧张素 II 受体拮抗剂（ARB）	基药-缬沙坦 非基药-氯沙坦、厄贝沙坦、替米沙坦、坎地沙坦、奥美沙坦酯、阿利沙坦酯
β 受体阻滞剂	基药-比索洛尔、拉贝洛尔 非基药-阿替洛尔、美托洛尔、卡维地洛、阿罗洛尔
钙拮抗剂（CCB）	基药-氨氯地平、左旋氨氯地平、硝苯地平、尼群地

利尿剂	平、非洛地平缓释片 非基药-拉西地平、贝尼地平、乐卡地平、西尼地平
单片复方制剂	基药-吲达帕胺、氢氯噻嗪 基药-缬沙坦氨氯地平 非基药-氨氯地平贝那普利、贝那普利氢氯噻嗪、复方卡托普利、赖诺普利氢氯噻嗪、厄贝沙坦氢氯噻嗪、氯沙坦钾氢氯噻嗪、替米沙坦氢氯噻嗪、缬沙坦氢氯噻嗪、复方利血平、复方利血平氨苯蝶啶片（0 号）

1.3 评价指标 药品的可获得性是指在所调研的机构中，可以提供某种药品的机构的数量占同类调查机构总数的比例。药品的可获得性等级评估标准参照 WHO/HAI 标准调查法中的可获得率作为可及性的评价指标。可获得性的分级：不可获得（可获得率为 0）；可获得性低（可获得率 0-25%）；可获得性一般（可获得率 25%-50%）；可获得性较高（可获得率 50%-75%）；可获得性高（可获得率>75%）。

1.4 调研实施 数据收集工作于 2021 年 6 月-10 月进行，调查员在每个调查机构，通过手机微信链接模式，搜集所调查药品的配备情况。其中 1 个社区卫生服务机构填写内容无效，未纳入数据分析结果。

2 结果

整体水平上来看，江苏省社区医疗卫生服务机构以及零售药店抗高血压药物的可获得性较好。社区卫生服务机构和零售药店可获得率高的抗高血压药分别有 10 种和 15 种；可获得率较高的降压药各有 14 种和 17 种；可获得性一般的降压药各有 18 种和 8 种；可获得率在 25%以下的降压药分别有 1 种和 3 种。

2.1 降压药在社区卫生服务机构和零售药店的可获得性

社区卫生服务机构可及性高的抗高血压药有 10 种，可获得率由高到低分别为：卡托普利（93.02%）、氢氯噻嗪（93.02%）、氨氯地平（93.02%）、硝苯地平（93.02%）、美托洛尔（90.7%）、依那普利（88.37%）、缬沙坦（86.05%）、氯沙坦（86.05%）、拉贝洛尔（83.72%）、厄贝沙坦（79.07%）。零售药店可及性高的抗高血压药有 15 种，可获得率由高到低分别为缬沙坦（95%）、美托洛尔（95%）、氯沙坦（90%）、厄贝沙坦（90%）、氨氯地平（90%）、缬沙坦氨氯地平（90%）、卡托普利（85%）、依那普利（85%）、吲达帕胺（85%）、非洛地平（85%）、缬沙坦氢氯噻嗪（85%）、氢氯噻嗪

(80%)、比索洛尔(80%)、氨氯地平贝那普利(80%)、复方利血平(80%)。

社区卫生服务机构可及性较高的抗高血压药物有 14 种, 可获得率从高到低分别为: 阿替洛尔(75%)、缬沙坦氨氯地平(74.42%)、非洛地平(72.09%)、吲达帕胺(69.77%)、厄贝沙坦氢氯噻嗪(67.44%)、氨氯地平贝那普利(62.79%)、比索洛尔(55.81%)、缬沙坦氢氯噻嗪(55.81%)、贝那普利(53.49%)、左旋氨氯地平(53.49%)、尼群地平(53.49%)、复方利血平(53.49%)、拉西地平(51.16%)、氯沙坦钾氢氯噻嗪(51.16%)。零售药店可及性高的抗高血压药有 17 种, 可获得率从高到低依次为替米沙坦(75%)、奥美沙坦酯(75%)、拉贝洛尔(75%)、硝苯地平(75%)、贝那普利氢氯噻嗪(75%)、厄贝沙坦氢氯噻嗪(75%)、氯沙坦钾氢氯噻嗪(75%)、培哚普利(70%)、贝那普利(70%)、左旋氨氯地平(70%)、阿替洛尔(65%)、尼群地平(65%)、替米沙坦氢氯噻嗪(65%)、复方利血平氨苯蝶啶片(0 号)(65%)、复方卡托普利(60%)、拉西地平(55%)、赖诺普利氢氯噻嗪(55%)。

可获得性一般的降压药在社区卫生服务机构和零售药店各有 18 种和 8 种。社区卫生服务机构可获得率一般的品种包括贝那普利氢氯噻嗪(48.84%)、复方卡托普利(48.84%)、替米沙坦氢氯噻嗪(48.84%)、替米沙坦(46.51%)、奥美沙坦酯(41.86%)、赖诺普利(39.53%)、培哚普利(39.53%)、赖诺普利氢氯噻嗪(39.53%)、贝尼地平(37.21%)、福辛普利(34.88%)、坎地沙坦(34.88%)、阿罗洛尔(34.88%)、复方利血平氨苯蝶啶片(0 号)(34.88%)、西尼地平(32.56%)、卡维地洛(30.23%)、雷米普利(27.91%)、乐卡地平(27.91%)、咪达普利(25.85%)。零售药店可获得率一般品种包括坎地沙坦(45%)、阿利沙坦酯(45%)、赖诺普利(40%)、卡维地洛(40%)、贝尼地平(40%)、西尼地平(35%)、雷米普利(30%)、阿罗洛尔(30%)。

两类机构可获得性低的降压药数量均较少。阿利沙坦酯在社区卫生服务机构的可获得性低(23.26%), 乐卡地平(25%)、福辛普利(20%)、咪达普利(15%)在零售药店的可获得性低。没有药物可获得性为无。

2.2 社区卫生服务机构和零售药店抗高血压药物对比研究

对比研究发现, 除硝苯地平、拉贝洛尔、福辛普利、乐卡地平和咪达普利在社区卫生服务机构的可获得率性高于零售药店外, 其他单方制剂, 包括非洛地平、吲达帕胺、比索洛尔、替米沙坦、奥美沙坦酯、培哚普利、阿利沙坦酯均在零售药店的可获得性更高。此外, 零售药店的单片复方制剂降压药整体可获得性也高于社区卫生服务机构, 包括缬沙坦氨氯地平、氨氯地平贝那普利、缬沙坦氢氯噻嗪、复方利血平、贝那普利氢氯噻嗪、复方卡托普利、替米沙坦氢氯噻嗪、赖诺普利氢氯噻嗪、复方利血平氨苯蝶啶片(0 号)。

3. 讨论

医联体背景下, 基层医疗机构是高血压管理的主要管理机构。首先, 我国医疗制度改革为基层医疗卫生服务习题在慢病防治方面提供了制度保障, 明确了社区卫生服务机构的主要功能, 是“预防、医疗、保健、健康教育、康复”五位一体。在慢病管理方面, 其主要任务包括一级危险因素、二级早期疾病干预和三级慢病并发症预防和康复[3]。另一方面, 实践研究表明, 通过三级医院与社区基层医疗机构联合规范化管理高血压患者, 对高血压患者的知晓率、治疗率、控制率以及达标率均有显著提高,

且有统计学差异[1]。

文中用可获得率对社区卫生服务机构和零售药店中降压药的可获得性进行了分析和对比。可获得率较高(>50%)的降压药在社区卫生服务机构和零售药店分别占比 55.8%和 74.4%, 可见降压药在零售药店的可获得情况更好, 在社区卫生服务机构的情况稍弱。另外, 在国家基药目录中的抗高血压药物中, ACEI 类中的卡托普利、依那普利的可获得性均很高, 但赖诺普利在两类机构的可获得性均为一般; ARB 类中的缬沙坦可获得性均为高; β 受体阻滞剂中的比索洛尔和拉贝洛尔可获得性均在较高以上; CCB 类的氨氯地平、左旋氨氯地平、硝苯地平、尼群地平、非洛地平缓释片的可获得性均在较高以上水平; 利尿剂吲达帕胺和氢氯噻嗪均在较高水平以上; 复方制剂缬沙坦氨氯地平可获得性在较高水平以上。可见江苏省基药目录中的抗高血压药物的可及性整体情况较好。在保证基本药物配备供应的基础上, 社区卫生服务机构依照《江苏省基本医疗保险药品目录》品种, 增加降压药品类, 能更好地满足不同患者的用药需求。需要注意的是, 依照《国家基层高血压防治管理指南(2020 版)》, 复方制剂降压药有 5 种药品(45%)在社区卫生服务机构的可获得性一般。复合制剂中的降压药是由两种或多种降压药组合而成, 既能起到很好地控制血压的作用, 又能起到很好地缓解作用, 总体上副作用较小, 更容易被患者接受。因此, 对于基层医疗机构, 应当提高此类降压药的配备。

文献研究证明, 提高基层医疗机构中不同种类高血压基本药物的可及性对于更好地管理基层高血压可能有较为重要的作用[4]。本研究通过对社区卫生服务机构和零售药店的可获得性进行评估和分析, 可以为江苏省进一步提高基本药物的可及性、完善基本药物政策提供一定的数据支持。在此基础之上, 可以为提高本省医保药品目录的合理性和科学性提供参考。随着药物研发水平不断提升, 药物更新频率加快, 患者也将有机会获得疗效更好、安全性更高、价格更为合理的新药, 需要持续更新基本药物目录和高血压防治指南[4]。所以, 该类针对药物可及性的调查研究需要持续进行。另外, 为确保抗高血压药物的持续和合理使用, 也需要基层医疗机构配备具备专业技术水平的药师, 参与到高血压防治管理工作中, 对提高患者对药物的认知, 提高用药依从性, 提高防治效果也发挥着重要作用[5]。

参考文献:

- [1]罗伊凡, 张婷, 王晨, 陆伟震, 王阳, 刘君(2020)医共体模式下高血压管理现状及分析. 社区医学杂志 18: 1039-1042
 - [2]国家心血管病中心(2020)中医药首次写入《国家基层高血压防治管理指南(2020)》. 河北中医 42: 1883
 - [3]李妍宏(2020)慢病管理模式对社区老年高血压患者的影响. 卫生职业教育 38: 123-124
 - [4]张小娟, 姜晓桐, 郑见立, 彭博, 李亚子(2020)基层医疗机构高血压与糖尿病治疗基本药物配备与可获得情况分析. 中国卫生政策研究 13: 58-65
 - [5]吴玲, 王振山, 谢龙(2020)药师参与门诊老年高血压患者慢病管理的效果评价. 药学与临床研究 28: 478-480
- 基金项目: 江苏省高校哲学社会科学基金项目(编号: 2021SJA1939)。
作者简介: 陈磊, 硕士研究生; 主要研究方向: 药事管理与药物政策。

妇科超声检查卵巢巧克力囊肿的声像图与价值分析

杜蕾

烟台市蓬莱中医医院超声科 265600

摘要：目的：卵巢巧克力囊肿是引起盆腔疼痛与不孕症的主要原因之一，并可能引发新型妇科急腹症。为提高妇科超声检查在常规体检中价值的认识，以及提升对卵巢巧克力囊肿的声像图的认知，提升常规体检中卵巢巧克力囊肿的检出率，从而为预防新型妇科急腹症提供合理依据。方法：选取自 2020 年 1 月至 12 月在本院妇科住院患者经妇科超声检查诊断的卵巢巧克力囊肿患者，共采样 98 名患者数据，利用 GE voluson s10 仪器，确定患者超声检查声像图特点。结果：在对患者进行超声检查卵巢巧克力囊肿后，其诊断结果显示：有 93 名病人被确诊或认为患有卵巢巧克力囊肿，错误诊断了 5 名病人，诊断准确率高达 94.8%，错误诊断率为 5.1%。在 93 名患者中，被确诊患有卵巢巧克力囊肿共有 68 名患者，所占比名为 73.11%，有 25 名患者被认为可能患有卵巢巧克力囊肿及其他相关病症，所占比名为 26.88%。另外，从超声诊断的声像图结果来看：病人的囊体通常在子宫体后方单侧或双侧，一些病人的囊体外形呈圆形或类球形，还有极少数病人的囊体外观不规则，但整个包层均较完整，并且其内部比较粗糙和肥厚，部分边缘并不清晰，囊内声音发的穿透性较差，并存在着密集细小的光点反射，部分囊内还产生均匀或不均匀回声，均为囊体的结构改变。结论：妇科超声检查的使用对卵巢巧克力囊肿的诊断，具有极高的正确率，展现出其极高的医学利用价值，因此，推广超声检查的使用在妇科卵巢巧克力囊肿诊断中具有重要的意义。

关键词：妇科超声检查；卵巢巧克力囊肿；声像图分析；应用价值分析

卵巢巧克力囊肿是子宫内膜异位发生在卵巢内的表现，这种病症通常产生于处在生育时期的女性群体中。引起这种病症的原因在于女性经期时，子宫内膜掉落出一些碎片，并伴随着血液，通过输卵管呈回流的形式，回流到女性盆腔中，久而久之，便会是卵巢内部及盆腔内部逐渐堆积起块状的囊体。这种囊体一旦发生病变，则会导致病人者的卵巢出现单侧或双侧患病。现目前，我国针对妇科卵巢巧克力囊肿的主要诊断方式是采用彩超检查，而能够通过 GE voluson s10 仪器，对患者进行正确的病理诊断，是现阶段妇科医生必须具备的基本能力，它不仅能直观地呈现出患者卵巢巧克力囊肿的内部情况，也对医生诊断的正确性提供了有利的依据。因此，要求相关医生要以诊断病人所患病名的准确性为首要前提，要对妇科超声检查的声像图具有足够的了解度，才能及时准确地诊断出卵巢巧克力囊肿病症。基于此，本文将结合实名，重点分析该病症声像图及超声检查的临床医学利用价值。现将研究结果报告如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取自 2020 年 1 月至 12 月在本院妇科住院患者经妇科超声检查诊断的卵巢巧克力囊肿病人，共采样 98 名患者数据，病人最低年纪 23 岁，最高年纪 45 岁，其平均年龄在 33 岁左右。同时利用 HPIInragePoint 超声系统显示设备，重点观察并分析卵巢巧克力囊肿病人的超声检查声像图。

1.2 检查方法

针对 98 名卵巢巧克力囊肿患者，均分别进行腹部超声检查和阴道超声检查，利用

HPIInragePoint 超声检查系统对病人进行腹部超声检查，利用妇科阴道镜检测仪对病人进行引导超声检查，将阴道探头的频率设置在标准情况下。在对并两种超声检查时，需要遵循以下原则及方法：

（1）腹部超声检查原则：

在对病人进行腹部超声检查前，首先，需要病人在检查前饮用大量的水，并且不进行排尿，使病人的膀胱始终保持在充实的状态，等到病人膀胱出现发胀的感觉时，才能接受超声检查。但如果是盆腔内部存有积液的病人或者是怀孕 3 个月及以上的孕妇进行超声检查时，便可以不再进行这一步。这一步骤的目的在于对病人进行超声检查时，防止肠胃中存在的气体对超声检查产生干扰。其次，在病人需要做胆囊等其他需要空腹才能检查的超声时，病人应该在进行检查前 24 小时内禁止食用油腻的食物，并且保持检查当天应处于不低于 8 小时的空腹时间，这样才能提高检查的准确率。

（2）腹部检查方法

在对病人进行腹部超声检查时，要求病人处于仰卧的状态，保持呼吸平畅，并让病人将两手置于头两侧，使肋间距增大，以方便检查。

（3）阴道超声检查原则

在对病人进行阴道超声检查前，需要病人排空膀胱，即不需要进行憋尿，并采用频率比腹部检查时还要高的探头进行检查，一般情况下，均采用 6.5MHZ 的探头，因为越高的频率代表检查的分辨率越高。

（4）阴道超声检查方法

在进行阴道超声检查时，让病人处于平躺状态，采取截石位，然后将探头涂抹上医用耦合剂，并在外表套上乳胶套。检查时检测者应戴上医用手套，检查乳胶套是否完好无损后，才能将探头缓慢且较轻的送入阴道内部，要采取多个切面检查子宫内部，并且需要对子宫内部进行全面的观察。检查完毕后，再将探头缓慢取出，并再次检查乳胶套是否完好无损，将其去下，丢入医疗废物专用垃圾桶，同时用消毒后的医用纱布，将探头擦拭干净。

1.3 临床表现

卵巢巧克力囊肿在临床医学上的表现为：痛经、月经失调（包括月经周期不合理、经期时间长、量多等）、不孕不育及子宫肌瘤病等方面。本次研究的患者在典型痛经表现上共 61 名，占据比名为 65.5%；月经失调表现共 24 名；占据比名 25.8%；不孕不育症状共 38 名；占据比名 40.8%，合并子宫肌瘤病表现共 16 名，占据比名 17.2%。

1.4 声像图征象

对患者超声检查卵巢巧克力囊肿的声像图进行分析，并以相关资料文献作为检测依据，对患者超声检查卵巢巧克力囊肿的声像图进行如下描述：

直接征象 1：囊肿大小形态，囊肿呈圆形或类圆形，囊内有分隔回声，囊内显出大小均匀、数量较多、细微而紧密的白底淡光点，囊壁厚较均匀，与周边组织间有明确界限

直接征象 2：囊内有回声，但极不一致，囊内显出大小不等、数量较多、细微密集的强光点，囊壁厚极不一致，与周边组织缺乏明确界限。

直接征象 3：囊内回声不均匀，腔内形成完全性或不完全性且厚度较均匀的增强与分隔光带，并存在中强回声区，囊壁厚薄不一致，内壁不平滑与周边组织不清。个别侧方为形态的不规则包囊性积液区，但界限不清。

间接征象 1：子宫呈后倾位置

间接征象 2：子宫肌瘤病

间接征象 3：肿物与子宫关系紧密（位于侧后方或侧方）

1.5 观察指标

首先，在对患者进行超声检查前，要对患者在临床上的表现的特征进行整理分析，在本次研究中，对患者进行超声检查前，重点分析了患者的临床表现特点，其中典型痛经表现上共 61 名；月经失调表现共 24 名；不孕不育症状共 38 名；合并子宫肌瘤病表现共 16 名。其次，超声检查的声像图要主要观察囊体是单侧囊体还是双侧囊体、边界是否清晰等检查结

果。

1.6 统计学处理

采用 SPSS20.0 软件统计处理,以 n 表示计数,以 %表示比名,以 X² 进行数据检验,并采用 P<0.05 来表示数据差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 超声诊断结果

在对患者进行超声检查卵巢巧克力囊肿后,其诊断结果显示:有 93 名患者被确诊或认为患有该病症,错误诊断了 5 名患者,诊断准确率高达 94.8%,误诊率为 5.1%。在 93 名患者中,被确认患有该病名的病人共有 68 名,所占比名为 73.11%。有 25 名患者被认为可能患有卵巢巧克力囊肿及其他相关病症,所占比名为 26.88% (详见表 1)。其中,可能患有卵巢巧克力囊肿患者 14 名,占 56%;可能卵巢囊肿 5 名,占 20%;可能卵巢囊实性团块 4 名,占 16%;可能子宫浆膜下肌瘤 2 名,占 8%。(详见表 2)

表 1 超声诊断结果患者名数及比名

	确诊该病状	可能患有该病状	误诊病状	总计
名数及比名	68(73.11%)	25 (26.88%)	5 (5.1%)	98
P 值	<0.01	<0.01	<0.01	

表 2 超声诊断结果显示可能患有该病症及相关病症名数和比名

	可能卵巢巧克力囊肿	可能卵巢囊肿	可能卵巢囊实性团块	可能子宫浆膜下肌瘤	总计
名数及比名	14 (56%)	5 (20%)	4 (16%)	2 (8%)	25
P 值	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	

2.2 声像图结果

对卵巢巧克力囊肿声像图进行观察发现:共有 62 名病人满足单侧直接征象的病症,共有 31 名病人满足双侧直接征象的病症,两组患者数量的比名为 3:1。其中单侧患者满足直接征象 1 共 24 名,占总名数的 38.7%;满足直接征象 2 共 23 名,占总名数的 37%;满足直接征象 3 共 15 名,占总名数的 24.19%。在双侧患者中,满足直接征象 1 共 13 名,占总名数的 41.93%;满足直接征象 2 共 10 名,占总名数的 32.25%;满足直接征象 3 共 8 名,占总名数的 25.8% (详见表 3)。针对于卵巢巧克力囊肿间接征象,患者之间出现了合并现象,93 名患者中,满足声像图间接征象 1 共 64 名,占总名数 68.81%;满足间接征象 2 共 24 名,占总名数 25.8%;满足间接征象 3 共 76 名,占总名数 81.72% (详见表 4)

表 3 各患者满足直接征象名数及比名

	直接征象 1	直接征象 2	直接征象 3	总计
单侧	24 (38.7%)	23 (37%)	15 (24.19%)	62 (66.66%)
双侧	13(41.93%)	10 (32.25%)	8 (25.8%)	31 (32.25%)
合计	37(39.78%)	33 (35.48%)	23 (24.73%)	93
P 值	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

表 4 93 名卵巢巧克力囊肿间接征象所占比名

	间接征象 1	间接征象 2	间接征象 3
名数	64 (68.81%)	24 (25.8%)	76 (81.72%)
P 值	<0.01	<0.01	<0.01

3. 讨论

当通过超声波进行检测时,患者体内的肿块透声性不佳,并且在内部具有密集细小的光端,通过这些表现往往能够发现其是卵巢巧克力囊肿。在

本研究中,有部分病名具有上述常见的超声特征。研究的原因,本研究中某些病名在实施腹腔超声波检测时,由于受肠道压力和肥胖等原因的干扰,导致检测信号的后方发生衰减过程,且囊肿的边缘以及与子宫内部、盆腔壁间的联系都比较模糊,对卵巢巧克力囊肿病人通过超声波进行检测,可以发现其超声波影像的表现多种多样,而且不具有特殊性,比如:最常见的双侧卵巢巧克力囊肿,其部位通常处于子宫的左、右后方,当其肿块逐渐增大时出现相互粘连。而卵巢巧克力囊肿其边缘通常并不清晰,或者比较模糊不清,其表面也出现了不规则形状。同时,要求相关检测医生要充分了解超声检查卵巢巧克力囊肿的声像图特征,从而提升诊断的正确率。

本文通过研究患者声像图,得出如下结论:直接征象 1 是该病症声像图最基础的特征。而符合直接征象 1 的患者共计 37 名,占总患者数量的 39.78%。而满足直接征象 2 的患者也占据着一大部分,共计 33 名,占总患者数量的 35.48%,最后是满足于直接征象 3 的患者,共计 23 名,占总患者数量的 24.73%,由此可见,通过观察患者的超声检查声像图,可以更为细致的了解患者卵巢巧克力囊肿的内部情况,从而能够让医生进行有针对性的治疗,提升患者的康复率。另外,本研究还发现,满足间接征象 1,即子宫呈后倾位置的患者数量为 64 名,占总患者数量的 68.81%;满足间接征象 2,即子宫肌腺病共有 24 名患者,占总患者数量的 25.8%,满足间接征象 3,即肿物与子宫关系紧密度(位于侧后方或侧方)的患者共有 76 名,占总数量的 81.72%,由此可见,肿物与子宫关系紧密度(位于侧后方或侧方)是大多数患者都会出现的声像图间接征象。而子宫肌腺病的患者所占数量不多。由此可知,卵巢巧克力囊肿与子宫关系紧密度是医生在对患者进行诊断及治疗时,需要优先考虑的侧重点,以此才能节省诊治实践,从而加快使患者的康复速度。

因为卵巢巧克力囊肿的内部回声以及随着疾病发展内回声的多样性不同,与多种疾病声像图的高度相似性,也易造成超声波检查的错误。例如:囊肿内有分隔,下半部则为有回声,类似畸胎瘤的脂液游离界面;但囊肿内回声并不一致,其外侧为形状不规则的包裹性宫腔积液,且易同渗出炎性包块相混淆;甚至形态不规则,但囊肿内侧却有增强的光区,同宫外孕也无法彻底区别开来。文中介绍的 5 名误诊病人(包括渗出性炎性包块 2 名,畸胎瘤 1 名,黄体囊肿 1 名,宫外孕 1 名),只重视了局部的声像图征象,而忽略了全部临床特征或对卵巢巧克力囊肿的声像图特征了解不足所致。

4. 结束语

综上所述,卵巢巧克力囊肿为一类肿瘤病变,在育龄妇女中有很大的发生率。随着病情发展,患者囊肿中的积血量会发生持续增大状况,导致囊肿的体积增大,从而撑破了囊壁薄弱部份,导致囊体出现了严重的破损,盆腔黏附疾病逐渐增多。而卵巢巧克力囊肿病的发生原因则主要体现在内膜异位,引起卵巢激素发生了明显的改变,从而导致病情产生周期性崩漏以及细胞增殖的现象,而如果病情进一步恶化则可能导致巧克力结节或包块的形成。对于提高卵巢巧克力囊肿疾病临床诊断能力和水平来说,对这种疾病作出早期治疗尤为重要。所以,将妇科超声检查用于对卵巢巧克力囊肿的检查中,有着很大的医疗使用意义,而且应该广泛推广应用。其次,超声波检测的声像图对医学上判断病人症状也有着很大的使用意义。

参考文献:

[1]杨倩. 卵巢巧克力囊肿的病因学说[J]. 科学养生 2019 年 22 卷 12 期, 21-22 页, 2020.

[2]卢燕敏、王贤明、梁丽霞. 超声在卵巢巧克力囊肿与盆腔炎症性囊肿鉴别诊断中的价值[J]. 中国数字医学, 2020, 15 (3): 3.

[3]肖晓芳、许爱华、王莹. 经腹部联合经阴道超声诊断卵巢巧克力囊肿的临床价值[J]. 中国当代医药 2020 年 27 卷 35 期, 167-170, 2021.

[4]赵大地. 妇科超声在卵巢巧克力囊肿检查中的应用价值分析[J]. 2021.

[5]王健、王钧、刘状. 妇科超声在卵巢巧克力囊肿检查中的应用价值分析[J]. 中国实用医药, 2020, 15 (7): 3.

我院发热门诊小儿高热综合治疗方案的探讨

冯 韬

四川省成都市龙泉驿区妇幼保健院儿科 四川成都 610100

摘要：目的 本文研究我院发热门诊小儿高热综合治疗方案。方法 研究工作从2021年1月开始，并在2022年3月完成案例数据采集工作，共收录我院200例高热患儿病例。通过数字表随机分组法分组，每组患儿数量均为100例。对照组采用常规治疗。研究组采用综合治疗。收集各项数据。结果 研究组治疗有效率高于对照组， $P<0.05$ 。研究组患者退热时间低于对照组， $P<0.05$ 。研究组患者症状评分低于常规组， $P<0.05$ 。研究组患者睡眠质量数据高于常规组， $P<0.05$ 。研究组患者家长满意度高于常规组， $P<0.05$ 。研究组不良事件数量低于常规组，但 $P>0.05$ 。结论 在为高热患儿进行治疗时，能够有效改善患儿各项临床症状，加快患儿退热，有效提高患儿的睡眠质量，通过综合治疗能够为患儿予以更为显著的治疗效果，能够有效改善患儿各项临床症状，加快患儿退热，建议在发热门诊当中积极借鉴。

关键词：发热门诊；小儿；高热；综合治疗

发热门诊是医院最为重要的门诊科室之一。当前，在新型冠状病毒肺炎疫情如此严峻的形势下，发热门诊必然成为医院的前沿阵地，所有发热患者首先都要到发热门诊进行核酸检测及前期的救治，这种情况下的发热门诊必然接诊各种各样的疾病，医院发热门诊接收的高热患儿数量不断增加，这就需要在发热门诊当中为高热患儿予以更为全面、科学、合理的治疗干预^[1]。小儿高热是一种较为常见的儿童症状，小儿发热时，家长也极易紧张及焦虑，患儿在持续高热后会有较高风险出现各种不良情况和并发症，进而导致患儿病情逐渐加重，甚至会危及到患儿的生命安全^[2]。这就需要在发热门诊中为患儿予以有效的治疗干预，为患儿在最短时间内恢复正常的体温水平，改善患儿的身体状态。在传统的治疗中主要是通过药物等方式为患儿予以治疗，但是单一药物治疗的效果并不显著。而通过综合治疗能够对患儿予以更为全面的干预，通过药物治疗、物理降温以及中医方法进行更为全面的治疗和护理，帮助患儿迅速降温，恢复正常的体温水平，控制患儿各项临床症状，对于小儿高热的门诊治疗工作具有十分重要的意义。因此，本文将针对我院发热门诊小儿高热综合治疗方案展开分析。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

研究工作从2021年1月开始，并在2022年3月完成案例数据采集工作，共收录我院200例高热患儿病例。通过数字表随机分组法分组，每组患儿数量均为100例。一般资料：研究组患者男女比例：（54：46），年龄平均值：2.22±1.05岁。对照组患者男女比例：（48：52），年龄平均值：2.17±1.03岁。采集高热患者的一般资料分析。结果表明： $P>0.05$ ，允许予以对比分析。

1.2 方法

对照组采用常规治疗：为患儿使用对乙酰氨基酚混悬滴剂或者布洛芬混悬滴剂予以治疗。（1）为患儿使用对乙酰氨基酚混悬滴剂（国药准字：H19990007）予以治疗。1-3岁（体重10-15kg），每次1-1.5ml；4-6岁（体重16-21kg），每次1.5-2ml；7-9岁（体重22-27kg），每次2-3ml；10-12岁（体重28-32kg），每次3-3.5ml；如果患儿持续发热，则每隔4小时到6小时用药一次。（2）为患儿使用布洛芬混悬滴剂（国药准字：H19991012）进行治疗，口服每次按体重5~10mg/kg。

研究组采用综合治疗。（1）药物治疗：为患儿使用对乙酰氨基酚混悬滴剂或布洛芬混悬滴剂口服，用法与对照组相同。（2）物理退热：首先为患儿予以敷贴退热贴。在患儿额头敷贴退热贴，为患儿降温。其次，在患

儿腋下予以冰敷。在为患儿进行冰敷时需要注意在冰袋外层使用布予以包裹，防止冰袋冻伤患儿。

1.3 观察指标^[3]

（1）治疗有效率：显效：患者发热等症状消失，各项功能恢复正常。有效：患者发热等症状缓解，各项功能逐渐恢复。无效：未达到以上标准。

（2）临床症状评分：寒战、食欲不振、精神萎靡，每项0分-6分，分数越高则症状越严重。（3）睡眠质量：选择量表（PSQI）获取数据，共7项，每项0-3分，共计21分，分数与睡眠质量呈正相关。（4）家长满意度：使用自制调查表采集数据，分数100分，数据整理为三个等级。（5）不良事件：惊厥、呕吐、脱水、电解质紊乱。

1.4 统计学方法

使用SPSS19.0软件分析。选择率（%）记录计数数据，然后通过数值 χ^2 分析。选择±标准差记录计量数据，然后通过数值t分析。数据判定标准： $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 患儿治疗有效率比较

研究组治疗效果为：99.00%（99例）；对照组治疗效果为：92.00%（92例）。数据表明：研究组治疗效果比对照组更高， $P<0.05$ 。表1为患儿治疗有效率数据。

表1 患儿治疗有效率数据[n（%）]

组别	n	显效	有效	无效	治疗有效率
研究组	100	48(48.00%)	51(51.00%)	1(1.00%)	99(99.00%)
对照组	100	45(45.00%)	47(47.00%)	8(8.00%)	92(92.00%)
χ^2	--	--	--	--	5.701
P	--	--	--	--	0.016

2.2 患儿退热（完全不发热）时间比较

研究组退热时间：（28.12±2.68）小时；对照组退热时间：（32.47±3.58）小时。数据显示：研究组患者退热时间比对照组更低， $P<0.05$ 。

2.3 患儿临床症状评分比较

在治疗后研究组患儿寒战、食欲不振、精神萎靡等症状评分低于常规组， $P<0.05$ 。表2为患儿临床症状评分数据。

表2 患儿临床症状评分数据（分）

组别	n	寒战		食欲不振		精神萎靡	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	100	5.18±0.71	1.23±0.34	5.21±0.52	1.48±0.24	5.24±0.51	1.62±0.37
常规组	100	5.15±0.73	2.61±0.42	5.17±0.51	3.22±0.36	5.18±0.67	2.78±0.42

<i>t</i>	--	0.294	25.538	0.549	40.215	0.712	20.724
<i>p</i>	--	0.768	0.000	0.583	0.000	0.477	0.000

2.4 患儿睡眠质量比较

研究组患儿睡眠质量数据高于常规组, $P < 0.05$ 。表 3 为睡眠质量数据。

表 3 患儿睡眠质量数据 (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
研究组	100	2.24±0.32	2.17±0.42	2.51±0.21	2.31±0.25	2.11±0.32	2.28±0.34	2.47±0.28	16.97±2.12
常规组	100	1.92±0.58	1.82±0.61	2.07±0.52	1.95±0.51	1.78±0.57	1.93±0.49	2.01±0.45	13.02±3.57
<i>t</i>	--	--	--	--	--	--	--	--	9.513
<i>p</i>	--	--	--	--	--	--	--	--	0.000

2.4 患儿家长满意度比较

研究组患儿家长满意度: 100.00% (100 例); 常规组患儿家长满意度: 94.00% (94 例)。研究组患儿家长满意度高于常规组, $P < 0.05$ 。表 4 为患儿家长满意度数据。

表 4 患儿家长满意度数据

组别	n	十分满意	一般满意	不满意	满意度
研究组	100	52 (52.00%)	48 (48.00%)	0 (0.00%)	100 (100.00%)

常规组	100	48 (48.00%)	46 (46.00%)	6 (6.00%)	94 (94.00%)
χ^2	--	--	--	--	6.185
<i>p</i>	--	--	--	--	0.012

2.5 患儿不良事件情况比较

研究组不良事件数量: 1 例 (2.00%); 常规组不良事件数量: 5 例 (5.00%)。研究组不良事件数量低于常规组, 但 $P > 0.05$ 。表 5 为患儿不良事件数据。

表 5 患儿不良事件数据 (%)

组别	n	惊厥	呕吐	脱水	电解质紊乱	总几率
研究组	100	1 (1.00%)	1 (1.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	2 (2.00%)
常规组	100	2 (2.00%)	1 (1.00%)	1 (1.00%)	1 (1.00%)	5 (5.00%)
χ^2	--	--	--	--	--	1.332
<i>p</i>	--	--	--	--	--	0.248

3 讨论

小儿发热是一种较为常见的症状, 一般是由多种疾病引起的。儿童正常状态下, 肛温为: 36.5℃到 37.5℃之间; 腋温为: 36℃到 37℃之间^[4]。根据临床统计显示: 儿童腋温相比于口温会低 0.2℃到 0.5℃左右, 而肛温比腋温大约高 0.5℃左右。临床工作中通常采用肛温 $\geq 38^\circ\text{C}$ 或腋温 $\geq 37.5^\circ\text{C}$ 定义为发热。其中, 腋温在 37.5℃到 38℃之间为低热, 腋温在 38.1℃到 38.9℃之间为中度发热, 而腋温在 39℃到 40.9℃之间为高热, 而 $\geq 41^\circ\text{C}$ 则为超高热^[5]。发热一般由于以下因素导致: 第一, 感染性疾病: 各类细菌等微生物感染。第二, 非感染性疾病: 风湿免疫性疾病, 肿瘤、下丘脑体温调节中枢受累的疾病、其它 (创伤、手术、药物热、疫苗接种不良反应、脱水热、暑热症、尿崩症等)。第三, 部分常见性疾病也会有几率造成患儿长期处于高热状态, 例如: 风湿热、败血症、结核性疾病、小儿性风湿症疾病等。此外, 部分少见疾病也有一定风险造成小儿持续高热: 例如白血病、恶性淋巴瘤、恶性组织细胞增生症以及结缔组织病等恶性肿瘤性疾病。根据患儿的发热时间一般可以将小儿高热分为四个阶段: 第一, 短期发热。患儿发热时间不超过 14 天, 部分患儿存在局部症状以及高热体征。第二, 长期发热。患儿发热超过 14 天, 这种情况下应当通过实验室生化检测辅助诊断。第三, 发热原因不明确。患儿高热超过 14 天, 体温超过 37.5℃, 通过常规的实验室生化检测无法找出病因。第四, 慢性低热。患儿持续处于低热状态超过 30 天。发热可影响机体的物质代谢、生理功能及防御功能, 可使中枢神经系统兴奋性增高, 由于儿童神经系统发育尚未成熟, 婴幼儿发热更易出现热性惊厥; 发热还可使机体不显示失水增多, 进而产生食欲减退、口腔黏膜干燥、腹胀、便秘等表现。持续高热可引发细胞变形坏死, 甚至发热相关的细胞因子风暴, 危及生命, 因此需要及时予以治疗干预。

对乙酰氨基酚及布洛芬是较为常用的退热药物, 具有退热、镇痛的效果, 用药效果好、用药不良反应少, 具有较高的用药安全性^[6]。通过口服用药能够在 60min 内起效, 并具有较长的药效持续时间。此外, 通过物理降温能够改善患儿舒适度, 辅助降温。敷贴退热贴是较为常用的退热方式,

通过退热贴当中水分蒸发进而带走患儿身体当中的热量, 达到降温的作用。通过物理降温能够有效改善患儿的体温水平。

根据本文数据分析显示: 研究组治疗有效率高于对照组, $P < 0.05$ 。其中, 研究组治疗有效率: 99.00% (99 例); 对照组治疗有效率: 92.00% (92 例)。同时, 研究组患者退热时间以及各项临床症状评分低于对照组, 而患者睡眠质量数据高于常规组, $P < 0.05$ 。此外, 研究组患者家长满意度高于常规组, $P < 0.05$ 。本文研究数据与其他临床研究成果相符。由此可见, 综合治疗对于高热患儿能够起到十分重要的作用。

综上所述, 在为高热患儿予以治疗的过程中, 选择综合治疗的效果更为理想, 能够有效改善患儿各项临床症状, 加快患儿退热, 有效提高患儿的睡眠质量, 降低患者出现各种不良情况的风险, 并具有较高的安全性, 建议在小儿高热的实际治疗中予以借鉴和采纳。

参考文献:

- [1] 陈丽娜. 门诊治疗小儿高热惊厥的疗效观察[J]. 心理医生, 2017, 23 (6): 90-91.
- [2] 廖运玲. 小儿高热惊厥急救临床护理措施[J]. 中国实用医药, 2018, 13 (24): 170-171.
- [3] 潘奇峰. 布洛芬混悬液与对乙酰氨基酚在小儿高热治疗中的临床效果对比[J]. 当代临床医刊, 2019, 32 (4): 319-320.
- [4] 宋贵强. 复方小儿退热栓治疗小儿高热惊厥的临床效果分析[J]. 世界临床医学, 2017, 11 (14): 129.
- [5] 国家呼吸系统疾病临床医学研究中心, 中华医学会儿科学分会呼吸学组, 中国医师协会呼吸医师分会儿科呼吸工作委员会等. 解热镇痛药在儿童发热对症治疗中的合理用药专家共识[J]. 中华实用儿科临床杂志, 2020, 35 (3): 161-169.
- [6] 隋丽丽. 小儿高热惊厥的护理研究进展[J]. 母婴世界, 2021 (17): 298.
- [7] 郑晓娟. 中西医结合治疗小儿高热 46 例疗效观察[J]. 医学理论与实践, 2019, 32 (6): 879-880.

盐酸拉贝洛尔片联合低剂量阿司匹林治疗子痫前期临床效果分析

高佳丽¹ 李芳芳² 吕东健¹ 王新月¹ 高妍¹

1、邢台市第三医院 河北邢台 054000; 2、河北省内丘县人民医院 河北邢台 054200

摘要:目的: 探讨盐酸拉贝洛尔片联合低剂量阿司匹林治疗子痫前期临床效果。方法: 选取 2020 年 1 月-2021 年 12 月 100 例确诊为子痫前期患者作为研究对象, 按照随机数字表将其分为观察组 (n=50)、对照组 (n=50)。对照组给予硫酸镁注射液治疗, 观察组在对照组的基础上给予患者盐酸拉贝洛尔片联合低剂量阿司匹林治疗。分析两组患者治疗前后两组患者血压; 治疗前后两组患者 24h 尿蛋白水平; 治疗前后两组患者凝血功能: 凝血酶原时间 (PT)、活化部分凝血酶原时间 (APTT)、凝血酶时间 (TT)、纤维蛋白原 (FIB)、D-二聚体 (D-D) 水平。结果: 治疗前, 两组血压水平差异不显著 ($P>0.05$), 治疗后, 两组血压水平均降低, 其中, 观察组血压水平低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 治疗前, 两组 24h 尿蛋白水平差异不显著 ($P>0.05$), 治疗后, 两组 24h 尿蛋白水平均降低, 其中, 观察组 24h 尿蛋白水平低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 治疗前, 两组患者 PT、APTT、TT、FIB、D-D 水平差异无统计学意义 ($P>0.05$), 治疗后, 两组患者的 PT、APTT、TT、FIB、D-D 水平均改善, 其中, 观察组 PT、APTT、TT 水平明显高于对照组, 观察组 FIB、D-D 水平明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论: 盐酸拉贝洛尔片联合低剂量阿司匹林治疗子痫前期能够大大改善患者的临床症状, 稳定血压水平, 降低尿蛋白水平, 改善患者的凝血功能, 促进患者的恢复。

关键词: 盐酸拉贝洛尔片; 低剂量阿司匹林; 子痫前期; 临床效果

由于女性生活压力以及生活模式的改变, 子痫前期的发病率呈逐年上升的趋势^[1-2], 该疾病严重影响孕妇的生活质量, 病情严重可导致严重并发症, 出现不良妊娠结局。目前, 临床上尚无特效药物治疗子痫前期^[3-4], 主要是通过降压药物进行干预治疗, 从而控制孕妇的血压, 确保因为血压控制不佳导致的并发症。拉贝洛尔是临床上治疗子痫前期的常用药物, 采用该药物治疗, 能够对肾上腺素受体进行阻断, 进而降低外周血管阻力^[5-6], 进而达到降低血压的目的。相关研究指出, 药物的联合应用, 能够显著改善子痫前期的临床症状^[7-8], 其中, 阿司匹林是近年来用于子痫前期治疗的联合用药之一, 能够进一步控制患者的血压水平。为进一步探讨盐酸拉贝洛尔片联合低剂量阿司匹林治疗子痫前期临床效果, 选取 2020 年 1 月-2021 年 12 月 100 例子痫前期患者作为研究对象, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 对象与分组

选取 2020 年 1 月-2021 年 12 月 100 例子痫前期患者作为研究对象, 按照随机数字表将其分为观察组 (n=50) 及对照组 (n=50)。经统计学分析, 观察组与对照组的一般资料差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性, 其详细情况见表 1, 患者均知情同意。

表 1 两组患者一般资料情况比较

组别	年龄 (岁)	孕周 (周)	孕次 (次)
观察组 (n=50)	27.15±3.38	28.85±0.64	1.93±0.82
对照组 (n=50)	27.32±3.41	28.70±0.69	2.05±0.83
T/X ²	0.294	0.095	0.391
P 值	>0.05	>0.05	>0.05

1.2 方法

对于两组孕妇, 首先给予基础治疗。主要包括卧床修养, 同时给予镇静、降压以及吸氧等常规治疗方案。对照组给予硫酸镁注射液治疗。取 15ml 的药物混合 20ml 浓度为 10% 的葡萄糖注射液, 采用静脉推注的方法进行, 时间控制在 15-20min 之间。之后, 取 60ml 的药物混合 60ml 浓度为 5% 葡萄糖注射液中, 进行静脉泵入, 每小时 12ml, 每天治疗一次。观察组在对照组给予患者盐酸拉贝洛尔片口服, 50~100mg, 每天 3 次治

疗; 小剂量阿司匹林睡前 100mg 口服。

1.3 观察指标^[9]

分析两组患者治疗前后临床效果; 治疗前后两组患者血压; 治疗前后两组患者 24h 尿蛋白水平; 治疗前后两组患者凝血功能: 凝血酶原时间 (PT)、活化部分凝血酶原时间 (APTT)、凝血酶时间 (TT)、纤维蛋白原 (FIB)、D-二聚体 (D-D) 水平。

1.4 统计学方法

应用 SPSS22.0 统计学系统进行分析, 计量数据以 ($\bar{x}\pm s$) 表示, 差异性比较用 t 检验, 计数资料则用 n (%) 来表示, 采用 X² 检验, $P<0.05$ 代表差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后收缩压、舒张压水平比较

治疗前, 两组血压水平差异不显著 ($P>0.05$), 治疗后, 两组血压水平均降低, 其中, 观察组血压水平低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者治疗前后收缩压、舒张压水平比较

组别	收缩压		舒张压	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=25)	151.24±5.38	126.40±6.29	95.28±5.12	81.20±3.26
对照组 (n=25)	151.29±6.01	138.43±5.23	95.32±4.90	87.32±4.16
t	0.092	5.392	0.295	6.291
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组患者治疗前后的 PT、APTT、TT、FIB、D-D 水平比较

治疗前, 两组患者 PT、APTT、TT、FIB、D-D 水平差异无统计学意义 ($P>0.05$), 治疗后, 两组患者的 PT、APTT、TT、FIB、D-D 水平均改善, 其中, 观察组 PT、APTT、TT 水平明显高于对照组, 观察组 FIB、D-D 水平明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后的 PT、APTT、TT、FIB、D-D 水平比较

组别	PT (s)		APTT (s)		TT (s)		FIB (g/L)		D-D (mg/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后

观察组 (n=25)	10.32±1.28	12.53±1.42	25.32±2.38	32.156±3.18	14.29±1.28	18.32±2.15	5.32±0.74	4.10±0.53	1.57±0.34	0.72±0.12
对照组 (n=25)	10.26±1.37	11.20±1.38	25.69±2.46	28.03±3.14	14.80±1.33	16.43±1.79	5.29±0.81	4.99±0.61	1.54±0.31	1.06±0.21
t	0.049	5.392	0.194	4.392	0.296	5.292	0.192	6.392	0.659	7.123
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 两组患者治疗前后 24h 尿蛋白水平比较

治疗前, 两组 24h 尿蛋白水平差异不显著 ($P>0.05$), 治疗后, 两组 24h 尿蛋白水平均降低, 其中, 观察组 24h 尿蛋白水平低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 4。

表 4 两组患者治疗前后 24h 尿蛋白水平比较

组别	治疗前	治疗后
观察组 (n=50)	4.32±0.53	1.02±0.26
对照组 (n=50)	4.49±0.54	1.92±0.41
t	0.820	9.439
P 值	<0.05	<0.05

3 讨论

拉贝洛尔是治疗子痫前期的常用药物之一, 该药物是一种 α 、 β 肾上腺素受体抑制剂^[10-11], 该药物能够有效减少患者的心肌耗氧量, 扩张外周血管, 进而达到降低血压的目的。采用拉贝洛尔治疗, 起效快, 作用时间长, 采用该药物治疗安全性高^[12-13]。同时, 子痫前期患者采用该药物治疗, 并不受到药物的影响, 同时, 还能够抗血小板凝集, 从而促进胎儿心肺的成熟。

阿司匹林则是一种环氧化酶抑制剂, 该药物能够有效发挥抗炎、抗血小板聚集的作用。相关研究指出, 采用低剂量阿司匹林治疗子痫前期, 并不会增加不良妊娠结局的风险。此外, 在拉贝洛尔治疗的基础上给予患者低剂量阿司匹林治疗^[14-15], 能够对患者体内的前列腺素、血栓素 A2 水平的平衡状态, 进而抑制相应血管的收缩, 同时, 还能够促进微循环以及胎盘血液的供应, 扩张血管, 进一步控制患者的血压水平。本次研究结果显示, 治疗前, 两组血压水平差异不显著 ($P>0.05$), 治疗后, 两组血压水平均降低, 其中, 观察组血压水平低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 说明盐酸拉贝洛尔片联合低剂量阿司匹林治疗子痫前期能够改善患者的血压水平, 稳定病情; 治疗前, 两组 24h 尿蛋白水平差异不显著 ($P>0.05$), 治疗后, 两组 24h 尿蛋白水平均降低, 其中, 观察组 24h 尿蛋白水平低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 说明盐酸拉贝洛尔片联合低剂量阿司匹林治疗子痫前期能够改善患者的尿蛋白水平, 改善患者的临床症状; 治疗前, 两组患者 PT、APTT、TT、FIB、D-D 水平差异无统计学意义 ($P>0.05$), 治疗后, 两组患者的 PT、APTT、TT、FIB、D-D 水平均改善, 其中, 观察组 PT、APTT、TT 水平明显高于对照组, 观察组 FIB、D-D 水平明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 说明盐酸拉贝洛尔片联合低剂量阿司匹林治疗子痫前期能够显著改善患者的凝血功能。

综上所述, 盐酸拉贝洛尔片联合低剂量阿司匹林治疗子痫前期能够大大改善患者的临床症状, 稳定血压水平, 降低尿蛋白水平, 改善患者的凝血功能, 促进患者的恢复。

参考文献:

[1]杨华艳,张学义,李林,王俊丽,刘理达,胡立静,朱林凤.滋肾平肝汤联合盐酸拉贝洛尔片治疗肝肾阴虚型子痫前期产妇对其产后血压及蛋白尿的影响[J].中国性科学,2021,30(12): 112-115.

[2]杨雁.杞菊地黄汤加味联合盐酸拉贝洛尔治疗子痫前期(阴虚肝旺

证)的疗效观察[J].实用中西医结合临床,2020,20(17): 82-83+96.

[3]Wang Ying,Bao Jing,Peng Min. Effect of magnesium sulfate combined with labetalol on serum sFlt-1/PlGF ratio in patients with early-onset severe pre-eclampsia.[J]. Experimental and therapeutic medicine,2020,20(6) .

[4]司冬梅,张静,陈乔彬.盐酸拉贝洛尔联合阿司匹林及硝苯地平控释片对子痫前期患者胎盘生长因子及妊娠结局的影响[J].中外医疗,2020,39(23): 102-104.

[5]何文君.观察硝苯地平控释片和拉贝洛尔分别联合硫酸镁治疗重度子痫前期的效果及对妊娠结局的影响[J].心血管病防治知识,2020,10(20): 30-31.

[6]Chera-Aree Pattraporn,Tengtrakulcharoen Pimrapat,Leetheeragu Jarunee,Sampaojarean Urai,Surasereewong Supitchaya,Wataganara Tuangsit. Clinical Experiences of Intravenous Hydralazine and Labetalol for Acute Treatment of Severe Hypertension in Pregnant Thai Women.[J]. Journal of clinical pharmacology,2020,60(12) .

[7]李瑾,潘晶.拉贝洛尔结合拜新同用药对慢性高血压伴子痫前期病人分娩情况及 PAPP-A、LIF 水平的影响[J].中国优生与遗传杂志,2020,28(04): 479-481+498.

[8]张丽丽,刘光虹,董枫.盐酸拉贝洛尔注射液联合硫酸镁注射液治疗子痫前期患者的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2020,36(03): 250-253.

[9]Abdelrahman Tamer Nabil,Youssry Mohamed Abdelaziz,Radwan Ahmed M.,Ahmed Anis. Impact of intravenous infusion of labetalol combined with magnesium sulfate versus hydralazine combined with magnesium sulfate on fetomaternal hemodynamics in severe preeclampsia[J]. Ain-Shams Journal of Anesthesiology,2019,11(1) .

[10]李明霞.黄芩苷胶囊联合盐酸拉贝洛尔注射液治疗 39 例重度子痫前期的临床研究[J].北方药学,2019,16(04): 143-144.

[11]高翠玲,王素梅,张继,丁颖莹.丹参注射液联合盐酸拉贝洛尔对早发型重度子痫前期患者妊娠结局的影响[J].国际医药卫生导报,2019(01): 90-95.

[12]史丹丹,王勇,郭君君,王娜,白玉来,王学珍,史亚玲.拉贝洛尔与硝苯地平治疗重度子痫前期对血压及孕产妇和围产儿结局的影响[J].河北医药,2018,40(05): 673-676+680.

[13]王玉双,文亚南,司亚茹,薛汝萍,夏艳红,王凤华,王瑾.复方丹参注射液联合盐酸拉贝洛尔片治疗早发型重度子痫前期临床观察[J].新中医,2017,49(09): 88-90.

[14]张妍妍.硫酸镁联合硝苯地平与硫酸镁联合盐酸拉贝洛尔治疗子痫前期的临床疗效对比[J].医学理论与实践,2017,30(13): 1971-1972.

[15]孙立敏,郭伟男,王小梅,李梦轩,张宁.低分子肝素钙联合硫酸镁、盐酸拉贝洛尔治疗早发型子痫前期的研究[J].中国实用医药,2015,10(13): 130-131.

项目来源: 邢台市重点研发计划自筹项目(2020ZC271)

慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者行中西医结合治疗效果

高玲艳

靖边县镇靖镇卫生院 内科 陕西榆林 718500

摘要：目的：研究慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者行中西医结合治疗效果。方法：选取 2019 年 1 月~2021 年 12 月我院收治的慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者 68 例，随机分为对照组（常规西医治疗，34 例）和观察组（中西医结合治疗，34 例），对比两组临床疗效、炎症指标、血气指标以及肺功能指标。结果：观察组临床疗效（94.12%）高于对照组（73.54%），差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组治疗后白细胞介素-6（IL-6）、肿瘤坏死因子- α （TNF- α ）以及 C 反应蛋白（CRP）均低于对照组，差异具备显著性（ $P<0.05$ ）；观察组治疗后血氧分压（PaO₂）与血氧饱和度（SpO₂）均高于对照组，观察组二氧化碳分压（PaCO₂）低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组治疗后用力肺活量（FVC）、第 1 秒用力呼气容积（FEV1）以及 FEV1/FVC 均优于对照组，差异具备显著性（ $P<0.05$ ）。结论：针对慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者，通过中西医结合治疗，有助于提高治疗效果，改善肺功能及血气指标，减轻炎症反应，值得推广。

关键词：慢性阻塞性肺疾病；呼吸衰竭；中西医结合治疗；治疗效果

在现阶段人们生活环境不断变化背景下，慢阻肺发病率也逐年递增。慢阻肺是常见慢性疾病类型之一，通常患者症状主要表现为胸闷、咳嗽以及气喘等，不仅对患者肺功能会造成一定损害，同时也严重影响患者生活质量。慢阻肺合并呼吸衰竭有很高发病率与死亡率，临床治疗以西医为主，但是存在一定局限性，因此治疗效果并不显著。有研究认为，中西医结合治疗能够缓解患者症状，提升治疗效果^[1-3]。因此，在本次研究中，主要以我院 68 例慢阻肺合并呼吸衰竭患者为例，分析中西医结合治疗的应用价值，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 1 月~2021 年 12 月我院收治的慢阻肺合并呼吸衰竭患者 68 例作为研究对象，通过随机数字表法，分为对照组与观察组，每组 34 例。观察组男性 19 例，女性 15 例，年龄 52~75 岁，平均（63.5±3.8）岁，病程 3~12 年，平均（7.5±1.5）年；对照组男性 18 例，女性 16 例，年龄 51~77 岁，平均（64.0±4.3）岁，病程 2~13 年，平均（7.5±1.8）年。两组一般资料对比，差异不显著（ $P>0.05$ ），具有可比性。纳入标准：①患者均在完全知情条件下，签署同意书，表示自愿参与到研究中。②患者临床资料具备完整性与真实性。③患者均经过临床检查，确诊为慢阻肺合并呼吸衰竭。排除标准：①患者存在认知以及沟通障碍，包括精神疾病。②依从性以及配合度不达标患者。④临床资料有所缺失患者。⑤中途退出研究，无法全程配合患者。⑥存在严重传染性疾病患者。⑦存在严重心血管疾病患者。

1.2 方法

对照组：常规西医治疗，包括止咳祛痰、抗感染以及低流量氧气支持等，同时配合相应的营养支持，包括机械通气等。

观察组：中西医结合治疗，在对照组西医治疗基础上，增加中医治疗，组方内容包括：桔梗、法半夏、当归、麦冬、红花、川贝母各 10g，金银花与黄芩各 5g，瓜蒌 15g。上述药材通过水煎服，每天分早晚两次服用，每次服用剂量为 150ml。两组患者均保持连续两周治疗。

1.3 观察指标

①临床疗效：显效：临床症状显著改善；有效：患者治疗后病情有所好转；无效：临床症状无变化。总有效率为显效率与有效率之和。

②观察并对比两组炎症因子水平，包括 IL-6、TNF- α 以及 CRP。

③血气指标：包括 PaO₂、SpO₂ 以及 PaCO₂，根据患者的临床实际情况进行统计与记录。

④统计与记录两组肺功能指标，包括 FVC、FEV1 以及 FEV1/FVC，通过肺通气功能测定仪进行评估。

1.4 统计学方法

采用（ $\bar{x}\pm s$ ）对炎症因子水平、血气指标以及肺功能指标等计量资料展示，通过 t 进行检验，使用[n（%）]对临床疗效等计数资料展示，通过 χ^2 检验；0.05 为中界点， P 在中界点之下，代表数据差异明显，软件工具：SPSS26.0。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效对比

观察组临床治疗总有效率比对照组更高，差异显著（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[n（%）]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	34	10（29.42）	15（44.12）	9（26.46）	25（73.54）
观察组	34	13（38.24）	19（55.88）	2（5.88）	32（94.12）
χ^2 值	-	-	-	-	5.314
P 值	-	-	-	-	0.021

2.2 两组患者炎症因子水平对比

治疗前，两组炎症因子指标对比，差异不明显（ $P>0.05$ ），治疗后，观察组各项炎症因子指标均比对照组更低，差异明显（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 两组炎症指标比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

项目	时间	观察组 (n=34)	对照组 (n=34)	t 值	P 值
IL-6（pg/mL）	治前	256.18±79.21	255.89±80.35	0.015	0.988
	治疗后	123.14±56.61	165.39±52.57	3.189	0.002
TNF- α （pg/mL）	治前	181.86±45.73	183.23±44.52	0.125	0.901
	治疗后	109.68±32.05	135.36±39.06	2.964	0.004
CRP（mg/L）	治前	162.21±47.15	165.31±50.74	0.261	0.795
	治疗后	79.13±22.28	146.51±49.81	7.200	<0.001

2.3 两组患者治疗前后血气指标对比

治疗前，两组血气指标比较，差异不明显（ $P>0.05$ ），治疗后，观察组 PaO₂ 及 SpO₂ 均比对照组更高，观察组 PaCO₂ 均比对照组更低，差异明显（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 两组血气指标比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

项目	时间	观察组 (n=34)	对照组 (n=34)	t 值	P 值
----	----	---------------	---------------	-------	-------

PaCO ₂ (mmHg)	治疗前	44.21±8.37	43.75±7.76	0.235	0.815	前 治疗 后	99.15±0.84	97.91±0.65	6.807	< 0.001
	治疗后	39.24±2.63	42.33±2.74	4.744	< 0.001					
PaO ₂ (mmHg)	治疗前	62.16±9.71	61.87±9.88	0.122	0.903	2.4 两组患者治疗前后肺功能指标对比				
	治疗后	87.16±5.76	83.12±5.86	2.867	0.006	治疗前，两组肺功能指标对比，差异不显著 ($P>0.05$)，治疗后，观察组各项肺功能指标均比对照组更优，差异显著 ($P<0.05$)，见表 4。				
SpO ₂ (%)	治疗	95.12±2.36	94.91±2.31	0.371	0.712					

表 4 两组肺功指标比较 (x±s)

组别	n	FVC (L)		FEV1 (L)		FEV1/FVC (%)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	41	1.71±0.26	2.34±0.26	1.68±0.28	1.98±0.17	31.47±2.78	40.29±3.58
观察组	41	1.77±0.28	2.79±0.19	1.65±0.19	2.15±0.21	31.69±3.61	52.56±4.28
t 值		1.005	8.948	0.568	4.029	0.309	14.080
P 值		0.318	<0.001	0.572	<0.001	0.758	<0.001

3 讨论

慢阻肺是临床常见疾病类型，发病人群主要为中老年人，发病原因包括职业接触、环境因素以及感染因素等，发病率与死亡率均处于很高水平。通常慢阻肺合并呼吸衰竭患者，会出现呼吸困难症状，严重影响患者肺功能，预后较差，对患者生活质量产生不利影响。部分患者由于疾病恶化，甚至威胁患者生命安全。针对慢阻肺合并呼吸衰竭患者，临床治疗以西医治疗为主，通过纠正患者水电解质平衡，并对患者使用药物进行解痉平喘，并对患者进行抗感染以及吸氧等，让患者临床症状得到改善。但是西医治疗存在一定局限性，因此应用效果并不理想。随着中医技术的不断发展，让中西医结合治疗成为更加有效的治疗方法。因此，本文主要从中西医结合治疗的角度分析对慢阻肺合并呼吸衰竭患者的应用效果。

从中医角度分析，认为慢阻肺属于“肺胀”范围内，认为发病原因主要包括脾肾阳虚，心阳亏虚，久病肺虚。长此以往，导致宣降失调，并让肺气出入受限。治疗原因应该以活血化痰、润肺化痰为主^[4-5]。本次研究中选取的中医方法治疗中，瓜蒌有助于清热涤痰，可以发挥出显著的宽胸散结功效，法半夏能够降逆温肺，黄芩可以发挥出泻火解毒功效，有助于清热燥湿，桔梗则能够养气宣肺。通过组方的联合用药，有助于从根本上改善患者肺功能，促进临床症状尽早消失，让患者病情得到好转^[6-7]。本次研究结果显示，观察组临床疗效更高，说明在中西医结合治疗的作用下，有助于提升患者治疗效果，有助于患者病情恢复。观察组各项炎症指标治疗后均更低，说明通过中西医结合治疗，能够将药效的协同作用充分发挥出来，让患者炎症反应减轻，对患者康复起到积极作用。观察组各项血气指标均更优，说明联合治疗可以显著提升患者血氧饱和度，改善患者呼吸困难症状，提升患者机体免疫力，促进患者逐步恢复。观察组肺功能指标在治疗后均得到显著改善，说明通过中西医联合用药，有助于消炎抗菌，改善患者肺功能水平，促进患者早日恢复，尽早摆脱病痛折磨。有研究表明，通过通腑益气平喘汤联合西药治疗，能够改善慢性阻塞性肺疾病急性发作合并呼吸衰竭患者的血气状态，并让机体的炎症反应减轻，提升患者整体治疗效果^[8-10]。本次研究结果与其存在相似之处，通过中西医联合用药治疗，能够显著提升患者临床治疗效果，改善患者肺功能指标，减轻炎症反应，对患者病情恢复有重要影响。本次研究存在一定的不足与缺陷，主要体现在病例数比较有限，并且研究时间存在局限性。希望以后可以弥补这些不足，将样本量与研究时间进一步扩大，不断进行更加深入研究，为临床治疗提供更多参考与可借鉴之处，让更多慢阻肺合并呼吸衰竭患者可以得到更好的治疗效果，尽早康复，早日回归到正常生活中。

2.4 两组患者治疗前后肺功能指标对比
治疗前，两组肺功能指标对比，差异不显著 ($P>0.05$)，治疗后，观察组各项肺功能指标均比对照组更优，差异显著 ($P<0.05$)，见表 4。

综上所述，将中西医结合治疗应用于慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者中，能够提升临床治疗效果，对患者各项血气指标、肺功能指标发挥出良好的改善作用，尽最大程度降低患者炎症因子水平，对患者疾病康复有重要影响。临床应用价值很高，值得推广与应用。

参考文献:

[1]冯思芳,陈天君,张琴,等.无创机械通气联合沙美特罗丙酸氟替卡松吸入剂治疗老年慢性阻塞性肺疾病合并Ⅱ型呼吸衰竭患者的效果[J].中国临床保健杂志,2021,24 (06): 760-764.

[2]刘春,邹勇,陶琳,等.慢性阻塞性肺疾病合并Ⅱ型呼吸衰竭患者无创正压通气治疗成功的预测因素分析[J].解放军医药杂志,2021,33 (05): 56-60.

[3]加娜提·安尼瓦尔,艾尔西丁·吾斯曼,阿布都扎依尔·买买提,等.高流量氧疗对慢性阻塞性肺疾病急性加重期合并中度Ⅱ型呼吸衰竭的治疗效果[J].贵州医科大学学报,2021,46 (01): 110-114.

[4]杨亚明,王剑锋.肠内营养对无创通气治疗慢性阻塞性肺疾病并发呼吸衰竭患者营养状态及免疫功能的影响[J].实用临床医药杂志,2019,23 (10): 72-74.

[5]邓睿,梁红卫,唐欣慧.无创正压通气联合纤维支气管镜下肺泡灌洗治疗慢性阻塞性肺疾病合并严重呼吸衰竭的疗效研究[J].广西医科大学学报,2019,36 (02): 250-253.

[6]何永鸿,王宋平.丙氨酸-谷氨酰胺肠外营养支持治疗慢性阻塞性肺病急性加重期合并Ⅱ型呼吸衰竭患者的临床效果观察[J].广西医学,2020,42 (04): 440-443.

[7]刘静.不同剂量盐酸氨溴索注射液在老年慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者治疗中的应用比较[J].中国药物与临床,2021,21 (05): 808-810.

[8]胡银霞,范忠杰,张丽.双歧杆菌四联活菌片联合肠内营养对慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者的临床疗效[J].中国微生态学杂志,2021,33 (01): 58-61.

[9]吴爽,王宏君,陈琛,等.通腑益气平喘汤联合西药对慢性阻塞性肺疾病急性发作合并呼吸衰竭患者血气状态及机体微炎症反应的影响[J].陕西中医,2020,41 (12): 1735-1738.

[10]郭庆,李静静,田青,等.纳美芬与纳洛酮联合无创正压通气治疗慢性阻塞性肺疾病Ⅱ型呼吸衰竭患者临床疗效的对比研究及卫生经济学评价[J].实用心脑血管病杂志,2019,27 (03): 71-74.

TCD 发泡试验对青年隐源性卒中病因诊断的临床应用价值探讨

郭雪雯

空军军医大学第一附属医院西京医院神经内科 陕西省西安市 710032

摘要：目的：为了进一步深入分析及研究青年隐源性卒中病人实施经颅多普勒超声（TCD）发泡试验对自身病因诊断的临床实际应用价值。方法：将 2021 年 11 月-2022 年 7 月为研究范围，对本院进行不同诊断方式的青年隐源性卒中 94 例病人先后采取经胸心脏超声心动图（TEE）及经颅多普勒超声（TCD）两种诊断卵圆孔未闭（PFO）方式。通过对比及观察 94 例病人不同诊断方式右向左分流半定量等级、阳性与阴性实际发生率；结果：采取 TCD 诊断方式右向左分流半定量等级、阳性与阴性实际发生率，较于采取 TEE 诊断方式病人来说几乎一致，无明显差异（ $P>0.05$ ）；结论：实行 TCD 诊断方式对青年隐源性卒中病人自身的病因诊断中 PFO 检出阳性率与 TEE 检测最终结果高度符合，应充分发挥自身应用价值，值得大面积临床应用。

关键词：TCD 发泡试验；青年隐源性卒中；病因诊断；临床应用价值

引言：

脑卒中是一种临床上比较普遍的病症，近年的调查显示，隐源性脑卒中在青年人中的发病率明显增高，而没有确切病因的中风又称为隐源性卒中。44%的病人存在着各种程度的没有关闭的卵圆孔。过去对这类病人的诊断，多是通过常规的输尿管或食道内插管或经食道造影。另外，TEE 检测也无法准确地显示某些不典型的患者的病灶状况^[1]。所以，寻求一种简单、快捷的方法进行卵圆孔未闭的早期筛查是非常必要的。经颅多普勒超声作为一种新型的治疗方法，具有操作简单、费用低、速度快等优点，在医学上得到了广泛的推广，尤其在泡沫实验中得到了广泛的运用。一些专家相信 TCD 泡沫法检测卵圆孔不闭合与 TEE 检测有较好的相关性，是一种重要的检测手段^[2]。为了进一步深入分析及研究青年隐源性卒中病人实施经颅多普勒超声（TCD）发泡试验对自身病因诊断的临床实际应用价值，对本院进行不同诊断方式的 94 例病人先后采取 TEE 及 TCD 两种不同诊断方式，现确切调查结果如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2021 年 11 月-2022 年 7 月为研究范围，对本院进行不同诊断方式的青年隐源性卒中 94 例病人先后采取经胸心脏超声心动图（TEE）及经颅多普勒超声（TCD）两种诊断卵圆孔未闭（PFO）方式。94 例病人的实际平均年龄（ 37.06 ± 2.79 ）y，最大 46y，最小 23y。

纳入标准：急性脑梗死、缺血性卒中（TOAST）；未发现明确发病起因的隐源性卒中；年龄在 23-46 岁范围内，

排除标准：经查有心脏病者，临床资料不全者，伴有肝、肾及其他脏器病变者，伴有严重精神疾病或者认知障碍者。

1.2 方法

（1）TCD 发泡实验：应用经颅多普勒血流分析仪对患者的脑动脉进行监测，指导患者在整个过程中都是仰卧状态，在其肘部静脉中留置三通管，以及一端连接 10 ml 装有 NaCl（0.9%）注射剂的注射管，通过单孔或双孔法对其一侧和两侧的脑动脉进行检测，以便确定脑梗死的位置和程度。设置 50-60 mm 的深度。准备 2 支 10 毫升的针筒，1 支 1 毫升气体，1 支 9 mNaCl 的注射剂（0.9%的浓度），用三通管道将 NaCl（0.9%的）充分与空气混合，最后将 1 ml 的氯化钠针剂激活在一个针筒中，将 1 ml 的氯酸钠针剂（2-3 秒）用药（2-3 秒）将 1 毫升的氯化钠注射液（浓度为 0.9%）静脉推注（3-4 秒），若无反应，再次注射气-水混合物（4-5 秒），并观测微泡信号^[3-4]。

（2）TEE 检查：采用多普勒超声波探头对患者进行探头检测，探头的频次为 3.5~7.0 赫兹，血流显像的频次为 3.0~5.0 赫兹，频谱多普勒为 3.5 赫兹，探头距门齿 25~30 cm。在手术 2 个小时、1 个月进行一次血常规、X 线、内窥镜等常规检查。在检测之前，将检测设备完全消毒，在探头 150°位置涂抹润滑剂，使患者处于左侧卧位，在麻醉前让患者咬紧牙垫，在吸

气的同时进行吞咽；采用多平面探针针对卵圆孔径进行连续扫描，并对其进行详细记录。

1.3 判定与观察指标

通过对比及观察 94 例病人不同诊断方式右向左分流半定量等级、阳性与阴性实际发生率。

1.4 统计学方法

用 spss23.0 统计与归纳对所有的搜索数据实施全面收集，以（ $\bar{x}\pm s$ ）和 t 检验代表测量结果。用[n（%）]和 x2 代表计数数据，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 94 例病人不同诊断方式右向左分流半定量等级

采取 TCD 诊断方式右向左分流半定量等级：I级 6.38%达（3 例）、II级 8.51%达（4 例）、III级 8.51%达（4 例）、IV级 6.38%达（3 例）。采取 TEE 诊断方式右向左分流半定量等级：I级 8.51%达（4 例）、II级 8.51%达（4 例）、III级 6.38%达（3 例）、IV级 8.51%达（4 例）。可以看出，TCD 及 TEE 两种诊断方式右向左分流半定量等级结果相近。 $P>0.05$ ，94 例病人相关指标无明显的差别，具体信息参考表格 1 内容。

表 1 参考组与研究组 94 例病人不同诊断方式右向左分流半定量等级（n，%）

组别	n	I级	II级	III级	IV级
TCD 组	47	3（6.38%）	4（8.51%）	4（8.51%）	3（6.38%）
TEE 组	47	4（8.51%）	4（8.51%）	3（6.38%）	4（8.51%）
X ² 值		6.535	6.732	1.954	1.031
P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2.2 94 例病人阳性与阴性实际发生率

采取 TCD 诊断方式阳性与阴性实际发生率：阳性 51.06%达（24 例）、阴性 48.93%达（23 例）。采取 TEE 诊断方式阳性与阴性实际发生率：阳性 44.68%达（21 例）、阴性 55.31%达（26 例）。可以看出，TCD 及 TEE 两种诊断方式阳性与阴性实际发生率结果相近。 $P>0.05$ ，94 例病人相关指标无明显的差别，具体信息参考表格 2 内容。

表 2 参考组与研究组 94 例病人阳性与阴性实际发生率（n，%）

组别	n	阳性	发生率	阴性	发生率
TCD 组	47	24	51.06%	23	48.93%
TEE 组	47	21	44.68%	26	55.31%
X ² 值		6.858	6.382	1.858	1.685

P	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
---	-------	-------	-------	-------

3 讨论

脑卒中是一种常见的病症，主要是因为脑内的动脉或动脉堵塞，使血液不能流入大脑内部，而引起的一种病症，发病率高，致死率低，病死率低，临床上常出现肢体瘫痪、吐字不清、肢体麻木等，对临床病人的生存质量产生一定的不良作用。由于我国人民的生存环境和人口的不断增长，使得脑卒中越来越严重，越来越严重地危及到了人类的生命安全。但因其病程隐蔽、快速多变，容易造成误诊和误诊，对病人的生存造成极大的影响。过去的调查显示，近年来，中老年人出现了 23.6%~37.9% 的青年脑卒中，尤其是以隐性脑卒中为主，占 42.9%，以心室纤颤为主。以往对脑卒中患者进行了经食道超声心动图的检测，但会加剧患者的痛苦，并会对检测的结果产生一定的负面作用，一些研究者提出了经颅多普勒超声发泡试验在治疗年轻人的脑卒中的应用^[5]。

青年隐性卒中属于一种排除性疾病，近年来已有大量的临床资料证明此疾病与右到左室静脉曲张有关，在年轻人的脑中中风发病中，约为 43.1%。因此，正确认识卵圆孔不闭症在临床上是非常必要的。目前尚无有效的治疗卵圆孔未闭的方法，主要是使用血管紧张素转化酶抑制剂、 β 受体阻滞剂、钙离子拮抗剂等。然而，上述药品也有其局限性。卵圆孔是左右心房的主要通路，在婴儿期可能会闭合，但也有人会终生不闭。目前有关卵圆孔未打开或闭塞引起的急性脑血管疾病及/或再发生的报道尚属罕见，并有一些争论。在脑中风患者中，51.9%存在着等程度中风，以右至左分流最为普遍，主要由体循环及肺循环所致。TEE 对判断左、右分支有无创伤性损伤和指导临床使用有一定的参考价值。TCD 泡沫检测技术简单快捷，无创^[6]。本文利用生理盐水作为溶媒，制作了各种形态、尺寸的人工血管栓塞，并对其进行了初步的观察。

卵圆孔为人左心房和右心房的通路，大部分在出生时就已经闭合，但也有人终身不闭合，随着年龄的增长，可以降低卵圆孔的不闭合；所以这种病多见于 30 多岁的青年。一般情况下，其临床症状并无明显迹象，噪音较大，患者的 X 线片及 ECG 均显示为一般，不容易被发现。近年来，随着医疗技术的进步，对此症的认知日益加深，已经逐渐成为一种普遍的临床病症，对家庭和整个社会造成巨大的经济压力；所以对该种疾病的认识和防治就非常的关键。现就此问题作一简要回顾。报告 50% 的隐性脑卒中患者有明显的右心分流，其病因是非常复杂的，可能为反常态的栓塞，患者的血液动力改变导致了血栓的发生；由于凝血酶原基因的变异，导致了更多的异常成分堆积在血管壁，导致了卵圆孔的关闭，从而导致了脑梗死。

目前，对于隐性脑卒中有许多检查方法，如 MRI、TEE、TCD、及 CT 等。这些方法可以更好地反映隐性脑卒中患者的病情发展，但也有一些缺点和缺点。MRI、TEE、TCD 的发泡试验，都是根据影像学来确定是否有病变。CT 和 MRI 是无创的检查方法，不会对大脑造成损害，而且操作简单、无创、无辐射，因此在临床上被广泛应用。近年来，超声技术有了长足的发展，但由于其危险性较高、费用较高，临床上使用较少，同时也有研究表明，TEE 和 TCD 可更好地检测出患者的卵圆孔的位置和尺寸，临床上可作为诊断隐性脑梗塞患者的黄金标准，但操作人员的技术要求较高；另外，在检查的时候还要进行气管插管，这会加重患者的痛苦，也会影响患者的顺应性，有的患者会因为无法承受而拒绝接受检查，从而影响到诊断的结果；从而延误了患者的治疗；TCD 泡沫试验无需气管插管，完全安全，无损伤。TCD 泡沫测试在人工栓子和氯化钠注射剂的活化过程中不会受到影响，不会受到体位的影响。为了进一步深入分析及研究青年隐性卒中病人实施经颅多普勒超声（TCD）发泡试验对自身病因诊断的临床实际应用价值。将 2021 年 11 月-2022 年 7 月为研究范围，通过对比及观察 94 例病人不同诊断方式右向左分流半定量等级、阳性与阴性实际发生率。

通过实验结果可以看出，采取 TCD 诊断方式右向左分流半定量等级：I 级 6.38% 达（3 例）、II 级 8.51% 达（4 例）、III 级 8.51% 达（4 例）、IV 级 6.38% 达（3 例）。阳性与阴性实际发生率：阳性 51.06% 达（24 例）、阴性 48.93% 达（23 例）。采取 TEE 诊断方式右向左分流半定量等级：I 级 8.51% 达（4 例）、II 级 8.51% 达（4 例）、III 级 6.38% 达（3 例）、IV 级 8.51% 达（4 例）。阳性与阴性实际发生率：阳性 44.68% 达（21 例）、阴性 55.31% 达（26 例）。可以看出，采取 TCD 诊断方式右向左分流半定量等级、阳性与阴性实际发生率，较于采取 TEE 诊断方式病人来说几乎一致，无明显差异（ $P > 0.05$ ）。

在脑梗塞的发病中，以隐性因素为主；目前，隐致卒中的病因与卵圆孔未封闭有密切联系。"卵圆孔不封闭"与异常栓塞密切相关，并且当血栓脱落后，患者的血液循环会发生变化。出现异常的脑血栓的风险；最终导致卵圆孔未封闭，导致脑卒中等缺血性血管疾病。此外，动脉粥样硬化、脑动脉夹层等都有可能引起血栓形成。若真如此，则会造成脑组织的缺血半暗带进一步加重，对脑部造成更为严重的损害；如果出现严重的合并症，可能造成脑出血。因此，这种疾病的发生率非常高。在早期的诊断中，若能早期发现其原因，将有助于临床的防治。外周室外周性卒中与静脉栓塞的相关性研究。

隐性卒中是指在经过常规的诊断过程后，依然不能确定病因的脑梗塞（也称为隐匿性脑卒中）。因其发病隐匿，临床表现不明显，临床表现不明显，临床表现不明确，因此及早发现并及早处理显得尤为必要。虽然至今还没有明确的病因，但是大部分的研究者相信这是基因相关的。隐性源脑卒中是我国中青年群体的高发病率，以偏头疼、血管内膜、高凝血单遗传病为主；OSAS 可引起单一遗传性和未知因素的脑梗塞，其中，卵圆孔未闭是中青年患者发病的主要诱因，其发生率在 1% 左右，故诊断中青年患者隐性脑梗死是否成为精确评价疾病的关键性环节^[7]。TCD 是一种新型的检测方法，它可以检测 PFO 的安全性、可操作性、无创性、可重复使用等优点。但 PFO 因其危险性而被广泛用于临床，特别是年轻人的隐性脑梗死患者，PFO 更具优越性。

4 结论

总的来说，实行 TCD 诊断方式对青年隐性卒中病人自身的病因诊断中 PFO 检出阳性率与 TEE 检测最终结果高度符合，应充分发挥自身应用价值，值得大面积临床应用。

参考文献：

- [1]于蕾，曹秀丽，马丰菊，郑文旭.分析 TCD 发泡试验对青年隐性卒中病因诊断的临床应用价值[J].中国医疗器械信息，2019，012（011）：01130-01133.
- [2]韩冬莞.经颅多普勒超声发泡试验对青年隐性卒中病因诊断的临床应用价值[J].中外女性健康研究，2020，011（05）：01643-01646.
- [3]刘龙龙，李霞，李珊珊，等.TCD 发泡试验对不明原因青年卒中病人病因检出的意义[J].中西医结合心脑血管病杂志，2018，016（018）：02729-02730.
- [4]张春丽，高红红，李科信，等.TCD 发泡试验对青年隐性卒中病因诊断的临床意义[J].中西医结合心脑血管病杂志，2018，016（018）：02731-02732.
- [5]侯东哲，高晓刚.青年隐性卒中与卵圆孔未闭关系的研究进展[J].中国实验诊断学，2018，022（018）：01461-01464.
- [6]陈文鑫，黄妙珊，陈汉杰，等.经颅多普勒超声发泡试验与经胸心脏超声心动图检查对中青年隐性卒中卵圆孔未闭诊断价值比较[J].中国临床新医学，2018，011（013）：0234-0237.
- [7]肖一柳，陈丽芬，秦军，等.关于经颅多普勒超声（TCD）发泡试验在临床上安全性分析及可能出现临床应急处理措施[J].影像研究与医学应用，2018，012（028）：0181-0182.

阿替普酶静脉溶栓治疗早期脑梗塞患者的临床效果研究

胡顺骞

莒南县人民医院 山东临沂 276600

摘要：目的：探究对于早期脑梗塞患者实施阿替普酶静脉溶栓的临床效果。方法：研究对象来源于我院 2021 年 5 月 1 日~2022 年 4 月 30 日接受治疗的 75 例早期脑梗塞患者，采用随机数分组法分成两组，采取常规治疗的患者为参照组，纳入 38 例，在常规治疗基础上应用阿替普酶静脉溶栓的患者为试验组，纳入 37 例，针对两组患者凝血功能指标、氧化炎症指标、临床疗效及不良反应发生情况进行对比分析。结果：试验组凝血功能指标 TT、PT 及 APTT 均高于参照组，氧化炎症指标 TNF- α 、IL-1 β 及 MDA 均低于参照组，临床疗效明显优于参照组， $P<0.05$ ，组间数值符合统计学意义；两组患者不良反应发生率相比较无明显差异， $P>0.05$ ，组间数值不存在统计学意义。结论：早期脑梗塞患者应用阿替普酶静脉溶栓治疗能有效改善其凝血功能，降低炎症水平，提升临床疗效，且具有一定安全性，值得广泛应用。

关键词：阿替普酶；静脉溶栓；早期脑梗塞；临床效果

脑梗塞又称为缺血性脑卒中，属于临床典型的脑血管疾病，主要是由多种因素导致脑部血液循环异常造成局部脑组织缺血性坏死引发神经功能缺损，患者主要表现为肢体麻木、失语、头晕等，其致残及致死风险较高，严重危及患者的生命安全^[1]。早期脑梗塞一般指发病在 5h 之内，由于该疾病病情发展迅速且危重，尽早展开针对性治疗能改善临床症状，促进预后恢复^[2]。针对早期脑梗塞患者应尽快恢复脑组织血流灌注，确保有充足的血氧供给促进神经功能恢复，传统治疗是通过服用调节血脂、抗血小板聚集类药物改善动脉血管环境，但无法取得理想的临床疗效^[3]。据文献查阅得知，阿替普酶溶栓治疗在脑梗塞治疗中发挥重要作用，用药后能快速溶解血栓，改善血流动力学，进而促进神经功能恢复^[4]。为此，本文将我院将 2021 年 5 月 1 日~2022 年 4 月 30 日接受治疗的 75 例早期脑梗塞患者作为研究对象，分析阿替普酶溶栓治疗的临床效果，详细报道如下所示。

1 资料与方法

1.1 基础资料

本文涉及到的研究对象来源于我院 2021 年 5 月 1 日~2022 年 4 月 30 日接受治疗的 75 例早期脑梗塞患者，采用随机数分组法分成两组。参照组纳入 38 例，其中患者年龄分布在岁 45~73 岁之间，平均数值(58.35 $\pm$ 3.81)岁；男性、女性分别为 21 例、17 例；发病时间 1~4h，平均发病时间(2.14 $\pm$ 0.59)h。试验组纳入 37 例，其中患者年龄分布在 46 岁~74 岁之间，平均数值(58.49 $\pm$ 3.92)岁；男性、女性分别为 19 例、18 例；发病时间 1~5h，平均发病时间(2.21 $\pm$ 0.62)h。将两组研究对象基本资料经由数据分析软件对比后，其结果均显示 $P>0.05$ ，入组患者资料均符合对比参数。纳入标准：经临床检测入组所有患者均符合早期脑梗塞诊断标准，无药物禁忌症或过敏反应，已与患者及其家属签署知情同意书，且得到伦理委员会批准。排除标准：拒绝签署知情同意书，严重器质性疾病，精神、认知功能异常，完全不能自理。

1.2 方法

参照组患者实施常规治疗，指导患者口服 10mg 阿托伐他汀钙片（生产厂家：乐普制药科技有限公司；规格：10mg；批准文号：国药准字 H20133127），每日 1 次；指导患者口服 150mg 阿司匹林（生产厂家：四

川德峰药业有限公司；规格：75mg；批准文号：国药准字 H10960305），每日 1 次；指导患者口服 75mg 波立维（生产厂家：赛诺菲制药有限公司；规格：75mg；批准文号：国药准字 H20056410），每日 1 次。试验组在参照组基础上应用阿替普酶（生产厂家：Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG；规格：50mg/支；批准文号：国药准字 SJ20160055）溶栓治疗，按照每日 0.9mg/kg 的剂量用药，最大剂量不得超过 90mg，先给予患者 10% 总剂量实施静脉推注，其余的 90% 在 60min 内完成静脉滴注。两组患者均连续治疗 2 周。

1.3 观察指标

观察入组患者凝血功能指标，包括 TT（凝血酶时间）、PT（凝血酶原时间）及 APTT（活化部分凝血活酶时间）。

采集入组患者空腹静脉血，通过酶联免疫吸附法检测其氧化炎症指标，包括 TNF- α （肿瘤坏死因子- α ）、IL-1 β （白细胞介素-1 β ）及 MDA（丙二醛）。

统计入组患者临床疗效，按以下标准评定：患者临床症状基本消失，能自理日常生活，肢体活动基本无障碍为显效；患者临床症状有所改善，需要协助部分日常生活，肢体活动稍有限制为有效；患者临床症状未发生变化或加重，无法完成日常生活活动，肢体活动完全受限为无效。

观察入组患者治疗期间发生的不良反应，包括皮下出血、消化道出血、血管再闭塞等，计算其发生率。

1.4 统计学方法

纳入本文研究的所有早期脑梗塞患者临床资料经由 SPSS24.0 统计软件处理，其中 TT、PT、APTT、TNF- α 、IL-1 β 及 MDA 等计量资料予以（均数 $\pm$ 标准差）形式表达，应用 t 检验标准，临床疗效及不良反应发生情况等计数资料予以率（%）的形式表达，应用 χ^2 检验标准，仅有检测数值 $P<0.05$ 时证明两组患者之间具有显著对比差异，存在统计学研究意义。

2 结果

2.1 对比试验组与参照组凝血功能指标

治疗前，两组患者 TT、PT 及 APTT 相比较无明显差异， $P>0.05$ ，组间数值不存在统计学意义；治疗后，试验组 TT、PT 及 APTT 均高于参照

组, $P < 0.05$, 组间数值符合统计学意义, 见表 1。

表 1 试验组与参照组凝血功能指标对比

组别	TT (s)		PT (s)		APTT (s)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组 (n=37)	8.46±0.85	13.54±1.79	9.32±0.89	13.91±1.73	35.62±4.57	39.52±5.13
参照组 (n=38)	8.62±0.91	10.82±1.42	9.45±0.95	10.59±1.52	35.78±4.69	36.17±4.85
t	0.7864	7.3007	0.6112	8.8353	0.1340	2.9067
P	0.4342	0.0000	0.5430	0.0000	0.8937	0.0048

2.2 对比试验组与参照组氧化炎症指标

治疗前, 试验组 TNF- α 为 (32.71±4.59) pg/mL, IL-1 β 为 (69.52±6.48) pg/mL, MDA 为 (8.43±1.28) μ mol/L; 参照组 TNF- α 为 (32.86±4.75) pg/mL, IL-1 β 为 (70.21±6.62) pg/mL, MDA 为 (8.61±1.35) μ mol/L。两组患者 TNF- α 、IL-1 β 及 MDA 相比较基本无差异, T 值分别为 0.1390、0.4560、0.5922, P 值分别为 0.8898、0.6497、0.5555>0.05, 组间数值不存在统计学意义。治疗后, 试验组 TNF- α 为 (12.92±1.85) pg/mL, IL-1 β 为 (37.16±4.61) pg/mL, MDA 为 (4.06±0.59) μ mol/L; 参照组 TNF- α 为 (18.69±2.12) pg/mL, IL-1 β 为 (56.38±6.13) pg/mL, MDA 为 (5.74±0.71) μ mol/L。试验组 TNF- α 、IL-1 β 及 MDA 均低于参照组, T 值分别为 12.5450、15.3147、11.1293, $P < 0.05$, 组间数值符合统计学意义。

2.3 对比试验组与参照组临床疗效

试验组临床疗效中显效 25 例, 有效 11 例, 无效 1 例, 临床治疗总有效率为 97.30% (36/37); 参照组临床疗效中显效 13 例, 有效 17 例, 无效 8 例, 临床治疗总有效率为 78.95% (30/38)。试验组临床疗效明显优于参照组, X^2 值为 4.3662, $P = 0.0366 < 0.05$, 组间数值符合统计学意义。

2.4 对比试验组与参照组不良反应发生情况

试验组发生 1 例皮下出血, 1 例消化道出血, 不良反应发生率为 5.41% (2/37); 参照组发生 2 例皮下出血、1 例消化道出血, 1 例血管再闭塞, 不良反应发生率为 10.53% (4/38)。两组患者不良反应发生率相比较无明显差异, X^2 值为 0.1534, $P = 0.6953 > 0.05$, 组间数值不存在统计学意义。

3 讨论

脑梗塞具有较复杂的发病机制, 其诱导原因主要是脑动脉血管堵塞导致供血异常, 脑组织处于缺氧状态会引发神经元细胞及胶质细胞破裂或坏死导致神经功能缺损, 患者会呈现出偏瘫、失语、眩晕等神经功能缺损症状, 严重影响患者的日常生活^[5]。早期脑梗塞一般指发病时间不超过 5h, 若能尽早恢复正常的血流灌注, 梗塞区域脑细胞能得以挽救, 不仅能预防病情进展, 还能改善临床症状, 促进神经功能修复^[6]。阿司匹林与波立维是临床常用的抗血小板聚集药物, 阿托伐他汀钙是降血脂药物, 应用上述药物能降低血液粘性, 抑制血小板聚集, 改善血液微循环, 提高血流流速, 促进血氧供给, 但对于已经发生梗死的部位作用甚微, 导致整体疗效欠佳, 因此, 溶栓才是早期脑梗塞的治疗关键^[7]。阿替普酶是利用转基因技术制成的纤溶酶原激活剂, 静脉给药后能选择性结合纤维蛋白, 与血栓中纤维蛋白结合后能提高纤溶酶原亲和力, 快速将血栓溶解, 促使脑动脉恢复正常血流, 促使半暗带区脑组织得以恢复, 减轻神经功能缺损, 改善临床表

现^[8]。本文研究数据显示, 试验组凝血功能指标 TT、PT 及 APTT 均高于参照组, 组间数值符合统计学意义 ($P < 0.05$), 表明阿替普酶能阻止凝血功能亢进, 延长活化凝血酶原时间, 避免局部形成血栓。脑组织在缺血环境下会导致神经元细胞及胶质细胞损伤, 机体 MDA 水平会有所上升, 还会释放大量的氧自由基而发生氧化反应, 释放大量的炎症介质, 如 TNF- α 、IL-1 β 等, 进而提高局部炎症反应^[9]。试验组 TNF- α 、IL-1 β 及 MDA 均低于参照组, 组间数值符合统计学意义 ($P < 0.05$), 表明阿替普酶溶栓治疗能减轻氧化应激反应及炎症反应, 对病情控制更有利。试验组临床疗效优于参照组, 组间数值符合统计学意义 ($P < 0.05$), 且两组患者不良反应无显著差异, 组间数值不符合统计学意义 ($P > 0.05$), 充分证明在传统治疗上应用阿替普酶溶栓治疗能提升临床疗效, 且不会引起其他不良反应, 安全性有一定保障。

综合以上结论, 阿替普酶静脉溶栓应用于早期脑梗塞患者能有效改善其凝血功能, 降低炎症水平, 提升临床疗效, 且具有一定安全性, 值得广泛应用。

参考文献:

- [1] 王俊娥. 分析阿替普酶静脉溶栓对早期脑梗塞患者的临床治疗效果[J]. 世界最新医学信息文摘, 2021, 21 (90): 736-737.
- [2] 吴娜, 胡媛, 王飞菲, 等. 分析阿替普酶静脉溶栓对早期脑梗塞的临床治疗效果[J]. 世界最新医学信息文摘, 2021, 21 (103): 185-186.
- [3] 李敏. 超早期急性脑梗死急诊阿替普酶溶栓治疗的研究[J]. 中国继续医学教育, 2020, 12 (23): 158-160.
- [4] 万燕玲, 刘媛媛, 杨文华, 等. 阿替普酶静脉溶栓治疗急性脑梗塞的护理对策探讨[J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊), 2020, 20 (15): 236-237.
- [5] 黄志强. 阿替普酶早期静脉溶栓治疗急性脑梗塞的疗效观察[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2021, 38 (2): 220-221.
- [6] 景彩丽. 阿替普酶静脉溶栓治疗急性脑梗塞早期患者的观察与护理[J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊), 2019, 19 (14): 286-287.
- [7] 李霞. 早期静脉溶栓治疗急性脑梗塞的对照研究[J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊), 2020, 20 (81): 10-11, 14.
- [8] 孟根花. 应用阿替普酶早期溶栓治疗急性脑梗塞患者的护理对策和效果分析[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4 (21): 60.
- [9] 何丽莉. 阿替普酶早期静脉溶栓对急性期脑梗塞的疗效分析[J]. 国际感染杂志 (电子版), 2019, 8 (2): 47.

康复治疗对 Pilon 骨折术后患者踝关节功能的影响研究

金晟

上海中医药大学附属龙华医院 上海 200232

摘要：目的：分析 Pilon 骨折术后患者接受康复治疗对踝关节功能的影响。方法：于 2021 年 7 月 1 日~2022 年 4 月 1 日研究期间选择我院治疗的 62 例 Pilon 骨折术后患者进行研究，采用数字奇偶分组方式将其分为对比组（31 例，基础治疗）与研究组（31 例，基础治疗+康复治疗），研究康复治疗的影响。结果：治疗后，研究组 Pilon 骨折术后患者踝与后足功能评分、独立生活能力评分、运动情况改善率、生活质量评分高于对比组 Pilon 骨折术后患者，并且存在明显的统计学对比差异， $P<0.05$ ；治疗后，研究组 Pilon 骨折术后患者视觉疼痛评分、并发症发生率低于对比组 Pilon 骨折术后患者，并且存在明显的统计学对比差异， $P<0.05$ 。结论：Pilon 骨折术后患者接受康复治疗后能够有效改善踝与后足功能障碍情况，并且提高患者运动功能，降低患者疼痛评分，有效预防康复期间的并发症发生率，让其生活质量与生活能力得到提高。

关键词：踝与后足功能；Pilon 骨折术；康复治疗

胫骨远端骨折主要发生于胫骨最远端，属于踝关节的一部分，容易引发胫骨负重解剖结构改变，出现关节炎、感染等多种并发症，致使患者骨折难以治愈^[1-2]。胫骨远端骨折发生原因主要与高能量撞击有关，容易对患者远期踝与后足功能造成影响^[3]。Pilon 骨折术后是治疗胫骨远端骨折的主要方法，相比于传统术式能够减少对血管神经、肌腱组织的影响^[4]。Pilon 骨折术后开展后还需要对患者预后进行康复治疗干预，才能够进一步提升踝与后足功能^[5]。基于此，于 2021 年 7 月 1 日~2022 年 4 月 1 日研究期间选择我院治疗的 62 例 Pilon 骨折术后患者进行研究，分析康复治疗应用价值，报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究资料

于 2021 年 7 月 1 日~2022 年 4 月 1 日研究期间选择我院治疗的 62 例 Pilon 骨折术后患者进行研究，采用数字奇偶分组方式将其分为对比组（31 例，基础治疗）与研究组（31 例，基础治疗+康复治疗）。对比组，男 21 例，女 10 例，年龄 26~58 岁，平均年龄（ 38.46 ± 0.17 ）岁；骨折位置，左腿骨折 12 例，右腿骨折 19 例；致伤原因，交通事故 12 例，高空坠落 10 例，意外摔伤 9 例。研究组，男 22 例，女 9 例，年龄 25~59 岁，平均年龄（ 38.47 ± 0.16 ）岁；骨折位置，左腿骨折 13 例，右腿骨折 18 例；致伤原因，交通事故 13 例，高空坠落 10 例，意外摔伤 8 例。对比组与研究组 Pilon 骨折术后患者基线资料无明显组间差异， $P>0.05$ 。

纳入标准：（1）符合《胫骨远端骨折临床指南和诊疗常规》相关疾病诊断标准；（2）Pilon 骨折术后适应证；（3）所有 Pilon 骨折术后患者知情同意此次研究内容。

排除标准：（1）合并其他开放损伤；（2）精神疾病；（3）不符合外侧入路手术要求。

1.2 研究方法

所有 Pilon 骨折术后患者入院后立即完善相关检查，掌握其骨折情况，由同一团队为患者实施 Pilon 骨折术及术后治疗。

对比组（基础治疗）：（1）利用支具为 Pilon 骨折术后患者进行固定；（2）手术结束后的 24 小时为患者开始实施足部正压顺序循环治疗，1 日 2 次，1 次 30min，持续治疗 42 日，经医生检查患者恢复情况好为其去除支具；（3）引导患者接受负重训练、踝关节屈伸训练，训练过程中要结合患者具体情况制定强度方案，并结合患者耐受情况进行适当调整。

研究组（基础治疗+康复治疗）：（1）足趾活动训练：康复治疗人员安排患者 1 日进行 3 次康复治疗，1 次 15min；（2）抬腿训练：1 日 2 次，早晚进行，每日抬腿练习 30 次；（3）推拿按摩：康复治疗人员 1 日 3 次为患者的足背、胫骨、小腿三头肌进行按摩；（4）监测手术处肿胀、淤血情况，及时进行对症干预治疗。康复治疗持续 90 日。

1.3 研究指标

踝与后足功能：用 AOFAS 量表对 Pilon 骨折术后患者的踝与后足功能障碍情况进行评估，总分 0~100 分，分值高表明障碍度差、功能情况好，数据采集时间点为康复治疗前与康复治疗后。

独立生活能力：用 ADL 独立生活能力评分量表对 Pilon 骨折术后患者的独立生活能力进行评估，总分 0~100 分，分值高表明独立生活能力高，数据采集时间点为康复治疗前与康复治疗后。

运动情况：（1）差：日常运动受到影响，无法正常行走；（2）一般：日常运动受到影响，可以在外力帮助下正常行走；（3）良：踝与后足功能基本恢复，对日常运动有轻微影响，但能够正常行走；（4）优：踝与后足

功能完全恢复，日常生活不受到影响。康复治疗患者的评级无变化，则表示运动情况无改善，评级提高 1 级则为有改善，评级提高 ≥ 2 级则为显著改善。总改善率=（有改善+显著改善）÷31 例 $\times 100.00\%$ ，数据采集时间点为康复治疗后。

视觉疼痛评分：使用 VAS 视觉疼痛评分量表评价，标准如下图。数据采集时间点为康复治疗前与康复治疗后。



图 1：VAS 视觉疼痛评分标准

并发症发生率：（1）术后感染；（2）肌腱受损；（3）血管神经受损；（4）并发症发生率=（术后感染+肌腱受损+血管神经受损）÷31 例 $\times 100.00\%$ ，数据采集时间点为康复治疗后。

生活质量：用 SF-36 生活质量调查表进行评价，总分 0~100 分，分值高表明生活质量高，数据采集时间点为康复治疗前与康复治疗后。

1.4 统计学分析

用 SPSS 22.0 软件整理所有 Pilon 骨折术后患者在研究中的数据资料。计量资料用（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，行 t 检验，计数资料用[n（%）]表示，行卡方检验。若检验中 Pilon 骨折术后患者数据资料存在明显的统计学差异， $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 踝与后足功能

治疗前，研究组 Pilon 骨折术后患者踝与后足功能评分与对比组 Pilon 骨折术后患者并不存在明显的统计学差异， $P>0.05$ ；治疗后，研究组 Pilon 骨折术后患者踝与后足功能评分高于对比组 Pilon 骨折术后患者，并且存在明显的统计学对比差异， $P<0.05$ ，如表 1。

表 1：踝与后足功能（ $\bar{x}\pm s$ ）分

组别	例数	治疗前	治疗后
对比组	31	61.12 $\pm$ 4.12	70.12 $\pm$ 2.16
研究组	31	61.41 $\pm$ 4.56	77.02 $\pm$ 1.61
t		0.2627	14.2603
P		>0.05	<0.05

2.2 独立生活能力

治疗前，研究组 Pilon 骨折术后患者独立生活能力评分与对比组 Pilon 骨折术后患者并不存在明显的统计学差异， $P>0.05$ ；治疗后，研究组 Pilon 骨折术后患者独立生活能力评分高于对比组 Pilon 骨折术后患者，并且存在明显的统计学对比差异， $P<0.05$ ，如表 2。

表 2：独立生活能力（ $\bar{x}\pm s$ ）分

组别	例数	治疗前	治疗后
对比组	31	41.23 $\pm$ 5.12	59.12 $\pm$ 4.12
研究组	31	41.12 $\pm$ 5.09	68.12 $\pm$ 2.12

<i>t</i>	0.0848	10.8148
<i>P</i>	>0.05	<0.05

2.3 运动情况

治疗后,研究组 Pilon 骨折术后患者运动情况改善率高于对比组 Pilon 骨折术后患者,并且存在明显的统计学对比差异, $P<0.05$, 如表 3。

表 3: 运动情况[n 例 (%)]

组别	例数	无改善	有改善	显著改善	改善率
对比组	31	4 (12.90%)	17(54.83%)	10(32.25%)	27 (87.09%)
研究组	31	0 (0.00%)	15(48.38%)	16(51.61%)	31(100.00%)
χ^2					4.2759
<i>P</i>					<0.05

2.4 视觉疼痛评分

治疗前,研究组 Pilon 骨折术后患者视觉疼痛评分与对比组 Pilon 骨折术后患者并不存在明显的统计学差异, $P>0.05$; 治疗后,研究组 Pilon 骨折术后患者视觉疼痛评分低于对比组 Pilon 骨折术后患者,并且存在明显的统计学对比差异, $P<0.05$, 如表 4。

表 4: 视觉疼痛评分 ($\bar{x}\pm s$) 分

组别	例数	治疗前	治疗后
对比组	31	7.15 $\pm$ 1.02	6.58 $\pm$ 0.37
研究组	31	7.14 $\pm$ 1.03	5.12 $\pm$ 0.16
<i>t</i>		0.0384	20.1654
<i>P</i>		>0.05	<0.05

2.5 并发症发生率

治疗后,研究组 Pilon 骨折术后患者并发症发生率低于对比组 Pilon 骨折术后患者,并且存在明显的统计学对比差异, $P<0.05$, 如表 5。

表 5: 并发症发生率[n 例 (%)]

组别	例数	术后感染	肌腱受损	血管神经受损	并发症发生率
对比组	31	1 (3.22%)	1 (3.22%)	2 (6.45%)	4 (12.90%)
研究组	31	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)
χ^2					4.2759
<i>P</i>					<0.05

2.6 生活质量

治疗前,研究组 Pilon 骨折术后患者生活质量与对比组 Pilon 骨折术后患者并不存在明显的统计学差异, $P>0.05$; 治疗后,研究组 Pilon 骨折术后患者生活质量评分高于对比组 Pilon 骨折术后患者,并且存在明显的统计学对比差异, $P<0.05$, 如表 6。

表 6: 生活质量 ($\bar{x}\pm s$) 分

组别	例数	治疗前	治疗后
对比组	31	64.14 $\pm$ 1.03	70.12 $\pm$ 2.12
研究组	31	64.15 $\pm$ 1.02	76.15 $\pm$ 1.03
<i>t</i>		0.0384	14.2444
<i>P</i>		>0.05	<0.05

3 讨论

胫骨远端骨折多见于重体力劳动者、外力打击者,患者腿部因为受到垂直区域高能量暴力,从而导致其出现骨折,临床治疗难度大,患者会同时伴随骨质压缩问题,预后效果较差^[6-7]。Pilon 骨折术是治疗胫骨远端骨折患者的有效方法,能够通过钢板支撑恢复患处承重能力,但也需要术后采取积极的康复治疗措施,才能够最大化帮助患者恢复踝关节功能^[8-9]。

通过研究可以得知:(1) 治疗后,研究组 Pilon 骨折术后患者踝与后足功能评分高于对比组 Pilon 骨折术后患者,并且存在明显的统计学对比差异, $P<0.05$ 。研究中的基础治疗主要包括支具保护、负重训练、踝关节屈伸等,主要针对对关节性康复治疗需求进行改善,对于患者其他区域其他肌肉及关节改善效果一般。相比较之下,研究组在此基础上增加了足趾活动训练、抬腿训练、推拿按摩等,训练内容更加细化,能够调动患者更多关节与肌肉,所以可以更好地提升患者踝与后足功能^[10-11];(2) 研究组 Pilon 骨折术后患者视觉疼痛评分、并发症发生率低于对比组 Pilon 骨折术后患者,并且存在明显的统计学对比差异, $P<0.05$; 治疗后,研究组 Pilon 骨折术后患者运动情况改善率高于对比组 Pilon 骨折术后患者,并且存在明显的统计学对比差异, $P<0.05$ 。患者术后并发症主要为术后感染、肌腱受损、血管神经受损,发生原因与康复治疗时训练不足有关,致使患者肌腱、血管神经无法得到及时恢复,并且容易因为患者缺乏足够锻炼致使胫骨负重解剖结构改变等问题,引发术后出血、关节炎等长期预后问题。研究组的康复治疗是在基础治疗之上进行完善,所以能够更好地帮助患者恢复肌腱、血管神经功能,降低患者术后并发症,让患者尽快得到康复治疗,恢复踝关节功能,减少其治疗后的疼痛感^[12-13];(3) 治疗后,研究组 Pilon 骨折术后患者独立生活能力评分、生活质量评分高于对比组 Pilon 骨折术后患者,并且存在明显的统计学对比差异, $P<0.05$ 。Pilon 骨折术后患者生活质量、独立生活能力主要与其运动功能、治疗效果、疼痛状况有关,可以发现研究组患者上述指标均得到明显改善,所以该组 Pilon 骨折术后患者生活质量与独立生活能力评分更高。此次研究同苏本平、孙珂、郅建华等人研究观点相符,均认同 Pilon 骨折术后开展康复治疗的效果,研究可信度高^[14-15]。

综上所述, Pilon 骨折术后患者接受康复治疗后能够加快踝与后足功能恢复,降低疼痛评分与并发症发生率,显著提高独立生活能力与运动能力,改善患者生活质量,应用价值高。

参考文献:

[1]郭云涛. 手术联合康复治疗对踝关节骨折患者功能评分的影响[J]. 反射疗法与康复医学,2021,2 (19): 154-156.

[2]林大样,叶群策. 肌肉持续牵伸联合手法对中风后踝关节功能障碍患者运动功能、生存质量的影响[J]. 浙江中西医结合杂志,2022,32 (6): 540-544.

[3]朱碧波,龚广峰. 推拿与中药塌渍配合本体感觉训练治疗陈旧性踝关节扭伤患者的效果[J]. 河南医学研究,2022,31 (4): 711-714.

[4]李硕,闫成龙. 表面肌电生物反馈技术对脑卒中偏瘫患者踝关节运动功能的影响[J]. 中国医学创新,2022,19 (15): 131-135.

[5]何小路. 骨科护理临床路径对治疗踝关节骨折患者的效果影响[J]. 安徽医学,2022,21 (3): 68-69,72.

[6]翁亮,洪峻峰,黄秋香,等. 运动医学超声在距腓前韧带损伤康复治疗中的应用价值[J]. 中国卫生标准管理,2022,13 (7): 82-84.

[7]吴兵兵,黄彩霞,袁锐,等. 不同康复方式对功能性踝关节不稳患者治疗效果的影响[J]. 中外医疗,2019,38 (35): 29-32.

[8]陈梅花,陈树清,罗时运,等. 平衡功能强化训练联合常规康复治疗踝关节功能障碍的效果研究[J]. 中国医药科学,2019,9 (9): 19-22.

[9]于俊海,黄强. 针刺结合康复训练对急性踝关节损伤患者踝关节功能及运动能力的影响[J]. 解放军预防医学杂志,2019,37 (1): 102-104.

[10]崔官昌. 康复治疗踝关节损伤患者的临床效果观察[J]. 双足与保健,2019,28 (7): 8-9.

[11]陈家谊,张思达. 手法整复结合康复治疗踝关节骨折患者的作用分析[J]. 中国伤残医学,2019,27 (24): 86-87.

[12]韩瑞红. 术后综合康复治疗对踝关节骨折患者康复进程的影响[J]. 中国疗养医学,2019,28 (12): 1292-1294.

[13]杨金玉. 功能性力量训练对慢性踝关节不稳的康复治疗效果研究[J]. 双足与保健,2019,28 (21): 45-46.

[14]李春镇,陈颖,赵宁,等. 低频重复经颅磁刺激结合踝关节康复系统对脑卒中偏瘫患者下肢功能的疗效观察[J]. 大医生,2019,4 (8): 59-60.

[15]苏本平,孙珂,郅建华. 康复治疗对 Pilon 骨折术后患者踝关节功能的影响[J]. 反射疗法与康复医学,2022,3 (4): 39-41,45.

某院 2019—2021 年住院患者麻醉药品使用情况分析

李铭铭 牟崇艳 邹岚*

遵义市第一人民医院（遵义医科大学第三附属医院） 贵州遵义 563000

摘要:目的:为临床安全、合理、有效的使用麻醉药品提供参考意见。方法:通过对我院 2019—2021 年住院患者麻醉药品的销售金额、用药频度(DDDs)、限定日费用(DDC)、和排序比(B/A)等进行统计分析。结果:2019—2021 年用量最多的三种药品均为枸橼酸舒芬太尼注射液、盐酸羟考酮缓释片(10mg)、注射用盐酸瑞芬太尼;DDDs 值排在前两位的均为注射用盐酸瑞芬太尼和枸橼酸舒芬太尼注射液,大部分药品 DDDs 值呈现先减后增的现象;DDC 值排在前三位的分别为盐酸氢吗啡酮注射液、枸橼酸舒芬太尼注射液和注射用盐酸瑞芬太尼。结论:2019—2021 年我院麻醉药品品规稳定,用药情况基本合理,但仍需进一步加强用药合理性管理。

关键词:麻醉药品;销售金额;用药频度;限定日费用

疼痛是一种与实际或潜在的组织损伤相关的不愉快的主观感觉和情绪情感体验^[1],对人们的生活质量和精神状态有着显著的负面影响。疼痛是临床上困扰病人最常见的的症状之一,也是目前未能满足的最重要的医疗需求之一^[2]。控制疼痛可以降低患者术后并发症的发生率、缩短住院时间、提高患者的满意度^[3]。麻醉药品是一类作用于中枢神经系统,具有药物依赖性潜力的药品;在临床上往往表现出镇痛、中枢神经系统兴奋或抑制(镇静)作用。该类药物可缓解患者创伤疼痛、手术疼痛以及癌痛,从而改善患者生活质量^[4],是医疗上不可缺少的一类药品。同时,连续使用、滥用或者不合理使用麻醉药品,易产生身体依赖性和精神依赖性,易成隐癖^[5]。因此其研制、生产、经营、使用等各个环节均受到严格管控^[6]。

通过对我院 2019—2021 年住院患者麻醉药品的使用情况进行统计分析,评估我院麻醉药品使用情况,为临床安全、合理、有效的使用麻醉药品提供参考意见。

1 资料与方法

1.1 资料来源

从医院信息系统(HIS)中调取 2019—2021 年肿瘤患者使用麻醉药品的基本情况,包括品种、规格、用量及销售金额等。

1.2 方法

采用 Excel 2013 软件对数据进行整理,依据 WHO 推荐的限定日剂量(defined daily dose,DDD),计算各个麻醉药品的用药频度(defined daily dose system,DDDs)、限定日费用(daily drug cost,DDC)以及药品销售金

额排序(B)与 DDDs 排序(A)的比值(B/A),分析评价麻醉药品的使用情况。DDD 是指药品以主要适应证用于成年人的维持平均日剂量^[7],本文的 DDD 值参照《中国药典》(2020 年版)、《新编药理学》(第 18 版)^[8]以及药品说明书并结合本院临床实际而定。

DDDs=该药的年使用总量/该药的 DDD,其值越大,表明该药的使用率越高;DDC=该药年销售金额/该药的 DDDs,代表患者使用该药的平均日费用,DDC 越大,表明患者承担的经济负担越重;排序比(B/A)=药品销售总金额排(B)/DDDs 排序(A),此值可反映该药销售金额与用药人数的同步性,其值越接近 1,表明同步性越好,反之则越差。

增长率=增长量/原总量。

2 结果

2.1 麻醉药品的销售金额和使用量

我院住院患者共使用麻醉药品 15 个品规,其中注射剂型 8 种、口服剂型 6 种、外用剂型 1 种。2019—2021 年销售金额前两位的均为注射用盐酸瑞芬太尼和枸橼酸舒芬太尼注射液,2019 年销售金额第三位为盐酸羟考酮缓释片(40mg),2020 年和 2021 年为盐酸氢吗啡酮注射液。三年使用数量最多的三种药品均为枸橼酸舒芬太尼注射液、盐酸羟考酮缓释片(10mg)、注射用盐酸瑞芬太尼,排序略有变化。盐酸羟考酮缓释片(10mg)、芬太尼透皮贴剂销售金额和用量逐年增加,盐酸羟考酮缓释片(40mg)、盐酸哌替啶注射液逐年减少,2021 年未使用磷酸可待因片和盐酸布桂嗪注射液。见表 1、表 2。

表 1 麻醉药品销售金额

药品名称	规格 (mg)	2019 年		2020 年		2021 年	
		销售金额(元)	排序	销售金额(元)	排序	销售金额(元)	排序
阿桔片	30	5550.87	12	3876.39	11	4116.22	12
芬太尼透皮贴剂	2.5	108125.00	6	210750.00	5	—	—
芬太尼透皮贴剂	4.125	—	—	—	—	220544.68	6
枸橼酸芬太尼注射液	0.1	40818.96	8	9210.60	8	6976.20	9
枸橼酸芬太尼注射液	0.5	76998.60	7	40222.32	7	71798.14	7
枸橼酸舒芬太尼注射液	0.05	1108717.20	2	1028447.40	2	1602082.80	2
磷酸可待因片	30	1233.64	14	1320.56	13	—	—
硫酸吗啡缓释片	30	14593.50	9	984.75	14	6076.35	10
盐酸布桂嗪注射液	100	404.25	15	228.25	15	—	—
盐酸吗啡片	5	3193.74	13	3393.02	12	2346.24	13
盐酸吗啡注射液	10	9769.82	10	8831.86	9	10947.64	8
盐酸哌替啶注射液	100	6615.54	11	5693.52	10	5253.32	11
盐酸羟考酮缓释片	10	179841.60	4	205172.48	6	230989.59	4
盐酸羟考酮缓释片	40	363245.40	3	256782.40	4	220553.20	5
盐酸氢吗啡酮注射液	2	127208.28	5	640532.12	3	572825.88	3
注射用盐酸瑞芬太尼	1	1491817.80	1	1429552.90	1	1693716.00	1

表 2 麻醉药品用量

药品名称	规格 (mg)	2019 年		2020 年		2021 年	
		数量 (片/支/贴)	用量 (mg)	数量 (片/支/贴)	用量 (mg)	数量 (片/支/贴)	用量 (mg)
阿桔片	30	8845	265350	6500	195000	8135	244050
芬太尼透皮贴剂	2.5	865	4325	3372	8430	—	—
芬太尼透皮贴剂	4.125	—	—	—	—	3214	13258
枸橼酸芬太尼注射液	0.1	6942	694.2	1629	162.9	1661	166
枸橼酸芬太尼注射液	0.5	2619	1309.5	1516	758	4493	2247
枸橼酸舒芬太尼注射液	0.05	22086	1104.3	20487	1024.35	31914	1598
磷酸可待因片	30	1448	43440	1550	46500	—	—
硫酸吗啡缓释片	30	1150	34500	80	2400	630	18900
盐酸布桂嗪注射液	100	147	14700	83	8300	—	—
盐酸吗啡片	5	4247	21235	4512	22560	3120	15600
盐酸吗啡注射液	10	2729	27290	2467	24670	3058	30580

盐酸哌替啶注射液	100	2346	234600	2019	201900	1863	186300
盐酸羟考酮缓释片	10	21720	217200	24800	248000	28010	280100
盐酸羟考酮缓释片	40	11430	457200	8080	323200	6940	277600
盐酸氢吗啡酮注射液	2	1473	2946	7417	14834	6633	13266
注射用盐酸瑞芬太尼	1	16539	16539	15875	15875	18840	18840

2.2 麻醉药品的 DDD、DDD_s 及排序

2019—2021 年 DDDs 值排在前两位的均为注射用盐酸瑞芬太尼和枸橼酸舒芬太尼注射液, 2019 年和 2020 年排序第三的均为盐酸羟考酮缓释片 (40mg), 而 2021 年芬太尼透皮贴剂的 DDDs 值排第三位。芬太尼透皮

贴剂和盐酸羟考酮缓释片 (10mg) DDDs 值逐年上升, 盐酸哌替啶注射液及盐酸羟考酮缓释片 (40mg) DDDs 值逐年降低; 盐酸吗啡片和盐酸氢吗啡酮注射液 DDDs 值先增后减; 其余品种除部分停用外, DDDs 值呈现先减后增的现象, 具体见表 3。

表 3 麻醉药品的 DDD、DDD_s 及排序

药品名称	规格 (mg)	DDD (mg)	2019 年		2020 年		2021 年	
			DDD _s	排序	DDD _s	排序	DDD _s	排序
阿桔片	30	90	2948.33	5	2166.67	7	2711.67	8
芬太尼透皮贴剂	2.5	2.5	1730.00	8	3372.00	5	—	—
芬太尼透皮贴剂	4.125	2.5	—	—	—	—	5303.10	3
枸橼酸芬太尼注射液	0.1	0.2	3471.00	4	814.50	11	830.50	11
枸橼酸芬太尼注射液	0.5	0.5	2619.00	7	1516.00	8	4493.00	4
枸橼酸舒芬太尼注射液	0.05	0.1	11043.00	2	10243.50	2	15957.00	2
磷酸可待因片	30	90	482.67	12	516.67	12	—	—
硫酸吗啡缓释片	30	100	345.00	14	24.00	15	189.00	13
盐酸布桂嗪注射液	100	200	73.50	15	41.50	14	—	—
盐酸吗啡片	5	60	353.92	13	376.00	13	260.00	12
盐酸吗啡注射液	10	30	909.67	10	822.33	10	1019.33	9
盐酸哌替啶注射液	100	200	1173.00	9	1009.50	9	931.50	10
盐酸羟考酮缓释片	10	75	2896.00	6	3306.67	6	3734.67	5
盐酸羟考酮缓释片	40	75	6096.00	3	4309.33	3	3701.33	6
盐酸氢吗啡酮注射液	2	4	736.50	11	3708.50	4	3316.50	7
注射用盐酸瑞芬太尼	1	1	16539.00	1	15875.00	1	18840.00	1

2.3 麻醉药品的 DDC 和 B/A

各药品之间的 DDC 相差较大, 2019—2021 年, DDC 值排在前三位的分别为盐酸氢吗啡酮注射液、枸橼酸舒芬太尼注射液和注射用盐酸瑞芬太尼。阿桔片、枸橼酸芬太尼注射液 (0.1mg、0.5mg)、硫酸吗啡缓释片、

盐酸羟考酮缓释片 (10mg)、注射用盐酸瑞芬太尼, DDC 值逐年递减, 其余品种 DDC 值保持稳定。三年中, 分别有 7、4 和 2 个品种 B/A 值为 1.00; B/A 值连续 3 年均保持为 1.00 的是枸橼酸舒芬太尼注射液和注射用盐酸瑞芬太尼, 见表 4。

表 4 麻醉药品的 DDC 和 B/A

药品名称	规格 (mg)	2019 年		2020 年		2021 年	
		DDC (元)	B/A	DDC (元)	B/A	DDC (元)	B/A
阿桔片	30	1.88	2.40	1.79	1.57	1.52	1.50
芬太尼透皮贴剂	2.5	62.50	0.75	62.50	1.00	—	—
芬太尼透皮贴剂	4.125	—	—	—	—	41.59	2.00
枸橼酸芬太尼注射液	0.1	11.76	2.00	11.31	0.73	8.40	0.82
枸橼酸芬太尼注射液	0.5	29.40	1.00	26.53	0.88	15.98	1.75
枸橼酸舒芬太尼注射液	0.05	100.40	1.00	100.40	1.00	100.40	1.00
磷酸可待因片	30	2.56	1.17	2.56	1.08	—	—
硫酸吗啡缓释片	30	42.30	0.64	41.03	0.93	32.15	0.77
盐酸布桂嗪注射液	100	5.50	1.00	5.50	1.07	—	—
盐酸吗啡片	5	9.02	1.00	9.02	0.92	9.02	1.08
盐酸吗啡注射液	10	10.74	1.00	10.74	0.90	10.74	0.89
盐酸哌替啶注射液	100	5.64	1.22	5.64	1.11	5.64	1.10
盐酸羟考酮缓释片	10	62.10	0.67	62.05	1.00	61.85	0.80
盐酸羟考酮缓释片	40	59.59	1.00	59.59	1.33	59.59	0.83
盐酸氢吗啡酮注射液	2	172.72	0.45	172.72	0.75	172.72	0.43
注射用盐酸瑞芬太尼	1	90.20	1.00	90.05	1.00	89.90	1.00

3. 讨论

2019—2021 年, 我院住院患者使用频度较高的麻醉药品为注射剂型, 主要用于手术麻醉, 其次是口服制剂, 主要用于缓解术后疼痛, 急性疼痛及癌痛等, 磷酸可待因片及阿桔片则主要用于缓解剧烈咳嗽; 外用型制剂芬太尼透皮贴剂主要用于癌痛治疗。受新冠疫情影响, 我院 2020 年出院人次较 2019 年减少 11.3%, 2021 年比 2020 年增加 5.68%, 一半药品 2020 年的销售金额和使用频度为三年中最低, 呈现上下波动的情况, 与住院人数减少导致外科手术及用药同步减少相关。我院三年间麻醉药品的品种和规格基本稳定, 能够满足临床用药需求, 使用量变化趋势与我院实际情况相符, 用药情况基本合理。

医疗机构应当定期对医务人员进行麻醉药品相关法律、法规、职业道德以及专业知识的培训和教育; 至少每半年开展一次专项自查工作, 及时发现并整改落实; 药学部门要对麻醉药品处方和住院医嘱进行专项点评, 并根据点评结果进行及时有效的干预。在选用麻醉药品时, 医务人员应综合考虑药物特性和经济效益, 动态、全面地评估患者的病情, 合理地使用本类药物, 减轻病痛给患者带来的身体和精神上的负担, 提升患者的就医体验和满意度。

参考文献:

[1] 宋学军, 樊碧发, 万有, 等. 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 (9): 641—644.

[2] 张常建, 陈秀秀, 周丽君. 抗体治疗疼痛的研究进展[J]. 中国疼痛医学杂志, 2022, 28 (2): 130—133.

[3] 彭山攀, 谢海辉. 羟考酮临床应用的新进展[J]. 医学综述, 2021, 27 (17): 3478—3482.

[4] 李文, 鹿艳, 高赞赞, 等. 某院 2017—2019 年住院患者麻醉药品使用情况分析[J]. 中国药物滥用防治杂志, 2021, 27 (2): 243—246.

[5] 朱蕊, 刘蕊. 我院门急诊麻醉药品使用情况分析[J]. 中国医药导刊, 2021, 23 (5): 360—363.

[6] 李强, 赵德恒, 顾慰萍. 麻醉药品和精神药品实验研究立项的考虑[J]. 中国临床药理学杂志, 2021, 37 (9): 1126—1128.

[7] 祝晓雨, 张伟光, 孙阿宁, 等. 2014—2019 年我国六城市骨质疏松症患者药物治疗现状调查分析[J]. 临床药物治疗杂志, 2021, 19 (8): 69—75.

[8] 陈新谦, 金有豫, 汤光. 新编药理学[M]. 18 版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 195—201.

作者简介: 李铭铭, 硕士, 主管药师。研究方向: 医院药学。

通信作者: 邹岚, 本科, 副主任药师。研究方向: 医院药学。

内科胸腔镜和超声引导下胸膜活检对艾滋病并胸腔积液诊断价值的分析

梁联哨 李志峰

南宁市第四人民医院/广西艾滋病临床治疗中心 广西南宁 530023

摘要：目的：探讨在对艾滋病合并渗出性胸腔积液诊断中，内科胸腔镜胸膜活检与超声引导下胸膜活检的价值。方法：回顾分析 2017 年 1 月-2021 年 7 月我院住院并行胸膜活检术的艾滋病合并渗出性胸腔积液患者共 71 例，按照检查方法分为内科胸腔镜胸膜活检组 32 例和 B 超引导下胸膜活检组 39 例，评价两种方法对艾滋病并渗出性胸腔积液的诊断价值。结果：内科胸腔镜组活检组织病理符合结核性改变 15 例，肿瘤改变 5 例，组织病理阳性共 20 例，病理阳性率 62.5%（20/32）；超声组 12 例符合结核性胸膜炎改变，3 例符合肿瘤改变，阳性检出率 38.5%（15/39），内科胸腔镜组检出率等高于超声组，（ $P<0.05$ ）。结论 对于艾滋病伴渗出性胸腔积液，相比于 B 超引导下胸膜活检，内科胸腔镜胸膜活检检出率高，超声引导胸膜活检是其较安全，可作为补充取材的方法。

关键词：艾滋病；胸腔积液；内科胸腔镜

[Abstract]Objective: To investigate the value of medical thoracoscopic pleural biopsy and ultrasound-guided pleural biopsy in the diagnosis of AIDS complicated with exudative pleural effusion. Methods: retrospective analysis in January 2017 - July 2021 in our hospital the AIDS of parallel pleural biopsy combined total of 71 patients with exudative pleural effusion, according to the inspection methods are divided into medical thoracoscopy pleural biopsy group 32 cases and 39 cases of pleural biopsy under ultrasound guided group, evaluation of two kinds of methods for HIV/AIDS and the diagnostic value of exudative pleural effusion. Results: In the medical thoracoscopic group, 15 cases were found to be tuberculous and 5 cases to be neoplastic. Twenty cases were found to be positive, with a positive rate of 62.5% (20/32). The positive detection rate was 38.5% (15/39) in the ultrasound group, and the positive detection rate in the medical thoracoscopy group was higher than that in the ultrasound group ($P<0.05$). Conclusions For AIDS with exudative pleural effusion, the detection rate of medical thoracoscopic pleural biopsy is higher than that of B-ultrasound guided pleural biopsy. Ultrasound-guided pleural biopsy is safer and can be used as a supplementary sampling method.

Key words Key words: AIDS; Pleural effusion; Medical thoracoscopy

内科胸腔镜胸膜活检在对恶性胸膜疾病诊断中，占据着十分重要的地位，诊断率为 90%~95%^[1]，对结核性胸膜炎的敏感性高达 100%^[2]；在资源有限的情况下，超声引导下的胸膜活检是一种合理选择，将所有诊断的总检出率从 48%提高到 90%，恶性肿瘤从 31.0%提高到 89.7%，肺结核从 77.8%提高到 88.9%，且并发症更少。但两种胸膜活检术对艾滋病诊断，还缺少一定的数据支持。鉴于此，我们对 2017 年 1 月-2021 年 7 月在我院住院并行胸膜活检术的艾滋病合并胸腔积液的患者共 71 例进行回顾性分析，并比较了内科胸腔镜胸膜活检术与超声引导下胸膜活检术对艾滋病合并胸腔积液的诊断效果，如下。

一、对象和方法

1.1 研究对象

将 2017 年 1 月~2021 年 7 月在我院住院并行胸膜活检术的艾滋病合并胸腔积液的患者共 71 例作为研究对象。其中，行内科胸腔镜胸膜活检术 32 例（胸腔镜组），B 超引导下胸膜活检术 39 例（超声组）；诊断与纳入标准：（1）胸腔积液：符合渗出性胸腔积液的标准；（2）活检方式为内科胸腔镜胸膜活检术或 B 超引导下胸膜活检术。排除标准：（1）HIV 检测阴性；（2）因心力衰竭等其他原因引起的漏出性胸腔积液。患者均通过书面知情同意，本次研究经南宁市第四人民医院伦理委员会批准。

二、设备和方法

1、操作设备：Neusoft900 彩色多普勒超声诊断仪（探头频率 6.5MHz）、BARD 活检枪、16G 一次性半切割活检针（取材长度 15~22mm）；可弯曲电子内科胸腔镜（奥林巴斯 LTF-240 型）。

2、方法：术中常规带双层手套、口罩、帽子、及鞋套等。

3、收集两组患者性别、艾滋病病史、肿瘤病史、病程、有无合并症（糖尿病、高血压、心脑血管疾病、结缔组织病、严重肝肾疾病等）、血清白蛋白水平、CD4+T 淋巴细胞计数以及胸腔积液最大前后径、白细胞总数、腺苷脱氢酶（ADA）、乳酸脱氢酶（LDH）及白蛋白水平等。

4、观察指标：对取材成功率以及病理诊断阳性率等观察。

5、研究团队包括呼吸内科、超声介入科等科室医生。

三、统计学处理

3.1 软件采用 SPSS25.0。计数资料以%表示，采用 χ^2 检验或者 Fisher 确切概率法统计差异；正态分布计量资料以“ $\bar{x} \pm s$ ”展示，检验 t ；偏态分布计量资料以“中位数（四分位数）[M (Q1, Q3)]”展示，比较两组差异行 Mann-WhitneyU 检验。若差异明显，则 $P<0.05$ 。

3.2 结果

胸腔镜组共 32 例，96.9%（31/32）为男性，年龄中位数 51 岁，超声组 39 例，92.3%（36/39）为男性，年龄中位数 52 岁，两组差异均不明显（ P 值均 >0.05 ），具体见表 1。胸腔镜组病理确诊 20 例，病理阳性率 62.5%（20/32），其中符合结核病理改变 15 例，肿瘤改变 5 例，慢性炎症 12 例，有 8 例假阴性，占 25.0%（7/32），1 例通过反复胸水检查发现肿瘤细胞确诊，1 例在胸腔镜取材失败后通过 B 超引导胸膜活检确诊为恶性胸腔积液，6 例通过诊断性抗结核阳性反应临床诊断；超声组病理确诊 14 例，病理阳性检出率 35.9%（14/39），其中 11 例与结核性胸膜炎组织学的改变相符，2 例符合肿瘤改变，慢性炎症改变 25 例，有 10 例假阴性，占 25.6%（10/39），2 例反复胸水检查发现肿瘤细胞确诊，2 例胸水找到结核分枝杆菌确诊，6 例通过诊断性抗结核阳性反应临床诊断；胸腔镜组病理检出率明显高于超声引导组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），两组假阴性率、取材成功率差异均无统计学意义（ P 值 >0.05 ），具体见表 2。

超声组皮下气肿等发生率低于胸腔镜组，（ P 值均 <0.05 ），全部患者未发生胸膜反应等术后不良反应，见表 2。两组均未出现职业暴露。

表 1 两组基线特征比较

基线特征	胸腔镜组(32 例)	B 超组 (39 例)	统计检验值	P 值
年龄[岁, M (Q1, Q3)]	51 (36,57)	52 (46,65)	$Z=-1.579$	0.114
男性[例(构成比)]	31 (96.9)	35 (89.7)	$\chi^2=0.370$	0.246

比,%)]				
病程[天, M (Q1, Q3)]	20 (10,30)	30 (14,90)	Z=-1.518	0.129
病史[例(发生率, %)]				
结核病	0	2 (5.1)	$\chi^2=0.498$	0.298
艾滋病	13 (40.6)	15 (38.5)	$\chi^2=0.034$	0.853
肿瘤病史	0	0		
合并症[例(发生率, %)]				
高血压	1 (3.1)	7 (17.9)	$\chi^2=0.065$	0.052
糖尿病	0	1 (2.6)	$\chi^2=1.000$	0.549
严重肝肾疾病	2 (6.3)	7 (17.9)	$\chi^2=0.171$	0.132
心脑血管疾病	0	2 (5.1)	$\chi^2=0.498$	0.298
血清白蛋白 (g/L, $\bar{x} \pm s$)	33.3 $\pm$ 17.2	28.2 $\pm$ 7.0	$t=2.330$	0.131
CD4+T 淋巴细胞	151 (72.3,247.8)	121 (64,314)	Z=-0.341	0.733
胸腔积液				
白细胞总数 [$\times 10^6/L$, M (Q1, Q3)]	869 (265,2315)	421 (134,958)	Z=-1.720	0.086
蛋白 (g/L, $\bar{x} \pm s$)	45.4 $\pm$ 11.5	40.4 $\pm$ 12.3	$t=0.210$	0.649
ADA (U/L, $\bar{x} \pm s$)	36 (13.7,64.8)	20 (12.3,44.5)	Z=-1.720	0.204
LDH (U/L, $\bar{x} \pm s$)	476 (261.5,1014.9)	338 (238.9,695.9)	Z=-1.173	0.241
最大前后径 [cm, M (Q1, Q3)]	75 (37,106.8)	50 (33,80)	Z=-1.670	0.095

表2 两组不同观察指标的比较

观察指标	胸腔镜组 (32例)	B超组 (39例)	χ^2	P 值
病理确诊[例(构成比, %)]	20 (62.5)	15 (38.5)	4.064	0.044
结核病[例(构成比, %)]	15 (46.9)	12 (30.8)	1.935	0.164
肿瘤[例(构成比, %)]	5 (15.6)	3 (7.7)	0.454	0.249
慢性炎[例(构成比, %)]	12 (37.5)	24 (61.5)	4.064	0.044
假阴性[例(构成比, %)]	8 (25.0)	10 (25.6)	0.004	0.951
结核病[例(构成比, %)]	6 (18.8)	8 (20.5)	0.035	0.853
肿瘤[例(构成比, %)]	2 (6.3)	2 (5.1)	1.000	0.614
取材[例(成功率, %)]	31 (96.9)	39 (100)	0.451	0.451
并发症[例(发生率, %)]				
皮下气肿	11 (34.4)	0	15.864	0.000
疼痛	9 (28.1)	8 (20.5)	0.559	0.455

发热 4 (12.5) 0 0.037 0.037

四、讨论

本研究对 71 例艾滋病合并胸腔积液患者胸膜活检相关临床数据进行研究,发现胸腔镜组活检阳性率为 62.5%,超声组仅有 38.5%,在国内报道范围之内,但均远低于国外数据,可能与临床医师、操作方法等不同有关,研究对象例数太少也可能是影响因素之一。为此,需要运用更大样本做进一步研究;本研究结果显示胸腔镜组检出率明显高于超声组,得出这一结果的原因包含以下几点:①超声引导下不能更好地区分肺不张和坏死性病变,可导致阴性取样;②活检位点较少。本研究超声引导胸膜活检于不同方向分别取一块组织将其送检,最多取 5 块组织,若增多 2 个活检位点,则于 6 个方向各取组织,可增加活检的阳性率。③如果病理组织在胸膜增厚、变硬阶段采用针吸活检,活检针可能滑过病变组织,较难取到病变组织导致阴性结果。

我们还发现两组均出现假阴性诊断结果;小的病变或没有潜在胸膜肿块的胸腔积液很难进行活检,且失败率也很高;病程大于半月到 1 个月,胸膜组织病理改变多为慢性迁延型,常常表现出慢性炎症,从而使得胸膜活检阳性率降低。诊断阳性率也会因操作人员熟练程度、用于活检的针等因素影响。本研究中两组患者病程中位数为 20-30 天,64.8%CD4+T 淋巴细胞计数小于 200/ μ L,病程长,免疫功能明显受抑制,这可能是本研究中病理未确诊病例的原因。

4 例假阴性肿瘤性胸膜改变中 3 例通过反复胸水检查发现肿瘤细胞确诊,因此对于胸膜活检阴性而高度怀疑恶性胸水患者多次检查胸腔积液癌细胞非常重要;有 1 例胸腔镜取材失败后最终通过超声引导胸膜活检术取材确诊;有研究显示,在难以实施胸腔镜检查时,超声引导穿刺是对取材补充的手段,尤其是在资源有限地区,虽然可能会导致部分病例诊断延迟。

王俊东等^[3]认为患者 CD4+T 淋巴细胞计数>350/ μ L,可同普通患者同样处理,手术适应证一致。本研究中接受胸膜活检术的艾滋病患者有 64.8%CD4+T 淋巴细胞计数小于 200/ μ L,均能耐受操作,无严重并发症出现,可能提示了 CD4+T 淋巴细胞计数小于 200 不是限制因素,为早期明确诊断,在评估患者整体病情可耐受情况下,进行相关内科穿刺活检操作。

虽然胸腔镜组皮下气肿、发热并发症发生率明显高于超声引导下穿刺活检,但无严重并发症,无论是皮下气肿还是发热短期内经对症治疗,均得以有效缓解。

防护职业暴露在艾滋病手术当中占据重要地位。于穿刺活检期间,应该将防护措施增强,以将暴露感染降低。本研究中未发现医护人员职业暴露。

综上,与超声组相比,胸腔镜组的诊断成功率更高,且其为微创手术,无严重并发症,对于艾滋病合并胸腔积液是一种安全有效的诊断技术,超声引导下胸膜活检是其较安全的补充取材方法。

参考文献:

- [1]Sundaralingam A,Bedawi EQ,Rahman NM.Diagnostics in pleural disease [J].Diagnostics.2020 ; 10 (12): 1046-1066.DOI : 10.3390/diagnostics10121046
- [2]Shaw JA, Diacon AH, Koegelenberg CFN.Tuberculous pleural effusion[J]. Respirology.2019,24 (10): 962-971.DOI : 10.1111/resp.13673.
- [3]王俊东,刘长珠,李宝金,等.超声引导下经皮肺穿刺活检术在艾滋病周围型肺部病变中的应用价值[J].广州医药,2017,14 (8): 57-59,67.DOI: 10.3969/j.issn.1000-8535.2017.03.014.

基金项目: 南宁市科学研究与技术开发计划 (20183202-2)

通讯作者: 李志峰

穴位热敷加穴位注射在老年疝修补术后急性尿潴留治疗中的应用效果研究

梁秀明 朱翠英 程燕君 崔小敏

佛山市中医院高明医院 广东佛山 528500

摘要：目的：探讨老年疝修补术后采取穴位注射加穴位热敷治疗急性尿潴留的效果。方法：研究抽取老年疝修补术病例样本共 60 例，样本抽取年限为 2021.01~2022.05，均确诊为术后急性尿潴留，分组方法为双盲法，将全部病例分为甲、乙组对比，各纳入 30 例。甲组接受常规治疗和护理，乙组在前组方案上接受穴位注射加穴位热敷治疗。对比 2 组疗效、满意率、生活质量及情绪评分等情况，以评定效果。结果：统计显示，2 组对比总有效率结果，乙组为 96.67% 高于甲组 73.33% ($P<0.05$)。2 组对比满意率结果，乙组总体为 100.00% 高于甲组 83.33% ($P<0.05$)。2 组对比生活质量结果，乙组躯体、情绪、社会、认知等功能及整体健康评分均高于甲组 ($P<0.05$)。治疗后 2 组对比抑郁 (SDS)、焦虑 (SAS) 等评分结果，乙组均低于甲组 ($P<0.05$)。结论：老年疝修补术后采取穴位注射加穴位热敷治疗急性尿潴留的效果确切，不仅能改善患者排尿情况，还可消除其负面情绪，且可提升其生活质量，患者多数满意，可进一步借鉴推广。

关键词：老年；疝修补术；穴位注射；穴位热敷；急性尿潴留

在临床疾病中，疝气较为多发和常见，其主要特点为反复发作、病程长等，特别是对于老年人而言，因其身体机能不断衰退，且存在一些基础疾病，所以发病后会严重影响其身心健康^[1-2]。目前对于老年疝气患者，临床常用治疗方案为疝修补术，但术后患者会出现一系列并发症，其中发生率较高的则为急性尿潴留，该病症若治疗不及时，则会对患者的术后恢复产生严重不利^[3-4]。采取常规疗法治疗急性尿潴留时效果并不理想，而有研究表明，中医疗法在治疗该病症时可发挥积极作用，其中以穴位注射+穴位热敷最为常用，除了能促进患者快速恢复自主排尿之外，操作较为简单，所以疗效更为理想^[5-6]。因此本文则研究了老年疝修补术后采取穴位注射加穴位热敷治疗急性尿潴留的效果，现将研究情况做以下阐述：

1. 资料与方法

1.1 资料

本次抽取老年疝修补术病例样本共 60 例，样本抽取年限为 2021.01~2022.05，均确诊为术后急性尿潴留，分组方法为双盲法，将全部病例分为甲、乙组对比，各纳入 30 例。统计处理参与研究中全部病例的基础资料，其中甲组性别，女 12 例、男 18 例，年龄 61~84 岁，均龄 (75.6±3.2) 岁。乙组性别，女 11 例、男 19 例，年龄 61~85 岁，均龄为 (75.4±4.1) 岁。通过对 2 组病例信息经 χ^2 、 t 值统计处理并做对比发现，统计值 $P>0.05$ ，说明研究具有可行性。本次研究展开前经伦理委员会讨论批准，所选对象事先知情且参与时均为自愿。

入选条件：均行疝修补术；术后均确诊为急性尿潴留，无法自主排尿；资料齐全；年龄≥60 岁；配合度良好。排除条件：严重器质性病变；资料缺失；意识障碍；精神疾病；无法配合研究。

1.2 方法

甲组接受常规治疗和护理，包括训练床上排尿，强化心理疏导，通过听轻柔音乐、听流水声、温水冲洗外阴、按摩耻骨上膀胱区等方式诱导排尿，将术后活动技巧详细告知患者，以促进小便排除。

乙组在前组方案上接受穴位注射加穴位热敷治疗，具体为：(1) 穴位注射：采取合理体位，一般指导患者采取左侧卧位，摆放妥当后，医生立于其右侧。取关元穴和气海穴，采取碘伏消毒处理，将酚妥拉明 10mg 采取生理盐水稀释至 2mL，通过注射器 (规格 2mL) 抽取后在穴位处垂直进针，深度为 1.0-1.5 寸，待回抽无血且局部酸麻胀时，则将酚妥拉明快速注入，5mg/穴，注射完成后，对穴位采取棉球按摩，3min/穴。(2) 穴位热敷：选择命门穴、肾俞穴、关元穴等，患者取阳光我为，将食盐 100g 炒热后用棉布袋子盛装，待温度达到 50℃ 时，则热敷于上述穴位，10min/穴。

1.3 评价指标

对比 2 组相关指标：(1) 疗效^[7]：按照治疗后恢复自行排尿时间做出评估：≤0.5h 为痊愈；≤1h 为显效；1.5h 为有效；1.5h 内未恢复为无效。(2) 满意率：调查工具为自拟问卷，结果选项分为 3 项，由患者自行选择或打分，统计不满意、比较满意、完全满意等情况。(3) 生活质量^[8]：工具为生活质量评估量表，内容涉及躯体、情绪、社会、认知等功能及整体健康，各项均为 100 分满分，分值越高越好。(4) 情绪评分：在治疗前后，对 2 组对象采取抑郁自评量表 (SDS)、焦虑自评量表 (SAS)^[9]，其中 SDS 量表包括对睡眠不好、容易激怒、生活的意义、自我、希望、坐卧不安、疲劳、烦恼、性功能、饮食、便秘、体重、情绪等 20 项，采取 1-4 分计分，临界值为 53 分，分值越低则抑郁程度越轻微；SAS 量表包括发疯感、头晕乏力、做噩梦、睡眠障碍、心悸、手足颤抖、静坐不能、头疼、惊恐、呼吸困难、害怕、焦虑等共 20 项，采取 1-4 分计分，临界值为 50 分，分值越低则焦虑程度越轻微。

1.4 分析数据

在研究中以评价指标为统计各项数据，在软件 SPSS22.0 中对各项指标结果做出处理和分析，以 χ^2 、 t 值等方法展开统计，结果分别经 $\bar{x} \pm s$ 和 [n (%)] 来表示，各自代表结果中的计量和计数值，若 P 值 < 0.05，则说明研究结果符合统计意义。

2. 结果

2.1 对比疗效结局

统计显示，2 组对比总有效率结果，乙组为 96.67% 高于甲组 73.33% ($P<0.05$)。如表 1 示。

表 1：2 组对比疗效结局[例 (%)]

组别	n	无效	有效	显效	痊愈	有效率 (%)
乙组	30	1 (3.33)	4 (13.33)	10 (33.33)	15 (50.0)	29 (96.67)
甲组	30	8 (26.67)	3 (10.00)	9 (30.00)	10 (33.33)	22 (73.33)
χ^2 值						6.8457
P 值						0.000

2.2 对比满意率

统计显示，2 组对比满意率结果，乙组总体为 100.00% 高于甲组 83.33%

($P<0.05$)。如表 2 示。

表 2: 2 组对比满意率[例 (%)]

组别	n	不满意	完全满意	比较满意	总体 (%)
乙组	30	0 (0.00)	21(70.00)	9 (30.00)	30 (100.00)
甲组	30	5 (16.67)	15(50.00)	10(33.33)	25 (83.33)
χ^2 值					4.5628
P 值					0.036

2.3 对比生活质量

统计显示, 2 组对比生活质量结果, 乙组躯体、情绪、社会、认知等功能及整体健康评分均高于甲组 ($P<0.05$)。如表 3 示。

表 3: 2 组对比生活质量 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	躯体功能	情绪功能	社会功能	认知功能	整体健康
乙组	30	79.36 $\pm$ 3.22	78.52 $\pm$ 4.51	79.41 $\pm$ 2.55	79.41 $\pm$ 2.57	80.25 $\pm$ 3.33
甲组	30	62.54 $\pm$ 3.15	61.26 $\pm$ 3.58	60.26 $\pm$ 3.41	64.11 $\pm$ 2.28	61.24 $\pm$ 2.26
t 值		17.5626	16.8748	18.5925	13.4154	20.3142
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 对比情绪评分

统计显示, 治疗后 2 组对比 SDS、SAS 等评分结果, 乙组均低于甲组 ($P<0.05$)。如表 4 示。

表 4: 2 组对比情绪评分 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	治疗前		治疗后	
		SDS	SAS	SDS	SAS
乙组	30	55.23 $\pm$ 3.66	53.47 $\pm$ 5.28	31.06 $\pm$ 2.26	32.14 $\pm$ 2.47
甲组	30	55.41 $\pm$ 4.06	54.12 $\pm$ 5.26	42.36 $\pm$ 5.25	44.15 $\pm$ 2.96
t 值		0.0524	1.3265	11.4517	12.4698
P 值		0.748	0.325	0.000	0.000

3. 讨论

在外科疾病中, 腹股沟疝气发生率较高, 由于老年群体多存在慢性疾病如哮喘、慢性支气管炎、便秘、前列腺增生, 加之腹壁肌肉薄弱, 所以腹内压极易增高, 从而推挤腹内脏器, 使之移动至腹壁薄弱部位而产生疝气。因此与其他年龄段相比, 老年人发生疝气的概率更高。腹股沟疝一旦发病, 则一般患者表现为肿块、疼痛等, 除了对其日常工作和生活产生影响之外, 还会危害其身心健康^[10]。临床在治疗老年疝气时, 常用手段则为外科手术, 特别是疝修补术最为常用, 尽管此种术式疗效较好, 但术中因麻醉药物和手术刺激影响, 可导致胃肠蠕动减慢, 且会抑制副交感神经, 加之术后患者需卧床休息, 限制活动, 所以极易发生尿潴留等一系列并发症, 从而对术后恢复产生不利^[11]。

对于急性尿潴留, 中医学将其列为“癃闭”范畴, 且患者发病与膀胱内气化转运失和、气血双亏、阴阳失和等关系密切。该病症一旦发生, 则患者尿液充盈于膀胱内, 且无法自主排尿, 这不仅会导致患者产生一系列负面情绪, 如恐惧、烦躁、焦虑等, 还会加大机体痛苦, 从而导致其生活质量大大降低^[12]。目前对于急性尿潴留, 临床治疗方法较多, 如导尿管、耻骨上膀胱穿刺造瘘等, 初期发病者可展开心理疏导、水声诱导排尿、按摩膀胱区等, 但疗效局部理想。而通过对患者采取穴位注射+穴位热敷等方式进行治疗, 其中前者主要采取酚妥拉明注入关元穴和气海穴, 该药可一直 α -受体, 可减轻黏膜水肿, 解除尿道括约肌痉挛和促使其送至, 以降低尿流阻力; 而后者可对命门、肾俞、关元等穴位热敷, 可发挥调和气血、

祛湿散寒、温经活络等功效, 可解除尿储留, 促进小便排出^[13]。前述两种方法联用, 则可发挥协同增效的作用, 不仅能促进患者快速恢复自主排尿功能, 还可有效消除其负面情绪, 进一步提升其满意率和生活质量。本文结果中, 2 组对比总有效率结果, 乙组为 96.67%高于甲组 73.33% ($P<0.05$)。2 组对比满意率结果, 乙组总体为 100.00%高于甲组 83.33% ($P<0.05$)。2 组对比生活质量结果, 乙组各项评分均高于甲组 ($P<0.05$)。治疗后 2 组对比 SDS、SAS 等评分结果, 乙组均低于甲组 ($P<0.05$)。可见, 老年疝修补术后采取穴位注射加穴位热敷治疗急性尿潴留发挥着良好优势和显著作用。

综上, 老年疝修补术后采取穴位注射加穴位热敷治疗急性尿潴留的效果确切, 不仅能改善患者排尿情况, 还可消除其负面情绪, 且可提升其生活质量, 患者多数满意, 可进一步借鉴推广。

参考文献:

[1]牛香,钟素妹,吴己凤,等. 循证护理对鼻咽癌放疗患者疼痛程度及皮肤反应程度的影响[J]. 国际护理学杂志,2017,36 (17): 2320-2323.

[2]张卓. 穴位热敷加穴位注射治疗老年疝修补术后急性尿潴留的效果观察[J]. 河南医学研究,2017,26 (5): 834-835.

[3]Bieri Uwe, Slieker Juliette, Hefermehl Lukas John, et al. Randomised, quadruple blinded, placebo controlled, multicentre trial investigating prophylactic tamsulosin in prevention of postoperative urinary retention in men after endoscopic total extraperitoneal inguinal hernia repair(STOP-POUR trial): a study protocol[J]. BMJ open, 2021, 11 (12): e048911-e048911.

[4]吴凯珊. 新斯的明注射足三里联合开塞露治疗产后尿潴留的疗效分析[J]. 北方药学,2019,16 (9): 80-81.

[5]吴科峰. 中医综合疗法治疗肛肠术后急性尿潴留临床研究[J]. 中国现代药物应用,2020,14 (24): 223-225.

[6]黄河涛. 肛肠术后急性尿潴留的中医临床综合治疗效果分析[J]. 中国社区医师,2020,36 (5): 108-109.

[7]杨佳静. 中医综合康复治疗治疗不完全性脊髓损伤后神经源性膀胱尿潴留的临床疗效[J]. 反射疗法与康复医学,2020,1 (18): 81-83.

[8]李建,侯庆芸. 中医综合疗法治疗肛肠术后急性尿潴留的疗效观察研究[J]. 中国保健营养,2021,31 (4): 99.

[9]康检,童延清. 中医药内外科结合治疗神经源性膀胱尿潴留[J]. 光明中医,2021,36 (7): 1150-1151.

[10]梁秀明,程燕君,程银燕. 中医护理干预对防治腹股沟疝修补术后尿潴留的临床作用研究[J]. 黑龙江中医药,2020,49 (3): 287-288.

[11]Koukoulis Georgios D, Bouliaris Konstantinos, Perivoliotis Konstantinos, et al. Prophylactic Administration of Alpha Blocker for the Prevention of Urinary Retention in Males Undergoing Inguinal Hernia Repair Under Spinal Anesthesia: Interim Analysis of a Randomized Controlled Trial[J]. Cureus, 2021, 13 (11): e19669-e19669.

[12]商秀艳. 中医护理干预对防治腹股沟疝修补术后尿潴留的临床疗效观察[J]. 中国医药指南,2017,15 (14): 242.

[13]孔德生. Lichtenstein 平片疝修补术治疗老年复发性腹股沟疝术后并发症及相关影响因素分析[J]. 实用中西医结合临床,2021,21 (16): 5-6,37.

项目编号: 20210185 项目名称: 穴位热敷加穴位注射治疗老年疝修补术后急性尿潴留的效果观察

第一作者简介: 梁秀明, 性别: 女, 出生年月: 1976 年 9 月, 学历: 大专, 职称和职务: 主管护师, 外科护士长, 籍贯与民族: 中国汉族, 研究方向: 外科护理及外科中医护理。

药物球囊置入和冠脉洗脱支架对中青年急性冠脉综合征患者心血管风险事件和近远期疗效的影响比较

刘彩霞 卢瑞利 孙笑卫 樊垒垒 刘婉丽

黄河水利委员会黄河中心医院心血管内科 河南郑州 450003

摘要: 目的: 探讨药物球囊 (DCB) 置入和冠脉洗脱支架 (DES) 对中青年急性冠脉综合征 (ACS) 患者心血管风险事件和近远期疗效的影响比较。方法: 选择 2019 年 1 月~2020 年 12 月我院收治的中青年 ACS 患者 100 例, 按信封随机法分组, 各 50 例。参照组予以 DES 置入术, 实验组予以 DCB 置入术, 比较两组术后心血管风险事件和近远期疗效。结果: 实验组 (DCB 置入术) 心血管风险事件发生率低于参照组 (DES 置入术) ($P<0.05$)。术后即刻, 实验组 (DCB 置入术) 残余狭窄程度低于参照组 (DES 置入术), 最小管腔直径高于参照组; 术后 12 个月, 实验组 (DCB 置入术) 晚期管腔丢失低于参照组, Duke 运动得分高于参照组 (DES 置入术) ($P<0.05$)。结论: 在中青年 ACS 治疗中, 给予 DCB 置入术的近远期疗效更为显著, 有利于减少晚期管腔丢失, 降低心血管风险事件发生率。

关键词: 药物球囊置入; 中青年; 急性冠脉综合征; 心血管风险事件

Comparison of effects of drug balloon implantation and coronary eluting stent on cardiovascular risk events and short-term and long-term efficacy in young and middle-aged patients with acute coronary syndrome

【Abstract】 Objective: To investigate the effect of drug balloon (DCB) implantation and coronary eluting stent (DES) on cardiovascular risk events and short-term and long-term efficacy in young and middle-aged patients with acute coronary syndrome (ACS). Methods: Select young and middle-aged patients with ACS from January 2019 to December 2020, and assign them to groups according to the envelope randomization method. There are 50 cases in each group. The postoperative cardiovascular risk events and short-term and long-term efficacy were compared between the two groups. Results: Immediately after the operation, the residual stenosis degree of the experimental group (DCB implantation) was lower than that of the reference group, and the minimum lumen diameter; 12 months after the operation, the experimental group (DCB implantation) had a late stage Lumen loss was lower than that of the reference group ($P<0.05$). Conclusion: In the treatment of young and middle-aged ACS, which is beneficial to reduce the late lumen loss and the incidence of cardiovascular risk events.

[Keywords] Drug balloon placement; young and middle-aged; acute coronary syndromes; cardiovascular risk events

随着生活水平提高, 目前中老年人 ACS 发病率逐渐增高, 发病年龄逐渐提前, ACS 致残率与死亡率较高, 需及时采取治疗措施^[1-2]。临床治疗中青年 ACS 通常在病变部位植入冠脉洗脱支架 (DES) 为主, 但植入支架后易发生破裂、夹层、再狭窄与血栓等并发症, 是患者痛苦增大^[3]。近些年来, 药物球囊 (DCB) 置入作为新型的介入治疗技术被逐渐应用于中青年 ACS 治疗中, 可有效减少血管再狭窄的发生。DCB 置入和 DES 置入在疗效方面毋庸置疑, 但关于近期治疗效果观察各类文章已大量存在, 且都明确有提出冠脉支架植入后会影响冠脉血管舒缩功能, 具体影响大小尚无尚无具体比较分析^[4]。鉴于此, 本次研究选择 100 例中青年 ACS 患者, 对 DES 置入术与 DCB 置入术的近远期疗效展开比较, 详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

入组时间 (2019 年 1 月~2020 年 12 月), 将就诊于我院的 100 例中青年 ACS 患者, 纳入标准: ①参考《中国经皮冠状动脉介入治疗指南 (2016)》的相关标准^[5]; ②依从性佳, 能配合完成各项指标检测及治疗。排除标准: ①精神病史; ②6 个月内有脑卒中史; ③伴有主动脉干病变; ④中途退出或随访脱落; ⑤伴有恶性疾病者等。将其随机分成两组, 均为 50 例。参照组平均年龄值为 (38.40±3.48) 岁 (21-57 岁); 平均病程为 (6.47±1.32) 个月 (2-12 个月)。实验组平均年龄值为 (38.51±3.62) 岁 (22-58 岁); 平均病程为 (6.50±1.39) 个月 (2-13 个月)。两组基线数据对比 ($P>0.05$), 可比。

1.2 方法

两组均接受常规双抗、血管紧张素转化酶抑制剂与 β 受体阻滞剂治疗。参照组予以 DES 置入术, 首先对病变部位进行球囊预扩张, 硝酸甘油化后进行造影检查, 使用冠状动脉定量分析软件测量靶血管参考段直径, 选择尺寸适当的 DES, 置入国产雷帕霉素药物洗脱支架 Firebird, 在 DES 到位释放后, 应用非顺应性球囊高压后扩张, 复查造影以确定支架膨胀良好, 完成手术, 再次应用冠状动脉定量分析软件测量靶病变管腔直径。实验组予以 DCB 置入术, 使用常规球囊对患者病变部位进行充分的预膨胀, 硝酸甘油化后进行造影检查, 然后采用紫杉醇涂层药物球囊 (规格: 2.5 毫米×20 毫米, 德国贝朗医药公司) 进行治疗, 以 101.3 kPa/5 秒 (1 atm=101.3 kPa) 的速率增加到 607.8 kPa (6 atm), 最大扩张到 810.4 kPa (8 atm), 在最大压力下保持 30~40 秒, 最后逐渐降低扩张压。复查造影未发现 C 型及以上的夹层, 完成手术, 再次应用冠状动脉定量分析软件测量靶病变管腔直径。术后均随访 12 个月。

1.3 观察指标

(1) 心血管风险事件分析: 记录两组 24 个月支架内血栓形成、再次心肌梗死、心源性死亡和靶血管再次血运重建发生率。(2) 残余狭窄程度和最小管腔直径分析: 采用计算机定量测量两组术前、术后即刻残余狭窄程度和最小管腔直径。冠状动脉造影需选取超过 2 个冠脉病变区域相互垂直的投照部位, 检测狭窄程度最为严重的体位。而冠脉病变最小管腔直径选择最狭窄处。(3) 远期疗效分析: 记录两组术后 12 个月的残余狭窄程

度、晚期管腔丢失与最小管腔直径,同时使用平板运动试验 Duke 评分(DTS)进行远期疗效评估, Duke 运动得分。

1.4 统计学方法

将数据录入 SPSS23.0, 计量资料予以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 通过 t 检验, 计数资料予以 $n(\%)$ 表示, 通过 χ^2 检验, P 小于 0.05, 提示有差异。

2 结果

2.1 心血管风险事件分析

实验组(DCB 置入术)心血管风险事件发生率低于参照组(DES 置入术)($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组心血管风险事件比较[n(%)]

组别	n	再次心肌梗死	心源性死亡	支架内血栓形成	靶血管再次血运重建	总发生率
实验组	50	1 (2.00)	0 (0.00)	2 (4.00)	1 (2.00)	4 (8.00)
参照组	50	3 (6.00)	1 (2.00)	5 (10.00)	3 (6.00)	12 (24.00)
χ^2	-					4.762
P	-					0.029

2.2 残余狭窄程度和最小管腔直径分析

术后即刻, 实验组(DCB 置入术)残余狭窄程度低于参照组, 最小管腔直径高于参照组(DES 置入术), 差异明显($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组 Baron 和 Mayo 得分比较($\bar{x} \pm s$, $n=50$)

组别	残余狭窄程度(mm)		最小管腔直径(%)	
	术前	术后即刻	术前	术后即刻
实验组	76.77±7.50	18.14±2.27*	0.59±0.15	2.08±0.31*
参照组	76.70±7.46	26.80±2.42*	0.60±0.16	1.55±0.24*
t	0.047	18.455	0.322	9.559
P	0.963	0.000	0.748	0.000

注: 和术前对比, * $P < 0.05$

2.3 远期疗效分析

术后 12 个月, 实验组(DCB 置入术)晚期管腔丢失低于参照组, Duke 运动得分高于参照组(DES 置入术)($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 术后 12 个月冠脉造影结果和 Duke 运动得分对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	残余狭窄程度(mm)	晚期管腔丢失(mm)	最小管腔直径(%)	Duke 运动得分(分)
实验组	43	30.34±3.36	0.06±0.01	1.63±0.24	2.12±0.36
参照组	43	31.22±3.27	0.39±0.12	1.54±0.21	-1.25±0.21
t	-	1.327	19.378	1.996	7.297
P	-	0.188	0.000	0.049	0.000

3 讨论

目前, 临床对中青年 ACS 患者多采用经皮冠脉介入技术治疗方式, 特别是 DES 置入术的出现, 使得支架内再狭窄的发病率明显下降, 同时

减少了心血管风险事件的发生, 已成为临床治疗中青年 ACS 的重要手段^[6]。但是随着 DES 置入数量的上升, 支架内再狭窄、血栓等问题也越来越突出, 特别是在 ACS 小血管原发病变的 PCI 治疗上尤为明显。

DES 置入术是近年来流行的一种非支架治疗技术, 其设计是以普通冠脉扩张球囊为基础, 和 DES 置入术比较, DES 置入术释放药物更加均匀, 且无聚合物基质和金属支架滞留, 有助于降低内膜炎症的发生。且 DES 置入术携带的亲脂性抗增殖药物, 能促进组织的快速吸收, 并能抑制平滑肌细胞的生长和迁移, 有利于快速内皮化, 大大减少晚期血栓形成的风险^[7]。本次研究发现, 术后即刻, 实验组残余狭窄程度低于参照组, 最小管腔直径高于参照组; 术后 12 个月, 实验组(DCB 置入术)晚期管腔丢失低于参照组, Duke 运动得分高于参照组(DES 置入术)($P < 0.05$)。提示在中青年 ACS 的治疗中, DCB 置入术的近远期疗效优于 DES 置入术, 有利于减少晚期管腔丢失, 改善残余狭窄程度。本次研究发现, 实验组心血管风险事件发生率低于参照组($P < 0.05$)。提示 DCB 置入术有利于降低中青年 ACS 患者心血管风险事件发生率。分析原因可知, DES 置入术可使患者血管内存在多个支撑层金属支架, 导致冠脉血管壁顺应性降低, 使得心血管风险事件发生风险增加。而 DCB 置入术作为在球囊扩张术基础上发展起来的新型术式, 可有效避免支架再次置入, 减少冠脉血管内膜增生, 且术后无金属残留, 有助于减少心血管风险事件发生风险^[8]。

综上所述, 在中青年 ACS 治疗中, 给予 DCB 置入术的近远期疗效更为显著, 有利于减少晚期管腔丢失, 降低心血管风险事件发生率。可推广应用。

参考文献:

- [1] 许宏磊, 徐炳欣, 鲁燕, 等. CYP2C19 基因多态性对中青年急性冠脉综合征患者 PCI 后 MACE 的影响[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2021, 13 (6): 672-675, 691.
- [2] 张云飞, 徐炳欣, 赵艳, 等. 丹参多酚酸盐对中青年急性冠脉综合征病人 PCI 术后血管内皮功能及 MACE 的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18 (20): 3422-3424.
- [3] 张欣欣, 杨永忠, 张艳玲, 等. 药物洗脱支架联合药物涂层球囊处理冠状动脉分叉病变的研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30 (32): 3570-3575.
- [4] 齐苗苗, 王琼英, 孙润民, 等. 药物涂层球囊与药物洗脱支架治疗冠状动脉小血管病变的 Meta 分析[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2021, 13 (5): 527-531, 540.
- [5] 中华医学会心血管病学分会介入心脏病学组, 中国医师协会心血管内科医师分会血栓防治专业委员会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 中国经皮冠状动脉介入治疗指南(2016)[J]. 中华心血管病杂志, 2016, 44 (5): 382-400.
- [6] 邱翠婷, 朱艳霞, 晋辉, 等. 超声引导下冠状动脉严重钙化病变旋磨后药物洗脱支架置入治疗的临床分析[J]. 中国临床医生杂志, 2022, 50 (2): 158-160.
- [7] 陈飞, 杨秀春, 鲁静朝, 等. 药物涂层球囊与药物洗脱支架治疗冠状动脉支架内再狭窄疗效分析[J]. 河北医药, 2020, 42 (7): 1051-1053, 1057.
- [8] 潘一帆, 王云乡, 赖长春. 药物球囊在急诊冠状动脉介入治疗中的疗效和安全性[J]. 浙江实用医学, 2019, 24 (04): 238-240.

河南省医学科技攻关计划项目 LH-GJ20210615

全髋与半髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的疗效及安全性分析

刘鹏 李帆 杨红杰

永清县人民医院 骨科 河北廊坊 065600

摘要：目的：观察老年股骨颈骨折用全髋与半髋关节置换术治疗的效果及对安全性的影响。方法：将在本院接受手术治疗的 72 例股骨颈骨折老年患者作为研究对象，对其实施对照研究，治疗时间：2020 年 12 月-2021 年 12 月，将研究对象均分为 2 组，其中 36 例对照组采纳半髋关节置换术，36 例实验组采纳全髋关节置换术，对比手术观察指标、髋关节功能评分、假体髋臼角度、治疗效果、并发症发生率。结果：监测两组手术观察指标，即手术时间、术中出血量、住院时间、完全负重时间，对照组手术时间（92.54±6.11）min、术中出血量（330.24±13.54）ml、住院时间（14.05±1.02）d、完全负重时间（46.15±3.25）天，与实验组手术时间、术中出血量、住院时间、完全负重时间（121.57±8.35）min、（388.54±15.51）ml、（19.05±1.11）d、（33.15±2.85）天相比，差异明显， $P<0.05$ 。髋关节功能评分，即采用 Harris 工具评估，包括疼痛、日常活动、步态、行走辅助器、距离、畸形、活动范围等项目，发现实验组以上指标评分分别为（22.15±1.25）分、（25.15±1.25）分、（24.15±0.15）分、（25.15±2.15）分、（22.64±2.45）分、（23.15±2.34）分、（24.15±1.05）分，对照组以上指标评分（15.21±1.25）分、（15.12±1.20）分、（15.00±0.54）分、（16.24±1.85）分、（13.69±2.54）分、（15.22±1.54）分、（16.10±1.15）分，相比，实验组高于对照组（ $P<0.05$ ）。监测两组假体髋臼角度，即假体髋臼前倾角、假体髋臼外展角，在手术后 3 个月、6 个月，对假体髋臼前倾角、假体髋臼外展角进行检测，实验组手术 3 个月假体髋臼前倾角、假体髋臼外展角分别为（13.35±0.75）°、（50.01±1.46）°，对照组以上指标分别为（11.01±0.71）°、（47.21±1.08）°；术后 6 个月，实验组假体髋臼前倾角、假体髋臼外展角分别为（17.05±1.35）°、（47.45±0.66）°，对照组以上指标分别为（12.21±1.17）°、（45.21±0.88）°，两组相比，差异明显，（ $P<0.05$ ）。治疗效果相比，实验组高于对照组（ $P<0.05$ ）；并发症发生率相比，实验组少于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：在老年股骨颈骨折治疗时，全髋关节置换术虽手术时间、出血量、住院时间等均多于半髋关节置换术，但全髋手术并发症较少，其对改善假体髋臼前倾角、假体髋臼外展角具有积极作用，故可以结合自身特点选择治疗方案。

关键词：老年股骨颈骨折；半髋关节置换术；全髋关节置换术；髋关节功能评分；治疗效果；并发症

股骨颈骨折是老年人最常见的一种骨折类型，发病率、致残率均较高。股骨头下型骨折是指股骨头与颈部之间出现骨折，据不完全统计，我国 60 岁以上老年人，会在机体功能下降、机体代谢不完全等基础下导致机体营养吸收不养，诱发骨质疏松、高血压、糖尿病，从而易引发股骨头骨折发生率^[1]。在老年股骨颈骨折治疗中，因老年人年龄较大，易出现骨质疏松，再加上基础病的出现，会在治疗中出现相应的应激反应，对其治疗效果产生影响^[2]。在股骨颈骨折临床治疗时，牵引术、内固定术属于主要方式，但大量实践表明，以上术式具有较多的弊端^[3]。而且老年股骨骨折易出现缺血性坏死，治疗后，恢复性较差，而且此部位的解剖位置较为特殊，其的出现会导致血液运输不良，而且在骨折区无法愈合，故全髋与半髋关节置换术成为了目前治疗老年股骨颈骨折的主要治疗方案，受到了患者与医生的认可^[4]。本文取 72 例患者，观察老年股骨颈骨折用全髋与半髋关节置换术治疗的效果及对安全性的影响，具体如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

将在本院接受手术治疗的 72 例股骨颈骨折老年患者作为研究对象，对其实施对照研究，治疗时间：2020 年 12 月-2021 年 12 月，将研究对象均分为 2 组，即为对照组与实验组，均为 36 例。对照组男女性别 22 例、14 例，年龄 61-85 岁，平均（73.89±4.27）岁，骨折分型：3 型、4 型分别 25 例、11 例，骨折性质：新型骨折、陈旧性骨折分 29 例、7 例，骨折部位：右髋、左髋分别 15 例、21 例。实验组男女性别 23 例、13 例，年龄 62-87 岁，平均（74.09±4.55）岁，骨折分型：3 型、4 型分别 26 例、10 例，骨折性质：新型骨折、陈旧性骨折分 30 例、6 例，骨折部位：右髋、左髋分别 16 例、19 例。对比 2 组患者一般资料，无差异 $P>0.05$ 。

本次研究，符合医院伦理委员会要求，而且伦理委员会已批准。

纳入标准：（1）符合老年股骨骨折者；（2）60 岁以上者；（3）经 X 线片检查诊断，属于 3 型与 4 型股骨骨折者；（4）临床资料齐全者；（5）ASA 评分在 1-3 分者；（6）患者与家属均知情，并签署同意书者。

排除标准：（1）合并有严重的内科疾病者；（2）病理性股骨骨折者；（3）合并有类风湿性关节炎者；（4）精神异常者；（5）髋关节骨性关节炎者；（6）神经肌肉问题者。

1.2 方法

对照组采纳半髋关节置换术，全麻后取侧卧位，用消毒巾、无菌粘贴巾做好保护处理，作 12cm 的切口于患髋后外侧，按顺序进入，之后分离臀大肌。及时电凝止血，逐层分离，显露骨折，去除股骨头，截骨扩髓后植入人工股骨头假体，完成常规固定后，在患侧假体的周围放置引流管，之后对手术的创口进行缝合，并做好常规抗感染治疗。实验组采纳全髋关节置换术，全麻，侧卧位，后外侧做切口至肌肉层，采用逐层切开的方法，明确髋关节的关节囊，之后将其打开，顺着手术切口的方向，去除骨折部位的骨头，将人工股骨头假体放入，并将其他髋臼内软骨清除，之后植入人工髋臼。检查关节活动情况与骨头间隙，如没有脱位倾向，则要开展缝合操作。最后在股骨假体处放置引流管，清洁之后做缝合处理，并开展抗感染。

两组患者在手术后，应用 1 天抗生素干预，预防感染，同时将患肢保持外展中心位，手术后 24 小时将引流管拔除，术后当天，或是第一天，鼓励与指导患者开展下床活动，扶拐行走。在患者的卧床期间，并配合相应的护理，调整机体的水电解质水平，预防压疮与深静脉血栓的形成，做好泌尿系统与手术切口感染预防措施，指导患者开展功能训练方案。

1.3 观察指标

对比手术观察指标、髋关节功能评分、假体髋臼角度、治疗效果、并发症发生率。

手术观察指标有手术时间、术中出血量、住院时间、完全负重时间。用 Harris 工具，对髋关节功能进行评价，其包括疼痛、日常活动、步态、行走辅助器、距离、畸形、活动范围，分数越高越好^[5]。

假体髋臼角度：即在手术后 3 个月、6 个月，应用髋臼定位器，对髋关节候体的部位进行测量，即测量假体髋臼前倾角、假体髋臼外展角，正

常参考值分别为 10° 、 45° ^[6]。

治疗效果：影像学检查，股骨颈骨折愈合，没有不良情况出现，可以活动，是显效；影像学检查发现骨折愈合良好，没有不良情况，属于有效；以上标准，均没有达到，属于无效^[7-9]。100%-无效率，属于治疗效果。

1.4 统计学方法

用 SPSS25.0 软件处理数据， $P < 0.05$ 即表示本次研究差异显著，有研究意义。

2. 结果

2.1 手术观察指标对比

对照组手术时间 (92.54 ± 6.11) min、术中出血量 (330.24 ± 13.54) ml、住院时间 (14.05 ± 1.02) d、完全负重时间 (46.15 ± 3.25) 天，与实验组手术时间、术中出血量、住院时间、完全负重时间 (121.57 ± 8.35) min、(388.54 ± 15.51) ml、(19.05 ± 1.11) d、(33.15 ± 2.85) 天相比，差异明显， t 值分别为 16.3600、16.4999、19.3400、17.5362， P 值分别为 0.0000、0.0000、0.0000、0.0000。

2.2 髋关节功能评分对比

髋关节功能评分，即采用 Harris 工具评估，包括疼痛、日常活动、步态、行走辅助器、距离、畸形、活动范围等项目，发现实验组以上指标评分分别为 (22.15 ± 1.25) 分、(25.15 ± 1.25) 分、(24.15 ± 0.15) 分、(25.15 ± 2.15) 分、(22.64 ± 2.45) 分、(23.15 ± 2.34) 分、(24.15 ± 1.05) 分，对照组以上指标评分 (15.21 ± 1.25) 分、(15.12 ± 1.20) 分、(15.00 ± 0.54) 分、(16.24 ± 1.85) 分、(13.69 ± 2.54) 分、(15.22 ± 1.54) 分、(16.10 ± 1.15) 分，两组相比，差异明显， t 值分别为 22.8914、33.7520、94.6775、18.3170、14.7879、17.2350、30.1425， P 值分别为 0.0000、0.0000、0.0000、0.0000、0.0000、0.0000、0.0000。

2.3 假体髋臼角度对比

监测两组假体髋臼角度，即假体髋臼前倾角、假体髋臼外展角，在手术后 3 个月、6 个月，对假体髋臼前倾角、假体髋臼外展角进行检测，实验组手术 3 个月假体髋臼前倾角、假体髋臼外展角分别为 (13.35 ± 0.75) $^{\circ}$ 、(50.01 ± 1.46) $^{\circ}$ ，对照组以上指标分别为 (11.01 ± 0.71) $^{\circ}$ 、(47.21 ± 1.08) $^{\circ}$ ；术后 6 个月，实验组假体髋臼前倾角、假体髋臼外展角分别为 (17.05 ± 1.35) $^{\circ}$ 、(47.45 ± 0.66) $^{\circ}$ ，对照组以上指标分别为 (12.21 ± 1.17) $^{\circ}$ 、(45.21 ± 0.88) $^{\circ}$ ，两组相比，差异明显，($P < 0.05$)。

2.2 治疗效果

实验组有 30 例显效、5 例有效、1 例无效，对照组有 20 例显效、8 例有效、8 例无效，2 组相比差异明显 ($P < 0.05$)。

2.3 并发症对比

实验组出现 2 例并发症患者，对照组出现 9 例并发症患者，发生率相比差异明显， $P < 0.05$ 。

3. 讨论

近年来，随着我国老龄化人口的加重，老年股骨颈骨折发生率直线上升。同时老年人因机体功能下降，合并基础病较多，易出现髋周肌群的蜕变，从而增加股骨颈骨折发生概率^[10]。因此，老年股骨颈骨折属于目前最常见的疾病，易出现于 60 岁以上的老年人群中，其中髋部骨折发生率在 37% 左右，其占骨折的 3.61% 左右，有学者认为，股骨骨折的出现与骨质疏松有一定的关系，而且老年人多数存在骨质疏松^[11]。而且股骨胫处在粗隆连续与股骨头的间隙处，当其受到外力作用时，或是骨质疏松骨折时，骨折的骨头会对股骨颈囊内的血管产生破坏，限制供血速度，导致骨折无法有效愈合，引发严重的疾病、并发症，降低预后效果^[12]。

在老年股骨颈骨折治疗中，临床常用内固定术治疗、人工关节置换术两种治疗方式，内固定手术的创伤小，但发现此手术会影响骨折愈合，同

时还会增加股骨头坏死率。随着医疗技术的发展，人工关节置换术医疗水平也在不断上升，其可以一次性弥补内固定产生的并发症，提高患者的生存率，与此同时，此类手术也会出现假体松动，或是假体周围骨折等并发症，再加上老年人合并慢性疾病，如糖尿病、高血压、冠心病等，会增加治疗难度。目前，人工关节置换术临床有两种，即全髋与半髋关节置换术。而且全髋与半髋关节置换术的出现与应用，其在老年股骨颈骨折治疗中，可以发挥显著效果。半髋关节置换术具有手术用时短、术中出血量少等特点，但与全髋关节置换术相比，半髋关节置换术在手术后会出现小幅度髋臼软骨磨损、退变等情况，严重时还需要开展二次全髋置换治疗，其的出现不仅会影响疗效，还会增加患者的经济压力，故半髋关节置换术存在固定的并发症，对于老年患者而言，开展全髋关节置换术可以有效预防半髋关节置换术引发的并发症，对提高患者远期治疗效果与活动量具有重要作用。本研究显示：手术后 3 个月、6 个月，对假体髋臼前倾角、假体髋臼外展角进行检测，实验组手术 3 个月假体髋臼前倾角、假体髋臼外展角分别为 (13.35 ± 0.75) $^{\circ}$ 、(50.01 ± 1.46) $^{\circ}$ ，对照组以上指标分别为 (11.01 ± 0.71) $^{\circ}$ 、(47.21 ± 1.08) $^{\circ}$ ；术后 6 个月，实验组假体髋臼前倾角、假体髋臼外展角分别为 (17.05 ± 1.35) $^{\circ}$ 、(47.45 ± 0.66) $^{\circ}$ ，对照组以上指标分别为 (12.21 ± 1.17) $^{\circ}$ 、(45.21 ± 0.88) $^{\circ}$ ，两组相比，差异明显，($P < 0.05$)；且并发症发生率相比，实验组少于对照组 ($P < 0.05$) 而且全髋关节置换术可以更好的避免缺陷，能减轻对患者的影响，预后效果较好，同时全髋关节置换术患者术后功能恢复良好，不会存在髋臼磨损问题的出现，但此手术用时较长，而且出血量较多；且此类手术可以让假体与髋臼更好的相结合，减轻术后关节疼痛感，并能让患者在早期实施完全负重训练，促进屈髋、外展等功能的恢复^[13]。但对于老年及身体不好的患者来讲，半髋关节置换术用时短、操作简单，可以减轻对机体的损伤，也为翻修手术创造一个良好的机会。

综上所述，老年股骨颈骨折用全髋与半髋关节置换术治疗，均有一定的效果，前者并发症更少，后者手术时间与术中出血量均较少，故在治疗过程中，可以结合自身情况合理选择。

参考文献：

- [1]吕晓龙,黄久勤,王红旗.全髋关节置换术与半髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折患者的效果比较[J].中国民康医学,2021,33(21):158-159+163.
- [2]成兴海,孙焕建.老年股骨颈骨折患者采用全髋与半髋关节置换术治疗的临床效果分析[J].系统医学,2022,7(01):126-130.
- [3]夏冬雪,陈广滨,李敏.全髋与半髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的疗效对比[J].中国实用医药,2021,16(08):83-85.
- [4]孙德科.全髋关节置换术和半髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的临床效果[J].中国农村卫生,2021,13(03):51+53.
- [5]Huang H Y, Orthopaedics D O. Comparative Analysis of Total Hip Arthroplasty and Hemiarthroplasty for the Treatment of Femoral Neck Fractures in the Elderly[J]. World Journal of Complex Medicine, 2019.
- [6]姜鹏鸣.全髋关节置换术和半髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的对比观察[J].中国冶金工业医学杂志,2022,39(01):81-82.
- [7]陈永杰,谭伦,何仁建,等.全髋关节置换术和半髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的疗效分析[J].当代医学,2022,28(04):72-75.
- [8]Shuai C, Dehui W, Xuejie W, et al. The choice of screw internal fixation and hemiarthroplasty in the treatment of femoral neck fractures in the elderly: a meta-analysis[J]. Journal of orthopaedic surgery and research, 2021.

中西医结合治疗腔内镜泌尿结石碎石术后发热的效果观察

罗江海

纳雍县人民医院 贵州毕节 553300

摘要：目的：中西医结合治疗腔内镜泌尿结石碎石术后发热的效果观察。方法：本次研究从本院 2020 年 11 月~2021 年 4 月收入的腔内镜泌尿结石碎石患者中随机抽取 112 例，按照随机数表法将其分为了对照组（常规西药治疗）和观察组（对照组基础上联合中药治疗）两组，分析治疗后的发热情况和患者的康复效果。结果：手术后观察组的体温异常（发热）对象发生率低于对照组，指标对比差异显著，（ $p < 0.05$ ），有统计学意义；对比并发症不良反应：观察组并发症不良反应 3 例（5.36%），对照组并发症不良反应 10 例（17.86%），指标对比差异显著，（ $p < 0.05$ ），有统计学意义。对比中医证候积分改善情况，经过治疗后，观察组口干舌燥、头晕目眩、大便秘结、腹痛浮肿、SAS、SDS、PSQI、VAS 指标均优于对照组，并发症发生率显著低于对照组，指标对比差异显著，（ $p < 0.05$ ），有统计学意义。结论：中西医结合治疗可帮助腔内镜泌尿结石碎石术患者巩固疗效，减少术后并发症，患者术后发热发生率较低，结果理想，可推广。

关键词：中西医结合；腔内镜泌尿结石碎石术后；发热；效果观察

腔内镜泌尿结石碎石术是治疗泌尿结石的常见方式，这种手术的创伤性小且手术操作简单，疗效理想，患者接受手术后康复效果好，恢复结果理想，患者手术效果理想。有研究表明，经过微创手术后患者存在一定的体温增加的风险，这可能是手术后炎症因子增加，患者的术后感染，电解质紊乱等综合因素所致^[1]。为了有效防止手术后的发热问题，减少手术的风险，积极应对手术术后并发症，减少患者中医证候积分，建议患者接受中西药结合治疗巩固疗效。本次研究对收入的患者进行手术后治疗研究，探讨疗效，相关内容报道如下：

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

本次研究从本院 2020 年 11 月~2021 年 4 月收入的腔内镜泌尿结石碎石患者中随机抽取 112 例，按照随机数表法将其分为了对照组和观察组两组。对照组 56 例，男性 23 例，年龄为 26.4 岁~78.5 岁，平均年龄为（51.9±2.73）岁，女性 33 例，年龄为 27.6 岁~80.9 岁，平均年龄为（53.3±1.2）岁。观察组 56 例，男性 25 例，年龄为 23.8 岁~78.7 岁，平均年龄为（50.4±1.6）岁，女性 31 例，年龄为 28.7 岁~78.7 岁，平均年龄为（52.9±1.13）岁。两组基本资料无差异，（ $p > 0.05$ ），有可比性。

1.2 方法

对照组接受常规的药物治疗，主要疗法为降低体温，减少应激刺激，稳定体征，预防并发症。

对照组：术前对患者予以派拉西林舒巴坦钠静脉注射，选用 3g 药物和 100ml 生理盐水混合，每隔 8h/次。手术后服用盐酸坦洛新缓释片，0.2mg/d（一片/天），饭后服用。

观察组：在对照组基础上联合使用金钱草颗粒或热淋清颗粒，金钱草颗粒用开水冲服，一次 1~2 袋（10g/袋），一日 3 次。热淋清颗粒水冲服，一次 1~2 袋（4g/袋），一日 3 次，观察疗效。

1.3 观察指标

（1）对比两组患者经过治疗后的 12h 体温情况。

（2）对比两组患者经过治疗前后的中医证候积分改善情况，有口干舌燥、头晕目眩、大便秘结、腹痛浮肿几项指标，0 分表示无症状，10 分表示症状最严重，分数越低表示患者健康状况越好。

（3）对比两组患者并发症发生率。

（4）对比两组患者 SAS（其中 50~59 分为轻度焦虑，60~69 分为中度焦虑，69 分以上为重度焦虑）、SDS（其中 53~62 分为轻度抑郁，63~72 分为中度抑郁，73 分以上为重度抑郁）、PSQI（0~5 睡眠质量很好、6~10 睡眠质量还行、11~15 睡眠质量一般、16~21 睡眠质量很差）、VAS（0 分无痛、1~3 分轻度疼痛、4~6 分中度疼痛、7~9 分重度疼痛）指标改善情况^[2-4]。

1.4 统计学分析

使用 SPSS22.0 统计学软件，计数资料为[n（%）]，予以 χ^2 检验；计量资料为（ $\bar{x} \pm s$ ），予以 t 检验。P 值<0.05 提示统计学意义成立。

2. 结果

2.1 两组腔内镜泌尿结石碎石患者基本信息对比

观察组和对照组的基线资料对比差异不显著，指标对比（ $p > 0.05$ ），无统计学意义，见表 1。

表 1 两组腔内镜泌尿结石碎石患者基本信息对比[n（%）]

指标		观察组	对照组	X ²	p
年龄	≥60 岁	21 (37.50)	22 (39.29)	0.0377	0.8459
	<60 岁	35 (62.50)	34 (60.71)	0.0377	0.8459
病程	3 月以内	23 (41.07)	25 (44.64)	0.1458	0.7025
	3~12 月	22 (39.29)	25 (44.64)	0.3300	0.5657
	12 月以上	11 (19.64)	6 (10.71)	1.7337	0.1879
伴随症状	腹痛	34 (60.71)	40 (71.43)	1.4339	0.2311
	呕吐	27 (48.21)	20 (35.71)	1.7964	0.1801
	头晕	23 (41.07)	26 (46.43)	0.3265	0.5677
	乏力	23 (41.07)	26 (46.43)	0.3265	0.5677
	其他	2 (3.57)	4 (7.14)	0.7044	0.4013
	疾病/体质	23 (41.07)	27 (48.21)	0.5781	0.4471
	刺激/作息	26 (46.43)	24 (42.86)	0.1445	0.7038
发病情况	其他	7 (12.50)	5 (8.93)	0.3733	0.5412
	初发	42 (75.00)	46 (82.14)	0.8485	0.3570
	继发	14 (25.00)	10 (17.86)	0.8485	0.3570

2.2 两组腔内镜泌尿结石碎石患者治疗后的体温差异

观察组和对照组的体温有差异，其中观察组体温≤36℃例数高于对照组，>38℃例数低于对照组，温度指标对比差异显著（ $p < 0.05$ ），有统计学意义，见表 2。

表 2 两组腔内镜泌尿结石碎石患者治疗后的体温差异对比[n（%）]

小组	例数	≤36℃	36~38℃	>38℃
观察组	56	39（69.64）	15（26.79）	2（3.57）
对照组	56	21（37.5）	23（41.07）	12（21.43）
χ^2	-	11.6308	2.5491	8.1633
p	-	0.0006	0.1104	0.0043

2.3 两组腔内镜泌尿结石碎石患者中医证候积分对比

经过治疗后观察组的中医证候积分均低于对照组，指标对比差异显著（ $p < 0.05$ ），有统计学意义，见表 3。

表3 两组腔内镜泌尿结石碎石患者中医证候积分对比 ($\bar{x} \pm s$)

小组	例数	口干舌燥 (分)		头晕目眩 (分)		大便秘结 (分)		腹痛浮肿 (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	56	8.72±0.89	3.63±1.11	8.34±1.14	4.36±0.88	9.06±0.95	3.63±1.03	8.35±1.32	2.63±0.56
对照组	56	8.4±1.25	6.77±1.09	8.58±0.99	6.72±0.73	8.36±1.24	7.07±0.95	8.64±0.93	4.44±0.71
t	-	1.5606	15.1042	1.2763	15.4461	3.3534	18.3716	1.3440	14.9788
p	-	0.1215	0.0001	0.2045	0.0001	0.0011	0.0001	0.1817	0.0001

2.4 两组腔内镜泌尿结石碎石患者不良反应对比
观察组患者的治疗后的不良反应低于对照组, 指标对比差异显著 (p<0.05), 有统计学意义, 见表4。

表4 两组腔内镜泌尿结石碎石患者不良反应对比[n (%)]

小组	例数	气胸	腹膜炎	脱管	感染	其他	不良反应
观察组	56	1 (1.79)	1 (1.79)	0 (0)	0 (0)	1 (1.79)	3 (5.36)
对照组	56	1 (1.79)	1 (1.79)	0 (0)	0 (0)	1 (1.79)	3 (5.36)

表5 两组腔内镜泌尿结石碎石患者 SAS、SDS、PSQI、VAS 对比 ($\bar{x} \pm s$)

小组	例数	SAS (分)		SDS (分)		PSQI (分)		VAS (分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	56	52.6±6.7	23.63±5.98	49.14±5.95	26.65±5.53	17.07±2.22	9.52±1.43	9.08±1.15	3.69±0.68
对照组	56	50.18±7.32	45.34±6.84	53.06±5.47	44.68±5.72	17.2±2.54	10.32±1.54	8.64±0.98	4.2±0.61
t	-	1.8250	17.8816	3.6295	16.9586	0.2884	2.8487	2.1792	4.1778
p	-	0.0707	0.0001	0.0004	0.0001	0.7736	0.0052	0.0314	0.0001

3. 讨论

泌尿结石发病对患者的生活质量有极大的影响, 患者发病时候有显著的疼痛、呕吐、呃酸、腹胀、尿痛等病症, 对患者的康复有一定的负面影响。若没有及时诊断疾病且予以可致患者病症加重, 影响患者的泌尿系统和肾功能, 可威胁患者的生存质量。为了减少患者的病症, 促进患者康复, 临床建议患者开展科学的手术治疗, 通过腔内镜泌尿结石碎石术来及时处理结石, 帮助患者迅速康复^[5-6]。

现有的研究表明, 因为手术部位特殊, 患者的手术方式、手术难度等因素影响, 患者手术后容易受到多方面的刺激, 导致炎症因子增加, 毒素累积导致体温异常, 出现明显的发热, 威胁患者的生命^[6-8]。为了减少感染风险, 增强手术疗效, 建议患者在手术前后接受相关的药物控制, 联合临床的温水洗浴、酒精擦浴等方式降低患者体温, 预防出现血压异常、心律失常、呼吸抑制等全身炎症反应综合征。传统的西药治疗多关注患者病症, 一些患者经过西药治疗后可稳定病症, 但是干预后依旧存在疾病复发(发热), 伴随气促、呕吐、恶心、血压异常的表现, 这些都需要医生引起关注, 做好饭防护指导。金钱草颗粒和热淋清颗粒都属于降解结石, 清热解毒, 化瘀疏通的药物, 可帮助结石患者稳定病症, 清除病灶且减少体温异常风险, 规避发热问题^[9-11]。本次研究对收入的腔内镜泌尿结石碎石手术患者进行药物配合干预, 干预后观察组的中医证候积分改善结果更好且出现发热异常的对象更少 (>38℃), 观察组的临床并发症发生率也更低, 疗效更好, 指标对比对照组 (p<0.05)。综上所述, 中西医结合治疗方式可帮助腔内镜泌尿结石碎石手术患者防治发热病症, 患者术后疗效好, 可推广。

参考文献:

[1]谭书波,李建军,肖洁,龙建华. 部分无管化与传统经皮肾镜取石术治疗上尿路结石疗效比较[J]. 深圳中西医结合杂志,2018,28 (23): 137-138.

对
照
组
56 1 (1.79) 2 (3.57) 2 (3.57) 2 (3.57) 3 (5.36) 10 (17.86)

X ²	-	0.0000	0.3425	2.0364	2.0364	1.0370	4.2642
p	-	1.0000	0.5584	0.1536	0.1536	0.3085	0.0389

2.5 两组腔内镜泌尿结石碎石患者 SAS、SDS、PSQI、VAS 对比

经过干预后观察组的负面情绪、睡眠质量、疼痛感指标对比差异显著, 观察组结果比对照组更好, (p<0.05), 有统计学意义, 见表5。

[2]陈春胜,史南,黄永湘,类成勇. 老年患者经皮肾镜取石术后的并发症特点及影响因素分析[J]. 中国中西医结合外科杂志,2017,23 (02): 122-124.

[3]Okulko Alfin,Yuminaga Yuigi,Ziazaris William,Ende David,Lau Howard,Brooks Andrew,Patel Manish I,Bariol Simon.Comparison of cost of care for tethered versus non-tethered ureteric stents in the management of uncomplicated upper urinary tract stones.[J].ANZ journal of surgery,2017,87 (6): 306-308.

[4]刘伟光,温则强,钟海歌,冯治平,朱建民,张莎. 腹腔镜与经皮肾镜技术治疗输尿管上段结石并重度肾积水对比研究[J]. 深圳中西医结合杂志,2017,27 (12): 9-11.

[5]石华琼,陈霞. 快速康复外科理念在经皮肾镜碎石取石术围手术期治疗中的临床应用[J]. 现代医院,2017,17 (11): 1713-1716.

[6]李晓生,江文生,马文松. 经皮肾镜气压弹道碎石术治疗肾结石的疗效[J]. 深圳中西医结合杂志,2021,31 (01): 165-166.

[7]邓城,张健全,廖文文,廖俊. 逆行输尿管镜碎石取石术与经皮肾镜取石术治疗输尿管上段结石合并轻度肾积水的比较[J]. 实用中西医结合临床,2020,20 (13): 129-130.

[8]严桂仙. 呋拉西林他唑巴坦静脉滴注对预防经皮肾镜取石术后感染的应用效果分析[J]. 名医,2020,12 (16): 120-121.

[9]曾传兴,史南. 经皮肾镜取石术与开放手术治疗复杂性肾结石效果观察[J]. 现代中西医结合杂志,2013,22 (16): 1755-1756.

[10]史天鹏. 微创经皮肾镜术治疗上尿路结石疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2015,24 (16): 1780-1782.

[11]温志鹏,洪志明,林峰,邓永愉,陈智峰,余绍龙,王炎. 单侧逆行输尿管镜下气压弹道碎石取石术围手术期中医介入治疗效果的临床观察[J]. 当代医学,2009,15 (19): 27-29.

老年性皮肤瘙痒症的危险因素及护理对策探讨

孟飞彦

西安交通大学第一附属医院 陕西省西安市 710061

摘要：目的：就老年性皮肤瘙痒症的相关危险因素进行研究和分析，并探讨相应的护理对策，以求为临床提供更多参考。方法：纳入本院收治（2019年3月-2021年12月）的老年性皮肤瘙痒症98例列为研究对象，统一采用调查问卷的方式收集和调查患者的日常生活饮食习惯、穿衣及洗衣习惯、情绪状态、家庭生活等，以单因素分析方法统计和分析其中的危险因素，并以此为根据探讨护理对策。结果：据分析，经常食用海鲜或刺激性食物、周洗澡3次以上且水温超过48℃、洗澡品为碱性、善饮浓茶或咖啡、穿着较紧身衣物、情绪波动较大、家庭关系不和谐以及睡眠质量不高者其发生老年性皮肤瘙痒症的概率明显更高，经验证 $P<0.05$ 。护理对策应结合危险因素制定，日常生活饮食、穿衣及洗衣等事物中将危险因素规避在外，调整以往的生活习惯，并进行适当的心理认知干预，促使患者积极配合临床治疗。结论：经常食用海鲜及刺激性食物、周洗澡3次以上且水温超过48℃、洗澡品为碱性、善饮浓茶及咖啡、穿着较紧身衣物、情绪波动较大、家庭关系不和谐以及睡眠质量不高均是老年性皮肤瘙痒症的危险因素，可根据以上因素对患者进行认知干预，制定出恰当的护理对策，帮助其改善临床症状。

关键词：老年性皮肤瘙痒症；危险因素；护理对策

引言

老年性皮肤瘙痒症指发生于60岁以上且不存在原发性损伤的皮肤类病症，瘙痒持续时间超过6周，在老年群体中属于较常见的病症，虽无原发性损伤，但患者持续抓挠也会产生明显抓痕和血痂，长期发展可引发色素沉淀，对其生活质量带来严重影响^[1]。据统计资料显示，该疾病中男性略多于女性，在老年护理院中约有33%的老人存在此病症，且与年龄之间存在正相关^[2]。皮肤瘙痒症随着病情的不断进展，其发生频次会逐步提升，且严重程度逐渐增加，给老年患者造成的身心痛苦也会不断增加，从而进一步影响其睡眠和正常社交等。在老龄化快速发展的当下，临床治疗和护理不仅要着手于改善患者的病情，还要考虑到患者的生活及生存质量。老年性皮肤瘙痒症的形成原因目前并无统一论，其发病机制较为复杂多变，部分学者认为与老年人机体功能衰退有关，其皮肤随之发生萎缩和过于干燥等情况，皮肤屏障遭遇不同程度损伤，进而引发生理性瘙痒，此外还认为与患者的饮食、情绪、生活环境等因素密切相关，甚至暗示性心理也会引发皮肤瘙痒。文章就本院收治的老年性皮肤瘙痒症患者为例展开探析，分析其中的危险因素并探讨相应的护理对策，从而为临床提供更多参考，详情如下。

1. 资料和方法

1.1 基础资料

纳入本院收治（2019年3月-2021年12月）的老年性皮肤瘙痒症98例列为研究对象，其年龄分布于60-88岁，平均数为 (67.28 ± 5.78) 岁；其中男女患者各为59例和49例；其中大专及以上学历者22例、高中者28例，初中及以下者48例。本次研究的设计和实施均参考本院伦理委员会的相关规定，并已审核通过。所有患者均对本次研究知情，已签署同意书。患者入院后经检查确认均被确诊为老年性皮肤瘙痒症，临床资料均较为完善，患者可进行良好交流。

1.2 方法

统一采用调查问卷的方式收集和调查患者的日常生活饮食习惯、穿衣及洗衣习惯、情绪状态、家庭生活等，以单因素分析方法统计和分析其中的危险因素，并以此为根据探讨护理对策。研究中采用相同的调查问卷、按照同一评定标准在同样的统计方法下展开分析和探讨。

1.3 评定标准

老年性皮肤瘙痒症在评定中均以皮肤瘙痒综合评定量表为基础，行改良后使用。评定瘙痒分级：0分代表无瘙痒、1分代表轻微瘙痒、2分代表瘙痒较明显需手动抓挠、3分代表瘙痒感明显且抓挠后可见抓痕、4分则代表瘙痒感十分强烈且会抓挠至皮肤受损。评定瘙痒部位：1分代表机体发生瘙痒的部位 ≤ 2 个、2分代表机体发生瘙痒的部位 ≤ 3 个且总面积未超过人体的50%、3分代表机体发生瘙痒的总面积已超过人体的50%。评定瘙痒发生频率：1分代表瘙痒有时发生且维持时间为30min以内、2分代表瘙痒感时常存在（维持时间为30min以上且 $\leq 2h$ ）、3分则代表瘙痒感经常发生且通常维持时间为2h以上。将以上指标整合后综合评定患者的病

情严重程度，总分为0-10分，0分代表未发生瘙痒、1-3分代表存在轻度瘙痒症、4-6分代表存在中度瘙痒症、7分以上代表存在重度瘙痒。

1.4 统计学方法

本研究在统计中使用权威统计学软件SPSS 23.0版，计数资料用（n，%）表述，用 χ^2 行验证，计量资料则用（ $\bar{x}\pm s$ ）表述，再用t行验证，其中危险因素采用单因素分析方法，若 $P<0.05$ 则视为具备统计学差异性。

2. 结果

据分析，经常食用海鲜或刺激性食物、周洗澡3次以上且水温超过48℃、洗澡品为碱性、善饮浓茶或咖啡、穿着较紧身衣物、情绪波动较大、家庭关系不和谐以及睡眠质量不高者其发生老年性皮肤瘙痒症的概率明显更高，经验证 $P<0.05$ 。详见表1和表2。

表1：老年性皮肤瘙痒症的相关因素分析

事项	例数	瘙痒症发生 例数	发生率 (%)	χ^2 值	P 值
饮食：口味清 淡	27	8	21.62	4.874	0.021
油腻辛辣	65	30	46.15		
常食海鲜	6	2	33.33		
饮酒：常饮酒	47	18	38.30	3.104	0.019
不饮酒	51	11	21.57		
洗澡： ≤ 3 次/ 周	78	21	26.92	3.894	0.041
>3 次/周	20	9	45.00		
水温： $\geq 48^\circ\text{C}$	48	19	39.58	3.746	0.038
$< 48^\circ\text{C}$	50	13	26.00		
澡品：常用碱 性	61	25	40.98	4.011	0.030
不用碱性	37	9	24.32		
咖啡：常饮用	27	12	44.44	4.562	0.026
不引用	71	21	29.58		
浓茶：常饮用	45	17	37.78	4.327	0.025
不饮用	53	12	22.64		
洗衣：洗衣粉 /液	46	19	41.30	4.014	0.030
肥皂类	52	16	30.77		
内衣：较紧身	73	28	38.36	3.902	0.018
较宽松	25	7	28.00		
睡眠：质量较 好	28	7	25.00	4.728	0.014
质量一般	37	11	32.35		
质量较差	33	14	42.42		

婚姻：有配偶	56	18	32.14	1.563	0.257
无配偶	42	14	33.33		
关系：和睦互动	31	7	22.58	5.352	0.001
关系一般	39	11	28.21		
经常吵架	28	13	46.43		
情绪：平静从容	33	8	24.24	5.024	0.001
一般状态	41	13	31.71		
烦躁易怒	24	11	45.83		

表 2：老年性皮肤瘙痒症的危险因素分析

影响因素	R ²	R	β	t	P
常食用海鲜或刺激性食物	0.054	0.227	3.885	5.783	0.000
善饮浓茶或咖啡	0.072	0.218	3.784	5.466	0.000
≥3 次/周洗澡且水温 >48℃	0.031	0.173	2.675	4.218	0.000
洗澡品为碱性	0.007	0.094	1.653	3.769	0.001
穿着较紧身衣物	0.011	0.112	0.912	2.574	0.002
情绪波动较大	0.013	0.269	3.427	5.145	0.000
家庭关系不和谐	0.038	0.188	3.127	4.968	0.001
睡眠质量不高	0.026	0.116	1.446	2.886	0.019

3. 讨论

老年人的机体有其特殊性，皮肤自我保护屏障也会随着年龄的增长出现功能下降，对各类刺激物的反应也会更加敏感，皮肤的控温能力也会随之降低，因此老年人的皮肤在与外界进行亲密接触时其更容易受到刺激^[3]。该疾病由于发病率较高，一旦发生随着病情的进展使老年人的身心健康俱受影响，进而使其生活质量下降，造成较大困扰，因此临床需要分析原因并给予针对性的干预和指导，才能更好的帮助其改善病情，提升生活质量。有研究认为老年人的生活习惯较年轻人有所不同，更喜欢使用碱性洗涤品，而人体表皮脂具有非常重要的保障功能，皮肤对于物质的吸收其主要阻力来源于角质层，但碱性物质对皮肤表面的脂类具有较强的清除作用，因此在洗澡、洗涤衣物时若长时间使用碱性洗涤品，则会对皮肤的保护屏障造成减损，使皮肤的自我保护能力下降^[4]。同时，老年人也会存在生理性的皮肤功能减退，例如萎缩、过于干燥、腺体功能减退等，因此皮肤中的水脂乳化化合物较年轻时明显减少，皮肤或长期处于缺水情况，表面更为粗糙，因此更容易出现瘙痒感^[5]。

根据本次研究结果提出相应的护理对策，主要内容如下：(1)药物及生活指导。老年性皮肤瘙痒症主要的治疗方法为药物，西药主要以抗组胺类、糖皮质激素类等，谨遵医嘱指导患者用药，并告知其用药期间的注意事项。若患者存在干皮症，则指导其选择含脂量较高的润肤品，慢性瘙痒现象可采取封包和浸湿等方法进行缓解。若存在皮炎、皮损现象，可选择外用药物涂抹，常用的如他克莫司软膏等。西药具有见效快的特质，或会导致嗜睡及其他不良反应，应提前叮嘱并做好预防。该疾病也可采用中医治疗，中药通常以养血平肝以及疏风清热等为主，主要目标为通络。老年人普遍存在基础病的情况，因此服用中药期间需要谨慎观察，一旦发现不良情况需要及时调整或停药。同时协助其采用外洗、针灸、熏蒸等外治法，雷公藤凡士林也可视情况作为外用药物进行涂抹，根据病情给予适当的指导和护理。秋冬季节切不可频繁洗浴，并且要控制水温，以不超过 38℃为宜，洗浴时避免食用碱性洗液，避免大力搓澡，随后及时涂抹恰当的护肤品。老年人平日穿衣应以棉麻类为主，保持衣物柔软和整洁，避免其他材质对皮肤形成刺激，洗涤衣物时避免使用皂类，确保衣物柔顺和绵软，并定时更换和清洁。(2)心理干预。老年性皮肤瘙痒症与患者自身的心理状态及情绪之间存在莫大关联，较大的心理压力也会导致该疾病的发生和加重。瘙痒感随之引发不自觉的抓挠，逐渐形成条件反射，对情绪形成负面影响，明显更加烦躁和易怒，长期发展形成恶性循环，很难改善。鉴于此，在治疗老年性皮肤瘙痒症中需要加入积极有效的心理干预，提升患者的认知水平，才能起到较好的改善和协助效果。护理人员首先要确保专业且亲和的

工作态度，注重职业素养，与患者之间建立起较为信任的互动关系，积极了解患者的个人情况，如职业、爱好、生活习惯等，进而对患者进行综合评估。随后结合其实际情况给予针对性的干预，采用其能理解和掌握的语言为其展开健康知识教育，使其对疾病本身具有更为全面和客观的认识，从而加强自我管理意识，进行积极主动的预防，并指导患者掌握基本的预防和干预方法，不可大力抓挠，使其自我控制能力加强，转向更为积极的应对态度。指导患者将注意力尽量放在自己喜欢的事物中，多与外界交流和互动，参与自己喜欢的学习和活动，从而转移注意力，使其更加乐观和平静，从而配合治疗与护理。老年人之间存在较大的个体化差异，因此护理人员需要敏锐观察和了解，结合患者的心理动态和需求进行疏导，注意倾听和共情，洞察患者的实际心理需求，避免发生病态性抓挠，帮助其疏解情绪，确保护理工作可以顺利实施，并不断提升治疗效果。(3)饮食护理。饮食中可采用中医食疗，该疾病本身与患者的饮食习惯也存在较大关联性，因此需要注重药食同源。若患者存在糖尿病，则需严格控制血糖水平，饮食中口味清淡，禁食刺激类，包括海鲜、麻辣等，以富含维生素的蔬果为主，避免便秘的发生。同时，还可指导患者平时多食用百合、红枣、木耳等食物，起到滋阴润肺的效果，从而使皮肤更加润泽，而高脂肪类食物也可适量食用，其具有预防皮肤干燥的效果，可抑制皮肤快速老化。秋冬季节老年人应保持每日足够的饮水量，以 2L 为宜，保持机体水分充足^[6]。(4)运动指导。老年人由于身体行动缺乏灵活性，部分老年人极少坚持运动，但运动本身可以增强机体的代谢功能，皮肤代谢速度明显增强，汗液分泌也会减缓皮肤瘙痒的现象，使皮肤状态得到较好改善^[7]。运动指导需要充分考虑患者的实际情况，包括身体状态及生活习惯和生活环境等，给予恰当、具有可行性的指导意见，主要以散步、气功和太极拳等为主，告知患者坚持锻炼的重要作用和意义，形成正向反馈，不断提升机体的免疫力。同时，运动还能改善患者的情绪状态，达到调节身心的作用，可根据情况选择在室内或室外活动，鼓励患者长期坚持。

本次研究中，统一采用调查问卷的方式收集和调查患者的日常生活饮食习惯、穿衣及洗衣习惯、情绪状态、家庭生活等，以单因素分析方法统计和分析其中的危险因素，并以此为依据探讨出以上护理对策。结果显示：经常食用海鲜或刺激性食物、周洗澡 3 次以上且水温超过 48℃、洗澡品为碱性、善饮浓茶或咖啡、穿着较紧身衣物、情绪波动较大、家庭关系不和谐以及睡眠质量不高者其发生老年性皮肤瘙痒症的概率明显更高，经验证 P<0.05。护理对策应结合危险因素和患者的实际病情、生活习惯及生活习惯等因素综合后进行制定，调整以往的生活习惯，并进行适当的心理认知干预，促使患者积极配合临床治疗。

综上所述，经常食用海鲜及刺激性食物、周洗澡 3 次以上且水温超过 48℃、洗澡品为碱性、善饮浓茶及咖啡、穿着较紧身衣物、情绪波动较大、家庭关系不和谐以及睡眠质量不高均是老年性皮肤瘙痒症的危险因素，可根据以上因素对患者进行认知干预，制定出恰当的护理对策，帮助患者不断提升生活质量。

参考文献：

[1]孟彩萍,沈永红,王瑞平等.中药熏蒸联合耳穴贴压治疗糖尿病皮肤瘙痒症的疗效评价[J].北京中医药,2019,38(10):979-982.

[2]王雅芳,张嫣华,左娟.加巴喷丁胶囊联合窄谱 UVB 治疗老年性皮肤瘙痒症疗效观察[J].宁夏医学杂志,2019,41(5):460-462.

[3]褚永生.复方甘草酸苷片联合他克莫司软膏治疗单纯性皮肤瘙痒症的效果观察[J].中国医药,2019,14(9):1402-1405.

[4]朱禹,岳仁宋,张晓晴,等.从“气损血伤-络脉”出发论糖尿病并发皮肤瘙痒症的发病机理及辨证施治的方法[J].当代医药论丛,2019,17(14):202-203.

[5]李佳凝,李艺濛,高云逸,等.温阳通络法治老年皮肤瘙痒症临床观察[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志,2019,18(1):51-53.

[6]李婷婷,王菲,黄丽璇,等.血液透析患者瘙痒症的影响因素分析[J].医学研究生学报,2019,32(10):1076-1079.

[7]韩立新.中医辨证分型治疗皮肤瘙痒症的效果探析[J].基层医学论坛,2018,22(1):108-109.

动态心电图诊断病毒性心肌炎应用价值

石鑫 张娟

伊犁哈萨克自治州奎屯医院 新疆奎屯 833200

摘要:目的 分析动态心电图诊断病毒性心肌炎的价值。方法 随机抽取本院确诊的 40 例病毒性心肌炎患者研究,医学观察始于 2021 年 1 月止于 2022 年 1 月,所有患者均接受常规心电图(对照组)和动态心电图(观察组)检查,对比诊断结果。结果 观察组阳性检出率为 96.77%高于对照组的 77.42%($\chi^2=5.166$, $p=0.023$);观察组检出室性早搏 18 例 (45.00%)、短阵室速 4 例 (10.00%)、房性早搏 14 例 (35.00%)、短阵房速 5 例 (12.50%)、ST 段改变 12 例 (32.50%)、异常 Q 波 6 例 (15.00%)、T 波改变 12 例 (30.00%)、Q-T 时间延长 7 例 (17.50%)、不完全性右束支传导阻滞 8 例 (20.00%)、完全性右束支传导阻滞 6 例 (15.00%)、I 度房室传导阻滞 9 例 (22.50%)、II 度房室传导阻滞 7 例 (17.50%)、III 度房室传导阻滞 5 例 (12.50%) 均高于对照组的 9 例 (22.50%)、0 例 (0.00%)、6 例 (15.00%)、0 例 (0.00%)、5 例 (12.50%)、1 例 (2.50%)、4 例 (10.00%)、1 例 (2.50%)、2 例 (5.00%)、1 例 (2.50%)、2 例 (5.00%)、1 例 (2.50%)、0 例 (0.00%),组间对比 ($p<0.05$)。结论 病毒性心肌炎患者使用动态心电图检查,能够将心律失常以及心肌缺血等问题诊断出来,有利于医生更加准确地对心律失常进行定性,将器质性病变科学地排除,从而提高病毒性心肌炎的阳性检出率,为临床医生制定治疗方案提供科学的、准确的参考数据,最终提高临床治疗的有效性和安全系数,值得推广。

关键词: 动态心电图;病毒性心肌炎;阳性检出率;心电图改变类型检出率

病毒性心肌炎的主要诱因是心脏组织感染病毒,发病后的主要表现是心肌组织发生炎症反应,还有一些患者同时发作心包炎、心内膜炎,诱发疾病的病毒有脊髓灰质炎、流感病毒、柯萨奇病毒等。大部分患者存在不同程度的发热、咽痛、腹泻等前驱症状。随着病情的发展患者逐渐出现明显的心前区疼痛、心悸等症状,如果病情特别严重 HIA 会出现严重的临床表现(昏厥、心力衰竭、栓塞、心脏明显扩大、严重心律失常、突发性源性休克等),很多患者在几小时或几日内死亡。病毒性心肌炎发病初期患者基本不会出现典型的临床表现,再加上常用的检测方式特异度较低,具有较高漏诊、误诊率。本研究分析了动态心电图诊断病毒性心肌炎的价值,阐述如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

随机抽取本院确诊的 40 例病毒性心肌炎患者研究,医学观察始 2021 年 1 月止于 2022 年 1 月,年龄 2-65 岁,均值(35.26±4.23)岁,体重 13-78kg、均值(48.32±6.26) kg,男女比例(23: 17),临床症状(胸闷、头晕乏力、面色苍白、气促、呕吐、晕厥)比例(19: 21: 9: 10: 3: 1),具备两项以及以上症状 23 例,发病时合并症(上呼吸道感染: 心功能不全: 源性休克: 心脑血管综合征)比例(30: 12: 6: 5)。

纳入标准:(1)符合中华医学会修订的《病毒性心肌炎诊断标准》中的诊断标准;(2)资料齐全;(3)患者及其家属自愿参与且签署知情文件;(4)患者及其家属依从性较高。

排除标准:(1)先天性心脏病者;(2)中毒性/风湿性心肌炎者;(3)合并恶性肿瘤/代谢性疾病者;(4)由于药物诱发的心脏自主神经功能异常者。

1.2 方法

所有患者均开展 DCG、ECG 检查。利用 TLC4000DCG 系统(秦皇岛康泰有限公司)完成 DCG 检查;利用 MECG-300 系统(北京麦迪斯科科技有限公司)完成 ECG 检查。记录 DCG 心率变异性时域、频域指标。时域指标:24h 连续窦性心搏间期标准差和差值>50ms 占比、每 5min 窦性心搏间期平均值和标准差、相邻窦性心搏间期差值均方根。频域指标:高、低频功率、低频功率和高频功率比值。

1.3 指标观察

对比指标:(1)阳性检出率=检出例数/总例数×100%。(2)心电图改变类型检出率=检出例数/总例数×100%。

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 对比阳性检出率

观察组阳性检出率高于对照组 ($P<0.05$), 见表 1:

表 1 对比阳性检出率 (n,%)

分组	例数	阳性	阴性
观察组	40	39 (97.50)	1 (2.5)
对照组	40	31 (77.50)	9 (22.50)
χ^2			5.166
P			0.023

2.2 比较心电图改变类型检出率

观察组检出室性早搏 18 例 (45.00%)、短阵室速 4 例 (10.00%)、房性早搏 14 例 (35.00%)、短阵房速 5 例 (12.50%)、ST 段改变 12 例 (32.50%)、异常 Q 波 6 例 (15.00%)、T 波改变 12 例 (30.00%)、Q-T 时间延长 7 例 (17.50%)、不完全性右束支传导阻滞 8 例 (20.00%)、完全性右束支传导阻滞 6 例 (15.00%)、I 度房室传导阻滞 9 例 (22.50%)、II 度房室传导阻滞 7 例 (17.50%)、III 度房室传导阻滞 5 例 (12.50%) 均高于对照组的 9 例 (22.50%)、0 例 (0.00%)、6 例 (15.00%)、0 例 (0.00%)、5 例 (12.50%)、1 例 (2.50%)、4 例 (10.00%)、1 例 (2.50%)、2 例 (5.00%)、1 例 (2.50%)、2 例 (5.00%)、1 例 (2.50%)、0 例 (0.00%),组间对比 ($p<0.05$), 见表 2:

表 2 心电图改变类型检出率 (n,%)

心电图改变类型	DCG(n=40)	ECG(n=40)	χ^2	P
室性早搏	18 (45.00)	9 (22.50)	4.528	0.033
短阵室速	4 (10.00)	0 (0.00)	4.210	0.040

房性早搏	14 (35.00)	6 (15.00)	4.266	0.038
短阵房速	5 (12.50)	0 (0.00)	5.333	0.020
ST 段改变	13 (32.50)	5 (12.50)	4.587	0.032
异常 Q 波	6 (15.00)	1 (2.50)	3.913	0.047
T 波改变	12 (30.00)	4 (10.00)	5.000	0.025
Q-T 时间延长	7 (17.50)	1 (2.50)	5.000	0.025
不完全性右束支传导阻滞	8 (20.00)	2 (5.00)	4.114	0.042
完全性右束支传导阻滞	6 (15.00)	1 (2.50)	3.913	0.047
I 度房室传导阻滞	9 (22.50)	2 (5.00)	5.164	0.023
II 度房室传导阻滞	7 (17.50)	1 (2.50)	5.000	0.028
III 度房室传导阻滞	5 (12.50)	0 (0.00)	5.333	0.020

3 讨论

据不完全统计数据显示, 大约有 5% 的人在病毒感染流行期发作心肌炎。病毒性心肌炎在临床中就诊人次较多, 其临床表现存在着多样化特征, 其症状严重程度方面差别悬殊, 轻者没有自觉体征, 为亚临床型, 重者并发严重并发症 (心律失常、心力衰竭、心源性休克等), 甚至一些患者会猝死。患者心肌组织不管是出现何种炎症反应如心肌间质性、实质性等, 心肌细胞都可能发生不良变化 (坏死、溶解和变性), 诱发心脏肌纤维发生病理性改变 (炎性细胞浸润等), 导致心肌组织受到不同程度的损伤、发生缺血性病变, 从而导致心肌电发生异常变化。因为本病临床症状具有不典型性, 一般的辅助检查特异度不足, 因此目前临床中病毒性心肌炎患者不管是误诊率还是漏诊率均较高。目前临床中诊断病毒性心肌炎的金标准是心肌活体组织学检测, 但由于该检测方式会对机体造成一定程度的损伤, 使得医学使用上受到限制。病毒性心肌炎患者在心肌细胞电生理活动 (传导性、激动性等)、心肌自身代谢活动、心脏大小和功能以及离子紊乱等方面出现异常变化, 都可以通过心电图进行监测。机体电生理行为由于发作病毒性心肌炎而发生改变的机理: (1) 嗜心肌病毒可对心肌组织造成直接的损伤、改变细胞自身的超微结构、使细胞不完整, 导致心肌动作电位发生异常。(2) 心肌组织由于机体繁殖病毒、分泌毒素而受到不同程度的损伤, 导致心肌由于出现间质性炎症反应而不能发挥出极和复极程序的正常功能。(3) 可以导致心肌细胞钙的超负荷。(4) 病毒对整个传导系统的损害, 以及周围组织出现炎性水肿对传导系统造成压迫, 使其受到更大的破坏。所以, 病毒性心肌炎的心电图检查较为复杂、变化多、敏感度高。心电图早期检测有利于对病情的准确判断, 同时由于心电图检测简单无创、操作简便, 病人也容易接受, 因此成了判断病毒性心肌炎不可或缺的关键指标。

目前临床中诊断病毒性心肌炎主要结合心肌酶学、病原学、心电图表现等, 综合对患者病情和预后进行评估, 另外心律失常也是判断病毒性心肌炎的重要标准之一。目前, 心电图检查已成为人们了解心律状态的主要手段, 能在临床早期明确动静脉异常, 做到早期确诊、及时处理, 从而降低并发症出现的概率, 改善病人生活质量。心电图检查是利用心电图诊断仪在体表记录心肌电运动的一个曲线图像, 能表现心肌电运动的变化情况, 如果心肌组织细胞受到损伤则可直接干扰心肌电的正常运动, 进而在心电图上产生相关电位改变。

大量临床研究数据显示, 病毒性心肌炎患者心电图变化类型主要是心

律失常 (主要表现为室性早搏、房性早搏、房室传导阻滞等)、异常变化 ST-T、QRS 电压、Q 波等。室性早搏是病毒性心肌炎患者最常见的一种心律失常表现, 主要形式是单源频发多联; 室上性早搏表现的患者数量也不少, 主要形式是单源偶发性, 这两类心电图变化表明由于病毒性心肌炎诱发的心肌出现自律性增强、局部弥漫性改变, 病情并不严重、预后较好。研究还指出, ST-T 由于病毒性心肌炎导致的有意义变化在 51% 左右, 能将损伤心肌细胞的严重程度间接反映出来, 且变化程度和病情严重程度正相关, 对临床医生检测疾病变化情况和评估预后十分有利。如果病毒性心肌炎患者的心电图呈现异常 Q 波、低电压和传导阻滞等变化, 表明患者病情十分严重。

动态心电图优点: (1) 动态心电图可对无病症或疑似病毒性心肌炎患者提供连续监测, 可以最大程度地检出间歇性心律失常、一过性心肌缺血; (2) 动态心电图对各类心律失常症状给予定量评估; (3) 动态心电图可配合多种检查手段做出诊断。如可通过心率变化特点判断其心脏自主神经功能状态, 能准确地排除胸闷、乏力、心悸等症状是由于心脏神经官能症诱发; (4) 动态心电图有助于最大限度地程度地将心肌缺血事件检测出来, 特别是非典型性的心肌缺血基本都可以检测出来; 动态心电图还可以运用在被确诊的病毒性心肌炎患者诊疗中, 以便于正确判断其损伤心肌组织的严重程度和治疗效果。

本文中观察组阳性检出率高于对照组 ($P<0.05$), 说明动态心电图用于病毒性心肌炎诊断中的良好效果。常规心电图检测主要是对病人在静止或休息状况下, 描记十几秒的心电改变情况, 其获取的检查内容十分局限, 无法对病毒性心肌炎的多变性与多样性变化做出详细记录, 特别是如果患者存在心肌缺血 (负荷性、一过性)、心律失常 (短暂性)、ST-T 间歇性变化, 常规心电图根本不会描记出来, 阳性检出率不高。动态心电图能够记录病毒性心肌炎患者 24h 的心电变化 (大约 10-14 万个心动周期), 能够记录动态和睡眠状态下患者的心电改变情况, 有效克服了传统心电图的不足, 极大地提高了病毒性心肌炎检测效果, 通过动态心电图不仅能够看到稳定性或者持续性的心律失常、特别是能够记录患者在睡眠情况下发生的窦性心动过速、在运动情况下的 T 波低平或倒置、I 度或者间歇性的 II 度 I 型或 I 度房室传导阻滞, 大大提高了诊断病毒性心肌炎的价值; 而且还能够记录下心律失常 (短暂性和阵发性)、ST-T 变化, 同时能够检测出短阵室速、短阵房速、病态窦房结综合征等常规心电图难以监测到心电变化。另外通过动态心电图还能够帮助医生更好的、更准确地区分早搏性质 (病理性或生理性), 这是因为其能够对多源多型早搏有效检测、发现早搏在白日多于夜间、早搏伴有活动后 T 波倒置或者低平的缺血改变等。本文中观察组短阵室速、短阵房速、III 度房室传导阻滞分别检出 4 例、5 例、5 例而对照组没有检出, 这是因为动态心电图能够显示一过性或者阵发性的心电改变 (短阵室速、短阵房速、病态综合征等), 能将复杂的、潜在的特殊心律失常变化显示出来, 不仅提升了对病毒性心肌炎患者检测的准确率, 临床医生能够详细地了解患者病情, 提高治疗方案的有效性和安全系数。

综上所述, 病毒性心肌炎患者使用动态心电图检查, 能够将心律失常以及心肌缺血等问题诊断出来, 有利于医生更加准确地对心律失常进行定性, 将器质性病变科学地排除, 从而提高病毒性心肌炎的阳性检出率, 为临床医生制定治疗方案提供科学的、准确的参考数据, 最终提高临床治疗的有效性和安全系数, 值得推广。

不同吞咽康复训练方法对脑卒中后吞咽障碍的效果对比

孙金凤 张学庆

山东省莒南县人民医院 276600

摘要：目的：分析研究脑卒中后，吞咽障碍患者应用不同吞咽康复训练方法的临床效果。方法：以2021年10月至2021年12月为研究样本选择时间段，以区组随机化法从我院在此时间段内收治的脑卒中后吞咽障碍患者中选取20例，并以数字奇偶法平均分为研究组和对照组进行研究分析，以常规康复训练应用于对照组，早期吞咽康复训练应用于研究组，对两组患者吞咽功能评分、营养状态（血红蛋白与白蛋白水平）以及生活满意度评分。结果：两组患者治疗前吞咽功能评分、营养状态及生活满意度评分均无明显差异（ $P>0.05$ ），无统计学价值；经过护理，两组患者各项评分均改善，研究组患者吞咽功能明显优于对照组、营养状态更佳且生活满意度评分上升幅度显著高于对照组（ $P<0.05$ ），有统计学价值。结论：早期吞咽康复训练能够有效改善脑卒中后吞咽障碍患者的吞咽功能，有利于提升患者营养状态、提高生活质量，具有更高的临床应用价值，应进行推广使用。

关键词：吞咽康复训练；脑卒中；吞咽障碍

吞咽障碍是脑卒中常见后遗症之一，主要是因为双侧脑皮质脑干束受到损伤导致出现假性延髓麻痹，及舌下、吞咽和迷走神经核性和核下性损伤导致真性延髓麻痹，致使吞咽相关肌肉失调、随意性舌运动延迟^[1]。吞咽障碍会导致患者心理压力增大、营养摄入量不足、影响其正常的生活，若位及时进行有效治疗，还会给患者的家庭带来沉重的负担，甚至因误吸引发肺部感染、窒息等情况，对患者的生命安全造成威胁^[2-3]。目前，康复训练是吞咽障碍治疗中的首选方法，但是其疗效有一定局限性且患者满意度不高。为了提升脑卒中后吞咽障碍患者治疗效果，本文对早期吞咽康复训练的应用情况进行分析研究，现对具体研究情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

从2021年10月至2021年12月我院在此时间段内收治的脑卒中后吞咽障碍患者中选取20例进行研究分析，选取样本的统计学方法为区组随机化法，并以数字奇偶法分为研究组和对照组，各10例。

对照组，男女患者比例为6:4，最小年龄患者为45岁，最大年龄患者为76岁，平均年龄为（57.14±3.36）岁；研究组，男女患者比例为7:3，最小年龄患者为48岁，最大年龄患者为75岁，平均年龄为（58.22±3.28）岁。对两组患者年龄、性别等一般资料进行比较可知，两组患者无明显的基础差异（ $P>0.05$ ），不存在统计学意义，能够对比研究。

纳入标准：符合脑卒中相关诊断标准且患者磁共振成像检查或头部CT检查显示为脑卒中；根据患者洼田饮水试验结果显示其有吞咽障碍；患者认知能力正常、意识清晰，能够进行基础交流。

排除标准：有严重精神疾病难以沟通者；有重症肌无力、食管肿瘤等会影响吞咽功能疾病者；有严重血液系统疾病或脏器疾病者。

1.2 方法

对照组患者应用常规康复训练，包括健康知识讲解、心理辅导、简单进食训练、常规吞咽功能训练发音训练等。研究组患者应用早期吞咽功能训练，包括基础训练和摄食训练。

基础训练主要有如下内容。

1.口腔周围肌肉训练。包括口唇闭锁训练和舌部运动训练，口唇闭锁训练即患者以坐立位进行深呼吸、憋气及突然呼气训练；舌部运动训练中，治疗师需戴手套轻抓患者舌头，帮助其进行伸缩、上下、左右运动，指导患者进行吹口哨、卷舌等动作，每个动作持续10s。

2.颈部放松法。帮助患者进行左右、前后旋转颈部、沉肩、提肩动作，

每个动作持续10s。

3.寒冷刺激法。使用冰冻长棉棒对患者舌根、软腭以及咽喉壁进行刺激，同时患者发“啊”音，并指导患者进行吞咽，若其口水较多，可按摩患者颈部的唾液腺，直到皮肤发红。

4.屏气吞咽。指导患者练习声门闭锁，即用鼻子深吸气，而后屏住呼吸再做空吞咽工作，之后立即咳嗽。

摄食训练包括如下内容。

1.体位。以30°仰卧位进行，患者呈头颈部前屈姿势，以枕头将偏瘫侧的肩部垫起，治疗师在患者健侧进行喂食，将食物放置在患者舌根部位，并指导其进行缓慢吞咽，在确认患者已经安全、全部吞咽后，再继续进行。患者身体角度可适当抬高。

2.残留食物去除训练。包括空吞咽、数次吞咽、交替吞咽、点头样吞咽以及侧方吞咽。

3.心理护理。由于疾病的影响，患者难免产生消极情绪，降低患者依从性。因此，护理人员应对患者情绪变化给予关注，若患者有拒食、厌食情况，则应耐心疏导。鼓励患者家属与患者沟通，增强家属的陪伴和支持，还可以成功治疗的病友为例，帮助患者树立信心。

1.3 观察指标

对两组患者治疗前后营养状态进行比较，包括白蛋白水平及血红蛋白水平。

根据吞咽功能评价标准、洼田饮水实验以及Rosembek渗漏/误吸评价标准对患者治疗前后吞咽功能进行比较。吞咽功能评价标准：参考SSA（标准吞咽功能评价量表），分数为18-46分，评价分数与吞咽功能为负相关；洼田饮水实验：观察患者端坐喝30ml温开水需要的时间以及中途呛咳情况，分数为1-5分，分数与吞咽功能为负相关；Rosembek渗漏/误吸评价标准：参考Rosembek渗漏/误吸评定量表，分数为1-8分，分数与误吸风险为正相关。

参考SWLS生活满意度量表比较两组患者生活满意度，分数为5-35分，分数与患者满意度为正相关。

1.4 数据处理

使用SPSS19.0软件对本研究20例脑卒中后吞咽功能障碍患者进行统计学分析，计量资料（营养状态、吞咽功能评分以及生活满意度评分）以t检验，表达式为（均数±标准差）。根据两组比较P值是否大于0.05作为评定界限，来确认统计价值。

2 结果

2.1 吞咽功能评分比较

两组患者治疗前各项评分无明显差异 ($P>0.05$), 无统计学价值; 经

过治疗, 两组患者评分均下降, 研究组患者显著低于对照组, 患者吞咽功能恢复更佳 ($P<0.05$), 有统计学价值, 详细对比情况见表 1。

表 1 两组患者吞咽功能对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	SSA 评分		洼田饮水实验评分		Rosembek 渗漏/误吸评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	10	40.13±1.13	25.24±2.76	4.04±0.13	1.97±0.07	6.12±0.16	3.24±0.09
对照组	10	40.22±1.14	30.72±3.65	4.05±0.16	2.71±0.34	6.07±0.15	4.01±0.37
t		0.1773	3.7870	0.1534	6.7412	0.7209	6.3945
P		0.8612	0.0014	0.8798	0.0000	0.4802	0.0000

2.2 营养状态比较

治疗前, 两组患者营养指标无统计学差异 ($P>0.05$); 治疗后, 两组患者营养状态均有改善, 研究组患者优于对照组 ($P<0.05$), 有统计学价值, 详细对比情况见表 2。

表 2 两组患者营养状态对比 ($\bar{x}\pm s$, g/L)

组别	例数	白蛋白		血红蛋白	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	10	34.19±4.25	40.28±4.42	108.14±9.21	122.14±11.23
对照组	10	34.78±3.69	36.05±4.37	109.35±9.07	112.46±8.67
t		0.3315	2.1521	0.2960	2.1576
P		0.7441	0.0452	0.7706	0.0447

2.3 生活满意度评分比较

两组患者治疗前生活满意度评分无明显差异 ($P>0.05$), 无统计学价值; 经治疗, 两组患者评分均升高, 研究组评分上升幅度显著高于对照组 ($P<0.05$), 有统计学价值, 详细对比情况见表 3。

表 3 两组患者吞咽功能对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
研究组	10	10.12±2.24	28.32±2.27
对照组	10	10.07±2.19	22.29±1.87
t		0.0505	6.4836
P		0.9603	0.0000

3 讨论

脑卒中后吞咽障碍有较高发生率, 患者会出现难以将食物在没有误吸情况下安全送入胃中的现象, 常导致患者出现厌食、拒食, 引发脱水、营养不良, 不仅延长其住院时间, 还会降低生活质量、增加经济负担, 甚至危及患者生命安全, 导致脑卒中病死率上升^[4]。近年来, 受到饮食结构变化、生活压力增大等因素影响, 脑卒中发病率上升, 对脑卒中的治疗逐渐成为临床研究的重点内容之一, 尤其是出现吞咽障碍的患者, 提升其治疗效果、改善吞咽障碍, 对于患者恢复健康有重要意义^[5]。

临床上解决吞咽障碍早期使用的方法是鼻饲管留置, 但是长时间使用鼻饲管会导致患者舌肌、咽部肌肉等出现废用性萎缩, 致使吞咽能力进一

步减弱^[6]。吞咽是一个较为复杂的躯体反馈动作, 实现吞咽动作需要大脑皮质运动区启动、食管局部反射机制运作与吞咽中枢共同协调完成, 而卒中会影响各部位肌肉协调产生影响, 吞咽障碍正是由于混合性障碍导致。大部分患者会同时存在舌肌不协调、吞咽反射困难、患者配合度低等情况, 因此吞咽功能训练需多种方法配合使用, 且早期训练效果更好^[7-8]。

在现代康复医学中认为, 人脑是具有可逆性和可塑性的, 尽早进行针对性吞咽训练可以有效提升其残存脑细胞的兴奋度, 促成新神经传导通路的形成, 有利于重建吞咽功能, 有效改善后遗症。相较于常规康复训练, 早期吞咽训练的针对性更强, 能够把握最佳恢复时间, 明显减轻患者吞咽困难症状^[9]。

综上所述, 在脑卒中后吞咽障碍患者早期阶段进行专门的吞咽障碍训练, 能够有效恢复患者吞咽功能, 预防出现食管出血、终身鼻饲等严重的情况, 提升患者生活质量、提高患者满意度, 且有利于提高患者营养摄入, 促进其恢复健康。

参考文献:

[1]杨真真. 脑卒中患者护理中吞咽障碍康复训练的应用及效果研究[J]. 临床研究,2021,29(09): 175-176.

[2]黄军军,曹常娥,张雷,张立新. 综合康复训练对脑卒中后吞咽功能障碍患者的治疗效果研究[J]. 中国卫生统计,2021,38(04): 563-565+571.

[3]周兰,肖华芳,胡誉,王颖. 心理护理联合康复训练改善老年卒中患者吞咽功能障碍的效果分析[J]. 中国社区医师,2021,37(22): 170-171.

[4]袁松柏,郑旭,何小英. 针灸结合康复功能训练治疗脑卒中后吞咽障碍的效果和安全性[J]. 中国当代医药,2021,28(21): 168-170.

[5]郑桂花,李启云,潘淑芬,李晴. 吞咽功能康复训练对脑卒中后吞咽障碍患者的效果评价[J]. 中国实用神经疾病杂志,2021,24(13):1158-1162.

[6]董岩,谭丽双,刘峻. 眼针联合超早期康复训练对急性脑卒中患者吞咽功能障碍与肢体功能恢复的影响[J]. 针灸临床杂志,2021,37(05):9-13.

[7]于红,崔红,王小溪. 脑卒中后中度吞咽障碍患者康复训练及饮食护理干预的应用效果[J]. 中国当代医药,2021,28(10): 212-215.

[8]黄丁兰,崔鑫浩,许春华. 吞咽康复训练对脑卒中吞咽功能障碍患者吞咽功能和生活质量的影响[J]. 国际医药卫生导报,2021,27(06): 932-934.

[9]王彦钊,韩洪燕,房铭,侯可强. 吞咽功能障碍训练配合构音障碍训练对脑卒中后吞咽障碍的康复效果[J]. 国际医药卫生导报,2021,27(05): 675-678.

腰硬联合麻醉和全身麻醉在老年患者股骨颈骨折手术中的作用分析

王雪姣

东明县中医医院麻醉科 山东菏泽 274500

摘要：目的：腰硬联合麻醉和全身麻醉在老年患者股骨颈骨折手术中的作用分析。方法：本次研究从本院 2020 年 1 月-2022 年 6 月收入的老年股骨颈骨折患者中随机抽取 54 例，按照随机数表法将其分为了对照组（全身麻醉）和观察组（腰硬联合麻醉）两组，分析患者手术结果。结果：对比手术指标：干预后观察组的麻醉生效时间、患者意识恢复时间、患者住院时间均低于对照组（ $p < 0.05$ ），有统计学意义；对比患者的体征指标：麻醉后，对照组 HB、BR、CI 和 CO 指标受到的波动影响更大，观察组的以上指标结果比对照组更好，（ $p < 0.05$ ），有统计学意义。对比不良反应：观察组不良反应 4 例（14.81%），对照组不良反应 12 例（44.44%），指标对比差异显著，（ $p < 0.05$ ）有统计学意义。对比综合护理有效率：观察组综合有效 25 例（92.59%），对照组综合有效 18 例（66.67%），指标对比差异显著，（ $p < 0.05$ ），有统计学意义；对比综合满意率：观察组综合满意 24 例（88.89%），对照组综合满意 17 例（62.96%），指标对比差异显著，（ $p < 0.05$ ），有统计学意义。结论：腰硬联合麻醉方式对比全身麻醉更适合老年股骨颈骨折患者手术麻醉，腰硬联合麻醉的见效时间快且患者干预后的不良反应发生率较低，患者术后满意率和有效率更高，可推广。

关键词：腰硬联合麻醉；全身麻醉；老年患者股骨颈骨折；作用

老年患者股骨颈骨折是常见的老年骨折疾病，患者或受到意外伤，跌倒发生骨折，对患者的生活质量造成影响。为了残疾、死亡等问题发生，建议患者接受及时的手术治疗。以往对老年患者股骨颈骨折患者多采用气管插管麻醉效果，手术效果好但对患者的身心刺激较大^[1]。全身麻醉和腰硬联合麻醉方式的针对性强且安全性较高，也是老年骨折手术开展的常用麻醉方式，现结合临床的手术案例进行研究，相关内容报道如下：

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

本次研究从本院 2020 年 1 月-2022 年 6 月收入的老年股骨颈骨折患者中随机抽取 54 例，按照随机数表法将其分为了对照组和观察组两组。对照组 27 例，男性 15 例，年龄为 68.1 岁-82.6 岁，平均年龄为（74.1±1.25）岁，女性 12 例，年龄为 65.8 岁-80.8 岁，平均年龄为（73.6±1.26）岁。观察组 27 例，男性 14 例，年龄为 69 岁-83 岁，平均年龄为（76.3±2.07）岁，女性 13 例，年龄为 68 岁-83.3 岁，平均年龄为（75.3±2.88）岁。两组基本资料无差异，（ $p > 0.05$ ），有可比性。

1.2 方法

对照组接受全身麻醉，手术前动态监测患者的体征如血压、血糖、血氧饱和度等，做好相关抗凝、抗血栓、利尿、血压改善等治疗。选择苯磺顺阿曲库铵、依托咪酯、咪达唑仑、舒芬太尼静脉滴注并肌肉松弛后进行气管插管犬舍麻醉。后手术中注射丙泊酚、舒芬太尼静脉泵。

观察组接受腰硬联合麻醉，在患者的 L3~4 部位穿刺后用 25G 穿刺针进行腰穿刺，脑脊液流出后在蛛网膜下腔进行罗帕卡因注射，后拔除腰穿针并将膜外腔头端置入硬膜外腔内；可连续注射 2%利多卡因，若表现心动过缓需要及时给予阿片脱干预。

1.3 观察指标

对比患者的手术体征指标改善情况和手术时间指标情况。对比患者经过手术后的临床不良反应；探讨患者手术后的综合满意率和有效率^[2-7]。

1.4 统计学分析

使用 SPSS22.0 统计学软件，计数资料为[n（%）]，予以 χ^2 检验；计量资料为（ $\bar{x} \pm s$ ），予以 t 检验。P 值<0.05 提示统计学意义成立。

2. 结果

2.1 两组老年股骨颈骨折患者基本信息对比

观察组和对照组的基线资料对比（ $p > 0.05$ ），无统计学意义，见表 1。

表 1 两组老年股骨颈骨折患者基本信息对比[n（%）]

指标		观察组	对照组	χ^2	p
自理能力	有	12（44.44）	14（51.85）	0.2967	0.5860
	无	15（55.56）	13（48.15）	0.2967	0.5860
	1d 以内	12（44.44）	14（51.85）	0.2967	0.5860
住院时间	1-3d	14（51.85）	12（44.44）	0.2967	0.5860
	3d 以上	1（3.7）	1（3.7）	0.0000	1.0000
	疼痛	22（81.48）	23（85.19）	0.1333	0.7150
伴随症状	气喘	14（51.85）	14（51.85）	0.0000	1.0000
	出血	12（44.44）	15（55.56）	0.6667	0.4142
	呕吐	14（51.85）	13（48.15）	0.0741	0.7855
	其他	2（7.41）	3（11.11）	0.2204	0.6387
发病因	跌倒	20（74.07）	17（62.96）	0.7727	0.3794
	交通意外	6（22.22）	7（25.93）	0.1013	0.7503
	其他	1（3.7）	3（11.11）	1.0800	0.2987
既往骨折史	是	5（18.52）	4（14.81）	0.1333	0.7150
	否	22（81.48）	23（85.19）	0.1333	0.7150

2.2 两组老年股骨颈骨折患者手术指标对比

两组患者的手术时间差异不大，（ $p > 0.05$ ）。无统计学意义；观察组的麻醉生效时间、患者意识恢复时间、患者住院时间均低于对照组（ $p < 0.05$ ），有统计学意义，见表 2。

表 2 两组老年股骨颈骨折患者手术指标对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

小组	例数	麻醉生效时间 (min)	手术时间 (min)	意识恢复时间 (h)	住院时间 (d)
观察组	27	7.52±1.77	59.63±5.46	8.41±1.57	8.52±1.66
对照组	27	14.93±1.79	59.57±5.48	14.92±1.41	14.85±1.53
t	-	15.2953	0.0389	16.0301	14.5697
p	-	0.0001	0.9691	0.0001	0.0001

2.3 两组老年股骨颈骨折患者生理指标对比

麻醉前，两组患者的 HB、BR、CI 和 CO 指标无显著差异（ $p > 0.05$ ）；麻醉后，观察组的以上指标结果比对照组更好，对照组受到的波动影响更大，结果指标对比（ $p < 0.05$ ），见表 3。

表 3 两组老年股骨颈骨折患者生理指标对比 (x±s)

小组	例数	HR (次/min)		BR (mmHg)		CI[L/ (min·m ²)]		CO (L/min)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	27	87.18±8.26	85.63±4.52	144.45±12.87	124.52±1.21	3.39±0.33	3.41±0.38	5.37±0.53	5.14±0.44
对照组	27	87.77±8.12	62.63±4.85	145.76±12.94	118.6±1.44	3.39±0.35	3.14±0.38	5.33±0.49	3.96±0.39
t	-	0.2647	18.0267	0.3730	16.3547	0.0000	2.6106	0.2880	10.4283
p	-	0.7923	0.0001	0.7107	0.0001	1.0000	0.0118	0.7745	0.0001

2.4 两组老年股骨颈骨折患者不良应对比

观察组不良反应率 14.81%，对照组不良反应率 44.44%，指标对比差异显著，(p<0.05)有统计学意义，见表 4。

表 4 两组老年股骨颈骨折患者不良应对比[n (%)]

小 组	例 数	肺部感染	肢体麻木	头晕嗜睡	气喘乏力	其他	不良反应
观察组	27	1 (3.7)	1 (3.7)	1 (3.7)	0 (0)	1 (3.7)	4 (14.81)
对照组	27	2 (7.41)	2 (7.41)	2 (7.41)	2 (7.41)	4 (14.81)	12 (44.44)
X ²	-	0.3529	0.3529	0.3529	2.0769	1.9837	5.6842
p	-	0.5525	0.5525	0.5525	0.1495	0.1590	0.0171

2.5 两组老年股骨颈骨折患者综合护理有效率

观察组综合有效率 92.59%，对照组综合有效率 66.67%，指标对比差异显著，(p<0.05)，有统计学意义，见表 5。

见表 5

表 5 两组老年股骨颈骨折患者综合护理有效率对比[n (%)]

小组	例数	显效	有效	无效	综合有效
观察组	27	21 (77.78)	4 (14.81)	2 (7.41)	25 (92.59)
对照组	27	7 (25.93)	11 (40.74)	9 (33.33)	18 (66.67)
X ²	-	14.5385	4.5231	5.5941	5.5941
p	-	0.0001	0.0334	0.0180	0.0180

2.6 两组老年股骨颈骨折患者综合满意率

观察组综合满意率 88.89%，对照组综合满意率 62.96%，指标对比差异显著，(p<0.05)，有统计学意义，见表 6。

表 6 两组老年股骨颈骨折患者综合满意率对比[n (%)]

小组	例数	十分满意	基本满意	不满意	综合满意
观察组	27	20 (74.07)	4 (14.81)	3 (11.11)	24 (88.89)
对照组	27	8 (29.63)	9 (33.33)	10 (37.04)	17 (62.96)
X ²	-	10.6813	2.5328	4.9644	4.9644
p	-	0.0011	0.1115	0.0259	0.0259

3. 讨论

老年患者股骨颈骨折是临床常见的老年疾病，发病因多因为骨质疏松，外界刺激，跌倒所致。现如今我国的老龄化问题加重，国内的股骨颈骨折的发病率也在不断攀升且逐渐增高。手术室治疗股骨颈骨折的最常见的方式，老年患者股骨颈骨折手术可以帮助患者促进骨折复位和固定，预防残疾和死亡^[8-9]。因为很多老年患者都伴随着基础疾病如糖尿病、冠心病等，临床表现为机体免疫力下降，麻醉耐受力较低，若麻醉药量过量可

能会导致患者的苏醒时间延长，临床的不良反应也在有所增加。故此临床建议患者接受科学的麻醉方式，降低老年患者的临床麻醉风险^[10-11]。全身麻醉的效果好，但是插管和拔管时候可能导致患者的血流动力学异常，可增加心脑血管疾病病变风险。而腰硬联合麻醉可发挥良好的麻醉效果，可满足供氧和通气要求，患者的临床应急刺激较少，不会导致血流动力学异常波动，安全性更高^[12]。本次研究对收入的患者进行手术麻醉研究，对照组老年股骨颈骨折患者的手术时间和对照组无差异，但是观察组的麻醉见效时间更快且患者 HB、CI 等波动更少，不良反应发生率也更低，结果优于对照组 (p<0.05)。综上所述，腰硬联合麻醉可提升老年股骨颈骨折手术安全性，手术麻醉效果好，患者不良反应发生率较，可推广。

参考文献:

[1]饶智军.腰硬联合麻醉和全身麻醉在老年患者股骨颈骨折手术的麻醉分析[J].大家健康(学术版),2015,9(04):118-119.

[2]吴友华,曹伟.老年股骨颈骨折手术患者腰硬联合麻醉和全身麻醉的效果比较[J].中国老年学杂志,2015,35(15):4296-4297.

[3]Sun Zhi jian,Sun Xu,Huo Yan,Mi Meng,Peng Gui ling,Zhang Chun ling,Jiang Yao,Zhou Yan,Zhao Xia,Li Ting,Wu Xin bao.Abbreviated perioperative fasting management for elective fresh fracture surgery: guideline adherence analysis[J].BMC Musculoskeletal Disorders,2022,23(1):61-62.

[4]蔡晓华.老年患者股骨颈骨折手术中腰硬联合麻醉和全身麻醉的应用研究[J].当代医学,2021,27(29):95-97.

[5]李玥姝,刘传红.腰硬联合麻醉复合全身麻醉在老年股骨颈骨折患者手术中的镇痛效果分析[J].系统医学,2021,6(12):34-36.

[6]张敬莹.全身麻醉与腰硬联合麻醉在老年股骨颈骨折手术中的麻醉效果及安全性对比[J].中国现代药物应用,2021,15(18):60-62.

[7]蔡国斌,杨晓铭,彭嵘,彭俊.腰硬联合麻醉和全身麻醉在老年患者股骨颈骨折手术的麻醉探析[J].中国地方病防治杂志,2014,29(S1):192-193.

[8]许小妮.腰硬联合麻醉与全身麻醉应用于老年下肢手术的效果比较[J].临床合理用药杂志,2018,11(34):84-85.

[9]James Hannah K,Griffin James,Pattison Giles T R.Assessing technical skill in ankle fracture surgery from the postoperative radiograph: pilot development and validation of a final product analysis core outcome set.[J].Bone & joint open,2022,3(6):83.

[10]万莉萍.腰硬联合麻醉和全身麻醉在老年患者股骨颈骨折手术中的麻醉观察[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(15):49+51.

[11]胡庭,肖孝凤,胡朝.老年患者股骨颈骨折手术中腰硬联合麻醉和全身麻醉的效果[J].当代医学,2019,25(16):133-134.

[12]许玉军,陆振华.腰硬联合麻醉、全身麻醉在老年患者股骨颈骨折手术中的麻醉效果[J].临床医学研究与实践,2019,4(21):32-34.

喉罩置入复合右美托咪定、瑞芬太尼、依托咪酯全麻在纤支镜检查患者中的应用

王志鲜 黄吉 龚敏 李健康

长宁县中医医院麻醉科 四川宜宾 644300

摘要: 目的: 探讨喉罩置入复合不同药物全麻在纤支镜检查患者中的应用效果。方法: 选取我院 2020 年 8 月至 2021 年 12 月收治的 56 例纤支镜检查患者, 以随机数字表法将其分为对照组、试验组, 各 28 例。对照组给予局部麻醉, 试验组给予喉罩置入复合不同药物全麻。比较两组各项指标。结果: 试验组检查时间、苏醒时间短于对照组, 麻醉药物用量低于对照组; 试验组 T1~4 时 MAP、SpO₂、HR 高于对照组; 试验组 T2~3 时 OAA/S 评分低于对照组, T4 时 OAA/S 评分高于对照组 ($P<0.05$)。结论: 喉罩置入复合不同药物全麻在纤支镜检查中, 可有效缩短患者检查时间、苏醒时间, 降低麻醉药物用量、检查期间清醒程度, 维持血流动力学稳定。

关键词: 纤维支气管镜; 麻醉; 应用效果

Application of laryngeal mask implantation combined with dexmedetomidine, remifentanyl and etomidate general anesthesia in patients undergoing fiberoptic bronchoscopy

Wang Zhixian, Huang Ji, Gong Min, Li Jiankang

Department of Anesthesiology, Changning County Hospital of traditional Chinese medicine, Yibin, Sichuan 644300

[Abstract]Objective: To explore the application effect of laryngeal mask implantation and general anesthesia with different drugs in patients undergoing fiberoptic bronchoscopy. **Methods:** A total of 56 patients undergoing bronchoscopy in our hospital from August 2020 to December 2021 were selected. They were divided into control group (28 cases) and experimental group (28 cases) (random number table method). The control group was given local anesthesia, while the experimental group was given general anesthesia with a laryngeal mask and different drugs. Compare the two groups of indicators. **Results:** The examination time and recovery time of the experimental group were shorter than those of the control group, and the dosage of anesthetics was lower than that of the control group; The MAP, SpO₂ and HR of the experimental group were higher than those of the control group at T1-4; The OAA/S score of the experimental group at T2-3 was lower than that of the control group, and the OAA/S score at T4 was higher than that of the control group ($P<0.05$). **Conclusion:** Laryngeal mask implantation combined with general anesthesia with different drugs can effectively shorten the examination time and recovery time of patients in bronchoscopy, reduce the dosage of anesthetic drugs, and the degree of awakening during the examination, maintain hemodynamic stability.

[Key words] Fiberoptic bronchoscope; Anesthesia; Application effect

纤维支气管镜是一种临床较为常用的诊断仪器, 其主要用于支气管、肺部疾病疾病中, 且具有直观、快捷等优点。因纤维支气管镜检查属于一种侵入性操作, 在检查期间可导致受检者出现疼痛、恶心、呕吐、咳嗽等不适, 严重时可能导致其发生心血管反应^[1]。现阶段, 局部麻醉是临床进行纤维支气管镜检查常用的镇静、镇痛方式之一, 其可减轻受检者疼痛感, 以辅助其顺利完成检查, 但其在临床应用中受检者舒适度较低^[2-3]。喉罩置入复合右美托咪定、瑞芬太尼、依托咪酯全麻是一种新兴的麻醉方式, 其可有效发挥镇痛作用, 营造良好的检查、治疗环境, 临床常用于腹腔镜手术、甲状腺切除手术中的麻醉, 且现已取得了良好的临床效果。本研究旨在探讨喉罩置入复合不同药物全麻在纤支镜检查患者中的应用效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料选取我院 2020 年 8 月至 2021 年 12 月收治的 56 例纤支镜检查患者, 以随机数字表法将其分为对照组、试验组, 各 28 例。对照组男 16 例, 女 12 例; 年龄 18~76 岁, 平均 (61.45±8.47) 岁。试验组男 17, 女 11 例; 年龄 19~76 岁, 平均 (61.68±8.85) 岁。两组一般资料差异无意义 ($P>0.05$), 可比。纳入标准: 符合纤维支气管镜检查指征者; 患者及家属均知情同意等。排除标准: 长期使用镇静镇痛药物者; 合并有肝、脑等严重疾病者; 不接受本研究检查或麻醉方法者等。本研究已取得我院内医学伦理委员会批准。

1.2 方法两组麻醉前, 均进行评估其重要脏器功能, 常规禁食、禁饮, 无术前用药, 并对其常规开放上肢静脉通路, 监测生命体征。麻醉诱导: 予以对照组患者局麻: 应用 0.1 g 盐酸利多卡因注射液局部雾化浸润麻醉, 予以试验组患者喉罩置入复合右美托咪定、瑞芬太尼、依托咪酯全麻: 应

用盐酸右美托咪定注射液泵注, 0.2~1 μg/h; 盐酸戊乙奎醚注射液静脉注射, 0.5 mg; 手术开始前 5 min, 注射用盐酸瑞芬太尼泵注, 0.5~1 μg/h; 依托咪酯乳状注射液静脉注射, 0.15~0.3 mg。将喉罩置入纤维支气管镜, 行机械通气。术中维持麻醉应用丙泊酚乳状注射液、瑞芬太尼微量泵注射, 并根据患者检查情况, 予以相应的处理。实施检查操作, 14~25 min 为检查时间, 停用麻醉药于检查结束前 5 min, 拔除喉罩 (患者恢复自主呼吸, 呼唤有抬手或睁眼动作时), 离室 (患者意识清醒, 定向力恢复后), 检查后 3 h 内禁饮食, 禁止外出活动 (当天), 术后 1 d 回访。

1.3 观察指标①围术期指标: 检查时间、苏醒时间、麻醉药物用量。②入室时、麻醉诱导后、纤支镜通过声门、到达隆突时、检查完成时 (T0、T1、T2、T3、T4) 时, 比较两组平均动脉压 (MAP)、心率 (HR)、血氧饱和度 (SpO₂) 情况。③T0~T4 时, 使用警觉/镇静 (OAA/S)^[4] 评分评估两组清醒程度, 总分为 0~5 分, 得分越高表明清醒程度高。

1.4 统计学方法应用 SPSS 22.0 分析数据, 计数资料以 [例 (%)] 表示, χ^2 检验; 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, t 检验, 以 $P<0.05$ 为有统计学差异。

2 结果

2.1 围术期指标

表 1 所示, 试验组患者检查时间、苏醒时间短于对照组, 麻醉药物用量低于对照组 ($P<0.05$)。

表 1 两组围术期指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	检查时间 (min)	苏醒时间 (min)	麻醉药物用量	
				丙泊酚 (mg)	瑞芬太尼 (μg)

对照组	28	22.45±2.78	7.25±0.59	148.37±10.32	526.63±52.43	<i>P</i> 值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05
试验组	28	18.45±2.46	4.47±0.36	126.74±12.83	413.85±43.76	2.2 血流动力学				
<i>t</i> 值		5.701	21.284	6.951	8.739	表 2 所示, T0~4 时两组患者 MAP、SpO ₂ 、HR 水平呈先降低后升高趋势, 其中试验组 T1~4 时 MAP、SpO ₂ 、HR 高于对照组 (<i>P</i> <0.05)。				

表 2 两组血流动力学比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	MAP (mmHg)				
		T0	T1	T2	T3	T4
对照组	28	83.72±7.52	74.35±6.18*	72.85±6.15*	70.58±6.25*	75.65±7.18*
试验组	28	83.67±8.45	78.46±7.04*	77.98±7.17*	77.27±7.02*	81.62±7.15
<i>t</i> 值		0.023	2.322	2.874	3.766	3.118
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

续表

SpO ₂ (%)					HR (次/min)				
T0	T1	T2	T3	T4	T0	T1	T2	T3	T4
97.75±1.54	95.35±1.16*	94.68±1.14*	93.57±1.26	95.86±1.13*	81.36±8.37	72.15±6.41*	70.16±7.37*	65.67±6.74*	71.36±6.85*
97.62±1.43	96.86±1.12*	95.33±1.10*	94.45±1.04*	96.64±1.15*	81.47±8.46	75.63±6.35*	74.12±7.28*	70.45±7.63*	76.37±7.48*
0.327	4.955	2.171	2.850	2.560	0.489	2.041	2.023	2.484	2.614
>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

注: 与 T0 比, **P*<0.05。

2.3 OAA/S 评分

表 3 所示, T0~4 时两组患者 OAA/S 评分呈先降低后升高趋势, 其中试验组 T2~3 时 OAA/S 评分低于对照组, T4 时 OAA/S 评分高于对照组 (*P*<0.05)。

表 3 两组 OAA/S 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	OAA/S 评分 (分)				
		T0	T1	T2	T3	T4
对照组	28	4.82±0.15	0.25±0.08*	1.47±0.18*	1.58±0.16*	3.67±0.34*
试验组	28	4.84±0.13	0.23±0.07*	1.15±0.14*	1.27±0.12*	4.17±0.46*
<i>t</i> 值		0.533	0.996	7.426	8.202	4.625
<i>P</i> 值		>0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

注: 与 T0 比, **P*<0.05。

3 讨论

纤维支气管镜检查主要是通过对机体支气管或肺部进行置入细长软管, 以便直接观察病变部位, 或者取病变组织活检的一种呼吸系统疾病诊断方法^[5]。纤维支气管镜检查需经咽喉部 (神经丰富), 故易导致患者出现强烈的应激反应, 不利于检查。局麻虽在一定程度上可以对患者进行镇定、镇痛, 但其效果欠佳^[6]。

喉罩置入复合右美托咪定、瑞芬太尼、依托咪酯全麻主要是通过使用右美托咪定、瑞芬太尼、依托咪酯等麻醉药物, 以使得患者在检查过程中处于入睡状态, 进而有利于减轻机体的应激反应、痛苦, 保证检查操作顺利。同时右美托咪定、瑞芬太尼、依托咪酯在临床应用中还具有快速镇痛、快速苏醒、不良反应少等特点^[7]。本研究结果显示, 试验组患者检查时间、苏醒时间与对照组相比缩短, 麻醉药物用量与对照组相比降低, T2~3 时 OAA/S 评分低于对照组, T4 时 OAA/S 评分高于对照组, 表明喉罩置入复合不同药物全麻在纤支镜检查中, 可有效缩短患者检查、苏醒时间, 降低

麻醉药物用量、检查期间清醒程度。MAP 可用于反映心脏和血管的机能状态, 其水平降低时提示心脏和血管机能紊乱, 从而不利于维持血流动力学稳定; SpO₂ 可用于反映机体的供氧状态, 其水平降低时提示机体供氧不足, 从而导致血流动力学紊乱; HR 作为血流动力学指标, 其水平降低可提示机体血流动力学紊乱, 进而不利于患者检查后苏醒^[8]。喉罩置入复合右美托咪定、瑞芬太尼、依托咪酯全麻主要是通过减轻机体循环的剧烈波动, 同时避免呼吸抑制, 进而有利于维持血流动力学稳定。本研究结果显示, 试验组 T1~4 时 MAP、SpO₂、HR 高于对照组, 表明喉罩置入复合不同药物全麻在纤支镜检查中, 可有效维持患者血流动力学稳定。

综上, 喉罩置入复合不同药物全麻在纤支镜检查中, 可有效缩短患者检查时间、苏醒时间, 降低麻醉药物用量、检查期间清醒程度, 维持血流动力学稳定, 值得临床后期推广应用。

参考文献:

- [1]卓海珍,何海燕.喉罩全身麻醉用于小儿纤维支气管镜检查中的效果及安全性[J].临床肺科杂志,2020,25(3):31-433.
- [2]张杨,陈霞,马浩南.Ambu AuraGain 喉罩用于无痛纤维支气管镜检查术患者气道管理的效果[J].中华麻醉学杂志,2020,40(10):1228-1231.
- [3]范捷,臧波,杨文莉.流线型气道喉罩在无痛纤维支气管镜检查中的应用效果及安全性分析[J].新乡医学院学报,2017,34(9):844-846.
- [4]陈奇涵,章晓泽.右美托咪定复合小剂量舒芬太尼用于镇静时 BIS 值与 OAA/S 评分的相关性研究[J].中国生化药物杂志,2017,37(5):376-378.
- [5]张蕾,高学,寇立华,等.不同剂量瑞芬太尼在全身麻醉下喉罩纤维支气管镜术中应用效果分析[J].临床军医杂志,2019,47(4):412-413,416.
- [6]高芳.右美托咪定预输注对双管喉罩置入时血流动力学影响的研究[J].徐州医学院学报,2017,37(12):825-828.
- [7]吴运斌,梁治辉,梁克诚,等.改良喉罩联合地佐辛用于纤支镜检查的临床观察[J].中国现代手术学杂志,2017,21(1):69-72.
- [8]刘淑杰,范捷,周蓓.SLIPA 喉罩对无痛纤维支气管镜检查患者应激反应及血流动力学的影响[J].临床肺科杂志,2019,24(8):422-426.

基金项目: 宜宾市卫生健康委员会科研课题 (宜卫函 (2020) 320 号), 项目名称: 喉罩置入复合右美托咪定、瑞芬太尼、依托咪酯全麻下快速苏醒无痛纤支镜。

颈部血管超声检查在缺血性脑血管疾病诊断中的临床应用

辛永健

衡水市中医医院 河北衡水 053000

摘要：目的：分析缺血性脑血管疾病诊断中颈部血管超声检查的应用效果。方法：选择近1年（2021年3月-2022年3月）本院收治的缺血性脑血管疾病患者350例作为观察组，同期选择我院健康体检的健康者350例患者作为对照组，回顾临床资料。两组患者均行颈部血管超声检查，对比两组诊断结果。结果：观察组患者颈动脉狭窄率更高，颈动脉粥样硬化斑块率更高，颈动脉中膜增厚率更高，与对照组相比差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；患者组患者脑血流量更低，平均血流速度更低，阻力指数更高，与对照组相比差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；在颈动脉粥样硬化斑块分型方面，观察组中脑梗死患者检出脂质型、混合型斑块检出率均明显高于短暂性脑缺血患者，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），而纤维型、钙化型斑块检出率组间对比差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。而它们最易出现的部位依次为颈动脉主干、颈内动脉起始处、颈动脉分叉处，不同部位斑块形成发生率组间对比差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：缺血性脑血管疾病中，颈动脉粥样硬化斑块形成对其发生发展有重要作用，提示颈动脉粥样硬化斑块是造成缺血性脑血管疾病的重要原因。经颈部血管超声检查，可尽早发现患者的血管狭窄，血流动力学改变情况，对预估缺血性脑血管疾病的发生，为临床提供科学依据有积极意义，具有较高的应用价值。

关键词：缺血性脑血管疾病；颈部血管；超声检查；诊断；动脉粥样硬化斑块；效果；应用价值

缺血性脑血管疾病主要包括短暂性的脑缺血，它主要为脑组织短暂性缺血性以及局灶性损害所导致；脑血栓形成，脑血栓通常是由动脉粥样硬化、动脉炎、其他物理性因素、外伤、血液疾病所引起的脑血管局部病变所致。受到脑血管局部病变的影响可产生血凝块，从而导致局部堵塞，引起一系列症状；脑梗死，因为脑动脉粥样硬化，使得管腔狭窄，血流受阻而导致局灶性的脑梗死，出现相应的症状和体征，比如偏瘫，失语等；脑栓塞，通常是由多种疾病所产生的栓子进入血液，阻塞脑部血管而诱发。患者可存在肢体麻木、失语、偏瘫、视物重影，部分患者还可产生一过性的失明。在我国，缺血性脑血管病约占脑血管病的80%，是致残的首要疾病^[1]。临床研究中，认为缺血性脑血管病最重要的病因有几个方面，一是动脉粥样硬化，可导致大血管存在明显的狭窄和闭塞。脑内的小血管如果出现动脉硬化，也有可能引起缺血性脑血管病发生。二是心脏异常，如果出现房颤或心脏附壁血栓脱落，也会导致脑血管疾病，从而引起缺血性脑血管病发生。且引起缺血性脑血管病的原因较多，一般和高血压、糖尿病、高脂血症及吸烟相关。需要患者前往正规的医院做进一步检查后，才能明确诊断。现如今医学影像技术取得阶段性进展，在发现、诊断缺血性脑血管疾病方面有确切效果，受到广大患者和医师的青睐。其中颈部血管超声检查效果良好，尤其是诊断心血管方面非常重要^[2]。故而本文旨在探讨颈部血管超声检查在缺血性脑血管疾病诊断中的临床应用效果及价值，报道如下：

1. 研究资料及方法

1.1 研究资料

选取近1年本院收治的缺血性脑血管疾病患者的临床资料，其中男173例，女177例；年龄54-88岁（平均64.54±3.51岁）；短暂性脑缺血108例，脑梗死242例。上述患者均符合临床对缺血性脑血管疾病的诊断标准，患者资料完整，且患者及其家属同意，并签署知情同意书。排除疑似恶性肿瘤者，伴有心肝肾等脏器严重损害者，存在精神障碍者。同期选择健康体检者350例，其中男189例，女161例；年龄47-86岁（平均66.54±4.16岁）。上述研究对象的资料比较均衡性良好（ $P>0.05$ ），有可比性。

1.2 方法

全部研究者均接受颈部血管超声检查法。选取的仪器为TOSHIBA Aplio500和HITACHI ARIETTA70使用线阵探头或用凸阵探头补充（用于肥胖、颈短、椎动脉锁骨下动脉难于显露者）的方法。检查前协助患者取仰卧位，双肩垫高，使其头部略微后仰，充分暴露。设置探头频率在5~12MHz之间。将探头放置于患者的胸锁突肌前缘处，先从横断面扫描开始，从右往左，从下往上依次扫查，然后进行纵切面扫描，由下而上扫查。如

果探查的位置较深，则使用凸阵探头补充进行扫查，调整合适探头，缓慢移动探头，尽可能地探查到颈部的最高点处。

1.3 观察指标及判定标准

统计两组研究者颈部血管指标异常情况。同时测定两组研究者血流动力学指标变化情况。

1.4 统计学方法

用统计学软件（SPSS23.0版本）分析数据。

2. 结果

2.1 两组研究者颈部血管指标异常情况对比

由表1可知，观察组颈部血管指标异常检出率高于对照组（ $P<0.05$ ）。

表1 两组研究者颈部血管指标异常情况对比[n, (%)]

组别	例数	颈动脉狭窄率	颈动脉粥样硬化斑块率	颈动脉中膜增厚率
观察组	350	191 (54.57)	324 (92.57)	350 (100.00)
对照组	350	11 (3.14)	10 (2.86)	24 (6.86)
χ^2	-	72.899	301.811	365.255
P	-	0.001	0.001	0.001

2.2 观察组颈动脉斑块分型对比

由表2可知，脑梗死患者形成颈动脉斑块脂质型和混合型发生率较短暂性脑缺血患者更高（ $P<0.05$ ）。

表2 观察组颈动脉斑块分型及发生部位对比[n, (%)]

组别	例数	颈动脉斑块分型			
		脂质型	纤维型	钙化型	混合型
短暂性脑缺血	108	43(39.81)	23 (21.30)	32(29.63)	47 (19.42)
脑梗死	242	128 (52.89)	17 (7.02)	25(10.33)	37 (34.26)
χ^2	-	6.253	4.658	9.127	5.902
P	-	0.012	0.031	0.003	0.015

2.3 观察组颈动脉斑块发生部位对比

由表3可知，不同颈动脉斑块发生部位的发生率组间对比差异明显（ $P<0.05$ ）。

表3 观察组颈动脉斑块发生部位对比[n, (%)]

发生部位	短暂性脑缺血 (n=108)	脑梗死 (n=242)
------	----------------	-------------

颈动脉主干	85 (78.70) *	186 (76.86) *
颈内动脉起始处	19 (17.59) *	42 (38.89) *
颈动脉分叉处	4 (3.70)	14 (12.96)

注：与颈动脉分叉处相比，*P<0.05。

2.3 两组研究者血流动力学指标变化情况对比

由表 4 可知，观察组血流动力学指标变化情况较对照组更明显 (P<0.05)。

表 4 两组研究者血流动力学指标变化情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	脑血流量 (mL/min)	平均血流速度 (cm/s)	阻力指数
观察组	44	535.41±97.56	20.15±6.89	0.70±0.06
对照组	45	639.56±103.82	24.43±7.25	0.63±0.04
t	-	4.904	2.871	6.512
P	-	0.001	0.005	0.001

3. 讨论

缺血性脑血管疾病是指颅内包括颈动脉或脑内动脉狭窄引起的脑供血不足的一系列临床疾病。缺血性脑血管病主要是指脑梗死、短暂性脑缺血发作。一般来说，缺血性的脑血管疾病严重程度不同，对人体的危害也不一样，当急性发作时，通常会出现头晕、头痛、肢体麻木、共济失调、喝水呛咳、吞咽困难、语言障碍、运动障碍，甚至嗜睡、昏迷等症状。若没有得到及时治疗，随着病情的进展，进一步损害神经细胞，将难再生修复，可能留下肢体偏瘫等后遗症。该病症一般发病、致残率和致死率均较高，严重影响患者的生活质量。

近年来，随着人口老龄化日益加重，人们对缺血性脑血管疾病也更加重视和关注。临床研究中发现，脑血管疾病的致死、致残率排在第一位，且发病有逐年增多的趋势。然而临床实践中，颈动脉是动脉粥样硬化发生的常见部位，该部位斑块形成也提示真动脉硬化征象的发生，更是引发缺血性脑血管疾病的危险因素。斑块大多是由血管中的脂类物质沉积所导致的，颈动脉斑块指的是颈动脉管腔存在斑块，斑块附着在颈动脉血管的管壁上，使得管腔狭窄。当出现颈动脉斑块时，会导致颅内血流供应减少进一步加重，引起颅内缺血缺氧的表现，出现头痛，头晕等神经系统不适症状。若不进行有效治疗或预防，部分患者的病情可能发展较快，可形成颈动脉狭窄，而部分患者的斑块纤维膜破裂后可形成血栓脱落，甚至可导致脑梗。超声可以检查颈部的多支血管，颈部血管超声可以检查椎动脉，同时也可以检查锁骨下动脉。通过颈部血管超声可以检查出动脉硬化及斑块形成。由于彩色多普勒超声检查可显示栓塞部位及程度，可进一步为外科手术提供有用信息，在临床中深受重视。丁梨花的研究中表示，颈部血管超声检查在缺血性脑血管疾病患者的临床诊断中利于早期发现患者的血管狭窄、血流动力学改变，具有无创、简便的优势，应用价值较高。刘淑侠的研究则表示，用颈部血管超声为缺血性脑血管疾病患者进行检查可为临床诊断和后续治疗工作提供重要依据，可有效提高颈动脉狭窄、内中膜增厚、颈动脉粥样硬化斑块的检出率，并很好的评估患者脑血流动力学指标变化情况，进一步检出病变部位。上述研究结果与本研究结果一致，可以说颈部血管超声检查应用效果确切，建议临床推广。颈部血管超声检查的意义可显示颈动脉内膜是否增厚、有无斑块形成以及斑块大小及斑块硬度等。颈动脉彩色多普勒超声还可以测量局部血管的流速，以评估是否存在狭窄和闭塞。颈动脉彩色多普勒超声可早期观察颈动脉粥样硬化，监测中、重度颈动脉狭窄和闭塞患者的治疗效果，颈动脉彩色多普勒超声也可以对脑血管疾病作出一定的风险评估。本研究中，对缺血性脑血管疾病患者与健康体检者均进行颈部血管超声检查，分别记录动脉血管内径、管壁、内中膜以及管腔内部的回声情况，进而判定有无粥样斑块。对斑块的好发部位重点检查，对颈动脉内-中膜厚度、位置、形态、斑块的大小、形态、内部回声表现等进行观察测量，并且判断血管狭窄程度。研究结果显示，颈

动脉粥样硬化斑块形成是缺血性脑血管疾病的主要原因，也是危险因素。颈动脉斑块的危险不仅仅在于长大后会长堵塞局部的颈动脉，更主要的危害在于那些不稳定的斑块，也就是在血管壁上不牢固容易脱落的斑块。当斑块整块或者部分脱落后，就会形成血流中的栓子，随血流到达大脑或者心脏等器官，从而引发心肌梗死、脑卒中以及周围血管疾病，如下肢动脉硬化等疾病。而颈动脉斑块在中老年人群中非常普遍，需要加以重视，不能掉以轻心。从颈部血管指标异常情况来看，颈动脉粥样硬化、颈动脉狭窄、颈动脉中膜增厚即可判断有斑块形成。颈部血管超声检查可评估颈部血管解剖结构，观察各血管壁四周有无斑块。观察血管内膜变化，测量内膜-中膜厚度，可评估管腔有无斑块、狭窄、闭塞等形态异常。由于该检查方式能清晰显示血管结构，且能够进行准确定位，且不受血流方向、速度、声速的干扰，易被患者接受，对辅助临床医师判断病情有积极作用。从研究颈动脉斑块分型及发生部位可知，斑块脂质型和混合型多见于脑梗死患者中，且斑块易发生的位置依次为颈动脉主干、颈内动脉起始处、颈动脉分叉处。脂质斑块一般被认为是血管壁的脂质沉积，主要发生在冠状动脉里面，多阻塞血管而引起心肌梗死。脑部的动脉因为高血压，糖尿病或者高脂血症等，会出现血管内皮的损伤，造成血管内皮因子出现炎症浸润形成斑块。若斑块逐步增大，将会进一步堵塞血管，从而出现脑梗死。颈动脉混合斑块属于斑块组合形式，与其它全身血管斑块相同，由脂纹、纤维斑块、粥样斑块演变而来，同时还伴有斑块下改变，包括斑块下出血、斑块破裂、钙化、动脉瘤形成、血栓等。混合斑块常见于超声描述中，且其易破裂，在斑块破裂后易引起远端栓塞性事件发生，如脑梗死、周围血管梗死。此外，混合斑块在发生缺血事件后，斑块还会不停地破裂、脱落，一定要积极对待、及时治疗。在斑块形成的部位中，首先是颈动脉主干，因为主动脉是由心脏发出连接其他全身血管的主要通道，血液中大分子物质就会增多，有很多附着在血管内壁上，容易使血管内壁增厚，所以出现狭窄的几率非常大；其次是颈内动脉起始处、颈动脉分叉处，这些部位出现狭窄多是因为板中微栓子或斑块表面的微血栓脱落而沉积在此处，继而引起狭窄。从血流动力学指标变化中可发现，缺血性脑血管疾病患者较健康体检者而言，脑血流量更少，平均血流速度更慢，阻力指数增加。当大脑处于缺血的状态会导致血液粘度的增加，严重的可能会导致脑血栓的形成，导致脑梗塞。而血流速度减慢的改变就是血流动力学的改变，心跳缓慢或者心功能衰竭也会导致血流速度减慢。还有是因为血管硬化，导致血管弹性变差，经过血管的血流速度会缓慢，弹性变差会造成血流速度减慢。还有就是因为血容量的关系。血容量减少，会造成血流速度缓慢，通过血管的血流减少。总体血容量减少了，也会出现血流速度缓慢的状况。阻力指数增加说明板块的形成，以造成狭窄。当患者颈动脉阻力指数增高，提示患者可能患有颈动脉粥样硬化性改变，并可能存在颈动脉狭窄。林少鹏等人研究显示，缺血性脑血管病老人脑血流动力学参数中 CBFV 与 V_{max} (mean) 均低于健康体检的老年人，脑血流动力学参数中 RI 高于健康体检的老年人，这一结果与本研究结果类似。说明发生缺血性脑血管疾病的患者多有血流动力学指标明显改变的情况，可见脑血流量减少，平均血流速度减慢，阻力指数增加。

综上所述，颈部血管超声检查诊断缺血性脑血管疾病中有重要意义，可有效对动脉粥样硬化斑块形成进行判断，为临床治疗提供科学依据。

参考文献：

[1]李莹, 周智勇, 包洪靖,等. 颈部血管超声检查在缺血性脑血管疾病诊断中的应用价值分析[J]. 血管与腔内血管外科杂志, 2022, 8 (4): 422-425.

[2]董慧颖. 探讨颈部血管超声检查在缺血性脑血管疾病诊断中的应用价值[J]. 系统医学, 2021, 6 (15): 95-97.

[3]赵萍桥. 颈部血管超声检查对缺血性脑血管疾病患者的影响探讨[J]. 家有孕宝, 2021, 3 (12): 203.

氨氯地平联合替米沙坦治疗老年高血压临床疗效分析

徐敬

济南市儿童医院 山东济南 250022

摘要：目的 分析老年高血压患者临床采用氨氯地平联合替米沙坦进行治疗取得的效果。方法 本次研究所选取患者的时间范围为 2020 年 12 月-2021 年 12 月，共计选取患者 132 例，均为老年高血压患者，临床分为对照组、试验组进行观察和研究，均为 66 例，分别接受单纯氨氯地平治疗、联合应用氨氯地平、替米沙坦治疗，对比临床效果、血压变化、肝肾功能指标以及不良反应发生率。结果 接受治疗前试验组、对照组 SBP、DBP、SSD、DSD 之间差异较小，无统计学意义 ($P>0.05$)，试验组、对照组 AST、ALT、BUN、Cr 指标之间差异较小，无统计学意义 ($P>0.05$)。接受治疗后试验组患者 SBP、DBP、SSD、DSD 明显低于对照组患者，AST、ALT、BUN、Cr 指标均低于对照组患者，两组数据比较存在显著性差异，具有统计学意义 ($P<0.05$)；试验组患者治疗总有效率明显高于对照组患者，并发症总发生率明显低于对照组患者，两组数据比较存在显著性差异，具有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 老年高血压患者临床接受氨氯地平联合替米沙坦进行治疗所取得的临床效果比较理想，治疗之后患者各项指标明显更优，具有应用、推广价值。

关键词：老年高血压；氨氯地平；替米沙坦；治疗效果

高血压在老年人当中比较常见，会严重影响老年患者的日常生活和身体健康。随着现代经济的不断发展，人们生活水平随之改变，生活方式与饮食习惯也出现了巨大的变化，导致临床收治的高血压患者数量随之增多^[1]。在早期，人们对于高血压存在错误的疾病认知，认为这一疾病并不需要专业的干预和处理，主要是因为年龄增长而出现的一种自然现象。但是根据现代医学研究可以了解到，患者出现高血压之后极易导致各种并发症，导致患者生命安全受到严重威胁^[2]。所以临床需要给予老年高血压患者科学的诊断和治疗，使患者血压水平得到良好改善，进而使其生活质量得到显著提升。本次研究主要选取 132 例患者进行分析，分为两组接受不同方式进行治疗，相对比治疗结果如下：

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 12 月-2021 年 12 月于本院接受治疗的老年高血压患者 132 例，随机将其划分为对照组与试验组各 66 例。对照组患者当中男性、女性的数量分别为 39 例、27 例，最高年龄与最低年龄患者分别为 79 岁、58 岁，计算年龄均值 (67.79±4.68) 岁；试验组患者当中男性、女性的数量分别为 38 例、28 例，最高年龄与最低年龄患者分别为 83 岁、59 岁，计算年龄均值 (70.57±4.24) 岁。纳入标准：①以《中国高血压防治指南》^[3]作为诊断标准，入选患者均与相关标准相符合，且收缩压均高于 140mmHg，舒张压均高于 90mmHg；②入选患者年龄均高于 55 岁；③入选患者在参与研究前一周时间内并未应用过任何降压药物。排除标准：①经过临床检查发现患者合并严重器官疾病；②患者在近一个月之内发生过心脑血管疾病；③患者对于本次研究所应用的药物过敏。比较两组年龄、性别等相关资料， $P>0.05$ 无统计学差异。

1.2 方法

所选患者入院之后护理人员帮助患者养成健康的生活习惯，指导患者降低摄入钠含量、酒精含量，对其体重进行控制，帮助患者调节血脂，叮嘱其戒烟、戒酒，结合身体情况适当运动。

单纯应用氨氯地平（华润赛科药业有限责任公司生产，国药准字 H20010700）治疗对照组患者，每日口服 5mg，每日口服 2 次。连续治疗 30d。

在对照组治疗基础上联合应用替米沙坦（华润双鹤药业股份有限公司生产，国药准字 H20070259）治疗试验组患者，每次口服 80mg，每日口服 1 次。连续治疗 30d。

1.3 观察指标

1.3.1 比较对照组、试验组临床治疗效果。治疗后患者血压降低到正常的水平，各项临床症状完全消失判定为治疗显效；治疗后患者舒张压降低未超过 10mmHg，收缩压降低未超过 20mmHg，各项临床症状有所改善判定为治疗有效；治疗后患者血压水平并未出现明显的变化，各项症状并未改善为治疗无效^[4]。

1.3.2 比较对照组、试验组血压变化。针对治疗前 24h 及治疗后 24h 动态血压进行测量，主要包括 24h 收缩压（SBP）、24h 舒张压（DBP）、24h 收缩压标准差（SSD）与 24h 舒张压标准差（DSD）。

1.3.3 比较对照组、试验组肝肾功能指标变化。主要包括天冬氨酸氨基转移酶（AST）、丙氨酸氨基转移酶（ALT）、尿素氮（BUN）、肌酐（Cr）。

1.3.4 比较对照组、试验组不良反应发生率。主要不良反应包括皮肤过敏、头痛、腹泻、恶心呕吐。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 22.0 统计学软件分析数据，计量资料用 ($\bar{x}\pm s$) 表示，组间比较方差用独立样本的 t 检验。计数资料采用 (%) 表示，用 χ^2 检验，以 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 比较两组患者临床治疗效果

试验组 2 例患者治疗无效，治疗总有效率 96.97%；对照组 11 例患者治疗无效，治疗总有效率 83.33%。试验组治疗总有效率明显高于对照组 ($P<0.05$)。详见表 1。

表 1 对照组、试验组治疗效果[n (%)]

组别	例数	治疗显效	治疗有效	治疗无效	总有效率
试验组	66	48(72.73)	16(24.24)	2(3.03)	64(96.97)
对照组	66	40(60.60)	15(22.73)	11(16.67)	55(83.33)
χ^2	-	-	-	-	6.911
P	-	-	-	-	0.009

2.2 比较两组患者临床血压变化

治疗之前两组患者 SBP、DBP、SSD、DSD 之间无统计学差异 ($P>0.05$)；接受治疗后试验组患者 SBP、DBP、SSD、DSD 明显低于对照组患者，差异显著 ($P<0.05$)。详见表 2。

表 2 对照组、试验组血压变化[($\bar{x}\pm s$), mmHg]

组别	例数	SBP		DBP		SSD		DSD	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	66	156.13±13.46	121.42±12.63	95.16±9.22	82.60±8.76	14.83±2.37	10.74±2.23	12.55±1.70	9.24±1.37
对照	66	155.15±13.84	131.80±14.23	94.68±9.33	88.02±8.34	14.79±2.05	12.16±2.14	12.79±1.63	10.46±1.87

组									
<i>t</i>	-	0.412	4.432	0.297	3.640	0.130	3.733	0.828	4.276
<i>P</i>	-	0.681	<0.001	0.767	<0.001	0.897	<0.001	0.409	<0.001

2.3 比较两组患者临床肝肾功能指标变化 ($P>0.05$)；试验组患者 AST、ALT、BUN、Cr 指标均低于对照组患者，治疗前两组患者 AST、ALT、BUN、Cr 指标之间无统计学差异 差异显著 ($P<0.05$)。详见表 3。

表 3 对照组、试验组肝肾功能指标变化 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	AST (U/L)		ALT (U/L)		BUN (mmol/L)		Cr (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
试验组	66	31.02±2.72	35.02±2.63	26.83±2.49	24.53±4.59	5.87±1.50	4.44±1.03	115.69±1.44	88.39±4.48
对照组	66	31.66±2.75	37.03±2.72	26.76±2.53	27.02±4.37	5.89±1.58	5.42±1.37	115.58±1.36	100.03±6.84
<i>t</i>	-	1.344	4.308	0.160	3.192	0.075	4.645	0.451	11.565
<i>P</i>	-	0.181	<0.001	0.873	0.002	0.940	<0.001	0.653	<0.001

2.4 比较两组患者临床不良反应发生率

试验组 1 例患者出现头痛症状、1 例患者出现腹泻症状、1 例患者出现恶心呕吐症状，并发病总发生率 4.56%；对照组 2 例患者出现皮肤过敏、4 例患者出现头痛症状、4 例患者出现腹泻症状、4 例患者出现恶心呕吐症状，并发病总发生率 21.21%。试验组并发症总发生率明显低于对照组 ($P<0.05$)。详见表 4。

表 4 对照组、试验组不良反应发生率[n (%)]

组别	例数	皮肤过敏	头痛	腹泻	恶心呕吐	总发生率
试验组	66	0 (0.00)	1 (1.52)	1 (1.52)	1 (1.52)	3 (4.56)
对照组	66	2 (3.03)	4 (6.06)	4 (6.06)	4 (6.06)	14 (21.21)
χ^2	-	-	-	-	-	6.453
<i>P</i>	-	-	-	-	-	0.011

3. 结论

高血压属于临床常见疾病，会严重影响患者的身体健康和生命安全。根据调查显示，我国老年人群中患有高血压的人群约占总数量的 50%~60%，严重威胁了老年人群的身体和生命安全^[5]。当前临床尚未完全明确高血压疾病的发病机制，一般认为与遗传、生活压力、日常饮食、生存环境之间存在密切关联^[6]。患者发病早期阶段并不会出现明显的特异性表现，但是随着病情的逐渐发展患者可能会出现睡眠障碍、心悸、头晕等相关症状，如果情况严重还会累及肾、脑、心等器官，导致患者出现脑出血，使其生命安全受到威胁。高血压属于全身性疾病之一，主要临床表现为循环动脉压升高，加之随着患者年龄升高其身体机能也会逐渐衰退，所以多数患者多合并基础性疾病，对于治疗药物具有一定的敏感度，所以临床治疗老年高血压患者具有较高的难度，且血压控制效果一直不够理想。不仅如此，老年高血压极易恶化，导致患者出现各种不良反应，使其身体健康受到威胁。

临床治疗高血压疾病的时候需要严格遵循逐渐降压原则，在初期治疗阶段需要小剂量服用降压药物，稳定降压速度，同时还需要密切观察患者各项临床症状以及生命体征变化，一旦发现患者出现不良反应或者发生异常症状需要及时采取措施进行处理。根据研究可知，高血压与肾、脑、心之间存在着非常密切的关系，随着患者患病时间的不断延长，患者各项器官受损的几率也就越大^[7]。临床治疗高血压的关键是稳定患者的血压，使其血压波动得到降低。研究指出，高血压患者大多存在着程度不同的血压晨峰与血压变异性表现，导致患者每日不同时间段的血压波动存在一定差异^[8]。当前临床主要应用药物治疗老年高血压，但是大多数药物治疗并未对药物动力学变化特性以及患者血压波动节律性进行考虑，所以临床治疗期间需要以血压波动周期性以及昼夜节律作为考虑技术开展治疗，制定更加科学有效的治疗方案。氨氯地平属于钙离子拮抗剂之一，其所具有的特

异性可以将心肌细胞膜、血管平滑肌细胞上的钙离子通道阻断，可以直接作用于高血压患者血管平滑肌，使其冠状动脉得到有效扩张，外周血管得到良好强化，进而降低细胞内钙离子水平，有效控制血压。虽然应用此种药物治疗老年高血压可以起到降压的效果，但是因其发挥药效比较缓慢，而且会在患者体内长时间作用，所以单独应用此种药物治疗对部分患者无法起到良好的效果，且患者极易出现头痛、下肢浮肿、便秘等不良反应。替米沙坦属于血管紧张素 II 受体拮抗剂之一，主要优点为高选择性、药物起效速度快，在治疗高血压患者过程中联合应用替米沙坦取得的效果比较理想，可有效保护患者的血管内皮和心脏，使其血管弹性与活力得到良好维持。氨氯地平联合替米沙坦治疗老年高血压属于临床比较常见的一种治疗方案，其降压效果比较良好。临床联合应用两种药物进行治疗时，可以利用钙离子拮抗剂与血管紧张素、肾素以及醛固酮系统阻滞剂进行相互作用，有效控制患者血压，在一定程度上降低患者心血管事件发生率，具有较高的安全性。经过本次研究可知，两组患者在接受临床治疗之前 SBP、DBP、SSD、DSD 数据 AST、ALT、BUN、Cr 指标之间不具有统计学差异 ($P>0.05$)。接受治疗后，试验组患者 SBP、DBP、SSD、DSD 明显低于对照组患者，AST、ALT、BUN、Cr 指标均低于对照组患者，试验组患者治疗总有效率明显高于对照组患者，并发病总发生率明显低于对照组患者，两组数据比较存在显著性差异，具有统计学意义 ($P<0.05$)。

综上所述，临床治疗老年高血压患者期间联合应用氨氯地平与替米沙坦治疗效果更加良好，降压效果比较良好，治疗后患者各项肾功能指标明显更好，并发病发生率相对较低，治疗安全性较高，具有良好的应用价值，值得推广。

参考文献：

[1]张瑾,刘延玲,黄双双.氨氯地平与替米沙坦联合治疗老年高血压早期肾损害的效果观察[J].贵州医药,2021,45 (12): 1943-1944.
[2]余志杰,程玉娟.氨氯地平与替米沙坦联合治疗老年高血压早期肾损害效果观察[J].中国药物与临床,2021,21 (14): 2520-2522.
[3]中国高血压防治指南修订委员会.中国高血压防治指南(2010 年修订版)[J].中国实用乡村医生杂志,2012, 19 (10): 1-12.
[4]佐虹.替米沙坦与氨氯地平共同治疗糖尿病合并高血压患者的临床分析[J].实用妇科内分泌电子杂志,2020,7 (33): 184-185.
[5]陈霞.替米沙坦联合左旋氨氯地平对老年人高血压患者的疗效[J].深圳中西医结合杂志,2020,30 (09): 110-111.
[6]王吉光.用左旋氨氯地平联合替米沙坦对老年高血压患者进行治疗的效果研究[J].当代医药论丛,2020,18 (05): 134-135.
[7]热衣汗古丽·尤力达西,古兰木拜尔·安尼瓦尔.氨氯地平与替米沙坦联合治疗老年高血压合并早期肾损害的临床疗效研究[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8 (01): 95+100.
[8]于巍.氨氯地平联合替米沙坦治疗老年高血压临床效果探讨[J].中国冶金工业医学杂志,2019,36 (06): 715-716.

集束化温柔分娩模式联合生育舞蹈干预对高龄产妇分娩结局影响分析

薛立梅¹ 张国超² 董燕¹ 唐连敏¹ 黄亚雪¹

1、邢台市第三医院产房 河北邢台 054000; 2、临城县人民医院妇科 河北邢台 054000

摘要: 目的: 探讨集束化温柔分娩模式联合生育舞蹈干预对高龄产妇分娩结局影响。方法: 选取 2020 年 1 月-2021 年 12 月 100 例高龄产妇作为研究对象, 按照随机数字表将其分为研究组与对照组, 每组各 50 例。对照组给予常规护理干预, 研究组在对照组的基础上给予产妇集束化温柔分娩模式联合生育舞蹈干预。分析两组产妇剖宫产率、VAS 评分; 两组产妇第一产程时间、第二产程时间、第三产程时间以及总产程时间; 两组产妇产后出血情况; 新生儿 1 min Apgar 评分以及早产发生率。结果: 研究组产妇剖宫产率、VAS 评分明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 研究组产妇第一产程时间、第二产程时间、第三产程时间以及总产程时间分别为 (347.53±14.38) min、(22.10±2.37) min、(5.39±0.32) min、(401.53±15.38) min, 对照组产妇第一产程时间、第二产程时间、第三产程时间以及总产程时间分别为 (459.24±17.42) min、(38.49±0.39) min、(8.39±0.76) min、(568.38±32.16) min, 研究组产程时间低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 研究组顺产的产妇产后出血裂伤程度、切开率明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 研究组新生儿 1 min Apgar 评分以及早产发生率与对照组在数据方面, 差异不显著 ($P>0.05$)。结论: 集束化温柔分娩模式联合生育舞蹈干预在高龄产妇中应用临床效果显著, 能够显著降低剖宫产率, 缓解患者的分娩疼痛, 缩短患者的产程, 减轻顺产妇产后出血裂伤程度, 减少会阴侧切率, 值得在临床上推广。

关键词: 集束化温柔分娩模式; 生育舞蹈干预; 高龄产妇; 分娩结局; 影响

分娩是一个特殊的生理过程, 大部分的产妇多会因为阵痛产生相应的负面情绪, 例如, 焦虑、紧张甚至恐惧等^[1-2], 尤其是高龄产妇, 其身体机能下降, 在一定程度上影响到患者的妊娠结局。随着医疗水平的飞速发展, 产妇往往选择剖宫产作为分娩的首要选择之一, 这导致我国剖宫产率逐年升高^[3-4]。剖宫产主要用于处理难产、高危妊娠的产妇。若是低危、无手术指征的产妇采用剖宫产, 会影响到非医学因素剖宫产率的增加^[5-6]。为了提高自然分娩率, 如何缓解患者的分娩疼痛, 促进产程是临床上研究的热点问题。相关研究指出, 采用集束化温柔分娩模式能够有效改善患者的分娩情况^[7-8], 在此基础上联合应用生育舞蹈干预, 能够进一步改善产妇的分娩结局。为进一步探讨集束化温柔分娩模式联合生育舞蹈干预对高龄产妇分娩结局影响, 选取 2020 年 1 月-2021 年 12 月 100 例高龄产妇作为研究对象, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 对象与分组

选取 2020 年 1 月-2021 年 12 月 100 例高龄产妇作为研究对象, 按照随机数字表将其分为研究组 (n=50) 及对照组 (n=50)。经统计学分析, 研究组与对照组的一般资料差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性, 其详细情况见表 1, 产妇均知情同意。

表 1 两组产妇一般资料情况比较

组别	年龄 (岁)	孕周 (周)
研究组 (n=50)	29.65±3.43	38.06±0.96
对照组 (n=50)	29.51±3.41	38.09±0.86
T/X ²	0.294	0.196
P 值	>0.05	>0.05

1.2 方法

对照组采用常规护理干预。研究组: 集束化温柔分娩模式: 首先, 对产妇的基本情况了解, 成立干预小组; 其次, 采用集束化温柔分娩模式循证方法; 最后, 制定主要干预方案。在循证的基础上, 小组负责人组织成员共同探讨, 结合本院产科的实际情况, 形成相应方案。其主要内容包括: 进行分娩知识的培训, 进行拉玛泽呼吸减痛法训练、在分娩过程中, 注意自由体位转换等。产后的“三早一晚”: 即“早接触、早吸吮、早开奶、晚断脐”。

生育舞蹈内容如下: 本次干预主要采用舞蹈腰链、头巾等道具进行热身活动, 时间控制在 15min。舞蹈动作分解: 手臂伸展与波浪运动; 骨盆摇摆与振动; 腰部旋转与画圈; 双腿打开并屈膝; 每个动作进行 4 个 8 拍练习。若是患者出现异常, 则停止舞蹈。

1.3 观察指标^[9-10]

观察并比较两组产妇剖宫产率、VAS 评分; 两组产妇第一产程时间、第二产程时间、第三产程时间以及总产程时间; 两组产妇产后出血情况; 新生儿 1 min Apgar 评分以及早产发生率。

1.4 统计学方法

应用 SPSS22.0 统计学系统进行分析, 计量数据以 ($\bar{x}\pm s$) 表示, 差异性比较用 t 检验, 计数资料则用 n (%) 来表示, 采用 X² 检验, $P<0.05$ 代表差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇临床效果比较

研究组产妇剖宫产率、VAS 评分明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 两组产妇临床效果比较

组别	剖宫产率	VAS 评分
研究组 (n=50)	3 (6.00)	5.39±1.92
对照组 (n=50)	8 (16.00)	6.58±2.04
X ²	5.392	7.493
P 值	<0.05	<0.05

2.2 两组产妇产程时间比较

研究组产妇第一产程时间、第二产程时间、第三产程时间以及总产程时间分别为 (347.53±14.38) min、(22.10±2.37) min、(5.39±0.32) min、(401.53±15.38) min, 对照组产妇第一产程时间、第二产程时间、第三产程时间以及总产程时间分别为 (459.24±17.42) min、(38.49±0.39) min、(8.39±0.76) min、(568.38±32.16) min, 研究组产程时间低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 两组产妇产程时间比较

组别	第一产程 (min)	第二产程 (min)	第三产程 (min)	总产程 (min)
----	---------------	---------------	---------------	--------------

研究组 (n=50)	347.53±14.38	22.10±2.37	5.39±0.32	401.53±15.38
对照组 (n=50)	459.24±17.42	38.49±0.39	8.39±0.76	568.38±32.16
t	3.294	5.492	3.053	4.597
P 值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组产妇会阴裂伤程度、切开率比较

研究组顺产的产妇会阴裂伤程度、切开率明显低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$),见表3。

表3 两组产妇会阴裂伤程度、切开率比较

组别	完整	I 度裂伤	II 度裂伤	会阴切开术
研究组 (n=50)	1	32	6	11
对照组 (n=50)	0	18	24	18
X ²		4.392		
P 值		<0.05		

2.4 两组新生儿 1 min Apgar 评分以及早产发生率比较

研究组新生儿 1 min Apgar 评分以及早产发生率与对照组在数据方面,差异不显著 ($P>0.05$),见表5。

表5 两组新生儿 1 min Apgar 评分以及早产发生率比较

组别	新生儿 1 min Apgar 评分	早产发生率
研究组 (n=50)	9.21±0.14	2 (4.00)
对照组 (n=50)	9.14±0.21	4 (8.00)
t	1.039	0.094
P 值	>0.05	>0.05

3 讨论

产前、围产期各种因素的差异均会导致患者分娩是否顺利进行,对于妊娠结局也有重要的影响^[11]。随着现阶段我国生育政策的不断开放以及女性生育观念的改变,我国高龄产妇的人数呈逐年增多的趋势。相关数据显示,我国高龄产妇的比例已经达到 31%^[12-13],部分产妇的妊娠结局并不完美。

集束化温柔分娩模式是近年来,国内学界十分推崇的一种干预措施。采用集束化温柔分娩模式进行干预,能够有效改善患者的分娩效能^[14-15]。相关研究指出,采用集束化温柔分娩模式能够显著提高自然分娩率,进而加快产程。在此基础上联合应用生育舞蹈,能够积极调动产妇的分娩积极性,促进产妇的分娩。此外,采用生育舞蹈,能够有效改善产妇的身体机能,为产妇产后顺利分娩提供保障,能够显著提高产妇的分娩质量。本次研究结果显示,研究组产妇剖宫产率、VAS 评分明显低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$),说明集束化温柔分娩模式联合生育舞蹈干预能够有效提高自然分娩率;研究组产妇第一产程时间、第二产程时间、第三产程时间以及总产程时间分别为 (347.53±14.38) min、(22.10±2.37) min、(5.39±0.32) min、(401.53±15.38) min,对照组产妇第一产程时间、第二产程时间、第三产程时间以及总产程时间分别为 (459.24±17.42) min、(38.49±0.39) min、(8.39±0.76) min、(568.38±32.16) min,研究组产程时间低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$),说明集束化温柔分娩模式联合生育舞蹈干预能够显著缩短产程;研究组顺产的产妇会阴裂伤程度、切开率明显低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$),说明集束化温柔分娩模式联合生育舞蹈干预在高龄产妇中应用对新生儿并无显著影响;研究组新生儿 1 min Apgar 评分以及早产发生率与对照组在数据方面,

差异不显著 ($P>0.05$),说明集束化温柔分娩模式联合生育舞蹈干预在高龄产妇中应用临床效果显著。

综上所述,集束化温柔分娩模式联合生育舞蹈干预在高龄产妇中应用临床效果显著,能够显著降低剖宫产率,缓解患者的分娩疼痛,缩短患者的产程,减轻顺产产妇会阴裂伤程度,减少会阴切开率,值得在临床上推广。

参考文献:

[1]罗曼云,庄光翠,罗雪松,林美芝,李裕珍.孕妇课堂健康教育联合分娩预演对初产妇负性情绪和分娩结局的影响[J].中西医结合护理(中英文),2021,7(07): 79-81.

[2]赖荣娣,沈宇清,张翠雁,张惠玲,梁翔空.温柔分娩集束化护理对高龄合并宫内胎儿异常孕妇分娩效果及围产期产妇心理的影响[J].广东医科大学学报,2021,39(03): 375-377.

[3]朱燕芬,王桂英,刘海燕.产前系统性生育舞蹈训练对产妇产程时间、分娩方式及风险事件的影响[J].齐鲁护理杂志,2021,27(02): 37-39.

[4]赖荣娣,王好,沈宇清,张翠雁.集束化温柔分娩模式对高龄产妇分娩结局的影响[J].齐齐哈尔医学院学报,2021,42(01): 84-87.

[5]马倩,张颖莉.生育舞蹈配合活跃期自由体位待产对初产妇分娩控制感及自然分娩率的影响[J].临床医学研究与实践,2020,5(33): 176-178.

[6]刘颖英,蔡露,林梦霄.阶段性孕早期保健干预结合孕晚期生育舞蹈对初产妇母婴结局及母乳喂养的影响[J].广东医学,2020,41(04): 425-429.

[7]温天渺,朱约丹,尧佳.孕晚期生育舞蹈结合产时导乐在行双侧会阴神经阻滞麻醉分娩镇痛产妇中的应用[J].广东医学,2019,40(22): 3202-3206.

[8]颜凤,张慧珠,杨金英,林玉娜,张立力.产时应用生育舞蹈对初产妇产痛及分娩控制感的影响研究[J].护理学报,2019,26(17): 6-9.

[9]颜凤,林艳,张慧珠.孕晚期及产时应用生育舞蹈对产妇分娩结局的影响研究[J].中华护理杂志,2018,53(09): 1035-1038.

[10]Hofmeyr G Justus,Vogel Joshua P,Singata Mandisa,Habib Ndema Abu,Landoulsi Sihem,Gülmecoglu A Metin. Does gentle assisted pushing or giving birth in the upright position reduce the duration of the second stage of labour? A three-arm, open-label, randomised controlled trial in South Africa.[J]. BMJ global health,2018,3(3).

[11]袁季兰.助产士主导的“温柔生产”集束化模式对自然分娩影响的临床研究[J].中国实用医药,2018,13(24): 167-168.

[12]郑笑珠,郑彤云,黄馥芳,万小妮.“温柔生产”集束化模式对自然分娩的影响[J].中国城乡企业卫生,2017,32(09): 95-97.

[13]黄蓉,侯燕文,万宏伟,刘宏,陈艳莉,朱毓.助产士主导的“温柔生产”集束化模式对自然分娩影响的临床研究[J].中国实用护理杂志,2015,31(20): 1483-1486.

[14]Young-Ran Kim,Yu-Sun Min,U-Sik Jang,Mun-Hee Nam,Chae-Min Chun,Jin-Ho Chun,Hae-Sook Sohn. Improvements of Behavior and Attitude of Pregnant Women Trained by A Maternity-oriented Antenatal Education Program: Assessment of Korean Gentle Birth (KGB) Program[J]. JOURNAL OF THE KOREAN SOCIETY OF MATERNAL AND CHILD HEALTH,2012,16(2).

[15]Maziade Michel,Boudreau lt Maurice,Côté Robert,Thivierge Jacques. Influence of gentle birth delivery procedures and other perinatal circumstances on infant temperament: Developmental and social implications[J]. The Journal of Pediatrics,1986,108(1).

项目来源: 河北省邢台市重点研发计划自筹项目 (2021ZC105)

单孔腹腔镜下"棒球缝合法"在子宫肌瘤剥除术中的应用价值

杨华

江油市人民医院妇产科 四川江油 621700

摘要:目的:明确单孔腹腔镜下"棒球缝合法"在子宫肌瘤剥除术中的应用。方法:纳入2020年5月到2022年4月入院行单孔腹腔镜下"棒球缝合法"在子宫肌瘤剥除术的58例患者选入单孔治疗组,同期实施多孔腹腔镜下"棒球缝合法"在子宫肌瘤剥除术的58例患者为多孔治疗组,比较两组的治疗效果。结果:单孔治疗组手术时间、术中出血量比多孔治疗组多,住院时间比多孔治疗组少,术后2h和24h的VAS评分比多孔治疗组低,切口美容满意度比多孔治疗组高($P<0.05$);两组并发症发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:选择单孔腹腔镜下"棒球缝合法"在子宫肌瘤剥除术中效果高,值得推广。

关键词:单孔腹腔镜检查;棒球缝合法;子宫肌瘤剥除术;应用价值

Application value of single hole laparoscopic "baseball suture" in myomectomy

Yang Hua

Department of Obstetrics and Gynecology, Jiangyou people's Hospital, Jiangyou 621700, Sichuan

[Abstract]Objective: to clarify the application of single hole laparoscopic "baseball suture" in myomectomy. Methods: from May 2020 to April 2022, 58 patients admitted to the hospital for single hole laparoscopic "baseball suture" in myomectomy were selected into the single hole treatment group, and 58 patients who underwent multi hole laparoscopic "baseball suture" in myomectomy in the same period were selected as the multi hole treatment group. The treatment effects of the two groups were compared. Results: the operation time and intraoperative bleeding volume of the single hole treatment group were more than that of the porous treatment group, and the hospitalization time was less than that of the porous treatment group. The VAS score at 2h and 24h after operation was lower than that of the porous treatment group, and the incision beauty satisfaction was higher than that of the porous treatment group ($P<0.05$); There was no significant difference in the incidence of complications between the two groups ($P>0.05$). Conclusion: the single hole laparoscopic "baseball suture" has high effect in myomectomy and is worth popularizing.

[Key words]: single hole laparoscopy; Baseball stitching; Myomectomy; Application value

子宫肌瘤是女性生殖器官中最常见的良性肿瘤,是生长在子宫上的一种良性肿瘤,常见于30-50岁的妇女,20岁以下少见;据统计,30岁以上的妇女约20%患有子宫肌瘤^[1]。子宫肌瘤主要由子宫平滑肌和纤维结缔组织所组成的瘤样结构,大部分子宫肌瘤患者没有临床表现,少数会表现为月经的异常,以及腹痛等症状。导致子宫肌瘤发生的原因可能有遗传因素、激素水平异常、肥胖、吸烟、喝酒、流产等;目前,并没有研究出引起子宫肌瘤的确切的原因。关于子宫肌瘤的治疗中,对于没有症状的子宫肌瘤患者,不需要接受治疗,定期进行检查即可;对于引起症状的肌瘤,影响女性正常的生活时,则可以进行手术切除,能够缓解女性的临床症状^[2]。临床治疗子宫肌瘤中,常用的手术包括传统开腹手术、微创手术、腹腔镜手术等,其均具有各自的优势,本次就2020年5月到2022年4月入院行单孔腹腔镜下"棒球缝合法"在子宫肌瘤剥除术的58例患者,和同期的多孔腹腔镜下"棒球缝合法"在子宫肌瘤剥除术的58例患者的应用价值展开探讨,具体如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入2020年5月到2022年4月入院行单孔腹腔镜下"棒球缝合法"在子宫肌瘤剥除术的58例患者选入单孔治疗组,同期开展多孔腹腔镜下"棒球缝合法"在子宫肌瘤剥除术的58例患者为多孔治疗组;单孔治疗组29-46岁,平均(31.69±2.31)岁,多孔治疗组26-45岁,平均(31.57±2.53)岁。纳入标准:全部为子宫肌瘤患者,并且子宫肌瘤个数在1-3个,最大直径超过10cm;需要行子宫肌瘤剥除术;血红蛋白超过80g/L;了解本研究目的且签署同意书;高依从性。排除标准:哺乳和妊娠期女性;精神不正常者;凝血功能障碍者;研究过程中退出者。两组一般资料比较,无差异 $P>0.05$ 。

1.2 方法

单孔治疗组行单孔腹腔镜下"棒球缝合法"在子宫肌瘤剥除术,手术前进行肝肾功能、血常规、肝肾功能检查,做好术前准备;对患者行全麻,在其脐孔上方取约1cm切口,将腹腔镜置入查看盆腔情况,适当下压腹腔镜杆头侧端,顶起脐部切口下侧腹壁,再将切口延长为2.5cm,将腹腔镜探头取出;在脐部切口置入单孔穿刺套管然后固定,用7号右手手套将外套环套住,向外下方翻转,在不可翻转后,查看外套牢固于腹壁后,截除手套拇指、中指、无名指,固定和连接腹腔镜镜头Trocar及手套无名指,将2个腹腔镜操作器械Trocar分别和手套拇指、中指固定及链接;保证气腹机没有漏气,运用生理盐水稀释5倍6U神经垂体素后注入子宫肌层,用单极电钩切开子宫肌瘤表面浆基层,再对肌瘤组织和子宫肌层间隙进行分离,剥除肌瘤组织;用1号可吸收线缝合,于切口部位自瘤腔底部从内进针,经外侧距离切口1.5cm浆膜面出针,再从瘤腔底部进针,从内往外行反方向对称缝合,针距1.5cm对连续缝合切口。

多孔治疗组实施多孔腹腔镜下"棒球缝合法"在子宫肌瘤剥除术,麻醉方式及术前准备同上,在孔上方取约1cm切口,用气腹针穿刺,建立气腹,在左右麦氏点处行穿刺,于左侧穿刺孔置入5、10mm Trocar,右下腹穿刺孔置入5mm Trocar和手术相关器械;肌瘤组织剔除方式、“棒球缝合法”与单孔治疗组相同。

1.3 观察指标

- (1)统计两组手术时间、术中出血量、住院时间。
- (2)疼痛状况:评估术后2h和24h疼痛情况,运用VAS(视觉模拟评分法),总分10分,分数越高表示疼痛更严重。
- (3)切口美容满意度:用自行设计切口美容满意度量表评估,包括瘢痕、切口长度、切口触觉几项,每项运用4级评分法,0-12分,超过10

分非常满意，7-10 分满意，低于 7 分不满意。

(4) 并发症：器官损伤、切口感染、肠梗阻。

1.4 统计学分析

数据利用软件 SPSS25.0 处理，计量、计数资料用 $\bar{x} \pm s$ 、(n, %) 表示，差异性对应 t、 χ^2 检验；依据：P<0.05 有差异，存在统计学意义。

2 结果

2.1 单孔治疗组和多孔治疗组手术指标对比

单孔治疗组手术时间、术中出血量比多孔治疗组多，住院时间比多孔治疗组少，P<0.05 差异具有统计学意义，见表 1：

表 1 单孔治疗组和多孔治疗组手术指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间(min)	术中出血量 (ml)	住院时间(d)
单孔治疗组	58	102.05±13.85	118.03±25.97	4.31±0.67
多孔治疗组	58	75.68±11.53	107.96±26.75	7.39±1.15
t	/	11.144	2.057	17.624
P	/	0.000	0.042	0.000

2.2 单孔治疗组和多孔治疗组 VAS 评分对比

单孔治疗组术后 2h 和 24hVAS 评分比多孔治疗组低，P<0.05 差异具有统计学意义，见表 2：

表 2 单孔治疗组和多孔治疗组 VAS 评分对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	术后 2h	术后 24h	t	P
单孔治疗组	58	4.09±0.37	2.11±0.25	33.768	0.000
多孔治疗组	58	5.23±0.41	3.05±0.32	31.921	0.000
t	/	15.720	17.629	/	/
P	/	0.000	0.000	/	/

2.3 单孔治疗组和多孔治疗组切口美容满意度对比

单孔治疗组切口美容满意度比多孔治疗组高，P<0.05 差异具有统计学意义，见表 3：

表 3 单孔治疗组和多孔治疗组切口美容满意度对比 (n, %)

组别	n	非常满意	满意	不满意	总满意率
单孔治疗组	58	37(63.79)	19(32.75)	2(3.44)	56(96.55)
多孔治疗组	58	27(46.55)	21(36.20)	10(17.24)	48(82.75)
χ^2	/	/	/	/	5.949
P	/	/	/	/	0.015

2.4 单孔治疗组和多孔治疗组并发症发生率对比

两组并发症发生率比较，P>0.05 差异无统计学意义，见表 4：

表 4 单孔治疗组和多孔治疗组并发症发生率对比 (n, %)

组别	n	切口感染	肠梗阻	器官损伤	总发生率
单孔治疗组	58	2(3.44)	0(0.00)	1(1.72)	3(5.17)
多孔治疗组	58	3(5.17)	1(1.72)	0(0.00)	4(6.89)
χ^2	/	/	/	/	0.152
P	/	/	/	/	0.697

3 讨论

子宫肌瘤是女性生殖器官常见的良性肿瘤，由平滑肌及结缔组织组成，子宫肌瘤确切病因尚未明了，好发于生育年龄，青春期前少见，绝经后萎缩或消失，提示其发生可能与女性的性激素有关^[3]。多见于大的肌壁间肌瘤及黏膜下肌瘤，肌瘤使宫腔增大，子宫内面积增加，影响子宫收缩；其次下腹部包块，肌瘤较小时在腹部摸不到包块，逐渐增大，子宫超过 3 个月妊娠大小时可以触及。子宫肌瘤症状表现取决于肌瘤的部位、大

小、数量及并发症，常见的有白带增多，肌壁间的肌瘤使宫腔面积增大，内膜腺体分泌增多，伴有盆腔充血，使白带增多^[4]。患病后若不及时进行治疗，对患者生活会产生严重的影响，因而应该早诊断、早治疗、早康复。

传统的腹腔镜手术是以往治疗子宫肌瘤的常用手术，其是用专门的操作器械，通过腹部 3-4 个 0.5-1cm 的穿刺孔，在电视监视器下进行手术操作，从而达到手术治疗疾病的目的。单孔腹腔镜手术是指通过脐部一个切口进入人体，置入操作器械进行手术操作。单孔腹腔镜与传统的腹腔镜相比，最主要的优点就是美容效果更显著，因为只有经脐部的一个切口，脐部的皮肤皱褶可以遮盖切口，从而达到无瘢痕手术的目的。但是因单孔腹腔镜手术只有脐部一个切口，所以术后切口疼痛感也相对较轻，但由于所有的操作器械都要经过单一孔道进入，操作的空间狭小，器械之间相互交叉干扰，对于手术者的手术技术和熟练程度要求更高、难度更大，手术时间会更长^[5]。由于单孔腹腔镜的局限性，所以目前很难取代常规的腹腔镜成为主流，但随着医疗水平的发展，操作技术的进一步娴熟，单孔腹腔镜的应用会越来越广泛。；据有关研究证实，选择单孔腹腔镜下“棒球缝合法”在子宫肌瘤剔除术中，其虽然操作难度大、术中出血量多，但是效果很高，对于患者病情的预后效果有积极的促进作用^[6]。本次研究中选择单孔腹腔镜下“棒球缝合法”在子宫肌瘤剔除术中，结果证实，单孔治疗组手术时间、术中出血量比多孔治疗组多，住院时间比多孔治疗组少，术后 2h 和 24h 的 VAS 评分比多孔治疗组低，切口美容满意度比多孔治疗组高，P<0.05 差异具有统计学意义；两组并发症发生率比较，P>0.05 差异无统计学意义；提示运用该治疗方式具有高效和高安全性的特点，其应用价值很高。运用单孔腹腔镜实施子宫肌瘤剔除术中出血不可控的一种不足，子宫肌瘤剔除术需要快速进行缝合止血，但是因为缝合比较复杂无法有效的止血，但是出血多的时候会导致手术视野不清晰，会提升患者及出血过多增加输血的风险，进而可能会促使手术失败。所以，单孔腹腔镜子宫肌瘤剔除术中的快速缝合瘤腔止血为手术是否成功的重点。其“棒球缝合法”经过两把操作器械可以达到快速的缝合止血，同时不会留下死腔，操作技巧是：每次缝合于瘤腔底部由内向外，保证全部完全关闭瘤腔不留死腔；并且每次出针的位置较进针后移 5mm，保证压迫切口止血^[7]。

根据以上所讲，运用单孔腹腔镜下“棒球缝合法”在子宫肌瘤剔除术中，虽然其手术的时间和术中出血量比较大，但是术后患者住院时间短，并发症少，具有推广价值。

参考文献：

[1]周文英. 棒球缝合法在腹腔镜子宫肌瘤剔除术中的应用[J]. 当代医学,2020,26(34): 161-162.

[2]万晨东, 朱晨燕, 魏方方. 棒球式缝合法在腹腔镜子宫肌瘤切除术中的临床应用[J]. 腹腔镜外科杂志,2018,23(08): 594-597.

[3]王国贺. “棒球缝合法”应用于单孔及多孔腹腔镜子宫肌瘤剔除术的效果比较[J]. 河南医学研究,2021,30(09): 1593-1595.

[4]许梦. 棒球缝合法用于单孔与多孔腹腔镜子宫肌瘤剔除术的效果比较[J]. 临床医学,2020,40(12): 58-60.

[5]田维莉. 棒球式缝合法在腹腔镜子宫肌瘤切除术中的应用效果[J]. 医疗装备,2020,33(12): 104-105.

[6]李芝伟, 张文清. 棒球缝合法在经脐单孔腹腔镜子宫肌瘤剔除术中的应用[J]. 中国现代手术学杂志,2019,23(01): 71-74.

[7]宋娟, 张淑芬, 王杰平. 棒球缝合法在腹腔镜子宫肌瘤剔除术中的应用[J]. 现代诊断与治疗,2019,30(22): 3991-3993.

纤维支气管镜肺泡灌洗治疗老年 AECOPD 的临床价值

杨林

会理市人民医院呼吸与危重症医学科 四川会理 615100

摘要: 目的 本文研究纤维支气管镜肺泡灌洗治疗老年急性加重慢性阻塞性肺病 (AECOPD) 的临床效果。方法 本文研究将从 2020 年 1 月开始, 到 2022 年 3 月结束病例采集工作, 对我院收治的 AECOPD 病人中回顾性选取研究对象病例。根据选取和排除标准共纳入 82 例病例, 并根据予以治疗方法的不同进行区别, 每组患者数量: 41 例。常规组采用常规方法治疗。研究组采用纤维支气管镜肺泡灌洗。收集并分析病人的各项数据。结果 研究组治疗期间的各项指标优于常规组, $P < 0.05$ 。结论 在针对 AECOPD 进行治疗时, 选择纤维支气管镜肺泡灌洗可以显著提升治疗效果, 改善患者呼吸情况以及血气指标水平, 恢复肺功能状态, 建议推广。

关键词: 纤维支气管镜; 肺泡灌洗治疗; 老年; 急性加重慢性阻塞性肺病

Clinical value of bronchofibroscope alveolar lavage in the treatment of elderly AECOPD

Yang Lin

Department of respiratory and critical care medicine, Huili people's Hospital, Sichuan Huili 615100

[Abstract] Objective To study the clinical effect of bronchoscopic alveolar lavage in the treatment of acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (AECOPD) in the elderly. Methods this study will start in January 2020 and end in March 2022. The subjects of the study will be retrospectively selected from AECOPD patients in our hospital. According to the selection and exclusion criteria, a total of 82 cases were included and differentiated according to the different treatment methods. The number of patients in each group: 41 cases. The routine group was treated with routine methods. The study group used bronchofibroscope alveolar lavage. Collect and analyze various data of patients. Results the indexes of the study group during treatment were better than those of the routine group, $p < 0.05$. Conclusion in the treatment of AECOPD, the choice of bronchofibroscope alveolar lavage can significantly improve the treatment effect, improve the respiratory condition and blood gas index level of patients, and restore the state of lung function. It is recommended to promote it.

[Key words] fiberoptic bronchoscope; Alveolar lavage therapy; Old age; Acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease

急性加重慢性阻塞性肺病 (Acute Exacerbation Chronic Obstructive Pulmonary Disease) 是呼吸系统疾病, 在老人人群中具有较高的发病率, 主要存在咳嗽、咳痰、喘息等不同表现情况, 严重时会导致患者死亡, 部分病人在发病后会合并有呼吸衰竭等症状, 这就需要为患者及时予以治疗干预^[1]。而在常规治疗中, 一般是为病人予以导管吸痰、抗生素药物干预等方法进行治疗, 但是效果并不理想。这就需要为患者选择更为先进、科学的方法进行处理。纤维支气管镜肺泡灌洗是一种较为新颖的治疗手段, 在 AECOPD 的治疗中能够起到非常重要的意义。

因此, 本文将选择 2020 年 1 月-2022 年 3 月期间我院 AECOPD 病人作为研究对象, 针对纤维支气管镜肺泡灌洗治疗老年 AECOPD 的实际效果展开分析。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

本文从 2020 年 1 月开始至 2022 年 3 月结束病例采集, 对我院收治的老年急性加重慢性阻塞性肺病病例中回顾性选取研究对象。根据选取和排除标准共纳入 82 例, 然后根据予以治疗方法的不同进行区别, 每组患者数量: 41 例。采集 AECOPD 病人的一般资料分析, 见表 1。数据显示: $P > 0.05$, 可以进行对比研究。

表 1 病人一般资料数据

组别	性别		平均年龄 岁
	男性	女性	
常规组 (n=41)	20	21	66.52±4.56
研究组 (n=41)	22	19	66.18±4.28
P	>0.05		>0.05

1.2 方法

所有患者入院后均予以基础性治疗, 为患者予以抗感染、抗痉挛药物, 予以止咳、化痰等干预, 纠正水电解质紊乱情况。

常规组患者予以导管吸痰处理。

研究组采用纤维支气管镜肺泡灌洗: 治疗前 4 小时停止肠内营养干预。调整支气管镜连接负压吸引, 再使用 5ml 的 2%利多卡因 (国药准字: H12021000) 为病人予以局部麻醉。然后置入纤维支气管镜观察病灶位置, 并吸取其中分泌物。然后注入 10ml 的 37℃生理盐水对支气管进行灌洗并吸出, 每 4 天处理 1 次。此外, 治疗期间持续使用敏感性抗菌药处理。

1.3 观察指标

收集并分析病人的治疗有效率、呼吸力学指标、治疗情况、炎症因子水平、血气水平、不良事件情况等数据。(1) 治疗有效率: 显效: 病人症状消失, 肺功能恢复正常。有效: 病人症状缓解, 肺功能逐渐恢复。无效: 未达到以上标准。(2) 呼吸力学指标: 潮气量、吸呼频率、气道峰压, 平台压。(3) 治疗情况: 体温恢复时间、ICU 入住时间、机械通气时间、住院时间。(4) 炎症因子: C 反应蛋白、降钙素原。(5) 血气水平: 血氧分压、二氧化碳分压、动脉血氧饱和度、pH。(6) 不良事件情况: 呼吸衰竭、气胸、心律不齐等。

1.4 统计学方法

使用 SPSS19.0 软件分析。选择率 (%) 记录治疗有效率、不良事件情况等计数数据, 然后通过数值 χ^2 分析。选择±标准差记录呼吸力学指标、治疗情况、炎症因子水平、血气水平等计量数据, 然后通过数值 t 分析。数据判定标准: $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 患者治疗有效率比较

研究组治疗有效率: 97.56% (40 例); 常规组治疗有效率: 82.93% (34 例)。数据显示: 研究组治疗有效率高于常规组, $P < 0.05$ 。表 2 为治疗有效率数据。

表 2 患者治疗有效率数据

组别	n	显效	有效	无效	治疗有效率
研究组	41	12 (29.27%)	28 (68.29%)	1 (2.44%)	40 (97.56%)
常规组	41	9 (21.95%)	25 (60.98%)	7 (17.07%)	34 (82.93%)
χ^2					3.463
p	--	--	--	--	<0.05

2.2 患者呼吸力学指标比较

治疗前, 病人呼吸力学指标数值较为接近。在治疗后, 研究组呼吸力学指标优于常规组, $P < 0.05$ 。表 3 为患者呼吸力学指标数据。

表 3 患者呼吸力学指标数据

组别	n	检测	潮气量 (ml/kg)	吸呼频率 (次/min)	气道峰压 (cm/H2O)	平台压 (cm/H2O)
----	---	----	----------------	-----------------	------------------	-----------------

		时 间				
研究组	41	治 疗 前	5.42±1.54	26.18±4.58	35.61±5.61	33.31±5.36
常规组	41		5.37±1.56	26.61±4.61	35.52±5.42	33.28±5.67
研究组	41	治 疗 后	7.65±0.31	21.25±1.11	23.27±2.34	20.47±2.08
常规组	41		6.24±0.52	23.78±2.36	32.36±3.58	26.02±3.31

2.3 患者治疗情况比较

研究组体温恢复正常时间、ICU 入住时间、机械通气时间、住院时间等数据均低于常规组, P<0.05。表 4 为患者治疗情况数据。

表 4 患者治疗情况数据 (d)

组别	n	体温恢复时 间	ICU 入住时 间	机械通气时 间	住院时间
研究 组	41	4.28±1.23	10.31±1.34	3.61±1.02	20.34±2.38
常规 组	41	6.61±2.44	16.22±2.58	6.12±1.61	28.61±4.11
t		5.460	13.017	8.433	11.150
p	--	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.4 患者炎症因子水平比较

研究组炎症因子低于常规组, P<0.05。表 5 为患者炎症因子水平数据。

表 5 患者炎症因子水平数据

组别	n	C 反应蛋白 (mg/L)		降钙素原 (ng/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究 组	41	11.57±3.21	3.23±0.36	1.43±0.33	0.33±0.11
对照 组	41	11.63±3.42	7.41±1.23	1.35±0.35	0.59±0.25
p	--	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.5 患者血气水平比较

研究组血氧分压、动脉血氧饱和度、pH 等指标结果超过常规组, 二氧化碳分压结果低于常规组, P<0.05。表 6 为患者血气指标数据

表 6 患者血气指标数据

组别	n	血氧分压 (mmHg)	二氧化碳分压 (mmHg)	动脉血氧饱和 度 (%)	pH
研究 组	41	78.31±6.21	40.28±3.38	98.61±1.37	7.68±0.22
常规 组	41	63.17±9.52	51.38±6.17	92.23±3.23	7.17±0.51
t		8.529	10.103	11.644	5.879
p	--	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.6 患者不良事件情况比较

研究组不良事件数量: 1 例 (2.44%); 常规组不良事件数量: 5 例 (12.20%)。研究组不良事件数量低于常规组, 但 P>0.05。表 7 为患者不良事件数据。

表 7 患者不良事件数据 (%)

组别	n	呼吸衰竭	气胸	心律不齐	总几率
研究	41	1 (2.44%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (2.44%)

常规 组	41	2 (4.88%)	1 (2.44%)	2 (4.88%)	5 (12.20%)
χ ²					1.618
p	--	--	--	--	>0.05

3 讨论

AECOPD 在老人当中很容易发生, 通常是由于慢性支气管炎等疾病诱发。AECOPD 存在气流阻塞等特征, 患者发病后会持续较长时间, 并存在咳嗽、咳痰、喘息等情况, 部分病人会有迁延不愈、时好时坏的可能性^[2]。AECOPD 病人的发病因素较为复杂。例如, 肺部进入有害物质等情况会造成肺部组织出现炎性反应, 进而引发 AECOPD。同时, 由于老年患者的身体素质较低, 机体免疫功能大幅度下降, 各项身体机能衰退, 因此发生 AECOPD 的可能性更高^[3]。根据当前的医学数据统计表明: 老年 AECOPD 的发病率、致残率、致死率一直处于较高水平, 老年 AECOPD 病人发病后会有咳嗽、咳痰、胸闷等较为明显的临床症状。随着病人的情况不断恶化后, 部分病人会合并有呼吸衰竭等并发症, 病人的咳嗽、咳痰等症状有一定几率出现终身不愈的情况。部分老年 AECOPD 病人会有食欲减退、体重减少等症状^[4]。如果老年 AECOPD 病人的病情无法得到及时治疗, 会进一步恶化, 并有较高风险出现肺心病。此外, 老年 AECOPD 会导致呼吸道分泌物含量上升, 进而造成呼吸道堵塞的情况, 所以出现肺部感染的风险更高。这就需要为老年 AECOPD 病人及时予以治疗, 而在当前的临床医学中, 主要是为病人辅助呼吸干预, 进一步恢复老年 AECOPD 病人的呼吸功能^[5]。在治疗时, 传统的导管吸痰技术过于复杂, 使用的导管由于距离不足, 很难彻底进入病人的肺部中对分泌物予以处理, 这种情况导致治疗手段无法彻底清除病人呼吸道的分泌物, 同时也会对病人的呼吸道造成相对明显的不适感^[6]。而在为病人选择纤维支气管镜肺泡灌洗、吸痰处理时, 可以针对传统常规吸痰方法的缺陷和不足予以有效改进, 可以彻底的清理肺部内的痰液以及分泌物, 帮助病人抑制细菌的繁殖, 控制呼吸道炎症的加剧^[7]。根据本文数据分析显示: 研究组治疗有效率超过常规组, 而炎症因子低于常规组, P<0.05。同时, 研究组体温恢复正常时间、ICU 入住时间、机械通气时间、住院时间等数据均低于常规组, P<0.05。此外, 研究组呼吸力学指标以及血气指标等结果数值均优于常规组, P<0.05。可以看出, 纤维支气管镜肺泡灌洗处理对老年 AECOPD 的治疗能够起到十分重要的作用。

综上所述, 在为老年 AECOPD 病人进行治疗的过程中, 通过纤维支气管镜肺泡灌洗处理能够进一步提高治疗效果, 改善病人的呼吸情况, 优化患者血气指标水平, 恢复肺功能状态, 建议在老年 AECOPD 的治疗中积极采纳。

参考文献:

[1]刘恒, 张永峰, 王莎. 纤维支气管镜肺泡灌洗治疗 AECOPD 合并Ⅱ型呼吸衰竭对患者血气参数和血清炎症因子的影响[J]. 海南医学, 2022, 33 (7): 829-833.

[2]袁娟. 纤维支气管镜肺泡灌洗对慢阻肺急性加重期患者 PCT、CRP、WBC 的影响[J]. 航空航天医学杂志, 2020, 31 (4): 421-423.

[3]李丽敏. 纤维支气管镜肺泡灌洗对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者血气分析及肺功能指标的影响[J]. 中国实用医刊, 2018, 45 (10): 48-50.

[4]李春梅, 胡莺, 陈晓霞, 等. 无创正压通气联合纤维支气管镜肺泡灌洗对老年 AECOPD 合并Ⅱ型呼吸衰竭患者肺功能及血气指标的影响[J]. 现代生物医学进展, 2019, 19 (24): 4752-4755.

[5]何帆. 纤维支气管镜肺泡灌洗治疗老年 AECOPD 的临床价值[J]. 中国医药科学, 2019, 9 (17): 230-232, 244.

[6]肖婧. 纤维支气管镜肺泡灌洗联合无创正压通气治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期合并Ⅱ型呼吸衰竭的临床疗效[J]. 中国现代药物应用, 2021, 15 (6): 67-69.

[7]张永楠, 李秋忠, 罗东娟. 无创正压通气联合纤维支气管镜肺泡灌洗治疗老年 AECOPD 合并Ⅱ型呼吸衰竭患者的疗效及对肺功能、血气指标的影响[J]. 内科, 2021, 16 (6): 817-820.

阿托伐他汀钙应用在老年高血压动脉硬化中的有效性及临床价值

杨泽利

北京市延庆区医院（北京大学第三医院延庆医院） 北京 102100

摘要：目的 探讨老年高血压动脉硬化的治疗措施。方法 抽选在我院接受治疗的 60 例老年高血压动脉硬化患者进行随机分组，对照组 30 例采用硝苯地平治疗，观察组 30 例采取阿托伐他汀钙治疗，对比两组疗效、血压、血脂变化，比较两组臂踝指数、斑块直径。结果 观察组、对照组有效率分别为 93.33%、76.67%， $P<0.05$ ；观察组在治疗后的舒张压、收缩压显著低于对照组， $P<0.05$ 。观察组血脂各项指标显著优于对照组， $P<0.05$ 。观察组臂踝指数、斑块直径相比对照组略小，但经比较，不存在统计学意义， $P>0.05$ 。结论 阿托伐他汀钙治疗老年高血压动脉硬化效果显著，有效改善症状、延缓疾病进展，值得应用。

关键词：阿托伐他汀钙；高血压动脉硬化；老年

高血压为临床常见的心血管疾病，多发生于中老年人，并有年轻化趋势，随着人们饮食结构的改变，精神压力的增加以及老龄化加剧，高血压的发病率呈不断上升趋势^[1]。该病是导致心脑血管不良事件的主要危险因素^[2]，要给予足够重视。老年高血压患者比较特殊，由于各器官的退化，血管弹性降低，出现的脉压差和血管僵硬较大，从而增加了动脉硬化发生率。同时，高血压也可导致动脉硬化发生，造成动脉结构改变，使高压血流对动脉内膜造成冲击，导致损伤发生。在治疗中不仅要达到控制血压，还需控制血脂和改善动脉硬化，才能改善患者症状，延缓疾病进展^[3]。随着医学的不断发展，治疗高血压的药物越来越多，作用机制、禁忌症等各不相同，治疗效果也存在差异。据研究显示，低密度脂蛋白水平和心脑血管不良事件的发生呈正性关系^[4]，阿托伐他汀钙为临床常见的降血脂药物，该药物可有效降低患者总胆固醇水平，降低低密度脂蛋白，来改善血脂；同时阿托伐他汀钙还具有降压效果，改善患者的血管弹性^[5]，从而降低心脑血管不良事件风险，延缓疾病进展。本研究对老年高血压动脉硬化患者采取阿托伐他汀钙治疗，取得了显著效果，报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

抽选 2020 年 9 月~2021 年 9 月在我院进行治疗的 60 例老年高血压动脉硬化患者，所有患者均符合高血压防治指南中的诊断标准，同时经过影像学检查，确定患者伴随动脉硬化。排除心肌梗死患者、冠脉综合征患者、严重器质性疾病患者。观察组男女比例为 12: 18，平均年龄（67.03±3.05）岁；对照组男女比例为 13: 17，平均年龄（67.12±3.29）岁；两组患者的基本资料比较，无显著差异， $P>0.05$ 。

1.2 方法

两组患者在入院后进行血压测量，选择肱动脉，并取三次的平均值。结合患者的具体情况给予常规治疗，如利尿剂、血管紧张素转换酶抑制剂等；对照组在此基础上加用硝苯地平治疗，每次 20mg，每日 1 次；结合患者的血压情况来增减剂量。观察组加用阿托伐他汀钙治疗，每次 10mg，每日 1 次。其中硝苯地平通用名称为硝苯地平缓释片，产地为亚宝药业集团股份有限公司，国药准字为 H14020439，规格为 10mg。阿托伐他汀钙片产地为辉瑞制药有限公司，国药准字为 J20030047，规格为 10mg。两组均连续用药 6 个月，在用药期间要观察患者血压变化情况，来调整用药剂量。

表 3 两组血脂指标比较

组别	胆固醇（mmol/L）	甘油三酯（mmol/L）	低密度脂蛋白（mmol/L）	高密度脂蛋白（mmol/L）	C 反应蛋白 mg/L
观察组	4.61±0.62	1.42±0.56	2.38±0.59	1.65±0.38	6.02±1.16

1.3 观察指标

①观察两组疗效的变化。患者在疗程结束后，症状明显减轻，血压恢复正常，且收缩压相比治疗前降低超过 30mmHg，即为显效；患者在疗程结束后症状有所转好，血压接近正常，且收缩压降低 20mmHg~30mmHg 之间，即为有效；患者的血压和治疗前相比，无明显变化，临床症状无改善，收缩压未达到以上标准，即为无效。②观察并记录两组治疗前后的舒张压、收缩压变化情况；③对比两组患者胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白、高密度脂蛋白、C 反应蛋白的变化，并比较两组踝臂指数及斑块直径的变化。

1.4 统计学方法

采用 SPSS20.0 统计学软件处理， $P<0.05$ 表示差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较

如表 1 所示，观察组、对照组有效率分别为 93.33%、76.67%， $P<0.05$ ；表明阿托伐他汀钙治疗高血压的效果更为显著。

表 1 两组疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
观察组	30	21(70.00)	7(23.33)	2(6.67)	93.33%
对照组	30	9(30.00)	14(46.67)	7(23.33)	76.67%

2.2 两组血压变化比较

如表 2 所示，观察组在治疗后的舒张压、收缩压显著低于对照组， $P<0.05$ 。

表 2 两组血压变化比较

组别	例数	舒张压（mmHg）		收缩压（mmHg）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30	97.02±5.29	83.31±3.16	161.03±11.29	127.32±6.18
对照组	30	97.15±6.09	92.01±5.19	160.37±12.58	147.32±8.06

2.3 两组血脂指标比较

如表 3 所示，观察组血脂各项指标显著优于对照组， $P<0.05$ 。体现出阿托伐他汀钙有显著改善血脂的作用。

对照组	5.83±0.79	1.85±0.79	3.25±1.08	1.35±0.29	7.93±1.89
2.4 两组踝臂指数及斑块直径比较					
如表 4 所示, 观察组踝臂指数、斑块直径相对对照组略小, 但经比较, 不存在统计学意义, $P>0.05$ 。					
表 4 两组踝臂指数、斑块直径比较					
组别	例数	踝臂指数	斑块直径 (mm)		
观察组	30	1.08±0.69	6.56±2.29		
对照组	30	1.13±0.36	6.32±2.15		

3 讨论

高血压在临床上非常多见, 据统计, 我国高血压人数已超过 2 亿, 其发病率仍然处于上升阶段。高血压为一种心血管疾病, 其发病原因尚未完全明确, 目前认为高血压的发病和遗传因素、饮食因素、精神因素等密切相关, 多发生于中老年人, 而我国老龄化逐渐加剧, 以及生活节奏的加快、饮食结构的改变, 导致发病率明显增加^[6]。高血压也是导致心脑血管疾病的主要因素, 如脑卒中、冠心病等, 该病病情长、不能彻底根治, 但进展比较缓慢, 多数患者在早期没有任何症状^[7], 当出现症状时就医, 从而增加了并发症发生率。动脉粥样硬化作为一种脂质代谢异常导致的疾病, 该病的特点为血液中的脂质进入动脉血管并形成沉积, 导致粥样斑块形成, 从而导致动脉硬化发生, 该病的发病机制尚不明确, 但多和高血压、糖尿病、高血脂等因素相关, 如不及时治疗可导致局部缺血性病变^[8], 严重时危及患者生命安全。高血压可对动脉弹性造成严重影响, 当患者动脉弹性较弱、僵硬增加时, 心脑血管不良事件的发生率明显增加。老年患者的血管功能不断衰退, 出现高血压时易出现动脉粥样硬化, 因此, 要给予及时发现、早期治疗, 多采取降压联合降血脂药物来达到治疗效果。

治疗老年高血压动脉硬化时, 要在降压的基础上来改善动脉硬化症状, 才能有效控制并发症发生。临床治疗高血压的药物较多, 主要包括钙通道阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂、利尿剂、 β 受体阻滞剂等^[9], 每类降压药物的选择要结合患者的实际情况, 同时各种降压药的作用机制不同, 强度不同, 存在一定的禁忌症, 也分为低效、中效、强效等, 在临床中使用要结合具体情况, 来逐渐增加剂量。他汀类药物具有在治疗高血脂症中具有显著效果, 该类型药物能够降低患者的总胆固醇^[10], 来达到改善动脉血管弹性的目的, 同时有一定的降压效果。该类药物的作用机制是通过对 3-羟-3 甲基辅酶 A 还原酶进行抑制, 减少胆固醇的合成^[11], 来达到降脂效果。阿托伐他汀钙为常见的降血脂药物, 该药物属于血管紧张素转换酶抑制剂, 使用后能够降低血管中炎症因子, 并抑制血管紧张素的合成, 来达到降压、降血脂的效果^[12]; 同时该药物还可改善血管弹性, 降低心血管不良事件风险^[13]。

本研究中采取阿托伐他汀钙来治疗高血压动脉硬化, 结果显示, 观察组、对照组有效率分别为 93.33%、76.67%, $P<0.05$; 观察组在治疗后的舒张压、收缩压显著低于对照组, $P<0.05$ 。说明了在对照组降压的同时, 观察组加用降血脂类药物, 不仅让血压得到改善, 同时也改善了动脉硬化, 减轻患者症状。体现出加用阿托伐他汀钙治疗高血压动脉硬化的效果更为显著。观察组血脂各项指标显著优于对照组, $P<0.05$ 。说明阿托伐他汀有效降低患者的总胆固醇, 改善血管弹性, 有利于血压的恢复和降低心脑血管不良事件发生。观察组踝臂指数、斑块直径相对对照组略小, 但经比较, 不存在统计学意义, $P>0.05$ 。两组在治疗 6 个月期间, 踝臂指数、斑块直径均无明显变化, 体现出血压控制稳定后, 踝臂指数更加恒定, 体现出足踝血压控制良好; 斑块直径均得到一定减少, 来提高了治疗效果。阿托伐

他汀钙副作用较少^[14], 通过对患者随访发现, 患者在用药期间未出现皮疹、肌痛、神经异常等不良事件, 也未发生心血管不良事件, 体现出药物的安全性。另外, 高血压的患者还具有知晓率低、服药率低、控制率低的特点, 很多患者认识不到疾病带来的危害, 也是导致加快疾病进展的主要因素。在生活中的习惯、社会因素、环境因素、精神因素等均参与了疾病的进展过程, 导致靶器官受损^[15]。因此, 医务人员在治疗期间要为患者正确解释疾病, 让其认识的按时服药的重要性和有效性, 在生活中能够正确对待疾病, 进行合理饮食、控制体重, 多进行活动来改善心态, 做好自我的管理, 才能控制血压, 延缓疾病进展。

综上所述, 阿托伐他汀钙应用在老年高血压动脉硬化具有显著效果, 虽然临床尚无治愈的特效药物, 但通过药物可有效延缓了动脉硬化进程, 改善患者不良症状, 且安全性高, 值得应用。

参考文献:

- [1]阮黎群. 阿托伐他汀治疗老年高血压动脉硬化的应用及效果探究[J]. 大家健康(中旬版), 2017, 11(11): 135.
- [2]周志林. 老年高血压并发动脉硬化患者应用阿托伐他汀治疗的临床观察[J]. 影像研究与医学应用, 2018, (11): 247-248.
- [3]马强. 阿托伐他汀在老年高血压患者伴动脉硬化治疗中的应用研究[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, (3): 48.
- [4]胡红平, 文媛, 郑娟娟, 等. 阿司匹林联合阿托伐他汀钙治疗高血压合并动脉硬化的疗效观察[J]. 疑难病杂志, 2016, (6): 559-562, 566.
- [5]热衣汗古丽·尤力达西, 卡米力江·艾尔肯. 阿托伐他汀在老年高血压患者动脉硬化治疗中的应用效果分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2017, (13): 53, 56.
- [6]鲁宏伟, 张邵敏. 小剂量阿托伐他汀钙对非高脂血症老年高血压患者动脉硬化的影响[J]. 饮食保健, 2019, (6): 17.
- [7]王琴, 徐英. 阿托伐他汀在老年高血压患者伴动脉硬化治疗中的应用研究[J]. 成都医学院学报, 2018, 13(4): 484-486.
- [8]熊小平, 熊细艳, 龚姝芸, 等. 阿托伐他汀联合阿司匹林对颈动脉粥样硬化患者颈部斑块的影响[J]. 中国医院用药评价与分析, 2018, (8): 1063-1065.
- [9]倪利庆, 缪婷婷. 阿托伐他汀治疗老年高血压动脉硬化患者的临床疗效与护理[J]. 当代临床医刊, 2017, (3): 3077-3078.
- [10]迟新栋, 庄芳, 甘庆雷, 等. 观察阿托伐他汀治疗老年高血压患者动脉硬化的临床效果分析[J]. 医学美容, 2019, 28(21): 4-5.
- [11]余显霞, 曹蕾, 熊雪松. 阿司匹林肠溶片联合阿托伐他汀钙片对糖尿病动脉粥样硬化的干预治疗研究[J]. 川北医学院学报, 2017, (3): 358-360.
- [12]艳玲, 顾申红, 麦华德. 阿托伐他汀钙治疗老年脑动脉硬化的临床效果探讨[J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2015, (8): 620-623.
- [13]史晶晶. 阿托伐他汀在老年高血压患者动脉硬化治疗中的疗效分析[J]. 中国保健营养, 2017, 27(7): 316-317.
- [14]郑丽媛, 赵晴, 孔祥怡, 等. 阿托伐他汀钙与瑞舒伐他汀钙治疗颈动脉粥样硬化斑块的疗效及降脂作用观察[J]. 中国老年学杂志, 2015, (4): 929-930.
- [15]梅光艳, 李杰. 氯氮地平阿托伐他汀钙片对高血压合并冠心病患者血压、血脂水平的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2016, (3): 131-132, 139.

血栓通+吡拉西坦治疗老年性脑梗死后遗症的临床效果分析

姚金凤

青县中心敬老院医务室 河北沧州 062650

摘要：目的：探讨老年性脑梗死后遗症联合应用血栓通、吡拉西坦治疗的效果。方法：2018年2月到2022年2月，选取60例老年性脑梗死后遗症患者进行临床研究，经随机数字表法分组，每组有患者30例。对照组单一采用吡拉西坦口服治疗，观察组联合应用吡拉西坦、血栓通治疗，比较两组患者的神经功能【美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）、简易精神状态评价量表（MMSE）】、血液流变学（全血低切黏度、全血高切黏度、血浆黏度、血小板黏附率、纤维蛋白）、治疗有效率。结果：治疗3月后观察组NIHSS评分低于对照组，MMSE评分高于对照组（ $P<0.05$ ）；治疗3月后观察组血液流变学低于对照组（ $P<0.05$ ）。治疗3月后观察组症状积分低于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组治疗有效率大于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：老年性脑梗死后遗症联合应用吡拉西坦、血栓通静脉滴注治疗，神经功能及血液流变学改善更显著，治疗效果更好，值得推广。

关键词：老年性脑梗死后遗症；血液流变学；神经功能；血栓通；吡拉西坦

脑梗死是缺血性脑卒中，属于常见脑血管疾病，因多种原因导致脑组织局部血液循环障碍，令脑组织缺血、缺氧、坏死形成的疾病^[1-2]。老年人是脑梗死高发群体，存活患者多伴有严重程度不同的后遗症，会对生命质量造成严重影响^[3-4]。脑梗死后遗症以偏瘫、感觉受限、失语、吞咽功能障碍等为主，可诱发多种严重并发症，威胁患者生命。确诊脑梗死后，需积极鉴别诊断后遗症，及时提供有效治疗，改善患者的神经功能及后遗症严重程度，提升患者生命质量。本文以2018.2-2022.2收治的老年性脑梗死后遗症60例为对象，探讨血栓通、吡拉西坦联合治疗的效果，报道内容如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2018年2月到2022年2月，选取60例老年性脑梗死后遗症患者进行临床研究，经随机数字表法分组，每组有患者30例。对照组：性别例数，男27例，女3例；年龄分布，最小61岁，最大78岁，平均（ 69.75 ± 4.23 ）岁；脑梗死病程，最短0.5年，最长3.0年，平均（ 1.81 ± 0.43 ）年；体重大小，最小40kg，最重86kg，平均（ 63.42 ± 7.28 ）kg；后遗症类型，偏瘫22例，感觉功能障碍6例，失语2例。观察组：性别例数，男25例，女5例；年龄分布，最小61岁，最大77岁，平均（ 69.54 ± 4.20 ）岁；脑梗死病程，最短0.5年，最长2.5年，平均（ 1.59 ± 0.41 ）年；体重大小，最小41kg，最重86kg，平均（ 63.75 ± 7.31 ）kg；后遗症类型，偏瘫20例，感觉功能障碍9例，失语1例。两组患者的五项临床资料比较，显示无差异（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：（1）患者经头颅CT等影像学确诊疾病，满足《中医康复临床实践指南-缺血性脑卒中（脑梗死）》中的脑梗死诊断标准^[5]，均伴有不同程度的后遗症；（2）患者可提供完整、真实、准确病历信息；（3）患者可配合临床完成相应治疗；（4）患者自愿参与研究，家属在同意书签字。

排除标准：（1）患者参与研究前已经进行脑梗死后遗症对症治疗；（2）患者属于出血性脑卒中；（3）患者的病历信息缺失或遗漏；（4）患者有意识状态不清、认知功能障碍、精神系统疾病表现。

1.2 方法

对照组采用吡拉西坦（上海信谊药厂有限公司，国药准字H31020714，商品规格0.4g*100片）口服治疗，一次1.2g/3片，一天口服三次，治疗时间是3月。观察组采用吡拉西坦、血栓通（广东众生药业股份有限公司，

国药准字Z20030017，商品规格0.5gx10粒x3板/盒）口服治疗，前者来源、用法同对照组，复方血栓通胶囊口服，一次3粒/1.5g，一天口服三次，治疗时间是3月。两组患者治疗期间均需密切监测患者的病情变化，及时发现不良反应，主动预防过敏性休克的发生，尤其是用药起始30min内。若发现不良反应存在，需第一时间停止用药，尽快为患者实施救治。

1.3 观察指标

1.3.1 神经功能 治疗前、治疗1月、治疗3月后评价，应用美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）^[6]评估神经功能缺损症状，量表总得分是0-42分，正常或接近正常是0-1分，轻度卒中是1-4分，中度卒中是5-15分，中重度卒中是16-20分，重度卒中是21-42分，分数越高卒中越严重；应用简易精神状态评价量表（MMSE）^[7]评价患者认知功能，量表总得分是0-30分，正常是27-30分，轻度认知功能障碍是21-26分，中度认知功能障碍是10-20分，重度认知功能障碍是0-9分，分数越高认知障碍越轻微。

1.3.2 血液流变学 治疗前、治疗3月后评价，参与评价的指标包含全血低切黏度、全血高切黏度、血浆黏度、血小板黏附率、纤维蛋白五项，采集患者的血样，常规处理后，应用全自动生化分析仪检测。

1.3.3 临床疗效 治疗3月后评价，评价标准^[8]如下，痊愈：患者的神经功能、后遗症改善90%以上，疾病症状体征基本消失。显效：患者的神经功能、后遗症改善51%-90%，疾病症状体征显著改善。显效：患者的神经功能、后遗症改善20%-50%，疾病症状体征有所改善。无效：患者的神经功能、后遗症改善20%以内，疾病症状体征改善不明显，或患者病情继续发展。治疗有效率=（痊愈数+显效数+有效数）÷总例数×100.00%。

1.4 统计学方法

在SPSS 22.0中统计分析，计数资料（临床疗效）n/%表示， χ^2 检验；计量资料（神经功能、血液流变学） $\bar{x}\pm s$ 表示，t检验； $P<0.05$ 具有统计学意义。

2 结果

2.1 患者神经功能分析

治疗前观察组两项神经功能评分和对照组比较无差异（ $P>0.05$ ）；治疗3月后观察组NIHSS评分低于对照组，MMSE评分高于对照组（ $P<0.05$ ）。见表一。

表1 两组神经功能比较（n=30例， $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	NIHSS 评分			MMSE 评分		
	治疗前	治疗1月	治疗3月后	治疗前	治疗1月	治疗3月后
观察组	18.76±2.35	11.02±1.54 [△]	7.04±1.09 [△]	18.97±2.45	25.01±1.35 [△]	28.59±1.12 [△]

对照组	18.51±2.32	14.36±1.93 [△]	10.23±1.54 [△]	18.64±2.42	22.15±1.28 [△]	26.23±1.05 [△]
t 值	0.4147	7.4091	9.2607	0.5249	8.4204	8.4198
P 值	0.6799	0.0000	0.0000	0.6017	0.0000	0.0000

注：与同组治疗前比较，[△]P<0.05。

2.2 患者血液流变学分析

治疗前观察组五项血液流变学和对照组比较无差异（P>0.05），治疗3 月后观察组五项血液流变学低于对照组（P<0.05）。见表二。

表 2 两组血液流变学比较（n=30 例， $\bar{x} \pm s$ ）

时 间	组 别	全血低切黏度 (mPa·s)	全血高切黏度 (mPa·s)	血浆黏度 (mPa·s)	血小板黏附率(%)	纤维蛋白 (g/L)
治 疗 前	观 察 组	9.76±1.32	6.29±1.21	2.07±0.48	0.79±0.13	5.71±0.41
	对 照 组	9.90±1.34	6.17±1.20	2.00±0.46	0.76±0.13	5.60±0.39
	t 值	0.4077	0.3857	0.5767	0.8938	1.0647
	P 值	0.6850	0.7011	0.5664	0.3751	0.2914
治 疗 3 月 后	观 察 组	6.33±1.15	3.57±0.76	1.30±0.32	0.43±0.08	3.51±0.54
	对 照 组	8.02±1.27	5.03±0.85	1.67±0.35	0.57±0.12	4.57±0.49
	t 值	5.4027	7.0133	4.2733	5.3169	7.9622
	P 值	0.0000	0.0000	0.0001	0.0000	0.0000

2.3 患者临床疗效分析

观察组治疗有效率大于对照组（P<0.05）。见表三。

表 3 两组临床疗效比较（n=30 例，n/%）

组别	痊愈	显效	有效	无效	治疗有效率
观察组	14 (46.67%)	12 (40.00%)	3 (10.00%)	1 (3.33%)	29 (96.67%)
对照组	7 (23.33%)	7 (23.33%)	10 (33.33%)	6 (20.00%)	24 (80.00%)
X ² 值	-	-	-	-	4.0431
P 值	-	-	-	-	0.0444

3· 讨论

脑梗死是一种发病率较高的脑血管疾病，患者发病后伴有不同程度神经功能缺损症状及认知功能障碍^[9]。若患者病情较严重，可发展为痴呆，增加患者身心痛苦。临床多在确诊脑梗死后遗症后，积极提供药物治疗，减轻后遗症严重程度，改善患者生命质量^[10]。抗氧化剂、环氧化酶抑制剂、胆碱酯酶抑制剂、钙拮抗剂等药物均属于常用药物，均可在脑梗死后遗症治疗中发挥一定效果。但有研究^[11]指出，单纯采用西药治疗脑梗死后遗症，难以获得理想疗效。

中医学中无脑梗死这一病名，而是将脑梗死纳入“中风”范畴中，认为该病发病和气血亏虚及经络瘀阻相关，所以治疗应从扶正祛邪及活血益气着手。血栓通属于中药制剂，主要成分是三七总皂苷，具有较强的活血化瘀功效^[12]。现代药理学表明，血栓通可促进血管良好扩张，改善血液循环，抑制血小板有效聚集，增加脑部血流量，可在脑血管后遗症治疗中发挥显著效果。单独应用血栓通治疗，固然可缓解脑梗死与后遗症症状，但治疗效果还有进步的空间。

此次研究结果显示，观察组治疗3 月后的神经功能改善幅度更大，血液流变学改善显著，治疗有效率更大，可见血栓通、吡拉西坦联合应用效果优于吡拉西坦单一应用效果。吡拉西坦属于γ- 氨基丁酸衍生物，可与谷氨酸受体有效结合，生成二磷酸腺苷，改善脑部能量代谢，加快乙酰胆碱合成，保护和修复受损神经细胞。吡拉西坦还可有效改善因脑组织缺血缺氧导致的记忆力减退症状，强化患者记忆力。血栓通与吡拉西坦联合应用，有效清除脑血管中沉积的血栓栓子，降低丙二醛与花生四烯酸等炎症因子含量，缓解炎症因子诱发的脑水肿症状，减轻脑细胞损害，改善神经功能缺损症状，缓解脑梗死后遗症。

综上所述，血栓通、吡拉西坦联合应用可有效治疗老年性脑梗死后遗症，应用价值显著。

参考文献：

[1]全小玲,张连文,蒋桂兰. 血栓通联合吡拉西坦治疗急性脑梗死临床观察及对血清 TC、SOD、hs-CRP 水平的影响[J]. 国医论坛,2021,36(6):46-49.

[2]黄鹂丽. 奥拉西坦与吡拉西坦治疗动脉粥样硬化性脑梗死急性期认知功能障碍的疗效与安全性的比较分析[J]. 实用医技杂志,2020,27 (7): 895-897.

[3]张喜凤. 吡拉西坦联合尼莫地平对脑梗死后血管性痴呆患者认知功能的影响[J]. 中国医药指南,2020,18 (9): 179-180.

[4]靳振明,宋增平,贺辰龙,等. 脑梗死后血管性痴呆治疗中吡拉西坦联合尼莫地平的应用分析[J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊),2020,20 (67): 10-11.

[5]中医康复临床实践指南·缺血性脑卒中 (脑梗死) 制定工作组,章薇,娄必丹,等. 中医康复临床实践指南·缺血性脑卒中 (脑梗死) [J]. 康复学报,2021,31 (6): 437-447.

[6]朱珊珊,于怀芳. 吡拉西坦联合重组人组织型纤溶酶原激活剂静脉溶栓治疗急性脑梗死的临床效果[J]. 河南医学研究,2022,31 (13): 2427-2430.

[7]藏君,刘爱贤,王亭亭. 经颅磁刺激联合吡拉西坦对老年脑梗死患者认知功能及自主神经的影响[J]. 山东医药,2021,61 (29): 64-67.

[8]宋保聚. 吡拉西坦联合奥扎格雷钠治疗脑梗死伴脑出血患者的效果研究及对预后的影响[J]. 中华养生保健,2021,39 (17): 163-165.

[9]颜石新,阳生光,李邦定,等. 吡拉西坦注射液辅助治疗老年出血性脑梗死急性期患者的临床疗效分析[J]. 海峡药学,2021,33 (5): 130-132.

[10]袁博博,舒庆,马冉冉,等. 吡拉西坦联合阿替普酶静脉溶栓治疗急性脑梗死的疗效及对患者认知功能、血清 Hcy、MCP-1 水平的影响[J]. 海南医学,2020,31 (23): 3008-3012.

[11]胡娜. 吞咽治疗仪联合综合康复训练在促进脑梗死后遗症患者吞咽功能恢复中的应用[J]. 医疗装备,2022,35 (6): 138-140.

[12]汪学军,徐勇忠,杨水泉,等. 吡拉西坦联合血栓通治疗脑梗死后遗症的疗效分析[J]. 深圳中西医结合杂志,2020,30 (17): 3-4.

口腔修复中正畸治疗的应用价值分析

袁苏健

长江航运总医院口腔科 湖北武汉 430010

摘要：目的：探究口腔修复中正畸治疗的应用价值。方法：研究时间 2021 年 2 月到 2022 年 4 月，共选取研究人员 60 例，将上述对象按照修复治疗方式的不同分组，平均每组 30 例，即研究组（正畸治疗）、对照组（常规义齿修复），对比组间修复效果。结果：修复前 2 组患者正畸指标无显著差异，修复后研究组前牙覆盖、颌覆和牙周袋深度均低于对照组，牙齿出血指数也明显偏低， $P < 0.05$ ；修复前患者情绪和疼痛情况相似，修复后研究组负面情绪（HAMA 和 HAMD）明显缓解，VAS 分值下降， $P < 0.05$ ；研究组患者修复后仅有 1 例出现食物嵌顿，修整后转好，不良反应发生率（3.33%）显著低于对照组（20%）， $P < 0.05$ ；研究组患者正畸效果的满意度指数更高， $P < 0.05$ 。结论：针对牙列缺损患者，口腔修复前先行正畸治疗，预后口腔内外部美观性更强，患者满意度指数更高。

关键词：口腔修复；正畸治疗；治疗效果；患者情绪；满意度

Analysis of the applied value of orthodontic treatment in prosthodontics

【 Abstract 】 Objective: To explore the application value of orthodontic treatment in prosthodontics. Methods: from February 2021 to April 2022, a total of 60 researchers were selected, and the above subjects were divided into different groups according to different restorative treatment methods, with an average of 30 patients in each group, i.e. the study group (orthodontic treatment) and the control group (conventional denture repair). The restorative effects between the groups were compared. Results: there was no significant difference in the orthodontic indexes between the two groups before the restoration. After the restoration, the anterior tooth coverage, jaw coverage and periodontal pocket depth of the study group were lower than those of the control group, and the tooth bleeding index was also significantly lower ($P < 0.05$); The mood and pain of the patients before repair were similar. After repair, the negative mood (HAMA and HAMD) of the study group was significantly relieved, and the VAS score decreased ($P < 0.05$); Only one patient in the study group had food impaction after repair, which improved after repair. The incidence of adverse reactions (3.33%) was significantly lower than that in the control group (20%) ($P < 0.05$); The satisfaction index of orthodontic effect in the study group was higher ($P < 0.05$). Conclusion: for patients with dentition defect, orthodontic treatment should be carried out before oral repair. The prognosis of patients with dentition defect is more beautiful inside and outside the mouth, and the patient satisfaction index is higher.

[Key words] Prosthodontics; Orthodontic treatment; Therapeutic effect; Patient mood; Satisfaction

伴随近些年人们生活质量的不断提高，对口腔诊疗的要求也越来越高^[1]。口腔科常见的牙列缺损和牙列间隙问题影响患者面部协调性和牙齿咀嚼功能，临床口腔修复方式较多，治疗效果也相对可观^[2-3]。但修复后普遍存在外部美观性受损问题，正畸治疗与传统修复方式相比，除了可以恢复牙齿正常功能，还能保证外在颌面部的美观度^[4]。文章选取院内口腔科患者作为研究对象，探究口腔修复中正畸治疗的应用价值，报道如下。

1. 资料和方法

1.1 一般资料

研究人员选取时间 2021 年 2 月到 2022 年 4 月，共选取研究人员 60 例，将上述对象按照修复治疗方式的不同分组，平均每组 30 例，即研究组、对照组，对照组：年龄 22-46 平均值（岁）：（35.62±3.14），性别比例：（男/女）：17/13；研究组年龄 23-45 平均值（岁）（36.07±2.12），性别比例：（男/女）：16/14，对比两组资料可得 $P > 0.05$ 。患者年龄超过 18 周岁，研究配合度高，签署知情文件；排除半年内接受过其他口腔机构治疗者；尚在妊娠期患者；患有凝血功能障碍者。

1.2 方法

两组在修复前均行口腔 X 线检查，结合检查结果设计个性化的修复方案。修复前与患者沟通，做好常规宣教，告知患者口腔情况和治疗后可能发生的不良反应，提高其认知水平。对照组：在此基础上给予常规义齿（摘戴义齿或固定义齿）修复顺序为修整牙齿、取模、灌注、模型制作、试戴。

研究组：予正畸治疗，使用一次性无菌盘检查口腔情况，提前处理患者牙髓炎和牙周病，清除残留牙冠和牙根，观察患者牙槽骨和颞颌关节情

况，检查牙齿功能位，常规处置结束后予正畸治疗。错颌畸形需要根据口腔实际情况使用方丝弓技术进行矫治，用镍钛丝调整畸形牙齿，确定最终颌面关系。根据内外部口腔美观性要求合理排列牙齿，修复牙列间隙。针对直丝弓矫正治疗后依然存在明显的牙列间隙的情况，利用集中间隙法进行处理。最后，用矫正器整体检查，确保无畸形牙齿后固定牙列。

1.3 观察指标

(1)分别于正畸治疗前后测量 2 组患者牙周袋、颌覆深度、前牙覆盖面积以及出血指数。(2)使用 VAS（疼痛）HAMA、HAMD（焦虑和抑郁）等 3 项量表评定患者疼痛程度和负性情绪。(3)统计修复治疗后不良反应情况（食物嵌顿、咬合抬高、龋齿和黏膜溃疡）。(4)使用科室自制调查表判定 2 组患者对修复效果的满意程度，满意程度根据量表数值进行划分。

1.4 统计学分析

使用 SPSS23.0 软件进行统计学处理，采用卡方检验和 T 检验，若两组数据之间 p 值小于 0.05，则代表 2 组患者在以上方面，具有统计学意义。

2. 结果

2.1 对比正畸效果

修复前 2 组患者正畸指标无显著差异，修复后研究组前牙覆盖、颌覆和牙周袋深度均低于对照组，牙齿出血指数也明显偏低， $P < 0.05$ ，见表

表 1 正畸效果对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

时间	项目	研究组 (n=30)	对照组 (n=30)	T 值	P 值
----	----	---------------	---------------	-----	-----

修复前	牙周袋深度 (mm)	4.79±0.52	4.81±0.46	0.1578	0.8752
	前牙覆盖 (mm)	5.04±0.52	5.03±0.55	0.0724	0.9426
	颌覆深度 (mm)	4.23±0.4	4.24±0.45	0.0910	0.9278
	出血指数 (%)	29.56±3.15	29.61±3.17	0.0613	0.9513
修复后	牙周袋深度 (mm)	3.18±0.36	4.42±0.48	11.3196	0.0000
	前牙覆盖 (mm)	2.39±0.25	4.13±0.51	16.7794	0.0000
	颌覆深度 (mm)	2.31±0.26	3.66±0.38	16.0593	0.0000
	出血指数 (%)	26.63±2.81	37.43±4.01	12.0808	0.0000

2.2 对比量表评分

修复前患者情绪和疼痛情况相似,修复后研究组负面情绪(HAMA 和 HAMD)明显缓解,VAS 分值下降,P<0.05,见表

表 2 量表评分对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

时间	项目	研究组 (n=30)	对照组 (n=30)	T 值	P 值
修复前	HAMA	15.72±1.65	15.64±1.75	0.1822	0.8561
	HAMD	17.25±1.85	17.21±1.87	0.0833	0.9339
	VAS	5.89±0.62	5.67±0.59	1.4079	0.1645
修复后	HAMA	5.72±0.51	7.54±0.81	10.4145	0.0000
	HAMD	6.20±0.60	8.32±0.83	11.3378	0.0000
	VAS	2.09±0.12	3.20±0.36	16.0215	0.0000

2.3 对比不良反应

研究组患者修复后仅有 1 例出现食物嵌顿,修整后转好,不良反应发生率(3.33%)显著低于对照组(20%),P<0.05,见表

表 3 不良反应对比 (n, %)

组别	不良反应				总发生率
	食物嵌顿	咬合抬高	龋齿	黏膜溃疡	
研究组 (n=30)	1/30 (3.33)	0/30 (0.00)	0/30 (0.00)	0/30 (0.00)	1/30 (3.33)
对照组 (n=30)	2/30 (6.67)	2/30 (6.67)	1/30 (3.33)	1/30 (3.33)	6/30 (20.00)
X ²	-	-	-	-	4.0431
p	-	-	-	-	0.0444

2.4 对比满意度

研究组患者正畸效果的满意度指数更高,P<0.05,见表

表 4 满意度对比 (n, %)

组别	非常满意	满意	不满意	总满意度
研究组 (n=30)	20/30 (66.67)	9/30 (30.00)	1/30 (3.33)	29/30 (96.67)
对照组 (n=30)	16/30 (53.33)	6/30 (20.00)	8/30 (26.67)	22/30 (73.33)

X ²	-	-	-	6.4052
p	-	-	-	0.0113

3. 讨论

近些年受人们不良生活和饮食习惯影响,口腔科疾病发病率明显上升,常见疾病包括牙列缺损、间隙、牙齿松动、牙周炎以及龋齿^[5]。牙齿修复是口腔医学领域中的重要分支,主要治疗牙齿缺失和牙齿缺损,治疗领域涵盖修复美学、种植修复和黏结修复,常见治疗材料包括义齿、嵌体和全冠^[6-7]。目前该领域已经成为现代口腔治疗发展最快的学科。以往常见的义齿修复虽具有一定效果,但修复成功后美观度受限,其中,嵌体和全冠修复术操作相对简便,但伴随时间的延长,修复体会破坏正常牙齿牙弓,原有牙齿接触面逐渐消失,牙齿向一侧倾斜,造成食物嵌顿,滋生一系列牙周病,外部颌面美观受到影响,严重干扰患者的正常生活^[8-9]。

正畸治疗(英文: Orthodontics)是指矫正原有排列不规范的牙齿、解除牙合畸形。为实现牙齿美观功效,正畸治疗需研究牙合畸形病因、制定修复方案、预防并发症。目前口腔医学诊疗技术不断发展,患者正畸要求不断提高,矫治材料和方法不断革新,逐渐由活动托槽过渡到隐形托槽^[10]。文章研究结果显示,修复前 2 组患者正畸指标无显著差异,修复后研究组前牙覆盖、颌覆和牙周袋深度均低于对照组,牙齿出血指数也明显偏低,P<0.05;修复前患者情绪和疼痛情况相似,修复后研究组负面情绪(HAMA 和 HAMD)明显缓解,VAS 分值下降,P<0.05;研究组患者修复后仅有 1 例出现食物嵌顿,修整后转好,不良反应发生率(3.33%)显著低于对照组(20%),P<0.05;研究组患者正畸效果的满意度指数更高,P<0.05。

综上所述,针对牙列缺损患者,口腔修复前先进行正畸治疗,预后口腔内外部美观性更强,患者满意度指数更高。

参考文献:

[1]杨西美.正畸联合口腔修复治疗先天性缺牙的临床效果分析[J].中外医疗,2022,41(13): 57-60.

[2]马慧,王桃.正畸治疗在口腔修复中的临床应用效果及对患者心理状态的影响[J].国际精神病学杂志,2022,49(02): 328-330+334.

[3]易文静,张静亚,孔文达.口腔正畸结合种植修复治疗错(牙合)畸形伴牙列缺损的效果观察[J].中国实用医药,2022,17(11): 80-82.

[4]薛亮,李玲,彭博.正畸联合口腔修复治疗先天性缺牙患者临床效果及咀嚼功能分析[J].贵州医药,2021,45(12): 1946-1947.

[5]杨宪珍.正畸联合口腔修复对先天性缺牙的治疗及有效性评价[J].系统医学,2021,6(24): 167-170.

[6]李春燕.口腔修复中使用正畸治疗 69 例的临床应用效果分析实践[J].中国社区医师,2021,37(30): 14-15.

[7]吴庆学.口腔修复辅正畸治疗先天性缺牙的临床疗效分析[J].湖北科技学院学报(医学版),2021,35(04): 313-315.

[8]王宏艳,李杨,刘颖.正畸治疗在口腔修复中的应用及对患者咬合能力和美观程度的影响[J].山西医药杂志,2021,50(10): 1663-1665.

[9]谢益川.正畸联合口腔修复治疗先天性缺牙患者的临床效果[J].中国医药指南,2021,19(12): 48-49.

[10]王茜,翟俊辉,屈振宇.正畸联合口腔修复治疗先天性缺牙的临床研究[J].中国实用医药,2021,16(10): 114-116.

GE revolution CT 全身双能扫描在急诊多发伤患者中的应用研究

¹张森 通讯作者 于瑞磊

南京医科大学第一附属医院 江苏南京 210029

摘要：目的：本文通过将 CT 全身双能扫描检查结果与后续手术确诊结果相比较，来探讨 CT 全身双能扫描检查在急诊多发伤患者中的应用效果。方法：45 例样本均为 2020.10——2021.10 之间与我院接受治疗的外伤危急症患者，45 例患者均给予 CT 全身双能扫描检查，详细记录检查结果并与后续手术确诊结果相比较，来探讨 CT 全身双能扫描检查在急诊多发伤患者中的应用效果。结果：45 例急诊部门收治的外伤危急症患者经手术确诊的患者有 39 例，CT 检查的共检出患者 36 例，其中漏诊患者 3 例，漏诊率为 7.69%；总检出率为 92.31%，与手术确诊结果相较 $P>0.05$ 。CT 检查的准确度为 93.33%，敏感度为 92.31%，特异性为 100.00%。结论：GE revolution CT 全身双能扫描在急诊多发伤患者中的应用效果显著。

关键词：急诊多发伤；GE revolution CT 全身双能扫描；检出率；准确度

多发伤主要是指车祸、高空坠落、塌方等意外所导致的疾病，在急诊部门的临床工作中，多发伤是一种较为常见的、严重性较强的危急重症^[1]。近年来，随着交通事业的快速发展，人们使用机动车辆的几率得到了大幅度的提升，因车祸而导致的多发伤事件的占比持续增高，对患者的生命健康产生了严重的威胁^[2]。对于急诊部门接诊的多发伤患者而言，得到及时、对症且有效的治疗能够显著提升患者的急救效果，降低患者的临床不良事件发生几率，从而达到改善患者预后的目的^[3]。因此对于多急诊部门多发伤患者而言，准确且迅速的病情评估和有效的临床诊断是治疗的关键^[4]。我院采用 GE revolution CT 全身双能扫描诊断急诊多发伤应用效果显著，本文特选取 45 例样本，通过将 CT 全身双能扫描检查结果与后续手术确诊结果相比较，来探讨 CT 全身双能扫描检查在急诊多发伤患者中的应用效果。

1、资料与方法

1.1 一般资料

45 例样本均为 2020.10——2021.10 之间与我院接受治疗的外伤危急症患者，其中男性患者有 27 例，女性患者有 18 例，男女比例为 3：2；年龄范围均在 25 岁至 60 岁之间，平均年龄为（42.74±6.17）岁。另收集需进行正常胸部 CT 平扫的患者共 80 例，其中男性患者 48 例，女性患者 32 例，平均年龄（48.58±14.82）岁。

1.2 方法

45 例样本均给予 GE revolution 256 排 CT 全身双能扫描检查，通过将 CT 全身双能扫描检查结果与后续手术确诊结果相比较，来探讨 CT 全身双能扫描检查在急诊多发伤患者中的应用效果。

1.3 观察指标

通过将 CT 全身双能扫描检查结果与后续手术确诊结果相比较，来探讨 CT 全身双能扫描检查在急诊多发伤患者中的应用效果。误诊率=假阳性/（假阳性+真阴性）；漏诊率=假阴性/（真阳性+假阴性）；准确度=（真

阳性+真阴性）/疑似患者；敏感度=真阳性/（真阳性+假阴性）；特异性=真阴性/（假阳性+真阴性）。

1.4 统计学方法

（%）表示计数资料，用卡方检验； $\bar{x}\pm s$ 计量资料表示，用 t 检验，本次采用 SPSS 21.0 版本的软件对数据进行处理，两组对比 $P<0.05$ 有意义。

2. 结果

2.1 分析 CT 检查的检出率

45 例急诊部门收治的外伤危急症患者经手术确诊的患者有 39 例，占比为 86.67%，经 CT 检查检其中脾脏损伤患者有 4 例，占比为 10.26%（4/39）；肝脏损伤患者有 5 例，占比为 12.82%（5/39）；肾脏损伤患者有 4 例，占比为 10.26%（4/39）；腹部血管破裂患者有 7 例，占比为 17.95%（7/39）；复合型实质脏器损伤患者有 8 例，占比为 20.51%（8/39）；肠系膜及肠管损伤患者有 3 例，占比为 7.69%（3/39）；脑出血患者有 2 例，占比为 5.13%（2/39）；颅骨骨折患者有 3 例，占比为 7.69%（3/39）；其他患者 3 例，占比为 7.69%（3/39）。CT 检查的共检出患者 36 例，总检出率为 92.31%，与手术确诊结果相较 $P>0.05$ 。（见表 1）

表 1 CT 检查的检出率分析（n，%）

组别	手术确诊	CT 检查	χ^2	P
脾脏损伤	4（10.26%）	4（100.00%）	--	--
肝脏损伤	5（12.82%）	5（100.00%）	--	--
肾脏损伤	4（10.26%）	4（100.00%）	--	--
腹部血管破裂	7（17.95%）	6（85.71）	--	--
复合型实质脏器损伤	8（20.51%）	8（100.00%）	--	--
肠系膜及肠管损伤	3（7.69%）	2（66.67%）	--	--
脑出血	2（5.13%）	2（100.00%）	--	--

颅骨骨折	3 (7.69%)	3 (100.00%)	--	--
其他	3 (7.69%)	2 (66.67%)	--	--
合计	39 (86.67%)	36 (92.31%)	0.7200	0.3961

2.2 分析 CT 检查的检出结果

CT 检出合并腹腔积血患者 20 例，占比为 55.56%；合并肺挫裂伤患者 4 例，占比为 11.11%；合并肋骨骨折患者 10 例，占比为 27.78%；合并颈椎骨折患者 5 例，占比为 13.89%；合并腰椎横突骨折患者 5 例，占比为 13.89%；合并腰椎压缩性骨折患者 6 例，占比为 16.67%。（见表 2）

表 2 CT 检查的检出结果分析（n，%）

组别	例数	占比
合并腹腔积血	20	55.56%
合并肺挫裂伤	4	11.11%
合并肋骨骨折	10	27.78%
合并颈椎骨折	5	13.89%
合并腰椎横突骨折	5	13.89%
合并腰椎压缩性骨折	6	16.67%

2.3 分析 CT 检查的准确度、敏感度和特异性

45 例急诊部门收治的外伤危急症患者经手术确诊的患者有 39 例，CT 检查的共检出患者 36 例，其中漏诊患者 3 例，漏诊率为 7.69%；无误诊患者；CT 检查的准确度为 93.33%，敏感度为 92.31%，特异性为 100.00%。见表 3

表 2 CT 检查的准确度、敏感度和特异性（n，%）

手术确诊	CT 检查			准确度	敏感度	特异性
	阳性	阴性	合计			
阳性	36	3	39	93.33% [(36+6)/45]	92.31% (36/39)	100.00% (6/6)
阴性	0	6	6			
合计	36	9	45			

2.4 双能全身 CT 平扫、常规胸部 CT 平扫、常规全腹部 CT 平扫剂量（ $\bar{x}\pm s$ ）结果

表 4 各平扫剂量统计

部位	双能全身 CT 平扫	常规胸部 CT 平	常规全腹部 CT 平
----	------------	-----------	------------

	扫	扫
剂量	1135.56±258.72	580.34±132.48 713.86±154.93

3、讨论

早期的 CT 扫描时间分辨率较低，扫描的图像难以达到精确配准，尤其是针对心脏、腹部等运动脏器。而双能 CT 系统则是利用两种不同能量的 X 射线对患者机体进行成像，从而能够得到精准的物体构成比例^[5]。应用于急诊外伤危急症患者的临床诊断工作中具有显著的价值。及时且有效的对患者的病情进行分诊并接受对症的治疗，对于急诊部门外伤危急症患者而言，能够有效提升抢救效率，保证患者的生存质量，对于改善患者预后也具有一定的应用价值^[6-7]。临床广泛应用后，数据显示 GE Revolution CT 具有以下优势：（1）该全身双能检查剂量低，全身扫描下来剂量接近于普通胸部剂量的两倍；（2）GE Revolution CT 是 256 排，探测器宽、孔径大、扫描时间短，为病人争夺了抢救时间，减少患者在检查过程中挪动位置的痛苦；（3）双能检查可以有效地减少金属伪影，尤其是危重症患者

本次研究各项数据比较结果显示，45 例急诊部门收治的外伤危急症患者经手术确诊的患者有 39 例，CT 检查的共检出患者 36 例，其中漏诊患者 3 例，漏诊率为 7.69%；总检出率为 92.31%，与手术确诊结果相较 $P>0.05$ 。CT 检查的准确度为 93.33%，敏感度为 92.31%，特异性为 100.00%。

综上所述，在多发外伤急诊患者的临床检查工作中应用 GE revolution CT 全身双能扫描进行诊断，具有较高的准确度、检出率、敏感性以及特异性，能够有效对患者的疾病类型进行分析，为临床治疗方案的制定提供可靠的数据支持，具有显著的应用价值，值得推广。

参考文献：

[1]陈子敏, 谭毅贤, 陈涛,等. 多排螺旋 CT 扫描三维后处理技术在多发伤中胸部创伤的应用价值[J]. 实用医学影像杂志, 2020, 21 (6): 3.

[2]刘珊妹. 外伤危急症患者腹部急诊增强 CT 扫描的诊断价值研究[J]. 影像研究与医学应用, 2019, 3 (001): P.81-82.

[3]程峰, 邱兆磊, 李磊,等. 扩大创伤重点超声评估法对多发伤患者气胸的诊断价值[J]. 临床急诊杂志, 2020, 21 (6): 4.

[4]丁双双, 周婷. CT 与超声检查在急诊闭合性腹部创伤中的诊断价值[J]. 实用医学影像杂志, 2021, 22 (3): 4.

[5]赵刘凯. 超声在 ICU 重症患者多发伤合并胸部损伤中的诊断价值[J]. 临床研究, 2021, 29 (4): 2.

[6]王湘江, 桑云华, 吕强. 重症监护病房床旁超声对胸部严重多发伤患者的诊断价值[J]. 临床超声医学杂志, 2020, 22 (5): 3.

[7]盛小明, 虞俊波, 刘佳佳,等. 超声术前辅助定位在多发伤伴肋骨骨折治疗中的应用[J]. 山东医药, 2020, 60 (17): 3.

利培酮与奥氮平对精神障碍患者心电图的影响

张庆

苏州市广济医院功能检查科 江苏苏州 215000

摘要：目的：探究利培酮与奥氮平对精神障碍患者心电图的影响。方法：研究时间：2021年6月--2022年6月；研究对象：我院收治的精神障碍患者72例。根据入院时间分为研究组、对照组，平均每组36例。对照组给予利培酮，研究组给予奥氮平。评估两种治疗方案患者心电图结果、心电图异常情况、心电图相关指标、睡眠质量评分、治疗效果。结果：研究组Q-T时间延长、传导阻滞、心电图异常率低于对照组（ $P<0.05$ ）。治疗2周、4周、8周后，研究组心电图异常情况低于对照组（ $P<0.05$ ）。研究组窦性心动过速、心律不齐、心动过缓、T波改变低于对照组（ $P<0.05$ ）。用药前，72例患者睡眠质量评分对比具有同质性（ $P>0.05$ ）。用药后，研究组睡眠质量评分（ 6.81 ± 1.04 ）低于对照组（ 12.64 ± 1.29 ）（ $P<0.05$ ）。研究组总有效率高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：奥氮平对精神障碍患者效果优于利培酮，心电图影响小，改善睡眠质量，值得借鉴采纳。

关键词：利培酮；奥氮平；精神障碍；心电图；睡眠质量；效果

精神障碍表现形式非常多，如：记忆力减退、夸大妄想症、幻听、幻觉等，对人们思维、情感、情感影响较大。患者一旦确诊精神障碍疾病需立即入院治疗，该病不会自愈。临床治疗中，利培酮、奥氮平为常用药，属于临床一线药物。奥氮平是非典型的新一代抗精神病药物，是首选药物。奥氮平有镇静功效，对精神病的睡眠问题有非常好的效果。同时对精神分裂症、情感障碍等也有一定效果。利培酮主要治疗慢性精神分裂症，有非常好的治疗作用。但是，对于双向情感障碍症的抑郁症状，效果不佳。但无论是奥氮平或是利培酮需严格根据医嘱用药。据研究：该类药物会增加心血管疾病发生率。相比未服用过该类药物的患者，用药患者心脏性猝死发病率是其2倍。为进一步探究利培酮与奥氮平对精神障碍患者心电图的影响，本文就72例精神障碍患者作为研究对象，结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料：

研究时间：2021年6月--2022年6月；研究对象：我院收治的精神障碍患者72例。根据入院时间分为研究组、对照组，平均每组36例。

对照组：男患者27例，女患者9例。最小年龄39岁，最大年龄67岁（平均： 50.3 ± 3.4 ）岁。最短病程3年，最长病程24年（平均： 13.4 ± 3.4 ）年。

研究组：男患者26例，女患者10例。最小年龄38岁，最大年龄68岁（平均： 50.5 ± 3.5 ）岁。最短病程2年，最长病程25年（平均： 13.6 ± 3.7 ）年。72例患者性别、年龄资料对比无差异（ $P>0.05$ ），可比。

入选指标：（1）患者经诊断确诊为精神障碍类疾病。（2）入组前1个月未服用过其他药物。（3）患者均经监护人同意并签署同意书。

排除指标：（1）严重内分泌系统疾病者。（2）脑血管疾病、心肺并发症者。（3）中途退出，依从性不高者。（4）妊娠期、哺乳期女性。

1.2 方法

对照组：利培酮（生产企业：齐鲁制药有限公司；国药准字：H20070319）第一次剂量为0.5mg/d。结合治疗情况调节剂量，但最大剂量不可超过4mg/d。不服用其他药物（奎尼丁、洋地黄、抗抑郁药物），共用药8周。

研究组：奥氮平（生产企业：江苏豪森药业集团有限公司；国药准字：H20010799）10mg/d，1日2次。结合治疗情况调节剂量，共用药8周。

1.3 评价指标

（1）评估72例患者心电图情况。（2）采用FX-8322型十二道自动分析心电图机于治疗后2周、4周、8周观察心电图异常情况。只要有1次异常为异常病例。（3）评估72例患者窦性心动过速、心律不齐、心动过缓、T波改变发生率。（4）采用匹兹堡睡眠质量（Pittsburgh Sleep Quality

Index PSQI）评估用药前后睡眠质量评分。量表包括7个维度，共21分，分数越低代表睡眠质量越高。（5）评估72例患者用药效果：显效、有效、无效。总有效率=（显效+有效）/例数*100%。

1.4 数据处理

研究所采用的核算软件为：SPSS22.0版本，以“均数±平方差”的方式代表两组患者护理/治疗指标，并用t值检验。两组患者不良反应/并发症指标采用“%”的方式表示。用卡方来检验。如果P小于0.05则表示两组患者指标数据具有统计学意义。

2 结果

2.1 评估72例患者心电图情况

研究组ST-T改变、Q-T时间延长、传导阻滞、室上性早搏、室性早搏率低于对照组（ $P<0.05$ ），详见表1。

表1，评估72例患者心电图情况

心电图改变	奥氮平 (n=36)	利培酮 (n=36)	X ²	P
ST-T改变	1 (2.78)	3 (8.33)	1.06	0.30
Q-T时间延长	2 (5.56)	4 (11.11)	0.72	0.34
传导阻滞	2 (5.56)	3 (8.33)	0.21	0.64
室上性早搏	3 (8.33)	4 (11.11)	0.16	0.69
室性早搏	1 (2.78)	3 (8.33)	1.06	0.30
共计	9 (25.00)	17 (47.22)	3.85	0.05

2.2 评估72例患者治疗后心电图异常情况

治疗2周、4周、8周后，研究组心电图异常情况低于对照组（ $P<0.05$ ），详见表2。

表2，评估72例患者治疗后心电图异常情况

分组	例数	治疗后2周	治疗后4周	治疗后8周
研究组	36	2 (5.56)	4 (11.11)	6 (16.67)
对照组	36	9 (25.00)	11 (30.56)	14 (38.89)
X ²	-	5.26	4.13	4.43
P	-	0.02	0.04	0.04

2.3 评估72例患者心电图相关指标

研究组窦性心动过速（2.78%）、心律不齐（2.78%）、心动过缓（2.78%）、T波改变（5.56%）低于对照组（16.67%、16.67%、16.67%、19.44%）（ $P<0.05$ ），详见表3。

表 3, 评估 72 例患者心电图相关指标

分组	例数	窦性心动过速	心律不齐	心动过缓	T 波改变
研究组	36	1 (2.78)	1 (2.78)	1 (2.78)	2 (5.56)
对照组	36	6 (16.67)	6 (16.67)	6 (16.67)	7 (19.44)
X ²	-	3.96	3.96	3.96	4.18
P	-	0.05	0.05	0.05	0.04

2.4 评估 72 例患者治疗前后睡眠质量评分

用药前, 72 例患者睡眠质量评分对比具有同质性 ($P>0.05$)。用药后, 研究组睡眠质量评分 (6.81 ± 1.04) 低于对照组 (12.64 ± 1.29) ($P<0.05$), 详见表 4。

表 4, 评估 72 例患者治疗前后睡眠质量评分

分组	例数	用药前	用药后
研究组	36	15.32 $\pm$ 2.11	6.81 $\pm$ 1.04
对照组	36	15.36 $\pm$ 2.71	12.64 $\pm$ 1.29
t	-	0.07	21.11
P	-	0.94	0.00

2.5 评估 72 例患者用药后疗效

研究组显效 13 例、有效 22 例、无效 1 例。对照组显效 13 例、有效 16 例、无效 7 例。研究组用药后疗效 (97.22%) 优于对照组 (80.56%) ($P<0.05$), 详见表 5。

表 5, 评估 72 例患者用药后疗效

分组	例数	显效	有效	无效	总有效率
研究组	36	13(36.11)	22(61.11)	1 (2.78)	35(97.22)
对照组	36	13(36.11)	16(44.44)	7 (19.44)	29(80.56)
X ²	-	-	-	-	5.06
P	-	-	-	-	0.02

3 讨论

随着老龄化人口越来越多, 精神障碍患病率越来越高, 抗精神药物得到了广泛运用。不过, 抗精神药物存在滥用现象, 各种用药安全问题暴露出来。众所周知, 抗精神药物治疗疾病的同时也会带来诸多毒副反应, 如: 头晕、心血管疾病。尤其是长时间用药, 心血管疾病风险较高^[1]。于是, 有学者提出: 抗精神药物对心电图异常发生率较高^[2]。随着年龄增长, 患者机体器官发生退行性变化, 心脏增大、心肌细胞结缔组织增生等造成心肌兴奋性、自律性异常。此外, 有学者提出: 该类药物会阻滞神经、肌肉细胞膜钠钾镁离子激活的 ATP 酶系, 使得心肌复极化异常^[3]。因此, 临床上要关注抗精神病药物对心脏的影响, 降低心血管事件发生^[4]。

本研究中, 研究组心电图异常情况优于对照组 ($P<0.05$)。研究组睡眠质量评分低于对照组 ($P<0.05$)。研究组总有效率高于对照组 ($P<0.05$)。奥氮平对 α_1 肾上腺素与毒碱受体有一定亲和性。若患者服用剂量过大会降低冠状动脉流量, 维持心脏处于高荷载低供血状态, 使得心电图显示异常^[5]。而且, 奥氮平会阻滞迷走神经, 刺激交感神经兴奋, 加快心率和心肌耗氧量, 使得心肌缺血性变化引起心电图异常^[6]。奥氮平可作用于多种受体系统, 具有广泛的药理学活性。初始治疗有效的患者, 该药物在维持用药期间可维持基础临床效果。据动物行为学显示: 奥氮平对胆碱能拮抗作用与其受体结合效应相同。在体外和体内模型上证明: 与无羟色胺 5-HT₂ 受体亲和性比与多巴胺 D₂ 受体的亲和性较高^[7]。而利培酮是一种新型抗

精神类药品, 对 5-羟色胺、多巴胺 D₂ 受体有一定亲和性。但是, 该药物会对钾、钠、镁离子产生影响而造成心电图改变。该药物与其他抗精神药物共同服用会产生便秘、嗜睡等表现。这是因为: 该药物具有 α -受体阻断功效, 故患者用药时会出现体位性低血压^[8]。同时, 该药物对内分泌系统也会有一定影响, 很多女性患者服用后会出现月经不调症状, 甚至闭经。心血管患者要慎用, 预防心衰、心肌梗死。由此可见, 两种药物均会对心电图产生影响。而根据本研究结果显示, 奥氮平对心电图影响小于利培酮。且有学者提出: 奥氮平较为安全, 通常不会引起 Q-T 间期延长。用药 8 周后, 两组患者心电图异常和康精神药物剂量与用药时间呈正比^[9]。说明: 抗精神药物会影响心脏活动, 剂量越大电活动干预越大。故用药时需注意患者心电图复查, 尽管无不良反应, 注意观察心电图参数变化。初始用药时, 特别是 4 周内需重视病情观察, 多次复查心电图。药物剂量避免过量、过快^[10]。

综合分析, 较利培酮, 奥氮平对心电图的影响小, 对心脏不良反应小, 可改善睡眠质量, 提高疗效, 有十分重要的现实意义。

参考文献:

[1]马泊涛, 安会梅, 王永前, 等. 精神分裂症患者奥氮平剂量校正血浆浓度的非遗传影响因素分析[J]. 神经疾病与精神卫生, 2021, 21 (7): 5.

[2]钱兴山, 王娟, 涂清分. 利培酮与奥氮平对女性精神分裂症患者脂肪肝和血脂代谢指标的影响[J]. 中西医结合肝病杂志, 2021, 31 (1): 3.

[3]Xiao Yan, Zhang Cuiling, Huang Lihong, et al. The effects of blood lipid levels of patients with schizophrenia in different APOE gene subtype schizophrenia [J]. Clinical psychiatry medicine magazine, 2021, 31 (4): 4..

[4]张明松, 张目, 马文立, 等. 利培酮与奥氮平治疗首发精神分裂症患者的效果及对认知功能与血脂的影响[J]. 国际精神病学杂志, 2020, 47 (4): 4.

[5]武兴荣. 奥氮平与利培酮治疗老年精神分裂症患者的安全性对比[J]. 中国药物与临床, 2020, 20 (21): 3.

[6]Zhang Yongchao, Li Jianjun. Ozipine's cognitive function and metabolism on patients with schizophrenia, the impact of sugar fat metabolism, fatty cytokine [J]. Journal of North Sichuan Medical College, 2020, 35 (6): 4. 4.

[7]刘亚倩, 刘英英, 刘晓庆. 奥氮平和利培酮治疗精神分裂症合并慢性乙肝患者的疗效分析及其对糖脂代谢的影响研究[J]. 贵州医药, 2022, 46 (5): 2.

[8]Lu Wen, Yang Rongmei, Chen Meifang. Ozipine combined with Ripbarone's impact on the metabolic and efficacy of patients with schizophrenia [J]. International psychiatry magazine, 2020, 47 (6): 4. 4.

[9]王赫, 甘雪, 林晓娥, 等. 抗精神病药对精神分裂症患者血钾浓度的影响[J]. 中国临床研究, 2020, 33 (3): 4.

[10]The analysis of the effects effect of Xiong Zhenying Yipipidone and Azapine on the effect of cognitive function before and after the treatment of patients with first schizophrenia [J]. Health must read, 2020, 000 (003): 90-91.

结直肠癌患者 PD-L1、PD-1 的表达与临床病理相关性分析

张冉星¹ 范春丽² 张仕东³ 陈彦杰¹ 冯敬¹

1、邢台医学高等专科学校第一附属医院（邢台市第一医院）病理科 河北邢台 054001；

2、盐山阜德医院 河北沧州 061300；3、邢台市人民医院 河北邢台 054000

摘要：目的：探讨结直肠癌患者 PD-L1、PD-1 的表达与临床病理相关性。方法：选取 2018 年 1 月-2019 年 12 月我院 110 例确诊为结直肠癌患者作为研究对象，回顾性分析患者的术后石蜡组织切片以及临床资料。采用免疫组化法对结直肠癌组织的 PD-1、PD-L1 蛋白的表达情况进行检测，分析 PD-1、PD-L1 蛋白的表达与临床病理特征的相关性。结果：结直肠癌组织中 PD-L1 阳性表达率为 51.82%（57/110），PD-1 的阳性表达率为 13.64%（15/110）；在有淋巴结转移、肿瘤分期高、分化程度低以及病理分期高方面，PD-L1 阳性表达率明显高于无淋巴结转移、肿瘤分期低、分化程度高以及病理分期低的患者，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；PD-1 的阳性表达与临床病理特征无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。结论：结直肠癌 PD-L1 呈现高表达，并与患者的不良临床病理特征有关，PD-1/PD-L1 信号通路为靶点的免疫治疗有望成为结直肠癌的潜在治疗方法。

关键词：结直肠癌；PD-L1、PD-1；表达；临床病理特征；相关性

结直肠癌是我国临床上十分常见的一种消化系统恶性肿瘤，近年来，人们生活模式的改变以及饮食习惯的变化，结直肠癌的发病率呈逐年上升的趋势^[1-2]，且结直肠癌的死亡率也在不断上升，直接威胁到患者的生命安全。目前，临床上针对结直肠癌多采用手术治疗、化疗、放疗等治疗方案^[3-4]。但是，该疾病的发病早期，患者并无显著临床症状，这导致患者往往会忽略一些细微的征象，导致确诊时往往已经发生局部转移或是全身转移情况。对于这一部分患者而言，采用传统的治疗方法，患者并无法获得显著疗效。相关数据显示，晚期结直肠癌患者的 5 年生存率只有 10% 左右^[5-6]。随着医疗水平的飞速发展，肿瘤免疫治疗得到长足的发展，肿瘤免疫治疗逐渐成为一种新型的治疗模式。相关免疫抑制剂的问世，更是大大延长了我部分晚期患者的生存期。其中，研究最为热烈的就是以程序性死亡因子 1（PD-1）/程序性死亡因子配体 1（PD-L1）信号通路为靶点的免疫抑制剂^[7-8]。相关免疫抑制剂在肺癌中开始得到应用，部分患者的临床效果较好。但是，对于结直肠癌患者的 PD-L1、PD-1 的表达尚不明确，以及 PD-L1、PD-1 的表达与临床病理的相关性，研究甚少，这在一定程度上影响到相关免疫抑制剂的应用。为进一步探讨结直肠癌患者 PD-L1、PD-1 的表达与临床病理相关性，选取 2018 年 1 月-2019 年 12 月我院 110 例结直肠癌患者作为研究对象，现报告如下。

一 资料与方法

1.1 对象与分组

选取 2018 年 1 月-2019 年 12 月我院 110 例确诊为结直肠癌患者作为研究对象，回顾性分析患者的术后石蜡组织切片以及临床资料。男 63 例，女 47 例，年龄 42-67 岁，平均（60.4±4.0）岁。

1.2 方法

采用免疫组化法对结直肠癌组织的 PD-1、PD-L1 蛋白的表达情况进行检测。操作方法：常规进行切片、脱蜡水化，在室温下，采用 3% 的过氧化氢孵育 10min，微波炉抗原修复 10min，冷却至室温，切片低价过氧化氢阻断溶液，室温孵育 10min，冲洗后低价正常山羊血清封底液，室温孵育 15min，甩出多余液体，加入一抗 [PD-1（NAT）鼠单克隆抗体：clone SC265 diluted 1：100，Santa Cruz Biotechnology；PD-L1（SP142）兔单克隆抗

体：clone SC2566 diluted 1：100，Santa Cruz Biotechnology] 后 4℃ 过夜；滴加生物素标记的二抗，37℃，30 min；滴加二氨基联苯氨（DAB）显色 30 s，苏木素复染，梯度酒精脱水、透明、中性树胶封固。

1.3 免疫组化结果

PD-1、PD-L1 的表达定位与细胞膜或细胞质，阳性表达则是指细胞膜或是细胞质中出现黄色、棕褐色染色。在高背景下随意取 5 个不同的视野，计数所有细胞。表达轻度根据阳性细胞的百分比进行计算，当 <20% 时，为阴性，≥20% 时为阳性。细胞质或是细胞膜任一阳性均看做阳性表达。

1.4 观察指标^[9-10]

观察并比较者 PD-1、PD-L1 蛋白的表达以及淋巴结转移、肿瘤分期、分化程度以及病理分期等临床病理特征。

1.5 统计学方法

应用 SPSS22.0 统计学系统进行分析，数据以（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，差异性比较用 t 检验，计数资料采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 代表差异具有统计学意义。

2 结果

结直肠癌组织中 PD-L1 阳性表达率为 51.82%（57/110），PD-1 的阳性表达率为 13.64%（15/110）。在有淋巴结转移、肿瘤分期高、分化程度低以及病理分期高方面，PD-L1 阳性表达率明显高于无淋巴结转移、肿瘤分期低、分化程度高以及病理分期低的患者，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；PD-1 的阳性表达与临床病理特征无统计学意义（ $P > 0.05$ ），见表 1。

表 1 PD-L1 的表达与临床病理特征相关性

组别	病例	阴性 (n=53)	阳性 (n=57)	X ²	t
肿瘤分期					
T1	11	8 (72.73)	3 (27.27)	5.482	0.031
T2	37	32 (86.49)	5 (13.51)		
T3	45	11 (24.44)	34 (75.56)		
T4	17	2 (11.76)	15 (88.24)		
淋巴结转移					

阴性	45	39(86.67)	6(13.33)	10.284	0.013
阳性	65	14(21.54)	51(78.46)		
分化程度					
高分化	42	31(73.81)	11(26.19)	12.372	0.001
中分化	23	11(47.83)	13(52.17)		
低分化	45	19(42.22)	26(57.78)		
病理分期					
I 期	31	19(61.29)	12(38.70)	11.930	0.002
II 期	37	19(51.35)	18(48.65)		
III 期	42	11(26.19)	31(73.91)		

3 讨论

结直肠癌是我国常见的恶性肿瘤之一,近年来结直肠癌的发病率呈逐年上升的趋势,大大影响到患者的生命安全^[11-12]。目前,针对该疾病的主要治疗方法包括外科手术、放疗、化疗等。但是对于晚期或是转移的患者,传统治疗效果不佳。肿瘤免疫治疗成为新型治疗方法,大大延长结直肠癌患者的生存期。PD-L1、PD-1 方面的研究成为临床热点。通过 PD-L1、PD-1 蛋白的表达与临床病理特征的相关性分析,能够为患者的临床治疗提供指导意义^[13-14]。PD-1 是免疫球蛋白 CD28 超家族的一员,主要作用是正在 T 细胞外周效应器活化阶段能够一直 T 细胞免疫检查点的作用,进而可以产生免疫应答。PD-1 可以表达在多种免疫细胞上,并不在静止状态下的 T 细胞表达,只有被激活的 T 细胞才能够进行表达。PD-L1 是 PD-1 的主要配体。PD-L1 属于穿膜型蛋白,在炎症介质的刺激下,能够诱导并在多种细胞上表达。研究指出,部分肿瘤细胞也可以高表达 PD-L1 蛋白^[15]。肿瘤细胞中的 PD-L1 分子高表达能够促进肿瘤细胞转移,同时,还可以促使肿瘤细胞逃避自身免疫细胞的表达,促进病情的发展。近年来,通过对该信号通路深入研究发现,PD-1/PD-L1 信号通路可能参与肿瘤细胞的免疫逃逸作用。研究发现,在多种恶性肿瘤中,PD-1、PD-L1 均有高表达,例如,乳腺癌、肾癌、淋巴瘤、肺癌等均能够检测出其异常表达水平,但是对于结直肠癌患者 PD-L1、PD-1 的表达与临床病理相关性这一方面,相关研究甚少。本次研究结果显示,结直肠癌组织中 PD-L1 阳性表达率为 51.82% (57/110),PD-1 的阳性表达率为 13.64% (15/110)。在有淋巴结转移、肿瘤分期高、分化程度低以及病理分期高方面,PD-L1 阳性表达率明显高于无淋巴结转移、肿瘤分期低、分化程度高以及病理分期低的患者,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$),进一步说明,结直肠癌患者 PD-L1、PD-1 的表达与临床病理相关性显著,可作为免疫治疗的依据。

综上所述,结直肠癌 PD-L1 呈现高表达,并与患者的不良临床病理特征有关,PD-1/PD-L1 信号通路为靶点的免疫治疗有望成为结直肠癌的潜在治疗方法。

参考文献:

- [1]李娜,杨芳,王大庆,曹双清,安罗替尼联合 PD-1/PD-L1 抑制剂后线治疗晚期转移性结直肠癌的临床观察[J].分子诊断与治疗杂志,2022,14(05): 874-878.
- [2]白璐,韩宇.PD-1/PD-L1 抑制剂联合小分子抗血管生成药物治疗微卫星稳定性结直肠癌的研究进展[J].肿瘤学杂志,2022,28(02): 86-92.
- [3]程璐,徐琪超,梅舟,徐哲.PD-L1 和 PD-1 在 T4 期结直肠癌组织及周

围转移淋巴结中的表达情况及与预后相关性研究[J].检验医学与临床,2022,19(01): 76-79.

[4]章海斌,丁晓娇,王练,王子安.PD-1/PD-L1 免疫检查点抑制剂治疗不同 BRAF 基因型晚期结直肠癌的临床效果与安全性[J].临床合理用药杂志,2021,14(31): 31-34.

[5]赵英旋,白玉勤.结直肠癌患者肿瘤出芽情况与临床病理特征、程序性死亡受体 1 及程序性死亡配体 1 表达相关性研究[J].陕西医学杂志,2021,50(06): 747-751.

[6]张童童,陈伟,于溯洋,赵士彭.结直肠癌 PD-1/PD-L1 阻断治疗的耐药研究现状[J].中华结直肠疾病电子杂志,2021,10(02): 205-210.

[7]李启凤,李一凡,张金芳,王开昕.PD-1/PD-L1 通过抑制穿孔素和颗粒酶的极化抑制 V82T 细胞对结直肠癌细胞的杀伤作用[J].山西医科大学学报,2021,52(01): 13-19.

[8]吴子媚,李林玉,陈璐,施孝金,陈海飞.程序性细胞死亡受体-1/程序性细胞死亡受体配体-1 抑制剂治疗结直肠癌的研究进展[J].上海医药,2020,41(15): 18-21.

[9]田若曦,孟泽松,王贵英,王光林,王飞飞,姚庆斌.PD-1/PD-L1 抑制剂在结直肠癌治疗中的现状及预后预测[J].肿瘤,2020,40(03): 215-222.

[10]Ahtiainen Maarit,Wirta Erkki-Ville,Kuopio Teijo,Seppälä Toni,Rantala Juha,Mecklin Jukka-Pekka,Böhm Jan. Combined prognostic value of CD274 (PD-L1)/PDCDI (PD-1) expression and immune cell infiltration in colorectal cancer as per mismatch repair status[J]. Modern pathology: an official journal of the United States and Canadian Academy of Pathology, Inc,2019,32(6): .

[11]解彤彤,胡静,杨觅,李丽,刘宝瑞,钱晓萍.PD-1/PD-L1 在 dMMR/MSI-H 结直肠癌患者临床试验中的研究进展[J].现代肿瘤医学,2019,27(05): 885-888.

[12]姜玉勃,刘昱辰,黄勇,徐建明.PD-1/PD-L1 免疫检查点抑制剂抗肿瘤治疗现状及疗效预测标志物的研究进展[J].癌症进展,2018,16(11): 1319-1327.

[13]Bossard Celine,Ott Eva,Dansette Delphine,Ouairy Adrien,Jarry Anne,Bezieau Stephane,Toquet Claire,Mosnier Jean Francois. PD-L1 and PD-1 Expression Profile Depending on the Microsatellite Status and the Histological Subtype in Colorectal Carcinomas[J]. MODERN PATHOLOGY,2017,30.

[14]Vijayvergia Namrata,Innocent Julie,Bhatia Aarti Khushal,Shameem Raji,Xiu Joanne,Gatalica Zoran,Grivennikov Sergei,El Deiry Wafik S.. Reduced PD-1/PD-L1 expression in KRAS-mutant versus wild-type microsatellite instable (MSI-H) colorectal cancer (CRC) and association of wnt pathway corepressor TLE-3[J]. Journal of Clinical Oncology,2015,33(15_suppl): .

[15]林城,陈雄,刘静南,黄于芳,欧阳学农.PD-1/PD-L1 信号通路在非小细胞肺癌免疫逃逸及其治疗中的研究进展[J].中国肺癌杂志,2014,17(10): 734-740.

项目来源: 河北省邢台市重点研发计划自筹项目(2020ZC209)

病理诊断与胃镜检查用以慢性萎缩性胃炎(CAG)患者诊断中的临床价值

赵芷藜 龙晓奇^[通讯作者]

遂宁市中心医院消化中心消化内镜室 四川遂宁 629000

摘要: 目的: 探究分析慢性萎缩性胃炎(CAG)患者诊断中胃镜检查与病理诊断的具体应用价值。方法: 本文以我院2020年2月-2022年2月接诊的150例胃镜诊断为CAG患者为研究对象, 回顾性其胃镜检查与病理诊断资料。结果: 150例患者经病理诊断, 其中108例为CAG; 在幽门螺杆菌阳性感染率方面, 病理诊断高于胃镜检查结果, 有统计学意义($P < 0.05$); 胃镜下检查不同类型CAG患者在幽门螺杆菌阳性率方面有差异($P < 0.05$)。结论: 胃镜检查可用于慢性萎缩性胃炎的诊断, 可明确具体的病变类型, 但是存在误诊情况, 需要结合病理检查, 更好的指导临床慢性萎缩性胃炎与其他相关胃炎的鉴别诊断与治疗。

关键词: 慢性萎缩性胃炎; 病理诊断; 胃镜检查; 诊断价值

Clinical value of pathological diagnosis and gastroscopy in the diagnosis of patients with chronic atrophic gastritis (CAG)

Zhao Zhili, Long Xiaoqi

Digestive endoscopy room, digestive center, Suining Central Hospital, Suining 629000, Sichuan

[corresponding author] Long Xiaoqi

[Abstract] Objective: To explore and analyze the specific application value of gastroscopy and pathological diagnosis in the diagnosis of patients with chronic atrophic gastritis (CAG). Methods: 150 patients with CAG diagnosed by gastroscopy in our hospital from February 2020 to February 2022 were studied, and their gastroscopic and pathological diagnosis data were reviewed. Results: 150 patients were diagnosed by pathology, 108 of them were CAG; In terms of the positive infection rate of *Helicobacter pylori*, the pathological diagnosis was higher than the results of gastroscopy, which was statistically significant ($P < 0.05$); The positive rate of *Helicobacter pylori* in patients with different types of CAG under gastroscopy was different ($P < 0.05$). Conclusion: gastroscopy can be used for the diagnosis of chronic atrophic gastritis, which can clarify the specific types of lesions, but there is misdiagnosis, which needs to be combined with pathological examination to better guide the clinical differential diagnosis and treatment of chronic atrophic gastritis and other related gastritis.

[Key words] chronic atrophic gastritis; Pathological diagnosis; Gastroscopy; diagnostic value

胃炎是常见的一种消化系统疾病, 且疾病可在较多因素影响下反复发作。随着对胃炎的深入研究, 其包含了多种类型, 慢性萎缩性胃炎属于典型的一种胃炎类型之一, 其发病同幽门螺杆菌感染、免疫因素、遗传因素、饮食因素均有关^[1]。部分文献报道指出慢性萎缩性胃炎中的幽门螺杆菌检出率较高, 并出现胃部疼痛、胀满、消化不良等表现, 影响患者的身心健康。对于胃炎疾病需要做出明确诊断与鉴别, 并结合具体的胃炎疾病类型, 合理的指导患者开展治疗工作, 帮助患者改善症状, 恢复健康。随着胃镜检查技术的发展与应用, 其在较多胃部疾病诊断中已经得到应用, 如通过胃镜可提高胃癌的早期检出率, 有利于早期胃癌的综合诊治, 提高早期胃癌检出率, 改善预后^[2]。对于慢性萎缩性胃炎, 其同样可通过胃镜予以检查, 通过胃镜可分析不同患者的胃部黏膜变化, 同时还可在检查中获取病变区域的组织, 对获取的病理组织开展病理检查, 进一步做出慢性萎缩性胃炎以及其他胃部疾病诊断的依据^[3]。为进一步证实胃镜在慢性萎缩性胃炎诊断方面的应用价值, 进而作为指导其实际应用的依据, 本文结合我院胃镜检查诊断的150例慢性萎缩性胃炎患者, 对其使用胃镜检查与病理检查的相关资料予以分析, 相关内容回顾性分析报道如下。

1、资料与方法

1.1 一般资料

本文以我院2020年2月-2022年2月接诊的150例胃镜诊断为CAG患者为研究对象, 其中男性患者有84例、女性患者有66例, 患者年龄方面: 最小的为34岁, 最大的为68岁, 平均年龄(54.82±8.28)岁; 体重指数方面: 最小的21.80Kg/m², 最大的28.40Kg/m², 平均(25.18±1.28)Kg/m²; 其中有吸烟史患者58例、有饮酒史患者62例, 合并高血压疾病

患者50例、合并糖尿病患者48例, 所有患者均同意接受胃镜检查, 并有一定的受教育经历, 知晓胃镜检查的必要性与重要性, 胃镜检查资料有记录, 同时患者均有病理诊断结果。

1.2 方法

胃镜检查: 检查前常规告知不同受检者的配合要点, 检查前一天应进食易消化食物, 常规检查前12小时禁食水, 便于保证整个胃镜检查质量。检查前半小时, 需要对患者咽部使用麻醉药, 并使用利多卡因胶浆, 指导患者在胃镜检查期间通过鼻腔保持平稳呼吸, 从患者咽部插入 Olympus 电子内镜, 通过电子胃镜对患者胃部进行多角度与全面探查, 包括贲门、胃底、胃体、胃角、胃窦、幽门等, 检查中需要密切关注不同患者的胃黏膜是否逐步变薄, 黏膜褶皱是否变平变薄; 观察患者黏膜壁上是否存在颗粒状、结节状, 胃黏膜表面是否有凹凸不平表现; 观察白相表现是否明显, 分析血管暴露情况, 分析黏膜表面颜色变化。在胃镜下观察患者胃部黏膜的形态、胃部不同部位有无肿块、溃疡等, 综合各项检查与胃镜下所见做出诊断。

病理检查: 患者在胃镜检查过程中, 从患者病变区域获取三份胃黏膜组织, 将其作为活检标本。获取的标本使用40.00%的甲醛溶液浸泡处理, 常规制作石蜡切片组织, 对石蜡切片进行着色处理与显微镜下检查。结合病理检查给出最终诊断结果。

通过快速尿素酶试验分析不同患者的幽门螺杆菌感染情况, 其中试纸在3min内从黄色变为红色的则为阳性, 反之, 则为阴性。根据胃镜下检查情况将其分为三种类型, 如果胃窦黏膜变薄, 透见血管则为A型; 血管黏膜红白相间, 主要呈现出白相的为B型; 如果黏膜粗糙, 并存在颗粒样

改变的则为 C 型，其中伴发隆起糜烂的为 a，伴发扁平隆起的为 b。

为保证诊断结果的可靠性，所有研究均由同一人员完成相关操作，并记录对应的数据信息，对胃镜下检查与病理检查结果数据进行分类整理。

1.3 观察指标

(1) 病理诊断结果；(2) 幽门螺杆菌阳性感染情况；(3) 不同类型 CAG 患者幽门螺杆菌阳性率分析。

1.4 统计学方法

采用统计学软件 SPSS21.0 分析数据，计量资料 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 t 检验；计数资料 (n, %) 表示， χ^2 检验， $P < 0.05$ ；差异存在统计学意义。

2. 结果

2.1 病理诊断结果分析

150 例患者经病理诊断，其中 108 例为 CAG，其余 42 例为慢性浅表性胃炎，同病理诊断符合率为 72.00% (108/150)。

2.2 幽门螺杆菌阳性感染情况

108 例病理确诊的慢性萎缩性胃炎患者，幽门螺杆菌阳性者 108 例，阳性率为 100.00%；150 例患者经胃镜检查显示其中幽门螺杆菌阳性者 84 例，阳性率为 56.00%。病理诊断幽门螺杆菌阳性感染率高于胃镜检查结果，数据分析有统计学意义 ($\chi^2=63.855$, $P < 0.001$)。

2.3 不同类型 CAG 患者幽门螺杆菌阳性率分析

不同慢性萎缩性胃炎胃镜表现分型及其幽门螺杆菌阳性情况见表 1，胃镜下不同分型对应的幽门螺杆菌阳性率有所不同，其中 B+b 型的幽门螺杆菌阳性率最高，而 B 型幽门螺杆菌阳性率最低，部分胃镜下慢性萎缩性胃炎的幽门螺杆菌检出率与其他类型相比存在统计学意义 ($P < 0.05$)；部分胃镜下慢性萎缩性胃炎的幽门螺杆菌检出率与其他类型相比无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表 1 不同慢性萎缩性胃炎胃镜表现分型及其幽门螺杆菌阳性情况[n (%)]

组别	例数	幽门螺杆菌阳性
A 型	25	3 (12.00)
B 型	16	0 (0)
C 型	24	6 (25.00)
B+a 型	36	32 (88.89)
B+b 型	49	47 (95.91)

3、讨论

慢性萎缩性胃炎作为典型的胃炎疾病之一，整体发病率较高。综合不同学者关于慢性萎缩性胃炎的研究分析，幽门螺杆菌感染、不当饮食是主要的病因，并使得患者 发病后出现不同症状表现，增加患者不适感，增加患者心理压力^[4]。部分学者在文献报道中指出，相关因素作用下可引起患者胃黏膜受损，并使得固有腺体逐步出现萎缩，造成患者黏膜层厚度日益增加，相应的影响患者胃功能。部分资料报道指出，慢性萎缩性胃炎的 1.00%-3.00% 的癌变可能，同时考虑到实际胃炎类型较多，需要正确区分不同慢性胃炎类型，并结合具体的胃炎类型开展治疗。实际上慢性萎缩性胃炎的影响因素较多，很容易在相关因素下造成病情的反复发作，需要以明确诊断为基础，并结合诊断结果从多方面采取治疗与干预措施，保证疗效的同时减少疾病的复发。

胃镜作为常用的诊疗设备之一，其在胃部疾病诊断中有重要应用，同样的在慢性萎缩性胃炎诊断方面也有应用。胃镜也已经成为较多胃部疾病辅助诊断的重要方法，通过胃镜也可用于慢性萎缩性胃炎的诊断，不过在实际应用中存在一定的漏诊情况，如部分患者使用胃镜检查初期显示为慢性萎缩性胃炎，但是经过活检后病理显示为非慢性萎缩性胃炎。部分文献

报道指出，胃镜在进行慢性萎缩性胃炎诊断中，其可因较多因素而影响到实际诊断结果，比如在胃镜检查过程中操作不规范或者胃镜内注气量较多，此时可引起胃窦腔出现不同程度的扩张，使得检查中血管显露，黏膜较薄；胃镜检查中不同操作人员本身操作水平不同^[5]。部分文献指出，不同患者本身在体温、年龄、血红蛋白水平方面有所不同，这些都会影响到胃镜检查下的相关显示，使得实际胃镜检查结果存在一定的偏差。

本次研究中通过对胃镜诊断的慢性萎缩性胃炎患者予以病理诊断，对实际诊断结果加以分析，结果显示，胃镜检查与病理诊断的符合率为 72.00%，其余胃镜诊断为慢性萎缩性胃炎患者经病理检查为慢性浅表性胃炎，提示胃镜在慢性萎缩性胃炎诊断中与实际病理诊断结果存在一定的差距，影响到实际诊断效果。病理诊断的慢性萎缩性胃炎患者对应的幽门螺杆菌阳性率达到 100.00%，提示幽门螺杆菌感染与慢性萎缩性胃炎的发生存在密切关系，这与当前较多文献研究结论具有一致性。对胃镜检查下不同类型胃炎幽门螺杆菌阳性情况予以分析，B 型的幽门螺杆菌阳性率为 0，而 B 型伴发隆起糜烂或伴发扁平隆起者对应的幽门螺杆菌整体阳性率较高，提示幽门螺杆菌感染在慢性萎缩性胃炎疾病的发生、病情进展方面发挥着重要作用。慢性萎缩性胃炎患者在幽门螺杆菌持续感染的情况下，可引起黏膜表面出现隆起糜烂或伴发扁平隆起。

整体而言，慢性萎缩性胃炎使用胃镜检查有参考价值，但是存在一定的误诊情况，实际在使用胃镜诊断中还需要充分结合病理诊断结果。慢性萎缩性胃炎在病理诊断中需要注重取材，通过适当增加取样量有利于提高慢性萎缩性胃炎的病理诊断准确率。慢性萎缩性胃炎在取材中还需要避免取材体积较小或者取材深度不足，这些也会对实际病理诊断结果产生影响。对怀疑为慢性萎缩性胃炎患者在胃镜检查期间，还需要灵活的获取活检组织，将其作为病理检查的依据，通过胃镜检查与病理检查结果的对比，综合性确定出患者是否为慢性萎缩性胃炎^[6]。为提高胃镜诊断慢性萎缩性胃炎的实际价值，还需要在使用胃镜检查期间对部分可控因素加以干预，如加强对胃镜检查人员的业务培训，增强不同操作人员的综合业务能力；此外在胃镜检查以及取材中，应强调多点多位，避免始终在同一位置、同一深度进行取样；胃镜检查中需要总结此类疾病胃黏膜组织的变化情况、主要类型特点等，综合更多信息保证对慢性萎缩性胃炎的有效诊断^[7]。

综上所述，胃镜检查可用于慢性萎缩性胃炎的诊断，可明确具体的病变类型，但是存在误诊情况，需要结合病理检查，更好地指导临床慢性萎缩性胃炎与其他相关胃炎的鉴别诊断与治疗。

参考文献：

[1]金芳. 慢性萎缩性胃炎的胃镜下表现与病理诊断的对照研究[J]. 当代介入医学,2021,1 (4) .

[2]张威. 慢性萎缩性胃炎胃镜下不同病理改变及与 Hp 感染的关系分析[J]. 罕少疾病杂志,2022,29 (03): 75-76.

[3]董星. 胃镜诊断慢性萎缩性胃炎符合率及与 Hp 感染的相关性研究[J]. 基层医学论坛,2021,25 (32): 4619-4621.

[4]李海峰, 徐娜, 郝霞. 胃镜检查应用在慢性萎缩性胃炎诊断中的诊断意义研究[J]. 影像研究与医学应用,2021,5 (08): 235-236.

[5]汤丽琼, 丁小云. 慢性萎缩性胃炎胃镜下不同病理改变与幽门螺杆菌感染的关系[J]. 中国处方药,2021,19 (04): 161-162.

[6]苏秀群. 慢性萎缩性胃炎胃镜下不同病理改变与幽门螺杆菌感染相关性探讨[J]. 中国现代医生,2020,58 (11): 50-52.

[7]何蕊, 朱大根. 胃镜与病理诊断对慢性萎缩性胃炎的临床效果研究[J]. 中国社区医师,2020,36 (19): 120-122.

小儿豉翘清热颗粒联合阿奇霉素治疗小儿肺炎支原体肺炎的临床效果

郑强 张丽

寿光市人民医院 262700

摘要：目的：探讨在小儿肺炎支原体肺炎的治疗中，采用小儿豉翘清热颗粒+阿奇霉素进行治疗，其治疗效果的确切性。方法：选取的 70 例样本，来自 2021 年 9 月-2022 年 4 月，本院收治的小儿肺炎支原体肺炎患儿。随机分为两组：35 例样本为对照组，仅给予阿奇霉素进行治疗；35 例样本为观察组，采用小儿豉翘清热颗粒+阿奇霉素进行治疗。对比两组的疗效。结果：对照组治疗总有效率 80.00%（28/35），明显低于观察组的 97.14%（34/35），两组间对比（ $P<0.05$ ）。观察组心动过速、腹泻腹痛、皮疹、面部潮红各 1 例（2.86%），头痛 2 例，共计 6 例，发生率 17.14%；对照组心动过速 3 例（8.57%）、腹泻腹痛 2 例（5.71%）、皮疹 4 例（11.43%）、面部潮红 2 例（5.71%）、头痛 3 例（8.57%），共计 14 例，发生率 40.00%，组间对比（ $P<0.05$ ）。治疗前，组间 PCT、IL-66、CRP 各项炎症因子水平对比（ $P>0.05$ ）；经过治疗，观察组的 PCT、IL-66、CRP 各项炎症因子水平与对照组相比，明显较低，组间对比（ $P<0.05$ ）。治疗前，两组间的 CD_3^+ 、 CD_4^+ 、 CD_8^+ 、 CD_4^+/CD_8^+ 各项免疫功能指标对比（ $P>0.05$ ）；治疗后，观察组的 CD_3^+ 、 CD_4^+ 、 CD_4^+/CD_8^+ 与对照组相比，明显较高， CD_8^+ 与对照组相比，明显较低，组间对比（ $P<0.05$ ）。结论：在小儿肺炎支原体肺炎的治疗中，给予阿奇霉素治疗的同时联合应用小儿豉翘清热颗粒，能有效改善患儿的炎症，提升免疫水平，安全性也较高。

关键词：小儿豉翘清热颗粒；阿奇霉素；小儿肺炎；支原体肺炎

支原体肺炎在临床中，属于常见的呼吸系统疾病，该疾病主要是因为机体产生肺炎支原体，从而使肺部、呼吸道的急性炎症性发生变化^[1-3]。支原体肺炎的病程时间较长，且病情比较严重，其症状主要表现为发热、咳嗽、头痛、食欲不振等，如果不及时采取治疗，会造成多器官功能衰竭的情况，严重时还会导致死亡，严重威胁到患儿的身心健康^[4-6]。在日常的临床治疗中，多采用口服抗感染药物对该疾病进行治疗，常用的药物主要有阿奇霉素，但是大量使用抗生素，会使机体产生耐药性，疗效不甚理想^[7-9]。所以，找寻更加有效的治疗措施，是目前亟需研究的问题。基于此，本研究选取 70 例样本，通过给予小儿豉翘清热颗粒+阿奇霉素进行治疗，对其临床疗效进行分析，报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取的 70 例样本，来自 2021 年 9 月-2022 年 4 月，本院收治的小儿肺炎支原体肺炎患儿。随机分为两组：35 例样本为对照组，仅给予阿奇霉素进行治疗，其中男性患儿 19 例，女性患儿 16 例，年龄最小 3 岁，最大 12 岁，平均年龄（4.6±1.3）岁；35 例样本为观察组，采用小儿豉翘清热颗粒+阿奇霉素进行治疗，其中男性患儿 21 例，女性患儿 14 例，年龄最小 2 岁，最大 11 岁，平均年龄（4.3±1.5）岁。对比两组患儿一般资料 $P>0.05$ 。

纳入标准：（1）70 例患儿经常规检查、X 线片检查确诊为小儿肺炎支原体肺炎；（2）70 例患儿经双肺听诊，均表现有不同程度的体温升高、呼吸音粗、刺激性干咳等；（3）70 例患儿均无药物禁忌症；（4）经伦理委员会的批准；（5）签署知情同意书。

排除标准：（1）既往使用过激素、抗生素进行治疗；（2）心肝肾等脏器功能不全；（3）肺外并发症；（4）依从性较差。

1.2 方法

两组患儿均给予对症治疗，持续的低流量吸氧、纠正电解质紊乱、退热、抗感染、营养支持、化痰、平喘等，并注射阿奇霉素进行序贯治疗，10mg/kg 的盐酸阿奇霉素注射液（生产厂家：辰欣药业股份有限公司；国药准字：H2006040；规格：5ml：0.25g），并加入葡萄糖注射液（5%）摇匀后，静脉滴注，1 次/d，时间在 1h 以上，持续 4d，之后停 3d，在口服富马酸阿奇霉素片（生产厂家：德州德药制药有限公司；国药准字 20030266；规格：0.25*12 片），250mg/次，1 次/d，持续 3d，之后停 4d。序贯治疗为 2 个周期。

观察组在此基础上联合使用小儿豉翘清热颗粒（生产厂家：济川药业集团有限公司；国药准字：Z201223090；规格：2g*9 袋，无蔗糖，颗粒剂），具体用药剂量：1 岁以下 1-2g/次；1-3 岁 2-3g/次；4-6 岁 4g/次；7-9 岁 4-5g/次；10 岁以上 6g/次，3 次/d，持续 14d。

1.3 观察指标

（1）临床疗效：显效：临床症状全部消失，呼吸恢复正常水平；有效：症状有改善；无效：症状无变化，或更加严重。

（2）记录治疗过程中发生的不良反应（心动过速、腹泻腹痛、皮疹、面部潮红、头痛）。

（3）治疗前后，在清晨空腹状态下，分别采集 8ml 肘静脉血，通过酶联免疫吸附法进行检测，检测炎症因子：包括 C 反应蛋白（CRP）、白细胞介素 6（IL-6）、降钙元素（PCT）。采用 EPICSXL 流式细胞仪对免疫功能指标进行检测，包括 CD_3^+ 、 CD_4^+ 、 CD_8^+ ，并计算 CD_4^+/CD_8^+ 。

1.4 统计学方法

研究采用 SPSS 23.0 软件进行统计分析，计量资料 t 检验，用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，计数资料 χ^2 检验，用百分比（%）表示，对比有意义（ $P<0.05$ ）。

2 结果

2.1 对比两组患儿临床治疗效果

对照组治疗总有效率 80.00%（28/35），明显低于观察组的 97.14%（34/35），两组间对比（ $P<0.05$ ）。详见表 1

表 1 对比两组患儿临床治疗效果[n（%）]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率（%）
对照组	35	17(48.57)	11(31.43)	7(20.00)	28(80.00)
观察组	35	25(71.43)	9(25.71)	1(2.86)	34(97.14)
χ^2	--	--	--	--	5.0807
P	--	--	--	--	0.0242

2.2 对比两组患儿不良反应的发生率

观察组心动过速、腹泻腹痛、皮疹、面部潮红各 1 例（2.86%），头痛 2 例，共计 6 例，发生率 17.14%；对照组心动过速 3 例（8.57%）、腹泻腹痛 2 例（5.71%）、皮疹 4 例（11.43%）、面部潮红 2 例（5.71%）、头痛 3 例（8.57%），共计 14 例，发生率 40.00%，组间对比（ $P<0.05$ ）。详见表 2

表 2 对比两组患儿不良反应的发生率[n (%)]

组别	例数	心动过速	腹泻腹痛	头痛	面部潮红	皮疹	发生率 (%)
对照组	35	3 (8.57)	2 (5.71)	3 (8.57)	2 (5.71)	4 (11.43)	14 (40.00)
观察组	35	1 (2.86)	1 (2.86)	2 (5.71)	1 (2.86)	1 (2.86)	6 (17.14)
X ²	--	--	--	--	--	--	4.48
P	--	--	--	--	--	--	0.0343

2.3 对比两组患儿治疗前后炎症因子水平
治疗前，组间 PCT、IL-66、CRP 各项炎症因子水平对比 (P>0.05)；
经过治疗，观察组的 PCT、IL-66、CRP 各项炎症因子水平与对照组相比，明显较低，组间对比 (P<0.05)。详见表 3

表 3 对比两组患儿治疗前后炎症因子水平 (x̄±s)

组别	例数	PCT (mg/L)		IL-6 (pg/ml)		CRP (mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	35	3.45±0.71	1.28±0.26	63.49±9.77	37.28±8.15	32.38±7.24	26.35±3.44
观察组	35	3.52±0.69	0.52±0.17	62.98±10.68	24.94±6.01	32.12±6.19	10.52±2.31
t	-	0.1793	14.4738	0.2048	7.2094	0.1615	22.5709
P	-	0.8583	0.0000	0.8355	0.0000	0.8722	0.0000

2.4 对比两组治疗前后免疫功能指标
治疗前，两组间的 CD₃⁺、CD₄⁺、CD₈⁺、CD₄⁺/CD₈⁺各项免疫功能指标对比 (P>0.05)；治疗后，观察组的 CD₃⁺、CD₄⁺、CD₄⁺/CD₈⁺与对照组相比，明显较高，CD₈⁺与对照组相比，明显较低，组间对比 (P<0.05)。详见表 4

表 4: 对比两组治疗前后免疫功能指标 (x̄±s)

组别	例数	CD ₃ ⁺ (%)		CD ₄ ⁺ (%)		CD ₈ ⁺ (%)		CD ₄ ⁺ /CD ₈ ⁺	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	35	52.39±7.81	59.86±9.15	29.91±4.01	34.61±5.92	39.74±6.46	31.24±6.37	0.74±0.12	1.12±0.15
观察组	35	51.96±6.98	67.54±8.47	30.17±5.31	38.68±6.57	39.68±6.82	24.23±7.74	0.77±0.08	1.61±0.18
T 值	-	0.2429	3.6440	0.2312	2.7227	0.0378	4.1372	1.2306	12.3721
P 值	-	0.8089	0.0005	0.8179	0.0082	0.9700	0.0001	0.2233	0.0000

3 讨论

支原体肺炎在小儿肺炎中达到了 30%的占比，主要是由于近几年来生活习惯、环境污染等因素的影响，使得该疾病的发病率逐年提升^[10-11]。在中医中认为，支原体肺炎其病位主要在肺经，当肺部的脉络受到邪气入侵时，就会阻塞，从而导致肺失肃降，引发疾病，因此在治疗时应以降气平喘、清肺化痰为主^[12-13]。小儿豉翘清热颗粒属于一种中药复合制剂，主要包含了薄荷、厚朴、淡豆豉、柴胡、黄芩、连翘、半夏等中药材，均具有疏风解表、清热导滞的作用，在配合西药进行治疗能显著改善患儿的症状。本次研究也显示：对照组治疗总有效率 80.00% (28/35)，明显低于观察组的 97.14% (34/35)，两组间对比 (P<0.05)。观察组心动过速、腹泻腹痛、皮疹、面部潮红各 1 例(2.86%)，头痛 2 例，共计 6 例，发生率 17.14%；对照组心动过速 3 例(8.57%)、腹泻腹痛 2 例(5.71%)、皮疹 4 例(11.43%)、面部潮红 2 例 (5.71%)、头痛 3 例 (8.57%)，共计 14 例，发生率 40.00%，组间对比 (P<0.05)。治疗前，组间 PCT、IL-66、CRP 各项炎症因子水平对比 (P>0.05)；经过治疗，观察组的 PCT、IL-66、CRP 各项炎症因子水平与对照组相比，明显较低，组间对比 (P<0.05)。治疗前，两组间的 CD₃⁺、CD₄⁺、CD₈⁺、CD₄⁺/CD₈⁺各项免疫功能指标对比 (P>0.05)；治疗后，观察组的 CD₃⁺、CD₄⁺、CD₄⁺/CD₈⁺与对照组相比，明显较高，CD₈⁺与对照组相比，明显较低，组间对比 (P<0.05)。

综上所述，在小儿肺炎支原体肺炎的治疗中，给予阿奇霉素治疗的同时联合应用小儿豉翘清热颗粒，能有效改善患儿的炎症，提升免疫水平，安全性也较高。

参考文献：

[1]张秋福. 小儿豉翘清热颗粒联合阿奇霉素治疗小儿肺炎支原体肺炎的临床效果[J]. 临床合理用药杂志 2021 年 14 卷 26 期, 141-143 页, 2021.
[2]张宏艳. 小儿豉翘清热颗粒联合阿奇霉素治疗小儿肺炎支原体肺炎

炎的效果分析[J]. 健康必读 2021 年 18 期, 80 页, 2021.
[3]陈海玉. 小儿豉翘清热颗粒联合阿奇霉素治疗小儿肺炎支原体肺炎的效果分析[J]. 家有孕宝 2021 年 3 卷 6 期, 1 页, 2021.
[4]温明霞. 小儿豉翘清热颗粒联合阿奇霉素治疗小儿肺炎支原体肺炎的临床价值[J]. 健康之友 2021 年 4 期, 286 页, 2021.
[5]裴忠利, 黄宪花. 注射用阿奇霉素与红霉素治疗小儿肺炎支原体肺炎的临床疗效比较[J]. 中国实用医药, 2021, 16 (15): 3.
[6]林绿萍, 陈思月, 刘晓芳. 小儿豉翘清热颗粒联合阿奇霉素治疗儿童肺炎支原体肺炎的系统评价[J]. 药物评价研究, 2021, 44 (12): 8.
[7]孙逊, 凌晓颖, 徐秋月, 等. 14 种口服中成药联合阿奇霉素治疗儿童支原体肺炎的网状 Meta 分析[J]. 中国中药杂志, 2021, 46 (22): 19.
[8]隋登宇, 刘畅, 程双楠, 等. 小儿豉翘清热颗粒联合孟鲁司特钠治疗支原体肺炎患儿 96 例[J]. 航空航天医学杂志, 2021, 32 (12): 2.
[9]刘泰生. 清宣止咳颗粒联合阿奇霉素治疗小儿肺炎支原体肺炎临床疗效观察[J]. 医药前沿 2020 年 10 卷 31 期, 122-124 页, 2021.
[10]黄德平, 谭顺平. 红霉素联合阿奇霉素序贯治疗小儿肺炎支原体肺炎的临床研究[J]. 大医生, 2021, 6 (13): 3.
[11]程小卫, 任金玲. 连花清瘟颗粒联合阿奇霉素治疗小儿肺炎支原体肺炎的效果及对患儿血清炎症因子的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7 (6): 3.
[12] Chen J , Qi X , Yin Y , et al. Effects of minocycline on macrolide-unresponsive Mycoplasma pneumoniae pneumonia in children: a single-center retrospective study[J]. Translational Pediatrics, 2021.
[13] Han H Y , Park K C , Yang E A , et al. Macrolide-Resistant and Macrolide-Sensitive Mycoplasma pneumoniae Pneumonia in Children Treated Using Early Corticosteroids[J]. Journal of Clinical Medicine, 2021, 10 (6): 1309-.

孟鲁司特钠联合布地奈德治疗小儿哮喘的临床效果研究

钟成祥 龙世德 陈天毅

廉江市妇幼保健院急诊科 广东廉江 524400

摘要:目的 探讨哮喘患儿采用孟鲁司特钠联合布地奈德治疗对其肺功能及体液免疫指标水平的影响。方法 选取我院 2020 年 8 月至 2021 年 8 月收治的哮喘患儿 86 例,按照随机数字表法分为对照组和观察组,各 43 例。所有患儿于入院后均给予常规的抗感染、维持呼吸等基础治疗,在此基础上,对照组患儿给予吸入用布地奈德混悬液雾化吸入治疗,观察组患儿在对照组的基础上给予孟鲁司特钠片联合治疗,两组均治疗 2 个月。比较两组患儿治疗后的临床疗效和临床症状缓解时间,治疗前后的肺功能和体液免疫指标水平。结果 治疗后,观察组患儿临床总有效率(95.35%)高于对照组(79.07%),观察组患儿咳嗽、喘息、肺部哮鸣音、呼吸困难症状缓解时间均短于对照组,与治疗前比较,治疗后两组患儿呼气峰流速(PEF)、用力肺活量(FVC)、第 1 秒用力呼气容积(FEV1)、血清免疫球蛋白 G(IgG)、免疫球蛋白 A(IgA)、免疫球蛋白 M(IgM)水平及 FEV1/FVC 比值均升高,且观察组高于对照组,血清免疫球蛋白 E(IgE)水平均降低,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$)。结论 孟鲁司特钠联合布地奈德治疗小儿哮喘,可以有效缓解临床症状,改善肺功能,调节体液免疫,提升临床治疗效果。

关键词: 小儿哮喘;孟鲁司特钠;布地奈德;肺功能;体液免疫

小儿哮喘是儿科较为常见的慢性呼吸道疾病,其发作主要受环境、遗传、自身免疫力较弱等因素的影响,临床常表现为气促、喘息、咳嗽等症状,属于一种气道炎症反应,多见于儿童时期,在患儿接受一定治疗后,可有一定程度的缓解。临床上若不及时给予治疗,较为严重者易导致患儿出现休克、心率紊乱等严重后果,进而严重影响到患儿的生命健康及正常生长发育,对于此类患儿常于常规的抗感染、维持呼吸的基础上给予糖皮质激素即雾化吸入布地奈德混悬液进行治疗,其主要是通过机体内的炎症因子分泌进行抑制来达到缓解临床症状的作用,但单一的糖皮质激素缺乏对于患儿气道的改善作用,进而使得其临床效果不够显著。孟鲁司特钠属于一种具有抗过敏及平喘作用的半胱氨酰白三烯受体拮抗剂,其除可起到抗炎的作用外还可作用于支气管,调节血管的通透性,进而对机体的气道起到改善的作用^[1]。故本研究旨在探讨孟鲁司特钠联合布地奈德应用于小儿哮喘的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2020 年 8 月至 2021 年 8 月收治的哮喘患儿 86 例,按照随机数字表法分为对照组和观察组,各 43 例。对照组男患儿 23 例,女患儿 20 例;年龄 3~10 岁,平均(5.43±2.06)岁;病程 0.5~5 年,平均(2.05±0.52)年;哮喘程度:重度 15 例,中度 23 例,轻度 5 例。观察组男患儿 21 例,女患儿 22 例;年龄 3~11 岁,平均(5.45±2.02)岁;病程 1~4 年,平均(2.03±0.50)年;哮喘程度:重度 17 例,中度 20 例,轻度 6 例。两组患儿一般资料经比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经院内医学伦理委员会批准,所有患儿家属或监护人均签署知情同意书。诊断标准:依据《儿童支气管哮喘诊断与防治指南(2016 年版)》^[2]中关于小儿哮喘的诊断标准。纳入标准:入院经检查确诊为哮喘且符合上述诊断标准者;既往未接受其他同类药物治疗史者;无支气管、气管畸形者;有呼吸急促、胸闷、咳嗽等临床症状者;经影像学影响学检查发现肺部有阴影者等。排除标准:对本研究药物过敏者;合并有肺炎等感染性疾病者;合并有先天性心脏病者;治疗依从性较差者;合并有精神障碍者;合并有肝肾等功能不全者等。

1.2 方法 所有患儿于入院后均给予常规的抗感染、维持呼吸等基础治疗,另对于有发热症状的患儿给予降热治疗,对于咳嗽的患儿给予吸痰治疗等。在此基础上,对照组患儿给予吸入用布地奈德混悬液(AstraZeneca Pty Ltd, H20140475,规格:2 mL:1 mg)2 mL 与等量生理盐水混合让患儿雾化吸入进行治疗,20 min/次,200 μg/次,2 次/d 对于病情较为严重的患儿,可增加剂量至 800 μg/d。观察组患儿在对照组的基础上给予孟鲁司特钠片(石药集团欧意药业有限公司,国药准字 H20203046,规格:10 mg/片)口服联合进行治疗,11~12 岁患儿 10 mg/次,5~10 岁患儿 5 mg/次,<5 岁患儿 4 mg/次,均 1 次/d,对于服用片剂困难的患儿将药片磨成粉末状温水辅助服药。两组均治疗 2 个月。

1.3 观察指标 ①临床疗效:于治疗后,参照《儿童支气管哮喘诊断与防治指南(2016 年版)》^[2]对两组患儿的临床疗效进行评价并比较。无

效:治疗 1 个月后肺部经医学影像学检查阴影面积未见缩小甚至增加,且临床咳嗽、呼吸困难等症状未见改善甚至加重;有效:治疗 1 个月后肺部经医学影像学检查阴影面积明显缩小,且临床咳嗽、呼吸困难等症状明显改善或者消失;显效:治疗 2 周后肺部经医学影像学检查阴影面积消失,且临床咳嗽、呼吸困难等症状消失。总有效率=(有效+显效)例数/总例数×100%。②临床症状缓解时间:于治疗后,对两组患儿包括咳嗽、喘息、肺部哮鸣音、呼吸困难症状在内的缓解时间进行评价并比较。③肺功能:于治疗前后,对两组患儿的肺功能进行检测并比较,采用肺功能检测仪检测呼气峰流速(PEF)、用力肺活量(FVC)、第 1 秒用力呼气容积(FEV1)水平并计算 FEV1/FVC 比值。④体液免疫:于治疗前后,采集两组患儿的空腹静脉血约 3~5 mL,静置沉淀,以 3 500 r/min 离心 15 min 取上清,采用免疫散射比浊法检测血清免疫球蛋白 E/IgG/A/M(IgE/IgG/IgA/IgM)水平并比较。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 20.0 软件分析数据,计数资料以[例(%)]表示,采用 χ^2 检验;计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 治疗后,观察组患儿临床总有效率(95.35%)高于对照组(79.07%),差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患儿临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	无效	有效	显效	总有效
对照组	43	9(20.93)	10(23.26)	24(55.81)	34(79.07)
观察组	43	2(4.65)	10(23.26)	31(72.09)	41(95.35)
χ^2 值					5.108
P 值					<0.05

2.2 临床症状缓解时间 治疗后,观察组患儿咳嗽、喘息、肺部哮鸣音、呼吸困难症状缓解时间均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组患儿临床症状缓解时间比较($\bar{x} \pm s, d$)

组别	例数	咳嗽	喘息	肺部哮鸣音	呼吸困难
对照组	43	8.01±0.42	7.04±0.37	10.03±0.97	9.84±0.85
观察组	43	4.83±0.85	4.96±0.73	7.89±1.13	7.29±0.83
χ^2 值		21.994	16.666	9.423	14.075
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 肺功能 与治疗前比较,治疗后两组患儿 PEF、FVC、FEV1 水平及 FEV1/FVC 比值均升高,且观察组高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表3 两组患儿治疗前后肺功能指标水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	PEF (L/s)		FVC (L)		FEV1 (L)		FEV1/FVC (%)	
		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	43	1.69±0.62	2.59±0.63*	2.53±0.94	3.43±0.78*	1.56±0.45	2.39±0.53*	58.97±5.96	69.65±5.43*
观察组	43	1.71±0.60	3.55±0.67*	2.55±0.96	4.02±0.59*	1.55±0.47	3.16±0.47*	57.00±6.01	78.62±5.07*
t 值		0.152	6.845	0.098	3.956	0.101	7.128	1.526	7.918
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，* $P<0.05$ ；PEF：呼气峰流速；FVC：用力肺活量；FEV1：第1秒用力呼气容积。

2.4 体液免疫 与治疗前比较，治疗后两组患儿血清 IgE 水平均降

表4 两组患儿治疗前后体液免疫指标水平比较 ($\bar{x} \pm s$, g/L)

组别	例数	IgE		IgG		IgA		IgM	
		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	43	1.06±0.02	0.83±0.06*	8.97±2.06	11.58±1.67*	0.98±0.37	1.43±0.26*	0.99±0.21	1.24±0.23*
观察组	43	1.05±0.03	0.47±0.04*	9.01±2.04	19.07±1.23*	0.97±0.35	2.17±0.11*	1.00±0.20	1.54±0.17*
t 值		1.819	32.737	0.090	23.681	0.129	17.188	0.226	6.878
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，* $P<0.05$ ；IgE：免疫球蛋白 E；IgG：免疫球蛋白 G；IgA：免疫球蛋白 A；IgM：免疫球蛋白 M。

3 讨论

小儿哮喘属于一种因气道炎症反应，导致支气管出现痉挛而引起的肺和呼吸功能出现障碍的疾病，其发病机制较为复杂，临床上常给予糖皮质激素进行治疗，但使用过量对肾上腺皮质功能造成不利影响，且会增加骨质疏松等的风险，对于患儿的预后有不利影响，故需结合其他药物联合治疗，以期减少其用量的同时，达到更为有效的效果，更大程度的改善患儿的临床症状，促进患儿的预后恢复^[1]。

孟鲁司特钠可通过对白三烯受体与其他受体的结合作用进行抑制，来降低血管壁的通透性，进而阻断有害物质进入呼吸道的途径，此外，其还可对机体内炎症因子的分泌进行抑制，破坏气道重塑机制，进而改善机体呼吸道感染的症状，减轻支气管痉挛的症状，改善肺功能，促进患儿临床症状的恢复^[4]。PEF、FVC、FEV1、FEV1/FVC 作为体现机体肺功能的直观指标，其水平若出现异常，则提示机体的肺功能异常，有呼吸困难等风险的发生。本研究结果显示，治疗后观察组患儿临床总有效率高于对照组，咳嗽、喘息、肺部哮鸣音、呼吸困难症状缓解时间均短于对照组，PEF、FVC、FEV1 水平及 FEV1/FVC 比值均高于对照组，提示孟鲁司特钠联合布地奈德应用于哮喘患儿，可以有效缓解患儿的临床症状，改善肺功能，提升临床治疗效果，与陈燕鸽等^[5]研究结果基本相符。

IgE、IgG、IgA、IgM 是体现机体体液免疫的主要指标，其在机体的体液免疫应答过程中发挥着重要的作用，若其表达出现异常，则会使得机体内产生大量的 IgE，进而引起机体产生特异性的免疫疾病，同时导致 IgG、IgA、IgM 在血清中的水平减少，使得机体自身的抗病毒、抗菌作用出现异常，导致免疫功能紊乱，促进疾病的进展，若 IgG、IgA、IgM 在血清中水平升高，可促进 B 细胞的增殖、分化，有效的对机体的外来抗原进行抵抗，杀伤病菌，阻止呼吸道外来病原体的入侵^[6-7]。孟鲁司特钠作为一种可选择性的对支气管平滑肌的白三烯受体起到拮抗作用的药物，其可在机体出现病原菌感染、平滑肌的嗜酸性粒细胞和肥大细胞等将要生成炎症因子时，对其产生抑制作用，进而减少炎症因子分泌，改善机体的炎症浸润状态，使得气道平滑肌的痉挛状态被改善，缓解患儿的临床症状，此外，其还可对机体的体液免疫作用进行调节，促进抗病毒因子的生成，提升机体的免疫能力，布地奈德作为治疗哮喘的较为常见的临床一线药物，其主要机制是，对机体内炎症因子的聚集作用进行抑制，进而使得支气管黏膜水肿和气道阻塞的状态得以改善，二者联合使用，在改善机体炎症浸润状态的同时，提升了机体的免疫功能，更为有效的缓解了患儿的临床症状，达到治疗效果^[8-9]。本研究结果显示，治疗后观察组患儿血清 IgE 水平低于对照组，血清 IgG、IgA、IgM 水平均高于对照组，提示孟鲁司特钠联合布

地奈德应用于哮喘患儿，可以提升机体免疫功能，进而达到更为有效的治疗效果，与马科等^[10]研究结果基本一致。

综上，孟鲁司特钠联合布地奈德治疗小儿哮喘，可以有效缓解临床症状，改善肺功能，调节体液免疫，提升临床治疗效果，值得临床推广和应用。本研究的不足之处在于，纳入研究样本量较少，且缺乏对于疾病相关性因子等指标的研究，故后续研究需选取更多的研究对象，进行更为深入的研究。

参考文献：

[1]汪红艳. 布地奈德联合孟鲁司特钠治疗小儿哮喘对抗凝血酶Ⅲ、CD5 抗原蛋白和 NLRP3 炎症小体的影响分析[J]. 湖北科技学院学报(医学版), 2021, 35(5): 425-427.

[2]鲍一笑, 陈爱欢, 符州, 等. 儿童支气管哮喘诊断与防治指南(2016年版)[J]. 中华儿科杂志, 2016, 54(3): 167-181.

[3]王英, 雷蓓蓓. 布地奈德联合孟鲁司特钠治疗肺炎支原体肺炎的疗效及其对肺功能和炎症细胞因子的影响[J]. 儿科药理学杂志, 2017, 23(5): 23-25.

[4]武金银. 孟鲁司特钠与布地奈德对儿童咳嗽变异性哮喘血清肿瘤坏死因子- α 、免疫球蛋白 E 水平变化分析[J]. 安徽医药, 2018, 22(4): 750-753.

[5]陈燕鸽, 付琪, 张峰. 孟鲁司特钠治疗儿童哮喘的临床症状和肺功能评估[J]. 贵州医药, 2022, 46(2): 290-291.

[6]侯杰, 冯日昇. 孟鲁司特钠口服联合舒利迭雾化吸入治疗小儿咳嗽变异性哮喘的疗效[J]. 保健医学研究与实践, 2021, 18(6): 51-53.

[7]张婵萍, 蒋丹丹, 谢杏芝, 等. 孟鲁司特钠联合特布他林对哮喘患儿炎症细胞因子和肺功能的影响[J]. 中国妇幼保健, 2021, 36(22): 5221-5223.

[8]陈雨彬, 黄玉婷, 莫坤梅. 布地奈德雾化剂联合孟鲁司特钠对哮喘患儿 T 淋巴细胞水平的影响[J]. 慢性病学杂志, 2021, 22(8): 1226-1228.

[9]陆玮芬, 吴娟, 陈春荣. 布地奈德吸入联合孟鲁司特钠口服对支气管哮喘患儿气道功能重塑和免疫球蛋白水平的影响[J]. 中国妇幼保健, 2022, 37(2): 255-258.

[10]马科, 寇艳, 卢蓉, 等. 孟鲁司特钠联合布地奈德治疗小儿哮喘的疗效及其对肺功能和细胞免疫的影响[J]. 药物评价研究, 2020, 43(12): 2469-2472.

作者简介：钟成祥，性别与学历：男，本科，职称和职务：男，通讯地址：广东省廉江市永福御景城，籍贯与民族：广东省廉江市，汉族，出生年月：1979年11月，研究方向：呼吸道疾病。

超声诊断胆囊结石诱发急性胰腺炎的临床价值

钟慧娟

七台河市人民医院 黑龙江七台河市 154600

摘要: 目的 超声诊断胆囊结石诱发急性胰腺炎的临床价值。方法 选取 2020 年 1 月—2020 年 12 月在我院进行治疗的胆囊结石诱发急性胰腺炎患者 58 例作为研究对象, 58 例患者均采用超声诊断。将手术病理结果作为金标准, 统计 58 例患者超声诊断的准确率。结果 超声诊断准确率与手术病理结果对比无明显差异 ($P>0.05$); 55 检出患者中多发性胆囊结石 46 例, 占比 83.64%, 单发性胆囊结石 9 例, 占比 16.36%。直径 $<0.9\text{cm}$ 的胆囊结石 50 例, 占比 90.91%, 直径 $\geq 0.9\text{cm}$ 的胆囊结石 5 例, 占比 9.09%。结论 超声可以在胆囊结石诱发急性胰腺炎患者的诊断中发挥重要的作用。

关键词: 超声诊断; 胆囊结石; 急性胰腺炎

【 Abstract 】 objective to evaluate the clinical value of ultrasonography in the diagnosis of acute pancreatitis induced by gallstone. Methods 58 patients with gallstone induced acute pancreatitis who were treated in our hospital from January 2020 to December 2020 were selected as the study subjects. All 58 patients were diagnosed by ultrasound. Taking the surgical and pathological results as the gold standard, the accuracy of ultrasonic diagnosis in 58 patients was counted. Results there was no significant difference between the accuracy of ultrasonic diagnosis and the pathological results ($P>0.05$); Among the 55 patients, 46 cases (83.64%) had multiple cholecystolithiasis, and 9 cases (16.36%) had single cholecystolithiasis. There were 50 cases of cholecystolithiasis with diameter less than 0.9CM, accounting for 90.91%, and 5 cases of cholecystolithiasis with diameter $\geq 0.9\text{CM}$, accounting for 9.09%. Conclusion ultrasound can play an important role in the diagnosis of acute pancreatitis induced by gallstone.

[Key words] ultrasonic diagnosis; Gallstone; acute pancreatitis

急性胰腺炎常见的消化系统疾病, 此病在我国有较高的发病率【1】。其中, 重症急性胰腺炎患者起病急, 预后差, 且疾病病变复杂, 疾病发生后, 患者可出现全身炎症反应综合征、多脏器功能障碍综合征, 有调查显示, 其病死率达 20%~30%。而在病因上, 多数急性胰腺炎病情明确, 有 40%~70% 的急性胆囊炎发生, 与胆石病密切先关, 同时现代医学研究表明, 急性胰腺炎不仅与胆囊结石有关, 且同胆结石的大小、数量有关。因此, 在胆囊结石诱发急性胰腺炎发生后, 对结石数量、大小等进行明确至关重要, 其中, CT、MRI 诊断的方法在评估患者胰腺坏死情况下, 可以发挥重要的作用, 但在胆囊结石的诊断中效果不佳【2】。正是在这样的情况下, 在对患者诊断时采用超声诊断的方法就成为一条有效的路径。鉴于此, 此次研究将围绕着超声诊断胆囊结石诱发急性胰腺炎的临床价值进行分析论述, 详细报道见下:

1 资料方法

1.1 研究资料

选取 2020 年 1 月—2020 年 12 月在我院进行治疗的胆囊结石诱发急性胰腺炎患者 58 例作为研究对象, 58 例患者均采用超声诊断。纳入标准: ①均经病理诊断证实; ②各项临床资料齐全; ③签署知情同意书; 排除标准: ①其他因素所致急性胰腺炎; ②合并其他严重疾病; ③拒绝参与研究。男 30 例, 女 28 例, 年龄 44-81 岁, 平均年龄 (61.75 ± 7.36) 岁。

1.2 方法

58 例患者均实施超声诊断, 具体采用德国西门子公司生产的 ACUSON S3000 超声诊断系统, 探头频率为 3.5MHz, 检查前轻症患者要协助其空腹, 低脂饮食, 急诊患者不做特殊准备。对患者检查过程中, 将探头放置于, 患者肋下、肋间、剑下等部位, 而后对胆囊、胆总管进行, 多角度扫描检查。若患者腹部气体较多, 可嘱咐患者屏气, 减少气体干扰。同时, 临床还要观察患者胆囊的大小、胆囊壁厚度、囊内声音、回声团等。最后检查胆总管, 了解胆总管有无扩张等情况。

1.3 观察指标

将手术病理结果作为金标准, 统计 58 例患者超声诊断的准确率。准

准确率=准确数/例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法

此次研究采用 SPSS17.0 软件进行统计学处理, 计量资料为均数 $\pm$ 平方差 ($\bar{x}\pm s$), 行 t 检验, 计数资料为百分比 (%), 行 χ^2 检验, $P<0.05$, 具有统计学意义。

2 结果

2.1 58 例患者的超声诊断准确率

超声诊断准确率与手术病理结果对比无明显差异 ($P>0.05$)。见表 1:

表 1 58 例患者的超声诊断准确率 (n, %)

组别	例数	准确数	准确率
手术病理诊断	58	58	100.00%
超声诊断	58	55	94.83%
χ^2			3.080
P 值			0.079

2.2 55 检出患者的影像学分析

55 检出患者中多发性胆囊结石 46 例, 占比 83.64%, 单发性胆囊结石 9 例, 占比 16.36%。直径 $<0.9\text{cm}$ 的胆囊结石 50 例, 占比 90.91%, 直径 $\geq 0.9\text{cm}$ 的胆囊结石 5 例, 占比 9.09%。

3 讨论

急性胰腺炎是常见的急腹症, 此病的发生, 与酒精、高脂血症、胆石症等因素有关【3】。其中, 多数轻症胰腺炎患者可以自愈, 且预后普遍较好, 反之重症胰腺炎患者预后较差, 常伴有多种并发症, 继而对患者的生命安全造成威胁。现代医学研究指出, 引发的急性胰腺炎的发病因素较多, 发病机制临床并未明确, 且观点不一, 同时病因会受地域因素影响产生差别, 部分地区该病的发生以酒精性为主, 反之部分地区则多见于胆源性急性胰腺炎患者。目前的医学研究显示, 胆囊结石是引发急性胰腺炎的重要因素, 同时, 胆囊结石的大小、数量、多发以及是否存在胆总管结石, 与急性胰腺炎的发病率存在关联性【4】。有报道指出, 多发结石患者发生急

性胰腺炎的概率,要高出单发结石患者 20%以上。同时还有报道显示,结石数量 ≥ 20 枚,且其中有一枚直径 $< 5\text{mm}$,患者的发病率会提升 3 倍,若结石直径 $< 3\text{mm}$,急性胰腺炎发病率会进一步提高。这主要是因为,小直径的结石更容易进入胆管,即通过胆囊结石下移行发疾病,目前临床多数研究更倾向于此类观点。

在胆囊结石诱发的急性胰腺炎发生后,临床要及时对患者进行治疗,以保证患者预后的改善【5】。临床观察发现,此类患者会表现为上腹、左上腹疼痛,并且胸背部会产生放射痛,但疼痛强度、位置,与疾病严重程度,并不存在一致性,因而单纯依靠临床查体,很难实现对患者的有效诊断。而在患者的生化检验中,血清淀粉酶虽然能起到一定的作用,但临床应用并不可靠。有报道指出,患者出现疾病症状后,血清淀粉酶会有所上升,且在未来 3~5d 恢复正常,但有部分患者的血清淀粉酶则可能维持在正常水平。因此,临床对患者诊断时,需要借助影像学手段进行诊断,基于影像学诊断的应用,可以为此类患者的疾病诊治提供支持。临床实践表明,影像学诊断能够在此类患者的诊断中起到重要作用,对于临床症状明显者,常规 CT 检查即可确诊胰腺炎,但症状不明显者需行增强 CT,而在结石的诊断上 CT 诊断效果不佳。磁共振胰胆管造影有助于临床发现 $< 3.0\text{mm}$ 的胆总管结石,但其属于有创检查的范畴,不适用于造影剂过敏等患者的诊断。MRI 诊断有利于胰腺坏死程度的评估,但不利于结石的诊断【6】。有报道指出,CT 诊断泥沙样结石、小直径结石存在不足,MRI 诊断虽能凭借扫描反映胰腺炎情况,但其在小结石的诊断上检出效果不佳。故而在对患者结石情况进行评估的过程中,往往需要通过应用超声诊断加以评估,以便临床明确对患者的诊断。

超声是目前临床诊断胆囊结石诱发急性胰腺炎的重要手段,其在应用后有利于临床对胆囊结石的筛查,从而明确急性胰腺炎的病因【7】。其中,超声具有无创、操作简单等优势,临床应用超声进行诊断后,能够确保临床了解胆囊的信息情况,并了解患者的及时情况。一般情况下,对患者诊断时,基于超声的应用,还可以反映患者的胆总管,保证患者的诊断效果。其次,在运用超声诊断后,医师能够通过超声声像图,详细了解到结石的大小、性质等。在超声的影像学上,可分为单发性结石、多发性结石,临床普遍认为,多发性结石更容易引发多发性结石,这与此次研究的接近。其中,单发性结石在超声声像图上,可见有结石强回声,并伴有声影,但也有部分单发性结石患者无回声亦或是弱回声。多发性结石在超声上,可见有患者的胆囊中有 ≥ 2 个的回声,同时,超声还会表现出,大小不等的强光团,声影也存在移动的情况。结石类型上,充满型结石会有多种特异性表现,因结石聚集性的特征,胆囊腔中可见有回声团,并且声影也更为集中,但其后方的回声,则会出现衰减,此类型的胆囊结石患者在进行超声诊断时,即便更改体位,影像学资料不会有显著的改变【8】。泥沙样结石在超声中的表现并不明显,所以诊断难度更大,但一般为泥沙样结石的患者,可见有光斑、光点,偶有患者具有强回声,声影表现不典型,若在检查中更换体位,患者影像学表现会有改变。

临床实践表明,超声可以在急性胰腺炎患者病因的明确中起到积极的作用,但超声诊断本身易受多种因素的制约,所以需要临床加以明确。其中,小结石、泥沙样结石本身的超声表现并不明显,且患者胆囊在长期的疾病刺激下,可能会出现胆囊壁增厚,这会导致胆囊壁出现回声异常,胆囊壁回声与胆囊结石回声交织,会导致疾病诊断、鉴别的难度增加,因而临床对患者诊断时,所以要予以特别注意。而在充满型结石的诊断上,此类患者因结石充满的影响,胆汁会有显著降低,这就导致临床无法通过结

石、胆汁的对比,对患者进行有效诊断,对此要多关注患者诊断的回声情况【9】。另外,患者的体型也会影响到诊断结果,这与人体脂肪过多有关,并且一些药物会促进患者胆囊中出现钙盐沉积,这往往也会影响检查结果。针对上述情况,临床在对患者进行诊断时,对于轻症患者应做好积极地检查前准备,而在实际超声检查的过程中,还应保证检查的多方位,并根据检查需要,对患者体位加以调整。有报道显示,体位改变有利于结石地聚集,削弱或避免肠道气体对检查的影响,并且还要在诊断中充分依据重力转移性等特点,对结石进行相应诊断,实现对目标范围的聚焦。并且在检查中,若怀疑患者结石附着在胆囊壁,应将声像图进行放大,并适时改用高频探头,以满足患者的诊断需要。处于胆囊底部的结石一般诊断难度较大,这主要是因为,胆囊底部位置更容易受到胃内容物、气体的影响,所以对可能存在胆囊底部结石的患者,进行超声诊断时,可以通过不断帮助患者更换体位的方式,获取最为理想的图像,保证患者的诊断【10】。大量临床报道显示,在胆囊结石诱发急性胰腺炎患者的诊断中,超声诊断效果显著,可以明确急性胰腺炎患者的发生,是否为胆囊结石作用的结果,这有助于临床对患者的诊治。但在应用超声诊断的过程中,临床需要在诊断时,注意对诊断细节的掌握,消除多种因素的影响,最大限度提高诊断效果,继而满足患者的临床诊断需要。

此次研究结果显示,超声诊断准确率与手术病理结果对比无明显差异(P 0.05);55 检出患者中多发性胆囊结石 46 例,占比 83.64%,单发性胆囊结石 9 例,占比 16.36%。直径 $< 0.9\text{cm}$ 的胆囊结石 50 例,占比 90.91%,直径 $\geq 0.9\text{cm}$ 的胆囊结石 5 例,占比 9.09%。由此可见,在此类患者的诊断中应用超声诊断,能够确保诊断准确率,这与既往报道的结果接近。说明超声诊断具有理想的应用,基于超声诊断的有效应用,可以为患者的后续诊治提供有效地支持。

综上所述,超声可以在胆囊结石诱发急性胰腺炎患者的诊断中发挥重要的作用。

参考文献:

- [1]陈卉.超声诊断胆囊结石并发急性胰腺炎的效果分析[J].中国社区医师.2016,(18).125-126.
- [2]马莉萍.超声诊断儿科急腹症的临床效果观察[J].中国保健营养.2016,(1).167.
- [3]程龙.超声诊断胆囊结石并发急性胰腺炎的意义分析[J].中国现代药物应用.2021,(17).34~37.
- [4]王海蓉.彩色多普勒超声诊断胆囊结石并发急性胰腺炎的效果体会[J].影像研究与医学应用.2020,(7).228~229.
- [5]杨建强,董翠翠.超声诊断应用于胆囊结石并发急性胰腺炎的临床价值[J].中国保健营养.2015,(15).378.
- [6]庞丽,蒋明春,闻真.超声诊断胆囊结石并发急性胰腺炎的临床探究[J].健康必读.2020,(7).79~80.
- [7]宋宏伟.急性胰腺炎的超声诊断[J].中国继续医学教育.2015,(31).64~65.
- [8]屈宗琳.超声诊断胆囊结石并发急性胰腺炎的临床价值探讨[J].基层医学论坛.2018,(19).2700~2701.
- [9]格桑旦增.超声诊断胆囊结石的应用价值[J].家庭医药.2018,(10).344~345.
- [10]王新.胆囊结石超声诊断的临床价值分析[J].心理月刊.2018,(10).158~159.

急诊外科创伤手术切口感染的临床分析及预防

周阳

深圳市前海蛇口自贸区医院 518067

摘要：探析急诊外科创伤手术后引发切口感染的临床因素以及预防策略。**方法：**收集 2021 年 12 月——2022 年 3 月于我院进行外科创伤手术病患 139 例，其中术后切口感染病患 56 例，根据不同切口感染程度将其分为重度感染组 23 例，轻度感染组 33 例。两组病患均采用常规护理干预和不同抗菌药物诊治，配合化验科使用酶联免疫吸附法对两组病患进行白介素细胞-4（Interleukin-4，IL-4）细胞因子化验对比，并对两组病患切口愈合度、病患恢复程度、治疗满意度观察。**结果：**两组病患治疗前 IL-4 细胞因子表达水平差异无统计学价值（ $P>0.05$ ）；治疗后重度感染组 IL-4 水平降低显著，轻度感染组 IL-4 表达水平也发生了降低，但并不明显，两组对比差异有统计学价值（ $P<0.05$ ）；两组病患术后切口愈合度比较，轻度感染组切口积液、局部皮肤坏死例数为 15 例，愈合程度良好为 4 例，切口完全愈合的病患为 14 例；重度感染组切口出现积液、局部皮肤坏死的病患为 5 例，切口愈合程度良好的患者为 6 例，切口完全愈合的患者为 12 例。两组总体切口愈合度对比，重度感染组愈合程度高于轻度感染组，差异有统计学价值（ $P<0.05$ ）；各组病患术后诊治满意度对比，轻度感染组非常满意程度为 36.36%，满意程度为 18.18%，总满意度为 54.54%；重度感染组非常满意程度为 65.21%，满意度为 17.39%，总满意度为 82.60%。两组总满意度对比，重度感染组总满意度高于轻度感染组总满意度，差异有统计学价值（ $P<0.05$ ）。

关键词：临床预防；切口感染；创伤手术；外科急诊

引言：现阶段临床医学常常在外科手术进行后，病患创口由于不及时清理或者护理不到位发生创口感染。创伤手术后切口感染通常被定义为病患外表皮肤由于没有及时护理，真菌、细菌进入切口导致皮肤内部感染发炎，真菌在其中进行迁移、增殖，严重时可紊乱病患机体免疫系统，诱发其他炎症。常见的切口感染表现有切口处积液、红肿、溃烂，且会给病患机体带来痛苦，真菌增殖扩散至病患其他部位或者内部脏器中可能会导致器官切除。本文章有鉴于上述研究内容，对我院 56 例外科创伤术后切口感染病患进行研究，并对引致感染的因素进行分析，并提出二三预防对策，现撰写如下。

一、对象与方法

1.研究对象

收集 2021 年 12 月——2022 年 3 月于我院进行外科创伤手术病患 139 例，其中术后切口感染病患 56 例，根据不同切口感染程度将其分为重度感染组 23 例，轻度感染组 33 例。重度感染组男 12 例，女 11 例，平均年龄（ 21.30 ± 3.61 ）岁，平均 BMI 指数（ 22.09 ± 2.75 ） kg/m^2 ；轻度感染组男 15 例，女 18 例，平均年龄（ 25.83 ± 3.41 ）岁，平均 BMI 指数（ 21.09 ± 3.20 ） kg/m^2 。两组病患一般资料均衡可比，差异无统计学价值（ $P>0.05$ ）。本次研究所有病患均签署知情同意书，取得病患家属同意，且经我院伦理委员会批准。

纳入标准：符合《中国加速康复外科临床实践指南（2021 版）》^[1]中对于外科手术病患的诊治标准，无恶性肿瘤者。

排除标准：妊娠期妇女外科创伤手术者，患有遗传代谢性疾病者，患有急性肺炎者，患有先天性心脏病者。

2.护理干预方式

重度感染组与轻度感染组均采用常规护理进行术后护理干预，监测病患生命体征并对病患进行止痛、止血、创口清洁、换药等处理。

3.药物来源

重度感染组行口服头孢氨苄辅以左氧氟沙星治疗，头孢氨苄片，患者口服，860ug/次，2 次/d，头孢氨苄片规格 430ug/片；轻度感染组行左氧氟沙星片治疗，左氧氟沙星片，货号 PB2817，患者 3 次/d，两片/次，各组病患治疗疗程为两周。

4.样本采集

两组患者入组后于每日早 9 时进行抽血采样，在空腹状态下，所有患者均由专业医护人员进行抽血 2mL，并将样本封存于玻璃制式试管内，并置于冷藏室进行储存。

5.指标检测

将上述病患样本从冷藏室取出，使用酶联免疫法对各组病患 IL-4 细胞因子表达进行水平检测：将患者样本置于离心机上进行离心反应，转数 3600r/min，时间 10min。将酶标板取出，反应液 3mL 置于酶标板之中，置于离心机内进行离心反应，转数 1200r/min，待样本反应 30min 后将酶标板中的反应液甩掉，每孔添加量为 260 μL 洗涤液，静置 20s 洗涤 3 次。洗涤完成后甩干酶标板，每孔添加患者样本和氧化剂的混合液，显色 10min-15min 呈现出蓝色后加入 50 μL 终止液迅速变黄色，取出立刻在双波长为 450nm 和 630nm 的酶标仪上进行检测分析。

6.病患满意度评价

使用我院自制满意度评价量表对病患进行护理满意度测试，评分内容囊括护理服务、诊治程度、护理及时性等等，满分为 100 分，不满意： ≤ 70 分，满意：70—89 分，非常满意： ≥ 90 分。总满意度=（非常满意度+满意

度)/总数×100%。

7.切口愈合度评价

使用我院自制切口愈合度评价量表对病患进行切口愈合度评分：满分为100分，切口出现积液、局部皮肤坏死：≤70分，切口愈合程度良好：70—89分，切口完全愈合：≥90分。总满意度=（非常满意度+满意度）/总数×100%。

8.统计学处理

采用SPSS24.0统计软件分析处理。计量资料采用均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）描述，组内比较采用配对 t 检验；计数资料采用频数和百分比表示， $P < 0.05$ 为差异有统计学价值， $P > 0.05$ 为差异无统计学价值。

二、调查结果

1.两组病患样本 IL-4 细胞因子变化对比

如下述表1示，两组病患治疗前 IL-4 细胞因子表达水平差异无统计学价值（ $P > 0.05$ ）；治疗后重度感染组 IL-4 水平降低显著，轻度感染组 IL-4 表达水平也发生了降低，但并不明显，两组对比差异有统计学价值（ $P < 0.05$ ）。

表1 各组病患样本 IL-4 星细胞因子变化比较（ng/mL）

组别	例数	IL-4	
		治疗前	治疗后
轻度感染组	33	3.175±1.04	2.453±0.96
重度感染组	23	3.210±0.95	1.670±0.81
t		0.129	15.736
P		4.650	0.031

2.两组病患切口愈合度对比

如下述表2示，两组病患术后切口愈合度比较，轻度感染组切口积液、局部皮肤坏死例数为15例，愈合程度良好为4例，切口完全愈合的病患为14例；重度感染组切口出现积液、局部皮肤坏死的病患为5例，切口愈合程度良好的患者为6例，切口完全愈合的患者为12例。两组总体切口愈合度对比，重度感染组愈合程度高于轻度感染组，差异有统计学价值（ $P < 0.05$ ）。

表2 各组病患切口愈合度比较[n（%）]

组别	例数	切口出现积	切口愈合程	切口完全愈
		液、局部皮		
		肤坏死	度良好	合
轻度感染组	33	15（45.45）	4（12.12）	14（42.42）
重度感染组	23	5（21.73）	6（26.08）	12（52.17）
χ^2		5.750		
P		0.014		

3.两组病患外科术后诊治满意度比较

如下述表3示，各组病患术后诊治满意度对比，轻度感染组非常满意

程度为36.36%，满意程度为18.18%，总满意度为54.54%；重度感染组非常满意程度为65.21%，满意度为17.39%，总满意度为82.60%。两组总满意度对比，重度感染组总满意度高于轻度感染组总满意度，差异有统计学价值（ $P < 0.05$ ）。

表3 各组病患术后诊治满意度对比（%）

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意度
轻度感 染组	33	12(36.36)	6（18.18）	15(45.45)	18(54.54)
重度感 染组	23	15(65.21)	4（17.39）	8（34.78）	19(82.60)
χ^2					7.032
P					0.016

三、讨论

外科手术是医院常见的一种手术类型之一，常见于外表皮肤组织损伤、溃烂或者病患机体内部脏器破损，外科手术是临床医学常见的一种弥补措施之一，本文章以外科创伤术后切口感染病患为例进行探讨，根据分析得知 IL-4 细胞因子是影响外科创伤术后切口感染恢复程度的重要细胞因子之一。病患在术后由于失去较多的免疫白细胞，导致了 IL-4 细胞因子发生增殖，在创口部位高度活跃，阻挠着病患机体免疫系统功能对切口进行有效恢复，病患机体自身痊愈机制自然而然地受到了影响^[2]。除此之外在外科创伤术后切口感染的病患常常由于自身不注重个人卫生以及部分因为医院所采用的护理干预方式不恰当所致。总体来说，在使用抗生素治疗例如本文章所提及的两种药物——头孢氨苄辅和左氧氟沙星治疗后，病患的切口均呈现着愈合态势，在医院诊治过程中各组病患均积极配合，积极治疗。

急诊外科创伤术后切口感染病患可以自行地采取一些预防恢复措施，来加快切口愈合速度。例如病患可以注重个人卫生，配合医护人员进行切口清洗、消毒；病患还可以通过要求医护人员更换病房设施，以达到提升病房卫生清洁程度的目的，这也是病患自我护理的一种积极表现；病患还可以减少走动，积极配合家属在医护人员的指导下通过饮食护理干预来增强自身营养，多补充写蛋白质、维他命等，加速自身切口愈合程度^[3]。

参考文献：

[1]中国加速康复外科临床实践指南（2021）（一）[J].协和医学杂志，2021,12（05）：624-631。
[2]白球.腹部开放性创伤患者术后医院感染的病原学特征及危险因素分析[J].中国实用医药,2021,16（36）：32-34。
[3]杨颖,郝英杰,金蕾,张娜,张倩,张阿新,陈秀丽,陈冰洁,马琳,林秀英.急诊外科胸腹部创伤术后切口病菌分布的 logistic 多因素回归分析[J].中外女性健康研究,2019（02）：64-65。

ICU 老年脓毒症患者的连续肾脏替代疗法效果观察

周珍奉 王玉巧^{通讯作者}

宁夏回族自治区人民医院 宁夏银川市 750001

摘要：目的：探析 ICU 老年脓毒症患者的连续肾脏替代疗法效果。方法：收治我院 2019 年 1 月—2020 年 12 月的 100 例 ICU 老年脓毒症患者作为本次研究核心，依据抽签法将其分为对照组与实验组，对照组实施常规治疗，实验组实施连续肾脏替代疗法，对比两组老年脓毒症患者的相关指标。结果：实验组的血管活性药物使用、抗生素使用、机械通气与住院时间低于对照组 ($p<0.05$)；实验组的尿素氮、肌酐、CRP、PCT、PT、APTT 对比，差异较大 ($p<0.05$)；实验组治疗效果与对照组比较，差异较大 ($p<0.05$)。结论：连续肾脏替代疗法对患者治疗效果增强有较大促进作用，同时也可以调整素氮、肌酐、CRP、PCT、PT、APTT，同时能够有效控制血管活性药物与抗生素药物应用时间，在短时间内改善机械通气，避免长时间通气影响患者的生活质量，间接将住院时间缩短，其在一定程度上将患者与家属的经济压力减轻，值得推荐。

关键词：ICU；老年脓毒症；连续肾脏替代疗法；治疗效果

导语

脓毒症是一种发病率相对较高的疾病，全世界每年有 18000000 人会产生严重的脓毒症，因为脓毒症有较高的死亡率，全球每年因为脓毒症并发死亡的人数达到 14000 人。脓毒症发病与肿瘤坏死因子、白细胞介素、组织因子、凝血因子变化有明显关系^[1-2]。脓毒症患者会威胁患者的生命安全与身体健康，因此，需要对其实施科学且针对性治疗。连续肾脏替代疗法是老年脓毒症治疗的一种新型手段，通过跨膜压与浓缩水、特殊配置透析液弥散、吸附与对流，清除滤过膜血液的小分子物质以及有毒物^[3-4]。本次收治 100 例老年脓毒症患者，对其实施常规治疗与连续肾脏替代疗法，报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收治我院 2019 年 1 月—2020 年 12 月的 100 例 ICU 老年脓毒症患者作为本次研究核心，依据抽签法将其分为对照组与实验组，每组 50 例。对照组男 29 例、女 21 例；患者年龄 25 岁~85 岁，平均 (55.00 ± 10.69) 岁；体质量 41-81kg，平均体质量 (61.00 ± 18.36) kg；发病到入院时间 3-24h，平均时间是 (13.50 ± 2.36) h；实验组男 28 例、女 22 例；年龄 25~86 岁，平均 (55.26 ± 10.26) 岁；体质量 41-82kg，平均体质量 (61.50 ± 20.30) kg；发病到入院时间 2-24h，平均时间是 (12.00 ± 2.63) h；将实验组以及对照组常规资料相比，差异不明显 ($P>0.05$)，可参与比较。

纳入标准：患者对本研究实施意义、方法及实施中的义务和权利，均有明确了解，且在知情同意书上签字；患者沟通能力正常。排除标准：精神疾病病史患者。

1.2 方法

对照组：常规治疗。

常规治疗需实施抗感染治疗，同时结合水电解质平衡治疗。同时需要对其实施血液灌注治疗，树脂灌流器在对患者实施治疗过程中，其血流速度为 30-100ml/min，每日治疗 2 小时。

实验组：连续肾脏替代疗法。

连续肾脏替代疗法是在对照组基础上开展。连续肾脏替代疗法用到 AK 超 200 透析机治疗，并在老年脓毒症患者的右颈内实施静脉穿刺，并留置两根单腔导管，并创建血管通路，每间隔一日更换一次滤器以及血管通路。在连续肾脏替代疗法之前用氯化钠溶液进行滤器冲洗，并结合最小肝素抗凝治疗。连续肾脏替代疗法的首次剂量是 0.3-0.5ml/kg。之后依据老年脓毒症患者实际情况追加剂量，置换液量是每小时 1 到 2L，两组患者均需要治疗两周。两组治疗均需要依据操作规范以及相关标准开展，保证治疗的安全性。

1.3 检查指标

(1) 两组治疗相关指标。

(2) 两组患者的尿素氮、肌酐、C 反应蛋白 (CRP)、降钙素原 (PCT)、凝血酶原时间 (PT)、活化部分凝血酶原时间 (APTT)。

CRP 主要使用免疫比浊法进行检测。PCT 以化学发光法检测。

2. 两组临床效果。

临床效果分为显效、有效以及无效，显效主要是指老年脓毒症患者的临床症状以及相关体征较之前有明显改变；有效主要是指老年脓毒症患者的临床症状与相关体征较之前有一定缓解；无效主要是指老年脓毒症患者的临床症状与体征与之前对比，无改变。临床效果是前两者占比之和。

1.4 统计学分析

用 SPSS20.0 分析对照组以及实验组各指标对比产生的数据，数据资料依据其类型有计量资料与计数资料两种，其中计量资料 ($\bar{x}\pm s$)、计数资料 (临床效果) 行 t 检验、 χ^2 检验对比。若是两组各指标对比结果显示 $P<0.05$ ，则表明其在该指标上的对比差异有统计学价值。

2 结果

2.1 两组患者的血管活性药物与抗生素使用时间等

如表 1，实验组的血管活性药物使用时间、抗生素使用时间、机械通气时间与住院时间与对照组比较，差异有统计学意义 ($p<0.05$)，即实验组血管活性药物使用时间 (3.02 ± 0.30) d、抗生素使用时间 (7.02 ± 2.06) d、机械通气时间 (11.30 ± 2.60) d 与住院时间 (13.02 ± 2.63) d；对照组血管活性药物使用时间 (4.33 ± 1.52) d、抗生素使用时间 (9.97 ± 2.66) d、机械通气时间 (20.99 ± 2.88) d 与住院时间 (21.99 ± 2.98) d。

表 1 两组老年脓毒症患者的血管活性药物使用时间、抗生素使用时间、机械通气时间与住院时间 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	血管活性 药物使用 时间 (d)	机械通气 时间 (d)	抗生素使 用时间(d)	住院时间 (d)
实验组	50	3.02±0.30	7.02±2.06	11.30±2.60	13.02±2.63
对照组	50	4.33±1.52	9.97±2.66	20.99±2.88	21.99±2.98
t		5.979	6.200	17.659	15.958
p		0.001	0.001	0.001	0.001

2.2 两组患者的尿素氮、肌酐、C 反应蛋白 (CRP)、降钙素原 (PCT)、凝血酶原时间 (PT)、活化部分凝血酶原时间 (APTT)

治疗前，实验组的尿素氮、肌酐、CRP、PCT、PT、APTT 与对照组比较，差异不大，无统计学意义 ($p>0.05$)；干预后，实验组的尿素氮、肌酐、CRP、PCT、PT、APTT 与对照组比较，差异显著，有统计学意义 ($p<0.05$)，如表 2。

表 2 两组老年脓毒症患者的尿素氮、肌酐、CRP、PCT、PT、APTT ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	尿素氮 (mmol/L)		肌酐 (mmol/L)		CRP (mg/L)		PCT (ng/mL)		PT (s)		APTT (s)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	50	33.26±2.96	12.02±2.66	288.69±5.263	144.63±2.563	160.63±2.636	32.66±10.36	53.66±12.33	18.63±3.62	18.33±3.20	23.62±10.20	42.22±10.39	55.63±15.63
对照组	50	33.62±3.02	18.63±2.77	288.36±3.362	185.96±8.263	161.06±2.755	73.66±10.96	53.98±12.99	30.63±2.60	18.39±3.78	45.66±10.22	42.02±15.36	77.69±12.69
t		0.602	12.171	0.037	3.378	0.080	19.223	0.080	19.223	0.086	10.793	0.076	7.748
p		0.549	0.001	0.970	0.001	0.937	0.001	0.937	0.001	0.932	0.001	0.939	0.001

2.3 两组临床效果

实验组的临床效果明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($p < 0.05$), 如表 3.

表 3 两组临床效果 (n, %)

组别	例数	显效	有效	无效	临床效果
实验组	50	41 (82.00%)	8 (16.00%)	1 (2.00%)	49 (98.00%)
对照组	50	9 (18.00%)	26 (52.00%)	15 (30.00%)	35 (70.00%)
χ^2					14.583
p					0.001

3 讨论

脓毒症主要是因为创伤以及感染等全身炎性反应, 进而使其组织功能损害以及器官功能损害, 其属临床综合征, 也是 ICU 收治的基础疾病类型。严重的老年脓毒症可能会伴随器官功能障碍, 或是出现组织灌注不良或是低血压、休克^[5]。脓毒症休克主要是指严重的脓症患者实施足量的液体复苏治疗之后, 仍旧无法纠正的持续性低血压, 属于严重脓毒症的一种典型类型。老年脓毒症发病与感染关系密切, 比较多见的感染疾病有腹膜炎以及胆管炎、蜂窝织炎、脑膜炎, 或是肺炎以及脓肿、泌尿系统感染等, 感染病原菌的微生物有细菌、病毒、寄生虫与真菌。老年脓症患者会出现心动过速、呼吸加速以及发热等, 因为老年脓毒症病死率较高, 且发病到一定程度容易出现脏器衰竭, 需要对老年脓毒症实施针对性治疗。

常规治疗在老年脓症患者身上的应用, 对患者的病情改善有积极作用。但是治疗效果相对局限。连续肾脏替代疗法是一种新型且优质的肾病治疗手段。连续肾脏替代疗法主要是指每日对其实施连续体外血液净化治疗, 进而将因为疾病受损的肾功能替代。主要是利用模拟人肾单位中的肾小球滤过作用, 进而将老年脓毒症患者的血液引到通透效果良好的半透膜滤器中, 提高治疗效果。

连续肾脏替代疗法用于老年脓毒症, 保证患者的血流动力学稳定性增强, 促进尿素氮、肌酐、CRP 等水平的有效改善。同时连续肾脏替代疗法对老年脓毒症的应用, 能够将患者的水电解质紊乱及时纠正, 保证酸碱平衡, 清除体内多余水分, 避免老年脓毒症发生以及继续进展, 缩短血管活性药物使用时间、抗生素使用时间、机械通气时间与住院时间, 促进治疗效果的提升, 减少并发症, 进而改善预后效果。连续肾脏替代疗法能够将患者的尿素氮以及肌酐等代谢废物有效清除, 降低炎症因子对老年脓症患者全身的影响, 提高患者的身体免疫能力, 降低死亡率, 保证老年脓症患者的身体健康的同时, 为治疗的安全性保驾护航。连续肾脏替代疗法溶质清除率高。

本研究结果显示: 实验组血管活性药物使用时间 (3.02±0.30) d、抗生素使用时间 (7.02±2.06) d、机械通气时间 (11.30±2.60) d 与住院时间 (13.02±2.63) d; 对照组血管活性药物使用时间 (4.33±1.52) d、抗生素使用时间 (9.97±2.66) d、机械通气时间 (20.99±2.88) d 与住院时间

(21.99±2.98) d, 即实验组的血管活性药物使用时间、抗生素使用时间、机械通气时间与住院时间与对照组比较, 差异显著 ($p < 0.05$), 可以看出连续肾脏替代疗法在老年脓症患者身上的应用, 能够有效地有效地缩短血管活性药物使用时间, 避免抗生长期长时间应用, 同时对住院时间以及机械通气时间控制有极大意义, 促进患者的病情有效缓解, 为其康复速度提升提供必要支持, 同时连续肾脏替代疗法对患者的实践效果进一步说明连续肾脏替代疗法能够改善其病情与相关临床症状。

干预后, 实验组的尿素氮以及肌酐等各项指标水平较之对照组, 差别较大, 即干预后, 实验组的尿素氮 (12.02±2.66) mmol/L、肌酐 (144.63±25.63) mmol/L、CRP (32.66±10.36) mg/L、PCT (18.63±3.62) ng/mL、PT (23.62±10.20) s、APTT (55.63±15.63) s。

对照组尿素氮 (18.63±2.77) mmol/L、肌酐 (185.96±82.63) mmol/L、CRP (73.66±10.96) mg/L、PCT (30.63±2.60) ng/mL、PT (45.66±10.22) s、APTT (77.69±12.69) s。 ($p < 0.05$), 可见连续肾脏替代疗法在老年脓毒症的治疗过程中有极大的作用, 改善尿素氮、肌酐、CRP、PCT、PT、APTT; 实验组的治疗总有效率与对照组对比, 显著提高 ($p < 0.05$), 对老年脓症患者实施连续肾脏替代疗法, 对患者病情改善以及治疗总有效率提高有一定促进效果。本次研究的不足在于纳入的样本量不足, 可能会影响研究的科学性以及可靠性, 因此需要在后期实施相关研究期间, 根据老年脓症患者实际增加样本量, 还需要保证参与研究的人员做好充足准备, 熟悉老年脓毒症以及连续肾脏替代疗法的注意事项以及相关细节, 进而为该研究质量提升提供科学的辅助。

综上所述, ICU 老年脓症患者实施连续肾脏替代疗法, 可以调整肌酐、CRP 等指标, 也可以有效控制血管活性药物使用以及抗生素使用时间, 减少药物对患者产生的副作用, 缩短机械通气时间, 也能够间接缩短住院时间, 促进该疾病患者的治疗效果的提高, 值得推荐。

参考文献:

- [1] 钱可盈. 危重病患者进行连续肾脏替代疗法后早期死亡的相关因素[J]. 吉林医学, 2021, 43 (6): 1658-1660.
- [2] Peng Y. Removal of inflammatory cytokines and endotoxin by veno-venous continuous renal replacement therapy for burned patients with sepsis[J]. Burns Journal of the International Society for Burn Injuries, 2015, 31 (5): 623-628.
- [3] 吴晓弟, 陈玉冰, 吴翔. 不同治疗剂量连续性连续肾脏替代疗法对严重脓症患者炎症因子、免疫功能及预后的影响研究[J]. 实用心脑血管病杂志, 2019, 24 (1): 103-105.
- [4] 王基云, 王丹, 杨蒙蒙. 临床药师对狼疮性肾炎伴重症感染患者应用连续性连续肾脏替代疗法及抗菌药物治疗的药学监护[J]. 中国医院用药评价与分析, 2019, 17 (8): 1140-1143.
- [5] Vriese A. The role of selectins in glomerular leukocyte recruitment in rat anti-glomerular basement membrane glomerulonephritis[J]. Journal of the American Society of Nephrology, 2020, 10 (12): 2510-2517.

心理护理结合早期康复指导在脑梗死住院患者中的应用效果分析

王欢欢 丁雨红 (通讯作者)

南通大学附属启东医院 启东市人民医院 江苏启东 226200

摘要: 目的: 对脑梗死患者实施心理护理结合早期康复指导的效果进行分析。方法: 试验时间从 2020.1-2021.12, 在本院急诊病房收治脑梗死患者中选取 100 例作为分析对象。给予随机抽样分 2 组, 50 例常规组 (常规护理), 50 例研究组 (心理护理结合早期康复指导)。观察患者 HAMA (焦虑) 评分、HAMD (抑郁) 评分、Barthel (日常生活能力) 评分、FMA (运动功能) 评分、护理依从性等。结果: 研究组 HAMA 评分、HAMD 评分, 明显低于常规组, 组间可见明显差异 ($P<0.05$); 研究组患者 Barthel 评分、FMA 评分, 明显高于常规组 ($P<0.05$); 研究组 SF-36 评分, 明显高于常规组 ($P<0.05$); 组间用药依从性比较, ($P>0.05$); 研究组锻炼依从性、饮食依从性, 均比常规组高 ($P<0.05$); 研究组患者治疗有效率 49 (98.00%), 明显高于常规组 ($P<0.05$)。结论: 脑梗死患者应用心理护理结合早期康复指导具有重要意义, 不仅可以使其负面情绪得到改善, 提升其护理依从性, 使治疗效果得到极大提升, 而且能够使患者日常生活能力、运动功能得到极大改善, 推荐临床实践中推广与运用。

关键词: 心理护理; 早期康复指导; 脑梗死; 日常生活能力; 运动功能

脑梗死在我国具有极高发病率, 有关调查显示脑梗死发病率, 大概超过 50% 左右, 其复发率大概超过 40% 左右, 并且具有较高的致残率、死亡率^[1]。其发病因素与一些基础慢性疾病有极大关系, 比如糖尿病、高血压、高血脂症等, 这些疾病患者在近年来不断增多, 致使脑梗死患者也随之增加, 加之吸烟、酗酒人群不断增加, 也会导致脑梗死患者增多^[2]。脑梗死是由于局部脑组织的血液循环发生障碍, 致使脑组织缺氧、缺血, 引发脑梗死疾病。这种疾病的发病群体主要有中老年群体, 一般男性发病率比女性高。一旦发病, 需要对脑梗死患者采取药物溶栓治疗或者手术治疗, 使其抢救成功率得到极大提升, 但是依然有大概 80% 左右患者存在不同程度的肢体功能障碍情况, 使患者日常活动能力、运动功能受到一定限制, 给患者生活带来严重困扰, 甚至有的患者生活不能自理^[3]。为了改善脑梗死患者日常生活能力、肢体功能, 改善其生活质量。需要给予脑梗死患者采取科学、有效的护理干预, 配合早期按摩、运动、锻炼, 提升患者护理依从性, 改善其负面心理, 有助于恢复日常生活能力、运动功能。本文对脑梗死患者实施心理护理结合早期康复指导的效果进行分析。如下报道:

1. 资料与方法

1.1 一般资料

试验时间从 2020.1-2021.12, 在本院急诊病房收治脑梗死患者中选取 100 例作为分析对象。给予随机抽样分 2 组, 50 例常规组 (常规护理), 50 例研究组 (心理护理结合早期康复指导)。纳入标准: (1) 经过诊断, 均属于脑梗死患者; (2) 年龄在 60 岁以上; (3) 患者首次发病。排除标准: (1) 合并肝肾等重要器官疾病者; (2) 配合较差者; (3) 视力、听力、表达能力障碍者; (4) 心理障碍或者精神疾病者。组间患者的基本资料进行比较, ($P>0.05$), 不存在统计学意义。如下表 1 所示:

表 1 脑梗死患者一般资料对比 [$(\bar{x} \pm s)$ / n]

组别	性别 (例)		年龄 (岁)		病程 (年)	
	男	女	范围	均值	范围	均值
研究组 (n=50)	28	22	62-91	75.28±4.65	1-3	2.06±0.03
常规组 (n=50)	29	21	63-90	75.29±4.74	2-5	3.04±0.06
$t\chi^2$ 值	0.039		/	0.424	/	0.443
P 值	0.844		/	0.673	/	0.623

1.2 方法

1.2.1 常规组

常规组予以常规护理干预。具体包括: 护理人员给予脑梗死患者用药指导, 使其颅内压降低, 脑循环得到改善; 给予其饮食指导、日常生活指导等。

1.2.2 研究组

研究组予以心理护理结合早期康复指导。内容包括:

(1) 心理护理: 护理人员多与患者进行交流, 了解患者心理, 给予

患者心理辅导, 为其介绍良好心态对疾病恢复的重要性。为脑梗死患者实施心理疏导, 为其介绍疾病发生原因、治疗方法、生活中需要注意事宜, 让患者了解自身疾病, 提升其治疗与护理依从性。为患者介绍脑梗死恢复成功病例, 帮助患者建立治疗自信, 多给予患者关心, 并采取握手、眼神等方式与患者交流, 使其增强安全感。(2) 早期康复指导: ①早期康复按摩护理: 帮助患者采取仰卧位, 护理人员拍打患者四肢, 加快血液循环; 帮助取俯卧位, 按摩其腰部和背部; ②早期被动锻炼: 被动锻炼上肢, 护理人员帮助患者实施肩关节上举运动、伸展运动、腕关节运动、肘关节运动等。下肢被动训练有膝关节屈伸、髋关节屈伸、髋关节外旋内旋等。③早期主动训练: 护理人员结合患者康复情况及偏瘫程度, 指导患者抬腿、翻身、站立、行走等训练。④早期生活能力训练: 护理人员结合患者康复情况, 对其进行生活能力训练。内容包括: 指导患者独立穿衣、入厕、饮食等。在训练早期, 有些患者不能独立完成, 护理人员要多给予鼓励、支持, 使其自我生活能力训练效果得到极大提升。

1.3 观察指标

(1) HAMA 评分、HAMD 评分比较。选择 HAMA (汉密尔顿焦虑量表)、HAMD (汉密顿抑郁量表) 评估患者心理。HAMA 包括 14 个项目, 56 分满分; HAMD 包括 17 个项目, 54 分满分。患者心理情况与分值成反比。

(2) Barthel 评分、FMA 评分对比。选择 Barthel 指数 (日常生活能力) 量表进行评估, 包括 10 个项目, 分 4 个等级, 总分 100 分, 分值与日常生活活动能力成正比。

(3) 运动功能评分。选择 Fuel-Meyer 运动功能 (FMA) 量表, 评估患者运动功能, Fuel-Meyer 量表包括上肢、下肢两个测试部分, 上肢有 33 个测试项目, 满分 66 分。下肢有 17 个测试项目, 满分 34 分。每部分评分结果越高, 表示患者运动功能越好。

(4) SF-36 评分对比。选择 SF-36 量表, 对患者生活质量进行评估, 分值与生活质量成正比。

(5) 护理依从性比较。内容有三部分: 用药依从性、锻炼依从性、饮食依从性, 每项满分 10 分, 分值越高, 说明其依从性越好。

(6) 治疗效果比较。评价标准分显效: 患者头痛、头晕、眩晕、意识障碍、昏迷等症状完全消失; 有效: 患者头痛、头晕、眩晕、意识障碍、昏迷等症状有所改善; 无效: 以上症状没有改善, 甚至严重。

1.4 统计学整理

选择 SPSS25.0 软件对数据进行统计, 计数数据、计量资料应用 ($\bar{x} \pm s$)、(n%) 统计, 采取 t、 χ^2 值检验所示。如果 ($P<0.05$), 统计有意义。

2. 结果

2.1 对比 HAMA 评分、HAMD 评分

研究组 HAMA 评分、HAMD 评分, 明显低于常规组, 组间可见明显差异 ($P<0.05$)。如表 2:

表 2: 对比分析组间患者 HAMA 评分、HAMD 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	HAMA 评分		HAMD 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	50	46.05±2.29	34.55±3.26	53.20±4.52	45.62±3.32
常规组	50	46.15±2.49	38.73±2.65	53.08±4.60	48.26±3.14
t 值	-	0.165	5.539	0.104	3.217
P 值	-	0.869	<0.01	0.918	0.002

注: *与干预前相比, $P<0.05$

2.2 Barthel 评分、FMA 评分对比

研究组患者 Barthel 评分、FMA 评分, 明显高于常规组 ($P<0.05$)。

如表 3:

表 3: Barthel 评分、FMA 评分对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	FMA 评分		Barthel 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	50	26.83±6.73	60.19±10.54*	40.78±6.72	65.64±10.63*
常规组	50	25.94±6.87	36.73±11.76*	39.73±5.93	50.91±10.83*
t	-	0.063	12.056	0.055	8.760
P	-	0.950	<0.01	0.956	<0.01

注: *与干预前相比, $P<0.05$

2.3 组间 SF-36 评分对比

研究组 SF-36 评分, 明显高于常规组 ($P<0.05$)。如表 4:

表 4: 对比组间患者的 SF-36 评分 ($\bar{x}\pm s$, 分) (n=50)

观察指标	时间	常规组	研究组	t 值	P 值
生理机能	干预前	71.12±3.33	71.82±3.34	0.938	0.350
	干预后	82.82±4.61*	86.73±4.31*	3.918	<0.001
情感职能	干预前	72.92±3.23	72.97±3.11	0.070	0.944
	干预后	82.42±3.63*	86.42±3.73*	4.860	<0.001
社会功能	干预前	73.22±4.21	73.13±4.08	0.097	0.922
	干预后	83.11±5.03*	86.63±5.74*	2.917	0.005
躯体功能	干预前	71.74±3.64	71.73±3.72	0.012	0.990
	干预后	81.83±4.12*	85.89±4.42*	4.249	<0.001
总体健康	干预前	72.13±3.91	72.12±4.33	0.010	0.991
	干预后	82.75±5.23*	86.42±6.15*	2.875	0.005

注: *与干预前相比, $P<0.05$

2.4 护理依从性比较

组间用药依从性比较, ($P>0.05$); 研究组锻炼依从性、饮食依从性, 均比常规组高 ($P<0.05$)。如表 5:

表 5: 对比护理依从性 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	用药	锻炼	饮食
研究组	50	9.55±0.25	9.25±0.78	8.79±0.35
常规组	50	9.60±2.30	8.10±0.55	8.19±0.75
t	-	0.675	2.501	1.231
P	-	0.347	0.000	0.000

2.5 治疗效果比较

研究组患者治疗有效率 49 (98.00%), 明显高于常规组 ($P<0.05$)。

如表 6:

表 6: 组间治疗效果比较[n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
研究组	50	30 (60.00)	19 (38.00)	1 (2.00)	49 (98.00)
常规组	50	25 (50.00)	18 (36.00)	7 (14.00)	43 (86.00)
χ^2					4.891
P					0.027

3. 讨论

脑梗死作为一种急症, 其具有较高的发病率、致残率、死亡率, 虽然

有些患者在发病早期得到有效抢救, 能够挽回生命, 但是均会存在不同程度的病症, 比如语言不清、偏瘫、生活无法自理等。有关资料显示, 脑梗死的发病率从全球来看, 我国处于首位, 脑梗死死亡率已经超过大概 200 万人, 已经成为威胁人类健康的头号杀手^[4]。有关调查显示, 我国每五个死亡的成年人中, 就有一人因脑梗死疾病死亡^[5]。该病发病原因受多种基础疾病影响, 比如高血压, 我国高血压患者居多, 但是大部分患者并不知晓高血压疾病有关知识, 并不知道自己已经患病。高脂血症也会引发脑梗死, 如果患者血液中脂肪量过高, 使脂肪堆积, 导致脂肪斑块形成, 使血液循环受到影响, 从而引发脑梗死^[6-7]。另外, 中国人大多以辣、咸口味为主, 致使中国人盐含量普遍比较高, 从而使我国患有高血压、脑梗死发病率不断增多^[8]。由于脑梗死患者大多数存在语言不清、偏瘫等现象, 使患者难免产生不安、焦虑等不良心理, 为此需要对脑梗死患者实施心理护理。护理人员多与患者进行交流, 了解患者心理, 给予患者心理辅导, 为其介绍良好心态对疾病恢复的重要性。为患者介绍脑梗死恢复成功病例, 帮助患者建立治疗自信, 多给予患者关心, 并采取握手、眼神等方式与患者交流, 使其增强安全感^[9-10]。由于大多数脑梗死患者存在生活不能自理情况, 需要给予其早期康复指导。早期康复按摩护理、早期被动锻炼患者上下肢、早期主动训练, 指导患者抬腿、翻身、站立、行走等训练、早期生活能力训练, 指导患者独立穿衣、入厕、饮食等。本次研究结果得出, 研究组 HAMA 评分、HAMD 评分, 明显低于常规组, 组间可见明显差异 ($P<0.05$); 这表示, 心理护理能够使脑梗死患者焦虑、抑郁情绪得到极大改善, 使其保持平稳心态。研究组患者 Barthel 评分、FMA 评分, 明显高于常规组 ($P<0.05$); 研究组 SF-36 评分, 明显高于常规组 ($P<0.05$); 这表示, 早期康复指导, 能够使患者生活能力、运动功能得到明显改善, 从而使其生活自理能力得到提升。组间用药依从性比较, ($P>0.05$); 研究组锻炼依从性、饮食依从性, 均比常规组高 ($P<0.05$); 研究组患者治疗有效率 49 例 (98.00%), 明显高于常规组 ($P<0.05$)。这表示, 心理护理结合早期康复指导, 能够使脑梗死患者的治疗与护理依从性得到大幅度提升, 使脑梗死患者积极参与早期训练, 改善其肢体功能和运动能力, 结合合理饮食, 使其治疗效果得到有效保证, 有助于脑梗死患者尽快得到恢复。

综上所述, 脑梗死患者应用心理护理结合早期康复指导具有重要意义, 不仅可以使其负面情绪得到改善, 提升其护理依从性, 使治疗效果得到极大提升, 而且能够使患者日常生活能力、运动功能得到极大改善, 推荐临床实践中推广与运用。

参考文献:

- [1]和振娜,杨玲玲,刘明帅,等.早期康复护理干预在蒙药珍宝丸治疗急性脑梗死中的应用效果及对神经功能恢复的影响[J].中国民族医药杂志,2021,27 (2): 72-73.
- [2]宋晓华.阿替普酶溶栓在急性脑梗死护理中的应用探讨[J].中国农村卫生,2021,13 (4): 61+60.
- [3]刘旭微,陈玉梅,李淑芳,等.优化护理流程对急性脑梗死患者溶栓效果的影响[J].当代临床医刊,2021,34 (1): 12-13.
- [4]王崇.全程优质护理在急性脑梗死患者中的应用效果[J].中国医药指南,2021,19 (5): 176-177.
- [5]任超群.优质护理服务在老年性脑梗死护理中的应用效果[J].中国医药指南,2021,19 (5): 224-225.
- [6]王娜.优质护理服务对急性脑梗死患者神经功能和日常生活能力的影响[J].中国医药指南,2021,19 (5): 230-231.
- [7]张明,张敏兰,黄桂芷,等.急性脑梗死偏瘫患者早期开展康复护理对改善其日常生活的价值[J].黑龙江中医药,2021,50 (1): 357-358.
- [8]张佳莹.针对性护理对急性脑梗死患者神经功能、生活质量评价的影响研究[J].医学食疗与健康,2021,19 (3): 135-136+138.
- [9]王崇.早期康复护理在脑梗死护理中的效果[J].中国医药指南,2021,19 (4): 139-140.
- [10]石海.康复护理对恢复期脑梗死患者肢体功能障碍的影响[J].中西医结合心脑血管病电子杂志,2021,9 (4): 18-20.

围术期个性化护理在患儿扁桃体腺样体切除术中的应用

周群 邓赛芳

中国人民解放军第九二一医院麻醉科 湖南长沙 410000

摘要：目的：分析围术期个性化护理在患儿扁桃体腺样体切除术中的应用。方法：选取扁桃体腺样体切除术患儿 50 例，随机均分为对照组和观察组，对照组进行常规护理，观察组进行个性化护理，对比护理效果。结果：观察组护理效果优于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：在扁桃体腺样体切除术期间，应对患儿进行围术期个性化护理，通过提升患儿及其家属对于临床护理工作的满意程度，可以从多角度出发，提升护理综合质量，改善患儿在临床维数期间的

生活质量，方便其进行预后康复，改善患儿为围术期手术指标，具有较高的临床治疗价值，符合我院在该领域的研究方向，通过建立完善的临床护理体系，为患儿提供更优质的临床护理服务。

关键词：围术期；个性化护理；扁桃体腺样体切除术；临床应用

因患儿应在临床进行手术期间年龄过小，因此，具有较高的临床护理难度。患儿自身语言表达能力较差，无法表达出机体状况^[1]。因此，在进行临床护理期间，应对患儿进行针对性的护理措施，帮助患儿改善临床体

体指标，提升患儿临床手术过程中的安全性。当患儿患有儿童阻塞性睡眠呼吸暂停低通期综合症时，则会导致患儿智力发育受到影响，严重时还会导致患儿呼吸道造成堵塞，威胁患儿机体健康^[2]。因此，在进行临床护理期间，应对患儿进行个性化干预措施，保证患儿临床护理质量^[3]。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 5 月~2021 年 12 月扁桃体腺样体切除术患儿 50 例，随机均分为对照组和观察组，每组 25 名。观察组男女比例为 12: 13，平均年龄为（7.51±2.66）岁。对照组男女比例为 11: 14，平均年龄为（7.21±3.54）岁（ $P>0.05$ ）。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组

对照组进行常规护理：（1）监测临床生命体征：在患儿进行临床护理期间，应监测患儿生命体征，保证患儿临床护理过程中的安全性。手术安全是影响患儿临床治疗的重要指标，因此，在进行临床手术期间，应监测患儿机体指标，进而提升患儿在手术过程中的安全性。（2）体位护理：在临床因患儿年龄过小，因此在进行护理期间，应对其进行针对性的体位护理措施，指导患儿进行正常体位的摆放，保证其临床手术流程的顺利进行^[4]。（3）麻醉护理：因患儿具体年龄过小，因此在进行临床护理期间，应对患儿进行相对应的麻醉护理。根据患儿的个人资料，选择合适的麻醉方式以及麻醉剂量，并且通过进行有效的麻醉，避免麻药对于患儿脑部造成影响，在临床具有较高的手术安全性。（4）心理护理：因患儿年龄过小，因此在临床介绍护理期间，对手术治疗具有较高的抵触情绪。此时，临床应通过对患儿进行有效的个性心理护理，比如与患儿成为朋友，进行有效交流，进而可以减轻患儿对护理人员以及手术人员的恐惧情绪，方便患儿进行针对性手术护理^[5]。（5）与患儿家属沟通：在临床进行护理期间，离不开患儿家属的密切支持。此时，临床应通过与患儿家属进行密切配合，告知其患儿家属在临床护理过程中扮演的重要地位，进而使患儿家属帮助护理人员进行优质的护理服务，提升患儿临床手术指标，具有较优质的临床护理意义。

1.2.2 观察组

观察组进行个性化护理：（1）建立临床护理小组：在临床为了建立良好的临床护理体系，应以护理人员为护理过程中的主要组成部分，建立优质的临床护理小组。通过对护理人员进行系统化培训，在培训的过程中，不仅要培训及专业素养，还应指导其如何与患儿进行交流，方便对患儿进行临床护理。在进行护理体系建设的过程中，应以护理团队为主要护理执行者，对患儿进行针对性的护理措施，帮助患儿建立个性化护理档案^[6-7]。

因患儿机体情况均不同，因此，在接受护理期间，应通过建立个性化档案，对患儿临床一般资料进行系统性评估。分析在护理过程中可能出现的意外事件，具有较高的临床价值。（2）手术前护理：在患儿手术前，应结合患儿机体一般资料对其进行风险指标的评估，通过了解患儿在进行手术期间可能出现的风险因素，进而给予其针对性的应对措施，保证患儿临床护理安全性。并且通过与患儿家属进行友好交流，建立完善的临床护患沟通体系，通过改善患儿家属对临床护理工作的认知，使患儿可以以平和的心态去对待临床手术，避免其对临床或者工作具有较好的抵触情绪。（3）手术中护理：手术中为患儿的重点护理项目，因此在进行手术前，为了保证麻醉诱导的顺利进行，护理人员通过对患儿进行心理护理，避免患儿因自身哭闹，导致呼吸道分泌失调，增大麻醉的风险^[8-9]。在进行麻醉后，应指导患儿形成相应体位，保证手术顺利进行。在进行麻醉后，配合医生对患儿进行心电监护，并约束患儿体位，避免因患儿躁动导致导管脱落，在患儿进行手术期间，临床护理人员需要准备好双极电凝、生理盐水、肾上腺素等，保证患儿在临床护理过程的无菌操作，避免患儿出现感染^[10]。患儿在进行临床手术期间，体位改变则会引发导管曲折等，临床应对其进行导管护理，必要时可以采用胶布等固定患儿导管。在手术过程中，应监测患儿皮肤的颜色以及临床生命体征的变化，在手术结束后，应指导医生清除口腔内的分泌物，并且观测患儿手术创口是否出现出血等负面事件。在患儿完全清醒后，在护送其回到病房，保证其在临床护理过程中的安全性^[11-12]。

（4）在手术后给予患儿针对性的康复措施，告知其护理流程，方便患儿接受预后护理。

1.3 观察指标

对比护理满意度、护理质量评分、术中指标以及生活质量评分。

1.4 统计学方法

统计学结果由 SPSS26.0 统计学软件统计完成，若组间数据对比结果差异显著 $P<0.05$ ，则具有统计学意义。

2 结果

2.1 对比护理满意度

观察组护理满意度高于对照组（ $P<0.05$ ）。

表 1 对比护理满意度[n（%）]

组别	例数	满意	较满意	不满意	总满意数
对照组	25	8（32.00）	11（31.42）	6（24.00）	19（76.00）
观察组	25	13（52.00）	11（36.00）	1（4.00）	24（96.00）
χ^2	-	-	-	-	4.152
P	-	-	-	-	<0.05

2.2 对比护理质量评分

观察组护理质量评分高于对照组（ $P<0.05$ ）。

表 2 对比护理质量评分[（x±s）/分]

组别	护理态度	前瞻性病情分析	医嘱执行	操作水平	情绪疏导
干预前 对照组（n=25）	66.69±5.15	64.35±6.91	68.64±5.90	62.86±4.05	60.94±9.28

干预后	观察组 (n=25)	65.84±5.20	64.91±6.94	67.36±6.18	63.41±4.75	61.58±9.37
	对照组 (n=25)	73.48±6.94	71.24±8.28	70.94±8.64	70.25±5.84	72.94±3.59
	观察组 (n=25)	86.41±6.89	84.36±8.06	81.84±8.61	86.94±5.47	84.87±3.18
	<i>t</i> 组间干预前	0.958	-0.472	1.235	-0.727	-0.400
	<i>P</i> 组间干预前	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
	<i>t</i> 组间干预后	-10.903	-9.363	-7.369	-17.200	-20.513
	<i>P</i> 组间干预后	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 对比生活质量

观察组生活质量评分优于对照组 ($P<0.05$)。

表3 对比生活质量评分[$(\bar{x}\pm s)$ /分]

SF-36	评价时间	对照组 (n=50)	研究组 (n=50)	<i>t</i>	<i>P</i>
睡眠障碍	干预前	60.56±7.16	60.32±7.36	0.165	0.869
	干预后	70.78±7.32	80.33±8.42	-6.053	<0.001
身体症状	干预前	62.14±6.43	61.81±6.65	0.252	0.802
	干预后	73.77±7.36	81.01±7.22	-0.965	<0.001
情绪不佳	干预前	75.46±9.27	75.78±9.29	-0.172	0.864
	干预后	79.22±9.78	86.48±7.03	-4.262	<0.001
白天功能	干预前	61.33±10.15	61.74±10.39	-0.200	0.842
	干预后				

能状态	干预后	68.47±10.87	76.85±10.92	-3.846	<0.001
对监护	干预前	67.87±8.13	67.26±8.01	0.378	0.706
人影响	干预后	75.89±8.93	82.69±9.04	-3.784	<0.001
护理依从	干预前	62.17±10.66	61.93±10.15	0.115	0.909
	干预后	73.78±9.70	79.97±10.26	-3.100	0.003
环境适应	干预前	70.30±4.97	71.36±4.85	-1.079	0.283
	干预后	79.48±4.36	87.92±5.07	-8.925	<0.001
精神健康	干预前	72.39±8.88	72.52±8.62	-0.074	0.941
	干预后	82.48±9.11	90.36±8.63	-4.440	<0.001

2.4 比较手术指标

观察组手术指标均优于对照组 ($P<0.05$)。

表4 对比手术指标 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	排气时间 (h)	住院时间 (h)	下床活动时间 (d)	术中出血量 (ml)
对照组	25	56.39±5.27	19.34±2.14	7.01±1.02	35.18±2.84	61.36±3.09
观察组	25	32.94±3.04	10.67±2.09	3.16±1.32	24.63±2.74	34.94±3.41
<i>t</i>	-	19.272	14.492	11.540	13.367	28.706
<i>P</i>	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

因此,在临床治疗过程中应对患病原因进行具体分析,并给予其针对性的治疗措施,首先分析临床患病原因,导致患儿患有该急症的主要因为,患儿扁桃体以及腺样体肥大,导致患儿上呼吸道狭窄,易引发睡眠打鼾等常见临床疾病。因此,在进行临床治疗期间,应通过针对性的临床护理措施,帮助患儿改善手术过程中的安全,具有较高的临床护理意义。然而,在进行围术期个性化护理期,还应结合患儿个体资料不同,对患儿进行针对性的临床护理方案,通过改善临床护理过程中的细节,分析患儿在临床护理过程中可能出现的危险因素,并进行针对性的改善措施,具有良好的护理意义。为了探究临床护理过程中的细节,选取在我院就诊的手术患儿对其临床护理细节进行探究,并结合相关临床数据分析患儿的临床效果,具有较高的应用价值^[13-14]。

综上所述,在扁桃体腺样体切除术期间,应对患儿进行围术期个性化护理,通过提升患儿及其家属对于临床护理工作的满意程度,可以从多角度出发,提升护理综合质量,改善患儿在临床围数期间的生活质量,方便其进行预后康复,改善患儿为围术期手术指标,具有较高的临床治疗价值,符合我院在该领域的研究方向,通过建立完善的临床护理体系,为患儿提供更优质的临床护理服务。

参考文献:

- [1]王小玲,袁静静,邢飞,等.小剂量艾司氯胺酮对患儿扁桃体腺样体切除术全麻苏醒期躁动的影响[J].临床麻醉学杂志,2022,38(2):5.
- [2]魏玮,李想,徐晓雁,等.经鼻高流量氧疗联合早期拔管对小儿腺样体-扁桃体切除术麻醉恢复期呼吸系统不良事件发生率的影响[J].中华医学杂志,2022,102(21):6.
- [3]吴云肖,王长明,许力,et al.重度阻塞性睡眠呼吸暂停儿童睡眠脑电慢波活动的特征及其在腺样体与扁桃体切除后的变化特点[J].中华医学杂志,2022,102(8):6.
- [4]葛羽,张学文,胡影.腺样体切除术后阻塞型睡眠呼吸暂停低通气综合征患儿骨龄和血清骨钙素的变化[J].中国现代医学杂志,2021,31

(11):6.

[5]米晓琳,曹志伟,王萌,等.儿童扁桃体腺样体肥大与哮喘的关系及扁桃体腺样体切除术后哮喘变化分析[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2021,35(8):5.

[6]郑跃彬,鄢斌成,蔡永聪,等.两种切除术对慢性扁桃体炎患儿围术期指标及并发症的影响[J].重庆医学,2021,50(12):5.

[7]高淑蔚,冯国双,吴云肖,等.中重度 OSAS 儿童腺样体扁桃体切除术后持续残留的预测模型构建与鉴定[J].山东医药,2020,60(22):5.

[8]高淑蔚,郭永丽,许志飞.阻塞性睡眠呼吸暂停综合征儿童腺样体扁桃体切除术后治疗效果及其预测因素的研究进展[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2020,55(6):5.

[9]黎景佳,陈伟雄,张剑利,等.联合被膜内外低温等离子扁桃体切除术在减少儿童OSA术中中和术后出血中的应用[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2020(2):131-135.

[10]曾宪平,陈晓明,张洪涛,等.扁桃体部分切除术对 OSAHS 患儿的临床效果观察[J].中国临床解剖学杂志,2020,38(6):4.

[11]Raimundo Garcia-Matte, M. Maria Constanza Beltrán, Fonseca A X, et al. Management of children with inherited mild bleeding disorders undergoing adenotonsillar procedures[J]. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 2012, 76(2): 291-294.

[12]宋伟,吕萍,毕战胜,等.应用低温等离子治疗儿童腺样体肥大后鼻黏膜超微结构变化的研究[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2020,34(11):2.

[13]Li X, Qiao X F, Sun L, et al. Application of situational adaptation training combined with childlike nursing for children undergoing tonsillectomy or adenoidectomy[J]. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 2021(18): 110707.

[14]陈瑜.快速康复在小儿扁桃体腺样体切除术围手术期护理中的应用体会及效果[J].世界最新医学信息文摘(电子版),2020,020(001):276-277.

心理护理干预模式对接受血液净化患者的临床效果分析

韩梅

联勤保障部队第九〇四医院 江苏无锡 214000

摘要：目的：探讨在血液净化治疗中以心理护理实施干预，对不良心理及生存质量的干预意义。方法：试验者是 2021.07 至 2022.06 在医院接受血液净化治疗的病患选取 78 例，采取数字奇偶法均分为 2 组，护理方法为常规护理及联用心理护理，比对心理状态、满意度、护理质量及生活质量间差异。结果：观察组病患情绪评分低于对照组病患，观察组病患满意度比对照组病患高，观察组病患护理质量优于对照组病患，观察组病患生存质量高于对照组病患， $P<0.05$ 。结论：以心理护理进行干预，可对病患不良心理进行缓解，增加其满意度，同时还能提高病患依从性及改善其睡眠质量，利于提升病患生存质量，适宜推广。

关键词：血液净化；心理护理；生存质量；满意度；依从性；心理状态

血液透析作为临床治疗尿毒症、肾功能衰竭等疾病的有效手段，基于透析技术不断突破背景下，有效提升了血液净化患者生存率的同时，在一定程度上还改善了患者生存质量^[1]。但在实际治疗中，由于大多数病患需长期定时接受治疗，再加上长期受疾病对其的困扰，容易加重病患心理负担，导致其滋生出一些不良情绪，增加护患纠纷事件发生率，故而积极提供高质量护理服务，与护患间进行良好沟通则显得至关重要^[2]。护理干预作为临床治疗中重要组成部分，高效、科学的治疗措施在治疗期间能够起到提升治疗效果的作用，常规护理作为临床常用护理干预措施，经围绕各类医学行为向病患提供护理服务，目的是确保医疗服务能够顺利开展，然而却未对患者生理与心理等方面展开干预，促使护理效果不理想^[3]。本试验目的是分析以心理护理对病患施护的意义，现作出如下分析：

1. 资料与方法

1.1 病例资料

对象是 2021.07 至 2022.06 就医的 78 例血液透析治疗病患，分组方式是数字奇偶法，对照组：年龄分布及均龄 23 岁至 80 岁（ 51.24 ± 7.05 岁），男病患 22 例，女病患 17 例，接受血液净化时间及均值 1 年至 15 年（ 7.24 ± 1.05 年）；15 例为高血压肾病病患、10 例为糖尿病肾病、12 例为尿毒症、2 例为其它；观察组：年龄最高 78 岁，年龄最低 22 岁，均龄 50.78 ± 6.89 岁，男女病患数量各 20 例及 19 例，接受血液净化时间最长 15 年，最短 1 年，均龄 7.32 ± 1.14 年；疾病类型：高血压肾病、糖尿病肾病、尿毒症及其它例数各 17 例、8 例、11 例及 3 例。对组间对象相关资料实施分析后显示， $P>0.05$ ，表明此次试验可进行对比，且符合临床医学伦理学相关要求。试验者纳选要求如下：（1）满足血液净化指征；（2）可顺畅与他人沟通；（3）临床相关资料未出现缺失情况，比如临床检查资料及既往病史资料等；（4）了解并掌握此次试验相关内容及相关流程，且监护人或者本人同意参与。排除：（1）伴有血液感染；（2）伴有重要脏器功能障碍；（3）配合度较差或者中途退出试验；（4）处于妊娠期者；（5）伴有精神异常。

1.2 方法

对照组提供常规护理，治疗过程中密切监测病患生命体征变化，分析病情发展原因，若发生意外情况，及时予以有效救治，避免威胁病患生命；结合病患机体情况、饮食爱好与营养水平，提供针对性膳食护理，合理补充机体所需营养物质，减少对钠及高钾食物的摄入量，利于改善各项临床症状；为病患及家属普及疾病及血液净化治疗相关知识，以此来提升其认知度及自我管理能力和；观察组则在上述基础上强化心理干预，措施为：（1）在开展护理前，需了解病患性格特点、社会经验与文化背景等，为其制定出个性化干预对策与护理服务，在不同阶段为病患提供不同心理护理；（2）置管前：为病患提供安静、整洁及舒适的治疗环境，提升其生理与心理舒适度；将净化室环境与规章制度向病患进行简单介绍，以此来缓解其紧张感；告知病患实施血液净化治疗重要性，增强其配合度；（3）穿刺时：尽量一次性成功穿刺，减轻病患痛苦感；穿刺过程中动作应轻柔，可通过主动与病患交流来转移其注意力，为其建立起良好血管通路；（4）

透析时：在透析期间病患易出现不良情绪，可借助看视频、听音乐等方式来转移病患注意力，降低其心理负担，便于顺利完成治疗；受疾病治疗因素影响，在治疗期间患者只能以固定体位躺卧，由于治疗时间较长，易导致患者机体出现不适感、僵硬等情况，可通过为患者按摩方式来缓解，降低其不适感；（5）回血下机时：以简单言语将长期坚持血液净化治疗重要性向病患进行普及，告知其不良的生活习惯低于疾病所造成的影响，及时纠正其不良习惯，提升病患对于疾病知识的了解；对于动静脉内瘘或者中心动脉置管者，可做好自我检查与维护技巧等方面指导，叮嘱病患一旦出现异常后，需及时至院就诊，不断提升病患自我管理的能力；将按时接受血液净化治疗重要性与合理控制水摄入量必要性告知病患，以此来提升其依从性；（6）社会支持：对于血液净化治疗者，其心理压力较大，因此需强化与家属间交流，向其普及国家对于血液净化治疗的优惠措施，指导家属多给予病患支持与理解，促使其能够维持良好心态配合治疗，增强其治疗信心；（7）规范操作流程：每次血透应由专人操作，便于护理人员准确掌握病患习惯及性格，同时还能规避治疗期间发生不良事件，减少护患纠纷发生，增强病患信任感及配合度；引导病患说出治疗期间有无不适感出现，对治疗方案进行完善，确保病患得到有效治疗；（8）饮食指导：在饮食方面叮嘱病患以富含热量、蛋白质类食物为主，结合其年龄及饮食习惯合理调整饮食方案，确保每日摄入充足营养、糖类及脂肪类食物；（9）运动干预：结合病患病情与个人爱好，指导其适当进行运动锻炼，以打太极、做保健操、游泳、慢跑等为主，运动时间以患者耐受度为宜；叮嘱患者不可空腹运动，在开始及结束运动前都需进行热身运动与放松运动。

1.3 指标观察及判定标准

（1）心理状况，对比指标：a.紧张；b.焦虑；c.恐惧；d.悲观，选以 SCL-90 症状自评量表，以 5 级评分法进行评价，分值越低则显示心理状况越优；

（2）满意度，对比指标：a.不满意，评分未超过 60 分；b.基本满意，评分处于 60 分至 89 分之间；c.满意，评分在 90 分及 90 分以上；

（3）护理质量，对比指标：a.依从性，包括合理饮食、运动训练及按时用药，单项指标 0 分至 10 分，得分与护理质量呈正比；b.睡眠质量，选以匹茨堡睡眠质量指数，总分 21 分，分越高显示睡眠质量越差；

（4）生存质量，对比指标：a.综合领域；b.环境领域；c.心理领域；d.社会领域；e.躯体领域，选取世界卫生组织生活质量简表，单项指标 100 分，生活质量与得分成正比。

1.4 数据处理

试验数据的分析选以统计学软件（版本为 SPSS22.0），计数资料采用百分数/%表示，以卡方值/ χ^2 检验；计量资料采用（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，以 t 值检验，分析后显示组间和（或）组内数据值 $P<0.05$ ，代表有统计学意义。

2 结果

2.1 情绪变化

表 1 显示，观察组各项指标评分低于对照组， $P<0.05$ 。

表 1 对比情绪变化（ $\bar{x}\pm s$ ，分， $n=78$ ）

组别	紧张		焦虑		恐惧		悲观	
	施护前	施护后	施护前	施护后	施护前	施护后	施护前	施护后

对照组	3.62±0.94	2.53±0.81	3.69±0.82	2.65±0.79	3.34±1.03	2.04±0.67	3.53±0.82	2.41±0.72
观察组	3.57±1.02	1.64±0.73	3.71±0.79	1.46±0.64	3.45±0.96	1.32±0.46	3.60±0.75	1.80±0.61
t 值	0.225	5.097	0.110	7.309	0.488	5.533	0.393	4.037
P 值	0.822	0.000	0.913	0.000	0.627	0.000	0.695	0.000

2.2 满意度

表 2 显示, 观察组基本满意及满意例数总和高于对照组, $P<0.05$ 。

表 2 对比满意度 (n, %)

组别	例数	不满意	基本满意	满意	总发生
对照组	39	9	18	12	30 (76.92)
观察组	39	2	17	20	37 (94.87)
χ^2 值	-	-	-	-	5.186
P 值	-	-	-	-	0.023

2.3 护理质量

表 4 对比生存质量 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	综合领域		环境领域		心理领域	
		施护前	施护后	施护前	施护后	施护前	施护后
对照组	39	66.80±5.24	75.04±4.85	66.70±6.01	77.80±5.24	65.75±5.04	74.45±2.27
观察组	39	66.74±5.08	82.21±2.27	67.14±5.76	85.74±2.08	65.18±6.23	81.20±3.72
t 值	-	0.051	8.362	0.330	8.795	0.444	9.673
P 值	-	0.959	0.000	0.742	0.000	0.658	0.000

续表

组别	例数	社会领域		躯体领域	
		施护前	施护后	施护前	施护后
对照组	39	68.11±4.45	76.70±6.01	70.63±4.22	75.70±4.42
观察组	39	67.60±5.28	82.14±2.76	70.50±4.15	81.62±2.05
t 值	-	0.461	5.137	0.137	7.588
P 值	-	0.646	0.000	0.891	0.000

3 讨论

当人处于患病状态时, 不仅会影响到机体生理功能, 同时还会导致其心理活动出现程度不同变化, 情况严重者甚至出现心理障碍^[4]。对于大多数接受血液透析治疗的患者而言, 其在治疗期间易受到来自社会功能缺失、疾病自身及家庭角色转换等因素的影响, 导致其出现一些心理障碍, 主要表现为悲观、恐惧、内疚等, 而引发患者出现心理障碍因素较为复杂, 如患者对于血液净化治疗存在较多顾虑, 担忧临床疗效^[5]。部分患者的性格较为内向, 会采取消极的态度来面对治疗与护理; 治疗时间较长, 担忧治疗费用等, 一旦未及时展开有效干预, 易导致患者出现应激反应, 进而诱发其它躯体症状的发生, 情况严重者还会影响到治疗顺利开展, 故而对于医护人员的有着较高要求, 需要其具备精湛治疗及护理操作能力, 同时还需具备良好的沟通能力, 及时对病患心理进行疏导, 得到其理解及配合, 构建良好护患关系, 确保治疗护理工作顺利开展^[6]。现代化新型医疗服务认为, 在护理工作中除了应关注疾病变化及治疗效果, 还需重视心理因素对于疾病发展所造成的影响, 强化对病患心理的干预工作, 对于疾病恢复起着积极意义。心理护理作为整体护理中重要组成部分, 借助启发、家庭支持及安慰等方式, 能够对病患的不良情绪进行有效调节, 进而从最大程度上降低不良情绪对于疾病所造成的影响, 并帮助病患树立起治疗信心, 确保心理健康^[7]。在本试验中, 经比对照常规护理及联用心理护理在血液净化护理中的干预效果, 显示观察组施护后紧张情绪评分为 1.64±0.73 分、焦虑情绪评分为 1.46±0.64 分、恐惧情绪评分为 1.32±0.46 分、悲观情绪评分为 1.80±0.61 分, 显著低于对照组各项情绪指标评分, 通过对病患提供个性化心理护理, 重视细节护理, 在每个治疗阶段实施针对性心理干预, 可最大程度上满足病患需求, 进一步提升其心理与生理舒适度, 增强病患就医体验, 同时还能疏导其不良心理, 增强其依从性; 观察组合理饮食评分为 8.16±0.94 分、运动训练评分为 8.31±0.96 分、按时用药评分为 8.89±0.92 分、睡眠质量评分为 9.65±1.68 分, 优于对照组各项护理质量评分, 通过

表 3 显示, 观察组各项指标评分优于对照组, $P<0.05$ 。

表 3 对比护理质量 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	合理饮食	运动训练	按时用药	睡眠质量
对照组	39	6.73±1.32	6.69±1.57	6.41±1.53	12.13±2.42
观察组	39	8.16±0.94	8.31±0.96	8.89±0.92	9.65±1.68
t 值	-	5.511	5.498	8.675	5.257
P 值	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 生存质量

表 4 显示, 观察组各项指标评分高于对照组, $P<0.05$ 。

对患者心理状态进行评估, 及时提供针对性护理干预, 尽量满足患者合理需求, 可有效缓解其不良情绪, 促使其以积极、乐观态度来面对疾病, 最终有效提升患者依从性与配合度, 利于疾病治疗顺利开展; 本试验结果还显示, 观察组综合领域评分为 82.21±2.27 分、环境领域评分为 85.74±2.08 分、心理领域评分为 81.20±3.72 分、社会领域评分为 82.14±2.76 分、躯体领域评分为 81.62±2.05 分, 显著高于对照组各项生存质量评分, 可见心理护理可有效提升病患生存质量, 这主要是由于大多数病患因治疗费用较高, 易出现不良情绪, 甚至于发生放弃治疗现象, 经实施心理干预后, 给予病患鼓励及关心, 可帮助其以积极心态来配合治疗, 进而实现提升治疗效果及改善疗效目的。龚焯^[8]经分析“心理护理在血液净化护理中的应用”显示, 观察组护理总满意度达 97.50%, 显著高于对照组 80.00%, 经主动与病患交流, 不断拉近二者关系, 利于护理工作更好开展; 经掌握病患详细资料, 制定针对性的干预方案, 予以有效疏导工作, 可帮助病患重塑健康心理状态, 利于进一步提升其满意度的同时, 还能提高病患对于护理工作认可度, 具备较高应用性及有效性。

综上所述, 将心理护理应用在血液净化病患中, 所得施护效果确切, 建议推广。

参考文献:

- [1] 洪蓉蓉. 程序式及健康信念式健康教育联合焦点式心理护理对血液净化患者希望水平及睡眠情况的影响[J]. 中西医结合护理(中英文), 2021, 7(10): 151-153.
- [2] 何惠霞. 心理护理干预模式对接受血液净化治疗患者的临床效果分析[J]. 中国社区医师, 2021, 37(29): 125-126.
- [3] 徐燕, 陈伟, 仲院院. 心理干预在血液净化护理中的应用及对患者负面情绪的影响分析[J]. 心理月刊, 2021, 16(21): 180-182.
- [4] 朱利柯. 心理护理模式在血液净化护理中的应用效果[J]. 国际移植与血液净化杂志, 2021, 19(03): 32-33.
- [5] 袁留洁. 对心理护理在血液净化护理中的价值进行探索[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50(02): 359-360.
- [6] 王柠. 心理护理模式对血液净化患者心理状态的影响研究[J]. 黑龙江中医药, 2020, 49(02): 209-210.
- [7] 李雅春, 翟玉萍. 支持性心理护理对终末期肾病血液净化患者心理状态的影响[J]. 兵团医学, 2019, (04): 65-66.
- [8] 龚焯, 唐利群. 心理护理在血液净化护理中的应用[J]. 中外医疗, 2021, 40(30): 136-140.

快速康复外科理念在腹腔镜卵巢囊肿患者围手术期护理中的应用效果

仇露露 许华华^(通讯作者)

南京市妇幼保健院妇科十三区 江苏南京 210000

摘要:目的: 选择在我院接受手术治疗的腹腔镜卵巢囊肿患者作为研究样本对象, 通过应用不同的临床护理方案探讨快速康复外科理念在腹腔镜卵巢囊肿患者围手术期护理中的应用效果。方法: 本研究开始于 2021 年 6 月结束于 2022 年 6 月, 所选取的研究样本对象为上述时间区间内在我院接受手术治疗的腹腔镜卵巢囊肿患者 180 例, 其中 90 例患者在每手术期内应用常规的临床护理干预方案(为对照组), 另外 90 例患者在围手术期护理过程中贯彻落实快速康复外科理念(为观察组), 对比分析两组腹腔镜卵巢囊肿患者的临床恢复情况及各项指标。结果: 通过数据分析比较发现在腹腔镜卵巢囊肿患者的围手术期护理过程中, 应用快速康复外科理念具有较好的护理效果, 可有效缩短患者的手术时间, 并一定程度上促进患者的术后康复, 可有效降低术后并发症的发生几率, 具有较突出的临床应用价值, 与对照组患者的差异性具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 快速康复外科理念在腹腔镜卵巢囊肿患者围手术期护理中的应用效果相对显著, 在临床中值得推广应用, 在应用该护理方案时, 可有效提高患者的治疗效果与护理效果, 促进患者康复质量的提升, 有利于患者的预后, 在降低并发症发生率方面也有一定的优势。

关键词: 卵巢囊肿; 腹腔镜; 围手术期护理; 快速康复外科理念; 应用效果

在临床中, 卵巢囊肿是妇科中发病率较高的常见疾病之一, 该疾病可被归类于卵巢囊肿。据相关医学调查可致卵巢囊肿疾病的发病群体为女性群体, 并无显著的年龄段限制, 但成年后直至 45 岁的女性发病几率相对较高。患有卵巢肿瘤的患者经临床检查后可观察到不同类型的肿瘤形态, 可根据肿瘤性质的不同分为良性肿瘤与恶性肿瘤两大类型, 若患者所患的卵巢囊肿为恶性时必须及时采取手术切除等手段, 否则会危及患者的生命健康安全^[1]。在临床中可导致患者患有卵巢囊肿疾病的因素相对较多, 例如患者自身的内分泌出现失调、受到周围外界环境影响、生活方式不健康或者遗传等均会导致发病, 患有卵巢囊肿疾病的患者具有较为显著的临床表现即患者的腹部出现显著的包块, 若经临床诊断后患者的卵巢囊肿为良性或者未存在并发症时, 该包块还可能具有一定的可动性。但据临床实践调查发现, 在卵巢囊肿的患者群体中该疾病的致死率相对较高, 因此必须加以重视^[2-3]。在卵巢囊肿患者的临床治疗中, 随着我国医疗科技的不断发展腹腔镜手术逐渐被广泛应用, 腹腔镜手术是微创手术的一种, 在应用该手术治疗方案时, 患者所受到的损伤程度较低, 并且该手术方式可能引发的并发症相对较少, 有利于促进患者尽早康复。

临床实践发现, 在卵巢囊肿患者应用腹腔镜手术治疗过程中, 所应用的护理方案较为优良时可显著提高患者的治疗效果, 有利于患者更好的康复^[4]。快速康复外科理念是近些年来新兴提出的护理模式, 在应用该护理方案时可有效避免患者出现较为强烈的应激反应, 有利于患者的恢复质量提高。

本研究以上述为基础, 选择在我院接受腹腔镜手术治疗的卵巢囊肿患者作为研究样本对象, 通过应用不同的临床护理方案探究快速康复外科理念在围手术期过程中是否具有显著的临床优势, 具体报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究的研究时间为 2021 年 6 月至 2022 年, 6 月选取在上述时间范围内在我院接收腹腔镜手术治疗的卵巢囊肿患者 180 例作为研究样本, 所有患者均临床确诊, 并且家属与患者同意应用腹腔镜手术方案治疗。在一般资料方面, 所有样本对象均已成年, 患者的最小年龄为 25 岁, 最高年龄为 63 岁, 平均的组间年龄为 41.5 岁, 根据患者的入院治疗时间以及病历单双号进行随机分组, 其中 90 例患者应用常规的护理治疗方案, 90 例患者在围手术期过程中应用快速康复外科理念。

为了更好地开展对比研究, 在正式纳入临床研究前对 180 的样本对象的一般资料进行 spss 数据分析, 结果显示两组患者在一般资料方面并未呈现显著的统计学差异, 因此可进行比较分析, ($P > 0.05$)。

1.2 方法

在本研究中, 180 例在我院接受腹腔镜手术治疗的卵巢囊肿患者根据分组情况应用不同的临床护理方案。

其中对照组患者需在为手术期内应用常规护理方案, 具体要点如下:

(1) 在手术正式开始前, 应用恰当的入院护理、饮食护理与肠道护理。首先, 在患者入院后, 护理人员需根据患者的文化情况与理解情况, 为患者及家属详细的讲解手术治疗的过程以及手术治疗中可能出现的各类事项, 通过健康宣讲的方式缓解患者及家属的不良情绪。其次, 护理人员需叮嘱患者及家属按少食多餐的基本原则进食, 并且在手术前 24 小时内所服用的食物必须具有易消化的特质, 在晚餐时可以流质食物为主, 在手术正式开始前需禁食禁饮。最后在手术前 24 小时护理, 人员需在中午为患者进行肠道准备指导, 叮嘱患者按规范服用复方聚乙二醇电解质散, 并且在手术前当夜与手术当天早晨完成清洁灌肠工作。在患者进行灌肠时, 若患者长时间属于低蹲体位, 护理人员需辅助患者起立, 避免出现跌倒等不良现象。(2) 在手术治疗过程中, 护理人员必须时刻观察患者的面部表情与肢体动作, 协助患者调整体位, 并且密切关注患者的各项生命体征情况, 在必要时辅助主治医生与工作人员完成各项操作。(3) 在手术治疗结束后, 护理人员需按照相关规定完成病情监测工作, 为患者应用心电监护与吸氧操作, 并且密切关注患者的各项生命体征情况, 与此同时必须杜绝在心电监护仪周围应用电子产品, 以此避免对患者的临床数据产生不良影响。与此同时, 护理人员需在患者的切口部位进行防止出血操作, 可应用沙袋进行按压^[5]。另外护理人员需在患者手术治疗后 6 小时为患者进行体位调整, 并且为患者家属展开健康宣讲, 引导家属学会如何为患者的小腿进行按摩, 以此避免出现静脉血栓等并发症。在饮食方面, 护理人员需严格按照手术治疗后禁食禁饮的原则叮嘱患者调整饮食, 在恰当时间根据患者的实际情况引导患者摄入适量的流质食物, 并且以少量多次作为基础原则。在患者服用流质食物的过程中, 必须着重强调患者不能食用牛奶或者豆浆等食物。护理人员需为患者应恰当的导管护理, 为患者强调如何保证导管的正常状态, 并且密切观察手术治疗后患者的尿量与尿液颜色等情况, 保证尿管和引流管始终保持妥当的固定状态。

在上述护理方案的基础上, 观察组患者需应用快速康复外科理念, 具体护理要点如下: (1) 心理护理: 在患者入院后护理人员需密切关注患者及家属的心理状态, 为患者应用恰当的心理指导与服务, 通过合理有效的方式排解患者的不良情绪, 避免患者在手术治疗前出现焦虑或者不安等负面心理。若患者及家属有手术治疗或者疾病相关的问题时护理人员需耐心讲解, 以患者为出发点, 多关心患者的实际想法, 以爱心和耐心作为沟通的基本要求。若患者对手术治疗有较为强烈的畏惧情绪或者反感情绪, 从而表达出烦躁不安等情况时, 护理人员必须主动的与患者开展沟通, 强调

手术治疗的必要性与临床价值,并为患者贯彻讲解快速康复理念的治疗目的,由此消除患者的恐惧与焦虑。在这一过程中,患者可能着重关心手术治疗过程中相对注意的事项,护理人员要及时的告知并且明确说明在手术治疗后应注意的问题。(2)术前准备:在手术正式开始 24 小时,护理人员需改变患者的饮食计划,引导患者使用流食物质或者半流食物质,所使用的食物必须具有易消化特征,并且根据患者的情况选择是否应用肠道润滑剂。另外,让患者在术前 6h 禁食,但在术前 2h 可以让患者进食少许透明液体,手术前晚不对患者进行灌肠,在术晨进行灌肠 1 次或不进行全肠道准备,对于尿管留置等待麻醉后,根据手术需要而定置。(3)术中准备:保持手术室的温度维持在适宜水平内,医护人员对患者术中使用的输液用加温器进行加温,且给予棉被,使得患者保持正常体温,避免受凉。在对患者冲洗腹腔的时候,进冲洗液加温,根据患者的病情情况和需要放置引流管。(4)术后护理:术后应镇痛药物,降低患者疼痛感,数小时后医护人员帮助患者取半卧位或者坐位,辅助患者进行简单的床上肢体活动,如抬臀等,同时医护人员定时为患者翻身,避免压疮或深静脉血栓的出现,鼓励有效咳嗽咳痰,尽早拔出各种管道。术后 1 天后,医护人员可以搀扶患者进行床下的活动,术后 12h 后让患者少许进水,48h 后则给予流质饮食。

1.3 观察指标

在本研究中观察指标可分为四个方面,具体如下:

- 1.两组腹腔镜卵巢囊肿患者的进食时间、肛门排气时间、首次排便时间;
- 2.两组腹腔镜卵巢囊肿患者的术后并发症情况;
- 3.两组腹腔镜卵巢囊肿患者的临床满意度情况。

1.4 统计学方法

本研究在数据统计过程中应用 SPSS13.0 统计软件进行数据分析,采用 χ^2 检验, t 检验和 Mann-Whitney 秩和检验。其中 P 小于 0.05 为差异有统计学意义^[6]。

2 结果

2.1 两组腹腔镜卵巢囊肿患者的进食时间、肛门排气时间、首次排便时间

具体情况如下表 1 所示。

表 1 两组腹腔镜卵巢囊肿患者的进食时间、肛门排气时间、首次排便时间

组别	例数 (n)	进食时间 (h)	肛门排气时间 (h)	首次排便时间 (h)
观察组	90	28.86±7.53	73.25±12.92	3.04±0.96
对照组	90	98.30±2.38	93.78±14.09	5.83±2.71

2.2 两组腹腔镜卵巢囊肿患者的术后并发症情况

具体情况如下表 2 所示。

表 2 两组腹腔镜卵巢囊肿患者的术后并发症情况

组别	例数 (n)	腹胀 (n, %)	颈间肋间痛 (n, %)	并发症总发生率 (n, %)
对照组	90	3/90, 3.33	3/90, 3.33	6/90, 6.67
观察组	90	1/90, 1.11	2/90, 2.22	3/90, 3.33

2.3 两组腹腔镜卵巢囊肿患者的临床满意度情况

具体情况如下表 3 所示。

表 3 两组腹腔镜卵巢囊肿患者的临床满意度情况

组别	例数 (n)	非常满意 (n, %)	满意 (n, %)	一般 (n, %)	不满意 (n, %)	临床满意度 (%)
对照组	90	23/90, 25.56	26/90, 28.89	30/90, 33.33	11/90, 12.22	87.87
观察组	90	35/90, 38.89	30/90, 33.33	20/90, 22.22	5/90, 5.56	94.44

3 讨论

据我国的医学调查研究可知,现阶段卵巢囊肿在临床中属于常见类型疾病,患有该疾病的患者数量每年逐年增多,并且该疾病的致死率相对较高,因此必须对该疾病的治疗与诊断等情况加以深入分析。随着我国经济水平的不断提高,社会公众的生活方式与饮食结构均有所改变并且生活压力与工作压力大大提高,这都导致患有卵巢囊肿疾病的患者数量逐年上升。现阶段临床中对于卵巢囊肿患者最为有效并且应用率最高的治疗方案为腹腔镜手术,腹腔镜手术治疗在临床中属于微创治疗的一种应用,该手术治疗方案可有效提高患者的生存质量,与其他治疗方案相比患者的恢复质量较高,并且出现并发症的几率较低^[6-7]。但相关临床资料显示,在应用腹腔镜手术时,所采取护理方案的不同最终患者的恢复效果也有所差异性,因此必须在腹腔镜手术的围手术期内应用恰当合理的护理举措。由上述内容可知,在腹腔镜卵巢囊肿患者的围手术期内应用恰当有效的护理措施可显著提高患者的临床治疗效果,有利于患者的术后恢复质量提高。本研究中所应用的快速康复外科理念在临床中以患者为实际出发点,想患者之所想,忧患者之所忧,是新型护理模式的一种。患者在接受腹腔镜治疗时受多种因素的影响,可能出现较为强烈的心理波动与情绪变化,这不利于患者术后恢复质量的提高,而应用快速康复外科理念时,可在手术期内为患者展开健康指导与心理服务,从而降低患者的不安感,彻底消除患者的不良情绪,使得患者可以以更高涨的情绪配合治疗,提高治疗过程中患者的依从性与配合度。在手术治疗后,绝大多数患者会出现一定程度的腹部疼痛或者背部痛,此时应用快速康复外科理念可为患者展开较为全面的按摩与体位更换等举措,从而降低患者的不适感,达到更好的促恢复作用。

综上所述,快速康复外科理念,在腹腔镜卵巢囊肿患者围手术期护理中的应用效果相对优良,可显著提高患者的护理质量,达到较好的治疗效果及患者的迅速康复,可有效缩短患者的手术治疗时间与康复时间。除此之外,在应用快速康复外科理念时,可有效降低患者的并发症发生率,促进患者预后生活质量的提高,因此在临床中可推广深入应用。

参考文献:

- [1]史迎春,罗瑾,张吴花.ERAS 理念在腹腔镜卵巢囊肿患者围术期护理中的实践分析[J].实用妇科内分泌杂志(电子版),2018,5(32): 146,148..
- [2]黄春英.腹腔镜下卵巢囊肿剔除术中电凝止血和缝合止血方式对病人卵巢功能的影响分析[J].实用妇科内分泌杂志,2019,6(9): 38-39.
- [3]苏惠瑜,苏方方,游美凤,等.快速康复护理在腹腔镜下卵巢囊肿切除术围术期的应用[J].基层医学论坛,2015,19(29): 4160-4161.
- [4]韩旭东,李怡林,张小兰,等.快速康复外科技术联合术后多模式镇痛对腹腔镜卵巢囊肿剔除术患者围术期康复的影响[J].中国医师杂志,2017,19(4): 571-573.
- [5]龚卫卫.腹腔镜与开腹卵巢囊肿剔除术效果比较[J].河南外科学杂志,2017,23(4): 133-134.
- [6]王静.腹腔镜手术治疗卵巢囊肿 46 例的护理体会[J].世界最新医学信息文摘(电子版),2013,(1): 448-449.
- [7]黄蕊.舒适护理对腹腔镜卵巢囊肿切除术患者术中出血量及并发症的影响分析[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(50): 128-129.

认知行为干预在冠心病患者护理中的效果

戴立梅

北京水利医院 北京海淀 100036

摘要：目的：探讨认知行为干预在冠心病患者护理中的应用效果。方法：选取我院收治的 120 例冠心病患者为研究对象，将患者随机分为两组，对照组 60 例，采用常规护理，观察组 60 例，采用认知行为干预，对两组干预效果展开比较。结果：观察组患者疾病知晓率为 96.67%，明显高于对照组的 83.33%，组间差异存在统计学意义（ $p<0.05$ ）；干预前，观察组患者焦虑（SAS）与抑郁（SDS）评分与对照组比较差异均无统计学意义（ $p>0.05$ ），干预后观察组 SAS、SDS 评分均低于对照组（ $p<0.05$ ）；观察组护理满意度明显高于对照组（ $p<0.05$ ）。结论：认知行为干预在改善冠心病患者自护能力及心功能、纠正不良行为、缓解患者不良情绪方面均有积极作用，可推广应用。

关键词：认知行为干预；冠心病；自护能力；心功能

冠心病为心血管疾病的一种，具有发生率高、诱因多、病程长、治疗难度大等特点；且随着病情的严重，还可能会引发多种不良后果，对患者健康的影响非常大^[1-2]。研究发现，该病的发生发展和生理因素、社会因素、心理因素等多方面情况均有较大关联，在给予患者有效治疗的同时有必要开展合适的护理干预，以提升患者的自我护理能力，改善患者的认知行为^[3-4]。常规护理因系统性不强、针对性不足而限制了其应用价值。为此，本研究中以收治的 120 例冠心病患者为例，探讨认知行为干预模式在该病患者中的应用价值，具体如下：

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取我院自 2020 年 7 月至 2022 年 7 期间收治的 120 例冠心病患者为例；纳入标准：（1）患者均经影像学检查确诊；（2）患者均无严重心血管疾病；（2）患者均无急性慢性感染病史；排除标准：（1）排除合并精神疾病者；（2）排除有糖尿病、免疫功能障碍者。

将患者随机分为两组，对照组 60 例，其中男 38 例，女 22 例，年龄最小 44 岁，最大 75 岁，平均（ 55.56 ± 2.88 ）岁，病程最短 2 年，最长 7 年，平均（ 4.25 ± 2.64 ）岁；观察组 60 例，其中男 37 例，女 23 例，年龄最小 45 岁，最大 76 岁，平均（ 56.18 ± 2.95 ）岁，病程最短 2 年，最长 6 年，平均（ 4.30 ± 2.59 ）岁；两组一般资料比较保持同质性（ $p>0.05$ ），可比较。

1.2 方法

对照组行常规护理干预，即通过口头讲解方式告知患者疾病及治疗知识，治疗期间严密观察患者病情，叮嘱患者合理饮食等。观察组则行认知行为干预，具体方法为：

第一，认知干预。护理人员根据患者情况，以合适方式为其提供知识讲解，可在发放健康知识手册、开展健康座谈会的基础上，利用现代化信息技术，通过视频、图片、文字相结合的方式将疾病知识生动形象地展示出来，宣教内容应包括疾病病机、症状、治疗方法、自护方法等，降低患者的理解难度。此外，科室可安排专人负责将疾病知识剪辑为短视频形式，并通过微信公众号、微信群或者一对一发送给患者及其家属，供患者及家属随时观看，以进一步加深患者对疾病知识的掌握情况。

第二，行为干预。（1）心理疏导。护理人员应重视给予患者情绪疏导干预，主动与患者

交流，引导患者倾诉，并通过倾听、交流了解患者担忧的问题、存在

的疑惑、存在的心理压力等，并及时进行疏导、鼓励，通过引导患者倾诉、宣泄，以及转移注意力等方式来缓解患者的不良情绪，拉近护患关系，取得患者的信任与配合。（2）放松训练。结合病患具体病情，可为其制定个性化的放松训练方法，如指导患者深呼吸、冥想、倾听舒缓音乐等，指导患者掌握身心调节的方法，叮嘱其及时放松身心，使得全身肌肉处于放松状态，以减轻患者的紧张感、不安感。（3）行为习惯干预。护理人员需通过沟通引导让患者明白自身存在的不良行为，以及不良行为可能会引发的不良后果，并协助患者进行纠正、改进，例如为患者强调遵医嘱用药的重要性、对病情改善的积极影响，以及私自停药、更换药量等不良行为可能会给病情带来的负面影响等；以及合理饮食、合理运动对病情改善的积极作用等，同时对患者存在的不合理饮食情况进行纠正，以帮助患者改善不良生活方式，督促患者形成良好的行为习惯。

1.3 观察指标

（1）统计对比两组患者疾病知识知晓情况，以问卷调查表评估患者对冠心病知识的知晓情况，量表满分 100 分，分值超过 80 分即为知晓，65-80 分为一般知晓，低于 65 分为知晓度差，总知晓率=知晓率+一般知晓率^[5]。

（2）心理状态比较，在干预前后分别以焦虑自评量表（SAS）及抑郁自评量表（SDS）评估两组的焦虑、抑郁情绪变化情况，其中 SAS 量表分界值为 50 分，分值高则焦虑情绪重；SDS 量表分界值为 53 分，分值高则抑郁情绪重^[6]。

（3）比较两组患者护理满意度，以自制护理满意度问卷调查表展开评估，量表满分为 100 分，以评分 >85 分为满意，评分为 66-85 分为一般满意，以评分 ≤ 65 分为不满意^[7]。

1.4 统计学分析

数据以 spss23.0 统计学软件处理，数值变量数据以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，以 t 检验；无序分类数据以百分率（%）表示，以 χ^2 检验； $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疾病知晓情况比较

观察组患者疾病知晓率为 96.67%，明显高于对照组的 83.33%。组间差异存在统计学意义（ $p<0.05$ ），见表 1：

表 1 两组疾病知晓情况比较

组别	例数	知晓	一般知晓	知晓度差	总知晓率
观察组	60	33(55.00%)	25(41.67%)	2 (2.33%)	58(96.67%)
对照组	60	22(36.67%)	28(46.67%)	10(10.67%)	50(83.33%)
X ² 值					5.926
P 值					0.015

2.2 心理状态比较

干预前, 两组患者 SAS 与 SDS 评分比较均无较大差异 ($p>0.05$), 干预后, 两组患者 SAS 与 SDS 评分均较干预前下降, 但观察组均低于对照组 ($p<0.05$), 见表 2:

表 2: 心理状态比较

组别	例数	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	60	59.96±2.44	47.56±3.13	60.59±3.15	48.44±2.96
对照组	60	59.95±2.53	54.86±3.26	60.63±3.24	52.46±3.42
T 值		0.022	12.512	0.069	6.884
P 值		0.982	0.000	0.945	0.000

2.3 两组护理满意度比较

观察组护理总满意度明显高于对照组 ($p<0.05$), 见表 3:

表 3 两组护理满意度比较

组别	例数	满意	一般满意	不满意	满意度
观察组	60	34(56.67%)	24(40.00%)	2 (2.33%)	58(96.67%)
对照组	60	21(35.00%)	30(50.00%)	9 (15.00%)	51(85.00%)
X ² 值					4.904
P 值					0.027

3 结果

冠心病是冠状动脉粥样硬化性心脏病的简称, 其主要是因冠状动脉粥样硬化使得冠脉血管狭窄, 从而造成心肌供血障碍, 进而所应发的心脏病。冠心病的发生率较高, 患者多以老年人为主, 发病后若未能获得及时治疗, 则容易因疾病进展而威胁患者生命安全^[8-9]。然后临床研究发现, 冠心病患者因多为老年人, 其对于疾病的认知不足, 使得多数患者在发病后容易出现明显负面情绪, 甚至部分患者还会产生抵触治疗的现象, 这也就容易对治疗效果造成影响^[10-11]。因此, 对于冠心病患者而言, 在治疗期间配合有效的护理干预十分必要。

常规护理因关注点多集中在疾病护理上, 对于患者行为认知的关注度相对较低, 难以很好地满足患者的生理及心理需求, 故而无法达到理想的干预效果。而行为认知干预则更符合现代医疗护理的需求, 通过以多样化方式给予患者疾病知识宣教, 可以增强患者对疾病的了解和掌握^[12-13]。本次研究结果显示观察组患者干预后疾病知识知晓率明显高于对照组

($p<0.05$), 提示认知行为干预在提升患者疾病知晓率方面有积极作用。同时本次研究结果还显示观察组患者干预后心理状态评分均优于对照组, 观察组患者护理满意度明显高于对照组 ($p<0.05$), 表明认知行为干预在改善患者心理状态、促进患者病情恢复及构建良好护患关系方面有积极作用。这主要是由于通过给患者知识宣教、心理疏导、放松训练以及行为习惯干预, 可以在增加患者疾病认知的同时, 帮助患者放松身心、缓解身心紧张感, 有利于提升患者集体舒适度; 同时行为习惯指导还可以帮助患者了解正确行为习惯的价值, 以及自身存在的不良行为习惯, 并主导配合医护人员进行纠正调整, 对于患者病情改善有积极促进作用。

总而言之, 认知行为干预在冠心病患者的护理中有较高的应用价值, 值得在临床上推广使用。

参考文献:

[1]刘路遥, 赵乾. 认知行为干预在住院冠心病患者护理中的应用效果分析[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5 (20): 117.

[2]Hamley, Steven. The effect of replacing saturated fat with mostly n-6 polyunsaturated fat on coronary heart disease: a meta-analysis of randomised controlled trials[J]. Nutrition Journal, 2017, 16 (1): 30.

[3]张芳. 认知行为干预在住院冠心病患者护理中的应用效果及不良反应分析[J]. 中国医药指南, 2021, 19 (32): 129-130.

[4]吴秀艳, 孙莉. 认知行为干预在住院冠心病患者护理中的应用效果分析[J]. 心血管外科杂志: 电子版, 2020, 9 (3): 256.

[5]王丽群. 认知行为护理干预在冠心病室性早搏伴焦虑状态患者中的应用效果观察[J]. 心血管病防治知识: 学术版, 2021, 11 (14): 38-40.

[6]辛欣, 林爽, 苗美伊, 等. 经皮神经电刺激配合认知行为干预在老年冠心病合并高血压患者中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2020, 26 (10): 1364-1367.

[7]续因因. 认知行为干预应用于冠心病临床护理中对不良情绪的影响[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50 (4): 402.

[8]高米, 朱艳芬. 在冠心病患者的临床护理中实施认知行为干预的应用效果[J]. 中国社区医师, 2019, 35 (32): 133,136.

[9]Hamley, Steven. The effect of replacing saturated fat with mostly n-6 polyunsaturated fat on coronary heart disease: a meta-analysis of randomised controlled trials[J]. Nutrition Journal, 2017, 16 (1): 30.

[10]曹旭. 认知行为干预在改善冠心病重症监护室转出患者家属迁移应激水平及照顾者负担水平中的应用[J]. 护理实践与研究, 2020, 17 (20): 57-59.

[11]Kivinen P, Sulkava R, Halonen P, et al. Coronary heart disease mortality trends during 50 years as explained by risk factor changes: The European cohorts of the Seven Countries Study[J]. European Journal of Preventive Cardiology, 2019, 51 (12): 0-1252.

[12]陈远梅. 认知行为干预在住院冠心病患者护理中对焦虑抑郁情绪的影响[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5 (17): 99,108.

[13]朱冬梅. 认知行为干预应用于冠心病临床护理中的价值分析体会[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7 (25): 126-128.

[14]彭凤娥. 循证护理干预模式在冠心病心绞痛患者治疗过程中的应用效果[J]. 中国社区医师, 2019, 35 (28): 171-173.

认知干预与康复护理应用于高血压脑出血患者心理状态与生活质量的临床效果

阎文帅*

保定市第一中心医院 河北保定 071000

摘要:目的:以高血压脑出血患者为例,探究在患者中将认知干预与康复护理方法进行应用对患者心理状况和生活质量的影响效果。方法:于我院展开本次研究工作,研究开展时间为2021年8月—2022年8月,以90例高血压脑出血患者为例,在进行护理干预的过程中将患者分为两组,其中45例采用常规护理,以对照组命名,另外45例采用认知干预与康复护理方法,以实验组进行命名,对不同护理方法下两组患者的护理效果进行比较分析。结果:干预前,两组患者的SAS评分和SDS评分均无显著差异, $P>0.05$,评分均较高。护理干预后,评分均发生变化,其中实验组患者的SAS评分和SDS评分分别为 32.55 ± 3.45 和 35.45 ± 3.11 ,均比对照组低,数据差异显著, $P<0.05$ 。同时,实验组患者的心理功能、生理功能、社会环境和肢体功能评分分别为: 82.55 ± 3.23 、 80.45 ± 3.22 、 83.23 ± 4.33 和 88.45 ± 4.33 ,均比对照组评分高,各项数据差异存在显著差异, $P<0.05$ 。同时,实验组患者的护理配合依从性为95.56%,显著高于对照组80.00%的依从性,两组数据对比差异显著,表示为 $P<0.05$ 。结论:对高血压脑出血患者进行护理是尤为重要的,其中认知干预与康复护理方法效果显著,可将患者的不良心理情绪进行改善,保证患者以积极态度接受治疗,并提高患者的生活质量,值得临床推广应用。

关键词:认知干预与康复护理;高血压脑出血患者;心理状态;生活质量

在我国近些年发展中,随着人们日常生活方式的改变,饮食习惯发生改变,导致高血压、高血脂和糖尿病等疾病的发病率不断升高,其中高血压患者的发病率较高^[1]。此疾病容易受到多种因素的影响,导致患者合并其他病症发生,其中高血压脑出血患者的病情较为严重^[2]。患者不仅生活质量受到严重影响,而且生命健康受到威胁,需要给予患者及时干预^[3]。据相关研究数据结果显示,在患者中将认知干预与康复护理方法进行应用实施,对改善患者生活质量具有积极意义^[4]。本研究则基于此,以我院患者为例,分别将常规护理和认知干预与康复护理方法进行应用,对其护理效果展开对比分析如下。

1 资料和方法

1.1 资料分析

本次研究在我院展开,研究开展时间为2021年8月至2022年8月,共选取90例患者为研究对象,均为高血压合并脑出血患者,在进行治疗时,需要为患者配合不同护理干预,以不同方法为基础,将患者分为两组,分别以对照组和实验组进行命名。其中实验组患者中,共有人数45例,男性有20例,女性有25例,患者中年龄最大的为87岁,年龄最小的为56岁,患者的年龄均值为 (67.33 ± 3.45) 岁,其中脑出血部位在基底节区的有15例,在脑干的有5例,在丘脑的有18例,在脑叶的有7例,患者中病程最长的为15年,最短的为4年,平均病程为 (9.11 ± 1.37) 年。对照组中,共有患者45例,患者中男性人数和女性人数分别为22例和23例,患者的年龄最大值和年龄最小值分别为88岁和55岁,得出年龄均值为 (67.35 ± 3.87) 岁,其中脑出血部位在基底节区、脑干、丘脑和脑叶的分数分别为:16例、5例、17例和7例,患者的高血压病程在4-15年,平均病程为 (9.34 ± 1.23) 年。在统计学方法下对两组患者的年龄、性别等资料进行比较分析,结果均显示为 $P>0.05$,无统计学差异,可进行比较。

1.2 研究方法

对照组患者采用的护理方法为常规护理,主要对患者进行病情观察,并指导患者按时用药,增强对注意事项的重视程度等。

实验组患者采用的护理方法为认知干预和康复护理,在具体实施过程中,首先需要展开健康教育,就高血压脑出血患者来说,其大多对疾病知识的掌握程度较差,不能明确自身发病原因,在入院后容易过度焦虑,担心病情加重,担心医疗费用过多等,从而会导致患者出现不良情绪,长期以往容易产生应激反应,对患者造成严重影响,不利于患者治疗。需要护理人员在此基础上加强对患者的护理管理,促进健康教育的实施,讲解疾病知识,让患者明确发病原因,治疗方法和临床效果等,并结合患者实际情况,告知患者的治疗方案,可能花费费用和可能出现的不良反应等,保

证患者全面掌握治疗必要性和治疗过程,从而避免过度担心,自愿参与到治疗工作中,提高治疗依从性。其次,需要给予患者角色扮演指导,在患者接受治疗过程中,患者通常无法快速融入到医院环境中,容易出现孤独和寂寞等不良感觉,对患者的情绪造成不良影响。需要护理人员在工作开展过程中加强护理管理,为患者安排角色扮演,让患者尽快适应医院环境,从而降低不良情绪发生率。同时,需要给予患者放松干预,在具体实施过程中,护理人员需要从患者的实际心理情绪入手,先给予患者心理放松疗法,结合患者的兴趣爱好,在院内适当展开讲座和音乐活动等,并指导患者进行舒缓运动,采用多种形式进行宣传,提高患者的重视程度和参与兴趣,保证患者积极参与其中,实现放松效果。同时,需要给予患者适当的生理放松干预,在具体实施过程中,护理人员需要引导患者在床上进行体位转变,并进行肢体训练,增强患者的舒适度,减少患者的不良反应发生率。最后,可以给予患者康复护理。此工作在具体实施过程中,需要在患者术后对患者进行生命体征检测,一般情况下,患者可在术后24-72小时内恢复体征,此时护理人员可指导患者进行适当的关节被动活动,指导患者展开卧位活动,此活动需要保证从远到近,从上到下的展开,给予患者双侧关节手法按摩,进行按摩的过程中,每次时间以20min为主,每天给予1-2次干预。在完成手术后的3-10天,需要从患者实际情况出发,结合患者的恢复情况,适当提高患者的肢体被动运动量,促进患者活动频率的增加,每天给予3-4次干预。在护理干预中,需要注意遵循循序渐进原则,并注意在术后三周指导患者下床运动。

1.3 观察指标

对患者的心理情绪变化情况进行评价,主要采用焦虑自评量表和抑郁自评量表进行评价,分别在患者护理前和护理后检测,其中焦虑自评量表的标准分为50分,抑郁自评量表的标准分为53分,高于标准值表明患者存在焦虑、抑郁情绪。分数越高,患者的抑郁、焦虑情绪越严重。

对两组患者的生活质量进行评价,主要采用SF-36评分法进行评价,将量表统计规划为四项指标,分别为心理功能、生理功能、社会环境和肢体功能,每项评分满分均为100分,分数越高,患者的生活质量越好。

对两组患者的配合依从性进行比较,主要从患者实际情况出发,根据患者配合情况进行分析,评价指标分别为非常依从、依从和不依从三项,其中非常依从主要指患者对各项指标配合,并且无不良反应发生,依从主要是指患者基本能够对各项事项进行配合,但是依然有部分不依从,存在一定不良反应。不依从则主要是指患者各项事项均不配合,患者出现严重的不良反应。排除不依从为总依从性。

1.4 统计学方法

数据统计过程以统计学软件为主,此软件的不同版本应用效果不同,本研究以 SPSS20.0 版本为主,整个计算过程中,共涉及两种算法,分别为计数资料和计量资料(满足正态分布),对其进行表示,分别为($\bar{x} \pm s$)和($n, \%$),在表示结果的同时,还需要对结果进行验证,结果验证表示对比研究的统计学意义,其中以 0.05 为数据标准,大于表明无意义,小于表示意义,需要对其验证结果进行分析,实现最终判断^[5]。

2 结果

2.1 心理情绪评分比较

护理干预前,两组患者的 SAS 评分和 SDS 评分均无显著差异, $P>0.05$,评分均较高。护理干预后,评分均发生变化,其中实验组患者的 SAS 评分和 SDS 评分均比对照组低,并且与对照组数据形成统计学意义($P<0.05$),具体见表 1

表 1 对两组患者的心理情绪评分变化情况进行比较($\bar{x} \pm s$)

组别	SAS (分)		SDS (分)	
	护理前	护理后	护理前	护理后
实验组 ($n=45$)	48.45 $\pm$ 5.43	32.55 $\pm$ 3.45	50.45 $\pm$ 4.11	35.45 $\pm$ 3.11
对照组 ($n=45$)	48.58 $\pm$ 5.44	40.34 $\pm$ 4.66	50.33 $\pm$ 4.18	42.35 $\pm$ 3.58
t	0.113	9.013	0.137	9.761
P	0.910	0.000	0.891	0.000

2.2 患者生活质量评分比较

实验组患者的心理功能、生理功能、社会环境和肢体功能评分均比对照组评分高,各项数据差异存在显著差异, $P<0.05$,具体见表 2。

表 2 对两组患者的各项生活质量评分情况进行比较($\bar{x} \pm s$)

组别	心理功能	生理功能	社会环境	肢体功能
实验组 ($n=45$)	82.55 $\pm$ 3.23	80.45 $\pm$ 3.22	83.23 $\pm$ 4.33	88.45 $\pm$ 4.33
对照组 ($n=45$)	70.45 $\pm$ 3.33	70.45 $\pm$ 3.22	73.23 $\pm$ 4.11	78.45 $\pm$ 4.10
t	17.497	14.731	11.237	11.249
P	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 配合依从性比较

两组患者的护理配合依从性存在显著的数据差异, $P<0.05$,其中实验组患者的依从性为 95.56%,显著高于对照组的 80.00%,具体见表 3。

表 3 对两组患者的护理配合依从性情况进行比较($n(\%)$)

组别	完全依从	依从	不依从	依从性
实验组 ($n=45$)	30 (66.67)	13 (28.89)	2 (4.44)	43 (95.56)
对照组 ($n=45$)	16 (35.56)	20 (44.44)	9 (20.00)	36 (80.00)
χ^2				5.075
P				0.024

3 讨论

从我国当前发展情况来看,高血压脑出血患者在临床中的发病率较高,属于一种心脑血管疾病,在临床中较为常见,并在近些年表现出发病率逐渐升高的情况和趋势^[6]。高血压脑出血疾病患者发病后,患者症状通常较急,对患者的健康威胁性较大,需要临床给予患者及时治疗^[7]。从临床当前发展情况来看,在给予患者治疗时,其通常是将手术方法进行应用实施,但是此方法对患者的损伤性较大,患者容易出现各种不良反应,加之患者对此疾病的了解较少,容易过度忧虑、产生各种不良情绪,对手术造成不良影响,降低患者的依从性^[8]。在此基础上,要想保证手术的顺利实施,需要护理人员进一步提高对此问题的重视程度,给予患者积极的护

理配合,从实际情况出发,根据患者具体情况,从身心入手,给予患者身体康复护理的同时,将心理护理与认知护理干预进行应用实施。可将患者的不良反应发生率降低,提高临床护理效果^[9]。据相关研究数据结果显示,在患者中将认知干预与康复护理方法进行应用实施,对改善患者生活质量具有积极意义,符合临床发展需求,可将临床护理效果进行提高。

从临床以往发展情况来看,其对高血压脑出血患者进行治疗和护理,主要是将常规护理干预进行配合实施,此方法虽然具有一定的护理效果,但是护理内容相对陈旧,无法实现对患者的全面护理,而且针对性较差,无法根据患者的常见情况进行护理改善,导致护理方法效果不佳,难以满足患者所需^[10]。而随着临床的发展推进,人们对护理工作的需求逐渐增强,使得临床护理工作得到进一步发展,多种护理方法得以出现,在此基础上,促进认知干预与康复护理方法的应用实施,可以患者为中心,对患者进行健康宣教,将患者认知进行提高,保证患者依从性,避免患者过度担心,从根本上改善患者的心理情绪,同时能够保证护理干预效果的实施全面性,将各项注意事项进行告知和讲解,保证患者自主参与到护理活动中,增加参与性的同时,对不良反应进行积极预防,减少患者的不良反应发生率。而康复护理则是根据患者的常见症状对患者进行护理,促进患者康复,给予患者积极指导,保证患者养成良好的生活习惯,叮嘱患者加强日常运动,促进功能锻炼,增强患者肢体功能,提高患者的恢复能力,从而保证护理效果。

本研究在与我们院患者为例,将认知干预与康复护理方法进行应用实施后,结果显示:护理干预前,两组患者的 SAS 评分和 SDS 评分均无显著差异, $P>0.05$,评分均较高。护理干预后,评分均发生变化,其中实验组患者的 SAS 评分和 SDS 评分均比对照组低,并且与对照组数据形成统计学意义($P<0.05$)。同时,实验组患者的心理功能、生理功能、社会环境和肢体功能评分均比对照组评分高,各项数据差异存在显著差异, $P<0.05$ 。此外,两组患者的护理配合依从性存在显著的数据差异, $P<0.05$,其中实验组患者的依从性为 95.56%,显著高于对照组的 80.00%。结果表明在高血压脑出血患者中将认知干预与康复护理方法进行联合应用,效果显著,对保证患者恢复具有积极意义。

综上所述,将认知干预与康复护理方法应用在高血压脑出血患者的护理工作中,效果显著,可将患者的不良心理情绪进行改善,保证患者以积极态度接受治疗,并提高患者的生活质量,值得临床推广应用。

参考文献:

- [1]董志霞,杨新萍,何小娟.综合康复护理在中老年高血压脑出血患者康复期功能恢复中的应用[J].当代护士(下旬刊),2019,26(7):115-116.
- [2]杨新萍,董志霞.老年高血压脑出血患者康复期功能恢复的护理体会[C].//甘肃省第五届护理学术年会论文集.2018:574-576.
- [3]李艳玲.心理认知干预联合目标导向康复锻炼对高血压脑出血患者术后康复的效果[J].河南外科学杂志,2022,28(1):157-159.
- [4]刘艳,朴东顺,黄广,等.认知干预和康复护理对高血压脑出血手术患者心理状态和生活质量的影响[J].黑龙江医药科学,2020,43(3):94-95,97.
- [5]李秀玲.分期康复护理联合认知干预对高血压脑出血手术患者的影响[J].中国实用医药,2020,15(22):172-174.
- [6]吴晶,董海花.高血压脑出血手术患者采取认知干预联合康复护理对改善心理状态的影响[J].健康必读,2020(12):164.
- [7]陈小妹,龙明宝,马桂满.认知行为干预对高血压脑出血患者恐惧疾病进展水平及焦虑、抑郁的影响研究[J].护士进修杂志,2018,33(23):2165-2168.
- [8]张玲,王井海.认知干预与康复护理对高血压脑出血患者心理状态及生活质量的影响分析[J].饮食保健,2019,6(18):167.
- [9]蔡庆华.认知干预和康复护理对高血压脑出血手术患者心理状态和生活质量的影响分析[J].中国现代药物应用,2017,11(13):192-194.
- [10]邹燕萍,薄利雪.认知干预和康复护理对高血压脑出血手术患者心理状态和生活质量的影响[J].中国保健营养,2017,27(4):267.

心理护理在老年慢性阻塞性肺疾病患者中的应用价值分析

李莉梅

西部战区总医院干部三科一病区 四川成都 610000

摘要：目的：总结心理护理在老年慢性阻塞性肺疾病患者中的应用价值。方法：抽取2021年4月~2022年4月期间收治58例老年慢性阻塞性肺疾病患者进行研究，依照数字分组法分成对照组、实验组，分别予以常规护理、心理护理，比较两组护理结果。结果：①实验组患者SAS、SDS评分均低于对照组，数据差异显著（ $P<0.05$ ）。②实验组患者FEV₁、FVC、FEV₁/FVC指标改善优于对照组，数据差异显著（ $P<0.05$ ）。③实验组患者护理总满意度高于对照组，数据差异显著（ $P<0.05$ ）。④实验组患者生活质量评分高于对照组，数据差异显著（ $P<0.05$ ）。结论：心理护理在老年慢性阻塞性肺疾病患者护理中发挥着重要意义，即能缓解患者负面情绪，也能促进疾病康复、提高生活质量，具有应用、推广价值。

关键词：心理护理；老年；慢性阻塞性肺疾病

在临床中慢性阻塞性肺疾病是比较常见的一种疾病，作为气道阻塞不可逆呼吸系统疾病，有着病情易反复的特点。慢性阻塞性肺疾病是老年人高发人群，受到空气污染等因素的影响，慢性阻塞性肺疾病的发生率呈现出上升趋势，对老年人的身心健康造成了很大危害，有着极高的死亡率^[1]。根据调查显示，大部分老年慢性阻塞性肺疾病患者有着不同程度心理问题，例如焦虑、恐惧等等，对疾病的康复造成了很大影响，不仅不利于预后，甚至会加重病情^[2]。本次研究中旨在分析心理护理在老年慢性阻塞性肺疾病中的应用价值，以下为详情数据资料。

1 研究资料与方法

1.1 研究资料

抽取2021年4月~2022年4月期间收治58例老年慢性阻塞性肺疾病患者进行研究，依照数字分组法分成对照组、实验组。入选标准：①均符合中华医学会呼吸学会COPD学组制定的相关诊断标准；②处于病情稳定期患者；③患者与其家属认可本次研究方案。排除标准：①患有精神类疾病患者；②伴有其他系统严重疾病患者；③依从性较差患者。对照组中，男患者19例、女患者10例，年龄在62岁到83岁之间，均值（72.50±6.64）岁，病程在1年到11年之间，均值（6.00±0.89）年；实验组中，男患者18例、女患者11例，年龄在62岁到81岁之间，均值（71.50±6.61）岁，病程在1年到10年之间，均值（5.50±0.87）年。将以上数据信息输入统计学软件中对比，结果显示可比（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

1.2.1 对照组

常规护理：（1）环境护理：向患者提供舒适温馨的治疗环境，每天开窗通风，保证室内空气流通，室内温度22~24℃。湿度55~60%。打扫病房时采用湿性清洁法，根据患者实际情况调整床头高度，确保患者舒适度。（2）用药护理：严格按照医嘱用药，并向患者说明用药重要性，重点介绍药物可能会引起的副作用，让患者有一个心理准备，提高患者用药依从性，再三叮嘱患者禁止随意增减药物剂量。（3）运动护理：根据患者实际情况制定运动方案，例如骑自行车、散步、爬楼梯等，控制好运动量及时间。（4）饮食护理：根据患者实际情况制定饮食方案，由于增加了能量消耗，因此很容易出现营养不良现象，饮食以高热量、高蛋白食物为主，少进食易产气食物。养成良好饮食习惯，做到少食多餐。

1.2.2 实验组

心理护理：（1）评估护理：受到疾病影响患者心理问题较为严重，如恐惧、焦虑等等，因每例患者的受教育程度、病情严重程度等有所不同，因此在护理时需要因人而异，让护理更有针对性。（2）建立信任感：在进行操作之前，与患者进行有效沟通，提高患者依从性，熟练的操作，并严

格按照流程进行操作，取得患者信任。多与患者交流沟通，在交流过程中掌握患者心里真实想法、需求，尽可能满足患者提出的合理需求，在精神上予以患者支持、鼓励。沟通时注意沟通技巧，保证沟通有效性。（3）建立情感支持：除了做好患者的护理之外，也要积极与家属交流，叮嘱家属多陪同、安慰患者，让患者感受到来自家人的关爱，以免有孤独感，让患者保持积极乐观心态，帮助患者树立战胜疾病信心。（4）取得患者配合：陪同患者完善各项检查，并向患者说明检查的重要性、意义，取得患者配合，当检查结果出来后需要立即告知患者，当患者检查结果有异常时，向患者做好讲解工作，以免让患者产生误解。（5）树立自信心：因长期呼吸困难，心理问题较为严重，再加上治疗的效果没有达到期待，所以对治疗失去了信心，自尊心也变得很敏感。多予以患者关心，站在患者角度考虑问题，邀请康复效果较好患者现身宣教，让患者亲眼看到只要积极配合病情就会明显好转。在患者病情允许的情况下，举行阅读、听音乐等娱乐活动，让患者保持积极乐观心态，树立战胜疾病的自信心。（6）信心支持：患者缺乏对疾病的了解，因此对疾病有很多误解，利用音频技术并以通俗易懂语言向患者讲解有关疾病知识，耐心回答患者提出的问题，提高患者对疾病的认知。及时将病情变化告知患者，让患者随时了解自身病情变化，积极配合。（7）心理咨询：自患者住院起间隔2个星期举行一次心理咨询服务，做患者忠实听众，认真倾听患者的诉说，同时尊重患者隐私，通过点头、微笑等方式回应患者，耐心回答患者提出的问题，纠正患者错误认知。将有关疾病知识制作成为健康手册，内容包括疾病发生原因、饮食、运动等等，并发放到患者手中，方便患者随时翻阅。（8）出院护理：在出院前做好患者的宣教工作，并叮嘱患者出院后做好保暖工作，避免出现着凉的情况，并告知患者戒烟，避免吸入刺激性气体与粉尘，尽量不去人多的公共场所。叮嘱患者遵医嘱用药，一旦有不适应症状及时回院就诊。

1.3 观察指标

①负面情绪：依据SAS量表（焦虑自评量表）及SDS量表（抑郁自评量表）评估两组患者负面情绪，SAS、SDS量表的标准分界值分别是50分、53分，评估得分越高表示负面情绪越严重。②肺功能指标：包括FEV₁（1秒用力呼气容积）、FVC（用力肺活量）、FEV₁/FVC（1秒用力呼气容积占用力肺活量比值），重复测定三次，取平均值。③护理满意度：自制护理满意度调查问卷，问卷内容从医院环境、护理技术、护理态度等方面展开调查，满分100分，分成非常满意、满意、不满意三个范围，对应分数为85~100分、60~84分、0~59分。④生活质量：依照SF-36量表（生活质量评价量表）评估患者生活质量，满分100分，评估得分越高表示生活质量越好。

1.4 统计学应用

数据分析采用 SPSS 22.0 统计学软件, 计量资料以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验比较; 采用 χ^2 检验对计数资料进行比较, 以 n (%) 表示; $P < 0.05$ 表示差异有显著性, 具有统计学意义。

2 结果

2.1 负性情绪比较

由表 1 可知: 实验组患者 SAS、SDS 评分均低于对照组, 数据差异显著 ($P < 0.05$)。

表 1 负性情绪比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	病例数	SAS	SDS
对照组	29	28.16±2.36	30.54±2.43
实验组	29	19.04±1.84	20.11±2.01
t		16.412	17.811
P		<0.05	<0.05

2.2 肺功能指标比较

由表 2 可知: 实验组患者 FEV₁、FVC、FEV₁/FVC 指标改善优于对照组, 数据差异显著 ($P < 0.05$)。

表 2 肺功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组	病例数	FEV ₁ (L)	FVC (L)	FEV ₁ /FVC (%)
对照组	29	1.44±0.22	2.17±0.41	58.76±2.64

表 4 生活质量比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	生理功能	生理职能	精神健康	活力	社会功能	疼痛	情感职能	总体健康
对照组	71.36±4.41	72.67±5.11	71.88±4.70	72.06±4.83	72.47±4.94	71.68±4.63	72.09±4.86	72.50±5.07
实验组	89.67±6.03	89.74±6.17	89.69±6.06	88.87±5.90	88.63±5.84	87.27±5.63	86.97±5.58	87.37±5.70
t	13.199	11.474	12.506	11.872	11.377	11.518	10.829	10.497
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

通过不断研究发现, 大部分慢性阻塞性肺疾病患者伴有低氧血症, 所以很容易出现呼吸困难症状, 一旦处理不及时或不当, 死亡风险较大。我国医疗技术虽然明显提升, 但是慢性阻塞性肺疾病依然不能被完全治愈, 面对疾病时, 大部分患者会手足无措, 心理也发生了变化, 例如充满恐惧等, 情绪上的变化会加重病情, 患者也会抗拒治疗, 导致病情反反复复, 形成恶性循环, 不利于患者康复, 降低了患者生活质量^[3]。此外, 长时间的治疗也让家庭承受着较大的经济负担, 家庭成员心理问题也较为突出。

本次研究中, 比较了常规护理 (对照组)、心理护理 (实验组) 在老年慢性阻塞性肺疾病患者中的应用价值, 通过对比发现, 实验组患者负性情绪评分低于对照组、实验组肺功能指标改善优于对照组、实验组护理总满意度高于对照组、实验组生活质量评分高于对照组, 以上数据差异均显著 ($P < 0.05$)。心理护理主要是指在护理过程中护理人员通过各种途径, 对患者的心理活动造成影响, 达到护理目标。根据患者的实际情况并结合其心理特点, 向患者提供耐心、细心的心理护理, 即能提高护理质量, 也能促进疾病康复。把心理学原理与知识应用到临床护理中, 已然成为一种新型的护理方法^[4]。向患者提供鼓励、安慰, 并疏导患者的不良情绪, 能缓解患者的不良情绪, 使其保持良好心态。积极有效的沟通能尽快取得患者信任, 得到患者依赖, 进而积极配合护理人员, 病情控制明显^[5]。心理护理从以下几点对患者产生影响: (1) 当患者心理状态越好时, 那么就可以积极配合治疗、护理, 患者能自觉的遵循医嘱用药, 即使出院之后也能定期回院复查, 所以病情改善良好; (2) 当患者心理状态良好时, 对疾病康复充满信心, 能主动去了解有关疾病知识, 进一步掌握了更多疾病知识,

实验组	29	1.99±0.37	2.70±0.57	63.10±3.04
t		6.881	4.065	5.805
P		<0.05	<0.05	<0.05

2.3 护理满意度比较

由表 3 可知: 实验组患者护理总满意度高于对照组, 数据差异显著 ($P < 0.05$)。

表 3 护理满意度比较[n (%)]

分组	病例数	非常满意	满意	不满意	总满意度
对照组	29	11 (37.93)	12 (41.38)	6 (20.69)	23 (79.31)
实验组	29	20 (68.96)	9 (31.04)	0 (0.00)	29 (100.00)
t					6.692
P					<0.05

2.4 生活质量比较

由表 3 可知: 实验组患者生活质量评分高于对照组, 数据差异显著 ($P < 0.05$)。

康复效果较好; (3) 患者了解更多有关疾病知识后, 自我责任感会有所提高, 让患者重新认识自己, 对稳定病情、提高生活质量有着重要意义。为了向患者提供高质量的护理服务, 需要护理人员熟练掌握操作技能, 了解更多疾病知识, 自身素质也要过硬, 通过自己的责任心向患者提供高质量的护理服务^[6-7]。

总而言之, 心理护理在老年慢性阻塞性肺疾病患者护理中发挥着重要意义, 即能缓解患者负性情绪, 也能促进疾病康复、提高生活质量, 具有应用、推广价值。

参考文献:

- [1] 刘丹, 冯莞舒, 王兆惠. PERMA 模式在慢性阻塞性肺疾病患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27 (21): 103-105.
- [2] 黄蒙, 刘天云, 李海峰, 等. 慢性阻塞性肺疾病病人负性情绪护理干预的研究现状[J]. 全科护理, 2021, 19 (35): 4931-4934.
- [3] 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.
- [4] 潘晶晶, 全丽芳. 综合护理结合心理护理在慢性阻塞性肺疾病患者中的应用[J]. 现代实用医学, 2021, 33 (02): 226-227.
- [5] 李卫红. 心理护理方案用于老年慢性阻塞性肺疾病患者护理中的效果研究[J]. 中国社区医师, 2021, 37 (01): 133-134.
- [6] 任珊珊. 心理护理在老年慢阻肺患者护理中的应用价值研究[J]. 航空航天医学杂志, 2022, 33 (02): 246-249.
- [7] 徐征华, 田丽, 官玺. 心理干预对老年慢性阻塞性肺疾病病人负性情绪及生活质量影响的 Meta 分析[J]. 护理研究, 2021, 35 (06): 1008-1015.

父亲袋鼠式护理在剖宫产新生儿护理中的作用价值

李秀儒 甘雨霞

深圳市南山区妇幼保健院 广东 518067

摘要:目的:研究剖宫产新生儿临床护理中,开展父亲袋鼠式护理的临床应用价值。方法:限定本院2021年2月到2021年8月期间本院妇产科剖宫产新生儿为样本,共计收录36例,其中开展常规新生儿护理的18例患儿为对照组样本,开展父亲袋鼠式护理的18例患儿为护理组,分析组间调研数据差异。结果:护理组不良事件发生率较之对照组低,但是数据分析无意义($P>0.05$);护理前所有患儿体重、身长、头围数据差异不明显($P>0.05$);护理14d后,护理组患儿体质状态数据较之对照组差异显著($P<0.05$);护理组第一次胎便时间、胎便转黄时间均短于对照组,睡眠时间高于对照组,数据差异有意义($P<0.05$);护理14d后,护理组患儿行为能力、肌张力、反射反应、常规反应评分较之对照组差异显著($P<0.05$)。讨论:剖宫产新生儿护理中,新生儿护理措施选择为父亲袋鼠式护理可有效促进患儿生理状态的改善,减少不良事件的发生率,同时有效促进患儿的体质状态改善,并优化患儿神经行为评分,应用价值显著。

关键词:父亲袋鼠式护理;剖宫产;新生儿护理;价值

袋鼠式护理(Kangaroo Mother Care, KMC)是指婴儿出生早期即由父(母)亲进行一段时间的即时、持续和间歇的皮肤接触^[1]。KMC可迅速恢复稳定新生儿体温、维持正常心率、促进睡眠及增加足月儿清醒时间、促进神经系统发育、缓解疼痛、促进母乳喂养^[2-5]。剖宫产新生儿在脱离母体后,适应外界环境的时间要比正常分娩的新生儿更长,在这个阶段需要开展有效的护理措施,以帮助新生儿更快适应外界环境^[1]。本文基于剖宫产新生儿为样本,分析在新生儿护理措施实施为父亲袋鼠式护理的临床应用价值,详见下文。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

限定本院2021年2月到2021年8月期间本院剖宫产新生儿为样本,均为单胎妊娠,共计收录36例,其中开展常规新生儿护理的18例患儿为对照组样本,其中男性新生儿11例,女性新生儿7例,胎龄[38-41]周,平均(40.14±1.74)周;开展父亲袋鼠式护理的18例患儿为护理组,其中男性新生儿12例,女性新生儿6例,胎龄[38-42]周,平均(40.24±1.67)周;基本资料对比无意义($P>0.05$),入组新生儿家属均执行本次调研目的,并签署调研意愿书;组间数据可比。

1.2 方法

对照组接受常规新生儿护理干预,在护理期间注重新生儿的日常卫生护理,尤其是需要保证脐带部位的干燥与清洁,避免出现感染的不良现象;调节病房温度、湿度、亮度,使其处于适合新生儿生存的状态,定期检测新生儿生命体征数据,保证其顺利生长发育^[2]。

护理组开展父亲袋鼠式护理干预,基于临床护理经验的护理人员组成小组,向新生儿父亲讲解父亲袋鼠式护理干预的优势以及技巧,加强理论培训与实践培训,提升新生儿父亲的袋鼠式护理能力。

(1)理论知识培训:在新生儿父亲袋鼠式护理期间,基于新生儿父亲的护理能力,定期进行知识宣讲与护理培训,加强新生儿父亲对袋鼠式护理模式的理论认知及护理技巧;应通过演示及示范护理的方式,使得新生儿父亲熟练掌握护理内容^[3-4]。

(2)护理指导:在父亲袋鼠式护理阶段,每天进行两次的护理干预,在护理进行期间,调整室内的温度,湿度处于合适状态,直到新生儿父亲为坐位姿势,将新生儿靠在父亲的胸膛上,进行充分的皮肤接触,给予新

生儿体温的传导,增加其安全感,指导新生儿父亲有节律地轻拍新生儿背部,并以温柔的声音进行交流。护理期间定期观察新生儿各项生命体征,确保其呼吸、体温、心率等数据均处于正常状态^[5-6]。

1.3 评判标准

收集新生儿护理阶段出现的哭闹、烦躁、喂养不耐受等不良事件发生类型,统计数据格式后用作组间数据对比。

收集新生儿出生时的身长、体重、头围等体征数据,并收录干预14d后新生儿身长、体重、头围数据,统一两组数据,用作组间数据对比。

收集组间新生儿第一次胎便时间、胎便转黄时间、睡眠时间等相关数据,统一数据格式后用作组间数据对比。

神经行为评分:对新生儿的神经行为能力评价内容包括行为能力、肌张力、反射反应、常规反应等,于护理14d后收集相关数据,统一数据格式后用作组间数据分析。

1.4 统计学意义

调研过程中产生的数据借助SPSS22.0统计软件处理,正态分布的计量资料采用均值±标准差的格式表示,组间检验采用t值;计数资料采用频数及构成比的格式描述,计数资料采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为组间差异存在统计学意义。

2. 结果

2.1 不良事件发生率

护理组不良事件发生率较之对照组低,但是数据分析无意义($P>0.05$),详见表1。

表1 不良事件发生率(n, %)

组别	例数	哭闹	烦躁	喂养不耐受	发生率
对照组	18	1	1	2	22.22
护理组	18	0	0	1	5.56
χ^2	-	-	-	-	2.0903
P	-	-	-	-	0.1482

2.2 体质状态改善

护理前所有患儿体重、身长、头围数据差异不明显 ($P>0.05$)；护理 14d 后，护理组患儿体质状态数据较之对照组差异显著 ($P<0.05$)，详见表 2。

表 2 体质状态改善 ($\bar{x}\pm s$)

项目	时间	对照组(18例)	护理组(18例)	T	P
体重(kg)	护理前	2.41±0.24	2.46±0.26	0.5995	0.5528
	14d后	3.21±0.31	3.67±0.34	4.2416	0.0002
身长(cm)	护理前	42.35±4.35	42.28±4.31	0.0485	0.9616
	14d后	48.35±4.85	55.51±5.11	4.3118	0.0001
头围(cm)	护理前	28.65±2.35	28.49±2.43	0.2008	0.8420
	14d后	31.25±2.91	35.41±3.33	3.9910	0.0003

2.3 临床情况分析

护理组第一次胎便时间、胎便转黄时间均短于对照组，睡眠时间高于对照组，数据差异有意义 ($P<0.05$)，详见表 3。

表 3 临床情况分析 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	第一次胎便时间(h)	胎便转黄时间(h)	睡眠时间(h)
对照组	18	20.41±2.35	22.35±2.35	18.35±1.45
护理组	18	17.35±1.85	20.21±2.02	21.15±1.11
χ^2	-	4.3408	2.9299	6.5053
P	-	0.0001	0.0060	0.0000

2.4 神经行为评分对比

两组患儿护理前神经行为评分差异无意义 ($P>0.05$)；护理 14d 后，护理组患儿行为能力、肌张力、反射反应、常规反应评分较之对照组差异显著 ($P<0.05$)，详见表 4。

表 4 神经行为评分对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

项目	时间	对照组(18例)	护理组(18例)	T	P
行为能力	护理前	5.25±0.58	5.21±0.53	0.2160	0.8303
	14d后	5.65±0.56	6.58±0.66	4.5585	0.0001
肌张力	护理前	6.21±0.61	6.19±0.59	0.1000	0.9209
	14d后	6.44±0.64	7.24±0.73	3.4961	0.0013
反射反应	护理前	6.25±0.61	6.21±0.66	0.1888	0.8513
	14d后	6.31±0.63	7.15±0.74	3.6670	0.0008
常规反应	护理前	5.11±0.51	5.08±0.58	0.1648	0.8701
	14d后	5.65±0.56	6.58±0.66	4.5585	0.0001

14d后 5.25±0.53 6.33±0.65 5.4633 0.0000

3. 讨论

在剖宫产新生儿的临床护理中，通过使用袋鼠式护理措施，可更好的帮助新生儿适应外界环境，在脱离母体后，能加快其生长发育的效率。由于剖宫产的实施，新生儿母亲在接受麻醉及手术干预后，生理功能的恢复需要一段时间，不利于母亲开展袋鼠式护理措施。基于此，以亲生的父亲为护理人员，开展父亲袋鼠式护理措施，可有效促进新生儿对外界的适应^[7-8]。由父亲代替母亲进行袋鼠式护理，建立与新生儿的良性互动，促进其器官及生理状态的生长发育，同时给予新生儿心理安抚与情感支持；袋鼠式护理措施的实施，通过皮肤接触与腹部护理可刺激新生儿生理激素的分泌，使得新生儿建立睡眠节律；同时父亲袋鼠式护理措施的实施可改善夫妻关系，营造更融洽的家庭氛围，锻炼父亲照顾新生儿的能力，在护理过程中更好地建立起责任感^[9-10]。

研究数据证实：护理组不良事件发生率较之对照组低，但是数据分析无意义 ($P>0.05$)；护理前所有患儿体重、身长、头围数据差异不明显 ($P>0.05$)；护理 14d 后，护理组患儿体质状态数据较之对照组差异显著 ($P<0.05$)；护理组第一次胎便时间、胎便转黄时间均短于对照组，睡眠时间高于对照组，数据差异有意义 ($P<0.05$)；护理 14d 后，护理组患儿行为能力、肌张力、反射反应、常规反应评分较之对照组差异显著 ($P<0.05$)，

综上所述，基于剖宫产新生儿的护理干预，开展父亲袋鼠式护理可更好地促进新生儿适应外界环境，在脱离母体后也能保持良好的正常发育状态，促进新生儿的发育。

参考文献：

- [1]徐建平, 王晓鸣, 顾水琴, 等. 晚期早产剖宫产术中袋鼠式护理对新生儿出生"黄金小时"健康指标的影响[J]. 中华围产医学杂志, 2019, 22(8): 560-564.
- [2]熊颜娇, 王岩, 黄文青, 谢文敏. 父亲袋鼠式护理在剖宫产新生儿护理中的应用[J]. 中外医学研究, 2019, 17(19): 97-98.
- [3]沈红丽, 蔡玉娟, 任玮, 等. "袋鼠爸爸式护理"对剖宫产术后新生儿生长发育的影响[J]. 护理与康复, 2019, 000(3): 43-46.
- [4]李雯瑞, 万小姣. 袋鼠式护理对晚期早产剖宫产新生儿出生"黄金小时"健康水平的影响[J]. 健康大视野, 2020, 000(22): 140, 142.
- [5]王倩. 父亲袋鼠式护理在剖宫产新生儿护理中的作用价值[J]. 心血管外科杂志, 2020, 009(002): 169-169.
- [6]周晓星. 剖宫产术中俯卧位袋鼠式护理对新生儿体温及湿肺的影响观察[J]. 中国农村卫生, 2019, 011(010): 68-69.
- [7]万丽, 顾水琴, 徐建平. 剖宫产术中俯卧位袋鼠式护理对新生儿体温及湿肺的影响[J]. 护理与康复, 2018, v.17(11): 49-51.
- [8]樊莉, 叶琳, 金小惠. 剖宫产术后运用袋鼠式护理的效果分析[J]. 养生保健指南, 2021, 000(5): 219-219.
- [9]刘娟. 剖宫产术中俯卧位袋鼠式护理对新生儿体温及湿肺的影响[J]. 商情, 2019, 000(021): 8-8.
- [10]张晓艳. 剖宫产术中俯卧位袋鼠式护理对新生儿体温及湿肺的影响[J]. 中国药物与临床, 2020, v.20(20): 160-162.

优质护理对白血病患者不良情绪以及治疗依从性的影响分析

梁茵

西安交通大学第一附属医院 陕西省 710000

摘要:目的:就优质护理应用于白血病患者中对其不良情绪及治疗中依从性的影响进行分析和讨论。方法:研究对象以本院接收(2020年3月至2021年12月)的白血病患者为例,共计86例,以收治次序分为参照组和分析组各43例。参照组对象的护理模式与以往相同,分析组则采用优质护理策略,就两组对象护理后的不良情绪改善情况、治疗依从性及相关指标进行评定和对比。结果:两组对象经护理干预其不良情绪均已发生缓解,SAS和SDS评分均出现下降,但分析组对象的下降幅度更为明显,护理后两组对象的SAS和SDS评分存在显著差异, $P<0.05$ 。统一对两组对象的治疗依从性进行了评定,分析组对象的依从率为95.35(41/43),显著高于参照组的72.09%(31/43),经验证 $P<0.05$ 。两组对象的KPS评分中分析组对象显著更高,说明其生存质量更高于参照组,经验证 $P<0.05$ 。分析组对象在护理期间其发生临床并发症的例数更少,发生率为16.28%(7/43),更低于参照组的37.21%(16/43),经过验证 $P<0.05$ 。结论:在白血病患者临床护理中采用优质护理干预可为其提供更大帮助,能更有效改善其不良情绪,从而提升治疗依从性,最终有助于提升其生存质量,该护理策略和方法可在临床中借鉴和参考使用。

关键词:优质护理;白血病;不良情绪;依从性;生存质量

引言

白血病由患者机体内造血干细胞发生恶性克隆所致,属于恶性疾病,随着疾病的发展将逐渐浸润其他器官和组织,临床中患者可表现为贫血、各类感染及淋巴结肿大等,该疾病存在急性和慢性的区别,目前临床治疗中主要以放化疗为主,部分患者会采用干细胞移植治疗^[1]。该疾病的治疗周期较长,患者在放化疗中难免存在各类不良反应,机体正常代谢或会发生不同程度的异常表现,不适感的发生和逐渐增强将对患者的情绪产生极为负面的影响,严重时患者的治疗依从性和配合度将严重下降,非常不利于临床治疗,进而对预后产生不利影响^[2]。此外,患者对于疾病本身也会存在一定恐惧情绪,主要表现为焦虑和抑郁等,临床亟需不断提升临床护理质量,帮助患者尽可能改善不良情绪,提升其治疗中的依从性,确保其顺利参与治疗。文章就优质护理的相关方法和策略进行分析,探讨其应用于白血病患者中对其情绪和依从性产生的影响,以本院收治的患者为例展开,详细情况如下所述。

1. 资料与方法

1.1 基础资料

研究对象以本院接收(2020年3月至2021年12月)的白血病患者为例,共计86例,以收治次序分为参照组和分析组各43例。研究活动已事先报审至本院伦理委员会,审批通过后在其监管下展开实施。参照组对象分布于11-62岁,平均数为(34.63±1.24)岁;其中男女患者各为22例和21例;该组中31例患有急性白血病、12例为慢性白血病。分析组对象分布于11-61岁,平均数为(35.32±1.29)岁;其中男女患者各为23例和20例;该组中32例患有急性白血病、11例为慢性白血病。两组对象的临床资料均较为完善,经统一整理和对比未见组间显著差异,经验证 $P>0.05$ 。

1.2 纳入及排除

研究对象纳入:入院后临床经各项检查最终确诊为白血病;患者均具备较好的沟通交流能力;本人及监护人均对本研究知情,并已签字同意加入;不存在其他严重病症。关于排除:同时存在其他严重病症;护理期间发生病急剧转变者;存在严重心理障碍或曾被诊断为精神类病症者;不愿参与者。

1.3 护理方法

研究中参照组的护理模式与以往相同,入院后在常规模式下进行健康知识教育、临床照护及生活饮食指导等,谨遵医嘱指导其用药,患者发生明显负性情绪时给予适当的疏导和开解,以鼓励可肯定为主。

分析组对象采用优质护理策略,主要方法和内容如下:①培训学习。优质护理需要相应的理念、态度和方法作为有效支撑,开展前集中护理人员培训学习。强调优质护理的意义和价值,在理念认同的基础上端正态度,同时通过学习、检查提升护理人员的专业技能,包括实际操作、沟

通技巧等。同时学会根据患者的个人情况制定出不同的个性化护理方案,在保证专业性的同时兼具人文主义元素,为患者提供更加高质量的护理服务。②优质健康知识教育。通过前期基础沟通和交流建立较好的互动关系,并了解患者的个人信息,根据其自身情况展开健康知识教育。告知其白血病的发展及治疗过程,列举以往的积极案例,注意态度积极乐观与温和,叮嘱其治疗中的各类注意事项,例如养成较好的个人卫生习惯等,对其较为关注的问题给予正面积极回应,不可回避。③优质环境护理。确保病房内光照充足且定时通风,室内需每日定时消毒,一应用品应按要求消毒和更换,尽力保证空气中无明显异味,室内尽量恒温恒湿,以免温度变化对患者产生影响,严禁无关人员流动。可允许患者适当摆放自己喜爱的物品,以改善就医环境和心情,尽可能放松心情。④优质心理护理。通过快速与患者建立信任关系为心理护理做好铺垫,开展前应对其心理状态有初步了解和预估,随后展开个性化心理疏导,鼓励患者多与家属沟通交流,与其讨论对方比较关注的问题,确保沟通的有效性和高效性。需潜移默化告知患者及其家属自身负性情绪对治疗将产生的不良影响,使其对身心互动关系具有更为充分的认识,从而促使其改变心态,为调整情绪状态提供动力。需与家属保持及时沟通,共同为其提供强有力的心理支持,关注其内心诉求,适度给予满足,鼓励患者积极应对、不断改善自己的生存质量,强调积极配合治疗的重大意义。⑤积极预防感染及其他不良反应。患者的口腔内应维持湿润状态,进餐前后需用生理盐水漱口,牙刷选择软毛类;每日感到鼻腔干燥时可用灭菌棉签蘸生理盐水后轻轻擦拭鼻腔内,切勿用手指扣,以免损伤鼻黏膜引起出血;每日大便后需对肛周进行护理,可水洗或用棉柔湿巾等,严防痔疮的发生,外阴处每日同样需要定时清洁,确保自身整洁卫生;每日保证一定的饮水量,确保足够的睡眠和休息;护理操作中均需严格执行相关要求,在无菌环境下展开。护理期间严密观察和监测患者的身体变化,若存在感染先兆,应立即采取应对措施并加强监护,以免发生更为严重的情况。化疗中应加强其中心静脉置管的护理,及时更换敷料,以免引发皮肤感染等。⑥药物指导。向患者普及所使用药物的常识和治疗作用等,并提前告知其可能发生的不良反应,以免引发患者过度紧张和恐慌,指导患者及时、正确用药。⑦生活及饮食指导。根据治疗要求和患者的身体情况给予个性化生活及饮食指导,饮食以清淡、易消化为主,确保营养均衡,尽可能顾及患者的口味,从而提供一定的心理安慰;每日需更换衣物,确保贴身衣物柔软清洁,以纯棉类为宜;可适当进行身体锻炼,以循序渐进的方式为主,以感到疲惫为止,不断提升自身免疫力。⑧出院告知。患者出院时应及时告知其出院后的各类注意事项,加强自我照护并确保较好的自我管理能力和能力,若有异常需具备一定辨识能力并及时就医,定期对其电话随访,确保沟通途径。

1.4 评定指标

首先是不良情绪的评定,采用 SAS (焦虑自评量表) 和 SDS (抑郁自评量表) 对其情绪状态进行评测,分别于护理前后进行,评分均为 0-100 分,总评分越低说明患者的情绪状态越为理想。其次,采用本院自制的依从性评定量表判断每组对象的依从率,分为依从性良好、较好及较差,核算每组的依从率。统一使用专用于肿瘤患者的生存质量量表 (KPS) 于出院前评测其生存质量,总分为 0-100 分,总评分越高说明质量越高。护理期间详细记录两组患者的临床不良反应发生情况,计算每组的发生率。

1.5 统计学方法

由笔者统一收集数据并进行统计对比,沿用权威软件 SPSS 23.0 版,基础资料及评分等用计量 ($\bar{x} \pm s$) 表述,组间以 t 行验证,发生率及依从率等用计数 (n, %) 表述,以 χ^2 行验证,以 $P < 0.05$ 视为组间差异性显著。

2. 结果

2.1 评比两组对象护理前后的情绪变化

两组对象经护理干预其不良情绪均已发生缓解, SAS 和 SDS 评分均出现下降,但分析组对象的下降幅度更为明显,护理后两组对象的 SAS 和 SDS 评分存在显著差异, $P < 0.05$ 。详见表 1 内容。

表 1: 评比两组对象护理前后的情绪变化 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	护理前 SAS	护理后 SAS	护理前 SDS	护理后 SDS
分析组	43	57.81±1.69	41.66±2.47	54.79±2.35	41.76±2.38
参照组	43	57.85±1.73	51.04±1.56	54.24±1.96	50.07±1.54
t		0.252	4.615	0.377	4.587
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 评比两组对象护理后的依从率

统一对两组对象的治疗依从性进行了评定,分析组对象的依从率为 95.35 (41/43),显著高于参照组的 72.09% (31/43),经验证 $P < 0.05$ 。详见表 2。

表 2: 评比两组对象护理后的依从率 (n, %)

组别	例数	依从性良好	依从性较好	依从性较差	总依从率
分析组	43	19 (44.19)	22 (51.16)	2 (4.65)	41 (95.35)
参照组	43	15 (34.88)	16 (37.21)	12 (27.91)	31 (72.09)
χ^2					7.907
P					<0.05

2.3 评比两组对象的生存质量

两组对象的 KPS 评分中分析组对象显著更高,说明其生存质量高于参照组,经验证 $P < 0.05$ 。详见表 3 内容。

表 3: 评比两组对象的生存质量 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	生理健康	心理健康	社会功能	周围环境
分析组	43	79.74±7.71	86.63±8.17	75.94±10.28	78.52±11.32
参照组	43	71.46±6.22	79.56±6.19	64.09±7.49	69.78±8.13
t		5.907	4.996	6.328	4.573
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.4 统计对比两组护理期间的不良反应发生情况

分析组对象在护理期间其发生临床并发症的例数更少,发生率为 16.28% (7/43),其中静脉炎和皮肤感染各 2 例、口腔感染者 1 例,更低于参照组的 37.21% (16/43),其中静脉炎 6 例、皮肤感染 4 例、口腔感染

者 6 例,经过验证 $P < 0.05$ 且 $\chi^2 = 5.443$ 。

3. 讨论

白血病为一种恶性血液类的肿瘤,当下最主要的治疗方式为化疗和放疗,仅有少数患者会进行干细胞移植治疗,虽干细胞移植更为积极有效,但需等待匹配适当的干细胞,且治疗费用较为昂贵、对患者的身体状况也有一定要求,因此临床中并不经常使用^[3]。放疗治疗是一个较为漫长的过程,患者在应对自身疾病的同时还要克服治疗中带来的各类不适感,经常存在身心俱疲的情况,若得不到及时有效的缓解,将导致严重的负面情绪,甚至抗拒治疗,其配合度与依从性也会大幅度下降。随着医改政策的不断推进,加之临床研究的不断探索,人们对于临床护理给予了更多关注,且要求越来越高,近年间各类新的护理理念层出不穷,护理管理和方法都在不断改进和完善中,逐渐受到临床和患者的认可,临床护理服务质量正在逐渐不断提升,进而有助于提升临床治疗效果^[4]。以往的护理模式较为传统,偏向统一化集中护理,缺乏有效针对性,患者的个人需求很难得到较好满足,鉴于此,优质护理理念被提出和不断应用于临床中,以常规护理为基础,对各项护理内容进行不断优化和改善,改变以往的集中式护理理念,更注重个性化与个体化,并在心理护理、健康知识教育等方面投入更多,护理服务更加人性化和全面化,为患者真正提供更大帮助,以患者的实际需要和内心诉求为核心^[5]。有相关研究指出,患者的情绪状态与治疗效果和预后情况密切相关,白血病患者中约有 45% 左右存在明显不良情绪,其免疫力和配合度也会随之下降,对与后产生极为不良的影响,严重时将导致疾病再次复发甚至转移等^[6]。

本次研究参照组对象的护理模式与以往相同,分析组则采用优质护理策略。结果显示:两组对象经护理干预其不良情绪均已发生缓解, SAS 和 SDS 评分均出现下降,但分析组对象的下降幅度更为明显,护理后两组对象的 SAS 和 SDS 评分存在显著差异, $P < 0.05$ 。统一对两组对象的治疗依从性进行了评定,分析组对象的依从率为 95.35 (41/43),显著高于参照组的 72.09% (31/43),经验证 $P < 0.05$ 。两组对象的 KPS 评分中分析组对象显著更高,说明其生存质量高于参照组,经验证 $P < 0.05$ 。分析组对象在护理期间其发生临床并发症的例数更少,发生率为 16.28% (7/43),更低于参照组的 37.21% (16/43),经过验证 $P < 0.05$ 。以上结果说明优质护理策略可明显改善患者的不良情绪,随之依从性和配合度也会提升,并更好的控制了不良反应的发生,或与积极的健康知识教育及心理疏导有关,患者对于自身疾病的认知程度明显提升,对于即将有可能出现的不良反应有正确的态度和应对方法,从而情绪状态更为稳定,且全面优质化的护理服务可使患者感受更好,得到更多关注与支撑^[7]。

综上所述,在白血病患者临床护理中采用优质护理干预可为其提供更大帮助,能更有效改善其不良情绪,从而提升治疗依从性,最终有助于提升其生存质量,该护理策略和方法可在临床中借鉴和参考使用。

参考文献:

- [1] 张月,钟静霞,陈靖安.人文关怀与优质护理在儿童白血病患者中的应用效果评价 [J]. 国际护理学杂志, 2020,39 (5): 885-888.
- [2] 卫晓慧,惠玲.优质护理在儿童急性白血病患者中的效果观察 [J]. 中国肿瘤临床与康复, 2018,25 (8): 1002-1004.
- [3] 兰利芬,皇甫卫忠.优质护理对白血病患者不良心理的改善作用 [J]. 河北医药, 2017,39 (4): 636-637,640.
- [4] 王莎莎,孟俊鹏.护理干预对初发急性早幼粒细胞白血病合并弥漫性血管内凝血的作用研究 [J]. 中国药物与临床, 2019,19 (24): 4419-4420.
- [5] 李巧燕,杨艳.早期连续强烈化疗治疗急性淋巴细胞白血病的疗效观察及护理 [J]. 山西医药杂志, 2018,47 (18): 2250-2252.
- [6] 黄兰,黎春婷,黎瑞茵,等.优质护理在妊娠合并心力衰竭患者剖宫产围手术期的应用效果分析 [J]. 内科, 2016, 11 (3): 503-504.
- [7] 唐瑶.优质护理对急性白血病患者焦虑抑郁状态、并发症及护理满意度的影响 [J]. 世界最新医学信息文摘 (电子版), 2016,16 (56): 272-273.

临床护理路径在 ECMO 治疗中的应用及对预后生活质量的影响观察

廖金梅 杨冬云 赵日榕

广西省贵港市人民医院急诊科 广西贵港 537100

摘要:目的: 分析针对采用体外膜肺氧合 (ECMO) 治疗患者利用临床护理路径干预措施产生的临床效果。方法: 病例纳入时间为 2021 年 1 月-2022 年 1 月, 病例来源于本院收治接受 ECMO 治疗的患者, 共计 110 例, 按照入组顺序, 划分为两组, 分别为研究组与对照组, 均分病例数 55 例, 对照组采用常规模式护理措施, 研究组采用临床护理路径干预模式, 组间比对两组患者的护理效果。结果: 干预前, 两组比对对生活质量的评分, 差异可做忽略表述, 提示 $P>0.05$; 干预后, 两组此项指标比对, 显示研究组高于对照组, 数据提示 $P<0.05$; 干预前, 比对两组心功能指标水准, 差异可做忽略表述, 提示 $P>0.05$; 干预后, 两组继续此项指标比对, 显示研究组优于对照组, 数据提示 $P<0.05$; 干预前, 两组比对肺功能指标, 差异可做忽略表述, 提示 $P>0.05$; 干预后, 两组继续比对这一指标, 数据提示 $P<0.05$ 。结论: 针对开展 ECMO 治疗患者实施临床护理路径可有效改善患者的血气指标以及心功能指标水准, 提高患者生活质量, 预后效果突出, 经研究结果证实可做临床推广。

关键词: 临床护理路径; ECMO 治疗; 预后; 生活质量

体外膜肺氧合属于临床中开展心肺支持比较常用的技术, 确保心肺保证充足休息, 在治疗重症心肌炎患者中可获取更加充分的治疗以及干预时间, 患者具备更加有效以及足够的循环和氧供支持, 对患者预后效果进行有效改善^[1]。患者针对 ECMO 临床治疗工作开展有效护理干预措施十分必要。临床护理路径是以患者为中心的新型化全新护理措施, 借助更加规范和具体的护理方式, 设置入院接受治疗直至出院的个性化以及整体性的护理干预措施^[2]。本研究通过对 2021 年 1 月-2022 年 1 月本院收治 110 例接受 ECMO 治疗的患者进行客观性研究, 采用临床护理路径方式, 探讨护理价值, 现将研究结果公布如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

病例纳入时间为 2021 年 1 月-2022 年 1 月, 病例来源于本院收治接受 ECMO 治疗的患者, 共计 110 例, 按照入组顺序, 划分为两组, 分别为研究组与对照组, 均分病例数 55 例, 研究组资料如下: 男 35 例, 女 20 例, 年龄区间为 45-75 岁, 经计算, 均值为 (60.01 ± 5.02) 岁; 对照组资料如下: 男 35 例, 女 20 例, 年龄区间为 45-74 岁, 经计算, 均值为 (60.11 ± 5.05) 岁。两组基础资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 研究已申报伦理批准。

纳入标准: 入组患者均首次接受 ECMO 治疗方式; 年龄范围在 45-75 岁。

排除标准: 患者合并严重脏器功能障碍; 患有精神疾病; 处于妊娠期以及哺乳期。

1.2 方法

对照组选择常规护理措施, 干预前需对患者开展 ECMO 健康教育, 患者需准确掌握治疗方式的目的以及过程, 开展治疗过程中结合医师要求开展护理配合工作, 干预结束后需继续观察患者治疗效果, 制定更加完善的复查随访计划。开展皮肤护理措施, 为患者定时翻身, 避免压疮, 对患者按摩帮助血液更好循环; 内科护理措施中, 嘱咐患者严格卧床休息, 提高基础护理效果, 开展相关健康宣教工作; 心理护理措施, 借助沟通以及

交流掌握患者的心理问题以及心理障碍, 对患者和家属开展心理干预, 提高情绪稳定性, 患者依从性有效提高。

研究组采用临床护理路径措施, (1) 制定合理临床路径护理表, 结合患者实际情况设计时间作为顺序的表格护理方案, 将时间作为横轴, 将护理干预内容以及手段作为纵轴, 形成以患者为中心的临床护理日程计划表; (2) 临床护理方式与特点, 临床护理路径小组在入院后, 需要开始护理查房, 评估患者疾病情况。结合患者差异性情况以及护理内容制定临床护理路径具体方案, 制作临床路径护理表格, 在患者入院后记录全过程临床路径护理内容。干预过程中患者不能具体继续实施, 必须记录。与此同时, 需注明其中没有继续开展护理干预的主要原因。患者根据制定的临床护理路径表格开展护理工作, 护理内容完成后, 需要在表格内打对号, 相反打×。在患者护理过程中涉及到相关的问题需要进行评估和分析, 为患者制定更具个性化以及针对性的护理措施, 有效记录。在护理病历中记录所有患者临床路径护理情况, 与此同时临床路径护理小组成员需要与患者家属讲解并且沟通, 患者和患者家属更能了解护理内容以及护理目的, 有效提高依从性。

1.3 观察指标

比较两组患者生活质量指标, 评估内容为生理机能、生理职能、躯体疼痛、精力、社会功能、情感职能、精神健康以及一般健康情况, 分值与护理质量呈正比。

比较两组心功能指标以及肺功能指标。

1.4 统计学处理

SPSS21.0 处理数据, 计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示, 以 t 检验, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 评价生活质量指标

干预前, 两组比对对生活质量的评分, 差异可做忽略表述, 提示 $P>0.05$; 干预后, 两组此项指标比对, 显示研究组高于对照组, 数据提示 $P<0.05$, 见表 1。

表 1 评价生活质量指标 ($\bar{x}\pm s$, 分)

	例数	生理机能		生理职能		躯体疼痛		精力	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	55	66.40±15.56	85.60±12.40	62.62±14.46	83.59±17.50	65.81±16.44	85.58±19.62	63.32±16.61	85.43±19.42
	55	67.24±15.55	73.71±18.59	62.41±15.50	72.31±19.48	66.51±16.61	75.69±17.55	62.55±17.80	73.60±17.55
对照组									
t 值	-	0.283	3.946	0.073	3.195	0.222	2.786	0.235	3.352
P 值	-	0.778	0.000	0.942	0.002	0.825	0.006	0.815	0.001
		社会功能		情感职能		精神健康		一般健康情况	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
		64.61±17.80	84.49±19.40	64.41±17.80	85.51±19.60	60.52±14.80	84.60±11.60	64.23±11.46	85.61±15.54
		65.80±16.51	74.41±18.31	65.21±17.61	74.55±18.51	59.51±14.39	68.81±18.80	63.75±11.50	74.34±17.30

0.364	2.802	0.237	3.015	0.363	5.301	0.219	3.594
0.717	0.006	0.813	0.003	0.717	0.000	0.827	0.000

2.2 评价心功能指标
干预前, 比两组心功能指标水准, 差异可做忽略表述, 提示 $P>0.05$; 干预后, 两组继续此项指标比对, 显示研究组优于对照组, 数据提示 $P<0.05$, 见表 2。

表 2 评价心功能指标 ($\bar{x} \pm s$)

	例数	CO (L/min)		EF (%)		SV (mL)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	55	4.1±0.2	5.1±0.2	60.2±4.5	66.2±2.2	56.2±5.1	66.0±2.0
研究组	55	4.1±0.1	6.5±0.4	60.4±4.1	71.5±3.4	56.8±5.3	72.4±4.2
t 值	-	0.000	23.216	0.244	9.706	0.605	10.203
P 值	-	1.000	0.000	0.808	0.000	0.546	0.000

2.3 评价肺功能指标
干预前, 两组比肺功能指标, 差异可做忽略表述, 提示 $P>0.05$; 干预后, 两组继续比这一指标, 数据提示 $P<0.05$, 见表 3。

表 3 评价肺功能指标 ($\bar{x} \pm s$)

	例数	FEV ₁ (%)		FVC (%)		FEV ₁ /FVC	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	55	63.3±7.5	80.2±9.1	45.1±3.3	68.3±5.2	50.2±6.2	72.5±7.2
研究组	55	63.6±7.7	89.2±8.6	45.2±3.5	77.2±5.5	50.3±6.4	87.1±7.3
t 值	-	0.207	5.331	0.154	8.720	0.083	10.560
P 值	-	0.836	0.000	0.878	0.000	0.934	0.000

3 讨论

ECMO 属于临床中针对重症疾病患者开展治疗的重要体外生命支持以及持续方式, 其来源是体外循环技术^[3]。此种技术是将患者体内静脉血液引流到体外, 采用氧合器对血液进行氧合, 借助静脉以及动脉体外氧合处理后的血液, 需重新灌注到患者体内, 对患者机体器官正常氧合以及灌注等进行维持, 确保患者心肺获取更加充分的休整, 临床治疗以及干预工作获取更多时间^[4]。临床护理路径是结合临床患者实际情况制定的更加明确以及清晰的护理干预措施, 其本身具备顺序性以及时间性等特点^[5]。针对医院中的某部分成员结合某一种疾病开展治疗、护理以及监测等工作, 避免医疗资源浪费, 缩短患者康复时间, 保证患者获取最好护理干预措施^[6-7]。

目前, 医疗费用急速上涨逐渐成为世界性问题, 各国医疗财政面临着较大压力, 医疗费用逐渐膨胀, 但医疗资源存在限制性, 基于此, 现阶段医疗界面临的主要问题是成本耗用制约以及品质上的控制和改进^[8]。为解决上述问题, 多数医疗机构采用临床路径策略, 有效开展医疗系统整体管理, 实现医疗质量以及医疗成本目的有效控制, 强化医疗机构竞争力^[9]。整合以及合作性的健康护理措施会提高护理效率以及品质, 此种护理方式逐渐整合社会以及卫生服务人员方式, 被医师以及社会机构等实现非正式应用, 因此医疗提供者更加青睐和信任, 临床路径属于个案管理的重要工具^[10]。临床路径的初期阶段定义是关键性护理, 采用对应时间表, 在规定时间内满足标准化的医疗后果, 但后期阶段逐渐转变为健康照护小组共同发展, 差异性专科背景人员实现合作共同发展, 在护理过程中不断更新改进, 此种临床照护过程采用的管理工具在不同医院名称不同, 例如临床路径、个案管理以及危急路径等^[11]。临床护理路径是患者在住院过程中采用的护理模式, 结合特定患者群体, 将时间作为横轴, 将理想化的护理手段作为纵轴, 例如入院指导、接诊时诊断或者是饮食指导等, 制定日程计划表, 例如何时做什么检查, 治疗以及护理措施等进行描述说明以及记录^[12]。护理工作并不是盲目机械性的执行, 需具备计划性以及预见性, 患者能够了解自己的护理计划目标, 可主动参与到护理工作中, 强化患者自我护理意识以及能力, 提高护理效果, 患者和护理人员需要不断促进, 构成主动护理以及主动参与相结合的护理模式^[13]。本研究通过对研究组与对照组进行各项指标比较, 研究组生活质量、心功能指标与肺功能指标均优于对照组, 差异显著, 数据提示 $P<0.05$, 结果证明, 采用临床护理路径基于临床治疗基础, 发挥有效辅助作用, 有效改善患者相关指标水平。在整体治疗过程中, 预后效果会联系到并发症问题, 因此临床护理路径能够提高患者预后效果, 降低并发症发生率。

综上所述, 针对开展 ECMO 治疗患者实施临床护理路径可有效改善患者的血气指标以及心功能指标水准, 提高患者生活质量, 预后效果突出, 经研究结果证实可做临床推广。

参考文献:

- [1] 李莉萍, 段志胜, 王芬. 临床护理路径在 ECMO 治疗中的应用及其对患者预后的影响[J]. 中国医学创新, 2020, 17 (7): 104-107.
- [2] Benade M, Rosen S, Antoniak S, et al. Impact of direct-acting antiviral treatment of hepatitis C on the quality of life of adults in Ukraine[J]. BMC Infectious Diseases, 2022, 22 (1): 1-6.
- [3] 武健, 邓秋迎. 中西医结合临床护理路径在急性上消化道出血绿色通道中的应用[J]. 中国医药导报, 2020, 17 (25): 172-175.
- [4] 王晓岩. 临床护理路径在肝硬化护理中的应用效果及对患者生存质量影响研究[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2018, 35 (4): 406-407.
- [5] 李瑞云, 胡营营, 耿德胜. 中西医结合急诊临床护理路径在急性缺血性脑卒中绿色通道中的应用研究[J]. 实用中医内科杂志, 2022, 36 (01): 85-87.
- [6] Shaygan M, Jahandide Z, Zarifsanayee N. An investigation of the effect of smartphone-based pain management application on pain intensity and the quality-of-life dimensions in adolescents with chronic pain: a cluster randomized parallel-controlled trial[J]. Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation, 2021, 30 (12): 3431-3442.
- [7] 陈超, 牛青青, 王会苗, 等. 临床护理路径改善维持性血液透析患者心功能及预后生活质量的应用效果[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21 (20): 25-27+31.
- [8] 武健, 邓秋迎, 凌传仁, 刘晨柳. 中西医结合急诊临床护理路径在急性缺血性脑卒中绿色通道中的应用[J]. 广州中医药大学学报, 2020, 37 (06): 1057-1061.
- [9] 曹素萍. 临床护理路径在 ECMO 治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重患者中的应用效果分析[J]. 透析与人工器官, 2020 (2): 89-91.
- [10] Courtney D B, Amy C, Joanna H, et al. Effectiveness of an Integrated Care Pathway for Adolescents with Depression: A Pilot Clinical Trial Protocol[J]. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 2019, 3 (28): 115-133.
- [11] 王富琴, 朱伟丽, 袁明, 马丽娜, 徐敏. 基于循证的临床护理路径对急诊溶栓治疗急性脑梗死患者的应用效果[J]. 中华全科医学, 2021, 19 (06): 1057-1060.
- [12] Duspara K, Bojanic K, Pejic J I, et al. Targeting the Wnt Signaling Pathway in Liver Fibrosis for Drug Options: An Update[J]. Journal of Clinical and Translational Hepatology, 2021, 000: 000-000.
- [13] 黄春玲, 罗秀金, 叶雄伟, 等. 临床护理路径在急性心肌梗死心肺复苏术后急诊介入治疗护理中的应用及对患者预后的影响[J]. 中国医学创新, 2020, 17 (15): 109-113.

舒适护理在 PICC 置管患者门诊维护中的应用效果研究

刘艾明

四川省广元市第一人民医院 门诊部 四川省广元市 628000

摘要：目的：分析舒适护理在 PICC 置管患者门诊维护中的应用效果。方法：研究选取我院门诊 PICC 置管患者 100 例进行研究，随机分成研究组和对照组，研究组的护理方式为舒适护理方式，对照组的护理方式为常规护理方式，分析舒适护理在 PICC 置管患者门诊维护中的应用效果。结果：与对照组相比，研究组一次置管成功率、置管时间、患者焦虑度、患者舒适度、患者依从性、并发症的发生情况、护理满意度都更优，差异显著（ $P<0.05$ ）。结论：对 PICC 置管患者实施舒适护理，一次置管成功率高，置管时间短，患者焦虑度低、舒适度和依从性高、并发症的发生情况少、护理满意度高，值得临床推广。

关键词：舒适护理；PICC 置管；门诊维护；应用效果

癌症是一种非常严重的疾病，致死率非常高，仅次于心血管疾病的致死率，目前，我们国家的癌症患者越来越多。PICC，也就是经外周置入中心静脉导管的优点是创伤小、便于使用。其是一种有效的输液方法，能够在患者身体里留置输液针，对于有长期静脉输液或者刺激性药物输液，再或者是年都黏度较高输液需求的患者们是非常合适的^[1]。PICC 能够在一定程度上避免患者由于长期输液或者注入刺激性药物，再或者是高浓度药物而产生的血管损伤，这种方式在体内滞留的时间长，避免了由于反复静脉穿刺，而对于患者们产生的苦痛^[2]。然而，随着这一方式开展的范围越来越广，一些不可避免的问题也开始出现，诸如此方式存在并发症问题和一定危险程度^[3]。因为 PICC 的成本是相对高的，因此如果置管发生失败，或者使用后护理不好，会让患者产生痛苦，而且会产生经济损失，这样的话，患者就会有一定的心理负担^[4]。另外，其是有一定的侵袭性的，使用之后也会一定程度的影响患者的正常生活，有可能会使得患者出现生理不适和心理不适，因此，对于患者的护理一定要非常重视^[5]。舒适护理的目的就是让患者的生理状态、心理状态都达到非常愉快或者降低患者不快的程度。其作为一种个体化的系统且有创造性的护理干预模式，对于使得护理质量提高和师德患者的满意度提升是非常有效的^[6]。本次研究选取我院门诊 PICC 置管患者 100 例进行研究，分析一次置管成功率、置管时间、患者焦虑度、患者舒适度、患者依从性、并发症的发生情况、护理满意度，分析舒适护理在 PICC 置管患者门诊维护中的应用效果。具体结果如下：

1 资料与方法

第一，一般资料

研究纳入我院门诊 PICC 置管患者 100 例进行研究，随机分成研究组和对照组，患者基线资料无显著差异（ $P>0.05$ ）。详见表 1。

表 1 患者临床资料比较

组别	例数	性别（男/女）	年龄（ $\bar{x}\pm s$ ，岁）
研究组	50	25/25	54.20±1.63
对照组	50	25/25	54.73±1.42
t/χ^2	-	0.000	1.734
P	-	1.000	0.086

1.2 方法

对照组的护理方式为常规护理方式，研究组的护理方式为舒适护理方式。

1.2.1 对照组

常规护理方式：根据日常要求进行相应的冲管、消毒等步骤。

1.2.2 研究组

在常规护理方式基础上，增加根据患者个体需求存在的特点进行相应的舒适护理。包括心理护理：对于患者的资料做到详尽掌握详细掌握，

在患者入院时详细与患者和他们的家属说明医院环境、医护人员安排等等，缓解患者进入陌生环境出现的不适心情，向患者们的家属讲清楚患者的疾病内容、PICC 的进行过程和与常规置管的区别、相关注意事项等等，详细讲解置管器材、要使用的药物，努力让患者负面情绪得到一定的缓解；心理环境营造：良好且舒适的环境能够让人身心愉悦，更利于身体康复，所以首先要保证室内环境的干净卫生整洁，保证日常通风以及温度适合，并且对于患者看诊顺序进行严格把控有序接受诊疗，使得病室保持干净整洁、安静舒服，让温度和湿度保持适宜，给环境定时消毒，给患者舒服洁净的病号服等日常用品；护理人员：对于护理人员方面，首先要保证良好的工作状态和工作热情，微笑服务，耐心引导以及解答问题。同时对于护理人员增加对于 PICC 置管相关专业知识的培训，并且强调做好消毒防止出现交叉感染；相关硬件设施准备：首先对于医学用品严格要求要求进行使用与摆放，并且在患者易于观察并且易于存取的地方提供诸如相关护理知识、病理知识的宣传手册，并提供保暖用品或清凉用品；日常护理注意事项：此方面需要护理人员多注意日常护理细节，比如根据患者实际情况保证患者处于舒适的体位，肘关节部位下部置管的要求是：患者与护理人员面对面坐，患者手臂自然置于台上。肘关节部位上部置管的要求是：患者斜面对面于护理人员保持斜面，如果是右上臂置管，患者椅子背对台面，相对于桌子成直角，在置管手臂下面要放上一个软枕，使得患者手臂是自然而且舒展的状态的，护理者在台侧面对护理对应的患者。并辅助进行相关运动，同时对于 PICC 置管患者进行消毒、更换导管、换药以及日常导管加强固定保证不要出现此方面问题；持续沟通：护理人员应持续与患者进行沟通，以保证能够对于患者的各方面问题及时发现以及解决，并且对患者甚至患者家属进行相关心理疏导工作。要加重对于患者家属的宣传教育对，让患者家属们理解家庭支持系统对于患者的康复是极为重要的健康恢复的重要性。叮嘱患者家属要对于患者关心和体贴，给患者们身体和心理两方面的支持和帮助，然后患者的身体和心理都有一定的放松，以欢快愉悦的心情积极主动接受治疗。叮嘱家属对于患者的情况不会轻视，但也不过分的忧虑，让患者们可以有自我管理空间，能够做一些自己力所能及的事情。同时，要合理安排就医的时间，尽量将全部都安排在同天进行，根据患者的时间和患者家属的时间以及一生的时间来协调，以便于减少患者及患者家属们不必要的行程。

1.3 观察指标

（1）一次置管成功率；（2）置管时间；（3）患者焦虑度、舒适度；（4）患者依从性；（5）并发症的发生情况；（6）护理满意度。（当患者门诊维护达 15 次后完成自行设计的满意度问卷调查表，用数字代替文字来表示舒适度，0 分表示的是最低的舒适度，10 分表示的是最高的舒适度，让患者自己最有代表性的数字，焦虑自评量表（SAS）评定焦虑程度。）

1.4 统计学方法

采用 SPSS21.0 系统软件分析;神经功能缺损程度以及日常生活能力等计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示,并用 t 检验;临床疗效等计数资料用 (n, %) 表示,并用 χ^2 检验; $P < 0.05$ 表示有统计学意义。

2 结果

与常规护理方式,舒适护理方式一次置管成功率、置管时间、患者焦虑度、患者舒适度、患者依从性、并发症的发生情况、护理满意度都更优,差异显著 ($P < 0.05$)。结果见表 2、3、4、5、6、7。

表 2 两组患者一次置管成功率比较 (n, %)

组别	例数	一次置管成功	一次置管成功率 (%)
研究组	50	50	100.00 (50/50)
对照组	50	41	82.00 (41/50)
χ^2	-	-	9.890
P	-	-	0.002

表 3 两组患者置管时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	置管时间
研究组	50	12.20 $\pm$ 2.13
对照组	50	23.11 $\pm$ 3.26
t	-	19.810
P	-	0.000

表 4 两组患者焦虑度、舒适度比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	焦虑度	舒适度
研究组	50	44.35 $\pm$ 4.57	8.20 $\pm$ 2.13
对照组	50	54.11 $\pm$ 5.23	6.11 $\pm$ 1.26
t	-	9.937	5.972
P	-	0.000	0.000

表 5 两组患者依从性比较 (n, %)

组别	例数	依从	比较	不依从	依从性 (%)
研究组	50	40	10	0	100.00 (50/50)
对照组	50	35	11	4	92.00 (46/50)
χ^2	-	-	-	-	4.167
P	-	-	-	-	0.041

表 6 两组患者并发症的发生情况比较 (n, %)

组别	例数	导管脱落	感染	血栓	并发症发生率 (%)
研究组	50	1	0	0	2.00 (1/50)
对照组	50	2	2	3	14.00 (7/50)
χ^2	-	-	-	-	4.891
P	-	-	-	-	0.027

表 7 两组患者护理满意度比较 (n, %)

组别	例数	非常	比较	不满	护理满意度 (%)
----	----	----	----	----	-----------

		满意	满意	意	
研究组	50	40	10	0	100.00 (50/50)
对照组	50	35	10	5	90.00 (45/50)
χ^2	-	-	-	-	5.263
P	-	-	-	-	0.022

3 讨论

PICC 作为一种常见的临床输液治疗方法,具有方便、有效、创伤小的优势^[7]。PICC 具体是指通过外周静脉血管插入中心静脉导管,所置入血管的首要选择是静脉、头静脉、肘正中静脉,其特点为操作方便、安全性高、并发症少、操作创伤小,如今,在临床上已经得到了广泛使用^[8]。

PICC 置管操作是侵入性的,其可能会使得患者有疼痛或者有不舒适的负面情绪。假如操作失败或者后续护理不当,会给患者带来严重的身体痛苦和经济损失,会让患者存在心理负担^[9]。必须重视患者置管期间的舒适护理^[10]。舒适护理的特点是:有创造性、个性的、整体的,其是一种非常有效率的护理方式,可以使得患者生理上、心理上都能取得最愉悦的状态,舒适护理非常重视患者们的舒适感和满意度。

对于本次研究,与常规护理方式,舒适护理方式一次置管成功率、置管时间、患者焦虑度、患者舒适度、患者依从性、并发症的发生情况、护理满意度都更优,差异显著 ($P < 0.05$)。舒适护理的核心就是就是将研究与实际的临床经验相结合,合理而准确的进行对于患者们的护理,以此来为患者达到集合时的内心标准。舒适护理能够使得患者有一个舒适的心理状态、舒服的体位摆放,同时,安全性也非常高。舒适护理的进行,更有利于制管操作的顺利完成,对于减弱患者们的不良情绪、满足他们身体上和心理上的需求、增加他们的舒适度有着非常好的效果。

综上所述,对 PICC 置管患者实施舒适护理,一次置管成功率高,置管时间短,患者焦虑度低、舒适度和依从性高、并发症的发生情况少、护理满意度高,值得临床推广。

参考文献:

- [1]李会丽,杨善兰,黄倩.改良 PICC 置管体位对恶性肿瘤患者导管异位、舒适度的影响[J].齐鲁护理杂志,2022,28 (13): 156-158.
- [2]李昆朋.舒适护理在 PICC 置管患者门诊维护中的应用效果研究[J].健康之友,2022, (1): 236-237.
- [3]宋敏,王秀丽,高大雁,等.置管对侧偏头法在 PICC 患者置管中的应用[J].中国实用护理杂志,2022,38 (14): 1069-1074.
- [4]赵金莲.早期护理干预对 PICC 肿瘤患者舒适度和睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2021,8 (11): 2022-2023.
- [5]李丽芸,阮奶玲,林朋兴,等.置管专项护理对肿瘤 PICC 置管患者并发症及护理质量的影响[J].饮食保健,2021, (45): 163-164.
- [6]任晓爽.舒适护理在行 PICC 置管乳腺癌患者中的应用效果观察[J].健康必读,2021, (21): 86.
- [7]李艳秋.精细化护理在 PICC 置管恶性肿瘤患者中的应用[J].中国医药指南,2021,19 (17): 191-192.
- [8]卢冲鸿.舒适护理在新生儿 PICC 置管护理中的应用价值[J].母婴世界,2021, (18): 158.
- [9]李雪梅,朱丽萍,魏菊慧.PICC 置管患者护理中人性化护理的应用对其生活质量以及并发症发生率的影响[J].健康管理,2021, (26): 169-170.
- [10]邓桂兰,符信萍.舒适护理在 PICC 置管患者门诊维护中的应用效果研究[J].中国实用医药,2020,15 (31): 205-206.

快速康复外科理念在护理乳腺癌根治术患者中的临床应用分析

刘海侠

三河市医院 065200

摘要：目的：简明分析于乳腺癌根治术护理中执行快速康复外科理念护理的重要意义。方法：以 30 例乳腺癌确诊患者加入试验始，该次试验得以开展，其诊治时间轴为 2015 年 1 月至 2022 年 3 月范围，严格以双盲法原则执行分组任务，最终以对照组（常规理念护理）和观察组（快速康复外科理念护理）的护理满意度观测值、并发症发生率统计数据、生活质量评分、心理情绪检测数据作为该次试验结论的参考依据。结果：经行以两组所反馈的护理满意度数据对比，获知观察组较之于对照组居以更高（ $P<0.05$ ）；就展开对患者临床医治过程中术后出血、皮下积液、皮瓣坏死等症状发生情况行之比较，知晓观察组较与对照组居以更低（ $P<0.05$ ）；生活质量量表所反馈的分值表现为观察组较与对照组呈现更高（ $P<0.05$ ）；护理干涉前获取到的两组焦虑、抑郁情绪指数分值均差异不明显（ $P>0.05$ ），经行以分组护理干涉后，量表分值显现为下降，且观察组较之于对照组展示为更低（ $P<0.05$ ）。结论：于乳腺癌根治术中的患者实施快速康复外科理念服务就缓解患者病情，促进其身体康复具有积极价值。此外还能有效改善患者内心情绪，减少并发症发生，有效提升患者的生活质量以及护理满意度，值得临床作为积极案例参考。

关键词：快速康复外科；乳腺癌；改良根治术；围手术期

快速康复外科理念多使用在手术治疗患者的围手术期中，目的是确保全面为患者服务，预防其应激反应对身体造成严重不适，提高临床治疗效果，促进患者身体康复^[1-2]。乳腺癌根治术是乳腺癌治疗中常见且有效的方法，但术后患者容易发生并发症，影响其身体康复，因此介入了护理干预^[3]。对此临床特选取了 30 例乳腺癌确诊患者纳入试验，分析快速康复外科理念的临床价值，试验如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次试验主要围绕所选中的 30 例乳腺癌确诊病例开展，截取时间轴介于 2015 年 1 月至 2022 年 3 月范围，行之双盲法原则执行分组工作。被命名为对照组的 15 例，患者年龄含括区间于 38~67 岁，均值经分析所获为（52.56±1.45）岁，病程含括区间为 1~4 年，均值经分析所获为（2.63±0.56）年；被命名为观察组的 15 例，患者年龄含括区间于 38~68 岁，均值经分析所获为（52.89±1.72）岁，病程含括区间为 1~4 年，均值经分析所获为（2.67±0.58）年。上述被纳入对象的自然资料经选取具均衡可比性（ $P>0.05$ ）。

1.2 纳排标准

纳入标准涉及内容：①经检查结果确认所患疾病为乳腺癌；②具正常生活自理能力，且经确认无精神类疾病史，可进行正常交流；③患者及家属均知晓并同意参与此次试验，已签署知情同意书，并通过了医院伦理协会审批。排除标准涉及内容：①具有严重用药禁忌的患者；②同时参与其他组试验的患者；③于试验中途中止治疗的患者。

1.3 方法

将常规护理实施至对照组，观察组则行以快速康复外科理念：①建立护理小组。分别选取科室主任及护士长、护士参与工作。根据患者的实际条件制定手术方案，在根据其术后身体恢复程度制定快速康复护理计划，对护理重点作出标记，并且将工作任务划分至个人，以提高护理质量。②心理干预。对于患者的负性情绪给予最大程度的理解，耐心对其实施护理服务，通过交谈、播放音乐、组织集体活动等方式分散其注意力，让其以放松状态迎接治疗，降低应激反应出现风险。叮嘱家属要给予患者陪伴和

支持，树立其治疗信心。③术后护理。术后注意观察患者的生命体征变化，为其提供充足营养，制定合理的饮食方案，提高身体免疫力，预防不良症状发生。待术后病情稳定后，指导患者进行简单的床上锻炼，如握拳、肢体舒展活动等。

1.4 观察指标

（1）护理满意度观测值对比：选用医院自制问卷表就两组的护理满意度行以对比，表格中分别包含了非常满意、满意和满意三个标准，若评分≥80 分视之为非常满意，60≤评分<80 视之为满意，评分<60 视之为不满意；（2）并发症发生率统计数据对比：就患者于治疗过程中所发生的术后出血、皮下积液、皮瓣坏死和上肢水肿状况发生率行以观察和对比；（3）生活质量评分对比：于护理开展后采用生活质量量表（SF-36）评分为测评依据来完成两组生活质量对比工作。量表包含了生理功能、生理能力、躯体疾病、精力状况、一般情况、社会能力、情感能力、精神状况八大方面的评比，单项指标满分 100，评分越高提示生活质量越高；（4）心理情绪检测数据对比：经选用焦虑自评量表（SAS）和抑郁自评量表（SDS）量表评分为参考，对患者受护理干涉前后的焦虑、抑郁情绪情况行以比较。SAS 评分≥50 示为存在焦虑症状，SDS 评分≥53 示为存在焦虑抑郁症状，且评分越高焦虑抑郁程度越严重。

1.5 统计学方法

依托 SPSS22.0 实施统计，计数在开展表述时，经（%）完成，通过 χ^2 检验获取结果，计量在开展表述时，通过（ $\bar{x} \pm s$ ）进行，施以 t 检验， $P<0.05$ 差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 护理满意度观测值对比

就两组对于临床所提供的护理服务质量的满意度行之对比，结果显示为观察组对比于对照组居以更低（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 护理满意度统计结果对比[n（%）]

分组	非常满意	满意	不满意	满意度
观察组（n=15）	9（60.00）	6（40.00）	0（0.00）	15（100.00）
对照组（n=15）	7（46.66）	4（26.67）	4（26.67）	11（73.33）

χ^2	-	-	-	4.615
p	-	-	-	0.032

2.2 并发症发生率统计数据对比

经临床观察统计数据反馈,在术后出血、皮下积液等临床并发症总发生率对比中,观察组较之于对照组展现以更低 ($P<0.05$),见表 2。

表 2 并发症总发生率统计数据对比[n (%)]

分组	术后出血	皮下积液	皮瓣坏死	上肢水肿	总发生率
观察组	1 (6.67)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (6.67)

表 3 生活质量评估数值对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	生理功能	生理能力	躯体疾病	精力状况	一般情况	社会能力	情感能力	精神状况
观察组 (n=15)	55.23±3.18	52.56±3.57	60.25±3.24	60.51±3.56	45.69±2.63	76.29±3.63	57.61±2.67	70.58±3.44
对照组 (n=15)	45.56±3.10	41.50±3.26	49.83±3.21	46.69±3.26	36.54±2.24	54.61±3.52	40.51±2.18	58.67±3.11
t	8.433	8.860	8.848	11.088	10.258	16.606	19.214	9.947
p	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.4 心理情绪评估值对比

经受护理干预前所测评获取的焦虑、抑郁量表评分均无明显差异 ($P>0.05$),经受护理干预后量表评分显现为下降,且观察组较之于对照组居以更低 ($P<0.05$),见表 4。

表 4 SAS 和 SDS 量表评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	SAS 评分		SDS 评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (n=15)	51.58±3.49	26.36±2.09	54.48±3.47	32.17±2.39
对照组 (n=15)	51.42±3.36	31.48±2.12	54.33±3.41	38.77±2.28
t	0.128	6.661	0.119	7.739
p	0.899	<0.05	0.906	<0.05

3 讨论

乳腺癌是一种存在于女性中的高发性质疾病,并且发病率还呈上升趋势,该疾病具有高致死率,严重威胁到了患者的生命安全。相关数据显示改良根治术是治疗乳腺癌的最优质方法,能够减少术后恢复时间,并且治疗费用更少。对治疗后的患者采取有效的护理方案能取得更好的医治效果^[4]。

快速康复外科理念护由于其具有良好的护理效果,被广泛使用至医学领域^[5]。在本文试验中,对乳腺癌治疗患者的围手术期实施该护理方案。术前及术后均对其实施心理疏导,尊重患者的意愿,了解其真实感受^[6]。要求家属时刻陪伴鼓励患者,帮助其调整负面情绪,保持良好心态接受治疗。术中做好保暖工作,避免患者因低温刺激而产生应激反应^[7]。术后注重镇痛处理,对于耐受力弱的患者,由于疼痛其不愿进行术后康复锻炼,从而延长了术后康复期^[8]。由于手术涉及范围广,周围血管神经会受到不同程度的影响,以此损害了血液循环系统,患者存在上肢功能障碍,严重影响其生活质量^[9]。术后待患者病情稳定后指导其进行早期康复锻炼,合理规划运动方案,预防过量运动给身体带来负面影响^[10]。上文中,经受以早期康复外科理念护理(观察组)后,患者的生活质量以及护理满意度均较与常规护理(对照组)示以更高,但其并发症发生率和负性情绪指数均

(n=15)					
对照组	2 (13.33)	2 (13.33)	1 (6.67)	1 (6.67)	6 (40.00)

(n=15)

χ^2	-	-	-	-	4.658
p	-	-	-	-	0.031

2.3 生活质量评估数值对比

经生活质量评分表所反馈的数据获知,观察组生活质量较之对照组呈更高水平 ($P<0.05$),见表 3。

较对照组居更低 ($P<0.05$)。

综上所述,于乳腺癌根治术中的患者实施快速康复外科理念服务就缓解患者病情,促进其身体康复具有积极价值。此外还能有效改善患者内心情绪,减少并发症发生,有效提高患者的生活质量以及护理满意度,可于临床推广。

参考文献:

- [1]吴仿琴.快速康复外科应用于乳腺癌改良根治术围术期护理的效果观察[J].中国康复医学杂志,2019,34 (3): 40-42.
- [2]钟琴.快速康复外科理念在护理乳腺癌根治术患者中的效果观察[J].中华肿瘤防治杂志,2020,18 (21): 143-145.
- [3]周影,谢长华,周森,等.快速康复外科理念在护理乳腺癌根治术患者中的应用[J].蚌埠医学院学报,2020,41 (7): 86-88.
- [4]韩玉,马慧,杨杨.围手术期快速康复外科管理对乳腺癌患者术后恢复及并发症发生情况的影响[J].癌症进展,2021,19 (10): 214-216.
- [5]侯丽娟,张立清.支持性心理护理联合快速康复外科理论对乳腺癌改良根治术患者心理弹性评分及依从性的影响[J].医学临床研究,2019,36 (12): 77-79.
- [6]余红敏.加速康复外科对乳腺癌改良根治术患者应激及炎症反应的影响[J].实用肿瘤学杂志,2021,34 (29): 527-529.
- [7]杨丙莹,向瑜.快速康复外科理念对乳腺癌患者围手术期胰岛素抵抗和炎症反应的影响[J].中国医药导刊,2020,22 (5): 55-57.
- [8]林小霞,夏丽婷,韦轲,等.快速康复外科和营养风险筛查在乳腺癌围手术期的应用[J].中国现代医学杂志,2019,29 (12): 185-187.
- [9]高微,李君辉,霍焱,等.乳腺癌合并 2 型糖尿病患者围术期应用胰岛素泵联合快速康复外科理念的管理效果[J].广西医学,2019,41 (15): 345-347.
- [10]吕慧敏,秦俊蕾,杨晶晶.快速康复理念对乳腺癌患者心理状况、生活质量及应对方式的影响[J].癌症进展,2020,18 (12): 284-286.

手术室护理在全膝关节置换术患者中的应用效果及对生活质量的影响

刘静

海军第九七一医院 山东青岛 266000

摘要: 目的: 探讨手术室护理在全膝关节置换术患者中的应用效果及对生活质量的影响。方法: 2020 年 1 月至 2021 年 1 月期间选择 100 例全膝关节置换术患者随机数字法分组各 50 例, 对照组采用常规手术指导和配合, 观察组采用手术室护理。结果: 护理前无差异, 护理后观察组患者疼痛、活动范围、肌力、关节稳定性评分均明显高于对照组 ($P<0.05$); 观察组患者术后床上自主勾脚开始时间、首次下床行走时间以及住院总时间均明显短于对照组 ($P<0.05$); 观察组患者术后并发症发生率明显低于对照组 ($P<0.05$); 护理前无差异, 护理后观察组患者心理功能、社会功能、物质生活及躯体功能评分均明显高于对照组 ($P<0.05$)。结论: 手术室护理在全膝关节置换术患者中的应用可改善患者膝关节功能, 促进术后康复并降低术后并发症, 对患者生活质量的改善发挥积极影响, 整体护理效果十分理想, 可在临床中推广应用。

关键词: 手术室护理; 全膝关节置换术; 应用效果; 生活质量

全膝关节置换术是一类治疗膝骨关节炎的常用术式, 疗效显著, 安全性高, 临床应用率高。治疗和护理相辅相成, 缺一不可, 尤其以临床护理是提高治疗效果, 促进病情康复的有效措施, 因此, 加强对全膝关节置换术护理工作的研究迫在眉睫^[1-2]。在此背景之下, 手术室护理的研究日益深入, 该护理模式立足术前、术中和术后三个阶段, 在充分考虑患者身心状态和手术现实需要的前提下开展护理活动, 可有效提高手术效果和安全性, 促进患者术后恢复^[3-4]。为验证手术室护理的实际效果, 本研究采用分组试验方式, 以 100 例全膝关节置换术患者为试验对象进行分析, 详情如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

2020 年 1 月至 2021 年 1 月选择 100 例行全膝关节置换术治疗的患者 (纳入标准: ①符合诊断标准和手术指征; ②病历资料和个人资料不完整; ③在知晓本次试验的前提下自然签署知情同意书。排除标准: ①语言和和精神障碍; ②个人原因不愿参与; ③凝血障碍; ④痛觉障碍), 随机数字法分组各 50 例, 观察组男性、女性分别为 25 例、25 例, 年龄在 58~70 (64.63±3.33) 岁; 对照组男性、女性分别为 27 例、23 例, 年龄在 57~71 (64.25±3.42) 岁。

两组一般资料差异 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

对照组行常规手术指导和配合: 围绕围术期开展基础护理, 包括健康教育、指标监测、饮食指导和防感染护理等。

观察组行手术室护理: (1) 术前: ①心理干预: 以尊重患者为基础, 秉持以人为本护理理念, 充分尊重并理解患者, 护理过程中保持微笑服务, 通过鼓励、安慰、赞扬等方式拉近护患关系, 提高患者配合度, 对疼痛耐受力较差导致情绪不佳的患者, 需及时进行心理疏导和必要的疼痛干预, 提高其身心舒适度; ②健康教育: 详细说明全膝关节置换术的过程和注意事项, 佐以成功案例说明该术式的安全性和有效性, 消除患者疑虑, 提高手术依从性, 此外还需指导患者进行术前检查和准备, 确保手术顺利进行;

(2) 术中: ①舒适护理: 提前准备手术室, 设定恒定温湿度, 预先铺设保温毯, 预热输注液, 协助患者选择舒适且合理的体位, 术中减少手术暴露; ②安全护理: 预先检查手术器械, 详细核对患者信息, 严格消毒并正确佩戴手术服、手术帽、一次性手套、口罩等, 密切监测患者生命体征, 及时响应医师要求并按标准快速完成, 缩短手术时间, 减少手术伤害。(3) 术后: ①康复护理: 1、早期康复 (术后 1-3 天): 术后 1-2 天指导患者小

幅度活动膝关节, 进行踝关节背伸趾屈和股四头肌收缩训练, 术后第 3 天进行患肢被动屈伸运动; 2、中期康复 (术后 4-40 天): 指导患者进行膝关节主动运动, 根据患者康复情况考虑进行下肢肌力恢复训练的实际, 行抗沙袋重量的屈膝运动, 从健侧协助到患肢主动用力, 逐步增加训练次数和时间; 3、后期康复 (40 天以后): 进行行走训练, 可配合拐杖, 患者根据自身耐受力情况继续锻炼膝关节屈伸功能, 直至可以正常行走。②饮食指导: 以生活关爱为重点, 关注患者日常生活情况, 发自内心的关心其日常生活, 为其制定科学的饮食计划, 鼓励患者坚持执行, 主要是以营养骨质的食物为主, 包括优质蛋白质的食物, 例如瘦肉、鱼肉、虾、鸡肉、鸡蛋、牛奶等, 此外, 为保障营养充足、均衡的摄入, 还需为患者适当补充维生素、钙离子、微量元素、脂肪酸、碳水化合物等。③并发症预防: 术后密切监测患者切口情况, 定时更换敷料, 清洁切口周围皮肤并保持干燥, 鼓励患者勇敢表达不适感, 若遇切口渗血、渗液, 及时告知医生处理, 对长期卧床患者进行肢体护理, 定时翻身并按摩皮肤, 监测皮压、皮温, 适当抬高患肢并按摩, 定时测量下肢周径, 指导患者适当活动指、腕、踝、肘等关节, 待病情稳定后逐步锻炼膝关节, 每日早晚检查患者呼吸道情况, 及时清理异物, 进行餐后漱口。

1.3 观察指标

①护理前后膝关节功能评分: 采用膝关节功能评分表 (HSS)^[5], 选择疼痛、活动范围、肌力、关节稳定性四项, 满分分别为 30 分、18 分、10 分、10 分, 分值越高膝关节功能越强; ②术后康复时间: 记录术后床上自主勾脚开始时间、首次下床行走时间以及住院总时间, 时间越短越理想; ③术后并发症发生率: 包括切口感染、呼吸道感染、深静脉血栓、关节僵硬、压迫性损伤, 比值越低越理想; ④护理前后生活质量评分: 采用生活质量综合评定问卷 (GQOL-74)^[6], 包括 4 个维度: 心理功能、社会功能、物质生活及躯体功能, 各个维度满分 100 分, 分值越高则患者生活质量越高。

1.4 统计学方法

SPSS25.0 版软件处理数据。

2 结果

2.1 两组护理前后膝关节功能评分比较

护理前后两组患者疼痛、活动范围、肌力、关节稳定性评分均大幅度提高, 且护理后观察组患者疼痛、活动范围、肌力、关节稳定性评分均明显高于对照组 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组护理前后膝关节功能评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	疼痛评分		活动范围评分		肌力评分		关节稳定性评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	50	16.72±3.19	21.36±3.27	11.64±3.59	15.56±1.18	4.13±1.45	6.55±1.13	4.47±0.21	6.55±1.29
对照组	50	16.76±3.16	18.48±2.21	11.36±2.51	12.48±1.16	4.24±1.52	5.47±1.21	4.49±0.38	5.54±0.33

<i>t</i>	-	0.0630	5.1598	0.4520	13.1619	0.3703	4.6127	0.3257	5.3635
<i>P</i>	-	0.9499	0.0000	0.6523	0.0000	0.7120	0.0000	0.7453	0.0000

2.2 两组术后康复时间比较

观察组患者术后床上自主勾脚开始时间、首次下床行走时间以及住院总时间均明显短于对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组术后康复时间比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	床上自主勾脚开始 时间 (h)	首次下床行走 时间 (d)	住院总时间 (d)
----	----	--------------------	------------------	--------------

观察组	50	4.72±0.19	1.26±0.27	12.28±1.08
对照组	50	8.56±2.41	2.18±0.31	18.44±4.18
<i>t</i>	-	11.2319	15.8245	10.0892
<i>P</i>	-	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 两组术后并发症发生率比较

观察组患者术后并发症发生率明显低于对照组 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组术后并发症发生率比较 [n (%)]

组别	例数	切口感染	呼吸道感染	深静脉血栓	关节僵硬	压迫性损伤	术后并发症
观察组	50	1 (2.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.00)	1 (2.00)	3 (6.00)
对照组	50	3 (6.00)	2 (4.00)	1 (2.00)	2 (4.00)	2 (4.00)	10 (20.00)
χ^2	-	-	-	-	-	-	4.3324
<i>P</i>	-	-	-	-	-	-	0.0374

2.4 两组护理前后生活质量评分比较

护理前后两组患者心理功能、社会功能、物质生活及躯体功能评分均

大幅度提高,且护理后观察组患者心理功能、社会功能、物质生活及躯体功能评分均明显高于对照组 ($P<0.05$)。见表 5。

表 4 两组护理前后生活质量评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	心理功能评分		社会功能评分		物质生活评分		躯体功能评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	50	65.91±5.78	84.95±5.41	65.45±5.83	81.77±5.80	65.21±5.70	85.05±5.72	65.45±5.87	81.28±5.58
对照组	50	65.53±5.61	76.13±5.24	65.67±5.35	70.44±5.33	65.27±5.14	71.49±5.21	65.26±5.97	71.34±5.93
<i>t</i>	-	0.3336	8.2806	0.1966	10.1706	0.0553	12.3927	0.1605	8.6320
<i>P</i>	-	0.7394	0.0000	0.8445	0.0000	0.9560	0.0000	0.8728	0.0000

3 讨论

临床护理作为辅助提高治疗效果的主要手段,是全膝关节置换术治疗中不可或缺的重要工作^[7],通过分析,发现导致患者康复速度缓慢的根本原因是常规围术期护理指导方案未能深入考虑患者的需求和实际病情,因缺乏舒适护理、安全护理和科学的康复护理,导致术前患者心理情绪不稳定,术中安全性不高且术后出现过度锻炼、不科学锻炼引发护理风险,延长恢复时间^[8-10]。

手术室护理可围绕围术期过程优化护理体系,也更加注重对改善身心状态的指导和管理^[11-12],具体来说:术前心理干预和健康教育的联合应用,能够有效改善患者的不良情绪,并且提高其手术认知度,降低心理压力的同时提高手术依从性;术中舒适护理和安全性的核心即改善患者术中身心状态,避免不良刺激,缩短手术时间;术后康复护理、饮食指导和并发症预防为手术室护理的核心,即指导患者循序渐进恢复关节功能,通过合理饮食促进术后恢复,结合并发症预防策略提高术后恢复安全性^[13-15]。

本研究结果显示:①护理后观察组患者疼痛、活动范围、肌力、关节稳定性评分均明显高于对照组 ($P<0.05$);②观察组患者术后床上自主勾脚开始时间、首次下床行走时间以及住院总时间均明显短于对照组 ($P<0.05$);③观察组患者术后并发症发生率明显低于对照组 ($P<0.05$);④护理后观察组患者心理功能、社会功能、物质生活及躯体功能评分均明显高于对照组 ($P<0.05$)。各项试验结果均说明手术室护理对患者身心状态改善以及术后恢复效果提高的显著效果。

综上所述,对采用全膝关节置换术治疗的患者施用手术室护理,可促进其膝关节功能恢复,缩短康复时间,提高术后恢复安全性,同时有效提高患者的生活质量水平,说明该护理模式的临床应用效果十分理想,值得推广。

参考文献:

- [1] 黄梅,刘媛江,王小娟,等. 量化评估策略在全膝关节表面置换患者手术室护理中的效果[J]. 透析与人工器官,2022,33 (1): 65-68.
- [2] JOMAR A. BEHERY, SHALEN KOUK, KEVIN K. CHEN, et al. Skilled Nursing Facility Partnerships May Decrease 90-Day Costs in a Total Joint Arthroplasty Episode Under the Bundled Payments for Care Improvement Initiative[J]. The Journal of arthroplasty,2018,33 (3): 639-642.

[3] 王蕾. 针对性手术室护理联合空气止血带在人工全膝关节置换术患者中的应用价值分析[J]. 黑龙江医学,2022,46 (3): 360-362.

[4] 王逆群. 基于快速康复外科理念的手术室护理在人工全膝关节置换术患者中的应用[J]. 透析与人工器官,2022,33 (1): 86-88.

[5] 李爽. 手术室护理干预在预防全膝关节置换患者术后切口感染中的作用分析[J]. 临床医药文献电子杂志,2020,7 (96): 118.

[6] 邱海艳. 手术室护理干预在预防全膝关节置换患者术后切口感染中的作用分析[J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊),2021,21 (16): 335-336.

[7] 果玉秀. 手术室护理干预对全膝关节置换患者术后切口感染的预防作用[J]. 现代养生 (上半月版),2022,22 (2): 192-194.

[8] JETTER, KATHERINE, LERNER, JASON, KALSEKAR, IFTEKHAR, et al. Comparative Analysis of Hospital Length of Stay and Discharge Status of Two Contemporary Primary Total Knee Systems[J]. The journal of knee surgery,2018,31 (6): 541-550.

[9] 范凤群. 手术室优质护理对全膝关节置换术后患者康复效果的影响[J]. 中国伤残医学,2021,29 (3): 17-18.

[10] 刘莹. 减少全膝关节置换术后患者术后感染的手术室护理方式研究[J]. 中国伤残医学,2021,29 (9): 87-88.

[11] 张祎. 手术室精细化护理在人工全膝关节置换术患者中的应用效果[J]. 医疗装备,2021,34 (14): 133-134.

[12] 陈晓琴. 手术室护理干预对全膝关节置换患者术后感染的预防效果研究[J]. 中外医疗,2020,39 (15): 160-162.

[13] HUANG, HAIQING, TANNER, JARED, PARVATANENI, HARI, et al. Impact of Total Knee Arthroplasty with General Anesthesia on Brain Networks: Cognitive Efficiency and Ventricular Volume Predict Functional Connectivity Decline in Older Adults[J]. Journal of Alzheimer's disease: JAD,2018,62 (1): 319-333.

[14] 柳文英. 手术室护理干预在预防全膝关节置换患者术后感染中的应用分析[J]. 医学美容,2020,29 (8): 173.

[15] 吴丽芬. 针对性手术室护理结合空气止血带在行人工全膝关节置换术患者中的应用效果[J]. 医疗装备,2020,33 (13): 175-177.

综合护理干预在乳腺癌护理效果观察

刘丽君

寿光市人民医院 山东潍坊 262700

摘要：目的：分析综合护理干预应用于乳腺癌患者护理效果。方法：选取 2020 年 9 月—2021 年 9 月到本院进行治疗的乳腺癌患者 60 例资料，随机分为两组，对照组 30 例给予常规的护理模式，研究组 30 例给予综合护理干预，观察两组心理状态、生活质量以及满意度。结果：护理后，研究组的 SAS 评分、SDS 评分均低于对照组，研究组的 QOL 评分优于对照组 ($P<0.05$)；研究组满意度 96.67% 比对照组 86.67% 高 ($P<0.05$)。结论：综合护理干预应用于乳腺癌患者中的护理效果较好，患者满意度高。

关键词：综合护理干预；乳腺癌；护理效果

Observation on nursing effect of comprehensive nursing intervention in breast cancer

Liu Lijun

Shouguang City People's Hospital, Weifang, Shandong 262700

【Abstract】 Objective: To analyze the nursing effect of comprehensive nursing intervention in breast cancer patients. Methods: The data of 60 breast cancer patients who were treated in our hospital from September 2020 to September 2021 were selected and randomly divided into two groups, 30 cases in the control group were given conventional nursing mode, and 30 cases in the research group were given comprehensive nursing intervention. The psychological state, quality of life and satisfaction of the two groups were observed. Results: After nursing, the SAS score and SDS score of the study group were lower than those of the control group, and the QOL score of the study group was better than that of the control group ($P<0.05$). Conclusion: Comprehensive nursing intervention applied to breast cancer patients has good nursing effect and high patient satisfaction.

【Key words】 comprehensive nursing intervention; breast cancer; nursing effect

在临床上比较常见的一种恶性肿瘤是乳腺癌，社会经济的快速发展加快了人们的生活节奏，使得乳腺癌这种类型的疾病发生率和发生群体都朝着更高和更加年轻化的方向发展，需及早对乳腺癌患者进行诊断和治疗。如今临床上以手术、放疗、化疗等方式对其进行治疗，但患者治疗的过程中可能会因身心遭受打击而产生不良情绪，使其生活质量降低^[1]。因此，给予乳腺癌患者有效、优质、综合的护理措施非常关键。为分析综合护理干预应用于乳腺癌患者中的护理效果，本文选取 2020 年 9 月—2021 年 9 月到本院进行治疗的乳腺癌患者 60 例资料，报告如下：

1. 资料及方法

1.1 一般资料

本研究经医学伦理会批准，选取 2020 年 9 月—2021 年 9 月到本院进行治疗的乳腺癌患者 60 例的临床资料，随机分为两组，对照组 30 例患者，年龄在 26-57 岁，其平均 (41.50 ± 5.82) 岁；研究组 30 例患者，年龄在 26-58 岁，其平均 (42.00 ± 5.95) 岁，两组患者的基线资料对比没有明显的差异 ($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组患者给予常规的护理模式，对患者生活、用药、饮食护理等进行相应的指导。研究组给予综合护理干预：①做好健康知识宣传护理，采取一对一的健康宣教方式，由主管护理人员主动向患者及其家属讲解日常的护理措施与注意事项，并对其疑问给予详细解答。在宣教的过程中，需要以温和、亲切的态度来给予患者一定的鼓励与支持，并对患者面对术后情况可能会出现心理性问题进行预测和分析。护理人员需给予患者积

极的帮助，给患者介绍医院信息；给患者发放乳腺癌相关的手册，且护理人员详细为其讲解，让患者了解乳腺癌产生的因素、治疗流程、注意事项等，让患者了解治疗、护理的必要性，进而帮助患者树立战胜疾病的信心。②做好心理护理干预，患者会因疾病的影响出现紧张、焦虑、恐惧等负面心理，情况比较严重的患者可能会有应激行为产生。因此护理人员需加强和患者之间的交流，以情切可亲的态度给患者解答其疑惑，也可给患者举例治疗成功的案例，使患者的负面心理得以有效改善，提升患者对治疗的信心，进而积极面对疾病。高度关注病人的身心健康，密切观察其心理变化，定期对病人开展健康教育，向其介绍疾病发生原因、治疗方式及预后等知识，让其正确认知疾病；对病人进行心理辅导，教会其以正确方法对自身的负面情绪进行调节，缓解其存在的焦虑、抑郁以及紧张等负面心理，让其以积极良好的心态配合治疗与护理。③做好饮食护理，由主管医生、营养师以及护理人员在对患者情况进行综合评估后，依据个体化情况制定出针对性的营养护理计划，每日能量目标设定为 25-30 kcal/kg，蛋白质摄入量目标为 1.2g/kg；若病人具备正常的消化功能，为其制定营养均衡的普食，蔬菜、蔬果适当增多；若消化功能略弱，则食物以流质或半流质为主；NRS 分值 ≥ 3 分，则给予肠外营养支持护理，确保其机体能够维持正常的新陈代谢；若无法经口饮食，则进行肠内营养供给护理，即选择能全素 110g 为病人摄入，3 次/d，若蛋白质低于 27mg/L，给予营养乳清蛋白补充，2 次/d，10-15g/d。④做好康复锻炼护理，比如切除治疗者在手术之后的 1-2 天，可适当锻炼上肢，且随时间推移加大运动量，进而帮助患者恢复其上肢功能；进行化疗的患者告知其到户外适当进行散步、运动，呼吸新鲜空气，

进而使自身体魄加强。运动方式可以选择慢跑、散步以及打太极拳等,运动前,先指导病人热身 10min,再开展中等强度的运动,持续 30min 左右,最后再慢步 5min 慢慢结束运动,运动强度与时间可依据病人实际情况选择,切不可运动过量。

1.3 观察的指标及评定

①观察两组心理状态(SAS 和 SDS 评分)及 QOL(生活质量)评分:焦虑抑郁情况:以焦虑、抑郁自评量表(SAS、SDS)为依据,其中 SAS 标准分值为 50 分,轻度:50~59 分;中度:60~69 分;重度:≥70 分;SDS 标准分值为 53 分,轻度:53~62 分;中度:63~72 分,重度:≥72 分。(2)病耻感:以社会影响量表(SIS)为依据,以 24~96 分为分值区间,轻度:24~47 分;中度:48~71 分;重度:72~96 分。QOL 评分分值为 0~100 分,主要分为 30 个条目,除了条目 29 和 30 为逆向条目(分值越高,生命质量越差),其余条目为分值越高,生命质量好;②比较两组护理满意度:护理后,指导病人填写我院自行设计的护理服务满意度调查问卷,总分 100 分,90 分以上为满意,不达 90 分,但高于 60 分为一般满意,不达 60 分为不满意。满意度=非常满意度+一般满意度。

1.4 统计学处理

研究数据资料选择 SPSS22.0 统计软件分析,计数数据资料采用[%(n)],以 χ^2 比较检验,计量数据资料采用 ($\bar{x} \pm s$),以 t 比较检验; $P < 0.05$ 表差异具统计学意义。

2. 结果

2.1 两组心理状态和生活质量评分

护理后,研究组的 SAS 评分、SDS 评分均低于对照组,研究组的 QOL 评分优于对照组 ($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组心理状态和生活质量评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	SAS	SDS	QOL
研究组	30	43.26±1.03	42.67±0.86	88.64±1.32
对照组	30	60.68±1.54	62.52±0.67	61.35±1.62

2.2 两组护理满意度

研究组非常满意 16 例、一般满意 13 例、不满意 1 例,满意度 96.67%,对照组非常满意 14 例、一般满意 12 例、不满意 4 例,满意度 86.67%,两组比较差异具统计意义 ($P < 0.05$)。

3. 讨论

伴随人们生活的水平不断提升,致使女性生活、工作压力增加,进而提升了女性发生乳腺癌的几率,近些年的乳腺癌在临床上呈现出患病率逐年递增的趋势,已经成为威胁万千女性身心健康的重要病症之一。据相关调查显示,我国每年的乳腺癌新发病例可以占据到全球的 12%左右,而死亡病例可以占据到将近 10%,摒弃给整体都呈现出一种年轻化的发展趋势,对其身心健康造成严重的威胁。针对乳腺癌疾病,尽早诊断、尽早治疗是提升患者生存率,改善预后的重要方式,中晚期乳腺癌患者的整体预后情况较差。临床上主要采取放化疗、外科手术对乳腺癌患者进行治疗,但是不管什么治疗方法,均会使患者的身心受到影响^[3]。致使大部分患者

术后情绪低落,产生强烈自卑感,降低其生存的质量,长此以往会使患者病情反复。而且化疗药物的毒反应非常大,很容易引发多种副反应,加上癌细胞大量增殖会造成机体营养的过度消耗,进一步降低机体营养功能与抵抗力,极易导致病人出现营养不良的情况,对病人的预后改善造成不良影响。所以,临床上除了给予患者有效的治疗措施之外,还需给予患者综合、有效的护理干预。对乳腺癌病人实施综合护理方法可通过更加全面、细致护理措施,在日常生活中的方方面面病人进行督促与指导,高度关注病人的心理情绪,并帮助其改善与调节,通过科学的护理方法消除病人对于治疗或者是护理的疑惑以及不信任,让病人对疾病康复充满信心,提升其治疗与护理的依从性,严格遵医嘱用药、饮食以及运动等,从而促进血压的有效控制,改善其生活质量。为探讨综合护理干预应用于乳腺癌患者中的护理效果,本文针对到本院进行治疗的乳腺癌患者 60 例的临床资料进行分析。

本研究表明:护理后,研究组的 SAS 评分、SDS 评分均低于对照组,研究组的 QOL 评分优于对照组;研究组满意度 96.67%比对照组 86.67%高;说明综合护理干预应用于乳腺癌患者中的护理效果较好。究其原因,可能是综合护理具有较强的人性化、主动性等特点,应用在乳腺癌患者的护理中不仅能对其生理病痛给予重视,而且还可以对患者的不良心理进行缓解^[4]。要求护理前先对病人的病情、症状、不良反应以及风险等进行综合评估,从而依据评估结果为其制定个性化的护理计划,能够确保护理的可行性。通过以人为本的护理理念,给患者提供更加周到、细致的服务,能够最大程度增强患者的护理满意度。许多病人都存在着较为强烈的负面情绪,如果不能正常疏导,负面情绪会更加严重,二者形成恶性循环,需要护理人员主动进行安抚与鼓励,缓解其负面情绪,而综合护理干预能通过合理、科学、有效的方式,引导患者对其内心不良的情绪进行宣泄,帮助患者树立治疗的自信心,从而使临床治疗效果得到提升^[5]。

总而言之,综合护理干预应用于乳腺癌患者中的护理效果较好,可有效缓解患者抑郁、焦虑的情绪,改善其生活质量,提升护理满意度,具有一定的临床应用价值。

参考文献:

- [1]徐小妍,戴经纬,刘冬梅.持续早期综合护理干预对 MAC30 阳性老年乳腺癌患者术后心理和生存质量的影响[J].现代肿瘤医学,2018,26(2): 219-222.
- [2]陶俊霞.心理干预在乳腺癌患者康复中的应用[J].临床合理用药杂志,2018,11(20): 148-149.
- [3]陶新华,李真,田凤琴.综合性心理护理干预在年轻乳腺癌患者情绪及生活质量的疗效[J].国际精神病学杂志,2017,44(2): 345-347.
- [4]周会芳.综合护理在乳腺癌护理中的临床应用分析[J].当代护理人员:综合版(上旬刊),2018,35(9): 84-85.
- [5]杨启慧.PDCA 循环管理对肿瘤内科护理质量的影响[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(11): 115-116.

泌尿系结石患者手术前后采用综合护理的护理对策与效果

刘玲

山东省新泰市人民医院，本科，主管护师

摘要：目的：探讨在泌尿系结石围术期辅以综合护理，对促进患者术后恢复的干预意义。方法：试验者是 2021.01 至 2022.07 在医院行手术治疗的泌尿系结石患者 90 例，以数字奇偶法分组，将 45 例行围术期常规护理者设为对照组，另一组设为观察组，病例数为 45 例，护理方法为围术期综合护理，对比术前生命体征、情绪指标、并发症及护理质量差异。结果：观察组术前各项生命体征指标比对照组低， $P<0.05$ ；观察组情绪评分低于对照组， $P<0.05$ ；观察组术后并发症率比对照组低， $P<0.05$ ；观察组护理质量指标优于对照组， $P<0.05$ 。结论：以围术期综合护理进行干预，可对患者不良情绪进行缓解，减少术前发生应激反应风险，同时还能降低并发症发生，利于提升临床护理质量及促进患者术后恢复，建议推广。

关键词：综合护理；泌尿系结石；围术期；护理质量；不良情绪；满意度

泌尿系结石属于临床常见泌尿系病变，尿道、肾脏及膀胱是结石好发与沉积常见部位，临床表现以排尿困难、排尿疼痛、下腹疼痛及血尿等为主，由于结石位置不同，其临床表现也各不相同，输尿管结石与肾结石属于常见类型，二者在发病前无明显临床症状存在，但受剧烈运动、过度劳累等因素影响，会导致患者出现程度不同的呕吐、恶心等反应，当疾病处于发作状态时，患者易感受到明显疼痛感，需及时予以排石治疗，减少肾功能受损程度^[1-2]。手术碎石作为临床常用治疗手段，具备一定疗效，但大部分患者对疾病认知较为缺乏，在面对手术治疗时易出现一些不良情绪，不利于手术开展的同时，还会对疗效及预后造成不良影响，故而增强围术期护理服务，对降低患者不良心理及减少并发症发生起着重要作用^[3-4]。综合护理作为临床主要护理措施，具备整体性及全面性特点，经结合患者具体情况制定出相应护理方案，利于提升手术疗效及护理质量^[5]。本试验目的是分析在围术期中运用综合护理的意义，现汇总如下：

1. 资料与方法

1.1 病例资料

对象为 2021.01 至 2022.07 就医的泌尿系结石患者，病例数共计 90 例，分组方式为数字奇偶法，对照组：年龄分布及均龄 25 岁至 60 岁（42.78±8.94 岁），男患者数量 30 例，女患者数量 15 例；结石类型：10 例患者为尿道结石、12 例患者为肾结石、20 例患者为输尿管结石、3 例患者为其它；文化程度：初中及初中以下学历 18 例、中专及高中学历 15 例、大专及大专以上学历 12 例；观察组：年龄最高 62 岁，年龄最低 25 岁，均龄 43.14±9.02 岁，男性与女性患者数量各 27 例及 18 例；结石类型：尿道结石、肾结石、输尿管结石与其它结石患者数量各 12 例、11 例、18 例、4 例；文化程度：学历在初中及初中以下、中专及高中、大专及大专以上者各 15 例、17 例、13 例。对组间对象相关资料实施分析后显示， $P>0.05$ ，表明此次试验可进行对比，且符合临床医学伦理学相关要求。试验者纳选要求为：（1）经相关检查后证实为泌尿系结石；（2）满足手术治疗指征；（3）意识清晰，可与他人正常沟通；（4）临床相关资料未出现缺失情况，比如临床检查资料及既往病史资料等；（5）了解试验流程且同意参与；（6）首次患病。排除：（1）伴有严重肝肾疾病；（2）伴有严重感染；（3）伴有精神疾病；（4）伴有先天性泌尿系统畸形；（5）伴有其他恶性肿瘤；（6）中途退出。

1.2 方法

对照组提供常规护理，术前协助患者进行各项检查，做好术前相关准备工作；简单进行心理疏导；术中协助患者进行体位指导，熟练配合医师开展手术；术后观察患者体征变化，若有异常及时上报医师处理；观察组则提供综合护理，措施为：（1）术前：组间一支综合护理小组，由护士长对组内成员展开培训，确保其掌握疾病知识与治疗知识；主动与患者交流，充分掌握其性格特点、文化程度及认知水平等，采取合理有效措施向患者进行疾病知识及手术知识普及，进一步增强其对于自身疾病与手术内容的了解；掌握患者心理状态，分析导致其产生不良情绪的原因，并予以针对性的疏导，及时消除其不良顾虑；可借助向患者讲解手术治疗方式的疗效、优势及成功治愈案例等，以此来提升患者的配合度；术前还需做好相应准备工作，协助患者展开体位训练，包括仰卧位、截石位等，利于患者能够更好适应

术中对体位的要求，确保手术能顺利开展；（2）术中：协助患者合理调整体位，便于准确定位体内结石部位；密切监测患者各项体征变化，合理调整手术室温湿度；做好保暖工作，对于非手术区域以毛毯等进行覆盖，避免发生低体温情况；熟练配合医师进行各项操作，尽量缩短手术时间；（3）术后：①及时将手术效果告知患者，利于消除其担忧；对于术后存在疼痛感者，可借助看书、看电视等方式来转移患者疼痛注意力，若疼痛感较为剧烈，应按照医师要求予以镇痛处理；b.观察患者体征变化、血尿变化、消失时间等，做好相应记录；c.由于术后患者需留置双 J 管，在此过程中需叮嘱患者每日多饮水，需在 2000mL 以上；d.在术后 8h 时鼓励患者尽早下床活动，可自行小便；在术后 2dh 时将尿管管拔除，将术中留置引流管拔除，并告知患者晨起后可以自行大便；在术后 3d 时将尿管管拔除；e.饮食上需合理搭配每日膳食，多进食新鲜果蔬，降低对高蛋白、肉类及高脂肪食物摄入量，对患者的不良饮食行为进行纠正，叮嘱其多饮水、多进食谷类及粗粮食物、适当进行运动；f.持续观察患者临床症状、并发症情况等，一旦有异常情况发生，应及时和医师进行沟通，予以对症处理。

1.3 指标观察及判定标准

- （1）术前生命体征，包括：a.收缩压；b.舒张压；c.心率；
- （2）情绪变化，包括：a.焦虑情绪，选以汉密尔顿焦虑量表，以 7 分作为临界值，数值越高反映焦虑症状越为严重；b.抑郁情绪，选以汉密尔顿抑郁量表，以 14 分作为临界值，超过此分数则表示有抑郁症状存在；
- （3）并发症，包括：a.肾绞痛；b.血尿；c.泌尿系感染；
- （4）护理质量，包括：a.排石疼痛程度，选以视觉模拟评分法，总分 10 分，疼痛感与得分呈负相关；b.结石完全排出时间；c.临床症状完全消退时间；d.住院时间；e.满意度，选以问卷调查方式，总得分 100 分，满意度与得分呈正比。

1.4 数据处理

试验数据的分析选以统计学软件（版本为 SPSS22.0），计数资料采用百分数/%表示，以卡方值/ χ^2 检验；计量资料采用（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，以 t 值检验，分析后显示组间和（或）组内数据值 $P<0.05$ ，代表有统计学意义。

2 结果

2.1 术前生命体征

表 1 显示，观察组指标水平低于对照组， $P<0.05$ 。

表 1 对比术前生命体征指标差异（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	收缩压/mmHg	舒张压/mmHg	心率/次·min
对照组	45	137.84±9.21	102.34±5.46	101.32±3.79
观察组	45	128.54±5.07	96.89±3.57	90.41±4.05
t 值	-	5.934	5.604	13.194
P 值	-	0.000	0.000	0.000

2.2 情绪变化

表 2 显示，与对照组相比，观察组评分较低， $P<0.05$ 。

表 2 比对情绪变化指标差异 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	焦虑情绪		抑郁情绪	
		施护前	施护后	施护前	施护后
对照组	45	24.14±2.87	11.86±2.09	17.27±2.43	15.31±2.19
观察组	45	24.03±2.69	7.67±1.84	17.38±2.57	13.04±1.56
t 值	-	0.188	10.094	0.209	5.663
P 值	-	0.852	0.000	0.835	0.000

2.3 并发症

表 3 显示, 观察组发生例数比对照组低, $P < 0.05$ 。

表 3 比对并发症指标差异 (n, %)

组别	例数	肾绞痛	血尿	泌尿系感染	总发生
对照组	45	2	3	5	10 (22.22)
观察组	45	0	1	1	2 (4.44)
χ^2 值	-	-	-	-	6.154
P 值	-	-	-	-	0.013

2.4 护理质量

表 4 显示, 观察组指标优于对照组, $P < 0.05$ 。

表 4 比对护理质量指标差异 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	排石疼痛程度/分	结石完全排出时间/d	临床症状完全消退时间/d	住院时间/d	满意度/分
对照组	45	5.78±1.65	12.11±3.27	5.74±1.65	3.38±1.09	75.7±4.09
观察组	45	4.39±1.78	10.08±2.69	3.69±1.37	2.18±1.04	82.6±3.44
t 值	-	3.842	3.216	6.412	5.343	8.661
P 值	-	0.000	0.002	0.000	0.000	0.000

3 讨论

泌尿系结石属于临床常见疾病类型, 指的是发生于膀胱、输尿管、肾等泌尿系统中的结石, 可由高尿钙、高血钙等代谢异常因素所致, 也可由药物或尿路梗阻/感染所致, 其中常见类型为肾及输尿管结石^[6-7]。由于结石所在部位不同, 临床症状大不相同, 膀胱结石以排尿中断及排尿疼痛症状为主, 而肾及输尿管结石则以血尿、肾绞痛症状为主, 可由剧烈运动所致突发性绞痛, 严重威胁到患者身心健康与正常生活^[8-9]。目前, 在治疗上大多以药物或者手术取石方式治疗, 但是对于结石直径较大者, 采取药物治疗无法得到理想疗效, 微创手术作为泌尿系结石有效治疗措施, 具有排石效果理想、高安全性、定位准确等优势, 利于促进患者术后康复^[10-11]。然而在实际治疗期间, 多数患者对于手术治疗缺乏了解, 易出现担忧治疗效果等不良情绪, 导致患者情绪出现波动的同时, 还会增加应激反应发生, 不利于治疗开展, 故而需做好围术期护理服务, 有效稳定患者情绪, 增强其依从性, 对手术顺利开展及改善预后起着积极意义^[12-13]。传统护理作为常用干预模式, 具有辅助效果良好、适用性广泛等特点, 然而其护理理念较为落后, 且对于病患重视度较为缺乏, 无全面性、综合性及针对性, 无法满足当前医疗服务要求及病患需求。综合护理属于临床常用护理方式, 其将护理程度作为核心内容, 通过系统化护理程度, 明确护理人员工作职责, 制定出标准化护理方案, 落实疾病宣教计划、护理表格填写及控制护理质量等各项内容, 可实现各个环节协调一致, 紧密相连, 可为提升临床服务水平与服务治疗提供保障。同时, 此护理模式中将责任制护理及小组护理优势进行融合, 可使得护理服务更具备优质性、全面性特点。本试验

显示, 施护后观察组焦虑情绪得分为 7.67±1.84 分、抑郁情绪得分为 13.04±1.56 分, 显著低于对照组各项情绪指标得分, $P < 0.05$; 观察组术后并发症率仅为 4.44%, 比对照组 22.22%低, $P < 0.05$; 观察组排石疼痛评分为 4.39±1.78 分、结石完全排出时间为 10.08±2.69d、临床症状完全消退时间为 3.69±1.37d、住院时间为 2.18±1.04d、满意度评分为 82.6±3.44 分, 显著优于对照组各项护理质量指标, $P < 0.05$; 证实以综合护理对泌尿系结石患者施护, 具备较高运用有效性及可靠性, 利于降低患者疼痛感, 减少并发症发生的同时, 还能促进其术后尽快恢复及增加其满意度。原因如下: 通过在术前成立综合护理小组, 由组内成员对患者展开针对性疾病知识普及与心理干预, 利于增加患者对自身疾病及手术治疗方法的了解, 可实现缓解患者心理的作用, 促使其能够积极地配合到各项治疗措施与护理服务中; 经术前指导患者展开体位训练, 利于帮助其适应手术对于体位的要求, 可保障手术得以顺利开展; 经术中观察患者体征变化, 密切配合医师进行操作, 做好术中保暖干预, 可缩短患者治疗时间, 还能减少术后并发症发生; 经术后及时将手术情况告知患者, 利于转移患者注意力, 降低术后不适感与不良心理; 经评估患者疼痛感, 及时予以相应干预, 利于降低患者疼痛度; 经观察患者病情, 指导其合理进食等, 可起到促进患者术后恢复的作用。孙秀兰^[15]经分析“综合护理对泌尿系结石患者一次性碎石机率与护理满意度评分的影响”, 发现观察组术前收缩压指标为 126.9±5.0mmHg、舒张压指标为 95.8±3.5mmHg、心率指标为 89.9±4.0 次/min, 低于对照组各项血压与心率指标, 与本研究相符, 这表明实施综合护理, 可降低患者术前发生应激反应风险, 利于增强其手术耐受性。

综上所述, 在泌尿系结石患者行手术治疗期间, 以综合护理模式展开围术期护理, 能够得到理想的护理干预效果, 利于促进患者康复的同时, 还能起到提升其预后质量的作用, 适宜临床借鉴运用。

参考文献:

- [1]成琳,王芳,杨卉佳. 优质护理服务应用于泌尿系结石患者围手术期中的作用[J]. 中国社区医师,2022,38(20): 132-134.
- [2]梁君娥. 综合护理对输尿管结石患者 URSL 术后泌尿系结石疗效的影响[J]. 临床医学研究与实践,2018,3(28): 167-168.
- [3]石盼盼,高亚. 以循证理念为导向的护理干预在泌尿系结石手术患者中的应用[J]. 内蒙古医学杂志,2022,54(04): 502-504.
- [4]胡小燕,刘洁琼,郑美英. 延续性康复指导预防泌尿系结石术后复发的效果分析[J]. 基层医学论坛,2022,26(12): 91-93+124.
- [5]蔡娟丽,王秀,赵芳等. 视频宣教结合回授法对泌尿系结石留置双 J 管术后患者生活质量和并发症发生率的影响[J]. 包头医学,2022,46(01): 61-63.
- [6]黄慧斌,李小兰. 基于加速康复外科理念的护理干预对泌尿系结石患者术后康复及预后的影响[J]. 医疗装备,2022,35(05): 160-162.
- [7]石秀玲,由艳艳,蔡丽. 围术期护理在钦激光碎石手术治疗泌尿系结石患者中的应用效果[J]. 医学信息,2020,33(13): 184-186.
- [8]时喜春. 系统护理在泌尿系结石患者体外冲击波碎石术治疗中的应用效果[J]. 中国冶金工业医学杂志,2020,37(04): 426-427.
- [9]林晓芳. 护理干预在改善泌尿系结石术后患者疼痛与睡眠质量中的效果观察[J]. 世界睡眠医学杂志,2021,8(12): 2188-2190.
- [10]王丽萍. 预见性护理结合全面护理在泌尿系结石钦激光碎石术围术期的应用效果分析[J]. 基层医学论坛,2021,25(33): 4760-4761+4764.
- [11]梁湛琦,肖荆. 泌尿系结石手术患者护理需求现状及影响因素分析[J]. 中国医刊,2021,56(10): 1122-1125.
- [12]罗丹. 优质护理在泌尿系结石患者中的临床应用[J]. 航空航天医学杂志,2021,32(09): 1139-1141.
- [13]周爱华,李影,丁肃. 心理护理对泌尿系结石患者焦虑状况的影响[J]. 心理月刊,2021,16(10): 136-137.
- [14]巫远华. 整体护理干预在泌尿系结石患者体外冲击波碎石术中的应用效果[J]. 医疗装备,2020,33(24): 169-170.
- [15]孙秀兰,孔远荣. 综合护理对泌尿系结石患者一次性碎石机率与护理满意度评分的影响[J]. 现代诊断与治疗,2022,33(01): 146-148.

肠内营养延续护理在消化道肿瘤患者化疗间歇期的应用效果评价

刘楠

西安交通大学第一附属医院 陕西西安 710061

摘要：目的：研究对于在消化道肿瘤患者化疗间歇期应用肠内营养延续护理有效性。方法：选取 84 例化疗间歇期消化道肿瘤患者均为我院取 2020 年 11 月到 2021 年 11 月时间段内收治，双盲法形式做分组处理，参照组（42 例）应用常规护理，研究组（42 例）基于以上同时选择应用肠内营养延续护理，比较护理前后血红蛋白水平监测值、血红蛋白水平监测值变化；住院时间测定值、体重减轻测定值；护理满意率测定值；生活质量评定值。结果：① 血红蛋白水平监测值、血红蛋白水平监测值对比，护理前，组间数据差异不大（ $p>0.05$ ）；护理后，研究组各项监测值高于参照组，差异具备可比性（ $p<0.05$ ）；② 研究组住院时间测定值、体重减轻测定值低于参照组，组间对比（ $p<0.05$ ）；③ 研究组总满意率高于参照组，组间对比（ $p<0.05$ ）；④ 研究组生活质量各项评定值均高于参照组，组间对比（ $p<0.05$ ）。结论：针对消化道肿瘤患者化疗间歇期开展肠内营养延续护理，可确保患者的营养得到充分的供应，对于化疗的耐受性也能够提升，缩短了住院时间，患者的满意率、生活质量较高，值得推广。

关键词：肠内营养延续护理；消化道肿瘤；化疗；间歇期

前言

肿瘤患者最常用的治疗手段为化疗，但患者在化疗完成后，出院间歇期，会出现不同程度的焦虑^[1]，营养不良，疲惫，恶心等，因此，需要进行有效的护理干预。肠内营养即将患者需要的营养物质通过胃肠道进行直接的提供，该方式更有助于肠道吸收，以及利用营养素，可以保证肠粘膜屏障的各项功能以及胃肠结构的完整性，操作简单，方便，有效的预防并发症。研究发现，在进行肠内营养支持的同时进行护理干预^[2]，将护理从院内延伸到院外，确保患者能够得到全面的护理，更有助于病情的稳定，不良事件率低，对此，本文以 84 例化疗间歇期消化道肿瘤患者计入实验（2020 年 11 月到 2021 年 11 月），分析在消化道肿瘤患者化疗间歇期应用肠内营养延续护理成效。

1 临床资料、方法

1.1 选取资料

选取 84 例化疗间歇期消化道肿瘤患者，均为我院在 2020 年 11 月到 2021 年 11 月时间段内收治。双盲法的形式做分组处理，研究组所选取的 42 例中，男 28（66.66%）例/女 14（33.33%）例，年龄抽取范围为 46~77 岁之间，平均值（61.2±4.00）岁。参照组所选取的 42 例中，男 27（64.29%）例/女 15（35.71%）例，年龄抽取范围为 47~77 岁之间，平均值（61.28±4.25）岁。组间基线资料具均衡性（ $P>0.05$ ）。

纳入依据：所有参与实验的患者在正式开始之前三个月内没有使用免疫抑制剂或者是糖皮质激素；肿瘤还未在腹腔内扩散^[3]。

排除依据：合并其它严重的脏器性疾病；精神障碍；合并严重的自身免疫系统障碍等。

1.2 方法

参照组：常规护理^[4]，告知患者多卧床休息，指导患者正确的用药，讲解疾病的成因，治疗取得效果等。

研究组：基于以上同时选择肠内营养延续护理^[5]，即（1）利用营养风险筛查表进行营养评定，对于得分大于 3 分的患者，营养师再对患者进行总体主观评分，进一步的确定患者营养风险等级，依据所有的评分进行营养支持途径的选定，要充分的考虑患者的胃肠能力，摄入的营养是否充足，先行选择肠内营养（经口/管饲）均可；（2）对于营养不良的患者，依据评定的结果，进行肠内营养制剂以及剂量的选定，需要进行营养支持的营养指标监测，可以选择匀浆膳制剂；对于存在胃肠功能以及部分胃肠功能异常的患者^[6]，可以给予整蛋白型制剂；胃肠功能严重损伤的患者则选择要素制剂；营养师要依据患者的实际情况，计算出患者一天的能量需求，确保患者的营养摄取足够；（3）在进行营养输注的过程中，控制营养液的浓度，量等，指导患者或者家属进行营养液的配置，输注等；（4）及时处理

并发症，并指导患者进行并发症的处理；对于鼻腔肠内营养支持的患者，固定好鼻肠管，避免出现脱落，扭曲等，每次输注完成，都要用温水冲洗鼻肠导管，再将其进行封闭；每间隔两周需要用 20 毫升的碳酸氢钠进行管道冲洗，定期做好维护，避免感染；肠内营养输注控制从慢到快^[7]，先保持每小时 10-20 毫升的速度进行泵入，观察患者有无不良反应，若无则可以调整成每小时 50-60 毫升，依据患者实际情况进行调整，避免大量的营养液泵入出现返流的情况，造成患者误吸；因患者的胃肠功能还未完全的恢复，为了避免出现应激，输入的营养液温度应当维持 37℃；对于出现恶心呕吐的患者，可将床头抬高 30°-45°，并且改成使用低脂肪含量的制剂，若有需要依据医嘱给予胃肠动力药物；对于乳糖不耐受的患者，则可以给予无乳糖配方的营养剂，在进行肠内营养输注的过程中，也同样遵守以上原则，主要观察患者的情况，有无出现腹泻，呕吐等；在进行肠内营养的过程中，全程保持无菌，且需要现配现使用，当患者的耐受性出现了变化，则可以更改营养液的输注速度和剂量；（5）当患者出院后，再次进行肠内营养的相关知识宣讲，强调注意事项，指导患者在家中自行进行肠内营养护理，做好每日的饮食的质以及量的评定；医护人员定期的开展随访，以便更好的进行后续的服务，纠正患者的错误行为；（6）可以组建肠内营养延续护理微信群，及时的解答，并且进行相关的咨询文章转发，网络会诊等^[8]，提高患者的自护能力。

1.3 观察标准

（1）分析护理前后血红蛋白水平监测值、血红蛋白水平监测值变化。

（2）记录住院时间测定值、体重减轻测定值。

（3）护理满意率测定值：通过调查问卷的形式了解患者对护理的满意程度，问卷涵盖 20 项条目，每项条目分为很满意、尚可、不满意三大选项。患者的分数大于 85 分（含），纳入很满意，分数在 69-79 分之间（含）纳入尚可，分数低于 65 分（含），纳入不满意。

（4）利用 SF-36 检测生活质量变化评定值，评定躯体功能、社会功能、情感功能，每一项总分为一百，得分越高，证实患者的生活质量理想。

2. 统计学分析

在 SPSS25.0 中输入所有样本资料，并开展统计学处理，计量资料检验方式为 t ，表示形式为（ $\bar{x} \pm s$ ）；计数资料检验方式为 χ^2 ，表示形式为 $n\%$ 。 $P<0.05$ 代表数据差异有统计学价值，存在可分析的价值。

2. 结果

2.1 对比护理前后血红蛋白水平监测值、血红蛋白水平监测值变化

表 1：血红蛋白水平监测值、血红蛋白水平监测值对比，护理前，组间数据差异不大（ $p>0.05$ ）；护理后，研究组各项监测值高于参照组，组间对比（ $p<0.05$ ）。

表1 对比护理前后血白蛋白水平监测值、血红蛋白水平监测值变化

组别	例数	血白蛋白水平 (g/L)		血红蛋白水平 (g/L)	
		护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	42	40.32±4.5	37.5±4.5	144.5±21.5	139.2±13.72
参照组	42	40.33±4.0	32.8±5.3	144.7±20.0	129.4±15.3
T		0.1076	4.3810	0.0441	3.0905
P		0.9914	0.0001	0.9649	0.0027

2.2 对比住院时间测定值、体重减轻测定值

表2: 研究组住院时间测定值、体重减轻测定值低于参照组, 差异具备可比性 ($p<0.05$)。

表2 对比住院时间测定值、体重减轻测定值

组别	住院时间 (d)	体重减轻 (kg)
研究组 (n=42)	3.2±2.0	1.1±0.9
参照组 (n=42)	5.5±2.6	2.0±1.2
T	4.5441	3.8884
P	0.0001	0.0002

2.3 护理满意率测定值比较

表3: 研究组总满意率高于参照组, 组间对比 ($p<0.05$)。

表3 护理满意率测定值比较

组别	很满意	尚可	不满意	总满意率
研究组 (n=42)	30 (71.43)	10 (23.81)	2 (4.76)	40 (95.24)
参照组 (n=42)	13 (30.95)	17 (40.48)	12 (28.57)	30 (71.43)
χ^2		-		8.5714
P		-		0.0034

2.4 比较生活质量评定值

表4: 研究组生活质量各项评定值均高于参照组, 组间对比 ($p>0.05$)。

表4 比较生活质量评定值

组别	例数	身体机能	心理状态	社会行为	物质能力
试验组	42	53.60±8.86	54.78±10.75	57.36±10.86	58.37±13.35
参照组	42	44.35±5.67	48.23±8.00	50.20±8.25	44.25±5.67
T		5.6989	3.1678	3.4023	6.3091
P		0.0001	0.0022	0.0010	0.0001

3 讨论

肿瘤患者都会存在一定的营养风险, 在早期进行营养筛查以及识别, 对于后续进行营养干预有着重要的意义。营养筛查以及评定, 可为患者选择适合的营养支持, 这在肿瘤患者的综合治疗中十分重要^[9]。但临床发现, 在化疗间歇期患者出院后, 在家中会出现不同程度的不良反应, 为了减少以上的情况发生, 建议在患者化疗间歇期开展肠内营养延续护理, 及时的改善患者的营养状态, 确保机体负氮保持平衡, 组织的器官以及结构完整, 且在应用肠内营养延续护理的过程中发现, 可以增强患者的免疫力, 降低进行肠内营养造成的并发症, 更有助于患者恢复健康, 且也拉近了医患的关系, 患者的满意度高^[10]。

在多数数的医院可发现, 对患者开展营养评定只限定在住院期间, 评定的内容只有身高, 体重等, 没有针对性的评定在治疗过程, 完成治疗, 间歇期会存在的营养风险^[11]。当应用肠内营养延续护理则可充分的利用营养风险筛查表, 及时以及提前发现, 患者在出院期间有可能存在的营养风险,

护士要及时的进行专业, 针对化, 全面的饮食指导, 确保患者能够得到正确的肠内营养支持; 护理人员需要及时的将评定的内容结果上交至医生、营养师, 确保其能够及时的进行营养输注的调整。当开展肠内营养延续护理可及时的发现有可能存在的并发症, 进行指导干预, 并告知患者简单的并发症处理的方法^[12-13], 避免患者在家中出现并发症产生恐慌。同时可以组建微信群, 在群内及时的解答患者的疑惑, 并且及时的更新医嘱, 以及最新的治疗方案, 病友之间也能够相互的鼓励, 对于情绪稳定也能够起到一定的效果^[14-15]。

本次实验数据证实, 护理后, 研究组血白蛋白水平监测值、血红蛋白水平监测值高于参照组; 研究组住院时间测定值、体重减轻测定值低于参照组, 组间对比 ($p<0.05$), 其证实了当应用肠内营养延续护理, 患者的营养状态得到明显的改善, 体力恢复良好, 缩短了住院时间。另外本次实验数据证实, 研究组总满意率高于参照组; 研究组生活质量各项评定值均高于参照组, 组间对比 ($p<0.05$)。其证实了当应用肠内营养延续护理, 护理更为连续性, 减少出现其它不良事件的几率, 患者的病情管控理想, 对于医护人员的满意度较高, 且进行护理后, 患者的生活质量明显的提升。

总之, 针对消化道肿瘤患者化疗间歇期开展肠内营养延续护理, 可确保患者的营养得到充分的供应, 对于化疗的耐受性也能够提升, 缩短了住院时间, 患者的满意率、生活质量较高, 值得普及和使用。

参考文献:

- [1]秦菁菁,梁密斯. 肠内营养延续护理在消化道肿瘤患者化疗间歇期的应用[J]. 东方药膳,2021 (20): 242-243.
- [2]何月新. 营养评估分级档案管理在结肠癌出院患者延续护理中的应用效果[J]. 吉林医学,2022,43 (03): 854-856.
- [3]张彤,雷蕾,沈淑华. 营养干预护理对消化道肿瘤术后白蛋白的影响[J]. 中国肿瘤临床与康复,2022,29 (02): 249-252.
- [4]黄小琴,吕东来,周丽梅. 基于微信平台的延续护理在使用 PICC 的消化道肿瘤患者中的应用[J]. 中华全科医学,2021,19 (08): 1419-1422.
- [5]段琼,左磊,姚新宇. 消化道恶性肿瘤术后的早期肠内营养护理效果评价[J]. 中国社区医师,2021,37 (03): 153-154.
- [6]陆志红,蔡卫梅. 消化道肿瘤患者实施系统营养护理支持及中医特色护理效果分析[J]. 中国全科医学,2020,23 (S2): 253-255.
- [7]蒋凌燕,汪皖莲,许文丽. 中医情志护理联合营养护理对消化道肿瘤患者情绪及营养状况的影响[J]. 新中医,2020,52 (11): 170-172.
- [8]宋艳茹. 延续性护理结合癌痛护理质量指标在消化道肿瘤癌痛患者中的应用[J]. 实用临床护理学电子杂志,2020,5 (18): 70.
- [9]丁洋. 对接受化疗的消化道肿瘤患者在化疗间隙期进行肠内营养护理的效果探讨[J]. 当代医药论丛,2019,17 (23): 257-258.
- [10]李莎,宋爱华. 延续护理对消化道肿瘤 PICC 置管化疗患者生活质量和并发症影响[J]. 中国药物与临床,2019,19 (22): 4010-4012.
- [11]梁慧灵. 综合营养护理对消化道肿瘤化疗患者生命质量的影响[J]. 中国民康医学,2019,31 (17): 175-176.
- [12]孙本辉. 把营养支持护理方法融入到消化道肿瘤术后护理中[J]. 世界最新医学信息文摘,2019,19 (60): 310-311.
- [13]孙颖. 研究饮食护理干预对消化道肿瘤患者化疗期间营养状况的影响[J]. 世界最新医学信息文摘,2019,19 (44): 273-274.
- [14]李祚祥,陈娟. 整合式延续护理对消化道肿瘤患者居家口服化疗药依从性的影响[J]. 实用妇科内分泌杂志 (电子版),2018,5 (35): 128+132.
- [15]晁晶晶,薛雅卓. 肿瘤患者的延续性护理质量评价[J]. 护士进修杂志,2017,32 (24): 2294-2296.

精细化护理在新生儿重症肺炎合并呼吸衰竭护理中的应用价值分析

冉宪俊

河北省沧州中西医结合医院 061000

摘要：目的：分析对于新生儿重症肺炎同时合并呼吸衰竭患儿采用精细化护理的临床价值。方法：病例抽取时间为2021年1月~2022年6月，地点为我院，诊断结果均为新生儿重症肺炎伴呼吸衰竭，病例数量64例，借助随机数字表法分组，即对照组、观察组，各组均为32例，对照组患儿为常规护理，观察组联合运用精细化护理，针对2组患儿的康复进程、治疗总有效率、血气分析指标、患儿家长的护理满意度以及患儿并发症率等进行对比。结果：与对照组相比，气促、咳嗽、哮鸣音等症状的消失时间和住院时间均为观察组更短 $P<0.05$ ；护理满意度比较中，观察组100.00%、对照组87.50%， $P<0.05$ ；治疗总有效率比较中，观察组96.88%、对照组87.50%， $P<0.05$ ；施护前 PaO_2 、 PaCO_2 、 SaO_2 2组做对比差异甚微 $P>0.05$ ，经施护与对照组相比 PaO_2 、 SaO_2 均为观察组更高， PaCO_2 为观察组更低 $P<0.05$ ；并发症率比较中，观察组3.13%、对照组12.50%， $P<0.05$ 。结论：对于新生儿重症肺炎同时合并呼吸衰竭患儿采用精细化护理有利于患儿的病情康复、缩短其住院时间、改善其血气分析、降低并发症率，并可提升家长护理满意度。

关键词：新生儿；重症肺炎；呼吸衰竭；精细化护理；价值

新生儿肺炎是新生儿阶段的常见病，多与新生儿吸入异物或受到病原体感染有关，可发生于分娩前、分娩过程中或者分娩之后。患儿发病早期具有气促、发绀以及呻吟等典型表现，随患儿病情进展其症状加重并出现体温体温升高、肺部啰音以及呼吸困难等症状，可诱发呼吸衰竭以及心力衰竭等并发症，甚至出现休克和死亡，严重威胁患儿的生命健康。新生儿重症肺炎患儿同时并发呼吸衰竭时将导致治疗难度和护理难度进一步提升，且非常容易诱发低氧血症、循环衰竭。近年来报道指出^[1-3]，新生儿肺炎患儿罹患各类心肺疾病或存在其他相关危险因素时肺炎病情程度可进一步增加，与此同时新生儿的支气管较为狭窄，其气道黏膜血管分布较多，所以更易出现重症肺炎，并伴随呼吸衰竭。随着近年来人们生活水平的快速提升，对于子女健康状况更加关注，与此同时在入院期间对医疗服务也提出了更高要求，积极探寻全面、周到、细致的护理服务模式确保患儿的医护服务质量至关重要^[4-6]。以下将分析对于新生儿重症肺炎同时合并呼吸衰竭患儿在其护理中采用精细化护理的实际效果。

1 资料和方法

1.1 基础资料

病例抽取时间为2021年1月~2022年6月，地点为我院，诊断结果均为新生儿重症肺炎伴呼吸衰竭，病例数量64例，借助随机数字表法分组，即对照组、观察组，均为32例，观察组男、女分别为17例、15例；胎龄35~41周，均值 (38.20 ± 1.60) 周；体重 $1.95\sim4.52\text{kg}$ ，均值 $(3.13\pm0.53)\text{kg}$ ；出生方式：自然分娩26例，剖宫产共6例；病程1~4d，均值 $(1.6\pm0.5)\text{d}$ 。对照组男、女分别为16例、16例；胎龄35~41周，均值 (38.30 ± 1.58) 周；体重 $1.92\sim4.55\text{kg}$ ，均值 $(3.14\pm0.52)\text{kg}$ ；出生方式：自然分娩27例，剖宫产共5例；病程1~5d，均值 $(1.7\pm0.4)\text{d}$ 。2组以上资料均有其可比性 $P>0.05$ 。

纳入标准：①符合新生儿重症肺炎的诊断标准，且具有呼吸衰竭表现；②患儿家长对研究方案知晓并征得知情同意；③患儿的各临床资料完善。排除标准：①罹患其他各类先天性疾病者；②存在神经、意识障碍表现者；③具有心、肝、肾等重要脏器功能病变者；④罹患各类血液系统病变者。

1.2 方法

对照组患儿为常规护理，如患儿治疗期间加强病情与生命体征的密切监测和记录，积极协助医生完成患儿的各项治疗工作，在护理巡视中发现患儿的异常情况需要及时上报。密切监测患儿的体温，了解其药物应用后的反应情况，做好与新生儿家长的沟通交流，解答其疑问等；观察组联合运用精细化护理，方法为：（1）护理评估与基础护理：在患儿入院之后需要迅速对其病情状况等进行全面充分的评估，明确患儿的护理重点以及难点并分析存在的风险因素，在此基础上制定护理对策。与此同时还需要

与患儿家长进行充分的沟通，做好细致耐心的解释工作，寻求家属的理解以及配合讲解。由于新生儿患病后的耐受力较低，并且病情反应强烈，所以需要与家长进行密切的配合，在护理过程中注意语言亲切、温柔以及行为的准确恰当，避免患儿的不适感加重，通过抚触等方式给予患儿安慰；

（2）体位护理：在患儿卧床需要进行科学合理的体位干预，确保患儿的吸氧顺利进行，例如仰卧位时可利用软枕对颈部进行适当垫起，维持患儿的手足自然生长状态。在患儿保持俯卧位时，可将其头部向一侧进行偏移，加强护理巡视，每隔一小时协助患儿对头部位置进行调整；（3）环境护理：做好患儿生命体征以及病情状况的密切监测，并认真细致地做好记录，对于各项生命体征变化、面色情况、体温情况进行细致观察和记录，及时评估患儿的缺氧状况，避免出现体温过高。发现面色苍白时，需要及时上报并加强患儿的面罩吸氧，做好家属的认真细致解释工作。营造优良的病房并确保患儿的舒适度，例如加强日常的保暖护理，以及确保病房内的温湿度适宜和空气流动新鲜，还需定时做好环境卫生护理以及空气消毒等工作；（4）护患沟通：与家属进行充分的沟通耐心解答其相关疑问，同时告知患儿住院治疗期间家属的注意事项和相关配合要点，运用比较通俗易懂的语言向家属对于疾病的相关知识进行讲解，做好家属情绪的安抚，争取其理解以及配合等；（5）喂养护理与口腔护理：对于接受人工喂养的新生儿，需充分结合其病情状况、体质量等对喂养奶量进行计算。对于母乳喂养的新生儿，则主要以新生儿自觉饱感的状态为宜。无法自主进食者，可遵循医嘱给予鼻饲喂养，在此期间遵循少量多餐的基本原则，防止出现溢奶情况。在喂养后进行口腔卫生清洁护理，例如棉签蘸取适量生理盐水对患儿的舌部、牙龈等处充分清洁；（6）呼吸道护理：在护理过程中维持患儿的呼吸系统畅通，严格遵循医嘱为患儿提供相关治疗，例如机械辅助排痰以及雾化吸入等。结合患儿的情况进行吸痰护理，患儿卧床期间需要定时翻身以及叩背，加快痰液松动以及顺利排出。

1.3 评价规范

（1）记录2组患儿的康复进程指标，例如气促、咳嗽、哮鸣音等症状的消失时间和住院时间。（2）对2组患儿家长进行护理满意度调查，在问卷当中包含护理操作技术、住院环境、护患沟通交流、护理诉求满足、护理责任意识以及服务态度等方面，总分为100分， ≥ 95 分即为非常满意，70~94分即为满意， < 70 分即为不满意。（3）比较2组患儿的治疗效果，显效：体温正常，白细胞计数等恢复至正常范围，肺部病灶、肺部啰音和胸闷、咳嗽、气促等症状消失；有效：症状体征改善，胸片以及实验室检查结果均有所恢复；无效：病情未能改善或持续加重。（4）2组患儿均在护理前后记录其血气指标，即动脉血氧分压 (PaO_2) 、二氧化碳分压 (PaCO_2) 和血氧饱和度 (SaO_2) 。（5）记录2组患儿出现的相关并发症，例如中毒

性脑病、胃肠功能紊乱以及感染和心力衰竭等。

1.4 统计学分析

文中数据均借助 SPSS22.0 分析, 计量资料当中的数据标准差: ($\bar{x} \pm s$), 实施 t 检验, 计数资料: [n (%)], 实施 χ^2 检验, $P < 0.05$ 即为有统计学意义。

2 结果

2.1 康复进程组间平行对比

与对照组相比, 气促、咳嗽、哮鸣音等症状的消失时间和住院时间均为观察组更短 $P < 0.05$ 。

表 1 康复进程组间平行对比 ($\bar{x} \pm s$, d)

分组	n	气促消失	咳嗽消失	哮鸣音消失	住院时间
观察组	32	2.69 $\pm$ 0.36	3.26 $\pm$ 0.52	4.16 $\pm$ 0.62	12.26 $\pm$ 1.15
对照组	32	4.15 $\pm$ 1.03	5.57 $\pm$ 0.69	5.96 $\pm$ 1.04	16.35 $\pm$ 1.17
t 值		5.936	6.012	4.153	6.362
p 值		0.032	0.026	0.037	0.025

2.2 患儿家长护理满意度组间平行对比

护理满意度比较中, 观察组 100.00%、对照组 87.50%, $P < 0.05$ 。

表 4 血气分析指标组间平行对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	PaO ₂ (mmHg)		PaCO ₂ (mmHg)		SaO ₂ (%)	
		施护前	施护后	施护前	施护后	施护前	施护后
观察组	32	46.95 $\pm$ 8.79	85.62 $\pm$ 8.19	53.69 $\pm$ 6.59	40.26 $\pm$ 5.58	57.25 $\pm$ 7.05	95.59 $\pm$ 6.17
对照组	32	46.97 $\pm$ 8.78	72.63 $\pm$ 7.86	53.71 $\pm$ 6.58	47.96 $\pm$ 6.13	57.26 $\pm$ 7.03	82.35 $\pm$ 6.19
t 值		0.265	8.635	0.506	6.652	0.657	9.312
p 值		0.335	0.012	0.297	0.018	0.129	0.010

2.5 并发症率组间平行对比

并发症率比较中, 观察组 3.13%、对照组 12.50%, $P < 0.05$ 。

表 5 并发症率组间平行对比[n (%)]

分组	n	中毒性脑病	胃肠功能紊乱	感染	心力衰竭	总计
观察组	32	0 (0.00)	1 (3.13)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.13)
对照组	32	1 (3.13)	2 (6.25)	0 (0.00)	1 (3.13)	4 (12.50)
χ^2 值		0.653	1.529	-	0.653	5.632
p 值		0.292	0.637	-	0.292	0.029

3 讨论

重症肺炎在新生儿阶段的发病率较高, 患儿出生之后由于呼吸系统未能充分发育成熟, 所以在受到病原菌感染之后非常容易出现肺部感染并诱发呼吸衰竭等并发症, 这对于患儿的生命健康构成较大影响^{[7]-[9]}。在患儿治疗过程中做好科学精心的临床护理工作, 是促进患儿病情尽早康复的重要手段^{[10]-[12]}。精细化护理是一种比较先进和具有人性化的护理服务模式, 在护理中更加注重以患者为本的基本护理理念, 其目的是充分结合患儿的病情状况、生理特点、社会功能等, 为其提供更具实效性、前瞻性和多元化的护理服务, 可加快患儿的病情康复^{[13]-[14]}。本研究中, 观察组患儿通过运用精细化护理, 其治疗总有效率高于对照组, 各症状的消失时间更短, 与此同时患儿家长的护理满意度较高, 观察组的并发症率低于对照组, 护理后的血气分析指标恢复情况好于对照组。表明, 精细化护理的运用能够提升新生儿重症肺炎伴呼吸衰竭患儿的护理质量。

综上所述, 对于新生儿重症肺炎同时合并呼吸衰竭患儿采用精细化护理, 有利于患儿的病情康复并缩短其住院时间, 可改善其血气分析以及降低并发症率, 可提升家长护理满意度。

表 2 患儿家长护理满意度组间平行对比[n (%)]

分组	n	非常满意	满意	不满意	总满意度
观察组	32	27(84.38)	5 (15.63)	0 (0.00)	32(100.00)
对照组	32	12(37.50)	16(50.00)	4 (12.50)	28 (87.50)
χ^2 值		15.325	13.652	6.326	6.326
p 值		0.000	0.000	0.026	0.026

2.3 治疗总有效率组间平行对比

治疗总有效率比较中, 观察组 96.88%、对照组 87.50%, $P < 0.05$ 。

表 3 治疗总有效率组间平行对比[n (%)]

分组	n	显效	有效	无效	总有效率
观察组	32	18(56.25)	13(40.63)	1 (3.13)	31(96.88)
对照组	32	10(31.25)	18(56.25)	4 (12.50)	28(87.50)
χ^2 值		10.025	8.253	5.632	5.632
p 值		0.002	0.013	0.029	0.029

2.4 血气分析指标组间平行对比

施护前 PaO₂、PaCO₂、SaO₂ 2 组做对比差异甚微 $P > 0.05$, 经施护与对照组相比 PaO₂、SaO₂ 均为观察组更高, PaCO₂ 为观察组更低 $P < 0.05$ 。

参考文献:

- [1] 谭丽娜. 精细化护理模式在新生儿重症肺炎合并呼吸衰竭护理中的应用效果研究[J]. 中国保健营养, 2020, 30 (35): 156-157.
- [2] 刘良慢, 张丽萍, 魏淑玲, 等. 新生儿重症肺炎合并呼吸衰竭护理中精细化护理的应用效果研究[J]. 特别健康, 2020, 15 (19): 193-194.
- [3] 苏晓蕾. 精细化护理对新生儿重症肺炎合并呼吸衰竭血气分析及呼吸频率的影响[J]. 健康大视野, 2018, 15 (7): 23-24.
- [4] 党明芳, 李江花, 苗敬文. 危重症专科护理小组在重症肺炎合并呼吸衰竭患者中的应用[J]. 河南医学研究, 2020, 29 (8): 1498-1499.
- [5] 张彬彬. 细节护理干预对重症肺炎合并呼吸衰竭患者机械通气时间及血氧饱和度的影响[J]. 黑龙江医学, 2020, 44 (5): 695-697.
- [6] 赵改霞. PEWS 评分的针对性护理干预在重症肺炎合并呼吸衰竭患儿中的应用观察[J]. 首都食品与医药, 2020, 27 (21): 135-136.
- [7] 何淑洁. “3H”规范化护理服务模式应用于小儿重症肺炎合并呼吸衰竭中的价值分析[J]. 健康管理, 2020, 26 (22): 197-198.
- [8] 林晓玲. 实时监测系统结合个性化护理在重症肺炎合并心力衰竭经鼻持续气道正压通气患儿中的应用效果[J]. 中国医药指南, 2020, 18 (34): 89-90.
- [9] 阮燕媚. 医护一体化方式治疗护理重症肺炎合并呼吸衰竭的效果观察[J]. 心电图杂志 (电子版), 2019, 8 (2): 178-179.
- [10] 王俊晖. 细节护理干预对重症肺炎合并呼吸衰竭患者机械通气时间及血氧饱和度的影响[J]. 东方药膳, 2019, 29 (19): 223-224.
- [11] 孙春霞. 预见性护理对新生儿重症肺炎合并呼吸衰竭血气分析及预后的影响[J]. 现代医学影像学, 2018, 27 (5): 1570-1571.
- [12] 郭凤珍, 李保香, 张灵敏. 保护动机理论综合护理对重症肺炎合并心力衰竭患儿康复的影响[J]. 临床心身疾病杂志, 2018, 24 (2): 197-199.
- [13] 黄芳, 卢长江. 优质护理服务在婴幼儿重症肺炎合并心力衰竭治疗中的价值[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5 (57): 155-157.
- [14] 夏潘. 人文关怀护理干预对 PICU 重症肺炎患儿护理质量及家长满意度的影响[J]. 智慧健康, 2020, 6 (36): 41-42.

延续性护理干预对青光眼手术患者的应用效果及对眼压水平的影响

李芳 汤自芳

宁夏回族自治区人民医院 宁夏银川 750002

摘要:目的 评估青光眼手术患者采用延续性护理后对其眼压产生的积极效果及临床价值。方法 本次医学研究以青光眼为对象,自愿参与研究的患者有350例,研究时段为2021年1月-2021年12月,将入选患者随机划分至两个独立的小组单元,对照组患者数量:观察组患者数量=175:175,予对照组常规护理方案,予观察组延续性护理方案。对比效果。结果 观察组和对照组比较心理状态、自我护理能力、眼压及视力情况、生活质量以及护理满意度等指标,结果显示前者均较优($P<0.05$)。结论 青光眼手术患者术后采用延续性护理干预方案后,自身负面情绪得到较好缓解,自我护理能力得以优化,视力及眼压指标得以提升,生活质量水平较好,且患者的满意度较高。

关键词: 青光眼; 延续性护理; 眼压; 疗效

随着时代的发展、社会的进步,青光眼的治疗技术越发先进以及高效,多数患者在医院得到科学、高效的救治后,休息数日,即可回家调养休息^[1-2]。现代社会电子设备较多,多数人用眼频率较高、时间较长,多数患者虽然在医院得到了科学地治疗措施,但回家后用眼习惯及术后护理措施欠佳,术后恢复效果未能达到预期,因此术后科学的护理干预方案是患者早日康复的关键^[3-5]。基于此,本文就青光眼术后患者采用延续性护理方案对眼压及手术效果的积极影响进行探究,现在报告如下:

1. 资料和方法

1.1 一般资料

我院的研究病症为青光眼,样本数量为350例,研究时间从2021年1月开始,结束于2021年12月。随机将175例患者划分至对照组,其余175例患者则划分至观察组。一般资料,详见表1。

表1 一般资料

组别	性别		年龄(岁)	病程(年)
	男	女		
对照组 (n=175)	86 (49.14%)	89 (50.86%)	63.27±2.56	7.53±2.82
观察组 (n=175)	87 (49.71%)	88 (50.29%)	63.31±2.52	7.55±8.79
t/X ²		0.011	0.147	0.029
P		0.915	0.883	0.977

纳入标准:①我院伦理委员会批准本次医学研究;②所有患者经过我院诊断确诊为青光眼疾病;③所有患者均自愿参与本次医学研究;④患者的临床症状及生命体征指标相对稳定,且患者的认知功能正常;⑤患者的临床资料完整,且可以与医护人员进行顺畅交流、沟通;⑥患者及其家属清楚本次医学研究的流程,并在知情同意书上签字;

排除标准:①合并有恶性肿瘤疾病;②合并有免疫系统疾病;③合并有认知功能障碍;④患者依从性差,不配合医护人员相关救治工作,且情绪起伏较大;⑤患者在本次医学研究的中途退出。

将上述信息录入SPSS26.0软件中,结果为 $p>0.05$,表示数据平衡。

1.2 方法

对照组的方案为常规护理,方案具体内容如下:医护人员在患者出院时给予患者常规的日常生活指导以及用眼行为规范告知等干预;

观察组的方案为延续性护理,方案具体内容如下:①患者出院时干预:医护人员建立患者的个性化电子健康档案,详实记录患者住院期间的相关救治措施,以及生命体征指标等准确数据,并将患者的症状特点记录下来,方便日后查询以及对比;取得患者的联系方式,方便医护人员随时咨询患者回家后症状恢复程度,也有利于医护人员远程对患者进行良性干预护理;②心理干预:部分患者由于视力欠佳,回家后恢复速度较慢,容易产生悲观厌世的消极心态,医护人员借助社交媒体软件以及电话等途径开导患者,转变患者欠佳的认知观念,纠正其错误认知,减轻患者的消极、自卑、极端等负面情绪;③眼部干预:每日定期做眼保健操,并对眼睛进行适量时间的按摩,每次按摩眼球的力度不宜过大,时间不宜过长;做好眼部清洁卫生,防止炎性介质及过敏物质对眼睛产生不良刺激;④日常生活干预:保证足量睡眠,规律作息,保证眼睛充足的休息时间,避免眼睛干

涩,可以有效改善患者的症状;严格控制患者使用手机、平板以及看电脑、电视的时间,控制患者使用电子设备的时长;外出或者在强光环境中须佩戴太阳镜,减轻强光对眼睛造成的强烈刺激;饮食干方面。制定健康饮食计划,鼓励患者摄入低蛋白、维生素含量高以及有助于青光眼恢复的食材,避免摄入生冷刺激类食物,严禁烟酒;⑤用药干预:遵医嘱正确滴眼药水,将眼药水低于下结膜囊,避免直接将眼药水滴于角膜之上,严格规范每日滴眼频次及眼药水用量;如果需要联合使用多种眼药水,先滴刺激性相对较弱的眼药水,之后再滴刺激性相对较强的眼药水;⑥定期随访护理:医护人员根据患者恢复情况,定期对患者的眼部指标进行检测,并对患者欠佳的术后生活习惯进行指导,有利于术后的早日康复;⑦家庭成员干预:引导患者家庭成员积极干预患者的日常工作、生活以及饮食等习惯,监督患者的眼药水以及日常生活行为,给予患者精神支持及感情陪伴,鼓励患者,增加患者治疗疾病的信心、家庭归属感及责任感。

1.3 观察指标

1.3.1 心理状态。以焦虑(SAS)自评量表以及抑郁(SDS)自评量表为评估两组患者干预前后心理状态水平的依据。

1.3.2 自我护理能力。

1.3.3 眼压及视力情况。

1.3.4 护理满意度。

1.3.5 生活质量。

1.4 统计学分析

此次研究涉及心理状态、自我护理能力、眼压及视力情况、生活质量以及护理满意度等指标,前四项属于计量资料,通过 t 呈现,对比分析经 t 检验;最后一项属于计数资料,通过 $n/\%$ 呈现,对比分析经 X^2 检验;资料均经双人准确录入SPSS 22.0中分析, $P<0.05$ 具有统计学意义。

2. 结果

2.1 心理状态

比较指标是干预后的心理状态,观察组组别、对照组组别比较,显示($P<0.05$)。如表二呈现。

表2 心理状态(分,)

组别	SAS 测评得分		SDS 测评得分	
	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n=175)	56.34±2.96	51.37±2.19	61.22±3.53	55.46±2.28
观察组 (n=175)	56.35±2.97	48.53±1.95	61.21±3.51	49.68±1.64
t	0.032	12.812	0.027	27.225
P	0.975	0.000	0.979	0.000

2.2 自我护理能力

比较指标是干预后的自我护理能力,观察组组别、对照组组别比较,显示($P<0.05$)。如表三呈现。

表3 自我护理能力(分,)

组别	眼部保健		日常生活调理		疾病管理	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n=175)	14.19±2.62	16.55±3.46	6.39±2.06	8.89±2.28	16.04±3.18	20.43±3.57
观察组 (n=175)	14.17±2.58	20.09±4.57	6.35±2.02	11.12±2.93	16.02±3.13	25.59±3.66
t	0.072	8.170	0.183	7.946	0.059	13.351
P	0.943	0.000	0.855	0.000	0.953	0.000

2.3 眼压及视力情况

比较指标是干预后的眼压及视力情况,观察组组别、对照组组别比较,显示($P<0.05$)。如表四呈现。

表4 眼压及视力情况()

组别	眼压(mmHg)		视力	
	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n=175)	15.22±1.73	14.62±1.58	0.32±0.09	0.47±0.12

观察组

(n=175)

t

P

15.24±1.76	13.39±1.45	0.31±0.08	0.68±0.15
------------	------------	-----------	-----------

2.4 生活质量

比较指标是干预后的生活质量,观察组组别、对照组组别比较,显示($P<0.05$)。如表五呈现。

表5 生活质量(分,)

组别	眼球疼痛		近视力		远视力		社交功能	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n=175)	62.34±12.36	71.68±12.95	58.36±18.49	65.43±21.37	63.19±15.43	68.57±16.22	68.56±12.37	75.33±14.28
观察组 (n=175)	62.19±12.45	79.54±14.12	58.32±18.26	72.68±22.15	63.14±15.38	76.49±17.06	68.59±12.25	83.62±16.35
t	0.113	5.427	0.020	3.116	0.030	4.451	0.023	5.052
P	0.910	0.000	0.984	0.002	0.976	0.000	0.982	0.000

2.5 护理满意度

比较指标是护理满意度,观察组组别、对照组组别比较,显示($P<0.05$)。如表六呈现。

表6 护理满意度(例, %)

组别	非常满意	比较满意	满意	不满意	护理满意度
对照组 (n=175)	12 (6.86)	42(24.00)	85(48.57)	36(20.57)	79.43
观察组 (n=175)	39(22.29)	88(50.29)	37(21.14)	11 (6.29)	93.71
X ²	-	-	-	-	15.361
P	-	-	-	-	0.000

3. 讨论

青光眼是当地社会较为常见的眼科疾病之一,以往多好发于老年患者,近年来随着手机、电脑以及强光等长时间、高强度对眼睛的刺激,青光眼的发病呈现出低龄化趋势^[6-8]。虽然医学界治疗青光眼的技术较为成熟以及高效,但由于其术后恢复时间较为漫长,且多数患者的用眼习惯欠佳,因此必须制定个性化的延续性护理干预方案^[9-10]。只有改变患者错误的日常生活、饮食以及用眼习惯,才能加快患者术后青光眼疾病的恢复^[11]。延续性护理这一先进的干预方案可以根据青光眼患者术后恢复时间漫长的特点,对患者的自我护理能力、负面情绪进行针对性干预,缓解其内心沉重的心理负担,医护人员借助社交媒体强化患者的自我护理能力、纠正其不良生活、饮食以及作息规律,指导患者健康滴眼药水、用眼,有利于患者青光眼术后的早日好转^[12-14]。

在本次医学研究中,多数青光眼患者由于疾病的原因,严重影响了患者正常的工作、生活,内心较为敏感、自卑、应激、焦虑以及抑郁,医护人员告知患者我院在治疗青光眼方面的权威性、有效性,并针对性地疏导、安慰患者,增加患者治疗青光眼的信心以及依从性,因此观察组患者的心理状态评分均较低。医护人员通过微信、电话等多种途径,对患者的生活饮食以及用眼习惯进行干预,指导患者规范用眼、饮食以及作息,患者的自我护理水平随之提高,所以观察组患者的自我护理能力评分较高。科学的延续性护理方案制定了针对患者的用眼、用药以及日常生活饮食干预措施,患者术后眼压水平以及视力都得到了较好的改善,所以观察组患者的眼压、视力水平均较优。医护人员在指导患者自我护理的同时,引导患者家属关爱、关心以及鼓励患者,增加了患者的家庭归属感以及责任感,激发其治疗疾病的信心及对医护人员相关干预措施的积极性、配合度,所以观察组患者的生活质量评分较高。优质高效的延续性护理是一种以患者为中心,全方位干预患者用眼、用药以及日常生活饮食习惯的干预方案,在

改善青光眼患者术后症状的同时,还缓解了患者沉重的负面情绪,提升了患者的生活质量,并增加了患者的家庭归属感,所以观察组患者的护理满意度较高。

综上所述,延续性护理不仅可以改善青光眼患者术后的消极心态,提升患者的自我护理能力,患者的视力及眼压指标较优,生活质量得到明显提升,且患者的满意度较高,在临床一线的推广价值较好。

参考文献:

- [1]张婷,金雯,赵迪,等.不同眼球按摩护理方式对青光眼小梁切除术患者眼压及手术成功率的影响[J].中国医药导报,2020,17(12):120-123.
- [2]梁刘涛,刘慧芳.不同护理方式对青光眼小梁切除术患者眼压以及手术成功率的影响研究[J].贵州医药,2021,45(12):2000-2001.
- [3]陈红,文平,郑思琳,等.针刺联合回授法健康教育对青光眼患者眼压水平及遵医行为的影响[J].长春中医药大学学报,2021,37(1):189-192.
- [4]罗淑芳,张晓,罗蓓蓓,等.超声乳化联合小梁切除术治疗老年青光眼合并白内障的临床效果及对眼压、视力的影响[J].解放军医药杂志,2020,32(5):104-107.
- [5]杨雪梅.延续性护理对青光眼手术患者自我管理能力的的影响[J].中国医药科学,2021,11(15):135-138.
- [6]黎琴,廖美英,黄明丽,等.延续性护理干预模式对急性闭角型青光眼患者遵医行为及生活质量的影响[J].广西中医药大学学报,2021,24(1):81-84.
- [7]杨培.基于微信公众号的延续性护理模式对原发性闭角型青光眼患者术后并发症发生率的影响分析[J].四川解剖学杂志,2021,29(1):87-88.
- [8]张昕红.延续性护理干预对青光眼手术患者自我管理能力的的影响[J].实用防盲技术,2020,15(3):135-136,102.
- [9]司迎朝,刘培佩.延续性护理干预对青光眼小梁切除术患者遵医行为及眼压控制的影响[J].黑龙江中医药,2020,49(6):312-313.
- [10]单雪燕.延续护理干预对居家青光眼患者眼压、生活质量的影响[J].新疆医学,2021,51(12):1410-1411,1403.
- [11]郭书皎.以奥马哈系统为基础的延续护理对青光眼患者自我管理能力和生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(14):2684-2688.
- [12]徐贤,王岚,孙榕,等.多样性延续护理对青光眼患者术后生活质量的影响分析[J].医药前沿,2021,11(32):164-165.
- [13]李敏,贺敏,王冬梅,等.基于同伴教育的延续性护理对原发性青光眼病人负性情绪和自我管理能力的影响[J].贵州医药,2021,45(9):1508-1509.
- [14]刘艳.针对性护理干预在闭角型青光眼术后并发睫状肌阻滞性青光眼患者中的应用效果分析[J].四川解剖学杂志,2020,28(3):73-74.

程序化急诊急救护理对急性心肌梗死患者急救效率及临床转归的影响

唐佳怡 陈小敏 唐东琴

重庆大坪医院急诊医学科 重庆 400042

摘要：目的：探讨临床在抢救急性心梗患者时应用程序化急诊急救护理模式，对提升急救有效率与改善临床转归的施治价值。方法：试验对象选自2019.01—2021.12期间，在我院就医的急性心梗患者90例，以随机数字表法均分为两组，在抢救期间分别以常规护理与程序化急诊急救护理模式施护，统计组间各项抢救指标、病死率、复发率及并发症差异性。结果：观察组院前急救时间、急救时间、球囊扩张时间、溶栓时间及住院时间比对照组短， $P < 0.05$ ；两组病死率无显著差异， $P > 0.05$ ；观察组疾病复发率比对照组低， $P < 0.05$ ；观察组抢救后并发症总发生率比对照组低， $P < 0.05$ 。结论：通过应用程序化急诊急救护理，可显著提升患者抢救效果，减少其抢救时间的同时，还能降低疾病复发风险，具备确切护理优势，适宜深入研究与推广应用。

关键词：急性心梗；程序化急诊急救；急救有效率；复发率；并发症

急性心梗作为临床常见一种危重症，是由于冠状动脉闭塞或者心肌呈持续性缺血、缺氧所致，临床症状以压榨性胸痛为主，在应用硝酸酯或者休息后无法完全缓解，合并有出汗、恐惧等症状发生，甚至还易导致患者出现、休克等情况，具有较高病死率及致残率，一旦未及时治疗，将对患者生存质量造成影响^[1-2]。有研究显示，若以高效急救干预措施来缩短患者急救时间，早期再通病死血管，恢复血流灌注及降低治疗时间窗，不仅能够降低急性心梗患者病死率，同时还能起到改善其预后的作用^[3-4]。为最大程度上缩短患者治疗前停留时间，提升临床成功抢救率，本研究以90例存在急性心梗疾病患者为试验对象，主要目的是为了探讨在抢救期间以程序化急诊急救护理模式施护的价值，现分析如下：

1. 资料与方法

1.1 病例资料

本组试验对象为90例急性心梗患者，组间分组选以随机数字表法，回顾性分析组内患者资料，年龄在55~79岁，男性52例，女性38例，从发病至入院时间在0.5h~6.0h，其中有25例患者合并存在糖尿病、17例合并高血压、15例合并冠心病。综合分析2组资料数据（ $P > 0.05$ ），可对比，详情见表1。入组患者纳入要求：（1）满足急性心肌梗死诊断标准；（2）经临床检查确诊；（3）胸痛持续时间 $\geq 30\text{min}$ ，经服用硝酸甘油后症状并未减轻；（4）遵循知情原则且同意参与；（5）临床资料完整。排除：（1）肝肾功能严重受损；（2）存在精神疾患；（3）认知功能存在障碍；（4）合并脑卒中等严重疾病；（5）试验中途退出。

表1 对比组间病例资料

组别	例数	性别	平均年龄/岁	发病至入院平均时间/h	合并基础性疾病		
对照组	45	男 25 女 20	65.70±8.14	3.05±0.81	糖尿病 15	高血压 9	冠心病 10
观察组	45	男 27 女 18	65.83±8.25	3.12±0.72	糖尿病 10	高血压 8	冠心病 5
χ^2 值	-	0.182	0.075	0.433	1.385	0.073	2.811
P值	-	0.670	0.940	0.666	0.239	0.788	0.094

1.2 方法

对照组提供常规急救护理，当急诊科在接到急救电话后派出院内救护车进行接诊，对患者展开院前抢救；在患者入院后密切监测其各项生命体征变化，建立起静脉通道及高流量吸氧等急救干预，开通绿色通道确保患者可尽快得到诊治，一旦确诊完成后完善术前各项准备工作；观察组则提供程序化急诊急救护理干预，内容为：（1）组建一支急性救治小组，包括院外接诊及院内救治，当接听到抢救电话后，组内成员同时展开急救准备相关工作；由急诊人员于5min内出诊，在出诊途中与患者家属保持联系，询问患者具体情况，并指导其维持患者以平躺姿势，与患者交流，促使其保持清醒状态；在接到患者后展开规范化院前急救，包括吸氧、输液、监测体征变化及转运入院，在转运过程中掌握患者情况，查看其面色、呼吸等变化，对患者病情进行评估，并告知院内急救人员，由其制定出初步抢救方案；（2）在患者进入至急救室后，立刻展开血液、心电图等各项检查，若明确患者为急性心梗，需立刻将其送至抢救室进行抢救，于2min内给予吸氧处理；于5min内为患者建立其静脉通路，做好术前各项准备工作；具体表现为：当患者进入至抢救室后，由医师查看患者情况，术前与患者家属进行谈话，征得其同意后对患者展开PCI治疗；之后安全将患者转入到介入室中，在转运期间密切监测患者生命体征变化，对于存在疼痛敏感者，可适当予以镇痛处理，完善患者治疗记录，并按照制度要求做好相应交接准备，以此来确保治疗顺利开展；（3）定期对急救抢救人员进行培训，不断优化护理内容，确保医护人员可熟练配合各项抢救工作的开展；制定出程序化护理流程内容，定期对组内成员进行考核，以此来提升其专业能力及操作水平，确保患者治疗安全性。

1.3 指标观察及判定标准

（1）统计各项抢救指标，指标包括：院前急救时间、急救时间、球囊扩张时间、溶栓时间及住院时间；（2）统计病死率与复发率；（3）统计并发症，指标包括：休克、心律失常及心力衰竭，总发生率为各项指标之和/每组纳入例数。

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t值表示，以卡方 χ^2 与（ $\bar{x} \pm s$ ）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 抢救指标

表2可知，通过对2组抢救抢救进行比较，观察组各项指标优于对照组， $P < 0.05$ 。

表2 对比组间抢救指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	院前急救/min	急救时间/min	球囊扩张/min	溶栓时间/h	住院时间/d
对照组	45	43.17±5.26	54.22±7.68	110.23±10.57	41.62±4.58	12.07±4.60
观察组	45	32.60±4.84	33.97±8.12	73.20±5.82	32.81±4.12	8.09±2.05
t 值	-	9.920	12.154	20.587	9.593	5.301
P 值	-	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 病死率及复发率

表3可知,通过对2组病死率进行比较,无显著差异, $P>0.05$; 通过对2组复发率进行比较,观察组低于对照组, $P<0.05$ 。

表3 对比组间病死率与复发率 (n, %)

组别	例数	病死例数	病死率	复发例数	复发率
对照组	45	3	6.67	10	22.22
观察组	45	1	2.22	3	6.67
χ^2 值	-	-	1.047	-	4.406
P 值	-	-	0.306	-	0.036

2.3 并发症

表4可知,通过对抢救后2组并发症发生率进行比较,观察组低于对照组, $P<0.05$ 。

表4 对比组间抢救后并发症发生情况 (n, %)

组别	例数	休克	心律失常	心力衰竭	总发生数
对照组	45	2	4	2	8 (17.78)
观察组	45	1	1	0	2 (4.44)
χ^2 值	-	-	-	-	4.050
P 值	-	-	-	-	0.044

3 讨论

急性心肌梗死是由于冠状动脉出现急性或者持续性的缺血和缺氧而引起的心肌损伤和坏死,该疾病在临床上主要表现为心悸、心前区压榨性疼痛、大汗淋漓、胸闷等,且患者还会伴随着出现一系列并发症,如左心衰、心律失常等,是冠心病中比较严重的类型,具有发病急、病情严重、危害性大的特征,对患者的身心健康造成了严重的负面影响^[5-6]。近年来,基于我国社会经济不断发展背景下,人们的生活方式也在不断变化,从而导致急性心肌梗死发病率每年都在呈现不断上升的趋势。通常情况下,若在患者发病24h之内,未得到及时性的治疗与护理,则会增加其死亡风险,即便是在抢救成功之后,还是会给患者留下后遗症。然而若在患者发病早期接受急救与护理干预后,不仅可有效提高患者生存率,同时还能起到改善其预后质量的作用^[7-8]。目前临床主要采取PCI术对该类患者展开治疗干预,不仅能够帮助患者修复受损的心肌细胞,促进冠状血流的恢复与稳定,还能够降低氧化应激损伤对患者机体造成的影响,有效防止心室重构。与此同时临床正不断更新及落实标准化抢救护理流程,将既往被动护理转变成主动抢救,严格按照相关规范及救护操作要求,合理开展护理服务,促使各类操作可同时进行,从而实现提升抢救成功率、缩短患者抢救时间的目的^[9-10]。本研究中,经比较常规急救护理与程序化急救护理在急性心肌梗死患者中的施护价值,结果发现观察组急救后并发症总发生率为4.44%,低于对照组17.78%,证实以程序化急救模式实施干预,可有效降低患者发生并发症风险;付广庆^[11]经探讨“程序化急救流程干预对急性心肌梗死患者抢救效果的影响”,发现试验组43例患者病情复发率达9.30%,低于对照组25.58%,这提示通过应用程序化急救流程后,可最大程度上缩短患者急诊时间,防止延误其最佳治疗时机,既能够提升临床抢救效率的同时,还能缩短抢救时间,促使患者可尽快得到手术治疗,进而为血管再通提供有利条件,最终实现降低疾病复发风险。但试验组与

对照组病死率无显著差异,分别为2.33%、6.98%,这可能研究样本量小有关。杨会^[12]经分析“急性心肌梗死应用急诊急救护理干预的效果情况”,发现研究组55例患者经予以急诊急救护理干预后,院前急救时间为30.26±5.15min、急救时间为32.29±8.07min、球囊扩张时间为72.11±5.21min、溶栓时间为31.28±3.63h、住院时间为7.92±1.95d,低于对照组接受常规护理干预后院前急救时间、急救时间、球囊扩张时间、溶栓时间及住院时间42.83±6.25min、53.15±8.26min、113.32±9.52min、43.26±3.52h、12.62±5.61d,与本研究结果相符,这表明以急诊急救模式实施干预,可有效缩短患者急救时间与住院时间,临床应用价值较高,究其原因如下:急诊急救护理集急救治疗及护理于一体,可有效减少患者急救时间,对其病情发展进行控制的同时,还能及时对患者展开救治,进一步提升急救护理质量。通过对研究组患者以急诊急救护理模式实施干预,为其开放绿色通道,采取“先治疗后登记”方式,以MEWS早期预警评分对患者病情及预后进行评估,若评分在9分以上需及时予以对症处理,动态化检测患者体征变化,必要时可实施心泵功能恢复,并对患者及其家属展开疾病知识宣教与指导,结合其病情制定出饮食计划,确保每日摄入充足营养的同时,还能及时处理患者所出现的问题,进而实现缩短住院及急救时间的目的。

综上所述,将程序化急救护理模式应用于急性心梗患者抢救中,所得施护效果确切,值得推广。

参考文献:

- [1]刘新. 优化急诊护理流程对急性心肌梗死患者抢救效果的影响观察[J]. 实用临床护理学电子杂志,2020,5(08): 129+134.
- [2]刘冬梅. 临床护理路径在急性心肌梗死患者护理中的应用效果研究[J]. 中国医药指南,2022,20(01): 21-24.
- [3]沈玉英,李艳津,陈珠珍. 急诊优化护理对急性心肌梗死患者抢救效率的影响观察[J]. 心血管病防治知识,2021,11(17): 66-68.
- [4]陈芝. 急性心肌梗死患者实施优化急诊护理流程对于抢救效果的影响分析[J]. 中外医疗,2021,40(13): 123-125+129.
- [5]邓梅娟. 优化急诊护理流程对急性心肌梗死患者抢救效果的影响分析[J]. 心血管病防治知识,2021,11(07): 48-50.
- [6]吴杨玲,游成. 急诊优化护理流程对急性心肌梗死患者抢救效率的影响[J]. 数理医药学杂志,2020,33(12): 1875-1876.
- [7]黄陆玲. 优化急诊护理流程对急性心肌梗死患者抢救效果的影响[J]. 实用临床护理学电子杂志,2020,5(25): 46+75.
- [8]柏爱霞. 优化急诊护理流程在急性心肌梗死患者抢救中的临床应用效果及患者康复效果的影响分析[J]. 实用临床护理学电子杂志,2020,5(25): 6+14.
- [9]冯超如. 优化急诊护理流程对急性心肌梗死患者抢救效果的影响[J]. 中国医药科学,2019,9(20): 139-141+173.
- [10]顾红霞,胡红娟. 急诊护理流程优化前后对急性心肌梗死患者抢救的影响分析[J]. 实用临床护理学电子杂志,2020,5(19): 27+43.
- [11]付广庆. 程序化急救流程干预对急性心肌梗死患者抢救效果的影响[J]. 医疗装备,2020,33(04): 124-125.
- [12]杨会. 急性心肌梗死的急诊急救护理效果分析[J]. 中外医疗,2020,39(23): 123-124+130.

护理配合在无痛胃镜联合肠镜检查并发症预防中的应用

王晓艳

蒙阴县人民医院内窥镜室 山东临沂 276200

摘要：目的：此次研究主要针对无痛胃镜联合肠镜检查应用护理配合的效果进行分析。方法：随机选取 2021 年 1 月-2022 年 1 月内在我院接受无痛胃镜联合肠镜检查的 80 例患者展开研究，患者通过数字表法分成两组，分别为对照组和研究组（各 40 例），对照组进行常规检查干预，研究组在此基础上进行护理配合，观察患者心理状态、生命体征、并发症等影响。结果：检查指标对比，研究组麻醉药用量与呼吸抑制发生率均低于对照组，检查时间短于对照组，且收缩压、舒张压、心率等生命体征指标均优于对照组， $P<0.05$ 。患者心理状态对比，干预前两组患者心理状态均无显著差异， $P>0.05$ ；经干预后研究组 SAS、SDS（焦虑、抑郁）评分均低于对照组， $P<0.05$ 。并发症与满意度对比，研究组并发症发生率低于对照组，患者满意度高于对照组， $P<0.05$ 。结论：护理配合在无痛胃镜联合肠镜检查中可以发挥出重要作用，可预防并发症，改善患者心理状态，稳定生命体征。

关键词：护理配合；无痛胃镜；肠镜；并发症；应用效果

胃肠道内镜作为当前消化道疾病最为有效的一种检查方法，通过内镜观察，能够将患者病灶形态、大小与类型等进行检查，但是无法直观观察病灶，需要刮取病灶组织进行活检才可以进行准确诊断，进而提高诊断准确率。但是传统胃肠镜检查可能会给消化道带来较大刺激，导致患者检查过程中产生不适，以致于产生一些负面心理情绪，依从性降低，不利于检查工作顺利进行^[1]。这些年在诊断技术快速进步下，无痛胃镜联合肠镜检查方法逐渐得到应用，该方法不只是针对耐受性较低群体，对于年轻患者同样也可以选择这类方式进行检查。无痛胃镜和肠镜联合检查通常需要在麻醉下完成各项操作，所以在检查过程中可能会伴有一定麻醉不良反应，并且侵入性操作等可能给患者机体产生应激反应，导致患者生命体征出现波动，增加并发症发生风险，因此如何预防并发症是当前临床一个重要问题^[2]。为了能够有效预防并发症，在无痛胃镜联合肠镜检查中，需要及时配合护理措施干预，通过各项针对性护理干预，以降低并发症发生率，确保检查诊断效果。基于此，本文就我院接受无痛胃镜联合肠镜检查患者实施护理配合干预的效果展开分析。

1 资料与方法

1.1 基础资料

以 2021 年 1 月-2022 年 1 月期间在我院进行无痛胃镜联合肠镜检查患者当作研究对象，患者例数共 80 例，所有患者通过数字表法进行随机分组，总共分成两组，一组是对照组，40 例，男女比重 22:18，年龄介于 20-60 岁间，年龄均值（41.37±1.36）岁，患者体重范围在 55-80kg，平均体重（70.13±1.25）kg；一组是研究组，40 例，男女比重 23:17，年龄介于 21-61 岁间，年龄均值（41.45±1.43）岁，患者体重范围在 53-79kg，平均体重（70.24±1.36）kg；上述无痛胃镜联合肠镜检查患者年龄、性别与体重等资料经统计学软件计算发现无差异性（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：（1）均经过临床常规检查确认满足麻醉指征^[3]，符合无痛胃镜联合肠镜检查适应症；（2）各项资料齐全；（3）神经系统与认知功能正常；（4）患者及其家属均知情研究，签署同意书。**排除标准：**（1）并发消化系统急性炎症或者咽喉疾病者；（2）伴有严重精神疾病而无法配合研究者；（3）药物过敏与过敏体质；（4）妊娠期与哺乳期女性。

1.2 方法

对照组实施日常检查前准备干预，护理人员需要做好各项用药准备工作，将患者所涉及药物、呼吸机以及氧气罩等妥善准备，并加强常规消毒；同时需要将相关疾病知识进行宣教，确保患者与家属能够掌握基本认知，了解自身情况。检查前需要指导患者如何控制饮食，禁止食用一些明确规定不可食用的食物^[4]。

研究组在无痛胃镜联合肠镜检查过程中，全程进行护理配合，方法如下：（1）检查前护理，护理人员在检查前需要做好各项护理干预，具体有：①心理护理，护理人员需要和患者展开密切沟通交流，掌握患者个性特点

与疾病认知情况，由于患者自身情绪影响，护理人员需要及时疏导，尽可能指导患者将家庭、工作或者其他情况进行更加详细说明，从而有助于护理人员评估患者心理状况，并根据所了解情况制定针对性护理干预措施，将无痛胃镜联合肠镜检查重要性以及相关原理进行讲解，尽可能消除患者内心恐惧感与焦虑感，保持最好状态进行检查^[5]。②肠道清洁护理，检查前需要进行麻醉指征评估，当评估合格后，需要指导患者做好肠道清洁工作，并将肠道清洁重要性告知，以提高患者依从性，在清洁过程中严格根据各项规范操作开展，避免对检查结果造成影响。③体位指导干预，需要严格按照检查体位要求，指导患者更换肠镜检查专用裤，并指导患者保持左侧卧位，将患者双腿自然弯曲，做好保暖措施，需将衣领适当松开，垫上一次性检查单。（2）检查中护理，当患者在进行检查时，需要加强静脉通路保护，并应用专用面罩进行吸氧，密切监测心电图，查看患者生命体征与腹部胀气情况，如果发现异常必须第一时间通知医生，采取针对性措施处理。等到患者麻醉药物效果完全起效后，将相关检查设备置入。护理人员需要配合医生更换患者体位，确保内镜可以正常进行检查。同时还需要加强患者呼吸频率、血氧饱和度等指标监测，查看是否存在呛咳、恶心以及舌后坠等发生可能，避免患者出现窒息。（3）检查后护理，当所有检查操作完成后，当患者生命体征保持在稳定水平，则需要转移患者至恢复室进行观察，恢复室内护理人员需要做好各个患者唤醒工作。患者苏醒后，协助患者采取侧卧位，并将患者头部偏向一侧，保证呼吸通畅，并给予面罩吸氧干预与心电监护，同时需要在患者病床两旁装设护栏，避免患者出现坠床事故。因为患者刚苏醒时，麻醉药效还没有彻底消退，所以可能会伴有乏力与头晕等症状，这时应该告知患者保持卧床休息，防止摔伤。

1.3 观察指标

心理状态评估：应用 SAS、SDS（焦虑、抑郁评分量表）进行评估^[6]，评估项目共 20 个，取标准分作为评估分值，以 50 份为分界值，如果 SAS、SDS 分值在 50 分以下，则说明焦虑与抑郁表现正常状态；若是 SAS、SDS 分值在 50-59 分，则表示处在轻度焦虑、抑郁；若是 SAS、SDS 分值在 60-69 分，则为轻度焦虑、抑郁；分值超过 69 分为重度焦虑抑郁，分数越高表示焦虑、抑郁心理情绪越严重。

记录两组患者检查期间麻醉用药用量、检查时间、呼吸抑制发生、收缩压与舒张压、心率以及并发症发生情况（包括心律失常、低血压、恶心呕吐）。检查结束后在患者恢复期间，将我院自制满意度调查问卷^[7]发放并指导患者自行填写，问卷分值共 100 分，根据分值划分相应等级，调查统计分值超过 90 分为十分满意，调查统计分值在 70-90 分为基本满意，分值低于 70 分则为不满意，总满意度=（十分满意+基本满意）/总例数×100%。

1.4 统计学分析

SPSS23.0 处理分析，X²、t 检验，并用（n/%）（ $\bar{x} \pm s$ ）表示， $P<0.05$ ，则数据有差异。

2 结果

2.1 检查指标

从表 1 数据可见, 研究组麻醉药物用量比对照组少, 呼吸抑制发生率低于对照组, 且收缩压、舒张压、心率等指标水平相比对照组更加稳定, 检查时间较短, $P<0.05$ 。

表 1 比较两组检查期间指标改善情况 ($\bar{x}\pm s$)

指标	对照组 (n=40)	研究组 (n=40)	t	P
麻醉药物用量 (ml)	26.37±4.52	20.67±4.11	5.9009	0.0000
检查时间 (min)	31.54±3.88	24.56±3.65	8.2871	0.0000
呼吸抑制 (%)	10 (25.00%)	3 (7.50%)	4.5006	0.0338
收缩压 (mmHg)	125.37±3.58	120.54±4.17	5.5582	0.0000
舒张压 (mmHg)	91.58±4.13	82.46±3.88	10.1788	0.0000
心率 (次/min)	94.47±8.56	80.12±7.63	7.9147	0.0000

2.2 心理状态改善情况

经焦虑与抑郁评分量表评估, 在还未进行检查与干预前, 对照组和研究组患者心理状态上均存在一定程度焦虑、抑郁情绪, 两组焦虑与抑郁程度相差不大, $P>0.05$; 经干预后, 两组患者焦虑与抑郁心理状态均得到改善, 相比研究组 SAS、SDS 评分低于对照组, $P<0.05$ 。

表 2 比较两组 SAS、SDS 评分 ($\bar{x}\pm s$)

组别	n (例)	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	40	58.22±6.37	38.91±5.46	59.24±6.15	37.45±5.25
研究组	40	58.14±6.45	27.39±5.05	59.17±6.24	27.88±4.85
t		0.0558	9.7964	0.0505	8.4683
P		0.9556	0.0000	0.9598	0.0000

2.3 并发症发生率

检查后观察发现研究组并发症总发生率低于对照组, $P<0.05$ 。

表 3 对比并发症发生率 (n/%)

组别	n (例)	恶心呕吐	心律失常	低血压	总发生率
对照组	40	3 (7.50)	2 (5.00)	1 (2.50)	6 (15.00)
研究组	40	0	1 (2.50)	0	1 (2.50)
X ²					3.9139
P					0.0478

2.4 满意度

研究组总满意度高于对照组满意度, $P<0.05$ 。

表 4 比较两组检查满意度 (n/%)

组别	n (例)	十分满意	基本满意	不满意	总满意度
对照组	40	15	18	7	33(82.50)
研究组	40	18	21	1	39(97.50)
X ²					5.0000
P					0.0253

3 讨论

胃镜与肠镜检查作为消化道疾病检查诊断的一个有效手段, 但是在检查过程中会给患者消化道带来较大刺激, 并且大多数患者均是初次体验, 所以十分容易产生紧张、焦虑以及恐惧等负面情绪^[8]。

近几年无痛胃镜联合肠镜检查逐渐得到广泛应用, 该方法可以在静脉麻醉基础上, 完成胃镜和肠镜两项检查, 患者能够在安全无痛状态下完成

检查, 所以可以保证患者配合度, 确保检查顺利进行, 缩短检查时间, 避免其他因素给检查结果造成的影响^[9]。经临床实践发现, 无痛胃镜联合肠镜检查具有较高安全性, 可行性较高, 且方便快捷, 可以减少分别给予无痛胃镜和肠镜麻醉风险, 降低患者痛苦。但是在检查开始前, 仍然需要进行肠道清洁工作, 检查后可能会伴有一定不适, 同时患者心理状态仍然未得到改善, 因此在心理负面情绪影响下, 仍然可能给检查过程带来不利影响。为了能够改善这一现状, 则需要及时配合护理措施干预, 改善患者心理状态, 降低并发症发生率。

在无痛胃镜联合肠镜检查前后, 配合护理措施进行操作, 通过舒适护理、针对性护理与个性化护理等干预, 和传统护理对比, 该护理表现出更加显著的个性化与全面化特征, 具体护理过程中, 通过检查前、检查中与检查后护理等多方位开展护理干预, 可以有效改善患者心理负面情绪, 提高依从性, 保证手术顺利进行, 同时加强各项监测, 能够及时发现异常, 防止并发症发生, 避免对患者术后恢复造成影响^[10-11]。

此次结果中, 在未开展干预前评估患者心理状态, 两组焦虑评分 (SAS)、抑郁评分 (SDS) 均无显著差异, $P>0.05$; 经过有效干预后, 患者 SAS、SDS 评分降低, 且研究组 SAS、SDS 评分低于对照组, 具有统计学意义。同时观察统计各项检查指标, 研究组各项指标优势更加明显, 并发生并发症率研究组较低, 患者满意度高。结果数据体现出护理配合应用在无痛胃镜联合肠镜检查中能够发挥出重要作用, 可减轻患者焦虑与抑郁心理情绪, 减少并发症风险, 稳定患者生命体征, 以保证各项检查操作顺利进行, 提高检查准确率。

综上所述, 护理配合在无痛胃镜联合肠镜检查中可取得显著效果, 可预防并发症, 减轻患者负面情绪, 提高满意度。

参考文献:

- [1] 麦爱贞, 黄圆圆, 钟希, 陶云燕, 赖学文. 基于性格特征的心理护理对无痛胃镜联合肠镜检查患者配合度干预效果[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40 (23): 4301-4304.
- [2] 包萍, 成敏, 顾政. 护理安全管理措施在清醒镇静麻醉下无痛胃镜及肠镜检查患者中的应用效果[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40 (14): 2644-2647.
- [3] 黄凤桃, 夏瑰丽, 蒲瑶, 雷正霞, 程庆, 朱志红. 探究针对性护理在无痛胃镜联合肠镜检查患者中的临床运用效果[J]. 医学食疗与健康, 2021, 19 (09): 103-104.
- [4] 龚彩丽, 罗铮娜. 分析护理配合标准指南在无痛胃镜、无痛肠镜检查中的应用效果[J]. 心理月刊, 2020, 15 (09): 58.
- [5] 许贵敏. 基于 KAP 模式的护理干预在无痛胃镜联合肠镜检查中的应用效果[J]. 河南医学研究, 2019, 28 (20): 3794-3795.
- [6] 罗子青, 谭金婷. 基于知-信-行模式的护理干预在无痛胃镜联合肠镜检查及并发症预防中的应用[J]. 护理实践与研究, 2017, 14 (24): 12-14.
- [7] 罗龙平, 李爱英, 杨琴, 黄秀江, 陈礼娟, 张志刚. 全程护理干预对无痛胃镜联合肠镜检查患者的影响效果[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2 (36): 48-49.
- [8] 黄福秀, 亢媛, 吕长虹, 周静. 舒适护理干预在无痛胃镜联合肠镜检查及并发症预防中的应用分析[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21 (06): 68-70+77.
- [9] 周桂芳. 护理配合标准指南在无痛胃镜、无痛肠镜检查中应用的效果[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17 (17): 183.
- [10] 章绵华, 冯柳娜, 罗小清, 徐海容. 全程护理干预对无痛胃镜联合肠镜检查的临床效果分析[J]. 现代诊断与治疗, 2015, 26 (21): 5028-5029.
- [11] 周贻静. 护理配合标准指南在无痛胃镜、无痛肠镜检查中应用的效果[J]. 中国社区医师, 2015, 31 (09): 134-135.

膀胱尿压测评训练联合个体化康复护理对脊髓损伤后神经源性膀胱患者膀胱功能的影响研究

韦淑慧

柳州市中医医院（柳州市壮医医院） 广西柳州 545001

摘要：目的 浅析膀胱尿压测评训练联合个体化康复护理对脊髓损伤（spinal cord injury, SCI）后神经源性膀胱（Neurogenicbladder,NB）患者膀胱功能的影响。方法 研究周期为 2020 年 6 月-2021 年 6 月，设计总样本 70 例（排除脱离者后的实际样本数量）。经随机数字表法，为观察组设计膀胱尿压测评训练联合个体化康复护理方案，覆盖患者 35 例；为对照组设计常规康复护理与间歇导尿，覆盖患者 35 例。通过指标对比，研判膀胱尿压测评训练联合个体化康复护理，对 SCI 合并 NB 患者预后的价值。结果 在疗效、排尿情况、尿动力学各指标方面，结果表明观察组优于对照组， $P<0.05$ 。结论 经膀胱尿压测评训练联合个体化康复护理干预，对 SCI 合并 NB 患者具备明显的现实意义，主要表现在疗效乐观，改善排尿情况与尿动力学指标，促进康复。

关键词：膀胱尿压测评训练；个体化康复护理；脊髓损伤；神经源性膀胱

脊髓损伤（spinal cord injury, SCI）后合并神经源性膀胱（Neurogenicbladder,NB）会严重降低患者日常生活质量，也相应增加膀胱肿瘤、肾衰竭、尿路感染、膀胱尿道反流等多种并发症风险，严重威胁患者身心健康，因此如何采取有效的膀胱管理对 SCI 患者的预后至关重要^[1-2]。文章纳入我院于 2020 年 6 月-2021 年 6 月间收治的 70 例 SCI 后 NB 患者作为研究对象，评价膀胱尿压测评训练联合个体化康复护理干预效果，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

研究周期为 2020 年 6 月-2021 年 6 月，设计总样本 70 例 SCI 合并 NB 患者（排除脱离者后的实际样本数量）。经随机数字表法，观察组覆盖患者 35 例，其中男 24 例、女 11 例，年龄范围 35-65 岁，平均为（50.8±6.9）岁，损伤部位：胸段 19 例、腰段 16 例；其中尿潴留 30 例、尿失禁 5 例。对照组覆盖患者 35 例，其中男 25 例、女 10 例，年龄范围 35-65 岁，平均为（51.5±7.0）岁，损伤部位：胸段 20 例、腰段 15 例；其中尿潴留 31 例、尿失禁 4 例。2 组基线资料对比差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：患者主要表现包括明显的尿频、尿急、失禁、膀胱功能障碍等；神志清楚、智力正常、能进行正常的语言交流，在知情同意愿意配合的原则下完成；意识清醒；自愿配合康复训练；病情稳定；双上肢功能正常；治疗前后未应用调节逼尿肌收缩药物。

排除标准：合并尿路结石；肝肾功能障碍；完全性脊髓损伤。

1.2 方法

观察组设计膀胱尿压测评训练联合个体化康复护理方案，膀胱尿压测评训练：护士使用膀胱扫描仪判断患者膀胱压力、容量，测评同时联合膀胱训练，安置导尿管灌注 500ml 的生理盐水，促进缓慢扩张膀胱括约肌，增加膀胱容量，当膀胱内压力达 40cmH₂O 时自引流管排出，促使收缩膀胱逼尿肌，如此进行逼尿肌、括约肌功能训练，每周干预 1 次，每次 30 分钟，干预 8 周^[3]。个体化康复护理：1.尿潴留患者的饮水管理：指导患者控制每日摄入量<2000ml，液体量包括粥、果汁、汤等，上午 6-8 时饮水量<140ml/h，下午 8 时至次日上午 6 时不可饮水，避免集中时间段大量饮水导致过度充盈膀胱^[4]。2.间歇导尿：依据膀胱残余尿量、膀胱容量-压力关系决定每日需要导尿几次，一般情况下膀胱残余尿>300ml，需每隔 6h 导尿 1 次，残余尿>200ml，每隔 8h 导尿 1 次，残余尿 100-200ml，每日导尿 1-2 次，残余尿<100ml 达到膀胱功能平衡状态时需停止导尿^[5]。3.诱导排尿：护士指导患者关注自身膀胱充盈感觉，听流水声、刺激肛门等促进排尿反射。4.尿失禁管理：遵医嘱用药，使用抗胆碱能药物控制逼尿肌反射，降低膀胱内压，改善漏尿、尿频状态^[6]。可选择 α 阻滞剂干预膀胱括约肌协同障碍、残余尿>20% 的膀胱容量，松弛膀胱颈平滑肌，降低尿道内阻力，促进恢复自主排尿^[7]。5.行为训练：护士嘱咐患者定时排尿，每日培养特定时间如厕的习惯，包括晨起、睡前，餐前 30 分钟排尿，白天每隔 3h 排尿 1 次，夜间排尿 2 次，目标是确保排尿间歇期 3h 不发生尿失禁^[8]。盆底肌训练：护士带领患者收缩会阴、肛门括约肌，每次坚持 10s，每组 20 次，每日 3 组，干预 8 周。

对照组设计常规康复护理与间歇导尿，针对尿失禁患者安排定时排尿训练，间歇导尿，针对尿潴留患者给予反射性排尿训练。

1.3 观察指标

评价疗效，观察指标包括显效：存在排尿反射、可控制排尿，尿残余量<50ml；有效：排尿受意识控制，尿残余量 50-150ml；无效：无法建立排尿反射，排尿不受控制，尿残余量<400ml；总有效率=（显效+有效）÷总数×100%^[9]。干预前和干预 1 个月后观察记录排尿量和排尿次数、膀胱容量、膀胱压力、尿残余量。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 22.0 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 组疗效

观察组患者治疗总有效率高于对照组， $P<0.05$ ；见表 1。

表 1 比较 2 组疗效（n=35，例）

组别	显效	有效	无效	总有效率（%）
观察组	20	13	2	33（94.29）
对照组	12	15	8	27（77.14）
χ^2	-	-	-	4.200
P	-	-	-	0.040

2.2 评价排尿情况

观察组患者干预后排尿量与排尿次数多于对照组， $P<0.05$ ；见表 2。

表 2 比较干预前后患者排尿情况（n=35，例）

组别	时间	排尿量（ml）	排尿次数（次/日）
观察组	干预前	48.12±16.59	2.18±1.00
	干预后	170.10±50.12	5.25±0.50
	t	13.669	16.245
	P	0.001	0.001
	干预前	48.30±16.70	2.31±1.05
对照组	干预后	80.11±26.78	3.90±0.41
	t	5.963	8.345
	P	0.001	0.001
t 两组干预前比		-	-
较值		0.045	0.530
P 两组干预前比		-	-
较值		0.964	0.598
t 两组干预后比		-	-
较值		9.369	12.352
P 两组干预后比		-	-
较值		0.001	0.001

2.3 评价 2 组尿动力学情况

观察组患者干预后膀胱容量、膀胱压力、尿残余量优于对照组, $P<0.05$; 见表 3。

表 3 比较 2 组尿动力学情况 (n=35, 例)

组别	时间	膀胱容量 (ml)	膀胱压力 (cmH ₂ O)	尿残余量 (ml)
观察组	干预前	327.41±20.16	12.91±2.05	290.10±80.23
	干预后	439.66±30.20	26.86±2.00	170.20±70.14
	<i>t</i>	18.289	28.816	6.656
	<i>P</i>	0.001	0.001	0.001
对照组	干预前	330.62±21.50	13.05±2.10	294.32±81.04
	干预后	400.20±35.60	22.06±1.95	208.24±78.65
	<i>t</i>	9.898	18.600	4.509
	<i>P</i>	0.001	0.001	0.001
<i>t</i> 两组 干预前比较		-	0.644	0.219
<i>P</i> 两组 干预前比较		-	0.522	0.827
<i>t</i> 两组 干预后比较		-	5.001	2.135
<i>P</i> 两组 干预后比较		-	0.001	0.036

3 讨论

SCI 疾病致残率较高, 患者伴随的泌尿系统问题也会加重患者身心痛苦感受, 严重影响患者的日常生活, 也对家庭与社会造成巨大经济负担^[10]。SCI 合并 NB 是导致反复泌尿系统感染、结石的主要诱因, 甚至可能导致死亡, 因此如何采取措施干预以预防上尿路功能退化、降低并发症风险, 改善患者膀胱功能意义重大^[11]。

NB 是指引神经系统病变导致的膀胱功能障碍, 进而产生一系列并发症与下尿路症状, SCI 初期膀胱松弛, 丧失收缩功能, 尿道括约肌处于瘫痪状态, 增加膀胱容量, 降低内压, 引起尿潴留, 尿液长时间停留在膀胱内可能导致大量繁殖细菌, 引起过度膨胀, 扩张黏膜毛细血管与通透性, 增加感染风险, 而长期留置导尿管也会增加多种并发症风险^[12]。SCI 合并 NB 患者康复护理的目的是停止导尿, 建立自主排尿, 降低感染风险, 提高生活质量^[13]。如本次研究结果显示, 观察组患者治疗总有效率 94.29%, 高于对照组 77.14%, $P<0.05$ 。干预前观察组患者排尿量平均为 (48.12±16.59) ml、排尿次数平均为 (2.18±1.00) 次/日; 干预前对照组患者排尿量平均为 (48.30±16.70) ml、排尿次数平均为 (2.31±1.05) 次/日; 干预后观察组患者排尿量平均为 (170.10±50.12) ml、排尿次数平均为 (5.25±0.50) 次/日; 干预后对照组患者排尿量平均为 (80.11±26.78) ml、排尿次数平均为 (3.90±0.41) 次/日。结果表明干预前 2 组患者排尿量与排尿次数结果比较无统计学意义, $P>0.05$; 干预后 2 组患者排尿量与排尿次数均多于干预前, $P<0.05$; 其中观察组患者干预后排尿量与排尿次数多于对照组, $P<0.05$ 。干预前观察组患者膀胱容量平均为 (327.41±20.16) ml、膀胱压力平均为 (12.91±2.05) cmH₂O、尿残余量平均为 (290.10±80.23) ml; 干预前对照组患者膀胱容量平均为 (330.62±21.50) ml、膀胱压力平均为 (13.05±2.10) cmH₂O、尿残余量平均为 (294.32±81.04) ml; 干预后观察组患者膀胱容量平均为 (439.66±30.20) ml、膀胱压力平均为 (26.86±2.00) cmH₂O、尿残余量平均为 (170.20±70.14) ml; 干预后对照组患者膀胱容量平均为 (400.20±35.60) ml、膀胱压力平均为 (22.06±1.95) cmH₂O、尿残余量平均为 (208.24±78.65) ml。结果表明干预前 2 组患者膀胱容量、膀胱压力、尿残余量结果比较无统计学意义, $P>0.05$; 干预后 2 组患者膀胱容量、膀胱压力、尿残余量均优于干预前, $P<0.05$; 其中观察组患者干预后膀胱容量、膀胱压力、尿残余量优于对照组, $P<0.05$ 。分析原因发现, 临床开展膀胱尿压测评训练联合个体化康复护理干预, 临床认为在膀胱压力与容量均安全的前提下进行膀胱管理, 可促进恢复神经支配膀胱功能, 进而促进身体恢复自主排尿反射, 临床根据膀胱容量与排尿情况坚持循序渐进的原则, 动态调整导尿次数, 促进膀胱排空, 有效减少

尿液反流、残余尿多的风险, 有助于周期性扩张、排空膀胱, 以达到近似的生理平衡状态, 重新建立膀胱反射性, 尽量减少 SCI 合并 NB 患者尿潴留-感染-梗阻的恶性循环发展趋势^[14]。测评后制定个体化膀胱管理方案, 促进护患沟通, 为患者解释膀胱功能现状, 告知膀胱管理训练措施与各项细节, 及时为患者及家属解决遇到的问题^[15]。NB 患者膀胱管理的目的是降低膀胱内压力, 保护肾脏功能, 积极预防泌尿系统感染发生; 临床主张间歇导尿, 配合积极控制摄入液体量与用药治疗, 可实现规律性排空膀胱, 尽可能提高患者生活质量^[16]。膀胱扫描仪下了解评估容量与残余尿量, 指导患者间歇导尿时间与次数, 为膀胱管理提供科学依据指导, 坚持科学导尿, 有效预防输尿管反流, 避免高压储尿, 保护上尿路, 结合患者具体情况, 兼顾个体需求与医疗原则, 制定康复护理方案, 对促进恢复膀胱功能意义重大。

综上所述, SCI 后 NB 患者经膀胱尿压测评训练联合个体化康复护理干预可提高疗效, 改善排尿情况。

参考文献:

- [1] 万玲飞, 何明丽, 廖星宇. 膀胱尿压测评训练联合个体化康复护理对脊髓损伤后神经源性膀胱患者膀胱功能的影响[J]. 医疗装备, 2022, 35 (9): 167-169.
 - [2] 彭鲜红, 苗瑞青, 唐青. 基于膀胱压力容量评定系统评定神经源性膀胱患者康复效果[J]. 中国医学装备, 2021, 18 (7): 126-129.
 - [3] 刘文伟, 曾海涓, 覃贤文, 等. 以问题为导向实施靶向性康复护理训练在脊髓损伤神经源性膀胱患者的应用研究[J]. 护士进修杂志, 2020, 35 (20): 1898-1901.
 - [4] 孔佳佳, 韦桂欢, 唐文婧, 等. 膀胱尿压测定评定系统在脊髓损伤神经源性膀胱患者中的应用效果[J]. 微创医学, 2019, 14 (5): 663-664, 615.
 - [5] 陈烨, 邢唯杰, 杨靖华, 等. 卒中后神经源性膀胱功能康复循证护理实践效果分析[J]. 中华现代护理杂志, 2022, 28 (19): 2566-2571.
 - [6] 刘玲只, 徐亚静, 刘艳梅. 膀胱尿压测定评定训练对老年神经源性膀胱功能障碍病人膀胱功能及尿流动力学水平的影响[J]. 全科护理, 2022, 20 (10): 1371-1373.
 - [7] 廖寒, 赵文茹, 吴斯亮, 等. 国际功能、残疾和健康分类指导下康复护理对神经源性膀胱病人康复效果的影响[J]. 全科护理, 2021, 19 (27): 3815-3818.
 - [8] 陈岩. 早期康复护理对脊髓损伤神经源性膀胱患者的影响[J]. 中国伤残医学, 2021, 29 (15): 48-49.
 - [9] 张静, 陈芳. 集束化护理对脊髓损伤后神经源性膀胱患者膀胱容量及康复效果的影响[J]. 反射疗法与康复医学, 2021, 2 (16): 54-57.
 - [10] 曾英. 康复护理在脊髓损伤合并神经源性膀胱功能障碍中的应用[J]. 中国继续医学教育, 2021, 13 (22): 179-181.
 - [11] 刘孟娟, 赵一英, 王荣, 等. 间歇性导尿在脊髓损伤后神经源性膀胱的临床康复护理中的应用效果[J]. 世界最新医学信息文摘, 2021, 21 (47): 82-83.
 - [12] 周美玲, 张苟芳, 何炼英, 等. 卒中后患者神经源性膀胱管理的最佳证据总结[J]. 解放军护理杂志, 2021, 38 (5): 67-70.
 - [13] 侯艳, 孙艳红, 付莹, 等. 康复训练护理对脊髓损伤伴神经源性膀胱功能障碍患者的影响[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7 (33): 10-11.
 - [14] 徐娟, 刘颖, 陈星, 等. 脊髓损伤伴神经源性膀胱患者三元联动式延续性护理实践[J]. 中国护理管理, 2020, 20 (2): 272-275.
 - [15] 孙莉娜, 李卉梅, 李艳芬, 等. “5E”康复护理模式在脊髓损伤后神经源性膀胱病人中的应用[J]. 全科护理, 2020, 18 (12): 1491-1494.
 - [16] 刘琨. 膀胱功能训练联合刺激治疗对脊髓损伤患者神经源性膀胱康复的影响[J]. 护理实践与研究, 2020, 17 (17): 157-159.
- 课题名称 1: 广西壮族自治区中药管理局自筹经费科研课题 (耳部刮痧联合正念减压训练在脊髓损伤恢复期失眠患者的临床研究) 合同编号 1: GXZYB20220406
- 课题名称 2: 广西壮族自治区中药管理局自筹经费科研课题 (扶阳罐结合生姜油温推督脉治疗脊髓损伤后尿潴留的临床研究) 合同编号 2: GZZC2020397

急性缺血性脑卒中患者溶栓治疗的急诊护理观察

吴雪

北京大学第三医院延庆医院 北京 102100

摘要：目的：探究急性缺血性脑卒中患者溶栓治疗的有效急诊护理方案以及临床效果。方法：将2020年6月—2022年6月我院收治的急性缺血性脑卒中患者142例纳入研究对象，通过随机数字表法进行分组，对照组与研究组各71例，两组患者均进行常规溶栓治疗，对照组给予常规急诊护理，研究组给予优质急诊护理。将两组两组患者的急诊救治时间、各时间段内溶栓情况、溶栓治疗前后各时段内NIHSS评分值、并发症发生率进行比对。结果：研究组急诊救治各项时间均显著短于对照组（ $P<0.05$ ）；研究组1小时内溶栓情况显著高于对照组（ $P<0.05$ ），两组在1-2小时内、2-3.5小时内、3-4.5小时内的溶栓情况无明显差异（ $P>0.05$ ），研究组总体溶栓率显著高于对照组（ $P<0.05$ ）；两组患者溶栓治疗前NIHSS评分值无明显差异（ $P>0.05$ ），研究组患者在溶栓治疗24小时及一周后的NIHSS评分值均显著低于对照组（ $P<0.05$ ）；研究组患者并发症发生率显著少于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：对急性缺血性脑卒中患者溶栓治疗时应用优质急诊护理可以有效缩短急诊救治时间，提高溶栓率，有效改善患者的神经功能缺损情况，减少并发症发生率，临床效果显著，值得推广应用。

关键词：急性缺血性脑卒中；溶栓治疗；急诊护理；临床效果

急性缺血性脑卒中又被称为脑梗死，是临床中常见一种的具有高病死率、高致残率、高复发率疾病^[1]，由多种原因致使脑部缺血缺氧，进而引起脑组织出现缺血性坏死以及软化，由于病灶大小的不同以及病变部位的差异，会表现出不同的临床症状，常见症状有肢体偏瘫、言语障碍、单侧肢体麻木、视觉障碍、嗅觉障碍、昏迷、昏睡等，会对患者的身体健康和生命安全产生巨大的威胁。患者如果能够及时就诊，并及时接受溶栓治疗，可以有效挽救患者的生命安全，还能够有效的改善预后效果，提高患者的生存质量^[2]。本文旨在探究将不同急诊护理方案应用至急性缺血性脑卒中患者溶栓治疗时的临床效果。现将研究报告如下：

1 资料和方法

1.1 资料

将2020年6月—2022年6月我院收治的急性缺血性脑卒中患者142例纳入研究对象，通过随机数字表法进行分组，对照组与研究组各71例。

纳入标准：（1）患者均为首次发病；（2）发病至入院的时间在48小时以内；（3）经病理学检查及头颅CT检查确诊为急性缺血性脑卒中；（4）具有溶栓相应要求指征。

排除标准：（1）经检查合并有脑出血的患者或者具有脑卒中出血转化倾向的患者；（2）对溶栓治疗具有禁忌证的患者；（3）合并有其他脏器功能障碍的患者。

对照组中男性39例，女性32例中，年龄46~81岁，平均年龄（ 62.35 ± 4.57 ）岁；病灶直径为1.39~2.52cm，平均病灶直径（ 1.96 ± 1.48 ）cm。

研究组中男性40例，女性31例中，年龄47~80岁，平均年龄（ 62.29 ± 4.41 ）岁；病灶直径为1.40~2.53cm，平均病灶直径（ 2.01 ± 1.39 ）cm。组间基线资料具有均衡性（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

两组患者均进行常规溶栓治疗，对照组给予常规急诊护理，患者入院后，由值班护理人员对患者情况进行记录并通知急诊医生进行诊治，同时根据医生开具的检查单据给予患者常规指引，协助医生进行一般处理，及时获取CT检查片等检查结果，并辅助医生对患者的生命体征、意识水平等进行评估，并进行常规的健康宣教，给予患者心电监护，协助医生建立静脉通道，并协助医生对患者尽快进行溶栓治疗。

研究组给予优质急诊护理，（一）院内成立专门的急性缺血性脑卒中急诊护理小组，组内全部成员进行强化学习，对护理工作的内容、护理方法、需要具备的护理知识、需要对医生进行详细交接的患者信息进行详细全面说明，并对重点内容加以突出考核；健全、强化急诊护理流程，对小组内的成员岗位进行明确，并根据急诊护理流程进行多次预演，使护理人

员更加熟悉自己的职责，完善自己的急诊护理工作；通过病例对护理人员进行表彰，调动急诊护理人员的工作积极性。（二）接应护理人员在患者进行转运期间与转运护理人员进行联系，确定患者的到达时间，并提前做好接应准备工作，同时详细询问车内护理人员患者的发病时间，症状表现等情况并进行详细记录，并对患者的病情进行预估。（三）接应护理人员在接到患者后迅速由专用电梯将患者送至抢救室内，并将已了解的患者基本情况对抢救室内护理人员及医生进行交接，便于后续护理人员对患者的生命体征进行了解与分析。（四）患者进入抢救室后，接应急诊护理人员及时向患者家属进行相应病情的健康宣教及心理护理，让患者家属了解到及时进行治疗的有效作用，消除家属因对病情的误解而产生的紧张及焦虑情绪，增加家属治疗的积极性，促进患者尽快签署知情同意书，便于对患者开展救治。（四）抢救室内护理人员根据交接的患者情况以及患者现在的状况对患者进行NIHSS评分，对患者的意识情况进行判断；尽快帮助患者进行头颅CT检查，并要求影像科室人员尽快出结果并及时将结果送达；而后进行静脉采血并送检，要求检验科室人员协助尽快出检查报告并尽快送达，以便于对患者血常规、肾功能、凝血功能等项进行了解，以确定患者的溶栓指征是否符合要求。（五）医生根据已有的资料及检查结果确定治疗方案后，协助医生对患者快速进行溶栓治疗，溶栓治疗过程中密切监视患者的生命体征，持续关注患者的心电监护情况、血压情况，患者血压需要保持在180/100mmHg的范围以内，定时给患者进行体温测量，对于患者生命体征情况发生的异常变化及时告知医生以进行对症治疗；待患者生命体征平稳后陪同患者转入至内科病房，并将患者的具体情况进行详细对接。

1.3 疗效判定标准及评价指标

（1）将两组患者的急诊救治时间进行对比，包括患者入院至值班医生接诊时间、入院至头颅CT报告送达时间、入院至检验结果送达时间，入院至溶栓药物注射的时间（DNT）。

（2）将两组患者在治疗后的1小时内、1-2小时内、2-3.5小时内、3-4.5小时内的溶栓情况进行对比。

（3）利用NIHSS评分量表对患者的神经功能缺损情况进行评分，评分值为0-1分时表示患者趋于正常，分数越高，表示患者神经功能缺损越严重；将两组患者在治疗前、治疗24小时后以及治疗一周后NIHSS评分值进行对比。

（4）对两组患者出现的牙龈出血、消化道出血、鼻腔出血、颅内出血、再灌注损伤等并发症情况进行对比。

1.4 统计学处理

将统计数据经SPSS24.0版统计处理，计数资料以“%”表示，采卡方检

验; 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采 t 检验。有统计学意义表示为 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 据表 1 数据分析, 研究组急诊救治各项时间均显著短于对照组 ($P < 0.05$)。

表 1: 两组急诊救治时间对比表[($\bar{x} \pm s$, min) (n=71)]

组别	入院至值班 医生接诊时 间	入院至头颅 CT 报告送达 时间	入院至检验 结果送达时 间	入院至溶栓 药物注射的 时间
对照 组	12.35±5.48	51.37±10.19	92.25±9.98	107.73±9.82
研究 组	8.58±1.26	32.55±4.61	54.84±4.46	64.72±5.33
t 值	5.649	14.179	28.837	32.435
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 据表 2 数据分析, 研究组 1 小时内溶栓情况显著高于对照组 ($P < 0.05$), 两组在 1-2 小时内、2-3.5 小时内、3-4.5 小时内的溶栓情况无明显差异 ($P > 0.05$), 研究组总体溶栓率显著高于对照组 ($P < 0.05$)。

表 2: 两组溶栓情况对比表 (n/%, n=71)

组别	1 小时 内	1-2 小时 内	2-3.5 小时 内	3-4.5 小时 内	溶栓率
对照 组	15/21.13	19/26.76	24/33.80	5/7.04	63/88.73
研究 组	27/38.03	21/29.58	18/25.35	4/5.63	70/98.59
χ^2 值	4.869	0.139	1.217	0.119	5.813
P 值	0.027	0.709	0.270	0.731	0.016

2.3 据表 3 数据分析, 两组患者溶栓治疗前 NIHSS 评分值无明显差异 ($P > 0.05$), 研究组患者在溶栓治疗 24 小时及一周后的 NIHSS 评分值均显著低于对照组 ($P < 0.05$)。

表 3: 两组 NIHSS 评分值对比表[($\bar{x} \pm s$, 分) (n=71)]

组别	溶栓治疗前	溶栓治疗 24 小时后	溶栓治疗一周后
对照 组	13.46±2.62	3.18±1.02	2.27±0.89
研究 组	13.59±2.71	2.36±0.85	1.78±0.64
t 值	0.291	5.204	3.766
P 值	0.772	0.000	0.000

2.4 据表 4 数据分析, 研究组患者并发症发生率显著少于对照组 ($P < 0.05$)。

表 4: 并发症发生率对比表 (n/%, n=71)

组别	牙龈 出血	消化道 出血	鼻腔 出血	颅内出 血	再灌注 损伤	总发生 率
对照 组	2/2.82	1/1.41	2/2.82	1/1.41	1/1.41	7/9.86
研究 组	0/0.00	0/0.00	1/1.41	0/0.00	0/0.00	1/1.41
χ^2 值	-	-	-	-	-	4.769
P 值	-	-	-	-	-	0.029

3 讨论

目前, 我国的脑卒中发病率一直处于持续上升的态势, 并且其死亡率是疾病之首, 而在脑卒中的发病患者中有 60%-80% 的患者为缺血性脑卒中^[3]。目前对急性缺血性脑卒中患者的最有效治疗方法为脑梗死早期进行静脉溶栓治疗^[4], 由缺血中心区及其周围的缺血半暗带构成的病灶部位如果能在较短时间内是血栓溶解, 则缺血半暗带内的脑组织损伤可以有效逆转, 使脑组织功能尽快恢复。随着治疗时间窗的延长, 缺血中心区在不断增加, 则患者的脑组织损伤可逆性逐渐变弱^[5]。所以对于缺血性脑卒中患者溶栓治疗的重点是缩短 DNT 时间。

有研究显示, 如果 DNT 时间能够缩短至 3 小时内, 可以有效减轻由于缺血造成的神经元损害程度^[6]。而急诊护理人员作为对急性缺血性脑卒中患者的首要接诊人员以及救治过程中的重要参与人员, 对于缩短 DNT 时间起着至关重要的作用^[7-8]。所以优化急诊护理是缩短患者 DNT 时间的有效方法。

急诊护理工作的是从接到患者的求助信息后便开始的, 迅速的的派遣急救服务与转运, 迅速的院内诊断与治疗是优化急诊的工作的核心。对于优化急诊护理是需要通过优化急诊护理流程, 提高护理人员专业技能, 缩短协调、实施救治时间等方面来实现的。优化急诊护理流程可以使各岗位职责明确, 提高护理人员工作效率; 提高护理人员专业技能水平, 可以提高护理工作的有效率, 促进患者病情的快速恢复。

本次我院成立专门的急诊护理小组并进行专业培训及训练, 可以提高急诊护理人员专业技能水平, 熟练护理操作流程, 缩短护理实施时间; 优化急诊护理流程可以明确各岗位职责, 便于有效协调, 缩短用于对患者救治所需的协调时间可以极大程度的缩短对病人的接诊时间; 在转运病人时期了解病患的基本情况以及到达时间, 可以提前对病人病情进行预判便于进行下一步诊治, 还能够有效缩短接诊病患的时间; 对于病患家属进行及时的宣教及心理抚慰可以增加病患家属对于治疗的支持度, 且能够缩短协调签署病情同意书时间, 为患者争取治疗时间; 与各科室的有效协调与合作可以有效缩短医护人员取得检查结果和报告的时间, 便于医生尽快制定治疗方案; 急诊护理人员的积极护理与有效协调, 可以有效缩短对患者的治疗时间, 提高治疗效果。

本次研究中, 研究组急诊救治各项时间均显著短于对照组 ($P < 0.05$), 说明了优质护理可有有效的缩短对急性缺血性脑卒中患者的救治时间; 研究组 1 小时内溶栓情况显著高于对照组 ($P < 0.05$), 两组在 1-2 小时内、2-3.5 小时内、3-4.5 小时内的溶栓情况无明显差异 ($P > 0.05$), 研究组总体溶栓率显著高于对照组 ($P < 0.05$), 也说明了在较短时间内对患者进行溶栓治疗可以有效提高溶栓率; 两组患者溶栓治疗前 NIHSS 评分值无明显差异 ($P > 0.05$), 研究组患者在溶栓治疗 24 小时及一周后的 NIHSS 评分值均显著低于对照组 ($P < 0.05$), 也说明在较短时间内对患者进行溶栓治疗可以有效改善患者的神经功能缺损情况; 研究组患者并发症发生率显著少于对照组 ($P < 0.05$), 也说明优质急诊护理可以有效减少并发症的发生率。

总而言之, 对急性缺血性脑卒中患者溶栓治疗时给予优质急诊护理可以有效缩短急诊救治时间, 提高溶栓率, 有效改善患者的神经功能缺损情况, 减少并发症发生率, 临床效果显著, 值得推广应用。

参考文献:

- [1] 余梦觉. 急性缺血性脑卒中患者超早期溶栓治疗对预后的影响[J]. 中国处方药, 2022, 20 (04): 87-89.
- [2] 高爱红, 程艳伟, 朱娟, 秦历杰. 无缝隙一体化急救模式在阿替普酶静脉溶栓治疗急性缺血性脑卒中患者中对急救各环节所用时间的影响[J]. 临床研究, 2021, 29 (09): 187-188.
- [3] 张冬英. 急诊静脉溶栓干预在急性缺血性脑卒中患者抢救中的应用研究[J]. 当代护士 (下旬刊), 2021, 28 (03): 105-107.
- [4] 刘守英. 优化急诊护理流程对急性缺血性脑卒中 rt-pa 静脉溶栓救治率的影响[J]. 中国医药指南, 2021, 19 (03): 188-189.
- [5] 吕肖. 对急性缺血性脑卒中患者进行优质急诊护理对降低其死亡率、缩短其 DNT 时间的效果[J]. 当代医药论丛, 2020, 18 (07): 281-282.
- [6] 孙青玲. 优化急诊护理流程对急性缺血性脑卒中患者预后的影响[J]. 内蒙古医学杂志, 2019, 51 (05): 638-640.
- [7] 沈雪芳, 张远尚. 卒中中心建立后的规范化急诊护理流程对急性缺血性脑卒中患者的影响[J]. 当代护士: 下旬刊, 2020, 27 (1): 3.
- [8] 林晓霞, 木冬妹, 张巧萍, 等. 系统化护理流程干预对急性缺血性脑卒中患者急救效果及预后的影响[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2021.

个性化护理在老年心力衰竭患者压疮预防中的预防研究

张辉 肖晓丽 葛瑞丽

山东省德州市优抚医院 山东德州 253000

摘要：目的：研究对老年心力衰竭患者采取个性化护理服务的临床价值以及预防出现压疮的效果。方法：本次试验开始时间为2020年3月，持续开展两年，结束时间为2022年3月，按照随机抽取的原则选取56例在此期间我院收治的心力衰竭患者开展此次研究，按照入院前后的顺序完成分组，前28例纳入对照组，实施常规护理干预手段，后28例纳入观察组，常规护理的基础上实施个性化护理服务，对比两组患者的护理有效率、生活质量以及压疮发生率，对比护理前、护理完成后两组患者的心功能。结果：（1）护理有效率对比：观察组为96.43%，对照组为78.57%，观察组明显较高。（2）生活质量评分对比：护理后观察组患者的SF-36总分以及各分项评分均显著优于对照组， $P<0.05$ 。（3）压疮发生率对比：观察组患者未出现压疮，发生率为0.00%，对照组出现5例压疮，发生率为17.86%，观察组明显较低。（4）干预前两组患者的左室射血分数、左室舒张末期内径、左室收缩末期内径差异均不明显，护理干预后观察组心功能指标均明显优于对照组。结论：对心力衰竭患者采取个性化护理服务可以显著提升护理有效率，改善患者的生活质量，降低出现压疮的情况，对患者的心功能指标改善较好，临床上值得推广应用。

关键词：心力衰竭；个性化性护理；护理有效率；压疮；生活质量；心功能指标

心力衰竭（Heart failure）是多种原因导致心脏结构和（或）功能的异常改变，使心室收缩和（或）舒张功能发生障碍，从而引起的对人类身心健康产生严重影响的一组复杂的临床综合征。心脏病本身是导致心力衰竭的主要原因，如心肌梗塞、冠心病、高血压引起的心脏超负荷等，另外感染、过度情绪或体力消耗、血容量增加等其他诱发因素也易发生心力衰竭^[1]。心力衰竭患者常出现肺部或全身充血症状，如呼吸困难、厌食、恶心等，还易引起肾功能不全、肝功能异常、血栓或栓塞等严重并发症，受心脏功能持续恶化的影响，心力衰竭患者并发心律失常的风险较高^[2-3]。由于心力衰竭在老年群体中的发病率较高，发病后大部分需卧床接受治疗，患者易出现压疮，临床实践表明实施有效的护理措施可显著提升治疗效果，防止压疮的出现，对改善患者生活品质具有积极的意义^[4]。本次研究选取我院收治的部分心力衰竭患者进行研究，为其实施个性化护理干预，资料、方式、结论等如下所示：

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次试验开始时间为2020年3月，持续开展两年，结束时间为2022年3月，按照随机抽取的原则选取56例在此期间我院收治的心力衰竭患者开展此次研究，按照入院前后的顺序完成分组，前28例纳入对照组，实施常规护理干预手段，后28例纳入观察组，常规护理的基础上实施个性化护理服务。为降低两组患者的基础性资料对护理方式影响护理效果产生干扰，试验开始前针对患者的性别结构、年龄取值范围等信息进行对比，未发现明显的差异，排除了基础资料对实验结果的干扰。两组患者的一般资料情况见表1。

表1 两组患者的一般资料对比

组别	人数	性别		年龄（岁）		
		男性	女性	最小	最大	平均年龄
观察组	28	15	13	49	79	63.18±7.19
对照组	28	14	14	51	78	64.55±8.12
T 值	-	-	-	-	-	0.6684
P 值	-	-	-	-	-	0.5067

纳入标准：纳入标准：（1）经过规范化检查，符合心力衰竭的断标准，临床资料全面，依从性好；（2）智力正常，沟通无障碍，可准确反馈自己的感受，配合完成问卷调查等工作。

排除标准：（1）合并血液系统疾病或恶性肿瘤、有出血倾向或凝血功能障碍者；（2）心、脑、肝脏、肺等重要脏器严重损伤者；（3）合并其他心血管疾病的患者；（4）合并严重心衰者，即心功能III~IV级的患者。

1.2 方法

对照组采取常规护理干预措施，监测呼吸、心率、血压以及血气指标的变化，必要时给予低流量吸氧，向患者进行健康宣教，讲解疾病知识及

治疗注意事项；关注患者的情绪变化情况，及时引导排除患者的不良情绪等。

观察组患者采取个性化护理服务，主要包括：（1）针对各个患者的不同心功能状况建立档案，掌握患者的病史、药物治疗方案、基础疾病等情况，将病情或者基础资料相近的患者纳入相同的组别，便于后续的护理中为不同情况的患者实施个性化的护理干预方案^[5]。（2）针对病房环境与患者开展沟通，了解其个性化的需求，可根据其爱好和兴趣布置病房；保持病房清洁卫生，定期对生活垃圾和医疗垃圾进行清理，杜绝噪音污染，确保患者处于安静舒适的病房环境^[6]。（3）开展个性化心理干预，医护人员主动加强对患者情绪的干预和引导，及时监测患者情绪变化，维护患者良好情绪；根据不同患者的心理状况开展个性化的心理引导，对于心理状况较优的患者可强化对其的健康宣教，让其充分了解治疗方案，增强依从性^[7]；对于心理状况较差的患者可积极讲解相关问题的成功案例，树立战胜疾病的自信心。（4）个性化的饮食干预和运动指导。注意患者饮食，结合患者的其他基础病情况，为其选择营养丰富、维生素含量高、易消化的食物，减少刺激性、油腻食物的摄入，饭后根据患者喜好提供水果，注意维生素的摄入。根据不同患者的身体状况指导其开展不同的运动锻炼，可指导其开展慢走、快走、打太极拳等运动^[8]。

1.3 观察指标

（1）对比两组患者的护理有效率，护理显效：症状明显减弱，日常生活能力基本恢复正常；护理有效：疾病症状表现较之前有改善，日常生活能力较之前有明显提高；未达到以上标准为护理无效。护理有效率=100.00%-护理无效率。

（2）使用 SF-36 评估两组患者的生活质量，本次研究选取了中文版健康调查简表（SF-36）中生理功能、生命活力、社交能力和精神健康 4 个维度，得分越高表示生活质量越好。

（3）记录两组患者的压疮发生情况，计算发生率。

（4）记录两组患者的心功能指标（左室射血分数，LVEF、左室舒张末期内径，LVEDD、左室收缩末期内径，LVESD）。

1.4 统计学方法

运用 SPSS 22.0 统计软件完成统计学分析。借助“均数±标准差”（ $\bar{x} \pm s$ ）来开展计量资料（生活质量和心功能指标）的比较，然后进行组间 t 检验，将护理有效率和压疮发生率表示成“%”，采取卡方检验，以 $P<0.05$ 为差异显著。

2 结果

2.2 两组患者的护理有效率对比

观察组为96.43%，对照组为78.57%，观察组明显较高。详见表2。

表2 两组患者的护理有效率对比（n，%）

组别	显效	有效	无效	护理有效率
观察组	18	9	1	96.43%

(n=28)					P 值	-	-	-	0.0371
对照组	11	11	6	78.57%	2.2 生活质量评分对比				
(n=28)					护理后观察组患者的 SF-36 总分以及各分项评分均显著优于对照组,				
X ²	-	-	-	4.3478	P<0.05。详见表 3。				

表 3 生活质量评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	人数	总体	生理功能	生命活力	社交能力	精神健康
观察组	28	75.35±6.04	74.58±5.15	72.38±5.14	71.51±5.59	75.14±6.31
对照组	28	61.91±5.05	62.25±7.24	61.25±6.51	63.08±6.78	64.26±8.34
T 值	-	9.0331	13.2990	7.1004	5.6412	7.3645
P 值	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 压疮发生率对比

观察组患者未出现压疮, 发生率为 0.00%, 对照组出现 5 例压疮, 发生率为 17.86%, 观察组明显较低。详见表 4。

表 4 压疮发生率对比 (n, %)

组别	例数	发生率
观察组 (n=28)	0	0.00%
对照组 (n=28)	5	17.86%

表 5 治疗前后两组患者的心功能指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	人数	治疗前			治疗后		
		LVEF (%)	LVEDD (mm)	LVESD (mm)	LVEF (%)	LVEDD (mm)	LVESD (mm)
观察组	28	36.14±2.96	61.25±5.36	51.52±4.22	46.55±4.36	52.23±3.13	42.13±2.01
对照组	28	36.36±2.78	61.46±5.55	51.91±5.17	41.89±3.20	59.30±4.49	47.83±3.74
t 值	-	0.2867	0.1440	0.1635	4.5594	6.8352	4.6955
P 值	-	0.7755	0.8860	0.8964	0.0000	0.0000	0.0000

3 结论

发达国家流行病学资料显示, 心衰患病率已达 1.5%-2.0%, 据统计 70 岁及以上人群患病率≥10%^[9]。患有心脏的一般原因包括长期高血压、冠状动脉疾病 (CAD)、不良生活方式选择、运动较少、肥胖、瓣膜疾病、心律失常和一些代谢疾病。根据心衰发生的时间、速度分为慢性心衰 (Chronic Heart failure) 和急性心衰 (acute heart failure)。我国近年关于心衰的流行病学资料报道, 现有人群患病率为 0.9%, 且女性多于男性, 发病率 0.7%-0.9%, 每年新发心衰患者约 50 万例, 档案资料结果表明, 各年龄群体的患病率随年龄增长呈正比, 其中 70 岁以上老人患病率为 30.8%, 而 40 岁以下的患病率为 6.7%, 且年龄每增加 10 岁, 患病率约提升一倍^[10]。由于老年心力衰竭患者的身体机能有明显的下降, 长时间的卧床也导致致压疮的出现, 因此在实施治疗的同时采取有效的护理可以明显提升护理效果。

本次研究选取部分老年心力衰竭患者, 为其实施了个性化护理干预, 对患者的治疗有效率更高, 有效预防了压疮的出现, 改善了患者的心功能水平和生活质量。本次研究首先根据患者的不同情况为患者建立档案, 将病情较为类似的患者分组后, 为不同的患者的实施针对性的护理干预; 其次根据患者的喜好为其布置病房环境, 保持病房环境的干净卫生^[11-12]。开展个性化心理干预和个性化的饮食干预和运动指导, 根据患者的不同心理问题, 针对性的进行引导, 有效提升患者的治疗依从性, 促进患者的康复, 实施个性化的饮食干预和运动指导是根据患者的不同情况给予适宜的营养支持, 并且鼓励其结合自身的身体状况开展适当的运动锻炼, 促进身体机能的恢复^[13]。

综上所述, 对心力衰竭患者采取个性化护理服务可以显著提升护理有效率, 改善患者的生活质量, 降低出现压疮的情况, 对患者的心功能指标改善较好, 临床上值得推广应用。

参考文献:

- [1] 李贺立. 循证护理在心肌梗死患者并发心力衰竭护理中的应用效果评价 [J]. 中国医药指南, 2022, 20 (18): 164-166+170. DOI: 10.15912/j.cnki.gocm.2022.18.041.
- [2] 韩金桃, 焦傲, 陈亚娟. 基于老年综合评估的护理用于老年慢性心力

衰竭患者的效果 [J]. 中国民康医学, 2022, 34 (12): 177-180.

[3] 惠珂, 刘凌华, 王君, 宋敏, 陆春艳, 翟海燕. 中医护理干预对老年慢性肺源性心脏病合并心力衰竭患者生活质量以及心肺功能的影响 [J]. 贵州医药, 2022, 46 (05): 815-816.

[4] 郭元, 余艳兰, 奉水华, 蔡喆, 刘彬, 罗芬, 廖若夷. 中医特色延续护理对老年慢性心力衰竭患者生活质量及心功能的影响 [J]. 中医药导报, 2022, 28 (05): 96-100. DOI: 10.13862/j.cn43-1446/r.2022.05.020.

[5] 罗清芳, 卓雪芳, 林燕勤. 临床急救护理在老年重症肺炎合并心力衰竭患者中的应用效果 [J]. 当代医学, 2022, 28 (14): 180-183.

[6] 常方圆, 韩金桃. 持续性健康教育与心理干预在老年慢性心力衰竭患者中的护理效果分析 [J]. 临床医学工程, 2022, 29 (05): 691-692.

[7] 路灿, 张婉, 刘蒙蒙. 基于 Super-score 预警评分的分层护理干预对老年 ACS 并发急性左心衰患者心力衰竭复发率的影响 [J]. 当代护士 (上旬刊), 2022, 29 (05): 59-62. DOI: 10.19791/j.cnki.1006-6411.2022.13.016.

[8] 于虹艳. 一体化护理对老年冠心病合并心力衰竭患者的影响 [J]. 中国医药指南, 2022, 20 (10): 148-150+154. DOI: 10.15912/j.cnki.gocm.2022.10.040.

[9] 赵雅莉, 李雷. 双心护理对老年射血分数降低的心衰患者心理状态及生活质量的影响 [C]//2020 长三角老年医学高峰论坛、浙江省老年医学学术大会、华东老年医学中心联盟会议、浙江省老年医学联盟会议、浙江省老年病专科联盟会议论文集汇编. [出版者不详], 2020: 106-107. DOI: 10.26914/c.cnkihy.2020.073110.

[10] 郭召. 预见性护理干预对老年心力衰竭患者压疮发生及心功能恢复的影响 [J]. 皮肤与性病, 2019, 41 (05): 768-769.

[11] 张徐超. 一例水平部分喉切除+双侧功能性颈部淋巴结清扫术后合并呼吸衰竭及心率衰竭的护理体会 [C]//第四届上海国际护理大会论文集汇编. [出版者不详], 2019: 925.

[12] 王俊娟. 预见性护理对老年心力衰竭患者心功能及压疮风险的影响 [J]. 临床医学工程, 2018, 25 (06): 823-824.

[13] 黄红霞. 探讨心力衰竭患者的临床护理干预 [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: 1046-1047.

优质护理服务应用于门诊输液室护理中的价值研究

张乐

天津市第一中心医院 天津 300190

摘要：目的：探究优质护理服务应用于门诊输液室护理中的临床价值。方法：选取 2021 年 2 月-2022 年 2 月在本院门诊输液的 140 例患者，随机分为观察组（优质护理服务）和对照组（常规护理）各 70 人。结果：观察组护理总有效率、护理满意度均较高，不良事件低，且观察组不良情绪、自我护理能力改善更明显（ $P<0.05$ ）。结论：优质护理服务应用于门诊输液室护理中的临床价值十分显著。

关键词：优质护理服务；门诊输液室；护理价值

在医院系统中，门诊输液室是一项非常重要的组成部分，该科室的患者具有十分复杂的病情状况，且患者人数较多^[1]。静脉输液是现在临床上应用比较广泛的治疗措施，输液护理是比较重要的护理工作，良好的护理干预措施可以帮助患者缓解疼痛，消除内心的恐惧感，让患者感觉到安心舒适，积极配合护理干预。静脉输液相较于其他的给药方式，不但快速方便，且操作简单，但是如果护理不当，可能会导致患者出现不良事件，引起护理纠纷，严重的还会影响患者生命健康安全。因此为保证护理质量，需要将系统、全面的护理服务提供给患者^[2]。优质护理服务具备全面、系统、科学、合理等特点，它可以为患者提供优质的服务，使护患纠纷情况的发生明显减少，提升护理质量。本文旨在探究优质护理服务应用于门诊输液室护理中的临床价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 2 月-2022 年 2 月在本院门诊输液的 140 例患者，随机分为观察组和对照组各 70 人。观察组男 36 例、女 34 例，年龄（38.32±8.84）岁；对照组男 38 例、女 32 例，年龄（37.21±8.01）岁。资料差异不明显， $P>0.05$ 。

1.2 方法

给予观察组优质护理服务：（1）风险评估。结合患者的实际情况与护理的操作过程，准确地评估和识别存在于输液期间的相关风险，并将护士的安全教育工作做好，促进其职业素质和安全意识显著提升。（2）优化治疗室的环境。在静脉输液过程中，周围环境会在一定程度上影响患者，所以需要不断优化治疗室的环境，定时进行消毒、灭菌，保持环境的干燥、整洁，并且护理人员需要时刻注意自己的着装，保持良好的职业素养。严格遵照无菌操作原则实施各项操作，保持手卫生。注射液需要做到现配现用，相关药物在用药之前必须进行皮试，防止发生过敏反应。（3）严格执行查对制度。在静脉输液期间，药品的质量会影响输液治疗的效果，所以医院需要将查对制度制定出来，并在护理操作中严格执行，及时处理变质或过期的药品。护理人员在对患者实施静脉输液期间需要对其基本信息进行仔细核对，防止发生差错，威胁患者的生命安全。（4）将输液规范流程制定出来。按照现阶段的实际状况，医院需要将输液规范流程制定出来，包括对患者的健康宣教情况、手卫生、固定穿刺部位的情况、患者病情及身体状况的评估等。严格执行输液规范流程，在静脉输液操作过程中保证护理的操作符合相关标准，进而使护理质量得到保证。输液的时候护理人员注意表情温和，动作轻柔，与患者进行沟通交流，讲解一些比较有趣的事情，放松心情，转移注意力，减轻疼痛感。为患者整理好床单被套，在输液卡上记录时间，告知患者有异常及时呼叫护理人员。（5）促进护理人员的专业素质不断提高。良好的沟通技巧和服务态度、整洁的仪表、专业的理论知识和熟练的操作技术等均属于护理人员的专业素质。护理人员应当加强学习，促进自身的素质和专业技能不断提高，向患者详细讲解输液的相关注意事项，实施针对性的健康宣教，进而将良好的护患关系建立起来，防止由于沟通不良引起不必要的医疗纠纷。（6）对输液室管理机制不断优化。合理实施弹性排班制度，对护理人员的工作和休息时间进行合理安排，明确划分输液区、配液区、交费区、等候区及接待区，专人负责不

同的岗位，防止出现忙乱情况，进而将清晰、便捷的就诊秩序提供给患者。将静脉输液巡视查房制度建立起来，对基本的护理操作制度严格执行。（7）强化对患者的安全防范教育。安全教育主要培训护理人员多方面的内容，包括流程、制度、意识、态度及技术等，定期实施问题总结和讲课培训，以便及时发现护理安全隐患并予以有效解决，强化对护理人员的安全意识和专业技术教育，促进其职业道德和自身修养显著提升，对护理安全事故的发生进行有效的预防，从而使护理安全事故的发生风险降低。而采用常规方法护理对照组。

1.3 观察指标

（1）护理总有效率，显效为病情变化全面恢复、有效为病情变化基本恢复、无效为病情变化没有恢复；（2）护理满意度；（3）不良事件发生率；（4）运用 SAS、SDS 评分评定不良情绪；（5）运用 ESCA 量表评估自主护理能力。

1.4 统计学分析

运用 SPSS22.0 统计学软件，用“ $(\bar{x} \pm s)$ ”、“ $[n(\%)]$ ”表示，“t”、“ χ^2 ”检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 护理总有效率：观察组高于对照组（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 护理总有效率【n（%）】

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	70	35	32	3	95.71%（67/70）
对照组	70	26	29	15	78.57%（55/70）
χ^2					13.965
P					<0.05

2.2 护理满意度：观察组高于对照组（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 护理满意度【n（%）】

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意度
观察组	70	33	37	0	100.00%（70/70）
对照组	70	22	34	14	82.86%（58/70）
χ^2					12.054
P					<0.05

2.3 不良事件：观察组低于对照组（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 不良事件【n（%）】

组别	例数	低血糖	肺水肿	高热惊厥	总发生率
观察组	70	3	1	1	7.14%（5/70）
对照组	70	4	5	3	17.14%（12/70）
χ^2					10.685
P					<0.05

2.4 SAS、SDS 评分：观察组改善效果更佳（ $P<0.05$ ），见表 4。

表4 SAS、SDS 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	70	59.84±5.11	41.47±4.16	60.18±5.33	40.33±4.12

表5 自我护理能力评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	健康知识水平		自我概念		自我责任感	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	70	19.78±4.37	39.38±6.58	17.10±4.12	32.26±6.19	14.64±3.25	30.25±6.02
对照组	70	19.84±4.20	32.21±6.20	17.05±3.92	24.15±5.84	14.68±3.50	21.23±5.86
<i>t</i>		0.083	6.635	0.074	7.973	0.070	8.983
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表5 续表 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	自我护理技能		总评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	50	17.62±3.52	36.29±6.28	69.30±4.58	138.59±8.45
对照组	50	17.55±3.30	29.58±6.02	69.35±4.28	106.58±8.25
<i>t</i>		0.121	6.453	0.067	22.678
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

影响门诊输液室护理安全隐患的原因主要包括: (1) 安全管理因素。大部分门诊输液室患者具有十分复杂的病情状况, 且发病较急, 所以明显提高了护理人员的工作难度。然而, 门诊输液室对管理工作的重视度较低, 会增大护理人员的工作量, 因此护理人员的反应能力要快, 然而当前存在相对不完善的管理制度, 无法有效的提高工作效率^[3]。特别是门诊具有较多的患者数量, 管理问题是一项十分重要的内容, 同时由于门诊护理人员的质量较低、人数不足, 所以较易引起医疗纠纷, 降低服务质量。(2) 规范问题。门诊输液室存在非常不好的环境, 患者人数较多、病种复杂, 较易加重患者的不良情绪, 在输液期间, 长时间的等待和繁琐的程序会引起患者及家属的不满, 一些中间步骤容易在输液期间省去, 所以会在很大程度上影响输液室的安全。然而, 门诊输液室患者的要求各不相同, 例如在输液速度过快的情况下, 护理人员需要对患者的病历进行检查, 明确有无血管疾病、心脏疾病等, 如果不对患者的病历提前观察, 则在输液期间较易有诸多的不良情况发生^[4]。(3) 医疗纠纷。门诊输液室的患者和医护人员存在不稳定的情绪, 较易发生口角, 增加医患矛盾的发生。在门诊输液室中, 医患问题的发生率非常高, 特别是儿童患者, 在输液期间若第一次穿刺不成功, 会导致家属出现不满情绪, 加之患儿不配合, 所以会加重护理人员的心理负担, 出现严重的医患关系。(4) 护理人员存在较差的能力。护理人员能力不足也会导致诸多的安全事件发生, 例如护理人员的输液技术水平较低、药物知识掌握不牢等。门诊患者存在十分复杂的疾病类型, 护理人员需要将相关疾病及用药的知识掌握。然而, 部分护理人员在输液期间不能及时的处理紧急情况和不良反应的发生, 进而较易引起安全事件^[5]。

近年来, 随着我国医疗护理水平的不断进步和发展, 也在很大程度上推动了门诊输液的完善和发展。在社会经济水平迅速发展的影响作用下, 同时也增加了门诊输液患者的数量, 为使患者的病情发展得到有效控制, 需要为患者提供有效、及时的治疗。所以, 需要不断提升和加强门诊输液的护理手段, 进而改善患者的预后恢复。医院需要定期培训门诊输液室护理人员的职业素质和专业技能, 促进门诊输液室的护理质量得到全面提升, 将优质的服务提供给患者, 使其要求得到充分满足。护理人员在对护理技巧充分了解并掌握的同时, 在沟通期间还需要注意一定的沟通技巧和语言态度, 将存在于输液过程中的风险向患者及家属进行详细说明。使其做好一定的心理准备, 同时在执行相关操作之前还需要与患者及家属签订同意书, 进而使医疗纠纷的发生风险降低。此外, 根据护理人员的具体情

对照	70	60.15±5.47	50.14±4.11	60.05±5.29	50.39±5.02
<i>t</i> 值		3.652	11.055	2.368	15.624
<i>p</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.5 自我护理能力评分: 观察组改善效果更佳 ($P<0.05$), 见表5。

况, 将相应的培训计划制定出来, 针对新入职的护理人员, 需要对其实施相应的考核。对于输液方面的知识, 门诊需要对护理人员定期进行专业技能培训, 同时考核培训成果, 促进其应急能力有效提高^[6]。本文通过探究优质护理服务应用于门诊输液室护理中的临床价值, 结果显示, 观察组处理总有效率、护理满意度均较高, 不良事件低, 且观察组不良情绪、自我护理能力改善更明显 ($P<0.05$)。主要原因为: 优质护理服务针对的不只是住院患者, 也需要将同样的服务提供给门诊输液室的患者, 需要在护理工作的方方面面充分落实优质护理服务。护理人员需要对优质护理服务的重要作用具有充分的认识, 保持良好的工作态度, 将自身的职业道德规范完善起来, 提高工作积极性^[7-8]。同时, 护理人员还需要善于总结, 及时发现自身存在的问题, 并积极改正, 这样才能将更好地服务提供给患者。对于门诊输液室的护理人员来说, 需要不断提高自身的各项综合能力和穿刺技巧, 掌握与患者沟通的技巧, 在工作中注意态度温和, 及时解决患者的问题, 使患者更加信任自己, 进而有效提升护理服务质量^[9]。

综上所述, 在门诊输液室护理中应用优质护理服务可以获得更高的护理效果, 护理满意度高、不良事件低, 同时能够减轻患者的不良情绪, 提升其自我护理能力。

参考文献:

- [1]王云, 张晓红, 文焕. 影响门诊注射室静脉输液患者满意度的因素分析及护理对策[J]. 贵州医药, 2022, 46 (6): 999-1000.
 - [2]陈灶凤, 区翠云, 陈智霞. 视听联合分散护理在呼吸道疾病患儿门诊输液注射中的应用效果[J]. 中国当代医药, 2022, 29 (4): 175-177, 181.
 - [3]许莉. 综合护理对门诊输液室中药注射剂不良反应的预防效果分析[J]. 现代养生 (上半月版), 2022, 22 (7): 1108-1110.
 - [4]赵旺兰. 综合化护理干预方案在儿科门诊输液室的规范应用及效果评价[J]. 湖北科技学院学报 (医学版), 2022, 36 (2): 161-163.
 - [5]徐建英, 吴虹, 李哲明. 基于信息化的个性化护理质量指标评价系统在儿科门诊输液室的应用研究[J]. 中国数字医学, 2020, 15 (1): 106-108.
 - [6]周晓燕. 专项护理小组对于降低门诊婴幼儿输液外渗、提高家长满意度与护理水平的效果[J]. 国际护理学杂志, 2020, 39 (8): 1359-1363.
 - [7]Quantifying the Relationship among Hospital Design, Satisfaction, and Psychosocial Functioning in a Pediatric Hematology Oncology Inpatient Unit[J]. Sandra A. Sherman-Bien; Vanessa L. Malcarne; Scott Roesch; James W. Varni; Ernest R. Katz. HERD: Health Environments Research & Design Journal. 2011 (4)
 - [8]吴明霞, 孙小桢, 隋雨薇. 探讨护患沟通技巧培训对减少门诊输液室护理纠纷的作用[J]. 中国农村卫生, 2020, 12 (10): 68.
 - [9]陈婷婷, 邹芳, 桂翔, 等. 儿童急诊科门诊输液患者潜在风险因素分析及针对性护理策略[J]. 当代护士 (下旬刊), 2020, 27 (8): 103-105.
- 作者简介: 张乐, 1983年6月、天津、汉族、女、本科、初级(护士)、毕业于天津医科大学、主要研究: 门诊输液取血。

全面护理干预应用于老年髌部骨折患者手术室护理的效果分析

张荔

陕西省蒲城县医院 陕西渭南 715500

摘要：目的：探讨全面护理干预应用于老年髌部骨折患者手术室护理的效果。方法：选择 100 例老年髌部骨折患者随机数字法分组各 50 例，对照组采用常规护理干预，观察组采用全面护理干预。结果：观察组患者术前的焦虑、抑郁情绪评分均明显低于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组患者术后康复总有效率明显高于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组患者术前疼痛、术中寒战和低温以及术后压疮、血栓、感染总发生率明显低于对照组（ $P<0.05$ ）；护理前无差异，护理后观察组心理功能、社会功能、物质生活及躯体功能评分均明显高于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组患者对服务态度、护理能力、安全干预、有效沟通和宣传教育评分均明显高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：全面护理干预应用于老年髌部骨折患者手术室护理中，可改善患者围术期心理情绪，减少不良反应，改善生活质量并促进其术后康复，有效提高手术护理工作质量水平，效果理想，值得采纳。

关键词：全面护理干预；老年髌部骨折；手术室护理

老年髌部骨折具有病程长、治疗难度大等特点，临床治疗方案需配合科学护理模式才能达到最理想的治疗效果，同时保障治疗安全性^[1-2]。在此背景之下，全面护理干预的研究日益深入，本研究采用分组试验方式，以 100 例老年髌部骨折患者为试验对象，探讨全面护理干预的可行性和有效性，详情如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 100 例老年髌部骨折患者随机数字法分组各 50 例，选取时间 2021 年 1 月至 2021 年 12 月，观察组男、女分别 25 例、25 例，年龄 64~75（ 69.63 ± 5.33 ）岁；对照组男、女分别 26 例、24 例，年龄 63~75（ 69.25 ± 5.42 ）岁。一般资料差异（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 纳入标准

纳入标准：①经 B 超确诊^[3]；②符合手术指征；③签署知情同意书。

排除标准：①凝血功能障碍；②髌部先天功能障碍；③合并心血管疾病。

1.3 方法

对照组行常规护理干预：围绕围术期对患者进行心理疏导、舒适护理和康复护理。

观察组行全面护理干预：（1）术前心理疏导和健康教育：认真观察患者情绪变化，视频直观讲解髌部骨折手术过程，佐以成功案例说明以增加可信度，同时协同家属鼓励、安慰患者，提高其治疗信心和勇气；（2）术中保暖防寒护理：及时响应麻醉师、手术师的要求，最短时间内完成操作，提高手术效率，设定恒定温湿度，尽可能减少手术暴露区域，预加热输注液，密切监测其体温、血压、呼吸和身体反应，及时应对寒战和低体温情况；（3）术后并发症和生活指导：在患者身体情况允许的情况下，建议其尽快下床运动，避免长期卧床导致压疮，每日早晚为患者按摩四肢，定时检测下肢周径，若有增大趋势应当考虑出现血栓的可能，应当及时进行检查并做预防处理，同时定时检查切口并更换敷料，对周围皮肤进行清洁，此外，指导患者学习呼吸法、注意力转移法缓解疼痛，必要时遵医嘱使用止痛药，指导患者科学饮食，以清淡流食为主，禁食辛辣食物，为提高患者食欲，可尽量选择患者喜欢的食物，以味觉刺激提高其食欲，遵循循序渐进原则，从简单的关节运动开始逐步加大难度，恢复其髌部功能；（4）随访干预：坚持 2-3 次/月上门指导，实地了解患者的生活环境、饮食情况以及躯体恢复情况，提出针对性建议，叮嘱患者保持良好的饮食、作息和运动习惯，建议患者家属从旁监督并进行心理疏导，使患者保持治疗信心和耐心。

1.4 观察指标

①术前后焦虑和抑郁情绪评分：对患者术前、术后两个阶段采用焦虑自评量表（SAS）^[4]、抑郁自评量表（SDS）^[5]对患者的焦虑、抑郁情绪

进行评分，两表具体评分标准为：SDS 评分标准：53~62 为轻度抑郁，63~72 为中度抑郁，73 分以上为重度抑郁；SAS 评价标准：50—59 分轻度焦虑，60—69 分中度焦虑，69 分以上为重度焦虑；②术后康复效果：若患者治疗后髌部功能完全恢复，运动无障碍，为显效，若患者治疗后髌部功能明显改善，运动有轻微障碍，为有效，若患者治疗后髌部功能仍有明显障碍，为无效，总有效率=显效率+有效率；③围术期不良反应发生率：包括术前疼痛、术中寒战和低温以及术后压疮、血栓、感染，均计入不良反应发生率计算，比值越低越理想；④护理前后生活质量评分：参考生活质量综合评定问卷（GQOL-74）^[6]，包括 4 个维度：心理功能、社会功能、物质生活及躯体功能，各个维度满分 100 分，分值越高则患者生活质量越高；⑤手术护理工作质量评分：患者出院前 1 天让其从服务态度、护理能力、病区管理、有效沟通和宣传教育几个方面进行评分，分值 0 分-100 分，分值越高则护理满意度越高。

1.5 统计学方法

SPSS25.0 版软件处理数据。

2 结果

2.1 术前后焦虑和抑郁情绪评分

观察组患者术前的焦虑、抑郁情绪评分均明显低于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 1。

表 1 术前后焦虑和抑郁情绪评分（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	例数	术前焦虑 评分	术后焦虑 评分	术前抑郁 评分	术后抑郁 评分
观察组	50	47.94±3.61	46.71±3.84	52.28±2.68	49.46±2.18
对照组	50	52.19±3.86	51.95±3.13	53.70±2.46	52.18±2.17
<i>t</i>	-	5.6862	7.4792	2.7601	6.2529
<i>P</i>	-	0.0000	0.0000	0.0069	0.0000

2.2 术后康复效果

观察组患者术后康复总有效率明显高于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 2。

表 2 术后康复效果[n（%）]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	50	31（62.00）	14（28.00）	5（10.00）	45（90.00）
对照组	50	20（40.00）	17（34.00）	13（26.00）	37（74.00）
χ^2	-	-	-	-	4.3360
<i>P</i>	-	-	-	-	0.0373

2.3 围术期不良反应发生率

观察组患者术前疼痛、术中寒战和低温以及术后压疮、血栓、感染总发生率明显低于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 3。

表 3 围术期不良反应发生率[n（%）]

组别	例数	术前疼痛	术中寒战	术中低温	术后压疮	术后血栓	术后感染	围术期不良反应
----	----	------	------	------	------	------	------	---------

观察组	50	1 (2.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (4.00)
对照组	50	3 (6.00)	1 (2.00)	2 (4.00)	1 (2.00)	2 (4.00)	3 (6.00)	12 (24.00)
χ^2	-	-	-	-	-	-	-	8.3056
P	-	-	-	-	-	-	-	0.0040

2.4 护理前后生活质量评分

功能评分均明显高于对照组 ($P<0.05$)。见表 4。

护理前无差异, 护理后观察组心理功能、社会功能、物质生活及躯体

表 4 护理前后生活质量评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	心理功能评分		社会功能评分		物质生活评分		躯体功能评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	50	65.75±5.52	82.78±5.91	65.75±5.37	82.89±5.87	65.78±5.77	81.35±5.15	65.87±5.32	83.54±5.41
对照组	50	65.39±5.30	74.33±5.30	65.28±5.22	75.81±5.56	65.71±5.88	75.88±5.93	65.66±5.45	77.28±5.32
t	-	0.3326	7.5268	0.4438	6.1919	0.0601	4.9246	0.1950	5.8339
P	-	0.7401	0.0000	0.6582	0.0000	0.9522	0.0000	0.8458	0.0000

2.5 手术护理工作质量评分

评分均明显高于对照组 ($P<0.05$)。见表 5。

观察组患者对服务态度、护理能力、安全干预、有效沟通和宣传教育

表 5 手术护理工作质量评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	服务态度评分	护理能力评分	安全干预评分	有效沟通评分	宣传教育评分
观察组	50	87.09±5.35	85.38±5.72	86.61±5.78	87.28±5.24	86.04±5.24
对照组	50	75.20±5.77	75.00±5.35	75.91±5.47	74.94±5.96	75.01±5.49
t	-	10.6848	9.3715	9.5075	10.9952	10.2768
P	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

3 讨论

老年髌部骨折是一类临床高发疾病, 多见于骨质疏松群体, 严重影响其生活质量^[7-8]。老年患者因身体抵抗力较差, 接受髌部骨折手术的过程中会出现各种问题, 影响最终手术效果和安全性, 因此加强对老年髌部骨折手术护理工作的研究迫在眉睫^[9-11]。

常规手术护理只是按照既定护理流程进行手术协助, 但髌部骨折手术十分精细, 且老年人身体免疫力较差, 有创手术对其造成的损伤十分严重, 仅仅依靠常规护理难以保证较好的手术效果和预后效果^[12-13]。相比较而言, 全面护理干预的应用弥补了常规护理干预的不足, 可围绕治疗过程优化护理体系, 具体来说: 术前心理疏导和健康教育可在术前给予患者科学的心理疏导和知识教育, 改善心理状态并提高治疗信心, 术中保暖防寒护理可减少由外部环境导致的不良刺激, 维持术中患者身体状态稳定, 提高手术安全性, 术后并发症和生活指导可避免术后并发症对患者的不利影响, 搭配科学的饮食、运动指导可促进其术后恢复, 随访干预可通过一对一、面对面指导给予患者良好的生活护理干预, 促进其躯体功能恢复, 提升其生活质量^[14-15]。

本研究结果显示, 观察组患者术前和术后的焦虑、抑郁情绪评分均明显低于对照组, 术后康复总有效率明显高于对照组, 术前疼痛、术中寒战和低温以及术后压疮、血栓、感染总发生率明显低于对照组, 护理后观察组心理功能、社会功能、物质生活及躯体功能评分均明显高于对照组, 服务态度、护理能力、安全干预、有效沟通和宣传教育评分均明显高于对照组 ($P<0.05$)。

综上所述, 手术室护理中对老年髌部骨折患者进行全面护理干预, 可有效改善患者术前和术后心理状态, 提高手术护理效果和安全性, 同时在护理后有效改善患者的生活质量, 对提高手术护理工作质量具有积极作用, 说明该护理模式效果十分理想。

参考文献:

- [1]周秀花, 朱丽梅, 傅丽桑. 健康意识理论护理在老年髌部骨折患者术后康复中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28 (8): 140-143.
- [2]金珠苑, 陈倩, 王慧. 家庭康复护理指导联合疼痛管理对老年髌部骨折患者的影响[J]. 护理实践与研究, 2022, 19 (14): 2128-2133.
- [3]徐燕芬. 基于“互联网+”的延续护理管理在老年髌部骨折病人术后

康复中的应用[J]. 全科护理, 2022, 20 (18): 2589-2592.

[4]杨逸霞. 分组护理对老年患者髌部骨折围术期的干预效果[J]. 中外医疗, 2022, 41 (10): 147-151.

[5]KOSAR CYRUS M., THOMAS KALI S., GOZALO PEDRO L., et al. Effect of Obesity on Postacute Outcomes of Skilled Nursing Facility Residents with Hip Fracture[J]. Journal of the American Geriatrics Society, 2018, 66 (Suppl.3): 1108-1114.

[6]雷黎, 曹雪琴, 杨帆. 中医护理干预结合五行音乐对髌部骨折围手术期疼痛及焦虑的临床观察[J]. 中国现代医生, 2022, 60 (12): 175-178.

[7]李佳历, 曹春风. 持续优化护理联合正念认知行为训练在髌部骨折手术患者中的应用效果[J]. 河南医学研究, 2022, 31 (8): 1526-1529.

[8]胡浩, 饶春芳, 廖丽瑜, 等. 按需阶梯镇痛护理在老年髌部骨折患者围术期中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28 (4): 143-146.

[9]王慈香, 甘秋凤. 医护一体化延续性护理模式对老年髌部骨折患者综合干预效果的研究[J]. 中外医疗, 2022, 41 (16): 181-184, 189.

[10]张慧燕. 格林模式配合微信平台的连续康复护理对老年髌部骨折患者髌关节功能的影响[J]. 医疗装备, 2022, 35 (7): 173-175.

[11]杨文艳, 谌艳, 吴俞萱. 流程化护理预防髌部骨折患者便秘发生的应用效果[J]. 现代医药卫生, 2022, 38 (8): 1403-1405.

[12]RIOS-GERMAN, R. QUEIPO, R. RAMIREZ-MARTIN, et al. P-537: Clinical and functional differences at 30-days follow-up for nursing home and community dwelling hip fracture patients: analysis of 19,000 patients from the Spanish National Hip Fracture Registry (SNHFR) [J]. European geriatric medicine, 2019, 10 (suppl.1): S207.

[13]赵颖颖. 微信平台配合格林模式行连续康复护理对髌部骨折患者关节功能及生活自理能力的影响[J]. 反射疗法与康复医学, 2022, 3 (10): 136-139.

[14]王妍, 李含晖, 哈丽米娜, 等. 基于微信平台的医护患共同决策模式在老年髌部骨折患者延续性护理中的应用[J]. 兵团医学, 2022, 20 (2): 68-70.

[15]马蕊, 王晓伟, 王浩. 预见性护理干预对极高龄髌部骨折患者术后谵妄及恢复情况的影响[J]. 中外医学研究, 2022, 20 (2): 80-83.

1 例洗衣剂中毒合并间质性肺炎患者的护理

张旭楚

江苏省南通市南通大学附属医院 江苏南通 226000

摘要: 总结 1 例洗衣剂中毒合并间质性肺炎患者的护理经过。护理重点包括: 气体交换受损及使用高流量氧治疗仪的护理, 生命体征改变的护理, 营养失调的护理, 血糖电解质紊乱的护理, 便秘的护理及相关潜在并发症的护理。经过综合治疗和护理, 患者病情好转出院。

关键词: 洗衣剂中毒; 间质性肺炎; 护理

洗衣液的有效成分主要是表面活性剂、聚磷酸盐软水剂、漂白剂、增艳剂等成分。相关文献中对人类洗衣液中毒的报道甚少, 有报道称短期吸入大量洗衣粉颗粒, 导致其与呼吸道粘膜水分发生化学反应, 刺激、烧灼粘膜, 引起化学性肺炎, 导致昏迷及严重的呼吸道症状^[1]; 黄鳝接触到含有洗衣液的水分时可出现肠道、鳃丝出血^[2]; 山羊误服洗衣水后出现口吐白沫, 呼吸困难, 腹痛腹泻, 肠音亢盛; 在防治害虫中, 因为洗衣液具有湿润、延展性, 与虫体接触后会在其表面迅速形成一层不透气的薄膜使害虫窒息死亡。由此得出, 洗衣剂中毒时, 可出现呼吸道及消化系统症状, 如呕吐、咳嗽、支气管痉挛、低氧血症, 甚至中枢神经系统的抑制^[3]。洗衣剂中毒时, 患者可出现误吸、呛咳等症状, 从而引发间质性肺炎。间质性肺炎(Interstitial pneumonia)是以肺炎炎症和间质发生纤维化为病理特征, 以呼吸困难和限制性通气障碍以及低氧血症为临床特征的临床综合征。间质性肺炎的患病率和死亡率均较高^[4]。此类病例病情危急, 临床较少, 我科于 2021 年 11 月 21 日收治一例洗衣剂中毒合并间质性肺炎的患者, 经过综合治疗和护理, 患者病情稳定, 好转出院。现将护理体会汇报如下。

1. 病例介绍

患者男性, 74 岁。患者 2021-11-20 下午在家中误服洗衣剂, 具体量不详, 至当地医院就诊, 拒绝灌肠治疗, 后转至我院急诊就诊, 期间患者呕吐数次, 为胃内容物, 考虑患者高龄, 误食超过 6 小时, 有误吸等风险, 患方仍拒绝洗胃治疗, 同时查相关检验提示代谢性酸中毒, 高钾血症, 血象偏高, 血淀粉酶偏高, D-二聚体高, 急诊予纠酸、降钾、抗感染、护胃、营养心肌等治疗, 现为求进一步诊治, 诊断为“洗衣剂中毒、间质性肺炎”于 2121-11-21 11: 15 收住我科。患者入院时神志清楚, 体温 37.5℃, 脉搏 123 次/分, 呼吸 23 次/分, 血压 169/84mmHg (1kPa=7.5mmHg), 血氧饱和度 94%。患者 2021-11-20 血气分析: PH7.295, 氧分压 86.05mmHg, 二氧化碳分压 35.42mmHg; 白细胞计数 13.4*10⁹/L; 葡萄糖 22.6mmol/L, 血钾 7.1mmol/L; D-II 聚体 6.14μg/ml; 糖化血红蛋白 12.3%。心电图: 窦性心律。头胸腹 CT: 右侧小脑、左侧额枕叶、左侧放射冠区多发软化灶, 两侧放射冠区及基底节区少许腔梗。慢支—肺气肿, 肺大泡, 两肺间质性肺炎(两下肺为著)。患者跌倒坠床评分 2 分, Braden 评分 16 分, Barthel 评分 50 分, MEWS 评分 4 分, DVT 评分 4 分。

患者入院后予心电监护, 面罩持续吸氧 5L/min, 随病情变化调节, 胃肠减压, 监测三餐前与午夜血糖, 并注射餐前胰岛素, 患者用药物治疗予“比阿培南”消炎抗感染, “阿托伐他汀”调脂稳斑, “阿司匹林”抗血小板聚集, “康复新液、聚普瑞锌”促进胃粘膜修复, 维生素及“人血白蛋白”营养支持。

入院第 3d10: 00 遵医嘱改鼻导管吸氧 3L/min, 后患者血氧饱和度值

维持在 92%-99%。入院一周内, 患者体温波动在 36.3℃-38.0℃之间, 体温高时, 遵医嘱予退热贴及冰枕等物理降温方法, 均能降至正常温度。入院第 7d22: 10 患者体温 39.4℃, 主诉气急, 咳嗽无力, 痰液不易咳出, 血氧饱和度值 94%, 汇报医生后予布洛芬混悬液 10ml 口服, 并经口腔吸出黄粘痰约 5ml, 后患者主诉气急缓解, 体温 36.8℃, 血氧饱和度为 95%。入院第 8d15: 30 患者血氧饱和度 88%, 调节氧流量 5L/min, 复查胸部 CT: 两肺间质性肺炎较前有进展, 右肺显著, 急查血气分析: PH7.411, 氧分压 69.19mmHg, 二氧化碳分压 37.05mmHg, 考虑患者有洗衣剂吸入导致肺部支气管化学损伤的可能, 遵医嘱予高流量氧治疗仪使用, 温度 37℃, 流量 35L/min, 浓度 50%, 后患者血氧饱和度维持在 96%左右。入院第 10d 患者血钾 3.3mmol/L, 血钠 157mmol/L, 白蛋白 20.2g/L, 予补钾及补充蛋白治疗。入院第 15d, 调整高流量氧治疗仪使用参数: 温度 37℃, 流量 35L/min, 浓度 40%。入院第 19d 改鼻导管给氧 3L/min。患者住院期间, 末梢血糖值波动在 4.1mmol/L-18.9mmol/L 之间, 随患者血糖值调整餐前胰岛素注射剂量。第 24d 好转出院。

患者有“高血压”病史 3 年, 平素服用“替米沙坦”, 血压控制效果满意; 有“糖尿病”病史 6 年, 平素不规律服用“二甲双胍、格列美脲”, 血糖控制效果不详; 有“脑梗死”病史 8 年, 平素服用“血栓通片、脑心通片、阿司匹林”。既往无过敏史及家族史。患者饮食一般, 入院 1 天时因为考虑患者误服洗衣剂时伴有误吸, 且进食流质食物时有呛咳, 医嘱予胃管置留, 但患者强烈拒绝, 多次沟通后, 于入院第 8d 留置胃管。患者睡眠尚可, 夜间睡眠约 6h。患者有吸烟史 50 年, 饮酒史 50 年, 现已戒除。患者小便每日 6-8 次, 尿色黄, 尿量正常, 入院 7 天内无大便, 汇报医生后加用通便药物聚乙二醇散和乳果糖口服液, 后解黄色软便一次。患者脾气性格倔强, 但能配合一般治疗。家庭和睦, 育有一儿一女, 退休公务员待遇, 无明显经济负担。

2. 护理

2.1 气体交换受损及使用高流量氧治疗仪的护理

密切观察患者呼吸频率、节律及血氧饱和度的变化, 根据患者血气分析结果调整高流量氧治疗仪参数。教会患者有效咳嗽及排痰, 观察咳嗽频率, 痰液性状、量。协助患者进行翻身拍背, 患者咳嗽困难时, 必要予吸痰, 保持呼吸道通畅。遵医嘱予高流量氧治疗仪使用, 协助患者取舒适卧位, 抬高床头 30-45°, 保持呼吸道通畅。保持病房空气新鲜, 定时通风, 每天两次循环风消毒, 房间温度在 22-24℃。

高流量氧治疗仪由空氧混合装置、加温加湿装置和储氧式鼻塞等部分组成。它可以提供适宜的氧浓度, 适宜人体温度的气体, 使得治疗效果更佳, 患者也更加舒适^[5]。使用时应选择合适的鼻塞, 鼻导管孔径选择小于

鼻孔内径 1/2 的最大型号^[6],严密监测患者的生命体征,呼吸形态和血气分析的变化,嘱患者闭口呼吸,鼻塞位置高度高于机器和管路水平,及时倾倒管路积水,添加湿化液,调节鼻塞固定带松紧,避免引起颜面部皮肤损伤,及时查看并处理机器报警。

2.2 生命体征改变的护理

密切监测体温,体温在 37.7℃,每日测量四次,体温在 38.7℃,每四个小时测一次,遵医嘱予物理及药物降温措施,根据医嘱使用比阿培南。及时更换被服,保持床单元清洁。每日开窗通风两次,每次半小时,每周进行空气消毒,固定陪护人员。予多功能监护,持续监测患者心率、呼吸、血氧饱和度,测量血压 qh,合理设置报警参数。发现异常,及时汇报医生,积极配合处理。

2.3 营养失调的护理

患者初期禁食,开放饮食后胃管留置,指导家属将高蛋白食物,例如鱼、瘦肉、虾研碎成糊状物,从胃管内注入。遵医嘱静脉输注白蛋白、氨基酸。提供干净的就餐环境,进食时不从事治疗活动。加强口腔护理,保持口腔清洁,以增进食欲。及时复测患者白蛋白。

2.4 血糖、电解质紊乱的护理

遵医嘱予多功能监护,密切观察心电图的变化,及时发现低钾的表现。密切观察患者有无恶心、腹胀、手足麻木的情况,如有不适,及时汇报医生。遵医嘱予氯化钾胃管注入及静脉补钾。观察患者尿量,见尿补钾。患者高钠高氯,遵医嘱予温水 200ml 鼻饲 q4h。遵医嘱及时复查电解质,并关注结果。遵医嘱测三餐前及午夜血糖,根据血糖值,动态调整餐前胰岛素的剂量。目前相关指南和专家共识都推荐危重症成人患者的血糖控制范围应在 7.8~10mmol/L^[7]。

2.5 便秘的护理

患者进食量少,活动量少,保证饮食中纤维素的含量和充足的水分摄入,但要量入为出,避免增加心脏负担。进行适当的腹部按摩,顺时针环形按摩 10-15min,刺激肠蠕动,帮助排便。提供隐蔽环境。培养定时排便的习惯。必要时遵医嘱使用开塞露。

2.6 潜在并发症的护理

2.6.1 窒息的预防和护理 该患者有脑梗病史,且有鼻饲管置入,在胃管的影响下,患者分泌的痰液无法及时排除,随着痰液进入气道,患者很容易发生窒息问题^[8]。患者抬高床头 30-45°,床边备有吸痰装置,加强翻身拍背,鼓励患者将痰咳出。患者鼻饲过程中和鼻饲完成后 30min 内不能吸痰,以防发生呕吐,如呕吐时,头偏向一侧,及时漱口。一日两次行口腔护理,保证口腔清洁干净,减少细菌和微生物滋生,避免出现呼吸道感染问题^[9]。

2.6.2 消化道出血的预防和护理 保持胃肠减压通畅,胃肠减压是排除胃内残余毒物,观察胃黏膜出血情况,保护受损黏膜的治疗措施。观察胃肠减压引流液的颜色、性质及量,必要时留取标本查隐血试验。观察病人有无腹痛等不适主诉,大便的颜色及性状。及时复查血常规、淀粉酶等各项指标。

2.6.3 深静脉血栓的预防和护理 老年患者血管特点是内膜增厚、粗糙、管腔狭窄、血流速度减慢,老年患者年龄越大,静脉血栓发生率越高,因此老年人可作为深静脉血栓形成的独立危险因素^[10]。有研究说明踝泵运

动能有效促进血液循环,降低血流淤滞的风险,可有效克服卧床造成血流缓慢这一形成静脉血栓的高危因素^[11]。指导患者适当床上活动,做踝泵运动,踝关节跖屈 40°~50°,背屈 20°~30°,跖屈 10s 后再背屈 10s,再做踝关节环绕动作 10s,连续动作 5min 后,平卧静息 30min,再连续动作 10min,再次平卧静息 30min,再连续动作 15min。观察患者双下肢有无肿胀、疼痛、浅静脉曲张,有无皮肤发红、皮温升高。

2.6.4 管道滑脱的预防和护理 管道标识清晰,班班检查,双重固定,胃管胶布每天更换,必要时随时更换。翻身时保留一定的管道活动度。动态进行管道滑脱风险评估,每天评估管道留置的必要性,尽早拔除。

3. 体会

洗衣剂中毒的患者在平时工作中不常见,且洗衣剂中毒无特效解毒剂,一般治疗以支持治疗和综合治疗为主,早期可行洗胃、灌肠、催吐等方法促进毒物排出。患者年龄大,基础疾病多,预后差,治疗护理过程中须严密监测患者的生命体征,气道,及早期发现处理并发症。保持气道通畅,定时翻身拍背,按需排痰,合理应用祛痰化痰药物及抗菌素,避免或控制肺炎的发生及发展。此病例中护士的不足之处是未关注患者的病情消耗和营养摄入的情况,治疗护理中需与医生保持沟通,制定适宜患者的营养计划,必要时请营养科会诊。护士必须具备敏锐、细致的观察力,运用评判性思维去综合分析患者所存在的护理问题,提出切实可行的护理措施,对患者的康复具有重要意义。

参考文献:

- [1]曾丽思,向述天,苏云杉.洗衣粉吸入致严重肺部改变 CT 表现一例[J].放射学实践,2018,10(33): 1112
 - [2]段国庆,江河,胡王.洗涤剂对黄鳝幼鱼急性毒性的研究[J].东北农业大学学报,2014,45(8): 84-89
 - [3]康凯,马静怡,徐锐锋.静脉误输洗衣水致血流感染 1 例[J].中国急救医学,2020,40(12): 1203-1204
 - [4]吴宏爱,熊小云.间质性肺炎长期控制呼吸治疗的个案管理护理模式研究[J].国际护理学杂志,2017,36(2): 220-223
 - [5]杨玉慧.高流量氧治疗仪护理常规[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(8): 196
 - [6]李云玲,黄柏章,张文君.呼吸衰竭患者应用高流量湿化治疗仪的综合护理效果分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2017,41(9): 1164-1166
 - [7]李菁菁,潘文彦,王晓容.ICU 成人危重症患者血糖管理的最佳证据总结[J].护理学报,2021,289999(12): 21-26
 - [8]周淑红,胡丹.拔除胃管协同综合排痰护理在老年突发窒息患者中的应用效果[J].中国当代医药,2020,27(7): 231-233
 - [9]朱晓雯,蒋琳.综合排痰护理佐治老年支气管哮喘急性发作期的临床研究[J].老年医学与保健,2013,19(5): 325-328
 - [10]赵敏,高明杰,马玲燕.1 例长期卧床老年患者 PICC 并发深静脉血栓的护理[J].实用临床护理学杂志,2016,1(10): 70-72
 - [11]湛艳,吴俞萱,江伟.踝泵运动对下肢静脉血流动力学影响的研究[J].创伤外科杂志,2020,22(1): 52-56
- 作者简介:张旭楚(1990-),女,汉族,籍贯江苏南通,本科,主管护师,主要研究方向为急诊医学临床护理。

社区糖尿病护理中采用家庭单位护理模式的应用效果及对生活 质量的影响分析

张燕

山东省德州市齐河县城区卫生服务中心 山东德州 251100

摘要:目的:探讨在社区糖尿病护理中运用家庭单位护理模式的效果,分析对患者生活质量的影响。方法:取本社区诊疗的100例糖尿病患者为主体,通过抽签法分成治疗组(50例)、对照组(50例)。护理过程中对照组开展常规社区护理干预,治疗组开展家庭单位护理模式,比较组间护理效果、自我效能、血糖水平、疾病感知控制度、生活质量、情绪状态,研究日期是2020年9月-2021年9月。结果:对比各项指标得知,治疗组护理效果、自我效能、生活质量均较对照组高,疾病感知控制度、血糖水平、情绪状态评分较对照组低, $P<0.05$ 。结论:予以社区糖尿病患者家庭单位护理模式具有理想效果,可促进机体疾病感知控制和自我效能改善,同时还可促进血糖水平降低,改善机体情绪状态,对提高生活质量具有重要意义,应用价值显著。

关键词:社区糖尿病;家庭单位护理模式;应用效果;对生活质量

糖尿病(GDM)为慢性、非传染性疾病,指的是机体胰岛素功能出现减退后,靶细胞对于胰岛素敏感性明显降低且导致蛋白质、脂肪、糖代谢紊乱的代谢性疾病。有关数据统计显示,目前我国糖尿病患者总人数达到了1.14亿人,其中60岁以上患者占比为4.3%,主要涉及1型糖尿病、2型糖尿病^[1]。研究显示,糖尿病的发生主要和生活饮食方式、遗传学致病基因、种族、年龄等密切联系^[2]。糖尿病病理基础为 β 细胞功能缺陷导致胰岛素分泌不足和胰岛素抵抗,患者主要表现为“三多一少”,即多尿、多食、多饮、消瘦,同时还可合并存在疲乏无力情况。若患者未及时发现并接受系统、科学的治疗,血糖持续升高后极易导致微血管、大血管病变,会对眼、肾、足等靶器官产生不可逆损害,可对机体生活质量、生命安全进一步构成了严重威胁。社区为管理慢性病的重要基层单位,有关研究显示,以社区为基础,指导开展家庭单位护理模式,可显著提升血糖控制效果及患者生活质量^[4]。本文将家庭单位护理模式用于糖尿病护理中,同时选择社区诊治的100例患者实施对照研究,分析对患者护理效果、自我效能、血糖水平、疾病感知控制度、生活质量、情绪状态的影响,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本社区在2020年9月-2021年9月治疗的100例糖尿病患者为研究主体,通过抽签法对患者实施分组,其中50例作为治疗组,剩余50例作为对照组。对照组年龄是50~82岁,均值(66.58 ± 3.82)岁;男女患者比例是27:23;病程为1~11年,平均(6.08 ± 0.61)年。治疗组年龄是52~80岁,均值(66.53 ± 3.73)岁;男女患者比例是29:21;病程为2~10年,平均(6.07 ± 0.65)年。经SPSS24.0对比各组资料,确定差异不具备统计学意义, $P>0.05$ 。

1.2 研究标准

纳入标准:患者诊疗资料完整,可保证研究顺利实施;签署知情同意书,满足伦理道德要求,符合《世界医学会赫尔辛基宣言》原则;疾病诊断参考《中国糖尿病防治指南》^[3],患者均有“三多一少”症状,机体FBG(空腹血糖) $\geq 7.0\text{mmol/L}$,HbA_{1c}(糖化血红蛋白) $\geq 6.5\%$,2hPG(餐后2h血糖) $\geq 11.0\text{mmol/L}$;经胰岛素试验或者糖耐量试验确诊,均未发生糖尿病相关并发症。

剔除标准:严重过敏体质;免疫系统疾病;自身代谢性疾病;严重脏器疾病;合并糖尿病并发症;凝血障碍;血液系统及传染性疾病;精神类疾病或者认知功能异常;恶性肿瘤;诊疗资料丢失。

1.2 方法

对照组采取常规护理干预,确诊糖尿病后为其建立健康档案,档案信息涉及年龄、性别、病情、用药、病程等。针对糖尿病发生原因、治疗、症状、并发症、预后水平等进行健康教育,促进患者主动参与血糖的控制,帮助纠正不良行为习惯,指导规范用药。干预期间注意合理调整患者情绪,加强血糖水平监测,积极预防并发症,同时依据实际情况指导合理饮食、用药、运动等,进一步提高血糖控制效果。

治疗组实施家庭单位护理模式,主要涉及:(1)基于病情护理干预。受疾病影响,患者在病理、生理方面均受到严重影响,故需要充分了解患者病情进展,评估疾病对生理状态的具体影响情况,以降低血糖水平为目标实施针对性干预,实现病情精准干预以及延伸护理指导。(2)健康指导。明确告知糖尿病发生机制、危害、血糖控制重要性,促进患者形成日常血

糖监测、良好行为习惯保持以及规律治疗的重要性,使其形成正确的认知与规律的习惯。(3)心理干预。患者及家属对疾病知识的了解程度可影响情绪状态,实施家庭护理管理期间,应充分认识情绪干预的重要性。对于负面情绪明显的患者,社区医护人员需积极实施心理疏导,同时对家属进行干预,使其配合情绪护理工作,主动关爱、陪伴患者,促进幸福感提升。

(4)加强血糖监测。科学、规范的血糖监测有利于医生及时了解、掌握患者疾病治疗情况,应指导患者、家属正确使用血糖监测仪,每日监测血糖水平并上传至健康档案。护理人员每日查看血糖数据,了解血糖波动情况,一旦发现异常,需及时报告给医生,及时调整治疗方案,提高血糖控制效果。(5)饮食干预。以饮食能量、运动平衡为基础,应用生活方式疾病综合防治软件为患者制定科学性、规范性的饮食计划表,约束患者三餐种类、总量。指导患者自行记录膳食情况,定期检查执行情况,了解三餐比例是否恰当,总量与种类是否科学。叮嘱患者以低脂、低糖、低盐、高纤维素食物为主,保证食物种类丰富、营养搭配合理、清淡易消化,同时注意少食多餐。(6)运动干预。应用生活方式疾病综合防治软件为患者制定数字化运动方案,有效规划运动时间、运动方式、运动强度、运动量等。明确告知患者合理运动对控制血糖水平、改善心肺功能、降低相关并发症风险的重要性,促进运动意识增强。可根据病情指导患者进行游泳、骑行、慢跑、散步、打太极等运动。

1.3 观察指标

1.护理效果。根据患者临床症状、血糖水平等指标改善程度为依据,判定要求是显效、无效、有效。(2)疾病感知控制。应用BIPQ(简易版疾病感知问卷)分析各组疾病感知控制情况,主要涉及理解能力、病因认知、认识状况、情绪状态,共9个条目,各条目分值为0-10分,评分越高说明疾病感知控制敏感度越高。(3)血糖水平。抽取患者护理前后5ml肘正中静脉血后通过全自动生化分析仪检测FPG(空腹血糖)、2hPG(餐后2h血糖),以免抑制比浊法测定HbA_{1c}(糖化血红蛋白)。(4)自我效能。以DSES(糖尿病自我效能量表)评价各组自我效能情况,涉及监测、药物、饮食、运动、足部护理、急症处理6项,总分值是26-130分,分值越高表示自我效能越高。(5)生活质量。以Spitzer生活质量指数评价日常生活、家庭社会支持、前景认知、活动能力、健康感觉情况,评分越高表示生活质量越好。(6)情绪状态。对比组间患者护理前后的焦虑(SAS)、抑郁(SDS)情绪,分值越高表示机体情绪状态越差。

1.4 统计学处理

以SPSS23.0软件分析研究所涉及的数据,计量资料通过“ $\bar{x}\pm s$ ”表示,以“t”检验;计数资料通过相对数“ $n(\%)$ ”表示,以“ χ^2 ”检验,组间 P 值 <0.05 时,差异存在意义。

2 结果

2.1 护理效果评价

治疗组中显效者36例,有效者12例,无效者2例;对照组中显效者28例,有效者14例,无效者8例。治疗组护理总有效率高达96.0%,与对照组间的84.0%存在统计学差异($\chi^2=4.000$, $P=0.045$), $P<0.05$ 。

2.2 疾病感知控制情况分析

表1中数据显示,治疗组、对照组间理解能力、病因认知、认识状况、情绪状态评分均有差异,治疗组较对照组高, $P<0.05$ 。

表 1: 疾病感知控制情况分析量表 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	病因认知	理解能力	情绪状态	认识状况
治疗组 (n=50)	32.14±3.53	33.27±2.42	34.26±2.53	32.74±3.35
对照组 (n=50)	34.53±3.47	35.49±2.75	36.59±2.61	34.36±3.54

表 2: 血糖水平分析表 ($\bar{x} \pm s$)

组别	FPG (mmol/L)		2hPG (mmol/L)		HbA1c (%)	
时间	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
治疗组 (n=50)	10.27±1.75	7.08±0.69	13.52±1.47	9.08±0.75	8.65±0.93	4.37±0.68
对照组 (n=50)	10.24±1.69	7.49±0.71	13.49±1.58	9.64±0.72	8.69±0.91	4.77±0.64
t	0.085	2.869	0.096	3.731	0.212	2.967
P	0.932	0.005	0.923	0.000	0.831	0.003

2.4 自我效能分析

治疗组、对照组间监测、药物、饮食、运动、足部护理、急症处理评

t	2.727	3.501	3.488	2.645
P	0.007	0.001	0.000	0.009

2.3 血糖水平分析

治疗组、对照组间护理后的 FPG、2hPG、HbA1c 水平均有差异, $P < 0.05$, 见表 2。

分均有明显差异, $P < 0.05$, 评估数据见表 3。

表 3: 自我效能分析量表 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	药物	监测	饮食	足部护理	运动	急症处理
治疗组 (n=50)	93.27±3.26	95.62±3.17	90.76±3.72	92.36±3.58	94.38±3.72	92.86±3.59
对照组 (n=50)	90.08±3.71	93.02±3.58	88.65±3.62	90.85±3.16	92.61±3.62	89.79±3.73
t	4.085	3.438	2.570	1.999	3.757	3.750
P	0.000	0.000	0.012	0.049	0.001	0.00

2.5 生活质量评价

治疗组生活质量评分明显较对照组高, $P < 0.05$, 评估数据见表 4。

表 4: 生活质量评价量表 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	健康感觉	日常生活	家庭社会支持	前景认知	活动能力
治疗组 (n=50)	1.38±0.15	1.34±0.12	1.36±0.13	1.27±0.09	1.36±0.12
对照组 (n=50)	1.27±0.14	1.27±0.14	1.28±0.14	1.22±0.08	1.29±0.14
t	2.068	2.460	2.713	2.690	2.460
P	0.041	0.016	0.008	0.008	0.016

2.6 情绪状态分析

比较护理前实验组、对照组 SDS、SAS 评分未发现统计学价值, $P > 0.05$; 对比护理后评分发现, 实验组分值较对照组低, $P < 0.05$, 见表 5。

表 5: 情绪状态分析量表 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	SDS		SDAS	
时间	护理前	护理后	护理前	护理后
实验组 (n=40)	32.71±3.59	33.62±2.64	34.38±2.51	32.49±3.58
对照组 (n=40)	34.46±3.63	35.59±2.72	36.59±2.73	34.69±3.39
t	2.167	3.286	3.939	2.822
P	0.033	0.001	0.000	0.006

3 讨论

糖尿病属于慢性、内分泌疾病, 具有较高的发生率, 疾病主要表现为糖代谢紊乱为表现, 进展后可诱发各类并发症, 对肾、脑、心脏、足部、眼睛等靶器官均有损害, 严重可对患者生命健康构成威胁^[5]。糖尿病的发生主要和遗传、免疫功能紊乱、微生物感染、环境等相关因素有关, 发病后机体胰岛素功能明显衰退, 可导致糖类、水电解质、蛋白质、脂肪等紊乱情况^[6]。多食、多饮、多尿、体重减轻为糖尿病的典型症状, 大部分患者还可出现乏力、疲劳等情况, 疾病进展后可严重影响代谢器官正常运转^[7-8]。目前临床对于胰岛素 β 细胞异常、胰岛素抵抗症状原因仍处于探索阶段, 研究发现糖尿病主要由家族遗传、环境等因素共同作用诱发, 其中环境对疾病症状和严重程度的影响更为显著, 例如劳动不足、作息不规律、营养过剩、机体衰老等^[9-10]。鉴于糖尿病特点, 长期住院治疗并不实际, 故家庭管理状况与病情密切相关, 通过实施良好的家庭管理, 可促进血糖管理效果提升, 有利于减轻病情, 改善生活质量^[11]。

家庭单位护理模式为医院延续护理措施, 主要特点是动员患者、家属、社区医护人员实施全面、系统的护理干预, 可让患者在出院后得到规范的

管理及科学的护理, 有利于保持良好的行为习惯, 可做到规范用药、科学饮食、合理运动等^[12-13]。相较于医院护理, 家庭单位护理模式具有显著优势, 干预主体为患者本身及其家属, 对于患者生理状况、行为偏好、情绪状态等更为了解, 可针对性满足护理需求, 有效保证了护理工作的系统性、科学性^[14]。

综上所述, 予以社区糖尿病患者家庭单位护理模式具有理想效果, 可促进机体疾病感知控制和自我效能改善, 同时还可促进血糖水平降低, 改善机体情绪状态, 对提高生活质量具有重要意义, 应用价值显著。

参考文献:

- [1] 杨佳佳, 于爱红. 家庭单位护理模式在老年糖尿病护理中的应用及满意度分析[J]. 系统医学, 2021, 6 (20): 167-170.
- [2] 孟淑花. 家庭护理管理模式在社区糖尿病患者护理中的应用分析[J]. 甘肃科技, 2021, 37 (19): 151-153.
- [3] 代月娇, 陆慧仙, 王轶婷. 医院-社区-家庭三位一体护理模式改善糖尿病患者自我管理行为及睡眠质量的疗效[J]. 当代医学, 2021, 27 (25): 183-185.
- [4] 柴艳美. 医院-社区-家庭“三位一体”护理管理模式对糖尿病肾病腹膜透析患者自我管理行为的影响[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21 (11): 142-143+145.
- [5] 钟莹, 张云, 严彩虹等. 家庭医生签约模式下社区延续性护理对糖尿病患者预后的影响[J]. 基层医学论坛, 2021, 25 (12): 1656-1658.
- [6] 徐铁琳, 封红伟, 郑炜斌. 医院-社区-家庭三位一体护理新模式干预高龄女性高危阶段糖尿病的研究进展[J]. 老年医学与保健, 2020, 26 (06): 1094-1096.
- [7] 韩雪, 安俊红, 朱佳玉. 糖尿病足病人医院-社区-家庭延续性护理模式研究进展[J]. 循证护理, 2020, 6 (07): 655-658.
- [8] 杨芳荣, 孙淑娟, 赵慧. 社区糖尿病护理中采用家庭单位护理模式的应用效果观察[J]. 名医, 2020, 17 (01): 168.
- [9] 宋莎. 以家庭为单位的社区糖尿病护理管理模式的临床分析[J]. 中国农村卫生, 2019, 11 (16): 27-28.
- [10] 黄金, 宋芳云. 以家庭为单位的社区糖尿病护理管理模式的临床分析[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4 (22): 155-158.
- [11] 高晓榕. 家庭护理干预在糖尿病肾病血液透析患者中的应用效果及满意度评价[J]. 透析与人工器官, 2021, 32 (01): 59-61.
- [12] 张贺威, 项溢. 家庭护理干预对社区糖尿病患者治疗依从性的影响[J]. 中国社区医师, 2021, 37 (04): 146-147.
- [13] 余湛玲. 家庭护理管理模式在糖尿病患者中的应用效果[J]. 糖尿病新世界, 2021, 24 (03): 142-144.
- [14] 贾艳. 社区家庭护理干预对糖尿病患者治疗依从性的影响[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19 (90): 340-341.

长期护理模式下中老年脑卒中患者危险因素调查分析与探讨

赵小霞

河西学院附属张掖人民医院 甘肃张掖 734000

摘要:目的:对中老年脑卒中患者不同长期护理模式下的危险因素、患者的健康情况进行调查,以此探讨长期护理模式下患者的护理干预方案。方法:以横断面调查的方式,对在我院接治疗的中老年脑卒中患者随机抽取 90 例,实施不同的护理模式,分别接受机构式、社区-家庭式、家庭式 3 组,每组 30 例患者,统计患者的危险因素,对相关资料进行比较,以此对危险因素进行科学的控制,维持患者长期的健康状态,确定科学的护理模式,通过机构式、社区-居家式、家庭式三种不同的护理模式比较,对患者的健康情况进行评价。结果:机构组血压、血糖、血脂、Hcy、BMI 等指标明显优于社区-居家组,社区-居家组各项指标优于家庭组,差异显著 $P<0.05$;机构组患者的知行信评价,从认知、态度、条件、行为、总分等方面比较,显著高于社区-居家组、家庭组,差异显著 $P<0.05$ 。结论:长期护理模式各有差异,其中家庭长期护理对脑卒中患者干预评分最低,患者认知受损情况严重,而机构式护理模式能明显提高脑卒中患者的健康知行信水平。只有科学控制脑卒中患者的危险因素,尤其是对可人工干预的危险因素要及时控制,才能有效预防脑卒中的复发。其中机构式护理模式可以为脑卒中患者提供更多的社会支持,提升患者的生活质量和健康认知水平,从而提高对危险因素控制率,尤其是对血压、血脂、体重、BMI 等指标进行有效的控制,机构式长期护理干预更容易实施,可作为中老年脑卒中患者首选护理模式,值得推广研究。

关键词:长期护理模式;中老年脑卒中;危险因素;调查

随着我国经济水平提升,生活方式、饮食结构发生了很大改变,而生活和饮食方面的不节制,加上老龄化加剧,都是导致脑卒中发病率逐年上升的关键因素。脑卒中具有致残率高,复发率高的特点,此病也成为我国居民死亡首位的疾病。研究发现^[1],55 岁以后,随着年龄的增长,脑卒中危险性也会加倍增加,而中老年人群作为脑卒中高发人群,即便成功抢救也会遗留不同程度的偏瘫、抑郁、失语、不能自理,要长期靠他人帮助才能完成日常生活。卒中对患者的生理、心理健康造成巨大的伤害,也对家庭、对社会造成沉重负担。WHO 把长期护理定义为非专业护理者与专业护理人员构成的护理体系,使不能生活自理的脑卒中患者生活质量提升,以此尽可能恢复患者的自理能力,使患者的人格尊严得到满足^[2]。长期护理模式按服务对象、服务场所分成几个类别,其中家庭式是脑卒中患者在家中得到家庭成员的护理,主要照顾患者的生活,安慰患者的心理;而机构式护理模式是将脑卒中患者安置于养老或医疗机构,医护人员、护工等组成团队提供的护理服务,完成患者的日常生活、医疗服务、特别照顾等方面护理;社区-居家式是社区卫生服务中心、家庭医生等组成在家的患者提供照料护理,对患者的日常生活、医疗服务和精神慰藉^[3]。通过 3 种不同的长期护理模式比较,调查并分析影响脑卒中患者的危险因素,可以针对相应的风险开展干预,制定针对性护理方案,以此为患者提供科学的护理服务,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2019 年 2 月-2021 年 12 月期间在我院接治疗的中老年脑卒中患者随机抽取 90 例,以横断面调查的方式,随机分 3 组,每组 30 例。机构组:男女比 16:14;年龄 49-89 岁,均值 (71.22 ± 5.87) ;婚姻状况:在婚 18 例,未婚、离异或丧偶 12 例;社区-居家组:男女比 17:13;年龄 48-88 岁,均值 (72.18 ± 5.02) ;婚姻状况:在婚 19 例,未婚、离异或丧偶 11 例;家庭组:男女比 15:15;年龄 47-88 岁,均值 (71.45 ± 5.71) ;婚姻状况:在婚 17 例,未婚、离异或丧偶 13 例;3 组基础资料比较,无统计学差异 $P>0.05$ 。

1.2 调查内容

脑卒中危险因素根据《缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南 2010》进行评价,发放问卷调查,统计中老年脑卒中患者的危险雷达素,主要包括:1)高血压。是否有高血压病史,是否按时服用降压药物,检测患者的血压水平(收缩压、舒张压)是否达标,当日测量 3 次血压水平后,收缩压是否高于 140mmHg,舒张压是否高于 90mmHg;2)高血糖。患者是否有糖尿病病史,是否在口服降糖药治疗,检测患者空腹血糖是否在 6.1mmol/L 以上;3)心脏病。询问患者是否有心脏病病史,是否有心肌梗塞、房颤、瓣膜病等病史;4)高血脂。检测患者的血脂各项指标是否处于正常范围,检测 TC 是否高于 6.22mmol/L,检测 TG 是否高于 2.26mmol/L,检测 LDL-C 是否高于 4.14 mmol/L, HDL-C 是否小于 1.04 mmol/L;5)高同型半胱氨酸(Hcy),检测患者的空腹状态下血浆水平是否高于 16 μ mol/L;6)BMI。检测患者的 BMI 指标是否有明显超重或肥胖情况,检测数值高于 24kg/m²即表示有超重情况;7)吸烟。患者是否有吸烟史,每日吸烟是否有 1 支以上,连续吸烟 6 个月以上时间。8)运动情况。患者是否有持续体育运动的行为,每日运动是否不足 30min,每周低于 3 次。9)家族遗传史。询问患者家族是否有脑卒中遗传病史。

通过问卷调查,对不同护理模式下的中老年卒中患者的基本情况进行调查,包括患者的血糖、血脂、Hcy 等项数据,调查员要经过专业培训,可以熟练使用问卷调查,了解相关指标和检测技术,调查员考核合格后方可上岗参与调查工作。

1.3 统计学方法

数据 SPSS22.0 统计学分析,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 3 组不同护理模式下患者的危险因素

机构组血压、血糖、血脂、Hcy、BMI 等指标明显优于社区-居家组,社区-居家组各项指标优于家庭组,差异显著 $P<0.05$,表 1。

表 1 不同危险因素测量值组间比较【 $\bar{x}\pm s$ 】

组别	血压 (mmHg)		血糖		血脂 (mmol/L)				Hcy(μ mol/L)	BMI
	收缩压	舒张压	空腹血糖 (mmol/L)	糖化血红蛋白 (%)	TC	TG	LDL-C	HDL-C		
机构组 (n=30)	123.11 $\pm$ 16.70	68.18 $\pm$ 8.17	6.16 $\pm$ 1.78	6.33 $\pm$ 0.96	4.77 $\pm$ 1.2	1.58 $\pm$ 0.7	2.54 $\pm$ 1.1	1.50 $\pm$ 0.4	15.39 $\pm$ 4.49	23.50 $\pm$ 2.98
社区-居	127.95 $\pm$ 17.06	73.40 $\pm$ 8.52★	4.73 $\pm$ 0.55★	5.62 $\pm$ 0.55★★	4.98 $\pm$ 1.0	1.58 $\pm$ 1.2	2.90 $\pm$ 0.7	1.39 $\pm$ 0.3	20.51 $\pm$ 7.75★	23.88 $\pm$ 3.1

家组 (n=30)	★				2	2	3	3	★	65
家庭组 (n=30)	137.18±22.78	76.01±10.22★	5.19±1.23★	5.26±0.38★★☆	4.92±0.9	1.24±0.6	2.83±0.7	1.51±0.2	17.16±6.72	23.69±3.76
	★	★		☆	3	6	6	9		

注：与机构组对比，★ $P<0.05$ ；★★ $P<0.01$ ；与社区-居家组对比，☆☆ $P<0.01$ ；

机构组患者的知行信评价，从认知、态度、条件、行为、总分等方面比较，显著高于社区-居家组、家庭组，差异显著 $P<0.05$ 表 2。

2.2 分析 3 组患者健康“知行信”评分

表 2 对 3 组患者健康知行信评价【 $\bar{x} \pm s$, 分】

组别	认知	态度	条件	行为	总分
机构组 (n=30)	11.91±2.16	13.78±1.40	17.70±2.20	22.11±2.02	65.50±5.54
社区-居家组 (n=30)	10.47±2.01	12.42±1.83	14.78±2.19	17.41±3.01	55.12±5.92
家庭组 (n=30)	9.51±1.22	11.44±1.22	12.93±2.60	13.51±2.70	47.38±5.06
合计	10.71±2.00	12.61±1.73	15.23±2.96	17.92±4.24	56.51±8.96

3 讨论

长期护理这一概念最早出现在 1948 年，每个国家、地区对此概念称呼有差异，有称作长期照护、长期照料、长期养老等不同称呼。在 1954 年，国际会议对此类需要安排长期监督、观察、护理的患者，要先对患者病情严重程度进行鉴定，了解患者的需求；其次对现存可供护理方式、方法进行检验，并对方法进行整改、完善；再次对现存的护理服务进行协调；为长期护理提供筹资，为当地接受长期护理的患者提供建议和方向。到 1987 年真正提出了长期护理模式这一概念，为先后天失能者提供医疗护理、照顾和服务，将疾病诊断依据变更为功能程度为指标，需要得到长期的照护，无论是慢性病、心理疾病等类疾病都可以得到相应的照护^[4]。为探讨长期护理模式下中老年脑卒中患者的危险因素，并提供相应的干预，讨论如下。

(1) 危险因素调查。高血压是引起脑卒中的首要危险因素，只有控制好血压水平，才能有效预防脑卒中发病，只有做到降压达标，才能有效预防脑卒中发病。而家庭式护理对于患者血压水平控制效果并不理想，家庭式护理要加强对患者血压管理，尤其收缩压加强管理，才能保证护理质量^[5]。有研究发现^[6]，糖尿病、糖尿病病程也是引起脑卒中的高危独立因素而存在，当患者糖化血糖值过高时，就会加大脑卒中发病率。随着血糖水平的上升，空腹血糖、糖化血糖值过高，而机构组护理中存在的问题就是血糖水平控制效果不佳，要加强对此类护理模式下患者的血糖水平管理，才能预防脑卒中发生。当脑卒中患者发现有血脂水平异常表现时，有些患者未发现血脂异常，缺乏配合治疗意识，而此项指标是引发心脑血管疾病高危因素。临床很多研究结果都表明 Hcy 是导致脑卒中发生、复发的高危独立因素，通过检验 Hcy 指标发现，脑卒中患者接受社区-居家护理模式下，检测 Hcy 水平明显上升，表示对此类护理模式下的脑卒中患者要加强对 Hcy 的管理，监测患者指标变化及时干预。有研究发现^[7]，合理补充叶酸能控制脑卒中发生的风险，指导此类患者及时摄入叶酸，能有效控制脑卒中的风险。也有研究发现^[8]，家族遗传病史是诱发脑卒中不可干预的因素，有家族遗传病史人群要及时改变不良生活方式，纠正自身的饮食、运动等生活习惯，能有效预防脑卒中发生。心脏病也是诱发脑卒中发病排位第三的因素，患者如果合并心脏病史，指导患者及按医嘱用药，控制心脏病病情的进展，定期检查身体，预防发生房颤、心肌梗塞，能有效预防脑卒中发生。有研究发现^[9]，超重、肥胖都是引起脑卒中的危险因素，统计社区-居家式护理模式下，患者体重明显超标，对此类护理模式下的患者要加强干预指导，有效控制体重，加强体育锻炼，才能控制脑卒中的发生和复发。当脑卒中患者加强体育锻炼和日常活动后，能利于肢体功能的恢复，利于患者后续身体的康复。吸烟是公认诱发脑卒中高危独立因素，吸烟时间越长，量越大，表示诱发脑卒中几率越高。

(2) 不同长期护理模式下开展差别管理

机构组护理模式下的患者，通过养老机构工作人员协助下，完成对患者血压、血糖、血脂等指标检测，使患者学会对各项指标的自我管理，建立渠道，实现病友间的良好交流，以此加强患者的健康知行信评分。社区-居家式护理模式，由社区卫生服务中心发挥作用，对患者开展健康教育，对诱发脑卒中的高危因素，脑卒中的防治知识等为患者宣讲，使患者了解三高类型和危害，Hcy 的危害，肥胖和超重的危害等。同时，指导患者如何日常生活中控制各项指标，加强对自身健康的管理。社区卫生服务中心为患者建立档案，定期随访，科学指导用药，纠正不良生活习惯，通过多种干预管理方式，对脑卒中患者进行管理。同时加强社区内对脑卒中疾病的宣传，定期召开病友交流会的方式，组织病友间进行交流，增加脑卒中患者的社会交往范围，使患者的身心各方面生活质量都能得到提升。而家庭式护理模式下的脑卒中患者，大多缺乏健康意识，在体检时才会发现生化指标异常，对于各项指标的危害也缺乏足够的认识，不能重视正规治疗的重要性。可由社区卫生服务中心联合社区，对社区居民加强健康意识宣讲，增加体检机会，定期开展各项检查，可以及时发现患者的身体异常。对高危人群加强管理，脑卒中患者接受三级预防管理，家庭成员接受专业护理技能培训

综上所述，脑卒中危险因素调查后，针对性开展干预管理，能有效降低脑卒中发病率、复发率，对患者生存质量也能起到显著的提升作用。

参考文献：

- [1]侯冬梅.ICU 脑卒中患者合并医院获得性肺炎的危险因素及防控护理[J].国际护理学杂志,2021,40(22): 4073-4076.
- [2]周南香,冯国琴,刘美华,等.基于思维导图联合定量化预测模型对缺血性脑卒中合并吞咽障碍病人的护理实践[J].蚌埠医学院学报,2021,46(11): 1634-1638.
- [3]陈瑶,隋轶.缺血性脑卒中患者静脉溶栓后出血转化的危险因素分析及护理干预[J].中国医药指南,2021,19(31): 150-152.
- [4]王宇,曹娜,段继云.缺血性脑卒中老年患者抑郁发生的相关因素分析及护理[J].齐鲁护理杂志,2021,27(19): 124-127.
- [5]胡宏美,华小倩.脑卒中复发的可干预因素及护理干预研究进展[J].黑龙江科学,2021,12(16): 84-85.
- [6]南鹤,黄丹.老年脑卒中相关性肺炎患者的病原菌分布现状危险因素及护理措施[J].国际护理学杂志,2021,40(15): 2745-2747.
- [7]涂仁娜.急性脑卒中患者卒中相关性肺炎发生的相关危险因素及其护理干预分析[J].临床护理杂志,2021,20(03): 24-27.
- [8]由正.老年脑卒中患者吸入性肺炎危险因素分析及康复护理体会[J].中国医药指南,2021,19(14): 10-12.
- [9]何兴月,杨辉,曹慧丽,等.脑卒中病人居家相关危险因素因素的 Meta 分析[J].护理研究,2021,35(06): 952-960.

早期综合康复护理对老年冠心病患者的效果及 SAS、SDS 评分影响分析

周霞

青岛市市南区人民医院 山东青岛 266000

摘要:目的: 研究对于老年冠心病患者在治疗过程中应用早期综合康复护理的有效性, 以及对 SAS、SDS 评分影响。方法: 选取 70 例老年冠心病患者, 均为我院取 2020 年 4 月到 2021 年 4 月时间段内收治, 抽签法形式做分组处理, 其中对照组所纳入 35 例应用常规护理, 实验组所纳入 35 例基于以上同时选择应用早期综合康复护理, 比较护理效果检测值; 卧床时间测定值、住院时间测定值; 护理前后生活质量变化评定值; 护理前后 SAS、SDS 评分影响评定值。结果: ①实验组护理总有效率高于对照组, 差异具备可比性 ($p < 0.05$); ②实验组卧床时间测定值、住院时间测定值均低于对照组, 组间对比 ($p > 0.05$); ③生活质量变化评定值项目上对比, 护理前, 两组评定值无差异 ($p > 0.05$); 护理后, 实验组各项评定值均高于对照组, 组间对比 ($p < 0.05$); ④ SAS、SDS 评分评定值项目上对比, 护理前, 实验组和对照组评定值无差异 ($p > 0.05$); 护理后, 实验组各项评定值均低于对照组, 组间对比 ($p > 0.05$)。结论: 当应用早期综合康复护理于老年冠心病患者的治疗中, 患者可以得到全方位的护理, 缩短了卧床以及住院时间, 情绪也能够保持相对稳定, 对于治疗的积极性更高, 有效的提升了生活质量。

关键词: 早期综合康复护理; 老年冠心病; 效果; SAS; SDS

前言

冠心病以老年为主要的发病人群, 近些年, 随着年龄老化, 患病人数也在剧增。当患有冠心病后^[1], 患者的胸前区会出现突发性的疼痛, 多发性绞痛, 心悸, 身体无力等, 病情严重的患者会出现心律失常, 猝死, 心肌梗死等, 对患者的生命安全造成威胁。临床上对于冠心病除了进行及时且有必要的治疗外, 还需进行护理干预, 提前发现潜在风险^[2], 扼杀风险, 确保患者在治疗过程中能够积极的配合医护人员, 改善病情, 对此, 本文以 70 例老年冠心病患者计入实验 (2020 年 4 月到 2021 年 4 月), 分析治疗老年冠心病患者在治疗的同时应用早期综合康复护理, 对于 SAS、SDS 评分影响。

1 临床资料、方法

1.1 选取资料

选取 70 例老年冠心病患者, 均为我院在 2020 年 4 月到 2021 年 4 月时间段内收治。抽签的形式做分组处理, 实验组所选取的 35 例中, 男 18 (51.43%) 例/女 17 (48.57%) 例, 年龄抽取涉范围为 67~83 岁之间, 平均值 (72.10 ± 5.00) 岁, 病程 2~8 年, 均值 (4.57 ± 0.92) 年。对照组所选取的 35 例中, 男 19 (54.29%) 例/女 16 (45.71%) 例, 年龄抽取涉范围为 68~83 岁之间, 平均值 (72.44 ± 5.25) 岁, 病程 2~9 年, 均值 (4.67 ± 1.00) 年。组间基线资料具均衡性 ($P > 0.05$)。

纳入依据: 知情, 自愿对同意书签署, 报经单位所设伦理部门批准, 所涉资料齐全无缺项; 所有入选实验的患者经过冠状造影检查确定冠心病^[3]。

排除依据: 合并其它严重的脏器性疾病; 精神障碍; 语言表达不清晰等。

1.2 方法

对照组: 常规护理^[4], 即在患者整个治疗的过程中, 护理人员监测患者的心率、脉搏, 血压等变化; 叮嘱患者食用容易消化的食物, 严格的按照医嘱进行治疗, 并且告知患者用药的方式, 剂量, 以及有可能出现的不良反应, 一旦出现异常, 及时的和医生联系, 并进行进一步处理。

实验组: 基于以上同时选择早期综合康复护理^[5], 即 (1) 当患者住院时, 即为患者讲解发病的原因以及机制, 告知治疗的方式以及取得的成效, 让患者明白在治疗的过程中存在的影响因素和禁忌, 对于患者的解答能够认真的回答, 让患者对于后续的治疗积极配合; (2) 护理人员应当积极的回答患者, 了解患者情绪变化的原因, 并且进行针对性的心理干预护理, 对于患者给予充分的尊重和理解, 换角度进行思考, 有助于良好的医患关系建立, 患者也可保持良好的心态面对治疗, 多鼓励和安抚患者, 促使患

者建立良好的治疗心态; (3) 利用分级运动平板测定患者的身体状态, 为患者制定针对性的康复计划^[6], 包含体操, 有氧, 力量练习, 以患者的实际感受为主, 多鼓励患者进行运动, 在运动的过程中, 医护人员要陪伴在旁, 避免意外发生的同时, 还可及时的纠正患者的错误锻炼行为; 在第一天协助患者进行简单的翻身以及肢体运动运动, 并按摩患者的上下肢, 每次 5~10 分钟, 一天两次; 第 2~3 天, 指导患者进行脚踝, 关节, 肩膀等主动运动, 一天 2~3 次, 每次 3~5 分钟; 第四天指导患者进行缩唇呼吸, 即缩唇呼吸的过程中还需要同时将腹部进行收缩; 腹部式呼吸, 即让患者将双手放置在上胸部、上腹部的位置, 利用鼻子慢慢的吸气, 呼气, 在吸气的过程中凸起腹部, 呼气时腹部凹下, 一天 2 次, 每次 10~15 分钟; 当患者可下床之后慢慢的进行行走训练, 下楼梯训练等; (4) 针对患者的病情状况制定饮食计划, 告知患者食用低盐, 清淡食物的意义; 对于合并高血压症患者, 盐的摄入量应当每天小于 5g, 脂肪的摄入量控制在每天 30%; 同时护理人员还需要告知患者, 适量的摄取蛋白质, 有利于减轻患者的心脏负担; 多食用新鲜的瓜果蔬菜, 确保能够摄入充分的维生素, 微量元素; (5) 根据患者的诊断实验结果^[7], 判定患者的护理危险等级, 根据患者的实际情况, 选择更为科学有效的护理干预。

1.3 观察标准

(1) 护理效果检测值: 经过治疗以及护理之后, 患者的情绪保持稳定, 且心率恢复正常, 计入效果显著; 经过治疗以及护理后, 患者的情绪相对稳定, 偶尔也会有焦虑、抑郁等情况, 疼痛有所缓解, 计入有效果; 当以上的情况没有任何变化, 病情越发严重, 计入无效果。

(2) 分析卧床时间测定值、住院时间测定值。

(3) 采用 SF-36 计算护理前后生活质量变化评定值, 评定躯体功能、社会功能、情感功能, 单项满分为一百, 得分越高, 证实患者的生活质量理想。

(4) 利用 SAS 量表、SDS 量表评定护理前后 SAS、SDS 评分变化, 得分低, 证明情绪恢复良好。

1.4 统计学分析

通过 SPSS30.0 处理对实验获得结果, 两个组别间计数通过 (%) 予以表述, 经施以 χ^2 检验获结果, 两组别计量通过 ($X \pm S$) 表示, 利用 T 值检验获得数据, $P < 0.05$ 差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 对比护理效果检测值

实验组护理总有效果高于对照组, 组间对比 ($p < 0.05$), 见表 1。

表1 对比护理效果检测值

组别	例数	效果显著	有效果	无效果	总有效率
实验组	35	19(54.29)	13(37.14)	3(8.57)	32(91.43)
对照组	35	11(31.43)	12(34.29)	12(34.29)	23(65.71)
X ²		-			6.8727
P		-			0.0088

2.2 对比卧床时间测定值、住院时间测定值

表2: 实验组卧床时间测定值、住院时间测定值均低于对照组, 差异具备可比性 ($p < 0.05$)。

表3 分析护理前后生活质量变化评定值

组别	例数	躯体功能		社会功能		情感功能	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
实验组	35	45.92±5.18	85.69±13.0	62.92±10.7	90.50±8.25	57.98±5.00	87.80±8.25
对照组	35	45.98±5.17	64.80±9.52	62.95±10.8	80.49±7.23	57.80±4.98	73.20±9.00
T		0.0485	7.6699	0.0117	5.3985	0.1509	7.0746
P		0.9615	0.0001	0.9907	0.0001	0.8805	0.0001

2.4 分析护理前后 SAS、SDS 评分影响评定值

表4: SAS、SDS 评分评定值项目上对比, 护理前, 实验组和对照组评定值无差异 ($p > 0.05$); 护理后, 实验组各项评定值均低于对照组, 组间对比 ($p > 0.05$)。

表4 分析护理前后 SAS、SDS 评分影响评定值

组别	例数	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
实验组	35	57.17±7.52	39.45±6.15	54.35±9.21	35.63±6.45
对照组	35	57.00±7.48	47.30±8.62	54.28±9.20	44.00±5.92
T		0.0948	4.3860	0.0318	5.6560
P		0.9247	0.0001	0.9747	0.0001

3 讨论

冠心病为多见病, 对患者的生活质量造成严重影响。冠心病是因冠状动脉粥样硬化造成宫腔出现了明显的堵塞或者狭窄的情况, 患者会出现心肌持久性的缺血以及缺氧^[8]。临床上对于冠心病会以采用经皮冠状动脉介入治疗, 但因老年群体身体素质较差, 且病情会受到多种因素影响, 在治疗的过程中, 增加护理干预可提升效果, 促进患者恢复健康。

早期上冠心病发作之后, 病情还未稳定, 常规的护理多建议患者卧床休息, 禁止运动, 以免对心脏造成负担, 但是限制患者活动的时间太长, 就会影响患者的全身血液循环^[9], 患者的基础代谢减缓, 心肌供血能力下降, 出现了体力, 肌力下降, 对于心功能改善较差; 且常规的护理干预, 康复训练的内容单一, 并且依据病程进展进行调整, 护理效果较差。

早期综合康复护理作为有效的护理干预, 可解决以上的问题, 该护理方式是依据患者的病情实际情况以及机体状态等, 进行康复训练, 确保患者能够进行最佳的训练^[10], 满足不同患者对于早期康复的需要。康复方案的执行过程中, 注意随时评定患者的状况, 以循序渐进的形式不断提高训练的强度和训练内容, 确保训练方案更为针对性, 避免出现不良事件, 预后理想^[11-12]。且开展早期综合康复护理进行主动的肢体活动训练, 可以提高全身血液循环, 代谢能力上升, 也有助于心脏侧支循环的建立, 促使缺血的心肌灌注快速恢复, 对于心功能改善理想。在治疗的过程中发现, 多数的患者在患病之后^[13-14], 很容易出现焦虑, 抑郁等情绪, 对患者的身心造成负面影响, 当应用早期综合康复护理后, 可依据患者的不同心理状况, 进行干预, 多和患者进行交流, 给予其心理支持, 确保患者的负面情绪能够得到全方位的释放, 能够维持良好的心态面对治疗以及康复。

本次实验数据证实, 实验组护理总有效效果高于对照组, 实验组卧床时间测定值、住院时间测定值均低于对照组, 组间对比 ($p < 0.05$), 其证实了当应用早期综合康复护理, 减少了患者的卧床时间, 患者能够尽快的进行康复训练, 缩短了住院时间, 护理成效更为理想。另外本次实验数据证实,

表2 对比卧床时间测定值、住院时间测定值

组别	卧床时间 (d)	住院时间 (d)
实验组 (n=35)	60.00±5.20	9.10±1.28
对照组 (n=35)	67.78±6.10	14.92±2.25
T	5.7422	13.3012
P	0.0001	0.0001

2.3 分析护理前后生活质量变化评定值

表3: 生活质量变化评定值项目上对比, 护理前, 两组评定值无差异 ($p > 0.05$); 护理后, 实验组各项评定值均高于对照组, 组间对比 ($p > 0.05$)。

护理后, 实验组生活质量各项评定值均高于对照组; 护理后, 实验组 SAS、SDS 各项评定值均低于对照组, 组间对比 ($p > 0.05$)。其证实了当应用早期综合康复护理, 患者的不良情绪得到合理的疏导, 对于护理配合性较高, 生活质量也能够大幅度的提升。

总之, 当应用早期综合康复护理于老年冠心病患者的治疗中, 患者可以得到全方位的护理, 缩短了卧床以及住院时间, 情绪也能够保持相对稳定, 对于治疗的积极性更高, 有效的提升了生活质量, 值得大量规模化应用以及推广。

参考文献:

- [1] 谢柑霖, 翁友飞, 王云琳. 早期综合康复护理干预对老年冠心病患者心理状态及心功能的影响[J]. 中国老年保健医学, 2022, 20 (03): 151-153.
- [2] 卜晓彤. 综合康复护理对老年冠心病患者生活质量及满意度的影响[J]. 安徽医学, 2021, 20 (04): 71-73.
- [3] 单鸿放. 综合护理对老年冠心病患者心律失常护理的效果[J]. 中国医药指南, 2021, 19 (09): 169-170.
- [4] 袁玉婷. 综合康复护理干预对老年冠心病冠状动脉介入治疗后患者生活质量的影响评价[J]. 心血管病防治知识, 2021, 11 (08): 39-41.
- [5] 赵秀娜. 个性化人文关怀护理对老年冠心病患者的应用效果及生活质量影响评价[J]. 黑龙江中医药, 2020, 49 (05): 322-323.
- [6] 秦小利, 杨冰. 对老年冠心病患者心律失常综合护理效果分析[J]. 中国药物与临床, 2020, 20 (15): 2652-2654.
- [7] 高杰. 综合护理对老年冠心病患者心律失常护理的效果研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7 (49): 3+9.
- [8] 石翠英. 老年冠心病患者施行综合康复护理效果观察[J]. 中国药物与临床, 2020, 20 (11): 1919-1920.
- [9] 孟芹. 综合康复护理在老年冠心病患者的实施效果[J]. 心血管病防治知识 (学术版), 2020, 10 (06): 58-60.
- [10] 段会霞. 对老年冠心病患者施行综合康复护理的效果观察[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4 (04): 43+54.
- [11] 薛玲玲. 综合康复护理对老年冠心病患者生活质量及预后的效果评价[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7 (01): 1+3.
- [12] 林翠. 综合康复护理对于老年冠心病患者身心康复中的效果[J]. 心血管康复医学杂志, 2018, 27 (04): 473-475.
- [13] 范玉伟, 吴一嫣. 综合康复护理对老年冠心病患者生活质量及预后的影响[J]. 临床护理杂志, 2018, 17 (02): 37-39.
- [14] 鲍旭. 综合护理对老年冠心病患者心律失常护理的效果分析[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4 (49): 7.

止嗽散中药配方颗粒与中药饮片治疗外感咳嗽的疗效研究

刘杰¹ 高小童²

1.山东省临沂市沂南县人民医院 276300; 2.山东中医药大学 250355

摘要:目的: 对外感咳嗽疾病实施止嗽散中药配方颗粒与中药饮片治疗, 分析其临床治疗价值。方法: 将我院 2021 年 5 月~2022 年 5 月之间收治的外感咳嗽患者 82 例为研究范例, 借助数字奇偶法进行分组, 每组中均为 41 例, 观察组中患者实施止嗽散中药配方颗粒治疗, 对照组中患者实施止嗽散中药饮片治疗。记录并对比组间治疗效果。结果: 治疗前, 2 组咳嗽症状评分比较无意义, $P>0.05$ 。治疗后, 日间与夜间咳嗽评分、中医证候积分均是观察组比对照组低, 而 LCQ 评分则是观察组高于对照组, 数据对比差异有统计学意义, $P<0.05$ 。另外, 治疗有效率观察组比对照组高; 而组间并发症观察组比对照组低, $P<0.05$ 具有临床统计学意义。结论: 外感咳嗽实施止嗽散中药配方颗粒治疗效果更佳, 可以快速缓解咳嗽症状, 降低并发症占比, 改善患者预后生活质量, 提升整体治疗效果, 具有临床推广应用的价值

关键词: 止嗽散中药配方颗粒; 中药饮片; 外感咳嗽; 咳嗽评分

外感咳嗽在一年四季均可发病, 尤其在冬春二季的发病率更高, 中医研究表明: 风寒犯肺属于外感咳嗽的主要致病因, 且其诱因呈现出多样复杂特点, 在环境逐渐变化等因素影响下, 此疾病出现概率呈现出显著增加, 对此确定有效治疗方法是非常重要的, 在中医上则需在治疗中辨证看待^[1-2]。在现代医学中, 属于呼吸道症状的一种, 通常情况, 轻度咳嗽可以将气道中的异物、呼吸道分泌物排出体外, 对患者的身体健康是有益处的, 然而过度咳嗽则会使机体承受更大影响, 导致更严重肺系疾病, 甚至危及患者生命安全。在临床治疗中, 此疾病的治疗以西药为主, 多是白三烯受体拮抗剂或者镇咳剂, 祛痰剂一类的药物, 虽然能够在一定程度上实现对对症治疗的效果, 但是副作用相对较大, 患者一旦停药, 疾病则会反复发作, 对患者而言, 加重了其治疗周期, 也增加了心理负担, 对后续的依从治疗造成了不良影响^[3-4]。中医药则不同, 其属于我国的医学瑰宝, 所有的中药配方颗粒是以符合炮制规范的优质中药为原料制作的, 应用采用现代高新技术进行药物提取、浓缩、制粒, 以便于应用在临床治疗中。鉴于此, 本文将我院 2021 年 5 月~2022 年 5 月之间收治的外感咳嗽患者 82 例为研究范例, 旨在分析对外感咳嗽疾病实施止嗽散中药配方颗粒与中药饮片治疗后取得的效果。具体内容作如下说明:

1. 资料与方法

1.1 临床资料

将我院 2021 年 5 月~2022 年 5 月之间收治的外感咳嗽患者 82 例为研究范例, 借助数字奇偶法进行分组, 每组中均为 41 例, 观察组中男性病患 20 例, 女性病患 21 例, 年龄区间 16~71 岁, 均值 (43.50±27.50) 岁; 病程区间 1~12 天, 均值 (6.5±5.5) 天。观察组中男性病患 23 例, 女性病患 18 例, 年龄区间 15~70.5 岁, 均值 (42.75±27.75) 岁; 病程区间 2~11.5 天, 均值 (6.75±4.75) 天。对比两组患者年龄、性别等数据均无差异性, $P>0.05$, 存在同质性。

纳入标准: 82 例患者均与中西医的诊断标准相符合: 患者在发病后 2 天内均入院治疗; 经过血常规检查、X 线检查加以确诊; 患者均知情同意本研究, 并资源签订知情同意书。排除标准: 内伤咳嗽患者、妊娠、哺乳期女性、精神病患者、体温超过 38℃患者、过敏体质患者、重要脏器受损患者、资料不全患者。

1.2 方法

参与研究的 82 例患者均实施经典方剂止嗽散加减治疗, 中药方剂为:

(3) 桔梗、紫苑、百部药物各 15 克, 荆芥、白前药物各 12 克, 陈皮 6 克, 甘草 5 克。在治疗过程中需辨证加减药物治疗, 即风寒者, 可见其咳嗽急促, 痰白薄, 有咽痒症状, 并伴有鼻塞流涕, 恶寒无汗, 出现全身酸痛感, 舌薄苔白, 脉浮紧, 此时则需加用麻黄 12 克、桂枝 10 克、紫苏叶 15 克, 从而实现疏风散寒的效果; 风热者, 可见其咳嗽较为频繁、剧烈, 且咳嗽粗亢、痰黄稠, 有发热情况, 口干咽痛严重, 并伴有鼻流黄涕, 观其舌红、苔黄, 脉滑数, 此时需加用鱼腥草、芦根 20 克、浙贝母 15 克, 从而实现疏风清热, 宣肺止咳的治疗效果; 痰湿盛者, 可见其痰多白而黏, 痰咳出则咳嗽止, 有胸闷, 体倦情况发生, 并伴有饮食减少, 观其苔白腻,

脉濡, 此时则需加用半夏、白芥子各 12 克、紫苏子、佩兰各 15 克, 从而实现燥湿化痰的治疗效果。

对照组 41 例患者实施中药饮片治疗, 即医院药房中提供的, 为患者煎药生成成为 400mL 的中药煎剂, 早、晚两次服药。观察组 41 例患者则采用分中药配方颗粒治疗, 即取适量沸水溶化止嗽散中药配方颗粒, 一次 200 毫升, 同样早、晚各服药一次。组间患者均持续治疗一周。

1.3 观察指标

(1) 依据《咳嗽的诊断与治疗指南 (2009 版)》中内容评价患者的日间、夜间咳嗽症状, 患者的得分越高代表其咳嗽症状也是愈加严重。

(2) 为患者发放莱切斯特咳嗽生命质量问卷, 回收 82 份, 并对其生活质量 (生理、心理、社会) 进行评估, 患者的得分越高代表其受咳嗽的影响越小, 即生活质量越高。

(3) 疗效评定: 痊愈代表患者临床症状消失。显效代表患者临床症状有了开明显的改善。有效表示患者临床症状有所好转。无效表示患者临床症状并未改善。同时需记录患者的并发症发生情况, 并进行数据百分比分析。

1.4 统计学分析

将止嗽散中药配方颗粒与中药饮片治疗外感咳嗽相关数据输入 SPSS23.0 统计学软件中, 并实施对比分析; 计量资料以“均数±标准差”进行表示, t 进行检验, 而计数资料则是以百分比进行表示, 组间的数据对比以 χ^2 检验。 $P<0.05$ 时有临床统计学价值。

2. 结果

2.1 治疗效果比较

治疗有效率观察组比对照组高, $P<0.05$ 具有临床统计学意义。

表 1 治疗效果比较[n(%)]

分组	例数	痊愈	显效	有效	无效	有效率
观察组	41	20	10	8	3	38(92.68)
对照组	41	18	6	5	12	29(70.73)
X^2		-		-	-	9.2021
P		-		-	-	0.0000

2.2 咳嗽症状评分对比

治疗前, 2 组咳嗽症状评分比较无意义, $P>0.05$ 。治疗后, 日间与夜间咳嗽评分均是观察组比对照组低, 数据对比差异有统计学意义, $P<0.05$ 。

表 2 咳嗽症状评分对比[$\bar{x} \pm s$ /分]

分组	日间咳嗽症状评分		夜间咳嗽症状评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=41)	2.30±0.34	0.93±0.12	2.80±0.45	0.60±0.20

对照组 (n=41)	2.25±0.28	1.58±0.25	2.79±0.50	1.42±0.37
t	0.7054	3.8155	1.0247	3.0845
P	0.9136	0.0034	0.6158	0.0027

2.3 中医证候积分和 LCQ 评分对比

治疗前, 2 组中医证候积分和 LCQ 评分比较无意义, $P>0.05$ 。治疗后, 中医证候积分观察组比对照组低, 而 LCQ 评分则是观察组高于对照组, 数据对比差异有统计学意义, $P<0.05$ 。

表 3 中医证候积分和 LCQ 评分对比[$\bar{X}\pm s$ /分]

分组	中医证候积分		LCQ 评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=41)	9.25±0.91	0.69±0.71	8.15±1.30	19.63±2.66
对照组 (n=41)	9.20±0.80	1.93±0.01	7.99±1.25	14.86±2.27
t	4.6025	2.9417	0.3045	6.0140
P	0.7103	0.0008	1.3715	0.0002

2.4 组间并发症对比

组间并发症观察组比对照组低, $P<0.05$ 具有临床统计学意义。

表 1 治疗效果比较[n/%]

分组	例数	恶心呕吐	头痛	嗜睡	有效率
观察组	41	3	0	1	4 (9.75)
对照组	41	4	6	3	13(31.70)
X ²		-		-	20.4858
P		-		-	0.0000

3. 讨论

咳嗽主要属于肺系疾病, 为临床常见病、多发病, 患病之后不但会影响患者的工作、生活, 还会在疾病进展下出现严重并发症, 需积极防治, 以最大限度降低患者的痛苦[5-6]。对于外感咳嗽而言, 在现代医学中从属于急性支气管炎的一种, 致病因为: 病毒、细菌、肺炎支原体单独, 或者混合感染造成的, 常见病毒感染为: 流感病毒、腺病毒, 呼吸道合胞病毒感染等, 若是患者自身免疫功能低下, 营养不良情况严重或者患上慢性鼻炎、咽炎疾病, 也会诱发外感咳嗽, 进而使得患者工作、生活受到影响。现代医学上认为外感咳嗽的病理变化是: 气管、支气管粘膜出现充血、水肿情况, 此时纤毛细胞受到损伤脱落, 且粘液腺体肥大, 在粘膜下层出现了炎症细胞浸润, 使得分泌物增加, 患者的咽喉部不适感加重。一般情况下, 西医临床治疗重点则是控制感染, 确诊为病毒感染需实施抗病毒治疗; 若是患者有发热、黄痰、白细胞增多情况出现, 则需辨别是否为细菌感染, 此时需适当选用抗生素进行治疗, 并且及时展开退热、化痰的对症治疗, 以有效控制疾病, 明确感染来源能够为后续治疗提供夯实的基础[7-8]。

在中医上, 咳嗽可细分为外感、内伤 2 种: 其中外感咳嗽, 主要是由于外感风邪, 犯肺入里, 具体表现为: 咽痒作咳、咳嗽声重, 气急, 干咳不止, 咳痰较少等, 若是严重, 则会声音嘶哑、痰中带血, 且在《内经》中早就对咳嗽的相关形成进行解说, 明确了气候变化、六气影响等情况, 均会造成咳嗽发生, 且咳嗽患者在日常中咽喉不利, 需要不断清嗓, 疾病迁延不愈, 会影响患者的正常生活; 同时《伤寒论》中也曾记载: “六气皆令人咳, 风寒主之”; 《医学三字经》中也有所表述: 即“肺为脏腑之华盖, 呼之则虚, 吸之则满。患者患病后受得本然之正气, 无法经受外来之客气, 客气干之, 则呛而咳矣, 知晓疾病的发生之后, 在临床治疗中则需因以疏风、散寒, 宣肺止咳、化痰为主, 并详细分析患者的病情, 采用辨证治疗方法解除患者痛苦[9-10]。止嗽散是清代名医程国彭的方剂, 收录在《医学心悟》之中, 方剂中的百部(气微, 味甘、苦 归肺经), 应用后能够起到润肺、下气止咳的效果; 紫苑(气微香, 味甜、微苦 归肺经), 应用后能够起到润肺下气、消痰止咳的效果; 桔梗(味苦、辛, 性平 归肺经), 应用后能够起到宣肺, 利咽, 祛痰的效果; 荆芥(辛, 微温), 应

用后能够起到解表散风的效果; 白前(辛、苦, 微温 归肺经), 应用后能够起到降气, 消痰, 止咳的效果; 陈皮(苦、辛, 温 归肺、脾经), 应用后能够起到理气健脾, 燥湿化痰的效果; 甘草(甘, 平 归心、肺、脾、胃经), 应用后能起到补脾益气, 清热解毒, 祛痰止咳、调和诸药的效果。选用中医药对外感咳嗽进行治疗, 可以有效恢复肺气的宣降, 增加止咳化痰效果, 提升治疗效果[11-12]。

经过本研究可知: 治疗前, 2 组咳嗽症状评分比较无意义, $P>0.05$ 。治疗后, 日间与夜间咳嗽评分、中医证候积分均是观察组比对照组低, 而 LCQ 评分则是观察组高于对照组, 数据对比差异有统计学意义, $P<0.05$ 。另外, 治疗有效率观察组比对照组高; 而组间并发症观察组比对照组低, $P<0.05$ 具有临床统计学意义。即应用止嗽散组方进行治疗, 其方药严谨、合理, 药物精简恰当, 不但能够与中医传统理论具有一致性, 也取得了现代临床药理研究支持, 在本研究中以及患者外感不同病邪, 结合个体差异展开的治疗, 能改善咳嗽症状[13]; 同时止嗽散中药配方颗粒剂量与中药汤剂差异不大, 其药效峻猛, 若是给急症患者使用, 能够在最快速度控制患者病情, 当疾病稳定之后, 其用量则可以适当的随加水量减少, 不但实现了精准用药, 也进一步保障了临床用药的安全性。另外, 止嗽散在现代药理学中知晓: 其中药物能够抵抗、抑制金黄色葡萄球菌、白色念珠菌等, 进而大大降低支气管的分泌物, 对痰液分泌起促进作用, 并推动气管纤维素运动, 大大增加机体抵抗力、免疫力, 对提高临床治疗效果有积极促进作用[14-15]。

综上所述, 止嗽散中药配方颗粒治疗外感咳嗽的效果更加显著, 应用后能较快速的缓解咳嗽症状, 降低并发症的发生率, 改善患者预后恢复, 提升整体治疗效果, 具有临床推广应用的价值。

参考文献:

[1]柳吉玲,梁健忠,李镰行,等. 止嗽散中药配方颗粒与中药饮片治疗外感咳嗽临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育,2022,20(13): 37-39.

[2]何新. 止嗽散加减治疗外感咳嗽的临床疗效[J]. 内蒙古中医药,2021,40(10): 20-21.

[3]田利军,孟庆华,唐乐,等. 毫针点刺治疗小儿外感咳嗽的疗效观察[J]. 中国保健营养,2021,31(23): 49-50.

[4]方静萍. 加味桂枝汤宁嗽汤治疗小儿外感风寒诱发咳嗽的临床体会[J]. 智慧健康,2021,7(26): 165-167.

[5]胡卫均,李莲,石欣,等. 杏苏散合止嗽散加减治疗小儿外感咳嗽的临床效果[J]. 现代诊断与治疗,2021,32(19): 3038-3039.

[6]曾秀娣,熊鹏飞. 火龙罐联合中药涂擦治疗小儿外感风寒咳嗽临床观察[J]. 实用中医药杂志,2021,37(2): 183-184.

[7]尹现杰,李丽秋,饶捷媛. 小儿推拿治疗外感咳嗽的临床疗效观察及融入社区儿童健康管理路径的研究[J]. 中国社区医师,2020,36(27): 108-109.

[8]黄泽河. 止嗽散合清金化痰汤在小儿外感后咳嗽治疗中的应用[J]. 临床医药文献电子杂志,2020,7(26): 18,100.

[9]魏丽,郑伟东,陈逸健. 止嗽散加僵蚕治疗外感咳嗽的效果观察[J]. 内蒙古中医药,2020,39(2): 30-31.

[10]程兰. 麻黄汤加减联合穴位贴敷疗法对外感咳嗽患儿进行治疗的效果观察[J]. 当代医药论丛,2021,19(22): 170-172.

[11]伍小青. 推拿结合刮痧治疗小儿外感咳嗽[J]. 饮食保健,2019,6(40): 65-66.

[12]陈莉,吴昔钧. 清肺健脾推拿治疗小儿外感咳嗽的疗效观察[J]. 针灸推拿医学(英文版),2020,18(3): 225-230.

[13]李霞丽,王永丽,张爱萍. 麻杏石甘汤配合鲜竹沥汤治疗小儿外感咳嗽临床观察[J]. 光明中医,2020,35(1): 62-64.

[14]罗界兰,李雪,祝斌野,等. 湘西刘氏小儿推拿治疗小儿外感咳嗽 213 例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2022,38(2): 67-68,79.

[15]黄菁. 自拟加味三拗汤治疗外感咳嗽的临床疗效[J]. 内蒙古中医药,2020,39(4): 26-27.

补肾活血汤的骨科临床应用及相关实验研究概况

余毅男¹ 吴建军² 通讯作者

1.福建中医药大学 福建福州 350000; 2.厦门大学附属福州市第二医院 福建福州 350000

摘要: 补肾活血汤出自古方《伤科大成》，有补肾壮筋、活血止痛的功效，查阅相关文献，发现补肾活血汤对于骨质疏松骨折、膝关节关节炎、股骨头坏死等骨科疾病具有较好的疗效。相关实验室研究表明，补肾活血汤有促进骨折愈合、延缓椎间盘退变、抑制关节炎症因子表达、并且具有一定减轻脊髓组织病理损伤的功效，具有很高的临床应用价值。

关键词: 补肾活血汤；骨科；研究概况

补肾活血汤记载于清代医家赵竹泉（谦）所著《伤科大成》，首次刊于光绪十七年（1891 年）。方由熟地黄、补骨脂、菟丝子、杜仲、枸杞、当归、山萸肉、肉苁蓉、没药、独活、红花 10 味中药组成。此方具有补肾壮筋、活血止痛之功效，主治筋骨损伤后期，肝肾亏虚，表现为筋骨酸痛无力，尤以腰部为甚，故治法当以补益肝肾，强健筋骨兼以活血止痛。此方在临床上对于骨科的应用较广，本文就对于补肾活血汤的骨科临床应用及相关实验研究概况进行综述。期望为补肾活血汤在今后骨科中的临床应用提供参考。

1. 补肾活血汤在骨伤科的临床应用

1.1 骨质疏松骨折

骨质疏松是指骨量减少，骨组织的微结构遭到破坏，导致骨脆性增加的一种疾病[1]，骨质疏松骨折即在轻微暴力状态下即可导致的骨折，多发于原发性骨质疏松的患者，尤其是中老年患者。骨质疏松性骨折也可发生在强暴力下，但大部分骨质疏松性骨折是由于日常生活，如平地跌倒、老年人上下床、坐凳子时不慎跌落或上洗手间时滑倒，等轻微暴力导致的。骨质疏松的临床表现，在中医上可归属于“骨痿”“骨痹”，骨质疏松骨折导致的疼痛，可见包括在骨痹证中。中医认为骨质疏松与“肝、脾、肾亏虚”“瘀血”关系密切[2]，补肾活血汤具有补益肝肾，活血止痛之功。

陆军升等[3]将 80 例骨质疏松性脊柱骨折患者随机分为两组，均给予骨化三醇胶囊口服，在此基础上加服补肾活血汤治疗，治疗周期为 2 个月，观察两组的 VAS 评分，最终补肾活血汤组 VAS 评总体低于基础治疗组，说明补肾活血汤联合骨化三醇治疗骨质疏松性脊柱骨折的临床效果较好，对于年龄偏大且更偏向于保守治疗的患者来说，安全可靠，可有效改善患者疼痛症状。蔡瑞霖等[4]将 200 例骨质疏松性脊柱骨折患者分为观察组和对照组，对照组患者接受经皮椎体成形术，观察组则在此基础上内服补肾活血汤治疗，结果统计观察组总体治疗有效率为 94.0%，明显高于对照组 79.0%，结论得出经皮椎体成形术联合补肾活血汤治疗椎体压缩性骨折的效果显著，能有效改善患者临床症状，可快速缓解患者疼痛感，提高患者生活质量，值得推广应用。

吴明等[5]将 114 例骨质疏松性的桡骨远端骨折患者随机分为两组，两组均予骨折复位、固定，观察组在此基础上加服补肾活血汤，并在治疗第 2、4、6 周进行 X 线片复查，评估骨折愈合评分（RUSS），运用 PRWE、Gartland-Werley 评分对腕关节功能进行评价，最终结果见总有效率治疗组 98.25%明显高于对照组 78.95%，说明补肾活血汤治疗骨质疏松性桡骨远端骨折患者，可缩短骨折愈合时间，改善骨折后关节功能。

苏啸天等[6]将 84 例老年肱骨近端骨折患者随机分为两组，对照组运用手法复位及小夹板固定的方法治疗，而治疗组在复位小夹板固定后，给予患者内服补肾活血汤 4 周，4 周后观察对比两组的视觉模拟疼痛（VAS）

评分、肩关节评分系统 Constant-Murley（C-M）评分，骨折愈合情况。

1.2 股骨头坏死

股骨头坏死，又称缺血性股骨头坏死，是股骨头血供遭到破坏级凝血纤溶系统紊乱，导致的股骨头结构改变，最终缺血坏死[7]。主要表现为髋部的疼痛，和严重的功能障碍。中医学对其没有相应的记载，但其临床表现符合“骨痹”、“骨痿”，病因病机可归纳为肝肾亏虚、瘀血阻滞，而补肾活血汤，近年来对股骨头坏死的应用也越来越广泛。

杨静等[8]将 72 例股骨头坏死患者，按照系统抽样法分为对照组与观察组，每组 36 例，观察组运用补肾活血汤内服治疗，对照组则内服补肾健生丸，治疗时间为期三个月，观察两组血液流变学指标、髋关节活动度和髋关节疼痛评分、软骨缺损评分。结果见观察组的血液粘稠度（全血低切粘度、全血高切粘度）（ $P<0.05$ ）、软骨缺损评分明显低于对照组（ $P<0.05$ ），结论表明补肾活血汤可以增强患者髋关节功能，减轻髋部疼痛，有助于血液流变学指标改善，有较明显的治疗效果。胡斌昌等[9]将 66 例股骨头坏死患者按照随机分组的方法，将患者分为观察组 33 例，对照组 33 例；对照组行单纯髓芯减压术，治疗组行髓芯减压术+补肾活血汤加减治疗，分别于术前、术后 6 个月、1 年观察髋关节 Harris 评分、MRI 股骨头带状信号、骨髓水肿评价；结果见术前两组无差异，而术后 6 个月及术后 1 年，治疗组髋关节 Harris 评分、MRI 股骨头带状信号、骨髓水肿评价明显优于对照组。说明补肾活血汤联合手术治疗，对于早期股骨头坏死髋关节功能有明显的改善作用。

1.3 膝关节关节炎

膝关节关节炎（knee osteoarthritis,KOA）是关节软骨进行性退变消失，骨质增生过度，膝关节出现慢性疼痛、活动受限、僵硬的一种常见风湿病[10]。在中医学上属“骨痹”“鹤膝风”“历节病”“膝肿痛”等范畴。其病机多为本虚标实，本虚以肝肾亏虚为主，实则为风寒湿热、痰浊血瘀；故治法以补肝肾为主，兼祛风寒、除湿热、活血祛瘀。

冯海鹏等，将 88 例老年 KOA 患者，依照随机数字表法分为两组，分组各 44 例。两组均予西药塞来昔布口服治疗，观察组在此基础上加服补肾活血汤治疗，对比两组疗效及治疗前后炎症指标（ESR、CRP），结果总体有效率观察组 93.18%高于对照组 77.27%（ $P<0.05$ ）。说明补肾活血汤可显著改善老年 KOA 患者炎症状态，缓解疼痛，疗效明显。宋海伟将 120 例肾虚血瘀型膝骨关节炎患者，随机分为对照组和观察组各 60 例。两组都在关节腔内注射玻璃酸钠，并且进行康复功能锻炼，观察组在此基础上内服补肾活血汤，疗程设定为 4 周。观察两组（WOMAC）骨关节炎指数、VAS 疼痛评分，及 2 组治疗前后的血清 CTX-I 和 CTX-II 水平。两组疗效均明显，但观察组各项评分均低于对照组（ $P<0.01$ ），说明补肾活血汤联合玻璃酸钠可显著改善膝骨关节炎患者的疼痛症状、膝关节的功能活动，并且有一

定调节骨代谢指标 (CTX-I 和 CTX-II) 的功能。洪定钢等运用补肾活血汤治疗中医辨证为肾虚血虚型的膝骨关节炎患者 35 例, 疗程设定为 2 周。在 CT 三维血管成像及下肢彩色多普勒超声的辅助下, 观察膝周动静脉管腔情况 & 血流动力学情况, 经治疗后可见膝周动脉狭窄情况得到改善, 胫前动脉、胫后动脉内径及流速、流量均较前增加, 说明补肾活血汤具有改善膝骨关节炎患者膝关节血供的作用。

1.4 腰椎间盘突出症

腰椎间盘突出症 (Lumbar Disc Herniation, LDH), 是椎间盘退变或外伤导致纤维环部分或是全部破裂, 压迫神经根、马尾神经而出现的一种综合征。临床主要表现为腰痛、下肢放射痛、肢体麻木、间歇性跛行甚至马尾综合征, 是脊柱外科的一种常见疾病, 根据突出的大小、范围、程度及患者自身的个体差异, 可有不同程度的症状, 对患者的日常生活和工作造成严重影响。腰椎间盘突出症的表现中医属于“腰痛”“痹症”范畴。《素问·脉要精微论》中提到“腰者肾之府, 转摇不能, 肾将惫矣”, 许多文献报道中医在治疗腰椎间盘突出症方面, 主要以非手术治疗为主, 例如手法、针灸及内服汤剂, 并且疗效得到临床验证。目前也有多篇文献指出补肾活血汤对其也有明显的疗效。

2. 补肾活血汤的相关实验研究

2.1 骨质疏松

鄂远等的研究指出补肾活血汤可能通过激活 SDF-1 α /CXCR4 通路, 诱导 BMSCs 向骨折处迁移, 促进骨形成, 加速骨质疏松骨折大鼠的骨折愈合。胡流超等研究指出补肾活血汤能上调 Runx2/Osterix 基因表达, Runx2 表达沉默则会导致骨折延迟愈合, 故说明了补肾活血汤有促进骨折愈合的作用。余丽娟等也同样指出, 补肾活血汤能上调 Runx-2 表达, 同时上调 OCN、OPN 表达, 从而促进骨髓间充质干细胞体外成骨细胞分化的能力。也有相关研究表明补肾活血汤通过激活 Wnt5a 促进骨髓间充质干细胞迁移能力, 从而能促进骨折愈合康复。唐成剑等将 15 只雌性 SD 大鼠随机分为 3 组, 正常组予常规饲养, 而模型组及给药组均行双侧卵巢切除。

2.2 椎间盘退变

有研究表明, IL-1 β 、TGF- β 1 与椎间盘退行性变关系密切, 其调控 PG 的合成, 从而刺激 II 型胶原蛋白合成, 保持椎间盘的水量平衡, 延缓椎间盘退变的发生。杨屈等将 60 只 SD 雌性大鼠, 采用绝经后骨质疏松方法制造动物模型, 随机分为 4 组, 分别在第 8 周、12 周时, 每组随机处死取材 6 只 SD 大鼠, 观察各组大鼠椎间盘中蛋白表达的差异, 杨屈等指出 p38MAPK 蛋白通路可介导机体炎症反应, 调控细胞凋亡。最终观察到补肾活血汤组大鼠的 p38MAPK 蛋白含量低于模型组, 说明补肾活血汤能抑制去势后大鼠 p38MAPK 蛋白表达, 对椎间盘退变具有一定的延缓作用。

2.3 骨关节炎

张峰等建立 40 只 KOA 大鼠模型, 随机分为对照组、模型组、补肾活血汤组塞来昔布组, 观察时长为 28 天, 运用酶联免疫吸附试验检测各组 TNF- α 、IL-1 β 、IL-6, 结果见塞来昔布组及补肾活血汤组大鼠血清和关节液中 TNF- α 、IL-1 β 、IL-6 含量较对照组及模型组明显降低 ($P < 0.01$), 但两用药组之间无明显差异 ($P > 0.05$)。说明补肾活血汤能够抑制 KOA 大鼠炎症因子 TNF- α 、IL-1 β 、IL-6 的表达。汤小康等将 18 只 KOA 模型大鼠随机分为补肾活血汤组、空白组及模型组, 除了空白组, 其余两组连续两周往大鼠双膝关节注射 4% 木瓜蛋白酶, 补肾活血汤灌胃及生理盐水灌胃 4 周, 给药结束后, 观察到补肾活血汤组大鼠自组活动能力明显优于模型

组。说明补肾活血汤具有改善 KOA 大鼠行为学指标, 并且具有一定治疗膝骨关节炎的功效。

3. 小结与展望

补肾活血汤中以菟丝子、熟地黄、补骨脂三者共为君药, 起到补肝肾、强筋骨之功效, 平补阴阳为本, 以山茱萸、杜仲、肉苁蓉、枸杞为臣药, 辅助君药加强其补益肝肾、强壮筋骨之功效, 以没药、归尾、红花、独活为佐药, 辅佐以活血化瘀、通络止痛之功效, 治疗骨折血瘀的兼证, 并且还可监制上述补益的药物, 防止滋腻过度, 损伤脾气。方中各药相辅相承, 标本同治, 共建补益肝肾, 强壮筋骨, 活血化瘀止痛的功效。从以上文献来看, 补肾活血汤在现代应用越来越广泛, 尤其是在骨科领域, 已不局限于《伤科大成》中提到的骨折后期应用, 还可用于膝骨关节炎、腰椎间盘突出症及骨质疏松骨折等骨伤科疾病。相关实验研究也在进一步的完善中, 目前该方目前用药较为安全, 未见明显不良反应报道。但对于补肾活血汤的药代动力学、作用机制研究以及药效物质基础尚欠细致和深入, 因此在未来仍需要进行更深入、更全面、更细致的研究。

参考文献:

- [1] 马远征, 王以朋, 刘强, 李春霖, 马迅, 王拥军, 邓廉夫, 贺良, 杨乃龙, 陈伯华, 邱贵兴, 朱汉民, 陶天遵, 秦岭, 王亮, 程晓光. 中国老年骨质疏松症诊疗指南 (2018) [J]. 中国骨质疏松杂志, 2018, 24 (12): 1541-1567.
- [2] 郭鱼波, 王丽丽, 马如风, 赵丹丹, 张东伟, 陈家旭, 牛建昭. 骨质疏松的中医病因病机分析及其中医药治疗的前景探讨 [J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2015, 17 (04): 768-772.
- [3] 路军升, 李钊. 补肾活血汤联合骨化三醇治疗骨质疏松性脊椎骨折的疗效 [J]. 实用中医内科杂志, 2021, 35 (08): 99-101. DOI: 10.13729/j.issn.1671-7813.20210800.
- [4] 蔡瑞霖, 连福水, 林彦生. 经皮椎体成形术联合补肾活血汤治疗椎体压缩性骨折的临床效果 [J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14 (29): 19-21. DOI: 10.15887/j.cnki.13-1389/r.2021.29.007.
- [5] 吴明, 吴智敏, 胡关彪. 补肾活血汤治疗老年骨质疏松性桡骨远端骨折临床观察 [J]. 新中医, 2016, 48 (03): 110-112. DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.03.043.
- [6] 苏啸天. 补肾活血汤联合手法复位小夹板固定治疗老年肱骨近端骨折患者的临床效果 [J]. 中国中西医结合外科杂志, 2021, 27 (01): 68-72.
- [7] 董天华. 成人股骨头缺血性坏死的现代新概念 [J]. 苏州医学院学报, 2000 (12): 1079-1081.
- [8] 杨静, 黄坚霖, 刘敏, 蔡树鹏. 补肾活血汤治疗股骨头坏死的临床疗效观察 [J]. 中国实用医药, 2021, 16 (23): 14-16. DOI: 10.14163/j.cnki.11-5547/r.2021.23.004.
- [9] 胡斌昌, 吴连堤, 林炳林. 补肾活血汤加减联合髓芯减压术治疗 ARCOI 期及 II 期股骨头坏死的临床观察 [J]. 中外医学研究, 2021, 19 (29): 177-179. DOI: 10.14033/j.cnki.cfmr.2021.29.056.
- [10] Chen Jian, Wang Chen, Huang Kangmao, Chen Shuai, Ma Yan. Acacetin Suppresses IL-1 β -Induced Expression of Matrix Metalloproteinases in Chondrocytes and Protects against Osteoarthritis in a Mouse Model by Inhibiting NF- κ B Signaling Pathways [J]. BioMed research international, 2020, 2020..

中医综合治疗功能性消化不良的效果分析

赵凯

西咸新区永安医院 陕西咸阳 713700

摘要：目的：研究中医综合治疗功能性消化不良的效果。方法：选取2019年1月-2020年12月收治的86例功能性消化不良患者，随机分成对照组43例和观察组43例。对照组采取常规治疗，观察组采取中医综合治疗。比较两组的治疗效果，治疗前后的症状积分和心理情绪，以及不良反应。结果：在治疗效果方面，观察组的总有效率93.02%高于对照组的74.42%， $P<0.05$ 。在症状积分方面，两组治疗前无显著差异， $P>0.05$ ；治疗后观察组的（1.57±0.16）分低于对照组的（3.20±0.59）分， $P<0.05$ 。在心理情绪方面，两组治疗前无显著差异， $P>0.05$ ；治疗后观察组SAS（42.18±3.63）分、SDS（44.16±4.25）分，分别低于对照组的（50.76±4.62）分、（52.69±4.98）分， $P<0.05$ 。在不良反应方面，观察组的总发生率4.65%低于对照组的23.26%， $P<0.05$ 。结论：在功能性消化不良的治疗中，采用中医综合治疗方法，能够提高总有效率，减轻症状，改善心理情绪，减少不良反应，效果十分理想。

关键词：中医综合治疗；功能性消化不良；效果分析

在消化系统疾病中，功能性消化不良有着较高的发病率，发病后主要表现为持续性、反复性上腹不适，包括上腹烧灼感、腹痛、食欲不振等，对患者的生活质量和身心健康都有较大影响^[1]。在该病的常规治疗中，主要是抑制幽门螺杆菌和减少胃酸分泌，但总体效果一般，且不良反应较多，容易复发。而中医对于该病的研究侧重于身体根本，将该病归于吐酸、胃脘痛的范畴，针对病因从根本上治疗，通过调节脾胃功能改善患者体质，进而发挥更为彻底的治疗效果^[2]。基于此，本文选取2019年1月-2020年12月收治的86例功能性消化不良患者，研究了中医综合治疗功能性消化不良的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2019年1月-2020年12月收治的86例功能性消化不良患者，随机分成对照组43例和观察组43例。对照组中，患者性别为男性22例、女性21例，年龄为最小27岁、最大71岁，平均（47.22±3.43）岁，病程为最短5个月、最长4年，平均（2.31±0.53）年；观察组中，患者性别为男性23例、女性20例，年龄为最小26岁、最大70岁，平均（47.20±3.46）岁，病程为最短6个月、最长5年，平均（2.44±0.51）年。两组在上述指标方面对比，无显著差异， $P>0.05$ 。

纳入标准：均符合功能性消化不良的诊断标准，符合中医辨证分型标准，研究内容已完全告知患者并取得同意，医学伦理委员会批准。

排除标准：妊娠期或哺乳期女性患者，1月内服用过促胃肠动力药物的患者，合并其它消化道器质性疾病的患者，肝肾功能障碍的患者。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组采取常规治疗方法。使用药物多潘立酮片，生产厂家西安杨森，国药准字：H10910003，口服，每日3次，每次10mg，均在饭前服用。如果患者合并明显的烧灼感、疼痛感，可以加用泮托拉唑，生产厂家双鹤药业，国药准字：H20093903，口服，每日1次，每次20mg，在饭前服用。用药持续时间为2个月。

1.2.2 观察组

观察组采取中医综合治疗方法。具体方法包括了中药方剂治疗、中医穴位按摩、中医情志治疗。在中药方剂治疗中，根据患者不同的中医辨证分型，进行对症治疗。针对肝胃郁热型患者，药方为：栀子20g、牡丹皮20g、白芍15g、浙贝母15g、泽泻15g、青皮10g、陈皮10g；针对肝胃不

和型患者，药方为：丹参20g、枳壳15g、木香12g、厚朴10g、法半夏10g、柴胡9g、甘草片6g；针对肝郁脾虚型患者，药方为：茯苓15g、白术10g、党参片10g、柴胡9g、陈皮5g、法半夏5g；针对脾胃虚弱型患者，药方为：茯苓18g、白术15g、香附15g、法半夏12g、陈皮12g、人参片10g、砂仁9g、炙甘草5g，其中砂仁为后下。以上药方每日1剂，分3次服用，均在饭后30min服用。采取穴位按摩治疗，选择足三里穴、天枢穴、脾俞穴、肝俞穴、章门穴、中脘穴、胃俞穴等穴位，每次按摩30min，隔日进行1次。采取中医情志疏导治疗，耐心倾听患者的主诉，给予患者充分的尊重和理解。鼓励患者保持乐观的情绪，积极配合治疗。连续治疗2个月。

1.3 评价指标

比较两组的治疗效果，治疗前后的症状积分和心理情绪，以及不良反应。在治疗效果评价中，评价标准为：显效：患者各方面症状基本消失，胃肠道功能恢复正常；有效：患者各方面症状有所减轻，胃肠道功能有所改善；无效：患者各方面症状未缓解，胃肠道功能未恢复。在症状积分评价中，选取上腹烧灼感、上腹阵痛感、早上饱感、餐后不适，无症状为0分、偶尔有症状为1分、经常有症状为2分，记录总分。在心理情绪评价中，分别使用SAS量表、SDS量表评价，分数越高，说明心理情绪越差。在不良反应评价中，选取指标嗜睡、头痛、口干，记录总发生率。

1.4 统计学处理

数据应用SPSS20.0软件处理，以数或率、均数±标准差的方式，分别表示计数、计量资料，并且使用 χ^2 、t分别检验，以 $P<0.05$ ，代表有显著差异。

2 结果

2.1 在治疗效果方面两组的对比

在治疗效果方面，观察组的总有效率93.02%高于对照组的74.42%， $P<0.05$ 。

表1 在治疗效果方面两组的对比[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	43	18(41.86)	22(51.16)	3(6.98)	40(93.02)
对照组	43	15(34.88)	17(39.53)	11(25.58)	32(74.42)
χ^2		0.197	0.751	4.181	4.181
P		0.657	0.386	0.041	0.041

2.2 在症状积分方面两组的对比

在症状积分方面，两组治疗前无显著差异， $P>0.05$ ；治疗后观察组的

(1.57±0.16)分低于对照组的(3.20±0.59)分, P<0.05。

表 2 在症状积分方面两组的对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	43	6.52±2.49	1.57±0.16
对照组	43	6.49±2.44	3.20±0.59
t		0.056	17.485
P		0.955	0.000

2.3 在心理情绪方面两组的对比

在心理情绪方面, 两组治疗前无显著差异, P>0.05; 治疗后观察组 SAS(42.18±3.63)分、SDS(44.16±4.25)分, 分别低于对照组的(50.76±4.62)分、(52.69±4.98)分, P<0.05。

表 3 在心理情绪方面两组的对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	SAS		SDS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	43	54.52±4.83	42.18±3.63	55.75±5.82	44.16±4.25
对照组	43	54.09±4.80	50.76±4.62	55.93±5.50	52.69±4.98
t		0.414	9.576	0.147	8.544
P		0.680	0.000	0.883	0.000

2.4 在不良反应方面两组的对比

在不良反应方面, 观察组的总发生率 4.65%低于对照组的 23.26%, P<0.05。

表 4 在不良反应方面两组的对比[n (%)]

组别	例数	嗜睡	头痛	口干	总发生率
观察组	43	1 (2.33)	0 (0.00)	1 (2.33)	2 (4.65)
对照组	43	4 (9.30)	3 (6.98)	3 (6.98)	10(23.26)
χ^2		0.849	1.382	0.262	4.746
P		0.357	0.240	0.609	0.029

3 讨论

功能性消化不良是一种很常见的消化系统疾病, 主要和胃及十二指肠功能紊乱相关。患者在社会环境因素、胃肠动力障碍、幽门螺杆菌感染等因素的影响下, 容易发生呕吐、恶心、早饱、腹胀、腹痛、食欲不振等消化系统症状^[3]。近年来随着人们生活工作节奏的加快, 饮食习惯的改变等, 该病的发病率也在逐年上升, 对患者的身体健康和生活质量都造成了严重的影响。在此类疾病的常规治疗方法上, 一般是采取药物治疗的方式, 如赛乐特、泮托拉唑、多潘立酮等, 虽然能够发挥一定的作用, 但是总体效果比较有限, 同时可能增加耐药性, 不良反应较多, 也容易反复发作^[4]。

中医上对于功能性消化不良有着较为深入的研究, 认为该病的主要病变位置是胃部, 同时与其它脏腑之间均有密切的关系, 尤其和肝脏的关系更为密切。在人体中, 胃主受纳、脾主运化, 脾胃功能与肝的疏泄功能密不可分^[5]。患者在疲劳过度、情志不畅、外邪侵袭、饮食不节等因素下, 就会发生正气耗伤, 导致胃失和降、脾虚气滞, 进而产生腹胀或恶心等表现。人体长时间处于这种状态下, 就会发生肝郁化热、虚损之候, 进而导致病情绵延、反复发作, 难以彻底痊愈。对此, 在治疗方面应当采取疏肝解郁、健脾理气的原则^[6]。根据这一原理, 采用中医综合治疗方法, 利用中药方剂、穴位按摩、情志疏导等方法辨证施治, 使患者的体质情况得到改善, 保持情绪积极乐观, 从根本上消除症状, 进而达到理想的治疗效果。

在具体治疗当中, 根据不同的辨证分型进行辨证施治, 使用不同的方剂应对不同证型的患者, 以提高疗效^[7]。例如, 对于肝胃郁热型患者, 病因在于胃失和降、胃脘灼热、肝郁化火, 使用的药材中, 芍药、贝母、栀子、牡丹皮、泽泻等, 均可发挥和胃止痛、清热解郁、泻肝降火的功效; 对于肝胃不和型患者, 病因在于胃气上逆、肝气郁结, 使用的药材中, 柴胡、木香、丹参、厚朴、半夏等, 均可发挥健脾消食、行气消积、舒肝和胃的功效; 对于肝郁脾虚型患者, 病因在于脾失健运、肝失疏泄, 使用的药材中, 陈皮、柴胡、白术、党参等, 均可发挥和胃生津、疏肝健脾的功效; 对于脾胃虚弱型患者, 病因在于纳差食少、胃脘痞满, 使用的药材中, 甘草、茯苓、半夏、陈皮等, 均可发挥调中和胃、健脾益气的功效^[8]。此外, 现代药理学研究结果显示, 茯苓能够使胃酸浓度降低, 甘草能够发挥抗炎、调节免疫的功能, 半夏能够对胃酸分泌加以抑制, 柴胡能够使胃肠排空能力提高, 陈皮能够促进胃肠平滑肌兴奋。诸药合用, 对于功能性消化不良的治疗可发挥良好的效果^[9]。此外, 在穴位按摩治疗中, 能够达到舒缓胃气的功能, 通过对促进胃肠蠕动的穴位进行刺激, 发挥提补脾气、帮助消化、加快血液循环、通降腹部气机的效果。通过中医情志疏导治疗, 能够发挥疏肝解郁的作用, 肝的疏泄条达通畅, 脾胃功能就可得到改善和提升。因此, 在功能性消化不良的治疗中, 采取中医综合治疗方法, 通过多种手段进行治疗, 能够实现对患者身体的有效调理, 进而促进病情好转^[10]。

综上所述, 在功能性消化不良的治疗中, 采用中医综合治疗方法, 能够提高总有效率, 减轻症状, 改善心理情绪, 减少不良反应, 效果十分理想。

参考文献:

[1]王丹,杨健,时昭红,等.耳穴贴压治疗肝胃不和型功能性消化不良餐后不适综合征疗效观察[J].中华中医药杂志,2018,33(9): 144-145.

[2]康年松,陈笑腾,马伟明,等."三辨一和法"治疗功能性消化不良重叠腹泻型肠易激综合征临床效果[J].中华中医药学刊,2020,38(4): 114-116.

[3]侯雅泉,张欣,屠建峰,等."老十针"治疗肝气郁结型餐后不适综合征的期中分析[J].中华中医药杂志,2020,35(1): 103-105.

[4]王飞,刘姝,杨成俊,等.越鞠保和丸联合盐酸伊托必利片治疗功能性消化不良的疗效分析[J].现代消化及介入诊疗,2021,26(1): 174-175.

[5]杨强,钟成梁,李磊,等.新健胃片加倍剂量治疗功能性消化不良肝胃郁热证的多中心临床研究[J].药物评价研究,2019,42(10): 145-147.

[6]胡思源,朱凤莲,李微微,等.王氏保赤丸治疗儿童功能性消化不良的随机双盲多中心临床研究[J].中国新药杂志,2019,28(2): 179-183.

[7]白淑叶,周红霞,刘奇斌.保济丸联合多潘立酮治疗老年功能性消化不良的效果分析[J].中国药物与临床,2019,19(1): 133-134.

[8]周柳,庄礼兴.庄礼兴教授运用四神针加胃三针治疗功能性消化不良临床经验初探[J].天津中医药,2019,36(5): 193-195.

[9]章羽,张海雁,魏韬.温热电灸综合疗法治疗脾气虚证小儿消化不良疗效及安全性分析[J].四川中医,2021,25(18): 122-124.

[10]丁洪汇.中西医结合治疗对便秘型肠易激综合征和功能性消化不良重叠患者肠道微生态的影响[J].中国微生态学杂志,2018,24(13): 164-167.

探讨中药验方代茶饮对慢性咽炎的治疗观察

樊冬雪

北京市仁和医院 北京 100000

摘要：目的：观察采用中医治疗方式中药验方代茶饮治疗慢性咽炎患者的临床疗效。方法：选取2020年6月至2021年12月间在北京市仁和医院中医科进行治疗的慢性咽炎患者140例作为研究对象，根据数字随机表法将上述患者均分为对照组（70例）和观察组（70例），两组患者均采取中医治疗干预，对照组患者服用常规中成药，观察组在对照组药物使用基础上联合应用中药验方代茶饮治疗干预，观察比较两组患者的临床治疗效果、不良反应、复发率等指标。结果：联合应用代茶饮的观察组患者治疗后临床疗效显著好于对照组，该数据组间比较有统计学意义（ $P<0.05$ ）；两组患者的不良反应发生率组间比较差异不显著且无统计学意义（ $P>0.05$ ）；观察组患者治疗后6个月内疾病复发率显著低于对照组，该数据组间比较有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：慢性咽炎患者在服用常规中成药的基础上联合应用代茶饮能够临床疗效确切，安全可靠，复发率更低，可临床推广应用。

关键词：中药验方；代茶饮；慢性咽炎；治疗观察

随着我国社会对健康理念的不断认识和发展，中医理论的“治未病”思想受到大众普遍的关注和认可，人们对中医治疗疾病的认同感及信任度普遍提升，因此众多中医治疗手段得以推广开来，其中代茶饮具有一定的代表性。代茶饮又名以药代茶，属于中医常用治疗干预手段，有史料记载于唐代，选用针对患者症状的数味中草药用沸水冲泡或与茶共煎，所用药物均以清热利湿、清肺利咽、去火化痰为主^[1]，其方药中薄荷、地黄、玄参、牛蒡子等药物更是具备化痰理气和利咽清肺的功效^[2]，对症治疗慢性咽炎患者临床效果较好。本文就北京市仁和医院中医科收治的慢性咽炎患者应用中药验方代茶饮的治疗情况和效果进行分析并总结相关治疗数据，旨在为今后中医临床治疗慢性咽炎疾病提供佐证参考，现将本次研究情况做如下报道。

1 一般资料和方法

1.1 一般资料

选取2020年6月至2021年12月间在北京市仁和医院中医科进行治疗的慢性咽炎患者140例作为研究对象，根据数字随机表法将上述患者均分为对照组和观察组，每组各有患者70例。对照组：男性54例，女性16例，年龄24~63岁，平均（36.5±6.3）岁，体质指数（BMI）18.3~25.9kg/m²，弥漫性咽炎43例，局限性咽炎27例；观察组：男性51例，女性19例，年龄23~64岁，平均（36.7±6.4）岁，体质指数（BMI）18.4~25.8kg/m²，弥漫性咽炎38例，局限性咽炎32例。两组患者基线资料比较无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。本次研究经北京市仁和医院伦理委员会审查通过后实施。

1.2 诊断标准

①西医诊断标准^[3]：患者咽部存疼、痒、灼热等不适感，晨起咽部分泌物多甚或强烈呕吐感，临床检查咽部呈现暗红色充血，咽部黏膜增生肥厚，有黏稠分泌物附着。

②中医诊断标准^[4]：虚火上炎证，肺脾气虚证，痰热证，痰瘀互阻证。慢性咽炎从中医辨证可分为肺阴亏虚型、肾阴亏虚型、心火上炎型、阴血亏损型等。

1.3 纳排标准

纳入标准：①入院检查后确诊为慢性咽炎患者；②符合中成药、中药验方代茶饮临床治疗适应证，无相关药物过敏史；③患者遵医嘱规律服药治疗，治疗记录及随访资料齐全；④患者及家属对本次研究知情并签署同意书。

排除标准：①患者有中成药、中药验方代茶饮过敏史；②合并精神、智力障碍、阿尔茨海默病或认知能力较低患者；③妊娠期及哺乳期患者；④遵医嘱能力较差，治疗配合度不佳患者。

1.4 方法

给予对照组中成药对症治疗，根据患者慢性咽炎辨证给予清咽滴丸、板蓝根颗粒等药物，患者根据医嘱定期服用药物，治疗期1个月。

在对照组药物治疗的基础上联合应用代茶饮治疗干预，方药配伍用量：地黄4g、薄荷2g、牛蒡子4g、玄参2g、胖大海4g、栀子2g、射干4g、赤芍2g、牡丹皮2g、大黄2g、川贝2g^[5]，可加水煎服或粉碎后与茶

共同冲泡，每天一副，治疗期1个月。

1.5 观察指标

①临床疗效评价：痊愈：患者咽喉痛、痒、干等症状消失，黏膜无充血症状，咽部无黏液分泌物；显效：患者咽喉痛、痒、干等症状显著改善，黏膜轻微充血，咽部少量黏液分泌物；进步：患者咽喉痛、痒、干等症状有所改善，黏膜充血症状有所改善，咽部黏液分泌物变少；无效：患者慢性咽炎的各种临床症状无明显改善或加重。治疗总有效率=痊愈率+显效率。

②不良反应：收集整理两组患者药物服用期间出现恶心呕吐、腹泻便秘等不良反应情况，并分别计算两组不良反应发生率。

③复发率：根据两组患者随访记录资料，观察两组患者6个月内慢性咽炎疾病的复发率。

1.6 统计学方法

本次研究数据使用统计学软件SPSS19.0处理分析，计数资料以率（%）表示，用X²检验，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 观察比较两组患者临床治疗效果

观察组患者的临床疗效评价显著好于对照组，观察组治疗总有效率更高，组间差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），详见表1。

表1 两组患者临床疗效比较（n，%）

组别	例数	痊愈	显效	进步	无效	治疗有效率
观察组	70	12(17.14)	50(72.86)	4(5.71)	4(5.71)	63(88.57)
对照组	70	4(5.71)	49(70.00)	12(4.28)	5(7.14)	53(75.71)
X ²						12.862
P值						0.0001

2.2 观察比较两组患者的不良反应发生率

两组患者治疗均有患者出现恶心、呕吐、腹泻、便秘等不良反应，组间数据差异不显著无统计学意义（ $P>0.05$ ），详见表2。

表2 两组患者的不良反应发生率比较

组别	例数	恶心	呕吐	腹泻	便秘	不良反应发生率
观察组	70	2(2.86)	3(4.29)	2(2.86)	8(11.43)	15(21.43)
对照组	70	4(5.71)	3(4.29)	1(1.43)	6(8.58)	14(20.00)

X2	7.394
P	0.157
值	

2.3 观察比较两组患者疾病复发率

根据医护人员对本次研究的 140 例患者的随访记录显示, 6 个月内观察组 18 例患者慢性疾病复发, 复发率为 25.71%, 观察组疾病复发 24 例, 复发率为 34.29%, 观察组患者复发率显著低于对照组, 组间数据比较有统计学意义 ($X^2=24.738$, $P=0.027$)。

3 讨论

慢性咽炎是一种临床多见的呼吸道感染疾病, 成因较为复杂, 职业环境、吸烟酗酒等因素是关键致病因素^[6], 咽部干痒等临床症状反复发作, 严重影响患者日常生活, 该病症较为顽固, 病程较长, 系统治疗后需要患者保持用药的同时在日常生活中控制各种潜在致病因素并戒除不良嗜好, 保持良好的作息、饮食习惯, 避免长期过度用声, 提高自身机体免疫能力, 大部分患者可以达到临床治愈标准^[7]。目前该疾病的治疗主要以药物治疗为主, 大部分患者患病后自行服用消炎祛痰西药或中成药, 长期服用含碘的西药治疗可能导致患者口腔内菌群失调, 破坏口腔黏膜组织, 引发其他疾病, 同时年纪较大的患者可能造成药物依赖, 长此以往, 导致慢性咽炎反复发作, 另有通过鼻内镜手术方式对鼻源性慢性咽炎患者开展治疗^[8-9], 该术式临床疗效确定, 但治疗针对性较强, 只针对鼻源性慢性咽炎患者, 应用范围较窄, 同时对患者造成创伤需要后续恢复治疗, 认可度及适应性较差。本文通过中医治疗中的中药验方代茶饮对慢性咽炎的治疗情况进行研究, 现就代茶饮治疗慢性咽炎的相关情况总结如下。

慢性咽炎在中医名称为喉痹或梅核气, 病因为患者因起居不慎、体虚导致肺卫不固以及风热外毒入侵双重因素作用, 外邪由口鼻入侵, 侵袭咽部, 患者以咽部有异物感但不碍正常饮食为主要症状, 临床可通过中药、代茶饮、啄治术、针灸等中医手段取得较佳的临床效果^[10], 近年来随着中医工作者的不断努力和不断创新, 目前常用中医治疗方式分为中医内治法和中医外治法, 中医内治法包括中药汤剂口服、中成药治疗、中药代茶饮, 中医外治法包括针灸治疗^[11-12]、耳背放血治疗、推拿刮痧、穴位贴敷^[13]、穴位埋线、针刀治疗等方式, 内治法中清肺养阴汤、清咽滴丸、苦酒饮、金嗓利咽胶囊、清咽代茶饮等均有明显的治疗效果。中医代茶饮作为我国中医治疗的常规手段流传较广, 符合中国人的茶文化影响下的饮水习惯, 日常治疗方式较为简便, 社会的接受度较高, 本次研究中观察组 70 人中有 32 人有常年的喝茶习惯, 年龄较大阶段的患者的饮茶频次更高, 利于采用代茶饮对病症进行有效治疗。中成药长期服用可能导致老年体虚患者出现腹泻等不良反应, 本次观察组的带茶饮方剂治疗中根据慢性咽炎患者临床症状进行辨证配伍, 个性化加减各药材用量, 以期达到较好的临床效果。本次研究中代茶饮药物均为药食同源药品, 以疏风清热、润肺利咽为药物配伍原则, 本次使用的药物中地黄具有清热凉血, 养阴生津的功能, 与玄参配伍长于人气分解毒散结, 对症咽喉肿痛有明显的治疗效果, 尤其针对阴虚燥热型咽喉痛痒的慢性咽炎患者疗效显著。薄荷性寒, 具有杀菌抗菌、消炎散热以及清咽止痛等功, 清凉利咽, 能有效治疗患者咽喉肿痛等症状, 特别针对风热导致的咽喉肿痛效果更佳。牛蒡子为解表药, 宜于风热、热毒、痰热所致病症, 具疏散风热、解毒利咽的功效, 对慢性咽炎中痰咳有奇效, 与薄荷配伍针治风热上攻热或毒壅盛导致的咽喉肿痛^[14]。胖大海均有清热润肺功效, 与川贝母、麦冬同用可治热郁肺燥。多种中药材共同作用重扶正气, 全面调节患者的各项身体机能, 从而达到根治慢性咽炎疾病的目的。

本次研究主要通过代茶饮方式将可药食同源的中药材进行煎煮处理后服用, 避免了中药汤剂制备困难及环境条件因素限制等诸多原因, 使慢性咽炎患者治疗更加便利, 如本次研究所示, 联合使用代茶饮的观察组患者临床治疗总有效率显著高于单纯服用中成药治疗的对照组, 这与绝大部分患者能够规范服药关系密切, 根据回访记录提示, 患者严格按照医嘱提示引用代茶饮, 治疗期后仍有部分患者由于自身症状好转等因素坚持服用代茶饮, 服药反馈明显好于单纯中成药治疗的对照组。由于长期服用中药可能导致患者出现腹泻等不良症状, 本次研究针对服药后患者的不良反应

发生情况进行了详细统计, 统计结果提示, 两组患者的治疗后不良反应之间比较差异不显著, 可见代茶饮治疗干预不会额外造成患者不良反应, 治疗的安全性较高, 风险较小。慢性咽炎的疾病复发既与患者自身不良嗜好等致病因素控制相关, 同时也与患者自身主观感觉等因素相关, 因此良好的临床疗效可以尽可能地保证患者地遵医嘱行为能力提高, 本次研究中观察组患者的 6 个月内疾病复发率仅为 25.71%, 远低于对照组的 34.29%, 此项指标根据患者随访记录统计, 更为准确的数据获取需要再下一步的诊疗工作中提高患者地遵医嘱行为, 设计更为严格的实验过程, 来获取更为准确的医疗反馈。

由于慢性咽炎的治疗需要长期服用药物, 单纯的中医治疗存在治疗起效较慢的不利因素, 不利于患者战胜疾病的信心的树立, 因此多位专家学者针对中西医结合治疗慢性咽炎进行了深入研究。岑宗泽^[15-16]等人在研究中观察组联合应用中药方剂、西药、雾化治疗、针灸等措施诊治慢性咽炎患者取得了较好的临床效果, 有效地提高了治疗有效率, 缩短了患者症状改善时常, 采用中药联合治疗后患者的临床不良反应及各时间阶段疾病复发率均得到了有效控制。通过西医快速对症解表, 中医调整患者身体机能平衡, 有效改善慢性咽炎患者的免疫功能, 加强日常监督控制患者的环境因素、作息、饮食、不良嗜好等发病因素影响, 通过中西医结合的标本兼治取得了一定的临床成果, 有效地改善了中医治疗起效较慢的不利因素。

综上所述, 中药验方代茶饮治疗慢性咽炎患者临床效果显著, 中药使用不会增加患者身体负担, 有着治疗方式简单、安全性较高、患者接受度高等诸多特点, 治疗后近期复发率更低, 可在临床推广应用范围。

参考文献:

- [1] 田同儒, 李柏. 清咽代茶饮治疗慢性咽炎的临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2021, 19 (2): 130-131.
- [2] 王雪杰, 汪常伟. 近十年中医治疗慢性咽炎的临床研究进展[J]. 新疆中医药, 2022, 40 (1): 84-87.
- [3] 潘慧昭. 健康体检中慢性咽炎患者发病情况分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2021, 21 (43): 195-196.
- [4] 隋博文, 乔虎, 付恒财, 等. 基于相火理论探讨慢性咽炎发病机制及治疗[J]. 吉林中医药, 2021, 41 (10): 1276-1278.
- [5] 陈欣. 中药验方代茶饮对慢性咽炎的治疗探讨[J]. 山西医药杂志, 2021, 50 (14): 2221-2222.
- [6] 薛晓明, 荆旭峰. 慢性咽炎的临床诊治浅析[J]. 中医临床研究, 2021, 13 (21): 74-76.
- [7] 杨艾, 何旭东, 张耀武, 等. 慢性咽炎的发病机制及药物治疗进展[J]. 中国药事, 2021, 35 (7): 808-813.
- [8] 李灏然. 鼻内镜手术治疗鼻源性慢性咽炎的临床价值[J]. 中国保健营养, 2021, 31 (13): 116-117.
- [9] 张志强. 鼻内镜手术治疗鼻源性慢性咽炎的临床疗效[J]. 世界复合医学, 2019, (3): 86-88.
- [10] 王芳. 啄治术治疗慢性咽炎、扁桃体炎的体会[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志, 2017, 24 (1): 61-61, 60.
- [11] 熊坚, 刘明敏, 邹思婷, 等. 针灸治疗慢性咽炎文献取经用穴规律探析[J]. 广西中医药大学学报, 2017, 20 (2): 121-124.
- [12] 曾繁华. "肺阴虚"型慢性咽炎针灸干预方案的临床优选研究[C]. // 江西省康复医学会第七次学术年会暨第一届赣鄱国际康复论坛论文集. 2017: 289-292.
- [13] 黄欣阳. 穴位贴敷治疗对慢性咽炎患者临床疗效、症状积分及不良反应的影响[J]. 中医眼耳鼻喉杂志, 2021, 11 (3): 150-152.
- [14] 傅小欧, 海霞. 慢性咽炎中医药治疗研究进展[J]. 中国中医药现代远程教育, 2020, 18 (8): 153-154, 169.
- [15] 岑宗泽, 周育毅, 王小洁. 中西医结合治疗慢性咽炎的临床疗效分析[J]. 广西医科大学学报, 2019, 36 (4): 625-627.
- [16] 王先兵. 清喉利咽颗粒联合布地奈德气雾剂治疗慢性咽炎的疗效观察[J]. 特别健康, 2021 (6): 73.

双黄连口服液与雷尼替丁用于口腔溃疡治疗的临床疗效观察

范志刚

兰山范志刚口腔诊所 山东临沂 276000

摘要：目的：探讨对口腔溃疡疾病，在对疾病的治疗方案，选择双黄连口服液、雷尼替丁的协同给药干预疾病价值，为治疗提供参考。方法：选取 106 例诊断口腔溃疡疾病的患儿，通过随机数字表法的原则，分组分成观察组、对照组，各组均是 53 例患者。对照组采取单纯雷尼替丁给药方式，观察组则是采取双黄连口服液结合雷尼替丁治疗，观察经 7d 的治疗结果，具体对比治疗效果、症状改善、治疗前后白细胞及淋巴细胞指标变化以及不良反应情况。结果：观察组在治疗的总有效例数 48 例（90.57%）、对照组总有效例数 37 例（69.81%），差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；观察组患者疼痛、充血、低热、皮疹缓解时间，分别为（ 2.25 ± 0.43 ）d、（ 2.62 ± 0.52 ）d、（ 3.03 ± 0.61 ）d、（ 3.41 ± 0.63 ）d，各时间指标均是较对照组短（ $P < 0.05$ ）；治疗后，观察组白细胞计数（ 5.21 ± 0.75 ） $\times 10^9/L$ 、淋巴细胞比率（ 0.25 ± 0.04 ）%，各指标水平均是较之对照组低（ $P < 0.05$ ）；在治疗期间，不良反应的发生情况，观察组为 3.77%，低于对照组 5.66%，组间对比差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。结论：对于口腔溃疡，双黄连口服液与雷尼替丁的给药协同作用效果突出，有助于促进症状及早的缓解，对白细胞与淋巴细胞进行抑制，取得疗效方面的提升，并且在联合给药安全性方面也较高。

关键词：双黄连口服液；雷尼替丁；口腔溃疡；疗效

人类口腔是进食及呼吸气的主要通道，实际中受到饮食不洁、空气细菌感染病原入侵等的因素影响，容易引起口腔溃疡疾病^[1]。口腔溃疡在病变表现上通常是溃疡层面形状一般是圆形，也有部分为椭圆形，而周围则是存在红晕环绕，根据溃疡面大小以及程度的差异可以在肉眼下定判定出病变严重程度，为进一步的治疗提供了参考及借鉴^[2]。目前在处理口腔溃疡上主要是通过口服药物配合饮食指导的策略，用药的选择上，频率较高的药物选择雷尼替丁，其为强效组胺 H₂ 受体拮抗剂，药物作用主要是抑制组胺、五肽胃泌素等刺激所以胃酸的大量分泌，降低胃酸以及胃酶活性，对溃疡面有一定作用^[3]。但是单药对口腔溃疡的缓解效果却不是非常理想，很多患者因为停药复发，如此复发治疗的反复给患者造成极大困扰，也指出更换方案亦或是联合给药的必要性。双黄连口服液是一种中成药，药物组成包括金银花、黄芩、连翘，具备疏风解表、清热解毒功效，通常用于风热感冒、咳嗽及咽痛疾病的治疗，而现代医学研究显示药物也有广谱抗病毒及抑菌作用，所以作用口腔溃疡对控制病变有一定效果^[4]。本次研究以联合用药与单纯给药结合进行了对照，观察经联合的用药对治疗口腔溃疡的价值，现将研究具体过程以及结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组研究因为采取了对照方式，因此选择了双数的病例，共计纳入患者数量 106 例，选择病例的时间区间，主要是 2020 年 1 月-2022 年 4 月。纳入口腔溃疡病例，参照所选纳入标准为《口腔内科学》^[5]，并且对于所用药物不存在过敏的情况，本人了解研究的目的，同意参加。排除掉非口腔溃疡，存在脏器损伤，精神紊乱类的疾病患者。通过随机数字表法原则，将患者的分组分成了观察组以及对照组，每组均是包含了 53 例患者。观察组男 20 例，女 33 例；年龄 26~50 岁，平均（ 39.12 ± 2.43 ）岁；病程 1~5 年，平均（ 2.67 ± 0.49 ）年。对照组男 18 例，女 35 例；年龄 25~51 岁，平均（ 38.89 ± 2.38 ）岁；病程 1~6 年，平均（ 2.78 ± 0.49 ）年。对比两组患者一般资料，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

1.2 方法

对照组采取单纯的给药治疗，主要给予应用盐酸雷尼替丁胶囊（佛山手心制药有限公司，国药准字 H44021231，规格 0.15g*20s），用法则是将双手将胶囊从中间掰开，将颗粒研磨成粉末，应用无菌棉签蘸取药物涂抹到溃疡的位置，在用药 15min 内需避免进食及饮水，每天早中晚均是用药一次。持续 7d。观察组，在对照组的基础上，加用双黄连口服液（哈尔滨珍宝制药有限公司，国药准字 Z32021020，规格 10ml*10 支），患者口服

药物，每次用量为 10ml，3 次/d。持续 7d。

各组的患者均是同期给予对应的健康教育，主要是讲解口腔溃疡发病的基本原因、药物治疗对疾病的作用、在用药期间需要注意哪些饮食方面的相关事项、对待并发症如何处理等等。同时嘱咐患者需避免停药或者擅自更改药用剂量。

1.3 观察指标

比较两组患者的临床疗效、症状改善情况、治疗前后白细胞与淋巴细胞数量、不良反应。疗效评价标准：治疗 3d 内的溃疡症状完全消失，未见疼痛以及粘膜充血为痊愈；治疗 5d 内溃疡面基本愈合，轻微疼痛为显效；治疗 7d 后溃疡面愈合超过 75%，有轻微疼痛不适为有效；症状未见变化甚至加重为无效。治疗前后均是采集血液，应用细胞鉴定仪，计算白细胞计数以及淋巴细胞比率。专人或者本人对给药的过程出现的不良反应统计。

1.4 统计学方法

使用 SPSS21.0 软件做统计学结果分析，计量资料用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，使用 t 检验，计数资料用（%）表示，使用 χ^2 检验，以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效

对比疗效的差异，观察组与对照组，在总有效率为 90.57%、69.81%，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），见表 1。

表 1 两组治疗效果比较[n（%）]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	53	35(66.04)	6(11.32)	7(13.21)	5(9.43)	48(90.57)
对照组	53	20(37.74)	6(11.32)	11(20.75)	16(20.19)	37(69.81)
χ^2						7.185
P						0.007

2.2 症状改善

在两组的各项症状缓解的时间，观察组比对照组短，差异显著（ $P < 0.05$ ），见表 2。

表2 两组患者在各项症状的缓解时间比较 (d, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	疼痛缓解 时间	充血缓解 时间	低热缓解 时间	皮疹缓解 时间
观察组	53	2.25±0.43	2.62±0.52	3.03±0.61	3.41±0.63
对照组	53	3.46±0.51	3.71±0.62	3.92±0.72	4.28±0.77
t	-	17.272	12.798	8.999	8.225

表3 两组患者治疗前后白细胞计数、淋巴细胞比率比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	白细胞计数 ($\times 10^9/L$)		t	P	淋巴细胞比率 (%)		t	P
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
观察组	53	7.78±1.36	5.21±0.75	24.946	<0.001	0.51±0.09	0.25±0.04	47.320	<0.001
对照组	53	7.81±1.38	6.14±1.03	8.809	<0.001	0.52±0.09	0.34±0.06	14.560	<0.001
t		0.158	9.027			0.808	16.380		
P		0.874	<0.001			0.420	<0.001		

2.4 不良反应

统计对比在各组的不良反应,在发生情况上,观察组的患者发生恶心1例、头痛1例,发生占到总的例数3.77% (2/53)。对照组则是发生恶心、头痛、口臭不良反应各1例,占5.66% (3/53)。组间相比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$),同时在不良反应均较轻,症状自行缓解,安全性高。

3 讨论

我国口腔溃疡的发病率比较高,人群中发病率占到20%,疾病发病无季节性,一般女性的患病率要比男性更高,其中发病群体中出现复发的情况也比较常见^[6]。有关口腔溃疡病因的研究虽然较多,但是却无确切引起疾病的原因,通常是以多因素的作用导致病变的发生,常见的因素如饮食、遗传以及免疫等,并且在个体化差异方面也比较明显,反复发作的口腔溃疡对正常生活以及工作均是造成不良影响。

口腔溃疡在治疗药物的选择上,一般是单纯的给药治疗,常选治疗药物雷尼替丁^[7]。雷尼替丁作用口腔溃疡,主要是作为一种强效的H₂受体拮抗剂,药物对于口腔溃疡作用,主要是在药物被吸入血之后,可同组胺进行竞争性的拮抗,针对组胺的分泌过程此类药物可以进行抑制,在抑制组胺的同时还使得炎症因子在释放上被抑制,炎症因子释放缓解病变,能够在促进细胞免疫功能强化的基础上,同时使得羟色胺以及激肽等的物质释放得到控制,改善血管的通透性以及阻止变态反应,保护口腔黏膜,起到抵御细菌的作用,让溃疡面能够愈合^[8]。雷尼替丁用于口腔溃疡治疗,此类药物在使用方式的选择上,主要是药物非口服方式,而是研磨成粉末后到溃疡病变的位置,药物也可充分作用,使得在相关症状缓解。雷尼替丁用于口腔溃疡的治疗展现出良好的效果,但是单独用药对抗溃疡存在局部性,常忽视对病患整体机能调理,造成的直接结局是停药后复发及反复治疗,给患者造成极大困扰。

中医药具有调理性作用,在当前国内针对疾病的治疗中,中医药成为重要的辅助类药物。对口腔溃疡这一疾病,中医主要是纳入“口疮”、“口疡”的范畴,认为病理机制主要是心脾积热、熏蒸于上,治疗当以清热解毒、辛凉解表为主,选用双黄连口服液则是有效的方案^[9]。在得出的研究结果中,显示出观察组的总有效率明显更高,同时在症状的缓解时间也是观察组更短,这提示双黄连口服液协同雷尼替丁作用对口腔溃疡疗效突出,症状体征缓解满意。分析原因是双黄连口服液中,黄芩与金银花可解表透热;连翘可清热解毒,药物协同起到疏风解表、清热解毒的作用,而配合雷尼替丁弥补缺陷,调节整体机能,巩固疗效。本次研究结果显示,治疗后在白细胞计数与淋巴细胞比率观察组均是低于对照组,提示双黄连口服液联合雷尼替丁可改善白细胞及淋巴细胞功能。主要是部分学者认为,口腔溃疡者存在免疫功能的降低,T淋巴细胞亚群失衡以及细胞免疫功能降低使

P - <0.001 <0.001 <0.001 <0.001

2.3 白细胞与淋巴细胞

各组患者,在治疗前的白细胞与淋巴细胞的指标,对比差异无统计学意义 ($P>0.05$);而在治疗后,在白细胞计数、淋巴细胞比率较治疗前降低,而观察组指标低于对照组,对比差异具有统计学意义 ($P<0.05$),详见表3。

得病情发生发展。雷尼替丁通过对抑制炎症因子的释放,强化细胞免疫功能,而双黄连口服液根据现代药理作用研究,显示组方中黄芩煎剂在体外对于绿脓杆菌、伤寒杆菌、副伤寒杆菌、金黄色葡萄球菌等常见的病菌均是有不同程度抑制作用;金银花具有抗炎、抗菌、抗病毒、抗氧化等多种作用;连翘可抑制伤寒杆菌、副伤寒杆菌、大肠杆菌、痢疾杆菌、白喉杆菌等活性从而起到抑菌作用^[10]。对口腔溃疡通过使用双黄连口服液缓解溃疡病变,联合雷尼替丁起到协同作用,缓解症状。同时本研究也比较不良反应,显示两组不良反应发生率,差异无统计学意义,提示采取联合的给药安全性高。

综上所述,采取双黄连口服液结合雷尼替丁对口腔溃疡效果满意,降低白细胞及淋巴细胞计数值,此外在不良反应的发生率低,值得推广应用。

参考文献:

[1]王诗恒,刘剑锋,秦培洁,等.双黄连口服液或者联合雷尼替丁治疗口腔溃疡的临床疗效和安全性的Meta分析[J].中药药理与临床,2020,36(1):182-189.

[2]范美君,王金龄,马镔,等.双黄连口服液联合康复新液治疗儿童口腔溃疡57例临床研究[J].儿科药理学杂志,2018,24(1):31-33.

[3]张傲雪.双黄连口服液结合康复新液治疗儿童口腔溃疡临床研究[J].陕西中医,2018,39(7):854-856.

[4]洪顺坦,甘友志,陈曼莉.双黄连注射液穴位注射治疗复发性口腔溃疡(胃火上炎证)临床观察[J].中国中医急症,2017,26(4):728-730.

[5]崔喜红,马彩云,崔伟丽,等.双黄连口服液对急性上呼吸道感染患儿炎症应激状态的影响研究[J].中华医院感染学杂志,2016,26(11):2584-2586.

[6]曲春华.雷尼替丁与双黄连口服液联合治疗口腔溃疡评价[J].中国医药指南,2021,19(15):125-126.

[7]孙庆光,孙乐海.雷尼替丁联合双黄连口服液对口腔溃疡疼痛程度及溃疡愈合时间的影响分析[J].中国现代药物应用,2020,14(11):19-21.

[8]丁盛,韩红卫,徐文雄.双黄连口服液辅助治疗儿童口腔溃疡心脾积热证45例临床观察[J].中医儿科杂志,2020,16(1):69-72.

[9]李雪.双黄连口服液联合阿奇霉素序贯疗法对支原体肺炎患儿的临床疗效分析[J].现代诊断与治疗,2021,32(6):864-865.

[10]恒欣.双黄连口服液联合炎琥宁注射液治疗病毒性肺炎患者的疗效及血清指标变化的研究[J].中国现代药物应用,2020,14(24):180-182.

中医辨证论治配合放化疗治疗中晚期食管癌临床观察

何正秋 谢丽琼 王永雄

苍溪县中医医院肿瘤科二病区 四川苍溪县 628400

摘要：目的：选择在我院接受治疗的中晚期食管癌患者作为研究样本对象，通过应用不同的临床治疗方案探讨中医辨证论治与放化疗结合应用于中晚期食管癌患者中的临床效果与应用价值。方法：本研究开始于2020年4月结束于2022年3月，选择上述时间区间内在我院接受临床治疗的180例中晚期食管癌患者作为研究样本对象。其中88例患者应用常规的临床治疗方案即应用单一的放化疗治疗方案，为对照组患者，另外92例患者在临床中合并应用中医辨证论治与放化疗，为观察组患者。对比分析两组中晚期食管癌患者的临床治疗情况。结果：通过临床对比分析发现，应用中医辨证论治与放疗相结合的治疗，观察组中晚期食管癌患者的临床疗效较好，临床治疗有效率相对较高，并且肿瘤的发展情况相对稳定，治疗过程中并发症或不良反应的发生率较低，并且治疗前后的症状改善情况更为显著，与对照组患者相比具有较为突出的临床治疗优势，并且两组患者间的差异性较为显著，($P < 0.05$)。结论：在中晚期食管癌患者的临床治疗中，合并应用中医辨证论治与放疗具有较好的治疗效果，可显著提高患者的临床治疗质量，有利于患者临床症状的改善，并且可进一步稳定肿瘤的发展状态，有利于降低并发症的发生率，是较为有效的临床治疗方案，在临床中可以推广应用。

关键词：食管癌；放化疗；中医辨证论治；中晚期

在近些年的临床中，食管癌是发病率相对较高的恶性肿瘤疾病之一，并且该疾病在我国的死亡率相对较高。据相关医学调查，可知近年我国每年的食管癌患者数量以25万例左右的频率不断增加，现阶段我国的食管癌患者已在世界食管癌患者群体中占比1/2。除此之外，在临床中患有食管癌的患者5年内的生存率已经低于15%，并且绝大多数食管癌患者，在患病早期时并未出现显著的临床症状，因此部分患者在临床确诊时已经属于中晚期患者，此时患者应率较高的治疗方式为放疗治疗。尽管放疗治疗与化疗在中晚期食管癌患者的临床中具有较好的治疗效果，临床实践研究显示通过放疗与化疗可有效控制患者的局部癌细胞发展情况，有利于延长患者的生存时间，但与此同时会给患者个体带来较大的伤害，不利于患者正常细胞组织的修复，还会带来一定的并发症或者不良反应，不利于患者生活质量与预后质量的提升。

在我国的医学研究中，癌前病变可应用有效的中药方案阻断治疗，因此部分学者在中晚期食管癌患者的临床治疗中，合并应用中医辨证论治，取得了较好的治疗效果，不仅有利于患者治疗有效性的提高，还可达到较好的减毒增效作用。

本研究以上述为基础，选择在我院接受治疗的中晚期食管癌患者作为研究样本，通过临床对比应用单一的放化疗治疗与中医辨证论治结合放化疗的治疗方案情况，探讨二者在临床有效性方面的差异，具体报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在本研究中研究样本对象为2020年3月至2022年4月，在我院接受治疗的中晚期患者180例，所有患者均经临床检查与诊断后确诊为中晚期食管癌，其中男性患者98例，女性患者82例，最小年龄为45岁，最高年龄为80岁，组间的平均年龄为61.5岁。在患者入院检查完成后，根据患者的入院时间以及一般资料情况进行随机分组，其中88例患者为对照组，92例患者为观察组。经SPSS数据分析发现两组患者在一般资料方面以及病理分析与辨证分型等方面并无显著的统计学差异，因此可作为对比组分析。

1.2 诊断标准

在本研究中所有患者均以诊断确诊为中晚期食管癌，其中诊断标准包括中医辨证诊断标准与西医诊断标准两部分，具体如下。

西医诊断标准以我国的恶性肿瘤诊治规范标准作为基本参考，具体按照《中国常见恶性肿瘤诊治规范标准》为准；中医辨证标准则以“噎膈”的辨证情况按类分型：若患者的主症为“吞咽哽噎不顺，胸膈痞闷，疼痛，情志舒畅时减轻”，兼症为“暖气呃逆。口干咽燥，大便艰涩”，舌脉为“舌红，苔薄腻，脉弦滑”，则为“痰气互结证”；若患者的主症为“吞咽梗阻，胸膈疼痛，食不得下甚则滴水难进”，兼症为“面色暗黑，肌肤枯燥，大便坚如羊屎，或便血”，舌脉为“舌紫暗，或青紫，脉细涩”，则为“瘀血内结证”；若患者的主症为“皖长期吞咽受阻，纳食不下面色白，精神疲惫，形寒气短”，兼症为“面足浮肿，泛吐清涎，腹胀便”，舌脉为“舌淡苔白，脉细弱”，则为“气虚阳微证”；若患者的主症为“格拒，吞咽梗塞而痛，固体食物难入，

胸背灼”，兼症为“消瘦，五心烦热，口干咽燥，渴欲冷饮”，舌脉为“舌红干，有裂纹，脉弦细数”，则为“津亏热结证”。

1.3 纳入标准与排除标准

两组患者均符合以下纳入标准：（1）在入院后均进行临床诊断检查，经电子胃镜、病理学、影像学检查确诊为中晚期食管癌；（2）患者及家属均已详细了解本研究的详细内容，并同意参与；（3）患者不存在心理问题或者精神类疾病，可自主的表达自己的想法。排除标准：（1）患者拒绝服用中药及行放化疗；（2）对所用中药过敏者；（3）有放化疗禁忌症；（4）患者患有其他严重疾病。

1.4 方法

在本研究中两组中晚期食管癌患者均行放化疗或仅放疗，其中观察组在放化疗基础上加用中医药辨证及辨病治疗。

放疗治疗方案：采用直线加速器三维适形放射治疗，放射治疗医师根据肿瘤病灶及转移淋巴结位置勾画临床靶区及计划靶区，物理师做好计划，由放射治疗医师评估计划后复位，采用6mvX射线放疗，常规分割，18-20Gyqd，每周5次，总量54-60Gy^[1]。

化疗方案：根据食管肿瘤特点、年龄特征、重要器官基础状态及基础疾病情况选用静滴紫杉类联合铂类、氟尿嘧啶类联合铂类、或单药铂类静滴或口服卡培他滨或替吉奥等，根据体表面积给药。

依据中医辨证论治原则对观察组患者进行辨证分型，辨证为痰气互结者给予旋覆代赭汤合四逆散加减：柴胡15g 枳壳10g 白芍15g 旋覆花15g 代赭石20g 法半夏10g 人参15g 郁金10g 陈皮10g 炙甘草5g 大枣10g 沉香5g 鸡内金10g 麦芽10g 稻芽10g；辨证为血瘀痰滞者给予血府逐瘀汤加减：当归15g 生地15g 桃仁15g 红花5g 枳壳10g 赤芍15g 川芎15g 桔梗10g 柴胡15g 法半夏10g 牛膝15g 炙甘草5g 陈皮10g 茯苓20g 瓜蒌20g；辨证为阴虚热结者，给予增液汤合沙参麦冬汤加减：北沙参30g 麦冬15g 生地15g 石斛15g 玉竹15g 当归10g 天花粉15g 扁豆15g 桑叶15g 地骨皮20g 知母20g 鳖甲20g 玄参15g；辨证为气虚阳微者给予当归补血汤合桂枝人参汤加减：黄芪30g 当归10g 干姜5g 人参15g 白术15g 熟地15g 白芍15g 桂枝15g 法半夏10g 大枣10g 炙甘草5g 沉香10g。免煎剂，每次一格，150ml开水冲服，一日三次，日一剂。随症加减。嘱患者自放疗第一日起开始服药，直至放疗结束。方药加减：大便不通时可加玄参、生地、黄芩、麦冬增液润下；暖气可加沉香、陈皮和胃降逆；呕吐食物痰涎可加旋覆花、代赭石降逆消痰；胃火亢盛可加黄芩、黄连、栀子降火。除此之外，还需根据观察组患者的实际情况为患者应用膏药外敷、熏洗浴足、中药湿敷、针刺艾灸、耳针、偏振光照射等治疗手段。

1.5 观察指标

在本研究中观察指标可分为四个方面，具体如下：

（1）临床治疗后中晚期食管癌患者的肿瘤大小情况。在应用临床治疗方案前分别应用CT检查的方式观察患者的肿瘤大小情况，其中观察标准为肿瘤的最大直径。根据相关的诊断标准，在治疗过程中密切关注患者的肿瘤大小变化情况，以Duffaud等的评估标准将评定情况分为如下几类：

若经临床检查后,可观察到肿瘤部位可见的病灶已经完全消失,并且持续的时间超过 28 天,则视为“完全缓解”(CR);若经临床检查后,可观察的肿瘤可见病灶较临床治疗前缩小比例达 50%以上,并且持续时间超过 28 天,没有新的病灶,则视为“部分缓解”(PR);若经临床检查后,可以观察的肿瘤可见病灶较临床治疗前缩小范围在 25%~50%间,则视为治疗情况较“稳定”(SD);若经临床检查后,可以观察到的病灶较临床治疗前肿块部位稍大,或者已经出现新的病灶,则视为“进展”(PD)。

(2) 临床治疗后中晚期食管癌患者的治疗有效性和生活质量情况。根据既往学者的评价标准,密切关注患者生活质量情况,并在治疗前后分别记录评估^[2]。如果患者可以生活自理,但无法完成日常生活事项与工作,则评分为 80 分;若患者在他人辅助的情况下可以完成生活自理,则评估为 70 分;若患者日常需要他人照顾无法完成生活自理,则评估为 60 分;如果患者无法日常生活自理,需要他人全天照顾或者特殊照料,则评分为 50 分。将评估分值大于等于 80 分的患者视为治疗“显效”,将评估分值大于等于 50 分的患者视为治疗“有效”,若患者的评分值低于 50 分时,则视为治疗“无效”。

(3) 临床治疗后中晚期食管癌患者的不良反应或者副作用情况。观察并记录患者在治疗过程中的不良反应与副作用情况,例如是否出现骨髓抑制、食欲下降等情况,详细记录并分析。

(4) 临床治疗后中晚期食管癌患者的中医症候评分改善情况。以我国的中医症候疗效评比标准对患者治疗前后的患者症候情况进行比较分析,所参照的基本资料为《中药新药临床研究指导原则》^[3]。如果在应用治疗方案后,患者的症候积分值较治疗前降低幅度大于等于 2/3 时,则视为治疗“显效”;如果在应用治疗方案后,患者的症候积分值较治疗前降低幅度大于等于 1/3 时,则视为治疗“有效”;如果在应用治疗方案后,患者的症候积分值较治疗前降低幅度低于 1/3 时,则视为治疗“无效”;如果在应用治疗方案后,患者的症候积分值较治疗前有所提高,则视为治疗“恶化”。

1.6 统计学方法

本研究在数据统计过程中应用 SPSS13.0 统计学软件进行数据分析,采用 χ^2 检验, t 检验和 Mann-Whitney 秩和检验。其中 P 小于 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床治疗后中晚期食管癌患者的肿瘤大小情况

具体情况如下表 1 所示。

表 1 临床治疗后中晚期食管癌患者的肿瘤大小情况

组别	例数 (n)	“完全缓解”(CR)	“部分缓解”(PR)	“稳定”(SD)	“进展”(PD)	总有效率 (%)
对照组	88	12	44	22	10	88.63
观察组	92	39	30	14	9	90.22

2.2 临床治疗后中晚期食管癌患者的治疗有效性情况

具体情况如下表 2 所示。

表 2 临床治疗后中晚期食管癌患者的治疗有效性情况

组别	例数 (n)	显效	有效	无效	总有效率 (%)
对照组	88	13	49	26	70.45
观察组	92	28	47	17	81.52

2.3 临床治疗后中晚期食管癌患者的不良反应或者副作用情况

具体情况如下表 3 所示。

表 3 临床治疗后中晚期食管癌患者的不良反应或者副作用情况

组别	例数 (n)	骨髓抑制 (n)	放射性食管炎 (n)	放射性肺炎 (n)	食欲下降 (n)	总发生率 (%)
观察组	92	9	3	4	6	23.91
对照组	88	19	13	8	9	55.68

2.4 临床治疗后中晚期食管癌患者的中医症候评分改善情况

具体情况如下表 4 所示。

表 4 临床治疗后中晚期食管癌患者的中医症候评分改善情况

组别	例数 (n)	显效	有效	无效	恶化	总发生率 (%)
对照组	88	32	48	6	2	90.91
观察组	92	48	36	5	3	91.30

3 讨论

据相关医学研究调查可知在现代食管癌疾病具有高发性的临床特征,若患者的不良饮食习惯持续时间较长或者受化学影响时均有可能导致该疾病^[4]。患有食管癌疾病的患者在临床中会表现为较为严重的食管损伤,在患病早期时患者大多会出现程度不一的食管异物感,但绝大多数情况下症状程度较轻,因此会被绝大多数患者忽视。若患者属于中晚期食管癌时癌变细胞将增多,变大部分患者会出现吞咽困难的临床症状,此时还有可能导致患者的声音嘶哑。在临床中可根据食管癌疾病患者的病情发展情况进行不同患病阶段的划分,具体可分为早期、中期与晚期三个阶段,处于早期食管癌的患者临床检查中,细胞的浸润情况并不显著,因此在临床治疗中以根治术为主要治疗方式,通过彻底清除癌变细胞的方法保证患者的生存质量,延长患者的生存时间。但中晚期时存在较为严重的浸润情况,单纯手术无法彻底清除癌变组织,还会造成癌变组织增殖的情况^[5]。但常规放疗中,一般会损伤到食管正常黏膜组织,且很难观察到癌变细胞位置、形态等,存在照射剂量不足,或化疗药物用量不足的情况,均会增加食管癌的复发率,影响正常生活,增加心理负担。

食管癌在中医归属“噎膈”范畴,食管癌多因津液耗损,胃肠积热化痰,气机不畅,致使痰浊、气、瘀阻结于食道发病。疾病初期标实为主,重在理气化痰,后期本虚为主,重在扶正温补脾胃,但中医治疗食管癌时均需加滋阴养血之品,放疗后,患者多出现虚火上炎之证^[6]。

通过本研究实践可知,中医辨证论治配合化疗不仅能提高疗效,延长生存时间,而且能明显地改善症状,提高患者生存质量,值得临床推广应用。

参考文献:

[1]穆强,王哲.术后放疗治疗在局部中晚期食管癌综合治疗中的临床疗效和预后[J].健康大视野,2019,19(14): 65-66.

[2]Kamachi K, Ozawa S, Hayashi T, et al. I mpact of body mass index on postoperative complications and long-term survival in patients with esophageal squamous cell cancer[J].Dis Esophagus,2016,29(3): 229-235.

[3]唐玲荣,李光.食管癌放疗治疗中或放疗治疗后并发食管穿孔的临床分析[J].中国医科大学学报,2018,47(5): 439-902.

[4]贾永森,林清,张艳丽,等.噎膈血瘀证患者血清对食管癌 EC9706 细胞增殖及 P I 3K/Akt 信号通路蛋白表达的影响[J].现代预防医学,2015,42(22): 4143-4146.

[5]刘凯,黄莉,李文婷.多西他赛、奈达铂化疗联合三维适形调强放疗治疗食管癌术后复发的临床研究[J].现代消化及介入诊疗,2020,25(3): 330-333,339.

[6]中国抗癌协会食管癌专业委员会.食管癌规范化诊治指南[M].2 版.北京:中国协和医科大学出版社,2013: 52-58.

中药塌渍运用于预防脑卒中患者便秘的预防作用探讨

贺成芳

泸州市中医医院 四川泸州 646000

摘要：目的：分析在预防脑卒中患者便秘中运用中药塌渍的效果。方法：以我院神经内科收治的 96 例脑卒中患者作为主体，全部患者均通过电脑随机法分组，其中 48 例纳入对照组中，对其提供常规预防措施，剩余 48 例纳入研究组，对其提供中药塌渍技术，观察两组便秘发生率、治疗效果、排便情况、排便功能，病例选取日期为 2021 年 7 月-2021 年 12 月。结果：（1）便秘发生率结果显示，研究组明显较对照组低， $P < 0.05$ ；（2）治疗效果显示，研究组总有效率明显较对照组高， $P < 0.05$ ；（3）排便情况显示，研究组显著优于对照组， $P < 0.05$ ；（4）排便功能显示，研究组评分显著较对照组低， $P < 0.05$ 。结论：予以脑卒中患者中药塌渍技术具有显著效果，可明显改善机体排便功能及排便情况，可降低便秘发生风险，应用价值理想。

关键词：中药塌渍技术；脑卒中；便秘；预防作用

Discussion on the preventive effect of traditional Chinese medicine collapsible on preventing constipation in stroke patients

Abstract: Objective: To analyze the effect of using traditional Chinese medicine to prevent constipation in stroke patients. Methods: Taking 96 stroke patients admitted to the Department of Neurology of our hospital as the main body, all patients were randomly divided into groups by computer, 48 of them were included in the control group, and routine preventive measures were provided to them, and the remaining 48 patients were included in the research group, provided with traditional Chinese medicine. The collapsing technique was used to observe the incidence of constipation, treatment effect, defecation situation, and defecation function in the two groups. The case selection date was from July 2021 to December 2021. Results: (1) The incidence of constipation in the study group was significantly lower than that in the control group, $P < 0.05$; (2) The treatment effect showed that the total effective rate in the study group was significantly higher than that in the control group, $P < 0.05$; (3) Defecation situation showed that the research group was significantly better than the control group, $P < 0.05$; (4) Defecation function showed that the score of the research group was significantly lower than that of the control group, $P < 0.05$. Conclusion: The traditional Chinese medicine collapsing technique for stroke patients has a significant effect, can significantly improve the body's defecation function and defecation situation, and can reduce the risk of constipation, and its application value is ideal.

Key words: traditional Chinese medicine collapsing technique; stroke; constipation; preventive effect

脑卒中属于神经内科常见的脑血管疾病之一，好发于老年群体，具有高发病率、高致残率、高致死率，高并发症发生率等特点。发生脑卒中后，大脑皮质功能被抑制，神经冲动及传导功能均受损，无法有效、规则引起肠反射^[1]。此外，脑卒中可导致患者出现不同程度的功能障碍，发病后长期卧床活动量明显减少，同时应用脱水剂治疗，肠道水分减少，大便干结，极易造成便秘。发生便秘后，患者在用力排便时可造成颅内压升高，同时可再次引起颅内出血、梗死等，可加重病情并危及患者生命安全。便秘为住院患者常见并发症之一，主要是排便困难、粪便干硬、排便形态改变、次数减少等，不仅会增加患者痛苦，还可影响疾病治疗效果，影响脑卒中患者康复。研究表明，脑卒中便秘发生率高达 30%-60%，尤其多发于脑卒中后 3d，研究数据充分显示了预防脑卒中患者便秘的重要性^[2]。目前，临床对于便秘的预防和治疗，一般以中医技术为主，例如中药贴敷、穴位按摩等^[3]。本文选择医院神经内科在 2021 年 7 月-2021 年 12 月期间接收的 96 例脑卒中患者为主体，旨在观察中药塌渍技术对于便秘发生率、治疗效果、排便情况、排便功能的影响，内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

96 例脑卒中患者选取时间为 2021 年 7 月-2021 年 12 月，研究分组方式为电脑随机法分组，其中 48 例纳入研究组，剩余 48 例纳入对照组。研究组脑卒中时间为 1-5d，平均 (3.08 ± 0.64) d；年龄是 51~79 岁，均值 (65.52 ± 3.36) 岁；男女比例为 26/22。对照组脑卒中时间为 2-4d，平均 (3.04 ± 0.68) d；年龄是 53~77 岁，均值 (65.52 ± 3.74) 岁；男女比例为 27/21。采取 SPSS23.0 软件对比组间资料，未发现差异， $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组接受常规预防措施，主要为：（1）脑卒中患者多为中老年人，由于疾病发生较为突然，患者多有悲观、恐惧、焦虑等情绪体现。排便主要是通过神经反射实现，研究发现不良心理极易增加便秘风险，故需要特别注意脑卒中患者的情绪问题，耐心为其讲解疾病与便秘知识，明确两者间的关系，保证患者、家属可正确认知疾病，同时积极配合治疗。对于新入院的患者，可为其发放健康知识手册，对家属、患者开展面对面指导，有效普及排便相关知识，使其认识到保持大便通畅对疾病康复的重要性。

（2）依据患者病情制定排便计划，尽量相对固定排便时间，即使患者无便意，也需要对卧床患者进行排便训练，促进正常排便反射形成，有效预防便秘。对于有便意的患者，鼓励并协助排便，告知不要刻意忍受，以免有意识形成便秘。（3）在病情允许情况下，可为患者制定康复训练计划，鼓励患者进行适量运动，可促进胃肠蠕动及排便。（4）指导进行腹式呼吸，通过增强腹部肌肉收缩力促进胃肠蠕动。（5）指导患者家属对于肢体无法活动的患者进行腹部按摩，每日 2-3 次，时间为 10-15min。（6）提高饮食干预的重要性，通过调整饮食方案确保胃肠功能正常，进而预防便秘。予以患者高蛋白、低胆固醇、高维生素等食物，鼓励饮水，可进食山楂、香蕉、谷物、高纤维等食物，均可预防大便干结，有利于降低便秘风险。

研究组接受中药塌渍技术，主要是：选择芒硝、大黄、牡蛎壳、莱菔子为干预药物，将其加工为粉末后加入白醋、蜂蜜调为糊状，将药物均匀涂抹在纱布后置于患者腹部，结合中频电疗改善胃肠平滑肌张力，促进胃肠蠕动与收缩，进而预防便秘。在应用中频电疗时需密切观察患者腹部皮肤，预防烫伤、过敏等反应。

1.3 观察指标

(1) 便秘发生率。统计并对比组间便秘发生率。(2) 治疗效果。依据排便情况分析治疗效果,标准是显效、有效、无效。(3) 排便情况。比较各组治疗前后的排便次数、排便时间。(4) 排便功能。应用 CSI (便秘严重程度评估量表)、PAC-SYM (便秘患者症状自评量表) 分析排便功能,分值越高说明机体排便功能越差。

1.4 统计学方法

使用 SPSS23.0 软件开展数据分析工作,运用相对数“[n/(%)]”表示计数资料,组间差异行“ χ^2 ”检验,运用“ t ”表示计量资料(符合正态分布),组间差异行“ t ”检验, $P<0.05$ 说明存在差异。

2 结果

2.1 便秘发生率分析

研究组发生 3 例便秘,发生率是 6.25%,对照组发生 10 例便秘,发生率为 20.83%,研究组发生率明显低于对照组 ($\chi^2=4.359$, $P=0.036$), $P<0.05$ 。

2.2 治疗效果评价

表 1 数据显示,研究组、对照组间治疗总有效率具有明显差异,前者明显高于后者, $P<0.05$ 。

表 1: 治疗效果评价量表[n/(%)]

组别	无效	显效	有效	总有效率
研究组 (n=48)	2 (4.17)	12 (25.00)	34 (70.83)	46 (95.83)
对照组 (n=48)	8 (16.67)	15 (31.25)	25 (52.08)	40 (83.33)
	--	--	--	4.018
P	--	--	--	0.045

2.3 排便情况分析

表 2 数据显示,研究组、对照组间治疗前的排便次数、排便时间并无统计学差异, $P>0.05$; 治疗后研究组排便次数多于对照组,排便时间短于对照组, $P<0.05$ 。

表 2: 排便情况分析量表 ($\bar{x} \pm s$)

组别	排便次数 (次/周)		排便时间 (min/次)	
时间	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组 (n=48)	2.36 $\pm$ 0.49	5.36 $\pm$ 0.62	14.37 $\pm$ 1.62	7.03 $\pm$ 1.72
对照组 (n=48)	2.35 $\pm$ 0.47	4.79 $\pm$ 0.64	14.51 $\pm$ 1.58	8.16 $\pm$ 1.69
t	0.102	4.431	0.428	3.246
P	0.918	0.000	0.669	0.001

2.4 排便功能分析

研究组、对照组间治疗前的 CSI、PAC-SYM 评分均无统计学差异, $P>0.05$; 治疗后研究组评分显著较对照组低, $P<0.05$, 见表 3 分析。

表 3: 排便功能分析量表 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	CSI		PAC-SYM	
时间	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组 (n=48)	37.81 $\pm$ 4.29	22.62 $\pm$ 3.02	2.69 $\pm$ 0.37	0.82 $\pm$ 0.17

对照组 (n=48)	37.69 $\pm$ 4.17	25.01 $\pm$ 3.15	2.67 $\pm$ 0.39	0.93 $\pm$ 0.16
t	0.238	3.794	0.257	3.264
P	0.889	0.000	0.797	0.001

3 讨论

近年来脑卒中的发病率不断升高,疾病主要特点为局灶神经功能缺失,是一种多因素造成的急性脑血液循环障碍性疾病,临床将其分为缺血性脑卒中与出血性脑卒中,前者较为常见^[4]。便秘同样为临床常见情况,主要指的是人体排便次数减少、大便干结、粪便较硬的情况,可降低机体生活质量^[5]。便秘为脑卒中后常见的并发症,主要是因为脑卒中对象多为中老年人群,患者生理机体明显衰退,发生脑卒中后进食减少、肢体功能障碍、活动能力减少,均可影响胃肠道的正常分泌功能,导致肠道蠕动能力、张力降低。此外,脑卒中发病后应用脱水剂、不良情绪,均可增加便秘风险^[6]。

对于脑卒中而言,发生便秘症状后不仅会增加患者痛苦,同时还可造成颅内压升高,用力排便时极易造成脑梗塞或者出血,对于疾病康复存在严重影响,且国外已经证实便秘症状会进一步破坏脑卒中患者大脑病变^[7]。本次研究所用的中药塌渍技术中,药物涉及芒硝、大黄、牡蛎壳、莱菔子,其中大黄可活血化瘀、润肠通便;芒硝可润燥、泻下、软坚;枳壳能够行气宽胸、理气消积;莱菔子具有消食除胀的作用^[8]。蜂蜜中含有果糖,可促进肠内渗透压升高,能够让粪便湿化,有利于粪便的排出^[9]。中药塌渍技术通过药物透皮发挥效果,配合应用中频电疗,可进一步增强胃肠蠕动功能,具有经济、安全、操作简单等优点,可有效降低便秘风险^[10]。

综上所述,予以脑卒中患者中药塌渍技术具有显著效果,可明显改善机体排便功能及排便情况,可降低便秘发生风险,应用价值理想。

参考文献:

[1] 林玉贞,刘燕芝,吴振洁.脑卒中便秘患者行按摩配合中药贴敷的护理效果研究[J].中国社区医师,2021,37(18):159-160.

[2] 皮桂芳,张月娟.天枢穴联合大肠俞进行中药离子导入治疗脑卒中患者便秘的临床观察[J].中国社区医师,2020,36(34):97-98.

[3] 刘君会.中药穴位贴敷护理对脑卒中后患者便秘的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(16):2973-2975.

[4] 龚海燕.中药封包治疗联合推拿按摩在脑卒中后便秘患者中的应用[J].护理实践与研究,2020,17(12):48-50.

[5] 刘淼.中药穴位贴敷治疗 80 例脑卒中后便秘患者的护理干预及疗效观察[J].名医,2020,18(02):51.

[6] 农桂枝.中药大黄汤在脑卒中卧床患者预防便秘随机平行对照研究[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(75):233-234.

[7] 蒋心自.中药在急性缺血性脑卒中老年患者便秘中的应用[J].人人健康,2019(15):279-280.

[8] 张敏.中药塌渍运用于预防脑卒中患者便秘的研究[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(56):203-204.

[9] 张敏.中医特色护理技术运用于预防脑卒中患者便秘的研究.吉林省,长春中医药大学附属医院,2019-03-12.

[10] 皮桂芳,张月娟,邹婵.中药离子导入联合排便训练对出血性脑卒中患者便秘的影响[J].中医药导报,2018,24(15):78-81.

和胃汤加减治疗功能性消化不良肝胃不和证的临床疗效与安全性

¹任秀彬 ²胡凯 ³孙静

荆州石油四机医院 湖北荆州 434020

摘要：目的：分析和胃汤加减治疗功能性消化不良肝胃不和证的临床疗效与安全性。方法：选择我院 2021 年 1 月-2022 年 1 月功能性消化不良肝胃不和证患者共 70 例，数字表随机分 2 组每组 35 例，对照组的患者给予西药治疗，观察组在该基础上增加和胃汤加减。比较两组治疗前后患者中医证候主症胃脘痞闷积分、次症腹胀、上腹痛积分、生活质量量表 SF-36 评分、总有效率、不良反应。结果：观察组治疗后患者中医证候主症胃脘痞闷积分、次症腹胀、上腹痛积分低于对照组，生活质量量表 SF-36 评分高于对照组，总有效率高于对照组， $P<0.05$ 。两组治疗过程不良反应未见， $P>0.05$ 。结论：和胃汤加减对于功能性消化不良肝胃不和证的治疗效果确切，可促使症状消退，改善生活质量，且安全性高，值得推广。

关键词：和胃汤加减；功能性消化不良肝胃不和证；临床疗效；安全性

功能性消化不良是指由于胃和（或）十二指肠功能障碍所引起的一系列消化系统症状，表现为反酸嗝气、腹痛、餐后饱胀、早饱等，这些症状对患者的身体和日常生活有很大的影响。长期以来，我国对功能性消化不良的治疗多采用西医的方法，目前常用的药物有兰索拉唑，莫沙必利，服用西药用后，病人的症状大多会有所改善，但是一些病人在停药后会有更多的症状复发，这在一定程度上制约了西药的疗效。功能性消化不良是一种持续的、易反复的疾病，其原因与患者的心理、环境、社会等因素有关，表现为腹胀、嗝气、恶心、呕吐等症^[1-2]，并伴有失眠、焦虑、抑郁等症状，对患者的心理和身体造成极大的影响，使患者的生存质量大为降低。功能性消化不良与脾胃、肝胆有关，属于中医“胃痛”的范畴。功能性消化不良肝胃不和证最为常见，它是由于肝气不舒、肝气横逆犯胃所致。多潘立酮在临床上的应用主要是为了提高胃动力，但疗效不理想，容易复发，难以根治。近年来，在临床上，传统的中药疗法已成为一种常见的治疗方法。和胃汤加减的作用主要是疏肝解郁、活血止痛、理气和胃、养血柔肝等，本文从 2021 年 1 月到 2022 年 1 月对 70 例病人进行了分组，目的在于探讨和胃汤加减治疗功能性消化不良肝胃不和证的临床疗效与安全性，如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院 2021 年 1 月-2022 年 1 月功能性消化不良肝胃不和证患者共 70 例，数字表随机分 2 组每组 35 例。其中，对照组男 23 例，女 12 例，年龄 35-78（48.55±2.21）岁。观察组男 23 例，女 12 例，年龄 37-79（48.52±2.24）岁。两组统计学比较显示 P 大于 0.05。本研究经伦理批准。纳入标准：①所有患者均符合“肝胃不和证”中医辨证分型，临床确诊为功能性消化不良；②个人信息完整，没有任何药物禁忌；③患者的心理状况和依从性较好；④了解和自愿参加的研究。

排除条件：①有器官损害的患者；②器官功能不健全的患者；③有精神病或认知障碍、依从不良的病人；④怀孕/哺乳妇女；⑤半途退出。

1.2 方法

对照组的患者给予西药治疗，对照组 32 例，以西药莫沙必利胶囊 5 mg/d，指导病人在餐前服用 3 次；兰索拉唑胶囊 30 mg/次，每日 1 次，饭后服用。治疗 4 周。

观察组在该基础上增加和胃汤加减。以柴胡 10 克，白芍 15 克，枳壳 10 克，黄芩 15 克，蒲公英 30 克，木香 10 克，延胡索 15 克，竹茹 15 克，瓦楞子 30 克，法半夏 10 克，甘草 5 克；反酸严重加浙贝母和乌贼骨，嗝气频繁加柿蒂和丁香。每天 1 剂，每天 2 次，水煎取汁服用。治疗 4 周。

1.3 观察指标

比较两组治疗前后患者中医证候主症胃脘痞闷积分、次症腹胀、上腹痛积分、生活质量量表 SF-36 评分、总有效率、不良反应。

①以主症胃脘痞闷为 0-分，其次为次症上腹痛、腹胀，根据症状轻重分为 0-3 分^[3]。②以病人的症状和体征为基础，对两组疗效进行对比分析，结果显示：（1）治愈，临床症状和体征均消失，临床症状和体征均明显改善，临床症状评分降低 95%以上；（2）显效，治疗后的病人症状和体征明显减轻，症状分数降低 80%-95%；（3）有效，经过治疗后，病人的症状和体征得到改善，症状分数降低 30%-80%；（4）无效不能满足以上三个条件中的任何一个或情况恶化^[4]。③对两组病人在治疗和停药后一周内的副作用进行对比分析。

1.4 统计学方法

在 SPSS22.0 软件中，计数 χ^2 统计，计量 t 检验， $P<0.05$ 表示差异有意义。

2 结果

2.1 治疗前后中医证候主症胃脘痞闷积分、次症腹胀、上腹痛积分比较

治疗前二组患者中医证候主症胃脘痞闷积分、次症腹胀、上腹痛积分比较， $P>0.05$ ，而治疗后两组中医证候主症胃脘痞闷积分、次症腹胀、上腹痛积分均改善，而观察组中医证候主症胃脘痞闷积分、次症腹胀、上腹痛积分显著低于对照组， $P<0.05$ 。如表 1。

表 1 治疗前后中医证候主症胃脘痞闷积分、次症腹胀、上腹痛积分比较（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	时期	胃脘痞闷积分	腹胀	上腹痛
观察组	治疗前	4.83±1.24	2.43±0.34	2.58±0.24
	（35）治疗后	0.56±0.12	0.34±0.11	0.51±0.11
对照组	治疗前	4.83±1.24	2.47±0.36	2.57±0.23
	（35）治疗后	1.68±0.68	0.98±0.23	1.04±0.15

2.2 治疗前后生活质量比较

治疗前二组患者生活质量量表 SF-36 评分比较， $P>0.05$ ，而治疗后两组生活质量量表 SF-36 评分均改善，而观察组生活质量量表 SF-36 评分显著高于对照组， $P<0.05$ 。如表 2。

表 2 治疗前后生活质量量表 SF-36 评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

项目	观察组	对照组
----	-----	-----

	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
生理机能	64.57±3.10	91.12±3.78	64.12±3.45	82.21±2.81
躯体疼痛	64.21±3.74	91.21±3.21	64.34±3.23	82.04±2.14
角色生理	64.60±3.57	91.21±3.72	64.60±3.21	82.21±2.14
心理健康状况	64.75±3.60	91.45±3.59	64.75±3.21	82.51±2.55
社会机能	64.78±3.12	91.15±3.92	64.71±3.45	82.72±2.62
角色心理状况	64.78±3.68	91.98±3.61	64.71±3.21	82.81±2.81
活力	64.14±3.49	91.56±3.21	64.12±3.21	82.67±2.42
主观健康状况	64.44±3.77	91.01±3.79	64.44±3.21	82.41±2.61

2.3 总有效率比较

观察组总有效率高于对照组， $P<0.05$ 。如表 3。

表 3 两组总有效率比较[例数(%)]

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组 (35)	5	5	16	9	26(74.29)
观察组 (35)	8	10	15	2	33(94.29)
χ^2					5.285
P					0.022

2.4 两组不良反应比较

两组治疗过程不良反应未见， $P>0.05$ 。

3 讨论

功能性消化不良，由于其病因复杂，病因不明，仅限于运动功能障碍、脏器敏感性高、胃酸分泌量不均、HP 感染、胃肠激素过量、饮食不规律、营养摄入不均衡、心理压力过大等；功能性消化不良广泛存在于各个年龄段^[5-6]。功能性消化不良是一种胃肠道疾病，其病因尚不清楚，可能与胃底对食物的耐受性舒张功能下降、胃动力不足、病人本身的心理因素有关^[7-8]。长期来，西药一直是治疗功能性消化不良的主要手段，而且随着药学的不断发展，可以选用的药物种类也越来越多，总体疗效也比较理想，而在试验中，兰索拉唑、莫沙必利都是临床上常用的两种药物，合理用药可以有效地减轻病人的临床症状。但根据以往的病历回顾，有相当数量的病人在停用药物后会有反复或恶化的现象；同时，西药病人在治疗过程中有很大的可能发生消化道副反应，以上两种药物都有一定的局限性。这两个试验没有发生副作用，这可能是由于试验纳入的病人数量太少或者观察时间较短^[9-11]。

功能性消化不良，属于胃脘痛、痞满等；中医经典《黄帝内经》《素问篇》对此作了阐述：“脏寒，满”。这是因为饮食和脏腑的元气受到寒气的影 响，使气机不能运行，从而引起痞满。从中医的病因来看，功能性消化不良与肝、胃功能有很大的关系；因为中医认为，肝主疏泄，脾胃主运化；具体来说，脾胃通过运化、受纳，促进血液的化学和化学的转化^[12-13]；如果疏泄通达，脾胃调和，则气机通畅，升降有条不紊，是正常的；如果疏泄郁结、脾胃气机不通、不顺、运化功能下降，就会造成气不和、气机受阻、阻塞；俗话说，不通则痛，不降则痞；出现呕吐、恶心、反酸、上腹痛等表现；中医上没有功能性消化不良这个疾病，现代中医把它分为“胃脘痛”和“胃痞”两类，功能性消化不良的病因是脾气虚、肝气郁滞，主证是肝胃不和^[14-15]。

本研究采用的和胃汤加减治疗，其中柴胡、木香具有温中和胃、疏

肝理气、行气止痛的功效，枳壳具有消积、消积、消积、消胃、消肿、降平滑肌张力、木香、白芍、木香、白芍，两者兼备，一散一收；这些药物的组合具有疏肝和胃的功效。根据本研究的数据，观察组的中医证候积分无论是主证还是次证分值都显著降低，观察组疗效高达 33（94.29），而对照组则为 26（74.29）。两组差异有显著性（ $P<0.05$ ）。在试验中，两组病人都没有出现严重的不良反应，这与中药汤剂方案的安全性是一致的，但是，试验纳入的病人数量很小，而且没有在不同性别和年龄段的病人之间进行进一步的治疗，因此需要更多的大样本数据来跟踪安全性。

总之，本研究认为，中药对肝胃不和性功能消化不良的疗效及安全性均优于西医，而本研究所采用的“理气和胃汤”为中药的传统方剂，其总体疗效较好，具有一定的推广价值。

参考文献：

[1]吴娜,王丹青. 四磨汤加减与多潘立酮治疗功能性消化不良肝胃不和证患者的效果比较[J]. 中国民康医学,2021,33(6): 104-106.

[2]李晓玥,程军,李慧,等. 和胃汤加减治疗功能性消化不良肝胃不和证的临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志,2021,27(22): 113-118.

[3]邹毅成,彭桑. 马来酸曲美布丁联合加味小柴胡汤治疗肝胃不和证功能性消化不良的临床疗效[J]. 临床合理用药杂志,2021,14(21): 158-160.

[4]李雪梅,蔡小丽,杨威. 柴枳平肝汤辅助治疗肝胃不和证功能性消化不良的临床效果[J]. 临床合理用药杂志,2021,14(10): 82-84.

[5]吴留桂,高改娟. 柴枳平肝汤治疗功能性消化不良肝胃不和证对胃肠功能的影响[J]. 医学理论与实践,2021,34(17): 2989-2990.

[6]吴多铭. 柴芍六君汤加味治疗功能性消化不良肝胃不和证的临床效果观察[J]. 东方药膳,2019(15): 107,109.

[7]葛阳. 柴枳平肝汤联合多潘立酮片治疗功能性消化不良肝胃不和证 54 例及对胃肠激素、血清神经肽 S 受体-1 水平的影响[J]. 安徽医药,2021,25(2): 396-399.

[8]刘红国,贾子亮,吴艳萍,等. 柴胡桂枝干姜汤加减治疗功能性消化不良肝胃不和证 80 例临床研究[J]. 河北中医,2021,43(4): 557-561.

[9]邹蕾,黄志远,杨桥,等. 柴枳平肝汤联合多潘立酮治疗肝胃不和证功能性消化不良疗效及其作用机制分析[J]. 现代消化及介入诊疗,2020,25(8): 1031-1036.

[10]刘怀跃,马丽. 分析柴枳平肝汤对功能性消化不良肝胃不和证患者治疗效果及对机体血清 5-HT、SS 含量的影响情况[J]. 健康必读,2019(33): 41.

[11]铁成就. 柴枳平肝汤辅助治疗肝胃不和证功能性消化不良的临床效果[J]. 科学养生,2021,24(18): 247.

[12]黄磊. 疏肝和胃汤治疗肝胃不和型功能性消化不良的效果研究[J]. 当代医药论丛,2021,19(12): 178-180.

[13]刘明磊. 柴枳平肝汤治疗肝胃不和型功能性消化不良患者的效果[J]. 中国民康医学,2022,34(8): 109-112.

[14]赵燕. 疏肝和胃汤联合针刺疗法治疗功能性消化不良肝胃不和证的临床疗效分析[J]. 饮食保健,2019,6(33): 105.

[15]严红美,范娟娟. 舒胃汤治疗肝胃不和型功能性消化不良的临床分析[J]. 健康大视野,2019(20): 264-265.

作者简介:任秀彬 出生年月:1977-11-17 性别:女 民族:汉 籍贯:甘肃 所在单位:荆州石油四机医院 科室:中医 毕业院校:甘肃中医学院 职称:副主任医师 学历:本科 研究方向:中医内科。

中西医结合治疗宫颈癌腹腔镜术后患者 46 例研究

田祎 高静 林琳

唐山弘慈医院 河北省唐山市 063000

摘要：目的：观察分析西医常规治疗联合中医药疗法在治疗宫颈癌腹腔镜术后患者时的疗效。方法：46 例宫颈癌腹腔镜术后患者均分为常规组 and 中医组，术后均接受顺铂药物化疗。中医组患者额外接受中药方剂治疗、中医针灸治疗、中医推拿治疗。对比两组患者肠鸣音恢复时间、肛门首次排气时间、首次排便时间；对比两组患者术后 1d、术后 7d、术后 15d 的胃动素含量；对比两组患者术后 1d、术后 30d 的 SF-36 生活质量评分结果。结果：中医组患者的肠鸣音恢复时间、术后肛门首次排气时间及术后首次排便时间均远低于常规组， $P < 0.05$ 。术后 1d，两组患者的胃动素含量均处于较低水平且无明显差异， $P > 0.05$ ；术后 7d、术后 15d，两组患者胃动素含量均呈现上升趋势，但中医组患者同期水平平均高于对照组， $P < 0.05$ 。术后 1d，两组患者的生理、情感、功能、社会评分均较低且无明显差异， $P > 0.05$ ；术后 30d，两组患者各项评分均有所增加，但中医组同期评分均明显高于常规组， $P < 0.05$ 。结论：中西医结合治疗宫颈癌腹腔镜术后患者时，综合疗效优于西药常规化疗。

关键词：中西医结合治疗；宫颈癌；腹腔镜手术；八珍汤；推拿

0. 引言

现阶段，临床治疗宫颈癌的方法包括手术治疗、放射治疗、化学治疗等。其中，手术治疗一般是指在初期阶段，对患者的子宫、盆腔淋巴结进行广泛切除，希望从根本上将宫颈癌病灶从患者体内摘除，避免危及患者生命。在手术技术不断发展的过程中，微创手术已经成为临床主要的手术方法和治疗理念——尽量减小手术创面，提高患者术后恢复效率。现阶段，适用于宫颈癌的微创手术方法为腹腔镜手术。这种治疗方法在效果方面与传统开腹手术相比不遑多让（甚至更好），但由于手术性质并没有改变（依然属于“侵入性”治疗）^[1]，加上患者可能受到多种因素的影响，极有可能在术后康复阶段承受更大的痛苦。为尽量降低宫颈癌患者在腹腔镜术后康复阶段的痛苦，可尝试采用中西医结合治疗的方式。本研究旨在分析这种治疗及护理方法的应用效果，现以本院在 2020 年 9 月~2021 年 9 月收治的 46 例患者为例，围绕研究过程作如下报告。

1. 资料与方法

1.1 一般资料综述

科室选择：本院妇科、肿瘤科；病例纳入起止时间：2020 年 9 月~2021 年 9 月；病例选择：46 例确诊为宫颈癌的患者。

纳入标准：（1）出现阴道流血、阴道排液等症状，经 X 光、宫颈癌防癌细胞学涂片等检查，确诊为宫颈癌且病情进展为一期、二期的患者；（2）在本院接受腹腔镜手术，切除宫颈癌病灶并长期住院观察治疗的患者；（3）住院治疗期间，除手术期间因麻药作用而导致患者暂时失去意识之外，患者的意识在其他时间均保持正常状态；（4）患者本人及家属均具有一定的基础医学知识，对中医并不偏见；（5）肝脏、肾脏功能严重异常的患者；（6）能够积极配合治疗的患者。

排除标准：（1）经过检测后发现，患者宫颈癌疾病已经进展至 3 期及以上，无法单纯采用手术治疗，需要配合化疗、放疗等治疗的患者；（2）合并其他恶性肿瘤疾病、严重心脑血管疾病、存在严重机械性损伤、体重严重超标（符合“过度肥胖”标准）的患者；（3）对本研究选用的中西医药物（或其中的某种成分）过敏或存在其他禁忌症的患者；（4）对中医方剂、中医按摩等治疗方法存在根深蒂固的偏见，经反复劝说后依然固执己见的患者；（5）临床资料完善程度不足的患者。

根据宫颈癌腹腔镜术后治疗方式的差异，将 46 例患者分成两组，具体情况如下：

（1）常规术后治疗组（以下简称常规组）：共计纳入 23 例患者。年龄区间 25~74 岁，中位数年龄标准差为 41.34 岁，方差为 5.93 岁；患宫颈癌时间区间 1~3 年，中位数病程标准差 1.13 年，方差 0.29 年；体重区间 54~71kg，中位数体重标准差 61.46kg，方差 3.63kg；宫颈癌病灶直径区间 1.1~2.4cm，中位数病灶直径标准差 1.64cm，方差 0.29cm。

（2）中西医结合治疗组（以下简称中医组）：共计纳入 23 例患者。年龄区间 24~75 岁，中位数年龄标准差 41.59 岁，方差 6.03 岁；患宫颈癌时间区间 1~3 年，中位数病程标准差 1.18 年，方差 0.1 年；体重区间

52~72kg，中位数体重标准差 62.91kg，方差 3.42kg；宫颈癌病灶直径区间 1.2~2.5cm，中位数病灶直径标准差 1.69cm，方差 0.31cm。

对两组患者的年龄、病程、体重、宫颈癌病灶大小等指标进行全面对比后发现，所有基础指标均未发现明显差异， $P > 0.05$ ，具有可比性。

1.2 研究方法简析

采用常规西医方法治疗两组患者，具体包括：①使用顺铂（贵州汉方制药有限公司生产的顺铂氯化钠注射液），国药准字 H20020273，规格为 50ml：顺铂 50mg 与氯化钠 450mg。用法用量为：所有患者均按照说明书中所述“一般剂量”标准，即按体表面积，每平方米 20mg 的标准，一日 1 次，连续用药 5 天。医师还可以根据患者的实际情况，采用另一种用药方法，具体而言：每日用药剂量适用标准为体表面积每平方米 30mg，连续用药 3 天、需要注意，使用顺铂药物前，应当进行充分的水化处理，目的是有效预防药品对患者肾脏造成的毒性损伤。主要方法为：在用术前 12 小时，应选取 2000ml 葡萄糖注射液（5%），采用静脉滴注的方式摄入患者体内，必要时可为患者提供氯化钾、甘露醇、呋塞米等药物，达到利尿、速尿的效果。用药期间，医护人员应定期检测患者的血钾、血镁等指标，发生异常时（多以低钾、低镁为主）应迅速纠正。总体而言，患者每日的尿量最少应该达到 200ml，最多可以达到 3000ml。

观察组患者在接受西医治疗的同时，还应额外接受中医药治疗。具体如下：

（1）中药方剂治疗。处方为八珍汤，主要中药成分为：人参、白术、白茯苓、当归、川芎、白芍、熟地黄各 9g，炙甘草 5g，洗净后加入适量清水煎煮，收取 300ml 汁液后分成两份，每份 150ml，患者早晚各温服一份。若患者气血不足、体寒，则可在药方中加入 10g 大枣、5g 生姜、20g 当归。

（2）中医针灸治疗。

①若患者每天进食数量较少，身体较为虚弱，但术后腹痛程度较低，则应选择关元穴、天枢穴、大肠俞穴、足三里穴、公孙穴，根据患者病情严重程度，在上述穴位每天留针 20~50min，每次治疗后间隔 24 小时方可进行下一次针灸治疗，14 天一疗程，持续治疗 2 个疗程。

②若患者术后感到宫颈处有明显疼痛，则应选择气海穴、子宫穴、三阴交，具体的针灸原则为“平补平泻”。医师施针时的注意事项为：以左手食指轻轻按压住每一个穴位，之后以右手持针并迅速刺入。之后逐渐加大力度，待患者感到穴位处出现明显的酸胀感之后，留针 15~20min。在治疗中发现，某些患者在医师连续施针 3~5 次后依然没有感到穴位出现酸胀感。面对这种情况，医师可以采用下列施针手法：以左手食指轻轻按压住患者的穴位，之后以右手持针，迅速刺入穴位或扭转金针，采用“提-插-扭转法”施针。一般在第二次施针或第六次施针时，患者可以感到穴位处短暂出现“冷胀”感，之后同样留针 15~20min，每间隔一天施针一次，14 天一个疗程，持续治疗 2 个疗程。

③若患者术后感到腹部有明显胀痛感，使血量较大，则选择的穴位为

合谷穴、天枢穴、上巨虚穴、足三里穴。针灸思路依然是“平补平泻”，施针时，插入力度应该保持中等强度，掺入后扭转针的速度应该均匀。完成“取气”后，每次留针时长应控制在 20min，每天一次。若患者的排便较为黏稠，则应额外对阳陵泉穴、三阴交穴施针，方法相同。连续施针 6 天后休息一天，为一个疗程，连续治疗 2 个疗程。

(3) 中医推拿治疗。在每日上午 7 点~9 点期间，由中医师选择患者的双下肢足三里穴位。在帮助患者调整至舒适仰卧位之后，医师应以双手拇指贴合患者的双下肢穴位，之后保持适中力度向下按揉，持续 10min 后休息 5min，之后重复 2~4 次。这种中医推拿治疗方式应持续进行 1 个月，中间无需间断。

1.3 观察指标界定

(1) 统计并比对两组患者术后三项胃肠功能恢复时间指标。具体为肠鸣音的恢复时间、肛门首次排气时间、首次排便时间。

(2) 分别在术后第一天、术后第七天、术后第 15 天，测量并比对两组的胃动素含量。

(3) 在两组患者术后第一天、术后第 30 天，向其发放 SF-36 生活质量评估表。该表共分为生理、情感、功能、社会四大类指标，得分越高表明患者的对应类别生活水平恢复效果越好。

1.4 统计学分析

以 SPSS25.0 统计学软件分析本研究的有关数据，以“t”检验计量资料，以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示；以“ χ^2 ”检验计数资料，以“n (%)”表示，当 $P < 0.05$ 时，表明比对项差异具有统计学意义^[2]。

2. 结果

2.1 两组患者术后胃肠功能恢复时间对比

根据表 1 所示可知，中西医结合患者的肠鸣音恢复时间、术后肛门首次排气时间及术后首次排便时间均远低于常规组， $P < 0.05$ 。

表 1 两组患者术后胃肠功能恢复时间 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n)	肠鸣音恢复 (h)	肛门首次排气 (h)	首次排便 (h)
常规组 (23)	29.34±3.63	43.65±4.39	60.34±5.63
中西医组 (23)	17.83±2.13	22.38±3.46	43.18±2.41
t 值	13.115	18.249	13.438
P 值	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组患者术后不同时期胃动素含量对比

从表 2 显示结果可知，术后 1d，两组患者的胃动素含量均处于较低水平且无明显差异， $P > 0.05$ ；术后 7d、术后 15d，两组患者胃动素含量均呈现上升趋势，但中西医组患者同期水平平均高于对照组， $P < 0.05$ 。

表 2 两组患者术后不同时期胃动素含量对比 (ng/L, $\bar{x} \pm s$)

组别 (n)	术后 1d	术后 7d	术后 15d
常规组 (23)	167.63±33.56	195.35±48.68	221.63±51.37
中西医组 (23)	166.97±32.96	234.63±53.33	275.34±55.89
t 值	0.067	2.609	3.393
P 值	0.947	0.012	0.002

2.3 两组患者术后 1d、术后 30d 的生活质量评分对比

术后 1d，两组患者的生理、情感、功能、社会评分均较低且无明显差异， $P > 0.05$ ；术后 30d，两组患者各项评分均有所增加，但中西医组同期评分均明显高于常规组， $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者术后 1d、术后 30d 的生活质量评分对比 (分, $\bar{x} \pm s$)

指标项		常规组（23）	中西医组（23）	t 值	P 值
生理情	术后 1d	31.35±3.63	30.94±3.96	0.366	0.716
	术后 30d	50.19±5.93	64.34±6.99	7.403	<0.001
	术后	33.35±4.36	33.63±4.76	0.208	0.836

感	1d				
	术后 30d	49.35±6.68	67.63±7.06	9.020	<0.001
	术后	31.63±4.58	32.82±5.63	0.786	0.436
功	1d				
	术后 30d	51.63±6.72	70.63±8.34	8.508	<0.001
	术后	29.31±2.46	30.12±3.65	0.883	0.382
社	1d				
	术后 30d	49.36±5.46	71.12±7.31	11.438	<0.001
	术后				

3. 综合讨论

在女性生殖器官恶性肿瘤疾病中，宫颈癌的发病率最高，死亡率在总癌症死亡率中占据第二位。这种病的主要症状是：女性患者的阴道会出现下列症状：①接触性出血，多在性生活、妇科检查、排便后出现，病灶越大，出血量越多^[3]。②阴道排液，液体以白色为主，或伴有血色，一般呈现稀薄水样或米汤样，有明显的腥臭味。在病灶逐渐扩大之后，受癌组织破溃、组织坏死、继发性感染等因素的影响，会有大量的脓性、米汤样恶臭白带自患者阴道内流出^[4]。病情进展至晚期之后，被病灶侵蚀的范围内会出现更多的继发性症状。如受影响的盆腔结缔组织、骨盆腔、输尿管、直肠、坐骨神经等处都会受到严重影响，患者会相继出现尿频、尿急、肛门坠胀、下肢肿痛等症状。进展至终末期之后，患者身体会异常消瘦，伴有贫血、发热、全身器官衰竭等症状。在临床治疗中，若发现宫颈癌病灶的时间较早，则通过手术方法可以根治。现阶段，经腹腔镜的微创手术法已经在很大程度上取代了传统的外科开腹手术法。在患者术后恢复阶段，一方面，应确保病灶得到完全清除，这是避免宫颈癌复发的核心要素；另一方面，患者术后身体相对虚弱，下腹部等处极易受手术影响而出现较为强烈的不适感（以疼痛为主），需帮助患者尽快调理身体，恢复抵抗力。为达到上述目的，本研究设置了对照分析法。一方面，患者常规使用顺铂药物进行化疗。在此基础上，为中西医组患者开具中药方剂，给予中医推拿。最终结果显示：相较于只接受西医常规化疗的患者，中西医组患者术后肠鸣音恢复时间、术后肛门首次排气时间及术后首次排便时间均远低于常规组， $P < 0.05$ ；两组患者在术后第一天胃动素含量保持一致且相对较低的情况下，在术后 7 天、术后 15 天，中西医组的提升幅度均超过常规组，中西医组同期更高， $P < 0.05$ ；术后 1d，两组患者的生理、情感、功能、社会四项功能评分均较低且无明显差异， $P > 0.05$ ；术后 30 天时，中西医组各项评分均超过常规组。本研究相关结果与赵素珍、李洪娥^[5]的结果较为相近。赵、李等人同样将术后胃肠功能恢复时间、胃动素含量等设置为观察指标，最终结果趋势基本一致。由此可见，本研究相关结果具备一定的准确性，即中西医结合治疗宫颈癌腹腔镜术后患者时，疗效显著，可推广应用。

参考文献：

[1]袁茜,罗晓娇,丁妙,等. 罗哌卡因复合布托啡诺腹横肌平面阻滞在腹腔镜下宫颈癌手术患者术后镇痛中的应用效果分析[J]. 中国煤炭工业医学杂志,2022,25 (02): 132-136.

[2]黄玉梅,陈秋玉,王桂英,等. 延续性康复护理路径对宫颈癌患者腹腔镜术后康复效果及自我护理效能的影响[J]. 国际护理学杂志,2022,41 (03): 569-573.

[3]梅红莲. 宫颈癌患者腹腔镜术后护理中应用优质护理干预的效果观察[J]. 中国现代药物应用,2020,14 (02): 232-234.

[4]李涛淘,齐茹,房姝妍. 腹腔镜手术治疗宫颈癌的效果及术后患者心理健康状况和生存质量研究[J]. 中国民康医学,2019,31 (05): 50-51.

[5]赵素珍,李洪娥. 耳穴刺激加足三里按揉对宫颈癌患者行腹腔镜术后胃肠康复的影响[J]. 当代护士 (中旬刊),2020,27 (02): 57-60.

针灸推拿联合康复治疗神经根型颈椎病临床分析

全瑞浩 何妙云^(通讯作者)

西安市周至县人民医院康复医学科, 陕西西安, 710400

摘要:目的 探讨在为神经根型颈椎病患者治疗时联合应用针灸推拿与康复治疗的临床疗效。方法 选取2020年4月~2022年4月期间本院收治的神经根型颈椎病患者74例,使用随机法进行平均分组,各37例。对照组单纯接受康复治疗,联合组则是联合应用针灸推拿与康复治疗,对比两组治疗前、后的疼痛程度评分情况、各项临床指标评分情况、生活质量评分情况及临床治疗效果。结果 两组治疗前的疼痛评分无明显差异, ($P>0.05$);而联合组治疗后的疼痛程度评分、各项临床指标评分、生活质量评分及治疗有效率等与对照组相比,均呈更优显示,组间差异呈现统计学意义 ($P<0.05$)。结论 在治疗神经根型颈椎病时,针灸推拿与康复治疗的联合应用,临床治疗效果与预期目标相符,且有利于患者疼痛程度的明显减轻,促使患者躯体功能、精神状态、社会功能等生活质量的有效改善,并有助于患者治疗时间、各临床症状消失时间以及功能恢复时间的大大缩短,从而更有助于患者早日康复,临床应用价值与推广价值都相对较高。

关键词: 针灸推拿; 康复治疗; 神经根型颈椎病; 治疗有效率、生活质量

颈椎病在临床上是一种十分常见的疾病,随着现代生活节奏的逐步加快,人们的生活压力也随之不断增加,在这样的环境下,颈椎病的发病率呈现出明显的上升趋势,这对患者的生活质量会带来极大的不良影响^[1]。颈椎椎间盘出现退行性变化,使得其周围的交感神经、神经根以及椎动脉等都会受到不同程度的影响,进而导致各种临床症状出现,这是造成颈椎病发病的一个主要原因。传统中医学认为颈椎病归属于“痹症”范畴,而神经根型颈椎病这一类型在颈椎病当中是多发性的^[2]。现阶段,临床上在为神经根型颈椎病患者治疗时,通常会非常注重对中医针灸推拿与康复治疗的联合应用,这样既有利于促进患者颈椎部的血液循环,又有助于将炎症反应有效消除。本次实验主要探讨在为神经根型颈椎病患者治疗时联合应用针灸推拿与康复治疗的临床疗效,具体报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2020年4月~2022年4月期间本院收治的神经根型颈椎病患者74例,使用随机法进行平均分组,各37例。其中对照组男23例,女14例,年龄26~75岁,平均年龄(51.24 ± 6.37)岁;病程1个月~11年,平均病程(3.76 ± 2.17)年;12例左侧肩背疼痛,11例右侧肩背疼痛,14例双侧肩背疼痛;联合组男17例,女13例,年龄27~76岁,平均(51.68 ± 6.49)岁;病程2个月~12年,平均病程(3.98 ± 2.43)年;13例左侧肩背疼痛,12例右侧肩背疼痛,12例双侧肩背疼痛;经比较两组一般资料,差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组在为患者治疗时单纯施以康复治疗,具体治疗方式如下:(1)颈椎牵引康复治疗。指导患者在康复治疗过程中始终取坐位,由颈部向着躯干纵轴方向牵引前进,牵引角度控制在 $10^{\circ}\sim 30^{\circ}$ 左右,在这一期间,要结合患者的具体情况,对牵引重量进行适当调整,避免过分拉伸情况的发生,1次进行30min左右;(2)颈椎矫正康复治疗。指导患者在康复治疗过程中始终取俯卧位,医护人员用右手托住患者的下颌部,并用左手托住患者的枕骨粗隆部,把患者的头部略微向上抬起,在这一过程中对其头部进行轻轻摇动。继而用右手托住患者左侧颈部,向右侧缓慢的旋转,一直到患者能够承受的最大病理限度,同时,左手食指放置于患者病变颈椎棘突上,将右手压下,一直到有响声方可停止。来回搓动患者上肢以及肩部,并对其合谷穴与曲池穴进行触按。(3)使用多功能治疗仪为患者进行超短波治疗、中频治疗。在治疗时围绕患者的颈椎部位,用多功能治疗仪进行微温,或者是温加热量,1次照射20min左右;在中频治疗过程中,要在患者的颈后以及患肢分别放置典籍衬垫,1次30min,1天1次。连续治疗4周。

1.2.2 联合组

联合组联合应用针灸推拿与康复治疗,具体治疗方式如下:康复治疗方式方法与对照组完全相同;针灸推拿治疗方法为(1)针灸。在针灸时要结合患者的实际病情,对针灸穴位进行合理选择,并对针灸穴位部位进行局部消毒清洁处理,其中阿是穴、手三里、肩贞穴、曲池穴、风池穴、合谷穴、天柱穴、天宗穴、后溪穴、外关穴等是主要针灸穴位。相应医师在实施针灸之前要选择适当毫针,通常情况下,毫针的规格为 $0.25\text{mm}\times 40\text{mm}$,每次针刺深度应控制在0.5寸,施针半小时后将针拔出,1天针灸治疗1次,连续针灸治疗4周;(2)推拿。指导患者在推拿中始终保持坐位,对患者的颈部、肩部的肌肉以及韧带等采用滚、揉、推、拿、按、压等手法进行推拿,再推拿过程中,要注重对相应穴位的推拿,除了针灸时所选的穴位还包括缺盆穴、风府穴等。当患者的颈部、肩部以及上肢等相关推拿部位有明显的酸胀感之后,医护人员要用双手托住患者的下颌并向上拔。除此之外,在对患者的上肢部位进行牵抖时要采用抖法来完成。1天推拿治疗1次,连续治疗4周。

1.3 指标观察

观察并对比两组治疗前、后的疼痛程度评分情况、各项临床指标评分情况、生活质量评分情况及临床治疗效果。(1)分别在治疗前、治疗后对患者的疼痛程度进行评估,评估时采用视觉模拟评分法(VAS),分值为0~10分,得分越高,表明患者的疼痛程度越严重,得分越低,则表明患者的疼痛程度越轻;(2)观察并记录两组患者各项临床指标,主要包括治疗时间、各种临床症状(手麻、肌力减退、肩颈臂等部位酸痛)消失时间、功能恢复时间等;(3)评估并统计两组患者的生活质量评分,在评估时采用生活质量评定量表,从躯体功能、精神状态、社会功能等3个维度进行,各维度评分分值均为0~100分,分数越高,表明患者的各项生活质量越好;(4)临床疗效判定:治疗结束后,对两组患者随访6个月,并以相应的临床疗效判定标准以及患者的实际情况对两组治疗效果进行评估,其中患者(手麻、肌力减退、肩颈臂等部位酸痛)等各种临床症状完全消失、颈部活动恢复正常、X线检查结果显示正常,无异常情况;即视为显效;患者各种临床症状均显著改善,但是在天气急转时会产生稍许的不适感,X线检查结果显示好转明显,即视为好转;患者各种临床症状均有一定程度上的改善,但颈酸无力症状依旧存在,X线检查结果显示有一定程度上的改善,即视为有效;患者各种临床症状无任何改变,X线检查结果显示没有好转,甚至有病情加剧风险,即视为无效。治疗有效率=(显效+好转+有效)例数/总例数 $\times 100\%$ ^[3]。

1.4 统计学分析

本次实验数据采用SPSS18.0版本软件进行处理,均数 $\pm$ 平方差($\bar{x}\pm s$)表示计量资料,t检验,计数资料用百分比表示, χ^2 值检验,当 $P<0.05$ 时,

差异有统计学意义。

2 结果

2.1 比较治疗前、治疗后两组疼痛程度评分

两组治疗前的疼痛评分无明显差异, ($P>0.05$); 而联合组治疗后的疼痛程度评分与对照组相比呈更低显示, 组间差异呈现统计学意义 ($P<0.05$); 如表 1 所示:

表 1 比较治疗前、治疗后两组疼痛程度评分 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
对照组	37	4.93±1.07	2.62±1.29
联合组	37	4.88±1.54	0.87±1.01
t	/	0.162	6.497
P	/	0.872	0.000

2.2 比较两组各项临床指标评分

联合组的治疗时间、各种临床症状消失时间、功能恢复时间等各项临床指标评分与对照组相比, 均呈更低显示, 组间差异有统计学意义 ($P<0.05$), 如表 2 所示:

表 2 比较两组各项临床指标评分 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	n	治疗时间	临床症状消失时间	功能恢复时间
对照组	37	23.36±2.97	8.87±2.93	17.66±3.01
联合组	37	18.61±3.14	6.92±1.26	13.64±2.85
t	/	6.685	3.719	5.899
P	/	0.000	0.000	0.000

2.3 对比两组生活质量评分

联合组的躯体功能、精神状况、社会功能等各维度生活质量评分与对照组各维度生活质量评分相比, 均呈更高显示, 组间差异有统计学意义 ($P<0.05$), 如表 3 所示:

表 3 对比两组生活质量评分 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	躯体功能	精神状况	社会功能
对照组	37	64.24±11.32	63.35±10.28	68.37±11.64
联合组	37	72.43±15.25	71.29±10.16	75.28±11.34
t	/	2.623	3.452	2.586
P	/	0.011	0.001	0.012

2.3 对比两组治疗效果

联合组的治疗有效率 94.59%与对照组治疗有效率 67.58%相比, 呈更高显示, 组间差异有统计学意义 ($P<0.05$), 如表 3 所示:

表 4 对比两组治疗效果 (n, %)

组别	n	显效	好转	有效	无效	治疗有效率
对照组	37	8	8	9	12	67.58
联合组	37	14	11	10	2	94.59
X ²	/	/	/	/	/	8.810
P	/	/	/	/	/	0.003

3 讨论

神经根型颈椎病主要指的是颈椎间盘组织发生退行性病变, 引发继发性病理改变, 使得周围组织结构被累及, 从而形成的一种临床症状, 在各类颈椎疾病中这是发病率最高的一种^[4]。骨质的退行性变、颈椎生理曲度变直、先天性畸形以及椎间盘退化、外伤等原因都会导致颈神经根受到刺激或压迫, 进而引发神经根型颈椎病^[5]。通常情况下, 中老年人是神经根型颈椎病发病的主要群体。近些年以来, 人们的生活方式发生了巨大改

变, 生活节奏也越来越快, 使得年轻人的生活压力与工作压力逐渐增大, 再加上各种电子设备的普及与应用, 使得神经根型颈椎病的发病率越高, 而发病群体也逐渐朝着年轻化的趋势发展^[6]。

随着国内医疗水平日新月异的提升与进步, 当前临床上在为神经根型颈椎病患者治疗时通常以康复治疗为主^[7]。不过根据相关研究发现, 在治疗神经根型颈椎病时, 单纯使用康复治疗, 难以让患者的康复治疗需求得到满足, 治疗效果也有一定的局限性, 而将康复治疗与中医针灸疗法联合实施, 则能够达到更显著的治疗效果, 因而受到了广大患者以及临床医师的认可与欢迎^[9]。

神经根型颈椎病在中医学中被认为是“痹症”反冲, 气血不通, 筋脉受阻以及是风邪、寒、湿等侵入是引发该疾病的主要原因。针灸是我国特有的针法与灸法等临床治疗方式的合称, 在为神经根型颈椎病患者治疗时, 发挥着非常重要的作用^[9]。针灸疗法的主要作用包括较强的抗兴奋性、抗自由基损伤以及在一定程度上抑制组织细胞等, 在实施针灸疗法时, 可以有利于促进患者肌肉紧张度的环节, 并将粘连结疤的软组织对椎体的过度牵拉进行有效解除, 从而能够促进经脉疏通、血液循环, 使得局部微循环得到明显改善。而推拿疗法应用于神经根型颈椎病治疗中, 其作用主要为舒筋活血, 消除肿胀, 并在一定程度上刺激神经根, 使其局部组织血液循环以及肌张力等能够得到有效的改善, 从而更有助于快速修复病变组织^[10]。

本次实验研究结果显示, 两组治疗前的疼痛评分无明显差异, ($P>0.05$); 而联合组治疗后的疼痛程度评分、(治疗时间、各种临床症状消失时间、功能恢复时间等) 各项临床指标评分、(躯体功能、精神状况、社会功能等) 各生活质量评分及治疗有效率等与对照组相比, 均呈更优显示, 组间差异呈现统计学意义 ($P<0.05$)。

综上所述, 在治疗神经根型颈椎病时, 针灸推拿与康复治疗的联合应用, 临床治疗效果与预期目标相符, 且有利于患者疼痛程度的明显减轻, 促使患者躯体功能、精神状况、社会功能等生活质量的有效改善, 并有助于患者治疗时间、各临床症状消失时间以及功能恢复时间的大大缩短, 从而更有助于患者尽早康复, 临床应用价值与推广价值都相对较高。

参考文献:

[1]王田资. 针灸推拿联合康复治疗对神经根型颈椎病患者颈椎功能恢复的影响[J]. 黑龙江医学, 2021, 45 (18): 1934-1936.

[2]李莉, 胡流霞, 胡海蝶, 莫海少. 针灸推拿联合康复治疗对颈椎病患者的效果观察[J]. 中西医结合护理 (中英文), 2021, 7 (8): 65-68.

[3]丁珊. 针灸推拿与康复治疗相结合治疗颈椎病患者的护理体会[J]. 中国社区医师, 2021, 37 (21): 115-116.

[4]赵士梅. 综合护理干预在针灸推拿结合康复治疗颈椎病患者护理中的效果探讨[J]. 中外医疗, 2021, 40 (15): 129-131+135.

[5]钟振美. 针灸推拿联合康复治疗对颈椎病护理效果的影响[J]. 中国药物与临床, 2021, 21 (9): 1619-1621.

[6]王红. 针灸推拿联合常规康复疗法在老年神经根型颈椎病患者康复治疗中的应用疗效[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21 (2): 27-28.

[7]肖燕容, 张义. 针灸推拿与康复治疗应用于颈椎病患者中的护理[J]. 中国农村卫生, 2020, 12 (20): 51-52.

[8]赵晓东, 方芳, 白雪松, 韩华悦, 赵福润. 针灸+推拿联合康复治疗治疗神经根型颈椎病的临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2020, 39 (6): 132+139.

[9]陈向冰. 针灸推拿联合康复治疗对颈椎病患者的临床护理效果[J]. 智慧健康, 2020, 6 (9): 140-141+143.

[10]何静茹, 段伟燕. 颈椎病患者采用针灸推拿结合康复治疗治疗护理效果评估[J]. 新疆中医药, 2019, 37 (6): 69-71.

桂枝桃仁及其配伍对抗凝血作用影响分析

赵江河¹ 王卿东^{通讯作者}

1.宁夏医科大学总医院 宁夏银川市 750001; 通讯作者: 灵武市人民医院药剂科 宁夏灵武市 751400

摘要: 目的: 分析桂枝桃仁及其配伍对抗凝血作用产生的具体影响。方法: 在本院实验室内选出 48 只实验鼠, 实验时间为 2022 年 1 月份到 2022 年 8 月份, 按照不同用药方案分组, 对照组 (12 只) 为未用药实验鼠, 观察 A 组 (12 只) 使用单方桂枝, 观察 B 组 (12 只) 使用单方桃仁, 观察组 (12 只) 使用桂枝桃仁配伍方案, 比较不同组别实验鼠的出血时间、凝血时间、凝血酶时间、扭体反应情况。结果: 对照组/观察 A/观察 B 组/观察组扭体次数 0 次/(33.82±2.53)次/(32.39±2.49)次/(26.39±2.61)次, 扭体潜伏期 30min/(11.28±2.16)min/(10.99±2.15)min/(6.37±1.34)min; 出血时间(411.23±93.82) s/(529.22±164.78) s/(649.97±74.92) s/(646.17±65.28) s; 凝血时间(125.77±11.27) s/(225.26±66.38) s/(310.16±59.26) s/(297.28±42.81) s; 凝血酶时间(18.37±9.26) s/(41.02±15.27) s/(55.08±7.49) s/(53.11±14.26) s, 组间数据对比具备统计学意义 (P 小于 0.05)。结论: 桂枝桃仁及其配伍对抗凝血作用具备积极影响, 根据实验鼠反馈数据验证在临床中药治疗中, 若将桂枝与桃仁进行科学配伍, 即可强化抗凝血功效, 治疗脑血栓等疾病。

关键词: 抗凝血作用; 桂枝; 桃仁; 配伍; 扭体反应; 出血时间; 凝血时间

前言: 在临床研究中, 抗凝药物的使用在脑中风等疾病中的适应性较强。根据对脑中风以及脑血栓等疾病发病原因的研究, 发现病因在于机体血液凝固系统异常, 致使血液保持高凝状态。在临床治疗期间, 抗凝血药物中关于中药材的科学配伍, 已然成为中医诊治工作重点, 正确选取配伍药材, 是发挥药效的基础原则。尤其是桂枝与桃仁药材, 因此两种药材均有温通经脉、散寒解表、活血祛瘀功效, 若能同用, 即可巩固药效^[1,2]。故而在出具中药处方时, 需要判定是否针对桂枝、桃仁药材予以配伍。在配伍后显然比单方药材处方的抗凝血效果更强, 可为临床疾病的高效治疗给予保障。本文于本院实验室 2021 年 1 月~2022 年 8 月的实验鼠中选取 48 只分析:

1 实验样本与实验步骤

1.1 实验样本

在本院实验室内选出 48 只实验鼠充当研究样本, 将其分为四组, 且每个组别中均包含 12 只实验鼠。实验鼠的体重均在 200g 到 220g 以内, 且生存环境在 25℃ 以内, 湿度为 35% 到 55%。对照组中的实验鼠未进行任何治疗, 平均体重 (210.28±2.84) g。均为雌鼠。观察 A 组中实验鼠平均体重 (211.45±2.79) g, 观察 A 组中实验鼠平均体重 (212.43±2.26) g, 观察组实验鼠平均体重 (209.99±2.37) g。四组中的实验鼠研究结果与其体重指标无相关性 (P>0.05)。本院伦理委员会已批复该实验室项目。

1.2 样本选取与排除标准

选取标准: (1) 实验鼠体重适中且由实验动物中心养殖; (2) 实验鼠精神面貌正常, 未患重大疾病。

排除标准: (1) 实验鼠存在恶性病变或凝血功能障碍; (2) 实验鼠对实验药品存在不良反应; (3) 实验鼠精神萎靡或无法顺利测量实验指标。

1.3 实验步骤

对处对照组以外的组别实验鼠使用缩宫素联合雌二醇药物, 建立痛经模型, 以此通过扭体反应判定不同用药方案下对痛经的舒缓程度, 自此总结抗凝血功效。在实验时间内对实验鼠进行长达十日的缩宫素给药, 且按照 2U/200g 的标准按时使用, 而雌二醇 (苯甲酸雌二醇) 药品, 则按照每一只实验鼠使用 0.5mg (第 1d 与第 10d) 的标准, 第 2d 到第 14d 均以每只实验鼠使用 0.2mg 的雌二醇建模^[3]。

在完成建模后, 需对痛经实验鼠运用不同治疗方案。其中对照组不予以治疗。观察 A 组使用单方桂枝药材, 观察 B 组使用单方桃仁药材, 观察组以桃仁桂枝配伍方案为主。其中选用的中药材均为本院中药房提供^[4,5]。

每个组别中使用的中药材均以砂锅煎煮方式提取药液, 且桃仁与桂枝的用量相同, 保持在 6g 左右, 而后加入七倍左右的纯净水, 浸泡半小时

后开火煎煮, 需要煎煮两次, 且第一回煎煮的药液时间保持在四十分钟以内, 第二次则为二十分钟, 而后将两次药液予以混合, 加入灭菌瓶中放凉备用。其中各个药材的用量保持一致, 观察 A 组与观察 B 组中仅使用一种药材, 而观察组使用两种药材, 浓度属于双倍关系, 并在获取药液后对实验鼠进行喂服, 且每日喂服一次。在实验过程中, 保证实验鼠营养均衡且生存环境舒适, 自此在持续用药十日后测定综合指标, 分析抗凝血作用与药材配伍的关系。至于对照组则使用药量相同的生理盐水。为了验证桂枝与桃仁配伍药效, 还要根据抗凝血指标测定结果的变化情况予以确定, 且整个实验进行中, 排除人为因素的干扰, 每只实验鼠都属于实验中的有效样本^[6,7]。

1.4 观察指标

(1) 观察实验鼠扭体反应发生情况; (2) 观察实验鼠出血时间与凝血时间指标变化情况; (3) 观察实验鼠凝血酶时间指标的变化情况。

关于实验鼠各项指标的精准测定, 其中扭体反应以秒表计时为主, 且扭体反应的认证依据为: 实验鼠肢体伸展且躯体扭动, 腹部向内凹, 肢体一侧向内旋转。

出血时间与凝血时间的统计, 采用断尾检测法与玻片检测法。前者需要在实验鼠用药十日后, 对其尾部进行切开, 且切开位置应在远离尖端的 1.5mm 的位置。在固定实验鼠尾巴后, 在其下方铺上无菌纱布, 自开始流血后使用秒表计时, 且每半分钟使用无菌滤纸对尾部出血处进行蘸取, 直到未出血流动血样为终止计时标准, 整个耗时即为出血时间。后者在玻片检测法中, 使用针头 (五号针) 对实验鼠的眼眶内轻扎, 提取血样后, 将其放于载玻片, 样本为 5mm 直径大小, 并且每隔半分钟对出血点进行一轻挑, 直到未见出血情况求取均值, 将其作为凝血时间。分析在存在差异的用药方案下, 实验鼠的抗凝血功效是否存在不同, 以此评估药材配伍优势。凝血时间较长代表用药方案中对应药材的抗凝血功效越强^[8]。

凝血酶时间指标可以采用实验鼠全血样本, 将其与柠檬酸三钠进行混合, 且体积比为: 9: 1, 对血样展开长达一刻钟的离心处理, 离心频率为每分钟 3000 转, 而后获取上清液, 将其放在 37℃ 的水浴环境下进行持续三分分钟的加热处理, 自此在凝血酶试剂作用下, 观察纤维蛋白原转化时间。

1.5 统计学方法

以 SPSS 21.0 软件对研究数据进行处理分析, 符合正态分布规律, 以 $t(\bar{x} \pm s)$, χ^2 (%) 展开计数计量检验, 代入数据后 P 值小于 0.05, 代表组间数据具备统计学意义。

2 结果

2.1 对比实验鼠扭体反应发生情况

实验鼠在不同用药方案下, 其扭体次数与扭体潜伏期观察 A 组较大,

观察组数据偏小, 组间数据比较具备可比性且 ($P<0.05$), 详见表 1:

表 1 实验鼠扭体反应发生情况对比

组别/指标	扭体次数 (次)	扭体潜伏期 (min)
对照组 (n=12)	0	30
观察 A 组 (n=12)	33.82±2.53	11.28±2.16
观察 B 组 (n=12)	32.39±2.49	10.99±2.15
观察组 (n=12)	26.39±2.61	6.37±1.34
t	7.081/5.762	6.601/6.317
P	0.000/0.000	0.000/0.000

表 1 中获取的 t 与 P 值表示观察 A 组/观察 B 组与对照组的计算结果。

2.2 对比实验鼠出血时间与凝血时间指标变化情况

实验鼠在不同用药方案下出血时间与凝血时间中观察 B 组最大, 均高于对照组, 组间数据对比有可比性 ($P<0.05$), 详见表 2:

表 2 实验鼠出血时间与凝血时间指标变化情况对比

组别/指标	药材浓度 (g/kg)	出血时间 (s)	凝血时间 (s)
对照组 (n=12)	0	411.23±93.82	125.77±11.27
观察 A 组 (n=12)	1.7	529.22±164.78	225.26±66.38
观察 B 组 (n=12)	1.7	649.97±74.92	310.16±59.26
观察组 (n=12)	3.4	646.17±65.28	297.28±42.81
t	/	7.121/2.156/2.171	5.119/10.614/13.421
P	/	0.000/0.042/0.041	0.000/0.000/0.000

表 2 中对比观察 A 组/观察 B 组/观察组与对照组的差异性, 若计算后 P 值小于 0.05, 代表数据有可比性。

2.3 对比实验鼠凝血酶时间指标的变化情况

在不同用药方案下, 观察组凝血酶时间以及观察 A 组、观察 B 组实验鼠凝血酶时间指标高于对照组, 组间数据对比具备可比性 ($P<0.05$), 详见表 3:

表 3 实验鼠凝血酶时间指标的变化情况对比

组别/指标	药材浓度 (g/kg)	凝血酶时间 (s)
对照组 (n=12)	0	18.37±9.26
观察 A 组 (n=12)	1.7	41.02±15.27
观察 B 组 (n=12)	1.7	55.08±7.49
观察组 (n=12)	3.4	53.11±14.26
t	/	4.394/10.677/7.078
P	/	0.000/0.000/0.000

表 3 中分析对照组与其余三组的数据差异性, 若计算后 P 值小于 0.05, 表示具备抗凝血功效。

3 讨论

从张仲景的“伤寒杂病论”中知晓: 中药材配伍讲究一敛一散, 一攻一破, 若依方抓药、优选药材、严谨配伍, 即可在中医治疗下消除病症。在古医书典籍中, 桃仁与桂枝均属于特色配伍药材, 且配伍后具备活血散瘀、补气输精、阴阳协调的作用。且桃仁在“本草纲目”中的记载: 桃仁行血, 味苦能泄血热。桂枝: 透达营卫, 故能解肌而风邪去。二者配伍可在调经化瘀中发挥药效。如古方“桂枝当归桃仁汤”, 用药后主治经脉闭塞, 经血凝滞^[9]。根据现代药理学理论, 中药材配伍可对单方药材的药效起到助力作用。以抗凝血作用为基础, 多因凝血因子量不足、血管壁功能减弱有关,

入药后桂枝可扩张血管, 促进血液循环。桃仁可提高血流量, 二者同入一副药后, 即可改善抗凝血作用, 比单方桂枝与单方桃仁处方可行性更强^[10]。

经由观察组相关数据: 在对实验鼠使用桂枝桃仁配伍方案时, 发现其扭体反应较弱, 且凝血酶时间指标、出血以及凝血时间指标优于对照组, 且比观察 A 组好, 组间数据比较有显著差异 (P 小于 0.05)。从中推断出: 针对符合抗凝血治疗标准的实验鼠应用桂枝桃仁配伍方案, 能够有效改善凝血酶时间指标, 且凝血时间得到有效延长。根据多名学者的研究成果, 验证桂枝与桃仁配伍的抗凝血作用比单方药材效果好。学者周蓓^[11]以本课题相似度较高的课题研究为主, 发现对比桂枝、桃仁、桂枝桃仁配伍方案时, 实验鼠的凝血酶时间显然配伍组比空白组长, 尤其是凝血时间长于桂枝组, 且小于桃仁组, 表明桃仁药材的同用, 将适当延长凝血时间, 促使实验鼠在用药后保持血液流畅。学者刘亚欠^[12]以临床患者为研究对象, 结合痛经寒凝血瘀症女性患者在使用桂枝桃仁汤之后, 其经量减少以及月经色质等中医证候积分得以降低, 整体有效率高于 90%, 确定两种药材的配伍可强化药效, 加强抗凝血作用。学者申睿^[13]等人单纯从桂枝药材的药效以及药量为出发点予以研究, 在桂枝临床应用中, 对睡眠呆症、更年期综合征有着显著治疗作用, 并且可以与桃仁以及茯苓等药材配伍, 达到化瘀通脉作用。汇总诸多学者的研究结论, 与笔者所述内容相差无几, 表明此次研究项目中获取的相关数据具有可靠性。

综上所述, 抗凝血作用在桂枝桃仁配伍下能够得以强化, 若在临床治疗中的中药处方中, 同用桂枝与桃仁药材, 即可改善抗凝血作用, 在中风等疾病治疗中, 即可发挥显著的抗凝血功效, 从而彰显临床药用价值。

参考文献:

[1] 许桐, 赵嘉敏, 钟玉梅, 等. 《伤寒杂病论》治疗瘀血证的角药配伍规律研究[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37 (03): 1417-1420.

[2] 宋慧荣, 杨学琴, 罗亚敏, 等. 清及清以前桃核承气汤配伍的数据分析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2020, 26 (07): 977-980+985.

[3] 王涵, 顾成娟. 桂枝、茯苓、桃仁治疗寒湿瘀经经验——全小林三味小方撮萃[J]. 吉林中医药, 2020, 40 (05): 574-576.

[4] 卞晓坤. 桂枝茯苓胶囊中桂枝和桃仁质量标志物的研究[D]. 南京中医药大学, 2020.

[5] 李柳柳, 刘妍如, 颜永刚, 等. 基于二分类 Logistic 回归分析的桃仁等级预测研究[J]. 中草药, 2019, 50 (19): 4691-4696.

[6] 江大海, 刘妍如, 王梅, 等. 基于二分类 Logistic 回归分析的桂枝等级预测研究[J]. 中草药, 2019, 50 (19): 4697-4704.

[7] 俞春林, 杜正彩, 郝二伟, 等. 四类不同功效桂枝药对化学成分与药理作用的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2020, 26 (01): 226-234.

[8] 杨凯麟, 曾柳庭, 葛安琪, 等. 基于网络药理学探讨桃仁-红花药对活血化瘀的分子机制[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2018, 20 (12): 2208-2216.

[9] 朱华, 秦丽, 杜沛霖, 等. 桂枝药理活性及其临床应用研究进展[J]. 中国民族民间医药, 2017, 26 (22): 61-65.

[10] 郭先帅, 刘冬云, 朱婉婷, 等. AB-8 型大孔吸附树脂纯化复方桂枝茯苓丸中桃仁、赤芍提取物工艺[J]. 广东药学院学报, 2015, 31 (02): 167-170.

[11] 周蓓. 桂枝桃仁及其配伍对抗凝血作用影响的研究[J]. 云南中医中药杂志, 2014, 35 (01): 62-63.

[12] 刘亚欠. 桂枝桃仁汤加减治疗原发性痛经寒凝血瘀证的临床观察[D]. 长春中医药大学, 2021.

[13] 申睿, 赵林华, 邸莎, 等. 桂枝临床应用及其用量[J]. 吉林中医药, 2019, 39 (01): 20-23.

溃疡性结肠炎护理中精细化护理模式的应用效果分析

李学娜 李佳 张培*

宁夏医科大学总院心脑血管病医院 750001

摘要：目的：探讨溃疡性结肠炎患者在临床中接受精细化护理干预的方式以及对患者预后情况的影响。方法：选取2019年2月至2022年2月我院收治的溃疡性结肠炎50例患者开展研究，并基于护理方式分为两组。对比干预有效率、住院状况、满意度以及生活质量。结果：实验组干预有效率、住院状况、满意度以及生活质量明显优于常规组， $P < 0.05$ 。结论：对于溃疡性结肠炎接受精细化护理的临床价值明显，对于患者的症状控制作用较好，同时可以实现对患者营养情况的有效支撑，值得推广。

关键词：溃疡性结肠炎；精细化护理；护理效果

溃疡性结肠炎主要是指大肠黏膜和黏膜下层的慢性炎症疾病，临床中该疾病带病程较长以及容易反复发作的特征，再加上缺乏积极有效的预防和治疗方案，导致疾病本身对于患者的生活质量存在相当严重的影响与危害^[1]。随着近些年医疗技术水平的不断发展，溃疡性结肠炎相关的治疗技术也在不断的更新，例如药物保留灌肠这一广泛应用治疗技术，但是因为存在较长的治疗周期以及并发症风险相对较高，所以在治疗期间必须高度重视患者的不良反应的预防与控制，此时护理方案的实施对于溃疡性结肠炎患者有着显著的影响力。针对溃疡性结肠炎的传统护理模式主要是基于患者的个体症状提供护理，整个护理方式缺乏针对性，护理实效性也比较差，无法满足患者的康复需求^{[2][3]}。近些年随着护理理念的不断发展以及护理技术水平的不断创新，护理服务在溃疡性结肠炎的疾病治疗期间所能够发挥的作用与效果也显得越发突出和明显。针对溃疡性结肠炎患者应用常规护理措施对患者生活质量提升帮助有限，需要优化当前应用的护理模式，可创造性地开创新型护理模式，引入针对性护理模式，该种护理模式的产生经过长期的临床实践并验证应用效果，针对不同受教育水平、工作经验的护理人员，应用精细化护理模式可快速获得优质护理效果，规模化应用精细化护理模式阻碍较小，因此在溃疡性结肠炎患者当中应用精细化护理模式应用前景良好^{[4][5]}。对此，为了进一步提高溃疡性结肠炎的预后效果，本文基于论著分析探讨溃疡性结肠炎患者接受精细化护理及其效果。详细研究如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取2019年2月至2022年2月我院收治的溃疡性结肠炎50例患者开展研究，并基于护理方式分为两组。实验组25例，男女分别16例、9例，年龄（52.41±3.56）岁，病程（1.13±0.11）；常规组25例，男女分别15例、10例，年龄（53.57±3.87）岁，病程（1.20±0.31）。两组一般资料对比无统计学差异， $P > 0.05$ 。

入选标准：满足炎症性肠病的诊断和治疗公示意见中相关诊断标准；无感染病史；慢性复发或持续性溃疡性结肠炎；患者配合度较好。

排除标准：存在显著肝肾患者；心肺功能异常患者；免疫代谢疾病患者；服用精神疾病或激素类药物；拒绝参加本次研究的患者；存在凝血机制障碍或肾功能缺陷；术前存在严重感染病症。

1.2 方法

常规组采取常规护理，内容涉及到维持病房安静、光线柔和、干净整洁，做好对患者的生命体征持续监测。

实验组应用精细化护理措施，具体护理措施如下：1、定时检查肠道功能。严密监测患者的生命体征，定时做好对患者肠道情况的挺好怎，以便于及时发现肠鸣音、肠梗阻、肠道功能紊乱等表现。如果患者在治疗期间出现发热的倾向，则需要及时停止灌肠，并提供物理或药物降温处理；

2、心理护理。在患者入院之后热情接待，和患者及其家属沟通期间应当耐心讲解溃疡性结肠炎的疾病诱发因素、危害和治疗过程，让患者正确理解治疗和护理工作，积极配合护理人员完成护理操作。护理期间耐心倾听患者的主诉，基于和蔼的态度和患者沟通，快速获得患者的信任并消除患者的暴躁、焦虑等情绪问题；3、灌肠和肛周护理。适当提升灌肠液的温度，同时保持灌肠液温度的恒定，以38℃为标准。在灌肠操作期间需要操作的同时询问患者的感受，灌肠时间维持在6小时。肛周护理时需要基于清洗、预防痔疮、肛裂为主，治疗期间需要随时观察患者的情绪表现，鼓励患者保持深呼吸，尽可能让肛门括约肌维持松弛状态，后续采用温水对肛周进行清洗，如果肛周存在痔疮则应当及时治疗，规避病情恶化；4、饮食护理。坚持清单易消化饮食，主动告知患者应当规避辛辣刺激的饮食，规避肠胃炎的发生，促使患者积极配合护理。结合患者的饮食习惯制定具体的饮食计划，饮食方面应当坚持高蛋白、松软以及温度适宜为原则，监督患者按时按量进餐，规避过多饮食而引发消化不良；5、运动护理。为患者提供运动指导，特别是在进餐之后患者病情较轻时应当鼓励其下床走动，促进肠道蠕动并加快肠道消化。让患者在平常生活中保持良好的运动习惯，例如在早上以及餐后进行适当运动，保障运动质量提高患者的生活质量；6、生活护理。尽可能多的倾听患者的主诉感受，同时针对带有疼痛的患者提供药物止痛。为患者提供个性化的饮食指导方案，为患者提供康复训练指导，重点在于手部与上肢的训练。引导患者进行扶床行走与独立行走，从而保障患者的康复效果。为了更好的改善患者的情绪状况，在患者住院过程中可以借助播放舒缓音乐，转移患者的注意力，从而减轻患疼痛；7、生理性护理。针对患者存在的各项生理负面症状提供相应的护理服务。以疼痛症状为例，针对存在疼痛症状的患者采取经皮神经电刺激。将电极放在疼痛区域，根据周边神经走向调整放置位置。治疗期间以出现麻颤感为标准。针对疼痛感比较强烈的患者可以缩短每次治疗间隔。与此同时，基于按摩、针灸形成对患者舒适性的改善。中医按摩发挥疏通筋络、调和气体按摩时间不不进行控制，根据患者疼痛耐受能力调整力度，顺时针与逆时针分别按摩10次，保持按摩循环进行；8、健康教育。为患者讲解溃疡性结肠炎的疾病发生原因、临床治疗思路以及患者疼痛发生的原因，应用生活护理间隙掌握患者的担忧，并耐心解答，基于专业角度纠正患者的错误理念。与此同时，为患者讲解治疗期间疼痛的发生原因以及疼痛与生理情况的关联性，促使患者有意识的控制自身疼痛。

1.3 观察指标

对比干预有效率、住院状况、满意度以及生活质量。

疾病症状完全消失、体征完全恢复则评定为显效；症状与体征相比治疗之前有明显改善则评价为有效；其他患者均评定为无效。满意度采用自制量表通过二维码扫码填表的方式进行统计。

1.4 统计学方法

本次研究基于 SPSS26.0 软件完成统计学对比分析, 其中计量资料与计数资料应用对应检验方案。数据分析期间结合数据资料的检验操作进行校验, 保障结果的准确性与可靠性。 $P<0.05$ 证明数据对比满足统计学标准。

2. 结果

2.1 干预有效率对比

实验组患者的干预有效率明显高于常规组, $P<0.05$ 。详情见表 1。

表 1 干预有效率对比

组别	显效	有效	无效	有效率
实验组 (n=25)	16	8	1	96.00%
常规组 (n=25)	10	9	6	76.00%
P 值	-	-	-	<0.05

2.2 住院状况对比

实验组患者的住院状况明显优于常规组, $P<0.05$ 。详情见表 2。

表 2 住院状况对比

组别	大便成型时间 (d)	体质量增加情况 (kg)	住院时间(d)
实验组 (n=25)	7.11±1.34	2.31±0.85	21.26±7.66
常规组 (n=25)	8.21±1.33	1.67±0.50	24.51±8.89
P 值	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 满意度对比

实验组对护理服务的满意度高于常规组, $P<0.05$ 。详情见表 3。

表 3 满意度对比

组别	非常满意	满意	不满意	满意率
实验组 (n=25)	16	8	1	96.00%
常规组 (n=25)	8	11	6	76.00%
P 值	-	-	-	<0.05

2.4 生活质量对比

实验组对生活质量评价结果高于常规组, $P<0.05$ 。详情见表 4。

表 4 生活质量对比

组别	肠道症状	全身症状	情感功能	社会功能
实验组 (n=25)	61.24±4.51	28.23±3.55	67.46±6.98	28.44±3.61
常规组 (n=25)	50.23±3.94	24.26±3.68	55.56±4.34	22.13±3.41
P 值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3. 讨论

溃疡性结肠炎的疾病病因目前并不明确, 临床中该疾病的病程发展缓慢同时疾病病情较为复杂且带有多变化的特征, 临床中溃疡性结肠炎的疾病病程相对较长并且存在较高的复发风险, 基于药物灌肠可以达到较好的治疗效果, 但是患者在治疗期间经常出现不良反应甚至负面的情绪问题, 此时会间接降低患者的治疗主动性性与配合依从性, 对于治疗效果和预后状况会形成严重的危害, 会间接延误患者的疾病康复^[6-7]。近些年随着医学护理理念与护理技术的不断发展, 精细化护理在护理期间的应用越发突出和重要, 其基于完善的护理制度以及规范的护理流程, 可以促使护理工作更加规范与精细化, 可以显著提升护理人员整体护理质量。借助精细化护理服务, 可以促使溃疡性结肠炎患者的肠道功能得到有效的修复, 可以

快速且准确的掌握肠道状况, 及时发现肠道病变情况规避肠道不良反应的发生情况^[8-9]。与此同时, 在灌肠治疗时为患者提供良好的心理护理, 可以有效降低治疗期间的焦虑、恐惧等情绪问题, 可以维持肛门括约肌维持松弛状态, 可以明显提升患者的治疗配合度, 从而改善患者的预后生活质量^[10-11]。除此之外, 精细化护理的实施对于患者的饮食、运动等多方面可以形成有效的支持, 可以制定针对性的饮食与运动护理, 可以保障饮食的高营养与高蛋白质质量, 可以明显提升患者的免疫力与抵抗力, 可以规避营养不良风险^[12]。借助合理的饮食计划不仅能够加快患者的肠道功能恢复状况, 还可以为患者提供理想的营养支持, 从而保障机体状态更好的适应临床治疗, 为患者的早期预后康复提供保障。

本次研究结果表明, 实验组干预有效率、住院状况、满意度以及生活质量明显优于常规组, $P<0.05$ 。本研究结果充分表明精细化护理有利于有效改善患者的溃疡性结肠炎患者的营养状况, 能够提高患者的治疗效果, 同时对于患者的预后康复有明显的促进作用, 可以提高患者的生活质量, 可以作为常规护理模式。另外, 本次研究结果还发现对于慢性溃疡性结肠炎患者提供针对性护理, 可以显著提高患者的预后康复质量, 特别是对于患者的生活质量有明显的促进作用, 在提升护理满意度的情况下可以更好的保障患者的预后生活质量, 护理成本较低但是收益显著, 在各级医院中均有推广应用价值。

综上所述, 精细化护理方案有利于有效溃疡性结肠炎患者的康复效果, 其优势在于提高疗效、加快患者的康复速度、提高患者满意度以及改善患者的生活质量, 可以加快患者的预后康复效率, 基于更快的出院速度降低治疗费用, 值得推广。

参考文献:

[1]刘乐英, 孙宪洁, 徐晓丽.心理护理在溃疡性结肠炎患者中的应用效果[J].心理月刊, 2022, 17 (09): 151-153.

[2]周婉萍, 陈艺玲, 戴雅玲, 林翠琴.基于微信平台的延续性护理模式对溃疡性结肠炎患者的影响[J].齐鲁护理杂志, 2022, 28 (09): 18-21.

[3]刘晖.慢性溃疡性结肠炎患者应用精细化护理干预的临床及预后作用分析[J].中国药物与临床, 2021, 21 (22): 3795-3796.

[4]赵帆, 何现芬.重症溃疡性结肠炎分两期实施 IPAA 手术的分阶段护理要点分析[J].中国校医, 2022, 36 (04): 313-316.

[5]陈丽香, 陈晖.个性化护理对溃疡性结肠炎患者病情严重程度及复发的影响[J].中外医疗, 2022, 41 (10): 180-184.

[6]宋海霞.心理护理对慢性溃疡性结肠炎患者的影响[J].心理月刊, 2022, 17 (05): 165-166+169.

[7]鞠磊.综合护理在新生儿坏死性小肠结肠炎中的效果[J].中国医药指南, 2022, 20 (07): 177-179.

[8]谢赫男, 王璐, 赵齐美, 谢争, 张俊梅.追踪随访联合医护一体化护理应用于溃疡性结肠炎患者的效果研究[J].临床研究, 2022, 30 (03): 183-186.

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

[10]徐金平, 桂慧俐.辨证施护中医护理干预对溃疡性结肠炎患者治疗效果及疾病复发的影响[J].黑龙江医学, 2022, 46 (03): 334-335+338.

[11]沈晓静, 仝甲钊, 张焕.精细化护理在慢性溃疡性结肠炎患者中的应用及预后效果评价[J].临床医学工程, 2020, 27 (12): 1673-1674.

[12]李坤.中药保留灌肠及综合护理治疗溃疡性结肠炎的效果[J].中国城乡企业卫生, 2022, 37 (01): 184-185.

通讯作者: 张培, 女, 1987.7.6, 宁夏, 护士, 本科。

分析狂犬病健康知识教育在狂犬病预防中应用的价值

罗雅军

北京市大兴区庞各庄镇中心卫生院 102601

摘要:目的 针对狂犬病健康知识教育的实施作用于狂犬病预防中的实际效果。方法 在狂犬病预防控制中心全程接种狂犬疫苗的人员中随机选择 100 例参与研究,本次研究开展时间介于 2020 年 10 月-2021 年 12 月期间,将所有对象资料均纳入计算机系统中,均分成两个小组,对照组中 50 例对象仅采取常规措施,观察组中 50 例对象则实施狂犬病健康知识教育,对比下列指标:(1)健康知识知晓率;(2)狂犬病态度正确率;(3)接种依从性;(4)护理满意度;(5)健康行为率。结果 (1)观察组在狂犬病发病原因、传播方式、预防方法、治疗处理方法等方面的健康知识知晓率相较于对照组知晓率相比明显更高,两组健康知识知晓率差异有统计学意义 ($P<0.05$);(2)观察组对象在正确对待狂犬病患者、开展狂犬病预防工作必要性、接种疫苗后检查抗体、害怕被感染而不接触宠物等方面的态度正确率明显高于对照组对象在以上方面的态度正确率,组间评估结果比较有统计学意义 ($P<0.05$);(3)观察组接种依从性为 96.0%高于对照组接种依从性 74.0%,二者对比差异显著 ($P<0.05$);(4)观察组护理满意度为 98.0%与对照组护理满意度 78.0%相比明显更高,两组满意度对比有统计学意义 ($P<0.05$);(5)观察组及时就诊率、伤口正确处理率均比对照组相同指标更高,而狂犬病感染率明显更低,组间数据对比差异显著 ($P<0.05$)。结论 狂犬病健康知识教育的实施有助于预防狂犬病工作开展,帮助更多人掌握相关知识,转变他们的接种态度,促进研究对象接种依从性升高,提升他们对于狂犬病预防效果,降低感染率,是一项值得推广方案。

关键词: 健康知识教育; 狂犬病; 知识知晓率; 态度正确率; 依从性; 预防效果

狂犬病在临床上也被叫作恐水病,主要因为狂犬病毒感染导致,属于急性人兽共患传染病的一种,典型表现为中枢神经系统受到侵犯,也是一种自然疫源性疾病,该疾病的致死率高达 100%,且临床尚未研制出完全根治的方法^[1]。当前,接种狂犬病疫苗是预防病情感染的主要途径,但是当前仍然有许多人并不了解狂犬病对人类健康的危害,这也导致狂犬病感染率居高不下^[2-3]。为了从根源上避免狂犬病发生,我们将健康知识教育应用于狂犬病暴露人群全程接种疫苗的过程中,通过多种方式向人们说明狂犬病的发病机制、传播途径、接种疫苗的必要性以及紧急处理伤口的办法,尽可能提高人们认知水平,促进临床狂犬病预防效果提升^[4-5]。本文在 2020 年 10 月-2021 年 12 月疾病预防控制中心就诊的患者中随机选择 100 例参与研究,针对健康知识教育实施的作用效果进行探讨。研究报告整理如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

在狂犬病预防控制中心全程接种狂犬疫苗的人员中随机选择 100 例参与研究,本次研究开展时间介于 2020 年 10 月-2021 年 12 月期间,将所有对象资料均纳入计算机系统中,均分成两个小组,对照组中 50 例对象仅采取常规措施,观察组中 50 例对象则实施狂犬病健康知识教育。对照组中,男性共有 28 例,女性共有 22 例,年龄最小的 12 岁,最大的 60 岁,平均年龄 (39.6±3.7) 岁;观察组中,男性共有 26 例,女性共有 24 例,年龄最小的 14 岁,最大的 65 岁,平均年龄 (42.8±3.5) 岁。两组研究对象一般资料纳入软件 SPSS20.0 系统发现 $P>0.05$,具有可比性。

1.2 护理方法

给予对照组 50 例研究对象进行常规护理干预,不接受专业健康知识教育,具体过程如下:疾控中心护理人员按照医院相关规范对患者实施狂犬疫苗接种工作,接种后患者需留观 30min 左右,无异常反应产生,即可离院。

给予观察组 50 例研究对象进行狂犬病健康知识教育,具体方法如下:疾控中心护理人员通过观看影片、分发健康知识手册、现场咨询等方式向全程狂犬疫苗接种患者进行健康教育,其内容包括:(1)护理人员可以选择候诊时间点对研究对象开展健康知识教育工作,了解研究对象基本资料信息,用通俗简单的语言向患者说明狂犬病对人类危害、狂犬病防治措施,耐心解答患者的问题,消除患者的疑虑,缓解恐惧情绪^[6]。(2)分发医院自制健康知识手册,说明狂犬疫苗接种适应证与禁忌症,说明接种后的注意事项,其中教育重点为被动物咬伤过后的处理方式:一旦被动物抓伤或者咬伤后,及时用流动清水冲洗伤口并进行消毒,避免病原菌持续侵入,尽可能用力将伤口部位污血全部挤出,然后在清水中加入 20%肥皂水反复冲洗伤口,持续冲洗 20min,随后采用浓度 75%酒精或者浓度 2%的碘酒清理,不要包扎、缝合伤口,随后立即接种狂犬疫苗,若患者情况严重,除了注射狂犬疫苗外,还需要为患者使用狂犬免疫球蛋白,减少病死率^[7]。

(3)研究对象接受狂犬疫苗接种后,护理人员需要给予患者针对性知识

指导,所有对象需要观察 30min 左右才能离开,再此期间叮嘱患者接种后不要饮用咖啡、浓茶、酒、可乐等刺激性较强的饮品,不要进行剧烈运动,多加休息,不要过度劳累,叮嘱患者定期入院接种疫苗,需严格把握时间,不能提前也不能推后,以免影响接种效果^[8]。接种对象离院前需要说明若出现神经性水肿、皮疹、荨麻疹等轻微症状时,可自行缓解,不必过度惊慌,但是出现严重全身反应时,则需要立即入院就诊。

1.3 观察指标

1.3.1 分别在干预前、干预后分发医院自制狂犬病相关健康知识评估量表对所有研究对象进行访问,其中分成 4 个类别的知识点:发病原因、传播方式、预防方法、治疗处理方法^[9]。

1.3.2 疾控中心医护人员对所有研究对象进行一对一对谈,了解患者对待狂犬疫苗接种态度正确情况,其中包括正确对待狂犬病患者、开展狂犬病预防工作必要性、接种疫苗后检查抗体、害怕被感染而不接触宠物^[10]。

1.3.3 根据研究对象接种疫苗时的态度与行为对接种依从性进行评估,具体鉴定标准如下:(1)研究对象主动接种狂犬病疫苗,并主动学习有关知识,则为完全依从;(2)研究对象经医护人员或他人劝导可接种狂犬疫苗,则为不完全依从;(3)研究对象对接种疫苗产生强烈抗拒情绪,不利于后续工作进行^[11]。

1.3.4 分发医院自制护理满意度调查表,对所有研究对象进行访问,其结果分为非常满意、一般满意、不满意^[12]。

1.3.5 对所有研究对象随访 2 年,统计随访期间狂犬病感染率、及时就诊率和伤口正确处理率并进行对比。

1.4 统计学方法

所有数据均纳入到 SPSS20.0 的 Excel 表中,进行对比和检验值计算,卡方主要是用于检验和计算患者计数资料之间的数据差异,如性别、百分比等,平均年龄、病程数据比较采用平均数±标准差表示行 t 检验,当 $P<0.05$ 为比较差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组研究对象健康知识知晓率对比

回收调查问卷统计结果发现,观察组在狂犬病发病原因、传播方式、预防方法、治疗处理方法等方面的健康知识知晓率相较于对照组知晓率相比明显更高,两组健康知识知晓率差异有统计学意义 ($P<0.05$)。详细数据见表 1:

表 1 两组研究对象健康知识知晓率对比

组别	狂犬病 发病原 因	狂犬病 传播方 式	狂犬病 预防方 法	治疗处 理方法
对照组 (n=50)	干预前 20 (40.0)	25 (50.0)	22 (44.0)	30 (60.0)
	干预后 33 (66.0)	39 (78.0)	35 (70.0)	44 (88.0)

观察组 (n=50)	干预前	21 (42.0)	24 (48.0)	23 (46.0)	29 (58.0)
	干预后	45 (90.0)	48 (96.0)	47 (94.0)	49 (98.0)

2.2 两组研究对象态度正确率对比

从评估结果分析, 观察组对象在正确对待狂犬病患者、开展狂犬病预防工作必要性、接种疫苗后检查抗体、害怕被感染而不接触宠物等方面的态度正确率明显高于对照组对象在以上方面的态度正确率, 组间评估结果比较有统计学意义 ($P<0.05$)。详细数据见表 2:

表 2 两组研究对象态度正确率对比

组别		正确对待 狂犬病患 者	开展狂 犬病预 防工作 必要性	接种疫 苗后检 查抗体	害怕被 感染而 不接触 宠物
对照组 (n=50)	干预前	30 (60.0)	29 (58.0)	20 (40.0)	24 (48.0)
	干预后	42 (84.0)	37 (74.0)	31 (62.0)	33 (66.0)
观察组 (n=50)	干预前	31 (62.0)	27 (54.0)	22 (44.0)	23 (46.0)
	干预后	50 (100.0)	48 (96.0)	49 (98.0)	45 (90.0)

2.3 两组研究对象接种依从性对比

经医护人员统计结果分析, 观察组接种依从性为 96.0% 高于对照组接种依从性 74.0%, 二者对比差异显著 ($P<0.05$)。详细数据见表 3:

表 3 两组研究对象接种依从性对比

组别	完全依 从	不完全 依从	完全不 依从	总依从 率
对照组 (n=50)	18 (36.0)	19 (38.0)	13 (26.0)	37 (94.0)
观察组 (n=50)	21 (42.0)	27 (54.0)	2 (4.0)	48 (96.0)
χ^2				9.6887
P				<0.05

2.4 两组研究对象护理满意度对比

经结果统计分析, 观察组护理满意度为 98.0% 与对照组护理满意度 78.0% 相比明显更高, 两组满意度对比有统计学意义 ($P<0.05$)。详细数据见表 4:

表 4 两组研究对象护理满意度对比

组别	非常满意	比较满意	不满意	总满意度
对照组 (n=50)	19 (38.0)	20 (40.0)	11 (22.0)	39 (78.0)
观察组 (n=50)	23 (46.0)	26 (52.0)	1 (2.0)	49 (98.0)
χ^2				9.4969
P				<0.05

2.5 两组研究对象健康行为率对比

据不完全统计调查发现, 观察组及时就诊率、伤口正确处理率均比对照组相同指标更高, 而狂犬病感染率明显更低, 组间数据对比差异显著 ($P<0.05$)。详细数据见表 5:

表 5 两组研究对象健康行为率对比

组别	及时就诊率	伤口正确处理 率	狂犬病感染率
对照组 (n=50)	24 (48.0)	15 (30.0)	12 (24.0)
观察组 (n=50)	33 (66.0)	30 (60.0)	2 (4.0)
χ^2	3.3048	9.0909	8.3056
P	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

近十几年来, 人们生活水平不断提升, 越来越多的人开始喂养宠物, 这也导致动物咬伤、抓伤的可能性增加, 狂犬病患病风险升高。狂犬病具有可防不可治、潜伏期不规律、死亡率高的特点, 许多人被动物抓伤后,

因为并不严重而忽略了狂犬病的预防或者未掌握正确处理伤口的方法导致狂犬病发作致死^[13]。所以说, 我们需要提高人们有关狂犬病健康知识教育工作, 通过循序渐进、通俗易懂、科学、多样化的教育方式为更多人普及相关知识, 其中重点科普内容包括: 狂犬病发生原因、传播途径、抓伤或咬伤后正确处理方法、接种狂犬疫苗的重要性等, 为患者接种疫苗的过程中需及时向患者说明注意事项, 提高健康知识教育宣传力度与多样性, 帮助患者从根本上意识到狂犬病的危害, 提高他们的自我预防能力, 最大程度上发挥出狂犬病防治效果, 降低发病率^[14]。

通过本次研究结果显示, 观察组在狂犬病发病原因、传播方式、预防方法、治疗处理方法等方面的健康知识知晓率相较于对照组知晓率相比明显更高, ($P<0.05$); 观察组对象在正确对待狂犬病患者、开展狂犬病预防工作必要性、接种疫苗后检查抗体、害怕被感染而不接触宠物等方面的态度正确率明显高于对照组对象在以上方面的态度正确率, ($P<0.05$); 观察组接种依从性为 96.0% 高于对照组接种依从性 74.0%, ($P<0.05$); 观察组护理满意度为 98.0% 与对照组护理满意度 78.0% 相比明显更高, ($P<0.05$); 观察组及时就诊率、伤口正确处理率均比对照组相同指标更高, 而狂犬病感染率明显更低 ($P<0.05$)。由此结果, 充分证明了狂犬病健康知识教育的实施对于狂犬病暴露者来说具有重要的作用价值, 能够提高更多人对狂犬病相关知识的了解, 进而加强预防措施, 最大程度上减少狂犬病感染率和病死率。未来我们将不断强化狂犬病健康知识宣传工作, 提高人们的自我保护意识^[15]。

综上所述, 狂犬病健康知识教育的实施有助于预防狂犬病工作开展, 帮助更多人掌握相关知识, 转变他们的接种态度, 促进研究对象接种依从性升高, 提升他们对于狂犬病预防效果, 降低感染率, 是一项值得推广方案。

参考文献:

- [1] 王林清, 王能. 狂犬疫苗接种者不良反应及相关知识知晓情况调查分析[J]. 微量元素与健康研究: 1-4 (2022-08-19).
- [2] 王斌. 新冠疫情期间持续性健康教育在基层医院狂犬病暴露处置中的应用[J]. 基层医学论坛, 2022, 26 (11): 4-7.
- [3] 胡伟群, 李长琼, 杨云娜, 王锦娅, 叶艳胜. 思维导图在狂犬病暴露患者健康宣教中的临床应用[J]. 当代护士 (中旬刊), 2021, 28 (11): 97-100.
- [4] 叶凌云, 任小艳. 个体化的全程健康教育对狂犬病暴露者疫苗接种依从性的影响分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2021, 42 (07): 630-633.
- [5] 王冰, 闫美花, 韦德鹏, 李帅, 唐华民. 健康教育在狂犬病预防控制中的价值分析[J]. 蛇志, 2021, 33 (01): 80-81.
- [6] 包雪霓, 朱耿赞, 李冬冬, 陈致玲, 李珍, 高雪宁. 健康教育对狂犬病疫苗接种依从率的影响[J]. 应用预防医学, 2021, 27 (01): 51-52.
- [7] 宋启明, 宋宝忠. 狂犬病防治知识健康教育的效果分析[J]. 畜牧兽医学科技信息, 2020 (03): 18.
- [8] 同小利, 赵玲, 贾艳, 徐哲. 582 例急诊科狂犬病暴露患者防治知识 KAP 调查及护理干预[J]. 临床医学研究与实践, 2019, 4 (30): 15-17.
- [9] 周晓霞, 吕旺盛, 刘婷婕. 大学生狂犬病防治知识知晓情况及暴露后相关行为调查分析[J]. 健康教育与健康促进, 2019, 14 (05): 441-444.
- [10] 郭志涛, 王玉丽, 黄涛. 狂犬病高危暴露者的狂犬病防治知识认知现状及影响因素分析[J]. 吉林医学, 2017, 38 (07): 1295-1297.
- [11] 郭丽纯, 李惠琴, 刘年伟. 狂犬病暴露者狂犬病防治知识问卷调查[J]. 中国医学工程, 2016, 24 (12): 136-137.
- [12] 欧志梅, 朱昆蓉, 陈超, 周晓静, 罗远冲. 狂犬病暴露病人狂犬病防治知识认知现状及其影响因素调查[J]. 护理研究, 2016, 30 (20): 2500-2502.
- [13] 刘丽萍, 赵晓新. 接种狂犬疫苗患者健康教育的效果评价[J]. 当代护士 (上旬刊), 2016 (06): 128-129.
- [14] 郑家耿, 方安, 凌子羽, 张静. 三亚市初中生对狂犬病知识知晓现状及健康教育需求调查[J]. 中国卫生检验杂志, 2015, 25 (02): 271-273+276.
- [15] 郑家耿, 陈朱, 李大章, 祁月琼, 方安, 郑惠芹, 赵其宗. 狂犬病暴露者相关知识态度健康教育效果评价[J]. 实用预防医学, 2013, 20 (09): 1148-1149+1147.

思维导图结合 PBL 教学法在儿科护理教学中的应用效果分析

陈赛玉 郑少梅 池玲珊

宁德市闽东医院 355000

摘要: 目的 探讨思维导图结合 PBL 教学法在儿科护理教学中的应用效果。方法 择取 2020 年 3 月-2022 年 3 月至我科实习的护士共计 140 名作为本次的研究对象,依照计算机随机分组的方式分为对照组 70 名与实验组 70 名,其中对照组给予一般护理带教模式,实验组给予思维导图+PBL 教学法,对比两组的教学效果。结果 满意度:实验组为 95.71%,对照组为 82.86%,比较组间数据差异显著,具有统计学意义, $P < 0.05$; 实习前两组评判性思维能力各项内容评分均无明显差异, $P > 0.05$, 实习后实验组的各项内容评分均明显高于对照组,比较组间数据差异显著,具有统计学意义, $P < 0.05$ 。结论 在儿科护理教学工作中融入思维导图+PBL 教学法的带教效果显著,便于提高教学效果与满意度。

关键词: 儿科; 护理教学; 思维导图; PBL 教学

Analysis of the application effect of mind mapping combined with PBL teaching method in pediatric nursing teaching

Chen Saiyu, Zheng shaomei, Chi Lingshan

Ningde Mindong hospital 355000

【 Abstract 】 objective to explore the effect of mind mapping combined with PBL teaching method in pediatric nursing teaching. Methods a total of 140 nurses from March 2020 to March 2022 were selected as the study subjects. According to the method of computer random grouping, they were divided into the control group (70) and the experimental group (70). The control group was given the general nursing teaching mode, and the experimental group was given the mind map + PBL teaching method. The teaching effects of the two groups were compared. Results the satisfaction degree was 95.71% in the experimental group and 82.86% in the control group. There was significant difference between the two groups ($P < 0.05$); Before the practice, there was no significant difference in the scores of the two groups' critical thinking ability ($P > 0.05$). After the practice, the scores of the experimental group were significantly higher than those of the control group. The data between the comparison groups were significantly different, with statistical significance ($P < 0.05$). Conclusion the teaching effect of "mind map + PBL" in pediatric nursing teaching is remarkable, which is convenient to improve teaching effect and satisfaction.

[Key words] Pediatrics; Nursing teaching; Mind map; PBL Teaching

临床上实际进行护理带教工作可将实习护士的工作能力快速提高,因此,如何采取积极有效的带教模式意义重大^[1]。其中儿科是一类重要的科室,患儿的认知能力较差,病情变化较迅速,导致对护理教学工作提出了较高的要求^[2]。近些年来,随着教学理念的变化与更新,思维导图与 PBL 教学法获得了医学工作者的高度关注。其中前者也可称之为心智图,主要是依照图像、线条、符号、词汇等方式将信息进一步简化,便于护士学习^[3];后者是以问题为基础的教学法,将护士作为学习的中心,带教老师负责引导,鼓励护士发现问题与解决问题^[4]。为了对上述教学方法在儿科中的应用效果进行更加深入的分析,本文共收治了 140 名实习护士,并将相关资料分析如下。

1 资料与方法

1.1 基础资料

择取 2020 年 3 月-2022 年 3 月至我科实习的护士共计 140 名作为本次的研究对象,所有护士对本次研究均知情同意,均为女性。

依照计算机随机分组的方式分为对照组 70 名与实验组 70 名。对照组中,年龄最小的 19 岁,最大的 24 岁,中位数年龄 (20.89±0.63) 岁,本科 8 人,大专 25 人,中专 37 人;实验组中,年龄最小的 19 岁,最大的 23 岁,中位数年龄 (20.92±0.71) 岁,本科 8 人,大专 24 人,中专 38 人。对比两组护士的基础资料无明显差异, $P > 0.05$, 可比性良好。

1.2 方法

对照组给予一般护理带教模式,将教学计划进行制定,依照护士实际情况进行讲课与查房。

实验组给予思维导图+PBL 教学法。

A: 思维导图: (1) 将思维导图小组创立 (4-6 人),选派一名组长,负责对教学计划进行制定,便于小组成员之间的分工合作。(2) 护士入科时,需对其思维导图的基础知识耐心进行讲解。(3) 带教老师将儿科中的特殊病例、疑难病例等进行重点讲解,对讲课的主题进行确定,并提前 2-3d 对查房的主题进行确定,告知小组成员具体的思维导图时间,便于小组成员之间尽早对相关文献资料进行查找,(4) 教学前 0.5h 对相关物品进行准备,带教老师对相关教学知识进行复习,并讲解教学计划与流程。(5) 床边查体 10min,依照思维导图的程序将其讲课与查房内容总结在手册上。(6) 不同小组成员上台对教学作品进行展示,并由带教老师负责点评,将优秀的作品评选出来。(7) 对环境与用品等进行整理,总结两组护士对教学效果的满意度。

B: PBL 教学法: 讲课之前,带教老师需对护士设置相关的问题情境,包括播放电视录像、展示典型案例等方式对疾病存在的问题进行讲解,护士依照具体情况进行预习,对资料进行查找,并准备好相关的发言稿进行小组讨论;讲解时,将护士作为教学的主题,对重点内容鼓励小组成员进行讨论,营造良好的学习氛围,鼓励护士主动参与至学习中;带教老师负责引导,鼓励护士大胆发言,最后进行问题点评与总结,提高护士的学习能力。

1.3 观察指标

对比两组实习护士对于教学效果的满意度。采用我院自制的满意度调查量表进行分析对比,包括学习兴趣、学习效果等项目,0-100 分为评分的范围,共发放 140 份调查问卷,回收 140 份,回收率为 100.00%;非常满意表示评分≥80 分,一般表示评分≥60 分且低于 80 分,不满意表示评分

<60 分, 满意度= (非常满意例数+一般例数)/总例数 $\times 100\%$ ^[5]。

对比两组实习护士的评判性思维能力。给予评判性思维量表 (CTDI-CV) 进行比较, 包括观察真相、开放思想、分析能力、系统化能力、评判思维自信心、求知欲、认知度等维度, 随着评分的递增, 代表思维能力越佳^[6-7]。

1.4 统计学处理

采用 SPSS21.0 的统计学软件记录两组数据资料, 护理满意度等计数资料用 $[n(\%)]$ 表示, X^2 检验, 观察真相、开放思想、分析能力、系统化能力、评判思维自信心、求知欲、认知度等评判性思维量表评分计量资料用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示, T 检验, 若两组数据差异显著, 具有统计学意义, 采用 $P<0.05$ 表示。

2 结果

2.1 教学满意度

见下表 1。实验组教学满意度为 95.71%, 对照组为 82.86%, 对比两组满意度得知差异显著, 具有统计学意义, $P<0.05$ 。

表 1 两组护士的教学满意度分析 $[n(\%)]$

分组	非常满意	一般	不满意	满意度 (%)
实验组 (n=70)	61 (87.14)	6 (8.57)	3 (4.29)	95.71
对照组 (n=70)	49 (70.00)	9 (12.86)	12 (17.14)	82.86
X^2	6.048			
P	0.014			

2.2 评判性思维能力评分

见下表 2、表 3。实习前两组评判性思维能力各项内容评分均无明显差异, $P>0.05$, 实习后实验组的各项内容评分均明显高于对照组, 比较组间数据差异显著, 具有统计学意义, $P<0.05$ 。

表 2 两组护士的评判性思维能力评分比较 $(\bar{x}\pm s, \text{分})$

分组	时间段	分析能力	开放思想	观察真相
实验组 (n=70)	实习前	41.22 $\pm$ 4.25	39.52 $\pm$ 4.17	37.50 $\pm$ 4.15
	实习后	48.99 $\pm$ 4.12	47.23 $\pm$ 4.58	45.82 $\pm$ 5.21
对照组 (n=70)	实习前	41.26 $\pm$ 4.30	39.46 $\pm$ 4.28	37.45 $\pm$ 4.12
	实习后	45.10 $\pm$ 4.10	43.20 $\pm$ 4.28	41.63 $\pm$ 5.17

表 3 两组护士的评判性思维能力评分比较 $(\bar{x}\pm s, \text{分})$

分组	时间段	认知度	求知欲	评判思维 自信心	分析能力
实验组 (n=70)	实习前	42.15 $\pm$ 4.25	44.36 $\pm$ 4.58	39.28 $\pm$ 4.21	41.71 $\pm$ 4.25
	实习后	51.63 $\pm$ 5.20	53.85 $\pm$ 5.12	48.69 $\pm$ 5.36	48.69 $\pm$ 5.12
对照组 (n=70)	实习前	42.20 $\pm$ 4.71	44.28 $\pm$ 4.71	39.54 $\pm$ 4.35	41.68 $\pm$ 4.20
	实习后	48.12 $\pm$ 5.12	48.69 $\pm$ 5.11	43.71 $\pm$ 5.21	45.10 $\pm$ 5.22

3 讨论

在儿科护理教学中, 在强化理论教学的基础上需注重实践教学, 将实习护士作为教学的主体, 带教老师进行教学指导, 帮助护士提升自身综合能力, 保证良好的教学效果^[8]。

本次研究将 140 名儿科实习护士作为研究对象, 其中对照组给予一般护理带教模式, 实验组给予思维导图+PBL 教学法, 结果得知, 实验组教学满意度为 95.71%, 对照组为 82.86%, 说明实验组的教学模式便于满意度的提升; 实习前两组评判性思维能力各项内容评分均无明显差异, 实习后实验组的各项内容评分均明显高于对照组, 说明实验组教学模式便于明显提升实习护士的评判性思维能力, 包括观察真相、开放思想、分析能力、系统化能力、评判思维自信心、求知欲、认知度等方面。

PBL 教学法的优势较为显著, 主要包括: (1) 可明显提高护士的学习主动性、积极性, 便于护士学习兴趣的培养, 将教学问题作为中心, 积极展开小组讨论, 包括对资料的查找、相关知识的了解、课外小组讨论等, 便于护士对基础知识充分掌握, 培养其发散性的思维, 学习如何正确解决具体问题。(2) 便于将护士的知识面进一步拓宽, 而不单单局限于填鸭式教学模式, 重复书本上的内容, 使得学生能够主动学习与掌握知识, 提高其分析问题的能力, 具体问题具体分析, 作出明确的护理诊断结果。(3) 将护士的人际交往能力、语言表达能力进一步提高, 儿科护理对象为儿童, 需要护士具备良好亲切的沟通能力, 便于更好为患儿提供护理服务。PBL 教学采取讨论、发言等方式便于提升护士的语言表达能力, 培养其自信心, 利于儿科护理工作的顺利开展。

综上所述可知, 在儿科护理教学工作中融入思维导图+PBL 教学法的带教效果显著, 便于提高教学效果与满意度, 值得实践并推广。

参考文献:

- [1] 陈巧玲, 谢泽漫, 汤素吟. 优化护理在儿科急性呼吸道感染中的临床应用分析[J]. 中国现代药物应用, 2019, 13 (13): 190-192.
 - [2] 姜春明, 彭梓月, 韩钢. PBL 教学法在儿科住院医师规范化培训中的应用[J]. 中国毕业后医学教育, 2019, 3 (4): 316-318.
 - [3] 袁村香, 侯小琼, 何秀屏. 思维导图结合 PBL 教学法在原发性高血压患者健康教育中的应用研究[J]. 中国医药科学, 2020, 10 (22): 113-116.
 - [4] 李艳华, 陈军民, 高雪皎, 等. 基于 PBL 教学法的思维导图化学教学设计——以无机化工流程题为例[J]. 理科考试研究 (高中版), 2021, 28 (2): 58-60.
 - [5] 高稳, 潘寒寒, 牛水源. 翻转课堂、思维导图教学法联合 PBL 教学模式对感染科护生综合能力的影响[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40 (5): 779-782.
 - [6] 钟小红, 黎艳, 唐芳华. 基于电子媒体的思维导图式 PBL 教学法在规培护士教学中的应用效果[J]. 当代护士 (下旬刊), 2020, 27 (3): 166-168.
 - [7] 阳茂春, 陈春伟, 谢丽. PBL 联合思维导图在临床检验实习血检与止血教学中的应用[J]. 检验医学与临床, 2020, 17 (5): 713-716.
 - [8] 徐敏, 蔡菁菁, 怀德. 思维导图+PBL 教学法应用在影像学见习中的效果[J]. 中国继续医学教育, 2020, 12 (2): 21-23.
- 第一作者简介: 陈赛玉, 女, 1980 年 8 月, 汉族, 福建省福安市, 本科, 主管护师, 手机号码: 15859311728. 收件地址: 福建省福安市闽东医院儿科一区。

儿童生长发育中行小儿保健干预对家属满意度的影响研究

董合芳

新泰市人民医院 山东泰安 271200

摘要:目的:研究小儿保健干预在儿童生长发育中对家属满意度的影响。方法:选择我院2020年4月至2021年接纳的60名儿童及其家属作为研究对象,采用随机分组的方式分为观察组和对照组,各30例,其中对照组行常规保健措施,观察组则行小儿保健措施,对比两组儿童的干预效果。结果:在经过干预后,观察组的适应性、大运动、精细动作、语言以及社交等评分高于对照组, $P<0.05$;观察组的佝偻病、营养性贫血发生率低于对照组, $P<0.05$;观察组的身高、体质量高于对照组, $P<0.05$;观察组家属的满意度高于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。结论:小儿保健在儿童生长发育中发挥了重要作用,通过保健措施,能够促进儿童的神经功能发育,减少营养性疾病的发生,改善生长发育情况,从而使家属达到了较高的满意程度,值得研究和借鉴。

关键词:生长发育;小儿保健;满意度;神经功能发育

Study on the influence of child health care intervention on family satisfaction in children's growth and development

Dong Hefang

Xintai people's Hospital, Shandong Tai'an 271200

[Abstract]Objective: To study the effect of child health care intervention on family satisfaction in children's growth and development. Methods: 60 children and their families admitted in our hospital from April 2020 to 2021 were selected as the research objects. They were randomly divided into observation group and control group, with 30 cases in each group. The control group received routine health care measures, and the observation group received child health care measures. The intervention effects of the two groups of children were compared. Results: after the intervention, the scores of adaptability, large movement, fine movement, language and social interaction in the observation group were higher than those in the control group ($P<0.05$); The incidence of rickets and nutritional anemia in the observation group was lower than that in the control group ($P<0.05$); The height and body mass of the observation group were higher than those of the control group ($P<0.05$); The satisfaction of family members in the observation group was higher than that in the control group ($P<0.05$), and the difference was statistically significant. Conclusion: Children's health care plays an important role in children's growth and development. Through health care measures, children's neurological development can be promoted, the occurrence of nutritional diseases can be reduced, and the growth and development situation can be improved, so that the family members can achieve a high degree of satisfaction, which is worthy of study and reference.

[Key words]: growth and development; Child health care; Satisfaction; Neurological development

儿童阶段作为儿童生长发育的重要时期,该阶段儿童的发育速度较快,对营养的需求更高,但抵抗外界病菌能力较差。人体身体外观、器官以及系统等变化被称为生长,而器官、组织、细胞等功能的完善则被称为发育。随着近年来,人们对儿童生长发育的逐渐关注,小儿保健工作在其中发挥了重要作用。针对儿童来说,生长发育自身存在明显的规律性,尤其是在各类因素的影响下,不同个体的生长发育也存在不同的特点^[1]。需要注意的是,在儿童生长发育当中,父母在其中发挥了关键性作用,尤其是生活水平的提高,使得更多的家长关注儿童的生长发育状态,除饮食之外,还需要智力、运动等引导,保证儿童的体格健康发育,以此方式得到一个相对理想和健康的发育状态。而小儿保健的应用,其目的在于通过干预的方式,促进家长了解儿童的生长发育特点和知识,在生活中对饮食、运动等方面进行讲解和指导,协助家长共同保证儿童的健康,该项干预措施不仅有利于儿童的发育,还可一定程度上避免各类疾病的发生,具有重要意义^[2]。故本文为研究小儿保健干预对儿童生长发育的积极作用,现选择我院2020年4月至2021年接纳的60名儿童及其家属纳入研究,现对结果进行说明。

1. 资料和方法

1.1 一般资料

选择我院2020年4月至2021年接纳的60名儿童及其家属作为研究对象,采用随机分组的方式分为观察组和对照组,各30例,对照组男18例,女12例,年龄1个月~3岁,平均年龄 (1.83 ± 0.42) 岁,体质量 $2.8\text{kg}\sim14.6\text{kg}$,平均体质量 $(10.65\pm3.14)\text{kg}$,观察组男17例,女13例,年龄1个月~3岁,平均年龄 (2.05 ± 0.37) 岁,体质量 $2.76\text{kg}\sim24.13\text{kg}$,平均体质量 $(10.46\pm3.09)\text{kg}$,两组儿童的各项基础资料对比,无明显差异,

$P>0.05$,具有可比性。

1.2 方法

对照组给予常规保健干预,包括检查儿童的各项发育指标,例如体质量、身高等,并根据儿童的具体情况给予帮助。

观察组实施小儿保健干预措施,具体内容如下:(1)对每一名儿童建立独立档案:要求在经过保健干预后,进行时间为1年的随访,以便对儿童的营养状态、发育情况进行了解,明确在生活中可能存在的问题或异常,总结出不同儿童的不同发育特点,并制定相应的干预方案。(2)对儿童的发育以及神经情况进行检查,主要涉及内容有手支撑、视听反应、肌张力或抬头等。(3)加强视听反应训练:为保证视听反应功能正常发育,建议在生活中多训练儿童听、看,锻炼其接触物体并培养其熟悉周围环境的能力^[3]。(4)营养支持:对于出生时间 $>15\text{d}$ 的儿童,结合其具体情况补充各类维生素,例如A、D等,剂量为 400U/d 为宜,提倡母乳喂养,可行半流质饮食,保证儿童摄入的各类营养素均衡^[4]。(5)预防疾病:因为儿童的免疫系统尚未形成,对外界病菌侵袭的抵抗能力较差,因此医护人员应当针对常见的疾病进行讲解,促使家属掌握各类疾病的预防方法、发生原因以及主要表现等。

1.3 观察指标

对比两组儿童干预后的生长发育评分,使用Gesell成长发育量表对适应性、大运动、精细动作、语言以及社交等方面进行评分;在干预后展开12个月的随访工作,了解两组儿童的佝偻病、营养性贫血的发生率;了解两组儿童的体质量和身高情况;并统计两组家属的满意度。

1.4 统计学处理

采用SPSS21.0分析,计量资料符合正态分布,生长发育评分、身体

发育状况以($\bar{x} \pm s$)表示,经 t 检验,计数资料经 χ^2 检验,营养性疾病发生率、家属满意度以(%)表示,差异有统计学意义为 $P < 0.05$ 。

结果

表1 两组儿童干预后的生长发育评分对比[n=30($\bar{x} \pm s$)]

组别	适应性	精细动作	大动作	语言	社交
观察组	118.12±9.13	108.83±9.02	113.18±7.93	110.17±8.05	109.18±7.95
对照组	101.19±7.02	101.03±8.04	101.05±8.05	101.16±4.42	99.54±5.03
t	8.051	3.535	5.879	5.373	5.612
P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组儿童营养性疾病的发生率对比

观察组的营养性疾病发生率低于对照组, $P < 0.05$, 详见表2。

表2 两组儿童营养性疾病的发生率对比[n(%)]

组别	例数	佝偻病	营养性贫血	发生率
观察组	30	6.67 (2/30)	10.00 (3/30)	16.67 (5/30)
对照组	30	16.67 (5/30)	23.33 (7/30)	40.00 (12/30)
χ^2				4.021
P				0.044

2.3 两组儿童干预前后的身体发育情况对比

干预后,观察组的体质量、身高等指标均高于对照组, $P < 0.05$, 详见表3。

表3 两组儿童干预前后的身体发育情况对比[n=30($\bar{x} \pm s$)]

组别	干预前		干预后	
	体质量(kg)	身高(cm)	体质量(kg)	身高(cm)
观察组	10.42±3.08	72.18±2.17	14.09±1.52	96.04±4.42
对照组	10.66±3.12	72.36±3.41	12.70±1.68	86.15±4.09
t	0.299	0.243	3.360	8.995
P	0.765	0.808	0.001	0.000

2.4 两组家属对本次保健干预工作的满意度对比

观察组家属的满意度高于对照组, $P < 0.05$, 详见表4。

表4 两组家属对本次保健干预工作的满意度对比[n=30(%)]

组别	满意	一般满意	不满意	满意度
观察组	40.00 (12/30)	53.33 (16/30)	6.67 (2/30)	93.33 (28/30)
对照组	30.00 (9/30)	23.33 (7/30)	46.67 (14/30)	53.33 (16/30)
χ^2				12.272
P				0.000

讨论

在儿童的婴幼儿阶段,是发展相对快速的时间段,该阶段的外界因素会对婴幼儿的智力、性格、健康等发育情况造成影响,也是为将来健康生长发育打下基础的关键阶段。需要注意的是,该阶段儿童因为发育速度较快,对营养补充提出了更高的要求。尤其是,近年来随着社会经济的发展,人们生活质量的提高,使得越发关注儿童生长发育问题,同时医疗技术的进步,对儿童的健康生长发育有了更深刻的认识^[5]。

小儿保健指的是将儿童作为目标,在充分获取家庭支持的同时,进行相关的辅助引导,包括疾病预防、生长发育检查等,通过一系列措施来保障儿童的健康成长,从而加强自身体格。经过小儿保健措施,能够促进其生长发育,通过检测各项发育指标状态等,结合实际情况,制定干预措施,可更符合儿童的发育特点^[6]。需要注意的是,家属在儿童的生长发育中占据了重要作用,因此对其开展宣教十分关键,讲解各类疾病的发生原因、

2.1 两组儿童干预后的生长发育评分对比

观察组的各项发育评分均高于对照组, $P < 0.05$, 详见表1。

临床表现以及预防措施等,可一定程度上减少疾病的发生^[7]。在本研究中我们发现,绝大多数家属对小儿保健工作均表现出支持态度,且关于各类知识的学习表现出积极,在这种条件下开展小儿保健工作,可以获得更高的支持和配合度,其也能够快速吸收各方面支持,从而在饮食、运动等起到引导作用,为儿童的生长发育创造良好环境,达到儿童综合发展的目的^[8]。并且,在营养性疾病中,通过医护人员的讲解和宣教,家属可根据实际情况选择有效的预防措施,降低疾病的发生风险。结合本研究结果显示,观察组的各项发育评分均高于对照组;观察组的营养性疾病发生率低于对照组;干预后,观察组的体质量、身高等指标均高于对照组;观察组家属的满意度高于对照组。分析原因,主要是在本研究的小儿保健中,通过体格检查的方式能够了解儿童的生长发育情况,并在视听训练方面,能够促进其语言功能的快速形成,抚摸等接触方式可促进脑垂体生长激素的产生,从而对迷走神经产生积极影响,不仅有利于神经系统的形成,还可对胰岛素分泌具有重要作用,改善淋巴液的流动情况,加强抵抗病菌的能力。在营养干预方面,能够满足婴幼儿阶段发育所需要的各类营养素,改善其机体营养状态,预防各类疾病的发生,需要注意的是,根据小儿的不同发育阶段和特征,应对其讲解各类高发疾病的发生因素与原因,提高家属对疾病的了解程度,以此方式促使其在日常生活中给予充分重视,积极预防疾病的发生。总体而言,小儿保健在儿童生长发育中具有较高的应用价值,不仅有利于其生长发育,通过宣教等方式能够得到家属的肯定,从而最大程度的获取配合度,保证干预效果。

综上所述,小儿保健的应用在儿童生长发育中起到了重要的引导和辅助作用,通过各项干预措施,不仅能够提高生长发育情况,还能控制营养性疾病的发生,加强体格发育,以此方式获取家属的肯定,值得研究和借鉴。

参考文献:

- [1]马忻凡,王海霞.心理护理在儿童保健体检中的应用价值及其对负面情绪的影响[J].临床医学研究与实践,2022,7(20):160-162.
- [2]贺丹,朱焱,卢芸,罗筱,卢一萍.基于供需视角的基层卫生机构儿童保健服务现状分析[J].中国初级卫生保健,2022,36(05):45-50.
- [3]胥娜娜,曹秀,田秀娟.基层儿童保健健康教育干预对婴幼儿行为发育的影响研究[J].心理月刊,2022,17(08):79-81.
- [4]张静,李世燕,王海峰,等.儿童保健在幼儿生长发育中的应用效果及对患儿营养性疾病发生率的影响[J].山西医药杂志,2022,51(04):425-428.
- [5]蒋红梅.探究开展儿童保健中的早期综合发展指导对小儿发育的影响[J].智慧健康,2022,8(06):52-54+57.
- [6]李秋兰.小儿推拿联合家庭参与式护理在儿童保健中的应用价值研究[J].中外医疗,2022,41(04):137-140+145.
- [7]唐丽娜,颜田,徐璐,等.基于儿童保健门诊的强化式情境教学模式在语言发育迟缓干预中的应用[J].中华儿科杂志,2021,59(11):916-921.
- [8]李娟,郭婷.儿童保健干预对促进婴幼儿早期生长、运动及智力发育的临床影响观察[J].贵州医药,2021,45(08):1321-1322.

评价 CBL 联合 SSP 教学模式在医学生诊断学中的带教效果

刘丽

河南医学高等专科学校 临床医学院 河南郑州 451191

摘要：目的：对医学生诊断学带教中 CBL（案例教学）与 SSP（学生标准化病人）教学模式联合应用的效果进行研究。方法：选取 2021 年 7 月至 2022 年 5 月在我校附属医院实习的 20 名医学生，将其作为本次研究的对象。按照随机分组原则，将上述医学生分成两个组别，每组各有 10 例。其中，实验组采用 CBL 联合 SSP 教学的模式，对照组采用传统教学模式，观察对比两组医学生的诊断学带教效果。结果：实验组医学生实习结束后的诊断学理论考核与综合技能考核成绩分别为（95.2±2.4）、（93.8±2.1）分，明显高于对照组（85.1±4.3）、（78.2±5.4）分， $t=11.049、13.102$ ， $P<0.05$ ，差异具有统计学意义。结论：采用 CBL 与 SSP 教学模式联合的方法进行医学生诊断学带教应用，能够明显提升其带教效果，值得推广。

关键词：CBL 教学模式；SSP 教学模式；医学生；诊断学；带教；应用

现代高等医学教育中，对医学生的培养，不仅注重学生的基础理论和专业知识技能教育，更突出对医学生独立的理论思维能力、实践动手能力和创新能力的培养^[1]，同时对医学院校教学中的教学理念与教学模式创新，也提出了更高的要求。其中，诊断学是高职高专医学院校三年制临床医学专业的核心课程，是由基础医学过渡到临床医学十分重要的一门桥梁课程^[2]。以往采用的传统教学包括理论教学和实验课的技能教学，由于理论教学的内容抽象，影响学生的学习兴趣，不能充分调动学生的主观能动性^[3]；而技能训练中的情景设置不能充分反映学生未来面临的工作环境，真实性和实践性不强。因此，针对诊断学教学的应用模式与教学方法进行探索，不断提高学生在教学中的主观能动性，实现学生的学习兴趣、临床思维和创新能力的培养，也逐渐成为当前医学教育工作开展中关注的焦点。本文将 2021 年 7 月至 2022 年 5 月在我校附属医院实习的 20 名医学生为例，围绕 CBL 与 SSP 教学联合应用在诊断学带教中的效果进行研究，以供参考。

1 资料和方法

1.1 一般资料

收集 2021 年 7 月至 2022 年 5 月期间在我校附属医院实习的 2019 级临床医学专业 20 名医学生的资料，将其按照随机分组原则，分成实验组和对照组两个组别，每组学生数量各为 10 名。其中，实验组学生中，男女比例为 6：4，学生年龄在 19 至 22 岁之间，平均为（21.2±0.5）岁，学生实习带教前的理论考核与综合技能考核成绩分别为（65.1±6.4）分、（59.8±8.7）分；对照组学生中，男女比例为 7：3，学生年龄在 19 至 23 岁之间，平均为（21.3±0.4）岁，学生实习带教前的理论考核与综合技能考核成绩分别为（65.2±6.3）分、（59.9±8.9）分。两组学生的一般资料对比，在年龄、性别以及实习前的平均考核成绩等方面，均无明显差异， $P>0.05$ ，具有比较意义。

1.2 方法

对上述两组学生的理论课和实训课均由同一组教师授课。其中，对照组采用传统教学方式，由教师按照教学大纲的要求，按照传统的教学方法教授相应的知识。实验组采用 SSP 与 CBL 相结合的教学模式进行授课，在选定的章节上课前，通过云平台发布相关病例和问题，上课时引入 SSP 模拟病人，先集中讲授相关理论，再开展小组病案分析和讨论，具体方法如下。

第一阶段：

进行学生标准化病人（SSP）招募、培训，同时根据《诊断学》选定教学章节，主要包含问诊、发热、意识障碍、全身状态检查、肺脏检查、心脏检查、腹部检查、神经系统检查，选定教学章节后完成建立相应的病案并设计问题，并在病案素材基础上，进行病例剧本撰写。

第二阶段：

对实验组学生开展选定教学章节内容授课的前一周，由授课教师通过教学云平台——学习通，发布相关病案并提出问题，学生通过线上线下资源查找资料；同时授课教师依据该章节的病案剧本再次培训指导学生标准化病人（SSP）。

授课过程中，应首先引入 SSP 模拟病人，然后结合 SSP 模拟病人进行

相关理论知识临床诊断实践技能讲授，讲授完成后再开展小组病案分析和讨论，最后由教师总结并强调重点难点，以加深对教学内容的理解学习和掌握。

在本期实习结束时，根据实验组和对照组的学生理论考试成绩、实践技能考试成绩、学生满意度调查的对比分析，评价不同教学模式的教学效果。

1.3 观察分析指标

实习结束后，对两组学生的临床诊断学理论知识与综合技能进行考核评分，以评价其总体教学效果。其中，对学生的总体教学效果评价中，理论考试成绩占 70%，实践技能考试成绩占 30%。此外，对两组学生带教实习中的教学满意度进行调查对比，调查量表内容包括：SSP 联合 CBL 教学法是否提高学习兴趣、是否有助于提高学习效率、是否有助于锻炼沟通能力、是否有助于锻炼应变能力、是否有助于提高思维能力、是否有助于增加医患交流的自信心、是否有助于增强对医生职业的认知、是否有助于理论知识的综合应用能力八个方面^[4]；各项指标由学生不记名评分，分为赞成、一般、不赞成选项，其中，一般和赞成均表示满意，统计两组学生的满意率。

1.4 统计学分析

对上述数据资料，采用统计学方法进行研究，分析工具为 SPSS23.0，其中，计数资料采用 χ^2 进行检验，结果以百分比形式表示，计量资料采用 t 进行检验，结果以均数±标准差表示， $P<0.05$ ，表示差异突出，具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组学生的教学效果评价

实验组医学生实习结束后的诊断学理论考核与综合技能考核成绩分别为（95.2±2.4）、（93.8±2.1）分，明显高于对照组（85.1±4.3）、（78.2±5.4）分， $t=11.049、13.102$ ， $P<0.05$ ，差异具有统计学意义，如下表 1 所示。

表 1 两组学生的教学效果评价

分组	理论知识	综合技能	总体评价
实验组（n=10）	95.2±2.4	93.8±2.1	92.4±3.1
对照组（n=10）	85.1±4.3	78.2±5.4	80.5±4.2
t	5.149	5.608	5.326
P	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组学生对教学的满意度对比

对两组学生的带教实习满意度调查显示，实验组学生的满意度为 100.0%，对照组为 80.0%，两组对比差异显著， $P<0.05$ ，如下表 2 所示。

表 2 两组学生的教学满意度对比

分组	赞成（例）	一般（例）	不赞成（例）	满意率（%）
实验组（n=10）	8	2	0	100.0
对照组（n=10）	5	3	2	80.0
χ^2	/	/	/	4.179
P	/	/	/	<0.05

3 讨论

目前, 尽管研究者对诊断学的教学进行了多种探索, 例如: 标准化病人 (SP) 教学法、案例教学法 (CBL)、情景模拟法、以问题为基础的教学法 (PBL) 等^[5], 但在教学模式的优化组合应用以及教学效果提升方面的探索性研究相对较少。其中, 标准化病人 (SP) 是指正常人或患者, 经过标准化、系统化培训后, 能准确表现患者的临床症状, 具有模拟病人、评估者、指导者三重功能。标准化病人 (SP) 是在 1963 年南加州大学的霍华德教授为教学目的开发的一种教学模式^[6], 主要用于教学和考试两个方面。在教学中, 通过引入标准化病人 (SP) 模拟临床真实情境, 使课堂教学变得生动、有趣, 有利于调动学生的学习积极性, 同时使学生可以演练临床的复杂情境, 可以快速提高学生的问诊及交流能力和评估判断能力, 使教学和临床工作紧密联系起来。值得注意的是, 由于培训标准化病人 (SP) 需投入大量资金和时间, 同时在规范管理、来源等诸多因素^[7], 使 SP 成为医学院校存在的教学难题。学生标准化病人 (SSP) 是国内外部分学者在应用 SP 教学中, 选用医学院校的学生作为 SP, 因此被称为是 SSP。近年来, 随着医疗法规的完善、医患关系紧张、病人维权意识增强等原因影响, 使得高职高专临床医学专业学生见习与实习教学也面临着更大的挑战。在这种情况下, SSP 教学法作为一种客观、高效的教学方法, 为解决上述问题提供了新思路, 也为提高教学效果找到了新途径。CBL 又称案例教学法, 是一种以病例为先导^[8], 以问题为线索的启发式互动教学方法。该教学法侧重于医学理论知识的运用, 即应用所学理论知识来解决临床实际问题。学生通过查找资料自学, 能够提高学生自主学习能力, 培养学生发现问题、独立思考及分析解决问题的能力, 鼓励组间讨论, 集思广益, 既能培养学生临床思维, 又能发挥团队合作精神^[9]。在对医学生的诊断学教学实践中, 通过将学生标准化病人 (SSP) 与案例教学法 (CBL) 应用, 以开展更加高效与完善的教学实践, 提高临床诊断学教学效果^[10], 具有十分显著的探索价值和意义。

本文中, 以在我校附属医院实习的 20 名医学生为例, 通过采用不同的教学模式对其开展带教实习培训后, 结果显示实验组学生的理论知识与综合技能考核成绩均高于对照组, 且实验组学生在诊断学带教实习中的满意度, 也比对照组高。由此可见, CBL 与 SSP 教学模式联合进行医学生诊断学带教应用效果更加突出, 不仅能够提高学生的理论知识与综合技能成绩, 而且能够提高学生的带教实习教学满意度, 值得进行推广应用。其中, CBL 教学法在医学生诊断学带教中应用, 是以问题作为教学开展的基础, 同时将学生作为学习的主体, 通过充分发挥教师在诊断学带教中的主导性作用^[11], 引入临床典型病例组织开展教学讨论和分析, 在对典型病例的症状分析与体征判断等基础上, 使学生能够将所学知识融入到学习实践中, 充分调动和激发学生的学习兴趣, 并实现教材内容中的抽象知识语言形象化转换, 促进学生对知识内容的有效理解, 提高教学开展的质量和效果。此外, 在诊断学带教实习中, 也会通过对学生体格检查方法训练^[12], 促进学生在具体实践中对科学思维的有效掌握, 加快学生实习锻炼中的角色转换, 使学生在体格检查与分析基础上, 对患者的体征以及典型病症进行有效掌握, 确保初步诊断和治疗工作的开展。因此, 通过将 CBL 教学法与 SSP 教学法的有效联合, 促进医学生诊断学带教效果提升, 具有十分积极的作用和效果。

根据上述对 CBL 教学法与 SSP 教学法的联合应用及其效果分析, 在具体实践中, 还应注意对以下教学问题和教学模式应用情况进行准确把握。比如, 临床在进行一些黄疸或者是皮肤黏膜出血症状患者的检查诊断与教学分析中, 采用 SSP 教学方法进行教学开展的情况较为难以实现^[13], 多需要通过真实病例进行有效配合, 以帮助完成医学生诊断学临床带教实践, 实现其教学目的。其中, 一些医院的临床带教实习中, 会利用更加优质与优先的医疗服务提供或者是设计优惠的经济方案等, 来引导患者在医学研究与教学开展中积极充当有关 SP^[14], 这种方法在实践中也取得了一些显著效果, 同时也为临床教学及有关研究开展提供了方向支撑。值得注意的是, 通过上述方式引导患者在临床带教实习与医学研究中充当 SP 时, 需要针对患者充当 SP 的具体确定方法进行探索 and 明确。另一方面, 对于医学生诊断学带教来讲, 由于临床诊断所涉及的知识内容相对较多, 并且

细节性问题与要求突出, 比如在对临床病例的分析中, 如果对多个诊断病症放在一个典型的病例患者中进行教学分析, 在一定程度上会造成学生在问诊模拟与诊断、治疗中的思考难度增加^[15], 对于高职高专临床医学专业的学生来讲, 其自身的知识储备以及学习能力相对有限, 必然会对实践教学产生一定影响, 需要引起重视。

CBL 与 SSP 教学模式联合在医学生诊断学带教中应用, 还会面临着 SSP 的选择以及培训等问题, 即医学生在教学实践中不仅需要扮演好患者, 同时也需要主动参与学习和思考, 如果在实习教学阶段, 由同一学生坚持扮演相同病种的 SSP, 就会对学生的正常跟班学习以及轮科讨论等产生影响^[16], 而且在重复学习环境下, 还会导致学生的学习兴趣与积极性降低, 从而产生一定的不利影响。针对该情况, 在具体教学中也需要结合实际情况, 通过一个学习小组的学生轮流充当 SSP 等方法, 在有效避免上述问题及不利影响发生同时, 也能够实现学生的学习兴趣激发和学习积极性提升。CBL 与 SSP 教学方法作为两种先进的教学模式, 在教学实践中应用, 虽然能够推动教学质量改善和教学效果提升, 但缺乏有效的教学评价手段和评价体系。因此, 采用 CBL 与 SSP 联合教学模式进行诊断学带教中, 还应建立并完善相应的教学评价体系, 为教学模式应用以及教学开展提供有利的支撑。

总之, 采用 CBL 与 SSP 教学模式联合的方法进行医学生诊断学带教应用, 能够明显提升其带教效果, 值得推广。

参考文献:

- [1]李平,徐全华,周祥龙.基于微课的翻转课堂在医学影像诊断学见习带教中的应用效果[J].饮食保健,2021(42):273-274.
- [2]杨彬,黄瑛,丛杰.目标教学在前列腺超声诊断技术带教中的应用价值研究[J].中国继续医学教育,2020,12(9):56-58.
- [3]陈蕊,赵佳琦.基于智能便携彩超技术的实时远程教学系统在超声诊断学实践带教中的初步应用[J].临床超声医学杂志,2019,21(4):309-311.
- [4]李敏.距腓前韧带损伤的 MRI 诊断在实习教学中的应用[J].中国卫生产业,2017,14(11):73-74.
- [5]王若天,张毅.多学科诊疗模式的多元化培训在肺癌鉴别诊断的教学临床带教中的应用价值[J].中国实验诊断学,2022,26(3):471-475.
- [6]闫寒冰,赵佳斌,王巍.技术赋能的课堂教学诊断:特征与发展空间[J].现代远程教育,2022(2):3-11.
- [7]刘磊,杜智慧.目标教学在前列腺超声诊断技术带教中的应用研究[J].大健康,2022(4):176-178.
- [8]任翠,袁慧书,郎宁.基于 PACS 系统的 CBL 教学在医学影像诊断学带教中的应用[J].中国医药导报,2019,16(7):67-70.
- [9]刘洋,李璐,张丽,等.“互联网+”背景下适时教学模式在超声诊断学混合式教学实践应用研究[J].齐齐哈尔医学院学报,2022,43(5):463-466.
- [10]邹薇薇,张天然,黄星,等.PBL 结合模拟门诊教学法在规培生带教中的有效性分析[J].中国卫生产业,2022,19(1):197-200.
- [11]孙小波,王玲玲.分析问题导向教学法 (PBL) 在超声诊断学教学中的应用效果[J].中国卫生产业,2022,19(1):181-185.
- [12]王超,赵晖,薛晓轩,等.BOPPPS 结合基于问题的教学模式在新冠肺炎疫情下超声诊断学在线教学中的应用[J].安徽医药,2022,26(2):421-424.
- [13]柯红红.英国全科医学培训核心能力和问诊模式对诊断学问诊教学的启发[J].广西医学,2022,44(1):121-124.
- [14]万蓉,曾兰芬,卓文杏,等.BOPPPS+CBL 教学模式在超声诊断学实践教学中的应用效果[J].中国卫生产业,2022,19(9):14-17.
- [15]李雪莹,白辰光.结构化肿瘤病理诊断报告在临床带教中的应用探讨[J].卫生职业教育,2021,39(17):121-122.
- [16]林洁,罗杰,钟定荣.翻转课堂在临床病理住院医师规范化培训阅片带教中的应用[J].中国继续医学教育,2022,14(11):67-70.

课题项目: 2020 年河南省医学教育研究指导性项目研究课题, 证书编号: Wjlx2020225。

疫情常态化下 OSCE 模式情景模拟教学法在隔离病房援助护士中的应用

高惠涛 杨世倩 郭念慈 刘娟 晏平

石家庄市人民医院感染性疾病科 050011

摘要: 目的: 探讨疫情常态化下客观结构化临床考试 (OSCE) 模式情景模拟教学法在隔离病房援助护士中的应用效果。方法: 选取 2020 年 2 月至 2020 年 10 月在石家庄市人民医院进行护理工作的援助护士 120 名作为研究对象, 按照随机数字表法分成观察组 ($n=60$) 和对照组 ($n=60$), 对照组实施传统教学法, 观察组实施 OSCE 模式情景模拟教学法, 比较两组援助护士的教学效果、评判性思维能力及自我效能感。结果: 观察组迷你临床演练评价 (Mini-CEX) 评分较对照组明显更高 ($P<0.05$); 两组教学后评判性思维能力评分明显提高 ($P<0.05$), 观察组评分较对照组明显更高 ($P<0.05$); 两组教学后自我效能量表 (GSES) 评分明显提高 ($P<0.05$), 观察组评分较对照组明显更高 ($P<0.05$)。结论: 疫情常态化下隔离病房援助护士给予 OSCE 模式情景模拟教学, 能够提高教学效果、护士评判性思维能力及自我效能感。

关键词: 疫情常态化; OSCE 模式; 情景模拟教学法; 隔离病房; 援助护士

新冠疫情的防控目前已经转为科学精准的常态化防控, 对发热患者进行“闭环”管理, 隔离病区面临的工作较重, 这就需要大量的援助护士辅助工作^[1]。在疫情常态化背景下, 隔离病房援助护士的教学成为重要工作之一, 是促进临床工作顺利进展的关键环节。传统教学模式单一, 面对面的集中教学方式具有较大的感染的风险, 在提高护士综合能力方面效果并不理想^[2]。客观结构化临床考试 (OSCE) 模式情景模拟教学法是指在理论知识的基础上实施临床操作演习的一种方法, 能够通过实践教学的方式, 使援助护士获得更多的理论知识及实践经验, 有利于激发护士自我效能感, 提高护士综合护理能力^[3]。本研究对 120 名援助护士进行分析, 旨在探讨 OSCE 模式情景模拟教学法的应用效果, 详情如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 2 月至 2020 年 10 月在石家庄市人民医院进行护理工作的 120 名援助护士作为研究对象, 按照随机数字表法分为观察组 (60 名) 与对照组 (60 名)。其中, 观察组男性 4 名, 女性 56 名, 年龄 25~39 岁, 平均年龄 (32.85 ± 3.46) 岁, 工龄 3~16 年, 平均工龄 (8.65 ± 2.39) 年, 学历: 大专 29 名, 本科 27 名, 研究生 4 名; 对照组男性 3 名, 女性 57 名, 年龄 26~39 岁, 平均年龄 (31.93 ± 3.49) 岁, 工龄 2~16 年, 平均工龄 (8.59 ± 2.35) 年, 学历: 大专 31 名, 本科 26 名, 研究生 3 名。两组护士在性别、年龄、工龄、学历等基线资料方面比较差异不明显 ($P>0.05$), 可以进行比较。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准: ①工龄均在 2 年及以上; ②认知及语言功能无异常; ③均对本研究无异议, 签署同意书。排除标准: ①无护士资格证者; ②研究中途转院或退出者; ③接受相关教学者; ④非护理院校毕业生。

1.3 方法

对照组实施传统教学法, 将所有援助护士集中进行教学, 主要教学内容分为理论知识及操作技能两部分, 以课程讲解的方式完成教学, 教学结束后进行考核, 合格者参与临床护理工作。观察组实施 OSCE 模式情景模拟教学法, 具体如下: (1) 成立教学小组: 由院内感染防控中心负责关于教学的相关工作, 选取院内资历较高的护士及护士长组成教学小组, 由护

士长担任组长, 对培训的课程进行制定, 监督组员完成相关教学流程。(2) 制定教学方案: 120 名援助护士分 4 批进行培训, 每批 30 名, 培训时间为 1 周, 共培训 4 周。由小组成员制定教学所用的视频、图片、文字等, 可通过 PPT 课件的方式将教学进行展现, 教学内容包括个人卫生、防护用品的使用方法、注意事项、新型冠状病毒感染患者的护理方法及注意事项等, 重点强调护理人员的自我防护知识及医疗废物处理等方法。(3) 线上教学: 建立微信群及微信公众号, 通过微信群与援助护士进行沟通, 发放学习任务, 每日向微信公众号中发送关于新型冠状病毒肺炎、发热患者闭环管理的相关知识, 嘱护士观看学习。若护士存在知识方面的问题, 可通过微信群进行交流, 也可与小组成员直接联系, 由小组成员对护士问题进行解答。(4) 线下教学: 选取线下教学的相关病例资料, 审核通过后对教学场地进行布置。教学前嘱援助护士观看关于病例资料的内容及视频护理教学内容, 然后指导护士进行情景模拟演练, 对设定的患者实施护理操作, 其中包括手卫生及防护服穿脱、发热患者闭环管理的流程、接触疑似或确诊新型冠状病毒感染患者的处理方法及各种护理干预流程等。情景模拟演示后由教学老师指出护理过程中存在问题, 使其总结并整改。

1.4 观察指标

①教学效果: 使用迷你临床演练评价 (Mini-CEX) 评估, 包括健康教育、身体检查、医疗面谈、临床判断、组织效能、操作技能、人文关怀 7 个方面, 每个方面分值在 1~9 分, 分值越高, 说明教学效果越好。②评判性思维能力: 教学前后使用评判性思维能力量表评估, 共 19 个问题, 每个问题分值在 1~5 分, 总分在 19~95 分, 得分与评判性思维能力呈正比。③自我效能感: 教学前后采用自我效能量表 (GSES) 评估, 共 10 个项目, 总分为 40 分, GSES 判断越高自我效能感越强。

1.5 统计学方法

采用 SPSS25.0 统计学软件, 计数资料采用率描述, 组间比较采用 χ^2 检验, 计量资料用 ($\bar{x}\pm s$) 描述, 组间比较采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组教学效果比较

与对照组相比, 观察组 Mini-CEX 评分明显更高 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组 Mini-CEX 评分对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	健康教育	身体检查	医疗面谈	临床判断	组织效能	操作技能	人文关怀
观察组	60	6.58±0.89	6.15±0.85	6.23±0.87	5.83±0.76	5.15±0.63	8.08±0.91	7.52±0.91

对照组	60	5.41±0.75	5.06±0.71	5.37±0.74	4.26±0.62	4.02±0.60	6.89±0.88	6.11±0.85
<i>t</i>		7.787	7.623	5.832	12.399	10.061	7.282	8.771
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组评判性思维能力比较

两组教学前评判性思维能力评分比较无明显差异 ($P>0.05$), 与教学前相比, 两组教学后评分明显提高 ($P<0.05$), 与对照组相比, 观察组评分明显更高 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组评判性思维能力评分对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	教学前	教学后	<i>t</i>	<i>P</i>
观察组	60	61.25±8.64	77.83±8.87	10.372	0.000
对照组	60	61.19±8.59	72.64±8.73	7.242	0.000
<i>t</i>		0.038	3.230		
<i>P</i>		0.970	0.002		

2.3 两组自我效能感比较

两组教学前 GSES 评分比较无明显差异 ($P>0.05$), 与教学前相比, 两组教学后 GSES 评分明显提高 ($P<0.05$), 与对照组相比, 观察组评分明显更高 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组 GSES 评分对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	教学前	教学后	<i>t</i>	<i>P</i>
观察组	60	25.12±3.48	35.42±4.32	14.382	0.000
对照组	60	25.09±3.36	30.08±4.07	7.324	0.000
<i>t</i>		0.048	6.969		
<i>P</i>		0.962	0.000		

3 讨论

疫情常态化背景下, 全国各地医院面临着巨大的任务, 发热患者闭环管理需要大量的护理人员辅助工作, 导致出现医护人员紧张问题, 而援助护士则成为改善这一问题的关键^[4]。由于院内环境及工作的性质的特殊性, 为降低职业暴露风险, 上岗前需给予援助护士护理教学, 以保证护理工作的顺利进行^[5]。

传统教学主要以面对面理论知识教学为主, 在提高护士核心能力方面存在局限性^[6]。OSCE 模式情景模拟教学法作为一种新型的教学方法, 不仅对理论知识方面具有严格的要求, 更加注重操作方面的问题, 将枯燥的传统教学模式注入新的活力, 以线上线下结合、真实情景演习的方式进行教学, 有利于提高护士的学习兴趣, 促进被动学习向主动学习的转变, 使护士充分掌握临床护理技能, 熟悉相关护理流程, 保证护理工作的顺利进行^[7-8]。本研究中, 观察组 Mini-CEX 评分明显更高, 说明在提高教学效果方面 OSCE 模式情景模拟教学法的应用效果更好。究其原因, 通过成立教学小组, 能够促进教学质量的提高, 为护士提供更优质的教学服务, 进一步提高教学效果; 通过制定教学方案, 能够完善教学内容, 提高教学流程的规范性及合理性, 促进教学质量的提高^[9-10]。

本研究结果显示, 两组教学后评判性思维能力评分与教学前比较, 前者明显更高, 观察组评分与对照组比较, 前者明显更高, 提示 OSCE 模式情景模拟教学法更有利于护士评判性思维能力的提升。究其原因, 通过线上培训, 能够打破时间及空间的限制, 为护士提供更加丰富的护理理论知识, 为护士提供更大的学习空间及时间, 能够避免人员接触, 减轻护士心

理压力, 提高学习效率; 通过线下真实情景的模拟, 能够使临床实际工作中病例复杂性进行充分展现, 有利于调动护士的主观能动性, 促进其评判性思维能力的激发^[11-12]。此外, 两组教学后 GSES 评分与教学前比较, 前者明显更高, 观察组评分与对照组比较明显更高, 充分体现出 OSCE 模式情景模拟教学法在提高护士自我效能感方面的优越性。究其原因, OSCE 模式情景模拟教学法能够将理论知识充分运用至实际操作中, 通过实际场景的展现提高护理人员学习兴趣, 提高其综合护理能力; 通过情景模拟结束后的评价、总结及整改, 能够有效增强护士对教学内容的理解, 使其发现自身不足, 纠正错误认知, 促进个人能力的提高及团队意识的增强, 促进自我效能感的提高^[13-14]。

综上所述, 疫情常态化下隔离病房援助护士给予 OSCE 模式情景模拟教学, 能够提高教学效果, 提升援助护士的评判性思维能力及自我效能感, 值得推广。

参考文献:

- [1]殷俊, 胡细玲, 张苍, 等. 新型冠状病毒肺炎疫情形势下基于微课的网络学习课程在内科护理本科实习教学中的应用[J]. 当代护士: 下旬刊, 2021, 28 (5): 7-10.
- [2]陶静, 毕小琴. 互联网模式于新冠肺炎疫情期间在规培护士教学中的应用[J]. 当代护士: 下旬刊, 2021, 28 (6): 182-184.
- [3]吴娅玲, 刘敏. 基于 OSCE 模式的情景模拟教学法在内科护理实训教学中的实践探讨[J]. 西部素质教育, 2018, 4 (17): 204-204+211.
- [4]鲁笑钦, 路迪, 王利君, 等. 疫情防控常态化下 OSCE 模式在妇产科研究生技能考核中的应用[J]. 中国中医药现代远程教育, 2021, 19 (9): 204-206.
- [5]周晓, 董磊, 赵梦雅, 等. 新型冠状病毒肺炎疫情期线上 PBL 教学联合模拟教学模式在重症医学科住院医师规范化培训中的应用效果[J]. 中国当代医药, 2021, 28 (33): 227-230.
- [6]李笑琴, 张绍伟, 谢颖. 情景模拟联合思维导图教学在新型冠状病毒肺炎检查防护培训中的应用[J]. 护理实践与研究, 2021, 18 (8): 1256-1258.
- [7]黄赖英, 张晓庆, 宁丽, 等. 基于 OSCE 模式的情景模拟案例教学法在急诊护理实践教学中的应用[J]. 全科医学临床与教育, 2020, 18 (9): 856-857.
- [8]骆阳阳, 谭洁. 基于 OSCE 建立普外护士多站式培训模式的研究[J]. 中国社区医师, 2018, 34 (35): 183-185.
- [9]张红, 庄英. 以 OSCE 为导向的沟通情景模拟带教方式对眼科年轻护士沟通能力的影响[J]. 基层医学论坛, 2019, 23 (27): 3871-3873.
- [10]祝丽丽, 刘恋. 自我导向学习理论联合 OSCE 情景模拟教学在手术室实习护士临床教学中的应用[J]. 全科医学临床与教育, 2020, 18 (3): 276-278.
- [11]钟世文, 张丹清, 吴荣萍. 运用 OSCE 模式提升 ICU 护士核心能力的效果观察[J]. 中国继续医学教育, 2020, 12 (14): 1-3.
- [12]章琳慧, 朱丽萍. OSCE 模式在心血管内科年轻护士综合能力培训考核中的应用效果[J]. 国际医药卫生导报, 2020, 26 (23): 3701-3704.
- [13]李淑文, 杨明艳, 毛英, 等. OSCE 模式情景模拟教学法在新冠疫情期低年资护士院感防控培训中的应用[J]. 云南医药, 2021, 42 (2): 186-187.
- [14]向成林, 冯仁, 米元元, 等. 情景模拟教学法联合 OSCE 在 ICU 超声引导外周静脉穿刺培训实践[J]. 护理学, 2021, 10 (5): 413-420.

项目来源: 石家庄市科学技术研究与发展计划项目 (201460993)

健康教育在儿童糖尿病护理中的应用

苏珊

首都医科大学附属北京儿童医院 北京 100045

摘要：目的：讨论健康教育在儿童糖尿病护理中的应用效果。方法：入选 52 例儿童糖尿病患者主要于 2021 年 2 月-2022 年 7 月接受病情诊疗，随机分为对照组 26 例与研究组 26 例。对照组接受常规护理，研究组在对照组基础上强化健康教育。观察指标：血糖水平、并发症发生率、生活质量、患儿依从性及家属认知度。结果：护理前两组患儿各项血糖指标处于相当水平对比无统计学意义， $P>0.05$ ；护理后研究组患儿各项血糖指标下降程度均明显优于对照组， $P<0.05$ 。研究组患儿并发症总发生率的 3.85%明显低于对照组并发症总发生率的 23.08%， $P<0.05$ 。护理前两组患儿各项生活质量指标处于相当水平对比无统计学意义， $P>0.05$ ；护理后研究组患儿各项生活质量指标升高程度均明显优于对照组， $P<0.05$ 。研究组患儿依从性及家属认知度评分指标均明显高于对照组， $P<0.05$ 。结论：健康教育在儿童糖尿病护理中的应用可有效产生良好的降糖效果，防范不良并发症，改善生活质量，且该项措施还利于提高家属认知度及患儿依从性，增强病情管理水平，值得推广。

关键词：儿童糖尿病；常规护理；健康教育

儿童糖尿病在临床中也被称之为少年糖尿病，是由机体胰岛 β 细胞损害而缺乏胰岛素引起的慢性代谢性疾病，此病需要终身接受治疗，但是受限于儿童糖尿病群体认知度及自律性差等因素影响，导致其饮食控制难度大、服药依从性低^[1]。既往多以药物治疗配合有效护理方法来管理此病，但受限于不同患儿之间个体差异化、无法满足家属认知需求等因素影响，致使最终不能良好的控制病情^[2]。临床发现^[3]，加强对儿童糖尿病的健康教育护理工作，将在有效提高患儿及家属认知度的基础上，促使其遵循良好的健康行为，增强自我效能，更好的控制病情，改善预后。基于此，本次研究中对本院 2021 年 2 月-2022 年 7 月期间收治 52 例儿童糖尿病患者接受常规护理与在此基础上强化健康教育后效果进行了研究。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

入选 52 例儿童糖尿病患者主要于 2021 年 2 月-2022 年 7 月接受病情诊疗，随机分为对照组 26 例与研究组 26 例。纳入标准：确诊儿童糖尿病；家属同意参与研究。排除标准：胰岛素瘤^[4]；反复性严重低血糖，或低血糖昏迷^[5]；合并感染性疾病、心血管疾病、肝肾功能障碍及结缔组织病；存在先天性疾病，例如先天性心脏病等^[6]。两组资料处于相当水平对比无统计学意义， $P>0.05$ ；对照组中男 14 例（53.85%）、女 12 例（46.15%），年龄：4-16（ 8.46 ± 2.33 ）岁，病程：2-29（ 3.85 ± 1.01 ）月，其中 I 型糖尿病 20 例（76.92%）、II 型糖尿病 6 例（23.08%）；研究组中男 16 例（61.54%）、女 10 例（38.46%），年龄：4-15（ 8.52 ± 2.16 ）岁，病程：2-30（ 3.75 ± 1.02 ）月，其中 I 型糖尿病 18 例（69.23%）、II 型糖尿病 8 例（30.77%）。

1.2 方法

对照组接受常规护理：包括依据常规护理流程维持好病房环境卫生，遵医嘱进行药物指导及病情监测等。

研究组在对照组基础上强化健康教育：（1）入院宣教：入院后向患儿及家属下发儿童糖尿病健康宣教手册，确保该手册内容的趣味性 & 易懂性，方便患儿及家属阅读，依据患儿实际病情一对一对其与家属进行健康宣教，详细告知其有关于儿童糖尿病相关检查知识，并重点强调可能潜在并发症及积极配合治疗、护理的重要性。（2）心理健康教育：儿童糖尿病需终身治疗，加之受患儿耐受性及自律性较差的特点，导致其很容易出现焦虑及暴躁等不良情绪，这些抵触心理将很大程度上影响其治疗配合度，为此应依据患儿实际心理及行为表现，予以针对性新开健康教育，多与患儿、家属进行沟通，多进行护患游戏玩耍，鼓励及指导家属多予以患儿亲

情支持，使其充分感受早自身被呵护及关爱，提高治疗、护理依从性。（3）用药健康教育：详细为患儿、家属讲解降糖药物作用机制及使用方法，指导其学会皮下血糖检测方法 & 皮下胰岛素注射方法，并下发儿童糖尿病用药健康知识手册，开通电话热线服务，告知家属院外一旦出现任何用药问题，可立即拨打该热线进行咨询，叮嘱家属定时定量监督患儿有效服药，并掌握血糖仪使用方法，对血糖指标进行按时监测及记录。（4）饮食健康教育：依据患儿病情制定个性化饮食计划，告知家属应十分关注患儿饮食结构，多选择易消化及高纤维素含量的食物，尽可能减少对高热量食物的摄入量，还需注意每日补充蛋白质及维生素，适当摄入微量元素等，确保每日营养摄入均衡且热量不超过 1980kcal。（5）运动健康教育：依据患儿病情制定个性化运动计划，若其病情严重，可选择散步及太极等运动；若体重过重，选择促进血糖平衡及利于减重的运动；若病情较轻，可选择慢跑及骑自行车等运动。建议午后运动，运动期间穿着适宜的服装及鞋袜，可适当吃糖或补充食物，防范低血糖，每次建议运动 0.5-1h，并把握好运动强度。

1.3 观察指标

（1）血糖水平：即对患儿护理前后空腹血糖、餐后 2h 血糖及糖化血红蛋白指标进行监测。（2）并发症发生率：即对患儿护理后神经病变、心血管病变、视网膜病变、肾脏病变方面并发症发生情况进行统计。（3）生活质量：即使用 SF-36 量表于护理前后从生理职能、心理职能、情感职能、社会角色维度处方评价患儿生活质量，每个维度均为 100 分，分值高，生活质量高^[7]。（4）患儿依从性及家属认知度：这两项指标均使用本院自制调查表进行评价，均为 100 分，分值达到 65 分时，认为患儿对治疗及护理操作依从，家属基本掌握儿童糖尿病健康知识，且分值越高，患儿依从性越强，家属认知度越高。

1.4 统计学分析

试验数据整理后以 SPSS.23 软件进行统计学分析，计数资料用 χ^2 计算，计量资料用 t 计算， $P<0.05$ ，存在统计学差异。

2. 结果

2.1 血糖水平比较

护理前两组患儿各项血糖指标处于相当水平对比无统计学意义， $P>0.05$ ；护理后研究组患儿各项血糖指标下降程度均明显优于对照组， $P<0.05$ ，见表 1。

表 1 血糖水平比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数 (n)	空腹血糖 (mmol/L)	餐后 2h 血糖 (mmol/L)	糖化血红蛋白 (%)
----	-----------	------------------	-------------------	---------------

		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	26	10.65±2.14	8.26±1.39	14.39±2.80	10.44±1.39	12.68±2.16	9.70±1.01
研究组	26	10.67±2.19	5.50±1.43	14.27±2.43	7.50±1.56	12.50±2.17	7.25±1.26
t	--	0.033	7.056	0.165	7.174	0.299	7.736
P	--	0.973	0.000	0.869	0.000	0.765	0.000

2.2 并发症发生率比较

研究组患儿并发症总发生率的 3.85%明显低于对照组并发症总发生率的 23.08%, $P<0.05$, 见表 2。

表 2 并发症发生率比较[n (%)]

组别	例数 (n)	神经病 变	心血管 病变	视网膜 病变	肾脏病 变	总发生率
对照组	26	2 (7.69)	1 (3.85)	2 (7.69)	1 (3.85)	6 (23.08)

表 3 生活质量比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数 (n)	生理职能		心理职能		情感职能		社会角色	
		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	26	80.36±2.15	85.52±2.28	81.37±2.28	86.16±2.70	79.65±2.17	84.63±2.44	78.50±2.16	85.39±2.52
研究组	26	80.34±2.27	91.27±2.14	81.25±2.26	92.37±2.44	79.60±2.73	90.38±2.73	78.57±2.75	92.73±2.45
t	--	0.032	9.376	0.190	8.701	0.073	8.007	0.102	10.648
P	--	0.974	0.000	0.849	0.000	0.942	0.000	0.919	0.000

2.4 患儿依从性及家属认知度比较

研究组患儿依从性及家属认知度评分指标均明显高于对照组, $P<0.05$, 见表 4。

表 4 患儿依从性及家属认知度比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数 (n)	患儿依从性	家属认知度
对照组	26	76.28±5.24	82.34±4.34
研究组	26	89.67±5.22	94.25±2.25
t	--	9.231	12.422
P	--	0.000	0.000

3. 讨论

本次健康教育措施会自患儿入院后即展开相关护理工作, 会在护理工作中十分注重心理细节, 使患儿可以积极乐观的面对病情及治疗, 形成正确合理的认知, 提高治疗配合度^[8]。且会对患儿进行多方面的健康教育及指导, 确保其健康摄入营养, 科学运动, 养成良好的生活习惯, 更好的控制病情^[9]。同时, 十分注重患儿个体差异性, 会依据其实际病情制定饮食及运动计划, 保障护理措施行之有效^[10]。

本次试验显示: 护理后研究组患儿各项血糖指标下降程度均明显优于对照组, 患儿并发症总发生率的 3.85%明显低于对照组并发症总发生率的 23.08%, 患儿各项生活质量指标升高程度均明显优于对照组, $P<0.05$ 。说明儿童糖尿病患儿在常规护理基础上强化健康教育十分有利于改善病情及预后, 该项措施下将从用药、饮食及运动方面进行详细宣教, 确保患儿严格遵医嘱用药, 遵循健康的饮食及运动习惯, 以辅助药物治疗效果发挥最大价值, 防范高糖饮食等因素影响病情康复, 且会指导患儿及家属有效掌握血糖监测方法等, 将注重对其的心理健康教育, 以端正治疗态度, 自愿遵守有益于身心健康的生活方法, 使之在有效控制病情的基础上, 起到防范并发症, 提高治疗预后及改善生活质量的效果^[11-12]。本次试验显示: 研究组患儿依从性及家属认知度评分指标均明显高于对照组, $P<0.05$ 。强化健康教育可系统化、模块化及全面化对儿童糖尿病患儿、家属进行宣教,

使其有效掌握疾病相关知识及自护技能, 提高健康知识认知度, 且本次健康教育工作中融入了心理护理, 会着重解决患儿治疗不配合及治疗期间负面情绪问题, 这对于更好的管控病情有积极意义。

综上所述, 儿童糖尿病患儿在常规护理基础上强化健康教育利于有效控糖, 降低并发症发生机率, 提高其与家属对此病健康知识的认知度, 增强治疗配合度, 有效控制病情, 改善生活质量, 具有较高临床应用价值。

参考文献:

- [1]吴惠娜,张约婉.系统化健康教育在小儿糖尿病患儿护理中的应用分析[J].糖尿病新世界,2022,25(6): 1-5.
- [2]李舒静.整体护理在小儿糖尿病护理中的临床效果及对生活质量的影响[J].糖尿病新世界,2022,25(2): 156-160.
- [3]项敏.循证护理在小儿糖尿病护理中的应用价值[J].糖尿病新世界,2020,23(19): 119-121.
- [4]苏梅丽.全程健康教育模式在小儿糖尿病护理中的应用价值[J].糖尿病新世界,2020,23(15): 125-126+129.
- [5]郑威,徐雁,董敏琦.系统化健康教育应用于小儿糖尿病患者价值评价[J].糖尿病新世界,2019,22(14): 127-128.
- [6]王亚珍.系统化健康教育在小儿糖尿病患者护理中的应用价值研究[J].糖尿病新世界,2020,23(5): 101-102.
- [7]吴晓丽.探究系统化健康教育对小儿糖尿病患者护理中的应用效果[J].糖尿病新世界,2020,23(4): 151-152.
- [8]朱莉,周芸,张丽,等.多维度健康教育在儿童糖尿病治疗中的应用[J].中国高等医学教育,2020,10(2): 142-143.
- [9]曹敏.系统化健康教育在小儿糖尿病患者护理中的应用效果[J].慢性病学杂志,2019,20(12): 1848-1849.
- [10]陈水燕.系统化健康教育对小儿糖尿病患者护理中的应用效果观察[J].糖尿病新世界,2019,22(21): 125-126.
- [11]房丽丽.健康教育在儿童糖尿病护理中的应用[J].中国医药指南,2019,17(29): 288-289.
- [12]黄志红,杨美云.综合护理应用于小儿糖尿病临床护理的价值体会[J].糖尿病新世界,2019,22(17): 125-126.

身心协调舒适性护理及行为教育对继发性不孕症者焦虑抑郁情绪与分娩结局的影响

燕蕊卿 董琳 (通讯作者)

南京医科大学附属妇产医院(南京市妇幼保健院)腔镜科 江苏南京 210000

摘要: 目的: 探究身心协调舒适性护理及行为教育对继发性不孕患者焦虑抑郁情绪与分娩结局的影响。方法: 选取 2019 年 1 月至 2021 年 8 月于我院收治的 60 例继发性不孕患者作为本次研究的对象, 在患者治疗方式以及一般情况无差别的情况下分为观察组与对照组, 对观察组患者进行身心协调舒适性护理及行为教育干预模式, 对照组患者传统护理干预模式, 对两组患者在治疗两个疗程后对其焦虑评分、抑郁评分、分娩结局以及治疗满意度进行比较。结果: (1) 焦虑评分与抑郁评分比较: 身心协调舒适性护理及行为教育干预模式的患者焦虑评分、抑郁评分相对对照组更低; (2) 分娩结局比较: 身心协调舒适性护理及行为教育干预模式的患者早产率、剖宫率低于对照组, 妊娠成功率高于对照组; (3) 护理满意度比较: 身心协调舒适性护理及行为教育干预模式的患者总体满意程度高于对照组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 对继发性不孕患者采用身心协调舒适性护理及行为教育干预模式可以降低患者焦虑与抑郁水平, 提高患者妊娠成功率以及患者满意程度, 进一步提高患者的社会支持度, 值得临床推广。

关键词: 身心协调; 舒适性护理; 行为教育; 继发性不孕

继发性不孕是指的既往有过生育或者是流产史, 后未采取避孕措施一年以上不孕, 与性生活过早相关, 近些年二胎政策的放开, 发病趋于年轻化与高龄化^[1]。导致继发不孕的因素有: 输卵管因素、子宫因素、排卵障碍、子宫内膜异位症等。继发不孕的检查通常有: 性激素检查、甲状腺功能检查、B 超、宫腔镜检查、输卵管碘油造影等^[2]。很多患者因为反复妊娠失败, 多次检查与手术, 会造成身体与心理不同程度的伤害, 因此不孕症不仅是一种躯体疾病, 也伴随着严重的心理问题, 对于每一个患者, 不孕是一种严重的身心疾病^[3]。基于此, 本研究旨在身心协调舒适性护理及行为教育, 对我科子宫因素、输卵管因素造成的继发不孕患者导致的焦虑抑郁情绪, 与分娩结局的影响, 其目的在于帮助医护人员为患者提供尽可能优化的医疗护理方案, 提高继发性不孕患者怀孕率与正常分娩率。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 1 月至 2021 年 8 月于我科收治的 60 例女性原因造成的继发性不孕患者作为本次研究的对象。观察组: 女性 30 例, 年龄 25~38 岁, 平均 (33.75 ± 4.26) 岁, 其中子宫纵隔 5 例、子宫腔粘连 6 例、子宫内膜异位症 3 例、子宫内膜息肉 5 例、输卵管梗阻 4 例、输卵管积水 7 例。对照组: 女性 30 例, 年龄 24~39 岁, 平均 (33.97 ± 4.02) 岁, 其中子宫纵隔 3 例、子宫腔粘连 8 例、子宫内膜异位症 2 例、子宫内膜息肉 2 例、输卵管梗阻 8 例、输卵管积水 7 例。两组研究对象的年龄、文化程度、职业、病种、家庭年收入等基本资料相互比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入与排除标准^[4]

纳入标准: (1) 均确诊为继发性不孕症患者; (2) 年龄 ≥ 18 岁女性; (3) 有正常的认知能力。

1. 排除标准: (1) 伴有严重的精神系统、免疫系统、心血管系统、内分泌等系统疾病者; (2) 不能耐受治疗而中途退出的患者。

本研究参与研究对象均签署知情同意书, 并经过医院伦理委员会批准。

1.3 研究方法

按照随机数字表法将研究对象分为观察组与对照组, 观察组患者实施身心协调舒适性护理及行为教育干预模式, 对照组患者则实施传统护理干预模式。

身心协调舒适性护理及行为教育:

1.3.1 身心协调舒适性护理

1. 疗“心”护理: 继发性不孕患者往往伴有焦虑、抑郁以及精神压力过大等现象。产生心理问题的病人需要接受心理护理。在实施心理护理时应根据每个病人的具体心理反应因人、因病、因时而异地进行。病人的反应可能是千奇百怪, 要在了解病人病情、个性特征、心理感受等情况的基础上进行评估判断。同时高度关注患者病情进展, 治疗过程中密切的观察监护既有利于病情的掌握, 也体现出对病人的高度关注, 同样也能起到心理支持的作用^[5]。

1.3.2 行为教育

1. 饮食教育: 饮食规律、营养均衡, 多吃新鲜蔬菜、水果, 多吃富含蛋白质、维生素和矿物质的食物。

2. 戒烟教育: 男女双方吸烟, 都可以减少怀孕的可能性。吸烟还降低了生育治疗的可能效果。在吸烟女性中流产更为常见。吸烟会增加男性勃起功能障碍和精子数量减少。因此指导患者备孕前戒烟至少半年以上。

3. 戒酒教育: 对于女性, 在怀孕或怀孕期间没有安全的饮酒水平, 可能会导致不孕。对于男性, 大量饮酒会减少精子数量和运动能力。因此指导患者备孕前戒酒至少半年以上。

4. 体重管理教育: 不健康的生活方式和超重, 体重过低均可能会增加不孕风险。对于男性, 超重也可能影响精子数量。备孕前指导患者控制体重在合理范围。

1.4 观察指标

(1) 焦虑评分与抑郁评分量表: 采用焦虑自评量表 (SAS) 评估^[6], 对两组患者的生活质量进行评分, 评定患者的主观感受。抑郁评分采 SDS 抑郁自评量表进行评价 SDS 抑郁自评量表, 美国教育卫生部推荐用于精神药理学研究的量表之一。SDS 主要适用于具有抑郁症状的成年人, 它对心理咨询门诊及精神科门诊或住院精神病人均可使用。(2) 分娩结局: 对妊娠成功率、早产率、剖宫率进行统计并做比较。(3) 满意度: 采用自制的问卷对患者的生活舒适度、病情评分、环境等对护理质量进行评分^[6]。

1.5 统计学方法

采用 SPSS20.00 统计软件进行统计处理。计量资料以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示、计数资料以例数 (n)、百分比 (%) 表示, 采用 t 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者生活质量评分比较

在护理后, 观察组焦虑评分均优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者护理前后抑郁与焦虑评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时期	焦虑评分	抑郁评分
观察组 (n=30)	护理前	49.77±5.16	55.26±5.26
	护理后	20.13±5.76 ^{##}	44.23±3.26 ^{##}
对照组 (n=30)	护理前	49.79±5.20	55.27±5.27
	护理后	27.89±4.26 [*]	50.66±2.23 [*]

注: 与本组护理前比较, $P < 0.05$; 与对照组护理后比较, $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者妊娠结局比较

在治疗后, 观察组患者妊娠成功率高于对照组、早产率、剖宫率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者妊娠结局比较 (n, %)

组别	妊娠成功率	早产率	剖宫率
观察组 (n=30)	27 (90.00%)	4 (13.33%)	5 (16.6%)
对照组 (n=30)	18 (60.00%)	7 (23.33%)	8 (26.66%)
χ^2	5.263	3.012	3.264
P	0.030	0.049	0.048

2.2 两组患者治疗满意度

在治疗后, 观察组治疗满意度优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者护理前后生活质量评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	生活舒适度评分	病情评分	社会环境评分
观察组 (n=30)	84.77±5.77	79.56±5.85	89.26±5.12
对照组 (n=30)	62.56±6.89	72.36±5.33	72.56±5.84
t	9.776	3.953	4.236
P	0.009	0.048	0.039

3 结论

现在女性压力较大, 加上生育年龄普遍推迟, 尤其二胎母亲, 随着生

育年龄增长, 生育能力明显下降。而曾有过妊娠史, 异位妊娠史, 人工流产史或宫腔手术操作史, 或曾经有过盆腔感染史, 内膜异位症, 是导致不孕的非常重要原因。还有些不孕是免疫因素导致, 如抗精子抗体阳性, 需要通过相关检查明确病因。有些不明原因的不孕通过辅助生殖手段达到怀孕目的, 畸胎率高^[7-8]。使得继发性不孕的发病率进一步提高, 继发性不孕的危害性极大, 对患者的心理、家庭乃至社会都会产生一定影响, 因此患者在确诊以后一定要及时给予针对性治疗, 部分继发性不孕的治疗难易性与患者的病情情况有关, 而正确的护理方式, 可以有效的提高患者的认知度, 达到正确的认知, 才有可能让患者以轻松平和、积极健康并且正确的心态面对疾病, 提高怀孕率^[9]。

本研究发现, 对继发性不孕患者采用身心协调舒适性护理及行为教育干预模式可以降低患者焦虑与抑郁水平, 提高患者妊娠成功率, 降低早产率、剖宫率, 患者满意度提高, 并进一步提高患者的社会支持度, 值得在临床应用。

参考文献:

[1]Lei A, You H, Luo B, Ren J. The associations between infertility-related stress, family adaptability and family cohesion in infertile couples. Sci Rep. 2021 Dec 20; 11 (1): 24220. doi: 10.1038/s41598-021-03715-9. PMID: 34930989; PMCID: PMC8688530.

[2]Romeiro J, Caldeira S. The Human Responses and Nursing Diagnoses of Those Living With Infertility: A Qualitative Systematic Review. Int J Nurs Knowl. 2019 Jul; 30 (3): 173-189. doi: 10.1111/2047-3095.12223. Epub 2018 Oct 25. PMID: 30362270.

[3]王淑君.继发性不孕患者中应用个性化心理护理的疗效观察[J].实用临床护理学电子杂志,2017,2 (48): 110-111.

[4]韩俏英,李蕾.继发性不孕症患者的心理特征及护理对策[J].护理实践与研究,2009,6 (10): 118-119.

[5]王芳,朱小存,陶巧建,陆梅,唐昊.子宫内异位囊肿腹腔镜剥除术后继发性不孕的危险因素分析[J].安徽医学,2021,42 (01): 59-62.

[6]Dube L, Nkosi-Mafutha N, Balsom AA, Gordon JL. Infertility-related distress and clinical targets for psychotherapy: a qualitative study. BMJ Open. 2021 Nov 9; 11 (11): e050373. doi: 10.1136/bmjopen-2021-050373. PMID: 34753757; PMCID: PMC8578979.

[7]Romeiro J, Caldeira S, Brady V, Timmins F, Hall J. Spiritual aspects of living with infertility: A synthesis of qualitative studies. J Clin Nurs. 2017 Dec; 26 (23-24): 3917-3935. doi: 10.1111/jocn.13813. Epub 2017 Jun 28. PMID: 28329409.

[8]方庆霞,车葵,隋娟,陈瑞雪.陈瑞雪治疗人工流产后继发性不孕的临床经验[J].中国中医基础医学杂志,2021,27 (11): 1831-1833.D01: 10.19945/j.cnki.issn.1006-3250.2021.11.033.

[9]Swift A, Reis P, Swanson M. Infertility-related stress and quality of life in women experiencing concurrent reproductive trauma. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2022 Jun; 43 (2): 171-176. doi: 10.1080/0167482X.2021.2008901. Epub 2021 Dec 15. PMID: 34907847.

PDCA 循环法应用于急性心梗患者护理的干预

¹ 费晓棠 通讯作者: 汤晓南

青岛市市南区人民医院 山东青岛 266000

摘要: 目的: 研究 PDCA 循环法应用于急性心梗患者护理的干预效果。方法: 以本院收治 106 例急性心梗患者随机分组, 对照组 (n=53) 常规护理、观察组 (n=53) PDCA 循环法护理, 观察护理效果。结果: 护理后 LVEF、LVEDD 等心功能指标, 观察组改善效果更优 ($P<0.05$); 护理后 HAMA、HAMD 评分, 观察组更低 ($P<0.05$); 并发症发生率观察组更低, 护理效果、护理内容等满意度评分观察组更高 ($P<0.05$)。结论: PDCA 循环法应用于急性心梗患者护理的效果较佳, 对改善心功能, 减轻负面情绪, 减少并发症发生均有积极作用。

关键词: 急性心梗; PDCA 循环法; LVEF; HAMA; 并发症

急性心梗为临床常见急诊, 具有发病急、病情重、死亡率高等疾病特点, 严重威胁人类生命健康, 降低患者生活质量, 需积极救治^[1]。同时, 研究发现, 在急性心梗治疗中, 因其病情复杂、进展快, 单纯治疗较难控制病情, 还需有效护理干预, 以促使病情恢复、转归, 减少并发症发生, 改善预后, 提升患者生存质量^[2]。鉴于此, 此次研究, 对本院部分患者给予 PDCA 循环法护理干预, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

以本院 2019 年 3 月-2022 年 1 月收治 106 例急性心梗患者随机分组, 对照组、观察组各 53 例。两组一般资料差异不显著 ($P>0.05$), 见表 (1)。

表 (1) 两组一般资料比较

组别	例数	男/女	平均年龄 (岁)	发病至入院 时间 (h)
观察组	53	33/20	49.58±6.33	3.16±0.15
对照组	53	32/21	49.60±6.30	3.15±0.12
χ^2/t		0.039	0.016	0.379
P		0.842	0.494	0.353

1.2 入选和排除标准

入选标准: (1) 均确诊急性心梗。(2) 发病至入院时间 $<7h$ 。(3) 临床资料完善。(4) 本院伦理委员会批准。(5) 患者知情研究, 签署同意书。

排除标准: (1) 精神疾病者。(2) 合并传染性疾病者。(3) 合并恶性肿瘤者。(4) 凝血障碍者。

1.3 方法

对照组常规护理。主要内容为入院即刻开展心梗急救, 结合患者实际病情, 给予抗凝、溶血治疗, 加强心率、生命体征监测, 谨遵医嘱用药干预, 密切留意病情变化, 发现异常, 及时上报医师处理。

观察组 PDCA 循环法护理, 主要内容如下。(1) 计划阶段。结合患者年龄、性别、临床症状、用药、心理、认知等状况, 建立健康档案。找出潜在危险因素, 询问并调查护理需求, 结合患者实际病情及医院实际状况, 计划科学护理方案, 最终商讨决定, 以改善患者心功能, 减轻负面情绪, 减少并发症发生为护理目标。(2) 实施阶段。1) 环境护理。待患者抢救成功, 转至普通病房后, 需保障环境干净卫生外, 还需在门口贴“保持安静”等标识牌, 避免吵闹环境引起患者心情烦躁, 导致心率波动较大, 影响心功能。同时, 每日严格控制病房探视量, 保障患者能得到较好休养, 保障睡眠质量。此外, 护理人员执行相关护理操作时, 尽量动作轻柔, 言语温和, 避免患者情绪激动、烦躁。2) 疼痛护理。护理期间, 准确评估患者疼痛部位、性质、持续时间及伴随症状, 24h 床边心电图监护。绞痛发作时, 即刻嘱咐患者停止相关体力活动, 静卧休养, 谨遵医嘱用药。为减轻患者疼痛, 还可给予持续低流量吸氧干预, 增加心肌氧供, 改善心功能, 同时, 给予硝酸甘油减轻缺血与疼痛。3) 心理护理。护理期间, 需重视患者心理变化, 注重心理护理, 避

免患者紧张、焦虑负面情绪诱发心肌耗氧量增加, 加重胸痛症状。心理护理期间, 可先协助患者进行角色转换、调整, 帮助患者适应患者角色, 正确看待自身疾病。待患者情绪稳定后, 可鼓励患者进行深呼吸、回想开心快乐回忆, 聆听喜爱音乐、看喜爱书籍等, 转移对疾病注意力, 减轻内心焦虑感。还可介绍国家医保优惠政策, 减轻因经济带去的心理压力。同时, 充分发挥家庭力量, 让家庭共同参与护理, 给予患者帮助与关心, 利于患者保持良好心态, 顺利度过危险期, 稳定病情。4) 健康宣教。待患者意识清醒, 病情稳定后, 对患者开展健康宣教。采取床旁口头健康宣传形式, 为患者介绍急性心梗发病诱因、临床表现、治疗手段等相关知识, 便于患者正确认识自身疾病。同时, 强调积极防治高血压、高血脂及糖尿病等基础疾病对预防心肌梗死再发作重要性, 提升患者重视程度。再者, 告知患者治疗期间及预后需戒烟限酒, 积极控制冠心病其他危险因素发生, 利于改变患者不良生活习惯, 减少急性心肌梗死发生率, 改善预后, 提高生活质量。5) 饮食干预。治疗期间, 需加强患者饮食护理干预。在清淡、多蛋白、易消化饮食原则上, 在不影响病情前提下, 可按照患者饮食习惯, 制定科学食谱, 一来利于刺激患者食欲, 另外还利于减轻患者抵触情绪, 促使患者更快康复, 注意告知患者切忌饱餐, 一般 7 分饱适宜, 避免加重心脏负担。同时, 鼓励患者多食入猕猴桃、火龙果、香蕉等维生素含量丰富, 且利于排便水果, 促使肠胃排泄, 保障大便通畅。此外, 还需嘱咐患者, 大便时切忌过度用力, 屏气用力, 避免心脏破裂、病情加重。必要时可鼓励患者饮用适量蜂蜜, 保持大便通畅。6) 并发症预防护理。护理期间, 密切监测患者心率、血压等生命体征, 及时发现心率与心律变化, 预防心律失常发生。同时还需观察患者是否存在呼吸困难、颈静脉怒张、心率加快等心力衰竭症状。详细记录 24h 出入量, 控制输液速度, 发现异常, 即刻处理, 预防心力衰竭发生。并积极准备好急救药品及设备, 保障随时可准备抢救, 提升患者生存质量。7) 康复指导。待患者病情稳定后, 可对患者积极开展康复指导。如可指导患者适量运动, 按照由近到远原则, 逐渐从床边缓慢行走至门口, 一般每次锻炼 10~15min, 每日 2 次, 促使患者更快康复。并制定个性化教育手册, 内容涵盖用药、生活、饮食、康复等方面内容, 分发给患者, 叮嘱患者参照教育手册内容认真完成, 改善预后。8) 出院指导。患者病情好转, 出院前, 除耐心协助患者及其家属完成各项出院资料办理外, 还需告知患者出院后注意事项, 来院复查时间。并留取患者电话、微信等联系方式, 定期进行电话回访, 观察患者机体恢复情况。并建立病友微信交流群, 定时在群中发放急性心梗相关护理知识, 并定时回答患者疑惑, 便于患者自我施护, 互相分享护理治疗经验, 提升生活质量。(3) 检查阶段。护理期间, 每周开展护理会议, 护士长对护理工作中出现的问题详细记录, 并加强查房, 询问患者及家属意见和建议。护理人员再详细记录护理过程实施中存在的问题和不足, 便于改进。(4) 处理阶段。总结护理过程中成功经验, 并积极再次应用于临床。再依据上一阶段存在的问题, 及时查找原因, 针对性改进, 将存在的问题, 带入下一次 PDCA 循环中, 直至问题解决, 保障护理质量。

1.4 观察指标

(1) 观察心功能。护理前后应用心电图检查 LVEF (左室射血分数)、LVEDD (左室舒张末期内径)。

(2) 观察 HAMA、HAMD 评分。护理前后采取焦虑、抑郁量表 HAMA、HAMD 评估心理状态。

(3) 观察并发症发生率。

(4) 观察护理满意度评分。采取本院自制, 共四项, 每项满分 25 分。

1.5 统计学分析

统计学软件 SPSS 22.0 处理数据, 计量/计数资料以 ($\bar{x} \pm s/n, \%$) 表示, 分别用 t、 χ^2 检验, 组间差异显著 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 心功能比较

护理前, 相关心功能指标组间比较差异不显著 ($P > 0.05$); 护理后, 观察组改善效果均更优 ($P < 0.05$), 详见表 1。

表 1 心功能比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	LVEF (%)		LVEDD (mm)	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	53	34.26±2.15	52.18±5.16	61.25±6.15	40.19±2.13
对照组	53	34.28±2.11	40.33±1.15	61.26±6.20	51.22±3.16
t		0.048	16.318	0.008	21.071
P		0.481	0.000	0.497	0.000

2.2 HAMA、HAMD 评分比较

护理前, HAMA、HAMD 评分差异不显著 ($P > 0.05$); 护理后, 观察组均更低 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 HAMA、HAMD 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	HAMA		HAMD	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	53	19.64±2.07	6.18±0.11	18.77±1.14	5.14±0.08
对照组	53	19.65±2.04	7.05±0.32	18.79±1.11	6.95±0.77
t		0.025	18.718	0.092	17.021
P		0.490	0.000	0.464	0.000

2.3 并发症发生率比较

较之对照组, 观察组并发症发生率更低 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 并发症发生率比较 (n, %)

组别	例数	心律失常	心力衰竭	感染	并发症发生率 (%)
观察组	53	1 (1.89)	0 (0.00)	1 (1.89)	2 (3.77)
对照组	53	5 (9.43)	1 (1.89)	3 (5.66)	9 (16.98)
χ^2					4.970
P					0.258

2.4 护理满意度评分比较

较之对照组, 观察组对护理效果、护理内容、护理服务态度、护理流程等满意度评分更高 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 护理满意度评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	护理效果	护理内容	护理服务态度	护理流程
观察组	53	23.15±1.08	22.64±0.78	23.99±0.76	23.83±1.03
对照组	53	21.08±0.44	20.06±0.17	21.04±0.63	20.11±0.78
χ^2		12.922	23.528	21.755	20.961
P		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

急性心梗为急诊科常见疾病, 主要原因为患者机体心肌细胞发生持续性缺血诱发的坏死症状, 以发热、胸骨后疼痛为典型症状, 严重威胁患者生命安全^[3]。因此, 一旦发生, 需即刻抢救, 最大程度提升患者生活质量, 改善预后, 促使患者病情恢复。

但随着临床对急性心梗深入研究发现, 该病发生、发展与患者心理因素还有一定影响, 因此, 加强该类患者心理护理干预意义重大。而常规护理, 多是对症对患者实施护理干预, 较为忽略心理问题, 不利于病情稳定。鉴于此, 此次研究, 对本院观察组给予 PDCA 循环法护理, 研究结果显示, 较之对照组, 观察组护理后 HAMA、HAMD 评分更低 ($P < 0.05$), 可知该护理模式更注重患者心理变化, 分析原因, 多是实施阶段给予患者心理护理干预结果, 能及时疏导患者负面情绪, 稳定病情^[4]。对该护理措施进行进一步分析, PDCA 循环法为质量控制管理模式, 主要包含四个阶段, 即计划、实施、检查、处理, 最终目的为规范患者行为, 使其正确认识自身疾病, 养成良好健康习惯, 促使疾病转归, 减少不利于病情恢复的不利因素发生, 改善预后。且通过实施该护理方法, 能及时发现护理中存在的问题, 针对性进行改进, 最大程度保障护理服务质量, 稳定患者病情同时, 提升患者自护能力^[5]。分析内容。首先通过计划阶段, 能明确护理目标, 保障护理措施针对性、高效开展, 最大程度满足患者护理需求。进入实施阶段。先通过环境护理, 能提供给患者较好休养环境, 避免情绪激动、加快心率, 影响心功能。接下来进行疼痛护理, 能快速缓解患者疼痛, 降低心肌耗氧量, 对提升患者心功能有积极作用。研究结果显示, 较之对照组, 观察组护理后 LVEF、LVEDD 等心功能指标改善效果更优 ($P < 0.05$), 可知 PDCA 循环法护理利于心功能改善, 稳定患者病情。再进行健康宣教, 能提升患者对疾病知晓度、对护理重视度, 能最大程度规避诱发急性心梗的危险因素, 避免急性心梗再次发生, 能有效减轻患者痛苦。通过饮食干预, 能预防便秘诱发的心脏负荷增加, 对保护心脏有积极作用^[6]。而并发症预防护理, 能及时发现心律失常、心力衰竭先兆症状, 尽早干预, 降低并发症发生, 也利于降低院内感染发生, 利于患者更快康复出院。研究结果显示, 较之对照组, 观察组并发症发生率更低 ($P < 0.05$), 可知观察组护理方案能积极预防并发症发生, 改善预后, 能获取患者最大满意度。研究结果显示, 较之对照组, 观察组护理效果、护理内容、护理服务态度、护理流程等满意度评分更高 ($P < 0.05$), 可知 PDCA 循环法确能满足患者护理需求, 获取患者满意度, 利于护患关系和谐。最后再进行康复指导、出院指导, 进一步巩固治疗、护理效果, 规范患者健康行为, 稳定病情。遂进入检查阶段、处理阶段, 能及时发现护理中存在的问题, 针对性改进, 对保障护理质量, 优化治疗效果方面发挥显著作用。

综上, PDCA 循环法应用于急性心梗患者护理的效果较佳, 对改善心功能, 减轻负面情绪, 减少并发症发生均有积极作用。

参考文献:

- [1] 高迪, 钱梅. 探究 PDCA 循环护理对急性心梗患者护理的临床效果[J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2020, 15 (1): 141-142.
- [2] 席婷, 姬学光, 孙红梅. 基于 PDCA 循环管理模式的个性化护理在急性心肌梗死患者中的护理效果观察[J]. 贵州医药, 2022, 46 (1): 162-163.
- [3] 黄晓, 傅瑜, 樊东升. 运用 PDCA 循环法优化急性缺血性脑卒中患者静脉溶栓院内流程的效果分析[J]. 中国现代医学杂志, 2021, 31 (16): 75-77.
- [4] 冯妙林, 谭彩霞. PDCA 循环在急性心肌梗死患者院前急救护理中的应用[J]. 武警后勤学院学报 (医学版), 2021, 30 (4): 48-51.
- [5] 张俐, 郝宗邢, 邢永生. PDCA 循环在心肌梗死患者支架植入术后 CCU 护理管理中的应用[J]. 检验医学与临床, 2021, 18 (24): 3544-3546, 3550.
- [6] 邱玉. 全程康复运动护理模式对急性心肌梗死经皮冠状动脉介入治疗术后患者心肺功能的影响[J]. 中国药物与临床, 2021, 21 (3): 543-545.

妇产科超声联合检查方式与图像效果探讨

徐丽英

滦州市妇幼保健计划生育服务中心 河北滦州 063700

摘要：目的 分析妇产科超声联合检查方式与图像效果，并思考不同检查方式的优缺点。方法 筛选出本院妇产科在 2019/1-2020/1 期间接收的 4 例患者，对其相继采用经腹部超声技术（英文简称是 TAS）、阴道超声技术（英文简称是 TVS）进行检查，然后分析两种检查技术的图像信息，并展开对比。结果 TAS 能够获得相对广阔的视野，并且探测深度也比较理想，不过需要患者保持膀胱充盈状态；TVS 可以让子宫及其附件等处于一个相对自然的状态中，捕捉到的图像信息更加详细与具体，不过其图像视野有限。结论 将 TAS 和 TVS 这两种超声检查技术进行联合应用，可以逐步扩大超声图像的辐射面，由此能够捕捉到更加丰富的图像信息，对实现临床疾病的精准诊断与分析等带来支持与帮助。

关键词：妇产科；超声联合检查方式；图像效果

引言：现今，在妇产科疾病的临床检查中，超声检查技术的应用是非常广泛的，其存在非常高的检查率与准确率，针对一些疑似病例来说，如果对其实施超声诊断检查的话，能够尽早给出诊断结果，为患者争取最早的治疗实际等带来帮助，避免患者出现延误治疗等问题。当然，在选择妇产科疾病超声检查与诊断的过程中，对于临床检查医生来说，一定要拥有清晰的思路，同时还必须要灵活性地了解及掌握不同超声诊断仪的应用特征与优缺点，在对患者进行临床检查的过程中必须要结合患者的临床病史、临床表现等科学选择最理想的检查方法。而且还需要积累丰富的临床经验，方可科学、有效地调整仪器参数，由此能够避免一些伪像等因素的影响，从而获得更加清晰与完整的图像检查结果。按照其操作路径的差异性进行分类，主要有两种：TAS 与 TVS。对于 TVS 而言，将其与 TAS 相对比，其探头频率比较高，而且分辨率也显著提升，由于探头距离靶器官非常近，所以能够避免受到腹壁厚度、膀胱充盈度、肠道气体等因素的干扰，针对后位子宫、宫腔内组织异变、卵巢中小占位等方面的图像信息显示更为清晰、具体一些。对此，在临床检查过程中，大部分妇产科医生会建议患者选择 TVS。不过，通过临床长期的实践及研究，TVS 的确是比 TAS 更为优秀及理想吗？关于这个问题，笔者结合实际临床研究对其展开探讨与对比，相关内容如下。

一、资料及方法

（一）常规资料

筛选出本院妇产科在 2019/1-2020/1 期间接收的 4 例患者，其年龄范围是在 33-50 岁之间，中间值是（42.25±3.02）岁。根据其临床特征对其相关信息进行整理，然后指导患者根据实际情况选择 TAS 与 TVS 技术进行疾病检查。具体见表 1 介绍。

表 1 病患临床表现及实验室检查结果

病例	年龄	临床特征	停经史	尿 HCG
病患 1	48	没有异常（绝经后取环）	无	没有检查
病患 2	35	下腹部胀痛，阴道流血	有	呈（+）性
病患 3	49	下腹部胀痛	有	呈（-）性
病患 4	33	下腹部痛	无	没有检查

（二）仪器与方法

选择 GE VOLUSON 730 PROV 超声诊断仪对患者进行检查，其阴道探头频率在 5-9MHz 范围内，腹部探头在 3-3.5MHz 范围内。检查过程中要求病患把膀胱内的尿液完全清空，指导患者选择截石位，完全暴露会阴部位，然后把阴道超声探头插入阴道中，靠近靶器官，在阴道中实施横切面、纵切面、半环形等不同方位的扫描与检查，由此能够清晰地观察子宫及其附近组织变化，然后还需要通过腹部探头在腹部进行横切面、纵切面、扇形等不同方位的扫描与检查，方可逐步扩大检查视野与深度，由此能够更加全面、清晰、完整的显示腹部、盆腔等具体图像信息。

值得注意的是，在对患者进行腹部超声检查之前，必须要督促患者多

饮水，方可保障膀胱处于充盈状态中。在对患者实施阴道超声检查之前，则需要提前告知患者把尿液排出，或者可以预留少许尿液。

二、结果

具体见表 2。

表 2 病患超声联合检查声像图信息整理

病例	年龄	TAS 图像提示	TVS 图像提示	TAS+TVS 图像提示
病患 1	48	绝经期子宫；宫内节育环	子宫肌瘤；宫腔中存在积液	绝经期子宫，宫内节育环，子宫肌瘤，宫腔中出现少许积液
病患 2	35	子宫右上方出现混合型包块；子宫直肠窝积液明显	子宫肌瘤，内部结构清晰；子宫直肠窝积液	宫外妊娠破裂 子宫肌瘤
病患 3	49	多发性子宫肌瘤，其位置比较明确	子宫肌瘤，内部结构清晰；解剖位置不清晰	多发性子宫肌瘤
病患 4	33	腹部存在不均质包块回声，13.3cm*9.5cm-14.3cm	子宫肌瘤，内部结构清晰；并未显示中腹部包块	腹膜后包块，子宫肌瘤

三、讨论

在妇产科疾病的临床检查中，超声检查技术的应用是相当常见的，其通常有两种：TAS 与 TVS。TAS 一般能够获得大范围的视野，不过必须要确保患者的膀胱处于充盈状态中。TVS 无需充盈膀胱，则能够确保子宫及其附件等处于一个相对自然的状态中，由此能够捕捉到更加具体、清晰的信息，不过其检查视野有限。如果将这两个技术进行联合应用的话，则能够大部分地提升超声信息的覆盖率，为增强临床检查结果的精准性等带来帮助。

例 1：对于患者 1 而言，她年龄是 48 岁，由于绝经原因来医院取环，通过腹部超声技术进行筛查，只是显示已经在不断萎缩的子宫轮廓，宫腔内发现节育环声影，并且也显示两侧附件区声像。通过初步检查，可以诊断是绝经期子宫，宫内节育环。在检查期间，病患告知医生之前患有子宫肌瘤，不过通过腹部超声进行检查并未发现任何异常，探究其原因，或许是因为患者已经处于绝经期，体内雌激素含量明显减少，子宫肌瘤已经在不断萎缩，而且由于腹部超声技术存在一定的局限性，因为受到腹壁厚度、膀胱充盈程度等因素的干扰，导致图像显示结果不够清晰，极易出现漏诊或者误诊等问题。对此，医生建议选择 TVS 技术进行检查，后发现子宫肌瘤有 2 个低回声结节，其大小在 1.5cm*0.8cm、0.8cm*0.5cm 左右；并且在宫腔中发现少许积液。通过这一例患者的超声检查结果能够看出，基于负荷超声波发射距离要求等前提下，TVS 技术由于具备高频优势，所以其获得的图像更为清晰与完整一些，所以应该将 TVS 看作是一个首选检

查方法^[1]。

例2: 对于患者2来说, 其年龄在35岁, 由于腹部疼痛、阴道流血等临床症状而来院接受检查, 之前存在停经史, 通过尿HCG检查发现结果呈阳性, 利用TVS技术进行检查, 只是捕捉到相对清晰的子宫肌瘤声像、子宫直肠凹积液等, 结合患者的临床症状发现其与医生高度怀疑的“宫外孕妊娠破裂”的诊断结果并不一致。对此, 则建议患者选择TAS技术, 其中其探头频率在3.0-3.5MHz范围内, 在子宫右上方发现一个混合型包块回声, 并且右侧髂窝也显示无回声区, 这对于患者接受下一步的临床治疗提供参考与借鉴。通过分析其原因, 则是由于TVS技术的探头频率比较高, 具备较强的穿透性, 它能够更加清晰地显示深度在9cm以内的理想信息, 但是远场显示效果不够清晰与完整。对此, 利用TVS技术我们只能发现周围的子宫肌瘤声像、子宫直肠凹积液, 但是这一位患者的重要问题是子宫右上部混合型包块与右髂窝积液等。考虑到检查距离偏远, 高频超声波不能够成功抵达, 所以图像显示不够清晰。此时必须要联合TAS技术, 方可更加清晰、完整地显示出检查结果, 确保患者的临床检查信息更加完整与准确。

例3: 对于患者3来说, 她是一位多发性子宫肌瘤病患, 采用TVS技术尽管可以清晰地显示出肌瘤内部组织回声, 但是由于其数量较多, 体积庞大等, 其中, 最大体积是5.0cm*4.8cm*4.8cm, 最重要的是大部分集中在浆膜下, 完全超过了TVS技术的检查范围。所以子宫肌瘤等相关病灶的具体生长位置及周边情况等都不能够清晰、完整地显示出来。但是选择了TAS技术之后, 它能够进行扇形方位的深部检查, 促使检查视野大大扩大, 同时还能够对线阵的浅表面积进行信息显示, 所以, 能够捕捉到一些体积偏大的子宫肌瘤。特别是在浆膜下肌瘤也能够利用这一技术进行完整显示, 所以, 这一位患者利用TAS能够获得一个更加立体、完整的空间结构^[2-3]。

例4: 对于患者4来说, 其年龄是33岁, 由于下腹部胀痛等原因而来院接受检查, 通过TVS进行检查, 只发现相对规则的子宫轮廓, 其肌层存在低回声结节, 也发现了节育环声影、两侧附件区声像等。通过初步诊断, 则认定是子宫肌瘤声像图。在进行临床检查期间, 病患多次指出下腹部疼痛明显, 不过TVS获得的影像信息和患者的临床主诉不一样, 此时能够看出TVS技术的局限性, 对此医生建议选择3.0-3.5MHz变频探头进行补充性地筛查, 其能够进行深部视野扩充, 从而获得浅表大面积的显示结果, 由此能够看到腹盆腔的所有角落, 特别是位置非常高的病变区域, 能够对其形态、方位、病灶内回声及其周围关系等进行一个更加自然、完整的检查。利用TAS技术进行检查, 发现病患的腹部出现一个不均质低回声团, 其大小是在13.5cm*9.5cm*14.3cm左右, 分界线相对清晰, 利用CDFI能够发现一些短棒样血流信号等。考虑到这一不均质包块是在中腹部的位置上, 和子宫有着一定的分界线, 对此, 我们可以初步怀疑这是腹膜后包块, 而且由于腹膜后包块的来源及类型比较复杂且丰富, 在对其进行病理结构分析的过程中, 也是非常繁琐与复杂的, 超声声像图不具备一定的特异性, 所以医生建议患者进一步接受临床检查^[4-5]。

按照相同的检查思路来看, 这对于一些黄体破裂病患来说, 也是如此。由于TAS和TVS技术在结合应用的过程中, 能够达到互相补充等目的。所以, 腹部超声图像对于一些盆腔较深部位出现轻微病变问题来说, 往往很容易遗漏, 导致其信息观察模糊, 但是这一点对于TVS技术来说, 则是能够补充和改善的。例如: 采用TVS可以发现近场诸如附件周围的混合型包块, 但是TAS则能够发现远场诸如腋下、肝肾、脾胃等是否出现积液等问题^[6-8]。另外在实际操作中, 我们应该注意, 如果选择腹部超声检查的话, 整个操作步骤相对便捷, 不会受到患者婚否状态的影响和限制, 所以其在临床中的普及率是非常高的, 另外, 其在扇形深部扫描过程中能够获得开阔视野, 而且还能够在在线阵浅表图像显示中能够获得较大面积等, 这些优势备受医患的欢迎, 能够由此获得更加理想的图像检查结果。不过对于一些皮下脂肪层比较厚、瘢痕腹壁等之类的病患来说, 选择这一检查技术的检查结果并不理想, 此时不建议选择TAS技术。但是对于阴道超声检查技术来说, 它能够让探头和病变位置或者器官等进行直接接触, 或者

实现近距离的检查, 从而获得更加理想的图像信息, 这对于充分显示病灶结构等带来很大帮助, 特别是对于宫外孕妊娠疾病的初期诊断、肿瘤定性等方面的检查来说, 应用优势是非常明显的^[9-11]。

值得注意的是, 在进行妇产科超声检查的过程中, 也存在其它的检查方法, 例如: 经会阴超声、经直肠超声、经宫腔超声等。对于经会阴超声技术来说, 它主要是用来观察宫颈、子宫下段、低置胎盘等等形态及结构特征, 患者不需要充盈膀胱; 对于经直肠超声技术来说, 它一般适用于各种妇科手术的引导; 对于经宫腔超声来说, 主要是用来诊断宫腔内病变, 例如: 子宫内膜癌、子宫内膜息肉等。当然, 在临床上对患者实施超声检查的过程中, 也是有一定的操作要求的, 检查医生必须要确保思路清晰, 一般来说, 必须要一边操作, 一边询问, 一边思考, 最大化地发挥检查仪器的优势。对此在这方面是有三个方面的要求: ①确保检查思路清晰; 客观性地了解不同检查技术的优缺点; ②全面了解不同超声仪器的特点, 并结合患者的实际情况灵活性地调整其参数, 力争确保图像信息更加清晰与完整, 避免伪像等因素的影响及干扰; ③对于临床检查医师来说, 一定要具备丰富的临床经验与专业知识, 而且还需要具备整体观, 能够结合病患的临床病史、临床表现及实验室检查结果等, 科学、有效地选择综合性检查方法^[12-15]。

总而言之, 对于妇产科患者的疾病检查来说, 在进行操作中是可以考虑选择联合检查技术的, 由于单纯的任何一种检查技术都可能会出现漏诊或者误诊等问题。但是如果联合多种超声检查技术, 则能够实现多层面、多方位、多立体的超声信息综合叠加, 方可成功地发现患者的病因。所以, 现今在妇产科疾病的超声检查技术中, 联合检查技术的应用具备较强的临床价值, 值得在一线广泛推广及应用。

参考文献:

- [1]杨萍. 探究妇产科急腹症患者治疗中腹部超声联合阴道超声的检查效果[J]. 2020.
- [2]艾亚静. 经腹部阴道超声检查再行联合检查诊断妇产科急腹症的探讨[J]. 国际检验医学杂志, 2022, 43(S01): 3.
- [3]李晓妹. 经腹部超声与经阴道超声联合检查在妇科急腹症诊断中的应用价值研究[J]. 特别健康 2021年20期, 135页, 2021.
- [4]徐新, 王朋. 研究分析在妇科急腹症诊断中应用经阴道与腹部超声联合检查的价值[J]. 临床医药文献电子杂志 2020年7卷52期, 148, 158页, 2020.
- [5]卢单君, 林芙蓉, 张艳婷. 经腹部超声与经阴道超声联合检查在妇科急腹症诊断中的应用[J]. 中国妇幼保健, 2020, 35(4): 3.
- [6]沙吉. 探讨超声检查对妇产科急腹症患者进行诊断的临床效果[J]. 健康之友, 2020.
- [7]李瑛. 超声影像检查在妇产科急腹症临床诊断中的应用分析[J]. 母婴世界, 2021, 19(33): 40-42.
- [8]张艳菊. 超声检查在妇产科急腹症临床诊断中的应用价值探讨[J]. 基层医学论坛, 2020, 24(2): 2.
- [9]董文荣. 异位妊娠超声图像特点及阴道超声联合腹部超声诊断探讨[J]. 影像研究与医学应用, 2020, 4(1): 2.
- [10]寒春梅. 经阴道超声检查法在妇产科疾病中的应用分析[J]. 人人健康, 2020, No.519(10): 91-92.
- [11]全莲花. 经腹部超声联合阴道超声在妇产科急腹症诊断中的应用价值[J]. 实用妇科内分杂志(电子版), 2020(2): 163-163.
- [12]麦嘉雯, 傅建群, 姚公志. 经阴道超声联合腹部超声诊断异位妊娠患者的超声图像特征分析[J]. 中国医药科学, 2020, 10(7): 4.
- [13]郑杨. 探讨经阴道超声与经腹壁超声的联合检查在妇科急腹症中的诊断价值[J]. 2020.
- [14]田树娟. 经阴道联合经腹超声检查对妇产科疾病的诊断价值探讨[J]. 中国实用医药, 2021, 16(18): 3.
- [15]王秀春. 探究超声影像学检查技术在妇产科急腹症临床诊断中的应用效果[J]. 影像研究与医学应用, 2020, 4(8): 2.

低位产钳术与剖宫产术处理第二产程异常对母婴结局影响的比较分析

梁芳

莱阳市妇幼保健院 山东烟台 265200

摘要：目的：对比探讨初产妇第二产程中应用低位产钳术和剖宫产术对产妇产后结局的影响。方法：选取2010年5月-2020年5月来本院进行分娩的70例初产妇作为研究对象，根据第二产程分娩方式不同分为低位产钳术组和剖宫产术组各35例，记录两组产妇产后第二产程时间、产妇产后出血量、采用视觉模拟评分法（VAS评分）、赖亚伶汉化的疲倦视觉类量表对产妇产后疼痛程度及疲倦程度进行评价，统计并比较两组满意度及新生儿分娩结局。结果：剖宫产术组产妇产后第二产程时间、产妇产后出血量均较低位产钳术组明显缩短，产妇产后疼痛评分及产妇产后疲倦度评分较低位产钳术组明显降低（ $P < 0.05$ ）；产妇产后满意度100.00%明显高于低位产钳术组的85.00%，差异亦均具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；两组产妇产后阴道顺产率、新生儿1min、5min Apgar评分及新生儿窒息率差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。结论：初产妇第二产程中应用剖宫产术能明显缩短产妇产后第二产程时间，其对于提高产妇产后恢复及母婴结局均具有重要意义。

关键词：初产妇；第二产程；低位产钳术；剖宫产术；分娩结局

妊娠是女性最为重要的生理过程，但同时分娩过程中的疼痛和并发症也是导致女性畏惧分娩的重要因素，为提高分娩的安全性和有效性，临床产科在指导初产妇第二产程分娩方式的不同引起临床研究的关注^[1-2]。传统观点认为对于毫无经验的初产妇在第二产程中应当进行低位产钳术，从而达到良好的分娩效果；但随着临床研究的不断发展以及相关文献报告的分析结果，使得低位产钳术的实际效果受到质疑^[3]。剖宫产术在近几年得到了广泛应用，主要是因为这一分娩方式，能够杜绝产钳助产对母婴的损害。为进一步评价两种不同分娩方案的效果差异以及为临床产科分娩干预措施提供参考依据，本科于2010年5月-2020年5月开展了初产妇第二产程中应用低位产钳术和剖宫产术对产妇产后结局影响的临床观察，并取得了较为满意的成果，现将相关内容进行整理、总结和报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2010年5月-2020年5月来本院进行分娩的70例产妇作为研究对象，纳入标准：①入组病例均为足月初产妇，入院时孕周 >38 周，单胎、头位；②孕检各项指标及骨盆各径线均无异常，分娩前胎儿体重预估2.5~4kg，具备阴道自然分娩指征，且产妇自愿并同意阴道自然分娩；③产妇及家属均被告知本研究并签署知情同意书。排除标准：合并严重器质性疾病、生殖道畸形、盆腔手术史、并发妊娠其他症状者、骨盆异常、孕期检查异常、胎位或产程进展异常、精神障碍、心理疾病史、产前抑郁、沟通障碍及拒绝接受本研究者。根据第二产程分娩方式不同分为低位产钳术组和剖宫产术组各35例，其中低位产钳术组产妇产龄20~33岁，平均年龄（27.56 $\pm$ 3.40）岁，孕周38~42周，平均孕周（39.44 $\pm$ 0.48）周，平均体重（67.29 $\pm$ 17.81）kg，受教育水平：初中及以下8例，高中10例，大专及以上17例；剖宫产术组产妇产龄22~31岁，平均年龄（27.26 $\pm$ 4.02）岁，孕周38~42周，平均孕周（39.12 $\pm$ 0.83）周，平均体重（66.95 $\pm$ 18.23）kg，受教育水平：初中及以下9例，高中12例，大专及以上14例。两组产妇在以上年龄、孕周、体重、受教育水平等一般资料差异比较上均无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。本研究经过医学伦理委员会的批准同意，

合法。

1.2 方法

两组产妇入院后均完善产前相关检查，其中低位产钳术组产妇于第二产程低位产钳术下进行分娩，剖宫产术组产妇于第二产程剖宫产术下进行分娩。

低位产钳术组：低位产钳助产，胎儿的双顶径到达产妇坐骨棘平面之下位置，胎儿先露出的骨质部达到了+3以下，胎儿胎头矢状缝处于产妇骨盆出口前后径。若产妇满足以上2个体位指征，则在术中实施产钳助产。

剖宫产术组：麻醉前引导产妇选择左侧卧位，实施麻醉操作，穿刺腰椎L3-4间隙，查看是否存有脑脊液流出现象，经穿刺孔将导管置入，取0.5%罗哌卡因8~10mg，经导管持续注射30~40s，待药物注射完成之后，调整产妇体位，选择仰卧位，留观查看患者麻醉阻滞平面，确保其低于T₈水平后，持续给氧，连接生命体征监护仪器设备后，实施剖宫产手术。手术期间，若胎儿的头难以娩出，则助手协助助产，从阴道向上推出胎儿的头部，便于胎儿分娩出。

1.3 观察及评价指标

记录两组产妇产后第二产程时间、产妇产后出血量；采用视觉模拟评分法（VAS评分）对产妇产后疼痛程度进行评价，其中0~3分表示有轻度疼痛，患者能忍受，4~6分表示有中度疼痛，疼痛明显并影响休息但尚可忍受，7~10分表示重度疼痛，患者疼痛强烈，难以忍受。采用Gift提出、赖亚伶汉化的疲倦视觉类量表对两组产妇产后疲倦程度进行评价，评价内容主要包括疲劳（13项）、精力（5项）共18个项目，其评分越高提示产妇产后越疲倦。

另采用满意度调查表对两组产妇满意度进行评分，总分100分，90~100分为非常满意，75~90分为满意，75分以下为不满意，总满意度=（非常满意+满意）/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学处理

应用SPSS 22.0版软件对本次研究数据进行统计分析， n 或%表示计数资料，采用 χ^2 检验；均数 $\pm$ 标准差（ $\pm s$ ）表示计量数据，采用 t 检验；均

以 $P < 0.05$ 为具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇相关分娩指标比较

剖宫产术组产妇第二产程时间、产妇分娩时间均较低位产钳术组明显

表 1 两组产妇相关分娩指标比较 ($\pm s$)

分组	例数	第二产程时间 (min)	产妇分娩时间 (min)	产后出血量 (ml)	VAS 疼痛评分 (分)	产后疲倦度评分 (分)
剖宫产术组	35	90.94 $\pm$ 33.39	35.82 $\pm$ 27.06	157.17 $\pm$ 14.88	4.39 $\pm$ 1.50	54.06 $\pm$ 20.10
低位产钳术组	35	107.38 $\pm$ 38.22	64.76 $\pm$ 50.02	169.25 $\pm$ 20.74	5.14 $\pm$ 1.76	85.00 $\pm$ 18.53
t		2.049	3.218	2.993	2.051	7.158
P		0.044	0.002	0.004	0.044	0.000

2.2 两组新生儿分娩结局及产妇满意度比较

两组新生儿 1min、5min Apgar 评分及新生儿窒息率差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)，但满意度统计结果显示，剖宫产术组产妇满意度 100.00% 明显高于低位产钳术组的 97.15%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组新生儿分娩结局及产妇满意度比较 [$\pm s$], n (%)]

分组	例数	新生儿分娩结局			产妇满意度 (%)
		1min Apgar 评分 (分)	5min Apgar 评分 (分)	新生儿窒息率 (%)	
剖宫产术组	35	8.81 $\pm$ 0.57	9.55 $\pm$ 0.55	0 (0.00)	35 (100.00)
低位产钳术组	35	8.57 $\pm$ 0.71	9.29 $\pm$ 0.67	1 (2.85)	34 (97.15)
t/χ^2		0.410	1.897	0.000	4.505
P		0.684	0.062	1.000	0.034

3 讨论

第二产程异常在临床上较为常见，其发生与第一产程关系密切，第二产程实施剖宫产的产妇，其在第二产程之前，胎儿均可见胎头下降情况。本文选择的研究对象，在第二产程均可见明显的宫口扩张延缓情况，活跃期与减缓期可见明显的延长，胎儿下降异常占比较大。在第二产程异常处理期间，需要全面了解产妇的情况，针对性处理，协助产妇加速产程，避免影响母婴。若产妇依旧存在难产倾向，则要及时提供助产措施，若效果不佳，要立即实施手术，协助产妇分娩。

本研究结果显示采用剖宫产术组产妇在第二产程时间、产妇分娩时间均较低位产钳术组明显缩短，而且产后出血量较低位产钳术组明显减少，产妇会阴疼痛评分及产后疲倦度评分也明显降低；这与张利娜^[3]等的研究结果一致性较高，充分肯定了初产妇第二产程中应用剖宫产术的价值。分析原因在于分娩是女性的妊娠的自然阶段，人类在繁衍后代的过程中女性具有分娩的本能，这种本能的合理性决定了人类世代的延续，说明剖宫产术是一种天生的、自然的分娩干预措施^[4]。虽然临床研究认为低位产钳术能够促进初产妇的产程缩短，有利于初产妇在经验指导下更为高效的完成分娩^[5]。但本研究认为初产妇由于存在明显的个体差异，常规的低位产钳术在初产妇分娩过程中无法有效的获得准确的指征，凭借经验性的指导，反而会加重初产妇的心理负担，尤其是初产妇在无分娩感觉的前提下，被

缩短，产后出血量较低位产钳术组明显减少，产后会阴疼痛评分及产后疲倦度评分较低位产钳术组明显降低，两组以上差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

迫接受低位产钳术，反而还会加重初产妇的疲惫感，从而导致体力下降，导致第二产程延长，影响分娩结局^[6]。

故本研究对初产妇进行剖宫产术前干预后，不仅产妇阴道顺产率升高，而且会阴侧切率明显降低，进一步肯定了初产妇在采用自由体位后，通过剖宫产术的方式，使得产妇能够在顺其自然的前提下完成分娩^[7]。本研究认为产妇在分娩过程中通过自我感受，结合剖宫产术不仅能够使得分娩的效果更加符合产妇的个性化需求，尤其是相对于低位产钳术干预过程中要求产妇进行屏气，反而会造成胎心减速以及胎儿血氧水平下降。因此本研究中虽然两组新生儿 1min、5min Apgar 评分及新生儿窒息率差异均无统计学意义，原因在于现代化产科能够为产妇提供必要的干预措施来保障新生儿的安全，但在满意度统计结果显示，剖宫产术组产妇满意度较低位产钳术组的 85.00% 限制升高到 100.00%，说明剖宫产术组的初产妇对第二产程的分娩干预方案更加倾向于自主性。

综上所述，初产妇第二产程中应用剖宫产术能明显缩短产妇第二产程时间，其对于提高产妇产后恢复及母婴结局均具有重要意义，值得推广应用。

参考文献:

- [1]张海玲.低位产钳术对阴道分娩第二产程延长产妇产程进展及母婴结局的影响[J].医疗装备,2020,33(24):115-116.
- [2]张利娜.剖宫产术与低位产钳助产术对母婴结局的影响[J].临床医学研究与实践,2018,3(04):120-121.
- [3]陈玲.低位产钳术和剖宫产对产妇和婴儿预后结局的影响比较[J].基层医学论坛,2017,21(35):5043-5044.
- [4]李静.剖宫产与低位产钳术对母婴结局影响的比较研究[J].中国医学,2017,29(20):28-29.
- [5]常进科.低位产钳术与剖宫产术处理第二产程异常对母婴结局影响的比较分析[J].中国继续医学教育,2017,9(23):120-122.
- [6]高建斌.单叶产钳在剖宫产术中助娩胎头的应用[J].医疗装备,2017,30(04):104.
- [7]陆勤,奚杰,王霞红,龚燕.低位产钳术和剖宫产对产妇和婴儿预后结局的对比分析[J].医学综述,2016,22(11):2277-2280.

比较成人腹股沟疝的腹腔镜经腹腹膜前疝修补术和开放无张力疝修补术临床效果

朱振华 顾神超

嘉兴市秀洲区新塍医院外科 浙江嘉兴 314015

摘要: 目的: 比较成人腹股沟疝的腹腔镜经腹腹膜前疝修补术和开放无张力疝修补术的疗效。方法: 选取本院 2019 年 5 月-2022 年 5 月间收治的腹股沟疝患者 118 例, 根据患者的治疗意愿将其纳入到腹腔镜组和开放组, 每组各 59 例。腹腔镜组采用腹腔镜下经腹膜前疝修补术(transabdominal preperitoneal laparoscopic,TAPP), 开放组采用开放腹膜前无张力疝补片修补, 对比两组治疗腹股沟疝的临床效果。结果: 与开放组相比, TAPP 组的患者住院时间及下床时间明显缩短, 且术中出血量更少(P 值均 <0.05), TAPP 组术后 6h、24h 和 48h 的疼痛得分低于开放组(P 值均 <0.05), TAPP 组并发症发生率为 3.39%, 显著低于开放组的 16.95%($P=0.015$), 上述指标相比, 其差异具有统计学意义。结论: 腹腔镜下经腹膜前疝修补术治疗成人腹股沟疝的疗效明确, 具有出血量及并发症少、下床时间早、术后疼痛轻等优点。

关键词: 腹股沟疝; 经腹腹膜前疝修补术; 开放无张力疝修补术

腹股沟疝是临床常见的疝类型之一, 是指发生在腹股沟区的腹外疝^[1]。腹股沟疝的已知类型包括斜疝、直疝、股疝、复合疝等, 其中腹股沟斜疝最常见, 占腹股沟疝的 90% 左右。随着人口老龄化趋势的加重, 老年人的腹部压力增加的一些常见因素如慢性咳嗽、便秘、前列腺增生等, 均可使腹股沟疝的发生率增加^[2]。手术是治疗腹股沟疝的主要方法, 除儿童可行单纯疝囊高位结扎外, 成年人和老年患者均需行疝修补术^[3-4]。腹股沟疝形成后, 若病情进一步发展可引起肠梗阻坏死、肠穿孔腹膜炎, 严重者有致死风险^[5]。据统计, 全球每年通过手术治疗腹股沟疝的病例超过 2000 万例^[6]。随着腹腔镜技术的发展, 腹腔镜的经腹膜前疝修补术(transabdominal preperitoneal laparoscopic,TAPP) 逐渐应用于临床。作为一种微创新的手术方法, TAPP 为腹股沟疝的治疗提供了更多选择^[7]。与传统的开放手术相比, TAPP 可减轻患者的手术创伤, 降低术后并发症的风险, 限制患者的术后疼痛, 使其成为目前临床治疗腹股沟疝的首选手术方法, 但其治疗费用高昂^[8]。本文对我院 2019 年 5 月-2022 年 5 月间收治的腹股沟疝患者 118 例行 TAPP 和开放无张力疝修补术进行治疗, 现报告如下。

1、资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2019 年 5 月-2022 年 5 月间收治的腹股沟疝患者 118 例, 根据患者自身经济状况及治疗意愿, 将其纳入到腹腔镜组和开放组中。其中腹腔镜组(行 TAPP 手术) 59 例, 男 54 例, 女 5 例, 年龄 32~78 岁, 平均 58 岁, 住院时间 3~7d, 平均住院时间 4.8d; 开放组(行开放无张力疝修补术) 59 例, 男 55 例, 女 4 例, 年龄 34~77 岁, 平均 56.5 岁, 住院时间 5~7d, 平均住院时间 5.8d。两组在性别、年龄、发病时间、临床表现等方面均具有可比性($P>0.05$)。所有病例排除年龄 >80 岁、BMI >24 、复发疝及双侧疝等因素。纳入标准: 具有明确诊断的腹股沟疝患者; 对腹股沟肿块进行 B 超检查, 对复发性疝或大阴囊疝进行 CT 扫描以明确疝的诊断; 获得病人的知情同意。排除标准: 有下腹部手术史、严重心脑血管疾病、肝肾疾病; 免疫缺陷病等。

1.2 治疗方法

本组 118 例病例, 均为同一手术组医师手术, 手术前完善各项检查如全身麻醉严格评估肺功能, 术前常规禁食水 8h。

1.2.1 TAPP 组 麻醉成功后, 取头低脚高位 20° 左右, 患侧稍抬高。按三孔法操作, 于脐下 1cm 切开皮肤、皮下组织及白线, 直视下置入 10mm Trocar, 充气至 12~15mmHg, 探查明确为腹股沟疝, 分别在平脐两侧与锁骨中线处建立第二第三操作孔。在脐内侧皱襞内环口上方 2cm 处提起腹膜并切开, 越过腹壁下动脉脐外侧皱襞, 外侧至按压髂前上棘稍内侧处腹膜, 围绕内环口钝锐性分离疝囊, 如疝囊较大可离断, 远端疝囊旷置, 仔细游离精索, 使精索盆壁化, 并暴露内侧的输精管及外侧的精索血管, 充分游离腹膜前间隙, 上缘至联合腱上方 2~3cm, 下缘至腹膜返折, 内缘至耻骨梳韧带, 外缘至髂前上棘处, 在该间隙内平整置入约 15×8cm 网

状补片, 补片大小根据具体情况可适当修剪。0/3 薇乔线或倒刺线连续缝合腹膜层, 用吸引器吸出腹膜外残余气体, 尽量使补片和腹膜严密接触, 检查无出血, 退出腹腔镜器械, 适当挤压腹部排出腹腔气体, 拔出 Trocar, 缝合各腹壁戳孔, 皮肤消毒后无菌辅料包扎。

1.2.2 开放组 采用腰麻或连续硬膜外阻滞麻醉, 仰卧位, 患侧髂前上棘与耻骨结节连线上方 2cm 处, 作平行切口约 6cm 长, 依次切开皮肤、皮下组织及腱膜层, 保护下方的神经, 将提睾肌及精索内筋膜切开, 找到并打开疝囊, 游离疝囊后高位缝扎加结扎, 进一步游离精索, 缝合腹横筋膜适当缩小内环口, 在精索后方置入合适大小的网状补片, 补片与周围组织间断缝合固定, 缝合腱膜层及皮下组织皮肤。必要时切口加压包扎。

1.3 观察指标

比较两组患者术前后疼痛情况(采用 SF-MPQ 评分法^[9], 0~3 分 4 个量级进行评价, 0 分为无痛, 1~3 分分别为轻度、中度和重度疼痛); 手术时间; 术中出血量; 下床活动时间; 住院时间以及术后并发症如切口感染、尿潴留、皮下积液、渗液、精索静脉曲张等。

1.4 统计学方法

采用统计学软件 SPSS 16.0 进行数据统计分析, 正态分布且方差齐的计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示, 组间采用 t 检验, 对于计数资料用频数和百分比(%)表示, 组间采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2、结果

2.1 临床指标对比 与开放组相比, TAPP 组患者具有术中出血量少、下床活动时间和住院时间明显缩短等优势, 两两比较, 其差异具有统计学意义(P 值均 <0.05), 见表 1。

表 1 两组患者临床指标对比情况分析($\bar{x} \pm s$)

组别	术中出血量 (ml)	手术时间 (min)	下床活动时 间(h)	住院时间 (d)
TAPP 组	25.75±3.84	45.85±8.76	13.48±3.36	4.8±0.31
开放组	41.42±4.35	46.14±8.38	24.95±5.37	5.8±0.19
t	11.83	1.06	8.92	4.24
P	<0.001	0.573	<0.001	<0.001

2.2 疼痛评分对比 术前两组患者疼痛评分相当, TAPP 组术后 6h、24h 和 48h 得分低于开放组, 两组比较其差异具有统计学意义(P 值均 <0.05), 见表 2。

表 2 两组患者疼痛得分对比情况分析($\bar{x} \pm s$)

组别	术前得分 (分)	术后 6h 得分 (分)	术后 24h 得 分(分)	术后 48h 得分 (分)
TAPP 组	2.16±0.67	1.15±0.36	0.89±0.36	0.67±0.27
开放组	2.13±0.60	1.84±0.48	1.52±0.56	1.25±0.57
t	0.29	8.81	7.18	5.95
P	0.773	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 两组并发症比较 TAPP 组并发症发生率为 3.39%, 显著低于开放

组的 16.95%，两组比较其差异具有统计学意义 ($P=0.015$)，见表 3。

表 3 两组患者并发症发生情况对比[n (%)]

组别	切口感染	尿潴留	皮下积液	渗液	精索静脉曲张	总并发症
TAPP 组	0 (0.00)	1 (1.69)	0 (0.00)	1 (1.69)	0 (0.00)	2 (3.39)
开放组	2 (3.39)	4 (6.78)	1 (1.69)	2 (3.39)	1 (1.69)	10 (16.95)
χ^2						5.94
P						0.015

3、讨论

腹股沟疝是常见的外科疾病，其发病率较高。由于发病率高，且手术费用较昂贵等原因，临床医生常选择安全便捷、减少住院时间的手术方式^[10]。近百年来腹股沟疝手术方式，经历过多重术式演变，如张力修补术、无张力补片修补术及腹腔镜下的腹股沟疝修补术等^[8-10]。目前国际公认的无张力疝修补术，主要有开放术式和腹腔镜术式，患者对于术式的选择主要基于手术舒适度和复发率等^[11]。

目前基层医院治疗腹股沟疝最常用的技术仍然是开放式的前路入路技术如开放式张力修补术，主要的优势在于只在皮肤上做一个小切口，而且手术时间相对较短，但其手术的缺陷主要是复发率高，其复发风险随着疝孔直径和体重指数的增加而增加^[12]。开放式无张力补片修补术在使用网片的前路入路的情况下，存在手术感染及并发症发生率增加的风险，且有研究报道术后存在慢性疼痛风险。上述术式的高复发率和手术时的不适度，可通过提升修复技术的工具和技能来解决。TAPP 技术最大的优势在于将手术部位从腹股沟区域转移到脐周区域并在腹腔镜下开展手术。该技术受益于腹腔镜微创通路、使得疝开口闭合较小，并且易于放置大网片。以上的种种优势使得目前 TAPP 成为治疗成人腹股沟疝的最优方法之一。在 TAPP 技术中，由于无需解剖腹股沟管，因此减少了与精索相关的并发症，并且由于神经结构保留在手术区域之外，因此减少了慢性腹股沟疼痛的可能性^[13]。

已有不同的学者针对前路入路技术（开放式无张力疝修补术）和后路入路技术（腹腔镜下修补术）进行成人腹股沟疝的治疗疗效分析，如贾志勇等人^[14]对比前路入路技术的开放式无张力疝修补术和后路入路技术的腹腔镜下无张力疝修补术治疗成人腹股沟疝，结果发现腹腔镜组的手术方式可大大减少术中出血量、缩短术后的疼痛时长、且术后的下床时间和住院时间持续减少，并发症的发生率也显著低于前路入路技术组，其疗效更为理想。曹亮等人^[15]的研究结果与贾志勇等人^[14]的研究结果类似。本文研究结果提示，与开放组相比，TAPP 组的患者住院时间及下床时间明显缩短，且术中出血量更少；TAPP 组术后 6h、24h 和 48h 的疼痛得分低于开放组；且 TAPP 组的手术并发症发生率显著低于开放组，与上述研究结果一致，提示 TAPP 组相比开放组其手术优势更为明显^[16]。

在基层医院开展 TAPP 技术，手术医师需具有良好开放疝修补术经验，同时也需有多年的腹腔镜手术技能，方能开展腹腔镜疝修补术。作为微创手术，TAPP 可明显降低手术切口引起的疼痛，及开放切口引起的组织损伤、减少切口感染发生率等，术中借助腹腔镜手术屏幕，使术野放大手术解剖更清晰，可更好更到位的放置补片^[17-18]，在腔镜下探查隐匿疝也有一定的优势，术后下床活动时间大大提前，符合快速康复理念，普遍得到患者欢迎和支持。说明 TAPP 术治疗腹股沟疝患者临床效果满意，可在基层医院大力推广应用。

参考文献：

- [1] PARSELIUNAS A, PASKAUSKAS S, SIMATONIENE V, et al. Transcutaneous Electric Nerve Stimulation Reduces Pathological Sensation of Mesh One Week after Open Inguinal Hernia Surgery: Follow-Up Results from a Randomized, Double Blind and Placebo-Controlled Trial[J]. Medicina (Kaunas), 2022, 58 (6): 725.
- [2] 郭志伟, 覃代镭, 魏士博, 田济宇, 闫玉皓, 李亮, 李航宇. 老年腹股沟疝修补术后并发症的研究进展[J]. 中华疝和腹壁外科杂志(电子版), 2022, 16 (01): 18-21.

[3] 严伯伦. 老年人腹腔镜下经腹腔腹膜前疝修补术 (TAPP) 与开放式无张力疝修补术 (Rutkow) 术后早期生活质量对比研究[D]. 承德医学院, 2020.

[4] 杨俊光, 陈明. 老年腹股沟疝的外科治疗进展[J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7 (13): 194-198.

[5] 张绪锋, 陈春雷. 腹股沟疝术后并发症的防治研究进展[J]. 广东医科大学学报, 2021, 39 (06): 765-769.

[6] CAO C, SHI X, JIN W, et al. Clinical Data Analysis for Treatment of Adult Inguinal Hernia by TAPP or TEP[J]. Front Surg, 2022, 9: 900843.

[7] 陈创造, 何小科. 成人腹股沟疝手术治疗的回顾与进展[J]. 中国现代普通外科进展, 2015, 18 (4): 334-336.

[8] AJLOFI A, CAVALLI M, DEL FERRARO S, et al. Total extraperitoneal (TEP) versus laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) hernioplasty: systematic review and trial sequential analysis of randomized controlled trials[J]. Hernia, 2021, 25 (5): 1147-1157.

[9] 陆晶晶, 吴永丰. TAPP 与 Li-chenstein 疝修补术治疗成人复发性腹股沟疝的疗效及术后疼痛 SF-MPQ 评分变化[J]. 现代医学, 2019, 47 (02): 117-122.

[10] AKSOY N, ARSLAN K, DOĞRU O, et al. Comparison of minimally invasive preperitoneal (MIP) single-layer mesh repair and total extraperitoneal (TEP) repair for inguinal hernia in terms of postoperative chronic pain: a prospective randomized trial[J]. Turk J Surg, 2019, 35 (1): 35-43.

[11] WANG D, JIANG J, FU Y, et al. The comparison of self-gripping mesh and conventional mesh in laparoscopic inguinal hernia repair: the results of meta-analysis[J]. Updates Surg, 2022, 74 (3): 857-863.

[12] SKOLIMOWSKA-RZEWSKA M, ROMAŃCZUK M, MITURA B, et al. Laparoscopic transabdominal preperitoneal repair (umbilical TAPP) versus open ventral patch repair for medium size umbilical hernias in overweight and obese patients[J]. Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne, 2022, 17 (1): 170-178.

[13] SEKHON INDERJIT SINGH HK, MASSEY LH, ARULAMPALM T, et al. Chronic groin pain following inguinal hernia repair in the laparoscopic era: Systematic review and meta-analysis[J]. Am J Surg, 2022, 5: S0002-9610 (22) 00305-1.

[14] 贾志勇, 闫斌, 王莹, 等. 腹腔镜与开放式无张力疝修补术治疗成人腹股沟疝的比较[J]. 当代医学, 2021, 27 (20): 7-9.

[15] 曹亮, 王步云. 对比分析开放式无张力疝修补术与腹腔镜疝修补术治疗成人腹股沟疝的临床疗效[J]. 贵州医药, 2020, 44 (03): 410-412.

[16] 吴庆华, 刘鑫, 包哲婷, 等. 腹腔镜经腹腹膜前修补术治疗巨大阴囊疝的安全性及可行性分析[J]. 国际外科学杂志, 2020, 47 (10): 658-660.

[17] SULTAN AAEA, ABO ELAZM H A, OMRAN H. Lichtenstein versus transabdominal preperitoneal (TAPP) inguinal hernia repair for unilateral non recurrent hernia: A multicenter short term randomized comparative study of clinical outcomes[J]. Ann Med Surg (Lond), 2022, 76: 103428.

[18] LOBE T E, BIANCO F M. Adolescent inguinal hernia repair: a review of the literature and recommendations for selective management[J]. Hernia, 2022, 26 (3): 831-837.

综合护理干预对老年高血压患者血压水平及遵医行为的影响观察

陈婷 刘满华^{通讯作者}

咸宁市中心医院老年病科 湖北咸宁 437100

摘要：目的：观察分析综合护理干预对老年高血压患者血压水平以及遵医行为的影响。方法：在2019年2月至2021年12月期间本院接收的老年高血压患者中，抽选80例作为本文研究对象，按照抽签法，将其分成例数均是40例的干预组和常规组，其中常规组患者按照常规护理模式操作，干预组患者采取综合护理干预，比较分析两组患者护理前后血压水平、遵医行为以及护理后满意度、生活质量。结果：经护理，两组患者舒张压和收缩压均降低，且干预组各指标明显比常规组低， $P < 0.05$ ；护理后干预组患者遵医行为评分明显比常规组高， $P < 0.05$ ；护理后干预组患者护理满意度评分、生活质量各指标评分均比常规组高， $P < 0.05$ 。结论：对老年高血压患者施予综合护理干预，可有效控制患者血压，提高其遵医行为，有利于患者护理满意度和生活质量的提升，推荐使用。

关键词：遵医行为；综合护理干预；老年；高血压；生活质量

因我国人口基础比较大，在全球范围内老年人口绝对值占首位，因此老年人的健康情况以及卫生保健也成为了社会各领域研究的热点^[1]。伴随着年龄的不断增长，老年人的健康情况以及各项功能也随之减弱，逐渐成为慢性疾病发生的高危人群，调查资料显示，在高血压疾病的发生人群中，老年人所占比重可达35%左右^[2]。临床实践和文献报道均明确表示，高血压是引起心脑血管疾病的一个重要危险因素，在人群中大约有78%左右的脑卒中事件、35%冠心病事件都是因血压上升所致，故加强高血压的管理控制也变得越来越重要^[3]。高血压的治疗属于终生性，一般使用降压药物进行控制，以防血压过高或者过低，防止各种并发症的发生，减少心血管风险事件的发生^[4]。综合护理干预作为一种新型护理模式，贯穿于疾病的整个诊疗过程中，根据患者身心需求，结合治疗要求，为患者提供全面且系统的护理干预，以提高护理质量和效果。本次研究在2019年2月至2021年12月期间收治的老年高血压患者选择了40例作为干预组，采取了综合护理干预，并和施予常规护理模式的常规组进行比较分析，就综合护理干预对老年高血压患者血压水平以及遵医行为的影响进行详细地报道。

1 资料和方法

1.1 基本资料

抽选为本次研究的对象均是老年高血压患者，选择时间段2019年2月至2021年12月，总计例数为100例。患者选择标准：1) 纳入标准：均满足世界卫生组织中心制定的高血压诊断标准^[5]；年龄≥60岁；信息基本资料齐全；意识清楚且无精神障碍，可以和他人完成无障碍沟通交流；身体机能良好；无其他严重器质性疾病或者血液性疾病；耐受性高，可配合完成整个研究；所有患者以及其家属均知情本次研究内容和目的，在同意书上签字。2) 排除标准：合并严重恶性肿瘤患者；伴有严重心理障碍、沟通交流障碍和精神疾病者；缺失完整且真实的临床资料者；有药物成瘾以及酗酒患者；合并严重高血压并发症者；无法正常活动者；随访失联者；由于自身因素退出研究者；肝肾功能以及心肺功能严重异常者。按照抽签法，将其分成例数均是40例的干预组和常规组。干预组40例中男性病例26例，女性病例14例；年龄最小60岁，最高80岁，平均年龄值 67.23 ± 1.23 岁；文化程度分布：文盲8例，小学10例，初中及以上22例；病程2年-12年，平均病程 5.12 ± 1.23 年。常规组40例中男性病例24例，女性病例16例；年龄最小61岁，最高81岁，平均年龄值 67.19 ± 1.29 岁；文化程度分布：文盲7例，小学12例，初中及以上21例；病程2-13年，平均病程 5.17 ± 1.19 年。比较分析可知，干预组和常规组患者在文化程度分布、平均年龄、平均病程以及男女比例构成方面，均无显著差异，不具有统计学意义， $P > 0.05$ ，组间结果可比性高。

1.2 方法

常规组患者采取常规护理模式，了解患者病情，按照医嘱用药控制血压，介绍药物类型和使用方式等，以便患者可正确按照医嘱用药，常规实施健康宣教，监测血压水平，嘱咐患者合理饮食等。干预组患者采取综合性护理干预，护理措施具体见下：1) 强化健康教育。患者入院后，热情接待，介绍病区环境、管理制度、责任医师以及护士等，了解患者对疾病的认识情况，结合其性格特点、理解能力以及文化程度等，采取相应的方式实施健康教育，如开展专题讲座、制作宣传小册、播放视频或者一对一讲解等，保持耐心的态度为患者、家属普及关于疾病方面的知识，比如疾病发生原因、诱发因素、治疗方式、坚持用药的重要性、不良习惯所致影响、疾病康复方式等，通过全面且系统地宣教，使患者以及其家属能够对高血压防治有一个正确的认识，帮助其了解以及掌握相应的治疗方案，以此进一步增强患者遵医行为，提高其配合度以及依从性。根据治疗和护理需求，现场示教，使患者以及其家属熟练掌握血压自我监测的方式以及技巧，并嘱咐患者在日常生活中应做好血压变化的记录工作。2) 心理护理干预：调查资料显示，大部分老年高血压患者都存在着负性情绪，如焦虑、抑郁、紧张以及害怕等，而这些负性情绪也在不同程度上影响着疾病的治疗效果。鉴于此，在护理期间，应主动且积极地和患者沟通交流，及时评估其心理状态，了解其心理需求，施予针对性的心理干预和疏导，正确引导患者表达自身意愿和想法。介绍治疗效果显著的病例，并邀请其分享经验，鼓励患者之间互相沟通，以此进一步增强其治疗信心。要求家属参与到心理护理干预工作中来，根据医院制度适时增加探视时间，告知家属多关心患者，使患者能够感受到家庭的温暖，获得更多精神支持。3) 加强饮食指导。在高血压的临床治疗中，饮食作为血压控制的关键因素，应及时告诉患者、家属饮食指导干预的重要性，通过科学且合理的饮食，可有效控制血压。嘱咐患者以少食多餐作为进食原则，尽量使用高纤维、低盐、低脂肪以及高钙食物，严格控制钠盐摄入，结合患者病情严重程度，适当控制每天能量摄入量，嘱咐患者控制好自身体重，多食用新鲜水果和蔬菜，保证膳食结构的合理性以及均衡性，并告诉其戒烟限酒，以减少不良刺激。根据患者饮食习惯，帮助其制定科学且有效的饮食方案。4) 强化用药指导。根据患者用药情况的分析，全面且系统地介绍所用药物的作用机制，并告诉患者、家属自行停药或者增减药物剂量产生的危害；用药期间的相关注意事项；可能出现的各种不良反应以及处理方式。如果出现异常，应及时告知医务人员。5) 加强运动指导。根据患者血压水平、年龄、运动喜好与病情状态等，选择相应的运动锻炼方法，科学且合理地安排运动量，比如可选择打太极、舞剑、快走、散步或者练习气功等。根据患者实际情况明确运动强度，告诉患者在运动时，应以循序渐进作为原则，不可过度，指导患者改变体位的时候，整个动作必须轻柔且缓慢，防止发生体位性低

血压。除此之外,充分利用网络平台,构建微信交流群,根据患者电子设备使用情况,构建微信群进行随访,同时在交流群中发布相关的健康常识,以便患者、家属可学习到相关知识,完成后续治疗。

1.3 观察指标

观察记录护理前后干预组和常规组患者血压水平,包含有收缩压和舒张压。利用《高血压健康行为相关调查问卷》在护理前后对两组患者遵医行为进行评价,总分为100分,分值高低和患者遵医情况呈正比,即分数越高代表遵医行为越好^[6]。借助于本院制定的慢性疾病护理服务调查满意度问卷在护理后对两组患者满意情况实施调查,由家属从旁协助,指导患者完成,该问卷表共有25个条目,各条目以4级评分,总分100分,评价分数越高代表患者对护理服务的满意度也就越高。利用健康调查简表(即SF-36)对两组患者护理后生活质量进行评价,包含8个维度,即生理机能、精力、生理职能、情感职能、躯体疼痛、精神健康、总体健康、社会功能,各维度评价分值在0-100分之间,分数越高表示患者健康状况越好,且生活质量越高^[7]。

1.4 统计学软件处理分析

本研究统计学分析工具为SPSS22.0,利用其中的t、 χ^2 检验计量($\bar{x} \pm s$)和计数(%)资料,等级分布资料以秩和检验, $P < 0.05$ 可认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 护理前后干预组和常规组患者血压水平比较

护理前后干预组和常规组患者血压水平比较见表1,分析得知,护理前干预组和常规组患者舒张压、收缩压均无显著差异, $P > 0.05$;护理后两组患者舒张压和收缩压均降低,同时和护理后常规组比较,干预组患者血压各指标降低更为明显,具有统计学意义, $P < 0.05$ 。

表1 护理前后干预组和常规组患者血压水平比较($\bar{x} \pm s$)(mmHg)

分组	舒张压		收缩压	
	护理前	护理后	护理前	护理后
干预组	103.21±2.12	83.49±1.09	162.12±3.29	123.12±2.38
常规组	103.19±2.11	94.38±2.33	162.31±3.21	143.23±5.23

2.2 护理前后干预组和常规组患者遵医行为比较

护理前后干预组和常规组患者遵医行为评分比较见表2,分析得知,护理前两组患者遵医行为评分均无显著差异,不具有统计学意义, $P > 0.5$;护理后干预组和常规组患者遵医行为评分均明显上升,且干预组遵医行为评分更高, $P < 0.05$ 。

表2 护理前后干预组和常规组患者遵医行为评分(分)($\bar{x} \pm s$)

分组	护理前	护理后
干预组	56.34±4.52	90.23±1.23
常规组	57.31±4.09	83.42±4.56

2.3 护理后干预组和常规组患者生活质量、护理满意度比较

护理后干预组和常规组患者生活质量、护理满意度评分比较见表3,分析得知,护理后干预组患者生活质量(生理机能、精力、生理职能、情感职能、躯体疼痛、精神健康、总体健康、社会功能)评分、护理满意度评分均比常规组高,组间差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。

表3 护理后干预组和常规组患者生活质量、护理满意度评分比较(分)($\bar{x} \pm s$)

指标	干预组	常规组
生理机能	90.12±2.31	80.32±3.49
精力	90.09±2.14	80.43±4.23
生理职能	90.01±2.91	82.34±3.23

情感职能	91.21±2.03	83.21±2.34
躯体疼痛	91.01±2.38	82.49±2.34
精神健康	92.32±2.31	82.48±2.38
总体健康	92.33±2.23	84.02±3.42
社会功能	91.51±2.09	82.39±4.11
护理满意度	93.02±2.38	85.42±3.23

3 讨论

高血压作为一种慢性疾病,为多种因素共同作用所致,老年高血压在临床中具有血压波动变化大、并发症多且预后差等特点,一般以药物进行降压治疗,通过血压控制延缓疾病的发展。临床实践和文献报道均表示,在老年高血压的临床中,护理干预对疾病控制有着非常重要的作用,高质量护理对策可提高患者舒适度,增强其依从性和配合度,深化其对疾病的认识,有利于患者养成良好的生活习惯,严格按照医嘱完成各项操作^[8-9]。综合护理干预作为新型护理模式,基于常规护理的强化,从心理、饮食、用药、运动等方面施予针对性且全面的护理干预,用于高血压患者中,不仅能够使患者对高血压有一个正确的认识,重视正确用药和合理饮食,同时还可强化患者遵医行为,以此加强自我管理以及监督,延缓疾病发展和恶化^[10-11]。本次研究对干预组患者施予了综合性护理干预,研究结果表明,干预组患者护理后舒张压和收缩压均比常规组低,遵医行为评分、生活质量评分以及护理满意度评分均比常规组高,组间数据比较差异显著, $P < 0.05$ 。

综上所述,对老年高血压患者施予综合性护理干预,可更好地控制血压,提高患者遵医行为,加快其康复速度,以此进一步提高患者生活质量,推荐使用。

参考文献:

- [1]陈华,邵春萍.综合护理干预对老年高血压病患者血压管理与生活质量的影响[J].中国农村卫生,2021,13(15):22-23.
- [2]郑晓彤.综合护理干预在老年高血压合并急性心梗患者护理中的应用效果研究[J].中西医结合心血管病电子杂志,2021,9(1):97-99.
- [3]杨翠,游春梅.综合护理干预对老年高血压伴动脉粥样硬化患者生活质量的影响[J].母婴世界,2021,11(15):240.
- [4]舒明慧,潘礼菊,包杨洋.老年高血压患者行综合护理干预对患者血压的影响[J].饮食保健,2021,32(32):237-238.
- [5]刀娜.综合护理干预在老年高血压患者中应用[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(10):266-267.
- [6]李亚楠,李文菊,于露露.综合护理干预措施在老年高血压合并急性心梗患者护理中的应用分析[J].健康大视野,2020,34(22):90.
- [7]陈华香,钟凤元,吴文清.综合护理干预配合厄贝沙坦片治疗老年高血压的效果观察[J].药品评价,2020,17(2):30-31.
- [8]张鹏飞,季艳微,赵立飞,等.综合护理干预预防社区老年高血压或糖尿病患者跌倒的效果[J].健康大视野,2019,33(17):198-199.
- [9]王莉云,张海杰.探讨综合护理干预对老年高血压合并动脉粥样硬化患者的护理效果及自我管理水平的的影响[J].健康必读,2021,11(16):216.
- [10]纪昆,张金华.综合护理干预对老年高血压患者治疗依从性及护理满意度的调查分析[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19(22):260-261.
- [11]戈炳秀,段荣梅.综合护理干预对老年高血压患者健康行为及血压控制的影响[J].现代诊断与治疗,2019,30(13):2342-2343.

静脉用药常见差错原因分析

陈泽钦 陈奇 黄惠燕 尚丹婷

广东省人民医院（广东省医学科学院）药学部 广州市 510030

摘要：目的 分析静脉用药过程中常见差错及原因，并根据差错和原因提出有效的防范措施，为后续防范差错提供参考。方法 根据 2020 年 1 月-2021 年 12 月本院静脉用药调配中心的差错登记本，分别对 2020 年 1 月-12 月（防范前）静脉用药出现的差错进行统计分析，并且针对差错和原因采取针对性的防范措施，对 2021 年 1 月-12 月（防范后）的差错进行统计分析，计算和比较不同时期的差错率，分析差错原因。结果 本院 2020 年 1 月-12 月共配置液体 185382 袋，出现差错的共 52 袋，差错率为 0.028%。分析差错类型和原因，并采取相应的防范措施。2021 年 1 月-12 月共配置液体 128359 袋，出现差错的共 24 袋，差错率为 0.019%。其中，内部差错下降率为 51.6%，外部差错下降率为 66.7%，冲配差错下降率为 50%，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论 通过分析静脉用药常见差错原因，采用针对性的防范措施，差错率明显降低，有效提高临床静脉用药质量，降低医疗差错的发生率。

关键词：静脉用药；常见差错；差错原因

静脉用药是临床治疗患者治疗过程中较为常见的给药方式，对患者用药的有效性和安全性有直接影响。静脉药物配置中心是专门管理和配置静脉用药的部门，对临床用药进行统筹管理，防范静脉用药差错是该部门的重要管理内容^[1]。在该部门的管理下，静脉用药得到集中配置，不仅能够合理分配药品资源，减少药品浪费，而且还能提高用药的安全性，体现以患者为中心的理念，提高用药管理水平。据相关调查统计可知，有 80% 以上的患者选择使用静脉输液方式治疗。但是受到一些因素的影响，静脉用药经常会出现差错，导致患者治疗效果不佳，甚至严重的还会威胁患者生命。因此，为了提高输液质量，降低静脉给药出错率，本文对静脉用药常见出错原因进行分析，并提出有针对性的防范措施，有效提高患者输液质量，进一步提高治疗效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究根据 2020 年 1 月-2022 年 12 月本院静脉用药调配中心的差错登记本，分别对 2020 年 1 月-12 月（防范前）静脉用药出现的差错进行统计分析，并且针对差错和原因采取针对性的防范措施，对 2021 年 1 月-12 月（防范后）的差错进行统计分析，计算和比较不同时期的差错率，分析差错原因。其中，本院 2020 年 1 月-12 月共配置液体 185382 袋，出现差错的共 52 袋。分析差错类型和原因，并采取相应的防范措施。2021 年 1 月-12 月共配置液体 128359 袋，出现差错的共 24 袋。

1.2 方法

统计 2020 年 1 月-12 月（防范前）与 2021 年 1 月-12 月（防范后）的静脉用药差错，根据《临床用药须知》、《临床静脉用药调配与使用指南》等资料中提出的标准要求，对这些情况展开细致的分析，并对静脉用药常见差错的原因进行分析。将不同时期的差错进行分类汇总，根据差错严重程度划分差错类型，分别是内部差错、冲配差错和外部差错^[2]。其中，内部差错指的是审查核对时发现，尚未产生后果的差错；冲配差错指的是在冲配后或者复核过程中发现的差错；外部差错指的是配送后被病区发现的，已经造成后果或者未产生后果但是已经出门的差错。

1.3 观察指标

整理和归纳静脉用药差错登记记录，对比不同时期（防范前后）差错发生率，分析差错原因。

1.4 统计学方法

运用 SPSS20.0 软件对相关数据进行分析 and 处理，用（%）表示计数资料，并用 X^2 /Fisher 检验， $P<0.05$ 说明差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 差错类型分析

根据差错登记记录和实际情况，对静脉用药常见差错进行分类，具体见下表 1。

表 1 静脉用药常见差错类型

分类	种类	分类根据
内部差错	贴包错误、摆药错误	内部发生、可纠正、后果严重程度低
冲配差错	溶媒剂量未抽弃错误、药品剂量错误、溶媒或摆药错误	内部发生、可纠正、后果严重程度中
外部差错	配送至错误的病区、被病区发现的错误	配送至病区发现、不可纠正、后果严重程度高

2.2 分析不同时期（防范前后）的差错率

2020 年 1 月-12 月共配置液体 185382 袋，出现差错的共 52 袋，差错率为 0.028%；2021 年 1 月-12 月共配置液体 128359 袋，出现差错的共 24 袋，差错率为 0.019%（ $P<0.05$ ），差异具有统计学意义。由此可知，经过静脉用药常见差错原因分析，并采取相应的防范措施后，差错率明显下降。防范前后不同时期差错发生率的分析情况见下表 2。

表 2 防范前后差错种类不同情况统计

差错分类	防范前（52）	防范后（24）	差错下降率（%）	X^2 /Fisher 值	P 值
内部差错	31（0.0167）	15（0.0117）	51.6	6.1435	0.023
冲配差错	12（0.0065）	6（0.0046）	50	3.1125	0.019
外部差错	9（0.00049）	3（0.0023）	66.7	-	0.031

3. 讨论

3.1 静脉用药常见差错原因分析

3.1.1 医嘱不合理

一些医师专业素养不高，对药学专业知识的掌握不够透彻，临床治疗中经常会出现医师医嘱不规范等情况^[3]。主要体现在：其一，出现药物配伍禁忌。即药物在体外配伍后出现物理或化学反应，给治疗效果带来不良影响，甚至会出现一些毒性物质。比如，维生素 C 具有较强的还原性，将胰岛素与维生素 C 配伍后，容易导致胰岛素失活。甲氨蝶呤和胰岛素容易与血浆蛋白产生竞争结合，导致血液的游离胰岛素升高。如果在静脉用药过程中出现这些差错，会造成不良后果。其二，静脉用药时用法用量出现差错。每一种药物都有特定的用法用量，在说明书上有明确要求。比如，使用 500ml0.9% 的氯化钠注射液与 80mg 的顺铂注射液时应当注意，如果患者需要长期使用顺铂注射液，那么每次的最大用量应当控制在 30 mg/m²。其三，静脉用药的溶媒配伍禁忌。比如，在静脉用药时药剂人员

将 40mg 的吡柔比星与 0.9% 的氯化钠注射液 20ml 混合使用。根据吡柔比星的说明书可知, 吡柔比星与盐水配伍后, 会影响其稳定性, 应当将其与 5% 葡萄糖注射液混合使用, 才能保证药效。其四, 用药顺序不合理。临床上使用化疗药时, 应当合理安排输注顺序。比如使用铂类药物和其他药物时, 需要将其他药物输注放在输注铂类药物之前。

3.1.2 审核人员产生的差错

静脉用药过程中, 药师主要审查药物间的相互作用、药物剂量以及药物配伍禁忌等内容。在临床静脉用药过程中, 比较常见的差错主要包括以下几个方面: 其一, 药物调配差错。同一种药物的规格不同, 或者生产厂家不同, 其药物调配要求也存在差异。比如, 在实际药物调配时, 一些药剂人员将 0.5g 的培美曲塞当作 0.1g 进行调配。此外, 同一厂家生产的药物, 外观相似, 部分药剂人员会将其误用。其二, 搞混药物批次。在摆放药物时, 一些药剂人员会受到外界因素或者自身主观因素的影响, 将药物的批次混淆。其三, 输液调剂出现差错。这一差错经常出现了静脉用药调配过程中, 容易将不同毫升或者不同比例的氯化钠注射液用错, 出现大输液调剂错误。

3.1.3 输液配置差错

临床静脉用药时, 出现的输液配置差错主要包括: 其一, 肠外营养药物加药顺序不当。在肠外营养药物中, 一些成分的稳定性不强, 而且彼此之间容易发生相互作用。因此, 为了提高药物的稳定性, 需要合理搭配药物溶媒以及营养药物的加药顺序。但是在临床用药时, 营养药物配伍不当, 影响了实际药效^[4]。其二, 配药行为规范性不足。一些药物属于粉针剂, 配置完成后需要进行充分震荡, 而一些药物严禁摇动, 否则会产生泡沫。一些药剂人员在配置生物毒性药物时, 没有依照相关标准要求操作, 仅仅凭借自身经验对药物进行配置, 导致药物配置问题的出现。其三, 药物污染问题。通常静脉用药是由调配中心统一配置, 不仅能够提高医用资源利用率, 而且还能避免资源浪费。但是在实际配置中, 由于需要配置的药物种类较多, 工作量较大, 一些药剂人员容易拿错注射器等工具, 导致严重的药物污染问题出现。

3.1.4 审方打印差错

其一, 在静脉用药过程中, 审方药师没有按照医嘱或者药品性质审方, 导致药品浪费等问题的出现。比如 q.12h 药品批次, 按照药物配置规则可以分为第一批与第四批。其中, 第四批为打包药品不冲配, 第一批与第二批则需要配置室冲配。但是如果药师审方中出现差错, 误将此类药品批次分成第一批与第二批, 那么会给药品药效造成不良影响, 导致药品浪费等问题的发生。另外, 药物输注时间有明确规定, 不同药物的输注时间不同。一般情况下, 泮托拉唑应在三小时内输注完成, 奥美拉唑则需要四小时内输注完成。在审方过程中, 部分审方药师未审核出药物配伍禁忌。比如, 维生素 C 具有很强的还原性, 将维生素 K₁ 与维生素 C 注入 5% 的葡萄糖注射液中后, 二者会发生氧化还原反应, 影响维生素 K₁ 的效果。其二, 瓶签打印之前, 一些药师未能手动刷新页面, 导致重复打印、漏印等问题的出现, 不仅造成药物资料的浪费, 而且还会影响整体工作效率。

3.1.5 贴签、核对和打包装箱产生的差错

其一, 贴签出现差错, 出现多排、少排等现象。在临床静脉用药中, 一些瓶签上的药品数量与药篮存在一定差别, 有多有少。其二, 将输液的规格贴错。比如, 在静脉用药过程中, 将 100ml 0.9% 的氯化钠注射液错贴为 500ml 等。其三, 存在误排或错排问题。一些药品的外包装非常相似, 很容易混淆, 导致误排、错排等问题的出现。比如, 头孢西丁、炎琥宁等药物的通用名非常相似, 在排放时容易混淆, 在拆药、退药时也容易放错药盒^[5]。其四, 因错核或者漏核造成的差错。在核对药品时, 一些药师未能及时核对出贴签错误, 也没有将已经核对过的药品与未核对的分开放置, 导致药品出现混淆, 一些药物未经过核对就进入摆药车。其五, 打包装箱中出现差错。在药品打包及装箱时, 没有审查药品科室名称, 将所有

药品混合装箱, 导致药品科室出现混淆。导致药物配送时错将药物放到其他科室, 给静脉用药造成很大的差错隐患, 最终影响患者的治疗效果。

3.2 针对静脉用药常见差错的防范措施

3.2.1 完善差错上报机制

为了解决静脉用药差错问题, 需要根据实际需要不断优化完善差错报告制度, 并且将该制度落实到位, 将静脉用药过程中出现的各种差错及时如实上报。此外, 针对静脉用药的内部差错, 应当定期召开研讨会进行集体讨论, 及时总结和改正。针对静脉用药的外部差错, 需要严格按照安全用药原则, 制定行之有效解决措施, 及时不久, 并且通报处理结果, 引起相关人员的重视。

3.2.2 规范各项规章制度与操作流程

在静脉用药管理过程中, 要根据实际情况完善现有规章制度, 明确相关人员的职责与分工, 采取科学合理的奖惩措施。通过这种方式增强相关工作人员的用药安全意识, 深入贯彻以患者为中心的工作理念, 保证患者早日康复。此外, 加强质量监督和管理, 规范各项操作流程, 及时发现静脉用药过程中的各类差错, 最大可能的避免违规操作出现, 提高药物配置质量, 有效减小差错发生率。

3.2.3 加强药品管理

静配中心的药品需要按照相关标准要求, 分类分区摆放整齐, 并且将药品的通用名、规格、型号等信息标志清楚, 为静脉用药提供便利。同时, 针对不同种类的药物, 应当分别用不同颜色标识, 分开放置。比如, 针对那些高危药物需要贴上红色标识, 并且放置在专门柜子中。此外, 在药品管理过程中, 相关管理人员应当定期盘点, 根据药品规格等合理调整, 有效提高药品管理水平, 降低静脉用药的差错发生率^[6]。

3.2.4 建立完善的差错应急预案

在药品管理中, 制定静脉用药差错等级制度, 定期整理差错事故, 分析差错原因, 采取有针对性的应对措施, 减少差错的发生。同时, 相关工作人员要端正态度, 正确认识差错事故, 并且主动反思和改进, 避免类似差错事故的发生。除此之外, 需要建立完善的差错应急预案, 当发现静脉用药差错时, 要第一时间采取措施进行补救, 有效解决各类差错。

3.2.5 重视审方药师综合素质提升

审方药师不仅要掌握扎实的专业知识, 还要具备较强的责任心, 具有较高的综合素质, 才能提高审核工作质量。在实际工作过程中, 如果发现医嘱有不太合理之处, 需要及时与医生沟通, 在确保医嘱没有问题之后才能进行药物配置, 否则不予配置药物。针对现有药师的素质水平, 应当加强专业知识培训, 促使他们及时掌握新品药物, 掌握国内外最新药物动态, 不断提高综合素质。

综上所述, 静脉用药工作质量对患者治疗效果有直接影响。为了提高治疗效果, 需要加强对静脉用药管理, 尽可能减少静脉用药差错, 保障药物配置的安全性和高效性, 推动我国医疗行业的健康稳定发展。

参考文献:

- [1]房文军.流程优化管理对降低静脉用药调配中心差错发生率的影响[J].临床合理用药杂志,2022,15(17):163-165.
- [2]苏卉,张桂芬,陈欢,陆敏,邹音.某院静脉用药集中调配中心 2174 件内部差错分析及防范措施[J].海峡药学,2021,33(11):193-196.
- [3]黄伟,段彦彦.某儿童医院静脉用药调配中心差错原因分析及改进措施[J].儿科药学杂志,2021,27(08):42-44.
- [4]吕欢.系统防范措施对静脉用药调配中心液体配置差错的影响[J].中国当代医药,2021,28(06):191-193+200.
- [5]韩莉莉,牛利峰.某儿童医院静脉用药调配中心处方调配差错原因分析及对策[J].抗感染药学,2021,18(02):218-221.
- [6]曾繁强,韦平原,韦超河,韦宝含.我院静脉用药调配中心差错分析与防范措施[J].海峡药学,2020,32(09):221-223.

间苯三酚对高龄初产妇宫颈性难产治疗的效果分析

崔艳杰

沧州中西医结合医院 河北省沧州市 061000

摘要：目的：研究间苯三酚在高龄初产妇宫颈性难产治疗中的实际应用效果。方法：在本院妇产科待产室内 2020 年 7 月份到 2022 年 7 月份入院进行宫颈性难产治疗的高龄初产妇中选出 58 例实施回顾性分析，其中观察组（29 例）产妇以间苯三酚治疗为主，对照组产妇（29 例）进行地西洋治疗，比较两组产妇的治疗有效率、宫颈扩张长度、出血量、血流动力学指标、VAS 评分、产程时间。结果：观察组与对照组产妇治疗 4h 后宫颈扩张长度（ 6.69 ± 0.42 ）cm、（ 4.67 ± 0.32 ）cm，治疗有效率 96.55%、72.41%；治疗 24h 后出血量（ 14.27 ± 3.19 ）ml、（ 77.46 ± 5.93 ）ml；2h 后 VAS（ 3.13 ± 0.69 ）分、（ 4.78 ± 1.05 ）分；第二产程时间（ 34.58 ± 2.89 ）min、（ 47.97 ± 3.25 ）min；DBP（ 78.05 ± 2.15 ）mmHg、（ 90.37 ± 4.26 ）mmHg，SBP（ 124.35 ± 4.27 ）mmHg、（ 138.45 ± 6.14 ）mmHg、HR（ 78.36 ± 12.15 ）次/min、（ 101.01 ± 13.11 ）次/min，组间数据比较差异有统计学意义（ $P=0.000/0.030/0.000/0.000$ ）。结论：间苯三酚对高龄初产妇宫颈性难产治疗有显著效果，在缩短产程时间之上，可以预防大出血或低血压、心率过低风险，并且具备镇痛，增加宫颈扩张长度效用，理应将间苯三酚作为主要辅助药物。

关键词：宫颈性难产治疗；高龄初产妇；间苯三酚；地西洋；出血量

前言：对于高龄初产妇而言，在其超出 35 岁怀孕时，身体机能将趋于减退状态，无论是骨骼营养成分还是机体功能恢复程度，都比不上 30 岁以下的产妇，这就导致在年龄差异影响下极易形成宫颈性难产，严重威胁母婴健康。而选取适合的治疗方案对分娩质量有着深远影响，在临床治疗期间需要优选适宜促进成功分娩，维持产妇体征平稳的治疗药物。常规治疗常使用地西洋，因其具备镇静解挛功效，而被广泛运用在宫颈性难产中。然而，地西洋药物虽具有一定的适用性，但对母体以及新生儿呼吸功能易产生不良刺激，由此表明地西洋治疗方案仍需要进行慎用，不可一味依靠地西洋药物予以治疗。相比间苯三酚药物，因其药效优良，且安全性良好，将其作为替代性药物应用于宫颈性难产治疗中，拥有相应的可行性，可以为产妇提供优良的分娩环境，促使产妇在药物干预下及早诞下新生儿，妥善应对宫颈性难产带来的相关风险，为高龄初产妇的健康出院给予保障^[1]。本文于本院 2020 年 7 月~2022 年 7 月的产妇中选取 58 例分析：

1 产妇档案与治疗方式

1.1 产妇档案

在院内选出 58 例产妇充当研究样本，两组中均有 29 例产妇，且年龄段均在 35 岁到 41 岁以内，孕周在 39 周到 42 周以内。对照组年龄（ 37.94 ± 2.32 ）岁，平均孕周（ 39.48 ± 1.02 ）周。观察组年龄（ 37.85 ± 2.34 ）岁，平均孕周（ 39.64 ± 1.01 ）周。临床治疗结果与产妇的年龄、孕周无直接关系（ $P>0.05$ ）。伦理委员会现已批复此次项目。

1.2 产妇档案选取与剔除依据

选取标准：（1）产妇生产时均出现难产情况，且属于初产妇；（2）产妇身体健康，无重大疾病；（3）产妇治疗期间配合度较高，能够与医护人员进行积极互动，且产妇及其家属均认可治疗方案。

剔除标准：（1）患有先心病或遗传性疾病的产妇；（2）精神疾病或心理疾病产妇；（3）依从性差或肝肾功能发育不全、凝血功能障碍者；（4）免疫系统异常或意识模糊者、药物过敏者。

1.3 治疗方案

两组产妇在宫颈性难产治疗中出具的治疗方案不同。其中对照组中的产妇均使用地西洋，其治疗方案如下：在医护人员的安排下引领产妇在分娩前排空膀胱，而后在待产室内保持仰卧体位，在助产士辅助下以左侧卧位等待分娩，此时需要在其难产分娩期间以静脉注射给药方式应用地西洋，在至少三分钟以上的时间内使用 10mg 地西洋，此时在治疗过程中需要加强胎心监测，记录好产妇的血流动力学指标变化规律，之后按照常规助产方式，协助产妇顺利生产^[2]。

观察组中的产妇应用间苯三酚，其中前期准备事项与对照组相同，而在分娩期间以间苯三酚注射给药方式予以治疗，保持三分钟以上的持续用药，以 40mg 剂量为标准，也要加强胎心监测。在整个治疗期间，医护人员需要切实维护产妇的安全性，在其分娩成功后对新生儿进行全方位检查与清洗，在治疗时给予产妇的护理服务相同，由此增加此次研究项目的可信度。

1.4 观察指标

（1）观察治疗后产妇宫颈扩张情况；（2）观察产妇治疗后出血量变化情况；（3）观察治疗前后产妇血流动力学指标与产程时间、疼痛程度变

化情况。

在此次研究项目中对产妇的宫颈扩张情况予以分析，需要借助宫颈成熟度评估方法，一般在扩张长度达到 1cm 到 2cm 时，对应的宫颈成熟度为 1 分，而在 5cm 与 6cm 扩张长度下可评为 3 分，宫颈扩张长度较大时，高龄产妇的分娩质量更好。

治疗有效率评估标准：在产妇分娩期间若接受治疗后宫颈处水肿等不良现象明显减轻，且分娩过程顺利，或者分娩期间宫颈活跃度较高，可将其评估为治疗有效。疼痛程度评估时，以 VAS（视觉模拟评分法），通过在直尺刻度上划分疼痛感受，若产妇在分娩时的得分为 0 分则表示产妇认为未产生疼痛感，而 10 分代表剧烈疼痛。分数的增加预示着疼痛程度强烈，就此反馈出不同治疗方案的镇痛成效，用于评估治疗方案的可行性。血流动力学指标的测定，通过产妇连接的心电监护仪显示数据作为标准。

1.5 统计学方法

以 SPSS 21.0 软件对临床数据予以处理，符合正态分布规律，以 t （ $\bar{x}\pm s$ ）， χ^2 （%）加以检验，代入相关数值后得出 P 值小于 0.05，表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比治疗后产妇宫颈扩张情况

于治疗后观察组产妇治疗有效率 96.55%，高于对照组的 72.41%；宫颈扩张长度偏优，两组数据比有可比性（ $P=0.030/0.000$ ），详见表 1：

表 1 治疗后产妇宫颈扩张情况对比

组别/指标	宫颈扩张长度（cm）		治疗有效率（n/%）
	治疗 2h 后	治疗 4h 后	
对照组（n=29）	3.57±0.33	4.67±0.32	21（72.41）
观察组（n=29）	4.66±0.37	6.69±0.42	28（96.55）
χ^2/t	11.840	23.661	4.735
P	<0.001	<0.001	0.030

2.2 对比产妇治疗后出血量变化情况

于治疗后观察组产妇的出血量比对照组产妇少，组间数据比较有可比性（ $P=0.000$ ），详见表 2：

表 2 产妇治疗后出血量变化情况对比

组别/指标	治疗 2h 后（ml）	治疗 24h 后（ml）
对照组（n=29）	154.83±11.26	77.46±5.93
观察组（n=29）	96.35±10.42	14.27±3.19
t	20.528	50.536
P	<0.001	<0.001

2.3 对比治疗前后产妇血流动力学指标与产程时间、疼痛程度变化情况

在治疗前两组产妇的血流动力学指标未见可比性，治疗后显然观察组偏优，且产程时间较短，VAS 评分偏低，组间数据比较有可比性（ $P<0.05$ ），详见表 3：

表 3 治疗前后产妇血流动力学指标与产程时间、疼痛程度变化情况对比

组别/指标	治疗	对照组	观察组	t	P
-------	----	-----	-----	---	---

	时间	(n=29)	(n=29)		
VAS (分)	1h 后	4.16±1.02	3.01±0.68	5.052	< 0.001
	2h 后	4.78±1.05	3.13±0.69	7.072	< 0.001
产程时间	第一产程	9.87±1.26	7.36±1.36	7.291	< 0.001
	第二产程	47.97±3.25	34.58±2.89	16.580	< 0.001
DBP (mmHg)	前	105.39±5.27	105.38±5.26	0.007	0.994
	后	90.37±4.26	78.05±2.15	13.904	< 0.001
SBP (mmHg)	前	144.58±3.56	145.04±3.54	0.493	0.624
	后	138.45±6.14	124.35±4.27	10.153	< 0.001
HR (次/min)	前	108.26±15.35	108.99±15.52	0.180	0.858
	后	101.01±13.11	78.36±12.15	6.825	< 0.001

表3中DBP、SBP、HR分别指代舒张压、收缩压、心率。

3 讨论

3.1 宫颈性难产诱发原因

关于宫颈性难产，因产妇属于高龄初产妇，故而发生宫颈性难产的可能性相比较更高。结合相关研究成果，其诱发原因多包含下述两点：第一，作为高龄初产妇，因其在初次分娩时，宫颈环境中分布的子宫细胞已经呈现减退状态，无论是活跃度还是修复性，都比不得年轻产妇，而且对应的子宫收缩以及子宫弹性也略差一些，这样会造成分娩期间受子宫环境影响遭受宫颈性难产的侵害；第二，高龄初产妇的心态以及个人情绪控制能力照比年轻产妇或者经产妇略差一些，考虑到初产妇缺乏生育经验，且自身年龄较大，致使在待产环节心理压力较大。在心理因素刺激下，会形成强烈的生理反应，此时在进行分娩时难免出现产程延长以及宫缩乏力情况。随着产程时间的拖延，新生儿以及产妇自身都会发生较高的生命危险，甚至引起新生儿窒息状况。故此，在分娩时为其选取高效辅助药物具有一定的必要性。同时，高龄初产妇在分娩时，随着多次宫颈扩张，容易引发宫颈撕裂后果，继而加剧大出血发生风险，降低治疗有效性。要想为产妇提供安全可靠的分娩环境，需从药物层面予以针对性治疗。药物的合理选择，是应对宫颈性难产风险的重要依托，而如何正确选择治疗方案中的药物，也是临床治疗中的关键性研究内容^[3]。

3.2 宫颈性难产治疗中间苯三酚的应用价值

此次研究中主要是以用于宫颈性难产治疗中的常见药物，地西洋与间苯三酚，验证效果更好的药物。其中间苯三酚药物主要是具备舒缓痉挛性疼痛功效的注射药物。关于间苯三酚药物药效的体现，其中较为主要的是它具备显著的安全性。同地西洋比较，使用间苯三酚的产妇，并不会在汲取药物成分期间形成低血压、低心率风险事件。随着药物的正常吸收，产妇血流动力学指标鲜少受到影响。只有产妇的心率、血压指标足够平稳，才能具备分娩能力，为后续分娩行为提供可靠依据。而地西洋在用药后产妇更容易发生不良反应，反而在加剧产妇痛苦基础上耽误分娩时间，致使新生儿遭受窒息风险。另外，间苯三酚还是临床治疗中的重要保胎药，因其直接在泌尿生殖道平滑肌以及胃肠道处释放药效，故而药物有效性更强。从临床病例反馈中发现使用间苯三酚的不良反应率为4.55%，正因为不良反应率较低，才验证了间苯三酚对宫颈性难产产妇治疗具备高效治疗作用。依据间苯三酚毒性原理分析结果，使用间苯三酚后未形成抗胆碱效果，进而在舒缓痉挛过程中，为产妇创造有利的分娩条件，实现产妇宫颈的适当扩张，确保新生儿顺利从宫颈内成功降生。

结合多名学者的研究内容，可为此次研究项目提供重要凭证。学者龙春潮^[4]、彭红玲^[5]、马银芬^[6]在其研究中阐述了间苯三酚的应用优势，但也提出不同给药方式下形成的药效不一致，进而表明在使用间苯三酚时，也应当考虑给药方式的影响性。在对比宫颈注射、肌注与静脉注射给药途径时，间苯三酚在静脉注射与宫颈注射给药方式下的疗效更突出，有利于增加宫颈扩张长度。根据此次研究结果，要想充分展现间苯三酚的临床应用

价值，应主推静脉注射与宫颈注射，笔者在此次对比实验中确定给药方式符合最优标准。钟剑^[7]、谢淑红^[8]等多名学者以间苯三酚疗效作为研究主体，验证应用间苯三酚后产妇恢复效果较好，包括宫颈扩张情况以及产妇的疼痛感，都在间苯三酚药物作用下得以改善，与笔者整理的研究数据相差无几。学者汤占荣^[9]在研究间苯三酚药效时，从联用方案视角，以足月妊娠产妇为评估对象，分析对产程、疼痛程度指标的实际影响，发现联用间苯三酚后产妇产程时间有所缩短，且疼痛程度明显减轻，自此确定间苯三酚在止痛、促进分娩上的作用较为深刻，将其用在宫颈性难产治疗环节可行性较强，值得临床医师广泛应用。

单从出血量、产程时间的方向判定间苯三酚的功效，可以根据学者何彦彦^[10]等人的研究数据获得支撑。在该名学者研究阶段，间苯三酚的合理应用，促使产妇治疗后血压、心率指标趋于稳定，且术后2h出血量在110ml左右，术后24h出血量基本上保持在20ml范围内，而采用地西洋药物的组别，明显出血量偏高，尤其是术后24h出血量依然高达88ml，出血量控制不当易发生休克情况，严重威胁母婴生命安全，而第二产程时间在间苯三酚助力下可以缩短至32min，在较短产程时间内顺利分娩，可从某种程度上消除宫颈性难产产生的负面影响。综合多名学者研究成果，认定笔者开设的对比实验研究项目在临床治疗中有一定的现实意义，将间苯三酚应用于宫颈性难产的高龄初产妇身上，以静脉注射方式给药，将取得满意的治疗效果。而且疼痛感的有效减轻，也不易对产妇心理健康造成威胁^[11]。当产妇成功诞下新生儿以后，能够重新获取健康心理，从疗效、产妇的分娩质量以及分娩后的普遍恢复情况，均可将间苯三酚认定为优选药物，产妇对药物应用成效的接受度偏高^[12]。间苯三酚属于非罂粟碱类、非阿托品药物，它的应用领域涉及妇产科、胃肠科等多科室，理应加大研究力度。

经由观察组相关数据：产妇治疗有效率96.55%，宫颈扩张长度、出血量、产程时间以及VAS评分、血流动力学指标偏优，同对照组数据比对有可比性（ $P<0.05$ ）。由此推断得出：高龄初产妇若应用间苯三酚进行宫颈性难产治疗，能够有效缩短产程时间，促进宫颈扩张，减少出血量，并从某种程度上降低VAS评分，提高治疗有效率，促使产妇及早分娩成功，合理维护母婴健康。

综上所述，高龄初产妇在宫颈性难产治疗中应用间苯三酚，其整体效果较好，既能实现顺利分娩，又能适当减轻产妇疼痛，有效保障母婴健康。故此，间苯三酚在临床治疗中有应用价值。

参考文献：

- [1]李珍珍,陈思颖. 间苯三酚宫颈注射给药治疗宫颈性难产的临床疗效[J]. 深圳中西医结合杂志,2021,31(11): 179-180.
- [2]涂志华. 间苯三酚在初产妇宫颈性难产中的疗效观察[J]. 中国医药科学,2019,9(21): 81-83+245.
- [3]沈艳梅. 浅析间苯三酚在宫颈性难产中的应用[J]. 实用妇科内分泌电子杂志,2019,6(31): 63-64.
- [4]龙春潮,张红花,杨化菊. 间苯三酚对宫颈性难产的高龄初产妇治疗的效果探究[J]. 北方药学,2021,18(05): 21-22.
- [5]彭红玲. 间苯三酚不同给药途径对宫颈性难产的临床效果[J]. 中国继续医学教育,2021,13(06): 150-152.
- [6]马银芬,俞小英,杜宝英,等. 间苯三酚不同给药途径治疗宫颈性难产150例[J]. 浙江实用医学,2019,24(05): 369-371.
- [7]钟剑,刘伟武,曾伟兰. 间苯三酚对高龄初产妇宫颈性难产治疗的效果观察[J]. 医学食疗与健康,2020,18(09): 8-9.
- [8]谢淑红. 间苯三酚对治疗发生宫颈性难产初产妇效果分析[J]. 数理医药学杂志,2020,33(01): 106-107.
- [9]汤占荣. 间苯三酚联合缩宫素在促进足月妊娠孕妇产程中的疗效分析及对NRS评分的影响研究[J]. 航空航天医学杂志,2022,33(07): 828-831.
- [10]何彦彦. 间苯三酚在宫颈性难产高龄产妇中的应用以及对产程时间、分娩出血量等的影响[J]. 中国实用医药,2021,16(24): 19-22.
- [11]董延华,韩宁,许雅娟. 间苯三酚在高龄初产妇宫颈性难产中临床应用效果分析[J]. 北方药学,2018,15(06): 23.
- [12]谢佳,刘秀丽,杨雯. 用间苯三酚对发生宫颈性难产的高龄初产妇进行治疗的效果研讨[J]. 当代医药论丛,2018,16(04): 101-102.

优化急诊护理流程在急性脑梗死患者中的应用及 NIHSS 评分影响评价

汤自芳 李芳

宁夏回族自治区人民医院 宁夏银川 750002

摘要:目的 评价在急性脑梗死患者中应用优化急诊护理流程的效果, 及对患者 NIHSS 评分的影响。方法 以急性脑梗死为研究疾病, 随机抽取 216 例患者及进行回顾性分析, 其中最早就诊于我院的时间为 2021 年 1 月, 最晚就诊于我院的时间为 2021 年 12 月, 通过就诊护理流程的不同对患者进行分组, 其中实施常规急诊护理流程的患者划分至对照组, 例数为 108 例; 实施优化急诊护理流程的患者划分至观察组, 例数为 108 例。选取的观察指标包括急救护理指标、护理前及出院 3 月的神经功能情况、护理前及出院 3 月的生活质量以及出院 6 月的预后情况, 对两组的结果进行对比。结果 组间急救护理指标的对比, 差异显著 ($p < 0.05$), 其中以观察组的各项时间更短; 组间出院 3 月神经功能情况的对比, 差异显著 ($p < 0.05$), 其中以观察组的评分更低; 组间出院 3 月生活质量的对比, 差异显著 ($p < 0.05$), 其中以观察组各项评分更高; 组间出院 6 月的预后情况对比, 差异显著 ($p < 0.05$), 其中以观察组的死亡率和复发率更低。结论 将优化急诊护理流程应用于急性脑梗死患者中, 不仅可以优化患者的急救护理指标, 可以促进患者的神经功能、生活质量和预后的改善, 获得了较为理想的效果, 值得推广及应用。

关键词:急性脑梗死; 优化急诊护理流程; NIHSS 评分

临床常见的急症中, 急性脑梗死的发生率较高, 以中老年人群多发, 因其发病突然、病情凶险, 故患有该病的患者的致残率和病死率均较高, 不仅对患者的身体健康造成了严重的影响, 还严重威胁到了患者的生命安全, 引起了临床医护工作者的重视^[1-2]。为了使患者的致残率和病死率下降, 常采用急诊溶栓进行治疗, 而在此过程中为了提高患者急救的效率和生

活质量, 需以有效的护理模式及逆行配合, 以为患者提供规范化的护理服务^[3-4]。优化急诊护理流程指的是护理人员在系统的护理目标及规范流程的要求下, 遵医嘱对患者进行各项检查和操作, 使急诊医护工作有条不紊的进行, 已在急性心肌梗死、脑出血昏迷等患者的救治工作中取得了较好的效果^[5-6]。本次研究中, 选取 216 例急性脑梗死, 分组进行对比性研究, 旨在分析将优化急诊护理流程应用于急性脑梗死患者中的效果, 具体如下:

1. 资料和方法

1.1 一般资料

疾病类型: 急性脑梗死, 选取患者的例数为 216 例, 患者遴选的起止时间分别为 2021 年 1 月和 2021 年 12 月。以抽签法为分组方法, 分别为对照组 ($n=108$) 和观察组 ($n=108$)。

对照组: 男女性患者的比例为 68: 40; 其中以 46 岁患者的年龄最小, 以 78 岁患者的年龄最大, 计算得出的均值为 (54.19 ± 4.85) 岁; 发病至就诊时间: 以 15min 为最短时间, 以 7h 为最长时间, 计算得出的均值为 (2.61 ± 1.08) h; 梗死部位: 以基底节梗死患者最多、为 49 例, 以顶叶梗死患者次之、为 37 例, 以额叶梗死患者最少, 为 22 例。

观察组: 男女性患者的比例为 65: 43; 其中以 45 岁患者的年龄最小, 以 79 岁患者的年龄最大, 计算得出的均值为 (54.12 ± 4.76) 岁; 发病至就诊时间: 以 15min 为最短时间, 以 8h 为最长时间, 计算得出的均值为 (2.67 ± 1.14) h; 梗死部位: 以基底节梗死患者最多、为 50 例, 以顶叶梗死患者次之、为 36 例, 以额叶梗死患者最少, 为 22 例。

纳入标准: ①所有患者均经头部 CT 或头部磁共振成像 (MRI) 检查确诊, 与 1995 年全国第四届脑血管病学术会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》中急性脑梗死的诊断标准相符^[7]; ②年龄 < 80 岁; ③发病至就诊时间 ≤ 8 h; ④临床资料无缺项的患者。

排除标准: ①合并心肺肝肾严重疾病的患者; ②合并全身感染性疾病的患者; ③合并精神疾病的患者。

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

1.2 方法

对照组: 实施常规急诊护理流程: 患者入院后, 分诊台护理人员根据患者的病情进行分诊, 之后医生通过对患者病情的判断给予患者针对性较

强的治疗, 同时对患者进行心电监护, 并对患者进行凝血功能的检查, 必要时给予患者吸氧治疗。

观察组: 实施优化急诊护理流程: (1) 成立护理小组: 由医生、护理人员及辅助科室人员共同组成护理小组, 对护理小组人员进行护理流程的规范化培训, 提升小组成员对护理流程的掌握程度。(2) 患者入院后的流程: 患者入院后, 分诊台护理人员根据患者的病情进行分诊, 之后通过预检、影像学检查、实验室检查等对患者的病情进行准确评估, 并为患者建立电子档案; 之后明确患者治疗所用的药物、流程及计量换算表等急救措施。(3) 救治前流程: 护理人员对患者的生命体征进行密切监测, 并根据患者的影像学检查结果对其神经功能缺损情况进行评估, 确定溶栓治疗的方案, 并做好溶栓治疗的准备。(4) 救治时流程: 对患者的血压、血氧饱和度和等指标进行检测, 每隔 15min 记录 1 次患者的生命体征, 若患者血压偏高, 则需给予降压药物; 对患者的瞳孔和意识等情况进行观察, 若出现休克及脑疝等情况, 则需立即报告医生。(5) 救治后流程: 及时做好患者的心理疏导工作, 对患者及家属进行关于救治的目的、方法及注意事项等知识的健康教育, 并对患者的生命体征进行密切的监测, 以预防并发症的发生, 并为患者制定个性化的康复训练方案, 降低患者关节畸形、挛缩及语言障碍等后遗症的发生, 并告知患者按时服药及定期复查的重要性, 以督促患者按时用药、定期复查。(6) 出院后流程: 由护理人员通过电话随访和上门指导等方式对患者进行为期 6 个月的随访, 告知患者家属督促患者进行康复训练, 并给予患者充分的家庭支持。

1.3 观察指标

1.3.1 观察两组患者的急救护理指标, 主要包括分诊时间、转诊时间、总抢救时间和采血时间。

1.3.2 观察两组患者护理前及出院 3 月的神经功能情况, 采取的评估方法为美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS)^[8-9], 内容主要包括意识水平、视野、凝视、面瘫、上下肢运动、共济失调, 量表的满分为 45 分, 且患者的评分越高则说明患者的神经功能缺损越严重, 恢复情况越差。

1.3.3 观察两组患者护理前及出院 3 月的生活质量, 采取的评估方法为 FACT-G (V4.0) 生活质量核心量表^[10], 包括生理状况、社会家庭状况、情感状况和功能状况, 每项的满分为 25 分, 且患者的各项内容分值越高则说明患者的该项情况越佳。

1.3.4 观察两组患者的出院 6 月的预后情况, 主要包括死亡和复发情况。

1.4 统计学分析

本次研究中的急救护理指标、神经功能情况和生活质量为计数资料, 通过 $[n (\%)]$ 的形式进行表示, 采用卡方检验进行数据间分析, 预后情况

为计量资料,通过(均数±标准)的形式进行表示,采用t检验的方法进行数据间分析,若通过SPSS 26.0软件分析得出的结果为 $p<0.05$,则说明数据间存在较为显著的差异。

2. 结果

2.1 两组患者急救护理指标的对比

由表1中的对比结果可知:在分诊时间、转诊时间、总抢救时间和采血时间方面,观察组患者均明显短于对照组,且差异显著($p<0.05$)。

表1: 两组患者急救护理指标的对比 ($\min, \bar{x} \pm s$)

组别	分诊时间	转诊时间	总抢救时间	采血时间
对照组 (n=108)	3.62±0.57	63.08±3.39	65.41±7.42	5.93±0.34
观察组 (n=108)	1.26±0.31	38.52±4.08	43.90±5.16	3.16±0.19
t 值	37.799	48.116	24.734	73.909
p 值	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组患者护理前及出院3月的神经功能情况的对比

表3: 两组患者护理前及出院3月生活质量的对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	生理状况		社会家庭状况		情感状况		功能状况	
	护理前	出院3月	护理前	出院3月	护理前	出院3月	护理前	出院3月
对照组(n=108)	15.19±2.06	18.23±2.41*	14.27±1.95	17.12±1.25*	12.85±1.64	15.02±1.99*	12.65±1.63	15.72±1.41*
观察组(n=108)	15.14±2.13	23.42±2.60*	14.25±1.98	21.68±2.37*	12.81±1.67	19.13±1.26*	12.59±1.72	21.40±1.65*
t 值	0.175	15.214	0.075	17.686	0.178	18.134	0.263	27.197
p 值	0.861	0.000	0.940	0.000	0.859	0.000	0.793	0.000

注:与护理前相比,* $p<0.05$ 。

2.4 两组患者出院6月的预后情况对比

由表4中的对比结果可知:在患者出院6月的死亡和复发情况方面,观察组均明显低于对照组,且差异显著($p<0.05$)。

表4: 两组患者出院6月的预后情况对比[n(%)]

组别	死亡	复发
对照组(n=108)	24 (22.22%)	37 (34.26%)
观察组(n=108)	7 (6.48%)	9 (8.33%)
χ^2	10.885	21.655
p 值	0.001	0.000

3. 讨论

急性脑梗死患者因局部脑组织的血液循环出现异常,故出现脑组织的坏死或脑软化,须及时采取急救措施,以促使患者的血管再通,以改善其脑组织缺氧和缺血的状态^[1]。患者发病入院前至开始治疗间时间的长短直接影响着患者神经功能的恢复情况^[2]。而常规急诊护理流程中,护理人员多在医生医嘱的指示下完成相应的护理工作,不仅缺乏护理过程中的目标,且在抢救和转运等环节消耗的时间较多,使患者的救治时间和到院至静脉溶栓的时间均较长,从而影响急救效率,因此,需对急诊护理流程进行优化,以不断提升急救效果,改善患者的预后^[13]。

优化急诊护理流程是选取临床经验丰富的专业医护人员,将护理流程进行细化,缩短了患者检查和抢救的时间,可尽快为救治做好准备,缩短了脑缺血的时间,尽可能恢复了患者的神经功能,故本次研究中,观察组患者的分诊时间、转诊时间、总抢救时间和采血时间明显短于对照组患者的各项时间,患者出院3月的神经功能缺损评分明显低于对照组患者的评分。此外优化急诊护理流程强化了医护人员的时间观念,使抢救的流程更加规范、更加有条理,提升了抢救效果,促进了患者的神经功能的恢复,有助于患者生活质量和预后的改善,故本次研究中,观察组患者出院3月的生活质量各项评分均明显高于对照组,出院6月的死亡率和复发率均明显低于对照组,且差异显著($p<0.05$)。

综上所述,临床对急性脑梗死患者实施优化急诊护理流程,在促使患者的急救护理指标和神经功能改善的同时,还提高了患者的生活质量,使

由表2中的对比结果可知:在护理前神经功能缺损情况方面,两组患者的差异不显著($p>0.05$);在出院3月的神经功能缺损情况方面,观察组患者的评分明显低于对照组,且差异显著($p<0.05$),说明观察组患者的神经功能恢复情况更优。

表2: 两组患者护理前及出院3月的神经功能情况的对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	护理前	出院3月	t 值	p 值
对照组 (n=108)	11.63±3.74	5.98±2.53	13.004	0.000
观察组 (n=108)	11.58±3.81	5.12±2.27	15.137	0.000
t 值	0.097	2.629	-	-
p 值	0.923	0.009	-	-

2.3 两组患者护理前及出院3月生活质量的对比

由表3中的对比结果可知:在护理前生活质量各项评分方面,两组患者的差异不显著($p>0.05$);在出院3月生活质量各项评分方面,观察组患者的评分均明显高于对照组,且差异显著($p<0.05$),说明观察组患者出院3月的生活质量更优。

患者获得了更为良好的预后,值得推广及应用。

参考文献:

- [1]高爱民,王宁,任翠剑,等.注射用丹参多酚酸对急性脑梗死老年患者神经功能保护作用及ET-1水平影响[J].中国医药导报,2019,16(6):122-125.
- [2]沈新芬,陈秋华,崔红美.急性脑梗死患者急诊护理风险分析及护理安全对策[J].中国药物与临床,2019,19(22):4002-4003.
- [3]苏晓丽.循证护理联合脑电仿生电刺激仪在急性脑梗死护理中的应用效果[J].河北医药,2019,41(15):2372-2375.
- [4]范彩英,邹秀梅,刘腾飞,等.多学科协作下路径护理对急性脑梗死患者自护能力及康复效果的影响[J].中华现代护理杂志,2021,27(16):2214-2219.
- [5]郑帆,郭莹.优化急诊护理流程在急性心肌梗死患者抢救中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2022,7(5):161-163.
- [6]尚健,曹婧琳,黄卫新.优化改良急诊护理流程对高血压合并脑卒中患者预后的影响[J].长春中医药大学学报,2020,36(6):1269-1271.
- [7]各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,(6):60-61.
- [8]徐阳,金凡夫,赵丽,等.急性脑梗死静脉溶栓前后美国国立卫生研究院卒中量表评分与收缩压变化值在颅内出血性转化中的预测价值[J].安徽医药,2021,25(2):250-254.
- [9]张磊,刘建民.美国国立卫生研究院卒中量表[J].中华神经外科杂志,2014,30(1):79.
- [10]卜云,刘敏.中药外敷联合穴位针灸的中医辨证施护对急性脑梗死护理干预的效果分析[J].四川中医,2019,37(12):205-208.
- [11]张丽辉.优质护理联合积极的心理干预对急性脑梗死患者焦虑及生活能力的影响[J].中国药物与临床,2021,21(14):2596-2598.
- [12]江雪银,陈南耀,程朝霞,等.基于智谋理论的健康教育对急性脑梗死患者二级预防依从性的影响[J].广西医学,2020,42(7):914-917.
- [13]李谷维.康复护理对急性脑梗死患者早期预后的影响[J].神经损伤与功能重建,2021,16(6):357-358.

层级护理对母婴同室产妇母乳喂养成功率及护理质量的影响分析

李秀儒 林佳

深圳市南山区妇幼保健院 广东 518067

摘要：讨论层级护理在母婴同室产妇护理中对母乳喂养成功率以及护理质量的影响。方法：选择2019年1月-2020年12月分娩的产妇156例，依据分娩的先后顺序分为实验组和对照组，两组产妇均为78例，实验组(n=78)：层级护理；对照组(n=78)：常规护理。对比两组产妇护理质量以及母乳喂养成功率。结果：实验组产妇相较于对照组产妇而言，其护理质量更优，而且母乳喂养成功率达到91.03%，比对照组76.92%要高(P<0.05)。两组产妇开始泌乳时间、新生儿吸吮开始时间和母乳喂养建立时间比较，实验组均比对照组短，(P<0.05)。两组产妇母乳喂养知识掌握度评分比较，实验组高于对照组，(P<0.05)。两组产妇护理满意度比较，实验组高于对照组，(P<0.05)。结论：层级护理的运用，其护理效果更好，有利于提高母乳喂养成功率，建立良好的医患关系，安全系数较高，值得宣传推广。

关键词：层级护理；母婴同室；母乳喂养；护理质量；护理效果

母婴同室是新生儿在出生后24小时与产妇在一个房间内，由产妇亲自照顾婴儿保暖、喂养等，以此来帮助产妇适应新角色，同时也满足新生儿的需求。但是在实际的应用过程中，常常会受到其他因素的影响，出现烫伤、感染、窒息等风险事件，给产妇以及新生儿带来了严重的影响。因此，要采取更加科学、合理的护理措施，减少不良事件的发生，进而更好的为产妇以及新生儿提供护理服务。本次研究选择了156例产妇，主要讨论层级护理在母婴同室的护理效果。具体的分析如下文所示。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2019年1月-2020年12月分娩的产妇156例，依据分娩的先后顺序分为实验组和对照组，两组产妇均为78例。实验组产妇年龄分布范围22-36岁，平均(29.12±3.36)岁，孕周37-42周，平均(39.62±1.25)周，顺产48例，剖宫产30例；对照组产妇年龄分布范围25-32岁，平均(28.75±3.28)岁，孕周38-41周，平均(39.50±1.36)周，顺产46例，剖宫产32例，以上产妇的基本资料对比，得到P>0.05，表示两组产妇之间比较有意义。

纳入标准：产妇产后健康没有其他并发症，产妇均为足月分娩，心理状态健康正常，产妇家属签署了相关的知情同意书，对于对照实验的研究内容熟知，本次实验也报告了医院获得了医院伦理委员会的批准开展，产妇的精神状态也正常能够配合完成相关的护理配合工作。

排除标准：产妇患有遗传病、传染病和妊娠高危疾病，存在异位妊娠等特殊妊娠的情况。

1.2 护理方法

对照组实施常规护理。为产妇以及新生儿提供舒适的病房环境，观察产妇的情绪变化，给予心理指导，并且对产妇进行新生儿相关知识的指导，包括母乳喂养、新生儿护理等。

实验组实施层级护理。(1)组建层级护理小组。由经验丰富的医师带领护士组成护理小组，依据护士的工作年限以及专业水平分为高级护士、初级护士小组成员分工明确，负责不同的护理工作。高级护士主要负责护理人员的监督，指导其他护理人员做好护理服务；初级护士主要负责产妇的护理，指导产妇合理饮食、运动等，同时还要观察产妇的情绪，给予产妇基础的心理指导^[1]。初级护士同时负责新生儿沐浴、抚触等基础护理，并且告知产妇关于新生儿护理的相关知识，为新生儿做好日常护理，同时还要指导产妇进行母乳喂养，使产妇掌握母乳喂养的技巧；(2)建立健全的培训和考核制度，制度的建立应该由小组成员开会商讨决定，主要是探究在为产妇和新生儿开展日常中遇到的问题，提出问题，做出全面的讨论，得出解决问题的措施，主要目的是为了为了更好的优化实施的护理保障性措施的效果，同时还需要对小组成员进行知识培训，可以以多种培训的形式进行知识讲解，其中就包括开展护理知识专题讲座，针对母乳喂养技巧的培训，应该开展现场培训的形式，培训结束还是要进行考核，在实施层级护理的过程中也是需要为护理人员进行知识考核，全面的优化小组成员对于知识的掌握程度，理论知识指导开展的护理保障，要在护理过程中，邀请患者参与到护理方案制定过程中，针对护理评价工作也需要产妇参与，能够从被照护人的角度进行护理方案完善，而且对于实施的层级护理

实施监督指导，来优化护理人员的热情和积极性。(3)制定护理计划。护理人员定期组织专业知识的培训，不断丰富自己的护理知识，提高护理技巧，并且依据产妇的具体身体状况，结合护理需求，制定出详细的护理计划，并严格按照护理计划实施。(4)具体护理内容：在产妇分娩之前，做好产妇的心理指导，并且对产妇进行基本的健康知识宣教，让产妇了解分娩的相关内容以及母乳喂养的优势，进而让产妇建立信心；分娩之后，护理人员要指导产妇让新生儿吸吮乳头，促进乳汁分泌；同时还要指导产妇正确的喂养体位，提高产妇的认知。(5)分级干预。在产妇分娩之后，护理人员要对产妇的状况进行全面评估，并且依据产妇的乳汁状况进行分级干预^[2]。乳汁分泌较好的产妇，护理人员做好基础的知识宣教与指导；乳汁分泌良好的产妇，除了做好基础的知识宣教与指导，还要对产妇的饮食进行干预；乳汁分泌较少的产妇，护理人员更要做好产妇的日常护理，教会产妇正确的含接姿势，多做皮肤接触，按需喂养，保证充足的睡眠和营养，保持心情舒畅，必要时，可以利用吸奶器刺激乳头，促进产妇的乳汁分泌，从而提高母乳喂养成功率。

1.3 观察指标

对比两组产妇护理质量以及母乳喂养成功率。护理质量利用医院自制的评分量表进行评价，从护理人员的服务态度、病区管理能力、沟通能力、护理能力进行评分，每项100分，分数越高，表示护理质量越优。产妇开始泌乳时间、新生儿吸吮开始时间和母乳喂养建立时间，比较两组产妇实施不同护理对于母乳喂养相关时间指标优化改善效果，时间指标越短实施的护理效果越好。产妇母乳喂养知识掌握度评分，采取自制量表评估，总分100分，评分越高实施护理效果越好。产妇护理满意度，比较两组产妇在产后实施护理之后，应用自制护理满意度量表评估，总分100分，根据评分划分为非常满意、满意和满意。

1.4 统计学方法

此次研究中所涉及到的数据，使用SPSS23.0分析统计，其中计数资料用%表示，计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示，分别用 χ^2 、t进行检验，得出的结果为P<0.05，就证明数据有意义。

2 结果

2.1 对比两组产妇的护理质量

经过数据分析得出，不同的护理模式其护理质量结果也不一样，实验组在服务态度、病区管理能力、沟通能力、护理能力方面的评价都比对照组要高(P<0.05)，数据详情见表1。

表1 对比两组产妇的护理质量($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	服务态度	病区管理能力	沟通能力	护理能力
实验组	78	92.51±2.69	93.26±2.44	93.22±3.38	94.38±3.02
对照组	78	81.69±2.54	82.47±2.68	84.47±3.16	85.62±2.96
t	--	25.83	26.29	16.70	18.29
P	--	0.00	0.00	0.00	0.00

2.2 对比两组的母乳喂养成功率

实验组的母乳喂养成功率达到91.03%，比对照组76.92%要高，(P<0.05)，数据详情见表2。

表 2 两组母乳喂养成功率比较 (n/%)

组别	例数	母乳喂养	人工喂养	母乳喂养成功率
实验组	78	71(91.03%)	7 (8.97%)	91.03%
对照组	78	60(76.92%)	18(23.08%)	76.92%
X ²	--	--	--	5.76
P	--	--	--	0.02

2.3 产妇开始泌乳时间、新生儿吸吮开始时间和母乳喂养建立时间
两组产妇开始泌乳时间、新生儿吸吮开始时间和母乳喂养建立时间比较, 实验组均比对照组短, (P<0.05), 数据详情见表 3。

表 3 产妇开始泌乳时间、新生儿吸吮开始时间和母乳喂养建立时间 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	产妇开始泌乳时间 (h)	新生儿吸吮开始时间 (min)	母乳喂养建立时间 (min)
实验组	78	23.52±2.12	16.52±6.95	41.15±4.59
对照组	78	31.15±3.26	28.42±7.16	142.15±17.46
t	--	17.32	10.53	49.40
P	--	0.00	0.00	0.00

2.4 产妇母乳喂养知识掌握度评分
两组产妇母乳喂养知识掌握度评分比较, 实验组高于对照组, (P<0.05), 数据详情见表 4。

表 4 产妇母乳喂养知识掌握度评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	产妇母乳喂养知识掌握度评分
实验组	78	90.12±3.23
对照组	78	84.45±5.65
t	--	7.69
P	--	0.00

2.5 产妇护理满意度
两组产妇护理满意度比较, 实验组高于对照组, (P<0.05), 数据详情见表 5。

表 5 产妇护理满意度 (n, %)

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
实验组	78	45(57.69)	30(38.46)	3 (3.85)	75(96.15)
对照组	78	27(34.62)	40(51.28)	11(14.10)	67(85.90)
t	--	--	--	--	5.02
P	--	--	--	--	0.02

3 讨论

母婴同室是现在产科运用比较多的一种模式, 产妇会亲自负责新生儿的喂养、擦洗等, 可以更好的增进产妇与新生儿的感情, 同时也有利于产妇乳汁的分泌, 并且学习更多的新生儿护理知识, 除此之外, 还可以促进产妇的快速恢复^[3]。据临床数据显示, 由于产妇缺乏新生儿护理知识, 存在着一定的安全隐患, 因此, 要采取更为全面的护理措施, 提供更优质的护理服务。母婴同室是指产妇在分娩胎儿之后, 产妇和新生儿在同一室相处 24 个小时, 在此期间为产妇进行相关的护理指导, 护理指导的内容包括常规性的护理干预以及新生儿喂养, 而且随着而且随着现阶段医疗水平不断的进步与发展, 母婴同室的模式已经在临床得到了广泛的推广实施。因为在常规的护理保障过程中, 针对母婴常规的护理保障是母婴分离封闭式集中护理, 开展常规教育, 给予产妇和新生儿常规性的管理保障, 母婴同室护理能够更好的强化护理的开放性, 根据产妇和新生儿分娩之后的症状表现, 针对性实施母婴同室护理, 探究护理效果发现为产妇在产后实施母婴同室护理, 能够更好的促进母乳喂养, 为母乳喂养提供便利性, 有利于建立良好的亲子关系, 值得在产妇产后推广实施。在实施母婴同室护理的过程中, 还是要保障一定的安全, 减少母婴同室过程中引发的相关风险事件。本次研究的结果提示层级护理, 在母婴同室护理过程中能够发挥积极的促进作用, 主要是层级护理融合了相关的有效护理模式, 包括小组护

理责任制护理以及多种鼓励式护理, 在应用过程中能够做到环节分工明确, 这对于提升母婴在临床护理工作的完整性和系统性具有积极的促进意义。还有就是针对母婴护理过程中应用的层级护理, 其完整性可以得到优化, 可以将护理的落实到相关的护理人员身上, 责任落实到位能够有效提升护理工作人员在实施护理中的责任意识, 还能够积极地调动工作人员的工作积极性, 高效开展护理工作, 保障实施护理的质量。还有为母婴开展的层级护理是在准确评估产妇及新生儿状态的基础上, 综合性开展的护理保障, 以分层的形式为母婴提供相关的护理干预方案, 针对性的和更加全面的提供相关的护理服务, 调查显示针对母婴开展的层级护理能够有效的优化护理的有效性, 提高临床实质护理的指标, 改善对于母婴的护理保障效果。

相较于常规护理, 层级护理是一种更为专业、科学的护理措施, 有效的弥补了常规护理模式的缺陷和不足, 优势更为明显, 主要是依据护理人员的护理经验、护理技能进行分层管理, 合理的分配不同的护理任务, 明确各护理人员的护理职责, 并且定期展开培训, 不断提高护理人员的专业护理素养^[4]。本文数据显示, 实验组产妇相较于对照组产妇而言, 其护理质量更优, 而且母乳喂养成功率达到 91.03%, 比对照组 76.92%要高 (P<0.05), 两组产妇开始泌乳时间、新生儿吸吮开始时间和母乳喂养建立时间比较, 实验组产妇开始泌乳时间 (23.52±2.12) h、新生儿吸吮开始时间 (16.52±6.95) min、母乳喂养建立时间 (41.15±4.59) min, 对照组产妇开始泌乳时间 (31.15±3.26) h、新生儿吸吮开始时间 (28.42±7.16) min、母乳喂养建立时间 (142.15±17.46) min, 实验组均比对照组短, (P<0.05), 两组产妇母乳喂养知识掌握度评分比较, 实验组高于对照组, (P<0.05)。两组产妇护理满意度比较, 实验组高于对照组, (P<0.05)。主要原因是对实验组产妇运用了分层护理模式, 将护理人员按照临床护理经验以及护理技巧进行分层, 并且划分不同的任务, 促使护理人员在所负责的护理任务中具有较好的专业技能, 使产妇掌握更多关于母乳喂养以及新生儿护理的相关知识, 从而减少不良事件的发生, 同时也有利于护理人员提高自身的专业技能, 使低年资护理人员更快成长, 从而为产妇提供更加细致专业的护理服务。

综上所述, 层级护理在母婴同室护理中, 可以有效改善母乳喂养状况, 提高护理人员的专业技能, 提高护理质量。

参考文献:

- [1]任晶晶,任庆丰,帅莉.层级护理模式对母婴同室产妇母乳喂养成功率及护理质量的影响[J].饮食保健,2020,7 (28): 126.
- [2]王子敬.层级护理对母婴同室产妇母乳喂养成功率的影响[J].中国医药指南,2020,18 (11): 190-191.
- [3]廖小红,丘丽华.层级护理模式对母婴同室产妇母乳喂养成功率的影响[J].中外女性健康研究,2020,1 (1): 159-160.
- [4]刘俐云.母婴同室病房应用层级护理干预的临床价值分析[J].当代护士 (上旬刊),2019,26 (10): 101-103.
- [5]廖庆芬,曹庆瑛.层级护理用于合并妊娠期高血压剖宫产产妇的效果分析[J].中国农村卫生,2021,13 (08): 74-75.
- [6]李明蕊,常永霞,崔玲.层级护理在剖宫产初产妇中的应用价值分析[J].现代诊断与治疗,2021,32 (07): 1155-1156.
- [7]王丽,高霞,魏琴.层级护理管理对母婴同室产妇母乳喂养的影响[J].国际护理学杂志,2021,40 (07): 1158-1160.
- [8]王子敬.层级护理对母婴同室产妇母乳喂养成功率的影响[J].中国医药指南,2020,18 (11): 190-191.
- [9]陈霞.层级护理对母婴同室产妇母乳喂养成功率及护理质量的影响分析[J].临床医药文献杂志,2020,7 (01): 84+86.
- [8]刘俐云.母婴同室病房应用层级护理干预的临床价值分析[J].当代护士 (上旬刊),2019,26 (10): 101-103.
- [9]苏里.层级护理对母婴同室产妇母乳喂养成功率、护理质量的影响研究[J].心理月刊,2019,14 (14): 10-12.
- [10]杨小敏,皮美清,刘金丽.层级护理对自由体位分娩产程及产妇满意度的影响[J].赣南医学院学报,2018,38 (10): 1033-1035.
- [11]陈赞儿,刘歆.连续排班结合层级管理在产科护理工作中的应用[J].中医药管理杂志,2018,26 (15): 69-70.

预见性护理对腹部手术后粘连性肠梗阻的预防作用分析

刘娜

西安庆华医院 陕西西安 710025

摘要：目的：分析在腹部手术患者护理期间采用预见性护理的作用。方法：在2020年10月~2021年10月期间入院接受腹部手术的患者中选取86例随机分为两组，对照组采用常规护理，研究组采用预见性护理，记录并比较患者护理效果。结果：研究组术后粘连性肠梗阻发生率低于对照组；研究组护理后的心理负担评分低于对照组；研究组护理依从性高于对照组；研究组护理后的生活质量评分高于对照组；研究组护理后生活质量评分高于对照组；研究组护理后生活质量评分高于对照组；研究组护理后生活质量评分高于对照组，差异存在统计意义（ $P<0.05$ ）。结论：在腹部手术患者护理期间，通过积极开展预见性护理，有利于帮助患者实现对于术后并发症的充分预防，对于患者术后生活质量的优化具有积极价值。

关键词：腹部手术；粘连性肠梗阻；心理负担；护理依从性；生活质量

在临床期间，作为常见的手术类型之一，腹部手术可以帮助患者进一步实现对于腹部病灶的合理处理，对于患者病情的控制与身体健康的恢复具有良好的促进作用^[1]。近年来，随着医疗研究工作的深入，该手术形式在临床治疗期间得到了较为广泛的应用，从而为患者健康的恢复奠定了坚实的基础^[2]。据不完全统计，在腹部手术患者术后康复阶段，粘连性肠梗阻的发病率占并发症的40%左右，基于此，如何有效实现对于相关问题的合理预防逐渐受到了医护工作人员的密切关注与重视^[3]。在护理工作开展期间，大量研究资料表明，基于传统护理模式下，医护人员所开展的护理服务内容相对较为单一，其不利于患者护理效果的持续优化与合理改进，对患者术后健康造成了一定影响。在这一问题上，医护人员结合临床护理经验对于如何开展护理服务展开了解读与分析，其有效推动了患者护理工作的多元化的发展与转变。本文针对在腹部手术患者护理期间采用预见性护理的作用进行了分析，现整理如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

在2020年10月~2021年10月期间入院接受腹部手术的患者中选取86例随机分为两组，对照组男27例，女16例；年龄29~74岁，平均（ 52.50 ± 2.58 ）岁；研究组男28例，女15例；年龄30~75岁，平均（ 52.49 ± 2.37 ）岁；纳入标准：患者存在手术指征、患者对于研究内容知情同意、患者年龄 <80 周岁；排除标准：患者存在手术禁忌症、患者合并恶性肿瘤、患者在哺乳期或妊娠期。差异不存在统计意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用常规护理，相关护理措施包括：①做好手术要点的说明，引导患者进行术前准备工作，确保患者积极配合医护人员开展基础护理服务。②做好术前相关药品和医疗设备性能的检查。③密切监测患者临床期间表现出的生命体征并进行记录。④及时解答患者围手术期提出的相关疑问。⑤在患者术后康复阶段定期进行病房巡视并做好病房的通风消毒工作。

1.2.2 研究组 采用预见性护理，相关护理措施包括：①做好患者护理风险评估工作：医护人员在护理工作开始前，应及时做好对于患者基本资料的充分分析与解读并积极开展与患者及其家属的沟通和交流，以便正确了解患者基本情况，并对其术后风险进行合理评估，以便制定具有针对性的护理策略，促进患者护理工作的持续优化与改进^[4]。②培养患者自护能力：医护人员在护理过程中应积极做好与患者之间的沟通与交流并及时对腹部手术及术后注意事项进行系统说明。在此过程中，医护人员应及时根据患者实际情况对于手术护理工作落实方法进行分析与解读^[5]。与此同时，其应根据患者临床表现对于护理工作的要点及术后并发症与预防方法进行充分讲授，促进患者自护意识与护理能力的全面提升。③做好患者肠道护理：医护人员应在患者手术前一天的晚上采用温肥皂水和清水进行不保留灌肠，确保患者尽量实现对于肠道积气和粪便的排出，促进患者肠道的清洁^[6]。在术后康复阶段，医护人员应引导患者尝试用手掌以顺时针的方式对腹部进行按摩，以便有效促进肠道蠕动功能的恢复与改善，继

而降低肠梗阻问题的发生几率。④不良情绪疏导：医护人员应在护理期间积极做好对于患者不良情绪的充分评估并积极做好与患者之间的合理沟通，帮助患者实现对于心理负担的充分缓解，促进患者心理状态的有效转变。⑤手术切口护理：医护人员在护理期间应有效做好对于患者手术切口的密切关注，做好切口部位的消毒和敷料更换工作^[7]。与此同时，可以采用红外线理疗仪对患者手术切口进行照射，从而有效促进血液流动并推动腹部血管的扩张，促进肠道血运情况的合理改善，以便达到预防粘连性肠梗阻的护理目的。⑥体位护理：医护人员在患者术后应引导患者取仰卧位体位休养，在患者有所恢复后可以引导其取半坐卧位体位，注意做好胃管通畅性的保障。与此同时，医护人员应及时做好对于患者胃肠道内积气与积液情况的抽吸，从而促进患者腹胀情况的缓解，推动胃肠道系统的持续减压，促进其肠道蠕动功能的恢复。⑦饮食护理：医护人员应在饮食方面为患者制定科学的膳食方案，从而确保患者实现对于营养的科学摄取。在此期间，应控制患者对于生冷辛辣等刺激性食物量，从而有效降低患者消化系统负担，为其肠道运动功能的改善提供助力。

1.3 观察标准

1.3.1 患者术后粘连性肠梗阻发生率 依据患者实际情况进行对比。

1.3.2 患者心理负担 采用焦虑自评量表（SAS）与抑郁自评量表（SDS）评估，得分越高表示患者心理负担越严重。

1.3.3 患者护理依从性 依据患者表现分为依从、基本依从以及不依从。

1.3.4 患者生活质量 采用健康调查简表（SF-36）评估，设计的内容包括患者健康水平、生理职能、情感功能、躯体功能以及精神状态，得分越高表示患者生活质量越好。

1.3.5 患者护理纠纷率 依据患者实际情况进行对比。

1.4 统计学方法

采用SPSS21.0统计软件处理数据，针对组间数据差异，以 $P<0.05$ ，表示其存在统计意义。

2 结果

2.1 患者术后粘连性肠梗阻发生率对比

研究组术后粘连性肠梗阻发生率低于对照组，差异存在统计意义（ $P<0.05$ ）。见表1。

表1 患者术后粘连性肠梗阻发生率

组别	n	粘连性肠梗阻数 量	粘连性肠梗阻率 (%)
研究组	43	1	2.33
对照组	43	6	13.95
χ^2	-	-	3.888
P	-	-	0.049

2.2 患者心理负担对比

研究组护理后的心理负担评分低于对照组，差异存在统计意义（ $P<0.05$ ）。见表2。

表 2 患者心理负担

组别	n	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	43	47.12±3.12	20.85±1.36	47.21±3.39	20.33±2.12
对照组	43	47.23±3.01	26.98±1.40	47.32±3.40	26.98±2.05
<i>t</i>	-	0.166	20.595	0.150	14.787
<i>P</i>	-	0.868	0.000	0.881	0.000

2.3 患者护理依从性对比

研究组护理依从性高于对照组,差异存在统计意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 患者护理依从性

组别	n	依从	基本依从	不依从	总依从 (%)
研究组	43	23	18	2	95.35
对照组	43	16	19	8	81.40
χ^2	-	-	-	-	4.074
<i>P</i>	-	-	-	-	0.044

2.4 患者生活质量对比

研究组护理后的生活质量评分高于对照组,差异存在统计意义($P<0.05$)。见表 4。

表 4 患者 SF-36 评分

组别	n	健康水平		生理职能	
		护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	43	59.49±3.41	86.45±4.25	62.78±3.98	90.35±3.63
对照组	43	59.54±3.69	75.69±4.41	62.65±3.91	80.20±3.56
<i>t</i>	-	0.065	11.231	0.153	13.091
<i>P</i>	-	0.948	0.000	0.879	0.000

续表

情感功能		躯体功能		精神状态	
护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
66.45±3.46	90.56±3.16	70.45±3.49	89.44±3.30	69.45±3.44	93.64±2.20
66.64±3.54	81.07±3.20	70.64±3.50	79.25±3.56	69.65±3.71	86.45±2.25
0.252	13.837	0.252	13.765	0.259	14.983
0.802	0.000	0.802	0.000	0.796	0.000

2.5 患者护患纠纷率对比

研究组护患纠纷率低于对照组,差异存在统计意义($P<0.05$)。见表 5。

表 5 患者护患纠纷率

组别	n	护患纠纷数量	护患纠纷率 (%)
研究组	43	0	0.00
对照组	43	4	9.30
χ^2	-	-	4.195
<i>P</i>	-	-	0.041

3 讨论

对于患有腹部组织疾病的患者而言,腹部手术可以有效促进其病情的控制,对于患者健康的恢复具有良好的促进作用。在此期间,通过对患者临床资料进行分析后可以发现,在术后康复阶段,形式多样的并发症问题往往会对患者术后健康的改善造成重要影响,其不利于患者病情的充分控制^[8]。其中,作为术后常见的并发症之一,术后粘连性肠梗阻往往会对患者术后健康造成极大影响,从而延长患者的康复时间,对于患者身心造成了极大的负担,同时增加了患者的就医费用,为患者家庭增添了相应的经济压力^[9]。从护理工作的角度来看,为了有效促进粘连性肠梗阻问题的合理预防,医护人员应及时做好对于患者护理工作内容的密切关注并根据其存在的潜在风险制定相应的护理方案,进而促进患者护理工作的持续细化,为护理工作的多元化发展与患者健康的恢复奠定坚实的基础。在此期间作为新兴的护理模式,预见性护理可以进一步根据患者资料对于其在术

后可能出现的问题进行充分预测并以此作为出发点明确患者护理方法,其对于患者护理工作的多元化发展具有良好的促进意义和导向价值^[10]。在教育护理模式下,医护人员可以充分考虑患者在护理过程中的相关诉求并积极响应患者提出的具体问题,有助于推动患者护理工作的多元化转变与持续深入。与此同时,在护理工作开展期间,通过有效做好与患者之间的沟通和交流,医护人员可以进一步实现对于腹部手术工作内容的充分说明与告知,对于患者护理知识掌握水平的提升具有良好的促进意义。另一方面,通过心理护理工作的持续深入与探索,医护人员可以引导患者有效实现对于紧张心态的调整与改善,对于患者康复信息的全面树立具有重要的促进意义,为患者健康的恢复奠定了坚实的基础。在术后康复阶段,通过引导患者对腹部进行合理的按摩并开展相应的康复锻炼,医护人员可以促进患者术后胃肠部位局部血运情况的改善,对于患者肠道蠕动功能的缓解与提升具有积极意义。与此同时,通过结合患者实际情况为其制定膳食方案,医护人员在开展饮食干预的过程中,可以在满足患者身体营养需求的同时,进一步降低食材对于消化系统造成的负担,对于患者肠道功能的合理恢复具有良好的促进作用^[11]。对于患者而言,通过上述护理工作的持续落实,其可以更好地感受到来自于医护人员的关爱,有利于推动患者康复信心的全面树立,对于其在护理期间配合度的持续提升具有良好的促进意义,为患者护理工作综合质量的改善奠定了坚实的基础。在患者临床护理期间大量报道指数,通过有效做好患者手术切口的消毒工作,医护人员可以充分降低患者手术切口感染问题的发生几率,对于患者健康的合理保障具有良好的推动价值。通过上述活动的持续开展与不断深入,医护人员可以有有条不紊地在患者手术期间对其进行科学护理,有利于促进患者康复速度的全面提升,对于患者健康的充分保障具有积极意义。

本次研究结果表明,在预见性护理模式下,患者术后粘连性肠梗阻发生几率显著降低。与此同时,患者心理负担明显缓解,其推动了患者护理期间依从性水平的持续提升与改进。在术后生活方面,预见性护理组患者的各项生活质量指标评分均相对较高。此外,相关数据显示,基于预见性护理模式下,患者与医护人员发生纠纷的几率相对更低,由此证明,这一护理模式可以有效促进良好护患关系的持续构建与完善。

综上,在腹部手术患者护理期间,为了进一步实现术后并发症的预防,医护人员应积极结合预见性护理模式开展护理服务。

参考文献:

[1]李玉梅. 腹部手术后粘连性肠梗阻护理中的综合护理干预研究[J]. 中国保健营养,2021,31(19): 145.

[2]方习琼. 预见性护理对腹部手术后粘连性肠梗阻的预防及心理改善价值[J]. 科学养生,2021,24(11): 76.

[3]桂紫珍. 腹部手术后粘连性肠梗阻应用综合护理干预的效果分析[J]. 基层医学论坛,2021,25(15): 2209-2210.

[4]王颖. 综合护理对腹部手术后粘连性肠梗阻护理效果的影响[J]. 医学美容,2021,30(4): 24-25.

[5]潘颖. 腹部手术后粘连性肠梗阻的原因分析及护理对策[J]. 中国医药指南,2021,19(4): 137-138.

[6]郭莲蕊. 预见性护理对腹部手术后粘连性肠梗阻的预防作用[J]. 糖尿病天地,2019,16(7): 233-234.

[7]徐杨杨. 预防腹部手术后发生粘连性肠梗阻护理效果的相关观察[J]. 中国医药指南,2019,17(35): 202-203.

[8]郭泓男. 综合护理干预应用粘连性肠梗阻腹部手术后护理价值体会[J]. 中国保健营养,2021,31(27): 138.

[9]张丽. 预见性护理在预防腹部术后粘连性肠梗阻的效果[J]. 河南外科学杂志,2020,25(1): 173-174.

[10]陈显峰. 综合护理预防腹部手术后并发粘连性肠梗阻的效果评价[J]. 中国医药指南,2021,19(3): 168-169.

[11]陈明华. 腹部手术后粘连性肠梗阻护理中综合护理干预的应用价值分析[J]. 中国医药指南,2019,17(35): 252-253.

柴胡疏肝散合旋覆代赭汤加减治疗伴焦虑、抑郁的胃食管反流病的临床疗效

田颖奇

北京市东城区朝阳门社区卫生服务中心 100010

摘要:目的 评定柴胡疏肝散药物合旋覆代赭汤加减方案用于伴焦虑、抑郁胃食管反流病者中的效果。方法 取2020年1月-2022年1月伴焦虑、抑郁胃食管反流病者100例,科学以计算机随机化方法分组,组一对照组施以常规西药方案,组二试验组则于对照组的基础上施以柴胡疏肝散药物合旋覆代赭汤加减方案,评定治疗结果2组的差异。结果 评定结果显示试验组总有效率(96.00%)较对照组总有效率(82.00%)更高, $P<0.05$;试验组治疗后症状积分与焦虑、抑郁评分更低, $P<0.05$;评定不良反应显示2组发生率相比较差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 开展伴焦虑、抑郁胃食管反流病者的疾病治疗中施以柴胡疏肝散药物合旋覆代赭汤加减方案,能获取较好的效果,促使病发者疾病症状、心理状态的改善,且不会增加不良反应的几率。

关键词:柴胡疏肝散;旋覆代赭汤;胃食管反流病

关于胃食管反流病是患病率较高的一种胃肠道疾病,且受到人们生活、饮食习惯改变、工作压力加大等因素的影响,致使疾病的发生率呈逐渐升高的趋势,病发者患病后会出现典型症状,也可出现非典型症状,损伤机体健康水平,降低生活质量^[1-2]。目前,临床主要是采用抑酸剂来控制胃食管反流病者的病情,虽能于一定程度上缓解或消除相关症状,但仍存在部分病发者治疗不佳的情况,分析原因可能与精神心理因素有关,因此,选择更加有效方案为病发者施治意义重大^[3]。柴胡疏肝散有活血止痛、疏肝行气的作用,能对胃肠道激素调控,且能调节内分泌系统、细胞因子、神经递质,发挥抗焦虑、抗抑郁的效果^[4];旋覆代赭汤能化痰下气、和胃降逆,能控制炎症反应,对胃肠运动促进,进行胃酸分泌物的抑制,改善病发者的食管黏膜情况,起到止吐、抗胃溃疡的作用^[5]。本研究主要评定柴胡疏肝散药物配合旋覆代赭汤加减方案用于伴焦虑、抑郁胃食管反流病者中的效果,如下:

1 资料与方法

1.1 资料

取2020年1月-2022年1月伴焦虑、抑郁胃食管反流病者100例,科学以计算机随机化方法分组,50例/组。纳入标准 a: 疾病确诊者; b: 有反酸、胸痛、烧心等症状; c: 知情同意书签署者。排除标准 a: 伴有上消化道、食管疾病者; b: 上消化道手术史者; c: 药物过敏史者; d: 妊娠/哺乳期者; e: 资料不全者。试验组年龄(42.65±6.37)岁,病程(3.59±0.68)年,体质指数(22.97±1.16) kg/m²,男29例,女21例。对照组年龄(43.06±6.52)岁,病程(3.63±0.77)年,体质指数(23.04±1.21) kg/m²,男30例,女20例。基本资料评定显示2组间差异较小($P>0.05$)。

1.2 方法

组一对照组施以常规西药方案,即奥美拉唑口服,每次20mg,每天用药1次;达立通颗粒冲服,每次1袋,每天3次;氟哌噻吨美利曲辛片口服,每次1片,每天2次。

组二试验组则于对照组的基础上施以柴胡疏肝散药物配合旋覆代赭汤加减方案,主要药物成分为10克北柴胡、10克川芎、10克枳壳、15克白芍、30克赭石(先煎)、20克煅龙骨(先煎)、20克煅牡蛎(先煎)、10克旋覆花(布包煎)、10克法半夏、10克香附、10克陈皮、10克生姜、5克炙甘草,对于易怒者加15克合欢皮、10克川楝子,明显反酸者加15克浙贝母与15克海螵蛸,明显胸痛者加10克广木香、10克延胡索,咽部梗阻明显者加10克厚朴、10克苍术,心悸心慌者加20克柏子仁、10克

琥珀,失眠多梦者加30克珍珠母、30克夜交藤,大便结节者加15克厚朴、5克生大黄,药物水煎,口服用药,1剂/天,分早晚两次用药。

相关方案治疗时间2组均为8周。

1.3 观察指标

评定相关方案干预后2组的效果、治疗前后症状积分、焦虑、抑郁状况的差异,并分析2组不良反应发生情况的差异。

效果:治愈:疾病症状均消失;显效:疾病症状相较于治疗前改善明显;无效:疾病症状较治疗前改善不明显,或出现症状加重的情况;治愈率+显效=总有效率。

症状积分:反酸、烧心、胃胀、胸痛,0分为无症状,2分为轻度症状,4分为中度症状,6分为重度症状,分值越高即代表症状越严重。

焦虑、抑郁:HAMA评分、HAMD评分评定焦虑、抑郁状态,分值越高即代表焦虑抑郁越严重。

不良反应:头晕、失眠、乏力、皮疹。

1.4 数据分析

数据经SPSS21.0软件作统计学处理, $P<0.05$,统计学有意义。

2 结果

2.1 效果

评定结果显示试验组总有效率(96.00%)较对照组总有效率(82.00%)更高, $P<0.05$ 。见表1:

表1 效果[n(%)]

组别	例数 (n)	治愈	显效	无效	总有效
试验组	50	28(56.00)	20(40.00)	2(4.00)	48(96.00)
对照组	50	22(44.00)	19(38.00)	9(18.00)	41(82.00)
t值	--	--	--	--	5.005
P值	--	--	--	--	0.025

2.2 症状积分

评定症状积分显示治疗后分值2组均低于治疗前, $P<0.05$;试验组治疗后症状积分更低, $P<0.05$ 。见表2:

表2 症状积分($\bar{x}\pm s$)

组别	例数 (n)	反酸(分)		烧心(分)		胃胀(分)		胸痛(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	50	5.01±0.74	1.16±0.34	4.85±0.46	1.08±0.26	5.12±0.37	1.30±0.25	4.39±0.52	0.97±0.35

对照组	50	4.98±0.83	2.03±0.51	4.90±0.77	1.73±0.31	5.08±0.43	2.62±0.31	4.41±0.46	1.56±0.40
t 值	--	0.191	10.037	0.394	11.360	0.499	23.437	0.204	7.849
P 值	--	0.849	0.001	0.694	0.001	0.619	0.001	0.839	0.001

2.3 焦虑、抑郁

评定焦虑、抑郁状况显示治疗后 2 组评分均低于治疗前, $P<0.05$; 试验组治疗后焦虑、抑郁评分更低, $P<0.05$ 。见表 3:

表 3 焦虑、抑郁 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数 (n)	HAMA 评分 (分)		HAMD 评分 (分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	50	32.14±5.47	10.23±8.12	30.58±6.32	9.66±5.13
对照组	50	31.98±6.02	16.98±6.30	29.67±5.44	15.21±4.92
t 值	--	0.139	4.644	0.772	5.521
P 值	--	0.890	0.001	0.442	0.001

2.4 不良反应

评定不良反应显示 2 组发生率相比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 4:

表 4 不良反应[n (%)]

组别	例数 (n)	头晕	失眠	乏力	皮疹	总计
试验组	50	1 (2.00)	1 (2.00)	1 (2.00)	1 (2.00)	4 (8.00)
对照组	50	2 (4.00)	1 (2.00)	2 (4.00)	1 (2.00)	6 (12.00)
χ^2 值	--	--	--	--	--	0.444
P 值	--	--	--	--	--	0.505

3 讨论

对于胃食管反流病是一种良慢性性疾病, 疾病发生的具体原因和机制均较为复杂, 临床缺乏根治性的治疗方案, 病情反复发作, 损伤病发者的身心健康水平, 做好疾病的诊断和治疗干预来促使症状的减轻与预后的改善, 意义重大^[6-7]。

本研究中, 评定效果显示试验组总有效率 (96.00%) 较对照组总有效率 (82.00%) 更高, $P<0.05$; 试验组治疗后症状积分与焦虑、抑郁评分更低, $P<0.05$; 评定不良反应显示 2 组发生率相比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。评定结果显示柴胡疏肝散合旋覆代赈汤加减方案的应用效果好, 可促使病发者疾病症状、不良心理状态更好的改善, 且安全性相对较高。精神心理因素可经脑肠轴对食管动力、内脏敏感性造成影响, 所致心理应激会改变食管黏膜组织, 对胃蛋白酶、胃酸等的分泌造成影响, 从而出现疾病^[8]。中医学中, 认为情志与机体肝脏有在密切的关系, 肝主疏泄, 能对气机调畅, 若思虑太过、情志不遂, 则肝气郁结, 出现横逆犯胃情况, 降低脾胃升降功能, 病发者胃气上逆, 引发反酸、烧心等症状, 或肝火亢盛、气郁化火, 伤脾犯胃, 致使胃失和降, 引发胃食管反流病, 因此为胃食管反流病者治疗应以和胃降逆、疏肝解郁为主^[9-10]。柴胡疏肝散合旋覆代赈汤中的赈石能降上逆胃气, 北柴胡能调肝解郁、升散疏达, 旋覆花能行水下气, 白芍可养血柔肝、止痛, 香附可理气疏肝, 枳壳、陈皮可理气行滞, 川芎可活血行气、止痛, 陈皮、法半夏可燥湿化痰, 煅牡蛎、煅龙骨可收敛固涩、除酸, 生姜可和胃止呕, 炙甘草可益气和中, 进行诸药的调和, 全方联合应用, 能起到活血止痛、化痰下气、和胃降逆、疏肝理气

等的作用, 更好改善病发者的中医证候, 舒缓焦虑、抑郁程度, 使得胃黏膜更好的愈合^[11-12]。

综上所述, 开展伴焦虑、抑郁胃食管反流病者的治疗中施以柴胡疏肝散合旋覆代赈汤加减治疗方案的价值相对较高, 能舒缓病发者的不良疾病症状与焦虑、抑郁情况, 获取较好的效果, 且不会致使病发者不良反应发生率的增加, 安全有效, 值得被推广应用。

参考文献:

[1]赵宏月,张欢,于睿. 于睿教授应用旋覆代赈汤治疗心房颤动伴胃食管反流病之经验探析[J]. 中国药物经济学,2022,17 (7): 121-124,128.

[2]王颖颖,曹利红,张春敏,等. 旋覆代赈汤加味对胃食管反流性咽喉炎大鼠咽喉黏膜紧密连接的影响[J]. 中国中西医结合急救杂志,2021,28(3): 352-355.

[3]COSTA, RENATA S., WETMORE, LOIS A., STEIN, AMY. Randomized, blinded, controlled clinical trial to assess gastroesophageal reflux and regurgitation in dogs undergoing general anesthesia after hydromorphone premedication with or without acepromazine or dexmedetomidine[J]. American Journal of Veterinary Research,2021,82 (9): 695-700.

[4]李泉静,程秉山,王妙. 旋覆代赈汤合小陷胸汤治疗肝胃气逆型反流性食管炎疗效及对胃肠道自主神经功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2021,30 (19): 2142-2145.

[5]CURELL, ANNA, BALIBREA, JOSE M., IBARZABAL, AINITZE, et al. Letter to the editor following "Gastroesophageal Reflux and Laparoscopic Sleeve Gastrectomy: Results of the First International Consensus Conference" by Assalia et al.[J]. Obesity surgery,2021,31 (4): 1846-1847.

[6]何润安,钞丁祥. 旋覆代赈汤加减治疗胃食管反流病的临床效果及对 PAR-2、IL-1 β 的影响[J]. 临床医学研究与实践,2020,5(17): 128-130.

[7]GAGNER, MICHEL. Comment on: Sleeve gastrectomy with tailored 360 degrees fundoplication according to Rossetti in patients affected by obesity and gastroesophageal reflux: a prospective observational study[J]. Surgery for obesity and related diseases: official journal of the American Society for Bariatric Surgery,2021,17 (6): 1067-1068.

[8]李枝锦,吴平财. 旋覆代赈汤加减联合系统生活方式干预治疗胃气上逆型胃食管反流性咳嗽临床观察[J]. 河北中医,2021,43(1): 34-37,41.

[9]唐丽明,宋宁,熊鹰,等. 旋覆代赈汤加味治疗肝胃不和型难治性胃食管反流病的临床疗效及对胃肠激素的影响[J]. 辽宁中医杂志,2020,47 (11): 109-112.

[10]JULMAN HILMICAN, DOKUMCU ZAFER, ELEKBEROVA VUSALE, et al. Long-term outcome and efficiency of symptom-selective approach to assess gastroesophageal reflux prior to gastrectomy in neurologically impaired children[J]. Pediatric Surgery International,2021,37 (7): 903-909.

[11]吴振华,杜昕,严满,等. 基于气机升降理论评价旋覆代赈汤加减治疗胃阴不足型反流性食管炎的临床疗效[J]. 时珍国医国药,2019,30 (2): 393-395.

[12]唐丽明,宋宁,张桂贤,等. 加味旋覆代赈汤对非酸反流所致慢性食管病变大鼠肠化及 CDX2、DLK1 表达的影响[J]. 中国中西医结合外科杂志,2020,26 (1): 2-7.

医院门诊抗菌药处方点评及合理用药情况分析

王丽坤

北京市朝阳区六里屯社区卫生服务中心 100026

摘要：目的：探讨医院门诊抗菌药处方点评及合理用药情况。方法：选择我院 2021 年门诊开具的 2500 份抗菌药物处方进行回顾性分析，评估处方内容以及药物使用的合理性。结果：共发现 90 例不合理处方，处方合理率为 96.40%；90 份不合格处方中，不规范处方 26 份（28.89%）、用药不适宜处方 39 份（43.33%）、超长处方 18 份（20.00%）、违反我院规定处方 7 份（7.78%）；孢菌素类、大环内酯类、硝基咪唑类不合理使用例数、不合理使用次数均比较多；耳鼻喉科不合理抗菌药物处方 7 张、妇科不合理抗菌药物处方 18 张、骨科不合理抗菌药物处方 8 张、口腔科不合理抗菌药物处方 22 张、全科不合理抗菌药物处方 28 张、儿科不合理抗菌药物处方 7 张。结论：医院应有效控制门诊抗菌药物使用情况，有效开展抗菌药物处方专项点评工作，针对不合理用药率较高的科室应该进行重点监管，提升临床药师专业水平，提高抗菌药物合理使用率。

关键词：医院门诊；抗菌药；处方；合理用药

抗菌药物是治疗各类感染疾病的常用药物，门诊抗菌药物的使用频率相对较高^[1]。随着抗菌药物的广泛使用，促使细菌耐药性大幅度增强，导致药物敏感性降低，同时降低抗菌药物治疗效果，严重影响临床疗效。所以，抗菌药物的耐药问题受到临床的关注。门诊处方点评是合理性评价门诊患者的处方药物，旨在提供给临床医师合理有效的建议和参考依据。为强化我院对门诊抗菌药物的应用管理，我院特成立药学部处方点评小组，对抗菌药物的处方进行科学的点评，促使药师提高专业技能，提高安全合理用药率。现对我院 2021 年门诊开具的 2500 份抗菌药物处方进行点评，根据药品说明书、《医院处方点评管理规范》^[2]以及《抗菌药物临床应用指导原则》^[3]统计数据，分析不合理使用抗菌药物的处方类型，为合理使用抗菌药物提供科学的参考，现做如下报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院 2021 年 1 月至 2021 年 12 月门诊开具的 2500 份抗菌药物处方进行回顾性分析，评估处方内容以及药物使用的合理性。

1.2 处方点评方法和点评标准

本次研究参照的点评标准是药品说明书、《医院处方点评管理规范》以及《抗菌药物临床应用指导原则》等。合理分析 2021 年门诊抗菌药物处方，汇总不合理处方类型。

成立处方点评工作小组，成员包括中心主任、书记，中心副主任，门诊主任，病房主任，医政科科长，药房主任（主管药师），以上小组成员工作经验均在 10 年以上。组内成员共同分析抗菌药物的合理用药情况。每个月抽取全部门诊抗菌药处方进行点评，选取其中存在不合理之处的处方进行公示，并将其告知临床医师，及时干预处理。

1.3 观察指标

（1）统计医院门诊每个季度抗菌药物处方的基本情况。（2）统计医院门诊每个季度抗菌药物处方中抗菌药物使用不合理的处方分布情况。（3）统计医院门诊不合理使用抗菌药物的名称、使用例数以及药物所属种类。（4）统计医院门诊各科室抗菌药物不合理情况。

1.4 统计学方法

采取统计学软件 SPSS 20.0 分析数据，例数/百分比（n/%）表示计数指标，用 χ^2 检验；均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示计量指标，用 t 检验； $P < 0.05$ 示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 每个季度抗菌药物处方的基本情况统计

共发现 90 例不合理处方，处方合理率为 96.40%，见表 1。

表 1 每个季度抗菌药物处方的基本情况统计（n，%）

季度	处方抽取数量	不合格处方数量	处方合格率
第一季度	653	25	628（96.17%）
第二季度	634	24	610（96.21%）
第三季度	638	23	615（96.39%）
第四季度	575	18	557（96.87%）
合计	2500	90	2410（96.40%）

2.2 门诊抗菌药物不合格处方分布统计

90 份不合格处方中，不规范处方 26 份（28.89%）、用药不适宜处方 39 份（43.33%）、超长处方 18 份（20.00%）、违反我院规定处方 7 份（7.78%），见表 2。

表 2 门诊抗菌药物不合格处方分布统计（n，%）

处方点评标准	不合格处方类型	第一季度	第二季度	第三季度	第四季度	不合格处方类型占比	不符合点评标准占比
不规范处方	处方修改未签名	4	3	3	2	12（13.33%）	
	药品超剂量使用未注明原因	3	2	1	0	6（6.67%）	26（28.89%）
	临床诊断书写不全	3	2	2	1	8（8.89%）	
	适应证不适宜的	2	2	1	1	6（6.67%）	
用药不适宜处方	遴选的药品不适宜	6	5	5	4	20（22.22%）	
	药品剂型或给药途径不适宜	1	0	1	1	3（3.33%）	39（43.33%）
	有配伍禁忌或者不良相互作用	3	3	2	2	10（11.11%）	
	无适应证用药	2	3	2	2	9（10.00%）	
超长处方	无正当理由超说明书用药	3	3	2	1	9（10.00%）	18（20.00%）
违反我院规定处方	违反我院规定处方	2	2	2	1	7（7.78%）	7（7.78%）
合计		29	25	21	15	90	90

2.3 统计医院门诊不合理使用抗菌药物的名称、使用例数及药物所属种类

孢菌素类、大环内酯类、硝基咪唑类不合理使用例数、不合理使用次数均比较多，见表 3。

表 3 统计医院门诊不合理使用抗菌药物的名称、使用例数及药物所属种类（n，%）

药品名称	不合理使用例	抗菌药物种类	不合理使用总
------	--------	--------	--------

	数		次数
头孢呋辛酯	5		
头孢克肟	7	头孢菌素类	27
头孢克洛	4		
头孢丙烯	7		
头孢地尼	4		
阿奇霉素	8		
红霉素	9	大环内酯	23
氯霉素	6		
咪康唑	6		
氟康唑	5	硝基咪唑	16
甲硝唑	5		
莫匹罗星	5		
左氧氟沙星	6	喹诺酮	14
诺氟沙星	3		
阿莫西林	4	青霉素	4
妥布霉素	3	氨基糖苷类	3
阿莫西林-克拉维酸	3	B-内酰胺类复合制剂	3
合计	90		90

2.4 统计医院门诊各科室抗菌药物不合理情况

耳鼻喉科不合理抗菌药物处方 7 张、妇科不合理抗菌药物处方 18 张、骨科不合理抗菌药物处方 8 张、口腔科不合理抗菌药物处方 22 张、全科不合理抗菌药物处方 28 张、儿科不合理抗菌药物处方 7 张,表明上述科室需要加强抗菌药物合理使用指导以及监督,见表 4。

表 4 统计医院门诊各科室抗菌药物不合理情况 (n, %)

科室	总处方数 (n)	抗菌药物处 方数	不合理抗菌 药物处方
耳鼻喉科	1812	131	7
妇科	9130	409	18
骨科	2034	278	8
口腔科	9254	549	22
全科	10514	790	28
儿科	2256	343	7
合计	35000	2500	90

3 讨论

抗菌药物滥用情况临床较为常见,据调查^[4]显示,我国需要住院治疗的所有患者中,80%以上的患者使用抗菌药物治疗,其中联合使用抗菌药物的概率约为 60%,明显高于发达国家水平。目前,临床急需解决抗菌药物的滥用情况,并且已经为此做出相应的努力。我国根据医学发展情况,逐渐修改完善抗菌药物的使用原则,并阐述抗菌药物使用的规范、抗菌药物管理指导办法以及适应证,在某些地区建立细菌耐药性监测网,便于临床治疗过程中可以精准的选择抗菌药物的种类^[5-6]。广谱抗菌药物为一线药物,可用于治疗大部分感染性病变,针对于多种细菌混合型感染也可发挥有效的效果,但因其广谱性特征导致对单一细菌的抑制作用并不理想,长时间使用造成严重的耐药性问题^[7]。而窄谱抗菌药物对单一细菌具有较强的抑制作用,但对于未确认致病菌种类时,无法判断用药是否准确,无法保证用药的有效性和用药的安全性,致使临床增大广谱抗菌药物应用比例^[8]。与此同时,我国将抗菌药物分为 3 个种类,分别是特殊级、限制级、非限制级,且对不同级别的药物的使用规范进行详细具体标注,内容包括术后抗感染治疗、外科术中给药、普通抗感染治疗等具体使用规范^[9-10]。但该项使用规范并未深入至基层工作,且并未对临床医师产生实际的约束效果,致使抗菌药物滥用问题未从根源上得以解决^[11]。本研究分析医院门诊抗菌药处方点评及合理用药情况。

3.1 分析抗菌药物使用情况

2021 年医院开始实施抗菌药物处方点评制度,第一季度处方合格率为 96.17%,第二季度处方合格率为 96.21%、第三季度处方合格率为 96.39%,第四季度处方合格率为 96.87%,处方合格率整体呈现上升趋势,说明开展抗菌药物处方点评制度,可对不合理用药情况产生明显干预效果,确保处方质量。

3.2 分析抗菌药物不合理用药情况

本次研究结果显示,90 份不合格处方中,不规范处方 26 份 (28.89%)、用药不适宜处方 39 份 (43.33%)、超处方 18 份 (20.00%)、违反我院规定处方 7 份 (7.78%)。经分析,导致抗菌药物不合理使用率偏高的原因包括以下几点:(1) 临床医师为接诊患者开具抗菌药物处方时,部分患者并无抗菌药物使用指征或者适应证不适宜、遴选的药品不适宜;(2) 并未按照相应指南与规范对抗菌药物的处方进行审核,有配伍禁忌或者不良相互作用;(3) 并未对患者实施个体化用药指导,无正当理由由超说明书用药;(4) 未慎重对待处方。

3.2.1 用法用量不适宜

本研究结果显示,用法用量不合理处方为 6 张 (6.67%)。不合理使用的具体情况是阿奇霉素、左氧氟沙星给药剂量是 1 日 1 次,减少药物对细菌的作用时间,进而影响疗效,且易导致细菌出现耐药性;头孢菌素类是一种时间依赖性抗菌药物,当药物浓度维持在最小抑制浓度之上时方可发挥较高的疗效,使用该类药物原则是增加用药次数,但是无需每次大剂量使用^[12]。

3.2.2 适应证不适宜

本研究结果显示,用药不适宜处方共计 65 张,占总不合理处方数的 72.22%,其中适应证不适宜 6 张 (6.67%)。临床医师需要根据患者的适应证为其开具抗菌药物,并将药物名称标注在处方上面。如头孢克洛药物的主要适应证是治疗化脓性链球菌、大肠埃希菌、流感嗜血杆菌、葡萄球菌 (包括产酶菌株)、肺炎链球菌、奇异变形杆菌等一些较为敏感的细菌导致的软组织感染、泌尿道和皮肤疾病、呼吸道疾病、中耳炎等。

3.3 改进建议与措施

为提高临床用药合理性,确保患者安全用药,建议医院制定如下措施:

(1) 对处方审核力度逐渐完善和加强;药师应严格把控处方的合理性,有效落实点评制度,定期展开门诊科室抗菌药物点评工作,并提出具体改进措施。(2) 制定抗菌药物分级管理制度:组织培训并完成考核工作,提升临床医师重视程度,提高抗菌药物合理使用率。(3) 建立监督体系:可各个科室组建监督体系,在一定周期内复核开具的处方,将处方点评作为日常工作项目。

综上所述,本次研究发现抗菌药物用药不合理率偏高主要原因是药师审核处方时未及将抗菌药物使用的不合理性审核出来,临床药师应该加强学习,掌握药品说明书、感染性疾病的病原体。此外,针对不合理用药率较高的科室应该进行重点监管,而临床医师也应该根据疾病的病原体以及抗菌药物药效学对抗菌药物进行合理选择。医院也应该完善抗菌药物使用规范,提高抗菌药物合理使用率。

参考文献:

- [1]廖兆豪.专项处方点评对门诊抗菌药物处方用药合理性评价指标的影响[J].北方药学,2019,16(01):174-175.
- [2]中华人民共和国卫生部.医院处方点评管理规范(试行)[Z].卫医管发[2010]28号.
- [3]国家卫生计生委办公厅,国家药监局办公室.解放军总后勤部卫生部药品器械局.抗菌药物-临床应用指导原则(2015年版)[Z].国卫办医发[2015]43号.
- [4]翟琨治.医院门诊抗菌药处方点评及合理用药情况分析[J].海峡药学,2019,31(12):217-219.
- [5]张琴.医院门诊抗菌药处方点评及合理用药情况分析[J].临床合理用药杂志,2022,15(20):12-14+18.
- [6]杨玉蕊,杨皓然,马俊.某院门诊抗菌药处方点评及合理使用分析[J].海峡药学,2021,33(01):200-202.
- [7]蒋红.对我院门诊西药房中抗菌药使用情况的调查分析[J].当代医药论丛,2019,17(23):123-124.
- [8]张辉,骆梓良.天津市某院儿科门诊处方抗菌药应用分析[J].海峡药学,2019,31(09):250-253.
- [9]冼志娥,陶珊花,黄绍雄,等.处方管理与点评对门诊抗菌药物使用的影响研究[J].药品评价,2021,18(15):917-919.
- [10]崔少荣.某院门诊处方抗菌药物应用现状调查分析[J].现代医药卫生,2020,36(15):2428-2430.
- [11]黄少虹,黄小丽.武宣县人民医院 2019 年 1—6 月门诊处方点评与分析[J].临床合理用药杂志.2020,13(36):176-177+181.
- [12]刘绩.评分制抗菌药处方医嘱点评模式在抗菌药临床应用中的效果[J].当代医药论丛.2019,17(06):110-111.

儿科呼吸道感染的临床诊治措施分析

魏勤文

平阳县人民医院 浙江温州 325400

摘要：目的：全面评价儿科呼吸道感染的临床诊治措施，对上、下呼吸道感染的特点进行总结，从而保障临床诊疗水平不断提高。方法：本次实验自2021年5月开始至2022年5月结束，病例素材即上呼吸道感染患儿61例、下呼吸道感染患儿61例，回顾分析上述患儿住院期间治疗情况，对儿科上、下呼吸道感染的特点及诊治措施进行总结。结果：122例患儿的临床治疗总有效率为95.08%；患儿的咳嗽消失平均时间为（6.53±0.72）d，湿罗音消失平均时间为（4.11±0.34）d，发热平均消退时间为（1.48±0.43）d。结论：采用科学的方式，对儿科上、下呼吸道感染患儿实施临床诊断和治疗，既能够增强临床疗效，还能够使患儿的咳嗽、湿罗音、发热的症状尽快消失，可推广。

关键词：儿科；呼吸道感染；临床效果；咳嗽；发热；湿罗音

儿童年龄较小，无论呼吸系统，还是免疫系统，成熟度都非常低，倘若受到病原微生物的侵袭，难免会出现呼吸道疾病，严重危害患儿的健康^[1]。虽说，呼吸道感染可治愈，但常存在复发情况，以至于出现呼吸道反复感染，导致患儿的正常生长发育受到影响^[2]。呼吸道感染作为儿童常见感染性疾病，分为上呼吸道感染和下呼吸道感染。上呼吸道感染的临床症状常表现为发热、咳嗽、鼻塞、流涕等，而下呼吸道感染的临床症状除了上呼吸道感染的症状外，往往伴有喘息、气促、呼吸费力等，若没有及时进行治疗，使病情加重，易引起呼吸衰竭、心力衰竭、休克等^[3-4]。因而，呼吸道感染在我国5岁以下儿童中死亡率排名第一。如今，对于儿科呼吸道感染问题，临床常用治疗方法有抗生素抗感染治疗、化痰、吸氧、激素抗炎支持等^[5]。虽说，儿科呼吸道感染的临床表现容易识别，但其病因却很难明确，需加强诊断。本文选取病例简要分析儿科呼吸道感染的临床诊治措施。详见下文：

1 资料与方法

1.1 一般资料

该研究的起始时间为2021-5，结束时间为2022-5，在这一时间段内随机选取上、下呼吸道感染患儿各61例。对上述122例上、下呼吸道感染患儿的数据信息进行回顾分析。上呼吸道感染患儿中，年龄最小1个月，年龄最大6岁，平均年龄（3.24±0.55）岁；男30例，女31例。下呼吸道感染患儿中，年龄范围2个月—5岁，年龄均数（2.68±0.52）岁；男女性别比例为27：24。61例下呼吸道患儿中，58例肺炎，3例呼吸衰竭，都在6d内进行呼吸道病毒检测。

1.2 方法

1.2.1 临床表现

在上呼吸道感染患儿中有局部症状和全身症状之分。局部症状即鼻塞、咽部不适、流涕；全身症状为头痛、烦躁乏力。下呼吸道感染中，患儿往往有高热、寒战，有呼吸急促、喘息等情况。在上述122例患儿中，年龄、体质、病情严重程度存在差异，无论病变部位，还是病原体都各异。年龄较小的患儿，常见症状有咳嗽、喘息、肺部啰音明显、奶量减少、氧饱和度下降、心率增快等；而年龄较大的患儿，常见症状为反复高热，阵发性咳嗽较剧，前期可表现为干咳，后期可有脓痰，感染严重时可有呼吸不畅、胸痛等表现。

1.2.2 诊断和治疗

采样和检测：在上呼吸道感染患儿诊断中，一定要与流行性感冒、急性传染病、过敏性鼻炎进行鉴别诊断。诊断过程中，结合临床症状及流流行病学、化验室检验结果，若白细胞、中性细胞数量较正常值偏低，而淋巴细胞数量较正常值偏高，首先考虑病毒性感染。若白细胞、中性粒细胞、超敏CRP、降钙素原等均呈增高状态，则提示细菌性感染。在下呼吸道感染患儿中，尤其是肺炎患儿，快速诊断呼吸道感染病原体至关重要，否则，医生很难仅凭临床症状，对病原体进行针对性治疗，常会导致抗生素

的滥用，延搁患儿的诊断和治疗。

病原检测结果：61例上呼吸道感染患儿中，病毒性感染40例，细菌性感染21例。61例下呼吸道感染患儿中，58例肺炎患儿病毒检测显示阳性，细菌性感染则根据细菌培养结果、临床经验进行给药治疗。

治疗：患儿呼吸道感染发病原因不同，治疗方法也存在差异性。由于40例病毒性感染患儿具有自限性，通常给予对症治疗；倘若由流感病毒所致，可采用磷酸奥司他韦（可威）（生产厂家：宜昌东阳光长江药业股份有限公司；国药准字H20080763）口服治疗。其余的如细菌性感染患儿，结合细菌培养结果，最佳治疗方案为阿莫西林克拉维酸钾、头孢等抗生素；如果患儿出现肺炎支原体感染，首先选用阿奇霉素；有相应症状的，如高热，予布洛芬混悬液（吉浩）（生产厂家：江苏恒瑞医药股份有限公司；国药准字H19980017）口服退热，或合并物理降温辅助；对于惊厥患儿，当惊厥发作，使患儿平躺，头侧向一侧，予10%水合氯醛灌肠镇静，吸氧，必要时吸痰护理，并安抚家属。临床治疗过程中，还要对交叉感染情况进行有效预防，增加患儿饮水量，保持其睡眠充足，饮食清淡，营养均衡。对于58例肺炎患儿，视病毒检测结果，可予对症处理或抗病毒治疗，若合并细菌感染，可予抗生素进行治疗。值得注意的是，抗生素选择需结合细菌种类和药敏结果而定。

1.3 观察指标

①临床效果：显效：经治疗，患儿的临床症状完全消失，持续随访3个月，未见复发；有效：治疗后，相关症状基本消失，随访中偶有复发情况；无效：虽经治疗，但患儿的临床症状未见改善，甚至加剧。总有效率即以百分数形式显示显效与有效之和。

②症状消失时间：记录咳嗽、湿罗音、发热消失时间。

2 结果

2.1 临床效果

在122例上、下呼吸道感染患儿中，经针对性治疗，总有效率为95.08%。详见表1

表1 临床效果（n，%）

例数	显效	有效	无效	总有效
122	71（58.20%）	45（36.89%）	6（4.92%）	116 （95.08%）

2.2 症状消失时间

上述患儿中，咳嗽消失平均时间为（6.53±0.72）d，湿罗音消失平均时间为（4.11±0.34）d，发热平均消退时间为（1.48±0.43）d。

3 讨论

儿童年龄较小，各项身体器官尚未完全发育，免疫系统功能低下，很难抵御细菌、病毒等入侵，稍有不慎，便会引发呼吸系统感染^[6]。如今，我国医疗行业发展速度非常快，抗菌药品种非常多，这一背景下，难免存在药物滥用情况，以至于儿科呼吸道感染比率逐年上升^[7-8]。患儿呼吸道

感染的特点决定了其发病率非常高,倘若未经科学治疗,很容易损害患儿的肾脏、肝脏及肠道功能^[9]。当前,抗生素在患儿呼吸道感染治疗中应用普遍,具备相应的效果^[10]。然而,呼吸道患儿之间存在个体差异,耐药情况也各有不同,以至于部分患儿未能达到理想的治疗效果。值得注意的是,患儿长期使用抗菌药物,还容易增加特殊病原菌感染概率,对患儿健康不利。

依据儿科呼吸道感染种类,可细分为上呼吸道感染和下呼吸道感染。一般儿科呼吸道感染的临床表现主要有局部症状和全身症状两种,临床上鼻塞、流涕、咽部不适等症状,主要表现为头热、头疼、烦躁、乏力。下呼吸道感染以头热、气短、持续干咳为主,部分患儿可伴有单侧胸痛,呼吸困难、呼吸急促、胃肠道出血等为呼吸困难的主要表现。其中,上呼吸道感染较普遍,会对患儿的鼻咽部产生危害^[11]。调查显示^[12],鼻病毒、副流感病毒、流感病毒等都会诱发上呼吸道感染。儿童年龄较小,一旦感染病毒,很容易合并溶血性链球菌、肺炎链球菌、流血嗜血杆菌等细菌感染。在临床诊治中,如果对上呼吸道感染处理不当,便会使其反复发作,或者,使病情更为严重,从而延长治疗时间。在患儿上呼吸道感染中最普遍的便是细菌感染、病毒感染。上呼吸道感染诊断过程相对比较复杂,实施难度大,无法依据患儿的血象、临床表现得出准确的诊断结果^[13-14]。而病原培养、抗体检测等方式需要花费大量时间,检测结果不及时。在患儿病毒抗原检测中,选择鼻咽拭子便于在短时间内得出病原诊断结果,还不会耽误最佳治疗时机^[15]。下呼吸道感染情况较严重,需要进行长时间治疗,加之,病原菌具备非常强的耐药性,甚至需要重复诊断。上述患儿因机体免疫力差,稍有不慎,还会发生各类并发症新型感染情况^[16-17]。基于上述情况,需要在短时间内检测呼吸道病毒,为患儿提供科学的用药指导,确保其能够对各类抗感染药物进行合理使用,避免出现滥用抗生素的情况^[18]。这一过程中,患儿体内会产生非特异性自然免疫,使细胞的抗病毒能力及抗菌能力增强,如果患儿受细菌、病毒侵袭,能够发挥自身免疫作用杀死病毒、细菌,对反复呼吸道感染情况进行有效预防,并能够加强患儿体液免疫功能,避免呼吸道反复感染^[19]。除此之外,还应明确临床护理工作的价值,搭配科学的护理措施。针对高热患儿,及时更换衣物,保持其皮肤清洁、舒适。

通过分析上述病例可知,在低龄患儿中,呼吸道感染的发生概率非常高。究其原因,患儿年龄小,身体各项机能发育尚不成熟,在疾病抵抗力方面非常差,如果出现感染情况,容易引起各类并发症。在呼吸道感染中,发热比较常见,当患儿出现发热情况时,家长难免恐慌,甚至会要求医师及护理人员强行降温。这种方式是不对的。患儿在抵抗病原菌感染过程中出现发热情况,激素降温之后,容易引起反复发热,甚至出现不良反应,这对患儿的健康不利。在临床治疗中,医护人员应耐心向家长解释,提醒家长注意患儿日常锻炼,使其机体免疫力增强,从而对病原菌侵袭进行有效抵抗,使儿童呼吸道感染概率下降。该背景下,患儿的免疫功能调节也非常重要,这对疾病复发具备非常好的预防作用。本次实验结果显示,122例患儿的临床治疗总有效率高达95.08%,咳嗽、湿罗音、发热等症状在短时间内便可消失,说明有效鉴别儿科呼吸道感染,给予针对性治疗,临床疗效显著,患者的相关症状在短时间内便可消失。林庆秋研究^[19]中选取100例呼吸道感染患儿实施临床诊治,上、下呼吸道感染例数相同,分析诊治效果,结果提示,临床治疗总有效率为100%。该实验结果与本次研究结论具有一致性,起到论证作用。

在诊治方面,儿童上呼吸道感染的治疗要谨慎,避免复发,造成病情恶化。下呼吸道感染需要长期的治疗,同时对细菌的耐药性也比较大,所以要合理应用抗感染药物,避免滥用抗生素。抗生素的使用要注意两点:一是要有针对性的应用抗生素,要看患儿的临床表现、病史和诊断结果;

二是合理的用药时间,保证药物的浓度不超过治疗的范围。目前,许多医生仍倾向于通过临床试验来改善这一状况:一是采集标本时要注意采集时间、采集频率、采集方法,时间要在未应用抗生素的情况下,早晨采集;二是要加强与化验人员的交流,以提高化验的效率和检出率;三是强化实验室建设,强化免疫学、基因诊断等新技术的应用。由于患儿是一个特别的人群,因此在治疗患儿呼吸道感染时要特别留意,通过寻找病因加以合理的用药,可以提高患者的治愈率,使更多的患儿得到康复。

综上,对儿科呼吸道感染疾病进行科学诊断,给出针对性的用药方案,能够达到良好的治疗效果,继而在临床推广。但由于本次研究中受限于样本量、观察指标等问题在研究上仍有一定的不足,期望在日后的研究中加入以深入分析。

参考文献:

- [1]丁姗姗.探讨儿科反复呼吸道感染的治疗措施与临床疗效观察[J].临床医药文献杂志,2018,5(13):1.
- [2]刘娟.目标治疗应用于儿科呼吸道感染疾病的临床影响分析[J].临床医学研究与实践,2017,2(26):2.
- [3]张祥乐.枸地氯雷他定联合孟鲁司特治疗上呼吸道感染后顽固性咳嗽的临床观察[J].云南医药,2015,36(4):2.
- [4]李建红,任敏,崔云芝.肺炎支原体引起患儿下呼吸道感染的临床特征[J].世界最新医学信息文摘,2017,4(59):1.
- [5]金英.分析炎琥宁联合头孢呋辛治疗儿科呼吸道感染性疾病临床疗效[J].中西医结合心血管病杂志,2020,8(25):1.
- [6]苏日娜.下呼吸道感染疾病结合细菌培养和患者个体情况采用不同抗菌药物方案治疗的临床效果分析[J].中国实用医药,2020,15(17):3.
- [7]楼举华,方筱娟,尉童红.血清降钙素治疗儿科呼吸道感染的临床研究[J].中国保健营养,2016,26(14):266-267.
- [8]张志翔,吴莉菁.患儿反复发生上呼吸道感染危险因素分析及临床预防对策[J].中国保健营养,2017,27(25):278-279.
- [9]陈之敏.儿童呼吸道感染的诊治思维[J].中华实用儿科临床杂志,2019,34(4):3.
- [10]吕凤.C反应蛋白水平在患儿急性呼吸道感染诊治中的临床应用价值[J].山西医药杂志,2017,46(24):3.
- [11]李清民.患儿支气管哮喘急性发作期呼吸道感染的临床诊断与治疗[J].中外医疗,2016,35(4):3.
- [12]赵静.急性上呼吸道感染的临床诊治[J].临床医药文献杂志,2019,6(37):1.
- [13]袁月明.患儿下呼吸道感染的治疗及抗生素的使用和效果分析[J].中国保健营养,2020,30(25):362.
- [14]熊荣志.分析患儿支气管哮喘患者急性呼吸道感染的诊治[J].中国继续医学教育,2019,11(24):3.
- [15]王雄,付衡.儿科呼吸道感染临床用药误区分析及应对措施[J].中国继续医学教育,2017,9(17):3.
- [16]岳优,王耀东,金翠青.急性呼吸道感染患儿中肺炎支原体感染的临床现状及流行病学特征分析[J].中国妇幼保健,2018,33(21):2.
- [17]段艳飞,刘冬霞.支气管哮喘急性发作期呼吸道感染患儿的临床诊治分析[J].中国继续医学教育,2016,8(11):2.
- [18]龚兴若,黄春霞,李青,等.自拟苓梔复感颗粒治疗脾胃实热型患儿反复呼吸道感染的临床研究[J].河北中医药学报,2020,35(1):4.
- [19]林庆秋.儿科呼吸道感染的临床诊治措施分析[J].中国医学创新,2013,10(10):135-136.

乡城县卫生人才队伍建设情况调研分析报告

胥艳

泸州市妇幼保健院（泸州市第二人民医院） 四川泸州 646100

摘要：目的 结合省内对口帮扶及四川省城乡医疗卫生“传帮带”工程在乡城县推进落实本土医疗卫生人才培养情况和乡城县卫生人才队伍建设现状的调研分析，探索甘孜州藏区本土卫生人才队伍培养建设的思路。方法 通过文献法、访谈法、问卷调查、观察法等了解乡城县卫生人才发展现状和需求，进而分析甘孜州藏区本土卫生人才培养的瓶颈和突破点。结果 乡城县卫生人才总量不足、增量不够；整体学历结构不合理、专业同岗位不对口问题突出；基层公卫专业技术人员能力参差不齐，高层次人才欠缺，引进困难，流失较为严重的情况持续存在。结合对口帮扶工作经验，认为启动全县卫生人才素质提升培养计划、建立标准化培训考核指标，积极争取人才培养政策等应是推进乡城县医疗卫生人才队伍建设的重要措施。结论 解决乡城县卫生人才短缺问题，必须合力共建全县卫生人才干事创业平台，启动卫生人才专项培养计划，坚持立德树人、保证人才培养质量，以及采取激励措施、鼓励内地优秀毕业生到甘孜州藏区就业等。

关键词：乡城县；卫生人才；队伍建设

根据脱贫攻坚任务全面推进以及《全面实施贫困地区城乡医疗卫生对口支援“传帮带”工程打造一支愿承担有能力可支撑的本土医疗卫生人才队伍的意见》（川卫发[2017]172号）和《关于做好2018年贫困地区城乡医疗卫生对口支援工作的通知》（川卫发[2017]173号）文件要求。2018年四川省卫健委正式启动医疗卫生人才“传帮带”三年工程。2018-2020年，泸州市卫健委及各医疗卫生单位，选派优秀技术骨干到乡城县个医疗卫生机构，积极推进“传帮带”援建工程落实。经过三年的共同努力，乡城县卫生人才队伍培养得到了一定程度的提升和改善。本文通过对有关调研分析，旨在为培养优质的本土医疗卫生人才队伍提供决策参考。

1. 研究对象与方法

以乡城县医疗本土卫生人才队伍建设为研究对象，用文献法了解当地卫生人力资源现状；通过问卷调查和观察法等了解具体情况；以“传帮带”三年帮扶计划落实情况为例子，总结经验发现问题并用深度访谈法探索针对本土卫生人才队伍建设有针对性的改革措施建议，促进卫生人才队伍建设健康发展。

2. 全县卫生人才队伍建设基本情况

乡城县隶属甘孜藏族自治州，位于甘孜州南部，距州府康定488公里，距成都860公里，县城海拔2860米。全县医疗卫生机构77个，其中县级医疗机构4个、乡镇卫生院12个、村卫生室61个。全县医疗机构编制病床490张，开放床位数136张，医疗卫生专业技术人员320人，其中编制内有234人，占编比例73%。根据调研发现，乡城县卫生技术人员总量短缺、增量不足，引进困难，整体学历结构不合理、专业与岗位不对口，具有执业资格的人才相对匮乏，高素质人才缺乏，而且存在流失严重现象问题比较突出。医疗机构缺乏学科带头人，人才梯队不合理，临床经验丰富的高级人才凤毛麟角的情况比较普遍。由此可见，尽管近年来乡城县医疗卫生事业取得了较大的发展，但由于历史、自然、社会等原因，乡城县卫生事业的发展

仍然比较落后。其中总量短缺、高素质卫生人才匮乏、增量不足成为最突出的制约因素。另外，随着援建工作的推进，以及新冠肺炎疫情防控工作要求，县人民医院2020年已正式购置CT，于2021年初投入使用；且全县在建核酸检测实验室2个，各级医疗卫生机构基础设施逐年得到加强，各种新设备、新技术逐步被引入，对卫生技术人员的业务技能的要求也越来越高。

3. 援建工作对本土卫生人才队伍建设的影响。

3.1 精准施策，提升医考通过率。针对乡城县本土医务人员量少质弱，执业资格久考不过现象，2018年起，泸州市援藏办设立考前培训项目，每年划拨援藏资金保障培训经费。泸州市卫健委牵头组织专家培训团队连续3年赴乡城县集中开展分类分阶段专题培训、“传帮带”老师日常针对性指导，有效提高本地医务人员执业考试通过率。执业（助理）医师考试通过率由2017年的1.5%上升到2020年的50%，护（士）师资格考试通过率由2017年的13.4%上升到2020年的50%。

3.2 新技术引进，提升综合服务能力。在援建工作队的帮助下，县级医疗卫生机构开展新技术新项目新业务技术累计70多项，学员通过带教老师讲解操作要点，手把手实践指导，迅速高效提高操作技能。

3.3 畅通进修渠道，针对性重点培养。三年来全县医疗卫生机构累计选派30余名同志，到泸州市各医疗卫生机构完成进修课程学习。为培养学科带头人，技术骨干起到了较好的促进作用，为县级医疗卫生机构在外科、麻醉科、手术器械、医技科室、疾病控制等医疗服务能力提升奠定了良好基础。

3.4 开展全域结对，支援健康体检。开展“全域结对”，促进工作开展并针对性提高基层卫生院医务人员专业操作能力培训培养。2019年起，由泸州市各级医疗卫生单位与乡城县各医疗卫生单位结对，形成“点对点”帮扶关系。每年泸州市各结对医院派出检验、B超、心电图、全科医师、公

卫等专业技术人员到乡城县支援全民健康体检工作,支援老师在完成体检工作的同时,认真带教本地医务人员,教会使用检验、B超、心电图等仪器设备,本土专业技术人员检验检测设备实操能力得到针对性提升。

4. 全县卫生人才队伍建设存在的主要问题。

4.1 卫生技术人员总量短缺、增量不足。乡城县2020年统计常驻人口为3.6万人,按照现有执业(助理)医师、注册护士总数计算,现有每千人口执业(助理)医师1.86人,每千人口注册护士1.66人。但根据《2019年我国卫生健康事业发展统计公报》,全国每千人口执业(助理)医师2.77人,每千人口注册护士3.18人。乡城县卫生技术人员服务人口比例同全国平均水平差距较大,且近三年卫生技术人员在编人员呈现下降趋势,卫生技术人员总量短缺、增量不足问题突出。

4.2 整体学历结构不合理、专业与岗位不对口。在总量短缺、增量不足的前提下,现有人员专业与岗位不对口也是一个突出问题。以疾病预防控制中心为例,疾控专业人员比例低,为了在现有人员的基础上,确保工作顺利推进,护理专业人员从事疾控工作,预防保健人员从事检验科工作的情况在基层医疗机构是普遍存在。实验室作为疾控的核心业务科室,却只有一名在编的检验专业人员,县医院的检验专业人才同样匮乏。在疫情防控背景下,在新冠核酸检测实验室建设的要求下,乡城县检验人才队伍短缺问题尤为突出,均存在为了推进基本工作,非检验专业人员转岗从事检验工作的情况。但非检验专业人员长期从事检验工作对其专业职称晋升却属于不小的障碍,专业与岗位矛盾的现实也是导致部分同志多年无法通过职称考试的一个主要原因。

4.3 基层公卫专业技术人员能力参差不齐。乡镇卫生院和社区卫生服务中心由临聘人员和非公共卫生专业人员承担基层公共卫生工作现象较为普遍,加之工作量较大,在新冠疫情防控背景下,发挥“守门人”作用存在力不从心的情况。大部分公卫人员为其他专业转入,岗位任职持续性差,变动频繁,稳定性差的情况突出。不同岗位的在职人员无法定期接受系统专业培训,使得大部分基层实际公卫防疫人员疫情防控业务能力低下,“专业不专”,能力参差不齐。

4.4 高层次人才欠缺,引进困难,流失较为严重。卫健系统作为专业技术部门,健康中国、疫情防控等工作大背景下,任务重、责任大,高层次专业人才是推动卫健工作高质量运行的重要组成。

5. 全县卫生人才队伍建设的建议与对策。

5.1 抓好顶层设计,增加全县卫生编制统筹,加大人才经费保障。明确政府在保障卫生人才投入中的主导地位,抓好全县公共卫生人才队伍建设的顶层设计,建立健全卫生人才队伍建设长效机制,把卫生人才队伍建设纳入全县人才工作总体规划和经济社会发展规划,并作为党政领导工作考核的重要内容。加大全县编制统筹向卫健系统倾斜,调整和完善政府卫生

财政投入结构,遵循卫生人才成长规律,加大人才引进,牢固树立“人才是第一资源”的理念。

5.2 启动卫生人才素质提升培养计划,建立标准化培训考核指标。积极推行常态化职业教育和继续教育,鼓励组织专业人员参加各类各级学历教育,启动全县卫生人才素质提升培养计划,重点培养临床专业骨干人才、疾控专业领军人才、复合型人才;利用援建医疗队专家力量,继续着力于当地医学生学历水平、职称通过率,实操业务能力的提升帮扶,建立标准化培训考核指标,并规范落实,奖惩分明。建议支援机构除了选派业务技术骨干,还应扩大至主要中层管理干部,提升受援医疗卫生机构整体管理能力。部门拓宽现有人才在岗位培训和继续教育等方面的深造机会,促进医护人员知识不断更新,提升专业水平,努力培养一批有思想、懂业务的具有较强创新能力的复合型管理人才。特别加强对中、青年骨干人才和学科带头人的培训,争取送出去一个人,学成回来一个人,带动提高一批人。专项针对性培训要体现培训目标、强化过程支撑、加强考核评估,突出效果评价。

5.3 积极汇报,争取上级政策支持。针对人才短缺,为了推进工作专业与岗位不对口这一区域典型问题。积极通过州卫健委专题汇报后,给省级卫生行政部门建议,针对三州特殊地区,职称考试必须同第一学历专业对口这一问题,应该结合实际情况,适当申请特殊时期“绿灯”政策,在现有岗位工作满一定年限,允许跨专业考取现有岗位专业的职称。

5.4 合力共建全县卫生人才干事创业平台。为确保我县卫生人才“引得来”“干得好”“留得住”,县政府机关、卫生行政部门和基层医疗卫生机构要着力共建干事创业的平台。一是进一步深化收入分配制度改革。完善绩效工资制度,实行“一流人才一流报酬”,注重向临床一线、关键岗位、学科带头人、业务骨干倾斜,向有突出贡献的人员倾斜。二是探索设立全县卫生人才队伍建设专项经费渠道。在财力有限的情况下,建议地方政府财政部门每年投入一定的经费,专门用于全县短缺公共卫生人才的引进、培养、培训、考评、奖励,根据财政收入增长情况逐年增加资金调拨额度。三是探索业务院长、学科带头人岗位年薪机制,进一步健全和简化人才引进手续,建立起引进中、高级人才的“绿色通道”。四是建立合理的选拔晋升机制。对一些表现优秀的医护人员可以采取岗位补贴,并优先晋升职称,优先提拔任用这些优惠政策。五是加大激励政策,吸引内地优秀毕业生到甘孜州藏区就业。对新到我县的大学生卫生专业人才,在“安心工程”落实住房等政策支撑的前提下,可以再争取落实经费渠道,给予相应的生活补助等。让他们感到来甘孜藏区卫生医疗机构不仅是一种责任更是一种荣誉,对其他基层医护人员也是一种带动和激励,使其自身价值也得到了充分体现。

优质护理在腰椎间盘突出症护理中的应用效果探究

郑宇蔚

联勤保障部队第九〇四医院骨科一区 江苏无锡 214000

摘要：目的：结合腰椎间盘突出症患者临床护理问题，强化优质护理，分析应用效果。方法：根据要求选取我院2020年1月-2022年1月期间治疗的患者，选入70例，分别进行常规护理和优质护理，研究了解患者护理前后的身体功能和疼痛情况，通过调查问卷分析满意度认可情况，并且利用专业量表评估生活质量情况，两组进行对比。结果：护理前两组在身体功能和疼痛方面数据差异不大。护理后观察组患者的身体功能评分为（22.43±1.44）明显比对照组高，身体疼痛情况评分为（3.02±0.21）明显比对照组低。观察组患者对护理持不满意态度的为2例占比5.71%，患者非常满意和较为满意的分别占比57.14%和37.14%，合计患者对本次护理持基本满意态度的为33例占比94.29%，与对照组的74.29%相比明显较高。护理前两组在生活质量方面数据差异不大。观察组在优质干预后指标数据明显提升，差异显著（ $p<0.05$ ）。结论：腰椎间盘突出症患者强化优质护理存在明显优势，帮助改善患者身体状态，帮助快速恢复，可以借鉴。

关键词：优质护理；腰椎间盘突出症；护理；应用效果

腰椎间盘突出症是临床一种慢性病症，病症长久不能治愈，而且治疗中还会出现反复发作问题，患者引发病症后有明显的疼痛感，预后较差。医院临床经常会接收到患有腰椎间盘突出症的患者日常可能出现难以行走问题，下肢处于麻木状态，受病症影响会对日常生活有很大干扰。根据相关资料显示：患有此种病症的人群逐渐年轻化。医院临床治疗主要是进行手术，患者症状严重时产生行走障碍问题，因此应该对此种病症加以关注，由于患者的病程比较长，特点明显，所以必须保证临床治疗护理质量。在医学现代化发展中不仅给患者进行科学治疗，同时给予患者高质量服务，在腰椎间盘突出症患者临床治疗中为患者采取有效干预策略，会对患者的身体康复有积极作用，因此结合实际科学选择。本次基于临床护理问题进行探究，选取我院合适的患者，下面进行实践报告。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

根据本次研究需要选取我院2020年1月-2022年1月这一时间内接收得合适的腰椎间盘突出症患者，研究纳入合适的患者70例，本次选取的患者年龄平均在（45.39±5.53）岁。患者按照护理差异进行科学分组，对照组有35例患者，按照常规护理在患者治疗中采取基本策略，此组中男性和女性比例为20比15，剩余35例为观察组，利用优质护理各项措施强化干预，组中患者男、女性比例为19比18。两组患者一般资料没有明显的差异性。研究开展前研究负责人同院内管理组织进行报告，在审批同意后方可进行。

本次研究明确具体的患者选取标准，在纳入选择时患者必须满足以下所有条件：所有患者在入院后进行专业检查，根据影像学检查资料判定为腰椎间盘突出症。第二，患者全面了解本次研究流程，并且家属在了解状态下签订责任书。第三，所有参与的患者之前进行一段时间的保守治疗并没有明显疗效。排除中考虑以下因素：第一，患者检查结果显示腰椎管狭窄。第二，患者身体存在严重功能不足问题。第三，患者存在一定的精神问题，日常不能正常交流。

1.2 方法

所有患者在入院后进行专业检查，全面了解患者的身体状态，给患者采取合适的措施对症治疗。对照组患者在治疗中按照医院常规程序采取普通护理各项措施，护理人员需要全面按照医院的各项护理制度，保证各项基础设施的落实，日常需要通过医院各项设备密切监测患者的各项生命体征，全面分析患者的病情发展变化，根据患者的身体条件指导患者科学用药，为患者布置舒适的居住环境等，总之在患者临床治疗中严格执行各项基础护理措施。

观察组患者在临床护理中，除了基本护理策略的实施，还要加强对患者的优质护理干预，下面针对临床各项护理策略的实施进行详细分析。第

一，加强对患者的心理护理。临床加强对腰椎间盘突出症患者的心理干预非常重要。患者患有腰椎间盘突出症状，病程比较长，需要在医院长期治疗恢复，会对日常生活产生较大干扰，临床治疗护理中患者的心理负面情绪容易激发，受不良情绪影响，患者日常治疗护理中抵抗比较明显。由此需要全面分析患者引发负面情绪的影响因素，了解患者身心特性，采取合适的措施进行指导，通过多种手段让患者心理问题得到有效疏导，日常护理中通过沟通加强对患者的鼓励，给患者进行有效的心理抚慰，以此使患者能够调整心态，积极面对病症。同时在日常交流中也要耐心倾听患者，了解患者在临床治疗护理中的内心想法，增加对患者的理解，利用合适的方法帮助患者消除心理的顾虑，使患者在临床治疗护理中更加配合。第二，患者手术前的护理。患者进入手术室治疗前，需要护理人员根据腰椎间盘突出症状情况进行有效身体评估，告知患者手术治疗的意义，详细解说手术中的各项流程，同时需要反复强调让患者注意手术中的相关注意事项。加强对患者的身体体位训练，同时给患者进行床上大小便等相关训练，让患者做好身心准备。护理人员需要在术前检查手术室环境，提前准备好手术操作中所要使用的各项物品。第三，患者手术后的护理。患者手术后身体状态稳定后，进入普通病房护理，通过医院各项设备观察患者身体指征数据变化，按照实际数据做好详细记录。在患者临床护理中提前采取各项预防性策略，使患者术后引发并发症的概率降到最低。如果患者在手术后出现异常问题，需要加以关注。患者手术后需要较长一段时间进行身体恢复，此时需要根据患者的身体条件进行饮食调节，存在饮食问题要及时纠正改善，有侧重性的补充身体所需营养，在饮食护理中加强优质护理干预，避免患者在手术后出现饮食不当问题，保证患者身体，补充每日所需营养物质，帮助调节患者的身体体质，让患者能够在术后快速康复。患者手术后身体康复阶段需要长期卧床休养，护理人员要加强对患者的健康护理干预，指导并且帮助患者定期进行身体清洁，让患者在院恢复中保持干净状态，患者的身体皮肤尽可能保持干燥，及时帮助患者翻转身体，避免患者长期卧床产生褥疮。如果患者术后存在疼痛感，需要利用合适的方法帮助转移患者的关注点，在患者疼痛难忍时按照医生医嘱给患者及时使用止痛类药物。第四，身体功能康复训练。全面分析患者的身体恢复情况，基于此给患者制定合适的计划，帮助进行身体功能康复锻炼，避免患者在手术治疗后长期卧床休养出现肌肉萎缩，在初期功能锻炼时患者不能自如行动，护理人员可以辅助按摩强化，及时指导患者活动身体关节。在患者身体有所恢复后，加强对患者的鼓励，护理人员可以在旁指导患者，让患者在身体可行状态下进行功能锻炼，患者身体功能锻炼中需要加强提醒，避免身体过于劳累，指导患者科学活动，让患者身体快速康复。第五，给患者进行出院前指导。患者身体状态稳定后可以出院居家疗养，此时护理人员需要提前进行居家疗养指导，首先需要利用合适的方法了解患者对自身

病症相关知识是否熟悉,加强对患者的叮嘱,让患者在居家恢复中注重自我保护,出院后不能进行多次反复性的弯腰、提重物等活动,告知患者,如果身体出现不适或者是有异常问题,应该及时到医院就医治疗。

1.3 观察指标

(1)利用专业评估表对患者腰椎功能状态进行评分,根据专业评分系统全面了解患者身体疼痛情况。(2)制定调查问卷分析患者满意度,结合数据计算比率。(3)利用评估量表分析患者生活质量,从多个方面进行评价。

1.4 统计学方法

本次研究各项数据分析使用SPSS22.0软件,数据检验需要结合t数据。

2 结果

2.1 患者临床护理前后腰椎功能恢复情况和身体疼痛情况比较

表1 患者临床护理前后腰椎功能恢复情况和身体疼痛情况比较表

组别	腰椎功能恢复情况评分		身体疼痛情况评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组(35例)	12.42±1.74	22.43±1.44	7.56±0.64	3.02±0.21
对照组(35例)	12.38±1.76	17.28±1.53	7.52±0.66	5.23±0.51
t	0.554	5.261	0.657	5.426
p	0.479	0.001	0.632	0.001

由上面表1的数据可知,观察组患者护理前患者的腰椎功能恢复情况评分为(12.42±1.74)分、身体疼痛情况评分为(7.56±0.64)分,对照组患者护理前患者的腰椎功能恢复情况评分为(12.38±1.76)分、身体疼痛情况评分为(7.52±0.66)分,两组腰椎功能恢复情况和身体疼痛情况评分差异不大。

观察组护理后患者的腰椎功能恢复情况评分为(22.43±1.44)分、身体疼痛情况评分为(3.02±0.21)分,对照组护理后患者的腰椎功能恢复情况评分为(17.28±1.53)分、身体疼痛情况评分为(5.23±0.51)分,明显可知两组患者在护理后腰椎功能恢复情况和身体疼痛情况评分均有一定改善,但是对照组患者的腰椎功能恢复情况评分明显低于观察组,而且患者的身体疼痛情况评分明显高于观察组,差异显著,具有实际统计意义。

2.2 患者临床护理满意度评析

根据本次实践研究数据可知,观察组患者对护理持不满态度的为2例,占本组人数的5.71%,患者针对本次护理非常满意的为20例,占本组人数的57.14%,患者对本次护理较为满意的为13例,占本组人数的37.14%,合计患者对本次护理持基本满意态度的为33例,占本组人数的94.29%。对照组患者对护理持不满态度的为9例,占本组人数的25.71%,患者对本次护理非常满意的为15例,占本组人数的42.86%,患者对本次护理较为满意的为11例,占本组人数的31.43%,合计患者对本次护理持基本满意态度的为26例,占本组人数的74.29%,明显可知观察组患者对本次护理满意比例明显比对照组高,差异显著,具有统计学意义。

2.3 患者临床护理后生活质量各项指标情况比较

根据本次实践研究数据可知,观察组患者护理前生活质量五项指标生理状态评分为(42.34±9.28)分、身体功能评分为(44.61±8.32)分、精神状态评分为(45.13±6.88)分、社会状态评分为(47.62±8.44)分、健康指标评分为(41.72±6.83)分。对照组患者护理前生活质量五项指标生理状态评分为(42.35±9.27)分、身体功能评分为(44.89±8.45)分、精神状态评分为(45.26±7.01)分、社会状态评分为(547.58±8.67)分、健康指标评分为(42.03±6.77)分,两组生活质量五项指标评分差异不大。

观察组在经过有效的优质护理干预后生活质量各项指标生理状态评分为(89.02±13.35)分、身体功能评分为(86.77±10.23)分、精神状态评

分为(87.34±10.46)分、社会状态评分为(85.34±9.68)分、健康指标评分为(89.93±11.24)分,对照组护理后生活质量各项指标生理状态评分为(70.14±8.86)分、身体功能评分为(68.72±8.42)分、精神状态评分为(69.05±9.21)分、社会状态评分为(66.54±5.22)分、健康指标评分为(68.31±7.33)分,明显观察组患者生活质量各指标评分均比对照组高,患者生活质量从多个方面改善,差异显著,具有统计学意义。

3 讨论

医院骨科经常会接收到腰椎间盘突出症患者,此种腰部病症患病比率比较高,根据临床分析可知,出现腰椎间盘突出主要是患者的腰部椎间组织出现纤维破裂,在内部有纤维残留导致髓核被覆盖,此时很容易导致腰椎管内突出症状,受病症影响会压迫患者的腰椎脊神经,由此形成综合征,日常会有一定的疼痛感。患者身体引发腰椎间盘突出后日常生理活动会受到限制,会对日常生活质量产生不利影响,由此应该根据患者病症问题进行全面关注。患者需要长期承受病痛折磨,身心痛苦加剧,此时很容易导致患者心理的不良情绪激增,在对病症进行治疗时,心理抵触比较严重,治疗中配合力比较差。因此在患者临床治疗中选择合适的护理方式,以此让患者保持积极健康的状态,深刻认识到病症治疗中心理态度会对身体恢复产生实际影响。

临床给患者进行优质护理,在护理中进行综合性分析,根据患者身体状态采取针对性策略,发挥临床护理的创造性价值,全面践行医院新型护理模式,在发展中从多个方面加强对患者的关注,增强医院临床护理的全方位护理效果。腰椎间盘突出症患者在入院后以及后续整个治疗期间进行优质护理干预,身体恢复的不同时期采取不尽相同的措施,使患者临床护理的专业性更强。患者病症治疗中不同阶段心理状态有所差异,护理人员应该结合自身经验,以患者的身心感受为基础进行相应护理干预,帮助缓解患者心理过于紧张恐惧的情绪。通过优质护理服务,切实提升临床护理质量,使患者有更好的预后状态,在临床护理中,通过多方面措施的落实,帮助改善患者的身体症状,使患者的生活质量有所保证,避免患者手术后身体过于疼痛,帮助患者身体快速康复。

根据本次研究可知,观察组患者护理前患者的腰椎功能恢复情况评分为(12.42±1.74)分、身体疼痛情况评分为(7.56±0.64)分,与对照组差异不大。观察组护理后患者的腰椎功能恢复情况评分为(22.43±1.44)分明显比对照组(17.28±1.53)分高,而且身体疼痛情况评分为(3.02±0.21)分明显比对照组(5.23±0.51)分低。观察组患者对护理持不满态度的为2例占比5.00%,患者对本次护理非常满意、较为满意分别占比57.50%和37.50%,合计患者对本次护理持基本满意态度的为38例占比95.00%。对照组患者合计为满意态度的占比77.50%,明显满意比例较低。观察组患者护理前生活质量五项指标与对照组差异不大。观察组干预后生活质量各项指标生理状态评分为(89.02±13.35)分、身体功能评分为(86.77±10.23)分、精神状态评分为(87.34±10.46)分、社会状态评分为(85.34±9.68)分、健康指标评分为(89.93±11.24)分,明显均比对照组护理后五项指标评分高,差异显著。

综上所述,强化对腰椎间盘突出症患者的优质护理,切实改善临床治疗和护理的效果,使患者身体功能逐渐恢复,缓解患者身体的疼痛感,帮助调节患者的生活状态,增加患者的认可度,值得推广。

参考文献:

- [1]冰红.优质护理在腰椎间盘突出症护理中的应用效果分析[J].特别健康.2021,(5).
- [2]李婷婷.优质护理在腰椎间盘突出症护理中的应用效果[J].临床医药文献电子杂志.2020,7(65).
- [3]钟振美.中医康复护理对腰椎间盘突出症患者康复效果及满意度的影响[J].国际护理学杂志.2020,(19).

舒适护理在慢性小儿支气管炎护理中的应用价值

张欢

齐齐哈尔市中医医院 黑龙江齐齐哈尔 161000

摘要：目的：分析慢性小儿支气管炎护理中运用舒适护理的临床价值。方法：抽取我院 2020 年 12 月—2022 年 8 月期间收治慢性小儿支气管炎患儿 88 例作为实验对象，通过随机数字表法将其平均分为两组，即对比组和观察组，每组 44 例。对比组患儿接受常规护理，观察组接受舒适护理，比较两组的护理效果、治疗依从性以及临床指标。结果：通过对比两组的实验结果，观察组的护理有效率和依从性显著高于对比组，而住院时间、退热时间、家属护理满意率和健康知识掌握等指标也明显优于对比组，两组对比具有显著差异性（ $P < 0.05$ ）。结论：采用舒适护理对慢性小儿支气管炎患儿进行临床干预，可获得较为满意的效果，不但能够提升整体护理效果，还可以加强患儿的依从性，改善各项临床指标，有助于促进患者早日恢复身体健康，具有良好的临床推广价值。

关键词：慢性小儿支气管炎；舒适护理；应用价值

[Abstract]Objective: to analyze the clinical value of comfort nursing in the nursing of chronic pediatric bronchitis. Methods: 88 children with chronic infantile bronchitis treated in our hospital from December 2020 to August 2022 were selected as experimental subjects. They were divided into two groups by random number table method, i.e. control group and observation group, with 44 cases in each group. The control group received routine nursing and the observation group received comfortable nursing. The nursing effect, treatment compliance and clinical indicators of the two groups were compared. Results: by comparing the experimental results of the two groups, the nursing efficiency and compliance of the observation group were significantly higher than that of the control group, and the indexes such as hospitalization time, antipyretic time, family members' nursing satisfaction rate and health knowledge mastery were also significantly better than that of the control group. There was a significant difference between the two groups ($P < 0.05$). Conclusion: the clinical intervention of comfort nursing for children with chronic bronchitis can obtain satisfactory results, which can not only improve the overall nursing effect, but also strengthen the compliance of children, improve various clinical indicators, and help promote the patients to recover their health as soon as possible. It has good clinical promotion value.

Key words: chronic pediatric bronchitis; Comfort care; Application value

慢性支气管炎在临床儿科中并不少见，主要是由于吸烟、感染等各种因素诱发的支气管、气管黏膜和附近组织的慢性非特异性炎症，在六个月至 3 岁的婴幼儿群体中比较常见，其主要临床症状为气喘、咳嗽以及痰多等，在病情不断发展后持续加重，会对患儿的身体健康及生长发育产生巨大影响【1】。因为慢性支气管炎疾病比较复杂，再加上婴幼儿机体抵抗力弱，非常容易病情恶化甚至死亡。相关研究显示，在常规对症治疗的同时联合使用科学有效的护理措施，对加强其预后意义重大。舒适护理是近些年兴起的一种护理方式，主要是在常规护理的基础上采用针对性的护理干预，给患儿提供更加全面、优质的护理服务，从而更好的达到患儿的康复需求。对此，本实验选取我院近两年收治的慢性支气管炎患儿 88 例作为研究对象，并随分成两组，观察其分别采用常规护理和舒适护理的临床效果，具体如下。

1 一般资料和实验方法

1.1 资料

抽取我院 2020 年 12 月-2022 年 8 月期间收治慢性小儿支气管炎患儿 88 例作为实验对象，通过随机数字表法将其平均分为两组，即对比组和观察组，每组 44 例。本次实验入选患儿都满足《儿科学》提出的小儿慢性支气管炎诊断标准，家属均知晓研究内容并自愿参与本次实验。观察组男 22 例，女 22 例，年龄 1-3 岁，平均（ 2.82 ± 0.56 ）岁；病程 9-10 月，平均（ 9.73 ± 0.16 ）月；对比组男 23 例，女 21 例，年龄 2-4 岁，平均（ 3.36 ± 0.51 ）岁；病程 10-11 月，平均（ 10.06 ± 0.21 ）月；对比两组患儿的性别、年龄、病程等一般资料，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。此次实验已通过院内医学道德伦理委员会的批准认证。

1.2 方法

对比组采用常规护理，主要包括：密切观察患儿的病情变化和生命体征，给其家长详细介绍常规护理内容和方式，严格遵循医嘱提供吸氧护理，

同时积极预防各种并发症。

观察组在对比组的基础上给予舒适护理，具体为：（1）饮食干预。护理人员应针对患儿年龄开展科学恰当的饮食护理，通常情况下，应以高营养、易消化、高蛋白的饮食为主，比如鸡蛋糕和小米粥等食物。而需奶粉和母乳喂养的患儿需注意避免产生呛咳、窒息的状况；为了不对患儿呼吸产生影响，不可以给其喂得太饱；应给患儿多次少量的喂水，从而使痰浓度稀释，促进痰液的排出。（2）心理干预。护理人员需加强对患儿的心理干预，帮助其形成积极健康的心理状态。对于大龄患儿，护理人员应与其积极沟通，提高其对自己的信任感，促使其能够积极配合各项治疗和护理工作。还能够利用播放音乐和动画片、做游戏、讲故事等方法分散其对疾病的关注度。（3）呼吸道护理。因为三岁左右患儿身体各组织器官发育尚不完全，机体免疫力弱、抵抗能力低，从而导致出现支气管炎的患儿很多，并且还极易产生分泌物阻塞气管等现象，导致其呼吸不畅，严重时会导致出现呼吸衰竭的情况。所以，护理人员需要加强对患儿呼吸道的干预，增加排痰治疗从而预防呼吸不畅的情况出现。若患儿在护理期间始终哭闹不停，护理人员就应遵医嘱使用小剂量镇静剂行静注，若患儿咳无力可提供雾化治疗，从而湿润呼吸道，使其顺利排痰。帮助患儿时常变换体位，拍击其背部促进排痰；指导大龄患儿开展有效且正确的咳嗽，必要的时候可提供吸痰治疗。如果发现患儿出现呼吸困难、发绀等缺氧情况，需实施吸氧治疗，并协助主治医师第一时间处理，以免发生意外。（4）发热护理。如果患儿体温不到 37.5°C 就可不实施特殊处理，但如果体温在 $37.5-38.5^{\circ}\text{C}$ 之间就应开展物理降温，如果超过了 38.5°C 就应采用物理降温+药物进行治疗。引导患儿多喝水，将汗湿衣物及时更换下来。间隔 30min 到 1h 测量一次体温，如果患儿有面色苍白、大量冒汗、体温骤降等情况，应第一时间告知医师，并根据医嘱实施对症处理。（5）健康宣教。这一护理环节的重点是给家属介绍小儿支气管炎以及患儿生长发育期间的相关知识，当

中包括小儿支气管炎的发生机制、致病因素、预防措施、治疗方式等,指导家属帮助患儿进行康复训练;注意加强患儿在住院过程中对咳嗽、服药等治疗的配合度;护理人员需要把健康宣教贯彻到各个细节当中,可以通过丰富多样的宣教方法,包括观看视频、个体教育等,从患儿入院到出院整个过程中的所有治疗环节都应落实健康宣教,从而提升家属对疾病健康教育知识的掌握程度。

1.3 观察指标

(1) 护理效果。采用我院自拟的护理效果调查表,对两组患儿护理后的临床效果进行评价。调查表包含了痊愈、好转、无效3项。其中,患儿经护理后,临床症状完全消失,心率、体温以及呼吸频率等指标正常为痊愈;临床症状得到明显改善,心率、体温以及呼吸频率等基本正常为好转;患儿的临床体征与症状没有任何变化,甚至有加重迹象为无效。护理有效率=(痊愈+好转)/总例数*100%。(2) 依从率。同样使用自拟依从性调查量表评价两组患儿护理后的依从性,主要内容有治疗、护理和用药方面,总分为95分,分数越高表示依从性越高。依从率=(完全配合+一般依从)/总例数*100%。(3) 由责任护士详细记录两组患儿的退热时间、住院时间以及家属的护理满意度和健康知识掌握程度,并进行系统评估。上述各项评估工作均由院内临床经验丰富的医务人员完成,从而保证评估结果的真实可靠。

1.4 统计学处理

采用SPSS19.00软件对本次实验数据进行分析,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,行t检验,计数资料用百分比表示,采用 χ^2 检验,当 $P < 0.05$ 时,差异有统计学意义。

2 结果

2.1 护理有效率

据医护人员的统计结果显示,观察组的护理有效率显著优于对照组($P < 0.05$),详情见表1:

表1 两组护理有效率的比较(n, %)

组别	n	显效	有效	无效	有效率
观察组	44	21	23	0	100
对照组	44	18	21	5	88.63
χ^2	/	/	/	/	5.301
P	/	/	/	/	0.021

2.2 依从率

经比较两组患儿护理后的依从性,对照组的依从率明显低于观察组($P < 0.05$),详情见表2:

表2 两组依从率的比较(n, %)

组别	n	完全配合	一般依从	不依从	依从率
观察组	44	18	24	2	95.45
对照组	44	12	22	10	77.27
χ^2	/	/	/	/	6.175
P	/	/	/	/	0.013

2.3 临床观察指标

通过比较两组患儿护理后的住院时间、退热时间,和家属的护理满意率和健康知识掌握,观察组的各项指标显著优于对照组($P < 0.05$),详情见表3:

表3 两组临床观察指标的比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	n	住院时间	退热时间	家属护理 满意率	家属健康知 识掌握
观察组	44	11.09 $\pm$ 3.83	1.81 $\pm$ 0.33	100	88.52 $\pm$ 9.76

				(44/44)	
对照组	44	21.98 $\pm$ 5.17	2.44 $\pm$ 0.81	(36/44)	55.26 $\pm$ 14.17
t	/	11.227	4.778	8.800	12.822
P	/	0.000	0.000	0.003	0.000

3 讨论

在小儿患者中,慢性支气管炎并不少见,此疾病存在迁延难愈、病程长等特征,会在很大程度上影响患儿的成长发育以及生活质量,还会使其产生焦虑、抑郁、烦躁等负性情绪,非常不利于临床治疗效果的提升及预后【2】。当前临床中多使用药物来治疗支气管炎,虽然能够有效缓解病情,促进疾病恢复。但是因为患儿生理特征的特殊性,心理机制还不完善,在治疗期间非常容易出现焦虑、不安、紧张等不良情绪,在心理应激的影响下,药物治疗无法活动获得良好的效果。加之支气管炎存在反复发作的特征,需长时间治疗但难以痊愈,咳嗽加剧,特别是夜晚最显著。将慢性支气管炎患儿的临床表现以及具体病情作为主要依据,临床中提出在常规护理的基础上结合舒适护理,从而促进患儿顺利排痰,减轻临床症状,延缓或控制疾病进展,促使其心理和生理舒适度的提升,消除不良情绪,加强家属对舒适护理的认识以及信任,使患儿和家属都可以更加积极的配合相关治疗与护理工作【3】。

舒适护理是近些年临床中新推出的一种护理理念,现阶段我国医疗机构应对此护理模式的运用引起高度重视并普遍推广。舒适护理主要是根据“将患者为中心”理念落实各项护理服务,确保给其提供更合理、全面、优质的服务,以此加强治疗舒适度,促进护理与治疗效果的提高【4】。在开展舒适护理的过程中更关注患儿的心理情绪,通过了解其负性情绪从而开展个性化的护理干预,提高其舒适度,确保患儿以积极、乐观的心态接受临床工作,以此提升配合度和依从性。与此同时,给患儿提供发热护理以及呼吸道护理能够有效缓解其呼吸不畅、呼吸急促、体温升高等情况,使其病情逐渐稳定,防止出现各种并发症,包括呼吸衰竭、肺大疱等征状。利用健康宣教与饮食干预的实施,能够加强患儿的身体抵抗力,使家属对有关注意事项的掌握更加充分,最大限度确保临床疗效【5】。

本次实验结果提示,观察组的护理效果、依从性和家属的健康知识掌握程度、护理满意率都明显高于对照组,并且退热时间和住院时间短于对照组,这表示将舒适护理运用于慢性支气管炎患儿临床治疗中能够切实提升其依从性,促进护理效果的提升,切实缩短住院时间和退热时间,同时能够提升家属对护理工作的满意程度,帮助其掌握更多的疾病相关知识,有助于患儿早日康复。

综上,给慢性支气管炎患儿采用舒适护理临床效果确切,对提升患儿的依从性、家属的健康知识掌握和满意度、缩短疾病康复时间等都有非常重要的意义,值得推广于临床中。

参考文献:

- [1]孙振华.舒适护理在慢性小儿支气管炎护理中的应用效果观察[J].临床医药文献电子杂志.2020,(17).146-147,149.
- [2]陶红.舒适护理在慢性小儿支气管炎护理中的应用价值[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊).2019,(87).309,314.
- [3]郑真真.舒适护理在慢性小儿支气管炎护理中的应用价值[J].医学理论与实践.2019,(2).282-284.
- [4]许姣玲.慢性小儿支气管炎护理中舒适护理的应用[J].中国保健营养.2019,(3).208.
- [5]王霞.舒适护理应用于小儿喘息性支气管炎雾化治疗的效果观察[J].中国实用医药.2018,(2).153-154.

6S 管理模式对应用于消毒供应中心对流程质量和科室满意度的调查

黄铄栋

四川省江油市人民医院消毒供应中心 四川江油 621700

摘要: 目的: 本文主要是探讨 6S 管理模式应用于消毒供应中心后, 对流程质量的影响和科室满意度的调查。为 6S 管理模式的开展效果提供参考和依据。方法: 设置两组, 命名为试验组和对照组, 其中对照组是 2021 年 1 月-6 月期间消毒供应中心采用常规的作业流程前提下, 选取 210 件器械进行质量检测。试验组选取 2021 年 7 月-12 月期间消毒中心采用 6S 管理模式, 选取 210 件器械进行质量检测, 对比两组各 210 件器械消毒操作的合格率以及科室对消毒中心的满意度。结果: 试验组的操作流程中, 洗涤、包装、灭菌以及发放的合格率均明显高于对照组, 两组之间的合格率存在明显的差异, 有统计学意义 ($P < 0.05$); 从科室满意度调查结果可知试验组取得的科室满意度明显高于对照组, 差异显著, 有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 在消毒供应中心采用 6S 管理模式能明显提高作业流程的质量合格率, 有效提高各科室对消毒供应中心的满意度, 有利于各中心工作的顺利开展, 可广泛推广 6S 管理模式。

关键词: 6S 管理; 消毒供应中心; 质量; 满意度

The 6S management model is applied to the disinfection supply center to investigate the quality of the process and the satisfaction of the department

【Abstract】 Objective: This paper mainly discusses the impact of the 6S management model on process quality and department satisfaction after it is applied to the disinfection supply center. It provides a reference and basis for the development effect of the 6S management model. Methods: Two groups were set up, named experimental group and control group, of which the control group was selected for quality testing under the premise that the disinfection supply center adopted the conventional operation process from January to June 2021. The test team selected the disinfection center from July to December 2021 to adopt the 6S management mode, selected 210 instruments for quality testing, and compared the pass rate of 210 instruments in each of the two groups and the satisfaction of the department with the disinfection center. Results: In the operation process of the experimental group, the pass rates of washing, packaging, sterilization and distribution were significantly higher than those of the control group, and there were obvious differences in the pass rate between the two groups, which was statistically significant ($P < 0.05$); from the results of the department satisfaction survey, it can be seen that the department satisfaction achieved by the experimental group was significantly higher than that of the control group, and the difference was significant and statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion: The use of 6S management mode in the disinfection supply center can significantly improve the quality pass rate of the operation process, effectively improve the satisfaction of each department with the disinfection supply center, which is conducive to the smooth development of the work of each center, and can widely promote the 6S management model.

【Keywords】 6S management; Disinfection supply centers; Quality; Satisfaction

在医院体系中, 消毒供应中心与医院感染息息相关, 降低院内感染发生率的有效途径是加强对消毒供应中心器械消毒的管理和重视, 消毒供应中心主要是对院内所有的医疗器械进行清洗、消毒、包装、灭菌以及发放相关工作^[1-3], 因此一旦消毒供应中心的工作不到位, 管理出现严重的质量问题, 对医院的安全容易带来不利影响, 容易导致医疗纠纷的发生率, 因此对消毒供应中心质量管理非常重要, 在此工作的工作人员相关岗位培训和考核也十分关键, 直接影响消毒供应中心的治疗和效率。有较多医院消毒供应中心采用 6S 模式进行管理取得较好的效果, 6S 管理模式是指包含整理 (Seiri)、整顿 (Seiton)、清扫 (Seiso)、清洁 (Seiketsu)、素养 (Shitsuke) 以及安全 (Security) 六项的管理模式^[4-5], 其管理的核心是提高工作人员的工作效率。现具体分析 6S 管理模式应用于消毒供应中心后, 对流程质量的影响和科室满意度的调查。为 6S 管理模式的开展效果提供参考和依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

设置两组, 命名为试验组和对照组, 其中对照组是 2021 年 1 月-6 月期间消毒供应中心采用常规的作业流程前提下, 选取 210 件器械进行质量检测。试验组选取 2021 年 7 月-12 月期间消毒中心采用 6S 管理模式, 选取 210 件器械进行质量检测, 两组的质量检测是同一组质量检测员进行, 按照规范操作流程进行检测, 评估两组工作流程的规范性。

1.2 方法

对照组是采用的常规管理模式, 对于消毒供应中心的工作内容的每个环节定期进行监督和抽查。试验组是采用的 6S 模式进行质量管理, 具体操作为成立专门的 6S 管理组, 组长为消毒供应中心的负责人, 有负责人带领经验丰富的员工成立 6S 管理组, 组织安排培训会议, 对全体工作人员进行 6S 管理理论知识和实操技能进行培训和考核, 只有经过培训以及考核合格的员工可以进入工作中, 针对既往工作中存在的问题, 全组人员积极讨论、查阅相关资料, 对问题进行分析和讨论, 汇总所有问题, 有针对性的改进。6S 模式中的整理操作: 分区域进行管理, 设定专人进行区域管理, 清理场所, 检查设备, 清楚不合格、不需要的物品, 对所有物品进

行分类,方便拿放和检查。整顿:将易找、易看、易放和易归位作为基准,将所有的器械分类,并对器械产品进行分包装处理和编号,无菌的器械产品放置无菌提示牌,确保所有的器械均是先进先出,过期不出,保证给到每个科室的器械产品都是在有效期内的。清扫:每天都对消毒供应中心进行清扫和清洗设备,保证工作环境的干净。清洁:区域的清洁工作严格按照标准进行操作,关键步骤建立绩效体系,根据个人绩效进行奖惩。素养:建立科室的文化素养,强化服务意识,更好的服务各科室。安全:针对消毒供应中心的风险意识进行强化培训,定期展开演练,对于危险的化学溶剂严格进行管理和控制,严格控制无菌物品的质量^[6-9]。

1.3 观察指标

对比两组各210件器械消毒操作的合格率以及科室对消毒中心的满意度,其中合格率包括洗涤、包装、灭菌以及发放四方面均进行考核,满意度是医院自制的满意度调查表,分为十分满意,满意和不满意三个等级,满意度=(十分满意+满意)/总例数*100%^[10]。

1.4 统计学方法

应用统计学软件 spss22.0 对资料进行分析处理,计量资料($\bar{x} \pm s$)与计数资料(%),分别应用 t 、 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义^[11]。

2 结果

2.1 两组消毒操作的合格率的对比

对两组器械消毒操作的全流程进行合格率的对比发现,试验组的合格率均普遍高于对照组,差异显著,存在统计学意义($P < 0.05$),具体数据见表1。

表1.两组消毒操作的合格率的对比[例(%)]

组别	例数(n)	洗涤	包装	灭菌	发放
试验组	210	208 (99.05)	209 (99.52)	207 (98.57)	208 (99.05)
对照组	210	198 (94.29)	200 (95.24)	193 (91.90)	199 (94.76)
χ^2	/	6.424	4.631	7.073	4.960
P 值	/	0.023	0.012	0.033	0.025

2.2 两组管理期间科室对消毒中心的满意度的对比

收集两组器械管理期间各科室对消毒供应中心满意度的调查,从调查结果可知,试验组期间,各科室对消毒供应中心的满意度明显高于对照组管理期间的满意度,差异显著,存在统计学意义($P < 0.05$),具体数据见表2。

表2.两组管理期间科室对消毒中心的满意度的对比[例(%)]

组别	调查例数 (n)	十分满意	满意	不满意	满意度%
试验组	104	63	38	3	97.12
对照组	104	35	51	18	82.69
P	/	/	/	/	<0.05

3 讨论

医院每日都有很大的接诊量,为保证医疗卫生职能的正常发挥,消毒

供应中心为每个科室提供清洁安全的医疗器械非常重要,在临床的各类器械中包括一次性的医疗卫生器械和非一次性的医疗卫生器械,一次性的医疗器械需要回收后集中进行处理,非一次性的医疗卫生器械需要由消毒供应中心回收进行处理,尤其是被再次使用前,需要严格继续清洗、消毒、灭菌、包装等,确保在再次使用时是安全的,这对于消毒供应中心来说工作量大,责任也重大,直接关系到医院安全、纠纷等问题,6S 管理模式强化了相关管理知识的培训和考核,能快速提高工作人员对消毒中心作业流程的认识和了解,强化管理认知模式^[12-13],通过不断的学习、意识的加强,提高工作人员的责任意识和加强团队合作力,经分类处理和保存有效提高器械的管理效率和质量,确保消毒供应中心各项工作的顺利开展,从本次研究可知,采用 6S 管理模式期间,器械的合格率和各科室的满意度均明显增加,总的来说,在消毒供应中心采用 6S 管理模式能明显提高作业流程的质量合格率,有效提高各科室对消毒供应中心的满意度,有利于各中心工作的顺利开展,可广泛推广 6S 管理模式。

参考文献:

[1]应嘉,叶卉,刘秀俊,杜翠旗.FMEA 和 HVA 联合应用于消毒供应中心的感染控制效果观察[J].实用预防医学,2022,29(07): 891-893.

[2]戴蓓,朱雪梅,肖国卿.失效模式与效应分析对消毒供应中心可复用医疗器械管理质量的影响[J].医疗装备,2022,35(10): 48-50.

[3]薛英,沈剑英,戴珍娟.细节管理模式对消毒供应中心感染控制工作质量的干预研究[J].中国医学工程,2022,30(05): 88-92.DOI: 10.19338/j.issn.1672-2019.2022.05.021.

[4]杨晓萍.消毒供应中心复用医疗器械在新型循环管理模式下的应用研究[J].中国消毒学杂志,2022,39(05): 367-370+374.

[5]郑丹丹.PDCA 管理模式在消毒供应中心外来器械管理中的应用效果[J].医疗装备,2022,35(08): 33-35.

[6]齐朝霞,卢晓丹.消毒供应中心集中处理腔镜器械的模式与效果[J].医疗装备,2022,35(08): 39-41.

[7]刘兴乾.全程质量控制联合层级管理模式应用于消毒供应中心的效果[J].医学信息,2022,35(07): 180-182.

[8]潘玉云,侯娜,朱琳.3C 管理模式对消毒供应中心骨科外来手术器械院感控制效果[J].社区医学杂志,2022,20(06): 334-337.DOI: 10.19790/j.cnki.JCM.2022.06.08.

[10]金雪梅.3 C 全程优质护理模式在消毒供应中心器械管理中的应用效果评价[J].上海护理,2022,22(02): 38-41.

[11]Ying Jia,Wang Haiying,Ye Hui,Du Cuiqi,Mao Lili. The Supervision and Management Mode of Disinfection Supply Center Improves the Standardization of Sterile Goods Management in Clinical Departments.[J]. Computational and mathematical methods in medicine,2022,2022.

[12]冯丽春.优化流程管理模式在消毒供应中心外来器械消毒管理中的应用[J].医疗装备,2021,34(24): 36-37.

[13]刘芳,宋瑾,滕智英.多学科协作诊疗管理模式在消毒供应中心手术器械管理中的应用效果研究[J].中国消毒学杂志,2021,38(12): 953-956.

一体化管理模式在消毒供应中心护理质量改进中的应用

任真 费晓棠

青岛市市南区人民医院 山东青岛 266000

摘要：目的：探讨消毒供应中心护理质量改进中应用一体化管理模式的效果。方法：在2019年2月-2022年2月本院消毒供应中心的医疗器械中收集140件，通过抽签方式分组，对照组70件予以常规护理管理模式，试验组70件予以一体化管理模式，两组进行器械消毒灭菌流程的质量情况、护理质量、医务人员对医疗器械满意度情况的对比。结果：（1）两组进行器械接收、消毒灭菌、发放、清洗、包装合格率的对比，试验组高于对照组，组间有统计学差异， $P<0.05$ ；（2）两组进行风险防范能力、风险识别能力、器械的交接能力、护理服务意识等护理质量评分的对比，试验组与对照组存在统计学意义， $P<0.05$ ；（3）两组进行医务人员对医疗器械满意度的对比：更高的为试验组，且与对照组差异明显， $P<0.05$ 。结论：一体化管理模式在消毒供应中心的运用，即有利于促进医疗器械消毒灭菌流程质量的提升，又有利于促进护理服务质量的提升。

关键词：消毒供应中心；一体化管理模式；护理质量改进

消毒供应中心主要负责回收、清洗、包装、检查保养以及灭菌、储存运输院内可复用的各种诊疗器械，作为医院负责对无菌手术器械进行供应的主要场所，同样也存在较高的医院交叉感染发生几率。临床研究和实践证实^[1]，消毒供应中心器械管理质量同手术室治疗操作情况关系密切，管理措施的选择和落实将会直接对器械管理质量产生影响。目前一体化管理已经广泛应用于每个领域，通过并存两个或三个管理体系，整合手术室与消毒供应中心的器械管理，对统一规范进行制定，再对各环节责任进行明确，促进管理质量的显著性提升。本文在本院消毒供应中心收集140件医疗器械，详见以下报道：

1 资料与方法

1.1 一般资料

由本院消毒供应中心收集140例医疗器械，收集时间为2019年2月-2022年2月，分组以抽签方式为依据，70件为对照组，70件为试验组。基本情况的统计比较，未在结果上显示出差异， $P>0.05$ 。

1.2 方法

选择常规护理管理模式的为对照组：结束手术后，手术室护理人员负责初步清洗、打包复用诊疗器械，再向消毒供应中心转送，两方清点时以交接单内容为依据，确定交接无误后才能签字。消毒供应中心人员以复用手术诊疗器械具体的消毒流程、灭菌流程来处理。

选择一体化管理模式的为试验组：（1）建立专门的一体化管理小组：组长任命的为消毒供应中心护士长，组员则是所有的消毒供应中心护理人员。统一对组内成员进行培训，将《医院消毒技术规范》、《传染病管理法》、《医院感染管理办法》等作为培训的主要内容，同时还需要对器械保养、清洗、包装等进行培训，完成培训后，不定期考核，合格者允许上岗。处置新进精密手术器械前，需要专业人员培训消毒供应中心、手术室人员，促使其更全面认知到此类器械的消毒、灭菌、回收等内容，保证器械使用效率的提升，同时保证一体化水平的提升。（2）加强交流沟通：手术室、消毒供应中心属于两个独立的部门，前者并不了解如何消毒、灭菌医疗器械，后者不熟悉如何使用器械，若两个部门没有充分的交流互动，则会对复用医疗器械寿命、手术进程等产生直接性影响。实施一体化管理模式，要求科室间需要加强交流，由手术室安排资深人员前往消毒供应中心给予专业指导，并强化质量监督。如果条件允许，可安排消毒供应中心专人前往手术室观摩新进精密仪器在手术中的运用，以便对仪器的具体使用、安装、回收等有所了解，正确完成这类器械的消毒、灭菌工作。有关两个部

门的交流会需要定期组织，将工作期间出现的问题作为议题所在，集中进行讨论后将解决方案提出，同时在新工作标准中纳入，对优化措施起到促进作用。（3）管理流程需优化：如果可以顺利的完成手术器械的交接，且保证清洗、消毒、灭菌流程的正确性，则可促使器械使用时间明显延长。手术室在结束手术后需要安排专人初步清洗手术器械，将肉眼可见的污迹、血迹去除，核对登记器械，于回收箱中放置复用器械，同消毒供应中心人员进行交接，如果精密仪器比较特殊，则要特殊交接，如果有器械数目不正确或不符的情况，需要马上同手术室负责人联系，对器械数目、种类进行清楚核实，保证交接清晰。作为消毒供应中心的责任护士，对器械进行接受后，需要以器械类型作为依据，再次以流水冲洗器械，分类整理，依次在指定区域内将酶洗、漂洗、终末漂洗、消毒灭菌等完成。器械通过高压蒸汽进行灭菌后，安排检查人员认真的进行逐一检查，若有器械包不达标的情况，需要再次消毒灭菌，确定达到合格标准后再通过无菌输送车向手术室输送器械，同接收人员进行交接，确保在无菌状态中完成器械包的接收、转运、存放。（4）加强流程质控：作为一体化管理小组中的组长，其应该做好质量监督的相关工作事宜，质量考核需要不定期进行，抽查并检验护理人员在理论知识、实践操作等方面是否达标。检查期间确定有不正确操作存在，需马上进行指正。针对已然存在的差错，需要以信息追溯系统作为依据来追踪，落实责任到人，通过召开讨论会的方式就发生的问题进行讨论、总结，防止类似错误再发生。

1.3 观察指标

（1）评定器械消毒灭菌流程质量主要将《医院消毒供应中心管理规范》作为依据，判断清洗、接收、灭菌、包装、发放是否达到合格标准。

（2）评定护理质量时，护理质量评定问卷通过护理部、一体化管理小组组长以消毒供应中心实际情况作为依据来制定，主要涉及风险识别能力、护理服务意识、风险防范能力、医疗器械的交接能力4个方面，各项分值标准为10分，得分与护理质量成正比关系^[2]。（3）评定医务人员对医疗器械（清洁度、性能、外形完整）满意度，100分为满分，非常满意的得分为80分以上，基本满意的得分介于60-79分，不满意的得分为60分以下。

1.4 统计学评析

处理数据的软件用的为SPSS25.0，表达计量资料的为 $(\bar{x} \pm s)$ ，t检验来进行计量资料的对比，表达计数资料的为百分率（%）， χ^2 检验来进行计数资料的对比， $P<0.05$ 用以证明具备统计学意义。

2 结果

2.1 比较组间器械消毒灭菌流程的质量情况

在表1中, 试验组器械接收、发放、清洗、包装、消毒灭菌合格率均显著高于对照组, 两组差异均有统计学意义存在, $P < 0.05$ 。

表1 比较组间器械消毒灭菌流程的质量情况[n(%)]

组别	器械发放	器械消毒 灭菌	器械包装	器械清洗	器械接收
试验组 (n=70)	68(97.14)	69(98.57)	69(98.57)	67(95.71)	68(97.14)
对照组 (n=70)	60(85.71)	61(87.14)	60(85.71)	59(84.29)	58(82.86)
χ^2	5.8333	6.8923	7.9915	5.0794	7.9365
P	0.0157	0.0086	0.0046	0.0242	0.0048

2.2 比较组间护理质量评分情况

在表2中, 试验组与对照组器械的交接能力、风险防范能力、风险识别能力、护理服务意识等护理质量评分的差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。

表2 比较组间护理质量评分情况($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	护理服务意 识	风险防范能 力	风险识别能 力	器械的交接 能力
试验组 (n=70)	9.80±0.47	9.76±0.78	9.86±0.57	9.53±0.40
对照组 (n=70)	8.30±1.52	6.75±1.45	7.79±1.06	8.33±1.44
t	7.8880	15.2953	14.3900	6.7178
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 比较组间医务人员对医疗器械满意度情况

在表3中, 两组进行对比的为医务人员对医疗器械满意度, 其中试验组高于对照组, $P < 0.05$ 。

表3 比较组间医务人员对医疗器械满意度情况[n(%)]

组别	非常满意	基本满意	不满意	满意度
试验组 (n=70)	35 (50.00)	32 (45.71)	3 (4.29)	67 (95.71)
对照组 (n=70)	30 (42.86)	28 (40.00)	12 (17.14)	58 (82.86)
χ^2				6.0480
P				0.0139

3 讨论

医疗技术在近年来的飞速发展和不断优化, 各种高、精、尖类医疗器械已经在临床手术工作中投入使用。手术器械质量直接关系到能否顺利手术, 同时关系到患者生命健康^[3]。消毒供应中心属于供应无菌手术器械的医院部门之一, 相较于其他科室, 其更容易发生交叉感染。手术室、消毒供应中心在临床中作为独立的两个科室, 术中往往需要用到较多的医疗器械, 部分精密器械的清洗保养方式比较特殊, 若拆卸、清洗这类器械过程中存在不当行为, 则会降低器械使用性能, 导致其使用寿命受到影响, 甚至会导致器械损坏的情况^[4]。手术室护理人员不了解器械的具体消毒灭菌流程, 在进行手术过程中, 会对手术顺利进行不利, 还会威胁到患者安全^[5]。

一体化管理模式主要是在手术室和消毒供应中心进行的新型护理模

式, 消毒供应中心经专属通道将术后器械回收以后, 进行器械消毒、灭菌等相关程序时, 手术室医护人员积极参与其中, 完成以上程序后再次应用于手术治疗中^[6]。实施一体化管理模式, 可帮助消毒供应中心整体素质得到提升, 确保其工作更具有标准化、科学化、规范化, 促进工作效率、护理质量的提升^[7]。相较于传统护理管理模式, 一体化管理模式更有利于手术室人员、消毒供应中心人员的交流沟通, 保证两个部门信息畅通, 如果消毒供应中心对器械数目、种类进行核对过程中发现问题出现, 则能够很快的将手术室责任人追溯出来, 及时联系后将问题妥善处理; 消毒供应中心人员前往手术室对手术进行观摩, 再对使用、安装、回收仪器的方法进行了解, 手术室人员提供专业指导给消毒供应中心, 同时负责质量监督, 彼此交流互动增多, 交接环节减少, 能够保证工作效率的提升^[8]。不仅如此, 一体化管理模式的运用, 通过科室对讨论会进行定期召开的方式, 分析总结取得的各种成果以及发生在实践过程中的各种问题, 再针对性、个性化应对措施进行制定, 有利于显著提升护理人员的护理工作质量。一体化管理小组负责培训护理人员, 保证护理人员可以对专科手术、器械进展情况进行及时、充分了解, 并使其专业化发展需求得到更好的满足, 从而为患者提供更加优质的服务^[9]。通过一体化管理模式, 增加了消毒供应中心、手术室的紧密联系, 实现了科学、规范回收、清洗、消毒、发放器械的目的, 确保手术可以有序安全的开展, 保证经济、社会效益^[10]。

本次研究结果显示, 试验组器械消毒灭菌、发放、接收、清洗、包装合格率以及护理质量各项评分(风险防范能力、风险识别能力、器械的交接能力、护理服务意识)、医务人员对医疗器械满意度均高于对照组, P值均在0.05以下。由此说明, 一体化管理模式在消毒供应中心的运用, 即有利于促进医疗器械消毒灭菌流程质量的提升, 又有利于促进护理服务质量的提升。

参考文献:

- [1]李志春. 一体化管理方法在消毒供应中心手术器械消毒中的应用研究[J]. 健康之友, 2021(1): 149.
- [2]赵贾, 刘绍倩, 高艳. 一体化管理模式在消毒供应中心精密器械管理中的应用[J]. 东方药膳, 2021(20): 275.
- [3]王露, 罗小飞, 邱雅婧, 等. 一体化管理提升消毒供应室器械管理合格率及临床使用满意度的价值评估[J]. 中国医疗器械信息, 2022, 28(2): 171-173.
- [4]罗桂元, 谭静涛, 张友芳, 等. 基于三维质量结构理论为框架管理模式在手术器械消毒供应中的应用[J]. 现代临床护理, 2021, 20(5): 48-52.
- [5]钟玉霞, 钟玉云, 蔡芳珍, 等. 手供一体化联合六西格玛管理模式在手术室器械管理中的应用[J]. 现代科学仪器, 2021, 38(4): 76-79.
- [6]赵轩, 赵贾, 刘绍倩, 等. 消毒供应中心对手术器械清洗消毒包装效果的影响评价[J]. 药店周刊, 2021, 30(21): 182.
- [7]商希芹, 蒋璐, 刘光青. 一体化管理模式在消毒供应中心护理质量改进中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(22): 57-59.
- [8]林雨. 消毒供应中心一体化管理在手术室腔镜器械处理中的应用分析[J]. 家庭医药, 2020(1): 243.
- [9]孙大魁. 消毒供应中心一体化管理在手术室器械处理中的价值[J]. 健康管理, 2020(27): 9, 11.
- [10]潘婧妍. 消毒供应室一体化管理在手术室器械处理中的有效运用[J]. 健康必读, 2020(18): 288.

风险评估联合护理风险管理在精神分裂症患者安全护理中的应用

陈闰月

常州市新北区精神卫生中心精神科 江苏常州 213000

摘要：目的：探讨护理风险管理在精神发育迟缓合并行为障碍患者中的应用。方法：选取2019年4月~2019年10月我院护养中心收治的精神发育迟缓合并行为障碍患者67例作为对照组，予常规护理干预及安全管理；选取2019年11月~2020年4月我院护养中心收治的精神发育迟缓合并行为障碍患者69例作为试验组，在对照组的基础上实施护理风险管理。观察并比较两组患者住院期间自伤、伤人、出走、跌倒等护理不良事件的发生情况。结果：试验组患者在接受护理风险管理后，住院期间自伤、伤人、出走、跌倒等护理不良事件的发生率显著低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：对精神发育迟缓合并行为障碍患者实施护理风险管理，可有效预防并减少患者住院期间自伤、伤人、出走、跌倒等护理不良事件的发生，保障患者的安全，提高护理质量。

关键词：护理风险管理；精神发育迟缓；行为障碍；护理不良事件

精神发育迟缓患者在生长发育过程中由于多种因素出现精神与行为上的异常，以智力低下、生活自理能力缺陷、行为障碍等为其主要临床表现^[1]，且患者多存在不同程度的抑郁、愤怒、自卑等负面情绪，日常可出现易激惹、攻击行为、破坏行为及自残行为等。临床治疗、护理过程中如不对此类患者加以重视，则极易发生自伤、伤人、出走、跌倒等护理不良事件，不仅危及患者的安全，还对其他患者及医护人员的人身安全造成威胁^[2]。如何加强精神发育迟缓合并行为障碍患者的安全管理，不仅是精神科护理工作的重点和难点，也是精神科护理工作质量的重要体现。护理风险管理指识别已存在和潜在风险因素，予以正确评价和处理，从而有效控制护理风险因素，降低护理风险事件的发生，提高护理工作质量和护理满意度的一种管理程序，是确保临床护理安全的关键^[3]。本文将护理风险管理应用于在精神发育迟缓合并行为障碍患者中，有效预防并减少了患者住院期间护理不良事件的发生。现报道如下。

1 资料及方法

1.1 一般资料：选取2019年4月~2019年10月我院护养中心收治的精神发育迟缓合并行为障碍患者67例作为对照组，选取2019年11月~2020年4月我院护养中心收治的精神发育迟缓合并行为障碍患者69例作为试验组，患者纳入标准为：（1）年龄≥14周岁；（2）符合精神发育迟缓合并行为障碍的诊断标准；（3）排除合并有严重器质性疾病者；（4）排除合并有严重躯体功能障碍者；（5）患者监护人知情同意本次研究。两组患者年龄、性别、病情等一般资料经统计学分析，差异无统计学意义，具可比性（ $P > 0.05$ ）。

1.2 方法：予常规护理干预及安全管理；在对照组的基础上实施护理风险管理，具体方法如下：（1）风险识别：召开科务会，对精神发育迟缓合并行为障碍患者住院期间可能存在的风险及因素进行分析，总结既往发生过的护理不良事件，最终总结得出以下几点：护士工作中缺乏风险意识，健康宣教不到位，看护不到位，环境因素等。（2）风险管理：应配有专人对患者进行看护，以防患者因兴奋或躁动而发生自伤、跌倒、坠床、撞伤等护理不良事件。对于卧床或行为退缩的患者，应分析其卧床或不愿活动的原因，做好心理干预，以取得患者的信任，鼓励患者下床活动。部分患者可因疾病出现不合作、暴力或攻击行为，必要时应遵医嘱予保护性约束，注意维护患者自尊，保护性约束应松紧适宜，以防约束无效或对患者造成伤害。改善病区环境，加强危险物品的管理，消灭危险因素。对有攻击倾向的患者应加强全天各时段病房的监管，指导患者参加各类社会活动，以转移其注意力，消耗其体力，以防暴力行为的出现。此外，对患者提出的疑问，应采用简单、明了的语句进行解答，帮助患者正确认识自身疾病和行为，引导患者提高自我管理的能力。对于存在自伤行为倾向的患者，护理人员应加强对其监管，工作中保持高度警惕，增强自我保护意识，以防患者出现自残行为。对于兴奋、躁动的患者应将其隔离在安静环境中，并对其进行保护性约束。在患者情绪平稳时，对患者进行疾病知识、治疗方法、饮食指导、药物指导等，帮助患者学会控制自身不良情绪，积极解答患者提出的问题，解决患者实际需求。加强与患者的沟通和交流，认可

患者内心体验，必要时邀请心理治疗师对患者进行心理治疗。

1.3 观察指标：观察并比较两组患者住院期间自伤、伤人、出走、跌倒等护理不良事件的发生情况。

1.4 统计学方法：双人核对全部数据后录入SPSS19.0软件进行统计学分析，两组间数资料使用 χ^2 检验，两组患者住院期间自伤、伤人、出走、跌倒等护理不良事件的发生情况的比较， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2、结果：

试验组患者在接受护理风险管理后，住院期间自伤、伤人、出走、跌倒等护理不良事件的发生率显著低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），详见表1。

表1 两组患者住院期间护理不良事件发生情况的比较

组别	例数	自伤	伤人	出走	跌倒	护理不良事件 (n/%)
试验组	69	1	3	0	1	5 (7.25%)
对照组	67	3	5	0	3	11 (16.42%)
P 值						<0.05

3. 讨论

精神发育迟缓合并行为障碍的患者虽智力低下、活动异常，生活自理存在一定的障碍，但其仍可出现不同程度的抑郁、自卑、愤怒、悲观等负面情绪，且受疾病本身的影响，患者可出现自伤性、攻击性、破坏性等行为，其行为不受控制，对患者及他人的人身安全和健康造成严重威胁。精神科患者情绪不稳定，工作预见性难，护理风险较普通科室更高^[4]。护理风险管理是将发生护理不良事件后的消极处理转变为护理不良事件发生前的积极预防，从而有效防范护理风险，是减少护理不良事件的发生，提高护理工作质量的有力保证。

本文将护理风险管理应用于精神发育迟缓合并行为障碍患者中，通过对风险进行识别，并加以风险管理，有效预防并减少了患者住院期间自伤、伤人、出走、跌倒等护理不良事件的发生，保障了患者的安全，提高了护理质量。

参考文献：

- [1]王淑荣.人性化护理在精神发育迟滞伴精神障碍患者康复护理中的应用[J].中国民康医学, 2016,28 (7): 104-106
- [2]龚翔, 杨建农, 宋春花.福利机构精神发育迟滞患者跌倒的原因分析及预防对策[J].中西医结合护理 (中英文), 2017, 3 (9): 157-159
- [3]梁媛卿.在精神科实施护理风险管理的研究进展[J].当代医药论丛, 2016,14 (16): 21-22
- [4]唐志芳, 高小杰.精神科风险评估在护理安全管理中的应用[J].当代护士下旬刊, 2013, (04): 181-182

基于失效模式与效应分析的护理质量管理模式在宫颈癌化疗患者症状管理护理中的应用分析

顾艳 徐小云 (通讯作者)

南京医科大学附属妇产医院(南京市妇幼保健院); 十二区妇科肿瘤科 江苏南京 210000

摘要: 目的: 探究基于失效模式与效应分析的护理质量管理模式在宫颈癌化疗患者症状管理护理中的应用。方法: 选取 2019 年 12 月至 2021 年 12 月于我院收治的 60 例宫颈癌化疗患者作为本次研究的对象, 在患者治疗方式以及分期无差别的情况下分为观察组与对照组, 对观察组患者进行究基于失效模式与效应分析的护理质量管理模式, 对照组患者传统护理干预模式, 对两组患者在治疗两个疗程后对其生活质量评分以及满意度进行比较。结果: (1) 生活质量评分比较: 基于失效模式与效应分析的护理质量管理模式的患者生活质量评分相对对照组更高; (2) 护理满意度比较: 基于失效模式与效应分析的护理质量管理模式的患者总体满意程度高于对照组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 对宫颈癌化疗患者采用究基于失效模式与效应分析的护理质量管理模式可以提高治疗有效率以及患者满意程度, 进一步提高患者的社会支持度, 值得临床推广。

关键词: 失效模式; 效应分析; 宫颈癌; 护理质量管理

辅助化疗可改善宫颈癌患者无病生存期及总生存期, 已被常规应用。而化疗副作用取决于所用抗癌药的类型, 并且还具有较大的个体差异。常见的化疗后的不良反应有: 1. 骨髓抑制: 放、化疗引起的不良反应最显着的特点是常攻击那些增殖旺盛的组织、器官, 尤其是对血液系统损伤是临床最常见的。轻度不良反应可引起外周血细胞呈不同程度减少, 但停止治疗后可自行恢复; 严重的不良反应可导致骨髓抑制, 致使病人外周血细胞显著降低, 并因白细胞显著减少而继发严重的感染, 血小板显著降低而招致致命的出血。因此, 骨髓抑制是影响抗癌治疗顺利进行以及影响临床疗效的关键。2. 胃肠道不良反应: 常见胃部不适, 恶心欲吐, 不思饮食等, 甚至可导致水、电解质与酸碱平衡紊乱。3. 过敏反应: 有些化疗药物容易造成过敏, 甚至小剂量就可引发过敏反应。轻度过敏最常见的症状为皮肤潮红、荨麻疹。4. 药物性疼痛: 化疗也可引起疼痛, 例如, 输入紫杉醇后患者可能出现全身或下肢肌肉、关节酸痛, 疼痛一般会在输液后第 2~3 天出现, 持续 4~6 天, 在第 6 天时, 疼痛会减轻或消失。5. 脱发: 化疗后患者可能出现脱发现象, 绝大多数患者在输注后 15 天左右开始脱发。失效模式与效应分析 (failure mode and effects analysis, FMEA) 是一种前瞻性的管理模式, 是在行动之前就认清问题并预防问题发生的分析。FMEA 由失效模式 (FM) 和影响分析 (EA) 两部分组成。失效模式 (FM) 是指能被观察到的错误和缺陷现象 (安全隐患), 可用于医院质量中任何可能的不良事件; 影响分析 (EA) 是指通过分析该失效模式对系统的安全和功能的影响程度, 提出可以或可能采取的预防改进措施, 降低风险事件的发生。基于此, 本研究旨在探究基于失效模式与效应分析的护理质量管理模式在宫颈癌化疗患者症状管理护理中的应用, 其目的在于帮助医护人员为患者提供尽可能优化的医疗护理方案。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 12 月至 2021 年 12 月于我院收治的 60 例宫颈癌患者作为本次研究的对象。观察组: 女性 30 例, 年龄 35~67 岁, 平均 (53.26±4.69) 岁。对照组: 女性 30 例, 年龄 35~67 岁, 平均 (53.59±5.06) 岁。两组研究对象的年龄、性别、宫颈癌患者癌症分期、宫颈癌患者癌症分期以及初始心理状态评分等基本资料相互比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入与排除标准^[4]

纳入标准: (1) 均被我院确诊为宫颈癌; (2) 生命体征稳定, 病史完

整可查; (3) 知晓本研究内容并签署知情同意书, 明确服务内容、流程、双方责任和权利以及可能出现的风险等。

1. 排除标准: (1) 伴有严重的精神系统、免疫系统、心血管系统、内分泌等系统疾病者; (2) 不能耐受治疗而中途退出的患者。

1.3 研究方法

在患者治疗方式以及疾病分期无差别的情况下分为观察组与对照组, 对观察组患者进行究基于失效模式与效应分析的护理质量管理模式, 对照组患者传统护理干预模式。

失效模式护理:

1. 观察患者腹痛、腹胀情况。
2. 伴有腹水的患者测量患者的腹围。
3. 化疗期间严密观察有无过敏反应、厌食、恶心、呕吐、腹泻、便秘、脱发以及白细胞降低引起的感染等。
4. 每周 1-2 次对 PICC 导管进行冲洗、更换贴膜, 输液接头每周更换一次, 日常注意保持穿刺部位周围的清洁干燥, 不得擅自撕下贴膜, 贴膜有卷曲、松动、贴膜下有汗液导致贴膜黏贴不牢应及时回医院更换, 以防细菌。每次输液前后需要用 10 毫升以上注射器以脉冲方式进行冲管, 并正压封管。

5. PICC 导管不能用于高压注射泵推注造影剂等, 在 CT 检查时禁止使用, 带有 PICC 导管的一侧手臂可以进行适当的活动和从事一些一般的家务活动, 避免提重物 and 做引体向上运动, 避免过度牵拉置管侧上肢。

6. 动态观察患者的情绪变化, 以防意外发生。

影响分析护理:

1. 化疗前健康教育, 告知化疗药物名称、化疗意义、使用天数及可能出现的不良反应。
2. 合理使用静脉, 介绍深静脉置管或 PICC 置管的意义。
3. 鼓励家属共同参与患者的治疗和康复中, 帮助患者尽快康复。
4. 按医嘱定时服药, 并且提醒患者患者化疗期间能主观自护, 自觉不去人群聚集场所, 避免感冒等。
5. 定期门诊复查, 消除患者紧张、恐惧、自卑心理消除, 正确应对脱发现象, 情绪稳定, 积极配合治疗。

1.4 观察指标

(1) 生活质量评分: 对两组患者的生活质量进行评分, 采用生活质量量表对患者的心里功能、认知功能、躯体功能、社会功能进行评分,

每项评分满分为 100 分,分数越高代表患者生活质量越高。(2)治疗满意度:采用自制的问卷对患者的生活舒适度、病情评分、环境等对护理质量进行评分^[6]。

1.5 统计学方法

采用 SPSS20.00 统计软件进行统计处理。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示、计数资料以例数(n)、百分比(%)表示,采用 t 检验、

表 1 两组患者护理前后生活质量评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时期	心理功能	认知功能	躯体功能	社会功能
观察组 (n=30)	护理前	49.26±5.26	60.98±5.26	61.26±5.26	54.26±4.99
	护理后	85.26±5.23 ^{*#}	85.69±5.33 ^{*#}	86.59±5.21 ^{*#}	84.83±5.69 ^{*#}
对照组 (n=30)	护理前	49.13±5.12	60.64±5.79	60.99±5.36	54.68±4.69
	护理后	70.69±4.98 [*]	76.98±4.98 [*]	72.69±6.03 [*]	73.72±5.77 [*]

注:与本组护理前比较,^{*} $P < 0.05$;与对照组护理后比较,[#] $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗满意度

在治疗后,观察组治疗满意度优于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组患者护理前后生活质量评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	生活舒适度评分	病情评分	社会环境评分
观察组 (n=30)	84.56±5.35	85.26±5.19	84.26±5.96
对照组 (n=30)	60.26±6.95	72.36±5.33	73.26±6.07
t	7.958	5.263	4.985
P	0.031	0.042	0.046

3 讨论

目前宫颈癌发病率呈上升和年轻化趋势,且随着化疗新药不断出现,基于循证医学证据,化疗已成为宫颈癌重要的辅助治疗手段。手术和化疗是治疗宫颈癌的两种重要方式,而化疗在宫颈癌的治疗中具有不可替代的地位。化疗药物杀灭肿瘤细胞的同时,不可避免地损伤人体内的正常细胞。多数化疗药物都会造成一定的副作用,每个患者的体质和耐受力不同,对化疗的反应也不同,因此,化疗后没有明显的不良反应并不意味着疗效不佳。目前大多数药物的不良反应仍无法预测,但有经验可循。相比手术而言,化疗的周期较长,作用效果较缓慢。一般化疗周期为 6 个周期,通常为 21 天一次,等到化疗结束,至少需要持续四个月,在这四个月的化疗期间,患者需要定期到医院检查,观察化疗是否有效或是否需要更改药物剂量、方案等。化疗期间进行疗效评估,主要包括血液学检查、影像学检查等,其中血液学检查是为了参考患者体内的红细胞、血小板、肝功能等指标是否正常,以及肿瘤指标与化疗前的动态变化,影像学检查主要是为了查看化疗后肿瘤大小是否稳定或缩小,是否存在复发、转移的征象,若这些检查出现异常,医生能够及时对症治疗或作出调整。因此面对以上化疗过程中出现的问题,基于失效模式与效应分析的护理质量管理模式可以及时对患者提供治疗帮助,使患者最大程度受益,是医疗安全管理一种有效的方法,主要特点为对安全隐患或者发生频繁的不良事件进行的医疗风险管理,包括医疗流程设计、病房软硬件设备、医院整体布局设计等方面。并在提高静脉输液安全性、降低不合格检验标本的发生率、预防压疮、预防手术错误以及使用病人条形码减少医疗差错等具体项目中取得了良好的效果。通过确定风险事件的 RPN 值,确定不同级别的风险预警标准,使复杂的医疗风险事件分级预警、分级处理,实现了标准化管理。在医院风险管理系统中的应用优势在于前瞻性分析以及质量的持续改进,同时系统性工具实现项目风险管理的流程化,将隐性风险的显著性量化,促成风险管理的标准化;同时着眼全局利益,关注整体绩效,实现全面质量管

以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者生活质量评分比较

在护理后,观察组各项评分均优于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

理。该模式是响应国家和省、市卫健委开展“互联网+护理服务”的政策要求,是满足患者多样化、差异化的护理服务需求的体现,护理人员的职业价值也得到充分体现。也是医院发挥专业技术优势,把优质资源下沉,惠及百姓,不断将优质的护理服务延伸至家庭的体现。

本研究发现,基于互联网的干预模式的患者自评评分、治疗满意度以及社会支持评分相对对照组更高,可以在更大程度改善患者的症状,使患者获得最大临床受益。综上所述,对结直肠癌患者采用基于互联网的干预模式能够有效改善患者满意度和生活质量,值得在临床应用。

参考文献:

- [1]陈北秀,王彩芳,何勇,张晓晓,廖粤湘,莫娴婷.ERAS 理念在晚期宫颈癌患者肿瘤细胞减灭术联合腹腔热灌注化疗的护理实践[J].医学理论与实践,2022,35(10): 1764-1766.DOI: 10.19381/j.issn.1001-7585.2022.10.064.
- [2]Zhang Q, Li F, Zhang H, Yu X, Cong Y. Effects of nurse-led home-based exercise & cognitive behavioral therapy on reducing cancer-related fatigue in patients with ovarian cancer during and after chemotherapy: A randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. 2018 Feb; 78:52-60. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.08.010. Epub 2017 Aug 24. PMID: 28939343.
- [3]王秋桔,董杰,张敬,崔允巍,张凤喜,白丽华,李华.多导向一体化护理记录单在宫颈癌术后化疗患者中的应用[J].中国病案,2022,23(04): 15-17
- [4]尹漫,严文萍,石敏.风险评估策略基础下行手术室护理在宫颈癌根治术患者中的应用效果[J].中国肿瘤临床与康复,2022,29(05): 563-567.DOI: 10.13455/j.cnki.cjcor.2022.05.13.
- [5]王旭,王芳.快速康复护理在宫颈癌病人围术期应用效果的 Meta 分析[J].循证护理,2022,8(08): 1039-1045.
- [6]Yang W, Xi J, Guo L, Cao Z. Nurse-led exercise and cognitive-behavioral care against nurse-led usual care between and after chemotherapy cycles in Han Chinese women of ovarian cancer with moderate to severe levels of cancer-related fatigue: A retrospective analysis of the effectiveness. Medicine (Baltimore). 2021 Nov 5; 100(44): e27317. doi: 10.1097/MD.00000000000027317. PMID: 34871205; PMCID: PMC8568398..
- [7]薛红莲.宫颈癌患者留置 PICC 导管进行铂类药物静脉化疗的护理方法及实施价值[J].沈阳药科大学学报,2021,38(S2): 84.
- [8]周晓英,黄丽娟,李海鸿,任军丽,黎燕,杨柳.快速康复外科护理模式在宫颈癌患者围手术期应用效果的 meta 分析[J].中国当代医药,2021,28(33): 25-29.

康复护理自我管理结合肺部训练在慢阻肺康复期患者中的实施价值

靳思瑶¹ 刘革婷² 樊静群³ 李峰⁴

1·2·3 西安交通大学第一附属医院 重症医学科 陕西西安 710061;

4 西安交通大学第一附属医院 康复医学科 陕西西安 710061

摘要: 目的: 探讨在慢阻肺(COPD)康复期患者中实施肺部训练结合康复护理自我管理的价值。方法: 研究抽取病例样本共90例, 样本抽取年限为2021.01~2022.05, 均确诊为康复期COPD, 分组方法为双盲法, 将全部病例分为甲、乙组对比, 各纳入45例。甲组实施常规护理, 乙组实施肺部训练结合康复护理自我管理。对比2组肺功能、心理状态、生活质量(QOL)等评分及满意率情况, 以评定效果。结果: 统计显示, 2组对比6min步行距离(6MWD)、1秒最大呼气容积(FEV1)、用力肺活量(FVC)等指标, 乙组干预后均高于甲组($P<0.05$)。2组对比抑郁/焦虑自评量表(SDS、SAS)评分结果, 乙组干预后均低于甲组($P<0.05$)。2组对比QOL评分项目, 乙组各评分结果均高于甲组($P<0.05$)。2组对比满意率结果, 乙组总体为97.78%高于甲组82.22%($P<0.05$)。结论: 在COPD康复期患者中实施肺部训练结合康复护理自我管理的效果显著, 即可消除其不良心理, 改善肺功能, 还可增强运动耐力, 改善生活质量, 患者普遍满意, 可推广借鉴。

关键词: 慢阻肺; 康复期; 肺部训练; 康复护理自我管理

在呼吸系统疾病中, 慢阻肺(COPD)较为多发和常见, 该病症以老年人较为多发, 随着近几年老龄人口的增多以及环境的不断恶化, COPD发生率呈不断增多趋势^[1-2]。该病症一旦发生, 则其主要特征为气流受限, 且呈现为进行性发展和不可逆趋势, 极易反复发作, 所以会严重影响患者的运动功能和日常生活^[3]。该病症一旦进入康复期, 除了采取相应药物进行治疗之外, 还需注重采取有效的护理措施加以干预, 以改善其生活质量和各种功能, 从而提升疗效, 控制病情进展^[4-5]。因此本文抽取病例样本共90例, 样本抽取年限为2021.01~2022.05, 均确诊为康复期COPD, 分组方法为双盲法, 将全部病例分为甲、乙组对比, 各纳入45, 研究了在COPD康复期患者中实施肺部训练结合康复护理自我管理的价值, 现将研究情况做以下阐述:

1. 资料与方法

1.1 资料

本次抽取病例样本共90例, 样本抽取年限为2021.01~2022.05, 均确诊为康复期COPD, 分组方法为双盲法, 将全部病例分为甲、乙组对比, 各纳入45例。统计处理参与研究中全部病例的基础资料, 其中甲组性别, 女22例、男23例, 年龄55~79岁, 均龄(64.32 ± 4.11)岁, 病程1~10年, 均值(4.51 ± 1.26)年。乙组性别, 女21例、男24例, 年龄50~79岁, 均龄为(64.85 ± 3.78)岁, 病程1~10年, 均值(4.45 ± 1.34)年。通过对2组病例信息经 χ^2 、 t 值统计处理并做对比发现, 统计值 $P>0.05$, 说明研究具有可行性。展开本次研究前经伦理委员会通过批准, 全部病例入组前知情且参与自愿。

入选条件^[6]: 均满足COPD确诊条件; 均处于康复期; 认知正常; 资料齐全。排除条件: 其他脏器严重病变; 其他肺部疾病; 精神疾病; 认知或沟通障碍; 心肝肾等严重功能不全; 依从性差; 资料缺失。

1.2 方法

甲组实施常规护理, 包括疏导不良情绪、监测肺功能、规范指导用药、口头讲解疾病知识、, 强调注意事项和治疗方案, 密切监测患者病情及体征等变化。

乙组实施肺部训练结合康复护理自我管理, 具体如下:

(1) 康复护理自我管理: ①建立小组: 首先选择具有丰富经验的护士组建干预小组, 由护士长担任组长, 全体组员对肺部训练和康复护理自我管理知识加强学习和培训, 提升其重视程度和护理能力, 定期培训和考核其掌握情况, 不断提升其综合素养和专业水平。②强化宣教: 除了向患者讲解救治方案和疾病知识的内容之外, 还需特别强调肺部训练以及自

我管理康复护理的重要性的目的意义, 不断帮助患者重视和调整自身不良行为, 耐心解答其提出了各种疑问, 提升依从性, 消除心理顾虑。③生活指导: 将良好行为养成的重要性详细告知患者, 在日常生活中指导患者有效规避不良因素。在饮食方面坚持少量多餐, 减少盐分摄入, 注意补充维生素和膳食纤维; 避免直接接触生冷刺激环境, 保持环境温湿度适宜; 指导患者每天参与适量运动, 以微出汗为宜; 注意对患者的自我管理情况定期调查和随访, 并及时调整, 以确保护理的延续性。

(2) 肺部训练: ①呼吸训练: 将缩唇及腹式呼吸等正确方法详细告知患者, 指导期反复训练并加以掌握, 训练腹式呼吸时采取卧位或站位, 并在腹部和胸前分别放置双手, 对呼吸和吸气时腹部改变情况予以掌握和感受。②正确咳嗽: 将咳嗽的正确方式告知患者, 首先指导其进行深呼吸5次, 改为正常呼吸5次后用力呼吸5次, 然后改为两次咳嗽, 以促进有效排痰。③体能训练: 可指导患者训练全身呼吸操, 抬头时吸气, 低头呼气, 握紧双拳吸气, 松开拳头呼气, 帮助患者强化呼吸功能, 增强身体素质。

1.3 评价指标

干预前后对比2组: (1) 肺功能: 包括6min步行距离(6MWD)、1秒最大呼气容积(FEV1)、用力肺活量(FVC)等。(2) 心理状态: 工具为抑郁/焦虑自评量表^[7](SDS、SAS), 其中SDS量表包括20项, 采取1-4分计分, 临界值为53分; SAS量表共20项, 采取1-4分计分, 临界值为50分, 分值均越低越好。(3) 生活质量: 共对4个维度做出评价, 工具为QOL量表^[8], 评估日常生活、物质、心理、社会等功能, 各为100分满分。(4) 满意率: 工具为自拟问卷, 结果选项分为3项, 由患者自行选择或打分, 统计不满意、比较满意、完全满意等情况。

1.4 分析数据

在研究中以评价指标为统计各项数据, 在软件SPSS22.0中对各项指标结果做出处理和分析, 以 χ^2 、 t 值等方法展开统计, 结果分别经 $\bar{x}\pm s$ 和 $[n(\%)]$ 来表示, 各自代表结果中的计量和计数值, 若 P 值 <0.05 , 则说明研究结果符合统计意义。

2. 结果

2.1 对比肺功能

统计显示, 2组对比6MWD、FEV1、FVC等指标, 乙组干预后均高于甲组($P<0.05$); 但干预前对比前述指标2组差异较小($P>0.05$)。如表1示。

表 1: 2 组对比肺功能 ($\bar{x} \pm s$, n=45)

组别	FEV1 (L)		6MWD (m)		FVC (L)	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
乙组	1.51±0.22	2.28±0.31	341.32±30.25	402.55±30.41	2.12±0.44	2.95±0.32
甲组	1.52±0.24	1.77±0.47	340.25±30.36	366.52±31.31	2.13±0.46	2.51±0.33
t 值	0.527	5.784	1.241	32.024	0.352	4.574
P 值	0.623	0.021	0.254	0.000	0.745	0.033

2.2 对比心理状态

统计显示, 2 组对比 SDS、SAS 评分结果, 乙组干预后均低于甲组 ($P<0.05$); 但干预前对比前述评分 2 组差异较小 ($P>0.05$)。如表 2 示。

表 2: 2 组对比心理状态 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	干预前		干预后	
		SDS	SAS	SDS	SAS
乙组	45	57.52±3.26	56.32±2.14	32.05±2.22	33.14±2.15
甲组	45	57.58±3.41	56.14±3.14	46.52±3.11	45.74±3.15
t 值		0.065	0.365	14.852	12.032
P 值		0.854	0.529	0.000	0.000

2.3 对比生活质量

统计显示, 2 组对比 QOL 评分项目, 乙组各评分结果均高于甲组 ($P<0.05$)。如表 3 示。

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

组别	n	物质	日常生活	社会	心理
乙组	45	82.33±2.54	85.52±4.63	81.45±5.22	82.56±5.33
甲组	45	71.25±3.06	73.26±3.58	71.26±3.68	70.24±2.58
t 值		11.235	12.784	10.032	12.785
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 对比满意率

统计显示, 2 组对比满意率结果, 乙组总体为 97.78% 高于甲组 82.22% ($P<0.05$)。如表 4 示。

表 4: 2 组对比满意率[例 (%)]

组别	n	不满意	完全满意	比较满意	总体 (%)
乙组	45	1 (2.22)	34(75.56)	10(22.22)	44 (97.78%)
甲组	45	8 (17.78)	25(55.56)	12(26.67)	37 (82.22%)
χ^2 值					6.528
P 值					0.002

3. 讨论

作为一种慢性疾病, COPD 发生后会长时间的气流受伤症状, 若不及时加以治疗和控制, 则会明显阻碍呼吸道气体流通, 且极易导致各种炎症反应, 从而影响了运动功能和呼吸状况^[9]。该病症一旦进入康复期, 除了采取对症治疗措施对患者加以干预之外, 良好的临床护理可帮助其改善病情、增强自我管理能力, 从而有效控制病情进展^[10]。近几年在疾病护理中, 康复护理自我管理获得了广泛应用, 此种护理措施旨在帮助患者改善生活质量、缓解疾病症状、促进身体机能恢复^[11]。与常规护理相比, 此种护理方式可对患者疾病认知进行不断强化, 可鼓励其积极调整生活习惯, 定时参与康复运动, 并保持规律的作息和科学饮食习惯, 同时重视自我管理, 从而改善其生活质量^[12]。而在此护理模式上对患者加强肺部训练, 则可针对性改善其肺部和呼吸状况, 可通过训练缩唇和腹式呼吸等方式控制疾病症状, 可指导其正确咳嗽, 有效排除痰液, 超维持呼吸通畅。另外此种训练还可帮助其改善肺通气、肺部血液供应以及呼吸肌等状况, 可有效提升其肺部换气效率, 从而提升其呼吸能力, 进一步增强其康复效

果^[13]。本文结果中, 2 组对比 6MWD、FEV1、FVC 等指标, 乙组干预后均高于甲组 ($P<0.05$)。2 组对比 SDS、SAS 评分结果, 乙组干预后均低于甲组 ($P<0.05$)。2 组对比 QOL 评分项目, 乙组各评分结果均高于甲组 ($P<0.05$)。2 组对比满意率结果, 乙组总体为 97.78% 高于甲组 82.22% ($P<0.05$)。前述结果表明肺部训练结合康复护理自我管理可帮助患者消除不良心理, 增强运动耐力和改善肺功能, 还可进一步显著提升其满意率及生活质量。可见, 在 COPD 康复期患者中实施肺部训练结合康复护理自我管理发挥着良好优势和作用。

综上, 在 COPD 康复期患者中实施肺部训练结合康复护理自我管理的效果显著, 即可消除其不良心理, 改善肺功能, 还可增强运动耐力, 改善生活质量, 患者普遍满意, 可推广借鉴。

参考文献:

- [1] 罗慧君. 慢阻肺康复护理自我管理对患者肺功能、生活质量的改善作用分析[J]. 婚育与健康, 2022, 28 (2): 51-52.
- [2] 张宇, 时维秀. 慢阻肺康复护理自我管理对患者肺功能及生活质量的影响[J]. 中国保健营养, 2021, 31 (9): 191.
- [3] Wang Ping, Hassan Mariam, Chatterjee Anjan, et al. 1493. The Incremental Burden of Nontuberculous Mycobacterial Lung Disease (NTMLD) among Patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Hospitalizations and ER Visits among US Medicare Beneficiaries[J]. Open Forum Infectious Diseases, 2020, 7 (1): S748-S749.
- [4] 李莉. 慢阻肺康复护理自我管理对改善慢阻肺患者肺功能指标与生活质量的作用[J]. 科学养生, 2021, 24 (4): 74.
- [5] 刘姣姣, 张荟敏, 赵虹, 等. 慢阻肺患者联合康复护理自我管理与其肺功能及生活质量的影响分析[J]. 母婴世界, 2021, 09 (9): 204.
- [6] 何肖肖. 慢阻肺康复护理自我管理对患者肺功能及生活质量的影响分析[J]. 中国保健营养, 2021, 31 (36): 122.
- [7] 曲平, 苏传芝, 武士杰. 慢阻肺康复护理自我管理对患者肺功能及生活质量的影响分析[J]. 中外女性健康研究, 2020, 07 (18): 127-128.
- [8] 徐萌萌. 浅谈慢阻肺康复护理自我管理对患者生活质量和护理依从性的影响[J]. 当代临床医刊, 2020, 33 (4): 355-356.
- [9] 冯瑞林, 阿迪莱·艾尼. 慢阻肺康复护理自我管理对患者肺功能及生活质量的影响探讨[J]. 中国保健营养, 2020, 30 (27): 193-194.
- [10] 黄淑如, 姚雪霞, 姚柳贤, 等. 慢阻肺康复护理自我管理对患者肺功能及生活质量的影响分析[J]. 黑龙江中医药, 2020, 49 (5): 192-193.
- [11] Pragman Alexa, Fieberg Ann, Reilly Cavan, et al. 634. Chlorhexidine Oral Rinses to Alter the Oral and Sputum Microbiota in COPD (CLIMB): a Randomized, Double-blinded, Placebo-controlled, Parallel-group Pilot Study[J]. Open Forum Infectious Diseases, 2020, 7 (1): S377-S377.
- [12] 刘岩华, 栾华. 慢阻肺康复护理自我管理对患者肺功能、生活质量的改善作用[J]. 养生保健指南, 2021, 07 (41): 186-187.
- [13] 袁雪源. 慢阻肺康复护理自我管理对患者肺功能及生活质量的影响[J]. 中国保健营养, 2020, 30 (33): 25-26.

护理风险警示标识在儿科护理安全管理中的运用价值

李亚芸

西安庆华医院 陕西西安 710025

摘要：目的：研究在儿科护理安全管理中采用护理风险警示标识的价值。方法：在2020年1月~2021年1月期间儿科收治的患儿中选取110例分为两组，对照组采用常规护理，研究组在常规护理的基础上加用护理风险警示标识，对比两组患儿的护理效果。结果：研究组护理安全管理质量评分高于对照组；研究组护理依从性高于对照组；研究组不良事件率低于对照组；经干预，患儿生活质量均有所提升，且研究组评分高于对照组；研究组护理满意度高于对照组，差异存在统计价值（ $P<0.05$ ）。结论：在儿科护理安全管理中，通过积极采用护理风险警示标识开展护理工作，有利于促进管理综合水平的提升，对于患儿健康的合理保障具有重要的促进作用，该护理模式值得推广。

关键词：儿科护理；护理风险警示标识；不良事件率；生活质量；护理满意度

作为医院的重要科室之一，儿科承担着对于儿童进行诊疗的重要任务，其对于广大儿童群体健康的保障至关重要。大量研究资料表明，由于小儿群体对于健康知识缺乏足够了解，患儿的护理依从性水平往往相对较低，从而增加了患儿临床期间出现不良事件的发生几率，对于患儿健康及其预后恢复工作造成了影响^[1]。为了合理应对这一问题，护理人员对于护理工作内容进行了深入的分析与解读，希望全面促进护理工作的持续发展，以便进一步促进患儿健康水平的持续优化与合理改进^[2]。在这一问题上，部分临床报道指出，在儿科护理工作开展期间，通过积极结合护理风险警示标识开展安全管理，有利于利用标识及时提醒患儿及其家属更好地实现对于护理期间风险的充分识别与关注，对于患儿后续护理工作的开展具有良好的促进意义^[3]。总的来看，这一护理模式可以帮助患儿充分规避护理期间的潜在安全风险，对于安全管理水平的提升具有良好的推动价值，为患儿健康的恢复奠定了坚实的基础与保障。本文针对在儿科护理安全管理中采用护理风险警示标识的价值进行了研究，现汇报如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

在2020年1月~2021年1月期间儿科收治的患儿中选取110例分为两组，对照组男34例，女21例；年龄3~9岁，平均（ 7.12 ± 0.36 ）岁；研究组男33例，女22例；年龄2~9岁，平均（ 7.09 ± 0.40 ）岁；相关内容已经上报伦理委员会并获审批。差异无统计价值（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采用常规护理，相关内容如下：①协助患儿家属办理相应的入院手续。②在护理工作开展期间，医护人员应及时做好患儿临床体征和症状变化情况的分析与探索，以便正确了解患儿健康情况并制定相应的护理方案。③遵循医嘱对患儿治疗用药进行发放并说明相应的药物使用方法。④有效做好入院注意事项的说明，确保患儿住院期间严格遵循相关规定。⑤结合患儿实际情况为其制定相应的膳食方案并督促患儿加以执行，确保患儿的营养供应。在此期间，应积极进行清淡膳食选择，同时做好对于新鲜果蔬与肉蛋奶等优质食材的食用，以便帮助患儿有效实现对营养的科学补充。

1.2.2 研究组 在常规护理的基础上加用护理风险警示标识，相关内容如下：①做好警示标识制作：医护人员在护理期间应积极做好对于警示标识的合理制作，在此期间，标识的摆放原则、字体及颜色等应妥善设计，确保遵循协调统一的标准^[4]。与此同时，标识文字内容应当清晰，同时适当加入相应的疾病科普知识。②做好标识分类设计：1）患儿警示标识：在入院后医护人员有没有患儿佩戴腕带，腕带内容包括患儿的姓名、年龄、性别、科室以及住院号码等内容。腕带材质应选取防水用材质，采用易拉扣的方式连接。与此同时，医护人员应为患儿制作相应的床头卡并使用不同颜色标明患儿的护理级别。在此期间，三级标识采用绿色，二级标识采用黄色，一级与特级标识采用红色^[5]。2）药物警示标识：在药物管理期间，医护人员应根据药物的不同类型为其设计相应的标识卡并积极开展分类管理。在标识卡上，应对药物的名称、使用方法、剂量规格以及保质期等进行分析。与此同时，高危药品应统一放于指定区域并在药品表面张贴高危药品标识。为患儿保管的特殊药品，应积极做好对话信息的充分标注并

单独放置，避免与他人混用^[6]。针对储藏条件特殊的药物，应及时依据其实际需求进行管理，其中，对于低温储存药物，应将其置于冰柜内。3）管道警示标识：部分患儿在住院时会留置相应的应用管道，在此期间，护理人员应采用不同颜色的一次性贴条对管道进行警示标识的粘贴。在具体实施过程中，对于尿管、引流管、鼻饲管、雾化器管路以及吸氧管。分别粘贴相应的标识并有效写明相应名称。与此同时，医护人员应在相关管路上张贴防压标识，从而引导患儿合理实现对于管路的护理，避免管道出现打结、压迫以及堵塞等问题。4）医疗设备警示标识：医护人员在护理期间对于微量泵、血氧仪、呼吸机以及输液泵等医疗器械进行警示标识的粘贴，从而帮助患儿及其家属正确了解不同器械的名称及使用期间的相关要点，有助于促进患儿护理工作的顺利开展，降低了仪器设备使用期间出现故障的几率^[7]。对于病房治疗带上配置的插座，应及时注明相应的警示标识，禁止患儿及其家属私自使用，以免造成不良后果。5）过敏警示标识：对于存在药物过敏史的患儿，应及时在其床头张贴相应的警示标识，注明患儿过敏的药物，从而有效确保患儿用药的合理性和科学性。6）不良事件警示标识：医护人员应及时评估患儿健康情况，应根据其实际身体状况，悬挂相应的不良事件警示标识，确保患儿在护理期间有效实现对于不良事件的充分预防与合理规避。在应用过程中，常用的警示标识，包括防压疮标识、防跌倒标识以及防坠床标识。7）其他警示标识：为了确保患儿住院期间护理安全性的提升，医护人员应积极做好对于其他警示标识的合理制作。例如，在热水房应及时张贴防烫伤标识，在科室进门处应张贴随手关门与保持安静的警示标识，在垃圾桶上应张贴不同垃圾分类的警示标识。

1.3 观察标准

1.3.1 患儿护理安全管理质量 涉及的指标包括身份识别、安全核查、风险评估、护理工作落实情况以及患儿交接，每项满分均为30分，得分越高表示安全管理质量越好。

1.3.2 患儿护理依从性 依据患儿表现分为依从、基本依从以及不依从。

1.3.3 患儿不良事件率 包括渗液、管道脱落、跌倒、给药错误、误吸、压疮以及坠床。

1.3.4 患儿生活质量 采用生活质量问卷评估，得分越高表示患儿生活质量越好。

1.3.5 患儿护理满意度 采用满意度量表调查，由患儿家属填写，分为满意、基本满意以及不满意。

1.4 统计学方法

采用SPSS21.0计算患儿组间数据，计数资料使用%表示，行 χ^2 检验，计量资料使用（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，行 t 检验，以 $P<0.05$ ，表明差异存在统计价值。

2 结果

2.1 患儿护理安全管理质量对比

研究组护理安全管理质量评分高于对照组，差异存在统计价值（ $P<0.05$ ）。见表1。

表1 患儿护理安全管理质量

组别	n	身份识别	安全核查	风险评估	护理工作落实情况	患儿交接
研究组	55	28.07±1.15	27.98±1.14	28.32±1.08	28.45±1.07	28.23±1.11
对照组	55	24.64±1.20	23.04±1.07	25.15±1.01	24.64±1.13	25.00±1.20
t	-	15.305	23.432	15.899	18.157	14.654
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 患儿护理依从性对比

研究组护理依从性高于对照组,差异存在统计价值($P<0.05$)。见表2。

表2 患儿护理依从性

组别	n	依从	基本依从	不依从	总依从(%)
研究组	55	29	23	3	94.55
对照组	55	20	25	10	81.82
χ^2	-	-	-	-	4.274
P	-	-	-	-	0.039

2.3 患儿不良事件率对比

研究组不良事件率低于对照组,差异存在统计价值($P<0.05$)。见表3。

表3 患儿不良事件率

组别	n	管 道 渗 液	跌 倒 落	给 药 错 误	误 吸	压 疮	坠 床	不良 事件 率(%)
研究组	55	1	1	0	1	0	0	5.45
对照组	55	3	4	1	1	0	2	20.00
χ^2	-	-	-	-	-	-	-	5.238
P	-	-	-	-	-	-	-	0.022

2.4 患儿生活质量对比

经干预,患儿生活质量均有所提升,且研究组评分高于对照组,差异存在统计价值($P<0.05$)。见表4。

表4 患儿生活质量

组别	n	干预前	干预后
研究组	55	73.41±2.98	91.45±3.50
对照组	55	73.64±2.80	82.64±3.49
t	-	0.417	13.219
P	-	0.677	0.000

2.5 患儿护理满意度对比

研究组护理满意度高于对照组,差异存在统计价值($P<0.05$)。见表5。

表5 患儿护理满意度

组别	n	满意	基本满意	不满意	总满意(%)
研究组	55	28	25	2	96.36
对照组	55	20	26	9	83.64
χ^2	-	-	-	-	4.949
P	-	-	-	-	0.026

3 讨论

相关研究显示,在儿科护理工作开展期间,由于患儿的年龄相对较小且其对于健康知识的掌握程度偏低,因此,在护理期间,患儿往往容易做出危险行为,从而对护理工作的有序开展造成了一定的影响。在护理工作开展期间,缺乏相应的安全管理意识往往不利于患儿管理工作的合理开展,对于患儿护理期间潜在风险的滋生埋下了隐患^[8]。与此同时,通过有效做好对于各类警示标识的设置与粘贴,医护人员可以在患儿入院期间及时做好对于不同护理风险的及合理说明,有助于促进患儿护理工作的全面开展,对于护理期间相关问题的规避具有良好的促进意义^[9]。在这一问题上,护理风险警示标识可以进一步确保医院日常诊疗工作的合理开展,且其有利于促进患儿及其家属的充分警示,促进了护理工作的持续开展与优

化。另一方面,相关标识的应用有助于进一步促进护理工作的持续细化,有利于推动护理工作的合理开展并结合不同标识时刻做好对于患儿及其家属的充分提示,推动了护理安全性的合理提升^[10]。在此期间,为了有效提升患儿对于护理标识的自主学习意识和记忆水平,医护人员可以在护理标识上设置相应的卡通形象,从而促进护理标识趣味性的全面提升。在患儿护理工作开展期间,通过护理风险标识的充分应用,医护工作者可以有效促进患儿及其家属,对于不同医疗管路名称及应用期间注意事项的合理认识,有助于促进管路的合理保存与留置,降低了其出现打结问题的发生,几率对于管道通畅性和患儿用药、补液以及引流等目标的实现具有重要的促进意义。另一方面,通过采用警示标识的方式对于医院日常注意事项进行宣教与说明,医护人员可以进一步引导其正确实现对于相关知识的充分了解,促进了护理工作的多元化发展^[11]。与此同时,通过结合形式多样的警示标识对患儿进行充分教育,医护人员可以帮助患儿规范自身言行并积极配合护理工作对于护理工作综合水平的全面提升具有重要的促进作用。此外,在药物使用期间,通过结合相应的警示标识进行提示,医护人员可以合理实现对于药物的科学使用,降低了患儿错误用药问题的发生几率,有助于促进患儿预后健康的进一步保障。大量临床报道指出,护理风险警示标识可以帮助医护人员、患儿家属以及患儿全面提升护理期间的警示意识,从而对各类不良事件进行充分的回避,对于患儿康复速度的提升具有积极意义。临床护理经验指出,通过结合相关标识开展相应的护理服务工作,患儿及其家属在日常护理工作中可以随时看到相应的标识并以此作为出发点正确规范护理工作内容及方法,有利于确保护理工作的稳步落实,对于患儿护理目标的达成与护理满意度水平的提升具有重要意义。

本次研究结果表明,通过护理风险警示标识的应用,患儿护理安全管理质量评分均得到了显著的提升。与此同时,患儿在护理期间的依从性水平明显增加,不良事件的发生几率显著降低。基于此,患儿经护理后的生活质量评分高于常规护理组,且患儿及其家属对于该护理模式的满意程度相对更高。

综上,为了有效促进儿科护理工作综合质量的提升,医护人员应积极结合护理风险警示标识开展护理工作。

参考文献:

- [1]梁洁. 护理风险警示标识用于儿科护理安全管理的效果评定[J]. 中国卫生产业,2022,19(2): 80-83.
- [2]王新花. 护理风险警示标识在儿科护理安全管理中的应用价值[J]. 保健文汇,2022,23(16): 233-235.
- [3]邱荷岚. 护理风险警示标识在护理安全管理中的应用效果研究[J]. 家有孕宝,2021,3(19): 198.
- [4]董甜甜,贾宇坤. 护理标识在儿科护理安全中应用的研究进展[J]. 饮食保健,2019,6(21): 222-223.
- [5]陶玉香. 护理风险警示标识在儿科护理安全管理中的作用[J]. 中医药管理杂志,2019,27(3): 151-152.
- [6]梁丽. 护理风险警示标识运用于儿科护理安全管理中的意义分析[J]. 中国医药指南,2019,17(31): 230-231.
- [7]焦义芬,张英霞,王晓俊,等. 岗位动态匹配联合改良风险警示标识在儿科护理管理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2021,27(17): 162-165.
- [8]宋洪焕,鹿丽,王薇. 护理风险警示标识在儿科护理安全管理中的应用价值[J]. 当代护士(下旬刊),2021,28(3): 172-174.
- [9]王秀芳. 护理风险警示标识在儿科护理安全管理中的应用价值[J]. 国际护理学杂志,2021,40(19): 3470-3473.
- [10]鲁焱,姚少松. 改良版护理风险警示标识在儿科护理安全管理中的应用[J]. 中国卫生产业,2019,16(30): 48-49.
- [11]刘晓昀. 护理风险警示标识用于儿科护理安全管理中的价值分析[J]. 药店周刊,2021,30(11): 166.

随访工作在社区重点慢性病管理中的应用及其作用分析

吴海燕

杭州市萧山区城厢街道社区卫生服务中心 浙江/杭州 311201

摘要 目的：探讨随访工作在社区重点慢性病管理中的应用价值。方法：随机抽取 2019 年 8 月-2020 年 8 月抽取的 210 例慢性病患者将其作为研究对象，将其分为对照组（高血压 125 例）和观察组（糖尿病 85 例）。将两组患者开展为期一年的随访工作，分析随访前后的相关指标，判断其随访工作的疗效。结果：观察组随访后 FBG、2hFBG 以及 HbA1c 评分明显优于随访前，经统计学分析有统计学意义（ $P<0.05$ ）；对照组患者随访后 TC、TG、LDL-C 以及 HDL-C 指标评分明显优于随访前，经统计学分析有统计学意义（ $P<0.05$ ）；对照组患者随访后吸烟、饮酒、适量运动以及服药依从性的改善状况明显优于随访前，经统计学分析有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组患者随访后吸烟、饮酒、适量运动以及定期遵循医嘱的改善状况明显优于随访前，经统计学分析有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：随访工作在社区重点慢性病管理中的应用效果明显，不仅能改善高血压、糖尿病患者的各项指标变化，还能提升患者的生活质量，改善患者的不良生活方式，值得应用推广。

关键词：社区慢性病；随访工作；高血压；糖尿病

随着人们生活水平的不断提升，其生活方式也发生了巨大的变化，目前我国老龄化也呈现逐年上升的趋势，越来越多的慢性病也呈现逐年上升的趋势，严重威胁人们的生命质量。慢性病的发病其原因十分复杂多样化，而且病程也很长，故人们应尤为重视。针对于慢性病的预防，应在日常生活中就做好预防措施。社区慢性病患者的管理，是一项长期而又艰巨的任务，需要社区全科医生和护士时时关注，故社区的随访工作至关重要。本文中现通过 2019 年 8 月-2020 年 8 月抽取的 210 例慢性病患者将其作为研究对象，进行随访工作的研究分析。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

随机抽取 2019 年 8 月-2020 年 8 月抽取的 210 例慢性病患者将其作为研究对象，将其分为对照组（高血压 125 例）和观察组（糖尿病 85 例）。对照组 125 例患者中，男 68 例，女 57 例，年龄 48-79 岁，平均年龄（ 63.5 ± 3.5 ）岁；病程时间 1-10 年，平均病程时间（ 5.5 ± 1.45 ）年。观察组 85 例患者，男 45 例，女 40 例，年龄为 46-80 岁，平均年龄（ 63 ± 3.0 ）岁；病程时间 1-9 年，平均病程时间（ 5 ± 2.5 ）年。两组患者的一般资料经统计学分析，无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准：①所有患者的数据随访资料齐全；②所有患者均经临床诊断为高血压、糖尿病；排除标准：①患有重大疾病且病危者；②不配合随访者。

1.3 方法

①随访方式：所有患者均通过电话随访、门诊随访以及家庭随访等方式对患者的各项观察指标进行随访，并将随访结果记录。②随访指导：通过两组患者的日常生活方式以及暴露的危险因素进行针对性的健康指导，并将患者的用药情况以及不良反应状况进行评判，根据其症状采取相应的

改进措施。③定期复查：根据患者自身的病情变化，提醒患者定期进行复查，避免因定期复查而带来的延误病情。④随访小组：成立随访小组，严控工作质量关，不断强化自身的专业技能，时刻关注患者的并发症情况。⑤随访方法：针对于高血压的患者，每日进行早晚各一次的测量，根据患者自身的血压记录，决定患者的随访次数，低危高血压患者给予 3 个月 1 次的随访，中危的患者给予 2 个月 1 次的随访，高危的患者给予 1 个月 1 次的随访。糖尿病患者给予严格把控血糖指标，制定科学合理的饮食方案以及运动疗法，对于相对血糖比较稳定的患者给予 3 个月 1 次的随访，血糖不达标的患者给予 1 个月 1 次的随访。

1.4 观察指标

观察两组患者随访前后的血脂、血糖以及健康水平的变化。统计高血压患者随访前后 TC、TG、LDL-C、HDL-C 等指标的变化。统计糖尿病患者随访前后 FBG、2hFBG、HbA1c 等指标的变化。分别进行统计分析。

1.5 统计学分析

文中数据选用 SPSS20.0 统计软件进行分析处理，计数资料选用百分比（%）表示，以 X^2 表示，计量资料选用（ $\bar{X}\pm S$ ）表示，以 t 检验，以 $P<0.05$ 表示有统计学意义。

2. 结果

2.1 对照组随访前、后的结果比较

对照组患者随访后 TC、TG、LDL-C 以及 HDL-C 指标评分明显优于随访前，经统计学分析有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表 1。

表 1 对照组（高血压患者）随访前、后的结果比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

时 间	例 数	TC (mmol/L)	TG (mmol/L)	LDL-C (mmol/L)	HDL-C (mmol/L)
随 访	125	6.71 $\pm$ 2.32	1.78 $\pm$ 0.71	2.87 $\pm$ 0.92	1.82 $\pm$ 0.55

前					
随					
访	125	4.63±1.05	1.12±0.20	2.01±0.40	2.24±0.91
后					
t		9.132	10.003	9.584	4.416
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 观察组随访前、后的结果比较

观察组随访后 FBG、2hFBG 以及 HbA1c 评分明显优于随访前，经统计学分析有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表 2。

表 2 观察组（糖尿病患者）随访前、后的结果比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

时间	例	FBG (mmol/L)	2hFBG	HbA1c (%)
----	---	--------------	-------	-----------

随访前	85	7.80±1.74	8.66±1.38	7.43±1.35
随访后	85	5.48±0.65	6.91±0.56	6.02±0.36
t		11.515	10.833	9.304
P		0.000	0.000	0.000

2.3 两组患者随访前、后健康行为的改变状况

对照组患者随访后吸烟、饮酒、适量运动以及服药依从性的改善状况明显优于随访前，经统计学分析有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组患者随访后吸烟、饮酒、适量运动以及定期遵循医嘱的改善状况明显优于随访前，经统计学分析有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 两组患者随访前、后健康行为的改变状况（n，%）

项目	对照组（n=125）		X ²	P	观察组（n=85）		X ²	P
	随访前	随访后			随访前	随访后		
吸烟	42（33.60）	15（12.00）	16.566	0.000	46（54.12）	18（21.18）	19.646	0.000
饮酒	65（52.00）	31（24.80）	19.548	0.000	36（42.35）	10（11.76）	20.147	0.000
适量运动	77（61.60）	110（88.00）	23.109	0.000	65（76.47）	80（94.12）	10.551	0.000
服药依从性/定期遵循医嘱	75（60.00）	112（89.60）	29.051	0.000	53（62.35）	79（92.94）	22.910	0.000

3. 结论

社区慢性病中最常见的即为高血压和糖尿病，两者因素均离不开日常生活习惯，如得不到有效的控制，严重影响患者的生活质量[1-2]。相关研究发现，患者的吸烟、饮酒以及日常缺乏运动等不良生活方式，均会导致慢性病的发生与发展，临床尚未有完全治愈慢性病的治疗方式，但通过日常干预患者的生活方式以及控制自身的危险因素，可有效地额控制慢性病的发展[3-4]。

本文中通过研究发现，观察组随访后 FBG、2hFBG 以及 HbA1c 评分明显优于随访前，经统计学分析有统计学意义（ $P<0.05$ ）；对照组患者随访后 TC、TG、LDL-C 以及 HDL-C 指标评分明显优于随访前，经统计学分析有统计学意义（ $P<0.05$ ）；对照组患者随访后吸烟、饮酒、适量运动以及服药依从性的改善状况明显优于随访前，经统计学分析有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组患者随访后吸烟、饮酒、适量运动以及定期遵循医嘱的改善状况明显优于随访前，经统计学分析有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结果表明，通过对社区慢性病高血压、糖尿病患者的多样化的随访，不仅有助于改进患者日常不良的生活习惯，还能提升患者的生活质量，利于病区的稳定性[5-10]。

综上所述，随访工作在社区重点慢性病管理中的应用效果明显，不仅能改善高血压、糖尿病患者的各项指标变化，还能提升患者的生活质量，改善患者的不良生活方式，值得应用推广。

参考文献：

[1]杨晓岩.随访工作在社区重点慢性病管理中的应用及其作用分析[J].中国医药指南, 2019, 17（8）: 172-173.

[2]仲秀珍.随访工作在社区重点慢性病管理中的应用及其作用分析[J].中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 11（7）: 57, 64.

[3]任秀贤, 麦少玲.老年高血压患者实施社区慢性病管理的效果[J].深圳中西医结合杂志, 2022, 32（10）: 75-78.

[4]龙勇, 陈芳, 罗章艳.全科医生管理对社区老年慢性病患者疾病知晓率、自我管理能力的影 响[J].保健医学研究与实践, 2022, 19（05）: 15-18.

[5]吴满妹, 陈佳.老年高血压应用社区慢性病管理模式的效果及对患者血压水平及知识掌握度分析[J].当代医学, 2021, 27（32）: 187-189.

[6]王冰欣, 王玉国, 伊晨, 等.社区慢性病管理模式在老年高血压管理中的效果分析[J].医学食疗与健康, 2021, 19（15）: 212-213+216.

[7]李冬艳.社区慢性病管理在老年高血压中的应用效果[J].中国城乡企业卫生, 2021, 36（05）: 111-113.

[8]殷成华.社区慢性病管理模式在老年高血压管理中的应用效果[J].慢性病学杂志, 2021, 22（01）: 139-141.

[9]赵霞.社区慢性病管理模式在老年糖尿病管理中运用的研究[J].智慧健康, 2021, 7（04）: 191-193.

[10]戴学森.家庭医生签约服务在社区慢性病健康管理中的效果研究[J].中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8（24）: 196.

精准血糖管理集束化方案在ICU患者血糖管理中的应用效果研究

肖妮

西安交通大学第一附属医院 陕西西安 710061

摘要：目的：探究精准血糖管理集束化方案在ICU患者血糖管理中的应用效果。方法：将ICU患者作为本次研究对象，收治时间在2021年1月至2021年12月，将240例患者按照电脑随机法分组，观察组120例实施精准血糖管理集束化方案、对照组120例实施常规血糖管理方案，比较和分析两组管理效果。结果：观察组高血糖发生率、低血糖发生率、血糖波动 $\geq 4\text{mmol/L}$ 发生率、血糖失控发生率和对照组各项数据比例相比，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：在ICU患者血糖管理中应用精准血糖管理集束化方案效果显著，能够使血糖失控发生率得以降低，值得研究和推广。

关键词：ICU；精准血糖管理集束化方案；血糖管理；效果

ICU患者具有病情严重、病情危急等特点，且加之受到大剂量用药、应激因素刺激、自身疾病因素的影响，容易增加血糖调节功能紊乱的风险^[1]。在国外，ICU出现血糖异常的所占比在一半以上，而在我国，ICU血糖异常的发生率高达65%，且研究认为，随着患者血糖水平的升高，其死亡风险也显著增加。而进行血糖控制和血糖管理十分重要，能够使患者预后得到改善。精准血糖管理集束化方案主要是在管理过程中积极查阅相关资料，从而获得循证依据，能够避免医源性并发症的发生，从而使患者血糖维持平稳状态^[2-3]。本文目的在于探究精准血糖管理集束化方案在ICU患者血糖管理中的应用效果，具体内容见下文。

1. 资料/方法

1.1 基线资料

本次研究对象为ICU患者，共240例，并随机将其分为人数相等的观察组和对照组，研究起始时间在2021年1月、终止时间在2021年12月。纳入标准：（1）年龄在18岁以上；（2）患者进入ICU后，4小时内任意2次及以上血糖水平大于等于 11.1mmol/L ；（3）既往无糖尿病史；（4）患者和家属均自愿参与研究，且签署了书面同意书。排除标准：（1）处于妊娠或哺乳期；（2）近期接受糖皮质激素和免疫抑制剂治疗者；（3）糖化血红蛋白在6%以上者。

观察组中86例为男性、34例为女性，平均年龄 43.52 ± 2.89 （19~68）岁；APACHEII评分在9~29分，平均 (19.32 ± 1.32) 分；原发病：脓毒症45例、急性胰腺炎54例、重症肺炎11例、慢性阻塞性肺气肿急性发作10例。对照组中85例为男性、35例为女性，平均年龄 43.86 ± 2.71 （20~68）岁；APACHEII评分在10~29分，平均 (19.85 ± 1.78) 分；原发病：脓毒症46例、急性胰腺炎54例、重症肺炎10例、慢性阻塞性肺气肿急性发作10例。两组基线资料中进行比较，（ $P > 0.05$ ），差异无统计学意义。

1.2 方法

符合入选标准的患者，入ICU后4小时任意进行2次血糖监测，间隔1小时测得血糖值大于 11.1mmol/L 时，应用0.9%氯化钠溶液50ml联合50U胰岛素，使用贝朗微量注射泵给予患者静脉内输注，对于患者末梢血糖采用罗氏血糖仪器进行检测，采用血气分析仪对血气血糖实施监测，对于血气分析仪和末梢血糖仪需要进行质量控制，护理人员均需要进行资质培训，获取POCT资格后方可上岗，其中对照组应用传统血糖管理方式，观察组应用精准血糖管理集束化方案。

对照组采用常规管理方案：若患者血糖值大于或等于 11.1mmol/L ，需要采用胰岛素泵进行治疗，护理人员根据医嘱对患者末梢血糖进行检测。

①末梢血糖标本采集环节：采用酒精进行消毒，统一规定末梢血糖的采集

时机和采集部位；②血糖结果判读环节：将患者末梢血糖值作为血糖水平参考的相关标准；③胰岛素泵调控环节：护理人员需要根据血糖值，对胰岛素泵速进行调节，调节方案不进行统一规定。

观察组采用精准血糖管理集束化方案：①末梢血糖标本的采集环节：选择0.1%的洗必泰进行消毒，首选无名指作为采血部位，其次为患者的食指部位；将针刺部位自然流出的第一滴血作为采血样本；②血糖结果的判读环节：对血糖失控的判断标准进行统一化，即患者末梢血糖水平大于等于 11mmol/L 或末梢血糖水平小于等于 6mmol/L ，并且需要对患者动脉血抽取，将其作为血气血糖监测的参考；③胰岛素泵调控环节：参考《美国内分泌医师协会和美国糖尿病学会所发布的相关指南和波兰特标准》^[4]，该标准于2009年5月发布，按照以上方案制定血糖控制优化方案。

血糖控制目标^[5]：根据2017年中国住院患者血糖管理专家共识，对于ICU重症患者采用宽松血糖控制目标，患者血糖需要控制在 $7.8\text{mmol/L} \sim 10.0\text{mmol/L}$ 之间，干预低血糖标准为 3.8mmol/L ，血糖下降速度每小时避免大于 4mmol/L 。

1.3 观察指标

对两组高血糖发生率、低血糖发生率、血糖波动 $\geq 4\text{mmol/L}$ 发生率、血糖失控发生率进行记录，其中高血糖主要是指患者在检查周期内，血糖水平大于等于 11.1mmol/L 发生次数在全部血糖监测总次数的百分比；低血糖主要是指患者在检查周期内，血糖水平小于等于 3.9mmol/L 次数占检查周期内进行血糖监测的总次数的所占比；血糖波动范围是指患者在检查周期内，血糖波动在 4mmol/L 以上的次数占总监测次数的百分比；血糖失控主要是指患者在检查周期内血糖波动在 4mmol/L 以上或血糖水平 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 、 $\leq 3.8\text{mmol/L}$ 次数在血糖监测总次数的百分比。

1.4 统计学方法

在本研究数据中，计量资料用（ $\bar{x} \pm s$ ）形式表示，用T值进行检验，计数资料以（%）的形式表示，并以 χ^2 检验，核算软件：SPSS28.00， $P < 0.05$ ，说明以上数据存在明显差异。

2. 结果

观察组高血糖发生率、低血糖发生率、血糖波动 $\geq 4\text{mmol/L}$ 发生率、血糖失控发生率均低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。如表1：

表1：比较两组各项管理指标（n；%）

组别	例数 (n)	高血糖发 生率	低血糖发 生率	血糖波动 $\geq 4\text{mmol/L}$ 发 生率	血糖失控发 生率
----	-----------	------------	------------	---------------------------------------	-------------

观察组	120	2 (1.67)	0 (0.00)	1 (0.83)	1 (0.83)
对照组	120	11 (9.16)	15(12.50)	12 (10.00)	13 (10.83)
χ^2	-	6.588	16.000	9.841	10.923
P	-	0.010	0.000	0.002	0.001

3. 讨论

ICU 内通常收治危重症人群, 由于其受到严重创伤的刺激, 使得血糖波动较大, 而持续高血糖容易影响感染的控制, 并且增加血液黏滞度, 甚至引起酸中毒等并发症, 而对于严重的低血糖而言^[6], 易导致患者出现低血糖昏迷现象, 研究表明, 血糖的变异和患者病死率存在密切关联性, 而实施规范的血糖管理十分重要, 能够促进患者血糖维持稳定状态。但我国对于危重症患者的血糖管理常常局限于单个环节, 而研究发现, 在血糖管理全过程中, 血糖值能够受到多种因素的影响^[7]。

本次研究中, 通过将血糖管理三个环节进行集束化, 包括标本采集、结果判读、胰岛素调节, 使各个环节对于血糖结果造成的误差得以减少, 避免遗漏血糖失控事件的检出, 通过采取滴定式血糖监测, 能够对普通胰岛素的用量进行规范调节, 有效预防不良事件发生概率。研究发现, 血糖水平是否能达标取决于胰岛素泵速调控环节, 若泵速调控不当, 容易导致血糖波动大, 或血糖长时间无法达标。但临床一般选择经验使用胰岛素调节血糖或人工检测血糖方式, 使得血糖的监测和控制难以达到标准^[8-10]。根据研究显示, 改良版波特兰草案应用在血糖控制中, 能够使血糖失控发生率得以减少, 在本次研究中, 将改良版波特兰草案纳入血糖控制环节中, 并在此基础上不断完善, 首先对原有波特兰草案中有关首次的概念进行明确, 首次主要是指患者入科后第一次测量血糖或停用胰岛素泵 1 小时后所得的异常血糖, 其次在常规基础上增加血糖控制档位, 和原方案相比, 增加了两个档位, 即和上次血糖相比升高或和上次血糖相比下降幅度在 20%~40%, 从而细化血糖控制方案^[11]; 而为了能够提高护士对于改良版波特兰草案的依从性, 在实施该方案过程中, 设计了血糖控制核查表, 能够减轻护士工作量, 避免反复进行计算, 而是能够直接查找结果, 选择对应的血糖控制方案即可完成。通过使用改良版波特兰草案, 能够弥补传统方案的不足, 从而减少血糖波动幅度。在标本采集环节、采血时机、采血部位中, 消毒液为影响末梢血糖值的相关因素, 对于消毒液选择具有多种, 例如洗必泰、酒精、碘伏等, 但是碘伏进行消毒容易对对比色进行干扰, 同时碘容易和试纸发生反应, 造成误差。酒精存在刺激性和易挥发等情况, 同时酒精能将患者毛细血管扩张, 使血流加速, 导致患者局部血糖降低。部分学者在研究报道中^[12], 采用洗必泰和酒精消毒相同, 结果显示洗必泰对于试纸上的氧化还原酶无显著影响, 对于患者末梢血糖结果也影响较小。本次研究中选取 ICU 患者作为对象, 由于受到水肿、缺氧、缺血等因素影响, 使得患者自身末梢皮肤屏障功能减弱, 采用酒精消毒容易渗透患者皮肤, 对局部血液循环造成影响, 而观察组应用洗必泰 0.1% 进行消毒, 能将测量误差减少。由于 ICU 需要对于血糖频繁监测, 本次方案的采血部位以无名指为主, 能减少对患者单个手指的刺伤。对于采血时机, ICU 患者由于具有末梢循环不良情况, 容易导致组织液混入血液中, 对血糖测试结果造成影响, 因此国外研究学者均推荐采用第一滴血^[13]。在临床中, 为了能够对患者血糖水平进行密切监测, 需对患者血糖进行频繁监测, 而末梢血则被认为是血糖监测的主要手段, 为了能够避免末梢血监测血糖所致

的误差情况, 本研究要求按照持续输注胰岛素血糖管理指南进行, 若患者末梢血糖值 >11mmol/L 或 <6mmol/L 时, 应对患者动脉血糖进行监测, 并将其作为参考标准, 以免出现血糖失控情况, 造成漏诊。在本次结果中, 观察组各项不良情况发生率均低于对照组, 再次证实了精准血糖管理集束化方案的有效性^[14]。

综上所述, 精准血糖管理集束化方案和常规管理方案比较, 优势显著, 值得进一步推广与探究。

参考文献:

- [1]张茜,李璇.精细化肠内营养与血糖管理方案在重型颅脑损伤合并应激性高血糖病人中的应用研究[J].护理研究,2021,35(24):4456-4460.
- [2]张巧巧,张明菊.家庭自我管理干预在老年 2 型糖尿病患者血糖管理中的应用效果观察[J].贵州医药,2021,45(3):487-488.
- [3]吕娟琴,沈利兰,孟作龙,等.自制糖尿病饮食管理器在空巢老年血糖控制不佳糖尿病患者中的应用价值研究[J].中国全科医学,2021,24(34):4404-4408.
- [4]代晶,计成,李林通,等.临床药师参与多学科合作的全院血糖管理模式对围手术期患者血糖控制的影响研究[J].中国医院药学杂志,2021,41(2):215-219.
- [5]王颖,孙兆清,任小英,等.集束化管理策略在机械通气患者早期活动中的应用[J].中华危重病急救医学,2021,33(11):1362-1365.
- [6]李菁菁,潘文彦,王晓容,等.ICU 成人危重症患者血糖管理的最佳证据总结[J].护理学报,2021,28(12):21-26.
- [7]BAVISKAR,MANDAR PADMAKAR,RANGARI,SUMITRA,MISHRA,SANDEEP,et al.Assessment of a group-based comprehensive diabetes management program to improve glycemic control,quality of life and self-care behavior in patients with type 2 diabetes mellitus in a primary healthcare setting of a metropolitan city in India: CDMP MUM Trial[J].International journal of diabetes in developing countries.,2021,41(1):156-163.
- [8]邵小平,唐雯琦,胡三莲.集束化方案对降低危重症患者肠内营养相关误吸的效果研究[J].解放军护理杂志,2021,38(5):5-8.
- [9]赵元会,巨海春.集束化护理在儿科重症监护病房重症肺炎患儿中的应用效果及对凝血指标的影响[J].血栓与止血学,2021,27(5):894-895.
- [10]陈冰洁,钟萍.谵妄集束化护理对 ICU 行机械通气患者的干预效果[J].河北医药,2021,43(24):3835-3837.
- [11]A.PORSELVIA Review on the Need of Advanced Clinical Pharmacy Education Services for Diabetes Prevention and Management in India in comparison with International Standards[J].Research journal of pharmacy and technology,2021,14(1):493-500.
- [12]俞丹,王艳萍,张安星,等.信息化血糖管理在现代医疗糖尿病管理中的应用[J].中国医学装备,2021,18(4):200-204.
- [13]朱颖,杨森,夏伟,等.基于互联网的院内血糖团队化管理对手术科室高血糖患者血糖水平及卫生经济学的影响研究[J].中国全科医学,2021,24(8):977-981,988.
- [14]王恬,陆海英,王成浩,等.老年糖尿病患者持续血糖监测的研究进展[J].中华护理杂志,2021,56(5):705-709.

中药鉴定法在中药管理工作中的作用研究

许璐

苏州市姑苏区金阊街道彩香一村社区卫生服务中心 江苏苏州 215000

摘要：目的：观察分析中药鉴定法在中药管理工作中的作用和效果。方法：我院中药房于2020年1月至2022年6月期间内实施中药鉴定工作，从该期间的中药材管理记录中随机抽选去500份作为样本对象，同时在该期间内未接受中药鉴定的中药材管理记录中随机抽取500份作为对照样本，分别将其纳入鉴定组与常规组；其所对应的患者为样本，同样将其划分为鉴定组与常规组；中药房内参与本次临床研究的工作人员共计10人，根据是否参与中药鉴定工作将其划分为常规组与鉴定组；对两组中药管理记录样本的不良事件发生率、工作人员样本对于中药管理工作的满意度及专业素养（合理用药意识、配伍禁忌意识、药物管理能力）、患者样本用药后的不良反应发生率进行统计分析。结果：相较于常规的中药管理记录样本而言，鉴定组样本的不良事件发生率明显更低，安全性更高；相较于常规的工作人员样本而言，鉴定组样本对于中药管理工作的满意度不存在显著的统计学差异，（ $P>0.05$ ），但很满意人数高于常规组；该组工作人员在中药管理方面的专业素养明显更高；此外，相较于常规的患者样本而言，鉴定组患者样本用药后的不良反应发生率明显更低，上述结果进行对比具有明显的统计学差异性， $P<0.05$ 。结论：采取中药鉴定法对医院中药房内的中药材进行鉴别能够有效提高药材的质量和水平，同时能够提高临床用药方面的安全性，患者的用药不良反应更少。此外，在鉴定工作的过程中，药房工作人员的专业素养也得到了显著提高，效果更加显著。

关键词：中药鉴定法；中药管理；工作效果；效率

随着中医药领域的不断发展和壮大，院内中药库房的管理工作也成为医院药剂科的重点关注问题之一^[1]。中药管理工作主要包含了中药材的采购、验收、储存、加工和发放等流程，在一定程度上影响着临床一线治疗工作的质量和水平^[2]。而可靠、严谨的中药鉴定工作是保障高质量中药材入库的重要环节之一^[3]。尽管现阶段的医院药物采购工作都是通过在线上或线下进行公开招标来完成的，但其中仍然会存在一些不法商家，为了谋取利益、节约成本，为医院提供劣质、不符合要求的中药材^[4]。在这种情况下，中药房必须做好中药鉴定工作，做好药材入库的第一道防线，确保库内均为质量合格的中药材^[5]。中药鉴定工作主要包括以下环节，如鉴定药材的真伪、品种、优良度、纯度以及药材年份等各方面的信息，在对其完成全方位的鉴定和检验后需要为其提供相对应的质量检验报告^[6]。中药鉴定环节能够有效避免劣质、假冒等不符合标准的中药材流入院内中药库房，为临床用药的有效性和安全性提供了可靠保障，保证了患者的临床用药安全^[7]。如果无法缺乏科学正确的鉴定方法，无法保障鉴定工作的效率和质量，那将会为医院的整体医疗工作的水平和质量埋下重大的隐患。在此基础上，本研究采取中药鉴定法对中药材的质量进行鉴别，以此分析该工作对于提高中药管理工作中的效果和作用。结果见下文报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院中药房于2020年1月至2022年6月期间内实施中药鉴定工作，从该期间的中药材管理记录中随机抽选去500份作为样本对象，同时在该期间内未接受中药鉴定的中药材管理记录中随机抽取500份作为对照样本，分别将其纳入鉴定组与常规组；以上述1000份中药材管理记录所对应的患者为样本，同样将其划分为鉴定组与常规组；常规组患者中男性共计265例，女性患者共计235例，年龄21-86岁，平均年龄（53.57±1.65）岁；鉴定组患者中男性共计263例，女性患者共计237例，年龄20-88岁，平均年龄（54.11±1.45）岁；其中中药房内参与本次临床研究的工作人员共计10人，根据是否参与中药鉴定工作将其划分为常规组与鉴定组；其中，常规组中共含男性样本1人，女性样本4人，年龄23-46岁，平均年龄（35.32±1.56）岁；鉴定组中共含男性样本1人，女性样本4人，年龄23-45岁，平均年龄（35.32±1.46）岁。以上样本不存在显著的统计学差异， $P>0.05$ ，存在对比可能性。

1.2 方法

常规组：按照常规的流程对本组中药材进行处理。

鉴定组：除常规流程外，对本组中药材进行鉴定处理，内容如下：（1）鉴定药材来源。由于中药材具有一定的特殊性，其药材的功效与其产地的气候、土壤、降水以及药材自身的年份等因素存在密切相关。这些因素会导致相同的药材存在差异性较大的功效。因此，在进行中药鉴定工作时，必须提高对于药材来源的重视程度，在入库前对其药物性质进行鉴别，确保在临床应用时能够发挥出预期的效果。药房负责采购的人员在购买时要对药材供应商的相关资质和证件进行严格的核查，对其药材的产地进行充分的调查，确保药材的来源正规无误。此外，中药房的工作人员还要不断强化自身对于药材鉴定方面的知识，不断提高自身的专业素质，方便在后续的药材鉴定工作中提高鉴定的准确性，确保患者临床用药的安全性。（2）鉴定药材的真伪。近年来，随着我国中药材市场需求量不断的提高，中药材的价格出现了明显的增长。很多不法药材商为了节约成本、谋取利益在药材中造假掺假，对中药材市场的秩序造成了严重的影响。以次充好、假冒伪劣、违法加工等不良问题层出不穷。在此基础上，中药房药材的采购人员必须提高自身的鉴别能力，提升其个人专业素质，严格控制中药材采购、入库的质量和水平。多次、反复核对所购药材的质量，要准确识别出无质量合格标的药材、资质不完整的生产厂家等，以免影响到医院的医疗水平，对患者的身心健康造成危害。（3）应用新型的鉴别方法。近年来，随着科学技术手段的不断更新和优化，中药鉴定领域也引入了更多现代化、科技化的手段。可使用DNA分子遗传技术对矿物质药材的基因形态进行鉴别分析，该手段的准确率较高，药材的形态和来源以及其他外界因素均不会对检验结果造成影响。此外，还可根据医院的实际情况引入生物细胞学鉴定法、化学模式识别法、电脑图像分析法等一系列新型的鉴定技术，以此提高院内中药房药材管理的水平和质量，为临床用药的安全性奠定坚实的基础。

1.3 观察指标

（1）统计两组中药材管理记录中，发生中药管理不良事件的情况。如药材来源不当、药品假冒伪劣、药品损坏遗失，不良事件的发生率与中药管理工作的水平呈负相关。（2）通过发放工作调查问卷，收集两组中药房的工作人员对于中药管理工作的认可度和满意度。该评价量表主要对管理工作是否能够提高中药材的入库质量、是否能为临床提供可靠的中药材等方面进行测评，满分共计100分，评分 >80 分者为很满意，60-80分者为满意，其余评分视作不满意。满意率=（很满意+满意）/总人数 $\times 100\%$ 。（3）对两组中药房工作人员合理用药意识、配伍禁忌意识、药物管理

能力进行测评, 每项均为 100 分, 分值越高代表其专业素养越高。(4) 以 1000 份处方所对应的患者为依据, 对其服药后的临床效果及预后效果进行观察, 统计两组患者用药后的不良反应发生率, 如恶心、呕吐、食欲不振等。

1.4 统计学方法

数据处理选择软件包 SPSS23.0, t 验证以 $(\bar{x} \pm s)$ 为方式的计量数据, X^2 验证以 $[n(\%)]$ 为方式的计数数据, 统计学意义以 $P < 0.05$ 为判定标准, 表明比较差异性显著。

2 结果

2.1 比较两组中药管理记录中的不良事件发生率

相较于常规的中药管理记录样本而言, 鉴定组样本的不良事件发生率明显更低, 安全性更高, 结果对比具有明显的统计学差异性, $P < 0.05$ 。详情见表 1:

表 1 比较两组中药管理记录中的不良事件发生率[n (%)]

组别	n	药材来源不当	药品假冒伪劣	药品损坏遗失	发生率
鉴定组	500	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.20)	1 (0.20)
常规组	500	3 (0.60)	2 (0.40)	4 (0.80)	9 (1.80)
X^2	-	-	-	-	6.4646
P	-	-	-	-	0.0110

2.2 比较两组工作人员对于中药管理工作的满意度

相较于常规的工作人员样本而言, 鉴定组样本对于中药管理工作的满意度不存在显著的统计学差异, ($P > 0.05$), 但很满意人数高于常规组; 详情见表 2:

表 2 比较两组工作人员对于中药管理工作的满意度[n (%)]

组别	n	很满意	满意	不满意	满意率
鉴定组	5	5 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	5 (100.00)
常规组	5	2 (40.00)	2 (40.00)	1 (20.00)	4 (80.00)
X^2	-	-	-	-	1.1111
P	-	-	-	-	0.2918

2.3 比较两组工作人员在中药管理方面的专业素养

相较于常规的工作人员样本而言, 鉴定组样本在中药管理方面的专业素养(合理用药意识、配伍禁忌意识、药物管理能力)明显更高, 结果对比具有明显的统计学差异性, $P < 0.05$ 。详情见表 3:

表 3 比较两组工作人员在中药管理方面的专业素养 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$

组别	n	合理用药意识	配伍禁忌意识	药物管理能力
鉴定组	5	92.57 $\pm$ 1.57	94.86 $\pm$ 1.73	95.64 $\pm$ 1.57
常规组	5	89.26 $\pm$ 1.38	91.46 $\pm$ 1.45	92.68 $\pm$ 1.63
t	-	3.5408	3.3680	2.9245
P	-	0.0076	0.0098	0.0192

2.4 比较两组患者用药后的不良反应发生率

相较于常规的患者样本而言, 鉴定组患者样本用药后的不良反应发生率明显更低, 结果对比具有明显的统计学差异性, $P < 0.05$ 。详情见表 4:

表 4 比较两组患者用药后的不良反应发生率[n (%)]

组别	n	恶心	呕吐	食欲不振	发生率
鉴定组	500	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
常规组	500	0 (0.00)	2 (0.40)	2 (0.40)	4 (0.80)
X^2	-	-	-	-	6.6667
P	-	-	-	-	0.0098

3 讨论

医院中药房内的工作重点之一就是药材管理工作。中药房管理工作的

水平和质量会对临床用药的有效性和安全性产生直接的影响^[8]。因此, 必须采取合适的方法对医院中药房的管理工作进行强化。中药鉴定法能够对中药材的药性、真伪、来源等信心进行鉴别, 该手段是医院中药房工作人员的必备技能。近年来, 随着中医药在临床上的广泛应用, 中药鉴定在临床中药管理工作中的应用也越发频繁。该手段不仅能够有效提高中药管理工作的整体水平质量, 还能促使中药房管理工作的安全性和准确性得到显著提高, 其对于促进医院中药房的发展具有十分重要的意义。我国中药种类十分丰富, 具有数量多、品种多的特点。即使是同类别的中药, 由于其地区不同、来源不同等特点也会影响到其具体的药效和药力, 这对中药房的中药鉴定工作提出了极高的要求。科学、合理、准确地开展中药鉴定工作能够在一定程度上避免假冒伪劣、不符合标准的药材流入医院的药库内, 为临床中药治疗的安全性和有效性奠定了坚实的基础。该工作也能在一定程度上降低有关中药材不良事件的发生率。在进行中药鉴定工作的同时, 中药房的相关管理人员和采购人员也需要不断提升自身的专业素养, 积极学习、了解中药鉴定的方法及其相关知识, 以此提高中药鉴定的准确率。医院中药房的工作质量也会在此过程中得到显著提高, 有效改善当前中药房的管理现状, 促使工作人员不断的提升综合素质。可见, 中药鉴定法对于医院中药房而言是一种十分理想的管理措施, 医院的医疗水平及用药安全性等方面均可获益, 具有深入探索、研究的价值。

在此基础上, 本研究采取中药鉴定法对我院中药房收入中药材的质量进行鉴别, 以此分析该工作对于提高中药管理工作中的效果和作用。根据最终的研究结果可知: 相较于常规的中药管理记录样本而言, 鉴定组样本的不良事件发生率明显更低, 安全性更高; 相较于常规的工作人员样本而言, 鉴定组样本对于中药管理工作的满意度不存在显著的统计学差异, ($P > 0.05$), 但很满意人数高于常规组; 该组工作人员在中药管理方面的专业素养(合理用药意识、配伍禁忌意识、药物管理能力)明显更高; 此外, 相较于常规的患者样本而言, 鉴定组患者样本用药后的不良反应发生率明显更低, 上述结果进行对比具有明显的统计学差异性, $P < 0.05$ 。

综上所述, 采取中药鉴定法对医院中药房内的中药材进行鉴别能够有效提高药材的质量和水平, 同时能够提高临床用药方面的安全性, 患者的用药不良反应更少。此外, 在鉴定工作的过程中, 药房工作人员的专业素养也得到了显著提高, 效果更加显著。

参考文献:

[1]杨先国,褚思思,彭丽英.基于岗位典型工作任务的活页式教材开发——以高职中药专业中药鉴定技术为例[J].卫生职业教育,2022,40(15): 45-46.

[2]李莲慧,吴正波,王葳,李大山,王文静.LC-MS和LC-NMR在中药三萜和甾体类成分快速鉴定中的研究进展[J].中国民族民间医药,2022,31(13): 66-72.

[3]杨济齐,魏晓芳,沈婉莹,张景照,唐旭东.热微扰下二维相关红外光谱在中药鉴定中的应用研究进展[J].甘肃中医药大学学报,2022,39(03): 105-110.

[4]严玮,姜晓燕,杨水英,蔡艳,顾艳.中药传统鉴定技术在医院中药饮片质量控制中的传承与应用[J].药学与临床研究,2022,30(03): 285-288.

[5]翟思爱,米文娟,崔阳,洪伟峰,王亚顺,郭星好,邹慧琴,闫永红.中药砂仁性状鉴定与DNA条形码分子鉴定的对比研究[J/OL].中国中药杂志: 1-11[2022-07-29].

[6]徐璐,杨晶凡,沈致睿,鲁桑雨,陈随清.八角枫等5种有毒中药的叶片部位超显微结构研究[J].中国药物警戒,2022,19(04): 361-368.

[7]何君妃,王鑫昱.中药的传统鉴定与新型鉴定法在中药管理中的应用[J].中医药管理杂志,2021,29(23): 129-130.

危机管理模式结合传统外伤急救护理在急诊颅脑外伤患者护理中的应用分析

杨冬云

广西贵港市人民医院急诊科 广西贵港 537100

摘要:目的:探究危机管理模式结合传统外伤急救护理在急诊颅脑外伤患者护理中的应用效果。方法:选取我院2021年1月~2022年1月收治的110例急诊颅脑外伤患者作为研究对象,按照Excel软件随机分组方法分为A组(55例)与B组(55例),A组采用传统外伤急救护理方法,B组采用危机管理模式结合传统外伤急救护理干预方法。比较两组患者救治效率、昏迷程度、神经功能缺损程度、并发症发生率。结果:对两组患者救治效率比较,B组患者确诊时间、急诊至手术时间、急诊至病房时间、住院时间均短于A组,差异有统计学意义($P<0.05$);护理前两组患者GCS评分、NIHSS评分无显著差异($P>0.05$),护理后,B组患者GCS评分高于A组,NIHSS评分低于A组,差异有统计学意义($P<0.05$)。B组患者并发症发生率显著低于A组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:在急诊颅脑外伤患者护理中实施危机管理模式结合传统外伤急救护理干预可提升患者救治效率,减轻患者痛苦程度与神经功能缺损程度,降低患者并发症发生率,值得推广实施。

关键词:危机管理模式;传统外伤;急救护理;颅脑外伤

急诊颅脑外伤是急诊常见疾病类型,患者产生颅脑外伤的原因较多,并具有较高的死亡率。在急诊颅脑外伤中,死亡患者占据7%左右,根据相关临床研究表明,颅脑外伤急诊患者在救治过程中需要多个科室专业协调配合,具有较高的治疗难度,并且治疗过程较为复杂,为救治医生带来较大的挑战。对于急诊颅脑外伤治疗工作的关键是使患者接受专业及时的治疗,需要注重治疗效果的提升,因此,为了确保急诊颅脑外伤患者顺利救治,需要为患者提供有效的护理支持。针对颅脑外伤患者来说,需要及时的救治,并能最大程度降低对患者脑部损伤程度,因此急诊救治的安全性与有效性是医护人员的工作重点^[1-3]。本文研究以110例急诊颅脑外伤患者为研究对象,意在分析危机管理模式结合传统外伤急救护理在急诊颅脑外伤患者护理中的应用效果,具体报告下述。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

研究选取我院收治的急诊颅脑外伤患者共110例,收治时间(2021年1月~2022年1月),将患者采取Excel软件随机分组的方式分为B组与A组。其中男60例,女50例,其中A组55例,其中男性患者为30例,女性患者为25例,其年龄集中在45-75岁之间,均值(62.52±1.75)岁。B组55例,其中男性患者为30例,女性患者为25例,其年龄集中在46-76岁之间,均值(62.53±1.76)岁。组间数据对比无统计学差异($P>0.05$),可比。

1.2 方法

A组:给予传统外伤急救护理干预。在接到急诊电话后立即指派急救人员进行接诊,并对患者的史学情况及颅脑损伤情况进行评估,对患者的病情进行判断,并监测患者的生命体征,在急诊室进行消毒与包扎,当患者病情稳定后需要送至住院部接受进一步治疗,针对病情严重的患者需要组织医生会诊,并对患者制定手术方案。

B组:给予危机管理模式结合传统外伤急救护理干预。在传统外伤急救护理的基础上实施危机管理模式。①组建管理小组:小组成员包括临床经验丰富的专科主任、护士长、护理人员。并对小组成员进行培训,为其讲述危机管理模式的具体内容,并提出详细的护理管理要求制度,提升小组成员的综合水平,并由专科主任担任组长,对组内一系列工作事务进行安排。小组成员需要经过考核合格后方能参与实际的危机管理工作。②建立危机意识:医护人员需要定期参加培训讲座,并通过多元化的方式宣传危机管理相关内容,使科室医护人员的危机意识提升,并在治疗期间加强对医护人员的健康宣教,做好一系列准备工作,并将急救中所要用到的药物

与器械准备妥善。结合临床中以往的危急情况总结相关风险事件,并制定针对性的应急策略,为患者安全提供保障。③建立危机管理方案:对急诊科室中的病历资料进行收集,并针对不同类型的脑损伤患者进行分析,掌握其可能发生的风险事件,并制定相应的管理方案,提前做好预防措施,避免患者出现安全事件,并将临床中典型的案例进行分析与讨论,根据患者实际情况及时调整管理方案。

1.3 观察指标

比较两组患者救治效率、昏迷程度、神经功能缺损程度、并发症发生率。

(1)救治效率:确诊时间、急诊至手术时间、急诊至病房时间、住院时间。

(2)昏迷程度:依据格拉斯哥昏迷指数GCS评分,对患者昏迷程度进行评估,总分为15分,分数越高患者昏迷程度成反比越低。

(3)神经功能缺损程度:采用美国国立卫生研究院卒中量表NIHSS评分,含有11项内容,每项内容分值为0-9分,评分越高,神经缺损越严重。

(4)并发症发生率:肢体功能障碍、吞咽功能障碍、肺部感染。

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 救治效率

B组患者确诊时间、急诊至手术时间、急诊至病房时间、住院时间均短于A组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 2组患者救治效率对比($\bar{x}\pm s$)

组别	确诊时间 (min)	急诊至手 术时间 (min)	急诊至病房 时间(min)	住院时间 (d)
B组 n=55	33.54±5.36	42.17±3.46	43.08±5.89	16.44±1.23
A组 n=55	61.58±5.78	80.78±3.82	55.92±5.69	21.36±1.58
t	26.380	55.556	11.628	18.223
P	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 昏迷程度、神经功能缺损程度

干预前, 两组患者 GCS 评分、NIHSS 评分无明显差异, 干预后 B 组 GCS 评分更高, NIHSS 评分更低, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 GCS 评分、NIHSS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	GCS 评分 (mmol/L)		NIHSS 评分 (mmol/L)	
	护理前	护理后	护理前	护理后
B 组 n=55	8.45±1.88	13.05±0.72	33.75±2.34	10.11±2.21
A 组 n=55	8.44±1.91	11.33±0.63	33.81±2.28	17.45±1.23
<i>t</i>	0.028	13.333	0.136	21.522
<i>P</i>	0.978	<0.001	0.892	<0.001

2.3 并发症发生率

B 组患者并发症发生率显著低于 A 组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 并发症发生率比较 [n (%)]

组别	肢体功能障碍	吞咽功能障碍	肺部感染	总发生率
B 组 n=55	0 (0.00)	1 (1.82)	0 (0.00)	1 (1.82)
A 组 n=55	3 (5.45)	3 (5.45)	2 (3.64)	8 (14.55)
χ^2				5.930
<i>P</i>				0.015

3. 讨论

急诊颅脑外伤在神经外科较为常见, 其发病率较高, 发病紧急, 患者的病情较为严重, 并且病情发展迅速。该疾病的主要发生原因于交通事故、高空坠落及失足跌倒等, 并会使患者表现出恶心呕吐、脑出血、颅内血肿等现象, 还有部分患者会表现为代谢紊乱, 严重时可导致患者出现脑死亡^[4-7]。但是由于患者的病情较为危急, 在传统外伤急救护理工作中易出现差错, 因此需要在此基础上采取危机管理模式, 为患者提供全面的护理服务, 提升患者救治效率与效果, 降低患者死亡率^[8-9]。

在对急诊颅脑外伤患者的救治中, 实施危机管理模式可以提升患者的救治效率, 并在急救护理中取得良好的效果。结合此次实验研究, 以 110 例急诊颅脑外伤患者作为研究对象, 对患者进行分组并实施不同的护理方式, 干预后, B 组患者确诊时间、急诊至手术时间、急诊至病房时间、住院时间均短于 A 组 ($P<0.05$)。结果表明危机管理模式结合传统外伤急救护理干预可提升患者的救治效率。干预后, B 组患者 GCS 评分高于 A 组, NIHSS 评分低于 A 组 ($P<0.05$)。结果表明, 危机管理模式结合传统外伤急救护理干预可降低患者昏迷程度, 减轻患者神经功能缺损程度。B 组患者并发症发生率显著低于 A 组 ($P<0.05$)。表明危机管理模式结合传统外伤急救护理可降低患者并发症发生率。危机管理模式是一中常见且有效的护理模式, 是基于一定科学理论基础, 并遵循循证医学护理方法, 可结合患者的实际情况提供个性化的护理干预。在实际护理工作中, 需要成立专属危机管理小组, 通过培训提升医护工作者的综合能力, 其中包括并发症护理、生理护理与心理护理, 结合患者病情特点, 掌握路脑外伤的情况, 并以临床护理成果为基础了解护理管理工作重点, 并了解患者可能发生的风险, 给予患者专业的护理手段, 提升患者护理效果^[10-11]。危机管理模式的应用可以帮助患者快速诊断, 提升急诊路脑外伤患者救治工作秩序, 帮助患者及时获得专业的治疗, 使患者整体健康水平提升, 并最大程度降低患者脑损伤程度, 减少患者并发症的发生^[12-13]。危机管理模式结合传统外伤急救护理干预对急诊颅脑外伤患者具有积极意义, 相比于单一的传统外伤急救护理来说, 更能为患者的安全提供保障。危机管理模式, 可对患者不良事件的发生风险进行评估, 并进行针对性的改善, 通过多方面的管理

内容与护理服务, 提升患者配合度, 使患者顺利接受治疗。根据相关研究表明, 危机管理模式不仅体现在医疗管理的专业性方面, 还能体现在对患者治疗效果的促进方面, 通过完善的护理管理, 使患者神经功能与昏迷状况得以改善, 帮助患者及时与准确的治疗, 有利于患者尽快康复。并且危机管理模式可明确与优化诊疗过程, 帮助患者尽快确诊并体进行专业的治疗, 达到救治的目的。而对于传统外伤急救护理来说, 对急诊工作效率有较高的要求, 在实际救治过程中, 需要先对患者病情进行诊断, 再组织专科医师会诊, 使急诊救治工作连续性较差, 不能对患者实现持续的监控, 增加了患者死亡风险, 而危机管理模式的应用, 可对护理突发情况有效预防, 针对危机事件的发生, 可以在短时间内采取有效的措施应对, 使护理效率与护理质量大大提升。

综上所述, 危机管理模式结合传统外伤急救护理在急诊颅脑外伤患者护理中可提升患者救治效率, 减轻患者昏迷程度与神经功能缺损程度, 降低患者并发症发生率, 可推广实施。

参考文献:

- [1]黄春玲. 急救护理运用于急诊治疗车祸创伤致颅脑外伤患者中的效果研究[J]. 中国伤残医学, 2021, 29 (20): 81-82.
- [2]廖飞娥, 刁金凤, 叶雪莲. 危机管理模式与传统外伤急救护理相结合对急诊颅脑损伤患者的应用效果[J]. 当代临床医刊, 2021, 34 (3): 15-16.
- [3]王同兰, 杨丽香, 高丙娟. 危机管理模式结合传统外伤急救护理对急诊颅脑外伤患者救治效果的影响[J]. 黑龙江医学, 2021, 45 (16): 1727-1729.
- [4]赵喻. 危机管理模式结合传统外伤急救护理在急诊颅脑外伤患者护理中的应用分析[J]. 中国医药指南, 2021, 19 (16): 232-233.
- [5]李锦秀, 史金妹. 急诊全程优化护理干预应用于重症颅脑外伤患者抢救中对预后的影响[J]. 中国社区医师, 2021, 37 (35): 136-137.
- [6]程建红, 胡静. 危机管理模式在急诊颅脑外伤患者急救护理中的应用[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40 (16): 3006-3008.
- [7]郭永兰, 桂永丽, 朱淑玲. 在颅脑外伤急诊抢救中采取优质护理措施的评价研究[J]. 世界最新医学信息文摘, 2021, 21 (30): 178-179.
- [8]廖春萍. 院前急救护理干预对重度颅脑外伤患者急诊救治效果及预后的影响[J]. 养生保健指南, 2021 (37): 184-185.
- [9]李锦秀, 史金妹. 急诊全程优化护理干预应用于重症颅脑外伤患者抢救中对预后的影响[J]. 中国社区医师, 2021, 37 (35): 136-137.
- [10]Lujan Silvia, Petroni Gustavo, Castellani Pablo, Bollada Sabrina, Bell Michael J., Velonjara Julia, Vavilala Monica S., Mock Charles. The Status of Quality Improvement Programs for Pediatric Traumatic Brain Injury Care in Argentina[J]. Journal of Surgical Research, 2021, 265.
- [11]Nwosu Chinemerem, Spears Charis A, Pate Charles, Gold Deborah T, Bennett Gary, Haglund Michael, Fuller Anthony. Influence of Caretakers' Health Literacy on Delays to Traumatic Brain Injury Care in Uganda[J]. Annals of global health, 2020, 86 (1).
- [12]Barkley Ariana S, Spece Laura J, Barros Lia M, Bonow Robert H, Ravanpay Ali, Ellenbogen Richard, Huoy Phearum, Thy Try, Sothea Seang, Pak Sopheak, LoGerfo James, Lele Abhijit V. A mixed-methods needs assessment of traumatic brain injury care in a low- and middle-income country setting: building neurocritical care capacity at two major hospitals in Cambodia[J]. Journal of neurosurgery, 2019, 134 (1).
- [13]Roberts Derek J, Leonard Samuel D, Stein Deborah M, Williams George W, Wade Charles E, Cotton Bryan A. Can trauma surgeons keep up? A prospective cohort study comparing outcomes between patients with traumatic brain injury cared for in a trauma versus neuroscience intensive care unit[J]. Trauma surgery & acute care open, 2019, 4 (1).

品管圈在 PICC 术后护理中的作用分析

郭俊艳 李晓 陈玉玲 刘艳玲^{通讯作者}

邯郸邯钢医院 甲状腺科 河北邯郸 056500

摘要：目的：探讨品管圈在 PICC 术后护理中的作用。方法：将我院 2021 年 1 月-2022 年 1 月 80 例 PICC 术后患者，双盲随机法分二组。对照组给予常规护理，实验组实施品管圈护理。比较两组护理前后汉密尔顿抑郁量表评分、自我管理能力和生存质量评分、护理满意度、并发症发生率。结果：实验组汉密尔顿抑郁量表评分低于对照组，自我管理能力和生存质量评分高于对照组，护理满意度高于对照组，并发症发生率低于对照组， $P < 0.05$ 。结论：PICC 术后患者实施品管圈护理效果确切。

关键词：品管圈；PICC；术后护理；作用

PICC 内是通过外周静脉进行穿刺。PICC 导管可以使医务工作者在无菌的条件下对患者进行处理，从而避免了药物与血管的直接接触。PICC 成功后，可以将其置入体内，避免患者重复体验疼痛。通过经外周置入的中心静脉导管，可以为需要反复多次化疗的肿瘤患者提供一个可靠的输注通道，可以减少患者的疼痛，增加护理的安全性，并减轻护士的工作压力。但 PICC 会引起术后出血、静脉血栓、空气栓塞等并发症的发生，因此应加强对患者的监护。品管圈是日本质量管理领域的权威石川馨博士发起的，它是一个团队，在同一工作场所或工作相关的地区，通过科学的手段，不断的提高生产效率，降低成本，提高产品质量。目前 PICC 在临床上的应用越来越广泛，置管后，必须加强患者的依从性。患者带管期间，有一定的并发症风险，例如渗血、有分泌物、局部红肿等，若不能及时进行 PICC 的维护，会引起导管阻塞和其他并发症，从而引起不必要的拔管，增加患者的治疗成本和痛苦^[1-2]。而通过品管圈活动来改善患者在带管期间的护理效果，可以间接地影响到患者的治疗效果。本研究探讨了品管圈在 PICC 术后护理中的作用，报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

将我院 2021 年 1 月-2022 年 1 月 80 例 PICC 术后患者，双盲随机法分二组。每组例数 40。

其中实验组年龄 24-76 岁，平均 (48.21 ± 2.27) 岁，男 29；女 11。对照组年龄 21-75 岁，平均 (48.78 ± 2.91) 岁，男 25；女 15。两组一般资料统计 $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组给予常规护理，（1）对大出血量较多的护理。要密切观察穿刺部位的出血情况，如果有大量的出血较多，一定要及时包扎止血，避免大出血。（2）日常生活中穿刺部位的护理。在日常生活中要特别注意穿刺部位的使用，穿衣时应先穿置管侧手臂。免疫功能低下的患者更易发生并发症，因此，应加强对免疫缺陷患者的观察和护理。当患者接受检查时，应该避免从部位开始出现的导管断裂。（3）对管道进行清洗。医务工作者应在患者接受静脉输血和血液制品后立即冲管，后治疗间歇期 7 天进行一次导管冲洗。用输液接头连接，冲洗生理盐水（使用前和后）。

实验组实施品管圈护理。（1）组建品管圈团队。包括：临床医生 2 名、副主任 1 名、主管护士 3 名、护士 2 名。（2）确定品管圈主题，充分利用群策群力，探讨目前我院患者 PICC 后存在的问题。根据本次调查的结果，从多个方面寻找原因，并采取相关的护理措施。（3）解决措施。①加强对患者的健康教育：责任护士对符合 PICC 条件的患者进行“一对一”的健康教育，告知患者和家属使用化疗药物会刺激静脉、引起并发症，给患者和家人带来更大的经济压力，使其明确 PICC 的重要性，并自觉加入到维护 PICC 的工作中。可采取多种方式加强对患者的健康教育，通过张贴宣传

海报、发放健康手册、制作卡通图片等，提高患者及其家属的 PICC 维护意识，开展 PICC 的各种形式的宣传。如成立微信公众号，并指定专人负责，每天将 PICC 的相关知识和注意事项进行更新，并在网上进行解答。每个星期三下午，有专门的人员与患者进行沟通宣教。②护理人员认知层面。专家对护理人员开展 PICC 相关知识的培训，将其在临床上的最新进展情况进行宣传，并将 PICC 后的积极作用进行积极宣传，以便得到全体医护人员的支持和理解。③提高护士的操作技巧：圈长应定期召集圈员进行职业技术训练，在此期间，应对 PICC 的有关理论和维护方法进行详尽的说明，并对维护流程、注意事项、并发症处理方案等进行说明。④强化维护管理。与康复团队进行沟通，在院领导的的支持下，将门诊维护的数量从一周两天调整到一周四天。因特殊原因缺席的专科门诊，PICC 维护由科室专门人员负责。通知患者在基层医院进行 PICC 的维护和保养。制定 PICC 的个人维护手册，对有关资料进行详细的记录，以便下次维护。在患者离开医院的同时，对 PICC 的维护程序进行了重新的说明，科室的护士定期进行电话随访，了解患者家庭维护中存在的问题，及时给予解答和帮助。⑤有效规避并发症。为避免出现并发症，在 PICC 门诊进行统一的换药程序，通过检查，严格实施无菌操作。强化基层员工的业务和理论训练，统一用塞丁格技术进行穿刺。对患者进行后进行每日精细护理，并确保有专业护理人员在后追踪和指导。

（4）监督检查。对项目负责人、圈长、品管圈成员进行监督检查，圈员定期汇报 PICC 患者情况，发现问题要及时反馈，组织会分析问题和原因，改进措施，积极执行，观察结果，如果还没有解决的问题，可以在下一步的工作中不断改进。

1.3 观察指标

比较两组护理前后汉密尔顿抑郁量表评分、自我管理能力和生存质量评分、护理满意度、并发症发生率。

1.4 统计学处理

SPSS23.0 软件中，计数 χ^2 统计，计量行 t 检验， $P < 0.05$ 表示差异有意义。

2 结果

2.1 汉密尔顿抑郁量表评分、自我管理能力和生存质量评分

护理前两组汉密尔顿抑郁量表评分、自我管理能力和生存质量评分比较， $P > 0.05$ ，护理后两组均显著改善，而其中实验组汉密尔顿抑郁量表评分显著低于对照组，自我管理能力和生存质量评分显著高于对照组， $P < 0.05$ 。如表 1 和表 2

表 1 护理前后汉密尔顿抑郁量表评分、生存质量评分比较（ $\bar{x} \pm s$, 分）

组别	时间	汉密尔顿抑郁量表评分	生存质量评分
----	----	------------	--------

实验组	护理前	24.56±1.81	69.37±1.36
	护理后	10.12±1.01	92.21±5.56
对照组	护理前	24.91±1.42	69.13±1.25
	护理后	13.56±1.24	80.57±3.13

表 2 护理前后自我管理能力比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	健康知识	自我概念	自我责任	自我护理技
		水平		感	能
实验组	护理前	48.25±1.83	16.25±1.83	12.34±1.23	23.34±1.23
	护理后	70.15±2.92	25.15±1.92	18.23±2.12	37.23±4.12
对照组	护理前	48.93±1.47	16.93±1.47	12.10±1.12	23.10±1.12
	护理后	58.12±3.12	20.12±1.12	14.53±1.67	30.53±2.67

2.2 护理满意度

实验组的护理满意度比对照组高 ($P < 0.05$)。

表 3 两组护理满意度比较

组别 (n)	满意	比较满意	不满意	满意度
对照组 (40)	20	12	8	32 (80.00)
实验组 (40)	28	12	0	40 (100.00)
X ²				6.806
P				0.009

2.3 并发症发生率

实验组并发症发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。实验组并发症有 1 例, 占 2.5%, 而对照组并发症 8 例, 占 20.0%。

3 讨论

静脉输液技术作为一种重要的临床治疗方法, 在医院中, 90%以上的患者都要进行静脉输液。在静脉注射时, 护士会根据患者的不同情况选择合适的静脉通道, 以获得最好的疗效。随着医疗技术的不断发展, PICC 技术在临床中的应用越来越广泛, 因此, 如何进行 PICC 和维护是十分必要的。PICC 是目前临床上最常用的一种方法, 但在治疗过程中, 会发生由于各种原因引起的栓塞、感染、二次等, 如果操作不当, 可能会加重患者的症状, 加重患者的疼痛, 甚至引发各种并发症^[3-4]。良好的护理可以减少并发症的发生率, 减少患者的痛苦。在日常护理中, 仅关注患者的穿刺状况, 忽视患者自身的疼痛和焦虑, 以及患者自身的自我护理能力, 造成了在护理中反复发生的早期并发症, 杜绝的可能性很低。

“品管圈”是日本品质管理领域的权威, 石川馨博士, 倡导以尊重人为本, 以轻松、愉悦的现场管理模式, 让员工自发、自发地参与到经营活动中, 从中得到满足和成就感。品管圈团队不但能提高护理质量, 而且也能对患者进行宣传, 降低患者的焦虑, 提高患者的维护热情。圈员深入探讨了引发并发症和管道维护不当的原因, 并提出了相应的应对措施, 从根本上着手预防^[5-6]。

从护理人员方面, 制定了一套规范的 PICC 护理程序, 对护理人员进行贴膜、导管清洗、加压包扎、更换输液接头、早期并发症的预防和治疗培训, 提高了护理人员的技术水平^[7-8]。品管圈的团队护理不但减少了并发症, 提高了护理的质量, 而且也使护理人员的护理程序更加规范, 充分

了解 PICC 术后并发症的知识, 并在护理过程做到有效防护。规范 PICC 维护的操作, 可降低 PICC 患者的并发症, 提高患者导管的使用寿命, 这个过程需要建立严格的规范管理培训。通过强化培训, 统一了操作程序, 同时, 还规范了导管相关血液流行性感染的处置程序, 以及导管并发症的处置。同时, 规范了 PICC 患者的导管保养和术后患者的导管管理, 降低了 PICC 导管相关的并发症^[9-10]。

对于患者和家属层面, 在 PICC 门诊留置 PICC 导管的患者, 在术后 3 个月到 1 年内仍然可以长期使用 PICC 导管。因此, PICC 患者后的护理管理已经是一个非常重要的问题, 在世界范围内, 很多医院都已经建立了 PICC 的专科护理门诊。在品管圈设立后, 医院在 PICC 的基础上, 设立了 PICC 专科门诊。PICC 的品管组人员轮班值班, 对患者进行 PICC 带管健康教育, 并借助电话随访等方式, 及时了解患者的导管维护情况, 可增强护士的责任感和患者的维护意识, 提高患者和家属的自我管理能力, 减少后并发症的出现^[11-13]。

本研究显示, 实验组汉密尔顿抑郁量表评分低于对照组, 自我管理能力评分、生存质量评分高于对照组, 护理满意度高于对照组, 并发症发生率低于对照组, $P < 0.05$ 。

综上, PICC 术后患者实施品管圈护理效果确切。临床实践表明, 品管圈的推行不但可以提升患者对医疗服务的满意程度, 而且可以为团队成员提供充分的发挥空间, 激发团队的工作热情, 促进团队的凝聚力和向心力。同时, 通过品管圈的实施, 护理工作的质量监督转变为全员监督、共同改进的过程, 对提高医院的 PICC 护理质量起到了积极的作用。

参考文献:

[1]李玮,王蕊,王玉凤. 使用与满足理论在肿瘤患者PICC护理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2022,28 (12): 12-14.

[2]南芳,徐芳,高芳宁. 精细化护理干预预防乳腺癌 PICC 化疗患者导管相关性上肢深静脉血栓的价值[J]. 血栓与止血学,2022,28 (03): 1045-1046.

[3]张会丹,张婷,付娜. 循证护理在乳腺癌 PICC 化疗患者护理中的应用效果[J]. 保健医学研究与实践,2022,19 (06): 73-76.

[4]施贵宁,农惠娇,蒋枝伶. 精准护理在肿瘤 PICC 患者中的应用研究[J]. 蛇志,2022,34 (02): 229-232.

[5]苗红燕,封洁. QCC 活动在 PICC 新生儿中的应用[J]. 保健医学研究与实践,2022,19 (03): 141-143.

[6]赵园园. 品管圈活动对住院患者 PICC 相关性静脉血栓发生率的影响[J]. 当代护士 (下旬刊),2021,28 (08): 108-111.

[7]张玉青,韩芳,吴丽平,吴咪咪. 品管圈活动在 PICC 患者贴膜非计划更换率中的应用研究[J]. 当代护士 (中旬刊),2021,28 (07): 134-136.

[8]阴爱华,费燕梅,冒美娟. 品管圈活动对 PICC 导管患者并发症发生率的影响[J]. 名医,2021, (12): 57-58.

[9]罗慧红. 品管圈活动在新生儿 PICC 中的应用价值分析[J]. 中国实用医药,2020,15 (15): 189-191.

[10]许佳兰,华于琴,徐佩琴,段莉,项丽萍. QCC 在提高肿瘤患者 PICC 后健康教育掌握率中的应用[J]. 中医药管理杂志,2020,28 (10): 191-195.

[11]韩亮. 基于品管圈活动的预见性护理在降低肺癌患者 PICC 后非计划拔管中的作用[J]. 中国误诊学杂志,2020,15 (03): 118-121.

[12]张丹萍. 品管圈护理在经外周静脉穿刺中心静脉患者中的应用效果[J]. 中国当代医药,2019,26 (32): 251-253.

[13]章桂娇. 品管圈活动对降低外周静脉置入中心静脉化疗患者相关感染的应用效果分析[J]. 抗感染药学,2019,16 (07): 1186-1189.

护理风险管理对提高急诊内科护理质量及患者满意度的影响

朱严坡

江苏省南通市南通大学附属医院急诊内科 江苏省南通市 226001

摘要：目的：探讨分析在进行急诊内科临床护理时，将护理风险管理应用于患者护理工作中，对患者护理质量和护理满意度产生的影响是。方法：本研究将 2020 年 11 月至 2021 年 4 月作为研究时间段，选择在此期间本院接治的 280 例进入急诊内科接受治疗的患者为研究对象，应用计算机随机分组法进行分组，记名为对照组与实验组，每组 140 例患者。对照组患者接受常规护理，实验组患者在常规护理的同时给予护理风险管理，对比两组患者的护理满意度和心血管不良事件发生率。结果：研究结果显示相较于对照组来说，实验组内患者对于护理工作的各项评分值明显更高，提示实验组患者的护理质量更优，差异对比显著存在（ $P < 0.05$ ）。针对两组患者的护理满意度进行记录分析，对照组内的患者满意度相较于实验组明显更低，差异进行对比后显著存在（ $P < 0.05$ ）。结论：在开展急诊内科的护理管理时，工作人员将护理风险管理应用于其中，能够有助于使患者的满意度得到提升，对于改善患者的护理质量有十分积极的作用，值得进行推广。

关键词：急诊内科；安全事件；老年危重患者；生活质量；护理满意度

在医院的相关护理科室中，急诊内科是一个十分关键的科室，其中的大部分患者往往都是危及重症患者，并且患者伴随存在许多方面的护理风险因素，在这一个科室内相关护理工作开展时难度较大，容易出现医疗纠纷和医疗矛盾，对于患者的康复和后续治疗工作的开展会产生一定的影响。所以在近年来的相关临床研究中认为，在急诊内科开展护理实践时，应当强化风险管理措施，最大限度的降低这一科室的风险隐患，尽量为患者提供更优质的服务。值得注意的是，在针对急诊内科患者进行护理时，由于不同患者的病情状况，存在一定的差异，所以建立的风险管理体系需要根据不同患者做出相应的调整，尽量选择评分制度开展护理工作，进而满足不同症状和不同病理表现特征的患者的护理需求。本次研究探讨分析在进行急诊内科临床护理时，将护理风险管理应用于患者护理工作中，对患者护理质量和护理满意度产生的影响，以下为实验结果和过程。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

本次研究将 2020 年 11 月至 2021 年 4 月作为研究时间段，选择在此期间本院接治的 280 例集中入院的患者为研究对象，应用计算机随机分组法进行分组，记名为对照组与实验组，每组 140 例患者。其中对照组患者中年龄最大者 70 岁，年龄最小者 58 岁，中位值（ 62.5 ± 5.1 ）岁，包含 71 例男性和 69 例女性患者；实验组患者中年龄最大者 73 岁，年龄最小者 60 岁，中位值（ 63.2 ± 4.9 ）岁，包含 65 例男性和 75 例女性患者。

纳入标准：

- ①符合急危重症急诊标准；②意识清楚，未昏迷者；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。

对比患者的年龄、性别等基本资料未发现明显差异，不具有统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

1.2 方法

对照组患者接受常规护理，其中包含入院宣教、康复护理、遵医嘱用药、介绍疾病知识等。实验组患者在传统护理的同时给予护理风险管理，详情如下：

首先在开展护理风险管理以前，需要针对急诊内科内护理人员进行进一步的强化培训，使护理人员具备基础的风险防范意识和法律观念，尤其需要贯彻落实患者护理的相关规章制度，使护理人员真正意义上的掌握并熟练应用急诊内科患者的护理手段，强化患者的风险防范管理并提高护理

人员的自我保护能力。

在与患者进行交流沟通时，护理人员需要具备良好的服务意识，把握与患者的交流和沟通技巧，针对负面情绪严重的患者应当给予其有效的心理疏导和积极的沟通，确保患者能够将被动接受治疗的态度转变为主动寻求、配合医护人员的工作。

在患者的机体状态基本稳定后，护理人员可针对患者开展 APACHE II 评分护理。采用 APACHE II 评分，对患者进行分级别护理，APACHE II 评分的标准分为 4 级，I 级护理：护理人员需要每隔两小时对患者的身体指标进行一次监测，同时每隔 24 小时确认一次患者的体液水平，并应用外周静脉管理方案，对患者进行个体状况管理，一般情况下护患比例设置为 1:0.4。II 级护理：在对患者进行二级护理时，需要每小时对患者的生命体征进行一次监测，记录患者 24 小时的液体出入量给予患者充足的氧气吸入，并且在护理过程中护患比例设置为 1:1。III 级护理：在对患者进行护理是护理人员应当密切对患者的生命体征进行观测，一般情况下不按照时间对患者的生命体征进行评估，而按照患者的需求以及患者的个体状态作出调整，一般情况下控制在每小时 1~2 次左右给予患者充足的氧气，同时每隔 12 小时进行一次体液检查，护患比例设置为 1.5:2.1。特级护理：护理人员需要强化患者的生命体征监测，尤其需要预防患者出现并发症的情况，基于患者的个体状况，为患者建立合适的静脉通路，给予患者有效的护理管理。在对老年危重患者进行护理时，绝对卧床休息是患者在继续治疗过程中一项十分重要的治疗措施，绝对卧床休息的主要目的是使患者的血液供应负担得到减轻，而这项护理工作能够在一定程度上使患者的神经功能恢复正常，促进患者的肢体功能恢复。在患者治疗急性期的第 10 至第 14 天患者应当完全保持卧床休养的状态，一切患者在治疗过程中需要进行的日常活动，例如洗漱、饮食和大小便等都需要护理人员对患者进行有效的辅助。

①医务部负责对隔离医嘱下达、病历书写、治疗效果评价等工作，并组织相关学科进行会诊。②护理部负责对临床消毒隔离措施落实情况的监督和管理，如发生暴发时，及时调配护理人员。③微生物室负责细菌的培养、分离、判定和细菌耐药性的分析，并电话、内网 2 种方式及时通知院感科和临床科室。④药剂科（临床药师）负责对多重耐药菌合理用药的监督和指导，通过深入临床和利用院感监控系统及时反馈用药意见。⑤院感科通过众阳院感监测系统，实时全程监控，床边检查消毒隔离措施的落实情况，并督促其及时上报措施落实表。每季度反馈全院及重点科室多重耐药菌前五位的菌种，每月反馈各科室医院感染率。⑥总务科做好对保洁人员监管、培训和考核。⑦设备科负责消毒设备设施的维护，并提供合法合规的消毒产品，储备量满足临床需求。⑧微机中心负责对院感监控系统的维

护,确保多渠道提取的信息准确、一致。⑧临床科室感控小组负责对多重耐药菌措施落实的督导、培训、检查,如正确下达或停止隔离医嘱,合理使用抗生素,正确采集标本等。在急诊内科内,医务人员需要进行紫外线照射,上午与下午各进行一小时的照射,并做好相应的记录相关责任,护理人员需要做好责任签署的相关记录,以保障院内感染预防工作的责任,能够落实到人。不同层次以及不同场合都需要为工作人员开展有效的培训和教育,在进行管理时可以将组团式援助的方式应用于其中,尤其是强化科室主任和护士长等相关工作人员对手卫生的认知。院感办专职人员进行实际工作时,需要分片区对所管辖的科室来进行相应的管理,院感部门需要与护理部和医务科共同联合并将医务人员的手卫生考核作为一项绩效管理标准,开展管理工作提高手卫生的依从性以及正确性,通过这种方式尽量使手卫生的管理质量得到保障,对于我国的现代化手卫生管理来说,有良好的促进作用。

1.3 评价标准

由医务人员针对患者的护理满意度进行记录,并采用我院中自主制定的护理质量评分表,针对患者开展问卷调查,分析患者对于护理过工作的评分值。

1.4 统计学方法

本次研究涉及到的实验数据,由统计人员录入 Excel 表格后,采用 SPSS 21.00 For Windows 进行统计分析,数据处理工作由我院中相关统计人员开展,T、 X^2 应用于测定患者的计量数据和计数数据。

2 结果

2.1 两组患者的护理质量评分对比

研究结果显示相较于对照组来说,实验组内患者对于护理工作的各项评分值明显更高,提示实验组患者的护理质量更优,差异对比显著存在($P<0.05$)。

表 1 两组患者的护理质量评分对比

组别	心理疏导	健康教育	护理技术
对照组 (n=140)	69.19±6.25	70.25±5.23	70.32±6.59
实验组 (n=140)	88.96±4.21	90.25±5.63	91.21±5.14
T	9.1689	10.1247	11.6155
P	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 两组患者护理满意度对比

针对两组患者的护理满意度进行记录分析,对照组内的患者满意度相较于实验组明显更低,差异进行对比后显著存在($P<0.05$)。

表 2 两组患者家属护理满意度对比

组别	非常满意	满意	不满意	总满意度
对照组 (n=140)	45	62	33	76.43%
实验组 (n=140)	65	71	4	97.14%
X^2				8.6154
P				0.0000

3 讨论

急诊内科作为医院中接收患者最多,病种最繁多的科室其一,由于该科室接收的患者多数病情都很急切,患者同时很聚集,进而导致提高了日常护理工作的难度。危重症患者在入院时病情变化速度较快,并且病情特点较为复杂,而在对这类患者进行护理时,需要护理人员引起高度重视,并且对其中的护理风险因素进行分析,借此保障护理防范工作能够顺利开展。急诊内科内的患者的病情整体来说较为复杂,十分容易在护理工作中,由于多方面因素出现疏忽的情况,最终导致护理效果受到影响,所以研究人员将急性生理学以及慢性健康状态 II 评分应用于患者的个体状况评估中,这一评分方式能够帮助医务人员准确且直观的判断患者的病情严重程度,医护人员可根据不同患者的评估结果,为患者选择合适的护理方案,

进而使患者的治疗效果得到提升。从医学护理工作的角度进行分析,急诊内科是十分重要的一个科室,而其中收录的大部分患者都是急危重症患者,所以在开展患者的护理实践时存在多方面的风险因素,这也就直接导致临床护理工作面对着极大的难度,针对这样的状况,护理人员应当进一步使护理质量得到提升,并不断强化护患关系和护理技术,使患者的治疗需求得到满足。

而随着医疗技术的进步,相关护理质量也随之提高,诸多实验证明,在治疗的同时给予患者护理干预。也对患者进行临床评估时,通过 APACHE II 评分,能够帮助医务人员明确患者的个体状况,将 APACHE II 评分在实际应用急诊内科的护理过程中具有一定的权威性,医务人员能够判断患者的疾病状况为患者设置合理的护理方案,通过开展分级管理,一方面能够保障护理工作具有一定的侧重性,另一方面还能够在保障医疗资源不被浪费的基础上,最大限度的改善患者的护理效果。APACHE II 评分主要是通过对患者入院、抢救等可能影响疾病的因素进行合理控制,再给予适当的康复运动指导,不仅能使患者不良生活方式改善,还能避免不健康饮食而导致复发,既降低患者的复发率,也能防止各类并发症的发生,建立良好的护患关系。在 APACHE II 评分中,弱患者的评分值在 16 分以上,则说明患者的病情极为严重,医务人员需要对患者进行为期至少 12 小时的观察以及护理而患者的护理服务与 APACHE II 有极为密切的关联,而如果患者的 APACHE II 评分结果在 10~15 分以内,则说明患者的基本状况处于稳定状态,在进行患者的护理时,应当以患者的疾病观察和体征维持为主。而患者在接受护理时所选择的具体护理方式涉及到的内容较为复杂,但护理人员只需要根据患者的评分结果设置相应的护理方案,即可获得较为良好的护理效果,在对患者进行护理时,护理人员应当做好对应的病情状况评估和 APACHE II 评分,使患者后续治疗工作的开展更为顺利有效。

综上所述,在开展急诊内科的护理管理时,工作人员将护理风险管理应用于其中,能够有助于使患者的满意度得到提升,对于改善患者的护理质量有十分积极的作用,值得进行推广。

参考文献:

- [1]张玉玲. 集束化护理策略对 ICU 机械通气患者临床转归及 APACHE II 评分的影响[J]. 国际护理学杂志,2021,40 (19): 3624-3627.
 - [2]赵春红,唐海霞,丁亚楠. 基于 APACHE II 的分级护理在脑卒中患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志,2021,27 (19): 144-146.
 - [3]钱芬,戎捷骊. 基于 APACHE II 评分的护理干预对重症胰腺炎患者消化道功能的影响[J]. 当代护士 (中旬刊),2021,28 (09): 67-69.
 - [4]魏静,陈晨. APACHE II 评分在急诊重症患者护理中的实施价值[J]. 当代护士 (中旬刊),2021,28 (09): 69-71.
 - [5]吴娜. APACHE II 评分系统应用于重症监护病房护理管理中的实施意义[J]. 吉林医学,2021,42 (07): 1791-1793.
 - [6]罗丽秋,吴玉珊,辛款强. 医护协作模式动态管理法对 ICU 连续性肾脏替代治疗患者 APACHE II 评分及护理不良事件发生率的影响[J]. 基层医学论坛,2021,25 (08): 1156-1158.
 - [7]刘芳,龚立超,黄兴,余萌. APACHE II 和改良 NAS 在神经内科 ICU 护理人力资源配置中的适用性研究[J]. 中国护理管理,2020,20 (11): 1727-1731.
 - [8]王丹丹,戴新娟,宋玉磊,李英,徐玮,倪冬梅,钟琴,朱静,王迪,柏亚妹. Apache II 和简单临床评分在分级护理病情评估中的应用比较[J]. 中国医院管理,2020,40 (11): 80-83.
- 作者简介: 朱严坡 (1995.09),女,汉族,本科,护师,主要研究急诊急救。

老年衰弱危险因素的研究进展

陈万华¹ 崔立敏^{2*}

1.延边大学护理学院 吉林延吉 133000; 2.延边大学附属医院 吉林延吉 133000

摘要: 目的 将老人衰弱危险因素的文献进行整理归纳。方法 检索国内外关于老年衰弱危险因素的相关文献。结果 年龄、性别、文化程度、跌倒史与跌倒次数、慢病共存、多重用药、营养不良、抑郁、睡眠状况和自理能力是衰弱的危险因素。结论 老年衰弱与自身状况、疾病及心理等因素相关, 应尽早识别和管理, 以延缓衰弱的发生。

关键词: 老年人; 衰弱; 危险因素; 研究进展

Advances in risk factors in old aging

Wanhua Chen¹, Limin Cui^{1*}

(1. School of nursing, Yanbian University, Yanji, Jilin 133000; 2. Affiliated Hospital of Yanbian University, Yanji, Jilin 133000)

【Abstract】 Objective The literature on risk factors of elderly frailty was summarized. Methods Literature on risk factors of senile frailty was searched. Results Age, gender, education level, history and frequency of falls, coexistence of chronic diseases, poly medication, malnutrition, depression, sleep status and self-care ability are risk factors for frailty. Conclusion Frailty in old age is related to personal condition, disease and psychological factors, so it should be recognized and managed as early as possible to delay the occurrence of frailty.

【Keyword】 old people; weak; hazards; research progress

随着社会经济和医疗水平的提高, 全球人口老龄化问题凸显, 衰弱的老人也随之增加。衰弱可导致老年人生活依赖、发生跌倒、失能的可能, 增加了老年人住院、致残甚至死亡的风险, 给家庭和社会带来了巨大的压力。本文通过对老年衰弱危险因素进行综述, 为临床早期识别和管理提供参考。

1 衰弱的概念

衰弱 (Frailty) 是指老年人生理储备下降导致机体易损性增加、抗应激能力减退的非特异性状态^[1]。"Frailty"最早出现在 20 世纪 60 年代末, O'Brien 等^[2]在社区老年人的横断面调查中描述了衰弱的特征, 即个体对不良事件的差异性反应。1978 年美国老年联邦会议上正式提出, 衰弱是以描述存在着累积性的多种健康问题, 长期需要支持性服务以应对日常生活的老年人。2001 年, 美国约翰霍普金斯大学 Fried 等将衰弱定义为老年人由于多个生理系统的功能或储备逐渐下降, 导致机体易损性增加, 对压力源的抵御性减弱, 最终导致残疾和自理能力降低。2004 年, 美国老年学会把衰弱定义为老年人因生理储备下降而出现抗应激反应能力的减退, 是一种非特异性状态, 涉及多系统的生理学变化, 包括神经肌肉系统、代谢及免疫系统改变, 这种状态使失能、谵妄、跌倒及死亡等负性事件的风险增加。2017 年, 中华医学会老年分会^[3]定义衰弱为老年人生理储备下降导致机体易损性增加、抗应激能力减弱的非特异性状态。其核心特点是老年人对外部压力源的脆弱性增加, 外界较小刺激即可导致负性临床事件的发生。衰弱不同于衰老, 衰弱是一个动态发展的过程, 早期识别衰弱并采取有效的干预措施, 可延缓甚至逆转衰弱的发生。

2 老年人衰弱的危险因素

2.1 人口学因素

2.1.1 年龄

年龄是老年人发生衰弱的主要影响因素。年龄越大, 衰弱发生的风险越高^[4]。国内一项 Meta 分析显示: 65~74 岁老人衰弱患病率为 12.2%, 75~84 岁患病率为 33.2%, 85 岁及以上患病率为 46.8%^[5]。随着年龄增加,

身体各器官功能逐渐减退, 能承受不良事件的风险下降, 发生肌肉功能、平衡能力降低, 导致跌倒和意外风险增加。

2.1.2 性别

老年女性衰弱人群较男性多, 衰弱程度亦高于老年男性^[6]。老年女性的寿命较长, 且女性绝经后雌激素水平迅速下降, 维生素D缺乏, 加速神经-肌肉平衡能力和肌肉力量的衰退。

2.1.3 文化程度

文化程度高是老年衰弱的保护因素^[4]。文化程度高的老人健康素养较好, 对自身的健康依从性较高, 发生衰弱的风险下降。Melo 等^[7]研究指出, 经济落后、文化水平较低的拉丁美洲, 其衰弱患病率是发达国家的两倍。我国偏远地区的老年人衰弱发生率远高于城市老年人群, 为 42.7%^[8], 与农村地区老年人普遍受教育程度较低, 对自身健康认知较差相关。因此, 应重视对此类群体的管理, 以减少不良结局的发生。

2.2 机体健康状况相关因素

2.2.1 跌倒史及跌倒次数

刘晓燕等^[9]研究已证实, 有跌倒史是老年衰弱的最大危险因素。跌倒史及跌倒次数与衰弱程度呈正相关^[10]。跌倒是导致老年人发生衰弱的诱因, 也是衰弱加重的原因^[11]。跌倒次数越多的老人身体状况越差, 衰弱程度越高。同时, 跌倒次数多的老人因恐惧跌倒, 社会活动范围缩小, 加重衰弱的发展。应采用有效的跌倒预防策略来预防跌倒, 从而减少衰弱的发生率, 提高老年人的生活质量。

2.2.2 慢病共存与多重用药

多种慢病共存与衰弱相互影响。相关研究表明, 老年共病的发生率为 55%~98%, 其衰弱的发生率为 21.70%, 处于较高水平^[12,13]。当共病状态恶化、没有被充分治疗时会出现更多的并发症, 加速衰弱的发展。老人多病共存, 会伴有多重用药, 其衰弱的发病率可达 59%^[14]。Nicola 等^[15]在对 4402 名无衰弱的老年人进行长达 8 年的随访后发现, 使用 4~6 种药物的参与者, 患虚弱的风险高出 55%, 而服用 7 种以上药物的参与者发生虚弱

的风险增加约 2.5 倍。多重用药与衰弱和衰弱前期老年人的不良结局密切相关。多重用药产生的不良反应可导致体内平衡紊乱,会进一步加重衰弱。应重视对老人慢病用药的管理。

2.2.3 营养状态

营养不良是衰弱的危险因素^[16],也是衰弱发生发展的重要生物学机制。存在营养不良风险和较低的血清白蛋白水平的老年患者更易发生衰弱^[17]。Kim 等^[18]的研究提出营养状态与老年人衰弱状态有关,并发现蛋白质能量补充对衰弱老年人功能下降有预防作用。营养不良可降低骨骼肌含量,增加骨质疏松症、骨折及跌倒等风险,引发机体功能障碍和免疫力降低。营养不良作为衰弱可控的危险因素,重视对老年人营养风险的筛查和管理,可预防和延缓衰弱的发生。

2.3 心理因素与睡眠障碍

抑郁的老人是衰弱发生的可预测因素,其衰弱发生率可达到 40%^[19]。抑郁的老人与外界缺少沟通,社会参与减少,功能状态下降。睡眠质量差也是衰弱的危险因素之一^[20]。睡眠障碍导致衰弱的可能原因为睡眠不佳会引起如抑郁症状等健康问题,这些问题引发衰弱。Zhao Hu^[21]等人考察了中国湖南省养老院老年人睡眠质量差与抑郁症状的关系,结果发现老年人睡眠质量与抑郁症显著相关,抑郁同时增加睡眠障碍的风险。建议社会应关注空巢老人,强化家庭功能,提升老人的幸福指数。

2.4 生活活动能力

日常生活活动能力(ADL)与衰弱的发生密切相关。ADL 得分越低,老人衰弱程度越重^[22]。社区日常生活能力障碍的老人发生衰弱的风险是正常的 11 倍^[23]。ADL 受损的老年人躯体活动能力下降,严重影响老人外出活动且居家时间较长,长期会导致老人肌肉衰减,加重衰弱。

3 小结

我国人口老龄化日益加重,老年衰弱问题普遍存在,严重影响老年人的生存质量。本文从患者生理、心理、疾病等方面整理和分析了衰弱的危险因素,建议医务人员重视对老人的早期筛查和管理,以减少老人衰弱的发生。

参考文献:

- [1]中华医学会老年医学分会.老年患者衰弱评估与干预中国专家共识[J].中华老年医学杂志,2017,36(3): 251-256.
- [2]O'Brien T D, Roberts J, Brackenridge G R, et al. Some aspects of community care of the frail and elderly: the need for assessment[J].Gerontol Clin (Basel), 1968,10(4): 215-27.
- [3]中华医学会老年医学分会,郝秋奎,李峻,等.老年患者衰弱评估与干预中国专家共识[J].中华老年医学杂志,2017,36(03): 251-256.
- [4]王丽华,肖艳,杨秋莲.广州市社区≥60 岁人群衰弱现状及影响因素调查[J].华南预防医学,2021,47(10): 1312-1314+1318.
- [5]田鹏,杨宁,郝秋奎,等.中国老年衰弱患病率的系统评价[J].中国循证医学杂志,2019,19(06): 656-664.
- [6]石婧,王丽香,周白瑜,等.基于 Flairlie 分解法分析北京市社区老年人衰弱的性别差异及相关因素[J].中华医学杂志,2021(18): 1369-1374.
- [7]Melo Filho J, Moreira N B, Wojciechowski A S, et al. Frailty

prevalence and related factors in older adults from southern Brazil: A cross-sectional observational study[J].Clinics (Sao Paulo, Brazil), 2020,75: e1694-e1694.

[8]王志燕,高欢玲,宋歌.山西省农村老年人衰弱现状及影响因素分析[J].护理学杂志,2021,36(05): 88-91.

[9]刘晓燕,丁霞,董晨,等.社区与住院老年人跌倒的现状 & 影响因素[J].中国康复理论与实践,2022,28(04): 389-398.

[10]胡雅,杨斌,付藏媚,等.养老机构老年人衰弱现状及影响因素分析[J].中华现代护理杂志,2021(05): 576-581.

[11]许丽娟,张丽虹,叶丽娜,等.社区老年衰弱危险因素及风险预测模型构建[J].中国老年学杂志,2021,41(01): 170-173.

[12]范利.我国老年人慢性病防控迫在眉睫[J].中国临床保健杂志,2019,22(04): 433-434.

[13]张智月,董奥,冉明,等.老年慢病共存患者自我感知老化与衰弱的相关性[J].中华老年多器官疾病杂志,2021,20(08): 611-614.

[14]Palmer K, Villani E R, Vetrano D L, et al. Association of polypharmacy and hyperpolypharmacy with frailty states: a systematic review and meta-analysis[J].Eur Geriatr Med,2019,10(1): 9-36.

[15]Veronese N, Stubbs B, Noale M, et al. Polypharmacy Is Associated With Higher Frailty Risk in Older People: An 8-Year Longitudinal Cohort Study[J].Journal of the American Medical Directors Association,2017,18(7): 624-628.

[16]田鹏,孙春丽,彭朝明,等.老年病科住院患者衰弱发病情况及危险因素分析[J].国际老年医学杂志,2021,42(05): 268-271.

[17]张洁,胡慧秀,孙超,等.内科住院老年患者衰弱现状及影响因素分析[J].中国护理管理,2022,22(01): 79-83.

[18]Kim C-O, Lee K-R, Kritchevsky S. Preventive Effect of Protein-Energy Supplementation on the Functional Decline of Frail Older Adults With Low Socioeconomic Status: A Community-Based Randomized Controlled Study[J].The Journals of Gerontology: Series A,2012,68(3): 309-316.

[19]Soysal P, Veronese N, Thompson T, et al. Relationship between depression and frailty in older adults: A systematic review and meta-analysis[J].Ageing Research Reviews,2017,36: 78-87.

[20]林静静,杜雨珊,梁明斌,等.中老年人衰弱与生活行为因素的关联研究[J].预防医学,2022,34(3): 263-267.

[21]Hu Z, Zhu X, Kaminga A C, et al. Association between poor sleep quality and depression symptoms among the elderly in nursing homes in Hunan province, China: a cross-sectional study[J].BMJ open,2020,10(7): e036401-e036401.

[22]冯青青,边萌,杜毓锋.社区老年人衰弱情况及其影响因素研究[J].中国全科医学,2021(24): 3032-3038.

作者简介:陈万华,女,硕士在读,护士。

*崔立敏,通讯作者。

来氟米特治疗类风湿关节炎的临床进展

李丕松

苍南县人民医院 浙江温州 325800

摘要：类风湿性关节炎（Rheumatoid Arthritis, 以下简称 RA），大部分人习惯称为类风湿。我国早期在医学教科书中曾经将类风湿性关节炎称之为慢性风湿病、痿痹质斯，以及畸形性关节炎或萎缩性关节炎等等。在二十世纪 60 年代后才开始统一称为类风湿性关节炎。类风湿关节炎在我国临床治疗研究中已经有一定的历史，自早期 1763 年首次提出相关症状后，至如今已经有较长的研究历史，但是因为类风湿关节炎得发病机制较为复杂，且无法治愈，所以完善的治疗成为当前临床研究的重点话题。随着临床研究不断进展，发现来氟米特治疗类风湿关节炎有较高的治疗效果，且不良反应率较低，通过研究来氟米特治疗类风湿关节炎，可以简单了解来氟米特的发展历史，疾病类型，以及治疗机理等，从而为临床研究提供参考。

关键词：来氟米特；类风湿关节炎；临床进展

类风湿关节炎主要的特点为侵蚀性与对称性，患者患类风湿关节炎后，主要的症状为手足关节肿胀，晨僵和疼痛，严重情况下还会出现关节畸形，患类风湿关节炎的患者需要提早诊断治疗，才能有效避免病情加重，在确诊后经过长期治疗，通过保养及日常药物治疗，可以有效缓解患者病症【1】。该病主要发于手、腕、足、膝等关节，初期可见关节肿胀、痛、热、障碍等表现，晚期会致使关节出现不同程度的变形，伴随骨骼肌萎缩、骨腐蚀等，严重影响患者的日常生活与劳作，且致残率较高【2】。随着临床医学进展，发现来氟米特在临床中对类风湿关节炎的治疗效果良好，能够有效代替甲氨蝶呤、利妥昔单抗联合应用治疗该疾病，在治疗中通过了解疾病的类型、特点，以及治疗机理等，合理用药，能够达到较为理想的治疗效果，现综述如下。

一、类风湿关节炎简述

治疗类风湿关节炎过程中，需要全面明确患者的疾病类型，并根据患者临床症状，才能给出最佳的治疗方案，帮助患者提升预后效果。

1. 隐袭型

该型约占总比的 75% 左右，患者首发症状为晨僵和肿痛，主要多见于近端和其中指间关节，常见上肢，多为对称性，可持续数周左右，且有间歇性、游走性表现，患者可见疲乏、低热，以及周身不适等症状。

2. 急性发作型

该型约占总比的 10% 左右，主要症状为全身性症状。因为患者的关节及滑膜周围组织受累，所以呈现关节肿胀，有严重的疼痛或不适，大部分患者都需要卧床休养，无法活动，该症状最长可持续 1-2 个月，但是少有发热反应，需要经过适当的治疗才能有效缓解。

3. 间歇发作型

该型约占总比的 18% 左右，主要特点为关节肿胀，间歇、反复疼痛，每次疼痛持续数日或数周不等，可自行消退，但过数日后会再次发作。患者周身左右关节都有发病的几率，但是常见于膝关节、踝关节，以及指关节等，可自行停止发作，一般不留后遗症。

4. 成人 Still 病型

最高可发病总比的 5% 左右，原称为“亚急性变态反应性败血症”，主要的临床原因为患者突高热，热程可以持续数月或数周不等，常常伴有周身出淡红色小型斑丘疹，退热后可自行消失【3】。部分患者会出现肝脾肿大，以及白细胞增高等症，经临床检查后有类白血病反应，如嗜酸性粒细胞增多、血沉增快、RF 阴性等。该类型疾病前期关节症状开始不突出，但是关节受累较多，如膝、踝、腕等大关节，少数患者只伴有关节疼痛但无肿胀，退热后症状有所缓解。

5. 非典型发作型

该类型发病早期并不典型，只伴有长期的低热，患者有疲乏、易累等症，但是过数月或数年后，可出现指关节或跖趾关节结肿痛，并逐渐波及到更多关节中。

6. 幼年型

该类型目前临床中并未研究出明确的发病机制，主要特征为慢性滑膜炎，可损害儿童自身所有结缔组织，并在儿童期所有年龄段都有发病几率。结合 1991 年北京儿童医院研究来看，在 1950 年进行的研究中，患儿患病的男女比例为 1：9，大部分患病儿童为男童。

二、类风湿关节炎损害

类风湿关节炎属于一种全身性疾病，在任何关节都有可能发病，并累及其他器官【4】。采用传统的甲氨蝶呤、利妥昔单抗联合应用治疗类风湿

关节炎患者，有一定的风险影响患者肝肾功能，但是通过采用来氟米特，不仅可以收获良好的治疗效果，还能有效降低对肾脏等结缔组织的损害。

主要体现为如下：

1.类风湿性皮下结节

该结节的病理主要为结节中心不规则纤维样坏死，周围有大量的纤维细胞、淋巴细胞，以及巨嗜细胞，外层为肉芽组织，随着病程加重，会出现纤维细胞致密，以及结缔组织硬结等症状【5】。主要发作与关节边的骨突部位，常见手、膝、坐骨等关节，硬结呈圆形，可滑动，但是如果和腱鞘、节囊粘连时，无法滑动。触之无痛感，但是可因摩擦破溃，而导致红肿。该症常见在类风湿高度活动期，伴有全身性症状。

2.类风湿性血管炎

因为患者免疫复合物在血管壁中沉积，而导致血管闭塞与验证，所以临床也称之为类风湿性血管炎或恶性类风湿性关节炎。临床中将该疾病分为两种类型，首先是周围血管炎,主要症状为指趾的坏死，并伴有甲床淤斑；其次是内脏多器官的全身性血管炎，该病发病较急，临床症状为不对称性多神经炎、发炎、白细胞增多等等，患者预后并不会太理想的效果【6】。

3.肌肉萎缩

关节周边肌肉会出现萎缩症状，例如常见的腓肠肌、骨间肌等萎缩，主要是因为长期使用出现慢性消耗，最终致使出现该类疾病。

4.腱鞘炎

患者患 RA 后，会侵犯周边的肌腱及腱鞘，例如腕关节 RA，早期侧腕伸肌的腱鞘炎发作频繁，但是随着炎症加重，压迫神经，则可能导致腕管综合征。

5.肾、肺、心脏损害

患 RA 后，很少会出现肾损害的现象，但是部分研究者通过研究该病的病理，发现部分患者会有肾淀粉样的变性，再加上药物的副作用，有一定几率会引发患者慢性或增生性肾炎。

肺部损害也并不常见，但是因为肾脏结缔组织丰富，而 RA 发病主要累及结缔组织，所以对肾脏有较高的影响。部分研究中发现，RA 患者有一定几率会患胸膜炎及胸腔积液、慢性纤维性肺炎、弥漫性肺间质纤维化等等【7】。

RA 产生心脏损害在临床中并不少见，对患者心肌、心内膜，传导系统以及冠状动脉等产生损害。所以在应用皮质类固醇及免疫调节剂治疗原发病控制类风湿活动的同时，也要心脏组织损伤导致的心力衰竭、心率失常、心绞痛甚至心梗塞给予及时的治疗。

三、类风湿关节炎的病因与发病机制

结合临床研究来看，目前 RA 的发病机制并无准确、肯定的定论，但是临床研究认为，RA 的发病可能与如下因素有关：

1.感染因素

因病毒入侵或感染而产生炎症因子，是直接引发关节滑囊损伤的因素

【8】。部分研究人员利用链球菌胞壁碎片水悬液注入小鼠腹腔证明,可引起慢性关节滑膜炎。也有部分研究者对伯氏疏螺旋体引起的莱姆病进行研究，发现该病晚期表现类似 RA。还有部分研究者通过分析细小病毒 B19 感染，也证实为 RA 的主要发病因素。

结合近年来研究结果来看，A 型链球菌、大肠杆菌、奇异变形杆菌，以及肠道厌氧菌的感染等因素，都与 RA 发病息息相关，但是由于许多研究都未做出确切的实验或给出证明，所以缺乏一定的理论依据。

2.遗传因素

结合相关调查来看，发现近亲出现 RA 的几率较高，且患有糖尿病妇女患 RA 的几率也是常人的几倍甚至十几倍，并提示和遗传因素有关。目前临床研究已证实，人类白细胞抗原是重要的遗传基因系统，不同的染色体内控制着不同的抗原，国外研究者通过提出共同点学说、分子模拟学说、基因剂量效应等，证实 RA 和遗传有直接关联。

3.免疫因素

前文提到患者患 RA 与自身免疫能力有关，患者患病主要的因素在于免疫系统功能紊乱而致，免疫系统紊乱后可致炎症反应疾病。结合免疫荧光技术研究来看，滑膜组织中有免疫球蛋白，免疫复合物沉淀，以及补体等因素，导致花囊也中的补体活性降低，从而引发 RA。

四、来氟米特治疗类风湿关节炎的临床进展

（一）来氟米特治疗类风湿关节炎机理

结合相关研究来看，来氟米特（Leflunomide，以下简称 LEF）能够有效代替甲氨蝶呤、利妥昔单抗联合应用治疗类风湿关节炎（RA）患者。

目前临床中治疗 RA 患者的主要方法为利妥昔单抗与甲氨蝶呤联用，但是许多患者在使用甲氨蝶呤后，疗效并不理想，主要体现在临床症状未缓解，或出现不耐受等症状，所以临床加强了对其他药物及治疗方案的研究【9】。经过大量的，临床研究后证实，来氟米特可以有效缓解类风湿关节炎患者症状，且对使用甲氨蝶呤、利妥昔单抗治疗有耐受性的患者同样有效，患者使用后临床症状有明显缓解，发病频次降低，发病症状较轻。结合来氟米特的治疗机理来看，LEF 属于一种新型免疫抑制剂，主要是利用抑制二氢乳清酸脱氢酶、酪氨酸激酶从源头上减少嘧啶合成，抑制淋巴细胞异常活化，降低免疫反应出现。

目前国外对该治疗方法已有上千余例的研究证实，采用随机、双盲法

等进行对照研究,证实了采用来氟米特治疗,可以减缓患者骨侵蚀进度,加强关节保护,且治疗效果高于甲氨蝶呤【10】。

结合相关研究来看,部分研究者通过为期半年的治疗后发现,采用来氟米特治疗,具有较大的治疗效果,但是部分患者有相关的不适症状,主要为胃肠道症状,但是并未发生严重的不良反应而停药的患者。

(二) 来氟米特治疗类风湿关节炎的不良反应

结合当前临床研究来看,部分患者在服用来氟米特后,会产生一定的不良反应,主要体现在瘙痒、剂量依赖性皮炎、可逆性脱发和氨基转移酶升高及胃肠道不良反应(最常见的有厌食、腹痛、腹泻、呕吐、胃炎及结肠炎)【11】。经过临床研究来看,未见患者肾毒性和骨髓毒性发生,但是已经有血象改变的相关报道。部分研究证实,患者服药后,还有质性肺炎、肺纤维化和肝衰竭的不良反应,严重情况下还会导致患者死亡。

(三) 来氟米特治疗类风湿关节炎的方法

来氟米特属于一种有机化合物,为具有抗增殖活性的异恶唑类衍生物,能抑制二氢乳清酸合成酶,通过抑制嘧啶的全程生物合成,从而直接抑制淋巴细胞和B细胞的增殖。

结合来氟米特的临床研究适应症来看,该药物主要应用于成人类风湿性关节炎和狼疮性肾炎的治疗【12】。还可用于大疱性类天疱疮、结缔组织病、严重型银屑病等。患者自服药过程中需要根据临床症状而定,如口服:负荷量 50mg 每日,3 天后改为维持量 20mg 每日。病情缓解后,可改为 10mg 每日。狼疮性肾炎每日 20-40mg,病情缓解后可适当减量。但是随着临床医学进展,发现来氟米特可以用于治疗类风湿性关节炎,不仅有较高的治疗效果,且患者不良反应率较低,是理想的治疗药物之一。在应用来氟米特治疗类风湿关节炎患者时,只需要根据患者病情加减药量,即可获得良好的治疗效果。

部分研究者通过对十余例患者进行分组对照治疗,分别服用 LEF、甲氨蝶呤,剂量依次为 20mg、15mg,服用频次依次为每天一次、每周一次,连续服用 24 周为一个疗程、两组患者治疗期间合并使用非甾体类抗炎药物,双路芬酸钠肠溶片,并于服药 4-6 周后停药,试验期间并未使用风湿类药物及糖皮质激素等药物。经过 12、24 周的记录观察,对患者晨僵、关节肿胀、肿胀指数,以及关节功能等进行综合评价。研究结果中,部分患者具有头晕、脱发、皮疹、呼吸道感染等不良反应症状,但患者均为出现严重情况,无需停止服用药物。结果证实,服用来氟米特的患者 12、24 周的治疗有效率均在 80%以上,而服用甲氨蝶呤的患者治疗有效率均在 70-80%范围内。且服用来氟米特的患者皮疹、肝功能损害等不良反应较少,

具有较强的临床应用效果。

结束语:

综上所述,通过来氟米特治疗类风湿关节炎的临床进展,可以充分明确类风湿关节炎的疾病机理与临床资料相关。就目前来氟米特治疗类风湿关节炎的临床疗效来看,因为来氟米特独特的药物机理,是目前治疗类风湿关节炎最为理想的药物之一,但是因为目前对类风湿关节炎的研究领域缺乏拓宽,所以想要获得更加理想的临床疗效,还需要不断通过临床的研究与证实,才能为临床提供更多的贡献。

参考文献:

- [1]刘军芳,王猛.小剂量来氟米特治疗类风湿关节炎的长期效果研究[J].医药前沿.2016,(32).109-110.
- [2]郭丽环,申丽盈,勾威,等.来氟米特对类风湿关节炎的外周神经的影响观察[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊).2016,(75).22-23.
- [3]崔轶霞,杨宁.雷公藤多甙联合来氟米特治疗对老年活动性类风湿关节炎患者 C 反应蛋白、白细胞介素-10、可溶性细胞黏附分子 1 水平的影响[J].中国老年学杂志.2016,(19).4878-4880.
- [4]姜一真,唐若余,潘娇娇,等.泼尼松联合甲氨蝶呤或来氟米特治疗老年类风湿关节炎的疗效比较[J].中国老年学杂志.2015,(21).6199-6201.
- [5]张剑,周晓莉.二乌止痛膏联合来氟米特治疗类风湿关节炎关节疼痛效果观察[J].山西中医.2015,(10).51-52.
- [6]谢功华.甲氨蝶呤联合强的松治疗类风湿关节炎 50 例[J].中国药业.2014,(13).70-71,72.
- [7]张妮.依那西普与来氟米特治疗类风湿关节炎的临床疗效分析[J].中国民康医学.2014,(21).32-33.
- [8]蒋月花,吴瑾瑾.髌关节注射玻璃酸钠的方法及护理[J].护士进修杂志.2014,(8).755-756.
- [9]许斌,马钱子对佐剂性关节炎大鼠外周血中 IL-17,IL-32 影响的实验研究[D].河南省中医药大学附属第二医院.2013.
- [10]曾玉琴,胡清,李雪峰,等.血清抗角蛋白抗体谱测定对类风湿关节炎骨侵蚀的预测价值[J].现代生物医学进展.2013,(2).319-322.
- [11]于力,冯永莉,于倩,等.玻璃酸钠治疗类风湿关节炎的临床观察及护理[J].现代生物医学进展.2013,(7).1356-1359.
- [12]李慧慧,吕新亮.甲氨蝶呤联合来氟米特治疗类风湿关节炎的新进展[J].风湿病与关节炎.2012,(3).61-63.