

2 型糖尿病患者膳食营养状况调查分析

王先化 蔡灿 陈俊志 杨双玲 潘宝成

广州新华学院 广东广州 510520

摘要：目的 探讨 2 型糖尿病患者膳食营养状况，从而为糖尿病防治提供科学依据。方法 在 2021 年 8 月-12 月期间，采用单纯随机抽样的方法选取佛山市第一人民医院健康管理中心的 80 名 2 型糖尿病患者为研究对象，并选取 150 名正常人群（非糖尿病）作为对照组，在研究对象知情同意情况下采用横断面研究的方法分别进行膳食营养状况调查。利用 SPSS26.0 软件对资料进行处理分析，组间均数比较采用 t 检验，组间率的比较采用 χ^2 检验，检验水准 $\alpha=0.05$ ， $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。结果 膳食状况调查显示：2 型糖尿病患者的膳食脂肪（ 64.5 ± 13.1 ）g、胆固醇（ 365.5 ± 190.1 ）mg 等的每日摄入量大于参考值水平，而蛋白质（ 57.4 ± 15.7 ）g、维生素 A（ 456.8 ± 418.7 ） μg 、维生素 B₆（ 0.42 ± 0.20 ） μg 等的每日摄入量低于参考值水平。结论 2 型糖尿病患者的膳食营养状况不合理，应减少脂肪、胆固醇的摄入量，适当增加优质蛋白质、碳水化合物、维生素以及矿物质的摄入量。

关键词：2 型糖尿病；膳食营养状况

随着社会的进步和经济的发展，人类的平均寿命也越来越长，但糖尿病的发病率也在逐年上升，对人体的健康构成了巨大的威胁。在国际糖尿病联盟（IDF）2021 年 12 月 6 日出版的《IDF2021 全球糖尿病地图》（第 10 版）中显示，世界范围内的糖尿病患者数量已达 5.37 亿，这等于十分之一的成人患上了糖尿病，而且这个数字在 2045 年会增加到 7.84 亿^[1]。2 型糖尿病患者中，约有 95% 的糖尿病患者可能会出现并发症，而有些严重的并发症能对糖尿病患者的身体产生直接影响^[2]，因此需要人们重视并且加以预防及控制。

本文对 2 型糖尿病病人进行了全面的膳食营养状况调查，对他们的人体营养成分及膳食特点进行了评估，探讨 2 型糖尿病的影响因素，从而为糖尿病防治提供依据。

1 研究对象与方法

1.1 研究对象

在 2021 年 8 月-2021 年 12 月期间，采用单纯随机抽样的方法选取佛山市第一人民医院健康管理中心的 80 名 2 型糖尿病患者为研究对象，并选取 150 名正常人群（非糖尿病）为对照组，在研究对象知情同意情况下采用横断面研究的方法分别进行膳食状况调查。

样本量估计：本研究为横断面研究，根据样本量计算公式： $n=Z^2S^2/d^2$ ，参照以往文献，检测水准 $\alpha=0.05$ ，预计标准差 S 为 15g/d，容许误差 d 为 3.5g/d，可得样本量 n 约为 71。因此本研究样本量满足要求。

糖尿病组的纳入标准：①空腹血糖大于 7.1mmol/L 或任意时间血糖大于 11.1mmol/L；②已知患有 2 型糖尿病；③知情同意，意识清楚。

非糖尿病组的纳入标准：无既往糖尿病史、心脑血管疾病、其他代谢性疾病及肝肾病史。

排除标准：具有认知障碍、精神障碍、沟通不畅、不能配合调查及伴有糖尿病急性并发症者。

1.2 膳食营养状况调查

由专业人员调查研究对象一星期内平均一天所吃的食物类型和数量，利用《营养配餐系统 V2.0》（软件依据最新制订的“中国居民膳食营养素参考摄入量”和中国居民平衡膳食宝塔等中国营养学术界的最新权威指导意见设计）将研究对象的饮食情况进行统计分析，得出各营养素的实际摄入量，并对各类营养素组成比例进行分析。

1.3 质量控制

①纳入研究对象有严格的排除标准；②研究人员均经过统一培训；③每次检查前进行仪器质量保证；④提高研究对象的依从性和受检。

1.4 统计分析

全部资料使用平均值±标准差表示，并利用 SPSS26.0 软件对资料进行处理，组间均数比较采用 t 检验，组间率的比较采用 χ^2 检验，检验水准 $\alpha=0.05$ ， $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 研究对象基本情况分析

研究对象基本情况从表 1-3 可以看出，糖尿病组与非糖尿病组之间的年龄、性别、生活行为方式（吸烟、喝酒、锻炼）、受教育程度以及年收入的差异均无统计学意义，数据的一致性较好。

表 1 糖尿病组与非糖尿病组之间年龄、性别的比较

组别	例数	年龄（岁）	性别	
			男	女
糖尿病组	80	48.10±5.00	43	37
非糖尿病组	150	48.85±5.67	76	74
t 值或 χ^2 值		t=0.10	$\chi^2=0.20$	
P 值		0.319	0.656	

表 2 糖尿病组与非糖尿病组之间生活行为方式比较

组别	例数	吸烟		喝酒			锻炼		
		吸烟	不吸烟	从不喝酒	偶尔喝酒	经常喝酒	不锻炼	偶尔锻炼	经常锻炼
糖尿病组	80	29	51	16	39	25	23	43	14
非糖尿病组	150	63	87	33	86	31	29	76	45
χ^2 值		0.72			3.21			5.32	
P 值		0.397			0.201			0.070	

表 3 糖尿病组与非糖尿病组之间受教育程度及年收入比较

组别	例数	受教育程度			年收入（元）	

		文盲	小学	初中	高中	大专及以上	1 万以下	1 万-5 万	5 万-10 万	10 万以 上
糖尿病组	80	9	21	23	16	11	2	15	49	14
非糖尿病组	150	21	42	40	29	18	8	36	85	21
χ^2 值				0.58				2.22		
P 值				0.965				0.528		

2.2 每日膳食营养素摄入量的调查结果

由表 4 可见, 根据中国居民膳食营养素参考摄入量标准值来看, 糖尿病组平均每日摄入的能量[(1757.5±484.2) kcal]、蛋白质[(57.4±15.7) g]、碳水化合物[(271.5±106.8) g]、维生素 A[(456.8±418.7) μg]、维生素 B₆[(0.42±0.20) μg]、钙[(624.3±301.4) mg]、锌[(11.8±7.6) mg]均低于标准值, 而脂肪[(64.5±13.1) g]、胆固醇[(365.5±190.1) mg]、维生素 C[(135.5±73.7) mg]、磷[(878.3±603.5) mg]、钾[(2386.5±1213.3) mg]、钠[(3059.4±2586.3) mg]、镁[(392.3±180.5) mg]、铁[(27.7±21.3) mg]、锰[(5.2±2.4) mg]的每日摄入量均高于标准值。

糖尿病组的能量、蛋白质、碳水化合物、维生素 A、钙的摄入量低于非糖尿病组, 而脂肪、胆固醇的摄入量高于非糖尿病组, 且差异均具有统计学意义 (p<0.05)。

表 4 糖尿病组与非糖尿病组的营养素摄入情况

营养素	标准 值	糖尿病组	非糖尿病组	t 值	P 值
		实际摄入量	实际摄入量		
能量 (kcal)	2250	1757.5±484.2	1869.7±524.3	1.86	0.034
蛋白质 (g)	70	57.4±15.7	62.3±17.5	1.77	0.042
脂肪 (g)	62	64.5±13.1	60.5±14.5	1.72	0.047
碳水化合物 (g)	333	271.5±106.8	290.1±127.7	2.08	0.031
胆固醇 (mg)	300	365.5±190.1	348.8±195.1	1.81	0.040
维生素 A(μg)	750	456.8±418.7	545.3±406.8	2.37	0.026
维生素 B ₆ (μg)	1.3	0.42±0.20	0.53±0.24	0.89	0.108
维生素 C (mg)	100	135.5±73.7	138±70.3	0.38	0.767
钙 (mg)	800	624.3±301.4	661.2±341.3	2.13	0.028
磷 (mg)	700	878.3±603.5	875.3±563.7	0.69	0.683
钾 (mg)	2000	2386.5±1213.3	2421.3±1147.8	0.57	0.591
钠 (mg)	2200	3059.4±2586.3	3036.7±2543.6	0.36	0.796
镁 (mg)	3650	392.3±180.5	398.6±196.3	0.31	0.835
铁 (mg)	17	27.7±21.3	26.1±21.5	0.76	0.426
锌 (mg)	13	11.8±7.6	12.1±7.4	0.45	0.733
锰 (mg)	3.5	5.2±2.4	4.9±3.0	0.81	0.628

3 讨论

2 型糖尿病是一种严重的代谢性疾病^[3], 且发病率有显著增加的趋势^[4]。糖尿病的主要危害是心血管疾病、急性并发症、感染等。虽然近现代以来人们的生活水平不断得到改善, 但健康知识尚没有能够很好的普及, 有关调查发现, 不良的膳食结构, 缺乏体力运动等因素与糖尿病的发病有着密切联系^[4-5]。本文以 2 型糖尿病患者为研究对象, 针对营养膳食结构进行了全面的调查分析, 对日益临近的老龄化社会, 改善人民的生活品质具有重要意义。2 型糖尿病与人们的膳食有着密切联系, 膳食治疗通常是糖尿病患者最基础的治疗方法, 对于处在糖尿病前期的患者通过膳食管理也

能有改善血糖水平的效果^[6], 而且国内有研究表明, 坚持科学合理的膳食摄入能够延缓糖尿病的发展并预防并发症^[5-7]。

本次调查中糖尿病患者组的能量、蛋白质、碳水化合物、维生素 A、钙的摄入量低于标准值并且低于非糖尿病组, 而脂肪、胆固醇的摄入量高于标准值且高于非糖尿病组, 差异均具有统计学意义。这与李晓霞^[7]等人的研究结果基本一致。依据结果来看, 2 型糖尿病患者营养状况并不乐观, 存在不合理的膳食结构, 因此需要患者调整膳食行为习惯。首先, 糖尿病患者的能量及碳水化合物摄入不足, 碳水化合物提供的能量一般占总能量的百分之六十到百分之七十, 而碳水化合物的组成主要是谷类等主食, 因此糖尿病患者患病后可能由于营养知识不足、膳食结构不均衡或是医生的建议等原因而减少主食的摄入, 从而造成能量摄入不足^[8-11]。其次, 糖尿病患者的脂肪及胆固醇摄入过多, 这可能与患者长期以来的饮食习惯或是对某些高脂高胆固醇食物过多摄入有关。总体来说, 2 型糖尿病患者应该减少脂肪、胆固醇的摄入量, 适当增加蛋白质、碳水化合物、维生素以及钙的摄入量, 如少吃蛋黄、肥肉及油炸食品, 可以多吃些蔬菜、粗粮、以及含糖量低的豆浆与水果。

参考文献:

[1]International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 10th edn[EB/OL]. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2021.

[2]王真真. 不同 HbA1c 水平的 2 型糖尿病患者体成分变化研究[D].天津医科大学, 2013.

[3]许琳. 糖尿病的形成机理(病因)及其临床诊断标准[J].基因组学与应用生物学, 2021, 40(03): 1426-1429.DOI: 10.13417/j.gab.040.001426.

[4]Pham DD, Lee JH, Lee YB, et al. Novel anthropometry-based calculation of the body heat capacity in the Korean population[J]. Plos One, 2015, 10(11): e0141498.

[5]刘思彤, 王新颖, 彭南海. 人体成分分析仪在临床上的应用[J]. 中国医疗设备, 2016, 31(08): 144-146.

[6]张辉良. 中老年糖尿病居民营养状况及危险因素分析[J]. 糖尿病新世界, 2021, 24(11): 190-193.

[7]李晓霞. 膳食营养、体成分与乌鲁木齐市中老年人空腹血糖异常的关联[D]. 新疆医科大学, 2020.

[8]Micha R, Penaloza JL, Gudhe F, et al. Association Between Dietary Factors and Mortality From Heart Disease, Stroke, and Type 2 Diabetes in the United States[J]. JAMA. 2017 317(9): 912.

[9]许飞, 陈林军, 聂志妍, 那立欣. 膳食营养素在 2 型糖尿病中降血糖作用及其机制的研究进展[J]. 生物学杂志, 2020, 37(03): 96-101.

[10]叶剑锋, 陈晓燕, 连晓美. 在 2 型糖尿病患者中进行膳食宣教对其营养知识认知及血糖控制的影响[J]. 中国处方药, 2019, 17(08): 145-146.

[11]肖小瑛. 2 型糖尿病患者膳食营养状况调查分析[J]. 糖尿病新世界, 2021, 24(19): 41-44.

通讯简介: 王先化 (1980-), 男, 博士后, 副主任医师, 邮寄地址: 广东省广州市天河区华美路 19 号广州新华学院, 邮编: 510520。

rTMS 结合运动训练对脑卒中患者肢体运动功能恢复的进展研究

陈小草

浙江省温州市苍南县人民医院 浙江省温州市苍南县 325800

摘要: 脑卒中又称脑中风。我国脑卒中现患人数高居世界首位^[1]。绝大部分的脑卒中患者会遗留不同程度的肢体功能障碍, 影响其参与日常生活活动及社会活动, 降低其生活的质量水平。近年来, 非侵入性脑刺激技术——重复性经颅磁刺激 (rTMS) 对脑卒中的康复治疗效果受到了大众的关注, 它是通过刺激大脑皮层改变神经元兴奋性, 继而达到治疗效果。本文主要综述了 rTMS 结合运动训练应用于脑卒中后遗留的肢体功能障碍的治疗效果。

关键词: 脑卒中; 肢体功能; rTMS ; 运动训练

Abstract: cerebral apoplexy is also called cerebral apoplexy. The number of stroke patients in China ranks first in the world. Most stroke patients will leave different degrees of limb dysfunction, affecting their participation in daily life and social activities, and reducing their quality of life. In recent years, the effect of non-invasive brain stimulation technology repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) on the rehabilitation of stroke has received public attention. It is to stimulate the cerebral cortex to change the excitability of neurons, and then achieve the therapeutic effect. This article mainly reviews the therapeutic effect of rTMS combined with exercise training on limb dysfunction after stroke.

Key words: stroke; Limb function; rTMS ; Sports training

脑卒中, 即对血管造成破裂或者堵塞血管引起一系列的生理和病理的变化, 引起神经功能缺失, 最终导致肢体的功能障碍。脑卒中死亡率和致残率都很高。脑卒中患者遗留的肢体运动功能障碍包括肌肉力量减退、痉挛、协调等, 其对患者肢体随意运动、手的精细活动、平衡功能、负重、步态等方面都会产生一定的影响。但随着经济的发展, 临床的技术水平的提高和急救知识的普及, 医学界将攻克高致残率还作为重要的目标。^[2-3] 脑的可塑性是指中枢系统的结构和功能随着环境的变化适应性改变, 这一点已经得到认可, 这也是神经康复训练的核心机制^[4]。神经康复内容包括常规的物理因子治疗、运动训练、作业疗法、针灸等。目前非创伤性新技术中重复性经颅磁刺激 (rTMS) 技术应用趋日广泛, 已成为脑卒中治疗的新方向。它是通过改变其刺激频率而达到兴奋或者抑制达大脑活动的治疗目的, 影响神经的可塑性, 为提高肢体运动功能提供了新构思。^[5]

一、重复性经颅磁刺激 (rTMS)

1.1 rTMS 运用于脑卒中的机制

经颅磁刺激 (TMS) 突破了传统物理因子难以透过颅脑屏障的缺陷。根据法拉第定律和生物组织磁导率基本一致的特点, 脉冲电磁在脑内会产生感应电流。当感应电流超过神经组织的阈值时, 就会引起神经元细胞的兴奋, 从而达到治疗作用^[5]。重复性经颅磁刺激 (rTMS) 与 TMS 的原理基本一致, 它是一种有规律、有节奏的重复性刺激。当 rTMS 刺激频率 $\leq 1\text{Hz}$ (低频率) 会降低神经细胞的兴奋性, 当 rTMS 刺激频率 $> 5\text{Hz}$ (高频率) 能促进神经细胞的兴奋性。^[6] 因此我们可以运用 rTMS 不同频率来影响神经细胞的兴奋性或抑制性来达到我们想要的治疗效果。有研究指出, rTMS 治疗可减少单胺类神经递质释放, 可保护脑组织, 减轻迟发性神经死亡, 促进神经功能恢复, 防止神经对肌肉失去支配, 引起肢体瘫痪。^[7] 也有许多文献报道, rTMS 治疗脑卒中患者的部位为大脑初级运动区 (M1), 可增加对葡萄糖的摄取, 为大脑提供能量, 提代谢水平。当 rTMS $\geq 5\text{Hz}$ 时, 不仅可激活局部的神经兴奋性, 还可通过大脑神经纤维间的联系传递到远端, 促进血液循环, 释放营养因子, 从而有利于缺血再灌注损伤的脑功能恢复, 减少肢体瘫痪的可能。^[8]

1.2 rTMS 对脑卒中患者肢体功能的影响

目前研究表明, 两侧的大脑半球是通过交互性半球间抑制 (rHI) 达到并维持功能相互匹配及平衡状态。^[9] 脑卒中患者, 一侧大脑病变时, 导致该侧的皮质兴奋性降低, 因此就降低了对健侧的皮层抑制作用。此时健侧的兴奋性相对就高于患侧, 两侧大脑就失去平衡, 导致患侧皮层或存在的一些神经元不能正常的活动及表达, 引发患者出现肢体功能障碍。^[5] rTMS 根据大脑半球间相互抑制的特点, 运用不同频率来调节神经细胞的兴奋性或抑制性治疗于患者的皮层运动区。rTMS 治疗不同时期的脑卒中患者时, 对患侧进行高频刺激, 对健侧进行低频刺激, 以达到双侧大脑的平衡, 可促进患侧的神经活动的表达, 降低肢体的瘫痪程度这一点已被证实。^[8] 脑卒中后, 患侧脑细胞的异常, 脑神经的功能失去控制能力, 脊髓功能随之释放, 肢体张力也就开始增高。导致大部分的卒中患者出现异常的姿势步态, 不能随意控制其肢体运动, 影响其日常生活。通过 rTMS 治疗, 可调节患侧大脑和健侧大脑间的动态平衡, 随之降低脊髓传导的兴奋性, 来改善肢体的痉挛, 使其能灵活随意的运用肢体参与日常生活活动。^[10] 临床上我们经常遇到丘脑出血的患者, 很大一部分会遗留感觉障碍。感觉是诱发运动的前提, 是维持平衡行走的基础。在常规的外周感觉刺激效果欠佳的情况下, rTMS 拓展了我们的新思路。有研究发现, 从大脑中枢介入 rTMS 治疗, 其刺激可兴奋机械感受器, 激活本体感觉传入神经信号至丘脑, 最终输入至初级运动皮层 M1 区, 有利于大脑皮层的重塑, 从而改善患者的协调控制能力, 提高患者的肢体运动功能。^[8]

二、运动训练

2.1 运动训练运用于脑卒中患者的机制

运动训练作为脑卒中患者常规康复的主要治疗手段。胡晋权等人研究证实, 运动训练可以促进神经功能的恢复, 主要与神经的可塑性有关。在脑卒中早期介入运动训练, 可以减轻脑水肿, 减少脑组织损伤, 引起血流动力学, 改变降低肢体瘫痪的可能。在缺血性脑卒中急性期, 缺血的脑组织周围存在半暗带, 运动训练促进缺血半暗带区神经细胞营养因子的分泌, 减少神经炎症反应, 促进神经细胞新生与肢体功能的恢复。^[11] 张丽等人研究发现运动训练能够显著的提高脑卒中患者的疗效, 其主要是因为运动可增加患者血清中的 BDNF 水平, 它可防止神经元受损伤死亡, 促进神

经元再生及分化等生物反应。但研究的数据相对较少,此结论需更进一步研究。^[12]

2.2 运动训练对脑卒中患者肢体功能的影响

在中国脑卒中早期康复指南里提出,生命体征稳定后介入康复治疗(I级推荐类,A级证据)。但是对于何时介入运动训练尚未统一,但是干预以及预防并发症最佳的时间是前3个月。^[13]目前脑卒中康复运动训练根据发病部位的不同,病人出现的功能障碍不一样,对于存在的问题拟以相对应的运动训练方案。在整个康复过程中的根据实际情况不断的评估病情,继而调整方案,提高康复的治疗效果。脑卒中早期介入良肢位摆放和被动的关节运动,预防患者的压疮、关节僵硬、肢体痉挛等并发症。在病情稳定情况允许的情况下,尽早的翻身坐起,促进患者的躯干的锻炼,提高心肺功能,为患者站立行走做准备。当肢体还停留在软瘫期的时候,常用Brounstrom中的联合、联带技术,rood中的挤压、擦刷技术,负重训练等诱发其力量提高肢体的功能。大部分的脑卒中患者存在异常的运动模式,我们可以运用Bobath技术中关键点控制、神经反射技术,也可运用PNF的运动模式、运动再学习的基础上控制其异常模式。日常生活中,我们上肢参与日常生活较为精细,对于上肢功能的要求甚高,这对上肢功能障碍的脑卒中患者来说具有很大的挑战。我们运用目标导向性重复性运动训练,通过正确的引导,反复的练习,在再学习的基础上重建大脑的可塑性,提高肢体对运动的控制能力。在常规的治疗技术和神经发育促进技术上,我们还可以借助一些康复运动器械,如功率自行车、四肢联动、股四头肌仪让患者主动的参与训练,提高肢体的力量和协调能力。目前运动训练处方中的强度大小与频率的多少尚未统一,是根据患者的耐受能力、心肺功能以及其他基础疾病进行制定,尽量从低强度开始循序渐进。^[14-18]

三、rTMS与运动训练的联合应用

脑卒中患者单独运用常规的技术大多数还是遗留肢体功能障碍,效果欠佳,对于症状稍微轻的患者可获得效益。为了能让更多的患者参与活动融入社会,实现自我价值。将运动训练联合rTMS成为了我们的新构想。许一帆等人将rTMS联合运动训练做为治疗组,运用常规的运动训练治疗做为对照组,并于治疗前与治疗1、3个月采用改良Barthel指数评分及NIHSS评分对两组患者进行评分。研究结果显示,将rTMS与运动训练相结合治疗确实优于单一的治疗,并且提高了整体的康复疗效。^[5]靳静娜等人将rTMS联合运动训练作为实验组,将常规的运动训练作为对照组。实验组运用1HZ,刺激强度为90%RMT的rTMS刺激大脑初级运动皮层,运动训练内容为书写任务、螺丝螺母任务、翻硬币任务。研究结果显示,相比于单独的运动训练,rTMS结合运动训练更显著提高了肢体的运动功能。^[19]

四、小结及展望

脑卒中患者肢体障碍的患者联合运用运动训练与rTMS可以更显著的提高学生的肢体功能,但是从安全性上考虑,还未成为常规治疗技术之一。目前各研究对rTMS的刺激的部位大多数为大脑皮质运动区(M1)区,对于潜在的运动前区(PMC)、辅助运动区(SMA)研究的比较少。大部分的脑卒中患者下肢功能恢复快于上肢,但是大多数遗留下肢的步态异常,而rTMS对下肢运动功能的研究甚少。对于常规的运动训练,研究的内容缺少创新,可根据患者的兴趣结合运动训练让学生能够主动的参与。希望未来能够结合磁共振影像将治疗效果的参数更进一步研究,进而调整治疗剂量,追求精准康复。

参考文献:

- [1]王亚楠,吴思缈,刘鸣.中国脑卒中15年变化趋势和特点[J].华西医学,2021,36(06):803-807
- [2]Quillinan N,HerSon Ps,TrayStman RJ.Neuropathophysiology of injury [J].Anesthesiol Clin,2016,34(3):453-464.DOI:10.1016/j.ancclin.2016.04.011
- [3]林懿,吴毅.成对关联刺激影响脑卒中后运动功能的研究进展[J].中华物理医学与康复杂志,2022,02:181-184.
- [4]徐高静,吴毅.康复治疗新技术对脑卒中后脑可塑性影响的研究进展[J].中华物理医学与康复杂志,2019,02:150-153.
- [5]许一帆,蔡传钢,程拉娜.经颅磁刺激联合运动治疗对脑梗死偏瘫患者康复的影响[J].广东医科大学学报,2018,36(02):225-226
- [6]周静,洪昌林,郝晓霞,刘雅丽.Theta爆发式经颅磁刺激对脑卒中后运动功能的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2018,12:952-956.
- [7]杨阳,胡利杰,蔡西国,曹留栓,钱宝延.重复经颅磁刺激对脑卒中下肢痉挛患者肢体功能恢复的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2015,08:602-603.
- [8]文锦,陈南萍.低频rTMS结合外周磁刺激对脑梗死患者下肢功能障碍影响临床研究[J].实用中西医结合临床,2022,02:36-39.
- [9]张娜,刘献志,张凤江.经颅磁刺激对脑卒中患者功能恢复的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2014,09:689-690.
- [10]牟谷尊,刘瑞杰,阮智利,戴遥,谢凌峰,艾青松,方征宇.低频rTMS对恢复早期脑卒中患者下肢运动功能的影响[J].中国康复,2021,08:465-468
- [11]胡昔权.运动训练促进脑卒中后神经可塑性的机制研究[J].中山大学学报(医学科学版),2021,04:481-486.
- [12]张丽,巩晓英,王纪恒.运动疗法对卒中患者脑源性神经营养因子及神经功能缺损程度的影响[J].神经损伤与功能重建,2020,08:471-472.
- [13]裴彩利,俞梦盈,王芸,张峻,何桂娟.基于指南的卒中患者运动康复推荐意见总结[J].护理学杂志,2019,18:95-98.
- [14]叶佳辉.综合运动训练治疗脑卒中后偏瘫下肢肌痉挛的临床研究[J].双足与保健,2018,27(13):132-133.8
- [15]张艳明,胡洁,宋为群,杜巨豹,霍速,孙丽,王伟,徐冬雪.目标导向式重复性运动训练对脑卒中患者上肢运动功能的效果[J].中国康复理论与实践,2016,12:1380-1383.
- [16]叶佳辉.综合运动训练治疗脑卒中后偏瘫下肢肌痉挛的临床研究[J].双足与保健,2018,13:132-133.
- [17]章日春.本体感觉神经肌肉促进技术对脑卒中运动控制的有效性研究[J].中国卫生标准管理,2016,08:37-38.
- [18]柴菊爱,徐秀萍,方红叶,郭晓霞,毛芝芳.Rood技术联合任务导向训练对脑卒中患者治疗后肢体功能恢复的影响[J].中国现代医生,2020,09:44-47.
- [19]靳静娜,王会琴,廖文清,王欣,王贺,刘志朋,殷涛.rTMS联合运动训练对运动皮质功能影响的研究[J].生物医学工程与临床,2020,01:1-6.

优质护理干预在 CT 增强扫描患者中的效果分析

董合芳

新泰市人民医院 山东泰安 271200

摘要：目的：分析优质护理干预在 CT 增强扫描患者中的应用效果。方法：抽取 2022 年 1 月到 2022 年 8 月于我科就相关疾病接受 CT 增强扫描的人员 60 例；按照人数将其均分为观察组和对照组；对照组采用常规措施，观察组采用优质护理干预；对比两组患者不良反应发生状况、CT 增强检查耗时、生命特征变化、患者对护理效果评价。结果：观察组患者行 CT 增强扫描过程中，出现不良反应的几率显著低于对照组， $P < 0.05$ ；观察组患者对护理效果评价、生命体征变化均显著优于对照组， $P < 0.05$ ；观察组患者行 CT 检查耗时显著短于对照组， $P < 0.05$ 。结论：在患者行 CT 增强扫描中使用优质护理干预可帮助患者缩短检查所需时间，降低不良反应发生状况，改善患者在检查中的体验。

关键词：增强扫描；护理；心理；不良反应

[Abstract]Objective: to analyze the effect of quality nursing intervention in patients with CT enhanced scanning.Methods: from January 2021 to may 2022, 60 patients underwent enhanced CT scanning for related diseases in our department were selected; They were divided into observation group and control group according to the number of people; Routine measures were adopted in the control group, and high-quality nursing intervention was adopted in the observation group; The occurrence of adverse reactions, the time-consuming of CT enhanced examination, the changes of vital characteristics, and the evaluation of nursing effect were compared between the two groups.Results: the incidence of adverse reactions in the observation group was significantly lower than that in the control group ($P < 0.05$); The evaluation of nursing effect and changes of vital signs in the observation group were significantly better than those in the control group ($P < 0.05$); The time of CT examination in the observation group was significantly shorter than that in the control group ($P < 0.05$).Conclusion: the use of high-quality nursing intervention in CT enhanced scanning can help patients shorten the time required for examination, reduce the occurrence of adverse reactions, and improve the experience of patients in examination.

[Key words]enhanced scanning; nursing; psychology; Adverse reaction

增强扫描是 CT 主要的扫描技术之一，相较于常规 CT 扫描，CT 增强扫描对患者体内清晰度的要求更高，在扫描过程会使用含碘有机化合物，即造影剂，用 60%泛影葡胺 1.5~2.0ml/kg 经静脉快速注射，进而使得患者血液中含碘化合物含量维持在一定水平。有助于使得其体内器官、病灶影像增强显示得更加清楚^[1-2]。CT 增强扫描相较于常规扫描也因为以上措施而使得其对患者症状反映得更加真实，但同时又因为使用的含碘化合物较之常规 CT 扫描更多，使得这部分患者发生不良反应的几率普遍更高，不良反应的发生容易使得患者发生逆反心理，在检查上有行为上的抗拒，同时还会增加医患双方在这上面耗费的时间成本，CT 检查中涉及到的辐射和 X 光检查处于同一水平，这一行为的发生可能会导致患者持续地暴露在辐射下，因此无论从时间上、患者安全上、还有检查结果上均不利于患者，由此针对患者展开系统护理^[3]。在沟通中令患者配合医生完成 CT 增强扫描，同时也要医生十分了解患者状况，掌握好患者生命体征变化信息就显得十分重要。由此，本文将围绕以上所提及的内容为核心说明优质护理干预在 CT 增强扫描中对患者造成的影响，现将研究过程进行说明。

1 一般资料和方法

1.1 一般资料

抽取 2022 年 1 月到 2022 年 8 月于我科就相关疾病接受 CT 增强扫描的人员 60 例；按照人数将其均分为观察组和对照组；观察组男性患者有 19 例，女性患者 11 例；年龄范围为（34-67）岁，平均年龄为（48.7±2.7）岁；疾病发生时间涉及范围（1.4-2.1）年，平均时间为（1.7±0.1）年；相关疾病：骨科相关 14 例、消化系统相关 7 例、呼吸系统相关 4 例、中枢神经系统相关 5 例；涉及检查部分：头部为主 7 例、四肢为主 10 例、躯干 8 例、颈部 5 例。观察组男性患者有 15 例，女性患者 15 例；年龄范围为（37-64）岁，平均年龄为（48.3±2.4）岁；疾病发生时间涉及范围（1.5-1.9）年，平均时间为（1.7±0.1）年；相关疾病：骨科相关 15 例、消化系统相关 8 例、呼吸系统相关 3 例、中枢神经系统相关 4 例；涉及检查部分：头部为主 5 例、四肢为主 13 例、躯干 7 例、颈部 5 例。两组患者在一般资料上无显著性差异， $P > 0.05$ ；本次研究经调查发现两组患者均不存在含碘化合物过敏、恶性肿瘤、自身免疫性疾病、心脑血管疾病、孕妇、再生障碍性贫血、甲亢、肾脏功能障碍；本次研究经过患者与其家属、我院相关机构同意。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组患者使用常规护理方法帮助患者进行检查。

护士、医生于患者到来之前确保检查场所干净、通风环境良好，为患者制造一个不会引起患者出现不良心理反应的环境。

护士通知患者在检查时必须由一名成人家属陪同；如有近期体检报告或其它检查结果，最好随身携带，以便医生对比参考明确；在检查前空腹 4-6 小时左右，检查前一天严禁喝酒、喝咖啡；去除受检部位的金属物件；腹部扫描者，扫描前要禁食 4-6 小时；检查前 15-20 分钟口服温开水 500-1000ml；患者在检查后的一周内禁服含金属的药物或消化道钡剂造影。

检查结束，患者需要在 CT 候诊区接受一小时的观察，当医护人员确认患者无异常则可离开；存在高血压患者在检查之前服用由医生指定的药物。

1.2.2 观察组

观察组患者在对照组采取措施的基础上进行优质护理。

在护理前期会针对患者进行血管穿刺，为保证该阶段患者在各种层面上有着相当的舒适度，首先对患者说明在穿刺阶段造成的不良反应绝大多数是暂时的、不会有严重伤害的，并对其说明这些不良反应无法预防，但是危害很小。而最重要的是为患者注射含碘化合物时，确保自身能一次性注射成功，但如果当患者此时出现了诸如皮肤瘙痒等感受，护士应当及时通过患者表现出来体征暂时停止注射，并将情况和技术人员说明，讨论能否减少注射含碘化合物的剂量；若以上情况均未出现，而患者十分担心检查阶段出现意外，护士对其说明技术人员在检查中会及时发现患者情况的事实；除此之外，护士应当引导患者说出其他担忧的问题，并且耐心解答。在检查阶段出现不良反应的情况较为复杂，大部分情况通过提前预防能够很大程度上改善，但是在实际情况中很多状况均是没有经过仔细沟通导致这种风险发生，其原因之一在于护士使用的语言过于学术化、专业化无法令患者识别。因此，为保证患者透露更多信息在检查前一天邀请患者到检查场所查看之前患者在检查阶段中出现的不良反应，出现流涕、打喷嚏、咳嗽、面部潮红、喉头发紧，或哭声嘶哑、咳嗽呈犬吠状，则为增强对比造影剂的过敏反应，结合直观结果对患者询问，询问其是否存在这些情况，一旦存在或者疑似存在都应当进行相关检查。

将患者置于（头低臀足高位），测血压、脉搏、呼吸，保证静脉输液

通畅;在检查阶段全程关注患者生命体征;严格执行无菌原则,选择粗直、较容易固定的血管、较容易提高穿刺准确率的方案对患者进行穿刺。使用造影剂成功时,以患者舒适度为标准选择注射速度;注射阶段密切关注患者反应,适当调节注射速度,根据患者本身感受进行控制注射,在注射前做好抢救处理;以上症况针对年龄较大患者、疾病严重患者应当做好心电图动态监测。

检查结束,告知部分患者在 CT 候诊区等待近 30min 观察时间,方可离开,护士在该过程也需要准备好抢救实行时应准备的物资,告知患者到家后应当采取的、排除造影剂影响的措施,比如多喝水等措施,对于一些体质较为柔弱的患者应对其进行搀扶。

1.3 观察指标

对比两组患者在检查阶段、检查后阶段的不良反应发生状况,并进行对比;对比两组患者生命体征变化,生命体征变化的统计围绕呼吸、脉搏、心跳跳动变化进行统计;对比两组患者检查过程所耗时间,在候诊区出现不良反应的抢救所耗费的时间也应当算入其中;对比两组患者对护理满意率。

1.4 统计学方法

统计计算对比通过 spss20.0 作为统计学指标进行;对比计算两组患者在观察指标上的表现;计数资料采用%表示,行 χ^2 检验;计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示,行 t 检验。

2 结果

2.1 对护理评价对比

观察组患者对护理评价总体上显著优于对照组, $P < 0.05$ 。(表 1)

表 1 对护理评价对比[(n) %]

组别	例数	满意	无异常感觉	不满意	满意率 (%)
观察组	30	26	2	2	86.7% (26/30)
对照组	30	21	4	5	70% (21/30)
χ^2					12.826
P					0.000

2.2 不良反应发生情况对比

观察组患者不良反应发生率明显低于对照组, $P < 0.05$ 。(表 2)

表 2 不良反应发生情况对比[(n) %]

组别	例数	过敏、躁动	血压异常	恶心呕吐	发生率 (%)
观察组	30	1	0	1	6.67% (2/30)
对照组	30	2	1	2	16.57% (5/30)
χ^2					8.571
P					0.003

2.3 生命体征变化、检查过程耗时对比

研究结果显示观察组患者生命体征、检查过程耗时间均显著由于对照组, $P < 0.05$ 。(表 3)。

表 3 生命体征变化、检查过程耗时对比 ($\bar{x} \pm s$ time °C min)

组别	例数	检查时间	脉搏	心跳	呼吸频率
观察组	30	17.48±4.11	74±2.77	76±2.88	18±2.49
对照组	30	19.88±5.07	79±2.61	81±2.41	23±1.94
t		2.020	8.139	7.293	8.676
P		0.048	0.000	0.000	0.000

3 讨论

CT 平扫是最为基础的检查项目之一,在此基础上的 CT 增强扫描可以察觉出某些部位的一些病变,如血管畸形、早期肿瘤和转移瘤等;还能够反映一些病变部位的血液供应状况,对一些恶性病变能够像较准确地判断

出病灶的数量及范围^[4-5]。CT 增强扫描是在 CT 平扫的基础上进行有益补充,它是在静脉内注射一定剂量的含碘对比剂后同步进行 CT 扫描检查的方法。CT 增强扫描的意义在于提高了对病灶的检出情况,尤其是一些小病灶的检出;病灶和周围组织的强化程度往往存在差异,通过注射造影剂,使得病灶与周围组织在组织学意义上的差异变得越发明显,这有利于疾病的检出,而大量的临床研究也证明 CT 增强扫描针对脑部、肝脏、脾脏等部位的小病灶的检出率明显高于常规 CT 检查^[6]。但是,以上检查结果的出现建立在良好的操作上,良好的操作同时意味着患者和医生的紧密配合,而多数情况也显示 CT 增强扫描在临床上的误差和患者在检查中的配合不好存在直接联系;含碘化合物是 CT 增强扫描中必须使用的药物,但该药物同时是引发患者在检查中出现不良反应的重要因素,少数患者由于特异体质可能发生过敏及肾功能损害等不良反应,年龄较高且患有严重疾病患者在检查过程中出现死亡事件的几率较高,以上情况是现代医疗手段尚难预知的,除此之外,注射操作不规范也可能是的患者出现不良反应,在临床上,每个患者的血管大都存在差异,一些娇小血管患者在注射中可能出现造影剂外漏入血管周围组织的情况,继而引起局部水肿,造成组织坏死的风险,这些情况在实际的检查中都会影响到 CT 增强检查的准确性,甚至是患者生命安全^[7]。

研究结果显示观察组患者在观察指标上较之对照组存在明显优势。在扫描耗费时间上看,观察组患者使用时间较少,对照组较多,这其中的关键原因可能是造影剂在患者体内分布差异造成的情况,分布较为清晰会使得 CT 增强扫描快速地收集到足够多的证据,但是因为操作不规范导致分布异常会使得增强扫描也需要耗费较多时间才能获得足够的证据让医生进行判断,而造成分布异常的原因不可能全是因为护士注射操作不规范导致的,而更有可能是护患双方在检查过程中就一些异常是否沟通到位所致,在观察组实施的护理措施中,可得知护士引导患者说出病史、相关症状等,多数临床研究也表明这些症状可能影响含碘造影剂在体内和患者身体发生异常进而造成身体出现不良反应,而多数不良反应恰好是在检查阶段出现的,例如因为身体异常无法配合做好体位,这会增加患者进行检查的时间成本,造成其在检查中的体验不佳,更重要的是,这样不利于保证检查结果的准确性,却也增加了工作量^[8-9]。CT 增强检查是为了看到更细微的病变,并且可以区分良恶性,现在非离子造影剂几乎没有危险,但这是在规范操作、良好护患、医患沟通的前提下才可实现的。结合上文,护士通过优质护理干预,使得护患在检查之前有良好配合,且通过细致引导,让其说出更多的信息,有利于检查阶段布置预防措施,进而在检查阶段保证患者安全,同时令其有较高依从性,顺利完成检查。

综上所述,优质护理可保证患者在 CT 增强扫描中和护士有足够的配合,有利于减少检查中不良事件的发生并快速完成检查,维护检查准确性。

参考文献:

- [1]郭灿,曹英,曾小红.CT 增强扫描用碘对比剂致迟发性不良反应的研究进展[J].护理研究,2022,36(06):1031-1036.
- [2]何上青,胡婵芳,林丽蓉,彭新辉.预见性护理对 CT 增强碘造影剂不良反应的预防作用[J].岭南急诊医学杂志,2021,26(06):686-688.
- [3]兰俊花,李泽娥,张红梅.CT 增强扫描中造影剂不良反应的预防性护理措施分析[J].中国药物与临床,2021,21(23):3940-3942.
- [4]黄启林,朱育婷,陈少斌,张玮,罗敏.肾癌细胞瘤的 MDCT 多期增强模式及影像学分析[J].中国临床解剖学杂志,2021,39(06):660-665.
- [5]梁芳红,孙莉莉.《当代影像诊断学》出版:细节护理干预用于 CT 增强扫描患者造影剂外渗的预防效果分析[J].介入放射学杂志,2021,30(10):1079.
- [6]吴春梅,杜洁嫻,刘海伦.探讨优质护理干预在 CT 增强扫描碘造影剂不良反应中的临床应用效果[J].鄂州大学学报,2021,28(01):105-106.
- [7]贺玉娇.CT 增强扫描碘对比剂不良反应的预防及护理措施[J].中国医药指南,2020,18(33):193-194.
- [8]常荷,张志秀.CT 增强扫描碘造影剂不良反应的预防及护理疗效分析[J].影像研究与医学应用,2020,4(10):230-231.
- [9]王冠杰,孙清海,陈焕蕾,王振华.CT 增强扫描碘造影剂不良反应分析[J].中国药物警戒,2020,17(04):235-238.

护患沟通性语言应用于外科手术室护理对患者负性情绪和护理满意度的影响观察

高杰

民航总医院 北京 100020

摘要：目的：探讨外科手术室护理服务期间护患沟通性语言的方法及效果。方法：选取 2020 年 1 月到 2022 年 2 月住院接受医护服务的外科手术室 80 例。按照护患沟通性语言改进前后分为两组，实验组改进护患沟通性语言。对比沟通能力与冲突应对能力、护理满意度。结果：实验组沟通能力与冲突处理评分明显高于常规组， $P<0.05$ 。实验组满意度高于常规组， $P<0.05$ 。实验组患者的情绪表现在护理后明显优于常规组， $P<0.05$ 。实验组护理纠纷与风险的发生率均明显低于常规组， $P<0.05$ 。结论：为外科手术室患者提供护理服务时优化护患沟通性语言有着较高的临床价值，可以有效规避护患纠纷，值得推广。

关键词：外科手术室；护患沟通性语言；临床作用

语言属于人传递情感的重要方式，同时也是表达思想的重要工具，可以为人和人之间的沟通构建良好的通道^[1-2]。在手术室护理服务期间，如果可以良好的发挥与展现语言沟通技巧，并尽可能和患者保持良好沟通，可以显著提升整体护理效果，可以有效提高患者对于护理服务的满意度。护患沟通主要是指护士和患者之间的信息交流、相互作用的过程，其交流期间的内容主要和患者的护理、康复直接或间接相关的信息，其中也涉及到双方的思想、感情、愿望及相关要求等多方面的沟通^[3-4]。从心理学角度来看，观察、感受、需要、请求属于沟通四要素，同时也是构建语言交流的基本桥梁^[5-6]。但是从临床护理经验与感受来看，护患沟通性语言一直以来都是护理难点，因为疾病的影响患者存在焦虑、压抑以及紧张的情绪，再加上护理人员本身缺乏良好的沟通意识与技巧能力，所以护患沟通性语言普遍较差，这也是护患矛盾纠纷的重要原因之一^[7-8]。近些年有研究认为，护患沟通的本质在于行为治疗性的沟通，护理人员和患者之间可以采用正式、非正式、语言或非语言的沟通，其中沟通性语言是最为重要的沟通方式，同时也是保障沟通质量的重要体现。对此，为进一步提高临床护理质量，本文基于对比研究思路探讨护患沟通性语言在外科手术室患者中的临床价值。详细研究内容如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 1 月到 2022 年 2 月住院接受医护服务的外科手术室 80 例。按照护患沟通性语言改进前后分为两组，实施前定义为常规组，入选患者 40 例，男女各 28 例、12 例，年龄（ 63.55 ± 4.50 ）岁；护患沟通性语言改进后定义为实验组，入选患者 40 例，男女各 27 例、13 例，年龄（ 64.27 ± 4.49 ）岁。两组患者的一般资料无显著数据差异， $P>0.05$ 。研究期间护理人员无人变动，护士 10 名，护师 4 名，年龄（ 34.24 ± 2.50 ）岁。

入选标准：首次接受外科手术治疗；对于临床疾病与手术治疗有一定认可度；临床资料不完整。

排除标准：存在精神障碍或意识障碍；对临床医护工作认可度较差；存在手术禁忌症。

1.2 方法

常规组未采取特殊护理，在患者住院期间提供药物、环境与饮食等相关护理。

实验组改进护患沟通性语言，具体措施如下：1、术前沟通。在术前做好访视时的护理服务。基于巡回护士在手术之前 1 天及时到病房做好术前访视。在访视时必须保障护理人员的仪容仪表，保持和蔼的态度以及温和且亲切的语言，询问患者的姓名、床号、年龄等基础信息，保障核对准确。及时为患者提供自我介绍，期间需要重点讲解访视的目的。在访视过程中需要采用沟通性语言提供适当的术前宣教和心理支持。例如“姐姐您好，我是手术是护士，我叫**，明天手术是由我配合**医师进行，期间无负责手术室护理工作”。针对部分对手术效果存在疑虑的患者，还可以介绍近期的手术成功案例以及手术期间患者的状态、护理配合对于手术结局

的影响，从而让患者形成对手术的认可与信心。与此同时，还需要督促患者做好术前访视的理解，详细阅读术前访视单，同时针对不理解的事项应当详细的介绍，并督促患者在夜间尽早休息，明天会有专职人员与其沟通。除了术前访视以外，在患者住院到手术治疗期间，需要高度重视心理与语言层面上的沟通。心理沟通方面，在护理服务期间基于患者的情绪状态采取心理层面上的护理沟通，在护理期间为患者讲解外科手术室的相关知识，鼓励患者坚持长期且规范接受治疗，实现对病情的有效控制。在护理时做好与患者家属的沟通，尤其是在生活中不要刺激患者，应用合理方式保持心理状态的预约感，适当引导患者参与有利于促进身心健康的活动，如下棋、绘画等。语言沟通方面，在与患者沟通期间应当尽可能采取患者能够快速理解的语言，并结合患者的文化程度、家庭背景适当调整沟通技巧。在沟通之前应当掌握患者的基础状况，例如心理特征、病史情况、家庭环境与生活习惯，采用通俗易懂的语言讲解疾病，促使患者可以掌握自身实际情况并告知治疗期间可能发生的不良情绪，如并发症、不良事件等，提高患者的治疗配合度，尽可能规避情绪问题；2、术中护理。手术当天清晨巡回护士需要及时做好对患者信息的核对，并基于得体、温柔以及坦诚的语言进行沟通，如“昨晚休息的好吗”、“不要紧张我会陪同你进入手术室，手术期间我也会全程陪伴并提供护理。您如果有任何疑问都可以提出来我会及时解答”。在进入手术室后应当第一时间介绍手术床、无影灯、麻醉机等。在沟通的过程中协助患者躺卧手术创伤，并帮助患者脱衣，同时针对非手术区域做好保暖处理。护理期间需要保持对患者的高度关注，基于谦虚、谨慎的态度让患者面对手术，针对不同类型的患者采取不同的沟通支持。针对输液操作时，可以结合手术需求先进行沟通，如“我准备给你静脉输液，套管的枕头比较粗，所以会比较痛，但是一般都可以耐受，我会尽力一次穿刺完成，请您坚持并配合以下”，此时如果穿刺成功应当及时给予肯定与鼓励，如果没有成功也应当解释道歉。在麻醉操作过程中可以协助患者做好对体位的摆放，并注重保暖。在手术期间需要针对手术的进程采取相应的沟通，例如在体位摆放时应当基于语言沟通，了解患者的不适感并帮助其做好体位的摆放。与此同时，在手术过程中还需要结合语言、非语言的沟通，通过非语言沟通的辅助提高沟通效果。在开展语言沟通的基础上还需要开展适当的非语言沟通，可以基于握手、轻抚以及护理期间保持温柔眼神等多种非语言沟通方式，促使患者可以感受平等对待，并保持对护理服务的高认可度，提高患者的治疗依从性；3、术后护理。在术后回访期间，大多数患者的术后恢复效果都比较好，此时患者也比较满意，此时便需要在护理沟通时保持轻松愉悦的氛围，同时与患者沟通时分享手术中的体会与感受，针对患者术中配合时的表现予以肯定，从而让患者保持预约的康复心跳。与此同时，针对手术中摘除器官或改造器官的患者，应当在护理沟通期间保持特殊性的沟通。针对手术后存在残缺的患者，应当高度重视患者的面部表情，不能为患者的情绪影响患者的哀伤表现与负面情绪，同时借助柔和且自然的表情传递患者的同情与关心，期间需要尽可能规避过于单一应用语言解释与安慰，从而保障沟通质

量。

1.3 观察指标

对比沟通能力与冲突应对能力、护理服务满意度指标、情绪状态以及纠纷风险发生率。

护士沟通能力评价内容涉及到沟通能力、冲突处理模式两方面,护士沟通能力的评价基于产科自制沟通量表进行评价,分数与沟通能力正相关。冲突处理模式满分 100 分,分数越高证明护士在面护患沟通性语言问题时处理能力更好。

护理满意度采用自制量表进行评价,分数越高证明满意度越高;分数在 80 分以上则证明非常满意;60~80 分为满意;低于 60 分则为不满意。

1.4 统计学分析

本次医学论著研究采用 SPSS26.0 软件实现对数据的处理分析。在数据处理时基于正态、非正态、计量分布的方式处理,应用样本独立检验完成数据处理,数据组间采取平均统计; $P < 0.05$ 代表差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 护士沟通能力对比

实验组沟通能力与冲突处理评分明显高于常规组, $P < 0.05$ 。详情见表 1。

表 1 护士沟通能力对比

组别	护士沟通能力	冲突处理能力
实验组 (n=40)	86.24±3.46	87.46±3.51
常规组 (n=40)	70.26±4.61	71.34±3.88
T 值	9.241	9.226
P 值	<0.05	<0.05

2.2 临床护理满意度对比

实验组满意度高于常规组, $P < 0.05$ 。详情见表 2。

表 2 临床护理满意度对比

组别	非常满意	满意	不满意	满意度
实验组 (n=40)	19	20	2	95.00%
常规组 (n=40)	10	20	10	75.00%
χ^2	-	-	-	15.213
P 值	-	-	-	<0.05

2.3 心理情绪对比

实验组患者的情绪表现在护理后明显优于常规组, $P < 0.05$ 。详情见表 3。

表 3 心理情绪对比

组别	SAS		SDS	
	护理前	护理后	护理前	护理后
实验组 (n=40)	54.51±3.22	60.24±4.33	51.24±3.66	59.46±3.21
常规组 (n=40)	53.61±2.89	55.43±3.61	51.20±3.80	52.21±1.20
T 值	1.601	9.547	2.001	9.689
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 护理纠纷与风险发生率对比

实验组护理纠纷与风险的发生率均明显低于常规组, $P < 0.05$ 。详情见表 4。

表 4 护理纠纷与风险发生率对比

组别	护理纠纷	护理风险
实验组 (n=40)	1 (2.50%)	2 (5.00%)
常规组 (n=40)	5 (12.50%)	4 (10.00%)
χ^2	16.241	14.235
P 值	<0.05	<0.05

3. 讨论

针对手术患者提供全面、精细以及有效的护理服务属于手术室护理工作的重点,其要求护理人员高度重视患者的病情,并注重患者所处的家庭与社会环境,从以往简单的疾病护理转变为以人为本的整体性护理服务^{[9][10]}。言语沟通属于护理人员的重要护理服务模式,在围术期借助亲切且有感染力的沟通方式,并结合应用适当的劝导、引导,可以形成显著的正面刺激性作用,不仅可以改善患者的精神状态,还能够进一步强化护患沟通之间的质量水平,可以达到相互理解、相互促进的作用,从而提升患者的配合度,促使患者的手术效果得到改善^{[11][12]}。

因为外科患者普遍需要接受手术治疗,在治疗期间可能会因为疾病认知、治疗信心不足等因素导致依从性下降,此时无法达到预期治疗目的,从而引发临床纠纷问题。对此,对于外科手术室患者在临床中需要结合患者的实际情况优化沟通技巧,合理的应用护患沟通性语言能够保障护理质量得到有效提高,结合通俗易懂、简单直接的沟通方式,可以在保持信息有效交流的同时为患者提供适当的鼓励与支持,在改善护患关系的同时也能够提高患者的早期康复效果。

本次研究结果显示,实验组沟通能力与冲突处理评分明显高于常规组, $P < 0.05$ 。实验组满意度高于常规组, $P < 0.05$ 。实验组患者的情绪表现在护理后明显优于常规组, $P < 0.05$ 。实验组护理纠纷与风险的发生率均明显低于常规组, $P < 0.05$ 。本次研究结果证明基于护患沟通性语言的改善能够明显提高护患之间的沟通质量,能够显著提升护理满意度同时可以有效提高患者的满意度,可以缓解患者的负面情绪,从而医护积极性,有利于提高患者的综合治疗效果,护理价值显著。

综上所述,护患沟通性语言在外科手术室患者中的应用价值显著,特别是在沟通能力与护理满意度方面的促进效果较好,可以有效规避护患纠纷,值得推广。

参考文献:

- [1]李菲菲.强化沟通对泌尿外科手术伴糖尿病患者心理应激的影响[J].糖尿病新世界, 2022, 25 (05): 132-135.
- [2]肖洁如.医护患同程同域沟通在脑外科手术患者中的应用分析[J].黑龙江医学, 2021, 45 (18): 1983-1984+1987.
- [3]赖文华,林静华,钟建美,胡志敏,张群燕,刘雪欣.基于 AIDET 沟通的医护一体化护理干预在普外科手术患者中的应用[J].护理实践与研究, 2021, 18 (12): 1834-1836.
- [4]董浩,李永,邱锴,徐勇,赵景武,张家亮,宋贵东,康军.鼻内镜联合显微外科手术治疗前中颅底沟通性肿瘤的手术疗效分析(附 38 例报告)[J].中华神经外科杂志, 2020, 36 (07): 722-725.
- [5]刘志勇,王跃龙,陈虹旭,周良学,刘浩,徐建国.颅眶沟通性病变临床特点及显微神经外科手术[J].中国微侵袭神经外科杂志, 2018, 23 (12): 529-531.
- [6]荣晓旭,任国琴,周媛婷.标准化沟通模式在外科手术患者转运交接中的应用[J].中华现代护理杂志, 2017, 23 (27): 3457-3460.
- [7]王晓娟,马慧罗,王湘萍.细节沟通预防神经外科手术配合医护耦合性差错[J].中国城乡企业卫生, 2016, 31 (08): 73-75.
- [8]戴贤红.调查微创外科手术的整体医-护-患配合状况[J].中医药管理杂志, 2015, 23 (14): 98-100.
- [9]杨斌.门诊外科手术患者的护理沟通宣教[J].大家健康(学术版), 2014, 8 (16): 273-274.
- [10]蒋丽双.门诊外科手术患者的护理沟通宣教[J].中国医药指南, 2014, 12 (05): 253-254.
- [11]方君秀.普外科手术前护患沟通的重要性[J].中外医疗, 2013, 32 (04): 154+156.
- [12]井涛.沟通技巧在外科手术病人健教中的应用[A].中华护理学会.中华护理学会第 9 届全国造口、伤口、失禁护理学术交流会议、中华护理学会全国外科护理学术交流会议、中华护理学会全国神经内、外科护理学术交流会议论文汇编[C].中华护理学会: 中华护理学会, 2012: 577-579.

“医护一体化”多学科协作管理模式在创面治疗中心的构建和实施

马春艳 路艳茹 巩凡 邱松 丁向英 (通讯作者)

宁夏回族自治区人民医院 宁夏银川 750001

摘要: 目的 探索高效的创面治疗中心的管理模式,完善创面治疗中心的学科建设。方法 分析我院 2020 年 9 月 10 日至 2022 年 10 月 10 日创面治疗中心运行情况,并结合当下慢性创面的现状探究 MDT 管理模式在创面治疗中心的应用价值。结果 通过服务模式创新,“医护一体化”多学科协作管理模式在创面治疗中心的应用效果显著。结论 探索构建“医护一体化”多学科协作管理模式,可全面系统评估、处理、治疗、管理创面,加速了创面治疗效果,降低治疗费用,提升患者满意度,提高了创面治疗中心的诊疗管理水平。

关键词: MDT; 管理模式; 创面治疗中心; 构建; 实施

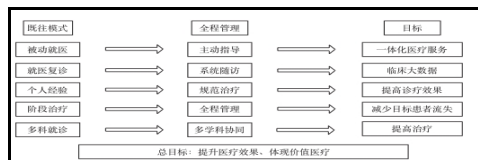
Construction and implementation of "medical and nursing integration" multidisciplinary cooperation management model in wound treatment center

【Abstract】 Objective To explore a high efficient management mode of wound treatment center and improve the discipline construction of wound treatment center. Methods Analyze the operation of the wound treatment center in our hospital from September 10, 2020 to October 10, 2022, and explore the value of MDT management mode in the wound treatment center based on the current situation of chronic wounds. Results The application of "medical and nursing integration" MDT management mode in the wound treatment center has achieved remarkable results after the innovation of service mode. Conclusion Exploring the construction of "medical and nursing integration" multidisciplinary cooperation management mode can comprehensively and systematically evaluate, handle, treat and manage wounds, besides, it can also accelerate the effect of wound treatment, reduce treatment costs while improving patients' satisfaction and the diagnosis and treatment management level of hospital wound treatment center.

Key words: MDT; Management mode; Wound Treatment Center; Build; implementation

构建中国特色创面修复学科体系,是高质量、高水平地建设创面学科的基础。根据国家卫生健康委《医疗机构创面修复科基本标准(试行)》国卫办医函(2019)865号及自治区卫生健康委关于“同意自治区人民医院成立宁夏创面治疗中心的批复”(宁卫函发(2020)375号)相关要求,充分发挥公立医院公益性,医院成立的“创面治疗中心”,并要求为加强体表慢性难愈合创面(溃疡)诊疗管理工作,提升创面修复诊疗能力和规范化水平,加快创面修复学科能力建设和人才培养,保障人民群众健康^[1]。

我院于 2020 年 9 月成立创面治疗中心,自成立到 2021 年 10 月运用国内传统以医生为主导管理模式,发现以下不足:一方面因医生时间、精力有限,缺乏对创面动态评估,连续管理。另一方面创面常常是作为一种疾病的并发症依附于某一科室^[2]慢性创面种类明显增多、发生机制更加复杂、治疗难度加大,已成为常见的医学难题^[3],不同病因所致的慢性创面常需要多科室联合治疗,单一学科不能解决。综上,传统以医生为主导管理模式严重影响了创面治疗中心的发展,管理模式必须要进行转变,改变了医护人员的工作思维格局,建立“医护一体化”多学科协作管理工作模式,使其与医学发展相契合,真正满足目前临床需要并解决现存的问题。



传统模式与创新模式的不同

医护一体化管理模式逐渐被临床医护人员推广应用,且在多个领域获得了良好的护理效果^[4]。以专科护士为主导的医护一体化模式的构建仍在摸索中^[5]。多学科团队协作,(Multiple Disciplinary Team, MDT)是指来自不同专科领域的医护人员根据患者的病情和需求,提供独立的医疗意见以及专业的医疗服务,并制定个性化的最佳治疗方案,使病人获得最佳的

治疗和支持^[6]。慢性创面患者必须接受来自创面管理经验丰富、全身情况把握良好的专科规范化治疗。这就对创面修复领域相关研究及临床工作人员提出更高的要求,更需要对慢性病的管理及病情进展做出研判^[7]。因此多学科协作的医护对创面管理有重要意义,成立“医护一体化”多学科协作模式对创面治疗中心的运行取得了一些经验,报告如下:

1 资料与方法

1.1 创面治疗中心管理模式

创面治疗中心是集创面门诊、创面处置室、创面治疗室、光疗室、手术室为一体的以门诊为主为患者提供诊疗服务,于 2022 年 1 月创面治疗中心创新管理模式:“医护一体化”多学科协作管理模式在创面治疗中心的应用。

1.1.1 成立“医护一体化”多学科协作团队:团队成员由骨科、烧伤科、普外科、内分泌、血管科、营养科及伤口造口专科护士组成,团队成员探讨工作分工并落实。人员分工:由骨科、烧伤科、普外科医生、伤口造口专科护士负责上门诊,内分泌、血管科、营养科负责参加 MDT 指导,伤口造口专科护士负责创面管理。

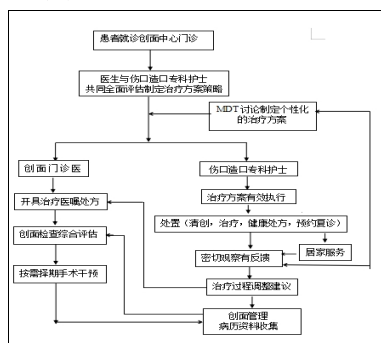
1.1.2 确定工作流程和内容:

1.1.2.1 门诊医生管理:医生门诊接诊,医生和专科护士进行全面系统评估,共同制订高效、个性化的治疗方案,医生依据方案开具诊疗处方。

1.1.2.2 门诊专科护士管理:执行有效方案,包括整体评估、清创处置、物理治疗、营养支持、健康处方、病例留取、预约复诊、居家服务等全流程管理。专科护士处置创面时,通过评估治疗效果不佳需要调整方案,及时与医生沟通;遇到慢性难愈性创面需要(MDT)讨论后修改诊疗方案,在此创面处置需要全程留存病历资料,严格依据伤口三角评估方法评估并留取照片,保存健康教育处方,预约复诊时间,居家服务应用线上线下、院内院外相结合的方式,让患者得到及时、专业、系统、有效、便捷、科

学的服务。

1.1.2.3 工作技术路线图:



1.2 主要观察指标

1.2.1 统计实施新的管理模式以来, 2022 年 1 月-2022 年 10 月的门诊患者就诊量、出诊量, 创面愈合率(治愈人数与相应年度接诊总人数之比)。

1.2.2 满意率调查：发放患者、医护士对“医护一体化”多学科协作管理模式在伤口管理在创面治疗中心的应用的满意率的电子调查问卷，分为 5 个等级（很满意=5 分、基本满意=4 分、一般=3 分、不满意=2 分、很不满意=1 分），满意率计算公式： $(n1 \times 5 + n2 \times 4 + n3 \times 3) / (N \times 5) \times 100\%$ ，其中 n1= 很满意的人数、n2= 基本满意的人数，n3=一般人数，N=参与调查总人数。参考美国伤口造口失禁协会的患者满意率问卷。

1.2.3 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件进行分析。计量资料均符合正态分布,用表示;计数资料用自然数和百分比(%)表示,行 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学差异。

2. 结果:

2.1 临床管理效果 “医护一体化”多学科协作模式在创面治疗中心运行,就诊量增长率、出诊人数、创面愈合率、(治愈人数与相应年度接诊总人数之比)显著增加。临床效果见表1。

表一 “医护一体化”多学科协作模式实施后的管理效果

观察指标	2021	2022
门诊患者（人次）	4605	7005
出诊人数（人次）	50	240
出面愈合率（%）	70.5	85
患者满意度（%）	80	95
医护满意度（%）	75	96

注：与 2021 年比较 $P<0.05$

2.2 医护满意度 “医护一体化”多学科协作的模式,对医生而言:可以合理配置人力资源,减轻了医生的工作量,医生有更多的时间完成手术、科研,提高了医生对该模式的满意度;对护理而言:激发了创面专科护士的工作热情,提高了执行力和敬业精神,促进了护士的专业化发展,实现了护士的专业价值;提高了护士的对新模式的满意度。

2.3 患者满意度 “医护一体化”多学科协作的模式,对患者而言:对伤口进行有效管理,共同制订高效、个性化治疗方案,缩短了伤口愈合时间,减低了治疗费,同时对慢创病人给予延续护理治疗模式,让特殊群体(高龄、行动不便)的患者居家继续接受伤口治疗,提高了患者和家属满意度。

2.4 社会效益 “医护一体化”多学科协作的模式,使慢性创面的早期预防、治疗意识得到广泛的社会认可,专业发展的根基也得到稳固提升。患者治疗后的随访及后期健康指导由护士长带队,由创面治疗师负责管理,

在遇到特殊问题时随时与团队医生交流, 共同商讨解决, 因而得到患者及家属的广泛认可。为患者提供了更有保障的、全面的、连续的服务, 医、护、患三方受益, 为家庭、医院、社会减轻了负担。“医护一体化”多学科协作的模式建立带来了一定的社会效益。

3. 讨论

随着疾病谱的改变和社会老龄化的进展,慢性创面已逐渐成为威胁人类健康的主要疾病之一,也成为家庭和社会的主要经济负担之一。根据病因不同,慢性创面的发病机制不一,既有全身因素,也有局部因素的参与。创面治疗中心的建设既是顺应我国疾病谱变化的需要,也是社会发展的迫切需求。因此,通过“医护一体化”多学科协作管理模式在创面治疗中心的探索,充分发挥各亚专业特长,缩短创面愈合时间,提高诊疗效率,保障治疗效果,提高患者的生活质量,达到患者满意,医院满意,社会满意。

通过开展“医护一体化”多学科协作管理模式的实践,我们认为具有重要的现实意义:①通过创面治疗中心工作模式的建设,优化流程,为创面患者实施居家服务的瓶颈难题;②创面处置由创面治疗师负责,可以降低医院人力成本,发挥专科护士优势,及时与团队医生协商,调整治疗方案,提高工作效率^[8];③节约医生的诊疗时间,让医生从事更复杂、更有挑战性的工作;④促使医护工作全程、无缝衔接,便捷、有效沟通和相互促进,保证了患者就医安全;⑤提升了创面治疗师的执业素质及专业技能,拓展了专业视野和执业生涯,稳定了护理队伍;⑥提高了医疗护理服务质量,改善患者就医获得感;⑦由于专科护士全周期参与治疗,患者康复加速,住院时间缩短,避免了慢性创面患者压床的管理困境^[9]⑧由于系统规范的治疗和护理,减少了患者并发症,提高了治愈率,降低了治疗费用^[10]。

因此我们认为,“医护一体化”多学科协作管理模式在创面治疗中心的应用,能全面系统评估、处理、治疗、管理创面,有利于加速慢性创面患者康复,降低治疗费用,增加患者满意度,是一种非常高效的工作模式。

参考文献:

- [1] 国家卫生健康委《医疗机构创面修复科基本标准(试行)》[R].2019.
- [2] 付小兵.以创建研究型医院的总体思路指导创面治疗学科建设与创面治疗专科人才的培养[J].中国研究型医院, 2016, 3(1): 2-5.
- [3] 谭谦.压力性损伤创面管理与治疗[M].郑州: 郑州大学出版社, 2019.
- [4] 伍燕飞, 陈月清, 梁月娥, 等.医护一体化管理模式在小儿化脓性中耳炎治疗护理中的应用效果[J].国际护理学杂志, 2020, 39(02): 348-351.
- [5] 陈齐.急性心肌梗患者 PCI 术后 I 期心脏康复护理的循证实践[J].解放军护理志, 2020, 32(8): 9.
- [6] 周洁, 以护士为主导的多学科协作模式在中重度痛痛患者护理中的应用.山东省, 青岛市中心医院, 2020-07-03.
- [7] 郝嘉文, 张庆富.慢性病所致的慢性创面的防治[J].中华损伤与修复杂志(电子版), 2021, 16(02): 93-96.
- [8] 隋颖, 苏永涛.医护一体化工作模式在创面修复学科建设中应用的探索[J].感染、炎症、修复, 2020, 21(04): 195-198.
- [9] 杨洁, 翟颖超, 甄鹰, 等.医护一体化模式的研究现状[J].中国药业, 2015, 8(11): 1-3.
- [10] 姜玉峰, 张莉, 王睿, 等.糖尿病足诊疗中多学科合作的医疗监管问题探讨[J].感染、炎症、修复, 2020, 21(1): 8-10.

急性脑出血患者中医证型与炎症因子的相关性研究

宋振宇 刘林娜

临沂市中医医院 山东临沂 276002

摘要：脑出血作为一种严重的脑血管病理疾病，在世界医疗范围内具有极高的发病率。同时，伴随脑出血病患者年龄的增长，相关病症的发病率逐年呈现上升趋势。本文旨在以传统中医证型治疗法作为媒介，探讨急性脑出血、中医证型与炎症因子的相关性联系，以期在中、西医医学的有效融合中，为脑出血患者急性期的医学观察与治疗，提供更多的理论依据与数据支持。本文有关急性脑出血患者中医证型的研究结果显示，急性脑出血患者中医证型分布具有规律性特点，其对应的统计学分布差异 $P \leq 0.05$ ；炎症因子 $\text{TNF-}\alpha$ 和 IL-6 的水平根据患者中医证型不同，存在一定的差异性，在急性脑出血中医炎症因子验证中，存在着极为普遍的相关性。

关键词：脑出血患者；炎症因子；统计学分布；中医证型

0 引言

经济社会的高速发展，在不断加剧人们生活、工作压力的同时，也促使急性脑出血患者的发病率逐年增加^[1]。据有效统计，全球 45 岁以上的脑出血患者中，在 5 年内死亡的概率已经超过了 50% 的占比比例。因此，急性脑出血患者的生命质量必须得到更为广泛的关注。只有从多元化角度出发，探寻更多的医学相关性证型，才能够有效降低急性脑出血患者的死亡率。从中医学的应用视角出发，展开急性脑出血患者中医证型分析，并将各类炎症因子应用于临床之中，通过对患者中医证型与炎症因子的相关性研究，来提高急性脑出血患者的治愈率，在医学临床应用与理论研究方面来说，均具有极为重要的意义与作用。

1 急性脑出血的概念简述

急性脑出血一般也被称之为急性原发性脑出血，即：intracerebral hemorrhage^[2]。其对应的临床医学简称为 ICH，主要的病症来源为：情绪激动或过度劳累情况下，由于瞬时的脑实质非外伤性病变，而导致的出血性紧急症状^[3]。该症状能够使患者在短时间内发生昏迷，并有极高的后期致残率。当前，急性脑出血病症已经成为我国居民致死致残的主要临床病症之一，并在我国重点防范疾病排行榜中名列前茅。在我国有关重要流行疾病的调查研究显示，脑血管疾病是导致居民生命质量降低的最主要疾病病症，而急性脑出血患者发病率的临床占比为脑血管相关各类疾病的 12%-17%^[4]。也就是说，该疾病已经成为制约人体健康的关键性疾病。而且，在调查中还发现，急性脑出血疾病的死亡率（30 天）为 35%~56%，基本占据了发病率的一半左右。通过相关参考文献资料分析，并结合各项临床实践，发现急性脑出血严重影响我国人的身心健康，并伴随人们年龄的增长，在日常学习、工作与生活中，为人们带来越来越严重的负担与不便，更给大量家庭带来了不可思量的经济压力与生活影响。

与此同时，从中医学的角度来看，急性脑出血属于“中风病”的临床主要病症范畴，在我国传统医学的历代临床治疗工作中，中医药治疗中风的中医诊疗手段与治疗方法极为丰富^[5]。采用祖国医学进行急性脑出血治疗，能够有效改善症状、并促进患者机体的康复与身心的发展。但是，由于在中医范畴内，急性脑出血的证型表现极为零散，证型结果也不统一，所以对急性脑出血的中医药治疗起到了一定的抑制（或限制）作用。在医学的跨界发展中，将中医临床理念与西医临床理念相融合，从“辨病论治”与“辨证论治”双重角度出发，充分发挥中西医两种医学模式的优势，能够极大地提高急性脑出血病症的临床治疗效果，并能够为急性脑出血的中医药防治与临床治疗提供医疗技术依据。

2 本课题的研究资料与方法

2.1 研究资料说明

本文以 2015 年 7 月作为起始点，以 2021 年 1 月作为终结点，选取在本院接受临床治疗的急性脑出血患者 165 例展开研究。这 165 例患者均来自于中医院急诊科和神经科，其对应的年龄段分布为 40~86 岁，平均年龄为：61.2±18.5 岁。患者中出现基底节出血的患者人数为 62 例，占比为：37.6%；脑叶出血的患者人数为 24 例，占比为 14.5%；丘脑出血的患者人数为 18 例，占比为 10.9%；脑桥出血的患者人数为 16 例，占比为 9.7%；小脑出血的患者人数为 25 例，占比为 15.2%；脑室出血的患者人数为 20 人，占比为 12.1%。其中，急性脑出血患者的患病情况与患者性别、年龄、病患占比如表 1 所示：

表 1 急性脑出血患者的患病情况与患者性别、年龄、病患占比

患病情况	患者人数	男	女	年龄	平均年龄	病患占比
基底节出血	62	32	30	46~80	68.7±4.9	37.6%
脑叶出血	24	20	4	45~82	69.6±5.1	14.5%
丘脑出血	18	8	10	40~86	68.3±5.7	10.9%
脑桥出血	16	5	11	42~83	69.6±6.2	9.7%
小脑出血	25	10	15	43~84	70.5±5.3	15.2%
脑室出血	20	12	8	41~86	71.6±6.5	12.1%

从表 1 中能够看出，急性脑出血患者性别、年龄等一般资料差异，从统计学数据分析上来看，与患者的急性脑出血患病情况无一定关联关系，即： $P > 0.05$ 。

根据《中国脑血管病防治指南》上的相关数据统计，将最为常见的 7 个中医证型作为急性脑出血的主要“中药新药临床中医证型”诊断标准，分别为：1）痰湿蒙神证中医证型；2）痰热腑实证中医证型；3）风痰瘀阻证中医证型；4）风痰火亢证中医证型；5）风火上扰证中医证型；6）气虚血瘀证中医证型；7）阴虚风动证中医证型。这 7 种症状的中医证型按照其临床表现不同，均可表现为主症和次症两部分。其中，各类证型的临床中医主症状表现均为一致症状，主要临床表现为：半身不遂、言语不利，部分患者会出现一定程度的口眼歪斜症状。而相较于主症状而言，这 7 类中医证型的次症表现则极为不同，如表 2 所示：

表 2 急性脑出血的 7 类中医证型的次症表现

病症标准	痰湿蒙神证	痰热腑实证	风痰瘀阻证	风痰火亢证	风火上扰证	气虚血瘀证	阴虚风动证
病症症状	痰多，腹胀，痰黏	头痛，肢体强直，晕眩，易怒心烦	手足麻木，手足拘挛	目赤红睛，痰黏，眩晕，耳鸣	头晕，眩晕，耳鸣	舌红，舌苔发黄	脉搏缓慢且弦状或脉涩
辅助病症症状	舌淡，苔白，苔腻	舌暗，舌边有瘀斑，舌苔发黄	脉肢体强直，舌苔发黄	舌红，舌苔发黄	四肢乏力，痰多	舌淡，边有瘀斑瘀点，苔白且薄	倦怠懒言，脉沉细涩
个别病症症状	大小便闭，脉弦滑弦缓	神识不清或混糊，脉滑或脉涩	脉搏缓慢，口角流涎	脉搏缓慢且弦滑	腰膝酸痛，头痛，耳鸣	舌苔黄，舌红，舌少苔	脉搏缓慢且弦缓

2.2 研究标准

本研究的主要临床患者纳入标准为：年龄 40~85 岁之间，发病在急

性期内的急性脑出血原发性患者。本次研究的排除标准为：继发性脑出血临床表现患者，如：血管畸形、动脉瘤、烟雾病、血管炎病患者，以及血液系统疾病、肝脏疾病、肿瘤等血液系统病患者。由于该类患者经常口服抗凝药与抗血小板药，所以在一定程度上会并发导致出血性梗死或多灶性出血，所以并不计算在本临床案例之中。同时，既往有精神障碍者和妊娠或哺乳期患者也都被列为本次研究的排除标准项之一。

2.3 研究方法

2.3.1 急性脑出血病症的中医证型判定

本文针对本院的急性脑出血患者及其家属，展开“线上+线下”的实践化调查问卷。主要的调查问卷内容包括：急性脑出血患者的“主症”特点与“次症”特点，患者的既往病史、日常生活习惯，患者的祖国医学中医诊疗特点等一般资料。在展开具体的中医证型判定过程中，将中医四诊作为主要病症判定方法。其中，患者的既往病史包括：患者在临床诊疗过程中，是否有高血压、糖尿病、冠心病等慢性疾病，是否具有感染性疾病以及是否具有一定的过敏史等情况。患者的生活史调查包括：患者个体的饮食习惯、吸烟史与饮酒情况等。患者的体征情况包括：患者是否出现半身不遂、口角流涎、手足麻木、腹胀腹痛、纳呆等一系列性脑出血的中医诊断标准症状。在对患者的诊断信息进行科学合理收集后，由临床医生（2-3人）合作判定，该患者的中医证型判定，将医生统一认定的患者设置为最终的临床研究患者。因此，在经过仔细过滤后，最终选择的认证病患 165 例，如上所述。

2.3 急性脑出血病症的炎症指标检测

在具体的检测过程中，取患者入院第二天空腹抽血的检测数据，将患者的检测血液 10ml，以 3000r/min 的离心检测方法，取上清液后进行 TNF- α 和 IL-6 水平检测，具体的检测方法以 ELLISA 检测法为基准。

2.4 统计学检测结果

采用统计学检测软件 SPSS21.0 进行急性脑出血病症患者的统计学分析与计算处理。其中，相关计量数据均采用均数 $\pm$ 标准差来表述，并采用 t 检验法，实现组间的单因素方差统计学检测与分析，并设定 $P \leq 0.05$ 作为急性脑出血病症相关因素的差异有统计学意义，否则则记为无统计学意义。

3 急性脑出血患者的中医证型统计结果

在针对本院 165 例急性脑出血患者展开中医证型统计后，将相关患者统计为对应的中医证型分布。针对急性脑出血患者中医证型分布的个体化、差异化与规律化特点，将相关症状的病例进行比对与次症划分。其中，痰热腑实证中医证型的急性脑出血患者占比最高，其对应的占比率为 26.87%；风痰火亢证中医证型的急性脑出血患者占比居于第二，其对应的占比率为 19.69%；风痰瘀阻证中医证型的急性脑出血患者占比居于第三，其对应的占比率为 16.87%；痰湿蒙神证中医证型急性脑出血患者占比为 11.25%；风火上扰证中医证型急性脑出血患者占比为 9.38%；气虚血瘀证中医证型急性脑出血患者占比为 8.44%；阴虚风动证中医证型急性脑出血患者占比为 7.50%。将上述数据信息经过统计学卡方检验后，获得其对应的统计学意义如表 3 所示：

表 3 急性脑出血的 7 类中医证型与 TNF- α 和 IL-6 炎症因子关系统计

病症证型	TNF- α 因子	IL-6 因子
痰湿蒙神证中医证型	69.63 $\pm$ 18.52	98.63 $\pm$ 32.52
痰热腑实证中医证型	74.36 $\pm$ 16.65	106.47 $\pm$ 26.55
风痰瘀阻证中医证型	60.36 $\pm$ 21.36	84.68 $\pm$ 27.8
风痰火亢证中医证型	58.31 $\pm$ 11.64	81.36 $\pm$ 34.45
风火上扰证中医证型	81.36 $\pm$ 13.64	112.36 $\pm$ 20.43
气虚血瘀证中医证型	60.28 $\pm$ 12.43	79.46 $\pm$ 24.45
阴虚风动证中医证型	51.61 $\pm$ 21.63	81.67 $\pm$ 34.68

从表 3 中的数据信息统计学计算可知，TNF- α 和 IL-6 炎症因子与各中医证型间存在着一定程度的统计学意义，即： $P \leq 0.05$ 。与此同时，在相关统计学分布规律上来看，风火上扰证中医证型的 TNF- α 因子水平最高，明显高于其它 6 类中医证型的因子影响，而风火上扰证中医证型的 IL-6 炎症因子水平也呈现最高，其对应的统计学意义为： $P \leq 0.05$ 。

4 讨论

从西医的临床治疗角度来看，脑出血分为原发性脑出血和继发性脑出血^[6]，其中主要的脑出血表现在课题中占比为：82.7%，满足国际占比的 80%-85%占比标准。而针对急性脑出血的主要潜在出血部位，发现生活习惯、作息规律和现代生活压力对急性脑出血患者的病症情况有一定影响，而糖尿病、动脉硬化等慢性疾病对患者的病发率与患病情况也有一定的影响。由于脑出血患者具有起病快、发病率高等特点，导致该病症的致死、致残率都极高。将西医中的原发性脑出血病状作为研究对象，采用中西医结合方式，以祖国医学中的中医证型来统计不同患者的急性脑出血的 7 类中医证型特点，并根据划分好的证型，统计急性脑出血的 7 类中医证型与 TNF- α 炎症因子和 IL-6 炎症因子之间的关联关系，以此来验证急性脑出血患者中医证型与炎症因子的相关性。TNF- α 炎症因子与脑出血患者的脑水肿发生与发展关系密切，当患者突发急性脑出血后，其对应的神经细胞和胶质细胞均会分泌一定数量的 TNF- α 炎症因子^[7]，并可以通过炎症诱导神经细胞，使其发生不同程度的细胞毒性作用，造成患者不同程度的细胞性水肿或氧化应激反应^[8]。而且 TNF- α 炎症因子能够在一定程度上促进白细胞、单核细胞局部血管堵塞，进而加剧病患的病症发展。IL-6 炎症因子则是具有一定双向调节作用的急性脑出血相关炎症因子，它能够加重继发性脑损伤的影响效果，并能够导致一定程度的脑细胞坏死。从中医角度来说，这些相关的炎症因子会导致病患的情绪不畅、饮食不节、阴阳失衡，并在辨证分型过程中，表现为肝阳暴亢、气血逆乱等特点。但是，由于急性脑出血的中医证型在我国国内医学界还缺乏统一的标准，所以在一定程度上限制了中医药治疗急性脑出血（中风）的发展。通过本文的研究，能够清楚认识到，急性脑出血患者中医证型分布在临床表现方面，具有一定的规律性与实证性，不同的中医证型其对应的 TNF- α 炎症因子和 IL-6 炎症因子水平存在差异，但是总的来说各类中医证型的炎症因子均具备统计学意义，即： $P \leq 0.05$ 。

5 结论

综上所述，急性脑出血作为我国临床医学中最为常见也最为致命的一种严重脑血管疾病之一，想要获得更好的预防与治疗效果，就需要从多元化的角度出发，进行相关病症的病症特点及炎症因素分析。将传统中医医学与当代西医医学技术相融合，以传统医学的中医病症证型为前提，将急性脑出血划分为 7 大中医证型，并对各中医证型进行炎症因子的相关性分析，能够获得急性脑出血患者的中医证型分布的规律性特点，并能够在 $P \leq 0.05$ 的统计学分布结果中，证明 TNF- α 和 IL-6 炎症因子水平与中医证型存在统计学关联关系。

参考文献：

- [1]余瑶,肖宵,李鹏,赵明芬.高血压性脑出血中医辨证分型及证素研究概况[J].新疆中医药,2022,40(01):71-74.
 - [2]吴芸,周淑妮.冠心病不稳定型心绞痛患者中医证型分布及其与 Gensini 评分、炎症因子的关系[J].四川中医,2021,39(10):63-66.
 - [3]贺海霞,易健,李丹丹,盛望,余颜.血管性痴呆患者中医证型与炎症因子相关性分析[J].湖南中医药大学学报,2018,38(12):1403-1406.
 - [4]陈日朝,陈蕾,赵千山.高血压脑出血微创穿刺引流术围手术期中中医证型动态变化分析[J].广西中医药,2018,41(05):25-27.
 - [5]苏容.急性脑梗死不同中医证型与相关检验指标、NIHSS 评分关系的研究[D].西南医科大学,2018.
 - [6]冯照群,赵晓平,范小璇,罗卫,胡靖,陈杰.脑出血患者中医体质与急性期首发证型的关系研究[J].实用中西医结合临床,2016,16(10):23-25.
 - [7]赵文瀛,张尚尚,毛丽军.脑出血恢复期病人血压变异性与中医证型的相关性分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2020,18(18):3116-3117+3120.
 - [8]唐武,李庆.脑出血急性期患者中医证型与血清缺血修饰蛋白水平的关系[J].中国中医药信息杂志,2013,20(03):17-18.
- 作者简介：宋振宇（1985.06-），性别：男，民族：汉，籍贯：山东淄博，学历：研究生，职称：主治医师，研究方向：中西医结合治疗神经系统疾病的研究。

益心舒胶囊联合替格瑞洛治疗急性心肌梗死的临床研究

刘海明

聊城市东昌府区中医院 山东聊城 252000

摘要：目的：急性心肌梗死采取替格瑞洛加益心舒胶囊治疗并观察其效果。方法：观察患者为我科治疗的急性心肌梗死 82 例，观察开始于 2020 年 1 月，观察结束于 2022 年 1 月，并且根据患者治疗方法不同分成中医中药组与西医西药组，中医中药组使用替格瑞洛加益心舒胶囊治疗，西医西药组采取替格瑞洛治疗，对比两组治疗效果。结果：（1）中医中药组和西医西药组效果情况，中医中药组满意为 90.24%，西医西药组满意为 75.60%；中医中药组有效为 97.56%，西医西药组有效为 78.04%。（ $\chi^2=13.528$, $p=0.012$ ），结果有差异。（2）中医中药组和西医西药组治疗后心脏功能指标情况，中医中药组 LVEF 是 $58.21\pm6.39(\%)$ ，西医西药组 LVEF 是 $49.48\pm5.27(\%)$ ；中医中药组 SV 是 $83.91\pm9.45(\text{mL}\cdot\text{min}^{-1})$ ，西医西药组 SV 是 $77.56\pm8.35(\text{mL}\cdot\text{min}^{-1})$ 。（ $t=4.829$, $p=0.022$ ），结果有差异。结论：急性心肌梗死采取替格瑞洛加益心舒胶囊治疗效果优良，可推广。

关键词：心肌梗死；替格瑞洛；益心舒胶囊

Abstract: Objective: To take ticagrelor plus Yixinshu capsule for the treatment of acute myocardial infarction and observe its effect. Methods: to observe the patient for my families and treatment of 82 cases of acute myocardial infarction, observe began in January 2020, observe ended in January 2022, and according to different patients treatment methods are divided into traditional Chinese medicine and western medicine western medicine group, Chinese medicine group used for Greg jiayi heart shu capsule treatment, western medicine group of western medicine to take for Greg treatment, compared two groups of therapeutic effect. Results: (1) the satisfaction of Chinese medicine group was 90.24%, while that of western medicine group was 75.60%; The effective rate of TCM group was 97.56%, and that of western medicine group was 78.04%. ($\chi^2=13.528$, $P=0.012$). (2) The LVEF of TCM group and western medicine group after treatment was $58.21\pm6.39(\%)$ and $49.48\pm5.27(\%)$ respectively. The SV of Chinese medicine group was $83.91\pm9.45(\text{mL}\cdot\text{min}^{-1})$, and that of Western medicine group was $77.56\pm8.35(\text{mL}\cdot\text{min}^{-1})$. ($t=4.829$, $P=0.022$). Conclusion: Ticagrelor plus Yixinshu capsule is effective in the treatment of acute myocardial infarction and can be popularized.

Key words: myocardial infarction; For Grillo; Yixinshu capsule

急性心肌梗死病症形成原因是冠状动脉硬化，引起血小板聚集，从而发生血栓，造成心肌缺血，最终心肌细胞死亡，影响患者心脏功能。急性心肌梗死对患者危害性非常大，需要临床医生对其治疗方案关注。目前，临床上治疗急性心肌梗死患者时，多数使用溶栓药物，减少患者心肌梗死，使其心脏功能恢复。对患者进行溶栓治疗时，一般会结合替格瑞洛药物治疗，该药物的主要功效是抗血小板聚集，改善患者心肌梗死临床症状。但是采取该药物治疗后，多数患者出现复发率高问题，需要改善其治疗方案。本组研究时，对急性心肌梗死采取替格瑞洛治疗时还结合中成药益心舒胶囊治疗，该药物有活血化瘀、健脾益气功能，能够对急性心肌梗死患者临床症状改善。两种药物结合治疗后，可以有效地帮助患者提高治疗效果，减少其复发率。该治疗方案在临床上应用有良好的效果，但是其应用效率过低，需要临床医生研究其治疗效果，使用研究数据帮助临床推广，以便更多的急性心肌梗死患者能够受益^[1]。基于此，本组研究急性心肌梗死采取替格瑞洛加益心舒胶囊治疗并观察其效果。

1. 一般资料与方法

1.2 一般资料

选择我科治疗的急性心肌梗死患者 82 例作为观察对象，并且将患者分成中医中药组与西医西药组。两组患者参与研究时使用医院综合诊断为急性心肌梗死，并且患者对本次使用药物无禁忌证。中医中药组有 41 例急性心肌梗死患者，对急性心肌梗死患者年龄分析，最小 45 岁，最大 75 岁，中位数 60.23 ± 7.48 岁；对急性心肌梗死患者病程分析，最小 8 小时，最大 48 小时，中位数 12.33 ± 1.46 小时；对急性心肌梗死患者性别分析，男 23 例，女 18 例。西医西药组有 41 例急性心肌梗死患者，对急性心肌梗死患者年龄分析，最小 45 岁，最大 75 岁，中位数 60.19 ± 7.32 岁；对急性心肌梗死患者病程分析，最小 8 小时，最大 48 小时，中位数 12.65 ± 1.37 小时；对急性心肌梗死患者性别分析，男 22 例，女 19 例。（ $P>0.05$ ），资料无差异。

1.2 方法

1.2.1 西医西药组

西医西药组使用替格瑞洛治疗，患者每次使用 90mg，每天使用 2 次，连续治疗 1 月^[2]。

1.2.2 中医中药组

中医中药组首先采取替格瑞洛治疗，治疗方案同西医西药组，并且在基础上结合益心舒胶囊治疗，患者每次使用 1.2g，每天使用 3 次，连续治疗 1 月^[3]。

1.3 观察治疗

（1）治疗满意度以患者评价为标准；（2）治疗有效率采取三级评价，总有效率=（治愈+好转）/总数*100%；（3）心脏功能指标使用超声诊断；（4）血栓指标使用血液生化检验诊断。

1.4 统计学

采用 SPSS120.0 软件，用 t 和 χ^2 检验， $P<0.05$ 表示两组数据有差异。

2. 结果

2.1 两组治疗满意度和有效率

中医中药组和西医西药组效果情况在表 1 呈现：

表 1 两组治疗满意度和有效率对照

组别	数例	满意	有效率			
			治愈	好转	无效	总有效率
中医中药组	41（例）	37（例） 90.24%	23（例）	17（例）	1（例）	40（例） 97.56%
西医西药组	41（例）	31（例） 75.60%	18（例）	14（例）	9（例）	32（例） 78.04%
χ^2	--	13.265	--	--	--	13.791
p	--	0.012	--	--	--	0.012

2.2 两组心脏功能情况

中医中药组和西医西药组治疗后心脏功能指标情况在表 2 呈现：

表 2 两组心脏功能指标情况

组别	数例	LVEF		SV	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
中医中药组	41（例）	40.33±5.29（%）	58.21±6.39（%）	70.44±8.40（mL.min ⁻¹ ）	83.91±9.45（mL.min ⁻¹ ）
西医西药组	41（例）	40.45±5.37（%）	49.48±5.27（%）	70.52±8.61（mL.min ⁻¹ ）	77.56±8.35（mL.min ⁻¹ ）
t	--	0.257	4.763	0.265	4.895
p	--	0.859	0.023	0.841	0.022

2.3 两组血栓指标情况

中医中药组和西医西药组治疗后血栓指标情况在表 3 呈现：

表 3 两组血栓指标对照

组别	数例	TAT		TM	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
中医中药组	41（例）	7.37±1.02（ng.mL ⁻¹ ）	2.71±0.46（ng.mL ⁻¹ ）	12.38±1.79（U.mL ⁻¹ ）	7.21±1.01（U.mL ⁻¹ ）
西医西药组	41（例）	7.42±1.03（ng.mL ⁻¹ ）	3.85±0.76（ng.mL ⁻¹ ）	12.45±1.68（U.mL ⁻¹ ）	9.13±1.25（U.mL ⁻¹ ）
t	--	0.238	3.462	0.229	3.874
p	--	0.873	0.036	0.885	0.032

2.4 两组复发率和不良反应情况

中医中药组和西医西药组治疗后情况在表 4 呈现：

表 4 两组复发率和不良反应率对照

组别	数例	复发	不良反应				
			血尿酸升高	呼吸困难	血尿	消化道出血	总发生数例
中医中药组	41（例）	3（例）7.31%	1（例）	1（例）	1（例）	1（例）	4（例）9.75%
西医西药组	41（例）	10（例）24.39%	3（例）	2（例）	3（例）	5（例）	13（例）31.70%
X ²	--	8.134	--	--	--	--	8.229
p	--	0.019	--	--	--	--	0.019

3. 讨论

在临床上对急性心肌梗死患者治疗时，需要研究有效治疗方法，帮助患者恢复健康，并且减少心肌损伤，提高心脏功能，改善患者后期生活质量。对于急性心肌梗死患者，临床一般采取急救治疗，并且对患者急性期使用溶栓治疗，帮助患者改善临床症状，恢复其身体健康。急性心肌梗死患者采取溶栓治疗后，有良好的效果。同时，在溶栓治疗后，为了改善患者治疗效果，需要结合其他药物治疗，帮助患者快速恢复正常身体指标。目前，在急性心肌梗死患者溶栓治疗后，可以结合替格瑞洛治疗，该药物是血小板拮抗剂，可以减少血小板聚集，从而改善患者血栓发生率，使其临床症状改善。

急性心肌梗死患者使用西药替格瑞洛治疗时，为了提高该治疗方案效果，可以结合中医治疗。中医在治疗急性心肌梗死患者时，其理论为：中医认为急性心肌梗死属于胸痹范围，这种病症引起的病机是气阴两虚、瘀血阻络。患者发生急性心肌梗死过程中，由于气血两虚，无法推动血液运行，久病伤阴液，气血严重阻塞，经络不通畅，最终引发急性心肌梗死。根据中医治疗理论，需要对患者滋阴补气，活血化瘀治疗模式。本次研究中，根据中医治疗理论，对患者使用益心舒胶囊治疗，这种药物为中成药，其药方如下：黄芪、五味子、丹参、山楂、川芎、生晒参、麦冬。该组方以益气复脉为主，可以帮助患者养阴生津，还可以帮助患者活血化瘀，使其心脏功能改善，提高患者治疗效果^[7]。

在本次研究中，对中医中药组和西医西药组治疗后心脏功能指标情况分析，中医中药组 LVEF 是 58.21±6.39(%)，西医西药组 LVEF 是 49.48±5.27(%)；中医中药组 SV 是 83.91±9.45（mL.min⁻¹），西医西药组 SV 是 77.56±8.35（mL.min⁻¹）。(t=4.829，p=0.022)，结果有差异。该指标提示，在急性心肌梗死患者中使用替格瑞洛加益心舒胶囊治疗后，可以改善患者心脏功能。分析数据形成原因，主要在于西药替格瑞洛能够改善血小板聚集，抑制血栓的形成，从而对心脏进行保护；而使用的中药益心舒胶囊，

可以活血化瘀，起抑制血栓形成，并且还可以益气养阴，从根源改善心脏功能，对心脏起到保护作用。再对中医中药组和西医西药组治疗后血栓指标情况分析，中医中药组 TAT 是 2.71±0.46（ng.mL⁻¹），西医西药组 TAT 是 3.85±0.76（ng.mL⁻¹）；中医中药组 TAT 是 7.21±1.01（U.mL⁻¹），西医西药组 TM 是 9.13±1.25（U.mL⁻¹）。(t=3.668，p=0.034)，结果有差异。该数据提示，急性心肌梗死患者使用替格瑞洛加益心舒胶囊治疗后，可以改善患者血栓指标。以上数据形成原因，主要是替格瑞洛为血小板聚集拮抗剂，可以抑制血栓的形成；同时中药以活血化瘀为主，帮助患者血液循环，改善血栓形成风险。最后对中医中药组和西医西药组治疗后情况分析，中医中药组复发为 7.31%，西医西药组复发为 24.39%；中医中药组不良反应是 9.75%，西医西药组不良反应是 31.70%。(x²=8.181，p=0.019)，结果有差异。该数据提示，急性心肌梗死患者使用替格瑞洛加益心舒胶囊治疗后，可以减少疾病复发率，改善患者不良反应。以上数据形成原因中，主要是中药益心舒胶囊使用后，从根源治疗疾病，减少患者病症复发；同时，中药使用后，减少患者替格瑞洛治疗时间，从而改善其不良反应，使其用药治疗更加安全。

综上所述，急性心肌梗死患者使用替格瑞洛加益心舒胶囊治疗后效果优良，该种治疗方法值得在临床上推广。

参考文献：

[1]郑增强.参松养心胶囊联合替格瑞洛在急性心肌梗死治疗中的应用[J].包头医学, 2022, 46（02）: 1-3.

[2]王玉平.氯吡格雷抵抗急性心肌梗死 PCI 术患者应用替格瑞洛抗血小板治疗的效果[J].临床医学, 2022, 42（05）: 96-98.

[3]尹丽, 庞小华, 杨建军, 张建明, 王海龙.急性心肌梗死行急诊冠状动脉介入治疗患者院前服用替格瑞洛的效果[J].中国老年学杂志, 2022, 42（09）: 2064-2068.

推拿联合针灸治疗肩周炎的疗效分析

刘玉堂 夏胜华

昌邑市人民医院 山东昌邑 261300

摘要: 目的: 观察肩针灸及配合推拿治疗肩周炎的临床疗效。方法: 将 140 例肩周炎患者按照随机数表法分为 两组。治疗组 (70 例) 予针灸配合推拿治疗, 对照组 (70 例) 予传统推拿治疗。两组均治疗 21 d。比较两组日常生活活动能力 (ADL) 评分及疗效。结果: 两组治疗后日常生活活动能力 (ADL) 评分均较本组治疗前升高 ($P < 0.05$), 治疗组 (ADL) 评分高于对照组 ($P < 0.05$)。治疗组总有效率 98.5%, 对照组总有效率 50.7%, 治疗组疗效优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 针灸配合推拿治疗肩周炎疗效显著, 且易操作、风险小, 值得推广。

关键词: 推拿, 针灸, 肩周炎, 疗效分析

Analysis of curative effect of massage combined with acupuncture in the treatment of frozen shoulder

Liu Yutang Xia Shenghua

Changyi People's Hospital Changyi, Shandong 261300

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of shoulder acupuncture and massage combined with periarthritis of shoulder. Methods: 140 patients with frozen shoulder were divided into two groups according to the random number table method. The treatment group (70 cases) received acupuncture combined with massage therapy, and the control group (70 cases) received traditional massage therapy. Both groups were treated for 21 days. The activities of daily living (ADL) scores and efficacy were compared between the two groups. Results: The activities of daily living (ADL) scores in the two groups after treatment were higher than those in the same group before treatment ($P < 0.05$), and the scores in the treatment group (ADL) were higher than those in the control group ($P < 0.05$). The total effective rate of the treatment group was 98.5%, and the total effective rate of the control group was 50.7%. The curative effect of the treatment group was better than that of the control group ($P < 0.05$). Conclusion: Acupuncture combined with massage has significant curative effect in the treatment of periarthritis of shoulder, with easy operation and low risk, which is worthy of promotion.

Key words: massage, acupuncture, frozen shoulder, efficacy analysis

肩关节周围炎简称肩周炎, 是一种因机体长期处于劳损状态而导致颈肩部的肌肉、肌腱、韧带、筋膜、关节囊等软组织发生退行性变和慢性非特异炎症的疾病, 以患侧肩关节的疼痛酸楚不适及肩关节活动运动受限等为主要临床表现。本病若治疗不及时, 或可遗留肩关节疼痛和关节粘连、活动障碍, 为中老年罹患者带来诸多的痛苦与不便, 严重影响患者的生活质量[1-2]。探究如何快速恢复肩关节活动功能、缓解其疼痛是本病治疗的重点[3]。为此, 本研究只要做了针灸与推拿的相关研究, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2020 年 7 月—2000 年 7 月我院收治的 140 例肩周炎患者作为研究对象, 按照随机数表法分为两组。治疗组 70 例, 男性 33 例, 女性 37 例; 年龄 46~67 岁, 平均年龄 (56.13±10.07) 岁; 病程 2 个月~3.4 年, 平均病程 (2.96±2.12) 个月。对照组 70 例, 男性 31 例, 女性 39 例; 年龄 47~66 岁, 平均年龄 (55.43±11.32) 岁; 病程 1.5 个月~4.2 年, 平均病程 (2.25±2.02) 个月。两组一般资料差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法 治疗组给予传统腧穴的针刺疗法联合常规推拿。首先嘱患者取坐位并放松, 准确定位肩前穴、肩髃穴、肩髃穴、肩贞穴、曲池穴及阳陵泉等, 医生双手和进针部位常规消毒后, 进行常规针刺, 患者得气后留针 30 min。5 次/周。对照组给与常规推拿治疗。

1.3 病例选择

诊断标准 西医诊断参照《骨科疾病诊断标准》[1]中肩周炎的诊断标

准。①好发年龄 50 岁左右, 女多于男, 右肩多于左肩, 慢性发病。②肩周疼痛或肩关节周围活动障碍, 以夜间为甚。有感受风寒或外伤史, 诱发加重因素多为过度劳累或天气变化等, 病程延长会出现“扛肩”现象。③查体: 肩周肌肉痉挛、肌萎缩, 肩部疼痛不适, 肩周压痛 (以肱二头肌长头为主), 肩关节活动障碍 (包括内旋、外旋、外展、上举受限)、活动痛或有慢性劳损情况。④X 线摄片检查多为阴性, 病程久者可观察到肩峰、大结节骨质稀疏, 囊样变。中医诊断参照《中医病证诊断疗效标准》[2]中肩周炎的诊断标准。

1.4 观察指标 应用日常生活活动能力 (ADL) 评分[2]评价日常生活能力, 包括穿脱衣服、梳头、刷牙、手摸对侧耳, 每项满分 5 分, 按照能力高低分别记 5、3、0 分。肩部疼痛评价采用疼痛视觉模拟评分 (VAS) [3], 从无痛到剧烈疼痛用 0~10 分表示, 疼痛越强数值越高, 根据程度标记数值。

1.5 统计学方法 采用 SPSS23.0 软件处理数据, 计量资料以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 行 t 检验; 计数资料用百分率 (%) 表示, 行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后肩关节疼痛 VAS 比较 治疗组治疗前肩关节 ADL (22.43±5.12) 分, 治疗后 (34.15±5.78) 分; 对照组治疗前肩关节疼痛 VAS (21.32±6.89) 分, 治疗后 (29.69±8.59) 分。两组治疗后各项评分及总评分均较本组治疗前升高 ($P < 0.05$), 且治疗组升高更明显 (P

<0.05)。

2.2 两组治疗前后 ADL 评分比较 两组治疗后有统计学意义。(P<0.05)

两组治疗后 ADL 比较

	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
梳头	3.10±0.91	5.01±1.32	2.97±1.59	4.11±0.87
刷牙	2.91±0.89	5.10±0.32	2.87±1.32	4.06±0.79
手摸对侧 耳朵	2.94±0.92	5.08±0.37	2.92±1.45	4.15±0.96
穿衣服	2.96±0.95	5.10±0.32	2.88±1.36	4.09±0.96

2.3 两组疗效比较 两组总有效率差异有统计学意义 (P<0.05), 治疗组疗效优于对照组。见表 2。

两组治疗后总有效率比较

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	70	24	45	1	98.5
对照组	70	15	35	20	50.7

讨论

肩周炎以起病隐匿、渐进性疼痛(尤以夜间为甚)及关节主动和被动活动逐渐丧失为特点[12],其发病机制尚不十分清楚。目前,西医在治疗本病时常采用非甾体类消炎镇痛药,但长期服用可引致诸多不良反应,中医认为,本病属于“经筋病”的范畴。经筋结聚部或因外伤后遗,或因积累劳损,或因气血不足,致卫气不充,腠理空虚,风寒湿邪乘夹,入腠袭筋,进而影响经筋“主束骨而利机关”的功能,而发为本病,使得肩关节动态平衡失调[13]。肩关节炎为临床常见病,其发病机制尚未明确。目前临床上大多倾向于慢性无菌性炎症学说[4]。中医认为其主要发病机制为人体肾气亏虚,气血不足,机体防御能力减退,寒湿之邪侵入肩部,导致肩部气血阻滞不通[5]。由于肩关节活动范围较大,因此负责固定关节的肩周肌肉极易发生损伤和退变,主要累及前关节囊和喙肱韧带,通常由肩部肌肉痉挛、缺血、萎缩等疾病引起,并有炎性渗出或细胞浸润,在中医中属经筋病[6]。经筋学认为,在肩关节周围分布着许多的筋膜、韧带和肌肉,这些组织极易因体虚劳损或寒凉发生病变[7],进而使经筋“主束骨而利机关”,功能失调,最终导致肩关节活动受限[8]。现今临床上治疗肩周炎的方法颇多,但尚无统一疗法,西医对肩周炎的治疗均以止痛为主[9],多为口服非甾体类抗炎药物,或通过局部痛点封闭及局部麻醉等来达到镇痛效果,对关节的活动度改善不明显,且通常带来诸多不良反应或使患者产生药物依赖。中医上治疗肩周炎多用针刺阿是穴疗法,由于阿是穴多是病变处、病变附近或脏腑疾病在体表的反应点,是病邪入里的重要传输途径,也是气血瘀滞不通的主要部位[10],所以针刺阿是穴不但可以对患者体表的病在此基础上,变情况有所改善,对相应脏腑、经络的病变也能起到一定的治疗作用[11]。针刺阿是穴理论首见于《灵枢·经筋》中的“以痛为输”,即以压痛点或者

局部疼痛点作为针刺穴位,其机制在于能够直达病灶部位,具有非常明显的即刻镇痛和长效镇痛作用[12-16]。本研究做了相关研究,实验组总体效果好于对照组,值得临床推广。

参考文献:

- [1]谢晋,任玉兰.关于敏化穴与激痛点相关性的初步探讨[J].辽宁中医杂志,2019,46(2):289-291.
- [2]严定丰,李卫林,郭太品.激痛点浮针治疗骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折50例[J].中国针灸,2018,38(5):539-540.
- [3]张露露,姜楠.针刺肌筋膜激痛点在疼痛治疗中的相关理论探讨[J].西部中医药,2016,29(8):159-161.
- [4]马尧,布赫,贾纪荣,等.针刺激痛点治疗肌筋膜疼痛综合征研究进展[J].中国针灸,2012,32(6):573-576.
- [5]张琦,彭增福.激痛点针灸疗法的作用机制研究进展[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(24):87-89.
- [6]叶玲,曾友华.腰臀部肌筋膜病患者激痛点针刺治疗的疼痛及功能改善分析[J].浙江创伤外科,2018,23(2):390-392.
- [7]张文静,董宝强,张卉萍,等.针刺激痛点治疗膝骨性关节炎临床疗效观察[J].世界中西医结合杂志,2015,10(11):1555-1558.
- [8]赵莉,郭长青.针刀治疗肩痹的经穴定位及操作[J].中国针灸,2016,36(3):299-302.
- [9]朱荣光.推拿联合密集针法治疗粘连期肩周炎28例[J].中医研究,2018,31(4):54-57.
- [10]石文英,林祖华,罗容,等.温针灸结合瑜伽体位法治疗冻结期肩周炎临床观察[J].中国针灸,2019,39(1):33-35.
- [11]DEBEE P,FRANSSEMS F,ROOSEN I,et al. Frozen shoulder and the Big Five personality traits[J]. Journal of shoulder and elbow surgery,2014,23(2):221-226.
- [12]徐森磊,张宏如,顾一煌.条口透承山针刺配合局部活动治疗肩周炎的疗效观察[J].中国针灸,2018,38(8):815.
- [13]高丹,韩正,杨芳.针灸治疗肩周炎机理探讨[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(3):122-123.
- [14]黄志强,刘宇,苏昭元,等.阿是穴刺络拔罐联合股四头肌功能锻炼治疗膝骨性关节炎[J].康复学报,2019,29(1):21-26.
- [15]王丹,刘晓佳,晏明熙,等.浅谈阿是穴与穴位敏化的关系[J].针灸临床杂志,2019,35(2):1-3.
- [16]陆冰,李征宇,肖彬.“以痛为输”法治疗软组织损伤的国内外研究进展[J].中国中医药图书情报杂志,2018,42(1):65-68.

慢性病住院患者跌倒及坠床的原因及护理干预对策

王蓓 杨芳芳 邵霞

石嘴山市第一人民医院 宁夏石嘴山 753200

摘要:目的:探究分析慢性病住院患者跌倒及坠床的原因及护理干预对策。方法:选取于2020年3月至2022年3月,我院收治的脑梗死住院患者共120例,作为本次研究对象。将120例患者随机分为对照组(常规护理)与观察组(防跌倒及坠床的护理)。对比两组的护理满意度;相关安全意识评分。结果:观察组优于对照组, $P<0.05$ 。结论:对脑梗死住院患者采用防跌倒及坠床的护理模式进行干预,能够有效提升患者的护理满意度;相关安全意识评分,在实际应用中具有优良的效果,值得进一步的推广与应用。

关键词:脑梗死;跌倒及坠床的原因;防跌倒及坠床的护理;护理满意度;相关安全意识评分;

Abstract: Objective: To investigate and analyze the causes of falls and bedfalls of hospitalized patients with chronic diseases and the countermeasures of nursing interventions. Methods: From March 2020 to March 2022, a total of 120 inpatients with cerebral infarction were admitted to our hospital as the object of this study. The 120 patients were randomly divided into a control group (usual care) and an observation group (anti-fall and bed-falling care). Compare nursing satisfaction between the two groups; Relevant security awareness score. Results: The observation group was better than the control group, and the $P<0.05$. Conclusion: The intervention of inpatient patients with cerebral infarction using the nursing mode of anti-fall and falling bed can effectively improve the patient's nursing satisfaction. The relevant safety awareness score has excellent effect in practical applications and is worth further promotion and application.

Keywords: cerebral infarction; Causes of falls and falls; Anti-fall and fall-of-bed care; Satisfaction with care; Relevant security awareness scores;

前言

据资料显示:近年来慢性病住院患者出现跌倒以及坠床的病例呈现出上升的趋势,患者受疾病的影响,使得多数患者出现意识不清、行为躁动等方面的表现^[1-2]。以脑梗死患者为例,在出现跌倒以及坠床情况后,多数患者会出现软组织损伤、甚至是骨折,使得患者在接受护理的过程中受到二次伤害,严重的影响着患者的恢复速率以及恢复质量,在延长患者恢复时间、增添患者经济压力的同时,增加了患者的痛苦,此类现象严重的威胁着患者的健康^[3-4]。本文探究分析慢性病住院患者跌倒及坠床的原因及护理干预对策,详情如下所示。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

对照组患者 60 例,男 34 例,女 26 例,年龄 46-77 岁,平均年龄(68.12±2.13)岁。观察组患者 60 例,男 35 例,女 25 例,年龄 47-78 岁,平均年龄(67.55±2.46)岁。两患者一般资料对比,差异无统计学意义, $P>0.05$ 。

1.2 方法

1.2.1 对照组方法

对照组采用常规护理模式对患者进行干预:遵循医嘱,以及我院各项规章制度,予以患者每日常规护理。

1.2.2 观察组方法

分析患者出现跌倒以及坠床的原因:①通过跌倒以及坠床患者病例资料的收集得出:出现跌倒以及坠床情况的患者大多数为老年患者,由于患者自身年龄因素,使其出现视力、听力减弱,其全身各项器官功能同步出现衰退,加之患者对于环境的不熟悉以及自身注意力无法完全集中,使其在住院期间进行日常活动的过程中存在相对较高的跌倒以及坠床的风险。加之此类患者对于预防跌倒以及坠床的防范意识不足,以及对自身活动能力认知的不足,使其在恢复期间做出存在较高跌倒风险的行为。

②使得患者出现跌倒以及坠床现象的部分因素来自于相关护理人员,在对患者进行护理的过程中,由于部分护理人员责任心以及相关防护意识的不足,在患者入院初期未对患者进行有效的评估,在护理过程中未按照

要求进行巡视工作,忽略了防跌倒以及坠床护理措施的实施,在一定程度上使得患者出现跌倒以及坠床的机率上升。

③部分因素来自于医院自身硬件设施不足,如:病房、走廊、卫生间未设置相应的扶手、警示标志,或是地板过滑等因素,在病床方面,部分医院病床的护栏相对简陋,甚至无法有效的起到预防坠床的效果,提升了患者出现跌倒以及坠床的风险。

⑤在患者家属以及陪护人员方面同样占据一方面的原因,在患者接受护理的过程中,除医护人员之外与患者接触最多的则是其家属以及陪护人员,大多数陪护人员在对患者进行陪护的过程中往往缺乏防跌倒以及坠床方面的意识,同时长期的陪护工作使其容易出现疲态的状态,在一定程度上忽视了对于患者细节上的叮嘱以及照护,在该层面上同样提升了患者出现跌倒以及坠床的风险。

对患者实施防跌倒及坠床的护理措施:①组建专业的防跌倒及坠床护理小组,选取经验丰富的护理人员担任小组组长,对预见性护理小组内的成员进行相应的培训,提升其在落实护理措施过程中的风险意识,总结出在护理过程中容易出现导致患者跌倒的安全隐患,针对类似隐患做出护理措施的调整,对各项可能导致患者跌倒的隐患进行风险评估,患者方面的隐患:对患者自身跌倒风险进行评估,采用本院患者跌倒、坠床风险因素评估表,满分为 20 分,评估分数越高,患者跌倒的风险越高。医护人员方面的隐患:将经验不足、刚入科的新护理人员、综合护理技能偏弱、耐心、责任心偏低等类型的医护人员作为高危护理人员,集中对其进行培训,通过考核后,方可参与老年住院患者的护理,同时建立预见性护理计划以及应急措施,由小组组长负责监督,确保在护理过程中所采取的措施严格按计划执行,如患者出现意外情况,及时采取有效的应急措施予以处理。确保预见性护理的高质量性。

②由防跌倒及坠床护理小组制作专业的音视频资料、PPT 等内容,对患者进行集中宣教,内容包括,1.行走内容:不在潮湿地面上、道路不平的区域行走、不以活动家具或带滑轮助行器扶持行走,行走过程中,不离心,当需处理事情时,不急转,两步之间行走距离合适,步态不稳时使用助行架或拐杖行走,头晕、乏力、身体不适时不下床活动或能及时中止活

动,注意力不集中、着急时不下床行走;2.辅助设施使用内容:卧床时应拉起双侧床栏,卫生间、洗漱间有安全扶手、防滑措施,适时使用,使用辅助器材前,检查性能,确保性能良好、高度适合;使用辅助器材过程中,符合辅助器材使用标准要求,头晕、乏力、身体不适时不下床活动或能及时中止活动,将辅助器材放置于易取放位置,选用防滑、合脚的鞋子,不在椅上打瞌睡或睡觉。3.运动以及休息时的内容:使用“3个30秒”方法下床;下床前,先放下拉起的床栏;特殊疾病或手术后患者,坐下/起身不会造成重心不稳,在体位转移过程中,必要时呼叫协助者在旁看护或扶助;下床活动前,绑好裤脚带子,卷起裤脚,不高处取物;需要帮助时呼叫护士或他人;关注服用降压药、降糖药、安眠药、利尿药等药物的副作用,引起头晕时无擅自下床活动;若发生跌倒及时呼叫,勿擅自移动。从而全面降低患者在住院过程中跌倒情况的发生。

③于患者可视范围内张贴、或设置危险警示牌,将可能跌倒的位置采用该方式清晰明了的做出提示;加强护理期间的巡视与查房工作,及时发现并纠正患者的危险活动行为;在护理过程中将跌倒、坠床风险因素评估分高的患者以及重症患者作为重点监护对象,要求其在上厕所、下床活动、夜间行走等过程中,必须有相应的人员陪护;将病床两侧假装防护栏,避免坠床情况的发生,同时,对走廊、厕所、楼梯等危险区域进行排查,如出现护栏、扶手、光源缺失等情况,及时上报,予以加装。

1.3 观察指标

经护理干预后,对比分析对照组与观察组的护理满意度;相关安全意识评分。相关安全意识评分包括:自我保护意识评分、生活习惯意识评分,总分为100分,分数越低表示患者对于防跌倒及坠床的安全意识越差。护理满意度分为3个评价指标,分别为:满意、基本满意以及不满意,护理满意度=满意例数以及基本满意例数之和与总例数的比值。数据均由研究期间搜集整理得出。

1.4 统计学方法

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

2. 结果

2.1 对照组与观察组相关安全意识评分

经护理干预后,对比分析对照组与观察组的相关安全意识评分,观察组优于对照组, $P < 0.05$,详情如下表1所示:

表21 对照组与观察组相关安全意识评分对比表 $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数	自我保护意识评分	生活习惯意识评分
对照组	60	81.67±6.89	77.72±7.61
观察组	60	91.55±7.40	89.35±8.04
t	-	7.569	8.138
P	-	0.001	0.001

2.2 对照组与观察组护理满意度

经护理干预后,对比分析对照组与观察组的护理满意度,观察组优于对照组, $P < 0.05$,详情如下表2所示:

表2 对照组与观察组护理满意度对比表[例, (%)]

组别	例数	满意	基本满意	不满意	护理满意度
对照组	60	32(53.33%)	16(26.67)	11(18.33%)	80.00%
观察组	60	45(75.00%)	11(18.33%)	4(6.67%)	93.33%
χ^2	-	-	-	-	4.615

P - - - - 0.032

3. 讨论

跌倒是患者在运动过程中的一种病态姿势,同时也是一种复杂的运动过程,在正常的运动过程中,依赖于脊椎的反射,当脊椎、脑干、前庭等部位不能形成良好的协调作用时,即会导致跌倒。人体的稳定性取决于感觉器官、神经系统等多方面的系统共同协调作用的结果。^[5-6]当任何一个系统出现功能受损时都有可能对人体的稳定性造成影响,从而出现跌倒情况。对于脑梗死患者来说,由于疾病的因素,使得患者多项神经系统均受到不同程度的影响,因而其出现跌倒以及坠床的机率大幅度提升^[7-8]。本院收治的脑梗死患者年龄相对较大,随着患者年龄的增长以及各项病理变化,如:小脑性共济失调等,都可能使得患者出现步态异常的情况,同时随着年龄的增长,患者平衡功能同样会出现衰退同样使得患者出现跌倒情况的机率提升^[9-10]。相关文献显示:超过45%的患者因跌倒导致受伤,同时会发生相应的并发症,如:跌倒致使手腕、盆骨、关节等部位骨折,在跌倒后不能自行爬起,使得其长时间滞留于地面,大幅度增加脱水、压疮、低体温症、肺炎等疾病的风险。

在本次研究中,观察组采用了防跌倒及坠床的护理模式对患者进行干预,通过分析患者出现跌倒以及坠床的因素,组建专业的防跌倒及坠床护理小组,有针对性的对患者采取了健康宣教,并对相关护理人员进行了专业的培训,完善了院内的相关硬件设施,有效的提升了患者的自我保护意识,改善了患者的生活习惯,同时在护理满意度方面同样得到了有效的提升。

综上所述,对脑梗死住院患者采用防跌倒及坠床的护理模式进行干预,能够有效提升患者的护理满意度;相关安全意识评分,在实际应用中具有优良的效果,值得进一步的推广与应用,本文仅供参考。

参考文献:

- [1]孟翠侠.探讨精细化护理对老年住院患者坠床/跌倒护理不良事件的预防效果[J].医学食疗与健康,2021,19(09):115-116.
- [2]冯玉.住院患者跌倒及坠床的原因及护理干预研究[J].继续医学教育,2021,35(01):86-88.
- [3]刘艳丽,郭园丽.脑卒中主要照顾者对跌倒 坠床认知状况及影响因素分析[J].临床心身疾病杂志,2020,26(06):107-110.
- [4]杨蕊.床旁风险评估在急诊住院患者跌倒坠床预防中的应用分析[J].河南医学研究,2020,29(24):4593-4595.
- [5]马灵.老年住院患者跌倒/坠床事件的根本原因分析及护理对策[J].智慧健康,2020,6(24):154-155+178.
- [6]焦鸿虹.集束化管理对预防住院患儿跌倒、坠床发生的应用分析[J].西藏医药,2020,41(04):112-113.
- [7]叶茹.品管圈活动对降低神经内科住院患者跌倒坠床发生率的效果评估[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(17):114+119.
- [8]苏晓英,陈莉莉.精细化护理对老年住院患者坠床/跌倒护理不良事件预防效果及护理质量的影响[J].临床医学研究与实践,2020,5(17):156-158.
- [9]陈淑兰.预防性护理对降低消化内科住院患者坠床跌倒的影响[J].人人健康,2020(09):234.
- [10]武建梅.预见性护理在降低住院患者跌倒/坠床风险中的应用[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(25):100+102.

肠内营养治疗在消化道肿瘤患者放化疗结合过程中的应用

宋园园

山东省济宁市金乡县人民医院 272200

摘要：目的 对比放化疗治疗消化道肿瘤时结合肠内营养的效果。方法 将 2020 年 2 月—2021 年 2 月本院接治的消化道肿瘤放化疗患者资料抽取 68 份进行分析，随机均分 2 组各 34 例，参照组接受常规饮食规划，研究组接受肠内营养治疗，观察应用效果。结果 治疗前患者各项指标无差异 ($P>0.05$)，治疗后研究组 PG-SGA 评分及不良反应更低、营养和免疫指标更高，结果有统计差异 ($P<0.05$)。结论 放化疗治疗消化道肿瘤时结合肠内营养效果显著，有应用价值。

关键词：放化疗；消化道肿瘤；肠内营养

消化道肿瘤疾病主要包括胃癌、食管癌及结肠癌^[1]等，这些疾病在临床中的发病几率较高，且呈不断上涨的趋势，对患者的生命安全产生了严重的威胁。在消化道肿瘤患者发病后，在早期通常缺少明显的症状表现，待出现明显的症状确诊时，病情已经达到晚期阶段，通过手术治疗已经难以根治^[2]。除了手术方案之外，放化疗也是当前临床治疗消化道肿瘤的重要手段，通过化疗治疗对消化道肿瘤进行干预，能够有效控制患者的病情发展，且在治疗过程中会对患者造成一定的毒副作用影响，在长时间的治疗后，会导致患者出现营养不良、骨髓抑制等情况，影响其生存质量。要降低患者治疗过程中出现不良事件，提升临床治疗的效果，必须加强对患者营养方面的干预和治疗^[3]，常规饮食指导对于患者的改善效果不佳，本次研究即对比放化疗治疗消化道肿瘤时结合肠内营养的效果，内容如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

将 2020 年 2 月—2021 年 2 月本院接治的消化道肿瘤放化疗患者资料抽取 68 份进行分析，随机均分 2 组各 34 例，参照组接受常规饮食规划，研究组接受肠内营养治疗。参照组患者 63 岁为最高年龄，34 岁为最低年龄，年龄均值 (48.68 ± 14.68) 岁；14 例女性患者，20 例男性患者。研究组患者 62 岁为最高年龄，33 岁为最低年龄，年龄均值 ($47.34.44\pm14.34$) 岁；15 例女性患者，19 例男性患者。基线资料未见统计学差异 ($P>0.05$)，可以对比。

1.1.1 纳入标准

所选患者均有完善的病史资料，经临床诊断确诊为消化道肿瘤；患者病情肿瘤病情未出现广泛转移，生存期在 3 个月以上；患者在近 3 个月内未接受过皮质激素及免疫抑制剂治疗；患者及家属详细阅读知情书后签字同意。

1.1.2 排除标准

排除存在严重器官功能障碍的患者；排除合并营养不良或感染等情况的患者；排除存在免疫疾病、代谢疾病及内分泌紊乱等患者。

1.2 方法

1.2.1 参照组

参照组对患者进行常规饮食指导规划。首先对患者体质量等指标进行测量，按照其提质量标准对能量需求进行计算，以此为标准对患者饮食进行指导。

1.2.2 研究组

研究组对患者进行肠内营养治疗。按照患者实际营养需求进行肿瘤专用肠内营养制剂的配制，每日为患者提供 3 次，每次 1 袋。

1.3 观察指标

判别标准：于治疗前后使用 PG-SGA 评分表对患者进行评估，患者得分越高表示其机体营养状态越差^[4]。

1.4 统计学分析

本次研究计算分析过程使用 SPSS21.0 软件完成，t 和 χ^2 进行检验，($\bar{x}\pm s$) 作为计量资料，率作为计数资料，对比有显著差异时 ($P<0.05$)。

2 结果

2.1 对比患者 PG-SGA 评分

治疗前患者评分无差异 ($P>0.05$)，治疗后研究组更低，对比有统计差异 ($P<0.05$)。数据见下表 1。

表 1 患者 PG-SGA 评分对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	t	P
参照组	34	4.51±2.98	10.61±3.12	8.244	0.000
研究组	34	4.53±2.99	8.55±3.05	5.488	0.000
t	-	0.028	2.753	-	-
P	-	0.978	0.008	-	-

2.2 对比营养指标变化

治疗前患者营养指标无差异 ($P>0.05$)，治疗后研究组更高，对比有统计差异 ($P<0.05$)。数据见下表 2。

表 2 营养指标变化对比 ($\bar{x}\pm s$)

指标	例数	血清白蛋白 (g/L)		转铁蛋白 (g/L)		血清前白蛋白 (g/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
参照组	34	33.67±2.48	31.01±2.11	1.99±0.51	1.22±0.33	0.36±0.05	0.22±0.06
研究组	34	33.71±2.51	35.52±3.04	1.98±0.49	1.88±0.56	0.37±0.07	0.39±0.11
t	-	0.066	7.106	0.082	5.921	0.678	7.911
P	-	0.948	0.000	0.935	0.000	0.500	0.000

2.3 对比免疫指标变化

治疗前患者免疫指标无差异 ($P>0.05$)，治疗后研究组更高，对比有

统计差异 ($P<0.05$)。数据见下表 3。

表 3 免疫指标变化对比 ($\bar{x}\pm s$)

指标	例数	CD ³⁺ (%)		IgA (g/L)		IgG (g/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
参照组	34	58.55±4.32	57.35±4.42	2.21±0.72	2.49±0.41	11.38±2.36	11.94±1.41
研究组	34	58.61±4.29	62.33±4.71	2.23±0.69	2.97±0.78	11.39±2.12	12.75±1.37
t	-	0.057	4.496	0.117	3.176	0.018	2.402
P	-	0.954	0.000	0.907	0.002	0.985	0.019

2.4 对比不良反应几率

研究组不良反应几率更低，有统计差异 ($P<0.05$)。数据见下表 4。

表 4 不良反应几率对比[n (%)]

组别	例数	恶心	呕吐	骨髓抑制	发生率
参照组	34	3	3	2	8 (23.53%)
研究组	34	0	1	0	1 (2.94%)

组

χ^2 - - - - 6.275

P - - - - 0.012

3 讨论

消化道肿瘤在临床中属于极为常见的一种，患者病情以良性肿瘤最为常见^[5]，但是近年来恶性肿瘤的发病率也呈持续增高的趋势，患者早期临床症状并不明显，而到患者疾病症状显著后，其病情程度已经较为严重，对于患者的生命安全威胁极大^[6]。对于定期体检过程发现的消化道肿瘤患

者,通过内镜下的局部活检病理诊断,能够100%明确其良恶性情况;而通过病理诊断确诊为良性的消化道肿瘤患者,如果患者没有明确的临床症状,只需做好定期的复查;通过病理诊断确诊为消化道恶性肿瘤的患者,要注意对患者的病情进行分期,根据综合选择根治性手术切除、放疗、靶向治疗等合理的治疗手段,尽可能的控制病情的发展,才能有效的延长患者的生存期,提高其临床治愈率^[7]。同时,治疗过程中给予对症治疗可以有有效的提高患者的生存质量。

早期消化道肿瘤疾病及时接受治疗,能够获得较好的效果,而当肿瘤发展至晚期后,手术也无法对患者产生良好的根治效果^[8]。对于晚期肿瘤患者,放疗是常用的治疗手段,通过放疗手段,能够有效限制患者的病情发展,改善其临床症状。消化道肿瘤患者身体较为虚弱,消化能力持续降低,加之放疗周期较长,会对患者的生理状态、身体功能等产生较大的不良影响,多见腹泻、恶心、食欲不振、胃肠道黏膜损伤、骨髓抑制等症^[9],对患者的生存质量和生存周期产生消极影响,加重患者的代谢紊乱的情况,患者普遍出现营养不良。

营养不良是消化道肿瘤患者放疗阶段的常见问题,会对患者应对治疗的耐受性产生影响,需要及早进行干预。在临床常规对患者进行干预的过程中,饮食干预是主要的干预内容之一,针对患者的身体情况制定食谱,通过食物帮助患者补充所需营养。在这种方案下,患者身体的状况能够得到一定程度的改善,但统计临床资料显示,饮食补充所达到的效果十分有限,对于患者来说,在化疗过程中,痛苦程度较为严重,饮食较为困难,食用量不多,营养吸收能力有限,因此,通过饮食进行营养补充的方式并不能达到良好的效果。

肠内营养是目前临床多用的营养支持方式^[10],在应用过程中经胃肠道提供代谢需要的营养物质,同时补充其他各种身体所需的营养素。近年来消化道肿瘤发生率不断提高,临床对于胃肠道结构和功能的研究程度也不断深入,通过总结研究后提出:胃肠道不仅负责着人体的消化吸收功能,还肩负着人体重要的免疫功能。而通过肠内途径进行营养支持,有助于维持肠黏膜结构和屏障功能完整性^[11]。肠内营养支持的途径丰富多样,目前临床主要采用的方式为经鼻空肠营养管给予,这种方式能够对于患者的营养补充起到较好的效果,同时能够减少患者出现恶心、呕吐、胃潴留、吸入性肺炎等相关并发症的几率,提高放疗及营养治疗的效果^[12]。相对于饮食补充来说,肠内营养支持更符合患者的生理特点,能够更全面的帮助患者提供营养物,促进肠道运动、分泌、消化功能的改善,提高胃肠激素的释放,并对肠道和门脉血流起到增加作用,对肠黏膜的完整性和屏障功能起到维持效果,提高肠道免疫系统的作用,是当前营养补充途径中最理想的方案。

肠内营养治疗有充分的优势性,在临床中的应用不仅能够为患者身体组织提供所需营养^[13],同时更符合患者的生理需求,在进入人体后更易于消化吸收、营养丰富、应用安全、价格低廉、并发症少,在使用过程中方法简便,在临床中的应用受到了广泛的认可。而肠内营养支持在对患者营养状况起到改善效果的同时,还能够对患者肠黏膜屏障功能起到提升作用,肠内营养尚有促进肠蠕动功能的恢复,加速门静脉系统的血液循环,让患者胃肠道激素的分泌得到提升^[14],能够让组织细胞获得所需的营养支持,以便进行正常的新陈代谢,让患者胃肠道功能性得到维持。肠内营养支持的应用,对患者组织细胞等起到良好的改善效果,以此对组织器官结构和功能起到保持或改善,而在改善的内容方面,主要包括免疫功能在内的各项生理功能。

消化道肿瘤患者通常需要接受手术治疗,术后需要通过放疗进行治疗巩固,而在患者接受手术治疗后,放疗虽然能够对改善患者症状,控制患者病情发展,但也会导致患者身体状态持续下降,加重其营养不良的情况,同时导致患者治疗过程中的痛苦加剧,影响治疗的效果,因此进行肠内营养支持有非常重要的意义。在对消化道患者进行放疗过程中,肠内营养支持的主要目的在于几个方面。第一,能够防治患者发生营养不良,改善患者的身体状况;第二,能够提高对肿瘤疾病的治疗效果,让患者接受手术和放疗治疗的敏感性得到增强;第三,能够减轻在抗肿瘤治疗过程中产生的毒性反应,提高患者的安全性;第四,能够对患者的生活质量得到改善,让患者的生存几率得到提高、生存时间得到延长。简而言之,肠内营养的应用,能够让营养摄入量不足导致的患者体重减轻的状况得到改善,通过有效的营养支持,能够在极大程度上减少患者体重的减少,维持体质量的平稳,让患者的生存质量得到保持和提高,延长生存期限,并让患者的治疗效果得到提升。在治疗过程中,对于能够根治的肿瘤患者,同时结合肠内及肠外营养治疗,能够对消化道肿瘤患者的营养补充效果进行提升,而在肿瘤放疗过程中,患者的耐受性会随着营养补充效果的提升而提高,药理毒性反应作用随之降低,同时还能够让患者在肿瘤治疗过程出现并发症的几率降低,并降低患者发生相关死亡的发生率^[15]。除此

之外,肠内营养支持的应用,还能够减轻患者在接受治疗过程中发生的,在食物摄入时导致的相关的厌食、腹泻、呕吐、恶心、反酸、胃灼热等消化道症状进行减轻,由以改善患者的生活质量和生存周期,避免患者治疗过程中发生病情恶化的情况。

根据研究结果显示,消化道肿瘤患者在接受放疗治疗的过程中,常规的健康饮食指导虽然能够对患者起到一定的作用,但并不能完全满足患者的营养需求,患者免疫能力较低,在应用后也有一定的几率发生不良反应。而在治疗过程中对患者进行肠内营养治疗,能够更好的补充患者的营养和免疫指标等情况,提高患者的生理状态,使其在应对放疗治疗的过程中能够用更好的状态面对,提高治疗的效果。同时,肠内营养治疗能够减少患者治疗期间发生消化道不适及骨髓抑制等的情况,让患者在治疗过程中有更高的耐受性,防止在治疗过程中由于患者耐受不足使治疗突然中断。相对于自然食物来说,由营养师配置的肠内营养液在营养成分上更加科学,能够根据患者的实际需求进行合理的分配,提高治疗的效果。随着消化道肿瘤放疗几率的增加,临床对于治疗导致的营养不良等情况发生的相关研究较为丰富。李雁津等经研究表示,消化道肿瘤术后早期接受肠内营养支持,能够有效降低患者并发症几率,提高患者的营养程度;封育瑾等研究后表示,化疗过程中强化腔内营养干预,能够对患者的营养指标和免疫功能等起到改善效果,避免发生严重的血液学毒副作用;黄晓峰等经研究发现,消化道肿瘤患者接受放疗治疗过程中,肠内营养的应用能够提高在患者化疗过程中的免疫能力,让患者面对化疗有更高的耐受,避免发生治疗中断的情况;王玉涛研究后表示,肠内营养对于消化道肿瘤放疗治疗效果的提升有较大的帮助,且没有明显的不良反应发生。

在对患者进行肠内营养支持的过程中需要注意,应用前要对患者病情情况进行全面的评估,避免存在禁忌症的患者接受肠内营养治疗。而在应用过程中,要注意避免管饲并发症的发生,注意关注患者的不适症状,及时进行处理。

综上所述,在通过放疗方式对消化道肿瘤患者进行治疗的过程中,联合肠内营养治疗应用,能够更好的帮助患者补充其所需营养,提高其生理水平,让患者能够更好的面对放疗治疗,降低药物在应用过程中的毒副作用,提高治疗的有效性和安全性,有应用价值。

参考文献:

- [1]刘云访,李素云,喻姣花,张献娜,柯卉,晏蓉,刘天艺.肠内营养并发腹泻、腹胀风险预警分级标准及干预方案的构建[J].护理研究,2022,36(20):3701-3705.
- [2]滕蛟,吴瑞乔.老年胃肠道肿瘤病人术前营养支持治疗研究进展[J].安徽医药,2022,26(11):2182-2186.
- [3]张明金,王仕琛,李洋,陈尚传,何俊峰,黄卫锋.老年胃癌患者术后早期肠内营养不耐受的高危因素分析[J].临床消化病杂志,2022,34(05):334-337.
- [4]张知格,谈善军,吴国豪.欧洲肠外肠内营养学会外科患者营养治疗实践指南解读[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2022,9(05):538-548.
- [5]王芳,魏颖,吴珍珍,许文婧,郑婧,王惠玲.肠内营养支持快速康复理念在妇科恶性肿瘤围手术期的应用[J].肿瘤代谢与营养电子杂志,2022,9(05):652-657.
- [6]丁莉,黄凌莉.家庭肠内营养对胃癌根治术后患者营养状况的影响[J].中国当代医药,2022,29(25):54-57.
- [7]潘艳丽,罗前颖.食管癌病人术后早期肠内营养研究进展[J].循证护理,2022,8(17):2327-2329.
- [8]张传云,都模勤,王可琼,夏小凤.胃癌术后早期肠内营养护理干预的应用[J].科教文汇,2022,(17):97-100.
- [9]邹曦,侯睿,苏鹏飞,胡亚,于健春.复杂消化性溃疡术后吻合口梗阻的肠外肠内营养治疗1例[J].中华外科杂志,2022,60(09):873-875.
- [10]田甜,张艳.对胃肠道恶性肿瘤患者进行术后早期肠内营养粉剂治疗的效果探讨[J].贵州医药,2022,46(08):1241-1242.
- [11]汪纯姐,江雪英.肠内营养供给方式对老年脑卒中患者胃肠道功能和营养状况的影响[J].浙江医学教育,2022,21(04):235-239.
- [12]曲野,陆曼,黎兰青.超早期肠内营养在重症急性胰腺炎患者中的应用效果[J].中国当代医药,2022,29(22):38-41.
- [13]何艳,耿立丹.应用早期肠内营养联合多学科协作心理社会干预对胃癌恶性肿瘤手术患者的效果分析[J].现代医学与健康研究电子杂志,2022,6(15):128-131.
- [14]王佳.肠内营养治疗在消化道肿瘤患者放疗结合过程中的应用研究[J].心理月刊,2019,14(21):175.
- [15]王玉涛.肠内营养治疗在消化道肿瘤患者化疗过程中的应用探究[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(24):70.

丁苯酞联合强化他汀治疗早期急性脑梗死的效果

黄真真

昌邑市人民医院 山东昌邑 261300

摘要：目的：观察分析丁苯酞联合强化他汀治疗早期急性脑梗死的效果。方法：选择我院神经内科 2020 年 1 月至 2022 年 1 月期间收治的早期急性脑梗死患者共 50 例，根据入院单双号分为实验组和对照组，每组各 50 例，对照组患者单一使用阿托伐他汀治疗，实验组患者在对照组基础上联合丁苯酞治疗，对比分析两组患者的各项指标变化情况。结果：实验组患者的神经功能评分相比对照组患者明显更低，肢体活动能力评分和生活能力评分相比对照组患者明显更高，组间对比差异具统计学意义（ $P < 0.05$ ）；实验组患者在血浆粘度、低切全血粘度及高切全血粘度等血液流变学方面均明显低于对照组，统计学分析对比差异显著（ $P < 0.05$ ）；实验组的治疗有效率结果显示为 92%，对照组的治疗有效率结果显示为 68%，实验组明显更高，经对比分析具统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：丁苯酞联合强化他汀治疗早期急性脑梗死的效果显著，值得临床给予推广应用。

关键词：早期急性脑梗死；丁苯酞；阿托伐他汀

【Abstract】 Objective: To observe and analyze the effect of butylphthalide combined with intensive statin in the treatment of early acute cerebral infarction. Methods: A total of 50 patients with early acute cerebral infarction who were admitted to the Department of Neurology in our hospital from January 2020 to January 2022 were selected and divided into an experimental group and a control group according to the admission odd and even numbers, with 50 cases in each group and the control group. The patients in the experimental group were treated with atorvastatin alone, and the patients in the experimental group were treated with butylphthalide on the basis of the control group, and the changes in various indicators of the two groups of patients were compared and analyzed. Results: Compared with the control group, the neurological function score of the experimental group was significantly lower, and the physical activity score and life ability score were significantly higher than those of the control group, and the difference between the groups was statistically significant ($P < 0.05$); The blood rheology of the patients in the experimental group, such as plasma viscosity, low-shear whole blood viscosity and high-shear whole blood viscosity, were significantly lower than those in the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). It was 92%, and the treatment effective rate of the control group was 68%, which was significantly higher in the experimental group, which was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion: Butylphthalide combined with intensive statin has a significant effect in the treatment of early acute cerebral infarction, which is worthy of clinical application.

【Key words】 Early acute cerebral infarction; Butylphthalide; Atorvastatin

急性脑梗死为神经内科临床常见且多发性疾病类型，发病人群多集中在中老年人群中，具高致残率和高致死率的明显特点，可引发患者偏瘫、失语、意识障碍等严重后遗症，如若发病后未得以及时有效的治疗，可直接危及患者生命安全，临床重视度较高。目前，临床治疗早期急性脑梗死患者需使用药物进行有效治疗，本次研究着重针对丁苯酞联合强化他汀治疗早期急性脑梗死的效果进行观察分析，详细内容见下文所示。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院神经内科 2020 年 1 月至 2022 年 1 月期间收治的早期急性脑梗死患者共 50 例，根据入院单双号分为实验组和对照组，每组各 50 例，纳入标准：①经脑 CT 检查并确诊为早期急性脑梗死症；②发病时间 < 36 小时；③无合并其他重要脏器疾病；④无合并精神类疾病；⑤无合并全身性慢性疾病；⑥患者家属签署知情同意书且经伦理会认证批准实施。实验组中，男性患者 16 例、女性患者 9 例，年龄最小 43 岁、最大 82 岁，年龄中位数（ 62.15 ± 3.56 ）岁，对照组中，男性患者 14 例、女性患者 11 例，年龄最小 44 岁、最大 85 岁，年龄中位数（ 63.07 ± 3.51 ）岁，两组患者的一般资料对比无统计学差异（ $P > 0.05$ ），具显著临床可比性。

1.2 方法

两组患者均行常规降压、降脂等急性脑梗死针对性处理，对照组患者

单一使用阿托伐他汀（辉瑞制药有限公司，国药准字 H20051408，20mg*7 片）治疗，口服，常用初始剂量为每次 10mg，每日 1 次，剂量调整时间间隔应为 28 日或更长，单日最大剂量不得超过 80mg，可在一天内的任何时间服用，并不受进餐影响，共计治疗 2 周。实验组患者在对照组基础上联合丁苯酞（石药集团恩必普药业有限公司，国药准字 H20050299，0.1g*12 片）治疗，空腹口服，每次 0.2g，每日 3 次，二十日为 1 个疗程，共计服用 2 个疗程。

1.3 观察指标

①神经功能评分：经临床通用的《神经功能评分量表（NIHSS）》评测患者神经功能缺损程度^[1]，包含意识、走路、语言、肢体肌力等，分数越高表示患者神经功能缺损程度越严重；②肢体活动能力评分：经《肢体活动能力评分量表（FMA）》评测患者肢体功能^[2]，共计 100 分，随着分数的升高患者肢体活动能力提升、运动能力逐步恢复；③生活能力评分：经《日常生活能力评分量表（ADL）》评测患者日常生活状况^[3]，总分 100 分，分数越高则表明换则会日常生活能力越好；④血液流变学指标：经实验室检测记录患者的血浆粘度、低切全血粘度及高切全血粘度变化情况^[4]；⑤治疗效果：分为显效、有效和无效三类，显效下患者神经功能、运动功能、生活能力及血液流变学指标均恢复至正常水平，有效下患者神经功能、运动功能、生活能力及血液流变学指标均得以改善，无效下患者神经功能、

运动功能、生活能力及血液流变学指标无改变或呈恶化趋势，治疗总有效率为显效率与有效率之和。

1.4 统计学处理

试验研究中涉及的所有指标数据均经用 SPSS25.0 统计学软件进行计算，其中，计数资料如患者的治疗有效率通过[n(%)]方式表示并使用 X² 检验法进行验证，计量资料如患者的神经功能评分、肢体活动能力评分、生活能力评分、血液流变学指标等通过(x±s) 方式表示并使用 t 检验法进行验证，如 P>0.05 表明试验无意义，如 P<0.05 表明试验有意义。

2 结果

2.1 针对各项临床指标评分方面不同组别患者的对比分析

实验组患者的神经功能评分相比对照组患者明显更低，肢体活动能力评分和生活能力评分相比对照组患者明显更高，组间对比差异具统计学意义 (P<0.05)。

表 1 针对各项临床指标评分方面不同组别患者的对比分析 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	神经功能评分	肢体活动能力评分	生活能力评分
实验组	25	5.22±1.78	88.42±8.42	83.63±11.45
对照组	25	9.68±1.92	69.85±7.33	65.78±10.16
t	-	8.517	8.317	5.830
P	-	0.027	0.029	0.041

2.2 针对血液流变学方面不同组别患者的对比分析

实验组患者在血浆粘度、低切全血粘度及高切全血粘度等血液流变学方面均明显低于对照组，统计学分析对比差异显著 (P<0.05)。

表 2 针对血液流变学方面不同组别患者的对比分析 ($\bar{x}\pm s$, mPa/s)

组别	例数	血浆粘度	低切全血粘度	高切全血粘度
实验组	25	1.45±0.12	9.09±0.98	5.11±0.75
对照组	25	1.83±0.35	10.97±1.03	5.98±0.83
t	-	5.135	6.611	4.888
P	-	0.043	0.035	0.046

2.3 针对治疗有效率方面不同组别患者的对比分析

实验组的治疗有效率结果显示为 92%，对照组的治疗有效率结果显示为 68%，实验组明显更高，经对比分析具统计学意义 (P<0.05)。

表 3 针对治疗有效率方面不同组别患者的对比分析[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	治疗有效率
实验组	25	13(52.00)	10(40.00)	2(8.00)	23(92.00)
对照组	25	11(44.00)	6(24.00)	8(32.00)	17(68.00)
t	-	-	-	-	4.500
P	-	-	-	-	0.049

3 讨论

早期急性脑梗死以神经功能损伤为主要病症表现，多指脑内血管出现突然中断后导致的脑组织坏死，一般由供应脑部血液的动脉出现粥样硬化和血栓所致，致使患者脑血管腔狭窄甚至闭塞^[5]，最终出现急性脑供血

不足，但也有部分患者受固体、液体、气体等异常物体顺血液循环进入脑内血流系统而引发脑组织软化、坏死，进而发展至早期急性脑梗死，患病患者临床表现以言语功能下降、耳鸣、头痛、头晕等为主，由于病症对患者身体健康、生活质量和生命安全威胁极大，因而临床重视度较高。阿托伐他汀是既往治疗早期急性脑梗死的主要治疗方法，该药物可提升血小板聚集并降低胆固醇和血液粘稠度，有效促进患者脑内动脉血液循环情况，但临床认为单一使用的疗效仍不够理想。随着临床医药学的不断发展和进步，丁苯酞逐渐被广泛应用于急性脑梗死的治疗中，该药物具明显的脂质代谢调节和抗血小板聚集功效，还可有效提升患者体内抗氧化酶活性和钙离子浓度^[6]，以此改善急性脑梗死患者脑内梗死面积和神经功能。另外，丁苯酞所具有的多靶点抗缺血特点还能够大幅减轻患者脑水肿症状，进一步稳定患者血液流变学指标，在与阿托伐他汀药物联用下，实现更为有效的缓解神经组织坏死、促进脑功能恢复效果^[7]，帮助患者尽早实现病症稳定及康复，切实保障患者健康和生命安全。研究表明：实验组患者的神经功能评分相比对照组患者明显更低，肢体活动能力评分和生活能力评分相比对照组患者明显更高，且实验组患者在血浆粘度、低切全血粘度及高切全血粘度等血液流变学方面均明显低于对照组，可见与单一使用阿托伐他汀治疗方式相比，联合丁苯酞治疗能够切实改善患者的神经功能评分、肢体活动能力评分、生活能力评分以及血液流变学指标。另外，实验组的治疗有效率结果显示为 92%，对照组的治疗有效率结果显示为 68%，实验组明显更高，可以了解到，丁苯酞联合阿托伐他汀治疗可大幅提升患者治疗有效率，本文结果与宋长的《丁苯酞联合强化他汀治疗早期急性脑梗死的临床应用效果分析》结果类似^[8]，具研究价值。

综上文所述，早期急性脑梗死患者经丁苯酞联合强化他汀治疗效果理想，可实现患者神经功能、肢体运动功能及生活能力的改善，稳定血液流变学指标，保证患者身体健康和生命安全，具极佳的临床应用价值。

参考文献：

[1]严红芳, 伍莉军. 参附注射液联合冻干重组人脑利钠肽及左西孟旦对急性左心衰竭患者血气指标及肾功能的影响[J]. 中国药物与临床, 2020, 20(22): 3.

[2]邢玉洁, 赵娜, 马美娟, 等. 冻干重组人脑利钠肽对急性心肌梗死 PCI 术后合并急性心力衰竭的疗效[J]. 临床医学研究与实践, 2018, 3(7): 3.

[3]崔宏建, 龙海泳. 丁苯酞胶囊联合强化他汀治疗进展性脑梗死的预后情况探析[J]. 吉林医学, 2019, 40(4): 2.

[4]张艳军, 贾璐, 吴大伟, 等. 丁苯酞联合早期康复治疗对急性脑梗死的疗效观察[J]. 中国城乡企业卫生, 2018, 33(5): 2.

[5]吕虎, 范从华, 王晓伟. 丁苯酞联合阿替普酶静脉溶栓治疗对急性脑梗死患者神经功能和日常生活能力的影响[J]. 贵阳医学院学报, 2020, 45(12): 1484-1488.

[6]方美凤. 丁苯酞胶囊联合阿托伐他汀钙治疗急性脑梗死的临床效果[J]. 实用中西医结合临床, 2018, 18(7): 3.

[7]李江涛. 介入治疗联合丁苯酞序贯治疗急性脑梗死并颈动脉中、重度狭窄的有效性分析[J]. 医药与保健, 2021, 29(6): 43-44.

[8]宋长翌. 丁苯酞联合强化他汀治疗早期急性脑梗死的临床应用效果分析[J]. 中国医药科学, 2020, 10(14): 4.

罗哌卡因和左旋布比卡因用于阑尾炎术中的效果及安全性

李法强 郝翠翠

寿光市台头中心卫生院 山东潍坊 262735

摘要：目的：探讨在阑尾炎手术中选择罗哌卡因或左旋布比卡因麻醉的应用效果及安全性。方法：回顾性分析我院 2019.1~2020.12 内收治的 50 例阑尾炎手术患者临床资料，并以术中麻醉药物使用差异分为罗哌卡因组和左旋布比卡因组（每组各 25 例），对比分析两组患者麻醉指标（感觉阻滞起效时间、感觉阻滞持续时间、麻醉达到最高平面时间）及不良反应发生率（心动过缓、低血压、呼吸抑制、剧烈疼痛、头晕、恶心呕吐）。结果：（1）罗哌卡因组患者的感觉阻滞起效时间、麻醉达到最高平面时间等麻醉指标均显著低于罗哌卡因组（ $P < 0.05$ ），而感觉阻滞持续时间则显著高于左旋布比卡因组（ $P < 0.05$ ）；（2）两组患者术中呼吸循环抑制情况及术后头晕的不良反应发生率均无统计学差异（ $P > 0.05$ ），但罗哌卡因组患者术后剧烈疼痛及恶心呕吐等术后不良反应发生情况均显著低于左旋布比卡因组（ $P < 0.05$ ）。结论：在阑尾炎手术患者的麻醉药物选择中，罗哌卡因较之左旋布比卡因可取得更高应用价值。

关键词：阑尾炎；麻醉药物；罗哌卡因；左旋布比卡因

【Abstract】Objective: To explore the efficacy and safety of ropivacaine or levobupivacaine anesthesia in appendicitis surgery. Methods: The clinical data of 50 patients with appendicitis who were treated in our hospital from 2019.1 to 2020.12 were retrospectively analyzed, and they were divided into ropivacaine group and levobupivacaine group (25 cases in each group) according to the difference in the use of intraoperative anesthetics. Anaesthesia indexes (onset time of sensory block, duration of sensory block, time to the highest plane of anesthesia) and incidence of adverse reactions (bradycardia, hypotension, respiratory depression, severe pain, dizziness, nausea and vomiting) were analyzed in the two groups of patients. Results: (1) The onset time of sensory block and the time to reach the highest plane of anesthesia in the ropivacaine group were significantly lower than those in the ropivacaine group ($P < 0.05$), while the duration of sensory block was significantly higher than that in the ropivacaine group ($P < 0.05$). Levobupivacaine group ($P < 0.05$); (2) There was no statistical difference in the intraoperative respiratory and circulation depression and postoperative dizziness incidence between the two groups ($P > 0.05$), but the ropivacaine group The incidence of postoperative adverse reactions such as severe pain and nausea and vomiting in the patients were significantly lower than those in the levobupivacaine group ($P < 0.05$). Conclusion: Ropivacaine can achieve higher application value than levobupivacaine in the choice of anesthetic drugs for appendicitis surgery patients.

【Key words】Appendicitis; Anesthetics; Ropivacaine; Levobupivacaine

阑尾炎是由多种因素形成的阑尾炎性病变，属于临床常见外科疾病，主要分为急性、慢性，前者较为常见，当前临床对其治疗主要分为药物保守治疗与外科手术治疗，结合患者的病情与个体差异选择合适的治疗方案取得较佳治疗效果^[1]。而对于外科手术疗法而言，麻醉是必不可少的组成部分，阑尾炎手术患者的麻醉方式以硬膜外麻醉为主，但由于迷走神经分布广泛，较难被完全阻滞，导致患者术后存在疼痛、恶心、呕吐、呃逆等相关反应，进而影响患者的恢复进程，因此，选择更加适合的麻醉药物，在保障术中麻醉效果的同时，提升麻醉安全，为其研究重点^[2]。罗哌卡因和左旋布比卡因均为阑尾炎患者外科手术史常用麻醉药物，两者均属于新型的长效酰胺类局部麻醉药，前者主要通过抑制痛觉传导神经纤维而起到麻醉效果，后者主要通过提升机体神经电刺激阈值，减慢神经刺激传导速度而起到麻醉效果，两者均具有较佳麻醉应用效果^[3]。基于此，本文就罗哌卡因和左旋布比卡因用于阑尾炎术中的效果及安全性展开研究，具体如下：

1 对象和方法

1.1 对象

回顾性分析我院 2019.1~2020.12 内收治的 50 例阑尾炎手术患者临床资料，并以术中麻醉药物使用差异分为罗哌卡因组（男 15 例、女 10 例；年龄在 18~70 岁之间，平均年龄 45.98 ± 9.11 岁；发病至就诊时间在 5~12h，平均 9.46 ± 3.01 h；ASA 分级：I 级 9 例、II 级 6 例）和左旋布比卡因组（男 15 例、女 10 例；年龄在 18~70 岁之间，平均年龄 46.03 ± 8.79 岁；发病至

就诊时间在 5~12h，平均 9.41 ± 2.89 h；ASA 分级：I 级 10 例、II 级 5 例）。两组患者上述基础资料无统计学（ $P > 0.05$ ）。

纳入标准：（1）均经影像学检查确诊，且均为急性发病，并以腹腔镜切除手术治疗；（2）均对本研究所用药物无过敏症；（3）无免疫系统疾病、肝肾功能损害、严重心、脑、肺疾病；（4）入组前 3 个月内无重大手术史。

排除标准：（1）存在精神病史者；（2）处于妊娠哺乳期者；（3）急性化脓性阑尾炎、阑尾穿孔或阑尾周围脓肿者；（4）不接受随访者；（5）转为开腹手术者。

1.2 方法

1.2.1 罗哌卡因组

所有患者入室后均常规建立静脉通道，并连接监护仪，记录生命体征指标。后自 T11-12 行硬膜外穿刺，穿刺成功后，注入 5ml 的 1%利多卡因（上海朝晖药业有限公司；国药准字 H31021071；规格：20ml：0.4g），注射完成 5min 后再次确定导管位置，并注入 10 mL 的 0.5%罗哌卡因（江苏恒瑞医药股份有限公司；国药准字 H20060137；规格：按盐酸罗哌卡因计，10 毫升：100 毫克，玻璃安瓿，5 支/盒）。后以针刺法测试麻醉平面，当测试效果满意后（无肌肉收缩反应），则开始手术，若在 15min 内仍未达到理想效果，则给予 5 mL 的 0.5%罗哌卡因注射，在此期间，巡回护士应密切关注患者的生命体征变化，给予持续吸氧及补液。

1.2.2 左旋布比卡因组

此组患者的麻醉前准备与罗哌卡因组一致，在再次确定导管位置后，

注入 10ml 左旋布比卡因（江苏恒瑞医药股份有限公司；国药准字 H20020570；规格：5*5ml 37.5mg），后续操作与罗哌卡因组一致。

1.3 观察指标

（1）麻醉效果：统计对比两组患者感觉阻滞起效时间、感觉阻滞持续时间、麻醉达到最高平面时间等麻醉指标。

（2）统计对比两组患者术中心动过缓（心率≤60 次/min）、低血压（血压≤90/60mmHg）、呼吸抑制等呼吸循环抑制情况及术后 6h 内剧烈疼痛（VAS 评分高于 6 分）、头晕、恶心呕吐等不良反应发生率。

1.4 统计学分析

采用 SPSS20.0 软件对本研究所有相关数据进行处理，不良反应发生率通过[n,（%）]表述开展 χ^2 检验，麻醉效果以（ $\bar{x} \pm s$ ）表述开展 t 值检验， $P < 0.05$ 即表明有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的麻醉效果分析

罗哌卡因组患者的感觉阻滞起效时间、麻醉达到最高平面时间等麻醉

指标均显著低于罗哌卡因组（ $P < 0.05$ ），而感觉阻滞持续时间则显著高于左旋布比卡因组（ $P < 0.05$ ）。见表 1：

表 1 两组患者的麻醉效果对比（ $\bar{x} \pm s$ ，min）

组别	例数	感觉阻滞起效时间	感觉阻滞持续时间	麻醉达到最高平面时间
罗哌卡因组	25	5.23±0.47	71.01±4.31	8.12±0.88
左旋布比卡因组	25	6.51±1.33	64.82±9.98	14.35±1.72
<i>t</i>	-	4.537	2.847	16.123
<i>P</i>	-	0.000	0.006	0.000

2.2 两组患者的术中呼吸循环抑制情况及术后不良反应发生情况比较

两组患者术中呼吸循环抑制情况及术后头晕的不良反应发生率均无统计学差异（ $P > 0.05$ ），但罗哌卡因组患者术后剧烈疼痛及恶心呕吐等术后不良反应发生情况均显著低于左旋布比卡因组（ $P < 0.05$ ）。见表 2。

表 2 两组患者的术中呼吸循环抑制情况及术后不良反应发生情况比较[n,（%）]

组别	例数	术中呼吸循环抑制情况			术后不良反应发生情况		
		心动过缓	低血压	呼吸抑制	剧烈疼痛	头晕	恶心呕吐
罗哌卡因组	25	0（0.00）	1（4.00）	0（0.00）	0（0.00）	0（0.00）	0（0.00）
左旋布比卡因组	25	1（4.00）	0（0.00）	1（4.00）	4（16.00）	1（4.00）	4（16.00）
χ^2	-	1.020	1.020	1.020	4.348	1.020	4.348
<i>P</i>	-	0.312	0.312	0.312	0.037	0.312	0.037

3 讨论

阑尾炎多由感染性疾病引起，是外科的常见病，以腹部剧烈疼痛为主要症状表现，数小时以后可转移到右下腹，并且有持续固定性，原脐周或者上腹部疼痛症状减轻或者消失，若未及时治疗，进而导致患者休克^[4]。

当前临床对于阑尾炎患者的治疗主要分为保守药物治疗和外科手术治疗两种，其中前者常用于对于手术不耐受的患者，因此，外科手术为首选治疗手段。而麻醉作为保障手术顺利开展的重要组成部分，其药物的选择十分重要，若选择不当可严重影响患者预后，甚至增加手术风险和危及患者的生命安全。而罗哌卡因与左旋布比卡因为临床常用麻醉药，均属于酰胺类局部麻醉药，其中前者的麻醉机制与大部分药物较为相似，主要起到可逆性神经阻滞效果，后者则主要通过减慢神经刺激传播速度，以此阻滞神经刺激的产生和传导作用，而取得麻醉效果^[6]。两者均可取得较佳的麻醉效果，但前者较之后者的吸收效果更佳，可在短时间内取得较佳的感觉神经阻滞效果，并快速到达麻醉达到最高平面时间，取得更佳麻醉效果^[7]。且前者较之后者具有更高感觉-运动神经阻滞分离性，不仅能取得较佳的感觉神经纤维阻滞效果，还对运动神经具有较佳的阻滞效果，且对循环功能和代谢的负担较小，可降低麻醉药物的不良反应发生率，其安全性更高。在刘胜龙^[8]等人的研究中也证实，在阑尾炎切除手术的麻醉药物选择中，罗哌卡因与左旋布比卡的临床效果虽无显著差异，但较之后者，前者对呼吸系统及循环系统的抑制效果更小，安全性更高。由此可见，在阑尾炎切除手术的麻醉药物选择中，前者较之后者具有更高选择价值。

综上所述，在阑尾炎手术患者的麻醉药物选择中，罗哌卡因较之左旋

布比卡因起效更快，且罗哌卡因左旋布比卡因较之具有更高安全性，属于高效安全的麻醉药物，值得临床应用。

参考文献：

[1]刘胜龙. 罗哌卡因和左旋布比卡因在阑尾炎手术麻醉中应用的比较[J]. 中国保健营养, 2017, 27（007）: 313.

[2]姚仰星. 布比卡因和罗哌卡因麻醉在腹腔镜阑尾手术切除中的应用效果及安全性分析[J]. 中国处方药, 2020, 18（4）: 98-100.

[3]章燕, 戴泽平. 胸段硬膜外镇痛中罗哌卡因与布比卡因对尿路功能的影响[J]. 蚌埠医学院学报, 2021, 46（12）: 1734-1736.

[4]王亚军, 金木新. 罗哌卡因联合不同剂量右美托咪定对全腹腔镜阑尾切除术后镇痛及苏醒期躁动的影响[J]. 临床研究, 2022, 30（6）: 72-75.

[5]熊峰. 罗哌卡因与布比卡因用于剖宫产手术腰—硬联合麻醉的效果比较[J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14（2）: 113-114.

[6]姚志勳, 姚仰星, 姚少霖. 布比卡因腹腔内局部麻醉对腹腔镜阑尾切除术后镇痛的临床观察[J]. 四川医学, 2020, 41（5）: 476-481.

[7]杨国营, 刘涛, 张常宝, 等. 经直肠超声引导下改良 12+X 前列腺穿刺活检术诊断前列腺癌的临床价值[J]. 国际泌尿系统杂志, 2021, 41（6）: 1005-1008.

[8]张隆盛, 杨铎, 李春然, 等. 高龄患者 PFNA 术等剂量罗哌卡因与左布比卡因腰丛神经阻滞的效果比较[J]. 河北医科大学学报, 2021, 42（1）: 77-80, 84.

综合气道护理管理方案在气管切开术后康复患者中的应用方法及效果

刘 林 林

临沂市肿瘤医院 山东临沂 276034

摘要：目的：探究气管切开患者术后康复护理采用综合气道护理管理方案的效果。方法：选择气管切开术后康复患者 50 例作为研究对象（2021 年 1 月至 2021 年 12 月），采取随机数字表法分成对照组（常规护理）和试验组（综合气道护理管理），每组各 25 例。比较置管时间及住院时间、并发症发生率、临床症状评分。结果：试验组置管时间、住院时间均短于对照组， $P < 0.05$ 。试验组并发症发生率低于对照组， $P < 0.05$ 。试验组临床症状改善情况优于对照组， $P < 0.05$ 。结论：综合气道护理管理方案在气管切开术后康复患者中应用效果显著，有助于患者康复。

关键词：气管切开；术后康复；综合气道护理管理方案

【Abstract】 Objective: To explore the effect of comprehensive airway nursing management plan for postoperative rehabilitation nursing of patients with tracheotomy. Methods: 50 patients with rehabilitation after tracheotomy were selected as the research objects (January 2021 to December 2021), and they were divided into control group (routine nursing) and experimental group (comprehensive airway nursing management) by random number table method. 25 cases in each group. The intubation time, hospital stay, complication rate and clinical symptom scores were compared. Results: The catheterization time and hospital stay in the experimental group were shorter than those in the control group, $P < 0.05$. The incidence of complications in the experimental group was lower than that in the control group, $P < 0.05$. The improvement of clinical symptoms in the experimental group was better than that in the control group, $P < 0.05$. Conclusion: The comprehensive airway nursing management program has a significant effect in the rehabilitation of patients after tracheotomy, which is helpful for the rehabilitation of patients.

【Key words】 tracheotomy; postoperative rehabilitation; comprehensive airway nursing management plan

气管切开术是解除呼吸功能失常、下呼吸道分泌物滞留引起呼吸困难等常用术式，需要将颈段气管切开，置入硅胶套管及金属气管套管，以此保证患者正常的呼吸^[1]。气管切开术对患者的损伤比较大，因为切开后影响到气道的湿化与过滤，患者无法正常咳嗽，降低了气道防御能力，容易发生肺炎、气管塌陷等并发症，对患者疾病治疗、康复造成不良影响^[2]。缩短置管时间，控制炎症，降低并发症发生率是气管切开后康复护理的重点，需要结合气管切开术的特点及常见护理风险问题，制定相关的护理方案。综合气道护理管理处理对患者进行常规的换药、环境改善、病情监测以外，在气道护理管理上采取更多有效护理措施，帮助患者尽快拔管，缩短康复时间^[3]。本次研究选择 2021 年 1 月至 2021 年 12 月气管切开后康复患者 50 例分组对照，探究气管切开患者术后康复护理采用综合气道护理管理方案的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2021 年 1 月至 2021 年 12 月气管切开后康复患者 50 例作为研究对象，随机数字表法分组，分成对照组和试验组各 25 例。对照组男性 20 例、女性 5 例；年龄 50-70 岁，平均年龄 (63.15 ± 1.05) 岁；疾病类型：喉癌 15 例、下咽癌 10 例；GCS 评分 6-9 分，平均 (8.01 ± 0.11) 分；体重指数 $21-25 \text{ kg/m}^2$ ，平均 $(23.25 \pm 0.35) \text{ kg/m}^2$ 。试验组男性 20 例、女性 5 例；年龄 52-70 岁，平均年龄 (63.27 ± 1.16) 岁；疾病类型：喉癌 17 例、下咽癌 8 例；GCS 评分 6-9 分，平均 (7.95 ± 0.15) 分；体重指数 $21-25 \text{ kg/m}^2$ ，平均 $(23.31 \pm 0.32) \text{ kg/m}^2$ 。两组患者基线资料进行比较， $P > 0.05$ ，具有可比性。患者及家属对研究内容、时间、方法知情，自愿参与。

纳入标准：（1）气管切开患者；（2）无精神疾病病史；（3）生命体征平稳；（4）临床资料完整。排除标准：（1）血液系统疾病患者；（2）妊娠期或哺乳期女性；（3）合并心、肝、肾功能不全。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对患者常规护理，密切监测患者生命体征，记录患者的意识、心率、血压等。遵医嘱按时为患者换药，对套管进行消毒，检查插管质量、固定是否良好。认真听取患者家属提出的问题，给予专业解答，并安抚情绪。保证病房内环境整洁、干净，做好清洁与消毒，保持安静。

1.2.2 试验组

对患者进行综合气道护理管理：（1）气道湿化：对患者气管切开后康复情况进行密切观察，评估患者气道环境，为患者选择合适的气道湿化液，使用气流雾化器对患者进行气道湿化，湿化液常使用生理盐水。同时对患者雾化用药特布他林等，稀释痰液。给予患者痰液监测，了解痰液黏稠程度，合理调节湿化液的用量。（2）排痰：护理人员定期帮助患者有效排痰，协助患者进行体位更换，对患者进行叩背，促进痰液排出。给予患者必要的辅助性吸痰，将导管在无负压条件下插入气道，开启负压后旋转上提导管，吸痰不超过 15s。对吸痰导管进行更换，将鼻腔、口腔内残留的分泌物清除干净。（3）功能训练：患者恢复意识，并且病情稳定，生命体征平稳状态下，开展咳嗽训练。指导患者用力呼气，在呼气结束前用力咳嗽，然后深吸气并放松 3-5s，反复上述动作 10 次。每天训练 2 次。

1.3 观察指标

比较置管时间及住院时间、并发症发生率、临床症状评分。其中并发症包括肺部感染、气管塌陷。临床症状评分：采用自制评分标准，对患者刺激性咳嗽、痰液黏稠、呼吸道黏膜出血进行评价，采用 0-3 分 4 级评分法，分值越高表明患者症状越严重。

1.4 统计学处理

选用 SPSS25.0 统计软件分析计量资料（以 $\bar{x} \pm s$ 表示，t 检验）、计数资料（以 n、% 表示， χ^2 检验），有统计学意义以 $P < 0.05$ 表示。

2 结果

2.1 两组置管时间及住院时间比较

试验组置管时间、住院时间均短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 置管时间及住院时间两组间比较 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	置管时间	住院时间
试验组 (n=25)	10.24±1.11	14.35±2.15
对照组 (n=25)	14.34±1.58	20.18±2.48
t	10.617	8.881
P	0.000	0.000

2.2 两组并发症发生率比较

试验组并发症发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 并发症发生率两组间比较[n (%)]

组别	肺部感染	气管塌陷	发生率
试验组 (n=25)	1 (4.00)	0 (0.00)	1 (4.00)
对照组 (n=25)	4 (16.00)	2 (8.00)	6 (24.00)
χ^2	-	-	4.153
P	-	-	0.042

2.3 两组临床症状评分比较

护理前, 两组刺激性咳嗽、痰液黏稠、呼吸道黏膜出血三个症状评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。护理后, 两组刺激性咳嗽、痰液黏稠、呼吸道黏膜出血症状评分均减少, 试验组少于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 临床症状评分两组间比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	刺激性咳嗽	痰液黏稠	呼吸道黏膜出血
试验组 (n=25)	护理前	2.01±0.15	2.11±0.16	2.08±0.24
	护理后	0.58±0.15	0.63±0.09	0.64±0.11
对照组 (n=25)	护理前	2.02±0.16	2.09±0.18	2.11±0.22
	护理后	1.01±0.13	1.24±0.11	1.08±0.12
t/P	试验组 (护理前后)	33.705/0.000	40.310/0.000	27.272/0.000
t/P	对照组 (护理前后)	24.496/0.000	20.147/0.000	20.551/0.000
t/P	组间值 (护理前)	0.228/0.821	0.415/0.680	0.461/0.647
t/P	组间值 (护理后)	10.832/0.000	21.46/0.000	13.514/0.000

3 讨论

气管切开术在多种疾病导致的呼吸功能障碍中均有好的应用, 对于患者呼吸异常状态的解除有显著效果, 能够维持患者正常的呼吸, 保证氧气供应^[4]。但是, 气管切开术对患者造成的手术创伤比较大, 气管切开后直接暴露在空气中, 失去了口腔黏膜的保护, 气道干燥, 刺激较大^[5]。另外, 气管切开后置管操作可能损伤气管黏膜, 并发生分泌物堵塞情况, 影响患者术后康复, 延长置管时间, 增加并发症风险^[6]。因此, 对患者开展有效的术后康复护理十分重要, 特别是针对患者气道方面的护理, 可通过气道湿化、排痰、功能锻炼, 改善气道环境, 帮助患者有效排痰, 恢复自主呼吸等, 从而缩短置管时间, 预防并发症。程洪涯^[7]研究中在气管切开患者术后康复中应用综合气道护理管理方案, 与常规护理相比较, 患者切开置管时间与住院时间均明显缩短。同时患者发生并发症的概率低。本次研究结果与程洪涯具有高度一致性。本次研究中试验组患者接受综合气道

护理管理, 对照组患者接受常规护理, 护理效果: 试验组置管时间、住院时间均比对照组短。提示说明综合气道护理管理可以加速气管切开手术患者的康复, 尽快拔除置管, 缩短住院时间。分析原因: 常规护理主要对患者进行遵医嘱用药, 及时换药, 并对患者生命体征进行严密监测, 护理内容单一, 方式固定, 而患者个体差异大, 病情严重程度, 术后康复效果不同, 对护理的要求不同, 导致护理的整体效果有限^[8-9]。综合气道护理管理方案在常规护理基础上, 针对患者气道环境不佳的现实情况给予重点护理干预, 帮助患者改善气道环境, 提高呼吸功能, 加速康复^[10]。试验组患者发生并发症的概率低于对照组, 提示综合气道护理管理方案在气管切开后康复护理中应用, 能够预防并发症。分析原因: 患者气管切开后失去了口腔黏膜的防御, 空气直接进入下呼吸道, 容易造成气管黏膜损伤。另外, 患者气管插管期间无法正常咳嗽, 痰液黏稠度大, 不能顺利排出, 容易形成气道堵塞^[11]。气道分泌物增多且无法有效排出, 如果坠入肺内可引发肺炎。对患者进行气道湿化护理, 可以提高气道湿度, 避免气道长期干燥形成刺激, 减少气道黏膜损伤、黏膜出血等^[12]。对患者辅助排痰, 合理使用湿化液、药物等, 可以有效稀释痰液, 促进痰液排出, 减少分泌物滞留, 避免肺部感染。指导患者进行功能锻炼, 有助于重建呼吸功能, 从而尽快将置管拔除, 减少对患者的刺激。需要注意的是, 对患者气道湿化时, 选择合适的湿化液, 调整湿化液用量对于湿化效果有很大影响, 需结合患者实际情况进行个性化护理, 避免发生刺激性咳嗽。

综上所述, 在气管切开后康复护理中应用综合气道护理管理方案有很好的效果, 护理价值高。

参考文献:

- [1]李瑛, 武欣.综合气道护理管理方案在气管切开患者术后康复中的应用效果[J].中国社区医师, 2022, 38 (08): 97-99.
- [2]沈艳梅, 刘萍, 高天霖, 等.综合康复护理在脑出血患者气管切开后应用效果观察[J].山西医药杂志, 2021, 50 (07): 1184-1186.
- [3]舒阳, 舒艳, 周彦彦.重型颅脑损伤气管切开后气道综合护理[J].中国卫生标准管理, 2019, 10 (03): 100-102.
- [4]曹露, 孙志瑛.开展综合气道护理对气管切开后患者的干预作用研究[J].系统医学, 2020, 5 (13): 187-189.
- [5]陈永强.综合气道护理管理用于气管切开后患者的临床效果观察[J].基层医学论坛, 2020, 24 (12): 1763-1764.
- [6]姜秀玲.综合气道护理在大面积烧伤患者全麻术后康复期气道管理中的应用效果观察[J].中国实用医药, 2019, 14 (13): 177-179.
- [7]程洪涯, 郭青苗, 黎丹洁, 等.综合气道护理管理方案在气管切开后患者术后康复中的应用[J].齐鲁护理杂志, 2020, 26 (20): 101-102.
- [8]徐微, 孙锦.综合气道护理管理方案在气管切开后康复患者中的应用[J].当代临床医刊, 2018, 31 (03): 3853-3854.
- [9]何芳, 黄桂桂.综合气道护理管理方案在气管切开后康复患者中的应用[J].黑龙江医药科学, 2017, 40 (06): 157-158.
- [10]蔡红.综合气道护理管理方案在气管切开患者术后康复中的应用效果[J].临床医学研究与实践, 2017, 2 (22): 185-186.
- [11]曾丽娟, 徐常娥.综合气道护理管理在气管切开后康复患者中的应用[J].实用临床医药杂志, 2017, 21 (04): 53-55.
- [12]唐芳.综合气道护理管理方案在气管切开后康复患者中的应用效果研究[J].中国卫生产业, 2015, 12 (14): 160-161.

芪苈强心胶囊对慢性心力衰竭患者临床研究

刘英杰

新泰市人民医院 山东新泰 271200

摘要：目的：探究芪苈强心胶囊对慢性心力衰竭患者治疗的效果。方法：选择新泰市人民医院 2020 年 1 月~2022 年 5 月期间收治的 80 例冠心病患者为研究对象，随机、双盲法分组，对照组（40 例）（慢性心衰标准化治疗+芪苈强心胶囊安慰剂治疗），实验组（40 例）（慢性心衰标准化治疗+芪苈强心胶囊治疗），对比分析两组患者心功能指标、炎症因子指标及治疗效果。结果：治疗后，相较于对照组患者，实验组患者心功能指标（LVEF/LVEDD/6-MWD）水平、总有效率更高，炎症因子指标（IL-6/BNP/TNF- α /hs-CRP）水平更低（ $P<0.05$ ）。结论：对慢性心力衰竭患者行芪苈强心胶囊治疗疗效确切，可减轻患者炎症反应，改善患者心功能，推广可行性较高。

关键词：芪苈强心胶囊；慢性心力衰竭；心功能；炎症因子

【Abstract】Objective: To explore the effect of Qili Qiangxin Capsule on patients with chronic heart failure. **Methods:** A total of 80 patients with coronary heart disease who were admitted to Xintai People's Hospital from January 2020 to May 2022 were selected as the research objects and randomly divided into double-blind groups. The control group (40 cases) (standardized treatment of chronic heart failure + Qi Liqiangxin Capsule placebo treatment), experimental group (40 cases) (standardized treatment of chronic heart failure + Qili Qiangxin Capsule treatment), the cardiac function indexes, inflammatory factor indexes and treatment effect of the two groups of patients were compared and analyzed. **Results:** After treatment, compared with the control group, the experimental group had higher levels of cardiac function indexes (LVEF/LVEDD/6-MWD), higher total effective rate, and higher inflammatory factor indexes (IL-6/BNP/TNF- α /hs-CRP) levels were lower ($P<0.05$). **Conclusion:** Qili Qiangxin Capsule is effective in the treatment of patients with chronic heart failure, which can reduce the inflammatory response and improve the cardiac function of the patients. It is highly feasible to popularize.

【Key words】 Qili Qiangxin Capsule; chronic heart failure; cardiac function; inflammatory factors

心衰竭为心脏功能或结构异常致使射血能力受损或心室充盈的一组临床综合征，该症多发生于各种心脏疾病终末阶段。对于该病症，临床多用扩血管药物、利尿剂、强心药物等进行治疗，其可有效控制患者病情进展，但患者预后普遍不理想^[1]。近些年，随着中医于临床治疗中的广泛应用，临床发现中医于心衰治疗中具备独特效用。芪苈强心胶囊具备活血通络、益气温阳、利水消肿的效用。部分研究指出，芪苈强心胶囊与标准化心衰疗法联合治疗可促进慢性心衰患者心功能改善，但具体作用机制尚未明晰^[2]。本次研究以新泰市人民医院 2020 年 1 月~2022 年 5 月期间收治的 80 例冠心病患者为研究对象，比较分析对慢性心力衰竭患者行芪苈强心胶囊治疗的效果，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择新泰市人民医院 2020 年 1 月~2022 年 5 月期间收治的 80 例冠心病患者为研究对象，随机、双盲法分组，对照组（40 例），实验组（40 例）。对照组男性/女性=23/17，年龄范围 43-75（57.0 $\pm$ 5.32）岁，病程 1-18（14.33 $\pm$ 1.02）年。实验组男性/女性 21/19，年龄范围 40-80（60.28 $\pm$ 4.36）岁，病程 1.5-16.5（10.62 $\pm$ 1.06）岁。两组一般资料基本相同（ $P>0.05$ ），可比较。

纳入标准：（1）年龄不低于 18 岁；（2）存在慢性心衰病史 3 个月以上；（3）与慢性心衰相关诊断标准符合；（4）NYHA：II-III，症状稳定；（5）血清 NT-proBNP $\geq$ 450pg/mL；（6）知情同意，并签署《知情协议》。

排除标准：（1）由先天性心脏病、瓣膜病、心包疾病等引发以及非心源性病因引发心衰；（2）并发严重脏器（肝肾等）疾病；（3）肿瘤疾病；（4）肾功能异常；（5）凝血功能异常；（6）哺乳期、妊娠期女性；（7）对研究用药物过敏；（8）中途退出。

1.2 方法

1.2.1 对照组

行慢性心衰标准化治疗+芪苈强心胶囊安慰剂治疗，4 粒/次，3 次/d，口服。

1.2.2 实验组

行慢性心衰标准化治疗+芪苈强心胶囊治疗，4 粒/次，3 次/d，口服。

1.3 观察指标

（1）利用彩色多普勒超声诊断仪分别于治疗前后测量两组患者心功能指标 {LVEF（左心室射血分数）/LVEDD（左室舒张末径）} 水平；使用 Guyatt 方案展开 6min 步行试验，记录 6-MWD（6min 步行最大距离）。

（2）分别于治疗前后采集两组患者 3mL 静脉血，低速离心，收集血浆，测量两组患者炎症因子指标 {IL-6（白细胞介素-6）/BNP（B 型钠尿肽）/TNF- α （肿瘤坏死因子- α ）/hs-CRP（超敏 C 反应蛋白）} 水平。

（3）观察两组患者临床疗效，显效：经治疗，患者症状消失或改善显著，心衰彻底控制或者心功能提升 >2 级；有效：经治疗，心功能提升 ≥ 1 级，症状缓解；无效：经治疗，症状未缓解，心功能未改善。

1.4 统计学处理

数据由 SPSS23.0 软件处理，计数（临床疗效）、计量（心功能指标/炎症因子指标）资料分别由数（n）和率（%）、平均数 $\pm$ 标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示， χ^2 、t 检验， $P<0.05$ 代表差异有统计学意义。

2 结果

2.1 心功能指标

治疗前，患者心功能指标（LVEF/LVEDD/6-MWD）水平无差异（ $P>0.05$ ）；治疗后，与对照组患者心功能指标（LVEF/LVEDD/6-MWD）水平比较，实验组患者水平更高（ $P<0.05$ ）。见表 1。

表 1 两组患者心功能指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n=40)	LVEF (%)		LVEDD (mm)		6-MWD (m)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	35.81±3.24	41.50±4.88	58.33±6.02	60.22±7.23	236.90±41.75	377.63±57.48
对照组	36.02±3.44	36.13±4.53	57.96±5.78	57.05±6.81	235.98±39.40	293.17±51.04
t	0.281	5.101	0.280	2.019	0.101	6.949
P	0.779	0.000	0.780	0.047	0.920	0.000

2.2 炎症因子指标
治疗前, 患者炎症因子指标 (IL-6/BNP/TNF- α /hs-CRP) 水平无差异 (P > 0.05); 治疗后, 相较于对照组患者炎症因子指标 (IL-6/BNP/TNF- α /hs-CRP) 水平, 实验组患者水平更低 (P < 0.05)。见表 2。

表 2 两组患者炎症因子指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n=40)	IL-6 (ng/L)		BNP (ng/L)		TNF- α (mg/L)		hs-CRP (ng/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	103.27±9.75	48.36±6.30	887.16±32.95	427.80±24.51	11.36±2.07	6.35±0.92	11.60±2.13	6.51±1.18
对照组	103.61±10.22	75.95±7.02	890.26±36.71	618.93±27.77	11.50±1.94	9.67±1.08	11.77±1.98	9.60±1.27
t	0.152	18.499	0.397	32.636	0.312	14.800	0.370	11.273
P	0.879	0.000	0.692	0.000	0.756	0.000	0.713	0.000

2.3 临床疗效

两组患者总有效率 (实验组=95.00%/对照组=77.50%) 比较, 实验组更高 (P < 0.05)。见表 3。

表 3 两组患者临床疗效比较[n (%)]

组别 (n=40)	显效	有效	无效	有效率
实验组	23 (57.50)	15 (37.50)	2 (5.00)	38 (95.00)
对照组	19 (47.50)	12 (30.00)	9 (22.50)	31 (77.50)
X ²	-	-	-	5.1675
P	-	-	-	0.023

3 讨论

慢性心力衰竭治疗应以改善患者心功能、控制病情进展为原则。当前, 对于该病, 临床多用 β 受体阻断剂、血管紧张素转换酶抑制剂、醛固酮受体阻断剂等药物进行治疗, 且可取得一定治疗效果, 但患者治疗期间易产生不良反应多、电解质紊乱等问题, 患者预后效果欠佳^[3]。近年来, 随着中医学的发展以及中医治疗于临床治疗中的广泛应用, 中医在慢性心衰治疗中发挥独特优势^[4]。从中医层面分析, 慢性心力衰竭属于“胸痹”、“心悸”、“喘证”、“水肿”的范畴, 中医认为该病属于本虚 (脾阳、心阳、肾阳亏虚) 标实 (水湿内停、痰浊、瘀血), 该病病机为外邪侵入机体、损伤脾胃, 无法胃行津液, 造成水液内停, 病久致使肾阳损伤, 无法蒸腾气化, 水液于机体停留, 泛滥肌肤, 水液停留, 水气凌心, 致使心阳损伤, 造成气血瘀滞, 心气心阳不振, 产生水肿。因此, 其认为该病治疗应以活血化痰、温阳益气、利水渗湿为主^[5]。芪苈强心胶囊由人参、黄芪、丹参、附子、葶苈子、泽泻、桂枝、香加皮、红花、陈皮等药材组成, 其具备温血通络、益气温阳、利水消肿的效用^[6]。方组中, 黄芪、附子为君药, 黄芪具备益卫固表、补气升阳、利水退肿的效用, 附子具备温补肾阳的效用; 桂枝、人参、陈皮等为臣药, 人参具备健胃、祛痰、利尿的效用; 桂枝具备温通经脉、发汗解肌、助阳化气的效用; 陈皮具备行气宽中、健脾理气的效用; 丹参、红花、泽泻、葶苈子、香附等为佐药, 丹参具备活血、祛瘀、调经

的效用^[7]; 红花具备活血通经、散瘀止痛的效用; 泽泻具备渗湿、利水、泄热的效用; 葶苈子具备利水消肿、祛痰平喘、泻肺降气的效用; 香附具备理气解郁、调经止痛的效用, 上述药材合用, 可发挥活血、利水温阳益气的效用。现代药理学研究证实, 芪苈强心胶囊可改善左心室收缩功能, 促进外周血管扩张, 提高冠脉血流量, 并且还可促进肾血流量增加, 降低醛固醇血管紧张素水平, 促进心脏指数、室壁肥厚改善, 上述作用均为心力衰竭改善的生物学基础^[8]。

本次研究结果显示, 相较于对照组患者, 实验组患者心功能指标水平、总有效率更高, 炎症因子指标水平更低, 说明对慢性心力衰竭患者行芪苈强心胶囊效果理想, 可促进患者心功能改善, 减轻炎症反应。

综上, 对慢性心力衰竭患者行芪苈强心胶囊治疗疗效确切, 可减轻患者炎症反应, 改善患者心功能, 值得推广。

参考文献:

[1]张卫斌, 彭宏伟.芪苈强心胶囊治疗慢性心力衰竭患者临床疗效观察[J].养生保健指南, 2021 (4): 43.
[2]张丽丽, 王振双.芪苈强心胶囊治疗慢性心力衰竭患者的临床疗效[J].健康之友, 2020 (11): 54-55.
[3]甄红玉.芪苈强心胶囊治疗慢性心力衰竭的临床疗效观察[J].中国保健营养, 2020, 30 (7): 139.
[4]胡小武, 曾庆宏, 李凯, 等.芪苈强心胶囊治疗慢性心力衰竭的临床疗效及其对心功能的影响[J].临床合理用药杂志, 2021, 14 (30): 23-25.
[5]杨建立.应用药物芪苈强心胶囊治疗慢性心力衰竭的观察与评价[J].饮食保健, 2020, 7 (25): 90.
[6]于良, 解启马, 李明, 等.芪苈强心胶囊治疗慢性心力衰竭的临床疗效观察[J].中西医结合心脑血管病电子杂志, 2020, 8 (16): 30, 32.
[7]王玉竹.芪苈强心胶囊治疗慢性心力衰竭 48 例疗效观察[J].临床医药文献电子杂志, 2019, 6 (33): 151, 154.
[8]赵娜, 齐新.芪苈强心胶囊治疗慢性心力衰竭的临床疗效观察[J].中西医结合心脑血管病杂志, 2018, 16 (8): 1001-1004.

高血压脑出血（HCH）患者实施超早期小骨窗微创脑出血清除术的效果

潘兆全

沂南县人民医院 山东临沂 276300

摘要:目的: 针对高血压脑出血(HCH)患者治疗中实施超早期小骨窗微创脑出血清除手术的应用效果进行分析。方法: 在我科室内选取2019年—2022年期间就医的100名高血压脑出血患者作为本次的主要研究对象, 平均分为对照组与实验组, 针对对照组高血压脑出血(HCH)患者实施常规手术方式大骨瓣开颅手术, 针对实验组患者的高血压脑出血(HCH)患者实施超早期小骨窗微创脑出血清除手术方式。结果: 实验组患者的手术时长与住院时间均优于对照组; 跟踪两组患者手术后6月内后发现, 实验组患者的手术总有效率高于对照组, 实验组患者手术后的并发症产生几率低于对照组。结论: 针对高血压脑出血(HCH)患者的临床治疗中实施超早期小骨窗微创脑出血清除手术, 能够最大限度地减少患者的手术时长与住院时间, 加快颅内血块的清除速度。

关键词: 高血压脑出血; 超早期; 小骨窗微创脑出血清除手术

Abstract: Objective: To analyze the application effect of ultra-early small bone window minimally invasive cerebral hemorrhage removal surgery in the treatment of hypertensive intracerebral hemorrhage (HCH). Methods: A total of 100 patients with hypertensive cerebral hemorrhage who were treated in our department from 2019 to 2022 were selected as the main research subjects. They were equally divided into the control group and the experimental group. Conventional operation was performed with large bone flap craniotomy, and ultra-early small bone window minimally invasive cerebral hemorrhage removal was performed for patients with hypertensive intracerebral hemorrhage (HCH) in the experimental group. Results: The operation time and hospital stay of the patients in the experimental group were better than those in the control group; after tracking the patients in the two groups within 6 months after the operation, it was found that the total effective rate of the operation in the experimental group was higher than that in the control group, and the complications after the operation in the experimental group were The probability of occurrence is lower than that of the control group. Conclusion: Ultra-early small bone window minimally invasive cerebral hemorrhage removal surgery in the clinical treatment of patients with hypertensive cerebral hemorrhage (HCH) can minimize the operation time and hospitalization time of patients, and speed up the removal of intracranial blood clots.

Key words: hypertensive intracerebral hemorrhage; ultra-early stage; minimally invasive debridement of intracerebral hemorrhage with small bone window

引言: 人体长期处于高血压状态, 会导致脑下小动脉产生纤维化与硬化现象, 血管壁的韧度降低, 导致人体发生血管破裂问题。治疗高血压脑出血疾病的最佳方式便是实施手术, 手术的方式与手术的时机选择对患者具有极大的影响。传统的手术方式通常以开颅手术为主, 具备创伤性大、禁忌证多、恢复慢、耗时长、二次创伤大等不良特征, 部分患者的不耐受几率高, 治疗效果不甚理想。目前我院医疗水平正在不断提升, 微创技术也正随之完善, 超早期小骨窗微创脑出血清除手术在不断实践的过程当中效果日益显著, 当下我科正在对脑出血患者的治疗中进行神经内镜下行球囊柔性牵开术, 在手术中切口可保证在4cm—6cm内, 骨瓣直径保持在3cm左右, 其能够有效缓解患者的血肿扩散现象, 减轻脑组织损失、保护患者神经系统, 提高患者生存质量。

1、资料与方法

1.1 一般资料

在我科室内选取2019年—2022年期间就医的100名高血压脑出血患者作为本次的主要研究对象, 所选择的患者均得到医院批准并征求了患者意愿, 根据两种不同的手术方式将平均将100名高血压脑出血患者划分为对照组与实验组, 两组患者人数平均男性患者39人, 女性患者11人, 患者年龄在38岁—76岁范围之间, 平均年龄差: (50.11±3.34)岁, 出血量为: 21ml—99ml, 平均出血量为 (51.24±14.97) ml, 患者患病时间在2年—14年范围之间, 患者患病平均年限差 (6.9±1.9)年; 实验组患者男性33人, 女性患者27人, 年龄在41岁—74岁范围之间, 平均年龄差 (49.33±2.14), 出血量为: 24ml—97ml, 平均出血量为 (49.98±16.1) ml, 患者患病时间在1.5年—11年范围之间, 患病平均年限差平均年限 (6.9±3.1)年。以上数据真实有效, 两组患者资料之间并不存在明显差距, 即不具备统计学条件 ($P>0.05$)。

1.1.1 纳入标准: 接受手术的患者已被定义为高血压脑出血, 均患有高血压。

1.1.2 排除标准: 第一, 具备手术禁忌症的患者; 第二, 存在凝血功能障碍的患者; 第三, 患有脑瘤或脑干出现疾病; 第四, 并非高血压原因导致的脑出血。

1.2 方法

针对对照组高血压脑出血患者实施大骨瓣开颅手术方式。在手术前加强对患者的内科干预, 予以患者降压类药品与利尿剂, 保证患者的血压正常。在进行颅内手术前, 首先对患者实施全麻, 并以CT结果为根据明确切口部位, 确定后切开患者头皮实施开骨操作; 其次将患者颅内骨瓣逐一分层, 充分暴露血肿部位, 消除血肿, 并在止血后将引流管置于其中; 最后对患者创口进行缝合、包扎处理。

针对实验组高血压脑出血患者实施超早期小骨窗微创脑出血清除手术方式。在患者发病的6小时之间进行血肿清除手术, 首先使患者行侧卧或仰卧姿态, 实施全麻, 予以其常规消毒处理, 随后在接近血肿处实施切口, 在此过程当中需避免与重要功能区或血管的接触; 其次对患者颅骨实施钻孔操作, 直径保持在3cm左右。而后在患者硬脑膜处做十字形创口, 确定血肿之深浅, 同时通过显微镜进行电灼皮层, 并切开皮层2cm左右, 将脑组织拉开至血肿位置为止。移入神经内镜, 进行镜下清除血肿, 神经内镜的手术照明功能良好, 止血确切, 而且能够有效的降低医源性损伤, 同时也能够完全清除患者颅内血肿。以直观的角度利用吸引器吸取血肿, 同时注意抽吸力度, 避免出现用力过度导致脑组织再次出血或受到损伤, 若患者出血不止, 则以双极电凝予以止血处理; 最后待患者颅内血肿彻底清除后, 在颅骨内壁粘贴吸收性明胶海绵, 并将引流管置于其中, 缝合、包扎创口。

两组患者手术后均进行降压与抗感染等常规护理，并实时予以其生命体征监控，直至患者完全清醒、生命体征归于正常后，引导患者循序渐进地进行活动锻炼。

1.3 观察指标

1.3.1 对比两组患者手术 3 天后的临床效果，患者手术后颅内血肿彻底清除，意识清醒且神经系统与生活能力均恢复正常状态为有效；患者在手术后颅内的血肿有所消减，意识、神经系统以及生活能力均有所改善为显效；患者手术后颅内血肿并未消失，意识模糊，神经系统与生活能力均有障碍为无效。

1.3.2 对两组患者的手术时长、血肿消除与住院时间进行分析对比。

1.3.3 对两组患者的神经系统进行分析对比，以神经系统缺失评分表对两组患者手术前后的神经系统节能型评估，分数为 0 至 42 分，若分数值低则证明患者的精神状态良好。

1.3.4 对两组患者手术后生活能力恢复程度进行评估对比，以 Barthel 表为基础，满分 100 分，分值越高证明患者的生活能力恢复良好。

1.3.5 对两组患者手术后 6 个月内的并发症进行分析对比，并发症主要涵盖颅内、尿路、肺部的感染与颅内二次出血。

1.4 统计学方法

本次实验研究全程均以公认的统计学软件 SPSS 进行分析与对比。若 P 值大于 0.05 则代表此项数据信息不符合统计学条件，即不具备统计学意义；若 P 值小于 0.05 则代表此项数据信息的差异突出，符合统计学条件具备统计学意义。计量资料为： $(\bar{x} \pm s)$ ；检验方式为：全部 t 检验，根据此套统计学方法进行本次实验研究的数据对比，若得出数据结论为 $P < 0.05$ 便证明其统计学意义成立。

2、结果

2.1 通过对两组患者的临床手术结果的评估对比结果得出，对照组患者手术的总有效率为 78%，明显低于实验组患者的总有效率（96%），两组患者此项结果之间的差距明显即具备统计学标准（ $P < 0.05$ ），具体数据详见下表 1 所示：

表 1 两组患者临床手术结果对比表（%）

组别	例数	有效	显效	无效	总有效率
实验组	50	28	20	22	96%
对照组	50	19	20	11	78%
X ² 值					6.983
P ² 值					0.019

2.2 对两组患者的临床指标进行分析对比可知，实验组的手术时长、血肿消除时间与住院时间均小于对照组，两组患者的此项数据信息差异突出符合统计学条件（ $P < 0.05$ ），具体数据详见下表 2 所示：

表 2 两组患者的临床指标对比表（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	手术时长（小时）	血肿消除时间（天）	住院时间（天）
实验组	50	33.12±8.99	4.98±1.69	14.93±4.34
对照组	50	90.13±15.13	7.99±2.11	23.12±7.31
X ² 值				4.986
P ² 值				0.021

2.3 通过两组患者接受手术后神经系统与生活能力的恢复情况进行评估对比得出，两组患者接受手术前的评分相等，差距不明显（ $P > 0.05$ ），两组患者接受手术后实验组的各项评分均优于对照组，两组之间数据差异较为显著（ $P < 0.05$ ），具体数据详见下表 3 所示：

表 3 两组患者手术后神经系统与生活能力对比表

评分项目	分组	病例（n）	手术前评分	手术后评分
神经系统	实验组	50	18.20±3.98	10.12±3.23
	对照组	50	18.59±4.01	12.65±2.54
生活能力	实验组	50	67.98±5.58	96.11±4.02
	对照组	50	69.31±5.11	78.12±2.45

2.4 追踪两组患者手术后的 6 个月内并发症产生的几率进行对比评估得出，实验组患者手术后产生并发症的几率明显低于对照组患者产生并发症的几率，两组数据的差距突出符合统计学标准（ $P < 0.05$ ），具体数据详见下表 4 所示：

表 4 两组患者术后 6 个月内的并发症对比表

组别	例数	颅内感染	尿路感染	肺部感染	颅内二次出血	合计
实验组	50	2	1	1	0	4
对照组	50	5	3	2	4	14
X ² 值						4.986
P ² 值						0.021

3、讨论

高血压脑出血患者脑力使用过度或情绪激动导致血压急速升高，进而导致患者脑部血管破裂出血致使脑干受到压迫，神经系统遭到威胁，并且极易形成并发症，如脑疝、消化道出血甚至脑梗死等，致死率较高，一旦患者病情发作，需尽快对其进行颅内血肿的消除手术，提供营养的支持，并配合降压处理。此疾病多发于中老年群体，主要的原因在于血管老化程度深更加容易出现破裂现象，而且男性患者的发病率高于女性患者的发病率，主要的原因在于患者的脑动脉病变致使血管壁韧性的弱化，导致血压的剧烈提升。另外，高血压也会导致患者脑部的小动脉产生痉挛的现象进而引发出血问题。患者发作高血压脑出血，病情发展极为迅速，通常情况下从发病至高峰仅需要几个小时甚至几分钟，临床症状表现为血压增高、头痛、恶心、呼吸功能障碍，严重者会出现昏厥、偏瘫现象。

传统大骨瓣开颅手术虽然可以快速消除血肿，稳定患者颅内压，缓解病情，但手术用时较长，患者手术后容易出现脑积水或肺部感染等不良现象，手术后恢复效果不佳。小骨窗微创脑出血清除手术方式具备切口小、脑组织受损程度轻、操作简单、缩短手术时长、降低脑水肿与脑缺血并发症产生几率等良好特点。并且在手术过程中可通过显微镜提高术野的清晰度，精准掌握患者颅内血肿位置，有助于血肿的彻底清除，使濒死的受损细胞得到挽救，为神经系统提供安全保障，有效地降低患者出现肺部感染与消化道出血等不良问题的产生几率。

综上所述，超早期小骨窗微创脑出血清除手术能够保证高血压脑出血患者以最短的时间完成手术，减轻手术风险，降低手术后恢复期间并发症的产生几率，值得广泛应用。

参考文献：

[1]陆大鸿，崔连旭，何睿瑜，刘党奇，谭宝东，彭四维，李昊旻.超早期小骨窗微创手术治疗高血压脑出血患者的效果[J].中外医学研究，2021，（36）：158-161。
[2]沈亚星，刘兴文，成毅.超早期小骨窗微创脑出血清除术治疗高血压脑出血的疗效分析[J].中国社区医师，2021，（35）：63-64。
[3]刘永贵.超早期小骨窗微创颅内血肿清除术治疗高血压脑出血患者的效果及安全性分析[J].医学理论与实践，2019，（21）：3448-3449。

氯吡格雷联合阿司匹林治疗急性脑梗死的效果及有效性

宋伟艳

莱州市三山岛街道社区卫生服务中心 山东烟台 261400

摘要：目的：对急性脑梗死患者治疗中氯吡格雷联合阿司匹林治疗的有效性进行研究和分析。方法：以本院 2020 年 5 月-2021 年 8 月收治的急性脑梗死患者 40 例进行研究，利用抽样调查法将 40 例患者平均分成对比组和观察组两组，两组各 20 人。对比组使用阿司匹林进行治疗，观察组在阿司匹林治疗的基础上使用氯吡格雷进行联合治疗，对急性脑梗死治疗中两组数据的效用展开综合分析。结果：观察组患者治疗后的神经功能缺损程度评分、日常生活能力评分与对比组比较更优，存在较大差距 ($P<0.05$)。与对比组进行比较，观察组的各项炎症因子统计结果较低 ($P<0.05$)。观察组治疗有效率高于对比组数据 ($P<0.05$)。结论：在急性脑梗死治疗过程中，氯吡格雷和阿司匹林的联合运用，有效改善患者临床指标，具有重大应用价值。

关键词：氯吡格雷；阿司匹林；急性脑梗死

急性脑梗死是心脑血管疾病中的一种，临床上也被称之为缺血性脑卒中，具有发病率较快的特征，对患者造成的伤害是无法预估的。发病后需要及时选择有针对性的措施进行改善^[1]。现阶段急性脑梗死的临床治疗中，抗血小板凝聚药物治疗是较为常见的治疗形式，其中作为常见的治疗药物即阿司匹林。根据临床实践研究显示，阿司匹林的单一应用还存在一定的不足，根据实践调查，将氯吡格雷联合阿司匹林应用在急性脑梗死的治疗上，获得的效果更加明显^[2]。本研究综合急性脑梗死中氯吡格雷联合阿司匹林的应用有效性进行探讨，得出如下研究结果。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2020 年 5 月-2021 年 8 月收治的急性脑梗死患者 40 例为研究对象，利用抽样调查将 40 例患者分为对比组和观察组，每组平均分配 20 例病患。对比组病患治疗时使用阿司匹林药物进行治疗；观察组使用氯吡格雷联合阿司匹林进行治疗。对比组 20 例病患中男性患者 18 例、女性患者 2 例，患者年龄为 50~80 岁，平均年龄 (65.73 ± 5.89) 岁。观察组 20 例病患中男性患者 16 例、女性患者 4 例，患者年龄为 52~82 岁，平均年龄 (65.38 ± 5.27) 岁。对比两组数据中患者年龄和性别产生的差异并不显著， $P>0.05$ 。

1.2 方法

入院治疗时，两组患者都需要通过基础治疗，对患者的机体电解质紊乱问题进行改善，帮助患者减轻颅内压力。在此基础上，对对比组使用阿

司匹林（沈阳康芝制药有限公司 国药准字 H10960331）的治疗办法，患者每日服用三次、每次数量为 0.3g~0.6g，治疗周期为 30d。观察组需要在此基础上使用硫酸氢氯吡格雷（Sanofi Winthrop Industrie 国药准字 J20080090）进行治疗，每日一次，每次两片，维持 30d 的治疗。

1.3 评价和观察指标

对两组患者的临床指标变化进行综合分析、并研究炎症因子水平改善质量和临床治疗的总有效率。其中临床指标主要涵盖的内容为神经功能缺损程度评分、日常生活能力评分，使用卒中能量表作为评价方式，评分在 0~42 分之间，神经功能缺损严重与否与卒中能量表所获分值呈正相关。使用 ADL 评分量表对患者的日常生活能力进行评分，最低分为 0 分、最高分为 100 分，评分同样与患者的日常生活能力存在正相关关联。炎症因子水平主要有白介素-6、肿瘤坏死因子- α 和 C 反应蛋白。

对临床总有效率的综合评估主要是根据患者的神经功能缺损程度评分进行判断的，若分数低于 90 就证明患者基本痊愈，若分值在 40~90 分之间，证明显效，分值在 20~40 分之间证明有效，分数低于 20 分，认为无效。

1.4 统计学方法

借助统计学软件包（SPSS22.0 版本）对数据信息进行分析，通过（n，%）以及 $\bar{x}\pm s$ 表示计量资料。利用 t 与 χ^2 进行检验，得到 $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后临床指标变化对比研究

对比两组患者治疗前的临床指标变化，并无显著差异， $P>0.05$ 。治疗后研究观察组神经功能缺损程度评分，相较于对比组更低，日常生活活动能力评分明显高于对比组，两组数据对比分析具有显著差异， $P<0.05$ 。

表 1.分析两组患者治疗前后临床指标变化（分， $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	神经功能缺损程度评分		日常生活活动能力评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对比组	20	33.14 $\pm$ 3.03	21.89 $\pm$ 2.73	48.87 $\pm$ 3.56	62.93 $\pm$ 3.58
观察组	20	32.14 $\pm$ 3.37	15.45 $\pm$ 2.37	47.31 $\pm$ 2.89	78.33 $\pm$ 2.69
t 值		0.986	7.966	1.521	15.379
P 值		0.330	0.000	0.136	0.000

2.2 两组患者治疗前后炎症因子水平改善对比分析

对比组治疗前的白介素-6 为 18.47 $\pm$ 3.21 μ g/l，相较观察组治疗前的 17.83 $\pm$ 3.03 μ g/l，表现的差异并不显著， $t=0.648$ 、 $P=0.520$ ；治疗后对比组的白介素-6 水平为 9.01 $\pm$ 1.76 μ g/l 与观察组的 6.31 $\pm$ 1.21 μ g/l 相比仍然存在较大差异， $t=5.653$ 、 $P=0.000$ ；治疗前对比组的肿瘤坏死因子- α 为 631.90 $\pm$ 12.54 μ g/l 和观察组的 628.89 $\pm$ 12.31 μ g/l 相比差异较小， $t=0.766$ 、 $P=0.448$ ；治疗后对比组的肿瘤坏死因子- α 为 257.83 $\pm$ 19.21 μ g/l 和观察组的 150.35 $\pm$ 23.27 μ g/l 相比仍存在较大差距， $t=15.929$ 、 $P=0.000$ ；研究 C 反应蛋白发现对比组治疗前的数值为 32.87 $\pm$ 8.65mg/l 与观察组的 31.98 $\pm$ 8.65mg/l 相比差距不大， $t=0.325$ 、 $P=0.746$ ；治疗后的观察组反应蛋白 7.69 $\pm$ 1.83mg/l，明显低于对比组的 13.87 $\pm$ 2.03mg/l， $t=10.112$ 、 $P=0.000$ 。

对比两组患者治疗前的炎症因子水平变化，发现两组之间无明显差别（ $P>0.05$ ），对比治疗后两组患者的炎症因子水平变化，两组之间存在差异变得十分显著，相较治疗前，两组患者的炎症因子水平都呈下降趋势，且观察组较对比组的分值更低，两组相比差距较大， $P<0.05$ 。

2.3 两组患者临床治疗总有效率对比研究

对比组的显效人数 4 人、有效人数 10 人、无效人数 6 人，总有效率为 70.00%；观察组显效人数为 8 人、有效人数为 11 人、无效人数 1 人，总有效率为 95.00%。对比研究两组患者临床治疗总有效率发现，对比组的总有效率明显低于观察组， $\chi^2=4.329$ 、 $P=0.037<0.05$ 。

3 讨论

急性脑梗死主要是机体脑组织供氧量不足、血容量不足而引发的一种

疾病，一般多见于老年人群之中，患病后需要第一时间对患者的病情进行控制，以免引发周围组织炎症反应现象的出现，导致继发性损伤的出现，影响患者的生命健康安全^[3]。治疗急性脑梗死一般在临床上使用抗凝药物，应用较为广泛的抗凝药物就包括阿司匹林。

阿司匹林的应用主要是通过对血小板释放的控制，实现抗凝的目的。但是长期使用这种单一药物进行治疗，会影响机体的健康状态。硫酸氢氯吡格雷也是一种抗凝药物，同样也发挥着抑制血小板释放的能力，对红细胞变形能力改善有重要价值，联合二者进行应用，对协同作用发挥有重要的促进意义，显著增强血小板的抗凝效果^[4]。不仅如此，硫酸氢氯吡格雷联合阿司匹林进行应用，能够实现对急性脑梗死引发炎症反应的合理控制，具有较强的抗感染性，有效减少了脑梗死后脑组织继发性损伤的风险^[5]。本研究进行分析，通过各项临床指标变化的研究和分析，发现临床指标变化、炎症因子改善状态和临床治疗的总有效性中，观察组都明显好于对比组，两组之间进行对比研究，发现 $P<0.05$ 。两组患者治疗前后的临床指标对比分析显示，治疗后观察组患者的神经功能缺损程度评分明显低于对比组，证明患者身体机能恢复良好。

综上所述，急性脑梗死患者临床治疗的实际过程中使用氯吡格雷联合阿司匹林进行治疗，对治疗效果提升有重要的促进意义，因此值得在临床上进行推广和使用。

参考文献：

[1]于国华，赵立伟，张福鼎，等. 阿加曲班联合阿司匹林、氯吡格雷双抗治疗急性进展性脑梗死的有效性与安全性[J]. 航空航天医学杂志，2021，32（3）：321-322.

[2]张世春，张晓玲，周伟，等. 阿加曲班联合阿司匹林及氯吡格雷治疗对急性脑梗死患者神经功能缺损及生活能力的改善分析[J]. 中外医疗，2021，40（25）：89-91.

[3]王莉. 阿司匹林联合氯吡格雷治疗急性脑梗死的临床疗效及安全性探讨[J]. 养生保健指南，2020（48）：43.

[4]李碧，韦宏照，赵秋艳，等. 阿司匹林、氯吡格雷结合针灸治疗急性脑梗死的临床效果分析[J]. 系统医学，2020，5（1）：4-6，58.

[5]钟延冲. 氯吡格雷与阿司匹林联用对于糖尿病并发急性脑梗死治疗的价值分析[J]. 保健文汇，2020（30）：165-166.

产后进行乳房按摩在促进乳汁分泌方面的临床应用效果

王建萍

临沂市妇幼保健院 山东临沂 276000

摘要：目的 探讨产后进行乳房按摩对产妇乳汁分泌及哺乳情况、乳房并发症的影响。方法 选取本院2020年1月—2021年1月剖宫产产后产妇124例，随机分为2组。对照组用常规护理，观察组在对照组基础上加乳房按摩。比较两组泌乳发动时间、产后3d平均哺乳持续时间、产后3d平均哺乳次数、母乳喂养时疼痛评分、新生儿吸吮姿势IBAT评分；记录两组乳房相关并发症发生情况；护理前后分别评估产妇的焦虑、抑郁情绪；产妇出院当天调查护理满意度。结果 观察组泌乳发动时间、泌乳Ⅱ期发动时间早于对照组，产后3d平均哺乳持续时间、产后3d平均哺乳次数多于对照组，母乳喂养时疼痛评分低于对照组，新生儿吸吮姿势IBAT评分高于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组乳房并发症率（6.45%）低于对照组（20.97%）（ $P<0.05$ ）；护理后两组焦虑、抑郁评分降低，观察组低于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组护理满意度（96.77%）高于对照组（83.87%）（ $P<0.05$ ）。结论 初产妇剖宫产后进行乳房按摩能够促进泌乳分泌，延长哺乳时间，增加哺乳次数，减轻哺乳时的乳房疼痛，改善新生儿吸吮状况，减少乳房并发症，缓解焦虑抑郁，提高护理满意度，可推广。

关键词：产后；乳房按摩；乳汁分泌；哺乳；乳房并发症

母乳中含有婴儿生长所需要的营养，如蛋白质、脂肪、乳糖等，而且易于消化，因而临床上提倡母乳喂养^[1]。但初产妇在分娩后，在疲乏、产后疼痛、不良情绪、乳腺管堵塞等方面的影响，泌乳发动延迟或乳汁分泌不足，导致产妇哺乳时长及次数较少，哺乳质量欠佳^[2]。此外，初产妇缺乏哺乳经验，未能够熟练哺乳，容易导致乳汁排出不畅，使乳汁淤积滞留，诱发乳房并发症。本研究选取本院2020年1月—2021年1月剖宫产产后产妇124例，进行分组对照研究，观察了产后乳房按摩对初产妇产后乳汁分泌及哺乳情况、乳房并发症的影响。总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院2020年1月—2021年1月剖宫产产后产妇124例，随机分为2组各62例。纳入标准：（1）单胎分娩；（2）初产妇；（3）年龄20—35岁；（4）初中及以上学历；（5）有母乳喂养意愿；（6）剖宫产；（7）签署同意书。排除标准：（1）合并妊娠糖尿病、妊娠高血压等妊娠并发症；（2）存在传染性疾病；（3）有乳腺发育不良、乳头异常、乳房手术史、新生儿患半乳糖血症等母乳喂养禁忌症；（4）新生儿出生后需在新生儿重症监护室病房监护；（5）合并精神疾病；（6）合并肢体功能障碍。对照组产妇年龄20—34岁（ 26.53 ± 2.34 ）岁；分娩孕周37—42周（ 39.63 ± 0.37 ）周；受教育程度：中学10例，高中17例，大专及以上35例；男婴30例，女婴32例；新生儿体重2539—3980g（ 3385.26 ± 202.33 ）g；新生儿出生1min的阿氏评分8—10分（ 9.11 ± 0.71 ）分。观察组产妇年龄21—34岁（ 26.39 ± 2.51 ）岁；分娩孕周37—41周（ 39.59 ± 0.35 ）周；受教育程度：中学9例，高中19例，大专及以上34例；男婴31例，女婴31例；新生儿体重2561—4032g（ 3372.04 ± 213.60 ）g；新生儿出生1min的阿氏评分8—10分（ 9.09 ± 0.67 ）分。两组产妇及新生儿一般资料无统计学差异（ $P>0.05$ ），有可比性。

1.2 方法

对照组用常规护理：对产妇进行母乳喂养宣教，介绍母乳喂养的优点、方法等。指导产妇进食营养丰富、易消化的汤汁炖菜等，促进下奶。指导产妇保持充足休息，规律作息，保持心情舒畅。产后进行皮肤接触，之后让婴儿吸吮产妇的乳头。双侧乳房交替哺乳，喂奶结束后，将婴儿竖抱起来，轻拍背部，待婴儿打嗝后再平躺。

观察组在对照组产妇的基础上，加用乳房按摩，均在产后第2天进行，具体方法：（1）产妇平卧，放松全身，露出胸部。护理人员双手消毒后，先用毛巾清洁产妇的乳房，再用热毛巾敷在乳房上5min。（2）乳房环形按摩：护理人员温暖双手，使用植物按摩油2ml左右均匀涂抹乳房上。双手

从锁骨下胸骨柄两侧开始以乳房为中心进行揉按，环绕乳房3—4周。（3）乳房顺时针按摩：一只手托住乳房，另一只手用鱼际肌以顺时针轻柔乳房，过程中注意掌握力度，询问产妇的感受确保力度适中。从乳房下缘开始，由外向内以适宜力度推乳房。护理人员五指从乳房根部向乳头方向梳抓乳房8—10次。用指腹从乳房根部乳晕开始进行螺旋式按揉乳房，每个乳房按摩2—3min。（4）乳房拍打：用四指从胸壁周围向乳头方向轻轻拍打乳房壁，每个乳房的拍打时间为2—3min。（5）抖动乳房：护理人员一只手拖起乳房，轻轻地抖动乳房，每个乳房2—5min。（6）乳头牵拉：护理人员一只手托着乳房，另一只手捏住乳头进行牵拉，每个乳头牵拉15次。

1.3 观察指标

（1）观察两组泌乳及哺乳情况：包括泌乳发动时间、泌乳Ⅱ期发动时间、产后3d平均哺乳持续时间、产后3d平均哺乳次数、母乳喂养时疼痛评分、新生儿吸吮姿势IBAT评分。泌乳发动时间：乳房有胀感或乳房胀痛不适说明泌乳发动，记录泌乳发动的时间。泌乳Ⅱ期发动时间：产妇自觉乳房胀满且大量泌乳。产后3d平均哺乳持续时间及哺乳次数：产妇每次记录哺乳时间，护理人员每4h记录一次哺乳情况，总哺乳时间/3为产后3d平均哺乳持续时间，总哺乳次数/d为产后3d平均哺乳次数。母乳喂养时疼痛评分采用视觉模拟评分法进行评估，总分0—10分，得分越高则哺乳时的乳房疼痛越重。新生儿吸吮姿势IBAT评分内容包括进食意愿（0—3分）、觅食反射（0—3分）、衔接（0—3分）、吸吮（0—3分），总分0—12分，得分越高吸吮状况越好。（2）记录两组乳房相关并发症，包括泌乳发动延迟、急性乳腺炎等。泌乳发动延迟：产后超过72h泌乳未发动视为泌乳发动延迟。（3）评估两组的焦虑、抑郁程度：使用汉密尔顿焦虑量表（分值0—56分）、抑郁量表（分值0—68分）评估焦虑、抑郁情绪，分值越高表示产妇的焦虑、抑郁程度越严重。（4）评估两组护理满意度：采用医院自制护理满意度调查表，在产妇出院当天进行评估，非常满意：得分≥90分，一般满意：得分60—89分，不满意：得分≤59分，满意度=（非常满意+一般满意）/62×100%。

1.4 统计学分析

用SPSS25.0统计学软件分析，计量资料用 $\bar{x}\pm s$ 表示，行 t 检验，计数资料用%表示，行 χ^2 检验， $P<0.05$ 表示有统计学意义。

2 结果

2.1 两组泌乳及哺乳情况比较

观察组泌乳发动时间、泌乳Ⅱ期发动时间早于对照组，产后3d平均哺乳持续时间、产后3d平均哺乳次数多于对照组，母乳喂养时疼痛评分低于对照组，新生儿吸吮姿势IBAT评分高于对照组（ $P<0.05$ ），见表1。

表 1：两组泌乳及哺乳情况比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	n	泌乳发动时间 (h)	泌乳Ⅱ期发动时 间 (h)	产后 3d 平均哺乳持续时 间 (min / 24h)	产后 3d 平均哺乳次 数 (次 / 24h)	母乳喂养时疼痛 评分 (分)	新生儿吸吮姿势 IBAT 评分 (分)
观察组	62	55.53±5.29	60.71±5.36	171.13±12.75	7.34±0.63	2.61±0.22	9.43±0.92
对照组	62	63.51±5.05	70.35±6.13	105.47±10.61	5.29±0.45	3.34±0.27	7.69±0.64
<i>t</i>		8.592	9.322	16.969	16.323	16.504	12.225
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组乳房并发症比较

观察组乳房并发症率（6.45%）低于对照组（20.97%）（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2：两组乳房并发症比较[n（%）]

组别	n	泌乳发 动延迟	急性乳 腺炎	乳头皲 裂	乳房肿 胀	发生率
观察组	62	1（1.61）	1（1.61）	0	2（3.23）	4（6.45）
对照组	62	6（9.68）	2（3.23）	1（1.61）	4（6.45）	13（20.97）
χ^2						5.522
<i>P</i>						0.019

2.3 两组焦虑、抑郁评分比较

护理后两组焦虑、抑郁评分降低，观察组低于对照组（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3：两组焦虑、抑郁评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	n	焦虑评分		抑郁评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	62	17.35±3.12	7.05±1.16*	21.71±3.36	8.30±1.39*
对照组	62	17.12±3.29	10.61±2.03*	21.32±3.55	11.67±2.45*
<i>t</i>		0.399	11.989	0.628	6.625
<i>P</i>		0.627	0.000	0.352	0.000

注：与本组护理前比较，* $P<0.05$ 。

2.4 两组护理满意度比较

观察组护理满意度（96.77%）高于对照组（83.87%）（ $P<0.05$ ），见表 4。

表 4：两组护理满意度比较[n（%）]

组别	n	非常满意	一般满意	不满意	满意度
观察组	62	41（66.13）	19（30.65）	2（3.23）	60（96.77）
对照组	62	32（51.61）	20（32.26）	10（16.13）	52（83.87）
χ^2					5.905
<i>P</i>					0.015

3 讨论

产妇产后乳汁分泌情况会直接影响哺乳质量，尤其是初产妇在促进乳汁分泌方面的认识、方法等方面了解较少，经验不足，对乳汁分泌不足的情况往往束手无策^[3]。同时，产后焦虑抑郁、饮食不当、乳腺管堵塞等因素，会对初产妇的乳汁分泌发动时间、哺乳质量产生不良影响^[4]。

常规护理主要是对产妇进行产后哺乳方面的健康宣教、饮食指导、喂养指导等。产后气血亏虚是泌乳不足的重要原因，泌乳汤有补气补血、通乳下乳的功效，服用后可以改善产后气血亏虚，促进乳汁分泌。但常规护

理及泌乳汤对促进乳汁分泌见效缓慢，而且对乳腺堵塞引起的乳汁排出不畅效果欠佳^[5]。乳房按摩可以改善乳房及周围组织的血运，改善局部微循环，加快乳汁流动，促进乳汁排出；能够对乳房部位的神经产生刺激，加强神经传导感应，促进泌乳；能够对乳头产生机械性刺激，能促进乳房、乳头变软，让婴儿更易吸吮，改善婴儿的吸吮状况；可以促进缩宫素、催乳素分泌，缩短泌乳发动时间^[6-8]。

本研究中，观察组产后泌乳发动时间早于对照组，产后 3d 平均哺乳持续时间、产后 3d 平均哺乳次数多于对照组，母乳喂养时疼痛评分低于对照组，新生儿吸吮姿势 IBAT 评分高于对照组，且观察组乳房并发症率低于对照组（ $P<0.05$ ），与相关报道^[9]类似。说明乳房按摩能够促进产妇产后泌乳及哺乳，改善新生儿的吸吮状况，减轻产妇哺乳时的乳房疼痛程度，减少乳房相关并发症发生。分析原因，可能是乳房按摩不仅可以促进泌乳，延长哺乳时间，增加哺乳次数，提高哺乳质量，改善婴儿吸吮，还可以通过揉按、推拉等方式疏通乳腺管，促进多余的乳汁排出，防止乳汁淤积，减少乳房相关并发症发生。本研究中护理后两组焦虑、抑郁评分降低，观察组低于对照组，同时观察组护理满意度高于对照组（ $P<0.05$ ），与相关报道^[10]类似。说明，产后进行乳房按摩可以改善产妇的焦虑、抑郁情绪，提升护理满意度。分析原因，可能是产后产妇对哺乳及婴儿的担忧影响其焦虑、抑郁情绪，通过乳房按摩可以促进产妇泌乳，提高哺乳质量，使婴儿能更好地得到母乳喂养，从而缓解产妇的焦虑、抑郁情绪，提升护理满意度。

综上所述，初产妇剖宫产产后进行乳房按摩能够促进泌乳分泌，延长哺乳时间，增加哺乳次数，减轻哺乳时的乳房疼痛，改善新生儿吸吮状况，减少乳房并发症，缓解焦虑抑郁，提高护理满意度，值得推广。

参考文献：

- [1]杨丽霞，王晓阳，罗茜，等. 六步法乳房按摩促进母婴分离产妇泌乳Ⅱ期启动的效果观察[J]. 解放军护理杂志，2020，37（2）：36-39.
- [2]万宾，梁慧霞. 早期乳房按摩联合耳穴贴敷在提高纯母乳喂养率中的应用[J]. 中国药物与临床，2020，20（24）：4204-4206.
- [3]汪婕，李霖，王思思. 叙事护理联合六步法乳房按摩对产妇泌乳及产后心理状态的影响[J]. 护理学杂志，2021，36（23）：35-37.
- [4]盛佳，夏海鸥，丁焱，等. 按摩联合穴位刺激对母婴分离早产儿母亲乳汁分泌量的影响[J]. 护理学杂志，2020，35（22）：48-52.
- [5]徐君芬. 中药促泌乳汤联合乳房按摩对产妇产后泌乳的影响[J]. 中国中医药科技，2020，27（06）：925-926.
- [6]王丽钠，徐洁，蔡彩萍. 母婴皮肤接触联合穴位按摩在自然分娩产妇中的应用[J]. 中国妇幼保健研究，2021，32（11）：1618-1621.
- [7]张璐璐，岑谋娟，林浪，等. 浮针联合穴位按摩治疗产后乳房充血患者的临床观察[J]. 广州中医药大学学报，2020，37（4）：665-670.
- [8]黄楠，陈香军，裴雅芬. 泌乳方剂联合穴位按摩对初次分娩剖宫产妇产后泌乳质量、VAS 评分的影响探究[J]. 中华中医药学刊，2021，39（9）：237-239.
- [9]崔英，高爱梅，高承香. 神经肌肉电刺激配合穴位按摩对产后乳房胀痛和产后泌乳的效果研究[J]. 中国妇产科临床杂志，2022，23（1）：93-94.
- [10]马宝新. 早期乳房按摩干预对产妇产后乳房肿胀、母乳喂养及满意度的影响[J]. 中华养生保健，2021，39（18）：66-67.

创伤性骨折创面软组织损伤临床治疗中采用负压封闭引流技术对促进创面愈合，减轻炎症反应

王涛¹ 张玉昌¹ (通讯作者) 张磊²

1. 滨州市中医医院 山东滨州 256600; 2. 滨州市中心医院 山东滨州 256600

摘要: 目的: 探究创伤性骨折创面软组织损伤临床治疗中采用负压封闭引流技术(VSD)的作用。方法: 筛选四肢骨折合并严重软组织损伤患者 80 例, 时间范围 2018 年 12 月至 2022 年 8 月, 随机将其分为对照组(常规换药治疗)和观察组(VSD 治疗), 各 40 例, 对比两组治疗效果。结果: 观察组治疗有效率高于对照组, 与对照组相比, 观察组术后创伤面积更小, 并发症发生率更低, 敷料更换次数更少, 且Ⅱ期手术处理时间、创面愈合时间更短, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后观察组 WBC、PCT、hs-CRP 水平低于对照组, 差异有统计学意义($P > 0.05$), 治疗前两组上述炎症因子水平差异较小($P > 0.05$)。结论: 予以四肢骨折合并严重软组织损伤患者 VSD 治疗效果显著。

关键词: 创伤性骨折; 软组织损伤; 负压封闭引流技术; 炎症反应; 治疗效果

Abstract: Objective: To explore the role of negative pressure sealing drainage (VSD) in the clinical treatment of traumatic fracture wound soft tissue injury. Methods: A total of 80 patients with extremity fractures complicated with severe soft tissue injury were screened, and the time range was from December 2018 to August 2022. They were randomly divided into the control group (conventional dressing treatment) and the observation group (VSD treatment), 40 cases in each group. The treatment effects of the two groups were compared. Results: The treatment effective rate of the observation group was higher than that of the control group. Compared with the control group, the postoperative wound area of the observation group was smaller, the incidence of complications was lower, the number of dressing changes was less, and the treatment time and wound healing time of stage II operation were less. Shorter, the difference was statistically significant ($P < 0.05$); after treatment, the levels of WBC, PCT, hs-CRP in the observation group were lower than those in the control group, and the difference was statistically significant ($P > 0.05$). The difference was small ($P > 0.05$). Conclusion: VSD treatment is effective in patients with extremity fractures and severe soft tissue injury.

Key words: traumatic fracture; soft tissue injury; negative pressure sealing and drainage technique; inflammatory response; treatment effect

机械损伤、高处坠落、交通事故等因素, 均会导致创伤性骨折, 多见于四肢, 患者大多合并创面软组织损伤, 且具可能合并骨质外露、创面面积较大、损伤部位较深等特点。因此, 创伤性骨折创面软组织损伤临床治疗较为棘手, 患者感染风险高, 若临床治疗处理不当, 易引发局部感染、败血症、骨髓炎等并发症, 甚至导致截肢、死亡等严重不良后果^[1]。目前, 临床多通过彻底清创、保证创面清洁、定期换药等措施进行治疗, 但由于此类患者创面渗出多, 故常规换药操作频繁, 不仅加重了患者痛苦感, 且创面反复暴露还会提高感染风险。负压封闭引流技术(VSD)在普外科、烧伤科、骨科等临床科室应用广泛, 通过持续负压吸引, 能够及时清除创面分泌物, 改善创面局部血液循环, 降低继发感染风险, 促进新生肉芽组织生长, 可为组织愈合、骨折治疗创造良好条件^[2], 本文将对其实际应用做出分析。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

筛选四肢骨折合并严重软组织损伤患者 80 例(2018 年 12 月至 2022 年 8 月), 随机将其分为对照组和观察组, 各 40 例。所选患者确诊为四肢创伤性骨折, 伴有严重软组织损伤, 年龄 ≥ 20 岁, 需要手术清创治疗, 知情同意本研究; 已排除合并致命性创伤者(如颅脑损伤、内脏出血等)、因基础疾病所致的软组织损伤者、合并全身感染性疾病者、创伤性骨折、意识不清者、合并实质脏器疾病者、合并精神疾病者。两组男女比例分别为 25: 15、24: 16, 年龄分别为(52.18 $\pm$ 3.06)岁、(53.60 $\pm$ 3.24)岁, 受伤至清创时间(4.12 $\pm$ 0.87)h、(3.98 $\pm$ 0.85)h, 上肢创伤/下肢创伤/躯干创伤患者例数分别为 16 例/16 例/8 例、16 例/17 例/7 例, 组间差异较小($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组: 彻底清洁创面, 使用氯化钠溶液冲洗, 清除坏死组织及异物、污物, 留取分泌物进行细菌培养, 消毒止血后, 行Ⅰ期骨折复位术, 常规放置引流条, 使用凡士林纱布覆盖创面, 干燥纱布加压包扎, 常规应用抗生

素治疗, 每日更换创面敷料, 注意观察患者创面情况, 直至Ⅱ期手术闭合创面。

观察组: 清创操作及Ⅰ期骨折复位术同对照组, 常规留取分泌物进行细菌培养, 创面处理完成后, 再次使用 75%酒精消毒, 选用 VSD 敷料, 根据创面形状、大小进行修剪, 妥善覆盖于创面, 保证敷料边缘紧密贴合皮肤, 使得引流管在创面中央位置, 用生物半透明膜封闭, 干燥纱布加压包扎, 连接负压引流装置, 负压值 $-150\sim-300\text{mmHg}$, 严密观察创面引流情况, 若出现液体聚集、创面潮湿等表现, 提示引流管压折或堵塞, 使用生理盐水进行冲洗, 必要时更换 VSD 引流装置, 常规使用抗生素, 3~5d 更换 1 次敷料, 持续引流 5~7d, 评估患者Ⅱ期手术可能性, VSD 使用至Ⅱ期手术闭合创面^[3]。

1.3 观察指标

(1) 记录两组术后创伤面积(采用钟表法、最大长宽法测定)、敷料更换次数(根据患者创面情况, 判定是否需要更换敷料, 记录敷料更换总次数)、Ⅱ期手术处理时间(记录患者清创治疗至Ⅱ期手术闭合创面时间)、创面愈合时间(受伤至创面愈合总时长); (2) 统计两组创面出血、创面感染、皮肤坏死、骨髓炎、肌肉萎缩等并发症发生情况; (3) 采集患者肘静脉血, 测定患者治疗前后 WBC(白细胞计数)、PCT(降钙素原)、hs-CRP(超敏 C 反应蛋白)水平; (4) 于治疗后 14d, 根据创面愈合情况, 判定患者治疗有效率, 分为显效(创面有肉芽组织覆盖, 表皮生存良好, 分泌物完全消失, 无需更换敷料)、有效(皮瓣部分存活, 创伤面积显著缩小, 分泌物明显减少, 但仍需更换敷料)、无效(创面面积、分泌物情况无明显改善, 需每日更换敷料或继续进行 VSD 治疗)3 个等级, 将有效、显效患者纳入总有效率。

1.4 统计学方法

本文数据选用统计学软件 SPSS26.0 版本处理, 若 $P < 0.05$, 可判定数据差异存在统计学意义。

2. 结果

2.1 治疗有效率
详见表 1。

表 1 两组治疗有效率对比[n (%), n=40]

组别	显效	有效	无效	总有效率
观察组	23 (57.50)	15 (37.50)	2 (5.00)	38 (95.00)
对照组	17 (42.50)	14 (35.00)	9 (22.50)	31 (77.50)
X ²	-	-	-	5.1647
P	-	-	-	0.0231

2.2 治疗指标
详见表 2。

表 2 两组各项治疗指标对比 (±s, n=40)

项 目	术后创伤 面积	敷料更换 次数	II期手术处 理时间 (d)	创面愈合 时间 (d)	并发症发 生率

表 3 两组治疗前后炎症因子指标对比 (±s, n=40)

组别	WBC (×10 ⁹ /L)		PCT (ng/mL)		hs-CRP (mg/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	15.39±4.23	6.42±1.88	1.29±0.34	0.34±0.16	60.89±5.26	4.79±1.23
对照组	15.34±4.18	9.71±2.46	1.25±0.36	0.68±0.22	61.32±5.41	8.60±1.78
t	0.3722	6.7059	0.5108	7.9048	0.3602	11.2652
P	0.7107	0.0000	0.6109	0.0000	0.7195	0.0000

3. 讨论

创伤性骨折创面软组织损伤后,存在创伤部位相对较深、创伤面积较大等特点,部分患者伴随肌腱外露、血管外露等表现,采取积极的治疗,能够有效改善创面出血、局部炎症浸润等症状,促使肉芽组织形成,出现组织塑型等变化,最终实现创面愈合。但这是一个动态、有序、复杂的过程,诸多因素均会直接影响严重软组织损伤患者创面愈合效果^[4]。以往,临床处理创面软组织损伤时,主要通过彻底清创、纱布覆盖湿性愈合的治疗方式,利用敷料透气性和湿性环境,促进皮肤细胞的分裂,加快肉芽组织的生长。但该方法治疗时间长、换药次数多,换药时常导致创面疼痛,增加患者躯体痛苦和心理负担;同时,换药期间暴露创面,使得细菌易于侵入,从而引发肉芽生长缓慢、创面感染等不良后果^[5]。VSD借助负压吸引器、三通接管、VSD敷料等工具,能够实现全方位引流,彻底去除创面坏死组织和分泌物,最大限度保留活性组织,为肉芽组织生长创造条件,该技术在褥疮、烧伤、术后切口感染、软组织挫裂、开放性骨折等疾病治疗中应用广泛^[6]。本研究结果显示,在临床指标方面,与对照组相比,观察组术后创伤面积更小,并发症发生率更低,敷料更换次数更少,且II期手术处理时间、创面时间更短,在治疗有效率方面,观察组高于对照组,差异有统计学意义(P<0.05)。分析原因如下:VSD敷料换药次数少、使用时间长,能够避免外界因素对创面愈合的干预,降低并发症发生风险;VSD能够彻底去除坏死组织和渗出物,刺激创面肉芽组织生长,在缩小创面面积的同时,还能促使患者尽早达到II期手术治疗标准,缩短创面愈合总耗时;此外,生物半透明膜密封性良好,可有效封闭VDS敷料,形成阻隔性屏障,最大限度避免交叉感染^[7]。本研究中,在WBC、PCT、hs-CRP水平方面,治疗后观察组低于对照组,差异有统计学意义(P>0.05),治疗前两组上述炎症因子水平差异较小(P>0.05)。出现严重软组织损伤后,患者机体处于应激状态,受组织坏死、细菌感染等因素影响,患者WBC、PCT、hs-CRP等炎症因子指标水平显著更高。常规清创治疗难以有效抑制创面炎症,易导致创面出现微生物感染,且常规纱布包扎容易被分泌物浸透,无法完全清除分泌物及坏死组织,因此难以有效控制创面炎症反应。VSD敷料及生物半透明膜的使用,可于创面形成,密闭空间,通过彻底清

	(cm ²)	(次)			[n (%)]
观察组	10.41±2.02	3.67±1.02	10.05±2.33	20.95±2.60	2 (5.00)
对照组	13.25±2.69	15.88±3.59	15.37±2.86	26.11±2.78	8 (20.00)
t/X ²	5.3298	21.3862	9.1209	8.5737	4.1143
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0425

2.3 炎症因子指标
详见表 3。

除分泌物和坏死组织,减少创面病原体数量,改善创面局部微循环,在减轻创面炎症因子浸润程度的同时,还利于纤维连接蛋白连接,可促使肉芽组织形成^[8]。需要注意的是,在VSD治疗期间,临床医护人员应严密观察负压引流情况,妥善放置负压吸引装置,及时调整负压值,警惕漏气、脱管、引流管堵塞等不良事件,同时予以患者体位指导,以此保证引流顺畅^[9]。

综上所述,予以四肢骨折合并严重软组织损伤患者VSD治疗效果显著,能够减轻创面炎症反应,减少敷料更换次数,缩短创面愈合时间,减少严重软组织损伤相关并发症,提高整体治疗效果,是目前该疾病较佳的治疗选择,值得在临床上进一步广泛推行。

参考文献:

[1]吕茶.负压封闭引流技术辅助治疗足部闭合复杂骨折脱位伴严重软组织损伤的疗效[J].中国医疗器械信息, 2021, 27 (23): 140-142.
[2]柳忠良.创伤性骨折创面软组织损伤临床治疗中采用负压封闭引流技术对促进创面愈合、减轻炎症反应[J].名医, 2020 (11): 94-95.
[3]黄仁邦.负压封闭引流技术治疗骨创伤创面软组织损伤的临床研究[J].基层医学论坛, 2020, 24 (01): 143-144.
[4]陈春.负压封闭引流技术应用于骨创伤创面软组织修复中的效果[J].临床与病理杂志, 2019, 39 (10): 2210-2214.
[5]王强.负压封闭引流技术在治疗开放性骨折合并皮肤软组织损伤方面的应用价值[J].当代医药论丛, 2019, 17 (19): 29-30.
[6]高巍, 邹三明, 冯华明.负压封闭引流技术(VSD)在治疗骨创伤创面软组织损伤中的临床疗效[J].当代医学, 2019, 25 (19): 164-165.
[7]吴华兵, 田华强, 尹金铭.负压封闭引流技术治疗创伤性骨折创面软组织损伤的临床效果[J].临床合理用药杂志, 2019, 12 (18): 33-35.
[8]闫振升, 王劲.负压封闭引流技术和传统换药技术治疗骨创伤创面软组织损伤的疗效对比[J].临床合理用药杂志, 2019, 12 (13): 140-141.
[9]聂磊.负压封闭引流技术治疗创伤骨科软组织损伤的疗效分析[J].中国医药指南, 2019, 17 (07): 56-57.

PDCA 循环护理应用于急性心肌梗死患者效果观察

王招娣

昌邑市人民医院 山东昌邑 261300

摘要：目的：通过探究与分析验证 PDCA 循环护理方式在急性心肌梗死临床治疗过程中的实际效果。方法：于昌邑市人民医院急诊科室挑选 2020 年 1 月—2022 年 1 月期间收治的 100 名心肌梗死患者，并根据患者实际情况与研究需求，以观察组采用 PDCA 循环护理方式与对照组采用常规护理的方式将 100 名患者平均划分为，观察组：50 人；对照组人数：50 人。将观察对照组与观察组在研究过程中患者的实际感受与心绞痛触发频率展开数据对比。结果：通过分析最终研究数据，可以明确相关结论，采用 PDCA 循环护理模式的患者在接受治疗的过程中，护理感受明显优于对照组 ($p < 0.05$)，并且不良反应（心绞痛）的触发频率明显降低 ($p < 0.05$)。结论：应用 PDCA 循环护理方式能够有效提升急性心肌梗死患者护理感受，降低触发心绞痛的频率。

关键词：PDCA 循环；急性心肌梗死；临床应用

Abstract: Objective: To verify the actual effect of PDCA circulation nursing method in the clinical treatment of acute myocardial infarction through exploration and analysis. Methods: A total of 100 patients with myocardial infarction admitted to the emergency department of Changyi People's Hospital from January 2020 to January 2022 were selected, and according to the actual situation and research needs of the patients, the observation group was treated with PDCA circulation nursing method and the control group was treated with PDCA cycle nursing method. The 100 patients were equally divided into the observation group: 50 people; the control group: 50 people. The actual feelings of the patients in the observation control group and the observation group during the research process were compared with the trigger frequency of angina pain. Results: By analyzing the final research data, the relevant conclusions can be clarified. During the treatment process, the patients using the PDCA cycle nursing model had significantly better nursing experience than the control group ($p < 0.05$), and the adverse reactions (angina pain) were triggered. The frequency decreased significantly ($p < 0.05$). Conclusion: The application of PDCA circulation nursing method can effectively improve the nursing experience of patients with acute myocardial infarction and reduce the frequency of triggering angina pectoris.

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

引言：由于急性心肌梗死发病时间与发病原因较为特殊，导致其成为心血管科室最为常见的高发疾病之一，急性心肌梗死患者在发病时期若未进行及时的救治则会导致病情恶化出现心肌缺血、心肌坏死等症状，甚至会致使患者死亡。急性心肌梗死病况极为特殊，若在发病阶段未及时给予针对性的治疗与科学的护理，轻者影响最终康复效果，重者产生心力衰竭与心源性休克症状，更为严重者致使心脏破裂进而导致患者生命受到影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究的主要对象为：昌邑市人民医院急诊科内部 2020 年 1 月—2022 年 1 月期间收治的 100 名心肌梗死患者。本次研究经院方批准并获得患者本人同意。分组方式：根据研究需要将患者以观察组与对照组的形式平均划分。每组收治患者均为 50 人，组内患者性别比例：1:1。观察组采用护理方式：PDCA 循环护理，对照组采用护理方式：常规式护理；年龄区域：35 岁—70 岁之间，年龄均差： (50.1 ± 14.6) ，患病时限：4—10 年。通过对上述数据统计并分析得以明确：数据之间的差异不构成统计学标准，即 ($p > 0.05$)。

1.2 方法

本次研究均以统一标准实施，若组内存在以下几种情况研究数据作废，不予以采纳：不服从医嘱：擅自外出、私自熏酒、中途退出；沟通性障碍：语言障碍、精神疾病患者。

本次研究对照组患者的日常护理方式主要采用常规护理模式，具体护理流程：日常寻访用药、生命体征监测病况分析以及控制饮食等。

1.2.1 本次研究观察组患者的日常护理方式主要采用 PDCA 循环护理模式，具体护理流程如下：

首先，制定护理计划（P）在病患收治结束后护理人员应根据急性心

肌梗死患者的实际情况制定针对性的护理档案，并将患者年龄、实际病况、发病原因与时间、家属信息与联系方式、饮食习惯与临床用药情况记录在内。其次，盘问患者及家属了解患者的自身需求，并针对性地制定护理计划，然后组织科内会议，会议中应将患者全部信息公布，进一步规划对患者的护理方案以及注意事项等；最后，组建临时 PDCA 循环护理观察小组，组内人员应满足以下条件：护理人员临床护理经验必须保证在 3—5 年以上（包含 3 年）、护理人员应具有良好的医德、护理人员没有任何行医污点（索要或者接受患者红包），待满足以上条件之后在组内挑选两位资深护理人员作为观察组与对照组的内部管理人员。通过组内的讨论制定针对性的护理操作计划，进而展开进一步研究。

健康指导，在日常护理的过程中，护理人员应向患者以及家属普及与急性心肌梗死相关的知识与疾病注意事项，如：发病原因、用药须知、预防紧急救治方法等，若在此环节中患者或者家属出现恐慌护理人员应耐心沟通将其打消。患者在服药后出现不良反应护理人员应及时疏导避免患者产生抗拒服药的情况，与此同时，还应引导患者树立紧急用药随身携带的良好意识，并告知患者用药注意事项与饮食禁忌，避免因多服、误服而产生不必要的麻烦。

生活指导，首先，在日常护理的过程中，护理人员应放低姿态融入患者小集体中，利用鼓励的形式引导患者进行康复锻炼以此种方式强化患者体能，如：根据患者实际情况引导患者进行跑步、健步走运动。其次，若患者在接受护理治疗的过程中出现紧张、亢奋等情况护理人员可以为其播放舒缓精神压力的音乐，或者为患者提供娱乐道具如：象棋、扑克牌等；最后，要求患者规范饮食习惯与作息规律，杜绝吸烟、酗酒、高脂肪类食物以及高胆固醇类食物等，若条件允许可为患者制定饮食规划。

心理指导，抓住患者内心思想，根据患者实际需求制定具有个性化的护理对策，利用日常护理期间的沟通机会拉近与患者之间的距离，采用平

和亲近的语气疏导患者的各种不良心理，若情况特殊护理人员也可采用拥抱与拍肩膀的方式进行疏导，进而强化患者的内心思想提升患者的治疗信心。

1.2.2 实施执行计划（D），首先，小组管理人员应加强对组内护理成员的培训工作，以此种方式强化护理人员对 PDCA 循环护理模式的认识，如：应急护理演练、危重症患者转移、日常基本护理流程培训、急救护理流程培训等，与此同时还应设置对应考核标准，若护理人员综合分数长期处在考核标准以上则应优先考虑晋升，长期不达标者给予批评，严重者给予辞退或者罚款处理，并将最终数据记录在册以便后期人员调动所用，以此种形式强化护理人员自身责任意识，从而提升日常护理质量。其次，护理人员应根据患者的实际就诊情况，设计就诊信息一览表，表中内容应包含：入院时间、病发原因、用药情况、各项检查数据以及各处停留时间等，收治患者后应利用相关公式（soap）对患者实施进一步的分诊。在检查的过程中应将检查数据与患者的实际情况相结合，并对患者的胸部疼痛与呼吸情况展开分析，以此种方式判断患者的病情级别。最后，经过最终辨别后根据患者的实际病情酌情选择运送工具，如：轻度要求患者自行前往；中级为患者配备轮椅；重度为患者提供担架并为其打通绿色通道，在对重症患者检查的过程中护理人员应了解相关事项，如：心电图报告应在 10 分钟内得出；心肌肌蛋白报告应在 25 分钟内得出，各项检查结果必须保证在 25 分钟内全部得出。

1.2.3 展开检查（C），在此环节中护理团队管理人员应要求所有护理人员对护理计划复盘分析，总结并记录患者护理数据，与此同时应与患者与家属及时沟通征求对方意见后制定进一步的临床护理方案。此外应在两组中各选一名护理人员委任查房工作，以便第一时间了解患者的病情发展情况。

1.2.4 实施行动与处理（A），收集上述各项检查数据以及护理计划，并加以分析对一些存在弊端的环节进行补救整改，进一步完善护理计划，此环节应给予重视因其是 PDCA 循环护理模式的最终环节具有统筹意义，若出现严重问题则可再次使 PDCA 方法进行循环改善，直至解决全部问题为止。

1.3 观察指标

在研究的过程中对两组患者的心绞痛疼痛出现频率以及护理感受展开分析与对比，并给予备案处理，患者心绞痛疼痛症状消失以及护理感受优秀则代表护理工作的质量符合标准；患者心绞痛疼痛症状减少以及护理感受良好则代表护理工作的质量接近标准；患者心绞痛疼痛症状加重或者未有改善以及护理感受极差则代表护理工作的质量不符合标准。

1.4 统计学方法

本次研究利用专业性评测方法对两组患者的综合护理数据展开分析与对比，经过评测对比后若观察组与对照组之间的综合数据差异为（ $p>0.05$ ），即不构成统计学意义；经过评测对比后若观察组与对照组之间的综合数据差异为（ $p<0.05$ ），即构成统计学意义，计量资料计算标准：以（ $\bar{x} \pm s$ ）为准；整体检验方式：t 检验，此次研究应严格按照以上方法开展，最终对比数据若为（ $p<0.05$ ），则代表研究数据有效可进行扩散式临床应用。

2. 结果

2.1 通过观察数据得以明确，两组患者在接受护理干预之前的数据与评分表示差异较小，即不构成统计学条件（ $p>0.05$ ）；两组患者在接受护理干预后的数据与评分表示差异突显，即构成统计学条件（ $p<0.05$ ），将两组患者在接受护理过程中的心绞痛疼痛与护理感受的实际数据进行对比，并设置对应分数满分为 10 分，分数越高则代表效果越加。具体对比数据如表 1 所示

表 1 两组患者心绞痛发作频率与自我感受

组别	患者人数	良好	效果显效	无效	总有效率
观察组	50	41	7	2	96%
对照组	50	31	13	6	88%

2.2 通过观察数据得以明确，通过对观察组与对照组之间的综合数据分析而了解，两组之间的护理有效率差异较大，统计学意义成立，即（ $p<0.05$ ），将两组患者在接受护理干预后的综合护理数据进行比对，详细对比数据如表 2 所示。

表 2 两组患者护理效果对比

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	50	5.04±2.76	9.43±0.78
	对照组	50	4.86±2.35	8.24±1.49
心绞痛发作频率	观察组	50	4.25±2.47	9.06±1.13
	对照组	50	4.35±3.19	7.87±1.25

3、讨论

急性心肌梗死病症较为复杂，若患者在发病阶段未能够接受最佳的护理治疗极易导致心脏骤停现象的产生，促使急性心肌梗死病发的主要原因是因冠状动脉急性闭塞而导致心血管血流骤停，最终致使心肌缺血病症产生，此种情况下常见不良症状为：胸部挤压式疼痛、呼吸艰难、心情烦躁并伴有窒息感，若在发病过程中不予重视会造成心肌坏死的严重后果，此种病症自我抢救方法为舌下含服速效救心丸等药物，与此同时在急性心肌梗死发病的过程中极易产生心衰、心源性休克等症状，若出现以上症状应及时就医避免对自身生命产生影响。

PDCA 循环是一种高效的质量管控模式，其循环步骤具体包含：制定初步计划、实施初步计划、对实施效果进行评价、复盘完善计划，若能够将此种模式灵活应用于日常的护理救治过程中，可以有效提升对患者的护理质量与护理感受，目前 PDCA 循环法被广泛的应用于各项治疗救助工作中，并且所取得的最终效果也非常理想。将 PDCA 循环方法融入于急性心肌梗死临床治疗过程中，根据其内在的四个核心步骤展开深入应用，制定科学完善的护理计划，能够有效提升护理工作质量。采用 PDCA 循环法可以改善护理人员的传统护理思想，将传统护理方式进一步细化，并以制定计划—评价计划—开展计划—整改计划的形式构建出一套完善的护理流程与护理制度，以此来保证护理工作的有效性。

对以上数据进行分析后得出相应结论：接受 PDCA 循环法护理的观察组患者整体护理质量与效果均优于采用常规护理的对照组患者，足以证明 PDCA 循环护理法在急性心肌梗死临床护理中应用，能够有效减少患者的心绞痛发病频率，提升患者自身的护理感受进而获取患者家属的认可，此种护理方式值得被广泛应用。

参考文献：

[1]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,(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.

血涂片镜检在血常规检验中的意义分析

张勇

宁津县人民医院 253400 山东德州

摘要：目的：研究、评析血常规检验中，采取血涂片镜检的有效性。方法：2021.05 至 2022.03，选取本院收治的血常规检查患者总计 68 例。按照检查结果差异，将其分为参照组、试验组，均为 34 例。参照组：异常患者。试验组：正常患者。分析各组血涂片结果。结果：试验组异常：8 例，假阳性率：23.52%。参照组异常：16 例，假阳性率：47.05%，试验组正常率比参照组高， $P < 0.05$ 。结论：血常规检验中，采取血涂片镜检，所得效果显著，有助于促进诊断正确性提升，在降低异常结果漏诊方面作用显著。

关键词：检验；血涂片镜检；血常规；显微镜

Analysis of the significance of blood smear microscopy in blood routine examination Zhang Yong, People's Hospital of Ningjin County, 253400 (Shandong Dezhou)

【Abstract】 Objective: To study and evaluate the effectiveness of blood smear microscopy in blood routine examination. Methods: From 2021.05 to 2022.03, a total of 68 patients with blood routine examination admitted to our hospital were selected. According to the differences in the inspection results, they were divided into the reference group and the experimental group, with 34 cases in both. Reference group: abnormal patients. Experimental group: normal patients. The blood smear results of each group were analyzed. Results: Abnormalities in the test group: 8 cases, false positive rate: 23.52%. Abnormality in the reference group: 16 cases, false positive rate: 47.05%, the normal rate in the test group was higher than that in the reference group, $P < 0.05$. CONCLUSION: Blood smear microscopy has a significant effect in routine blood test, which helps to improve the accuracy of diagnosis, and plays a significant role in reducing the missed diagnosis of abnormal results.

【Key words】 examination; blood smear microscopy; blood routine; microscopy

近些年，医学技术水平不断提升，使得机体化验指标检测的仪器设备在临床检验中得到广泛应用。这也使得人们对医院标本采集、化验要求逐渐提升。为避免患者生化检验指标受到影响，采取合理的检验方式非常必要。血常规在临床血液检测中较为多见，可用于诸多类型疾病诊断中，并且还能够为疾病治疗提供有效参考^[1]。尤其是全自动检测仪器的使用，使得血常规检测工作效率提升，在减少相关检验所需时间方面意义显著。然而由于过度依赖全自动化检测仪器，使得传统手工血涂片镜检被严重忽视，进而导致漏诊、误诊风险增加。基于此，本研究录入 68 例本院收治的血常规检查患者，深入分析血涂片镜检在血常规检验中的应用加重，作如下报告。

1 资料与方法

1.1 基础资料

选入本院收治的血常规检查患者，共 68 例。时间始于 2021.05，止于 2022.03。根据检查结果不同，将其均分至两组。参照组：34 例，男、女人数为 18 和 16，年龄区间：21 至 75 岁，平均值：(45.63±2.70) 岁。34 例选入试验组，男、女人数为 19 和 15。年龄区间：22 至 74 岁，平均值：(45.58±2.67) 岁。各组基线资料无较大差异， $P > 0.05$ 。

纳入要求：(1) 认知正常者。(2) 知情本研究。

排除要求：(1) 精神障碍者。(2) 入组前服用影响血常规药物、食物者。

1.2 方法

血涂片制作方面：以患者实际症状、血细胞分析仪功能、显微镜检验血涂片等标准为依据，实施相关检验。涂片选取应确保薄厚适当。同时，头体清晰，细胞分布呈现出均匀特征。血膜长度占玻片长度 3/5。镜检方面：根据实际情况，选择合适的倍镜。对血涂片颜色、涂片是否与标准相符进行检验。了解细胞数量，判断是否与仪器结果一致。检查外周血细胞分布状态，并明确各类细胞占比。对于涂片尾部，还应细致观察，判断异常细胞、巨大细胞等是否于该部位存在。血涂片体位交界位置，核细胞、红细胞不会重叠的部分，属于油镜区。该位置检查比例即细胞数量、形态、比例。

采集肘静脉血 2 毫升左右，借助于血细胞分析仪、配套试剂等，对血液样本进行分析。予以血液样本染色处理，再根据相关标准，严格执行检查流程，开展血常规检查。利用显微镜观察检验结果。分析项目包括细胞数量、形态，再对血细胞、红细胞、血小板数量、大小、形态等进行观察。了解血细胞核情况，判断其移动方向。同时，观察血细胞核是否存在异常。

1.3 观察指标

观察各组血涂片结果。

1.4 统计学方法

SPSS24.0 软件检验数据。经由 X^2 检验。 $P < 0.05$ ，价值存在。

2 结果

试验组显示，血涂片结果正常 26 例，占比 76.47%，异常 8 例，假阳性率为 23.52%。参照组血涂片结果正常、异常依次为 18 例、16 例，占比分别为 52.94%、47.05%，各组血涂片结果存在明显差异， $P<0.05$ 。

表 1：血涂片结果[n (%)]

组别	例数 (n)	正常	异常
试验组	34	26 (76.47%)	8 (23.52%)
参照组	34	18 (52.94%)	16 (47.05%)
χ^2		4.1212	
P		0.0423	

3 讨论

血涂片镜检能够从数量角度对疾病类型进行区分。该种检查方式可了解各类细胞比例变化情况下，以此为根据，能够对疾病类型进行区分。以感染性疾病为例，若机体受到细菌侵袭，则白细胞计数、性粒细胞比例均升高。但是在病毒感染影响下，可见血液中白细胞计数下降，且淋巴细胞比例升高。同时，异型淋巴细胞比例最高为 10%，最低为 2%^[2]。对于伴有染性单核细胞增多症者，则异型淋巴细胞比例将会超过 1/10。如果侵袭机体的病原菌为支原体，则大部分情况下，以白细胞计数正常、中性粒、单核细胞不利增多为主要表现。不仅如此，通过对细胞形态进行分析，也可对疾病类型作出准确判断。在发生感染情况下，外周血细胞不仅会在数量方面出现异常，而且还伴有细胞形态、宏观结构的改变。研究发现，细菌感染期间，存在于中性粒细胞中的溶酶体能够起到杀菌效果^[3]。这就使得其中的内容物得到大量释放，进而形成空泡。同时，对中性粒细胞进行观察，可见胞浆中颗粒以增粗、增大为主要表现，颜色为紫黑色。中性粒细胞杆状核方面，能够发现比例显著升高。若感染症状加重，则杆状核还会出现左移现象。对于病毒感染者而言，淋巴细胞在病原菌刺激下，可表现为异常形态。诸多文献报道称，病毒感染可导致淋巴细胞体积增加，并且胞质嗜碱性增高，存在空泡^[4]。从核形方面来看，以不规则、分叶为主。经由染色处理，能够发现核染色质凝聚。上述细胞即为异型淋巴细胞，在正常机体中，该类细胞出现概率极低，为 1 至 2 个。但是当机体受到感染时，该类细胞数量激增，占比高于 10%。若受到支原体感染，则外周血白细胞形态变化不明显，且大致正常。由此可见，血涂片细胞形态学检查不仅能够判断血液疾病，而且还可对感染性疾病作出诊断。

血涂片镜检的基础工作即为涂片制作。在具体制作过程中，应确保厚薄适宜、染色良好，进而为细胞形态观察奠定良好的基础。同时，血涂片是否适合，还应对手体尾分明情况进行判断，并且需要确保细胞分布均匀、边缘整齐。若需要获取较厚的血膜，则应迅速推片，并确保血滴大、角度大。如果需要较薄的血膜，则可适当放缓推片速度。如果血液粘稠度较高，则应以小血滴、小角度为主，同时缓慢推片。对于血液黏稠度较低情况，应采取大血滴、大角度，并且加快推片速度。在具体镜检血涂片，所选用

样本应确保细胞染色良好，并且在体尾交界位置分布。通常情况下，因细胞体积存在差异，所以分布区域也有所不同。针对较大体积，且存在异常的细胞，其分布部位以尾部为主。因此，在检查过程中，需要先使用低倍镜。待全片观察完成后，利用油镜，以一定规律对视野进行移动，进而开展细致观察。通过该种方式，能够最大程度降低漏检概率。在观察期间，除了解白细胞情况外，还应明确中性粒细胞核移动情况、中毒颗粒、空泡、杜勒小体等指征。对于存在上述异常情况的样本，需要考虑是否伴有严重感染、恶性肿瘤，或者是重金属中毒。在观察过程中，若看到大量幼稚白细胞，则需要立即联系临床，并建议患者开展进一步检查。不仅如此，还应应对淋巴细胞形态变化情况进行观察，以此提高诊断准确性。就病毒感染而言，会导致异型淋巴细胞出现，因其包括三种类型，并且形态结构均存在差异，所以在观察时还需要注意各自特征。在了解红细胞情况时，除了解其大小一致度外，还应判断中央淡染区扩大情况^[5]。对于贫血患者而言，红细胞大小、形状等均会发生异常改变，并且血红蛋白浓度也会随之变化。通常情况下，在了解红细胞平均体积、血红蛋白、血红蛋白浓度、分布宽度基础上，能够降低贫血病因判断难度，从而促进疾病诊断准确性提高。本实验结果显示，试验组正常患者汇总，血涂片结果正常：26 例，占比：76.47%，异常：8 例，假阳性率：23.52%。参照组异常患者中，血涂片结果正常、异常：18 例、16 例，占比：52.94%和 47.05%，各组血涂片结果存在统计价值， $P<0.05$ 。

综上所述，血常规检验中，采取血涂片镜检方案，所得价值显著，既能够促进检测准确性提升，又可为临床疾病诊断提供有效参考，有助于提高患者治疗效果，对加快其康复速度具有确切价值。

参考文献：

[1]姚丽, 李恭鹏, 张恒丽, 等.迈瑞 CAL 8000 血液分析流水线联合血涂片镜检在血常规检验中的应用价值[J].实用检验医师杂志, 2020, 12 (03): 170-172.

[2]张笑芸, 牛真珍.外周血涂片镜检联合纤维蛋白(原)降解产物、D-二聚体检测在急性早幼粒细胞白血病早期诊断中的应用[J].中国卫生检验杂志, 2019, 29 (17): 2104-2106.

[3]Miao Liping, Yang Wenyong. Talking about the importance of venous blood smear microscopy in the diagnosis of pseudothrombocytopenia [J]. Contemporary Clinical Medicine, 2019, 32 (02): 181-182.

[4]Wang Yan. Blood smear Analysis of the diagnostic value of microscopic examination in the diagnosis of thrombocytopenia [J]. Contemporary Medicine, 2018, 24 (01): 120-121.

[5]倪洪波.血液病患者外周血未染色大细胞检测与外周血涂片镜检结果间的关系研究[J].中国疗养医学, 2017, 26 (10): 1085-1087.

泮托拉唑和奥美拉唑治疗胃溃疡的临床效果分析

顾超 曾召君 杨光华 龙安流 龙红丽 吴智水

贵州省黔东南州人民医院肝胆外科 贵州凯里市 556000

摘要:目的 分析泮托拉唑和奥美拉唑治疗胃溃疡的临床效果。方法 选取2020年1月至2022年7月于我院收治的72例胃溃疡患者为主要研究对象,根据不同治疗方式进行分组,对照组(奥美拉唑)36例,观察组(泮托拉唑)36例。对比两组患者临床治疗效果及治疗后复发率、HP根除率和不良反应情况。结果 与对照组比较,观察组治疗效果更为明显, $P<0.05$;与对照组比较,观察组治疗后患者复发率更低, $P<0.05$;观察组HP根除率更高, $P<0.05$;对照组不良反应发生率高于观察组, $P<0.05$ 。结论 经患者不同治疗方式分组观察可知,采用泮托拉唑和奥美拉唑治疗胃溃疡临床病患,均由较高的治疗效果,但两组对比之下,泮托拉唑的治疗效果更佳,具有较低的病症复发率和较高的HP根除率,值得胃溃疡临床治疗推广使用。

关键词:泮托拉唑;奥美拉唑;胃溃疡;临床疗效;不良反应

Abstract: Objective To analyze the clinical effect of pantoprazole and omeprazole in the treatment of gastric ulcer. Methods 72 patients with gastric ulcer treated in our hospital from January 2020 to July 2022 were selected as the main research objects, and divided into control group (omeprazole) with 36 cases, and observation group (pantoprazole) with 36 cases. The clinical treatment effect, recurrence rate, HP eradication rate and adverse reactions of the two groups were compared. Results Compared with the control group, the treatment effect of the observation group was more obvious ($P < 0.05$). Compared with the control group, the recurrence rate of patients in the observation group was lower after treatment ($P < 0.05$). The eradication rate of HP in observation group was higher ($P < 0.05$). The incidence of adverse reactions in control group was higher than that in observation group ($P < 0.05$). Conclusion According to the observation of different treatment methods of patients, pantoprazole and omeprazole are effective in treating clinical patients with gastric ulcer, but compared with the two groups, pantoprazole has a better therapeutic effect, a lower recurrence rate and a higher eradication rate of HP, which is worthy of popularization and application in clinical treatment of gastric ulcer.

Keywords: pantoprazole; Omeprazole; Gastric ulcer; Clinical efficacy; adverse effect

胃溃疡作为一种比较常见的临床消化系统疾病,通常发病于胃部、食管或十二指肠等部位,主要指发生在幽门与贲门之间的溃疡症状,病因较多,主要发病与患者胃酸分泌、黏膜受损及患者幽门螺旋杆菌感染等有关。其中,幽门螺旋杆菌感染是胃溃疡的主要发病原因之一^[1]。胃溃疡患者临床症状主要有腹部疼痛、腹部胀痛、头晕目眩、呕血、黑便等,通常发生在饭后一小时内,稍加休息可缓解溃疡引发疼痛感。对于胃溃疡患者而言,临床治疗通常采用药物治疗的方式,但药物治疗存在较高的复发率,通常需要结合胃黏膜保护剂、抑制胃酸、抗菌药物进行治疗^[2-3]。奥美拉唑和泮托拉唑作为常用于胃溃疡质子泵抑制剂,为探讨两种药物对胃溃疡临床治疗效果对比具有研究意义。对此,本文选取2021年1月至2021年12月于我院收治的72例胃溃疡患者为主要研究对象,对两种不同药物临床治疗效果对比进行分析,具体分析如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取2020年1月至2022年7月于我院收治的72例胃溃疡患者为主要研究对象,根据不同治疗方式进行分组,对照组(奥美拉唑)36例,男21例,女15例,年龄26~65岁,平均年龄(52.14±3.36)岁,病程1~6年,平均(3.11±1.35)年,胃溃疡直径4~26mm,平均(11.26±3.15)mm;观察组(泮托拉唑)36例,男19例,女17例,年龄25~64岁,平均年龄(52.25±3.56)岁,病程1~7年,平均(3.06±1.96)年,胃溃疡直径5~25mm,平均(11.32±3.04)mm。两组患者一般资料对比, $P>0.05$ 。

纳入标准:(1)经影像学检查确诊患有胃溃疡患者,且胃镜检查胃溃疡灶明显,符合胃溃疡诊断标准;(2)随溃疡伴有腹痛、嗝气、腹胀、厌食等症状;(3)临床资料完整;(4)HP阳性;(5)患者知情同意,并签署知情同意书。

排除标准:(1)胃溃疡同时患有肝肾等器官功能障碍患者;(2)质子泵抑制剂过敏患者;(3)神志不清患有语言障碍患者;(4)入组前一周内服用过抗炎药物的患者;(5)入组前一周服用过质子泵抑制剂的患者。

1.2 方法

基础治疗:胃溃疡确诊患者入院后需要立即补充血容量,给予患者营养支持,采用常规禁食方法,维持水平衡和电解质平衡。口服阿莫西林,

按照1g/次,1次/d的规格服用。

在此基础上,观察组患者采用泮托拉唑治疗,按照20mg/次,2次/d的规格服用,在医生的指导下合理增减药物剂量。

对照组患者采用奥美拉唑治疗,按照40mg/次,2次/d的规格服用,在医生的指导下合理增减药物剂量。

两组患者连续服用药物四周后,对比下述观察指标。

1.3 观察指标

(1)对比两组患者临床治疗效果。痊愈:患者临床治疗后胃溃疡症状消失,胃溃疡面、炎症消失,腹痛、头晕、皮疹等症状消失,HP为阴性。显效:患者临床治疗后与治疗前对比有明显改善,胃溃疡面积减小80%以上,炎症消失,HP为阴性。有效:患者临床症状比治疗前有所好转,胃溃疡面积减小50%~80%,存在炎症,HP为阴性。无效:患者临床症状与治疗前比较无改善,胃溃疡面积减小50%以下,存在炎症,HP为阳性。总有效率=(痊愈+显效+有效)/总例数*100%。

(2)对比两组患者治疗后复发率、HP(幽门螺旋杆菌)根除率和不良反应(恶心、头晕、皮疹)发生率。

1.4 统计学方法

以SPSS20.0进行数据处理,计数资料 $n(\%)$,用 χ^2 检验,计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$,用t检验, $P<0.05$ 代表存在统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患者临床治疗效果比较

与对照组比较,观察组治疗效果更为明显, $P<0.05$,见表1。

表1 两组患者临床治疗效果比较[n(%)]

	n	痊愈	显效	有效	无效	总效果
观察组	36	19(52.78)	11(30.56)	4(11.11)	2(5.55)	34(94.44)
对照组	36	12(33.33)	10(27.78)	9(25)	5(13.89)	31(86.11)
χ^2						8.169

值						
P 值		<0.05				与对照组比较, 观察组治疗后患者复发率更低, $P<0.05$; 观察组 HP 根除率更高, $P<0.05$; 对照组不良反应发生率高于观察组, $P<0.05$, 见表 2。

2.2 两组患者治疗后复发率、HP 根除率和不良反应比较

表 2 两组患者治疗后复发率、HP 根除率和不良反应比较 $[(\bar{x} \pm s), n(\%)]$

	复发率	HP 根除率	不良反应			
			恶心	头晕	皮疹	总发生率
观察组 (n=36)	1 (2.78)	33 (91.67)	1 (2.78)	0	1 (2.78)	2 (5.56)
对照组 (n=36)	5 (13.89)	28 (77.78)	2 (5.56)	1 (2.78)	1 (2.78)	4 (11.11)
t 值	6.254	12.375				5.218
P 值	<0.05	<0.05				<0.05

3. 讨论

胃溃疡病症发生后, 胃痛、胃胀、胃反酸等症状都是临床患者的常见病症表现, 若没有技术控制患者胃溃疡病情, 更是会导致患者出现胃出血、胃穿孔等症状, 对患者身体健康造成影响, 甚至还对患者生命健康造成威胁^[4-5]。导致胃溃疡发病的因素有许多, 例如患者饮食不当、受环境因素影响、胃酸分泌过重、幽门螺旋杆菌感染等因素, 均会引发患者胃溃疡症状的产生。其中, 胃酸分泌过重还会对患者胃黏膜造成损害, 因此, 胃溃疡的临床治疗关键在于抑制患者胃酸分泌。胃溃疡作为一种常见消化系统疾病, 患者胃酸分泌过多或胃部黏膜出现损伤等原因导致发病率上升是主要原因。临床治疗中, 大多采用抑制胃酸分泌、根除幽门螺旋杆菌感染等方式为主^[6-7]。质子泵抑制类药物在胃溃疡临床治疗中的运用, 能在配合胃黏膜保护、抗菌抑菌类药物治疗的基础上, 起到有效抑酸的作用。

在患者临床治疗的用药选择中, 奥美拉唑、泮托拉唑是比较常见的治疗药物, 具有较强的胃酸抑制作用, 药效快, 且具有药效持续时间较长等特点。其中, 奥美拉唑药物具有一定的弱酸性脂溶性, 在胃酸环境中能够起到保持较高血浓度的作用, 主要作用于胃黏膜, 在胃壁细胞质子泵部位运用能够起到特异作用, 从而抑制胃壁细胞的质子泵活性, 运用活性物质能起到高效调节作用, 减少胃酸的分泌, 从而达到抑制胃酸的效果, 缓解患者因胃溃疡引发的腹痛、胃痛等症状。但该药物具有较多的副作用, 极易引发患者出现皮疹、呕吐、恶心、腹泻等不良症状的产生^[8]。泮托拉唑药物是 H^+ 抑制类的新型用药, 又称为注射用泮托拉唑, 是一种抗酸、抗溃疡的药物。泮托拉唑属于苯并咪唑衍生物, 该药物在胃壁细胞酸性分泌小管中使用并被激活, 能与质子泵相结合, 起到有效一直胃溃疡、抑制胃酸分泌等效果。与奥美拉唑药物相比, 泮托拉唑药物更为安全, 在中性与酸性条件下激活的比例较低, 用药更具有安全性和保障性。比较适用于老年患者或肝功能不全的患者使用, 且不需要调整用药剂量。该药物离解常数较高, 且在患者口服后能起到较强且比较持久、显著的治疗效果^[9-11]。此外, 泮托拉唑药物的使用还能促进胃内 PH 值上升, 缓解局部抗菌作用, 根除幽门螺旋杆菌感染等症状, 减轻患者因溃疡引发的头痛、腹痛、肌肉酸痛等不良反应的产生, 促进患者的临床治疗效果, 降低病症复发率。由此可见, 奥美拉唑和泮托拉唑在胃溃疡患者临床治疗中应用, 均具有显著治疗效果, 但相比之下, 泮托拉唑药物对 HP 的根除率更高, 能有效降低治疗后患者不良反应的产生, 用药更具有安全性, 治疗效果更优于奥美拉唑。

本文研究结果表明: (1) 与对照组比较, 观察组治疗效果更为明显, $P<0.05$ 。说明两组药物虽然在胃溃疡患者临床治疗中均具有显著效果, 但泮托拉唑的治疗效果要比奥美拉唑的治疗效果更加明显。(2) 与对照组比较, 观察组治疗后患者复发率更低、HP 根除率更高, $P<0.05$; 对照组不良反应发生率高于观察组, $P<0.05$ 。说明两种药物在胃溃疡患者临床治疗中, 能有效降低患者发病率, 且泮托拉唑药物的使用能对幽门螺旋杆菌起

到根除效果。通过两组患者治疗后不良反应的比较结果能看出泮托拉唑比奥美拉唑更能改善患者治疗后不反应的发生率, 降低不良反应的产生, 更具有安全性。最终分析结果表明: 观察组患者的总体治疗效果要高于对照组。两组患者采用不同治疗方式, 尽管都有显著治疗效果, 但泮托拉唑的治疗效果在降低复发率、HP 根除率方面更具有优势, 能有效促进患者胃溃疡的治疗。因此, 泮托拉唑的临床治疗效果要高于奥美拉唑, 其原因主要是因为泮托拉唑的组织选择性和特异性较高, 对幽门螺旋杆菌的抑制具有显著作用, 能有效降低病情的复发率, 用药更具安全性。

综上所述, 在胃溃疡患者临床治疗中, 奥美拉唑和泮托拉唑药物的使用均具有显著疗效, 但运用泮托拉唑药物治疗, 能更有效降低病情的复发率, 提升患者幽门螺旋杆菌感染等根除率。泮托拉唑的临床治疗效果与奥美拉唑相比更加明显, 能更有效缓解、控制患者病情, 降低不良反应的产生, 从而提升胃溃疡患者临床治疗药物的安全性存在积极意义。泮托拉唑对胃溃疡患者临床治疗效果更理想, 且患者复发率低, 不良反应低, 值得临床治疗中广泛推广使用。胃溃疡患者在临床治疗中可考虑采用泮托拉唑药物治疗, 其治疗效果更佳显著, 用药更加安全, HP 根除率更高。

参考文献:

- [1]李玲,陈莎,陈剑豪,等.针刺督脉背段压痛穴位治疗胃炎、胃溃疡脾胃虚寒证患者的疗效分析[J].中国中医药科技.2020,(5).816-818.
- [2]李阳.阿莫西林、奥美拉唑联合克拉霉素治疗胃溃疡的效果分析[J].心理医生.2017,(27).74-75.
- [3]廖长利.胃炎并胃溃疡患者采用奥美拉唑联合阿莫西林治疗的临床效果及不良反应率分析[J].全科口腔医学杂志(电子版).2019,(3).158-159.
- [4]李丽.探讨泮托拉唑和奥美拉唑治疗胃溃疡的效果和安全性[J].临床医药文献电子杂志.2017,(80).151-152.
- [5]黄丽霞.饮食护理干预对胃炎胃溃疡患者 HAMD、HAMA 评分及生活质量的影响[J].临床医学研究与实践.2018,(2).173-174.
- [6]郑冬梅.奥美拉唑、泮托拉唑、兰索拉唑治疗胃溃疡疗效比较[J].现代中西医结合杂志.2014,(22).2461-2463.
- [7]孙大为.泮托拉唑与奥美拉唑联合奥曲肽治疗上消化道出血的临床效果[J].中国现代药物应用.2020,(2).144-145.
- [8]韦仁海.对比奥美拉唑、兰索拉唑和泮托拉唑治疗胃炎胃溃疡的疗效[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊).2020,(72).177-178.
- [9]寇艳平.奥美拉唑、兰索拉唑和泮托拉唑治疗胃炎胃溃疡的效果分析[J].中国现代药物应用.2020,(23).125-127.
- [10]赵燕林,郝蔚.对比分析泮托拉唑和奥美拉唑治疗胃溃疡的临床效果[J].临床医药文献电子杂志.2019,(63).165-166.
- [11]苏欣,郭丹丹.泮托拉唑在胃溃疡患者中的应用效果分析[J].中国现代药物应用.2020,(20).184-186.

翻转课堂结合 CBT 在神经病学临床教学中的应用分析

陈黎燕 张兰 马璟曦 刘菁 蔡志友^{通讯作者}

中国科学院大学重庆医院（重庆市人民医院） 神经内科 400013

摘要：目的：分析在神经病学临床教学当中应用翻转课堂结合 CBT 的教学效果。方法：选取 2020 年 5 月-2021 年 5 月 46 位临床专业实习生与住培生作为本次的研究对象，把这 46 位实习生与住培生随机分成实验组与参照组两组，每组各 23 位。参照组的实习生与住培生采取常规的小班教学模式，实验组的实习生与住培生采取翻转课堂结合 CBT 教学模式。观察实验组与参照组实习生与住培生的神经学考核评分，对教学的满意度以及实验组实习生与住培生对新教学法的评价。结果：实验组实习生与住培生的临床检查，疾病症状，疾病诊断以及基础知识等评分都要高于参照组的实习生与住培生，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。实验组的实习生与住培生对教学的总满意度为 95.65%，高于参照组实习生与住培生的 65.22%，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。新的教学法对知识的理解，学习兴趣，临床能力以及交际能力都有一定程度的提升，并且不会额外增加实习生与住培生的学习负担，新的教学法非常受实习生与住培生喜欢。结论：在神经病学临床的教学当中，应用翻转课堂结合 CBT 教学法，能够有效的对传统教学模式的弊端进行克服，对实习生与住培生学习的主动性进行提高，并且还能够对实习生与住培生的综合素质以及临床思维能力进行提升，该教学方法能够大幅度的提高教学的质量，值得广泛的应用。

关键词：神经病学；教学模式；CBT；翻转课堂

在临床医学学科中神经病学主要是对周围神经系统，中枢神经系统以及肌肉发病机制进行研究。对于初学者的本科实习生与住培生来讲，因为神经系统比较抽象以及复杂，对神经传导通路很难用文字去表达，所以间接的对神经病学的教学难度进一步的加大^[1-2]。而传统的神经病学主要是授课教师进行教导，实习生与住培生们被动的对知识进行接收，虽然授课教师会对知识点进行详细的讲解，但以老师讲解为主，实习生与住培生们过后很容易就会忘记，所以对于知识点不容易理解掌握，并且不能把理论与实践结合在一起，这样对实习生与住培生的临床思维能力是非常不利的。基于此，对于教学的模式是非常有必要进行改革的^[3]。而翻转课堂与 CBT 教学法两种教学模式各有所长各有所短，如果两者之间结合在一起，则能够很好的扬长避短^[4]。所以，本篇文章就来分析神经病学临床教学中应用翻转课堂结合 CBT 教学法的效果，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 5 月 46 位临床专业实习生与住培生作为本次的研究对象，把这 46 位实习生与住培生随机分成实验组与参照组两组，每组各 23 位。其中实验组男生有 14 位，女生有 9 位，年龄范围在 18-20 岁之间，平均年龄为（18.83±0.34）岁；参照组男生有 13 位，女生有 10 位，年龄范围在 18-20 岁之间，平均年龄为（19.02±0.31）岁。实验组与参照组一般资料对比，差异没有统计学意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

参照组的实习生与住培生采取常规的小班教学模式，针对临床检查，疾病症状，疾病诊断以及基础知识来进行教学开展。

实验组的实习生与住培生采取翻转课堂结合 CBT 教学模式，具体实施如下，①翻转课堂：在开始授课之前，授课老师要对课程当中的知识点进行归纳总结，全面了解课程知识点并制成视频。在开始授课前的三天，把归纳总结好的视频通过邮箱发送到每一位实习生与住培生手中，并要求实习生与住培生在授课开始之前结合教材进行预习，如果遇到比较难以理解不懂的问题，要及时和其它的实习生与住培生进行沟通交流，一起讨论，然后把问题进行汇总通过邮箱发送给授课教师。在课堂当中，授课教师要详细的介绍实习生与住培生反映的问题，这样对于神经病学知识实习生与

住培生才能更好的进行理解。②CBT 教学：该教学方法也被称为病案教学法，主要就是分析病案的教学方式，从而对之前注重于理论知识的教学模式而忽略实践的问题进行转变。在授课之前，授课教师可以选择具有代表性的一些病案，在教学课堂中展示给实习生与住培生，并让实习生与住培生们根据病案进行分组讨论。

1.3 教学效果评价

观察实验组与参照组实习生与住培生的神经学考核评分，对教学的满意度以及实验组实习生与住培生对新教学法的评价。满意度分为非常满意，一般满意以及不满意三个级别，总满意度=（非常满意+一般满意）/例数*100%。

1.4 统计学方法

对于数据情况采用统计学软件进行分析，计量资料使用均数±标准差表示，并进行 t 检验，计数资料使用百分比表示，并进行 χ^2 检验， $P<0.05$ ，差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 比较实验组与参照组实习生与住培生的神经学考核评分

实验组实习生与住培生的临床检查，疾病症状，疾病诊断以及基础知识等评分都要高于参照组的实习生与住培生，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），如下表 1 所示。

表 1 对比实验组与参照组实习生与住培生的神经学考核评分

组别	例数	基础知识	疾病诊断	疾病症状	临床检查
实验组	23	22.46±3.85	21.45±3.52	23.27±2.65	22.58±3.46
参照组	23	15.42±2.05	14.21±2.86	16.22±2.36	14.83±2.76
t		9.826	9.708	11.327	10.746
p		0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 比较实验组与参照组实习生与住培生对教学的满意度

实验组的实习生与住培生对教学的总满意度为 95.65%，高于参照组实习生与住培生的 65.22%，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），如下表 2 所示。

表 2 对比实验组与参照组实习生与住培生的满意度

组别	例数	非常满意	一般满意	不满意	总满意度
实验组	23	15(65.22)	7(30.43)	1(2.22)	22(95.65)

参照组	23	11(47.83)	4 (17.39)	8 (34.78)	15(65.22)
χ^2					4.973
P					0.025

2.3 调查实验组实习生与住培生对新教学法的评价

如下表 3 所示,通过调查可以看出,新的教学法对知识的理解,学习兴趣,临床能力以及交际能力都有一定程度的提升,并且不会额外增加实习生与住培生的学习负担,新的教学法非常受实习生与住培生喜欢。

表 3 调查实验组实习生与住培生对新教学法的评价

内容	是	否
新的教学法是否更喜欢	93.11%	6.89%
对于加强知识的理解新的教学法是否更有利	95.65%	2.22%
新的教学法学习负担是否更容易加重	3.22%	96.78%
学习兴趣新的教学法是否能够进行提升	92.44%	7.56%
临床能力新的教学法是否更利于提高	91.11%	8.89%
交际能力新的教学法是否能够进行加强	95.11	4.89%

3 讨论

在神经病学中主要的教学方式就是传统教学模式,但是因为神经病学其概念比较抽象,专业比较复杂特殊,这使得采用穿模教学模式对实习生与住培生学习的积极性很难进行激发,并且对实习生与住培生临床思维能力的培养也造成很大的影响^[5-6]。而 CBT 教学法能够把抽象的神经病学教材中的理论以及症状进行具体化,从而对实习生与住培生学习的兴趣进行激发,让实习生与住培生提高自主学习的能力,再有授课教师在其中进行引导,这样能够让实习生与住培生把教材知识结合临床病症进行理解分析,以此来对实习生与住培生理论实践相结合的能力进行提升,并且还能够对实习生与住培生的临床思维能力进行培养^[7-8]。而翻转课堂可以说是对传统教学模式的一种颠覆,该教学模式提出要以实习生与住培生为主体,授课教师为主导的一种新的教学模式^[9]。

翻转课堂就是对于传统教学中的师生角色进行翻转,在课堂当中,让实习生与住培生当主角。实习生与住培生通过自学学习相关知识以及观看授课教学视频,并在课堂当中与同学进行沟通交流,实习生与住培生之间通过讨论,提问等方式来吸收相关的知识点。最初的时候该教学模式是美国的一个授课教师为了缺课的实习生与住培生准备的,没想到效果是非常不错的,并且广泛的推广开来,该模式能够让实习生与住培生对自身学习情况进行自主的安排,并且让实习生与住培生提出问题,这样对于知识的理解更加有利。

CBT 教学法最初是由哈佛大学用于法学教育当中,也被称为以案例为基础的教学法,而该教学方法在十九世纪末的时候被引入到医学教育当中,而现在这种教学方法已经是医学教育中最主要的教学方式。

从本次的实验结果来看,应用翻转课堂结合 CBT 教学法之后,实验组实习生与住培生的临床检查,疾病症状,疾病诊断以及基础知识等评分都要高于参照组的实习生与住培生,差异有统计学意义($P<0.05$)。实验组的实习生与住培生对教学的总满意度为 95.65%,高于参照组实习生与住培生的 65.22%,差异有统计学意义($P<0.05$)。新的教学法对知识的理解,学习兴趣,临床能力以及交际能力都有一定程度的提升,并且不会额外增加实习生与住培生的学习负担,新的教学法非常受实习生与住培生喜欢。CBT 与翻转课堂两组教学方式各有特点,本篇文章把两者进行结合,不同于传统教学的是,实习生与住培生会提前观看授课教师发送的教学视频,实习生与住培生根据相关的教材,来对授课教师提出的问题进行解决,并

且与同学之间进行互动。对于实习生与住培生神经科疾病的理解,授课教师可以采用病案来讲解,与此同时,授课教师可以在课后采用互连网进行线上解答实习生与住培生提出的问题。由此可见,采用 CBT 教学法结合翻转课堂对实习生与住培生们理解与记忆知识点是很有利的,并且还能够对实习生与住培生们自主学习能力,分析问题的能力以及解决问题的能力进行培养。

对于采用 CBT 教学法与翻转课堂教学模式,授课教师需要提前准备录制好的视频资料,这使得授课教师需要在授课之前花费很多的精力与时间进行准备,对授课教师的负担很大程度的进行了增加。除此之外,在实施新的教学方法中,授课教师还需要对课堂氛围以及课堂时间进行控制。在课堂的互动中,如果上台讲解的实习生与住培生是固定的几名实习生与住培生的话,那说明其它的实习生与住培生积极性并不高,这需要授课教师做好新教学模式的讲解工作,等到课后,再对那些不是很积极的实习生与住培生进行了解,要让每一位实习生与住培生都能够参与其中,这样才能对实习生与住培生学习的积极性进行提升。

综上所述,在神经病学临床的教学当中,应用翻转课堂结合 CBT 教学法,能够有效的对传统教学模式的弊端进行克服,对实习生与住培生学习的主动性进行提高,并且还能够对实习生与住培生的综合素质以及临床思维能力进行提升,该教学方法能够大幅度的提高教学的质量,值得广泛的应用。

参考文献:

- [1]卫玲、余凤琼、张蕾. CAI-PBL-CBT 结合翻转课堂在神经病学临床教学中的运用[J]. 科教导刊(中旬刊), 2020, No.428 (11): 83-85.
- [2]李媛,冯瑶,谢剑,等. 基于 FCM+CBT 混合教学模式的人体解剖学信息化教学实践初探[J]. 教育教学论坛, 2019, 000 (039): 159-160.
- [3]陈君涵,李昱静,陈伟成,等. 虚拟仿真技术结合基于问题学习方式在神经内科见习和实习中的应用探索[J]. 中华医学教育杂志, 2021, 41 (09): 835-838.
- [4]艳书 王, 珺 汤, 小凤 和, 等. 翻转课堂教学模式在《外科护理学》实验教学中的实践与应用[J]. 教学方法创新与实践(英文), 2020, 003 (002): P.7-9.
- [5]于曼丽,张优,徐茂锦,等. 翻转课堂联合情景式教学在留实习生与住培生心内科临床教学中的应用研究[J]. 卫生职业教育, 2019, v.37; No.522 (15): 62-64.
- [6]王建交,武志超,李洋,等. 基于精准教学的翻转课堂教学模式在神经外科临床实践教学中的设计应用[J]. 中国医刊, 2020, 055 (005): 575-577.
- [7]邱金娜,张莉,刘敬禹,等. 翻转课堂联合基于团队学习方式在呼吸内科学见习教学中的应用[J]. 中华医学教育杂志, 2020, 40 (07): 543-546.
- [8]陈颖,岳彩芳,何穆涵,等. 案例式教学结合标准化病人在普通外科临床教学中的应用[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, v.8 (32): 14+34.
- [9]廖玉凤,李彦,赵如静,等. 基于 PBL 的翻转课堂在独立医学院生物化学教学中的应用——以天津医科大学临床医学院为例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2019, 017 (015): 15-18.

课题编号: JY210342

课题名称: 重庆医科大学 2021 年校级教育教学研究项目

老年食管癌患者中紫杉醇和顺铂的应用疗效分析

李俊霞 谢霞

广饶县人民医院 257300

摘要：目的：探究紫杉醇联合顺铂应用在老年食管癌患者治疗中的临床效果。方法：选取 30 例在我院接受治疗的老年食管癌根治术后患者，病例选取时间跨度为 2019 年 01 月-2021 年 12 月。按照随机数字表法的方式将患者分成两组，对照组 15 例、观察组 15 例。对照组在本次调查中采用常规治疗，使用顺铂，观察组则在顺铂基础上联合紫杉醇进行治疗，对比两组患者的血管新生因子、肿瘤标志物以及并发症发生情况。结果：治疗前两组肿瘤标志物水平对比 $P>0.05$ ，无统计学意义。观察组治疗后癌胚抗原与糖类抗原 19-9 均明显低于对照组， $P<0.05$ ，具有统计学意义。观察组患者的并发症发生率与对照组无差异， $P>0.05$ 。治疗后观察组内皮生长因子和胰岛素样生长因子均明显低于对照组， $P<0.05$ ，有临床对比意义。观察组治疗效果更显著代表紫杉醇的抗癌效果较好（ $P<0.05$ ）。对照组无进展生存时间和总生存时间差于观察组，组间数据存在差异具有临床统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：老年食管癌根治术后患者采用紫杉醇联合顺铂较单纯顺铂疗效显著，可改善患者肿瘤标志物水平，且安全可靠，值得推广使用。

关键词：紫杉醇；顺铂；老年食管癌根治术；并发症；疗效

老年食管癌是目前临床中比较常见的一种疾病，属于消化道恶性肿瘤疾病的一种。近年来，老年食管癌的发病率呈逐年上升趋势。并且老年食管癌具有较高的死亡率。老年食管癌的主要临床表现包括胸骨后不适、烧灼感或者疼痛，在食物通过的时候，局部可以有异物感或者摩擦感。有的时候吞咽的食物在食管的某一部位，可以有停滞或者轻度梗阻的感觉。下段食管癌的病人，在早期还可以出现剑突下或者上腹部不适、呃逆、嗝气的症状。目前临床对于老年食管癌的治疗，主要采用以手术治疗为主的综合治疗方式^[1-2]。手术虽然是最佳治疗方法，但是术后仍有复发的风险，大部分患者需进行术后辅助化疗降低复发风险，本文选取 30 例老年食管癌根治术后患者进入本次研究，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 基础资料

选取 2019 年 01 月-2021 年 12 月至我院就诊的 30 例老年食管癌根治术后患者作为研究对象，采用随机数字表法的分组方式把患者平均分为对照组（ $n=15$ ）、观察组（ $n=15$ ）。对照组有男性病例 9 例、女性病例 6 例，病例年龄为 60-78 岁，平均（ 69.32 ± 3.64 ）岁。观察组中男性病例 10 例、女性病例 5 例，病例年龄为 60-78 岁，平均（ 69.51 ± 3.49 ）岁。对照组与观察组患者的年龄、性别资料差异较小，无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

1.1.1 纳入标准：本次研究中涉及的所有患者在接受病例活检后确诊为食管癌，且所有患者均为老年人。

1.1.2 排除标准：参选患者有精神系统疾病，对本次研究方式不认可，未签署知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 对照组应用顺铂，顺铂（生产厂家：江苏恒瑞医药股份有限公司）75mg/m² 与 0.9%的氯化钠溶液溶合，应用静脉滴注给药方式，控制滴注时长在 2 小时左右。

1.2.2 观察组在常规顺铂基础上联合紫杉醇治疗，紫杉醇（无锡紫杉药业有限公司，批准文号：国药准字 H20067345）。建议使用剂量 175mg/m²，静脉滴注 2 小时左右，每 3 周给药一次。

1.3 观察指标

1.3.1 对比观察组与对照组患者的肿瘤标志物水平，应用上海超研生物科技有限公司的试剂盒对癌胚抗原与糖类抗原 19-9 水平进行测定。

1.3.2 比较两组患者发生顺铂并发症的几率，包括治疗中出现的乏力、

食欲减退、恶心呕吐、肝肾损伤、骨髓抑制等情况^[4]。

1.3.3 两组血管新生因子比较，使用上海西唐生物科技有限公司的试剂盒对胰岛素样和內皮的生长因子水平进行测定。

1.3.4 生存时间评价。记录患者无进展生存时间和总生存时间。

1.4 统计学方式

采用 SPSS17.0 统计学软件进行数据统计分析，实验数据用均数±标准差表示，采用 χ^2 检验和 t 检验，当 $P<0.05$ 时，表示具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组肿瘤标志物水平对比

两组患者治疗前肿瘤标志物水平统计分析后 $P>0.05$ ，无统计学意义。对照组治疗后癌胚抗原与糖类抗原 19-9 均明显高于观察组， $P<0.05$ ，差异有统计学意义，详见表 1。

表 1 两组治疗前后肿瘤标志物水平对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	n	癌胚抗原（ng/ml）		糖类抗原 19-9（U/ml）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	15	27.93 ± 5.96	5.64 ± 1.73	62.16 ± 7.35	16.32 ± 3.09
对照组	15	27.82 ± 5.77	11.79 ± 2.51	61.05 ± 7.17	29.44 ± 3.63
t 值		0.0762	11.5892	0.3678	15.8103
P 值		0.9395	0.0000	0.7143	0.0000

2.2 两组并发症发生概率对比

对照组患者并发症发生率与观察组对比无差异，两组对比无差异 $P>0.05$ ，详见表 2。

表 2 观察组与对照组并发症发生率对比（n，%）

组别	n	便秘腹 泻	肝肾 损伤	骨髓 抑制	恶心呕 吐	总发生率（%）
观察组	15	1	0	1	1	3（20.00）
对照组	15	1	1	1	1	4（26.67）
χ^2 值						0.1863
P 值						0.6660

2.3 两组血管新生因子测定

两组患者治疗前血管新生因子数据对比分析后 $P>0.05$ ，无统计学意

义。对照组治疗后的内皮生长因子以及胰岛素样生长因子均显著高于观察组, $P<0.05$, 有统计学意义, 详见表 3。

表 3 观察组和对组病患的血管新生因子对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	内皮生长因子 (ng/L)		胰岛素样生长因子 ($\mu\text{g/L}$)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	15	286.38 $\pm$ 27.42	138.45 $\pm$ 17.68	416.83 $\pm$ 51.67	214.42 $\pm$ 30.65
对照组	15	286.91 $\pm$ 27.27	201.34 $\pm$ 20.75	415.10 $\pm$ 52.22	302.28 $\pm$ 35.93
t 值		0.0787	13.2526	0.1353	10.6871
P 值		0.9375	0.0000	0.8928	0.0000

2.4 疗效评价

两组肿瘤患者经不同用药获得疗效有差异, 加用紫杉醇观察组总有效率好于仅使用常规顺铂的对照组 ($P<0.05$), 见表 4。

表 4 疗效比较 (n, %)

组别	病情缓解	病情稳定	病情进展	总有效率
观察组 (15 例)	9 (60.00)	5 (33.33)	1 (6.67)	14 (93.33)
对照组 (15 例)	5 (33.33)	4 (26.67)	6 (40.00)	9 (60.00)
χ^2				4.6584
P				0.0309

2.5 生存时间评价

观察组老年食管癌患者无进展生存时间和总生存时间均比对照组时间长 ($P<0.05$), 见表 5。

表 5 生存时间比较 (n=15, $\bar{x} \pm s$, mon)

组别	无进展生存时间	总生存时间
观察组	4.59 $\pm$ 1.14	8.98 $\pm$ 1.98
对照组	1.72 $\pm$ 0.72	5.46 $\pm$ 1.35
t 值	8.2439	5.6888
P 值	0.0000	0.0000

3 讨论

老年食管癌是恶性肿瘤疾病中比较常见的一种疾病, 主要发生在中老年群体中, 早期症状并不明显, 很容易被忽视。当症状出现时一半患者已是疾病的中期或晚期, 晚期患者失去手术机会, 对于有机会手术的患者, 手术以后进行辅助顺铂, 能有效降低疾病短期复发概率。目前, 老年食管癌治疗常用的顺铂药物有替吉奥、顺铂、5-氟尿嘧啶、表柔比星、多西他赛、紫杉醇、伊立替康、卡培他滨、奥沙利铂等^[5-6]。来源于天然红豆杉树的四环二萜类化合物的紫杉醇被证实具有较好的抗癌效果。该药物能够在人体内和患者微血管进行结合^[7], 然后促进微管蛋白聚合并在癌细胞分裂过程通过抑制癌细胞纺锤体形成使其分裂与繁殖受到严重影响, 进而起到抗癌效果^[8-9]。但该类药物属于细胞毒素, 阻碍肿瘤的方式为抑制癌细胞增殖而非向其他药物一样直接杀死癌细胞。该药物是目前发现的唯一能够针对癌细胞的通过抑制其增长而控制肿瘤发展的纯天然药物。紫杉醇主要具有抗肿瘤的作用, 属于抗微管类的抗肿瘤药, 能够作用于细胞的有丝分裂间期和有丝分裂期, 通过抑制肿瘤细胞的有丝分裂, 可以抑制肿瘤细胞

的增殖, 起到抗肿瘤的效果。紫杉醇又叫做特素、紫素、泰素、红豆杉醇, 是目前已知的最为优秀的天然抗癌的药物^[10-12], 在临床上常常广泛用于治疗肺癌、部分头颈癌、卵巢癌、乳腺癌等。紫杉醇是一个具有抗癌活性的二萜生物碱类的化合物, 还具有奇缺的自然资源、独特全新的作用机制、显著且广泛的生物活性、化学结构新颖且复杂的特点并受到各个学家的青睐, 成为抗癌研究的重点^[13]。为此选取我院患者进行调查研究, 本文研究结果显示顺铂联合紫杉醇的观察组患者的内皮生长因子、胰岛素样生长因子与癌胚抗原、糖类抗原 19-9 水平均明显低于对照组, 乏力、恶心呕吐、骨髓抑制等发生率与对照组无差异, 且 $P>0.05$, 观察组患者治疗依从性提升, 生活质量改善, 减少住院周期及治疗费用, 改善了老年食管癌术后患者的综合状态, 充分证明了紫杉醇应用于老年食管癌顺铂的可行性, 具有其临床应用价值。

综上所述, 紫杉醇的有效应用, 可以使得老年食管癌顺铂患者的近期疗效获得明显增强, 并未显著增加毒副作用, 同时具有较高的安全性, 值得应用及推广。

参考文献:

[1]Chen Gangdong, Zheng Xing, Pan Youguang. Clinical efficacy of paclitaxel combined with cisplatin in treating advanced esophageal cancer [J]. Shenzhen Journal of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, 2021, 31 (12): 121-122.

[2]任超. 白蛋白结合型紫杉醇与顺铂共同治疗晚期食管癌患者的效果研究[J]. 黑龙江医学, 2020, 44 (10): 1377-1379.

[3]林锦荣, 王腾卫, 邱晖. 探讨紫杉醇联合顺铂对于晚期食管癌的临床治疗效果[J]. 当代医学, 2020, 26 (27): 146-147.

[4]孔祥训. 紫杉醇和顺铂在老年食管癌患者中的疗效探究[J]. 中外医疗, 2020, 39 (20): 83-85.

[5]张小杰. 紫杉醇和顺铂在老年食管癌患者治疗中的疗效观察[J]. 山西医药杂志, 2020, 49 (07): 821-823.

[6]张俊波. 紫杉醇联合顺铂治疗晚期食管癌的疗效观察[J]. 航空航天医学杂志, 2020, 31 (03): 331-332.

[7]战瑛. 紫杉醇和顺铂在老年食管癌患者中的疗效观察[J]. 智慧健康, 2020, 6 (05): 145-146.

[8]王健. 紫杉醇与 5-氟尿嘧啶治疗晚期食管癌的疗效对比[J]. 心理月刊, 2019, 14 (21): 170.

[9]魏鑫, 王玉霞. 紫杉醇和顺铂在老年食管癌患者中的疗效观察[J]. 老年医学与保健, 2018, 24 (05): 524-526.

[10]陈成. 紫杉醇联合顺铂用于 58 例晚期食管癌化疗治疗的临床效果分析[J]. 智慧健康, 2018, 4 (27): 58-59.

[11]汪建, 王兴远, 周伟, 江波. 紫杉醇联合顺铂治疗晚期食管癌患者的临床疗效[J]. 医疗装备, 2017, 30 (09): 125-126.

[12]Song Hongyang, Zhao Wenjing, Xu Zhifang. Analysis of the clinical effect of paclitaxel combined with cisplatin in treating advanced oesophageal cancer [J]. Systematic Medicine, 2017, 2 (08): 109-111.

[13]Mao Ling. Effect of paclitaxel combined with cisplatin chemotherapy in treating advanced esophageal cancer and its impact on patient survival [J]. The Electronic Journal of Modern Medicine and Health Research, 2018, 2 (05): 54.

吉非替尼小分子靶向联合化疗治疗晚期肺癌对患者肿瘤标志物的改善评价

谢霞 李俊霞

广饶县人民医院 257300

摘要：目的：探究晚期肺癌患者病情治疗阶段吉非替尼小分子靶向治疗药物与化疗方案的联合开展，对改善患者肿瘤标志物的影响。方法：样本为2019年1月到2022年5月期间在院的晚期肺癌患者共计66例，随机分为参照组与治疗组，研究化疗方案与靶向药物的联合应用价值。结果：通过联合治疗方案的开展，治疗组患者临床治疗效果的改善预测值有着进一步的提升（ $P<0.05$ ）；化疗方案干预基础上使用吉非替尼小分子靶向药物，能在保证治疗效果提升的同时，有效降低不良反应发生率优化患者的生理体感，保证治疗安全性的提升（ $P<0.05$ ）；联合干预方案的开展能促进治疗组患者炎症因子指标改善（ $P<0.05$ ）；治疗组患者肿瘤标志物评价指标明显改善（ $P<0.05$ ）；治疗组患者生理状态与预后生活质量均得到显著的改善（ $P<0.05$ ）。结论：相关调研结果有效证实晚期肺癌患者机体肿瘤标志物相关指标受化疗治疗方案与吉非替尼小分子靶向药物治疗方案联合使用的影响较大，促进癌症病情得到改善的同时，可优化患者的生理状态，延长生存期限。

关键词：吉非替尼小分子靶向；化疗治疗；晚期肺癌；患者肿瘤标志物

肺癌是我国影响国民生活质量的三大癌症之一，主要范围为支气管黏膜及肺部管组织；随着癌细胞的增殖增生，使得患者呼吸功能、肺功能受到严重的影响，最终导致患者脏器衰竭而亡。医疗干预阶段化疗为主要的治疗方式，通过联合使用其他药物能进一步延缓病情进展，改善临床治疗效果^[1-2]。本次调研基于晚期肺癌化疗治疗阶段使用吉非替尼药物的应用价值进行分析，详见下文。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

样本为2019年1月到2022年5月期间在院的晚期肺癌患者共计66例，随机分为参照组与治疗组，参照组33例患者，男20例，女13例，平均（ 59.85 ± 1.74 ）岁；治疗组33例患者，男21例，女12例，平均（ 59.68 ± 1.79 ）岁；基本资料平衡，调研数据可比。

1.2 方法

参照组患者开展常规的化疗干预，选择培美曲塞联合顺铂静脉滴注，治疗3周为一个疗程，共持续4个疗程的治疗。

治疗组在化疗干预基础上，增加使用吉非替尼小分子靶向药物，选择正大天晴药业集团生产的吉非替尼片（批号：国药准字H20193135；规格：0.25g*10片），1日1次，口服。

1.3 评判标准

基于药物干预及化疗干预后的效果进行评价，CT检查病灶缩小75%以上为缓解、病灶缩小30%-75%之间为改善，病灶缩小30%以内为进展。

基于不同治疗方案的开展，统计医疗阶段出现的不良反应事件。

评价医疗干预前后患者机体炎症因子指标：IL-6（白细胞介素-6）、IL-8（白细胞介素-8）、TNF- α （ α 肿瘤坏死因子）、Hs-CRP（超敏C反应蛋白）数据。

评价干预前后肿瘤标志物指标：SCCA（鳞状上皮细胞癌抗原）、CEA（癌胚抗原）、CYFRA21-1（细胞角蛋白19的可溶性片段）、NSE（神经特异性烯醇化酶）：参考范围：SCCA：<2ng/ml、CEA：吸烟患者：0-6.5ng/ml、非吸烟患者：0-5.0ng/ml；NSE：0-16.3ng/ml；CYFRA21-1：0-30ng/ml。

基于生活质量状态，采用GQOL-74（成人生活质量）量表评估，四项分值均为100分。

1.4 统计学意义

调研数据经SPSS 29.0软件分析，计量、计数资料格式统一为（ $\bar{x}\pm s$ ）、（n，%），相关数据结果采用T值、 χ^2 值完成校验，数据差异小于0.05表示为 $P<0.05$ 。

2. 结果

2.1 治疗效果分析

在晚期肺癌患者病情治疗阶段，采用化疗治疗方案为基础增加使用吉非替尼小分子靶向药物治疗的临床疗效有着进一步的提升；通过联合治疗方案的开展，治疗组患者临床治疗效果的改善预测值有着进一步的提升（ P

<0.05 ），详见表1。

表1 治疗效果分析（n，%）

组别	例数	缓解	改善	进展	改善率
参照组	33	6（18.18%）	11（33.33%）	16（48.48%）	51.52
治疗组	33	10（30.30%）	18（54.55%）	5（15.15%）	84.85
χ^2	-	-	-	-	8.4508
P	-	-	-	-	0.0036

2.2 不良反应发生率

化疗干预方案在晚期肺癌患者医疗干预阶段，虽然疗效明显但也会诱发多种不良反应；所以在化疗方案干预基础上使用吉非替尼小分子靶向药物，能在保证治疗效果提升的同时，患者机体不良反应发生率无明显增加显现，进一步保证治疗安全性的提升（ $P<0.05$ ），详见表2。

表2 不良反应发生率（n，%）

组别	例数	关节不适	食欲降低	腹痛腹泻	发生率
参照组	33	3（9.09%）	3（9.09%）	2（6.06%）	24.24
治疗组	33	1（3.03%）	1（3.03%）	0（0.00%）	6.06
T	-	-	-	-	4.2429
P	-	-	-	-	0.0394

2.3 炎症因子指标分析

晚期肺癌患者由于癌细胞增殖分化的影响，机体炎症因子指标也会有着明显异常表现；再进行常规化疗干预的基础上使用吉非替尼小分子靶向药物，在改善癌细胞对生理状态的影响的同时，能够进一步降低炎症因子指标的生理影响，有效促进治疗组患者炎症因子指标改善（ $P<0.05$ ），详见表3。

表3 炎症因子指标分析（ $\bar{x}\pm s$ ）

项目	参照组 (n=33)	治疗组 (n=33)	T	P
IL-6 (ng/L)	干预前 6.81 $\pm$ 1.58	6.83 $\pm$ 1.46	0.0534	0.9576
	干预后 5.36 $\pm$ 1.39	3.34 $\pm$ 1.28	6.1411	0.0000
IL-8 (ng/L)	干预前 827.56 $\pm$ 80.46	822.52 $\pm$ 80.47	0.2544	0.8000
	干预后			

TNF-α (ng/L)	干预后	619.44±60.43	425.49±42.13	15.1244	0.0000
	干预前	13.43±1.15	13.49±1.29	0.1994	0.8425
	干预后	7.41±0.78	5.66±0.57	10.4060	0.0000
	干预前	12.35±1.35	12.37±1.48	0.0574	0.9544
Hs-CRP (mg/L)	干预后	8.49±0.87	5.47±0.51	17.2030	0.0000
	干预前				

2.4 肿瘤标志物评价对比

在晚期肺癌患者的病情干预中，化疗干预方案与吉非替尼小分子靶向药物治疗的联合使用对改善肿瘤标志物数据的效果显著；通过联合干预方案的执行，使得治疗组患者肿瘤标志物评价指标明显改善（ $P<0.05$ ），详见表 4。

表 4 肿瘤标志物评价对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

项目		参照组 (n=33)	治疗组 (n=33)	T	P
SCCA (ng/L)	干预前	5.58±0.56	5.51±0.51	0.5309	0.5973
	干预后	3.65±0.36	2.24±0.24	18.7207	0.0000
CEA(ng/ml)	干预前	60.46±6.45	60.41±6.35	0.0317	0.9748
	干预后	23.61±2.31	15.74±1.54	16.2843	0.0000
CYERA-21-I (ng/L)	干预前	6.64±0.64	6.55±0.62	0.5802	0.5638
	干预后	4.66±0.46	3.16±0.34	15.0640	0.0000
NSE(ng/ml)	干预前	15.34±3.14	15.25±3.51	0.1098	0.9129
	干预后	8.64±0.85	5.41±0.54	18.4255	0.0000

2.5 GQOL-74 评价分析

常规化疗与吉非替尼小分子靶向药物联合用于肺癌患者的病情改善有较高的价值体现，保证病情缓解率提升的同时，优化机体生理转归，使得患者生活状态与预后生活质量均得到显著的改善（ $P<0.05$ ），详见表 5。

表 5 GQOL-74 评价分析（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

项目		参照组 (n=33)	治疗组 (n=33)	T	P
躯体功能	干预前	71.25±2.16	71.33±2.24	0.147	0.8831
	干预后	80.46±3.16	88.48±4.15	8.8325	0.0000
情绪表达	干预前	71.43±2.41	71.61±2.36	0.3065	0.7602
	干预后	80.61±3.21	88.74±4.24	8.7820	0.0000
社会功能	干预前	71.69±2.22	71.49±2.31	0.3586	0.7211
	干预后	80.47±3.19	88.61±4.16	8.9199	0.0000
健康认知	干预前	71.58±2.35	71.84±2.27	0.4571	0.6491
	干预后	80.31±3.24	88.47±4.18	8.8634	0.0000

讨论

在晚期肺癌患者的病理改变阶段，由于肺癌疾病的特异性表现，化疗

干预方案中，药物使用对癌细胞分化及增殖有着明显的抑制作用，改善了患者的病理表现^[3]。化疗干预方案中联合使用靶向治疗药物，能够更加有效地促进癌细胞凋亡，改善肺部病情进展^[4-5]。所以本次调研阶段使用到靶向治疗药物吉非替尼，吉非替尼是一种具有选择性地表皮生长因子受体酪氨酸激酶抑制剂，在有效成分进入人体后，通过促使异常酪氨酸激酶信号传导受阻、从而抑制肿瘤细胞的生长与转移，实现抑制机体肿瘤细胞的增殖与增生的效果，有效发挥抗肿瘤的临床治疗效果^[6-7]。该药物可对肺部肿瘤细胞具有高效的抑制灭杀效果，将其与化疗方案阶段的两种药物联合使用，使得癌细胞面灭杀效果进一步提升，有效加快癌细胞的凋亡，优化机体研制因子指标及肿瘤标志物相关数据，对改善晚期肺癌患者生理状态及生存质量有着极其重要的应用价值体现。但不论哪种化疗干预方案，由于药物需要长期使用，且对人体存在一定的影响，医疗干预阶段，患者会出现白细胞降低、血小板降低、关节疼痛、食欲缺乏、腹泻等多种不良反应表现，在医疗管理阶段通过对症处理，能针对性缓解不良反应，优化患者的生理状态^[8-9]。在晚期肺癌患者病情治疗阶段，采用化疗治疗方案为基础增加使用吉非替尼小分子靶向药物治疗的临床疗效有着进一步的提升；化疗干预方案在晚期肺癌患者医疗干预阶段，虽然疗效明显但也会诱发多种不良反应；所以在化疗方案干预基础上使用吉非替尼小分子靶向药物，能在保证治疗效果提升的同时，优化患者的生理体感；晚期肺癌患者由于癌细胞增殖分化的影响，机体炎症因子指标也会有明显得异常表现；再进行常规化疗干预的基础上使用吉非替尼小分子靶向药物，在改善癌细胞对生理状态的影响的同时，能够进一步降低炎症因子指标的生理影响；在晚期肺癌患者的病情干预中，化疗干预方案与吉非替尼小分子靶向药物治疗的联合使用对改善肿瘤标志物数据的效果显著；常规化疗与吉非替尼小分子靶向药物联合用于肺癌患者的病情改善有极高的价值体现，使得患者生理状态与预后生活质量均得到显著的改善^[10-12]。

综上所述，晚期肺癌患者医疗关键阶段，化疗治疗基础上使用吉非替尼小分子靶向药物，能进一步优化临床治疗效果。改善生理状态，提升疗效。

参考文献：

[1]李媛媛.吉非替尼小分子靶向联合化疗治疗晚期肺癌的效果观察[J].中国现代药物应用, 2021, 15 (10): 141-143.

[2]王玉婷. 化疗联合吉非替尼小分子靶向治疗 138 例肺癌的疗效及安全性分析[J]. 饮食保健, 2020, 7 (12): 103-104.

[3]任璐, 王小琴. 小分子靶向药物吉非替尼对晚期非小细胞肺癌患者凝血功能及疗效的影响[J]. 2020, 000 (12): 140-142.

[4]胡香萍. 吉非替尼小分子靶向联合 TP 方案在非小细胞肺癌患者中的应用[J]. 医疗装备, 2021, 34 (10): 79-80.

[5]Hosomi Y, Morita S, Sugawara S, Kato T, Fukuhara T, del; North-East Japan Study Group. Gefitinib Alone Versus Gefitinib Plus Chemotherapy for Non-Small-Cell Lung Cancer With Mutated Epidermal Growth Factor Receptor: NEJ009 Study. J Clin Oncol. 2020 Jan 10; 38 (2): 115-123.

[6]廖德华, 符一岚, 姚敦武, 等. 代谢酶及转运体基因多态性对厄洛替尼与吉非替尼治疗效果及毒副作用影响的研究进展[J]. 中南药学, 2020, 18 (12): 2027-2031.

[7]路琳, 崔秀洁. 化疗联合吉非替尼靶向治疗晚期非小细胞肺癌的临床观察[J]. 医学综述, 2020, 26 (15): 3087-3091.

[8]孙雯娟, 赵静, 左玮, 等. 非小细胞肺癌患者小分子靶向药物临床使用现状分析[J]. 临床药物治疗杂志, 2020, 18 (5): 43-47.

[9]李小勤. 化疗联合吉非替尼小分子靶向疗法治疗肺癌的效果探究[J]. 当代医药论丛, 2021, 19 (8): 96-97.

[10]王立冬, 王言森, 夹亚伟, 等. 吉非替尼靶向药物治疗对肺癌患者生存率及肿瘤标志物的影响[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2020, 27 (8): 921-924.

[11]李倩, 吕姣, 谢晓东, 等. 吉非替尼靶向治疗对晚期老年非小细胞肺癌患者近远期疗效及凝血功能影响[J]. 临床和实验医学杂志, 2021, 20 (23): 2523-2527.

[12]李慧, 李伟, 王淑英. 吉非替尼联合化疗对晚期非小细胞肺癌的疗效及安全性分析[J]. 国际检验医学杂志, 2020, 41 (24): 2957-2961.

经括约肌间瘘管结扎术与肛瘘切开挂线术治疗复杂肛瘘的效果观察

李亚勋¹ 黄京^{通讯作者}

陕西省韩城市中医医院肛肠科 陕西渭南 715400; 陕西省白河县人民医院 陕西安康 725800

摘要:目的: 观察分析对于复杂肛瘘分别采取经括约肌间瘘管结扎术与肛瘘切开挂线术进行治疗对其临床效果的影响。方法: 以患者采取治疗方式的不同将到我院进行诊治的 74 例复杂性肛瘘患者进行分组, 其中一组为实验组, 组内患者 (37 例) 实施经括约肌间瘘管结扎术; 另一组内所有患者均采取肛瘘切开挂线术进行治疗, 并将该组设为常规组, 并对分析两组治疗效果、临床指标、并发症发生情况以及患者疼痛程度。结果: 评析两组别临床疗效: 经治疗后, 实验组别治疗有效率为 94.59% 明显要比常规组 78.38% 更高 ($\chi^2=4.163$, $P<0.05$); 实验组别患者手术时间、术中出血量、创面愈合时间以及住院时间均匀更优于常规组 ($P<0.05$), 说明实验组别患者临床指标更佳; 对比两组患者并发症发生情况: 实验组患者中有 3 例出现并发症, 常规组中有 11 例出现并发症, 明显常规组要差于实验组 ($\chi^2=5.638$, $P<0.05$); 比较两组患者的疼痛程度, 治疗前两组患者疼痛感强烈, 治疗后各组 VAS 评分值均降低, 其中实验组更低于常规组 ($P<0.05$)。结论: 对复杂性肛瘘患者实施经括约肌间瘘管结扎术进行治疗, 可以有效地缓解患者的疼痛, 缩短患者的住院时间, 降低术后并发症发生概率, 其临床效果十分明显, 值得临床推广应用。

关键词: 复杂肛瘘; 经括约肌间瘘管结扎术; 临床效果; 肛瘘切开挂线术

在临床肛肠科中, 肛瘘是一种非常常见的一种感染性管道疾病, 其不但具有较高的发病概率, 同时其发病原因较为复杂, 患病后患者常会出现肛周脓肿、肛周皮炎、间歇性病变区域疼痛等等症状, 影响患者的日常生活^[1-2]。而复杂肛瘘通常是指两个或两个以上内外口, 由于其病灶位置较深, 涉及组织范围广, 因此其治疗存在一定的难度性^[3]。临床上常采取手术方法进行治疗, 常见的为肛瘘切开挂线术, 但是该方法会对患者肛门括约肌造成损伤, 同时术后患者容易出现并发症, 且复发率较高, 因此其临床效果不理想, 应寻找更为有效的治疗方法^[4]。基于此, 本次研究主要为了分析经括约肌间瘘管结扎术与肛瘘切开挂线术应用于复杂性肛瘘患者临床治疗中的临床疗效, 现抽取到我院接受治疗的 74 例复杂性肛瘘患者予以研究, 其研究具体内容如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

1. 将我院 2021 年 6 月~2022 年 6 月收治的 74 例复杂性肛瘘患者以其治疗方式的不同分为两组, 分析实验组 37 例患者年龄可知, 其均在 41 岁左右, 最大与最小年龄分别为 60 岁、29 岁, 其患病时间长达 3 年, 疾病类型调查得出: 低位肛瘘 27 例, 高位肛瘘 10 例; 常规组: 37 例, 年龄均在 28—59 (41.97±5.77) 岁, 病程均在 3 年左右; 疾病类型调查得出: 有 25 例患者为低位肛瘘, 有 12 例患者为高位肛瘘。本研究抽取复杂性肛瘘患者的年龄、性别等一般资料间无明显差异性, ($P>0.05$), 可纳入分析。

纳入临床资料完整, 且签署知情同意书者; 排除意识障碍者, 合并其他肛周疾病者; 合并重要器官障碍者。

1.2 方法

实验组与常规组两组别复杂性肛瘘患者分别采取不同的手术方法进行治疗, 具体如下:

常规组: 肛瘘切开挂线术。将患者体位调整为侧卧位, 并对其实施硬膜外麻醉, 待麻醉成功后进行常规的消毒铺巾, 并将无菌孔巾垫在肛门处进行扩肛, 利用双氧水试验与直肠指诊检查内口, 确定瘘管的具体位置 and 实际走向。球头探针应用右手进行把持, 左手食指处于肛门内口引导, 将探针沿着瘘管走向慢慢探入, 直到内口没有阻力存在则将其穿出, 将肛管皮肤表面组织和齿线部位切开, 清除病灶, 并在在探针的引导下将橡皮筋挂线从外口穿入内口穿出, 刮去腐烂组织修理创面, 确认创面未出血后使用辅料对创面进行填塞处理, 对其使用可吸收缝合线缝合后, 置入引流管。

实验组: 经括约肌间瘘管结扎术。手术正式开始前应对患者进行灌肠

清洁, 完成后将患者体位调整为俯卧位, 并对其实施常规消毒、铺巾, 并利用双氧水试验检查内口。探针则需要从外口进入, 内口穿出, 利用手指触摸的方法确定内外括约肌间沟, 并沿着内外括约肌间做一个长为 2cm 的弧形切口, 然后利用剪刀、电刀将括约肌进行分离, 游离肌间瘘管, 并实施止血操作。选择直角钳将瘘管勾住, 并将肌间瘘管的外口和内口用血管钳夹住, 从外口注入双氧水, 检查肌间瘘管的实际情况, 确认肌间瘘管已被切断。并应用 3-0Vicryl 线对内口侧进行缝扎, 将肌间瘘管外口侧部分予以剔除, 以免瘘管残留; 闭合肌间瘘管外口侧, 并利用隧道式挖除引流, 间断缝合括约肌间切口, 外口进行开放引流。

两组别患者在其手术完成后 24 小时内均需要控制排便, 并对其进行抗生素治疗, 待伤口愈合后停止使用。

1.3 评价标准

观察指标共包括四项: 临床指标、术后并发症、疼痛程度以及临床效果, 具体评比标准如下:

(1) 各组患者临床指标分析: 记录各组患者手术时间、术中出血量、创面愈合时间以及住院时间的实际情况, 并将组间数据进行对比^[5]。

(2) 两组患者术后并发症发生情况分析: 常见的术后并发症包括肛门失禁、局部感染出血、肛门障碍、肛门水肿等, 对两组患者并发症发生概率进行计算并对比^[6]。

(3) 两组患者疼痛程度分析: 采用 VAS 评分表进行疼痛评分, 分数值最高 10 分, 分数值越高则表示患者疼痛感越强烈^[7]。

(4) 各组临床效果分析: 依据患者病情改善情况进行评估分析, 患者切口完全愈合、各项临床不良症状均完全消失不见, 视为显效; 有效: 经治疗后临床症状得到明显的好转, 切口未愈合完善; 无效: 临床症状与切口均无明显改变^[8]。

1.4 统计学分析方法

研究所有数据均采用 SPSS 23.0 软件进行处理统计, 主要包括计量资料的计算与计数资料的计算, 分别以 ($\bar{x} \pm s$) 和 (%) 表示, 并以 t 值和 χ^2 值进行验证, 对结果意义进行判断, 主要以 P 值为主, P 值小于 0.05 为准。

2. 结果

2.1 对比各组临床指标

对于手术时间、术中出血量、创面愈合时间以及住院时间而言, 实验组患者各项指标所需时间均明显要比常规组短的多 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 评比组间临床指标 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	创面愈合时 间 (d)	住院时间 (d)
实验组	37	37.18±5.84	28.24±6.64	18.24±3.71	14.55±3.74
常规组	37	48.23±6.54	38.14±5.86	34.15±4.15	18.53±4.68
t 值	-	7.666	6.800	17.385	4.041
P 值	-	P<0.05	P<0.05	P<0.05	P<0.05

2.2 各组并发症发生情况对比

实验组中有 3 例患者出现不良并发症，其中 2 例局部感染出血，1 例肛门水肿，总发生率 8.11%；常规组有 11 例患者出现不良并发症，肛门失禁以及肛门障碍各 2 例，4 例局部感染出血，3 例肛门水肿，总发生率在 29.73%，明显实验组患者不良并发症发生率更低 (P<0.05)，见表 2。

表 2 两组患者并发症发生率比较 (%)

组别	例数	肛门失禁	局部感染出血	肛门障碍	肛门水肿	总发生率 (%)
实验组	37	0 (0.00)	2 (5.41)	0 (0.00)	1 (2.70)	3 (8.11)
常规组	37	2 (5.41)	4 (10.81)	2 (5.41)	3 (8.11)	11 (29.73)
χ^2 值	-	-	-	-	-	5.638
P 值	-	-	-	-	-	P<0.05

2.3 各组患者疼痛程度调查评估

治疗前两组别患者的 VAS 评分值均较高，患者疼痛感均十分明显，组间评分值对比差异性不明显 (P>0.05)；治疗后实验组患者 VAS 评分值更低 (P<0.05)，说明该组患者疼痛感更轻，改善更为显著，详情见表 3。

表 1 两组患者疼痛程度调查分析 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
实验组	37	7.82±3.25	3.21±1.55
常规组	37	7.75±3.11	5.19±2.27
T 值	-	0.095	4.382
P 值	-	P>0.05	P<0.05

2.4 各组临床效果评估

实验组经手术治疗后症状与切口没有发生改变的患者有 2 例，该组治疗总有效率为 94.59%；常规组经治疗后症状未改变的患者有 8 例，总有效率在 78.38%，明显实验组治疗有效率更高 (P<0.05)，数据见表 4。

表 4 比较两组临床效果 (%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率 (%)
实验组	37	25 (67.57)	10 (27.03)	2 (5.41)	35 (94.59)
常规组	37	20 (54.05)	9 (24.32)	8 (21.62)	29 (78.38)
χ^2 值	-	-	-	-	4.163
P 值	-	-	-	-	P<0.05

3. 讨论

肛瘘的临床症状为瘙痒、流脓、破溃等等，其主要是由于感染所导致不能无法自愈，因此需要实施措施进行治疗干预，临床上常采取手术治疗。

主要是确定瘘管内口，并对瘘管进行清除，降低其对于肛门括约肌的损伤性，由于病变位置较为复杂，因此其治疗难度性较大。肛瘘切开挂线术作为一种治疗复杂性肛瘘的常用治疗方法，其主要是利用切割、引流等方法阻断周围组织与其粘连，并清除瘘管内病灶及腐烂组织，但是该方法患者疼痛感强烈，且术后需要长时间住院休养，创面愈合较慢，因此其效果不佳^[9]。经括约肌间瘘管结扎术其主要是确定括约肌间瘘管，并结扎紧靠内括约肌外侧的瘘管，该种手术不需切断肛门括约肌，其手术创伤性小，术后短时间内即可恢复，临床效果显著，对于肛门功能损伤性小^[10]。该种手术方法适用于括约肌上瘘以及肌瘘患者，但是对于早期瘘管尚未完全形成的患者而言，该种手术方法并不适用。

本次研究将经括约肌间瘘管结扎术与肛瘘切开挂线术进行对比，观察研究所得数据可知，实验组患者住院时间明显更短，且患者术中出血量更少 (P<0.05)，术后短时间内身体即可恢复健康；实验组别中患者术后出现不良并发症概率为 8.11%，而常规组患者出现不良并发症概率为 29.73%，明显前者的发生率更低 (P<0.05)，说明采取经括约肌间瘘管结扎术可以有效避免患者术后出现不并发症；分析两组患者疼痛感强烈度：实验组患者治疗后疼痛程度改善明显，其 VAS 评分值更低 (P<0.05)，说明经括约肌间瘘管结扎术可以减轻患者的疼痛感；对比两组临床治疗效果，实验组有效率为 94.59%明显高于常规组 (78.38%) (P<0.05)，说明经括约肌间瘘管结扎术临床效果更明显。

总而言之，对复杂性肛瘘患者采取经括约肌间瘘管结扎术进行治疗，可以有效地避免患者术后出现不良并发症，缓解疼痛感，缩短住院时间，其临床效果十分显著。

参考文献：

[1]苏悦, 张玉茹, 赵团结等. 改良括约肌间瘘管结扎术 (LIFT-plug) 与传统切开挂线术治疗经括约肌肛瘘的疗效对比[J]. 结直肠肛门外科, 2021, 27 (02): 133-136.

[2]张雷, 田颖, 于洪顺等. 经括约肌间瘘管结扎术与肛瘘切开挂线术治疗复杂肛瘘的效果[J]. 中国医药导报, 2020, 17 (17): 133-136.

[3]张玉玲, 王亮琴, 蓝琼等. 括约肌间瘘管结扎术与传统肛瘘切开挂线引流术治疗肛瘘的近远期效果比较[J]. 中外医学研究, 2020, 18 (34): 158-160.

[4]潘冬, 徐为, 孙尚颖. 经括约肌间瘘管结扎术治疗肛瘘的疗效及对肛门功能的影响[J]. 解放军预防医学杂志, 2019, 37 (07): 116-117.

[5]叶道冰. 改良经括约肌间瘘管结扎术与切开挂线术治疗复杂性肛瘘的效果及对复发率的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2019, 4 (33): 52-53.

[6]袁琼琼, 黄鼎. 改良括约肌间瘘管结扎术对复杂肛瘘患者术后疼痛及肛门功能的影响[J]. 浙江创伤外科, 2022, 27 (02): 271-272.

[7]李晋斌, 师雁彬. 括约肌间瘘管结扎术对复杂性肛瘘患者术后伤口愈合时间及 Wexner 评分的影响[J]. 基层医学论坛, 2020, 24 (17): 2436-2437.

[8]陈杏仪, 廖明, 刘庆文. 一次性根治术与传统挂线术对高位复杂性肛瘘患者并发症及复发率的影响[J]. 实用医技杂志, 2020, 27 (03): 350-351.

[9]刘新红, 李小龙. 经括约肌间瘘管结扎术治疗低位单纯性肛瘘对患者术后疼痛程度及肛门功能的影响[J]. 当代医学, 2021, 27 (18): 175-176.

[10]林雁博, 杨为民. 经括约肌间瘘管结扎术治疗对经括约肌肛瘘术后患者疼痛、肛门功能的影响[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21 (05): 131-133.

超声诊断新生儿坏死性小肠结肠炎的临床价值

齐亚超

山东省第二康复医院 山东泰安 271000

摘要：目的：新生儿坏死性小肠结肠炎（NEC）采取超声诊断并观察其效果。方法：观察患者为 NEC58 例，观察开始于 2020 年 1 月，观察结束于 2022 年 1 月，并且根据患儿使用的诊断方法不同分成彩色多普勒组与 X 线诊断组，彩色多普勒组采取超声诊断，X 线诊断组使用 X 线诊断，对比两组诊断结果。结果：（1）58 例 NEC 患儿使用超声诊断后，有 50 例 NEC 患儿诊断为多发肠壁增厚，有 37 例诊断为肠壁积气，有 12 例患者诊断为门静脉积气。（2）58 例 NEC 患儿使用超声诊断后，20 例诊断为多发肠壁增厚，3 例诊断为门静脉积气。（3）彩色多普勒组和 X 线诊断组诊断肠壁积气情况，彩色多普勒组肠壁积气为 63.79%，X 线诊断组肠壁积气为 34.48%；彩色多普勒组门静脉积气为 20.68%，X 线诊断组门静脉积气为 5.17%。（ $\chi^2=13.051$ ， $p=0.010$ ），结果有差异。结论：NEC 患者诊断中使用超声效果优良，可推广。

关键词：NEC；超声；X 线；诊断

NEC 在新生儿临床上属于常见病症，这种病症为新生儿的急腹症，其病症程度重，病情急，死亡率高，威胁患儿生命安全。临床上对 NEC 患者治疗时，需要对患儿病情了解，然后再开展针对性方法治疗，以此来帮助患儿恢复身体健康。由此可见，在 NEC 患者治疗过程中，对其使用的诊断方法非常重要。临床上对 NEC 患者诊断时，传统临床上主要采取 X 线诊断，这类诊断能够诊断出患者疾病情况，但是受限于诊断图像清晰度问题，其诊断质量差。后期随着超声技术应用在 NEC 患者诊断中，这种诊断不仅操作简单，图像清晰程度高，能够准确了解病症部位结构，提高其诊断质量。在 NEC 患者中使用超声诊断有良好的效果，为了帮助该类诊断在临床上推广，需要临床诊断医生研究其诊断价值，并且以研究结果作为支持帮助临床推广^[1-3]。基于此，本组研究 NEC 患儿采取超声诊断并观察其效果。

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

本次研究过程中选择我科诊断的 NEC 患儿 58 例作为观察对象，并且将患儿分成彩色多普勒组与 X 线诊断组。彩色多普勒组有 58 例 NEC 患儿，对 NEC 患儿年龄分析，最小 3 小时，最大 30 天，中位数 8.34±1.45 天；对 NEC 患儿治疗模式分析，15 例使用手术治疗，43 例采取保守治疗；对 NEC 患儿性别分析，男 35 例，女 23 例。X 线诊断组有 58 例 NEC 患儿，对 NEC 患儿年龄分析，最小 3 小时，最大 30 天，中位数 8.34±1.45 天；对 NEC 患儿治疗模式分析，15 例使用手术治疗，43 例采取保守治疗；对 NEC 患儿性别分析，男 35 例，女 23 例。（ $P>0.05$ ），两组患儿为相同人员，资料无差异。

1.2 方法

1.2.1X 线诊断组

X 线诊断组采取 X 线诊断，患儿使用仰卧位，用 X 线诊断仪对其腹部扫描，扫描后获得结果，需要两名医生签字确认，以此来保证诊断质量^[4-5]。

1.2.2 彩色多普勒组

彩色多普勒组使用超声诊断，患儿在诊断时使用彩色多普勒超声诊断仪，诊断前对患儿腹部涂抹超声耦合剂，并且将超声探头设置为 10 赫兹到 13 赫兹，诊断时不断变化位置，以此来提高诊断准确率。诊断完成后，需要两名医生签字确认，以此来保证诊断质量^[6-7]。

1.3 统计学处理

在本文研究实践中都是采用 SPSS20.0 软件进行分析，当 $P<0.05$ 时表

示有统计学意义。

2. 结果

2.1 超声表现

58 例 NEC 患儿使用超声诊断后，有 50 例 NEC 患儿诊断为多发肠壁增厚，有 37 例诊断为肠壁积气，有 12 例患者诊断为门静脉积气。

2.2X 线表现

58 例 NEC 患儿使用超声诊断后，20 例诊断为多发肠壁增厚，3 例诊断为门静脉积气。

2.3 两组设备对患者肠壁积气检查出情况

彩色多普勒组和 X 线诊断组诊断肠壁积气情况，彩色多普勒组肠壁积气为 63.79%，X 线诊断组肠壁积气为 34.48%；彩色多普勒组门静脉积气为 20.68%，X 线诊断组门静脉积气为 5.17%。（ $\chi^2=13.051$ ， $p=0.010$ ），结果有差异。

表 1 两组诊断肠壁积气对照

组别	数例	肠壁积气		门静脉积气	
		数例	占比	数例	占比
彩色多普勒组	58（例）	37（例）	63.79%	12（例）	20.68%
X 线诊断组	58（例）	20（例）	34.48%	3（例）	5.17%
X ²	--	--	16.793	--	9.309
p	--	--	0.002	--	0.018

3. 讨论

新生儿在出生后 30 天内，这种婴幼儿非常容易发生 NEC 疾病。这类疾病发生后，目前临床上对其引起的病因还没有明确的定论，但是从多数的学者研究中分析发现，引起 NEC 的主要原因有以下因素，首先是新生儿窒息后容易发生 NEC；其次是新生儿出生后有缺氧、感染等症状时，出现 NEC 概率高；再次是患儿有高渗喂养也容易发生 NEC；最后是患儿有红细胞增多症和先天性畸形症时容易导致 NEC 的发生。新生儿在发生 NEC 后，其临床症状表现差异性非常大，主要的临床症状有腹胀、呕吐和便血，但是这些诊断不能够作为 NEC 的临床特异性特征进行诊断。因此，在临床上诊断 NEC 患者时，由于其临床症状差异性大，并没有特异性特征，这些临床特点，导致其诊断非常困难。而且，在 NEC 症状中，需要早期诊断出该种病症，才能够为患儿提供更高效的治疗方案，使其治疗效果提高。由此可见，在 NEC 诊断中，其临床特异性差，诊断非常困难；并且

病症因素,需要早期诊断出疾病,才能够保证其治疗效果。因此,从上述分析获得,在 NEC 患者诊断中,需要选择一种满足其诊断要求方法,才能够为临床治疗服务。目前,在临床上诊断 NEC 患儿时,主要采取影像学诊断方法,这种诊断方法能够了解病灶及周围组织结构,使医生了解患儿病情,为其实施针对性治疗。临床上使用影像学方法诊断 NEC 患儿时,其可以使用的影像学方法有多种,临床医生为了帮助患儿选择最佳的影像学诊断方案,需要对不同的影像学诊断方案研究,以便为患者选择最佳的影像学诊断方法,提高 NEC 患儿诊断质量^[8-9]。

临床上使用影像学诊断 NEC 患儿时,可以采取 X 线诊断方法,这种诊断方法在 NEC 患儿诊断中应用后,能够了解患儿 NEC 临床特征,使其对疾病诊断。NEC 患儿诊断中采取 X 线诊断后,其临床表现主要为小肠选择性充气扩张,并且使用 X 线诊断后,部分 NEC 患儿影像学呈现连续性管型,并且肠曲有狭窄变细症状,形态呈现为僵硬状;同时使用 X 线诊断 NEC 患儿后,结肠表现为有少量气体,也有的为无气体征。临床上对 NEC 患儿使用 X 线诊断后,虽然能够诊断出以上影像,但是这些影像表现出的是动力性肠梗阻征,对 NEC 没有特异性,因此在临床上使用 X 线诊断 NEC 患儿后,出现的漏诊、误诊率非常高,影响临床诊断工作的开展。在临床医生开展 NEC 患儿诊断工作时,还需要研究其他诊断模式,帮助患儿提高诊断质量,以便为临床治疗提供支持,使其治疗效果提高^[10-11]。

随着影像学技术的不断发展,在 NEC 患儿诊断工作中,可以对其使用超声诊断,特别是现代彩色超声技术的应用,能够清晰地了解肠壁各层结构,同时还可以发现门静脉情况,并且对这些图像使用实时、动态的方式呈现出,使临床医生能够准确地了解 NEC 疾病情况。因此,在目前的 NEC 临床诊断中,超声诊断为主要的一种诊断方式。超声应用在 NEC 患儿诊断中,其价值优点是能够发现其临床症状特异性,特别是使用其他诊断方法无法发现其临床症状特异性时,可以用超声诊断,帮助患儿提高其诊断质量。在本次研究中,58 例 NEC 患儿使用超声诊断后,有 50 例 NEC 患儿诊断为多发肠壁增厚,有 37 例诊断为肠壁积气,有 12 例患者诊断为门静脉积气。从上述的数据中分析获得,使用超声诊断 NEC 患儿时,其临床症状特异性主要表现在三个方面,分别是多发肠壁增厚、肠壁积气和门静脉积气,这些特异性临床指征,可以准确地帮助临床医生对 NEC 疾病诊断^[12-13]。

临床使用影像学技术诊断 NEC 患儿时,有学者指出,患儿影像学指征有肠壁积气后,该种影像学图像可以作为手术治疗指征,其代表患儿病情严重。但是在实际的临床治疗工作中,肠壁积气不是手术治疗的唯一指征,患儿出现肠壁积气后,也不代表患儿疾病严重化。在本次使用超声诊断的患儿中,有 50 例患儿出现的了肠壁积气图像,但是只有 15 例患儿为重症 NEC,其余为轻症 NEC 患儿。临床医生根据超声诊断结果,对重症患儿使用手术治疗,并且对轻症患者采取保守治疗,从治疗结果分析,轻症 43 例患儿全部治愈出院。由此可见,临床使用超声诊断 NEC 患儿时,可以根据其图像清晰优点,准确了解患儿疾病病情,为患儿选择针对性治疗方案,使其治疗效果提高^[14]。

临床使用超声诊断 NEC 患者时,这种诊断方法不仅仅是诊断图像清晰,诊断准确率高。在临床上使用超声诊断 NEC 患儿时,还有以下方面的优点。首先是诊断无损伤,临床使用超声诊断 NEC 患儿时,其诊断无损伤,可以多次重复在临床诊断中应用,帮助患儿了解治疗效果,为临床医生治疗提供治疗依据。其次是诊断费用低廉,可以减少患者诊断经济负

担,适合在临床上普及应用。再次是操作简单,超声诊断操作简单,医生经过简单的培训后,可以使用超声诊断,因此,该种诊断方法适合在基层医院中应用,使其为更多的患者服务。临床使用超声诊断 NEC 患儿时虽然有以上优点,但是采取超声诊断时,为了保证其诊断质量,也需要有以下的操作注意事项。首先是临床医生在操作超声诊仪时,需要不断变换位置,使其诊断准确率提高,对于诊断不清晰图像时,可以采取施加压力方法,提高图像诊断清晰度。其次是使用超声诊断时,需要临床医生不断研究改进其方法,使其功能更好地发挥,以此来提高患者诊断质量。

在本次研究中,对彩色多普勒组 and X 线诊断组肠壁积气情况分析,彩色多普勒组肠壁积气为 63.79%,X 线诊断组肠壁积气为 34.48%;彩色多普勒组门静脉积气为 20.68%,X 线诊断组门静脉积气为 5.17%。 $(\chi^2=13.051, p=0.010)$,结果有差异。从该种数据中分析获得,NEC 患儿使用超声诊断效果优良,该种诊断方法值得在临床上推广。

参考文献:

- [1]李燕,贺晓,于瑞娜,任秀春,高剑波.超声诊断新生儿坏死性小肠结肠炎后肠狭窄的价值[J].中国超声医学杂志,2021,37(02):184-186.
- [2]姚伟权,胡颖音,蔡晓燕.彩色多普勒超声在早产儿急性坏死性小肠结肠炎中的应用[J].广州医科大学学报,2020,48(03):29-33.
- [3]陈凤娣,曾俊峰,梁元豪,刘汉坤,梁燕勇.hs-CRP、WBC、PLT 水平检测及腹部超声在新生儿坏死性小肠结肠炎诊断中的应用价值[J].承德医学院学报,2020,37(03):242-244.
- [4]杨延江,梁元豪,陈凤娣,王霞.FC、PCT、IL-6、hs-CRP 联合检测及腹部超声诊断新生儿 NEC 的临床价值[J].数理医药学杂志,2020,33(04):475-477.
- [5]高虹,刘乔建,李雪娇,郭峻梅,易欣,樊伟.床旁高频超声在新生儿坏死性小肠结肠炎早期诊断及手术决策中的价值[J].影像研究与医学应用,2019,3(19):46-48.
- [6]陈艳霞,潘桂珍,杨璞.超声诊断新生儿坏死性小肠结肠炎的临床分析[J].现代医学影像学,2019,28(05):1080-1081.
- [7]冷向飞,李俊洋.探讨超声和 X 线检查在诊断新生儿坏死性小肠结肠炎的诊断价值[J].中国医药科学,2019,9(09):149-151.
- [8]刘娜,李鹏,王惠萍,周琦,雷晓莹.床旁超声与移动 DR 在新生儿重症监护室的应用比较[J].中国临床医学影像杂志,2019,30(04):281-285.
- [9]赵晓,徐更田,余亚鹏.新生儿坏死性小肠结肠炎应用腹部超声诊断的价值探析[J].哈尔滨医药,2018,38(06):528-529.
- [10]张巍.彩色多普勒超声在新生儿坏死性小肠结肠炎诊断中的应用研究[J].现代诊断与治疗,2018,29(20):3285-3286.
- [11]廖俊杰,何国华,周翠屏.腹部 X 线量表诊断新生儿坏死性小肠结肠炎的临床价值[J].临床和实验医学杂志,2018,17(10):1110-1112.
- [12]刘颖,王俊平,余冬玲,颜慧恒,陈运彬.尿肠型脂肪酸结合蛋白诊断新生儿坏死性小肠结肠炎的临床价值[J].广东医学,2018,39(04):548-551.
- [13]李苑秋.探讨腹部超声检查对新生儿坏死性小肠结肠炎的诊断价值[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(12):151-152.
- [14]牟芳婷,唐毅.超声诊断新生儿坏死性小肠结肠炎的研究进展[J].中国医学影像技术,2016,32(12):1943-1946.

关于建立韶关市梅毒确诊实验室的研究

陈晓璇 李毅 刘艳芳

广东韶关市慢性病防治院 广东韶关市 512000

摘要：目的 探究电化学发光免疫分析法（ECLIA）、梅毒螺旋体明胶凝集试验（TPPA）、甲苯胺红不加热血清试验（TRUST）检测在梅毒确诊中的应用价值，为后期韶关市梅毒确诊实验室建立提供依据。方法 将 2021 年 8 月~2022 年 9 月本院收治的 2300 例疑似梅毒患者作为研究对象，对全部患者进行 ECLIA、TPPA、TRUST 检测，比较 3 种方法在梅毒确诊中的诊断效能。结果 在 2300 例疑似梅毒患者中，TPPA 检出阳性率 10.22%（235/2300），阴性率 89.78%（2065/2300）。以 TPPA 检测结果作为确证，ECLIA 检测出 243 例阳性，2057 例阴性；TRUST 检测出 153 例阳性，2147 例阴性；ECLIA 检测诊断梅毒的符合率 99.04%（2278/2300）、敏感度 97.02%（228/235）、阴性预测值 99.66%（2050/2057）均比 TRUST 检测的 95.65%（2200/2300）、61.28%（144/235）、95.76%（2056/2147）高（ $\chi^2=51.227$ 、90.968、70.114， $P<0.05$ ）。ECLIA、TRUST 共同检测阳性率 6.30%（145/2300），阴性率 89.09%（2049/2300），总符合率 95.39%（2194/2300）。S/CO 值 6~10 组和 >10 组 ECLIA 与 TPPA 阳性符合率均为 100.00%（77/77，51/51），比 S/CO 值 1~5 组 88.70%（102/115）高（ $\chi^2=9.337$ 、6.255， $P<0.05$ ）。结论 ECLIA 检测在梅毒确诊中的应用价值良好，诊断符合率及敏感度较高，可纳入梅毒确诊实验室检测中。

关键词：梅毒；电化学发光免疫分析法；梅毒螺旋体明胶凝集试验；甲苯胺红不加热血清试验

梅毒作为一种传染性疾病，近些年其发病率在国内日益增加。该病主要由梅毒螺旋体感染所致，唯一宿主为人类，传播途径较多，严重威胁人类身体健康^[1]。预防梅毒关键在于早期诊治，然而梅毒患者可出现多脏器异常，个体症状具有较大差异，临床诊断较为困难，存在一定误诊、漏诊现象。现阶段临床诊断梅毒常用方式为血清学检查，包括梅毒螺旋体明胶凝集试验（treponema pallidum particle assay，TPPA）、甲苯胺红不加热血清试验（toluidine red unheated serum test，TRUST）、电化学发光免疫分析法（electrochemiluminescence immunoassay，ECLIA）等。TPPA^[2]作为目前公认的梅毒检测金标准，具有高灵敏度、高特异性、试剂稳定等优势，往往用于复查梅毒；但该检测耗时长，结果存在主观性，且不能彻底将原始数据保存，故难以应用于大量梅毒样本筛查。TRUST^[3]主要是对梅毒非特异性抗体进行诊断，在梅毒现症感染中的应用效果较好，往往用于筛查梅毒。ECLIA^[4]为近年来临床逐渐应用的梅毒筛查方式，其自动化及灵敏度较高。但当前临床仍需大量实践数据验证 ECLIA 在梅毒中的应用价值。基于此，本研究对 2300 例疑似梅毒患者进行 ECLIA、TPPA、TRUST 检测，旨在为后续韶关市梅毒确诊实验室建立提供参考。现作如下报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2021 年 8 月~2022 年 9 月本院收治的 2300 例疑似梅毒患者作为研究对象，其中男、女各有 1221 例、1079 例；年龄 21~65 岁，平均（43.81±6.39）岁。入选标准：（1）存在淋巴结肿大、硬下疳等疑似梅毒感染症状；（2）拟行早期梅毒筛查；（3）年龄 18~65 岁；（4）资料齐全。排除标准：（1）有其他传染性疾病；（2）有心肝等脏器严重障碍或恶性肿瘤；（3）有血液系统疾病；（4）有明确精神疾病。

1.2 方法

全部患者晨起空腹抽 5mL 静脉血，离心 10min（转速 3000r/min），取上清液待进行 ECLIA、TPPA、TRUST 检测。由卫生部临床检验中心提供质控血清。检测期间严格按照说明书及相关要求进行操作。梅毒特异性抗体检测采用罗氏 ROCHE（罗氏）cobas c 411 全自动电化学发光免疫分析仪，结果判断以 S/CO 值为准，阳性为比值≥1。TPPA 检测采用 TPPA 试剂

盒（日本富士瑞必欧公司生产），结果判断阳性为散在聚集样细胞沉积于培养板上反应孔中央。TRUST 检测 TRUST 试剂盒（上海荣盛生物药业公司生产），结果判断阳性为滴度≥1：2。

1.3 观察指标

以 TPPA 检测结果作为确证，比较 ECLIA、TRUST 检测诊断梅毒的效能，并分析二者关联性，比较不同 S/CO 值梅毒患者中 ECLIA 法诊断效果。

1.4 统计学处理

数据采取 Excel 2007 整理，并借助软件 SPSS22.0 分析。以 n 或 % 描述计数资料，行 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 TPPA 检测结果 在 2300 例疑似梅毒患者中，TPPA 检出阳性 235 例（10.22%），阴性 2065 例（89.78%）。

2.2 ECLIA、TRUST 单独检测结果

以 TPPA 检测结果作为确证，ECLIA 检测出 243 例阳性，2057 例阴性，其诊断的符合率 99.04%（2278/2300）、敏感度 97.02%（228/235）、特异度 99.27%（2050/2065）、阳性预测值 93.83%（228/243）、阴性预测值 99.66%（2050/2057）；TRUST 检测出 153 例阳性，2147 例阴性，其诊断的符合率 95.65%（2200/2300）、敏感度 61.28%（144/235）、特异度 99.56%（2056/2065）、阳性预测值 94.12%（144/153）、阴性预测值 95.76%（2056/2147）。ECLIA 检测诊断梅毒的符合率、敏感度、阴性预测值均比 TRUST 检测高（ $\chi^2=51.227$ 、90.968、70.114， $P<0.05$ ）。见表 1、2。

表 1 ECLIA 检测结果与 TPPA 确证比较（n）

ECLIA	TPPA		合计
	阳性	阴性	
阳性	228	15	243
阴性	7	2050	2057
合计	235	2065	2300

表 2 TRUST 检测结果与 TPPA 确证比较（n）

TRUST	TPPA	合计

	阳性	阴性	
阳性	144	9	153
阴性	91	2056	2147
合计	235	2065	2300

2.3 ECLIA、TRUST 检测在梅毒诊断中的关联性

ECLIA、TRUST 共同检测阳性 145 例(6.30%)，阴性 2049 例(89.09%)，总符合 2194 例 (95.39%)。见表 3。

表 3 ECLIA、TRUST 检测在梅毒诊断中的关联性 (n)

ECLIA	TRUST		合计
	阳性	阴性	
阳性	145	98	243
阴性	8	2049	2057
合计	153	2147	2300

2.4 不同 S/CO 值梅毒患者中 ECLIA 法诊断效果

将 243 例 ECLIA 检测阳性患者按不同 S/CO 值进行分组。随着 S/CO 值增加，ECLIA 与 TPPA 阳性符合率上升 ($\chi^2=15.287$, $P<0.05$)；S/CO 值 6~10 组和 >10 组 ECLIA 与 TPPA 阳性符合率均比 S/CO 值 1~5 组高 ($\chi^2=9.337$ 、 6.255 , $P<0.05$)。见表 4。

表 4 不同 S/CO 值梅毒患者中 ECLIA 法诊断效果

ECLIA 检测 S/CO 值	TPPA		符合率 (%)
	阳性	阴性	
1~5 (n=115)	102	13	88.70
6~10 (n=77)	77	0	100.00
>10 (n=51)	51	0	100.00
合计 (n=243)	228	15	93.83

3 讨论

梅毒是传染病防控中的重要疾病之一，在国内其属于乙类传染病。该病可经血液、母婴及性传播，并按传播途径分为胎传梅毒与获得性梅毒两大类，且类别可按病程进行进一步细分。若无及时有效治疗措施可危及患者生命。因此，对梅毒的尽早诊治有利于控制病情，改善预后。

现阶段临床常用于梅毒诊断的方法为血清学检查。梅毒患者经梅毒螺旋体感染后体内可出现特异性与非特异性抗体，前者通常在 2~4 周后出现，后者通常在 5~7 周后出现，通过血清学检测抗体可辅助梅毒临床诊断。TPPA、ECLIA 均为梅毒特异性抗体检测方法。TPPA 工作原理为将超声裂解的梅毒螺旋体作为抗原，利用致敏红色明胶颗粒结合入血中梅毒螺旋体抗体，产生红色凝集反应且肉眼可见，即可诊断。该方式诊断的灵敏度及特异度较高，为临床公认的确证试验^[5]。但在 TPPA 检测期间，操作较为繁琐，适应性低，耗时长，致使其不利在大样本梅毒筛查中应用。ECLIA 是近些年一种新兴的梅毒检测技术，其将电化学发光结合免疫反应，相比酶联免疫等传统方式诊断梅毒的灵敏度与特异度更高^[6]。此外，该方式可自动化检测，操作简便，可显著提高检测时间，有利于更快得到结果，适用于大样本筛查。但其相比 TPPA 检测结果仍有一定假阳性。TRUST 为梅毒非特异性抗体检测方法，工作原理为将正常牛心肌的心类脂作为抗原以测定血中反应素，进而诊断梅毒^[7]。但受梅毒非特异性抗体较晚出现的影

响，TRUST 在梅毒诊断中仍有一定漏诊。

本研究以 TPPA 检测结果作为确证，发现 ECLIA 检测诊断梅毒的符合率、敏感度、阴性预测值均比 TRUST 检测高，提示 ECLIA 检测诊断梅毒的效能更佳。本研究中，ECLIA、TRUST 共同检测阳性率 6.30%，总符合率 95.39%；TRUST 诊断阳性中仅有 8 例经 ECLIA 诊断为阴性，表明 TRUST 可弥补 ECLIA 诊断梅毒的不足之处，二者可联合应用，优势互补。此外，本研究将 243 例 ECLIA 检测阳性患者按不同 S/CO 值进行分组，发现 S/CO 值 6~10 组和 >10 组 ECLIA 与 TPPA 阳性符合率均比 S/CO 值 1~5 组高，与付虎等^[8]报道的 S/CO 值 >20 时 ECLIA 与 TPPA 阳性符合率 100.00% 相似，提示 ECLIA 检测中 S/CO 值较小时存在一定误诊，临床需采用 TPPA 重点复查此类人群。现阶段本市各级性病诊疗机构大多只能开展 1~2 种梅毒血清学试验，对先天梅毒、神经梅毒等疑难梅毒均无法依据可靠的实验室结果进行准确诊断。梅毒诊疗关键在于早期诊断，以便采取及时、规范、有效治疗，从而阻止梅毒传播，控制梅毒疫情。为此，通过建立一个具有一定规模、具备不同检测手段、能对不同样本进行梅毒实验诊断、负责梅毒实验室室内质控的市级梅毒确诊实验室，可使梅毒监测检测和疫情报告质量明显提高，进而推动规范治疗，探索新的治疗方法路径，有利于缩短治疗时间，提高治愈率，降低治疗费用，减少梅毒的社会存在，为社会、医院创造更多的社会和经济效益。

综上所述，ECLIA 检测在梅毒确诊中的应用价值良好，诊断符合率及敏感度较高，可纳入梅毒确诊实验室检测中，帮助建立韶关市梅毒确诊实验室。

参考文献：

[1]练婷婷,王千秋. 神经梅毒实验室诊断研究进展[J]. 中华微生物学和免疫学杂志, 2020, 40 (8): 635-639.

[2]景文博,姚秀. 梅毒螺旋体明胶凝集试验定量检测在神经梅毒诊疗中的临床意义研究[J]. 贵州医药, 2021, 45 (5): 802-803.

[3]汤小琳,梁铭,曹存巍,等. 早期梅毒患者血清甲苯胺红不加热血清试验滴度与神经梅毒发生的相关性分析[J]. 中国性科学, 2022, 31 (6): 137-140.

[4]汪媛,常中宝,储晓敏,等. 电化学发光法,化学发光法与酶联免疫吸附试验检测梅毒抗体效果对比分析[J]. 医学动物防制, 2020, 36 (7): 712-714, F0003.

[5]李楠,孙萍萍,王翠,等. 3 种血清学特异性抗体检测在梅毒螺旋体检测中的比较研究[J]. 中国实验诊断学, 2021, 25 (1): 64-66.

[6]陈剑锋,李文超,常乐,等. 化学发光法与电化学发光法筛查献血者梅毒抗体的检测性能评价[J]. 中国实验血液学杂志, 2019, 27 (1): 260-265.

[7]耿磊,孙汝春,刘晴,等. TP-ELISA 和 TRUST 法在基层梅毒实验室检测的应用分析[J]. 医学动物防制, 2019 (6): 572-574, 577.

[8]付虎,罗敏,唐璐,等. 电化学发光免疫分析法检测梅毒特异性抗体的临床应用及假阳性分析[J]. 检验医学与临床, 2022, 19 (13): 1831-1833.

尿液分析仪在临床检验中影响尿液检验的因素分析

霍利月

聊城市第二人民医院 山东聊城 252600

摘要：目的：分析尿液分析仪在临床检验中影响尿液检验的因素。方法：选取我院 2022 年 1 月~2022 年 3 月接受尿液检验的患者 300 例为研究对象，研究其尿液检验样本，通过送到到检查的放置的不同时间和不同温度的尿液进行检验，分析能影响到尿液检测结果的不同因素。结果：放置 30min 和新鲜的尿液的检验结果相似，无统计学意义 ($P>0.05$)；放置 60min 和新鲜的尿液的检验结果差异较大，有统计学意义 ($P<0.05$)；在 4℃和 20℃下的尿液检验结果差异较大，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。其他的影响因素还有临床用药。结论：在尿液检验中，其结果能被很多因素影响，不同时间和不同温度和以及患者自身的情况都能影响结果。为了保证尿液检验的准确性，在这些影响因素前要严格按照检验流程做到最准确的检验结果，从而减少检验误差。

关键词：尿液分析仪；临床检验；尿液检验；影响因素

在医院检查中，尿常规检查是最常规的检查项目之一，作为一种能有效辅助患者疾病诊断的有效工具，其检验的结果准确性就十分重要^[1]。尿尿常规检查的项目包括尿沉渣结果和尿干化学结果。尿沉渣结果主要有红细胞，白细胞，鳞状上皮，非鳞状上皮，透明以及颗粒等管型，草酸钙结晶。干化学结果主要有维生素 C，白细胞，红细胞，酮体，胆红素，蛋白质，葡萄糖等。通过检查可以简单的看泌尿系有没有感染，出血以及肾脏功能如何^[2]。随着科技的不断进步与发展，尿常规检查中所需要的仪器检查也在进步，但还是有很多其他因素影响了尿液检查的结果。本文选取我院 2022 年 1 月~2022 年 3 月接受尿液检验的患者 300 例为研究对象，对所有的尿液检验样本进行分析，结果如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2022 年 1 月~2022 年 3 月接受尿液检验的患者 300 例为研究对象，研究其尿液检验样本，男 142 例，女 158 例，最小年龄 21 岁，最大年龄 80 岁，平均年龄 (52.14±2.11) 岁。

1.2 方法

为取得良好的实验环境，本实验采用早上 8 点门诊患者新鲜采集的尿液作为实验标本，使用我院迪瑞全自动尿沉渣流水线 FUS2000+H800 对所有患者的尿液进行检验，严格遵守仪器说明书的操作流程，对检验参数做好详细设置。在开始使用仪器之前要做好质量监控，检查各操作环节的指标是否正常。再将患者的尿液分成五份，一份为常温 (20℃) 放置下的新鲜尿液，立即送到仪器内检验^[3]；一份在常温放置 30min 后送到仪器内检验；一份为放置 60min 后送往检验；最后两份分别在 4℃和 20℃的环境下放置 20min 后再送往检验。

1.3 观察指标

将放置 30min 和 60min 的尿液分别和新鲜尿液做检测结果比对，对比尿液中的 PH 值、白细胞值、亚硝酸盐阳性率和尿糖阳性率；将常温下 20℃和冷藏 4℃的尿液检测结果比对，对比尿糖阳性率、尿潜血阳性率、白细胞阳性率和尿酮体阳性率。

1.4 统计学方法

采用 SPSS17.0 软件进行统计分析。计量资料采用配 t 检验，以 ($\bar{x}\pm s$) 表示；计数资料采用 χ^2 检验，以 (%) 表示。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比放置时间不同的尿液检查结果

放置 30min 后的尿液和新鲜尿液的检验结果没有太大区别，差异无统

计学意义 ($P>0.05$)。详见表一：

表一：对比放置时间不同的尿液检查结果

组别 (n=300)	PH	白细胞 (UL)	亚硝酸盐阳 性率 (%)	尿糖阳性率 (%)
新鲜尿液	6.13±1.24	15.24±4.25	10.21	3.84
放置 30min	6.11±1.21	15.31±1.20	7.64	4.18
χ^2/t	0.120	0.274	1.014	0.041
P	0.841	0.783	0.313	0.838

2.2 对比放置时间不同的尿液检查结果

在尿液放置 60min 后的检验结果和新鲜尿液相比的差距比较明显，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，详见表二：

表二：对比放置时间不同的尿液检查结果

组别 (n=300)	PH	白细胞 (UL)	亚硝酸盐阳 性率 (%)	尿糖阳性率 (%)
新鲜尿液	6.12±1.20	15.86±4.31	10.00	3.41
放置 60min	8.01±0.13	19.31±2.52	30.00	12.01
χ^2/t	27.121	11.970	37.500	15.915
P	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 对比不同温度下的尿液检测结果

在常温 20℃和冷藏 4℃的尿液检测结果差异明显，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，详见表三：

表三：对比不同温度下的尿液检测结果

组别 (n=300)	尿糖阳性率 (%)	尿潜血阳性 率 (%)	白细胞阳性 率 (%)	尿酮体阳性 率 (%)
4℃	13.21	25.84	11.23	8.21
20℃	22.24	36.84	18.41	16.47
t	9.514	6.451	8.164	9.842
P	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

尿液的形成过程非常复杂，通俗讲是血液经过肾脏滤过以后产生了尿液。肾脏内部有肾小球和肾小管，它们像两张滤网滤过血液^[4]。第一张滤网是肾小球所形成的，血液流经肾小球时，蛋白大分子物质被留在体内，小分子物质和水分通过肾小球而进入肾小管，这时就形成原尿。原尿进入肾小管中，再次被滤过。其中微量的蛋白、糖份等被重吸收回体内，电解质也被重吸收回体内。毒素等物质加之水分，经过肾小管排泄以后进入肾

孟, 此时产生的就是最终的尿液。肾盂收集尿液, 通过输尿管存储在膀胱内, 当达到一定量时, 就可以刺激膀胱产生排尿的感觉, 最终被排出体外, 形成终尿。尿液分析仪是测定尿中某些化学成分自动化仪器, 它是医学实验室尿液自动化检查的重要工具, 具有操作简单、快速等优点。仪器在计算机的控制下通过收集、分析试带上各种试剂块的颜色信息, 并经过一系列信号转化, 最后输出测定的尿液中化学成分含量^[5]。尿液分析技术一般认为始于 20 世纪 50 年代, 其原理是反射光电比色法。常用的尿液分析仪结构包括机械系统、光学系统、电路控制系统、分析处理软件、显示和打印系统。尿液分析仪一般采用微电脑控制, 采用球面积分仪接受双波长反射光的方式测定试剂带上的颜色变化进行半定量测定^[6]。测定波长是被测试剂块的敏感特征波长, 另一种为参比波长, 被测试剂块的不敏感波长, 用于消除背景光和其他杂散光的影响。尿常规检查的项目, 包括尿液 pH 值、尿比重、尿渗透压, 尿内是否含有红细胞、白细胞、细菌、蛋白、葡萄糖、酮体等, 还可发现尿液内白细胞酯酶、亚硝酸盐、尿细胞学、尿脱落细胞学情况。

临床上较常见的尿常规, 可提示尿液中含有红细胞, 说明患者可能存在血尿, 如果肉眼看到尿液为红色, 说明红细胞数量已达到较高浓度, 通常称为肉眼血尿。如果肉眼观察无变化, 但尿常规内发现红细胞指标显著高于正常, 说明显微镜下能够发现大量红细胞, 提示可能存在肿瘤、感染、结石、结核等病变。若尿液中发现大量细菌, 说明尿液内可能存在感染, 同时结合亚硝酸盐、白细胞酯酶等, 进一步明确是否存在感染迹象^[7]。尿常规检查主要是通过尿液分析仪和显微镜人工镜检来进行分析检测的。尿常规对于泌尿系统疾病的检测以及糖尿病的筛查具有重大意义, 更是为许多疾病的诊断提供重要依据。在医院看病被要求检查每一项的内容都是有着一定的作用, 尿常规作为一种医院常规检查项目具有标本采集方便, 费用低等优点, 所以常作为医生给患者常规开具的检测项目。尿常规虽然是一种筛查手段, 但是通过尿液检查能看出很多的身体上面的问题, 主要是会发现泌尿系统的问题, 其它系统的问题对泌尿系统的影响也会出现尿常规的异常, 可见尿常规的检查是非常重要的。在很多时候, 患者到医院检查消化系统等其他疾病时, 医生都会要求病人做一个尿常规检查, 这对于诊断患者的身体内各项指标都有非常好的辅助作用, 也方便了医生对之后的治疗做出最好的治疗方案。但是在很多时候, 尿液被尿液检测仪检测时会受到很多外在因素的影响, 若检验样本没有及时检验, 可能就会有大量的细菌落入到样本中造成细菌滋生的现象, 一旦尿液的酸碱值被破坏, 那最终的检测结果准确性就会降低^[8]。

研究结果显示, 尿液在放置 60min 后与新鲜尿液对比, 其检验结果会发生改变; 尿液在常温下 20℃和冷藏 4℃的结果也变得不同, 在冷藏 4℃后的尿液检查的准确性更高。分析是因为, 在使用尿液分析仪对患者的尿液进行检测时, 必须要按照操作方法和操作流程来完成整个工作, 首先, 仪器的性能是其中一个原因, 在开机使用尿液分析仪前, 要注意检查仪器的完整性和功能是否正常, 在检测过程中也要保证仪器的正常运转。其次, 影响到检测结果的还有尿液样本的检测时间, 在本研究中, 60min 过后的尿液检测样本的结果偏差就比较大, 由此可以看出, 如果患者的尿液没有及时开始检测工作, 其尿液中的各种元素也会随之发生变化, 因此, 在样本送到尿液分析仪前, 要做好核对工作并及时检测, 检测人员要严格遵守样本应该检测的时间, 并做好存储工作, 在 1h 内完成检测^[9]。如果没有能够及时完成检测工作, 就要在尿液中添加防腐剂并使用冷藏的储藏方式对样本进行保存。再次, 还发现样本保存的温度也是其中一个重要影响因素,

在本研究中, 常温下 20℃和冷藏 4℃保存的样本检测结果都是不同的, 温度的上升会使得尿液中的各成分发生变化, 也更容易滋生细菌, 这些细菌会破坏尿液原本的 PH 值, 也会导致白细胞或其它因素发生变化, 因此, 尿液样本送检后, 要放置到适当的温度进行保存并及时检测, 如果不能立即检测, 就将样本放到冷藏 4℃的环境或者冷冻零下 20℃的环境中保存, 前者在 2h 内必须完成, 后者在 5h 内必须完成。

另外, 还有其他因素也会对检测结果造成误差。每个检测人员的操作流程是否规范会影响到检测结果, 如果在某一个环节出现失误, 那最后的检测结果可能都不太准, 因此, 在检测人员上岗之前, 要对其做好培训工作, 要求严格按照说明书和流程对尿液进行检验。仪器的性能也是影响检验结果的因素之一, 如果没有定期对其进行清洁维护, 反复使用就会被样本的检验产生误差, 因此, 应该由专门人员负责定期清洁维护尿液分析仪, 确保每次检验的性能都达到标准。另外, 患者本身的身体情况也是影响检验结果的因素之一, 例如女性采集者如果是在生理期, 就有可能可能会对尿液产生污染, 其结果也会变化, 因此, 在采集之前要仔细询问患者的详细信息, 在非经期进行采集, 所有患者都需要先清洁尿道口再采集。另外尿液在空气中停留太久也会影响到尿液的 PH 值^[10]。如果患者在检测之前服用了药物也会对检测结果产生影响, 某些药物会影响到患者的尿液红细胞值和白细胞值, 尿检中这些指标又是观察患者身体情况的重要指标, 因此, 在采集之前, 要询问患者是否服过相关药物。

综上所述, 在尿液检验中, 其结果能被很多因素影响, 不同时间和不同温度和以及患者自身的情况都能影响结果。为了保证尿液检验的准确性, 在这些影响因素前严格按照检验流程做到最准确的检验结果, 从而减少检验误差。

参考文献:

- [1]白刚.尿液潜血临床检验结果分析[J].中国医药指南,2022,20(04):97-100.
 - [2]胡文娟.影响尿液分析仪检验结果的因素分析[J].现代诊断与治疗,2022,33(01):107-110.
 - [3]李志越.尿液分析仪检验与显微镜红细胞计数检验在尿液隐血检验中的效果[J].中国医疗器械信息,2021,27(18):56-58.
 - [4]陈少仪.尿液分析仪检测用于糖尿病患者尿糖检验中的研究进展[J].中国医疗器械信息,2021,27(16):17-18+56.
 - [5]杨迪.影响尿液分析仪检验结果的因素分析[J].中国医疗器械信息,2021,27(14):71-72.
 - [6]孙宇曦.尿液潜血采用尿液分析仪和显微镜红细胞计数检验的效果[J].中国医疗器械信息,2021,27(13):146-147.
 - [7]路一平,丁孟霞,申倩,张莉.尿液分析仪与显微镜法对尿隐血检验的应用价值分析[J].智慧健康,2021,7(18):25-27.
 - [8]吕机械,翁宝川.尿液分析仪潜血检验与显微镜红细胞计数检验在尿液潜血检验中的应用价值[J].中国医疗器械信息,2021,27(06):54-55+132.
 - [9]王伟.尿液潜血检验中尿液分析仪、显微镜红细胞计数的应用效果探究[J].中国实用医药,2021,16(02):64-65.
 - [10]王莉.比较尿液分析仪潜血检验与显微镜红细胞计数检验方法在尿液潜血检验中的效果[J].中国医疗器械信息,2020,26(12):85-86.
- 项目编号: 210810154532088
- 课题名称: 关于建立韶关市梅毒确诊实验室的研究

分析多索茶碱联合噻托溴铵吸入剂治疗慢阻肺的临床效果

林万年

枞阳县人民医院 安徽铜陵 246701

摘要：目的 分析多索茶碱联合噻托溴铵吸入剂治疗慢阻肺的临床效果。方法 选取本院 2021 年 5 月—2022 年 4 月间收治的 80 例慢阻肺患者作为观察对象，采用等量电脑随机分组法，分为参照组（行单一治疗）和研究组（行联合治疗），各 40 例，比较应用效果。结果 治疗前，两组 FVC（用力呼气量）、FEV₁（第一秒用力呼气容积）、FEV₁/FVC（一秒率）等肺功能数值均较低，治疗后，均显著提升，但研究组高于参照组（P<0.05），研究组治疗总有效率高于参照组（P<0.05），研究组恶心、兴奋、失眠等不良反应发生率低于参照组（P<0.05），各项生活质量评分高于参照组（P<0.05）。结论 多索茶碱联合噻托溴铵吸入剂治疗效果更加突出，应用在慢阻肺患者中，有利于改善各项肺功指标，改善肺功能，减少不良反应，增强临床效果，改善身体功能，提高生活质量，具有推广价值。

关键词：多索茶碱；噻托溴铵；慢阻肺；肺功能；总有效率；不良反应

慢阻肺以气流受限为典型特征，病程长，进展缓慢，病情易反复发作，以慢性咳嗽为典型症状，伴随咳痰、气短、呼吸困难、胸闷等一系列症状，且存在一定遗传性。现阶段，慢阻肺与糖尿病等共同列入我国重大慢性疾病管理系统当中，据 CPHS 调查数据显示^[1]，我国有近 1 亿慢阻肺患者，其中四十岁以上慢阻肺患者占比 13.7%，且男性发病率高于女性，这主要与吸烟等不良因素有关，截止至 2020 年，本病在世界范围内，死亡原因位居第三，同时世界卫生组织表示，慢阻肺居世界疾病负担第五位，由此可见，慢阻肺死亡率仍然处于较高水平，且患者承担着巨大经济压力。慢阻肺多由内因、外因等多种因素导致，其中常见内因包括遗传、肺生长发育异常、哮喘、低体重指数、年龄增长等，外因包括吸烟、空气污染、粉尘、病毒及细菌感染、营养较差等，致病因素复杂，需明确致病因，积极治疗，控制病情，延缓病情进展。目前，多索茶碱、噻托溴铵是治疗慢阻肺常用药物，但单一用药与联合用药临床效果不一，基于此，本研究以本院患者为例，对不同治疗方案临床效果展开对比分析，现阐述如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取本院 2021 年 5 月—2022 年 4 月间收治的 80 例慢阻肺患者作为观察对象，采用等量电脑随机分组法，分为参照组和研究组，各 40 例。其中参照组男性 27 例，女性 13 例；最小 41 岁，最大 85 岁，平均年龄为（64.15±2.14）岁；最短病程 1 年，最长 8 年，平均病程为（4.17±0.12）年；急性加重期 I 期 21 例，II 期 19 例。研究组男性 25 例，女性 15 例；最小 42 岁，最大 84 岁，平均年龄为（64.18±2.15）岁；最短病程 2 年，最长 9 年，平均病程为（4.18±0.11）年；急性加重期 I 期 20 例，II 期 20 例。基本资料无较大差异（P>0.05），符合比较标准。

诊断标准：符合《慢性阻塞性肺疾病诊疗规范》（2011 年版）^[2]中有关慢阻肺诊断标准；均存在不同程度慢性咳嗽、咳痰、气短、呼吸困难、胸闷等临床表现。

纳入标准：符合多索茶碱、噻托溴铵治疗适应症，无过敏反应；知情实验内容，签署同意书；治疗依从性良好。

排除标准：无创机械通气治疗者；合并重症肺炎；需进行胸腔闭式引流治疗；近期有手术麻醉史；存在肺部手术史；酗酒；严重脏器损伤类疾病。

1.2 方法

所有患者均接受常规检查，并予以支气管舒张、镇咳、吸氧等基础治疗。

1.2.1 参照组

本组患者在基础治疗上予以多索茶碱治疗：予以多索茶碱注射液（生产厂商：浙江北生药业汉生制药有限公司；国药准字 H20040617）治疗，

取 300mg 本品，加入 100ml 生理盐水中，缓慢静脉滴注，每日一次，连续治疗一周。

1.2.2 研究组

本组患者在基础治疗基础上予以联合治疗：多索茶碱治疗与参照组相同，加以噻托溴铵粉（生产厂商：浙江仙琚制药股份有限公司；国药准字 H20090279）吸入治疗，剂量 18μg，早晨使用吸入器吸入，每天一次，连续治疗一个月。

1.3 观察指标

1.3.1 对比治疗效果：判定标准如下，显效：咳嗽、咳痰、气短等主观症状完全消失，肺功能改善，呼吸音清晰，可正常生活及自我管理，有效：咳嗽、咳痰、气短、肺功能临床症状明显改善，轻度影响生活，无效：咳嗽、气短等症状未改善，甚至加重，严重啰音，严重影响正常生活与工作，有效率=（总例数-无效例数）*%^[3]。

1.3.2 对比肺功能：分别于治疗前后评估肺功能，包括 FVC、FEV₁、FEV₁/FVC 三项指标^[4]。

1.3.3 对比生活质量：使用 SF-36 生活质量调查表，共 36 个条目，评估内容：社会能力、情绪情况、身体功能、活力等，各项共计 100 分，0 分表示最差，100 分表示最优，评分与其生活质量呈正比例关系^[5]。

1.3.4 对比不良反应：观察两组患者治疗期间出现恶心、兴奋、失眠等不良反应发生情况，计算并对比各项发生率^[6]。

1.4 统计学分析

采用 SPSS18.0 软件进行统计处理，采用方差同质性检验方法，变量资料以“t”计算用（ $\bar{x} \pm s$ ）示。定性数据用 χ^2 核实，以（%）表达。各组数据服从方差相同的正态分布，P<0.05 为有显著差异。

2 结果

2.1 比较两组治疗效果

研究组有效率高于参照组，组间差异明显（P<0.05）。详见表 1。

表 1 治疗效果对比[n（%）]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
研究组	40	30	9	1	97.50
参照组	40	20	13	7	82.50
χ^2	/	/	/	/	5.000
P	/	/	/	/	0.025

2.2 生活质量评分组间比较

研究组各项生活质量评分均高于参照组，组间差异明显（P<0.05）。

见表 2。

表 2 生活质量评分组间比较[（ $\bar{x} \pm s$ ），分]

组别	例数	社会能力	情绪情况	疼痛程度	身体功能	活力
研究组	40	88.50±3.75	82.42±2.56	87.01±2.55	88.26±3.24	80.43±2.11
参照组	40	85.26±3.47	80.07±2.49	84.39±2.31	84.22±2.28	77.50±2.92
t	/	4.552	4.162	4.816	6.449	5.144
P	/	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 比较两组不良反应

研究组不良反应发生率低于参照组，组间差异明显（P<0.05）。详见

表 3。

表 3 不良反应对比[n (%)]

组别	例数	恶心	兴奋	失眠	发生率
研究组	40	0	1	1	5.00
参照组	40	2	3	3	20.00
χ^2	/	/	/	/	4.114

表 4 肺功能指标比较[n ($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	FVC (L)		FEV ₁ (L)		FEV ₁ /FVC (%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	40	1.21±0.20	2.89±0.24	0.85±0.17	1.99±0.13	50.64±2.57	70.60±2.72
参照组	40	1.22±0.21	2.01±0.26	0.89±0.15	1.40±0.12	50.67±2.54	62.51±2.81
t	/	0.218	15.729	1.116	18.799	0.053	13.083
P	/	0.828	0.000	0.268	0.000	0.859	0.000

3 讨论

慢阻肺以呼吸系统症状为主，以咳嗽为首发症状，急性期咳嗽加重，痰液分泌量增加，痰液多呈白色，且痰液粘稠，多为脓性，不易咳出，劳动后出现气短、呼吸困难等症状，急性加重期可出现喘息。除肺脏表现外，肺外症状主要包括嗜睡、神志恍惚、食欲不振、体重减轻、营养不良等，多数患者合并其他肺脏疾病，死亡率较高，因此有效治疗方案对延缓病情进展至关重要。

急性期慢阻肺治疗以镇咳、化痰、纠正呼吸障碍、抗感染等为主，随着慢阻肺临床研究不断进展，治疗方案也在不断完善，除常规治疗外，相关治疗药物也得到广泛应用。多索茶碱、噻托溴铵吸入剂作为治疗慢阻肺一线药物，作用显著，二者联合应用，可叠加临床效果，快速缓解气促等急性期症状。其中多索茶碱对缓解呼吸困难有显著疗效，适用于支气管哮喘、支气管痉挛等呼吸系统疾病，其解痉平喘效果突出，本品属于甲基黄嘌呤衍生物，是临床常用支气管扩张剂，经静脉注射直接作用于平滑肌，起效快，作用平稳，对磷酸二酯酶合成起到显著抑制作用，促进平滑肌松弛，进而起到扩张支气管的目的，抑制哮喘，缓解气促等症状^[7]。同时，多索茶碱还有一定抗炎作用，减少感染，抑制痰液分泌，缓解咳嗽、咳痰等症状，长期应用，不会产生依赖性、耐药性。但如果剂量掌握不合理，可引发恶心、呕吐等副作用，严重可导致心律不齐，因此可通过联合用药并减少剂量的方式，提高治疗安全性，同时也有利于增强临床效果，缓解临床症状，提高生存质量。

噻托溴铵吸入剂通常用于慢阻肺维持治疗，同时对急性期发作也有一定预防作用，本品属于抗毒蕈碱药物，具有长效性、特异性等特点，药物经鼻吸入，迅速作用于支气管平滑肌，与毒蕈碱受体结合，同时也作用于副交感神经末端，抑制其胆碱能的释放，缓解呼吸障碍^[8]。其次，本品对毒蕈碱受体亚型 M1、蕈碱受体亚型 M5 具有较高亲和力，同时对 M3 受体具有可逆性抑制作用，松弛支气管平滑肌，且与 M3 受体解离速度较慢，解离半衰期较长，因此获得满意药效，药物作用可维持 24 小时以上，成为慢阻肺长效支气管扩张药，因此可适当减少多索茶碱应用剂量，以避免不良反应发生。其次，噻托溴铵作用具有选择性，仅限于支气管，可在获得镇咳祛痰、解痉平喘效果基础上，避免出现全身性抗胆碱能作用，因而不良反应发生率较低，即使出现轻微副作用，也可在短时间内自行缓解，由此可见，噻托溴铵在治疗慢阻肺中具有较高可行性与安全性。本品与多索茶碱联合应用，并对剂量进行适当调整，一方面发挥两种药物性协同作用，提高慢阻肺治疗效果，促进肺功能恢复，另一方面可减少大剂量多索茶碱带来的副作用，提高安全性^[9]。

本次研究将多索茶碱单一用药应用于参照组患者，与噻托溴铵联合用药运用于研究组患者，并从肺功能指标、不良反应、治疗总有效率、生活质量等方面入手，突出联合用药临床应用价值，并得出以下结论：

第一，本次研究中，治疗前，两组 FVC、FEV₁、FEV₁/FVC 等肺功能数值均较低，治疗后，两组肺功能指标均显著提升，但研究组高于参照组，说明联合用药可进一步调节肺功能指标，改善肺功能，缓解咳嗽、咳痰、呼吸困难等症状。某项研究对 2663 例急性期慢阻肺患者展开研究，分别予以噻托溴铵吸入剂和安慰剂治疗，研究显示，噻托溴铵吸入剂首次治疗后，三十分钟内 FVC、FEV₁ 数值显著提升，且作用可维持一天，治疗三天，可获得理想支气管扩张效应，一周后，可达到稳定药效学效果，同时

P / / / / 0.043

2.4 肺功能指标比较

治疗前，两组 FVC、FEV₁、FEV₁/FVC 等肺功能数值均较低，差异无统计学意义，治疗后，两组肺功能指标均显著提升，但研究组高于参照组，差异明显 (P<0.05)。见表 4。

本品对改善峰值呼吸流速也有显著作用^[10]。

第二，研究组治疗总有效率高于参照组，联合治疗下，显效 30 例，有效 9 例，无效 1 例，有效率 97.50%，单一治疗下，显效 20 例，有效 13 例，无效 7 例，有效率 82.50%，说明多索茶碱、噻托溴铵吸入剂联合治疗在慢阻肺患者中临床效果更加理想，而袁奇光在相关研究中^[11]也对以上两种治疗方案应用于慢阻肺患者中，其中联合组显效率明显高于单一组，与上述结论一致，证明本次研究具有一定合理性。

第三，研究组恶心、兴奋、失眠等不良反应发生率低于参照组，说明联合用药副作用更少，由于大剂量多索茶碱可导致心律不齐，严重可出现阵发性室颤等危险，且少数患者用药后，可出现恶心、呕吐、上腹不适、失眠等不良反应，如果与噻托溴铵吸入剂联合应用，可减少多索茶碱剂量，进而降低副作用发生风险。

第四，研究组各项生活质量评分均高于参照组，经积极治疗后，慢阻肺患者呼吸困难等症状得到明显改善，肺功能得到优化，减少病情对正常生活与工作的影响，有助于患者尽快回归正常状态，改善身体功能，同时对调节心理状态也起到积极影响，进而达到改善生活质量的目的。张卫琴在相关研究中^[12]也得出相同结论，为本研究提供有力支撑。

综上所述，多索茶碱联合噻托溴铵吸入剂治疗慢阻肺可取得显著临床效果，改善肺功能，减少不良反应，增强临床效果，提高生活质量值得临床推广和借鉴。

参考文献：

[1]刘君,张静,徐超.噻托溴铵联合多索茶碱在慢阻肺患者中的疗效及对呼吸阻抗的影响[J].中国医学创新,2022,19(6):127-130.

[2]王小军.多索茶碱联合噻托溴铵治疗慢阻肺患者的临床效果分析[J].中国现代药物应用,2021,15(24):1-3.

[3]王雪飞.多索茶碱与噻托溴铵粉联合治疗慢性阻塞性肺病的临床效果及对血清炎症因子的影响[J].黑龙江科学,2021,12(18):49-50+53.

[4]杜文娟.多索茶碱联合噻托溴铵粉治疗慢阻肺的临床效果观察[J].医学食疗与健康,2021,19(15):67-68.

[5]吴奇明,黄玉梅.多索茶碱联合噻托溴铵粉治疗慢阻肺的效果评价[J].中国现代医生,2021,59(16):64-67.

[6]蔡金文.多索茶碱、噻托溴铵粉联合治疗慢阻肺对其肺功能的影响分析[J].中国社区医师,2021,37(11):15-16.

[7]邹晓平.多索茶碱与噻托溴铵粉联合应用治疗慢阻肺患者对其肺功能的影响[J].当代医学,2021,27(9):133-135.

[8]马亮.注射用多索茶碱联合噻托溴铵粉雾化剂治疗慢性阻塞性肺疾病的临床效果[J].临床合理用药杂志,2020,13(35):50-51.

[9]戚玉清.多索茶碱与噻托溴铵粉联合治疗对慢阻肺患者肺功能的影响[J].系统医学,2020,5(21):86-88.

[10]陆兆双.多索茶碱与噻托溴铵粉联合治疗对慢阻肺患者肺功能的影响[J].现代养生,2020,20(25):61-62.

[11]袁奇光.多索茶碱与噻托溴铵粉联合治疗慢阻肺患者的临床疗效及对患者血清炎症因子的影响[J].医学理论与实践,2020,33(19):3193-3195.

[12]张卫琴.多索茶碱联合噻托溴铵粉治疗慢阻肺患者的疗效探讨[J].系统医学,2020,5(17):77-79.

银屑病与代谢综合征相关性的临床研究

何沅莉 李燕 黄忠奎^{通讯作者}

绵阳市中心医院 皮肤科 四川省绵阳市 621000

摘要：目的：探索银屑病患者代谢综合征的患病率，分析其临床数据，分析银屑病与代谢综合征的相关性。方法：以2021年1月至12月住院的银屑病患者为病例组，同期住院的带状疱疹患者为对照组，各157例，收集年龄、性别、身高、体重、血压、空腹血糖、甘油三酯、HDL、UA等临床数据，进行回顾性分析。结果：银屑病患者MS患病率为26.1%。病例组的MS、糖尿病、血脂异常、肥胖患病率较对照组升高，BMI、UA水平较对照组升高，HDL水平较对照组降低，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。血压及甘油三酯差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。结论：银屑病患者合并代谢综合征的患病率升高，在治疗银屑病时，我们应该注意代谢综合征及其合并症的防治。

关键词：银屑病；代谢综合征；糖尿病；血脂异常；肥胖

【Abstract】 Objective: To explore the prevalence of metabolic syndrome (MS) in psoriasis patients and analyze the laboratory findings.

Methods: We reviewed the records of the 157 psoriasis patients as case group and 157 patients with herpes zoster as control group admitted in the dermatological ward of MianYang Central Hospital from January to December 2021. Clinical indexes such as age, gender, height, weight, blood pressure, fasting blood-glucose, triglyceride, high density lipoprotein (HDL) levels, uric acid (UA) were measured and analyzed.

Results: The prevalence of metabolic syndrome with psoriasis was 26.1%. The case group had a higher prevalence of MS, diabetes, dyslipidemia, obesity compared with the control group. The case group had a higher level BMI, UA and a lower HDL than the control group ($P < 0.05$). There was no significant difference in the hypertension and triglyceride ($P > 0.05$).

Conclusion: There was a higher prevalence of MS in psoriasis patients. We should pay more attention to intervening and treating the MS and its components.

【Key words】 psoriasis; metabolic syndrome; diabetes; dyslipidemia; obesity

银屑病是免疫介导的一种慢性炎症性疾病，其患病率存在明显地区差异，世界范围内波动在0.36%-5.32%，中国约为0.47%，每年的发病率波动在0.03%-0.32%^[1]。既往认为银屑病主要表现为皮肤病变，偶可累及关节。近年来，国内外的大量研究提示银屑病患者较普通人群更易合并代谢性疾病，如血糖、血脂异常等。代谢综合征是以肥胖及胰岛素抵抗为中心的代谢紊乱症候群。本研究通过对2021年于我院住院的银屑病患者进行系统性回顾，从而探索绵阳地区银屑病患者合并代谢综合征的情况。

1. 资料与方法

1.1 资料来源

收集本院自2021年1月-2021年12月期间住院的银屑病及带状疱疹患者，银屑病患者为病例组，带状疱疹患者为对照组。纳入标准：符合银屑病及带状疱疹诊断；年龄大于18岁。排除标准：有代谢性疾病家族史；I型糖尿病患者；有严重心、肝、肾及严重内分泌科疾患；1月内服用免疫抑制剂、糖皮质激素、阿维A及调脂类药物；年龄小于18周岁。

1.2 数据采集

登记患者的性别、年龄、职业、既往病史、个人史、病程、身高、体重、体重指数（BMI）、收缩压（SBP）、舒张压（DBP）等基本信息。抽取血液标本，由我院检验科检测空腹血糖、甘油三酯（TG）、高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）、尿酸（UA）等。

1.3 MS诊断标准

据2005年国际糖尿病联盟（International Diabetes Federation, IDF）

关于代谢综合征的诊断标准，具备以下4项中的3项及以上者确诊为MS：超重和（或）肥胖， $BMI \geq 25.0 \text{ kg/m}^2$ ；高血糖， $FPG \geq 6.1 \text{ mmol/L}$ 和（或） $2 \text{ h PG} \geq 7.8 \text{ mmol/L}$ ，和（或）已确诊糖尿病并治疗者；高血压， $SBP/DBP > 140/90 \text{ mmHg}$ ，和（或）已确诊高血压并治疗者；血脂紊乱，空腹血 $TG \geq 1.7 \text{ mmol/L}$ ，和（或）空腹血 $HDL-C < 0.9 \text{ mmol/L}$ （男）或 $< 1.0 \text{ mmol/L}$ （女）。

1.4 统计学处理采用

采用IBM SPSS24.0进行统计分析。对所有变量进行Kolmogorov-Smirnov正态分布检验。服从正态的连续定量变量以均值和标准差（SD）表示，统计分析采用Student-t检验；不服从正态的连续定量变量以中位数四分位数M（Q）表示，统计分析采用Mann-Whitney U秩和检验，定性变量以百分比汇总，差异分析采用卡方检验。检验水准 $\alpha=0.05$ ，以 $P < 0.05$ 为具有统计学意义。

2 结果

2.1 一般情况

157例银屑病患者中男96例，61例，年龄18-88岁，平均 (51.87 ± 14.50) 岁。带状疱疹对照组男79例，女78例，年龄18-83岁，平均 (51.74 ± 15.03) 岁。银屑病病例组与带状疱疹对照组性别及年龄无统计学差异。

2.2 病例组与对照组MS及其组分患病率对比

结果提示，病例组中MS患病率（26.1%）较对照组（13.5%）升高， $P < 0.05$ ，卡方值为9.748，结果有统计学意义。MS组分中，病例组的糖尿

病、血脂异常、肥胖患病率较对照组升高，有统计学意义，高血压患病率差异无统计学意义。

病例组与对照组 MS 及其组分患病率分析

	对照组 (n=157)	实验组 (n=157)	P
MS (%)	21 (13.5)	41 (26.1)	0.008
高血压 (%)	34 (21.9)	48 (30.6)	0.109
糖尿病 (%)	14 (9.0)	30 (19.1)	0.017
血脂异常 (%)	57 (36.8)	78 (49.7)	0.029
尿酸升高 (%)	17 (11.0)	35 (22.3)	0.011
肥胖 (%)	42 (27.1)	64 (40.8)	0.015

2.3 病例组与对照组临床数据对比

经比较，病例组 BMI、尿酸水平较对照组升高，HDL 水平降低，差异有统计学意义。收缩压、舒张压、甘油三酯、空腹血糖差异无统计学差异。

病例组与对照组临床数据对比

	对照组 (n=157)	实验组 (n=157)	P
收缩压	124.00 (113.00, 134.50)	125.00 (115.00, 140.00)	0.069
舒张压	80.10 (10.02)	79.45 (10.64)	0.578
BMI	23.03 (3.25)	24.25 (3.53)	0.002
TG	1.39 (1.03, 1.84)	1.34 (1.01, 2.04)	0.899
HDL	1.18 (1.00, 1.35)	1.12 (0.91, 1.31)	0.039
FBG	5.00 (4.56, 5.60)	4.99 (4.56, 5.70)	0.985
UA	281.00 (228.50, 339.00)	344.00 (269.70, 397.10)	<0.001

3 讨论

目前国内外大量研究已证明银屑病患者代谢综合征的患病率明显升高，但各个国家地区代谢综合征的患病率差异较大，既往研究指出银屑病患者合并 MS 的患病率在新西兰、印度、南非、中国分别为 43%、71%、52.4%、30.8%²⁻⁵。我们的研究中银屑病患者 MS 的患病率约为 26.1%。本研究发现，与对照组相比，银屑病患者的糖尿病、血脂异常、肥胖的患病率升高，BMI、尿酸水平升高，HDL 水平降低，两组差异有统计学意义。高血压患病率、甘油三酯水平差异无统计学意义。中国的一项对 859 例银屑病患者的回顾性研究发现，银屑病患者 MS 的发病率约 14.3%，对比于健康对照组，病例组的肥胖/超重、血脂异常、高血糖的患病率更高，两组

高血压的患病率无明显差异⁶。

有较多的研究发现，在银屑病及代谢性疾病发病过程中有共同的细胞因子，这可能是银屑病患者代谢综合征患病率升高的原因。银屑病的发病机制涉及了多种细胞因子的参与，比如 IL-17、肿瘤坏死因子-α (TNF-α)、IL-22、IL-23 等⁷。IL-17、TNF-α、IL-22 等细胞因子拮抗剂已被应用于临床，有效的治疗银屑病。IL-17 在炎症、胰岛素抵抗及糖尿病中发挥重要作用¹⁰，而抗 IL-17 的单克隆抗体司库奇尤单抗在国内外已广泛用于银屑病的治疗，对司库奇尤单抗治疗效果较好的银屑病患者，其平均体重、BMI 及腹围均有下降。

综上，银屑病患者更易合并代谢综合征，但其机制还需要进一步的探索。临床上，我们在关注银屑病患者皮疹、关节、心理情况的同时，还需要加强其血糖、血脂、体重等代谢性指标的监测，加强健康宣传，尽量降低 MS 的发病率，尽早诊断及治疗已经存在的代谢性疾病。

参考文献:

[1]Parisi R, Iskandar IYK, Kontopantelis E, et al.Global Psoriasis Atlas. National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study[J].BMJ, 2020, 369: m1590.

[2]Jadhav N, Nadkarni N, Patil S. A Study on the Association of Psoriasis with Metabolic Disorders[J].Assoc Physicians India, 2019, 67 (4): 52-54.

[3]Goolam Mahyooddeen N, Crowther NJ, Snyman T, et al. High burden of the metabolic syndrome and its component disorders in South Africans with psoriasis[J]. Int J Dermatol, 2019, 58 (5): 557-562.

[4]Paschoal RS, Silva DA, Cardili RN, et al. Metabolic syndrome, C-reactive protein and cardiovascular risk in psoriasis patients: a cross-sectional study[J]. An Bras Dermatol, 2018, 93 (2): 222-228.

[5]张洲, 王雅清, 安佳旭, 等. 银屑病合并代谢综合征的临床研究[J]. 内蒙古医科大学学报, 2018, 40 (03): 207-210.

[6]Gui XY, Yu XL, Jin HZ, et al. Prevalence of metabolic syndrome in Chinese psoriasis patients: A hospital-based cross-sectional study[J]. Diabetes Investig, 2018, 9 (1): 39-43.

[7]Boehncke WH. Etiology and Pathogenesis of Psoriasis[J]. Rheum Dis Clin North Am, 2015, 41 (4): 665-75.

[8]李影, 王柳苑, 李源, 等. 银屑病患者合并代谢性疾病调查分析及其胰岛素抵抗状态评估[J]. 皮肤性病诊疗学杂志, 2013, 20(5): 318-320.

[9]Gyldenlove M, Storgaard H, Holst JJ, et al. Patients with psoriasis are insulin resistant[J]. Am Acad Dermatol, 2015, 72 (4): 599-605.

[10]Abdel-Moneim A, Bakery HH, Allam G. The potential pathogenic role of IL-17/Th17 cells in both type 1 and type 2 diabetes mellitus[J]. Biomed Pharmacother, 2018, 101: 287-292.

基金项目: 绵阳市中心医院院级课题 计划编号: 2020YJ12; 2020YJ14

多索茶碱与氨茶碱治疗支气管哮喘临床疗效的对比观察

刘福莉

黄骅市人民医院 河北黄骅 061100

摘要：目的：对比在支气管哮喘疾病治疗中多索茶碱与氨茶碱治疗方法所取得的治疗效果。方法：92例支气管哮喘患者，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（氨茶碱治疗法）和观察组（多索茶碱），各46例。结果：临床症状消失时间观察组低于对照组，肺功能指标治疗后观察组高于对照组，不良反应发生率观察组低于对照组， PaCO_2 指标实验组低于对照组， PaO_2 、 SpO_2 指标实验组高于对照组，治疗有效率观察组高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：在支气管哮喘疾病临床治疗中，多索茶碱治疗方法所取得的治疗效果好于氨茶碱治疗方法，有助于缩短患者的临床症状消失时间，改善肺功能指标，预防患者出现较多的不良反应，疾病临床治疗效果突出。

关键词：支气管哮喘；多索茶碱；氨茶碱；肺功能指标；不良反应；治疗效果

近年来，受环境的不断恶化所致，从而导致支气管哮喘疾病发病率呈现出逐年上升趋势，作为一种呼吸系统疾病，发病人群主要集中在中老年人群中，引发该种疾病的产生原因较为复杂，受遗传因素和环境因素影响所致，临床上相关的研究结果显示诱发该种疾病的产生受尘螨引发所致，患者的临床症状主要表现为胸闷、咳嗽和喘息等^[1]。在发病之后若不能及时进入到医院中接受治疗，将会严重威胁患者的身体健康。因此，在患有支气管哮喘疾病之后患者应尽早接受治疗，以防止加重患者的病情，改善患者的肺功能指标，提升疾病临床治疗效果^[2]。目前，在支气管哮喘疾病中最为常用的治疗方法为药物治疗法，常用治疗药物为多索茶碱和氨茶碱两种，但是临床上对于何种药物治疗方法更为显著尚未提出定论，本文选取于2020年1月份-2021年12月份在医院中接受治疗的92例支气管哮喘患者作为研究对象，对比两种治疗方法所取得的治疗效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

92例支气管哮喘患者，病例选取时间为2020年1月份-2021年12月份，随机分组。对照组46例，男23例，女23例，32-74（51.3±2.5）岁；发病时间1-4（2.5±0.6）年。观察组46例，男24例，女22例，33-75（52.4±2.8）岁；发病时间1-5（2.7±0.5）年。两组资料无差异（ $P>0.05$ ）。纳入标准：①所有患者均被诊断为支气管哮喘疾病；②具备认知能力，无精神疾病者；③知情本次研究活动，并自愿参与。排除标准：①不能正常同患者进行沟通，神志不清者；②严重器质性疾病者；③对本次治疗用药过敏者；④合并支气管及其他气管疾病者；⑤处于哺乳期及孕妇者；⑥合并急性心肌梗塞疾病者。

1.2 方法

两组患者在入院之后，对患者实施禁烟及吸氧治疗，同时给予患者祛痰及抗感染治疗，纠正酸碱平衡，对电解质进行有效的维持。

对照组，氨茶碱治疗法，给予患者氨茶碱注射液，静脉滴注，每日0.5-1g，使用50%的葡萄糖注射液将0.125g-0.25g的氨茶碱注射液进行稀释至20-40ml，将注射的时间控制在 >10 分钟，连续治疗1周。

观察组，多索茶碱治疗法，给予患者多索茶碱注射液，静脉滴注，每

次200mg，每日2次，使用25%的葡萄糖注射液将药液稀释成40ml，将注射的时间控制在 >20 分钟，连续治疗1周。

1.3 观察指标

（1）临床症状消失时间，包括咳嗽、咳痰、喘息、哮鸣音三项指标。（2）肺功能指标，包括FVC（用力呼吸肺活量）、PEF（呼气峰流速）、FEV1（1s用力呼气容积）三项指标。（3）不良反应发生率，包括失眠烦躁、恶心呕吐、心悸胸闷、胃部不适四项指标。（4）血气指标，包括 PaCO_2 （动脉血二氧化碳分压）、 PaO_2 （动脉血压分压）、 SpO_2 （血氧饱和度）三项指标。（5）治疗效果，显效：患者的咳嗽、咳痰、喘息、哮鸣音临床症状消失，相对比治疗前第一秒用力呼气容积增加35%；有效：患者的咳嗽、咳痰、喘息、哮鸣音临床症状明显改善，相对比治疗前第一秒用力呼气容积增加25%-35%；无效：患者的咳嗽、咳痰、喘息、哮鸣音临床症状未改善，相对比治疗前第一秒用力呼气容积未增加^[3]。

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 临床症状消失时间

临床症状消失时间观察组低于对照组（ $P<0.05$ ）。

表1 临床症状消失时间（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别 (n=46)	咳嗽 (d)	咳痰 (d)	喘息 (d)	哮鸣音 (d)
观察组	5.32±2.52	3.12±1.11	5.22±1.21	4.93±1.54
对照组	7.23±3.42	4.58±2.11	6.14±2.63	7.26±1.35
t 值	3.049	4.153	2.155	7.716
P 值	0.003	0.000	0.034	0.000

2.2 肺功能指标

肺功能指标治疗前两组对比无差异（ $P>0.05$ ）；肺功能指标治疗后观察组高于对照组（ $P<0.05$ ）。

表2 肺功能指标（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别 (n=46)	FVC (L)		PEF (L/min)		FEV1 (%)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	2.34±0.34	3.06±0.47	1.74±0.26	2.72±0.35	62.47±1.64	73.14±2.15
对照组	2.33±0.28	2.64±0.44	1.73±0.33	2.03±0.32	62.52±1.71	66.55±1.22
t 值	0.154	4.425	0.161	9.868	0.143	18.081
P 值	0.878	0.000	0.872	0.000	0.887	0.000

2.3 不良反应发生率

不良反应发生率观察组低于对照组（ $P<0.05$ ）。

表 3 不良反应发生率[n (%)]

组别 (n=46)	失眠烦躁	恶心呕吐	心悸胸 闷	胃部不 适	总发生率
观察组	1 (2.17)	1 (2.17)	1 (2.17)	1 (2.17)	4 (8.70)
对照组	3 (6.52)	3 (6.52)	3 (6.52)	2 (4.35)	11(23.91)

表 4 血气指标变化对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别 (n=46)	PaCO ₂ (mmHg)		PaO ₂ (mmol·L ⁻¹)		SpO ₂ (%)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	72.34±5.42	37.96±3.52	55.98±4.16	88.23±4.22	68.42±3.52	92.13±4.25
对照组	72.43±4.25	55.02±4.12	56.64±4.22	73.65±3.42	67.25±3.23	80.16±4.42
t 值	0.089	21.352	0.755	18.205	1.661	13.240
P 值	0.930	0.000	0.452	0.000	0.100	0.000

2.5 治疗效果

治疗有效率观察组高于对照组 (P<0.05)。

表 5 治疗效果[n (%)]

组别 (n=46)	显效	有效	无效	有效率
观察组	32 (69.57)	11 (23.91)	3 (6.52)	43 (93.48)
对照组	15 (32.61)	21 (45.65)	10 (21.74)	36 (78.26)
X ² 值				4.389
P 值				0.036

3 讨论

支气管哮喘作为临床上一种发病率较高的疾病，之所以会出现该种疾病受气道高反应性有直接关系，在患病之后患者的临床症状主要表现为胸闷、气促、喘息及咳嗽等症状，疾病的高发期为清晨时期及夜间时期，临床上有相关的研究结果显示，哮喘疾病在近年来发病率呈现出逐年上升趋势，疾病整体治疗效果不好^[4]。在医学上将支气管哮喘疾病纳入到慢性炎症性疾病范畴中，经过多年来的研究提出，引发该种疾病的产生受变应原、遗传因素、促发因素引发所致，在患病之后有很多的患者会合并有哮喘音呼气性呼吸困难症状，还有一部分患者会出现胸闷及咳嗽等症^[5]，一些病情较为严重的患者还会出现咳大量白色泡沫痰及干咳等症状，甚至还会出现发绀症状。截至目前，在全球范围内患有哮喘疾病的患者数量高达 1.6 亿人，但是能够完全控制住患者病情的概率仅为 5%^[6]。因此，在患病之后应尽早接受治疗，以避免延误治疗而加重患者的病情。

在支气管哮喘疾病治疗中，建议对患者实施长期的抗炎治疗，当前，在支气管哮喘疾病治疗中最为常用的治疗方法为药物治疗方法，临床上常用的治疗药物包括多索茶碱和氨茶碱两种，其中，多索茶碱作为一种于甲基黄嘌呤的衍生物，同时也是一种支气管扩张剂药物，对平滑肌细胞中的磷酸二酯酶会造成抑制，使平滑肌更为松弛，对哮喘具有抑制性作用，对支气管平滑肌痉挛具有松弛功效^[7]。多索茶碱同时也是新一代的甲基黄嘌呤衍生物，在疾病治疗中应用，可通过多种途径来将呼吸道痉挛解除掉，使呼吸道高反应性得以降低，对多种炎症介质因子的释放具有控制作用，对呼吸道慢性炎症的发展具有控制作用，同时还能够对呼吸道平滑肌内磷酸二酯酶激活蛋白酶造成控制，促使呼吸张力及细胞中的钙离子浓度得以降低^[8]。

氨茶碱被广泛应用于支气管哮喘疾病治疗中，在临床上的应用年限较长，但是该种药物的治疗窗比较窄，对支气管平滑肌具有松弛作用，有助于扩张支气管，增加肺活量，所产生的作用比较持久，有助于改善患者的痉挛状态，同时对冠状动脉具有扩张作用，心肌供血量明显增加，心脏收缩力明显增强，但是也会导致患者出现较多的不良反应^[9]。氨茶碱的药理作用来自于茶碱，不仅能够松弛胆道及肠道，同时对支气管平滑肌具有松弛作用，同时缓解了患者的支气管黏膜的水肿及充血。另外，临床上还有

X ² 值	3.903
P 值	0.048

2.4 血气指标变化对比

血气指标两组治疗前对比无差异 (P>0.05)；PaCO₂ 指标实验组低于对照组，PaO₂、SpO₂ 指标实验组高于对照组 (P<0.05)。

相关的研究结果显示，当氨茶碱的血药浓度>20ug/ml 时，会加快患者的心率，从而引发患者出现较多的不良反应^[10]。

本文研究结果显示，临床症状消失时间观察组低于对照组，肺功能指标治疗后观察组高于对照组，不良反应发生率观察组低于对照组，PaCO₂ 指标实验组低于对照组，PaO₂、SpO₂ 指标实验组高于对照组，治疗有效率观察组高于对照组 (P<0.05)。从以上研究结果中可见，在支气管哮喘疾病治疗中建议应用多索茶碱治疗法，两种药物在药物类型中属于同类药物，两者之间所展现出来的区别为生物活性及分子结构出现改变，在生物活性上多索茶碱更强，并且所产生的副作用也比较轻，而氨茶碱药物在实际的应用过程中所产生的副作用比较多，极容易导致患者出现较多的不良反应。多索茶碱治疗方法相比于氨茶碱治疗方法临床治疗效果更为突出，平喘功效更为显著，促使心排出量得以增加，肾小球滤过率提升，对肾小管的钠离子重吸收具有抑制作用，有助于帮助患者利尿。相较于氨茶碱药物，多索茶碱对患者平滑肌所产生的作用是氨茶碱的 10 倍以上，患者临床症状得到了明显的缓解，并且不会对患者的心率产生极大的影响，有助于预防患者出现较多的不良反应。

综上所述，在支气管哮喘疾病临床治疗中，多索茶碱治疗法所取得的治疗效果好于氨茶碱治疗方法，有助于缩短患者的临床症状消失时间，改善肺功能指标，预防患者出现较多的不良反应，疾病临床治疗效果突出。

参考文献：

[1]张本凤.多索茶碱与氨茶碱治疗支气管哮喘临床疗效的对比观察[J].中国保健营养,2017,27(12):237.

[2]韩秀华.多索茶碱与氨茶碱治疗支气管哮喘临床疗效的对比观察[J].中国保健营养,2016,26(20):113.

[3]唐红艳.多索茶碱与氨茶碱治疗支气管哮喘临床疗效的对比观察[J].中国医药指南,2019,17(9):102-103.

[4]李学军.多索茶碱与氨茶碱治疗支气管哮喘临床疗效的对比观察[J].当代医学,2021,27(3):121-122.

[5]刘东梅.多索茶碱与氨茶碱治疗支气管哮喘临床疗效的对比观察[J].医学信息,2017,30(6):132-133.

[6]易历文.多索茶碱与氨茶碱治疗支气管哮喘临床疗效的对比观察[J].心理医生,2017,23(23):64-65.

[7]卜烨.多索茶碱与氨茶碱治疗支气管哮喘临床疗效的对比观察[J].中国处方药,2016,14(11):63-64.

[8]王天彪.多索茶碱与氨茶碱治疗支气管哮喘临床疗效的对比观察[J].心理医生,2018,24(33):43.

[9]祁玉婷.多索茶碱与氨茶碱治疗支气管哮喘临床疗效的对比观察[J].中国保健营养,2016,26(11):78-78.

[10]薛峰.多索茶碱与氨茶碱治疗支气管哮喘临床疗效的对比观察[J].健康前沿,2016,23(10):174.

保留乳头乳晕的乳腺癌改良根治术治疗乳腺癌的有效性及安全性探讨

黄蕾 吴丰雪

苏州市中西医结合医院普外科 江苏苏州 215000

摘要：目的：观察保留乳头乳晕的乳腺癌改良根治术治疗乳腺癌的有效性及安全性，分析其较传统乳腺癌改良根治术的优越性。方法：选择 2018 年 06 月~2020 年 06 月期间，我院甲乳外科收治的 60 例早期乳腺癌患者作为实验观察对象，根据手术方案的不同将患者分为传统乳腺癌改良根治术组（对照组）30 例，和保留乳头乳晕的乳腺癌改良根治术（观察组）30 例，观察两组患者手术相关并发症发生情况、乳房美容效果、术后淋巴结复发率、远处转移率、生存率及生存质量。结果：经对观察组患者术后术区感染、皮瓣坏死、脂肪液化、皮下积液及上肢水肿发生率进行统计，统计结果与对照组患者统计结果比较无明显差异（ $P>0.05$ ）；术后 6 个月，经对观察组患者乳房美容优良率进行统计，统计结果 96.67%与对照组患者统计结果 73.33%展开比较明显更高（ $P<0.05$ ）；术后对患者进行为期 2 年追踪随访，经对两组患者腋窝淋巴结复发率、锁骨上淋巴结复发率、远处转移率及生存率进行统计，组间无差异（ $P>0.05$ ）；术后 12 个月，经对两组患者 FACT-G 各维度，即生理状况、社会家庭状况、情感状况及功能状况评分进行统计，观察组患者统计结果与对照组患者统计结果比较明显比更高（ $P<0.05$ ）。结论：保留乳头乳晕的乳腺癌改良根治术治疗乳腺癌，能够获得与传统乳腺癌改良根治术相似的治疗效果及安全性，但前者能够获得更好的乳房美容学效果，提高患者的生存质量，具有更高的临床应用价值，值得推广。

关键词：保留乳头乳晕；乳腺癌改良根治术；乳腺癌；有效性；安全性

乳腺癌是妇女比较常见的恶性肿瘤之一，我国乳腺癌的发病率已跃居女性肿瘤的前两位，且近年来其发病率仍呈现出上升的趋势，严重威胁广大妇女的身心健康及生命安全。随着现代科学技术的发展，乳腺癌的早期诊断及规范化治疗已取得了显著的成绩，早期乳腺癌的检出率逐渐升高，经过科学的治疗后患者的生存周期得到显著的延长^[1]。以往临床上主要通过全乳切除术对患者进行治疗，手术创伤较长，术后乳房的缺失、畸形还会给患者带来巨大的心理压力，严重影响患者的生存质量^[2]，乳头乳晕复合体是乳腺的重要组成部分，保留乳腺癌手术患者的乳头乳晕并对乳房进行重建，是患者术后的迫切需求^[3]，但对于保留乳头乳晕复合体是否存在肿瘤残留复发的风险相关研究较少^[4]，为进一步探究保留乳头乳晕的乳腺癌改良根治术治疗乳腺癌的有效性及安全性，此次研究选择我院甲乳外科收治的 60 例早期乳腺癌患者作为观察对象展开以下实验观察：

1. 资料和方法

1.1 临床资料

选择 2018 年 06 月~2020 年 06 月期间，我院甲乳外科收治的 60 例早期乳腺癌患者作为实验观察对象，根据手术方案的不同将患者分为传统乳腺癌改良根治术组（对照组）30 例，对照组中所有患者均为女性，年龄 32~63 岁，平均年龄（48.21±4.29）岁，肿瘤直径（2.18±0.43）cm，肿瘤位置：内上象限 4 例，内下象限 7 例，外上象限 14 例，外下象限 5 例；临床分期：0 期 4 例，I 期 21 例，IIa 期 5 例；保留乳头乳晕的乳腺癌改良根治术（观察组）30 例，观察组所有患者均为女性，年龄 31~62 岁，平均年龄（48.49±4.35）岁，肿瘤直径（2.23±0.47）cm，肿瘤位置：内上象限 3 例，内下象限 9 例，外上象限 15 例，外下象限 3 例；临床分期：0 期 5 例，I 期 21 例，IIa 期 4 例，经统计学软件对两组资料涉及到的数据进行分析，平衡性良好（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：①经手术病理检查患者均确诊为早期乳腺癌，临床分期处于 0 期、I 期、IIa 期，均具备乳腺根治术相关指征，ASA 分级 I~II 级，肿瘤为单发，最长直径≤4cm，且与胸肌及表面皮肤无粘连，并到边缘距离距离乳晕≥3cm。②对患者的乳头、乳晕部位进行检查，无癌浸润征象，乳晕皮肤无病变损伤，乳头无内陷、溢血或溢液现象，影像学检查，肿瘤与乳头、乳晕之间无异常阴影连接。排除标准：①没有其他肿瘤疾病的患者。②合并有严重心、肺、肝、肾等重要脏器疾病的患者。③术后随访时失去联系的患者。

1.2 方法

观察组患者进行保留乳头乳晕的乳腺癌改良根治术治疗：麻醉起效

后，在患者的乳腺肿瘤上方做一 2cm 宽的梭形小切口，切口距离病灶边至少 2cm，经此切口，逐步切除病灶上方皮肤、周围正常组织与腺体，病理组织进行快速冰冻病理检查，明确病灶性质为恶性，且明确肿瘤与乳头与乳晕复合体距离≥3cm 后，取患者上、下、内、外及乳晕后 5 个点腺体活冰冻检查切缘无肿瘤侵犯。用电刀进行锐性分类、游离皮瓣，乳头、乳晕游离时，使用刀片进行操作，避免灼伤，在保留乳头乳晕的前提下，对患者腋窝的淋巴结进行清扫，若发现病理性肿大淋巴结，则将大部分皮下组织、腋窝淋巴结脂肪组织及筋膜进行切除并送病理检查，将腋窝清扫至 I、II 站淋巴结水平。对患者乳腺进行重建塑形，参照健侧乳房的形态，将扩张型背扩肌脂肪瓣填充入患者的术侧乳房皮瓣下，调整位置和形态后进行缝合固定，术毕，在腋下放置引流管负压吸引。

对照组患者进行传统乳腺癌改良根治术治疗：麻醉起效后，在患者的乳腺肿瘤上方做一 2cm 宽的梭形小切口，切口距离病灶边至少 2cm，将病灶与肿瘤周围 2cm 内的正常组织或腺体进行切除，确保切口长轴与乳头连线为放射状，使用电刀游离乳头乳晕，将除乳头乳晕以外的全部乳腺组织（包括胸大肌表面与胸肌筋膜外侧缘）进行切除，清扫腋窝淋巴结，术毕，在腋下放置引流管负压吸引。

1.3 观察指标

观察两组患者手术相关并发症发生情况、乳房美容效果、术后局部淋巴结复发率、远处转移率、生存率及生存质量。

术后 6 个月，两组患者的乳房美容效果进行评估，评估标准：①优：术侧乳房与健侧乳房大小基本相同，肤色无差异，位置对称，两个乳头的水平距离≤20mm，手感与健侧乳房无明显差异，患者自觉满意。②良：术侧乳房外观及肤色基本正常，大小与健侧乳房相差不多，两个乳头的水平距离相差 20~30mm，着装后双乳无差异，手感与健侧乳房相比略有差异，患者自觉较为满意或还可以。③差：术侧乳房与健侧乳房明显不对称，再造乳房变形明显，术侧乳房皮肤增厚、粗糙，手感较差，与健侧乳房存在明显差异，两乳头水平距离>30mm，着装后双乳存在明显差异，患者非常不满意。

使用乳腺癌治疗功能评价系统量表体系中的共性模块量表（FACT-G），与术后 12 个月，对两组患者的生存质量进行量化评估，该共包括 27 个条目，涉及到患者的生理状况、社会家庭状况、情感状况及功能状况 4 个维度，评分越高，患者的生存质量越佳。

1.4 数据处理

本文相关的数据分析由 IBM SPSS Statistics 21.0 统计软件包展开处

理,利用均数±标准差 ($\bar{x}\pm S$) 显示计量学指标,两两比较进行 t 检验,利用百分比 (%) 显示计数指标,两两比较进行 χ^2 检验,检验结果:以 $P<0.05$ 表示差异具有显著性。

2. 结果

2.1 两组患者术后并发症发生率比较

经对观察组患者术后术区感染、皮瓣坏死、脂肪液化、皮下积液及上肢水肿发生率进行统计,统计结果与对照组患者统计结果比较无明显差异 ($P>0.05$),数据见表 1:

表 1 患者术后并发症发生率比较[n (%)]

组别	例数	术区感染	皮瓣坏死	脂肪液化	皮下积液	上肢水肿
对照组	30	3 (10.00)	3 (10.00)	2 (6.67)	4 (13.33)	5 (16.67)
观察组	30	2 (6.67)	1 (3.33)	3 (10.00)	3 (10.00)	3 (10.00)
χ^2		0.218	1.071	0.218	0.162	0.577
P		0.640	0.301	0.640	0.688	0.468

2.2 两组患者术后 6 个月乳房美容效果比较

术后 6 个月,经对观察组患者乳房美容优良率进行统计,统计结果 96.67%与对照组患者统计结果 73.33%展开比较明显更高 ($P<0.05$),见表

表 3 两组患者术后 6 个月生活生存评分比较 ($\bar{x}\pm S$; 分)

组别	例数	生理状况	社会家庭状况	情感状况	功能状况	总分
对照组	30	17.38±3.02	25.71±3.42	11.45±2.48	20.36±2.73	72.72±7.64
观察组	30	20.17±2.53	29.65±3.07	16.37±2.14	25.72±3.12	86.85±9.76
t		3.879	4.696	8.227	7.081	6.244
P		0.001	0.001	0.001	0.001	0.001

3. 讨论

外科手术是临床上治疗早期乳腺癌的主要手段,传统的乳腺癌改良根治术能够有效的切除患者的肿瘤组织,治疗效果确切,但该术式对患者造成的创伤较大,术后乳房美观度较低^[5],给患者(特别是年轻患者)带来巨大的心理压力,严重影响患者的生存质量,保证治疗效果的同时注重恢复乳房美观形态已成为当今乳腺癌外科治疗的趋势^[6]。保留乳头乳晕的改良根治术能够最大程度保留患者术后乳房的形态,满足患者对形体美观的需求,消除患者因丧失乳房带来的心理压力和障碍^[7],此次研究我院对保留乳头乳晕的乳腺癌改良根治术治疗乳腺癌的有效性 & 安全性展开挂才能,结果显示:经对观察组患者术后并发症发生率与对照组患者比较无明显差异 ($P>0.05$),术后对患者进行为期 2 年追踪随访,经对两组患者腋窝淋巴结复发率、锁骨上淋巴结复发率、远处转移率及生存率进行统计,组间无差异 ($P>0.05$),说明保留乳头乳晕并不会对患者术后并发症发生风险产生影响,也不会增加患者局部复发和转移风险,肿瘤治疗效果是安全可靠的;术后 6 个月,观察组患者乳房美容优良率明显高于对照组患者, ($P<0.05$),术后 12 个月,观察组患者 FACT-G 各维度,即生理状况、社会家庭状况、情感状况及功能状况评分均显著高于对照组患者 ($P<0.05$),说明该手术方案能够更好的保障患者的乳房美观,在治疗肿瘤的同时兼顾患者的美容心理效应,满足患者的心理需求,提升患者术后生存质量^[8]。由此可见,保留乳头乳晕的乳腺癌改良根治术是相对安全可靠的,既能保证肿瘤治疗的有效性和安全性,又能改善患者术后乳头乳晕的美观、知觉及敏感度等,从而获得最佳的治疗效果^[9]。

综上所述:保留乳头乳晕的乳腺癌改良根治术治疗乳腺癌,能够获得与传统乳腺癌改良根治术相似的治疗效果 & 安全性,但前者能够获得更好的乳房美容学效果,同时满足患者肿瘤治疗及形体美学两个方面的需求,能够显著提升患者的生存质量,是一种安全、可靠、美容效果好的手术治疗方案,具有更高的临床应用价值,值得临床推广。

2:

表 2 两组患者术后 6 个月乳房美容效果比较[n (%)]

组别	例数	优	良	差	优良率
对照组	30	7 (23.33)	14 (46.67)	8 (26.67)	22 (73.33)
观察组	30	19 (63.33)	10 (33.33)	1 (3.33)	29 (96.67)
χ^2					6.405
P					0.011

2.3 两组患者术后局部淋巴结复发率、远处转移率及生存率比较

术后对患者进行为期 2 年追踪随访,经对两组患者腋窝淋巴结复发率、锁骨上淋巴结复发率、远处转移率及生存率进行统计,组间无差异 ($P>0.05$),详细数据见表 3:

表 3 两组患者术后局部淋巴结复发率、远处转移率及生存率比较[n (%)]

组别	例数	腋窝淋巴结复发	锁骨上淋巴结复发	远处转移	生存率
对照组	30	2 (6.67)	1 (3.33)	1 (3.33)	27
观察组	30	1 (3.33)	1 (3.33)	2 (6.67)	28
χ^2		0.351	0.000	0.351	0.218
P		0.554	1.000	0.554	0.640

2.2 两组患者术后 12 个月生存质量评分比较

术后 12 个月,经对两组患者 FACT-G 各维度,即生理状况、社会家庭状况、情感状况及功能状况评分进行统计,观察组患者统计结果与对照组患者统计结果比较明显比更高 ($P<0.05$),详细数据见表 3:

表 3 两组患者术后 6 个月生活生存评分比较 ($\bar{x}\pm S$; 分)

组别	例数	生理状况	社会家庭状况	情感状况	功能状况	总分
对照组	30	17.38±3.02	25.71±3.42	11.45±2.48	20.36±2.73	72.72±7.64
观察组	30	20.17±2.53	29.65±3.07	16.37±2.14	25.72±3.12	86.85±9.76
t		3.879	4.696	8.227	7.081	6.244
P		0.001	0.001	0.001	0.001	0.001

参考文献:

[1]成小立. 保留乳头乳晕改良根治术对早期乳腺癌的影响[J]. 江西医药, 2021, 56 (7): 1001-1003.

[2]湛和权. 放射状切口保留乳头乳晕复合体乳腺癌改良根治术联合 I 期假体植入重建术治疗乳腺癌效果观察[J]. 河南医学研究, 2021, 30 (8): 1418-1420.

[3]张松涛. 保留乳头乳晕改良根治术对乳腺癌患者远处转移率和生命质量的影响[J]. 现代诊断与治疗, 2021, 32 (7): 1086-1087.

[4]孙萍, 梁栋. 保留乳头乳晕改良根治术联合假体置入术对早中期乳腺癌患者免疫功能及负性情绪的影响[J]. 中国临床医生杂志, 2018, 46 (4): 453-456.

[5]李国明, 刘宝胤. 腔镜下保留乳头乳晕的改良根治术及乳房 I 期重建在早期乳腺癌中的应用价值[J]. 腹腔镜外科杂志, 2021, 26 (7): 525-529.

[6]侯毅, 胡光伟, 赵艳, 等. 环乳晕入路保留乳头乳晕乳腺癌改良根治术在早期乳腺癌患者中的应用效果分析[J]. 四川解剖学杂志, 2019, 27 (4): 68-69.

[7]陈岚, 罗桃. 早期乳腺癌保留乳头乳晕复合体的皮下乳腺癌改良根治术效果及并发症防治[J]. 中外医学研究, 2015 (3): 131-132.

[8]沈治祥, 夏玉峰, 王厚明, 等. 经腋窝乳腔镜辅助小切口与传统改良根治术在早期乳腺癌保留乳头乳晕复合体根治术中的应用[J]. 中医临床研究, 2021, 13 (33): 116-118.

[9]吕为良. 环乳晕入路保留乳头乳晕乳腺癌改良根治术治疗早期乳腺癌患者的临床效果[J]. 中国民康医学, 2020, 32 (5): 21-23.

作者简介: 黄蕾, 性别: 女, 出生年月: 19880420, 籍贯: 山东, 民族: 汉族, 学历: 硕士, 职称: 初级职称。

心血管超声检查在临床中的应用及其发展

高丽芳 张艳 陶瑞红

华北医疗健康集团石家庄华药医院 超声科 050000

摘要：目的 研究心血管超声检查在临床治疗中的应用及其发展；方法 此次研究主要通过两种方法选取 2019 年 6 月至 2020 年 6 月在我院进行心血管超声检查的所有患者中的 200 位进行研究分析来进行具体细致的分析与研究，分别是实验对比法和患者临床资料分析法；首先实验对比法的实验对象选取患者中的 100 位，观察这 100 位患者是否运用超声医学并用其技术来诊断是否患有心脑血管疾病的一个统计分析；其次患者临床资料分析法是在研究期间随机抽取在我院接受治疗的 100 位患者临床资料来判断中心血管超声检查在临床治疗中的的作用大与否，记录所有信息做出归纳总结，共收集得到有效数据 200 份；最后通过对心血管超声检查这项技术的概念；对比试验、患者临床资料分析的结果数据和应用价值及其发展这些部分来进行讨论与分析；结果 此次研究中实验对比法部分有效采集到我院 100 名患者的对比实验数据；患者临床资料部分采集到 100 份有效信息，共计 200 人的有效数据信息，通过数据信息分析到心血管超声检查在临床治疗中的起到极为重要的作用，其之间的差异显著且 $P < 0.05$ 具有统计学意义。有很高的应用价值和研究价值。结论 此次研究根据实验对比法和患者临床资料分析法采集得到有效数据 200 份来分析在临床上心血管超声检查在治疗心脑血管病时具有很重要的应用价值，值得医院普及推广。

关键词：心血管超声；临床；应用；价值；发展

心血管超声检查包括常规超声心动图检查、颈部动静脉、腹腔动静脉、肾动脉、四肢大动脉及深静脉系的形态结构、血流动力学检查。超声心动图检查系将超声探头置于胸壁、食管内，对立体的心脏进行无数切面扫描、综合分析心脏各结构的位置、形态、活动与血流特点，从而获得心血管疾病的解剖、生理、病理及血流动力学诊断资料。近年来食管内超声、血管内超声、心血管三维超声成像技术的发展，进一步拓宽其应用范围，大大提高了诊断敏感性与特异性。心血管的超声检查可以了解心脏的结构大小。室壁的运动情况以及各房室瓣儿。开闭状态和功能情况。也可以了解瓣膜的结构。还可以反映心肌收缩情况及心功能情况。也可以明确大血管结构功能状态。其可以诊断出以下病症：（1）先天性心血管结构异常。（2）心瓣膜病变。（3）应用于高血压心脏病、肺源性心脏病等及心腔内血栓形成。（4）颈动脉、腹主动脉、肾动脉、四肢大动脉的内膜病变、斑块形成或狭窄等病变；头颈、腹腔及四肢静脉的血栓形成、扩张、畸形等病变。因此心血管超声检查以其无创性、准确性、便捷性不受地域限制，深受广大患者和家属的积极支持，那么心脑血管疾病的治疗和预防中运用心血管超声检查的技术来诊断病症起到什么有利作用？拥有怎样的应用价值和发展趋势？本次研究将围绕实验对比法和患者临床资料分析法来归纳总结与分析探究，详情如下：

1. 资料与方法

1.1 患者资料

本次研究选择 2019 年 6 月至 2020 年 6 月在我院进行心血管超声检查的所有患者的 200 人包括男患者 115 人和女患者 85 人作为研究分析的对象，采用实验对比法和患者临床资料分析法的两种研究方法来进行统一分析与讨论，其中这位两种方式各 100 人，且在实验对比法和收集患者临床资料中均已得到所有医务人员和患者的同意。被研究对象基础资料详细数据见表 1。

表 1 患者基础资料数据

	男	女	总计
实验对比法	50	50	100
患者资料分析法	65	35	100
总计	115	85	200

1.2 研究方法

选择 2019 年 6 月至 2020 年 6 月在我院进行心血管超声检查的所有患者的 200 人采用实验对比法和患者临床资料分析的研究方法来进行统一分析与讨论。（1）实验对比法为本次研究人员抽取我院患者共计 100 人，对患者进行观察治疗时是否使用心血管超声检查病情或用来预防疾病的发生，所有患者均对此研究表示尊重和理解，且认为这种治疗方式对于心脑血管病的重要性，最后收到有效信息资料 100 份；（2）患者临床资料选取在我院 2019 年 6 月至 2020 年 6 月治疗的心脑血管病的患者中的 100 名进

行追踪治疗过程，记录相关资料信息分析，从而得出心脑血管疾病患者在治疗时采用心血管超声技术有明显治疗作用和预防疾病的作用且认为此技术具有较为重要作用的人数统计。

1.3 结论

此次研究通过对我院 2019 年 6 月至 2020 年 6 月范围内进行心血管超声检查的所有患者的 200 人采用实验对比法和患者临床资料分析的研究方法得出有效结论为：在临床上对于心脑血管病进行检查治疗时采用心血管超声技术检查具有很重要的应用价值，此研究证明了心血管超声检查的重要性。以上为本次研究所需要的所有资料和运用到的方法，此研究完全按照国家相关规定、符合医院规章制度且得到医护人员和患者的谅解与同意。此技术具有推广和研究价值。

2. 研究结果

2.1 实验对比法结果

在实验对比中，研究人员在我院 2019 年 6 月至 2020 年 6 月期间进行心血管超声技术检查的 100 位患者的检查信息进行分析，其主要是针对患者在治疗过程前或过程中运用心血管超声技术的人数统计和对此超声技术来预防心脑血管疾病的结果统计，最后记录到有效资料 100 份。具体数据如下：

2.1.1 运用心血管超声检查的患者结果

在此次实验对比研究中采集到的 100 位患者有效信息，这 100 位患者中有 88 位运用心血管超声检查来进行心脑血管疾病的诊断包括男患者 50 位和女患者 38 位，并有 12 位患者包括男患者 8 位和 4 位女患者虽未用此技术但也肯定了其技术在诊断心脑血管并和预防疾病上起的重要作用，共有 100 份记录数据，其之间的差异显著且 $P < 0.05$ 详细数据见表 2：

表 2 运用心血管超声检查的患者统计

	男	女	共计	占比
心血管超声	50	38	88	88%
其他	8	4	12	12%
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.1.2 患者预防心血管疾病结果

在此次实验对比研究中采集到的 100 位患者有效信息，这 100 位患者中 88 位运用心血管超声检查来进行心脑血管疾病的患者中的 80 位进行疾病诊断并得到了很好的预防效果，并有 8 位患者运用了此技术但认为其技术在诊断心脑血管并和预防疾病上起的作用不是必要，共有 88 份记录数据，其之间的差异显著且 $P < 0.05$ 详细数据见表 3：

表 3 运用心血管超声检查的患者统计数据

	患者	占比
效果佳	80	90%
不必要	8	9%

共计	88	-
P	<0.05	<0.05

2.2 患者临床资料分析结果

在收集我院 2019 年 6 月至 2020 年 6 月期间进行心血管超声技术检查的患者资料中, 研究人员共收集到有效资料 100 份, 对患者进行追踪治疗方案, 治疗过程, 治疗结果, 并记录相关资料信息进行分析得出心脑血管病患者在治疗时采用心血管超声检查有明显预防作用且具有较为重要作用的人数较多, 共有 13 位患者运用了此技术很好的预防疾病、共 25 位患者治疗中运用心血管超声检查但不认为它对于结果来说具有相对重要作用或持中立态度, 其他 62 位运用此技术且肯定此检查技术具有很重要的作用和应用价值, 数据之间的差异显著且 $P<0.05$ 详细数据见表 4;

表 4 患者临床资料统计数据

	患者	占比
预防	13	13%
肯定	62	62%
其他	25	25%
P	<0.05	<0.05

2.3 结论

本次研究通过对我院 2019 年 6 月至 2020 年 6 月范围内的患者共计 200 人其男患者 115 和女患者 85 人采用实验对比法和患者临床资料分析的研究方法的结果统计得出结论为: 在临床上对于心血管超声检查诊断疾病时中共有 142 人认为其重要性较大; 共有 80 名患者采用心血管超声检查诊断出疾病并取得显著效果; 以超声技术诊断心脑血管疾病, 是患者治疗的必要选择, 并且我们知道这种治疗方法能有效的预防疾病或治疗疾病产生积极影响, 改变了传统治疗中不能很准确的诊断心脑血管疾病的弊端, 而且准确率特别的高, 在患者家属中有积极影响。表明此项研究成功的分析了心血管超声检查在临床治疗中的应用价值, 具有极其重要的意义, 有效证明了超声检查在医疗事业上的重要作用。

3. 心血管超声检查在临床治疗中的发展

众所周知, 现社会阶段心脑血管疾病影响着人们的生活, 在层次不穷的更新换代之后超声检查在治疗一些内部疾病上发挥着重要的作用, 在治疗心脑血管病上运用心血管超声能及时发现预防疾病的发生, 且完整的心脏超声诊断活动, 应该有效反应患者大血管以及心脏等全部疾病, 其内容应该包含有病因诊断、血流动力学诊断、心脏功能的预测、病理解剖与诊断等, 甚至还应该根据某些疾病的特征性超声征象, 提示某些病理诊断。例如血栓、粘液瘤等疾病。在心血管超声检查的方法上主要有 B 型、M 型、多普勒超声三种, 其中 B 型超声是最基础、最重要的检查模式, 它能清晰、直观显示心脏各个断面的解剖结构、空间位置、毗邻关系和活动特点, 在其引导下, 对感兴趣区采用 M 型超声心动图进行取样, 可精确测量心脏各房室大小、室壁厚度, 测定心功能等。在二维实时图像上启动彩色多普勒模式, 可显示心脏大血管血流方向, 了解瓣膜狭窄、关闭不全、心内分流等异常处的血流状态。同时选择频谱多普勒测量其流速, 分析血流时相和血流性质。总之, 以上三种方法联合应用, 可大大提高心血管疾病的诊断准确率。在诊断过程中, 一定要首先注意临床治疗中的常见病, 当临床常见病不能完全解释患者临床现象时, 那么也不要忽视地方病或者少见病的存在。当超声诊断结果十分可疑时, 但是却有足够的依据时, 需要根据实际检查结果可能性的大小, 对患者提出提示性的诊断、不肯定的诊断以及不排除某种疾病的诊断, 或者要向患者提出相关建议, 通过超声随访等相关活动进一步检查之后, 为患者临床活动提供参考。综上所述, 针对于常见的心血管疾病超声诊断工作而言, 该诊断对于患者临床治疗有着十分重要的意义, 通过疾病诊断、病理学诊断、鉴别诊断等明确患者临床病情。在超声诊断中, 能够用一个诊断概括患者诊断情况的, 不要使用第二个, 如果不能完全解释患者临床现象, 那么便需要考虑患者是否存在少见病或者地方病。最后, 在完成超声诊断工作后, 还需要明确患者临床症状, 为临床治疗顺利开展提供保障。也在我国临床治疗上发展呈稳定上升趋势发展, 适合我国现阶段治疗发展现状, 在我国不断进步的医疗行业中此技术必将迎来更加便利, 更加科技的进步, 位实现科学信息化医学

治疗环境奠定良好基础。

4. 总结

综上所述, 应用超声方法配合和指引各种介入治疗如独窄解膜球囊扩张术, 心房、心室间隔缺损补片闭合术, 动脉导管栓诸术等, 是另一方面的新进展, 超声诊断方法可以发现并跟踪导管尖端及球囊, 所合补片、及栓堵物等在心腔及血管内的位置及其状态, 并能及时发现术后残余分流。有利于及时救治。超声在此范围的应用也需要不断改进和提高。超声诊断所用的高频低强度超声波具有组小生物改应, 而低频高强度超声波具有机械拍动、空化、细胞内摄流及热效应等作用, 通过上述作[1]可击碎钙化、斑块、消融血栓等。实验表明, 超声击毁斑块后的碎片, 明足小于激光作用的碎片, 大小为 $18\sim13.8\mu\text{m}$ 。95% $<9\mu\text{m}$, 并体局部如管弹控增加, 有利于随后的机械扩张处理, 超声治疗虽不成熟, 但在动物实验及初级临床研究中, 在可直的成果, 可望将来会有发展, 况且在我国医疗水平不断发展的现社会中, 超声检查处于一个越来越重要的地位, 不仅在疾病筛查与预防具有极高的应用价值, 且包括其他方面的筛查与诊断也做出同样重要的贡献, 我国的临床医学在不断进步, 在此之后超声检查技术会越来越科技化, 简便化, 但不可否认其在医学上起到重要的作用, 也会朝着更好的方向发展。因此本文是对我院 2019 年 6 月至 2020 年 6 月范围内的所有进行心血管超声技术检查的患者中抽取得到共计 200 人的研究分析结果, 期间采用实验对比法和患者临床资料数据统计分析的研究方法来进行分析与讨论, 且此次研究均已得到所有患者和家属的同意, 符合相关规定和程序, 经过得出的结果数据分析有效证实本文研究在心血管超声检查在临床治疗中的应用价值及其发展具有重要的积极作用, 应用超声技术是现在发展的必然结果, 为我国医疗事业贡献一份力量, 为心脑血管病等内部疾病的治疗研究起到推动作用, 此研究均已得到所有患者和家属的支持与谅解, 同样他们为此研究做出的贡献可观, 在此感谢所有患者及研究人员的配合和付出!

参考文献:

[1]王永清, 宋慧茹.彩色多普勒超声对心血管疾病的话诊断价值[J].中国医药指南, 2013, 11 (3): 85-86.

[2]闫玉华, 裴云涛.超声心动图诊断 36 例糖尿病引发的的心血管疾病[J].现代诊断与治疗, 2010, 21 (6): 368 - 369.

[3]黄光民.北京、上海、深圳 3 个城市 2435 人心血管功能随即测试及其测试方法的研究和应用[J].中国临床康复 2007, 10 (4): 3

[4]刘会玲, 刘克霞.超声心动图在肝细胞移植治疗心脏病中的应用[J].中国组织工程研究与临床康复 2007;11 (28) 29

[5]张璐, 刘加强, 智光, 等.掌上心脏彩色超声在老年心血管病患者中的应用价值[J].中华老年心脑血管病杂志 2016;18 (9): 930-933

[6]王最星.心血管超声对心血管疾病诊断的作用[J].中西医结合心血管病电子杂志.2016;4 (13) 70-71

[7]鞠萍, 孙红光.急诊床旁超声心动图在心血管疾病诊断中的应用价值[J].中国循证心血管医学杂志.2016;8 (7): 820-822

[8]徐改春, 王志敏, 李 忠, 等.心血管超声对心血管疾病诊断的应用分析[J].中国实用医刊, 2016;43 (8): 32-33

[9]刘海宁, 罗朋立.超声心动图在慢性肾脏病患者心血管疾病筛查中的应用 J.中国老年学杂志.2016;36 (23): 5878-5880

[10]本刊编辑部 我国超声诊断先驱者: 著名的超声专家徐智章教授.中华医学超声杂志 (电子版), 2013 (7): 522-524

[11]王亚林, 郭瑞强.彩色多普勒超声心动图对冠心病的诊断价值 138 例分析[J].2007, (6) .

[12]于倩, 李丽, 左秀英, 等.心电图及超声心动图对冠状动脉三支病变的分析[J].2015, (19) .

[12]A, Martínez Noguera [Quo vadis ultrasonography?]. . Radiologia, 1, 50 (6): 533

[12]M J, McLoughlin [The course of ultrasonography]. . Radiologia, 1, 51 (3): 339

[12]E Ia, Baran, V I, Sapsai [Clinical diagnosis using supersonic waves]. . Meditsinskaia sestra, 1969, 28 (4): 48-49

无痛支气管镜与常规支气管镜在呼吸疾病中的应用探讨

刘福莉

黄骅市人民医院 呼吸内科 061100

摘要:目的 探究无痛支气管镜与常规支气管镜在呼吸疾病治疗中的重要性及应用价值。方法 首先本文将通过概述无痛支气管镜与常规支气管镜的区别和优点,其次围绕呼吸疾病治疗主题展开实行实验对比的研究方法和患者及家属在呼吸疾病治疗中的满意度进行统计与分析其应用价值;整个研究中选取的是2021年11月至2022年05月期间内所有在我院治疗呼吸疾病患者中的200名和家属100名进行实验对比法和满意度统计法这两项研究方法来分析探讨;最后得出结果并展开最后讨论。结果 通过对我院2021年11月至2022年05月期间的呼吸疾病患者中的200名和家属100名进行统计与分析得出:无痛支气管镜与常规支气管镜在呼吸疾病治疗中起到至关重要的作用以及其在临床治疗中应用价值极高的结果,其中200位患者中分出无痛组100名和常规组100名进行实验对比法研究,无痛组中患者相较于常规组患者从操作到进入气管内的时间明显缩短($P<0.05$),且无痛组的患者血压、心率等在操作过程中较平缓,相较于常规组有明显差距($P<0.05$),然常规组的患者在过程中慌张的情绪、呛咳等状况发生次数较无痛组来说有明显提高;满意度调查中同样采集的是实验对比法中的200位患者参与其中和家属100位进行统计;其数据差异显著且 $P<0.05$,具有统计学意义和研究价值;结论 本文通过对无痛支气管镜与常规支气管镜在呼吸疾病治疗中的重要性及应用价值展开具体的研究,得到无痛支气管镜相较于常规支气管镜对于患者来说更舒适,能安抚患者不安的情绪,具有安全性和无痛性的决定性优点,此结果不但对我国呼吸疾病的研究起到推动作用且具有一定的研究意义和推广价值,也为普通人普及了其相关知识,研究实验过程取得所有患者和家属的一致认同,增进了医疗工作者和患者之间的友好关系,对我国医疗事业做出贡献,最后致谢全体工作人员。

关键词: 无痛支气管镜;常规支气管镜;呼吸疾病;应用;探讨

支气管镜检查是利用直径约0.58公分的支气管镜,在施行咽喉局部麻醉后,经由口腔放入或由鼻腔放入或由气管切开口放入支气管进行诊断疾病的一种治疗检查方式,支气管镜分为常规支气管镜包括纤维支气管镜、电子支气管镜等和新型无痛支气管镜,广泛应用于临床治疗除在呼吸系统疾病诊断方面取得很大进展之外,在治疗方面也得到广泛应用,包括摘取异物、清除呼吸道分泌物、支气管肺泡灌洗(BAL)的治疗、经纤支镜注射药物治疗肿瘤等各种呼吸疾病;本文中所述的无痛支气管镜检查是在麻醉医生的帮助下,通过给患者静脉注入一些镇静、镇痛的药物和麻醉药品,使患者在浅睡眠的过程当中完成这项检查。做完以后患者会很快苏醒,没有痛苦。因此这种麻醉检查方式我们称之为无痛支气管镜检查。做支气管镜的时间可根据患者病情来决定。那么无痛支气管镜与常规支气管镜在呼吸疾病治疗中具有怎样的对比实验结果?患者及家属对于这两项不同的检查方式又有什么评价?本次研究将主要围绕实验对比法和满意度统计的方式来进行研究讨论分析,具体研究内容如下文所示:

1 资料与方法

1.1 患者资料

选取我院2021年11月至2022年05月期间治疗呼吸疾病患者中的200名和家属100名来进行实验对比的研究方法和患者及家属在呼吸疾病治疗中的满意度统计,其中200位患者总体平均年龄在 $52(\pm 0.3)$ 岁,男性患者有123位,平均年龄 $49(\pm 0.02)$ 岁,占有患者的62%;女性患者有77位平均年龄在 $58(\pm 0.08)$ 岁,占有患者的38%。由此可看出呼吸疾病在男性患者中发病率较高。具体患者数据统计见表1:

表1 患者统计数据

	男	女	总计
人数	123	77	200
占比	62%	38%	-

1.2 研究方法

本文采用实验对比法和满意度统计来研究分析主题内容:(1)实验对比法是选取特定人群分为两组来对比实验得出相应结果,本文选取得是我院2021年11月至2022年05月期间治疗呼吸疾病患者中的200名,运用无痛支气管镜的患者为无痛组共100名和运用常规支气管镜的患者为常规组共100名进行心率、血压、呼吸等方面进行实验对比法研究;(2)满意度统计则是选取特定人群统计他们是否满意或接纳、认可此项检查、治疗得结果做出人数统计,本文选取得是我院2021年11月至2022年05月期间治疗呼吸疾病患者中的200名也就是继续采用实验对比法中的200位患者和家属100名统计他们对与无痛支气管镜与常规支气管镜治疗的看法及满意度统计,同时家属也分为使用无痛支气管镜患者家属的50位和常

规支气管镜患者家属50位。共收集到有效数据500份,分别是实验对比中得200位患者数据和满意度调查中的患者和家属300份。虽实验对比法中的200为患者同样也是调查满意度中的患者但并不影响此次研究结果,以上为本次研究运用到的所有方法。

1.3 结论

本次研究通过对我院2021年11月至2022年05月期间治疗呼吸疾病患者和家属共计300人采用了实验对比法和满意度调查统计的方式得出结论:无论是无痛支气管镜还是常规支气管镜都是目前呼吸疾病治疗中最重要的一环,就看患者更接受哪一种诊断或治疗方式,以此证明这两种检查方式都存在重要的应用价值,本次研究中所有方法均已得到所有医院部门同意和患者及家属的友好支持,符合医院规章制度和国家相关法律规定,具有研究价值、产生积极效果。

2 结果

2.1 实验对比法结果

在实验对比中,研究人员在2021年11月至2022年05月期间治疗呼吸疾病患者的200位患者进行分组,分为无痛组100人和常规组100人,并对各组人员的心率的快慢、血压的高低和呼吸急缓等方面来进行对比分析,有效数据共200份;具体结果数据如下:

2.1.1 心率对比结果

在此次实验对比研究中采集到的200位患者有效信息,在心率的对比实验中发现,无痛组的100位中产生心律不齐现象的患者仅有12位,而常规组中心率不齐的患者高达70位,共占总人数的41%,由此可见使用无痛支气管镜的患者更加能稳定自己的心率,减少痛苦,增加给患者耐受性;共有200份有效数据,其之间的差异显著且 $P<0.05$ 详细数据见表2:

表2 心率对比数据

	心率平稳	心律不齐	共计
无痛组	88	12	100
常规组	30	70	100
共计	118	82	200
占比	59%	41%	-
P	<0.05	<0.05	-

2.1.2 血压对比结果

在此次实验对比研究中采集到的200位患者有效信息,在患者血压的对比实验中发现,无痛组的100位中产生血压高低异常现象的患者有32位,而常规组中血压不正常的患者有58位,共占总人数的45%;由此可见使用无痛支气管镜的患者血压较常规组患者来说更为稳定;共有200份有效数据,其之间的差异显著且 $P<0.05$ 详细数据见表3:

表 3 血压对比数据

	血压稳定	血压异常	共计
无痛组	68	32	100
常规组	42	58	100
共计	110	90	200
占比	55%	45%	-
P	<0.05	<0.05	-

2.1.3 呼吸对比结果

在此次实验对比研究中采集到的 200 位患者有效信息，在患者呼吸急缓的对比实验中发现，无痛组的 100 位中呼吸急促的患者有 28 位，而常规组中呼吸急促的患者有 62 位，共占总人数的 45%；由此可见使用无痛支气管镜的患者在呼吸上较常规组患者来说更为平稳；共有 200 份有效数据，其之间的差异显著且 $P<0.05$ 详细数据见表 4；

表 4 呼吸对比数据

	呼吸平稳	呼吸急促	共计
无痛组	72	28	100
常规组	38	62	100
共计	110	90	200
占比	55%	45%	-
P	<0.05	<0.05	-

2.2 满意度统计结果

满意度调查是研究人员在 2021 年 11 月至 2022 年 05 月期间治疗的所有呼吸疾病患者中抽取的 200 位患者（此患者位实验对比法中的 200 位）和 100 位家属进行满意度收集，100 为家属分为 50 位无痛支气管镜的患者家属和 50 位常规支气管镜的患者家属分别对无痛支气管镜的满意度人数和常规支气管镜的满意度人数进行统计分析，有效数据共 300 份；具体结果数据如下：

2.2.1 患者满意度统计结果

在调查患者满意度中收集到有效数据 200 份（此患者位实验对比法中的 200 位），患者运用无痛支气管镜的 100 人中共有 89 为患者满意此项检查治疗方法，其他 11 位持中立态度；在运用常规支气管镜的 100 位患者中有 31 人满意此检查法，其余 69 人则不满意此方法并表示排斥，由此可见对于无痛组的患者较常规组的患者来说更能接受，满意度高且得到有效数据共计 200 份，其之间的差异显著且 $P<0.05$ ，详细数据见表 5；

表 5 患者满意度统计数据

	满意	不满意/排斥	共计
无痛组	89	11	100
常规组	31	69	100
共计	120	80	200
占比	60%	40%	-
P	<0.05	<0.05	-

2.2.2 家属满意度统计结果

在调查家属满意度中收集到有效数据 100 份，家属随同患者治疗或检查深刻体会到患者的痛苦程度，因此运用无痛支气管镜的患者家属的 50 位中共有 41 位家属人认同此方法表示满意态度，在运用常规支气管镜的 50 位患者家属中有 15 位满意此方法，且得到有效数据共计 100 份，其之间的差异显著且 $P<0.05$ ，详细数据见表：

表 6 家属满意度统计数据

	满意	不满意/排斥	共计
无痛组	41	9	50
常规组	15	35	50
共计	56	44	100
占比	56%	44%	-
P	<0.05	<0.05	-

2.3 结论

本研究采用实验对比法和满意度调查法对我院 2021 年 11 月至 2022 年 05 月期间治疗呼吸疾病患者 200 位和家属 100 位进行研究分析与探讨。

结论得出：在实验对比法中从三方面心率、血压、呼吸的对比结果表明无痛组的患者更加能稳定自己心率和呼吸，相较于常规组更为安全性和稳定性，其无痛的特点是最重要的，使患者处于放松状态，也让家属更为放心；在满意度调查中无痛支气管镜的患者明显比常规支气管镜的患者满意度更大，且家属也是同样数据，因此在治疗呼吸疾病时使用无痛支气管镜的患者较大于使用常规支气管镜的患者；这两项检查同为呼吸道疾病诊断与治疗的重要手段，都较为重要，但此研究表明二者具有普明显差距不管是患者还是家属方面都偏向于在治疗或检查中使用无痛的方法来减轻患者痛苦降低风险和提高安全性。此项研究成功的探讨出了无痛支气管镜与常规支气管镜在呼吸疾病治疗中的应用价值，具有极其重要的作用并在我国呼吸疾病检查上起到积极的作用。

3. 讨论与总结

综上所述，支气管镜在临床上发挥着重要的作用，同时随着此技术的不断成熟，应用范围也在不断扩大，不仅在呼吸疾病上有它的一席之地，且在其他现代医疗治疗中也崭露头角，为广大患者和家属带来更便利更安全更舒适的治疗环境，在进行检查前的患者更要谨遵医嘱至少需禁食四小时以上，以避免操作时误呛导致肺炎。检查后两个小时内，因为局部麻醉药效未退，应避免进食（包括喝水），以免造成误呛，如两小时后喝水不会呛到才可进食，如有接受切片检查者，术后可能会有短暂少量的血痰或咳血，属正常的现象。在无痛支气管镜检查中患者处于麻醉状态，并无痛感，更具安全、便捷、低风险，因此深受患者和家属的好评和支持，本文结合其概念研究结果数据和讨论对支气管镜在呼吸系统疾病中的临床应用价值和进展进行了有益的探讨，又有实验对比法和满意度调查法的统计结果更加肯定的证明了此次研究的目的，随着医疗技术的不断革新，无痛支气管镜的地位不断升高，其他更便利的治疗方式也会出现，越来越科技化的治疗手段也为信息化医疗建设做出贡献，为我国医疗事业增加新的力量！

参考文献：

[1]廖松林，王惠英. 100 例纤维支气管镜活检的病理形态学研究[J]北京医学院学报，1985，17（3）：187-189.

[2]Udaya BSP. Advances in bronchoscopic procedures. Chest, 1999, 116: 1403.

[3]吴江，朱丽蓉. 纤维支气管镜治疗胸部术后继发性肺不张 41 例分析[J]中国内镜杂志，1997，3（5）：57.

[4]Hanson RR, et al. Transbronchial biopsy via flexible fiberoptic bronchoscope: Results in 164 Patients. Am Rev Resp Dis 1976; 114: 67.

[5]史皆然，米建新，倪殿诗等. 经纤维支气管镜确诊的 567 例中心型肺癌分析[J]中国内镜杂志，2001，7（5）：3-4.

[6]骆静，刘杰. 支气管镜在呼吸系统疾病活检应用中的护理 [J]人人健康，2016，（6）：156

[7]孟要武，张丹，易锦发，等. 单纯性支气管内膜结核的纤维支气管镜检查分析，第一军医大学学报，2005.25（5）：591--592

[8]韩炳森，纤维支气管镜的临床应用进展，临床肺科杂志，1999，4（3）：157-158

[9]袁小玲侯襄河，高绍衍等. 纤维支气管镜对不典型支气管异物的诊断及治疗评价，中国内镜杂志，2005.11（1）：93-100

[10]张耀亭，杨柳，张清华，纤维支气管镜对吸入损伤的检查及治疗. 临床肺科杂志. 2002.7（4）：74.

[11]宋一波，谭世繁，曾涛，经纤维支气管镜肺活检肺弥漫性病变 42 例临床分析、山西医药杂志. 2005，34（4）：335-336

[12]栗毅，吴亚梅. 纤维支气管镜在呼吸衰竭患者机械通气治疗中应用价值探讨，重庆医学 2005.34（11）：1667-1672

[13]黄信刚郑东元，周淮英. 支气管结核的临床纤维支气管镜分析，中国内镜杂志，2005.11（6）：611-613

[14]俊闭通艺贾世隆纤维支气管镜在肺肿瘤诊断治疗中的应用进展，广西医学 2003.25（9）：1697-1699

分析阴道分泌物对尿常规检验结果的影响

王盼

保定市第三中心医院、检验科 071000

摘要：目的：探讨女性阴道分泌液在临床检查中的作用及应对措施。方法：选择我院 2020 年九月至 2021 年九月间住院的 90 名妇产科病人，按尿样取样的方式将其分成两组，各 45 名。控制组取尿样进行尿检，观察组先将阴道排出后进行尿检。对两组病人的尿标本进行白细胞、红细胞和上皮细胞的检测；尿中蛋白质和 pH 的检测及尿比重。结果：研究组白细胞、红细胞、上皮细胞与尿蛋白检出率分别为 6.67%、11.11%、8.89%、0.00%，均低于对照组的 22.22%、37.78%、26.67%、8.89%，差异均具有统计学意义（ $P<0.05$ ）；研究组患者尿比重（ 1.012 ± 0.004 ）、蛋白质（ 0.03 ± 0.03 ）g/L 显著低于对照组的（ 1.025 ± 0.006 ）、（ 0.28 ± 0.05 ）g/L，pH 值（ 6.9 ± 1.1 ）高于对照组的（ 5.8 ± 1.3 ），差异均具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：临床尿常规检查时，阴道分泌物会对检测结果产生很大的影响，从而使检测结果不精确，从而影响到病人的诊治。在尿常规检查中，应正确引导病人排出阴道分泌物，然后进行尿样取样，注意检查的时间和操作的规范，以提高检测的准确性。

关键词：阴道分泌物；尿常规；临床检验结果；影响

尿常规是一项很常用的检查手段，它可以显示患者的膀胱、输尿管、肾脏等功能，同时也可以帮助诊断各种尿路的病症^[1]。然而，由于尿样的临床检查存在诸多问题，样本收集和送检后要有专门的检测机构进行统一的管理，一般不会造成样品被污染；病人自己收集的尿样品很有可能会造成样本的污染。在这些疾病当中，样本的污染最为普遍，尤其是女性病人，因为其特殊的生理构造；由于阴道毗邻尿道口和肛管，由于受生理和病理的影响，所以在收集尿样时，会有大量的阴道分泌物混在一起，从而会对检测的准确度产生一定的不利作用^[2-3]。本文通过对女性阴道分泌液检测的调查，探讨其对检测的效果及应对措施。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 成两组，各 45 名。对照组 22-73 岁，平均年龄 46.3 ± 9.0 ；29 名已婚，16 名未婚。对照组为 23-74 岁，平均年龄为 47.2 ± 9.0 ；28 名已婚，17 名未婚。两组在总体数据上的差异没有显著性（ $P>0.05$ ），有可比性。

1.2 方法

在取尿样本的时候要告诉病人一些注意的事情，比如：要控制饮食。同时，使用一次性的无菌式、带有盖子的尿样，对取样和取样的留置进行严格的控制，取样完毕后必须在指定的时限之内将样品送交化验室进行化验。

对照组取尿样进行尿常规检查，先用清水冲洗一下，然后再进行尿检，并通知病人取尿液的中段；用 10 毫升的无菌液保存^[4]。

观察组先将阴道分泌物清理干净，然后用 0.02%的呋喃西林清洁外阴，然后用干净的无菌棉堵塞阴道口，然后自己排尿后收集中段的尿液，保存在消毒的试管内；在采集样品时要注意防止棉花球体不小心掉落，从而对测试的效果产生不利的作用^[5-6]。

1.3 观察指标

对尿样进行离心，在 1500 r/min 的转速下进行 5 分钟的离心，然后保留 0.2 ml 的尿沉淀物，20 ul 的样品制成玻璃片，并进行显微观察。对两组病人的尿标本进行白细胞、红细胞、上皮细胞的测定和对比；尿中蛋白质

和 pH 的检测及尿比重。

1.4 统计学方法

采用 SPSS20.0 统计学软件处理数据，计数资料以百分比表示，采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 表示差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者白细胞、红细胞、上皮细胞与尿蛋白检出率比较

研究组白细胞、红细胞、上皮细胞与尿蛋白检出率分别为 6.67%、11.11%、8.89%、0.00%，均低于对照组的 22.22%、37.78%、26.67%、8.89%，差异均具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。（表 1）

表 1 两组患者白细胞、红细胞、上皮细胞与尿蛋白检出率比较[n（%）]

组别	例数	白细胞	红细胞	上皮细胞	尿蛋白
对照组	45	10(22.22)	17(37.78)	12(26.67)	4（8.89）
试验组	45	3（6.67）	5（11.11）	4（8.89）	0（0.00）
χ^2		6.949	6.203	5.294	7.364
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者尿比重、蛋白质与 pH 值比较

研究组患者尿比重（ 1.012 ± 0.004 ）、蛋白质（ 0.03 ± 0.03 ）g/L 显著低于对照组的（ 1.025 ± 0.006 ）、（ 0.28 ± 0.05 ）g/L，pH 值（ 6.9 ± 1.1 ）高于对照组的（ 5.8 ± 1.3 ），差异均具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。（表 2）

表 2 两组患者尿比重、蛋白质与 pH 值比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	尿比重	蛋白质 (g/L)	PH 值
对照组	45	1.025 ± 0.006	0.28 ± 0.05	5.8 ± 1.3
试验组	45	1.012 ± 0.004	0.03 ± 0.03	6.9 ± 1.1
χ^2		11.948	10.285	12.583
P		<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

近几年，随着医疗技术的进步，实验室检测技术也有了长足的发展，

已逐渐成为各种疾病的辅助诊断手段。尿常规检查在糖尿病、泌尿系统感染、慢性肾炎、肾结石等方面具有重要意义。尿常规是临床上最重要的检查项目,它能准确地反映泌尿系统的病理改变,对泌尿系统感染、慢性肾炎、糖尿病的临床诊断都有一定的参考价值。尿样在临床尿常规检查中被污染,会造成测量误差,从而造成临床诊断的错误;延迟治疗不仅影响病人的恢复,还会引起医患纠纷^[7-9]。女人的生理结构和男人的生理结构不同,她们的生殖系统是开放的,她们的阴道分泌物会污染她们的外阴。由于女性阴道口、肛门、尿道口是毗邻的,所以尿常规检查时,有可能会被阴道分泌物污染^[10-11]。临床上的研究表明,阴道分泌物对尿常规检查有很大的影响,有时会导致假阳性。由于妇女的生理构造比较特殊和复杂,样品中的血液有可能受到血液的污染,从而使血液中的血液含量升高,从而使检测呈阳性;经阴道分泌物感染后,尿样呈碱性,尿蛋白化验结果为假阳性;革兰阴性杆菌感染后,尿中的硝酸盐与尿中的硝酸盐发生反应,使检测结果产生偏差。所以,在进行尿常规检查时,应在医生的专业指导下,规范尿样的采集,保证检测样品的质量,降低检测误差。

阴道分泌物(也就是白带),主要包括阴道粘膜渗出物、宫颈腺体分泌物、子宫内膜腺体分泌物、阴道上皮脱落细胞、乳酸杆菌等^[12-13]。女性的白带数量与质都会有一定的变化,无论是生理性白带,还是病理性的,都会影响到尿液的质量。病理性白带主要是由于生殖系统的炎症,会导致白带量、颜色和质的变化,主要有白带增多、血性、脓性、异味等。主要的病理组织有杂菌、霉菌、滴虫、白细胞、红细胞等。阴道分泌物混杂在尿液中,会对检查的准确性产生一定的影响。假性蛋白尿是指白带中有脓性分泌物粘液等物质混在尿液中。尤其是在月经快结束时,女性的尿样很容易被分泌物如经血等感染。经血后,尿样中的红细胞增多,血液中的血红蛋白含量也会随之上升,这就会对某些检测结果产生一定的影响,从而导致误诊。白带中的乳酸菌会导致白带呈现弱酸性,因为尿液中有阴道分泌物,会导致尿液 pH 值下降,尿比重增加^[14]。

为了确保尿检的准确性,可采取如下措施。①在尿样收集前,要做好病人的宣传教育工作。在取样前,医务人员要特别提醒病人要严格控制饮食和饮水,不要喝咖啡、浓茶、糖水等,要停止使用非必需的药品,并作好记录。另外,医务人员要把检查单写清楚,认真检查病人的姓名、化验单的单号、样本容器等,并提醒患者在取尿液样本的时候要避免经期,清理尿道口,收集中段的尿液;确保收集容器的干燥和干净^[15-16]。②要重视样品的保存时间。取样时,必须确保病人早晨第一次小便,取完样品后,在规定的一段时间(夏天 1 小时,冬天 2 小时)进行检查,确保尿中的组织和组织完整,包括病理细胞、血细胞、管型细胞。另外,尿液的取水量要控制在 10 ml 或更多,若在 2 小时之内不能进行尿常规检查,必须将样品放置在 2-8℃ 的环境中,6 小时内必须进行检测,否则需要再次采集。③在样品的检验中,做好维护工作,确保操作的规范。尿检必须严格遵守使用说明书,定期清洁试纸条槽板,确保其清洁干燥,同时,加强内部质量控制,每日进行质量控制。另外,对高质量和低质量控制物质进行分离和轮流使用,不定时检查尿液分析仪和尿试纸,以确保仪器的工作性能。

另外,还需要经常更换试纸。④要求有专门的医务人员对女性病人进行尿样采集,告诉她们正确清洗阴道,解释使用尿杯的方法,并引导病人进行正确、完整的尿样收集;女性应定期进行外阴清洁,以防止有阴道分泌物混杂于尿样,取尿时应选取早上第一次尿的中段。

总之,在尿液常规检查中,女性的阴道分泌会对检测的效果产生很大的影响,从而使检测的准确性降低,从而对病人的诊治产生不利的作用。在尿常规检查中,应对病人进行必要的引导,引导病人进行阴道排泄,然后进行尿检,注意检查的及时性和规范化,从而达到更好的检测结果。

参考文献:

- [1]符桂丹.对比分析阴道分泌物对尿常规检验结果的影响及优化措施[J].医学美容美容 2021 年 30 卷 3 期,133 页,2021.
- [2]唐万香,李存辉.分析阴道分泌物对尿常规临床检验结果的影响及措施[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(31):1.
- [3]薛武宪.分析阴道分泌物对尿常规临床检验结果的影响及对策[J].系统医学,2020,5(3):3.
- [4]季全义.分析阴道分泌物对尿常规临床检验结果的影响及对策[J].2020.
- [5]李雅.分析阴道分泌物对尿常规临床检验结果的影响及相关建议[J].人人健康,2020,No.513(04):275-275.
- [6]刘苑.阴道分泌物对尿常规临床检验结果的影响分析及应对措施[J].中国药物与临床,2021,21(12):3.
- [7]麦鲁旦·麦提吐尔孙,吐提古丽·麦提依明.阴道分泌物对尿常规检验结果的影响及对策分析[J].饮食保健 2021 年 13 期,265 页,2021.
- [8]靳路,王妍妍.阴道分泌物对尿常规临床检验结果的影响及对策研究[J].糖尿病天地·教育(上旬),2020,017(004):163.
- [9]宋洁.阴道分泌物对尿常规临床检验结果的影响及对策[J].心理月刊,2020(7):1.
- [10]古哈尔·牙生,亚力坤·衣明.分析阴道分泌物对尿常规临床检验结果的影响及应对方法[J].2020.
- [11]孙惠萍,周均燕.分析与研究阴道分泌物对于尿常规临床检验的结果的影响[J].2021.
- [12]徐建琳.阴道分泌物对尿常规临床检验结果的影响分析[J].中国医药指南,2021,19(27):2.
- [13]刘红玲,于晓波.分析在尿常规临床检验中阴道分泌物对检验结果的影响及措施[J].2021.9(28):4-6.
- [14]田佩.尿常规临床检验中阴道分泌物对检验结果的影响分析[J].饮食保健 2020 年 51 期,274 页,2021.
- [15]李金涛.阴道分泌物对尿常规临床检验结果的影响及对策分析[J].2020.
- [16]李璐.分析与研究阴道分泌物对于尿常规临床检验的结果的影响[J].2020.

筋膜释放心包经技术对中风偏瘫患者 MAS、FMA 评分的影响

陈军 陈安 朱霞 薛林青

海安市中医院 康复训练中心 江苏海安 226600

摘要：目的：分析筋膜释放心包经技术对中风偏瘫患者 MAS、FMA 评分的影响。方法：选取于 2021 年 11 月—2023 年 6 月期间到海安市中医院接受诊治的中风偏瘫患者作为样本来开展本次研究，样本例数 90 例，在单双号分发法的指导下将这 90 例患者进行分组，其中 45 例单号患者为常规组，组内患者采用常规康复训练，另外 45 例双号患者为研究组，组内患者在常规康复训练基础上增加筋膜释放心包经技术干预，并对两组患者的 MAS 与 FMA 评分、临床治疗效果、神经认知功能以等指标进行对比分析。结果：两组中风偏瘫患者 MAS 与 FMA 评分区别对比，研究组患者的 MAS 与 FMA 评分优于常规组 ($P < 0.05$)；两组中风偏瘫患者临床治疗效果区别对比，研究组患者的临床治疗效果得到显著提升 ($P < 0.05$)；两组中风偏瘫患者神经认知功能区别对比，研究组患者的神经认知功能得到显著提升 ($P < 0.05$)。结论：对于中风偏瘫患者来说，在常规康复训练基础上增加筋膜释放心包经技术干预，对改善患者的 MAS 与 FMA 评分具有积极影响，并能有效提升患者的神经认知功能以及临床治疗效果。

关键词：筋膜释放心包经技术；中风；偏瘫；MAS；FMA；影响

对于中风偏瘫患者来说，一旦患病需尽早接受诊治^[1]。西医治疗中风偏瘫的方式较多，临床上常见的有手术治疗、神经肌肉电刺激、药物治疗以及康复训练等，但无论哪种治疗方式均存在有一定的局限性以及弊端，因此导致其临床应用受到限制。目前临床上主张以筋膜释放心包经技术来为中风偏瘫患者提供治疗干预，筋膜释放心包经技术属于一种新型治疗方案，其目的是提升患者的周转效率以及缩短患者的治疗周期，促进患者快速康复，这种治疗干预方式具有行之有效以及简便易学的优势^[2]。为了探究筋膜释放心包经技术对中风偏瘫患者 MAS、FMA 评分的影响，本次研究选取了 90 例到海安市中医院接受诊治的中风偏瘫患者作为样本来开展本次研究，现做出如下报告。

1、资料与方法

1.1 一般资料

本次研究自 2021 年 11 月顺利开展，并于 2023 年 6 月正式完成，在此期间海安市中医院共收治符合研究标准的中风偏瘫患者 90 例，在单双号分发法的指导下将这 90 例患者分为常规组 45 例与研究组 45 例。常规组 45 例患者的男女比例为 22:23，年龄介于 40-75 岁之间，平均年龄 (56.32 ± 1.23) 岁，研究组 45 例患者的男女比例为 23:22，年龄介于 41-74 岁之间，平均年龄 (56.51 ± 1.13) 岁，两组中风偏瘫患者的基本资料对比差异较小 ($P > 0.05$)，可以纳入研究。

纳入标准 (1) 首发脑梗死或脑出血患者病程在 3 个月内；(2) 年龄低于 80 岁且无其他并发症者；(3) 患侧肢体肌力 ≥ 2 级者；(4) 血压维持平稳 ($100-150/65-100\text{mmHg}$)。

排除标准 (1) 有脑出血手术史或溶栓治疗史者；(2) 因脑外伤或脑肿瘤所致脑损伤者；(3) 伴有中度以上认知障碍或精神异常等不能有效配合治疗者；(4) 合并有肿瘤或其他相关严重疾病者。

1.2 方法

常规组患者采用常规康复训练：常规康复训练主要包括下肢关节训练、上肢关节训练、肩关节主被动训练、单双桥练习、患侧感觉性刺激训练、患侧肢体活动度训练、肢体摆放训练以及坐卧训练等。

研究组患者在常规康复训练基础上增加筋膜释放心包经技术干预：其中常规康复训练的内容与常规组相同，筋膜释放心包经技术干预的主要内

容如下：(1) 将患者调整至平卧位并保持放松，对患者体表到深层肌肉的放松状态进行感知，使用双手开展表层安抚，并注意动作轻柔。(2) 使用双手将患者表皮捏起，使腹膜与皮下组织分离，将浅层筋膜释放。对于非常紧张的患者来说，可以使用筋膜刀进行释放，而深层的筋膜需在表层筋膜完全释放之后才会方式。(3) 在释放深层之前需将浅层率先释放，其中深层并不是至释放患者整个肌腹，而是将肌腹中的最痛点以及肌腹两端肌腱结合处进行释放，深层释放需遵循由浅及深以及力度由轻至重的原则，通常使用肘与大拇指进行释放。在释放期间需对患者的承受度以及表情变化进行观察，释放时间控制在 1-3 分钟左右，或是疼痛减半到 4-5 以下，频率为每周 3 次，共 4 周。

1.3 评价标准

1.3.1 组间 MAS 与 FMA 评分区别对比

分别使用改良 Ashworth 痉挛评定 (MAS) 与上肢 Fugl-Meyer 运动功能评定量表 (FMA) 来对两组中风偏瘫患者治疗前后的肢体痉挛程度以及上肢运动功能，其中 MAS 量表的评分与患者痉挛程度成反比，FMA 量表的分数越高则表示患者上肢运动功能恢复情况越好^[3]。

1.3.2 组间临床治疗效果区别对比

对两组中风偏瘫患者的临床治疗效果进行对比分析，临床治疗效果的评价指标主要包括显效、有效以及无效，患者感觉障碍、头晕及头痛等临床症状消失为显效，以上临床症状明显改善为有效，以上临床症状无变化或加重为无效，总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 $\times 100\%$ ^[4]。

1.3.3 组间神经认知功能区别对比

对两组中风偏瘫患者治疗前后的神经认知功能进行对比，分别使用 NIHSS、MoCA 与 MMSE 评分量表来对两组患者的神经认知功能进行评分^[5-7]。

1.4 统计学分析方法

采用 SPSS 20.0 处理相关数据资料，t 和 χ^2 检验组间数据，标准差 % 表示计量资料、计数资料， $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2. 结果

2.1 组间 MAS 与 FMA 评分区别对比，详情如表 1 所示。

表 1 两组患者 MAS 与 FMA 评分对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	MAS 评分		FMA 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	45	2.81±0.43	1.36±0.21	35.12±2.45	61.03±2.34
常规组	45	2.88±0.54	1.99±0.36	35.13±2.35	51.78±2.44
t 值	-	0.680	10.140	0.019	18.354
P 值	-	P>0.05	P<0.05	P>0.05	P<0.05

2.2 组间临床治疗效果区别对比, 详情如表 2 所示。

表 2 两组患者临床治疗效果对比 (n, %)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率 (%)
研究组	45	40 (88.89)	3 (6.67)	2 (4.44)	43 (95.56)
常规组	45	30 (66.67)	6 (13.33)	9 (20.00)	36 (80.00)
χ^2 值	-	-	-	-	5.074
P 值	-	-	-	-	P<0.05

2.3 组间神经认知功能区别对比

治疗前, 研究组患者的 NIHSS 评分、MoCA 评分与 MMSE 评分分别为 (13.24±1.34) 分、(24.42±1.35) 分以及 (18.42±1.42) 分, 而常规组患者的 NIHSS 评分、MoCA 评分与 MMSE 评分分别为 (13.42±1.12) 分、(24.23±1.44) 分以及 (18.35±1.36) 分, 组间对比差异较小。

治疗后, 研究组患者的 NIHSS 评分、MoCA 评分与 MMSE 评分分别为 (5.32±1.21) 分、(28.89±1.24) 分以及 (26.68±1.67) 分, 而常规组患者的 NIHSS 评分、MoCA 评分与 MMSE 评分分别为 (7.43±1.23) 分、(26.64±1.42) 分以及 (23.35±1.34) 分, 组间对比差异显著。

3、讨论

中风属于临床上较为常见的一种疾病, 该病主要由于患者脑血管出血或脑血管阻塞而引发, 同时可以按照病理性质将其分为出血性中风以及缺血性中风两种^[8]。中风患者患病后会出现不同程度的肢体功能障碍, 部分患者会存在偏瘫的情况, 从而严重影响患者的生活质量以及身心健康^[9]。在以往的临床治疗过程中, 针对中风偏瘫患者的治疗主要以西医治疗为主, 但临床实践表明, 西医治疗虽然方式较多, 但效果却并不显著, 因此目前临床上主张以中医进行治疗^[10]。中医理论认为, 中风患者发生偏瘫的原因主要在于中风病程较久, 筋脉失于濡养, 壅滞脉络, 津血运行不畅, 阳气虚弱不能化气或阳气虚弱不能温煦筋脉, 从而导致肢体痉挛, 因此在为患者进行治疗时, 需从以上方面进行入手^[11]。筋膜释放心包经技术来源于筋膜理论, 而筋膜理论最早由美国 Thomas Myers 教授提出, 筋膜理论对人体的 12 条肌筋膜经线进行了清晰描绘, 根据这些肌筋膜经线可以将人体形成一个张拉整体结构, 而身体的姿势代偿、回弹、固定、拉力、张力以及稳定等均可以由这些肌筋膜经线进行分配, 因此将筋膜释放心包经技术应用于中风偏瘫患者的治疗工作中可以取得较为显著的应用效果。筋膜释放心包经技术属于近年来刚刚兴起的一种新型康复训练手段, 听过对患者深层以及浅表层筋膜进行释放的方式来达到维持力与肌肉张力的

传导, 从而起到降低患者疼痛的效果, 对于促进患者上肢功能恢复以及缓解患者肢体痉挛程度具有积极影响。本次研究将常规康复训练与筋膜释放心包经技术干预进行了深入且细致的对比研究, 研究结果表明, 治疗前, 两组患者的 MAS 评分与 FMA 评分对比差异较小, 而经不同方式干预后, 研究组患者的 MAS 评分明显低于常规组, 同时 FMA 评分明显高于常规组, 这说明筋膜释放心包经技术对缓解患者肢体痉挛程度以及促进患者上肢功能恢复具有积极作用。除此之外, 本次研究还对两组患者的临床治疗效果、神经认知功能等指标进行了对比分析, 结果表明, 采用筋膜释放心包经技术干预的研究组中, 患者的各项临床指标均明显优于采用常规康复训练的常规组。

综上所述, 在为中风偏瘫患者进行治疗时, 应采用筋膜释放心包经技术进行干预, 其应用效果十分显著。

参考文献:

[1]沈杰, 陈燕, 齐旭萍.想象训练联合作业疗法对中风偏瘫患者躯体功能及生活质量的影响[J].保健医学研究与实践,2022,19(07):70-73+97.

[2]焦志华, 张倩, 马爽, 等.三维运动分析技术评价阴阳调衡运动针法对中风偏瘫患者下肢运动功能的改善效果[J].中国中医药科技, 2022, 29 (03): 407-410.

[3]程子翠, 栾春娜, 孙远标.智能康复训练系统结合针刺对中风偏瘫患者平衡功能的影响[J].中国实用医药, 2022, 17 (07): 197-200.

[4]康煜炜, 鲁海, 胡赫其, 等.基于功能性磁共振成像技术探讨针刺治疗中风偏瘫选穴机制的研究进展[J].广州中医药大学学报, 2021, 38 (08): 1621-1625.

[5]胡赫其, 鲁海, 韩李莎, 等.功能磁共振成像技术在针刺治疗中风偏瘫脑机制研究的现状及前景[J].分子影像学杂志, 2021, 44 (02): 391-395.

[6]朱筠.针灸联合康复训练对中风偏瘫患者血清炎症因子及 ET-1、NO 水平的影响[J].现代医学与健康研究电子杂志, 2020, 4 (09): 70-71.

[7]易良波, 杨菲菲, 易忠禄.对接受康复训练指导的中风后偏瘫患者进行针刺治疗的效果研究[J].当代医药论丛, 2020, 18 (08): 218-219.

[8]鄢琼, 杨娜, 刘海云, 等.健康信念理论联合中医适宜技术在改善中风偏瘫患者功能恢复中的作用[J].中华现代护理杂志, 2020, (06): 784-785-786-787-788.

[9]刘文娟, 汪小明, 等.针刺结合康复训练治疗中风偏瘫不同分期患者的临床疗效研究进展[J].中医临床研究, 2020, 12 (01): 138-141.

[10]黄芳, 黎慕佳, 熊朝辉, 等.综合运用中医护理技术对中风偏瘫患者生活自理能力的影响[J].实用临床护理学电子杂志, 2020, 5 (01): 11-12.

[11]何俊, 黄亮, 庄任, 等.基于肌骨超声技术中药熏蒸精准论治中风偏瘫恢复期肩痛疗效观察[J].辽宁中医药大学学报, 2019, 21 (04): 87-90.

作者简介: 姓名, 陈军 性别, 男 出生年月, 1985.09 籍贯, 江苏姜堰 民族, 汉 学历, 本科, 职称, 主治中医师。

南通市中医医疗联盟科研项目 (编号 TZYK202121)

持续质量改进对急性脑梗死静脉溶栓率的影响

陈淑兰¹ 张平国² 刘波²

1、新乡医学院第二临床学院 2020 级 河南新乡 453000;

2、江西省芦溪县人民医院神经内科 江西萍乡 337200

摘要:目的:探讨持续质量改进对提高急性脑梗死患者静脉溶栓率和再通率,缩短到达医院到静脉溶栓时间(DNT),以及降低溶栓后并发症的临床意义。方法:回顾性纳入2020年1月至2021年12月江西省芦溪县人民医院神经内科接受静脉溶栓的急性脑梗死患者99例,按照质量持续改进年度分为2020年度(2020年1月至2020年12月)和2021年度(2021年1月至2021年12月)进行分析。比较在持续质量改进下,这两年度急性脑梗死患者静脉溶栓率和再通率,患者到达医院到静脉溶栓时间(DNT),以及溶栓后并发症发生率的差异有无统计学意义。结果:2020年度共有312例急性脑梗死患者,其中32例给予了静脉溶栓治疗,溶栓率10.25%,其中9例未再通,再通率71.87%(23/32)。2021年度共有303例急性脑梗死患者,其中67例给予了静脉溶栓治疗,溶栓率22.11%,其中5例未再通,再通率92.53%(62/67);2020年度组患者从就诊到溶栓用药的时间(DNT)平均为79s,2021年度组患者从就诊到溶栓用药的时间(DNT)平均为55s;2020年度组患者溶栓后出现并发症的例数为11例,其中脑出血者4例,肺部感染者4例,消化道出血者2例,脑疝1例,并发症的发生率为34.37%;2021年度组患者溶栓后出现并发症的例数为5例,其中脑出血者1例,肺部感染者2例,消化道出血者1例,并发症的发生率为7.46%。与2020年度比较,2021年度的静脉溶栓率、溶栓再通率均有所提高,DNT明显缩短,溶栓后并发症发生率降低,差异均有统计学意义(P<0.05)。结论:持续质量改进能提高静脉溶栓率和再通率,缩短急性脑梗死的DNT,缩短早期救治时间,降低溶栓后并发症发生率,值得推广应用。

关键词:持续质量改进;急性脑梗死;静脉溶栓

急性脑梗死的治疗时间对改善患者预后具有重要意义。急性脑梗死治疗的时间窗,仅为4-6h,黄金治疗时间更短,美国心脏协会/美国卒中协会的AIS早期管理指南提出,若要达到较好的预后,治疗时间应缩短至1h内。

目前急性脑梗死的主要救治手段是静脉溶栓,可以有效恢复血流灌注状态,其中重组组织型纤溶酶原激活剂(rt-PA)和尿激酶是我国目前使用的主要溶栓药,现认为rt-PA有效挽救半暗带组织的时间窗为4h内,尿激酶有效挽救半暗带组织的时间窗为6h内。因此,如何让更多的急性脑梗死患者在有效的时间窗内到达医院进行静脉溶栓治疗 and 如何缩短急性脑梗死患者治疗时间而达到更好的治疗效果成为临床研究的关键点。

持续质量改进是一种科学的管理理念,重视对细节的优化和过程的整体把控,强调多学科的合作与融合。近些年已用于各行各业,在医疗质量管理中应用更为广泛,并取得显著成效。我国多所医院的研究显示持续医疗质量改进可以明显提高脑血管病的医疗质量。基于持续质量改进管理模式的强大理论和实践基础,本次研究将该管理模式用于急性脑梗死的静脉溶栓治疗中,意在探究持续质量改进管理模式的应用对急性脑梗死静脉溶栓治疗的影响。具体研究方案如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性纳入2020年1月至2021年12月在江西省芦溪县人民医院住院的急性脑梗死患者病例数共615例,其中进行了静脉溶栓的患者99例。按照质量持续改进年度分为2020年度(2020年1月至2020年12月)和2021年度(2021年1月至2021年12月),2020年度急性脑梗死患者病例数共312例,其中进行了静脉溶栓的患者67例,其中男35例,女32例,年龄49-82岁,平均(65±10)岁,2021年度急性脑梗死患者病例数共303例,其中进行了静脉溶栓的患者32例,其中男17例,女15例,年龄52-81岁,平均(65±10)岁。

纳入标准:(1)符合2018版《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》(急性脑梗死)诊断标准;(2)符合静脉溶栓适应症的患者;(3)脑梗死发病时间<6h;(4)患者或其家属签署了静脉溶栓知情同意书。排除标准:(1)院内起病的AIS;(2)未行头部CT检查者;(3)合并有严重心、脑、肾及严重精神疾病者;(4)资料不完整者。

1.2 研究方法

按照持续质量改进管理模式应用前后的年度分为2020年度(2020年

1月至2020年12月)和2021年度(2021年1月至2021年12月)进行分析。比较持续质量改进下,这两年度经尿激酶静脉溶栓的急性脑梗死患者的溶栓率、溶栓再通率、DNT时间和溶栓后并发症的发生率的差异有无统计学意义。

1.3 持续质量改进具体实施方法

1.3.1 成立卒中中心持续质量改进小组。

小组成员应包括所有可能涉及到溶栓影响因素的各个部门成员,由以下三部分组成:

第一部分,是直接相关科室,神经内科、急诊科、重症科,需全体医护人员均参与。

第二部分,是其他相关科室,如放射科、检验室、药房、收费处、院外拓展科,可以由主要负责人参与。

第三部分,是医院质控分管领导,他们可以起到牵头、协调、整体把控的作用,促进政策和流程的落实,促进小组工作更顺利有序地进行。

1.3.2 定期召开整改会议。小组成员每个月开展1次会议,通过查阅文献、头脑风暴法提出急性脑梗死溶栓的影响因素,提出解决方案,并对上一个阶段的工作进行总结分析,将上一个阶段出现的具体问题再提出进一步解决方案,如此反复,提出问题-解决问题-总结分析-再提出问题-再提出解决方案-再总结分析,达到质量呈螺旋式持续改进状态。

1.3.3 影响因素的分析。通过持续质量改进小组的讨论,提出影响急性脑梗死溶栓率的具体问题总结如下:①脑梗死病人的静脉溶栓诊治流程不合理,没有持续改进,甚至落实到位;②没有建立真正意义上的绿色通道;③院前社区工作不到位,比如人们的尽早就诊的意识不够,普遍存在病情拖延现象,部分病人是因家庭经济状况较差,没有得到家人及社会支持而不敢就医。④急诊科工作人员工作不到位,不管是院前还是院内,都起着极其关键的作用,比如急诊科医护人员缺乏脑梗死病人救治相关知识,急救设备不完善,救护车司机不熟悉路况等,都是影响因素。⑤放射科、检验室、收费室、药房等相关部门不重视,不配合。⑥与病人家属溶栓前的谈话时间过长。⑦ICU或是神经内科医护人员流程不熟悉,培训制度落实不到位。⑧持续质量改进小组会议未落实,未及时整改上一环节所出现的问题。

1.3.4 提出具体持续质量改进方案。针对以上所提出静脉溶栓影响因素,提出的具体持续质量改进方案如下:①借鉴上级医院的卒中病人诊治

流程，制订出与本院相适应的诊疗流程图，并不断优化。②建立真正的卒中绿色通道，并在每月的持续质量改进小组会议上提出改进细则，并需要院方相关领导促进改进。③做好社区宣教：与医院社会拓展部门联合，定期到各大社区展开卒中专题宣讲，同时联合社区将通俗易懂的卒中宣传资料以微信的方式发送到各家各户手机上。④急诊科接到卒中的患者立刻通知神经内科专科医生会诊评估，送患者进行颅脑 CT 检查，同时测快速血糖，建立静脉通路，抽血送检血常规和凝血功能（注意在化验单上标注静脉溶栓字样，以优先加急监测并提醒检验室及时汇报检验结果），另外需要与患者家属进行静脉溶栓治疗前初步谈话。⑤放射科和检验室看到静脉溶栓字样，需马上意识到绿色通道，迅速配合优先检查，优先报告，主动报告等，平时保证机器故障及时汇报和维修，并有机器故障的备用方案。⑥要确保溶栓绿色通道的畅通，应打破常规路线，无需排队，无需挂号，先检查后收费，院分管领导起到全院协调促进政策落地执行的作用，陪同的急诊和或神经专科医师起到保证作用，尽可能省去路上的时间。⑦在等待结果和药物的过程中，尽早与家属展开谈话和签字，静脉溶栓治疗相关事宜的介绍需简洁易懂，尽量缩短谈话和家属决策时间。⑧神经内科和 ICU 应事先向药房备好静脉溶栓药物，平时需要检查科室是否有备用药物，是否在保质期，必须有专人专柜保管，做好交接班。⑨可以只根据血糖和血小板计数检查结果即做好静脉溶栓准备，凝血功能可以根据病史灵活决定是否等待。⑩每月召开持续质量改进小组会议，熟悉改进溶栓流程，提高全院职工绿色通道意识，确保绿色通道的畅通人人有责。每两周召开神经内科和 ICU 全体医护人员总结会议，评价从入院到开始静脉溶栓治疗时间，评价溶栓再通情况和溶栓后并发症情况。

1.4 评价标准

（1）对比两组患者的溶栓率和溶栓再通率。（2）对比两组患者从就诊到溶栓用药的时间（DNT）。（3）对比两组患者溶栓后并发症（包括脑出血转化、脑疝、消化道出血、肺部感染等）的发生率。

1.5 统计学方法

应用 SPSS 25.0 软件处理，计数资料使用率（%）表示， χ^2 检验，计量资料使用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，t 检验， $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2020 年度共有 312 例急性脑梗死患者，其中 32 例给予了静脉溶栓治疗，溶栓率 10.25%，其中 9 例未再通，再通率 71.87%（23/32）。2021 年度共有 303 例急性脑梗死患者，其中 67 例给予了静脉溶栓治疗，溶栓率 22.11%，其中 5 例未再通，再通率 92.53%（62/67）。见表 1、表 2。

表 1 2020 年度与 2021 年度静脉溶栓治疗患者的静脉溶栓率的比较

年度	急性脑梗死总数	静脉溶栓例数	静脉溶栓率（%）
2020 年	312	32	10.25
2021 年	303	67	22.11
χ^2			15.997
P			<0.001

表 2 2020 年度与 2021 年度静脉溶栓治疗患者的静脉溶栓再通率的比较

年度	静脉溶栓例数	血管再通数	再通率（%）
2020 年	32	23	71.87
2021 年	67	62	92.53
χ^2			7.615
P			0.006

2.2 2020 年度组患者从就诊到溶栓用药的时间（DNT）平均为 79s，2021 年度组患者从就诊到溶栓用药的时间（DNT）平均为 55s。见表 3。

表 3 2020 年度与 2021 年度静脉溶栓治疗患者的 DNT 比较[M（P 25，P 75），min]

年度	溶栓例数	DNT（min）

2020 年	32	79
2021 年	67	55
t		5.071
p		<0.001

注：从就诊到溶栓用药的时间（DNT）

2.3 2020 年度组患者溶栓后出现并发症的例数为 11 例，其中脑出血者 4 例，肺部感染者 4 例，消化道出血者 2 例，脑疝 1 例，并发症的发生率为 34.37%；2021 年度组患者溶栓后出现并发症的例数为 5 例，其中脑出血者 1 例，肺部感染者 2 例，消化道出血者 1 例，并发症的发生率为 7.46%。见表 4。

表 4 2020 年度与 2021 年度静脉溶栓治疗患者的并发症发生率的比较

年度	静脉溶栓例数	并发症发生例数	并发症发生率（%）
2020 年	32	11	34.37
2021 年	67	5	7.46
χ^2			11.57
P			0.001

3 讨论

AIS 是临床上致残率和致死率均较高的疾病，会导致脑组织坏死，若是不及时治疗，还会导致患者死亡。目前临床上用于静脉溶栓的药物主要有 Rt-PA 和尿激酶，Rt-PA 时间窗较窄，仅为 4.5h，尿激酶时间窗稍宽，但也只有 6 小时，若是超出以上时间，会增加患者出血的风险。有研究显示，溶栓时间的延迟会导致患者出现多种并发症，对于 AIS 患者来讲，越早溶栓治疗，溶栓再通率越高。

本次回顾性研究发现，通过持续性质量改进，建立高级卒中中心并将其与院前急救融合，将溶栓流程的管理提前到社区和老百姓，不断加强社区培训和宣教，提高人们对卒中识别和尽早就诊的意识，提高就诊率，间接地提高溶栓率和溶栓成功率；不断优化院内卒中中心工作流程，对医护定期进行溶栓专题培训，多学科加强合作做到各个环节的无缝对接，可使更多的卒中患者更加及时地得到更专业的治疗。

在本次研究中，2021 年度组患者从就诊到溶栓用药的时间（DNT）平均时间明显短于 2020 年度组，差异具有统计学意义；2020 年度共有 312 例急性脑梗死患者，其中 32 例给予了静脉溶栓治疗，溶栓率 10.25%，其中 9 例未再通，再通率 71.87%（23/32）。2021 年度共有 303 例急性脑梗死患者，其中 67 例给予了静脉溶栓治疗，溶栓率 22.11%，其中 5 例未再通，再通率 92.53%（62/67）。2021 年度组急性脑梗死患者静脉溶栓率和溶栓再通率均高于 2020 年度组，差异具有统计学意义；2020 年度组患者溶栓后出现并发症的例数为 11 例，其中脑出血者 4 例，肺部感染者 4 例，消化道出血者 2 例，脑疝 1 例，并发症的发生率为 34.37%；2021 年度组患者溶栓后出现并发症的例数为 5 例，其中脑出血者 1 例，肺部感染者 2 例，消化道出血者 1 例，并发症的发生率为 7.46%，2021 年度组急性脑梗死患者溶栓后并发症发生率低于 2020 年度组，差异具有统计学意义；各项结果均提示持续质量改进在急性脑梗死溶栓流程中的应用可以缩短急救时间，可以做到真正意义上的卒中绿色通道，可以提高静脉溶栓率，让更多的急性脑梗死患者得到有效的治疗；静脉溶栓的再通率的提高，及溶栓后并发症发生率的降低，无疑是提升了急性脑梗死患者的治疗质量。

本次研究的不足之处主要在于，进行静脉溶栓的样本数量较少，存在数据偏倚可能，暂时不能代表大范围医院的总体情况。另外由于本院自 2011 年开展静脉溶栓技术以来主要使用的是尿激酶进行静脉溶栓治疗，而国内比较大的样本中心均已证实采用 rt-PA 进行静脉溶栓治疗效果优于尿激酶，因此使用 rt-PA 进行静脉溶栓治疗是本院卒中中心的下一步持续质量改进计划，从而进一步提高该院乃至该地区急性脑梗死患者的静脉溶栓再通率，让更多的急性脑梗死患者获益。

探索肺炎支原体抗体与不同年龄段儿童反复呼吸道感染关系的临床意义

陈永生

广东省揭阳市普宁市洪阳镇中心卫生院 检验科 515300

摘要：目的：分析肺炎支原体抗体与不同年龄段儿童反复呼吸道感染的关系，为提供临床治疗及预防提供依据。方法：回顾性分析我院 2021 年 12 月至 2022 年 5 月期间就诊的 100 例反复性呼吸道感染儿童的临床资料，全部进行肺炎支原体抗体（MP-IgM）检测，根据试剂盒说明书判读结果的阴阳性。对确诊为肺炎支原体感染患儿进行年龄分组（3 个月至 1 岁、2-4 岁、5-7 岁、8-10 岁），分析年龄组儿童肺炎支原体抗体阳性率的差异。结果 100 例患儿中共有 61 例 MP-IgM 呈阳性（61%），3 个月至 1 岁组阳性率最低，8-10 岁组阳性率最高，这两组年龄组阳性率差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：对于反复呼吸道感染患儿来说，主要肺炎支原体感染，MP-IgM 阳性率随年龄增大而增高；提供儿童反复呼吸道感染治疗临床依据。

关键词：儿童反复呼吸道感染 MP-IgM 临床意义

儿童反复呼吸道感染（RRTI）是常见的呼吸道疾病，指的是一年内儿童发生呼吸道感染的次数过于频繁，甚至严重影响儿童的身心健康和生长发育[1]。由于随着肺炎支原体（*Mycoplasma pneumoniae*, MP）抗体快速、方便及普及性检查方法的应用，证实 MP 感染是 RRTI 的一大病因[2]。目前，肺炎支原体（MP）是儿童肺炎最常见的病原体之一，因它对抗菌药物的敏感性较低通常会可能引起“非典型性支原体肺炎”，引起儿童呼吸道感染及肺部的急性炎症改变。由于肺炎支原体感染的临床表现和胸部 X 线检查都不具有明显典型性，因而很难做出准确诊断，导致患儿反复性感染。目前，肺炎支原体感染的快速诊断主要依靠血清学抗体检测[3-4]。因此本文研究对支原体抗体与不同年龄段儿童反复呼吸道感染的关系，对患儿的临床资料进行回顾性分析和年龄组对照分析。

第一 材料与方法

1.1 一般资料

随机从我院 2021 年 12 月至 2022 年 5 月期间确诊为反复性呼吸道感染患儿抽取 100 例，进入回顾分析所有患儿的临床资料。

在 100 例反复性呼吸道感染患儿进行年龄分为 4 组，3 个月至 1 岁、2-4 岁、5-7 岁、8-10 岁等组分别为 25 例。对比各组一般情况资料无显著性差异（ $p>0.05$ ）。

1.2 纳入标准与排除标准

纳入标准：符合 MPP 的诊断标准和年龄要求 3 个月~10 岁。

排除标准：存在伴有支气管哮喘、肺结核以及肺部肿瘤等其他肺部疾病患儿；伴有肝肾、心脑血管等/和其他严重基础疾病患儿；有免疫抑制缺陷患儿。本研究均取得医学伦理会的同意及其家长同意。

1.3 方法

100 例患儿的临床资料进行回顾性分析，每个患儿进行检测 MP 抗体（MP-IgM）。

具体进行：用真空采血管对每位儿童采静脉血 2 mL，以 3 000 r/min 离心 10 min 分离血清待检。检测肺炎支原体抗体（MP-IgM）是否呈阳性。若阳性可怀疑为 MP 感染。对可疑 MP 感染和为未确诊肺炎支原体感染进行咽拭子检查，对确诊为肺炎支原体感染患儿进行分析，总结小儿反复呼吸道感染与肺炎支原体感染间关系。

1.3 观察指标

回顾分析记录患儿的临床资料，分析感染因素。所有患儿不同年龄段（6 个月至 1 岁、2-4 岁、5-7 岁、8-10 岁）的 MP-IgM 阳性检出率情况，并统计患儿 MP-IgM 阳性检出率。

1.4 资料处理

应用 SPSS 对数据进行统计学分析，计量资料采用 t 检验，计数资料采用 χ^2 检验，多因素分析采用回归分析， $P<0.05$ 为差异有统计学意义

第二 结果

2.1 回顾分析临床资料

100 例患儿中共有 61 例 MP-IgM 呈阳性，病毒感染（副流感病毒、腺病毒、鼻病毒、呼吸道合胞病毒和流感病毒等）有 50 例，细菌性感染（流感嗜血杆菌、溶血性链球菌和肺炎链球菌等）有 40 例，其中部分患者合并多种感染。如下表 1。

表 1 反复感染因素

因素	支原体感染	病毒感染	细菌性感染
病例	61	50	40

2.2 不同年龄段患儿 MP-IgM 阳性检出率分析

100 例患儿中共有 61 例 MP-IgM 呈阳性（61 %）。其中，3 个月至 1 岁患儿有 12 例 MP-IgM 呈阳性（48%）；2-4 岁患儿有 14 例 MP-IgM 呈阳性（56 %）；5-7 岁有 16 例 MP-IgM 呈阳性（64 %）；8-10 岁患儿有 19 例 MP-IgM 呈阳性（76 %）。由此可见，3 个月至 1 岁组阳性率最低，8-10 岁组阳性率最高，这两组年龄组阳性率差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。如表 2。

表 2 不同年龄段患儿 MP-IgM 阳性检出率比较

年龄组	例数	阳性（例）	阳性率（%）
6 个月-1 岁	25	12	48
2-4 岁	25	14	56
5-7 岁	25	16	64
8-10 岁	25	19	76

第三 讨论

儿童呼吸道感染指的是病原菌侵入患儿鼻、气管、支气管、咽喉、肺等呼吸道引起的炎症反应[5]。研究显示，引发儿童出现呼吸道感染最常见的病原体为肺炎支原体、肺炎衣原体[6]。肺炎支原体是一种介于细菌和病毒之间的最小微生物，也是引发人体出现支原体肺炎的主要病原体，易并发支气管肺炎，以感染儿童为主，支原体肺炎在儿童时期是一种轻微的自限性疾病，肺炎支原体感染早期并无特异性症状，多表现为发热、头痛、咳嗽、咽痛等，随着病情的进展，易导致病程较长，反复感染，病情随之加重，从而损伤可危及生命或产生严重的并发症，如肺后遗症、脑炎、心肌炎、肝炎和肾炎。为提高患儿治疗效果和预后生活质量，在治疗前需采

取有效的诊断措施明确患儿呼吸道感染病原菌类型,合理的应用抗生素对患儿进行治疗[7-8]。

较多临床资料显示,MP也是属于反复呼吸道感染的一种病原体之一,其发生原因主要是因为飞沫传播,一般全年都有发病情况,但是也存在高峰季节,即秋天末期以及冬天初期,其都存在一定的高发期。另外,当人体感染肺炎支原体之后[9-10],能够产生特异性IgM以及IgG类的抗体,而经过大量的临床资料显示,IgM类型抗体出现的比较早,一般是在患者感染的一周后出现,在第三周以及第四周内达到高峰,之后出现逐渐降低的情况。而通过临床验证,肺炎支原体感染的潜伏期在2-3周[11],当患者出现此类情况需要就诊的时候,IgM抗体已经达到了一个较高的水平,因此IgM抗体炎性一般是作为临床的一种诊断指标,其能够有效提升诊断正确率。也有资料显示,当患者出现MP感染之后,存在很小一部分出现肺炎情况,而经过治疗后,很有可能会导致患者的病情逐渐稳定,但是当患者出现免疫力下降的时候,或是治疗并不是十分彻底的时候,还会出现反复感染的情况。

有关学者提示[12-13],肺炎支原体一类缺乏细胞壁,介于细菌以及病毒之间独立生活的一种最小的原核细胞型微生物,它的致病机理主要是倾向于免疫学发病的机制或呼吸道上皮细胞吸附等,它主要是黏附于呼吸道上皮细胞,也作为一种较为直接的病原体,也属于一种特异性的抗原产生的作用,还对患者的上皮细胞产生一定的损害现象,还会促使纤毛对黏液的清除功能出现障碍等,气管壁以及细支气管壁出现水肿、溃疡、产生一定性的感染性炎症情况,其主要是由于婴幼儿支气管壁缺乏适当的弹力组织,导致管腔出现狭小、分泌物不容易排出等情况,从而形成痰堵等,同时,其在对支原体与巨噬细胞进行接触的时候,还会分化出化学介质,从而出现气道过敏性炎症,还会对患者的喘息以及呼吸困难导致适当的加重情况[14-15]。

从年龄段组特点分析,3个月至1岁组阳性率最低,8-10岁组阳性率最高,这两组年龄组阳性率差异有统计学意义($P<0.05$)。3个月至1岁组MP抗体阳性率最低的原因,一方面可能由于低龄儿童免疫系统发育尚未完成,机体免疫力相对低下,一旦被MP感染后,很容易出现呼吸道感染,但是婴儿体内有来自母体和母乳喂养中保护性抗体的存在,相对产生抗体较少;另一方面可能与婴幼儿活动范围较小,接触MP反而较少,MP被感染机会少有关;也可能存在婴幼儿免疫系统发育不成熟,导致初次感染MP后抗体生成不足等情况。因此对0~3岁儿童应结合临床症状病史及其他检查进行分析判断[7]。8-10岁组儿童MP抗体阳性率最高及5-7岁组儿童阳性率较高的原因可能与其活动范围大,经常处于人群密集如幼儿园等公共场所,而MP带菌者和患者是主要传染源,相互之间交叉感染有关,因此临床上应加强对学龄前及学龄期儿童MP-IgM抗体检测来进行鉴别是否MP感染。另外,此次研究结果说明,儿童免疫系统发育相较于婴幼儿较为成熟,当MP感染后,患者的身体会出现较为强烈的免疫应答反应,还会造成较为剧烈的炎症或毒性反应等,其反应的持续时间比较久,同时还会造成患者出现干咳或高热等情况。患者的患病时间比较常,合并肺内或肺部外的并发症比较多,甚至还会出现部分胸腔积液或肺不张等情况,也有部分患者表示,并发症的出现也与患者的免疫因素有较大的关系。同时,由于儿童免疫功能的日趋加强,在患者机体受到感染之后,可能还会产生相应组织的自身抗体等情况,从而形成免疫的复合物,还会促使呼吸道外的其他靶器官出现不同程度的病变情况,而出现该器官组织的相应症状,会导致患者的病情逐渐进展,从而造成较为危险的局面。

因此,作为提供反复呼吸感染的诊断以及治疗依据,具有较为显著的应用价值,针对患者的早诊断、早治疗,能够有效提升患者的后续预后

价值。

第四 结 论

总之,对于反复呼吸道感染患儿来说,主要肺炎支原体感染,感染率随年龄的增加而逐渐升高,提供儿童反复呼吸道感染治疗临床依据。社区或学校应加强对儿童MP感染的防控及宣教工作,临床应根据流行病学资料及时对易感患儿进行相关检查,做到早诊断、早治疗。

参考文献:

- [1]李艳,李莉.免疫球蛋白联合锌剂对反复呼吸道感染患儿炎症因子水平的影响[J].医学综述,2017,23(5):1034-1037.
- [2]滕丽荣,李小村,路兴志.肺炎支原体肺炎后反复呼吸道感染儿童的免疫功能及临床意义[J].中国妇幼保健,2017,32(22):126-128.
- [3]宋明,赵芝娜,徐慰倬.肺炎支原体感染实验室检测的研究进展[J].中国感染控制杂志,2016,15(11):887-893.
- [4]张英实.血清维生素A、D与不同年龄段儿童反复呼吸道感染的相关性及危险因素分析[J].中国医药指南,2020,18(8):66-67.
- [5]仝慧杰.呼吸道合胞病毒与肺炎支原体联合检测对儿童呼吸道感染病原菌筛查的应用效果[J].临床合理用药杂志,2018,11(14):150-151.
- [6]宋春梅,许波,晁玉瑾.不同年龄反复呼吸道感染儿童体内锌、铁、钙及维生素A、维生素E水平检测分析[J].中国医学前沿杂志(电子版),2020,12(12):68-71.
- [7]陈秀娟,何兆英.儿童呼吸道感染者肺炎支原体、肺炎衣原体特异性抗体检测临床意义探讨[J].中国医学工程,2014,22(3):125.
- [8]SHAHABADI, NAHID, SHIRI, FARSHAD, HADIDI, SABA, et al. Direct effects of low-energy electrons on including sulfur bonds in proteins: a second-order Moller-Plesset perturbation (MP2) theory approach[J]. Journal of Biomolecular Structure and Dynamics, 2021, 39(5/6): 1681-1687.
- [9]李微娜,贺媛媛,郝恒瑞,等.血清维生素A、D与不同年龄段儿童反复呼吸道感染的相关性及危险因素分析[J].中国妇幼保健,2018,33(24):5856-5859.
- [10]李娜,慈一静,郑春梅,等.不同年龄段健康儿童和反复呼吸道感染儿童血浆维生素A水平及分级情况对比观察[J].山东医药,2021,61(21):35-38.
- [11]LI, JIN-FENG, YIN, BING. Exploring the Superhalogen Properties of Polynuclear Structures without Halogen Ligands: A Combined Ab Initio and DFT Study on Triple-Bridged [Mg2L5](-1 X L = -OCN, -SCN) Anions[J]. The journal of physical chemistry, A. Molecules, spectroscopy, kinetics, environment, & general theory, 2021, 125(16): 3378-3386.
- [12]张海美,孙中厚,丁媛慧,等.不同年龄反复呼吸道感染儿童血清维生素A、E水平测定及其临床意义[J].中国儿童保健杂志,2017,25(6):595-597.
- [13]韦坤仪.维生素A、维生素E、25-羟基维生素D水平与儿童反复呼吸道感染发作的相关性[J].现代医学与健康研究(电子版),2022,6(5):123-125.
- [14]白英杰,黄姍姍,汪云.维生素A和维生素D及维生素E与儿童反复呼吸道感染的相关性研究[J].中国医药,2020,15(10):1542-1544.
- [15]郭茹,杨湘峰,李芳,等.反复呼吸道感染患儿血清Vit A、Vit D、Vit E水平变化及与细胞免疫功能的相关性分析[J].临床肺科杂志,2021,26(9):1366-1370.

超声引导下髂筋膜神经阻滞在老年股骨近端骨折手术麻醉中的应用效果分析

陈洲 通讯作者：潘伶俐

广州医科大学附属中医医院 同德麻醉科 广东省广州市 510407；广州医科大学附属中医医院 同德麻醉

摘要：目的：分析超声引导下髂筋膜神经阻滞在老年股骨近端骨折手术麻醉中的应用效果和价值。方法：筛选本院于2021.1-2021.12收治60例老年股骨近端骨折手术治疗患者作为观察对象展开分析，在“麻醉方案差异性”原则下将纳入对象分组-对比组、研究组（均n=30），分别采用单纯全麻、超声引导下髂筋膜神经阻滞联合全麻，比较两组血流动力学指标、不良反应发生率、术后镇静和疼痛评分。结果：手术开始5min、术毕等不同时间点，研究组心率、平均动脉压均优于对比组（ $P<0.05$ ）。研究组恶心呕吐、呼吸抑制以及认知障碍和寒战等不良反应总发生率3.33%明显较对比组的20.00%更低（ $P<0.05$ ）。拔管30min时、出恢复室时，研究组Ramsay镇静评分均较对比组更低（ $P<0.05$ ）；术后2h、术后6h，研究组视觉模拟评分量表（VAS）评分均较对比组更低（ $P<0.05$ ）。结论：在老年股骨近端骨折手术麻醉中采用超声引导下髂筋膜神经阻滞麻醉方案，麻醉效果良好，利于更好稳定术中血流动力学指标，且能够显著降低不良反应发生率，缓解术后疼痛，值得临床借鉴、推广。

关键词：股骨近端骨折；超声引导；髂筋膜神经阻滞；麻醉效果；血流动力学

股骨近端骨折是临床常见严重骨折类型，多发于老年人，若未能及时进行有效治疗，极易引起多种并发症，甚至可危及患者生命安全^[1]。目前，对于股骨近端骨折应尽早进行积极手术治疗，稳定骨折端，促使骨折尽快愈合^[2]。但由于老年患者身体机能处于衰退状态，对麻醉耐受性多不佳，且对手术应激反应较大，麻醉及手术风险较高^[3]。因此，于老年股骨近端骨折患者而言，选择有效、安全麻醉方案至关重要，是临床一大难题和研究重点。本次研究筛选本院于2021.1-2021.12收治60例老年股骨近端骨折手术治疗患者展开分析，观察评估超声引导下髂筋膜神经阻滞实施效果和

1 资料与方法

1.1 一般资料

筛选本院于2021.1-2021.12收治60例老年股骨近端骨折手术治疗患者作为观察对象展开分析，在“麻醉方案差异性”原则下将纳入对象分组-对比组、研究组（均n=30）。对比组：男14例、女16例，年龄最低60岁、最高89岁，均值（74.39±8.55）岁，身体质量指数最小19.1kg/m²，最大24.6kg/m²，均值（22.82±1.15）kg/m²。研究组：男14例、女16例，年龄最低60岁、最高88岁，均值（73.95±8.61）岁，身体质量指数最小18.9kg/m²，最大24.6kg/m²，均值（23.02±1.09）kg/m²。两组一般资料比较（ $P>0.05$ ），存在可比性。

纳入标准：（1）均被明确诊断为股骨近端骨折；（2）具有手术治疗指征、耐受性；（3）本人及家属充分了解研究内容、过程，同意加入研究；（4）思维正常，认知清晰，具备一定交流、配合能力。

排除标准：（1）存在麻醉、手术禁忌症；（2）合并恶性肿瘤等其他严重疾病；（3）凝血功能障碍、重要脏器组织功能障碍；（4）既往有股骨近端手术史；（5）听力、语言以及精神等障碍，不能合作；（6）中途脱落、退出观察。

1.2 方法

对比组采用单纯全麻：当患者入手术室，建立静脉通道，取0.25~0.3μg/kg舒芬太尼+2.0~2.5μg/ml丙泊酚TCI+2mg/kg顺阿曲库铵进行

静脉滴注，行气管插管予以机械通气，使用丙泊酚、瑞芬太尼维持麻醉至手术结束。

研究组采用超声引导下髂筋膜神经阻滞联合全麻：全麻操作与对比组一致，超声引导下髂筋膜神经阻滞：协助患者取仰卧位，保持髋关节稍外展，使用彩色多普勒超声诊断仪实施超声引导，定位髂筋膜间隙，仔细观察超声图像，确认清晰，采用平面内技术穿刺进针，使针体与皮肤内侧形成30~45°角，先注入适量生理盐水，若液体顺间隙扩散说明定位准确，取0.25%罗哌卡因30ml注入，采用水分离技术扩大髂筋膜临近间隙，将超声探头旋转至横向位置，仔细观察麻醉药扩散情况，保证药物均匀分布于髂筋膜间隙。

1.3 观察指标

1.3.1 血流动力学指标比较：于入手术室、手术开始5min、术毕等不同时间点，监测心率和平均动脉压。

1.3.2 不良反应发生率比较：统计计算恶心呕吐、呼吸抑制以及认知障碍和寒战等不良反应总发生率。

1.3.3 术后镇静和疼痛评分比较：于拔管30min时、出恢复室时，使用Ramsay镇静评分评价镇静情况，于术后2h、术后6h，使用视觉模拟评分量表（VAS）评价疼痛程度。

1.4 统计学分析

使用SPSS 24.0软件对数据进行统计学处理。血流动力学指标、术后镇静和疼痛评分等计量资料用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组内、组间比较采用t检验；不良反应发生率等计数资料用n（%）表示，组内、组间比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 血流动力学指标比较

入手术室时，两组心率、平均动脉压比较均无差异（ $P>0.05$ ），手术开始5min、术毕等不同时间点，研究组心率、平均动脉压均优于对比组（ $P<0.05$ ）。见表1。

表1 血流动力学指标比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	n	心率（次/min）			平均动脉压（mmHg）		
		入手术室时	手术开始5min	术毕	入手术室时	手术开始5min	术毕
对比组	30	84.86±10.36	64.27±6.92	66.52±4.05	101.13±12.43	80.55±4.42	80.07±3.69
研究组	30	79.63±10.72	72.11±4.67	73.27±3.38	100.49±13.25	95.31±6.39	96.83±3.21
t值	-	1.922	5.144	7.009	0.193	10.405	18.769

P 值	-	0.060	<0.001	<0.001	0.848	<0.001	<0.001
2.2 不良反应发生率比较		3.33%明显较对比组的 20.00%更低 ($P<0.05$)。见表 2。					
研究组恶心呕吐、呼吸抑制以及认知障碍和寒战等不良反应总发生率							
表 2 不良反应发生率比较 ($n, \%$)							
组别	n	恶心呕吐	呼吸抑制	认知障碍	寒战	总发生率 (%)	
对比组	30	2 (6.67%)	1 (3.33%)	1 (3.33%)	2 (6.67%)	6 (20.00%)	
研究组	30	1 (3.33%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (3.33%)	
χ^2 值	--	--	--	--	--	4.043	
P 值	--	--	--	--	--	0.044	

2.3 术后镇静和疼痛评分比较

拔管 30min 时、出恢复室时, 研究组 Ramsay 镇静评分均较对比组更低 ($P<0.05$); 术后 2h、术后 6h, 研究组 VAS 评分均较对比组更低 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 术后镇静和疼痛评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)					
组别	n	Ramsay 镇静评分		VAS 评分	
		拔管 30min 时	出恢复室时	术后 2h	术后 6h
对比组	30	4.40±0.59	4.33±0.35	3.30±0.42	3.33±0.55
研究组	30	3.13±0.63	3.23±0.58	1.16±0.61	1.47±0.63
t 值	-	8.059	8.894	15.827	12.182
P 值	-	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

3 讨论

股骨近端骨折在下肢骨折中非常常见, 骨折发生与骨质疏松存在密切关系, 常因跌倒、交通事故等所致^[4]。近年来, 伴随老龄化进程加快、交通事故增多等因素的共同作用和影响, 致使老年股骨近端骨折发病率处于持续上升状态, 成为影响老年人身心健康、生命安全的重要疾病^[5-6]。现阶段, 手术是临床治疗老年股骨近端骨折的主要方式, 可取得良好效果。麻醉是临床采用手术治疗老年股骨近端骨折的重要环节, 其目的在于通过使用麻醉药物, 确保患者在安全、无痛条件下顺利完成手术治疗^[7-9]。但由于老年患者心肺功能相对较差, 麻醉、手术风险较高, 若麻醉方案选择不佳, 可造成严重循环系统反应, 致使术中血流动力学发生较大改变^[10]。由此可见, 选择合理麻醉方案是降低风险、改善预后的关键所在。

本研究从对血流动力学指标和不良反应影响等多个方面观察了超声引导下髂筋膜神经阻滞在老年股骨近端骨折手术麻醉中的应用效果和价值, 结果显示, 手术开始 5min、术毕等不同时间点, 研究组心率、平均动脉压均优于对比组; 研究组不良反应总发生率较对比组更低; 术后不同时间点研究组 Ramsay 镇静评分和 VAS 评分均较对比组更低 ($P<0.05$)。音樱^[11]等人研究显示, 在老年股骨近端骨折手术中实施全麻联合髂筋膜神经阻滞, 镇痛效果良好, 恢复情况佳。提示超声引导下髂筋膜神经阻滞在老年股骨近端骨折手术麻醉中的应用效果确切。分析原因为超声引导下髂筋膜神经阻滞为新阻滞技术, 通过超声可视条件, 能够清晰辨别血管和神经, 加之腹股沟韧带上方近端髂窝里股外侧神经和股神经位置接近, 定向使用小容量麻醉药即可达到同时阻滞多支神经的效果, 且具有操作简单、适应症广等优势^[12]。同时超声引导下髂筋膜神经阻滞联合全麻, 具有起效快、阻滞完全等优势, 采用该麻醉方式, 既能够弥补全麻麻醉不全缺陷, 实现良好麻醉效果, 满足手术实际需求, 还发挥明显镇痛作用, 更好稳定血流动力学稳定, 减轻应激反应, 降低不良反应发生率, 提高苏醒质量^[13]。

综上, 在老年股骨近端骨折手术麻醉中采用超声引导下髂筋膜神经阻滞, 效果确切, 有利于更好稳定术中血流动力学指标, 且能够显著降低不

良反应发生率, 缓解术后疼痛, 值得临床借鉴、推广。

参考文献:

[1]颜凤凤, 程芳杨, 爱兴, 等.超声引导下髂筋膜间隙阻滞对老年股骨近端骨折的镇痛效果及其血流动力学的影响[J].系统医学, 2021, 6 (24): 57-60.

[2]钟红辉, 郭金兰, 谢敏华, 等.超声引导下腹股沟注射治疗髂筋膜室阻滞联合咪唑舒剂强化麻醉在老年股骨近端骨折手术中的应用效果[J].临床合理用药杂志, 2021, 14 (30): 139-141.

[3]张日凤.喉罩全麻联合超声引导下改良髂筋膜间隙阻滞在老年股骨近端骨折麻醉中的应用研究[J].当代医学, 2021, 27 (22): 74-76.

[4]朱建国, 张友传, 冯毅承, 等.超声引导下髂筋膜神经阻滞对老年股骨近端骨折患者血流动力学与应激反应的影响[J].中华全科医学, 2021, 19 (08): 1310-1313.

[5]王健伟, 林康, 徐景友, 等.超声下髂筋膜神经阻滞联合全麻在老年股骨近端骨折麻醉中的应用[J].浙江创伤外科, 2021, 26(01): 191-192.

[6]高燕春, 侯冠峰, 谢言虎, 等.超声引导下髂筋膜间隙阻滞对老年股骨近端骨折患者术后睡眠质量的影响[J].中国医师杂志, 2020, 22 (09): 1381-1383.

[7]林澄, 陈治军, 秦朝生, 等.右美托咪定滴鼻联合腹股沟韧带上髂筋膜阻滞对股骨近端骨折病人术前镇静效果的影响[J].骨科, 2020, 11 (05): 427-430.

[8]马宁.超声引导下改良髂筋膜间隙阻滞在老年股骨近端骨折麻醉中的应用[J].河南医学研究, 2020, 29 (02): 261-262.

[9]张宇, 姚富, 于天雷, 等.超声引导下腹股沟韧带上髂筋膜阻滞对老年股骨近端骨折病人术后疼痛及认知功能的影响[J].实用老年医学, 2019, 33 (12): 1164-1167.

[10]王皓, 尚游.右美托咪定联合罗哌卡因髂筋膜间隙阻滞在老年股骨近端骨折患者中的应用[J].锦州医科大学学报, 2019, 40 (04): 48-51.

[11]音樱, 章敏, 疏树华, 等.超声引导下改良髂筋膜间隙阻滞在老年股骨近端骨折麻醉中的应用[J].临床麻醉学杂志, 2018, 34 (07): 660-664.

[12]史双友, 靳红绪, 张同军, 等.超声引导下髂筋膜间隙阻滞用于老年患者股骨近端骨折的早期镇痛[J].上海医学, 2018, 41 (10): 603-606.

[13]黄沾, 王中胜, 侯建平, 等.超声引导下连续髂筋膜间隙阻滞联合单次坐骨神经阻滞用于老年患者全膝关节置换术后镇痛的效果[J].检验医学与临床, 2019, 16 (18): 2644-2647, 2650.

第一作者姓名: 陈洲, 单位与科室: 广州医科大学附属中医医院 同德麻醉科, 单位地址和邮编: 广东省广州市白云区横滘二路 81 号 510407, 性别与学历: 女 大学本科, 职称和职务: 麻醉住院医师 医师, 籍贯与民族: 江西丰城 汉族, 出生年月: 1991 年 04 月 28 日, 研究方向: 主要从事创伤麻醉的围术期管理研究。

通讯作者: 潘伶俐 单位: 广州医科大学附属中医医院 同德麻醉。

比较神经内镜与 3D 打印定向血肿穿刺手术治疗高血压基底节区脑出血的临床疗效

戴和军

南通大学附属丹阳市人民医院神经外科 江苏丹阳 212300

摘要：目的：比较高血压基底节区脑出血治疗中神经内镜手术与 3D 打印定向血肿穿刺手术的临床疗效。方法：选择本院 2020 年 1 月~2022 年 7 月接收的高血压基底节区脑出血患者 133 例，依据手术方式分组，行开颅手术的 46 例标记为开颅组，行神经内镜手术的 44 例标记为神经内镜组，行 3D 打印定向血肿穿刺手术的 43 例标记为 3D 打印组，对比 3 组手术效果。结果：①手术时间：开颅组显著高于其他两组 ($P<0.05$)，但神经内镜组与 3D 打印组间无明显差异 ($P>0.05$)；②术中出血量：开颅组显著高于其他两组，且神经内镜组显著高于 3D 打印组 ($P<0.05$)；③血肿清除率：开颅组和神经内镜组显著高于 3D 打印组 ($P<0.05$)，但开颅组与神经内镜组无明显差异 ($P>0.05$)；④术后并发症发生率：开颅组显著高于其他两组 ($P<0.05$)，但神经内镜组和 3D 打印组无明显差异 ($P>0.05$)。结论：高血压基底节区脑出血治疗中，神经内镜手术、3D 打印定向血肿穿刺手术各具优势与不足，医生应结合患者情况合理选择，提高手术效果及安全性。

关键词：高血压基底节区脑出血；神经内镜手术；3D 打印定向血肿穿刺术

高血压脑出血是一种急性脑血管疾病，以脑基底节区为常见出血部位，在总患者中占比为 70% 左右。高血压基底节区脑出血起病急，病情严重且易发生变化，多数患者发病后，会明显升高颅内压，导致不良影响脑组织和神经细胞，如果有效救治未能及时开展，短时间内可对患者生命安全产生威胁。临床治疗高血压基底节区脑出血时，手术为主要治疗方式，可有效清除血肿占位，促进神经功能良好的恢复。目前，该疾病治疗中常用的术式有三种，一是开颅手术，此为传统术式，虽疗效确切，但存在较大的创伤性，术后也较易发生并发症，延长术后康复进程；二是神经内镜手术，其属于微创术式，手术创伤性较小，且术中有较为宽广的视野，可减轻术中操作的损伤性，利于减少术后并发症；三是 3D 打印定向血肿穿刺手术，同样为微创术式，具有定位更加准确、血肿引流时间更短等优势，且会明显降低再出血、感染风险，安全性较好^[1]。近年随着不断发展微创手术技术，临床越来越广泛的应用微创术式治疗高血压基底节区脑出血患者，但对于上述术式的临床疗效，尚未形成统一意见^[2]。基于此，本研究以本院该疾病患者为研究对象，对比神经内镜手术与 3D 打印定向血肿穿刺手术的手术效果，供临床参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院 2020 年 1 月~2022 年 7 月接收的高血压基底节区脑出血患者 133 例，依据手术方式分组，行开颅手术的 46 例标记为开颅组，行神经内镜手术的 44 例标记为神经内镜组，行 3D 打印定向血肿穿刺手术的 43 例标记为 3D 打印组。开颅组中，男 26 例，女 20 例；年龄 45~80 岁，平均 (58.34 ± 5.76) 岁；出血量 30~67ml，平均 (44.96 ± 6.58) ml；发病至就诊时间 2~22h，平均 (12.44 ± 1.94) h；高血压病史 3~17 年，平均 (8.62 ± 3.33) 年。神经内镜组中，男 25 例，女 19 例；年龄 44~80 岁，平均 (58.47 ± 5.70) 岁；出血量 33~69ml，平均 (44.89 ± 6.67) ml；发病至就诊时间 2~21h，平均 (12.48 ± 1.91) h；高血压病史 2~15 年，平均 (8.55 ± 3.38) 年。3D 打印组中，男 23 例，女 20 例；年龄 42~78 岁，平均 (58.29 ± 5.84) 岁；出血量 34~68ml，平均 (44.83 ± 6.74) ml；发病至就诊时间 3~21h，平均 (12.52 ± 1.83) h；高血压病史 3~16 年，平均 (8.70 ± 3.19) 年。三组资料经比较无明显差异 ($P>0.05$)。

纳入标准：(1) 符合诊断标准；(2) 经 CT 等影像学检查确诊；(3) 发病至就诊时间未超过 48h；(4) 首次发病；(5) 出血量 30~70ml；(6) 知情同意。

排除标准：(1) 脑出血由动静脉畸形、脑梗塞等其他血管性疾病导致；(2) 脑出血；(3) 存在手术禁忌症；(4) 伴凝血功能障碍；(5) 合并颅脑外伤；(6) 已经脑死亡；(7) 重要脏器伴严重功能不全。

1.2 方法

开颅组行开颅手术：患者取仰卧位，向血肿对侧偏头部，开展静脉复合吸入麻醉，行气管插管，消毒、铺巾常规开展；头皮切口位于颞顶，形状为马蹄形，头皮夹止血，将骨膜、颞肌后悬吊颞肌、皮瓣分离，使颅骨充分显露，利用气动颅钻钻孔，共 4 个，分别位于血肿侧额、颞、顶皮缘四周颅骨，完成后填涂骨蜡，实现止血，骨瓣经气动铣刀铣开，并实施游离，使硬脑膜显露出来，骨缘四周填涂骨蜡，让血流止住，脑膜中动脉分支利用双极电凝灼烧止血，在骨缘四周，利用小圆针 1 号线悬吊硬脑膜，硬脑膜用尖刀挑开后，沿着骨缘利用脑膜剪将硬脑膜小心剪开，使压力充分减轻，基底朝下，将硬脑膜下脑组织充分显露出来，观察肿胀现象是否存在于脑组织中，造瘘在皮层相对无血管区进行，观察暗红色血块是否存在，血肿充分清除后，对血肿腔情况仔细探查，充分止血后，将止血纱布填塞到血肿腔中，并喷涂止血粉，硬脑膜经人工硬脑膜修补缝合后，将 1 条引流管放置在硬膜外，颞肌、皮下及皮肤组织缝合，手术完成。

神经内镜组行神经内镜手术：患者体位、麻醉方式与开颅组相同，麻醉成功后上脑科头架，稍微抬高头部，约 $15^{\circ}\sim 20^{\circ}$ ，消毒、铺巾常规开展；头皮切口位置为冠状缝前 2cm 向血肿侧旁开 3cm，切口长度 5cm 左右，一直切至骨膜层，头皮夹止血，撑开固定经乳突牵开器进行，在血肿侧额颅骨用气动颅钻钻 1 个孔，经骨孔应用铣刀将骨瓣铣开，2~3cm 左右即可，之后进行游离操作，使硬脑膜显露出来，硬脑膜利用双极电凝止血，在骨缘采用小圆针 1 号线悬吊一周，于额沟回皮层采用双极电凝造瘘，再把一次性透明鞘经瘘口置入，在透明鞘直视下，经血肿镜观察血肿情况，同时与吸引器相配合，把血肿和血性液体吸出，完成后向血肿腔内置入止血材料，待充分止血，透明鞘小心退出，明确不存在活动性出血后将切口逐层缝合，完成手术。

3D 打印组行 3D 打印定向血肿穿刺手术：术前，开展头颅 CT 薄层扫描，层厚控制在 2mm 以内，扫描后，将 CT 影像数据导入徐永革 TM3D 打印导航颅脑定位系统，之后以手术操作需求为依据，将个性化手术定位导航板设计出来，再经高速医学 3D 打印设备完成导航板的打印；配合“徐永革一次性使用颅脑微创定位手术配件包”，组装导向支架配件及面具导航板，即可在手术中贴合体表骨性标记物定位，指导医生标记头皮切口位置及导

针深度，让手术操作精准完成；之后即可开展微创血肿穿刺术，取平卧位，向健侧偏头部，消毒铺巾常规进行，行局部浸润麻醉，切开穿刺部位头皮，约2~3cm长，穿刺针安装到手动电钻上，钻一个直径1cm的骨孔，以确定的路径为依据，开展进针操作，直到血肿中心停止，针芯拔出，5ml注射器与侧孔连接，回抽，如抽出暗黑色陈旧性血液，说明穿刺成功，可实施血肿抽吸操作，初次要适当控制吸量，不可过大，完成抽吸后，血肿腔利用生理盐水灌洗，待获得淡红色灌洗液后，表示灌洗完成，引流管常规留置，穿刺点妥善包扎。

1.3 观察指标

记录手术时间、术中出血量；观察血肿清除情况，术后24h内复查头颅CT，完成后向计算机内导入术前、术后检查数据，将血肿体积测量出来，并按照剩余血肿体积（术前血肿体积-术后血肿体积）/术前血肿体积×100%来计算血肿清除率；观察术后并发症发生情况。

1.4 统计学分析

采用SPSS22.0统计分析，计量资料及计数资料分别利用t和 χ^2 检验， $P<0.05$ 表明差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 手术时间、术中出血量、血肿清除率比较

①手术时间：开颅组显著高于其他两组（ $P<0.05$ ），但神经内镜组与3D打印组间无明显差异（ $P>0.05$ ）；②术中出血量：开颅组显著高于其他两组，且神经内镜组显著高于3D打印组（ $P<0.05$ ）；③血肿清除率：开颅组和神经内镜组显著高于3D打印组（ $P<0.05$ ），但开颅组与神经内镜组无明显差异（ $P>0.05$ ）。具体见表1。

表1 3组手术时间、术中出血量、血肿清除率比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	手术时间（h）	术中出血量（ml）	血肿清除率（%）
开颅组（n=46）	2.82±0.71	315.34±133.48	89.95±13.58
神经内镜组（n=44）	1.54±0.69*	40.08±16.67*	89.04±12.23
3D打印组（n=43）	1.33±0.65*	5.94±2.71*#	66.57±11.35*#

注：与开颅组相比，* $P<0.05$ ；与神经内镜组相比，# $P<0.05$ 。

2.2 术后并发症发生率比较

开颅组有10例发生并发症，其中再出血2例、泌尿感染3例、颅内感染3例、下肢静脉血栓2例，总发生率21.73%（10/46）；神经内镜组有2例发生并发症，泌尿感染和颅内感染各1例，总发生率4.55%（2/44）；3D打印组有2例发生并发症，再出血、颅内感染各1例，总发生率4.65%（2/43）。经比较，开颅组显著高于其他两组（ $P<0.05$ ），但神经内镜组和立3D打印组无明显差异（ $P>0.05$ ）。

3 讨论

高血压基底节区脑出血指有病变出现在脑小动脉中，导致突然升高血压，造成脑动脉破裂出血。该疾病发病突然，发病早期时临床征兆通常不存在，发病后如治疗不能在数小时内实施，则会严重影响存活率及预后效果^[3]。开颅手术为传统术式，术中具有清晰的视野，能够实现完全的清除血肿，疗效确切，但其也存在较多的缺点，如创伤大、手术时间长、术后易发生并发症等，一定的限制了其在临床的应用^[4-5]。本研究开颅组手术时间、术中出血量均明显高于其他两组（ $P<0.05$ ）反映出传统术式存在的不足之处。

随着不断的发展神经外科微创手术器械，近年来高血压基底节区脑

出血广泛采用神经内镜手术治疗，该术式中，血肿清除操作在神经内镜下进行，可保证手术视野清晰，且能清除深部的血肿，利于提高血肿清除率^[6-7]。本研究发现，神经内镜组的血肿清除率与开颅组基本相当（ $P>0.05$ ），说明神经内镜手术具有良好的血肿清除效果。手术操作时，在神经内镜辅助下，可最大限度避免牵拉周围脑血管及组织，让组织受到的损伤减轻，进而减小手术创伤，减少术中出血量^[8]，神经内镜组术中出血量显著低于开颅组（ $P<0.05$ ）体现出该术式的此种优势。3D打印定向血肿穿刺手术也是一种神经外科微创术式，具有手术时间短、术中出血少、操作简便等有优势，手术过程中，不会明显的侵袭正常脑组织，有助于减轻术后脑水肿程度，利于更好的恢复神经功能^[9-10]。然而本研究发现，在血肿清除率方面，3D打印组显著低于其他两组（ $P<0.05$ ），原因是相比于其他两组术式，3D打印定向血肿穿刺手术的视野相对较小，使血肿清除效果受到一定的影响^[10-12]。

综上，高血压基底节区脑出血治疗时，相比于传统开颅手术，神经内镜手术和3D打印定向血肿穿刺手术均能明显的缩短手术时间、减少术中出血量，降低手术的创伤性，但神经内镜手术和3D打印定向血肿穿刺手术在血肿清除率、预防术后再出血、减少并发症方面各具优势，临床应结合患者个体情况科学选择术式，以提高手术效果。

参考文献：

[1] 郭慎新, 周小峰, 吴宗涛. 立体定向血肿穿刺抽吸术与立体定向神经内镜下血肿清除术治疗高血压基底节区脑出血的效果比较[J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7 (25): 32-35.

[2] 赵子光. 高血压基底节区脑出血患者神经内镜联合球囊辅助的脑造通器治疗效果的影响因素[J]. 黑龙江医药科学, 2022, 45 (04): 185-186+188.

[3] 高明明, 崔潘, 王瑜, 等. 立体定向下血肿穿刺引流术治疗高血压基底节区脑出血患者的预后影响因素分析[J]. 反射疗法与康复医学, 2022, 3 (08): 95-97.

[4] 隋斌. 神经内镜下微创手术对高血压基底节区脑出血患者术后神经功能及BDNF、NSE水平的影响[J]. 航空航天医学杂志, 2021, 32 (11): 1311-1312.

[5] 刘刚, 谭伟斌, 董鹏, 等. 一次性脑科球囊辅助神经内镜下手术治疗高血压基底节区脑出血[J]. 海南医学, 2021, 32 (12): 1549-1551.

[6] 董旭仕. 神经内镜手术治疗高血压基底节区脑出血患者的临床效果[J]. 医疗装备, 2021, 34 (10): 112-113.

[7] 吴保东. CT定位下微创穿刺治疗高血压基底节区脑出血患者的效果[J]. 中国医药指南, 2021, 19 (12): 36-37.

[8] 郭万亮, 徐步轩, 曾祥武, 等. 神经内镜与显微手术治疗高血压基底节区脑出血的效果及并发症分析[J]. 医学食疗与健康, 2021, 19 (04): 84-85.

[9] 吴世强, 骆安林, 方挺, 等. 微创手术在高血压基底节区脑出血患者中的应用价值[J]. 新医学, 2020, 51 (11): 861-865.

[10] 王雪源. 立体定向穿刺抽吸术与小骨窗开颅术治疗高血压基底节区脑出血临床效果观察[J]. 河南外科学杂志, 2020, 26 (05): 107-108.

[11] 卫润斐, 曹付强, 孙鹏, 等. 神经内镜微创术与小骨窗开颅术治疗高血压基底节区脑出血的效果比较[J]. 实用医药杂志, 2020, 37 (09): 788-790+800.

[12] 张超旺. CT定位下微创穿刺对高血压基底节区脑出血短期疗效观察[J]. 首都食品与医药, 2018, 25 (15): 75-76.

在线医疗平台医患信任度的影响因素研究

——以榆次大学城为例

吴红丽 李千 段书彦 史征宇 吴娟

山西医科大学管理学院 山西太原 030001

摘要：为了解大学生对使用在线医疗平台进行网络就医的态度，探析影响医患信任度的因素。本研究于 2021 年 10 月，选取山西榆次大学城的在校大学生作为调查对象，随机发放研究调查网络问卷，对有效问卷进行整理，主要从线上交流模式、沟通时效性、隐私安全保护、平台价格这四个方面对问卷进行 SPSS 分析。研究发现线上医疗影响医患信任度的因素主要是平台结构功能，平台的咨询费用合理性、预期服务结果与实际结果的符合程度。

关键词：大学生；在线医疗平台；医患信任度

随着移动互联网普及，用户规模扩大以及软硬件等基础设施不断完善，在市场需求不断增长与诸多政策支持下，互联网医疗链逐步成形，在线挂号及问诊企业被越来越多人关注。自新冠肺炎疫情发生以来，线下就诊受限，使得在线医疗问诊成为越来越多人选择的方案。数据显示，互联网问诊量在新冠肺炎疫情期间的增长量是 2019 年同期的 20 多倍，电子处方量增长近 10 倍^①。但是，时下一些线上医疗平台不规范，互联网“网络问诊”乱象丛生，“网上医生”也是鱼龙混杂^②。从用户的整体评价上看，存在沟通时效性不强、回答可信度不高、患者隐私安全得不到保护等问题。故大部分患者宁愿花费时间去医院问诊也不愿在网上医疗平台就诊，医患信任度存在缺失的情况，由此看来提高患者对网上医疗平台的信任度尤为重要。本研究以山西榆次大学城为例，调查在校大学生对使用在线医疗平台进行网络就医的态度，探析影响医患信任度的因素。

一 研究调查设计

小组成员首先对各个平台框架结构、功能及服务流程进行初步调查，总结各平台在线咨询、挂号、开药服务流程，并结合自身情况对检测结果进行判断。结合文献资料统计影响因素并提出问题。本次调查涉及的主要问题为以下四个：（1）医患线上交流模式是否对医患信任度有影响；（2）医患沟通的时效性是否对医患信任度有影响；（3）用户对隐私政策的理解及平台对用户隐私的管理是否对医患信任度有影响；（4）用户金钱支出与心理预期结果差距是否对医患信任度有影响。根据所提问题，设计“线上医疗平台医患信任度”电子调查问卷。

二 调查目的、方法

通过调查在校大学生对线上问诊平台的使用情况，探析影响线上医患信任度的因素，进而为改善医患关系提出合理对策与建议。统计分析采用 SPSS 软件对数据进行分析，先对被调查者的基本信息进行描述统计展示，然后对问卷量表进行单样本 t 检验现况研究、Kendall 相关性分析、线性回归分析方法探讨医患关系评价的影响因素。

三 问卷的整理与分析

于 2021 年 10 月，选取山西榆次大学城的在校大学生作为调查对象，随机发放网络问卷，共发放问卷 300 份，得到有效问卷 238 份，有效回收率 79.4%。其中男生 100 人，占总人数 42.02%，女生为 138 人，占总人数 57.98%，性别比例均衡，性别结构较为合理。

本份问卷设置题目 13 题，从高校学生对线上医疗平台医患线上交流模式、医患沟通的时效性、用户对隐私政策的理解及平台对用户隐私的管理、用户金钱支出与心理预期结果差距四个方面进行调查。针对问卷中的部分问题，我们做出了如下分析：

3.1 问卷基本情况描述

①对线上医疗平台的认知：238 份有效问卷中，168 位被调查者对线上医疗平台了解一点，占总人数的 70.59%，仅有 8 位高校学生对医疗平台完全了解，说明大众对于线上医疗平台的虽然认知尚浅，但对于在线医疗平台的接受程度还是比较高的。②对疾病就医方式的选择：参与调查的 238 位大学生中表示在身体不舒服时通常直接去医院了解自己病情的占总人数的 58.8%，使用线上医疗平台了解自己病情的人占总人数的 27.31%。③

对线上医疗平台的利用：使用过线上医疗平台的学生中，有 33.1%使用过丁香医生，28.9%的人使用过春雨医生；用户使用在线医疗时，使用功能排名前三的分别为挂号、预约医生、医疗问诊。在受访学生对于网上咨询问诊会考虑哪些问题上，排在首位的是在网上咨询问诊时考虑所选医院的等级，其次受访学生在网上咨询问诊时会考虑所选医生的职称，同时，受访学生在网络咨询问诊上也会考虑医生服务的态度、医生回复咨询的效率、线上问诊的价格、平台对用户隐私的保护程度。总体来说学生对于网上咨询问诊考虑较稳全面，其中学生们对于医院、医生的选择上较为全面。④对线上医疗平台的担忧：对于使用线上医疗平台，受访学生最担心的问题排名前三的依次是：医生的专业程度、医生信息的真实性，对病人隐私是否保密，说明信息化时代学生对医疗安全与隐私保护的重视，但当前各类线上医疗平台在对医师信息与专业度的审核和个人信息保护方面做的尚不尽如人意；另外，药品安全无法保障也是居民使用线上医疗平台时较为担心的问题。⑤对线上医疗平台的问题需求：187 位受访学生希望移动医疗可以与线下药店合作（如免费检查，同城送药），184 位受访学生希望线上医疗平台能够加强对医生资质的核实以及提供健康咨询与指导服务，175 位受访学生希望线上医疗平台可以更好的保护患者隐私。

3.2 单样本 T 检验分析

现状分析是对被调研对象的真实想法进行评价，被调研对象的评分均值可视作为人们对这个题项的看法现状。在 5 度量表中，3 分表示偶尔（中立），显著高于 3 分表示经常（赞同），显著低于 3 分则表示较少（否定），因此需要对量表均分分布在 3 周围的均数做现状分析，由于样本各个观测值之间相互独立，且总体分布为正态分布，故方法采用单样本 T 检验。结果表明：问题 9.7、10.3、10.4、11.3、11.4、11.5 的 T 检验结果不具有统计学意义，其余各项问题 T 检验结果均具有统计学意义，即被调查者线上问诊时医生经常询问患者家庭、社会和经济状况，患者经常因隐私泄露而遭遇骚扰电话、诈骗等情况，问题 9.1-9.6、9.9、9.10、10.2、10.5、11.1、11.2 的评分均值均显著低于 3，表示较少发生该情况。

3.3 Kendall 相关分析

Kendall 相关系数是一个用来研究成对的等级评定资料，或者是由连续变量观测资料转化得到的等级资料。将对医患信任度有影响的因素作为自变量，采用 Kendall 相关性分析，一般认为，相关系数 $|r|$ 越接近 1，两个变量的相关程度越高，其绝对值越接近于 0，两个变量的相关程度就越低。分析结果如表 1。

由表可知，以下内容与医患信任度呈正相关：①在线问诊过程中医生打断患者的讲话；②医生询问患者家庭经济状况；③医生询问患者隐私问题；④使用者存在因隐私泄露而遭遇骚扰电话、诈骗的经历；⑤咨询费用的合理性；⑥预期服务结果与实际结果的符合程度；⑦平台功能的完备性；⑧平台界面的流畅度。

表 1：Kendall 相关结果

因子	相关问题	医患信任度		
		相关系数	Sig.（双尾）	M
医患沟通	9.1	-0.08	0.13	238

	9.2	0.038	0.478	238
	9.3	0.009	0.858	238
	9.5	-0.059	0.266	238
	9.6	0.026	0.62	238
	9.7	0.144	0.005	238
	9.8	0.141	0.006	238
隐私因子	10	0.168	0	238
	10.1	0.223	0	238
	10.2	0.152	0.003	238
隐私	10.3	0.098	0.055	238
	10.4	0.101	0.047	238
	10.5	0.064	0.209	238
沟通时效性	9.4	-0.042	0.421	238
费用支出	11.1	0.669	0	238
	9.1	-0.055	0.293	238
	9.9	0.03	0.572	238
其他	11.2	0.676	0	238
	11.4	0.729	0	238
	11.5	0.748	0	238

3.4 回归分析

在相关分析的基础上，利用 SPSS 软件，对正态化后的数据集进行回归分析，结果如表 2 所示。最终多元回归模型如下所示：医患信任度=0.174*咨询费用的合理性+0.125*预期服务结果与实际结果的符合程度+0.256*平台功能的完备性+0.353*平台界面的流畅度+0.249。

表 2：线性回归分析

变量	非标准化系数	显著性	VIF	模型效果
(常量)	0.249	0.013		
9.7	-0.022	0.394	1.81	
9.8	0.012	0.606	1.887	
10.1	0.022	0.222	1.232	
10.2	0.009	0.659	1.208	R ² =0.858
10.4	-0.016	0.372	1.203	统计量 sig.=0.000
11.1	0.174	0	2.804	
11.2	0.125	0.006	3.783	
11.4	0.256	0	3.401	
11.5	0.353	0	2.503	

4 研究结果分析

平台功能的完备性、平台界面的流畅度这两项内容对回归方程的影响较大，可以说明目前大学生线上问诊的医患信任度主要受平台因素影响，平台功能越完备，患者对医生的信任度越大；此外，在线问诊过程中医生打断患者讲话，医生询问患者家庭经济状况这两项内容与医患信任度之间存在相关关系，可以说明医患线上交流模式对医患信任度有正面影响；医生能否及时回答患者问题与医患信任度不存在相关和回归关系，因此暂不能说明医患沟通的时效性对医患信任度存在影响；由回归与相关分析可知，用户对隐私政策的理解与医患信任度之间不存在回归关系，但医生询问患者隐私问题，使用者存在因隐私泄露而遭遇骚扰电话、诈骗的经历这两项内容与医患信任度呈正相关关系，结合现况分析可知大学生对自己隐私保护性意识还不高；此外，平台咨询费用的合理性、预期服务结果与实际结果的符合程度均与医患信任度之间存在回归和相关关系，且呈现正相关关系，因此在线医疗平台的咨询费用越合理，预期服务结果与实际

结果越符合，医患信任度就越高。

5 对策建议

线上医患沟通方面：线上医患交流中，患者对医生的服务态度有了更高的要求。研究发现，患者与医生交流的时间与频率直接影响患者的满意度。而线上医疗平台对于医患沟通的次数与时间有着严格的规定，高度压缩的时间和相对较短时间的互动，往往让医患不能良好的进行沟通；医生在与患者的沟通交流中，尽量不去过问患者的个人隐私信息，可以通过更为开放、友好、耐心的语言表达来促进患者分享疑虑和需求；线上医疗平台可以针对患者病情诉说而提供更为细致的类目参考与开放选项，充分提高用户对于病情的理解；线上医疗平台的设计应遵循易用性原则，以用户的需求为出发点，不断完善自身的主要功能。

隐私安全保护方面：大学生应该注重自身信息安全意识的培养。不要随意注册使用来源不明、知名度较小的线上医疗平台。注册信息时，有意识地去阅读用户协议和隐私政策，并对个人密码进行复杂化设置；国家应该加强相关隐私机制的建立，建立医疗健康隐私相关的投诉与举报机制；线上问诊平台应该建立适合平台自身的自我保护机制，要将隐私政策摆在用户登陆平台的显眼位置，并对其核心内容进行高亮突出显示。

平台价格完善方面：咨询价格对患者在线问诊行为存在正向作用，患者将价格作为医生服务水平和服务质量的参考标准，线上医疗平台还应向用户公开医疗问诊的详细费用，让患者对自己消费细节有明确认识。

6 研究总结

线上问诊平台中的信息纷繁复杂，本研究以山西榆次大学城为例，调查在校大学生对使用在线医疗平台进行网络就医的态度，从医患之间的交流、隐私政策、费用支出、平台功能框架、沟通的时效性等几个方面分析线上医疗平台影响医患信任度之间的因素⁰。

通过查阅文献等了解到影响线下医患信任度的因素主要是医患之间的沟通、资源配置等。文章“医患双方视角下医患关系的影响因素研究”分析得出：医护人员对患者的不信任多从医疗纠纷经历中患者医闹和日常问诊、治疗中患者表现出对自己的不信任相互感染而来⁰。文章“新医改背景下医患关系问题研究指出医疗资源的配置”也会对医患关系产生一定的影响。而线上医疗随着互联网技术与信息技术的发展应运而生，线上医疗不仅避免了医患直接直接的医闹冲突、纠纷，而且一定程度上促进了资源的合理配置⁰。

本次研究发现线上医疗影响医患信任度的因素主要是平台结构功能，平台的咨询费用合理性、预期服务结果以及实际结果的符合程度。平台功能越完备，咨询费用越合理，预期服务结果与实际结果越符合，医患信任度就越高。平台对隐私的保密性，医生的态度一定程度上也可以影响医患信任度，都存在正相关关系，沟通的时效性与信任度之间无关，不存在相关和回归关系。由此看来，患者更加注重回答的预期效果、回答的质量等，对于时效性来说似乎要求并不是很严格。综上所述，线上并非完全等同于线下就医行为。患者在线上就医时受医生线下特征的影响比较微弱，但是也存在一定的相关关系，主要受到在线问诊平台、患者预期效果等的影响。

参考文献：

- [1]李霞,唐源.基于“互联网+智慧医疗”的医院信息化平台建设与应用[J].医学信息学杂志,2018,39(5):16-20.
- [2]秦涵书,胡磊,杨晓夫.基于人工智能的新冠肺炎在线咨询平台的设计与实现[J].中国数字医学,2020,15(5):84-86.
- [3]吴侃,杨尚春,杨文宾,等.医务人员参与互联网医院在线问诊服务满意度影响因素研究[J].医学信息学杂志,2020,41(11):41-45.
- [4]刘清华.新医改背景下医患关系问题研究[J].滨州医学院学报,2016,39(06):435-438+466.
- [5]熊梦辉,徐婉洋,王磊.医患双方视角下医患关系的影响因素研究[J].当代医学,2017,23(12):49-51.
- [6]王禹尧,李礼安,缪家清,等.某三甲医院互联网医院在线问诊运行现状研究[J].现代医院,2021,21(11):1770-1772.

基金项目：山西医科大学大学生创新创业训练项目(202010114012)；山西医科大学科技创新青年基金项目(02201536)

分析生化免疫检验中化学发光免疫测定技术对甲状腺肿瘤的 诊断价值

董丛 陈小凤

石嘴山市第二人民医院检验科 宁夏石嘴山市 753000

摘要：目的：分析生化免疫检验诊断甲状腺肿瘤中化学发光免疫测定法的应用价值。方法：选取 2021 年 6 月~2022 年 5 月疑似甲状腺肿瘤患者 50 例，全部实施化学发光免疫测定、电化学发光分析与病理学检验，其中化学发光免疫测定结果资料设为 A 组，电化学发光分析结果设为 B 组，比较甲状腺球蛋白指标、甲状腺激素指标、漏诊误诊率、诊断精度。结果：甲状腺球蛋白检测比较，A 组数量[(18.52±3.07) 个]高于 B 组[(10.16±3.10) 个]，A 组浓度[(697.38±60.24) μg/L]高于 B 组[(642.79±50.17) μg/L]，差异有统计学意义 (P<0.05)；甲状腺激素检测比较，A 组 TSH 指标[(3.51±0.98) mIU/L]高于 B 组[(1.21±0.42) mIU/L]，A 组 FT₃ 指标[(37.10±5.79) pmol/L]高于 B 组[(25.83±5.81) pmol/L]，A 组 FT₄ 指标[(83.41±8.06) pmol/L]高于 B 组[(73.92±6.74) pmol/L]，差异有统计学意义 (P<0.05)；阳性率比较，病理学诊断检出率为 82.00% (41/50)，A 组阳性率[78.00% (39/50)]高于 B 组[66.00% (33/50)]，差异有统计学意义 (P<0.05)；误诊漏诊率比较，A 组漏诊率[4.88% (2/41)]低于 B 组[26.83% (11/41)]，A 组误诊率[0.00% (0/9)]低于 B 组[33.33% (3/9)]，差异有统计学意义 (P<0.05)；诊断精度比较，A 组灵敏度[95.12% (39/41)]高于 B 组[73.17% (30/41)]，A 组特异度[100.00% (9/9)]高于 B 组[66.67% (6/9)]，A 组灵敏度[96.00% (48/50)]高于 B 组[72.00% (36/50)]，差异有统计学意义 (P<0.05)。结论：应用化学发光免疫测定进行甲状腺肿瘤生化免疫检验，甲状腺球蛋白数量与浓度检测精度较高，可显著降低漏诊误诊率，提高诊断精度，诊断价值显著。

关键词：化学发光免疫测定；甲状腺肿瘤；生化免疫检验；诊断价值

前言：甲状腺肿瘤为常见恶性肿瘤，生化免疫检验为主要检验方法。在实施生化免疫检验时，可实施电化学发光分析（简称 RIA 检测）、化学发光免疫测定（简称 CLIA 检测）等^[1]。在当前诊断技术中，实施手术进行病理学检验是比较可靠的检验方法，是目前甲状腺肿瘤诊断的金标准。病理检查属于创伤性检查方法，较易引起生理和心理应激，患者存在诸多顾虑，依从性较差。甲状腺肿瘤通常合并生化免疫功能异常、机体代谢紊乱等。生化免疫检测对机体创伤较小，可辅助医师进行科学诊断。CLIA 检测可应用于甲状腺肿瘤诊断，是比较先进的检测技术^[2]。本文从 2021 年 6 月~2022 年 5 月接诊的疑似甲状腺肿瘤患者中选取 50 例，说明化学发光免疫测定方法，评价诊断价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 6 月~2022 年 5 月 50 例意思甲状腺肿瘤患者，均行 CLIA 检测、RIA 检测，以病理学检测作为金标准。按照检测方法将资料分组，A 组 50 例（CLIA 检测），B 组 50 例（RIA 检测）。性别：男/女=28/22，年龄（23~62）岁，平均（43.16±12.07）岁；体重（48.5~84.0）kg，平均（69.07±6.10）kg。资料可予分析（P>0.05）。

纳入标准：（1）以《甲状腺微小乳头状癌诊断与治疗中国专家共识（2016 版）》为诊断依据；（2）年龄>18 岁；（3）触诊检出颈部包块；（4）可常规沟通；（5）凝血功能正常；（6）免疫功能正常；（7）患者知情同意。

排除标准：（1）近期相关性药物治疗；（2）精神病史；（3）全身性感染；（4）合并其他肿瘤；（5）既往甲状腺肿瘤史；（6）合并遗传性疾病；（7）重症脏器损伤；（8）妊娠哺乳期；（9）中途退出或资料不全。

1.2 方法

（1）采血：全部患者晨间空腹采集 5 ml 外周静脉血，使用两支 EDTA 抗凝采血管（厂商：碧迪医疗器械（上海）有限公司；型号：BD367871 真空肝素管）分别存放，2.5 ml/支。采血管内含有抗凝肝素。（2）离心处理血样：采用离心机设备（厂商：上海木森生物科技有限公司；型号：赛默飞高速冷冻离心机 Multifuge X1R）进行离心处理，离心半径参数设为 5 cm，转速参数设为 3000 r/min，离心处理 10 min。血清有效分离后，从处理后的血样中提取血浆，使用专业冰箱在 -80℃ 环境下保存。采样 4 h 内实施生化免疫检测。（3）检测指标：进行甲状腺球蛋白数量与浓度、甲状腺激素指标、游离三碘甲状腺原氨酸（即 FT₃ 指标）、游离甲状腺素（即 FT₄ 指标）、促甲状腺素（即 TSH 指标）。由 3 名高年资检验科人员实施检测评估。实施检测前认真阅读操作说明书，执行规范检验流程与检验质量控制，控制检验误差。（4）CLIA 测定方法：使用全自动化学发光免疫分析仪（厂商：广州市进德生物科技有限公司；批准文号：粤械注准 20212220196；型号：HomoG 100）、配套检验试剂。（5）RIA 检测方法：采用 γ 放射免疫分析仪（厂商：上海何亦仪器仪表有限公司；型号：HH6003 型）、配套检验试剂。

1.3 观察指标

甲状腺球蛋白情况：分别采用 CLIA 检测与 RIA 检测进行甲状腺球蛋白数量、浓度指标。

甲状腺激素情况：CLIA 检测、RIA 检测促甲状腺素（即 thyroid stimulating hormone，简称 TSH）、游离三碘甲状腺原氨酸（即 free triiodothyronine，简称 FT₃）、游离甲状腺素（即 free thyroxine，简称 FT₄）、甲状腺球蛋白水平及个数。

阳性检出情况：实施病理学检验，统计阳性病例、阴性病例与阳性率，以此为金标准比较 CLIA 检测检出率、RIA 检测检出率。

误诊漏诊情况：统计误诊率与漏诊率。

诊断精度：统计检验灵敏度、特异度、准确度。

1.4 统计学方法

以 SPSS 24.0 分析疑似甲状腺患者数据，计量资料（甲状腺球蛋白、甲状腺激素等病情指标）以“均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）”表示，t 检验，计数资料（阳性检出、误诊漏诊、诊断精度）以率（%）表示， χ^2 检验，P<0.05 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 甲状腺球蛋白情况

A 组甲状腺球蛋白数量>B 组，A 组甲状腺球蛋白浓度>B 组，差异有统计学意义（P<0.05）。见表 1。

表 1 甲状腺球蛋白检测结果（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	n	甲状腺球蛋白数量 (个)	甲状腺球蛋白浓度 (μg/L)
A 组 (CLIA 检测)	50	18.52±3.07	697.38±60.24
B 组 (RIA 检测)	50	10.16±3.10	642.79±50.17
P		<0.05	<0.05

2.2 甲状腺激素情况

A 组 TSH 指标>B 组，A 组 FT₃ 指标>B 组，A 组 FT₄ 指标>B 组，差异有统计学意义（P<0.05）。见表 2。

表 2 甲状腺球蛋白检测结果（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	n	TSH (mIU/L)	FT ₃ (pmol/L)	FT ₄ (pmol/L)
A 组 (CLIA 检测)	50	3.51±0.98	37.10±5.79	83.41±8.06
B 组 (RIA 检测)	50	1.21±0.42	25.83±5.81	73.92±6.74
P		<0.05	<0.05	<0.05

2.3 阳性检出情况

病理学检测检出阳性 41 例，阴性 9 例，阳性率为 82.00。A 组检出阳

性 39 例, 阴性 11 例, 阳性率为 78.00%。B 组检出阳性 33 例, 阴性 17 例, 阳性率为 66.00%。A 组阳性率 (78.00%) > B 组 (66.00%), 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 阳性检出率[n, % (n)]

组别	n	阳性	阴性	阳性率
金标准 (病理学检测)	50	41	9	82.00 (41/50)
A 组 (CLIA 检测)	50	39	11	78.00 (39/50)
B 组 (RIA 检测)	50	33	17	66.00 (33/50)
P				<0.05

2.4 误诊漏诊情况

A 组漏诊率 (4.88%) < B 组 (26.83%), A 组误诊率 (0.00%) < B 组 (33.33%), 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4 误诊漏诊率[n, % (n)]

组别	n	漏诊率	误诊率
A 组 (CLIA 检测)	50	4.88 (2/41)	0.00 (0/9)
B 组 (RIA 检测)	50	26.83 (11/41)	33.33 (3/9)
P		<0.05	<0.05

2.5 诊断精度

A 组灵敏度 (95.12%) > B 组 (73.17%), A 组特异度 (100.00%) > B 组 (66.67%), A 组准确度 (96.00%) > B 组 (72.00%), 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 5。

表 5 诊断精度[n, % (n)]

金标准	A 组 (CLIA 检测)			B 组 (RIA 检测)		
	阳性	阴性	合计	阳 性	阴 性	合 计
阳性	39	2	41	30	11	41
阴性	0	9	9	3	6	9
合计	39	11	50	33	17	50
灵敏度 (%)	95.12 (39/41)			73.17 (30/41)		
特异度 (%)	100.00 (9/9)			66.67 (6/9)		
准确度 (%)	96.00 (48/50)			72.00 (36/50)		

3 讨论

甲状腺肿瘤属于高发头颈部肿瘤, 主要发病部位是机体甲状腺区域, 分为良性甲状腺肿瘤与恶性甲状腺肿瘤。针对疑似甲状腺肿瘤患者进行触诊检查时, 通常可检出甲状腺结节。甲状腺肿瘤常见临床症状为声音嘶哑、患者吞咽困难等。病因与致病机制仍在探讨中, 通常认为遗传因素、放射性机体损伤、碘摄入不足或摄入过量是相关性因素^[3]。流行病学研究显示, (15~40) 岁人群甲状腺肿瘤发病率较高, 威胁群众健康。在该病早期, 通常缺少典型性症状。在临床治疗时, 针对良性甲状腺肿瘤与恶性甲状腺肿瘤需要采取不同治疗方案, 早期精准确诊与科学干预直接影响患者疗效, 为促进患者预后、改善患者生活质量, 必须积极提升诊断准确性, 促进针对性治疗^[4]。CLIA 检测是应用价值较高的检测方法。与 RIA 检测相比, CLIA 检测虽然检验成本相对较高, 但是准确性比较理想。

本次研究中, 甲状腺球蛋白水平显示, 采用 A 组诊断方法检出数量较高, 对浓度指标比较敏感, 表明 CLIA 检测可准确检出甲状腺球蛋白指标变化。B 组检出数量为 (10.16±3.10) 个, 浓度指标为 (642.79±50.17) μg/L, 相对较低, A 组检出数量为 (18.52±3.07) 个, 浓度指标为 (697.38±60.24) μg/L, 显著高于 B 组。

甲状腺激素水平显示, A 组 TSH 指标为 (3.51±0.98) mIU/L, FT₃ 指标为 (37.10±5.79) pmol/L, FT₄ 指标为 (83.41±8.06) pmol/L, B 组 TSH 指标为 (1.21±0.42) mIU/L, FT₃ 指标 (25.83±5.81) pmol/L, FT₄ 指标为 (73.92±6.74) pmol/L, A 组甲状腺激素检出显著高于 B 组。CLIA 测定敏感度较高, 可有效检出维生素、抗体、抗原异常, 同时是生化免疫检验

常用方法, 可准确检出细胞免疫应答异常。与 CLIA 测定相比, RIA 检测难以准确检出免疫活性物质异常, 因此在甲状腺功能检测中 RIA 检测敏感度较低, 低于 CLIA 测定法。CLIA 检测是通过化学发光物质对激发态中间物体进行催化, 促使其发光后标记抗原, 然后实施检测。CLIA 检测可持续较长发光时间, 因此检测结果比较可靠。

阳性率显示, 病理学诊断表明, 50 例患者中检出 41 例阳性病例, 即甲状腺肿瘤确诊, 阳性率为 82.00% (41/50)。A 组实施 CLIA 检测后, 检出阳性率为 78.00% (39/50), B 组实施 RIA 检测, 显示阳性率为 66.00% (33/50)。本次研究中, A 组检测与病理学检验阳性率差异较小, 同时 A 组检出率显著高于 B 组。该结果表明, CLIA 检测可获得比较科学的检测结果, 辅助医师检出甲状腺肿瘤。

误诊漏诊率显示, A 组检测误诊率为 0.00% (0/9), 漏诊率为 4.88% (2/41), B 组误诊率为 33.33% (3/9), 漏诊率为 26.83% (11/41)。该结果表明, A 组与 B 组检测方法相比可促进精准诊断, 减少漏诊误诊情况。CLIA 测定具有显著的应用优势, 其操作耗时较短, 患者受检后可较快获取检测结果, 缩短了检验等待时间, 同时 CLIA 测定无放射性危害, 无显著化学污染, 应用安全性较好。CLIA 测定具有相对广泛的线性动力学, 检测准确性与稳定性相对较好, 有效降低了检验误差, 优于 RIA 检测。应用 CLIA 测定法进行甲状腺球蛋白检测时, 流程比较简单, 可操作性较强。

诊断精度显示, A 组灵敏度为 95.12% (39/41), 特异度为 100.00% (9/9), 准确度为 96.00% (48/50)。B 组灵敏度为 73.17% (30/41), 特异度为 66.67% (6/9), B 组准确度为 72.00% (36/50)。该结果显示, A 组显著降低了诊断误差, 提高了诊断可靠性。生化免疫检验是医学检验常见检测方法, 系统构成复杂, 应用范围较广。CLIA 与 RIA 检测是应用范围较广的生化免疫检验法, 其中 RIA 检测的优势是操作难度较低, 通过检测对抗原、抗体进行差异化标记, 测量其分离后放射性反应, 测定未编辑抗原量, RIA 对设备、仪器具有较低要求, 基层医院采用此种方法压力较小。RIA 检测的缺点是较易发生放射性污染, 放射性元素逐渐衰减, 影响检验结果, 因此应用准确度不及 CLIA 测定法。

甲状腺肿瘤在现代发病率较高, 同时发病率呈逐年升高趋势。现代医学研究认为, 甲状腺肿瘤致病诱因是受到多种因素综合作用影响, 颈部手术、放射性治疗、局部外伤、遗传因素等可能增加甲状腺肿瘤发病风险。该病发病早期症状缺少典型性, 较易漏诊误诊。患者通常在体检中意外检出肿瘤。部分患者肿瘤病灶发育显著, 压迫甲状腺周围组织。针对甲状腺肿瘤应予以及时治疗, 科学制定治疗方案, 延缓肿瘤生长, 预防肿瘤扩散, 从而延长患者生存周期。在临床诊断中, 最可靠的诊断方法是病理学检验, 然而此种检查创伤性较大, 消极影响显著, 患者接受度较低。CLIA 检测属于生化免疫功能检验技术, 主要是针对甲状腺肿瘤患者免疫与代谢异常进行检测, 从而低创伤检出患者甲状腺功能异常, 促进甲状腺肿瘤确诊^[5]。

相关文献显示, 针对 86 例疑似甲状腺肿瘤病例进行化学发光免疫测定, 显示检验敏感度为 91.43% (32/35)、检验特异度为 98.04% (50/51)、检验准确性为 95.35% (82/86), 本文结果与其具有一致性^[5]。由于本次研究选择规格、研究时间有限, 样本量较少, 结果可能存在误差, 未来需要进一步扩大选择规模、丰富观察指标, 进行深入研究。

综上所述, 在针对疑似甲状腺肿瘤患者进行临床诊断时, 化学发光免疫测定是应用价值较高的检验方法, 通过化学发光免疫测定, 可有效检出甲状腺球蛋白数量个数以及浓度异常, 检出甲状腺激素水平异常, 阳性检出率接近于病理学检验, 不易误诊或漏诊, 具有比较高特异性、灵敏度, 诊断准确度比较理想, 诊断价值显著。

参考文献:

[1]张涵泊,周卓星.生化免疫检验中化学发光免疫测定技术的应用及临床价值分析[J].微量元素与健康研究,2021,38(05):65-66.
[2]于丽莎.化学发光免疫测定技术在甲状腺肿瘤患者生化免疫检验中的应用分析[J].中国医疗器械信息,2021,27(02):78-79.
[3]李娟娟,衡旭民.甲状腺肿瘤患者生化免疫检验中应用化学发光免疫测定技术的临床效果观察[J].医学理论与实践,2020,33(16):2720-2721.
[4]郎华.生化免疫检验中化学发光免疫测定技术对甲状腺肿瘤的诊断价值分析[J].中国现代药物应用,2021,15(24):105-107.
[5]温绍云.化学发光免疫测定技术在甲状腺肿瘤检验中的价值探讨[J].中国现代药物应用,2021,15(10):125-127.

对比高血压患者应用卡维地洛与美托洛尔治疗的临床效果

冯梦梦

聊城市茌平区中医医院 山东省聊城市 252100

摘要：目的：探讨卡维地洛与美托洛尔降压药物在高血压患者治疗中的效果如何。方法：将我院在2020年4月到2021年2月这一工作期间，收治的高血压患者共计88例开展临床研究，以卡维地洛治疗观察组，以美托洛尔治疗对照组，为确保两组之间具有可比性，需采取随机分组每组人数各44例，观察其临床效果。结果：通过对比采取卡维地洛治疗的组别，观察组患者对比对照组患者，患者的整体血压得到了显著下降，且满意度也高于对照组，($P < 0.05$)。结论：相比于美托洛尔药物，卡维地洛治疗效果十分理想，可被安全与高效地被运用到对高血压患者治疗之中。

关键词：卡维地洛；美托洛尔；高血压；临床效果

前言：

高血压是一种慢性疾病，前期不会出现明显的发病特征，大多数是在常规检查中或严重发病时被发现，但由于其血压越高危险性就越高，且患者伴有心肌梗死或脑卒中，一经发现出现上述症状后，应及时用药控制患者血压，否则会影响到患者的生命健康。其中药物治疗作为首选的治疗方式，是降低患者高血压的重要治疗方式，卡维地洛与美托洛尔可降低患者的高血压，但是卡维地洛其治疗的疗效和安全性都要高于美托洛尔，因此，医院应将其合理地运用到对高血压患者的治疗中，以有效改善患者的血压。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

通过选择我院在2020年4月到2021年2月期间收治的确诊为高血压的患者，共计88例开展临床研究，按照平均分配原则，分为两个组别，每个组别研究对象人数为44例，观察组中有不同性别患者，男性20例，女性22例，共计44例，平均年龄都在46岁—78岁之间；对照组中男女比例为23:21，总共有患者44例，年龄相差范围在43岁到80岁，

且两组患者之间的年龄、性别等等均无统计学差异($P < 0.05$)。

1.2 方法

在开展对照与观察小组高血压患者治疗的过程中，医护人员应对患者进行统一的入院检查，保障患者都确实为高血压患病者，符合高血压的诊断标准。以保障两组患者治疗效果具有可比性。同时，对两组患者实施不同的药物干预，以有效地验证对患者治疗效果更佳，并将患者的用药时间控制在三个月，加强对治疗效果对比的保证。

1.2.2 观察组治疗方法

对于观察组中的患者，采取美托洛尔药物开展治疗，在用药前需同对照组一样，加强对药品质量的检测，保障药物合格和生产厂家符合药监局要求和批准。医护人员应叮嘱患者服药物时，应按照一天两次服用该药物，每次应服用25mg，在患者用药15h后，药效发挥作用，此时在进行血压检测，若患者的血压还是没有降下来，则需增加25mg的药物剂量，再次间隔15h观察患者血压情况，以有效对比药物治疗效果。

1.2.2 对照组治疗方法

(1) 药物治疗措施

在治疗对照组高血压患者的时候，医护人员应先选择药监局监管药物质量合格的卡维地洛开药物进行治疗，按照一天两次口服用药的方式要求患者按照医嘱服用，其每次服用的剂量应控制在每次12.5mg，以保障服药的药效。而在患者第一次服药后十五个小时之后，应进行对患者血压的检查，如若患者的血压依旧高与标准数值，则应适当地在增加7.5mg服药剂量，让患者每次服用20mg药物，观察患者后续接受治疗的血压变化情况，及时调整患者的用药用量。

(2) 用药治疗注意事项

由于药物治疗需要一定的时间才能降低患者的血压，这使得对高血压病情不懂的患者，容易出现错误认为加大服药剂量药效会更快错误想法，会避开医护人员的视线盲目增加自己的药量，这导致患者十分容易出现用药安全风险问题，对其生命健康也会产生更加严重的威胁。因此，作为医护人员应注意患者的用药安全，首先，在患者用药之前，应先进

行对患者的病情教育与用药安全教育，让患者明确高血压病情和药物治疗的方法，使其能形成对自己病情的客观认识，正确理解尽管高血压无法治愈，但是通过药物控制可有效地将血压降低到正常数值，以保障自己的正常生活和生命安全，也使患者也能理解药物药效发挥需要一定的时间，应严格地按照医嘱要求的药物计量服用药物，使其能认识到自己不良增加药物计量，反而会影响到自己的治疗效果和生命安全。这样一来，患者就能严格地按照医嘱进行服用药物，其药物治疗和疗效也都能得到保障。

其次，医护人员应与患者家属做好关于高血压用药治疗的病情交流，使患者家属也能从旁配合医护人员监管患者用药，使患者能真正做到按照医嘱要求每次两次不间断服用药物，这样才能最大程度地发挥出药效，使患者的高血压治疗效果也可得到更加高效地保障。从根源上消除因患者家属对降压药物不了解，任凭患者想要吃药或是不吃药的想法，导致其总是间断用药，使得药效无法有效发挥的不良用药问题产生，不断提高对患者用药效果的保证。而且医护人员还需注重对患者的心理疏导，避免患者因认为高血压无法治愈，产生的消极面对疾病接受治疗的不良问题，通过有效地落实心理疏导工作，帮助患者解决其心理存在的担忧问题，使患者能以积极乐观的心态面对疾病，使其能认识到药物治疗需要一定的时间，也能认识到要想保障自身健康应从饮食与生活各个方面，保证自己的健康血压，定期到医院检测自己的血压，保障血压能一直在正常的数值之内，提高患者自身的心理健康和自我健康保护能力，以更好地进行对患者的药物治疗。

最后，医护人员应加强对患者的用药管理，根据患者用药后血压变化的实际情况，及时与有效地调整患者的用药剂量，保障用药剂量真正与患者的高血压病情相符，有效帮助患者缓解因高血压带来的病痛，使其能真正早日康复，有效避免医护人员不及时调整患者用药剂量，使药物迟迟无法发挥作用降低患者血压的不良问题发生。

(3) 构建高素质与高能力的医疗队伍

医护人员是开展对高血压患者治疗的直接治疗人员，从以往医院治疗高血压患者的情况可见，由于医护人员每日需治疗接待大量的患者，长此以往，医护人员在高压工作环境下失去了工作的积极性，这就使得高血压患者在住院治疗期间，从心理感觉医护人员对其不重视。出现不信任医护人员的情况，影响治疗依从性。当患者心理出现了质疑的情况，接受治疗的效果会受到严重的影响。所以，为加强对患者服用卡维地洛药物治疗效果，医院需加强对医护人员的教育培训与考核管理，合理安排各科室患者接待量，急救患者的急诊室安排好各个医护人员的工作时间，避免其出现过劳工作的问题，保障饱满的工作精神和工作执行效果。

此外，通过对医护人员有效培训，使其能秉持以患者为中心的工作态度，有效避免医护人员在工作中，出现不耐烦与机械化工作的不良问题，使其能真正用心地为患者找寻有效的治疗方式，通过耐心地进行药物教育，让患者认识到药物降压的效果与价值，使其能真正耐心、认真与负责地执行工作，重视患者所提出的各种问题，为其耐心地讲解不同的问题，以保障能第一时间发现服药过程中出现的不良问题，让患者能真正感受到医护人员的用心，使其能从内心信任医护人员的工作，有效地提高患者的配合度，使其能积极地配合患者的药物治疗，随之有效地保障与提高对患者的治疗效果。并通过加强对医护人员卡维地洛的用药教育，提高医护人

员的专业工作能力，使其能明确用药后患者可能出现的不良反应，进行对其及时的急救处理，以强化对患者服药安全和效果的保证。

(4) 应对用药不良反应

从我国药物治疗患者的实际情况来分析，由于患者身体健康情况或是自身体质的不同，可能会出现一定的不良反应。这种不良反应是指患者服药后可能出现的不正常的反应，如：突发疼痛、呕吐或是心悸等反应，而经过医护部门对卡维地洛药物的分析，在给予患者服用该药物的期间，患者也存在着发生不良反应的可能性，这需要医护人员高度重视，因为不良反应对患者生命健康威胁也十分大，会错过对患者的最佳抢救时机，导致医患纠纷。因此，应要求医护人员格外注重患者的用药不良反应，通过观察与询问，及时发现患者用药存在的不良反应，并对其进行干预，使其不良反应造成的影响患者安全的问题能得到有效解决。

综合以往服用卡维地洛药物患者的不良反应情况可见，不良反应可能发生在患者的中枢神经系统、心血管系统、呼吸系统、消化系统等部位，医护人员应深度调查患者出现这些不良反应的前期症状，准确判定患者是否出现了不良反应，及时给予患者应急处理与急救，保障患者的用药安全。而且医院应要求各个医护人员加强对卡维地洛药物知识学习，使其能在服药前，告知患者可能出现的不良反应，让患者有心理准备，当自身身体出现了不良反应时，应及时告知医护人员处理。同时，医护人员应能凭借自己的专业知识和专业能力，明确对不同用药不良反应的处理方法，有效地

表 1 两组患者接受不同药物的治疗效果对比

组别	收缩压 (mmHg)		舒张压 (mmHg)		心率 (次/min)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	170.50±16.45	130.81±6.24	98.57±6.21	82.61±5.27	88.54±4.51	77.32±3.20
美托洛尔 (n=44)						
观察组	169.84±15.20	112.28±3.26	98.29±5.98	79.25±2.36	87.25±3.76	69.21±1.82
卡维地洛 (n=44)						
x ²	0.16	2.19	0.12	2.84	0.11	4.18
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组患者不良反应发生率对比

从观察组与对照组患者治疗情况对比效果分析，对照组出现不良反应的患者对于观察组，(P<0.05)，这说明了卡维地洛药物质量患者的安全性更高。如表 2

表 2 两组患者不良反应发生数值对比

组别	中枢神经系统 (头晕乏力)	胃肠道系统 (恶心)	心血管系统 (心悸)
观察组	1 (2.27%)	1 (2.27%)	2 (4.55%)
对照组	8 (18.18%)	10 (22.73%)	7 (15.91%)
x ²	6.8524	13.4258	6.2140
P	0.0041	0.0004	0.0068

2.3 两组患者的治疗满意度对比

从问卷调查的结果来说，对照组中不满意患者的人数要比观察组中多 4 例，可见美托洛尔药物难以帮助患者缓解其高血压带来的病痛，还是观察组中患者得到的治疗效果好。(P>0.05)

表 3 观察组与对照组的治疗满意度对比 n (%)

组别	n	非常满意	基本满意	不满意	总满意度
观察组	44	38	5	1	97.7%
对照组	44	29	10	5	88.6%
P 值	P<0.05	P<0.05	P<0.05	P<0.05	P<0.05

3. 讨论

高血压是临床中常见的疾病之一，是常见的慢性疾病，关乎着人们生命健康，当患者的血压逐渐升高高于正常数值，会使心室收缩与血液流动的速度加快，引起其他的并发症，如：血压性心脏病、冠心病和心肌梗死等等，严重者会使患者身体中多个器官受到损伤，对于患者的生命健康影响非常大，严重者会导致死亡。患有高血压的患者 50% 的人群无其他症状，

降低不良反应为患者带来的医源性损伤，避免患者因不良反应产生的病情加重问题，有效地预防高血压并发症发生，以进一步提高对患者临床治疗效果的保证。

1.3 观察指标

在治疗对照与观察组中高血压患者的过程之中，医护人员应定期进行对患者血压的检测，将其记录在册以进行后续的血压治疗效果分析，并通过记录患者的不良反应发生例数，判定患者运用哪一种药物治疗高血压更加安全，并通过运用匿名问卷调查的方式，调查患者更加满意哪一组的药物治疗。

1.4 统计学方法

在对比两种药物治疗患者的疗效的实际，均运用 SPSS21.0 统计软件进行数据分析，以保障数据分析的统一性、真实性与准确性，并以 t 检验数值，运用 n (%) 表示计数资料，以 (x±s) 进行血压数据计量，将 P<0.05 视为具有统计学差异。

2. 结果

2.1 两组患者治疗效果的对比

以两组患者接受药物治疗的整个临床疗效对比，观察组中的患者服药一段时间之后，其各项血压指标比对照组中患者下降的更快更低，(P<0.05)。如表 1。

人们会忽视血压的情况，只有在例行检查时才能发现，为此，应重视高血压的预防。从我国当前医疗发展的情况看，药物治疗是降低与控制患者血压的重要治疗方式，各个医疗和医药部门都在研发有效的降压药物，其中卡维地洛与美托洛尔就是两种高效的降压药物。这两种药物均是通过 β 受体阻滞剂降低患者血压，但不同的是，美托洛尔运用的是传统的 β 受体阻滞剂，尽管能有效抑制神经递质与儿茶酚胺结合，使患者血压有所下降，却无法保护患者心脏所需的正常供血量，这就使得患者发生不良反应的概率十分高。而卡维地洛则是新型的 β 受体阻滞剂，既可以降低患者血压，还可以阻断钙离子通道，保障心脏正常供血，所以其治疗效果更加显著，运用价值更高。

从上文对两种不同药物临床治疗效果研究可见，观察组患者运用卡维地洛对其进行干预治疗，这使得患者的舒张压、收缩压，及其心律都相比于患病前得到了有效地降低，但是对照组采取美托洛尔药物治疗后，其各项血压降低的效果对比观察组不理想，(P>0.05)。经过对两组患者不良发生的发生情况和满意度情况进行对比分析可见，观察组的不良反应发生率更高，其患者的质量满意度也更高，与对照组进行对比，(P>0.05)。

总而言之，对高血压患者治疗时，选用卡维地洛治疗比美托洛尔治疗效果更好。在能够保障患者的治疗效果和用药安全，而卡维地洛药物导致患者发生不良反应的概率低，其治疗效果也十分显著，所以医院应推广对卡维地洛药物的使用，以全面提高对高血压患者的治疗效果。

参考文献:

[1]李晓英, 贾晓清, 赵黎明, 等.老年人血脂、血糖水平与高血压患病率的关系[J].中华保健医学杂志.2011, (4): 321-322.
[2]李睿智, 苏敏, 陈冬生, 等.卡维地洛和美托洛尔治疗高血压的临床疗效比较 [J].养生保健指南, 2019, (47): 40.
[3]马逢泉, 占艳琴.卡维地洛和美托洛尔治疗高血压的临床价值分析 [J].当代医学, 2016, 22 (22): 141-142.

盐酸拉贝洛尔联合阿司匹林对于痫前期血清炎症因子影响分析

高佳丽¹ 李芳芳² 吕东健¹ 程飞飞¹ 韩先达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: 探讨盐酸拉贝洛尔联合阿司匹林对于痫前期血清炎症因子影响。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研究组与对照组, 每组各 50 例。对照组给予硫酸镁注射液治疗, 研究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临床效果; 治疗前后两组患者收缩压、舒张压水平; 治疗前后两组患者 24h 尿蛋白定量、血清同型半胱氨酸; 治疗前后两组患者血清炎症因子水平: 白细胞介素 6 (IL-6)、IL-12、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、C 反应蛋白 (CRP) 水平。结果: 治疗前, 两组收缩压、舒张压水平差异不显著 ($P>0.05$), 治疗后, 两组收缩压、舒张压水平均降低, 其中, 研究组收缩压、舒张压水平低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 治疗前, 两组 4h 尿蛋白定量、血清同型半胱氨酸差异不显著 ($P>0.05$), 治疗后, 两组 4h 尿蛋白定量、血清同型半胱氨酸均降低, 其中, 研究组 24h 尿蛋白定量、血清同型半胱氨酸低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 治疗前, 两组患者 IL-6、IL-12、TNF- α 、CRP 水平差异无统计学意义 ($P>0.05$), 治疗后, 两组患者的 IL-6、IL-12、TNF- α 、CRP 水平均改善, 其中, 研究组 IL-6、IL-12、TNF- α 、CRP 水平明显优于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论: 盐酸拉贝洛尔联合阿司匹林治疗子痫前期能够显著改善患者的血压水平, 稳定病情的发展, 改善患者的 24h 尿蛋白定量、血清同型半胱氨酸, 改善患者的血清炎症细胞因子水平, 提高治疗效果, 值得在临床上推广。

关键词: 盐酸拉贝洛尔; 阿司匹林; 子痫前期; 血清炎症因子; 影响

子痫前期在临床上也称之为先兆子痫, 该疾病属于妊娠高血压疾病之一^[1-2]。相关数据显示, 我国子痫前期的发病率约为 9%, 是导致我国孕产妇死亡的主要原因之一^[3-4]。该疾病可导致严重并发症, 严重威胁到患者的健康。随着近年来对子痫前期不断深入研究, 但是该疾病的发病机制相对复杂, 目前, 尚不能完全阐述清晰^[5-6], 加之, 子痫前期的临床症状相当复杂, 临床上尚无有效治疗方案。针对该疾病, 临床上多采用药物控制患者血压水平, 从而缓解患者的临床症状。硫酸镁是常用药物, 该药物能够缓解患者临床症状, 但是, 长期应用效果不佳, 患者并发症多见^[7-8]。研究指出, 联合应用药物治疗子痫前期能够显著改善其治疗效果。为进一步探讨盐酸拉贝洛尔联合阿司匹林对于痫前期血清炎症因子影响, 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研究组 (n=50) 及对照组 (n=50)。经统计学分析, 研究组与对照组的一般资料差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性, 其详细情况见表 1, 患者均知情同意。

表 1 两组患者一般资料情况比较

组别	年龄 (岁)	孕周 (周)	孕次 (次)
研究组 (n=50)	27.34±2.19	28.95±4.28	2.10±0.92
对照组 (n=50)	27.41±2.43	28.70±3.95	2.08±0.87
T/X ²	0.093	0.105	0.213
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。研究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^[9-10]

分析两组患者治疗前后临床效果; 治疗前后两组患者收缩压、舒张压水平; 治疗前后两组患者 24h 尿蛋白定量、血清同型半胱氨酸; 治疗前后两组患者血清炎症因子水平: 白细胞介素 6 (IL-6)、IL-12、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、C 反应蛋白 (CRP) 水平。

1.4 统计学方法

应用 SPSS22.0 统计学系统进行分析, 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, 两组收缩压、舒张压水平差异不显著 ($P>0.05$), 治疗后, 两组收缩压、舒张压水平均降低, 其中, 研究组收缩压、舒张压水平低于对照组, 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 (mmHg)		舒张压 (mmHg)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组 (n=25)	149.53±4.28	124.39±4.29	96.32±4.20	80.42±3.29
对照组 (n=25)	149.02±4.31	132.15±5.30	96.41±4.38	88.42±4.19
t	0.403	5.392	0.295	6.392
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组患者治疗前后的 IL-6、IL-12、TNF- α 、CRP 水平比较

治疗前, 两组患者 IL-6、IL-12、TNF- α 、CRP 水平差异无统计学意义 ($P>0.05$), 治疗后, 两组患者的 IL-6、IL-12、TNF- α 、CRP 水平均改善, 其中, 研究组 IL-6、IL-12、TNF- α 、CRP 水平明显优于对照组, 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 IL-6、IL-12、TNF- α 、CRP 水平比较

组别	IL-6 (ng/L)		IL-12 (ng/L)		TNF- α (ng/L)		CRP (mg/dl)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后

研究组(n=25)	27.43±5.20	16.42±4.29	36.34±6.39	14.39±4.29	42.15±5.39	27.50±5.29	7.32±1.04	1.32±0.28
对照组(n=25)	27.04±5.13	20.15±4.38	36.09±6.27	21.26±5.03	42.13±5.30	32.15±5.72	7.25±1.13	2.54±0.94
t	0.094	7.039	0.194	6.349	0.196	5.395	0.296	6.391
P 值	>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 尿蛋白定量、血清同型半胱氨酸比较

治疗前, 两组 24h 尿蛋白定量、血清同型半胱氨酸差异不显著 ($P>0.05$), 治疗后, 两组 4h 尿蛋白定量、血清同型半胱氨酸均降低, 其中, 研究组 4h 尿蛋白定量、血清同型半胱氨酸低于对照组, 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	24h 尿蛋白定量 (g)		血清同型半胱氨酸 ($\mu\text{mol/L}$)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组 (n=25)	5.23±1.20	1.03±0.15	23.43±2.64	12.20±0.69
对照组 (n=25)	5.31±1.18	1.93±0.39	23.05±2.49	16.39±1.27
t	0.402	13.294	0.195	17.481
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

子痫前期近年来的发病人数逐年增多, 大大威胁到患者的生命安全。针对该疾病, 临床上尚无特效治疗方法, 多采用药物控制治疗^[11-12]。其中盐酸拉贝洛尔也是常用药物之一, 该药物能够有效降低患者的血压, 对于患者的肾功能以及胎盘功能血流量没有不利影响, 同时, 该药物还能够起到抗血小板凝聚、促进胎儿肺成熟的作用。治疗前, 两组收缩压、舒张压水平差异不显著 ($P>0.05$), 治疗后, 两组收缩压、舒张压水平均降低, 其中, 研究组收缩压、舒张压水平低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 说明盐酸拉贝洛尔联合阿司匹林治疗子痫前期能够降低患者的血压水平, 稳定病情; 治疗前, 两组 24h 尿蛋白定量、血清同型半胱氨酸差异不显著 ($P>0.05$), 治疗后, 两组 4h 尿蛋白定量、血清同型半胱氨酸均降低, 其中, 研究组 4h 尿蛋白定量、血清同型半胱氨酸低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 说明盐酸拉贝洛尔联合阿司匹林治疗子痫前期能够显著改善患者的临床症状; 治疗前, 两组患者 IL-6、IL-12、TNF- α 、CRP 水平差异无统计学意义 ($P>0.05$), 治疗后, 两组患者的 IL-6、IL-12、TNF- α 、CRP 水平均改善, 其中, 研究组 IL-6、IL-12、TNF- α 、CRP 水平明显优于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 说明盐酸拉贝洛尔联合阿司匹林治疗子痫前期能够显著改善患者的炎症细胞因子水平, 控制炎症反应。采用 24h 尿蛋白定量检测, 能够反映患者的肾功能以及血压水平。研究指出, 部分子痫前期的血压控制情况不佳, 肾损伤相对较大, 因此, 24h 尿蛋白水平大大升高^[13-14]。本次研究在硫酸镁治疗的基础上给予患者盐酸拉贝洛尔联合阿司匹林, 能够有效改善患者的肾功能, 改善患者体内的炎症水平。

综上所述, 盐酸拉贝洛尔联合阿司匹林治疗子痫前期能够显著改善患者的血压水平, 稳定病情的发展, 改善患者的 24h 尿蛋白定量、血清同型半胱氨酸, 改善患者的血清炎症细胞因子水平, 提高治疗效果, 值得在临床上推广。

参考文献:

[1] 严梅, 伍班名. 二甲双胍通过 Nrf2/HO-1/NQO1 通路减轻子痫前期大鼠胎盘组织氧化应激损伤[J]. 现代医学, 2022, 50 (05): 597-603.

[2] 李方, 王莹, 曹艳花, 罗美娣. 硫酸镁联合拉贝洛尔治疗子痫前期孕妇临床疗效及对肾功能和血清炎症因子的影响[J]. 中国药物滥用防治杂志, 2022, 28 (03): 326-329+341.

[3] 章薇. 复合维生素预防高危孕妇发生子痫前期的效果及对凝血功能与炎症因子的影响[J]. 川北医学院学报, 2021, 36 (11): 1512-1515.

[4] 陈其霞, 苏飞, 郑瑶. 中期妊娠脐动脉超声血流参数及血清 IL-6、TNF- α 、CRP 对子痫前期的二级预防价值[J]. 中国计划生育学杂志, 2021, 29 (08): 1698-1701+1706.

[5] 吕冬梅, 尚敏捷, 田晓颖, 潘忠敏. 子痫前期患者血清 miR-155 表达及其与炎症因子和妊娠结局的关系[J]. 国际检验医学杂志, 2021, 42 (05): 585-589.

[6] 吴城孝, 陈欢欢, 徐威. 舒芬太尼镇痛对重度子痫前期剖宫产患者术后炎症因子和疼痛介质的影响[J]. 中国妇幼保健, 2021, 36 (01): 47-49.

[7] 马国芳, 张喜梅. 维生素 E 联合小剂量阿司匹林对子痫前期高危孕妇母婴结局的改善效果及其可能机制[J]. 广西医学, 2020, 42 (14): 1836-1839.

[8] 朱宇, 王素萍, 史彦涛. 血清炎症因子在子痫前期病人发病中的作用机制及与氧化应激因子的相关性[J]. 蚌埠医学院学报, 2020, 45 (06): 799-802.

[9] Charkiewicz Karol, Goscik Joanna, Raba Grzegorz, Laudanski Piotr. Syndecan 4, galectin 2, and death receptor 3 (DR3) as novel proteins in pathophysiology of preeclampsia[J]. The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians, 2019, 34 (18).

[10] 朱宇, 王素萍, 史彦涛, 司晓辉. TNF- α 、COX-2 及 CXCL12 在子痫前期患者胎盘组织中的表达及意义[J]. 中国妇幼保健, 2019, 34 (11): 2608-2611.

[11] Shu Wen, Li Hanying, Gong Hao, Zhang Mei, Niu Xiulong, Ma Yongqiang, Zhang Xin, Cai Wei, Yang Guohong, Wei Maoti, Yang Ning, Li Yuming. Evaluation of blood vessel injury, oxidative stress and circulating inflammatory factors in an L-NAME-induced preeclampsia-like rat model[J]. Experimental and therapeutic medicine, 2018, 16 (2).

[12] 舒雯, 张蕊, 李瀚莹, 官浩, 张梅, 杨宁, 李玉明. 辅酶 Q10 对子痫前期样模型大鼠 TNF- α 、IL-17A、MCP-1 水平的影响[J]. 武警后勤学院学报 (医学版), 2018, 27 (03): 195-199.

[13] 祁桂林, 罗晓青, 邓杰, 余涵. 硫酸镁对子痫前期大鼠模型血清及脑内炎症因子、核因子- κ B p65 表达的影响[J]. 实用医学杂志, 2017, 33 (09): 1423-1426.

[14] 许芙蓉, 王海燕. Nogo-B 在子痫前期胎盘和正常胎盘组织中的差异表达及其与病情的相关性分析[J]. 海南医学院学报, 2016, 22 (01): 16-19.

项目来源: 邢台市重点研发计划自筹项目 (2020ZC271)

盐酸氨溴索在老年慢阻肺合并肺部感染应用的效果分析

洪瑞丰

宁夏同心县人民医院呼吸与危重症医学科 宁夏同心县 751300

摘要：目的：探讨盐酸氨溴索对老年慢阻肺合并肺部感染治疗中的效果。方法：将 2020 年 8 月到 2021 年 8 月在本院进行治疗的慢阻肺合并肺部感染的老年患者 100 例作为本次的观察对象，并将这 100 例观察对象随机分为实验组和对照组两组，每组有 50 例老年慢阻肺合并肺部感染的患者。对照组的 50 例老年慢阻肺合并肺部感染的患者采用常规的治疗方法进行治疗，而实验组的 50 例老年慢阻肺合并肺部感染的患者则是在常规治疗的基础上加用盐酸氨溴索进行治疗，并将两组老年慢阻肺合并肺部感染患者采用不同的治疗方法进行治疗后，两组老年慢阻肺合并肺部感染患者的临床治疗效果、两组患者临床症状的改善时间、不良反应的发生率情况以及两组患者治疗前后 CPIS 评分和肺功能指标的情况进行对比和分析。结果：在两组老年慢阻肺合并肺部感染的患者采用不同的治疗方法进行治疗前，两组患者的 CPIS 和两组患者肺功能的指标对比不具有统计学意义 ($p > 0.05$)；而两组老年慢阻肺合并肺部感染的患者采用不同的治疗方法进行治疗后，两组老年慢阻肺合并肺部感染患者的临床治疗效果以及临床症状的改善时间和 CPIS 的评分、肺功能的指标、不良反应的发生率情况对比后产生的差异数据具有统计学意义 ($p < 0.05$)。结论：本文通过使用盐酸氨溴索对老年慢阻肺合并肺部感染的患者进行治疗，能够有效的提高老年慢阻肺合并肺部感染患者的临床治疗效果，同时也能够减轻患者的临床症状，改善患者的肺功能指标，降低不良反应的发生率，在临床上值得推广和使用。

关键词：老年；慢阻肺合并肺部感染；盐酸氨溴索

慢阻肺是目前临床上非常常见的一种肺部疾病。患有慢阻肺的患者会表现出咳嗽、胸闷以及呼吸困难等症状。慢阻肺在临床上很容易合并肺部感染的情况，不仅会加重慢阻肺的临床表现，同时也会使患者出现气道阻塞的情况，也会使患者的痛苦增加。目前在临床上对于慢阻肺的治疗主要以快速缓解临床症状、减轻患者的病情以及改善患者的肺功能为主要的治疗原则。临床上对于慢阻肺合并肺部感染的常规治疗方法为：指导患者进行氧疗以及抗感染的治疗，属于主要治疗措施。如果根据慢阻肺的病理生理，患者的气道纤毛活性的恢复及气道廓清术，可以促进患者的康复。经过不断的研究后发现，盐酸氨溴索可以促进气道纤毛活性的恢复以助排除痰液呼吸道内部粘稠分泌物，同时还能够减少粘液出现滞留的情况，促进气道分泌物的排除以及清除。氨溴索可以发挥较好的祛痰作用可以控制 COPD 的炎症情况，发挥较好的止咳平喘、祛痰的价值。在实际治疗中，还需要考虑合并用药的影响。该药物可以促使呼吸道分泌细胞黏液更强的分泌，调节血浆状态。同时药物可以让氧自由基得到清理，促使气道炎症反应的降低，让肥大细胞与白细胞在组胺与白三烯释放能力上明显提升，让痰液得到更好的排出清理。对于慢阻肺合并肺部感染的患者来说具有良好的治疗效果。虽然有研究认为，盐酸氨溴索对于老年慢阻肺合并肺部感染具有一定的治疗效果，但是对于治疗效果和治疗的安全性仍存在部分的争议，因此还需要进一步的研究来证明盐酸氨溴索对老年慢阻肺合并肺部感染的具体效果。本文将对 100 例在本院进行治疗的老年慢阻肺合并肺部感染的患者采用盐酸氨溴索进行治疗，并将结果进行对比和分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究经我院伦理委员会批准，并取得患者的知情同意，将 2020 年 8 月到 2021 年 8 月在本院进行治疗的老年慢阻肺合并肺部感染的患者 100 例作为本次的观察对象，并将这 100 例观察对象随机分为实验组和对照组两组，每组有 50 例老年慢阻肺合并肺部感染的患者，对照组的 50 例老年慢阻肺合并肺部感染的患者中有男性患者 38 例，女性患者 12 例，年龄在 58~76 岁之间，平均年龄在 (64.19 ± 4.25) 岁，这 50 例患者的病程在 1~8 年之间，平均的病程在 (5.21 ± 1.56) 年；而实验组的 50 例老年慢阻肺合并肺部感染的患者当中有男性患者 32 例，女性患者 18 例，年龄在 59~75 岁之间，平均年龄在 (63.98 ± 4.11) 岁，这些老年慢阻肺合并肺部感染的患者病程在 1~9 年之间，平均的病程为 (5.03 ± 2.03) 年。在这两组老年慢阻肺合并肺部感染的患者中合并伴有高血压的患者为 30 例、合并伴有冠心病的患者为 21 例。纳入标准：两组患者均符合临床慢阻肺的诊断标准，并且两组老年慢阻肺合并肺部感染的患者的年龄均 > 58 岁，同时这些患者还伴有不同程度的慢性咳嗽、咳痰以及呼吸困难和气短等临床症状，在对

这些患者进行肺功能检查后发现， FEV_1/FVC 小于 70%。排除标准：排除合并伴有肝、肾以及心脑血管的疾病的患者；排除肺部患有严重感染以及肿瘤的患者；排除合并伴有精神异常和认知功能障碍的患者；排除资料不完善以及对药物有过敏的患者。两组老年慢阻肺合并肺部感染的患者均符合本次研究的纳入标准，并且两组老年慢阻肺合并肺部感染的患者临床资料对比后产生的差异数据不具有统计学意义 ($p > 0.05$)，两组具有可比性。

1.2 方法

对照组的患者采用常规的治疗方法进行治疗，首先需要给予患者每分钟 2~3L 的吸氧，同时给予患者头孢唑林注射液适当的抗感染方案。此外还应该给予患者抗感染治疗，指导患者逐步增加每天的运动负荷（即肺康复治疗），连续采用常规治疗 1 周。而实验组的患者则是在对照组常规治疗的基础上采用盐酸氨溴索注射液进行治疗，需要将 30mg 的盐酸氨溴索加入到 0.9% 的 100ml 的氯化钠溶液中进行静滴，每天静滴 2 次，连续治疗 1 周。

1.3 观察指标

将两组采用不同方法进行治疗的老年慢阻肺合并肺部感染的患者临床的治疗效果和两组患者临床症状的改善时间以及治疗前后两组患者 CPIS 的评分和肺功能指标以及患者不良反应的发生率情况进行对比和分析。临床治疗效果包括显效、有效以及无效。显效是指患者在接受治疗以后临床症状全部消失，同时患者的肺功能指标也恢复正常，而且气道内没有分泌物的情况；有效是指患者在接受治疗以后临床症状均有所改善，并且通过 X 片检查发现肺部病灶有吸收，而肺功能指标也有所改善；无效是指患者在接受治疗以后患者的临床症状以及肺功能指标均没有任何的改善，甚至还会有加重的情况。临床治疗的总效果是（显效+有效）/总例数 $\times 100\%$ 。临床的症状包括患者出现呼吸困难、胸闷、咯痰以及咳嗽的改善时间；CPIS 是指患者肺部感染的评分，包括患者的体温、白细胞计数以及气管分泌物、氧合情况、X 线胸片、肺部浸润阴影和气管分泌物培养 7 个项目，满分为 12 分，评分越高代表患者肺部感染的情况越严重；患者的肺功能指标包括患者的最大肺活量以及 1 秒钟的用力呼气量；不良反应的发生率包括患者出现腹泻、胃部不适以及恶心呕吐的情况。

1.4 统计学分析

采用 SPSS20.0 软件对数据进行处理和分析，计数资料用 (n/%) 来表示，用 χ^2 进行检验，计量资料用标准差 $\pm$ 来表示，用 t 进行检验，当 $p < 0.05$ 时具有统计学意义。

2 结果

2.1 采用盐酸氨溴索进行治疗的实验组老年慢阻肺合并肺部感染的患者临床治疗的效果优于采用常规治疗的对照组老年慢阻肺合并肺部感染

的患者，且两组患者的临床治疗效果对比后产生的差异具有统计学意义（ $p<0.05$ ）见表 1

表 1 两组患者临床治疗效果的对比情况

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
实验组	50	28(56.00%)	21(42.00%)	1(2.00%)	49(98.00%)
对照组	50	20(40.00%)	22(44.00%)	8(16.00%)	42(84.00%)
X^2					6.801
P					0.033

2.2 采用盐酸氨溴索进行治疗的实验组老年慢阻肺合并肺部感染的患者临床症状的改善时间优于采用常规治疗的对照组老年慢阻肺合并肺部感染的患者，且两组患者临床症状的改善时间对比后产生的差异具有统计学意义（ $p<0.05$ ）见表 2

表 2 两组患者临床症状改善时间的对比情况

组别	例数	呼吸困难	胸闷	咯痰	咳嗽
实验组	50	3.02±1.11	4.50±1.76	5.01±1.18	3.00±0.54
对照组	50	4.27±1.45	6.69±1.23	7.27±1.52	4.63±0.60
t		8.564	7.088	6.240	3.287
p		0.001	0.006	0.024	0.015

2.3 在两组老年慢阻肺合并肺部感染的患者进行治疗前，两组患者 CPIS 的评分对比不具有统计学意义（ $p>0.05$ ），两组老年慢阻肺合并肺部感染的患者采用不同的治疗方法进行治疗后，通过盐酸氨溴索进行治疗的实验组老年慢阻肺合并肺部感染的患者 CPIS 的评分优于采用常规治疗的对照组老年慢阻肺合并肺部感染的患者，且两组患者的 CPIS 评分对比后产生的差异具有统计学意义（ $p<0.05$ ）见表 3

表 3 两组患者治疗前后 CPIS 评分的对比情况

组别	例数	治疗前	治疗后
实验组	50	6.31±1.43	3.01±0.21
对照组	50	6.40±1.35	4.33±0.34
t		5.304	4.984
p		0.021	0.007

2.4 在两组患者采取有效的方法进行治疗前，两组患者肺功能指标对比产生的差异数据不具有统计学意义（ $p>0.05$ ），两组患者在采用不同的治疗方法治疗前，通过盐酸氨溴索进行治疗的实验组老年慢阻肺合并肺部感染的患者肺功能的指标优于采用常规治疗的对照组老年慢阻肺合并肺部感染的患者，且两组患者的肺功能指标对比后产生的差异具有统计学意义（ $p<0.05$ ）见表 4

表 4 两组患者治疗前后肺功能指标的对比情况

组别	例数	最大肺活量治疗前	最大肺活量治疗后	1 秒钟用力呼气量治疗前	1 秒钟用力呼气量治疗后
实验组	50	3.41±0.67	4.60±0.61	1.62±0.11	2.24±0.18
对照组	50	3.38±0.71	3.91±0.73	1.63±0.16	1.94±0.20
t		0.590	4.023	0.671	3.763
P		0.261	0.016	0.211	0.002

2.5 通过盐酸氨溴索进行治疗的实验组老年慢阻肺合并肺部感染的患者不良反应的总发生率优于采用常规治疗的对照组老年慢阻肺合并肺部感染的患者，且两组老年慢阻肺合并肺部感染患者不良反应总发生率对比后产生的差异具有统计学意义（ $p<0.05$ ）见表 5

表 5 两组患者不良反应发生率的对比情况

组别	例数	腹泻	胃部不适	恶心呕吐	总发生率
实验组	50	1(2.00%)	0(0.00%)	1(2.00%)	2(4.00%)
对照组	50	3(6.00%)	5(8.00%)	2(4.00%)	9(18.00%)

组	
X^2	4.6402
P	0.0312

3 讨论

目前我国处于老龄化的社会，由于老年人随着年龄的不断增长，老年人的器官和组织都处于衰退的情况，所以也增加了老年患者出现慢阻肺疾病的发病率。慢阻肺疾病是以肺血管和肺实质以及气道的慢性炎症为主要特征的一种破坏型肺部的疾病，这种疾病具有病程长、复发率高的特点，特别对于老年患者来说会降低老年患者的肺功能，同时也会降低老年患者的呼吸功能，对患者的生活质量以及生命健康都会造成非常严重的影响。再加上老年患者由于机体的免疫力比较低，还会出现合并肺部感染的情况，而加重疾病，增多痰液的分泌，同时也增加了气道梗阻的风险。所以临床上对于慢阻肺合并肺部感染患者除了进行常规的治疗以外，还应该加用排痰的药物，促进患者呼吸道内分泌物的排出，改善患者的呼吸情况。

盐酸氨溴索能够促进患者呼吸道内粘稠分泌物的排除，同时还能够减少粘液的滞留，提高患者体内粘液纤毛运输系统的清除作用，同时还能够刺激患者自身支气管黏液增加重型粘多糖的分泌量，减少酸性粘多糖的生成，可以促进患者体内的代谢。此外，盐酸氨溴索还能够起到润滑呼吸道和促进患者肺表面活性物质分泌的作用，进一步的改善了患者的呼吸功能，同时也能够减轻患者的临床症状。根据相关的研究发现，盐酸氨溴索可以使痰液能够顺利的排除患者的体外，改善患者支气管阻塞以及患者的呼吸功能。

综上所述，本文对老年慢阻肺合并肺部感染的患者采用盐酸氨溴索进行治疗，能够有效的提高患者临床的治疗效果，改善患者的临床症状，同时也能够改善患者的肺功能，减轻患者肺部感染的评分，同时也可以降低患者出现不良反应的发生率，在临床上值得推广和使用。

参考文献：

[1]钟红燕.盐酸氨溴索治疗慢阻肺合并肺部感染的临床效果[J].医学信息, 2021, 32(12): 154-155.

[2]王汉杰.盐酸氨溴索治疗慢阻肺合并肺部感染的临床疗效分析[J].中外医疗, 2021(6): 123-124.

[3]瞿丰萍.盐酸氨溴索治疗老年慢阻肺合并肺感染的临床效果评价[J].中国实用医药, 2021, 10(34): 107-108.

[4]王晓红.盐酸氨溴索治疗老年慢阻肺合并肺感染的临床效果评价[J].中国继续医学教育, 2021, 8(18): 153-154.

[5]冯进京,李露江.盐酸氨溴索治疗老年慢阻肺合并肺部感染的疗效观察[J].现代医学与健康研究, 2021, 2(8): 58-58.

[6]李能.老年慢阻肺及肺心病合并冠心病的诊断与治疗探讨[J].中国医药指南, 2021, 14(10): 67-68.

[7]韦忠诚.盐酸氨溴索治疗慢阻肺合并肺部感染的临床疗效分析[J].按摩与康复医学, 2021, 6(16): 56-57.

[8]林晓芬,黄燕璇.盐酸氨溴索治疗老年慢阻肺合并肺部感染的疗效观察[J].现代诊断与治疗, 2021, 26(5): 1013-1014.

[9]贾秀丽,敬小莉.盐酸氨溴索治疗慢阻肺合并肺部感染的效果探讨[J].当代医药论丛, 2021, v.16(5): 113-114.

[10]廖珍慧.氧驱动雾化吸入盐酸氨溴索治疗慢阻肺急性加重期患者的临床疗效和护理[J].药品评价, 2021, 14(7): 44-46.

[11]王云霞,宓文珍,赵丽丽,等.盐酸氨溴索应用剂量对COPD呼吸机相关肺部感染患者临床效果的影响[J].中华医院感染学杂志, 2021, v.28(09): 66-69.

[12]程习功,马世俊.盐酸氨溴索治疗慢阻肺合并肺部感染的临床疗效分析[J].智慧健康, 2021, 4(4): 181-182

[13]黄一卓.痰热清注射液联合盐酸氨溴索治疗老年慢阻肺合并肺部感染的疗效[J].临床医学研究与实践, 2021, 3(28): 134-135.

品管圈活动在降低门诊药房调剂差错率中的应用效果

黄子珊

梧州市中医医院 广西梧州 543000

摘要：目的 研究品管圈活动对减低门诊药房调剂差错率的影响。方法 随机抽取我院门诊药房 2021 年 3 月-2022 年 3 月开展品管圈活动的 8457 张处方作为研究组，另抽取 2020 年 6 月-2021 年 2 月未开展品管圈活动的 5910 张处方作为对照组，统计两组调节差错率，并对两组药学服务质量进行评价，比较两组干预结果。结果 研究组调剂差错率 2.58%低于对照组 4.26% ($P<0.05$)。研究组的积极性、团队凝聚力、责任感、解决问题的能力、沟通能力的评分均高出对照组 ($P<0.05$)。结论 品管圈活动的效果更为显著，能够有效减低门诊药房的调剂差错率，同时可促进药学服务质量提升，增强药学人员的综合素质，值得推广。

关键词：门诊药房；品管圈活动；药学服务；药房调剂

门诊药房作为医院重要科室之一，也是院内服务窗口，在医疗质量管理中具有重要意义，其运行管理质量直接影响了医疗患者的健康及满意度。因此，如何提升药学服务质量，建立和谐医患关系成为门诊药房追求的目标^[1]。研究发现^[2]，目前我国门诊药房的调剂差错率居高不下，需引起临床重视。其中处方调配作为门诊药房工作人员的主要工作，且职责是为患者提供准确的药品信息以及质量合格的药品，而调配差错表示处方调剂期间出现的错误或者过失，同时给药品管理或者患者造成不利影响，常见的调配差错包含药品规格、用法用量、品种、数量等。对此，应尽早选择合适的管理方式进行干预，在降低门诊药房调剂差错率中具有重要意义^[3]。近些年，随着医疗水平的不断完善，临床发现品管圈广泛存在于医院药学管理的各个方面，属于效果显著的质量管理方法，主要经过自我启发或者相互启发的形式，及时发现问题并解决问题，最后形成效果确切的质量管理体系^[4-5]。但目前关于品管圈活动与门诊药房的相关报道较少，本文对此进行分析，随机抽取我院门诊药房 2021 年 3 月-2022 年 3 月开展品管圈活动的 8457 张处方与 2020 年 6 月-2021 年 2 月未开展品管圈活动的 5910 张处方进行对比，探究品管圈活动对减低门诊药房调剂差错率的影响，结果如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机抽取我院门诊药房 2021 年 3 月-2022 年 3 月开展品管圈活动的 8457 张处方作为研究组，另抽取 2020 年 6 月-2021 年 2 月未开展品管圈活动的 5910 张处方作为对照组。研究组中药学人员共 12 名，男 4 名，女 8 名，年龄 27-59 岁，平均年龄 (40.23±3.27) 岁；对照组中药学人员共 15 名，男 5 名，女 10 名，年龄 25-61 岁，平均年龄 (40.88±3.51) 岁。两组药学人员的基础信息相比无差异 ($P>0.05$)。所有处方均来源于院内各科室，同时涉及初级、中级以及高级医师，具有一定代表性。另外排除麻醉类或者精神类药物。

1.2 方法

对照组：未开展品管圈活动。研究组：开展品管圈活动，(1) 选择门诊药房的药学人员成立品管圈小组，由药房负责人作为组长，组织成员开展会议，结合本科室特点及具体情况，收集并总结门诊药房工作中出现的问题，并由小组成员投票选择，确定本次品管圈的活动主题，设计活动流程，确定各成员的分工，责任到人，要求其严格按照活动流程实施。(2) 通过处方点评或者 HIS 系统了解本院门诊药房调剂差错的数量，经开会讨论，制定改善的目标，并深入分析调剂差错的原因，寻找其中出错的原因。

(3) 按照不同出错的原因，制定对应的解决方案及干预措施，要求组员积极遵照活动流程开展相关工作，比如在 HIS 系统中研发药品的用法用量提示，以确保临床医生能够更加规范的掌握药物的使用方法，一旦超出剂量即可发出提示并要求医生签字确认；定期对门诊处方进行点评，统计处方调剂差错率，将其结果与工作人员的绩效挂钩等。(4) 最后由组长总结本次活动的经验及需要改进的地方，同时确定下一次活动的主题，针对本次活动中存在的问题带入下一轮品管圈活动中。

1.3 观察指标

统计两组调节差错率，内容包含药品种类调配错误、用法用量错误、药品数量调配错误、药品规格调配错误；最后对两组药学服务质量进行评价，评价内容涉及积极性、团队凝聚力、责任感、解决问题的能力、沟通能力，各项满分 10 分，得分越高能力越强。

1.4 统计学处理

全文数据选择 SPSS 20.0 系统计算， $\bar{x}\pm s$ 为计量数据，选择 t 检验；百分比为计数数据，选择 χ^2 检验， $P<0.05$ 为数据存在统计学差异。

2 结果

2.1 两组调剂差错率的对比

研究组调剂差错率 2.58%低于对照组 4.26% ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组调剂差错率的对比[n (%)]

组别	药品种类 调配 错误	用法用 量错误	药品数 量调配 错误	药品规 格调配 错误	差错率
研究组 (n=8457)	76 (0.90)	58 (0.69)	32 (0.38)	52 (0.61)	218 (2.58)
对照组 (n=5910)	84 (1.42)	66 (1.12)	41 (0.69)	61 (1.03)	252 (4.26)
χ^2					31.259
P					0.001

2.2 两组药学服务质量的对比

研究组的积极性、团队凝聚力、责任感、解决问题的能力、沟通能力的评分均高出对照组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组药学服务质量的对比 (分)

组别	积极性	团队凝聚 力	责任感	解决问题 的能力	沟通能力
研究组	8.69±1.89	9.02±0.63	8.51±1.16	9.17±0.35	9.39±0.22

(n=12)

对照组	7.25±1.41	8.03±1.27	7.06±1.04	8.40±0.92	8.57±0.61

(n=15)

<i>t</i>	2.269	2.462	3.421	2.736	4.418
<i>P</i>	0.032	0.021	0.002	0.011	0.001

3 讨论

药物治疗属于诊断、治疗以及预防疾病的重要方式,其中包含生化药品、化学制剂、血液制品、抗生素以及中成药等,均在机体的生理机能以及疾病治疗中发挥重要意义。因此,处方调配以及发药期间,一旦受到药学人员、管理制度以及环境的干扰,极易导致处方调剂差错,从而对门诊药房的正常工作流以及药物管理造成一定影响,甚至给患者身心健康造成危害^[6-7]。针对此,临床应尽早选择合适的管理措施,起到减低门诊药房调剂差错率的作用^[8]。

据相关资料显示^[9],品管圈活动作为新型质量管理方式,在医院药学管理上发挥重要意义。其中品管圈最早于1950年被提出,而在1962年被快速运用在各领域,有效提升了生产效力,同时在医疗领域取得了优良的成绩。由于门诊药房作为医院服务患者的重要窗口,也是患者就医诊疗的最后环节,其管理质量对患者利益以及医院声誉影响极大^[10]。通常情况下,药学人员对处方的正确调配以及对患者的用药交代,会直接影响患者的用药安全及有效性,其中处方调剂差错是检验处方调配质量的主要构成部分,而零差错率成为药学人员的目标^[11-12]。因此,若能够将品管圈活动运用于门诊药房,可对特殊部门的特定问题使用各类改善方式,从而切实的解决相关问题,并提升药学服务质量。同时要求药学人员应采取严谨的态度以及认真的审核意识对待医生开出每张处方,可不断完善门诊药房的管理制度,并规范药房的工作流程^[13-14]。本文对此展开分析,结果中看到:研究组调剂差错率2.58%低于对照组4.26% ($P<0.05$),证明研究组的效果更好,可有效减少门诊药房的调剂差错率,保障患者用药安全。经分析发现,通过品管圈在门诊药房实施质量管理活动,可显著加大对门诊处方中差错事件的统计分析,并从人员、制度、设备等各方面寻找差错出现的原因,最终制定对应的解决方案,要求药学人员严格按照活动流程实施。同时品管圈活动可深入完善自动化药房的管理系统,最大程度的降低由自动发药机等设备因素引起的处方调配差错事件出现,不仅能够提升工作效率,还可保障患者用药安全,并保障门诊药房与医院的可持续发展^[15-16]。除此之外,本次研究结果中看到:研究组的积极性、团队凝聚力、责任感、解决问题的能力、沟通能力的评分均高出对照组 ($P<0.05$),说明研究组能够提升药学人员的责任感与积极性,锻炼其沟通能力与团队凝聚力,增强解决问题的能力,最终使其综合素质以及药学服务质量提升。经分析发现,品管圈主要是为了解决调剂问题而提出,并针对具体问题进行分析,有效提升了工作效率,同时在活动开展期间,对药学人员的综合素质进行锻炼,不仅能够提升组员解决问题的能力以及沟通能力,同时可促进其个人能力获得充分的发挥,积极参与整个活动,明显增加了药学人员的信心以及归属感,其次还可增强其责任感,使其与同事相处更为融洽,进一步提升团队的凝聚力,从而导致药学服务质量随之升高^[17-18]。由此证实,品管圈活动的效果更好,值得推广使用。

综上所述,品管圈活动的效果更为显著,能够有效减低门诊药房的调剂差错率,同时可促进药学服务质量提升,增强药学人员的综合素质。

参考文献:

- [1]侯利强.PDCA 循环模式的品管圈活动对我院门诊西药房处方调配差错率的影响[J].中国药物与临床,2020,20(1):129-130.
- [2]董杰,修青永,马文军,等.品管圈在门诊药房管理中的应用及对药学服务质量的影响研究[J].河北医药,2020,42(20):3173-3176.
- [3]唐春娟,宋军妹,惠权斌,等.品管圈在提升医院药事质量管理中的应用与体会[J].中国医药导刊,2020,22(3):193-196.
- [4]ABDU-AGUYE, SAMIRAH N., LABARAN, KAMILU S., DANJUMA, NUHU M., et al.Hospital pharmacy outpatient medication dispensing and counselling practices in North-Western Nigeria: an observational study[J].The International journal of pharmacy practice, 2021, 29(5):480-485.
- [5]刘玲,王益富,沈伟芳,等.品管圈缩短门诊药房高峰时段取药时间实践[J].中国药业,2021,30(2):21-23.
- [6]金哲明,颜姝雯.品管圈活动在门诊药房药事管理中的应用[J].贵州医药,2020,44(8):1309-1310.
- [7]费燕,潘俊.品管圈缩短住院药房药品调配时间及提升药学服务质量效果分析[J].中国药业,2019,28(20):75-78.
- [8]马姝,阎思佳,马乐韵,等.应用品管圈降低门诊药房药品调配内部差错[J].药学服务与研究,2019,19(4):314-317.
- [9]NAYBOUR, MATTHEW, REMENYTE-PRSCOTT, RASA, BOYD, MATTHEW J..Reliability and efficiency evaluation of a community pharmacy dispensing process using a coloured Petri-net approach[J].Reliability engineering&system safety, 2019, 182(Feb.):258-268.
- [10]詹小兰,孙张弛,孙惠萍,等.品管圈活动在门诊药房用药安全强化管理中的应用分析[J].中国基层医药,2019,26(17):2143-2145.
- [11]刘景.运用品管圈管理模式优化住院药房调剂流程的研究[J].山西医药杂志,2020,49(14):1884-1885.
- [12]李鑫,左静,郭美琦,等.品管圈在降低门诊实时不合理处方数中的应用成效[J].中国医药导报,2021,18(3):185-188.
- [13]梁悦,王培,白雪,等.品管圈管理在降低中药房处方不合格率的实践效果分析[J].实用药物与临床,2019,22(7):781-784.
- [14]刘玲,张健,陈冲,等.开展品管圈活动提高药师处方审核能力的评价[J].安徽医药,2020,24(3):617-619.
- [15]姜疆,李媛,柴昱,等.门诊药房药品调配差错及防范措施的系統性分析[J].药学实践杂志,2022,40(2):188-192.
- [16]黄莺,周小娟,程希,等.品管圈减少静脉用药调配中心差错效果评价[J].中国药业,2019,28(16):85-87.
- [17]WILLIAMS, SARALYN, RICHMAN, NOELLA.Pharmacy Dispensing Error: Ropinirole for Risperidone in a 10-YEAR-OLD Boy Resulting in Hallucinations[J].Clinical toxicology: the official journal of the American Academy of Clinical Toxicology and European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists, 2019, 57(10):1040.
- [18]吕楠,张莹,陈磊,等.品管圈在提升我院药事管理中的应用效果评价[J].中国医药导刊,2020,22(11):828-832.

卡前列素氨丁三醇在孕妇产后出血治疗中的效果研究

庞澄清¹ 姚景萍² 袁永娟²

1、阳江市人民医院药学部 广东阳江 529500; 2、阳江市人民医院西药房 广东阳江 529500

摘要:目的: 本次研究主要是在孕妇产后出血的治疗中, 探讨了对其实施卡前列素氨丁三醇的效果。方法: 选用我院收治的产后出血的孕产妇作为研究样本, 数量: 60 例, 研究时间: 2019 年 1 月-2022 年 9 月, 将上述样本以随机数字表法分成两个小组, 其中一个小组被命名为单一组, 接受缩宫素注射治疗, 另一个小组被命名为试验组, 接受卡前列素氨丁三醇注射液治疗, 对所有孕产妇治疗后的效果、不良反应发生情况、止血效果、凝血功能指标进行研讨。结果: 60 例孕产妇的治疗效果对比结果显示: 与 30 例单一组的治疗总有效率 80.00%相比, 30 例试验组的治疗总有效率 96.67%更高 ($P < 0.05$); 分析 60 例孕产妇在治疗期间出现的不良反应情况可知: 30 例试验组和 30 例单一组的总发生率分别为 10.00%、33.33%, 数值较高的为单一组 ($P < 0.05$); 60 例孕产妇止血效果的评比结果显示: 30 例试验组的止血时间和治疗后 2h 出血量均低于单一组 ($P < 0.05$); 在所有孕产妇的凝血功能指标的调查结果中了解到: 在接受治疗后 APTT、PT、TT 最高的为单一组, 并且差异性较大 ($P < 0.05$)。结论: 将卡前列素氨丁三醇应用于孕妇产后出血的治疗中, 可显著提升其治疗效果和止血效果, 快速恢复其凝血功能, 有效控制不良反应的发生, 临床应用十分显著。

关键词: 卡前列素氨丁三醇; 产后出血; 孕产妇; 效果; 治疗

女性在分娩过程中常出现的并发症为产后出血, 其可直接导致产妇产后死亡^[1]。若未得到及时有效的治疗, 很容易导致产妇感染或出现其他并发症^[2]。临床中治疗产后出血主要以药物治疗方案为主, 其中包括止血药物、子宫收缩类药物、预防感染类药物等^[3]。缩宫素和卡前列素氨丁三醇为应用率较高的两种药物, 前者虽然对子宫收缩有良好的促进作用, 但是副作用相对较大^[4]。而卡前列素氨丁三醇的子宫收缩效果以及止血效果相对较好, 并且安全性较高, 现已被广泛地应用于产后出血的治疗中, 深受医学工作者和孕产妇的认可^[5]。为了探讨卡前列素氨丁三醇在孕妇产后出血治疗中的效果, 特此在我院收治的产后出血的孕产妇中选取 60 例作为研究样本进行研究, 详情如下文所示:

1、资料与方法

1.1 一般资料

从我院收治的产后出血的孕产妇中选取 60 例作为研究样本, 2019 年 1 月-2022 年 9 月为研究时间, 对抽取的 60 例孕产妇进行组别划分, 所用到的方法为随机数字表法, 并且将试验组和单一组作为组别的名称, 每组分到的人数为 30 例。对 30 例试验组孕产妇的基本信息进行调查后得知: 年龄范围中最高、最低分别为 35 岁、22 岁、年龄的平均值为 (27.31±3.22) 岁, 初、经产妇分别为 17 例、13 例; 孕周范围中最长、最短分别为 41 周、33 周, 孕周平均值为 (37.4±2.45) 周。对 30 例单一组孕产妇的基本信息进行调查后得知: 初、经产妇分别为 16 例、14 例, 年龄范围中最高、最低分别为 36 岁、21 岁、年龄的平均值为 (27.59±3.31) 岁, 孕周范围中最长、最短分别为 41 周、34 周, 孕周平均值为 (37.6±2.21) 周。抽取的所有孕产妇的基本信息无明显差异性, 因此可纳入分析。

入选的孕产妇均符合以下标准: (1) 孕产妇及家属对该研究支持且认可, 一同签署同意书; (2) 符合临床产后出血标准者; (3) 所涉孕产妇的临床病例齐全; (4) 孕产妇自主表达功能正常且意识清晰。

排除的孕产妇均符合以下标准: (1) 对研究中所用药物过敏者; (2) 伴有严重的精神障碍者; (3) 无法对研究中的各项事宜主动配合者; (4) 因某种因素中途退出研究者。

1.2 方法

单一组孕产妇接受的治疗方式为缩宫素注射治疗, 所选用的缩宫素是由成都市海通药业有限公司生产的, 批准文号为国药准字 H51021983, 并且其规格是 0.5mL: 2.5 单位。在对孕产妇进行治疗时以 2.5 单位作为初始用药剂量, 采用静脉滴注的方式予以其治疗, 滴速为 0.02-0.04/min。孕产妇的胎盘排出后, 对其实施 5-10 单位的肌肉注射, 避免引起再次出血的情况。

试验组孕产妇接受的治疗方式为卡前列素氨丁三醇注射液治疗, 该药

物是由 Pharmacia & Upjohn Company 生产, 批准文号为国药准字 H20120388, 其规格为 1mL: 250μg。对孕产妇进行治疗时所用药物的初次剂量为 1mL, 采用深部肌肉注射的方式将药物注射于孕产妇的体内, 对其产后出血、止血情况进行详细观察, 若未达到理想的止血效果, 可以对其进行重复注射, 但是医生需要按照孕产妇的病情决定重复注射的次数和时间间隔, 最大限度地注射次数为 8 次, 最大限度地注射剂量为 2mg。

1.3 评价标准

治疗效果、不良反应发生情况、止血效果、凝血功能指标等为本次研究中所用到的评价标准, 详情如下:

1.3.1 治疗效果

对所有孕产妇接受治疗后的效果进行调查分析, 主要分为完全改善、部分改善、无效等 3 个级别^[6]。经过 15 分钟的治疗后, 孕产妇表现出明显的子宫收缩情况, 阴道出血控制效果理想的属于完全改善; 在对孕产妇进行重复用药后, 子宫收缩情况得到缓解, 阴道出血控制效果一般的属于部分改善; 孕产妇在接受治疗后相关临床症状无改善甚至有加重情况的属于无效。

1.3.2 不良反应发生情况

孕产妇在接受治疗期间极易出现多种不良反应, 此次研究中用腹泻、恶心呕吐、血压波动、颜面潮红等指标对不良反应发生情况进行评估, 记录相关数据并予以精准分析^[7]。

1.3.3 止血效果

在评估两组孕产妇的止血效果时所用到的指标为止血时间和治疗后 2h 出血量, 详细记录相关数据并予以分析^[8]。

1.3.4 凝血功能指标

对比所有孕产妇的凝血功能时选用的指标是 APTT (活化部分凝血活酶时间)、PT (凝血酶原时间)、TT (凝血酶时间) 等, 详细记录相关数据并予以精准分析^[9]。

1.4 统计学分析方法

在本次研究中, 对所得数据进行评比时, 通过 SPSS 20.0 统计学的软件进行数据统计, 其中, t 值为检验计量资料时的数据代表, 其结果为 ($\bar{x} \pm s$) 标准, 卡方值为检验计数资料时的数据代表, 其结果为百分比, 针对组间数据是否存在差异时, 主要以 P 值为基准, 其临界值为 0.05, 当 $P < 0.05$ 时, 则代表该数据存在统计学的意义, 反之则无意义。

2、结果

2.1 治疗效果的对比分析, 详细数据如表 1 所示。

表 1 两组治疗效果调查分析 (n, %)

组别	例	完全改善	部分改善	无效	总有效率 (%)

数					
试验组	30	26 (86.67)	3 (10.00)	1 (3.33)	29 (96.67)
单一组	30	18 (60.00)	6 (20.00)	6 (20.00)	24 (80.00)
χ^2 值	-	-	-	-	4.043
P 值	-	-	-	-	P<0.05

2.2 不良反应发生情况的对比分析

在对参与研究孕产妇的不良反应发生情况进行调查后得知, 30 例试验组中, 出现腹泻的有 1 (3.33%) 例, 出现恶心呕吐的有 0 (0.00%) 例, 出现血压波动的有 1 (3.33%) 例, 出现颜面潮红的有 1 (3.33%) 例, 总发生率为 10.00% (3/30), 30 例单一组中, 出现腹泻的有 3 (10.00%) 例, 出现恶心呕吐的有 2 (6.67%) 例, 出现血压波动的有 2 (6.67%) 例, 出现颜面潮红的有 3 (10.00%) 例, 总发生率为 33.33% (10/30), 两组数据之间的差异性较大 ($P<0.05$, $t=4.812$)。

2.3 止血效果的对比分析

调查所有孕产妇的止血效果发现, 试验组止血时间和治疗后 2h 出血量分别为 (15.53±2.36) min、(167.35±8.35) mL, 单一组上述指标分别为 (37.23±3.33) min、(264.55±10.04) mL, 两组数据之间的差异性较大 ($P<0.05$, $t=29.121$ 、40.769)。

2.4 凝血功能指标的对比分析

30 例试验组孕产妇在接受治疗前, 其 APTT 为 (34.24±1.44) s、PT 为 (14.13±1.50) s、TT 为 (15.11±1.01) s, 单一组 APTT 为 (34.13±1.20) s、PT 为 (14.11±1.37) s、TT 为 (15.04±1.11) s, 在对比相关数据得知, 差异性较小 ($P>0.05$, $t=0.321$ 、0.054、0.255); 30 例试验组孕产妇在接受治疗后, 其 APTT 为 (23.02±1.33) s、PT 为 (9.25±1.34) s、TT 为 (9.17±1.03) s, 单一组 APTT 为 (28.14±1.15) s、PT 为 (12.16±1.04) s、TT 为 (12.78±1.02) s, 在对比相关数据得知, 差异性较大 ($P<0.05$, $t=15.950$ 、9.397、13.640)。

3、讨论

产后出血是女性分娩过程中常见、严重的并发症之一, 常发生于产后的 2 小时之内, 如果得不到及时有效的控制, 极易使产妇的凝血功能出现异常, 对其生命安全产生严重的威胁^[10-11]。相关研究表明, 宫缩乏力、胎盘因素、凝血功能障碍、软产道裂伤是引发产后出血的主要原因, 其中最常见的是宫缩乏力, 所以在治疗产后出血时应先明确出血的原因, 再根据原因制定相应的治疗方案。目前, 临床中越来越重视产后出血的情况, 治疗方案较多, 因此, 如何选择一种更加理想的治疗方案从而保障孕产妇的生命安全成为临床医学工作的重点。缩宫素和卡前列素氨丁三醇治疗产后出血的机制相似, 对患者的宫缩情况起到促进作用, 能够使宫缩乏力情况得以有效改善。缩宫素是一种多肽类激素子宫平滑肌兴奋药, 常见的用药途径为肌肉注射或静脉滴注, 达到血药浓度峰值的时间较短, 起效部位为子宫平滑肌上, 对子宫平滑肌收缩进行有效刺激, 模拟分娩时子宫的收缩动作, 使子宫得以扩张, 使子宫收缩力度得以增强。相关研究表明, 静脉滴注缩宫素的起效时间快, 患者子宫收缩的频率和强度会慢慢增加, 随后趋于平稳, 滴注结束后药物效果会逐渐减退。但是患者在用药后会出现不同的不良反应, 轻者会出现呕吐、恶心等症状, 若用药剂量大, 极易导致患者出现血压升高、水滞留等情况。卡前列素氨丁三醇对于子宫收缩有着较好的促进作用, 主要是通过刺激妊娠子宫收缩, 从而出现类似于足月妊娠末的子宫收缩情况, 可以在胎盘位置展现出较好的止血效果。此种药物的常见给药途径为肌肉注射, 在对患者进行注射治疗后, 可明显增加其子宫的收缩频率和强度, 加快胎盘创面血窦的闭合速度, 从而达到快速止血的效果。缩宫素只能对子宫上段有收缩作用, 卡前列素氨丁三醇可以弥

补这一缺点, 并且卡前列素氨丁三醇与缩宫素相比具有药效持久、生物活性良好、半衰期更长的特点, 通常情况下不和其他促进子宫收缩的药物合用, 以免影响其他药物的活性。在本次研究中, 将不同的治疗方案进行对比, 结果显示, 调查各组孕产妇的治疗效果发现, 30 例试验组患者的治疗总有效率明显高于单一组, 以两组数据对比可证, 试验组和单一组分别为 96.67% 和 80.00%; 不良反应发生情况的对比结果显示, 30 例单一组总发生率更高; 就两组止血效果而言, 30 例试验组优于单一组; 通过调查各组孕产妇的凝血功能指标得知, 与治疗前相比, 治疗后的 APTT、TT、PT 均呈下降显示, 且试验组低于单一组。

综上所述, 对产后出血的孕产妇实施卡前列素氨丁三醇治疗, 可使患者的治疗效果和止血效果得到显著提升, 使其凝血功能得到快速恢复, 降低其不良反应发生概率具有积极作用, 建议推广与应用。

参考文献:

- [1]仇茜, 姚荣华, 黄俊杰等. 麦角新碱与卡前列素氨丁三醇联合预防瘢痕子宫再次剖宫产孕妇产后出血的效果及对 GSH-px SOD MDA 产后泌乳情况的影响[J]. 河北医学, 2021, 27 (11): 1901-1907.
- [2]刘洁, 周洪. 子宫 B-Lynch 缝合术联合卡前列素氨丁三醇治疗剖宫产术中宫缩乏力性产后出血效果[J]. 中国计划生育学杂志, 2021, 29 (11): 2465-2468.
- [3]蒋小辉. 麦角新碱与卡前列素氨丁三醇及缩宫素治疗阴道分娩宫缩乏力性产后出血的临床效果比较[J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14 (29): 128-130.
- [4]凌桂梅. 卡前列素氨丁三醇注射液 (欣母沛) 联合缩宫素注射液 (催产素) 治疗子宫收缩乏力性产后出血的效果[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50 (05): 132-133.
- [5]武晓燕. 马来酸麦角新碱 缩宫素 卡前列素氨丁三醇防治阴道分娩宫缩乏力性产后出血的疗效比较[J]. 实用医技杂志, 2021, 28 (10): 1246-1247.
- [6]王丽娟. 马来酸麦角新碱联合卡前列素氨丁三醇和缩宫素预防二次剖宫产妇产后出血的效果[J]. 中国民康医学, 2021, 33 (19): 31-32+35.
- [7]邱春梅. 卡前列素氨丁三醇联合缩宫素对预防剖宫产妇产后出血的临床效果及凝血功能的影响[J]. 中国医学创新, 2021, 18 (28): 110-113.
- [8]刘国芳, 张金娥, 安秀丽. 基于产后出血预测评分的益母草注射液联合卡前列素氨丁三醇注射液个性化应用方案对剖宫产妇产后出血的防治效果[J]. 武警后勤学院学报 (医学版), 2021, 30 (09): 167-168.
- [9]林文静, 李海波. 固元复旧汤联合卡前列素氨丁三醇对阴道分娩宫缩乏力性产后出血的预防效果分析[J]. 检验医学与临床, 2021, 18 (16): 2335-2338+2343.
- [10]刘若星, 赵荣. 卡前列素氨丁三醇联合低位 B-Lynch 缝合术治疗前置胎盘性产后出血的可行性和安全性[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6 (32): 152-154.
- [11]王亚娟, 张春娟. 卡前列素氨丁三醇注射液联合缩宫素注射液预防高危产妇剖宫产妇产后出血的效果[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6 (32): 155-157.

作者简介: 庞澄清, 单位: 阳江市人民医院, 科室: 药学部, 学历: 大学本科, 性别: 女, 出生年月日: 19841204, 籍贯: 湛江廉江, 职称: 主管药师, 主研方向: 西药学。

进阶式抗阻运动结合有氧运动对稳定期慢阻肺患者呼吸康复效果影响的应用研究

蒋婷婷 于彤^{通讯作者}

山东省聊城市人民医院 山东聊城 252000

摘要：目的：探究进阶式抗阻运动结合有氧运动对于稳定期慢阻肺患者呼吸康复效果的临床效果。方法：选取 2020 年 3 月-2022 年 3 月在我院进行治疗的稳定期慢阻肺患者共 65 例，随机划分两组，研究组采取进阶式抗阻运动结合有氧运动治疗方式，对照组采取常规有氧康复方式。比较相关指标。结果：比较两组患者治疗前后的肺功能指标可知，研究组患者的指标以及对照组的指标在干预前无明显的差异，在干预后研究组患者指标的上升幅度明显的大于对照组患者。研究组患者的治疗有效率为 96.97%，显著的高于对照组患者的 87.5%，卡方值为 6.932，P 值为 0.000，<0.05。比较两组患者的 CAT 以及 mMRC 指标可知，研究组患者的 CAT 以及 mMRC 指标在干预前没有明显差异，干预后研究组患者的指标评分明显低于对照组，肺功能以及呼吸情况改善更好。结论：进阶式抗阻运动结合有氧运动的方式对于稳定期慢阻肺患者具有更好的效果。

关键词：进阶式抗阻运动；有氧运动；稳定期慢阻肺；呼吸康复效果

慢阻肺病全称慢性阻塞性肺疾病，又称 COPD。这一疾病是较为常见的慢性气道疾病，是由于气流受限所导致呼吸困难的肺部疾病，在稳定器患者可能出现呼吸困难、咳嗽、气短等稳定症状。这一疾病的主要诱因有两个，一方面可能由于遗传因素导致，另一方面可能与外界环境、空气质量等存在密切的关系性，如果患者长期的暴露在烟气、颗粒粉尘等环境中会加剧肺部的老化。虽然慢性肺阻不具备传染性，但与基础疾病病发会导致患者死亡，并且为家庭带来极大的经济负担^[1]。稳定器慢阻肺患者的症状较为稳定，在药物治疗的基础上辅以常见的康复疗法，能够明显的提升患者的心肺功能。本文主要探究进阶式抗阻运动结合有氧运动对于稳定期慢阻肺患者呼吸康复效果的临床效果。现在研究已经结束，做出如下的汇报。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 3 月-2022 年 3 月在我院进行治疗的稳定期慢阻肺患者共 65 例，所有患者符合 COPD 诊断标准，且患者处于疾病稳定期，能够进行康复训练，无其他重大呼吸系统疾病，自愿参与本次研究的患者。将 65 例患者随机划分为两组，其中研究组患者 33 例，男性 19 例，女性 14 例，最小年龄 59 岁，最大年龄 76 岁，平均年龄 64.3±2.1 岁，病程 3-7 年，平均病程 5.4±1.2 年。对照组患者 32 例，男性 17 例，女性 15 例，最小年龄 60 岁，最大年龄 75 岁，平均年龄 65.5±1.5 岁，病程 3-8 年，平均病程 5.1±1.6 年。经过比较，两组患者年龄、性别比以及病程等资料无统计学差异。

1.2 研究方法

对照组进行有氧运动的呼吸康复训练，主要有划船机、踏功率自行呼吸康复训练。建议病人可以选择合适的运动方法，比如骑单车、慢跑、上肢液阻摇臂等，一周 5 次，每次 30-60 分钟。在锻炼的时候，要根据心肺功能测试的结果和心率来确定运动强度，即：最大心率×静息心率×设置的运动强度+静息心率；运动强度设定在 65%-85%之间，病人的初始强度可以从 65%开始，之后每两个星期进行一次，根据病人的感觉和心率，每两个星期进行一次，每次的强度应该在 5%左右。研究组在对照组的基础上进行了渐进的抗阻力训练^[2]。（1）建立呼吸康复组，组建呼吸康复组，由主任、副主任、心理咨询师、护士等组成。健全工作人员的责任，例如：由科主任负责组织和协调，制订工作计划，实施和监督康复工作，定期

与小组成员进行交流和讨论，不断改进和改进护理康复训练计划。护理人员负责实施干预措施、问卷调查、出院后随访和反馈意见，康复医生则负责病人的呼吸康复训练的制订和指导。（2）阶梯式抗阻运动：哑铃操、弹力带操、腹部加压沙袋等。做动作时，嘱咐病人先使用轻量级的哑铃、沙袋和弹性带。一周运动 5 次，每次 60 分钟，在运动前注意热身，然后再进行有氧运动，在运动后注意拉伸以及放松^[3]。呼吸康复团队在进行抗阻力训练前事先通知病人对患者进行运动方式、强度、频率、时间等进行抗阻运动，并对病人进行健康评估。（3）抗阻运动管理。主要护理人员全程陪同，以保证病人的顺应性和安全性。把病人和他们的的主要看护人都纳入到微信群中，并按期收集他们的健康记录，如果出现记录不能上传的情况，护士及时掌握状况；在病人出院后，护士每两个星期与病人和他们的的主要护理人员进行一次交流，以了解他们的身体状况。

1.3 观察指标

比较两组患者在治疗前后的肺功能指标，使用肺功能测定仪测定患者的肺活量情况（FVC）、第一秒用力呼吸容积（FEV1）以及二者的比值 FEV1/FVC。

比较两组患者的临床治疗效果。如果患者在治疗后呼吸困难症状消失，且患者的肺功能指标改善明显说明治疗显效，如果患者在治疗后呼吸困难以及肺功能情况有所缓解说明治疗有效，如果患者在治疗后呼吸以及肺功能情况未见明显改善，甚至有所加重说明治疗无效。根据治疗情况计算治疗的有效程度^[4]。

比较两组患者慢阻肺评估以及呼吸困难改善情况。对慢阻肺的评估采用 CAT（慢阻肺评估测试）方式，呼吸困难情况采用 mMRC（英国 MRC 呼吸困难指数）进行评估。患者的评估测试结果数值越低，说明患者的情况越好^[5]。

1.4 统计学处理

本次研究的所有数据使用 SPSS.21.0 进行数据的统计学处理，根据 P 值大小评估数据的显著性。计量资料以平均数进行表示，计数资料以百分比进行表示，分别使用卡方以及 t 检验数据显著性^[6-7]。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后肺功能指标分析

表 1 两组患者治疗前后肺功能指标比较

组别	例数	FVC（L）		FEV1（L）		FEV1/FVC（%）	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	33	1.52±0.42	1.79±0.21	0.68±0.13	1.14±0.15	47.65±2.24	58.49±3.47
对照组	32	1.51±0.63	1.71±0.14	0.72±0.11	0.93±0.12	48.03±3.28	52.15±2.39

t 值	1.021	3.483	0.923	3.285	1.112	6.954
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

比较两组患者治疗前后的肺功能指标可知, 研究组患者的指标以及对对照组的指标在干预前无明显的差异, 在干预后研究组患者指标的上升幅度明显的大于对照组患者。

2.2 两组患者临床治疗效果比较分析

表 2 两组患者临床治疗效果比较

组别	例数	显效	有效	无效	有效率 (%)
研究组	33	21	11	1	96.97%
对照组	32	14	14	4	87.5%
X ² 值					6.932
P 值					0.000

比较两组患者的临床治疗效果, 研究组患者的治疗有效率为 96.97%, 显著的高于对照组患者的 87.5%, 卡方值为 6.932, P 值为 0.000, <0.05。

2.3 两组患者肺功能以及呼吸情况评分比较分析

表 3 两组患者 CAT 以及 mMRC 指标比较

组别	例数	CAT 评分		mMRC 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
研究组	33	15.49±2.17	10.74±2.09	2.74±0.42	1.85±0.25
对照组	32	15.23±1.98	14.32±2.43	2.78±0.31	2.21±0.12
t 值		0.834	5.393	0.912	3.285
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

比较两组患者的 CAT 以及 mMRC 指标可知, 研究组患者的 CAT 以及 mMRC 指标在干预前没有明显差异, 干预后研究组患者的指标评分明显低于对照组, 肺功能以及呼吸情况改善更好。

3 讨论

COPD 对心血管系统的影响可能导致心血管疾病, 肌肉萎缩和骨质疏松, 从而导致运动迟缓和健康状况的恶化。尽管通过药物疗法可以缓解 COPD 病人的呼吸短促等症状, 但是对改善 COPD 病人的健康影响不大。稳定期是 COPD 的一个特殊阶段, 这时候患者要进行正规的呼吸康复运动训练, 以免病情恶化和复发, 但是由于患者自身的原因以及康复治疗师的缺乏, 导致呼吸康复运动训练的效果存在很大的差异, 有些病人的干预效果并不理想^[8-9]。大部分 COPD 病人都会在医生的指导下进行呼吸康复训练, 但对于恢复的强度和等问题还不清楚, 特别是老年人, 对于这些病人来说, 他们的耐受力 and 呼吸能力都很差, 很难坚持进行康复训练。此外, 康复运动训练是由患者、护士、康复治疗师、主治医师等多方面的综合干预。因此, 在临床上应用定量的指标来评价病人的运动耐受, 以保证病人能顺利地进行康复训练^[10]。

本研究发现, 除了有氧运动外, 加入阶梯式抗阻训练可以显著改善 COPD 病人的运动耐力和肺功能。这是因为有氧运动是一种很好的恢复方法, 它可以帮助病人增强肌肉的耐力和氧气, 改善肺功能和运动耐力。本文所采用的进阶抗阻训练方法有: 腹部负压沙袋、弹力带操、哑铃操等, 不但可以让病人更好的进行抗阻训练, 还可以安全、稳定地增加运动强度, 进一步提升肌肉的力量和耐力; 应用腹部加压沙包进行呼吸功能锻炼, 加强胸部运动, 增加吸入氧容量和肺活量^[11-12]。

结果表明: 有氧运动配合进阶式抗阻训练能明显降低 COPD 病人的临床症状和呼吸困难, 改善其生存质量。其理由也许在于有氧运动可以改善 COPD 病人的肌肉机能和运动耐力, 还可以增加骨骼肌的氧化能力和效能, 从而减少呼吸困难的程度^[13-14]。骨骼肌功能紊乱是 COPD 病人运动能力降低的一个重要因素, 同时肌纤维萎缩是 COPD 病人最常见的全身性损伤, 其呼吸和肢体肌肉经常会受损, 造成肌肉功能受损, 运动能力

降低, 身体健康下降。在进行抗阻运动时, 可以采用弹性带操、哑铃操等与上下肢运动相结合, 使胸廓活动增加, 肌肉协调性得到进一步的提高, 可以纠正呼吸困难、气促等问题, 改善患者的运动能力和身体状态, 从而进一步提高生活质量^[15]。

总之, 在稳定期 COPD 病人运动耐力、肺功能及生存质量方面, 采用分级抗阻运动与有氧运动相结合, 可以显著改善 COPD 患者的运动耐力、肺功能、生存质量, 减少临床症状及呼吸困难, 是一种值得临床关注的运动方式。

参考文献:

[1]彭先美, 欧平雪, 杨燕, 等. 进阶式抗阻运动结合有氧运动对稳定期慢性阻塞性肺疾病患者呼吸康复效果的影响[J]. 国际老年医学杂志, 2022, 43 (4): 5.

[2]Hai-guo, LIU, Guo-zheng, et al. The therapeutic effect of aerobic exercise with resistance training in elderly men with type 2 diabetes mellitus[J]. 中国应用生理学杂志, 2016, 32 (6): 4.

[3]张红月. 腹式呼吸联合抗阻运动促进慢阻肺稳定期患者康复的临床效果[J]. 健康大视野 2021 年 19 期, 110 页, 2021.

[4]张海燕, 何英姿, 张萍, 等. 腹式呼吸、有氧训练联合抗阻运动在老年稳定期 COPD 患者肺功能康复中的应用[J]. 川北医学院学报, 2019, 34 (2): 4.

[5]陈茜, 孙兴兰, 万佳, et al. 有氧运动联合抗阻运动在慢性稳定性心力衰竭患者心脏康复的效果观察[J]. 人人健康, 2020, No.510 (01): 83-83.

[6]Liu S X, Chen Y Y, Xie K L, et al. Effects of aerobic exercise combined with resistance training on the cardiorespiratory fitness and exercise capacity of patients with stable coronary artery disease[J]. Zhonghua xin xue guan bing za zhi, 2017, 45 (12): 1067.

[7]李晓. 有氧-抗阻训练联合缩唇腹式呼吸对老年 COPD 稳定期患者肺功能及运动耐力的影响[J]. 中国疗养医学, 2020, 29 (3): 3.

[8]高东亚. 中西医结合呼吸康复训练对慢阻肺患者运动能力的影响观察[J]. 首都食品与医药, 2018, 25 (9): 1.

[9]赵旭, 李浩文, 李云鹏, 等. 运动和呼吸训练对慢性阻塞性肺疾病患者康复治疗效果与肺功能的影响[J]. 中国现代医生, 2021, 59 (26): 4.

[10]周杨. 中西医结合呼吸康复训练改善老年慢阻肺患者运动能力的效果评价[J]. 益寿宝典, 2021 (19): 3.

[11]翟雨婷, 张建薇, 许玲, 等. 弹力带抗阻运动联合呼吸功能训练治疗老年慢阻肺稳定期合并肌少症患者的临床分析[J]. 老年医学与保健, 2022, 28 (2): 5.

[12]封彦召. 六字诀呼吸操联合有氧-抗阻训练在老年慢性阻塞性肺疾病稳定期患者中的应用观察[J]. 中国疗养医学, 2019, 28 (12): 2.

[13]毛立伟, 陆甘, 王磊. 有氧运动联合低水平抗阻训练对老年慢性阻塞性肺病患者肺功能与运动能力影响的观察[J]. 中国康复医学杂志, 2018, 33 (8): 6.

[14]潘胜桂、林烨、詹莎莎. 抗阻呼吸训练联合有氧运动对慢性阻塞性肺病患者心肺功能及运动耐量的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2020, 5 (32): 2.

[15]蒋伟平, 朱惠莉, 李向阳, 等. 中等强度有氧和抗阻运动对老年慢性阻塞性肺病患者运动心肺功能及生活质量的影响[J]. 老年医学与保健, 2016, 22 (1): 5.

尿常规检验中尿液分析仪与尿液沉渣镜检法的作用比较

李宏俊

西安市鄠邑区妇幼保健计划生育服务中心（区妇幼保健院） 检验科 陕西西安 710300

摘要：目的：探究尿常规检验中尿液分析仪与尿液沉渣镜检法的作用比较。方法：选取我院 2021 年 3 月~2022 年 3 月收治的 80 例尿常规检查患者作为研究对象，分别对两组受检者实施尿液分析仪与尿液沉渣镜检法检验，以临床诊断=“金标准”，观察两种检查方式效能。结果：①80 例尿常规检查患者中，经临床检验确认蛋白质检出 36 例，占比 45.00%。红细胞检出 48 例，占比 60.00%。白细胞检出 53 例，占比 66.25%；②对两中检查方式对蛋白质、红细胞、白细胞的阳性检出率比较无显著差异（ $P>0.05$ ），而尿液沉渣镜检法对蛋白质、红细胞、白细胞的诊断符合率显著高于尿液分析仪检测方式（ $P<0.05$ ）。结论：在尿常规检验中实施尿液分析仪与尿液沉渣镜检法干预均具有良好效果，但是尿液沉渣镜检法的应用范围更广，并且在诊断符合率方面更高，在实际疾病诊断中可结合患者的实际情况选择有效的检查方式，提升疾病诊断准确率。

关键词：尿常规检验；尿液分析仪；尿液沉渣镜检法；作用

尿常规是一种常见的检查项目，在多种疾病诊断中都会通过尿常规的方式进行确诊，并且该种检查项目可在疾病早期诊断与治疗评价等方面起到重要作用。在妇女群体中，多种妇科疾病都可通过尿常规进行检查，可了解患者白细胞红细胞情况，并将患者内在疾病进行反映，若受检者白细胞水平超过正常范围，说明可能存在有泌尿系的炎症感染，如肾盂肾炎、膀胱炎尿道炎等。若受检者红细胞超过正常范围可考虑可能存在泌尿系出血，并需要分析引起患者出血的原因，主要包括炎症感染或受到利尿系结石刺激导致黏膜破损导致等^[1]。另外，在一些尿常规中还能了解到受检者胆红素指标水平，此指标可以反映出患者是否存在肝脏疾病或胆囊疾病，若超过正常范围则需要对患者进一步检查确认。同时，在尿常规检查项目中还能观察到患者的细菌数量，若细菌数量异常则证明患者存在一定的炎症感染或者炎症反应，而尿常规中的蛋白质指标水平可以了解到患者是否存在肾脏炎症或者肾病综合征等问题^[2]。同时对于幼儿疾病检查来说，尿常规也十分适用，可选取患儿的尿液进行检查分析，避免对幼儿造成损伤，可提升患儿检查依从性，易被患儿接受。而在尿常规检查过程中，不同的实验方法对蛋白质、红细胞、白细胞等指标水平的检查结果也有所差异，因此需要进一步实验观察，找到最佳的检查方式。本研究以 80 例尿常规检查患者为研究对象，意在分析尿常规检验中尿液分析仪与尿液沉渣镜检法的作用比较，具体报告下述。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

研究选取我院接收的尿常规检查患者共 80 例，收治时间（2021 年 3 月~2022 年 3 月），包括幼儿 40 例，妇女 40 例，其中男性受检者为 20 例，女性受检者为 60 例，其年龄集中在 4-45 岁之间，均值（27.86±1.82）岁。此次研究不违背医学伦理委员会批准标准，纳入患者均对研究内容知情。

纳入标准：①患者接受医学诊断；②患者资料完整；③同意医学观察。排除标准：①合并肝肾功能障碍者；②合并依从性较差者；③认知/交流/精神障碍；④传染性疾病；⑤合并肿瘤/癌症；⑥资料缺失。

1.2 方法

所有受检者均进行尿常规检验，患者使用一次性专用清洁容器采集 20ml 晨尿，需将尿液样本分装为 2 瓶采集容器中，每瓶 10ml。并分别进行尿液分析仪与尿液沉渣镜检法进行实验检测。

尿液分析仪检测：采用一次性吸管向 10ml 尿液样本进行抽取，并注入离心管中，将尿液分析试纸浸入尿液标本中，并停留 3 秒。将其取出并用滤纸吸除多余的尿液，利用 GEB-600 型全自动尿液分析仪进行检验分析，通过对试纸检验蛋白质、红细胞、白细胞情况。

尿液沉渣镜检法检测：采用离心管向 10ml 尿液样本进行吸取，并将其放置在离心机中，将离心机转速进行调整，保证转速为 1500r/min，并进行 5min 离心处理，离心完成后需将上层清液去除，并将下层沉淀物收集，将其充分混合均匀，并将其滴至载玻片上，利用显微镜进行观察。

表 3 两种检查方式诊断灵敏度、特异度、准确度比较

组别	阳性检出率	灵敏度	特异度	阳性预测值	阴性预测值	诊断符合率
尿液分析仪检查	56.25%	97.22%	77.27%	77.78%	97.14%	86.25%
尿液沉渣镜检法	43.75%	94.44%	97.73%	97.14%	95.56%	96.25%
χ^2 值	2.500	0.348	8.416	6.225	0.137	5.010
P 值	0.114	0.555	0.004	0.013	0.711	0.025

2.3 两种检验方式红细胞阳性检出率及检验效能比较

红细胞检查中，阳性检出率、灵敏度、特异度、诊断符合率数据比较，尿液分析仪检查检查效能 71.25%、97.92%、68.75%、86.25%；尿液沉渣镜检法检查效能：56.25%、93.75%、100.00%、96.25%，阳性检出率比较

第一步需要用 10X10 镜头观察尿沉渣全貌及管型，然后 10X40 镜头进行观察，并将红细胞、白细胞计数进行整理，取其平均值。保证尿液样本在一小时内完成检测，若受到相关因素影响未能在一小时内完成尿液检查，可将尿液样本进行存放，存放环境为 2-6℃ 的温度下，并保证存放时间不超过两小时。

1.3 观察指标

比较尿液分析仪检测及尿液沉渣镜检法检测两种检查下的蛋白质、红细胞、白细胞检出率。

尿液分析仪检测阳性评价标准：红细胞 $>7.0u/L$ ，白细胞 $>10.0u/L$ 则判定为阳性。尿液沉渣镜检法阳性评价标准：白细胞正常范围是（0-4）个/HP，红细胞正常范围是（0-1）个/HP，若白细胞与红细胞超过此范围则证明患者为阳性。

1.4 统计学分析

研究所有数据进行统计数据，计量资料（ $\bar{x} \pm s$ ）表示、计数资料 $n(\%)$ 表示，组间对比 t 、 χ^2 检验， $P<0.05$ ，统计意义标准，应用 SPSS 24.0 软件统计分析。

2. 结果

2.1 临床检查结果

80 例尿常规检查患者中，经临床检验确认蛋白质检出 36 例，占比 45.00%。红细胞检出 48 例，占比 60.00%。白细胞检出 53 例，占比 66.25%。

2.2 两种检验方式蛋白质阳性检出率及检验效能比较

蛋白质检查中，阳性检出率、灵敏度、特异度、诊断符合率数据比较，尿液分析仪检查检查效能 52.50%、97.22%、74.07%、68.75%；尿液沉渣镜检法检查效能：42.50%、91.67%、96.30%、73.75%，阳性检出率比较尿液分析仪检查方式较高，差异无统计学意义（ $\chi^2=2.500$ ， $P=0.114>0.05$ ）诊断符合率比较尿液沉渣镜检法较高，差异有统计学意义（ $\chi^2=5.010$ ， $P=0.025<0.05$ ）。见表 1，表 2，表 3。

表 1 80 例受检者尿液分析仪检查方式蛋白质检出情况

尿液分析仪检查	金标准		合计
	阳性	阴性	
阳性	35	10	45
阴性	1	34	35
合计	36	44	80

表 2 80 例受检者尿液沉渣镜检法蛋白质检出情况

尿液沉渣镜检法	金标准		合计
	阳性	阴性	
阳性	34	1	35
阴性	2	43	45
合计	36	44	80

尿液分析仪检查方式较高，差异无统计学意义（ $\chi^2=3.895$ ， $P=0.048>0.05$ ）诊断符合率比较尿液沉渣镜检法较高，差异有统计学意义（ $\chi^2=5.010$ ， $P=0.025<0.05$ ）。见表 4，表 5，表 6。

表4 80例受检者尿液分析仪检查方式红细胞检出情况

尿液分析仪检查	金标准		合计
	阳性	阴性	
阳性	47	10	57
阴性	1	22	23
合计	48	32	80

表5 80例受检者尿液沉渣镜检法红细胞检出情况

尿液沉渣镜检法	金标准		合计
	阳性	阴性	
阳性	45	0	45
阴性	3	32	35
合计	48	32	80

表6 两种检查方式诊断灵敏度、特异度、准确度比较

组别	阳性检出率	灵敏度	特异度	阳性预测值	阴性预测值	诊断符合率
尿液分析仪检查	71.25%	97.92%	68.75%	82.46%	95.65%	86.25%
尿液沉渣镜检法	56.25%	93.75%	100.00%	100.00%	91.43%	96.25%
χ^2 值	3.895	1.043	11.852	8.753	0.386	5.010
P 值	0.048	0.307	0.001	0.003	0.535	0.025
合计				53	27	80

2.2 两种检验方式白细胞阳性检出率及检验效能比较

白细胞检查中,阳性检出率、灵敏度、特异度、诊断符合率数据比较,尿液分析仪检查检查效能 71.25%、97.92%、68.75%、86.25%;尿液沉渣镜检法检查效能: 56.25%、93.75%、100.00%、96.25%,阳性检出率比较尿液分析仪检查方式较高,差异无统计学意义($\chi^2=3.895$, $P=0.048>0.05$)诊断符合率比较尿液沉渣镜检法较高,差异有统计学意义($\chi^2=5.010$, $P=0.025<0.05$)。见表7,表8,表9。

表7 80例受检者尿液分析仪检查方式白细胞检出情况

尿液分析仪检查	金标准		合计
	阳性	阴性	
阳性	52	10	62
阴性	1	17	18

表8 80例受检者尿液沉渣镜检法白细胞检出情况

尿液沉渣镜检法	金标准		合计
	阳性	阴性	
阳性	50	0	50
阴性	3	27	30
合计	53	27	80

表9 两种检查方式诊断灵敏度、特异度、准确度比较

组别	阳性检出率	灵敏度	特异度	阳性预测值	阴性预测值	诊断符合率
尿液分析仪检查	77.50%	98.11%	62.96%	83.87%	94.44%	86.25%
尿液沉渣镜检法	62.50%	94.34%	100.00%	100.00%	90.00%	96.25%
χ^2 值	4.286	1.039	12.273	8.855	0.291	5.010
P 值	0.038	0.308	0.000	0.003	0.590	0.025

3. 讨论

尿常规检查是临床中常见的检查方式,对于患者的多种疾病都可通过尿常规检查进行疾病诊断。通过尿常规检查可得到多种指标,通过相关检查指标与正常范围进行比对分析,即可对患者的健康情况进行评价,有利于患者进一步检查确诊。尿常规检查内容包括尿的颜色、透明度、酸碱度、红细胞、白细胞、上皮细胞、管型、蛋白质、比重及尿糖定性^[3]。

在尿常规检查中需要先排除受检者是否存在肾病,对于低蛋白血症、高脂血症,肾炎无低蛋白血症、高脂血症的肾病患者来说,可通过观察潜血、尿蛋白进行判断^[4]。在妇女群体疾病检查中,尿常规检查起到重要作用,通过观察尿液形状进行疾病分析,其中血尿呈淡红色、洗肉水样、雾状或云雾状,浑浊外观。可考虑存在泌尿生殖系统疾病如肾或尿路结石、结核、肿瘤、各型肾小球肾炎、肾盂肾炎、多囊肾等。尿呈乳白色含大量白细胞,甚至出现凝块,浑浊。可考虑存在泌尿系统及邻近组织器官感染或炎症疾病诊断。如肾盂肾炎、膀胱炎、女性阴道炎、肾移植后排异反应等。而黄褐色像浓茶样的尿多数见于黄疸患者,例如急性黄疸型肝炎或胆道梗阻。尿液颜色直接反映人们身体是否健康,如果出现异常颜色尿液,并伴有其他不适症状则需要及时到医院就医。另外,蛋白质检查、红细胞检查、白细胞检查是尿常规检查中重要的内容。正常人尿中可偶见红细胞和少数白细胞,一般尿检结果为阴性,如果有超过5个白细胞,证明存在尿路或生殖道感染,这时需要关注是否存在尿痛或是尿急等情况,若伴有阴部瘙痒或是下腹部出现不适感,还可为阴道炎症疾病,需要患者进一步检查。在蛋白质检查中,可对高血压疾病或肾脏疾病进行排查。一般正常人每日排出蛋白质量比较少,尿常规检查中常规定性检测为阴性,如为“+”与“-”号,表示尿液蛋白有阳性可能,因此需要再次复查。由于这种结果往往表明可能存在肾炎或高血压情况,必要时,患者需要进行肾功能的检查确诊。但是在尿常规检验中,包括不同的指标检验方法。近年来,随着医院患者数量的增加,检验科的样本数量也在激增,检测能力的要求越来越高。为了调节质量和效率的矛盾,作为基础检测项目之一的尿常规检测,需要找到最佳的检查方式,提升检测准确率。结合此次实验研究表明,以80例尿常规检查患者作为研究对象,80例尿常规检查患者中,经临床

检验确认蛋白质检出36例,占比45.00%,红细胞检出48例,占比60.00%,白细胞检出53例,占比66.25%。两种检查方式对蛋白质、红细胞、白细胞的阳性检出率比较无显著差异($P>0.05$),而尿液沉渣镜检法对蛋白质、红细胞、白细胞的诊断符合率显著高于尿液分析仪检测方式($P<0.05$)。结果表明两种检验方式能均可用于尿常规检测,并且具有较高的阳性检出率。其中尿液分析仪需要通过光学仪器进行检查,并结合呈色反应原理实施尿常规检验,此种方式操作简单,且重复性好,检查速度快。但是此种方式也会存在一定的缺点,会受到药物因素、代谢产物的干扰,改变尿液颜色和性状,并引起尿液样本变性,导致其结果呈现出假阳性与假阴性。而在尿液沉渣检查中,可通过显微镜进行观察,有效识别尿液中细胞、管型、结晶、细菌、寄生虫等病理成分,并进行疾病诊断^[6]。

综上所述,在尿常规检验中尿液分析仪与尿液沉渣镜检法各有优势,但是尿液沉渣镜检法检测符合率较高,在临床检查中可以将两种检查方式相互结合,提升检查准确率。

参考文献:

[1]翟丽萍.尿液分析仪与尿液沉渣镜检法进行尿常规检验对比分析[J].中国医疗器械信息,2020,26(22):33-34.
[2]李琦.尿沉渣与尿常规检验在尿液检验中的应用价值[J].中国实用医药,2021,16(1):80-82.
[3]王瑜.尿常规检验中阴道分泌物对检验结果的影响分析[J].中国现代药物应用,2021,15(12):65-67.
[4]王丽晶.尿常规检验时尿沉渣镜检与尿常规干化学法的应用分析[J].中国医疗器械信息,2021,27(1):115-116.
[5]刘阳.尿沉渣与尿常规检验方式在尿液检验中的临床对照研究[J].中国保健营养,2021,31(9):350.
[6]佟奎鸿,赵毅.尿常规检验在尿路感染患者诊断中的应用价值[J].中国医药指南,2021,19(14):122-123.

健脾疏肝汤联合恩替卡韦治疗乙型肝炎肝硬化失代偿期患者的临床观察

李辉兰

青海省西宁市湟源县人民医院内科 812100

摘要：目的：研讨乙型肝炎肝硬化失代偿期患者选择健脾疏肝汤联合恩替卡韦治疗的疗效。方法：在院内选取失代偿期乙型肝炎肝硬化患者 60 例，采取双盲法分组，共计 2 组，每组 30 例。研究组采取健脾疏肝汤联合恩替卡韦治疗，参比组应用恩替卡韦治疗，对比两组患者治疗前后肝功能指标、肝纤维化指标、中医症候积分、疗效及不良反应。结果：治疗前，研究组肝功能指标、肝纤维化指标、中医症候积分与参比组对比，无统计学意义 ($P>0.05$)，治疗后，研究组肝功能指标、肝纤维化指标、症候积分对比参比组，有统计学差异 ($P<0.05$)；疗效对比，研究组更高，有统计学差异 ($P<0.05$)；不良反应发生率对比，研究组更低，有统计学差异 ($P<0.05$)。结论：失代偿期乙型肝炎肝硬化患者应用健脾疏肝汤联合恩替卡韦治疗效果较为理想，能够积极改善患者肝功能，减轻患者肝纤维化，降低中医症候积分及不良反应，提升疗效。

关键词：恩替卡韦；乙型肝炎；肝硬化；失代偿期；健脾疏肝汤；联合治疗

慢性乙型肝炎是临床上常见的传染病。部分患者可能因治疗不及时、不当而出现失代偿性肝硬化和肝纤维化。严重者可导致肝细胞癌，不利于患者生命安全^[1]。乙型肝炎肝硬化是患者感染乙肝病毒后，随着病情发展而形成的一种慢性传染病。本病的主要特点是可引起多种并发症，预后差，病死率高等。肝硬化合并乙型肝炎患者的肝功能处于失代偿状态。慢性乙型肝炎患者如果得不到及时有效的治疗，会随着病情的恶化发展为肝硬化，甚至会引起严重的并发症（肝性脑病、上消化道出血、继发感染等），甚至导致患者死亡^[2]。目前临床治疗该病的主要方式是抗病毒治疗，主要是有效抑制乙肝病毒基因的复制，有效改善其肝功能，平衡体内代谢。但临床上常用的抗乙肝药物干扰素抗病毒效果并不理想，容易诱发不良反应，可能导致患者出现免疫增强、肝损伤等不良反应，不适用于肝硬化患者^[3]。现阶段，失代偿期乙型肝炎肝硬化患者的临床治疗还没有一个理想的治疗方案。一般需要依靠乙肝病毒的复制过程实施长期抑制，有效延缓疾病进展，积极控制病毒，减轻肝炎症状，进一步提高生存率和生活质量，多使用恩替卡韦。许多资料表明，中医对该病疗效显著，中西医结合治疗效果较好。基于此，本次针对我院失代偿期乙型肝炎肝硬化患者应用健脾疏肝汤联合恩替卡韦治疗的应用效果进行探究，报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

共计选取本医院 60 例失代偿期乙型肝炎肝硬化患者入组分析，从 2020 年 1 月 1-2021 年 7 月期间实施病例选择。纳入标准：患者证实存在乙型肝炎肝硬化，临床资料完全；排除标准：心、肺、肾功能障碍。为患者采取双盲法小组分配，分成参比组、研究组，研究组入组男性 14 例、女性入选 16 例，年龄 46-87 岁，均值 60.37 ± 1.34 岁，参比组入组男性 13 例、女性入选 17 例，年龄 47-87 岁，均值 60.32 ± 1.36 岁；针对两组患者的基础资料实施分析，并采取统计学软件统计比较，两组 $P>0.05$ ，则属于可行分组。

1.2 方法

对于入组两组患者均采用常规降压及抗感染治疗。

参比组应用恩替卡韦（批准文号：国药准字 H20143213，生产企业：湖南千金协力药业有限公司）治疗，每次 0.5mg，一日 1 次，两组患者均

治疗 4 周。

研究组在参比组基础上增加健脾疏肝汤辩证治疗，基础药方：党参 10 克，白术 5 克，茯苓 10 克，米仁 5 克，柴胡 15 克，郁金 10 克，丹参 12 克，白芍 1.5 克，川楝 15 克，鸡内金 15 克，谷芽 10 克，延胡索 15 克。辩证：①浮肿：在基础药方中加入 10g 防己、10g 黄芪；针对鼻出血或者牙龈出血的患者，在基础药方中加入 15g 茜草、15g 丹皮；②大便干结：在基础药方中加入 10g 麻仁；③脾肿大和唇甲紫黯：在基础药方中加入 10g 三棱、10g 莪术、15g 牡蛎；④舌苔白腻和口渴：在基础药方中加入 10g 佩兰、10g 滑石、10g 藿香。水煎服，每次取汁 200ml，各一次分早晚温服，每天 1 剂，治疗 4 周，观察临床效果。

1.3 观察指标

对比两组治疗前、治疗后肝功能指标，指标包括：ALT、TBIL、ALB。

对比两组治疗前后肝纤维化指标，指标包括：PC-III、LN、HA、IV-C。

对比两组中医症候积分，于治疗前、治疗后评估，指标包括：少尿、纳差、腹胀、胸闷，分值越高，则患者的症状越严重。

对比两组治疗效果：根据患者乏力、纳差、腹胀等临床症状改善情况，将治疗效果分为显效（显著改善）、有效（明显改善）、无效（无明显变化），前两项和为总有效率。

对比两组不良反应：腹水、腹膜炎、慢性肝衰竭、上消化道出血等，四项和为总发生率。

1.4 统计学方法

利用统计学 SPSS23.00 软件开展数据处理，计数资料率为疗效、不良反应，(n, %)，组内指标由 χ^2 检验；计量资料方差满足正态分布，肝功能指标、肝纤维化指标、中医症候积分[n ()]表示，t 检验组内指标；检验值 $P<0.05$ 表明组内指标差异显著，具有统计学意义， $P>0.05$ 则表明差异不大，且无统计学意义。

2. 结果

2.1 两小组患者肝功能指标比较

治疗前，研究组患者肝功能指标与参比组对比，不具备显著意义 ($P>0.05$)，治疗后，研究组患者肝功能指标显著优于参比组，差异性明显 ($P<0.05$)，见表 1。

表 1 两小组患者肝功能指标比较 ()

组别	n	TBIL (μmol/L)		ALT (U/L)		ALB (g/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	30	28.84±2.25	17.27±2.34*	277.82±2.42	233.26±4.32*	28.04±4.21	35.34±2.39*
参比组	30	28.93±2.37	26.03±2.31*	277.90±2.48	246.04±4.22*	28.02±4.23	30.06±2.26*
t		0.150	14.592	0.126	11.590	0.018	8.792
P		0.880	0.000	0.899	0.000	0.985	0.000

*：同组治疗前、治疗后 ALT、TBIL、ALB 指标对比差异显著， $P<0.05$ 。

2.2 两小组肝纤维化指标对比

表 2 两小组肝纤维化指标对比 (; ng/mL)

组别	n	PC-III		LN		IV-C		HA	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	30	80.82±5.42	34.26±2.32*	410.04±20.27	198.33±2.34*	218.34±8.31	155.27±7.42*	301.32±18.32	182.78±20.44*

参 30	80.90±5.44	77.25±2.27*	410.02±20.24	304.05±2.27*	218.32±8.34	199.48±7.32*	301.31±18.37	272.43±20.22*
比 组								
t	0.0571	72.5445	0.0038	177.6160	0.0093	232.2321	0.0021	17.0786
P	0.9547	0.0000	0.9970	0.0000	0.9926	0.0000	0.9983	0.0000

*: 同组治疗前、治疗后 PC-III、LN、HA、IV-C 指标对比差异显著, P<0.05。

2.3 中医证候积分比较

治疗前, 研究组与参比组中医证候积分对比并无差异, P>0.05; 治疗后, 研究组分值均低于参比组差异性较强 (P<0.05), 见表 3。

表 3 中医证候积分比较 (, 分)

组别		研究组 (n=30)	参比组 (n=30)	t	P
少尿	治疗前	2.79±0.09	2.58±0.31	0.578	0.254
	治疗后	0.82±0.21*	1.32±0.25*	6.352	0.000
纳差	治疗前	2.80±0.18	2.72±0.15	0.635	0.199
	治疗后	0.80±0.19*	1.15±0.24*	7.004	0.000
腹胀	治疗前	2.85±0.11	2.81±0.16	0.414	0.301
	治疗后	1.02±0.25*	1.49±0.30*	6.369	0.000
胸闷	治疗前	1.68±0.29	1.60±0.25	0.235	0.504
	治疗后	0.44±0.112*	0.59±0.19*	8.005	0.000

*: 同组治疗前、治疗后少尿、纳差、腹胀、胸闷指标对比差异显著, P<0.05。

2.4 治疗效果

研究组治疗总有效率高于参比组 (P<0.05), 见表 4。

表 4 治疗效果[n (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
参比组	30	13(43.33)	9 (30.0)	8 (26.67)	22(73.33)
研究组	30	15(50.00)	13(43.33)	2 (6.67)	28(93.33)
X ² 值	-	-	-	-	4.320
P 值	-	-	-	-	0.037

2.5 不良反应

研究组不良反应发生率低于参比组 (P<0.05), 见表 5。

表 5 不良反应[n (%)]

组别	例数	腹水	腹膜炎	慢性肝衰竭	上消化道出血	总发生率
参比组	30	3 (9.99)	2 (6.66)	1 (3.33)	4 (13.32)	10(33.33)
研究组	30	1 (3.33)	1 (3.33)	0 (0.00)	1 (3.33)	3 (9.99)
X ² 值	-	-	-	-	-	4.812
P 值	-	-	-	-	-	0.003

3 讨论

中国是肝炎、肝硬化的高发国家, 每年约 9% 的患者会发展成肝硬化^[4]。乙肝肝硬化是乙肝病毒在细胞中大规模、长期复制, 诱导机体免疫系统中的肝细胞损伤, 引发肝纤维化和肝细胞炎症活性, 损伤和变形肝组织结构, 进而产生肝硬化。其中, 功能性肝组织受损后会再生结节, 使患者肝功能无法完全有效恢复, 最终导致患者肝功能失代偿, 病情加重。这类患者在临床中普遍表现为腹水、低蛋白血症等症状, 极易引起并发症, 增加患者死亡率。

中医的治疗重点是加强正气, 达到健脾益气、调脾胃、祛湿热的目的。肝纤维化患者的经络多为血瘀所阻, 因此要采用活血化瘀、健脾的方法, 夯实治疗干预的基础。从治疗的角度看, 标本兼治是中医的基本理念, 整体观念是中医的基本原则。既要考虑患者病情反复波动、湿热邪气衰竭等因素, 也要考虑到患者长期肾病导致肾功能不理想, 更要注意患者淤阻情况。在疾病治疗前, 中医要系统了解患者的一般情况, 然后根据患者的具体情况制定有针对性的处方, 突出个性化治疗的特点。而且, 与西药相比, 中药不仅便宜, 而且不会带来太多的不良反应^[5]。但由于每个人的身体素质不同, 疾病的程度也不同, 临床用药不仅是简单的活血化瘀, 医生还可以正确把握患者的病情, 做出证型判断, 并据此制定有针对性的治疗方案。从这个角度看, 中医治疗非常重视整体观念, 将辨病与辨证有机结合, 从而进一步提高患者的治疗效果。在肝纤维化的治疗中, 使用中药不

仅可以明显改善患者的临床症状, 还可以调节患者的身体素质^[6]。

口服恩替卡韦可抑制 HBV 聚合酶的启动和逆转录酶病毒在患者细胞内的复制。血清中乙肝病毒 DNA 水平逐渐降低, 患者肝细胞损伤程度减轻。同时可逐渐减少肝细胞的损伤, 治疗后观察肝功能各项指标^[7]。恩替卡韦对失代偿性肝硬化有理想的治疗效果, 可积极改善肝功能, 使其血清肝纤维化指标恢复正常范围。恩替卡韦在治疗过程中不会引起头晕、头痛、腹泻、腹痛、肾功能损害和血糖异常, 因此具有较高的安全性^[8]。同时, 失代偿期肝炎和肝硬化的治疗周期相对较长, 大多数患者对自身病情的认识不足。由于疾病的折磨和误解的影响, 他们在与疾病抗争的过程中会产生负面情绪, 会增加患者的心理负担, 对其睡眠质量有一定影响^[9]。恩替卡韦可帮助患者实现本病的改善, 安全无害, 避免增加患者不良反应, 保证患者治疗舒适度, 积极减少患者疼痛和痛苦, 促进患者睡眠质量的改善^[10]。

本文健脾疏肝汤中, 党参可补中益气, 生津, 养血。主治脾胃虚弱, 气血两亏, 体倦无力, 食少, 口渴, 久泻, 脱肛。白术补脾, 益胃, 燥湿, 和中, 安胎。治脾胃气弱, 不思饮食, 倦怠少气, 虚胀, 泄泻, 痰饮, 水肿, 黄疸, 湿痹, 小便不利, 头晕, 自汗, 胎气不安; 茯苓, 渗湿利水, 健脾和胃, 宁心安神。治小便不利, 水肿胀满, 痰饮咳逆, 呕哕, 泄泻, 遗精, 淋浊, 惊悸, 健忘。柴胡可和解表里, 疏肝, 升阳。治寒热往来, 胸满胁痛, 口苦耳聋, 头痛目眩, 疟疾, 下利脱肛, 月经不调, 子宫下垂。郁金可行气解郁, 凉血破瘀。治胸腹胁肋诸痛, 失心癫狂, 热病神昏, 吐血, 衄血, 尿血, 血淋, 妇女倒经, 黄疸。丹参可活血祛瘀, 安神宁心, 排脓, 止痛。治心绞痛, 月经不调, 痛经, 经闭, 血崩带下, 癥瘕, 积聚, 瘀血腹痛, 骨节疼痛, 惊悸不眠, 恶疮肿毒。白芍可养血柔肝, 缓中止痛, 敛阴收汗。治胸腹胁肋疼痛, 泻痢腹痛, 自汗盗汗, 阴虚发热, 月经不调, 崩漏, 带下。鸡内金可消积滞, 健脾胃。治食积胀满, 呕吐反胃, 泻痢, 疳积, 消渴, 遗溺, 遗精, 喉蛾乳蛾, 牙疳口疮。谷芽可健脾开胃, 和中消食。治宿食不化, 胀满, 泄泻, 不思饮食。延胡索可活血, 散瘀, 理气, 止痛。治心腹腰膝诸痛, 月经不调, 癥瘕, 崩中, 产后血晕, 恶露不尽, 跌打损伤。本文研究显示, 治疗前, 研究组肝功能指标、肝纤维化指标对比参比组指标相近 (P>0.05), 治疗后, 研究组肝功能指标、肝纤维化指标有对比优势 (P<0.05)。

综上, 健脾疏肝汤联合恩替卡韦治疗能够减轻失代偿期乙型肝炎肝硬化患者肝纤维化, 治疗效果理想。

参考文献:

[1]马婧婧, 高洁, 张丽红.扶正化痰胶囊联合恩替卡韦治疗对 HBV 肝硬化失代偿期患者肝肾功能的影响[J].中西医结合肝病杂志, 2022, 32 (05): 423-425.

[2]郭俊贤.恩替卡韦抗病毒治疗乙型肝炎肝硬化失代偿期的效果、安全性及对患者肝功能的影响分析[J].黔南民族医学学报, 2021, 34 (04): 243-245.

[3]方圆.恩替卡韦治疗失代偿期慢性乙型病毒性肝炎肝硬化的效果及对患者肝功能影响观察[J].当代医学, 2021, 27 (25): 90-92.

[4]徐虹.恩替卡韦抗病毒治疗乙型肝炎肝硬化失代偿期的临床价值[J].中国现代医生, 2021, 59 (20): 25-27+31.

[5]李慧, 黄晶晶, 黄育华.益气养血、通络解毒法联合抗病毒治疗对乙型肝炎肝硬化失代偿期患者肝功能及生活质量的影响[J].现代中西医结合杂志, 2021, 30 (15): 1678-1681.

[6]胡凯, 黄媛媛.恩替卡韦配合心理干预与阿德福韦酯治疗失代偿期乙型肝炎肝硬化疗效对比[J].心理月刊, 2021, 16 (01): 53-54.

[7]魏新朋.恩替卡韦对慢性乙型肝炎肝硬化失代偿期患者的效果观察及肝功能影响评价[J].黑龙江中医药, 2020, 49 (06): 102-103.

[8]张丽华.恩替卡韦在失代偿期乙型肝炎肝硬化患者长期治疗中效果及对患者肝功能和并发症发生率的影响[J].海峡药学, 2020, 32 (11): 182-184.

[9]汤展展, 陈海燕, 林万宝.恩替卡韦在失代偿期乙型肝炎肝硬化患者长期治疗中的效果及对患者肝功能和并发症的影响[J].首都食品与医药, 2020, 27 (13): 90.

[10]薛建华, 成扬, 龚亚华, 杜秀萍, 陈建杰, 吴香香.健脾疏肝汤联合恩替卡韦治疗乙型肝炎肝硬化失代偿期患者的临床观察[J].山东中医杂志, 2019, 38 (12): 1149-1152+1156.

尿微量蛋白与血清胱抑素 C 联合检验应用于早期肾功能损害诊断中的准确性探讨

李秀芬

保定市徐水区人民医院检验科 河北保定 072550

摘要：目的：分析尿微量蛋白与血清胱抑素 C 联合检验应用于早期肾功能损害诊断中的准确性。方法：在所有到本院接受诊治的疑似早期肾功能损害患者中选取 100 例及在本院同时期接受体检的健康者（对照组）设为研究样本。同时根据不同的疾病类型将 100 例患者分成两个组别，分别为研究组 1 及研究组 2，研究组 1 中的患者为高血糖患者，样本例数为 50 例。研究组 2 中的患者为高血压患者，样本例数为 50 例。之后分析组间尿微量蛋白及血清胱抑素 C 的检测情况、三组患者尿微量蛋白及血清胱抑素 C 阳性率以及尿微量蛋白及血清胱抑素 C 对早期肾功能损害的诊断效能。结果：所有患者进行检测后：对组间尿微量蛋白及血清胱抑素 C 的检测情况进行分析：研究组 1 的尿微量蛋白及血清胱抑素 C 水平明显高于研究组 2；对照组的尿微量蛋白及血清胱抑素 C 明显低于研究组 1 及研究组 2 ($P < 0.05$)；分析三组患者尿微量蛋白及血清胱抑素 C 阳性率：对照组的尿微量蛋白及血清胱抑素 C 阳性率为 0，研究组 1 的尿微量蛋白及血清胱抑素 C 阳性率 (78.00%) 及 (76.00%) 与研究组 2 (80.00%) 及 (78.00%) 相比较无明显差异 ($P > 0.05$)，研究组 1、研究组 2 单独检测尿微量蛋白+血清胱抑素 C 明显低于联合检测 (98.00%)、(94.00%) ($P < 0.05$)；分析尿微量蛋白及血清胱抑素 C 对早期肾功能损害的诊断效能：尿微量蛋白的灵敏度、特异度及准确度分别为 84.38%、50.00% 及 85.00%；血清胱抑素 C 的灵敏度、特异度及准确度分别为 81.25%、25.00%、82.00%；尿微量蛋白+血清胱抑素 C 的灵敏度、特异度及准确度分别为 96.88%、75.00% 及 97.00%，由此可知，联合检测准确率、灵敏度、特异度均高于单独检测 ($P < 0.05$)。结论：对于早期肾功能损害的诊断中使用尿微量蛋白与血清胱抑素 C 联合检测的准确性更高，可以为临床的诊断提供较为有力的参考。

关键词：尿微量蛋白；血清胱抑素 C；早期肾功能损害；诊断；准确性；探讨

临床上常见的慢性疾病为高血压及糖尿病，其好发于中老年人，在近年来的发病率呈逐年上升的状态，并且慢性疾病的病程较长，治疗困难及并发症较多的特征，对患者的身心健康及生活质量造成严重的影响^[1]。糖尿病随着疾病的恶化，会累及肾、眼、血管及心脏等器官，在早期的症状不明显，损害肾功能是逐渐发展的结果，具有隐匿性，进行常规的肾功能指标检测不会准确的诊断。高血压也会诱发肾功能损害，其损伤程度与糖尿病不同，因此需要对其实施早期的诊断^[2]。为了分析尿微量蛋白与血清胱抑素 C 联合检验应用于早期肾功能损害诊断中的准确性，本次研究选取了 100 例疑似早期肾功能损害的患者及 50 例在本院同时期接受体检的健康者作为实验对象进行开展研究，现将以下内容做出如下报告。

1、资料与方法

1.1 一般资料

时间选自 2021 年 2 月—2022 年 2 月，样本为 100 例疑似早期肾功能损害的患者，并根据不同的疾病将其分成组间，分别为研究组 1 (50 例) 及研究组 2 (50 例)，研究组 1 患者为糖尿病患者，研究组 2 为高血压患者。在研究组 1 中，男性患者有 28 例，女性患者 22 例，年龄区间值为 45-77 岁，平均年龄 (61.31±1.33) 岁，病程 2-15 年，平均病程 (7.23±1.22) 年；在研究组 2 中，男性患者有 27 例，女性患者有 23 例，年龄区间值为 45-78 岁，平均年龄 (61.54±1.45) 岁，病程 2-15 年，平均病程 (7.14±1.31) 年；之后，选取在同期进行体检的健康者 50 例，作为对照组，男性有 26 例，女性有 24 例，年龄区间值为 40-75 岁，平均年龄 (58.31±1.33) 岁，三组研究对象基本资料对比无明显差异 ($P > 0.05$)，可以纳入对比。

纳入标准：(1) 研究组 1 中的患者均符合 1999 年 WHO 制定的糖尿病诊断标准；(2) 研究组 2 中的患者均符合 1999 年 WHO 制定的高血压诊断标准；(3) 所有研究对象均意识清楚并签署知情同意书；(4) 研究对象无精神性疾病，且可以配合调查。

排除标准：(1) 对照组均排除心脑血管疾病、肝肾功能障碍及肥胖；

(2) 研究对象伴有继发性高血压或诊断为脑血管疾病的患者；(3) 恶性肿瘤患者及依从性差的患者；(4) 基线资料不完整有缺损的患者。

1.2 方法

对所有患者进行检测尿微量蛋白及血清胱抑素 C 水平，检测的设备仪器为微量白蛋白分析仪 (omlipo) 及全自动分析仪 (beckmanAU680)。具体的操作如下：对患者采取清晨空腹肘静脉血 3ml 及清晨中段尿液 5ml，将以上两种样本进行每分钟 3000 转得离心处理，时间为 5 分钟，将尿液分离上层清液，血液分离血清，之后测定患者尿微量蛋白及血清胱抑素 C 水平，采取的机器及方法为自动生化分析仪及乳胶注射比浊法。相关试剂盒均由四川新城生物科技有限公司所提供，血清胱抑素 C 水平的正常参考区间为 0.56-1.22mg/L，并记录检测的结果。

1.3 评价标准

(1) 组间尿微量蛋白及血清胱抑素 C 的检测情况：对组间尿微量蛋白及血清胱抑素 C 进行记录并分析^[3]。

(2) 三组患者尿微量蛋白及血清胱抑素 C 阳性率：阳性检出率=真阳性例数/总例数×100%。阳性判定标准：尿微量蛋白>20mg/L，血清胱抑素 C>1.5mg/L^[4]。

(3) 尿微量蛋白及血清胱抑素 C 对早期肾功能损害的诊断效能：灵敏度=真阳性人数/(真阳性人数+假阴性人数)×100%；特异性=真阴性人数/(真阴性人数+假阳性人数)×100%，准确性=(真阳性+真阴性)/总例数×100%^[5]。

1.4 统计学分析方法

SPSS 23.0 软件包处理结果指标数值，本文研究中所指的指标数值主要包括两种类型，即计数资料、计量资料，在检验计量资料时选择 t，结果为 ($\bar{x} \pm s$) 标准，在检验计数资料时选择卡方，结果为百分比，在分析组间是否有差异存在时，主要依赖于 P 值，临界值为 0.05，小于临界值为组间有差异存在。

2. 结果

2.1 组间尿微量蛋白及血清胱抑素 C 的检测情况对比

据本次调查可知，研究组 1 及研究组 2 的尿微量蛋白及血清胱抑素 C 水平明显高于对照组，而研究组 1 的尿微量蛋白及血清胱抑素 C 水平明显

高于研究组 2, 各组之间具有较大的差异 ($P<0.05$), 详情如表 1 所示。

表 1 对比组间尿微量蛋白及血清胱抑素 C 的检测情况 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	尿微量蛋白 (mg/L)	血清胱抑素 C (mg/L)
研究组 1	50	37.46±12.97	2.57±0.64
研究组 2	50	31.35±10.66	1.24±0.54
对照组	50	8.14±3.15	0.79±0.15

2.2 三组患者尿微量蛋白及血清胱抑素 C 阳性率对比

据研究显示, 研究组 1 与研究组 2 的尿微量蛋白及血清胱抑素 C 阳性率无太大的差异 ($P>0.05$), 而对照组的尿微量蛋白及血清胱抑素 C 阳性率为 0, 研究组 1 及研究组 2 的尿微量蛋白+血清胱抑素 C 联合检测均明显高于单独检测, 组间数据具有明显差异 ($P<0.05$), 详情如表 2 所示。

表 2 对比三组患者尿微量蛋白及血清胱抑素 C 阳性率 (n, %)

组别	例数	尿微量蛋白	血清胱抑素 C	尿微量蛋白+ 血清胱抑素 C
研究组 1	50	39 (78.00)	38 (76.00)	49 (98.00)
研究组 2	50	40 (80.00)	39 (78.00)	47 (94.00)
对照组	50	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)

2.3 尿微量蛋白及血清胱抑素 C 的诊断效能对比

在 100 例早期肾功能损害患者中, 最终确诊为 96 例阳性, 4 例阴性, 尿微量蛋白诊断出阳性 85 例, 阴性 15 例, 血清胱抑素 C 诊断出阳性 82 例, 阴性 18 例, 尿微量蛋白+血清胱抑素 C 两者联合检测阳性 97 例, 阴性 3 例, 由此说明联合检测准确率更高; 而灵敏度及特异度的结果显示联合检测依然最高, 组间数据具有较大的差异 ($P<0.05$), 详情如表 3 所示。

表 3 对比尿微量蛋白及血清胱抑素 C 对早期肾功能损害的诊断效能 (n, %)

组别	例数	灵敏度	特异度	准确度
尿微量蛋白	50	84.38 (81/96)	50.00 (2/4)	85.00 (85/100)
血清胱抑素 C	50	81.25 (78/96)	25.00 (1/4)	82.00 (82/100)
尿微量蛋白+血清胱抑素 C	50	96.88 (93/96)	75.00 (3/4)	97.00 (97/100)

3、讨论

随着社会的不断发展, 我国老龄化日益严重, 高血压及糖尿病等慢性疾病的发病率也在逐渐上升, 其不但并发症诸多, 还会伴有较长的病程, 治疗起来较为困难^[6]。临床上, 对于治疗糖尿病并没有特效的药物, 当疾病长时间在体内生存, 就会逐渐损害肾脏, 尤其患病时早期表现不明显, 因此大多数患者在进行治疗时就已经错过了最佳的治疗时期, 并伴随着病症的发展, 会损伤肾脏、心脏、眼部及周围神经系统等, 糖尿病肾病是发病率最高的并发症^[7]。尿微量蛋白在人体肝脏中合成, 在正常情况下, 人体中的尿液含有尿微量蛋白较低, 但人体肾小球出现病变后, 尿微量蛋白水平就会上升, 因此临床可选择尿微量蛋白水平的情况反馈病情的情况^[8]。血清胱抑素 C 不会随着性别及年龄发生变化, 通常情况下, 其数值较为稳定。而肾脏是唯一清除血清胱抑素 C 垃圾及完成体内循环的通道, 如患者肾脏出现改变, 血清胱抑素 C 指标就会出现变化, 因此临床将血清胱抑素 C 作为肾功能检测的指标^[9]。肾脏是人体中负责内分泌的系统, 主要有分泌尿液及排泄废物的通道, 同时也是维持电解质及酸碱平衡的媒介, 一旦肾功能受损, 肾脏功能就会出现异常^[10]。肾小球过滤出现问题, 体内的代谢物及水分也不能正常排除, 长期发展会损伤其他的脏器, 引起尿毒症

[11-12]。因此对患者进行早期的诊断对患者的生活质量有积极的作用。本次研究中, 分析组间尿微量蛋白及血清胱抑素 C 的水平情况: 研究组 1 的尿微量蛋白为 (37.46±12.97) mg/L、血清胱抑素 C 为 (2.57±0.64) mg/L; 研究组 2 的尿微量蛋白为 (31.35±10.66) mg/L、血清胱抑素 C 为 (1.24±0.54) mg/L; 对照组的尿微量蛋白为 (8.14±3.15) mg/L、血清胱抑素 C 为 (0.79±0.15) mg/L 这也说明了研究组 1 比研究组 2 水平高; 对照组水平低于研究组 1 及研究组 2; 分析组间尿微量蛋白及血清胱抑素 C 阳性率: 研究 1 组中的尿微量蛋白、血清胱抑素 C 及尿微量蛋白+血清胱抑素 C 联合检测的阳性率分别为 78.00%、76.00%及 98.00%, 研究 1 组中的尿微量蛋白、血清胱抑素 C 及尿微量蛋白+血清胱抑素 C 联合检测的阳性率分别为 80.00%、78.00%及 94.00%, 由此可知两者联合检测高于单独检测; 分析组间尿微量蛋白及血清胱抑素 C 的诊断效能: 尿微量蛋白的灵敏度为 84.38%、特异度为 50.00%及准确度为 85.00%; 血清胱抑素 C 的灵敏度为 81.25%、特异度为 25.00%及准确度为 82.00%; 尿微量蛋白+血清胱抑素 C 的灵敏度为 96.88%、特异度为 75.00%及准确度为 97.00%, 由此可知, 联合检测准确率、灵敏度、特异度均更高于单独检测 ($P<0.05$), 由此可知, 联合检测的准确性更高, 这也说明了对患者进行尽早诊断, 从而及时干预, 减少不良事件的发生。

综上所述, 尿微量蛋白+血清胱抑素 C 的联合诊断准确性更高, 可作为诊断依据, 预防早期肾功能损害, 值得应用推广。

参考文献:

- [1] 邹蓓, 廖慧玲, 冯钊赞. 血清胱抑素 C、肌酐、尿素氮、尿微量白蛋白联合检测在早期肾功能损害诊断中的应用价值[J]. 黑龙江医药, 2022, 35 (04): 948-950.
- [2] 周宴冬. 尿蛋白定量及血清胱抑素 C 联合检验在诊断早期肾功能损害中的临床意义[J]. 罕少疾病杂志, 2022, 29 (05): 67-68+102.
- [3] 郭慧, 靳建伟, 李梦霞. 尿微量白蛋白 α_1 -微球蛋白 N-乙酰- β -D-葡萄糖苷酶及血清胱抑素 C 的联合检测在妊娠期糖尿病患者早期肾功能损伤诊断中的价值分析[J]. 山西医药杂志, 2021, 50 (17): 2564-2566.
- [4] 李妍, 韩长利. 尿微量蛋白与血清胱抑素 C 联合检验在早期肾功能损害诊断中的运用价值研究[J]. 中外医疗, 2021, 40 (11): 189-191.
- [5] 黄燕群, 张丽严. 血清胱抑素 C β_2 微球蛋白及尿微量蛋白水平联合检测对糖尿病早期肾损害的诊断价值[J]. 实用医技杂志, 2021, 28 (03): 334-335.
- [6] 薛飞. 尿微量蛋白与血清胱抑素 C 联合检验在早期肾功能损害诊断中的应用[J]. 中外医疗, 2020, 39 (14): 197-198.
- [7] 鲁锐. 尿微量蛋白联合血清胱抑素 C 检验对早期肾功能损害的诊断价值[J]. 黑龙江医药科学, 2020, 43 (01): 46-47.
- [8] 陈春, 邵思思, 项协隆, 等. 血清胱抑素 C 联合尿微量蛋白/尿肌酐对肾病综合征患者早期肾损伤的诊断价值分析[J]. 中国卫生检验杂志, 2019, 29 (24): 2951-2954.
- [9] 张玉芳. 尿微量蛋白与血清胱抑素 C 联合检验在早期肾功能损害诊断中的应用[J]. 中外医疗, 2019, 38 (34): 187-189.
- [10] 龚旭东. 尿微量蛋白与血清胱抑素 C 联合检验在早期肾功能损害诊断中的应用[J]. 系统医学, 2019, 4 (17): 26-28.
- [11] 王翠萍, 王倩倩. 尿微量蛋白与血清胱抑素 C 联合检验在早期肾功能损害诊断中的效果[J]. 中外女性健康研究, 2019, (13): 7+44.
- [12] 张春艳. 尿微量蛋白联合血清胱抑素 C 检验对早期肾功能损害的诊断价值分析[J]. 中外医疗, 2019, 38 (04): 10-12.

程序性死亡蛋白 1 及其配体在结直肠癌中的临床研究现状

李伊敏

南方医科大学附属东莞医院（东莞市人民医院）消化内科 广东东莞 523000

摘要：结直肠癌发病率不断增加，主要是指发生在患者结直肠的一种癌症，也是临床胃肠道恶性肿瘤，近年来该疾病发病不断增加，医学研究显示，多数的结直肠癌均来自于结直肠腺瘤癌变，在病理检查过程中可以看到不同阶段的影像。对于结直肠癌患者来说，放化疗、手术治疗为主要治疗方式，但是上述指标效果不显著，现如今，PD-1、PD-L1 抑制剂单药治疗、手术、放化疗联合治疗，在结直肠癌中取得一定效果，同时相关的实验正在进行中。

关键词：程序性死亡蛋白 1；配体；结直肠癌

结直肠癌发生率不断增加，多项研究显示，该种疾病是指发生在人体直肠以及人体结肠的一种恶性肿瘤，还可以称作为大肠癌，另外结肠癌、直肠癌发生部位大不相同，从患者乙状结肠直至肛门该部位发生的疾病可以称为直肠癌，而从患者自身十二指肠直至乙状结肠部位引起的疾病称为结肠癌，而上述两种疾病均可以统称为结直肠癌，该疾病根据发病部位的不同也存在不同的临床表现，直肠癌患者主要以自身存在肠梗阻、便血症状为主，而结肠癌患者主要以腹痛、贫血为主。医学研究显示，程序性死亡蛋白 1 和 PD-1 配体在临床关于恶性肿瘤免疫治疗方面具有十分重要的作用，PD-1 为 I 型跨膜糖蛋白，同时也是免疫检查点分子，通过和配体的相互作用，对患者的 T 细胞免疫功能进行调节。医学研究显示，肿瘤患者的细胞上 PD-L1 过表达，这种过表达也常常发生在其他的恶性肿瘤之间，另外 PD-L1 信号通路阻断免疫治疗，能将免疫系统功能释放，对于恶性肿瘤进行抵抗。抗 PD-L1 治疗现如今为抗肿瘤治疗的靶点，部分学者认为 T 细胞上 PD-1 以及肿瘤上 PD-L1 表达上调，能对信号进行诱导，同时对 T 细胞活化产生抑制，能抑制免疫微环境^[1]，因此，本次研究分析程序性死亡蛋白 1 及其配体在结直肠癌中的临床研究现状，见下文描述。

1 结直肠癌概述

结直肠癌的病因尚未明确，多数学者认为是高危因素作用导致的，同时遗传易感性在该疾病的发病中也十分常见。结直肠癌具有多种临床症状，例如大便带血、腹泻、便秘、腹胀以及腹痛等等，而该疾病的典型症状为大便便血，若发生该种情况需要早期前往医院进行检查，或者患者无明显消化道症状，在体检时查粪便潜血 OB 阳性，通过给予以上患者进行肠镜检查，能对于肿瘤早期发现。通过采用病理诊断，为金标准，能做到早诊断、早发现和早治疗，对于该类患者实施根治性手术切除，可以治愈^[2]。

2 程序性死亡蛋白 1 及其配体概述

PD-1 为一种蛋白，通过对 T 细胞活性产生抑制作用后，对免疫系统进行调节，在活化的 B 细胞、T 细胞、巨噬细胞上表达。当 PD-L1 和 PD-1 相互作用时，通过对信号通路产生一定的激活作用^[3]，从而对 T 细胞增殖进行抑制，另外程序性死亡蛋白-2 为 PD-1 的另外一个配体，主要在肿瘤相关成纤维细胞、肿瘤细胞上表达。PD-L1 在多种恶性肿瘤细胞中具有较高的表达水平，另外该种机制能减少 T 细胞对患者肿瘤细胞的毒性，对于抗肿瘤免疫反应进行逃避，随着对于上述指标的深入研究，多项研究发现，

该指标在结直肠癌患者中的异常表达，和疾病的预后密切相关。PD-L1 全称叫做细胞程序性死亡-配体 1，也叫做表面抗原分化素 274，是人体内的一种蛋白质，有 CD274 基因编码，在体内与程序性死亡受体-1 进行结合，传导免疫抑制的信号^[4]，降低淋巴结内 CD8+T 细胞的增生和活化。在临床上开展的抗肿瘤的免疫治疗方式，其中一部分就是针对 PD-L1 的单克隆抗体，这些单克隆抗体能够竞争性的与人体内的 PD-L1 结合，从而影响到 PD-1（程序性死亡受体-1）和 PD-L1 的结合，故而能够解除 PD-1 和 PD-L1 结合所介导的免疫功能抑制。另一方面能激活人体内的 CD8+T 细胞，在肿瘤的微环境中会有活化的 T 细胞大量聚集，从而启动人体的抗肿瘤免疫反应。而对于一部分免疫治疗药物，在治疗之前要求进行 PD-L1 表达的检测，PD-L1 的表达越高，部分的免疫治疗药物的疗效可能会越好^[5]。

3 PD-1 以及 PD-L1 在结直肠癌中的表达因素

近年来，多数学者对于结直肠癌合 PD-L1 进行研究，研究发现，在多数结直肠癌患者中对于 PD-L1 蛋白表达进行检测，发现免疫细胞中的表达和 TNM 分期之间具有密切相关性，另外人体肿瘤细胞中 PD-L1 表达和患者肿瘤位置也具有密切相关性。国外学者在研究过程中，发现当 PD-L1 表达高水平，患者的预后就较差。

4 放化疗对于 PD-L1 表达水平造成的影响

多项医学研究显示，在免疫调节过程中放射治疗具有较为重要的作用，通过采用放射治疗后，能促进患者自身肿瘤细胞表面的 PD-L1 指标的表达增加，从而将肿瘤细胞放疗的耐受性显著增强。而部分学者也认为，药物治疗、放射治疗，均容易对结直肠癌产生影响，导致细胞内 IFN- γ 产生，通过信号通路，对 PD-L1 表达进行诱导，该项研究直接证明，新辅助放化疗不仅能和抑制剂联合使用，还能促进患者机体恢复^[6-7]。国内研究显示，对于采用新辅助放疗治疗的 68 例直肠癌患者作为研究对象，对患者肿瘤组织标本进行分析，发现放疗治疗后，能促进患者 PD-L1 表达，另外和短程放疗之间具有密切相关性，由此证明，放疗方案参与肿瘤细胞 PD-L1 表达。术前化疗、放疗均能促进结直肠癌细胞中的 PD-L1 表达，同时 PD-L1 表达水平和化疗方案、放疗方式之间具有密切相关性，但是关于该方面的研究较少^[8-9]。

5 PD-L1 和结直肠癌患者预后之间的关系

PD-L1 蛋白表达和疾病预后存在密切的相关性，在多种疾病中得到证实，例如胃癌、食道癌、肺癌等，而细胞 PD-L1 高表达和患者预后不良具

有密切相关性,同时 PD-LI 在结直肠癌患者预后中具有显著争议^[10-11]。两者之间具有密切相关性,而研究中,对于结直肠癌患者进行研究发现,应用免疫组化染色分析两者之间的关系,研究结果显示,若 PD-LI TPS 大于 5%和结直肠癌患者预后之间存在相关性,由此证明,信号通路异常激活,也是造成结直肠癌患者 PD-LI 表达的因素。另外部分研究显示,PD-LI 表达也是影响右半结肠癌预后的一种独立因素^[12-14]。

6 实验研究

刘宗航, 史丽云, 郑立锋学者在研究的全过程中, 选取结直肠癌手术患者作为研究对象, 收治时间在 2015 年-2018 年, 通过对患者术后的石蜡组织切片、临床资料进行分析, 对于患者肿瘤组织中的 PD-L1 蛋白、PD-1 蛋白使用免疫组合法进行测定, 对于表达情况进行分析, 研究结果显示, 上述两种指标在结直肠癌患者组织中阳性表达率分别为 11.2%、53.8%, 另外在病理分期高、分化程度低、肿瘤 T 分期高、存在淋巴结转移患者中, PD-L1 蛋白阳性表达率和无淋巴结转移患者相比, 较高, 另外通过分析两种因素的关联性, 发现两者之间具有密切相关性, 由此证明, 在结直肠癌组织中 PD-L1 呈现高表达情况, 与患者临床不良病理特征具有密切相关性, 另外 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案。

汤国军, 胡从岗, 童骥学者在实验研究过程中, 对于患者结直肠腺瘤组织、结直肠癌组织应用免疫组化法进行测定, 分析组织标准中的 PD-L1 表达, 将结肠癌患者 HCT116 细胞可以分为阴性对照组、空白对照组, 对于各种细胞中的 PD-L1 蛋白表达应用流式细胞术进行测定, 研究结果显示, PD-L1 在不同组织阳性表达率之间具有显著差异, 和空白对照组相比, 细胞凋亡率增加、而增殖细胞能力显著降低, 由此证明, 在结直肠癌患者组织中, PD-L1 表达水平不断增高, 而升高的 PD-L1 指标和结直肠癌患者的恶性生物学之间, 存在密切相关性。

7 展望

结直肠癌为临床常见的一种恶性肿瘤，该疾病的发病率不断增加，呈现上升趋势，对于人们的健康安全具有威胁，对于该类患者早期开展治疗较为重要，能改善患者的预后，有效保障健康安全，预防不良情况发生。而现有的放化疗、手术治疗效果有限，随着免疫治疗的发展，程序性死亡蛋白 1、PD-1 配体和放化疗、手术联合治疗在疾病中取得显著效果，上述指标为人体肿瘤微环境中的免疫抑制分子，PD-L1 表达在患者结直肠癌细胞表面，当其与 PD-1 结合后，能对肿瘤细胞毒性产生降低作用。随着临床深入研究肿瘤免疫逃逸机理，研究人员发现，PD-L1 是肿瘤治疗的新靶点，另外该指标的表达能为患者疾病的预后提供依据。

本文围绕程序性死亡蛋白 1 及其配体在结直肠癌中的作用进行分析, PD-L1 指标在疾病预后中的作用还是存在争议, 需要进一步深入研究, 另外化疗和放疗均容易导致患者肿瘤细胞 PD-L1 表达上调, 该指标的表达水平和化疗方案、放疗方式具有密切相关性, 提示临床还需要对不同肿瘤的化疗、免疫治疗的安全性和有效性进行探索。免疫治疗联合化疗具有显著的价值, 但是今后的实验中还需要对化疗的剂量和方案进行探讨, 以在今后的实验中进行研究。

参考文献:

- [1]冯道夫, 章志翔. 程序性细胞死亡蛋白配体 1 在结直肠癌免疫治疗中的研究进展[J]. 中国普通外科杂志, 2020, 29 (4): 473-479.
- [2]陆峰, 陈威鹏, 颜勋, 等. 结直肠癌患者肿瘤组织浸润巨噬细胞 PD-L1 表达及其临床意义[J]. 中国免疫学杂志, 2020, 36 (7): 869-873.
- [3]杜舟, 黄萍, 黄国裕, 等. PD-L1 在结直肠癌组织中的表达及临床意义[J]. 温州医科大学学报, 2020, 50 (1): 41-44.
- [4]王彩莹, 高成英, 李长天. CDK4 与 PD-L1 在结直肠癌组织中的表达及相关性分析[J]. 医学研究杂志, 2020, 49 (8): 158-162.
- [5]侯倩倩, 杨芳, 王大庆, 等. ELK1 转录激活 PD-L1 表达对结直肠癌细胞增殖及侵袭影响[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2020, 27 (2): 122-129.
- [6]方宇, 王海娟, 李萍, 等. PD-L1 在结直肠癌中的表达水平及其诊断和预后价值[J]. 热带医学杂志, 2020, 20 (11): 1442-1446, 封 2.
- [7]罗长顺, 刘坤, 汪黎明. 肿瘤微环境相关因子与直肠癌新辅助化疗效果及微卫星稳定状况的关系[J]. 癌症进展, 2020, 18 (10): 1031-1034.
- [8]张琪, 李健. 结直肠癌免疫治疗生物标志物研究进展[J]. 肿瘤综合治疗电子杂志, 2020, 6 (2): 20-24.
- [9]陈功. 2019 年结直肠癌治疗进展盘点[J]. 肿瘤综合治疗电子杂志, 2020, 6 (1): 80-89.
- [10]BERGIN, REBECCA J., EMERY, JON D., BOLLARD, RUTH, et al. Comparing Pathways to Diagnosis and Treatment for Rural and Urban Patients With Colorectal or Breast Cancer: A Qualitative Study[J]. Journal of Rural Health, 2020, 35 (14): 1397-1404.
- [11]薛婷. 结直肠癌 CT 放射组学的研究进展[J]. 放射学实践, 2020, 35 (11): 1484-1488.
- [12]于恒响, 周黎明. ctDNA 在结直肠癌诊断中的应用进展[J]. 四川生理科学杂志, 2020, 42 (3): 362-365, 309.
- [13]刘丽杰, 陈勇, 梁月祥, 等. 老年结直肠癌患者术后免疫功能[J]. 中国老年学杂志, 2020, 40 (24): 5198-5200.
- [14]ROZPEDEK, WIOLETTA, PYTEL, DARIUSZ, WAWRZYKIEWICZ, ADAM, et al. Use of Small-molecule Inhibitory Compound of PERK-dependent Signaling Pathway as a Promising Target-based Therapy for Colorectal Cancer Cell Line SW480 [J]. Journal of Proteomics, 2020, 29 (4): 796-802.

基金编号：东莞市科技特派员 20221800500142

不缩短指骨再植术探讨治疗手指旋转撕脱离断伤疗效及再植成活率、血管危象影响的临床研究

李柱辉 敖小群 蔡琴芳

广东省湛江市赤坎区军民路 1 号（湛江骨科医院） 524000

摘要：目的：探讨不缩短指骨再植术治疗手指旋转撕脱离断伤的疗效、再植成活率及对血管危象的影响。方法：选择本院于 2019 年 1 月至 2020 年 12 月期间收治的手指旋转撕脱离断伤患者 60 例作为研究资料，随机数字抽签分组各 30 例，对照组采取残端修整术治疗，观察组采取不缩短指骨显微外科再植术治疗，评价两组治疗效果，观察再植成活率及血管危象率、断指恢复情况。结果：观察组治疗优良率为 100.0%，显著高于对照组 83.33%， $P < 0.05$ 。观察组再植成活率 93.33%、静脉危象发生率 3.33%，无动脉危象发生情况。观察组的两点辨别觉距离明显较短，远端指间关节活动度明显较高，手指长度明显较长，相较于对照组具有明显的差异性（ $P < 0.05$ ）。结论：针对手指旋转撕脱离断伤患者采取不缩短指骨显微外科再植术治疗可精准的修复断指的神经及血管，有效的重建血液循环利于断指再植成活，血管危象发生率低，利于断指功能、外形的更好恢复，值得推广应用。

关键词：缩短指骨再植术；手指旋转撕脱离断伤；血管危象；治疗效果

手指旋转撕脱离断伤多发生纺织行业、机械制造业、交通事故中，是指手指连续性破坏断离，伴周围血管、肌腱、皮肤、神经等撕裂伤，即使采取修复治疗，也易受到血运差、神经损伤等问题，发生血液循环障碍血管危象，影响疗效^[1]。随着医疗技术的进步，可利用显微技术进行治疗，如不缩短指骨显微外科再植术可实现彻底清理，精准修复，重建断指血液循环以利于术后快速恢复，但能否进一步提高疗效需深入研究^[2]。为此，本次研究对不缩短指骨再植术治疗手指旋转撕脱离断伤的疗效、再植成活率及对血管危象的影响进行了探讨，详细报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院于 2019 年 1 月至 2020 年 12 月期间收治的手指旋转撕脱离断伤患者 60 例作为研究资料，随机数字抽签分组各 30 例。对照组男性 20 例，女性 10 例，年龄 22 岁至 57 岁，平均年龄（40.15±3.86）岁，致伤原因：重物挤压撕脱伤 7 例，车祸撕脱伤 3 例，机械齿轮旋转压伤 15 例，电钻旋转绞伤 5 例；观察组男性 18 例，女性 12 例，年龄 23 岁至 57 岁，平均年龄（40.41±3.92）岁，致伤原因：重物挤压撕脱伤 8 例，车祸撕脱伤 4 例，机械齿轮旋转压伤 13 例，电钻旋转绞伤 5 例；两组基本资料比较无统计学意义， $P > 0.05$ 。

纳入标准^[3]：经临床、影像学检查确诊为单指手指旋转撕脱离断伤；全身状况良好，能配合并耐受长时间手术，符合断指再植适应证；患者及家属知情同意，获得医院伦理委员会批准。

排除标准^[4]：软组织损伤广泛严重、断指不正确保存及离断时间过长；合并严重心肝肾等脏器功能疾病患者；免疫系统疾病及恶性血液疾病患者；放弃断指再植患者。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 残端修整术治疗，采取臂丛神经阻滞麻醉，患侧上臂中上 1/3 处扎止血带，利用无菌纱布覆盖创面，肥皂双氧水反复清洗，生理盐水冲洗，并将受到污染、水肿、挫伤的组织清除，用咬骨钳修整骨折断端，骨挫挫平骨折端锐利缘，将近断端的指神经牵出利刀切断任其回缩，结扎伴行的指动脉断端，将掌、背侧皮肤设计成鱼嘴状皮瓣，冲洗创面后缝合皮肤。松解止血带。术后常规抗感染处理。

1.2.2 观察组 不缩短指骨显微外科再植术治疗，麻醉方法及清创处理同对照组，并在显微镜下进行二次清创，标记血管和神经位置，克氏针交叉或斜行固定骨折端，缝合断裂的肌腱，显微镜下采用 11-0 无损伤缝线间断缝合神经外膜。对于甲根部处的离断指体的处理，甲根部远端断指骨折对位后采用克氏针髓腔内固定，缝合指背甲缘皮肤和甲床。游离掌侧动脉、静脉及神经周围组织，减轻血管张力。采用无损伤线缝合血管和神经。松止血带后确认末梢血运恢复后缝合伤口。术后抬高患肢，注意患肢保暖，

常规给予抗感染、抗凝药物。2 周后复查，无特殊情况可拆线。6 周后拔除克氏针，可进行功能锻炼和理疗。

1.3 观察指标

根据潘达德等收治功能疗效评定标准从外观效果、工作能力、运动功能及感觉功能等四个维度评价手术效果，外观效果分为正常、较满意、尚可和较不满意，工作能力分为原工作、轻工作、部分功能、无功能，运动功能分为正常、超过健侧 75%，健侧 50%-74%，不足健侧 50%，感觉功能分为 $>S3$ ， $S3$ ， $S2$ ， $S0-1$ ，均采取 4 分、3 分、2 分、1 分统计，计算总分，其中 13 分-16 分为优，9 分-12 分为良，5 分-8 分为可，4 分为差，优良率 =（优例数+良例数）/总例数×100%。

术后 6 个月统计观察组再植成活率、静脉危象率及动脉危象率：

再植成活^[5]：指体红润，指腹饱满，毛细血管充盈，富有弹性，肤色正常。

静脉危象：指体发紫，毛细血管回充盈反应消失，温度降低，指腹张力增加，切开则流出暗紫色血液，指腹张力偏高；

动脉危象：指体苍白，毛细血管回充盈反应消失，温度降低，指腹张力低，手指萎缩干瘪，切开后指端侧方无鲜红色血液流出。

断指恢复情况：包括两点辨别觉距离、远端指间关节活动度、手指长度。

1.4 统计学处理

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

2 结果

2.1 两组治疗效果比较

分析表 1 可知，观察组治疗优良率为 100.0%，显著高于对照组 83.33%， $P < 0.05$ 。

表 1 两组治疗效果比较（%）

组别	例数	优	良	可	差	优良率
观察组	30	20 (66.67)	10 (33.33)	0 (0.00)	0 (0.00)	30 (100.0)
对照组	30	13 (43.33)	12 (40.00)	5 (16.67)	0 (0.00)	25 (83.33)
χ^2	--	--	--	--	--	5.454
P	--	--	--	--	--	0.019

2.2 观察组再植成活率及血管危象率分析

观察组再植成活 28 例，成活率 93.33%、静脉危象发生 1 例，发生率 3.33%，无动脉危象发生情况。

2.3 两组的断指恢复情况比较

观察组的两点辨别觉距离明显较短，远端指间关节活动度明显较高，

手指长度明显较长,相较于对照组具有明显的差异性($P<0.05$),见表2。

表2 两组的断指恢复情况比较

组别	例数	两点辨别觉 (mm)	远端指间关 节活动度 (°)	手指长度 (cm)
观察组	30	4.11±0.29	61.23±4.21	8.36±1.51
对照组	30	6.63±0.53	46.18±3.72	7.56±1.32
t	--	22.846	14.673	2.185
P	--	0.000	0.000	0.033

3 讨论

虽然如今人们安全意识提高,但仍存在意外事故,如工业生产中因高速旋转的机械皮带轮、齿轮导致患者手指被卷入其中,或重物将手指压住时用力回抽,导致手指旋转撕脱离断指。通过临床观察发现,末节断指多发生于青壮年群体,是一种较为严重的手部损伤,对于该类群体而言,其对断指再植的愿望十分强烈,同时对再植后手指外观与指体功能的要求均较高。此时断指皮肤受到旋转及撕脱影响,皮肤与皮下组织相脱离,呈现瓣状或脱套状撕脱受损,而且静脉壁管从皮肤边缘附近离断,通过上述可知,末节断指在纺织行业、机械制造业、交通事故中较常见。需行断指再植术治疗,恢复断指的血液循环和功能、外形的最大化的恢复^[6-7]。传统手术治疗未能进行有效的功能重建修复,经临床观察发现,该种手术方式虽然能够获得一定的临床治疗效果,但此种方式需要缩短指体,因而使手指关节的生理弧度也会出现异常的变化,从而在极大程度上对手指的功能与外形产生影响,不利于患者的身心健康。因此,需要探寻一种更为合理有效的治疗方法,从而能够改变上述不良情况。如今显微技术在断指再植术中广泛应用,在显微镜下进行彻底清创,不仅可保证清创效果,而且避免过度清创,有效去除创面内污染及坏死组织,保持伤口清洁整齐。修复过程中不缩短指骨重建,尽可能保留断指的功能及外形的美观,并可准确对静脉、动脉、神经等吻合,即使外径为0.2mm-0.3mm小血管也可保证通畅,促进肢体血液回流,利于断端血管及神经的恢复,得到良好的感觉和营养,实现术后尽早功能锻炼,尽早恢复正常^[8]。尤其是在末节断指再植是在恢复患指正常解剖结构的基础上重建血液循环,重塑手指外观和恢复手指功能。传统断指残端修整,对手指外观和功能恢复均有不同程度的影响,对患者心理也会产生一定的不良影响^[9]。因此针这类型的断指再植,提出了不缩短指骨显微外科手术。不缩短指骨显微外科手术主要在显微镜下操作,属于微创手术,能够减少对周围组织的损伤,促进断指的康复,对手指功能影响较小。我们对不缩短指骨显微外科手术在末节断指再植中的应用进行研究,结果表明,不缩短指骨显微外科手术应用于末节断指再植,疗效可靠,成活率高且并发症发生率低,与国内相关学者的研究成果相近。血管危象是显微外科手术缝合小血管后出现的吻合口痉挛或栓塞引起的血流不畅而导致组织器官出现缺血、瘀血现象,多在术后24-72h内发生,是断指再植术后常见的不良反应,可影响再植成活率^[10-12]。本次研究结果显示观察组治疗优良率为100.0%显著高于对照组,证实不缩短指骨显微外科再植术可促进断指血液循环,恢复良好的外观、运动及感觉功能,获得良好治疗效果。观察组再植成活率93.33%、静脉危象发生率3.33%,无动脉危象发生情况,证实不缩短指骨显微外科再植术可基本保证断指再植成功,而且血象危象发生率低,手术安全性高,治疗价值较高。与余志洪^[8]结果“观察组治疗后优良率97.73%,高于对照组”相近,同时依据其他结果可知,患者的两点辨别觉距离明显较短,远端指间关节活动度明显较高,手指长度明显较长,证实不缩短指骨显微外科再植术对断指再植的功能、外形恢复疗效显著,分析原因在于在传统手术操作过程中,手术操作人员仅是使用肉眼观察对患指进行短缩的残修整手术治疗,导致其手指修复后的长度与之前存在较大的差异,较易对手指感觉、运动等功能造成不良损害,并且无法获得良好的外观度,因而导致患者较

难对手术结果进行接受。不缩短指骨显微外科末节断指再植术是在显微镜的辅助下进行操作,是一种微创手术方式,可对手指断端实施较为彻底的清理,在较大程度上避免清创过度,从而可有效的降低断端发生感染的几率,为修复组织提供良好条件与可靠保障,同时对断指断端进行复位,对手指长度不会产生影响,有助于保持外形的美观效果,且不会出现关节囊挛缩情况;术中操作人员能够对患者进行有效的止血操作,对多条血管进行吻合,并实施血管减张操作,因而能够在较大程度上降低出现血管危象的发生率;术后再进行解痉挛、抗感染等处理,能够有效的降低感染的发生风险,有助于促进断端神经及血管的恢复,同时根据患者恢复的情况进行手指功能训练指导,可在较大程度上促使其尽快恢复手指感觉与关节功能。经临床实践表明,该种手术方式该术式具有创伤小、成活率高、不缩短手指、影响运动功能、外形较小等特点,从而较易使患者接受,进而获得良好的治疗效果。

综上所述,不缩短指骨显微外科再植术治疗手指旋转撕脱离断指在精准的组织修复重建下,观察组治疗优良率为100.0%,显著高于对照组83.33%, $P<0.05$ 。观察组再植成活率93.33%、静脉危象发生率3.33%,无动脉危象发生情况。观察组的两点辨别觉距离明显较短,远端指间关节活动度明显较高,手指长度明显较长,值得推广应用。由于本研究的样本容量较小,因此需要不断扩充样本容量,并且临床医生还需要加强对治疗方式的研究,进一步提升自身的操作能力,以获得更加准确的结果。

参考文献:

- [1]高扬.不缩短指骨显微外科手术在末节断指再植中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2021,6(7):85-87.
 - [2]张清东,赵静,龙俊江.不缩短指骨显微外科手术在末节断指再植中的影响研究[J].中国保健营养,2021,31(4):211.
 - [3]高健.采用不缩短指骨方式对断指再植临床疗效的观察研究[J].中国医药指南,2019,17(1):62-63.
 - [4]栗申,郭素娟.不缩短指骨显微外科末节断指再植术治疗末节断指疗效及对再植成活率、血管危象的影响[J].河南外科学杂志,2018,24(1):121-122.
 - [5]郭绍勇,黄素萍.不缩短指骨显微外科手术用于末节断指再植中的临床研究[J].中国保健营养,2018,28(5):220.
 - [6]詹金昌,林跃,刘雨新,等.不缩短指骨显微外科手术在末节断指再植中的影响分析[J].黑龙江中医药,2018,47(1):57-58.
 - [7]张伟.末节断指再植不缩短指骨的显微外科治疗效果分析[J].河南外科学杂志,2019,25(3):130-131.
 - [8]余志洪,胡军,丘锦泉,等.不缩短指骨显微外科末节断指再植术治疗末节断指疗效及对再植成活率、血管危象的影响[J].中国伤残医学,2019,27(14):55-56.
 - [9]王晓涛,杨光.不缩短指骨显微外科手术在末节断指再植中的应用研究[J].检验医学与临床,2015,12(20):3080-3081.
 - [10]赵建武,陈强,蔡飞,刘鹏,白晓兵.断指再植术后改良治疗对再植成活率和血管危象发生率的影响[J].临床和实验医学杂志,2018,17(03):296-298.
 - [11]梁中星.断指再植术后改良治疗方案对再植成活率和血管危象发生率的影响[J].中国实用医刊,2017,44(04):103-105.
 - [12]张文龙.显微外科再植治疗手指旋转撕脱离断指患者的临床效果分析[J].中国药物与临床,2021,21(20):3423-3425.
- 第一作者姓名:李柱辉,单位与科室:湛江骨科医院 病区三,单位地址和邮编:广东省湛江市赤坎区军民路1号(湛江骨科医院) 邮编524000,性别与学历:男、本科,职称和职务:主治医师,籍贯与民族:广东廉江 汉族,出生年月:1981-06,研究方向:骨科临床。
- 基金:湛江市科技计划项目(2020B01301)

分析不同类型慢性肝病肝纤维化患者 FibroScan 检测仪检查肝硬度值与超声检查变化差异及其影响因素

刘梅玲 谭清柳 陈聪慧

宁夏回族自治区第五人民医院 宁夏石嘴山市 753000

摘要：目的：为准确评估慢性肝病患者肝纤维化程度，探讨 FibroScan 检测与超声检查变化差异以及相关的影响因素。方法：选取的研究对象是本院收治的 44 例慢性乙型肝炎患者，所有受试者肝纤维化程度为 S0~S4 期；（1）根据分期划分两组进行对比研究，对照组（n=19）S0 期患者，观察组（n=25）S1~S4 期患者，上述患者均接受 FibroScan 检测，用超声检查肝实际情况。（2）采取 Logistic 回归分析法评定两种检查手段诊断肝硬度值的相关因素。结果：（1）Fibroscan 检测结果显示，观察组 S4 期肝硬度值最高，与 S1 期、S2 期、S3 期相比，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；（2）Fibroscan 检测早期纤维化敏感度最高，检测显著纤维特异度最高，检测显著纤维化准确率最高，早期纤维化和严重纤维化阳性预测值高于显著纤维化，Fibroscan 检测诊断不同分期纤维化诊断价值较高。（3）超声检查不同分期肝纤维化结果显示，观察组肝纤维化 S4 期各半定量评分最高，高于 S1 期、S2 期、S3 期，不同分期肝纤维化超声影像图像半定量评分相比，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。（4）性别、门静脉内径宽度、脾脏厚度及相关的临床指标与肝硬度有相关性（ $P<0.05$ ）。（5）多因素分析显示，年龄、各项血生化指标是影响检测肝硬度值的相关因素（ $P<0.05$ ）。结论：与超声检查比较，Fibroscan 检测不同类型慢性肝病肝纤维化肝硬度值更准确，诊断效能更高，能够明确不同类型慢性肝病肝纤维化程度；为进一步提高诊断准确性可联合超声辅助检查，进而为肝病患者早期诊断，早期治疗提供科学指导依据。

关键词：慢性肝病；肝纤维化；FibroScan 检测；超声检查

引言：我国慢性乙型肝炎高发，随着病情进展，机体炎性因子高表达，引发全身性的炎症反应，最终发展为肝纤维化、肝硬化，损害了患者身体健康，生活质量也随之下降。研究认为，细胞因子、肝组织细胞外基质沉积/降解失衡均与肝纤维化有关；当炎症反应反复循环，会进一步加重肝纤维化程度，甚至发展为肝癌，危及到患者生命。现阶段，临床上病理检查作为肝纤维化诊断的金标准，检测准确率可达 100%，旨在通过早期诊断明确肝纤维化程度，更加科学地制定治疗方案；但检查过程中具有一定的创伤性，患者接受程度不高，难以在临床上大范围推广应用。临床积极探索诊断效能更高的方法，研究发现，超声检查价值较高，方法科学、客观，全程于无创模式下完成检查，临床推广性好。有研究指出，FibroScan 检测仪能够进一步弥补超声诊断局限，检测方法方便快捷，可准确测定肝硬度值，为肝纤维化诊断提供了技术支持，为慢性肝病的治疗及预后改善提供了保障^[1]。基于此，本文于本院 2022 年 01 月~2022 年 08 月收 FibroScan 检测仪检查与超声检查慢性肝病肝纤维化肝硬度的差异及相关的因素。

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机分组，观察组 25 例患者中有男性 16 例，女性 9 例，最小年龄 23 岁，最大年龄 66 岁，平均（38.55±12.05）岁；其中 S1 期患者 4 例，S2 期患者 6 例，S3 期患者 3 例，S4 期患者 12 例。对照组中的男性/女性：10/9 例，年龄跨度在 24~68 岁，平均年龄：（40.58±11.88）岁。患者纳入标准：适应症：1）符合慢性肝病诊断标准；2）入院后均接受 FibroScan 振动控制瞬时弹性成像（VCTEM）检测及肝脏彩超检查；3）患者或家属同意参与此研究并签署知情同意书。排除标准：禁忌症：1）病历资料缺失；2）年龄小于 18 岁或者大于 80 岁；3）合并大量腹水、肝癌、起搏器、肋间隙狭窄、孕产妇、皮肤不完整者；4）体重指数（BMI）>35Kg/m²。所有受试者临床资料对比显示，无显著差异（ $P>0.05$ ），有可比性。本研究符合医院伦理委员会规定，患者家属了解研究内容，积极配合，自愿签署了知情协议。

1.2 方法

1.2.1 诊断相关仪器设备

FibroScan502 瞬时弹性扫描仪、高端超声诊断仪。

1.2.2 检测方法

（1）FibroScan 检测

Fibroscan（肝纤维化检测仪）由法国 Echosens 公司生产。检测方法：

表 2 Fibroscan 检测诊断价值分析

组别	AUC	Cut-off	敏感度	特异度	准确率	阳性预测值	阴性预测值
早期纤维化	0.792	10.73	92.24	77.56	62.61	18.22	98.79
显著纤维化	0.884	10.77	77.51	93.22	81.92	93.45	72.32
严重纤维化	0.841	13.61	82.47	79.46	80.02	58.23	92.67

表 3 超声检测诊断价值分析

组别	AUC	Cut-off	敏感度	特异度	准确率	阳性预测值	阴性预测值
早期纤维化	0.687	10.66	90.52	76.89	59.69	16.25	92.58
显著纤维化	0.789	10.71	75.45	89.25	77.41	89.56	69.36
严重纤维化	0.823	13.58	79.53	77.85	76.56	57.41	89.69

2.3 超声检查不同分期肝纤维化影像图像半定量评分对比

表 4 不同分期肝纤维化超声检查情况分析（ $\bar{x}\pm s$ /分）

组别	分期	n	实质评分	被膜评分	边缘评分	静脉评分
观察组	S1	7	2.03±0.51	1.12±0.31	1.12±0.33	1.34±0.51
	S2	10	2.24±0.68	1.54±0.69	1.48±0.47	1.42±0.61
	S3	6	2.76±0.62	1.91±0.52	1.97±0.64	2.25±0.88

设定肝纤维化检测仪相关参数，将检测仪探头频率设定为 3.5MHz；取患者仰卧位，双手放于头部后侧，探头涂抹耦合消毒剂后，将右侧腋前线至腋中线第 7、8、9 肋间作为检测区，探头与皮肤保持垂直状态，待压力显示区为绿色，连续按下发射键并连续检测 10 次，记录有效测量数据，将 10 次检测中位数作为最终的检测结果，用 kPa 表示肝硬度值。偏差值若超过中位数的 1/3 且操作成功率<60%表示无效。

（2）超声检查

设定超声仪探头频率 3.5~5.0MHz，取患者平卧位开始扫描检查，根据肝脏的切面图像观察肝实质回声、静脉清晰度等，由两名以上医师进行半定量评分。

1.3 观察指标

（1）观察两组血生化指标变化（丙氨酸氨基转移酶、血清白蛋白、总胆红素、血酶原活动度、血小板）；（2）分析 Fibroscan 检测诊断价值；（3）超声影响图像定量评定不同分期肝纤维化情况分析；（4）肝硬度、超声半定量评分与不同分期肝纤维化之间的关系分析；（5）临床相关指标与肝硬度相关性分析；（6）多因素分析影响 Fibroscan 检测肝硬度的相关因素。

1.4 慢性肝病纤维化分期标准

S0：无纤维化；S1：汇管区纤维化扩大；S2：汇管区周围纤维化，有纤维隔离，小叶结构保留；S3：纤维间隔伴小叶结构紊乱，无肝硬度变；S4：早期肝硬化。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 21.0 软件处理数据，计数资料采用 χ^2 检验，以（%）表示。计量资料采用 t 检验，以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示。 $P<0.05$ 视为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 Fibroscan 检测不同分期肝纤维化肝硬度值对比

表 1 Fibroscan 检测不同分期肝纤维化肝硬度值对比（ $\bar{x}\pm s$ /Kpa）

组别	分期	n	肝硬度值	t	P
观察组	S1	4	5.74±1.83	2.088	<0.05
	S2	6	7.26±2.82	3.766	<0.05
	S3	3	15.02±4.53	9.602	<0.05
	S4	12	30.48±18.08	6.614	<0.05
对照组	S0	19	4.45±1.27	-	-

2.2 诊断价值分析

组别	分期	n	肝硬度值	t	P
观察组	S1	4	5.74±1.83	2.088	<0.05
	S2	6	7.26±2.82	3.766	<0.05
	S3	3	15.02±4.53	9.602	<0.05
	S4	12	30.48±18.08	6.614	<0.05
对照组	S0	19	4.45±1.27	-	-

2.4 肝硬度、超声半定量评分与不同分期肝纤维化相关性分析

表 5 肝硬度、超声半定量评分与不同分期肝纤维化相关性分析

关系系数	肝硬度值	实质评分	被膜评分	边缘评分	静脉评分
R	0.815	0.749	0.735	0.762	0.163

P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05
2.5 分析观察组临床指标与肝硬度相关性分析	门静脉内径宽度、脾脏厚度、血小板计数、年龄、丙氨酸氨基转移酶、血清白蛋白、总胆红素、凝血酶原活动度				

表 6 分析观察组临床指标与肝硬度相关性分析 ($\bar{x} \pm s$ /Kpa)

相关指标	肝硬度值	t	P
性别	男 女	24.02±9.11 18.05±5.36	2.311 0.032
门静脉内径宽度 (cm)	<1.3 ≥1.3	18.29±6.72 28.56±10.25	3.808 0.002
脾脏厚度 (cm)	≤4 >4	14.58±3.52 29.01±10.38	5.956 <0.05
血小板 (×10 ⁹ /L)	<100 ≥100	33.01±10.29 16.34±5.42	6.509 <0.05

相关指标	肝硬度值	F	P
年龄	<35 35~50 >50	16.69±7.14± 20.22±7.11 28.05±10.21	5.08 0.015
丙氨酸氨基转移酶 (U/L)	<40 40~120 >120	16.48±6.19 20.55±7.14 30.52±11.23	7.95 0.002
血清白蛋白 (g/L)	<32 32~35 >35	38.83±10.76 36.36±10.85 18.02±6.12	23.81 <0.05
总胆红素 (μmol/L)	<34.2 34.2~85.5 >85.5	16.52±4.31 27.02±8.11 38.92±18.72	19.72 <0.001
凝血酶原活动度 (%)	<60 60~80 >80	25.11±10.47 22.02±3.06 13.26±5.75	12.88 <0.01

2.6 Logistic 回归分析 Fibroscan 检测肝纤维化肝硬度的相关因素分析
表 7 多因素结果分析

因素	β	SE	Wald 值	OR	P	95% CI
性别	0.261	0.222	1.623	1.276	0.176	0.756~1.931
年龄	0.376	0.259	1.233	1.055	0.088	0.522~1.876
门静脉内径宽度 (cm)	2.106	0.931	5.114	8.214	0.025	1.312~50.916
脾脏厚度 (cm)	1.323	0.525	6.132	3.755	0.015	1.320~10.679
丙氨酸氨基转移酶 (U/L)	0.583	0.269	4.713	1.786	0.031	1.049~3.014
血清白蛋白 (g/L)	-0.928	0.115	68.322	0.397	0.002	0.318~0.495
总胆红素 (μmol/L)	0.576	0.255	5.108	1.778	0.025	1.082~2.916
凝血酶原活动度 (%)	-0.736	0.118	40.175	0.466	0.001	0.379~0.599
血小板 (×10 ⁹ /L)	-0.591	0.253	5.265	0.601	0.024	0.346~0.921

3 讨论

肝纤维是慢性肝病病理发展的自然结局,若治疗不及时,则发展为肝硬化,严重影响到患者的日常生活。但大量临床研究表明,肝纤维化具有一定的可逆性,明确诊断后通过保肝、抗病毒等综合治疗干预,可改善肝纤维化症状,能够延长患者生存期限,促使预后改善^[2]。为此,进行慢性肝病肝纤维化早期诊断显得尤为重要,进而为慢性肝病治疗及预后改善提供指导,缓解病情同时,逆转肝纤维化发展。临床常通过实验室检查、影像学检查、病理检测明确诊断。现阶段,临床上将肝活检作为诊断慢性肝病肝纤维化金标准,然而,存在诸多的弊端,检查有创伤,容易引发并发症,患者自身的接受程度低;同时,病理诊断存在一定的不确定性,若穿刺失败后增加了二次穿刺难度,加剧了医疗风险的发生,且难以全面的反映肝纤维化病变程度^[3]。

基于现代临床医疗技术不断进步发展,无创检测技术逐渐代替了肝穿活检方法。瞬时弹性成像技术作为非侵入性的诊断方法,具有显著的检测优势,方便操作,支持重复操作,检查结果更客观,广受医患的青睐。当前,Fibroscan 检测仪在临床上越来越普及,对慢性肝病肝纤维化诊断价值高,主要是通过监测肝硬度值明确诊断,属于无创无痛检查方法,能够快速准确地测量出肝硬度值,通过瞬时弹性图谱清晰化反映肝组织病理改变情况,从而评估肝纤维化程度,为慢性肝病肝纤维化疾病诊断和后续治

疗提供技术支撑,临床意义重大。肝硬度值可表示肝脏作为介质承受机械压力时的抗变形程度,属于一种量化表示方式^[4]。分析 Fibroscan 检测原理发现,主要是通过检测仪探头释放低振幅及低频振动脉,促使机械脉冲在肝组织中传导,整个检测过程由超声图像传感器进行实时监测,进而全面反映出肝纤维程度。因此,普遍研究认为,Fibroscan 检测肝硬度与病理检查有可比性。在 Fibroscan 检测中发现,肝组织硬度越大,剪切波的传播速度越大,弹性值也随之上升,肝硬度值与肝纤维化程度呈正比关系。研究发现,Fibroscan 检测肝硬度比肝活检标本量更大,代表性更强,可全面反映出肝脏的情况,在检测中表现出更高的诊断敏感度和特异度,诊断效能高,被临床视为慢性肝病病情进展、预后评估的客观定量评价方法。普遍研究发现,Fibroscan 检测普及率高,但在观察者之间的再现性有关因素方面的评估不足,基于此,研究认为,有必要就不同类型慢性肝病肝纤维化患者病种、年龄等因素进一步分析 Fibroscan 检测肝硬度的可行性,进而为疾病诊断和评估提供指导。

相关报道称,不同类型慢性肝病基本都是向肝纤维化方向发展,最终演变为肝硬化,导致肝功能衰竭;同时,不同类型慢性肝病病理生理改变均有可能影响肝硬度值的测定^[5]。研究发现,导致上述情况的原因较多,一方面是肝纤维化的发生,另一方面与机体其他代谢物、微量元素沉积、胆汁淤积等因素均有相关性,一定程度上会引起超声波反射或是超声波衰减,影响到肝硬度值的测定。此外,肝铜沉积、门脉汇管区病变也会影响肝硬度的测定。有研究中指出,有肝脏手术史的患者对 Fibroscan 检测肝硬度结果产生了一定影响;同时,仪器操作人员自身的专业程度和业务水平也会影响肝硬度 Fibroscan 检测结果;相关研究结果显示,操作者在不同慢性肝病肝纤维化患者胸腹部形态、肝脏缩小、肝前及包膜下积液定位及测量评估方面存在一定的差异性,影响到 Fibroscan 检测结果的一致性。

分析发现,Fibroscan 检测不同分期肝纤维化肝硬度值效能高于超声检查,有明显的优越性 ($P<0.05$);但超声检查半定量评分方法更客观,能够通过影像图像进行客观的评定,以更加清晰化的方式反映不同分期肝纤维化影像图像,为临床慢性肝病疾病诊治提供了新思路。本文研究发现,Fibroscan 检测不同分期肝纤维化肝硬度值存在一定的差异性,S1 期肝硬度值为 (5.74±1.83)、S2 期肝硬度值为 (7.26±2.82)、S3 期肝硬度值为 (15.02±4.53)、S4 期肝硬度值为 (30.48±18.08),上述数据结果显示,肝纤维化分期越高,肝硬度值也越高,不同分期肝纤维化肝硬度相比,有明显的差异性 ($P<0.05$);说明不同分期肝纤维化与肝硬度值相关,说明分期越高,患者肝损伤程度越严重。进一步研究发现,Fibroscan 检测仪的诊断效能较高,早期纤维化 AUC 值 0.792、准确率 62.61%、敏感度 92.24%、特异度 77.56%,严重纤维化 AUC 值 0.841、准确率 79.46%、敏感度 82.47%、特异度 79.46%,数据结果显示,Fibroscan 检测诊断早期纤维化和严重纤维化价值高于显著纤维化,证实了 Fibroscan 在早期及严重肝纤维化中的诊断价值。

相关研究显示,影响 FibroScan 检测肝硬度相关因素包括性别、血清学异常、肋间隙狭窄,肝囊肿、肝血管瘤、肝脏肿瘤等肝脏占位性病等多种因素。本文研究结果显示,FibroScan 检测与年龄、门静脉内径宽度、脾脏厚度、血小板计数、年龄、丙氨酸氨基转移酶、血清白蛋白、总胆红素、凝血酶原活动度均有相关性 ($P<0.05$);多因素分析结果再次证实了上述因素与 Fibroscan 检测肝纤维化患者肝硬度的负相关关系,说明 Fibroscan 检测能够准确评估肝硬化及病变程度,可帮助临床更好鉴别和评估危险因素。分析 FibroScan 检测与超声差异性发现,除了诊断效能存在一定的差异,超声在诊断有大量腹水、肝脏占位性病等患者过程中,可发挥重要的作用,能够作为 FibroScan 检测的辅助检查手段。本研究中,超声检查结果显示,观察组 S4 期肝纤维化实质评分、被膜评分、边缘评分、静脉评分,分别为 (3.49±0.74)、(2.82±0.74)、(2.82±0.76)、(3.47±0.7),各项评分明显高于其他分期 ($P<0.05$),且通过相关性分析,证实了超声半定量评分、肝硬度与不同分期肝纤维化的关系,说明在病情进展下,患者肝损伤程度严重,加剧了肝硬化发生风险。本文研究成果,证实了 Fibroscan 检测技术的应用价值。同时,临床建议将 Fibroscan 检测与超声检查联合应用,更好进行优势互补,提高肝纤维化程度诊断及肝硬度值测量的准确性,充分发挥二者的价值作用,弱化差异性。

综上所述,Fibroscan 检测获取到的量化结果更客观,证实了多种危险因素与肝硬度检测之间的关系,证实了不同分期肝纤维化与肝硬度的关系,可精准测量肝硬度;超声检查可通过半定量评价方式清晰反映肝纤维化程度,可考虑将二者联合应用,进一步提高诊断效能,为慢性乙型肝炎及相关疾病诊治提供参考和新思路。

参考文献:

- [1]施娜.Fibroscan 评价慢性乙型肝炎患者抗病毒的治疗效果研究[J].安徽医科大学,2022.
- [2]吴英桂,刘映霞,陈培锦,陈桐榜,廖子昂.2D-SWE、FIB-4 指数联合肝脏生化指标在乙型肝炎肝硬化患者中的应用价值[J].中国医药科学,2022,12(03):197-200.
- [3]杨琴,孙美艳,鲍琢.不同类型慢性肝病肝纤维化患者 FibroScan 检测仪检查肝硬度值与超声检查变化差异及其影响因素[J].中国医学装备,2021,18(10):69-74.
- [4]董丙田.声触弹性成像、声触弹性测量与血清纤维化指标评估慢性乙型肝炎肝纤维化的效能比较[D].厦门大学,2020.
- [5]方正亚.FibroScan 对丙氨酸转氨酶正常的慢性乙型肝炎肝纤维化的诊断价值[D].华北理工大学,2018.

外周血细胞形态学检查在血常规检验中的临床应用效果

刘鹏

烟台市牟平区宁海街道社区卫生服务中心 山东烟台 264100

摘要：目的：讨论揭示外周血细胞形态学检查技术在血常规检验过程中的应用效能。方法：2021 年 2 月-2022 年 4 月，将我院 404 例接受血液检验患者随机分两组，每组各 202 例，参照组常规性血液检查，研究组外周血细胞形态学检查，测算对比两组的血细胞异常检出率指标。结果：参照组 202 例患者中，有 159 例患者的血样检出正常结果，有 13 例患者的血样检出红细胞形态异常结果，有 12 例患者检出血小板数目异常结果，有 18 例患者检出白细胞形态异常结果；研究组 202 例患者中，有 128 例患者的血样检出正常结果，有 24 例患者的血样检出红细胞形态异常结果，有 22 例患者检出血小板数目异常结果，有 28 例患者检出白细胞形态异常结果；研究组的血细胞异常检出率指标（36.63%）高于参照组（21.29%），组间有差异（卡方=11.562， $P<0.05$ ）。结论：外周血细胞形态学检查技术在血常规检验过程中的应用，效果良好，值得推广。

关键词：外周血细胞形态学检查；血常规检验；应用效果；探讨分析

最近若干年间，在复杂多样的主观因素支持条件下，我国医学事业领域的科学技术发展水平，获取了幅度显著的提升变化，客观上导致临床治疗工作环节和诊断工作环节的关键性价值，获取到了数量更多的城乡各界人民群众的密切关注，间接上也支持促进疾病临床检验技术的持续发展过程^[1]。在检验科临床工作开展过程中，检验技术设备和检验思想理念的更新换代速度极快，客观上支持相关技术操作环节开展过程中准确性水平、可行性水平和全面性水平均得到显著改善提升^[2]。在检验科医师推进开展血液检验技术活动过程中，其主要择取运用全自动血细胞分析仪技术设备，该种技术设备发挥的主要作用，在于能够准确清晰地检测揭示出各类血细胞的实际数量，并且为临床医生开展的围绕各类疾病患者的诊断工作环节，创造并且提供扎实有效的参考支持依据^[3]。但是，现阶段我国检验科临床医生在推进开展血液检验工作过程中，通常更重视开展血常规检验指标项目的检验技术环节，未能重视开展血液细胞形态学检测技术环节，客观上引致部分种类的临床疾病患者遭遇漏诊问题或者是误诊问题^[4]。文章以我院部分接受血液检验患者为调查对象，为其推进开展了外周血细胞形态学检查，测算报告如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

2021 年 2 月-2022 年 4 月，将我院 404 例接受血液检验患者随机分两组，每组各 202 例。参照组男性 111 例，女性 91 例，年龄介于 28-59 岁，平均（41.55±4.10）岁，其中内科患者 60 例，外科患者 56 例，骨科患者 48 例，妇科患者 38 例。研究组男性 109 例，女性 93 例，年龄介于 29-57 岁，平均（41.53±4.07）岁，其中内科患者 54 例，外科患者 53 例，骨科患者 50 例，妇科患者 45 例。研究组与参照组在性别、年龄，以及住院科室等基本资料方面未见差异（ $P>0.05$ ）。

1.2 临床检验技术方法

本项调查研究过程中涉及的所有血液检验样本，均系接受临床血常规检查的外周静脉血液检验样本，且均能与全自动血细胞分析仪设备运用过程中的检测技术控制要求和相关指征充分契合。

本次调查研究过程中需要使用的检测仪器设备和检测试剂主要有：血红蛋白检测试剂、血细胞分析用稀释液、全自动血细胞分析仪设备、显微镜设备、染色液，以及全自动血液分析仪用溶血剂等。

参照组常规性血液检查，在检验工作开展之前，要叮嘱患者开展持续时间 12.00h 的禁食控制和持续时间 6.00h 的禁饮控制，规范化采集获取患

者清晨空腹状态下的静脉血液检验样本 3.00ml，在采集环节结束后，将血液放置到抗凝管中，在充分混合条件下，运用全自动血细胞分析器设备推进开展血常规检验环节，具体涉及的检验指标，主要有血小板计数指标、白细胞计数指标、血红蛋白含量指标，以及红细胞体积分布宽度指标。

研究组外周血细胞形态学检查，在检验工作开展之前，要叮嘱患者开展持续时间 12.00h 的禁食控制和持续时间 6.00h 的禁饮控制，规范化采集获取患者清晨空腹状态下的静脉血液检验样本 3.00ml。要运用瑞氏染液物质针对厚度适宜的 2 张血片展开染色处理环节，接续使用全自血液分析仪设备完成临床检验环节。在具体检验工作开展过程中，具体涉及的检验指标，主要有白细胞计数指标、红细胞计数指标、血红蛋白含量指标，以及红细胞体积分布宽度指标等，同时还要针对红细胞和血小板展开动态观察环节。

1.3 临床观察指标

测算对比两组的血细胞异常检出率指标。

1.4 统计学方法

选择统计学软件包——SPSS27.0，计数资料卡方检验， $P<0.05$ ，组间有差异。

2 结果

参照组 202 例患者中，有 159 例患者的血样检出正常结果，有 13 例患者的血样检出红细胞形态异常结果，有 12 例患者检出血小板数目异常结果，有 18 例患者检出白细胞形态异常结果；研究组 202 例患者中，有 128 例患者的血样检出正常结果，有 24 例患者的血样检出红细胞形态异常结果，有 22 例患者检出血小板数目异常结果，有 28 例患者检出白细胞形态异常结果；研究组的血细胞异常检出率指标（36.63%）高于参照组（21.29%），组间有差异（卡方=11.562， $P<0.05$ ）。详情参见表 1：

表 1 两组的血细胞异常检出率指标比较（n，%）

组别	患者例数	正常血样检出例数	异常血样检出例数			血细胞异常检出率指标
			红细胞形态异常检出例数	血小板数目异常检出例数	白细胞形态异常检出例数	
参照组	202	159	13	12	18	43(21.29)
研究组	202	128	24	22	28	74(36.63)
卡方						11.562

P 值

<0.05

3 讨论

有调查研究结果证实,全自动血细胞分析仪设备,现阶段已经实现在我国各级医疗卫生服务机构的普遍购置和运用,且其能够针对复杂多样疾病的临床检验与诊断工作环节,创造并且提供具备充分可靠性的参考依据,特别是在血常规检验技术方法运用过程中,具备着技术操作步骤简单,检查结果获取速度快和准确性高等技术优势,能够显著提升临床检验科室工作人员的工作参与效率,在总体层面上能够实现传统化血液细胞形态学检验技术的根本性替代^[5]。

当前历史发展阶段,全自动血细胞分析仪设备种类多样。检验科临床中运用的三分类血细胞分析仪设备,以白细胞体积指标作为基础,围绕其他种类血液细胞成分推进开展分类技术环节和处理技术环节,且其仅能获取到中间细胞群百分率指标、粒细胞百分率指标,以及淋巴细胞百分率指标,不能准确化鉴别区分嗜酸粒细胞形态、单核细胞形态与嗜碱粒细胞形态等,且还会在辨别区分原始细胞形态、幼稚细胞形态与异常淋巴细胞形态方面,也需要遭遇到较高水平的技术难度^[6]。

从实际发挥的技术作用效果角度展开阐释分析,尽管五分类血细胞分析仪设备在运行过程中能够展示出更高水平的技术精确度,能够有效修补三分类血细胞分析仪设备运行过程中存在的技术缺陷与局限性,但是其检验技术过程中仅能面对正常形态的血液细胞,针对原始细胞形态、幼稚细胞形态,以及细致化的血细胞内部结构无法发挥准确清晰的辨别技术效果^[7]。

鉴于上述分析内容可以知晓,在检验科临床医学事业运作发展过程中,围绕血液细胞形态学开展的检查工作,依然留待推进开展深入分析工作环节,然而,如果检验科临床医师忽略开展针对血液细胞的形态学检查工作环节,通常会针对实际获取的血常规检验结果准确性和全面性造成显著不良影响,继而给各类临床疾病患者后续经历的诊断过程和治疗处置干预过程,施加显著且鲜明的不良影响^[8]。从整体性层面展开阐释分析,择取并且运用具备充分科学性与有效性的血细胞形态学检查技术方法,是未来一段历史时期之内检验科临床医生需要重点予以关注的基本方面^[9]。

基于现有的临床研究文献,能够引致白细胞发生形态改变结果的原因具备复杂性和多样性,具体涉及罹患化脓性感染疾病因素、罹患放射性肿瘤疾病因素、罹患严重传染性疾病因素、罹患造血系统疾病因素,以及罹患中毒性疾病因素等^[10]。

然而,在常规性血细胞分析仪设备执行血液检查技术功能过程中,其通常不能显著清晰检查揭示白细胞形态异常问题,比如在患者罹患急性感染性疾病条件下,患者外周血液环境中分布的中性粒细胞通常会相较其正常状态发生幅度显著的增大变化,其细胞核也会发生显著的向左移动过程或者是向右移动过程,同时血细胞还会呈现出体积大小非均匀分布状态,甚至还会有部分数量的细胞内部,会形成和展示出空泡杜勒现象、中毒颗粒现象和核变性现象等;除此之外,还有一定可能性引致产生较大覆盖面积的血小板聚集现象或者淋巴细胞聚集现象。

对于贫血疾病患者而言,其机体内部分布的红细胞不仅会在数量层面发生改变,还会在形态特征层面发生改变,比如极易形成和展示出靶形红细胞形态、核红细胞形态、嗜多色性红细胞形态,以及点彩红细胞形态等。对于罹患严重传染性疾病的患者而言,其机体内部实际分布的单核细胞数量通常会显著增加,且在发生过敏反应过程、罹患支原体肺炎疾病,以及罹患病毒感染性疾病条件下,通常也会引致异常形态淋巴细胞数量显著持

续增加。

对于血细胞形态改变问题而言,如果单纯性地依赖运用全自动血细胞分析仪设备推进开展临床检验技术工作环节,通常难以获取到具备充分准确性的数据结果,对照而言,传统化血细胞涂片染色检验技术,能够更加直观且清晰地帮助支持临床检验技术操作人员发现各类血细胞发生形态变化现象,且在复杂多样的临床疾病患者诊断治疗过程中发挥关键性作用。

在临床医学事业传统发展阶段,血细胞形态染色检测技术方法尽管在具体使用过程中的总体效率相对较低,且技术操作过程相对繁琐,但是技术操作人员可以基于光学显微镜视野下清晰观察确定血细胞所处状态。

本次研究中,参照组 202 例患者中,有 159 例患者的血样检出正常结果,有 13 例患者的血样检出红细胞形态异常结果,有 12 例患者检出血小板数目异常结果,有 18 例患者检出白细胞形态异常结果;研究组 202 例患者中,有 128 例患者的血样检出正常结果,有 24 例患者的血样检出红细胞形态异常结果,有 22 例患者检出血小板数目异常结果,有 28 例患者检出白细胞形态异常结果;研究组的血细胞异常检出率指标(36.63%)高于参照组(21.29%),组间有差异(卡方=11.562, $P<0.05$)。本次调查研究过程中获取的数据测算结果显示,基于血常规检验过程中结合运用外周血细胞形态学检查技术,效果优质。

结语:

在检验科临床医学工作运作发展过程中,基于血常规检验过程中结合运用外周血细胞形态学检查技术,能够支持实现针对各类血细胞异常问题的全面准确发现揭示,助力患者获取到科学规范有效的临床治疗处置干预,适宜普及运用。

参考文献:

- [1]董凤芝,赵贺红,李庆敏.珠蛋白生成障碍性贫血和缺铁性贫血患者血常规检验指标的差异及鉴别诊断价值[J].医药论坛杂志,2022,43(12):44-46+50.
- [2]关丽君.全自动血细胞分析仪与血涂片细胞形态学在新生儿肺炎血常规检验中的应用价值分析[J].中国实用医药,2022,17(14):90-93.
- [3]王晓慧.全自动血细胞分析仪与血涂片细胞形态学在血常规检验中联合应用的价值探析[J].中国实用医药,2021,16(36):105-107.
- [4]方向,蒋婧.血液涂片细胞形态学联合全自动血细胞分析仪在血常规检验中的应用价值分析[J].黑龙江医学,2021,45(23):2549-2551.
- [5]许翼,匡宁,谈王蓉,等.血常规结合凝血 6 项指标检验在不同孕产期孕妇临床妊娠期间的应用价值分析[J].现代医学与健康研究电子杂志,2021,5(23):107-109.
- [6]李云萍.全血 C-反应蛋白联合血常规检验在小儿细菌性感染性疾病中的诊断价值分析[J].现代诊断与治疗,2021,32(23):3710-3712.
- [7]刘小兰.全自动血细胞分析仪血常规检验在地中海贫血和缺铁性贫血诊断中的效果观察[J].现代诊断与治疗,2021,32(22):3631-3633.
- [8]魏佳.全血 CRP 联合血常规检验在儿科细菌性感染类疾病中的应用价值及准确性分析[J].中外医疗,2021,40(28):187-190.
- [9]张爱芬.血常规结合 C 反应蛋白检验在鉴别诊断小儿细菌感染与病毒感染中的临床价值[J].黔南民族医学专学报,2021,34(03):195-196.
- [10]纪玉红.全自动血细胞分析仪联合血液涂片细胞形态学检测在血常规检验中的应用价值分析[J].中国实用医药,2021,16(17):205-207.

氢氧化钙联合碘仿在根管封药中的效果观察及有效率与价值分析

刘育红 林钊锐 苏郁海 何珏怡 莫滢冰

德庆县人民医院，口腔科 526600；德庆县人民医院口腔科

摘要：目的：探究氢氧化钙联合碘仿在根管封药中的效果观察及有效率与价值。方法：选择本院 2019 年 10 月~2021 年 02 月收治的 40 例根管治疗患者，将其分为两组后，每组各 20 例。对照组应用氢氧化钙糊剂，实验组应用氢氧化钙联合碘仿糊剂进行封药。比较两组患者的临床疗效、临床症状及急症疼痛发生率。结果：实验组的临床疗效高于对照组（ $P<0.05$ ），且实验组的临床症状及急症疼痛发生率低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：氢氧化钙联合碘仿在根管封药中的临床疗效显著，可有效减少患者的临床症状，且缓解患者的急症疼痛。

关键词：氢氧化钙；碘仿；根管封药；临床效果

根管治疗封药就是在开髓引流之后，彻底清除根管内残余物质后，在里面放了一种药物，这个一般有消炎成分，封药时间一般是 1~2 周左右^[1]，封药期间可能会出现胀痛，可以配合吃消炎药来缓解症状。根管治疗封什么药，当然是看情况来决定的。不同的患者不同的情况，可能封的药有所不同。根管治疗可以封氢氧化钙，也可以封木榴油，可以封碘仿等等^[2]，这些都是临床上使用过的。当然目前来说氢氧化钙这种药物用的还是比较多的，它的作用是比较强的。牙齿龋坏引起的牙髓炎，或者是根尖周炎的治疗中，氢氧化钙是经常用到的药物^[3]。氢氧化钙既能作为根管消毒剂，用于根管封药，又能作为根尖孔没有形成的情况，用作根尖诱导。在根管封药的过程中，氢氧化钙可以作为消炎药，封在根管里一周到四周左右，炎症控制之后进入根尖诱导阶段^[4]，氢氧化钙封药可以延长到三个月，或者是六个月的时间，起到诱导作用。氢氧化钙是最好的根充糊剂，碘仿增强了抑菌作用^[5]，并有收敛和防腐作用，用于渗出液较多的根管较好。因此，使用氢氧化钙联合碘仿在根管封药中的效果，现报告如下。

一、资料和方法

1.1 一般资料

选择本院 2019 年 10 月~2021 年 02 月收治的 40 例根管治疗患者作为实验对象，按照随机分配的方法分为对照组（20 例）与实验组（20 例）。对照组男 10 例，女 10 例，年龄 35~66 岁，平均年龄（37.41±16.31）岁，病程 1.5~3.0 年，平均病程（1.22±1.12）年；实验组男 10 例，女 10 例，年龄 36~67 岁，平均年龄（38.74±18.57）岁，病程 2.0~3.5 年，平均病程（1.46±1.16）年。比较查看两组患者的年龄和病程的一般资料（ $P>0.05$ ），具有可比性。本次研究经相关医学伦理委员会批准，参与研究者知情同意并签署知情同意书。

1.2 治疗方法

首先拍 X 线牙片，检查并记录患牙情况。

对照组和实验组均进行常规开髓、拔髓、扩大清理根管内残髓，然后进行根管预备。采用根管长度测量仪并配合 X 射线片测量根管工作长度，并采用 3% 过氧化氢溶液和生理盐水交替冲洗根管，冲洗时瘘管口有冲洗液流出，保持窦道畅通，棉条隔湿，并用无菌纸尖干燥根管。实验组采用氢氧化钙加碘仿置于根管。对照组患者在根管内放置氢氧化钙，最后两组均使用暂时性填充材料进行暂封处理。两组患者封药 1 周后进行复诊。

1.3 评价指标

观察两组患者治疗后的临床疗效、临床症状及急症疼痛发生率。临床疗效分为显效、有效及无效。显效：患者临床症状消失，疼痛感得到较好的缓解，瘘管消除。有效：瘘管基本得到控制，患者疼痛感有所减轻。无效：瘘管未闭合，疾病反复复发，炎症未消除。临床症状包括：有瘘管、髓腔异味及有渗出物。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 20.0 统计学软件进行数据分析，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

2.1 比较两组患者的临床疗效

实验组的总有效率为 95.00% 高于对照组的 50.00%，实验组的临床疗效优于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 临床疗效对比[n（%）]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	20	5（25.00）	5（25.00）	10（50.00）	10（50.00）
实验组	20	12（60.00）	7（35.00）	1（5.00）	19（95.00）
χ^2	—	—	—	—	10.1567
P	—	—	—	—	0.0014

2.2 比较两组患者治疗后的临床症状

实验组的有瘘管、髓腔异味及有渗出物等临床症状均少于对照组（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 临床症状对比[n（%）]

组别	例数	有瘘管	髓腔异味	有渗出物
对照组	20	15（75.00）	8（40.00）	10（50.00）
实验组	20	3（15.00）	2（10.00）	1（5.00）

2.3 比较两组患者的急症疼痛发生率

实验组的急症疼痛发生率为 10.00% 低于对照组的 60.00%（ $P<0.05$ ），见表 3。

表 3 急症疼痛发生率对比[n（%）]

组别	例数	急症疼痛发生率
对照组	20	12（60.00）
实验组	20	2（10.00）
χ^2	—	10.9890
P	—	0.0009

三、讨论

完善的根管治疗，能够有效的提升患者的疗效，其中，根管机械预备、根管冲洗和封药，是根管治疗中十分重要的三个步骤，这三个步骤取决于患者能否彻底的清除感染灶及患者患处的愈合。根管治疗术是口腔科中最常见、最基本的治疗方法，它是针对各种原因引起的牙髓炎、急性根尖周炎、牙周牙髓联合病变。一般情况下，在出现上述病变引起剧烈疼痛的同时，需要打开牙髓，抽出牙髓内的神经来达到止痛的目的，此时，空旷的根管需要填充物质。根管充填目的是封闭根管系统，以防止细菌进入根管

系统造成根管的再次感染,以及组织液进入根管成为残余细菌的培养基。根管预备和消毒后,如无自觉症状、无明显叩痛、无严重气味、无明显渗出液和无急性根尖周炎症状,即可充填根管。填充方法包括冷牙胶侧方加压充填法,热牙胶垂直加压充填法等来达到封闭根管的作用,以完善的根管治疗来保存患牙。同时,根管治疗后在患牙上套金属或者烤瓷的冠套来保护牙齿。根管治疗又叫牙髓治疗,其是一种治疗牙髓病变的手术方式,此手术主要是保留了牙齿。牙髓坏死以及各种类型的根尖周炎疾病都很适合使用根管治疗。为了使患牙避免被拔除的命运而选用根管治疗,根管治疗能够保持天然牙的完整性^[6],防止因拔除后造成的邻牙移位、牙周病、龋坏等发生。而根管治疗中会因为根管封药效果不佳而导致失败,因此选择适当的根管封药材料尤为关键。在通过根管机械预备联合根管冲洗之后,一些死角内的细菌无法被机械方式去除,为了达到疗效,根管治疗还要辅以根管内封药的方法。根管治疗术是在临床上治疗慢性牙髓炎最常用的方法。因为慢性牙髓炎大多数是由于龋病龋坏程度较深所致,并且慢性牙髓炎发作时以疼痛为主要症状,这样严重的影响了患者的生活质量和正常生活,所以采取根管治疗术使慢性牙髓炎的治疗有着满足患者需求的重要意义。在临床上根管治疗术中,对根管内封药时药物的选择也有许多类型。对于不同药物的选择,治疗后的效果也有很大程度的不同。例如临床上最常用的根管内封药的药物是樟脑酚和氢氧化钙^[3],它们两个的功效作用有很大不同。樟脑酚作为口腔中常用的消毒药物有着悠久的历史,和它相比氢氧化钙的使用时间较短。在临床上也体现了樟脑酚的抑菌效果明显的作用。但随着研究调查的推进,有研究资料提示,樟脑酚细胞内毒性较强,在使用过程中,可能会刺激根尖周组织,让其安全性遭到质疑。从其远期疗效来看,樟脑酚可能会使根尖周组织处诱发变态反应,使用它进行消毒,可能会造成根管部的炎症长期不能消除的严重结果,所以利用樟脑酚治疗的远期疗效并不好。

氢氧化钙是一种临床上广泛运用于牙髓病的根管内封药^[7]。一般根管治疗使用氢氧化钙进行封药处理,因为氢氧化钙具有抗菌性,且可以消灭根管内细菌,并且渗透牙本质,帮助硬组织形成等特性。氢氧化钙可以减轻根尖组织的毒性反应,保证患者的预后。氢氧化钙为强碱物质,能够对根管和牙本质小管进行有效的灭菌作用,并且刺激性小,安全无毒。氢氧化钙的抗菌机制主要有:(1)利用氢氧化钙的强碱性,使细菌失去活力。(2)氢氧化钙可以水解脂肪酸,从而改变类脂 A 的结构,造成内毒素活性丧失。(3)羟基离子分子具有一定的扩散性,并且能够对牙本质中缝隙的一些细小细菌进行消杀,而氢氧化钙在分解病灶组织的同时,就能分解出这种物质。氢氧化钙能够促进根尖周组织的恢复,作为根管治疗中的另一种杀毒药剂,还能够中和患者患处分泌的酸性物质,大大的减轻了根尖周组织的刺激。此外,氢氧化钙还能够软化根管壁软组织,更好的清理了根管内一些死角的感染物质,降低了治疗期间发生其他急症的可能性。而碘仿是黄色小叶状的结晶,有呛鼻的味道,难溶解水,可是可溶解酒精和医用乙醚,碘仿在碰到组织液,浓液和创口的分泌物后,可延缓溶解出分散碘,具备防腐、除臭,止疼,降低渗出液等功效。碘仿是口腔科普遍的消毒用品,碘仿又被称作三碘甲烷。当碘仿运用于部分组织后,能够慢慢地释放出来元素碘,有非常好的消毒杀菌防腐功效。因此氢氧化钙联合碘仿的效果显著。

对于受损严重的根尖部分,即使经过严格的消毒处理,依然将有持续性的渗出现象,而使用氢氧化钙进行封药处理可及时有效的将根管进行干燥处理^[9]。氢氧化钙加碘仿封药,比樟脑酚加碘仿及甲醛甲酚等传统根管内封药安全有效,其封药时间的长短都可,两者结合使用可充分有效的发

挥其药理作用,能有效减少复诊次数,缩短疗程^[10],并且减轻患者的疼痛感,较其他根管内消毒药物具有较好的效果。

氢氧化钙可以对抗酸性物质,抑制细菌生长,碘仿可以消毒防腐防渗出。由于碘仿遇到细菌产物时可缓慢分解释放游离碘,可以氧化其细菌,起到有效杀菌的作用。碘仿不但对组织无刺激,而且还能促进根尖病灶的吸收,减少渗出。氢氧化钙和碘仿的根管内联合用药后^[11],可以提高抗炎作用^[12],发挥其杀菌、防腐及协同作用,减少根管内封药后的反应,减轻根管封药的疼痛^[13],缩短疗程。

本次研究选择 40 例根管治疗患者为研究对象,对照组 20 例应用氢氧化钙糊剂封管,而实验组联合应用氢氧化钙糊剂和碘仿糊剂进行封管,结果显示,实验组总有效率为 95%,对照组仅 50%,且实验组瘘管、髓腔异味、渗出物的发生率以及急症疼痛发生率均低于对照组,由此说明,单一使用氢氧化钙糊剂封管虽可获得一定效果,但比较有限,若联合碘仿糊剂封管,能够使封管效果大大提升,并减少髓腔异味、急症疼痛等多种不良症状的发生率,整体效果更为显著。

综上所述,对于根管封药而言,应用氢氧化钙联合碘仿治疗的效果较好,可有效缓解患者的疼痛,减少患者的临床症状,值得推广应用。

参考文献:

- [1]魏治丽,魏丽,刘玲珍,等.氢氧化钙制剂在根管治疗中的临床应用价值分析[J].心理月刊,2020,v.15(09):152-152.
- [2]耿源.氢氧化钙联合碘仿在根管封药中应用效果分析[J].海峡药学,2018,030(007):184-185.
- [3]魏金菊.碘仿氢氧化钙糊剂在慢性根尖周炎根管治疗中的作用探讨[J].临床医学工程,2019,026(012):1659-1660.
- [4]李艳.氢氧化钙碘仿糊剂在儿童根管治疗中的应用效果[J].医药界,2019,6(002):0031-0032.
- [5]高燕.氢氧化钙碘仿糊剂在儿童根管治疗中的应用效果[J].全科口腔医学电子杂志,2017,004(012):46-47.
- [6]俞辉.氢氧化钙碘仿糊剂根管消毒治疗有窦型慢性根尖周脓肿的临床观察[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,v.7(35):67-67.
- [7]秦凤霞.氢氧化钙制剂与传统根管消毒药对根管治疗疗效影响分析[J].全科口腔医学电子杂志,2017,3(006):45-46.
- [8]吴丹.根管填充氢氧化钙糊剂在牙髓病及根尖周病中的治疗效果[J].黑龙江医药,2020,033(001):115-117.
- [9]陈建霖.氢氧化钙碘仿糊剂根管充填治疗根尖周病的临床效果观察[J].健康之友,2019,2(012):18.
- [10]叶守旭,刘启成.碘仿治疗感染性根管的疗效观察[J].全科口腔医学电子杂志,2019,006(004):34.
- [11]吉光柱.氢氧化钙碘仿糊剂根管消毒治疗有窦型慢性根尖周脓肿的临床观察[J].大家健康(下旬版),2017,11(012):133.
- [12]高燕.氢氧化钙碘仿糊剂在儿童根管治疗中的应用效果[J].全科口腔医学电子杂志,2017,4(012):46-47.
- [13]吴桂堂,周黎黎.氢氧化钙糊剂联合根管治疗术治疗牙髓炎或根尖的效果观察及VAS评分影响分析[J].全科口腔医学电子杂志,2019,6(21):44-45.]

第一作者姓名:刘育红,单位与科室:德庆县人民医院,口腔科,单位地址和邮编:广东省德庆县致庆大道33号,526600.,性别与学历:女,大专,职称和职务:主治医师,籍贯与民族:江西省,吉安市,汉族,出生年月:1986年04月20日,研究方向:口腔内科。

超声诊断新生儿缺氧缺血性脑病的价值分析

买泽伏

同心县中医医院彩超室 宁夏同心县 751300

摘要：目的：探讨超声诊断新生儿缺氧缺血性脑病的价值。方法：观察本院 2019 年至 2021 年期间接收的新生儿案例 100 例，分为对照组与观察组各 50 例，对照组为健康新生儿，观察组为新生儿缺氧缺血性脑病案例，均采用超声诊断，分析超声诊断情况差异。结果：在 24h 大脑中动脉血流参数上，观察组各项与对照组差异明显，有对比统计学意义 ($p<0.05$)；在 72h 大脑中动脉血流参数上，观察组各项与对照组差异明显，有对比统计学意义 ($p<0.05$)。结论：超声诊断新生儿缺氧缺血性脑病，在有关脑组织血流参数上有明显的差异，可以作为诊断有效手段，无创无痛，诊断便捷，应用效果好。

关键词：超声诊断；新生儿缺氧缺血性脑病；价值

新生儿缺氧缺血性脑病一般需要通过影像学诊断技术支持来确定疾病，而其中超声诊断技术的安全性相对更高，适应性更广，接受度更好。通过超声诊断，更好地提升了有关疾病的检出率，同时防控有关误诊问题，提升患者整体的预后效果。多普勒彩超可以更好地反馈脑损伤具体程度，定位脑损伤位置，了解脑组织关系，对于转归情况做更为准确的判断。本文采集新生儿案例 100 例，分析采用超声诊断新生儿缺氧缺血性脑病的价值，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

观察本院 2019 年至 2021 年期间接收的新生儿案例 100 例，分为对照组与观察组各 50 例，对照组为健康新生儿，观察组为新生儿缺氧缺血性脑病案例。对照组中，男 29 例，女 21 例；胎龄为 39 周至 42 周，平均 (39.87 ± 0.42) 周；观察组中，男 26 例，女 24 例；胎龄为 39 周至 42 周，平均 (39.87 ± 0.42) 周；两组患者在基本胎龄、性别等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

均采用超声诊断，辅助新生儿保持仰卧位，运用凸阵探头，保持 2MHz，做好大脑动脉血流监测。

1.3 评估观察

分析超声诊断情况差异。评估观察 24h、72h 大脑中动脉血流参数，包括 Vs、Vd、Vm、RI 等指标。

1.4 统计学分析

数据运用 spss22.0 软件处理，计数资料使用 $n(\%)$ 表示，采用卡方检验，计量资料运用 ($\bar{x}\pm s$) 表示，采用 t 检验， $p<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 各组患者 24h 大脑中动脉血流参数情况

见表 1，在 24h 大脑中动脉血流参数上，观察组各项与对照组差异明显，有对比统计学意义 ($p<0.05$)。

表 1：各组患者 24h 大脑中动脉血流参数结果 ($\bar{x}\pm s$)

分组	Vs (cm/s)	Vd (cm/s)	Vm (cm/s)	RI
观察组	57.29±7.32	11.07±2.45	27.85±2.16	0.76±0.05
对照组	38.02±6.54	13.49±3.26	33.67±2.87	0.63±0.06

注：两组对比， $p<0.05$

2.2 各组患者 72h 大脑中动脉血流参数情况

见表 2，在 72h 大脑中动脉血流参数上，观察组各项与对照组差异明显，有对比统计学意义 ($p<0.05$)。

表 2：各组患者 72h 大脑中动脉血流参数结果 ($\bar{x}\pm s$)

分组	Vs (cm/s)	Vd (cm/s)	Vm (cm/s)	RI
观察组	56.28±2.39	25.87±2.96	28.76±2.11	0.81±0.05
对照组	44.72±3.41	14.87±2.43	24.26±2.06	0.62±0.04

注：两组对比， $p<0.05$

2.3 新生儿缺氧缺血性脑病脑部超声影像情况

本研究中，观察组 34 例脑水肿患儿中，呈现出脑组织水平对脑室构成压迫，脑沟裂相对变窄，展现出狭缝状，脑实质有弥漫性、不均匀增强的回声。CDFI 展现其 24h 内的脑血流速相对减缓，频谱多普勒展现出低速高阻的血流频谱状况。其中有脉络丛出血的患儿有 18 例，其呈现出患侧的脉络丛明显增粗，同时合并有强回声团，双侧脉络丛存在不对称，其形态不规则，脑室相对增宽。脑实质内囊腔样的变化有 11 例，其呈现出脑室周围有着白质强回声，内部有规则大小不一的小囊腔分布。其中脑萎缩有 5 例，一般呈现出脑回皱缩，脑沟相对变深，额部脑周间隙相对变宽等情况。

3 讨论

HIE 作为常见的新生儿颅内病变问题之一，其发病率比颅内出血相对更高，同时也是构成新生儿死亡的重要原因之一^[1]。新生儿窒息是引发该病的主要原因，有关研究发现，新生儿窒息的发生率在 7%至 10%范围^[2]，而由此导致新生儿出现免疫功能异常紊乱，进而会导致 HIE 的出现。HIE 作为新生儿围生期窒息常见的并发症之一，其病理性改变集中在脑梗死、脑水肿、脑室周围白质软化，或者出现继发性颅内出血问题^[3]。如果属于轻度 HIE 情况，则呈现出新生儿的激惹或者嗜睡情况，合并有吸吮反射的消失或者弱化。如果属于中重度情况，则会有意识障碍与昏迷情况，情况严重会导致患儿中枢性呼吸衰竭、呼吸暂停与瞳孔变化有关脑干损伤表现情况。如果不能及时诊断治疗，容易导致新生儿智力发育异常、残疾以及癫痫等状况，甚至导致新生儿生命威胁^[4]。

新生儿缺氧缺血性脑病 (HIE) 的发病相对急促，同时病情发展快，总体的病情严重性相对较高，因此需要早期的诊断以及干预来减少有关疾病对新生儿构成的神经系统损伤^[5]，提升患儿整体的生存质量，优化其预后效果。新生儿窒息早期会存在对应的脑血流动力学的变化，通过彩超可以对其脑血流动力学有关指标做及时的检查观察。血流动力学一般会在缺氧情况下产生对应的指标变化，机体为了保证重要脏器的血供需求，进行非重要器官血管的收缩，由此进行脑组织保护^[6]。但是这种人体的自我调节会由于缺氧引发一定障碍，血流在灌注之后会出现继发性能量衰竭，产生自由基损伤，一氧化氮双向作用等各种情况，导致脑组织受损，引发脑

部疾病^[7]。

脑血流会因为血流代谢偶联调节以及神经调控等身体机制而进行一定脑血流控制对应的恒定。然而在病理情况下,脑血流会产生的变化会超出脑血管代偿能力,进而引发血流速相对减缓,脑灌注量明显下降。如果有关水平超过了灌注域,则会引发脑结构以及功能出现异常障碍^[8]。缺氧缺血性脑病会导致人体持续性的脑低灌注量状态,进而引发血管萎缩,导致血流速度以及阻力的改变。彩超检查可以更好地反馈血管内血流方向以及具体速度。针对脑组织血流情况观察时,具有一定的缺血缺氧性脑病诊断优势。

新生儿因为窒息情况会引发脑内缺氧、缺血,脑组织会针对脑内血液做重新地分配调整。大脑中动脉属于颈内动脉有关连接通道,脑组织 80% 的血液都会通过大脑中动脉流入到大脑半球中。由此在新生儿出现窒息之后,大脑中动脉会第一时间进行收缩,进而导致其他区域受到牵连。进行大脑中动脉区域血流变指标以及有关血小板水平的观察,在一定程度上可以了解脑组织供血状况。采用新生儿头颅超声,可以通过专用探头操作,其分辨率相对较高,可以对前囟门检查中清晰地展现新生儿颅内脑室、脑实质的具体结构状况,即便属于颅内较为轻微细小的变化都可以探测到,由此来提升诊断的准确性。即便导致 HIE 的问题相对复杂,同时其疾病机制没有统一认定,但是可以判定该病与缺氧、缺血有一定的关联性。有关研究表明,通过彩色多普勒超声诊断 HIE 的准确率可以高达 100%,其中特异度也可以达到 90%以上,由此可以说明该诊断技术可以达到较高的 HIE 诊断价值,准确性高,对于疾病严重程度也可以较为清晰的判断。该技术可以观察血流的方向、血流信号的强弱、充盈状况,以及了解紊乱血流状况,还可以了解血流频谱形态。有关大脑血流动力学紊乱属于新生儿 HIE 相对主要的病理机制。一般情况下, HIE 患儿多普勒彩超诊断中会发现脑动脉 Vs、Vd 在其出生之后的 24h、48h 会表现出明显减慢的效果,比健康患儿的速度要显著减缓。其血流参数变化状况与其病情的严重程度直接关联。HIE 严重程度越高,其脑动脉血流速越慢。一般在 72h 后,新生儿无论属于何种 HIE 分级状况,都会呈现出血流频谱指标相对趋同的状况。因此,通过彩色多普勒超声诊断 HIE,可以更好地观察血流频谱形态,可以诊断 HIE 的同时,也可以对其病情严重程度做进一步的了解,由此为后续治疗康复情况做有效参考。

在本研究中,在 24h 大脑中动脉血流参数上,观察组各项与对照组差异明显,有对比统计学意义 ($p<0.05$);在 72h 大脑中动脉血流参数上,观察组各项与对照组差异明显,有对比统计学意义 ($p<0.05$)。有关指标的变化,在一定程度上可以反馈出新生儿脑内血流供应受到一定的阻力,由此引发其脑内血流流速降低。同时由于患儿自身的脑血流灌注相对降低,由此导致有关指标的变化。脑血流动力学指标的改变引发脑血液出现重新地分布,进而导致脑内血流流速相对减缓。通过有关指标的观察,可以判断其血流指标的异常。

缺氧缺血性脑病有关患儿的发病特点主要集中在血管阻力水平的提升,而在其疾病严重性不断提高的情况下,血管阻力会顺应性提高,导致有关脑血流指标成了有关患儿病情的评估参照。在有关研究中发现,当 RI 水平达到 0.9 以上时,其脑血管痉挛会严重性相对较高,脑灌注量会显著的下降,整体的预后情况相对较差。对于预后不良的患儿的脑血流速明显比预后相对好的患者速度更低。预后良好的患儿 Vs、Vm 有关水平比预后不良患儿明显更高,而 RI 水平上,预后不良患儿的水平相对更高。缺

氧缺血性脑病的具体病情越轻,其预后情况更好,血流速更快。但是预后情况差,血流阻力则更大。缺氧缺血会引发脑损伤,由此导致管壁僵硬,其脑血管内径相对缩减,由此导致血管阻力水平提升。间大脑中动脉血流动力学的检测,可以对其缺氧缺血状况做直接的观察,进而对其预后状况做一定的提示。

新生儿缺氧缺血性脑病的超声影像特点在于疾病早期可能会有脉络丛出血、脑水肿等情况,在晚期会有脑萎缩,脑实质囊腔样变化。早期血管处于高度痉挛状况,血管阻力的变化会对脑血流产生一定的改变。有关疾病特点在于收缩缝高尖以及 RI 异常提升,血管阻力提高,产生的原因在于血管周围有关星形细胞水肿,血管内皮细胞出现肿胀,由此引发管腔狭窄闭塞。依据脑血流动力学变化状况,会导致患者脑损伤严重程度变化,通过彩超可以及时有效地反馈脑血流变化状况。而依据其血流动力学的细小变化,可以对其脑血流改变做有效判断,由此对于疾病治疗以及诊断工作产生一定支持作用。

该技术的优势在于其没有放射性的损伤,操作便捷,成本低,可以展开床旁操作,在新生儿的疾病诊断中具有较高的适用性。该诊断技术对于脑室以及脑实质出血等情况的诊断可以达到相对理想的效果。同时在有关基础之上配合 MRI 以及 CT 等技术,可以更好地了解脑损伤具体程度以及其变化状况,对有关疾病诊断工作提供更好的支持。具体操作上,还需要操作人员自身对于有关参数调控以及操作处理细节的把控,由此发挥彩超技术的优越性。不同人在进行相同技术操作下也会存在结果的差异性。尤其是新生儿的配合度较差,更考验操作者自身的灵活应变能力。总体来说,该检查可以更好地调动新生儿的配合度,但是疾病本身所引发的患儿情绪波动,是提升检查难度的关键。

总而言之,超声诊断新生儿缺氧缺血性脑病,在有关脑动脉血流参数上有明显的差异,可以作为诊断有效手段,无创无痛,诊断便捷,应用效果好。

参考文献:

- [1]魏郑虎,霍亚玲,王丹,等. 颅脑超声检查对新生儿缺氧缺血性脑病早期诊断的研究价值[J]. 医学影像学杂志, 2021, 31 (8): 1270-1273.
- [2]盛蕾. 新生儿缺氧缺血性脑病的超声诊断价值研究[J]. 中华养生保健, 2021, 39 (8): 173-175.
- [3]陈文显,韩运生,刘逍. 新生儿缺氧缺血性脑病的脑超声血流动力学特征及与临床预后的关系[J]. 中国超声医学杂志, 2020, 36 (9): 769-773.
- [4]李晨晨. 缺氧缺血性脑病新生儿脑超声血流动力学变化及与预后的相关性分析[J]. 现代医学与健康研究 (电子版), 2021, 5 (14): 119-121.
- [5]贾欣欣,孙晓华,谭伟霞. 彩色多普勒超声在新生儿缺氧缺血性脑病中的诊断价值[J]. 实用医学影像杂志, 2021, 22 (3): 297-299.
- [6]马青, NIE FANG. 缺氧缺血性脑病脑损伤早期诊断及预后评估影像学进展[J]. 医学影像学杂志, 2021, 31 (3): 517-520.
- [7]张鹏花,罗立倩,潘艳艳,等. 彩超在缺氧缺血性脑病新生儿脑血流参数中的检测价值分析[J]. 血栓与止血学, 2020, 26 (3): 409-411.
- [8]陶莹,庄翔. 颅脑超声检查技术应用于新生儿获得性脑损伤临床诊断价值[J]. 医学食疗与健康, 2021, 19 (2): 155-156.

银川市医疗器械不良事件监测的现状及对策研究

米莉

银川市市场监督管理局 宁夏银川市 750000

摘要: 目的 为全面分析银川市医疗器械不良事件监测情况,提高安全用械水平。方法 根据对银川市2020年上报的医疗器械不良事件数量、来源、产品品种等,进行描述性分析和原因分析。结果 2020年银川市医疗器械不良事件报告699份,十年年均增长率为4.22%,医疗器械使用单位是医疗器械不良事件上报的主要来源,以III类、II类医疗器械报告为主,产品以注射、护理和防护器械为主。死亡及严重伤害报告数占1.28%。结论 银川市医疗器械不良事件整体情况良好,应重点降低注射、护理和防护器械不良事件发生率,减少医疗器械故障引起的医疗器械不良事件,建议经营企业、使用单位、监管部门多机构联动,保障人民使用医疗器械安全。

关键词: 医疗器械;不良事件监测;现状;对策研究

[Abstract]Objective To analyze the monitoring of medical device adverse events in Yinchuan City and improve the level of safe use of devices. Methods The number, source and product variety of of medical device adverse events in Yinchuan in 2020 were statistically described and analyzed. Results In 2020, there were 699 reports of adverse events of medical devices in Yinchuan City, the average annual growth rate was 4.22% . the main source of reporting adverse events were Medical device users, the Class III and Class II medical device reports as the main source, and injection, nursing and protective devices as the main products. The number of death and serious injury reports accounted for 1.28%. Conclusion The overall situation of adverse events of medical devices in Yinchuan City was good. We should focus on reducing the incidence of adverse events of infusion, nursing and protective devices, and reducing the adverse events of medical devices caused by medical device failures. It was suggested that the operating enterprises, user units, and regulatory authorities should cooperate with each other to ensure the safety of people's use of medical devices.

[Key words]Medical devices; Adverse event monitoring; present situation; Countermeasure research

医疗器械不良事件监测是指对可疑医疗器械不良事件(后文简称不良事件)的发现、报告、评价和控制过程,其实质是通过收集、分析和评价医疗器械使用过程中出现的问题,最终对其采取风险控制,防止同类问题重复发生和蔓延^[1-4]。本研究通过对银川市不良事件监测数据进行统计分析,针对存在的问题提出对策建议,从而降低不良事件风险。

1. 资料与方法

1.1 资料来源 数据来源于国家医疗器械不良反应监测系统中2010年至2020年银川市报告数据。

1.2 分析方法 通过系统导出数据,采用spss17.0统计软件,对不良事件报告数量、平均增长率、等进行描述性统计分析。

2. 结果

2.1 不良事件报告数量

2.1.1 2010年至2020年不良事件报告数量

2020年银川市共收到可疑不良事件报告699份,占宁夏报告总数的51.7%;每百万人口平均报告数量为305份,2010-2020年银川市不良事件每百万人口平均报告数量呈向增长后下降的趋势,2019年达最高值,年均增长率为4.22%,具体数量及环比增速见图1。

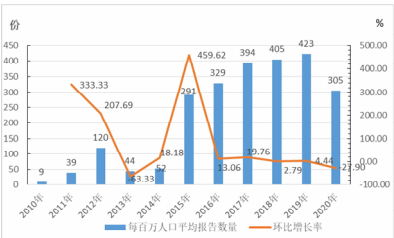


图1 2010年-2020年银川市不良事件报告数量及增长率

2.1.2 不同县区不良事件报告数量

2020年银川市各县区的不良事件报告中,兴庆区和金凤区最高,分别占55.36%、24.03%。与2019年相比,兴庆区、金凤区、西夏区、永宁县、贺兰县和灵武市不良事件报告数量均减少。具体见表1。

表1 不同县区不良事件报告数量

地区	2020年人口数(万人)	2020年每百万人口报告数(份)	2020年报告总数(份)	2019年报告总数(份)	环比增长率(%)
总计	229.31	305	699	968	-4.46%
兴庆区	75.54	512	387	462	7.63%
金凤区	36.93	455	168	284	-5.31%
西夏区	36.28	113	41	48	0.91%
永宁县	24.56	651	16	38	-1.64%
贺兰县	26.38	235	62	68	1.85%
灵武市	29.61	844	25	68	-3.44%

2.2 报告来源分布

2020年银川市上报的可疑不良事件报告中使用单位是不良事件上报的主要来源,与2019年相比,使用单位上报的数量构成降低了0.84个百分点。具体见图2。

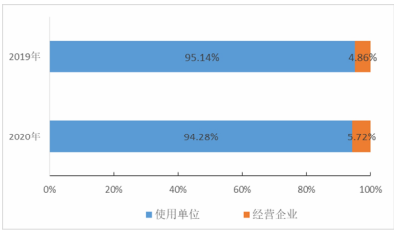


图2 2020年银川市不良事件报告来源分布

2.3 报告管理类别

医疗器械的监督按风险程度由低到高分I类、II类、III类^[5]。2020年不良事件报告中以III类和II类为主,III类医疗器械253例,占总报告的36.19%;II类医疗器械331例,占总报告的47.35%;涉及I类医疗器械29例,占总报告的4.15%;不详86例,占总报告的12.3%。详见图2-1。相比2019年,医疗器械管理类别不明的报告明显减少。

2.4 产品品种

按照现行的《医疗器械分类目录》^[6]，2020 年银川市收到的不良事件报告共涉及 19 个子目录产品，占 86.4%。其中，报告数量排名靠前的医疗器械产品类别为注输、护理和防护器械。详见表 2。

表 2 2020 年不良事件报告涉及主要产品分类目录情况

序号	产品分类	报告数	构成比
1	注输、护理和防护器械	442	63.23%
2	医用诊察和监护器械	108	15.45%
3	呼吸、麻醉和急救器械	40	5.72%
4	口腔科器械	29	4.15%
5	妇产科、辅助生殖和避孕器械	17	2.43%
6	临床检验器械	13	1.86%
7	物理治疗器械	8	1.14%

2.4.1 排名前五的无源医疗器械

2020 年，不良事件报告中，按数量排名前五位的无源医疗器械产品依次为：一次性使用无菌注射器（带针）、一次性使用输液器（带针）、一次性使用静脉留置针等，详见表 3。

表 3 数量排名前五位无源医疗器械及不良事件表现

产品名称	报告数	主要不良事件表现
一次性使用无菌注射器（带针）	62	外包装破损、注射器针柄残缺、针头断裂等；患者皮肤刺痛、红肿、发热等。
一次性使用输液器（带针）	49	外包装破损漏气、针头连接处出现漏液等；患者皮肤刺痛、红肿、发热等。
一次性使用静脉留置针	27	留置针针蕊及软管扭曲、无肝素帽、针有裂隙等；皮肤红肿、瘙痒、过敏反应等。
宫内节育器	15	宫内节育器移位、嵌顿等、术后患者出现阴道流血、下腹胀痛、带环妊娠等。
一次性使用负压采血管	10	采血针外包装漏气、采血针漏气、针头断裂等针头问题。

2.4.2 排名前五的有源医疗器械

2020 年，不良事件报告中，按数量排名前五位的有源医疗器械产品依次为：注射泵（单/双道微量注射泵）、病人监护仪（多参数监护仪）、电子血压计等，详见表 4。

表 4 数量排名前五位有源医疗器械及不良事件表现

产品名称	报告数	主要不良事件表现
注射泵（单/双道微量注射泵）	80	设备异常报警、速率不准、不泵药等设备问题。

病人监护仪（多参数监护仪）	36	触屏无反应、监护仪异常报警、测量错误、死机等器械等质量问题。
电子血压计	30	测量数值不准确、无法正常开关机、腕带开线等。
高速涡轮牙科手机	28	车针不转、手机漏水、手机不转、手机无法转动等。
输液泵	18	显示器黑屏或不显示、开机后无法正常工作、滴速不准等器械质量问题。

2.5 严重伤害不良事件报告

2020 年可疑医疗器械严重伤害不良事件报告 9 例，占总报告数的 1.29%。严重伤害不良事件中涉及 3 种产品包括宫内节育器 7 例、非吸收性缝线针 1 例、金属接骨板 1 例。

3. 讨论

3.1 银川市不良事件监测整体情况良好。研究结果显示 2020 年银川市每百万人口平均报告数低于全国平均水平，2010-2020 年银川市不良事件报告数量整体呈增长态势，近两年来增速逐渐放缓趋于稳定，这与国内学者研究结果一致^[7]。说明银川市不良事件监测效果显著。可能与国家建立的不良事件监测相关管理制度日趋完善有关。

3.2 重点降低注输、护理和防护器械不良事件发生率。分析结果显示，银川市不良事件涉及的产品主要是注输、护理和防护器械。提示应重点关注这类产品的使用安全。一方面建立医疗器械生产和质量监督机制，降低因产品质量导致的风险。另一方面提升医疗机构医务人员规范化操作水平，加强器械使用前安全检查。主要通过定期开展培训、进修等方式，提高医务人员规范操作水平和医院预防和应急处理风险的能力。

3.3 银川市不良事件的主要表现多为医疗器械故障。研究结果显示，主要不良事件表现多是医疗器械本身的质量问题。建议：生产企业应加强医疗器械全生命周期的监测，确保医疗器械质量，降低医疗器械故障发生率。主要可通过建立严格的质量保障机制，严格医疗器械出厂前的质量检验、持续跟进出厂后的日常维修、保养、回访，强化不良事件收集和反馈机制，有效降低因质量所造成的不良事件风险。

综上所述，不良事件监测工作中存在的问题中不仅有使用单位、经营生产企业的原因，同时监督部门也应采取有效措施，确保不良事件监测工作更有效的发挥作用。监督部门应强化对不良事件监测的再评价，对不及时报告等违规行为给予处罚。应当在知悉不良事件后立即开展调查、分析发生原因。

参考文献：

[1]迟琳琳, 马明珠, 董瑞雪, 等. 医疗器械使用安全风险监测、评估和控制措施[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2019, 19(73): 234-235.

[2]鄂恒, 刘禹, 李丹, 等. 我院医疗器械不良事件的监测与管理[J]. 中国医疗设备, 2019, 34(10): 152-154, 167.

[3]廖海涛. 医学工程风险管控[J]. 现代经济信息, 2019(18): 393.

[4]李凌岳. 医疗器械不良事件管理和报告流程[J]. 绿色环保建材, 2018(7): 222.

[5]中华人民共和国国务院. 医疗器械监督管理条例[EB/OL]. (2021-03-19) [2021-04-20]. <https://www.nmpa.gov.cn/xxgk/fgwj/flxzhfg/20210319202057136.html>.

[6]国家食品药品监督管理总局. 总局关于发布医疗器械分类目录的公告[EB/OL]. (2017-09-04) [2021-04-20]. <https://www.nmpa.gov.cn/directory/web/nmpa/xxgk/ggtg/qtggtg/20170904150301406.html>.

[7]王东京, 吴维民. 我国医疗器械不良事件监测现状研究[J]. 中国医疗设备, 2022, 37(3): 127-130.

经尿道前列腺剜除术与前列腺电切术治疗良性前列腺增生 临床对比

莫德扬

柳州市工人医院 泌尿外科二病区 广西柳州 545008

摘要：目的：探讨良性前列腺增生这种疾病患者采取经尿道前列腺剜除术与前列腺电切术治疗的效果。方法：选取我院 2021.3~2022.6 期间治疗的 60 例良性前列腺增生患者，随机将其分为 2 组，即甲组和乙组，对于甲组采用前列腺电切术治疗，对于乙组采用经尿道前列腺剜除术治疗，对比两组术中出血量、尿管留置时间、住院时间、尿残留量、最大尿流量、前列腺症状评分（IPSS 评分）以及并发症。结果：与甲组相比，乙组术中出血量更少（ $P<0.05$ ）；尿管留置时间、住院时间更短（ $P<0.05$ ）；尿残留量更少（ $P<0.05$ ）；最大尿流量更大（ $P<0.05$ ）；IPSS 评分更低（ $P<0.05$ ）；并发症发生率：乙组的 0.00% 低于甲组的 13.33%（ $P<0.05$ ）。结论：在良性前列腺增生患者的治疗中，TURP、TUKEP 这两种治疗方式对比，TUKEP 治疗效果更为显著，且经这种手术治疗后的患者预后明显更佳，同时该手术并发症少，具备更高的安全性，值得将该手术在临床中推广。

关键词：良性前列腺增生；经尿道前列腺剜除术；前列腺电切术；应用效果

良性前列腺增生在临床中很常见，发病率较高，相比其他人群，中老年群体更为高发，该病是引起中老年男性排尿障碍最常见的一种良性疾病，以尿急、尿频、尿不尽、夜尿增多、排尿困难、排尿滴沥或分叉等为主要临床表现，这些症状对患者日常生活造成了严重困扰和不良影响^[1]。同时若治疗不及时，病情持续进展可诱发多种并发症，如远期急性尿潴留、泌尿道感染、膀胱结石、肾功能衰竭、肾积水、膀胱憩室等，这些并发症对患者造成的危害很严重，故需及早治疗，早期治疗可有效改善预后，减轻疾病对患者的危害^[2]。手术是当前临床上治疗该病的常用手段之一，用于该病的常见手术方式较多，主要有以下几种：开放性前列腺摘除术、经尿道前列腺切除术（TUIP）、经尿道前列腺等离子双极电切术（TUPKP）、经尿道前列腺电切术（TURP）、经尿道等离子前列腺剜除术（TUKEP）等，不同手术的疗效、优势和安全性各不相同^[3]。本研究即探讨了良性前列腺增生这种疾病患者采取 TUKEP 与 TURP 治疗的效果，如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2021.3~2022.6 期间治疗的 60 例良性前列腺增生患者，随机将其分为 2 组，主要为甲组（30 例，年龄 52~80 岁，平均 67.87±8.41 岁）和乙组（30 例，年龄 52~81 岁，平均 67.15±8.74 岁）。纳入标准：①所有患者均经临床确诊；②各项资料齐全；③同意参与此次研究。排除标准：①尿道畸形；②凝血异常；③合并恶性肿瘤；④合并严重心脑血管疾病；⑤合并精神障碍。两组一般资料无差异（ $P>0.05$ ），可比。

1.2 方法

对于甲组采用 TURP 治疗，体位取膀胱截石位，常规麻醉、消毒、铺单，经患者尿道将电切镜置入，利用电切镜仔细观察患者前列腺形状、大小、位置以及到输尿管开口的距离，对患者的精阜进行标示，在膀胱颈 5 点、7 点位置由里至外、由浅至深实施电切，将腺体电切至包膜处，同时切除前列腺中叶、两侧叶腺体，修整尖部，将增生碎屑吸出，完成止血，将电切镜退出，后常规留置三腔导尿管，并实施持续膀胱冲洗。对于乙组采用 TUKEP 治疗，体位取膀胱截石位，常规麻醉、消毒、铺单，经患者尿道将电切镜置入，利用电切镜仔细观察患者前列腺形状、大小、位置以及到输尿管开口的距离，选取精阜近侧为切点，电切增生腺体至包膜处，逆推镜鞘，将患者的前列腺中叶翻起，实施剥离，分别沿外科包膜顺、逆时针方向将前列腺两侧叶分离至 12 点位置，生理盐水冲洗，完成止血，

电切纤维黏连带，沿顺行方向快速将剥离腺体切碎，修切残存腺体，吸出增生碎屑，完成止血，将电切镜退出，后常规留置三腔导尿管，并实施持续膀胱冲洗。

1.3 观察指标

观察两组患者的以下数据，即术中出血量、尿管留置时间、住院时间、尿残留量、最大尿流量、前列腺症状评分（IPSS 评分）以及并发症，其中 IPSS 评分总分 35 分，得分与前列腺症状严重程度呈正比。统计两组的并发症发生率。

1.4 统计学方法

使用 SPSS21.0 统计学软件分析数据，采用 χ^2 检验和 t 检验， $P<0.05$ 为数据有统计学差异。

2 结果

2.1 两组术中出血量、尿管留置时间、住院时间对比

与甲组相比，乙组术中出血量更少（ $P<0.05$ ）；尿管留置时间、住院时间更短（ $P<0.05$ ）。详见表 1：

表 1 两组术中出血量、尿管留置时间、住院时间对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	术中出血量（ml）	尿管留置时间（h）	住院时间（d）
甲组	30	126.98±15.87	38.29±7.12	14.17±2.59
乙组	30	113.02±12.46	21.97±6.45	11.01±2.06
t	-	3.790	9.304	5.230
P	-	0.001	0.001	0.001

2.2 两组尿残留量、最大尿流量、IPSS 评分对比

与甲组相比，乙组尿残留量更少（ $P<0.05$ ）；最大尿流量更大（ $P<0.05$ ）；IPSS 评分更低（ $P<0.05$ ）。详见表 2：

表 2 两组尿残留量、最大尿流量、IPSS 评分对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	尿残留量（ml）	最大尿流量（ml/s）	IPSS 评分（分）
甲组	30	25.64±10.21	15.92±4.67	11.12±2.32
乙组	30	10.12±7.67	20.44±6.05	7.89±1.76
t	-	6.657	3.239	6.075
P	-	0.001	0.002	0.001

2.3 两组并发症发生率对比

并发症发生率：乙组的 0.00% 低于甲组的 13.33% ($P < 0.05$)。详见表 3:

表 3 两组并发症发生率比较[n (%)]

组别	例数	术后出血	尿道狭窄	尿失禁	合计 (%)
甲组	30	1 (3.33%)	1 (3.33%)	2 (6.67%)	4/30 (13.33%)
乙组	30	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0/30 (0.00%)
χ^2	-	1.017	1.017	2.069	4.286
P	-	0.313	0.313	0.150	0.038

3 讨论

良性前列腺增生是泌尿外科常见病、多发病，是以排尿困难为主要特征的疾病，发病率较高，好发于 50 岁以上男性，且发病率随年龄增长而不断增加，近年来，随着我国人口老龄化速度的不断加快，该病发生率也不断上升^[4]。这种疾病的发病机制和病因还没有完全明确，当前临床上多认为与以下因素有关：生长因子神经递质作用、性激素及其受体作用、前列腺间质腺上皮相互作用、炎症因素、细胞增殖和凋亡失衡学说等^[5]。该病以膀胱刺激症状和梗阻症状为主要特征，如尿急、夜尿增多、尿频、尿无力、尿不尽等，若不在发病的早期就采取治疗，病情持续进展可诱发多种并发症，如尿潴留、膀胱结石、细菌性膀胱炎等，严重者可出现肾积水、肾功能衰竭、尿毒症等，甚至可危及到患者生命，该病对患者造成的危害很严重，故需及早治疗^[6]。

当前临床上治疗这种疾病的方法较多，常见的有药物治疗、手术治疗等，其中药物治疗虽可通过应用 M 受体阻滞剂、 α 受体阻滞剂、5 α 还原酶抑制剂等药物促使患者临床症状得到缓解，但起效相对较为缓慢，无法根治该病，同时该治疗方式对于中重度患者的治疗效果欠佳，除此之外，药物治疗不良反应较大，安全性较低，故需选择一种更为安全、有效的治疗方式^[7]。手术可直接切除患者增生腺体，进而发挥良好的治疗作用，现临床上治疗该病的手术方式很多，TURP 和 TUKEP 是诸多手术方式中常见的一种，前一种手术仍是目前临床上治疗良性前列腺增生患者的金标准，主要适用于前列腺体积 < 80ml 的患者，该手术虽可有效切除患者增生腺体，发挥治疗作用，但该手术存在术中出血多、对患者造成的创伤较大、术后恢复较为缓慢、电切综合征 (TURS) 发生率较高、术后复发率高等不足之处^[8-9]。

近年来，随着医疗科技水平的快速发展，TUKEP 在这种疾病的治疗中得到了广泛应用，该手术是指应用等离子双极电切系统，并以与单极 TURP 相似的方式实施经尿道前列腺切除术的一种治疗方式^[10]。该手术促使经尿道前列腺等离子双极电切术 (TUPKP) 的切割方法有效改变，在包膜内将前列腺切除，这种切除方式相比其他治疗更符合患者前列腺的解剖结构^[11]。相比 TURP，这种手术方式具有对患者创伤小、术中出血少、切除增生组织更彻底、并发症少、术后复发率更低等优点，对于多种增生患者适用，包括前列腺体积超过 80ml 的患者，该手术的适应症要明显更为广泛^[12]。同时该治疗采用电切镜鞘模拟手指，以外科包膜作为界限，找到增生腺体和包膜边界后，沿包膜方向将增生腺体剥离、切除，这些操作促使增生腺体的主要血供被有效阻断，进而发挥积极良好的治疗作用^[13]。研究发现，该手术对于这种疾病的治疗效果与 TURP 基本无差异，但相比 TURP，该手术的组织切除率和获取率更高，同时由于该手术组织切除率和获取率更高，故可促使前列腺偶发癌检出率明显得到提升^[14]。除此之外，该手术术中利用生理盐水冲洗，这可促使术中出血量明显减少以及 TUR-S (经尿道电切综合征) 明显降低^[15]。

此次研究结果显示，与甲组相比，乙组术中出血量更少 ($P < 0.05$)；

尿管留置时间、住院时间更短 ($P < 0.05$)；尿残量更少 ($P < 0.05$)；最大尿流量更大 ($P < 0.05$)；IPSS 评分更低 ($P < 0.05$)；并发症发生率：乙组的 0.00% 低于甲组的 13.33% ($P < 0.05$)。通过这些结果发现，与 TURP 相比，TUKEP 在术中出血量、术后恢复、并发症、预后等方面的优势更佳，不仅具有术中出血少、术后恢复快、并发症发生率低的优点，同时经该手术治疗的患者预后更好。

综上所述，在良性前列腺增生患者的治疗中，TURP、TUKEP 这两种治疗方式对比，TUKEP 治疗效果更为显著，且经这种手术治疗后的患者预后明显更佳，同时该手术并发症少，具备更高的安全性，值得将该手术在临床中推广。

参考文献:

- [1] 薛国军. 经尿道前列腺等离子切除术与经尿道前列腺电切术治疗前列腺增生临床疗效分析[J]. 医药前沿, 2021, 11 (3): 2.
- [2] 罗建庭. 经尿道激光前列腺切除术和经尿道前列腺电切术后疗效对比的 Meta 分析[J]. 中国药物与临床, 2019, 19 (7): 2.
- [3] 卞盼, 窦中岭, 贾招辉, 等. 直立式绿激光前列腺切除术与电切术治疗良性前列腺增生的对比研究[J]. 现代泌尿生殖肿瘤杂志, 2020, 12 (2): 3.
- [4] 全白春, 李晓荣. 用经尿道前列腺切除术与经尿道前列腺电切术治疗良性前列腺增生的效果对比[J]. 当代医药论丛, 2019, 17 (8): 2.
- [5] 饶勃, 李迎东, 潘澍春. 经尿道等离子前列腺切除术与常规电切术治疗前列腺增生的对比研究[J]. 锦州医科大学学报, 2019, 40 (3): 4.
- [6] 杨晓荣, 刘裔道, 梁元, 等. 经尿道前列腺等离子切除术和电切术治疗良性前列腺增生的临床疗效对比[J]. 医药前沿, 2018, 8 (17): 2.
- [7] Jaeger CD, Mitchell CR, Mynderse LA. Holmium laser enucleation (HoLEP) and photoselective vaporisation of the prostate (PVP) for patients with benign prostatic hyperplasia (BPH) and chronic urinary retention[J]. BJU international, 2015, 115 (2): 295-299.
- [8] 李素琼, 刘翔宇, 杨雪梅, 等. 快速康复护理对提高良性前列腺增生手术患者自我效能的影响研究[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2019, 000 (001): 2.
- [9] 章永坚, 陈立红, 张华平, 等. 比较经尿道前列腺等离子切除术与电切术治疗良性前列腺增生的安全性及临床疗效[J]. 中国医疗器械信息, 2019, 25 (17): 2.
- [10] 陈凯飞. 对比分析经尿道前列腺电切术与钬激光前列腺切除术的临床价值[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6 (78): 2.
- [11] 贾斌, 付凤林, 周玉石. 经尿道等离子腔内切除术和经尿道等离子双极电切术治疗良性前列腺增生的临床效果对比[J]. 中国疗养医学, 2018, 27 (8): 3.
- [12] 赵文超, 李文琦, 金鑫, 等. 经尿道前列腺激光切除术与经尿道前列腺电切术在治疗前列腺增生中的临床疗效对比[J]. 系统医学, 2018, 3 (20): 4.
- [13] 欧阳波. 经尿道双极等离子前列腺电切术和前列腺切除术 (PKEP) 治疗良性前列腺增生的疗效观察[J]. 当代医学, 2018, 24 (13): 2.
- [14] 赖在驰, 李四化, 范翰共, 等. 经尿道等离子前列腺切除术和经尿道前列腺等离子电切术治疗良性前列腺增生的效果比较[J]. 中国当代医药, 2018, 25 (21): 73-75.
- [15] 谭健秋, 黄秋宝, 程伟文, 等. 经尿道前列腺电切术、经尿道等离子前列腺切除术对前列腺增生患者临床疗效及性功能的影响对比研究[J]. 中国医学创新, 2018, 15 (18): 58-61.

CT 与 MRI 在诊断缺血性脑卒中的临床价值比较

宁晓琳

上海市杨浦区市东医院医学影像科 上海 200000

摘要: 目的 探讨 CT 与 MRI 检查在诊断缺血性脑卒中的临床价值, 为临床早期诊治提供一定参考。方法 本次采用回顾性分析的方式, 选取我院缺血性脑卒中患者 80 例, 接受 CT 和 MRI 检查、血管造影检查。以血管造影检查为“金标准”, 分析发病不同时间内 CT 与 MRI 检查对缺血性脑卒中的诊断准确率, 分析两种检查方式对不同梗死部位的检出情况, 同时分析 CT 与 MRI 检查的病灶数量、病灶大小、检查时间及发病至检查时间。结果 CT 检查在 <24h (14.81%)、24-72h (36.36%) 和 >72h (45.00%) 低于 MRI 检查 (92.59%、90.91%、95.00%), 对比有统计意义 ($P < 0.05$)。CT 检查的总检出率 31.25% (25/80) 低于 MRI 检查 92.50% (74/80), 对比有统计意义 ($P < 0.05$)。CT 检查中病灶大小、检查时间、发病至检查时间均高于 MRI 检查, CT 检查中病灶数量低于 MRI 检查, 对比有统计意义 ($P < 0.05$)。结论 与 CT 比, MRI 检查在缺血性脑卒中的早期诊断中有重要价值, 对于小脑和脑干卒中, 其优势明显, 有助于判断病灶特征。

关键词 CT 检查; MRI 检查; 缺血性脑卒中; 临床价值

Comparison of clinical value of CT and MRI in the diagnosis of ischemic stroke

Ning Xiaolin

Department of Medical Imaging, Shidong Hospital, Yangpu District, Shanghai Shanghai 200000

Abstract Purpose: To investigate the clinical value of CT and MRI in the diagnosis of ischemic stroke. Method: A total of 80 patients with ischemic stroke in our hospital were selected and examined by CT, MRI and angiography. Taking angiography as the "gold standard", the diagnostic accuracy of CT and MRI in ischemic stroke at different time of onset was analyzed. Result: The total detection rate of CT examination was 31.25% (25/80), which was lower than that of MRI examination 92.50% (74/80), and the comparison was statistically significant ($P < 0.05$). The lesion size, examination time and time from onset to examination in CT examination were higher than those in MRI examination, and the number of lesions in CT examination was lower than that in MRI examination, and the comparison was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion: Compared with CT, MRI is of great value in the early diagnosis of ischemic stroke, which is helpful to determine the lesion characteristics.

Key Words CT examination; MRI; ischemic stroke; clinical value

缺血性脑卒中是一种常见的脑血管病类型, 主要与动脉硬化及狭窄、脂质堆积、血液高黏度、高血压状态有关, 在多种高危因素的相互作用下, 会引发局部脑组织缺血及缺氧, 若不及时纠正, 会引发大面积脑细胞坏死、凋亡, 从而引发严重后果。CT 与 MRI 检查是 2 种常用的检查方式, 可以明确颅脑不同横断面的解剖关系和具体的脑组织结构, 有着操作简便、无创、准确率高的特点, 在我国大部分地区已普及^[1]。CT 是目前临床检查中较先进的一种扫描方式, 通过 X 线束对颅脑一定厚度层面进行扫描, 对脑血管疾病诊断准确, 有助于确定早期治疗方案。MRI 对于各类颅脑疾病均有独特的优势, 几乎所有的颅脑疾病均可以进行颅脑 MRI 检查, 但经济压力大。可见上述两种检查方式各有优势和劣势, 如何进行选择, 取决于患者的具体情况及临床需求^[2]。为进一步验证, 该研究探讨 CT 与 MRI 检查在诊断缺血性脑卒中的临床价值, 为临床早期诊治提供一定参考。报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

研究采用回顾性分析的方式, 选取 2020 年 1 月-2022 年 3 月缺血性脑卒中患者 80 例, 作为研究对象。入组患者均接受 CT 和 MRI 检查、血管造影检查, 符合纳入和排除标准, 全部入组。收集患者的资料, 其中性别: 男性 51 例, 女性 29 例; 患者年龄: 最小 39 岁, 最大 68 岁, 平均 (53.62±6.17) 岁; 患者发病时间: 最短 3h, 最长 5d, 平均 (2.01±0.67) d; 患者高血压史 34 例。纳入标准: (1) 有完整的病历及检查资料, 最终经血管造影检

查, 确诊为“缺血性脑卒中”, 参照 1996 年“WHO”制定的标准, 同时接受 CT 和 MRI 检查; (2) 首次发病, 检查前未接受任何治疗, 签订检查同意书; (3) 该研究流程完全遵照我院医学伦理委员会的审查, 尊重个人隐私权。排除标准: (1) 存在 MRI 或 CT 检查禁忌症, 如妊娠或哺乳期、精神障碍、认知障碍; (2) 外伤大出血及危重疾病者; (3) 过敏体质或碘过敏、配合度差等各种原因, 无法完成检查者; (4) 装有心脏起搏器或体内弹片、金属植入物、胰岛素泵等; (5) 发病时间不明确或非初次发病者。

1.2 检查方法

1.2.1 CT 检查: 告知患者 CT 检查的注意事项, 进行常规颅脑 CT 检查, 使用我院 GE 公司生产的双螺旋 CT 检查仪, 检查并去除检查部位的金属及异物, 避免产生伪影。患者取仰卧位, 头部正中矢状位与扫描床中线一致, 设置各项扫描参数: 电压 120kv、电流 150Ma、扫描层厚 5mm、间隔 2mm, 有可疑病灶者, 予以增强扫描, 结束后保存图像。

1.2.2 颅脑 MRI 检查: 告知患者 MRI 检查的注意事项, 进行颅脑 MRI 检查, 使用我院西门子 1.5T MRI 检测仪, 进行常规 MRI 扫描 (FLAIR 和横轴位 T2WI、T1WI), 设置各项扫描参数: 横轴位 FSE XL T2WI TR4300/TE106.7 层厚 7.0mm T1flair TR1843/TE18.2 层厚 7.0mm DWI SE/EPI TR6000/TE80.3 层厚 7.0mm 矢状位 FSE XL T2WI TR4300/TE105.6 层厚 5.0mm。扫描结束后保存影像。

所有患者的影像学资料均备份, 由 2 名高级职称影像医师进行综合判断及分析, 记录病灶的数量、大小。

1.3 评价指标

(1) 分析发病不同时间内 CT 与 MRI 检查对缺血性脑卒中的诊断准确率。(2) 比较 CT 与 MRI 检查对缺血性卒中的诊断价值, 分析两种检查方式对不同梗死部位的检出情况, 同时分析 CT 与 MRI 检查的病灶数量、病灶大小、检查时间及发病至检查时间。

1.4 统计方法

整理所有资料, 对 80 例缺血性卒中患者进行统计分析。计量资料进行正态矫正, 符合者予以 t 分析; 计数资料进行卡方分析。 $P<0.05$ 对比有统计意义。

2 结果

2.1 不同发病时间 CT 与 MRI 检查的诊断价值

表 1 可见, 80 例缺血性卒中患者的发病时间: $<24\text{h}$ 27 例、 $24\text{--}72\text{h}$ 33 例和 $>72\text{h}$ 20 例。CT 检查在 $<24\text{h}$ (14.81%)、 $24\text{--}72\text{h}$ (36.36%) 和 $>72\text{h}$ (45.00%) 均低于 MRI 检查 (92.59%、90.91%、95.00%), 对比有统计意义 ($P<0.05$)。经卡方分析, CT 检查的总检出率 31.25% (25/80) 低于 MRI 检查 92.50% (74/80), 对比有统计意义 ($P<0.05$)。

表 1 不同发病时间 CT 与 MRI 检查对缺血性卒中的诊断准确率

检查方式	例数	$<24\text{h}$ (n=27 例)	$24\text{--}72\text{h}$ (n=33 例)	$>72\text{h}$ (n=20 例)
CT 检查	80	14.81% (4/27)	36.36% (12/33)	45.00% (9/20)
MRI 检查	80	92.59% (25/27)	90.91% (30/33)	95.00% (19/20)
χ^2 值		32.847	21.214	11.905
P 值		0.000	0.000	0.001

2.2 CT 与 MRI 检查对缺血性卒中的诊断价值

80 例缺血性卒中, CT 检查对缺血性卒中颞叶、额叶、顶叶、小脑、脑干的检出率分别为 18.75% (15/80)、20.00% (16/80)、12.50% (10/80)、8.75% (7/80)、7.50% (6/80); MRI 检查对缺血性卒中颞叶、额叶、顶叶、小脑、脑干的检出率分别为 83.75% (67/80)、77.50% (62/80)、87.50% (70/80)、88.75% (71/80)、87.50% (70/80)。CT 检查对病灶检出部位诊断率低于 MRI 检查, 对比有统计意义 ($P<0.05$)。

表 2 可见, 80 例缺血性卒中, CT 检查中病灶大小、检查时间、发病至检查时间均高于 MRI 检查, CT 检查中病灶数量低于 MRI 检查, 对比有统计意义 ($P<0.05$)。

表 2 CT 与 MRI 检查对缺血性卒中病灶指标分析 ($\bar{x}\pm s$)

检查方式	例数	病灶数量 (个)	病灶大小 (mm^2)	检查时间 (min)	发病至检查时间 (d)
CT 检查	80	1.75 ± 0.34	10.12 ± 1.98	17.49 ± 3.28	1.75 ± 0.31
MRI 检查	80	2.08 ± 0.37	8.35 ± 1.57	11.36 ± 3.05	1.03 ± 0.24
t 值		5.874	6.265	12.241	16.426
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

临床上缺血性卒中的确诊人数不断增加, 老年人中发病率高达 50% 以

上, 引发一系列的致死及致残现象。医学界认为缺血性脑卒中患者越早得到诊治, 则预后越好, 如果在救治时间窗内得到及时治疗, 可以显著降低死亡率, 减少长期致残的风险。目前, 可选择的临床检查方式很多, 包括超声、CT 及 MRI 检查、血管造影检查等, 各种检查方式有不同特点, 临床应用范围也不同^[3]。传统临床上以血管造影检查为“金标准”, 通过血管造影检查可以明确卒中的病因及发病范围, 从而确定下一步的治疗措施, 然而血管造影检查的价格昂贵, 使用碘造影剂, 属于一种有创性检查, 临床使用受到限制, 无法普及。血生化检查对于缺血性卒中的诊断灵敏性和特异性低, 仅仅可以作为辅助手段。因此, 选择一种更为简便有效的检查方式, 对于明确缺血性卒中的诊断及病灶特征有十分重要的意义。影像学检查是脑血管疾病诊断的重要方式之一, 其中 CT 与 MRI 的临床诊断价值显著, 合理的选择 CT 或 MRI 检查, 也是缺血性卒中诊断研究的重点。

医学界认为 MRI 比 CT 的选择价值更大, 与 CT 检查比, MRI 检查的扫描效率高, 图像更为清晰; 而且 MRI 成像技术较为全面, 进行成像时是多序列进行共同成像的, 因此能够成像多种类型, 为缺血性卒中的早期诊治提供更多信息^[4]。也有学者认为, 颅脑 CT 在卒中超急性期难以确定梗塞灶, 这也是颅脑 CT 急性期诊断价值低的重要原因之一^[5]。缺血性卒中患者的脑血管闭塞后 24h 内, CT 扫描无阳性表现, 随着梗死时间的延长, CT 图像中表现为低或混杂密度区, 多为楔形和不整形。临床研究发现在缺血性卒中诊断中 MRI 检查的图像特征性表现比 CT 扫描要早, 一般起病后 6h 内 MRI 即可出现异常, 脑梗塞灶在 T1WI 上呈低信号, 在 T2WI 上呈高信号^[6]。本次显示: CT 检查在 $<24\text{h}$ (14.81%)、 $24\text{--}72\text{h}$ (36.36%) 和 $>72\text{h}$ (45.00%) 低于 MRI 检查 (92.59%、90.91%、95.00%), 尤其对于脑干和小脑卒中的诊断价值, MRI 明显优于 CT。另外 CT 检查中病灶大小、检查时间、发病至检查时间均高于 MRI 检查, CT 检查中病灶数量低于 MRI 检查, 可见 MRI 检查对于缺血性卒中可以提供更全面的病灶信息, 有助于临床判断及分析^[7]。

综上。与 CT 比, MRI 检查在缺血性脑卒中的早期诊断中有重要价值, 对于小脑和脑干卒中, 其优势明显, 有助于判断病灶特征。实际临床应用时, 可以根据患者情况进行诊断方式的选择, 达到准确诊断的目的。

参考文献:

[1]姚洪超, 卓丽华, 陈娟. MRI 与 CT 对腔隙性脑梗死患者的临床诊断价值[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2020, 18 (12): 13-14, 21.

[2]黄曼, 姚水成. MRI 与 CT 影像检查在老年多发性脑梗死诊断中的比较[J]. 影像研究与医学应用, 2018, 2 (16): 14-16.

[3]许细红. MRI 与 CT 在多发脑梗死早期诊断中的应用效果比较[J]. 中外医学研究, 2018, 16 (35): 58-59.

[4]骆红志, 梁经亚. 多模式 MRI 技术在急性缺血性脑卒中的临床应用价值[J]. 影像研究与医学应用, 2020, 4 (19): 93-94.

[5]李雷. CT 和 MRI 对急性缺血性脑卒中的诊断效果对比[J]. 中国实用医药, 2022, 17 (4): 96-98.

[6]黄聪雯, 洪建斌, 许启仲, 等. CT 平扫和 MRI 检查在诊断急性缺血性脑卒中的效果对比[J]. 现代医用影像学, 2017, 26 (3): 701-702, 705.

[7]张黎军, 随瑞斌, 赵盼盼, 等. CT 与 MRI 在脑梗死早期诊断中的应用效果比较[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2018, 16 (5): 8-10, 14.

真空辅助旋切术与经乳晕旁切口手术治疗乳腺良性肿物的 有效性及安全性比照观察

沈显琪 水九芳 王海燕

中国人民解放军联勤保障部队第九〇一医院 普外科 安徽合肥 230031

摘要:目的 分析乳腺良性肿物采用不同手术的效果。方法 双盲法随机抽取并均分 80 例乳腺良性肿物患者(2020 年 3 月—2022 年 3 月),对照组——经乳晕旁切口手术,观察组——真空辅助旋切术,对比两组效果。结果 观察组临床指标、不良反应发生率、术后生活质量和心理状态评分、术后乳房美观满意度优于对照组($P<0.05$)。结论 真空辅助旋切术治疗乳腺良性肿物的效果好,术后基本不会出现不良反应,极大地保留了患者乳房美观,使女性生活品质维持在较高状态,心态平和稳定,值得推广。

关键词:真空辅助旋切术;经乳晕旁切口手术;乳腺良性肿物;不良反应发生率;生活质量

对于女性来说最主要的一个性征器官是乳房,其作用十分重要。随着我国近些年社会的发展不管是人们的生活方式还是社会以及医疗环境和技术都出现了根本性变革,临床检出乳腺良性肿物的概率日益提升,患者预后效果受到诊断和治疗的时间以及有效性的直接影响^[1]。对于女性患者来说确诊为乳腺良性肿物后不仅身体受到疾病的严重损伤,生理还要承受巨大的压力,导致其难以正常生活和工作,另外,该病的恶变率较高,因此目前临床研究的一个重点课题是在早期将乳腺良性肿物检测出来并予以有效的治疗。目前虽然临床中治疗该病的方式较多,但是依然以手术为主。而不同手术方式对清除病灶的效果、损伤乳房的程度有着直接的关系^[2]。以往临床中为了提高手术清除病灶的效果,大多使用操作简便的手术经乳晕旁切口手术,其还有一个优势是不会给患者家庭造成较大的经济压力,但是其最大的一个缺陷是乳房术后美观度缺失。随着医疗技术的发展,临床中逐渐推广真空辅助旋切术治疗乳腺良性肿物,该手术可在短时间内精准地定位包块、手术总用时显著降低,对患者术后康复更加有利^[3]。青年女性在乳腺良性肿物患者中占比较高,如果没有及时进行处理有很大的概率恶变,因此尽早采取手术治疗的基础上,真空辅助旋切术还能满足女性患者对乳房功能的保留以及乳房术后美观度提出了更高的要求^[4]。本研究分析了乳腺良性肿物采用不同手术的效果,阐述如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

经本院伦理委员会批准以双盲法随机抽取 2020 年 3 月—2022 年 3 月的 80 例乳腺良性肿物研究,对照组年龄 23~48 岁,均值(36.26 ± 4.23)岁,体重 48~76kg、均值(68.32 ± 6.26)Kg,病程 2 月—24 月、均值(16.21 ± 3.26)月,肿块直径 0.5~2.3cm、均值(1.35 ± 0.28)cm,肿物类型(乳腺纤维腺瘤:乳房囊肿:乳腺增生:脂肪瘤)比例(12:8:11:9);观察组年龄 22~49 岁、均值(36.59 ± 4.31)岁,体重 47~78kg、均值(68.82 ± 6.47)Kg,病程 1 月—23 月、均值(16.03 ± 3.18)月,肿块直径 0.7~2.2cm、均值(1.38 ± 0.26)cm,肿物类型(乳腺纤维腺瘤:乳房囊肿:乳腺增生:脂肪瘤)比例(13:9:10:8)。一般资料对比($p>0.05$)。纳入标准:(1)自愿参与且签署知情文件。(2)符合手术指征。(3)年龄 >18 岁。排除标准:(1)合并恶性肿瘤。(2)精神障碍。(3)依从性差。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组:经乳晕旁切口手术。乳腺良性包块位置触诊确定且准确,然后在和包块距离最近的乳晕边缘做 50%乳晕的切口。局麻,乳腺包膜和皮下组织间隙利用皮下隧道技术进行分离,切除病灶,缝合。

1.2.2 观察组

观察组:真空辅助旋切术。手术操作通过麦默通乳腺微创旋切系统完成。术前利用超声等影像学技术明确肿物的信息(体积、位置和数目),做好肿物的标记。局麻,利用超声进行引导,乳腺良性肿物使用旋切刀切开,确定穿刺部位,以扇形方式切除病灶,然后利用超声复查病灶区域,确定无遗留病灶,将旋切刀拔出,压迫止血、包扎伤口。

1.3 指标观察

对比指标:(1)临床指标。(2)不良反应发生率=发生例数/总例数 $\times 100\%$ 。(3)SF-36 量表评分越高患者日常生活品质越高。(4)术后乳房美观满意度=(十分满意+满意)/总例数 $\times 100\%$ 。(5)汉密顿抑郁量表评分

越高患者心理状态越差。

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 对比临床指标

观察组临床指标优于对照组($P<0.05$),见表 1:

表 1 对比临床指标 ($\bar{x}\pm s$)

分组	例数	手术时间 (min)	切口长度 (mm)	术中出血量 (mL)
观察组	40	16.65 $\pm$ 3.27	2.36 $\pm$ 0.45	22.46 $\pm$ 4.73
对照组	40	28.46 $\pm$ 1.73	7.53 $\pm$ 5.37	34.38 $\pm$ 3.95
t		20.190	6.067	12.233
P		0.000	0.000	0.000

2.2 比较不良反应发生率

观察组不良反应发生率低于对照组($P<0.05$),见表 2:

表 2 对比不良反应发生率 (n, %)

分组	例数	畸形	血肿	手术残留	切口愈合不良	发生率
观察组	40	0 (0.00)	2 (5.00)	1 (2.50)	0 (0.00)	3 (7.50)
对照组	40	1 (2.50)	5 (12.50)	3 (7.50)	1 (2.50)	10(25.00)
χ^2						4.500
P						0.033

2.3 比较生活质量评分

术前两组生活质量评分对比($p>0.05$),术后观察组高于对照组($P<0.05$),见表 4:

表 4: 对比生活质量评分 (n=40, $\bar{x}\pm s$, 分)

指标	时间	观察组	对照组	t 值	P 值
躯体功能	术前	53.26 $\pm$ 4.23	53.81 $\pm$ 4.32	0.575	0.566
	术后	76.28 $\pm$ 5.37	67.59 $\pm$ 5.14	7.393	0.000
社会功能	术前	54.18 $\pm$ 4.37	54.62 $\pm$ 4.43	0.447	0.656
	术后	78.64 $\pm$ 5.95	69.17 $\pm$ 4.67	7.918	0.000
情绪功能	术前	53.86 $\pm$ 4.62	53.26 $\pm$ 4.36	0.597	0.552
	术后	77.61 $\pm$ 5.34	68.47 $\pm$ 4.56	8.232	0.000

活力	术前	54.34±4.48	54.61±4.39	0.272	0.786
	术后	76.29±5.23	68.32±4.24	7.486	0.000
生理功能	术前	55.27±4.14	55.62±4.27	0.372	0.710
	术后	77.38±5.12	68.64±5.31	7.493	0.000
心理功能	术前	54.94±4.63	54.57±4.47	0.363	0.717
	术后	78.34±5.14	69.27±4.32	8.543	0.000
精神状态	术前	55.31±4.82	55.64±4.29	0.323	0.747
	术后	77.34±5.49	68.67±4.82	7.505	0.000

2.4 对比术后乳房美观满意度
观察组术后乳房美观满意度高于对照组 (p<0.05), 见表 4。

表 4 对比术后乳房美观满意度 (n, %)					
分组	例数	十分满意	满意	不满意	满意度
观察组	40	31 (77.50)	9 (22.50)	0 (0.00)	40 (100.00)
对照组	40	18 (45.00)	14 (35.00)	8 (20.00)	32 (80.00)
x ²					8.695
P					0.003

2.5 对比心理状态评分
术前两组心理状态评分对比 (p>0.05), 术后观察组低于对照组 (P<0.05), 见表 5:

表 5 对比心理状态评分 (n=40, $\bar{x}\pm s$, 分)					
指标	时间	观察组	对照组	t 值	P 值
抑郁	护理前	5.23±2.34	5.31±2.36	0.152	0.879
	护理后	1.42±0.37	2.24±0.56	7.726	0.000
	护理后	4.18±1.37	4.26±1.43	0.255	0.799
精神焦虑	护理前	1.24±0.95	2.17±0.67	5.059	0.000
	护理后	3.86±1.62	3.72±1.36	0.418	0.676
	护理后	1.61±0.34	2.47±0.56	8.302	0.000
睡眠障碍	护理前	3.34±1.48	3.61±1.39	0.841	0.402
	护理后	1.29±0.23	2.32±1.24	5.165	0.000
	护理后	5.16±2.64	5.23±2.71	0.117	0.907
迟缓	护理前	1.31±0.42	2.53±0.58	10.774	0.000
	护理后	3.31±1.82	3.64±1.29	0.935	0.352
	护理后	1.34±0.49	2.67±0.82	8.805	0.000

3 讨论

普外科临床中常见的女性特有的一类疾病是乳腺良性肿瘤, 大约 30% 的乳腺疾病患者都纳入该类, 发病初期没有明显自觉症状, 不会影响患者的正常生活, 但是随着病情的不断恶化, 该病有很大的概率出现恶变^[6]。据调查数据显示如果患者存在乳腺良性肿瘤病变, 乳腺癌的发病率高于健康群体的 3 倍左右。随着医疗领域技术水平的不断提升, 临床中通过影像学技术大大提升了早期检出乳腺良性肿瘤的准确率, 临床外科治疗乳腺良性肿瘤的统一认识是早发现、早彻底病灶。目前手术彻底切除病灶是临床治疗乳腺良性肿瘤的首选方式^[6]。以往临床中普遍使用治疗乳腺良性肿瘤的手术方式是经乳晕旁切口手术这种开放式手术, 其能完整切除肿瘤, 具

有根治的效果, 但是由于需要较长的时间才能完成手术、术中患者出血的总量较高, 术后恢复时间长, 同时极有可能出现并发症, 另外该手术术后乳腺表面会有明显瘢痕遗留, 皮下组织、腺体等经过切开、缝合操作, 愈合后可能形成硬块, 再加上女性心思细腻, 即使瘢痕和硬块处于隐蔽位置, 也会有较大的心理压力, 特别是很多年龄较小的女性患者, 不能接受这样的手术方式^[7]。

真空辅助旋切术在手术中使用微创旋切装置, 在超声引导下对乳腺病灶进行切除、活检, 能对微小病灶定位和彻底切除, 具有良好的效果, 能对隐性乳腺癌检出率有效提升, 临床应用价值较高。真空辅助旋切术进针后能自动对病灶连续旋切, 避免二次进针, 手术所用时间得以较大减少, 在术中能及时补足麻醉药物, 能充分满足手术对镇痛效果的要求^[8-9]。术中还能够结合病灶的实际情况调整旋切刀的角度和速度, 从而精确地对所有病灶进行切割, 最大程度避免误切病灶周围组织和皮肤, 有效地预防癌变。临床中导致乳腺癌漏诊大多是因为样本数量过小、样本切除范围不充足导致的, 而真空辅助旋切术中所使用的旋切刀具有较大的取样框, 还有真空负压抽吸装置协助, 所取得的单个样本较大, 能满足病理检测对切片的需求, 特别是只需要进行一次穿刺, 就能进行连续的、多次的切割, 活检的过程中也能得到数量足够的样本, 提高了检测的准确率^[10-11]。

本文中观察组临床指标 (手术时间、术中出血量、切口长度) 优于对照组 (p<0.05), 证实真空辅助旋切术用于治疗乳腺良性肿瘤具有不会导致机体出现较大的创伤、操作方便且便捷的优势; 观察组不良反应发生率低于对照组 (p<0.05), 这是因为真空辅助旋切术手术总体用时较少, 术中及时将积血彻底清理, 最大程度地降低由于手术操作诱发机体出现不良反应; 另外真空辅助旋切术能够连续对病灶进行精准切割, 能更加彻底地切除微小病灶, 而经乳晕旁切口手术由于是开放手术, 需要制造较大的切口, 才能将肿瘤彻底切除, 术后一旦护理和治疗操作出现不当, 就会诱发不良反应。观察组术后乳房美观度、生活质量评分、心理状态评分优于对照组 (p<0.05), 对于女性来说乳房是重要的一个组织, 乳房的美观对患者的心理状态有着重大的影响。如果术后患者乳房出现明显的瘢痕, 患者会有严重的心理压力。和经乳晕旁切口手术相比真空辅助旋切术的切口更小, 术后瘢痕更小且不明显, 患者心态受到的影响较小, 能保持较高的生活质量。

综上所述, 真空辅助旋切术治疗乳腺良性肿瘤的效果好, 术后基本不会出现不良反应, 极大地保留了患者乳房美观, 使女性生活品质维持在较高状态。

参考文献:

[1]史文婷, 王殿松, 黄振华. 真空辅助旋切术与经乳晕旁切口手术治疗乳腺良性包块的效果比较[J]. 中国当代医药, 2020, 27 (14): 89-92.

[2]梁月丽. 真空辅助旋切术治疗乳腺良性肿瘤患者的临床疗效观察[J]. 现代诊断与治疗, 2020, 31 (07): 1121-1122.

[3]魏晓利. 经乳晕切口真空辅助微创旋切系统治疗乳腺良性肿瘤的临床效果[J]. 河南医学研究, 2020, 29 (19): 3520-3522.

[4]李曙晶, 张燕燕, 王强. 真空辅助旋切术与经乳晕旁切口手术治疗乳腺良性肿瘤患者的效果比较[J]. 中国民康医学, 2020, 32 (17): 128-130.

[5]李攀科. 乳腺真空辅助旋切术治疗乳腺良性占位性病变的效果分析[J]. 华夏医学, 2020, 33 (06): 14-17.

[6]杨福健, 何锦辉, 谭玉婷, 邓荟. 乳腺良性肿瘤患者应用真空辅助旋切术与经乳晕旁切口手术治疗的效果差异[J]. 中外医学研究, 2021, 19 (01): 43-45.

[7]徐媛媛. 真空辅助旋切术与经乳晕旁切口手术治疗乳腺良性肿瘤的对比分析[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2021, 38 (02): 233-234.

[8]施景龙, 宋向晖, 阳光, 谭琳, 陆路, 吴辉, 丁玉杰, 胡琛. 真空辅助旋切术对乳腺肿瘤患者短期复发率及美观效果的影响[J]. 临床医学工程, 2021, 28 (05): 615-616.

[9]杨德法, 王克俭, 李耀. 真空辅助旋切术治疗乳腺良性肿块的效果分析[J]. 中华普外科手术学杂志 (电子版), 2021, 15 (05): 562-565.

[10]沈英俊, 郭辉. 经乳晕切口治疗乳腺良性肿瘤真空辅助微创旋切系统手术临床疗效及并发症分析[J]. 当代医学, 2019, 25 (11): 35-38.

[11]罗元胜, 周腾贤, 陈思桦, 肖志华, 廖丽萍. 真空辅助旋切术与经乳晕旁切口手术治疗乳腺良性肿瘤的疗效比较[J]. 临床和实验医学杂志, 2019, 18 (15): 1647-1650.

侧卧位直接前方入路全髋关节置换近中期临床疗效观察

沈鑫

九江市第一人民医院 骨一科 江西九江 332000

摘要：目的：评价侧卧位直接前方入路全髋关节置换术后的近中期临床疗效；方法：2016年1月-2018年12月九江市第一人民医院采用侧卧位直接前方入路行全髋关节置换术治疗股骨颈骨折34例，总结临床资料，获完整随访。结果：34例患者获得完整随访，随访时间为30~60个月，平均44.6个月。所有病例中，1例出现术中大粗隆骨折，采取保守治疗，后愈合良好，1例出现股外侧皮神经损伤，大腿外侧麻木，经过治疗后麻木消失。髋关节评分从术前21.60±8.73改善到术后90.64±5.84。影像学评估34例患者至末次随访，均未发现感染及假体松动，假体位置良好。结论：侧卧位直接前方入路全髋关节置换术治疗股骨颈骨折近中期临床效果满意。

关键词：侧卧位，直接前方入路，股骨颈骨折，评分

全髋关节置换术主要用于治疗老年股骨颈骨折、股骨头坏死终末期及严重的髋关节骨关节炎等疾病^[1]。股骨颈骨折行人工髋关节置换可采取多种手术入路，近些年来DAA入路越来越收到更多的临床医师的关注。DAA入路是自上世界70、80年代开始流行采用的全髋关节置换手术，主要兴起于欧洲、北美等地区。DAA入路是通过阔筋膜张肌与股直肌间隙显露髋关节并完成全髋关节置换术，因对肌肉组织损伤小，术后康复迅速，成为临床常用的入路方式之一^[2-3]。据统计美国有接近20%人工全髋关节置换术采用该入路，极大地缩短了患者住院时间，减少了医疗费用的支出^[4]。侧卧位DAA入路是在平卧位DAA入路的基础上做出的改良入路，在保留了常规后外侧入路的体位习惯的同时，又不需要特殊的手术床和特殊的器械，就可以完成直接前方入路的全髋关节置换手术。现本文报道2016-2018年，我院采用L-DAA入路THA治疗34例患者的临床效果。

1 临床资料

1.1 一般资料

选取九江市第一人民医院2016年1月-2018年12月收治股骨颈骨折患者34例，行侧卧位直接前方入路全髋关节置换术，其中男11例，女23例，年龄62~81岁，平均70.6岁。跌倒摔伤18例，交通事故16例，随访时间为30~60个月，平均44.6个月。

1.2 手术方法

所有患者均由同一组手术医师完成，假体均采用生物型人工髋关节假体

所有患者均采用腰硬联合麻醉，麻醉成功后，取健侧卧位，带孔床板立柱固定体位，以髂前上棘外下侧各2cm为起点，沿腓骨小头方向，取纵向切口长约10cm。沿皮肤切口切开，逐步显露，分离结扎旋股外侧动脉升支，判断股直肌-阔筋膜张肌间隙，分离进入暴露关节囊，切开关节囊显露股骨颈，于小粗隆上方约1.2cm至大粗隆基底部分离截骨，股骨头下垂直股骨颈锯截骨，取出楔形骨块，取头器取出股骨头，患肢内收内旋，切除6点至11点位置的关节囊，切除白缘孟唇和圆韧带，根据髋臼横切带的定位，选择合适的前倾角及外展角使用最小的髋臼，从小到大依次挫磨髋臼至骨面均匀点状出血。依次置入髋臼假体、髋臼固定螺钉、防脱位内衬。将患肢内收后伸，暴露好股骨近端，选择合适的前倾角，盒到开取髓腔骨槽，逐号扩髓，安装假体，挑选合适的股骨头试模，复位髋关节后被动活动检查髋关节的各个方向的关节稳定性及肢体长度。安装好最终型号的股骨假体后，再次检查关节稳定性和肢体长度。使用冲洗枪冲

洗切口，放置引流管，关节腔内注入2.0g氨甲环酸，引流管闭管4小时改负压，切口缝合后无菌敷料包扎。

1.3 评价指标

记录围手术期及随访时期并发症情况，有无切口感染、关节假体松动、关节假体周围骨折、症状性静脉血栓形成等。手术时间、术中出血量、手术切口长度，术前术后髋关节功能Harris评分也被记录在案。随访影像学评估，术后及随访过程中定期行标准骨盆正位X线、患髋正斜位片检查，评估髋臼假体前倾角及外展角。

1.4 统计学方法

采用SPSS 22.0统计软件。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，组间比较采用两独立样本t检验；计数资料组间比较采用 χ^2 检验。P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 围手术期情况 34例患者均顺利完成手术，未出现感染、血管神经损伤、症状性深静脉血栓形成等并发症，手术切口长度9.52±3.64cm，术中出血量170.72±56.48ml，术后引流量263.6±58.6ml，手术时间58.64±15.68min。1例患者出现股外侧皮神经损伤，大腿外侧麻木，予以营养神经治疗，3个月后消失。1例出现大转子隐性骨折，经保守治疗后髋关节功能良好。

2.2 随访结果 34例患者随访30~60个月，平均44.6个月，髋关节功能评分Harris评分从术前21.60±8.73至末次随访Harris评分90.64±5.84。

2.3 影像学评估 34例患者术后末次随访未见假体松动，脱位，假体前倾角为(17.78±3.56)，外展角为(35.46±7.58)。

3 讨论

在本组病例中，34例患者围手术期相关的情况与文献报道基本相符^[5-7]。依据近中期的随访情况，L-DAA入路行人工全髋关节置换术微创，软组织损伤小，术后髋关节功能改善明显，无严重并发症发生，影像学随访见假体位置良好。

与传统手术入路比较，DAA入路存在不少优点。首先DAA入路术后疼痛程度轻，镇痛药的用量减少，其所造成的恶心呕吐症状发生率减少^[8]；其次由于DAA手术微创，尤其是对髋关节囊后方骚扰较少，术后髋关节周围肌肉的平衡力优于其他入路，另外DAA入路术后脱位风险较其他入路低，患者可完成坐矮板凳、弯腰拾物等动作^[9]；最后DAA对臀肌影响较小，特别是由于外展肌功能不良，肌肉力量不平衡导致的跛行发生率，

因此术后早期 DAA 步态好于其他手术入路^[10]。

直接前方入路是一种经过肌肉间隙以及肌腱间隙的微创入路,对肌肉、肌腱以及神经无明显的损伤,但是仰卧位行直接前方入路全髋关节置换术,需要使用专业的骨科手术牵引床,手术需要专门的手术工具,在部分医院难以开展。近些年,通过逐渐改进,可采用侧卧位行直接前方入路全髋关节置换术,通过体位的改变,普通的手术牵引床即可开展手术,手术过程中也不需要特殊的手术工具,普通的全髋关节置换手术工具即可满足手术的需要。同时侧卧位直接前方入路全髋关节置换术手术人员学习曲线较仰卧位相对简单,开展起来也较容易。侧卧位微创直接前方入路相对仰卧位存在以下优点:髋关节周围肌肉会因为重力而下垂,不会挤向切口,可以更加充分并直接显露髋臼,对于下肢后伸内收以及外旋也较为便利。同时手术医师再采用侧卧位置入髋臼杯及股骨头的时候,因熟悉侧卧位的空间感,置入的角度会更加准确,显著减少假体位置不良的发生^[10]。

行侧卧位人工全髋关节置换术的难点是股骨头近端的显露和髓腔的准备,由于关节囊等软组织松解不到位常导致股骨头近端在微创切口视野下显露欠佳在追求股骨头近端完全翘起进行操作时容易出现因强行撬拨造成的术中股骨头近端以及大转子医源性骨折^[11]。这种医源性骨折可能发生的原因是骨质疏松^[12]。本组病例中就出现了一例医源性大转子骨折,可行保守治疗,后期随访骨折愈合良好,不影响患者髋关节的功能。有学者报道可通过钢丝布线技术修补全髋关节置换术中大转子骨折的情况^[13],同时探讨全髋关节置换术中股骨头大转子骨折分型,文章提出依据骨折线的位置分为 A 型、B 型、C 型。此分类可作为参考,且可采用保守治疗或各种内固定治疗,治疗方案仍需要临床大量的病例进行检验。另外也有学者认为可以通过提高软组织松解技术,减少术中大转子骨折的风险^[14]。DAA 手术中常见的难点还包括股骨头的脱出,后外侧入路股骨头脱出相对简单,股骨头的显露需要先进行截骨才好去处股骨头,而前侧入路在截除股骨颈时可能会损伤大转子。另外髋臼的准备和髋臼的安放也会存在一些难点,尤其是髋臼后柱的显露,这会导致后柱过度磨锉。而且假体安放时又会收到髋臼磨锉不足、过深或者严重骨质疏松影响,导致加体的位置准确性不高,稳定性不够。如果不慎出现髋臼后壁骨折,单纯的 DAA 入路处理起来将相当困难^[10]。

股外侧皮神经损伤是 L-DAA 最常见的并发症^[15-16],虽然有学者认为通过将切口偏向外侧能够减少股外侧皮神经损伤的几率,但是会导致股外侧皮神经损伤的因素还包括术中拉钩的使用及手术者的操作熟练程度,所以术中需要综合考虑多方面因素才可能避免此类并发症的发生。幸好股外侧皮神经损伤后预后一般较好,通常会在几个月内缓解^[2]。本组病例中就有一例发生股外侧皮神经损伤,予以营养神经治疗,术后 3 月大腿外侧麻木情况已基本缓解。

行人工全髋关节手术的入路有很多,但是目前骨科界并没有在手术入路上达成共识,认为某种入路是最好的入路。总体上认为确保患者住院时间短,功能恢复快,最快时间回归社会生活的手术方式是对患者最好的。

综上所述,接受全髋关节置换术的患者,采用侧卧位直接前方入路进行手术治疗,在围手术期具有较好的安全性,可以有效的减少相关并发症的发生,近中期随访临床效果满意。

参考文献:

[1]Eingartner C. Current trends in total hip arthroplasty [J]. Ortop

Traumatol Rehabil, 2007, 9 (1): 8-14.

[2]张洪,马云青. 直接前入路人工全髋关节置换术[J]. 北京大学学报(医学版), 2017, 49 (2): 185-187.

[3]Gkagkalis G, Goetti P, Mai S. Cementless short-stem total hip arthroplasty in the elderly patient – is it a safe option? A prospective multicenter observational study [J]. BMC Geriatr, 2019 (19): 112.

[4]Post ZD, Orozco F, Diaz-Ledezma C, et al. Direct Anterior Approach for Total Hip Arthroplasty: Indications, Technique, and Results. J Am Acad Orthop Surg, 2014, 22 (9): 595-603.

[5]才智,刘亮,马峰,等. 侧卧位前路与后外侧入路全髋关节置换治疗股骨颈骨折的效果分析[J]. 河北医药, 2021, 43 (12): 1826-1829.

[6]李哲明,毕攀,杨明,等. 侧卧位直接前方入路人工全髋关节置换术的应用效果观察[J]. 浙江医学, 2021, 43 (10): 1111-1114, 1118.

[7]杨军. 侧卧位直接前入路全髋置换近期临床疗效随访结果[D]. 安徽: 安徽医科大学, 2018.

[8]Barrett WP, Turner SE, Leopold JP. Prospective randomized study of direct anterior vs posterolateral approach for total hip arthroplasty [J]. J Arthroplasty, 2013, 28 (9): 1634 - 1638.

[9]Siguier T, Siguier M, Brumpt B. Mini-incision anterior approach does not increase dislocation rate: a study of 1 037 total hip replacements [J]. Clin Orthop Relat Res, 2004 (426): 164 - 173.

[10]Taunton MJ, Mason JB, Odum SM, et al. Direct anterior total hip arthroplasty yields more rapid voluntary cessation of all walking aids: a prospective, randomized clinical trial [J]. J Arthroplasty, 2014, 29 (9): 169 - 172.

[11]赵文博,叶永杰,黄伟,等. 侧卧位直接前入路与后外侧入路在单侧全髋中的疗效对比[J]. 中华关节外科杂志(电子版), 2019, 13 (1): 23-28, 85.

[12]Flury A, Finsterwald M, Dimitriou D, et al. Should advanced age be a contraindication to total hip arthroplasty in femoral neck fracture patients? A matched-control, retrospective study [J]. J Orthop, 2019, 10 (17): 25-29.

[13]叶嘉靖,朱忠,洪正华,等. 腹侧加压张力带钢丝布线技术治疗全髋关节置换术中大转子骨折[J]. 中华骨科杂志, 2022, 42 (5): 297-305.

[14]Rueckl Kilian et al. A standardized soft tissue release technique to lower the risk of greater trochanteric fractures for the anterior approach in total hip arthroplasty [J]. Archives of orthopaedic and trauma surgery, 2021, : 1-7.

[15]Grob K, Monahan R, Gilbey H, et al. Distal extension of the direct anterior approach to the hip poses risk to neurovascular structures: an anatomical study [J]. J Bone Joint Surg Am, 2015, 97 (2): 126 - 132.

[16]Grob K, Manestar M, Ackland T, et al. Potential Risk to the Superior Gluteal Nerve During the Anterior Approach to the Hip Joint: An Anatomical Study. J Bone Joint Surg (Am), 2015, 97 (17): 1426-1431.

江西省卫生健康委科技计划(项目编号 20222038)

腹腔镜穿孔修补术治疗胃十二指肠球部溃疡穿孔的临床有效性及安全性评价

水九芳 沈显琪 宇惠

中国人民解放军联勤保障部队第九〇一医院 普外科 安徽合肥 230031

摘要: 目的 探讨腹腔镜穿孔修补术治疗胃十二指肠球部溃疡穿孔疗效及安全性。方法 研究对象 80 例为胃十二指肠球部溃疡穿孔病人,入院后以电脑随机法分为 A (n=40, 开放穿孔修补术治疗)、B (n=40, 腹腔镜穿孔修补术治疗) 两组, 并进行手术疗效及安全性的组间对照分析, 研究起止时间为 2020 年 1 月—2022 年 1 月。结果 B 组较 A 组手术切口长度、用时及出血量均更少, 术后下床活动、胃肠功能恢复及住院时间均更短, 术后并发症发生率、炎症因子指标水平及疼痛评分均更低, 对比均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 腹腔镜穿孔修补术可降低胃十二指肠球部溃疡穿孔病人血清炎症因子指标水平, 并保证了医疗效果和安全, 亦可缓解病人术后疼痛程度并加快康复速度, 具备深入应用及推广价值。

关键词: 腹腔镜穿孔修补术; 胃十二指肠球部溃疡穿孔; 安全性; 疼痛程度; 手术疗效

胃十二指肠球部溃疡穿孔是比较普遍的消化系统病变, 具有发作迅速、发展较快的特征, 很容易引起腹膜炎、感染性休克等相关并发症的发生。且针对该疾病若不能第一时间诊疗, 那么将会极大危及病人的健康安全^[1]。既往临床针对该疾病多采用开放穿孔修补术治疗, 其尽管有一定疗效, 但由于刀口大, 创伤较重, 不但延误了切口愈合时机, 还会增加感染危险性, 不利于病人术后迅速恢复, 并且还会影响术后效果和预后水平。而随着医学科技的发展, 影像学技术与手术治疗也进行了有机结合, 并形成了影像学手术技术, 且逐步应用到临床。而腹腔镜穿孔修补术的应用比开放穿孔修补术更具有微创特性, 不但能够明显减少切口长度, 缩短手术费用及减少出血量, 同时还积极影响了术后的康复速度, 以及降低了并发症的发生概率, 因此现阶段备受临床青睐^[2]。而此次, 为更加清楚腹腔镜穿孔修补术的临床使用功效, 及其在胃十二指肠球部溃疡穿孔治疗中的优越性, 特对 80 例病人开展了组间对比研究, 以期对胃十二指肠球部溃疡穿孔的治疗提供更多参考, 现做如下报告:

1 资料和方法

1.1 一般资料

研究对象 80 例为胃十二指肠球部溃疡穿孔病人, 入院后以电脑随机法分为 A (n=40)、B (n=40) 两组, 研究起止时间为 2020 年 1 月—2022 年 1 月。研究病例均符合《胃十二指肠球部溃疡穿孔诊断指南》^[3], 且临床资料齐全, 知情研究内容并签订了书面文件。并排除合并手术禁忌症、幽门梗阻、严重免疫性/代谢性/器质性病变、上消化道出血、胃癌穿孔、代谢性酸中毒、休克病人。A 组男 23 例 (57.50%) /女 17 例 (42.50%); 年龄 24-71 岁, 均值 (49.62±5.38) 岁; 体重 43-86kg, 均值 (64.77±7.06) kg; 穿孔直径 0.53-2.02cm, 均值 (1.20±0.45) cm; 其中 6 例 (15.00%) 胃溃疡穿孔, 34 例 (85.00%) 十二指肠球部溃疡穿孔。B 组男 22 例 (55.00%) /女 18 例 (45.00%); 年龄 26-70 岁, 均值 (49.57±5.31) 岁; 体重 45-88kg, 均值 (64.90±7.14) kg; 穿孔直径 0.55-2.05cm, 均值 (1.23±0.47) cm; 其中 5 例 (12.50%) 胃溃疡穿孔, 35 例 (87.50%) 十二指肠球部溃疡穿孔。一般资料对比 ($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法

1.2.1 开放穿孔修补术

A 组病例, 在全麻起效后展开开放穿孔修补术治疗, 首先在右上腹直肌位置作长度适宜的手术切口, 并逐步切开肌肉、皮下组织, 再流入腹腔, 通过探测腹腔情况, 以判断溃疡的穿孔情况。然后应用纱布对溃疡穿孔部分、周围组织部分进行隔离, 并清除腹腔内液体及污染物, 随后缝合穿孔部位及充分冲洗腹腔, 留置引流管, 并缝合手术切口。

1.2.2 腹腔镜穿孔修补术

B 组病例, 在全麻起效后展开腹腔镜穿孔修补术治疗, 脐下缘置入 10 mm 的 trocar 并建立气腹, 再将 10、5、5 mm 的 trocar 分别置入剑突下和右锁骨中线肋缘下、左锁骨中线平脐, 作为手术主、副操作孔。探查腹

腔内详情后吸出腹腔液体, 随后应用无损伤抓钳按压胃窦部, 使操作点充分暴露后应用可吸收缝线展开穿孔修补术治疗, 缝合后应用大网膜覆盖穿孔处, 冲洗腹腔、放置引流管。在治疗过程中若病人为胃穿孔, 需取病灶组织标本并展开病理检查。

1.3 指标观察

1.3.1 手术切口长度、用时及出血量。

1.3.2 术后下床活动、胃肠功能恢复及住院时间。

1.3.3 离心处理术后 1d 抽取的 3ml 清晨空腹静脉血, 并应用全自动生化检验仪检验 IL-6、CRP、TNF- α 、NEUT% 水平。

1.3.4 VAS—国际数字量表评估术后疼痛度, 7-10 分、4-6 分、1-3 分、0 分分别代表剧烈疼痛、明显疼痛、轻微疼痛、无疼痛。

1.3.5 术后并发症 (感染、腹腔脓肿、粘连性肠梗阻、切口血肿) 发生率。

1.4 统计学分析

SPSS 25.0 版本软件处理研究数据, 变量资料以“t”计算, 定性数据用 χ^2 核实, 并分别以 ($\bar{x} \pm s$) 与 (%) 表示, $P < 0.05$ 时为统计学意义。

2 结果

2.1 手术相关指标水平对比

B 组较 A 组手术切口长度、用时及出血量均更少, 对比 ($P < 0.05$)。见表 1:

表 1 手术相关指标水平对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	切口长度 (cm)	出血量 (ml)	用时 (min)
A 组	40	9.32±1.34	52.62±11.04	81.44±17.07
B 组	40	3.30±0.47	43.91±9.57	60.68±12.51
t	-	26.811	3.770	6.204
P	-	0.000	0.000	0.000

2.2 术后康复指标水平对比

B 组较 A 组术后下床活动、胃肠功能恢复及住院时间均更短, 对比 ($P < 0.05$)。见表 2:

表 2 术后康复指标水平对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	下床活动时间 (d)	胃肠功能恢复时间 (d)	住院时间 (d)
A 组	40	2.14±0.43	3.32±0.86	9.87±2.54
B 组	40	1.05±0.21	2.17±0.50	7.45±1.49
t	-	14.405	7.311	5.197
P	-	0.000	0.000	0.000

2.3 术后 1d 炎症因子指标水平对比

B 组较 A 组术后 1d 炎症因子指标水平均更低, 对比 ($P < 0.05$)。详见表 3:

表 3 术后 1d 炎症因子指标水平对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	IL-6 (ng/L)	CRP (mg/L)	TNF- α (ng/L)	NEUT%
A 组	40	39.10 $\pm$ 10.39	154.25 $\pm$ 17.33	85.71 $\pm$ 10.51	87.37 $\pm$ 13.79
B 组	40	28.51 $\pm$ 8.37	95.02 $\pm$ 11.46	62.68 $\pm$ 7.55	75.05 $\pm$ 10.62
t	-	5.020	18.030	11.255	4.476
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 术后疼痛评分对比

B 组较 A 组疼痛评分均更低, 对比 ($P < 0.05$)。详见表 4:

表 4 术后疼痛评分对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	术后 12h (分)	术后 24h (分)	术后 48h (分)	术后 72h (分)
A 组	40	3.25 $\pm$ 0.77	3.11 $\pm$ 0.64	2.69 $\pm$ 0.74	2.31 $\pm$ 0.61
B 组	40	2.59 $\pm$ 0.52	2.21 $\pm$ 0.39	1.73 $\pm$ 0.34	1.39 $\pm$ 0.36
t	-	4.492	7.594	7.455	8.214
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.5 术后并发症发生率对比

B 组较 A 组并发症发生率更低, 对比 ($P < 0.05$)。详见表 5:

表 5 术后并发症发生率对比 [n (%)]

组别	例数	感染	腹腔脓肿	粘连性肠梗阻	切口血肿	总发生率
A 组	40	1 (2.50)	2 (5.00)	2 (5.00)	3 (7.50)	8 (20.00)
B 组	40	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.50)	1 (2.50)	2 (5.00)
χ^2	-	-	-	-	-	4.114
P	-	-	-	-	-	0.042

3 讨论

胃十二指肠溃疡大多由于受到了胃酸以及胃蛋白酶体的侵袭影响, 太多的胃液进入而不容易被中和, 从而导致了胃十二指肠的负荷, 黏膜抵抗力降低, 局限性的缺失而造成的非特异性溃疡^[4]。病发后的病人, 大多表现为反酸、上腹剧痛等。而由于内科系统疗法的发展以及 H₂ 受体阻断剂、碱性药物、质子泵抑制剂等防治溃疡病的药物不断问世, 胃十二指肠溃疡的疗效大幅度升高。但溃疡形成的急性穿孔风险却没有降低, 它发作迅速、发展速度快、症状较重, 如不及时处理, 从胃肠道流入腹腔的微生物于 6-8h 内开始大量生长, 而病菌、毒素的吸入以及由于腹膜渗透所造成的大量液体损失, 会导致严重感染性休克从而危及病人的安全^[5]。所以说, 针对胃十二指肠球区溃疡穿孔必须予以及时而合理的处理, 以抑制病情发展, 从而提高病人的预后能力。现阶段针对胃十二指肠球部溃疡穿孔的临床治疗, 主要是结合病情及病人身体素质展开对症治疗, 以确保治疗效果及安全性。一般来讲, 针对身体状态良好、不合并大出血或幽门梗阻、腹膜炎等病症和临床体征较轻度的年轻病人等, 均可采用非手术治疗, 以减少手术带来的创伤, 并加快恢复速度, 而其他病患则需要积极展开手术治疗^[6]。而在穿孔修补处理时, 临床中所选用的手术方案主要为开放性 (开腹手术) 及微创性 (腹腔镜手术) 两种。但由于开放穿孔修补术切口过大, 造成了病人的术后伤口较大, 不仅延误了其切口愈合时机, 出血量也较多, 术后较容易发生并发症, 还会提高切口感染风险, 进而增加患者痛苦, 以及医疗费用支出, 从而降低患者对医疗服务的认可度, 并对家庭条件较差的患者造成严重经济负担^[7]。因此来说, 开放穿孔修补术已经逐渐不能满足临床预期。

随着微创理念的流行, 腹腔镜穿孔修补术已成为治疗胃十二指肠球区溃疡穿孔的首选。其首先有切口小而隐蔽, 治愈后疤痕不突出, 美容较好的显著特征, 可充分满足现阶段病人对外观的需求^[8]。其次其术野清晰,

可精确探测溃疡或穿孔部位, 避免了盲目开腹, 加之气腹的使用, 可拓展腹腔空间, 使术野更加清晰, 并彻底清除了腹腔内液体、污染物, 彻底清洗了腹腔, 有利于预防腹腔脓肿形成, 并降低炎症因子水平避免术后感染事件及并发症的发生, 所以临床疗效很好, 而且安全性也高^[9]。最后其使用微创设备在相对密闭的腹腔中实现精准手术, 故伤口小、出血少、对消化道影响轻、病人术后痛苦少, 有利于早期下床活动, 且恢复更快。因此来说, 腹腔镜穿孔修补术和开腹手术比较, 具有损伤面积小, 痛苦低, 术后并发症较少, 视野大宽阔, 切口美观等优点, 因此也更为适用于胃十二指肠球部溃疡穿孔的临床治疗^[10]。但溃疡穿孔周围组织常见炎性水肿, 部分患者病灶处组织薄弱, 所以还需要医生具有娴熟的手术操作技能, 以提升手术治疗有效性及安全性^[11]。同时, 在全部的胃溃疡穿孔病人术中都需要快速病理检查, 如为恶性病灶则中转开腹。此外, 由于穿孔部位未能完全显露, 并且高龄、融合了心肺等主要脏器的病变, 以及对于不能耐受气腹或不适合建立气腹的病人, 需行开腹手术治疗^[12]。而本次研究为了进一步明确腹腔镜穿孔修补术在胃十二指肠球部溃疡穿孔治疗中的效果, 特将其应用到 B 组病人中, 并以开放穿孔修补术治疗的 A 组为临床参照, 结果显示: B 组手术切口长度、用时及出血量均更少, 术后下床活动、胃肠功能恢复及住院时间均更短, 术后并发症发生率、炎症因子指标水平及疼痛评分均更低, 这也进一步说明了腹腔镜穿孔修补术, 能迅速、直观、精确地发现病灶部位、判断病灶深度与大小, 且对腹腔内脏器影响较小, 可促使胃肠蠕动的正常复原, 并减低对微生物的毒素吸附, 从而减少了腹腔粘连及并发症的发生率, 并大大减少了恢复费用, 安全性更高。

综上所述, 腹腔镜穿孔修补术治疗胃十二指肠球部溃疡穿孔, 有利于病人恢复、手术疗效及安全性的提升, 可将其作为首选术式, 值得被进一步应用与推广。

参考文献:

- [1]张朝阳. 腹腔镜穿孔修补术治疗急性胃十二指肠球部溃疡穿孔的临床效果分析[J]. 河南外科学杂志, 2022, 28 (01): 132-133.
- [2]李晓奇, 范根学, 周天志. 腹腔镜下穿孔修补术与胃大部分切除术对真细菌感染胃溃疡合并胃穿孔的疗效及并发症观察[J]. 贵州医药, 2022, 46 (03): 434-435.
- [3]代雪江, 蔡银柜. 腹腔镜下与开腹修补术治疗胃十二指肠穿孔的效果及对胃肠动力的影响[J]. 中国实用医药, 2021, 16 (21): 31-33.
- [4]韩新科, 刘平鑫, 余强. 腹腔镜辅助小切口穿孔修补术治疗老年人胃十二指肠球部溃疡穿孔的效果分析[J]. 深圳中西医结合杂志, 2021, 31 (14): 120-121.
- [5]于振强. 腹腔镜与开腹穿孔修补术治疗胃十二指肠溃疡急性穿孔患者的效果比较[J]. 中国现代药物应用, 2022, 16 (06): 33-35.
- [6]张雨. 腹腔镜与开腹穿孔修补术治疗胃十二指肠溃疡急性穿孔患者的效果比较[J]. 中国健康医学, 2021, 33 (01): 132-133.
- [7]张五德. 腹腔镜穿孔修补术治疗急性胃十二指肠球部溃疡穿孔的临床价值[J]. 河南外科学杂志, 2021, 27 (01): 71-73.
- [8]张铭. 腹腔镜穿孔修补术治疗胃十二指肠溃疡急性穿孔的效果[J]. 河南外科学杂志, 2021, 27 (01): 123-125.
- [9]孙纪元. 腹腔镜与开腹手术下行胃十二指肠穿孔修补术的疗效对比[J]. 中国医药指南, 2021, 19 (13): 93-94.
- [10]方兴超, 曹晓刚, 严征远, 熊波, 张恒. 腹腔镜胃十二指肠穿孔修补术与开腹手术的临床疗效比较[J]. 实用临床医药杂志, 2021, 25(04): 52-54.
- [11]王连忠, 沈慧欣, 段荣欣. 腹腔镜修补术治疗急性胃十二指肠球部溃疡穿孔的疗效评价[J]. 微创医学, 2021, 16 (01): 63-65.
- [12]周军, 何杰, 邹恩纪. 腹腔镜下修补术对胃十二指肠球部溃疡穿孔临床治疗效果、炎症因子及 T 细胞免疫功能的影响[J]. 临床误诊误治, 2021, 34 (04): 70-75.

达格列净联合二甲双胍对 2 型糖尿病患者胰岛 α 和 β 细胞功能及微炎症状态的影响

唐娇艳

杭州钱塘区河庄街道社区卫生服务中心 浙江杭州 311222

摘要: 目的 探究在 2 型糖尿病患者中给予达格列净联合二甲双胍治疗对其胰岛 α 和 β 细胞功能及微炎症状态的影响。方法 选取 2021 年 1 月-2022 年 1 月于中心内分泌科治疗的 2 型糖尿病患者 90 例作为研究对象,通过随机数字表法将 90 例 2 型糖尿病患者分为对照组和观察组。对照组的 45 例 2 型糖尿病患者给予二甲双胍治疗,观察组的 45 例 2 型糖尿病患者给予达格列净联合二甲双胍治疗。对比两组患者治疗前后的空腹血糖、餐后 2h 血糖、胰岛 α 和 β 细胞功能以及微炎症状态指标。结果 观察组干预后的空腹血糖、餐后 2h 血糖均低于对照组 ($P<0.05$);观察组胰高血糖素曲线下面积小于对照组 ($P<0.05$);观察组胰岛素分泌曲线下面积以及早相胰岛素分泌指数均大(高)于对照组 ($P<0.05$);观察组干预后的肿瘤坏死因子(TNF- α)、白介素-6(IL-6)以及人急性时相血清淀粉样蛋白 A (ASAA) 水平均低于对照组 ($P<0.05$)。结论 在 2 型糖尿病患者中给予达格列净联合二甲双胍治疗可改善患者的血糖水平,增强胰岛 α 和 β 细胞功能以及改善微炎症的状态。

关键词: 2 型糖尿病; 达格列净; 二甲双胍; 胰岛 α 细胞; 胰岛 β 细胞

糖尿病是由于多种原因引起以慢性高血糖为特征的代谢性疾病,其具有较高的发病率,其中 2 型糖尿病是临床最为常见的糖尿病类型,2 型糖尿病主要是胰岛素分泌不足且伴有胰岛素抵抗^[1]。2 型糖尿病好发于中老年群体,尤其是肥胖、具有糖尿病家族史以及高血压病史的患者,同时由于 2 型糖尿病发病较为隐匿,极易被患者忽视^[2]。2 型糖尿病患者的主要临床表现主要为多食、多饮、多尿以及体重下降等,部分患者会因为血糖过高出现皮肤瘙痒以及感染等。临床常通过药物治疗 2 型糖尿病,二甲双胍和达格列净是临床常用的抗糖尿病药物,二甲双胍作为双胍类降糖药,其主要作用是降低血糖、抑制肝脏糖生成以及在肝脏抑制肝脏葡萄糖的输出^[3]。达格列净作为新型的降糖药物,其通过减少肾小管对葡萄糖的重吸收使葡萄糖从尿液中排出^[4]。为改善患者的血糖水平,增强胰岛 α 和 β 细胞功能以及改善微炎症的状态,本研究将在 2 型糖尿病患者中给予达格列净联合二甲双胍治疗,并探讨达格列净联合二甲双胍对 2 型糖尿病患者胰岛 α 和 β 细胞功能及微炎症状态的影响,详细报道如下文所示。

1. 资料与方法

1.1 研究对象

本次研究选取 2021 年 1 月-2022 年 1 月于中心内分泌科治疗的 2 型糖尿病患者 90 例作为研究对象,通过随机数字表法将 90 例 2 型糖尿病患者分为对照组和观察组。对照组的 45 例 2 型糖尿病患者中,男性 24 例,女性 21 例,年龄 42-78 岁,平均年龄 (60.26 $\pm$ 5.63) 岁,病程时间 1-6 年,平均病程时间 (3.24 $\pm$ 0.51) 年;观察组的 45 例 2 型糖尿病患者中,男性 25 例,女性 20 例,年龄 41-78 岁,平均年龄 (60.19 $\pm$ 5.70) 岁,病程时间 1-5 年,平均病程时间 (3.17 $\pm$ 0.48) 年。所有参与本次关于《达格列净联合二甲双胍对 2 型糖尿病患者胰岛 α 和 β 细胞功能及微炎症状态的影响》研究的患者均对本次研究内容进行详细了解,并签署知情同意书。中心伦理委员会对本次关于《达格列净联合二甲双胍对 2 型糖尿病患者胰岛 α 和 β 细胞功能及微炎症状态的影响》研究也已批准。对比两组 2 型糖尿病患者的一般资料差异不具有统计学意义 ($P>0.05$)。

纳入标准:①符合 2 型糖尿病诊断标准;②患者年龄 $\geq$ 18 周岁;③患者具有一定的阅读能力;④患者意识清楚;⑤患者可进行正常的言语交流;⑥患者临床研究资料完整。

排除标准:①患者合并肝、肾功能损伤;②患者合并恶性肿瘤;③患者合并凝血功能障碍;④患者对本次研究使用的药物过敏;⑤患者处于哺乳期、妊娠期;⑥患者合并病毒性肝炎等传染性疾病;⑦依从性差,不配合研究。

1.2 方法

两组 2 型糖尿病患者均有医护人员进行 2 型糖尿病疾病、治疗相关知识的健康宣教,帮助其制定合适的运动方案以及饮食方案,告知其合理饮食对其血糖控制的好处。

对照组的 45 例 2 型糖尿病患者给予二甲双胍治疗,患者口服盐酸二甲双胍片(批准文号:国药准字 H20023371;规格:0.85 克;生产企业:中美上海施贵宝制药有限公司),患者起始服用剂量为 0.5g,每日服用二

次或起始服用剂量为 0.85g,每日服用一次,后根据患者的个人实际情况,逐渐增大剂量,每周可增加 0.5 克,或每两周增加 0.85 克,直至增加至每日 2 克,需分三次服用,成人最大使用剂量为 2.55 克。

观察组的 45 例 2 型糖尿病患者给予达格列净联合二甲双胍治疗,二甲双胍的服用方式与剂量同对照组,患者口服达格列净片(批准文号:国药准字 H20170206;规格:10mg*14 片;生产企业:阿斯利康制药有限公司),起始剂量为 5mg,每日于早晨服用一次,在耐受 FARXIGA 需要附加血糖控制的患者应增加剂量值 10mg,每日于早晨服用一次。两组患者均连续治疗 12 周。

1.3 观察指标

①血糖水平:分别于治疗前后测量 2 型糖尿病患者的空腹血糖和餐后 2h 血糖,2 型糖尿病患者的空腹血糖和餐后 2h 血糖通过全自动生化分析仪进行检测。

②胰岛 α 和 β 细胞功能:分别于治疗前后对比 2 型糖尿病患者的胰岛细胞功能,胰岛细胞功能通过标准餐进行检测,胰高血糖素和胰岛素均通过放射免疫法进行检测,胰岛 α 细胞功能通过胰高血糖素曲线下面积进行评估,胰岛 β 细胞功能通过胰岛素分泌曲线下面积以及早相胰岛素分泌指数进行评估。早相胰岛素分泌指数=(餐后 30 分钟胰岛素-空腹胰岛素)/(餐后 30 分钟血糖-空腹血糖)^[5]。

③微炎症状态:分别于治疗前后抽取患者的空腹血 5mL,以 3000 转/分的速度进行离心,离心时间为 10 分钟,取血清置于-80℃的冰箱中待测,肿瘤坏死因子(TNF- α)、白介素-6(IL-6)以及人急性时相血清淀粉样蛋白 A (ASAA) 水平通过酶联免疫吸附法进行检测。

1.4 统计学分析

本次研究的数据采用 SPSS23.0 统计学软件进行分析与处理,计量资料以 ($\bar{x}\pm s$) 表示,血糖水平、胰岛 α 和 β 细胞功能以及微炎症状态通过 t 检验;计数资料以[n (%)]表示,通过 χ^2 检验。 $P<0.05$ 差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 对比两组 2 型糖尿病患者治疗前后的空腹血糖和餐后 2h 血糖的差异

治疗前,两组 2 型糖尿病患者的空腹血糖和餐后 2h 血糖差异不具有统计学意义 ($P>0.05$);治疗 12 周后,观察组 2 型糖尿病患者空腹血糖和餐后 2h 血糖均低于对照组 2 型糖尿病患者空腹血糖和餐后 2h 血糖,两组 2 型糖尿病患者空腹血糖和餐后 2h 血糖差异具有统计学意义 ($P<0.05$),详情如表 1 所示。

表 1 两组 2 型糖尿病患者治疗前后的空腹血糖和餐后 2h 血糖的对比 ($\bar{x}\pm s$, mmol/L)

组别	n	空腹血糖		餐后 2h 血糖	
		治疗前	治疗 12 周后	干预前	治疗 12 周后
对照组	45	11.92 $\pm$ 1.68	7.85 $\pm$ 1.16*	18.37 $\pm$ 1.81	11.72 $\pm$ 1.53*

观察组	45	12.06±1.74	7.24±1.05*	18.46±1.76	10.64±1.29*
<i>t</i>		0.388	2.615	0.239	3.620
<i>P</i>		0.699	0.011	0.812	0.001

2.2 对比两组 2 型糖尿病患者治疗前后的胰岛 α 和 β 细胞功能的差异
治疗前, 两组 2 型糖尿病患者的胰高血糖素曲线下面积、胰岛素分泌曲线下面积以及早相胰岛素分泌指数差异不具有统计学意义 ($P>0.05$);

表 2 两组 2 型糖尿病患者治疗前后的胰岛 α 和 β 细胞功能的对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	胰高血糖素曲线下面积		胰岛素分泌曲线下面积		早相胰岛素分泌指数	
		治疗前	治疗 12 周后	治疗前	治疗 12 周后	治疗前	治疗 12 周后
对照组	45	309.26±69.74	278.81±60.49*	68.92±12.62	85.36±14.08*	2.38±0.68	3.85±0.84
观察组	45	309.73±69.81	252.41±57.58*	69.01±12.74	93.75±14.87*	2.41±0.72	4.59±0.92
<i>t</i>		0.032	2.121	0.034	2.748	0.203	3.985
<i>P</i>		0.975	0.037	0.973	0.007	0.839	<0.001

2.3 对比两组 2 型糖尿病患者治疗前后的微炎症状态的差异
干预前, 两组 2 型糖尿病患者微炎症状态差异不具有统计学意义 ($P>0.05$); 干预 12 周后, 观察组的 TNF- α 、IL-6 以及 ASAA 水平均低于

治疗 12 周后, 观察组胰高血糖素曲线下面积小于对照组胰高血糖素曲线下面积, 观察组胰岛素分泌曲线下面积以及早相胰岛素分泌指数均大 (高) 于对照组胰岛素分泌曲线下面积以及早相胰岛素分泌指数, 两组 2 型糖尿病患者的胰岛 α 和 β 细胞功能差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 详情如表 2 所示。

对照组的 TNF- α 、IL-6 以及 ASAA 水平, 两组 2 型糖尿病患者微炎症状态差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 详情如表 3 所示。

表 3 两组 2 型糖尿病患者治疗前后的微炎症状态的对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	TNF- α (ng/L)		IL-6 (μ g/L)		ASAA (μ g/L)	
		治疗前	治疗 12 周后	治疗前	治疗 12 周后	治疗前	治疗 12 周后
对照组	45	16.58±3.26	13.97±2.84*	8.47±1.15	7.26±1.07*	18.29±4.26	15.91±3.68
观察组	45	16.84±3.31	12.06±2.27*	8.51±1.09	5.84±0.82*	18.37±4.34	13.74±3.22
<i>t</i>		0.375	3.524	0.169	7.066	0.088	2.977
<i>P</i>		0.708	0.001	0.866	<0.001	0.930	0.004

3. 讨论

随着我国人口老龄化的加剧, 人们生活方式的改变, 2 型糖尿病的发病人数呈上升趋势, 尤其是由于肥胖导致的 2 型糖尿病人数增加的最多。2 型糖尿病患者会并发糖尿病视网膜病、酮症酸重度、糖尿病肾病、糖尿病足以及糖尿病皮肤病变等, 对患者的身心健康产生严重的影响^[6]。二甲双胍、达格列净作为治疗糖尿病的核心药物, 其具有较好的控糖效果, 但长时间的服用二甲双胍易引发消化不良甚至乳酸酸中毒, 同时单一的使用某种药物会产生耐药性, 导致治疗效果欠佳。

由表 1 可知, 观察组干预后的空腹血糖、餐后 2h 血糖均低于对照组 ($P<0.05$), 由此可知, 在 2 型糖尿病患者中给予达格列净联合二甲双胍治疗可改善患者的血糖水平。本次研究结果与谢瑾^[7]学者的研究结果相似。分析其原因: 二甲双胍可促进外周组织对葡萄糖的利用, 同时通过抑制肝糖输出和促进组织对糖的利用, 二甲双胍可减轻胰岛素抵抗, 让胰岛素更好地发挥降糖作用。达格列净的降糖机制是抑制钠-葡萄糖协同转运蛋白-2 的作用, 阻止肾近曲小管重吸收葡萄糖, 从而更好地发挥降糖作用。

由表 2 可知, 观察组胰高血糖素曲线下面积小于对照组, 观察组胰岛素分泌曲线下面积以及早相胰岛素分泌指数均大 (高) 于对照组 ($P<0.05$), 由此可知, 在 2 型糖尿病患者中给予达格列净联合二甲双胍治疗可增强胰岛 α 和 β 细胞功能。本次研究结果与黎俏洁^[8]学者的研究结果相似。分析其原因: 二甲双胍可增加胰岛素的敏感性, 改善胰岛素抵抗, 而达格列净通过抑制肾小管重吸收葡萄糖, 增加尿糖排泄, 降低血浆葡萄糖水平, 同时达格列净通过降低血糖水平, 降低 β 细胞后负荷, 增强胰岛 α 和 β 细胞功能。

由表 3 可知, 观察组干预后的 TNF- α 、IL-6 以及 ASAA 水平均低于对照组 ($P<0.05$), 由此可知, 在 2 型糖尿病患者中给予达格列净联合二甲双胍治疗可改善微炎症的状态。本次研究结果与王琳等^[9]学者的研究结果相似。分析其原因: 通过达格列净联合二甲双胍的使用, 2 型糖尿病患者的空腹血糖和餐后 2 小时血糖水平均得到一定的改善, 通过改善 2 型糖尿

病患者的病情, 从而降低 TNF- α 、IL-6 以及 ASAA 水平。

综上所述, 在 2 型糖尿病患者中给予达格列净联合二甲双胍治疗可改善患者的血糖水平, 增强胰岛 α 和 β 细胞功能以及改善微炎症的状态。达格列净联合二甲双胍在 2 型糖尿病患者的治疗中具有良好的推广意义。

参考文献:

- [1]梁宇, 焦秀敏, 张星光, 等. 达格列净对超重 2 型糖尿病患者脂联素水平和体脂分布及骨矿含量的影响研究[J]. 中国全科医学, 2021, 24 (21): 2655-2660, 2668.
- [2]刘书苑. 老年 2 型糖尿病合并骨质疏松患者行唑来膦酸联合辛伐他汀的治疗效果[J]. 中国老年学杂志, 2021, 41 (12): 2497-2500.
- [3]叶青, 周璇, 李燕. 瑞格列奈联合二甲双胍治疗对老年 2 型糖尿病患者血糖波动和氧化应激的影响[J]. 临床和实验医学杂志, 2020, 19 (20): 2192-2196.
- [4]韩娥. 达格列净对 2 型糖尿病胰岛素泵短期强化治疗患者胰岛素抵抗指数影响研究[J]. 临床军医杂志, 2020, 48 (4): 437-438.
- [5]陈宇诗, 欧素巧, 陈月, 等. 2 型糖尿病患者早相胰岛素分泌与颈动脉粥样硬化及尿微量白蛋白相关性研究[J]. 中国糖尿病杂志, 2019, 27 (12): 886-890.
- [6]连明珠, 赵莹, 康静, 等. 达格列净对早期 2 型糖尿病肾病患者肾小球和肾小管功能的影响[J]. 中国现代医学杂志, 2021, 31 (2): 13-18.
- [7]谢瑾. 达格列净联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病的效果及对氧化-抗氧化平衡的影响[J]. 河北医药, 2022, 44 (5): 712-715.
- [8]黎俏洁. 达格列净与吡格列酮联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病的治疗及对胰岛素敏感性和胰岛 α 和 β 细胞功能的影响[J]. 川北医学院学报, 2022, 37 (1): 95-98.
- [9]王琳, 刘启胜, 朱四民, 等. 利拉鲁肽对 II 型糖尿病伴肥胖患者胰岛 β 细胞功能和微炎症状态的影响[J]. 西部医学, 2017, 29 (7): 966-969.

正常腹膜结构在 64 排螺旋 CT 上的影像学探讨

田李峰

蒲白矿务局医院 影像科 陕西蒲城 715517

摘要:目的 探讨正常腹膜结构在 64 排螺旋 CT 上的影像学特征。方法 选取 2017 年 3 月-2019 年 3 月在我影像科进行腹部 CT 扫描的体检者 65 例作为研究对象,分别进行 64 排螺旋 CT 平扫和增强扫描。结果 腹膜在不同位置会显示出不同的夜店,但是 CT 下主要显示成分为脂肪,同时其内还含有小血管和结缔组织。大网膜游离部在空肠回肠前方显示率高于中间偏向右侧腹腔、上腹腔内, $P<0.05$,差异均有统计学意义。网膜囊内主要韧带的脂肪成分与同层面腹腔及腹膜后脂肪 CT 值无明显差异, $P>0.05$ 。胃网膜左动脉需要 100%强化、胃短动脉需要 30%强化才可以显示。在同一腹膜结构内平扫和增强后的 CT 值无明显差异, $P>0.05$ 。结论 64 排螺旋 CT 扫描能很好的显示腹膜的各种解剖结构,值得临床推广应用。

关键词: 正常腹膜结构; 64 排螺旋 CT; 影像学

腹膜属于一种薄层的、光滑的、半透明浆膜,其多覆盖于腹腔、盆腔壁内和腹腔、盆腔脏器表面,包括间皮和少量的结缔组织^[1-2]。腹膜包括壁层腹膜和脏层腹膜,壁腹膜、腹膜壁层是衬在腹腔、盆腔壁内,如果壁腹膜发生反折,在腹腔和盆腔脏器表面覆盖的腹膜,又被称为脏腹膜或者腹膜脏层^[3-4]。壁腹膜和脏腹膜两者出现延续和移行之后,就会形成不规则间隙,这些间隙又被称为腹膜腔,腔内还会存在一定量的浆液^[5-6]。而当腹膜从一个脏器移行到另一个脏器时就会形成网膜、系膜以及韧带等腹膜结构,而腹膜腔也会因此分割为很多间隙,以上描述的结构都有自己的解剖特点^[7-8]。目前临床很多疾病的病变均与腹膜结构变化有一定的关系^[9-10],因此,通过对腹膜结构的掌握即能够对临床疾病作出诊断和治疗。就目前研究来看,64 排螺旋 CT 上正常腹膜结构探讨相对较少。本研究通过 2017 年 3 月-2019 年 3 月在我院影像科进行腹部 CT 扫描的体检者 65 例资料进行观察,拟探讨正常腹膜结构在 64 排螺旋 CT 上的影像学情况,结果如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2017 年 3 月-2019 年 3 月在我院影像科进行腹部 CT 扫描的体检者 65 例作为研究对象,男性 35 例,女性 30 例,年龄 21 岁-60 岁,平均年龄 45.4 ± 10.6 岁,通过平扫后,在进行增强扫描。纳入标准:①体检者没有明显的腹部症状,既往没有腹部相关的手术史、疾病史。②通过螺旋 CT 扫描时没有发现有可以诱发腹膜改变的病变,但是无法排除一些肝脏小的血管瘤和小囊肿。排除标准:①排除以往腹部外伤或者相关手术疾病史者②排除进行螺旋 CT 扫描时,有腹部病变者;不能配合 CT 检查的患者;存在肾脏或者肝脏肿瘤的患者。

1.2 方法:螺旋 CT 检查之前 4-6h 饮用 1000ml 水,对螺旋 CT 参数进行设定,即管电流 200-250mAs,管电压 120KV,球管旋转时间 0.5s/r,探测器螺距为 0.984,宽度为 $0.625\text{mm}\times 64\text{i}$,扫描视野为 350-550mm。患者采取仰卧位,双侧上肢置于头部侧方向,螺旋 CT 自头向着脚的方向扫描,扫描前做好扫描前训练,让患者达到保持平稳的呼吸,扫描过程保持屏气状态,内侧定位线作为扫描定位的基线,侧定位线在腋窝中线的位置。层厚为 5mm,层间距为 5mm,连续性扫描,全腹部扫描通过单次屏气完成。增强扫描,经过肘静脉注入非离子型对比剂碘海醇。碘海醇浓度为 350mg/ml,剂量为 80-100ml,使用高压注射器经肘静脉注入,注射速度为 3ml/s。图像处理方法:将 CT 扫描过程中获得的数据传送到工作站(AW4.3),然后进行多平面重建。矢状位和冠状位的图像层厚为 5mm。本次图像的评价均由同一医师诊断团队完成。

1.3 观察指标:

1.3.1 观察大网膜游离部分布的三种情况、网膜囊内主要韧带的脂肪成

分与同层面腹腔及腹膜后脂肪 CT 值的差异情况以及在同一腹膜结构内平扫和增强后的 CT 值差异情况。

1.3.2 腹膜

主要观察两项内容,一是腹膜的大致范围,二是比较腹膜和腹膜后脂肪的 CT 表现。

1.3.3 网膜

主要观察胃结肠韧带是否能够显示,以及其毗邻器官。观察大网膜游离部的分布。

1.3.4 系膜

主要观察小肠系膜上动脉和上静脉的走形,横结肠系膜的走形和乙状结肠系膜走形,以及其与周围组织器官的关系。

1.4 统计学分析 采用统计学软件 SPSS 19.0 建立数据库,采用 t 检验分析, $P<0.05$,差异有统计学意义。

2 结果

2.1 大网膜游离部在空肠回肠前方显示率 63.1%高于中间偏向右侧腹腔 18.5%、上腹腔内 18.5%, $P<0.05$,差异均有统计学意义。

2.2 在同一腹膜结构内平扫和增强后的 CT 值差异情况(如表 1)在同一腹膜结构内平扫和增强后的 CT 值无明显差异, $P>0.05$ 。

表 1 在同一腹膜结构内平扫和增强后的 CT 值差异情况

腹膜	CT 平扫 (Hu)	CT 强化 扫描 (Hu)	T 值	P 值
大网膜游离部	-102.5±6.2	-97.1±7.4	0.21	>0.05
胃结肠韧带	-101.2±7.4	-98.9±7.8	0.18	>0.05
肝胃韧带	-104.2±6.8	-101.9±6.6	0.20	>0.05
脾肾韧带	-102.7±7.5	-99.8±5.9	0.22	>0.05
门腔间隙	-106.2±8.0	-101.5±6.0	0.16	>0.05
胃脾韧带	-106.3±7.6	-102.2±7.0	0.26	>0.05
小肠系膜	-99.0±7.8	-93.3±5.1	0.36	>0.05

2.3 腹膜情况

在正中矢状位上可以观察到以下情况,胃、空肠、回肠、横结肠、卵巢、输卵管以及脾脏是完全被腹膜包绕的,但是升结肠和刚脏则仅有一部分被包绕。由于每个脏器之间位置问题导致 CT 并没有观察到全部脏器情况。

脂肪是腹膜结构的主要构成成分,而腹膜后的脂肪组织则与其不同,主要原因是腹膜后的脂肪组织是单纯的脂肪组织,而腹膜结构中的脂肪则

包括了脂肪、小血管以及一些结缔组织。

2.4 网膜

2.4.1 胃结肠韧带

胃结肠韧带可以 100% 的显示在 CT 图像上, 轴状位可以发现胃大弯以下, 横结肠前方, 冠状位上观察则更靠近前腹壁, 从矢状位上观察则显示其位于横结肠和胃大弯之间。以上结构在 CT 下显示的主要结构为脂肪和血管, 在增强 CT 下则可以更加清晰的观察到。胃结肠韧带上缘的位置也会受胃部充盈程度影响。在冠状位上可以观察到胃结肠韧带上下左右延续情况, 但在矢状位上则能显示上下左右以及前后周围组织关系。

在平扫时不能够清晰的辨认出胃网膜血管, 但是在增强扫描时则能够 100% 检出胃网膜血管。在轴位上有 49.23% (32/65) 的患者能够区分出动静静脉, 且能够发现胃大弯走形的条状密度增高影。在冠状位上则有 50.76% (33/65) 的患者能够区分出动静静脉, 表现与轴位观察相同。在冠状位上有 84.61% (55/65) 的患者能够区分出动静静脉, 但是基于动静静脉很细小, 因此 CT 数值上无法显示出差异, 也不能确定其属于静脉还是动脉。

2.4.2 大网膜游离部

通过强化 CT 可以从冠状位、轴位和矢状位上 100% 观察到, 但是仅显示出血管和脂肪。在连续层面对大网膜游离部观察后可以显示为以下三种情况: (1) 覆盖在空肠和回肠前方, 且呈左右对称分布; (2) 位于中间偏右侧。从 CT 表现上来看以上两种情况表现并无明显差异, 轴状位上可以观察到小肠肠管前方的脂肪密度, 还可以观察到夹杂的小血管影; 冠状位上则可以观察到小肠肠管和前腹壁之间夹杂的血管影, 矢状位观察到效果则不及以上两种观察位, 只能在小肠肠管前方前腹壁后方可以观察到。

(3) 位于腹腔内, 横结肠以上。轴位表现为肝脏前方的脂肪成分, 从中可以观察到血管走行方向为趋向胃大弯处, 冠状位主要表现为肝脏前方的脂肪密度影, 从中可以观察到血管走行方向为趋向胃大弯处, 矢状位则可以在膈下间隙明确的观察到大网膜游离位置。

2.5 系膜

2.5.1 小肠系膜

(1) CT 可以 100% 显示出肠系膜上静脉和肠系膜上动脉, 在增强扫描下则体现的更加明显。65 例患者中, 有 1 例表现为在腹主动脉右前方行走血管影, 64 例则表现为左右伴行。(2) 多数系膜血管在 CT 下均显示为放射状, 可清晰的观察到血管边界, 但是随着血管分值的增加和变细, 其在 CT 上仅显示为细条状和点状影。从轴位可以观察到小肠系膜血管多数位于前后方, 且和动静静脉相伴行。

2.5.2 横结肠系膜

在增强扫描中, 轴位显示率为 92.3% (60/65), 冠状位为 84.61% (55/65), 矢状位影像由于起始部位难以统计, 所以本次研究未对矢状位显示率进行统计。CT 下显示, 有 49.23% (32/65) 的患者横结肠系膜中份呈下斜位, 有 50.76% (33/65) 位于水平位, 且 CT 下显示的横结肠系膜都位于上腹腔内。

2.6 乙状结肠系膜

在 CT 下可以全部观察到肠系膜下静脉和下动脉, 且可以观察到其起源为腹主动脉前壁。轴位可以完全显示乙状结肠系膜位置, 即位于乙状结肠后方或者前方, 其中位于前方的患者数量比较多, 所占比例为 92.30% (60/65)。乙状结肠直肠成分在 CT 下显示为 (-95.3 ± 5.2) Hu, 密度比较均匀, 增强后则显示为 (-92.1 ± 4.8) Hu, 皮下脂肪密度则为 (-102.3 ± 8.6) Hu。在乙状结肠系膜的根部和系膜上都没有发现淋巴结。

3 讨论

采用 64 排螺旋 CT 扫描, 重建出比较清晰的轴位、冠状位、矢状位, 可以充分的显示腹膜各种不同的解剖结构^[11-12]。通过冠状位对胃网膜右静脉和血管网膜支充分的现实, 胃网膜血管可以作为判定胃结肠韧带的标志^[13-14]。网膜囊韧带内部的血管、脂肪和淋巴位置 and 血管走行相似 对不同韧带所在位置进行确认, 但是是一些血管比较隐蔽, 需要进行强化扫描才可以观察更加清晰。大网膜游离部相对移动, 其内部脂肪密度也处于均匀状态, 密度高于腹腔、腹膜后和皮下脂肪。通过螺旋 CT 观察到小肠系膜^[15]。空肠和回肠系膜走行相对特殊, 利用小肠系膜分布, 可以对腹腔内肠管做出基本判定。肠系膜下动脉和肠系膜下静脉可以对乙状结肠系膜进行判定, 特别是轴位、矢状位。小肠系膜、横结肠系膜、乙状结肠系膜内的脂肪成分比较相似, 密度相对均匀, 稍高于皮下组织脂肪。通过观察所有的腹膜结构内淋巴结较少, 直径小于 5mm。

综上所述, 64 排螺旋 CT 扫描能很好的显示腹膜中腹膜、网膜和系膜中的解剖结构, 并可以发现其内血管走行情况, 值得临床推广应用。

参考文献:

- [1]秦燕, 陈晓荣, 尚建敏, 等. 多排螺旋 CT 在无腹膜覆盖结肠癌术前分期中的应用体会[J]. 结直肠肛门外科, 2017, 23 (1): 107-108.
- [2]徐园园. 磁共振成像与 CT 在老年恶性胸腹膜间皮瘤临床治疗中的应用效果比较[J]. 中国老年学杂志, 2017, 37 (6): 1418-1419.
- [3]张立欧, 孙洪赞, 卢再鸣. 18F-FDG PET/CT 在诊断腹膜后纤维化中的价值[J]. 中国临床医学影像杂志, 2017, 28 (4): 264-267.272.
- [4]张建功, 史讯. 18F-FDG PET/CT 双时相显像对结核性和肿瘤性腹膜弥漫性病变的诊断价值[J]. 中国医学影像学杂志, 2019, 27 (4): 286-289.
- [5]马文超, 陈薇, 付蕾, 等. 腹膜弥漫性病变的 18F-FDG PET/CT 诊断辨析[J]. 国际放射医学核医学杂志, 2018, 42 (2): 192-195.
- [6]闵辉东. CT 对结核性腹膜炎与癌性腹膜炎的鉴别诊断价值[J]. 现代医用影像学, 2018, 27 (6): 1964-1965.
- [7]GOSWAMI G, KAMMAR P, MANGAL R, et al. Accuracy of CT scan in predicting the surgical PCI in patients undergoing cytoreductive surgery with/without HIPEC— a prospective single institution study [J]. Indian J Surg Oncol, 2019, 10 (2): 296-302.
- [8]张伟. CT、MR 对腹膜后原发肿瘤诊断临床价值分析[J]. 中国医疗器械信息, 2018, 24 (4): 143-145.
- [9]陈秀琴, 宋瑞祥. CT、MRI 诊断腹膜后原发性肿瘤的临床价值[J]. 临床医学研究与实践, 2020, 5 (36): 140-141.
- [10]王连金, 詹阿来, 黄庆文. 腹膜后间隙原发肿瘤的 CT 与 MRI 诊断价值[J]. 影像研究与医学应用, 2020, 4 (20): 32-34.
- [11]李静, 崔琼, 冯旭霞. CT 与 MR 诊断腹膜后原发性肿瘤的临床价值[J]. 临床医学研究与实践, 2019, 4 (10): 149-151.
- [12]黄日坤. CT、MR 对腹膜后原发肿瘤诊断临床价值分析[J]. 影像研究与医学应用, 2020, 4 (9): 149-150.
- [13]邢金子. CT 联合磁共振检测在腹膜后原发肿瘤诊断中的应用价值[J]. 中国民康医学, 2020, 32 (11): 96-98.
- [14]武宝华, 吴列秀, 任转勤, 等. 腹膜后原发肿瘤的影像学特征与病理学的相关性[J]. 实用癌症杂志, 2020, 35 (5): 145-148.
- [15]钱立静, 陆成栋, 葛袁晔. 特定 CT 征象在原发性腹膜后肿瘤鉴别诊断中的应用[J]. 影像研究与医学应用, 2019, 3 (17): 115-116.

分析社区老年慢性病患者多重用药现状及对生活质量的影响

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 分析社区老年慢性病患者多重用药现状及对生活质量的影响。方法 随机抽取 2021.04–2022.04 社区 312 例老年慢性病患者作为调查对象，根据患者基本情况、药物使用状况、服药依从性、生存质量等几方面展开调查，探究患者用药依从性以及慢性病对生活质量的影响。结果 304 例患者中包括糖尿病 201 例（66.12%）、高血压 234 例（76.97%）、慢性阻塞性肺疾病 12 例（3.95%）、冠心病 79 例（25.99%）、脑卒中 64 例（21.05%）、高脂血症 86 例（28.29%）等 6 种慢性病；其中服用药物种类≥5 种的患者有 283 例（93.09%）。304 例患者中，用药依从性好有 157 例，用药依从性差有 147 例，用药依从率为 51.64%。不同年龄、不同户籍、服用药物种类不同、药物产生不良反应等特征的患者，存在明显的用药依从性差异（ $P<0.05$ ）。将不同年龄、不同户籍、服用药物种类不同、药物所产生不良反应等对老年患者依从性产生影响的因素作为自变量，通过非条件二元 Logistic 回归模型分析，数据表明上述因素均为患者用药依从性相关影响因素，表明随着患者年龄的增长、患者户籍类型的不同、药品所产生的不良反应是患者用药依从性欠佳的独立危险因素。患者所服用的药物种类不同、患者存在潜在不恰当服用药物情况、药品所产生的不良反应情况的 EQ-VAS 评分和 EQ-5D 评分，具有明显差异（ $P<0.05$ ）。将以上因素全部作为自变量，并对其进行多因素回归分析，分析结果显示，药物种类不同、存在潜在不恰当服用药物情况、药品所产生的不良反应均是对生活质量造成影响的主要因素，对上述因素采取标准化偏回归系数分析，分析结果显示，对患者生活质量产生最大影响的是药品导致的不良反应。结论 多重用药现象普遍存在于老年慢性病患者之中，社会应该多加关注老年患者用药情况，为促进老年慢性病患者掌握多重用药相关知识，需在社区定期组织多重用药知识讲座，最大限度降低药品不良反应发生情况，提高老年患者生存质量，减少医疗费用，确保医疗安全。

关键词：社区；老年慢性病；多重用药；现状；对生活质量

伴随时代的发展，人口老龄化日益加剧，老年群体大多存在共病现象，并普遍存在多重用药的现象^[1]。老年群体大多伴有两种及以上慢性疾病，而且存在多种药物同时服用的情况，尤其是社区罹患慢性病的老年患者^[2]。多重用药是指患者同一时间服用药品种类≥5 种，包括保健品、处方药、中草药以及非处方药等^[3]。部分糖尿病、高血压等慢性病患者可去三甲医院就诊，或者去社区医院就诊，因不同医院可开具不同的处方，致使患者面对大量不同种类的药品而无所适从^[4]。据报道^[5]，社区老年群体约有 5.7% 所有疾病种类≥3 种，服用药物品种数为 6~11 种，其中存在多重用药情况的患者约占 60.2%。老年群体多重用药除增加药物相互作用所产生的不良反应之外，还会增加其他健康风险，导致患者住院次数增加，同时增加医疗费用，促使患者生活质量降低，甚至导致死亡^[6]。本文对社区老年慢性病患者多重用药现状进行调查，并探讨其对患者生活质量的影响，旨在改善老年群体药物合理使用率，提升患者生活质量。

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机抽取 2021.04–2022.04 社区 312 例老年慢性病患者作为调查对象。纳入标准：慢性疾病种类≥2 种，且年龄≥60 岁者；可正常沟通，意识清醒的患者；服药时间≥3 个月的患者；自愿参与本研究；排除标准：罹患阿尔茨海默病患者；罹患恶性肿瘤者；精神疾病以及神经系统疾病者。本次共发放问卷 312 份，回收问卷中 8 份为无效问卷，获得的有效问卷为 304 份，有效回收率为 97.44%。

1.2 方法

调查问卷内容包括 4 方面。（1）老年患者性别、年龄、收入、文化程度等基本情况；（2）老年患者所患疾病种类，包括糖尿病、高血压疾病、冠状动脉粥样硬化性心脏病、慢阻肺疾病、高脂血症疾病等；（3）老年患者当天用药情况以及用药依从性；（4）每日口服药品种类（以通用名称统计）。其中老年患者用药依从性通过 4 个问题进行评估：第一，每日服药次数是否严格遵从医嘱；第二，服药剂量是否严格遵从医嘱；第三，服药时间是否严格遵从医嘱；第四，是否遵从医嘱坚持不间断的服药。若上述问题答案均为“是”，则代表患者依从性好，若答案中存在“否”，则代表患者依从性差。生存质量通过健康指数量表（EQ-5D）进行评估：该问卷包括两部分，分别是视觉模拟标尺得分（EQ-VAS）和 EQ-5D 健康描述系统；其中 EQ-VAS 最高分为 100 分，最低分为 0 分，患者所得分值越高代表患者心目中健康状况越好。EQ-5D 健康描述系统包括患者日常活动能力、患者行动能力、患者自我照顾能力、患者焦虑或抑郁情况、患者疼痛或不舒服等 5 个维度，每个维度均包含 3 个水平，代表十分困难、些许困难、无任何困难。通过将 EQ-VAS、EQ-5D 健康描述系统和受访者基本信息相结合，分析影响老年患者生存质量（健康方面）的因素。

统计并分析老年患者药品不良反应发生情况。

1.3 统计学处理

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；应用非条件二元 Logistic 回归分析药物依从性影响因素，生存质量影响因素应用多元线性回归分析， $P<0.05$ 代表具有明显统计学差异。

2 结果

2.1 老年患者基本信息以及用药情况

304 例患者一般资料如表 1。老年患者常见慢性病包括糖尿病 201 例（66.12%）、高血压 234 例（76.97%）、慢性阻塞性肺疾病 12 例（3.95%）、冠心病 79 例（25.99%）、脑卒中 64 例（21.05%）、高脂血症 86 例（28.29%）等 6 种慢性病；其中服用药物种类≥5 种的患者有 285 例（93.75%）。不同年龄段的老年患者基本用药资料如表 1。

表 1 单因素分析老年患者用药依从性（n=304）

影响因素	类别	人数	依从	不依从	χ^2	P
性别	男	113	55	58	0.127	0.722
	女	191	97	94		
年龄（岁）	60~69	149	102	49	32.700	0.000
	70~79	102	33	71		
	80~92	53	22	27		
文化程度	小学及以下	199	97	102	2.020	0.364
	初中	82	48	37		
	高中及以上	23	12	8		
户籍类型	城镇	248	141	99	23.046	<0.001
	农村	56	16	48		
药物种类	0~4	19	15	4	10.920	0.004
	5~7	258	134	124		
	≥8	27	8	19		
药品不良反应	有	141	62	79	6.200	0.013
	无	163	95	68		

2.2 老年患者用药依从性单因素分析

304 例患者中，用药依从性好有 157 例，用药依从性差有 147 例，用药依从率为 51.64%。不同年龄、不同户籍、服用药物种类不同、药物产生不良反应等特征的患者，存在明显的用药依从性差异（ $P<0.05$ ）。见表 1。

2.3 用药依从性的多因素分析

将年龄、户籍类型、药物种类、药品不良反应等影响老年患者依从性的因素作为自变量，通过非条件二元 Logistic 回归模型分析，数据表明上述因素均为患者用药依从性相关影响因素，表明随着患者年龄的增长、患者户籍类型的不同、药品所产生的不良反应是患者用药依从性欠佳的独立危险因素。见表 2。

表 2 不同用药情况依从性影响的非条件二元 Logistic 回归分析

自变量	赋值	<i>b</i>	OR (95%CI)	<i>P</i>
年龄	0=60~69 岁, 1≥70 岁	1.471	4.349 (2.577, 7.340)	<0.001
户籍类型	0=城镇, 1=农村	1.503	4.491 (2.052,)	<0.001
药物种类	0=0~5, 1=≥6	0.061	1.063 (0.521,)	0.871

表 3 比较用药情况不同的老年患者 EQ-VAS 和 EQ-5D 评分

项目	例数	EQ-VAS			EQ-5D		
		$\bar{x} \pm s$	<i>t</i>	<i>P</i>	$\bar{x} \pm s$	<i>t</i>	<i>P</i>
用药种类	0~4	17	70.52±2.55		0.76±0.06		
	5~7	261	70.23±3.71	76.756	<0.001	0.73±0.05	156.441
	≥8	26	60.30±6.11		0.55±0.05		
服用潜在不恰当药物	无	253	70.08±4.02		0.73±0.06		
	1 种及以上	51	61.16±6.59	12.781	<0.001	0.67±0.09	5.930
依从性	好	157	69.92±4.42		0.72±0.06		
	差	147	69.03±5.09	1.631	0.104	0.71±0.08	1.238
药品不良反应	有	136	66.70±3.98		0.71±0.07		
	无	168	71.74±4.09	10.812	<0.001	0.73±0.07	2.477

表 4 回归分析患者生活质量影响因素

影响因素	偏回归系数	标准误差	标准化偏回归系数	<i>P</i>
常量	0.899	0.026	-	<0.001
用药种类	-0.027	0.005	-6.560	<0.001
潜在不适当用药数量	-0.066	0.005	-0.692	<0.001
药品不良反应	-0.090	0.003	-0.940	<0.001

3 讨论

3.1 分析老年慢性病患者多重用药现状

随着人口老龄化进程的加快，慢性病患者数量随之增加。老年慢性病患者普遍存在用药不规范的现象，致使用药风险较大^[7]。大部分老年患者存在多种慢性病，需要同时接受多种药物治疗，导致多重用药现象普遍存在。本研究结果表明，304 例老年慢性病患者中，多重用药患者数量达到 285 例（93.75%）。其中服用药物种类达到 8 种及以上的患者为 27 例（8.88%）。

3.2 老年慢性病患者用药依从性影响因素分析

本研究结果显示，老年慢性病患者用药依从性受到多种因素的影响，包括患者年龄、患者户籍、药物种类、药品不良反应等。经过二元 Logistic 回归分析，分析结果表明，患者年龄的不同、患者不同的户籍、服用药物所产生的不良反应均是对患者用药依从性产生影响的相关因素。原因包括以下几个方面：①老年患者记忆力相对较差，身体功能明显衰退，经常发生忘记服药的情况，进而降低用药依从性；②农村户口的老年患者退休工资较低，且医疗保险报销比例少，在经济压力作用下，导致部分患者无法承受规律服药的支付，进而导致服药依从性大幅度降低；③大部分老年慢性病患者身患较多种不同的疾病，需要同时服用多种药物，易导致患者多服、错服、漏服、重复服药等，进而降低依从性。④服药之后出现不良反应，老年患者不知原因而擅自停药，易促使原有疾病加重，影响药物效果，进而降低依从性^[7-8]。所以，老年慢性病患者自身的年龄、所服用的药物种类、户籍的不同、药品所产生的不良反应均会降低患者服药依从性。

3.3 分析老年慢性病患者生活质量影响因素

药品不良反应	0=无, 1=有	0.575	2.170) 1.777 (1.056, 2.993)	0.032

2.4 用药情况不同的老年患者 EQ-VAS 和 EQ-5D 评分对比

患者所服用的药物种类不同、患者存在潜在不恰当服用药物情况、药品所产生的不良反应情况的 EQ-VAS 评分和 EQ-5D 评分，具有明显差异（ $P<0.05$ ）。见表 3。将以上因素全部作为自变量，并对其进行多因素回归分析，分析结果显示，药物种类不同、存在潜在不恰当服用药物情况、药品所产生的不良反应均是对生活质量造成影响的主要因素，对上述因素采取标准化偏回归系数分析，分析结果显示，对患者生活质量产生最大影响的是药品导致的不良反应。见表 4。

多因素回归分析结果表明，患者所服用药物的种类不同、存在潜在不恰当服用药物情况、药物所产生的不良反应均会对患者生活质量造成不同程度的影响，其中患者服用药物后产生的不良反应对患者生活质量影响最大。患者生存质量受到药品不良反应的影响包括以下几个方面：①服用药品所产生的不良反应会给患者带来一定的不适感，导致患者不再规律性服药，进而导致病情加重，影响患者生存质量；②患者在多重用药的情况下，会增加药品不良反应的发生风险，促使生存质量受到影响；③患者出现药品不良反应时，易通过其他药物帮助自身缓解不良反应相关症状，从而药物服用种类增加，最终出现不良反应风险进一步增加的现象。

综上所述，老年慢性病患者普遍存在多重用药现象，社会应该多加关注老年患者用药情况，为促进老年慢性病患者掌握多重用药相关知识，需在社区定期组织多重用药知识讲座，最大限度降低药品不良反应发生情况，提高老年患者生存质量，减少医疗费用，确保医疗安全。

参考文献：

[1]邱珊娇, 黄文静. 基于 Beers 标准的社区老年共病患者多重用药治疗方案一例分析[J]. 中国全科医学, 2019, 22 (36): 4532-4534.
[2]贾春伶, 陈淑敏, 王锦燕. 某医院门诊老年患者多重用药情况调查分析[J]. 人民军医, 2019, 62 (4): 326-329.
[3]李荔, 李莎, 卫芸, 等. 社区老年人多重用药率及其相关因素的系统综述[J]. 中国全科医学, 2021, 24 (25): 3161-3170.
[4]康文静. 社区老年慢性病患者多重用药情况及对方干预的认知分析[J]. 中国老年保健医学, 2020, 18 (2): 73-74.
[5]申学谦, 高绪霞, 马立萍, 等. 社区卫生服务中心老年糖尿病患者处方多重用药情况分析[J]. 中国医药, 2021, 16 (1): 80-84.
[6]刘戴, 于德华, 金花, 等. 社区老年多病共存患者多重用药情况评价研究[J]. 中国全科医学, 2020, 23 (13): 1592-1598.
[7]李盼, 王雪松, 金锐, 等. 一例社区老年多重慢性病患者用药的全科管理[J]. 中华全科医师杂志, 2021, 20 (11): 1222-1226.
[8]毛润越, 徐志杰, 方力争. 社区老年患者潜在不合理用药影响因素的思考[J]. 中国全科医学, 2020, 23 (34): 4405-4406.

美沙拉嗪与柳氮磺吡啶治疗溃疡性结肠炎的效果比较

王 丽 丽

石家庄市中医院 河北省 050051

摘要：目的：研究溃疡性结肠炎选择不用治疗法的影响。方法：2020 年 7 月至 2022 年 6 月，选取 104 例于我院溃疡性结肠炎患者，随机分为两组，对照组采取美沙拉嗪治疗，实验组联合柳氮磺吡啶治疗，对比两组疗效。结果：比较两组生活质量、治疗有效率，数据有差异， $P<0.05$ 。结论：溃疡性结肠炎采取美沙拉嗪与柳氮磺吡啶治疗时疗效显著，可降低不良反应发生，安全性也能得到保障。

关键词：美沙拉嗪；柳氮磺吡啶；溃疡性结肠炎

溃疡性结肠炎的发病率来看，近年来有逐渐上升的趋势^[1]。此病作为一种非特异性炎性肠病，病灶部位处于直肠和乙状结肠处。当病情严重时，病灶会蔓延至整个结肠发病后，患者常常表现为腹泻、血便、腹痛等，对于他们的生活质量影响极大。目前针对溃疡性结肠炎的治疗，主要以药物为主，而临床中可选的药物种类较多，例如糖皮质激素、免疫抑制、水杨酸类药物^[2]。尤其在水杨酸类药物治疗无效后，可推荐使用免疫抑制剂；还有部分缺乏手术适应证的患者，也推荐使用免疫抑制剂。柳氮磺吡啶作为一种常见的氨基水杨酸类药物，尤其当前临床中，在溃疡性结肠炎患者中的治疗应用极其广泛，然而它的疗效和安全性存在极大的争议性，因此本文便对不同的治疗药物展开对比研究分析效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2020 年 7 月至 2022 年 6 月，选取 104 例于我院溃疡性结肠炎患者，随机分为两组。实验组男女各 28、24 例，年龄 31~73 岁，平均 (51.29 ± 5.74) 岁；参照组男女各 29、23 例，年龄 32~72 岁，平均 (51.28 ± 5.53) 岁。一般资料对比无差异， $P>0.05$ 。

1.2 方法

首先对两组患者采取常规的一般治疗主要选择止泻药、免疫抑制剂、

抗感染。参照组则采取柳氮磺吡啶肠溶片（山西同达药业有限公司，H14022874），每日给药 4 次，每次取量 0.5 克。

实验组采取美沙拉嗪肠溶片（佳木斯鹿灵制药有限公司，H19980148）治疗，每日给药 3 次，每次取量 0.25 克。

以上两组患者均持续治疗一个月，过后对比疗效。

1.3 观察指标

生活质量以 SF-36 对比，内容为心理情绪、肢体功能、饮食情况、社会角色四项，得分越高说明质量越高^[3]。对两组患者的治疗有效率进行对比，治疗有效率分为有效、良好、一般、无效。炎症因子指以 ELISA 试剂盒测量肿瘤坏死因子(TNF- α)、C 反应蛋白(hs-CRP)、白细胞介素-6(IL-6)。不良反应对比腹泻、呕吐、白细胞减少、血压异常。

1.4 统计学分析

以 SPSS 20 处理，计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示，t 检验，计数资料以 χ^2 检验，%表示。 $P<0.05$ 时有差异，有统计学意义。

2 结果

2.1 生活质量对比

对比两组生活质量水平，数据有差异， $P<0.05$ ，见表 1。

表 1 生活质量评分对比 ($\bar{x}\pm s$ ，分)

组别	n	心理情绪		肢体功能		饮食情况		社会角色	
		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	52	17.21 $\pm$ 2.24	23.26 $\pm$ 1.31	16.65 $\pm$ 1.38	22.23 $\pm$ 2.51	17.13 $\pm$ 2.47	23.38 $\pm$ 1.25	18.21 $\pm$ 1.56	23.37 $\pm$ 1.27
参照组	52	17.38 $\pm$ 2.19	20.53 $\pm$ 2.12	16.71 $\pm$ 1.27	19.52 $\pm$ 2.16	17.47 $\pm$ 2.17	19.32 $\pm$ 1.41	18.16 $\pm$ 1.41	20.37 $\pm$ 1.27
t		0.337	6.817	0.198	5.072	0.641	13.379	0.147	10.363
P		0.737	0.000	0.843	0.000	0.523	0.000	0.883	0.000

2.2 治疗有效率对比
实验组治疗有效率高于参照组，对比数据具有差异性， $P<0.05$ ，见表 2。

表 2 治疗有效率对比

组别	n	有效	良好	一般	无效	治疗有效率
实验组	52	25(48.07)	19(36.53)	7(13.46)	1(1.92)	51(98.07)

参	照	组	52	19(36.53)	20(38.46)	5(9.61)	8(15.38)	44(84.61)
χ^2	\			1.418	0.041	0.376	5.960	5.960
P	\			0.233	0.839	0.539	0.014	0.014

2.3 炎症因子水平对比

两组治疗前炎症因子指标无统计学差异 ($P>0.05$)，治疗后差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 炎症因子水平对比 ($\bar{x}\pm s$ ， $\mu\text{g/L}$)

组别	n	TNF- α		hs-CRP		IL-6	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	52	4.75 $\pm$ 0.47	2.04 $\pm$ 0.14	48.35 $\pm$ 2.51	18.63 $\pm$ 1.32	68.32 $\pm$ 9.35	12.35 $\pm$ 1.24
参照组	52	4.71 $\pm$ 0.51	3.52 $\pm$ 0.74	48.65 $\pm$ 2.63	29.35 $\pm$ 1.87	68.41 $\pm$ 9.32	22.32 $\pm$ 1.62
T		0.367	12.579	0.525	29.865	0.043	31.149
P		0.714	0.000	0.600	0.000	0.965	0.000

2.4 不良反应发生率对比
实验组不良反应发生率低于参照组，对比数据具有差异性， $P<0.05$ ，见表 4。

表 4 不良反应发生率对比

组别	n	腹泻	呕吐	白细胞减少	血压异常	不良反应发生率
实验	52	0(0.00)	1(1.92)	0(0.00)	0(0.00)	1(1.92)

组						
参照	52	1 (1.92)	3 (5.77)	2 (3.85)	1 (1.92)	7 (13.46)
组						
χ^2	\	1.010	1.040	2.039	1.010	4.875
P	\	0.315	0.308	0.153	0.315	0.027

3 讨论

溃疡性结肠炎在临床中发病率相对较高,尤其近年来我国居民饮食习惯的变化,致使此病十分容易高发。它作为一种非特异性肠炎,一旦患病后具有病程漫长,易复发的特征,对于患者后续的生活和健康造成的影响极大^[4]。目前从临床研究来看,针对溃疡性结肠炎的发病机制尚未得出统一论,在治疗方面也无特效的根治方法,所以主要选择药物来加以控制,可选择的药物较多,例如免疫抑制剂、氨基酸水溶酸类药物、糖皮质激素等^[5]。柳氮磺吡啶在临床中多用于溃疡性结肠炎的治疗,此药在应用后能够显著提升抗菌效果,并能够达到免疫抑制效果。不过考虑到机体对于本体的吸收量相对较少,所以用药后十分容易出现不良反应,在某种程度上影响了整体的治疗效果。美沙拉嗪属于水杨酸类药物,在陈晓鹏^[6]等人的研究中指出,用于黏膜性结肠炎患者的治疗中,抗炎效果极其显著,能够有效降低患者炎症因子水平,对于缓解临床症状有着极其显著的效果。从整体来看,柳氮磺吡啶肠溶片和美沙拉嗪这两种药物从用药机制来看存在着一定的差异性,而且两种药物在用药后安全性也明显不同,所以有必要做出进一步讨论研究。

流行病学角度来分析,溃疡性结肠炎作为一种直肠结肠黏膜和黏膜下炎症,在溃破后形成弥散性的溃疡,目前此病在全世界多个地区均有着较高的发病率,但是在北半球的发病率要高于南半球。从以往的研究来看,溃疡性结肠炎主要好发于青年人,但是当前在任何年龄段均有可能发生,他的病因和发病机制较多^[7]。当前对于溃疡性结肠炎的特异性致病因素由于未完全认识清楚,大部分学者指出和感染、遗传、心理等诸多因素有关,例如:(1)遗传因素。目前在大量相关研究中指出,溃疡性结肠炎患者受遗传因素的影响极大,患病人群的一级亲属通常有着溃疡性结肠炎的高发性,他们的子女患病率大约是普通人的 4-20 倍;且单卵双胎要相较于异卵双胎发病率更高。并且在李云从^[8]等研究中还指出,受累家系成员中病变的类型和部位也基本相似。(2)环境刺激。在以往大量的临床研究中指出,非类固醇抗炎药的使用能够使肠道屏障和黏膜免疫系统发生改变,而张冬冬^[9]等人在研究中进一步指出,溃疡性结肠炎之前切除阑尾和溃疡性结肠炎有着极强的负相关,这主要是由于人的阑尾中包含着大量 B 淋巴细胞,在肠道分泌的 IgA,能够有效阻止细菌通过肠上皮作用。据研究结果指出,对于溃疡性结肠炎患者而言,其肠道中菌丛是主要因素。在动物研究中,一直保持无菌生存的老鼠不会发生结肠炎,然而对这些鼠繁殖一定的共生菌丛后,发生结肠炎的概率显著提高^[10]。在临床进一步研究中证实了,溃疡性结肠炎患者吸附在表皮的细菌数量要远高于健康人群,这些指标均指出,当正常黏膜和肠道菌丛处于平衡状态时,不会诱发结肠炎,而这一平衡打破时,则加剧了溃疡性结肠炎的发生。(3)免疫反应。在感染因子和腔内抗原的双重作用下,容易导致人体的 T 淋巴细胞上调,从而也激活了大量炎症,因此这些炎症因子在释放过程中,加剧了患者的组织破坏,进一步则导致肠壁的损伤,从而发生临床症状表现。(4)氧自由基。在溃疡性结肠炎患者中,氧自由基有着加剧组织破坏的作用,这类患者多形核嗜中粒细胞、巨噬细胞在肠壁固有层聚集,从而造成了大量的炎性细胞浸润,此时可以产生大量氧自由基,当机体很难及时将其清除和分解时,则加剧了肠道炎症的形成。(5)精神心理因素。就目前来看,人的精神变化和溃疡性结肠炎的发生也有着密不可分的关联,在近年来的研究中指出,中枢神经系统和消化系统之间有着广泛联系。尤其在临床中,有超过 30% 的溃疡性结肠炎患者存在心理相关的障碍,而这种心理疾病的折磨,常常使患者身心俱疲,心理平衡被打破,从而加剧了病情的进展。可见,针对溃疡性结肠炎患者而言,除了选择合理的药物治疗外,加强心理干预也至关重要。

在溃疡性结肠炎的治疗中,首先需要对其病史、组织学、放射学、实验室检查结果进行分析,得出最为准确的诊断结果后,制定治疗方案方能更为有效。尤其目前很多溃疡性结肠炎患者和其他肠道性疾病在鉴别时,

存在明显的困难,且药物治疗方面有着相似性,所以治疗前的诊断必须慎重。目前针对溃疡性结肠炎患者的治疗药物越来越多,所以在治疗方案的选择上存在一定分歧点,很多医师尝试选择阶梯式治疗方式,在治疗之初首先会给予患者疗效相对较弱的药物,如果效果不佳,则会逐步选择强效药物。对于溃疡性结肠炎患者而言,当前治疗的首选药物是水杨酸制剂,这一药物的抗炎作用极其广泛,能够有效抑制前列腺素的合成,并能够抑制炎症,加速氧自由基的清除,也是目前针对溃疡性结肠炎患者的治疗基础药物。以氮磺吡啶为例,它的临床应用已超过 50 年,不过这药物在口服给药后,被肠道细菌产生的偶氮还原酶分解为两部分,首先是 5-ASA,这一物质是治疗肠炎的有效成分;另外则是磺吡啶,它作为 5-ASA 的载体,对于溃疡性结肠炎患者而言,无明显的治疗效果,但是却会造成明显的副作用,例如皮疹、恶心、呕吐;当用量过大,症状严重时可能出现溶血、脱落性皮炎。目前从临床应用来看,大约有 30%-50% 的患者在服用柳氮磺吡啶会出现副作用,所以他的治疗也受到了一定的局限性。美沙拉嗪同样作为一种水杨酸制剂,它是一种新型的控制释剂,在口服后不会在人体的小肠处吸收,而是在末端回肠和结肠以缓释的方式释放出治疗浓度,进一步则能够使治疗范围扩大,目前在溃疡性结肠炎患者的治疗中被广泛应用。5-ASA 的作用在于阻断前列腺素和白三烯的合成,进一步能够抑制细菌肽诱导的中性粒细胞趋化,从而抑制和因此 KB 的活化性,对于清除氧自由基的效果十分明显,在用药后可以根据病变的位置来加以选择,对于病变远端的结肠患者可以通过灌肠和栓剂给药,再用于治疗后,无明显的副作用,所以患者耐受性更好,也是目前治疗溃疡性结肠炎患者十分安全有效的一项药物。

从本文研究来看,在治疗溃疡性结肠炎患者中,对于部分病情较轻的患者选择柳氮磺吡啶药物治疗时效果较好,对于病情的控制能够发挥显著作用,不过氮磺吡啶及其代谢物的浓度如果超过 50 μ g/ml 时会产生药物毒性,所以患者出现头晕头痛的症状较多,所以在治疗过程中必须加强对药物不良反应的监测,并根据患者的实际病情来对药量加以调整。美沙拉嗪在用药后可以对人体中性粒细胞的脂肪氧化酶活性起到抑制作用,所以能够有效减少炎症的进展,对于缓解溃疡性结肠炎糜烂症状有着显著作用,进一步也能加速康复,用药后不良反应较少,更为安全。

就目前来看,在用于溃疡性结肠炎患者的治疗中可选择的药物较多,除少部分外,均属于免疫抑制剂或者免疫功能相关的药物,在应用后存在较多的不良反应,尤其在进行长期治疗时,需要对患者的用药不良反应加以深入监视。本文研究中,选择美沙拉嗪用于溃疡性结肠炎患者的治疗中,其疗效要显著优于柳氮磺吡啶,加速炎症消除,缓解临床症状安全性更高。

参考文献:

- [1]张杨,沈文娟,谢晶日,等.芍药甘草汤治疗溃疡性结肠炎探析[J].中医药学报,2022,50(6):53-56.
- [2]张文君,刘谦,夏兴洲.培菲康联合美沙拉嗪及康复新液治疗溃疡性结肠炎的效果[J].精准医学杂志,2022,37(2):147-150,156.
- [3]马国龙,曹曙光,夏盛隆,等.维生素 D3 改善美沙拉嗪治疗溃疡性结肠炎疗效的初步观察[J].中华内科杂志,2022,61(7):785-792.
- [4]朱佳丽,鲁素彩.小檗碱治疗溃疡性结肠炎研究进展[J].新乡医学院学报,2022,39(2):187-191.
- [5]卫晶,王茜,周秀彦.托法替尼治疗溃疡性结肠炎的研究进展[J].胃肠病学和肝病学杂志,2022,31(6):701-704.
- [6]陈晓鹏,白艳丽,袁青.美沙拉嗪联合活血愈肠汤灌肠治疗溃疡性结肠炎的临床疗效及对 ESR、IGF-1 水平的影响[J].医学临床研究,2022,39(4):596-598.
- [7]翁剑锋,徐佳,刘朋,等.粪菌移植干预治疗溃疡性结肠炎的免疫学机制研究[J].中国全科医学,2022,25(3):298-304.
- [8]李云从,刘星星.白头翁汤治疗溃疡性结肠炎的作用机制研究进展[J].华中科技大学学报(医学版),2022,51(2):267-271.
- [9]张冬冬,张艳君,朱叶珊.温针疗法联合西药治疗溃疡性结肠炎的疗效观察[J].上海针灸杂志,2022,41(5):443-449.
- [10]何泽慧,温红珠,林江.青黛治疗溃疡性结肠炎的机制研究进展[J].中医药学报,2022,50(1):101-105.

血管再通干预流程对急性缺血性脑卒中患者治疗效果的影响观察

¹吴秋义 ¹陈科春 ²付建辉^{通讯作者}

¹ 江苏省张家港市第一人民医院 江苏苏州 215600; ² 上海华山医院 上海 200040

摘要:目的: 探析将血管再通干预流程使用到急性缺血性脑卒中患者治疗期间会起到哪些辅助治疗的作用。方法: 上述研究目的作为本次研究主题的呈现的, 需围绕其展开研究对象筛选工作, 在筛选期间以血管再通干预流程开展与否为界, 在开展前一年, 即 2020 年 8 月-2021 年 7 月间随机挑选出 40 例, 从开展后 1 年, 即 2021 年 8 月-2022 年 7 月间随机挑选出 40 例, 所有入组的研究对象都是急性缺血性脑卒中患者, 有完整的诊治资料, 通过对两个小组中患者的诊治资料进行整理后记录到对照组和观察组中, 并展开相关指标的对比分析。结果: 在对资料中具有代表性时间相关指标进行归纳中发现, 各项指标资料的均值都是观察组小一点, 同时 $P < 0.05$, 表示两组之间指标差距大。在对资料中的各项概率性指标进行归纳中发现, 除溶栓率、血管再通率是观察组高于对照组, 其余都是对照组更高, 且各项指标的组间对比结果显示差距大, $P < 0.05$ 。在对神经缺损情况进行归纳中发现, 治疗前的两组数值没有出现太大差异, $P > 0.05$; 治疗后的两组数据就有了较大差距, $P < 0.05$, 是观察组的数据大。结论: 将血管再通干预流程使用到急性缺血性脑卒中患者治疗期间会促进治疗效果的增强, 使得患者更快脱离危险, 改善患者机体状态。

关键词: 血管再通干预流程; 急性缺血性脑卒中; 治疗效果

脑卒中是一种具有较高发病率的心脑血管疾病, 同时其也具有一定致死率, 其中以急性缺血性脑卒中的占比率最高, 大概占有该类患者发病率的 60% 及以上, 甚至高达 80% 及以上^[1]。在对这类患者实施治疗期间, 需要秉承短时间内实施静脉溶栓抢救的原则, 以此促使患者缺血半暗区的血供能够快速恢复, 使得患者神经缺损问题得到早期改善, 提升患者生存质量^[2]。但是, 静脉溶栓并非随时进行都可以, 时间窗至关重要, 而相关护理干预流程的配合就是为了确保在时间窗内完成静脉溶栓^[3]。在现代医学技术水平不断发展的背景下, 护理干预流程也随之发生了一定改变, 血管再通干预流程现已被广泛应用于该类患者治疗中, 整体效果较强, 并被多方证实^[4]。特此, 本次研究以我院实施该种干预流程模式前后的辅助治疗效果为例进行回顾性分析, 并做如下报告。

1 资料与方法

1.1 一般资料

上述研究目的作为本次研究主题的呈现的, 需围绕其展开研究对象筛选工作, 在筛选期间以血管再通干预流程开展与否为界, 在开展前一年, 即 2020 年 8 月-2021 年 7 月间随机挑选出 40 例, 从开展后 1 年, 即 2021 年 8 月-2022 年 7 月间随机挑选出 40 例, 所有入组的研究对象都是急性缺血性脑卒中患者, 有完整的诊治资料, 通过对两个小组中患者的诊治资料进行整理后记录到对照组和观察组中, 其中的一般资料对比见表 1, 并没有发现有组间太大区别出现, $P > 0.05$ 。研究符合伦理原则, 且获批。

表 1 两组一般资料对比分析 ($\bar{x} \pm s$ /%)

组别	例数	性别 (男/女)	年龄 (岁)	病发到入院 时间 (h)	入院时格拉斯哥昏迷指数 (分)
对照组	40	21/19	65.05±6.52	1.57±0.35	10.71±0.63
观察组	40	18/22	64.89±7.84	1.68±0.35	10.82±0.59
t/x ²	-	0.450	0.099	1.406	0.806
P	-	0.502	0.921	0.164	0.423

纳入标准: (1) 入组患者都是符合急性缺血性脑卒中诊断标准者, 且为初次发病者; (2) 入组患者不存在静脉溶栓禁忌征; (3) 入组患者的临床诊治资料齐全, 且院外随访配合, 研究知情。

排除标准: (1) 经检查结果显示还有其他病症者; (2) 诊治资料确实, 或者院外无随访联系信息者。

1.2 方法

在对两个小组中患者实施抢救期间, 对照组患者就诊阶段我院未全面落实血管再通干预流程, 采取常规科室护理干预流程模式, 也就是在患者到底急诊科之后, 由科室医师进行问诊及相关检查, 而患者家属在此期间

需要进行挂号等操作; 医师开具相关检查申请之后, 患者加家属需要先交纳费用并开展相关检查, 并依据检查结果对患者病情进行评估和判断; 待确诊后, 并且当前仍在静脉溶栓时间窗内的患者, 通知病房收入, 并由家属办理入院手续, 再度确认诊断结果, 签订相关同意书, 准确进行静脉溶栓抢救。对于已经在静脉溶栓时间窗外的患者, 则需依据常规科室要求留院观察, 或转其他非急诊病房执行后续观察指标。

观察组患者就诊阶段我院已实施血管再通干预流程, 为: (1) 成立综合性静脉溶栓专业团队, 所有相关科室均有固定人员在组内, 以此确保多学科融入。同时, 组内成员安排好时间, 团队需要 24h 待命。(2) 创建急救信息化平台, 该平台是为了确保院内相关科室间能够共享患者诊治相关信息, 以此确保接诊、会诊等及时。(3) 开通绿色通道, 尽可能简化抢救流程, 对于一些不必要, 如必须缴费再检查等环节可剔除, 采取“先治疗后缴费”原则。(4) 在患者入院后, 需要由预诊人员对患者进行快速评估, 主要是确定患者发病到入院时间是否在 4.5h 以内, 并快速做出决断, 通知专家团队、开放绿色通道, 做好溶栓前准备等, 以此保证患者在时间窗内完成溶栓抢救治疗。

1.3 观察指标

(1) 对两个小组中具有代表性的时间指标进行整理、汇总, 共 7 项-入院到急诊接诊时间 (DTP)、入院到卒中小组接诊时间 (DTT)、入院到 CT 报告时间 (DTI)、入院到实验室诊断报告时间 (DTL)、入院到溶栓治疗时间 (DNT)、入院到血管再通时间、住院时间。

(2) 对两个小组中概率性相关指标进行整理、汇总, 共 5 项-溶栓率、血管再通率、脑出血发生率、脑疝发生率、死亡率。

(3) 对神经缺损量表 (NIHSS) 在治疗的评估结果进行整理、汇总, 该量表是患者的神经功能越差分值越高。

1.4 统计学方法

经 SPSS 25.0 进行数据处理, 均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$)、百分率[n (%)] 对计量 (符合正态分布)、计数类资料简化呈现, 由 t 值、 χ^2 值进行校对, 仅 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组代表性时间相关指标对比

在对资料中具有代表性时间相关指标进行归纳中发现, 各项指标资料的均值都是观察组小一点, 同时 $P < 0.05$, 表示两组之间指标差距大。见表 2。

表 2 两组代表性时间相关指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	DTP (min)	DTT (min)	DTI (min)	DTL (min)
对照组	40	20.51±2.16	27.51±3.64	38.54±5.08	88.05±2.46
观察组	40	10.02±0.65	16.05±2.14	28.03±2.25	35.54±2.54

t	-	29.412	17.165	11.964	93.921
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

表 2 (续) 两组代表性时间相关指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	DNT (min)	入院到血管再通时间 (min)	住院时间 (d)
对照组	40	94.01±2.56	186.05±12.25	24.61±5.91
观察组	40	44.05±3.08	164.05±1.85	16.84±4.40
t	-	78.895	11.231	6.670
P	-	0.000	0.000	0.000

2.2 两组概率性指标对比

在对资料中的各项概率性指标进行归纳中发现,除溶栓率、血管再通率是观察组高于对照组,其余都是对照组更高,且各项指标的组间对比结果显示差距大, $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组概率性指标对比[n (%)]

组别	例数	溶栓率	血管再通率	脑出血发生率	脑疝发生率	死亡率
对照组	40	23(57.50)	19(47.50)	5 (12.50)	6 (15.00)	6 (15.00)
观察组	40	11(27.50)	6 (15.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
χ^2	-	7.366	9.833	5.333	6.487	6.487
P	-	0.007	0.002	0.021	0.011	0.011

2.3 两组治疗前后的神经缺损评估结果对比

在对神经缺损情况进行归纳中发现,治疗前的两组数值没有出现太大差异, $P>0.05$; 治疗后的两组数据就有了较大差距, $P<0.05$, 是观察组的数据大。见表 4。

表 3 两组治疗前后的神经缺损评估结果对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	40	28.41±4.02	18.45±0.12
观察组	40	28.51±3.84	12.51±0.16
t	-	0.114	187.839
P	-	0.910	0.000

3 讨论

急性缺血性脑卒中是临床中十分常见的心血管疾病之一,该病症起病急,且病情重,有极高的致残和致死率,需要在发病之后短时间内实施抢救和治疗, 以此将对患者神经、机体的损伤降至最低^[5]。有研究证实,如果能够在短时间内对该类患者还未完全坏死的缺血半暗区神经细胞进行静脉溶栓治疗,则能够尽快恢复该区域的血供情况,使得患者脑功能得到明显改善, 以此提升患者生存质量^[6]。

对于静脉溶栓的时间,中国老年医学学会急诊医学分会等相关权威协会专家曾指出,是在该类患者发病的 3-4.5h 内,因此也就需要将溶栓治疗时间窗控制在一个时间段内,需确保患者从入院到溶栓的时间减缩在 1h 内完成, 这样才可确保患者脑神经功能所受到的损伤最低^[7]。而在上述过程中,护理干预流程起到了重要作用,其存在就是为了让该类患者尽早实施溶栓治疗。但相关研究发现,传统干预流程中责任落实并不到位,而且各环节的衔接也不是很畅通,使得该种干预流程模式的价值不能得到充分发挥^[8]。在此背景下,有研究人员对该护理干预流程进行了优化,血管再通干预流程被广泛应用到期间,效果较传统流程模式更好。

从本研究中发现,在对资料中具有代表性时间相关指标进行归纳中发现,各项指标资料的均值都是观察组小一点,同时 $P<0.05$,表示两组之

间指标差距大。在对资料中的各项概率性指标进行归纳中发现,除溶栓率、血管再通率是观察组高于对照组,其余都是对照组更高,且各项指标的组间对比结果显示差距大, $P<0.05$ 。在对神经缺损情况进行归纳中发现,治疗前的两组数值没有出现太大差异, $P>0.05$; 治疗后的两组数据就有了较大差距, $P<0.05$, 是观察组的数据大。分析原因,第一点就是血管再通干预流程实现了对现代通信技术的充分利用,经急救信息化平台管理使得整体流程操作更加规范,并使得医护人员的评估、诊疗时间大大缩短,避免了一些不必要的环节,大大缩短了诊疗时间,使得静脉溶栓率得到提高^[9]。第二点就是该干预流程对绿色通道进行了融合,并创建了综合性静脉溶栓专家团队,对多学科进行了综合,使得静脉溶栓效果再度增强,确保了各抢救环节的有效衔接,使得各环节更加规范、标准,同样避免了各种不必要环节对抢救时间的耽误, 以此为患者争取到最佳静脉溶栓时间窗,有效提升患者生存质量^[10-17]。

综上所述,将血管再通干预流程使用到急性缺血性脑卒中患者治疗期间会促进治疗效果的增强,使得患者更快脱离危险,改善患者机体状态。

参考文献:

[1]曲广枝,蒋波,孙秀丽,等.不同时间窗静脉溶栓对急性缺血性脑卒中患者临床疗效、血管再通和神经功能的影响[J].解放军医药杂志,2021,33(03):91-94.

[2]廖艳红.急性缺血性脑卒中静脉溶栓血管再通后脑水肿的发生、演变及转归[J].河北医药,2019,41(19):3004-3006.

[3]刘建民.多模式血管再通在急性缺血性脑卒中治疗中的应用[J].心脑血管病防治,2020,20(01):48-49.

[4]宋小娜.机械性血管再通治疗超时间窗急性缺血性脑卒中患者的效果及其对神经功能的积极影响[J].医药论坛杂志,2020,41(02):117-120.

[5]刘林娜.优化急诊绿色通道在急性缺血性脑卒中患者抢救中的应用[J].现代诊断与治疗,2021,32(06):975-976.

[6]梁晓雪,李婧,杨爱丛,等.血管再通干预流程对急性缺血性脑卒中患者治疗效果的影响研究[J].现代中西医结合杂志,2021,30(14):1564-1567.

[7]莊高明,贺雪平,梁健科.急性缺血性脑卒中肇事血管 CT 值与血管再通的相关性研究[J].中风与神经疾病杂志,2021,38(10):1095-1097.

[8]张萍,陈蕾,袁绘,等.血压管理对大血管闭塞急性缺血性脑卒中血管再通患者预后的影响[J].第二军医大学学报,2022,43(01):93-99.

[9]宁龙,黑欢欢.表观弥散系数与动脉自旋标记成像在急性缺血性脑卒中血管再通治疗后出血转化预测中的价值[J].山西医药杂志,2022,51(04):400-402.

[10]江东兰.优化血管再通干预流程对急性缺血性脑卒中患者的影响[J].中外医学研究,2022,20(11):102-105.

[11]护士主导的急性缺血性脑卒中患者血管再通流程的优化及效果评价[J].张琳,朱晓萍,刘贤亮,吴茜,孙晓,曾莉,姜金霞,施雁.中华护理杂志.2017(04):449-453.

[12]标准化急救护理流程应用于急性缺血性脑卒中病人 4.5h 内静脉溶栓治疗的评价[J].赵亚东,张宏宇,黄亚娟,华静.全科护理.2018(17):2122-2124.

[13]无缝衔接式一体化护理干预对急性脑卒中血管再通患者就诊流程的优化及疗效分析[J].王磊,孟令伶.检验医学与临床.2018(09):1292-1295.

[14]缺血性脑卒中的超早期血管再通方法[J].杨立刚,管阳太.神经病学与神经康复学杂志.2017(02):61-65.

[15]标准化急救护理流程对急性缺血性脑卒中溶栓治疗时间窗的影响[J].蔡佩丽,梁美秀,陈凡,敖春妮.护理实践与研究.2019(05):40-42.

[16]以控制溶栓时间为基础急诊绿色通道在急性缺血性脑卒中患者急救护理中的应用[J].谢婷,杨霞,史秋,刘芳芳,邓玉欢.齐鲁护理杂志.2019(24):35-37.

[17]急性缺血性脑卒中血管再通治疗策略与展望[J].季一飞,陈历.西部医学.2016(06):745-749.

正念冥想训练对肺结核患者自我效能及心理状态的影响

徐娟 沈文华

苏州市第五人民医院 江苏省苏州市 215000

摘要：目的：探讨正念冥想训练对肺结核患者自我效能、及焦虑、抑郁等心理状态的影响。方法：将苏州市第五人民医院于2020年6月至2021年3月收治的肺结核患者中124例分为对照组和观察组。对照组给予包括健康教育、心理护理、康复训练等在内的常规护理干预，观察组联合应用正念冥想训练。比较出院时及出院后3个月两组患者在自我效能感、焦虑、抑郁评分、满意度评分方面的差异。结果：对照组和观察组患者自我效能感、焦虑抑郁评分、满意度评分在出院时比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），在出院后3个月时差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：正念冥想训练应用于结核病患者有益于肺结核患者自我效能感的提高，能改善患者焦虑抑郁等负性心理状态，并提高护理工作满意度。

关键词：正念冥想训练；肺结核；自我效能；焦虑；抑郁

据《2020年全球结核病报告》，目前结核病死亡仍是全球死因前十位之一，中国新发患者数占全球的8.9%，位列第二^[1]。结核作为一种常见慢性传染性疾病，由于病程长、复发率高、具有传染性等特点^[2]，导致结核病患者容易产生一系列负性心理状态如信心下降、焦虑、抑郁^[3-4]，也可能导致患者睡眠障碍^[5]。有大量研究表明，正念冥想训练可以改善患者的心理状态^[6]。本研究旨在讨论通过正念冥想训练对肺结核患者疾病自我效能、焦虑、抑郁等心理状态的影响。

1. 对象与方法

1.1 对象

采用双色球法选取2020年6月至2021年3月收治于苏州市某传染病医院且诊断为肺结核的患者124例。纳入标准：①患者均为肺结核初治；②年龄大于20岁且小于60岁的患者；③具有正常交流能力；④通过医院伦理委员会批准，患者和（或）家属签署知情同意书并自愿参与本研究。排除标准：①伴有心脏、肝、肾等脏器类疾病；②中途退出研究或不配合者；③意识不清，精神异常④结核性胸膜炎、结核性脑膜炎以及重症结核等。其中收治并符合纳入排除标准的患者做为对照组（ $n=68$ ）。收治且符合纳入排除标准的患者做为观察组（ $n=56$ ）。其中对照组68例患者，年龄21~59岁，平均 41.0 ± 10.3 岁，观察组患者56例，年龄22~59岁，平均 42.9 ± 10.4 岁，两组患者在年龄、性别、学历、年收入等指标对比差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

1.2.1 对照组 对照组采用常规护理：出院时由责任护士进行出院指导，入院后正常健康教育内容包含用药指导、健康生活方式指导、康复锻炼、传染病预防、门诊复查、心理护理等。

1.2.2 观察组 观察组除了给予常规护理外，加正念冥想训练。第一步：入院第二日，向患者介绍正念冥想训练的益处、内容、方法、注意事项，仔细讲解正念训练原理及目的，努力征得患者的信任与支持。方法如下：指导患者播放轻柔的背景音乐，辅助患者半卧，闭目，依次扫描身体各部位，教会患者集中注意力，在各部位停留3~5s，保持肌肉放松，持续10min；教会患者深呼吸，吸气时想象自己在沐浴阳光，呼气时想象自己处于下降状态，身体逐渐变沉，连续5min；为患者播放《萨提亚冥想》，引

导其回忆一件快乐、有趣的事情，使其置身于冥想中，体会到愉悦感，以15min为宜。每天冥想1次，每次30min。第二步：正念冥想训练实践：患者掌握正念冥想训练方法后，正式实施正念冥想训练，每周至少训练5次，每次30min。通过手机向患者播放《林中小溪》等适合冥想训练的背景音乐，并且由护理人员在患者身边引导其进行正念冥想，将自身置身于溪水中、湖边等，冥想中能够感受到溪水流过脚边、微风吹过脸庞的感觉。从而可以让肺结核病人的听觉、嗅觉、触觉等都能得到充分的感知，进而舒缓自身消极的内心情绪，保持良好的心理状态。另外，当冥想过后由责任护士监督和鼓励学生，向患者讲述音乐背后的故事，让患者逐渐将更多的注意力集中于冥想内的画面，获得积极心理情绪。当患者出院后，由护理人员组织观察组组内的肺结核病人建立微信群，不定时的在群内发送各种与肺结核预防、治疗、出院康复等方面的健康教育内容，提升患者的认知水平，并且24小时全天候为患者答疑，引导患者家属家属为患者提供精神、生活支持，定期随访，干预时间为3个月。

1.3 评价指标及工具

1.3.1 一般自我效能量表 使用一般自我效能感量表（GSES）评价2组患者患者出院时、3个月末时的一般自我效能感。

1.3.2 焦虑、抑郁水平 使用患者心理健康状态问卷（包含PHQ9量表、GAD7量表）评价两组患者出院时、3个月末时的焦虑、抑郁水平。

1.3.3 护理工作满意度 使用本医院针对肺结核病人自制的护理工作满意度调查表在患者出院3个月末时调查患者对护理工作的满意度。

1.4 资料收集

由1名护士在两组患者出院时、出院后3个月门诊复查时进行资料收集。指导患者填写一般自我效能量表、心理健康状态问卷及在出院3个月门诊复查时填写护理工作满意度问卷。护士当场指导当场填写，对有疑问的问卷予以再次核实后方可回收。

1.5 统计学方法

采用EXCEL进行数据收集，SPSS20.0进行统计分析。符合正态分布的一般计量资料采用均数±标准差描述。两样本均数比较计量资料采用t检验，计数资料采用卡方检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患者一般自我效能感比较 两组患者出院时自我效能感比较差异无统计学意义 ($P>0.05$), 出院 3 个月时比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。详见表 1。

2.2 两组患者焦虑、抑郁水平比较 两组患者焦虑、抑郁出院时得分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$), 出院 3 个月时比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。详见表 1。

2.3 两组患者工作满意度比较 两组患者在出院 3 个月时对护理工作的满意度比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。详见表 1。

表 1 两组患者自我效能感、焦虑、抑郁及满意度评分比较

组别	例数	自我效能感		焦虑		抑郁		满意度
		出院时	3 月末	出院时	3 月末	出院时	3 月末	
对照组	68	22.0±5.1	28.2±4.0	13.3±2.5	8.1±2.7	13.4±2.6	8.1±3.0	80.9±5.5
观察组	56	22.0±5.4	29.7±4.0	13.2±2.6	6.7±2.8	13.4±2.8	6.4±2.9	83.8±6.7
<i>t</i>		0.028	2.106	0.234	2.734	0.026	3.192	2.599
<i>P</i>		0.978	0.037	0.816	0.007	0.979	0.02	0.01

3. 讨论

3.1 正念冥想训练有助于增强患者自我效能感

自我效能感 (Self-Efficacy) 是由美国著名心理学家班杜拉于 1977 年首次提出的概念。他指出^[7], 自我效能感是指人们对自身能否利用拥有的技能去完成某项工作行为的自信程度, 是对自己在特定情境中是否有能力去操作行为的预期。研究显示, 肺结核患者自我效能感与患者的治疗依从性呈显著正相关^[8], 提高患者自我效能可有效提升肺结核患者的自我效能感, 提高其自我管理行为, 从而促进疾病的康复^[9]。但是, 肺结核患者的自我效能感水平明显低于正常人群及国内常模^[10], 这提示我们, 在日常临床护理工作中, 应有目的的进行自我效能干预。本研究显示, 正念冥想训练显著提升了患者的自我效能感。

3.2 正念冥想训练有助于降低患者焦虑、抑郁水平

肺结核作为一种慢性传染病, 不仅给患者身体上带来痛苦, 也给患者的心理上造成了巨大的压力和创伤。国外研究表明, 抑郁与肺结核是双向影响的, 抑郁症与肺结核的发病率、死亡率、耐药性、复发率、社区传染都呈明显相关性^[10]。国内研究也发现, 肺结核患者的心理状态较差, 其抑郁和焦虑发病率高达 20.5%和 13.3%, 且其整体焦虑抑郁水平高于全国常模^[11]。目前已有多种研究通过护理干预提高患者的心理健康状态, 如采用健康教育、心理治疗、甲方、同伴支持等方式, 可减轻患者的抑郁焦虑状态, 从而有效的治疗老年结核病^[12]。本文采用正念冥想的方式, 通过宣教和引导, 首先提高了患者的疾病认知, 有利于为患者建立科学的疾病自我管理方式。此外, 通过正念理念的推广, 患者及时与医护沟通交流, 减轻了患者的“无助感”。此外, 通过正念冥想, 患者的睡眠得到了改善, 也对积极的预后产生了期望, 从而有助于缓解抑郁和焦虑的状态。

3.3 正念冥想有助于提高护理工作满意度

护理工作满意度^[13]是衡量患者对于护理服务满意与否表现形式, 也是护理管理和护理工作中衡量护士工作质量的重要指标。通过正念冥想, 尤其是由护士主导的训练, 护理人员可细致为患者讲解疾病相关知识和疾病

保健要点, 耐心的解答患者的疑问, 甚至在实施时进行针对性的指导, 发现不适及时给与关注和处理, 为患者解决多种问题, 患者对护士的信任得到了极大的增强, 从而极大的提高了对护理工作的满意度, 也会有利于构建和谐和谐的护患关系^[13-14]。

综上所述, 针对肺结核患者, 采取正念冥想训练的干预方法能够提升自我效能, 改善病人的不良心理情绪, 应用效果明显。

参考文献:

- [1]World Health Organization. Global tuberculosis report 2020.Geneva: World Health Organization, 2020, .
- [2]Janse V R A, Dube A, Curran R, et al. Comorbidities between tuberculosis and common mental disorders: a scoping review of epidemiological patterns and person-centred care interventions from low-to-middle income and BRICS countries[J]. Infect Dis Poverty, 2020, 9 (1): 4.
- [3]陈曦, 赵瑶, 许琰, 等. 北京市肺结核患者抑郁和焦虑现状及其影响因素[J]. 中华医学杂志, 2016, 96 (34): 2749-2753.
- [4]巩鑫. 初治肺结核患者的心理健康状况及影响因素调查分析[J]. 中国医学创新, 2020, 17 (19): 88-91.
- [5]王鑫姝, 高晓虹. 229 例肺结核患者睡眠状况调查及相关因素分析[J]. 实用预防医学, 2019, 26 (11): 1346-1348.
- [6]刘斯漫. 正念冥想训练对幸福感的影响[D]. 山西医科大学, 2015.
- [7]Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change[J]. Psychol Rev, 1977, 84 (2): 191-215.
- [8]Alipanah N, Jarlsberg L, Miller C, et al. Adherence interventions and outcomes of tuberculosis treatment: A systematic review and meta-analysis of trials and observational studies[J]. PLOS Medicine, 2018, 15 (7): e1002595.
- [9]何凯立, 宋涛, 骆燕鸣. 自我效能干预对肺结核合并糖尿病患者自我管理行为的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18 (25): 38-40.
- [10]杜秋霞. 肺结核患者自我效能感和生活质量现状调查[J]. 健康教育与健康促进, 2019, 14 (06): 556-557.
- [11]冯燕, 钟培松, 李茂青, 等. 上海市嘉定区流动人口肺结核患者抑郁和焦虑状况及其影响因素分析[J]. 上海预防医学, 2020, 32 (03): 239-243.
- [12]赵春燕. 护理干预对肺结核患者负面心理状态及生活质量的影响研究[J]. 双足与保健, 2018, 27 (07): 100-102.
- [13]徐月欢, 石燕. 心理护理干预对肺结核合并咯血患者焦虑抑郁情绪及护理满意度的影响[J]. 中国现代医生, 2018, 56 (3) .
- [14]董永军, 常亚潘. 自我效能干预联合正念减压训练对老年重症心力衰竭患者不良心理状态及护理满意度的影响[J]. 临床心身疾病杂志, 2020, 26 (2) .

神经保护剂依达拉奉在急性脑梗死治疗中的应用效果

席娟平

宁夏回族自治区青铜峡市人民医院 宁夏吴忠市 751600

摘要：目的：探讨神经保护剂依达拉奉在急性脑梗死治疗中的应用效果。方法：采集本院 2020 年 8 月至 2022 年 10 月期间接收的 102 例急性脑梗死患者，随机分为对照组与观察组各 51 例，对照组运用常规治疗，观察组在常规治疗上添加依达拉奉治疗，分析不同用药后患者治疗疗效、神经功能缺损评分、自理生活能力、不良反应情况。结果：患者治疗总有效率上，观察组为 90.29%，对照组 74.51%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者治疗不良反应率上，观察组为 3.92%，对照组 0.00%，对比没有统计学意义（ $p>0.05$ ）；在患者 NIHSS 神经功能缺损评分上，观察组治疗前后改善幅度上，观察组治疗后降低程度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者 Barthel 指数上，观察组治疗后降低程度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：神经保护剂依达拉奉在急性脑梗死治疗中运用，可以有效地提升患者治疗疗效，神经功能缺损改善明显，生活能力得到明显提升，不良反应有效缩减，整体状况更好优化。

关键词：神经保护剂；依达拉奉；急性脑梗死；治疗效果

急性脑梗死属于神经系统较为常见疾病之一，其疾病性质严重，发病急促，发病进程快，容易有较高的致死率与致死率，同时有较高的复发率，难以有效根治。对于脑神经做保护治疗是对该类疾病的重要关注点。但是具体采用何种神经保护剂，是临床一直观察研究的话题。联合多种药物，比单一用药的效果相对更好。本文采集 102 例急性脑梗死患者，分析运用神经保护剂依达拉奉后患者治疗疗效、神经功能缺损评分、自理生活能力、不良反应情况，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院 2020 年 8 月至 2022 年 10 月期间接收的 102 例急性脑梗死患者，随机分为对照组与观察组各 51 例。对照组中，男：女=26：25；年龄从 60 岁至 82 岁，平均（ 72.82 ± 9.81 ）岁；发病时长为 8h~20h，平均（ 10.98 ± 3.52 ）h；合并疾病中，高血脂为 25 例，高血糖为 19 例，高血压为 25 例；脑梗死区域中，顶叶为 5 例，颞叶为 3 例，脑干为 5 例，额叶为 6 例，基底节为 32 例；观察组中，男：女=29：22；年龄从 60 岁至 84 岁，平均（ 73.17 ± 7.26 ）岁；发病时长为 8h~22h，平均（ 11.08 ± 5.64 ）h；合并疾病中，高血脂为 22 例，高血糖为 12 例，高血压为 27 例；脑梗死区域中，顶叶为 6 例，颞叶为 5 例，脑干为 3 例，额叶为 7 例，基底节为 30 例；两组患者在基本年龄、病情、性别、发病时间、合并疾病情况上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用常规治疗，进行溶栓、抗凝，同时管控血压、血糖、血脂以及抗感染管理。观察组在常规治疗上添加依达拉奉治疗，将 30mg 依达拉奉配伍 5% 的葡萄糖 250ml，每天一次静脉滴注用药，持续 1 周，一般在 3 周以内。而后观察治疗效果。

1.3 评估观察

分析不同用药后患者治疗疗效、神经功能缺损评分（NIHSS）、自理生活能力（Barthel 指数）、不良反应情况。治疗疗效分为显效、有效以及无效。基本治愈为治疗后患者 NIHSS 评分降幅在 90%至 100%；显效为治

疗后患者 NIHSS 降幅在 46%至 89%；有效为治疗后患者 NIHSS 评分降幅在 90%至 100%；显效为治疗后患者 NIHSS 降幅在 18%至 45%；无效为治疗后患者 NIHSS 评分降幅在 90%至 100%；显效为治疗后患者 NIHSS 降幅在 18%以内，甚至增长在 18%以内；恶化则为治疗后患者 NIHSS 评分增幅在 18%以上，或者出现患者死亡。治疗总有效率为基本治愈率+显效率+有效率。

2 结果

2.1 各组患者 NIHSS 神经功能缺损评分情况

见表 1，在患者 NIHSS 神经功能缺损评分上，观察组治疗前后改善幅度上，观察组治疗后降低程度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；

表 1：各组患者 NIHSS 神经功能缺损评分结果（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

分组	治疗前	治疗后
观察组	20.87±5.09	11.43±3.69
对照组	21.46±4.54	16.64±4.94

注：两组对比， $p<0.05$

2.2 各组患者 Barthel 指数情况

见表 2，在患者 Barthel 指数上，观察组治疗后降低程度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表 2：各组患者 Barthel 指数结果（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

分组	治疗前	治疗后
观察组	44.28±11.49	68.32±10.29
对照组	45.27±12.42	51.64±11.34

注：两组对比， $p<0.05$

2.3 患者治疗疗效情况分析

见表 3 所示，患者治疗总有效率上，观察组为 90.29%，对照组 74.51%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；

表 3：患者治疗疗效评估结果[n（%）]

分组	n	基本治愈	显效	有效	无效	恶化	治疗总有效率
观察组	51	9（17.65）	16（31.37）	21（21.18）	3（5.88）	2（3.92）	90.29%
对照组	51	4（7.84）	12（23.53）	22（43.14）	8（15.69）	5（9.80）	74.51%

注：两组对比， $p<0.05$

2.4 患者治疗不良反应情况分析

见表 4 所示，在患者治疗不良反应率上，观察组为 3.92%，对照组 0.00%，对比没有统计学意义（ $p>0.05$ ）；

表 4：患者治疗不良反应评估结果[n（%）]

分组	n	头晕	心悸	不良反应率
观察组	51	1	1	3.92%
对照组	51	0	0	0.00%

注：两组对比， $p>0.05$

3 讨论

急性脑梗死属于脑组织受损导致的缺血缺氧，进而导致神经递质出现较多自由基，而这些自由基容易引发脑组织坏死。依达拉奉属于常见的脑神经保护剂，可以达到神经功能障碍的改善^[1]。该药物可以有效地控制血管内皮细胞与组织受损状况，改善脑水肿，让神经元死亡得到有效延迟，同时相较于自由基清除剂而言，可以有效地穿透血脑屏障，由此控制氧自由基水平提升而达到降低脑受损严重程度^[2]。依达拉奉用药可以发挥自由基清除的效果，同时其穿透血脑屏障的优势更为突出，药物本身的分子量相对更小，可以针对低密度脂蛋白氧化发挥更好地抑制功效，由此来发挥自由基清除剂的功效，促使脑水肿改善效果更为理想，让神经细胞与血管受损的发展程度得到有效遏制^[3]。当前，急性脑梗死在进行依达拉奉用药过程中，可以有效地降低 NIHSS 评分，有关影响因素干扰更小，其脑神经保护剂的效果更为凸显，降脂功效更为理想，药物可控性更好，药效独立性更为凸显。相较于其他脑神经保护剂而言，他可以联合其他脑神经保护剂一起发挥药效，发挥更多的联合强化作用，同时可以阻断级联反应，有效地降低病灶区域的血药浓度。在降脂方面可 a 以发挥减压效果，促使外周循环得到改善，让依达拉奉的关联性作用相对不强。

依达拉奉属于常见自由基清除剂，同时也是脑保护剂，一般在脑梗死急性发挥作用中应用较为常见，可以调整急性脑梗死所引发的神经症状，以及由此带来的日常生活能力与功能障碍等问题^[4]。在治疗上，可以改善脑梗死有关的脑水肿、脑缺血、神经细胞死亡等问题。但是在使用中，需要做好用药禁忌事项的了解。一般对于轻中度肾功能损害情况中，需要谨慎使用，药物可能会导致肾衰问题的严重化。肝功能损害情况者也需要谨慎使用，药物可能会导致肝功能损害情况严重化。如果患者有心脏功能异常，也需要谨慎使用，药物可能会导致心脏问题严重化^[5]。对于 80 岁以上的高龄患者要谨慎使用，可能会引发死亡可能。此外，对于孕妇、哺乳期患者也需要谨慎使用^[6]。同时，药物在与抗癫痫性用药，例如地西洋、苯妥英钠、坎利酸钾的联合使用，要避免使用，容易相互影响。同时如果与头孢替安钠、头孢唑林钠、盐酸哌拉西林钠等抗生素使用，可能会导致肾功能衰竭情况严重化，因此需要做好肾功能检测观察^[7]。一般有关药物使用需要运用生理盐水做药物稀释，由此来达到其药物浓度达到所需的标准。一般不可以与高能量滴注液、氨基酸制剂做混合使用，或者同一滴注通道做滴注使用^[8]。

依达拉奉属于急性期脑梗死用药，一般疗程用药在 10 至 14 天，可以促使脑组织微循环得到改善，让脑血流量得到提升，让缺血半暗带再灌注损伤得到降低，同时可以让神经细胞与血管内皮细胞氧化受损情况得到改善。一般主要是注重心脏疾病、肾功能不全与肾衰患者要规避该药物使用，或者使用过程中药做好心脏指标、肾功能指标的检测观察，随时做好药物的调控。一般为了减少急性脑梗死带来的损伤问题，需要在发病后及时用药，尽可能地减少疾病带来的后遗症问题。

依达拉奉用药的副作用突出，例如会导致患者急性肾功能衰竭、弥漫性血管内凝血、血小板减少等。因此，对于有相关倾向危险因素的患者，需要谨慎用药，同时用药过程中，需要监测有关指标问题。重症肾衰患者需要禁用该药，如果属于轻中度肾功能损害患者，需要谨慎使用该药。肝功能损害患者，也需要谨慎使用该药，心脏病患者也需要谨慎使用。同时哺乳期、孕妇也是要禁用，如果哺乳期使用，要禁止哺乳。

本研究中，患者治疗总有效率上，观察组为 90.29%，对照组 74.51%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。说明在常规治疗用药中，添加依达拉奉，可以有效地强化治疗疗效，疾病康复效果明显提升，说明了依达拉奉在脑神经保护上的功效体现，在多数患者中都可以发挥效果，说明了这种药效的普遍性作用得到了证明。在患者治疗不良反应率上，观察组为 3.92%，对照组 0.00%，对比没有统计学意义（ $p>0.05$ ）。说明该药使用后，不会明显增加用药后的不良反应。具体用药上，还需要严格的落实好用药的剂量、用药速度、用药时机以及用药之间的药物联合使用方案影响。因此，药物

使用科学性也直接关系导致其不良反应作用。用药过程中，需要多注重患者反馈，积极关注用药效果与监测工作，提升用药安全性。在患者 NIHSS 神经功能缺损评分上，观察组治疗前后改善幅度上，观察组治疗后降低程度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。有关指标直接反映患者神经功能缺损的改善情况，说明该药物使用后的神经功能修复情况，效果直观有效，达到了较为理想的效果。在患者 Barthel 指数上，观察组治疗后降低程度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。从该指标可以看出，使用依达拉奉后，患者的整个生活质量与自理能力得到了明显提升，降低了急性脑梗死对患者整体功能上构成的影响，降低了功能障碍带来的不良伤害，患者整体感受会明显提升。

在具体运用过程中个体差异会有一定的区别，并不是所有患者用药之后的疗效、速度都可以达到较为理想的程度。具体用药后个体反应有区别，每个个体自身药物敏感性、基础疾病等情况都有一定的差异，用药后的效果也各有不同。因此，要要做好用药监测管理工作，同时还需要做好必要的健康教育指导，让患者以及家属对疾病以及用药等基本常识有了解，配合治疗工作的开展，避免个人错误认知以及不良行为对整个治疗护理工作构成的干扰。要充分意识到配合医护工作在一定程度上可以减少治疗工作的风险以及不良结果问题，避免个人错误认知对整个工作进度以及效果构成的影响。同时要积极地配合医护人员工作，反馈用药感受，帮助临床医护人员及时做好药物的调整。依达拉奉虽然药效显著，但是并不是所有人适用。如果出现药物过敏以及不良影响，需要通过患者反馈情况以及有关检查指标来观测判断。本研究的案例相对局限，要想知道药物的整体效果，还需要不断的扩大样本。本样本患者案例相对单纯，患者的疾病情况也相对典型，并没有太多复杂严重性案例。而在实际治疗过程中，往往会遇到多样性合并疾病以及严重性患者。因此，在疾病的研究过程中，还需要做好各种多样化特殊案例的观察，这样才能丰富药物以及疾病研究的整体样本范围，保证有关用药以及疾病饮酒的完整性。尤其是有关工作的开展，临床上会遇到多种多样的特殊情况。作为医生，需要更多的了解特殊性情况，有基本的意识，这样才能尽可能地忽略风险因素。要做好临床健康宣教，提升患者与家属对疾病的认识，提升有关配合度。医生自身要有更完全的健康认知状况，避免细小问题的忽略。要意识到我国人口规模大，小的罕见问题在我国都有较大的人口数量，避免小问题的忽略。

总而言之，神经保护剂依达拉奉在急性脑梗死治疗中运用，可以有效地提升患者治疗疗效，神经功能缺损改善明显，生活能力得到明显提升，不良反应有效缩减，整体状况更好优化。

参考文献：

- [1]王倩倩，刘斌，郭娟. 依达拉奉右莰醇注射用浓溶液治疗急性脑梗死的疗效与安全性观察[J]. 中风与神经疾病杂志, 2022, 39(4): 333-335.
- [2]蒋龙飞，张貽勇，唐惠祥. 丁苯酞联合依达拉奉治疗大脑中动脉狭窄所致急性脑梗死的临床效果及对血清炎症因子的影响[J]. 临床合理用药杂志, 2022, 15(17): 55-57.
- [3]王娇. 阿加曲班联合依达拉奉治疗急性脑梗死患者的临床研究[J]. 黑龙江医药, 2022, 35(3): 572-575.
- [4]张莉婷，侯芳芳. 丁苯酞胶囊联合依达拉奉用于临床治疗急性脑梗死的疗效[J]. 贵州医药, 2022, 46(4): 544-546.
- [5]夏宪军，鲍正社. 依达拉奉右莰醇对急性脑梗死患者神经功能、氧化应激及炎症因子的影响[J]. 湖南师范大学学报(医学版), 2022, 19(2): 133-136.
- [6]杨柳，黄军. 丁苯酞注射液联合依达拉奉治疗急性脑梗死的价值[J]. 中外医学研究, 2022, 20(12): 18-21.
- [7]贾冬玉，李彩霞，王苗苗. 丁苯酞联合依达拉奉治疗对急性脑梗死患者神经功能缺失的影响[J]. 临床医学工程, 2022, 29(7): 927-928.
- [8]王圣果. 神经节苷脂联合依达拉奉治疗老年急性脑梗死效果观察[J]. 中国乡村医药, 2022, 29(10): 3-4.

QFD 对提高脑卒中住院患者肢体功能、依从性、满意度的影响

许晓娟

南通大学附属医院 江苏南通 226007

摘要：目的：分析 QFD 对提高脑卒中住院患者肢体功能、依从性、满意度的影响。方法：本次的研究选取的对象为 2021 年 1 月至 2022 年 6 月住院部收治的脑卒中患者，一共有患者 50 名，对患者采用数字抽签方式进行分组，单数为对照组（患者 25 例，采用常规方式进行护理），双数为观察组（患者 25 例，采用质量功能展开（QualityFunction Deployment, QFD）进行护理），对护理后患者住院的详细情况进行分析。结果：观察组患者护理后患者的 Fugl-Meyer 得分更高，观察组患者的满意率（96.00%）明显高于对照组（76.00%），观察组患者依从性得分（ 37.89 ± 2.11 ）明显高于对照组（ 25.23 ± 4.42 ），组间有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：QFD 方式对住院部脑卒中患者的肢体功能、依从性以及患者满意度的情况更优，患者护理后的康复效果更好，该方式值得临床推广使用。

关键词：QFD；脑卒中；肢体功能；依从性；满意度

脑卒中（cerebral apoplexy）又被称之为中风，是我国临床中常见的突发性心脑血管疾病之一，该病致死、致残率高，是临床严重威胁患者生命安全的疾病^[1]。脑卒中分为出血性和缺血性两种，是由于大脑细胞和组织坏死的一种疾病^[2]。脑卒中患者在患病后，患者的神经中枢以及大脑皮层细胞等会受到一定的影响，导致患者在后期出现语言障碍以及行动功能丧失等情况。临床在对患者治疗的过程中，不仅要提高治疗效果，有效治疗患者卒中病症，同时更应加强对患者肢体功能的康复训练，提高患者治疗的效果^[3-4]。质量功能展开（QualityFunction Deployment, QFD）是临床护理中一种新型的护理方式，是指在对患者护理的过程中，以患者的基本病情为基础，针对患者康复护理的需求以及患者自身的情况，进行针对性的护理^[5]。QFD 在对住院部脑卒中患者的护理中，针对性更强，具有较高的临床应用价值^[6]。但我国在临床研究中，对 QFD 应用于住院部脑卒中患者的应用效果研究较少，本文在研究的过程中，将对患者采用 QFD 方式进行护理。以我院 2021 年 1 月至 2022 年 6 月住院部收治的脑卒中患者为对象，具体内容如下。

1 对象和方法

1.1 对象

本次的研究选取的对象为 2021 年 1 月至 2022 年 6 月住院部收治的脑卒中患者，一共有患者 50 名，所有患者对研究中的内容知情。患者为自愿参见。排除严重心衰患者，合并严重其它脏器疾病患者。对患者采用数字抽签方式进行分组，单数为对照组（患者 25 例，采用常规方式进行护理，患者的年龄在 36 岁-71 岁之间，患者体质指数（Body Mass Index; BMI）为 $22.56-26.82\text{kg/m}^2$ ），双数为观察组（患者 25 例，采用质量功能展开（QualityFunction Deployment, QFD）进行护理，患者年龄在 38 岁-77 岁之间，患者体质指数（Body Mass Index; BMI）为 $22.58-26.83\text{kg/m}^2$ ），组间一般资料统计学分析：

组间一般资料统计学分析表

组别	例数	男性	女性	平均年龄	BMI
观察组	25	17 (68.00%)	8 (32.00%)	57.79 ± 9.63	24.07 ± 2.06
对照组	25	16 (64.00%)	9 (36.00%)	58.04 ± 9.74	24.06 ± 2.16
χ^2	-	1.524	1.524	1.689	1.263
P	-	0.151	0.151	0.077	0.074

1.2 方法

对照组：常规方式护理，加强生命体征检测，联系患者家属，将护理的要点以及重点进行告知，指导患者提升对疾病的正确认识程度。

观察组：质量功能展开（QualityFunction Deployment, QFD），成立质量功能展开护理小组，成员：1 名主治医师，1 名责任护士，2 名高级护士，6 名护士。对患者手术治疗、临床治疗以及住院部相关病历资料进行分析，在对患者治疗的过程中采用综合性方式进行分析，针对手术治疗的结果以及治疗过程中预见性的风险制定相应的护理方案，针对患者年龄进行具体分析，年龄较大的患者，以健康知识护理为主，针对病情严重以及复杂患者，以预防患者病情复发以及并发症为主，针对年龄较小患者，以心理健康以及康复训练为主。制定针对性护理措施。健康知识护理：告知患者是“出血性”、“缺血性”两种类型的哪一种，同时告知患者不同类型脑卒中的发病机制以及导致病发的原因，将脑卒中中可能会导致死亡的风险对患者告知，提高患者对疾病的认知程度，同时告知患者及时配合治疗能提高存活率，改善患者机体功能，能达到康复的效果。心理护理：针对年龄较小的患者，由于病情的严重性，患者会容易对生活失去信心，对疾病产生恐惧的心理，在对患者护理的过程中一是加强疾病知识的宣讲，二是加强陪伴，三是在对患者护理的过程中，重点患者患者与家庭的关系，协同家属一起分担患者心理压力，加强沟通，引导患者将内心的压抑情绪进行释放。保障患者能主动、积极的与患者沟通，能站在医护人员的角度，进行配合。康复训练：加强对患者四肢功能的训练，锻炼患者手部力量，前期患者尝试握、握等动作，尝试拿起物品，锻炼患者手指的力量和活动程度，在中后期，鼓励患者下床活动，练习抬腿、举手等动作，在对患者护理的过程中，每天训练的时间不少于 30min，每天至少 1 次，在后期护理的过程中，针对患者的情况适量的增加康复训练的时间和强度。饮食指导：指导患者进行正确的饮食，注意保持正确的饮食习惯，以易吸收的食物为主，避免硬度较强的食物，同时保持饮食清淡。

1.3 观察指标

采用福格-米勒运动功能（Fogg-Miller sports function; Fugl-Meyer）量表对患者护理前后的肢体功能进行比较分析。

采用本院自制满意度分析表对患者的满意情况进行分析，该表满分为 30 分，0 分-10 分、11 分-20 分、21 分-30 分分别表示不满意、一般满意、满意，该表信度和效度均高于 85%。

采用本院自制依从性分析表，该表共 1-4 分四个阶段，共 10 项内容，满分 40 分，得分与依从性呈正比。

1.4 统计学分析

SPSS 25.0 处理数据，计量数据均符合正态分布以 $\bar{x} \pm s$ （表示，采用独立样本 t 检验进行组间比较，计数数据以[例（%）]表示，行 χ^2 检验， $P < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 Fugl-Meyer 得分分析

观察组患者护理后患者的 Fugl-Meyer 得分更高，组间有统计学意义（ $P < 0.05$ ），如表 1：

表 1 观察组和对照组症状消失时间对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	时间	Fugl-Meyer
观察组	25	治疗前	18.18±2.72
	25	治疗后	43.42±5.63
对照组	25	治疗前	18.42±2.63
	25	治疗后	31.42±6.63
t	-	治疗前	1.052
	-	治疗后	9.674
P	-	治疗前	0.078
	-	治疗后	0.0001

2.2 满意度分析

观察组患者的满意率（96.00%）明显高于对照组（76.00%），组间差异较大，有统计学意义（ $P < 0.05$ ），如表 2：

表 2 观察组和对照组满意率对比[n，（%）]

组别	例数	满意	一般满意	不满意	满意率
观察组	25	17（68.00%）	7（28.00%）	1（4.00%）	24（96.00%）
对照组	25	9（36.00%）	10（52.00%）	6（24.00%）	19（76.00%）
χ^2	-	-	-	-	6.263
P	-	-	-	-	0.011

2.3 依从性得分分析

观察组患者依从性得分（37.89±2.11）明显高于对照组（25.23±4.42），组间有统计学意义（ $P < 0.05$ ），如表 3：

表 3 观察组和对照组依从性得分对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	依从性
观察组	25	37.89±2.11
对照组	25	25.23±4.42
t	-	9.953
P	-	0.0001

3 讨论

质量功能展开（Quality Function Deployment，QFD）护理是指在对患者护理的过程中将患者的需求转化为具体的护理方案，针对患者治疗过程中的护理需要进行针对性的护理，以满足患者康复训练的需要，在对患者护理的过程中，能针对患者具体的情况，制定个性化的护理方案，满足不同年龄阶段、不同疾病类型患者护理的需要^[7-8]。在对脑卒中患者的护理中，针对患者年龄以及脑卒中的类型，进行相应的护理，满足患者对护理的需要，能为患者提供针对性的护理方案，进一步保障患者护理中的舒适性和护理方案的实用性^[9-11]。

QFD 针对不同的患者采用心理护理、健康知识护理以及康复训练等护

理内容，在对患者护理的过程中，能进一步满足患者需要，针对性的提供护理，避免出现统一护理方案对患者差异性的忽视，导致护理质量差，护理针对性不强等问题的出现^[12]。研究中发现，观察组患者护理后，患者的 Fugl-Meyer 得分更高，由此可见，QFD 护理模式在对患者护理的过程中，能进一步提高患者对护理的正确认识，针对患者的具体情况进行肢体康复训练，患者肢体功能恢复更好，运动功能更强，能进一步提升患者护理后生活质量，降低疾病对患者生活质量的影响，提高患者自我生活能力，减轻患者的负担。患者护理后满意度和依从性得分更高。QFD 护理满足不同患者护理的需要，针对性更强，患者对护理的需要得到满足，患者的满意度更高，且心理护理以及健康知识护理能提高患者对疾病的正确认识，能了解护理的重要性，在护理的过程中能更加符合相应的护理要求，患者的满意度就更高。

综上所述，QFD 在对住院部脑卒中患者的护理中，能进一步提升患者肢体运动能力，提高患者的满意度和依从性，建议该方式在临床中进行推广。

参考文献：

[1]高杰. 综合护理干预对高龄脑卒中偏瘫患者肢体功能及生活质量的影响[J]. 东方药膳, 2021 (13): 147.

[2]赵君. 综合护理干预对老年脑卒中偏瘫患者肢体功能和生活质量的影响[J]. 中国医药指南, 2020, 18 (19): 191-192.

[3]丁洲, 罗艳. 观察益气化痰法联合针灸对脑卒中偏瘫患者平衡与功能性步行能力及生活质量的影响[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8 (16): 43.

[4]Zhang Rui. Analysis of the effects of early rehabilitation nursing on neurological and limb function in patients with acute ischemic stroke [J]. Medical food therapy and Health, 2022, 020 (006): 95-97.

[5]吴亚铭. 推拿与针灸推拿治疗脑卒中后肩痛的效果及对上肢功能的影响比较[J]. 反射疗法与康复医学, 2021, 002 (013): 25-27.

[6]Yu Shiqi. The influence of standardized tertiary rehabilitation on upper limb motor function and quality of life in patients with shoulder pain after stroke [J]. Self-care, 2021, 001 (014): 32.

[7]唐宝丽, 易雅伟, 和晓莉, 等. 以时间理念为基础的护理干预对急性脑卒中患者自我健康管理能力及认知功能的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6 (15): 160-162. DOI: 10.19347/j.cnki.2096-1413.202115053.

[8]马英. 综合强制性训练、常规训练在脑卒中患者康复治疗中的应用效果及其对肢体功能恢复水平的影响[J]. 东方药膳, 2021, 001 (13): 105.

[9]马静, 路胜昔, 景风梅. 脑卒中单元治疗模式对脑卒中患者的疗效及不良情绪、生活质量的影响[J]. 国际精神病学杂志, 2021, 48 (005): 890-893.

[10]李瑞禹, 杜红. 缺血性脑卒中患者早期神经功能恶化的危险因素分析[J]. 健康大视野, 2021 (014): 245.

[11]廖银洁. 自制多功能手部康复包在脑卒中后上肢偏瘫患者康复护理中应用[J]. 中国保健营养, 2021, 31 (34): 148.

[12]莫建英. 呼吸肌训练配合俯卧位排痰对脑卒中相关性肺炎患者肺功能及生活质量的影响[J]. 健康忠告, 2021, 015 (031): 24-25.

成人早期股骨头坏死应用 CT 和 MRI 检查诊断对提升诊断准确度的效果研究

闫肃

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：分析成人早期股骨头坏死患者在疾病诊断中，采用 CT、MRI 检查的价值。方法：筛选 50 例成人早期股骨头坏死患者作为样本，样本均选自 2019 年 4 月~2021 年 10 月，并实施 CT、MRI 检查，以手术病理诊断结果为金标准，分析各个检查方案阳性检出率、诊断效能、影像学特征、检出情况。结果：MRI 检查阳性检出率为 96.00%、阴性检出率为 4.00%，CT 检查阳性检出率为 84.00%、阴性检出率为 16.00%，二者对比差异显著（ $P<0.05$ ）；MRI 检查灵敏度（97.92%）、准确率（94.00%）高于 CT 检查（ $P<0.05$ ）；MRI 检查 I 期（36.00%）、II 期（58.00%）检出率高于 CT 检查，漏误诊率（6.00%）低于对照组（ $P<0.05$ ）；MRI 检查骨小梁结构模糊（52.00%）、骨髓水肿（46.00%）、坏死周围囊变（54.00%）、线样征（76.00%）高于 CT 检查（ $P<0.05$ ）。结论：选择 MRI 检查对成人早期股骨头坏死进行诊断可为临床医师诊疗提供丰富参考，值得借鉴。

关键词：成人；早期；股骨头坏死；CT 检查；MRI 检查；诊断准确度

股骨头坏死属于病理演变过程，是股骨头缺血所致的股骨头结构改变、塌陷等，在疾病发作后可见髋部或腹股沟区疼痛、髋关节活动受限、跛行等症状，对患者身心健康及生活质量有直接影响^[1]。临床认为及早对股骨头坏死进行诊断、治疗为改善预后效果的关键，但不同方案在疾病诊断中价值不同，其中影像学方案为诊断该病的首选方案，MRI、CT 因检查分辨率高等优势被广泛应用于临床，其中 CT 检查可发现早期细微的骨质变化，帮助医师掌握患者是否存在骨塌陷的问题，而 MRI 检查可帮助医师及时掌握患者是否存在股骨头异常情况，但临床对两种方案早期诊断价值存在一定争议，为准确评估两种方案检出率及准确率，本文遴选 50 例成人早期股骨头坏死患者（2019 年 4 月~2021 年 10 月）为样本进行研究，报道如下。

1 资料与方法

1.1 资料

选择是 50 例样本均为成人早期股骨头坏死患者，样本来源于 2019 年 4 月~2021 年 10 月，均实施 CT、MRI 检查。50 例患者中男/女=28/22，年龄 26~65 岁（均值 45.11 ± 10.42 岁），病程 1~9 个月（均值 4.21 ± 1.14 个月），BMI $18\sim 27\text{kg/m}^2$ （均值 $22.14\pm 2.04\text{kg/m}^2$ ），发病部位：26 例左侧、24 例右侧，病理分期（ARCO 分期）：20 例 I 期、30 例 II 期。

纳入标准：①经手术病理检查确诊为股骨头坏死^[2]；②年龄 ≥ 20 岁者；③髋关节均有疼痛、下肢疼痛者；④经评估活动受限者^[3]；⑤自愿入组并签署“知情同意书”者；⑥出现间歇性跛行者；⑦ARCO 分期在 0-II 期者^[4]；⑧临床资料完整者。

排除标准：①临床资料丢失者；②严重心肺功能损害者；③合并恶性肿瘤者；④近期使用激素类药物者^[5]；⑤自愿退出本次研究者；⑥躯体功能障碍者。

1.2 方法

纳入研究 50 例患者均实施 CT、MRI 检查，在实施检查前医务人员详细为患者讲解检查重要性、注意事项及具体检查流程等，同时对患者心理状态进行评估，若其存在焦虑、恐慌等情况，可引导其与检查完毕患者进行沟通，达到提升其检查依从性及配合程度的目的。

CT 检查：在患者入检查室后，医务人员协助其选择仰卧位，采用 64 排螺旋高 CT 扫描机进行检查，设置电压（120kV）、层厚（1-3mm）、电流（110mAs）等参数后，从髋臼上缘开始扫描至股骨颈，扫描结束将 CT 图像上传至计算机进行自动识别，首先对股骨大体情况进行观察，例如股骨头缺血位置、形态、大小、边缘等，随后经三维成像评估缺血位置股骨头形态变化^[6]。

MRI 检查：在患者入检查室后，由医务人员协助其选择平卧位，选择美国 GE Discovery MR750 3.0T，预先调整好各项仪器指标，设置层距

（1mm）、层厚（5mm）等参数后，首先对患侧股骨头顶端扫描至股骨顶端 3cm 的位置进行平面扫描，而后对矢状位进行自动旋转扫描，随后加权进行 T 波扫描^[7]。

分期：参考股骨头坏死国际分期（ARCO）标准进行^[8]，0 期：影像学及体格检查正常；I 期：股骨头形态正常，CT 检查可见骨质疏松、MRI 检查可见点状/条索状高密度影；II 期：CT、MRI 检查发现局部硬化表现，偶见局部囊变，无明显股骨头塌陷。I-II 期为早期股骨头病变。

1.3 观察指标

1.3.1 阳性检出率对比：以手术病理检查结果为金标准，分析 CT、MRI 检查阳性检出率。

1.3.2 诊断效能对比：以手术病理检查结果为金标准，分析 CT、MRI 检查灵敏度、准确率。

1.3.3 检出情况对比：以手术病理检查结果为金标准，分析 CT、MRI 检查对 I 期、II 期检出情况。

1.3.4 典型影像学征象检出率对比：分析 CT、MRI 检查对线样征、骨髓水肿、骨小梁模糊、坏死周围囊变等特征检出情况。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 23.0 软件整理分析数据，计量资料以“均值 $\pm$ 标准差”表示，即表头为（ $\bar{x}\pm s$ ），对比值以“t 值”展示；计数资料以“采用百分比或率”表示，即表头为（n，%），对比值以“ χ^2 ”展示，有统计学差异以“ $P<0.05$ ”表示。

2 结果

2.1 统计不同方案阳性检出率

表 1 可见：以手术病理检查结果为准，MRI 检查阳性率（96.00%）高于 CT 检查（84.00%）（ $P<0.05$ ）。

表 1：不同方案阳性检出率对比[n（%）]

组别		金标准		合计
		阳性（n=50）	阴性（n=0）	
MRI 检查 (n=50)	阳性	47	1	48
	阴性	1	1	2
CT 检查 (n=50)	阳性	40	2	42
	阴性	6	2	8

2.2 统计不同方案诊断效能

表 2 可见：以手术病理检查结果为准，MRI 检查灵敏度（97.92%）、准确率（94.00%）高于 CT 检查（ $P<0.05$ ）。

表 2：不同方案诊断效能对比[n（%）]

组别	灵敏度	准确率

MRI 检查 (n=50)	97.92% (47/48)	94.00% (47/50)
CT 检查 (n=50)	86.96% (40/46)	80.00% (40/50)
χ^2	4.093	4.332
P	0.043	0.037

2.3 统计不同方案检出情况

表 3 显示: MRI 检查 I 期 (36.00%)、II 期 (58.00%) 检出率高于 CT 检查, 漏误诊率 (6.00%) 低于对照组 ($P<0.05$)。

表 3: 不同方案检出情况对比[n (%)]

组别	I 期	II 期	漏误诊
MRI 检查 (n=50)	18 (36.00)	29 (58.00)	3 (6.00)
CT 检查 (n=50)	15 (30.00)	25 (50.00)	10 (20.00)
χ^2		4.332	
P		0.037	

2.4 统计不同方案典型影像学征象

表 4 可见: MRI 检查骨小梁结构模糊 (52.00%)、骨髓水肿 (46.00%)、坏死周围囊变 (54.00%)、线样征 (76.00%) 高于 CT 检查 ($P<0.05$)。

表 4: 不同方案典型影像学征象对比[n (%)]

组别	骨小梁结构模糊	骨髓水肿	坏死周围囊变	线样征
MRI 检查 (n=50)	26 (52.00)	23 (46.00)	27 (54.00)	38 (76.00)
CT 检查 (n=50)	7 (14.00)	8 (16.00)	17 (34.00)	9 (18.00)
χ^2	16.327	10.518	4.058	33.761
P	0.000	0.000	0.044	0.000

3. 讨论

股骨头坏死又称为股骨头缺血性坏死或股骨头无菌性坏死, 是指股骨头血供受损或中断导致骨髓成分、骨细胞死亡, 并出现股骨头结构改变及塌陷情况, 继而引起膝关节疼痛及功能障碍性疾病, 为目前导致成人膝关节残疾的常见疾病之一^[9]。统计显示, 我国股骨头坏死发生率在 750-1000 万左右, 且每年新增病例高达 30 万左右, 该病的出现与髋部外伤、糖皮质激素、大量饮酒、贫血、肥胖等因素密切相关^[10]。股骨头坏死早期无典型症状, 疼痛为大部分患者最早主诉, 但疼痛为间歇性发作经休息后可缓解, 且及早根据患者病情展开合理治疗为改善预后效果的关键措施^[11]。

目前, 临床针对早期股骨头坏死患者主要通过手术修正坏死股骨头达到治疗的目的, 通过改善患者髋关节功能障碍, 达到维持其正常生活的目的, 但合理、科学手术方案的制定以明确诊断为主^[12]。CT、MRI 为诊断股骨头坏死常见影像学方案, 其中 CT 具有操作简单、无创、快捷等优势, 通过对患侧进行薄层或加强扫描可清晰显示病灶位置及变化情况, 且具有极高的时间、空间分辨率, 在检查结束通过三维重建处理可显示立体病灶, 并为医师评估患者病情、设计手术方案提供全面的参考^[13]。临床认为 MRI 检查对软组织分辨率较高, 通过对病变部位进行多序列扫描成像可获得多个平面病灶图像, 从而清晰显示病变部位, 且与 CT 检查相比, MRI 检查不存在电离辐射, 因此安全性更高。

经本文对比显示, MRI 检查阳性检出率、灵敏度 (97.92%)、准确率 (94.00%) 高于 CT 检查, MRI 检查 I 期 (36.00%)、II 期 (58.00%) 检出率高于 CT 检查, 漏误诊率 (6.00%) 低于对照组, 且 MRI 检查骨小梁结构模糊 (52.00%)、骨髓水肿 (46.00%)、坏死周围囊变 (54.00%)、线样征 (76.00%) 高于 CT 检查, 由此证实相较于 CT 检查, MRI 检查在成人早期股骨头坏死诊断中优势更明显, 分析原因是 CT、MRI 检查均可作为诊断股骨头坏死的方案, 通过专业的仪器进行扫描可观察到病灶组织的实际情况, 并为医师评估患者病情提供参考, 一般 CT 在对股骨头扫描过程中, 正常的 CT 影像图为星芒状, 若患者股骨头出现早期坏死情况则 CT

影像图表现为坏死周围囊变、皮质增厚、高密度硬化等特征; 其次 CT 检查通过扫描可帮助医师了解患者骨组织解剖结构及关系, 判断患者病灶部位是否出现钙化、囊变等情况, 亦可对股骨头坏死后期塌陷程度进行预测, 同时可准确发现 II 期及以上分期的股骨头坏死情况, 对早期股骨头坏死诊断价值较低^[14]。MRI 检查在股骨头坏死诊断过程中可充分显示股骨头的坏死情况, 并为医师提供患者病灶部位形态、病理变化影像学资料, 且该检查方案可清晰显示病变的细微差别, 例如脂肪、水分等, 经扫描后获得的影像学资料可为医师提供全面的病灶部位、周围组织征象, 对医师评估患者病情有积极作用。研究发现^[15], 大部分股骨头坏死患者存在长期使用激素、酗酒等情况, 导致患者股骨头骨小梁发生不同程度紊乱, 但在病变早期这种紊乱情况不明显, 因此采用 CT 检查极易出现漏诊、误诊等情况, 而 MRI 检查通过扫描可清晰显示骨小梁微变化反应, 从而发现骨小梁紊乱特征, 为临床诊断成人早期股骨头坏死提供丰富参考。

综上所述, 相较于 CT 检查, MRI 检查在成人早期股骨头坏死诊断中更具优势, 通过检查医师可结合影像学特征对疾病分期进行鉴别, 并结合当前医疗技术制定科学、合理的治疗方案, 在提升治疗针对性的同时改善整体预后效果, 值得借鉴及参考, 但基于本研究方案设计相对简单, 且存在纳入样本数量少、研究范围窄等问题, 通过研究虽证实 MRI 检查在成人早期股骨头坏死诊断中更具优势, 但未明确各个方案对多种影像学特征检出情况及患者对整个检查流程满意度, 鉴于此后期在研究过程中可扩充研究范围、增加研究样本数量, 旨在为临床诊断成人早期股骨头坏死提供更丰富参考。

参考文献:

- [1]刘向东, 闫松果, 孙世松.CT 与 MRI 检查诊断早期股骨头缺血性坏死的价值对比[J].中国实用医刊, 2022, 49 (11): 78-80.
- [2]韩松.CT 与 MRI 在成人早期股骨头坏死诊断中的价值探讨[J].中国现代药物应用, 2022, 16 (04): 110-112.
- [3]卢吴宁.CT 与 MRI 检查在成人股骨头坏死早期诊断价值的探讨[J].影像研究与医学应用, 2021, 5 (01): 115-116.
- [4]张迪.CT 和 MRI 检查应用于成人早期股骨头坏死诊断中价值分析[J].现代医学影像学, 2020, 29 (10): 1902-1904.
- [5]杨德根, 何亚明.MRI 联合 X 线与 CT 对生物陶瓷棒植入术治疗早期股骨头坏死诊断价值的比较[J].中国医药科学, 2020, 10 (19): 173-176.
- [6]罗明亮.MRI 检查对早期股骨头缺血性坏死诊断准确率的值[J].现代诊断与治疗, 2020, 31 (15): 2461-2462.
- [7]吴婷, 赵永强, 周涛, 等.早期股骨头坏死 CT、MRI 表现及其预后危险因素分析[J].中国 CT 和 MRI 杂志, 2020, 18 (07): 155-157.
- [8]高军, 孙靖, 高戈.成人早期股骨头缺血性坏死的 MRI 检查及影像学表现研究[J].中外医疗, 2020, 39 (16): 20-21+61.
- [9]栗金波, 崔潇, 张红霞.CT 和 MRI 对成人早期股骨头坏死诊断的临床价值比较[J].现代医药卫生, 2020, 36 (09): 1366-1368.
- [10]史常勤, 朱锐.在早期股骨头坏死中临床诊断中 CT 与 MRI 的效果比较[J].中外医疗, 2020, 39 (04): 189-191.
- [11]马永桥.在早期股骨头坏死中 CT 及 MRI 检查的应用研究[J].中国医药指南, 2019, 17 (27): 5+7.
- [12]张向梅.CT 与 MRI 在诊断早期股骨头坏死中的应用价值比较[J].影像研究与医学应用, 2019, 3 (12): 116-117.
- [13]刘汝超.早期股骨头坏死 CT 与 MRI 诊断价值的比较研究[J].影像研究与医学应用, 2019, 3 (07): 69-70.
- [14]李静, 韦人瑞, 刘芦笙, 等.成人股骨头坏死早期诊断中应用 CT 与 MRI 检查的价值评估[J].现代医学影像学, 2018, 27 (06): 1921-1922.
- [15]刘润新.成人早期股骨头坏死应用 CT 和 MRI 检查诊断临床价值分析[J].中国农村卫生, 2018, 18 (14): 1.

小儿输尿管镜联合封堵器治疗输尿管狭窄合并结石的临床研究

严兵

郁南县人民医院 泌尿外科 广东云浮 527100

摘要:目的 分析小儿输尿管镜与封堵器联合用于输尿管狭窄并结石治疗中的效果。方法 取2020年6月-2022年5月输尿管狭窄并结石者共计80例,开展简单随机化方法分组处理,组一对照组施以成人输尿管镜治疗,组二试验组施以小儿输尿管镜与封堵器联合治疗,评定手术指标、治疗效果、炎症因子指标水平、并发症发生情况等指标2组的差异性。结果 经手术指标评定显示试验组双J管留置时间、手术时间、住院时间均低于对照组, $P<0.05$; 经治疗效果评定显示试验组总有效率(97.50%)高于对照组总有效率(82.50%), $P<0.05$; 经炎症因子评定显示术后2组TNF- α 、IL-10水平均高于术前, $P<0.05$; 试验组术后TNF- α 、IL-10水平低于对照组, $P<0.05$; 经并发症发生率相比较,显示试验组发生率低于对照组, $P<0.05$ 。结论 输尿管狭窄并结石治疗中开展小儿输尿管镜与封堵器联合治疗,能缩短治疗和康复时间,减少并发症率与手术创伤程度,且效果更好。

关键词: 输尿管镜; 封堵器; 输尿管狭窄; 结石

输尿管结石、输尿管狭窄是患病率较高的疾病,会损伤病发者的肾功能,引发感染的情况,病情严重者会出现尿毒症、肾功能衰竭等的情况,威胁病发者的生命安全,强化疾病的有效治疗来舒缓病情意义重大^[1-2]。手术是目前输尿管结石治疗中较为常用的方法,对于输尿管狭窄并结石者,施以成人输尿管镜治疗虽能取得一定的效果,但可能引发术中抱镜、进镜困难等的状况,加大治疗的难度^[3]。小儿输尿管镜的应用,则可促使手术成功率的提高,对疼痛程度控制,创伤更小。患者的结石易向肾盂等漂移,导致手术失败,而封堵器的应用,则可有效控制结石的漂移,更好保证手术的效果^[4-5]。本研究主要分析小儿输尿管镜与封堵器联合用于输尿管狭窄并结石治疗中的效果,如下:

1 资料与方法

1.1 资料

取2020年6月-2022年5月输尿管狭窄并结石者共计80例,开展简单随机化方法分组处理,40例/组。纳入标准 a: 经超声、腹部平片、泌尿系CT、尿常规等检查疾病确诊者; b: 知情同意书签署者; c: 资料完整者。排除标准 a: 心脑血管疾病者; b: 凝血功能异常者; c: 重要脏器严重损伤者; d: 依从性较差者。试验组男22例,女18例,年龄(43.61 $\pm$ 4.12)岁,结石直径(1.35 $\pm$ 0.22)cm,输尿管下段结石者19例,中段结石者16例,上段结石者5例;对照组男23例,女17例,年龄(44.26 $\pm$ 3.87)岁,结石直径(1.38 $\pm$ 0.30)cm,输尿管下段结石者18例,中段结石者16例,上段结石者6例。基本资料评定显示2组差异较小($P>0.05$)。

1.2 方法

组一对照组施以成人输尿管镜治疗,腰麻与硬膜外联合麻醉,保持为膀胱截石位,施以常规消毒,以做好成人输尿管镜的准备工作,遇到输尿管狭窄时,缓慢的扩张进镜,若进镜失败,则进行双J管的留置,时间为1-2周,之后开展二期手术,或更改为其他手术方式进行治疗。

组二试验组施以小儿输尿管镜与封堵器联合治疗,腰麻与硬膜外联合

麻醉,保持为膀胱截石位,施以常规消毒,置入小儿输尿管镜,在狭窄区域应轻柔操作,不可强行通过,如有必要,可将导丝、输尿管导管等置入施以进镜引导,狭窄部分确认后,在输尿管镜进行5min左右的停留,扩张后直接通过小儿输尿管镜施以一次性的进镜碎石,导管置入后,通过导管置入输尿管镜,确保能够通过病发者输尿管的狭窄之处,更好抵达输尿管结石之处,开展钦激光碎石操作。对于息肉清晰者,应在碎石的过程,同时对息肉处理。输尿管通畅后,应检查是否存在结石梗阻、残留的情况。按照不同患者的具体手术情况,进行双J管的留置,时间为2-10周,导尿管留置时间为1-3d。手术操作中窥见结石后,调整手术床保持病发者为头高脚低位,于输尿管镜下方的工作通道内,进行封堵器的置入,若结石完全对输尿管管腔堵塞,则可用激光对结石边缘击碎,出现间隙后进行封堵器的放置。结束手术时,封堵器与输尿管镜同时退出。

1.3 观察指标

评定相关手术方案治疗后2组手术指标、治疗效果存在的差异状况,并评定2组术前、术后5天炎症因子指标水平、并发症发生情况的差异性。

手术指标: 双J管留置时间、手术时间、住院时间。

治疗效果: 治愈: 症状消失,复查显示无结石; 显效: 症状明显减轻,病发者的肾积水消失; 有效: 症状有所减轻,存在轻度肾积水; 无效: 症状未缓解或出现加重的状况; 治愈率+显效率+有效率为总有效率。

炎症因子: TNF- α (肿瘤坏死因子- α)、IL-10 (白细胞介素-10)。

并发症: 出血、输尿管损伤、发热感染、结石上移。

1.4 数据分析

SPSS21.0软件开展统计学的规范化处理, $P<0.05$, 统计学有意义。

2 结果

2.1 手术指标

经手术指标评定显示试验组双J管留置时间、手术时间、住院时间均低于对照组, $P<0.05$ 。见表1:

表1 手术指标 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数 (n)	双J管留置时间 (d)	手术时间 (min)	住院时间 (d)
试验组	40	18.65 $\pm$ 3.61	56.94 $\pm$ 10.23	5.22 $\pm$ 1.05
对照组	40	25.12 $\pm$ 2.98	69.63 $\pm$ 11.14	7.87 $\pm$ 1.52
t 值	--	8.742	5.307	9.072
P 值	--	0.001	0.001	0.001

2.2 治疗效果 (82.50%), $P<0.05$ 。见表2:

经治疗效果评定显示试验组总有效率(97.50%)高于对照组总有效率

表2 治疗效果[n (%)]

组别	例数 (n)	治愈	显效	有效	无效	总有效
试验组	40	21 (52.50)	10 (25.00)	8 (20.00)	1 (2.50)	39 (97.50)
对照组	40	13 (32.50)	12 (30.00)	8 (20.00)	7 (17.50)	33 (82.50)

X ² 值	--	--	--	--	--	5.000
P 值	--	--	--	--	--	0.025

2.3 炎症因子
试验组术后 TNF-α、IL-10 水平低于对照组, P<0.05。见表 3:
经炎症因子评定显示术后 2 组 TNF-α、IL-10 水平均高于术前, P<0.05;

表 3 炎症因子 (x±s)

组别	例数 (n)	TNF-α (ug/L)		IL-10 (ug/L)	
		术前	术后	术前	术后
试验组	40	15.62±4.14	23.14±3.69	28.60±13.11	44.95±4.75
对照组	40	16.01±5.32	37.93±4.08	27.98±12.29	65.39±5.83
t 值	--	0.366	17.004	0.218	17.191
P 值	--	0.715	0.001	0.828	0.001

2.4 并发症
表 4:
经并发症发生率相比较, 显示试验组发生率低于对照组, P<0.05。见

表 4 并发症[n (%)]

组别	例数 (n)	出血	输尿管损伤	发热感染	结石上移	总计
试验组	40	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.50)	0 (0.00)	1 (2.50)
对照组	40	2 (5.00)	1 (2.50)	1 (2.50)	2 (5.00)	6 (15.00)
X ² 值	--	--	--	--	--	3.914
P 值	--	--	--	--	--	0.048

3 讨论

关于输尿管结石是常见的一种泌尿外科疾病, 可致使病者出现肾功能损害、泌尿系统感染、肾绞痛、肾积水等的状况^[6]。多数情况下输尿管结石主要源于肾脏, 受到多种因素如饮食结构改变、生活习惯变化等的影响, 使输尿管结石的患病率呈逐渐升高的趋势, 病发后患病者的身心健康与正常生活质量均会受到影响, 所以疾病的早期治疗来对预后改善意义重大^[7]。

本研究中, 经手术指标评定显示试验组双 J 管留置时间、手术时间、住院时间均低于对照组, P<0.05; 经治疗效果评定显示试验组总有效率 (97.50%) 高于对照组总有效率 (82.50%), P<0.05; 试验组术后 TNF-α、IL-10 水平低于对照组, P<0.05; 经并发症发生率相比较, 显示试验组发生率低于对照组, P<0.05。经结果评定显示小儿输尿管镜与封堵器联合用于输尿管狭窄并结石的治疗中, 能获取更优的效果, 且能缩短治疗和康复的时间, 更好控制术后炎症反应程度, 且能减少并发症的几率。目前临床常采用腹腔镜镜切取取石术、经皮肾镜取石术、输尿管镜碎石术等进行输尿管结石的治疗, 其中输尿管镜碎石术的应用频率最高, 能经过病发者的尿道插入至膀胱内, 于输尿管直视下进行取石和碎石, 获得较好的治疗效果^[8]。对于输尿管下段狭窄合并结石者, 其输尿管狭窄、细小, 若结石过大或存在嵌顿紧密的状况, 则难以顺利开展手术。成人输尿管镜于输尿管下段狭窄合并结石者中应用, 存在进镜困难的状况, 而小儿输尿管镜的应用, 则可直接一次性进镜碎石, 一次性碎石的成功率比较高, 较为安全、高效^[9]。开展手术治疗中, 会因为结石后方空间大、输尿管扩张、碎石的流水、力度等的影响而致使结石松动, 飘入至肾盂内, 增加治疗的难度, 而封堵器的应用, 则可有效避免结石回流至肾盂内, 以此促进碎石率的提高^[10]。

综上所述, 开展输尿管狭窄并结石治疗中施以小儿输尿管镜与封堵器联合治疗, 能获取更好的效果, 减少治疗和康复的时间, 且可控制并发症的几率与术后炎症反应程度, 值得被推广应用。

参考文献:

[1]余琪伟, 曾学明, 姚林亚, 等. 盐酸坦索罗辛对输尿管硬镜联合封堵器治疗中上段输尿管结石的影响[J]. 中国处方药, 2021, 19 (3): 107-108.

[2]YU-CHEN CHEN, HAO-WEI CHEN, WEN-JENG WU, et al. Comparative Study of Simultaneous Supine Percutaneous Nephrolithotomy with Ureteroscopic Lithotripsy and Semi-Rigid Ureteroscopic Lithotripsy in the Management of Large Proximal Ureteral Calculi[J]. Urological

Science, 2020, 31 (2): 62-67.

[3]丁小波, 徐鹏程, 陈德刚, 等. 封堵器联合输尿管镜与微通道经皮肾镜在治疗输尿管上段结石中的疗效对比[J]. 国际泌尿系统杂志, 2020, 40 (2): 207-210.

[4]XU YUCHEN, BAI ZHENGMING, MA DONGYUE, et al. Laparoscopic ureterolithotomy, flexible ureteroscopic lithotripsy and percutaneous nephrolithotomy for treatment of upper urinary calculi in patients with autosomal dominant polycystic kidney disease[J]. Clinical and Experimental Nephrology, 2020, 24 (9): 842-848.

[5]刘聪, 李四化, 黄丽丽, 等. 头高脚低截石体位输尿管镜联合封堵器与微创经皮肾镜治疗输尿管上段嵌顿性结石的效果对比[J]. 中国当代医药, 2019, 26 (4): 107-110.

[6]LEBENTRAU, STEFFEN, MUELLER, PHILIPPE-FABIAN, MIERNIK, ARKADIUSZ, et al. Risk Factors for Ureteral Damage in Ureteroscopic stone Treatment: Results of the German Prospective Multicentre Benchmarks of Ureterorenoscopic Stone Treatment-Results in Terms of Complications, Quality of Life, and Stone-Free Rates Project[J]. Urologia internationalis, 2019, 102 (2): 187-193.

[7]方少洪, 廖国强, 王勤军. 输尿管镜钬激光碎石术中安放输尿管封堵器治疗输尿管上段结石的效果分析[J]. 现代诊断与治疗, 2019, 30 (22): 4020-4022.

[8]尹冰德, 巫嘉文. 输尿管硬镜联合不同种类封堵器原位钬激光碎石治疗输尿管上段结石的疗效比较[J]. 国际泌尿系统杂志, 2019, 39 (3): 412-415.

[9]CHEN, HUA, QIU, XUANXI, DU, CHUANCE, et al. The Comparison Study of Flexible Ureteroscopic Suctioning Lithotripsy With Intelligent Pressure Control Versus Minimally Invasive Percutaneous Suctioning Nephrolithotomy in Treating Renal Calculi of 2 to 3 cm in Size[J]. Surgical innovation, 2019, 26 (5): 528-535.

[10]何海填, 罗锦斌, 张新明, 等. 应用旁置输尿管导管负压吸引的输尿管硬镜钬激光碎石治疗输尿管上段结石[J]. 中国内镜杂志, 2020, 26 (7): 52-57.

作者简介: 严兵, 男, 1979.1.1, 广西岑溪, 汉族, 副主任医师, 本科。

云浮市科技计划项目申报书 (编号: 200604085445016)

异常子宫出血患者实施口服米非司酮治疗的临床效果

¹杨爱琴 ²徐优慧 通讯作者

1 靖边县妇幼保健院 妇产科 陕西榆林 718500; 2 延川县人民医院 妇产科 陕西延安 717200

摘要:目的: 分析异常子宫出血患者实施口服米非司酮治疗的临床效果。方法: 入组本院 2019 年 1 月-2021 年 1 月收治的异常子宫出血患者共 110 例, 随机分组, 对照组的患者给予安宫黄体酮, 试验组给予米非司酮。比较两组控制出血的时间、完全止血的时间, 比较治疗总有效率、副反应, 并对比两组患者治疗前后子宫内膜厚度、性激素监测指标雌二醇水平、卵泡刺激素、血红蛋白, 并对比两组患者治疗后 1 年的复发率。结果: 两组病人经过一段时间的治疗, 总有效率显著高于对照组, 两组有显著差异 ($P<0.05$); 试验组 2 名副反应, 对照组 10 名副反应, 两组之间的副反应发生率存在显著差异 ($P<0.05$); 治疗后, 试验组的复发率为低于对照组, 相比有显著差异 ($P<0.05$)。与对照组比较, 试验组出血得到控制时间及完全止血时间均较对照明显缩短, $P<0.05$; 治疗前两组间的子宫内膜厚度、雌激素监测指标雌二醇水平、卵泡刺激素水平均无统计学意义, $P>0.05$; 治疗后, 试验组子宫内膜厚度低于对照组, 性激素监测指标雌二醇水平、卵泡刺激素低于对照组, 血红蛋白水平均较对照组高, $P<0.05$ 。结论: 米非司酮治疗异常子宫出血临床效果确切, 有利于改善机体激素并缩小子宫内膜厚度, 降低复发率, 缩短出血时间, 且安全性明显提高, 值得推广。

关键词: 米非司酮; 妈富隆; 异常子宫出血; 临床效果

异常子宫出血是一种常见的妇科疾病, 子宫异常出血多与子宫结构异常改变有直接的关系, 引起子宫异常出血常见的九大原因有月经失调, 功能失调性子宫出血, 子宫肌瘤, 子宫内膜息肉, 子宫肌腺, 子宫内膜癌, 子宫内膜不典型增生, 全身凝血障碍性疾病, 排卵障碍性疾病等。异常子宫出血是一种非常常见妇科的疾病, 它会对病人的身体和生活质量造成很大的影响。临床上常见的治疗方法是: 性激素药物治疗、刮宫等, 在绝经期可以采取诱导闭经的方法来缓解。在临床上, 有许多不同的药物用于治疗异常子宫出血^[1]。此项研究的目的在于对异常子宫出血病人进行米非司酮治疗, 观察其疗效。在临床上, 米非司酮可以通过拮抗孕激素, 改善雌激素受体和孕酮受体之间的关系。米非司酮是一种抗孕激素的药物, 具有抗孕酮和止血的功效, 能影响下丘脑垂体系统, 影响卵巢颗粒细胞, 拮抗孕酮受体, 从而降低促性腺激素的释放, 从而抑制子宫内膜的增生, 加速子宫萎缩^[2-3]。本研究入组本院 2019 年 1 月-2021 年 1 月收治的异常子宫出血患者共 110 例, 随机分组, 对照组的患者给予安宫黄体酮, 试验组给予米非司酮。比较效果, 探索了米非司酮治疗异常子宫出血临床效果, 如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

入组本院 2019 年 1 月-2021 年 1 月收治的异常子宫出血患者共 110 例, 随机分组, 其中, 对照组出血时间 2-7 个月, 平均 (3.21 ± 1.13) 个月。年龄 24-54 (38.21 ± 2.12) 岁。化验结果: 31 名患者轻度贫血, 15 名患者中度贫血, 9 名患者重度贫血。围绝经期出血有 18 例, 子宫肌瘤出血有 17 例, 子宫内膜息肉出血有 10 例, 其他有 10 例。

试验组出血时间 2-7 个月, 平均 (3.25 ± 1.15) 个月。年龄 24-52 (38.45 ± 2.46) 岁。化验结果: 30 名患者轻度贫血, 15 名患者中度贫血, 10 名患者重度贫血。围绝经期出血有 19 例, 子宫肌瘤出血有 16 例, 子宫内膜息肉出血有 11 例, 其他有 9 例。

入选条件: (1) 临床症状、诊断性刮宫诊断, 查体、影像学、病理检查均可明确诊断, 因排卵功能异常所致的异常子宫出血; (2) 最近一年内无任何激素治疗; (3) 自愿参加试验, 并签署知情同意书。 (4) 未发现任何器官损害; (5) 病人的遵从情况良好。

排除条件: (1) 肝、肾功能异常患者; (2) 排除因器质性疾病引起的异常子宫出血; (3) 有药物禁忌症者; (4) 不参加试验。

1.2 方法

对照组的患者给予安宫黄体酮 4mg/d, 每个月经周期内服药 22d, 停药一周, 连续治疗 3 个月经周期。

试验组患者口服米非司酮。给予米非司酮 12.5mg, 1 次/d, 阴道出血停止后改为 5mg, 1 次/d, 疗程 3 个月。

1.3 观察指标

比较两组控制出血的时间、完全止血的时间, 比较治疗总有效率、副反应, 并对比两组患者治疗前后子宫内膜厚度、性激素监测指标雌二醇水

平、卵泡刺激素、血红蛋白, 并对比两组患者治疗后 1 年的复发率。

显效: 在临床上, 病人的月经量没有明显的变化, 月经周期和经期比治疗之前缩短或延长 3 天;

有效: 临床治疗后, 经血流量的改变很少, 月经周期和经期与治疗之前相比缩短或延长 5 天;

无效: 是指病人在经过临床的治疗后, 没有符合以上的临床表现, 或病情加重。总治疗效果=显效+有效/患者总数 $\times 100\%$ ^[4]。

1.4 统计学方法

SPSS23.0 软件处理数据, 计数 χ^2 统计, 计量取 t 检验, $P<0.05$ 表示差异有意义。

2 结果

2.1 两组控制出血的时间、完全止血的时间比较

与对照组比较, 试验组出血得到控制时间及完全止血时间均较对照明显缩短, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组控制出血的时间、完全止血的时间比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	控制出血时间 (h)	完全止血的时间 (h)
对照组 (55)	29.12 $\pm$ 2.56	46.57 $\pm$ 4.12
试验组 (55)	20.01 $\pm$ 1.21	34.12 $\pm$ 3.46
t	8.782	7.525
P	0.000	0.000

2.2 两组临床治疗效果比较

两组病人经过一段时间的治疗, 总有效率显著高于对照组, 两组有显著差异 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组总有效率比较[例数 (%)]

组别	显效	有效	无效	总有效率
对照组 (55)	14	31	10	45 (81.82)
试验组 (55)	35	20	0	55 (100.00)
χ^2				5.667
P				0.012

2.3 两组患者治疗前后子宫内膜厚度、性激素监测指标雌二醇水平、卵泡刺激素、血红蛋白

治疗前两组间的子宫内膜厚度、雌激素监测指标雌二醇水平、卵泡刺激素水平均无统计学意义, $P>0.05$; 治疗后, 试验组子宫内膜厚度低于对照组, 性激素监测指标雌二醇水平、卵泡刺激素低于对照组, 血红蛋白水平均较对照组高, $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组患者治疗前后子宫内膜厚度、性激素监测指标雌二醇水平、卵泡刺激素、血红蛋白

组别	时 期	子宫内膜厚 度 (mm)	雌二醇 (mmol/L)	卵泡雌激素 (IU/L)	血红蛋白 (g/L)

试验组 (55)	治疗前	13.13±2.12	3.13±1.35	4.21±1.52	92.21±1.52
	治疗后	3.56±1.01	0.81±0.25	1.19±0.34	116.19±4.34
对照组 (55)	治疗前	13.35±2.42	3.14±1.33	4.24±1.53	92.21±1.12
	治疗后	6.23±1.44	2.12±0.45	2.34±0.56	106.12±4.31

2.4 两组 1 年复发率比较

治疗后，试验组的复发率为低于对照组，相比有显著差异（ $P<0.05$ ）。见表 4。

表 4 两组 1 年复发率比较[例数（%）]

组别	复发	复发率
对照组（55）	10	10（18.18）
试验组（55）	1	1（1.82）
χ^2		5.478
P		0.023

2.5 两组副反应比较

试验组 2 名副反应，对照组 10 名副反应，两组之间的副反应发生率存在显著差异（ $P<0.05$ ）。试验组 1 例恶心，1 例呕吐，对照组 6 例恶心，4 例呕吐。

3 讨论

异常子宫出血是指由于子宫结构异常改变、排卵障碍等引起的子宫出血情况，各种原因会影响到下丘脑-垂体-卵巢轴的调节功能，从而引起月经紊乱。根据病变原因，可分为：（1）子宫内膜息肉导致子宫异常出血。子宫内膜息肉是一种很常见的疾病，主要见于 35 岁以上的妇女，而且随着年龄的增加，其发病率也会越来越高。子宫内膜息肉导致的异常子宫出血有两种情况，一种是单病，一种是多病，这种情况导致的异常子宫出血在 21-39%，以高血压、肥胖、长期服用莫昔芬的中年妇女为多。有 70-90% 的子宫内膜息肉伴有异常的子宫出血，多见于经期出血、难以怀孕等。这种情况一般在 10 天之内做 B 超检查是有效的，如果能及时的切除肿瘤，同时做一些病理检查。针对此类病人，要综合考虑其生育需求、身体状况、营养状况等方面的需求，根据病人的基本情况，采取适当的治疗措施，以达到较好的治疗效果。根据目前的状况，宫腔镜电切术是治疗子宫内膜息肉异常子宫出血的最好方法。（2）子宫平滑肌瘤所致子宫异常出血。根据子宫平滑肌瘤的生长位置，可以将其分为两大类：宫腔粘膜下肌瘤和其它部位的肌瘤。宫腔粘膜下肌瘤引起的异常子宫出血是一种常见的疾病，在发病初期一般不会有明显的症状，主要是经期较长，或者是月经量较多。如果是子宫平滑肌瘤所致的异常子宫出血，可以通过 B 超、宫腔镜等检查，明确病因后再做手术。在决定治疗的时候，要综合考虑患者的年龄、肌瘤的大小、肌瘤的位置、病情的严重程度、是否有生育的需要。目前常用的治疗手段有：宫腔镜肌瘤剔除术、腹腔镜肌瘤剔除术等，但是手术后复发率很高，所以要根据病人的具体情况进行针对性的治疗，以减少复发率。

（3）子宫腺肌症所致子宫异常出血。子宫腺肌病主要有局限性子宫腺肌病和弥漫性子宫腺肌病，又称为子宫腺肌瘤，主要表现为月经量多、经期长、不孕症、经期出血等，也有可能伴有痛经等^[5-6]。早期确诊子宫腺肌瘤的主要依据是患者的症状、体征、CA125 水平的改变以及盆腔超声的辅助检查。子宫腺瘤导致的异常子宫出血主要分为外科和药物两种，在制定治疗方案前要充分考虑病人的生育需要。根据病人的基本情况来进行针对性

的治疗。如果出现比较排斥的情况，可以选择服用口服激动剂和避孕药。

（4）排卵功能不全导致的子宫异常出血。出现排卵障碍的原因有：轴功能异常，多见于更年期、青春期妇女、生育期肥胖、甲状腺疾病等。女性出现经量异常、经量异常是由于排卵功能异常所致。治疗的方法是改善患者体内的凝血系统，在出血期要及时进行止血治疗，控制出血后要注意后期的恢复和护理，如果有生育的需求，可以进行排卵治疗。止血治疗包括口服避孕药、诊断性刮宫、激素内膜修复等^[7]。协调周期的方法有：激素治疗，在生育年龄和青春期的病人可以服用地屈孕酮等自然孕激素，可以恢复卵巢的轴性功能；需要避孕的妇女可以服用口服避孕药。（5）其他五种因素，如月经失调、子宫内膜癌、子宫内膜不典型增生、功能失调性子宫出血、全身凝血障碍性疾病等。

异常子宫出血若不及时处理，出血持续较长，会增加患者感染的危险，还可能引起贫血，对患者的生理和心理健康构成严重威胁。该病临床表现多种多样，但最基本的治疗原则是：快速止血、预防贫血、减少出血后子宫内膜厚度、防止再发。米非司酮对异常的子宫出血有如下作用：（1）通过阻断子宫内膜对雌激素的反应。其直接作用于子宫内膜，降低雌二醇的水平，从而抑制子宫内膜的生长，从而加速细胞的凋亡。（2）对子宫内膜的生长有抑制作用。它能降低内膜的新生因子，使其收缩，使其内壁变薄。（3）不具有竞争性的雌激素。它能抑制孕酮，从而影响与其有关的酶活性因子，具有抗雌激素的非竞争性效应，能抑制子宫内膜的增殖，降低子宫内膜的厚度。（4）降低子宫内膜中雌、孕激素的表达，对子宫内膜的生长有一定的影响。

本研究的成果中，两组病人经过一段时间的治疗，总有效率显著高于对照组，两组有显著差异（ $P<0.05$ ）；试验组副反应发生率和复发率更低，与对照组比较，试验组出血得到控制时间及完全止血时间均较对照组明显缩短， $P<0.05$ ；治疗后，试验组子宫内膜厚度低于对照组，性激素监测指标雌二醇水平、卵泡刺激素低于对照组，血红蛋白水平均较对照组高， $P<0.05$ 。孕酮不足和无排卵是导致异常子宫出血的主要病理机制。异常子宫出血会导致女性经期延长、经量增多、乏力等多种类型的经期紊乱，长期的异常子宫出血会导致生殖系统的癌变。米非司酮是一种新的孕酮受体阻滞剂，它能通过直接影响孕酮受体，抑制 LH 与 FSH 的分泌，从而阻碍卵泡的发育，并能有效地抑制卵泡的发生，并表明米非司酮可以直接诱导卵巢颗粒细胞的凋亡，并使其发生萎缩。本研究结果表明，经口服米非司酮后，可提高血红蛋白水平，增生子宫内膜逐渐萎缩，血清的 E2、FSH 含量降低，使其恢复到正常的生理状态，临床效果显示，其治疗效果达 100%。与应用安宫黄体酮相比，米非司酮效果明显较好。

综上所述，米非司酮治疗异常子宫出血临床效果确切，有利于改善机体激素并缩小子宫内膜厚度，降低复发率，缩短出血时间，且安全性明显提高，值得推广。

参考文献：

[1]孙薇薇.甲基睾丸素联合米非司酮治疗围绝经期功能性子宫出血的临床效果[J].河南医学研究, 2021, 30 (01): 99-101.
[2]郭君红.米非司酮联合妈富隆治疗功能性子宫出血临床效果研究[J].白求恩医学杂志, 2020, 18 (05): 463-464.
[3]魏芳.功能性子宫出血应用米非司酮与妈富隆联合治疗的效果探讨[J].黔南民族医学学报, 2020, 33 (03): 191-193.
[4]张世应,孙绪举.围绝经期功能性子宫出血采用去氧孕烯炔雌醇(妈富隆)联合小剂量米非司酮治疗的临床疗效观察[J].中国妇幼保健, 2020, 35 (09): 1686-1689.
[5]孙克佳.妇科止血灵片联合米非司酮治疗更年期功能性子宫出血的临床效果[J].河南医学研究, 2019, 28 (21): 3959-3960.
[6]钟娜莲,陈忠.米非司酮联合左炔诺孕酮治疗围绝经期功能性子宫出血的临床效果[J].国际医药卫生导报, 2019 (17): 2973-2976.
[7]姜金霞,张院祥.功能性子宫出血应用米非司酮联合妈富隆治疗的临床研究[J].实用妇科内分泌电子杂志, 2019, 6 (20): 99+102.

氯胺酮、异丙酚联合利多卡因用于小儿手术麻醉的临床效果观察

杨江妹

宝鸡市妇幼保健院 麻醉手术科 陕西宝鸡 721000

摘要:目的 探讨氯胺酮、异丙酚联合利多卡因在小儿手术麻醉中的应用价值。方法 对96例小儿手术患者进行研究,入组时间2016.10-2017.10,经奇偶数法分组处理,对照组和观察组各为48例。前者用氯胺酮麻醉,后者加用异丙酚和利多卡因比较两组,麻醉优良率、麻醉效果、血流动力学、镇痛镇静效果,另对比两组应激反应。结果 观察组患者麻醉优良率为93.8%,较之于对照组的对应指标,存在数据差异($P<0.05$);观察组麻醉起效时间为 (9.8 ± 1.5) min,麻醉维持时间为 (396.5 ± 21.2) min,苏醒时间为 (11.2 ± 2.7) min,相比于对照组的 (14.2 ± 2.1) min、 (320.4 ± 15.8) min和 (16.8 ± 3.5) min,数据间有统计学差异存在($P<0.05$);对照组和观察组患者麻醉诱导前的平均动脉压、心率和应激指标对比无差异($P>0.05$),观察组麻醉诱导后和术后平均动脉压、心率、肾上腺素、去甲肾上腺素和皮质醇水平低于对照组,两组对比有差异($P<0.05$);比较两组术后即刻疼痛评分,差异无统计学意义($P>0.05$),观察组患者术后2h、4h、8h和12h后的疼痛评分低于对照组,术后15min、30min和60min的镇静评分均高于对照,两组数据对比有差异($P<0.05$)。结论 氯胺酮+异丙酚+利多卡因可使小儿手术麻醉效果得到明显提升,对血压心率影响小,镇痛镇静效果好,可减少应激反应,值得深入探讨,推广应用。

关键词: 氯胺酮; 异丙酚; 利多卡因; 小儿患者; 麻醉优良率

相比于成年人,小儿各个组织器官发育不完整,身体耐受性有限,对手术麻醉方式要求较高,需根据患者病情需要和手术类型选择合适的麻醉药物,促进手术治疗工作顺利开展。氯胺酮是目前应用较为普遍的麻醉药物,镇痛效果好,安全性高,患儿年龄小,予以氯胺酮后反应性越差,麻醉可控性越差,在小儿患者手术麻醉中单纯使用氯胺酮,需增加用药量方可获得理想的麻醉效果,与此同时,也可增加腺体和唾液腺分泌量,导致呼吸抑制等不良反应,如此一来,既影响手术治疗可行性,也对预后不利。近些年来,临床对麻醉的研究不断深入,使得复合麻醉方式逐渐在临床麻醉工作中被广泛应用^[1-3]。为探讨一种适用于小儿手术治疗的麻醉方案。氯胺酮、异丙酚和利多卡因是常用的麻醉药物,通过各自不同的作用机制发挥镇痛镇静作用,是小儿患者手术中常用的辅助麻醉药物。为获得理想的麻醉效果,我院予以收治的部分手术治疗小儿患者氯胺酮+异丙酚+利多卡因麻醉方式,研究内容和所得结论见下文:

1 资料与方法

1.1 一般资料

此番研究对象为小儿手术患者96例,研究自2016年10月起,到2017年10月至,分组方法为奇偶数法,对照组和观察组患者例数均等对照中男为26例,女为22例,年龄最小1岁,最大12岁,平均 (6.2 ± 1.4) 岁,体重 $6-42$ kg,平均 (23.2 ± 2.1) kg,疾病类型:28例小儿疝气手术,16例睾丸下降固定手术;观察组中男女患者均为24例,年龄在2-11岁这一范围内,平均 (6.5 ± 1.5) 岁,体重 $7-40$ kg,平均 (23.5 ± 1.8) kg,疾病类型:30例小儿疝气手术,14例睾丸下降固定手术。纳入标准:(1)年龄在1-12岁之间;(2)无氯胺酮、异丙酚、利多卡因禁忌症;(3)患者及其家属了解研究内容,签署知情协议书。排除标准:(1)重要组织脏器存在严重病变者;(2)现阶段接受其他治疗者;(3)存在认知障碍,配合度不高者。两组数据资料一致性明显($P>0.05$),存在对比价值。

1.2 麻醉方式

两组患者术前6h禁食,术前0.5h予以地西泮和阿托品注射液,肌肉注射,剂量为 0.2 mg/kg。调整吸氧流量为 2 L/min,对照组患者用氯胺酮,静脉注射,剂量为 2 mg/kg,3min后无异常情况,可增至 3.5 mg/kg。观察组患者加用 60 mg异丙酚和 40 mg盐酸利多卡因注射液,混合配置成总量为 10 mL的混合溶液,使用微量泵以 $0.3-0.5$ mL/kg·h的速度输注混合液以进行麻醉维持。

1.3 观察指标

两组麻醉优良率、麻醉起效时间、维持时间和苏醒时间,同时对两组麻醉诱导前后和术后的平均动脉压与心率进行对比。麻醉效果判定标准^[4]:患者术中无疼痛感,肌肉松弛效果满意,手术治疗顺利完成为优;患者术中有轻微疼痛感,可忍受,肌肉松弛效果好,遵照医嘱给予适量镇痛药后手术治疗顺利开展为良;术中有难以忍受的疼痛感,肌肉松弛效果不佳,给予镇痛药物后,手术仍无法进展。麻醉优良率与、为优、良例数之和在

该组总例数中的百分比%。两组术后疼痛程度根据东大略儿童医院疼痛评分(Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale, CHEOPS)^[5]评分判定,内容由哭闹、面部表情、言语、躯体活动、腿部运动和伤口可触摸程度组成,各项得分在0-2分或1-3分之间,整体得分介于4-13分这一范围,由经过专业培训的护士(对分组情况和麻醉药物使用情况均不了解)于术后即刻、2h、4h、8h和12h后评估疼痛程度。两组镇静效果判定依据为ramsay镇静评分^[6],不安静,烦躁记为1分,安静合作记为2分,嗜睡,可根据指令做出指定动作记为3分;患者陷入睡眠状态,可被唤醒记为4分;患者睡眠程度较深,在强烈刺激下方有反应,反应迟钝记为5分,患者陷入沉睡状态,呼唤无反应,无法醒来记为6分。得分介于2-4分为镇静满意,5-6分为镇静过度。于两组手术治疗前后抽取空腹静脉血,静置半小时后,以 3000 转/min的速度离心处理,取上层清液待测,使用迈瑞BS-360E全自动生化分析仪测定肾上腺素、去甲肾上腺素、皮质醇水平,方法为酶联免疫吸附实验,试剂盒均由江西江蓝纯生物制剂有限公司提供。

1.4 统计学方法

研究数据录入软件SPSS 22.0后统一处理,由百分数(%)和 χ^2 表示检验名义变量资料,麻醉起效时间、维持时间、苏醒时间、不同阶段的平均动脉压与心率、镇痛镇静效果和应激反应均为名义变量资料,由 $\bar{x}\pm s$ 和 t 表示检验, $P<0.05$ 证实数据有差异。

2 结果

2.1 两组麻醉效果比较

观察组麻醉优良率为93.8%,对照组对应指标为75.0%,组间对比差异明显($P<0.05$),报道如下表1。

表1 两组麻醉效果[n(%)]

组别	例数	优	良	差	优良率
对照组	48	16 (33.3)	20 (41.7)	12 (25.0)	36 (75.0)
观察组	48	20 (41.7)	25 (52.1)	3 (6.2)	45 (93.8)
χ^2					6.400
P					0.011

2.2 两组麻醉起效时间、维持时间和苏醒时间对比

观察组麻醉起效时间和苏醒时间较之于对照组同一指标更短,维持时间与对照组同一指标相比更长,组间差异明显($P<0.05$),报道如下表2。

表2 两组麻醉起效时间、维持时间和苏醒时间对比($\bar{x}\pm s$, min)

组别	例数	起效时间	维持时间	苏醒时间
对照组	48	14.2 ± 2.1	320.4 ± 15.8	16.8 ± 3.5
观察组	48	9.8 ± 1.5	396.5 ± 21.2	11.2 ± 2.7
t		11.812	19.941	8.777
P		0.000	0.000	0.000

2.3 两组麻醉诱导前后和术后平均动脉压和心率对比结果

两组患者麻醉诱导前的平均动脉压和心率间不存在统计学差异 ($P>0.05$), 观察组患者麻醉诱导后和术后平均动脉压和心率明显低于对照组, 数据间有统计学差异存在 ($P<0.05$), 报道如下表 3。

表 3 两组麻醉诱导前后和术后平均动脉压和心率对比结果 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	平均动脉压 (mmHg)			心率 (次/min)		
		麻醉诱导前	麻醉诱导后	术后	麻醉诱导前	麻醉诱导后	术后
对照组	48	84.2±7.9	97.8±6.4	97.6±6.8	96.0±10.8	113.6±14.9	101.8±11.5
观察组	48	83.8±8.1	89.6±7.2	90.2±7.5	96.5±10.5	101.2±15.8	112.4±12.1
t		0.245	5.897	5.064	0.230	3.956	4.399
P		0.807	0.000	0.000	0.819	0.000	0.000

2.4 两组术后不同阶段疼痛程度对比

两组术后即刻疼痛程度对比无差异 ($P>0.05$), 观察组患儿 2h、4h、8h 和 12h 疼痛评分低于对照组, 两组数据对比有差异 ($P<0.05$), 报道如下表 4。

表 4 两组术后不同阶段疼痛程度对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	术后即刻	2h	4h	8h	12h
对照组	48	1.02±0.16	1.66±0.54	1.72±0.68	3.21±0.44	3.60±0.52
观察组	48	1.04±0.12	1.21±0.36	1.28±0.42	2.48±0.56	2.68±0.36
t		0.693	4.804	3.814	7.102	10.078

P 0.490 0.000 0.000 0.000 0.000

2.5 两组术后不同阶段镇静效果比较

观察组术后 15min、30min 和 60min 三个阶段的镇静评分低于对照组, 组间对比有差异 ($P<0.05$), 报道如下表 5。

表 5 两组术后不同阶段镇静效果不佳 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	15min	30min	60min
对照组	48	3.21±0.54	1.81±0.36	0.92±0.24
观察组	48	3.78±0.32	2.45±0.44	1.78±0.32
t		6.291	7.799	14.896
P		0.000	0.000	0.000

2.6 两组麻醉前后应激指标对比

患者术前各项应激指标无差异 ($P>0.05$), 观察组麻醉诱导后和术后肾上腺素、去甲肾上腺素、皮质醇水平更低, 与对照组各项指标有差异 ($P<0.05$), 报道如下表 6。

表 6 两组麻醉前后应激指标对比 ($\bar{x}\pm s$) n=48

组别	肾上腺素 (μg/L)			去甲肾上腺素 (μg/L)			皮质醇 (nmol/L)		
	麻醉前	麻醉诱导后	术后	麻醉前	麻醉诱导后	术后	麻醉前	麻醉诱导后	术后
对照组	33.12±8.44	48.54±6.18	55.24±7.12	228.48±38.56	272.14±40.38	318.27±32.78	112.76±12.32	132.96±18.72	155.20±20.24
观察组	32.78±3.16	38.12±5.32	44.16±5.78	232.14±32.24	240.21±35.56	260.12±34.72	114.78±14.15	120.27±16.24	128.16±22.18
t	0.261	8.853	8.371	0.504	4.111	8.437	0.746	3.548	6.239
P	0.794	0.000	0.000	0.615	0.000	0.000	0.458	0.001	0.000

3 讨论

小儿是一个特殊的群体, 新生儿、婴儿、幼儿和儿童等不同阶段均需接受手术治疗, 但小儿群体正处于生长发育阶段, 其生理功能在不同阶段往往会出现迅速而急剧的变化, 与成年人有着明显差别^[7]。这就需要临床工作者对小儿患者进行麻醉时熟练掌握其生理和解剖情况, 选择一种安全有效的麻醉方式, 促进收治手术治疗工作顺利开展, 提高疾病治疗效果。

氯胺酮是比较常用的麻醉药物, 麻醉镇痛效果好, 易导致苏醒后出现唾液增多、四肢肌肉震颤等不良反应, 且不良反应的严重性会随着药物剂量的增加而增加^[8]。为此, 多在小儿手术中选择复合麻醉方式。异丙酚可进入血脑屏障, 对脑部交感神经兴奋有明显的抑制作用, 见效快, 多经静脉给药, 患者意识恢复后, 无神经兴奋现象, 可有镇痛作用, 但对患者呼吸系统和循环系统影响明显, 它对血管平滑肌和交感神经有直接性抑制作用, 能够扩张周围血管, 也可降低交感神经兴奋性, 减少静脉回血量, 进而减少心排血量, 对血流动力学不稳定者、血容量不足或心脏储备功能异常者用药后, 可明显降低血压下降, 也可出现反射性心率加快, 对患儿通气反应有着抑制作用, 可增加患者呼吸频率, 也可导致呼吸暂停。异丙酚亲脂性高, 静脉注射后可迅速分布至周围组织和中枢神经系统中, 与血浆蛋白结合率高, 多经肝脏代谢, 基本不受患者肝肾功能的影响。综上所述, 予以小儿手术治疗患者氯胺酮、异丙酚联合利多卡因麻醉方式, 可明显提高麻醉效果, 维持麻醉时间, 促进患者快速清醒, 防范手术应激反应作用

明显, 可为手术安全提供保障; 研究样本较少, 时长有限, 所得结论主观性强, 存在偏差, 应在今后的研究中纳入更多样本, 深入探讨, 与其他医院开展随机对照研究, 旨在获得具有普适性的研究结论。

参考文献:

[1]纪怀珠, 欧阳碧山, 宁巧明. 地佐辛预防小儿全身麻醉苏醒期躁动的临床研究[J]. 中国现代医学杂志, 2017, 27 (17): 108-112.

[2]金吉成, 罗曼, 白雪松. 七氟醚吸入麻醉与氯胺酮静脉麻醉用于小儿手术麻醉的效果对比[J]. 医学理论与实践, 2017, 30 (3): 392-394.

[3]侯俊峰. 瑞芬太尼联合丙泊酚在小儿唇腭裂修补术中的麻醉效果观察[J]. 中国民康医学, 2017, 29 (2): 33-34.

[4]梁展涛, 谭井娣. 神经阻滞麻醉在小儿上肢手术中的应用及临床意义[J]. 实用临床医学, 2017, 18 (6): 55-56.

[5]朱明, 章嘉平. 小儿尿道下裂成形术中应用纳布啡对 CHEOPS 疼痛评分和 Ramsay 镇静评分的影响[J]. 儿科学杂志, 2021, 27 (8): 10-13.

[6]黎倩. 右美托咪定滴鼻联合咪达唑仑口服对磁共振成像检查婴幼儿效果及 Ramsay 镇静评分的影响[J]. 临床研究, 2021, 29 (10): 124-125.

[7]朱梦好, 王梦婕, 童易如. 小儿麻醉中喉罩拔出时机及相关并发症的研究进展[J]. 临床小儿外科杂志, 2018, v.17 (04): 78-82+86.

[8]何加宁. 氯胺酮联合丙泊酚在小儿麻醉中的应用[J]. 临床合理用药杂志, 2017, 10 (26): 58-59.

老年高血压与失眠的相关性中高血压对睡眠节律的影响分析

杨萌

石家庄市人民医院 河北省石家庄市 050000

摘要：目的：研究老年患者高血压对睡眠节律存在的影响并对其进行分析。方法：采集 2021 年 7 月至 2022 年 7 月石家庄市某三甲医院老年病科门诊就诊及住院治疗的患者 220 例，将符合条件的患者分为高血压伴失眠组及无高血压但失眠组，利用 PSQI 量表及多导睡眠监测获取数据，之后进行统计学比较分析。结果：两组研究对象在 S1、S3 和 REM 这 3 项指标上的比较结果均为 $P < 0.01$ ，即有显著的统计学差异；在总睡眠时间、睡眠效率、睡眠潜伏期、觉醒时间、觉醒次数、S2 及 REM 潜伏期这 7 项指标上的比较结果均为 $P > 0.05$ ，即无显著统计学差异。结论：老年高血压伴失眠患者与只失眠无高血压患者在 S1、S3 以及 REM 睡眠这三个指标上的比较有显著统计学差异，因此老年患者的高血压对睡眠节律具有相当性的影响，在临床中要高度重视。

关键词：高血压；失眠；相关性；PSQI 量表；多导睡眠监测；睡眠节律

目前，在大多数的老年高血压与失眠的相关性研究中，研究的方向大多为失眠对高血压患病风险的影响，或者是失眠对血压水平的影响等，在高血压对睡眠节律影响方面的相关研究还比较少，并且多数研究只采用睡眠量表等主观方法来收集研究数据，容易出现收集的数据、研究的结果与客观情况的偏差。因此，本次研究采用主客观相结合的方法，即采用睡眠量表与睡眠多导相结合的方式收集研究数据，并进行统计学比较分析，重点探讨老年高血压对睡眠节律的影响问题。

1 研究对象

本次研究采集 2021 年 7 月至 2022 年 7 月石家庄市某三甲医院老年病科门诊就诊及住院治疗的患者 220 例，包括 183 名高血压患者以及 37 名不伴高血压的失眠患者，其中男性 104 例（47.27%），女性 116 例（52.72%），平均年龄 68.76 ± 7.51 岁。

1.1 纳入标准

①入选患者年龄在 60 岁至 80 岁之间；

②根据《中国高血压防治指南 2010》^[1]，诊断为患有高血压病的老年高血压患者，即坐位收缩压 ≥ 140 mmHg 和（或）坐位舒张压 ≥ 90 mmHg（1mmHg=0.133kPa）。

③根据《中国精神障碍诊断分类与标准第 2 版修订版》，诊断为有失眠症的患者。

④神志清楚，无沟通和认知功能障碍，具有的文化程度能够理解研究所需的相关量表，能够配合完成 PSQI、焦虑抑郁量表等工作。

⑤临床试验前已经得到伦理委员会审批并获得受试者的知情及同意。

1.2 排除标准

①合并脑卒中患者、睡眠呼吸暂停综合征患者、合并严重精神问题患者、严重心律失常或者安装起搏器患者、合并肿瘤患者、合并器官功能衰竭患者、严重慢性阻塞性肺病患者、支气管哮喘患者；

②入组前 2 周内和入组期间服用过抗精神类药物、安眠药物或者其他助睡眠药物者；

③依从性差、无法配合研究者，近期情绪波动较大者；

2 研究方法

2.1 收集资料

收集纳入本次研究的 220 名患者的相关资料，主要包括：性别、年龄、睡眠情况、高血压、糖尿病、高血脂、冠心病等既往史。对患有高血压病并伴有失眠的患者中的 32 名患者以及不患高血压病但患有失眠的患者中的 20 名患者进行多导睡眠监测。

2.2 诊断标准与分级

2.2.1 高血压病的诊断标准与分级

根据 2010 年《中国高血压防治指南》^[1]，在未使用降压药物的情况下，非同日测量 3 次，收缩压 ≥ 140 mmHg 和（或）舒张压 ≥ 90 mmHg（1mmHg=0.133kPa）的患者即可诊断为患有高血压病。

高血压病的分级：

1 级高血压：140mmHg 小于等于收缩压小于等于 159mmHg 和（或）90mmHg 小于等于舒张压小于等于 99mmHg；

2 级高血压：160mmHg 小于等于收缩压小于等于 179mmHg 和（或）100mmHg 小于等于舒张压小于等于 109mmHg；

3 级高血压：收缩压大于等于 180mmHg 和（或）舒张压大于等于 110mmHg。

2.2.2 失眠的诊断标准及相关表现

根据《中国失眠障碍诊断和治疗指南》^[2]，失眠的临床症状可分为一下几种：（1）入睡困难，即入睡的时间大于等于 30 分钟，（2）易醒，即入睡后整夜的觉醒次数大于等于 2 次，（3）总睡眠时间减少，即总睡眠时间一般少于 6 个小时，（4）早醒，（5）睡眠质量下降等等。

2.3 量表评定

本次研究采用 PSQI 量表来收集研究对象的相关数据。PSQI 是美国匹兹堡大学 Buysse 等人于 1989 年编制的，用于评定被试者最近 1 个月的睡眠质量。PSQI 量表由 19 个自评项目和 5 个他评项目组成，包含主观睡眠质量、睡眠效率、睡眠潜伏期、睡眠药物、睡眠紊乱、日间功能、睡眠持续性 7 个因子。

睡眠程度可分为以下等级：（1）0-6 分为无睡眠障碍，（2）7-11 分为轻度睡眠障碍，（3）12-16 分为中度睡眠障碍，（4）17-21 分为重度睡眠障碍，分值越高，睡眠质量就越差。

2.4 实验指标

多导睡眠监测：多导睡眠图能够客观准确的记录研究对象的呼吸、心律、睡眠、肢体活动、血氧浓度等情况，包含心电图、肌电图、眼动电图和脑电图等组成，可记录研究对象的睡眠效率、觉醒次数、觉醒时间、睡眠潜伏期和总睡眠时间等情况。

2.5 实验对象分组情况

将纳入实验的对象分为以下 2 组：

①患高血压病并伴有失眠的：同时满足高血压病以及失眠的诊断标准；

②有失眠但不患有高血压病的：满足失眠的诊断标准，但是不满足高血压病的诊断标准；

2.6 统计学方法

采用 SPSS21.0 统计学软件来展开统计学分析，用以计量的数据采用均数±标准差来表示，用于比较的两组之间采用 t 检验来进行统计学分析，计数资料用百分比表示，采用卡方检验进行统计学分析， $P < 0.05$ 为差异有统计学差异。

3 实验数据及结果

3.1 高血压患者失眠的发生率

在 183 名患有高血压病的实验对象中，存在失眠现象的有 127 名，不存在失眠现象的有 56 名，高血压病患者中存在失眠现象的患者占比为 69.40%。

3.2 高血压病患者出现失眠现象的临床表现

在 127 名患高血压病且出现失眠现象的研究对象中,出现易醒的患者有 112 名,占比为 88.19%;出现早醒的患者有 93 名,占比为 73.23%;睡眠时间短的患者有 96 名,占比为 75.59%;夜尿多的患者有 92 名,占比为 72.44%;日间功能下降的患者有 49 名,占比为 38.58%;多梦的患者有 57 名,占比为 44.88%;入睡困难的患者有 95,占比为 74.80%;白天嗜睡的患者有 60,占比为 47.24%。(见表 1)

表 1 高血压患者失眠临床症状

临床症状	人数、百分比
总人数	127
易醒	112、88.19%
早醒	93、73.23%
睡眠时间短	96、75.59%
夜尿多	92、72.44%
日间功能下降	49、38.58%
多梦	57、44.88%
入睡困难	95、74.80%
白天嗜睡	60、47.24%

3.3 高血压伴失眠患者与高血压不伴失眠患者相关资料比较

经统计分析比较,两组对象在性别、年龄、冠心病、糖尿病、高血脂这些指标的比较结果上均为 $P>0.05$,即无显著统计学差异。(见表 2)

表 2 高血压伴失眠患者与高血压不伴失眠患者相关资料比较

因素	高血压伴失眠患者 (n=32)	高血压不伴失眠患者 (n=20)	X ² /t 值	P 值
性别 (男)	18	11	0.018	0.901
年龄	55.01±10.03	54.16±7.68	0.342	0.724
冠心病	21	12	0.291	0.611
糖尿病	15	13	1.109	0.292
高血脂	16	9	0.239	0.626

3.4 高血压伴失眠患者与失眠不伴高血压患者睡眠多导结果比较

经统计分析比较,两组研究对象在 S1、S3 和 REM 这 3 项指标上的比较结果均为 $P<0.01$,即有显著的统计学差异,两组研究对象在总睡眠时间、睡眠效率、睡眠潜伏期、觉醒时间、觉醒次数、S2 及 REM 潜伏期这 7 项指标上的比较结果均为 $P>0.05$,即无显著统计学差异。(见表 3)

表 3 高血压伴失眠患者与失眠不伴高血压患者睡眠多导结果比较

项目	高血压伴失眠患 者 (n=32)	失眠不伴高血压患 者 (n=20)	t 值	P 值
总睡眠时间 (mins)	381.21±110.32	405.13±113.76	0.732	0.469
睡眠效率 (%)	70.03±13.15	75.63±20.11	1.011	0.331
睡眠潜伏期 (mins)	28.13±32.38	15.13±11.98	1.481	0.148
觉醒时间 (mins)	126.71±69.38	120.19±90.71	0.273	0.791
觉醒次数	28.87±10.65	23.96±11.37	1.336	0.189
S1 (%)	32.16±12.73	11.25±4.16	8.031	0.000*
S2 (%)	46.32±13.65	51.33±6.69	1.987	0.061
S3 (%)	13.41±2.96	19.57±5.01	4.885	0.000*
REM (%)	11.96±3.77	22.31±7.21	4.613	0.000*
REM 潜伏 期 (mins)	133.08±69.12	99.76±53.91	1.511	0.143

注: *表示 $P<0.01$

4 本次研究的讨论

4.1 失眠的评价

临床中,患者的睡眠情况主要通过主客的评价来进行评估。主观评价是由患者自身来提供是否有失眠、睡眠质量情况等,主要采用睡眠状况自评量表、PSQI 量表等工具,PSQI 是根据患者近 1 个月的睡眠情况来进行测评。客观评价方法有包括 PSG、体动记录仪。PSG 能够记录研究对象的睡眠时间、潜伏期、觉醒次数和睡眠效率等数据,进而来客观评价研究对象的睡眠情况。

此次试验,用 PSQI 对研究对象的睡眠状况进行主观评价,将研究对象分成两组,即患高血压同时患有失眠组和只存在失眠症状无高血压组。之后采用 PSG 方法进行客观评价,研究分析患高血压同时患有失眠的研究对象与只存在失眠症状的研究对象在总睡眠时间、觉醒次数、觉醒时间、睡眠潜伏期、睡眠效率、S1、S2、S3、REM 睡眠以及 REM 潜伏期上存在的差异。

4.2 高血压对睡眠节律的影响

国外的一些学者认为^[3],与血压处于正常水平的研究对象相比,患有高血压的研究对象在快速动眼期以及慢波睡眠中的睡眠时间百分比出现明显减少;REM 睡眠出现 10% 的降低,收缩压就会有 3.9mmHg 左右的增长,同时舒张压也会有 3.0mmHg 左右的上升,而慢波睡眠出现 10% 的降低,舒张压就会有 3.9mmHg 左右的增长。国内张晶等学者研究认为^[4],高血压患者比未患高血压的研究对象深睡眠少,且同时患有高血压及睡眠障碍的患者比只有睡眠障碍患者深睡眠更加匮乏。这些研究结果与本次试验的结论也是一致的,在本次研究中,同时患有高血压以及失眠的研究对象与只有失眠的研究对象在 S1、S3 以及 REM 睡眠这三个指标上的比较有统计学差异,因此能够得出说明高血压对睡眠节律具有相当性的影响。

有文献报道^[5],构型血压节律患者的 PSQI 得分要比非构型血压节律患者低 6 分,并且非构型血压节律与 PSQI 评分较高的失眠存在一定的相关性 (OR 1.17, 95%CI 1.13-1.21)。国内有学者研究表明^[6],非正常节律高血压患者要比正常节律高血压患者的深睡比例低得多,并且非正常节律高血压患者的总睡眠时间要显著低于正常节律高血压患者,因此血压节律与睡眠节律是具有很大关系的。

综上所述,老年患者高血压对睡眠节律具有相当性的影响,在临床诊疗、护理以及患者日常生活中要引起重视,并采取合适方法进行调整。

参考文献:

[1]刘力生.中国高血压防治指南 2010[J].中国医学前沿杂志(电子版),2011,3(5):42-93.

[2]顾平.中国睡眠障碍诊断和治疗指南[C].中国睡眠研究会、黑龙江省中西医结合学会.中国睡眠研究会东北睡眠工作委员会首届学术年会暨黑龙江省中西医结合学会睡眠分会第二届学术年会会议手册.中国睡眠研究会、黑龙江省中西医结合学会:中国睡眠研究会,2019:77-86.

[3]Hannon T S, Tu W, Watson S E, et al.Morning Blood Pressure Is Associated with Sleep Quality in Obese Adolescents[J].The Journal of Pediatrics, 2014, 164 (2): 313-317.

[4]张晶,刘莉,徐慧荣,金娟.中医药治疗老年高血压的研究进展[J].长春中医药大学学报,2020,36(01):184-188.

[5]Zhao Shaopan, Fu Shihui, Ren Jiefeng, Luo Leiming. Poor sleep is responsible for the impaired nocturnal blood pressure dipping in elderly hypertensive: A cross-sectional study of elderly[J].Clinical and Experimental Hypertension, 2018, 40 (6) .

[6]肖琦凡,朱宇清.原发性高血压患者睡眠结构与血压节律的相关性研究进展[J].医学综述,2017,23(16):3226-3229.

课题:失眠与高血压相关性研究 课题编号:182777184

口腔修复前采用正畸与修正畸治疗的方法及效果

袁苏健

长江航运总医院口腔科 湖北武汉 430010

摘要:目的: 此次研究主要探讨正畸与修正畸治疗在口腔修复前的应用效果。方法: 以2021年1月至2022年1月在我院接受口腔修复的患者作为研究对象, 利用数字表法将患者分成对照组和研究组, 对照组单独进行正畸治疗, 研究组选择正畸联合修正畸治疗, 比较两组治疗效果。结果: 修复效果比较, 研究组修复有效率高于对照组, 且不良反应发生率比对照组低, 患者修复满意度较高, $P<0.05$ 。口腔功能恢复情况比较, 研究组语言功能评分与咀嚼功能评分均高于对照组, 且修复后患者语言功能和咀嚼功能恢复时间均较短, $P<0.05$ 。结论: 口腔修复前应用正畸联合修正畸治疗可取得理想效果, 可改善患者口腔功能, 修复效果确切。

关键词: 口腔修复; 正畸; 修正畸; 修复效果

[Abstract]Objective: This study mainly discusses the application effect of orthodontic and repair orthodontic treatment before oral repair. Methods: Patients who received dental prosthodontics in our hospital from January 2021 to January 2022 were selected as the research objects. The patients were divided into the control group and the research group using the digital table method. The control group was treated with orthodontic treatment alone, while the research group was treated with orthodontic combined with orthodontic treatment. Results: Compared with the control group, the repair efficiency of the study group was higher than that of the control group, and the incidence of adverse reactions was lower than that of the control group, and the satisfaction of the patients was higher, $P<0.05$. The scores of language function and masticatory function in the study group were higher than those in the control group, and the recovery time of language function and masticatory function in the patients after repair was shorter ($P<0.05$). Conclusion: Orthodontic combined with orthodontic treatment before oral prosthesis can achieve ideal results, can improve the oral function of patients, and the repair effect is exact.

【Key words】 Oral prosthodontics; Orthodontic; Fix the orthodontic; Repair effect

牙齿作为人脸五官中比较重要的一个器官, 这些年伴随生活质量快速提高, 人们在自身美感上有着更大的追求, 促使他们不断增高自身牙齿要求, 追求牙齿健康的同时还需要保证牙齿美观, 但是牙齿由于各个因素影响, 可能会伴有一定风险发生疾病, 比如牙列缺损、牙周炎等, 其中以牙列缺损为常见口腔疾病, 由于牙齿的缺失导致牙列不完整, 会对患者的咀嚼功能产生一定的影响, 也会影响到牙齿的美观, 对患者的日常生活和心理都会产生很大的影响^[1]。因此需要及时进行口腔修复治疗, 通常情况下, 在进行口腔修复前往往需要进行正畸治疗, 该方法能够有效纠正患者牙齿情况, 改善口腔功能, 但是经过实践发现, 如果单独采用正畸修复, 疗效可能会表现出一定局限^[2]。近几年临床研究发现, 在口腔修复前采用正畸联合修正畸联合干预可以发挥出重要功效。基于此, 下文就我院2021年1月至2022年1月时段内接收的患者进行正畸联合修正畸干预效果进行分析。

1 资料与方法

1.1 基础资料

本次研究自2021年1月开始一直到2022年1月结束, 将这段时间内我院进行口腔修复的90例患者当作对象, 利用数字表法将患者分成两组, 一组是对照组45例, 男女患者比例为24: 21, 年龄界限在25-61岁, 年龄均值(45.37 ± 2.85)岁; 另一组是研究组, 45例, 男女患者比例25: 20, 年龄界限在26-60岁, 年龄均值(45.41 ± 2.93)岁; 上述统计对照组和研究组年龄、性别等资料均未表现出较大差异($P>0.05$)。纳入标准: (1) 均经过详细检查确认符合口腔修复指征^[3]; (2) 患者各项信息资料齐全; (3) 可以正常交流沟通; (4) 本次研究内容患者均详细了解, 并自愿签署知情同意书。排除标准: (1) 精神疾病与认知障碍; (2) 牙龈过度增生或者牙齿

钙化者; (2) 修复禁忌症; (3) 不配合研究者。

1.2 方法

所有患者在口腔修复前均需要完成牙口内根尖片拍摄, 并借助X线检查患者口腔颌面部情况, 结合患者牙周实际情况与牙槽骨受到破坏的情况, 将牙周与根尖周等相关病症进行排除, 并应用X线拍摄结果进行牙模型制作, 按照患者具体情况制定相应治疗方法。

对照组单独进行正畸治疗, 结合患者牙模型与患牙情况, 借助固定矫治器给予患者正畸治疗, 治疗期间需要确保患者上下牙列排序整齐, 并对倾斜与错位等异常情况进行矫正。研究组采用正畸联合修正畸治疗, 需要测量患者邻面去釉, 尽可能降低牙冠中邻面阻力; 若是患者伴有牙反颌情况, 则需要磨短操作, 促使牙反颌情况改善。正畸治疗过程中, 需利用X线测量患者口腔, 并完成口腔模型制定, 根据患者具体情况进行治疗; 接着借助直丝弓矫正患者牙齿, 通常需要大约6-12个月时间, 促使患者牙齿排列整齐; 最后需要结合患者牙体牙周情况, 给予牙齿错颌矫正, 并完成固定桥、烤瓷冠等干预, 确保患者口腔牙齿实现美容效果。

1.3 观察指标

口腔修复效果根据患者体征和症状情况进行评估^[4], 如果患者修复后牙齿可以正常覆盖, 中线对齐, 牙齿可以正常咬合, 未出现松动, 则可评估是显效; 若是患者正畸牙齿未出现松动, 并且经过长时间使用也未出现反弹, 口腔功能逐渐恢复, 能够正常咀嚼, 则可评估有效; 若是患者口腔功能表现不佳, 无法正常咀嚼, 则评定无效。

语言功能评估: 主要选择我院自制调查表完成评估, 问卷分值共15分, 评估分数越高则说明患者语言功能越高。咀嚼功能评定同样选用我院自制问卷调查表, 问卷分值28分, 分数越高说明咀嚼功能越高。观察统

计牙龈出血、牙周不适、食物嵌顿等不良情况发生率。

满意度调查统计,将我院自拟满意度问卷方法给患者填写,回收记录患者满意度,分值 100 分,根据统计分值划分满意度等级,0-70 分划分为不满意,70-90 分划分为基本满意,90-100 分划分为特别满意级别。

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 口腔修复效果

经过口腔修复后观察评定, 研究组口腔修复有效率高于对照组, P<0.05。

表 1 口腔修复有效率对比 (n/%)

组别	n (例)	显效	有效	无效	总有效率
对照组	45	17(37.78)	20(44.44)	8 (17.78)	37(82.22)
研究者	45	20(44.44)	23(51.11)	2 (4.45)	43(95.55)
X2					4.0500
P					0.0441

【修复总有效率=(显效患者例数+有效患者例数)/总例数×100%】

2.2 语言功能与咀嚼功能评估

口腔修复前通过问卷评估发现对照组和研究组语言功能和咀嚼功能不存在较大差异, P>0.05。经过修复后, 两组患者功能均得到有效提高, 且和对照组相比, 研究组语言功能评分与咀嚼功能评分均表现较高, P<0.05。

表 2 语言功能评分与咀嚼功能评分对比 ($\bar{x}\pm s$)

组别	n (例)	语言功能评分		咀嚼功能评分	
		修复前	修复后	修复前	修复后
对照 组	45	7.05±1.77	8.41±1.52	16.27±2.55	19.10±2.96
研究 组	45	7.37±1.69	10.07±1.38	16.31±2.48	22.25±2.42
t		0.8772	5.4241	0.0754	5.5268
P		0.3828	0.0000	0.9400	0.0000

2.3 不良情况发生率

修复后观察发现, 研究组不良反应发生率相比对照组更低, P<0.05。

表 3 对比不良情况发生率 (n/%)

组别	n (例)	牙龈出血	牙周不适	食物嵌顿	总发生率
对照组	45	1	2	3	6 (13.33)
研究组	45	0	1	0	1 (2.22)
X2					3.8726
P					0.0490

2.4 满意度

研究组口腔修复满意度高于对照组, P<0.05。

表 4 对比满意度 (n/%)

组别	n (例)	基本满意	特别满意	不满意	总满意度
对照组	45	17(37.77)	21(46.67)	7 (15.56)	38(84.44)
研究组	45	21(46.67)	23(51.11)	1 (2.22)	44(97.78)
X2					4.9390
P					0.0262

【修复满意度=(基本满意例数+特别满意例数)/总例数×100%】

3 讨论

口腔疾病作为当前牙科中比较常见的疾病,其中以牙齿错颌或者缺损较为常见,当前促使牙齿错颌发生原因有许多种,如果没有及时干预,则可能会诱发其他并发症,导致牙齿咀嚼功能受到影响,因此需要尽早进行口腔修复治疗^[5]。

正畸治疗是近年来最常见的一种口腔治疗方式,它通过使用矫正器对患者的牙齿和骨骼状况进行调节,能够有效的纠正错位牙和移位牙,提高牙齿的美观度,并对牙齿的间隙进行适当调节,从而改善患者的咀嚼功能。而对于牙齿缺失的患者,临床实践发现,如果单纯采用正畸的方法很难达到预期的疗效,所以需要采用联合修复的方式,将正畸和修正畸方式进行联合治疗,促进患者牙齿快速矫正,提高牙齿美观度,同时还可以有效改善咀嚼功能,以实现矫正牙齿的目的^[6-8]。口腔修复能够给牙齿健康与生活质量带来重要影响,为了能够实现有效效果,在修复过程中必须要了解患者牙齿具体情况,并结合检查结果给予针对性治疗,以改善患者口腔状况,提高牙齿健康水平。

综上,口腔修复前应用正畸联合修正畸治疗可取得理想效果,可改善口腔功能,安全性高。

参考文献:

[1]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.

[2]孙凯.应用正畸联合口腔修复治疗先天性牙齿缺失的有效性对患者咀嚼功能的改善[J].系统医学,2021,6(19):139-141.

[3]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.

[4]赵奇.正畸联合口腔修复治疗先天性缺牙患者的效果及对咀嚼功能、满意度的影响[J].中国现代药物应用,2021,15(03):26-28.

[5]杨颖.先天性缺牙患者应用正畸联合口腔修复治疗对咀嚼功能及美学效果的影响分析[J].中国现代药物应用,2021,15(03):16-18.

[6]林翠红,陈爱国.口腔修复联合口腔正畸疗法在错合畸形伴牙列缺损的临床治疗应用[J].吉林医学,2020,41(12):2968-2969.

[7]董海文,张铁良,赵芳萍,逯明,辛碧云.口腔正畸+口腔修复治疗对先天性缺牙患者语言功能、咀嚼功能的影响[J].临床医学研究与实践,2020,5(15):93-95.

[8]苗喜顺,王芳芳,王在智,孙小艳,霍静利.正畸治疗在口腔修复中的应用效果及对咬合能力和美观程度的影响分析[J].实用中西医结合临床,2020,20(01):59-60.

重建肠道微生态在急性重症胰腺炎中的应用研究

张春辉 李孟倚 解瑛

大理大学第一附属医院重症医学科 云南大理 671000

摘要：目的：研讨重症急性重症胰腺炎患者临床治疗期间，重建肠道微生态方案的疗效，对患者预后与营养状态的影响。方法：纳入研究对象 60 例，纳入时间范围为 2021 年 01 月-09 月期间，按照患者实施的营养支持进行分组，每组 30 例，观察组在对照组基础上，实施重建肠道微生态方案，对照组为常规营养支持，对比两组相关指标。结果：治疗前两组胃肠功能指标对比无差异，($t=0.129$, $P=0.897$)；治疗后观察组评分高于对照组 ($t=69.282$, $P<0.001$)；治疗后，观察菌群指标明显优于对照组 ($t_1=5.806$, $t_2=22.671$, $t_3=5.091$, P 均 <0.01)；治疗后观察组肠道屏障功能优于对照组, ($t_1=10.809$, $t_2=5.321$, P 均 <0.01)；观察组治疗有效率为 96.67%，对照组治疗有效率为 66.67% ($P=0.002$, $\chi^2=9.016$)；观察组并发症发生率为 10.00%，对照组并发症发生率为 33.33% ($P=0.028$, $\chi^2=4.811$)。结论：就重症胰腺炎患者，实施重建肠道微生态治疗方案，可提升患者临床疗效，改善患者的营养状态，降低患者的治疗后并发症。

关键词：重症胰腺炎；重建肠道微生态方案；预后；疗效

当前急性重症胰腺炎患者管理办法中，营养支持被认定是一种不仅可为患者提供热量的方案，还是一种疾病综合治疗的有效手段^[1]。针对急性重症胰腺炎实施多种治疗手段可发现，通过选择相应的营养支持，能够改善临床指标，促进转归，可见明显的益处治疗策略，效果显著。急性重症胰腺炎患者本身处于一种高分解的代谢状态，患者体内的蛋白质、糖原消耗量较大，若未能及时的开展营养补充，将会导致机体营养不良，使得机体的抵抗力下降^[2-3]。若是急性重症胰腺炎患者缺乏肠内营养，会导致肠道内的微生物菌群产生变化，会将肠道上皮的屏障功能削弱，或导致细菌易位，考虑这一症状与胰腺感染、胰腺周围坏死等感染性并发症有密切的关系^[4]。本文选取我院 2021 年 01 月-09 月 60 例重症胰腺炎患者为研究对象，探究重建肠道微生态的应用价值，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入研究总数为 60 例，时间范围为 2021 年 01 月-09 月期间，均为重症胰腺炎患者。按照患者实施的营养支持进行分组，观察组男女各为 20 例、10 例，年龄区间为 25-80，平均 (35.18 ± 3.72) 岁；对照组男女为 25 例、5 例，年龄区间为 23-70 岁，平均 (36.23 ± 3.67) 岁。就临床基本资料，两组对比无差异， $P>0.05$ ，可比。

本研究经过医院伦理委员会批准同意，获得相应批准书；患者及家属均知晓此次研究，自愿参加，签署同意书^[5-7]。

纳入标准：(1) 患者知晓此次研究，均自愿参加；(2) 重症胰腺炎患者。

排除标准：(1) 精神疾病患者；(2) 语言沟通障碍患者。

1.2 治疗方法

对照组于入院后 24~72h 在纠正休克及排除肠梗阻、肠痿等情况后，盲插置入鼻空肠营养管至 Treitz 韧带下 20~30cm，盲插不成功则胃镜引导下置入，给予糖盐水、藕粉、能全力、能全素等营养物质。

观察组在对照组的基础上，增加酪酸梭菌活菌(生产厂家: Miyarisan Pharmaceutical Co., Ltd. (日本)，规格 350mg*20s，国药准字 SJ20140080 (原 S20140080))，能量供给标准：日供给功能=BEE×活动系数×体温系数×应激系数，

肠内营养第 1d，患者能量需要量 1/4 即可，之后结合患者的耐受情况，逐步增加使用量。

输注速度通过控制肠内营养输液泵，调节输注速度，从原本的 20~30ml/h 提升到 70~80ml/h。

输注温度为借助恒温器，对液体进行加热，液体温度控制在 37℃。

结合患者的症状、肠胃功能判断其恢复情况，在腹内压下降正常之后，将导管拔出，经口少量喂食无脂肪食物，结合患者的症状、腹部体征，将

进食量增加。

1.3 评价指标

1) 肠道功能检查：患者肠道功能动力、吸收功能正常，肠鸣音为 3~5 次/min，每天 1-2 次大便，无明显腹痛，超声评估肠蠕动情况，3-6 天恢复 CT 提示无水肿^[8-9]。胃肠道功能评分采用 1995 年庐山会议通过的 MODS (多器官功能障碍综合征，Multiple organ dysfunction syndrome) 诊断及程度分期标准中的胃肠道评分系统，0 分：患者指标征正常；1 分：腹部胀气，肠鸣音减弱；2 分：高度腹部胀气，肠鸣音近于消失；3 分：麻痹性肠梗阻，应激性溃疡出血^[10]。

2) 肠道菌群检查：采用粪便培养皿活菌计数法检测肠杆菌、双歧杆菌、肠球菌及乳杆菌数量。

3) 肠道屏障功能检查：小肠黏膜绒毛高度、陷窝深度。

4) 患者转科及出院后一周进行电话随访，总结其疗效，包括：显效(患者症状改善，临床指标良好)、有效(患者症状改善，临床指标一般)、无效(患者无改善或病症加重)，有效率=(显效+有效)/例数×100.0%。

5) 对比两组并发症发生率，指标包括：营养不良、水解质紊乱，计算式：(并发症发生例数/总例数)×100.0%。

1.4 统计学分析

实验数据统计于 Excel 2021 表格，指标统计学分析软件为 SPSS23.00。计数资料指标疗效、并发症由 χ^2 检验；符合正态分布，计量资料为肠胃功能评分、炎症因子、免疫功能、肠道菌群指标由 t 检验。以 <0.05 为判断依据，分析组内统计学情况。

2 结果

2.1 两组肠胃功能评分

治疗前两组肠胃功能评分对比无差异，治疗后肠胃功能评分均改善，观察组高于对照组， $P<0.05$ ，见下表 1。

表 1 两组肠胃功能评分		[n ($\bar{x}\pm s$)
组别/项目	肠胃功能	
	治疗前	治疗后
观察组 (n=30)	1.39±0.30	0.69±0.03
对照组 (n=30)	1.38±0.30	0.29±0.01
t	0.129	69.282
P	0.897	<0.001

2.2 两组肠道菌群检查

治疗前观察组与对照组肠杆菌、乳酸杆菌与双歧杆菌指标对比未见差异， $P>0.05$ ；治疗后，观察菌群指标明显优于对照组， $P<0.05$ ，见下表 2。

表 2 两组肠道菌群检查 [n ($\bar{x}\pm s$), 单位: MPN/100g]

组别/项目	肠杆菌		双歧杆菌		乳酸杆菌	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组(n=30)	8.61±0.40	6.04±0.41	3.15±0.50	8.97±0.80	5.14±1.02	9.10±1.31
对照组(n=30)	8.52±0.70	6.81±0.60	3.05±0.61	4.57±0.70	5.20±0.91	7.51±1.10
t	0.611	5.803	0.694	22.671	0.240	5.091
P	0.543	<0.001	0.490	<0.001	0.810	<0.001

2.3 肠道屏障功能检查

治疗前观察组与对照组肠道屏障功能检查对比未见差异, $P>0.05$;
治疗后观察组优于对照组, $P<0.05$, 见下表 3。

表 3 肠道屏障功能检查 [n ($\bar{x}\pm s$)]

组别/项目	小肠黏膜绒毛高度 (um)		陷窝深度 (mm)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=30)	340.51±12.54	374.81±13.31	110.05±10.21	128.31±12.40
对照组 (n=30)	344.89±14.61	338.91±12.40	109.38±9.71	112.46±10.60
t	1.246	10.809	0.260	5.321
P	0.217	<0.001	0.795	<0.001

2.4 两组治疗有效率对比

观察组治疗有效率为 96.67%, 仅 1 例无效, 显效 20 例、有效 9 例;
对照组治疗有效率为 66.67%, 10 例无效, 显效 15 例、有效 5 例 ($P=0.002$, $\chi^2=9.016$)。

2.5 两组治疗后并发症对比

观察组并发症发生率为 10.00%, 其中营养不良 2 例, 水解质紊乱 1 例, 对照组并发症发生率为 33.33%, 其中营养不良 5 例, 水解质紊乱 4 例, 死亡 1 例 ($P=0.028$, $\chi^2=4.811$)。

3 讨论

急性重症胰腺炎的病理因素分析中, 由于胰腺内胰酶受外部因素影响被激活, 而诱发胰腺组织出现的水肿或坏死的炎性病理表现; 临床症状表现以呕吐发热, 腹部疼痛为主, 严重时会导致胰腺出血引起机体功能衰竭, 威胁患者的生存质量。在医疗干预阶段, 通过营养物质干预的方式, 补充机体高代谢状态下的营养消耗。通过实施肠内营养干预方式, 将营养物质直接通过管道输送至肠道, 通过肠道吸收优化营养补充状态, 更好地促进患者生理状态的有效改善, 有较高的价值体现。

大量临床和动物试验都显示, 早期肠内营养可有效预防胃肠黏膜的萎缩, 保持其屏障功能, 降低通透性, 使毒素和细菌移位情况减少, 而此作用与喂养时间相关, 与喂养量无关^[1]; 同时, 可缓和 SAP 急性期炎性反应, 增强机体免疫力, 改善疾病转归。本文上述研究结果表明, 治疗前观察组与对照组肠道屏障功能检查对比未见差异, $P>0.05$; 治疗后观察组优于对照组, $P<0.05$, 与既往结果类似。

宾琳, 王勇强^[12]等的研究表明, 肠内营养支持的 SAP 控制率高于单一抗感染、禁食等的患者, EN 患者排气恢复正常时间、腹痛腹胀消失时间、血淀粉酶恢复正常时间均短于单一抗感染、禁食等治疗的患者, 差异有统计学意义。给与 EN 前两组急性生理与慢性健康评分、CRP 水平、降钙素原水平相近; 给与 EN 的 SAP 急性生理与慢性健康评分、CRP 水平、降钙素原水平均优于单一抗感染、禁食等的患者, 差异有统计学意义。肠内营养支持治疗 SAP 的应用效果确切, 可有效降低 CRP、降钙素原水平, 提高健康水平, 加速症状消失, 促进胃肠道功能恢复。本文研究结果表明, 治疗前两组肠胃功能评分对比无差异 (1.39 ± 0.30) VS (1.38 ± 0.30), 治疗后肠胃功能评分均改善, 观察组高于对照组 (0.69 ± 0.03) VS (0.29 ± 0.01), $P<0.05$, 两者结果类似。

虽然国内外对 SAP 早期肠内营养支持的研究已经认可, 越来越重视在 SAP 患者开展早期肠内营养支持。肠内营养符合生理、护理简单、并发症

少、费用低廉, 但在 SAP 的患者应用时, 需注意开始的时机、途径和制剂的选择一旦经过腹部 CT、彩超等检查可确定胰腺坏死灶局限、渗出减少消失、未发现继发感染征像、胃肠道功能恢复、全身状况基本稳定则可开始实施肠内营养。目前观点认为, 为保持肠道屏障功能, 防止早期细菌移位, 48h 内或 72h 内给予肠内营养是比较理想的。而制定一套简单明确、适宜中国人的 SAP 患者早期肠内营养支持治疗方案有利于降低患者的病死率、感染并发症的风险和器官衰竭的风险, 同时, 展望未来能为 SAP 患者设计应用个性化的营养治疗方案, 以最大限度地减少并发症、降低 SAP 患者的死亡率、缩短住院时间, 发挥早期肠内营养支持的最佳疗效。

参考文献:

[1]杜以霞, 张晖.早期肠外及肠内阶段性微生态免疫营养支持与单纯肠内营养对急性重症胰腺炎的改善效果分析[J].国际医药卫生导报, 2021, 27 (01): 89-92.

[2]张伟, 鲍峰.不同时期微生态肠内营养对急性重症胰腺炎患者全身炎症反应、细菌移位以及免疫功能的影响[J].解放军预防医学杂志, 2020, 38 (10): 151-154+158.

[3]郑冰峰.早期肠内营养联合微生态制剂对重症急性胰腺炎患者疗效的 Meta 分析[D].山西医科大学, 2020.

[4]代宇, 叶勇, 林影, 陈曙蓓.微生态制剂对重症急性胰腺炎病人的炎症指标、降钙素原、尿胰蛋白酶原激活肽水平及肠道菌群的影响研究[J].安徽医药, 2020, 24 (04): 826-830.

[5]张伟.肠道微生态调节剂联合抗菌药物对非胆源性重症急性胰腺炎患者症状改善及血清降钙素原、淀粉酶水平的影响[J].实用医技杂志, 2020, 27 (03): 342-343.DOI: 10.19522/j.cnki.1671-5098.2020.03.034.

[6]戚旭飞, 王志宇.清热攻下饮联合西医治疗重症急性胰腺炎疗效及对肠道微生态的影响[J].中国中医急症, 2019, 28 (05): 889-891.

[7]胡伟, 刘洪斌, 王曼雪, 桂桂贤, 李东华, 张一.清胰汤和姜黄素调整肠道微生态对重症急性胰腺炎的治疗机制[J].天津医药, 2018, 46 (11): 1155-1160.

[8]朱毅东, 史和平, 吴云龙.清热处理通里攻下法辅助西医治疗重症急性胰腺炎疗效及对炎性细胞因子、肠道微生态的影响[J].现代中西医结合杂志, 2018, 27 (28): 3098-3101+3105.

[9]李锦春, 钱传云, 蔡乙明, 崔若玫.微生态制剂联合肠内营养对急性重症胰腺炎患者全身炎症反应、细菌移位以及免疫功能的影响[J].中国现代医学杂志, 2018, 28 (06): 85-89.

[10]张帆.早期肠内营养治疗联合微生态制剂在重症急性胰腺炎肠道功能复苏中的应用[J].华西医学, 2017, 32 (09): 1375-1378.

[11]黄华冰.肠道微生态在重症急性胰腺炎合并肠功能障碍中的作用研究[D].第二军医大学, 2017.

[12]宾琳, 王勇强, 高红梅.急性重症胰腺炎肠内营养支持和肠内免疫微生态营养的研究进展[J].交通医学, 2017, 31 (02): 128-131+135.

作者简介: 张春辉, 男, 1982 年 11 月 13 日, 白族, 云南省大理市, 大学本科, 主治医师, 研究方向: 重症医学科。

通讯作者: 解瑛, 女, 1978.5, 汉族, 云南大理, 硕士研究生, 副主任医师, 研究方向: 重症医学。

课题名称: 重建肠道微生态在急性重症胰腺炎中的应用研究
云南省教育厅科学研究基金项目, 项目编号: 2021J0398

孟鲁司特钠联合氟替卡松气雾剂治疗小儿咳嗽变异性哮喘的价值

张龙 罗馨娟*

吴忠市红寺堡区人民医院 宁夏吴忠 751999

摘要：目的：分析小儿咳嗽变异性哮喘（CVA）采取孟鲁司特钠联合氟替卡松气雾剂治疗的临床价值。方法：选取2020年12月至2021年12月收治的小儿CVA患者120例，按照住院床号奇数偶数的方式进行分组，其中观察组患儿为床号为偶数者，共计60例，其中观察组患儿为床号奇数者，共60例，分别采取孟鲁司特钠+氟替卡松气雾剂、氟替卡松气雾剂治疗，对比肺功能、临床症状缓解时间、治疗效果、不良反应发生情况。结果：①肺功能。观察组FEV1水平、FVC水平、PEF水平均高于对照组（ $P<0.05$ ）；②临床症状缓解时间。观察组咳嗽缓解时间、咳嗽消失时间、胸片恢复正常时间均显著低于对照组（ $P<0.05$ ）；③治疗效果。观察组有效率95.00%高于对照组83.33%（ $P<0.05$ ）；④不良反应。两组不良反应发生率组间对比（ $P>0.05$ ）。结论：孟鲁司特钠和氟替卡松气雾剂联合治疗小儿CVA可有效减轻其临床症状，改善肺功能，不良反应较少。

关键词：不良反应；小儿咳嗽变异性哮喘；氟替卡松气雾剂；孟鲁司特钠；肺功能

咳嗽变异性哮喘（CVA）为呼吸系统疾病中比较常见的一种，患病后的患者，常常在凌晨。夜间发生刺激性咳嗽^[1]。多数患者仅顽固性干咳为临床症状，病情发展下极易出现低氧血症、气胸等并发症，如果没有获得及时的治疗则会变成支气管哮喘，不但会损害患儿的呼吸功能，也会对其机体中的其他系统功能产生损伤，使得患儿的睡眠以及日常生活受到严重影响^[2]。现阶段，临床对于小儿CVA以白三烯受体拮抗剂、糖皮质激素等为主要的治疗药物。所以，本研究中对120例小儿CVA中的60例采取孟鲁司特钠+氟替卡松气雾剂治疗，获得理想效果，如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料

选取120例小儿CVA患者（样本纳入时间：2020年12月至2021年12月）纳入研究。随机数字表法分为观察组60例，男32例，女28例，年龄1~7岁，平均年龄（ 5.44 ± 1.08 ）岁；对照组60例，男33例，女27例，平均年龄（ 5.39 ± 1.01 ）岁，两组资料对比（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

对照组的60例实施氟替卡松气雾剂（葛兰素史克制药重庆有限公司；国药准字H20010387）治疗，以定量吸入为给药方式，<6岁的患者以125μ/次为给药剂量，2次/d；6~14岁患儿以250μg/次为用药剂量，2次/d。该组患儿连续治疗2个月。

观察组的60例患儿采用孟鲁司特钠+氟替卡松气雾剂（同对照组）治疗。孟鲁司特钠（Merck Sharp & Dohm Limited（UK）；批准文号BH20070258）使用剂量中2~5岁患儿每次4mg，1次/d；6~14岁患儿，每次5mg，1次/d。本组患儿连续治疗2个月。

1.3 观察指标

①肺功能指标包括：第一秒末用力呼气容积、用力肺活量、呼气流量峰值的英文缩写分别为FEV1、FVC、PEF；②记录两组患儿胸片恢复正常时间、咳嗽缓解时间以及咳嗽消失时间；③治疗效果：显效：临床症状消失的同时肺功能恢复如初；有效：症状减轻且肺功能显著好转；无效：症状以及肺功能均未改善甚至加重^[3]；④不良反应包括口疮、声音嘶哑以及腹痛。

1.4 统计学处理

采用统计学软件SPSS21.0分析本研究数据，治疗效果、不良反应等计数资料用（%）表示，行 χ^2 检验，肺功能指标、临床症状改善情况等计量资料用（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，行t检验， $P<0.05$ 统计学成立。

2 结果

2.1 两组患儿肺功能指标比较

治疗前，组间对比（ $P>0.05$ ）；治疗后，组间对比（ $P<0.05$ ）。见表1。

表1 两组患者肺功能指标对比（ $\bar{x}\pm s$ ）

分组	例数	PEF（L/s）		FVC（L）		FEV1（L）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	60	2.44±0.39	4.55±0.46	1.77±0.27	2.61±0.37	1.01±0.13	2.02±0.34
对照组	60	2.41±0.36	4.12±0.40	1.80±0.25	2.17±0.29	1.04±0.10	1.48±0.36
t 值		0.825	5.320	0.472	4.802	0.336	5.201
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组患儿临床症状改善情况比较

观察组：咳嗽缓解时间（ 4.01 ± 1.23 ）d、咳嗽消失时间（ 6.09 ± 1.38 ）d、胸片恢复正常时间（ 6.02 ± 1.18 ）d。

对照组：咳嗽缓解时间（ 8.13 ± 1.19 ）d、咳嗽消失时间（ 11.42 ± 1.59 ）

d、胸片恢复正常时间（ 8.26 ± 2.06 ）d。

组间对比（ $t=5.969、6.825、6.702，P<0.05$ ）。

2.3 两组患儿治疗效果比较

观察组：显效51例（85.00%）、有效6例（10.00%）、无效3例（5.00%），

有效率 95.00% (57/60)。

对照组: 显效 38 例 (63.33%)、有效 12 例 (20.00%)、无效 10 例 (16.67%), 有效率 83.33% (50/60)。

组间对比 ($X^2=15.203$, $P<0.05$)。

2.4 两组患儿不良反应发生情况比较

观察组: 声音嘶哑 1 例 (1.67%)、腹痛 1 例 (1.67%)、口疮 0 例 (0.00%), 合计 3.33% (2/60)。

对照组: 声音嘶哑 1 例 (1.67%)、腹痛 0 例 (0.00%)、口疮 1 例 (1.67%), 合计 3.33% (2/60)。

组间对比 ($X^2=4.803$, $P>0.05$)。

3 讨论

CVA 是哮喘类型中比较特殊的一种, 该病的主要临床表现为慢性咳嗽, 该病也是引起儿童慢性咳嗽原因中比较常见的一种, 在导致儿童干咳的原因中, CVA 占比将近 30%^[4]。CVA 的发病原因相对来讲是比较复杂的, 大多数学者认为该病的出现同气候改变、遗传因素、环境改变、感染病毒/细菌、饮食、免疫等原因存在联系。该病特点是气道高反应性^[5]。该病的气道反应是因为 T 淋巴细胞、嗜酸性粒细胞等细胞释放了炎性介质等物质, 从而使患者发生了气道慢性炎症, 且为非特异性。患儿的支气管上皮因为不断的炎症刺激而发生肿胀情况, 从而使患儿出现了对于外界刺激的耐受性降低, 使得其感应外界刺激的程度增加, 进而导致患儿在受到刺激时就会出现哮喘, 同时很难治愈^[6]。

氟替卡松气雾剂在临床中常常对各种类型的咳嗽进行治疗。此药存在的抗炎作用比较强, 可以使气管平滑肌细胞更加的稳定, 尽管患者处在咳嗽的状态下, 但是其所释放的炎症因子以及过敏活性介质均会显著的减少, 并且活性也是降低明显, 同时会产生阻碍细胞因子而引起的一种免疫反应, 减弱了患儿气管平滑肌存在的收缩反应, 促使 CVA 产生的症状得到有效控制, 最终使 CVA 患儿存在的刺激性咳嗽、顽固性干咳等哮喘症状显著减轻, 对于其肺功能的提升有非常明显作用^[7]。临床对于 CVA 治疗的给药方式中, 压缩雾化方式比较常见, 药物只是作用与患儿局部肺组织, 并且该种治疗方式较糖皮质激素全身性使用来讲, 其仅会有少量的药物会进入患儿的血液循环系统, 既可以将药效快速的发挥出来, 也会有有效的减轻药物在全身作用而出现的不良反应, 患儿接受度更高^[8]。本研究结果中, 对照组患儿的肺功能水平改善幅度不高, 同时症状缓解时间均较长, 且治疗总有效率为 83.33%, 说明小儿 CVA 仅采取氟替卡松气雾剂治疗并不能获得理想的治疗效果, 所以, 临床中需要找到一种更加有效的治疗方案。有研究指出^[9], 小儿 CVA 以白三烯为主要的炎性介质, 在患儿临床症状加重时, 其机体同健康人相比, 其会释放更多数量的白三烯, 但是该药物会增加患儿毛细血管的通透性, 导致气管水肿情况, 进而将呼吸道的炎症反应加重。但是氟替卡松对于白三烯产生的抑制作用并不是非常明显, 因此临床在使用该药物治疗的过程中可以联合白三烯受体拮抗剂一起有效的控制支气管存在的炎症反应^[10]。其中孟鲁司特钠为一种拮抗白三烯受体的药剂, 此药可对小儿 CVA 粒细胞产生抑制其释放白三烯的作用, 进而将白三烯的数量有效减少, 进而使毛细血管本身的通透性得到降低, 同时使呼吸道的敏感性明显改善, 从而使痉挛的支气管得到放松, 抑制气道高

反应的发生, 降低支气管分泌黏液量, 进而将患儿的临床症状有效缓解^[11]。

另外, 此药对于患儿的免疫功能也存在一定的调节作用, 进而控制疾病的发生, 明显降低使 CVA 发展成典型哮喘的可能性。通过观察研究结果可知, 观察组肺功能水平以及恢复至正常水平, 同时症状缓解时间更少, 且治疗有效率为 95.00%, 由此可知, 联合治疗效果同单一治疗效果相比更显著。两种药物联合应用治疗小儿 CVA 可以将氟替卡松气雾剂的治疗效果显著提升, 进而将患儿的咳嗽症状快速减轻, 使患儿的支气管炎症反应减轻, 进而使患儿的肺功能有效改善^[12]。并且不良反应发生率均较低, 说明孟鲁司特钠存在良好的耐受性, 只有腹痛、口疮等轻微的不良反应, 且不需要终止治疗就可缓解, 因此安全性较高。

总而言之, 小儿 CVA 利用孟鲁司特钠+氟替卡松气雾剂治疗可使患儿咳嗽症状显著改善, 利于提升患儿的肺功能, 治疗效果显著, 同时不良反应较少, 价值较高, 值得进一步在临床治疗 CVA 中推广应用。

参考文献:

- [1]沈昀. 孟鲁司特钠联合丙酸氟替卡松治疗小儿咳嗽变异性哮喘的临床效果及安全性[J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14 (2): 132-134.
- [2]乔喜娟. 孟鲁司特钠联合氟替卡松气雾剂用于临床治疗小儿咳嗽变异性哮喘的效果[J]. 中国药物与临床, 2021, 21 (10): 1729-1731.
- [3]赖茂, 谢楚杏. 丙酸氟替卡松联合孟鲁司特钠治疗儿童咳嗽变异性哮喘的疗效及对肺功能、FeNO 及气道炎症的影响[J]. 海南医学, 2021, 32 (11): 1434-1437.
- [4]彭静. 孟鲁司特钠联合盐酸西替利嗪治疗儿童咳嗽变异性哮喘的有效性研究[J]. 母婴世界, 2020 (35): 144.
- [5]寇晓辉, 杨晓林, 郭莲. 孟鲁司特联合布地奈德对咳嗽变异性哮喘患儿的临床疗效分析[J]. 现代诊断与治疗, 2020, 31 (7): 1047-1048.
- [6]韩锋, 杨姗姗, 陆小霞, 等. 粉尘螨滴剂舌下免疫治疗对儿童咳嗽变异性哮喘的临床疗效[J]. 儿科学杂志, 2021, 27 (5): 5-8.
- [7]刘琳现, 闫军, 周霞, 等. 盐酸西替利嗪滴剂联合孟鲁司特钠咀嚼片治疗儿童咳嗽变异性哮喘的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2021, 37 (3): 238-240, 245.
- [8]何琛璐, 王雪君, 刘润武, 等. 桂枝加厚朴杏子汤联合孟鲁司特钠对咳嗽变异性哮喘患者的临床疗效[J]. 中成药, 2021, 43 (10): 2690-2694.
- [9]田景鸿. 布地奈德联合孟鲁司特钠对咳嗽变异性哮喘患儿的治疗作用及相关指标评估分析[J]. 中国农村卫生, 2021, 13 (13): 52-53.
- [10]周建, 迟春天. 布地奈德福莫特罗粉吸入剂联用孟鲁司特钠治疗咳嗽变异性哮喘的疗效及对肺功能的影响[J]. 中国医刊, 2021, 56 (11): 1200-1203.
- [11]苏娟, 陈锋, 王月宾, 等. 孟鲁司特钠联合沙美特罗替卡松治疗咳嗽变异性哮喘老年患者的临床研究[J]. 国际老年医学杂志, 2021, 42 (4): 228-230.
- [12]李巍. 苏黄止咳胶囊联合孟鲁司特钠及沙美特罗替卡松治疗中重度咳嗽变异性哮喘的疗效观察[J]. 现代诊断与治疗, 2021, 32 (11): 1702-1704.

全科医生模式治疗社区老年慢性疾病的临床效果及安全性探究

张鹏

湖北省武汉市江汉区前进街社区卫生服务中心 湖北武汉 430000

摘要：目的：探究全科医生模式治疗社区老年慢性疾病的临床效果及安全性。方法：选取于2020年3月至2022年3月本社区收治的100例老年慢性疾病患者，随机分为观察组（全科医生模式治疗）和对照组（常规治疗）各50人。结果：观察组治疗总有效率高、不良反应低，且临床症状、血压、血糖、生活质量改善更明显（ $P<0.05$ ）。结论：全科医生模式治疗社区老年慢性疾病的临床效果及安全性均较高。

关键词：全科医生模式；社区老年慢性疾病；临床效果；安全性

近年来，受人口老龄化程度不断加剧的影响，导致老年慢性病患者的发病数量明显增加，怎样更好地应对患者的护理和治疗需求是当前公共卫生机构亟待解决的问题^[1]。由于长时间遭受疾病的困扰，老年慢性病患者较易有各种不良情绪出现，对患者晚年的生活质量产生严重影响，一旦生病，老年人需要在养老机构、家庭、医院等各处奔波，不利于老年患者的康复和治疗^[2]。近年来，全科医生模式逐渐在社区中应用开来，它不仅可以将医疗服务提供给老年人，还可以使其获得生活方面的照顾。因此，本文旨在探究全科医生模式治疗社区老年慢性疾病的临床效果及安全性。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取于2020年3月至2022年3月本社区收治的100例老年慢性疾病患者，随机分为观察组和对照组各50人。观察组男28例、女22例，平均年龄（78.54±8.15）岁；对照组男26例、女24例，平均年龄（77.69±7.57）岁。一般资料无差异， $P>0.05$ 。

1.2 方法

常规治疗对照组：按照患者的疾病类型实施常规检查，并在社区医生的指导下采用针对性的药物治疗。给予观察组全科医生模式治疗：（1）对患者的病情状况全面评估。为了促进治疗的针对性和有效性不断提高，在治疗之前，全科医生需要全面的评估和了解患者的实际状况，例如用药史、治疗史、疾病类型、病情严重程度、疾病症状等，与患者的实际状况有效结合，将针对性的治疗方案制定出来。全科医生需要将健康档案建立起来，对患者的治疗状况准确记录，并随时调整治疗方法。（2）健康教育。社区全科医生需要定期随访患者，与其进行充分的沟通交流，对其病情状况具有一定的了解，与患者的理解能力有效结合，为其提供针对性的知识宣教，告知其老年慢性疾病的危害、致病原因、治疗手段及在日常生活中的注意事项等，增强患者健康管理的意识。（3）生活干预。指导患者纠正不良的饮食、生活习惯，嘱其严格戒烟戒酒；制定出符合患者身体状况的运动方案，并督促其进行适当的运动。（4）饮食干预。对患者的饮食习惯充分了解，在饮食方面社区全科医生需要为患者提供一定的建议，告知其不要食用高盐、高糖类食物，注意低热量、低盐、低脂饮食。（5）心理干预。将患者的情绪变化掌握，告知患者只要严格遵照医嘱治疗就可以有效控制病情，减少并发症的发生，进而减轻其不安、紧张等不良情绪^[3]。（6）促进患者的治疗依从性有效提高。因慢性疾病存在较为缓慢的病情发展状况，因此部分患者缺乏对慢性疾病危害性的充分认识，经常出现不配合治疗的情况。因此全科医生需要对患者强化健康教育，例如将疾病和治疗的相关知识告知患者，使其对疾病具有充分的认识，提高其配合度。（7）用药指

导。将测量血压、血糖的正确方法告知患者，嘱患者定时测量血压、血糖，并做好详细的记录。将规范用药的重要性告知患者，嘱其不要随意停药或调整用药剂量，并告知患者处理不良反应的方法，以便更好地应对不良情况。（8）放松训练。①腹式呼吸训练：实施腹式呼吸训练，每次的持续时间为5至10分钟；②肌肉放松：护理人员在患者床侧，鼓励其将心中的杂念消除，放松全身，进行肌肉放松训练，每次的持续时间为1至3分钟；③音乐放松：按照患者的兴趣爱好、欣赏能力、认知能力及受教育程度等，对合适的音乐进行选择，指导患者闭眼放松，每次播放音乐的时间为15至20分钟。

1.3 观察指标

（1）治疗效果；（2）不良反应；（3）采用李克特评分表对临床症状进行评分；（4）血压、血糖水平；（5）参照简明健康量表（SF-36）评价生活质量。

1.4 疗效评价标准

显效为症状消除；有效为症状改善；无效为症状加重。

1.5 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 治疗效果：观察组较高（ $P<0.05$ ），见表1。

表1 治疗总有效率【n（%）】					
组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	50	21	26	3	94%（47/50）
对照组	50	15	24	11	78%（39/50）
χ^2					11.018
P					<0.05

2.2 不良反应：观察组较低（ $P<0.05$ ），见表2。

表2 不良反应【n（%）】					
组别	例数	恶心	呕吐	腹痛	总有效率
观察组	50	1	0	2	6%（3/50）
对照组	50	3	3	4	20%（10/50）
χ^2					11.018
P					<0.05

2.3 临床症状评分：观察组改善效果更佳（ $P<0.05$ ），见表3。

表3 临床症状评分 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	咳嗽		头晕		乏力		气促	
		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	50	1.41±0.52	4.25±0.11	1.36±0.32	4.54±0.51	1.15±0.49	4.22±0.26	1.41±0.33	4.26±0.12
对照组	50	1.40±0.50	3.16±0.18	1.30±0.29	3.06±0.11	1.26±0.62	3.01±0.18	1.47±0.45	3.78±0.22
<i>t</i>		5.628	10.669	3.141	15.624	6.352	10.541	1.524	16.521
<i>p</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 血压、血糖水平: 观察组改善效果更佳 ($P<0.05$), 见表4。

表4 血压、血糖水平 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	收缩压 (mmHg)		舒张压 (mmHg)		餐后2h 血糖 (mmol/L)		空腹血糖 (mmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	50	133.24±13.51	115.14±9.47	99.56±6.39	80.14±6.01	11.35±1.24	7.15±1.02	9.15±1.29	6.01±0.29
对照组	50	136.47±13.51	127.34±11.25	99.33±5.41	87.19±5.09	11.41±1.12	9.74±1.19	9.14±1.30	7.12±0.38
<i>t</i>		0.083	6.635	0.074	7.973	0.070	8.983	0.121	6.453
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.5 生活质量: 观察组改善效果更佳 ($P<0.05$), 见表5。

表5 生活质量 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	躯体功能		社会功能		角色功能		认知功能		总体健康	
		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	50	74.52±5.68	90.11±6.35	75.21±4.57	91.66±6.33	72.33±5.16	92.65±6.04	73.24±6.02	90.57±6.33	75.28±5.17	91.58±7.25
对照组	50	74.65±5.10	81.84±5.67	74.96±5.02	80.48±6.58	71.98±4.98	79.36±5.99	74.05±5.78	82.64±6.21	75.48±5.05	83.24±6.95
<i>t</i>		0.142	8.128	0.308	10.245	0.408	13.071	0.812	7.740	0.231	6.948
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

随着人们生活水平的日益提高,使得大众也逐渐增加了对健康服务的需求,老年慢性病患者的数量较多,随之也增加了对护理和医疗的需求^[4]。由于老年患者缺乏对疾病知识的充分认识,所以会降低其治疗配合度,进而增加了治疗的难度。一般情况下,老年慢性疾病患者具有较长的病程时间,出院后还需要进行持续的治疗与康复,这不仅会使家属的负担增加,也会加重患者的心理负担,影响疾病的治疗与恢复。对于社区来说,将良好的医疗服务提供给老年慢性病患者是其基本职责。在社区工作中,全科医生模式治疗的中心是患者,它可以将护患、医患间的关系拉近,综合了解患者的疾病和生活,将更好地服务提供给患者,有利于加快疾病恢复。同时,全科医生模式具备优质性、全面性、综合性的特点,注重与患者的治疗需求和实际病情有效结合,为患者提供针对性的医疗服务,进而促进医疗服务质量显著提升。社区全科医生和患者具有十分频繁的交流,强化综合防治措施,对患者实施全面的健康指导,可以使其病情发展和血压、血糖水平达到稳定状态。为了促进患者的用药依从性不断增强,医生还需要将药物治疗的作用和目的告知患者,向患者讲解不良反应的发生情况,从而使患者对正确用药的重要性具有充分的认识,提高其治疗依从性。

本文通过探究全科医生模式治疗社区老年慢性疾病的临床效果及安全性,结果显示,观察组治疗总有效率、不良反应低,且临床症状、血压、血糖、生活质量改善更明显 ($P<0.05$)。主要原因为:在管理老年慢性疾病患者过程中,不仅需要心血管内科、内分泌科等相关科室发挥自身的积极作用,加强对患者的有效诊治,还应当将社区综合管理建立起来,同时保证全科医生有效参与。对于老年慢性疾病患者来说,在对其实施综合管理过程中,不仅需要全科医生全面、系统的干预和咨询患者的健康状况,与患者将连续、和谐、稳定、长期的联系建立起来,同时在管理期间

还需要全科医生指导家属积极参与,从而促进患者的生活质量和自我管理意识显著提升。社区全科医生可以将医疗优势充分发挥出来,能够与患者的病情有效结合,将针对性的干预方案制定出来。通过对患者的心理情绪密切观察,为其提供针对性的心理疏导,可以减轻其不良情绪,并对自身疾病具有正确的认识,有利于使其更好地配合各项治疗活动,进而更好地控制血压水平。全科医生通过指导患者实施放松训练,能够使患者保持愉悦、轻松的心态,积极的面对疾病,减轻其不良情绪。此外,放松训练能够增加具有镇静作用的内啡肽的分泌,减少对交感神经具有兴奋作用的儿茶酚胺的分泌,有利于患者达到心理上的放松,保持心情愉悦、全身舒适,从而促进其睡眠质量得到显著改善。

综上所述,全科医生模式治疗社区老年慢性疾病可以获得更高的治疗效果,不良反应低,可以有效缓解患者的临床症状,控制其血压、血糖水平,改善其生活质量。

参考文献:

[1]沈爱悦. 全科医生模式治疗社区老年慢性疾病的临床效果及安全性[J]. 中国社区医师, 2021, 37 (2): 60-61.
[2]李杰荣. 全科医生模式治疗社区老年慢性疾病的临床效果[J]. 数理医药学杂志, 2019, 32 (4): 616-617.
[3]许雁集. 分析全科医生模式应用于治疗社区老年慢性疾病的效果[J]. 医学食疗与健康, 2020 (16): 209, 211.
[4]谢群英. 探讨全科医生模式治疗社区老年慢性疾病的临床价值[J]. 中国实用医药, 2020, 15 (21): 96-98.

作者简介: 张鹏, 1983 年 3 月, 湖北武穴, 汉族, 女, 大学本科, 中级主治医师, 华中科技大学同济医学院, 研究方向: 全科医生对于慢病(高血压, 糖尿病, 脑梗死)管理的重要作用等等。

血管内机械取栓治疗急性基底动脉闭塞的临床价值

张涛

西安济仁医院神经外科 陕西西安 710300

摘要:目的 对急性基底动脉闭塞患者接受血管内机械取栓治疗的实际效果进行分析。方法 对我院 2020 年 1 月-2022 年 1 月期间已确诊的 74 例急性基底动脉闭塞患者的治疗效果进行回顾性分析,根据患者的发病时间将患者分为两组,发病 4.5h 静脉时间窗内患者为对照组(共计 34 例,采用动脉溶栓方式对患者进行治疗),另外接受血管内机械取栓治疗的 40 例患者自动划为观察组,对比两组患者经治疗后的动脉再通率。对比两组患者治疗一个月后的病死率以及三个月后预后情况。结果 对两组患者的动脉再通率进行评估,观察组明显高于对照组;观察组患者治疗一个月后的病死率以及三个月后预后情况与对照组相比具有明显优势,两组对比有统计学意义($P<0.05$)。结论 可见在急性基底动脉闭塞患者的临床治疗中,采用血管内机械取栓治疗,可以有效提高患者的动脉再通率,对降低患者一个月内的病死率以及改善患者三个月内的预后情况都具有重要价值、临床作用更加突出,值得广泛进行推广研究。

关键词:血管内机械取栓;急性基底动脉闭塞;临床效果

急性基底动脉闭塞作为我国神经内科发病概率较高的急症之一,患者一旦发病,将很大可能导致患者死亡,即使患者存活,也经常会为患者带来各种严重的后遗症,这将会为患者、家庭以及社会带来极大负担。经统计发现,全世界每年大约都有 100 万人类死于急性基底动脉闭塞,所以近些年来在进行这一疾病的治疗中,如何有效减少患者的致死率以及致残率,已经成为相关人群迫切需要解决的重要问题。溶栓治疗作为临床上进行急性期颅内血管闭塞患者的常用治疗方式之一,这一治疗方式在实际应用中具有操作,治疗时间短等临床优势,但是患者动脉血管再通率有所不足,患者整体预后效果不甚理想^[1]。这些年来随着介入技术的不断发展,介入器材的不断进步,在急性基底动脉闭塞患者的治疗中,血管腔内成形术,支架成形术以及机械取栓术等技术手段,在临床中不断进行应用,取得了良好的应用效果^[2]。为此本文将重点研究血管内机械取栓在急性基底动脉闭塞患者治疗中的和临床疗效,报告整理如下。

1 一般资料和方法

1.1 一般资料

对我院 2020 年 1 月-2022 年 1 月期间已确诊的 74 例急性基底动脉闭塞患者的治疗效果进行回顾性分析,根据患者的发病时间将患者分为两组,发病 4.5h 静脉时间窗内患者为对照组(共 34 例)观察组(共 40 例)。

对照组:男/女人数分别 16 例、14 例,年龄介于 48-70 岁范围内,均值处于(56.6±5.9)岁,合并高血压患者 15 例,冠心病患者 7 例,糖尿病患者 8 例。

观察组:男/女人数分别 25 例、15 例,年龄介于 49-71 岁范围内,均值处于(55.2±5.7)岁,合并高血压患者 21 例,冠心病患者 11 例,糖尿病患者 8 例。

组间基线资料差异无统计学意义 $P>0.05$,具有可比性。

纳入标准:患者在治疗前经颅脑 CT 检查,排除存在颅内出血患者,经严格的临床检查证实患者为基底动脉闭塞,对患者缺血性卒中症状进行判断,其症状主要由基底动脉闭塞引发,要求患者年龄大于 18 周岁。

排除标准:患者经影像学检查,发现患者存在后循环大面积脑梗死问题,患者经影像学检查后发现存在颅内出血现象,对患者病史进行调查,患者存在颅内出血病史,就包括患者存在蛛网膜下腔出血病史,排除在三个月内患者存在颅脑创伤以及活动性出血病史的患者,最后还需排除存在心、肝、肾等重要脏器功能不全患者。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组在患者治疗中,采用动脉溶栓方式对患者进行治疗,在患者局部麻醉的情况下进行手术,经患者股动脉进行穿刺,进行 6 F 血管鞘引入,在数字减影血管造影(DSA)监视下,采用血管鞘或经鞘引入的导管对患者进行全脑血管造影,在检查中发现患者症状相符的闭塞血管后,选择将微导管在患者闭塞部位近端的血管内进行留置,然后进行尿激酶灌注,采用 1 万单位/min 的剂量持续进行尿激酶泵入,用量为 25 万单位到 100 万单位,对无出血倾向患者,还需对患者进行至少一个月的抗血小板治疗。

1.2.2 观察组

观察组在患者治疗中,采用机械取栓法对患者进行治疗,在患者局部麻醉的情况下进行手术,经患者股动脉进行穿刺,进行 6 F 血管鞘引入,在数字减影血管造影(DSA)监视下,采用血管鞘或经鞘引入的导管对患者进行全脑血管造影,在患者全身肝素化后,经过导管进行取栓装置的置入,到达患者血管闭塞处后,取出患者血栓。然后应用后循环造影,对患者血管再通情况以及血流速度进行观察,应用低分子肝素 4000 单位对患者采用皮下注射方式进行抗凝治疗,术后每天一次,连续进行三天,同时在手术后还需要应用相应的活血化淤以及改善患者循环的药物进行治疗,采用抗血小板药物对患者进行治疗,至少进行一个月治疗

1.3 观察指标

对两组患者经治疗后的动脉再通情况进行记录,对两组患者治疗一个月内的病死情况进行记录,对存活患者进行三个月随访,对患者治疗三个月后的预后情况进行记录对比,

1.4 统计学分析

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

观察组患者的动脉再通率,治疗一个月内死亡率以及治疗三个月后预后良好率等相关指标明显优于对照组。差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1:

表 1 两组患者临床疗效比较 (n, %)

组别	n	动脉部分以及完全再通率	一个月内死亡率	三个月后预后良好率
对照组	34	20/34 (58.82)	13/34 (38.23)	10/21 (47.62)
观察组	40	33/40 (82.50)	7/40 (17.50)	30/36 (83.33)
χ^2		5.069	4.00	8.083

P 值	0.024	0.045	0.004

3 讨论

急性基底动脉闭塞作为我国神经内科发病概率较高的急症之一，这一疾病在临床治疗中，具有很高的病死率以及致残率。脑部作为人体在日常生活中全身耗氧量以及需要量最多的器官，假如人体脑部一旦出现缺血问题，将会在极短的时间内导致患者脑部出现不可逆转的损害问题。所以在急性基底动脉闭塞患者的治疗中，尽早对患者的血流灌注进行恢复，对提升患者的救治效果具有重要价值，这也是减轻患者脑损伤的重要措施之一^[3]。

在取栓时间窗研究中，随着相关学者在前循环大动脉进行闭塞取栓治疗研究工作的有效深入，时间窗概念逐渐被组织窗概念所替代，在 6~24 小时之前，循环大动脉闭塞性脑梗死患者，也可以在组织窗的指导下进行取栓治疗。急性基底动脉闭塞患者临床表现上较为多样，所以对患者确切的发病时间进行定义就存在很大困难，所以这将会对患者的传统治疗预后效果造成极大影响^[4]。

急性基底动脉闭塞患者在临床治疗中，假如在发病 4.5 小时之内可以应用溶栓治疗方式对患者进行治疗，这种治疗方式也是进行急性缺血性脑卒中的重要疗法之一。在实际的应用中具有患者损伤小，能有效降低患者早期病死率，治疗费用较低、容易操作等临床优点。但采用静脉应用尿激酶溶栓的方式对患者进行治疗，整体的临床疗效有限，在实际治疗中患者血管再通率较低，整体预后较差，在临床研究发现，采用溶栓方式对患者进行治疗，大约仍有 40% 的患者在治疗后死亡，仅有 25% 的患者在治疗后可以独立进行活动。在实际应用中由于受到时间窗限制，患者自身条件等诸多因素影响，患者在治疗后容易出现血管再次闭塞现象，这将会对患者的临床预后造成严重影响^[5]。在这一治疗中，通过在患者发病 4.5 小时内，采用组织型纤维溶解酶原激活剂对患者进行溶栓治疗，可以对纤维溶酶诱发纤维蛋白的溶解过程进行有效激活，通过将患者血栓进行溶解，从而达到再通患者血管的治疗目的，但是这一治疗方式对时间窗的要求较为严格，所以将会对临床治疗效果造成极大影响。在临床研究显示，采用这一技术对血栓较长的大血管闭塞患者进行治疗，整体的治疗效果较差，患者容易出现颅内出血问题，患者血管再通成功率现在 20% 左右，大约有 16% 的患者面临着严重残疾等不良预后问题。近些年来随着介入技术的不断进步，机械取栓疗法在临床上的应用变得愈加广泛。血管内机械取栓疗法在实际应用中，能快速打开患者血管从而完成取栓治疗，在实际的应用中具有突出的临床应用效果，这就使得这一技术在循环大血管性闭塞性卒中患者的治疗中被相关学者所推荐^[6]。

机械取栓疗法在实际应用中，主要是指利用支架装置进行患者取栓的一种介入治疗方式，由于这种方法能准确到达患者的血栓位置对于患者进行手术操作，因此在实际应用中能快速再通患者血管，整体时间窗较长，在大血管闭塞患者的临床治疗中，应用成功率较高。取栓装置在临床应用中，可以从患者的血栓位置出发，将其分为近端抽吸装置以及远端拖拽装置。应用机械取栓疗法对患者进行治疗，对改善患者预后也具有重要帮助，患者预后主要与患者的侧支循环以及血管再通情况有关^[7]。

患者侧支循环主要是指患者在脑血管发生闭塞情况时，由于患者闭塞区域脑组织出现缺氧以及缺血问题，在这一情况下通过对于患者的血管再生进行激活，从而能对患者的大脑远端缺血区域的供血进行实现，假如吻合管直径能达到主干供血量，从而复原缺血脑组织的血液供应时，则表明患者侧支循环得以成功建立。患者侧支循环的建立速度与患者血管闭塞速度和脑动脉血管的发育程度有着重要联系。机械取栓法在应用中可有效促进患者的侧支循环建立，这对改善患者的预后具有的重要价值^[8]。

血管再通作为保证患者缺血脑组织再关注的重要基础，并且这也是改善患者预后的重要因素，所以在实际治疗中，通过缩短患者闭塞血管再通时间，对改善患者预后具有重要价值，大量的研究结果显示，机械取栓疗法在实际应用中，与药物溶栓相比拥有着无可比拟的重要优势，通过机械取栓技术能取出动脉粥样硬化溃疡斑块和心脏瓣膜赘生物等不易溶解的栓子，还能去除患者颅内大血管部位的栓子^[9]。与溶栓治疗相比，在血管再通速度方面也有着明显提升，所以应用这一治疗手段可以大幅度对患者的预后效果进行改善。并且临床研究结果表明，患者血管再通水平越好，则表明患者缺血部的神经元功能恢复可能概率越高，从而能在最大程度上有效促进患者的机体功能恢复。所以机械取栓技术在急性基底动脉闭塞患者治疗中的有效应用，具有突出的临床应用优势，可以有效提高患者的血管再通成功率，提升患者的抢救成功率，同还有助于缩短患者的血管再通时间，这对改善患者预后以及促进患者的恢复都具有重要帮助，缩短患者发病到血管再通时间，对患者脑组织功能保护也具有重要价值^[10]。

本次实验结果显示，观察组患者的动脉再通率，治疗一个月内死亡率以及治疗三个月后预后良好率等相关指标明显优于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$) 可见在急性基底动脉闭塞患者治疗中，应用血管内机械取栓可大幅度提高患者治疗效果以及改善患者预后，应用效果显著。

综上所述，应用血管内机械取栓疗法进行急性基底动脉闭塞患者的临床治疗。可有效提升患者动脉再通率以及预后效果，还能降低患者死亡率，临床疗效突出，值得推广。

参考文献:

- [1]徐川, 于海龙, 陈蓓蓓, 张喜成, 吕朋华. 机械取栓联合椎动脉内膜剥脱治疗急性串联性椎基底动脉闭塞一例报道[J]. 中华神经医学杂志, 2021, 20 (12): 1262-1263.
- [2]高林. 血管内机械取栓术治疗急性基底动脉闭塞性卒中预后及其影响因素分析[J]. 中国医学创新, 2021, 18 (32): 15-19.
- [3]张阳. 影响老年急性基底动脉闭塞患者机械取栓临床预后的危险因素分析[J]. 中国现代医生, 2021, 59 (15): 54-57.
- [4]邢鹏飞, 李子付, 张磊, 沈红健, 张永鑫, 李嵩, 张永巍, 杨鹏飞, 洪波, 刘建民. 不同类型基底动脉闭塞机械取栓的疗效观察[J]. 中华神经外科杂志, 2021, 37 (3): 223-228.
- [5]韩熙成, 韩凯昊, 付晓杰, 徐浩文, 闫保君, 权涛, 赵岩江, 管生. 急性椎基底动脉闭塞串联病变机械取栓治疗预后分析[J]. 介入放射学杂志, 2021, 30 (3): 225-229.
- [6]高军, 张保朝, 孙军, 陈笛, 张东焕, 刘义锋, 汪宁, 郭元展, 温昌明. 中间导管辅助取栓技术在急性基底动脉闭塞血管内治疗中的应用[J]. 实用医药杂志, 2021, 38 (1): 9-12.
- [7]王恩, 刘玺昌, 吴刚, 江毅卿, 王凤, 杨松, 徐雯, 孙丹. Solitaire AB 支架机械取栓治疗急性基底动脉闭塞的疗效分析[J]. 中华神经医学杂志, 2020, 19 (9): 897-901.
- [8]潘杨军, 阳建国, 郑银元, 陆伟杰, 孙如, 费杏珍, 徐征. 机械取栓和静脉溶栓治疗急性椎基底动脉闭塞性脑梗死的效果比较[J]. 中华神经医学杂志, 2020, 19 (7): 677-682.
- [9]罗根培, 李润雄, 吴志强, 胡伟东, 石铸, 吕科峰, 郑伟城, 倪卓新, 詹云浩, 赵江浩. 血管内取栓治疗急性后循环缺血性脑卒中临床分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2020, 23 (11): 930-934.
- [10]任斌, 全海波, 王向阳. Solitaire 支架机械取栓治疗急性基底动脉闭塞的临床疗效分析(附五例报道)[J]. 中华神经医学杂志, 2020, (2): 120-121-122-123-124.

丁苯酞软胶囊联合尼莫地平治疗急性缺血性脑卒中后轻度血管性认知功能障碍的效果

张霞

河北省青县人民医院神经内科 河北沧州 062650

摘要：目的：探讨急性缺血性脑卒中后轻度血管性认知功能障碍（VaMCI）应用丁苯酞软胶囊联合尼莫地平治疗的效果。方法：以我院 2021 年 3 月至 2022 年 3 月收治的急性缺血性脑卒中后 VaMCI 患者 96 例纳入研究，按随机数字表法分为两组，每组 48 例。对照组采用尼莫地平片治疗，观察组采用丁苯酞软胶囊联合尼莫地平片治疗，比较两组的治疗效果。结果：观察组总有效率为 95.83%，高于对照组的 75.00%（ $P<0.05$ ）。两组治疗后的生活能力和认知水平较之治疗前均升高，与对照组比，观察组升高更明显（ $P<0.05$ ）。两组不良反应发生率比较，无显著差异（ $P>0.05$ ）。结论：急性缺血性脑卒中后 VaMCI 患者采用丁苯酞软胶囊联合尼莫地平治疗，在改善认知水平和生活能力等方面具有很好的效果，且用药安全。

关键词：急性缺血性脑卒中；丁苯酞软胶囊；轻度血管性认知功能障碍；尼莫地平

Effect of butylphthalide soft capsule combined with nimodipine on mild vascular cognitive impairment after acute ischemic stroke

Zhang Xia

Department of Neurology, Qing County People's Hospital, Cangzhou, Hebei, 062650 China

[Abstract]Objective: To explore the effect of butylphthalide soft capsule combined with nimodipine on vascular mild cognitive disorder (VaMCI) after acute ischemic stroke. Methods: 96 patients with VaMCI after acute ischemic stroke admitted to our hospital from March 2021 to March 2022 were included in the study. They were divided into two groups according to the random number table, with 48 patients in each group. The control group was treated with nimodipine tablets, and the observation group was treated with butylphthalide soft capsule combined with nimodipine tablets. The therapeutic effects of the two groups were compared. Results: The total effective rate of the observation group was 95.83%, higher than that of the control group (75.00%) ($P<0.05$). After treatment, the living ability and cognitive level of the two groups were higher than that before treatment. Compared with the control group, the elevation of the observation group was more obvious ($P<0.05$). There was no significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups ($P>0.05$). Conclusion: The butylphthalide soft capsule combined with nimodipine can improve the living ability and cognitive level of patients with VaMCI after acute ischemic stroke, with high safety.

[Key words]Acute ischemic stroke; Butylphthalide soft capsule; Vascular mild cognitive disorder; Nimodipine

急性缺血性脑卒中发病急促，病情发展快速，如果不及采取有效的治疗手段，可能会对患者的生命安全造成威胁^[1]。该病常见的并发症中，轻度血管性认知功能障碍（VaMCI）是其中之一，有此并发症的患者会出现学习、记忆和行为能力显著降低^[2]。对于急性缺血性脑卒中后 VaMCI 的治疗，以往临床上常采用尼莫地平，该药对改善患者认知功能具有明显的效果，但是长时间使用会使患者产生耐药性，治疗效果存在一定的局限性，药物利用率受到影响，治疗效果下降^[3]。丁苯酞软胶囊是一种新型的抗脑出血的药物，此药具有一定的修复受损神经功能的作用，可提高患者的认知功能。本研究探讨了以上两种药物联合使用对急性缺血性脑卒中后 VaMCI 的治疗效果，以为临床提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以我院 2021 年 3 月至 2022 年 3 月收治的急性缺血性脑卒中后 VaMCI 患者 96 例纳入研究。纳入标准：（1）经头颅 MRI 和临床检查确诊；（2）存在记忆力减退情况；（3）发病时间未超过 7d；（4）对研究知情同意。排除标准：（1）明确病因（中毒、感染、脑外伤等）引起的颅内疾病者；（2）合并重要脏器疾病者；（3）多部位脑梗死患者；（4）对本研究用药物过敏者；（5）既往存在认知功能障碍者。按随机数字表法分为两组，每组 48 例。观察组男 29 例、女 19 例；年龄 60 至 84 岁，平均（72.19±5.13）岁。对照组男 28 例、女 20 例；年龄 61 至 84 岁，平均（72.23±5.08）岁。两组临床资料对比，无显著差异（ $P>0.05$ ）。本研究已获伦理委员会批准。

1.2 方法

入院后，两组均行常规治疗，包括降低患者的血糖、控制其血压稳定、

调脂及抗血小板聚集和稳定斑块等。在此基础上，对照组口服尼莫地平片（山东健康药业有限公司，国药准字 H37022779，规格：20mg×50s），每次 2 片，每日 3 次，一个疗程 30d。观察组空腹时口服丁苯酞软胶囊（石药集团恩必普药业有限公司，国药准字 H20050299，规格：0.1g×24s），每次 2 粒，每日 3 次，一个疗程 20d。两组均治疗一个疗程的时间。

1.3 观察指标

（1）疗效^[4]：患者生活完全可自理，症状消失，反应速度正常为显效；生活可以自理，症状有所改善，反应速度改善为有效；症状加重或无明显改善为无效。（2）两组的生活能力采用日常生活活动力量表（ADL）^[5]评估，满分 100 分，分值越高说明生活能力越高。采用蒙特利尔认知评估量表（MoCA）^[6]评估两组的认知水平，满分 30 分，分值越高说明认知水平越高。（3）统计两组不良反应（肝功能异常、头晕、胃肠道反应等）。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据分析。其中，计数资料以率（%）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 两组疗效比较

观察组总有效率为 95.83%，高于对照组的 75.00%（ $P<0.05$ ）。见表 1。

表 1 两组疗效比较[例（%）]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照	48	16(33.33)	20(41.67)	12(25.00)	36(75.00)

组					
观察组	48	29 (60.42)	17 (35.42)	2 (4.17)	46 (95.83)
χ^2 值					8.362
<i>P</i> 值					0.004

2.2 两组生活能力和认知水平比较

两组治疗后的生活能力和认知水平较之治疗前均升高，与对照组比，观察组升高更明显 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组生活能力和认知水平比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	ADL 评分		MoCA 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	48	42.05±8.43	54.52±9.11	18.87±4.29	20.87±4.38
观察组	48	42.03±8.41	59.89±9.21	18.83±4.31	25.07±4.65
<i>t</i> 值		0.011	2.781	0.044	4.411
<i>P</i> 值		0.991	0.007	0.965	0.000
<i>t/P</i> 对照组治疗前后比较		6.740/0.000		2.188/0.031	
<i>t/P</i> 观察组治疗前后比较		9.606/0.000		6.602/0.000	

2.3 两组不良反应比较

两组不良反应发生率比较，无显著差异 ($P>0.05$)。见表 3。

表 3 两组不良反应比较[例 (%)]

组别	例数	肝功能异常	头晕	胃肠道反应	发生效
对照组	48	1 (2.08)	0 (0.00)	2 (4.17)	3 (6.25)
观察组	48	2 (4.17)	1 (2.08)	2 (4.17)	5 (10.42)
χ^2 值					0.136
<i>P</i> 值					0.712

3 讨论

神经内科疾病中，急性缺血性脑卒中后 VaMCI 是一种常见病症，诸多学者认为，患者的脑组织微循环障碍与此病症，二者之间具有一定的相关性^[7]。脑组织急性损伤会对患者的脑部产生很大影响，如使其脑灌注量降低，此外患者长时间的慢性脑供血不足，会造成脑细胞代谢异常，导致患者脑组织缺氧，从而使得神经系统出现问题^[8]。对于这一疾病，早诊断早治疗对患者的认知功能改善有利。

有研究^[9]证实，在改善轻度认知功能障碍患者的注意功能和记忆功能方面，尼莫地平能发挥较好的效果。有研究^[10]进一步证实，尼莫地平能使得混合性、老年性及血管性痴呆患者的认知功能得到改善。因此，本研究在开展研究时对照组采用尼莫地平。尼莫地平能通过血-脑脊液屏障，对钙离子进入细胞内能起到阻止的作用，且对平滑肌收缩具有抑制效果，在改善血管痉挛方面作用明显，此药具有保护脑神经元的功效。另外，尼莫地平在增进脑血灌注和改善脑供血方面效果较好，且能提高患者对缺氧的耐受力。但是，急性期治疗多使用尼莫地平，若是长期服用此药，会增加患者的肝脏负担。因此，临床上常建议将尼莫地平与其他药物联合使用。丁苯酞软胶囊在抗脑缺血和降低脑水肿方面作用较好，能对脑损伤的多个病

理环节进行阻断，可有效改善血流量、缺血脑区的微循环及脑能量代谢，对神经细胞凋亡具有抑制作用^[11-12]；同时，丁苯酞软胶囊能保证脑部能量正常供应。有研究^[13]认为，丁苯酞软胶囊能改善 VaMCI 患者的执行功能。本研究中，观察组采用尼莫地平片与丁苯酞软胶囊联合用药治疗，其疗效、ADL 评分和均较之对照组偏高 ($P<0.05$)，说明单一药物使用的效果不及两种药物联合使用。此外，联合用药不会增加不良反应发生率，安全性高。

综上所述，急性缺血性脑卒中后 VaMCI 患者采用丁苯酞软胶囊联合尼莫地平治疗，能提高患者的生活能力和认知水平，安全性高，值得推广。

参考文献:

[1]许朝卿, 孙鑫海, 舒龙, 等.银杏达莫联合丁苯酞治疗缺血性脑卒中后认知功能障碍患者的临床研究[J].中国临床药理学杂志, 2021, 37 (14): 1846-1850.

[2]陶晓晓, 彭飞飞, 黄阳萍, 等.丁苯酞治疗急性缺血性脑卒中后轻度血管性认知功能障碍的临床观察[J].中华老年心脑血管病杂志, 2021, 23 (2): 144-147.

[3]蒙迪, 黄微, 谭峰.丁苯酞软胶囊联合阿司匹林治疗急性脑梗死的临床效果及其机制研究[J]. 中国医药, 2021, 16 (1): 63-66.

[4]杨旭, 范欣, 杨希.银杏酮酯片联合丁苯酞软胶囊治疗血管性轻度认知功能障碍的临床研究[J].现代药物与临床, 2020, 35 (6): 1089-1092.

[5]Qin W, Jiang M, Cheng M, et al. Effect of butylphthalide soft capsule combined with urinary kallidinogenase on vascular endothelial function and ability of daily life in patients with acute cerebral infarction[J]. China Medicine and Pharmacy, 2018, 21 (10): 198-199.

[6]王艳茹.丁苯酞治疗急性脑梗死合并轻度认知功能障碍的效果[J].中国医药导报, 2018, 15 (35): 78-81.

[7]李伟, 陈颖, 朱新岭, 等.丁苯酞联合奥拉西坦治疗急性脑梗死后认知障碍的疗效观察[J].中国药师, 2018, 21 (7): 1202-1204+1213.

[8]Zhang W, Zuo P, Wang F, et al. Efficacy of Butylphthalide Soft Capsules Combined with Shuxuetong Injection in the Treatment of Acute Cerebral Infarction[J]. IOP Conference Series: Earth and Environmental Science, 2020, 15 (16): 297-298.

[9]王金良, 巫碧佳, 区腾飞, 等.舍曲林联合尼莫地平对急性缺血性卒中患者血管性认知功能损害的影响[J].药物评价研究, 2018, 41 (11): 2039-2042.

[10]雷友富, 谢燕.西洛他唑片联合尼莫地平对脑卒中后血管性痴呆合并脑白质病变患者认知功能及脑出血风险的影响[J].包头医学院学报, 2020, 11 (3): 98-99.

[11]Wang K, Fang Q J, Wu X, et al. Effect of butylphthalide soft capsule on the anti-inflammatory effect and plaque stability in patients with ischemic cerebrovascular disease and carotid atherosclerosis[J]. Journal of Hainan Medical University, 2017, 27 (8): 890-892.

[12]刘舒, 李永秋, 刘桂玲, 等.奥拉西坦联合丁苯酞软胶囊对卒中后血管性痴呆患者神经功能及血清脑源性神经营养因子水平的影响[J].中国慢性病预防与控制, 2019, 27 (7): 538-541.

[13]陈新星, 张丽.丁苯酞软胶囊对脑梗死后轻度认知功能障碍患者脑血流灌注和认知功能的影响[J].实用临床医药杂志, 2020, 24 (21): 50-53.

银杏叶片联合苯磺酸氨氯地平片治疗高血压的疗效分析

张亚君

咸阳市三原县医院 急诊科 陕西咸阳 713800

摘要：目的：评价高血压治疗中，银杏叶片与苯磺酸氨氯地平片联合治疗的应用价值。方法：选择 128 例高血压患者加以观察，将其随机分组后，分别为：对照组患者予以苯磺酸氨氯地平片治疗，观察组患者予以苯磺酸氨氯地平片+银杏叶片治疗，比较疗效、血压、血脂及血清 NO（血清一氧化氮）结果，并做分析。结果：治疗后，治疗总有效率比，观察组高于对照组（ $p<0.05$ ）；治疗后，观察组收缩压、舒张压低于对照组，血清 NO 水平高于对照组（ $p<0.05$ ）；治疗后，观察组患者甘油三酯、总胆固醇水平低于对照组（ $p<0.05$ ）。结论：高血压治疗中，联合使用银杏叶片与苯磺酸氨氯地平片治疗更具有优势，可提高疗效，降低血压，改善血清 NO 水平，降低血脂水平，值得应用。

关键词：高血压；银杏叶片；苯磺酸氨氯地平片；血压；血脂

高血压是临床常见的慢性疾病，亦是诱发多种心脑血管疾病的重要危险因素。因偶尔头晕及头痛等均为该疾病常见症状，易与其他疾病混淆，患者常会忽视该疾病的治疗，错过最佳时间，可增加治疗难度。高血压发病后初期，患者身体无明显症状，随着疾病进展，细小动脉逐渐硬化，可引发斑块及血栓等，均可对患者心、肾器官等造成严重损害，严重者可对患者生命造成威胁^[1]。多数高血压患者均存在不同程度达标率低、血压波动幅度大、血压控制不良等问题，故为提高该疾病治愈率，临床医师在为患者选择药物治疗时，需要遵循患者病情变化、治疗程度、长效及安全性等原则^[2]。临床常用药物包括苯磺酸氨氯地平片，属于钙通道阻滞剂，可降低心脏收缩性，改善血压。有研究^[3]显示，治疗高血压中，在常规苯磺酸氨氯地平片基础上，加用银杏叶片可改善血脂水平，可控制疾病进展。鉴于此，文章对高血压患者予以苯磺酸氨氯地平片与银杏叶片联合治疗，观察是否可达到提高疗效、改善血压及血脂水平等结果。

1 资料与方法

1.1 基线资料

选择高血压患者共 128 例，将其随机分组后，每组各 64 例，就诊时间为 2019 年 1 月-2020 年 12 月。患者年龄、病程等资料保持一致（ $p>0.05$ ），详细如下：观察组患者病程 2.1-10.6 年，平均病程（ 3.24 ± 0.15 ）年，年龄 39-79 岁，平均年龄（ 56.36 ± 3.54 ）岁，男性 34 例，女性 30 例；对照组患者病程 2.3-10.7 年，平均病程（ 3.51 ± 0.62 ）年，年龄 39-78 岁，平均年龄（ 57.41 ± 3.61 ）岁，男性 35 例，女性 29 例。此研究经本院伦理委员会批准。

诊断标准：经血压、血脂等监测，结合《高血压诊断与治疗指南》^[4]确立诊断患者均为高血压。

纳入条件：患者均为高血压；患者、家属均了解此研究，自愿参与、签署协议；患者临床资料完整。

排除条件：精神疾病；免疫系统疾病；银杏叶片、苯磺酸氨氯地平片过敏者；传染疾病；妊娠期妇女；严重心血管疾病。

1.2 方法

对照组患者予以苯磺酸氨氯地平片治疗，具体如：指导患者服用苯磺酸氨氯地平片（络活喜，辉瑞制药有限公司，国药准字 H10950224，规格：5mg），初始服用剂量控制在每日 1 次，每次 5mg 即可，血压严重升高患者，每日服用 1 次，每次服用 10mg 即可。

观察组患者予以苯磺酸氨氯地平片与银杏叶片联合治疗，具体如：指导患者服用银杏叶片（奇力，海口奇力制药股份有限公司，国药准字 Z20053069，规格：9.6mg*24s），选择口服，每日服用 3 次，每次服用 2 片即可。同时需要按照对照组方式服用苯磺酸氨氯地平片。

持续治疗两周，治疗期间严格监测患者血压水平，并做记录，出现异常及时上报并处理。

1.3 观察指标

1.3.1 统计两组患者疗效，显效：治疗后，患者症状消失，血压恢复正常标准，无并发症出现；有效：治疗后患者头晕等症状均改善，血压降低，接近正常值，但未达到正常标准，疾病无进展；无效：治疗后，患者头晕等症状、血压水平均无改善，甚至加重，部分患者已引发冠心病、高脂血症等并发症。总有效=显效+有效。

1.3.2 统计两组患者血压变化、血清 NO（血清一氧化氮）水平，治疗前及治疗两周后通过自动血压测量仪测量血压，并做记录；血清 NO 采集血液、分离血清，选择硝酸还原酶法检测，并做记录。

1.3.3 统计两组患者血脂水平，治疗前及治疗后，采集血液，检测血浆中血脂含量，包括甘油三酯、总胆固醇。

1.4 统计学分析

取 SPSS19.0，检验中：计量资料（ $\bar{x}\pm s$ ）—t，计数资料— χ^2 ， $p<0.05$ 差异明显。

2 结果

2.1 疗效

治疗后，治疗总有效率比，观察组高于对照组（ $p<0.05$ ），见表 1。

表 1 疗效[n（%）]

组	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	64	23(35.94)	26(40.63)	15(23.44)	49(76.56)
观察组	64	29(45.31)	30(46.88)	5(7.81)	59(92.19)
χ^2	-	-	-	-	5.926
p	-	-	-	-	0.015

2.2 血压变化、血清 NO 比

治疗前，收缩压、舒张压、血清 NO 水平比未见较大差异（ $p>0.05$ ）；治疗后，观察组收缩压、舒张压低于对照组，血清 NO 水平高于对照组（ $p<0.05$ ），见表 2。

表 2 血压变化、血清 NO 比（ $\bar{x}\pm s$ ）

组	例数	收缩压（mmHg）		舒张压（mmHg）		血清 NO（umol/L）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	64	165.58±13.65	125.69±12.36	111.39±11.47	95.69±8.47	57.64±8.74	68.48±8.96
观察组	64	163.47±12.48	119.41±12.47	110.47±11.32	91.36±8.72	57.79±8.45	73.41±8.12

组						
t	0.913	2.861	0.457	2.850	0.099	3.262
p	0.182	0.002	0.324	0.003	0.461	0.001

2.3 血脂水平比

治疗前, 两组患者血脂水平比未见较大差异 ($p>0.05$); 治疗后, 观察组患者甘油三酯、总胆固醇水平低于对照组 ($p<0.05$), 见表 3。

表 3 血脂水平比 ($\bar{x}\pm s$, mmol/L)

组	例数	甘油三酯		总胆固醇	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	64	3.58±1.01	1.39±0.39	7.39±1.47	5.01±1.47
观察组	64	3.14±1.01	1.21±0.37	7.47±1.32	4.36±1.02
t	-	2.464	2.679	0.324	2.906
p	-	0.008	0.004	0.373	0.002

3 讨论

流行病学资料显示^[5], 近 10 年高血压发病率正呈年轻化趋势发展, 已经对我国人民整体健康造成严重影响。高血压药物治疗中, 临床需要牢记治疗目标: 稳定血压、保护心脑血管靶器官、改善血脂水平、改善远期预后^[6]。

本文研究结果显示: 治疗后, 治疗总有效率比, 观察组高于对照组, 观察组收缩压、舒张压低于对照组, 血清 NO 水平高于对照组, 观察组患者甘油三酯、总胆固醇水平低于对照组。黄春梅等人^[7]研究中, 对老年原发性高血压患者予以银杏叶片联合苯磺酸氨氯地平片治疗, 发现联合治疗后可提高疗效、降低血压、改善血清 NO 水平。故综合此次研究与他人研究结果, 可证明此研究药物治疗方案效果显著。

苯磺酸氨氯地平片: 该药属于钙拮抗剂, 可选择性抑制钙离子进入平滑肌细胞膜、心肌细胞, 随之降低心脏收缩性, 降低外周血管阻力, 稳定血药降压浓度的时间相对较长, 故可在用药后长时间发挥抗高血压的作用^[8]。另外亦可改善血清 NO 水平, 作用在平滑肌细胞上, 舒张血管, 改善血流, 且在使用中可保护靶器官, 预防疾病或药物对机体的损伤, 更好的预防高血压高峰期引发心脑血管事件^[9]。

银杏叶片: 本品含有材料主要通过提取白果树叶子中有效成分, 作用于疾病, 白果树叶子的主要作用为活血化瘀, 其二可改善患者血管弹性、通透性, 减低血液中含有的总胆固醇量、甘油三酯, 随之可控制动脉硬化, 改善血压, 预防高血压^[10-11]。其三可有效清除血管壁的长期沉积的成分、垃圾, 改善动脉斑块, 促进血管血流的流通情况, 增加红细胞分解能力, 预防高血压进展为脑出血等疾病^[12]。

联合治疗: 两种药物均有其优势, 均可作用于高血压, 改善症状, 控制疾病进展。联合使用可取长补短, 增加药物正性协同作用, 提高疗效, 缩短治疗时间, 减少长期用药的不良反应^[13]。且对于慢性疾病中的高血压, 因引发疾病因素多样化, 并发症较严重, 故不能仅局限于单种药物治疗, 需要联合用药降压, 才可促进患者健康^[14-16]。另外在治疗疾病中, 亦需注重高血压的并发症预防, 如心血管疾病等, 联合用药可标本兼顾, 治疗疾病的同时, 保护靶器官, 故可改善远期预后^[17-18]。因此, 高血压治疗中, 联合使用苯磺酸氨氯地平片于银杏叶片, 可达到提高疗效、改善血压及血脂水平、血清 NO 等预期结果, 为更多高血压患者带来益处。

综上, 高血压治疗中, 苯磺酸氨氯地平片与银杏叶片联合使用效果显著, 可提高疗效、降低收缩压、舒张压, 改善血清 NO 与血脂水平, 值得推荐。但笔者认为此次研究数据少、时间短, 故研究结果不具有真实性、准确性, 需要临床相关人员进一步探讨苯磺酸氨氯地平片、银杏叶片联合治疗高血压的意义, 为临床诊疗高血压提供一定依据。

参考文献:

[1]张利燕. 苯磺酸氨氯地平片治疗社区高血压患者的临床效果[J]. 医疗装备, 2017, 30 (011): 135-136.

[2]郑海波. 夏枯草汤联合苯磺酸氨氯地平治疗老年高血压的疗效及对患者血浆内皮素-1 的影响[J]. 中国基层医药, 2018, 25 (20): 2624-4

[3]张天峰. 苯磺酸左旋氨氯地平片治疗高血压的疗效观察[J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2 (029): 27-28.

[4]王海燕. 高血压诊断与治疗指南[M]. 南京大学出版社, 1988.

[5]刘丽丽, 常浩, 赵蕾蕾, 等. 苯磺酸左旋氨氯地平片治疗高血压临床治疗效果评价[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 37 (96): 139-139.

[6]姜北, 胡元会, 张安晶, 等. 五苓散联合苯磺酸氨氯地平片治疗痰湿壅盛型高血压[J]. 世界中医药, 2020, 015 (004): 613-616.

[7]黄春梅. 银杏叶片联合苯磺酸氨氯地平治疗老年原发性高血压的疗效观察[J]. 临床合理用药杂志, 2015, 000 (009): 35-36.

[8]向建慧. 高血压经苯磺酸左旋氨氯地平片治疗的效果评价[J]. 临床医学研究与实践, 2016, 1 (011): 27-27.

[9]孙淑芬. 苯磺酸左旋氨氯地平片治疗高血压临床治疗效果评价[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2017, 5 (022): 61-61.

[10]王德胜, 钟秋明, 钟星明. 苯磺酸左旋氨氯地平片治疗高血压临床疗效观察[J]. 当代医学, 2016, 22 (031): 118-119.

[11]李琛琛, 李丹. 用苯磺酸氨氯地平片联合吲达帕胺胶囊治疗老年性高血压的疗效研究[J]. 当代医药论丛, 2017, 15 (004): 34-35.

[12]赵明娟, 马琳璐, 李柄辉, 等. 银杏叶滴丸联合降压药治疗原发性高血压有效性的系统评价与 Meta 分析[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2019, 11 (008): 910-913, 918.

[13]王斯玥, 高海亮, 张聪, 等. 基于系统评价的银杏叶片治疗高血压病、脑梗死、冠心病心绞痛药物经济学分析[J]. 世界中西医结合杂志, 2019, 14 (04): 35-42.

[14]李嘉晖, 黄睿祺. 苯磺酸氨氯地平片治疗轻中度高血压的临床疗效与药理分析[J]. 深圳中西医结合杂志, 2016, 26 (020): 134-135.

[15]李娟. 银杏叶片联合非洛地平治疗社区高血压的临床疗效[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36 (008): 95-95.

[16]罗培源, 林文宏, 曾斌, 等. 银杏叶片联合降压药治疗原发性高血压的效果评价[J]. 心血管病防治知识, 2020, 10 (13): 46-48.

[17]李要锋. 银杏叶片联合硝苯地平对高血压患者血压及血液流变学指标的影响[J]. 山西中医学院学报, 2018, 19 (01): 55-56+83.

[18]孙丽, 鲁卫星, 宋欣丽, 等. 银杏叶片联合钙离子通道阻滞剂治疗高血压病的系统评价[J]. 世界中西医结合杂志, 2020, 15(3): 409-412, 441.

[19]王利红. 银杏叶片联合苯磺酸氨氯地平治疗老年高血压的疗效观察. 中国保健营养, 2016, 26 (18): 227-228

[20]韩香蕊. 银杏叶片联合苯磺酸氨氯地平治疗老年高血压疗效观察. 中国现代药物应用, 2014 (19): 133-134

[21]郭炜, 陈珮. 银杏叶片联合苯磺酸氨氯地平治疗老年高血压疗效观察. 中医药学报, 2013, 41 (2): 90-92

[22]孙琳. 银杏叶片在老年高血压临床治疗中的应用价值. 内蒙古中医药, 2015 (4): 11-12

[23]洪燕, 谢艳芳, 万彦婷, 等. 银杏叶滴丸联合苯磺酸氨氯地平对老年高血压患者血浆 TRAIL 死亡受体 sDR4、sDR5 的影响. 心血管康复医学杂志, 2014, 23 (1): 86-89

[24]马霞. 银杏蜜环口服溶液联合苯磺酸氨氯地平治疗老年高血压的疗效观察. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5 (71): 172

[25]丑明一. 银杏叶滴丸与复方丹参滴丸联合苯磺酸氨氯地平片治疗高血压病的临床疗效. 内蒙古中医药, 2016, 35 (14): 102-103

小儿肺炎采用抗菌药物序贯治疗的效果分析

周慧茹

青铜峡市人民医院儿科 宁夏青铜峡市 751600

摘要：目的：探讨抗菌药物序贯治疗对小儿肺炎的治疗效果。方法：将2020年6月到2021年6月在本院进行治疗的小儿肺炎的患者160例作为本次的观察对象，并将这160例观察对象随机分为实验组和对照组两组，每组有80例在本院治疗的小儿肺炎的患者，两组小儿肺炎的患者均采用常规的治疗方法进行治疗，对照组的80例患儿在常规治疗的基础上使用阿奇霉素进行治疗，而实验组的80例小儿肺炎的患者则是选取红霉素以及阿奇霉素序贯治疗，并将两组小儿肺炎患者的临床总有效率、临床症状消失的时间和住院的时间、不良反应的发生情况、治疗前后两组小儿肺炎患者生活质量的评分情况以及对治疗的满意度情况进行对比和分析。结果：在两组小儿肺炎患者采取有效的治疗措施之前，两组患儿的生活质量评分情况对比不具有统计学意义（ $p>0.05$ ），而两组小儿肺炎的患者在采取不同的治疗方法进行治疗后，两组小儿肺炎患者的临床总有效率、症状消失时间和住院时间、不良反应的情况以及生活质量的评分情况和对治疗的满意度情况均优于采用阿奇霉素进行治疗的对照组的患儿，且两组小儿肺炎患者的治疗情况对比产生的差异数据具有意义（ $p<0.05$ ）。结论：本文通过对小儿肺炎的患者使用使用抗菌药物序贯治疗，可以有效的缓解患儿的临床症状，能够快速去改善患儿的症状和体征，加快患儿的健康恢复，同时也能够降低出现不良反应的几率，具有一定的安全性。改善患者的生活质量，同时可以提高患儿的临床治疗效果，在临床上值得推广和使用。

关键词：抗菌药物序贯治疗；小儿肺炎；治疗效果

肺炎是目前临床上非常常见的一种呼吸系统的疾病。由于患儿的中枢调节系统并没有完全的发育成熟，同时患儿的机体免疫力比较低，肺组织的弹性也比较差，因此也大大的增加了肺炎风险的发生。在患儿患有肺炎以后会出现发热、咳嗽、肺啰音以及呼吸急促等临床症状。肺炎具有起病急、病情发展迅速的特点，同时肺炎还会损伤患儿的心肺功能，如果没有及时的进行治疗，很容易引发患儿出现呼吸衰竭以及心力衰竭等情况，不仅降低了患儿的生活质量，同时也严重地威胁到了患儿的生命安全。目前在临床上对于小儿肺炎的治疗主要采取抗菌药物进行治疗，但是不同的治疗方案治疗的效果也不同。目前在临床上对小儿肺炎的患者采取药物治疗的模式为药物循环治疗模式，而比较常用的药物主要是阿奇霉素和红霉素，能够对小儿肺炎患者的疾病症状起到很好的缓解作用。但是有部分小儿肺炎的患者，在使用抗菌药物进行治疗的过程中会对药物治疗产生耐药性，影响着患儿的治疗效果。而红霉素、阿奇霉素抗菌药物序贯疗法，能够在很长时间内维持血药浓度，延长药物的作用时间，提高患儿的治疗效果。为了能够更加的明确抗菌药物序贯疗法对小儿肺炎的应用价值，本文将对在本院进行治疗的小儿肺炎的患者采用抗菌药物序贯疗法进行治疗，并将结果进行对比和分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2020年6月到2021年6月在本院进行治疗的小儿肺炎的患者160例作为本次的观察对象，并将这160例小儿肺炎的患者随机分为实验组和对照组两组，每组有80例小儿肺炎的患者，在对照组的80例小儿肺炎的患者中，有男性小儿肺炎的患者44例，女性小儿肺炎的患者36例，年龄在1~9岁之间，平均年龄在（ 5.15 ± 2.48 ）岁，患儿的病程为0.5~4.0天，平均病程为（ 2.17 ± 1.04 ）天。而实验组的80例小儿肺炎的患者当中，有男性小儿肺炎的患者48例，女性小儿肺炎的患者为32例，年龄在1.5~11岁之间，平均年龄在（ 5.57 ± 2.67 ）岁，患儿的病程为0.5~4.5天，平均病程为（ 2.69 ± 1.13 ）天。纳入标准：所有参加本次研究的小儿肺炎的患者都符合临床的诊断指南和标准，同时也通过临床的检查被确诊为小儿肺炎；参与本次研究的小儿肺炎患者的病历资料以及实验室的检查资料均没有缺失的情况；这些小儿肺炎的患者均对青霉素类以及头孢类的药物过敏；这些小儿肺炎患者的家属对于本次的研究完全知情，清楚研究的内容、研究的风险、愿意主动配合本次研究，同时自愿签署知情同意书；本次的研究是通过本院伦理委员会审核批准进行的。排除标准：排除伴有认知以及意识障碍的小儿肺炎患者；排除合并伴有严重器质性疾病的肺炎患者；

排除对本次研究的药物过敏的小儿肺炎患者；排除机体存在非常严重的感染性疾病的小儿肺炎患者，如支气管哮喘的小儿肺炎患者；排除伴有心力衰竭或者是呼吸衰竭的小儿肺炎患者；排除病历资料缺失以及病历资料不真实或者是在治疗时中断以及随访失联的小儿肺炎患者。两组小儿肺炎的患者均符合本次研究的纳入标准，同时两组小儿肺炎的患者临床资料对比产生的差异数据不具有统计学意义（ $p>0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法

在两组小儿肺炎的患者入院以后，需要对两组小儿肺炎患者采用止咳、退热以及平喘等对症的治疗方法进行治疗，而对照组的80例小儿肺炎的患者（5岁以上）是在对症治疗的基础上使用阿奇霉素，并采用静脉的方式进行治疗，每天使用1次，每次使用10mg/kg，连续静脉用药5天，随后中间停止给药4天以后，将其给药的方式调整为阿奇霉素口服，每天服用1次，每次服用20mg/kg，连续使用3~5天。而实验组的80例小儿肺炎的患者则是在对症治疗以及对照组治疗的基础上使用红霉素和阿奇霉素序贯治疗，红霉素采用静脉滴注的方式给药，每天给药两次，每次给药的剂量为10mg/kg，总剂量为20mg/kg，连续静脉用药3~5天，直到小儿肺炎的患者发热的症状消退以后，再使用阿奇霉素序贯治疗，用药的方法以及具体的剂量与对照组相同，均是（5岁以上的患儿）采用静脉的方式每天给药1次，每次的剂量为10mg/kg，连续静脉给药5天，中间停止使用4天，然后再指导患者口服阿奇霉素，每天服用1次，每次服用20mg/kg，连续使用3~5天。如果患儿的年龄在5岁以下则需要尽量进行口服。两组患者的治疗时间均为3~4周。

1.3 观察指标

将两组小儿肺炎的患者采用不同的治疗方法治疗后，两组患儿的临床总有效率以及症状消失时间和住院的时间、两组患儿不良反应的发生情况、治疗前后患儿生活质量的评分情况、患儿对治疗的满意度情况进行对比和分析。①临床总有效率，包括显效、有效以及无效。显效是指小儿肺炎的患者在接受治疗以后，患儿的发热、咳嗽等临床症状全部消失不见，同时肺部的炎症消失。有效是指小儿肺炎的患者在接受治疗以后，发热、咳嗽等临床症状均出现明显的好转，而且肺部征象良好吸收。无效是指小儿肺炎的患者在接受治疗以后，临床症状均没有任何的变化，同时可能出现加重的情况，并且在接受X线检查后发现患儿的肺部征象非常明显。②患儿的症状消失包括退热、咳嗽、气促以及肺啰音的消失。③小儿肺炎患者出现不良反应的情况包括皮疹、胃部不适和肝功能异常的情况。④患儿的生活质量主要采取问卷评估的方式进行评分，得分越高则代表患儿的生活

活质量越好。⑤患儿对治疗的满意度情况主要采用满意度量表进行调查评分,由患者的家属进行填写,包括满意、基本满意和不满意三种情况。

1.4 统计学分析

采用 SPSS20.0 软件对数据进行处理和分析,计数资料用(n/%)来表示,用 χ^2 进行检验,计量资料用标准差±来表示,用t进行检验,当 $p<0.05$ 时有统计学意义。

2 结果

2.1 在两组小儿肺炎的患者采取不同的治疗方法进行治疗后,通过红霉素与阿奇霉素序贯治疗的实验组小儿肺炎的患者临床总有效率优于采用阿奇霉素进行治疗的对照组小儿肺炎的患者,且两组小儿肺炎患者的临床总有效率对比后产生的差异数据具有统计学意义($p<0.05$)见表1

表2 两组患儿症状消失的时间和住院时间的对比情况

组别	退热时间	咳嗽消退时间	气促消失时间	肺啰音消失时间	住院时间
对照组	4.59±1.06	8.31±2.41	5.64±1.29	7.06±2.14	8.85±2.06
实验组	3.35±1.04	5.74±1.21	4.01±0.92	4.39±1.62	6.02±1.93
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 通过红霉素和阿奇霉素序贯治疗的实验组小儿肺炎的患者不良反应的发生情况优于采用阿奇霉素进行治疗的对照组小儿肺炎的患者,且两组小儿肺炎患者不良反应的发生情况对比后产生的差异数据具有统计学意义($p<0.05$)见表3

表3 两组患儿不良反应发生情况的对比

组别	皮疹	胃部不适	肝功异常	不良反应率
实验组	1 (1.25%)	1 (1.25%)	0 (0.00%)	2 (2.50%)
对照组	5 (6.25%)	5 (6.25%)	1 (1.25%)	11 (13.75%)
P				<0.05

2.4 在两组小儿肺炎患者采取不同的治疗方法进行治疗前,两组小儿肺炎患者的生活质量评分对比产生的差异数据不具有统计学意义($p>0.05$),而两组小儿肺炎患者在采取不同的治疗方法治疗后,通过红霉素和阿奇霉素序贯治疗的实验组小儿肺炎的患者生活质量评分情况优于采用阿奇霉素进行治疗的对照组小儿肺炎的患者,且两组患儿的生活质量评分对比产生的差异数据具有统计学意义($p<0.05$)见表4

表4 两组患者治疗前后生活质量的对比情况

组别	治疗前	治疗后
实验组	61.64±2.95	88.31±3.55
对照组	61.22±2.45	79.65±3.69
P	>0.05	<0.05

2.5 通过红霉素和阿奇霉素进行治疗的实验组小儿肺炎的患者对治疗的满意度情况优于采用阿奇霉素进行治疗的对照组小儿肺炎的患者,且两组小儿肺炎患者对治疗的满意度情况对比后产生的差异数据具有统计学意义($p<0.05$)见表5

表5 两组患儿对治疗满意度的对比情况

组别	满意	基本满意	不满意	总满意度
实验组	70 (87.50%)	9 (11.25%)	1 (1.25%)	79 (98.75%)
对照组	58 (72.50%)	15 (18.75%)	7 (8.75%)	73 (91.25%)
P				<0.05

3 讨论

由于儿童的年龄比较小,机体的免疫力比较差,同时机体发育的不成熟,就会导致外界病菌的侵入,从而引发患儿出现肺炎的情况。患儿在患病以后会出现发热、咳嗽、腹泻以及呼吸困难等临床症状,如果没有及时的进行治疗,就会引发患儿出现各种并发症的情况,不仅会降低患儿的生活质量,同时也会威胁到患儿的生命安全。所以在临床上应该及时给予小儿肺炎患者进行有效的治疗,改善患儿的临床症状,促进患儿的健康恢复。阿奇霉素是一种新型的大环内酯类的药物,通过口服用药能够提高药物的

表1 两组患儿临床总有效率的对比情况

组别	显效	有效	无效	有效率
对照组	34 (42.50%)	28 (35.00%)	18 (22.50%)	62 (77.50%)
实验组	44 (55.00%)	32 (40.00%)	4 (5.00%)	76 (95.00%)
P				<0.05

2.2 在两组小儿肺炎的患者采取不同的治疗方法进行治疗后,通过红霉素与阿奇霉素序贯治疗的实验组小儿肺炎的患者症状消失的时间和住院的时间均优于采用阿奇霉素进行治疗的对照组小儿肺炎的患者,且两组小儿肺炎患者的症状消失的时间和住院时间对比后产生的差异数据具有统计学意义($p<0.05$)见表2

吸收率,同时血浆的半衰期比较长,对于多种病菌能够发挥非常强的抗菌效果,但是相对而言血清药物的浓度比较低,所以在临床应用时会有一定的局限性。目前在小儿肺炎药物治疗过程中,常见的抗菌药物序贯治疗主要是指小儿肺炎患者在采用药物治疗期间选择半衰期长同时生物利用率接近注射的药物,通过静脉滴注抗菌药物一段时间以后再选择口服抗菌药物进行治疗,直到患儿的病情稳定。这种治疗的方法是指同一种药物在不同质量之间的转换来维持患儿炎症部位的治疗效果,使炎症部位在进行药物治疗期间,能够始终保持着非常高的血药浓度。由于阿奇霉素的治疗具有一定的局限性,患儿在服用药物以后血液中的药物浓度比较低,所以需要联合红霉素来弥补在血液中抗菌浓度比较低的问题。红霉素和阿奇霉素联合使用能够在很短的时间内缓解患儿的临床症状,同时也能够缩短患儿的住院时间,减轻家庭的经济压力,同时也能够提高患儿药物治疗的安全性。

本文对小儿肺炎的患者采用抗菌药物序贯治疗,能够有效的改善患儿的临床症状,缩短患儿的住院时间,同时也能够减轻患儿出现不良反应的几率,提高患儿用药的安全性以及患儿的生活质量,同时也能够提高患儿在临床上的治疗效果和对治疗的满意度,值得推广和使用。

参考文献:

- [1]张丽伟.阿奇霉素序贯治疗小儿肺炎支原体肺炎的效果[J].深圳中西医结合杂志,2020,30(12):126-128.
- [2]刘雪根.基层医院抗菌药物序贯治疗小儿肺炎的应用效果分析[J].基层医学论坛,2019,23(20):2945-2955.
- [3]邱燕霞.分析抗菌药物序贯治疗对改善小儿肺炎治疗效果的影响[J].系统医学,2021,03(20):101-103.
- [4]张莉娅.阿奇霉素序贯疗法联合双黄连口服液治疗小儿支原体肺炎的临床疗效及其对炎症因子的影响[J].中国医药科学,2020,38(22):105-107.
- [5]刘晚蓉,缪华.红霉素、阿奇霉素序贯疗法与单用阿奇霉素治疗小儿肺炎支原体肺炎的临床疗效评价[J].现代诊断与治疗,2021,28(11):1994-1995.
- [6]连琛琛.红霉素和阿奇霉素序贯疗法对小儿肺炎支原体肺炎的疗效比较[J].中外女性健康研究,2021(4):20-21.
- [7]蔡玉峰.阿奇霉素序贯疗法对小儿肺炎支原体肺炎呼吸系统的改善效果[J].中国保健营养,2021,30(4):350.
- [8]谭瑞.阿奇霉素序贯疗法治疗小儿肺炎支原体肺炎的临床观察[J].中国保健营养,2021,30(1):140-141.

小儿惊厥采用地西洋联合苯巴比妥治疗的效果分析

周慧茹

青铜峡市人民医院儿科 宁夏青铜峡市 751600

摘要：目的：探讨苯巴比妥联合地西洋对小儿惊厥的治疗效果。方法：将2019年8月到2021年8月在本院进行治疗的小儿惊厥的患者100例作为本次的观察对象，并将这100例小儿惊厥的患者随机分为实验组和对照组两组，每组有50例小儿惊厥的患者，在对照组的50例小儿惊厥的患者当中采取苯巴比妥进行治疗，而实验组的50例小儿惊厥的患者则是采用苯巴比妥联合地西洋进行治疗，并将两组小儿惊厥患者治疗后的临床治疗效果和疾病的复发率、不良反应的发生率进行对比和分析。结果：采用苯巴比妥联合地西洋进行治疗的实验组小儿惊厥的患者临床治疗的效果以及疾病的复发率和不良反应的发生率均优于采用苯巴比妥进行治疗的对照组的患儿，且两组患儿的临床治疗效果和疾病复发率以及不良反应的发生率对比后产生的差异数据具有统计学意义（ $p < 0.05$ ）。结论：本文对小儿惊厥的患者采用苯巴比妥联合地西洋进行治疗，能够有效地提高小儿惊厥患者的临床治疗效果，同时也能够降低疾病出现复发的几率，改善患儿出现不良反应的情况，促进患儿的健康恢复，在临床上值得推广和使用。

关键词：小儿惊厥；苯巴比妥；地西洋；治疗效果

惊厥是在小儿发育过程中非常常见的一种疾病，临床上认为引发小儿出现惊厥主要是由于病毒感染和代谢性疾病以及颅脑损伤而引起的。在患儿出现惊厥以后，多表现出突发性的肌群强直以及阵挛性抽搐，同时患儿还会伴有非常严重意识障碍的情况。惊厥不仅会影响到小儿患者的生活质量，同时也会威胁到小儿患者的生命安全，包括影响患儿的脑功能、心功能，如果没有及时的对小儿惊厥的患者采取有效的措施进行治疗，就会影响患儿的生长和发育，甚至还会导致部分的患儿出现癫痫，从而严重的影响了患儿的一辈子。经过调查发现，目前惊厥在患儿中的发病率为2%~5%，特别是对于18~22个月的小儿患者来说，出现惊厥的几率会更高，主要的发病年龄在6个月到3岁的患儿当中。对于>6岁的患儿来说，因为这时期患儿的大脑发育已经趋于完善的状态，所以出现惊厥的几率也会逐渐的降低。小儿惊厥对于患儿的生命健康会产生很大的威胁，这主要因为惊厥在发病早期容易出现反复且长时间的热性惊厥的情况，在惊厥发作的过程中，患儿的体温高达38.5℃。目前临床上对于小儿惊厥的治疗主要是通过给予抗癫痫的药物进行治疗，但是经过近几年的研究发现，长时间的服用抗癫痫的药物会给患儿的机体造成很多的毒副作用，影响着临床的治疗效果，同时也会降低患儿的生活质量。而近几年在临床上对小儿惊厥治疗时，苯巴比妥和地西洋的应用比较多。为了能够更加的明确苯巴比妥和地西洋对小儿惊厥患者的治疗效果，所以本文将探讨苯巴比妥联合地西洋对小儿惊厥治疗的效果，并将结果进行对比和分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2019年8月到2021年8月在本院进行治疗的小儿惊厥的患者100例作为本次的观察对象，并将这100例观察对象随机分为实验组和对照组两组，每组有50例小儿惊厥的患者，对照组的50例小儿惊厥的患者当中，有男性患儿33例，女性患儿17例，年龄在（3.08±1.25）岁，这些患儿在惊厥发作的时候持续时间<15分钟的有36例，而持续时间≥15分钟的有14例。实验组的50例小儿惊厥的患者当中有男性患儿30例，女性患儿20例，年龄在（3.15±0.97）岁，在这50例小儿惊厥的患者当中发作的持续时间<15分钟的有34例，发作的时间≥15分钟的有16例。在两组小儿惊厥的患者当中包含热性惊厥的患儿有42例、无热性惊厥的患儿有58例。纳入标准：两组小儿惊厥的患者均符合小儿惊厥临床诊断标准，同时小儿惊厥患者的年龄在1.5~6.0岁之间，并且两组患儿的家属自愿签署知情同意书。排除标准：排除临床资料不全以及中途退出的患儿，同时排除对地西洋和苯巴比妥过敏以及不耐受的患儿，还排除合并有其他严重疾病的患儿。两组小儿惊厥的患者均符合本次研究的纳入标准，并且两组小儿惊厥患者的临床资料对比后产生的差异数据不具有统计学意义（ $p > 0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法

两组小儿惊厥的患者在入院以后均使患儿保持侧卧位，并解开患儿的衣领，及时的将患儿口腔、鼻腔和咽喉处的分泌物、呕吐物进行清除，防止出现吸入性窒息的情况，并保证患儿的呼吸道通畅。此外，还应该患儿的上下磨牙之间放上牙垫，防止出现咬伤舌的情况。对于惊厥发作比较严重的患儿来说，可以进行吸氧治疗；对于高热的患儿来说，可以采用物理降温或者给予患儿解热的药物来缓解高温的情况；对于出现呼吸衰竭的患儿来说，可以遵医嘱给予患儿呼吸兴奋剂来降低患儿的颅内压，维持患儿身体内的水和电解质以及酸碱的平衡，同时也能够维持患儿机体内的正常生理功能。对照组的患者采用苯巴比妥进行治疗，使用10mg/kg的苯巴比妥加入到100ml的生理盐水溶液中，进行静脉滴注，每天滴注一次，应该将滴注的时间控制在半小时到1小时之内完成，在1天以后需要将苯巴比妥的药物剂量调整到5mg/kg。而实验组的患儿则是在对照组患儿治疗的基础上采用苯巴比妥联合地西洋进行治疗，苯巴比妥的给药剂量以及方式与对照组相同，使用10mg/kg的苯巴比妥加入到100ml的生理盐水溶液当中进行静脉滴注，并将时间控制在半小时到1小时之内完成，在1天后将苯巴比妥的药物剂量调整到5mg/kg。而地西洋的剂量为0.5mg/kg进行静脉推注，地西洋的最高药物剂量为<4mg/kg。两组小儿惊厥的患者连续治疗7天。

1.3 观察指标

将两组小儿惊厥患者采用不同的治疗方法治疗后两组患儿的治疗效果以及疾病的复发率和不良反应的发生率进行对比和分析。治疗效果分为显效、有效以及无效。显效是指小儿惊厥的患者在接受治疗以后的30分钟后意识恢复清醒，同时也没有出现复发的情况；显效是指患者在采用药物治疗以后的30分钟抽搐的症状有明显的改善，而且临床症状也有好转的情况，并且在治疗1小时后，患儿的意识逐渐恢复清醒，同时没有复发的迹象。无效是指小儿惊厥的患者在接受治疗以后，患儿的意识没有恢复，疾病的临床症状也没有任何改善的情况。

1.4 统计学分析

采用SPSS20.0软件对数据进行处理和分析，计数资料用（n/%）来表示，用 χ^2 进行检验，计量资料用标准差±来表示，用t进行检验，当 $p < 0.05$ 时具有统计学意义。

2 结果

2.1 采用苯巴比妥联合地西洋进行治疗的实验组小儿惊厥的患者临床治疗的效果优于采用苯巴比妥进行治疗的对照组小儿惊厥的患者，且两组小儿惊厥患者的临床治疗效果对比后产生的差异数据具有统计学意义（ $p < 0.05$ ）见表1

表 1 两组患儿临床治疗效果的对比情况

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	50	25(50.0%)	9 (18.0%)	16(32.0%)	34(68.0%)
实验组	50	34(68.0%)	11(22.0%)	5 (10.0%)	45(90.0%)
P					<0.05

表 2 两组患儿疾病复发率和不良反应发生率的对比情况

组别	嗜睡	眩晕	皮疹	黄疸	睡眠障碍	复发率	不良反应发生率
对照组	2 (4.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	5 (10.0%)	4 (8.0%)
实验组	1 (2.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (4.0%)	2 (4.0%)
P						<0.05	<0.05

3 讨论

目前在临床上引发患儿出现惊厥的病因尚不明确，认为主要与高热和中枢神经系统感染以及中毒性脑热等有很大的关联，如果小儿惊厥的发作次数以及发作的持续时间比较长，就会导致患儿出现不可逆脑损伤的情况，从而影响患儿的神经系统，因此需要尽早的对小儿惊厥的患者进行有效的治疗，降低并发症的发生以及不良反应的发生，同时也能够提高小儿惊厥患者的临床治疗效果。

小儿惊厥也就是大家所说的抽风或者是惊风，患儿在发作的时候会会出现突发性的全身以及局部肌肉强直性或者痉挛性的抽搐，同时患儿往往会出现意识丧失、眼球凝视斜上方、口吐白沫、握气和大小便失禁等临床症状，这些症状在新生儿中不是非常的明显，只会轻微的表现出眼球偏斜以及呼吸的频率不规则和面部肌肉轻微的抽动等，正是因为症状的不明显，往往会被忽视掉，所以一定要多加注意。

小儿惊厥的病因在临床上可以分为感染性和非感染性两种因素，感染性主要包括颅内的感染和颅外的感染，而非感染性则包括颅内非感染性疾病因素和颅外的非感染性疾病因素。在感染性中的颅内感染中含有结核性脑膜炎、乙型脑炎、脑囊虫病和流行性脑脊髓膜炎；而颅外的感染中包括败血症、中毒性菌痢、破伤风等；在非感染性中的颅内非感染疾病因素中包括缺血缺氧性脑病、脑出血以及脑组织退行性变和颅内肿瘤等；而颅外非感染疾病的因素主要包括严重的贫血和意外事故以及尿毒症、遗传代谢病等。由此可见，小儿惊厥的病因是非常复杂的。因此，对于不明原因引发的惊厥的患儿来说，需要先完善对患儿进行血、电解质以及肝功能和血糖等检查工作，当怀疑有神经系统体征或者颅内感染因素的情况，需要立刻完善脑脊液的工作，并且注意患儿的颅内压是否有增高的表现，一旦有增高的表现，就需要给予患儿脱水药物进行治疗以后再进行腰穿的操作；在对患儿惊厥的症状进行控制后，可以选择脑电图以及 CT 和核磁共振等进行检查；对于怀疑有遗传代谢病的小儿惊厥患者需要检查血铜氧化铜以及铜蓝蛋白，并且鉴别屏气性发作和癫痫，才能够确诊疾病，同时也能够明确病因。

临床上对于小儿惊厥的患者治疗的目标是先保持患儿呼吸道的通畅，避免患儿出现窒息的情况，同时还应该防止患儿出现舌咬伤的现象，并对患儿进行降温、镇静等针对性的处理。苯巴比妥是目前对小儿惊厥治疗的首选药物，属于长效巴比妥类的药物，具有着催眠、抗惊厥以及镇静的作用，其中对于中枢性产生的抑制作用会随着药物的剂量而有着不同的抑制程度，具有很好的药物疗效，但是苯巴比妥到达的血药浓度峰值的时间比较长，所以药物见效比较慢。经过研究发现，苯巴比妥在静脉注射的时候需要 15 分钟才可以起到效果，而在 2 到 18 小时才能够达到血药浓度的峰值，药物的作用时间为 10~12 小时之间。地西洋属于苯二氮卓类的药物，能够抗惊厥、抗癫痫、镇静、抗焦虑和催眠以及具有中枢性肌肉松弛的作用，可以选择性的作用在大脑边缘系统与患儿体内的中枢 BDZ 受体进行

2.2 采用苯巴比妥联合地西洋进行治疗的实验组小儿惊厥的患者疾病的复发率以及不良反应的发生率均优于采用苯巴比妥进行治疗的对照组小儿惊厥的患者，且两组小儿惊厥患者的疾病复发率和不良反应的发生率对比后产生的差异数据具有统计学意义 (p<0.05) 见表 2

结合，从而有效的促进 γ -氨基丁酸的释放，同时还具有调节突触传递的功能；使用大剂量的地西洋还会诱导患儿进行入睡，地西洋在用药后的 1 小时就能够到达血药浓度的峰值，并且药物半衰期比较长，药物的维持时间非常的持久，即使经过肝脏的 CYP2C19 酶代谢后的主要产物，仍然会具有生物的活性，起效非常的快，能够重复使用，具有很好的解痉效果，但是在使用地西洋的时候需要严密的观察患者的情况，防止由于药物蓄积而引发患者出现呼吸循环抑制的情况。

本文对小儿惊厥的患者采取苯巴比妥联合地西洋进行治疗，能够提高小儿惊厥患者的临床治疗效果，同时药物具有一定的安全性，可以改善患者出现不良反应的几率，降低疾病出现复发的几率，有效的控制患儿的病情，在临床上值得推广和使用。

参考文献：

[1]张必旗, 巫伟生, 李斯. 地西洋联合苯巴比妥治疗小儿惊厥的临床效果及对患儿预后的影响[J]. 中国医学工程, 2021, 658: 994 -101.

[2]李延春, 祁正红. 苯巴比妥联合地西洋对小儿高热惊厥的临床治疗效果观察[J]. 北方药学, 2021, 547: 544-554.

[3]周启新, 郝金斗, 李宁. 探讨地西洋与苯巴比妥联合治疗小儿热性惊厥的临床疗效[J]. 中国现代药物应用, 2021, 11 (13): 148 -149.

[4]黄慧华. 地西洋与苯巴比妥预防小儿高热惊厥复发 100 例临床对比建议[J]. 中国生化药物杂志, 2021, 654: 196-197.

[5]李红. 苯巴比妥治疗小儿惊厥临床效果观察 [J]. 临床合理用药杂志, 2021 (29): 56.

[6]凡守金, 李媛, 易宏. 苯巴比妥联合安定治疗小儿惊厥临床观察 [J]. 药物与人, 2021, 27 (7): 95-96.

[7]潘海涛. 安定联合苯巴比妥治疗小儿惊厥的临床效果分析 [J]. 中国伤残医学, 2021, 22 (8): 165-166.

[8]苏坚. 地西洋联合苯巴比妥治疗小儿惊厥的临床效果观察[J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊), 2021, 20 (12): 122.

[9]蒋雪茜, 郭文静, 王民杰, 等. 苯巴比妥联合地西洋治疗小儿惊厥的效果[J]. 临床医学, 2021, 40 (6): 109-110.

[10]朱敬英, 陈海霞. 地西洋联合苯巴比妥治疗小儿惊厥的临床效果[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 5 (24): 85-86.

[11]张军, 柴昶虹, 高德红, 等. 咪达唑仑联合苯巴比妥、地西洋治疗小儿惊厥性癫痫持续状态的临床研究[J]. 健康大视野, 2021 (6): 114.

[12]陈杰. 地西洋联合苯巴比妥治疗小儿发热性惊厥的效果及安全性[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 4 (17): 91-92.

[13]马强. 苯巴比妥联合地西洋治疗小儿热性惊厥的临床效果观察[J]. 中国实用医药, 2021, 15 (9): 138-140.

[14]刘丹. 咪达唑仑、苯巴比妥、地西洋三联治疗小儿惊厥性癫痫持续状态的效果[J]. 中国民康医学, 2021, 32 (16): 9-11.

高血压合并冠心病采用氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗的效果分析

周宁

宁夏同心县人民医院心血管内科 宁夏同心县 751300

摘要：目的：探讨氨氯地平阿托伐他汀钙片对高血压合并冠心病的治疗效果。方法：将 2020 年 10 月到 2021 年 10 月，在本院进行治疗的高血压合并冠心病的患者 80 例作为本次的研究对象，随机分为实验组和对照组，每组有 40 例患者，对照组采用硝苯地平缓释片进行治疗，而实验组采用氨氯地平阿托伐他汀钙片进行治疗，对比及分析患者治疗前后的血压水平，心绞痛的治疗效果和不良反应的发生情况。结果：两组患者治疗前血压水平对比不具有统计学差异 ($p>0.05$)，而两组患者在采用不同的治疗方法后，实验组患者血压的水平以及心绞痛治疗效果和出现不良反应的几率均优于对照组，具有统计学差异 ($p<0.05$)。结论：高血压合并冠心病的患者采用氨氯地平阿托伐他汀钙片进行治疗，可以有效的改善患者的血压情况，同时也能够提高对心绞痛治疗的效果，降低患者出现不良反应的几率，提高患者的治疗效果，在临床上值得推广和使用。

关键词：氨氯地平阿托伐他汀钙片；高血压；冠心病

目前在临床上高血压和冠心病都是常见的心血管疾病，高血压合并冠心病的发病率在不断的提高。高血压合并冠心病的疾病对于患者机体的危害性大，两种疾病同时发作会加重患者的病情，同时也会增加临床治疗的难度。有研究发现，近几年来高血压合并冠心病的发病率处于逐年递增的趋势，而高血压合并冠心病患者大部分还会伴有血脂异常，从而使冠心病的病情不断的恶化，引发患者出现各种心血管事件，不仅会降低患者的生活质量及生存质量，同时还会导致患者出现死亡事故的发生。所以在临床上要高度重视高血压合并冠心病的疾病。高血压合并冠心病的患者主要是因为血压长期控制不佳，内皮功能不全，血管平滑肌细胞增殖，动脉粥样斑块形成，而导致的冠心病。目前在临床上对于高血压合并冠心病的治疗方法主要采取药物治疗，氨氯地平阿托伐他汀钙片复方制剂用于治疗高血压合并冠心病。阿托伐他汀钙片具有很好调脂的作用，而氨氯地平能够扩张患者的外周以及冠状动脉，减少血流的阻力，控制血压，同时也能够减轻心绞痛。为进一步的观察氨氯地平阿托伐他汀钙片对高血压合并冠心病的治疗效果，本文对在本院进行治疗的高血压合并冠心病的患者采用氨氯地平阿托伐他汀钙片进行治疗，并将治疗的效果进行对比和分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2020 年 10 月到 2021 年 10 月在本院进行治疗的高血压合并冠心病的患者 80 例作为本次的研究对象，随机分为实验组和对照组，每组有 40 例患者，对照组的 40 例患者中有男性 23 例，女性 17 例，年龄在 50.5~68.5 岁之间，平均年龄为 (59.67±2.13) 岁，患者的病程在 2.5~9 年之间，平均病程为 (3.2±2.22) 年。实验组的 40 例患者中有男性 24 例，女性 16 例，年龄在 51.5~68.5 岁之间，平均年龄为 (59.96±2.16) 岁，患者的病程在 2.5~10 年之间，平均病程为 (3.4±2.5) 年。纳入标准：这 80 例患者均接受临床检查被确诊为高血压合并冠心病，患者均自愿签署知情同意书，并且这些患者对于研究的内容、研究的方法以及研究的风险明确的掌握；排除标准：排除对所研究的药物有过敏或者具有过敏体质的患者；排除合并伴有严重的心脏病和恶性肿瘤以及严重肝肾肾功能不全的患者。两组患者均符合本次研究的纳入标准且两组患者的临床资料对比不具有统计学差异 ($p>0.05$)，具有可比性。

1.2 方法

两组患者在用药治疗之前均对患者进行饮食指导，告知患者饮食应该保持清淡，同时还应该减少高脂肪以及高能量的食物的摄入，在患者身体允许的条件下，指导患者进行运动锻炼，包括慢走、慢跑等有氧动作，来提高患者自身的免疫力情况。对照组采用硝苯地平缓释片进行治疗，每天服用 1 次，每次服用 30mg。而实验组采用氨氯地平阿托伐他汀钙片进行治疗，每天服用 1 次，每次服用 5~10mg。两组患者经连续用药 3 个月。

1.3 观察指标

将两组患者在治疗前后血压水平的情况以及对患者心绞痛的治疗效果和两组患者不良反应发生的情况进行对比和分析。对心绞痛的治疗效果包括显效、有效和无效。显效是指患者在接受药物治疗以后，患者的胸闷、心悸等临床症状都已经得到了良好的缓解或者基本消失，同时在患者不参加剧烈运动的情况下，心绞痛的发作次数明显的优于治疗前的 80%；有效是指高血压合并冠心病的患者在接受治疗以后，患者的胸闷以及心悸等临床症状有所改善，但是没有完全的消失，同时患者心绞痛的发作次数较治疗前发作次数减少 50%。无效是指高血压合并冠心病的患者在接受治疗以后，患者的临床症状没有任何的改善情况，同时患者心绞痛的发作次数也没有任何的改善，甚至还可能出现加重的情况。不良反应包括水肿、心悸、头晕。

1.4 统计学分析

采用 SPSS20.0 软件对数据进行处理和分析，计数资料用 (n/%) 来表示，用 χ^2 进行检验，计量资料用标准差±来表示，用 t 进行检验，当 $p<0.05$ 时具有统计学意义。

2 结果

2.1 在两组高血压合并冠心病的患者接受治疗之前，两组患者的血压水平对比不具有统计学差异 ($p>0.05$)，而两组患者在接受治疗以后，实验组患者舒张压和收缩压控制情况均优于对照组，具有统计学差异 ($p<0.05$) 见表 1

表 1 两组患者治疗前后血压水平的对比情况

组别	例数	舒张压 (mmHg) 治疗前	舒张压 (mmHg) 治疗后	收缩压 (mmHg) 治 疗前	收缩压 (mmHg) 治 疗后
实	40	100.05±6.45	82.13±6.25	152.36±12.36	126.32±11.25

验组					
对照组	40	100.02±7.21	85.34±5.96	152.47±12.51	131.64±11.34
t		12.06	11.05	8.61	11.14
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 采用实验组患者心绞痛的治疗效果优于对照组，具有统计学差异（p<0.05）见表 2

表 2 两组患者心绞痛治疗效果的对比情况

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
实验组	40	22(55.0%)	15(37.5%)	3(7.5%)	37(92.5%)
对照组	40	13(32.5%)	14(35.0%)	13(32.5%)	27(67.5%)
X ²					10.35
P					<0.05

2.3 实验组患者不良反应的发生情况少于对照组，具有统计学差异（p<0.05）见表 3

表 3 两组患者不良反应发生的对比情况

组别	例数	水肿	心悸	头晕	不良反应发生情况
实验组	40	1(2.5%)	0(0.0%)	0(0.0%)	1(2.5%)
对照组	40	2(5.0%)	2(5.0%)	3(7.5%)	7(17.5%)
x ²					14.05
P					<0.05

3 讨论

高血压是我国发病率非常高的一种疾病，是诱发患者出现心、脑、血管疾病的高危因素，如果患者长时间处于血压升高的状况，就会引发患者出现冠心病和高血压性心脏病以及脑血管疾病等多种疾病，严重的影响到了患者的生活质量，同时也影响到了患者的身心健康，严重时还会威胁到患者的生命安全。目前在临床上对于高血压合并冠心病的治疗主要是采取药物进行治疗，但是药物治疗的种类有很多，而氨氯地平阿托伐他汀钙片就是其中的一种药物。氨氯地平阿托伐他汀钙片是一种复方制剂，主要是由氨氯地平和阿托伐他汀钙组成的，对于高血压以及冠心病等心血管疾病均有很好的疗效。目前在临床上对于高血压合并冠心病的患者来说，不仅要考虑控制患者的血压，同时还应调脂治疗抗动脉硬化的治疗。氨氯地平阿托伐他汀钙片是复方制剂，其中氨氯地平是 Ca²⁺拮抗剂，减少血管平滑肌细胞钙离子内流，扩张患者外周动脉及冠状动脉，降低外周血管的血流阻力，增加冠状动脉血流量，降低血压，减轻心脏后负荷，减少心肌氧耗，缓解心绞痛。而阿托伐他汀钙是一种人工合成的调脂的药物，这种药物对于胆固醇的合成具有非常良好的抑制作用，能够降低患者的血脂。所以氨氯地平和阿托伐他汀钙片联合使用时能够相互兼容，共同发挥效果，同时还能够对患者的血管内皮细胞起到很好的保护作用，对于高血压和冠心病的患者来说是非常适用的。

在本次的研究中发现，采用氨氯地平阿托伐他汀钙片进行治疗的实验

组患者舒张压和收缩压分别为（82.13±6.25）、（126.32±11.25）（mmHg）；而对患者心绞痛的治疗效果为 92.5%、患者出现不良反应的几率为 2.5%；而采用硝苯地平缓释片进行治疗的对照组患者舒张压和收缩压为（85.34±5.96）、（131.64±11.34）（mmHg）；对心绞痛的治疗效果为 67.5%，患者出现不良反应的几率为 17.5%，两组患者血压和心绞痛的治疗效果以及不良反应的发生情况对比具有统计学差异（p<0.05）。经过这组数据也能够发现，氨氯地平阿托伐他汀钙片对高血压合并冠心病的治疗效果显著，但是需要注意在治疗的过程中，由于氨氯地平阿托伐他汀钙片扩张血管的作用非常的明显，所以在应用此药物治疗期间一定要慎重，不要随意的去更改药物的剂量，同时也不能够随意的去更换药物，防止患者出现血压过低的情况，再加上由于本药属于复方制剂，虽然治疗的效果非常的良好，但是在服用药物治疗时，一定要遵照医嘱进行治疗，避免出现药物混用或者加重患者出现不良反应的情况，而影响药物的治疗效果。

综上所述，本文对高血压合并冠心病的患者采用氨氯地平阿托伐他汀钙片进行治疗，能够有效的控制患者血压，同时改善患者心绞痛的症状，降低不良反应的几率，提高患者的治疗效果，改善患者的预后恢复情况，在临床上值得推广和使用。

参考文献：

[1]余盛龙，陈次滨. 氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的疗效观察[J]. 广东医学，2021，32（18）：2458-2460.

[2]熊瑛，罗丹，李俊等. 氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的疗效[J]. 中国老年学杂志，2021，32（22）：5030-5031.

[3]漆军华. 氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的临床价值[J]. 河北医学，2021，18（6）：835-837.

[4]刘志文. 氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压并发冠心病的疗效[J]. 吉林医学，2021，34（9）：1677-1678.

[5]杜杰堂. 复方氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病 60 例临床分析[J]. 航空航天医学杂志，2021，25（1）：82-83.

[6]郑一超，郑晓可. 观察氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的临床疗效[J]. 吉林医学，2021，34（33）：6732-6933.

[7]李瑞. 评价氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的临床价值[J]. 中国医学创新，2021，10（3）：23-24.

[8]李玉敏. 血脂康胶囊联合氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的临床疗效及其对血脂、血管内皮功能及炎症的影响[J]. 实用心脑血管病杂志，2021，24（7）：90-93.

[9]王志鹏，隗功贤，谷新梅，等. 阿托伐他汀钙片治疗冠心病合并高血脂症的疗效的初步观察[J]. 中国医药导刊，2021（7）：1155-1156.

[10]肖贤锋. 氨氯地平阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病 100 例分析[J]. 中国现代药物应用，2021，9（8）：101-102.

[11]杨漫涛，何晓玲，刘欣，等. 氨氯地平联合阿托伐他汀钙片时高血压合并冠心病的治疗效果[J]. 贵阳医学院学报，2021，40（2）：201-204.

[12]杨书文，张晏，付静，等. 氨氯地平阿托伐他汀钙片对高血压合并冠心病的临床疗效分析[J]. 现代生物医学进展，2021，13（1）：116-118.

氯吡格雷与替格瑞洛应用于急性心肌梗死介入治疗的对比评价

朱丹娜¹ 张伟² 通讯作者

1.榆阳区人民医院 榆林市儿童医院 药剂科 陕西榆林 719000;
2.榆林市第一医院,延安大学第二附属医院 药学部 陕西榆林 719000

摘要:目的 探讨 AMI 介入治疗中应用氯吡格雷与替格瑞洛的对比。方法 选取 2020.1~2022.1 期间我院收治的 80 例 AMI 患者,对这 80 例患者均采取介入治疗,随机将其分为 2 组,对照组应用氯吡格雷治疗,研究组应用替格瑞洛,观察两组治疗前后血小板参数、冠脉血流参数以及心功能指标。结果 PLT、MPV、PCT:治疗前无差异 ($P>0.05$),治疗后两组 PCT 仍无差异 ($P>0.05$),但 PLT、MPV 研究组均更佳 ($P<0.05$);CFVR、SPV、DPV、心功能指标:治疗前无差异 ($P>0.05$),治疗后研究组改善更明显 ($P<0.05$)。结论 在 AMI 介入治疗中应用氯吡格雷与替格瑞洛对比,替格瑞洛对患者血小板参数、冠脉血流参数以及心功能指标的改善作用更为显著。

关键词: AMI;介入治疗;替格瑞洛;氯吡格雷;血小板参数;冠脉血流参数;心功能指标

急性心肌梗死(AMI)在临床中很常见,是指冠脉阻塞,供血不足导致的心肌缺血坏死。该病发病率较高,以胸前区疼痛为主要症状,该病具有起病急、进展快、很凶险、病死率高等特点,若治疗不及时或治疗不当,可诱发多种并发症,如心力衰竭、心律失常、休克、心脏破裂等,这些并发症可直接危及到患者生命,故需及早治疗,越早治疗越能改善预后^[1]。现临床上治疗这种疾病的方法较多,介入治疗是其中常见的一种,可直接疏通患者阻塞的血管,这种治疗虽具有较为显著的效果,但围术期血小板极易发生活化聚集,这导致术后患者的血液处于高凝状态,这明显增加了血栓形成几率,血栓形成后可导致血管内血流减少,甚至可导致无复流,血流减少、无复流可诱发心肌灌注不良,心肌灌注不良尤其不利于预后,故需实施抗血小板聚集治疗^[2]。临床上常见的抗血小板聚集药物较多,主要有阿司匹林、氯吡格雷、替格瑞洛等,这些药物的疗效和作用机制各不相同。本研究即对比了 AMI 介入治疗中应用氯吡格雷与替格瑞洛的效果,如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020.1~2022.1 期间我院收治的 80 例 AMI 患者,随机将其分为 2 组,分别为对照组(40 例,男 21 例,女 19 例,年龄 42~68 岁,平均 55.23±8.14 岁)和研究组(40 例,男 20 例,女 20 例,年龄 41~67 岁,平均 55.18±8.29 岁)。纳入标准:①均经临床确诊;②均行介入治疗;③资料齐全;④同意研究。排除标准:①凝血异常;②脏器功能衰竭;③合并恶性肿瘤;④

合并出血性疾病。两组资料无差异 ($P>0.05$),可比。

1.2 方法

两组均行介入治疗,对照组术前予以阿司匹林、氯吡格雷各 300mg 口服,并皮下注射 100U/kg 低分子肝素,后实施介入手术,术后予以阿司匹林口服,100mg/次,1 次/d,氯吡格雷片口服,75mg/次,2 次/d。研究组术前予以阿司匹林 300mg、替格瑞洛 180mg 口服,皮下注射 100U/kg 低分子肝素,后实施介入手术,术后予以阿司匹林口服,100mg/次,1 次/d,替格瑞洛片口服,90mg/次,2 次/d。

1.3 观察指标

观察两组治疗前后血小板参数、冠脉血流参数以及心功能指标,并分析数据。血小板参数主要检测血小板计数(PLT)、平均血小板体积(MPV)、血小板压积(PCT)。使用彩色多普勒超声心动图检测冠脉血流参数,主要测定冠脉血流储备(CFVR)、左前降支收缩期峰流速(SPV)、舒张期峰流速(DPV)。

1.4 统计学方法

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

2 结果

2.1 两组治疗前后血小板参数对比

PLT、MPV、PCT:治疗前无差异 ($P>0.05$),治疗后两组 PCT 仍无差异 ($P>0.05$),但 PLT、MPV 研究组均更佳 ($P<0.05$)。详见表 1:

表 1 两组治疗前后血小板参数对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	PLT ($\times 10^9/L$)		PCT (%)		MPV (fl)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	358.17±80.52	244.29±58.09	0.29±0.05	0.27±0.05	7.27±1.18	9.68±1.84
研究组	40	360.68±78.19	169.29±44.71	0.27±0.07	0.26±0.03	7.33±1.09	12.24±1.98
t	-	0.141	6.471	1.470	1.085	0.236	5.990
P	-	0.888	0.001	0.146	0.281	0.814	0.001

2.2 两组治疗前后冠脉血流参数对比 ($P<0.05$)。详见表 2:

CFVR、SPV、DPV:治疗前无差异 ($P>0.05$),治疗后研究组均更高

表 2 两组治疗前后冠脉血流参数对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	DPV (cm/s)		SPV (cm/s)		CFVR	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	24.47±3.21	29.12±4.14	12.52±1.38	13.59±1.52	2.24±0.28	2.91±0.44
研究组	40	24.65±3.53	32.79±4.01	12.65±1.54	14.88±1.67	2.21±0.31	3.59±0.36
t	-	0.239	4.027	0.398	3.613	0.454	7.565
P	-	0.812	0.001	0.692	0.001	0.651	0.001

2.3 两组治疗前后心功能指标对比 0.05)。详见表 3:

心功能指标:治疗前无差异 ($P>0.05$),治疗后研究组均更佳 ($P<$

表 3 两组治疗前后心功能指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	LVESD (mm)		LVEDD (mm)		LVEF (%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	41.05±5.19	31.19±3.14	56.31±4.34	48.15±6.33	44.26±4.17	59.22±5.53
研究组	40	41.37±5.82	26.02±3.06	56.08±3.21	42.64±4.08	43.82±4.74	65.17±4.84
t	-	0.260	7.458	0.269	4.627	0.441	5.121
P	-	0.796	0.001	0.788	0.001	0.661	0.001

3 讨论

AMI 在心血管内科很常见,是指冠脉血供急剧中断或减少,促使患者心肌持久、严重缺血而诱发心肌梗死的一种疾病^[3]。该病主要表现为持久的胸骨后疼痛、发热、白细胞计数和血清心肌坏死标志物增高、血沉增快以及心电图进行性改变等,这些症状对患者日常生活造成了较大不良影响,同时这种疾病若治疗不及时,可诱发多种并发症,甚至可猝死,此病对患者造成的危害和不良影响较为严重,故需及早治疗,及早治疗可有效改善预后^[4]。现临床上治疗这种疾病的方法较多,主要有药物治疗、静脉溶栓、介入治疗等,其中介入治疗在该病的治疗中应用广泛,该手术是微创手术,采用这种方式治疗 AMI 可有效疏通患者闭塞的血管,有效改善心肌缺血,该治疗具有微创、并发症少、术后恢复快等优点,这种手术虽优势明显,但该手术仍存在一定不足,该手术可将患者的血小板激活,诱发血栓,并可能导致冠脉血栓脱落,这些情况可导致远端微循环血管阻塞,进而导致无复流的发生^[5]。研究发现,导致这类患者短期预后死亡的因素之一为无复流,可见无复流严重影响术后疗效和预后,故需加强抗血小板聚集治疗^[6]。

抗血小板聚集类药物可有效抑制血小板的聚集,并可预防血栓形成,降低心血管不良事件发生率,现临床上常用的这类药物较多,主要有阿司匹林、氯吡格雷、替格瑞洛等,其中阿司匹林是心血管疾病一二级预防中常用的该类药,此药为水杨酸衍生物,该药抑制血小板聚集的作用主要与以下机制有关:可通过抑制前列腺素环氧酶而抑制血栓烷 A₂ 的生成;可通过减轻机体血小板释放反应而抑制血小板聚集与血栓形成。阿司匹林虽具有一定抗血小板聚集作用,但单一使用疗效欠佳,需联合其他药物共同治疗。

氯吡格雷是近年来在临床中兴起和广泛应用的新一代血小板抑制剂,该药主要通过以下机制发挥良好的抗血小板聚集作用:(1)可有效抑制血小板受体和二磷酸腺苷(ADP)的结合;(2)可对 ADP 介导的 GPIIb/IIIa 复合物活化过程发挥积极良好的抑制作用;(3)可与红细胞膜进行有效结合,进而提升红细胞的变形能力^[7]。这种药物对 ADP 介导引起、非 ADP 引起的小血小板聚集均具有良好的抑制作用。该药除具有抗血小板聚集作用外,还可促使动脉粥样硬化斑块的形成阻止和延缓,并可稳定斑块,进而有效预防心血管不良事件的发生。该药与阿司匹林对比,抗血小板聚集作用要更强,因与阿司匹林的作用机制不同,故这两种药物联合使用疗效更为明显,联合使用时可通过不同机制和途径抑制血小板聚集,进而提升治疗效果。氯吡格雷虽具有较为显著的抗血小板聚集作用,但该药存在以下局限性:中度的总体 PD 血小板抑制水平、人群中的高度变异性反应、抗血小板作用起效缓慢等^[8]。

替格瑞洛也是常见的一种血小板聚集抑制剂,这种药物主要作用于 P₂Y₁₂ADP 受体,可对 ADP 介导的血小板活化和聚集进行有效抑制,该药与 P₂Y₁₂ADP 受体间的作用是可逆性的,停止使用该药后患者血小板功能可快速恢复。该药直接起效,无需代谢激活,较氯吡格雷更快抑制 P₂Y₁₂ 受体效应,给药期间体循环中活性成分持续存在。药理学研究发现,该药的血小板抑制作用要比氯吡格雷更强^[9]。研究发现,氯吡格雷与替格瑞洛主要存在以下不同:(1)氯吡格雷是一种前体药,该药主要在患者肝脏内代谢,口服该药后不能直接发挥作用,首先进入血液,后进入肝脏转化成代谢产物而发挥作用,替格瑞洛是一种活性药,直接发挥抗血小板聚集作用,故替格瑞洛见效更快;(2)由于氯吡格雷需经肝脏代谢才能起效,而不同患者肝脏对其代谢酶的活性不同,部分慢代谢型患者服用该药后抗栓效果欠佳,替格瑞洛不存在此问题;(3)氯吡格雷半衰期较长,替格瑞洛

的半衰期较短,故服药剂量存在差异^[10]。也有研究发现,与氯吡格雷对比,替格瑞洛显著降低主要终点事件和心血管死亡率,替格瑞洛降低心血管事件的同时没有增加主要出血风险^[11]。2014ACC/AHA NSTEMI-ACS 指南指出,无论早期侵入治疗还是缺血指导策略治疗,均应优先选取替格瑞洛,次选氯吡格雷^[12]。

本研究结果显示,PLT、MPV、PCT:治疗前无差异($P>0.05$),治疗后两组 PCT 仍无差异($P>0.05$),但 PLT、MPV 研究组均更佳($P<0.05$),表明与氯吡格雷对比,替格瑞洛对血小板参数的改善更为明显,由此可见,替格瑞洛抗血小板聚集作用更强。CFVR、SPV、DPV、心功能指标:治疗前无差异($P>0.05$),治疗后研究组改善更明显($P<0.05$),可见与氯吡格雷对比,替格瑞洛对患者冠脉血流参数、心功能指标的改善更为明显,这主要与该药抗血小板聚集作用更强有关。

综上所述,在 AMI 介入治疗中应用氯吡格雷与替格瑞洛对比,替格瑞洛对患者血小板参数、冠脉血流参数以及心功能指标的改善作用更为显著,值得推广。

参考文献:

[1]姜楠. 氯吡格雷与替格瑞洛应用于急性心肌梗死介入治疗的对比评价[J]. 中国保健营养, 2019, 29 (001): 24-25.

[2]Tanveer S, Banu S, Jabir N R, et al. Clinical and angiographic correlation of highsensitivity Creactive protein with acute ST elevation myocardial infarction[J]. Experimental and therapeutic medicine, 2016, 12 (6): 4089-4098.

[3]石坤治. 氯吡格雷与替格瑞洛应用于急性心肌梗死介入治疗的对比研究[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8 (3): 1.

[4]刘南朝. 替格瑞洛与氯吡格雷对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者急诊经皮冠状动脉介入治疗后预后影响的对比研究[J]. 实用心脑血管病杂志, 2018, 26 (2): 4.

[5]徐炯. 替格瑞洛和氯吡格雷对急性心肌梗死行经皮冠状动脉介入治疗患者的疗效对比[J]. 中国卫生标准管理, 2019, 10 (4): 3.

[6]林俊敏, 林国钦, 陈文. 替格瑞洛与氯吡格雷对急性心肌梗死急诊介入后心肌保护效应的影响对比[J]. 心血管病防治知识(下半月), 2018, 000 (026): 34-36.

[7]Alayhah A, Aldhahri F, Alrashed S, et al. 27. The impact of introduction of code-stemi program on clinical outcomes of acute st-elevation myocardial infarction (STEMI) patients undergoing primary pci: Single center study in Saudi Arabia[J]. Journal of the Saudi Heart Association, 2016, 28 (3): 198-198.

[8]徐露明, 曹蓓. 用氯吡格雷与替格瑞洛对 PCI 术后急性心肌梗死患者进行治疗的效果对比[J]. 当代医药论丛, 2021, 19 (14): 2.

[9]林俊敏, 林国钦, 陈文. 替格瑞洛与氯吡格雷对急性心肌梗死急诊介入后心肌保护效应的影响对比[J]. 心血管病防治知识: 学术版, 2018, 000 (92): 3.

[10]王宇. 替格瑞洛与氯吡格雷对急性心肌梗死患者行急诊 PCI 的临床效果和安全性对比[J]. 检验医学与临床, 2018, 15 (8): 4.

[11]张娟, 赵良平, 张蓉蓉, 等. 替格瑞洛与氯吡格雷对急性心肌梗死患者心肌灌注及预后的对比研究[J]. 中国医师进修杂志, 2019, 42 (2): 5.

[12]许宇飞, 邱经纬, 管海华. 氯吡格雷与替格瑞洛治疗急性心肌梗死患者的疗效[J]. 医疗装备, 2019, 32 (24): 2.

慢性病病种支付制度视角下高血压病防治效果分析 ——以 H 市某大型国有企业为例

朱慧楠

中国人民大学 北京 100872

摘要：目的：从医保支付视角分析门诊慢性病病种支付制度对高血压病防治效果的影响，为以健康价值导向的医改提供借鉴。方法：回顾性分析 2017-2019 年该企业在职工体检的血压测量状况，并进行问卷调查，了解该人群高血压病的防治效果。介绍门诊慢性病病种支付制度及 H 市高血压病支付制度概况并分析其存在的不足。结果：样本人群高血压病防治效果欠佳，2019 年体检在职工血压偏高占比达 38.93%；连续 3 年血压都高者占比 44.54%，2 次测血压都高者占比 45.92%，提示部分血压偏高的职工未得到充分干预。问卷调查结果提示血压偏高或有高血压病的职工限盐、血压监测及达标情况欠佳；高血压病药物治疗率及规律用药情况欠佳、有门诊慢性病病种待遇占比偏低。H 市支付制度的不足表现在：忽视高血压病发病早期无明显症状、适合门诊诊疗的特点，忽视高血压病是生活方式相关慢性病、患者教育对治疗效果有重要影响的特点。H 市 2020 年起的改革改善了高血压病早期的门诊用药保障，促进了患者教育及生活方式干预的提供，但距以健康价值为导向的改革目标仍有差距。结论：H 市慢性病病种支付制度存在的不足影响着高血压病防治效果，需以健康价值为导向进一步完善。

关键词：慢性病；医保支付制度；高血压；患者教育，生活方式干预

以健康价值为导向不仅是落实健康中国战略的需要，也是新时代医改形成的价值导向。医保支付制度在优化医疗体系效率方面发挥着重要的杠杆作用，门诊慢性病病种支付制度是为解决参保者因患慢性病需要长期门诊治疗的费用问题而建立的一种门诊慢特病保障制度。高血压病发病率高且疾病经济负担沉重，H 市为我国东北地级市，经济发展相对落后，本研究以 H 市某大型国有企业在职工为样本，于 2020 年初进行了问卷调查，并回顾性分析 2017-2019 年在职工体检的血压测量状况，了解该人群高血压病的防治效果，从医保支付视角分析门诊慢性病病种支付制度对高血压病防治的影响，为以健康价值导向的医改提供借鉴。

1 资料与方法

1.1 基础资料

该企业 2017-2019 年体检中测量血压者，2017 年 2829 人，2018 年 2730 人，2019 年 2810 人。分组：根据性别、年龄、单位、编号等信息将体检报告的血压测量结果按年度进行匹配，将 2019 年体检中血压高于正常者设为血压增高组。三年体检中共有 8364 人次检测血压，其中一次体检中测血压者占比 40.9%，两次测血压者占比 34.42%，三年体检中都测血压者占比 24.68%。2019 年体检中测量血压者的血压情况比较：共有 2810 名在职工在体检中测量血压，血压高于正常者（血压 $\geq$ 140/90 mmHg）1094 人，占比测量血压全部职工的 38.93%。近三年体检测血压次数：2019 年血压偏高 1094 人中，连续三年体检中都测量血压者 815 人，占比 74.5%；三年体检中有两次测量血压者 993 人，占比 90.77%；仅 2019 年测血压且偏高者 101 人，占比 9.23%。

入选依据：（1）血压 $\geq$ 140/90mmHg，即收缩压 $\geq$ 140mmHg 和/或舒张压 $\geq$ 90mmHg 者。（2）知情本研究者。

剔除标准：（1）合并其他类型慢性病患者。（2）恶性肿瘤者。

1.2 方法

1.2.1 问卷调查方法

研究对象信息来源于自行设计的问卷调查，问卷以集体发放统一回收方式，发放给 H 市某大型国有企业在职工，共发放回收问卷 408 份，回收问卷中因项目填写不全废弃一份。

有效问卷 407 份中，男性 305 人，女性 102 人；年龄分布 30 岁以下 59 人，30-39 岁 140 人；40-49 岁 113 人；50-59 岁 94 人，60 岁及以上且

65 岁以下 1 人。

1.2.2 问卷中相关指标定义

（1）血压不达标：诊断为高血压病的患者，65 岁以下者血压 $\geq$ 140/90 mmHg， $\geq$ 65 岁者血压 $\geq$ 150/90mmHg，收缩压或舒张压有一项符合即定义为不达标。

（2）限盐：每天摄入不超过 5 克盐（粗算约一啤酒瓶盖食盐量），或下意识减少食盐、腌制食品、酱油等调味品的用量。

1.4 统计学方法

采用 SPSS18.0 统计学软件包进行数据处理，统计分析 2017-2019 三年体检中的血压测量结果。数据用均数 $\pm$ 标准差表示及百分数形式表达，计量资料以用均数 $\pm$ 标准差表示，单因素分析采用卡方检验和 t 检验。以 $P < 0.05$ 示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 有效问卷 407 份中，发现过血压偏高的职工 169 人，占比 41.52%，其中诊断过高血压病和/或有 $\geq$ 3 次非同日测血压偏高者 107 人，占比 26.29%。

2.2 在发现过血压偏高和诊断过高血压病的职工中，经常测血压的职工占比 35.67%；血压经常不达标的职工占比 45.73%；血压经常达标的职工占比 31.10%；不清楚血压是否达标的职工占比 23.17%。

2.3 在发现过血压偏高和诊断过高血压病的职工中，主动限盐的占比 36.16%；不限盐的占比 38.42%；想限盐但经常做不到的占比 25.42%。

2.4 诊断过高血压病和/或有 $\geq$ 3 次非同日测血压偏高的职工中，药物治疗占比 50.43%；规律用药占比 38.21%；不服药或未规律服药的原因，依次为没有不舒服不想吃药（23.48%）、忘记吃药（22.61%）、不知道需要坚持用药（21.74%）、取药或吃药麻烦（17.39%）、费用原因（14.78%）。

2.5 诊断过高血压病的职工中，有门诊慢性病病种待遇的占比为 34.62%。

3 结果

3.1 门诊慢性病病种支付制度及其历史沿革

门诊慢性病病种是指需要长期门诊治疗且费用较高，经医保经办机构批准认可纳入基本医疗保险统筹基金支付的病种。在我国统账结合的保障模式下，分成门诊和住院两个板块，门诊费用由参保者的个人账户支出

或患者自付,住院费用由统筹基金支出。由于一些慢性病需要在门诊长期诊治,若由门诊个人账户支付,则患者个人负担过重,而住院诊疗不仅浪费统筹基金,也造成医疗资源的浪费。为加强门诊慢性病医疗费用保障,医保部门选取部分支付费用较多的门诊慢性病,制定了由统筹基金支付部分费用的政策。这一政策融合了门诊板块和住院板块的优点,在一定程度上节约了医保基金,并减轻了患者的支付负担。

我国各地区的门诊慢性病病种支付制度差距较大。1994年“两江”试点以来,国家和地方对门诊慢性病保障的实践和研究不断推进,由于基金总量、疾病谱、支撑能力等不尽相同,各地方门诊慢性病病种的确定以及认定标准、支付政策也各有不同。门诊慢性病病种的一般特点包括:①诊断及诊疗方案明确;②医疗费用高;③发病率较高;④需长期诊疗管理,适合门诊诊疗。目前大多数施行门诊慢性病管理的地区根据病种设定标准待遇,定额支付门诊慢性病,即对不同慢性病种设定了年度报销额度,超过定额的费用,不予纳入统筹基金报销。

3.2 H市高血压病门诊慢性病支付制度概况

H市门诊慢性病管理政策始于2010年,并于2017年进行了更新。纳入统筹基金支付的门诊慢性病分为特殊慢性病和普通慢性病,高血压病类属于普通慢性病。

病种认定标准:依据《H市门诊慢性病管理办法(试行)》,将Ⅲ期高血压作为认定准入标准,不同年度不同区县认定标准会略有调整,一般要求符合高血压3级(血压收缩压 ≥ 180 mmHg和/或舒张压 ≥ 110 mmHg),同时兼有1种以上靶器官损害或相关临床疾病,靶器官损害包括:左心室肥厚、尿蛋白、广泛的动脉粥样硬化斑块、高血压视网膜病变Ⅲ或Ⅳ级,并存的临床疾病包括:糖尿病、脑血管病(缺血性脑卒中、脑出血)、心脏疾病(心肌梗死、心绞痛、冠状动脉血运重建、充血性心力衰竭)、肾脏疾病(血肌酐 >186 μ mol/L)。

支付标准:支付需符合文件标准,城镇职工参保者原发性高血压病Ⅲ期、肾源性高血压支付比例75%,年度支付限额1400元;城乡居民参保者原发性高血压病Ⅲ期支付比例60%,年度支付限额1000元。有高血压病门诊慢性病病种待遇的患者,门诊费用由个人账户和门诊慢性病病种待遇限额内按比例支付,超额部分个人自付;没有门诊慢性病病种待遇的患者,门诊费用由患者个人账户支付或个人自付。

3.3 H市高血压病门诊慢性病支付制度存在的不足

H市门诊慢性病病种支付制度有效缓解了该地区Ⅲ期高血压病患者的疾病负担,提高了高血压病3级伴靶器官损害并发症患者治疗的及可性。但本研究调查结果显示样本人群高血压病防治效果欠佳,2019年体检在职职工血压偏高占比达38.93%;连续3年血压都高者占比44.54%,2次测血压都高者占比45.92%,提示部分血压偏高的职工未得到充分干预,在后期的体检中血压仍偏高。问卷调查结果提示血压偏高或有高血压病的职工限盐、血压监测及达标情况欠佳,高血压病患者规律药物治疗状况欠佳,有门诊慢性病病种待遇的职工占比偏低。影响目前高血压病防治效果的原因有很多,本研究基于门诊慢性病病种支付制度进行分析,H市支付制度存在的不足表现在:(1)忽视高血压病发病早期无明显症状的特点。在高血压病发病早期,大多数患者无症状或仅有轻度头晕、头痛等不适,常常在体检或因其他疾病就诊时被发现。高血压是动脉硬化疾病的重要危险因素^[1],但由于患者无明显症状,常常缺乏危机感,不愿配合药物及非药物治疗,凭感觉吃药,不监测血压,出现不适症状就诊时往往已经出现了并发症,甚至发生急性心肌梗死、脑卒中、肾功能衰竭,直接致死或致残。

(2)忽视早期高血压病适合门诊诊疗的特点。高血压病是适合在门诊诊疗管理的慢性病,根据H市门诊慢性病高血压病认定标准,没有并发症的

早期高血压患者不能得到支付,符合高血压3级同时兼有左心室肥厚、尿蛋白等靶器官损害或相关临床疾病时才纳入病种支付范围,这病种认定标准不利于高血压病的早期干预,不利于避免或延缓并发症的发生。一旦出现重要脏器损害或并发症,不仅会大量消耗医疗资源,还会严重影响患者的健康和生活质量。(3)忽视高血压病是生活方式相关慢性病的特点。生活方式相关慢性病指与不良行为和生活方式密切相关的慢性非传染性疾病,主要包括2型糖尿病、高血压病等。不良生活方式主要有不健康饮食、缺乏运动、吸烟、熬夜、精神紧张及不良情绪等。高血压病的发病及治疗效果都与生活方式密切相关,其治疗效果不完全取决于医生的水平和药物干预,而更多取决于患者对生活方式干预及治疗的配合程度。生活方式干预能够显著改善临床预后,是治疗的重要组成部分,尤其对于高血压病早期患者,通过生活方式干预能够有效降低治疗及并发症防治的成本。而目前的支付制度对生活方式干预为主的非药物治疗无支付,在机制上不能激励医疗服务提供方主动加强生活方式干预。(4)忽视患者教育对治疗效果有重要影响的特点。患者教育是防治高血压病的重要方法,能够帮助改善患者临床预后,以较小的成本实现临床和经济获益^[2]。如果患者认知不足,不知道需要生活方式干预,不知道高血压病控制不良会引起心、脑、肾等重要脏器损害或并发症,在没有明显症状的情况下可能不配合治疗,不重视血压达标以致并发症早发多发。但由于我国患者教育不收费或仅象征性收费,且多与医疗服务提供方的绩效没有直接关系,医护提供患者教育的内生动力不足。

3.4 H市的改革与思考

在我国完善高血压病、糖尿病(“两病”)门诊用药保障政策的推动下,H市2020年起按照“尽力而为、量力而行”的原则,探索施行“两病”门诊保障制度改革,扩大“两病”门诊用药保障的受益面,建立了专门针对轻症“两病”患者的门诊用药保障机制,引导轻症患者早诊早治。在高血压病认定标准上,两次及以上非同日静息状态测得血压升高时即符合认定标准(收缩压 ≥ 140 mmHg和/或舒张压 ≥ 90 mmHg),乡镇卫生院门诊诊断证明即可办理“两病”备案手续;在高血压病报销待遇上,不设起付线,高血压病用药报销比例50%,年度最高支付限额300元;同时,新的门诊用药保障不替代原有的门诊慢性病政策。另一方面,落实家庭医生签约服务,高血压病患者可签约家庭医生服务包接受慢病管理,服务包费用由基本公共卫生服务经费、医保基金和签约居民共同承担,基本医疗服务按照一般诊疗费项目提供^[3]。

H市的改革有效改善了高血压病早期的门诊用药保障,引导患者早诊治以避免或延缓并发症的发生,并以家庭医生签约服务慢性病管理形式,促进了患者教育及生活方式干预的提供。虽然如此,其支付制度距实现以健康价值为导向的改革目标、“从以疾病为中心转变为以健康为中心”仍有一定差距,基于慢性病支付制度视角回顾高血压病防治效果仍有重要意义。医疗保障体系的职能不仅是分担疾病风险,更有意义的是引导资源合理配置和疾病风险防控。如何在机制上增强医疗服务提供方患者教育及生活方式干预的动力以提高健康产出,如何引导参保人合理利用医疗服务,需要进一步探索与思考。

参考文献:

- [1]朱慧楠,霍勇,周菁,等.冠状动脉钙化积分相关临床因素分析[J].中华内科杂志,2009,48(4):287-290.
- [2]朱慧楠.公共产品理论视角下慢性病健康教育政府责任分析——以糖尿病为例[J].卫生经济研究,2018(10):34-36
- [3]内蒙古人民政府.高血压糖尿病门诊用药保障机制有序落实[EB/OL].2022-02-17[2022-07-27].https://www.nmg.gov.cn/zwyw/gzdt/2022/t20220217_2006995.html

改良式面罩雾化吸入预防缺血性脑卒中卧床患者坠积性肺炎的效果观察

卓叶雯 林细容 陈玲

福建医科大学附属闽东医院 福建福安 355000

摘要:目的:探讨改良式面罩雾化吸入对缺血性脑卒中卧床患者坠积性肺炎的效果。方法:选择在神经内科住院的缺血性脑卒中卧床患者146例。对照组按照常规治疗和护理,试验组采取改良式面罩雾化吸入,比较两组患者雾化后气道湿化效果,患者雾化吸入配合度情况,坠积性肺炎发生情况和肺功能FEV₁、FVC和MVV各项指标情况。结果:干预14天后,试验组的湿化效果良好为63例,对照组为40例,试验组优于对照组($P<0.05$);对照组9例患者不能配合,试验组2例不能配合,对照组配合度明显低于试验组($P<0.05$);对照组发生了14例坠积性肺炎,发生率为20%,试验组发生了5例坠积性肺炎,发生率为6.5%,试验组坠积性肺炎发生率明显低于对照组($P<0.05$);干预14天后,两组患者FEV₁、FVC和MVV水平均有所提高($P<0.05$),试验组患者肺功能指标中的FEV₁、FVC和MVV水平提高明显高于对照组($P<0.05$)。结论:改良式面罩雾化吸入可明显提高患者雾化吸入湿化效果,提高患者雾化配合度,降低卧床患者坠积性肺炎的发生,促进肺功能康复,提高患者的生活质量,为更好地提高优质护理提供了临床依据。

关键词:氧气雾化吸入;缺血性脑卒中;坠积性肺炎;卧床患者

缺血性脑卒中是由于脑内血管狭窄或血管的闭塞,脑血流中断导致脑组织发生缺血性坏死,引发神经功能障碍,出现肢体活动功能障碍,呼吸功能减退,出现肺功能减弱的表现,如吸气、呼气肌耐力和胸廓活动度降低^[1]。加之患者卧床时间延长,胸廓活动减少,患者无法将痰液及分泌物有效排出,即出现坠积性肺炎^[2]。脑卒中患者三大并发症之一为坠积性肺炎,是脑卒中患者死亡的原因之一^[3]。改善脑卒中患者的肺功能,预防坠积性肺炎的发生,对患者的康复具有重要作用^[4]。然而临床上的雾化吸入装置对卧床患者并不是很适用,存在缺陷。本研究探讨改良式面罩雾化器应用于神经内科缺血性脑卒中卧床患者,取得较好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2015年10月~2020年12月在本院神经内科住院的146例缺血性脑卒中卧床患者,符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南(2014年版)》中急性缺血性脑卒中的诊断标准^[5]。按照随机数字分为对照组76例,试验组70例。对照组男50例,女26例,平均年龄(69.26±8.55)岁,卒中部位:左侧38例,右侧32例;试验组男53例,女23例,平均年龄(70.80±9.24)岁,卒中部位:左侧43例,右侧33例。纳入标准:(1)首次发病,病情稳定,神志清楚,无听力障碍;(2)发病年龄大于65岁;(3)存在一侧肢体运动障碍,言语表达功能正常;(4)无其他严重的脏器的疾病,并能积极主动配合训练。(5)患者和家属同意并签署知情同意书。排除标准:(1)认知功能有问题,无法配合训练者;(2)患有上呼吸道感染、肺部感染、严重心肺器官疾病者。(3)肋骨骨折、腰椎间盘突出、脊柱损伤、脊柱不稳定、严重骨质疏松等;(4)肺部肿瘤及血管畸形、气胸、肺脓肿、胸壁疾病、肺栓塞。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组 按照神经内科脑梗塞常规治疗和护理,遵医嘱给予布地奈德2mg氧气驱动式雾化吸入,每日2次,指导患者用嘴吸气,用鼻呼气,嘱咐患者不做吞咽动作。同时给予常规基础护理,每2h给予更换卧位一次,翻身时给予叩背。肺部康复训练:参考肺康复循证临床实践指南^[6],分为呼吸方式训练和气道廓清训练。肺功能康复训练计划在每次雾化吸入后进行,训练时间为5d/周,2次/d,疗程为2周。(1)呼吸方式训练:如缩唇式呼吸训练、腹式呼吸训练和膈肌式呼吸训练等。①缩唇式呼吸训练:指导患者由鼻腔深吸后缩拢唇进行呼气,尽可能延长呼气时间;并指导其于缩唇状态下利用口深呼吸,在呼气时尽力吹响口哨,每次5min。②腹式呼吸训练:操作者双手置于患者腹部,指导患者吸气时鼓起腹部,呼气时缩回腹部,每次5min。③膈肌训练:协助患者取半卧位,经口鼻缓慢用力深吸直至腹部隆起,研究者将前臂置于患者肋弓上方,稍稍用力下压,另一只手将患者双手举过头顶配合完成深呼吸;收缩腹部肌肉时,指导患者经口腔缓慢呼气,每次5min。(2)气道廓清训练:分叩击训练和声门功能训练。①叩击训练:拍背和叩击是用杯状手给胸壁一个外在作用力,使分泌物从支气管壁松动。坐位进行,自下向上拍背直至支气管,每次5min。②声门功能训练:协助患者取半卧位,经口鼻深吸,吸气末指导患者使用声门发力(如指导其用力咳嗽),每次5min。

1.2.2 试验组 采取改良式面罩雾化吸入结合呼吸功能康复训练。改良式雾化器是采用一根可调节弯曲式圆弧形通气管塑料管,内径3cm,外径4cm,长8cm。将圆弧形通气管一端与雾化杯出气口相连接,另一端与雾化面罩相连接,连接部位保持密闭不透(见图1)。这样可以保持患者仰

卧位行雾化吸入时也可以保持雾化杯处于垂直状态(见图2),雾化药液充分得到冲击。

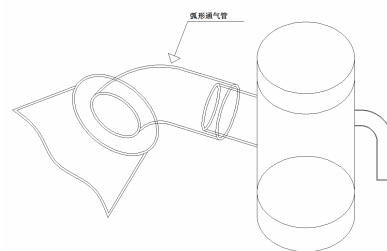


图1

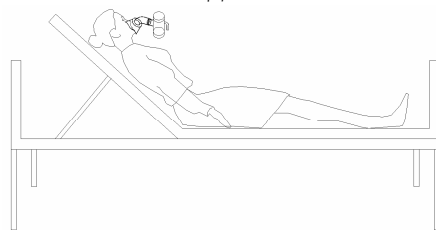


图2

1.3 评价指标:

1.3.1 评估两组患者雾化治疗14天后湿化效果:①湿化不良:吸痰管插入困难,痰黏稠、量少,不易咳出,肺部呼吸音粗或有干啰音;②湿化良好:吸痰管插入顺利,痰稀薄、量中,易咳出,肺部呼吸音清晰;③湿化过度:吸痰管插入顺利,痰呈泡沫状或水样、量多,吸之不尽,肺部闻及大量湿啰音。

1.3.2 主观指标(配合情况):①配合良好:患者吸入过程中及吸入后气喘缓解,无明显恶心、呕吐、呛咳等不适症状;②不能配合:患者吸入过程中及吸入后气喘未缓解,伴恶心、呕吐、呛咳症状明显。

1.3.3 收集两组患者坠积性肺炎的发生情况。坠积性肺炎的诊断标准^[7]:卧床患者,出现气促,咳嗽频繁,痰多,每天30ml以上,听诊肺部有啰音,或原有呼吸困难加重,体温超过38℃,胸部影像检查下肺野坠积部可见渗出及实变影,可确诊坠积性肺炎。

1.3.4 比较两组患者干预前和干预14天后肺功能指标情况:包括用力肺活量(FVC)、第1秒用力呼气容积(FEV₁)、最大通气量(MVV)。

1.4 统计学分析 采用SPSS22.0统计软件,计量资料采用t检验,以($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料采用 χ^2 检验,以(%)表示,等级资料采用z检验, $P<0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者雾化后气道湿化效果,见表1。

表1 两组患者气道湿化效果

项目	例数	湿化不良	过度湿化	湿化良好
对照组	70	14	16	40
试验组	76	7	6	63
Z=-1.456				

$P < 0.05$

2.2 两组患者配合情况, 见表 2。

表 2 两组患者配合情况 n (%)

项 目	例 数	配合良好	不能配合
对照组	70	61 (87.14)	9 (12.86)
试验组	76	74 (97.37)	2 (2.63)
$\chi^2=5.01$ $P < 0.05$			

2.3 对照组发生了 14 例坠积性肺炎, 发生率为 20%, 试验组发生了 5 例坠积性肺炎, 发生率为 6.5%, 试验组发生率明显低于对照组, 见表 3。

表 3 两组患者坠积性肺炎发生情况比较 (n, %)

表 4 两组患者干预前后肺功能指标情况 ($\bar{x} \pm s$)

组 别	例 数	FVC (%)		FEV ₁ (%)		MVV (L/min)	
		干预前	干预 14 天	干预前	干预 14 天	干预前	干预 14 天
对照组	70	59.71±4.88	69.37±4.64*	59.40±3.46	76.84±4.29*	77.66±6.11	89.57±6.87*
试验组	76	60.59±3.59	74.12±5.01*#	60.21±2.92	80.33±3.45*#	77.83±6.16#	93.50±6.59*#
t 值		-2.46	3.48	-3.52	4.59	-2.75	5.84
P 值		0.22	0.00	0.68	0.00	0.43	0.00

注: 与同组干预前比较, * $P < 0.05$; 与对照组干预后比较, # $P < 0.05$ 。

3. 讨论

缺血性脑卒中卧床患者由于不能自主改变卧位, 呼吸道清除无效, 咳嗽反射减弱, 患者机体抵抗力下降, 进而诱发坠积性肺炎, 影响脑卒中患者心肺功能康复^[8]。改良式面罩雾化吸入结合呼吸功能训练, 可将痰液进行有效稀释与排出, 达到控制预防坠积性肺炎发生, 促进肺功能的恢复。

3.1 改良式氧气面罩雾化器能使雾化的药液充分使用, 湿化效果好。

雾化吸入疗法是利用高速氧气流使药液形成雾状, 随着吸气进入呼吸道达到稀释痰液, 消除炎症, 解除支气管痉挛的治疗效果。以前我们用的是传统的超声雾化吸入法, 是应用超声波能将药液变成微小的气雾, 其雾粒直径小于 5 μ m, 现在采用的是氧气驱动的雾化吸入, 应用一次性氧气雾化吸入器, 一人一用, 无需多次消毒, 充分地吸入雾化气体能有效地提高氧的有效弥散及肺泡血流的氧合效率。表 1 可见, 试验组的湿化效果良好为 47 例, 对照组为 30 例, 两组效果比较差异明显 ($P < 0.05$), 说明改良式氧气面罩雾化器可以使雾化药液充分吸入, 避免了湿化杯倾斜造成的雾化湿化效果不足, 或者湿化过度等情况。

3.2 改良式氧气面罩雾化器患者顺应性好

表 2 结果显示, 对照组 9 例患者不能配合, 试验组 2 例不能配合, 说明使用改良式氧气面罩雾化器进行雾化吸入后, 能提高患者的依从性, 使患者更容易耐受。原因除了面罩雾化器能改善患者口干、咽痛等症状的同时, 也减少了对气道的刺激, 从而减少了恶心、呛咳等不良反应的发生。改良式氧气面罩雾化器能减少过长时间的雾化吸入导致患者呼吸困难、气道黏膜受损等不适等症状, 易于被患者接受, 简便且实用。

3.3 改良式氧气面罩雾化吸入可以有效预防坠积性肺炎的发生

正常生理状态下, 气道黏膜组织会分泌少量黏液以保持呼吸道湿润状态, 由于脑卒中引起中枢功能受影响, 导致意识障碍、咳嗽反射消失及吞咽困难, 使纤毛功能受损, 提供了气道细菌定植与感染的机会, 从而发生炎症反应^[9]。各种呼吸系统疾病的治疗和预防方法之一就是氧气驱动雾化吸入^[10], 治疗所用的药物加入一次性氧气雾化吸入器, 调节高流量的氧气冲击药液形成微小雾化颗粒化, 均匀地送到气道黏膜, 治疗呼吸道感染, 能够防治脑梗死卧床患者坠积性肺炎的发生^[11]。肺功能康复训练是围绕促进痰液排除的因素进行干预而制定的呼吸康复训练计划, 综合了呼吸方式训练和气道廓清训练, 借助雾化稀释痰液, 通过呼吸康复训练使患者能有效清除痰液, 降低坠积性肺炎发生。表 3 结果显示, 对照组发生坠积性肺炎发生率为 20%, 试验组坠积性肺炎发生率为 6.5%明显低于对照组 ($P < 0.05$), 由此说明改良式面罩雾化器结合肺康复训练可有促进缺血性脑卒中卧床患者胸廓运动, 促进呼吸运动, 结合雾化吸入可加强气道湿化, 促进痰液的稀释, 并适当叩击患者背部, 使痰液更易排出, 可有效降低坠积性肺炎的发生率。

3.4 改良式氧气面罩雾化器结合呼吸功能康复训练可以促进肺功能恢复

FVC 和 FEV₁ 在临床上常用于衡量肺功能强弱, 一般正常人的 FEV₁ 和 FVC 水平在 83% 左右, 偏高或偏低均提示被测者可能存在异常疾病^[12]。呼吸功能康复训练可以激活缺血性脑卒中卧床患者的胸廓活动, 训练以膈肌为主的呼吸肌群肌力, 增加肺活量, 使患者有能力主动咳嗽排痰, 以保持呼吸道通畅, 提高肺活动耐力^[13]。本研究结果表 4 显示, 干预 14 天后,

组别	例数	坠积性肺炎 (n)		坠积性肺炎发生率 (%)
		有	无	
对照组	70	14 (20.0)	56 (80.0)	20.00
试验组	76	5 (6.58)	71 (93.42)	6.58
χ^2 P				5.80 <0.05

2.2 两组患者干预前后肺功能指标情况比较, 见表 4。

两组患者 FEV₁、FVC 和 MVV 水平均有所提高 ($P < 0.05$), 试验组患者 FEV₁、FVC 和 MVV 水平提高明显高于对照组 ($P < 0.05$), 证实改良式雾化吸入结合呼吸功能康复训练能有效地改善肺功能, 改善咳嗽、排痰能力, 促进患者气道的有效管理, 提高缺血性脑卒中卧床患者的肺功能各项指标, 促进肺功能康复, 减少肺部感染的发生几率, 降低坠积性肺炎发生。

综上所述, 改良式面罩雾化吸入应用于缺血性脑卒中卧床患者, 可起到湿化气道的作用, 提高患者雾化吸入的依从性, 预防坠积性肺炎的发生, 促进患者肺功能康复, 安全性好。

参考文献:

- [1] LIAM M Y, HSU C H, LEONG C P, et al. Respiratory muscle training in stroke patients with respiratory muscle weakness, dysphagia, and dysarthria—a prospective randomized trial[J]. Medicine (Baltimore), 2020, 99 (10): e19337.
- [2] 何丹, 崔玥. 氧动式雾化吸入法预防脑梗死卧床患者发生坠积性肺炎的效果分析[J]. 护士进修杂志, 2012, 27 (18): 1672-1673.
- [3] 贾东岩, 王志刚, 李亚光, 侯海军, 安鹏, 杨梅玉. 沐舒坦雾化吸入联合静脉注射治疗脑卒中伴坠积性肺炎的疗效[J]. 中国老年学杂志, 2012, 32 (17): 3804-3805.
- [4] 刘杰, 张茜, 齐玲. 半夏厚朴汤加减联合呼吸功能训练对脑卒中后坠积性肺炎患者神经功能、血清 PCT 和 WBC 指标的影响[J]. 中医学报, 2018, 33 (07): 1203-1207.
- [5] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014[J]. 中华神经科杂志, 2015, 48 (4): 246-257.
- [6] 李欣, 胡鸾娇, 全凤英. 肺康复在脑卒中早期康复中的研究进展[J]. 中国医药导报, 2022, 19 (10): 46-50.
- [7] 杨文川. 脑血管病卧床患者肺部动态 CT 变化及拍背护理对肺炎预防和作用价值的 CT 研究[D]. 河北医科大学, 2015.
- [8] TAMURA M, WATANABE M, NAKAJIMA A, et al. Serial quantification of procalcitonin (PCT) predicts clinical outcome and prognosis in patients with community-acquired pneumonia (CAP) [J]. Journal of Infection and Chemotherapy, 2014, 20 (2): 97-103.
- [9] 梁天佳, 莫明玉, 周开斌, 廖明珍, 宁育艺, 李智敏. 气道廓清术在脑卒中相关性肺炎气管切开患者康复中的应用[J]. 中国呼吸与危重症监护杂志, 2021, 20 (04): 270-273.
- [10] 张博寒, 刘悦, 田莉, 等. 老年患者吸入性肺炎防治与管理的最佳证据总结[J]. 中华现代护理杂志, 2021, 27 (07): 888-895.
- [11] 何丹, 崔玥. 氧动式雾化吸入法预防脑梗死卧床患者发生坠积性肺炎的效果分析[J]. 护士进修杂志, 2012, 27 (18): 1672-1673.
- [12] 刘霞. 预防性护理干预对长期卧床患者坠积性肺炎发生的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20 (18): 32-34+38.
- [13] 王明. 心肺康复训练对脑卒中患者运动及心肺功能的影响[J]. 微循环学杂志, 2020, 30 (02): 44-48.

作者简介: 卓叶雯, 研究生, 副主任护师, 1985 年 3 月。

课题基金: 宁德市科技计划项目: 20150061

优化护理在慢性心功不全合并糖尿病中的效果分析

马娜

潼关县人民医院 陕西潼关 714300

摘要：目的：分析优化护理手段在慢性心功能不全合并糖尿病患者中的应用方法与效果。方法：选取我院 2021 年 8 月到 2022 年 5 月接受治疗的慢性心功能不全合并糖尿病患者 100 例为案例，进行本次研究分析。以随机数字法将患者划分为实验组与常规组。常规组采取常规护理措施，实验组采取优质护理对策。总结并对比两组患者的康复指标、心功能指标、负性情绪指标以及对护理服务的满意度。结果：实验组患者各项康复指标明显优于常规组患者各项康复指标，组间对比结果显著，对比结果有意义（ $P<0.05$ ）；实验组 III、IV 级心功能评分患者数量明显少于常规组，数据差异显著，组间对比结果有意义（ $P<0.05$ ）；干预前两组患者负性情绪数据差异不突出，组间对比结果无意义（ $P>0.05$ ）；干预后实验组患者的负性情绪评分明显优于常规组，数据差异突出，组间对比结果有意义（ $P<0.05$ ）；实验组患者对于护理服务的满意度均显著高于常规组，组间对比结果显著，满足统计学意义标准（ $P<0.05$ ）。结论：优化护理对策在慢性心功能不全合并糖尿病患者中的应用价值明显，可以更好的改善患者的康复指标，能够显著提升患者对于护理服务的满意度，降低护患矛盾纠纷的发生率，经采取优化护理措施应对慢性心功能不全合并糖尿病症可有助于提高疗效，为建立预防和控制病情发展提供临床依据，临床治疗中值得推广。

关键词：优质护理；慢性心功能不全；糖尿病；应用效果

目前慢性心功不全病患的患病率呈大幅度上升趋势且发病率较高常会累及多系统、多器官，并症状较多。慢性心功不全为临床心血管内科的常见病之一，在心血管病发生发展过程中糖尿病具有重要促进作用，而糖尿病临床上也为一种常见的慢性疾病，糖尿病主要是终身代谢性疾病为特征的慢性高血糖症。在目前的临床情况由多种原因造成，多数糖尿病患者的并发症，严重者肾脏，脚，血管和眼睛等并发症发生，是非常有害的，易致残和死亡，对人们的身心健康造成严重威胁甚引起并发症危及患者的生命^[1-2]。随医学技术不断发展，多种重要心血管病诊疗得到明显提高，病死率得到了一定控制，但慢性心功不全并糖尿病发病率呈年年上升趋势，尤其慢性心功不全并糖尿病者存在心腔明显扩大，心肌收缩不同步，病人对药物反应，病死增加，因此，在临床治疗阶段需针对此病采纳早期阶段护理干预，积极促进痊愈。护理干预是一种专业理论性极强特殊性服务，随护理措施实施在多种疾病中被广泛应用已取得显著效果。针对病人的病因和特点以及疾病的情况，为病患做好相应护理准备达到提高患者的生存及生活质量目的。其中优质护理对策属于一个整体性、个性化以及舒适性的护理模式，其能够促使患者在临床服务过程中获得更加舒适的心理、生理以及社会状态，从而缩短不愉快的感受，提高护理综合效益^[3]。本文为了有效提高临床护理服务水平，分析优化护理对策在慢性心功能不全合并糖尿病患者中的应用效果。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

取我院 2021 年 8 月到 2022 年 5 月接受治疗慢性心功能不全合并糖尿病患者 100 例，进行研究分析。以随机数字法将患者划分为实验组与常规组。实验组患者 50 例，男性患者 28 例，年龄平均（ 26.8 ± 2.4 ）岁；常规组患者 50 例，男性患者 29 例，年龄平均年龄（ 27.1 ± 2.5 ）岁。纳入标准：①经临床诊断确诊为慢性心功能合并糖尿病症者；②临床依从性佳者。排除标准：排除精神障碍，顺利交流产生障碍；妊娠期、哺乳期患；并肝肾功衰竭严重病变；不积极参与研究方案者。所有纳入的患者均符合该疾病的诊断标准，并得到了医院伦理委员会的批准。这两组患者包括性别和年龄等一般数据。经分析和处理后，实验组与常规组患者基线资料对比差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法

常规组采取常规护理措施，主要是以医嘱落实为主。实验组采取优质护理对策，主要内容有：强化护理过程中的沟通技巧，紧抓患者的心理层面问题，在达到有效沟通的同时做好与患者的有效沟通。工作过程中，需要采用灵活的方式转移患者的情绪表现，辅助患者构建正确的情感表现以及行为表现，在患者出现异常表现时应当以正确的人生意义为例进行引导，强化患者的康复意志力以及乐观正确的情绪，从而形成个性化康复。强化健康教育 以健康教育手册的方式制定关于胰岛素注射的宣传教育内容，播放图片或音像资料，对患者提供系统性的胰岛素笔、胰岛素等相关

知识教育。其次，口头讲解。根据患者的知识理解能力，实行一对一的教育形式，应用口头讲解的形式每周开展一次小课堂，鼓励患者相互交流沟通，相互学习，分享胰岛素笔的应用技巧与经验。护理中注意事项 加强护理员知识培训及操作技能训练：密切观察时间测量的生命体征，准确记录患者的血压，脉搏，体温，发现异常时立即处理。在治疗阶段及时报告了患者的用药和可能的副作用并对患者的心理压力进行了缓解。护理中应严格进行操作无菌环境，尤其操作人员卫生，防止引起交叉感染。心电监护：加强病房巡视，每日值班员对重症患呼吸功能相关指标（呼吸频率、节律及动脉血氧饱和度）变化需严密观察。为患者设计饮食护理和健康教育措施，对糖尿病患者饮食进行控制，多吃高蛋白，多食用一些新鲜水果和蔬菜等高纤维食物。心理护理：病患存在不良情绪（惶恐、焦躁等）心理，加患者因治疗心理承受很大的压力，对不良状态继续产生极大负面影响。护理员需经与病患进行多次亲切交流及指导建议稳定其情绪，与患者及其亲属建立良好的护患关系，患者需掌握和学会应对、减轻心理压力的方法积极配合改掉不良的饮食习惯，多参加户外活动锻炼，进行长期规律、适度的有氧运动等，使自身的体重得以控制，有效降低并发症及各个指标数值，还能使血糖水平在正常范围，有助于预防或减缓糖尿病的发生^[4-6]。

1.3 观测指标

总结并对比两组患者的康复指标、心功能指标、负性情绪指标以及对护理服务的满意度。心功能采用 NYHA 分级标准，划分为 I、II、III、IV 级，IV 级为心脏无法支撑任何体力活动。负性情绪评价时间为出院时与出院后 4 个月时，心理情绪采用 SAS（焦虑）量表与 SDS（抑郁）量表进行评价并对比，其中 SAS 与 SDS 评分区间均为 0 到 100，分数越高说明焦虑、抑郁情绪越严重。满意度采用自制量表实现统计对比，调查内容以护理人员的工作热情、护理的专业性以及护理服务的及时性、针对性、人性化等方面为主，总分 100 分，80 分及以上、60 分及以上以及不满 60 分分别评价为非常满意、满意以及不满意。显效：经过治疗后，症状基本消失；有效：症状部分消失；无效：患者护理干预后症状无明显变化或加重症状。

1.4 统计学分析

本次研究应用 SPSS19 软件实现数据的分组处理、录入以及统计分析，在数据资料录入之后采用定性与定量的方式进行分组记录，并应用连续性或离散型的变量实现对数据的录入，定性的数据不需要分类变量。数据检验期间所有均数采用 T 值进行检验，百分制数据采用 X2 值进行检验，在数据对比差异中 P 值 <0.05 时证明数据差异满足统计学意义标准。

2. 结果

2.1 康复指标对比

实验组患者各项康复指标明显优于常规组患者各项康复指标，组间对比结果显著，对比结果有意义（ $P<0.05$ ），详情见表 1。

表 1 康复指标对比

组别	生活质量	住院时间（d）	并发症发生

	干预前	干预后	率	
实验组 (n=50)	4.5±1.2	8.4±1.0	5.12±2.16	2 (4.00%)
常规组 (n=50)	4.4±1.9	5.5±3.1	10.54±3.21	8 (16.00%)
P	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 心功能对比

实验组 III、IV 级心功能评分患者数量明显少于常规组, 数据差异显著, 组间对比结果有意义 (P<0.05), 详情见表 2。

表 2 两组患者心功能对比

组别	心功能评分			
	I 级	II 级	III 级	IV 级
实验组 (n=50)	26 (52.00%)	14 (28.00%)	6 (12.00%)	4 (8.00%)
常规组 (n=50)	9 (18.00%)	23 (46.00%)	10 (20.00%)	8 (16.00%)
P 值	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

2.3 负性情绪对比

干预前两组患者负性情绪数据差异不突出, 组间对比结果无意义 (P>0.05); 干预后实验组患者的负性情绪评分明显优于常规组, 数据差异突出, 组间对比结果有意义 (P<0.05), 详情见表 3。

表 3 负性情绪对比

组别	SAS 评分		SDS 评分	
	干预前	干预后	干预前	干预后
实验组 (n=50)	77.13±4.82	28.20±4.03	76.79±5.46	32.00±6.10
常规组 (n=50)	69.20±10.61	59.23±9.82	68.98±6.11	53.44±6.22
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 满意度对比

实验组患者对于护理服务的满意度均显著高于常规组, 组间对比结果显著, 满足统计学意义标准 (P<0.05), 详情见表 4。

表 4 满意度对比

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意率
实验组	50	31	18	1	98.00%
常规组	50	15	28	7	86.00%
P	-	-	-	-	<0.05

2.5 血糖水平变化

从结果可知, 与常规组比较, 治疗后实验组患者 FBG 与 2h 进食血糖降低均呈明显下降趋势, 组间差异存在显著性 (P<0.05), 见表 5。

表 5 血糖水平变化值

组别	n	时间	FBG (mmol·L ⁻¹)	2h 进食血糖 (mmol·L ⁻¹)
实验组	50	干预前	14.4±1.4	15.8±1.3
	50	干预后	5.6±0.7	6.6±0.7
常规组	50	干预前	14.8±1.6	15.7±1.4
	50	干预后	13.7±1.3	12.8±1.1

2.6 两组疗效

治疗效果见表 6, 从数据中可知, 实验组中显效人数 33 例, 有效为 16 例, 治疗有效率为 98%; 常规组中显效病人 25 例, 有效人数为 11 例, 经计算改善总有效率仅为 72%, 与常规组相比总有效率升 26%。显示实验组较对照组改善程度明显。

表 6 两组疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
实验组	50	33	16	1	98%

干预组	50	25	11	14	72%

3. 讨论

慢性心功能不全合并糖尿病对人们的健康造成严重的威胁, 并发率呈现大幅度上升趋势, 且具有预后难愈等特点, 治疗难度高而复杂等, 大多病人易发生一系列并发症, 与此同时增大了发生并发症的风险, 加之此类病人病情较严重且病情变化复杂。糖尿病因胰岛素调节失调引发糖、脂代谢的紊乱, 多数糖尿病患者极易发生并发症, 目前, 病情轻时经饮食得以控制及运动锻炼、积极教育等途径为改善糖代谢, 患者生活质量严重受影响甚引发并发症^[7]。在严重情况下可能发生酮症酸中毒, 多数糖尿病患者 (心脏和血管的疾病、高血压、神经损伤、脚损坏、眼损伤和失明、肾脏疾病和皮肤问题) 等并发症^[8-10]。糖尿病同时具有多发性, 治疗终身性等几个特性会带来各生理、心理、社会等各方面影响。造成护理工作难以顺利进行, 若护理工作落实到位, 对高龄并患其他慢性病发生死亡的几率较高, 影响临床疗效。已成为临床护理工作的重点解决问题。而优质护理切实做好护理工作, 从思想上予以重视, 最大限度降低患者并发症, 提高护理水平。

本次研究结果显示, 实验组患者各项康复指标明显优于常规组患者各项康复指标, 组间对比结果显著, 对比结果有意义 (P<0.05); 实验组 III、IV 级心功能评分患者数量明显少于常规组, 数据差异显著, 组间对比结果有意义 (P<0.05); 干预前两组患者负性情绪数据差异不突出, 组间对比结果无意义 (P>0.05); 干预后实验组患者的负性情绪评分明显优于常规组, 数据差异突出, 组间对比结果有意义 (P<0.05); 实验组患者对于护理服务的满意度均显著高于常规组, 组间对比结果显著, 满足统计学意义标准 (P<0.05)。这一结果充分证明借助优质护理可以显著提升患者的康复质量, 可以更好的控制心理障碍, 促使患者顺利康复, 具备较高的临床疗效, 可以有效控制患者的临床症状, 值得作为常规治疗方案。

4. 结论

综上所述, 优化护理对策在慢性心功能不全合并糖尿病患者中的应用价值明显, 可以更好的改善患者的康复指标, 能够显著提升患者对于护理服务的满意度, 降低护患矛盾纠纷的发生率, 值得在临床推广。也作为有效治疗病患过程中关键环节, 可有效改善患者临床症状, 显著地控制病情, 提高整体满意度。在对慢性心功能不全合并糖尿病患者治疗中不仅需选择适宜的治疗手段且在进行治疗同时需采取相关的护理实施措施, 也作为有效治疗病患过程中的关键环节, 实施后病患达有效改善缓解临床症状的作用。

参考文献:

- [1]樊安财.慢性心功能不全合并糖尿病患者的综合护理研究[J].世界最新医学信息文摘, 2018, 61 (55): 41-42.
- [2]李燕萍.慢性心功能不全合并糖尿病患者的中西医结合护理体会[J].中国实用医药, 2018, 23 (15): 699-700.
- [3]马健.糖尿病合并冠心病慢性心功能不全治疗中应用益气养阴和化痰利水中药的效果[J].医药前沿, 2017, 24 (6): 100-101.
- [4]蒋愈娇, 林慕如, 李东樱.抗栓疗法对≥80 岁非瓣膜病心房颤动病人脑梗死的影响[J].实用老年医学, 2018, 32 (08): 79-82.
- [5]蒋慧, 丁国华.非透析慢性肾衰竭患者发生心功能不全危险因素分析[J].医学研究杂志, 2018, 31 (14): 411-412.
- [6]许桂炎, 应晓蕾, 曹海辉.二甲双胍治疗高血压并发代谢综合征的临床效果[J].全科医学临床与教育, 2017, 15 (1): 89-91.
- [7]卢丹.探究人性化服务在糖尿病护理中的应用[J].糖尿病新世界, 2018, 21 (04): 163-164.
- [8]刘雅丽, 朱桂萍.专病一体化饮食护理模式对慢性心衰并发糖尿病患者影响[J].国际护理学杂志, 2018, 37 (12): 1651-1653.
- [9]钟珍.糖尿病健康教育专员运用多样性护理方式改善糖尿病治疗效果[J].中国医药科学, 2018, 8 (10): 173-175+190.
- [10]吴平梅.护患沟通在糖尿病门诊导诊护理工作中的应用价值[J].糖尿病新世界, 2018, 21 (01): 124-125.

延续护理对社区压力性损伤患者干预效果评价

沈佩佩

上海湾区高新技术产业开发区社区卫生服务中心 201506

摘要：目的：评价延续性护理对社区压力性损伤患者的干预效果。方法：选取在本社区卫生服务中心伤口门诊、医联体单位下转的压力性损伤需进行换药的患者 60 例，应用奇偶分组法进行分配，分成对照组 30 例，实验组 30 例，两组分期比例无差异。对照组患者实施专科护士机构内常规换药；实验组实施延续性护理小组上门进行综合干预换药。对比观察两组患者的自护能力、伤口护理相关知识掌握程度、伤口完全愈合率，以及患者及家属对社区医疗机构满意率。结果：相较于对照组，实验组患者自护能力达到 86.67% 高于对照组的 70%；伤口护理相关知识掌握程度达到 96.67% 高于对照组的 80%；伤口完全愈合率达到 86.67% 高于对照组的 76.67%；患者及其家属对社区机构的满意率达到 96.67% 高于对照组的 80%。结论：对社区压力性损伤患者实施延续性护理干预，可有效帮助患者及其家属提高自我护理能力，提高伤口护理质量，便于伤口愈合速度加快，增加护理安全性，有效提升患者及其家属对社区医疗机构满意度，在社区中值得大力推广，具有积极的现实意义和临床意义。

关键词：延续性护理；社区压力性损伤；干预效果

从压力性损伤的名称中可以看出，“压力”是造成患者皮肤出现局部损伤的重点。老年人的皮肤会随着年龄增大而逐步失去弹性，整体处于松弛状态，同时老年人患有基础疾病的较多，通常需要卧床修养，因老年人机体活力下降，卧床时间将随之延长，导致自我护理能力下降，若家人无法及时帮助其翻身，调整舒适体位，那么其被压皮肤将长久处于被压迫状态，压力长久作用在局部皮肤处，尤其是在天气炎热时，被压迫皮肤潮湿湿度增加，逐步出现不同程度的压力性损伤。本次研究门诊所处区域常住人口四万以上，从 2017 年开诊以来，接诊患者中患有压力性损伤人数占比达到总接诊人数的 42%，且每年还呈递增趋势^[1]。在实际工作中，通过与患者及其家属沟通，可知其对压力性损伤的认知程度较浅，甚至存在较大的护理误区，常会不遵医嘱乱用偏方药物，导致伤口反复感染，甚至恶化，难以愈合。这不仅为患者本人带来极大的痛苦，影响生活质量，加重经济负担，同时也增加门诊接诊压力。针对这一问题，经过深入研究后发现，若对患者实施延续性护理，强化其自我护理能力，增强其对压力性损伤的护理认知意识，那么将在很大程度上提高患者治疗依从性，保障治疗与护理效果。本文就延续性护理对社区压力性损伤患者的干预效果进行展开阐述。现具体报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取在本社区卫生服务中心伤口门诊、医联体单位下转的压力性损伤需进行换药的患者 60 例，应用奇偶分组法进行分配，分成对照组 30 例，实验组 30 例^[2]。对照组中，男患者 18 例，女患者 12 例，年龄在 65 岁到 88 岁之间，平均年龄为(71.45±7.21)岁；体质指数在 18.51Kg/m²-24.89Kg/m²之间，平均体质指数为(20.87±1.45) Kg/m²；压力性损伤病程时间在 4 天到 5 个月，平均病程为(21.25±5.12)天。实验组中，男患者 17 例，女患者 13 例，年龄在 64 岁到 88 岁之间，平均年龄为(71.65±7.31)岁；体质指数在 18.41Kg/m²-24.99Kg/m²之间，平均体质指数为(20.97±1.35) Kg/m²；压力性损伤病程时间在 4 天到 5 个月，平均病程为(21.25±5.12)天。两组患者受教育程度，职业特点，所患疾病特征，压力性损伤分级等一般资料经对比分析后，均无明显差异。可进行对比研究。

纳入标准：患者已被确诊出现压力性损伤，并无严重并发症，患者及其家属对本次研究同意书进行仔细阅读认真审核后签字同意。

排除标准：患者有急性伤口，且合并患有其它严重并发症，临终期，患者配合依从性较差。

1.2 方法

对照组患者实施专科护士机构内常规换药；专科护士在为患者换药期间观察患者伤口愈合情况，并针对具体情况进行伤口清理，此时，专科护士了解患者居家护理情况，针对情况进行口头健康教育指导。

实验组实施延续性护理小组上门进行综合干预换药。第一，建立延续护理小组。护理小组人员均由伤口专科护士带队，其已经获得由上海市护理学会颁发的《伤口护理岗位培训》证书，伤口专科护士为组长，辖区内二三级医疗机构与中心构成了紧密的医联体，每年中心专科护士均前往医联体开展专科培训，均具备压力性损伤理论知识与相应的技能。第二，追踪干预^[3]。护理小组需对负责患者的基本资料进行详细分析，并依据患者情况建立伤口档案记录，做好跟踪随访准备，依据随访情况记录护理记录，且对患者进行个性化健康教育。护理人员需按照延续性护理方案对患者进行 2 周一次的电话随访，了解患者自我护理情况，同时解答患者提出的护理问题，做好护理指导工作。由于部分照护者常规门诊换药期间产生的疑惑和伤口变化都拖延至约定好的门诊时间来咨询或者自行听信偏方简单处理伤口后就不来门诊了，通过电话追踪能实时了解伤口的动态变化，也能获知家属当下的心理因素，及时进行一个正确的引导与纠正，使患者出院回家后能得到护理人员的答疑解惑，在护理过程中，被遗忘的、困惑的、临时的突发情况得到及时解答。在电话随访的基础上，护理人员还需定期上门进行居家健康护理指导，依据患者的伤口情况进行针对性的护理指导，同时解答患者及其家属提出的伤口愈合护理相关疑问，对患者及其家属提出的错误认知进行纠正，并告知其错误之处，强化其对错误纠正意识，接着亲身示范进行正确的伤口护理干预。第三，上门护理干预。护理人员定期上门进行护理指导时，需在第一次时就以专业技术能力与理论见解取得患者及其家属的信任与理解，在自我介绍时，需以谦虚诚恳的语态与患者及其家属沟通。接着，护理人员向患者发放调查问卷，问卷内容涉及多个方面，包括伤口愈合效果影响因素、整体身体情况和选择治疗方式都会直接或间接影响伤口愈合进展。伤口愈合也离不开全身营养的支持，需要摄入高蛋白、高热量的饮食，包括鸡蛋、牛奶、肉类等等以及护理行为知识认知等。护理人员依据患者的答卷结果，为患者进行必要的伤口护理相关知识讲解，同时建立伤口愈合档案，做好第一次上门护理记录。第四，建档成功后，护理人员需将收集的档案资料进行整理，与小组人员就患者实际情况进行伤口评估，确定有效的护理诊疗方案。之后，由社区专科护士与村居卫生干部进行沟通联系，对辖区内居民进行压力性损伤相关知识健康宣讲教育，宣讲内容需提前拟定好，并公告给听课人员知晓，由其进行投票，确定健康宣讲内容，按照少数服从多数原则，从得票数最多内容

开始,依次进行健康知识宣讲。授课时间提前公布,确保相关人员百分百出席,授课频率为1次/月。

以上两组患者均需接受为期三个月的护理干预,并通过电话、微信、上门回访等多种方式,对患者伤口愈合情况进行全面了解,记录护理相关数据信息,进行比对。

1.3 临床观察指标

首先,通过问卷的方式了解患者对伤口护理相关知识的掌握程度,观察两组患者的自护能力、伤口愈合情况。

其次,通过自制的满意调查问卷,调查患者及家属对社区医疗机构满意率^[4]。问卷分值高于85分者为非常满意,问卷分值在60分以上、85分以下者为一般满意,问卷分值低于60分者为不满意。

1.4 统计学方法

采用 office 2007 软件进行数据录入整理,采用 SPSS 软件对数据进行描述分析、卡方检验分析^[5]。

2 结果

通过最终的数据值对比,可知实验组患者的自护能力、伤口护理相关知识掌握程度、伤口完全愈合率百分比率明显优于对照组^[6]。具体见表1。

表1 两组患者数据信息对比 (n, %)

组别	例数	自护能力	伤口护理相关知识掌握程度	伤口完全愈合率
实验组	30	26 (86.67)	29 (96.67)	26 (86.67)
对照组	30	21 (70.00)	24 (80.00)	23 (76.67)
X ² 值		13.014	1.302	12.105
P 值		<0.05	<0.05	<0.05

通过最终的数据值对比,可知实验组患者及其家属对社区机构的满意度明显高于对照组^[7]。具体见表2。

表2 两组患者满意度对比 (n, %)

组别	例数	非常满意	一般满意	不满意	总满意率
实验组	30	26 (86.67)	3 (10.00)	1 (3.33)	29 (96.67)
对照组	30	10 (33.33)	14 (46.67)	6 (20.00)	24 (80.00)
X ² 值		13.024	1.402	13.105	13.050
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

压力性损伤在老年人卧床养病期间发生率逐年上升,因压力性损伤而引发的其他疾病也呈多样化趋势发展,在很大程度上增加患者死亡率。在实际工作中,可以发现很大一部分的患者及其家属对压力性损伤相关知识的认知存在错误,且在自我管理上更有不同程度的错误认知,比如说一部分患者会想当然地将头孢胶囊粉剂涂抹在伤口处,询问其原因,患者的想法很简单,认为头孢胶囊既然是口服消炎药,那么其消炎效果是必肯定的,将其应用在伤口愈合上,也应该是可行的。还有一部分患者听从他人的偏方治病理论,将煤渣、鸡蛋壳等外敷在伤口处。患者的这些错误想法和错误行为对其治疗效果造成极大破坏力,导致伤口出现反复感染,难以愈合,同时一部分患者对偏方执念过于强烈,导致治疗依从性较差,在门诊换药时,即使接受健康教育,但却无法更好地遵从医嘱进行护理治疗^[8]。最终结果是伤口反复感染,反复就医,患者本人伤口疼痛难忍,生活质量直线下降,患者家庭经济负担加重,护理难度增加,门诊接诊任务加重,护患

关系紧张,造成极大负面影响。

延续性护理打破传统护理盲区,传统意义上的护理仅限于医院,当患者出院后就将终止护理服务。但这种护理模式存在的弊端是不可忽视的,因为大部分患者出院后还需进行后续治疗,同样存在各种健康问题,若不进行必要的护理干预,则易于出现因同一种疾病而反复就医门诊现象。基于此种问题考量,出现延续性护理模式,其是将医院护理延续到家庭中继续护理的一种新模式,主要为患者提供从医院返回家庭后的过渡护理服务,此护理模式强调的是将正确护理理念传递给患者及其家属,使其意识到正确护理、遵医嘱治疗的重要性。社区压力性损伤患者在接受延续性护理干预时,可针对具体护理问题向专科护士询问,得到针对性解答。专科护士为患者建立个性护理档案,上门居家进行健康教育强化指导,及时解答患者疑问,纠正患者错误认知,指导患者以正确信念对自身进行护理,此时,患者对遵医嘱治疗效果有了更清晰认知,治疗护理依从性提高,自身的生活质量稳步提高,精神压力降低,家庭经济负担减轻,门诊接诊压力减少,节约国家医疗资源,符合时代发展需要。

综上所述,对社区压力性损伤患者实施延续性护理干预,重点强调以患者问题为导向,对患者采取针对性的护理干预,护理人员可依据患者提出的护理问题进行针对性的伤口护理理论知识指导,并以身示范进行技能指导,可有效帮助患者及其家属提高自我护理能力,提高伤口护理质量,便于伤口愈合速度加快,减少因错误方法护理而导致的反复就医现象发生,同时居家卧床患者经过正确护理后,压力性损伤复发率也得到有效控制,且朝着降低方向发展^[9]。在延续性护理中,患者出院后还将继续接受专业的伤口愈合护理指导,由护理人员针对患者具体问题进行专业答疑解惑,对患者在家护理中遇到的各种问题解答具有积极意义,即可增加护理安全性,又可有效提升患者及其家属对社区医疗机构满意度,在社区中值得大力推广,具有积极的现实意义和临床意义。

参考文献:

- [1]黄丽明.延续护理预防肠造口周围皮肤损伤的应用研究.广西壮族白治区,贵港市人民医院,2016-11-23.
- [2]黄玲,翟大红.远程家庭护理在郊区老年压力性损伤患者延续护理中的应用模式初探[J].结直肠肛门外科,2021,27(S2):111-112.
- [3]赖俏兰,周书剑,吴晓珩,徐定英.压力性损伤患者延续护理对创面愈合的影响分析[J].赣南医学院学报,2021,41(11):1167-1169+1172.
- [4]刘军豪,于漫,牛红艳.个性化延续性护理在糖尿病伴皮肤溃疡患者中的应用[J].护理实践与研究,2021,18(21):3216-3219.
- [5]叶梅,林忠宝.延续性护理对ICU后老年脑卒中卧床患者压力性损伤及生活质量的影响[J].中国医药科学,2021,11(18):128-130+213.
- [6]梁凤英,朱诗欣,冯晓雯,李泳姿,吴婉梅,叶小平.基于智能APP的延续护理对居家压力性损伤患者转归的影响研究[J].齐齐哈尔医学院学报,2021,42(13):1186-1189.
- [7]韩雪.基于伤口评估三角的整体干预方案在3期以上压力性损伤患者延续护理中的应用研究[D].山西医科大学,2021.
- [8]殷晓菁,丛燕,房晨斐,李智颖,张晓瑛.基于微信平台的延续护理在急诊压力性损伤患者中应用的效果[J].上海医药,2021,42(06):44-47.
- [9]胡春颖.延续护理对肠造口周围皮肤损伤的影响[J].中国城乡企业卫生,2020,35(12):196-198.

中医适宜技术联合宁养照护在终末期肿瘤患者护理中的应用效果

张琦慧

上海市徐汇区枫林街道社区卫生服务中心 上海市 200030

摘要:目的:探讨中医适宜技术联合宁养照护在终末期肿瘤患者护理中的应用效果。方法:选取2021年6月-2022年6月在我社区医院进行治疗的100例终末期肿瘤患者作为研究对象,利用数字表法随机分为两组,各50例。两组均实施常规护理,试验组在此基础上实施中医适宜技术联合宁养照护。比较两组患者的疼痛程度评分、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分及护理满意度。结果:护理前,两组各项疼痛程度评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理后,试验组各项疼痛程度评分均低于参照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。护理前,两组HAMA、HAMD评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理后,试验组HAMA、HAMD评分均低于参照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。试验组护理满意率高于参照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论:末期肿瘤患者采用宁养照护联合中医适宜技术,可进一步调节心理状态,改善负性情绪,减轻疼痛程度,客观面对疾病及死亡,提高生活质量,护理价值较高。

关键词: 中医适宜技术;宁养照护;终末期肿瘤

引言

近年来,终末期患者的心理及情绪问题受到医学关注,宁养照护是针对终末期肿瘤患者的一种人性化的医疗服务模式,通过多学科合作,协助患者及照顾者的社会、心理及生理问题得以解决,使其在接受自身疾病的基础上,主观幸福感得到提升,减轻痛苦,进而提高生命末期生存质量,让患者有尊严的度过余生,也使患者家属得到心理安慰。癌症发展到晚期,癌痛现象无法避免,中医特色技术护理在中医理论的指导下,将中医核心理念和辨证施护相结合,创设具有中医特色的护理措施,如中药足浴、耳穴压豆、穴位按摩及情志疏导法,使患者的疼痛症状及负面情绪得以疏导。本研究对宁养照护联合中医适宜技术用于提升终末期肿瘤患者生活质量的效果进行探讨,详细报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2021年6月-2022年6月在我社区医院进行治疗的100例终末期肿瘤患者作为研究对象,利用数字表法随机分为两组,各50例。试验组男26例,女24例;年龄52~81岁,平均(62.5±6.3)岁;体质指数(BMI)18.2~25.0 kg/m²,平均(22.1±1.1) kg/m²;肿瘤种类:肺癌15例,肝癌12例,直肠癌8例,胃癌7例,食管癌4例,其他肿瘤4例。参照组男27例,女23例;年龄55~82岁,平均(61.3±5.8)岁;BMI18.0~24.9 kg/m²,平均(22.6±1.2) kg/m²;肿瘤种类:肺癌14例,肝癌13例,直肠癌7例,胃癌8例,食管癌5例,其他肿瘤3例。两组临床资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

对照组实施常规护理,试验组在此基础上实施中医适宜技术联合宁养照护,具体如下:

(1)宁养照护。指导患者身心放松,采取音乐疏导、身体放松引导及转移注意力方式,减轻患者主观疼痛及其他症状感受。评估疼痛程度,针对NRS>3分患者进行三阶梯给药缓解。鼓励患者进食和活动,以低脂肪、易消化、高蛋白为主。为患者提供舒适整洁的病房环境,室内安静,温湿度适宜,无噪音,光线柔和,结合患者感兴趣娱乐方式,帮助其建立放松的心态。主动与患者及家属建立信任关系,了解患者心理状态,分析其对死亡的态度,尊重患者及家属知情权,给予死亡教育,使其正确认识生命意义,理解死亡是生命历程中自然的一环,保持合理的死亡观,并引导其回忆温馨时光,联合家属给予陪伴和关怀,满足其最后的心愿。(2)中医适宜技术①情志护理。评估患者性格特点及情绪状态,易燥易怒者采

取情志安神法,引导其静坐,耐心倾听其倾诉,了解其思想顾虑,进行针对性干预;鼓励患者看书、听音乐,缓解紧张情绪,可依据中医五音对五脏理论,实施五音疗法,如痰湿证、气血两虚证者,取《春江花月夜》宫调式乐曲。②耳穴压豆。采取痛处中药外敷法,选生南星、干蟾皮、姜黄、乳香、白芷等制成癌症镇痛膏涂抹疼痛部位;中医耳穴压籽法,选择神门、交感、皮质下及癌症侵犯主要脏器穴位,将王不留行籽贴贴敷于耳穴上,按压后以发热、胀痛感为度,留置2~3d。③中医足浴。合并恶性腹水或盆腔积液者,取生水蛭、蜈蚣、牵牛子、枳实、甘遂、薏苡仁等散水方剂制成膏状,以神阙穴为中心平敷于腹上;癌性发热者行针刺大椎穴、刺血拔罐法。选择淡干姜、艾叶、红花、广木香、茯神、远志、枣仁、当归、黄芪等制成药包进行足浴泡脚,起养心安神作用。④中医穴位按摩。中医认为调经络、通气血是缓解疼痛的有效措施,而终末期肿瘤患者癌痛现象严重,采用中医按摩方式,可达到疏通经络止痛的效果。通过推拿基本手法,使患者体质增强,以拿揉法活血化瘀止痛,以搓法和抖法疏松筋骨。针对癌痛患者疼痛部位实施经络按摩,起到止痛效果。

1.3 观察指标

①使用自制的疼痛问卷调查表对两组患者的疼痛程度情况进行评估,共观察4个指标:过去1d疼痛最剧烈评分,过去1d疼痛最轻微评分,过去1d平均疼痛程度评分,当下疼痛程度评分。分值范围0~10分,其中0分表示无疼痛,1~3分表示轻度疼痛,4~7分表示中度疼痛,≥8分表示剧烈疼痛。②依据汉密尔顿焦虑量表(HAMA)和汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评定患者护理前后的心理情况。HAMA评分:0~7分为无焦虑,7~20分为轻度焦虑,21~28分为中度焦虑,>28分为重度焦虑;HAMD评分:0~8分为无抑郁;8~19分为轻度抑郁;20~34分为中度抑郁;>34分为重度抑郁。③应用科室自制的护理满意度调查问卷评估患者对护理的满意度,包括非常满意、满意及不满意,满意率=(非常满意+满意)例数/总例数×100%。

1.4 统计学方法

采用SPSS22.0对研究对象采集的数据进行分析处理,计量数据采用($\bar{x} \pm s$)表示;计数资料采用%表示,使用 χ^2 对数据进行校检; $P>0.05$ 为差异无统计学意义。

2 结果

2.1 两组疼痛程度比较:护理前,两组各项疼痛程度评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理后,试验组各项疼痛程度评分均低于参照组,差异具有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 两组疼痛程度比较 (x±s, 分)

组别	n	过去1d疼痛最剧烈评分		过去1d疼痛最轻微评分		过去1d平均疼痛评分		当下疼痛评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
参照组	50	7.06±2.07	4.21±0.67	3.59±1.13	3.30±0.95	4.57±1.12	3.14±0.99	4.27±1.14	3.49±0.85
试验组	50	7.06±1.07	1.21±0.34	3.36±1.01	1.30±0.37	4.24±1.00	1.14±0.34	4.24±1.15	1.16±0.37
t		0.642	12.086	0.552	10.929	0.421	9.274	0.364	10.214
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组心理状态比较: 护理前, 两组 HAMA、HAMD 评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 护理后, 试验组 HAMA、HAMD 评分低于参照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 见表2。

表2 两组心理状态比较 (x±s, 分)

组别	n	HAMA		HAMD	
		护理前	护理后	护理前	护理后
参照组	50	38.17±8.56	43.46±7.38	48.27±6.66	40.66±6.56
试验组	50	38.37±8.66	25.45±6.35	48.38±6.27	35.17±5.16
t		0.116	13.081	0.085	4.651
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 两组护理满意度比较: 试验组护理满意率高于参照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 见表3。

表3 两组护理满意度比较[n (%)]

组别	n	非常满意	满意	不满意	满意率
参照组	50	12(24.00)	28(56.00)	10(20.00)	40(80.00)
试验组	50	31(62.00)	18(36.00)	1(2.00)	49(98.00)
χ^2					10.264
P					<0.05

3 讨论

终末期患者已经历了不同时段的治疗, 他们从早期的无症状阶段, 再到中期的治疗阶段, 最后到终末期阶段。终末期阶段患者往往疼痛等不适症状比较明显, 难以忍受, 甚至部分患者即使经过治疗也难以获得满意的效果。部分患者已经处于支持治疗阶段, 患者不得不等待生命的结束。终末期阶段患者一般仅仅接受支持治疗或者维持性化疗等治疗方案, 治疗主要采取舒缓医疗。护理方面主要以关怀患者, 减轻痛苦为主, 宁养照护的理念主要适用于这一时期的患者。老年人大多能够比较平静的接受死亡, 比较年轻的患者会表现出对家人的不舍和依恋, 部分痛苦较大的患者可能会出现一种解脱的心理。在宁养照护实践中, 不断形成和发展了一些综合运用中医哲学思维的简、便、验、廉的适宜技术, 主要包括外治疗法、内治疗法、综合疗法, 在治疗癌症患者的癌因性疲乏、失眠, 以及疼痛控制、皮肤护理、便秘、恶心、呕吐等方面应用广泛。目前已经明确物价收费的中医服务项目共50余项, 涉及贴敷、点穴、穴位注射、中药涂擦、中药封包、熏洗蒸浴、针刺、拔罐、灸法、推拿、刮痧、气功等, 在宁养照护领域均发挥靶向作用。中医外治疗法包括中药外用疗法、针灸推拿疗法、针刀疗法、刺络拔罐、穴位贴敷、导引、药浴等, 适用于治疗炎症、促进血液循环、修复神经、镇痛等。美国国立综合癌症网络发布的恶性肿瘤临床实践指南中明确推荐针灸疗法缓解癌症相关疼痛和疲劳; 中药敷脐和针灸均能止呕; 针刺、穴位贴敷、中药热奄包、温通刮痧法、中医定向透药、耳穴贴压是镇痛常用护理技术, 有效的镇痛能够提高临终患者日常生活能力和生命质量, 另有研究表明, 在吗啡镇痛中联合运用耳穴压丸治疗中重度癌痛的临床疗效确切, 且有效降低了不良反应发生率。对于无法正常服药或身体不便的患者, 药浴是一种缓解病痛的有效疗法, 但对于温度和时间掌控需谨慎操作。在实施按摩、抚触疗法时, 专业服务人员需采取柔和的手法, 同时向患者及家属讲解、答疑, 使其感觉舒适、满足。有研究显示, 部分患者在感受气功的过程中, 能够积极适应生活, 心灵得到慰藉和满足, 甚至产生对气功的信仰。内治疗法包括服食中药、药膳、营养干预、芳香疗法、五行音乐疗法、情志疗法等。中医学认为, 食物中所含的精微物质能够涵养人的精、气、神, 根据食物的四性五味辨证施膳, 尤其使用药食两用品, 对于癌症终末期患者通调气血、提高生命质量大有裨益。宁养照护联合中医食疗能够有效改善患者睡眠质量和焦虑抑郁程度, 如花

椒炖猪肉、柴胡薏米粥、红枣红糖煮南瓜益于胃癌患者; 川贝雪梨炖猪肺、北芪灵芝猪骨汤等益于肺癌患者; 补气养血粥益于气血两虚证癌因性疲乏患者等。芳香疗法运用单方或复方精油和特定的扩香方式改善患者精神压力, 缓解焦虑、促进睡眠, 是一种补充照护手段, 如薄荷、洋甘菊精油可提神解乏, 薰衣草、佛手柑、玫瑰天竺葵精油临床止痛效果显著。中医五行音乐疗法利用五音通五脏的共振原理(宫脾、商肺、角肝、徵心、羽肾)安抚患者的痛苦心理, 每天1小时的音乐疗法可减轻临终患者的抑郁状态。中医情志护理可以通过宣泄解郁法、顺情从欲法等, 改善患者的焦虑抑郁情绪, 并且情志干预对于降低患者综合征发病率效果显著。中医综合疗法指对患者同时、相间或相继采取两种及以上中医疗法, 常常具有内外兼治、动静结合、远期疗效高等特点。例如, 艾灸联合穴位敷贴、艾灸联合推拿按摩、艾灸联合大成汤、电子灸联合核桃承气汤、穴位贴敷联合推拿按摩、电针结合艾灸能有效治疗腹胀便秘, 降低副作用; 精油芳香疗法联合引阳入阴推拿、中医五行音乐疗法联合药膳、针刺、耳穴压豆等能够有效改善癌症患者的失眠、抑郁症状; 五行音乐宫调联合穴位按摩有助于提高胃癌患者的睡眠质量。应用中医适宜技术能够体现宁养照护服务内涵和人文主义, 有研究显示依托家庭医生联合居委会、志愿者历时两年宣传、推广拔罐、灸法、穴位敷贴、刮痧4项适宜技术, 居民的接受度和需求显著增加, 既缓解了社区卫生服务中心开展中医适宜技术的压力, 也大大减少了居民就医次数, 促进了居家宁养照护的推广和发展。安宁护士的人格形象是温柔、体贴、细致、周到、宽容, 她们以女性特有的母爱, 对临终患者进行舒适照护, 并以较好的同理心安慰家属, 尤其是抚慰女性家属。通过对宁养照护对象访谈发现, 在推进宁养照护中具有重要作用, 体现在家访、参与开处方药、情感支持、时间自由等, 但仍然存在一些问题, 如患者希望每次均由同一个家庭医生连续照护, 提高家庭医生在团队中的协调作用。疫情期间家访遇到阻碍, 应当积极探索利用互联网技术开展云端视频等形式进行线上关怀; 同时培训家庭医生掌握一定的中医技术, 提高居家宁养照护服务的质量。

结束语

综上所述, 终末期肿瘤患者采用宁养照护联合中医适宜技术, 可进一步调节心理状态, 改善负性情绪, 减轻疼痛程度, 客观面对疾病及死亡, 提高生活质量, 护理价值较高。

参考文献:

- [1] 汤莹. 宁养照护联合疼痛管理对肿瘤终末期患者生活质量的影响[J]. 黑龙江医学, 2019, 43(12): 1541-1543.
- [2] 冯敏. 宁养照护对恶性肿瘤终末期患者近期生活质量的影响[J]. 中外女性健康研究, 2019(17): 11-12+47.
- [3] 廖华静. 疾病终末期老年患者宁养照护中的心理状态特征分析及干预策略[J]. 当代护士(下旬刊), 2018, 25(09): 144-147.
- [4] 高小荃, 王林娟. 终末期肿瘤患者接受护理干预对其生活质量的影响[J]. 结直肠肛门外科, 2018, 24(S1): 96-97.
- [5] 戚晓霞. 临终关怀护理对恶性肿瘤终末期患者生活质量的影响及护理观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(44): 121+123.
- [6] 曹明英. 肿瘤晚期患者宁养照护的护理效果分析[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2018, 3(20): 106+109.
- [7] 于琪. 终末期护理对老年肿瘤患者护理效果的系统评价[J]. 医学理论与实践, 2018, 31(03): 453-455.

针对性护理在产科妊娠合并症患者中的临床有效性分析

孙张利 通讯作者：许佩

陕西省蒲城县中医医院 陕西渭南 715500; 陕西省蒲城县中医医院 陕西渭南 715500

摘要：目的：探讨产科妊娠合并症患者实施针对性护理的有效性。方法：选择医院在 2021 年 5 月至 2022 年 5 月期间产科就诊的 90 例妊娠合并症患者，根据随机数字表法进行分组，对照组与观察组各为 45 例，对照组采用常规护理，观察组实施针对性护理，将两组产科妊娠合并症患者的干预效果进行比较。结果：观察组不良妊娠事件（胎儿宫内窘迫、产后异常出血、早产、引产）发生率（4.44%）低于对照组，（ $P < 0.05$ ）。观察组护理满意度（97.78%）高于对照组，（ $P < 0.05$ ）。观察组产程时间（ 6.27 ± 0.57 ）h 短于对照组，阴道出血量（ 42.83 ± 5.87 ）ml 低于对照组，新生儿 Apgar 评分（ 8.66 ± 0.65 ）分高于对照组，（ $P < 0.05$ ）。观察组 HAMA 评分（ 8.97 ± 1.77 ）分、HAMD 评分（ 11.05 ± 1.57 ）分均小于对照组，（ $P < 0.05$ ）。观察组妊娠压力量表评分低于对照组，包括父母角色（ 9.09 ± 1.51 ）分、母子健康和安全感（ 3.45 ± 0.15 ）分、身体外形和身体活动改变（ 5.11 ± 1.51 ）分、其他因素（ 4.15 ± 1.09 ）分均低于对照组，（ $P < 0.05$ ）。结论：产科妊娠合并症患者实施针对性护理的效果显著，有利于降低不良妊娠事件，提高护理满意度，还可以改善不良情绪，降低产妇的妊娠压力，值得在临床中予以使用和推广。

关键词：产科护理；妊娠合并症；针对性护理；满意度；不良妊娠事件

妊娠合并症是女性高发疾病，风险性较高，不仅会大大提高产妇的不良反应，还会使产妇不得不终止分娩，或者流产^[1-2]。另外，由于妊娠的复杂性，出现的妊娠合并症会使产妇产生更多的恐惧感，根据有关数据，产妇在焦虑、抑郁等负面情绪的情况下，其分娩产程会明显的延迟，子宫收缩乏力，导致不良预后。因此，应重视妊娠合并症的临床治疗与护理^[3-4]。针对性护理具有预见性、个性化，结合妊娠合并症患者的不同情况开展具体的干预措施，有利于最大程度的降低产妇的不良事件^[5]。为探究产科妊娠合并症患者实施针对性护理的应用效果，此次研究纳入 2021 年 5 月至 2022 年 5 月期间产科接诊的妊娠合并症患者 90 例展开调研。

1. 资料和方法

1.1 基线资料

择取医院产科收治的 90 例妊娠合并症患者，患者的入组时间在 2021 年 5 月至 2022 年 5 月，采用随机数字表法将患者分为两组，每组 45 例，接受常规护理的一组为对照组，接受针对性护理的一组为观察组。

对照组，年龄 19 岁~41 岁，平均年龄（ 32.34 ± 3.13 ）岁；孕周时间在 33 周~39 周，平均孕周（ 36.76 ± 0.44 ）周。其中，13 例妊娠合并高血压（28.89%）、11 例妊娠合并糖尿病（24.44%）、9 例妊娠合并心脏病（20.00%）、8 例妊娠合并先兆子痫（17.78%）、4 例妊娠合并贫血（8.89%）。

观察组，年龄 20 岁~42 岁，平均年龄（ 32.77 ± 3.11 ）岁；孕周时间在 32 周~40 周，平均孕周（ 36.71 ± 0.46 ）周。其中，12 例妊娠合并高血压（26.67%）、10 例妊娠合并糖尿病（22.22%）、9 例妊娠合并心脏病（20.00%）、9 例妊娠合并先兆子痫（20.00%）、5 例妊娠合并贫血（11.11%）。

两组妊娠合并症患者的资料相比较无统计学意义，（ $P > 0.05$ ）。

纳入标准：（1）符合妊娠合并症患者的诊断要求；（2）具有良好的沟通与表达能力；（3）本次研究在伦理委员会批准下进行；（4）患者资料完整。排除标准：（1）多胎妊娠者；（2）合并其他严重疾病的患者；（3）癌症者；（4）合并严重器官功能障碍的患者；（5）肝肾功能障碍的患者。

1.2 方法

对照组采用常规护理，为产妇提供常规教育，观察病情，告知产妇妊娠期间的注意事项，解答产妇提出的疑问。

观察组实施针对性护理，（1）收集和评价患者资料，包括患者的基本信息、包含疾病史、是否生育、教育程度、生活习惯等，以评估其存在的潜在危险，并制订相应的护理对策和预防措施。（2）对患者进行健康教育，了解患者的状态，定期检测血压、心率、血糖等各项指标，指导产妇如何检测胎动，发现任何不正常的地方，都要就诊，告诉产妇出现妊娠并发症的原因和应对措施。（3）饮食干预，根据患者的并发症制订膳食方案，确保产妇的营养，提高免疫力，保证胎儿的健康成长发育。（4）用药指导：妊娠合并症患者在妊娠期应慎重用药，按照医嘱服药，服药要准时，不得随便中断用药或改变用药。（5）心理护理，护理人员在与患者沟通中需要强化自身沟通交流能力，学会共情，教导患者学会自我心理调节，告知患者怒伤身，保持乐观的心态，给予患者尊重和同情，提供积极的心理疏导。

护理人员可以为患者讲解治疗较好的案例，以患者来鼓舞患者，帮助患者建立治疗信心，提升依从性。（6）合并症护理：妊娠合并高血压患者，要注意饮食，控制血压，保证睡眠质量，注意观察血压。妊娠合并糖尿病患者，为患者提供低脂、低糖、高纤维、富含蛋白质与维生素的食物。结合患者的体重、胎儿大小情况，计算每天需要的总能量，由营养师为制定营养计划，合理加餐。妊娠合并心脏病患者，需要做好定期体检，预防出现胎儿异常。妊娠合并先兆子痫患者，需要做好产妇产征的检测，定期检查阴道出血情况。妊娠合并贫血患者，若出现缺氧需要及时采用低流量吸氧干预，同时调整饮食结构，多食用富含蛋白质和铁元素的食物，必要时可以在医生指导下服用补血药物。

1.3 观察指标

（1）不良妊娠事件发生率，不良妊娠事件包含胎儿宫内窘迫、产后异常出血、早产、引产。

（2）护理满意度，采用医院自拟护理满意度评分量表进行评分，分为不满意、基本满意和非常满意。

（3）产程时间、阴道出血量、新生儿 Apgar 评分。新生儿 Apgar 评分包含皮肤颜色、心搏速率、呼吸、肌张力及运动、反射。Apgar 评分在 0 分~10 分，评分越高表示新生儿状况良好，10 分为正常，小于 4 分为重度窒息。

（4）汉密尔顿焦虑量表评分（HAMA）、汉密尔顿抑郁量表（HAMD）。评分标准：HAMA 评分 > 29 分判定为严重焦虑，22 分~28 分为中度焦虑，分数在 8 分~14 分为轻度焦虑，HAMA 评分 < 7 分为无焦虑。HAMD 评分 > 35 分判定为严重抑郁，20 分~34 分为中度抑郁，分数在 9 分~19 分为轻度抑郁，HAMD 评分 < 8 分为无抑郁。

（5）妊娠压力量表评分，包括 30 个条目，4 个因子，包含父母角色（0~45 分）、母子健康和安全感（0~24 分）、身体外形和身体活动改变（0~12 分）、其他因素（0~9 分），分数越高说明妊娠压力水平越大。

1.4 统计学处理

两组妊娠合并症患者的数据资料输入统计学软件 SPSS23.0 进行校准处理，应用（%）表示不良妊娠事件发生率、护理满意度，对比差异性应用卡方检验。使用（均数 $\pm$ 标准差）表示产程时间、阴道出血量、新生儿 Apgar 评分、HAMA 评分、HAMD 评分、妊娠压力量表评分，组间差异性应用 t 检验。若（ $P < 0.05$ ），具有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组不良妊娠事件发生率相比

观察组不良妊娠事件（胎儿宫内窘迫、产后异常出血、早产、引产）发生率低于对照组，（ $P < 0.05$ ）。见表 1：

表 1 两组不良妊娠事件发生率相比 {n（%）}

组别	胎儿宫内窘迫	产后异常出血	早产	引产	不良妊娠事件发生率
对照组	13	11	9	8	28.89%
观察组	12	10	9	9	26.67%

观察组 (n=45)	0 (0.00)	1 (2.22)	1 (2.22)	0 (0.00)	2 (4.44)
对照组 (n=45)	2 (4.44)	5 (11.11)	2 (4.44)	2 (4.44)	11 (24.44)
X ² 值	-	-	-	-	7.2827
P 值	-	-	-	-	0.0069

2.2 两组妊娠合并症患者的护理满意度相比

观察组护理满意度高于对照组, (P<0.05)。见表 2:

表 2 两组护理满意度相比 {n (%)}

组别	不满意	基本满意	非常满意	护理满意度
观察组 (n=45)	1 (2.22)	21 (46.67)	23 (51.11)	44 (97.78)
对照组 (n=45)	11 (24.44)	23 (51.11)	11 (24.44)	34 (75.56)
X ² 值	-	-	-	9.6154
P 值	-	-	-	0.0019

2.3 两组妊娠合并症患者的产程时间、阴道出血量、新生儿 Apgar 评分相比

观察组产程时间短于对照组, 阴道出血量低于对照组, 新生儿 Apgar 评分高于对照组, (P<0.05)。见表 3:

表 3 两组患者产程时间、阴道出血量、新生儿 Apgar 评分相比 { $\bar{x} \pm s$ }

组别	产程时间 (h)	阴道出血量 (ml)	新生儿 Apgar 评分 (分)

表 5 两组妊娠合并症患者的妊娠压力量表评分相比 { $\bar{x} \pm s$, 分}

组别	父母角色		母子健康和安全		身体外形和身体活动改变		其他因素	
	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 (n=45)	31.41±4.54	9.09±1.51	17.67±2.22	3.45±0.15	9.16±1.51	5.11±1.51	7.17±0.88	4.15±1.09
对照组 (n=45)	31.16±4.76	14.51±2.42	17.68±2.31	7.17±1.56	9.09±1.44	7.56±0.98	7.15±0.89	5.89±1.11
T 值	0.2549	12.7463	0.0209	15.9230	0.2250	9.1299	0.1071	7.5029
P 值	0.7994	0.0000	0.9833	0.0000	0.8225	0.0000	0.9149	0.0000

3. 讨论

妊娠合并症对妊娠造成一定的影响, 主要包括: 导致胚胎畸形、神经功能紊乱、智力障碍。提升造成流产、早产、死胎、低体重儿的发生率^[6]。妊娠合并症会对产妇的身体状况造成很大的影响, 使产妇产生恐惧、焦虑等负面的心理状态。过实施有针对性护理可以减少不良妊娠事件, 提高患者和家庭的满意度。

传统的医疗服务已不能完全适应妊娠合并症患者的需要, 妊娠合并症的护理程序应当是综合性和多元化的, 结合产妇的实际情况, 提供更个性化、更有目标的优质护理, 重视患者的心理护理, 使其更具人性化, 以减少妊娠合并症的风险, 改善整个医疗工作的品质, 以保证患者身心健康, 减少并发症的发生率, 从而改善护理人员的整体护理质量, 保证孕妇和婴儿的生命健康^[7-8]。针对性护理是近年来兴起的一种新型的护理方式, 可以针对不同类型的妊娠合并症进行综合分析, 从而制订出一套有针对性、个性化的护理计划, 既能满足患者的生理和精神需要, 又能增强患者的治疗自信心, 从而为产妇临床提供良好的医疗服务。针对性护理可以使患者对自己的病情有一个准确的认识, 减轻因疾病产生的负面情绪^[9-11]。据本次研究结果显示, 观察组不良妊娠事件 (胎儿宫内窘迫、产后异常出血、早产、引产) 发生率低于对照组, 观察组护理满意度高于对照组, 观察组产程时间短于对照组, 阴道出血量低于对照组, 新生儿 Apgar 评分高于对照组, 观察组 HAMA 评分、HAMD 评分均小于对照组, 观察组妊娠压力量表评分低于对照组, 包括父母角色、母子健康和安全、身体外形和身体活动改变、其他因素低于对照组, (P<0.05) 存在统计学意义。说明在产科妊娠合并症患者的护理干预中, 应用针对性护理可以降低不良妊娠事件, 改善患者的护理满意度评分, 主要是因为针对性护理具有针对性和预见性, 整体效果更佳, 患者满意度更高。此外, 针对性护理下可以根据患者出现的心理问题逐一疏导, 可以改善患者的心理压力, 帮助产妇顺利分娩, 具有较高的安全性^[12]。

综上所述, 在产科妊娠合并症患者中应用针对性护理的有效性较高,

观察组 (n=45)	6.27±0.57	42.83±5.87	8.66±0.65
对照组 (n=45)	10.33±2.17	79.98±7.87	7.27±0.33
T 值	12.1390	25.3828	12.7911
P 值	0.0000	0.0000	0.0000

2.4 两组妊娠合并症患者的 HAMA 评分、HAMD 评分相比

两组护理前的 HAMA 评分、HAMD 评分相比, (P>0.05)。观察组护理后 HAMA 评分、HAMD 评分均小于对照组, (P<0.05)。见表 4:

表 4 两组妊娠合并症患者的 HAMA 评分、HAMD 评分相比 { $\bar{x} \pm s$, 分}

组别	HAMA 评分		HAMD 评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (n=45)	20.32±3.12	8.97±1.77	22.53±4.24	11.05±1.57
对照组 (n=45)	20.41±3.28	13.22±1.98	22.75±4.18	19.56±4.11
T 值	0.1333	10.7349	0.2478	12.9752
P 值	0.8942	0.0000	0.8048	0.0000

2.5 两组妊娠合并症患者的妊娠压力量表评分相比

两组护理前的妊娠压力量表相比无明显差异, (P>0.05)。观察组妊娠压力量表评分低于对照组, 包括父母角色、母子健康和安全、身体外形和身体活动改变、其他因素低于对照组, (P<0.05)。见表 5:

表 5 两组妊娠合并症患者的妊娠压力量表评分相比 { $\bar{x} \pm s$, 分}

组别	父母角色		母子健康和安全		身体外形和身体活动改变		其他因素	
	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 (n=45)	31.41±4.54	9.09±1.51	17.67±2.22	3.45±0.15	9.16±1.51	5.11±1.51	7.17±0.88	4.15±1.09
对照组 (n=45)	31.16±4.76	14.51±2.42	17.68±2.31	7.17±1.56	9.09±1.44	7.56±0.98	7.15±0.89	5.89±1.11
T 值	0.2549	12.7463	0.0209	15.9230	0.2250	9.1299	0.1071	7.5029
P 值	0.7994	0.0000	0.9833	0.0000	0.8225	0.0000	0.9149	0.0000

值得推广。

参考文献:

- [1] 乔红卫, 金玉芳. 基于危机式理论的安全管理对产妇产前安全、妊娠结局的影响[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40 (5): 908-910.
- [2] 李建妮, 樊亚婷. 围生期妊娠合并心脏病孕妇分娩结局与全程无缝护理的关系研究[J]. 山西医药杂志, 2020, 49 (13): 1770-1773.
- [3] 加燕, 冯延柳, 陈敏. 高危妊娠产妇产后母婴分离时的心理状态及影响因素分析[J]. 检验医学与临床, 2020, 17 (5): 676-679.
- [4] 朱秋霞, 许雪峰, 张金霞. 三位一体健康教育模式对妊娠合并系统性红斑狼疮患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26 (24): 53-56.
- [5] 杨毅, 刘楠, 侯晓彤, 等. 妊娠合并主动脉疾病患者围术期管理的临床分析[J]. 心肺血管病杂志, 2020, 39 (4): 440-444.
- [6] 康秀花, 蔺继霞, 曹金凤. 血压强化护理对妊娠高血压综合征患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27 (13): 58-61.
- [7] 林奋越. 针对性护理对妊娠合并症患者妊娠结局的影响分析[J]. 医药前沿, 2021, 11 (18): 120-121.
- [8] 肖楚艳. 针对性护理在妊娠合并症患者中的作用及效果分析[J]. 中华养生保健, 2020, 38 (4): 133-135.
- [9] 梁勤. 针对性护理在妊娠合并症患者中的应用及效果评价[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5 (39): 73.
- [10] 李婧. 产科护理干预对妊娠合并症产妇母乳喂养认识、母乳喂养配合度的影响[J]. 中外女性健康研究, 2022 (2): 161-162.
- [11] 钟敏. 妊娠合并症中产妇母乳喂养的护理效果观察以及对母乳喂养率的影响分析[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50 (1): 395-396.
- [12] 方清, 钟昌慧, 魏桂花. 系统护理对妊娠合并症产妇母乳喂养知识掌握水平及母乳喂养率的影响[J]. 医学理论与实践, 2021, 34 (13): 2334-2335.

优质护理对老年慢性支气管炎患者生活质量及护理满意度的影响

杨红

陕西省旬邑县医院 陕西咸阳 711300

摘要:目的:探究优质护理对老年慢性支气管炎患者生活质量及护理满意度的影响。方法:纳入本次研究的实验对象共有100例,均为到我院呼吸科进行治疗的老年慢性支气管炎患者,纳入本次实验的时间区间为2019年1月到2021年12月,采用随机数表法将其分为参照组和实验组,每组有50名老年慢性支气管炎患者,实验组老年慢性支气管炎患者接受优质护理的护理方式,参照组老年慢性支气管炎患者接受常规护理的护理模式,对比两组老年慢性支气管炎患者护理后的生活质量评分、症状消退时间、护理效果和护理满意度。结果:实施护理后,实验组患者的生活质量评分高于参照组,实验组的症状消退时间优于参照组,实验组患者的护理效果(96.00%)高于参照组(52.00%),实验组患者的护理满意度(96.00%)高于参照组(52.00%),两者差异明显($P<0.05$)。结论:对于胃肠科老年慢性支气管炎患者的临床护理工作,给予其优质护理的护理工作,有助于改善患者的临床症状,提高患者的护理满意度。

关键词:优质护理;老年慢性支气管炎患者;生活质量;护理满意度;影响

慢性支气管炎是一种常见的呼吸系统疾病,作为一种非特异性慢性炎症性疾病,该病多发生于支气管、气管黏膜以及四周组织,其主要临床特征为支气管黏液腺增生,患者的主要临床表现为咳嗽、咳痰、气喘等,在老年人群中具有较高的发病率,该病多发生于老年人群中,由于患者的年龄较大,机体功能显著下降,大多数患者合并有基础性慢性疾病,所以容易导致疾病迁延不愈,如果不及时给予其临床干预,则可能会导致肺源性心脏病、肺气肿、慢性阻塞性肺疾病等的发生,严重影响了患者的生命健康以及生活质量^[1-6]。临床中除了会给予患者相应的临床药物治疗外,还会给予患者一定的护理干预,有效的护理干预方法能够提高患者的治疗效果及治疗依从性,对于治疗的顺利进行具有积极的意义。鉴于此,本研究将选用在我院进行治疗的老年慢性支气管炎患者100例进行分析,具体内容如下。

1 临床资料与方法

1.1 临床资料

以2019年1月到2021年12月为本次实验的研究范围,在此时间范围内,选取在我院进行治疗的老年慢性支气管炎患者100例展开研究。采用随机数表法将其分为实验组($n=50$)和参照组($n=50$)。实验组患者年龄在62-78周岁之间,平均年龄为(66.23±0.23)周岁,男性患者27例,女性患者23例;参照组患者年龄在60-77周岁之间,平均年龄为(66.27±0.18)周岁,男性患者26例,女性患者24例。两组患者在年龄等方面没有显著差异($p>0.05$)。

纳入标准:(1)患者经过临床X线检查以及痰液抗酸杆菌检查,确诊为慢性支气管炎;(2)患者的年龄>60周岁,并且患病时间超过1年及以上;(3)患者的意识清醒,能够进行正常的交流沟通,具有较好的治疗依从性;(4)患者及家属知情同意,并签署知情同意书。

排除标准:(1)患者为真菌感染、肺结核、免疫或刺激性气体而导致的慢性咳嗽患者;(2)严重感染的患者;(3)患者患有恶性肿瘤或有肺病手术史;(4)患者的精神状态异常,存在明显的认知障碍;(5)患者存在严重的心肝肾功能障碍;(6)患者及家属拒绝参与本次实验。

1.2 方法

两组患者在入院后均接受抗感染、化痰、平喘、营养支持等常规治疗方法。

参照组患者接受常规护理的护理方法,具体为:在患者入院时,护理人员给予其相应的疾病知识普及,并做好健康教育工作,护理人员应该做好病房清洁工作,保证病房内的湿度及温度适宜,为患者做好常规饮食指导及生命体征监测等,帮助患者养成良好的生活习惯。

实验组患者则接受优质护理的护理方法,具体为:(1)建立临床档案:要求自患者入院后,护理人员应该收集患者的基本临床资料,包括年龄、既往病史、用药史、过敏史等基本资料,并做好病情相关记录,然后根据临床资料评估患者的病情,掌握患者病情的变化规律,了解患者的性格特征、心态变化等,另外,还应了解患者家属对于疾病治疗的态度;(2)健康宣教:要求护理人员应该首先了解患者的受教育程度,选择合适的方法向患者主动、耐心地讲解慢性支气管炎的发病原因、症状表现、治疗措施等,并告知其抽烟对比疾病的危害性,以及有可能发生的并发症,在讲解

的过程中,应尽量采用通俗易懂的语言,态度应该亲切吻合,也可以通过音频、图片、宣传手册等方式来加强患者对于疾病的认识;(3)饮食指导:由于慢性支气管炎患者的病程较长,病情较易反复,持续地咳嗽、咳痰等,所以患者的食欲会受到影响,因此,护理人员应该指导患者多摄入富含膳食纤维以及高蛋白类的食物,多食用绿色蔬菜,禁止使用油腻、高脂的食物;(4)呼吸道护理:对于不能自主排痰的患者而言,需要利用吸痰器来帮助患者排痰,避免患者出现窒息,同时还要给予其持续性的低流量氧疗,避免二氧化碳潴留、缺氧等不良事件的发生,另外,护理人员应该教会患者进行腹式呼吸,掌握排痰的技巧,减轻患者的不良情绪;(5)心理护理:要求护理人员根据患者的性格特点,心态变化情况,采取针对性的心理干预方法,护理人员应该主动与患者进行沟通,了解其问题所在,并采取适当的解决方法,同时,护理人员应该鼓励患者家属与患者加强沟通,指导患者家属多关心、照顾患者的日常起居,加强患者与家属的情感交流,争取更多的家庭支持;(6)出院指导:要求在患者出院之前,护理人员应该告知其相应的注意事项,向其家属交代护理要点,嘱咐其遵照医嘱进行康复训练,叮嘱患者做好防寒保暖、疾病预防、保证作息规律、饮食合理等。

1.3 观察指标

比较老年慢性支气管炎患者护理后的生活质量评分、症状消退时间、护理效果和护理满意度。生活质量评分主要从躯体功能、心理功能、物质生活、社会功能等几个方面进行评判,采用我院自制的评分表,满分为100分,分数与生活质量呈正比。症状消退时间主要从咳嗽、咳痰、喘息、肺部啰音等几种症状进行评判,时间越短,证明护理效果越好。护理效果从痊愈、显效、有效、无效等四个方面评判,具体评判标准为:(1)痊愈:患者的咳嗽、咳痰、喘息、肺部啰音等症状完全消退、痰菌提示为阴性,X线胸片提示炎症完全吸收;(2)显效:患者的咳嗽、咳痰、喘息、肺部啰音等症状有所缓解、痰菌提示为阴性,X线胸片提示炎症吸收75%以上;

(3)有效:患者的咳嗽、咳痰、喘息、肺部啰音等症状有所减退、痰菌提示为阴性,X线胸片提示炎症吸收50%-75%之间;(4)无效:患者的咳嗽、咳痰、喘息、肺部啰音等症状没有缓解、痰菌提示为阳性,X线胸片提示炎症吸收<50%。护理效果等于痊愈人数百分比+显效人数百分比+有效人数百分比。护理满意度主要从非常满意、满意、不满意三个方面进行评判。护理满意度等于非常满意度和满意度的总和。

1.4 统计学分析

对两组老年慢性支气管炎患者的相关数据应用SPSS 19.0软件进行统计学分析,计量资料实施t检验形式校准,用(均数±标准差)表示,计数资料行卡方检验,用($n\%$)表示, $P<0.05$ 有统计学意义,反之无意义。

2 结果

2.1 两组老年慢性支气管炎患者护理后的生活质量评分比较

护理后,实验组患者的生活质量评分更高,两者差异明显($P<0.05$)。(见表1)

表1:两组老年慢性支气管炎患者护理后的生活质量评分比较($\bar{x}\pm S$,分)

组别	例数	躯体功能	心理功能	社会功能	物质生活
参照组	50				
实验组	50				

实验组	50	72.16±0.21	73.23±0.16	75.34±0.14	78.66±0.23
参照组	50	61.17±0.32	63.27±0.14	61.25±0.16	61.28±0.19
t	-	203.0317	331.2647	468.6264	411.9455
P	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 两组老年慢性支气管炎患者护理后的症状消退时间比较

护理后,实验组患者的症状消退时间更短,两者差异明显($P<0.05$)。

(见表2)

表2: 两组老年慢性支气管炎患者护理后的症状消退时间比较($\bar{X}\pm S$, d)

组别	例数(n)	咳嗽消退时间	咳痰消退时间	喘息消退时间	肺啰音消退时间
实验组	50	1.07±0.19	1.13±0.24	1.44±0.28	1.25±0.14
参照组	50	3.23±0.22	3.25±0.27	3.57±0.25	3.21±0.24
t	-	52.5425	41.4969	40.1245	49.8807
P	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 实验组与参照组老年慢性支气管炎患者的护理效果比较

对比两组患者的护理效果,见表(3),实验组患者护理效果优于参照组,两者差异明显($p<0.05$)。

表3: 两组老年慢性支气管炎患者的护理效果比较[n(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	护理效果
实验组	50	5(10.00)	31(62.00)	12(24.00)	2(4.00)	48(96.00)
参照组	50	3(6.00)	20(40.00)	3(6.00)	24(48.00)	26(52.00)
X ²						25.1559
P						0.0000

2.4 实验组与参照组老年慢性支气管炎患者的护理满意度比较

对比两组患者的护理满意度,见表(4),实验组患者护理满意度优于参照组,两者差异明显($p<0.05$)。

表4: 两组老年慢性支气管炎患者的护理满意度比较[n(%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	护理满意度
实验组	50	24(48.00)	24(48.00)	2(4.00)	48(96.00)
参照组	50	10(20.00)	16(32.00)	24(48.00)	26(52.00)
X ²					25.1559
P					0.0000

3. 讨论

慢性支气管炎的诱因主要有吸烟、过敏、环境污染、营养不良等,多发病于老年患者中,由于老年患者的理解能力、记忆力等均有所减退,且由于其教育水平偏低,所以难以对疾病产生正确的认知,在疾病治疗过程中需要护理人员与家属做好配合工作,才能保证治疗的顺利进行^[7-13]。优质护理的护理方法是一种改善临床护理服务质量、密切护患关系的重要方法之一,在慢性支气管炎的治疗过程中,给予患者优质护理的护理方法,能够提高患者的治疗依从性,帮助其养成良好的生活习惯,保证了治疗的顺利进行^[14-20]。

结合本次研究,分别给予两组老年慢性支气管炎患者常规护理和优质护理两种护理方法,对比护理后两组患者的相关临床指标,实施护理后,实验组患者的相关指标更好,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

综上所述,优质护理在老年慢性支气管炎患者治疗中的应用效果较好,值得临床推广。

参考文献:

- [1]甘艳,张艳.优质护理服务对老年慢性支气管炎患者生活质量的影响[J].山西医药杂志,2021,50(10):1754-1757.
- [2]祁金英.优质护理干预对老年慢性支气管炎患者负性情绪及生活质量的影响[J].中国慢性病预防与控制,2020,28(03):218-220.D01:10.16386/j.cjpcd.issn.1004-6194.2020.03.013.
- [3]郑春华,徐斌斌.优质护理干预对老年慢性支气管炎患者生活质量与负性情绪的影响[J].中国药物与临床,2019,19(22):4003-4005.
- [4]王琳琳.优质护理对老年慢性支气管炎患者生活质量的影响[J].中国医药指南,2019,17(22):268-269.D01:10.15912/j.cnki.gocm.2019.22.215.
- [5]张兰兰.优质护理对老年慢性支气管炎患者生活质量的影响[J].中国现代药物应用,2019,13(10):193-194.D01:10.14164/j.cnki.cn11-5581/r.2019.10.113.
- [6]陈文姣,刘国.优质护理对老年慢性支气管炎患者生活质量的影响分析[J].中国农村卫生,2019,11(08):63+66.
- [7]朗珍.优质护理对老年慢性支气管炎患者生活质量的影响探究[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(06):114-115.D01:10.16281/j.cnki.jocml.2019.06.099.
- [8]王宝仿.优质护理干预对老年慢性支气管炎患者负性情绪及生活质量的影响分析[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(A2):132-133.D01:10.16281/j.cnki.jocml.2018.a2.094.
- [9]汪娟.优质护理对老年慢性支气管炎患者生活质量的影响[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(87):115.D01:10.16281/j.cnki.jocml.2018.87.102.
- [10]吴冬梅.优质护理对老年慢性支气管炎患者生活质量的影响[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(33):26+35.
- [11]梁秀容,何敏茹.优质护理对老年慢性支气管炎患者生活质量的影响[J].中西医结合护理(中英文),2018,4(04):135-137.
- [12]袁海霞.优质护理对老年慢性支气管炎患者生活质量的影响分析[J].实用临床护理学电子杂志,2017,2(52):59+62.
- [13]何文清,曹华洲,许武,何柏清.聚焦解决模式护理对老年慢性支气管炎患者自我护理能力及肺功能的影响[J].慢性病杂志,2021,22(09):1454-1456.D01:10.16440/J.CNKI.1674-8166.2021.09.51.
- [14]刘一萌.护理管理对老年慢性支气管炎患者生活的影响[J].中国城乡企业卫生,2020,35(12):114-115.D01:10.16286/j.1003-5052.2020.12.046.
- [15]郭丽纯.综合护理干预对老年慢性支气管炎合并肺气肿患者负面情绪与睡眠质量的影响[J].中外医学研究,2020,18(30):80-82.D01:10.14033/j.cnki.cfm.2020.30.033.
- [16]曹素萍.无缝隙护理管理对老年慢性支气管炎患者护理质量及护理满意度的影响[J].基层医学论坛,2020,24(30):4398-4399.D01:10.19435/j.1672-1721.2020.30.063.
- [17]刘秀娟.优质护理干预对老年慢性支气管炎患者治疗效果的影响[J].中国医药指南,2020,18(27):203-204.D01:10.15912/j.cnki.gocm.2020.27.098.
- [18]朱国珍,黄伟萍,李燕媚.综合护理干预对老年慢性支气管炎患者效果的影响[J].中国医药指南,2020,18(23):173-174.D01:10.15912/j.cnki.gocm.2020.23.082.
- [19]张珊珊.健康教育护理干预在老年慢性支气管炎患者中的应用效果观察[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(23):83.D01:10.16281/j.cnki.jocml.2020.23.080.
- [20]杜茜,马静媛.护理干预对老年慢性支气管炎患者负性情绪及生存质量的影响[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(17):106+108.D01:10.16281/j.cnki.jocml.2020.17.064.

舒适护理模式在妊娠合并症患者中的有效性研究

徐彩云 通讯作者: 陈晓妮

陕西省蒲城县中医医院 陕西渭南 715500

摘要:目的: 探讨对妊娠合并症患者采用舒适护理模式完成护理干预后获得临床效果。方法: 对来自我院罹患妊娠合并症的 100 例患者进行抽取, 时间介于 2020 年 3 月~2022 年 3 月范围; 采用抽签法分组后完成本次护理研究各组别划分, 即包含 50 例采用传统常规护理模式完成护理的参照组, 与包含 50 例在参照组传统常规护理基础上, 采用舒适护理模式完成护理的研究组; 组间比较两组患者的消极情绪评分、护理满意度评分(健康教育干预、心理干预、综合干预、服务态度、技术水平、护理效果)、产程总时间、住院总时间。结果: 护理前, 研究组焦虑评分(55.22±4.15)分、抑郁评分(55.25±4.29)分较参照组焦虑评分(55.33±4.18)分、抑郁评分(55.37±4.33)分差别不明显($P>0.05$); 护理后, 研究组焦虑评分(25.28±3.27)分、抑郁评分(27.49±5.15)分较参照组焦虑评分(40.17±5.29)分、抑郁评分(41.25±5.31)分分值更低($P<0.05$); 研究组健康教育干预(90.41±5.25)分、心理干预(91.25±4.14)分、综合干预(90.44±2.25)分、服务态度(91.99±2.58)分、技术水平(92.25±4.26)分、护理效果(89.96±2.79)分较参照组健康教育干预(75.29±2.25)分、心理干预(79.54±2.29)分、综合干预(78.65±3.15)分、服务态度(78.25±2.88)分、技术水平(76.67±5.15)分、护理效果(79.22±5.14)分分值更高($P<0.05$); 研究组产程总时间(6.83±1.35)h、住院总时间(5.19±0.82)d 较参照组产程总时间(11.22±3.46)h、住院总时间(7.82±2.15)d 更短($P<0.05$)。结论: 舒适护理模式较传统常规护理模式的有效应用, 可将患者的消极情绪显著改善, 将护理满意度有效提升, 并缩短产程总时间、住院总时间, 可促进妊娠合并症患者良好预后。

关键词: 舒适护理模式; 妊娠合并症; 消极情绪评分; 护理满意度评分; 产程总时间; 住院总时间

在临床产科中, 分娩作为特殊并且正常生理学现象, 诸多产妇于围产期阶段都可以保持心态平和面对, 但部分具有合并症的产妇会呈现出系列不良心理, 从而导致分娩期间其疼痛感耐受度显著降低。因为其精神高度紧张, 对应导致产程时间延长, 存在较高概率表现出系列母婴不良事件^[1-4]。对于妊娠合并症而言, 其类型包括前置胎盘、妊娠高血压、妊娠糖尿病等, 对于此类患者展开有效护理干预, 具有显著意义^[5-7]。本次研究对来自我院罹患妊娠合并症的 100 例患者进行抽取, 时间介于 2020 年 3 月~2022 年 3 月范围; 采用抽签法分组后完成本次护理研究各组别划分, 即包含 50 例采用传统常规护理模式完成护理的参照组, 与包含 50 例在参照组传统常规护理基础上, 采用舒适护理模式完成护理的研究组; 旨在探讨对妊娠合并症患者采用舒适护理模式完成护理干预后获得临床效果, 现进行如下报告。

1、资料与方法

1.1 一般资料

对来自我院罹患妊娠合并症的 100 例患者进行抽取, 时间介于 2020 年 3 月~2022 年 3 月范围; 采用抽签法分组后完成本次护理研究各组别划分, 即包含 50 例采用传统常规护理模式完成护理的参照组, 与包含 50 例在参照组传统常规护理基础上, 采用舒适护理模式完成护理的研究组; 参照组所涉及年龄范围处于 22~39 岁区间, 经求取平均值为(29.02±2.36)岁。所涉及孕周范围处于 37~42 周区间, 经求取平均值为(39.52±0.29)周; 研究组所涉及年龄范围处于 23~40 岁区间, 经求取平均值为(29.08±2.37)岁。所涉及孕周范围处于 38~42 周区间, 经求取平均值为(39.67±0.21)周; 所有患者基线资料显示均衡($P>0.05$)。

1.2 纳入标准以及排除标准

纳入标准: ①妊娠合并症一般资料获得完整收集, 无漏缺; ②研究前, 就妊娠合并症系列知识以及护理知识进行讲解, 达到患者、家属知情目的, 顺利签署系列同意书; ③表现出较高依从性, 对于问卷调查等均可以积极配合; 排除标准: 罹患妊娠合并症同时, 伴有其他精神方面疾患, 影响此次研究的顺利开展; ②对于上述纳入标准不符合; ③表现出较差护理配合积极性。

1.3 方法

1.3.1 参照组方法

采用传统常规护理模式完成护理, 主要就系列知识展开口头教育, 简单展开心理干预以及饮食指导, 以将患者配合度提高。

1.3.2 研究组方法

在参照组传统常规护理基础上, 采用舒适护理模式完成护理。①合理展开心理教育。依据产妇实际心理需求, 展开对应心理护理方案创建, 就母乳喂养知识等展开对应评估, 以将其心理疏导系统性、针对性提高, 确保以最大程度将患者不良情绪缓解。此外对产妇强调在正常情况下, 妊娠合并症出现, 不会对胎儿造成影响, 通过实施母乳喂养, 可有效提升胎儿机体免疫力水平; ②合理展开健康教育干预, 就产前母乳喂养意义对产妇说明, 从而强化其母乳喂养意识, 合理展开产妇乳房护理。对于产前健康教育工作积极开展, 同母婴实际情况加以结合, 从而显著提升母乳喂养信心; ③合理展开产后护理干预与饮食教育, 于乳房护理、早期泌乳等多方面展开健康教育。对于早期泌乳, 主要通过乳房排空、催乳素、乳头吮吸等系列方式完成, 合理展开乳房护理干预, 将母乳喂养意识增强, 给予必要饮食指导。

1.4 观察指标

①组间比较两组患者的消极情绪评分, 对于焦虑自评量表, 用于焦虑症状评定, 对于抑郁自评量表, 用于抑郁症状评定, 总分为 25~100 分, 临界值分别为 50 分以及 53 分, 分值高低, 对应焦虑、抑郁症状的高低; ②组间比较两组患者的护理满意度评分(健康教育干预、心理干预、综合干预、服务态度、技术水平、护理效果), 利用自制护理满意度量表实施评定, 涉及 0~100 分取值区间, 分值高低, 对应护理满意度高低; ③组间比较两组患者的产程总时间、住院总时间。

1.5 统计学方法

在 SPSS22.0 中精准录入数据, 计量资料在表述时, 运用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 展开 t 检验, 计数资料在表述时, 运用 n (%) 表示, 展开 χ^2 检验, $P<0.05$ 代表差异具有意义。

2、结果

2.1 组间比较两组患者的消极情绪评分

护理前, 研究组焦虑评分、抑郁评分较参照组焦虑评分、抑郁评分差别不明显($P>0.05$); 护理后, 研究组焦虑评分、抑郁评分较参照组焦虑评分、抑郁评分分值更低($P<0.05$)。(见表 1)

表 1 组间比较两组患者的消极情绪评分(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	焦虑评分		抑郁评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后
参照组	55.33±4.18	40.17±5.29	55.37±4.33	41.25±5.31
研究组	55.22±4.15	25.28±3.27	55.25±4.29	27.49±5.15

研究组 (n=50)	55.22±4.15	25.28±3.27	55.25±4.29	27.49±5.15
参照组 (n=50)	55.33±4.18	40.17±5.29	55.37±4.33	41.25±5.31
t	0.1320	16.9298	0.1392	13.1533
P	0.8952	0.0000	0.8896	0.0000

表 2 组间比较两组患者的护理满意度评分 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	健康教育干预	心理干预	综合干预	服务态度	技术水平	护理效果
研究组 (n=50)	90.41±5.25	91.25±4.14	90.44±2.25	91.99±2.58	92.25±4.26	89.96±2.79
参照组 (n=50)	75.29±2.25	79.54±2.29	78.65±3.15	78.25±2.88	76.67±5.15	79.22±5.14
t	18.7180	17.5015	21.5362	25.1269	16.4832	12.9853
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 组间比较两组患者的产程总时间、住院总时间

研究组产程总时间、住院总时间较参照组产程总时间、住院总时间更短 ($P<0.05$)。(见表 3)

表 3 组间比较两组患者的产程总时间、住院总时间 ($\bar{x} \pm s$)

组别	产程总时间 (h)	住院总时间 (d)
研究组 (n=50)	6.83±1.35	5.19±0.82
参照组 (n=50)	11.22±3.46	7.82±2.15
t	8.3580	8.0818
P	0.0000	0.0000

3、讨论

妊娠合并症出现,会导致母婴安全受到一定程度威胁,对此产科服务期间需要给予高度重视,以将护理服务质量提升。就每一细节给予充分关注,避免系列并发症出现^[8-10]。对于分娩产妇而言,诸多需要承受产力、心理、精神等多方面的压力,从而会表现出恐惧,担忧等系列不良情绪,使产程时间延长。所以通过舒适护理干预,可对患者生理、心理舒适状态达成给予促进,给予全面化、个性化、个体化、人性化优质护理干预,最终对产妇身心健康提升给予显著促进^[11-15]。

本次研究发现,护理前,研究组焦虑评分 (55.22±4.15) 分、抑郁评分 (55.25±4.29) 分较参照组焦虑评分 (55.33±4.18) 分、抑郁评分 (55.37±4.33) 分差别不明显 ($P>0.05$); 护理后,研究组焦虑评分 (25.28±3.27) 分、抑郁评分 (27.49±5.15) 分较参照组焦虑评分 (40.17±5.29) 分、抑郁评分 (41.25±5.31) 分分值更低 ($P<0.05$); 研究组健康教育干预 (90.41±5.25) 分、心理干预 (91.25±4.14) 分、综合干预 (90.44±2.25) 分、服务态度 (91.99±2.58) 分、技术水平 (92.25±4.26) 分、护理效果 (89.96±2.79) 分较参照组健康教育干预 (75.29±2.25) 分、心理干预 (79.54±2.29) 分、综合干预 (78.65±3.15) 分、服务态度 (78.25±2.88) 分、技术水平 (76.67±5.15) 分、护理效果 (79.22±5.14) 分分值更高 ($P<0.05$); 研究组产程总时间 (6.83±1.35) h、住院总时间 (5.19±0.82) d 较参照组产程总时间 (11.22±3.46) h、住院总时间 (7.82±2.15) d 更短 ($P<0.05$), 分析此种结果原因为,舒适护理可于心理、生理、社会等方面展开对应干预,确保患者达到愉悦状态,获得显著护理效果,促进患者综合状态提升。

综上所述,舒适护理模式较传统常规护理模式的有效应用,可将患者的消极情绪显著改善,将护理满意度有效提升,并缩短产程总时间、住院总时间,可促进妊娠合并症患者良好预后。

参考文献:

[1] Lafalla, Olivia, Esteban, Luis Mariano, Lou, Ana Cristina, et al. Clinical utility of thrombophilia, anticoagulant treatment, and maternal variables as predictors of placenta-mediated pregnancy complications: an extensive analysis[J]. The journal of maternal-fetal & neonatal

2.2 组间比较两组患者的护理满意度评分

研究组健康教育干预、心理干预、综合干预、服务态度、技术水平、护理效果评分较参照组健康教育干预、心理干预、综合干预、服务态度、技术水平、护理效果评分分值更高 ($P<0.05$)。(见表 2)

medicine, 2021, 34 (1/6): 588-598.

[2] 董香君. 实施针对性护理提升产科妊娠合并症患者母婴预后[J]. 家有孕宝, 2021, 3 (10): 7.

[3] Sormunen-Harju, Heidi, Koivusalo, Saila, Gissler, Mika, et al. The risk of complications in second pregnancy by maternal BMI: The role of first-pregnancy complications, pregestational diabetes and chronic hypertension[J]. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica; Official Publication of the Nordisk Forening for Obstetrik och Gynekologi, 2021, 100 (3): 489-496.

[4] 孙风格. 综合护理在改善妊娠合并症孕妇妊娠结局的影响研究[J]. 中华养生保健, 2021, 39 (4): 136-138.

[5] 林奋越. 针对性护理对妊娠合并症患者妊娠结局的影响分析[J]. 医药前沿, 2021, 11 (18): 120-121.

[6] Kebede, Zemene T., Yigezaw, Getachew S., Yilma, Tesfahun M., et al. Prevalence of pregnancy-related complications and associated factors among reproductive-aged women in northwest Ethiopia: A community-based retrospective cross-sectional study[J]. International journal of gynecology and obstetrics; the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 2021, 154 (1): 62-71.

[7] 钟敏. 妊娠合并症中产妇母乳喂养的护理效果观察以及对母乳喂养率的影响分析[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50 (1): 395-396.

[8] 姜静. 系统护理对妊娠合并症产妇母乳喂养知识掌握水平及母乳喂养率的影响[J]. 中国保健营养, 2021, 31 (26): 152.

[9] 魏会娟, 姚俊玲. 综合护理对妊娠合并症产妇母乳喂养的干预效果[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6 (8): 172-174.

[10] 方清, 钟昌慧, 魏桂花. 系统护理对妊娠合并症产妇母乳喂养知识掌握水平及母乳喂养率的影响[J]. 医学理论与实践, 2021, 34 (13): 2334-2335.

[11] 裴娇妍. 妊娠合并症孕妇实施综合护理对出血情况的影响[J]. 中国医药指南, 2020, 18 (34): 166-167.

[12] 陈巧玲, 周国莉, 王华. 针对性护理干预在产科妊娠合并症患者中的临床应用探讨[J]. 心理月刊, 2020, 15 (10): 106.

[13] 李世花. 妊娠合并症孕妇采用综合护理模式对其妊娠结局的实际影响[J]. 智慧健康, 2020, 6 (22): 168-169.

[14] 马影. 系统护理对妊娠合并症产妇母乳喂养知识掌握水平及母乳喂养率的影响[J]. 中国医药指南, 2020, 18 (20): 270-271.

[15] 裴娇妍. 产科护理对妊娠合并症产妇母乳喂养认识的干预效果[J]. 中国医药指南, 2020, 18 (28): 170-171.

无痛消化内镜检查的护理配合方法与效果

高璐璐

安徽省亳州市利辛县中医院 安徽亳州 236700

摘要:目的 观察无痛消化内镜检查的护理配合方法和效果。方法 选取本院2020年6月—2021年5月期间所收治的60例患者,作为此次研究对象,采用数字表法分为两组,参照组($n=30$)与观察组($n=30$)。其中参照组行传统护理与配合,观察组行新型护理与配合干预,比对两组的生命体征变化、不良反应发生率、心理状态和护理满意度评分。结果 在不同指标的对比上,观察组都较参照组优($P<0.05$)。结论 在无痛消化内镜检查中,通过对不同护理配合方法的有效应用,具有不良反应少特点,能够保证检查的有效性,为护理与检查工作的顺利进行提供条件。

关键词: 无痛消化内镜检查; 护理配合; 方法

当前,胃镜已成为临床上诊断消化道疾病的主要方法,准确性强,传统检查方式是应用长、细小管,然后延伸入胃,可以直接观察患者的食道,或者是其胃和十二指肠病变情况,但在检查的过程中,受到操作等因素的影响,患者一般会出现恶心、咳嗽等多种不适,并且检查时,还会出现恐惧等不良情绪^[1]。要想进一步提高此类患者在检查中的舒适度,要注意对无痛胃镜的应用。实验发现,无痛胃镜这种诊治技术,不仅可以缩短检查的时间,还能够减少其痛苦,具有创伤小和准确性高等特点^[2]。然而,在进行无痛消化内镜检查的时候,需要做好护理与配合工作,掌握具体的护理方法,进而不断提高整体检查的效果。

1 资料和方法

1.1 基本资料

选取本院2020年6月—2021年5月期间所收治的60例患者,作为此次研究对象,采用数字表法分为两组,参照组($n=30$)与观察组($n=30$)。其中男性患者32例,女性患者18例;年龄在21到57岁之间,平均(35.62 ± 3.27)岁。观察组:男34例,女28例;年龄为23-63岁,中位年龄(44.71 ± 6.25)岁,以上基线资料,不存在统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 参照组

该组进行常规护理与配合干预:在检查前,医护人员需要提前为患者积极介绍,有关检查的内容以及具体方法,说明检查的目的,保证病患在知情同意下,进行有效检查。同时,了解患者的病情,或者是各项指标变化情况。在诊疗的过程中,还要协助术者完成基本操作。

1.2.2 观察组

给予该组新型护理配合方法,相关操作如下:

(1) 诊前干预:患者在进行无痛胃镜检查前,护理人员需要为其介绍检查的方法,具体流程,还要向其说明检查中,可能会出现风险。同时,还要掌握无痛胃镜检查的相关适应证,以及具体的禁忌证,一定要排除肥胖,胃潴留和呼吸道感染等患者,并且在检查前的1天,需要进行预约,告诉其在术前8小时禁食,术前4小时禁水,肠镜检查者全面清洁肠道。

最好在1人的陪同下进行检查前的准备工作,将其身上的贵重物品,如假牙等,全面取下,避免对诊断的准确性带来影响。此外,还要告诉患者在诊疗的风险,由于丙泊酚属于一种全身静脉麻醉药,起效时间快,但是其会影响患者的呼吸系统。因此,在检查前,需要详细告诉患者在麻醉中的风险。

(2) 心理护理。要想减轻其思维负担,缓解患者紧张等不良心理,提高其配合程度,在进行准备工作时,要进行心理干预。尤其是麻醉师,要积极与患者交流,为其详细讲解有关无痛内镜检查的优势,等到其签署同意书后,才可以实施麻醉,在克服恐惧、低落等不良情绪的同时,从而进一步提高他们的配合度。

(3) 诊疗时配合。首先在检查中,要协助其摆放左侧卧位,叮嘱患者双腿微曲,将活动的义齿取下后,松开其裤带与衣领,完成基本操作后。要应用麻醉机进行吸氧,定期其深呼吸,提高血氧的含量,全面监测血氧

饱和度,注意血压变化。建立创建静脉通道,遵医嘱,科学取丙泊酚,慢慢推注,40~60mg/min,在此过程中一定要进行严密检查,实现对心率与血压的全面监测,观察具体的麻醉效果。如果睫毛反射已经消失,其肌肉松弛,这表明已经起效,需要及时将病患口腔中的分泌物进行全面清除,预防误吸的发生。

若在动态监测中,其指标存在异常,要及时上报。若患者出现呼吸抑制情况,要及时给予其面罩加压给氧等操作,等到其呼吸恢复后,才可以进行胃镜检查。

注意麻醉方式。在构建完成静脉通道后,一般由麻醉师,经过静脉,慢慢推注丙泊酚,并且在注射的过程中,需要严密观察其生命体征,等到患者的意识消失,才可以进行检查。在检查时,除了要对患者的生命体征变化情况进行观察,还要准备好对应的抢救物品,若遇到突发事件,一定要马上进行处理。结合内镜检查的要求,熟练掌握不同的相关技术,更加积极地配合医生进行诊疗,实现对活检标本的有效处理。此外,如果患者出现上呼吸道梗阻情况,要先托起下颌,等到无效后,需要置入口咽通气道。对于反流误吸,要积极配合吸引器,彻底对口腔中的咽喉部残渣等,进行清除。

(4) 诊断后的护理。等到完成内镜检查后,要对患者的意识恢复等基本情况,进行全方位观察。若患者出现了问题,要及时报告医生进行处理。等到其意识清醒后,积极回答护理人员在检查后所提出的问题。若肌力没有异常,并且患者的咳嗽及排痰顺利,呼吸也正常,医护人员需要将其送到观察室,减少意外情况的发生。

一些患者在检查后的短时间里,可能还存在四肢乏力,头晕眼花,自身记忆力不断降低等情况。这些情况说明患者的体中,可能存在丙泊酚。因此,在完成检查的3h中,需要对患者进行全面陪护,为其生命安全提供保障。

(5) 环境护理。在检查前后,需要为患者构建一个更加舒适的检查环境,时刻保持空气的新鲜性,定时进行通风,并且还要加强对温度和湿度的控制,确保光线的柔和性。同时,还要应用亲切语言,与患者之间沟通与交流,让其认识到检查重要性,了解相关的注意事项,完善检查流程。

(6) 饮食护理。在检查的2h后,患者才能够进食饮水。值得注意的是,胃镜检查,一般会对患者的咽喉带来影响,所以在进食时,会存在轻度的咽痛情况,此状况会在3天中,就会自动消失。此外,部分患者还存在腹痛腹胀等情况,可以指导其走动,与按摩方式有效结合,促进气体的排放。在检查的当天,患者只能吃清淡,或者是半流质的食物,不可以吃辛辣与过硬的食物,一定要禁烟禁酒,不要吃刺激性食物,保持良好的饮食习惯。

在诊断后,需要继续对患者的血氧饱和度,或者是其他指标,进行综合性观察,等到其恢复意识后,时刻保持呼吸道的通畅性,在恢复正常肌力的同时,促进其自主排痰。如果患者在清醒后,其步态不稳,出现头晕,或四肢乏力等情况,要延长观察,等到其症状彻底消失后,才可以离院。此外,在离院前,要进行宣教,并且24h中有专人进行陪同,减少意外情况的发生。

1.3 观察指标

对比两组护理满意度评分、心理状态改善情况。观察两组的生命体征变化情况, 一般包括血压与心率。分析两组的并发症发生率, 如血压降低、呼吸抑制和心率减慢^[3-4]。

1.4 统计学分析

录入 SPSS19.0 软件进行统计处理。

2 结果

2.1 比较两组的生命体征变化

在血压与心率等生命体征变化情况下, 观察组较参照组优。见表 1:

表 1 两组生命体征变化情况对比[n ($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	血压	心率
观察组	30	63.62±9.53	78.31±8.32
对照组	30	76.24±10.65	90.62±10.31
<i>t</i>	/	4.837	5.089
<i>P</i>	/	0.000	0.000

2.2 比较两组的不良反应发生率

表 2 两组的不良反应发生率对比[n (%)]

组别	例数	血压降低	呼吸抑制	心率减慢	不良反应发生率
观察组	30	1	0	0	3.33
参照组	30	2	1	3	20.00
χ^2					4.043
<i>P</i>					0.044

2.3 比对两组护理满意度评分

经干预, 观察组的整体满意度, 明显高于参照组, 组间差异性显著 ($P<0.05$)。如表 3 所示:

表 3 两组护理满意度评分对比[n ($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	护理前	护理后
观察组	30	75.39±3.21	94.38±5.61
参照组	30	74.28±3.33	81.57±4.03
<i>t</i>	/	1.314	10.158
<i>P</i>	/	0.194	0.000

2.4 比对两组心理状态

干预组, 没有差异性 ($P>0.05$); 临床干预后, 参照组的心理状态改善情况, 低于观察组, 差异有统计学价值 ($P<0.05$)。见表 4:

表 4 两组心理状态比较[n ($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	抑郁	焦虑
参照组	30	55.64±4.89	55.37±5.21
观察组	30	40.75±3.39	42.16±4.22
<i>t</i>	/	13.707	10.792
<i>P</i>	/	0.000	0.000

3 讨论

现如今, 随着我国诊疗技术水平不断地提高, 无痛消化内镜检查技术在临床上, 已经广泛应用。虽然这种检查技术, 是一种“无痛”诊断方式, 但其还是一种入侵式方式, 会出现焦虑、恐惧等负面心理情绪^[5]。对此, 不管是在检查前, 还是在进行手术治疗前, 都需要做好基本的护理工作, 在改善患者心理状态的同时, 强化患者对肩检查与治疗的配合度。

部分学者认为, 无痛消化内镜检查, 其是躯体性, 或者是心理性的应激源, 若机体出现应激反应, 就会导致血压、心率等发生变化, 所以在进

行此项检查时, 要注意对患者生命体征的全方位监测^[6]。虽然此技术是一种安全的检查模式, 优点要比传统检查多, 但是其在具体的操作中, 还是存在一定的风险, 若不及时处理, 可能会引发非常严重的并发症。同时, 由于患者是在麻醉状态下, 其意识会丧失, 所以医护人员在具体的无痛内镜检查, 或者是护理中, 注意以下几点内容:

①在检查前, 需要认真进行术前评估工作, 及时排除麻醉, 或者是内镜检查等禁忌症。若患者有消化道出血症状, 或者是近日没有进食者, 要完成血常规, 或者是电解质等基本检查^[7]。同时, 麻醉医师, 还要审查其能否在麻醉的状态下, 开展检查。对于存在哮喘急性期等患者, 为了不影响检查结果的准确性, 需要择日进行合理检查。

②实际的操作中, 一般要求医护之间要积极配合, 并且还要熟练掌握内镜中的各种操作技术, 在缩短检查时间的同时, 不断降低并发症的发生率。

③通常情况下, 在无痛麻醉的诱导过程中, 部分患者会在短时间内, 发生无意识兴奋, 此时一定要注意对牙垫进行有效固定, 避免其滑脱。在此过程中, 还要对四肢进行固定, 预防躁动对仪器的影响^[8]。此外, 要防止体位变动时, 针头滑出, 或是液体的外渗, 时刻保持静脉通路的畅通性。

现阶段, 在无痛消化内镜的具体检查中, 麻醉方式为静脉麻醉, 但是丙泊酚具有一定的副作用, 会对患者的呼吸进行抑制。然而, 静脉麻醉这种方式, 能够在缓解其肠胃平滑肌的同时, 对恶心的反射与喉部损伤进行抑制^[9]。在操作时, 患者并不会产生疼痛, 利于医护人员对病变的位置进行观察, 减少插管刺激, 不断提高内镜检查的效果。

与传统胃镜对比, 无痛胃镜的检查内容, 更加详细, 可以对患者的咽喉与食道病变情况进行全面检查。对早期的胃癌进行准确诊断, 提前改进预后, 若将其应用到肠胃等疾病的活检, 或者是异物取出的过程中, 其优势更多, 灵敏度更高^[10]。然而, 值得注意的是, 无痛胃镜检查这种技术, 并不适合所有的患者, 麻醉医师需要对其进行全面筛查, 确保护理配合方案制定的合理性与有效性, 只有才能可以减少不良事件的发生, 消除不良情绪, 改善疾病的预后。

由此可见, 要想提高无痛消化内镜检查的准确性, 要掌握不同的护理配合方法, 通过术前准备和心理护理等措施, 提高患者配合度。完成检查后, 还要进行健康教育, 减少不良反应的发生, 进而改善各项临床指标。

参考文献:

- [1]黄蕊. 舒适护理与常规护理在无痛消化内镜检查中的应用效果比较[J]. 系统医学, 2021, 6 (17): 168-171.
- [2]贺迎春, 刘秋美, 李芳, 张宏丹. 舒适护理联合心理护理干预在无痛消化内镜检查患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27 (12): 96-98.
- [3]崔晓旭. 舒适护理对无痛消化内镜检查患者心理状况及护理质量的影响[J]. 中国医药指南, 2021, 19 (6): 152-153.
- [4]朱玉萍. 无痛消化内镜检查术中舒适护理对患者精神状态的影响[J]. 西藏医药, 2021, 42 (1): 119-121.
- [5]徐静华. 舒适护理在无痛消化内镜检查术中的应用效果及对焦虑和抑郁情绪的影响[J]. 心理月刊, 2021, 16 (1): 192-193.
- [6]刘世英. 高血压患者行无痛消化内镜检查的综合护理分析[J]. 心血管病防治知识, 2021, 11 (1): 91-93.
- [7]牟晓玲, 沙嫚, 余晓帆, 马志杰. 舒适护理在无痛消化内镜检查中的应用分析[J]. 黑龙江中医药, 2020, 49 (6): 289-290.
- [8]柯淑梅, 陈美珠. 舒适护理应用于无痛消化内镜检查中的临床效果观察[J]. 中外医学研究, 2020, 18 (31): 103-105.
- [9]郭慧霞. 探讨舒适护理对无痛消化内镜检查患者的心理状态改善效果[J]. 临床研究, 2020, 28 (5): 151-152.
- [10]刘阳, 乔丽娟, 莫波, 陈虹彬. 无痛消化内镜检查术中应用舒适护理干预对患者精神状态和护理满意度的影响[J]. 西南军医, 2020, 22 (2): 186-188.

综合护理模式对原发性肝癌 TACE 治疗患者的影响分析

杨丹^{通讯作者}

新疆维吾尔自治区中医医院 心内三科 新疆乌鲁木齐市 830000

摘要：目的：探究综合护理模式对原发性肝癌 TACE 治疗患者的影响。方法：回顾性分析我院 2018 年 6 月至 2020 年 4 月原发性肝癌经 TACE 治疗的 100 例患者的资料，按护理方式不同分为实验组和对照组，其中实验组、对照组均 50 例，通过对比分析，总结综合护理后的效果。结果：通过 100 例接受 TACE 治疗的原发性肝癌患者的资料对比分析得出：通过综合护理措施护理后患者在生活质量及焦虑、抑郁评分均较前明显改善， $P < 0.05$ ，结果有统计学意义。结论：科学、全面的综合护理模式可以保证原发性肝癌患者经 TACE 治疗的顺利实施，并且提高疗效及生活质量，具有可观的临床应用价值。

关键词：原发性肝癌；TACE；综合护理模式

Abstract: Objective: To explore the effect of comprehensive nursing mode on patients with primary liver cancer treated with TACE. Methods: The data of 100 patients with primary liver cancer treated by TACE in our hospital from June 2018 to April 2020 were retrospectively analyzed, and they were divided into experimental group and control group according to different nursing methods. For example, through comparative analysis, the effect of comprehensive nursing is summarized. Results: Through the comparative analysis of the data of 100 patients with primary liver cancer who received TACE treatment, it was concluded that the quality of life, anxiety and depression scores of the patients were significantly improved after comprehensive nursing measures, $p < 0.05$, the results were statistically significant significance. Conclusion: A scientific and comprehensive comprehensive nursing model can ensure the smooth implementation of TACE treatment for patients with primary liver cancer, and improve the curative effect and quality of life, which has considerable clinical application value.

Key words: primary liver cancer, TACE, comprehensive nursing model

经导管肝动脉化疗栓塞（transcatheter arterial chemoembolization, TACE）是治疗晚期原发性肝癌的主要措施之一^[3, 4]。经 TACE 治疗的原发性肝癌患者可能出现不良反应及并发症，所以，充分术前准备，严密监测患者生命体征，以防不良反应及并发症发生；为了提高疗效、患者生活质量及促进患者康复，应实施规范的护理操作。在 TACE 围手术期，科学护理实施极其重要^[5, 6]。本研究通过分析接受 TACE 治疗的原发性肝癌患者的资料得出护理前后效果，为临床专科护理提供有价值护理模式。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2018 年 6 月至 2020 年 4 月在新疆维吾尔自治区中医医院内科接受 TACE 治疗的 100 例原发性肝癌患者作为研究对象。将患者按护理方式分为实验组和对照组。两组分别 50 例患者。其中，实验组有男性患者 36 例，女性患者 14 例，年龄 40-70 岁，平均年龄（57.04±7.73）岁，病程 4-8 年，平均病程（5.94±1.11）年；对照组有男性患者 34 例，女性患者 16 例，年龄 42-80 岁，平均年龄（59.40±8.66）岁，病程 5-9 年，平均病程（6.76±1.27）年；两组患者在性别、年龄、疾病病程等一般资料上相比， $p > 0.05$ ，差异无统计学意义，临床资料具有可比性。

1.2 纳入及排除标准

原发性肝癌诊断及分期依据中华人民共和国国家卫生健康委员会医政医管局制定的《原发性肝癌诊疗规范（2017 年版）》，入院均完善临床、影像及实验室检查的患者，如腹部彩超、腹部增强 CT、腹部增强 MRI、肝动脉造影、超声造影、PET-CT、血清甲胎蛋白（AFP）等；无 TACE 手

术禁忌的患者。入选患者享有知情权并签署知情同意书。符合排除标准的患者包括在短期内（近 1 个月）在进行其他抗肿瘤治疗的患者；严重心、肝、肾功能障碍者；有黄疸、腹水、恶病质和多部位转移的患者；以及依从性差的患者。

1.3 护理方法

对照组包括了解患者一般情况、精神、神经状态，监测术后生命体征，告知患者清淡饮食、介入治疗术后注意事项，密切关注患者穿刺部位情况，若发现患者介入术后出现不适，及时给予对症处理；实验组护理内容除对照组护理内容以外，还包括：（1）通过医患交流与患者拉近关系，提高患者对医护人员的信任及对诊疗措施的依从性；（2）住院过程中组织专题宣教活动，让患者认识、了解自身疾病情况及下一步治疗手段，以及治疗后可能出现的问题，让患者对自己的疾病有充分认识，关注患者治疗前后的心理状态，给予正确引导；（3）与患者家属充分交代患者目前病情及治疗，取得家属对于治疗的支持，并促使患者家属支持、鼓励了患者积极治疗；（4）部分患者术后可能会出现术区不同程度疼痛，再明确疼痛原因后，根据疼痛程度（疼痛评分），给予对症处理；（5）TACE 术后密切关注患者常见不良反应及严重并发症的发生情况，并及时告知医生给予相应处理。

1.4 观察指标

比较护理前后患者的生活质量（生理功能、心理功能、社会功能）评分及心理状态（焦虑、抑郁评分）。记录不良反应并进行对比。

1.5 统计学分析

临床资料数据用 Excel 整理，临床数据统计分析采用 SPSS 20.0 软件。

计量数据以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 的形式表示, 组间差异通过 t 检验进行比较; 计数资料, 采用 χ^2 检验比较组间差异, $p < 0.05$ 时差异有统计学意义。

2 结果

如表 1 所示, 肝区疼痛、消化道反应和发热是术后常见不良反应, 将两组患者术后不良反应出现情况进行对比, 实验组和对照组总不良反应发生率分别为 18% 和 40%; 实验组不良反应的发生率低于对照组, $p < 0.05$, 差异有统计学意义; 上术不良反应发生时症状轻微, 在及时医疗处理后均改善, 所有研究对象均未出现穿刺部位出血、血肿形成、深静脉血栓形成等较重情况。

表 1 两组 TACE 术后不良反应

分组	例数	消化道反应	肝区疼痛	发热	总发生率[n (%)]
实验组	50	4	2	3	9 (18)
对照组	50	10	5	5	20 (40)
p					< 0.05

如表 2 所示, 实验组生活质量 (包括生理功能、心理功能、社会功能) 评分明显高于对照组, (4.20 ± 0.92 vs 6.66 ± 0.62), $p < 0.05$, 差异具有统计学意义。

表 2 两组生活质量评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组	例数 (n)	生理功能 (分)	心理功能 (分)	社会功能 (分)	生活质量总分 (分)
实验组	50	1.54 ± 0.54	1.24 ± 0.48	1.48 ± 0.58	4.20 ± 0.92
对照组	50	2.38 ± 0.49	2.10 ± 0.46	2.18 ± 0.52	6.66 ± 0.62
t		8.123	9.155	6.341	15.230
p		< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

如表 3 所示, 实验组焦虑评分和抑郁评分均高于对照组, (49.64 ± 4.58 vs 40.92 ± 3.37 , 50.40 ± 3.00 vs 40.44 ± 2.57), $p < 0.05$, 差异具有统计学意义。

表 3 两组焦虑评分和抑郁评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组	例数 (n)	焦虑评分 (分)	抑郁评分 (分)
实验组	50	49.64 ± 4.58	50.40 ± 3.00
对照组	50	40.92 ± 3.37	40.44 ± 2.57
t		10.848	17.832
p		< 0.05	< 0.05

3 讨论

多项研究表明^[8-9]经 TACE 治疗的原发性肝癌的患者肝脏内瘤体会缩小, 减轻患者症状、体征, 并通过降期为外科手术提供机会。经 TACE 治

疗的原发性肝癌患者部分可能会带来并发症, 鉴于患者对所患疾病及目前治疗方式缺乏正确认知, 会直接影响疗效及护理工作, 因此, 对护理环节就有更高的要求, 综合护理手段有助于患者术后康复。

本研究通过对比分析患者临床资料, 得出科学、全面、有效的综合护理模式, 包括术前、术后护理措施。目的是通过协助患者了解病区环境, 做好病房卫生清洁等与患者形成良好的医患关系; 另外, 术前、术后指导患者饮食, 做好患者心理护理、与家属建立信任、支持及定期开展疾病知识讲座, 让患者对于目前疾病情况、治疗效果及注意事项等充分了解。密切关注患者 TACE 术后病情, 并嘱患者绝对卧床 24 小时。手术穿刺部位及患肢应妥善处理。右下肢应该固定 8 小时。应密切监测患者的体温, 并注意其肝功能。护理人员做好康复指导, 以提高患者自身免疫力。本研究中所有病例均获得成功治疗。治疗后不良反应包括肝区疼痛、胃肠道反应和发热, 但症状较轻, 经及时治疗后有效改善, 无严重并发症。经综合护理后患者在生活质量、心理状态评分方面及不良反应差异有显著性意义 ($P < 0.05$), 周小琴^[10]等人通过临床研究得出术前进行有效的心理护理, 术后严密的监护, 并实施相应的综合护理措施, 能明显降低不良反应及相应并发症的发生率。所以, 原发性肝癌患者经 TACE 治疗后的疗效, 与科学、全面、有效的综合护理措施的实施密切相关。

TACE 是不可切除肝癌的主要治疗方式, 经过导管将化疗药物注入局部肿瘤侧, 该方式可提高肿瘤周边血药浓度, 从而对肿瘤细胞产生较好的毒性作用。同时静脉化疗带来的不良反应的预防也尤为重要; 科学、全面、有效的护理措施是保障原发性肝癌患者实施 TACE 治疗的关键, 故, 应强化围手术期准备, 对患者生命体征进行实时监测, 防止出现不良反应及并发症。为保证接受 TACE 治疗的原发性肝癌患者的疗效, 应建立科学、全面、有效的综合护理模式。综合护理模式的建立对改善患者生活质量、精神状态及改善患者总体预后有益, 值得广泛推广。

参考文献:

- [1] 张世超, 陈秦俊杰, 李俊, 沈锋. TACE 治疗对肝癌合并门静脉癌栓患者肝切除术远期生存的影响[J]. 肝胆外科杂志, 2018, 26(02): 89-93.
- [2] 詹磊, 陈盛铎. 肝癌术后肝动脉化疗栓塞治疗患者肿瘤复发的影响因素分析[J]. 癌症进展, 2017, 15(12): 1464-1466.
- [3] Peng W, Lin Z, Wang L, et al. Molecular characteristics of Illicium verum extractives to activate acquired immune response[J]. Saudi journal of biological sciences, 2016, 23(3): 348-352.
- [4] Peng W, Li D, Zhang M, et al. poplar Characteristics of antibacterial molecular activities in wood extractives[J]. Saudi journal of biological sciences, 2017, 24(2): 399-404.
- [5] 戎伊华. 30 例原发性肝癌伴下腔静脉癌栓行介入治疗的护理[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2016, 23(S2): 361-362.
- [6] 周小琴, 沈丽, 周小燕. 原发性肝癌经导管肝动脉化疗栓塞后不良反应及并发症的观察与护理[J]. 护士进修杂志, 2013, 28(20): 1872-1873.

人文关怀在血透患者护理工作中的应用效果分析

陈婷婷 黄晶晶 韦文颖

福建省宁德市闽东医院 福建福安 355000

摘要：目的 分析在血透患者临床护理中选择人文关怀模式的实际价值。方法 筛选出本院在 2019/1-2020/1 期间接收的行血透治疗方案病患 100 例，按照选择的护理方式不同性对其随机分组：实验组（n=50 例，常规护理+人文关怀）和对照组（n=50 例，常规护理），统计对比两组的护理质量的差异性。结果 实验组的护理满意度是 96.00%明显超过对照组 76.00%，组间差异明显，具有统计学优势（ $P<0.05$ ）；实验组的焦虑量表、不确定感量表评分等明显优于对照组，组间差异明显，具有统计学优势（ $P<0.05$ ）。结论 血透是大部分肾病终末期患者的一个重要治疗策略，它对于延长患者生存周期具有一定的积极意义，在此期间通过人文关怀护理模式实施干预，能够减轻病患的心理负担，促使患者的临床耐受性大大提升，为增强其生活质量等发挥积极作用，所以该护理方案具备较强的临床应用价值，值得在一线广泛推行。

关键词：人文关怀；血透；护理效果

引言：血透是肾衰竭、尿毒症等病患在终末期的一个常见的治疗方案，其根本目的是保障患者的身体代谢能够正常运行，由此能够达到延长患者的生存周期等目的。不过从现实角度来看，大部分患者在实施血透治疗期间，一般必须要遵循长期且持续等原则，其治疗间隔周期一般是 3-5d 不等，每次治疗时间在 3-5h 之间。所以大部分患者承受着很大的心理压力、经济压力和生理压力等，这必然会导致患者的情绪失稳，甚至会出现焦虑、抑郁等负面情绪，这对于患者的临床治疗效果提升带来不利影响。那么为了解决这一问题，则需要对患者实施高质量、针对性的临床护理干预，由此来帮助患者驱赶负面情绪，降低心理负担。接下来，笔者通过回顾性研究法着重探讨人文关怀护理模式对血透患者量护理期间的应用价值，相关内容如下。

一、对象及方法

（一）常规资料

筛选出本院在 2019/1-2020/1 期间接收的行血透治疗方案病患 100 例，按照选择的护理方式不同性对其随机分组：实验组（n=50 例）和对照组（n=50 例）。其中，实验组的男女之比是 17：8；年龄在 23-75 岁之间，年龄均值是（51.71±1.12）岁；患病时间在 2-14 年之间，中间值是（9.15±2.87）年；疾病类型是慢性肾小球肾炎、高血压肾病、糖尿病肾病等，其例数分别是 21、17、12 例。对照组的男女之比是 18：7；年龄在 24-77 岁之间，年龄均值是（53.15±3.04）岁；患病时间在 1-13 年之间，中间值是（8.89±1.46）年；疾病类型是慢性肾小球肾炎、高血压肾病、糖尿病肾病等，其例数分别是 22、18、10 例。所有患者均在本院进行血透治疗，剔除由于个人原因申请转院的病患，所有患者均积极参与此次临床研究，并签署了之前同意书；剔除中途去世者。对比两组的临床资料无差异（ $P>0.05$ ），以下存在对比性。

（二）方法

对照组选择常规护理方案，其内容是指：加强病患的生命体征监测与观察，并注重透析位置的护理，实施感染预防护理策略等。实验组在选择常规护理方案的基础上，还需要联合人文关怀护理模式，其内容是指：心理关怀指导、环境关怀管理、透析关怀干预^[1]。具体是指：

①心理关怀指导。大多数患者由于不能确保心态稳定或者情绪稳定等，一般很容易出现严重的焦虑、抑郁等负面心理，这必然会对患者的临床治疗效果等带来不利影响，此时在人文关怀理念的渗透性，则需要加强患者的心理关怀指导，具体来说，则是在病患入院之后开始进行全程陪护，在透析前对患者清晰、准确地介绍透析治疗的基本原理，并明确相关注意要点，然后根据患者的情绪状态变化，对其实施针对性的宽慰与干预，不

要让患者出现勉强心理，力争得到患者的大力支持与积极配合；并且在此期间，还需要利用温和、专业等语言 and 患者进行肢体动作交流，由此来对患者的情绪进行抚慰，在特殊情况下还需要加强患者家属的情绪管理与疏导，唯有保障患者的情绪稳定，方可对其实施血透治疗。

②环境关怀管理。在血透治疗期间的诊疗环境对患者的治疗效果带来非常大的影响，所以必须要保障透析治疗室的整体环境符合要求，并对其实施定期消毒清洁等；由此能够保证病患在治疗过程中能够确保身心放松，例如：在室内粘贴画报、摆放书籍及花盆等，由此能够让患者真正地感受到放松与舒适，这对于稳定患者的心态还是有很大帮助的。

③人文关怀指导。在透析治疗期间对患者实施人文关怀指导是非常重要的。在透析前，必须要指导患者选择最舒适的体位；在透析治疗期间，则需要为患者开启电视机、发放宣传手册、提供书籍、一对一交流等方式，其根本目的是转移患者的注意力，由此能够避免患者承受较大的心理压力，这对于增强患者的临床治疗体验感是有很大帮助的；值得注意的是，一些患者在血透治疗之后，极易发生脱水症状，此时必须要结合病患的实际情况对其针对性地补充体液，同时还需要提供适宜的食物等，由此来补充患者体力等^[2-4]。

（三）指标分析

统计对比两组临床满意度、焦虑状态、不确定感等。其中患者的临床满意度是通过本院自行编制的满意度调查量表进行评估，包括三个评价指标，即：非常满意、满意和满意。

患者的焦虑状态是通过焦虑评价量表（英文简称是 SAS）进行评估，其满分是 100 分，分值愈大，说明患者的焦虑情况愈严重^[15]。

患者的不确定感是通过不确定感量表（英文简称 MUIS）实施评价，其满分是 125 分，分值愈大，说明患者的不确定感愈强。

（四）数据处理

将以上数据通过 SPSS25.0 软件展开统计分析，其中，计量指标给予（ $\bar{x}\pm s$ ）阐释，然后实施 t 检验；计数指标给予（n，%）阐释，然后实施 χ^2 检验。如果 $P<0.05$ ，则说明差异存在统计学优势。

二、结果

（一）对比两组的临床满意度

实验组的护理满意度是 96.00%明显超过对照组 76.00%，组间差异明显，具有统计学优势（ $P<0.05$ ）；如表 1。

表 1 对比两组的临床满意度（n，%）

分组	例数	非常满意	满意	不满意	满意度/%

实验组	50	26	22	2	48 (96.00)
对照组	50	13	25	12	38 (76.00)

(二) 对比两组干预前后的SAS及MUIS评分

在干预前, 对比 2 组的SAS及MUIS评分发现差异不明显, 不存在统计学优势, $P>0.05$; 在干预后, 发现 2 组的SAS及MUIS评分均得到改善, 不过实验组的改善幅度更大一些, 且与对照组对比差异明显, 存在统计学优势 ($P<0.05$)。如表 2。

表 2 对比 2 组干预前后的SAS及MUIS评分 ($\bar{x}\pm s$)

分 组	例 数	SAS评分		MUIS评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
实 验 组	50	68.15±0.26	32.56±0.51	70.25±4.56	41.23±0.56
对 照 组	50	67.25±1.55	40.25±0.22	71.45±3.89	54.56±1.56

三、讨论

通过调查研究发现, 这些年来我国患上肾衰竭疾病的患者人数在不断增加, 且这一疾病的发病率在不断提升, 这一类患者通常需要采用血透的方法来维持生命、延长生存周期, 对此其普遍受到社会的广泛重视。结合本文的长期研究发现, 尽管血透是肾病终末期病患常见的一个治疗方式, 它对于挽救患者的生命、延长其生存周期等具有一定的积极意义。从作用原理上来看, 它能够在实施血透治疗期间, 让一些病患在出现肾代谢功能严重受损的条件下, 能够正常地完成循环代谢, 由此能够促进患者体内滞留的废弃物得到有效的排放, 这对于保障患者身体正常代谢等具有一定的积极意义^[6-7]。但是, 在此期间, 也不能够忽视其带来的一些不良问题, 例如大部分患者会因为高尿酸血症等一系列并发症的出现而威胁患者生命安全。不过在实施血液透析治疗过程中, 大部分患者的肾功能已经严重受损, 所以患者的正常生命体征、代谢功能等和一般肾脏疾病患者有着本质性的差异性, 例如: 患者的个人临床治疗耐受性非常弱, 而且心理抗压水平非常差, 极易出现严重的焦虑、抑郁等心理, 特别是在病患实施血透期间, 往往会因为不能耐受等出现情绪崩溃等问题。这不但会对患者的临床治疗带来一定的干扰, 而且还会对患者的生命安全带来干扰, 对此若要确保患者能够顺利接受治疗, 必须要对其实施个性化、精细化、人文化的护理与干预, 方可逐步增强临床护理质量, 这对于大大提升病患的耐受性、稳定情绪、保障临床治疗效果等具有一定的积极意义。

人文关怀护理模式的应用强调的是以患者为根本, 所以在实施临床护理干预期间, 必须要动态性地了解患者的实际需求。对此, 必须要加强患者的人文关怀, 通过满足患者个性化、针对性、规范化的实际需求, 促使患者的临床依从性大大提升。当然, 在实施人文关怀护理模式的过程中, 这对于临床护理人员提出的要求也是非常严格的, 需要其在深入了解患者生理、心理等需求的前提下, 为其提供整洁、舒适的诊疗环境, 并且, 针对患者在诊疗期间出现的各种波动性的变化, 一定要采用及时且有效的方法给予应对, 其根本目的是确保患者的血透治疗过程更加顺畅及安全^[8-10]。由此来看, 在临床治疗契机, 如果需要采取人文关怀护理模式的话, 则需要加强患者的心理干预, 并联合环境管理、治疗配合等手段。所以, 实施

人文关怀护理方案的直接优势是能够帮助患者减轻心理压力, 真正地拉近患者与护理人员之间的距离, 让临床护理人员发自内心地尊重患者、关心患者, 由此能够动态性、持续性地关注患者的生命体征, 这能够间接性地提升护理人员的耐受度, 促使其对患者提供的临床护理干预更加专业、规范与高效。所以根据本文的研究结果能够发现: 实验组的护理满意度是96.00%明显超过对照组 76.00%, 组间差异明显, 具有统计学优势 ($P<0.05$); 实验组的焦虑量表、不确定感量表评分等明显优于对照组, 组间差异明显, 具有统计学优势 ($P<0.05$)。这与大部分学者的临床研究结果是相同的, 这能够看出, 利用人文关怀护理模式的全面推进, 可以让血透治疗患者的临床护理质量得到大大改善, 真正地减轻了病患的心理焦虑程度, 而且还能够减轻病患的不确定性, 促使其心理素质大大提升, 间接性地提高了患者的临床满意度^[11-15]。

总而言之, 在人文关怀护理模式的作用下, 血透患者的临床治疗过程更加安全且顺畅, 它能够平稳患者情绪、提高患者满意度, 所以具备较强的一线应用价值。

参考文献:

[1]郑丽英. 护理人文关怀在糖尿病肾病血液透析患者中的应用研讨[J]. 糖尿病天地·教育(上旬), 2018, 015(008): 227-228.

[2]吕晶. 血透患者护理中人文关怀的实施及效果观察[J]. 饮食保健 2020 年 38 期, 135 页, 2021.

[3]何逊. 护理人文关怀在糖尿病肾病血液透析患者中的应用效果分析[J]. 保健文汇, 2017, 000(011): 204.

[4]刘妹娟, 孙萌, 李婵. 人文关怀在血透患者护理工作中的应用效果观察研究[J]. 结直肠肛门外科, 2021, 27(S02): 2.

[5]顾天女. 血透患者护理工作中人文关怀的应用价值及满意度分析[J]. 2021.

[6]周乐章, 王莉, 侯淑梅. 护理人文关怀在糖尿病肾病血液透析患者中的应用效果分析[J]. 糖尿病天地, 2018, 15(4): 1.

[7]张丹. 护理人文关怀在糖尿病肾病血液透析患者中的应用分析[J]. 糖尿病天地 2020 年 17 卷 5 期, 243 页, 2020.

[8]李海滨. 护理人文关怀在糖尿病肾病血液透析患者中的应用分析[J]. 养生保健指南, 2020.

[9]彭婵媛. 人文关怀在糖尿病肾病血液透析患者护理中的临床疗效及作用分析[J]. 2021.

[10]刘凤. 人文关怀护理在糖尿病肾病血液透析患者中的应用效果[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020(40): 2.

[11]苏艳娟. 护理人文关怀在糖尿病肾病血液透析患者中的应用效果评价[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017(8): 2.

[12]刘春茂. 人文关怀实施在血透患者临床护理工作中的应用效果评价[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(33): 2.

[13]张慧萍. 人文关怀实施在血透患者临床护理工作中的应用效果评价[J]. 母婴世界, 2017, 000(022): 212.

[14]曹秀霞, 李梅. 糖尿病肾病血液透析患者应用人文关怀护理效果分析[J]. 社区医学杂志, 2017, 15(12): 2.

[15]郭爱平. 血透患者护理工作中人文关怀的应用价值体会[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020(34): 2.

个性化的精细护理措施对自体角膜缘干细胞移植术治疗翼状胬肉的应用效果评价

陈颖¹ 李娜^{通讯作者2}

西安航天总医院 1.眼科 2.门诊部 陕西西安 710100

摘要:目的 观察自体角膜缘干细胞移植术治疗翼状胬肉患者选择个性化的精细护理措施的效果,探究此类患者可用优质护理方案。方法 纳入我院收治82例自体角膜缘干细胞移植术治疗翼状胬肉患者为研究观察主体,采集时间2019年1月10日/2022年1月30日(开始/结束),将患者依据随机抽签法分两组,对照组(本组患者采用常规护理干预模式,41例)、实验组(本组患者采用个性化的精细护理措施,41例),观察两组患者手术情况、生活质量、术后并发症发生率、护理满意度。结果(1)手术情况:对照组、实验组,术中收缩压、呼吸频率、舒张压、血氧饱和度、手术时间对比,差异显著($P<0.05$)。(2)生活质量:护理前,对照组、实验组,生活质量(SF-36)各项评分对比,差异不显著($P>0.05$);护理后,实验组SF-36各项评分高于对照组,差异显著($P<0.05$)。(3)术后并发症发生率:护理后,实验组术后并发症发生率低于对照组,差异显著($P<0.05$)。(4)护理满意度:护理后,实验组舒适满意度、专业满意度、整体满意度高于对照组,差异显著($P<0.05$)。结论 自体角膜缘干细胞移植术治疗翼状胬肉护理中采用个性化的精细护理措施效果较为理想,护理后患者手术情况、生活质量、术后并发症发生率、护理满意度明显改善,可推广。

关键词:个性化精细护理;自体角膜缘干细胞移植术;翼状胬肉;生活质量;手术时间

翼状胬肉为临床常见眼部结膜变性病变,发病率与复发率均比较高。翼状胬肉发病同地理位置、阳光和紫外线照射、种族、年龄和性别等因素有关^[1]。其中年龄增长,阳光、紫外线会增加对患者造成的伤害,翼状胬肉发病率有所升高。自体角膜缘干细胞移植术为翼状胬肉常用的治疗手术方式,该方式治疗效果理想,可以有效预防复发,改善患者病情。翼状胬肉患者自体角膜缘干细胞移植术治疗同时,辅助全面护理干预,可以进一步确保治疗效果,改善患者生活质量、手术情况等^[2]。本文研究以2019年1月10日~2022年1月30日我院收治自体角膜缘干细胞移植术治疗翼状胬肉患者82例为研究对象,意在分析此类患者采用个性化的精细护理措施价值,报告如下。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

我院收治2019年1月10日~2022年1月30日自体角膜缘干细胞移植术治疗翼状胬肉82例患者为研究观察主体,依据随机抽签法将患者分对照组(本组患者采用常规护理干预模式)、实验组(本组患者采用个性化的精细护理措施),每组纳入患者41例。对照组患者情况,男22例、女19例,48只眼,年龄43岁~76岁,平均年龄(61.35±2.89)岁,病程1年~29年,平均(11.56±2.84)年,胬肉侵入角膜缘距离1~6mm,平均(3.52±1.11)mm;实验组患者情况,男20例、女21例,49只眼,年龄42岁~74岁,平均年龄(61.41±2.93)岁,病程1年~28年,平均(11.61±2.79)年,胬肉侵入角膜缘距离1~7mm,平均(3.49±1.14)mm;两组患者一般资料对比差异不显著($P>0.05$)。所有患者自愿入组,知情同意。

纳入标准:(1)所有患者均行自体角膜缘干细胞移植术治疗;(2)临床资料齐全;(3)符合翼状胬肉临床诊断标准;(4)意识清楚。

排除标准:(1)合并凝血功能异常者;(2)3个月内行重大手术者;(3)哺乳期、妊娠期、月经期者;(4)参与其他研究者;(5)合并其他眼疾病者。

1.2 方法

对照组:本组患者采用常规护理干预模式,患者入院后,辅助患者完成相关检查,与患者沟通交流,给予患者鼓励与支持。术中护理人员观察记录患者生命体征变化,积极鼓励患者,配合术者推进手术操作。术后,护理人员严格按照医嘱,指导患者用药,告知患者术后护理注意事项等。

实验组:本组患者采用个性化的精细护理措施。(1)术前个性化精细护理措施。护理人员在患者入院后,综合评估患者情况,给予个性化护理服务。护理人员评估患者心理状况、认知情况等。心理护理干预措施,护理人员积极同患者沟通交流,告知患者术前准备事项,并邀请成功患者现身说法,坚定患者治疗信心。认知干预上,护理人员采用口头宣教、短视频等方式,向患者讲解自体角膜缘干细胞移植术治疗的必要性、注意事项等。护理人员在给予患者心理干预、宣教过程中需要主体态度温和,耐心讲解。(2)术中个性化精细护理措施。术中观察患者状态变化,若患者出现皱眉、疼痛等情况时,需要给予患者安慰,必要时给予患者镇痛剂。若患者手术过程中紧张,需要与患者沟通,抚摸患者

手臂等,给予患者鼓励与支持。术中积极配合术者,观察患者生命体征变化等。(3)术后个性化精细护理措施。术后注意体位护理,取平卧位,预防局部出血,叮嘱患者减少眼球活动、头部活动等,尽可能不要低头、弯腰。饮食护理上,指导患者禁食生冷辛辣食物,多摄入易消化、富含纤维的食物,避免用力咀嚼。加强眼部护理,使用纱布覆盖术眼,持续时间5d左右,注意每日换药,密切观察患者眼部情况,按医嘱指导患者用药。患者出院前,告知患者可能出现流泪、畏光等情况,指导患者术后注意休息,勿要清洗术眼,避免强光刺激。

1.3 观察指标

观察对照组、实验组护理干预价值。

1.3.1 手术情况:从两组患者术中收缩压、呼吸频率、舒张压、血氧饱和度、手术时间行观察。

1.3.2 生活质量:采用生活质量(SF-36)^[3]评分行观察,初始量表源于1988年,经Stewartse编制,1991年浙江大学社会医学教研室制成中文版量表,该量表共含有八个维度躯体角色(RP)、躯体功能(PF)、肌体疼痛(BP)、生命力(VT)、健康状况、社会功能(SF)、心理健康(MH)、情感角色(RE),每个维度评分转化为百分制,分数越高,生活质量越好。

1.3.3 术后并发症发生率:护理后,统计两组患者出现感染、疼痛、畏光等并发症情况,并发症发生率=并发症患者数/病例数×100%。

1.3.4 护理满意度:护理后,由患者依据自身感受,从舒适满意度、专业满意度、整体满意度情况行观察,满意等级为满意/不满意,满意度=满意/病例数×100%。

1.4 统计方法

使用SPSS 24.0软件对研究数据进行统计处理,符合正态分布的计量资料SF-36评分、呼吸频率、舒张压等以($\bar{x} \pm s$)表示,组间对比 t 进行检验;计数资料术后并发症发生率、护理满意度等以 $n(\%)$ 表示,组间对比 χ^2 进行检验,差异显著标准, $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者手术情况对比

术前,收缩压、呼吸频率、舒张压、血氧饱和度,实验组、对照组对比, $P>0.05$,差异不显著;术中,实验组收缩压、呼吸频率、舒张压、手术时间<对照组;实验组血氧饱和度>对照组, $P<0.05$,差异显著(见表1)。

表1 两组患者手术情况对比($\bar{x} \pm s$)

指标	例数	实验组 ($n=41$)	对照组 ($n=41$)	t 值	P 值
收缩压(mmHg)	护	128.45±1.31	128.50±1.35	0.170	0.865
	理				
	前				
	护	130.65±1.81	134.70±1.41	11.303	<0.001
	理				
	后				
呼吸频率(次)	护	18.25±1.31	18.21±1.35	0.136	0.892

/min)	理前	18.14±1.81	21.62±1.41	9.712	<0.001
	理后				
舒张压(mmHg)	理前	71.54±1.85	71.56±1.82	0.049	0.961
	理后				
血氧饱和度(%)	理前	72.85±1.48	76.42±1.50	10.848	<0.001
	理后				
	理前	98.51±1.37	98.74±1.34	0.768	0.444
	理后				
手术时间 (min)	理前	96.02±1.11	94.22±1.24	6.925	<0.001
	理后				
	理前	41.56±2.05	45.68±2.17	8.837	<0.001
	理后				

2.2 两组患者生活质量比对

护理前, RP 评分、PF 评分、BP 评分、VT 评分、健康状况评分、SF 评分、MH 评分、RE 评分, 对照组、实验组比对, $P>0.05$, 差异不显著; 护理后, 实验组 RP 评分、PF 评分、BP 评分、VT 评分、健康状况评分、SF 评分、MH 评分、RE 评分>对照组, $P<0.05$, 差异显著(见表 2)。

表 2 护理前后两组患者 SF-36 各项评分比对 ($\bar{x} \pm s$; 分)

指标	例数	实验组 ($n=41$)	对照组 ($n=41$)	t 值	P 值
RP	护理前	69.29±2.31	69.21±2.35	0.155	0.877
	护理后	93.14±2.81	82.64±2.41	18.162	<0.001
PF	护理前	69.15±2.60	69.04±2.24	0.205	0.838
	护理后	93.51±2.22	82.33±2.25	22.648	<0.001
BP	护理前	68.54±2.45	68.24±2.41	0.559	0.578
	护理后	93.85±2.84	84.42±2.50	15.959	<0.001
VT	护理前	69.51±2.37	69.74±2.21	0.454	0.651
	护理后	93.02±2.26	82.22±2.30	21.446	<0.001
健康状况	护理前	68.94±2.85	68.13±2.32	1.411	0.162
	护理后	93.64±2.71	83.13±2.25	19.106	<0.001
SF	护理前	69.54±2.41	69.59±2.77	0.087	0.931
	护理后	93.41±2.48	82.54±2.26	20.744	<0.001
MH	护理前	68.55±2.37	68.77±2.79	0.385	0.701
	护理后	93.03±2.29	83.46±2.31	18.839	<0.001
RE	护理前	69.12±2.76	69.77±2.85	1.049	0.297
	护理后	93.64±2.79	84.75±2.44	15.358	<0.001

2.3 两组患者术后并发症发生率比对

护理后, 实验组术后并发症发生率<对照组, $P<0.05$, 差异显著(见表 3)。

表 3 护理后两组患者术后并发症发生率比对[n (%)]

组别	n	感染	疼痛	畏光	并发症发生率
实验组	41	0 (0.00)	1 (2.44)	0 (0.00)	1 (2.44)
对照组	41	2 (4.88)	3 (7.32)	3 (7.31)	8 (19.51)
χ^2 值	-	-	-	-	6.116
P 值	-	-	-	-	0.013

2.4 两组患者护理满意度比对

护理后, 实验组舒适满意度、专业满意度、整体满意度>对照组, $P<0.05$, 差异显著(见表 4)。

表 4 护理后两组患者护理满意度比对[n (%)]

组别	n	舒适	专业	整体满意度
实验组	41	40 (97.56)	40 (97.56)	40 (97.56)
对照组	41	32 (78.05)	33 (80.49)	33 (80.49)
χ^2 值	-	7.289	6.116	6.116
P 值	-	0.007	0.013	0.013

3 讨论

翼状胬肉是眼科常见疾病, 发病后需要根据患者情况进行治疗, 单纯采取切除治疗的方式容易出现复发, 影响患者康复。翼状胬肉发病机制尚未完全明确, 相关研究表明患者出现此病同角膜缘干细胞缺乏、环境因素、细胞增殖与凋亡失衡有关^[4]。如, 环境因素中紫外线照射对此病发展影响大, 紫外线照射后, 通过光毒性、氧化应激反应, 刺激翼状胬肉形成。翼状胬肉发病后, 多采用自体角膜缘干细胞移植术进行治疗。手术治疗期间为进一步保证效果, 降低手术、病痛等对患者生活产生的影响, 积极采取全面有效的护理干预模式十分必要。

个性化的精细护理措施以患者为核心, 围绕患者护理需求, 从每一个患者护理需求入手, 制定采取个性化护理干预措施, 改善患者生活质量、预防并发症, 提高护理满意度^[5]。本研究以自体角膜缘干细胞移植术治疗翼状胬肉患者 82 例为例, 实验组(本组患者采用个性化的精细护理措施)护理后手术情况、生活质量、心理状态、术后并发症发生率、护理满意度优于对照组($P<0.05$), 提示个性化的精细护理措施应用优势明显。个性化的精细护理措施可以明显改善手术情况, 术中采用个性化精细护理措施, 在密切观察患者情况的基础上, 配合术者顺利开展手术操作, 缩短手术时间, 确保手术效果, 预防术后并发症。术前护理中, 护理人员态度温和积极同患者沟通, 对患者进行知识宣教, 提高患者认知水平, 改善患者躯体角色、躯体功能、肌体疼痛、生命力、健康状况等情况, 提高生活质量。术后个性化精细护理中从饮食干预、体位护理、术后出院指导等方面给予患者护理服务, 告知患者术后可能出现流泪等情况, 需要注意休息, 勿要清洗术眼, 有效预防并发症发生。术后个性化精细护理措施从生活多方面给予护理服务, 明显改善患者生活质量^[6]。给予患者个性化精细护理措施, 从术前、术中、术后给予患者全面护理服务, 提高护理满意度。

综上所述, 个性化的精细护理措施对自体角膜缘干细胞移植术治疗翼状胬肉的应用效果评价较为理想, 护理后患者术中收缩压、呼吸频率、舒张压、血氧饱和度较优, 手术时间较短, 术后并发症发生率较低, 患者生活质量与护理满意度较高, 值得推广。

参考文献:

- [1]刘院斌, 武忠华, 任志凤, 等. 聚乙烯醇滴眼液在翼状胬肉术中应用对术后早期干眼的作用[J]. 中国老年学杂志, 2022, 42 (1): 99-101.
- [2]于静, 冯璐, 接英, 等. 改良的翼状胬肉切除联合自体结膜和羊膜移植术及干扰素滴眼液治疗原发性翼状胬肉的初步疗效观察[J]. 中华眼科杂志, 2020, 56 (10): 768-773.
- [3]郝伟, 范辰辰, 宋伟, 等. SF-36 量表用于妊娠早期女性生命质量评价的信度和效度[J]. 中华健康管理学杂志, 2021, 15 (4): 362-367.
- [4]晁媛媛, 陈晓冬, 刘巧. 自体角膜缘干细胞移植术治疗翼状胬肉患者个性化护理的观察[J]. 现代医学, 2020, 48 (2): 281-283.
- [5]乔娇, 王世娟. 个性化护理管理模式对翼状胬肉手术患者心理状态及治疗依从性的影响[J]. 健康研究, 2020, 40 (5): 597-598, 600.
- [6]包庆琴. 综合护理干预对翼状胬肉切除联合自体角膜缘干细胞移植术患者的效果分析[J]. 青海医药杂志, 2020, 50 (5): 46-47.

系统护理联合心理护理对银屑病患者护理效果及心理状态的影响分析

万长兰

广州市皮肤病防治所中四门诊部皮肤科 广东广州 510095

摘要：目的：为了深入研究对银屑病患者实施系统护理联合心理护理干预后，患者临床疗效、PASI 评分、心理状态、睡眠质量及生活质量。方法：选取我院 2021 年 7 月至 2022 年 7 月期间收治的银屑病患者共 110 例，将其随机分组，给予系统护理联合心理护理干预措施组为研究组，给予常规护理干预措施组为参照组，研究组和参照组各 55 例患者。对比两组患者临床疗效、PASI 评分、心理状态、睡眠质量及生活质量。结果：干预期结束后，研究组银屑病患者临床疗效、PASI 评分、心理状态、睡眠质量及生活质量显著优于参照组。差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：临床对银屑病患者实施系统护理联合心理护理干预，可有效改善患者临床疗效、PASI 评分、心理状态、睡眠质量及生活质量，故方案值得推广。

关键词：系统护理；心理护理；银屑病患者；护理效果；心理状态；影响分析

银屑病也是我们日常生活中所说的牛皮癣，是一种皮肤的慢性炎症，患者病程时间长，容易反复发作，有的患者甚至终其一生都没有治愈^[1-3]，银屑病发病群体以青年群体为主。我院选取 2021 年 7 月至 2022 年 7 月的 110 例银屑病患者作为研究对象，现报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2021 年 7 月至 2022 年 7 月期间收治的银屑病患者共 110 例，将其随机分组，给予系统护理联合心理护理干预措施组为研究组，研究组 55 例患者年龄分布居于 33-76 岁之间，平均年龄为（48.34±1.25）岁；给予常规护理干预措施组为参照组，参照组 55 例患者年龄分布居于 21-75 岁之间，平均年龄为（48.47±1.36）岁；对比两组银屑病患者临床疗效、PASI 评分、心理状态、睡眠质量及生活质量。所有患者的基本资料对比，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

参照组 常规护理。护理人员叮嘱患者在接受照射时按照要求佩戴防护用品，治疗完成后涂抹护肤霜，禁食光敏性食物。

研究组 系统护理联合心理护理。（1）护理人员向患者及患者家属介绍患者门诊的环境、治疗室的布局等，帮助患者尽快适应治疗环境，门诊温度要控制适宜，空气要注意流通，要定时清洁，定时使用紫外线对门诊进行消毒处理。心理方面，护理人员在患者照射治疗过程中要关爱患者，耐心了解患者所想，运用自己专业的心理学知识，帮助患者提高治疗的自信心，生活方面，叮嘱患者饮食要清淡，戒烟戒酒，作息要规律。治疗前要先对患者皮肤进行评估，了解患者皮肤表面是否有损伤情况，治疗前 1 小时患者皮损部位不得涂抹药物，避免治疗时对皮肤造成损伤。（2）护理人员叮嘱患者紫外线照射治疗前半时淋浴，紫外线照射治疗室温度提前控制到 24 摄氏度，注意对患者眼部和会阴部进行防护，紫外线照射治疗过程中要密切注意患者皮肤变化，若患者皮肤出现红斑，需要适量减少剂量。（3）护理人员在患者紫外线照射治疗后要告知患者皮肤色素沉着是治疗之后的正常反应，患者在治疗 1 个月后这种反应会消失，无需担忧，患者皮肤感觉瘙痒时可以适当涂抹润肤霜，日常注意保暖，注意避免外界环境对皮肤的刺激。（4）紫外线照射治疗后叮嘱患者一般选择清水洗浴，也可以用一些温和保湿性的沐浴露。注意不要用碱性或者刺激性强的沐浴露，容易加重银屑病。根据皮肤受损情况及疾病的类型来定：寻常型银屑病患者，应该勤洗澡，将皮损上的白色鳞屑清洁掉。红皮病型银屑病患者，洗澡次数不宜过多，一周一次左右。洗完澡后，保湿润肤。洗澡后皮肤处于清洁的状态，毛孔往往张开，此时外用药物可以达到更好的吸收效果。银屑病患者在医生的指导下通过规范治疗，并从生活的方方面面注意，保持良好的生活习惯，达到早日控制皮损，长期缓解，减少复发的目标。

1.3 观察指标

观察两组患者干预后的临床疗效、PASI 评分、心理状态、睡眠质量及生活质量。详细记录相关数据并比较。

1.4 统计学分析

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

2 结果

2.1 对比两组患者临床疗效

干预完成后，研究组临床疗效显著优于参照组，（ $P<0.05$ ）。见下表 1：

表 1 两组患者临床疗效对比

组别	n	有效	一般	无效	临床疗效 (%)
研究组	55	32(58.18%)	20(36.36%)	3(5.45%)	52(94.55%)
参照组	55	22(40%)	16(29.09%)	17(30.91%)	38(69.09%)
X ²	/	2.9004	1.7589	4.3987	4.3987
P	/	0.0000	0.0681	0.0000	0.0000

2.2 对比两组患者 PASI 评分

干预完成后，研究组 PASI 评分显著优于参照组，（ $P<0.05$ ）。见下表 2：

表 2 两组患者 PASI 评分对比

组别	n	干预前	干预后
研究组	55	33.21±3.98	10.23±1.68
参照组	55	32.31±4.05	14.97±2.54
t	/	0.7192	9.2764
p	/	0.4781	0.0000

2.3 对比两组心理状态

干预完成后，研究组心理状态显著较优，（ $P<0.05$ ）。见下表 3：

表 3 两组心理状态对比

组别	n	干预前		干预后	
		SAS	SDS	SAS	SDS
研究组	55	57.62±4.28	59.92±5.37	38.34±2.33	39.76±2.91
参照组	55	57.36±4.98	58.46±5.52	47.23±3.48	46.43±3.57
t	/	2.4008	2.0071	12.3200	12.5082
P	/	0.0754	0.0820	0.0000	0.0000

2.4 对比两组睡眠改善情况

干预完成后, 研究组睡眠改善情况显著优于参照组, ($P<0.05$)。见下表 4:

表 4 两组睡眠改善情况对比

组别	n	入睡潜伏期 (min)	睡眠时间 (h)	觉醒次数 (次)	觉醒时间 (min)
研究组	55	11.02±3.93	7.14±4.12	1.35±3.76	10.36±3.15
参照组	55	24.06±3.88	5.23±3.08	4.41±3.69	27.53±3.07
t	/	13.6589	5.4123	3.4344	15.7677
p	/	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.5 对比两组患者生活质量

干预完成后, 研究组生活质量显著优于参照组, ($P<0.05$)。见下表 5:

表 5 两组患者生活质量对比

组别	n	研究组	参照组	t	p
生理功能	55	81.11±25.81	71.11±23.51	2.4875	0.0000
社会功能	55	63.72±20.72	53.51±19.30	2.1045	0.0000
总体健康	55	66.35±19.24	53.15±17.23	3.2985	0.0000
躯体疼痛	55	77.44±15.21	54.36±13.25	8.2874	0.0000
生理职能	55	52.64±15.78	37.65±12.83	5.4775	0.0000
情感职能	55	71.32±20.53	54.26±12.38	4.0845	0.0000
精力	55	66.37±10.23	52.83±9.47	7.2774	0.0000
精神健康	55	79.53±22.75	67.13±15.37	3.0072	0.0000

3 讨论

银屑病, 俗称“牛皮癣”, 是由于患者免疫力较低导致的慢性皮肤炎症^[4], 银屑病受到基因遗传和外界环境的双重影响, 发病机制与免疫细胞功能失调相关。银屑病的发病诱因有外伤、皮肤干燥及药物等^[5]。银屑病皮损主要表现为皮疹覆盖银白色鳞屑, 可累及指甲、关节等部位。根据银屑病的临床特征, 可分为寻常型、关节病型、脓疱型及红皮病型, 寻常型普通型青少年易出现, 合并发热、上呼吸道感染症状, 一般与链球菌感染有关。皮疹主要为多个点滴大小的红色斑点, 可伴有少量鳞片, 特征为躯干和近端中央分布^[6]。可伴有瘙痒, 皮疹多自动消退; 脓疱型主要表现为以多处红斑为基础的针尖至粟大小的无菌小脓疱, 可伴有发热、肌痛、白细胞升高、图舌等表现。红皮病是一种罕见的严重形式的牛皮癣^[7], 涉及超过 85% 的身体皮肤, 特点是弥漫性潮红和脱皮, 伴有发热、寒战、淋巴结病和低蛋白血症。通常是由于某些因素或处理不当造成的。一般轻中度的银屑病没有生命危险, 但是泛发性脓疱型银屑病、红皮病型银屑病的病情较重, 如果不及及时接受科学治疗, 生命安全可能受到威胁^[8]。银屑病是一种复发与缓解交替出现的疾病, 目前尚无特效药。银屑病患者应积极就医。银屑病患者应合理饮食, 适量摄入富含维生素、高蛋白质、低脂肪等食物^[9], 可多食新鲜蔬菜水果、粗粮等。在疾病的发展阶段要适当忌口, 避免饮酒和进食辛辣刺激食物, 避免诱发或加重疾病。由于银屑病常影响外观, 影响患者社交, 故患者心理压力大、精神负担重。而克服焦虑的情绪, 良好的情绪和心态更有助于疾病的康复^[10]。患者尽量避免感冒、外伤、精神压力因素等诱发本病。平时注意保持皮肤清洁, 做好皮肤保湿, 避免搔抓皮肤加重皮损, 衣着棉质柔软衣物^[11], 注意保暖, 预防上呼吸道感染。本

次研究结果显示, 临床疗效: 研究组 94.55% 的临床疗效显著优于参照组 69.09% 的临床疗效; PASI 评分: 干预前, 研究组 PASI 评分为 (33.21±3.98), 参照组 PASI 评分为 (32.31±4.05), 干预后, 研究组 PASI 评分为 (10.23±1.68), 参照组 PASI 评分为 (14.97±2.54), 干预后, 研究组 PASI 评分显著优于参照组; 心理状态: 干预前, 研究组 SAS 评分为 (57.62±4.28), SDS 评分为 (59.92±5.37), 参照组 SAS 评分为 (57.36±4.98), SDS 评分为 (58.46±5.52), 干预后, 研究组 SAS 评分为 (38.34±2.33), SDS 评分为 (39.76±2.91), 参照组 SAS 评分为 (47.23±3.48), SDS 评分为 (46.43±3.57), 干预后, 研究组心理状态显著较优; 睡眠改善情况: 研究组入睡潜伏期为 (11.02±3.93) min, 睡眠时间为 (7.14±4.12) h, 觉醒次数为 (1.35±3.76) 次, 觉醒时间为 (10.36±3.15) min, 参照组入睡潜伏期为 (24.06±3.88) min, 睡眠时间为 (5.23±3.08) h, 觉醒次数为 (4.41±3.69) 次, 觉醒时间为 (27.53±3.07) min, 干预后, 研究组睡眠改善情况显著优于参照组; 生活质量: 研究组生理功能评分为 (81.11±25.81), 社会功能评分为 (63.72±20.72), 总体健康评分为 (66.35±19.24), 躯体疼痛评分为 (77.44±15.21), 生理职能评分为 (52.64±15.78), 情感职能评分为 (71.32±20.53), 精力评分为 (66.37±10.23), 精神健康评分为 (79.53±22.75), 参照组生理功能评分为 (71.11±23.51), 社会功能评分为 (53.51±19.30), 总体健康评分为 (53.15±17.23), 躯体疼痛评分为 (54.36±13.25), 生理职能评分为 (37.65±12.83), 情感职能评分为 (54.26±12.38), 精力评分为 (52.83±9.47), 精神健康评分为 (67.13±15.37), 干预后, 研究组生活质量显著优于参照组; 差异均具有统计学意义, ($P<0.05$)。表明系统护理联合心理护理干预效果显著, 有学者^[12]选取银屑病患者进行研究, 分别实施系统护理联合心理护理干预和常规护理干预, 结果可见, 系统护理联合心理护理干预效果较好, 与本文研究结果一致。

综上, 针对银屑病患者采取系统护理联合心理护理干预, 患者临床疗效、PASI 评分、心理状态、睡眠质量及生活质量显著改善, 适于推广与应用。

参考文献:

- [1] 钟洁敏, 王艳芳, 窦菲. 系统性系统护理联合心理护理对银屑病患者治疗效果的影响观察[J]. 国际医药卫生导报, 2021, 27 (5): 3.
- [2] 孙艳, 冯莉, 薛琳. 身心系统护理干预寻常性银屑病患者临床观察[J]. 实用皮肤病学杂志, 2019, 9 (6): 3.
- [3] 李婷. 系统护理联合心理护理干预对寻常型银屑病患者护理的临床效果[J]. 系统医学, 2020, 5 (17): 3.
- [4] 亢克玲, 亢秀丽. 系统护理干预对银屑病治疗患者的影响[J]. 哈尔滨医药, 2019, 2 (3): 94-95.
- [5] 李英红. 泛发性脓疱型银屑病的身心系统护理联合常规心理干预效果观察[J]. 中国医药指南, 2019, 17 (16): 1.
- [6] 莫瑞玲, 王鲁梅, 周韵聪. 泛发性脓疱型银屑病的身心系统护理联合常规心理干预效果观察[J]. 现代医院, 2018, 18 (8): 4.
- [7] 许小进, 秦国兰, 张瑾. 系统心理干预在精神分裂症伴银屑病女性患者中的应用[J]. 国际护理学杂志, 2018, 37 (11): 3.
- [8] 赵立珍. 系统护理联合心理护理在银屑病患者护理中的临床应用分析[J]. 今日健康, 2019, 14 (4): 1.
- [9] 作者: 陈勤 作者单位: 重庆, 第三军医大学西南医院皮肤科. 儿童银屑病的心理问题及应对措施[J]. 中华现代临床护理学杂志, 2019, 2 (1): 56.
- [10] 张位惠, 杨文秀, 张薇. 身心系统护理联合常规心理干预在泛发性脓疱型银屑病患者中的应用分析[J]. 皮肤与性病, 2020, 42 (4): 2.
- [11] 张虹. 身心系统护理对寻常型银屑病患者干预作用分析[J]. 现代消化及介入诊疗, 2019, 1 (A02): 2.
- [12] 孙艳, 冯莉, 薛琳. 身心系统护理干预寻常性银屑病患者临床观察[J]. 实用皮肤病学杂志, 2019, 1 (6): 399-401.

PDCA 模式下乳腺肿瘤切除术患者的心理状态影响分析

程敏 吴小香 (通讯作者)

南京医科大学附属妇产医院 (南京市妇幼保健院) 江苏南京 210000

摘要:目的: 分析 PDCA 模式下乳腺肿瘤切除患者的心理状态。方法: 选取 2021 年 1 月至 2022 年 2 月我院收治的乳腺肿瘤患者 140 名, 按照办理入院的先后顺序随机分成对照组 70 人和观察组 70 人。对照组按照乳腺科的护理常规实施围术期护理, 观察组实施 PDCA 模式护理。对两组乳腺肿瘤患者的焦虑评分 (HAMA)、抑郁评分 (HDMA)、癌症患者生命质量核心量表评分 (FACT-G)、术后 1 周的疼痛评分 (VAS) 进行统计分析。结果: 观察组患者的 HAMA 评分低于对照组 ($P<0.05$)。观察组患者的 HAMD 评分低于对照组, 相互 HAMD 评分比较有差异 ($P<0.05$)。观察组患者 FACT-G 评分高于对照组, 相互数据比较有差异 ($P<0.05$)。观察组患者术后的 VAS 评分低于对照组 ($P<0.05$)。结论: PDCA 模式的实施, 乳腺肿瘤患者焦虑、抑郁等相关负性情绪得到控制, 术后的疼痛敏感性降低, 促进了生活质量提高。

关键词: PDCA; 乳腺肿瘤; 心理状态

近几年由于多种压力因素的影响, 女性乳房肿瘤的发病人数逐年增长, 目前好发于育龄期的妇女当中, 主要的临床表现是乳房出现肿块, 目前最常用的治疗方式是手术切除乳房肿瘤^[1-3]。但是由于手术部分的特殊性, 及乳房在女性的生活中意义重大, 因此较多的患者容易出现焦虑、抑郁情况, 对于患者术后的护理及居家后的恢复产生不利影响^[4]。所以实施高质量的护理措施针对患者乳房肿瘤的护理势在必行。乳腺肿瘤的常规护理中, 护理人员将护理的工作进行细分, 完成患者住院期间的各项护理操作, 但是实施的效果有待提升^[5-6]。PDCA 护理模式, 由计划、检查、实施、改进四个部分组成, 目前在临床护理中得到广泛应用, 但是在乳腺肿瘤的护理中应用较少, 为了验证本次 PDCA 模式的实施效果, 我们将 2021 年 1 月至 2022 年 2 月我院收治的乳腺肿瘤患者 140 名进行实验, 汇报如下:

1. 资料与方法

1.1 一般资料

将南京医科大学附属妇产医院2021年1月至2022年2月我院收治的140名乳腺肿瘤患者作为研究对象。纳入标准: 1.符合乳腺肿瘤的诊断标准。2.所有患者均手术实施治疗。3.肿瘤大小直径在3cm以下。4.患者知晓实验内容, 并且临床资料完整, 适合参与实验。排除标准: 1.手术禁忌证。2.凝血功能障碍。3.正在参与其他实验。4.恶性肿瘤患者。随机分组, 对照组 ($n=70$), 年龄18-70岁, 平均 41.22 ± 7.13 岁, 肿瘤直径1-3cm, 平均 1.47 ± 1.24 cm, 其中纤维瘤43例, 乳腺囊肿8例, 乳腺腺瘤12例, 乳腺炎症结节7例。观察组 ($n=70$), 年龄18-72岁, 平均 40.46 ± 7.55 岁, 肿瘤直径1-3cm, 平均 1.51 ± 1.21 cm, 其中纤维瘤42例, 乳腺囊肿10例, 乳腺腺瘤8例, 乳腺炎症结节10例。乳腺肿瘤患者的个人临床资料比较无差异 ($p>0.05$)。

1.2 方法

对照组的乳腺肿瘤患者实施常规护理: 护理人员入院后协助患者了解病区的基本情况, 对于乳腺相关的健康知识进行宣教。房间进行消毒清洁, 温湿度适应。协助患者做好个人卫生, 保持皮肤干燥。做好基础护理, 对于紧张焦虑的患者实施心理护理。

观察组的乳腺肿瘤患者实施PDCA模式: 1.成立PDCA小组, 组长由专科护士或者护士长担任, 组员主要有高年资护士、责任护士等组成。2.组员要求工作年限在10年以上, 能够根据实验的研究方法目的等, 对于可能出现的护理问题制定对应的护理措施。3.根据住院时的护理计划和患者及

家属进行沟通, 针对整个的手术过程、术前的准备、术后注意事项、美观等患者关心的问题进行深入交流。4.术后对患者进行生命体征监测, 出现异常及时汇报医生。观察伤口的恢复情况, 禁止剧烈运动。5.在护理人员及医生的指导下进行康复训练。6.指导患者使用运动型内衣, 并且定期自我检查。7.术后指导患者进行一些减轻疼痛的方式, 可以通过看电影、听音乐、看书转移患者的注意力。8.对于住院期间焦虑及抑郁状态较重的患者, 护理人员要进行多次的沟通, 鼓励患者说出负性情绪的原因, 进行针对性的指导。9.居家后指导家属对患者进行更多的鼓励及关怀, 感受家的温暖。10.组长要针对计划的实施情况进行不定期的检查, 对于护理中的问题进行及时指出, 并且进行整改。11.整改后的方案纳入下一个循环实施, 不断地反复循环。

1.3 数据观察

两组乳腺肿瘤患者的焦虑评分 (HAMA)、抑郁评分 (HDMA)、癌症患者生命质量核心量表评分 (FACT-G)、术后1周的疼痛评分 (VAS)。实施汉密尔顿焦虑量表以及汉密尔顿抑郁量表对患者负性情绪进行评分^[7]。该量表具有较好的信度, 用于患者住院前后的心理变化测评, 评分越高表示焦虑、抑郁程度越高。癌症患者生命质量核心量表 (Functional Assessment of Cancer Therapy-Generic FACT-G), 从情绪、认知、生理、社会4个方面对患者进行评估, 总分108分, 分数越高表示患者生活质量越高^[8]。VAS评分0-10分, 分数越高, 疼痛程度越高。

1.4 统计 研究数据运用SPSS21.0软件对本次PDCA模式下乳腺肿瘤患者的心理状态 (HAMD、HAMA、VAS、FACT-G) 进行处理, 相关数据进行统计分析。

2 结果

观察组患者 HAMA 评分为 12.31 ± 3.16 , 对照组患者 HAMA 评分为 17.14 ± 3.55 , 观察组患者的 HAMA 评分低于对照组, 相互 HAMA 评分比较有差异 ($P<0.05$)。观察组患者 HAMD 评分为 8.33 ± 2.35 , 对照组患者 HAMD 评分为 14.36 ± 3.03 , 观察组患者的 HAMD 评分低于对照组, 相互 HAMD 评分比较有差异 ($P<0.05$), 见表一。观察组患者 FACT-G 评分为 84.66 ± 5.79 , 对照组患者 FACT-G 评分为 69.22 ± 4.48 , 观察组患者 FACT-G 评分高于对照组, 相互数据比较有差异 ($P<0.05$)。观察组术后一周 VAS 评分 1.25 ± 0.67 , 对照组术后一周 VAS 评分 2.98 ± 1.13 , 观察组患者术后一周的 VAS 评分低于对照组 ($P<0.05$), 见表二。

表 1 两组乳腺肿瘤患者 HAMA、HAMD 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	人数	HAMA	HAMD
对照组	70	17.14±3.55	14.36±3.03
观察组	70	12.31±3.16	8.33±2.35
P	/	P<0.05	P<0.05

表 2 两组乳腺肿瘤患者 FACT-G 评分、VAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	人数	FACT-G 评分	VAS 评分
对照组	70	69.22±4.48	2.98±1.13
观察组	70	84.66±5.79	1.25±0.67
P	/	P<0.05	P<0.05

3. 讨论

乳腺肿瘤一般在青年女性中的发病率较高,主要的临床表现是单发或者无痛性的肿块,目前最佳的治疗方式是手术治疗^[9-11]。但是手术作为一种创伤性治疗,对于患者乳房的外观起到了破坏,导致患者在治疗过程中出现负性情绪。随着医学技术的进步,目前对一些位置较好的乳腺肿块可以采取环乳晕缘弧形切口,但还是难以满足患者对于美的需求^[12]。目前有研究显示,对患者实施护理干预措施能够有效提升患者术后乳房的美观性,减少患者负性情绪的出现。

PDCA模式是针对患者住院期间出现的护理问题出现的一种新型管理工具,能够针对患者的实际情况进行逻辑性、针对性地分析,然后通过方案的实施及检查不断地对方案进行改进,从而最终为患者提供优质护理服务解决问题,促进患者情绪稳定^[13-14]。

在本次的 PDCA 模式下乳腺肿瘤患者心理状态的研究中发现:观察组患者 HAMA 评分为 12.31±3.16,对照组患者 HAMA 评分为 17.14±3.55,观察组患者的 HAMA 评分低于对照组,相互 HAMA 评分比较有差异 (P<0.05)。观察组患者 HAMD 评分为 8.33±2.35,对照组患者 HAMD 评分为 14.36±3.03,观察组患者的 HAMD 评分低于对照组,相互 HAMD 评分比较有差异 (P<0.05)。患者由于实施了 PDCA 模式,护理人员针对患者入院后的心理状态,引导患者对于自身的顾虑和护理人员进行沟通,护理人员针对问题涉及的范围,进行护理方案的制定,针对问题的特殊性和患者进行了详细解答,对于患者关心较多的母乳喂养及后期美观问题也进行了科学解答,患者能够在术前将自身情绪状态调整到最佳。观察组患者 FACT-G 评分为 84.66±5.79,对照组患者 FACT-G 评分为 69.22±4.48,观察组患者 FACT-G 评分高于对照组,相互数据比较有差异 (P<0.05)。观察组术后一周 VAS 评分 1.25±0.67,对照组术后一周 VAS 评分 2.98±1.13,观察组患者术后一周的 VAS 评分低于对照组 (P<0.05)。通过对家属及患者之间的交流,护理计划得到了更好的实施,患者对乳腺肿瘤认知度得到提升,解决了患者的心理压力,患者能够积极地面对自身病情,术后根据护理人员制定的恢复计划进行针对性的锻炼,提升生活质量^[15-17]。

综上所述,对乳腺肿瘤患者实施 PDCA 模式,可以有效改善患者术后的心理状态,减少疼痛敏感性,促进生活质量的提升,为乳腺肿瘤的围术期护理提供新的思路,值得推广。

参考文献:

- [1]黄晓平.乳晕旁切口治疗乳腺多发性良性肿瘤的临床疗效[J].实用临床医药杂志,2015,19(11):93-94.
- [2]姚慧韬,范庆浩,赵涵.乳腺良性肿瘤应用单人操作麦默通旋切系统治疗疗效分析[J].中华内分泌外科杂志,2017,11(2):127-130.
- [3]Mordang JJ, Gubern-Merida A, Bria A, et al. Improving computer-aided detection assistance in breast cancer screening by removal of obviously false positive findings[J]. Med Phys, 2017, 44(4): 1390-1401.
- [4]Bowman T, Chavez T, Khan K, et al. Pulsed terahertz imaging of breast cancer in freshly excised murine tumor[J]. J Biomed Opt, 2018, 23(2): 1-13.
- [5]谢晓冬,屈淑贤,郑振东,等.乳腺癌术后患者早期患肢功能锻炼的临床研究[J].临床肿瘤学杂志,2010,15(9):815-817.
- [6]周如女,罗玲,周嫣,等.应用 PDCA 循环管理提高护理满意度的效果[J].解放军护理杂志,2013,30(11):48-51.
- [7]Di a ras V, Han HS, Kaufman B, et al. Veliparib with carboplatin and paclitaxel in BRCA-mutated advanced breast cancer (BROCADE3): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial[J]. Lancet Oncol, 2020; 21(10): 1269-1282.
- [8]范敏.PDCA 循环管理模式对乳腺癌术后化疗患者经外周静脉穿刺中心静脉置管护理效果的影响[J].中国药物与临床,2018,18(5):845-847.
- [9]朱朝芬.围术期护理对乳腺肿瘤患者负面情绪和生活质量的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2017,24(7):111-113.
- [10]中国抗癌协会乳腺癌专业委员会,中国医师协会外科医师分会乳腺外科医师专委会,吴灵,等.乳腺肿瘤整形与乳房重建专家共识(2018年版).中国癌症杂志,2018,28(6):44-85.
- [11]陶新华,李真,田凤琴,等.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.
- [12]高士杰,管蕊,董南君,等.FOCUS-PDCA 管理模式对行乳腺肿物微创旋切术患者术后恢复与并发症发生的影响[J].中国医药导报,2018,15(4):169-172.
- [13]何凤连,郑廉珠,张娇霞.PDCA 循环管理模式对乳腺良性肿瘤患者心理状态及生活质量的影响[J].齐齐哈尔医学院学报,2021,42(7):643-645.
- [14]马晓霞,周瑜辉,郭萍利,等.PDC 循环管理对乳腺良性肿瘤切除术后术区美容效果的影响[J].中国美容医学,2020,29(2):142-144.
- [15]张海燕,陈红梅,王耿,等.PDCA 循环对乳腺癌化疗患者 PICC 置管及并发症与带管维护的影响[J].护理实践与研究,2020; 17(15): 66-68.
- [16]李金霞,陈丹,于亚英,等.基于 PDCA 循环的中医护理对乳腺癌护理质量及患者满意度的影响[J].护理实践与研究,2019; 16(17): 153-155.
- [17]邓红琴.PDCA 循环护理干预对乳腺癌术后化疗患者的影响[J].中国继续医学教育,2020; 12(7): 163-165.

认知行为干预模式对腰椎间盘突出症患者疼痛的影响

谷江华

泰州市人民医院 江苏泰州 225300

摘要：目的：认知行为干预模式对腰椎间盘突出症患者疼痛的影响。方法：通过2021年3月至2022年1月本院收治的腰间腰椎间盘突出症患者108名按照随机分组方式分组后，随机分成对照组（n=54）和观察组（n=54）。对照组实施围术期护理，观察组在常规护理模式下增加了认知行为干预模式。分别对两组腰椎间盘突出症患者的疼痛评分（VAS）、并发症、满意度进行比较。结果：对照组患者VAS评分高于观察组，相互数据比较有差异（ $P<0.05$ ）。对照组患者在围术期内并发症的发生次数高于观察组，相互数据比较有差异（ $P<0.05$ ）。观察组患者对于护士的满意度评分高于对照组，相互数据比较有差异（ $P<0.05$ ）。结论：认知行为干预模式在腰椎间盘突出症患者中的实施，有效降低了患者对于疼痛的敏感性，减少了围术期内并发症的发生次数，促进了患者对于护理服务满意度提升。

关键词：认知行为干预；腰椎间盘突出症；疼痛

腰椎间盘突出症患者下腰部容易出现剧烈疼痛或者麻木，对患者工作及居家后的生活质量产生影响，目前受到广泛的关注^[1-2]。手术是目前治疗腰椎间盘突出症的主要方式，由于手术具有创伤性，患者的恢复周期较长，实施有效的护理措施，促进患者的康复显得尤为重要。目前关于腰椎间盘突出症的护理方式较多^[3-5]，但是具体的实施效果参差不齐。认知行为干预主要是对患者的认知进行干预，增加对腰椎间盘突出症了解，从而有利于患者在围术期护理中能够形成正确的观念，更好的配合医务人员。为了验证实验的效果我们将2021年3月至2022年1月本院收治得腰间腰椎间盘突出症患者108名进行分组实验，现汇报如下：

1. 资料与方法

1.1 一般资料

将2021.03月-2022.01月收治的108名腰椎间盘突出症患者纳入研究，分组后对照组和观察组分别有54名患者。对照组54名患者，其中男34名，女20名，年龄35-66岁，平均 54.23 ± 5.12 岁，病程0.5-7年，平均 3.21 ± 1.17 年。观察组54名患者，其中男性患者32名，女性患者22名，年龄35-65岁，平均 53.89 ± 5.33 岁，病程0.5-6年，平均 3.32 ± 1.37 年。纳入标准：1.符合腰椎间盘突出症的诊断标准。2.患者能够进行正常交流，无任何医闹史。3.患者视听功能正常，能够有自己的主观判断能力。4.无其他基础性疾病，重要脏器无任何器质性病变。5.患者签署知情同意书。排除标准：1.患者实验过程中主动退出实验。2.实验过程中泄漏分组。3.中途转院的患者。4.急诊入院患者。两组腰椎间盘突出症患者的一般情况比较无差异性（ $p>0.05$ ）。

1.2 方法

1.2.1 对照组的腰椎间盘突出症患者进行围术期内的常规护理，包括术前的健康教育、心理评估、症状观察、注意事项、基础护理等。

1.2.2 观察组的腰椎间盘突出症患者实施认知行为干预模式，具体方式如下：1.患者入院后责任护士向患者及家属进行腰椎间盘突出症的相关知识的宣教，对于出现的疼痛进行认知教育。2.护理人员了解患者的基本情况，根据患者的职业经历及学历层次进行分层次的疼痛认知再教育，并且针对疼痛的等级告知患者减轻疼痛的方式，取得患者的信任^[6]。3.患者在实施手术后，护士针对患者的疼痛程度进行评估，并且针对不同的疼痛程度进行护理。4.对于疼痛评分高于大于等于4分的患者，护理人员协助患者完成直腿抬高、屈髋屈膝、足背屈伸、轴线翻身运动，并且逐渐将被动运动转变为主动运动。每次运动时间控制在15分钟左右，一天3次左右。

5.疼痛评分低于4分的患者在护理人员的指导下完成蹲、行走、上下床等运动，运动过程中避免出现负重、弯腰等操作。6.未发生任何疼痛的患者进行腰背肌功能锻炼，每天3次左右，如锻炼的过程中出现痛感，锻炼终止。7.调整患者的饮食结构，多食用一些新鲜蔬果^[7]。8.在患者住院期间进行功能锻炼的过程中，根据患者的病情变化不断调整护理方案^[8]。9.围术期间针对疾病的发病原因、症状、治疗方式、护理方法及居家后的注意事项和患者进行详细的解释，并且建立相关的联系，定期推送一些腰椎间盘突出症相关的健康分享。10.患者出院后护士进行回访，了解患者居家后的生活习惯及疾病的恢复情况，针对患者的一些疑惑进行解答^[9]。

1.3 数据观察

两组腰椎间盘突出症患者的疼痛评分（VAS）、并发症、满意度进行比较。VAS评分将患者的疼痛分成10个等级，分数越高表示患者此刻的疼痛程度越高。并发症的统计中我们将围术期内发生并发症例数进行比较。满意度评分我们根据自行编写的满意度调查问卷以问题的形式进行评估，最高分100分。

1.4 统计 研究数据运用SPSS20.0软件对本次认知行为干预下的相关数据（VAS、并发症、满意度）进行处理，计量资料以均数±标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）表示。

2 结果

对照组患者的VAS评分为 2.41 ± 1.78 ，观察组患者VAS评分为 1.58 ± 1.12 ，对照组患者VAS评分高于观察组，相互数据比较有差异（ $P<0.05$ ），见表一。对照组患者围术期内发生了6例并发症，观察组患者围术期内发生了1例并发症，对照组患者在围术期内并发症的发生次数高于观察组，相互数据比较有差异（ $P<0.05$ ）。观察组患者对于围术期内护理人员的满意度评分为 97.16 ± 2.84 ，对照组患者对于围术期内护理人员的满意度评分为 90.11 ± 5.23 ，观察组患者对于护士的满意度评分高于对照组，相互数据比较有差异（ $P<0.05$ ），见表二。

表1 两组患者干预前后VAS评分比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	人数	干预前	干预后
对照组	54	4.46 ± 2.14	2.41 ± 1.78
观察组	54	4.42 ± 2.17	1.58 ± 1.12
P	/	$P>0.05$	$P<0.05$

表2 两组患者围术期内并发症发生次数及满意度比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	人数	并发症	满意度
对照组	54	6 (11.11)	90.11±5.23
观察组	54	1 (1.85)	97.16±2.84
P	/	P<0.05	P<0.05

3. 讨论

由于人们工作强度及习惯的改变,腰椎间盘突出症的发病不断增长,此类疾病主要是由于机体腰椎间盘出现变形、纤维破裂、髓核组织突出等相关状况后对马尾神经根形成压迫,导致临床上出现的一系列反应^[10-11]。目前关于腰椎间盘突出的治疗分成两种保守治疗和手术治疗,手术治疗属于有创操作,患者的恢复时间较长,因此需要科学合理的护理方式对患者的术后进行相关护理^[12]。

腰椎间盘突出症病程较长,是一种较为常见的慢性退行性病变,在患病后患者的腰背剧烈疼痛,自身的生活及工作能力受限,对于后期的生活质量影响较大。目前的常规护理中护理人员通过健康宣教、饮食指导、康复训练等不断提升围术期护理质量^[13-17]。认知行为干预从患者的认知上去改变患者对于腰椎间盘突出症的态度,能够在护理人员的指导下积极地参与术后的康复,配合医务人员完成围术期内的各项护理及治疗工作。

在本次的认知行为干预中我们发现:对照组患者的VAS评分为2.41±1.78,观察组患者VAS评分为1.58±1.12,VAS评分比较对照组较高,相互数据比较有差(P<0.05)。对照组患者围术期内发生了6例并发症,观察组患者围术期内发生了1例并发症,对照组患者在围术期内并发症的发生次数高于观察组,相互数据比较有差异(P<0.05)。观察组患者对于围术期内护理人员的满意度评分为97.16±2.84,对照组患者对于围术期内护理人员的满意度评分为90.11±5.23,满意度评分比较观察组高于对照组,相互数据比较有差异(P<0.05)。上述的护理结果表明在围术期内我们通过认知行为上的改变,患者能够积极地配合,自身对于疼痛的敏感程度降低,而且积极的康复锻炼,患者的心肺功能得到提升,减少了并发症的发生,患者能够受到更好的护理服务。在围术期护理期间,应用肌肉锻炼的方式,也避免了肌肉萎缩,改善了肌肉的张力,对于受损的组织得到修复,进而达到理想化的临床治疗效果^[18]。

我们在前期的研究中也发现腰椎间盘突出术后比较容易复发,护士协助患者建立新的认知理念,减少复发的可能。较多的复发者在出院后,护理人员缺乏对患者的行为习惯进行监督,导致患者的依从性较低,从而再次出现疼痛。我们在出院时建立网络联系平台,通过公众号及微信群群内的定期健康讲座及运动康复打卡等相关的举措,去约束患者的个人行为,同时对家属进行健康再教育,督促患者做好疾病相关防护,也是对护理服务进行延伸,对于疾病的术后治疗带来积极的影响^[19-20]。

综上所述,对腰椎间盘突出症患者实施认知行为干预,患者在围术期内能够较好地完成护理操作积极配合治疗,自身的疼痛感减轻,围术期并发症发生次数减少,为护理服务满意度提升打下基础,同时为腰椎间盘突出症的护理提出新的方向,值得推广。

参考文献:

[1]张岚,田翠霞,张苏娟.综合性护理干预联合舒适性护理在经皮椎间孔镜治疗腰椎间盘突出症中的应用[J].检验医学与临床,2017,14(24):3668-3670.

[2]李林,周富,张弘,等.核心肌群训练配合疼痛护理干预对中年腰椎间盘突出症病人康复的影响[J].护理研究,2017,31(30):3838-3841.

[3]黄金英.同伴教育模式在腰椎间盘突出症患者康复护理中的应用研究[J].当代护士(下旬刊),2016,9(8):94-96.

[4]陈瑞珍,陈文字,关水仙.康复护理干预对腰椎间盘突出症患者康复的影响[J].临床医学工程,2016,23(7):975-976.

[5]吴东杰.康复护理措施对腰椎间盘突出症患者康复的影响[J].中国伤残医学,2016,24(10):116-117.

[6]张利珍.综合护理联合艾灸对腰椎间盘突出症患者疼痛及生活质量的影响[J].现代诊断与治疗,2018,29(14):2336-2338.

[7]王云春.腰背肌功能锻炼在腰椎间盘突出症康复护理中的应用效果分析[J].特别健康,2017,13(14):22-23.

[8]柯欢,鲁慧玲.康复护理措施对腰椎间盘突出症患者康复的影响[J].实用临床医药杂志,2017,21(18):139-140.

[9]黄露露.对接受手术治疗的腰椎间盘突出症患者进行规范化疼痛护理的效果评价[J].当代医药论坛,2018,16(14):241-242.

[10]彭丽丽,余凤娇,王青.康复护理干预对腰椎间盘突出症患者的生活质量影响[J].实用临床医药杂志,2016,20(16):207-209.

[11]Vanni D, Pantalone A, Bigossi F, et al. New perspective for third generation percutaneous vertebral augmentation procedures: preliminary results at 12 months, Journal of Craniovertebral Junction and Spine, 2012, 3: 47.

[12]廖海英,宁宁,李佩芳,等.基于加速康复外科的综合护理模式对腰椎间盘突出症老年患者术后谵妄发生的效果研究[J].华西医学,2017,32(9):1355-1357.

[13]杨素萍.延续性护理对腰椎间盘突出症合并骨盆旋移综合征患者康复的效果分析[J].中国伤残医学,2018,26(10):83-84.

[14]马丽红.阶梯式康复护理干预措施在腰椎间盘突出微创护理中的应用效果及预后中的应用分析[J].实用临床医药杂志,2017,21(10):84-86,90.

[15]Wang W, Ni B B, Shen H, et al. Comparison of surgical outcomes of lumbar disc herniation using local anesthesia and epidural anesthesia: A meta-analysis. Medicine, 2020, 99(33): 18958. DOI: 10.1097/MD.00000000000018958.

[16]Amin RM, Andrade NS, Neuman BJ. Lumbar disc herniation, J. Curr Rev Musculoskelet Med, 2017, 10(4): 507-516.

[17]Buser Z, Omega B, D' Oro A, et al. Spine degenerative conditions and their treatments: national trends in the united states of america. Global Spine J, 2018, 8(1): 57-67.

[18]黄俏莉,杨宏.腰椎间盘突出外科护理体会[J].中外医疗,2012,10:158-159.

[19]桂许华.导致腰椎间盘突出症患者疼痛的因素及护理措施[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(47):209.

[20]Yusof M1, Azizan AF, Abdullah MS. Lumbar spinal stenosis: the reliability, sensitivity and specificity of the nerve root sedimentation sign. Malays Orthop J, 2018, 12(2): 1-6.

聚焦式护理对产后出血产妇心理状态及睡眠质量影响

邢霞 姜孝娣 (通讯作者)

南京医科大学附属妇产医院 (南京市妇幼保健院) 江苏南京 210000

摘要: 目的: 聚焦式护理对产后出血产妇心理状态及睡眠质量影响。方法: 通过2020年3月至2022年2月本院ICU收治的产后出血产妇64例, 随机分成对照组($n=32$)和观察组($n=32$)。对照组按照ICU的护理规范进行按步骤护理, 观察组产妇实施聚焦式护理。分别对两组产妇的心理状态(S-AL、T-AL)、睡眠质量(PSQL)、自我护理能力(ESCA)进行比较。结果: 观察组产妇的心理状态(S-AL、T-AL)评分低于对照组, 相互数据比较有差异($P<0.05$)。观察组产妇的睡眠质量高于对照组, 相互数据比较有差异($P<0.05$)。观察组产妇的自我护理能力高于对照组, 相互数据比较有差异($P<0.05$)。结论: 聚焦式护理在产后出血产妇中的实施, 能够缓解产妇的负性情绪, 增进产妇术后睡眠质量, 对于产后的自我护理能力提升起到促进作用。

关键词: 聚焦式护理; 产后出血; 睡眠质量

产妇在分娩后容易出现产后出血等相关并发症, 产后出血主要指的是阴道分娩后24小时出血量大于500ml或者剖宫产术后24小时阴道出血量大于1000ml, 导致产后出血的主要原因是由于子宫收缩乏力^[1-5]。由于人们健康理念的提升, 对护理模式及护理质量的要求日渐提升, 常规护理无法满足人们的需求, 需要科学合理的护理方式对产妇进行护理^[6-7]。因此采取何种方式对产后出血产妇进行护理, 是我们目前关注的热点问题。聚焦式护理模式是通过相信患者自身潜力, 尊重患者自身的想法, 为患者提供优质的护理服务, 促进患者自身心态及自我效能的提升^[8]。目前关于聚焦式护理在产后出血产妇中的报道较少, 而且对于出血产妇的护理措施存在一定的争议, 所以为了验证实验效果, 我们将2020年3月至2022年2月本院ICU收治的产后出血产妇64例进行分组实验, 效果实施良好, 现进行汇报如下:

1. 资料与方法

1.1 一般资料

将2020年3月至2022年2月本院ICU收治的产后出血产妇64例纳入本次研究, 对照组和观察组各有产妇32名。对照组产后出血产妇实施常规护理方式, 年龄22-40岁, 平均 28.89 ± 5.99 岁, 孕周36-41周, 平均 39.19 ± 1.12 周, 初产妇22名, 经产妇10名。观察组产后出血产妇实施聚焦式护理方式, 年龄22-40岁, 平均 28.79 ± 5.78 岁, 孕周36-41周, 平均 39.23 ± 1.22 周, 初产妇24名, 经产妇8名。纳入标准: 1.经我院临床对学科诊断我产后出血患者, 符合相关的诊断标准2.本次实验经医院伦理委员会授权, 并且产妇及家属具有整个实验的知情权。排除标准: 1.产妇及家属具有精神病家族史。2.妊娠期间具有严重的并发症。3.严重器官衰竭、及血凝出现异常。4.有药物过敏史。两组产后出血产妇的个人资料包括学历、婚史等比较无差异性($p>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组产妇我们按照ICU的护理流程进行护理, 常规实施缩宫素止血治疗, 如果控制效果不佳, 进行宫腔填塞。在护理过程中对产妇的各项生命体征进行监护, 观察产妇的血压及出血量的变化, 进行及时地记录, 如出血量较大或者血压不稳定, 及时地汇报医生进行相关处理。

1.2.2 观察组产妇按照聚焦式护理模式进行护理, 具体方式如下: 1.成立专项护理小组, 组员主要包括专科护士、心理及营养方面的专家、医生等。对相关小组成员进行产后出血相关基础知识及措施的培训, 培训结束后考核合格后方可进行护理工作, 组内的护理成员实施末位更换制度。

2.护理人员查阅产妇的相关个人信息, 对产妇的个人情况及家庭情况进行深入了解, 掌握其分娩后的出血情况, 对产妇自身的心理状况进行整体的评估, 做好分级。鼓励产妇能够将自身的诉求及心理状态进行描述, 护理人员做好产妇的沟通并且实施鼓励。协助产妇建立产后良好的心理状态。3.协助产妇一起商讨解决负性情绪问题的方式, 鼓励产妇不断地进行尝试, 增强治疗产后出血的自信心。4.建立相关的目标, 促进产妇自我效能及幸福感的提升, 对于产后出血的相关知识进行详细解释, 并且叮嘱产妇积极配合治疗及护理, 减少自身情绪的波动。5.在条件允许的情况下对产妇进行音乐的播放, 通过手机连接蓝牙耳机的方式, 选择一些产妇喜欢的音乐进行循环播放。6.做好家属健康宣教工作, 对于产后出血的危害、恢复子宫收缩的方式对家属进行讲述。充分发挥家属的协调及后勤支持作用, 对于一些情绪较为激动的产妇, 及时地引导产妇进行情绪宣泄。7.在医生的指导下对产妇进行子宫按摩, 促进子宫收缩的恢复, 减少产后出血量。8.住院环境保持舒适性, 减少环境刺激。9.与组内的医生进行相关风险性的探讨, 可以进行一些预防性的用药, 减少产后并发症的发生。10.护理人员对患者对进行鼓励等一些正面教育, 最大程度上调动产妇的积极性。

1.3 数据观察

两组产妇的心理状态(S-AL、T-AL)、睡眠质量(PSQL)、自我护理能力(ESCA)进行比较。心理状态我们采用STAL量表, 改量表分为焦虑量表和特质焦虑量表, 每个量表分20个小项, 总分20-80分, 分数越高表示焦虑程度越高^[9]。匹兹堡睡眠质量指数问卷(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)对产妇的睡眠质量进行评估, 量表包含19个条目, 总分21分, 分数越低表示睡眠质量越高^[10]。自我护理能力(ESCA)主要包含自我护理技能、责任感、概念、健康知识4个部分, 主要包括43个条目, 总分172分, 得分大于114分表示产妇的自我护理能力较强, 大于57分表示自我护理能力一般, 小于57分表示自我护理能力较低^[11]。

1.4 统计 研究数据运用SPSS21.0软件对本次心理疏导中出现的数据(S-AL、T-AL、PSQI、ESCA)进行处理, 计数资料以率(%)表示, 计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组产妇的(S-AL、T-AL)评分分别为 33.42 ± 1.89 、 34.55 ± 1.96 , 对照组产妇的(S-AL、T-AL)评分分别为 43.46 ± 2.34 、 44.16 ± 2.49 , 观察组产妇的心理状态(S-AL、T-AL)评分低于对照组, 相互数据比较有差异($P<0.05$), 见表一。观察组产妇的睡眠质量评分为 7.22 ± 1.94 , 对照组

产妇的睡眠质量评分为 9.12 ± 2.67 ，观察组产妇的睡眠质量高于对照组，相互数据比较有差异（ $P < 0.05$ ）。观察组产妇自我护理能力评分为 104.16 ± 6.41 ，对照组产妇自我护理能力评分为 87.11 ± 6.56 ，观察组产妇的自我护理能力高于对照组，相互数据比较有差异（ $P < 0.05$ ），见表二。

表 1 两组产妇心理状态（S-AL、T-AL）评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	人数	S-AL	T-AL
对照组	32	43.46 ± 2.34	44.16 ± 2.49
观察组	32	33.42 ± 1.89	34.55 ± 1.96
P	/	$P < 0.05$	$P < 0.05$

表 2 两组孕产妇睡眠质量评分及自我护理能力评分比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	人数	PSQI	ESCA
对照组	32	9.12 ± 2.67	87.11 ± 6.56
观察组	32	7.22 ± 1.94	104.16 ± 6.41
P	/	$P < 0.05$	$P < 0.05$

3. 讨论

产妇产宫收缩乏力是产后出血的主要原因，由于无法对血管进行压迫，从而导致出血量较多。其主要原因是产妇在分娩后精神处于高度紧张状态，如不能对产妇进行及时的救治，容易危及产妇的生命安全^[12-13]。在分娩后出血状况发生后，运用子宫按摩的方式能够促进子宫收缩，控制出血量。目前根据相关文献报道，产后出血的人数占到总分娩数的2.5%^[14]，在出血的同时会伴有阴道流血、继发性贫血及休克等。目前产后出血研究发现其出血的原因较为复杂，可能与产妇的凝血功能、子宫收缩力及胎盘的残留有关。

在本次的聚焦式护理在产后出血产妇中的应用中我们发现：观察组产妇的（S-AL、T-AL）评分分别为 33.42 ± 1.89 、 34.55 ± 1.96 ，对照组产妇的（S-AL、T-AL）评分分别为 43.46 ± 2.34 、 44.16 ± 2.49 ，观察组产妇的心理状态（S-AL、T-AL）评分低于对照组，相互数据比较有差异（ $P < 0.05$ ）。观察组产妇的睡眠质量评分为 7.22 ± 1.94 ，对照组产妇的睡眠质量评分为 9.12 ± 2.67 ，观察组产妇的睡眠质量高于对照组，相互数据比较有差异（ $P < 0.05$ ）。观察组产妇自我护理能力评分为 104.16 ± 6.41 ，对照组产妇自我护理能力评分为 87.11 ± 6.56 ，观察组产妇的自我护理能力高于对照组，相互数据比较有差异（ $P < 0.05$ ）。说明聚焦式护理能够在产后出血的护理中效果显著，常规的护理模式由于不具有科学合理的护理方案，对出血产妇的护理缺乏连贯性，特别是心理上的疏导存在偏差，导致护理的效果不佳。聚焦式护理以人为本，注重产妇自身的感受，将产妇的情绪和心理状态作为护理的重点，最大程度去尊重产妇，对于产妇自身的优势及潜能及时进行发掘，能够在组内针对产妇的情况在医生的协助下进行预防性地用药，能够在出血的最初期进行干预，减少产妇的分娩后出血量^[15-16]。

产后出血一般发生在产妇分娩后2小时内，短期内的大量出血如果不能对产妇进行救治或者救治时间延长，对于产妇产后的生活质量有着严重影响。针对产妇分娩后子宫收缩乏力的情况进行系统科学的护理计划制定，对产妇的病情有着整体把控，产妇能够积极地配合护理人员完成护理操作的过程中由于产妇的配合，护理质量得到保障，提升了护理服务的依从性^[17-19]。

综上所述，对产后出血的产妇实施聚焦式护理，产妇的心理状态得到好转，自身的护理能力得到提升，促进了住院期间睡眠质量的提升，心理压力得到释放，为后期产后出血的护理提供新的护理路径，为产后出血提供新的方式，值得推广。

参考文献：

- [1]蔡丽娟. Bakri 球囊填塞术治疗剖宫产难治性子宫收缩乏力性产后出血的临床价值[J]. 中外医学研究, 2021, 19 (20): 133-136.
- [2]桂林. 综合护理降低子宫收缩乏力产后出血及预防并发症的效果分析[J]. 系统医学, 2020, 5 (24): 185-188.
- [3]张玲玲. 欣母沛联合催产素治疗子宫收缩乏力性产后出血的效果探讨[J]. 北方药学, 2020, 17 (12): 80-81.
- [4]周双双. 舒适护理在剖宫产术后产妇护理中的应用及对产妇生活质量的影响[J]. 重庆医学, 2020, 49 (S2): 409-411.
- [5]中华医学会妇产科学分会产科学组. 产后出血预防与处理指南（草案）. 中华妇产科杂志, 2009, 44 (7): 554-557.
- [6]王子敬. 优质护理在妊娠高血压综合征产妇出血中的临床效果[J]. 中国医药指南, 2020, 18 (15): 219-220.
- [7]危海红. 优质护理在妊娠高血压综合征产妇出血护理中的应用分析[J]. 首都食品与医药, 2020 27 (9): 149.
- [8]余晓燕, 徐凌燕, 胡引, 等. 聚焦解决模式在胎儿异常孕产妇心理护理中的应用[J]. 中华护理杂志, 2011, 46 (3): 254-256.
- [9]阮仕珍, 刘宏艳, 段文娜. 人文关怀护理模式在前置胎盘剖宫产术后出血护理中的应用价值[J]. 检验医学与临床, 2020, 17 (1): 105-107.
- [10]路桃影, 李艳, 夏萍, 等. 匹兹堡睡眠质量指数的信度及效度分析[J]. 重庆医学, 2014, 43 (03): 260-263.
- [11]高澄侠, 王妮. Orem 自理模式在产后出血中的应用及对产妇出血量及自我护理能力的影响[J]. 检验医学与临床, 2020, 17 (8): 102-105.
- [12]Amorim-Costa C, Mota R, Rebelo C, et al. Uterine compression sutures for postpartum hemorrhage: is routine postoperative cavity evaluation needed? [J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2011, 90 (7): 701-706.
- [13]Jamard A, Turck M, et al. Risk of uterine synechiae following uterine compression sutures during postpartum haemorrhage [J]. Gynecologie Obstetrique & Fertilit, 2014, 42 (10): 681-5.
- [14]李艺华. 优质护理服务对产妇产后出血及生活质量的效果观察[J]. 实用临床医药杂志, 2019, 23 (9): 115-118.
- [15]叶传丽, 苏宝华. 聚焦解决模式对妊娠期高血压疾病妇女心理应激及母婴结局的影响[J]. 护理实践与研究, 2018, 15 (19): 80-82.
- [16]尹煌秀, 曾根莲. 聚焦解决模式对高危妊娠孕妇心理状态及分娩结局的影响[J]. 中国当代医药, 2019, 26 (29): 207-209.
- [17]陈佳. 产后出血的观察及护理措施[J]. 中国医药指南, 2018, 16 (14): 227-228.
- [18]柯春华. 产后出血的原因与护理方法分析[J]. 湖北科技学院学报 (医学版), 2017, 31 (3): 271-272.
- [19]王黎霞. 剖宫产产后出血的原因分析及护理对策的研究[J]. 中国医药指南, 2017, 15 (13): 231-232.

知信行模式下产妇女乳喂养效果分析

叶婷 徐丹 (通讯作者)

南京医科大学附属妇产医院 (南京市妇幼保健院) 江苏南京 210000

摘要: 目的: 观察知信行模式下产妇女乳喂养效果分析。方法: 选择 2021 年 4 月至 2021 年 12 月某地区三甲医院实施分娩的产妇 102 人, 随机数字法分组后观察组和对照组分别有 51 名产妇进行对照研究。对照组按照围术期或者围产期的护理规范进行护理, 观察组实施知信行模式下 (KAP) 的护理。对产妇女乳喂养实施情况、角色适应性、母乳喂养效能 (BSES)、母乳喂养质量 (BAT) 进行统计。结果: 观察组实施纯母乳喂养人数为 50 人, 对照组实施纯母乳喂养人数为 42 人, 相互数据比较有差异 ($P<0.05$)。观察组产妇产后角色适应性总评分为 89.21 ± 4.24 , 对照组产妇产后角色适应性总评分为 81.11 ± 4.33 , 相互评分比较有差异 ($P<0.05$)。观察组产妇产后 1 个月后 BSES 评分为 103.11 ± 5.32 , 对照组产妇产后 1 个月后 BSES 评分为 89.68 ± 4.07 , 相互评分比较有差异 ($P<0.05$)。观察组产妇产后 1 个月后 BAT 评分为 8.96 ± 1.46 , 对照组产妇产后 1 个月后 BAT 评分为 7.32 ± 1.25 , 相互评分比较有差异 ($P<0.05$)。结论: 知信行模式下产妇的母乳喂养率及母乳喂养质量提升、能够促进产妇在分娩后快速适应新角色, 有利于新生儿生长发育。

关键词: 知信行; 产妇; 母乳喂养

母乳喂养有助于新生儿的健康成长, 但是由于分娩方式的不同, 导致母乳喂养的效果出现差异^[1-2]。目前针对产妇的常规护理缺乏心理、生理上指导, 在护理过程中效果欠佳^[3]。知信行模式 (KAP) 是知识、信念、行为模式的简称, 以健康教育为主体, 对产妇实施指导, 提升护理质量^[4]。前期的护理研究发现, 通过对产妇喂养知识及信念的强化, 可以提升产妇角色适应能力, 积极处理产后相关事宜, 较好完成育儿工作。本研究通过知信行模式在产妇中的应用, 研究母乳喂养在分娩后的实施情况, 汇报如下:

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取2021年4月至2021年12月某地区三甲医院实施分娩的产妇作为研究对象, 每组产妇51名。对照组产妇年龄22-38岁, 平均 (29.39 ± 2.35) 岁; 孕周37-40周, 平均 (38.33 ± 1.44) 周; 文化程度: 高中及以下4人, 大专学历31人, 本科及本科以上16人。观察组年龄24-38岁, 平均 (29.79 ± 2.47) 岁; 孕周37-40周, 平均 (38.99 ± 1.01) 周; 文化程度: 高中及以下3人, 大专学历27人, 本科及本科以上21人。分娩产妇之间个人资料无差异 ($P>0.05$)。纳入标准: 1.足月分娩的产妇。2.有强烈意愿实施母乳喂养。3.认知行为能力正常, 可以进行良好沟通及交流。排除标准: 1.乳房存在先天缺陷或者乳房部位皮肤有异样, 无法正常实施母乳喂养。2.有过乳腺癌或者乳房手术历史。3.分娩过程中出现并发症。4.有母乳喂养禁忌症。5.具有血液病或者其他传染性疾病。6.有吸毒过往史。

1.2 方法

对照组按照产后的护理常规进行护理。产后协助产妇进行翻身, 遵医嘱给予抗感染治疗, 保持切口处干燥。产妇在生命体征稳定后进行母乳喂养相关知识的宣教, 对于产妇关心的新生儿喂养相关知识进行相互沟通。鼓励产妇早下床活动, 并且进行母婴早接触, 指导产妇掌握正确的母乳喂养方式, 对于一些喂养不太顺利的产妇进行饮食等相关干预, 促进乳汁分泌, 对于乳汁较多产妇, 指导其正确使用吸奶器。

观察组实施知信行模式下的护理方式: 1.成立知信行护理小组, 组长根据组员的情况进行相关知识的培训, 并且针对沟通上的技巧、产后生命体征观察、乳房护理、育儿知识、饮食及运动管理等相关情况进行指导。建立相关公众号, 推送母乳喂养及新生儿保健等相关知识。2.知识宣教中对产妇的学历能力及相关知识的掌握情况进行评估, 鼓励产妇之间能够相互分享一些健康知识, 对于一些学习能力较弱的产妇借助道具进行模拟演

示, 针对产妇的知识盲点进行重点讲述, 并且对母乳喂养的重要性及喂养过程中可能存在的问题进行详细讲述。3. 培养信念与健康宣教同时进行, 不断地对产妇进行鼓励, 对于一些出现负面情绪的产妇实施正确的引导, 播放一些育儿的视频, 引导产妇正确进入自身角色。并且叮嘱家属对产妇进行陪伴及关怀, 建立产妇母乳喂养的信心。4.产后母婴同室, 改善产妇产后膳食营养, 通过手法按摩的方式促进乳汁分泌, 指导患者掌握正确的按摩方式。如有特殊情况无法实施手法按摩, 可以指导患者在医院护理平台预约护理人员实施上门服务。

1.3 数据观察

产妇女乳喂养实施情况、角色适应性、母乳喂养效能 (BSES)、母乳喂养质量 (BAT)。角色适应量表我们通过三个方面: 角色认同、亲子依附、照顾进行评分, 总分96分, 分数高低决定适应性高低。母乳喂养情况我们以产妇实施喂养的方式: 纯母乳、纯奶粉、混合喂养这三种方式进行统计。母乳喂养效能 (BSES) 通过自我效能量表, 包括30个小项, 分值在30-150之间, 分数越高母乳喂养效能越高。母乳喂养质量 (BAT) 量表满分12分, 分数越高表示喂养质量越高。

1.4 统计 研究数据运用SPSS21.0软件对本次知信行模式下的母乳喂养效果 (母乳喂养实施情况、角色适应性、BSES、BAT) 进行处理, 相关数据进行统计学分析。

2 结果

观察组实施纯母乳喂养人数为 50 人, 对照组实施纯母乳喂养人数为 42 人, 观察组实施纯母乳喂养人数多于对照组, 相互纯母乳喂养人数比较有差异 ($P<0.05$), 见表一。观察组产妇产后角色适应性总评分为 89.21 ± 4.24 , 对照组产妇产后角色适应性总评分为 81.11 ± 4.33 , 观察组产妇角色适应性评分高于对照组, 相互角色适应性评分比较有差异 ($P<0.05$), 见表二。观察组产妇产后 1 个月 BSES 评分为 103.11 ± 5.32 , 对照组产妇产后 1 个月 BSES 评分为 89.68 ± 4.07 , 观察组产妇 BSES 评分高于对照组, 相互 BSES 评分比较有差异 ($P<0.05$)。观察组产妇产后 1 个月 BAT 评分为 8.96 ± 1.46 , 对照组产妇产后 1 个月 BAT 评分为 7.32 ± 1.25 , 观察组产妇 BAT 评分高于对照组, 相互 BAT 数据比较有差异 ($P<0.05$), 见表三。

表 1 两组产妇女乳喂养情况比较 (%)

组别	人 数	纯母乳	纯奶粉	混合喂养	母乳喂养率

对照组	51	42	1	8	82.35
观察组	51	50	0	1	98.04
P	/	-	-	-	P<0.05

表 2 两组产妇角色适应性评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	人数	角色认同	亲子依附	照顾	总分
对照组	51	27.03±1.43	27.05±1.40	27.03±1.50	81.11±4.33
观察组	51	30.01±1.41	29.13±1.39	30.07±1.44	89.21±4.24
P	/	-	-	-	P<0.05

表 3 两组产妇分娩后 1 个月 BESE、BAT 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	人数	BSES	BAT
对照组	51	89.68±4.07	7.32±1.25
观察组	51	103.11±5.32	8.96±1.46
P	/	P<0.05	P<0.05

3. 讨论

母乳喂养是目前全球公认的科学喂养方式,母乳具有营养丰富,温度适宜,有助于新生儿的吸收及消化^[5-6]。而且母乳喂养能够促进产妇产后子宫收缩,增进母子感情,对于产妇产后身材恢复起到促进作用^[7-9]。产妇产后,由于自身的心理状态不稳定,情绪上出现波动,分泌的乳汁量较少,不利于母乳喂养的形成,需要对产妇进行健康教育,纠正负面情绪,促进母乳喂养顺利进行^[10-12]。常规住院期间护理,对产妇主要实施健康教育为主,较多的产妇处于一种被动的接受状态,学习的态度及积极性较低,健康教育的实施效果不佳^[13]。因此需要一种更为可行的护理模式,去干预产妇母乳喂养,树立产妇正确积极的科学喂养观。知信行模式认为,人行为的转变是一个复杂的过程,需要产妇能够不断地学习,在不断的思考中摒弃旧的知识,最终形成新的理念^[13-16]。

在本次知信行模式在产妇母乳喂养中效果分析中发现:观察组实施纯母乳喂养人数为 50 人,对照组实施纯母乳喂养人数为 42 人,观察组实施纯母乳喂养人数多于对照组,相互纯母乳喂养人数比较有差异 ($P<0.05$)。表明知信行模式的实施,更多的产妇能够重视母乳喂养,护理人员多方式的健康教育模式,使得产妇对于母乳喂养的好处及优点有着清醒的认识。观察组产妇产后角色适应性总评分为 89.21±4.24,对照组产妇产后角色适应性总评分为 81.11±4.33,观察组产妇产后角色适应性评分高于对照组,相互角色适应性评分比较有差异 ($P<0.05$)。产后的健康疏导,产妇能够对于自身角色的转变有着清醒的认知,对于母乳喂养、照顾、亲子依附等多方面得到提升。观察组产妇产后 1 个月 BSES 评分为 103.11±5.32,对照组产妇产后 1 个月 BSES 评分为 89.68±4.07,观察组产妇产后 BSES 评分高于对照组,相互 BSES 评分比较有差异 ($P<0.05$)。观察组产妇产后 1 个月 BAT 评分为 8.96±1.46,对照组产妇产后 1 个月 BAT 评分为 7.32±1.25,观察组产妇产后 BAT 评分高于对照组,相互 BAT 数据比较有差异 ($P<0.05$)。产妇产后居家后,护理人员通过网络平台对产妇进行护理延伸服务,传输一些产妇产后育儿及保健相关知识,并且能够指导产妇进行身体锻炼,注意产妇产后营养搭配,针对产妇在居家过程中母乳喂养出现的问题,护理人员可以通过视频连线的方式进行指导。此外护士能够通过对产妇相关量表评估,掌握产妇的学习能力及态度,针对性地进行引导,多方式去激发产妇的学习热情。

通过与新生儿的接触,迅速建立母婴关系,促进产妇能够将母乳喂养的相关知识转变成相关的具体操作,提升母乳喂养率^[17]。

综上所述,对产妇实施知信行护理模式,能够提升产妇对母乳喂养的认知,掌握母乳喂养的正确方式,对在母乳喂养中出现的一般情况能够及时应对,对于产后出现的新角色能够快速适应,能够以自我的实际行动去影响其他人,为母乳喂养的推广贡献自己的力量。

参考文献:

- [1]吴伟霞,刘燕玲,李俊萍,等.知信行模式健康教育对孕产妇母乳喂养率与持续时间的影响[J].护理实践与研究,2018,15(7):95-97.
- [2]刘丽霞.临床护理路径配合中医对剖宫产产妇乳汁分泌及母乳喂养率的影响[J].检验医学与临床,2017,14(4):572-575.
- [3]杨欢秀.规范化健康教育对剖宫产产妇母乳喂养的影响研究[J].中国医学创新,2015,12(34):80-83.
- [4]王晓楠.知信行模式护理对剖宫产产妇母乳喂养知识掌握及母乳喂养率的影响[J].中国医药指南,2020,18(18):283-284.
- [5]李婉燕,洪燕.剖宫产初产妇母乳喂养自我效能的影响因素与护理对策[J].护理实践与研究,2019,16(7):94-96.
- [6]沈菊英.初产妇剖宫产后健康教育护理干预对母乳喂养成功率及依从性地影响分析[J].护理实践与研究,2018,15(20):77-79.
- [7]齐福莲.优质护理干预在初产妇剖宫产术后母乳喂养中的应用价值[J].中国药物与临床,2019,19(4):690-692.
- [8]王安.某医院 158 例独生子女产妇母乳喂养知识态度行为及影响因素调查分析[J].解放军预防医学杂志,2017,35(10):1273-1275.
- [9]张雪峰,宋道平.知信行理论对社区孕产妇母乳喂养促进的适用性分析[J].中国妇幼保健,2016,31(24):5299-5301.
- [10]吴薇薇.基于 IMB 模型的护理干预对初产妇剖宫产术后负性情绪及纯母乳喂养率的影响[J].河南医学研究,2019,28(20):3828-3829.
- [11]徐桂梅,张金燕,刘雪娇,等.规范化健康教育在剖宫产术后母乳喂养护理中的应用效果分析[J].首都食品与医药,2019,26(18):141.
- [12]张朋英,周倩,张月英,等.FCC 模式的护理干预对初产妇剖宫产术后纯母乳喂养自我效能的影响[J].内蒙古医学杂志,2019,51(6):738-739.
- [13]Tarrant RC, Younger KM, Sheridan-Pereira M, et al. Factors associated with duration of breastfeeding in Ireland; potential areas for improvement [J]. J Hum tact, 2011, 27(3):262-271.
- [14]黄迎,何萍,黄璧珏,等.职业母亲婴幼儿的母乳喂养情况及相关因素分析[J].国儿童保健杂志,2014,22(2):142-145.
- [15]Mgongo M, Mosha MV, Uriyo JC, et al. Prevalence and predictors of exclusive breastfeeding among women in Kilima region, Northern Tanzania; a population based cross-sectional study [J]. Int Breastfeed J, 2013, 8(1):12.
- [16]Seid AM, Yesuf ME, Koye DN. Prevalence of exclusive breastfeeding practices and associated factors among mothers in Bahir Dar City, Northwest Ethiopia; a community based cross-sectional study [J]. Int Breastfeed J, 2013, 8(1):14.
- [17]孙海玲.舟山市初产妇母乳喂养自我效能及影响因素分析[J].中华现代护理杂志,2013,26(19):3184-3186.

舒适护理在老年性哮喘护理中的应用研究

戴露

联勤保障部队第 904 医院无锡院区呼吸内科 江苏无锡 214000

摘要：目的：研究老年人罹患哮喘疾病患者护理中采用舒适护理的效果。方法：本文选择 120 例老年人罹患哮喘疾病患者，分组后，观察组患者、对照组患者依次使用舒适护理、常规护理，对比两组患者的护理指标。结果：比较对照组患者得出，观察组患者的满意度、并发症、护理后呼吸功能、症状消失时间、护理舒适度、护理后不良心理均明显改善， $P < 0.05$ ；对比两组患者护理前的呼吸功能、不良心理得出 $P > 0.05$ 。结论：老年人罹患哮喘疾病患者护理中采用舒适护理，患者护理效果显著。

关键词：舒适护理；老年性哮喘；应用效果

哮喘病症在临床上多发，患病人群中常见老年人，患者有基础性病变，有较为复杂的临床表现，生活质量差，对患者身体健康造成严重威胁，治疗患者过程中应配合护理。临床分析舒适护理模式，是一种致力于满足患者心理以及生理需求的护理办法，关注患者情绪以及机体情况^[1]，可以将患者治疗期间的不必要损伤有效减少，为患者实施舒适性指导，促进患者护理质量提升。本文选择 120 例患者，探究老年人罹患哮喘疾病患者护理中采用舒适护理的效果。

1 资料和方法

1.1 资料

搜集时间 2021.1-2021.12，本文研究对象是 120 例老年人罹患哮喘疾病患者，分组办法是随机号码表法，观察组患者 60 例，男性 35 例，女性 25 例，年龄 63-87 岁，均值(75.4±8.1)岁，病程在 2-17 个月，均值(10.4±5.1)个月，对照组患者 60 例，男性 34 例，女性 26 例，年龄 62-88 岁，均值(75.5±8.2)岁，病程在 3-16 个月，均值(10.3±5.2)个月。以上组间数据比较， $P > 0.05$ 。

纳排标准：(1)与疾病诊断标准符合；年龄 60 岁及以上；能够对长时间激素治疗耐受；治疗前 4 周内没使用过糖皮质激素；治疗前 2 周内未发生严重病症表现；检查各项临床指标的操作均配合；临床资料完整。(2)有严重激素依赖性，或者有严重激素抵抗；严重沟通障碍，或者有严重认知功能障碍；多脏器功能器质性病变；过敏药物，或者对药物不耐受；过敏性鼻炎；严重全身感染；肾脏以及心脏功能不全；有影响本组实验的行为以及体征，或者同时参与其他研究。

1.2 方法

观察组患者、对照组患者依次使用舒适护理、常规护理。

常规护理：入院后干预患者，将病房环境介绍，介绍医护人员，简单为患者实施健康教育，将饮食指导工作做好。落实基础护理，遵医嘱用药，对患者安全进行有效保护。

舒适护理：(1)结合患者文化程度以及理解能力等，做好患者健康教育。因为患者病情重，疾病迁延不愈、反复发作，危害患者程度大，因为患者年龄高，保护意识薄弱，患者认知疾病的程度低，复发率高，为了有效解决以上问题，给予患者实施疾病知识健康教育。告知患者疾病发生原因、治疗手段、护理要点等，帮助患者掌握自我监测办法，促进患者治疗效果提升，鼓励患者勇于提问，做好耐心解答。利用多种形式为患者实施健康宣教，结合患者特点，实施群体宣教、面对面沟通、开办讲座等，提高患者认知知识程度^[2]。(2)结合患者心理状态，促进患者心态舒适。由于患者临床症状复杂，多数患者发病时胸闷气短严重，患者有喘息、咳嗽等症状，临床表现严重，需要给予患者实施长时间维持性治疗。因为患者病程长，长时间被病痛影响，心理状况差，患者有抑郁、焦虑等情绪，阻碍患者疾病治疗，甚至对患者机体健康产生影响。不良情绪存在，患者加剧气管平滑肌痉挛，加重气促、喘息等症状，病情治疗难度增加。运用心

理干预，可以促进患者症状缓解，针对性评估患者心理，了解患者心理不良表现，针对性疏导患者不良情绪。结合患者实际，利用转移注意力办法维持患者心态良好。同时，针对患者情况，沟通患者，聊天时选择患者感兴趣话题，护理人员也需要告知患者多参与活动，多沟通同龄人，对患者整体生活进行丰富^[3]，对患者的心理需要进行有效满足，意义重大。(3)结合患者病情，为患者实施用药方面的护理次，促进患者用药舒适。治疗患者过程中，将 2 条静脉通道构建，将止咳平喘药物以及其他药物输注。患者常用氨茶碱，其有效剂量接近中毒剂量，老年患者下降整体机体耐受性，治疗患者过程中，患者容易发生并发症，护理人员应对患者用药剂量进行准确把握，对整体浓度进行严控^[4]，另外，对患者用药不良反应进行严格监测，及时干预患者，可以避免患者因为药物而发生不良症状。若患者长时间将激素类药物使用，容易发生严重后果，例如水钠潴留、血脂不稳定、血糖升高、肥胖等，应给予患者及时实施对症处理，对药物使用剂量进行相应调节，必要情况下，将药物停止使用。治疗期间，部分患者可能发生口腔溃疡或者精神症状等，应针对患者情况实施适当护理，将气雾剂正确使用。(4)给予患者实施吸氧方面的舒适护理干预。在患者护理中，对患者的吸氧护理进行强化，若患者明显缺氧，或者看到患者甲床、口唇发绀，或者看到患者四肢末端或者颜面部存在严重发绀，提示患者缺氧，应及时为患者实施吸氧处理。在患者吸氧过程中，对患者缺氧指数进行观察，对患者是否存在氧中毒进行观察^[5]，确保患者安全，在护理期间结合患者实际开展对症处理。(5)给予患者实施体位方面的护理干预，促进患者体位舒适。若患者体位不当，可能加重患者哮喘症状，因此，患者保持良好体位，十分重要。仰卧位会导致患者发生气流阻碍，加重哮喘，在护理过程中，结合患者实际，将侧卧位选择，结合患者病情，将半卧位选择，护理期间，将软垫放在患者的背部，将床头适当抬高，促进患者体位更加舒适。(6)护理人员应结合患者实际情况，为患者实施睡眠干预，促进患者睡眠舒适。护理人员应为患者提供柔和的轻音乐播放干预，对患者的血压进行稳定，确保患者情绪舒适。在患者休息期间，结合患者喜好，将相应音乐播放^[6]，患者在睡眠中不播放音乐。夜间发作哮喘频繁，白天要保证睡眠充足，可以对患者体力进行有效维持，休息时，拉上窗帘，尽量保持小声音来出入病房。护理人员应指导患者将宽松衣物穿着，将舒适感增加，做好患者保暖工作，保证患者不受凉，使用热水对患者身体进行擦拭，将其充分擦干，协助患者将干净衣裤更换，为患者勤更换被褥，提高患者睡眠质量。

1.3 效果判定^[7]

满意度：以自拟问卷调查。

护理舒适度：使用自拟问卷统计数据，包括 4 个方面，每个项目 25 分，分值高，舒适度高。

不良心理：使用 2 个量表测定数据，即 SAS、SDS 量表。

1.4 数据检验

SPSS25.0 统计软件中, χ^2 检验中, 以百分号%表示计数资料, t 检验中, 以 $[\bar{x} \pm s]$ 表示计量资料, $P < 0.05$, 有统计学差异。

2 结果

观察组患者的满意度、并发症、护理后呼吸功能、症状消失时间、护理舒适度、护理后不良心理均明显改善, 比较对照组患者得出, $P < 0.05$; 比较两组患者护理前的呼吸功能、不良心理得出 $P > 0.05$ 。

表 1 对比两组患者的满意度、并发症 (%)

组别	满意度	肺 不 张 例 数	纵 隔 气 肿 例 数	气 胸 例 数	支 气 管 炎 例 数	支 气 管 扩 张 例 数	合计
观察组	58(96.66)	1	1	0	0	0	2 (3.33)

表 3 对比两组患者的护理前后呼吸功能

组别	MMEF (L/s)		FEV1 (L)		6MWT (m)		FEV1/FVC (%)	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (n=60)	1.05±0.15	1.48±0.21	1.06±0.15	1.72±0.22	59.54±8.02	331.44±44.55	41.55±5.57	70.24±9.45
对照组 (n=60)	1.07±0.14	1.22±0.15	1.08±0.14	1.38±0.18	61.25±8.31	280.55±37.88	42.88±5.82	52.65±7.12
t	0.7550	7.8039	0.7550	9.2651	1.1469	6.7409	1.2788	11.5155
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表 4 对比两组患者的护理舒适度 (分)

组别	生理舒适	环境舒适	心理舒适	社会舒适
观察组 (n=60)	20.31±3.35	22.57±2.15	22.55±1.25	20.45±3.26
对照组 (n=60)	13.52±3.23	16.44±3.34	20.65±2.33	14.02±3.12
t	11.3022	11.9539	5.5661	11.0376
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 5 对比两组患者的护理前后不良心理 (分)

组别	焦虑		抑郁	
	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (n=60)	58.55±5.23	40.51±2.18	56.96±3.85	41.55±2.45
对照组 (n=60)	58.25±5.32	48.33±3.32	56.33±3.27	47.32±2.27
t	0.3115	15.2511	0.9661	13.3816
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

老年性哮喘在临床常见, 病症表现严重, 影响患者生存质量, 干预患者期间, 重视患者舒适护理。临床实践证实^[8], 老年人罹患哮喘疾病患者护理中采用舒适护理, 应用价值高, 可以从患者舒适度出发, 患者整体舒适感明显提升^[9]。在实际护理中, 运用健康宣教, 帮助患者提高疾病知识认知, 有效促进患者病症恢复^[10]。在护理中给予患者实施用药干预以及吸氧干预, 能够促进患者用药合理, 对患者各项护理需求进行有效满足, 为患者构建一个良好修养环境, 休息充足, 可以有效提高患者睡眠质量。在患者护理过程中, 干预患者不良情绪, 将患者心理应激减少, 促进患者呼吸功能明显改善。另外还需要给予患者实施体位、吸氧等方面的干预, 促进患者体位舒适, 将患者躯体舒适度提升, 将患者痛苦程度明显减轻, 患者护理有效性高, 护患关系和谐, 临床护理质量明显提升。在此期间需要注意, 护理人员应充分掌握舒适护理的内容, 尊重患者意愿, 促进患者预

(n=60)							
对照组	50(83.33)	4	3	1	1	1	10(16.66)
(n=60)							
χ^2	5.9259	-	-	-	-	-	5.9259
P	<0.05	-	-	-	-	-	<0.05

表 2 对比两组患者的症状消失时间 (d)

组别	喘息	气促	胸闷	咳嗽
观察组 (n=60)	6.65±1.51	4.33±0.44	5.33±1.65	4.24±0.25
对照组 (n=60)	8.25±2.81	6.34±1.21	8.22±2.82	6.36±1.35
t	3.8851	12.0926	6.8516	11.9607
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

后明显改善。

此次实验得出: 观察组患者的满意度、并发症、护理后呼吸功能、症状消失时间、护理舒适度、护理后不良心理均明显改善, 比较对照组患者得出, $P < 0.05$; 比较两组患者护理前的呼吸功能、不良心理得出 $P > 0.05$ 。

总结以上得出, 老年人罹患哮喘疾病患者护理中采用舒适护理的护理效果显著, 可以明显改善患者满意度、并发症、护理后呼吸功能、症状消失时间、护理舒适度、护理后不良心理, 值得临床运用。

参考文献:

- [1]谢妙玲. 舒适护理在老年性哮喘护理中的应用研究[J]. 中国医药指南, 2021, 19 (35): 144-145.
- [2]孙爱民, 尹丹, 冯鹏. 老年性哮喘护理中舒适护理的应用分析[J]. 中国社区医师, 2021, 37 (32): 128-129.
- [3]刘丽东. 舒适护理在老年性哮喘护理中的应用方法及效果[J]. 中国医药指南, 2021, 19 (29): 16-18.
- [4]龚丽丽. 舒适护理在老年性哮喘护理中的应用价值体会[J]. 婚育与健康, 2022, 28 (8): 52-53.
- [5]徐焱. 应用舒适护理对老年哮喘患者日常康复的作用评价[J]. 婚育与健康, 2022, 28 (8): 40-41.
- [6]刘娜. 舒适护理在老年哮喘患者中的应用效果[J]. 中国医药指南, 2021, 19 (7): 174-175.
- [7]葛晶. 舒适护理干预在老年哮喘患者中的效果及生活质量影响观察[J]. 医学美容, 2021, 30 (10): 191.
- [8]商伟娜, 付强. 老年哮喘患者应用舒适护理对老年哮喘患者的日常康复的作用评价[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50 (6): 65-66.
- [9]秦静娴, 杨忠. 舒适护理在老年哮喘患者中的价值及护理措施和护理质量评价[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50 (5): 342-343.
- [10]杨秀英. 舒适护理在老年哮喘患者护理中的效果[J]. 中国医药指南, 2020, 18 (33): 225-226, 229.

护理干预对慢性阻塞性肺疾病患者使用自备吸入剂的影响

方梦

常州市第一人民医院 江苏常州 213000

摘要：目的：观察护理干预对慢性阻塞性肺疾病（COPD）患者自备吸入剂使用正确率的影响。方法：本文选择 52 例 COPD 患者，观察组患者中采用护理干预，对照组患者中采用常规护理，对比两组患者护理效果。结果：护理干预后，比较对照组患者可以看出，观察组患者的吸入方法掌握情况、急性发作情况、生活质量评分均明显改善，有统计学意义存在， $P < 0.05$ 。结论：护理干预能够提高 COPD 患者自备吸入剂使用正确率，值得临床推荐。

关键词：护理干预；慢性阻塞性肺疾病；自备吸入剂

慢性阻塞性肺疾病（COPD）是一种具有气流阻塞特征的慢性支气管炎和（或）肺气肿，主要临床表现是反复咳嗽、咳痰、呼吸困难、呼吸急促等，主要特征是可逆性、气流受限、伴随气道高反应性，患者社会经济负担巨大。对于 COPD 患者来说，治疗稳定期患者的原则是改善症状，为患者实施个体化治疗，提高患者生活质量。对于重度 COPD 稳定期患者，治疗期间采用糖皮质激素、长效 β_2 -受体激动剂，患者肺功能明显改善，患者各项临床症状减轻。相关研究指出^[1]，给予 COPD 患者实施药物治疗过程中，自备吸入剂的使用可以明显缓解患者的支气管痉挛，有效改善患者的气道炎症。使用自备吸入剂，可以对患者肺功能损害有效延缓，促进患者运动耐量增加，提高患者生活质量，临床应用价值很高，但是，因为很多患者不能良好吸入药物，依从性差，导致患者的临床治疗效果不良，也是自备吸入剂使用中常见的问题之一。临床实践证实，严格遵医嘱，可以促进疾病康复，疾病转归显著改善，预后效果提升，患者生活质量明显增加，可以避免患者发生各种并发症。本实验选择 52 例患者，研究护理干预对提高 COPD 患者自备吸入剂使用正确率的效果。

1 资料和方法

1.1 资料

在我院 2021.04-2022.04 随机选择 52 例 COPD 患者进行分组研究，采用随机号码表法进行分组，观察组患者 26 例，男、女分别为 24 例和 2 例，年龄 47-96（ 67.2 ± 6.1 ）岁，对照组患者 26 例，男、女分别为 24 例和 2 例，年龄 56-88（ 67.1 ± 6.2 ）岁。以上组间数据比较， $P > 0.05$ 。

1.2 方法

两组患者均使用吸入剂，包括布地格福吸入气雾剂（倍择瑞）、布地奈德福莫特罗吸入剂（信必可都保）、氟替美维吸入粉雾剂（全再乐）、氟替美维吸入粉雾剂（全再乐）、布地格福吸入气雾剂（倍择瑞）、噻托溴铵粉吸入剂（天晴速乐）、噻托溴铵粉吸入剂（天晴速乐）、布地格福吸入气雾剂（倍择瑞）、噻托溴铵粉吸入剂（天晴速乐）、沙美特罗替卡松粉（舒利迭）、茚达特罗格隆溴铵吸入粉雾剂（杰润）。

对照组患者中采用常规护理，给予患者实施常规护理，观察患者病情改变，给予患者实施一般护理，做好患者药物治疗工作^[2]。

观察组患者中采用护理干预，使用床边暖屏给予患者实施特殊护理指导，由床位护士指导患者正确使用吸入剂，将药物模具使用，通过动作演示、讲解、训练等方式，针对吸入气体方法、准纳器使用、口含嘴的包裹等过程，做好患者护理干预，告知患者掌握药理知识、操作要点，给予出院患者实施全程跟踪以及指导，提高其依从性。在实际应用过程中，具体办法：（1）对基础宣教进行强化。由护士为患者普及疾病知识以及吸入剂

相关知识，使用宣传手册、多媒体技术、亲身示范等办法完成，知识包括使用方法、药理作用、注意事项、使用剂量等，解除患者恐惧以及紧张情绪，促使患者加深对吸入剂的认知程度，引导患者从思想上接受，促进患者对治疗过程主动配合。（2）为患者实施心理方面的干预。告知患者使用自备吸入剂的必要性以及目的，告知患者主要治疗手段是抗炎，常用治疗手段是吸入治疗，可以发挥止咳、祛痰、止喘作用，可以避免注射皮肉痛发生，将同类患者使用药物稳定病情的例子讲解，叮嘱患者坚持用药。针对存在不良情绪的患者，应开展心理疏导，促进患者不良心理明显改善。

（3）对用药练习进行强化。从发药第 2 天开始向患者示范吸入剂的使用方式，安排护士多次检查掌握情况，尤其是老年患者，或者文化较低患者，讲解吸入方式练习时，要通俗易懂，要耐心讲解。在吸入药剂前，叮嘱患者慢慢呼气，不要对着吸嘴呼气，吸嘴放入口中，深深平稳吸入药物，不需要用尽全身力气吸药，采用吸螺蛳的方式去吸药^[3]，屏气 5-10 秒，经鼻缓慢呼气，每次用药之后漱口，将准纳器正确关闭。（4）给予患者实施呼吸功能锻炼。结合患者个体情况，将呼吸功能锻炼计划制定，每天开展 2-4 次治疗，每次治疗时间在 10-15min，给予患者实施屏气锻炼以及深吸气锻炼，结合患者屏气以及吸气效果，做好记录以及评估工作。由管床护士示范，引导患者依照要求去做，对每一次的锻炼时间进行详细记录，记录患者屏气情况以及临床治疗效果，对患者锻炼后不适情况详细记录，锻炼吸气以及屏气效果达到之后，进入下一个阶段。（5）为患者实施自备吸入剂正确使用的指导。遵医嘱每天使用 2 次的自备吸入剂，每次 1 吸或者 2 吸。（6）给予患者实施用药之后的观察以及干预。对患者吸入后是否存在不适情况进行细致观察，对患者是否耐受进行判定，对患者吸入方法正确性进行判定，对患者能够坚持吸入进行细致观察，部分患者刚开始配合度高，一段时间后，感觉太麻烦或者效果不显著，自行停药，护士应及时给予患者实施相应指导，为患者提供鼓励，促进患者对治疗的自觉行为提升。

（7）获得患者家属配合。有研究指出，患者家属心理状态会直接影响患者，因此为患者家属详细讲解疾病知识、使用吸入剂的方法也非常重要。在使用吸入剂治疗期间，若患者无法熟练掌握，可以要求患者家属配合并掌握吸入剂使用办法，在患者出院后，对患者进行监督以及强化指导。

（8）出院时做好患者的指导工作。出院前 1 天，由护士去往病房再次检查患者用药正确性，涉及吸入剂药物作用，掌握使用吸入剂的正确办法、储存办法，告知患者使用疗程。

1.3 效果研究

比较对照组患者、观察组患者的吸入方法掌握情况、急性发作情况、

生活质量评分。

1.4 判定标准^[4]

生活质量评分：使用生活质量评价量表（QOL）测定数据。

1.5 数据检验

使用 SPSS 25.0 软件， χ^2 检验计数资料， t 检验计量资料，以 %、 $[\bar{x} \pm s]$ 表示， $P < 0.05$ ，统计学有意义。

2 结果

比较对照组患者可以看出，护理干预后，观察组患者的吸入方法掌握情况、急性发作情况、生活质量评分（心理功能、躯体功能和社会功能）均有明显改善， $P < 0.05$ 。

表 1 对比两组患者的吸入方法掌握情况、急性发作情况（%）（ $n=26$ ）

组别	发药 1 周用药正 确率	出院时用药正 确率	急性发作情况
观察组	18 (69.23)	25 (96.15)	2 (7.69)
对照组	10 (38.46)	18 (69.23)	9 (34.61)
χ^2	4.9524	6.5840	5.6497
P	<0.05	<0.05	<0.05

表 2 对比两组患者的生活质量评分（分）（ $n=26$ ）

组别	心理功能	躯体功能	物质生活	社会功能
观察组	39.2±4.1	50.2±5.7	51.1±7.2	50.2±7.2
对照组	45.5±3.8	58.7±6.2	52.4±7.4	59.1±6.5
t	5.7465	5.1462	0.6420	4.6785
P	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

临床分析 COPD 是一种多发病以及常见病，疾病容易反复发作，常规治疗方案是吸入剂治疗，相关治疗指南建议给予极重度、重度患者实施长效支气管舒张剂长期治疗以减轻临床症状，降低急性加重风险，但是临床上有较多品种的吸入剂，患者对吸入剂相关知识欠缺、操作要点的不熟悉，导致药物浪费情况发生，经常发生吸入剂进入到患者口腔中，而气管中没有吸入药物的情况^[5]，预期效果不能达到。在患者出院后，因为缺乏有效的监督以及指导，不能坚持规范的治疗，容易出现疾病复发，增加患者的住院次数。

临床常用含有长效 β_2 受体激动剂以及新型糖皮质激素的吸入制剂，可以利用呼吸道吸入独特性质，向患者肺部以及呼吸道递送药物，有效治疗疾病。患者使用自备吸入剂治疗，可以对患者支气管病变部位产生直接作用，对比针刺疗法以及口服疗法，用药剂量减少，见效速度较快，不容易发生不良反应，没有创伤性，使用较为方便以及快捷，临床优势显著。该药物可以用于缓解可逆性气道阻塞性疾病患者的病情，患者将药物正确以及规范使用^[6]，可以促进患者肺功能显著改善，有效改善患者咳嗽、气促等临床症状，提升患者生活质量。

自备吸入剂在临床用药时，因为使用方法不正确，会对药效发挥产生影响。因此，采用护理干预提高 COPD 患者自备吸入剂使用正确率，意义重大。吸入剂的正确使用，可以提升药粒在患者支气管及肺内沉积分布；而不正确使用会明显降低患者治疗效果，药物在患者支气管及肺内沉积量也明显减少，因此，对患者实施护理干预，具有较高的价值，有助于提高

患者正确使用药剂的比例并促进患者获得预期疗效。在实际应用过程中，对于医护人员来说，应提升自身业务水平，开展用药指导，尤其是文化程度低的患者以及老年患者，均需要强化教育吸入剂正确使用，对错误行为进行相应纠正，发挥积极作用。

目前来说，我国 COPD 患者对疾病知识的认知程度差，加之患者心理脆弱，对疾病危险因素不能有效识别和应对，常常导致患者病情急性加重，甚至发生呼吸衰竭，最终导致患者死亡。在实际用药过程中，因为患者未能熟练掌握操作要点及知识，会发生不良后果^[6]，第一是药物浪费，第二是药物在口唇黏膜处黏附，没有对患者支气管产生作用，第三是出院后患者未能严格遵医嘱用药等。大量研究报道，单独依靠说明书，给予患者用药指导，可以部分提高患者用药正确率，但是部分患者仍无法避免以上问题的发生。

近些年的临床实践证实，在临床使用吸入剂治疗 COPD 患者过程中，由专职护士配合指导以及护理，可以促进患者用药正确率明显提升。分析得出，在防治 COPD 过程中，教育以及管理不可缺少，在护理干预时，医护人员应为患者传授疾病知识，提升患者认知自身病情的能力^[7]，促进患者理解稳定期以及急性期治疗的意义，主动开展治疗积极，提升患者的依从性，对病情进行科学控制，减少患者的复发几率，降低患者的疾病死亡率。

运用护理干预，指导患者正确使用吸入剂，提升患者的临床疗效，改善患者躯体功能。同时也有助于构建一个良好的医患关系，针对患者实施心理干预^[8]，可以增强患者对抗疾病的信心，为患者实施家庭支持以及社会支持，明显提高患者的社会功能以及心理功能。总结以上得出，采用护理干预提高 COPD 患者自备吸入剂使用正确率，效果较为理想，值得临床推荐，可以明显改善患者护理后的吸入方法掌握情况、急性发作情况、生活质量评分，临床应用价值很高。

参考文献：

- [1] 黄蓓. 对使用布地奈德福莫特罗粉吸入剂治疗哮喘-慢阻肺重叠综合征患者的护理干预——评《支气管哮喘与慢性阻塞性肺疾病鉴别》[J]. 中国医学装备, 2021, 18 (4): 2.
- [2] 向邱, 张春瑾, 徐素琴, 等. 多元化健康管理提高慢性阻塞性肺疾病患者吸入剂用药依从性的研究[J]. 护理管理杂志, 2020, 20 (9): 5.
- [3] 蒋玲. 口视视频回授宣教法在慢性阻塞性肺疾病患者吸入剂使用中的应用研究[J]. 中国临床护理, 2021, 13 (6): 4.
- [4] 刘俊. 健康教育用于指导沙美特罗替卡松粉吸入剂治疗老年慢性阻塞性肺疾病的临床价值[J]. 实用糖尿病杂志, 2020, 16 (6): 1.
- [5] 魏哲芬, 李兰香. 综合护理干预对慢性阻塞性肺疾病患者负性情绪及生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志, 2020, 39 (16): 3.
- [6] 李小静, 刘璐, 周敏. 个性化延续护理干预在减少慢性阻塞性肺疾病老年患者再入院率和急诊率中的作用[J]. 国际护理学杂志, 2020, 39 (22): 3.
- [7] 孙洋洋. 集束化护理干预在慢性阻塞性肺疾病合并 II 型呼吸衰竭患者中的应用[J]. 河南医学研究, 2020, 29 (5): 2.
- [8] 易海英, 王艳, 尹培, 等. 临床护理干预对慢性阻塞性肺疾病住院患者预防下肢深静脉血栓形成的应用[J]. 血栓与止血学, 2021, 27 (1): 2.

ICU 气管切开患者肺部感染的护理干预措施及效果

高菁 申存毅

西安交通大学第一附属医院 710061

摘要：目的：探究护理干预措施对 ICU 气管切开患者肺部感染干预后的护理效果。方法：本次实验研究开展时间在 2021 年 3 月至 2022 年 5 月之间，并以本院收治的 104 例患者作为研究对象，选择使用奇偶分组法进行组别划分，组别分别为试验组与参照组，每组各 52 例，参照组患者行常规护理措施进行护理工作，试验组患者行有效的护理干预措施展开护理工作，并将两组患者护理有效率、并发症发生率及生活质量评分变化情况展开对比。结果：将研究获取的护理有效率进行对比后显示试验组数据优于参照组， $P<0.05$ ；护理后试验组并发症发生率低于参照组， $P<0.05$ ；护理后参照组患者各项生活质量评分均低于试验组， $P<0.05$ 。结论：对 ICU 气管切开患者肺部感染情况采用护理干预措施，不仅可避免提升护理效率，降低并发症发生率，还可有效改善患者预后生活质量，值得进一步推广。

关键词：ICU；气管切开；肺部感染；护理干预；措施；效果

气管切开术是指将患者颈段气管切开，并在切开处放置金属气管套及硅胶套管，从而保证患者维持正常的呼吸功能^[1]。但在对患者行该手术后，患者极易出现肺部感染等情况，并提高病情治疗难度。基于此，可通过有效的护理干预措施降低肺部感染的发生率。本文主要针对 ICU 气管切开患者肺部感染采取护理干预措施进行探究，详细报告内容如下。

1. 材料与方法

1.1 一般材料

本次实验开展时间在 2021 年 3 月至 2022 年 5 月之间，并选取本段时间收治的 104 例患者进行实验研究，采用奇偶分组法换分为试验组与参照组两个组别；参照组患者 52 例，男性患者 28 例，女性患者比男性患者少 4 例，最小年龄为 29 岁，最大年龄比最小年龄大出 47 岁，中位年龄（ 56.32 ± 2.36 ）岁，身高分布 154-186 厘米，中位身高（ 163.32 ± 1.36 ）厘米，体重分布 50-76 千克，中位体重（ 56.23 ± 2.12 ）千克，创伤 14 例，气管异物 18 例，咽部肿瘤 20 例；试验组患者 52 例，男性患者 27 例，女性患者比男性患者少 2 例，最小年龄为 30 岁，最大年龄比最小年龄大出 45 岁，中位年龄（ 56.47 ± 2.56 ）岁，身高分布 155-185 厘米，中位身高（ 164.35 ± 1.48 ）厘米，体重分布 51-75 千克，中位体重（ 54.89 ± 2.26 ）千克，创伤 15 例，气管异物 17 例，咽部肿瘤 20 例；将两组患者上述资料信息进行对比，发现并无统计学对比意义， $P<0.05$ 。

研究纳入条件：（1）患者签署知情同意书，且自愿参与本次实验研究。（2）患者一般资料齐全。（3）本次实验通过本院伦理委员会审核通过后开展。（4）患者肝肾指标正常。

研究排除条件：（1）患者具有心理障碍。（2）患者家属不同意参与本次实验研究。（3）患者为药物易过敏体质。（4）患者不具备语言表达能力。

1.2 方法

参照组患者行常规护理措施进行干预，护理工作内容包括：指标监测、麻醉护理、环境护理等。

试验组患者采用针对性的护理措施进行干预，详细护理过程及内容如下：（1）生命体征监测。护理人员需要在常规监测项目上对患者的意识、光照反射、肢体运动情况、瞳孔大小等进行监测，以便强化患者颅内情况的了解；护理人员开展相关的护理工作时，其动作需要轻缓，避免与患者肢体发生硬性碰撞刺激患者，促使其血压等指标发生变化。其他指标监测异常需要及时反馈给临床医生，以便快速做出应对反应；护理人员还要与患者家属保持沟通，向其反馈患者治疗进度，还要询问患者相关病史及药物过敏史等情况，确保患者信息全面，并为后续开展护理工作打下基础。（2）术中护理措施。对患者进行气管切开术，需要确保患者处于无菌环境中，因此护理人员需要对急救物品等进行核实，确保相关药物均处于密

封状态与安全使用日期；同时护理人员首先需要将手术器具准备充足，然后对患者气管打开处进行消毒处理，辅助临床医生对患者逐步开展气管切开术。（3）心理护理。在对 ICU 患者进行气管切开术之前，若患者有意识且可正常沟通，护理人员需要详细介绍手术过程，以及术后常规护理内容，同时还要向其分享康复出院的案例，安抚患者并降低自身恐惧感，气管插管后可保证其正常护理，临床不适感也会有所降低，充分的将气管切开术应用优势表述出来，提升患者对该手术的认同感，因此也会减少患者对该手术的抗拒心理；对于意识不清且不能进行正常沟通的患者，可对其家属进行心理指导，详细客观讲述手术内容、优势及危险因素等，但同时也需要使用温柔的态度与其沟通，并询问其是否存在其他护理疑问，若存在需要向其耐心解答，避免诱发患者家属出现焦虑等不良心理情绪，护理人员还要指导其患者手术常规护理操作。（4）气管切开术后护理干预措施。术后护理人员需要密切关注患者伤口情况，观察是否具有出血现象，且还需要保证患者气管切开处干燥与卫生，避免其发生感染；当对伤口进行换药时，护理人员需要密切关注气管内分泌物，每日更换药物两次、清洗患处两次，若在换药过程中纱布被痰液污染，需要立即更换，从而确保纱布干爽、清洁，消毒需使用浓度 0.5 碘伏溶液进行擦拭切口周围，并按照由内向外的方式进行消毒，每日消毒次数为两次。护理人员还要监测气压囊指标变化情况，若气压囊压力超过 2.45Kpa，应立即报告临床医生对其进行调整，并将其维持在 2.45Kpa 以下；护理人员在对气囊放气时，首先需要将患者体位进行调整，保证患者处于平卧位，若气管之中出现痰液，需要将其吸出。（5）吸痰护理。吸痰过程中，护理人员需要严格按照操作原则进行操作，将患者气管及口鼻腔内的分泌物吸出，在对其吸痰前后均需使用两分钟至三分钟的纯氧，然后对患者痰液进行检验，确定其是否出现肺部感染，若出现需要医嘱对其用药干预即可。（6）口腔护理。护理人员需要指导患者进行口腔护理，并定期检测其口腔 PH 值，若 PH 值过高可选择使用浓度为 2%-3% 的硼酸液擦拭患者口腔，同时清除口腔分泌物；多患者 PH 值为中性指标，可选择使用生理盐水或双氧水擦拭患者口腔，若患者异常情况并未改善，选择使用抗菌药膏擦拭于患者口咽部。

1.3 观察指标

对比两组患者护理后护理有效率、并发症发生率及各项生活质量评分变化情况。（1）护理有效率研究内容分别包括护理有效、显效及无效三个指标；其中护理显效表示护理后患者肺部感染得到良好控制，患者各项指标均好转显著；护理有效表示患者肺部感染情况有所改善，各项检测指标均得到些许提升；护理无效表示患者肺部感染情况加重。计算方式：（护理有效人数+护理显效人数）/总人数*100%。（2）护理干预后患者并发症分别包括皮下气肿、纵膈气肿、胸痛等；计算方式：并发症人数/总人数

*100%。(3) 患者生活质量评分通过 SF-36 量表进行评分。

1.4 统计学方法

本研究内容涉及患者生活质量评分、护理有效率及并发症发生率, 所以可选择使用统计学软件 SPSS17.0 进行计算分析, 采用 n 表示计算资料, 并对其进行 χ^2 检验与数据定性分析, 计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 使用 t 检验, $P < 0.05$, 具有统计学意义。

2. 结果

2.1 对比两组患者护理有效率变化情况

护理后参照组护理有效率低于试验组, $P < 0.05$, 详细数据对比情况见表 1。

表 1 对比两组患者护理有效率变化情况 (n%)

组别	例数 (n)	显效	有效	无效	总护理有效率
参照组	52	30 (57.69%)	14 (26.92%)	8 (15.39%)	44 (84.61%)
试验组	52	35 (67.31%)	16 (30.77%)	1 (1.92%)	51 (98.08%)
χ^2					5.9602
P					0.0146

2.2 比较两组患者并发症发生率变化情况

参照组患者皮下气肿、纵膈气肿、胸痛分别 2 例 (3.85%)、2 例 (3.85%)、3 例 (5.77%), 并发症发生率 13.47% (7/52); 试验组患者皮下气肿、纵膈气肿、胸痛分别 1 例 (1.92%)、0 例 (0.00%)、0 例 (0.00%), 并发症发生率 1.92% (1/52); 将上述研究数据对比后显示试验组数据低于参照组, χ^2 : 4.8750, $P < 0.05$ 。

2.3 比较两组患者各项生活质量评分

试验组患者情感职能、社会关心、身体功能、社会职能分别 (62.47 $\pm$ 2.36)、(61.58 $\pm$ 2.79)、(60.49 $\pm$ 2.62)、(61.49 $\pm$ 2.34), 参照组患者情感职能、社会关心、身体功能、社会职能分别 (59.16 $\pm$ 2.32)、(59.04 $\pm$ 2.39)、(58.45 $\pm$ 2.39)、(59.02 $\pm$ 2.21); 经对比, 试验组患者各项生活质量评分均优于参照组, t : 7.2124、4.9857、4.1481、5.5338, $P < 0.05$ 。

3. 结论

患者会因呼吸困难、气管异物等情况需行气管切开术, 从而保证患者呼吸顺畅, 但在对 ICU 患者进行气管切开术极易导致其发生肺部感染等情况, 并影响治疗进展与机体恢复速度, 所以需要术后患者展开有效的护理干预措施, 将各种感染原进行控制, 避免对患者肺部造成严重感染^[3]。对患者行气管切开术时需要结合其机体实际情况, 条件允许的情况下开展^[4-5]。而术后患者详细的护理干预措施包括生命体征监测、术中护理措施、心理护理、气管切开术后护理干预措施、吸痰护理、口腔护理; 其中术中消毒护理措施对患者肺部感染的控制有着密切关系, 因在术中若相关器具附着细菌, 并利用其进行手术, 因此会导致该细菌植入患者体内, 也会提高患者肺部感染的可能性, 所以护理人员需要保证手术器具均符合手术标准, 并可执行无菌操作。基于此, 开展术中护理时, 首先需要将手术器具准备充足, 并检查术中药物及器械密封状态及安全使用日期等信息, 以便为患者的抢救工作做出充足准备^[6]。术中护理人员, 还要辅助临床医生逐步开展气管切开术, 例如术中止血等操作, 而且护理人员还要密切监测患者生命体征, 并保证患者在安全指标范围内行手术操作, 观察患者术后反应等, 以便及时对患者突发情况做出反应, 保证其生命安全。有意识患者开展心理护理, 需对患者详细讲述手术过程及术后常规护理内容, 并向患

者分享康复出院的案例信息, 帮助其树立一个康复目标与信心, 促使患者将负面情绪消除, 保证其具有良好的护理顺从度; 此外, 护理人员要充分向患者讲解该手术操作的优势以及安全性, 从而提升患者对该手术的信任度。护理人员对患者开展气管切开术护理干预措施也非常重要, 因此护理人员会对患者伤口及气管情况进行详细观察; 首先, 护理人员对伤口处观察是否出现出血现象, 同时还要充分保证患者患处干燥与卫生, 进而避免其发生感染; 其次, 当护理人员对患者伤口进行换药时, 需要注意观察其气管内分泌物, 药物更换频率为每日两次, 清洗频率同上。换药过程中护理人员发现纱布被痰液被污染, 需要立即更换, 从而确保纱布干爽、清洁; 对患处消毒时可使用浓度 0.5 碘伏溶液由内向外的方式进行消毒, 每日消毒次数为两次^[7]。气压囊也时护理人员需要密切监测指标之一, 气压囊压力超过 2.45Kpa, 应采取应对措施对其进行调整, 并保证在 2.45Kpa 以下; 当对气囊放气时, 护理人员需要调整患者体位, 保证患者处于平卧位, 若气管之中发现痰液, 需要将其吸出^[8]。护理干预措施中吸痰护理及口腔护理与肺部感染有直接关系, 所以需要护理加大护理力度, 避免患者出现肺部感染情况; 而在吸痰过程中, 第一, 护理人员要严格按照操作原则进行操作, 并将发现的气管与口腔分泌物清除, 此外, 需在吸痰前后对患者使用两分钟至三分钟的纯氧; 第二, 将取出的痰液或分泌物进行检验, 检查患者分泌物中是否出现细菌, 若存在需要及时按照医嘱对其进行消炎治疗^[9]。口腔干预护理措施要结合患者口腔内部 PH 值进行处理, 若过高可选择使用硼酸液擦拭患者口腔, 若 PH 值为中性指标, 可选择使用生理盐水擦拭患者口腔, 若上述干预情况不佳, 患者口腔 PH 值一直处于异常状态, 可选择联合使用抗菌药膏擦拭于患者咽喉部进行干预^[10]。

通过本次实验数据显示, 试验组患者护理有效率及各项生活质量评分均优于参照组, $P < 0.05$; 参照组患者并发症发生率高于试验组, $P < 0.05$; 结合数据对比信息, 充分证明对患者采取有效的护理干预措施, 可显著提升护理有效率, 并降低并发症发生率。

综上所述, 对 ICU 气管切开术患者肺部感染联合护理干预措施, 不仅改善患者预后生活质量, 还提高护理干预水平, 在临床中值得广泛推广与应用。

参考文献:

- [1]赵连跃. 综合护理干预在 ICU 气管切开患者肺部感染中的应用效果分析[J]. 中外医疗, 2021, 40 (16): 170-172, 176.
- [2]张雪, 王倩. ICU 患者行气管切开后并发肺部感染的护理干预效果分析[J]. 健康之友, 2021 (1): 243.
- [3]徐立娟. ICU 患者行气管切开后并发肺部感染的护理干预效果分析[J]. 东方药膳, 2021 (5): 177.
- [4]汤帮婷. 系统化护理干预对 ICU 气管切开患者肺部感染的防治效果[J]. 健康必读, 2021 (13): 193.
- [5]李玉秀. 护理干预在外科 ICU 患者行气管切开后并发肺部感染的效果及不良反应发生率分析[J]. 健康之友, 2020 (1): 271-272.
- [6]何志海. ICU 气管切开患者肺部感染的护理干预措施及效果研究[J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊), 2020, 20 (77): 328-329.
- [7]王洋洋. ICU 气管切开患者肺部感染的护理干预效果[J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊), 2020, 20 (83): 259-260.
- [8]田丹丹. 探讨 ICU 气管切开患者预防肺部感染的护理干预措施[J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊), 2020, 20 (67): 338-339.
- [9]林航, 龙玉玲, 陈小娟, 等. 护理干预对 ICU 气管切开患者肺部感染的效果研究[J]. 母婴世界, 2020 (8): 238-239.
- [10]魏素云. ICU 气管切开患者肺部感染的护理干预措施及效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊), 2020, 20 (65): 255-256.

早期康复护理干预对脑出血手术后偏瘫肢体功能恢复的积极影响

阎文帅★

保定市第一中心医院 河北保定 071000

摘要：目的：观察采用手术治疗的脑出血患者实施早期康复护理干预对患者手术后偏瘫肢体功能恢复的影响。方法：选择 70 例采用手术治疗的脑出血患者进行研究，观察组患者采用早期康复护理干预，对照组患者采用常规护理，比较两组患者的数据。结果：比较对照组患者可以看出，观察组患者术后 1 个月的 Barthel 分数、Fugl-Meyer 分数均明显更高， $P < 0.05$ ；对比两组患者术后 1 周的 Barthel 分数、Fugl-Meyer 分数， $P > 0.05$ 。对比对照组患者数据得出，观察组患者不良情绪在护理后明显改善， $P < 0.05$ ；对比两组患者护理前的不良情绪， $P > 0.05$ 。结论：采用手术治疗的脑出血患者实施早期康复护理干预，可以明显改善患者手术后偏瘫肢体功能恢复，值得临床推荐。

关键词：早期康复护理干预；脑出血；手术；偏瘫；肢体功能

临床常见脑出血，其残疾包括肢体偏瘫，涉及活动功能阻碍，分析得出，给予患者实施术后早期阶段康复护理，可以促进患者明显改善预后，促进患者手术后偏瘫肢体功能恢复。临床探讨发现，对于脑出血患者来说，为了有效提高患者治疗效果，对患者生命进行有效挽救，临床提出小骨窗开颅血肿清除术，可以对血肿进行有效清除，有较高的临床应用安全性，患者康复时间获得了明显缩短，患者神经功能明显改善，预后效果较为理想^[1]，是常用手段，但是术后患者容易出现言语障碍以及肢体功能障碍等，后遗症发生率较高，加上患者以及家属对康复锻炼缺乏一定认知，容易出现不良心理，包括焦虑、抑郁等，不良影响患者日常生活能力以及肢体功能的恢复，为患者开展术后早期康复介入，可以帮助患者建立脑损伤之后的侧支循环，重组患者健侧或者病灶周围的脑组织，实现代偿功能，有效下降患者死亡率以及残疾率，促进患者生活质量明显改善。将术后早期康复干预措施制定，确保其有针对性、科学性以及系统性^[2]，有助于患者生活质量的提升，促进患者肢体残障程度明显减轻，意义重大。本文选择 70 例患者，分析采用手术治疗的脑出血患者实施早期康复护理干预对患者手术后偏瘫肢体功能恢复的影响。

1 资料和方法

1.1 资料

收集时间 2021 年 6 月至 2022 年 5 月，随机选择 70 例采用手术治疗的脑出血患者进行研究，分组办法是随机数表法，观察组患者 35 例，男性、女性分别是 20 例、15 例，年龄 42-77（ 59.6 ± 2.5 ）岁，对照组患者 35 例，男性、女性分别是 21 例、14 例，年龄 41-78（ 59.5 ± 2.4 ）岁。以上组间数据比较， $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组患者采用常规护理，在患者的护理过程，对患者意识、体征、肢体活动等情况进行严密监测，预防患者出现脑疝、颅内感染、术后再出血等并发症，定期为患者拍背、翻身，为患者进行有效吸痰，促进患者气道通畅，使用引流管过程中保证管道畅通，遵医嘱为患者维持血压、下降患者体温、为患者实施脱水操作，避免患者出现脑梗死。对患者电解质以及水代谢紊乱情况进行有效纠正，为患者正确用药，结合患者术后恢复情况，指导患者开展康复训练，指导患者开展仰卧位为主的功能性行为锻炼，对患者的肢体功能进行有效恢复。

观察组患者采用早期康复护理干预，具体办法：（1）急性脑水肿阶段时期。患者需要静卧休养，少量被动活动。将气垫床的床头适当抬高，将肢体合理放置，对肢体组织痉挛进行抑制，避免患者发生肩部关节半脱位^[3]，每隔 2h 对体位进行一次更换。将供氧处理做好，对患者缺氧进行纠正，对患者脑部细胞损害有效缓解。护理人员需要辅助患者开展手指、腕关节、踝关节等活动，不宜强力度活动，否则会导致患者发生不良反应，每次活动 10min，2 次/d。间隔一定时间之后，为患者实施坐立体位锻炼，观察患者脉搏、血压等数据改变，若有异常情况发生，更改为平卧位。（2）术后稳定期。指导患者在床上开展 Bobath 手部握紧锻炼，尽量分开五指，将健侧的大拇指放在患侧大拇指的下面，其余交叉摆放，利用健侧力量带动

患侧上举。平时开展桥式锻炼，在肢体两边放置双手，足部在床面稳定，护理人员对患者下肢膝关节进行按压处理，然后将臀部缓慢提升。辅助患者开展坐立活动以及翻身，以健侧手臂的前部力量为支点进行移动，保持坐立体位。（3）恢复阶段康复护理。在床边实施平衡肢体活动，将患侧肩部外展 45°，将腕部弯曲 90°，舒展肘部外旋，分离五指，然后撑住。辅助患者下床规范站立。护理人员应结合患者个体差异性开展行走锻炼，同期开展转移身体重心、爬楼梯等活动。（4）心理护理干预。对于本病患者来说，发病急，而且病情严重，伴随肢体功能障碍，神志清醒的情况下，有焦虑、恐惧等情绪。护理人员应针对性开展患者的心理疏导，帮助患者解答内心疑问，促进患者对治疗过程积极配合，有助于患者康复护理效果的提升^[4]。护理人员应致力于构建一个良好的护患关系，将一个舒适满意的住院环境提供给患者，热情接待患者，全面评估患者病情，了解患者社会、生理以及心理方面的状况，多沟通患者，掌握患者生活以及心理需要，针对性为患者开展相应护理干预，对于医护人员来说，在服务过程中，要保证语言亲切、态度和蔼，在护理动作时尽量轻柔，关心患者，同情患者，在每一次接触患者时，在每一次进行护理操作时，告知患者可以促进疾病治愈的信息，鼓励患者对不良情绪进行有效消除，帮助患者将治疗疾病的依从性提升，促进患者对各项治疗以及康复措施进行积极配合。（5）做好患者并发症的预防以及护理。患者因为长期卧床休息，会导致机体功能出现相关障碍，例如运动障碍、血液循环障碍以及感觉障碍，患者会下降抵抗力，容易出现并发症，例如便秘、压疮、尿路感染、坠积性肺炎等，因此护理人员应做好相关护理干预，采用预见性思维强化患者的基础护理，每隔 2h 为患者进行一次体位更换。对患者受压部位尤其是骨隆突部位进行按摩。为患者提供一个整洁干净的床铺，翻身时，避免对患者进行推、拉、拖，避免对患者皮肤造成损伤。护理人员应鼓励患者排痰咳嗽，护理人员在帮助患者翻身过程中应注意动作轻柔，为患者拍背，有助于患者排出体内痰液，而且护理人员要告知患者多吃一些高维生素以及高纤维素的食物，多喝水，可以避免患者发生便秘，另外，由于患者肢体感觉功能下降，禁止患者使用热水袋，否则会导致患者出现烫伤。从发病早期开始，在患者进行体位更换时，注意保持肩胛骨的正确位置^[5]，例如患者采取患侧卧位、仰卧位时，应该将一个软枕垫在肩背部，促进患者肩部处于前驱状态，患者选择坐位，将患肢在前方桌面上放好。总而言之，对于患者来说，及时开展相应预防措施，开展相关的康复护理手段，可以降低患者出现肩关节半脱位的几率。对于患者来说，还需要注意预防肩手综合征，做好相应康复护理。由于患者患肢长时间不运动，肢体体位不良，尤其是处于过渡掌屈位，会导致不良后果发生，因此应干预患者体位，预防患者发生外伤，为患者提供早期护理，预防或者减少患者出现并发症。

1.3 效果判定^[6]

Barthel 分数、Fugl-Meyer 分数：使用 Barthel 指数、Fugl-Meyer 量表评估数据。

不良情绪：以抑郁、焦虑自评量表进行数据测定。

1.4 数据检验

SPSS25.0 软件使用中,以 χ^2 检验计算计数资料,以 t 检验计算计量资料,表示形式是率(%)、 $[\bar{x}\pm s]$, $P<0.05$,提示存在统计学意义。

2 结果

2.1 对比 Barthel 分数、Fugl-Meyer 分数

观察组患者术后 1 个月的 Barthel 分数、Fugl-Meyer 分数均明显更高,比较对照组患者可以看出, $P<0.05$;比较两组患者术后 1 周的 Barthel 分数、Fugl-Meyer 分数, $P>0.05$ 。

表 1 对比两组患者术后 1 周以及术后 1 个月的 Barthel 分数、Fugl-Meyer 分数(分)

组别	Barthel 分数		Fugl-Meyer 分数	
	术后 1 周	术后 1 个月	术后 1 周	术后 1 个月
观察组 (n=35)	27.10±5.82	67.22±5.82	26.22±5.88	69.41±7.85
对照组 (n=35)	26.45±5.47	41.21±4.77	25.12±4.81	42.31±6.91
t	0.4815	20.4489	0.8566	15.3304
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 对比不良情绪

观察组患者不良情绪在护理后明显改善,对比对照组患者数据得出, $P<0.05$;比较两组患者护理前的不良情绪, $P>0.05$ 。

表 2 对比两组患者护理前后的不良情绪(分)

组别	抑郁		焦虑	
	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (n=35)	63.44±8.15	42.05±7.37	63.78±6.85	40.25±7.58
对照组 (n=35)	64.38±8.45	47.28±8.16	62.58±6.56	45.26±6.99
t	0.4737	2.8140	0.7485	2.8746
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

我国生活方式改变,不良生活习惯增多,社会生活环境改变,临床越来越常见脑出血患者,其发病率一直高,呈现为逐年增加,患者病情严重,若患者未能获得及时救治,或者患者救治措施不科学,均会导致患者发生残疾以及死亡等,对患者生命安全造成严重影响,生活质量呈现为下降趋势。

治疗脑出血患者的主要方式是手术,在术后护理中,关注患者实施脱水、止血以及抗炎等治疗效果,若仅仅给予患者实施常规护理,效果不良,对偏瘫肢体功能的早期恢复不够重视,因此临床应探讨如何有效护理此病患者^[7],进行实验分析。

因为疾病病理损害,脑出血患者出现肢体活动障碍,手术后发生偏瘫,患者患侧肢体失去自主活动功能,从康复医学角度分析,这一功能损害有可逆性,利用自然康复以及药物等手段,将科学早期的阶段性康复训练采用,可以重组患者的神经系统,对受到损伤的中枢神经进行刺激,将患者恢复速度明显加快,可以将患者因为卧床导致的后遗症明显减少。给予患者实施有针对性、科学性以及系统性的护理干预,运用早期康复护理措施,可以促进患者各项临床症状明显改善,有助于患者残疾率明显下降^[8],可以促进患者恢复身体功能,意义重大。

临床实践证实,采用手术治疗的脑出血患者实施早期康复护理干预,意义重大,在患者手术后,给予患者实施早期阶段性肢体锻炼,可行性高,可以促进患者预后明显改善。分析得出,因为患者缺失部分身体功能,打击患者家庭经济能力以及心理情绪,严重下降患者生活质量。脑出血患者丧失部分肢体功能后,发生脑出血或者脑血管破裂,高级中枢神经系统不能控制以及支配低级中枢神经系统,患者损伤神经系统功能。康复医学提

出,利用相关办法,可以促进这些损伤可逆,给予患者实施积极科学的的功能训练以及康复训练,可以促进患者恢复中枢神经功能,避免患者发生并发症,将剩余完好组织充分利用,促进患者的肢体功能明显改善,促进患者偏瘫明显好转,提高患者的自理能力以及整体护理质量。

为了有效改善患者脑出血之后的护理质量^[9],临床提出改善患者肢体功能以及日常生活能力,在患者手术之后,结合患者病情以及恢复情况,做好评估工作,强化患者心理康复,做好相应指导,帮助患者获得社会支持以及家庭支持,对患者不良心理进行有效改善,促进患者对康复训练进行积极配合,同时对患者的文化程度以及耐受力、适应能力进行全面分析,对患者的训练强度以及方式进行相应调节,针对患者个体差异性,将康复目标制定,将下一阶段的训练计划调整^[10]。持续刺激患者大脑各个功能皮层,可以将患者反应性以及灵活度明显改善,促进患者早期恢复语言以及肢体等功能,提高患者日常生活能力。在护理过程中,对于脑出血患者来说,要清晰认知早期康复护理干预的相关内容,促进患者手术后偏瘫肢体功能恢复,从被动运动开始,向主动运动过渡,帮助患者逐渐掌握运动要领,促进患者坚持开展主动运动。在辅助过程中,护理人员应及时调整患者的运动量以及部位,注意辅助动作缓慢以及均匀,随着患者恢复功能,将辅助量相应减少,对相应辅助部位进行调整,促进患者早日独立以及主动完成相关训练动作,提高患者的康复效果以及护理满意度。

总结来说,对于脑出血患者来说,在手术治疗之后,为了避免其发生偏瘫,有效恢复患者偏瘫之后的肢体功能,需要从几个方面开展相应护理:首先,患者应开展心理干预,沟通患者,了解患者疾病特点,促进患者不良情绪减轻,其次,由于患者存在神经功能损伤,影响患者痊愈速度,带来生活不便,在早期康复护理技术中,应为患者提供相应训练,提高患者治疗依从性,可以提高生命质量,改善患者预后。

此次实验得出:观察组患者术后 1 个月的 Barthel 分数、Fugl-Meyer 分数均明显更高,比较对照组患者可以看出, $P<0.05$;比较两组患者术后 1 周的 Barthel 分数、Fugl-Meyer 分数, $P>0.05$ 。

总结得出,采用手术治疗的脑出血患者实施早期康复护理干预的效果显著,可以明显改善患者手术后偏瘫肢体功能恢复,临床应用价值很高。

参考文献:

- [1]王丹.早期康复护理对脑出血患者术后生活质量的改善和肢体功能恢复的影响[J].中国医药指南,2022,20(16):174-176+180.
- [2]戴明丹.早期康复护理对脑出血患者生活质量的影响研究[J].医学食疗与健康,2022,20(10):99-102.
- [3]郭东旭.早期康复护理联合认知行为干预对脑出血患者术后心理状态、肢体功能及生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(23):4341-4344.
- [4]周慧鹏.早期康复护理对脑出血患者肢体功能、生活质量的改善作用[J].实用中西医结合临床,2021,21(15):155-156.
- [5]郭丽,王颖.脑出血偏瘫患者的早期康复护理及预后研究[J].系统医学,2021,6(05):155-157.
- [6]陈巧茹,叶婉芬.早期康复护理在脑出血患者术后的应用效果[J].中国当代医药,2020,27(11):231-233+237.
- [7]何秀丽,黄瑞玲,李自然,罗会平.早期康复护理对脑出血患者术后的影响[J].中国现代药物应用,2021,15(03):237-239.
- [8]许小军,肖婕,周华英.早期康复护理对高血压脑出血偏瘫患者生活质量及神经功能的影响[J].航空航天医学杂志,2020,31(10):1260-1262.
- [9]陈琪,张彩凤.早期康复护理对脑出血偏瘫患者肢体运动功能的影响[J].中国医药指南,2020,18(24):26-28.
- [10]吴颖.早期康复护理对脑出血偏瘫患者下肢运动功能恢复的效果[J].中国医药指南,2020,18(23):225-226.

综合护理干预降低 RICU 多重耐药菌感染的护理体会

顾伟培

南通大学附属医院 江苏南通 226000

摘要：目的探究综合护理干预降低 RICU 多重耐药菌感染的护理。方法以 RICU 患者 80 例为对象，分为对照组与试验组，各 40 例，对照组实施常规护理，试验组实施综合护理干预，对比两组患者护理效果。结果试验组患者医院感染发生率、RICU 住院时间及总住院时间均低于对照组， $P<0.05$ 。试验组护理后 HAMA 评分、HAMD 评分均优于对照组， $P<0.05$ 。试验组护理后睡眠质量评分低于对照组，差异 $P<0.05$ 。试验组满意度高于对照组，差异 $P<0.05$ ，有统计学意义。结论 RICU 患者应用综合护理干预，护理效果显著，不仅有助于预防感染，缩短治疗时间，还可消除负性情绪，提高睡眠质量得到满意评价。

关键词：呼吸重症监护室；多重耐药菌感染；综合护理干预

前言

院内感染即医院获得性感染，包括肺部感染、颅内感染等，表示患者住院期间发生感染，极易引起死亡。院内感染诱发因素较多，如侵入性操作、广泛使用抗生素、医务人员认知不足和操作不当等^[1]。多重耐药菌表示抗菌药物使用种类超过 3 种，且产生耐药细菌。RICU 的患者身体机能降低，免疫力差，抵抗力差，多重耐药菌感染发生率较高，需重视预防管理。综合护理干预是以预防大于治疗理念为基础，通过采用风险评估方法在风险发生前预测评估，针对可能存在的危险因素实施预防管理，有效降低危险因素发生率。大量临床实践表明，RICU 患者实施综合护理干预，可预防多重耐药菌感染，具有显著应用价值。本文将以 80 例患者为对象进行研究，探究综合护理干预降低 RICU 多重耐药菌感染的护理，现报道如下：

1、资料与方法

1.1 一般资料

以 RICU 患者 80 例为对象，研究时间为 2020 年 2 月-2021 年 11 月，分为对照组与试验组，各 40 例。对照组，男性患者共 24 例，女性患者共 16 例；年龄是 28-79 岁，平均值是 (48.75 ± 4.84) 岁。试验组，男性患者共 25 例，女性患者共 15 例；年龄是 40-78 岁，平均值是 (48.94 ± 4.73) 岁。两组患者一般资料对比分析， $P>0.05$ 。纳入标准：资料齐全；认知正常；收治于 RICU；患者或家属熟知本研究，签署知情同意书。排除标准：资料不全；已发多重耐药菌感染；依从性差。本研究经我院伦理委员会批准。

1.2 方法

对照组应用常规护理：严格执行无菌操作，指导患者的饮食，营养丰富，膳食均衡。结合患者的实际情况采用抗生素治疗。

试验组实施综合护理干预：（1）成立管理小组：设立医护院感质控员，在前期实施相关技术理论培训，指定管床医生、护士、护理员负责消毒隔离工作的落实情况，形成护士长、组长、管床护士科室三级质控，院感科、护理部定期开展检查，对存在问题应当及时反馈与整改，不断完善消毒管理隔离制度及流程，持续改进护理质量。（2）多重耐药菌检出与防护流程：由医生开具培养医嘱，护理人员遵医嘱取标本，并送检，实施微生物培养检验，若存在感染，则需有医生开具隔离医嘱，由护士取警示标识悬挂，护理员配备防护用具，加强患者家属探视管理，实施清洁消毒，并落实防

护措施，制定用药方案。若未发生感染，结合实际情况用药。（3）现状分析。小组成员对检查结构与失效模型原因综合分析，对问题原因进行确立，详细包括以下几点：其一，主动监测与培养意识缺乏；其二，隔离措施未严格落实；其三，防护用品不齐全，且未合理使用；其四，家属探视流程缺乏；其五，保洁员未严格落实消毒措施；其六：护理人员的手卫生依从性较差。（4）改进措施：其一，加强医护人员监测培养的意识培养。针对医师实施系统培训，将实习医生、轮转医生列入培养对象中，培训内容有多重耐药菌诊断与监测方法，包括日常检测、暴发监测、主动筛查等，以及标本留取时机、注意事项等。其二，实施床旁隔离与区域隔离。与环境管理科、总务处、洗衣房等取得联系，将病房腾空，对床单元全面擦拭与消毒，以多重耐药菌种类为依据，进行区域隔离。加强病房管理，病房需光线充足，合理设定温度、湿度；控制噪音。护士应当严格按照院感防控要求做好消杀工作，并重视患者皮肤、伤口等及时更换衣被、换药等工作。其三，充分准备防护用品，并合理使用。防护用品包括护目镜、防护服等，由护士长准备起算，并定期检查。其四，完善家属探视制度与流程，全程管理探视人员，积极落实防护措施。其五，监管保洁员的消毒工作，定期实施保洁员培训与考核，使用环境卫生监测显色笔进行抽查，确保工作质量。其六，实施手卫生管理，加强小组成员培训学习，要求其熟练掌握手卫生知识，提高依从性。完善手卫生设施，在科室增加洗手设备，如抗菌洗手液、一次性干手纸、感应式水龙头等，走廊、治疗车等处均配备快速消毒凝胶，还可提供护手霜，预防消毒液损伤皮肤。营造良好的手卫生氛围。洗手池旁张贴规范的七步洗手图与标准预防洗手图；定期组织健康知识讲座，向患者家属讲述手卫生有关知识；休息区可定期播放手卫生视频、张贴卫生宣传画。

1.3 观察指标

（1）详细统计院内感染发生率。（2）详细记录两组患者在 RICU 的住院时间、总住院时间，进行对比分析。（3）针对患者的负性情绪进行评估，焦躁情绪使用 HAMA 量表进行评估，所获取分数越高，表示患者越焦躁。（4）随后，使用匹兹堡睡眠质量指数量表（PSQI）对患者干预前后的睡眠质量进行评估。（5）详细统计满意度，使用护理满意度量表评估满意度情况，向患者家属综合评估，分为十分满意、比较满意与不满意。

1.4 统计学方法

使用 SPSS21.1 软件分析, 计数资料、计量资料使用 X² 检验、T 检验, P<0.05, 差异有统计学意义。

2、结果

2.1 对比院内感染发生率

试验组院内感染发生率低于对照组, 差异有统计学意义。如表 1 所示。

表 1: 院内感染发生率比较 (n/%)

组别	n	肺部感染	头颅感染	其他	发生率
对照组	40	3 (7.50%)	1 (2.50%)	2 (5.00%)	6 (15.00%)
试验组	40	1 (2.50%)	0 (0)	0 (0)	1 (2.50%)
X ²	/	/	/	/	4.5234
P	/	/	/	/	0.0434

2.2 两组患者心理状态比较

对照组患者护理前, HAMA 评分是 (13.78±2.17) 分, HAMD 评分是 (13.67±2.12) 分; 护理后 HAMA 评分是 (8.73±1.09) 分, HAMD 评分是 (8.34±1.12) 分; 试验组患者护理前, HAMA 评分是 (13.83±2.45) 分, HAMD 评分是 (13.45±2.04) 分; 护理后 HAMA 评分是 (6.95±1.12) 分, HAMD 评分是 (6.89±1.04) 分。对比护理后 HAMA 评分、HAMD 评分, 试验组更优, 与对照组比较, 差异 P<0.05, 有统计学意义 (T=6.2893, T=5.8723)。

2.3 睡眠质量比较

对照组患者护理前, 睡眠质量评分是 (9.67±1.84) 分, 护理后是 (7.68±1.12) 分; 试验组患者护理前, 睡眠质量评分是 (9.41±1.67) 分, 护理后是 (5.53±1.54) 分。试验组护理后睡眠质量评分低于对照组, 差异 P<0.05 (T=6.8923)。

2.4 RICU 住院时长、总住院时长比较

对照组患者 RICU 住院时间是 (6.73±0.85) 天, 总住院时间是 (14.52±1.76) 天; 试验组患者 RICU 住院时间是 (4.52±0.98) 天, 总住院时间是 (10.74±2.35) 天。

试验组 RICU 住院时间、总住院时间均低于对照组, 差异有统计学意义 (T=4.5623, T=6.8934)。

2.5 满意度比较

试验组满意度 40 例 (100%), 非常满意 28 例, 占比 70.00%, 比较满意 12 例, 占比 30.00%, 不满意 0 例, 占比 0; 对照组满意度 33 例 (82.50%), 非常满意 20 例, 占比 50.00%, 比较满意 13 例, 占比 22.50%, 不满意 7 例, 占比 17.50%。试验组护理满意度高于对照组, P<0.05, 差异有统计学意义 (X²=4.8912)。

3、讨论

当 RICU 患者发生多重耐药菌感染以后, 将对原发疾病的治疗产生影响, 威胁生命安全, 极易产生医疗纠纷, 进而对医院形象产生影响。因此, 医院管理中需加强感染预防与控制管理, 以便预防感染发生^[2]。失效模式

属于系统改进、前瞻性风险管理方案, 明确流程故障原因, 制定质量改进措施。当前, 失效模式广泛应用于临床, 在针刺伤、导管相关性感染、静脉输液流程改进、跌倒预防等不良事件中取得显著效果。本次研究中, 对照组应用常规护理, 试验组应用综合护理干预, 结果可见, 试验组患者医院感染发生率、RICU 住院时间及总住院时间均低于对照组, P<0.05。试验组满意度高于对照组, 差异 P<0.05, 有统计学意义。多重耐药菌感染的预防重点为了解耐药菌有关信息, 通过实施监测, 了解发病情况, 实施信息化管理, 确保各医护人员充分掌握患者的多重耐药菌情况, 结合实际情况调整用药, 对预防多重耐药菌感染具有积极意义^[3]。另外, 以医院有关规定为基础, 要求工作人员严格遵守各项规定, 并定期培训, 提高自身水平, 认真完成工作; 护理人员应当将各项工作管理认真做好, 各项工作中积极参与, 端正工作态度, 认真仔细的面对工作, 努力将工作做到最好, 避免因个人疏忽而引起消毒不彻底现象, 影响患者疾病的治疗; 建立健全有关规章制度, 严格规范操作缓解, 加强工作者专业技能培训, 确保各项工作具有规范化、专业化特点^[4]; 最后, 由于检验过程与患者身体状态、心理状态存在相关性, 需做好患者指导, 确保患者保持良好身体状态接受检查, 预防感染; 手部为病原体传播主要载体, 加强医护人员的手部卫生管理, 可有效预防医院感染、耐药性感染, 促进疾病的治疗。

有学者^[5]选取患者为 RICU 对象, 应用综合护理干预, 研究结果可见, 管理后多重耐药菌发生率明显低于管理前, 与本次研究结果保持一致。该学者表示, 多重耐药菌防控措施包括: 加强多重耐药菌感染管理, 如重点环节管理、强化培训等; 贯彻落实多重耐药菌的预防控制措施, 包括隔离措施、手卫生管理、消毒与清洁工作等; 抗菌药物规范且合理使用; 完善多重耐药菌监测机制。当前, 不同医疗机构在多重耐药菌防控措施的落实方面存在差异, 为有效预防多重耐药菌, 还应当加强 RICU 管理。本研究中, 试验组护理后睡眠质量评分低于对照组, 差异 P<0.05。提示综合护理干预能够消除患者负性情绪, 提高睡眠质量。

综上所述, RICU 患者应用综合护理干预, 护理效果显著, 不仅有助于预防感染, 缩短治疗时间, 还可消除负性情绪, 提高睡眠质量得到满意评价

参考文献:

[1]方小林. ICU 多重耐药菌感染患者的医院感染预防控制及护理研究[J]. 中外医疗, 2022, 41 (15): 147-152.

[2]文英花. 针对性护理在重症监护病房(ICU)控制多重耐药菌(MDRO)感染中的应用效果评价[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2021, 21 (2): 345-346.

[3]陈慧兰, 游秋萍, 孙萍. ICU 多重耐药菌感染的护理防控要点与传播的预警模式构建[J]. 医学食疗与健康, 2021, 19 (11): 96-97, 99.

[4]叶鑫杰. 强化感染护理应用于重症监护病房(ICU)患者多重耐药菌感染的效果研究[J]. 婚育与健康, 2021 (13): 108.

[5]蒋小方. 综合护理干预对控制 ICU 多重耐药菌感染的影响[J]. 保健文汇, 2021, 22 (15): 112-113.

早期肺康复护理对 ICU 危重患者的应用价值

郭银丹 孙沙娜 徐翠翠

西安交通大学第一附属医院重症医学科 陕西西安 710061

摘要：目的：探讨早期肺康复护理对于重症监护病房（Intensive care unit, ICU）危重症患者的干预效果。方法：样本收集于 2021 年 1 月至 2022 年 5 月，收集这一时间段内在医院 ICU 就诊的 90 例重症呼吸系统疾病患者，在患者中应用数字随机表法开展分组，两组各 45 例。在对照组中实施常规 ICU 护理，研究组在常规 ICU 护理的基础上实施早期肺康复护理，在两组护理前、护理后对于各项指标（肺通气功能、动脉血气分析、血清炎症因子、舒适度及生活质量）开展对比，并在组间对比机械通气时间、ICU 停留时间、住院时间、呼吸机相关性肺炎发生率。结果：在护理后，组间对比 FEV1、FEV1/FVC、PaO₂，研究组更高，而组间对比 PaCO₂，研究组更低，均 P<0.05。在护理后，血清 CRP、PCT、IL-6、TNF-α 水平在研究组中均比对照组更低（P<0.05）。在护理后，组间对比舒适度和生活质量的评分，研究组中均更高（P<0.05）。在组间对于机械通气时间、ICU 停留时间、住院时间进行对比，研究组均更短（P<0.05）。呼吸机相关性肺炎在两组中的发生率对比，研究组更低（P<0.05）。对于护理的总满意率，研究组比对照组更高（P<0.05）。结论：对于 ICU 重症呼吸系统疾病患者，早期肺康复护理方案落实后可改善患者的肺功能，纠正动脉血气紊乱，减轻炎症反应，减少呼吸机相关性肺炎发生，加快康复进展，有利于提高患者舒适度和生活质量。

关键词：重症监护病房；危重症；呼吸系统疾病；肺康复；护理

重症监护病房（Intensive care unit, ICU）中患者以危重症为主，患者病情严重，多伴有自主呼吸受限情况，需接受机械通气治疗，尤其是重症呼吸系统疾病患者^[1]。在重症呼吸系统疾病患者治疗期间，为保证患者治疗效果，需对患者采取护理干预措施。早期肺康复护理是指融入“肺康复”理念的一种护理模式，以改善患者肺功能、促进康复为主要护理目标，为探讨这种护理模式用于 ICU 中重症呼吸系统疾病患者的干预效果，本研究中选择 2021 年 1 月至 2022 年 5 月在医院 ICU 就诊的 90 例重症呼吸系统疾病患者进行随机分组对比。

1 资料与方法

1.1 一般资料

样本收集于 2021 年 1 月至 2022 年 5 月，收集这一时间段内在医院 ICU 就诊的 90 例重症呼吸系统疾病患者，在患者中应用数字随机表法开展分组，两组各 45 例。对照组中有男性 24 例、女性 21 例，年龄为 20~79 岁，平均（49.83±8.52）岁，包括重度急性呼吸窘迫综合征 18 例、重度慢性阻塞性肺疾病急性发作期 27 例；研究组中有男性 27 例、女性 18 例，年龄为 20~78 岁，平均（49.14±9.27）岁，包括重度急性呼吸窘迫综合征 17 例、重度慢性阻塞性肺疾病急性发作期 28 例。两组之间的年龄、性别及疾病类型开展对比，统计学分析得出 P>0.05，各项资料间的均衡性良好，研究有可比性。本研究经由医学伦理委员会审核并批准，且征求患者家属知情同意。

1.2 方法

在对照组中实施常规 ICU 护理，借助健康知识手册、视频等，为患者讲解机械通气治疗的重要性、目的、优势等，为患者列举治疗期间需要注意的相关事项，介绍以往治疗成功的案例。定期帮助患者更换体位，或指导患者家属帮助患者翻身，将患者的病床床头抬高 30°左右，患者头部尽可能偏向一侧，以避免发生误吸。及时清理患者呼吸道内分泌物，定期对呼吸道进行湿化处理，呼吸道需保持充分湿化状态，避免呼吸道干燥而致鼻出血。及时清理患者口腔内分泌物，采用棉签蘸清水轻轻擦拭口腔黏膜。

研究组在常规 ICU 护理的基础上实施早期肺康复护理，根据患者氧合指数变化情况对肺康复护理方案进行调整，当患者氧合指数不足 100mmHg 时，对患者开展肌肉按摩，应用神经肌电仪对患者神经肌肉进行电刺激。当患者氧合指数达到 100mmHg、不超过 200mmHg，指导患者

开展四肢抬高练习，让患者采用握力器进行锻炼，每天 3 次，每次持续 15 分钟左右。当患者氧合指数超过 200mmHg，将患者机械通气模式改为间歇性脱机模式，指导患者开展缩唇呼吸训练、腹式呼吸训练（每天早晨和晚间各进行 30 次），并应用呼吸助力器进行辅助训练（每天 4 次，每次持续 10 分钟左右）。

1.3 观察指标

在两组护理前、护理后对于各项指标（肺通气功能、动脉血气分析、血清炎症因子、舒适度及生活质量）开展对比，并在组间对比机械通气时间、ICU 停留时间、住院时间、呼吸机相关性肺炎发生率。

肺通气功能指标：指标有 1 秒用力呼吸容积（FEV1）和 FEV1 与肺活量比值（FEV1/FVC），检测设备为上海涵飞医疗器械有限公司 S-980A 肺功能检测仪。

动脉血气指标：包括动脉血氧分压（PaO₂）、动脉血二氧化碳分压（PaCO₂），检测设备为罗氏 cobas b 123 全自动血气分析仪。

血清炎症因子指标：C 反应蛋白（CRP）采用免疫透射比浊法测定，降钙素原（PCT）采用免疫层析法测定，白细胞介素-6（IL-6）、肿瘤坏死因子-α（TNF-α）采用酶联免疫吸附法测定。

舒适度评分：对于舒适度开展评估时，应用一般舒适度状况量表（GCQ），量表包含有 28 个条目（1~4 分），总分 28~112 分，分数越高，患者感觉越舒适。

生活质量评分：对于患者开展生活质量评估，选用世卫生活质量测定简表（WHOQOL）-BREF，量表包含 4 项内容，即生理、心理、环境及社会关系，单项计分 0 至 100 分，分数与生活质量呈正比。

1.4 统计学方法

应用 SPSS 22.0 软件对数据开展统计学分析，计数资料开展对比实施 χ² 检验，计量资料开展对比实施 t 检验，当 P<0.05 即差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组肺通气功能和动脉血气分析指标的对比

对比于护理前，两组 FEV1、FEV1/FVC、PaO₂ 在护理后均增高，两组 PaCO₂ 在护理后均降低，均 P<0.05；在护理后，组间对比 FEV1、FEV1/FVC、PaO₂，研究组更高，而组间对比 PaCO₂，研究组更低，均 P<0.05。见表 1：

表 1 两组肺通气功能和动脉血气分析指标的对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	时间	FEV1 (L)	FEV1/FVC (%)	PaO ₂ (mmHg)	PaCO ₂ (mmHg)
对照组 (n=45)	护理前	1.59±0.22	52.14±4.39	50.61±6.12	67.32±8.49
	护理后	1.83±0.24 [#]	57.62±5.13 [#]	63.54±7.56 [#]	49.47±5.24 [#]
研究组 (n=45)	护理前	1.60±0.23	52.29±4.35	50.76±6.03	67.09±8.72

护理后	2.09±0.27 [#] *	63.94±6.07 [#] *	71.92±7.84 [#] *	44.18±5.06 [#] *
注： [#] 即较之护理前（P<0.05），*即较之对照组（P<0.05）。		在护理后，两组血清 CRP、PCT、IL-6、TNF-α 水平均比护理前降低，而在组间对比血清炎症因子各项指标，研究组更低，均 P<0.05。见表 2：		
2.2 两组血清炎症因子指标的对比				

表 2 两组血清炎症因子指标的对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	CRP (mg/L)	PCT (ng/ml)	IL-6 (pg/ml)	TNF-α (mg/L)
对照组 (n=45)	护理前	9.83±1.61	1.35±0.40	176.61±32.49	16.81±3.10
	护理后	7.02±1.27 [#]	0.69±0.23 [#]	114.50±25.87 [#]	13.49±2.46 [#]
研究组 (n=45)	护理前	9.72±1.64	1.34±0.43	175.28±33.52	16.62±3.12
	护理后	5.89±1.06 [#] *	0.46±0.15 [#] *	87.64±19.32 [#] *	10.83±2.07 [#] *

注：[#]即较之护理前（P<0.05），*即较之对照组（P<0.05）。

2.3 两组舒适度和生活质量评分的对比

在护理后，两组舒适度和生活质量的评分均比护理前增高，而在组间

对舒适度和生活质量的评分进行对比，研究组中均更高，均 P<0.05。见表 3；

表 3 两组舒适度和生活质量评分的对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	舒适度评分	生活质量评分			
			生理	心理	环境	社会关系
对照组 (n=45)	护理前	80.95±6.22	70.35±5.14	70.24±5.06	70.61±5.22	70.59±5.47
	护理后	92.46±7.24 [#]	78.34±5.92 [#]	78.63±5.30 [#]	77.16±5.83 [#]	78.45±6.21 [#]
研究组 (n=45)	护理前	81.17±6.15	70.56±5.17	70.47±5.01	70.83±5.19	70.80±5.34
	护理后	102.80±6.57 [#] *	85.07±6.29 [#] *	84.98±5.97 [#] *	84.05±6.48 [#] *	85.16±6.73 [#] *

注：[#]即较之护理前（P<0.05），*即较之对照组（P<0.05）。

2.4 两组治疗时间、呼吸机相关性肺炎发生率的对比

在组间对于机械通气时间、ICU 停留时间、住院时间进行对比，研究组均更短（P<0.05）。呼吸机相关性肺炎在两组中的发生率对比，研究组更低（P<0.05）。见表 4；

表 4 两组治疗时间、呼吸机相关性肺炎发生率的对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	机械通气时间 (d)	ICU 停留时间 (d)	住院时间 (d)	呼吸机相关性肺炎
对照组	45	6.93±1.28	8.42±1.60	13.91±2.87	4 (8.89%)
研究组	45	5.29±1.15*	6.57±1.32*	10.38±2.50*	0 (0%)*

注：^{*}即较之对照组（P<0.05）。

3 讨论

ICU 内危重症患者因其自身的病情危重，往往存在无法自主呼吸的情况，其血氧状况受到影响，针对这类患者，临床上主张对其实施机械通气治疗，机械通气治疗可辅助患者吸氧，为其输送大流量氧气，降低患者低氧血症风险。在 ICU 机械通气治疗期间，患者易并发呼吸机相关性肺炎，影响其康复效果，尤其是重症呼吸系统疾病患者^[2]。

为确保重症呼吸系统疾病患者的康复效果，对于这类患者，需在 ICU 治疗期间对其实施护理干预。常规的 ICU 护理措施包含健康宣教、体位护理、呼吸道护理、口腔护理等基础护理措施，可在一定程度上帮助患者规避护理风险因素，但其护理措施的针对性不足，护理措施不够全面化，无法取得理想的护理效果^[3-5]。

对于重症呼吸系统疾病，为增强其病情控制效果，临床上提出肺康复这一治疗理念，该治疗理念的核心为“促进肺功能康复”。肺康复护理是指在护理中引入肺康复理念后形成的护理模式，本研究在常规 ICU 护理的基础上开展了早期肺康复护理，常规的肺康复护理需待患者病情进入稳定期实施，而早期肺康复护理可在 ICU 治疗阶段实施，可尽早对患者肺功能进行干预^[1-2]。本研究中研究组实施的肺康复护理方案根据患者氧合指数的变化情况进行调整，在肺康复护理方案落实时，指导患者开展被动呼吸训练和主动呼吸训练，主动呼吸训练以缩唇呼吸、腹式呼吸等训练方式为主，并借助呼吸助力器，可增强呼吸肌收缩，促进肺部气体交换，使得肺通气功能更好地恢复。本研究中对比了常规 ICU 护理与早期肺康复护理用于 ICU 治疗期间的护理效果，研究结果显示，在护理后，FEV1、

FEV1/FVC、PaO₂、舒适度评分、生活质量评分在研究组中比对照组更高，血清炎症因子各项指标、PaCO₂ 在研究组中比对照组更低，机械通气时间、ICU 停留时间、住院时间在研究组中均比对照组更短，呼吸机相关性肺炎在研究组中更低，均 P<0.05，说明早期肺康复护理应用后可增强 ICU 内重症呼吸系统疾病患者的肺功能康复效果，起到改善动脉血气状况、减轻炎症反应、降低呼吸机相关性肺炎风险的作用，对病情的控制效果更好，缩短了治疗时间，进一步减轻了病情对患者躯体舒适度和生活质量造成的不良影响^[6-10]。

综上所述，对于 ICU 重症呼吸系统疾病患者，早期肺康复护理方案落实后可改善患者的肺功能，纠正动脉血气紊乱，减轻炎症反应，减少呼吸机相关性肺炎发生，加快康复进展，有利于提高患者舒适度和生活质量。

参考文献：

- [1]张霞, 侯芳, 苏丽, 等.多学科合作早期康复干预对老年慢性阻塞性肺疾病急性加重期合并呼吸衰竭患者 ICU 获得性衰弱的预防效果[J].中国医药导报, 2019, 16 (32): 123-126.
- [2]孙晖, 李杰, 于婷婷.早期肺康复训练对 ICU 有创机械通气 COPD 患者临床疗效的影响[J].护理实践与研究, 2019, 16 (19): 63-64.
- [3]张书亚.早期康复护理运用在 ICU 危重患者中促进自主生活能力提升的效果[J].黑龙江中医药, 2020 (6): 2.
- [4]田蒙.探讨早期胃肠营养护理干预在 ICU 危重患者护理中的应用价值[J].实用临床护理学电子杂志, 2017 (30): 2.
- [5]黄文玉.早期分阶段肺康复锻炼对 ICU 急性呼吸窘迫综合征患者的护理效果[J].湖南中医药大学学报, 2018, 38 (A01): 1.
- [6]梁艳东, 赵丽芸, 何伟枫, 等.早期肺康复在 ICU 机械通气患者中的应用效果[J].按摩与康复医学, 2020 (5): 4.
- [7]谢敏, 魏梦德, 韩兴杰.ICU 危重患者接受早期康复护理的方法与效果研究[J].饮食保健, 2018, 5 (049): 209-210.
- [8]李桃姿.ICU 危重患者的早期康复护理研究[J].名医, 2018.
- [9]丁宜君.探析早期康复护理干预应用于危重症患者中的意义[J].健康必读, 2020, 28: 130
- [10]李桃姿.ICU 危重患者的早期康复护理研究[J].名医, 2018, 000 (005): 106-106.

关怀护理理念干预对 ICU 危重患者护理满意度及护理质量的影响

胡健 杜晓艳

平度市人民医院 山东青岛 266700

摘要:目的: 关怀护理理念干预对 ICU 危重患者护理满意度及护理质量的影响。方法: 本次研究从本院 2021 年 2 月-2022 年 3 月收入的 ICU 患者中随机抽取 104 例, 按照随机数表法将其分为了对照组 (常规护理) 和观察组 (常规护理关怀护理) 两组, 分析护理结果。结果: 对比体征表现: 护理后观察组的血压、心率、体温改善结果更好, ($p < 0.05$); 对比综合护理满意率: 观察组综合满意 51 例 (98.08%), 对照组综合满意 44 例 (84.62%), 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 52 例 (100%), 对照组综合有效 48 例 (92.31%), 指标对比差异显著, ($p < 0.05$), 有统计学意义; 对比生活质量: 观察组护理后的 SF-36 指标改善结果更好 ($p < 0.05$); 对比不良反应: 观察组不良反应 3 例 (5.77%), 对照组不良反应 10 例 (19.23%), 指标对比差异显著, ($p < 0.05$) 有统计学意义。结论: 关怀护理理念可提升 ICU 危重患者临床综合护理满意率和有效率, 患者护理后的不良反应少且生活质量提升, 体温、血压、心率指标改善显著, 可推广。

关键词: 关怀护理理念; ICU 危重患者; 护理满意度; 护理质量; 影响

ICU 是治疗危重症患者的重要科室, 收入的患者病症危急且需要接受特殊的护理指导, 科室临床的致死率、致残率较高。对比其他的科室, ICU 科室带有特殊性, 强调专业、无菌和综合化护理。现如今我国的护理医学技术不断发展, 国内对 ICU 危重患者的护理工作也有了进一步更新, 基于“生理-心理-社会”的护理需求, 科室内护理人员需要积极和患者交流, 为患者营造一个安全、舒适、科学的护理环境, 减少患者的负面情绪, 提升护理效果^[1]。本文探讨关怀护理理念干预下 ICU 危重患者的护理效果, 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 2021 年 2 月-2022 年 3 月收入的 ICU 患者中随机抽取 104 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 52 例, 男性 24 例, 年龄为 25.3 岁-75 岁, 平均年龄为 (51.5±2.59) 岁, 女性 28 例, 年龄为 26.4 岁-73 岁, 平均年龄为 (49.3±2.96) 岁。观察组 52 例, 男性 27 例, 年龄为 22.1 岁-76.6 岁, 平均年龄为 (50.63±2.48) 岁, 女性 25 例, 年龄为 29.9 岁-72.5 岁, 平均年龄为 (50.6±2.29) 岁。两组基本资料无差异, ($p > 0.05$), 有可比性。

1.2 方法

对照组接受常规护理。

观察组在对照组的基础上予以关怀护理理念干预, 主要内容有: (1) 做好病例分析, 收集患者的基本信息, 如年龄、病程、基本表现和生理状况, 对患者的身心状况进行分析, 制定个体化的人文关怀护理计划; (2) 做好交流沟通, 在 ICU 病房内, 护理人员需要和患者交流沟通, 观察患者肢体动作, 情绪和面部表现等, 为患者讲解置管相关意义和注意事项, 联合家属和患者进行交流, 了解患者的自我护理需求和内心情绪变化情况, 针对医护环境制定探视计划等。(3) 做好环境护理, 为患者营造一个温馨舒适的护理环境, 可在室内播放轻音乐放松患者的神经, 同时可指导家属对患者进行按摩, 减少肌肉紧张, 同时也避免压疮、下肢深静脉血栓等问题。(4) 做好营养支持, 在医嘱下对患者进行营养指导, 结合患者的饮食喜好, 身体情况等为患者制定饮食计划, 选择科学、营养膳食, 增强患者的抵抗力和免疫力; (5) 做好身体护理, 定期帮助患者更换体位, 翻身, 叩背咳嗽, 减少身心不适感; 唐老师帮助患者清理面部, 手足, 定期更换衣物和敷料, 减少感染风险。

1.3 观察指标

(1) 对比两组患者经过护理后的血压、体温和心率指标改善情况; (2)

表 2 两组 ICU 患者血压、体温和心率指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

小组	例数	SBP (mmHg)		DBP (mmHg)		体温 (°C)		心率 (次/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	52	142.83±14.15	120.52±9.88	108.2±10.69	89.63±6.94	37.63±4.07	36.14±3.02	99.67±10.21	70.53±5.78
对照组	52	142.88±15.91	131.43±11.81	109.72±10.28	92.84±7.07	37.72±3.68	34.63±3.03	98.84±10.33	74.2±6.61
t	-	0.0169	5.1094	0.7391	2.3365	0.1183	2.5453	0.4121	3.0140
p	-	0.9865	0.0001	0.4615	0.0214	0.9061	0.0124	0.6811	0.0033

对比两组患者经过护理后的综合护理满意率 (非常满意、基本满意、不满意); (3) 对比两组患者经过护理后的综合护理有效率 (显效: 症状缓解 80%以上; 有效: 症状缓解 40%以上; 无效: 症状缓解不足 40%或有加重); (4) 对比患者经过护理后的生活质量改善情况, 选择 SF-36 简易生活量表, 每个维度的分数越好表示越健康; (5) 对比患者经过护理后的不良反应发生情况^[2-5]。

1.4 统计学分析

使用 SPSS22.0 统计软件, 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 ICU 患者基本信息对比

观察组和对照组的基线资料对比无显著差异, ($p > 0.05$), 无统计学意义, 有可比性, 见表 1。

表 1 两组 ICU 患者基本信息对比 [n (%)]

指标	观察组	对照组	χ^2	p
年龄	≥60 岁	18 (34.62)	20 (38.46)	0.1659
	<60 岁	34 (65.38)	32 (61.54)	0.1659
进入 ICU 时间	1d	19 (36.54)	15 (28.85)	0.6992
	1-3d	26 (50)	27 (51.92)	0.0385
	3d 以上	7 (13.46)	10 (19.23)	0.6329
疾病	胃肠道疾病	16 (30.77)	16 (30.77)	0.0000
	呼吸系统疾病	18 (34.62)	16 (30.77)	0.1748
	心内科疾病	8 (15.38)	10 (19.23)	0.2687
	骨科疾病	9 (17.31)	8 (15.38)	0.0703
	其他	1 (1.92)	2 (3.85)	0.3432
发病原因	基础疾病	23 (44.23)	18 (34.62)	1.0066
	中毒/感染/意外	19 (36.54)	21 (40.38)	0.1625
	其他	10 (19.23)	13 (25.00)	0.5024
既往发病史	有	17 (32.69)	14 (26.92)	0.4136
病史	无	35 (67.31)	38 (73.08)	0.4136

2.2 两组 ICU 患者血压、体温和心率指标对比

护理前, 观察组和对照组的血压、体温和心率指标差异不大, 护理后观察组的结果改善更好, 指标对比 ($p < 0.05$), 有统计学意义, 见表 2。

2.3 两组 ICU 患者 SF-36 指标对比
护理前, 观察组和对照组的生理机能、生理职能、情感职能和精神状

态指标差异不大 ($p>0.05$), 干预后观察组结果显著优于对照组, ($p<0.05$), 有统计学意义, 见表 3。

表 3 两组 ICU 患者 SF-36 指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

小组	例数	生理机能 (分)		生理职能 (分)		情感职能 (分)		精神状态 (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	52	68.67±6.26	89.27±7.11	68.29±7.54	92.42±6.54	68.51±7.45	88.33±6.56	67.88±6.59	92.17±6.49
对照组	52	68.7±6.52	84.9±7.64	68.79±6.74	84.25±6.77	68.31±6.08	84.32±6.51	68.51±7.02	84.29±7.36
t	-	0.0239	3.0194	0.3565	6.2589	0.1500	3.1288	0.4718	5.7908
p	-	0.9810	0.0032	0.7222	0.0001	0.8811	0.0023	0.6381	0.0001

2.4 两组 ICU 患者综合护理满意率对比

观察组综合护理满意率为 98.08%, 对照组为 84.62%, 指标对比 ($p<0.05$), 有统计学意义, 见表 4。

表 4 两组 ICU 患者综合护理满意率对比[n (%)]

小组	例数	十分满意	基本满意	不满意	综合满意
观察组	52	40 (76.92)	11 (21.15)	1 (1.92)	51 (98.08)
对照组	52	15 (28.85)	29 (55.77)	8 (15.38)	44 (84.62)
X ²	-	24.1187	13.1625	5.9602	5.9602
p	-	0.0001	0.0003	0.0146	0.0146

2.5 两组 ICU 患者综合护理有效率对比

观察组临床综合护理有效率为 100.00%, 高于对照组 2.31%, 指标对比 ($p<0.05$), 见表 5。

表 5 两组 ICU 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	52	39 (75.00)	13 (25.00)	0 (0.00)	52 (100.00)
对照组	52	17 (32.69)	31 (59.62)	4 (7.69)	48 (92.31)
X ²	-	18.7262	12.7636	4.1600	4.1600
p	-	0.0001	0.0004	0.0414	0.0414

2.6 两组 ICU 患者不良反应对比

观察组的不良反应发生率为 5.77%, 比对照组 19.23% 更低, 指标对比 ($p<0.05$), 有统计学意义, 见表 6。

表 6 两组 ICU 患者不良反应对比[n (%)]

小组	例数	呕吐	昏厥	呛咳	出血	其他	不良反应
观察组	52	1 (1.92)	1 (1.92)	1 (1.92)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (5.77)
对照组	52	2 (3.85)	2 (3.85)	3 (5.77)	2 (3.85)	1 (1.92)	10 (19.23)
X ²	-	0.3432	0.3432	1.0400	2.0392	1.0097	4.3077
p	-	0.5580	0.5580	0.3078	0.1533	0.3150	0.0379

3. 讨论

ICU 病房内的危重患者病症危急且病情较为凶险, 患病期间患者的身体功能出现异常, 自理能力受到限制, 对自身、家人都造成了身心负担。一些患者因为病症危急且需要特殊治疗, 自身对医院的环境感到陌生, 对医疗手段也存在畏惧, 抵触情绪, 在 ICU 治疗时候存在明显的负面情绪, 失眠质量也受到了影响^[6-8]。为了减少患者的身心压力, 帮助患者缓解病症, 接受及时的治疗手段尽快康复, 临床建议对 ICU 患者予以科学的护理指导, 安抚患者负面情绪, 尊重患者的人格, 为患者提供一个良好的康复

环境, 提升护理满意率和有效率。针对 ICU 科室而言, 传统的护理措施多关注患者的体征和病情, 对患者的身心或有忽略。一些患者躺在病床上, 自身因经济、求生、自我尊严、家庭负担产生严重的心理压力, 身体容易产生应激刺激, 对临床康复不利^[10]。基于“社会-生物-生理”现代化护理理念, 国内也提倡对 ICU 患者予以人文关怀护理指导, 通过交流、心理疏导、环境管理等方式了解并改善患者的身心状态, 帮助患者稳定身心, 接受及时的治疗活动, 迅速康复。关怀护理理念干预在 ICU 病房开展期间, 护理人员可观察患者的情绪、表情、肢体动作等观察患者的身心状况, 能够让患者在良好的环境下稳定体征, 调节身心, 生活质量随之提升, 护理满意率理想^[11-12]。本次护理活动对收入的 ICU 危重症患者进行护理研究, 对患者予以关怀护理理念干预后, 观察组综合护理效果优于常规护理的对照组, 表示关怀护理理念干预可提升 ICU 危重症患者的临床综合护理满意率、有效率, 患者生活质量改善, 体征稳定, 不良反应少, 可推广。

参考文献:

- [1]陈美娟.人文关怀护理对 ICU 患者心理状态、护理质量及不良事件的影响[J].现代养生, 2022, 22 (20): 1785-1787.
- [2]叶丽炜.持续性人文关怀理念在 ICU 护理中的应用效果及对患者生活质量的影响[J].中国医药指南, 2022, 20 (19): 151-153+157.
- [3]陈卓.关于重症监护室护理人文关怀的思考[J].医学食疗与健康, 2022, 20 (06): 98-100.
- [4]Waddankeri Swaraj, Hesarur Sharan Shravan, Hiremath Swati S, A Sangamesh, Ar Shoukat, Raikod Basavaraj Patil, Kinagi Satish, Biradar Sangram, Belli Basavaraj, Melkundi Shivanand, Singh Gajendra.Clinical Efficacy and Safety of Remdesivir among Hospitalised Adult Patients with RT PCR Confirmed COVID 19 Requiring ICU Care in Kalyana Karnataka.[J].The Journal of the Association of Physicians of India, 2021, 69 (8): 39-41.
- [5]万秀芳.持续性人文关怀护理在 ICU 患者护理中的应用[J].系统医学, 2021, 6 (19): 170-173.
- [6]赵连跃.持续性的人文关怀理念在 ICU 护理中的应用效果及对患者心理状态的影响研究[J].系统医学, 2021, 6 (16): 180-183+187.
- [7]姚娜.持续性人文关怀在 ICU 护理中的应用效果评价[J].继续医学教育, 2021, 35 (07): 115-116.
- [8]季伟.连续性血液净化治疗 ICU 重症脓毒症患者护理中渗透人文关怀理念的效果影响[J].中国医药指南, 2021, 19 (21): 98-99.
- [9]张雯雯.ICU 呼吸衰竭机械通气护理中人文关怀护理的价值[J].中国医药指南, 2021, 19 (18): 19-21.
- [10]陈笑寒, 孙萌娟, 李英英.ICU 护理人员人文关怀氛围与工作投入的关系探讨[J].临床护理杂志, 2021, 20 (03): 72-74.
- [11]李森, 谢碧占.人文关怀理念在 ICU 机械通气患者镇痛镇静的护理实践[J].中国当代医药, 2021, 28 (15): 269-273.
- [12]杨艳艳, 杨艳琴, 杨华, 徐晖, 辜斐, 海映梅, 李晓燕, 施尔瑾, 杨明莹.人文关怀在 ICU 气管切开患者护理中应用效果的 Meta 分析[J].当代护士 (上旬刊), 2021, 28 (04): 8-13.

弱视患儿采用心理护理模式的临床效果

华萍芬

浙江大学医学院附属第二医院眼科手术室 浙江杭州 310009

摘要:目的:弱视患儿采用心理护理模式的临床效果。方法:将本院2020年8月~2021年4月100例弱视患儿,以随机法分为研究组和对照组,每组例数50。两组基础护理模式基本相同,研究组采用心理护理模式。比较两组患儿护理前后对于护士护理依从性的执行评分(执行评分分值在0~100分,分值越高,提示患儿对于护士的护理依从性越好);两组家长对于护士的护理满意度(护理满意度评分分值在0~100分,分值越高提示家长对于护士的护理满意度越好,该评分表在患儿出院时统一进行打分);两组患儿护理前后焦虑和紧张量表评分(焦虑、紧张量表评分0~100分,分值越低,提示患儿焦虑、紧张越低);两组患儿护理前后的视力能力水平(视力能力水平分值0~100分,越高越好,提示患儿视力能力越好)。结果:护理前研究组患儿对于护士护理依从性的执行评分与对照组基本相同,差异无统计学意义($P>0.05$),护理后研究组患儿对于护士护理依从性的执行评分高于对照组,两组结果比较有差异($P<0.05$)。通过护理干预,研究组家长对于护士的护理满意度为 96.6 ± 4.26 分,对照组为 86.96 ± 3.17 分,结果比较有差异($P<0.05$)。护理干预前,研究组患儿护理焦虑和紧张评分分别为 63.65 ± 13.28 分、 60.24 ± 10.72 分,对照组患儿护理焦虑和紧张评分分别为 64.11 ± 15.82 分、 60.19 ± 10.54 分,研究组和对照组评分基本相仿,差异无统计学意义($P>0.05$),护理干预后,研究组患儿护理焦虑和紧张评分分别为 16.38 ± 3.25 分、 22.47 ± 4.25 分,对照组患儿护理焦虑和紧张评分分别为 31.25 ± 4.52 分、 29.72 ± 6.78 分,研究组低于对照组,两组结果比较有差异($P<0.05$)。护理干预前,研究组患儿视力能力水平为 62.45 ± 8.52 ,对照组患儿视力能力水平为 61.97 ± 9.05 分,研究组和对照组评分基本相仿,差异无统计学意义($P>0.05$),护理干预后,研究组患儿视力能力水平为 94.52 ± 4.25 ,对照组患儿视力能力水平为 84.36 ± 6.31 分,两组结果比较有差异($P<0.05$)。结论:心理护理模式用于弱视患儿中,有较好的临床价值,可以提高患儿护理依从性,减少对疾病的不良情绪,提高视力能力。

关键词:弱视;心理;护理;临床

弱视是儿童的常见疾病,发病率在3%左右。眼部无器质性损伤,矫正视力 ≤ 0.8 为弱视。弱视在发生后,多需加强对弱视患儿的训练,学龄前患儿表现认知能力较差,视力异常难以及时反馈给父母,从而错过最佳治疗阶段。治疗过程中会产生各种心理反应。在目前的临床治疗中,常规护理已不能满足临床的需要^[1-3]。对此,应采取相应的心理护理对策。本研究通过收集我院弱视患儿,并给与心理护理,取得较好临床价值,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将本院2020年8月~2021年4月100例弱视患儿,以随机法分为两组。每组例数50。其中研究组年龄4~9岁,平均 6.82 ± 2.78 岁,男和女的人数分别为28例和22例。对照组年龄3~10岁,平均 6.78 ± 2.45 岁,男和女的人数分别为27例和23例。两组一般资料比较差异不显著, $P>0.05$ 。本研究经伦理委员会审核批准。患儿家长均知情同意。纳入标准:①符合弱视诊断标准;②知情同意本次研究。排除标准:①合并其他严重疾病干扰治疗结果观察的情况;②合并精神疾病等无法配合治疗的情况;③合并其他影响视力的眼病或者眼外伤等疾病。

1.2 方法 对照组给予常规护理。具体有佩戴眼镜,医嘱执行,家长沟通交流,定期随访等。研究组给与一下心理护理:①治疗前应对患儿及其家庭进行心理疏导和干预,帮助患儿了解弱视相关知识,提高患儿对疾病的认识,进而避免患儿产生抵触和恐惧情绪。②医护人员与患儿进行良好的交流互动,使患儿在学习过程中认识到治疗的重要性,使患儿积极乐观地面对临床治疗^[4-6]。③在与患儿的交流中,要运用患儿喜爱的表情,引导患儿运用身体语言抒发情绪,缓解他们对医院和医生的恐惧感,增强治疗信心。④组织弱视患儿参与各种形式的集体活动,增强患儿的认同感,缓解患儿对医院和医护人员的警觉和防范心理。⑤结合儿童的性格特点,在病房准备各种书籍,糖果,玩具等。对于表现突出的患儿,给予适当奖励,以提高治疗依从性^[7-8]。⑥多与家属沟通,说明弱视的原因、时间、治疗方法及需要,或邀请视力迅速改善的患儿家属进行交流和指导。重视对家属进行弱视知识的宣传教育,首先要让家属正确认识弱视,告诉他们

弱视训练缓慢,视力会逐渐提高,不要操之过急,要有耐心和毅力,认识到现在是儿童视力发育的关键时期,治疗效果不好,错过最佳治疗期,会造成终生遗憾。在治疗期间,保持房间安静,避免一切干扰,强调注意事项。为提高患儿治疗兴趣,应根据儿童性格特点,选择兴趣内容进行训练,注重训练与游戏相结合。⑦社会心理护理。许多患儿因为怕被同学取笑在幼儿园或学校常常不遮眼甚至不戴眼镜,加之患儿年龄过小,不懂得坚持治疗的重要性,护理人员应告知家长遮盖视力的目的、弱视的危害、类型及预后,同时寻求家庭和社会的支持^[9-10]。将心理知识传授给患儿、家庭和教师,开展相关知识教育,让医生和护士、患儿、父母和教师相互交流,教育学生不要因遮盖或戴眼镜而嘲讽学生。

1.3 观察指标 比较两组患儿护理前后对于护士护理依从性的执行评分(执行评分分值在0~100分,分值越高,提示患儿对于护士的护理依从性越好);两组家长对于护士的护理满意度(护理满意度评分分值在0~100分,分值越高提示家长对于护士的护理满意度越好,该评分表在患儿出院时统一进行打分);两组患儿护理前后焦虑和紧张量表评分(焦虑、紧张量表评分0~100分,分值越低,提示患儿焦虑、紧张越低);两组患儿护理前后的视力能力水平(视力能力水平分值0~100分,越高越好,提示患儿视力能力越好)。

1.4 统计学方法采用SPSS 23.0统计软件处理数据,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用t检验;计数资料用例(%)表示,采用 χ^2 检验。若 $P<0.05$ 差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿护理前后对于护士护理依从性的执行评分 护理前研究组患儿对于护士护理依从性的执行评分与对照组基本相同,差异无统计学意义($P>0.05$),护理后研究组患儿对于护士护理依从性的执行评分高于对照组,两组结果比较有差异($P<0.05$),见表1。

表2 两组患者护理前后对于手术的焦虑感($\bar{x}\pm s$)

组别	护理前患儿对护士护理	护理后患儿对护士护

	依从性的执行评分(分)	理依从性的执行评分(分)
研究组 (n=100)	65.38±7.18	96.53±4.52
对照组 (n=100)	66.05±6.82	85.43±3.45
t	0.478	7.582
P	>0.05	<0.05

2.2 两组家长对于护士的护理满意度 通过护理干预,研究组家长对于护士的护理满意度为 96.6±4.26 分,对照组为 86.96±3.17 分,结果比较有差异 (P<0.05),见表 2。

表 2 两组家长对于护士的护理满意度 ($\bar{x} \pm s$)

组别	护理满意度(分)
研究组 (n=100)	96.6±4.26
对照组 (n=100)	86.96±3.17
t	7.482
P	<0.05

2.3 两组患儿护理前后焦虑和紧张量表评分 护理干预前,研究组患儿护理焦虑和紧张评分分别为 63.65±13.28 分、60.24±10.72 分,对照组患儿护理焦虑和紧张评分分别为 64.11±15.82 分、60.19±10.54 分,研究组和对照组评分基本相仿,差异无统计学意义 (P>0.05),护理干预后,研究组患儿护理焦虑和紧张评分分别为 16.38±3.25 分、22.47±4.25 分,对照组患儿护理焦虑和紧张评分分别为 31.25±4.52 分、29.72±6.78 分,研究组低于对照组,两组结果比较有差异 (P<0.05),见表 3。

表 3 两组患儿护理前后焦虑和紧张量表评分

组别	焦虑评分(分)		紧张评分(分)	
	护理前	护理后	护理前	护理后
研究组	63.65±13.28	16.38±3.25	60.24±10.72	22.47±4.25
对照组	64.11±15.82	31.25±4.52	60.19±10.54	29.72±6.78
t 值	0.452	6.258	0.145	5.782
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 两组患儿护理前后的视力能力水平 护理干预前,研究组患儿视力能力水平为 62.45±8.52,对照组患儿视力能力水平为 61.97±9.05 分,研究组和对照组评分基本相仿,差异无统计学意义 (P>0.05),护理干预后,研究组患儿视力能力水平为 94.52±4.25,对照组患儿视力能力水平为 84.36±6.31 分,两组结果比较有差异 (P<0.05),见表 4。

表 3 4 两组患儿护理前后的视力能力水平

组别	视力能力水平(分)	
	护理前	护理后
研究组	62.45±8.52	94.52±4.25
对照组	61.97±9.05	84.36±6.31
t 值	0.175	7.825
P	>0.05	<0.05

3 讨论

本文通过研究发现护理前研究组患儿对于护士护理依从性的执行评分与对照组基本相同,差异无统计学意义 (P>0.05),护理后研究组患儿对于护士护理依从性的执行评分高于对照组,两组结果比较有差异 (P<0.05)。通过护理干预,研究组家长对于护士的护理满意度为 96.6±4.26 分,对照组为 86.96±3.17 分,结果比较有差异 (P<0.05)。护理干预前,研究组患儿护理焦虑和紧张评分分别为 63.65±13.28 分、60.24±10.72 分,

对照组患儿护理焦虑和紧张评分分别为 64.11±15.82 分、60.19±10.54 分,研究组和对照组评分基本相仿,差异无统计学意义 (P>0.05),护理干预后,研究组患儿护理焦虑和紧张评分分别为 16.38±3.25 分、22.47±4.25 分,对照组患儿护理焦虑和紧张评分分别为 31.25±4.52 分、29.72±6.78 分,研究组低于对照组,两组结果比较有差异 (P<0.05)。护理干预前,研究组患儿视力能力水平为 62.45±8.52,对照组患儿视力能力水平为 61.97±9.05 分,研究组和对照组评分基本相仿,差异无统计学意义 (P>0.05),护理干预后,研究组患儿视力能力水平为 94.52±4.25,对照组患儿视力能力水平为 84.36±6.31 分,两组结果比较有差异 (P<0.05)。上述研究提示心理护理有较好的临床价值。研究^[2-5]认为心理护理通过人际交流,在护理过程中影响和改变病人的心理和行为,从而促进其疾病康复或健康发展。还有研究认为心理支持疗法是心理治疗的基本模式。对患儿进行心理护理措施,使医护人员与弱视患儿形成良好的沟通,利用患儿喜欢与其交流的表情,分散其治疗注意力,消除其紧张、恐惧心理,帮助患儿以积极乐观的心态面对治疗,提高患儿接受临床治疗的依从性^[11-15]依从性,减少对疾病的不良情绪,提高视力能力。

参考文献:

- [1]李奉玉,周月惠,林燕,等.行动导向教学法在弱视患儿家长健康教育中的应用[J].海峡预防医学杂志,2020,26(6):91-92.
- [2]周玉.心理护理对小儿弱视治疗的效果和临床应用观察[J].临床研究,2020,28(12):176-178.
- [3]王一青.弱视儿童在治疗期间接受规范化护理健康教育的临床效果[J].中外医疗,2020,39(20):131-133.
- [4]李维欣,孙晓敏,李泉慧.基于 HAPA 的综合护理干预在弱视患儿中的应用[J].齐鲁护理杂志,2020,26(15):21-24.
- [5]周秀春,胡长娥.强化护理干预对改善先天性白内障患儿术后弱视训练依从性的效果观察[J].首都食品与医药,2020,27(9):154.
- [6]黎芹冰,李婷,严凤颜.以家庭为中心的延续护理在儿童弱视保守治疗中的应用[J].中国医药科学,2020,10(6):156-159.
- [7]刘莎.小儿弱视治疗中护理干预的应用效果研究[J].首都食品与医药,2020,27(4):158-159.
- [8]黄进花.强化护理干预在提高弱视患儿训练依从性中的作用[J].中国医药科学,2019,9(23):181-183.
- [9]晁媛媛,苟琦,王侠.视知觉感知训练配合护理干预对 3~6 岁近视性弱视儿童视力和屈光度的影响[J].实用临床医药杂志,2019,23(21):111-114.
- [10]黄方,黄永珍,郝盼盼.低年级学龄儿童弱视治疗的干预性护理实施效果[J].中国校医,2018,32(8):640-641.
- [11]王真真,胡杨佳,杜冰.强化护理干预改善儿童弱视训练依从性的效果观察[J].当代医学,2018,24(24):22-24.
- [12]古力孜尔·阿布力孜,刘艳梅.强化护理干预改善儿童弱视训练依从性的效果观察[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(44):85+88.
- [13]钟凤元,罗晓红,陈华香,等.视知觉学习对近视性弱视患儿屈光度增长的影响及护理对策[J].当代护士(下旬刊),2019,26(2):123-125.
- [14]张立群.延续性护理干预在先天性白内障患儿弱视治疗中的应用[J].包头医学,2018,42(4):45-47.
- [15]梁雪英,陈艳花,梁彩红,等.护理干预在弱视治疗中的作用[J].黑龙江医药,2018,31(5):1180-1182.

优质护理服务在糖尿病护理中的应用

李娟

民航西安医院 陕西西安 710000

摘要:目的:探讨优质护理服务在糖尿病护理中的应用。方法:选择我院2021年1月-2021年6月收治的糖尿病患者80例,使用随机投掷分为实验组和对照组,各组40例,对照组采用常规护理进行干预,实验组采用优质护理进行干预,对比护理前后两组血糖水平,自我照顾行为,心理情绪,和护理两组患者依从性以及优质护理评价。结果:护理后两组血糖指标均下降,且实验组低于对照组;两组自我照顾行为均升高,且实验组高于对照组;两组患者SAS、SDS评分均下降,且实验组低于对照组,差异明显($P<0.05$);实验组依从性和护理评价均高于对照组,差异明显($P<0.05$)。结论:优质护理服务在糖尿病护理中能够改善血糖水平,提升患者自我照顾行为,缓解患者不良心理情绪,提高患者依从性以及护理评价,值得推广。

关键词:优质护理;糖尿病;血糖指标;优质护理评价

糖尿病是由胰岛素分泌不足或缺陷导致的高血糖为特征的代谢系统疾病,其病因因子多样,包括遗传因素、微生物感染、免疫功能紊乱、精神因素等,造成人体胰岛功能减退,从而引发糖、脂肪、蛋白质以及水和电解质代谢紊乱综合征^[1]。糖尿病是由于身体健康状况下降,产生胰岛素抵抗,随着时间发展分泌胰岛素的细胞也随之减少,从而导致血糖升高^[2]。近年来研究发现,科学有效的护理干预能够提升患者治疗效果^[3]。优质护理服务基于“以人为本”的护理理念,做到“贴近患者、贴近社会”,使得护理工作效率明显提升,能够缓解患者负性情绪,提高护理效果^[4]。此次实验,研究优质护理在糖尿病护理中的应用,结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院2021年1月-2021年6月收治入院的糖尿病患者80例,使用随机投掷法将其分为两组,各组40例,其中实验组男19例,女21例,年龄46-76岁,平均(61.32±3.59)岁。对照组男22例,女18例,年龄46-77岁平均(61.34±3.62)岁。两组患者性别、年龄均无明显差异($P>0.05$),可以比较。

纳入标准:①依据《糖尿病周围神经病变中医临床诊疗指南(2016年版)》^[5]中相关标准,血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$,餐后2h血糖水平 $\geq 11.1\text{mmol/L}$,符合糖尿病诊断标准;②年龄小于80岁。

排除标准:①妊娠期、哺乳期妇女;②伴随其他器质性病变;③伴随心、脑、肝、肾功能异常;④伴随抑郁症等精神疾病;⑤实验组中途无法继续参与实验。

1.2 方法

对照组进行常规护理干预,要求入院健康宣教、用药指导、监测血糖水平、饮食指导以及生活习惯的指导。

实验组采用优质护理进行干预,要求:(1)患者入院时,护理工作人应对患者进行文化背景、生活习惯等各方面进行调查,充分了解患者一般资料,针对患者相关资料制定健康教育路径。根据健康教育路径制作糖尿病健康手册,并于患者入院后第2d进行发放,并且向患者及家属讲解疾病相关知识,对患者的疑惑给予专业回答。讲解内容主要包括糖尿病病理机制,疾病症状以及治疗和护理措施等。因为老年人记忆力和认知能力较低,护理人员应使简单易懂的话语耐心的向患者进行教育,注意循序渐进,由浅入深,使患者真正理解。进行用药指导,监督患者使用降糖药,按时按量使用,禁止过量使用,向患者讲解低血糖发生原因,以及如何采取应对措施。指导患者在一定范围内进行运动训练,给予营养支持,依据患者升高体重以及疾病症状和活动强度,制定合理的饮食计划,饮食宜清淡,禁食辛辣刺激以及肥甘味厚的食物。正确示范血糖仪以及胰岛素注射方法,并进行考核,使其正确掌握。(2)对患者进行个体化优质护理。结合患者的差异性,提供全面、全程、高质量的护理服务,做到基础护理结合

专科护理。给予患者降糖药物时进行相关知识教育,在提供营养支持的同时对患者营养指标进行监控,在进行基础护理的同时对患者的皮肤、肢体功能、精神状态以及血液循环状态进行观察,能够有效预防相关并发症的发生。(3)加强心理护理。首先护理人员应该仪表端庄、语言温和、态度和蔼动作沉稳、专业。尊重患者隐私,对不同职业、身份的患者一视同仁,平等相待,对发现的问题和各种心理矛盾,给予高度重视,不得歧视,善始善终的解决问题。认真观察并掌握患者真正内心想法,给予患者日常生活上的帮助。注意维护患者住院环境,营造一个温馨、舒适的住院环境,良好的住院环境能够患者更好地放松身心,更有利于心理治疗效果。认真聆听患者的意见建议,酌情采纳,并给予相关的解答和建议,建立良好的护患关系。结合视频、文献和亲切的语言为患者普及糖尿病相关知识,帮助患者树立信心对抗疾病。开展糖尿病知识讲座,结合过往治疗糖尿病患者的成功案例,讲解如何消除自卑,树立信心面对困难和挫折,讲究卫生养成良好生活习惯,保持好情绪。组建亲友会,邀请患者及家属积极参与讨论,排除患者内心孤独感,发挥小组支持性心理治疗。

(4)对患者治疗及护理效果进行评价。护士长及护理部主任按照制定的健康教育路径进行评价,对患者用药、饮食等方面的依从性进行评估。责任护士应做好血糖的检测,要求对患者空腹血糖、餐后2h血糖以及糖化血红蛋白等血糖指标及时进行记录。

1.3 观察指标

(1)对治疗前后两组的餐后2h血糖(2hPBG)、空腹血糖(FBG)、糖化血红蛋白(HbA1c)进行检测,然后对比两组血糖指标。(2)使用自我护理能力量表对两组患者护理前后自我照顾行为进行评价。该量表包含自护责任感、自我护理技能等4个维度,得分越高自我照顾行为越好。(3)心理情绪采用Zung的抑郁自评量表(SDS)和焦虑自评量表(SAS)对两组患者进行评价,SAS、SDS均有20个条目,其分数越高表明抑郁、焦虑情况越严重。(4)采用Morisky服药依从性量表对两组患者依从性进行评价,该量表包含8个维度,总分8分,5分一下为依从性差,5-6分为依从性良,6分以上为优。(5)采用我院自制的护理质量评价调查表,对护理过程中护士的操作专业、责任心强、态度良好、教育到位、护理及时、主动关怀6方面进行评价。

1.4 统计学方法

应用SPSS22.0进行计算分析, ($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,t检验;n(%)表示计数资料, χ^2 检验; $P<0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 血糖指标

治疗后两组血糖指标均下降,且实验组低于对照组,差异明显($P<0.05$),见表1。

表1 两组血糖指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	2hPBG (mmol/L)		FBG (mmol/L)		HbA1c (%)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组(n=40)	13.21±2.12	8.68±1.27*	12.86±2.21	7.91±1.27*	10.36±1.74	7.31±1.27*
对照组(n=40)	13.33±2.11	10.63±1.07*	12.79±2.48	8.96±1.21*	10.38±1.81	8.64±1.32*
t	0.254	7.426	0.133	3.786	0.050	4.592
P	0.800	<0.001	0.894	<0.001	0.960	<0.001

注: *表示与同组治疗前对比, $P<0.05$ 。

2.2 自我照顾行为评分

护理后两组自我照顾行为均升高,且实验组高于对照组,差异明显($P<0.05$),见表2。

表2 两组自我照顾行为对比($\bar{x}\pm s$,分)

组别	自我责任感		自我护理技能	
	护理前	护理后	护理前	护理后
实验组	15.68±5.47	27.48±4.98*	20.41±4.96	30.08±5.98*

续表2

自我概念		健康知识水平		自我照顾行为总分	
护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
20.48±4.38	27.69±4.03*	40.68±5.21	49.91±5.97*	95.12±5.47	136.48±12.94*
20.51±4.27	24.41±3.41*	40.44±5.10	45.21±4.99*	96.01±4.61	115.57±10.31*
0.031	3.930	0.208	3.820	0.787	7.993
0.975	<0.001	0.836	<0.001	0.434	<0.001

注:*表示与同组治疗前对比, $P<0.05$ 。

2.3 SAS、SDS 评分

护理干预后两组患者 SAS、SDS 评分均下降,且实验组低于对照组,差异明显($P<0.05$),见表1。

表1 两组 SAS、SDS 评分对比($\bar{x}\pm s$,分)

组别	SAS		SDS	
	护理前	护理后	护理前	护理后
实验组 (n=40)	48.79±8.48	31.74±5.18*	60.42±10.21	52.84±9.32*
对照组 (n=40)	48.86±8.53	39.17±5.63*	60.34±10.14	58.24±9.69*
t	0.037	6.142	0.035	2.540
P	0.971	<0.001	0.972	0.013

注:*表示与同组护理前对比, $P<0.05$ 。

表5 两组护理评价[n(%)]

组别	操作专业	责任心强	态度良好	教育到位	护理及时	主动关怀
实验组 (n=40)	40 (100.00)	40 (100.00)	40 (100.00)	39 (97.50)	39 (97.5)	38 (95.00)
对照组 (n=40)	36 (90.00)	35 (87.50)	36 (90.00)	34 (85.00)	34 (85.00)	32 (80.00)
χ^2	4.210	5.333	4.210	3.913	3.913	4.114
P	0.040	0.021	0.040	0.048	0.048	0.043

3. 讨论

糖尿病具有 B 细胞分泌缺陷以及外周组织对胰岛素抵抗的病理生理特点,其胰岛素抵抗伴随糖尿病,使得胰岛 B 细胞功能衰退。糖尿病会引起大血管以及微血管等的并发症,其病程与血糖有关,可能发生糖尿病心肌梗死、脑梗死以及视网膜膜等病变,对患者日常生活造成不良影响,甚至威胁其生命安全^[6]。控制血糖和预防并发症是临床主要的治疗手段,当 FBG 升高达到 11mmol/L 时会产生高血糖毒性,胰岛素分泌会受到抑制^[7]。糖尿病患者由于病程较长,需要长期口服或注射药物,会对患者心理情绪造成不良影响,从而影响治疗效果^[8]。而科学护理干预能够帮助患者排除不良心理情绪,增加患者信心,并结合疾病特征,给予针对性护理措施,有效提升护理效果。优质护理是时代发展的必然产物,其是以“患者为中心,使患者受益”为核心的护理理念,能够提高护理效果,改善患者不良心理情绪,促进疾病转归。

此次实验显示,护理后两组血糖指标均下降,且实验组低于对照组;两组自我照顾行为均升高,且实验组高于对照组,差异明显($P<0.05$)。优质护理通过每日对患者进行治疗性护理,还对患者进行具有针对性的健康教育,提升患者认知水平,对血糖、血脂指标进行严格监控,一旦出现异常及时给予应对措施,给予科学的营养支持,针对糖尿病病理特点进行饮食指导,从而明显改善血糖指标,提升患者自我照顾行为。护理后两组患者 SAS、SDS 评分均下降,且实验组低于对照组,差异明显($P<0.05$)。优质护理通过加强心理护理,掌握患者内心需求,最大程度给予患者帮助,尊重患者隐私以及人格,使患者感到被尊重,通过组织亲友会排除患者孤独感,以及鼓励患者,帮助患者树立信心,从而有效缓解患者不良心理情绪。实验组依从性和护理评价均高于对照组,差异明显,差异明显($P<0.05$)。优质护理通过良好的健康教育,使患者清楚了解正确使用降糖药物

(n=40)				
对照组	15.71±5.29	24.61±4.24*	20.39±4.89	25.41±5.03*
(n=40)				
t	0.025	2.775	0.018	3.780
P	0.980	0.007	0.986	<0.001

2.4 依从性

实验组依从性高于对照组,差异明显($P<0.05$),见表4。

表4 两组依从性对比[n(%)]

组别	优	良	差	依从率
实验组 (n=40)	16 (40.00)	23 (57.50)	1 (2.50)	39 (97.5)
对照组 (n=40)	14 (35.00)	20 (50.00)	6 (15.00)	34 (85.00)
χ^2				3.914
P				0.048

2.5 护理评价

实验组护理评价均高于对照组,差异明显($P<0.05$),见表5。

的重要性,对患者用药情况进行监督,积极主动与患者沟通交流,帮助患者养成良好的生活习惯,从而有效提升患者依从性和优质护理质量。

综上所述,优质护理服务在糖尿病护理中能够改善患者血糖指标,提升自我照顾行为,缓解患者负性情绪,提升患者依从性以及提高护理评价,值得临床推广,并持续推进优质护理服务。

参考文献:

- [1]许琳.糖尿病的形成机理(病因)及其临床诊断标准[J].基因组学与应用生物学,2021,40(3):1426-1429.
- [2]高蕾莉,纪立农.糖尿病患者二甲双胍治疗和维生素 B12 水平的研究进展[J].中华糖尿病杂志,2022,14(6):527-532.
- [3]刘丽,曾明梅,马丹丹.优质护理在糖尿病合并心力衰竭患者护理中的应用分析[J].贵州医药,2019,43(6):1005-1006.
- [4]梁添英,邓肖云.优质心理护理结合人性化护理理念对糖尿病患者血糖指标和护理依从性的改善价值[J].中国社区医师,2021,37(3):163-164.
- [5]中华医学会糖尿病学分会,国家基层糖尿病防治管理办公室.国家基层糖尿病防治管理指南(2018)[J].中华内科杂志,2018,57(12):885-893.
- [6]赵博,张意,王森,等.中医药治疗 2 型糖尿病胰岛素抵抗研究进展[J].现代中西医结合杂志,2021,30(19):2162-2166.
- [7]赵丽莉,赵娜,高利利.自我超越理论护理模式对糖尿病患者希望水平和心理痛苦程度的影响研究[J].护士进修杂志,2019,34(20):1904-1908.
- [8]聂晓燕.中西医结合护理在 2 型糖尿病合并甲状腺功能亢进患者中的应用效果[J].西部中医药,2019,32(4):120-122.

心理护理在急性闭角型青光眼护理的应用及护理满意度分析

李娜¹ 陈颖² 通讯作者

西安航天总医院 1.门诊部 2.眼科 陕西西安 710100

摘要：目的：分析予以急性闭角型青光眼患者心理护理的临床价值。方法：选取我院2019年1月-2021年12月间收治的128例急性闭角型青光眼患者为研究对象，依据随机数字表法将128例患者按照1/1的比例划分为两组，对照组实施常规护理，观察组实施心理护理；对比护理差异下两组心理状态、疼痛程度、住院时间、生活质量、护理满意度。结果：对比心理状态(SAS、SDS)评分，护理前未见统计差异($P>0.05$)；护理后，观察组低于对照组($P<0.05$)。对比疼痛程度(VAS)评分，护理前无差异($P>0.05$)；护理后，观察组低于对照组($P<0.05$)。对比住院时间，观察组短于对照组($P<0.05$)。对比生活质量(SF-36)评分，护理前无差异($P>0.05$)；护理后，观察组高于对照组($P<0.05$)。对比护理满意度，观察组高于对照组($P<0.05$)。结论：予以急性闭角型青光眼患者心理护理能够有助于减轻患者负性心理，减轻其疼痛感，改善患者生活质量，缩短其住院时间，获得患者认可，可行推广。

关键词：心理护理；急性闭角型青光眼；护理满意度；心理状态；生活质量；住院时间

青光眼为我国常见眼科疾病，具有较高的发病率与致盲率；结合相关临床医学数据统计，40岁以上的中老年人罹患青光眼的几率在2.3%左右^[1]。结合眼压升高时前房角变化情况可将青光眼分为闭角型青光眼、开角型青光眼两类。这之中，急性闭角型青光眼多发于老年群体，患者病发后眼部有明显剧痛出现，且视力也会迅速下降，部分患者伴有呕吐、偏头疼等症状。作为临床常见眼科急性疾病，急性闭角型青光眼的发生机制较为复杂，除了房角状态、眼前节解剖结构改变外，长期在暗环境用眼、温度剧变、近距离阅读、情绪波动得动因素也可能诱发或加重急性闭角型青光眼病情^[2]。在急性闭角型青光眼发生后，除了对患者机体健康存在严重影响，同时在视力降低的影响下，还会导致患者出现一定的焦虑、抑郁情绪，进而在负性心理作用下影响患者康复效果。因而针对急性闭角型青光眼患者除了开展针对性治疗外，还需充分重视患者心理状态，配合优质的护理干预，帮助患者更好地认知疾病，配合治疗，改善预后。对此，本次研究主要以我院128例急性闭角型青光眼患者为例，分析予以心理护理干预的临床价值。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院2019年1月-2021年12月间收治的128例急性闭角型青光眼患者为研究对象，依据随机数字表法将128例患者按照1/1的比例划分为两组，各64例。对照组男女比30/34；年龄45-71岁，平均(62.45±5.23)岁；眼压37~48 mmHg(1 mmHg对应133.3Pa)，平均(44.12±2.15) mmHg。观察组男女比28/36；年龄48-75岁，平均(62.77±5.12)岁；眼压38~48 mmHg，平均(44.20±2.21) mmHg。对比两组患者基础信息数据未见统计差异($P>0.05$)，可行比较分析。本次研究内容不违背医学伦理，具有可行性。

纳入标准：①符合《实用眼科学：眼科学》^[3]中关于原发性急性闭角型青光眼的诊断标准，且经临床明确诊断，因房角关闭导致眼压急剧升高；②双侧发病；③患者及家属对研究知情，签署同意书。

排除标准：①既往有眼部手术史；②病历资料不全；③严重脏器功能障碍；④伴有认知功能障碍或精神系统疾病。

1.2 方法

对照组予以常规护理：(1)患者入院后引导其接受常规检查，包含心率、血压、脉搏、呼吸等；(2)指导患者常规用药、饮食，了解患者病发诱因，耐心为其讲解急性闭角型青光眼病发诱因、治疗方案，指导患者正确用药，并讲解手术治疗目的、作用等，鼓励患者积极配合治疗，保障疗效。

观察组基于对照组实施心理护理：(1)强化思想辅导：导致急性闭角型青光眼发生的因素较多，且不同患者自身社会背景、文化程度等实际情况也存在一定差异，故患者自身对急性闭角型青光眼的疾病认知也存在一定差异。因而护理人员需结合患者实际情况，及时、准确地对患者实际特点进行掌握，在患者入院治疗期间，需要结合患者实际特点予以针对性心理辅导，强化宣教，耐心讲解疾病诱发因素、治疗要点、注意事项、预后恢复等内容，提升患者对自身病情的了解，鼓励其积极配合临床治疗及护

理。同时，在患者入院治疗阶段，医护人员还需及时了解患者心理状态，帮助其消除负性情绪，积极面对疾病与治疗。(2)协助并鼓励患者建立良好心态：全面评估患者心理状态，并重点告知患者负性心理可能对其疾病治疗造成的不利影响，指导患者正确的情绪控制、调整方法，以便患者及时调整心态、控制情绪。指导患者在治疗期间保持轻松愉悦的心理，提升疾病治疗效果。(3)对于以患者关心与照顾：患者治疗期间护理人员需主动予以关心、询问，尽可能理解患者负性情绪，了解其需求，并主动为患者排忧解难。在患者处于比较郁闷的情绪下，可为其列举一些既往治愈病例，帮助患者建立治愈信心与希望。同时，护理人员也需主动与患者家属沟通，鼓励其经常探望、陪伴患者，让患者能够感受到家庭的关爱，积极主动地配合治疗。(4)建立良好护患关系：结合急性闭角型青光眼患者特征与其建立良好的信任关系。在患者治疗期间，始终保持尊重患者的良好态度，耐心倾听患者的需求与意见，以专业的知识解答患者的疑问，保持强烈的责任心，全心全意为患者服务，提升患者对医护人员得到亲切感与安全感。

1.3 观察指标

对比两组心理状态、疼痛程度、住院时间、生活质量、护理满意度。

心理状态：分别在护理前后以Zung编制的焦虑、抑郁自评量表(SAS/SDS)为评价标准，评估患者心理状态。两量表分别包含20个条目，对应评分0-4分，总计分0-80分，转化为百分制，SAS量表以50分为分界值，>50分为存在焦虑心理；SDS以53分为分界值，>53分为存在抑郁心理。

疼痛程度：分别在护理前后应用视觉模拟评分法(VAS)评估，总评分0-10分，以0分对应无疼痛，以10分对应剧烈疼痛，评分越高则疼痛越剧烈。

生活质量：分别在护理前后采用简明生活质量评估量表(SF-36)进行评估，评估内容包含八方面——生理机能(PF)、生理职能(RP)、躯体疼痛(BP)、一般健康状况(GH)、精力(VT)、社会功能(SF)、情感职能(RE)及精神健康(MH)；各项评分均为百分制，评分越高生活质量越好。

护理满意度：以科室自制患者满意度问卷评价，问卷内容涉及护理技能、护理态度、护理效果等方面，卷面分100分，分值区间<60、60-80、>80分别对应不满意、较满意、满意，总满意度=满意度+较满意度。

1.4 统计学方法

SPSS 25.0 软件。计量数据表述为($\pm s$)形式，计数数据表述为%形式；分别以t、 χ^2 检验； $P<0.05$ 时数据差异存在统计意义。

2. 结果

2.1 心理状态

SAS、SDS 评分对比，护理前无差异($P>0.05$)；护理后，观察组低于对照组，差异显著($P<0.05$)。见表1：

表1 心理状态评分对比($\pm s$, 分)

组别	例数	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后

对照组	64	60.41±7.02	52.26±5.74	61.06±6.42	55.71±7.75
观察组	64	60.81±7.03	45.23±6.15	61.33±6.14	43.85±6.44
<i>t</i>		0.322	6.685	0.243	9.416
<i>P</i>		0.748	<0.001	0.808	<0.001

2.2 疼痛程度、住院时间

VAS 评分对比, 护理前无差异 ($P>0.05$); 护理后, 观察组低于对照组, 差异显著 ($P<0.05$)。住院时间对比, 观察组短于对照组, 差异显著 ($P<0.05$)。见表 2:

表 2 疼痛程度、住院时间对比 ($\pm s$)

组别	例数	VAS (分)		住院时间
		护理前	护理后	
对照组	64	4.71±1.56	4.02±0.95	8.12±1.31
观察组	64	7.68±1.48	3.24±0.92	6.40±1.23
<i>t</i>		11.049	4.718	7.657
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001

2.3 生活质量

SF-36 评分比较, 护理前无差异 ($P>0.05$); 护理后, 观察组高于对照组, 差异显著 ($P<0.05$)。见表 3:

表 3 SF-36 评分对比 ($\pm s$, 分)

指标	例数	对照组 (n=64)	观察组 (n=64)	t	P
生理机能	护理前	68.25±5.31	67.91±5.35	0.361	0.719
	护理后	73.14±5.81	80.62±6.41	6.917	<0.001
生理职能	护理前	67.15±8.60	67.04±8.24	0.074	0.941
	护理后	75.51±9.10	81.33±8.25	3.791	<0.001
躯体疼痛	护理前	66.54±4.85	66.24±5.02	0.344	0.732
	护理后	75.85±4.82	84.42±4.50	10.397	<0.001
一般健康状况	护理前	67.51±6.37	67.74±6.14	0.208	0.836
	护理后	75.52±5.11	82.22±5.30	7.280	<0.001
精力	护理前	67.94±6.85	67.13±7.85	0.622	0.535
	护理后	75.64±5.71	80.13±5.25	4.631	<0.001
社会功能	护理前	68.54±6.41	68.59±6.77	0.043	0.966
	护理后	73.41±6.33	79.54±4.26	6.427	<0.001
情感职能	护理前	67.55±4.37	67.77±4.79	0.271	0.786
	护理后	74.13±4.52	80.46±5.37	7.215	<0.001
精神健康	护理前	68.12±4.72	68.77±4.85	0.768	0.444
	护理后	74.64±5.79	81.75±6.42	6.579	<0.001

2.4 护理满意度

护理满意度比较, 观察组高于对照组, 差异显著 ($P<0.05$)。见表 4:

表 4 护理满意度对比 (%)

组别	例数	满意	较满意	不满意	总计
对照组	64	23 (35.94)	31 (48.44)	10 (15.62)	54 (84.38)
观察组	64	26 (40.63)	36 (56.25)	2 (3.12)	62 (96.88)
χ^2					5.885
<i>P</i>					0.015

3. 讨论

青光眼是以视乳头萎缩及凹陷、视力降低、视野缺损等为主要特征的一组眼部疾病, 具有较高的发病率与致盲率^[4]。结合病发后患者眼压升高时前房角状态, 可将青光眼分别闭角型、开角型青光眼两大类。其中急性闭角型青光眼属于高发眼科疾病之一, 其主要是由于前房角突然关闭导致眼压急剧升高所致; 现阶段临床针对该病症的具体发病机制尚未完全阐明, 患者病发后多伴有显著的视力降低、眼痛等症状, 同时还易引发恶心呕吐、同侧偏头痛等表现, 若病发后未能得到及时救治, 对患者生活可能造成较大影响, 如造成短期失明等^[5]。因而在急性闭角型青光眼病发后, 需及时结合患者实际病情与身心状态采取相应的医护干预。

急性闭角型青光眼具有发病迅速、致盲率高等特点, 再加上眼睛是人类信息获取的重要途径, 因而一旦视力受损, 会严重增加患者身心负担, 故急性闭角型青光眼病发后患者往往存在一定程度的焦虑、抑郁心理^[6]。因而针对急性闭角型青光眼患者除了采取针对性治疗方案外, 还需紧密结合患者身心需求与心理状态采取相应的护理干预。传统护理工作中, 针对急性闭角型青光眼患者的护理多为常规护理模式, 这一护理方案以疾病为中心, 能够结合患者病情变化采取相应的护理干预, 但护理方案单一, 缺乏对患者心理状态的关注, 因而整体护理效果存在不足。心理护理则是近几年临床应用较为广泛的护理模式之一, 其能够在传统护理方案基础上加强心理护理环节, 重视对患者得到心理疏导与鼓励, 能够帮助患者缓解紧张、焦虑的情绪, 注重护患沟通, 有助于良好护患关系的建立, 帮助患者建立积极的治疗心态。结合本次研究可见, 在采取心理护理干预下, 观察组患者焦虑、抑郁心理评分较对照组 (常规护理) 得到了明显减轻, 同时, 观察组患者疼痛程度较对照组也更轻微, 且患者生活质量明显高于对照组 ($P<0.05$)。提示通过心理护理的实施能够帮助患者舒缓情绪, 使其正确认知疾病, 并积极配合治疗, 从而减轻疼痛感, 改善生活品质。此外, 本次研究还显示, 观察组患者住院时间较对照组有明显缩短, 且观察组患者满意度明显高于对照组 ($P<0.05$), 提示心理护理的实施能够获得患者认可, 并促使患者更好地配合治疗, 缩短治疗时间, 改善预后。分析可见, 在心理护理实施下, 能够紧密结合患者实际病情与身心状态、需求制定相应的护理方案, 通过及时了解患者心态变化采取加强思想辅导、强化良好心态建设、关心支持以及良好护患关系等措施, 帮助患者改善负性心理, 建立积极的治疗信心, 确保患者顺利接受治疗及护理, 保障疗效, 促进预后。

综上, 予以急性闭角型青光眼患者心理护理能够有助于减轻患者负性心理, 缓解其疼痛感, 改善患者生活品质, 加快其康复进程, 并获得患者认可, 值得推广实施。

参考文献:

- [1] 岑爱丽, 黄丽萍, 吴伟, 等. 互动达标理论在急性闭角型青光眼患者术后心理护理中的作用[J]. 中国中医眼科杂志, 2021, 31 (8): 603-607.
- [2] 阿拉坦其其格. 心理护理对急性闭角型青光眼患者的临床护理效果观察[J]. 中国农村卫生, 2020 (9): 72-7271.
- [3] 刘家琦, 李凤鸣. 实用眼科学: 眼科学[M]. 人民卫生出版社, 2010.
- [4] 祝齐兰. 浅谈心理护理对急性闭角型青光眼的临床价值[J]. 当代护士: 下旬刊, 2020, 27 (3): 82-83.
- [5] 苏颖丽. 急性闭角型青光眼的心理特征及护理临床效果观察[J]. 西藏医药, 2020, 41 (3): 100-101.
- [6] 王平, 赵书平, 田新. 心理护理在急性闭角型青光眼护理的应用效果观察[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50 (5): 389-390.

股骨颈骨折患者实施舒适护理的效果降低并发症发生率、提高护理满意度的效果分析

李盼想*

河北省保定市第一中心医院骨 2 科 河北保定 071000

摘要:目的: 择取股骨颈骨折患者, 对其使用舒适护理手段, 分析其效果及对并发症、护理满意度的具体影响。方法: 在 2020 年 5 月-2022 年 6 月期间本院接收的股骨颈骨折患者中, 择取共计 100 例加入本次实验中。利用随机形式, 遵行护理手段的区别, 将 50 例加入对照组中, 接受常规护理手段。将 50 例加入观察组中, 接受舒适护理手段。评价两组的负面情绪改善程度, 并发症发生率, 护理满意度统计情况, 舒适度调查结果, 康复效果相关指标具体差异。结果: 评价两组的负面情绪改善程度具体差异, 护理前比较微小 ($P>0.05$)。护理后, 观察组的 SAS、SDS 评分值都更低 ($P<0.05$)。评价两组的并发症发生率具体差异, 观察组的泌尿系感染、切口感染、压疮、便秘等并发症总发生率更低 ($P<0.05$)。评价两组的护理满意度统计情况具体差异, 观察组的护理总满意度更高 ($P<0.05$)。评价两组的舒适度调查结果具体差异, 观察组的总舒适度更高 ($P<0.05$)。评价两组的康复效果相关指标具体差异, 观察组的骨折愈合时间、住院总时间都更短 ($P<0.05$)。结论: 选择舒适护理模式, 运用于股骨颈骨折患者中, 护理效果极好。既能预防并发症的发生, 改善患者的心理情绪, 又能增强康复效果与护理满意度。

关键词: 股骨颈骨折; 舒适护理; 负面情绪; 并发症; 舒适度; 护理满意度

前言

股骨颈骨折在老年人群中的发病率较高, 病因常为骨质疏松、外力碰撞等等^[1-2]。目前通常使用手术治疗, 在进行治疗的过程中, 很容易因为各种因素产生不良事件, 从而影响患者康复。因此, 对股骨颈骨折患者应该实施相关护理措施。舒适护理是将患者的舒适度、满意度作为重点的护理方法。目前已有文献表示^[3-4], 将舒适护理实施于股骨颈骨折患者中, 能够起到提高护理满意度、降低并发症发生率的效果。为此, 本文将择取本院收治的股骨颈骨折患者, 将舒适护理手段应用其中, 评价其护理效果, 报道归纳如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

在 2020 年 5 月-2022 年 6 月期间本院接收的股骨颈骨折患者中, 择取共计 100 例加入本次实验中。利用随机形式, 遵行护理手段的区别, 将 50 例加入对照组中, 接受常规护理手段。将 50 例加入观察组中, 接受舒适护理手段。对照组中: 男性 26 例、女性 24 例。年龄 50-85 (70.35±3.35) 岁。根据骨折种类可分为, 经颈骨折 30 例、头下型骨折 15 例、基底型骨折 10 例。遵行骨折因素可分为, 坠落 15 例、车祸 20 例、意外跌落 15 例。综合合并疾病可分为, 冠心病 5 例、高血压 5 例、糖尿病 10 例。观察组中: 男性 25 例、女性 25 例。年龄 51-85 (70.80±3.49) 岁。根据骨折种类可分为, 经颈骨折 31 例、头下型骨折 14 例、基底型骨折 10 例。遵行骨折因素可分为, 坠落 16 例、车祸 19 例、意外跌落 15 例。综合合并疾病可分为, 冠心病 6 例、高血压 6 例、糖尿病 9 例。评价两组资料具体差异, 比较微小 ($P>0.05$)。纳入标准: ① 均经过影像学检查确诊为股骨颈骨折; ② 均知情同意本实验内容; ③ 年龄均为 50-85 岁。排除标准: ① 患有精神类疾病者; ② 患有凝血功能异常者; ③ 治疗依从性极差者; ④ 退出实验者。

1.2 方法

对照组接受常规护理手段: 详细内容为进行健康教育, 对患者的临床症状、生命体征的变化情况进行密切监测, 对于发生的异常情况进行及时、针对性的处理, 对于患者提出的疑问进行详细、耐心的回答。

观察组接受舒适护理手段: 详细内容为① 体位护理。股骨颈骨折患者大部分年龄都较大, 身体素质较差。而在治疗过程中需要长期卧床休息, 运动量会显著减少。患者容易出现压疮、水肿等不良现象, 影响日常生活与治疗效果。因此, 护理人员需要综合每位患者个人情况的不同, 进行针对性的体位护理, 调节好其体位的正确性。也可以通过按摩肢体、指导家属进行按摩等多种方式来加速患者的血液循环, 减少不良现象的产生。② 病房护理。股骨颈骨折患者在治疗过程中, 会有很多时间待在病房进行休息, 因此, 护理人员需要进行病房护理, 保持病房的安静、干净、整洁, 为患者提供一个舒适度较高的治疗环境。护理人员可以结合患者的具体病情, 综合其个人爱好, 摆放一些鲜花、照片, 播放一些舒缓类的音乐, 尽量减少其负面情绪。还可以调节好湿度、温度, 定期进行消毒, 避免出现

感染现象。③ 情绪护理。在治疗过程中, 患者容易出现负面情绪, 例如焦虑、抑郁、恐慌等等。因此, 护理人员需要对其进行情绪护理, 鼓励其多参与集体活动, 指导其家属多对患者关心鼓励, 提升其康复信心、治疗依从性, 改善其失眠、厌食等等不良现象。还需要及时将治疗的情况、结果告知患者, 消除其不安、担心, 嘱咐其维持良好作息、生活习惯, 改善其自身生活质量, 提高综合素质水平。④ 饮食护理。在手术后, 患者身体比较虚弱, 需要比较多的钙元素来促进康复。也会服用一段时间的药品, 自身肠胃功能容易受损。因此, 护理人员需要进行饮食护理。具体为, 督促患者科学饮食, 多补充微量元素, 多食用含有蛋白质、钙、维生素的食物。饮食尽量保持清淡, 多食用蔬果, 少吃多餐, 尽快恢复自身免疫能力。

1.3 观察指标

(1) 负面情绪改善程度: 在护理前、后, 分别借助焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)对所有患者的负面情绪进行评分。评分临界值分别为 50 分、53 分, 评分越高, 代表患者的负面情绪越严重。

(2) 并发症发生率: 比较两组患者的并发症发生率, 具体有泌尿系感染、切口感染、压疮、便秘等等。

(3) 护理满意度统计情况: 借助本院自制调查问卷, 统计两组患者的护理满意度, 具体为十分满意、满意、不满意。护理总满意度包括有十分满意率、满意率。

(4) 舒适度调查结果: 利用本院自制的调查表, 调查两组患者的舒适度, 具体为非常舒适、比较舒适、不舒适。总舒适度包括有非常舒适率、比较舒适率。

(5) 康复效果相关指标: 记录好两组患者的康复效果相关指标, 包括为骨折愈合时间、住院总时间。

1.4 统计学方法

本次实验中利用 SPSS22.0 软件对得到的数据采取分析处理, 其中的组间计量资料 (负面情绪改善程度、康复效果相关指标) 在表述时应用 ($\bar{x} \pm s$), 施以 t 检验, 组间计数资料 (并发症发生率、护理满意度统计情况、舒适度调查结果) 在表述时应用 (%), 施以 χ^2 检验, $P<0.05$ 即显示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 负面情绪改善程度

评价两组的负面情绪改善程度 (表 1) 具体差异, 护理前比较微小 ($P>0.05$)。护理后, 观察组的 SAS、SDS 评分值都更低 ($P<0.05$)。

表 1 负面情绪改善程度 ($\bar{x} \pm s, \%$)

组别	例数	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察	50	55.35±1.78	32.22±1.55	56.35±1.88	30.55±1.71

组别	例数	泌尿系感染	切口感染	压疮	便秘	并发症总发生率
对照组	50	55.41±1.90	44.51±1.99	56.22±1.47	40.25±1.89	
t 值	-	0.163	34.452	0.385	26.911	
P 值	-	0.871	0.000	0.701	0.000	

2.2 并发症发生率

评价两组的并发症发生率（表 2）具体差异，观察组的泌尿系感染、切口感染、压疮、便秘等并发症总发生率更低（ $P<0.05$ ）。

表 2 并发症发生率[n (%)]

组别	例数	泌尿系感染	切口感染	压疮	便秘	并发症总发生率
观察组	50	1 (2.00)	1 (2.00)	0 (0.00)	1 (2.00)	3 (6.00)
对照组	50	3 (6.00)	4 (8.00)	1 (2.00)	4 (8.00)	12 (24.00)
χ^2 值	-	-	-	-	-	6.353
P 值	-	-	-	-	-	0.012

2.3 护理满意度统计情况

评价两组的护理满意度统计情况（表 3）具体差异，观察组的护理总满意度更高（ $P<0.05$ ）。

表 3 护理满意度统计情况[n (%)]

组别	例数	十分满意	满意	不满意	护理总满意度
观察组	50	26 (52.00)	20 (40.00)	4 (8.00)	46 (92.00)
对照组	50	20 (40.00)	16 (32.00)	14 (28.00)	36 (72.00)
χ^2 值	-	-	-	-	6.775
P 值	-	-	-	-	0.009

2.4 舒适度调查结果

评价两组的舒适度调查结果（表 4）具体差异，观察组的总舒适度更高（ $P<0.05$ ）。

表 4 舒适度调查结果[n (%)]

组别	例数	非常舒适	比较舒适	不舒适	总舒适度
观察组	50	27 (54.00)	20 (40.00)	3 (6.00)	47 (94.00)
对照组	50	20 (40.00)	20 (40.00)	10 (20.00)	40 (80.00)
χ^2 值	-	-	-	-	4.332
P 值	-	-	-	-	0.037

2.5 康复效果相关指标

评价两组的康复效果相关指标（表 5）具体差异，观察组的骨折愈合时间、住院总时间都更短（ $P<0.05$ ）。

表 5 康复效果相关指标 ($\bar{x} \pm s, \alpha$)

组别	例数	骨折愈合时间	住院总时间
观察组	50	120.55±10.35	25.55±3.35
对照组	50	180.25±10.71	36.63±3.47
t 值	-	28.343	16.244
P 值	-	0.000	0.000

3 讨论

股骨颈骨折属于骨科疾病，比较常见。老年人由于自身年龄较大，钙质很容易流失，产生骨质疏松的概率较大。自身股骨颈将会变得十分脆弱，在受到外力撞击后容易出现骨折^[5-6]。因此，股骨颈骨折通常发生于老年人群中，病因常为交通所致、跌倒损伤等等。目前主要采取手术治疗手段，但是在治疗中容易遇到骨折难以愈合、股骨头缺血坏死等现象，在术后还容易发生压疮、感染等并发症，患者还可能出现心理问题^[7-8]。这些现象都会大大影响治疗效果，威胁患者生命及日常生活。因此，在股骨颈骨折患者的治疗过程中，实施有效护理措施，能够对患者的愈合效果起到显著正

向作用。舒适护理指的是以整体性、个性化为护理原则的护理措施，主要包括心理护理、身心舒适、社会护理、精神慰藉四方面内容。既能够加速患者的康复速度，改善其生理、心理状态，又能够提升其舒适度、满意度^[9-10]。

在本次实验中，对观察组患者实施了舒适护理干预。从体位护理，即调整好正确体位，定期进行按摩等，能够有效加速患者的血液循环，降低压疮、感染等并发症的发生概率^[11-12]。从病房护理，即维持病房的安静、干净、整洁，能够缓解患者的不适，提高其康复信心。从情绪护理，即鼓励、关心患者，能够改善其负面情绪，帮助其养成正确健康的作息。从饮食护理，即督促患者科学饮食，能够保持其维持自身营养均衡，促进其快速康复^[13-14]。

本文结果也显示出，评价两组的负面情绪改善程度具体差异，护理前比较微小（ $P>0.05$ ）。护理后，观察组的 SAS、SDS 评分值都更低（ $P<0.05$ ）。评价两组的并发症发生率具体差异，观察组的泌尿系感染、切口感染、压疮、便秘等并发症总发生率更低（ $P<0.05$ ）。评价两组的护理满意度统计情况具体差异，观察组的护理总满意度更高（ $P<0.05$ ）。评价两组的舒适度调查结果具体差异，观察组的总舒适度更高（ $P<0.05$ ）。评价两组的康复效果相关指标具体差异，观察组的骨折愈合时间、住院总时间都更短（ $P<0.05$ ）。可以看出，通过行舒适护理干预，能够改善股骨颈骨折患者的心理状态，降低并发症发生率，提升护理满意度与舒适度，比常规护理干预的效果更加显著。

在张爽学者于 2020 年发表的文献中^[15]，进行了与本文类似的实验内容，得出了与本文基本一致的数据与结论，即将舒适护理运用于股骨颈骨折患者中，能够显著改善其负面情绪，降低并发症发生率。

综上所述，将舒适护理干预实施于股骨颈骨折患者中，在护理满意度、并发症发生率、康复效果、舒适度、心理问题等多方面都能起到显著的改善作用。

参考文献:

- [1]秦胜利.舒适护理在股骨颈骨折患者中的应用效果分析[J].基层医学论坛, 2022, 26 (11): 118-120.
- [2]周淑君.舒适护理在股骨颈骨折护理中的效果[J].中国医药指南, 2021, 19 (36): 20-22.
- [3]王小花,陈赛花.舒适护理在股骨颈骨折患者中的应用效果分析[J].中国卫生标准管理, 2021, 12 (20): 135-138.
- [4]金秋.舒适护理对股骨颈骨折患者的临床护理效果[J].中国医药指南, 2021, 19 (15): 209-210.
- [5]张雪.优质护理在老年股骨颈骨折护理中的临床应用价值[J].结直肠肛门外科, 2021, 27 (S1): 130-131.
- [6]吴喆.舒适护理联合中医情志护理干预老年性股骨颈骨折围手术期临床研究[J].新中医, 2021, 53 (03): 148-150.
- [7]祝翠青.舒适护理用于股骨颈骨折护理的效果及其对患者心理状态的影响[J].心理月刊, 2020, 15 (23): 130-131.
- [8]彭康哲,徐菁.舒适护理对股骨颈骨折患者心理及生活质量的影响[J].当代护士(上旬刊), 2020, 27 (12): 91-93.
- [9]朱春艳.舒适护理在老年股骨颈骨折患者中的应用价值[J].中外医疗, 2020, 39 (27): 129-131.
- [10]田彦,郑铎.舒适护理在股骨颈骨折患者中的应用[J].中国医药指南, 2020, 18 (23): 209-210.
- [11]张颖.老年性股骨颈骨折患者采用髋关节置换术的临床护理措施和意义[J].心理月刊, 2020, 15 (15): 73.
- [12]黄瑶丽.舒适护理在股骨颈骨折护理中的效果研究[J].心理月刊, 2020, 15 (15): 131.
- [13]李颖.舒适护理在股骨颈骨折护理中的效果[J].心理月刊, 2020, 15 (14): 83.
- [14]何敏钰.舒适护理在股骨颈骨折患者护理中的应用效果探究[J].名医, 2020 (05): 140.
- [15]张爽.探讨分析舒适护理在股骨颈骨折护理中的应用效果[J].中国医药指南, 2020, 18 (09): 216.

冠脉 CTA 检查患者的心理护理效果及对心理状态的影响

李霞 通讯作者: 路苗苗

淄博 148 医院 CT 室 255300

摘要:目的 研究冠心病患者在冠脉 CTA 检查过程中接受针对性心理护理干预的临床效果。方法 选择 2021 年 7 月-2022 年 7 月在我院接受冠脉 CTA 检查的冠心病患者 70 例, 根据检查期间护理方式的不同将其分成对照组和观察组, 对照组中 35 例患者接受常规血管造影护理; 观察组中 35 例患者在常规血管造影护理基础上, 增加实施针对性心理护理干预。对比两组护理前后心理状态评分、血压、心率水平、对护理服务满意度、血管造影检查操作时间和住院总时间、不良反应情况。结果 观察组研究对象护理前后心理状态评分、血压、心率水平的改善幅度大于对照组, 组间数据比较差异有统计学意义 ($P<0.05$); 观察组对护理服务满意度高于对照组, 组间数据比较差异有统计学意义 ($P<0.05$); 观察组血管造影检查操作时间和住院总时间短于对照组, 组间数据比较差异有统计学意义 ($P<0.05$); 观察组不良反应少于对照组, 组间数据比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 冠心病患者在冠脉 CTA 检查过程中接受针对性心理护理干预, 能够帮助保持良好心理状态, 使血压和心理保持平稳, 减少不良反应的发生, 缩短检查操作和住院总时间, 使护理满意度提高。

关键词: 冠心病; 冠脉 CTA 检查; 针对性心理护理; 心理状态

随着近年来人们的生活水平的不断提高, 各种竞争压力在不断增大, 生活节奏也随之不断的加快, 以冠心病为主要代表的一些临床上常见的“富贵病”的发病率水平也越来越高, 该类患者的基数不断增大^[1-2]。该类疾病的发生, 很有可能会对患者的情绪造成不利影响, 导致抑郁、焦虑等情况的发生, 使广大患者正常生活、工作、学习受到严重的不利影响^[3]。临床上以往应用的传统冠状动脉检查技术, 主要是通过冠状动脉造影的方式实现, 但会对患者的机体在一定程度上造成创伤, 使配合度水平降低, 各种并发症出现的可能性较大; 随着近些年来多层螺旋CTA检测技术的研发和应用, 其在临床上已经逐步取代了传统的CAG技术, 成为对冠状动脉疾病患者的病情进行诊断的主要手段^[4-5]。CTA检测技术属于无创检查方式的一种, 该项检查的操作性强, 且特异性、灵敏度、安全性均更为理想。但患者在患病后和检查期间出现的不良心理问题, 仍然是一个不能够完全避免的问题, 会对检查所得影像学图像的质量造成不良影响, 使检测的准确率水平降低^[6]。本研究冠心病患者在冠脉CTA检查过程中接受针对性心理护理干预的临床效果。汇报如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选择2021年7月-2022年7月在我院接受冠脉CTA检查的冠心病患者70例, 根据检查期间护理方式的不同将其分成对照组和观察组, 对照组中35例患者接受常规血管造影护理; 观察组中35例患者在常规血管造影护理基础上, 增加实施针对性心理护理干预。对照组中男性21例, 女性14例; 患病时间1-13年, 平均(3.6±0.8)年; 本次发病时间1-18小时, 平均(5.1±0.5)小时; 年龄42-75岁, 平均(56.9±6.4)岁; 心功能II级19例, III级10例, IV级6例; 观察组中男性23例, 女性12例; 患病时间1-16年, 平均(3.7±0.9)年; 本次发病时间1-17小时, 平均(5.3±0.6)小时; 年龄40-77岁, 平均(56.7±6.2)岁; 心功能II级18例, III级12例, IV级5例。数据组间无统计学意义 ($P>0.05$), 可以进行比较分析。

1.2 方法

对照组: 接受常规血管造影护理; 观察组: 在常规血管造影护理基础上, 增加实施针对性心理护理干预: (1) 加强沟通: 要想获得有效的检查、治疗、护理效果, 医患和护患之间必须首先在就诊期间进行良好的沟通。通过有效的沟通, 使得患者心理、情绪等能够长时间保持稳定状态。要求相关护理人员, 掌握与患者进行有效的沟通的技巧, 在患者入院后对其各方面的情况进行综合性评定, 并选择具有针对性方式, 与患者进行沟通。在沟通期间需要对患者心中存在的疑惑进行主动询问, 并将检查期间的配合方法向其进行接受, 通过充分沟通, 使患者能够获得更多的正面的积极的情绪。(2) 心理护理: 在冠状动脉CTA检查操作实施期间, 相关护理人员需要着重向患者本人及其家属做好解释工作, 将操作期间的一些注意事项进行详细说明, 使患者的解惑能够得以解除。大多数情况下患者在检查开始前, 往往会由于对检查的过程不够了解, 以及结果的未知性, 产生紧

张、抗拒等异常情绪。如果患者得知该项检查还具有一定的风险, 其心理负担程度会明显加重。因此, 相关医护人员在检查期间需要对患者实施积极心理护理, 将检查的具体作用、安全性、必要性向其进行详细的说明, 使患者对出现不良反应的时候, 需要采取的有效的应对措施有更加全面系统的了解。(3) 认知行为护理: 在认知行为理论当中, 认为患者认知能力, 与其自身行为、情绪之间, 具有较强的相关性。患者在治疗期间的认知状态表现良好, 则可以使负面心理得到有效缓解。① 注意事项指导: 相关护理人员需要指导并帮助患者掌握呼吸训练方法, 并说明进行该项训练的具体意义; ② 改变传统宣传方式, 通过短视频等形式, 对患者实施宣传教育, 使其对CAT检查方法的认知程度得到显著增强; ③ 环境适应性指导: 相关医护人员在检查前需要引导患者对扫描室内的一些仪器所产生的噪音进行适应, 并提前说明X线的照射剂量处于非常安全的范围内。(4) 社会支持护理: 对于该类患者而言, 良好的社会支持, 可以使健康恢复能力得到显著提高, 并增强心理应激能力, 而家庭也是患者能够获得良好的社会支持的一个最为主要的能量来源, 因此, 相关护理人员在检查期间, 需要着重加强与患者家属间的沟通, 使其能够以医护人员一起, 给予患者尽可能多的关心。

1.3 观察指标

(1) 护理前后心理状态评分、血压、心率水平; (2) 对护理服务满意度; (3) 血管造影检查操作时间和住院总时间; (4) 不良反应情况。

1.4 评价方法

心理状态: 以 HAMD 和 HAMA 量表评价, 每个表包括两方面共 14 个问题, 分数范围为 0-56 分, 分数高心理问题严重^[7]。

满意度: 采用我院自拟问卷, 通过不记名打分方式, 调查满意度, 100 分为最高。≥80 分满意, <80 分且≥60 分基本满意, <60 分不满意。

1.5 数据处理方法

以SPSS22.0处理, $P<0.05$ 时, 可认为, 数据比较, 有统计学意义, 计数和计量资料, 分别进行 χ^2 和t检验, 并分别以, $[n(\%)]$ 和 $(\bar{x} \pm s)$ 表示。

2 结果

2.1 护理前后心理状态评分、血压、心率水平

两组患者护理后心理状态评分均低于护理前, 组内数据比较 $P<0.05$ 。护理前组间数据比较 $P>0.05$, 护理后组间数据比较 $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 护理前后心理状态评分 (分)

组别	时间	HAMA	HAMD
对照 组	护理前	28.34±5.19	27.94±5.31
	护理后	17.26±4.37	18.24±4.95
t 值		20.067	18.753
P 值		<0.05	<0.05
观察	护理前	27.13±5.20	28.15±4.72

组	护理后	11.92±4.47	12.39±5.17
t2 值		25.379	25.492
P2 值		<0.05	<0.05
t 值		16.742	14.370
P 值		<0.05	<0.05

注: t1、P1 为对照组护理前后组内比较, t2、P2 为观察组护理前后组内比较, t、P 为两组护理后组间比较

两组患者护理后血压和心率均低于护理前, 组内数据比较 $P<0.05$ 。护理前组间数据比较 $P>0.05$, 护理后组间数据比较 $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 护理前后血压、心率水平

组别	时间	心率 (次/min)	舒张压 (mmHg)	收缩压 (mmHg)
对照 组	护理前	92.56±5.70	103.67±5.69	145.37±8.62
	护理后	81.29±4.35	91.75±5.32	129.38±5.26
	t1 值	12.260	20.142	27.419
P1 值		<0.05	<0.05	<0.05
观察 组	护理前	93.06±4.87	102.73±6.51	146.82±10.75
	护理后	73.25±5.11	83.12±5.22	117.05±7.06
	t2 值	21.756	29.746	36.840
P2 值		<0.05	<0.05	<0.05
t 值		9.857	17.935	21.457
P 值		<0.05	<0.05	<0.05

注: t1、P1 为对照组护理前后组内比较, t2、P2 为观察组护理前后组内比较, t、P 为两组护理后组间比较

2.2 对护理服务满意度

观察组满意度高于对照组, 组间数据比较 $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 对护理服务满意度[n (%)]

组别	例数 (n)	满意	基本满意	不满意	满意度
对照组	35	10(28.57)	17(48.57)	8 (22.86)	27(77.14)
观察组	35	23(65.71)	11(31.43)	1 (2.86)	34(97.14)

*

注: 与对照组比较 * $P<0.05$

2.3 血管造影检查操作时间和住院总时间

观察组血管造影检查操作时间和住院总时间短于对照组, 组间数据比较 $P<0.05$ 。见表 4。

表 4 血管造影检查操作时间和住院总时间

组别	例数 (例)	住院时间 (d)	操作时间 (min)
对照组	35	10.73±2.95	22.20±5.68
观察组	35	6.26±1.84	16.76±2.51
t 值		5.246	7.420
P 值		<0.05	<0.05

2.4 不良反应

对照组 6 例, 观察组 1 例, 比例分别为 2.86% 和 17.14%, 组间数据比较 $P<0.05$ 。

3 讨论

冠心病已经成为目前临床上较为常见的一种疾病, 老年人属于该病的该病的高发人群, 该病的临床发病率水平, 近年来呈现逐年上升的发展趋势, 且患者年龄在逐步年轻化, 现阶段临床上大多数情况下, 建议对冠心病患者, 采用冠状动脉 CTA 检查的方式进行病情诊断^[8-9]。但需要指出的是, CTA 技术在使用过程中, 虽然对患者机体造成的创伤程度较轻, 但同样会对患者的心理状态造成一定的影响, 有相当一部分患者在检查开始前, 会有焦虑、不安等负性情绪出现^[10-11]。由于患者的心率速度过快, 或心律不齐等因素, 均会对 CTA 检查结果造成一定的不利影响, 因此在对患者实施

CTA 检查操作开始前, 需要对其进行具有针对性的护理干预, 从而帮助患者迅速缓解负性情绪, 使冠状动脉 CTA 检查的成功率水平得到显著提升。

冠脉 CTA 检查在临床上主要被应用于冠心病等相关疾病的检查过程中, 属于无创性检查方法的一种, 目前在临床上已经被广泛应用, 其安全性得到了广大临床医生的一致认可。但很有相当一部分患者, 对该项检查的技术的了解程度不足, 甚至在认知层面存在误区, 使得一些不良心理情绪, 在检查期间产生, 检查操作期间的心率波动幅度明显加大, 配合程度不是十分理想, 所得到的图像质量也会因此降低, 甚至还会导致检查以失败告终。为了能够使这一情况从根本上得到改善, 使检查结果的准确性得以保障, 需要在检查期间, 对患者实施有效且具有针对性的心理护理干预, 这就要求护理人员需要对患者的需求进行充分了解, 耐心为其解答心中的疑惑, 使其心理状态和心率水平都能够保持稳定状态, 以积极的态度配合检查操作的进行。在接受检查前, 对患者实施积极心理护理, 就冠脉 CTA 检查的具体目的、操作方法、基本原理、过程、注意事项向患者及其家属进行全面的介绍, 使其能够做好充分的思想准备, 帮助舒缓和排解一些不良情绪。说明用药相关风险和注意事项, 同时还需要告知患者, 只要配合的方法正确, 就完全能够保证检查的安全性和有效性, 提前说明在遇到紧急情况的时候的一些有效的应急措施, 使患者能够做好充分的心理准备, 对心理状态进行主动调节, 以便能够更好的配合工作。结合患者的具体情况, 适当的改变宣教和讲解的方式, 使患者对相关知识的认知程度得到显著提升, 消除由于未知所带来的恐惧心理, 及其它的一些不良情绪。此外医护人员还要与患者家属和朋友联合, 对患者实施心理干预和社会支持, 可以帮助患者更好的调整心态, 进一步提高配合度, 保证检查操作顺利完成。

通过进行本次研究可以充分说明, 冠心病患者在冠脉 CTA 检查过程中接受针对性心理护理干预, 能够帮助保持良好心理状态, 使血压和心理保持平稳, 减少不良反应的发生, 缩短检查操作和住院总时间, 使护理满意度提高。

参考文献:

- [1] 李海岩, 郝芬, 宁雪青. 分析研究在冠心病的临床护理中实施优质护理干预的应用效果[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6 (31): 8-9.
- [2] 麻雯雯. 围术期优质护理用于冠心病介入术对患者心功能、生活质量及满意度的影响[J]. 国际护理学杂志, 2019, 38 (5): 698-701.
- [3] 梁少芬. 聚焦解决模式在老年冠心病患者行 CT 冠状动脉造影护理中的应用[J]. 护理实践与研究, 2018, 15 (10): 26-28.
- [4] 李栋. 临床护理路径在冠心病心绞痛患者护理中的应用效果研究[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2 (6): 16-17.
- [5] 梁慧, 王琴, 许晶晶, 等. 探讨心理护理干预在冠状动脉 CTA 检查成功率中的应用效果[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2 (50): 119-120.
- [6] 王正, 王娟, 赵瑞峰. 低辐射剂量联合低碘总量冠脉 CT 成像的应用价值分析[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2016, 14 (14): 1686-1688.
- [7] 高海燕, 汤哲峰, 李冬雷. 64 排螺旋 CT 头颈部 CTA 检查对脑动脉瘤合并自发性蛛网膜下腔出血的临床应用[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2016, 19 (2): 86-88.
- [8] 梁球, 张永强, 李展展, 等. 螺旋 CT 血管造影对颅内动脉瘤诊断及疗效评估的临床分析[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2019, 17 (3): 72-74.
- [9] 吴戈, 张蓉莉, 邓刚, 等. 下肢动脉硬化闭塞症的多层螺旋 (HD750) CTA 和 3.0T 磁共振 3DCE-MRA 的对比研究[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2016, 14 (5): 112-115.
- [10] 金海英, 姜红, 温博, 等. 冠脉 CTA 失败的相关因素及二次检查护理干预[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21 (16): 100-100.
- [11] 李爽, 宗晓芳. 心理健康指导及干预在冠脉 CT 检查中的应用价值分析[J]. 甘肃科学学报, 2018, 30 (3): 74-77.

急性化脓性阑尾炎采用甲硝唑联合氧氟沙星与头孢曲松钠分别治疗对照的临床研究

刘辉¹ 高山² 焦娇³ 通讯作者

1. 商洛市洛南县麻坪镇卫生院 外科 陕西商洛 726114; 2. 洛南县医院 麻醉科 陕西商洛 726100;
3. 西安交通大学 医学部在读研究生 呼吸内科 陕西西安 710000

摘要: 目的: 针对急性化脓性阑尾炎患者, 探讨甲硝唑联合氧氟沙星与头孢曲松钠的临床应用价值。方法: 以我院在 2020 年 1 月-2021 年 3 月收治的 90 例急性化脓性阑尾炎患者为研究对象, 随机数字表法分为观察组和对照组, 每组 45 例, 对照组选择甲硝唑联合头孢曲松钠, 观察组在对照组的基础上联合氧氟沙星治疗, 比照两组临床疗效、炎症因子水平、感染率、不良反应发生率以及体温变化情况。结果: 观察组临床疗效显著高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗前, 两组炎症因子水平对比 ($P > 0.05$); 治疗后, 观察组 CRP、TNF- α 、IL-6 水平显著低于对照组 ($P < 0.05$)。观察组感染率、不良反应发生率显著低于对照组 ($P < 0.05$), 术前两组体温变化情况对比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 观察组体温显著低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 甲硝唑联合氧氟沙星、头孢曲松钠治疗急性化脓性阑尾炎患者, 在改善患者炎症反应、提高治疗效果上具有显著的应用价值, 并且具有加强的安全性, 可以有效降低感染率, 降低患者术后体温, 值得临床广泛的推广与应用。

关键词: 急性化脓性阑尾炎; 甲硝唑; 氧氟沙星; 头孢曲松钠; 血清炎症因子; 安全性; 体温变化

急性化脓性阑尾炎属于急性阑尾炎的一种, 常由单纯性阑尾炎发展而来, 也被称为急性蜂窝织炎性阑尾炎, 即阑尾的急性化脓性感染, 属于常见的外科疾病, 同时也是诱发急腹症的常见因素之一^[1-2]。由于阑尾解剖位置多变, 因此部分患者临床表现不典型, 避免不了会有误诊。多数患者的临床表现为腹痛、厌食、恶心、呕吐、乏力等胃肠道症状, 患者查体可出现腹膜刺激征, 该疾病发病率高, 病情发展迅速, 严重者则可能出现腹腔脓肿、门静脉炎、内外瘘和脓毒血症等症状, 严重威胁患者的身心健康。目前公认治疗急性阑尾炎的方法为手术切除并做好术后并发症的预防及处理, 手术切除可以直接将阑尾切除, 阻止疾病的进一步进展, 但是术后患者易出现切口感染、腹腔感染等并发症的风险, 所以及时预防并发症是非常有必要的。围手术期给予抗生素药物联合甲硝唑进行治疗, 能够有效降低手术风险, 提高手术效果^[3]。甲硝唑具有广谱的抗菌作用, 可以有效预防和治疗厌氧菌所引起感染。氧氟沙星和头孢曲松钠属于治疗急性化脓性阑尾炎疾病常用的抗生素药物, 非常符合目前患者对术后安全性高、感染率低的要求^[4]。前者具有广谱抗菌的作用, 通过抑制细菌 DNA 旋转酶活性, 可以有效组织阻止细菌 DNA 的合成或者复制, 导致细菌一定时间内死亡, 从而抑制细菌生长; 后者属于第三代头孢菌素类抗生素, 具有较强的杀菌作用, 在腹腔感染、盆腔感染及手术期感染预防方面具有极大地优势。本文针对急性化脓性阑尾炎患者, 深入研究甲硝唑联合头孢曲松钠、氧氟沙星的临床应用价值, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院于 2020 年 1 月-2021 年 3 月收治的 90 例急性化脓性阑尾炎患者为研究对象, 依据随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 45 例。观察组: 男 27 例, 女 28 例, 年龄 24-60 岁, 平均年龄 (36.98±3.11) 岁; 病程 1-4h 后就诊, 平均病程 (2.58±0.41) h。对照组: 男 29 例, 女 26 例, 年龄 23-58 岁, 平均年龄为 (35.69±3.24) 岁; 病程 1-5h 后就诊, 平均病程 (2.78±0.54) h。两组研究对象在年龄、性别、病程上对比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。本次研究所有患者及其家属均知情本研究并签署知情同意书。

1.2 纳入/排除标准

1.2.1 纳入标准

① 患者均符合《世界急诊外科学会 (WSSES) 发布的急性阑尾炎诊治指南》^[5]中的相关诊断标准; ② 患者术后病情稳定, 无严重营养不良; ③ 患者符合手术指征。

1.2.2 排除标准

① 患者近期内服用过同类型药物; ② 患者精神障碍, 治疗依从性差; ③ 妊娠期、哺乳期妇女; ④ 患者对此次研究药物存在严重的过敏反应。

1.3 方法

患者在经过确诊后采用急性阑尾手术, 术前 30min。对照组采用甲硝

唑 (河南双鹤华利药业有限公司, 国药准字 H41021774, 100ml: 500mg) 联合头孢曲松钠 [石药集团中诺药业 (石家庄) 有限公司, 国药准字 H13022881, 1g], 具体用法如下: 头孢曲松钠静脉滴注, 将剂量为用 2.0g 头孢曲松钠与浓度为 0.9% 的氯化钠注射液混合稀释, 每天 1-2g, 每天最高剂量不可以超过 4g; 甲硝唑静脉滴注, 将 50ml 的甲硝唑与剂量为 250ml 且浓度为 0.9% 的氯化钠注射液混合, 每天 1 次, 连续治疗 2 天。观察组在对照组的基础上联合氧氟沙星 (广州欧化药业有限公司, 国药准字 H44024928, 0.1g), 使用方法为: 头孢曲松钠、甲硝唑的用法容量同对照组, 氧氟沙星静脉滴注, 将剂量为 0.4g 的左氧氟沙星与剂量为 250ml 且浓度为 0.9% 的氯化钠注射液混合, 每天 1 次, 连续治疗 2 天。

1.4 观察指标

(1) 临床疗效对比: 治疗后 5 天, 依照《慢性阑尾炎诊疗板》^[6]中相关标准对患者临床疗效进行评估。显效: 患者腹部无明显的疼痛感, 反跳痛与压痛症状完全消失, 体温、排便及消化症状完全消失; ② 有效: 患者腹部疼痛感显著减轻, 临床症状基本改善; ③ 无效: 患者体征、临床症状均无任何改善。

(2) 对比治疗前、治疗后 5 天患者炎症指标情况: 检测指标包括超敏 C 反应蛋白 (CRP)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6 (IL-6), 抽取剂量为 5mL 的空腹外周静脉血样, 按照每分钟 3000r 的速度进行离心, 离心 10 分钟后将血清取出, 采用酶联免疫吸附法测定 (ELISA) 进行检测; 检测仪器为全自动生化仪, 型号日立 7600 型; 检测试剂选用由上海臻科生物科技有限公司生产所提供, 严格按照说明书操作。

(3) 感染率对比: 包括腹腔感染、切口感染。

(4) 不良反应对比: 包括呕吐恶心、头晕头痛、发热。

(5) 测量患者术前术后体温, 并对变化情况进行分析。

1.5 统计学分析

EpiData3.1 进行数据录入, 采用 SPSS20.0 软件进行统计分析。计数资料采用例数、百分比描述, 卡方检验; 计量资料用均数±标准差描述, t 检验, $P < 0.05$ 差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效对比

观察组临床疗效与对照组相比显著较高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1: 两组临床疗效对比[n (%)]

分组	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	45	36 (80.00)	7 (15.56)	2 (4.44)	43 (95.56)
对照组	45	29 (58.00)	8 (17.78)	8 (17.78)	37 (82.22)

χ^2	10.010
P	0.003

2.2 两组炎症因子水平对比

治疗前, 两组炎症因子水平对比, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后, 观察组 CRP、TNF- α 、IL-6 水平显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。

表 2: 两组炎症因子水平对比 ($\bar{x} \pm s$)

项目	组别	治疗前	治疗后
CRP (mg/L)	观察组 (n=45)	23.75 $\pm$ 3.32	11.25 $\pm$ 2.03
	对照组 (n=45)	23.81 $\pm$ 3.58	12.58 $\pm$ 2.12
	t	0.082	3.040
	p	0.934	0.003
TNF- α (ng/L)	观察组 (n=45)	375.65 $\pm$ 9.01	85.63 $\pm$ 4.33
	对照组 (n=45)	375.32 $\pm$ 9.54	90.25 $\pm$ 4.03
	t	0.169	5.239
	p	0.866	0.000
IL-6 (pg/L)	观察组 (n=45)	162.32 $\pm$ 9.02	79.65 $\pm$ 4.58
	对照组 (n=45)	162.44 $\pm$ 9.25	85.21 $\pm$ 4.66
	t	0.062	5.708
	p	0.950	0.000

2.3 两组感染率对比

观察组感染率显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。

表 3: 两组感染率对比[n (%)]

分组	例数	腹腔感染	切口感染	总发生率
观察组	45	1 (2.22)	1 (2.22)	2 (4.44)
对照组	45	4 (8.89)	3 (6.67)	7 (15.56)
χ^2				8.000
p				0.008

2.4 两组不良反应发生率对比

观察组不良反应发生率显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。

表 4: 两组不良反应发生率对比[n (%)]

分组	例数	呕吐恶心	头晕头痛	发热	总发生率
观察组	45	1 (2.22)	1 (2.22)	0 (0.00)	2 (4.44)
对照组	45	3 (6.67)	1 (2.22)	2 (4.44)	6 (13.33)
χ^2					5.207
p					0.040

2.5 两组术前后体温变化情况

治疗前, 两组体温变化情况对比, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后, 观察组体温显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)

表 5: 两组术前后体温变化情况 ($\bar{x} \pm s$, $^{\circ}\text{C}$)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	45	37.68 $\pm$ 0.41	36.81 $\pm$ 0.42
对照组	45	37.71 $\pm$ 0.42	36.61 $\pm$ 0.43
t		0.343	2.232
p		0.733	0.028

3 讨论

急性化脓性阑尾炎属于临床常见且病情程度较严重的一种阑尾疾病。对于急性化脓性阑尾炎疾病临床通常首选阑尾切除术, 由于阑尾对人体消化功能、身体其他功能未造成明显的影响, 所以临床采用阑尾切除术治疗急性化脓性阑尾炎具有显著的临床效果。急性阑尾炎的发病生理机制主要是因为阑尾腔阻塞、革兰氏阴性菌等细菌入侵所致, 导致阑尾炎发生炎症反应。阑尾腔中含有非常丰富的微生物, 肠壁内富含淋巴组织, 所以人体出现阑尾感染的几率较高^[7]。近些年, 临床治疗联合抗生素的综合治疗方法被广泛应用, 能够有效控制疾病发展, 提高治疗效果。随着抗生素临床应用范围的不断增加, 病原菌的耐药性随之逐渐增加, 导致多重耐药菌概率逐渐升高, 可见选择有效的抗生素治疗对于临床治疗有着重要意义, 能够抑制病菌, 提高临床效果。临床数据显示, 阑尾切除术后如果未及时进行抗菌治疗, 则会增加腹腔感染、切口感染的发生率, 影响术后恢复, 提示抗感染治疗尤为重要。

在本次研究中, 对于急性化脓性阑尾炎, 在常规甲硝唑治疗的基础上, 联合头孢曲松钠、氧氟沙星其临床效果显著高于甲硝唑联合氧氟沙星的治疗方法, 说明联合头孢曲松钠、氧氟沙星的治疗效果显著优于甲硝唑联合头孢曲松钠的效果, 对改善患者腹痛、发热、腹膜刺激征等症状具有极大地促进作用。CRP、IL-6、TNF- α 能够确实可反映病情严重程度, 本次研究观察组与对照组治疗后 CRP、IL-6、TNF- α 水平显著低于治疗前, 说明治疗后患者炎症水平降低, 可以作为鉴别、诊断细菌感染的主要参照指标。治疗 5 天后, 甲硝唑联合头孢曲松钠组患者 CRP、IL-6、TNF- α 水平显著低于甲硝唑联合氧氟沙星组, 原因在于手术联合术后预防抗菌药物作为临床上常用的一种治疗方式, 其目的是为了能够更好地降低患者术后的并发症, 但是手术过程中会对切除组织的周围造成一定程度的牵拉与刺激, 联合抗生素药物会对肠道菌群的平衡度造成破坏, 导致炎症反应明显, 易影响治疗效果。而左氧氟沙星与头孢曲松钠对阑尾炎均具有理想的对症抑菌效果, 配伍使用可以进一步抑制细菌繁殖, 改善炎症指标, 而有效降低术后并发症风险, 提高临床治疗效果, 改善预后。另外, 本次研究数据可知, 左氧氟沙星与头孢曲松钠配伍使用的感染率为 4.44% (2/45), 不良反应发生率为 4.44% (2/45) 与甲硝唑联合头孢曲松钠的感染率 15.56% (7/45)、不良反应发生率 13.33% (6/45) 相比, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 说明甲硝唑联合氧氟沙星、头孢曲松钠能够充分发挥药物的协同作用, 增加药物破坏细菌复制效果, 从而降低术后的感染率和不良反应发生率, 且具有较强安全性, 能够有效降低患者术后腹腔感染、切口感染和呕吐恶心、头晕头痛等不良反应的发生率, 提高预后效果。氧氟沙星联合头孢曲松钠治疗患者术后的体温变化情况明显优于甲硝唑联合头孢曲松钠的治疗方式, 说明头孢曲松钠联合氧氟沙星均可以维持药物的浓度水平, 抑制细菌繁殖, 能够有效缓解感染或避免感染, 减少中性粒细胞数量, 降低患者术后体温, 利于促进患者病情的恢复。

综上所述, 针对急性化脓性阑尾炎患者, 氧氟沙星联合头孢曲松钠可以降低患者的感染率, 确保患者用药的安全性, 同时在降低患者体温上均具有积极的作用, 同时也可以显著提高临床疗效, 减轻炎症反应, 降低术后并发症, 值得临床推广与应用。

参考文献:

- [1]赵江河, 李筱颖, 李立, 等. 右美托咪定预处理对小儿急性化脓性阑尾炎术中血流动力学及术后氧化应激的影响[J]. 广西医科大学学报, 2020, 37 (3): 478-482.
- [2]朱振华, 白剑. 腹腔镜在急性化脓性阑尾炎及阑尾肿瘤早期诊断及治疗中的应用[J]. 中国现代普通外科进展, 2020, 23 (1): 69-72.
- [3]于洋, 孙振青. 化脓性阑尾炎抗生素治疗后不同时行腹腔镜阑尾切除术的效果对比[J]. 腹腔镜外科杂志, 2019, 24 (2): 138-141.
- [4]卢海德, 蔡延霞. 左氧氟沙星结合甲硝唑治疗急性化脓性阑尾炎的疗效及不良反应分析[J]. 特别健康, 2020 (18): 39, 41.
- [5]彭钊, 王明达, 沈锋. 《2020 年世界急诊外科学会指南: 肝创伤的分类与管理》摘译[J]. 临床肝胆病杂志, 2020, 36 (6): 1234-1240.
- [6]廖津南, 廖宇. 慢性阑尾炎诊疗板: CN201230456061.0[P].2013-03-27.
- [7]崔磊. 腹腔镜系膜剥离法阑尾切除术对急性阑尾炎患者临床指标及活动性出血发生的影响[J]. 中国药物与临床, 2021, 21 (2): 287-288.

小儿阑尾炎腹腔镜手术的手术室护理

刘亚男

淮安市妇幼保健院 江苏淮安 223001

摘要：目的：研究小儿阑尾炎腹腔镜手术的手术室护理效果。方法：本次研究开始时间为 2021.1 月，结束时间为 2022.1 月，研究的对象是这一期间我院收治的 76 例小儿阑尾炎腹腔镜手术患儿，根据护理方法的不同分成两组，接受手术室护理的为实验组，接受常规护理的为常规组，每组患者例数均为 38 例，对两组分别护理干预后的家长满意度评分、术后并发症发生情况、手术指标评分展开对比。结果：在患儿家长护理满意度评分对比上，实验组的评分明显优于常规组评分， $P < 0.05$ ；在术后并发症发生率对比上，实验组的评分明显低于常规组， $P < 0.05$ ；在手术指标（术后排气、术中出血量、伤口恢复时间）对比上，实验组的各项评分均少于常规组评分， $P < 0.05$ ；在治疗依从性对比上，经过了护理干预后，实验组的治疗依从性明显高于常规组， $P < 0.05$ 。结论：小儿阑尾炎接受腹腔镜手术治疗的患儿予以手术室护理干预，会直接加快患儿伤口的恢复，降低术后并发症发生的概率，使患儿家属满意护理人员的工作，值得运用。

关键词：小儿阑尾炎；腹腔镜手术；手术室护理

阑尾炎属于一种临床中常见的急腹症，如果急性阑尾炎患儿接受临床治疗不够及时，极易对患儿的生命产生严重的影响^[1]。而小儿阑尾炎患儿和成人阑尾炎相比，其具有疾病发作比较急、患儿病情比较重以及病情发展速度快等特点。并且，由于小儿体内吸收炎性物质的能力稍微弱，并伴随化脓性阑尾炎的发作，需立即接受相关的治疗。手术作为临床医学治疗阑尾炎的主要方法，虽然可以取得较好的临床治疗效果，但是手术治疗极易加重患儿的疾病疼痛程度，且由于患儿的年纪较小、心理承受能力较差，极易导致患儿发生一系列的并发症，不利于患儿的术后康复^[2-3]。对此，要在手术治疗阶段予以相关的护理措施，通过护理加快患儿身体健康恢复的速度。

1 资料与方法

1.1 一般资料

此次研究的起始时间为 2021.1 月至 2022.1 月，这期间我院收治的 76 例小儿阑尾炎腹腔镜手术治疗患者是研究的对象，之后根据护理方法的不同，将全部的患儿平均分成两部分，一部分为实验组，另外一部分为常规组，两组的人员数量相同，都是 38 例。有 16 名女患儿和 22 名男患儿的组别是实验组，有 17 名女患儿和 21 名男患儿的组别是常规组，实验组患者的年龄在 5 岁-11 岁之间，平均的年龄是（8.25±3.25）岁，常规组年龄在 6 岁-12 岁之间，平均年龄为（9.32±2.11）岁，通过完成两组一般资料的对比，得知 P 值大于 0.05，有比较的价值。

1.2 纳入排除标准

1.2.1 纳入标准

纳入的患者均是确诊为阑尾炎的患儿。加入到研究中的患儿，在研究之初其家属便已经签署相应的同意书。纳入患儿均行腹腔镜手术。

1.2.2 排除标准

存在手术禁忌症；中途退出研究；存在传染性疾病。

1.3 方法

将常规护理用于常规组患儿中，内容涵盖提前的手术准备工作、病情观察、健康教育、术后指导等等。

将手术室护理用于实验组当中，具体的护理措施如下：① 心理护理：因为本次研究的患儿年龄较小，所以他们的心理承受能力不是很强，特别是知道自己即将要面临腹腔镜手术，更是会出现焦虑、害怕等情绪，也容易哭闹不止，不配合医护人员的工作。对此，护理人员要加强和患儿的沟通，多疏导患儿的不良情绪，让他们知道手术是让疾病远离自己的一种方式。例如，护理人员可通过安慰、鼓励等方法，让患儿勇敢、坚强的面对治疗，使患儿的依从性明显增高，调节他们的不良情绪。② 术前护理：在患儿接受腹腔镜手术治疗之前，为了让手术效果更加良好，护理人员需提前完成相应的准备工作。手术之前要使用消毒用具清洁患儿得到肚脐，以

免出现术后感染的情况。术前还要展开有效的健康教育，告知患儿及其家属配合手术治疗的方法。另外，术前护理人员需要准备好各种医疗器械，确保各种设备处在一个正常使用的状态，便于手术的顺利实施。③ 术中护理：手术过程中护理人员要时刻观察患儿的身体状态，如血气状态、生命体征，如果察觉到异常，需要立即展开处理，并上报给医生。为了让手术的效率明显增高，护理人员要做好有关的保暖措施，患儿暴露在外的皮肤，可使用毯子遮盖。手术过程中护理人员需让患儿处在一个舒适的状态，体位也要保持正确，防止患儿出现肢体压疮或者是呼吸不畅的情况。手术过程中各种器械的使用都需做好记录，使用完成后进行清点。此外，手术过程中护理人员可通过语言安慰、拥抱、抚摸等方式，帮助患儿减少不安。④ 术后护理：除了术前、术中的护理干预，术后护理也十分关键，决定着患儿的预后恢复情况。对此，当手术完成了以后，护理人员要及时把软枕垫到患儿的肩部下面，高度一般在 5-10cm 左右，之后把患儿的头部偏向一侧，防止患儿窒息。等到患儿回到病房过后，护理人员要时刻观察患儿的生命体征。因为患儿手术后容易出现程度不同的疼痛，所以护理人员可转移患儿的注意力，可通过体位改变、营造舒适环境或者是播放动画片等方式。护理人员要对患儿的穿刺孔情况进行观察，要维持穿刺孔的清爽、干燥，以免发生出血的现象。最后，术后护理人员要做好饮食指导、药物指导等工作，和患儿家属取得高效的联系，解答患儿家属的各种疑问以及担忧。

1.4 观察指标及效果评价标准

① 观察两组患儿家属护理满意度，其中包括满意、十分满意、不满意，满意度=（满意+十分满意）/总例数*100%

② 腹腔镜患儿术后出现的并发症包括：呕吐、血管损伤、头晕等疾病，针对两组患儿出现的术后并发症进行研究、对比。并发症发生率=（呕吐+血管损伤+头晕）人数/总人数*100%。

③ 观察两组患儿的手术指标，包含术后排气时间、术中出血量、伤口恢复时间。

④ 观察两组患儿治疗依从性，分成完全依从、部分依从以及不依从。完全依从指的是患儿和患儿家属能够配合治疗以及护理工作；部分依从指的是患儿及家属存在些许抵触的情绪，但是绝大多数都可以克服，让各种护理、治疗工作顺利地完成；不依从指的是患儿和家属抵触心理难以消除，致使各种工作难以完成。

1.5 统计和分析

把 SPSS22.0 统计学软件当作数据处理的主要工具，分析处理资料，计数资料用%表示，计量资料用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，检验分别采用 χ^2 和 t 检验，有统计学差异时， $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 护理满意程度

通过对两组患儿进行调查后,发现实验组患儿的护理满意度显著高于常规组患儿的护理满意度则在 78.94%左右,两组数据对比存在显著的差异, $P<0.05$ 。详情请见表 1。

表 1 护理满意度表格 (n%)

组别	例数	十分满意	满意	不满意	总满意度
实验组	38	22	16	2	30 (78.94%)
常规组	38	15	15	8	20 (52.63%)
χ^2 值					5.8462
P 值					0.0156

2.2 并发症发生率

本次临床实验研究中发现,常规组出现伤口感染症状的患儿有两人,出现血管损伤的患儿为 3 人,没有出现头晕的患儿。常规组术后总并发症发生人数为 6 人、并发症的发生几率在 15.79%左右。实验组出现伤口感染症状的患儿为 1 人,没有出现头晕以腹胀腹痛的患儿。实验组术后总并发症发生人数 1 人、并发症的发生几率在 2.63%左右。对两组进行统计学计算指标得出 χ^2 为 3.9337, $P<0.05$ 。

2.3 手术指标比较

实验组中的患儿,在术中出血量、术后排气时间以及伤口恢复时间上,评分均短于常规组患儿的评分, $P<0.05$, 具体见表 2。

表 2 手术指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术中出血量 (ml)	术后排气时间 (h)	伤口恢复时间 (d)
实验组	38	9.32 $\pm$ 1.18	22.51 $\pm$ 4.48	4.50 $\pm$ 1.08
常规组	38	12.51 $\pm$ 2.11	27.52 $\pm$ 4.63	7.82 $\pm$ 1.47
t		8.1341	4.7937	11.2198
P		0.0000	0.0000	0.0000

2.4 治疗依从性

实验组中的 38 例患儿,接受了护理干预后,其中完全依从的患儿有 28 例、部分依从的患儿有 9 例、不依从的患儿有 1 例,治疗依从率为 97.36%,而常规组中的 38 例患儿,接受了护理干预后,完全依从的患儿有 17 例、部分依从的患儿有 13 例、不依从的患儿有 8 例,治疗依从率为 78.94%,两组比较得知 χ^2 值为 6.1758, P 值为 0.0129。

3 讨论

小儿阑尾炎作为常见的儿科急腹症,该病具有病情严重的特点,且常见于 5 岁以上的儿童^[4]。小儿阑尾炎患儿疾病发作的时候,患儿极易伴随并发弥漫性腹膜炎疾病等,甚至导致患儿发生死亡,需要对患儿进行及时的手术治疗^[5]。并且,小儿阑尾炎的发病率十分高,病情发作起来较为危急,会直接影响到患儿的身心健康以及生命安全^[6]。而随着我国医疗技术的快速发展,也探索出多种治疗小儿阑尾炎的方法,最为有效、最为常见的方法为腹腔镜手术,该种治疗方法不仅造成的手术创伤小,同时也会加快患儿身体健康恢复的速度,在治疗小儿阑尾炎这一疾病中起到重要的作用^[7]。但是,由于小儿的年龄比较小,如果在围手术期间护理工作做的不到位,会直接对他们的治疗效果造成不良影响,甚至还会影响到预后^[8]。小儿患儿他们本身就难以控制心情,对于手术会感到特别的害怕、恐惧,如果在术前未能做好有关的护理工作,会影响到后续的治疗。对此,为了加快患儿的恢复速度,提高他们的治疗依从性,在腹腔镜围术期间要做好有关的护理工作,通过护理质量的提高,确保整体的治疗效果^[9]。常规护理措施虽然可起到一定的辅助治疗效果,但是由于护理形式较为片面,且

常规护理较为注重基础的生理护理,缺乏有效的心理护理,这也导致患儿和患儿家属的不良情绪难以得到调节,缺乏护理针对性,不仅难以得到患儿家属的支持与信赖,同时也无法满足患儿的基础护理需要^[10]。而手术室护理是一种新型的护理模式,和常规护理模式进行比较而言,更加具备全面性、持续性、针对性等特点,较为关注患儿在手术室期间的护理,可让手术圆满完成,会直接增强整体的治疗预后效果^[11]。

在本次的研究当中,实验组中的患儿接受了手术室护理,而常规组中的患儿接受了常规护理,通过分别的护理干预后得知,在手术指标对比上,实验组患儿的术中出血量明显少于常规组,而术后排气时间以及伤口恢复时间实验组的评分也要低于常规组,以上均存在统计学差异, $P<0.05$ 。上述研究结果也说明了手术室护理更为关注对小儿患者围术期间的整体干预,不管是术前、术中,还是术后的护理,都具有全面性,会直接提高整体的手术治疗效果,也会改善患儿的预后情况。在并发症发生率两组对比上得知,实验组的评分显著低于常规组, $P<0.05$,这也表明了手术室护理和常规护理相对比而言,会更加的细致、严谨,其中得到体位护理、心理护理、并发症护理等,都提高了整体的护理干预水平,也降低了各种并发症的发生概率。在患儿家属护理满意度评分以及患儿治疗依从性评分对比上,实验组的评分均优于常规组, $P<0.05$ 。上述结果进一步说明了,手术室护理用于小儿阑尾炎腹腔镜手术患儿当中,可直接帮助患儿放松心情、调节不佳状态,使患儿和患儿的家属配合、支持医护人员的工作,通过充分的准备工作,确保腹腔镜手术顺利完成,防止各种意外事件的发生。而在手术过程中的心理疏导,能够稳定患儿的各项生理指标,使他们的生命体征处在一个平稳的状态,一旦察觉异常,便可以立即进行处理,确保手术的安全性。而在患儿术后麻醉还未清醒时放入软枕,可预防患儿出现窒息的情况。手术室护理中的穿刺孔护理、并发症预防、用药指导、饮食指导等等,都能够降低患儿手术后并发症发生的概率,加快患儿的整体恢复速度,使他们早日摆脱疾病。

综上所述,建议将手术室护理用于小儿阑尾炎腹腔镜手术护理工作中,可加快患儿术后身体指标的恢复速度,降低各种并发症发生的概率,使患儿及家属配合满意医护人员工作,具有一定的临床运用价值。

参考文献:

- [1]翟晓宇,纪子曼. 小儿阑尾炎腹腔镜手术的手术室护理[J]. 临床研究, 2021, 29 (6): 169-170.
- [2]晏晓琴, 李莉. 小儿阑尾炎腹腔镜手术的手术室护理效果分析[J]. 母婴世界, 2020 (4): 187.
- [3]程晨, 赵丹丹. 分析小儿阑尾炎腹腔镜手术的手术室护理效果[J]. 母婴世界, 2020 (1): 195.
- [4]洪佳丽. 小儿阑尾炎腹腔镜手术的手术室护理观察[J]. 医学美容, 2020, 29 (5): 108.
- [5]高秋佳. 小儿阑尾炎腹腔镜手术的手术室护理心得与体会[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6 (82): 98-99.
- [6]罗丹, 王仕美, 黄静. 小儿阑尾炎腹腔镜手术的手术室护理心得与体会[J]. 养生保健指南, 2019 (20): 134.
- [7]周建琼. 小儿阑尾炎腹腔镜手术的手术室护理效果分析[J]. 基层医学论坛, 2018, 22 (12): 1625-1626.
- [8]吴旭, 孟丹, 刘洁洁. 手术室细节护理在小儿阑尾炎腹腔镜手术中的应用效果分析[J]. 饮食保健, 2020 (50): 114.
- [9]宁宇慧. 小儿阑尾炎腹腔镜手术治疗的手术室护理方式分析[J]. 中国保健营养, 2020, 30 (15): 128.
- [10]仇铭, 肖玉元. 手术室护理干预在小儿阑尾炎腹腔镜手术中的应用[J]. 健康必读, 2019 (5): 149-150.
- [11]段道朋, 冯丹, 王丽娜. 手术室细节护理在小儿阑尾炎腹腔镜手术中的应用效果[J]. 中国民康医学, 2019, 31 (23): 168-170.

结直肠癌合并糖尿病患者围术期采用护理干预后的效果分析

孟玲 张晓娇

宁夏医科大学总医院结直肠外科 宁夏银川 750001

摘要：目的：探讨结直肠癌合并糖尿病患者围术期采用护理干预后的效果。方法：观察本院 2019 年 5 月至 2021 年 9 月期间接收的 92 例结直肠癌合并糖尿病患者，随机分为对照组与观察组各 46 例，对照组运用常规护理，观察组围术期运用护理干预，分析不同护理后患者心理状况、术后恢复质量情况。结果：在患者焦虑、抑郁有关心理评分上，观察组各项护理后降低程度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者首次通气时间、首次下床时间、住院时间上，观察组各项时间明显少于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在并发症发生率上，观察组为 4.35%，对照组为 15.22%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者护理满意度上，观察组为 93.48%，对照组为 78.26%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：结直肠癌合并糖尿病患者围术期采用护理干预，可以有效地改善患者负面情绪，提升其治疗恢复速度，减少并发症，提高患者护理满意度，整体状况更好。

关键词：结直肠癌；糖尿病；围术期；护理干预；效果

结直肠癌一般采用手术治疗干预，将肿瘤病灶直接切除，由此来控制疾病发展，避免其恶化的可能性。患者容易因为手术治疗引发多种不良问题，而合并糖尿病，会导致治疗风险的提升，需要做好对应管理防控。本文采集 92 例结直肠癌合并糖尿病患者，分析围术期运用护理干预后患者心理状况、术后恢复质量情况，内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

观察本院 2019 年 5 月至 2021 年 9 月期间接收的 92 例结直肠癌合并糖尿病患者，随机分为对照组与观察组各 46 例。对照组中，男 29 例，女 17 例；年龄从 44 岁至 72 岁，平均（ 56.28 ± 4.01 ）岁；观察组中，男 26 例，女 20 例；年龄从 43 岁至 74 岁，平均（ 57.19 ± 6.54 ）岁；两组患者的基本年龄、性别、病情等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用常规护理，观察组围术期运用护理干预，具体内容如下：

入院之后，需要嘱咐患者进行烟酒戒除，同时术前需要指导其做好呼吸功能训练，让其了解呼吸功能训练有关方法，做好对应的技巧示范，指导其掌握正确的咳嗽以及呼吸训练操作，减少呼吸系统有关并发症问题^[1]。在术前访视中，麻醉医生需要做好患者综合情况评估，同时积极的联合多学科会诊。术前 24 小时至 48 小时需要做好患者饮食管理，保持清淡流食或者是半流食。术前需要进行 6 小时禁食以及 2 小时禁饮^[2]。术前 2~3 小时需要引导其做好果糖饮品的口服，防控手术中产生应激性血糖提升以及

恶性呕吐等不良症状问题。

术中护理中需要做好环境管理，将室温的调整到舒适体感，控制合理的温度、湿度，同时做好静脉输液、冲洗液、器械的加温处理，防控手术中低体温而导致的应激反应。要做好患者各项生命体征的观察，如果有低血糖问题，需要及时按照医嘱做好葡萄糖溶液的输入^[3]。

术后如果留置胃管，术后 24 小时进行拔除。如果进行腹腔引流管置入，2~3 天进行拔除术后。需要进行患者血氧饱和度、各项生命体征监测。血糖变化情况需要持续观察记录。做好导管护理，保证导管顺畅，进行引流液颜色、性质的判断，对其康复情况做准确的预估^[4]。术后 24 小时需要将其导尿管拔除，嘱咐其进行 1000~2000 毫升的水摄取，当其病情得到逐步改善之后，需要提升饮水量。如果患者疼痛情况相对严重，需要进行硬膜外镇痛处理，尽可能地缩减阿片类药物使用量，防控胃肠功能问题^[5]。需要做好患者体温、凝血功能、血常规等情况观测记录，合理做好抗感染用药。术后 6~12 小时需要做好流食处理，依据情况做好胰岛素使用来控制其血糖水平。术后两小时需要通过流食逐步过渡到半流食、软质饮食，同时依据其情况做好适量运动锻炼指导，保持循序渐进的提升运动量以及运动强度。出院指导方面，需要做好患者出院之后饮食生活以及康复有关教育指导工作，有异常情况需要及时到医院复诊，做好定期的医院过程进行工作。

1.3 评估观察

分析不同护理后患者心理状况、术后恢复质量情况。心理状况采用

SAS、SDS 对应的焦虑、抑郁心理评估量表进行, 评分越低情况越好。术后恢复指标观察患者的首次通气时间、首次下床时间、住院时间等, 同时观察并发症发生率, 以及患者对护理工作的满意度。护理满意度=很满意率+基本满意率。

1.4 统计学分析

数据运用 spss22.0 软件处理, 计数资料使用 $n(\%)$ 表示, 采用卡方检验, 计量资料运用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验, $p < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者护理前后焦虑、抑郁情况

如表 1 所示, 在患者焦虑、抑郁有关心理评分上, 观察组各项护理后降低程度明显多于对照组, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$);

表 1: 两组患者护理前后焦虑、抑郁对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	时间	焦虑	抑郁
观察组	护理前	43.74±3.82	42.21±4.78
	护理后	21.69±2.51	22.47±3.53
对照组	护理前	42.65±4.54	44.75±4.69
	护理后	34.78±2.67	34.62±4.57

注: 两组护理前对比, $p > 0.05$, 两组护理后对比, $p < 0.05$

2.2 各组患者治疗恢复速度情况

见表 2, 在患者首次通气时间、首次下床时间、住院时间上, 观察组各项时间明显少于对照组, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$);

表 2: 各组患者治疗恢复速度结果 ($\bar{x} \pm s$)

分组	首次通气时间 (h)	首次下床时间 (h)	住院时间 (d)
观察组	56.92±4.09	24.58±3.91	11.49±3.15
对照组	68.73±5.16	36.74±4.55	17.84±3.64

注: 两组对比, $p < 0.05$

2.3 患者并发症与护理满意度情况

见表 3 所示, 在并发症发生率上, 观察组为 4.35%, 对照组为 15.22%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$); 在患者护理满意度上, 观察组为 93.48%, 对照组为 78.26%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 3: 患者并发症与护理满意度评估结果 [$n(\%)$]

分组	n	并发症发生率	患者护理满意度
观察组	46	2 (4.35)	43 (93.48)
对照组	46	7 (15.22)	36 (78.26)

注: 两组对比, $p < 0.05$

3 讨论

所有护理工作基于对患者的了解程度, 保证护理的匹配性。术前要做好患者综合情况评估, 包括疾病的资料、基本个人情况等, 充分贴合其认知、心理、生理状况, 做对应的疾病宣教讲解, 让其了解护理方案有关内容以及注意事项, 提升治疗依从性。要做好患者心理状况评估, 引导患者通过冥想以及多样化的注意力转移方式来疏解负面情绪。要多提供成功案例来达到积极的心理支撑作用, 提升其治疗康复信心。同时需要做好家属心理建设工作, 避免家属负面情绪对患者构成的不良影响。在沟通讲解中可以采用视频、图文等方式结合, 提升讲解内容的清晰性, 让患者对于手术治疗、麻醉方法、护理、疾病知识有基本了解。同时可以让患者积极参与到有关宣教活动中, 与医护人员一同做好有关案例讲解沟通互动, 减少患者心理负面情绪。

总而言之, 结直肠癌合并糖尿病患者围术期采用护理干预, 可以有效地改善患者负面情绪, 提升其治疗恢复速度, 减少并发症, 提高患者护理满意度, 整体状况更好。

参考文献:

[1] 邹芳霞. 结直肠癌合并糖尿病患者围手术期临床护理研究[J]. 饮食保健, 2021 (26): 215.

[2] 张雪, 赵丽莉, 申秋霞, 等. 结直肠癌合并 2 型糖尿病围手术期采用持续皮下胰岛素泵输注、护理干预控制血糖的临床疗效[J]. 饮食保健, 2021 (15): 149.

[3] 黄文玲, 王艳. 结直肠癌合并糖尿病患者围手术期临床护理研究[J]. 母婴世界, 2020 (2): 227.

[4] 王茹. 分析直肠癌合并糖尿病患者围手术期的护理干预[J]. 糖尿病新世界, 2019, 22 (16): 170-172.

[5] 蒋琼云, 郑小青, 吴秋淋, 等. 快速康复外科护理在结直肠癌合并糖尿病患者围术期中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27 (18): 5-7.

整体护理在小儿手术室护理中的应用及对患儿预后情况的影响

庞倩倩

淮安市妇幼保健院 江苏淮安 223001

摘要：目的：探究整体护理在小儿手术室护理中的应用及对患儿预后情况的影响。方法：60 名小儿患者抽选于本院 2021.06——2022.05 期间的就诊资料中，均为接受手术室治疗者，为保障患儿预后实施护理干预。通过分类法将对象平均分成两组，即为常规组、实验组，每组 30 名。常规组予以一般护理干预，实验组予以一般护理干预+整体护理干预，整体观察护理表现，对比两组家属护理满意度、患儿术后疼痛程度、护理前后患儿生活状态评分、术后不良症状发生率、患儿手术时间和依从率。结果：护理前，两组对比患儿生活状态评分无差异， $P>0.05$ 。护理后，相较常规组，实验组患儿生活状态评分更优， $P<0.05$ 。相较常规组，实验组家属护理满意度、患儿依从率更高， $P<0.05$ 。相较常规组，实验组患儿术后疼痛程度、术后不良症状发生率、患儿手术时间更低， $P<0.05$ 。结论：小儿手术室护理中应用整体护理，不仅可稳定患儿个人状态，且可保障其预后，建议普及应用。

关键词：小儿；手术室护理；整体护理；预后

手术室作为医疗机构中较重要科室，接诊人数较多，为确保手术室工作质量，开展合理的服务控制措施尤为重要，用以良好规范手术室护理标准性。手术室护理工作一直是临床关注的重点，因手术室日常护理工作繁重且接诊的病人病情危重，故而相关医疗服务和护理干预工作质量要求极高，操作技术相较于规范标准差之毫厘造成的医疗结果便可能与预期结果差别极大，轻则可能造成不良事件发生，重则可能威胁患者的生命安全^[1-2]。由此，手术室护理工作则是目前需要亟待提升且把控质量的关键内容，针对小儿手术室治疗任务对应处理的护理难度较大，护理操作风险较高，其质量会整体影响手术的进行质量和治疗结果，在各群体中小儿因其自身年龄较小，躯体成长不成熟加之缺乏表达能力，给予此类患儿的护理服务要求更高，护理重点倾向于维护患儿因在陌生环境中产生的负性情绪、提高个人配合度，从而保证了手术的顺利进行。因此，小儿手术室护理中贯彻整体护理很有必要，同时降低患儿的应激反应，已经成为手术室工作进行的重要环节^[3-4]。基于此，本研究针对整体护理在手术室护理中的应用效果进行分析，详情如下。

1. 资料和方法

1.1 线性资料

在本院选择小儿手术室治疗病患作为研究对象，资料筛选时间为 2021 年 6 月至 2022 年 5 月，共计 60 名基于分类法平均分出常规组、实验组，每组纳入 30 名分别应用不同护理干预办法。所有患者均无手术禁忌症，对象经基本检查符合手术治疗指征。本次实验内容已过半伦理委员会审查符合统计标准，患者家属对本次调查内容知情同意，已签署相关知情同意书。工作人员经调查发现现有护士、护师、主管护师职称，调查统计期间未有人员职位调离。患儿术前表现为哭闹、精神状态较差、紧张恐惧等，具有基本认知。

常规组：男患 17 例、女患 13 例，年龄区间 4-14 岁、平均年龄 (7.61 ± 2.05) 岁；原发病治疗手术类型：呼吸系手术 4 例、消化系手术 5 例、泌尿系手术 6 例、骨折类手术 6 例，其他 9 例。实验组：男患 16 例、女患 14 例，年龄区间 4-13 岁、平均年龄 (7.43 ± 2.01) 岁；原发病治疗手术类型：呼吸系手术 3 例、消化系手术 3 例、泌尿系手术 5 例、骨折类手术 7 例，其他 12 例。资料对比 $P>0.05$ 。

1.2 方法

常规组：患儿在接受手术治疗前，护理人员应为其做好基本工作，包括病房护理、用药护理等，兼顾患儿的基本症状，维护个人手术治疗安全。

实验组：第一，术前护理。应该加强访视，护理人员除基本医疗工作外，需掌握患儿个人的病情状况，包括患者心理、生理状态，对其术前接受手术治疗的基本情况做评估。使用患儿、家属均能简单易懂的语言模式，为其讲解手术的治疗目的、治疗过程以及预估手术结果，向其科普手术医疗知识，并同时展开心理疏导。大多数患儿面对陌生的医疗环境和即将开

展的手术治疗，难免会产生焦虑、不安心理，护理人员可循循诱导减轻患儿的心理压力避免术前过于哭闹，询问家属其不依从行为的产生原因，并针对性的开展心理指导。尽可能降低一切因素对手术的影响，提高患者手术依从性，然后做术前准备工作。利用温和的语言方式开展疾病基础知识教育，强调手术治疗的安全性，尽快和患儿、家属建立信任。手术室的护理工作要在手术开展之前做好相关准备工作，例如不同手术类型的术中用具准备、资料填写等，提前做好访视资料整理，调查其基本资料和药物过敏史以及治疗中的注意事项等资料。针对不同患儿特别交代其家属术前应遵守的相关注意事项，例如禁食、禁饮条件。然后在术前检查手术中可能用到的医疗器械和药物，核对患儿手术部位、姓名、手术步骤，检查医用器械是否有损坏和使用故障问题，以免造成手术失误。第二，术中护理。此过程中首先需为患儿建立麻醉，注入麻醉药前护理人员应给予患儿足够的安全感，全程陪同通过握手、摸头等抚触形式感受到护理人员给予的鼓励。及时给予患者安抚，能降低患儿的紧张、焦虑心理，并同时给予肢体接触让患者感受到护理人员给予的关怀，放松心情顺利进行手术。调整手术室的温度与湿度，针对手术中开展的护理工作均给予简洁明了的解释说明且护理动作应轻柔、规范、熟练。护理人员应遵守职业道德与规定，禁止在手术室外与非工作人员讨论患儿的病情以及个人情况，手术过程中与医生共同安抚患儿情绪，尽可能减少其因手术造成的生理、心理上的不适，满足基本治疗需求。部分患儿在术中可能有恶心、呕吐，多因术中牵拉内脏所致，护士应及时应给予安抚并告知深呼吸，将头偏向一侧。密切关注患儿心率、体温、血氧等生命体征变化，尤其要留意体温防止低体温情况发生。第三，术后护理。及时擦拭手术台遗留的血迹、分泌物，清理好身体并穿戴衣物，以免着凉且保护患者的隐私，护理手术创口以免细菌感染。若其麻醉未清醒，应保持去枕平卧位这样患者头部偏向一侧，以免分泌物堵塞气管。将其送往住院部途中护理人员应注意躯体引流管摆放，避免弯折和脱落，注意切口保护以免出血。密切监测心电图，血压，血氧等，限制探视人数和时间，允许一名家属陪同。麻醉消失后询问患儿手术治疗的疼痛感，若疼痛强烈则应该按照医嘱给予相应处理措施，必要情况下可使用镇痛药，麻醉作用消失后防止患儿抓挠伤口、拔除留置针等情况。或可通过讲故事、看电视等方法转移其疼痛注意力，从而减轻痛感。

1.3 观察指标

观察两组患儿家属护理满意度、患儿术后疼痛程度、护理前后患儿生活状态评分、术后不良症状发生率、手术时间和依从率。

1. 护理满意度评价标准：总满意度=（满意+较满意）/组间数*100%，护理效果好则统计值趋高。

2. 术后疼痛程度评价标准：借用 NRS 数字评价量表、VRS 主诉疼痛分级法评估，分出重度、中度、轻度疼痛分级，总疼痛度=（重度+中度）/组间数*100%，护理效果好则统计值趋低。

3.生活状态评价标准：评估患儿的神经功能状态、生理功能状态、心理功能状态，护理效果好则统计值趋高。

4.不良症状评价标准：统计肺炎、伤口感染、辅料撕脱、意外拔管状况，护理效果好则统计值趋低。

5.手术时间和依从率评价标准：前者应趋低，后者趋高。

1.4 统计

本次临床试验在 SPSS 23.0 系统中分析，计量资料指标则以 ($\bar{x} \pm s$) 表示符合正态分布、计数资料以 (n %) 表示，使用 T 值、 X^2 检验，结果表现“差异无统计学意义 ($P > 0.05$)”、“差异有统计学意义 ($P < 0.05$)”。

2. 结果

2.1 家属护理满意度

常规组：满意 15 例、较满意 8 例、不满意 7 例，总满意度 76.67 %。实验组：满意 19 例、较满意 10 例、不满意 1 例，总满意度 96.67%。可见实验组家属护理满意度更高，对比 $X^2=5.192$, $P < 0.05$ 。

2.2 患儿术后疼痛程度

表 1 中，实验组患儿术后疼痛程度更低， $P < 0.05$ 。

表 1：患儿术后疼痛程度比较表 (n%)

组别	例数	重度	中度	轻度	总疼痛度 (%)
常规组	30	10	14	6	80.00
实验组	30	16	13	1	96.67
X^2					4.043
P					<0.05

2.3 护理前后患儿生活状态评分

护理前：常规组神经功能状态 (19.54 ± 1.34) 分、生理功能状态 (30.54 ± 1.04) 分、心理功能状态 (31.61 ± 2.67) 分；实验组神经功能状态 (20.00 ± 1.31) 分、生理功能状态 (30.67 ± 1.01) 分、心理功能状态 (30.99 ± 2.58) 分。可见两组患儿生活状态无差异，对比 $T=1.344$ 、 0.491 、 0.915 , $P > 0.05$ 。

护理后：常规组神经功能状态 (22.14 ± 2.05) 分、生理功能状态 (40.64 ± 1.67) 分、心理功能状态 (42.16 ± 1.54) 分；实验组神经功能状态 (26.51 ± 1.07) 分、生理功能状态 (46.18 ± 1.68) 分、心理功能状态 (48.54 ± 1.05) 分。可见实验组患儿生活状态更优，对比 $T=10.351$ 、 12.810 、 18.748 , $P < 0.05$ 。

2.4 术后不良症状发生率

表 2 中，实验组术后不良症状发生率更低， $P < 0.05$ 。

表 2：术后不良症状发生率比较表 (n%)

组别	例数	肺炎	伤口感染	辅料撕脱	意外拔管	总发生率 (%)
常规组	30	1	2	3	3	30.00
实验组	30	0	0	1	0	3.33
X^2						7.680
P						<0.05

2.5 手术时间和依从率

表 3 中，实验组患儿手术时间更低，依从率更高， $P < 0.05$ 。

表 3：手术时间和依从率比较表 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	手术时间	依从率
常规组	30	80.34 ± 5.22	4.14 ± 0.66
实验组	30	42.04 ± 6.09	8.10 ± 0.60
T		26.154	24.317

P

<0.05

3. 讨论

手术室是抢救危重症或治疗非药物治疗（保守治疗）痊愈效果不佳病人的重要场所，在医院内属于重要组成部分之一，故而此科室的护理工作质量也直接影响着患者的就诊质量，手术室护理服务是目前临床非常重视的问题，通过优化护理工作可有效保护患者在治疗中的生命安全。手术室病人流量大，对护理人员提供的工作量和工作素质有较高的要求，在手术室护理中即便出现细微差错也可能会影响手术治疗结果，或者造成负性结果^[5-6]。为此，手术室内需积极避免护理纠纷产生，保证护理工作有序进行，需挑选更合适的护理服务类型。尤其小儿患者其机体发育不成熟，是相对特殊的护理群体，患病后接受手术治疗类型具有各自的特征，年龄差异、组织器官发育差异、手术类型差异等，均导致手术的类型不同，而为了兼容此类差异为患儿提供最佳的护理服务，需要介入更强的、具有系统性和连续性的护理指导，改变以往传统手术室内护理服务的模式，在术前、术后均提供全面的服务，详细掌握患儿的相关变化。按照手术室护理计划有序的完成护理工作，从而期望能达到理想护理目的。而整体护理能满足此护理需求，控制手术过程中各因素对手术结果的影响变化，给予患儿安抚降低其因耐受性差造成的严重哭闹、情绪波动大、依从性差等问题，护理指导非常全面贯穿于整个护理计划可行性较高，小儿病患的特殊性服务具有综合化特点^[7-8]。

结果可见，护理前两组患儿生活状态评分对比 $P > 0.05$ 。护理后实验组患儿生活状态评分优常规组；实验组家属护理满意度、患儿依从率高于常规组；实验组患儿术后疼痛程度、术后不良症状发生率、患儿手术时间低于常规组， $P < 0.05$ 。可见实验组下执行手术室的整体护理对患儿有积极治疗影响，说明在手术室中在基本护理上落实此类型护理干预，能够全面顾及各类患儿的病情状况，符合手术室患者在手术前、手术中、手术后的护理服务需求以及精神需求，在病患治疗过程中体现了医院服务至目前护理服务工作的现状和理想作用。整体护理将工作与人性化哲学理论的概念结合，是执行性较高的护理措施^[9]。目前此护理干预在手术室中应用效果良好，为手术顺利进行创造了良好条件，对改善我院护理服务质量有推进作用。

综上所述，整体护理能确保小儿手术室护理效率，加强患儿预后，建议推广应用。

参考文献：

- [1]胡学华,曹红.循证护理和整体护理在手术室护理中的应用效果分析——评《手术室护理用书》[J].中国实验方剂学杂志,2022,28(12):232.
- [2]李蕴,李方娇.手术室患者应用联合护理模式的价值探讨[J].中国城乡企业卫生,2022,37(03):201-202.
- [3]李文芳.整体护理在小儿阑尾炎腹腔镜手术中的应用效果[J].当代护士(中旬刊),2021,28(10):49-51.
- [4]杜彦.整体护理应用于小儿手术室护理中对患者术中指标及术后并发症的影响[J].心理月刊,2020,15(16):148.
- [5]许娟.整体护理在小儿手术室护理中的应用及对患儿预后情况的影响[J].实用心脑血管病杂志,2020,28(S1):166-168.
- [6]齐洁.整体护理在小儿手术室护理中的应用效果观察探讨[J].航空航天医学杂志,2019,30(09):1162-1163.
- [7]孔文青,王思琴.整体护理在小儿手术室护理中的应用效果分析[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(26):276-277.
- [8]黄艳琴.小儿手术室护理中应用整体护理模式的效果分析及患儿预后情况的影响[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(25):292-293.
- [9]戴玉玲.分析整体护理在小儿手术室护理中的应用及对患儿预后情况的影响[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(01):114-115.

个性化护理对上消化道出血患者焦虑情绪及护理满意率的影响

彭茜茜

镇安县医院 消化内科 陕西商洛 711500

摘要：目的 分析个性化护理用于上消化道出血患者中的价值。方法 将2020年1月~2022年1月期间收治在院内的上消化道出血患者120例随机分组，对照组60例常规护理，观察组60例个性化护理，进行患者情绪状态及满意度的调查。结果 观察组患者抢救成功率高于对照组，再出血率低于对照组，出血次数少于对照组，组间差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。护理前评估不同组别患者情绪状态未见显著差异，护理后虽均有明显下降，但以观察组患者的焦虑、抑郁评分低于对照组（ $P<0.05$ ）。少数发生肺水肿、肺部感染、贫血并发症患者中，包括观察组的1.67%与对照组的11.67%，组间差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。观察组患者精力、疼痛、情感、睡眠、社会功能、躯体活动生活质量指标平均分均高于对照组患者，组间差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。护理满意度以观察组的96.67%，高于对照组患者的85.00%，组间差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论 个性化护理用于上消化道出血患者中，对比常规护理在调节患者焦虑情绪、预防并发症、提升满意度方面均具有显著优势。

关键词：个性化护理；上消化道出血；焦虑情绪；护理满意率

上消化道出血是一种发生在胃部、食管、十二指肠等部位的出血病症，致病原因众多，病情复杂且治疗难度较高。疾病确诊后需快速采用有效治疗方案止血，同时对原发病给予对症治疗^[1]。鉴于上消化道出血病情变化复杂，且患者对于出血病症缺乏了解容易陷入高度恐慌状态，有必要加强在治疗期间的护理配合^[2-3]。护理干预除辅助稳定病情治疗，还应重视对患者的情绪管理，又基于患者个体化差异下对于护理需求的不同，认为更适合应用个性化护理模式^[4-5]。为此，本研究中对院内2020年1月~2022年1月期间收治的120例上消化道出血患者进行了分组对比调查，旨在探究个性化护理应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2020年1月~2022年1月期间收治在院内的上消化道出血患者120例随机分对照组、观察组各60例。对照组内男33例，女27例；年龄39~68岁，平均（51.62±6.38）岁；胃癌18例，胃底静脉曲张10例，消化性溃疡32例。观察组内男35例，女25例；年龄38~66岁，平均（52.34±6.45）岁；胃癌17例，胃底静脉曲张9例，消化性溃疡34例。两组患者基线资料无差异性，可对比研究。纳入标准：①经影像学等检查确诊上消化道出血；②签署知情同意书。排除标准：①合并精神疾病；②认知功能障碍。

1.2 方法

对照组针对患者采用常规护理，入院时快速评估患者病情，结合医嘱对患者进行出血情况监测，结合病情告知患者注意事项。

观察组针对患者采用个性化护理，内容如下：（1）护理前采集患者相关资料，如病情、病因、年龄、文化水平、生命体征、治疗情况等，以此作为参考制定符合患者需求的个性化护理方案。（2）入院后开展个性化健康宣教，针对年龄较大且文化水平较低患者，可针对其家属进行。主要针对对出血病因、治疗方案、后续治疗过程、日常饮食注意事项等。强调遵医嘱治疗及护理配合对病情恢复的重要性，提升其依从性。（3）个性化心理护理，针对担忧病情产生焦虑情绪者，鼓励患者表达疑问，耐心解答出血症状发生的原因，目前病情控制效果，选择几项既往成功病例进行分析，减轻患者焦虑、恐惧情绪。针对住院治疗陌生环境产生烦躁、不安情绪者，指导家属加强对患者陪伴疏导，通过家庭温暖减轻患者心理压力。若病情稳定，告知患者可通过听音乐、看书等方式分散注意力，缓解不良情绪。

（4）个性化急救护理配合，针对病情危重患者，配合医生进行急救，快速建立2条静脉通道，补充血容量并给予止血药物，尽快稳定病情。大量输血与输液可增加肺水肿及再出血风险，加强生命体征等监测，并加强呼吸管理，维持患者呼吸通畅，预防不良事件发生。

1.3 观察指标

（1）统计急救相关指标，包括抢救成功率、再出血、出血次数。（2）

以焦虑自评表（SAS）、抑郁自评表（SDS）评估情绪状态，分值高提示负面情绪严重。（3）统计并发症情况，如肺水肿、肺部感染、贫血。（4）参考SF-36量表评估生活质量，从精力、疼痛、情感、睡眠、社会功能、躯体活动几个方向进行，0-100分，分值高提示生活质量高。（5）以自制问卷调查护理满意度。

1.4 统计学处理

用SPSS21.0统计软件完成调查数据处理，用（ $\bar{x} \pm s$ ）描述计量资料，以t检验，计数资料采用率（%）表示，以卡方检验， $P<0.05$ 代表数据对比有差异性。

2 结果

2.1 比较两组急救相关指标

观察组患者抢救成功率高于对照组，再出血率低于对照组，出血次数少于对照组，组间差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表1。

表1 比较两组急救相关指标（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	抢救成功率	再出血	出血次数
观察组	60	59（98.33）	0（0.00）	1.15±0.16
对照组	60	52（86.67）	5（8.33）	2.05±0.21
χ^2/t	-	5.886	5.217	26.406
P	-	0.015	0.022	<0.001

2.2 比较两组焦虑抑郁评分

护理前评估不同组别患者情绪状态未见显著差异，护理后虽均有明显下降，但以观察组患者的焦虑、抑郁评分低于对照组（ $P<0.05$ ）。见表2。

表2 比较两组焦虑抑郁评分[（ $\bar{x} \pm s$ ），分]

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	60	61.24±3.14	38.52±3.06	57.52±4.16	35.32±3.08
对照组	60	60.85±4.61	42.15±2.52	58.05±5.62	39.24±3.51
t	-	0.542	7.093	0.587	6.502
P	-	0.589	<0.001	0.558	<0.001

2.3 比较两组并发症发生率

少数发生肺水肿、肺部感染、贫血并发症患者中，包括观察组的1.67%与对照组的11.67%，组间差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表3。

表3 比较两组并发症发生率（ $P<0.05$ ）

组别	例数	肺水肿	肺部感染	贫血	发生率
观察组	60	0（0.00）	0（0.00）	1（1.67）	1（1.67）
对照组	60	2（3.33）	2（3.33）	3（5.00）	7（11.67）
χ^2	-				4.821

P - 0.028

2.4 比较两组生活质量

观察组患者精力、疼痛、情感、睡眠、社会功能、躯体活动生活质量

表 4 比较两组生活质量[($\bar{x} \pm s$), 分]

组别	例数	精力	疼痛	情感	睡眠	社会功能	躯体活动
观察组	60	82.25±3.15	80.62±2.58	86.25±2.46	80.62±2.34	88.42±3.16	80.62±2.64
对照组	60	78.26±3.25	75.24±2.46	80.46±3.15	76.25±2.05	72.15±3.24	76.24±3.08
t	-	6.829	11.690	11.221	10.881	27.846	8.363
P	-	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.5 比较两组护理满意度

护理满意度以观察组的 96.67%，高于对照组患者的 85.00%，组间差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 5。

表 5 比较两组护理满意度 (n, %)

组别	例数	非常满意	满意	一般	不满意	满意度
观察组	60	21(35.00)	25(41.67)	12(20.00)	2(3.33)	96.67
对照组	60	16(26.67)	20(33.33)	15(25.00)	9(15.00)	85.00
χ^2	-					4.904
P	-					0.027

3 讨论

上消化道出血可基于多种病因引发，患病后以呕血、便血为常见症状，常见类型如胃溃疡穿孔引发出血、胃癌引发出血、食管胃底静脉曲张引发出血等^[6]。多数上消化道出血患者为急重症，入院后需立即抢救稳定病情，为此，急救护理配合至关重要^[7-9]。除此之外，治疗期间存在一定并发症风险、多数患者存在明显焦虑、烦躁不安等情绪。总结对于上消化道出血患者的护理目标包括配合急救、调节不良情绪、预防并发症等。

临床护理工作中，多种护理模式均可满足以上护理目标，而本研究中主要针对个性化护理模式进行分析。其原因在于，上消化道出血类型较多，加之患者情绪状态及并发症等均具有显著差异，为此，认为个性化护理能够发挥更大价值。所谓个性化护理，主要为建立在患者实际情况基础上，制定符合患者心理、生理、治疗所需的护理计划。现从以下几个方面进行此种护理模式应用效果的分析：首先，在急救配合价值方面，观察组患者抢救成功率高于对照组，再出血率低于对照组，出血次数少于对照组，组间差异有统计学意义。上消化道出血患者急救中，首要任务为快速止血，个性化护理配合中快速评估患者病情，结合不同出血情况配合医生实施急救从而稳定病情。同时，通过治疗过程的并发症防控，可有效预防再出血问题发生。其次，突发呕血等症状可致患者出现多种不良情绪，而情绪过于激动可通过影响血压变化不利于出血控制，为此，在护理评价中进行了患者情绪评估。护理前评估不同组别患者情绪状态未见显著差异，护理后虽均有明显下降，但以观察组患者的焦虑、抑郁评分低于对照组。关于此问题，苏惠敏^[10]的研究中也显示对比常规护理，个性化护理组患者焦虑、抑郁评分明显较低，与本研究结果一致。虽然常规护理中对患者的注意事项指导等也可达到一定情绪干预作用，但个性化护理基于针对患者不同情绪表现及诱发原因实施选择适合心理护理措施，可发挥出更大价值。如患者基于陌生环境及治疗衍生的焦虑不安情绪，此类患者对于护理人员难以产生信赖感，为此通过家属为患者提供情绪疏导，借助于家庭温暖以及天然信赖感更有助于减轻患者心理压力。另外，在并发症防控价值方面，少数发生肺水肿、肺部感染、贫血并发症患者中，包括观察组的 1.67%与对照组的 11.67%，组间差异有统计学意义。肺水肿与肺部感染与急救过程

指标平均均高于对照组患者，组间差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 4。

大量补液等治疗操作相关，个性化护理中预先明确此种并发症风险因素，通过急救护理配合中的针对性干预，可发挥降低潜在并发症风险作用。最后，在患者生活质量方面，观察组患者精力、疼痛、情感、睡眠、社会功能、躯体活动生活质量指标平均均高于对照组患者，组间差异有统计学意义。住院治疗期间情绪状态、病情困扰、个人需求满足情况等均可作用到患者生活质量上。个性化护理干预中，更为强调与患者的沟通，耐心解答患者疑问，尽量满足其需求，加之护理配合促进病情恢复，尽早解除患者痛苦，可达到改善生活质量的效果。通过以上作用的发挥，个性化护理模式更能够凸显临床护理的价值及人文关怀，进而提升患者对于护理满意度的评价。

综上所述，个性化护理用于上消化道出血患者中，对比常规护理在调节患者焦虑情绪、预防并发症、提升满意度方面均具有显著优势。

参考文献：

- [1] 李林芳, 苏艳. 问题解决护理模式用于上消化道出血患者对心理状态及遵医行为的影响[J]. 贵州医药, 2022, 46 (1): 165-166.
- [2] 陈礼香, 陈斌. 聚焦解决模式对上消化道出血再出血率, 负性情绪和遵医行为的影响[J]. 中国医学创新, 2020, 17 (2): 96-100.
- [3] 张静, 赵连霞. 个性化护理对胃溃疡合并上消化道出血患者满意度及并发症的作用分析[J]. 中国社区医师, 2021, 37 (25): 156-157.
- [4] Laohathai S, Jaroensuk J, Laohathai S, et al. Impact of acute care surgery model in aspects of patients with upper gastrointestinal hemorrhage: result from a single tertiary care center in Thailand[J]. Trauma Surgery & Acute Care Open, 2021, 6 (1): 570.
- [5] 赵倩倩, 孙海燕, 李云巧. 基于奥马哈系统的个案护理在肝硬化合并消化道出血患者中的应用效果研究[J]. 当代护士 (专科版), 2020, 027 (008): 57-59.
- [6] 王蓓蓓, 何玉婷, 石亚军. 精细化护理对消化性溃疡致上消化道出血患者心理状态及生活质量的干预效果研究[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50 (5): 462-463.
- [7] Dhali A, Ray S, Khamrui S, et al. Upper gastrointestinal hemorrhage causing mucinous cystadenocarcinoma of pancreas mimicking gastrointestinal stromal tumor of stomach: Case report[J]. International Journal of Surgery Case Reports, 2021, 85 (3): 106240.
- [8] 区泳燕, 唐婉璋, 杨木兰. 个性化护理联合心理干预对胃溃疡合并上消化道出血患者疗效及生活质量的影响[J]. 吉林医学, 2020, 41 (10): 2516-2517.
- [9] Bagny A, Kogoe R M, Lawson-Ananissos L M, et al. Comparison of Prognostic Scores for Upper Gastrointestinal Bleeding in the Hepato-Gastro-Enterology Department of Campus Teaching Hospital of Lome[J]. Open Journal of Gastroenterology, 2021, 11 (9): 11.
- [10] 苏惠敏, 李建英, 张丽琼. 个性化护理对上消化道出血患者焦虑情绪及护理满意率的影响[J]. 中文科技期刊数据库 (引文版) 医药卫生, 2022, 01 (4): 449-450.

优质护理在老年股骨颈骨折中的应用价值分析

邱霞

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：结合老年股骨颈骨折患者临床护理问题，在患者治疗康复过程中强化优质护理，分析实际价值。方法：根据要求科学选择我院 2021.1—2021.12 接收的合适的患者 80 例，分别进行常规护理和优质护理，研究了解患者在院护理前后髋关节功能状态，利用专业量表全面分析患者的心理变化，制定问卷对患者护理认可度进行评估，两组进行对比。结果：护理前观察组患者髋关节功能评分与对照组相差不大。护理后观察组评分为（90.23±2.51）分，与对照组的（79.93±6.32）分相比明显较高。干预前观察组患者心理状态两项指标评分与对照组差异不大。观察组护理后患者心理状态指标评分分别为（30.55±6.83）分、（26.81±6.31）分，与对照组的（47.88±7.26）分、（46.48±1.62）分相比明显降低较多。观察组患者对护理持不满意态度的为 1 例占比 2.50%，合计基本满意的为 39 例，占比 97.50%，与对照组的 82.50%相比明显高，差异显著，具有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：老年股骨颈骨折患者治疗中强化优质护理存在明显优势，帮助改善患者身体功能，调整患者临床治疗中的心理状态，增加认可度，值得推广。

关键词：优质护理；老年股骨颈骨折；应用价值；分析

近些年社会发展中临床医学为患者提供科学治疗同时以患者为中心，为其进行人性化服务，新型护理理念的推行使得目前医院各科室在护理中以优质护理服务为重点内容。给患者提供优质护理服务，是在现有基础上保证服务的价值，使患者在医院治疗居住期间切实提升满意度。医护人员在为患者提供服务时，要求不断提升自身的专业技能，使患者临床治疗护理能够有序推进。医院临床经常会接收到老年骨折患者，患者股骨骨折后心理受病症影响较大，而且对家庭也考虑也较多，导致在病症恢复中心理不良情绪激增，此时会对患者的身体康复产生严重不利影响。根据临床对老年股骨颈骨折患者的服务实践来看，优质护理在临床应用中具有明显优势。而且在人们生活发展过程中，到医院治疗不仅关注治疗结果也很重视日常服务，因此面对高质量的要求我院进行全面调整，选择合适的患者进行研究，全面实行新型护理模式，给患者提供高质量服务，分析应用价值。下面进行报告分析。

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 2021.1-2021.12 这一时间接收得合适的老年股骨颈骨折患者，最终纳入研究的为 80 例，患者入院后进行全面身体检查，了解患者身体存在一定的外伤。患者按照护理差异进行科学分组，对照组有 40 例患者，组中男、女性比例为 22 比 18，按照常规护理在患者治疗中采取各项服务策略，剩余 40 例为观察组，此组中男性、女性占比分别为 23 和 17，利用优质护理强化干预。本次研究各项流程制定完全符合国家标准，在研究开展前专门负责人员与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：第一，患者对本次研究全面了解，并且在研究中能够积极配合，并且家属在了解状态下签订责任书。第二，患者年龄均在 60 岁以上并且不高于 85 岁。患者排除过程中考虑以下因素：第一，如果患者身体症状过于严重，身体存在其他严重合并病症。第二，患者存在精神障碍，日常不能正常交流。

1.2 方法

对照组的患者在临床治疗中按照医院常规程序采取各项基本护理策略。

观察组患者在治疗中给予患者优质护理服务，下面详细分析。第一，优质接诊。患者来医院就诊时，护理人员要端正态度，积极地与患者构建良性关系，与患者接触中要控制好面部表情，及时询问患者，日常多问候，同时与患者交流要有一颗同情的心理，在怜悯基础上交流中蕴含着对患者的关心。在患者临床治疗中密切关注患者的病情发展状态，了解患者的情绪波动情况，避免患者在临床治疗中面对病症心理过于不安。日常交流中

加强对患者的鼓励，如果患者心存想法要让其详细表达，了解实际问题后及时采取措施解决，如果患者有一定要求在合理范围内要及时满足，保证患者在临床治疗中及时有效。患者在院居住期间需要护理人员为其讲解医院基本环境，提前告知住院中可能存在的一些问题，以此使患者和家属的信任感增强，增加配合度，患者存在问题需要帮助时，也会及时寻求医护人员。第二，优质治疗。患者需要进行手术以及其他相关治疗，面对治疗流程中的各项问题，要及时为其解答，通过专业讲解，让患者深刻认识到病症治疗中手术的重要价值。如果患者提问的问题无法正面直接解答，护理人员要承认自己的不足，直接告知患者自己不知，并且需要给予患者承诺，告知患者会在第一时间找到确切解决方法并且告知。如果患者有隐私问题询问，护理人员面对问题首先要注意区分，然后需要加强对患者隐私的保护，保证严格遵守医院规章为患者保密。临床为患者采取各项护理策略，注意语气和动作幅度，避免与患者产生任何冲突。如果日常交流中通过语言了解患者有一定的隐瞒，此时护理人员应该更深入的同患者交流分析更深层的原因，积极耐心地为患者服务，以真诚的态度鼓励患者，让患者及时讲解问题，切实解决问题。患者询问时耐心倾听，解答中需要关注患者的心理状态，加强指导，给患者一定的心理安慰。第三，优质环境。老年股骨颈骨折患者在院治疗康复中为了达到更好的康复效果，必须保证其住院环境是处于良好状态的。因此医护人员必须为其创造条件，保证患者的临床治疗护理环境达到优良状态，考虑患者的需求尽可能满足。日常护理中密切关注患者的病房环境，按照计划每天进行通风，做好日常清洁整理工作，避免病房内出现异味，积极询问患者，了解患者的主观感受，根据患者的实际情况调节温湿度条件，让患者在院居住中有温馨感。有些患者股骨颈骨折需要进行手术治疗，此时可能心理波动比较大，护理人员需要及时同患者交流，可以通过唠家常的方式，拉近与患者的关系，提前与患者家属进行交流，了解患者关心的事情，根据患者的身心状态合理布置病房，尽可能使患者心情平稳。如果患者日常有睡眠问题，护理人员应该科学应用医疗手段，让患者得到身心放松，保持心灵上的安宁，使患者的睡眠质量切实提升。第四，优质生活干预。老年骨颈骨折患者通过临床治疗，还需较长时间进行康复疗养，为了保证患者身体康复水平，医院方必须提供高质量生活护理。在患者身体恢复中，医护人员要根据患者的身体状态，密切关注患者的衣食住行，给患者采取各项基本治疗护理策略，而且从多角度出发，使患者在康复治疗中积极配合。患者日常治疗护理中关注细节，如果患者比较年轻医护人员要对其进行尊称，在给患者服务时考虑患者的接受范围调整音调。患者手术完成并且把其妥善安排后需要及时告知患者家属，让患者家属了解患者的身体实际情况，并且在临床护理中发挥家属的辅助作用，通过多方面分析全面了解患者实际情况，以此为基础制定合适的护理计划，使患者在身体恢复中保持身心最大舒适感。第

五, 优质心理干预。老年人出现股骨颈骨折后, 需要进行手术治疗后续受多因素影响, 使得心理状态波动比较大, 而且老年人受自身年龄限制, 身体机能逐渐退化, 身体可能存在多项基础类病症, 此时受病症影响, 导致心理状态变化非常大, 因此日常加强对患者的观察, 在细微处分析其心理变化情况, 加强临床护理的心理抚慰, 切实改善患者住院恢复中的不良情绪, 避免患者在院期间心理过于焦虑, 使患者能够在身体康复期积极配合治疗。患者出现股骨颈骨折, 手术治疗后需要长期卧床休养, 此时患者不能移动与外界接触比较少, 在一个人时很容易产生多种想法, 有些患者则考虑自己长期在院治疗会给家庭带来一定的经济负担, 患者受负面情绪影响比较严重, 有些患者思想比较偏激, 可能会出现治疗不配合情况, 严重时直接导致患者轻生。医护人员在为患者进行干预时, 要以患者为中心, 全面践行人性化护理理念, 在护理中坚持原则, 尽可能帮助患者消除心理的不良情绪, 让患者对自我有更好的认知态度。患者在院治疗中护理人员积极同患者交流, 尽可能获得心灵上的沟通, 临床护理中, 如果患者有自我表述需要, 护理人员要耐心倾听, 同时给予患者一定的鼓励, 让患者把护理人员作为自己的亲人一样表达自己, 在有效交流中, 护理人员可以全面认识患者的负面情绪状态, 并且立足实际选择合适的手段帮助调节。日常护理人员同患者接触比较多, 长时间的相处中如果护理人员能够给予患者一定的关心和爱护, 此时彼此之间的距离会拉近, 患者会增加对护理人员的依赖感, 使患者在治疗中的各种顾虑逐渐被打消, 逐渐调整心态, 积极地面对病症。

1.3 观察指标

根据患者临床治疗日常行动情况从三个方面对患者进行有效的腕关节功能评分。研究中设定专门量表对患者的心理状态进行评估, 从两个方面层面详细分析, 立足实际情况科学打分。制定专门的调查问卷表, 让患者针对本次研究护理做有效评价, 护理人员给患者进行详细讲解, 在患者自愿状态下让其进行打分, 根据实际数据计算满意情况, 具体以数据统计展示。

1.4 统计学方法

本次研究各项数据分析按照统计学知识要求, 检验过程中使用SPSS22.0 软件分析数据, 两组之间进行检验需要结合 t 数据和 X²。

2 结果

2.1 患者临床治疗护理腕关节功能评分对比

根据本次研究数据分析可知, 观察组患者护理前腕关节功能评分为 (68.74±1.23) 分, 对照组护理前腕关节功能评分为 (69.34±1.56) 分, 明显两组差异不大。观察组经临床治疗和优质干预患者的腕关节功能评分为 (90.23±2.51) 分, 对照组评分为 (79.93±6.32) 分, 明显可知观察组评分较高, 差异显著, 具有统计学意义。

2.2 患者临床护理心理状态指标变化分析

表 1 患者临床护理心理状态指标变化分析表

组别	焦虑 (SDS 评分)		抑郁 (SAS 评分)	
	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (40 例)	60.43±7.12	30.55±6.83	61.27±5.94	26.81±6.31
对照组 (40 例)	60.25±7.03	47.88±7.26	59.95±6.31	50.18±6.02
t	0.045	9.106	0.5038	24.968
p	0.938	0.001	0.968	0.0001

由上面表 1 的数据可知, 观察组患者干预前患者心理状态指标的焦虑 (SDS 评分) 为 (60.43±7.12) 分、抑郁 (SAS 评分) 为 (61.27±5.94) 分, 对照组干预前患者心理状态指标的焦虑 (SDS 评分) 为 (60.25±7.03) 分、抑郁 (SAS 评分) 为 (59.95±6.31) 分, 明显两组数据差异不大。

观察组护理后患者心理状态指标的焦虑 (SDS 评分) 为 (30.55±6.83) 分、抑郁 (SAS 评分) 为 (26.81±6.31) 分, 对照组焦虑 (SDS 评分) 为 (47.88±7.26) 分、抑郁 (SAS 评分) 为 (46.48±1.62) 分, 明显观察组患者心理状态两项指标评分降低较多, 差异显著, 具有统计学意义。

2.3 患者临床护理满意度评析

根据本次研究数据分析可知, 观察组患者对护理持不满态度的为 1 例, 占本组人数的 2.50%, 持非常满意和基本满意的分别为 29 例和 10 例, 分别占比为 72.50%和 25.00%, 合计基本满意的为 39 例, 占比 97.50%。对照组患者对护理持不满态度的为 7 例, 占本组人数的 17.50%, 持非常满意和基本满意的分别为 19 例和 14 例, 分别占比为 47.50%和 35.00%, 合计基本满意的为 33 例, 占比 82.50%, 明显观察组满意比例高, 差异显著, 具有统计学意义。

3 讨论

近些年社会现代化发展中, 临床护理学和技术实现创新, 目前我院护理工作发展中以人文护理为基本宗旨, 在临床护理实践中, 给患者提供全面细致的护理服务, 希望通过各项优质护理策略的实施, 使患者的满意度能够切实提升。在我院发展中, 以患者为中心进行人性化护理, 已成为日常护理服务的重点内容, 从人性化角度出发, 为患者提供优质护理服务, 全面体现医院和社会各界对患者的人性化关怀, 使患者和医护人员之间的关系更加和谐, 为促进社会稳定发展创造条件。根据临床学习调研可知, 在日常护理服务评价中引入护理服务相关内容, 通过此种发展机制, 使患者及家属等各方面加强对医院临床护理的监督, 并且根据医院临床护理实际情况进行有效评估, 以此推进临床护理的高质量发展, 督促医院科室工作人员全面进行人性化护理服务理念, 使各科室工作人员能够为患者提供针对有效的护理服务。老年股骨颈骨折患者自身存在基础类病症, 而且受手术影响会带来一定的心理问题, 这些不良因素在患者身体恢复中有较大影响, 因此需要在临床护理中针对患者实际情况了解患者的特殊性, 再按照传统护理模式给患者进行基本生理护理基础上, 从人性化的角度出发, 给患者进行优质干预。

根据本次研究可知, 观察组患者护理前腕关节功能评分为 (68.74±1.23) 分, 与对照组评分差异不大。观察组经临床治疗和优质干预患者的腕关节功能评分为 (90.23±2.51) 分, 明显比对照组的 (79.93±6.32) 分高, 差异显著, 具有统计学意义。观察组患者干预前患者心理状态指标的焦虑 (SDS 评分) 为 (60.43±7.12) 分、抑郁 (SAS 评分) 为 (61.27±5.94) 分, 与对照组干预前的评分差异不大。护理后观察组患者心理状态两项指标评分 (30.55±6.83) 分、抑郁 (SAS 评分) 为 (26.81±6.31) 分, 明显均比对照组降低较多, 差异显著, 具有统计学意义。观察组患者对护理持不满态度的为 1 例占比 2.50%, 合计基本满意的为 39 例, 占比 97.50%。对照组患者对护理持不满态度的为 7 例占比 17.50%, 合计基本满意的为 33 例, 占比 82.50%, 明显比观察组低, 差异显著, 具有统计学意义。

综上所述, 老年股骨颈骨折患者采取优质护理各项策略, 在临床护理中加强对患者的尊重和理解, 从患者的利益出发进行全面维护。不仅提升医院的护理服务质量, 还使日常工作效率明显提升, 患者在医院得到良好的照顾, 帮助患者缩短恢复时间, 改善了与患者之间的关系, 为医院良性发展奠定基础。

参考文献:

- [1]郑芳. 优质护理在老年股骨颈骨折护理中的临床应用价值及有效性分析[J]. 医学食疗与健康. 2019, (16).
- [2]吴治芳, 陈静. 评价优质护理在老年股骨颈骨折护理中的应用[J]. 中国保健营养. 2019, (26).
- [3]田碧兰. 个性化护理对老年肩关节损伤恢复及生活质量的影响[J]. 饮食保健. 2021, (40).

人工肝血浆置换治疗重症肝炎的术后护理临床分析

孙敏 王倩^{通讯作者}

苏州市第五人民医院肝病科 江苏苏州 215000

摘要: 目的探究术后护理应用于人工肝血浆置换治疗重症肝炎的护理效果。方法疾病为重症肝炎, 随机抽取 50 例患者, 其中最早就诊于我院的时间为 2018 年 9 月, 最晚就诊于我院的时间为 2020 年 9 月, 通过抽签法进行分组, 其中对照组的例数为 25、方案为常规护理, 观察组的例数为 25、方案为优质护理。选取的观察指标包括两组患者的肝功能情况、凝血功能以及治疗效果情况。结果谷丙转氨酶 (ALT)、谷草转氨酶 (AST) 以及总胆红素 (TBIL) 水平的对比, 差异显著 ($p < 0.05$), 其中观察组较优; 凝血酶原活动度 (PTA)、凝血酶原时间 (PT)、纤维蛋白原 (FIB) 对比, 差异显著 ($p < 0.05$), 其中观察组较低; 治疗总有效率的对比, 差异显著 ($p < 0.05$), 其中观察组较高。结论采用人工肝血浆置换术治疗重症肝炎患者的术后优质护理, 患者的肝功能水平得以提升, 自身的凝血功能得以缓解, 治疗效果显著。

关键词: 重症肝炎; 人工肝血浆置换; 术后护理; 护理效果

【 Abstract 】 Objective To explore the nursing effect of postoperative nursing applied to artificial liver plasma exchange in the treatment of severe hepatitis. Methods Fifty patients with severe hepatitis were randomly selected, among whom the earliest time to visit our hospital was September 2018, and the latest time to visit our hospital was September 2020. The patients were divided into groups by lottery. The number of cases in the control group was 25, and the plan was routine nursing, while the number of cases in the observation group was 25, and the plan was high-quality nursing. The selected observation indexes included liver function, coagulation function and treatment effect of the two groups. Results The levels of alanine aminotransferase (ALT), aspartate aminotransferase (AST) and total bilirubin (TBIL) were significantly different ($P < 0.05$), and the observation group was better than the observation group. The prothrombin activity (PTA), prothrombin time (PT) and fibrinogen (FIB) were significantly different ($P < 0.05$), and the observation group was lower; The total effective rate of treatment was significantly different ($P < 0.05$), and the observation group was higher. Conclusion The high quality nursing of patients with severe hepatitis treated by artificial liver plasma replacement can improve the level of liver function and relieve the coagulation function of patients, and the treatment effect is significant.

【 Key words 】: Severe hepatitis; Artificial liver plasma exchange; Postoperative care; Nursing effect

重症肝炎属于一种以大量肝细胞坏死为主要特征的肝脏疾病, 患者多因酒精中毒、病毒感染以及药物性肝中毒所致^[1]。重症肝炎分为急性肝衰竭, 亚急性肝衰竭, 慢加急性肝衰竭, 慢性肝衰竭。重症肝炎的发病机制较为复杂, 治疗难度较大, 严重时容易引发肝衰竭, 预后较差, 甚至死亡^[2]。人工肝血浆置换术是一种成熟的治疗重症肝炎疗法, 借助医疗设备将血液抽出, 采用血液净化装置分离血浆, 析出血液中的有毒物质及代谢废物, 再补充患者所需营养物质, 然后再将血液输入患者机体内部^[3-5]。由于人工肝血浆置换给患者机体造成的损伤及不适感较强, 患者的负面情绪较多, 因此采取科学的护理措施很有必要^[6]。因此本文就人工肝血浆置换治疗重症肝炎的术后护理效果进行研究, 现在报告如下:

1. 资料和方法

1.1 一般资料

本次研究的疾病为重症肝炎, 选取患者的例数为 50, 患者遴选的起止时间分别为 2018 年 9 月和 2020 年 9 月。以抽签法为分组方法, 分别为对照组 ($n=25$) 和观察组 ($n=25$)。

对照组: 男女例数之比为 15: 10, 其中以 36 岁患者的年龄最小, 以 67 岁患者的年龄最大, 计算得出的均值为 (56.37 ± 1.85) 岁; 重症肝炎类型: 以慢性患者最多、共 13 例, 其次为急性患者、共 8 例, 亚急性患者最少, 共 4 例;

观察组: 男女例数之比为 17: 8, 其中以 35 岁患者的年龄最小, 以 68 岁患者的年龄最大, 计算得出的均值为 (56.42 ± 1.81) 岁; 重症肝炎类型: 以慢性患者最多、共 11 例, 其次为急性患者、共 8 例, 亚急性患者最少, 共 6 例。

纳入标准: ① 本次研究中所用患者经过诊断确诊为重症肝炎疾病; ② 患者的临床症状比较稳定; ③ 患者的临床资料比较完整; ④ 患者及其家属知晓本次研究内容, 并签署知情同意书;

排除标准: ① 合并有恶性肿瘤疾病; ② 合并有精神系统疾病; ③ 合并有免疫系统疾病; ④ 患者中途退出本次研究。

将上述信息录入 SPSS26.0 软件中, 计算得出结果为 $p > 0.05$, 说明组

间数据差异无统计学意义。

1.2 方法

对照组采用常规护理措施, 具体措施如下: 给予患者基础护理, 监测患者的相关指标以及常规健康宣教护理;

观察组采用优质护理措施, 具体措施如下: ① 术后病情监测: 严密监测患者的神志, 生命体征及主诉, 加强巡视。若患者出现牙齿出血, 皮肤紫绀, 黑便及穿刺处渗血严重等出血倾向, 及时告知医师进行对症处理; 每日用 2% 碳酸氢钠溶液进行 4-6 次漱口, 保持皮肤黏膜的清洁卫生。② 心理护理: 治疗过程给患者带来的不适感容易让患者产生不同程度地负面情绪, 护理人员结合患者的症状、身体素质等情况, 疏导患者, 缓解患者内心的负面状态, 鼓励患者, 提高患者的依从性; ③ 人工肝管路护理: 股静脉置管妥善固定, 避免扭曲及脱出, 严格执行无菌操作。防止置管腔内污染, 严禁管路做其它用途。加强管路维护与护理, 班班交接, 置管处若有渗液渗血, 及时更换敷贴, 汇报医生。④ 饮食护理: 患者治疗后出现头晕, 乏力明显, 食欲差, 恶心等不适, 指导患者卧床休息, 协助生活护理, 鼓励患者少量多餐, 进食清淡易消化食物。医嘱予蛋白, 血浆等营养支持治疗。⑤ 健康宣教: 对患者及其家属开展重症肝炎健康知识的科普讲座, 提升患者及其家属的医学认知水平, 增加患者的治疗积极性。⑥ 肢体护理: 告知患者尽量平卧位, 避免术侧肢体过度屈曲、用力, 减少下床活动的时间; 坐位时, 避免角度过小, 避免压迫导管等。保持大便通畅, 勿用力排便, 咳嗽, 打喷嚏等增加腹内压动作。观察术肢体皮温, 色泽, 末梢血运及足背动脉情况, 指导下肢踝泵运动, 按摩术侧下肢, 防止深静脉血栓形成。

1.3 观察指标

1.3.1 将两组患者的肝功能情况进行对比。医护人员采集两组患者护理前后的清晨空腹静脉血, 检测谷丙转氨酶 (ALT)、谷草转氨酶 (AST) 以及总胆红素 (TBIL) 水平。

1.3.2 将两组患者的凝血功能情况进行对比。医护人员对两组患者护理前后的凝血酶原活动度 (PTA)、凝血酶原时间 (PT)、纤维蛋白原 (FIB)

水平进行检测。

1.3.3 将两组患者的治疗效果情况进行对比。我院对两组患者的治疗效果进行评估,评估标准如下:① 患者的临床症状消失,肝功能指标恢复至正常水平,病毒检验为阴性,此为治愈;② 患者的临床症状及生命体征得到明显缓解,肝功能指标得到明显改善,病毒检验为阴性,此为显效;③ 患者的临床症状及生命体征得到有所缓解,肝功能指标有所改善,病毒检验为阴性或者弱阳性,此为有效;④ 患者的临床症状恶化或者抢救无效,导致死亡。治疗总有效率=(治愈患者例数+显效患者例数+有效患者例数)/对应组患者总例数×100%。

1.4 统计学分析

表 1 两组患者的肝功能情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	ALT (U/L)		AST (U/L)		TBIL ($\mu\text{mol/L}$)	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组 (n=25)	74.04±9.28	58.41±9.22	106.85±12.33	55.37±11.62	96.36±11.58	81.39±10.29
观察组 (n=25)	74.23±9.35	45.92±9.01	107.06±12.41	42.15±12.28	96.82±11.42	73.34±9.85
t	0.072	4.844	0.060	3.910	0.141	2.826
P	0.943	0.000	0.952	0.000	0.888	0.007

2.2 将两组患者的凝血功能情况进行对比

差异显著 ($p<0.05$)。

由表 2 中的对比结果可知:观察组在凝血功能情况方面存在优势,且

表 2 两组患者的凝血功能情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	PTA (%)		PT (s)		FIB (g/L)	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组 (n=25)	28.68±4.31	22.72±2.81	14.22±1.75	15.36±2.04	3.73±0.65	3.35±0.53
观察组 (n=25)	28.74±4.26	46.98±7.59	14.26±1.80	18.41±2.35	3.80±0.72	2.54±0.26
t	0.050	14.987	0.080	4.900	0.361	6.860
P	0.961	0.000	0.937	0.000	0.720	0.000

2.3 将两组患者的治疗效果情况进行对比

广应用。

由表 3 中的对比结果可知:观察组在治疗效果情况方面存在优势,且差异显著 ($p<0.05$)。

表 2 两组患者的治疗效果情况 (例, %)

组别	治愈	显效	有效	死亡	治疗总有效率
对照组 (n=25)	4 (16.00)	8 (32.00)	7 (28.00)	6 (24.00)	76.00
观察组 (n=25)	13 (52.00)	6 (24.00)	5 (20.00)	1 (4.00)	96.00
X ²	-	-	-	-	4.153
P	-	-	-	-	0.042

3. 讨论

人工肝血浆置换术是治疗重症肝炎的有效疗法,但患者由于治疗过程造成的不适感,且对重症肝炎及治疗方法的认知程度较低,内心负面情绪较多,导致治疗效果欠佳,预后相对较差^[7-8]。优质护理干预可以改善患者的负面情绪,提升患者关于重症肝炎方面健康知识的认知水平,提高治疗效果,改善预后^[9-10]。

本次研究显示,护理人员给予患者心理方面的优质护理,疏导安慰患者,减轻患者对治疗的抵触情绪,提高了依从性;优质健康宣教护理提升了患者及其家属对重症肝炎及疗法的认识水平,增强了患者的治疗积极性,因此观察组的 ALT、AST 以及 TBIL 水平均较优。护理人员通过加强对患者的巡视,并给予患者针对性的处理措施,因此观察组的凝血功能更优。优质护理改善了患者的凝血功能,提升了患者的肝功能指标,因此观察组的治疗总有效率较高。

重症肝炎患者采用人工肝血浆置换术的术后优质护理,可以提升患者的肝功能水平,改善患者的凝血功能情况,治疗效果显著,临床上值得推

本次研究中的治疗效果情况为计数资料,通过[n(%)]的形式进行表示,采用卡方检验进行数据间分析,肝功能情况、凝血功能情况为计量资料,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 将两组患者的肝功能情况进行对比

由表 1 中的对比结果可知:观察组在肝功能情况方面存在优势,且差异显著 ($p<0.05$)。

参考文献:

[1]宋志平,李婷,汪永强,等.基于冰山理论的个性化护理对行人工肝血浆置换治疗的重型肝炎患者遵医行为及负性情绪的影响[J].广西医学,2020,42(2):230-233,240.

[2]王丹,王海英.血浆置换治疗重型肝病患者护理体会——评《生物材料-生物学与材料学的交叉》[J].材料保护,2020,53(4):182.

[3]罗舒静,张琛.基于 JCI 核心理念的护理对重型肝炎血浆置换危重患者预后的影响[J].检验医学与临床,2020,17(18):2720-2722.

[4]杜粉静,邵灿,郑鸽之,等.人工肝血浆置换术在重症肝炎中的治疗效果及护理[J].长春中医药大学学报,2020,36(2):381-384.

[5]左春花,王俊莉,李霞,等.针对性护理在人工肝血浆置换治疗重型肝炎患者中的应用效果[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(20):3.

[6]蔡文娟,赵冬梅,沈萃,等.全面护理在行人工肝血浆置换术的重型肝炎患者中的应用[J].齐齐哈尔医学院学报,2020,41(14):1828-1830.

[7]牟蓓蓓.分析人工肝血浆置换术治疗重型肝病的临床护理效果[J].中国医药指南,2020,18(15):263-264.

[8]胡雅丽,甘腾玉,付巧珊,等.个性化护理对行人工肝血浆置换术治疗重型肝炎患者负面情绪的影响[J].中国当代医药,2020,27(33):225-227.

[9]钟玲玲,王燕.探讨护理干预在人工肝血浆置换治疗重症肝炎中的应用价值[J].中国社区医师,2021,37(27):169-170.

[10]黄朗.舒适护理在人工肝血浆置换治疗重型肝炎患者中的效果分析[J].医药前沿,2020,10(23):190-192.

直肠癌患者在化疗期间的护理分析

陶春岚 程琳 黎晓娅

川北医学院附属医院 四川南充 637000

摘要:目的:通过观察和分析临床上直肠癌患者的发病机制、临床表现、辅助检查和诊疗措施,总结护理工作中出现的问题,着重于分析和改善患者在化疗期间的护理工作,从而达到减轻患者的疼痛,积极治疗疾病,减轻患者的心理负担,使患者建立良好的心理状态,建立其战胜疾病的信心。方法:选择四川省广元市苍溪县中医医院肿瘤二科的 50 例直肠癌患者,特别注意在化疗期间对他们的护理,对他们进行个体化护理,通过收集、整理、查询相关文献,在结合自己这一个月在科室的学习,得出一些比较好的护理方法。结果:通过观察和分析直肠癌患者的诊疗、辅助检查、化疗期间的临床护理工作,得出在直肠癌患者的护理工作中存在医护人员对健康教育的关注度不够的问题。结论:以上发生的这些问题应该要从入院宣教、化疗前护理、化疗中护理、化疗后护理、造瘘口的护理等这些方面进行改进,从而提高直肠癌患者的疗效和生命质量。

关键词:直肠癌;护理;化疗

Nursing analysis of rectal cancer patients during chemotherapy

Abstract: Objective: By observing and analyzing the pathogenesis, clinical manifestation, auxiliary examination and diagnosis and treatment of patients with rectal cancer, this paper summarizes the problems in nursing work, and focuses on analyzing and improving the nursing work of patients during chemotherapy, so as to alleviate the pain of patients, actively treat diseases, lighten the psychological burden of patients. Methods: 50 cases of rectal cancer patients in the second department of oncology, Cangxi County Hospital of Guangyuan City, Sichuan Province were selected, with special attention to their nursing care during chemotherapy, individualized nursing care was carried out, and some better nursing methods were obtained by collecting, sorting out and querying relevant literature. Results: by observing and analyzing the diagnosis and treatment of rectal cancer patients, auxiliary examination and clinical nursing work during chemotherapy, it is concluded that there is not enough attention to health education in the nursing work of rectal cancer patients. Conclusion: the above problems should be improved from the aspects of admission education, pre-chemotherapy nursing, chemotherapy nursing, post-chemotherapy nursing, fistula nursing and so on, so as to improve the curative effect and quality of life of rectal cancer patients.

Keywords: Rectal cancer; Nursing; Chemotherapy

癌症作为全世界人民都面临的难题,其中一个很重要的原因是多数癌症早期不易发现,但多数来医院就诊的病人都是中晚期,疾病一旦发现即会增加心理负担,也会带来经济问题,而直肠癌早期最常见的就是排便没有一定的规律,这不但给病人也给家属带来了很大的麻烦,患者身心都受到巨大的考验。因此加强对直肠癌病人的护理成了非常重要的事情。

在我国,癌症发病率排行榜中,结直肠癌位列第五,而早期发现直肠癌的机率是小于 10%的,同时也说明我国的诊断率有待提升[1]。结直肠癌是世界上一种很常见的癌症,死亡率很高,按照最近资料统计,全球有 66 亿人口,如果按照发

达国家标准计算,一年中全世界有 400 万人发病,死亡 200 万人;而按照发展中

国家计算,每年全球有 200 万人发病,有 100 万人死于结直肠癌。关于直肠癌的病因主要有以下几点,越来越多的证据表明,m6A 水平的变化和 m6A 调控蛋白的失调与 CRC 的癌变和进展有关[2],除此之外,直肠癌的发生与遗传有很大的关系,背景识别基因突变特征将能够更好地理解结直肠癌的发生和发展,并为临床实践提供一些潜在的生物标记[3]。不良的精神情绪会使肠蠕动亢进,造成结肠粘膜的炎症、糜烂及溃疡[4],在化疗期间,患者需要心理护理,但却常常不足;如果不加以干预,结直肠癌患者的劣性意念力会逐渐定向增加,对患者的治疗不利[5]。而其中非常重要的一点是:患者如果有基础疾病也会产生一定影响,糖尿病

和高血糖症对结肠直肠癌的发病率、化学反应、预后以及局部和转移性结直肠癌的预后显著影响[6]。由此可以看出有高血压,糖尿病的病人患有直肠癌的概率会大大增加,所以,我们要加强对高危人群的筛查,积极帮助患者控制血压,血糖。近几年来直肠癌患者的增加不仅引起社会各界的关注,就连很多地方政府都积极采取相应措施提高直肠癌的早期诊断

率,澳大利亚国家肠癌筛查项目是一个免费的基于人口的筛查项目,旨在在澳大利亚的粪便神秘血液检测来识别癌前病变和早期结直肠癌[7]。早期发现直肠癌可以提高患者的生存率,减轻患者的痛苦,所以早诊断,早发现,早治疗成了治疗直肠癌非常重要的事情。

从年龄上看,二十岁以下的患癌概率较低,随着年龄的增长,患癌概率也会增加[8]。近年来,我国直肠癌的发病率越来越高,年轻化的特点,根据中国医学科学院肿瘤医院/国家癌症中心发表的 2020 年中国癌症统计数据显示我国结直肠癌发病率、死亡率在全部恶性肿瘤中均位居前 5 位,其中新发病例 37.6 万,死亡病例 19.1 万。而目前化疗也是治疗直肠癌的非常重要的方法。由于直肠癌患者较多,且患者西医治疗具有其局限性,因此临床上常常因严重化疗不良反应,不得不中断化疗或延长化疗时间,因此中医药治疗越来越受到医生和患者的认可[9]。

1. 临床资料

1.1 一般资料

选择了四川省广元市苍溪县中医医院肿瘤一科 50 例直肠癌患者进行分析,17 例女性,33 例男性,平均年龄在 60—70 之间,有基础疾病:有高血压的 7 个,有糖尿病的 7 个,均为二级。

2. 直肠癌患者在化疗期间的护理

2.1 化疗前护理

2.1.1 耐心听取患者关于自己情绪的倾诉,使得患者增加对生活的信心[10]。可以选取科室成功案例,以此鼓励患者,加强患者的信心。关心体贴病人,并争取到家人与亲友的配合,从多方面给病人关怀。

2.1.2 严格强调且在化疗前 1 h 内将假牙、首饰、手机等物品全部取下,以免影响操作[11]。

2.1.3 化疗前患者长期吃的比较少,会造成胰岛素抵抗增加,患者化疗

后出现应激性反应,出现化疗后高血糖,对组织修复产生影响,造成患者免疫力降低,不利于预后效果[12]。

2.1.4 化疗前 2 h 患者可食用少量含糖液体[13],如若患者出现低血糖,及时采取措施并报告医生。

2.1.5 及时通过患者的语言,表情等方面察觉患者的情绪[14]。患者出现抑郁,焦虑等情况,及时加以处理。

2.2 化疗中护理

2.2.1 记录血压、血氧和心率波动情况,严格按照化疗的要求进行操作[15]。按照相关要求填写化疗中的记录表,积极配合医生,共同努力完成化疗。

2.2.2 年龄较大的患者,控制血压血糖,注意保温[16]。年老的患者机体耐受力太差,在化疗中,要尤其注意对他的护理,以免影响后期化疗后的恢复。

2.2.3 直肠癌化疗中的意外情况处理,当化疗室终于到意外情况,医务人员应该保持镇定,及时处理问题,事后也要总结原因并提出应对措施[17]。

2.2.4 待患者进入化疗室后,护理人员需为其详细介绍化疗室内的环境、主治医生等,并询问患者化疗室内温度是否适宜,根据其具体要求适当调节。通过这样的方式让患者放松下来,以利于后期化疗的成功。

2.3 化疗后护理

2.3.1 应严格按三阶梯给药原则,尽量帮助老人使用有效的止痛方法,观察组动态评估,及时调整剂量,将疼痛降低到最小化[18]。在这之前,要先对患者的疼痛进行评估。

2.3.2 加强化疗后患者的饮食护理和进行益生菌干预,制订科学合理的膳食配伍,并合理补充复合益生菌,可以改善化疗后的营养状况,调控患者化疗后肠道菌群生态的平衡,有助于加强化疗后康复疗效[19]。

2.3.3 引流管及局部伤口护理,若引流管出现不畅,可能是引流管受到压迫、扭曲或者出现漏气等应及时处理[20]。

2.3.4 在化疗结束后 1~2 d 需对患者病情进行观察,确认化疗的愈合情况,检查伤口是否存在渗血、感染等问题,并确认每日使用药物。同时与患者沟通,了解其化疗后饮食结构、身体和意识的状态,确认对化疗室护理工作的满意度。另外,还应征求患者及家属的意见,根据实际情况对护理方法进行适当的改进[21]。

结论

综上所述,近年来直肠癌发病率的增高,对于直肠癌护理也越来越重要,化疗后优质护理可以帮助患者更好适应社会,减少患者化疗后并发症,现有多位学者提出提出注重在化疗期间对患者的护理,可以有效提高患者的就医体验。化疗可以杀死癌细胞,缓解患者症状,延长患者生命,可以控制疾病发展,同时,面对患者化疗期间出现的不良反应,我们也要及时识别并采取相应护理措施,帮助患者减轻疼痛,改善患者出院后的生活,使患者更好地融入社会。直肠癌患者出院之后造瘘口的护理成了非常重要的事情,鼓励患者积极学习造瘘袋的更换,帮助患者选择适合自己的造瘘袋。在平时生活中,医务人员要加强关于直肠癌与化疗知识的宣传,鼓励患者定期体检,饮食规律清淡,加强日常筛查,尽早发现病例,积极采取治疗,使疾病不忘更坏的方向发展。通过多个实验得出,化疗是目前治疗癌症非常有效的方法,可以有效杀灭癌细胞,延长患者生命,这也就更加要求医务人员要加强对化疗相关知识要掌握。

参考文献:

[1]何静云,胡鹏,吕允凤.为结直肠癌早筛早诊提供可靠依据[N].中

国医药报,2021-03-18(004)。

[2]Fang Zhihao et al. The crucial roles of N6-methyladenosine (m6A) modification in the carcinogenesis and progression of colorectal cancer[J]. Cell & Bioscience, 2021, 11(1)。

[3]Zhuang Yan et al. Multi gene mutation signatures in colorectal cancer patients: predict for the diagnosis, pathological classification, staging and prognosis[J]. BMC Cancer, 2021, 21(1)。

[4]姚劫赞,林梅.结直肠癌致病危险因素的分析及干预[J].科技资讯,2016,000(010):237-237。

[5]陈赛丽,张丽华,李振军.结直肠癌患者心理护理作用的研究进展[J].中国现代医生,2021,59(07):188-192。

[6]Cheng Hsiu-Chung et al. Narrative review of the influence of diabetes mellitus and hyperglycemia on colorectal cancer risk and oncological outcomes[J]. Translational Oncology, 2021, 14(7)。

[7]Thompson Jake et al. Differences in colorectal cancer (CRC) patients who did and did not undergo screening: Results from the 45 and Up Study cohort[J]. Cancer Epidemiology, 2021, 72。

[8]王锡山.中美结直肠癌流行病学特征看结直肠癌早诊早治的重要性[J].中华结直肠疾病电子杂志,2021,10(01):26-33。

[9]熊小梅.159例晚期结直肠癌不同手术方案的证型差异研究[D].成都中医药大学,2020。

[10]杨毅.人文关怀护理对直肠癌结肠造瘘口患者围化疗期自我护理能力的影响[J].中国药物与临床,2021,21(03):547-548。

[11]尹荣丽,刘玲,陈月养.化疗前访视联合优质护理在腹腔镜直肠癌根治化疗中的应用研究[J].临床医药实践,2020,29(12):943-945。

[12]邓作梅,刘月泉,陈燕,陈艳艳,杨琼.全程化护理管理在结直肠癌患者中的运用研究[J].中国医学创新,2019,16(30):111-114。

[13]衡倩.结直肠癌快速康复外科护理的现状和进展[J].智慧健康,2020,6(24):30-31。

[14]杨毅.人文关怀护理对直肠癌结肠造瘘口患者围化疗期自我护理能力的影响[J].中国药物与临床,2021,21(03):547-548。

[15]王瑛,李丽红,吴英青,金仲玉.化疗室综合护理干预对行腹腔镜结直肠癌化疗患者不良情绪和化疗后康复指标的影响[J].名医,2020(09):168-169。

[16]王姝.化疗室护理在腹腔镜直肠癌化疗中低体温护理的临床作用探讨[J].中国医药指南,2020,18(19):237-238.18。

[17]E. M. Parfir'eva and A. O. Ivchenko and O. A. Ivchenko. New method of stopping bleeding from the presacral venous plexus during the rectal cancer operation a case report[J]. Onkologičeskāā Koloproktologā, 2018, 8(3):42-45。

[18]邱小蓉.预见性护理在老年肿瘤患者中的应用[J].智慧健康,2019,5(16):115-116+122。

[19]徐敏,章治庆.饮食护理联合益生菌干预对结直肠癌患者预后功能的影响[J].宁夏医学杂志,2021,43(02):190-192。

[20]罗兴琼.直肠癌患者的化疗后护理[N].大众健康报,2020-12-23(017)。

[21]王炎焱.分析围手术期优质护理对腹腔镜下结直肠癌根治手术的效果[J].中国现代药物应用,2019,13(18):157-158。

心理护理干预在功能性胃肠病患者中的临床应用效果分析

王瑾 谢云云

甘肃省天水市中医医院 甘肃天水 741000

摘要:目的 探讨分析心理护理干预在功能性胃肠病患者中的临床应用效果。方法 选取2021年5月-2022年6月笔者医院收治的90例功能性胃肠病患者为研究对象,采用随机数字表分组分为心理干预组(40例,常规护理措施+心理护理干预)和常规护理组(40例,常规护理措施),干预时间均为4周。比较两组患者干预前后心理状态、生活质量水平及护理满意度之间的差异。结果 心理干预组患者干预后的HAMA、HAMD评分皆低于常规护理组($P<0.05$),生活质量GQOLI-74评分、护理满意度皆高于常规护理组($P<0.05$)。结论 在功能性胃肠病患者中实施心理护理干预,能够显著改善患者的心理状态,提高生活质量水平,护理满意度更高,值得推广应用。

关键词:心理护理干预;功能性胃肠病;心理状态;生活质量;护理满意度

功能性胃肠病通常包括功能性的消化不良、肠易激综合征、便秘或腹泻综合征等^[1-2],以上腹部疼痛、饱胀感、恶心、食欲不振等为主要表现,严重影响正常的工作和生活。而且,该病的病程往往较长,可持续数月甚至数年,迁延难愈,在病痛的长期折磨下,多数患者伴有精神紧张、焦虑、抑郁、注意力不集中等负面情绪与精神状态^[3-4],反过来又不利于病情的康复,形成恶性循环。因此,如何采取积极的干预措施,缓解和控制功能性胃肠病患者的负面情绪有着非常重要的现实意义^[5]。基于此,开展本研究。

1 对象与方法

表1 一般情况比较

组别	<i>n</i>	性别[<i>n</i> (%)]		年龄 ($\bar{x}\pm s$, 岁)	体质指数 ($\bar{x}\pm s$, kg/m ²)	病程 ($\bar{x}\pm s$, 年)
		男	女			
心理干预组	45	19 (42.22)	26 (57.78)	43.84±5.17	24.41±0.82	2.34±0.93
常规护理组	45	18 (40.00)	27 (60.00)	43.65±5.29	24.45±0.79	2.28±0.97
χ^2 值	-	0.046		0.172	0.050	0.300
<i>P</i> 值	-	0.830		0.864	0.960	0.765

1.2 方法

1.2.1 常规护理组患者遵医嘱给予胃粘膜保护剂、戒烟戒酒、饮食运动指导、使用、出院健康宣教等常规护理措施。

1.2.2 心理干预组患者在常规护理基础上,实施心理护理干预:①成立心理护理干预小组,在经过系统化、专业化的培训且顺利通过考核后,开始实施研究内容;②护理人员规范着装,保持态度温和、动作沉稳、言语亲切,给病人以亲切感和安全感,奠定良好的信任与沟通基础;③在患者首次就诊的时候,护理人员要主动向患者开展入院健康教育,耐心细致讲解功能性胃肠病的临床特征、诱发因素、注意事项等,帮助患者掌握疾病的基本知识和发展发生的主要规律,奠定基本的认知基础;④通过主动询问、沟通了解,结合汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)等专业心理评估量表情况,综合评判患者的心理状态;⑤对暴露出的各种心理矛盾,结合患者的病情状况及文化程度水平,围绕主要心理矛盾,针对性的“一对一”的帮助患者进行疏导,采取安慰、鼓励、安抚、引导、共情、移情等方式,耐心聆听患者的倾诉,帮助患者转变情绪,缓解压力,解除思想负担,树立战胜疾病的信心和底气;⑥同时,积极争取患者家属的心理支持,一同制订康复护理计划,让患者充分感受到温暖和支持,从而树立信心,积极参与康复;⑦必要的情况下,还可以运用沙盘游戏、宣泄沙袋、角色扮演、情景游戏、催眠干预等专业化心理干预工具,帮助患者释放消极情绪,或者转移和分散注意力,消除负面心理状态的持

1.1 研究对象

选取2021年5月-2022年6月笔者医院收治的90例功能性胃肠病患者为研究对象,采用随机数字表分组分为心理干预组(40例)和常规护理组(40例)。纳入标准:①通过胃肠镜、X线、厌食检查等确诊符合罗马IV诊断标准^[6];②年龄在18岁至79岁之间;③知情同意;④沟通交流正常。排除标准:①意识状态不清楚;②合并严重器质性障碍;③存在精神功能或者认知功能障碍等;④依从性差,配合不积极者。两组患者的一般资料比较(P 值均 >0.05)。见表1:

续刺激;⑤患者出院后,继续采取微信、电话随访的方式,持续关心关注患者的心理状态,及时的加以帮助和引导,与患者建立良好、信任的关系,促进良好、健康生活方式的形成。

1.2.3 干预时间:两组患者的干预时间均为4周。

1.3 观察指标:比较两组患者干预前后心理状态、生活质量水平及护理满意度之间的差异。

1.3.1 心理状态:采用HAMA、HAMD量表进行评价,分值大小分别与焦虑、抑郁的严重程度呈正相关。

1.3.2 生活质量水平:采用生活质量综合评定问卷(GQOLI-74)进行评估,包括身体(100分)、社会(100分)、心理(100分)、物质(100分)四个方面,分值大小与生活质量水平呈正相关。

1.3.3 护理满意度:由医院绩效考核办公室组织开展问卷调查,调查结果以匿名形式反馈。

1.4 统计学方法:采用SPSS 20.0分析数据,心理状态评分等计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,行 t 检验;护理满意度等计数资料以 n (%)表示,行 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示有显著差异。

2 结果

2.1 心理状态评分比较:心理干预组患者干预后的HAMA、HAMD评分皆低于常规护理组($P<0.05$)。见表2:

表2 心理状态评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	HAMA		HAMD	
		干预前	干预后	干预前	干预后
心理干预组	45	22.54±4.86	10.27±3.16	20.46±3.57	9.05±1.38
常规护理组	45	21.97±4.91	14.85±3.25	20.25±3.42	12.37±2.11

<i>t</i> 值	-	0.553	6.778	0.285	8.834
<i>P</i> 值	-	0.581	<0.001	0.776	<0.001

2.2 生活质量评分比较：心理干预组患者干预后的生活质量 GQOLI-74 评分皆高于常规护理组（ $P<0.05$ ）。见表 3。

表 3 生活质量 GQOLI-74 评分对比（分， $\bar{x}\pm s$ ）

组别	n	身体		心理		物质		社会	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
心理干预组	45	55.17±3.41	84.12±5.36	53.56±4.77	82.95±5.16	55.92±3.84	84.79±4.75	54.74±4.63	83.36±4.59
常规护理组	45	54.86±3.72	78.79±4.83	54.28±4.90	77.39±5.08	55.56±3.95	79.68±4.97	55.01±4.52	77.92±4.78
<i>t</i> 值	-	0.412	4.956	0.702	5.151	0.438	4.986	0.280	5.507
<i>P</i> 值	-	0.681	<0.001	0.485	<0.001	0.662	<0.001	0.780	<0.001

2.3 护理满意度比较：心理干预组患者的护理满意度高于常规护理组（ $P>0.05$ ）。见表 4：

表 4 护理满意度比较（n/%）

组别	n	非常满意	较为满意	不满意	满意（率）
心理干预组	45	26（57.78）	18（40.00）	1（2.22）	44（97.78）
常规护理组	45	20（44.44）	18（40.00）	7（15.56）	38（84.44）
χ^2 值	-	-	-	-	4.939
<i>P</i> 值	-	-	-	-	0.026

3 讨论

功能性胃肠病不是一种单一疾病，而是由生物、心理、社会等多种因素相互影响、共同作用而形成的一种疾病，多是由于精神因素、不良的情绪、遗传性因素等原因导致的胃肠道功能紊乱，又称胃肠功能紊乱、胃肠神经官能症等^[7-8]。功能性胃肠病的病程一般比较长，不仅会对患者的健康造成损伤，经常性地出现反复发作的胃肠道症状，而且也会对患者的心理造成影响，高达50%的患者可合并有焦虑、抑郁状态^[9-10]，不利于病情的有效控制。因此，功能性胃肠病的治疗和护理过程中，应当尤其注重消除患者的精神心理压力^[11]，有着非常重要的意义。本研究中，笔者应用在功能性胃肠病患者中实施心理护理干预，取得了较为理想的治疗效果。

研究结果显示，心理干预组患者干预后的HAMA、HAM-D评分皆低于常规护理组（ $P<0.05$ ），笔者认为，在功能性胃肠病的治疗与康复过程中，疾病的各种心理因素和躯体因素都是互为因果、互相影响的^[12]，在临床治疗和护理时应当注重身心治疗相结合，在积极处理和改善躯体症状的同时，还要充分发挥心理护理的作用，提示整体医疗护理效果。心理干预护理是现代护理的重要措施之一，充分体现“以患者为中心”的服务理念，以建立良好的护患关系为基础，运用护理学、心理学的相关理论和技术，通过健康宣教、综合心理评估、专业化干预、贴心化服务等系列心理干预的干预方式与内容，积极的影响、改变功能性胃肠病患者的焦虑、抑郁等负面心理状态和情绪^[13-14]，从而解决患者的心理健康问题，促进患者的身心康复。同时，研究结果还显示，心理干预组患者干预后的生活质量 GQOLI-74 评分、护理满意度皆高于常规护理组（ $P<0.05$ ），笔者认为，功能性胃肠病是病程和恢复都非常漫长的疾病，患者往往容易陷入悲观、无助的状态，极大的影响日常生活质量。实施心理护理干预有利于全面改善功能性胃肠病患者的身体、心理、物质、社会等各个层面的生活质量水平，这也更加符合患者及家属的新需求、新期待^[15]，因而具有更高的护理满意度。

综上所述，笔者认为，在功能性胃肠病患者中实施心理护理干预，能够显著改善患者的心理状态，提高生活质量水平，护理满意度更高，值得推广应用。

参考文献：

[1] 邹多武. 回眸 40 年胃肠动力疾病和功能性胃肠病相关发展[J]. 中华消化杂志, 2021, 41 (3): 145-148.

[2] 孙雪, 曹素艳, 刘洁, 等. 功能性胃肠病的心身健康管理[J]. 中国临床保健杂志, 2022, 25 (3): 428-432.

[3] 卞立群, 唐健元, 岑明杰, 等. 功能性胃肠病临床疗效评价中症状学评价的若干问题[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2020, 22 (10): 3636-3639.

[4] JM H Simon, P E Heenan, C Frampton, et al. Economic living standard and abdominal pain mediate the association between functional gastrointestinal disorders and depression or anxiety[J]. Neurogastroenterology and motility: the official journal of the European Gastrointestinal Motility Society, 2022; e14465.

[5] 张悦, 刘聪, 张润涛, 等. 功能性胃肠疾病的发病机制概述[J]. 现代消化及介入诊疗, 2021, 26 (3): 402-405.

[6] 安婧, 刘诗. 功能性胃肠病罗马 IV 诊断标准解读[J]. 医学新知杂志, 2017, 27 (5): 501-502.

[7] 杨洁, 任茜, 郭庆红, 等. 功能性胃肠病发病机制与治疗方法的研究进展[J]. 山东医药, 2019, 59 (2): 87-90.

[8] Basnayake Chamara, Kamm Michael A, Stanley Annalise, et al. Long Term Outcome of Multidisciplinary versus Standard Gastroenterologist Care for Functional Gastrointestinal Disorders. A Randomised Trial[J]. Clinical gastroenterology and hepatology: the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association, 2021, 20 (9): 2102-2111.e9.

[9] 季洁如, 陈胜良. 难治性功能性胃肠病发病机制进展及其对药物治疗学的启示[J]. 胃肠病学, 2018, 23 (9): 513-517.

[10] 方秀才. 中国功能性胃肠病规范化诊治的特殊性[J]. 胃肠病学和肝病学杂志, 2019, 28 (4): 361-364.

[11] Berens Sabrina, Engel Felicitas, Gauss Annika, et al. Patients with Multiple Functional Gastrointestinal Disorders (FGIDs) Show Increased Illness Severity: A Cross-Sectional Study in a Tertiary Care FGID Specialty Clinic[J]. Gastroenterology research and practice, 2020: 9086340.

[12] 肖梦丽, 赵迎盼, 应佳珂. 基于功能性胃肠病的量表疗效评价研究进展[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2021, 29 (2): 154-160.

[13] 杜晓娜, 施学丽. 抑郁伴功能性胃肠疾病发病机制研究进展[J]. 广西医学, 2018, 40 (13): 1469-1471.

[14] 卢战辉, 刘文文, 白阳秋. 共病抑郁对功能性消化不良患者的影响[J]. 国际精神病学杂志, 2020, 47 (4): 754-756.

[15] 张洁, 窦钰静. 功能性消化不良患者 120 例精神心理影响因素调查分析与干预对策[J]. 山西医药杂志, 2019, 48 (11): 1289-1291.

循证护理干预对老年压疮的作用

吴颖

上海市同济医院 上海 200065

摘要：目的：分析循证护理干预对老年压疮的作用。方法：我院在 2020 年 10 月-2022 年 1 月选取 110 例老年压疮患者，按照计算机表法分为对照组和研究组，组别各为 55 例。其中，对照组应用常规护理干预，研究组应用循证护理干预，对比组间患者的压疮改善情况、生活质量和患者护理满意度。结果：研究组患者的压疮改善情况较对照组优；研究组患者的生活质量高于对照组；研究组患者护理满意度和对照组比较较高，组间经对比，发现其差异性十分显著（ $P<0.05$ ）。结论：为老年压疮患者提供循证护理干预具有重要作用，能使患者的压疮情况逐渐改善，提高患者的生活质量，保证患者获得较高满意度，临床应用价值较高。

关键词：循证护理；老年压疮；作用

压疮疾病是因为人体的皮肤组织长期受到压迫，导致皮肤持续性缺氧缺血发生溃烂性坏死病症。老年人随着年龄的不断增长，他们的身体健康情况、身体功能不断降低，且加上老年人存在一些基础疾病，自身活动手段很大限制，且营养情况不佳等，都容易使患者出现长期卧床的现象。皮肤弹性不断降低，无法保证血液循环性，从而带来明显的压疮风险。对压疮患者进行有效护理和管理为临床上的重要工作，循环护理工作能解决工作中的问题，实现压疮疾病的有效控制和预防^[1]。因此，在本文中，我院将 2020 年 10 月-2021 年 10 月选取 110 例老年压疮患者作为研究对象，分析循证护理干预对老年压疮的作用。

1 基本资料和方法

1.1 基本资料

在 2020 年 10 月-2022 年 1 月，我院选取 110 例老年压疮患者作为研究对象，按照计算机表法分为对照组和研究组，组别各为 55 例。

对照组：男性患者为 30 例，女性患者为 25 例，最小年龄为 56 岁，最大年龄 87 岁，中位年龄（70.03±3.23）岁。其中，I 级压疮、II 级压疮和 III 级压疮分别为 20 例、15 例、20 例。

研究组：男性患者为 29 例，女性患者为 26 例，最小年龄为 57 岁，最大年龄 88 岁，中位年龄（70.04±3.24）岁。其中，I 级压疮、II 级压疮和 III 级压疮分别为 22 例、13 例、20 例。

纳入标准：经诊断，患者均为压疮疾病；所有患者年龄为 56 岁以上；患者以及家属知情且签署同意书。

排除标准：有精神意识障碍者；非老年患者；对本次护理、治疗依从性不高者。

以上资料经过对比，未发现符合统计学意义（ $P>0.05$ ），但可比研究价值较高。

1.2 方法

对照组：常规护理干预：在患者入院后，主要对患者的病情变化情况进行监测，实现病情管理，帮助患者翻身等操作。

研究组：循证护理干预：第一，提出循证护理问题，创建专业的循证护理小组，该小组成员主要为主治医师、护士长、责任组长以及护士等，能够在期间对患者的生理需求、身体情况等全面分析，结合患者实际为条件提出循证问题，并制定针对性的护理措施。第二，获得循证支持。为了对循证护理工作中的问题进行解决，成员之间需要严格分工，学会查找相关资料，对患者的疾病情况、基本资料信息综合分析，也能结合各个人员查找的资源、临床实际资料等展开有效的护理干预，能够观察患者的压疮改善情况，最后应用 SF-36 量表对患者的生活质量进行评估。第三，循证护理措施的应用。（1）在护理人员帮助下，对患者全身进行检查，分析是否存在压疮风险，并结合压疮的具体情况制定个性化皮肤护理措施。如果是高危压疮患者，可以为患者提供压疮防护气垫床，使患者移动的次數能

得到控制，给予正确体位的有效调整。比如：每间隔 2 个小时，对长期卧床的患者进行一次翻身，填写床头翻身单，保证患者的皮肤情况、翻身情况、体位变化情况都能准确记录。（2）老年患者一般认知水平较低，因为受教育程度的影响，对压疮疾病掌握很少。这种情况下，护理人员需要对患者、家属情况综合分析，为其提供个性化的健康指导和知识宣传，保证患者对患者自身疾病全面掌握，使患者以及家属具备较强的防治意识和防治能力，很大程度上也能为患者住院提供较大方便。如：指导患者和家属对营养情况、与压疮之间的关系详细分析，根据患者实际制定科学、合理的饮食方案。一般情况下，为患者制定的饮食方案需要科学、合理化，保证患者的抵抗力、免疫力都能逐渐增强。（3）很多老年患者对疾病知识掌握少，且因为慢性疾病关系长期卧床，基本不具备生活自理能力，日常生活中表现为明显的烦躁、抑郁等情绪。期间，护理人员需要对患者心理情况充分掌握，为其制定个性化的心理指导意见，使患者的心理压力不断降低，避免面对严重的精神负担。同时，护理人员还需要和患者之间相互沟通和交流，为患者提供家庭支持，在保证患者治疗自信心逐渐增强情况下，也有利于患者疾病的快速康复^[2]。

1.3 效果判定标准

（1）患者的压疮改善情况：对患者压疮的改善情况进行评估，其中治愈说明患者的压疮面已经完全愈合，愈合面积达到 90% 以上；有效则代表患者的压疮面积已经好转 60% 以上；无效是患者的压疮面积未有明显变化，甚至继续扩大^[3]。（2）生活质量：在对患者生活质量评估中，主要应用 SF-36 量表进行分析，主要分析角色功能、生理功能、社会功能以及精神功能，随着分数的增加，代表患者的生活质量越高。（3）患者护理满意度：使用本院自制的满意度调查问卷进行评定，满意度利用百分制方式代表。其中，满意为 80 分以上，一般满意为 60-79 分，不满意为 60 分以下^[4]。

1.4 统计学分析

110 例患者的数据分析使用 SPSS19.0 版本软件处理，其中主要对比患者压疮改善情况、生活质量和患者护理满意度。分别通过（均数±标准差）的形式、率（%）的形式表示，并实现 t 数值、卡方检验，通过比较判定数值是否符合统计学意义 $p<0.05$ 。

2 结果

2.1 患者的压疮改善情况对比

研究组患者的压疮改善情况为 94.54%，对照组患者的压疮改善情况为 81.81%，组间经对比，能发现其差异性的存在（ $P<0.05$ ）。具体如表 1 所示。

表 1 患者的压疮改善情况对比（n/%）

组别	n	治愈	有效	无效	总有效率
研究组	55	30(54.54)	22(40.40)	3(5.45)	52(94.54)

对照组	55	20(36.36)	25(45.45)	10(18.18)	45(81.81)
χ^2					4.2744
P					0.0386

2.2 患者的生活质量

研究组患者的生活质量高于对照组, 组间经对比, 能发现其差异性的存在 ($P<0.05$)。具体如表 2 所示。

表 2 两组患者的生活质量比对 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	角色功能	生理功能	社会功能	精神功能
研究组	55	87.42±2.53	78.34±2.35	80.42±3.56	86.23±3.45
对照组	55	73.23±2.35	50.24±4.24	70.34±3.73	78.22±2.53
T 值		30.4764	42.9886	14.4981	13.8851
P 值		0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 患者的护理满意度

研究组患者的护理满意度为 98.18%, 对照组患者的护理满意度为 87.27%, 组间经对比, 能发现其差异性的存在 ($P<0.05$)。具体如表 3 所示。

表 3 患者的护理满意度对比 (n/%)

组别	n	满意	一般满意	不满意	满意度
研究组	55	30(54.54)	24(43.63)	1(1.81)	54(98.18)
对照组	55	28(50.90)	20(36.36)	7(12.72)	48(87.27)
χ^2					4.8529
P					0.0275

3 讨论

老年压疮疾病的产生原因较为复杂, 如: 癌症晚期、慢性疾病等都需要患者长期卧床休息, 且患者皮肤组织在受压条件下, 将发生持续性缺氧、缺血等现象, 造成皮肤组织出现溃烂性坏死现象, 从而引起压疮^[5]。并且, 因为各种基础疾病的影响, 如果患者皮肤弹性较低, 也可能存在一定的压疮风险。老年压疮疾病不仅会导致患者身心十分痛苦, 也不利于临床治疗工作的有效开展^[6]。预防压疮是一个循序渐进的过程, 在常规护理方式下, 主要观察患者病情, 实现病症护理, 实现定时翻身等被动性护理, 但实际上还无法获得良好临床护理效果。

循证护理工作的目的是明确问题以及解决问题, 能为临床护理对策的制定提供重要条件, 护理实践中也能避免制定的措施盲目、随意, 都能按照一定要求来完成。对老年压疮患者进行管理期间, 应用循证护理措施十分重要, 能进行健康知识的全面普及, 为患者提供心理干预、饮食干预等, 能使患者增加对疾病知识的了解和认识, 保证患者获得更高的免疫能力。经过心理护理, 老年压疮患者的负面情绪得到控制, 实现良好的护患关系, 在压疮得到有效控制情况下, 也能提高患者的生活质量。循证护理能够将被动护理较为主动护理, 能够从多个角度上进行压疮护理, 能够提高临床预防压疮能力, 有利于临床实践中压疮预防效果的良好实现, 随着患者压疮症状的不断改善, 也会提高护理工作的质量^[7]。

压疮在护理领域为主要话题, 是护理工作中的重点, 且压疮控制率也是临床上护理质量衡量的主要指标。为了预防压疮, 临床上需要重视思想, 逐渐更新人们思想观念, 并在多角度和多个层次上认识压疮和控制疾病。例如, 因为外部压力、剪切力或者摩擦力、潮湿等都可能发生压疮。如果是皮肤老化、营养不良或者活动障碍等引起的压疮, 都是因为内因和外因相互作用产生的。如果是压力、剪切力或者摩擦力因素的压疮疾病, 其中压力为主要因素, 因为压疮的产生是压力强度、受压时间造成的, 尽管压力比较小, 如果长时间受到压迫, 也可能发生压疮, 所以, 为了预防压疮,

去除或者减少这些外力是主要方法^[8]。如果皮肤潮湿, 可能造成微生物滋生, 特别是大小便失禁, 不仅仅是潮湿, 也可能是因为代谢产物的化学刺激, 导致局部皮肤比较脆弱, 在外力影响下受到损坏引起压疮。因此, 临床上需要保持皮肤、床单的清洁和干燥, 避免发生压疮现象。老化的皮肤一般比较薄弱、干燥, 且不具备一定弹性, 为了对皮肤功能进行保护, 可以给低温或者比较体温不正常患者增加保暖也能预防压疮。患者的营养情况和压疮疾病的产生也存在一定关系, 长期条件下, 如果患者营养不良, 会使皮肤组织的修复功能得不到增强, 因为外部因素影响均降低耐受力。比如, 晚期肿瘤患者, 会存在不同程度的低蛋白血症, 很容易面临压疮风险。且临床实践中也表明, 营养不良是导致压疮形成的危险因素, 也是压疮长期治疗不愈的因素。所以, 患者的营养情况要不断改善, 避免压疮反应的发生。患者在精神较为紧张情况下, 肾上腺激素分泌逐渐增加, 且蛋白质合成被受到控制, 很容易分解, 这种情况也容易增加疾病严重程度, 以增加压疮风险。为了改变这种情况, 还需要增加心理护理, 为患者提供健康教育, 保证将其作为预防压疮的主要手段^[9]。

本次研究了解到, 研究组患者的压疮改善情况为 94.54%, 对照组患者的压疮改善情况为 81.81%, 研究组患者的生活质量高于对照组, 研究组患者的护理满意度为 98.18%, 对照组患者的护理满意度为 87.27%, 组间经对比, 能发现其差异性的存在 ($P<0.05$)。翁艳^[10]在《循证护理干预对老年压疮的作用》中研究了解到, 选取 2017 年 9 月-2019 年 3 月老年压疮患者 64 例, 结果发现研究组患者的压疮总有效率、生理功能、社会功能和角色功能、精神功能评分高于对照组, 对照组患者的护理满意度较研究组低, 组间差异显著 ($P<0.05$)。其结果和本文研究结果一致, 说明, 为老年压疮患者提供循证护理, 能够使患者的压疮情况逐渐改善, 提高患者的生活质量和护理满意度, 临床应用效果良好, 适合临床上的广泛应用和推广。

总而言之, 为老年压疮患者提供循证护理具有重要作用, 能使患者的不良症状逐渐改善, 提高患者护理满意度。

参考文献:

- [1]杜彩凤, 维思, 董方, 等. 集束化护理管理在老年患者压疮护理中的应用价值探讨[J]. 航空航天医学杂志, 2021, 32(1): 109-110.
- [2]陈娇, 郑海玲, 戴慧娟. 集束化护理干预在老年患者压疮护理中的应用研究[J]. 当代临床医刊, 2021, 34(4): 90-91.
- [3]杨丹. 综合护理干预对预防老年骨折患者压疮的临床效果研究[J]. 中国伤残医学, 2021, 29(6): 98-99.
- [4]王娟. 综合护理干预对预防老年骨折患者压疮的临床效果研究[J]. 中国伤残医学, 2021, 29(9): 88-89.
- [5]焦翠丽, 张艳艳, 陈晓, 等. 预防性护理预防老年脊柱骨折术后患者压疮和下肢深静脉血栓风险的价值[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(7): 774-777.
- [6]王薇, 周广利, 吕春阳, 等. 循证护理预防心血管内科长期卧床老年患者压疮的研究[J]. 中国老年保健医学, 2017, 15(5): 93-94.
- [7]唐国明. 精细化护理对降低脑出血患者术后并发症发生的作用研究[J]. 实用医技杂志, 2021, 28(5): 697-698.
- [8]曾收, 柳晨. 个性化护理干预对老年心力衰竭患者压疮发生率及护理满意度的影响[J]. 临床医学工程, 2022, 29(3): 413-414.
- [9]陈蕊, 田哲. 快速康复护理联合体位护理对老年髋关节术后患者压疮形成及生活质量的影响[J]. 反射疗法与康复医学, 2022, 3(10): 151-154.
- [10]翁艳. 循证护理干预对老年压疮的作用[J]. 中国医药指南, 2021, 19(18): 218-219.

循证护理在血液透析治疗慢性肾衰竭尿毒症患者心理护理中的应用

许丽

山阳县人民医院 血液透析室 陕西商洛 726400

摘要: 目的: 探究对行血液透析治疗的慢性肾衰竭尿毒症患者实施循证护理干预的效果。方法: 选取自 2021 年 6 月~2022 年 6 月到医院就诊的 200 例慢性肾衰竭尿毒症患者。以奇偶分组法 均分为实验组及参照组, 两组患者均为 100 例, 参照组行常规护理干预, 实验组加行循证护理干预, 对比两组的心理状态、自我护理能力及生活质量水平。结果: 实验组心理状态、自我护理能力及生活质量水平均优于参照组, 组间对比差异成立 ($P<0.05$)。结论: 循证护理干预在血液透析治疗慢性肾衰竭尿毒症患者中应用效果较好, 患者的心理状态改善, 自我护理能力提高, 生活质量水平改善。

关键词: 循证护理; 血液透析; 慢性肾衰竭; 尿毒症; 心理状态; 自我护理能力; 生活质量

尿毒症是临床中多见的肾内科疾病, 患者因自身肾脏功能严重衰竭, 导致生活质量严重下降^[1]。临床中尚无针对尿毒症患者的特效治疗方式, 主要治疗方式为血液透析与肾脏移植, 但肾脏移植手术费用较高, 且肾源稀缺。我国肾源与需求肾源的患者比例约为 1: 15^[2]。而且肾脏移植后患者还需要进行长期的抗排斥治疗。相比肾脏移植, 血液透析无疑是多数患者的选择, 从经济问题上来看, 血液透析的经济压力要比肾脏移植小一些, 而且多数尿毒症患者能够通过维持性血液透析长期维持生命。有相关研究显示^[3], 尿毒症患者通过血液透析生存的最长年限为 31 年。但是多数患者生存年限仅有不到十年, 而且患者的生活质量难以保证, 如何延长尿毒症血液透析患者的生存期, 改善患者的生活质量是当前临床中的重要研究问题。常规护理干预内容较少, 缺乏针对性及高效性^[4]。循证护理干预是临床医学中的重要研究方法。确定循证主题后, 查阅大量中外文献, 以实际情况结合文献引导, 从而确定干预方法的针对性及有效性, 对临床中各类疾病均具有重要的应用价值^[5]。鉴于此, 本文特研究对行血液透析治疗的慢性肾衰竭尿毒症患者实施循证护理干预的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取自 2021 年 6 月~2022 年 6 月到医院就诊的 200 例慢性肾衰竭尿毒症患者。纳入标准: (1) 符合临床中对相关疾病的相关诊疗标准; (2) 了解研究内容并签署知情同意书。排除标准: (1) 合并精神、意识障碍, 无法沟通; (2) 合并肢体障碍、恶性肿瘤及骨关节疾病; (3) 其他器官功能衰竭; (4) 透析时间不足 3 个月; (5) 透析频率不足每周 1 次。以奇偶分组法均分为实验组及参照组, 两组患者均为 100 例。实验组男女比例 52: 48; 年龄 46~79 岁, 平均 (67.41±11.52) 岁; 透析时间 2~28 月, 平均 (16.74±7.57) 月; SCr97~126umol/l, 平均 (108.24±10.17) umol/l; 原发病: 糖尿病肾病 36 例、慢性肾小球肾炎 14 例、高血压肾病 29 例、梗阻性肾病 11 例、多囊肾 7 例、原因不明 3 例。参照组男女比例 56: 44; 年龄 45~77 岁, 平均 (67.08±11.13) 岁; 透析时间 3~28 月, 平均 (17.16±8.21) 月; SCr91~128umol/l, 平均 (109.56±9.85) umol/l; 原发病: 糖尿病肾病 32 例、慢性肾小球肾炎 12 例、高血压肾病 31 例、梗阻性肾病 16 例、多囊肾 4 例、原因不明 5 例。对比两组患者的性别、年龄、透析时间、SCr、原发病等基线资料, 统计学意义不存在 ($P>0.05$), 可将两组患者进行临床对比研究。

1.2 方法

参照组给予常规护理干预, 主要包括: (1) 心理干预: 护理人员与患者进行深入沟通, 了解患者的基本信息, 并掌握患者对于疾病的看法, 引导患者的积极思想, 疏导患者的消极思想, 使患者保持良好的心态去应对疾病。(2) 饮食干预: 根据患者的饮食喜好, 为患者制定饮食计划, 多摄入优质蛋白质及能量。减少盐及磷的摄入, 降低肾脏负担。(3) 健康宣教: 对患者进行慢性肾功能衰竭的相关疾病知识宣教, 让患者对于致病机

制、临床治疗方法等知识有较为全面的了解, 并让患者明确生活习惯对于改善疾病的重要作用。(4) 药物干预: 根据医嘱让患者按时医药, 并介绍药物的相关信息及药物的作用, 提高患者的服药依从性。(5) 不良事件预防: 根据患者的个人情况及主诉, 了解患者可能存在的不良事件, 并进行针对性预防。

实验组加行循证护理干预, 主要包括: (1) 成立护理干预小组: 护士长任小组组长, 组员包括: 副主任护师 1 名、主管护师 1 名、主治医师 1 名、护师 2 名及护士 2 名。组内成员进行培训, 培训内容为: 了解慢性肾功能衰竭的相关疾病知识及延续性护理的重要性及意义, 掌握血液透析的相关操作内容。组内成员均完成培训考核。(2) 循证支持: 护理人员通过纸质问卷、微信电子问卷等方式向患者进行问卷调查, 了解患者对疾病的看法。根据患者的需求结合实际情况进行循证。本次研究中的数据库包括中国知网、万方数据服务平台、维普中文科技期刊数据库、Base、PubMed、karge。以慢性肾功能衰竭、尿毒症、生活质量、生存期限。等为检索词进行检索, 护理人员对检索内容进行整理和提炼, 通过整理与提炼确认影响患者生活质量及生存期限的主要危险因素为心理状态欠佳及自我护理能力不足。组内召开会议制定后续护理计划。(3) 针对性护理干预计划: ① 心理状态支持: 护理人员在患者入院时热情向患者介绍院内环境及配套设施, 消除患者初到陌生环境的紧张心理。并多与患者进行沟通, 拉近护患关系, 与患者多交流询问患者的心理想法, 开导患者积极治疗疾病, 保持良好心态, 配合临床护理。住院期间指导患者释放心理压力, 采用正念减压、腹式呼吸等方式来保持乐观情绪。② 健康知识指导: 护理人员向患者介绍尿毒症详尽的疾病知识, 让患者明确疾病的危害性及进行血液透析的重要性。自主戒除不良生活习惯, 积极配合临床医护人员完成透析。护理人员进行血液透析前指导患者血液透析的相关注意事项, 避免患者出现违规操作对机体造成伤害。在血液透析结束后, 指导患者导管的正确维护方法及生活中的注意事项。护理人员向患者明确科学运动、饮食在慢性肾衰竭尿毒症中的作用, 并传授患者相关顺口溜, 让患者加强记忆。例如: 一二三四五六七: 一斤蔬菜、二两饭, 三勺植物油、四两水果, 五份蛋白质、六克盐、七百毫升水; 一、三、五: 餐后一小时运动, 活动三十分钟; 每周活动五次等。③ 团体活动: 每月定期组织患者参与现场互动, 每次互动时间为 1h。互动内容包括: 讲解终末期肾病的疾病知识与饮食禁忌, 开展知识问答竞赛, 对优异者发放小奖品; 指导患者进行正确的运动, 开展病友联谊会, 让患者练习八段锦及广场舞等; 药物及药物知识指导, 让患者之间进行你说我猜, 患者两两一组, 一名患者描述药物性状、用法及功效等, 另一名患者猜测具体药物名称; 护理人员面对面模拟指导患者血液透析的具体方法, 并介绍血液透析的具体操作注意事项, 指导完毕后, 由患者两两一组, 相互模拟, 护理人员从旁指正。两组均行为期 4 个月的护理干预。

1.3 观察指标

本次研究对比两组的心理状态、自我护理能力及生活质量水平。

1.3.1 心理状态观察指标

应用 SCL-90 量表测评患者的心理状态,量表由 10 个维度组成,分别为:躯体化、人际关系、恐怖、抑郁、焦虑、敌对、精神病性、偏执、强迫症状及其他。单条目 0~4 分,分数越高患者的心理状态越差。

1.3.2 自我护理能力观察指标

应用 ESCA 量表对患者的自我护理水平进行测评。量表包括自我概念(11 个条目)、自护责任感(8 个条目)、健康知识水平(10 个条目)及自我护理技能(14 个条目)4 个因子,共计 43 个条目,单条目 0~4 分,分数与自我护理水平呈正相关。

1.3.3 生活质量水平观察指标

应用 SF-36 量表测评患者的生活质量,选取其中的总体健康、生理功能、心理功能、精力 4 个维度进行测评,单维度满分 100 分,分数与患者的生活质量呈正相关。

1.4 统计学分析

采用 SPSS26.0 软件对患者的临床数据进行分析。计数资料以百分率(%)表示,行 χ^2 检验,计量资料以平均值±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,行 t 检验, $P<0.05$ 时,组间对比差异成立。

2 结果

2.1 两组心理状态对比

实验组 SCL-90 量表各项评分均低于参照组,组间对比差异成立($P<0.05$),见表 1 所示。

表 1 两组心理状态对比表($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	躯体化	人际关系	恐怖	抑郁	焦虑
实验组	100	1.77±0.25	0.88±0.49	1.71±0.67	1.61±0.79	1.58±0.66
参照组	100	1.91±0.19	1.48±0.52	2.63±0.58	2.63±0.44	2.73±0.60
t	-	4.459	8.398	10.382	11.280	12.893
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表 1 两组心理状态对比表($\bar{x}\pm s$,分)(续)

组别	例数	敌对	精神病性	偏执	强迫症状	其他
实验组	100	0.79±0.43	0.83±0.25	0.91±0.39	1.05±0.32	0.37±0.12
参照组	100	1.11±0.59	1.29±0.33	1.45±0.61	1.79±0.68	0.73±0.36
t	-	4.383	11.110	7.458	9.847	9.487
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组自我护理能力对比

实验组 ESCA 量表各项评分均高于参照组,组间对比差异成立($P<0.05$),见表 2 所示。

表 2 两组自我护理能力对比表($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	自我概念	自护责任感	健康知识水平	自我护理技能
实验组	100	33.74±2.82	23.62±2.63	25.62±2.86	38.51±2.43
参照组	100	31.69±2.93	21.73±2.74	23.57±2.73	36.64±2.59
t	-	5.041	4.976	5.185	5.265
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组生活质量对比

实验组 SF-36 量表各项评分均高于参照组,组间对比差异成立($P<0.05$),见表 2 所示。

表 3 两组生活质量对比表($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	总体健康	生理功能	心理功能	精力
实验组	100	87.52±2.49	87.73±2.69	88.73±2.56	88.63±2.51
参照组	100	83.57±2.66	83.59±2.63	84.69±2.82	84.55±2.45
t	-	10.841	11.005	10.607	11.632
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

尿毒症是肾脏疾病进入终末期的临床综合征,该阶段患者肾功能丧失,机体无法自主清理毒素及废物,如不加以治疗会导致毒素随血液循环流至全身,造成多器官功能损伤,严重威胁患者的生命安全^[6]。血液透析是治疗尿毒症患者的首要治疗方式,能够有效替代机体肾脏功能将机体代谢毒素及废物排出体外,帮助患者维持生命安全^[7]。通过提高患者的自我护理能力能够改善患者的生存质量,延长生存期。但是常规护理对患者自我护理能力提高存在不足。鉴于此,本文特研究研究对行血液透析治疗的慢性肾衰竭尿毒症患者实施循证护理干预的效果。

本次研究数据显示,实验组心理状态、自我护理能力及生活质量水平均优于参照组,组间对比差异成立($P<0.05$)。本次研究中,对患者实施循证护理,根据患者的真实需求在全网络大数据库中循证,并将循证所得内容进行整理与归纳,以此制定护理干预计划,确保护理计划的高效性及科学性^[8]。对患者进行心理支持,在患者入院起即开展心理指导,并教会患者调整心态的训练方法,改善患者的心理状态^[9]。通过开展健康知识指导来强化患者对于疾病的认知,提高患者的依从性,改善自身的不良习惯。并开展团体活动能够寓教于乐,让患者在团体活动中掌握相关疾病治疗知识,并利于释放患者的不良情绪,促进患者的自我护理能力提高^[10]。患者身心状态均得到改善后,其生活质量自然显著增加。

综上所述,循证护理干预在血液透析治疗慢性肾衰竭尿毒症患者心理护理中应用效果较好,患者的心理状态改善,自我护理能力提高,生活质量水平改善。

参考文献:

[1]赵姗姗.循证护理在血液灌流联合血液透析治疗急性中毒患者中的临床应用[J].国际移植与血液净化杂志,2022,20(03):46-48.

[2]张宇宁,王军升,罗晓燕.以循证为指导的临床护理路径在血液透析患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(9):3.

[3]李海英,罗畅.循证护理在预防血液透析患者深静脉置管并发症中的效果[J].中国社区医师,2022,38(17):3.

[4]姜素霞,王丽.循证护理在脾切除联合贲门周围血管离断术治疗中的应用[J].中国卫生标准管理,2022,13(1):158-161.

[5]张娜,张磊,杜宇,等.血液透析,血液滤过,血液灌流不同组合方式治疗慢性肾衰竭尿毒症的临床疗效观察[J].国际泌尿系统杂志,2021,41(3):4.

[6]赵晔,于磊.高通量血液透析和血液透析滤过对慢性肾衰竭尿毒症病人体内毒素清除效果对比分析[J].蚌埠医学院学报,2022,47(7):3.

[7]高萌,姬杏丹,董璠.联动护理干预在慢性肾衰竭行血液透析患者动静脉瘘护理中的应用[J].护理实践与研究,2022,19(7):4.

[8]徐娇瑾.健康教育导向的循证护理干预对尿毒症血液透析患者血管通路依从性和生活质量的影响[J].医学信息,2022,35(1):190-192.

[9]夏德奇,付红.循证护理在有创呼吸机护理中的应用及对改善患者肺功能,提高治疗效果的分析[J].当代临床医刊,2022,35(1):82-83.

[10]曹晶晶,徐月红,仲晨馨,等.以循证为基础的预见性护理联合压力梯度治疗在神经重症患者 DVT 预防中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28(13):3.

持续性护理人文关怀在提高PICU住院患儿家属满意度中的应用

杨容

淮安市妇幼保健院 江苏淮安 223001

摘要：目的：探究在 PICU 住院患儿中应用持续性人文关怀护理对家属满意度的影响。方法：文章选取时间 2021 年 2 月到 2022 年 7 月，共选取我院 PICU（儿科监护室）患儿 60 人，使用统计学方法分组，随机分成研究组（予持续性人文关怀护理）、对照组（基础重症患儿护理），每组研究对象 30 人，比对照组满意度分值。结果：文章使用 C-CCFSS 量表对 2 组患儿家属满意情况进行调查，持续性人文关怀干预后，研究组重症患儿家属对监护室医护人员病情介绍、康复计划交流、医疗决策分享以及患儿护理质量等方面满意度评分更高， P 值 < 0.05 ；研究组患儿护理后单项生活质量如精神状态、活力、生理、社会功能以及整体健康状况评分均高于对照组， P 值 < 0.05 ；研究组重症患儿护理后躯体疼痛值（VAS）明显下降，负性情绪分值（SDS 和 SAS）也明显降低， P 值 < 0.05 。结论：对重症患儿实施持续性人文关怀护理，可以提高 PICU 各方面护理质量，关注患儿情绪变化，与家属动态化沟通护理和治疗计划，可提高家属满意程度。

关键词：持续性护理；人文关怀；PICU；住院患儿；家属满意度

PICU（儿科重症）是院内危重症患儿的主要抢救场所，由于重症患儿免疫力和抵抗力均降低，为防止造成院内交叉感染，必须确保监护室环境的封闭性^[1]。每天严格限制探视时间和探视人数。但在这个过程中容易忽视对患儿家属的人文关怀，没有充分考虑到家属对患儿病情的担忧，忽视细小护理环节，导致医患关系日趋紧张^[2-3]。近些年伴随护理学领域的发展，医疗从业者越来越提倡对患者及其家属进行优质护理，充分尊重患者及家属的生命尊严，将“人文关怀”理念作为监护室各项护理工作的出发点，重视患儿家属的照护^[4-6]。文章为探究在 PICU 住院患儿中应用持续性人文关怀护理对家属满意度的影响，选择监护室内患儿作为研究对象，报道如下。

1. 资料和方法

1.1 一般资料

文章选取时间 2021 年 2 月到 2022 年 7 月，共选取我院 PICU 患儿 60 人，使用统计学方法分组，随机分成研究组、对照组，每组研究对象 30 人，患儿资料如下：对照组年龄区间：2-8 均值（岁）： (5.16 ± 1.09) ，性别：男患儿 18/女患儿 12，病种：8 例神经、10 例心血管、6 例消化、6 例其他；研究组年龄区间：2-9 均值（岁）： (5.42 ± 1.12) ，性别：男患儿 17/女患儿 13，病种：7 例神经、9 例心血管、8 例消化、6 例其他。对比两组资料可得 $P > 0.05$ 。本次研究所有入选患儿均经过本人和家属同意、签署知情文件，院内伦理审核通过；排除患儿家属依从性较差，研究中途退出者。

1.2 方法

对照组：给予基础重症护理，每天严格规定探视时间和探视人数，每天只许在午饭期间探视一次，探视时间限制在 10 分钟内，只能由住院医师告知患者病情，护理人员不对病情进行相应解释；患儿病情好转回普通病房时，进行常规的转科教育指导，后续不再予持续性的床边探视。

研究组：予持续性人文关怀护理，具体如下：^① 护理人员培训：监护室定期组织培训讲座，对科室护理人员进行护理技巧和交流技能培训，告知患者人文关怀理念的重要影响，将人文关怀护理进行细化，确保科室人员都能熟练掌握人文关怀护理内容。^② 环境干预：首先，需要给患儿提供安静舒适的住院环境，确保监护室内每个床位配备一名责任护士，家属探视时为患儿遮挡围栏，给患儿和家属交流提供相对私密的空间；日常护理过程中，尽量使用暖色调装饰环境，监护室内可张贴或摆放卡通玩偶，提高患儿住院治疗配合性。^③ 家属交流：由于监护室内收治的患儿均为急危重症，患儿病情变化快，家属受其影响，焦虑和恐惧等负面情绪严重。加上近些年医患矛盾较严重，家属不了解护理人员，对其信任度较低，影响后续病情交流。要求护理人员综合考量以上原因，切实站在患儿和家属

角度上思考问题，为患儿及家属谋求实际利益。科室要求责任护士全程负责与家属进行对接，每天在送餐前可与患者进行简单交流，每周在固定时间内与患者家属进行深入沟通，详细告知患儿病情和后续康复计划，在主管医师同意下与患儿家属分享医疗决策，提高家属的临床护理参与度。^④ 探视：对于监护室的特殊性，导致一些重大抢救工作，患儿家属不能及时陪在身边，家属对医疗操作始终保持怀疑态度。因此，在保证不影响正常医疗工作情况下，可适当用多途径增加探视次数和时间，可以通过科室的语音系统进行视频探视。^⑤ 满意度评估：在人文持续性人文护理干预后，给家属发放 C-CCFSS 量表，评估家属的心理需求和心理活动。^⑥ 其他：科室设置新的家属接待室，在接待室内安装视频探视系统，家属可在此预约患儿主管医师，与患儿责任护士进行无障碍沟通，在家属心理和情绪相对脆弱时，医护人员及时安抚，帮助家属顺利度过情绪低落期；针对病情稳定转回普通病房的患儿，监护室需要定期进行床旁随访，了解患儿恢复情况，做好家属的健康指导。

1.3 观察指标

^① 研究使用 C-CCFSS（危重症患者家属满意度）量表对参选患儿家属具体满意指标进行评定，评价指标共涉及 16 项，利用 5 级评分法进行数据填写，分值越高代表患儿家属满意程度越高。^② 使用 SF-36 量表评估 2 组患儿生活质量（精神状态、活力、生理、情感、社会功能以及整体健康状况）。^③ 分别使用 VAS、SDS 和 SAS 量表评估患儿躯体疼痛值和负性情绪分值。

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 组患儿家属在以上方面，具有统计学意义。

2. 结果

2.1 对比两组 C-CCFSS 得分

文章使用 C-CCFSS 量表对 2 组患儿家属满意情况进行调查，持续性人文关怀干预后，研究组重症患儿家属对监护室医护人员病情介绍、康复计划交流、医疗决策分享以及患儿护理质量等方面满意度评分更高， P 值 < 0.05 ，见表。

表 1 两组 C-CCFSS 得分对比（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

项目	研究组 (n=30)	对照组 (n=30)	T 值	P 值
病情介绍	4.81±0.54	4.45±0.91	1.8634	0.0675

病情交流	4.52±0.74	3.73±0.94	3.6169	0.0006
放心程度	4.89±0.53	4.53±0.86	2.3857	0.0203
家属护理参与度	4.62±0.42	3.80±0.31	8.6038	0.0000
家属问题解答	4.47±0.90	3.36±0.42	6.1215	0.0000
护理质量	4.64±0.51	3.17±0.48	11.4963	0.0000
医疗决策分享	4.24±0.96	3.12±0.62	5.3679	0.0000
探视空间和时间	4.59±0.85	4.12±1.04	2.0797	0.0420
情感支撑	4.72±0.66	4.29±0.68	2.4854	0.0158
患儿需求满足情况	4.70±0.77	4.36±1.02	2.4429	0.0176
患儿情绪处理	4.82±1.16	4.02±1.09	2.7528	0.0079
风俗习惯尊重	4.59±0.82	3.38±0.65	6.3337	0.0000
检查结果等待时间	4.37±0.68	3.29±0.45	7.2545	0.0000
家属等待室环境	4.72±0.51	4.01±0.16	7.2755	0.0000
康复计划讨论	4.55±0.63	3.30±0.48	8.6444	0.0000
了解患儿预后	4.62±0.55	3.23±0.61	9.2694	0.0000

2.2 对比两组生活质量

研究组患儿护理后单项生活质量如精神状态、活力、生理、社会功能以及整体健康状况评分均高于对照组, P 值<0.05, 见表。

表2 两组生活质量对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

项目	研究组 (n=30)	对照组 (n=30)	T 值	P 值
精神健康	75.36±7.54	66.69±7.78	4.3831	0.0000
整体健康	70.93±6.14	62.54±6.42	5.1730	0.0000
生理功能	66.03±5.48	57.93±5.07	5.9427	0.0000
情感职能	82.00±5.68	74.28±5.64	5.2826	0.0000
社会功能	76.25±7.31	65.48±5.53	6.4357	0.0000
躯体功能	85.22±6.37	73.62±4.42	8.1947	0.0000
身体活力	69.25±7.58	55.63±6.21	7.6130	0.0000

2.3 对比两组 VAS、SDS 和 SAS 评分

研究组重症患儿护理后躯体疼痛值 (VAS) 明显下降, 负性情绪分值 (SDS 和 SAS) 也明显降低, P 值<0.05, 见表。

表3 两组 VAS、SDS 和 SAS 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
干预前	SDS	68.81±4.06	69.24±4.21	0.4027	0.6887
	SAS	66.52±4.25	66.11±4.28	0.3723	0.7110
	VAS	6.29±1.20	6.27±1.21	0.0643	0.9490
干预后	SDS	41.72±2.53	52.52±1.80	19.0513	0.0000
	SAS	40.20±2.66	54.44±2.53	21.2462	0.0000
	VAS	2.09±1.12	4.39±1.32	7.2771	0.0000

3. 讨论

重症患儿家属身心状态受患儿病情变化影响, 家属承担的身心负担不亚于患儿本身, 其中最常见的负面情绪为抑郁、恐惧和焦虑, 与此同时, 患儿家属也会出现躯体症状的改变^[7-8]。家属作为重症患儿的主要社会照护者, 负责日常与医护人员的沟通, 任何一项护理差错都容易引发医疗纠纷, 影响家属满意度和医院整体形象^[9-11]。文章研究中在护理前后给家属发放

C-CCFSS 量表, 让家属自主填写, 确保问卷的真实性, 根据调查结果了解家属实际需求, 以此为依据调整护理计划, 关注家属情绪变化, 为其提供持续性人文关怀护理^[12-13]。

结果显示, 文章使用 C-CCFSS 量表对 2 组患儿家属满意情况进行调查, 持续性人文关怀干预后, 研究组重症患儿家属对监护室医护人员病情介绍、康复计划交流、医疗决策分享以及患儿护理质量等方面满意度评分更高, P 值<0.05; 研究组患儿护理后单项生活质量如精神状态、活力、生理、社会功能以及整体健康状况评分均高于对照组, P 值<0.05; 研究组重症患儿护理后躯体疼痛值 (VAS) 明显下降, 负性情绪分值 (SDS 和 SAS) 也明显降低, P 值<0.05。说明人文关怀可以充分满足家属身心需求, 提高患儿家属满意和信任度^[14-15]。

综上所述, 对重症患儿实施持续性人文关怀护理, 可以提高 PICU 各方面护理质量, 关注患儿情绪变化, 与家属动态化沟通护理和治疗计划, 提高其家属满意程度。

参考文献:

- [1]董鸿捌, 吴谨准. 儿童长期机械通气从 PICU 过渡到家庭及人文关怀[J]. 中国小儿急救医学, 2022, 29 (03): 183-186.
- [2]杨晓雪, 傅凯丽, 张洁, 赵荣, 曾婉斐, 徐延芳, 温雅楠. 护士人文关怀品质与儿童重症监护室患儿家属信任度的相关性[J]. 全科护理, 2022, 20 (01): 128-131.
- [3]许小洁, 陈莹. 对危重症患儿实施心理护理干预的效果分析[J]. 中国城乡企业卫生, 2021, 36 (12): 123-125.
- [4]徐倩. 分析心理干预在儿童重症监护室干预中的应用效果[J]. 数理医药学杂志, 2021, 34 (10): 1577-1578.
- [5]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 (05): 894-895.
- [6]张丽, 王贵玲, 张玲. 探析个性化心理护理对儿科重症监护病室患儿的影响[J]. 心理月刊, 2021, 16 (22): 171-172.
- [7]黄艳萍. 全方位关怀在儿科重症监护室的应用效果[J]. 中国城乡企业卫生, 2021, 36 (01): 130-132.
- [8]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+83.
- [9]刘晓颖. 在儿科重症监护室护理工作中应用全方位关怀式护理的效果分析[J]. 结直肠肛门外科, 2020, 26 (S1): 151-152.
- [10]李男. 持续性人文关怀理念护理模式在儿童重症监护病房中的应用研究[J]. 中国医药指南, 2020, 18 (14): 19-20+23.
- [11]赖玉珺, 刘启华, 李思娴. 心理护理对儿科危重症患儿心理行为反应和护理满意度的影响研究[J]. 心理月刊, 2019, 14 (24): 83.
- [12]鲁文丽. 人性化护理干预在儿科重症监护病房中的应用效果及有效性分析[J]. 中国社区医师, 2019, 35 (31): 141+144.
- [13]涂莹. QQ 公众平台对重症患儿家属实施以人文关怀为基础的护理宣教效果分析[J]. 中国数字医学, 2019, 14 (09): 113-115.
- [14]段莉. 持续性护理人文关怀在儿童重症监护病房住院患儿中的应用[J]. 医疗装备, 2019, 32 (07): 183-184.
- [15]杭慧敏. 持续性护理人文关怀在提高儿科重症监护病房 (PICU) 住院患儿家属心理状态的应用效果[J]. 心理月刊, 2019, 14 (04): 38.

早期系统化护理对预防 ICU 患者下肢深静脉血栓形成的效果评价

杨薇

空军军医大学第二附属医院重症监护室 陕西西安 7100038

摘要:目的:探讨针对 ICU 收治的患者运用早期系统化护理模式展开干预对下肢深静脉血栓形成事件预防的效果。方法:选取 ICU 患者共计 80 例,均为我院 2020 年 1 月至 2021 年 12 月期间收治,采用数字表抽取法随机做规范分组处理,其中对照组针对所纳入的 40 例在对下肢深静脉血栓形成进行预防时运用常规干预模式,观察组针对所纳入的 40 例运用早期系统化护理干预模式,就两组血液流变学指标测定值,下肢周径及腓静脉、股静脉血流速度测定值,生活质量测评分值,下肢深静脉血栓形成率,护理满意度展开对比。结果:在开展护理干预工作前,经对两组血液流变学指标即血浆黏度、全血黏度进行测定,差异无统计学意义 ($P>0.05$),在开展干预工作后,各项测定值均有降低,且与对照组进行比较,观察组降低更为显著 ($P<0.05$)。两组在开展干预工作前,经对下肢周径、腓静脉及股静脉血流速度进行测定,无差异 ($P>0.05$),在开展干预后,下肢周径测定值均有降低,腓静脉、股静脉血流速度测定值均有上升,且相较于对照组,观察组更为显著 ($P<0.05$)。两组在开展干预工作前,经对生活质量指标即心理功能、生理机能、社会职能、情感职能进行测定,差异无统计学意义 ($P>0.05$),在开展干预工作后,各项测定分值均有上升,且相较于对照组,观察组更为显著 ($P<0.05$)。在开展干预后,对观察组下肢深静脉血栓形成率进行观测,相较于对照组居更低水平 ($P<0.05$)。经对观察组所抽取的患者护理满意度展开评定,其值为 97.50%,与对照组 80.00% 展开比较,居更高水平 ($P<0.05$)。结论:针对临床收治的 ICU 患者,在对下肢深静脉血栓形成事件进行预防时,运用早期系统化护理模式,可改善血液流变学指标水平,减小下肢周径,增快腓静脉、股静脉血流速度,提高生活质量,且可防范下肢深静脉血栓形成,具有更高的护理满意度,开展价值十分突出。

关键词: ICU; 早期系统化护理; 下肢深静脉血栓; 血液流变学

静脉血栓形成 (DVT) 指在深静脉腔内,血液出现不正常凝结现象,进而对静脉腔构成阻塞,使静脉回流发生障碍。本病以下肢多见,近年发生率有上升趋势。ICU 患者因长期卧床,深静脉置管多,加之在照护过程中运用保护性约束带,故有更高的并发下肢深静脉血栓形成几率。该并发症一旦发生,可引发诸多症状,又以局部肿胀、疼痛多见,若未制定有效措施及时予以治疗,在病情不断恶化的情况下,可增加肺栓塞、血栓综合征概率,进而使患者生活质量显著下降。早期系统化护理为一项重要的对下肢深静脉血栓形成预防的干预手段,其依据诱导疾病发生的相关因素,以及病情变化特点,病程发展规律,对系统化的护理措施予以制定,可发挥对下肢深静脉血栓形成预防的作用^[1-2]。本次研究针对所选 ICU 患者,运用早期系统化护理干预模式对下肢深静脉血栓形成展开预防,取得了理想效果,现总结结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 ICU 患者共计 80 例,均为我院 2020 年 1 月至 2021 年 12 月期间收治,采用数字表抽取法随机做规范分组处理。观察组共计 40 例中,男 23 例,女 17 例,年龄抽取介于 30~59 岁之间,平均测验值为 (41.92±4.92) 岁;对照组共计 40 例中,男 21 例,女 19 例,年龄抽取介于 33~60 岁之间,平均测验值为 (41.97±4.83) 岁。组间基线资料均衡 ($P>0.05$)。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准:①术前采用彩超技术实施检查,无下肢深静脉血栓;②无静脉血栓史;③均择期安排手术;④知情自愿,报经伦理部门批准,资料完整。排除标准:①缺乏自主沟通条件者;②既往存在精神障碍者。

1.3 方法

对照组:对照组应用 ICU 常规干预方案,包括对症照护,病情监测等。观察组:本组运用早期系统化干预模式,具体内容为:(1)心理干预:加强巡视工作,在此过程中,若观察到患者心态有改变征象,需提高警惕,及时干预。可先建立有效交流,对其引发不良情绪的因素掌握,结合实际情况,就疏导方案制定,以达到对负性心理缓解的作用。(2)健康宣教:在手术实施前,就下肢静脉血栓防治知识加以介绍,特别是中高危险人群,需向其明确引发血栓形成的相关危险因素、危害,以及所表现出的症状和预防价值,以取得患者有效配合,使其依从性增强,主观能动性提升。

(3)动态护理评估:依托临床深静脉血栓风险评估量表展开风险评估,低风险级别为分值小于等于 10 分,中等风险级别为分值介于 11~14 分之间,高风险级别为分值大于等于 15 分。针对低风险患者,需鼓励其离床活动,不具离床活动条件者,可指导在病床上开展被动活动,并穿戴弹力袜;针对中等风险级别的患者,鼓励开展被动活动,在穿戴弹力袜同时,使用间歇充气泵;针对高风险级别的患者,鼓励被动运动,除上述措施外,取肝素作抗凝处理^[3]。(4)饮食干预:向患者强调需摄入低脂肪、高纤维素食物,以使大便保持通畅,降低腹胀增高诱导的静脉回流受阻风险。鼓励多饮水,以使血液黏滞度降低,同时将下肢抬高,并取弹力袜使用,可使血液回流增加。

1.4 观察指标

(1)对比两组血液流变学指标水平:即在开展干预工作前后,对两组血液流变学指标即血浆黏度、全血黏度进行测定并比较。(2)对比两组下肢周径、腓静脉及股静脉血流速度:即在开展干预工作前后,对两组下肢周径、腓静脉及股静脉血流速度进行测定并比较;(3)对比两组生活质量:即在开展干预工作前后,依据 SF-36 生活质量量表,展开针对生活质量的评定工作,该量表含心理功能、生理机能、社会职能、情感职能 4 个维度,单项为百分制,所评估出的分值越高,表明患者展现出的生活质量越理想;(4)对比两组下肢深静脉血栓形成率:即在开展干预工作后,对两组下肢深静脉血栓形成率进行观测并比较;(5)对比两组护理满意度:即在开展干预工作后,应用本院自制问卷展开针对护理满意度的评定,总分为 100 分,其中非常满意度级别为 ≥ 85 分,满意度级别分值介于 60~84 分之间,不满意级别为 <60 分,满意度=(非常满意级别+满意级别)/总例数 $\times 100.00\%$ 。

1.5 统计学方法

测验数据均在 SPSS22.0 中录入,在针对组间计量资料展开表述工作时,通过 ($\bar{x} \pm s$) 进行,经 t 检验获取结果;在针对组间计数资料展开表述工作时,通过 (%) 进行,经 χ^2 检验获取结果, $P<0.05$ 提示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组血液流变学指标测定值对比

在开展护理干预工作前,经对两组血液流变学指标即血浆黏度、全血黏度进行测定,差异无统计学意义 ($P>0.05$),在开展干预工作后,各项

测定值均有降低,且与对照组进行比较,观察组降低更为显著,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 两组血液流变学指标测定值对比 ($\bar{x} \pm s$, mPa·S)

组别	n	血浆黏度		全血黏度	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	1.83±0.18	1.39±0.12	5.11±0.32	3.50±0.20
对照组	40	1.80±0.20	1.67±0.19	5.14±0.36	4.41±0.28

表2 两组下肢周径、血流速度指标测定值对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	下肢周径 (cm)		腘静脉血流速度 (cm/s)		股静脉血流速度 (cm/s)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	34.02±2.71	30.51±0.49	10.72±1.59	12.98±0.42	19.40±3.82	24.82±3.11
对照组	40	34.09±2.18	32.72±0.51	10.58±1.49	11.71±0.39	19.39±3.28	21.32±2.94
t	-	0.127	19.763	0.406	14.014	0.013	5.172
P	-	0.899	0.000	0.686	0.000	0.990	0.000

2.3 两组生活质量测定值对比

两组在开展干预工作前,经对生活质量指标即心理功能、生理机能、社会职能、情感职能进行测定,差异无统计学意义($P>0.05$),在开展干预工作后,各项测定分值均有上升,且相较于对照组,观察组更为显著($P<0.05$)。见表3。

表3 两组生活质量测定值对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	心理功能		生理机能	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	64.23±4.92	92.51±3.73	63.50±4.83	94.72±4.93
对照组	40	63.72±4.81	73.22±4.89	63.55±5.79	81.71±4.92
t	-	0.469	19.837	0.042	11.814
P	-	0.641	0.000	0.967	0.000

表3 续:

组别	n	社会职能		情感职能	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	62.39±4.13	97.80±2.02	64.20±2.39	95.23±2.50
对照组	40	62.52±3.18	82.34±5.20	64.29±2.40	83.20±2.49
t	-	0.158	17.527	0.168	21.563
P	-	0.875	0.000	0.867	0.000

2.4 两组下肢深静脉血栓形成率对比

在开展干预后,对观察组下肢深静脉血栓形成率进行观测,相较于对照组居更低水平,其中,观察组1例,占比为2.50%;对照组6例,占比为15.00%,差异具有统计学意义($\chi^2=3.914$, $P<0.05$)。

2.5 两组护理满意度测评值对比

经对观察组所抽取的患者护理满意度展开评定,其值为97.50%,与对照组80.00%展开比较,居更高水平($P<0.05$)。见表4。

表4 两组护理满意度测评值对比 [n (%)]

组别	n	非常满意	满意	不满意	满意度
观察组	40	31(77.50)	8(20.00)	1(2.50)	39(97.50)
对照组	40	22(55.00)	10(25.00)	8(20.00)	32(80.00)
χ^2	-	-	-	-	6.135
P	-	-	-	-	0.013

3. 讨论

下肢深静脉血栓具有较高致残风险,在病程早期通常缺乏特异性症状,加之ICU患者多有肌松药使用概率和气管插管操作,进一步影响了下肢深静脉血栓的检出^[4]。同时ICU患者制动、血液处于高龄状态和长期卧床均为引发该症的危险因素。临床取抗凝药物使用,可对下肢深静脉血栓

t	-	0.705	7.880	0.394	16.726
P	-	0.483	0.000	0.695	0.000

2.2 两组下肢周径、血流速度指标测定值对比

两组在开展干预工作前,经对下肢周径、腘静脉及股静脉血流速度进行测定,无差异($P>0.05$),在开展干预后,下肢周径测定值均有降低,腘静脉、股静脉血流速度测定值均有上升,且相较于对照组,观察组更为显著,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

进行防治,但抗凝药物可使患者出血风险增加,且实施溶栓治疗一年后,仍需面对复发问题,故如何展开更为有效的预防下肢深静脉血栓形成的护理,是临床探讨的重点^[5]。

本次研究中,观察组运用早期系统化护理干预模式,作用十分突出^[6]。结合研究结果示,观察组在干预后,血液流变学指标、下肢周径、腘静脉及股静脉血流速度指标,生活质量指标改善均优于对照组,下肢深静脉血栓形成率低于对照组,护理满意度高于对照组^[7]。分析原因,首先对患者展开心理干预和,可提升其主动参与积极性,确保各项护理工作顺利开展。经对深静脉血栓形成展开健康宣教,可使患者知晓疾病的特征,进而主动树立规范意识。经开展深静脉血栓危险因素,评估,针对分值较高者做好标识,向主治医师告知,并依据静脉血栓防治流程展开干预,对患者做好劝导,可促进康复进程。通过对下肢进行有效锻炼,取弹力袜、间歇充气泵应用,可进一步降低下肢深静脉血栓形成风险^[8]。另外,对患者做好饮食干预,可使大便保持通畅,避免因腹压升高引发的静脉回流受阻,最终使下肢深静脉血栓形成率降低。

综上,针对临床收治的ICU患者,在对下肢深静脉血栓形成事件进行预防时,运用早期系统化护理模式,可改善血液流变学指标水平,减小下肢周径,增快腘静脉、股静脉血流速度,提高生活质量,且可防范下肢深静脉血栓形成,具有更高的护理满意度,开展价值十分突出。

参考文献:

- [1]朱颖,申琳.系统护理预防ICU术后患者下肢深静脉血栓形成的效果[J].血栓与止血学,2021,27(04):698-699.
- [2]郭燕.系统护理对预防术后入住ICU患者下肢深静脉血栓形成的效果[J].河南外科学杂志,2020,26(01):165-167.D01:10.16193/j.cnki.hnwk.2020.01.101.
- [3]单隼.早期系统化护理干预在预防ICU患者下肢深静脉血栓中的应用[J].当代护士(中旬刊),2018,25(11):84-85.
- [4]王艳.早期系统化护理对预防ICU患者下肢深静脉血栓形成的效果评价[J].保健文汇,2020,21(32):159-160.
- [5]陈红,杨艳.早期系统化护理干预对预防ICU患者下肢深静脉血栓形成的研究[J].双足与保健,2019,28(24):2.
- [6]吕琦.护理干预在预防ICU患者下肢深静脉血栓形成中的效果探讨[J].当代医学,2017,23(4):2.
- [7]史永艳,韩明英,王彩虹.探讨护理干预在预防ICU患者下肢深静脉血栓形成中的价值[J].中国保健营养,2021,31(26):219.
- [8]周文婷.护理干预在预防ICU患者下肢深静脉血栓形成中的作用分析[J].实用临床护理学电子杂志,2020,11(2):1.

精细化优质护理对重症肺炎合并感染性休克患者的生命体征及预后的影响

张洁 梁宝兰^{通讯作者}

眉县人民医院 内科 陕西宝鸡 722300

摘要:目的:探讨重症肺炎合并感染性休克患者应用精细化优质护理对患者的生命体征及预后的影响。方法:选择2020年3月至2021年7月本院收治的68例重症肺炎合并感染性休克患者,根据就诊顺序,分为优质组和常规组各34例。常规组实施常规护理,优质组实施精细化优质护理。护理前后,比较两组心率(Hr)、呼吸频率(Rr)、脉搏(P)、血氧饱和度(SaO₂)、休克改善效果、用力肺活量(FVC)、肺潮气量(TV)、肺功能残气量(FRC)、肺总量(TLC)、并发症发生率。结果:护理后,两组Hr、Rr、P、SaO₂、FVC、TV、FRC、TLC均上升,且优质组高于常规组,差异有统计学意义($P < 0.05$);优质组意识恢复时间短于常规组,差异有统计学意义($P < 0.05$);优质组并发症发生率(5.88%、2.94%)低于常规组(23.53%、17.65%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:重症肺炎合并感染性休克患者应用精细化优质护理,可有效纠正休克状态,维持患者正常的生命体征,减轻肺功能损伤,降低并发症风险,改善预后。

关键词:重症肺炎;感染性休克;精细化优质护理;生命体征;预后

感染性休克(septic shock)是重症肺炎严重的合并症,具发病急高、治疗难度大等特点^[1]。重症肺炎可降低机体抵抗力,而肺炎双球菌的感染,可阻碍中枢神经的运动功能,麻痹血管微循环系统,引起小动脉扩张,引起肺部血容量不足,肺周围组织因缺血而衰竭,最终引起休克症状^[2]。针对重症肺炎合并感染性休克患者,实施护理干预,可及时纠正患者休克症状,控制肺部炎症,改善局部微循环,挽救患者生命^[3]。但以往使用的常规护理以疾病治疗为重点,加之护士护理技术有限,护理效果不甚理想^[4]。在此背景下,本文探讨重症肺炎合并感染性休克患者应用精细化优质护理对患者的生命体征及预后的影响。现报告如下。

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

选择2020年3月至2021年7月本院收治的68例重症肺炎合并感染性休克患者,根据就诊顺序,分为优质组和常规组各34例。常规组:男14例,女20例,年龄38~66岁,平均(49.15±3.44)岁。病程14~48d,平均(23.52±2.84)d。肺叶受累数量1~4个,平均(2.81±0.31)个。吸烟史21例。优质组:男18例,女16例,年龄39~69岁,平均(50.22±3.79)岁。病程15~51d,平均(24.37±2.91)d。肺叶受累数量2~4个,平均(3.11±0.35)个。吸烟史25例。对比两组肺炎病程、肺叶受累数量、病程等资料,差异无统计学意义($P > 0.05$)。本次研究经医学伦理会同意。

纳入标准:①经肺部CT及临床体征检查,符合肺炎诊断标准^[5];②均伴有感染性休克;③患者知情同意。

排除标准:①合并轻度或中度肺炎;②合并肺部恶性病变者;③合并精神疾病,且处于发作期;④合并免疫功能障碍。

1.2 方法

1.2.1 常规组:实施监测病情、控制感染、指导用药等常规护理。

1.2.2 优质组:实施精细化优质护理。具体如下:

1.2.2.1 精细化输液护理:尽早实施限制性液体复苏操作。输液时应集中、足量、经静脉给药,及早使用,抗感染药物以广谱抗生素为主,注意药物配伍问题。在最短时间内提高血药浓度,控制感染。加强血容量监测,了解血液灌注状态,对血液灌注不足,尿量减少者,提高补液速度时拔针。根据患者情况及输注药物严格控制输液速度,防止急性肺水肿等不良反应的发生。输液前严格检查输液器和药物,严格实施无菌操作,预防输液并发症的发生。输液前需排尽空气,防止液体流空,及时更换输液瓶及添加药物,输液完毕后及时启胶布,反折皮管(或关调节器),快速

拔针。

1.2.2.2 精细化膜肺护理:重症肺炎合并感染性休克患者多需接受体外膜肺氧辅助治疗。治疗期间,加强膜肺颜色监测,发现膜肺颜色变深,则立即通知医生处理。同时,加强管道接头护理,保障其连接紧密,避免扭曲或者脱落。准备发电机或应急电源,避免停电影响膜肺使用。加药时,需经专门通道进入,不可直接在管路上操作,避免空气栓塞。

1.2.2.3 精细化机械通气护理:在患者有创通气治疗期间,调节通气模式为SIMV+PS模式,维持患者RASS镇静程度评估评分在0~1分之间。通气面罩根据患者脸型确定,三头松紧带固定,松紧度以可横向放置2指,患者无压迫感、窒息感,感觉舒适为佳。对两侧鼻翼、脸颊等受压点,使用泡沫减压贴,避免受压。间隔2h,作局部检查,避免皮肤受损。治疗期间,动态监测患者血压、心率、呼吸频率等生命体征。

1.2.2.4 呼吸阶梯化管理:专人管理呼吸机,间隔2~3d清洁或者更换呼吸管道,期间注意实性无菌操作。每日检查口腔及呼吸道情况,指导患者每日使用氯己定含漱液4~5次。初步评估患者每日拍痰量,根据拍痰量,实施阶梯式吸痰法帮助患者排痰。即当患者出现血氧饱和度降低、潮气量下降或者气道峰压力值增高或吸痰指征时,考虑气道分泌物过多,或者根据患者自述实施吸痰处理。吸痰前,需先经雾化吸入适量生理盐水,稀释痰液,并配合振动排痰法、拍背法促进痰液排出。

1.3 评价指标

1.3.1 生命体征:护理前后,行心电图监测,记录两组心率(Hr)、呼吸频率(Rr)、脉搏(P)、血氧饱和度(SPO₂)。

1.3.2 休克改善效果:记录两组意识恢复时间。

1.3.3 肺通气功能:护理前后,美能肺功能检测仪AS-507(济南爱来宝仪器设备有限公司)测定两组用力肺活量(FVC)、肺潮气量(TV)、肺功能残气量(FRC)、肺总量(TLC)。

1.3.4 预后:记录两组并发症发生率及死亡率。

1.4 统计学处理

SPSS20.0软件处理数据,计数资料(%)行 χ^2 检验,计量资料($\bar{x} \pm s$)行t检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患者生命体征对比

护理后,两组Hr、Rr、P、SaO₂均上升,且优质组高于常规组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组患者生命体征对比($\bar{x} \pm s$)

组别	Hr (次/min)		Rr (次/min)		P (次/min)		SaO ₂ (%)	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
优质组 (n=34)	54.93±3.81	84.59±4.11	11.13±0.47	19.62±1.85	48.35±3.84	84.12±3.95	82.11±0.74	97.62±0.58

常规组 (n=34)	55.08± 3.72	78.11± 3.29	11.08± 0.52	15.44± 1.37	49.03± 3.41	78.96± 3.17	82.84± 0.61	94.25± 0.37
<i>t</i>	0.164	7.177	0.467	10.588	0.772	5.940	4.438	28.563
<i>P</i>	0.870	0.000	0.642	0.000	0.443	0.000	0.000	0.000

2.2 两组患者休克改善效果对比

优质组意识恢复时间为 (3.25±0.29) h, 常规组为 (5.25±0.78) h, 优质组短于常规组, 差异有统计学意义 ($t=14.014$, $P<0.05$)。

2.3 两组患者肺通气功能对比

护理后, 两组 FVC、TV、FRC、TLC 均上升, 且优质组高于常规组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者肺通气功能对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	FVC (mL)		TV (ml/kg)		FRC (mL)		TLC (L)	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
优质组 (n=34)	2014.62± 108.67	2684.15± 152.86	4.51± 0.19	8.52± 0.36	2314.52± 142.91	3255.08± 137.23	3.11± 0.51	5.12± 0.64
常规组 (n=34)	2021.71± 103.27	2412.81± 123.69	4.55± 0.17	6.11± 0.28	2298.13± 151.08	2761.13± 101.33	3.19± 0.47	4.11± 0.52
<i>t</i>	0.276	8.046	0.915	30.812	0.460	16.884	0.673	7.212
<i>P</i>	0.784	0.000	0.364	0.000	0.647	0.000	0.503	0.000

2.4 两组患者预后效果对比

优质组并发症发生率 (5.88%) 低于常规组 (23.53%、17.65%), 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者预后效果对比[n (%)]

组别	静脉血栓	呼吸窘迫综合征	头痛	并发症发生率 (%)
优质组 (n=34)	1 (2.94)	0 (0.00)	1 (2.94)	2 (5.88)
常规组 (n=34)	3 (8.82)	2 (5.88)	3 (8.82)	8 (23.53)
χ^2	2.931			
<i>P</i>	0.087			

3、讨论

重症肺炎合并感染性休克多为急性发病, 病情危重, 直接威胁着患者生命安全。因此, 临床除了应对重症肺炎合并感染性休克患者及早施治外, 还应加强治疗期间的护理干预, 以提高抢救成功率, 改善预后^[6]。本文创新性探讨重症肺炎合并感染性休克患者应用精细化优质护理对患者的生命体征及预后的影响, 旨在明确重症肺炎合并感染性休克的最佳护理方式, 为临床提供参考。

机体长期处于休克状态, 可影响脑部组织供血和供血, 进而损伤患者中枢神经系统、心血管系统、循环系统等多系统功能, 表现为生命体征相关指标, 如 Hr、Rr、P、SaO₂ 异常表达。本文研究显示, 优质组 Hr、Rr、P、SaO₂ 高于常规组, 优质组意识恢复时间短于常规组。与既往研究^[7]类型。提示精细化优质护理在重症肺炎合并感染性休克患者中, 优势突出。分析原因可能与精细化优质护理的护理内容有关。第一, 休克可限制脑部血流量, 引起腹腔内部脏器的上移, 损伤患者呼吸功能^[8]。因此, 对患者开展生命体征监测及液体复苏操作, 有助于恢复脑部吸氧浓度, 改善患者缺氧状态。第二, 感染性休克可降低血管内部的有效血液循环量, 致使血管脆性增加, 加大静脉穿刺难度, 影响输液效果。输液护理可减少血管刺激, 配合血管活性药物的使用, 可提升输液治疗效果, 加速病情改善^[9]。但其具体作用机制, 还需下一步通过开展多中心数据对照分析, 深入验证。

肺部功能的改善是重症肺炎合并感染性休克患者治疗的重点, 也是其最终目标。在本研究中, 优质组 FVC、TV、FRC、TLC 高于常规组。表明精细化优质护理的实施, 可有效改善肺炎合并感染性休克患者的肺通气功能。考虑与精细化优质护理中的气道管理、机械通气护理、肺膜护理内容有关。重症肺炎合并感染性休克可引起呼吸困难, 加大二次插管风险, 延长脱机时间, 进而损伤肺通气功能, 加重病情^[10]。在本研究中, 通过加强气道管理、机械通气护理及肺膜护理, 可在保障呼吸道畅通的基础上, 减轻气道黏膜损伤, 缩短机械通气时间, 控制肺部炎症, 减少肺纤维蛋白分泌量, 为肺功能恢复创造条件, 避免导管性相关肺炎产生^[11]。在预后效

果方面, 优质组并发症发生率于常规组。进一步表明精细化优质护理在重症肺炎合并感染性休克患者中有较高的应用价值。

综上所述, 重症肺炎合并感染性休克患者应用精细化优质护理, 可有效纠正休克状态, 维持患者正常的生命体征, 减轻肺功能损伤, 降低并发症风险, 改善预后。

参考文献:

- [1] 许宣宣, 邵晓芳, 姚洋. 个性化护理对 ICU 重症肺炎患者影响的研究[J]. 中国预防医学杂志, 2020, 21 (5): 571-575.
- [2] 万献尧, 李文雯. 感染性休克患者的液体管理[J]. 医学与哲学, 2017, 38 (4): 23-27.
- [3] 陈伟, 李海宁, 张雨萌, 等. 早期限制性液体复苏对重症肺炎并发感染性休克患者的作用[J]. 内科急危重症杂志, 2021, 27 (2): 145-147.
- [4] 宋英晓, 张平平, 董元航, 等. 重症急性胰腺炎合并出血性休克和感染性休克[J]. 中华消化杂志, 2021, 41 (3): 203-206.
- [5] 陈云峰. 关于"中国成人社区获得性肺炎诊断和治疗指南 (2016 年版)"中重症肺炎诊断标准的商榷[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2017, 40 (8): 639.
- [6] 冯静秋, 张燕, 吕芳. 护理干预在急诊收治的重症肺炎合并感染性休克患者中的应用价值[J]. 国际护理学杂志, 2018, 37 (19): 2662-2664, 2700.
- [7] 王京燕, 李谨, 刘志平. 1 例重症肺炎合并感染性休克应用体外膜肺氧辅助治疗的护理[J]. 现代临床护理, 2017, 16 (3): 76-79.
- [8] 吴玉丹, 梁梅兰, 吴美景, 等. 呼吸阶梯化管理在感染性休克合并急性肺损伤患者中的应用分析[J]. 中华危重病急救医学, 2021, 33 (3): 334-337.
- [9] 邵小燕, 陆玉梅, 张必争, 等. 早期预警评分联合综合护理在 ICU 感染性休克患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26 (23): 123-125.
- [10] 刘应叶, 张瑶, 周洁, 等. 感染性休克集束化治疗抢救医嘱确认单在一例感染性休克患者护理中的应用[J]. 现代医学, 2020, 48 (11): 1433-1435.
- [11] 魏慧, 陈有兰, 甘甲佳. 层级护理管理结合主动风险护理在重症肺炎患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27 (3): 163-165.
- [12] 刘美荣. 强化心理护理对呼吸道正压通气辅助治疗重症肺炎伴呼吸衰竭患者血气指标及效果的影响[J]. 武警医学. 2018, 29 (11): 1036-1039
- [13] 祝利红, 林娟, 陈上仲. 以音乐治疗为核心的系统化护理在重症肺炎患者中的应用及临床价值[J]. 中华全科医学. 2018, 16 (06): 1029-1031

结直肠癌患者围术期采用疼痛护理后的效果分析

赵晓芬 李亮俊

宁夏医科大学总医院结直肠外科 宁夏银川 750001

摘要：目的：探讨结直肠癌患者围术期采用疼痛护理后的效果。方法：采集本院 2020 年 4 月至 2021 年 9 月期间接收的 96 例结直肠癌患者，随机分为对照组与观察组各 48 例，对照组运用常规护理，观察组运用疼痛护理，分析不同护理操作后患者疼痛评分、术后恢复速度、心理状况、治疗依从性、护理满意度情况。结果：在患者治疗依从性上，观察组 93.75%，对照组 77.08%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在患者疼痛评分上，观察组护理后评分降低程度明显多于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在患者肛门排气时间、进食时间、下床活动时间、住院时间等恢复速度上，观察组各项明显少于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在患者 SAS、SDS 有关心理评分上，观察组护理后评分降低幅度明显多于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；在患者护理满意度上，观察组 95.83%，对照组 81.25%，对比有统计学意义 ($p<0.05$)。结论：结直肠癌患者围术期采用疼痛护理后可以有效地改善患者的疼痛感，减少负面情绪，提升治疗依从性，加快术后恢复速度，提升患者对护理工作的满意度。

关键词：结直肠癌；围术期；疼痛护理；效果

结直肠癌属于常见恶性肿瘤疾病之一，该消化系统肿瘤问题具有较高的致死率与发病率。手术治疗可以更好地控制癌症病灶发展扩散，控制疾病恶化程度。但是疾病以及手术治疗本身也会带来患者生理上的疼痛不良体验，需要通过护理工作支持辅助，提升患者围术期舒适度，减少身心压力，提升整体的治疗恢复质量。本文采集 96 例结直肠癌患者，分析围术期运用疼痛护理后患者疼痛评分、术后恢复速度、心理状况、治疗依从性、护理满意度情况，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院 2020 年 4 月至 2021 年 9 月期间接收的 96 例结直肠癌患者，随机分为对照组与观察组各 48 例。对照组中，男 29 例，女 19 例；年龄从 45 岁至 67 岁，平均 (54.78 ± 5.19) 岁；观察组中，男 26 例，女 22 例；年龄从 42 岁至 69 岁，平均 (55.63 ± 4.58) 岁；两组患者的基本年龄、性别与病情等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用常规护理，观察组运用疼痛护理，具体内容如下：

术后要做好有关的心理疏导建设工作，避免负面情绪而引发的机体应激反应，尽可能的提升疼痛阈值状况。要多鼓励、安慰、激励患者，同时要做好患者家属更多的心理建设，让家属多陪伴患者，给予患者更多的心理支持与生活照料，减少患者的负面情绪。要做好手法按摩，促使生理舒适度提升。具体依据患者的各项指标情况，一般在其指标稳定之后可以开展按摩处理。引导患者做好舒适体位的调整，进行其手足的清洁，而后针对其双侧的合谷穴做持续 5 分钟的交替性的按摩处理；通过拇指按压对其手心做顺时针的按摩，保持 5 分钟；进行双侧三阴交的顺时针按摩，保持 5 分钟；依据个人诉求而定，合理控制按摩力度，保持其机体耐受度，每天保持一次。

要做好镇痛管理，可以采用有关止痛药物。要合理地控制药物剂量，避免药物副作用带来的不良影响。要做好对应的止痛药使用说明，指导提升患者对有关认知水平。避免过度担忧药物副作用而导致排斥用药，也避免过于依赖药物而导致止痛药过量使用而引发的不良问题。

要引导患者采用多样化的方式转移注意力，避免对疼痛问题过度的关注。例如，在咳嗽过程中进行切口附近的按压来避免过度牵扯而引发的疼痛感。可以通过刷手机、看视频、看书、看电视等方式进行注意力转移，也可以通过听柔和的音乐来达到心理层面的舒适感，由此减少疼痛敏感度。要引导患者保持规律性的呼吸调整，进行舒适体位的调控，做好机体

整体肌肉的松弛，由此来提升疼痛阈值。

术前要建立疼痛护理管理工作小组，采用专业性的工作指导，保证后续有关工作的落实效果，进行成员之间的培训以及沟通，了解疼痛护理的基本内容、注意事项，包括疼痛管控的方式，沟通技巧，疾病知识等。做好有关宣教指导培训之后，保证考核过关，而后投入到实际使用中。

要做好环境优化，充分意识到环境因素对个人心理、生理而构成的影响性，尽可能提示提升舒适环境来减少还患者自身的不适感。保证病房定时开窗通风换气，保持空气清新，确保室内清洁安静，合理地控制湿度以及温度。依据个人体感舒适度而定，避免环境刺激性因素而导致的过重心理压力或者生理不适感。要在术前做好必要的健康教育指导工作，让患者意识到疼痛有关知识以及注意事项，提升患者在疼痛护理工作上的配合度。包括减少疼痛的方法，用药的技巧以及禁忌问题。护理方面可以采用针灸、推拿、中药热敷等多种方式辅助疼痛改善，可以采用多样化的物理疗法，提升生理的舒适度。同时要指导患者避免行动上的幅度过大或者频率过高而导致的不良问题，做好正确体位的引导，防控疼痛问题的严重化。

1.3 评估观察

分析不同护理操作后患者疼痛评分、术后恢复速度、心理状况、治疗依从性、护理满意度情况。治疗依从性=完全依从率+部分依从率。术后恢复速度主要集中在肛门排气时间、进食时间、下床活动时间、住院时间等方面。心理状况主要评估 SAS、SDS 有关心理评估量表，评分越低情况越好。护理满意度=很满意率+基本满意率。疼痛评分主要采用 VAS 评分，评分越低情况越好。

1.4 统计学分析

数据运用 spss22.0 软件处理，计数资料使用 $n(\%)$ 表示，采用卡方检验，计量资料运用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示，采用 t 检验， $p<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者护理前后心理评分情况

如表 1 所示，在患者 SAS、SDS 有关心理评分上，观察组护理后评分降低幅度明显多于对照组，对比有统计学意义 ($p<0.05$)；

表 1：两组患者护理前后 对比 ($\bar{x}\pm s$, 分)

分组	时间	SAS	SDS
观察组	护理前	53.76 $\pm$ 5.87	76.24 $\pm$ 3.41
	护理后	91.67 $\pm$ 2.63	96.45 $\pm$ 1.24
对照组	护理前	52.98 $\pm$ 5.27	75.82 $\pm$ 3.28

护理后	92.76±2.49	95.68±1.63

注：两组护理前对比， $p>0.05$ ，两组护理后对比， $p<0.05$

2.2 两组患者护理前后疼痛评分情况

如表2所示，在患者疼痛评分上，观察组护理后评分降低程度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表2：两组患者护理前后疼痛评分对比（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

分组	时间	VAS 评分
观察组	护理前	7.04±1.68
	护理后	2.37±1.18
对照组	护理前	7.11±1.74
	护理后	2.97±1.52

注：两组护理前对比， $p>0.05$ ，两组护理后对比， $p<0.05$

2.3 各组患者术后恢复速度情况

见表3，在患者肛门排气时间、进食时间、下床活动时间、住院时间等恢复速度上，观察组各项明显少于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；

表3：各组患者术后恢复速度结果（ $\bar{x}\pm s$ ）

分组	肛门排气时间（min）	进食时间（ml）	下床活动时间（周）	住院时间（分）
观察组	41.78±3.59	26.76±4.29	27.38±5.92	8.95±2.38
对照组	50.17±5.26	36.71±5.83	36.97±6.31	12.26±3.41

注：两组对比， $p<0.05$

2.4 患者治疗依从性情况分析

见表4所示，在患者治疗依从性上，观察组93.75%，对照组77.08%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；

表4：患者治疗依从性评估结果[n（%）]

分组	n	完全依从	部分依从	不依从	治疗依从性
观察组	48	32（66.67）	13（27.08）	3（6.25）	93.75%
对照组	48	21（43.75）	16（33.33）	11（22.92）	77.08%

注：两组对比， $p<0.05$

2.5 患者护理满意度情况

见表5所示，在患者护理满意度上，观察组95.83%，对照组81.25%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。

表5：患者护理满意度评估结果[n（%）]

分组	n	很满意	基本满意	不满意	护理总满意率
观察组	48	29（60.42）	17（35.42）	2（4.17）	95.83%
对照组	48	18（37.50）	21（43.75）	9（18.75）	81.25%

注：两组对比， $p<0.05$

3 讨论

结肠直肠癌患者本身整体的机能处于退化状态，对手术的疼痛耐受力相对不足。同时因为疾病影响以及心理各方面的干扰，容易导致各种不良的身心体验。患者容易有较重的心理负担，对于手术治疗以及预后状况有更多的焦虑、恐惧感，进而降低治疗信心，对治疗效果也会进行一定的干扰。

随着医疗工作理念的提升，不仅要注重患者疾病的治疗以及控制，也需要优化患者在手术治疗围术期过程中的各方面身心体验需求，提升其整体的生活质量以及生存质量。疼痛护理在一定程度上是一种人性化的护理理念，尽可能地减少手术治疗对结肠直肠癌手术患者带来的不良感受。让患

者更好的治疗恢复，减少因为疼痛问题引发的心理负担以及生理不适感，构建更好的护患关系，提升患者对医疗工作的认可度。具体处理之中，要做好各环节的护理操作，同时要贯穿各方面的健康管理，提升患者对有关工作的认识水平，优化整体的配合度，避免不良因素影响而引发的负面问题。要纠正患者错误意识以及行为，更好的配合疼痛护理工作的开展。

本研究中，在患者治疗依从性上，观察组93.75%，对照组77.08%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。患者对整体的护理以及疼痛护理工作的配合度好，这决定了护理工作可以发挥更好的价值实现。在患者疼痛评分上，观察组护理后评分降低程度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。该效果是基于患者良好的配合所得，促使疼痛护理工作落到实处，发挥良好的疼痛管控效果，提升患者对疼痛的耐受度，体验感受好。在患者肛门排气时间、进食时间、下床活动时间、住院时间等恢复速度上，观察组各项明显少于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。减少患者的疼痛感，可以促使患者更好地开展术后恢复，下床活动等可以更好地开展，由此来促使手术患者术后更快的恢复。在患者SAS、SDS有关心理评分上，观察组护理后评分降低幅度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。患者生理上疼痛感改善，减少由此导致的负面情绪，患者整体的精神状态也更好。在患者护理满意度上，观察组95.83%，对照组81.25%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。由于整体身心体验更好，可以提升患者对护理工作的认可度，对护理工作的评价也会相对更高。观察组采用疼痛护理，在一定程度上提升了患者整体的治疗恢复质量，患者的负面情绪更少，术后恢复速度更快，减少了住院时间，在一定程度上也可以降低患者治疗费用。患者治疗依从性更好，整体对护理工作的认可度更高，疼痛改善情况也相对更好，说明该护理工作开展的有效性具有一定的借鉴作用。具体处理应对中要充分的考虑每个患者具体的病情、个人基本情况，保证护理工作落实的有效性。护理人员个人水平提升也非常关键，考验护理人员具体的疾病知识、护理专业知识、心理学、社会学、沟通技巧、观察判断能力以及工作过程的身心状态，由此才能保证整体落实工作的有效性。

总而言之，结肠直肠癌患者围术期采用疼痛护理后可以有效地改善患者的疼痛感，减少负面情绪，提升治疗依从性，加快术后恢复速度，提升患者对护理工作的满意度。

参考文献：

[1]郭云芝. 探讨优质服务对结肠直肠癌晚期患者疼痛的应用效果[J]. 婚育与健康, 2021（3）: 163-164.

[2]姜淑文. 结肠直肠癌根治术后开展全面护理对减轻患者疼痛的作用分析[J]. 中国卫生标准管理, 2020, 11（1）: 154-156.

[3]张娟. 围术期疼痛护理干预在结肠直肠癌患者术后的应用[J]. 中国肛肠病杂志, 2020, 40（1）: 56-57.

[4]孙艳芬. 结肠直肠癌根治术后开展全面护理对减轻患者疼痛的作用分析[J]. 健康大视野, 2020（20）: 174.

[5]何沁漫, 王智, 周冬梅, 等. 围术期疼痛护理用于结肠直肠癌患者术后的效果[J]. 东方药膳, 2020（5）: 129.

[6]李思明. 综合护理干预对结肠直肠癌根治术患者术后焦虑和疼痛的影响[J]. 医疗装备, 2019, 32（24）: 183-184.

[7]曹云英. 术后疼痛护理结合音乐干预对直肠癌根治术患者负性情绪及生活质量的影响[J]. 医学食疗与健康, 2020, 18（8）: 135-136.

[8]吴敏. 疼痛护理结合音乐干预对直肠癌根治术的影响[J]. 中国卫生标准管理, 2020, 11（24）: 159-161.

无缝隙护理干预对子宫肌瘤手术患者情绪希望水平及生活质量的影响观察

郑滢¹ 余智梅² 通讯作者

1 镇安县妇计中心 手术室 陕西商洛 711500; 2 商洛市镇安县月河镇黄家湾卫生院 护理部 陕西商洛 711500

摘要: 目的 探究无缝隙护理干预对子宫肌瘤手术患者情绪状态、希望水平及生活质量的影响。方法 选我院 2021 年 5 月至 2022 年 5 月期间 80 例子宫肌瘤手术患者,随机分为 A 组(40 例)、B 组(40 例),分别实施常规护理、无缝隙护理干预,比较两组护理前后情绪状态[抑郁自评量表(SDS)、焦虑自评量表]、希望水平(HHI)及生活质量(SF-36)。结果 SDS、SAS 评分:护理前 B 组与 A 组相近($P>0.05$);护理 7d 时 B 组<A 组($P<0.05$);Herh 希望量表(HHI)评分:护理前 B 组与 A 组相近($P>0.05$);护理 7d 时 B 组>A 组($P<0.05$);简易生活质量量表(SF-36)评分:护理前 B 组与 A 组相近($P>0.05$);术后 1 个月时 B 组>A 组($P<0.05$)。结论 对子宫肌瘤手术患者实施无缝隙护理干预,可改善其情绪状态,提升其希望水平,并改善其生活质量。

关键词: 子宫肌瘤;无缝隙护理;希望水平

子宫肌瘤为子宫平滑肌细胞增生形成的良性肿瘤,其临床症状与肿瘤数量、大小、位置等有关,严重者可引发月经失调、不孕症、贫血等,需接受手术治疗,以满足患者治疗需求^[1]。但子宫为女性重要器官,手术治疗属侵入性治疗方案,且部分患者需接受子宫切除治疗,会增加其应激情绪,影响其术后健康生活希望水平,可能会影响患者护理依从性,影响患者康复质量及生活质量,因此需加强护理干预^[2]。常规围术期护理中,主要包括基础护理方案、口头宣教、术后生活指导等,护理内容较全面,但护理干预连续性较差,可能会影响护理完整性。无缝隙护理干预,更强调护理连续性、完整性、丰富性,使患者在院期间均保持连贯护理干预,提升护理效果。为此,本次研究选我院 2021 年 5 月至 2022 年 5 月期间 80 例子宫肌瘤手术患者,探究无缝隙护理干预对其影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选我院 2021 年 5 月至 2022 年 5 月期间 80 例子宫肌瘤手术患者,随机分为 A 组(40 例)、B 组(40 例),两组一般资料相近($P>0.05$);所选患者均符合我院伦理委员会审核标准,见表 1。

表 1 一般资料

组别	n	年龄 ($\bar{X} \pm s$, 岁)	肌瘤性 质(单 发/多 发)(n, 例)	婚姻状态[n(%)]		
				未婚	已婚	离异或丧偶
A 组	40	35.69±2.31	12/28	11(27.50)	24(60.00)	5(12.50)
B 组	40	36.45±2.84	15/25	10(25.00)	23(57.50)	7(17.50)
χ^2/t		1.313	0.503		0.402	
P		0.193	0.478		0.818	

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:①符合子宫肌瘤诊断标准^[3],均经影像学诊断确诊;②年龄≥18 岁;③无精神障碍疾病,可有效沟通;④签署知情同意书。

排除标准:①合并其它子宫内疾病(子宫腺肌症、子宫内膜癌等);②心脏、肝脏等脏器功能衰竭;③凝血功能障碍;④合并严重感染性疾病;⑤临床资料不完整。

1.3 方法

A 组(常规护理):(1)术前:指导完成相关术前检查,嘱术前禁水禁食;口头宣教手术注意事项(手术方案、术中注意事项等);(2)术后:遵医嘱用药治疗,常规饮食指导,鼓励患者术后尽早下床活动。

B 组(无缝隙护理):(1)术前:①系统性健康教育:患者入院后,口头宣教后,对其进行健康教育需求调查,主要包括术前、术中、术后 3

部分,收集患者健康教育需求条目,在围术期不同时间点结合患者实际情况,借助视频资料、子宫模型等进行针对性宣教,满足患者围术期健康教育需求;②个性化心理疏导:结合患者不良情绪严重程度,与其进行一对一沟通,了解其负性情绪来源,并实施针对性心理疏导,包括介绍手术方案对其子宫功能影响、情绪状态对预后影响、与医师商议应用性价比高治疗方式、列举成功案例等,以阻断患者负性情绪来源;指导患者以深呼吸配合肌肉放松方式,提升其不良情绪控制能力;③病房访视:手术室医护人员病房访视时,提前对手术室医护人员讲解患者情绪特征、健康教育需求,以便加强患者认知水平及情绪疏导护理干预效果;与手术室护士详细交接患者基础资料时,对于术前不良情绪明显、护理依从性较差者予以重点交接,讲解患者情绪特征,以便为手术室护士为患者制定个性化心理疏导护理方案,包括加强抚触、术中语言沟通交流、强调控制情绪重要性等,为其手术治疗提供良好情绪条件;(2)术中:①隐私保护:结合患者性格特征,实施个性化心理疏导,在不影响手术治疗同时,减少患者皮肤裸露,减少其术中情绪波动;②体温护理:将术中输液、冲洗液、膨宫液提前加温至 38℃;术毕立即加盖棉被;(3)术后:①希望理念护理:患者进入病房后,告知其手术成功,术后康复过程中,结合患者各项检查结果实施健康宣教,并重点强调出现明显改善指标,提升其康复信念;通过健康宣教,使其了解自身行为与康复质量之间关系,提升其护理依从性及健康生活信念感;对患者及其家属讲解,术后康复后并不影响性生活,帮助患者与其家属维持亲密关系;鼓励患者术后早期开启正常社会生活,保持其社会关系稳定性;②疼痛护理:通过肢体按摩、头皮梳理等方式分散患者疼痛注意力,活动、咳嗽时,以手轻按压切口,缓解切口牵拉性疼痛;疼痛明显者予以口服镇痛药物干预;③康复指导:结合手术室护士交接资料、患者健康教育需求、家庭生活条件,进行术后康复指导:1.饮食:术后 6h 内,指导患者咀嚼口香糖,术后 6h 少量饮用温水,无明显异常后进食流质饮食,并逐渐过度至正常饮食;正常饮食方案中,结合患者营养水平、个人饮食喜好、经济条件等制定术后饮食方案,并嘱家属尽量保持饮食一致性;2.运动:术后 6h,对患者介绍术后早期运动重要性,并指导患者床上主动运动,包括踝泵运动、关节屈伸运动、床上体位调整运动等,术后 12h 指导患者下床运动,并逐渐增加运动强度;(4)随访护理:患者离院前,通过电话、微信等方式与其建立院外联系,定期随访进行日常自我护理指导;回院复查前 1d 对其进行随访时间提醒,保证患者院外康复质量。

1.4 观察指标

(1)情绪状态^[4]:护理前、护理 7d 时,以抑郁自评量表(SDS)、焦虑自评量表进行情绪状态评价,两个量表评分范围均为 25~100 分,≥临界分值(53 分、50 分)后提示存在抑郁或焦虑情绪,分数、抑郁或焦虑情绪严重程度,正比;(2)希望水平:护理前、护理 7d 时,以 Herh 希望量表(HHI)^[5]评价,包括对现实和未来积极态度、采取积极行动、与他人保持亲密关系 3 个维度,3~12 分/维度,分数、希望水平,正比;(3)生活质量:护理前及术后 1 个月回院复查时,进行生活质量调查,以简易生

活质量量表(SF-36)^[6]评价,包括生理功能、生理职能、社会功能等8个维度,评分范围35~134分,分数、生活质量,成正比。

1.5 统计学方法

(%)表示计数资料, ($\bar{X} \pm s$)表示计量资料, χ^2 、 t 检验; $P < 0.05$ 为统计学结果验证标准;统计软件为SPSS 24.0。

2. 结果

2.1 情绪状态

SDS、SAS评分:护理前B组与A组相近($P > 0.05$);护理7d时B组<A组($P < 0.05$),见表2。

表2 情绪状态($\bar{X} \pm s$,分)

组别	n	对现实和未来积极态度		采取积极行动		与他人保持亲密关系	
		护理前	护理7d	护理前	护理7d	护理前	护理7d
A组	40	5.64±1.01	7.18±1.39	5.57±1.29	6.96±1.48	6.89±1.37	7.51±1.61
B组	40	5.45±1.20	9.67±1.57	5.44±0.97	8.64±1.52	6.67±1.41	8.96±1.68
t		0.766	7.510	0.509	5.008	0.708	3.941
P		0.446	<0.001	0.612	<0.001	0.481	<0.001

2.3 生活质量

SF-36评分:护理前B组与A组相近($P > 0.05$);术后1个月时B组

2.2 希望水平

HHI评分:护理前B组与A组相近($P > 0.05$);护理7d时B组>A组($P < 0.05$),见表3。

表3 希望水平($\bar{X} \pm s$,分)

组别	n	对现实和未来积极态度		采取积极行动		与他人保持亲密关系	
		护理前	护理7d	护理前	护理7d	护理前	护理7d
A组	40	5.64±1.01	7.18±1.39	5.57±1.29	6.96±1.48	6.89±1.37	7.51±1.61
B组	40	5.45±1.20	9.67±1.57	5.44±0.97	8.64±1.52	6.67±1.41	8.96±1.68
t		0.766	7.510	0.509	5.008	0.708	3.941
P		0.446	<0.001	0.612	<0.001	0.481	<0.001

>A组($P < 0.05$),见表4。

SF-36评分:护理前B组与A组相近($P > 0.05$);术后1个月时B组

表4 生活质量($\bar{X} \pm s$,分)

时间	组别(n=40)	精神健康	情感职能	社会功能	活力	总体健康	躯体疼痛	生理职能	生理功能
护理前	A组	19.96±2.30	3.94±0.61	5.69±1.20	17.64±3.15	16.64±2.19	5.58±1.00	5.86±1.02	17.52±2.31
	B组	19.18±3.66	3.87±0.58	5.57±1.31	17.81±4.20	17.02±3.44	5.45±1.23	5.79±1.35	16.96±2.05
	t	1.141	0.526	0.427	0.205	0.589	0.519	0.262	1.147
	P	0.257	0.600	0.670	0.838	0.557	0.605	0.794	0.255
术后1个月	A组	23.34±2.64	4.57±0.52	6.05±1.19	19.27±2.24	19.48±2.67	7.15±0.64	6.00±1.43	21.36±3.67
	B组	26.47±2.02	5.03±0.70	7.22±1.46	22.30±1.98	23.21±1.54	8.24±0.80	7.05±1.20	24.02±4.24
	t	5.955	3.336	3.929	6.410	7.654	6.729	3.557	3.000
	P	<0.001	0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.001	0.004

3. 讨论

手术为子宫肌瘤主要治疗方式,围术期需患者保持稳定生理状态及情绪状态,以保证手术及患者康复需求。因子宫为女性重要器官,对其侵入性手术治疗会增加其应激情绪,且若康复效果不满意,可能会影响其希望水平及生活质量,因此对子宫肌瘤手术患者围术期护理干预要求较高。

无缝隙护理干预,与常规围术期护理相比,强调病房与手术室护理连接完整性、病房护理内容连贯性、护理内容优质性,使患者围术期始终保持在完整、有序护理环境中,避免因护理内容缺失、护理断层等情况影响护理效果。本次研究结果显示,SDS、SAS评分:护理7d时B组<A组,提示实施无缝隙护理干预可改善子宫肌瘤手术患者情绪状态,考虑原因为,子宫肌瘤手术患者围术期负性情绪主要与手术治疗方案及结果未知性、疼痛恐惧感、术后康复效果未知等因素有关,实施无缝隙护理干预中,术前健康宣教后,调查了解患者实际健康教育需求,并在围术期护理中予以实时、重点宣教,以不断提升其手术治疗及术后康复相关知识认知水平^[7];心理疏导中,通过病房个性化心理疏导、手术室情感支持、术后希望理念护理等护理干预,可分别改善不同时期患者不良情绪,且将病房及手术室护理紧密联系,可持续稳定改善患者情绪状态,进而可改善其不良情绪;在此基础上,术后护理中,实施疼痛护理,并结合手术室护士护理交接、患者实际护理需求开展术后康复护理,可在充分了解患者康复状态基础上,实施个性化康复护理干预,满足患者术后康复需求,提升其术后康复质量,进一步控制其不良情绪,降低SDS、SAS评分^[8-9]。本次研究结果显示,护理后HHI、SF-36评分:B组>A组,考虑原因为,经上述研究结果可知,子宫肌瘤手术患者接受无缝隙护理干预后,可改善其不良情绪,且在围术期护理中,持续不断进行健康教育指导,保持其认知水平稳定性,提升其对护理干预客观接受、理解能力,且在术后护理中,实施希望理念护理,在提升患者希望水平基础上,可提升其康复信念感及护理依从性,同时将院内与院外护理无缝隙对接,可保持其院外康复效果稳定性,对改善其生活质量具重要意义^[10]。

综上,对子宫肌瘤手术患者实施无缝隙护理干预,可改善其情绪状态,提升其希望水平,并改善其生活质量。

参考文献:

- [1]吴阿侠,张娜.综合专案护理对子宫肌瘤手术患者依从性及睡眠质量的影响[J].山西医药杂志,2020,49(1):113-115.
- [2]陈冰洁,赵家宁.强化管理护理模式对腹腔镜子宫肌瘤切除术患者生活质量的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2021,28(6):749-752.
- [3]子宫肌瘤的诊治中国专家共识专家组.子宫肌瘤的诊治中国专家共识[J].中华妇产科杂志,2017,052(012):793-800.
- [4]蒋丽珍.护理干预对子宫肌瘤患者的临床效果及SAS、SDS评分影响分析[J].黑龙江中医药,2021,50(4):282-283.
- [5]李恒,郭珍,林梅芳.Orem自我护理模式下早期膀胱功能训练在妇科腹腔镜子宫肌瘤术留置导尿患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2022,28(4):95-97.
- [6]江艳珠,吕春香,魏敏,等.舒适护理对腹腔镜子宫肌瘤切除患者术后疼痛及生活质量的影响[J].长春中医药大学学报,2021,37(1):157-159.
- [7]王怡.强化健康教育对子宫肌瘤患者围术期认知水平及生活质量的影响[J].中国妇幼保健,2020,35(8):1374-1377.
- [8]张春兰,李彩月,张芙蓉.快速通道外科理念下多维度护理对腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者的影响[J].实用临床医药杂志,2020,24(20):119-123.
- [9]白慧,张雅莉.积极心理干预应用于子宫肌瘤术后患者的效果评价[J].医学临床研究,2022,39(4):636-639.
- [10]江艳珠,吕春香,魏敏,等.舒适护理对腹腔镜子宫肌瘤切除患者术后疼痛及生活质量的影响[J].长春中医药大学学报,2021,37(1):157-159.

试论颈椎骨折护理中综合护理服务的应用价值评估与分析

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：论述综合护理服务模式对颈椎骨折患者的病情恢复有什么样的影响。方法：在我院骨科 2019 年 1 月至 2021 年 12 月时间内收治的颈椎骨折病人中随机抽取 50 例作为本次实验所需要的研究样本；并将这 50 例患者进行同等概率分组，选择出综合护理服务组、常规护理组各有 50 例病人；常规护理组采用常规护理模式，不给予其他外力干涉；综合护理服务组采用综合护理；并记录两组病人在护理工作进行前后的各项所需数据，例如病人的并发症状况、住院时长、对护理工作的满意程度、VAS 评分、Fugl-Meyer 评分、EORTCQLQ-C30 量表评分等各项指标并进行分析研究。结果：在综合护理服务模式干预组病人中出现并发症的可能性为 8.00% (2/25)，常规护理组病人中出现并发症的可能性为 28.00% (7/25)，且 ($P<0.05$)，认定次数据具有实际统计意义，显然可得综合护理模式干预组中患者发生并发症的几率较低；综合护理组患者对护理工作的满意度为 96.00% (24/25)，常规护理组患者对护理工作满意程度为 84.00% (21/25) ($P<0.05$)，可得综合护理组病人对护理工作满意度较好；经过护理后常规护理组患者 VAS 评分显著高于综合护理模式干预组患者 ($P<0.05$)；经过不同模式护理后，综合护理模式干预组 Fugl-Meyer 评分和 EORTCQLQ-C30 量表评分显著高于常规护理组，证明综合护理模式可以有效缓解颈椎骨折病人的疼痛，让病人可以有比较舒服的日常生活。结论：综合护理服务值得在临床工作当中应用，可以得到病人广泛的认可，并且可以少遭受好多疼痛的折磨，减少大部分并发症出现，让病人可以有比较舒服的日常生活，应该在临床工作当中大力推行综合护理模式。

关键词：综合护理服务；颈椎骨折；应用价值；VAS 评分

随着时代的发展，工业化不断进步，交通系统日渐发达，随之而来，也会带来一些工业上人员的受伤和一些交通事故的发展，这些有时就会造成颈椎骨折。颈椎骨折就是以颈椎部位的各种生理功能降低甚至消失的整合性病理的改变为患病基础，包含颈椎部位发生异常增殖、椎间盘脱落、颈部的关节出现炎症的总体称呼，是一种较为常见的骨科创伤。颈椎骨折可以导致病人出现颈项肌肉痉挛、颈部痛感、颈椎活动能力降低、广泛性压痛，严重者甚至会出现脊髓损伤、呼吸困难、不同程度的瘫痪等症状。目前治疗这一类疾病都会选择进行外科手术这一手段，相对来说手术也是此类疾病最高效的治疗方式，但是术后可能会出现下肢深静脉流通不畅、褥疮、尿路感染和一些并发症，这个时候高效的护理手段就显得极为重要。为了提高颈椎骨折病人的生活质量，本次实验收集我院收治颈椎骨折患者的一些相关数据并展开研究，目的就是综合护理服务模式是否对颈椎骨折患者的身心恢复具有实际价值，甚至是在临床上是否也可以大面积推行综合服务护理模式。具体的实验过程如下所示：

1 资料与方法

1.1 一般资料

在我工作医院的骨科 2019 年 1 月至 2021 年 12 月时间内收治的颈椎骨折病人中随机抽取 50 例和病人作为本次实验研究所需的样本；并将这 50 例患者进行分组，按照同等概率原则，其中综合护理服务组 25 例，常规护理组 25 例；常规护理组的病人采用常规的护理模式，综合护理服务组的病人采用综合护理模式干预；常规护理组中，病人年龄在 21-61 岁，平均年龄 (37.98±6.12) 岁，其中男性 14 例，女性 11 例；高空坠落 8 例，车祸损伤 17 例；综合护理模式干预组患者年龄在 23-62 岁，平均年龄 (38.15±5.96) 岁，其中男性 15 例，女性 10 例；高空坠落 7 例，车祸损伤 18 例。两组患者的性别组成和年龄等方面的数据，通过统计学检验证得无统计学意义 ($P>0.05$)，无参考意义。

本次实验样本纳入标准：① 患者的认知能力正常，无语言表达能力障碍，清楚本次实验的基本情况，愿意配合我院进行研究，且同意填写一些需要患者配合的表格；② 本次实验涉及到的患者均经过 X 射线、核磁共振等各项检查，确诊为颈椎骨折，各项所需资料均可查到，且经我院手术治疗；③ 本次实验的相关细节已经告知患者家属，取得患者家属的认可并签署知情同意书，愿意配合此次研究。

样本排除标准：由于各种特殊原因，一些无法配合实验最终完成的病人，不在此次调查范围。包括：① 患者本人或家属不能接受本实验的情况；② 患者本身具有一些影响本次实验数据合并症者；③ 实验进行过程中转院或其他原因无法继续在我院治疗的患者；④ 实验进程可能对患者身体造成一定程度影响的情况等，例如患者本身是过敏体质等。

1.2 方法

常规护理组中的病人采取常规护理措施，按照常规手术准则，在手术前做好相关准备工作，对患者进行各项检查，检测患者的生命状况，并在术后进行一般护理手段，在最终配合护理工作护理人员填写相关问卷调查。

综合护理服务干预组在常规护理组采取的常规护理措施基础上，采取综合护理模式，具体细节如下所示：

1.2.1 术前护理

① 心理护理

手术之前对患者进行心理护理干预，颈椎骨折状况一般来说比较严重，因此患者本人和家属的心情会出现担忧以及不安的状况，所以在手术开始前进行常规心理疏导，采用语言安慰、讲解手术过程、进行相关知识科普、介绍治疗方法、预后状况等等的方式缓解患者本人和患者家人的消极心理状况，使得患者本人及其家人对治疗获得信心，从而提高患者依从性与治疗配合度。

② 呼吸道护理

在术前，护理人员应密切观察患者的呼吸道状况，给患者讲解正确的咳嗽排痰方法，协助患者进行翻身，一旦发现患者出现严重的呼吸困难，及时告知其主治医生，尽快给予气管切开处理。

1.2.2 术后护理

① 病情观察

术后，患者回病房后，护理人员需要时时注意病情状况，手术后对病人病情进行留意，防止疾病有所恶化，注意排出液体的状况，尽可能防止出现出血，检查导管的固定情况，警惕由于各种原因导致的导管松动或弯曲甚至堵塞折叠，确保导管安置妥当，保障导管可以发挥作用，一般在手术后两天时间左右即可拔管。在手术后患者禁食，排气后在术后两天内保持半流质状食物。

② 对症护理

将头部、颈部、胸部利用沙袋进行固定需要间断性检查固定松紧是否合理，保障固定妥当合理，嘱咐患者在手术后 24 小时内尽量避免颈部运动从而造成不必要的损害。对患者是否有血管压迫和褥疮等情况进行检查，若有出现应当及时解决。有些患者可能出现一些神经系统方面的压迫，进而导致运动能力障碍和肢体无力等，必须对病人四肢进行按摩，促进肌肉运动，根据实际情况引导病人进行踝泵或股四头肌运动等康复运动，预防出现肌肉失用性及压迫性萎缩出现。

③ 并发症预防

对病人卧床体位进行指导，通常采用平卧位的姿势，根据实际情况帮助病人找到舒适合理的体位，在日常检查中移动病人身体时尽量动作轻柔一些，防止在移动病人过程中对病人造成二次伤害。做好清洁工作，保障病床干燥洁净，还要定时为患者擦拭身体，保证皮肤的清洁。

④ 其他护理

肺功能保障，颈椎骨折病人发延髓呼吸中枢神经受伤的概率还是较高的，所以有较大风险出现呼吸抑制，为预防这种情况发生，一定强度的呼吸功能练习，及时清理病人呼吸道异物，保障呼吸道畅通，尽最大努力预防肺部的感染出现。同时，还要对患者进行排尿护理，防止尿潴留和尿路感染的情况出现，在手术后辅助患者主动排尿，对于排尿不便的情况应该及时同家属协调处理。嘱咐患者保持充足睡眠时间，注意手术切口的清洁干燥等等。

1.3 观察标准

记录各个患者在住院期间的并发症情况和住院时间。

设计一些关于护理工作满意程度调研的问卷,发放给患者,由家属及病人本人配合填写。分为非常满意、满意、尚可接受、不满意五个等级,非常满意和满意的概率之和既是患者及患者家属对护理工作的满意率。

VAS 评分:对患者的痛觉进行评价,由我院护理人员根据患者的真实情况进行填写。视觉模拟评分法(VAS visual analogue scale),应用于痛感的评估,目前在我国的临床上使用较为普遍。这种方法的产生是由于加拿大神经生物学家建立的麦—吉痛觉调查表(MPQ)调查项目多样化,涉及到诸多专业性名词,病人无法很好理解医护人员想法,于是便将麦—吉痛觉调查表(MPQ)进行了一定的简化处理,于是便产生了 visual analogue scale 视觉模拟评分法,使得受调查者不需要再填写繁琐的调查量表。使得痛感调查变得简单化,反而提高了数据收集的准确性。

收集患者的 Fugl-Meyer 评分、EORTCQLQ-C30 量表评分数据。

Fugl-Meyer 评分是一种评估临床患者运动感觉障碍的方式,同样在临床应用广泛。Fugl-Meyer 评分是由 Fugl-Meyer AR 等人在 Brunnstrom 量表的功能分级的基础上进一步发展而来,专门适用于神经系统受到损伤的患者。在脑卒中患者康复治疗的过程中,此量表是非常重要的参考依据,能够准确的评价出患者的躯体活动能力现状,Fugl-Meyer 评分准确度较高,内容涉及全面,操作方便,用时较短,得到临床一线工作者的广泛认可。量表评分最高值为 226 分,评分越高则证明运动障碍越严重。Fugl-Meyer 评分涉及到感觉器官能力、躯体平衡感、关节痛觉和活动范围。Fugl-Meyer 运动功能评分量表包含双臂、双腿运动,其中双臂运动包含 33 个具体方面,双腿运动包含 17 个具体方面。该表可以检查中等运动水平的病人

表 1 护理工作满意程度对比分析[n(%)]

组别	例数	非常满意	满意	尚可	不满意	总满意率
综合护理服务组	25	17 (68.00)	7 (28.00)	1 (4.00)	0 (0.00)	24 (96.00)
常规护理组	25	14 (56.00)	7 (28.00)	3 (12.00)	1 (4.00)	21 (84.00)
χ^2	-	-	-	-	-	9.251
P	-	-	-	-	-	0.004

2.3 两组患者在护理工作前后 VAS 评分变动情况

在护理工作前,常规组患者 VAS 评分为(8.12±1.12),综合护理服务组患者 VAS 评分为(8.41±1.11);在护理工作后,常规护理组患者 VAS 评分为(3.95±1.23),综合护理服务组患者 VAS 评分为(2.59±1.16);且(P<0.05)即可得综合护理服务组患者 VAS 评分显著低于常规护理组。

2.4 两组患者的 Fugl-Meyer 评分结果

经过一段时间的护理工作的干预,常规组患者 Fugl-Meyer 评分为(56.9±4.1),综合护理服务组患者的 Fugl-Meyer 评分为(65.9±4.9),且(P<0.05),数据具有统计学意义,可以得出综合护理服务组的综合护理服务使得患者的 Fugl-Meyer 评分显著提高,优于常规护理组护理工作。

2.5 两组患者的 EORTCQLQ-C30 量表评分结果

经过实验性护理工作的进行,常规护理组患者的 EORTCQLQ-C30 量表评分为(64.5±4.7),综合护理服务组患者的 EORTCQLQ-C30 量表评分为(78.5±5.6),且(P<0.05),可以得出综合护理服务组的综合护理服务使得患者的 EORTCQLQ-C30 量表评分显著提高,优于常规护理组护理工作。

2.6 患者的住院时间及并发症比较

综合护理干预组患者平均住院时长为(15.58±2.41)天,常规护理组的患者平均住院时长为(19.89±3.12)天,(P<0.05)可以得出综合护理干预可以使得病人尽快恢复病情,减少住院时间。综合护理干预组患者共 1 例发生尿路感染,1 例发生压疮,并发症发生率为 8% (2/25),常规护理组 3 例出现褥疮,2 例尿路感染,2 例出现呼吸系统相关的疾病,发生率为 28% (7/25),两组对比差异显著(P<0.05)。

3 讨论

颈椎骨折是我院骨科临床上特别常见的一种骨折性疾病,但是颈椎骨折的病死率、病残率都处于一个较高水平,在经过手术治疗成功的患者也有较高风险会终身行动不便。在发病过程中,病人往往会同时出现不同严重性的痛感表现,使得患者在承受疾病的同时还会收到心理上的影响,出现担忧、不安等消极情绪,影响患者本人和其家属的生活质量。我院医治此类患者的首选方案是手术治疗,操作过程具有一定侵入性,手术可能为病人带来身心的不适感,严重者甚至会出现一些应激性生理反应。面对这种状况出现的可能,在临床的护理工作中,需要根据具体症状制定科学高效的护理措施,来保障患者的身心健康。

脊柱问题频发,一些老年人由于年轻的时候工作不注意,损伤了腰椎或者是脊柱,没有及时得到处理,导致年老之时各种相关疾病显露,腰腿

(Brunnstrom 分期 III 至 V),而对于其他功能水平的患者则容易出现地板效应和天花板效应,此外,对指定动作的完成程度方面的评价存在主观因素的影响。

EORTCQLQ-C30 量表评分是一款用于生命质量检测的测量工具,在国际医学界应该广泛。QLQ-C30 (V3.0)在国际上医学领域应用广泛,是测量病人生活质量的一种方法。该量表由诸多问题的形式组成,分别从五种功能,三种症状及整体健康状况,整体生活质量和其它单独的一些项目对病人的生存质量进行测量。

1.4 统计学方法

利用统计软件 SPSS 进行实验后期数据处理,选择卡方检验,t 检验两种检验方式进行数据处理。

2. 实验结果

2.1 手术后出现并发症的情况

综合护理服务组中患者中并发症发生率为 8.00% (2/25),其中 1 例病人出现尿路的感染状况,1 例出现褥疮;常规护理组病人中出现并发症的概率为 28.00% (7/25),其中有 3 例出现褥疮,2 例尿路感染,2 例出现呼吸系统的疾病。(P<0.05),则可得综合护理服务组出现并发症情况的概率明显低于常规护理组。

2.2 护理工作满意程度比较

综合护理服务组患者对护理工作满意程度为 96.00%,常规护理组患者对护理工作满意程度为 84.00%,即综合护理服务组患者对护理工作的满意程度明显优于常规护理组,且(P<0.05)。

疼痛,甚至造成无法正常行走,影响到生活的自理能力。脊柱问题不单单是骨折的问题,由于脊柱当中涉及到诸多神经,是大脑向身体各个部位传输指令的交流线路,脊柱损伤,可能会压迫神经造成下肢的疼痛,面部表情的僵硬麻木,治疗起来较为复杂。而如今时代的年轻人在娱乐和工作当中不正确的坐姿,经常低头看手机或者电脑都是对脊柱的一种损害,脊柱问题越来越年轻化。脊柱对人体非常重要,应保持正确的生活方式,尽量避免脊柱出现问题。而一旦脊柱出现问题,影响要神经,治疗起来会较为复杂,完全治愈的可能性较低。

综合护理服务在临床应用当中持续全方位覆盖患者可能会出现的不一样状况,是此项护理模式追求的根本目标。本次实验颈椎骨折患者中综合护理服务模式可以有效强化医患之间的沟通,合理解决病人及其家属的心理负担,并在手术后的日常护理过程中,减少患者出现并发症,加快患者的病情恢复进度。此次实验研究得出,综合护理服务模式可以有效提高患者对护理工作的满意程度,减轻患者的痛苦,减少并发症出现,加快患者的病情恢复进度,值得在临床的护理工作中大力推行综合护理服务模式。

综合护理服务就显得尤为重要,综合护理服务可以在病情恢复当中发挥巨大的作用,而且可以将一些护理方法在工作当中告诉患者,为患者以后生活上如何保障颈椎的健康提高必要条件,帮助颈椎甚至脊柱问题患者恢复神经的通畅。值得大力提倡综合护理在颈椎骨折方面的应用,并不断革新技术,争取为患者赢得更多福利。

参考文献:

- [1]刘小莉,张敏,刘扬. 颈椎骨折护理中综合护理服务的应用价值评估与分析[J]. 医学美容,2019,28(009):9-10.
- [2]李秀玲,郑桂姿. 颈椎骨折护理中综合护理服务的应用价值评估研究[J]. 饮食保健,2020,52(123):2021.
- [3]魏燕. 颈椎骨折护理中综合护理服务的应用价值评估与分析[J]. 实用临床护理学电子杂志,2017,2(048):P.64-64.
- [4]古丽白热木·艾肯. 颈椎骨折护理中综合护理服务的应用价值评估与分析[J]. 世界最新医学信息文摘,2021.
- [5]赵存柱. 颈椎骨折护理中综合护理服务的应用价值评估与分析.
- [6]刘姣. 颈椎骨折护理中综合护理服务的应用价值分析[J]. 现代消化及介入诊疗,2019(A02):2.

中医正骨手法治疗腰椎间盘突出症的临床疗效分析

蔡瑞林

成都市双流区第二人民医院 610219

摘要：目的：探讨中医正骨手法治疗腰椎间盘突出症的临床疗效。方法：收集 120 例腰椎间盘突出症患者，随机分成观察组和对照组各 60 例，对照组给予布洛芬、腰痛宁胶囊、独活寄生汤治疗，观察组在对照组的基础上给予针灸、按摩和侧扳治疗。结果：观察组治疗后腰椎曲度和下腰痛（JOA）积分明显高于对照组，疼痛评分明显低于对照组，观察组总有效率为 98.3%，对照组总有效率为 86.7%，两组比较有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：中医正骨手法治疗腰椎间盘突出症疗效显著，值得推广。

关键词：中医正骨手法；腰椎间盘突出症；腰椎曲度；下腰痛（JOA）积分

Clinical effect analysis of traditional Chinese medicine bone-setting manipulation in the treatment of lumbar disc herniation

Cai Ruilin.Chengdu Second People's Hospital of Shuangliu District

[Abstract]Objective: To explore the clinical effect of traditional Chinese medicine bone-setting manipulation in the treatment of lumbar disc herniation. Methods: A total of 120 patients with lumbar disc herniation were collected and randomly divided into the observation group and the control group, 60 cases in each group. The control group was treated with ibuprofen, Yaotongning capsule and Duhuoizhu decoction, while the observation group was treated with acupuncture, massage and lateral manipulation on the basis of the control group. Results: After treatment, the lumbar curvature and low back pain (JOA) score of the observation group was significantly higher than that of the control group, and the pain score was significantly lower than that of the control group. The total effective rate of the observation group was 98.3%, and the total effective rate of the control group was 86.7%, and the comparison between the two groups was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion: Traditional Chinese medicine bone-setting technique is effective in the treatment of lumbar disc herniation.

【 Key words 】 Traditional Chinese medicine bone-setting technique; Lumbar disc herniation; Lumbar curvature; Low Back pain (JOA) score

腰椎间盘突出症是脊柱外科的常见病和多发病，主要表现为腰疼，下肢放射性疼痛、麻木、无力，好发于 20-50 岁人群，男女发病比例约为(4-6):1，突出部位多见于腰 4-腰 5（L₄~L₅）及腰 5-骶 1（L₅~S₁）间隙^[1]。临床上绝大多数患者的首选治疗是非手术治疗，其中中医正骨手法应用最为广泛，中医正骨手法是中医骨伤科常用的外治方法，常用的手法有：手摸心会、拔伸牵引、旋转屈伸、提按端挤、摇摆触碰、按摩推拿、夹挤分骨、折项回旋八种中西医结合新手法。此外还有拉、卡、捏、斗等手法。中医正骨在治疗腰椎间盘突出症积累了丰富的临床经验，本文收集我院 2019 年 1 月~2022 年 1 月治疗的 120 例腰椎间盘突出症患者进行回顾性分析，现报道如下。

1、资料与方法

1.1 一般资料

收集我院 2019 年 1 月~2022 年 1 月治疗的 120 例腰椎间盘突出症患者，所有患者均经 CT、X 线及 MRI 检查证实，随机分成观察组和对照组各 60 例，其中观察组男 38 例，占 63.3%，女 22 例，占 36.7%，年龄 42~70 岁，平均年龄（48.9±2.5）岁，病程 6 个月~12 年，平均病程（3.5±1.2）年，其中 L₄~L₅ 突出 42 例，占 70.0%，L₅~S₁ 18 例，占 30.0%，根据国际腰椎研究会诊断分类方法^[2]：退变、突出、膨出 46 例，占 76.7%，脱出和游离 14 例，占 23.3%；对照组男 39 例，占 65.0%，女 21 例，占 35.0%，年龄 43~69 岁，平均年龄（48.7±2.4）岁，病程 4 个月~11 年，平均病程（3.4±1.1）年，其中 L₄~L₅ 突出 41 例，占 68.3%，L₅~S₁ 19 例，占 31.7%，根据国际腰椎研究会诊断分类方法：退变、突出、膨出 45 例，占 75.0%，脱出和游离 15 例，占 25.0%。

纳入标准：① 均符合腰椎间盘突出症的诊断标准；② 术前 2 周内未采取任何措施进行治疗；③ 年龄 40 岁~70 岁；④ 患者自愿接受本治疗方案，

且能够遵医嘱，并签署知情同意书者。

排除标准：① 伴有严重的肝肾疾病者，伴有精神障碍者或伴有恶性肿瘤的患者；② 备孕女性或孕妇及哺乳期妇女；③ 有腰椎结核、腰椎滑脱、重度骨质疏松或者骨病、骨肿瘤等其他不适合本手法治疗的患者；④ 未按疗程治疗者。

观察指标：采用日本骨科协会评估治疗（JOA）分数比较两组患者治疗前后腰椎曲度、疼痛评分及下腰痛（JOA）积分。

疗效判定标准：根据中医正骨手法治疗的腰椎间盘突出症患者的临床疗效进行评定标准^[3]，痊愈：患者无明显的腰腿疼痛感，能够正常的工作，直腿抬高 70°以上；显效：患者腰腿疼痛的感觉明显减轻，腰部功能基本恢复，能够进行大部分日常工作，但长时间工作或站立还是会感到腰腿部轻微不适；有效：患者的临床症状有减轻趋势，活动受到一定限制，影响正常生活和工作；无效：治疗后患者的病情以及临床症状无改善。总有效率=[（痊愈例数+显效例数+有效例数）/总例数]×100.0%。

1.2 方法

对照组给予布洛芬缓释胶囊（生产厂家：上海信谊天平药业有限公司，批准文号：国药准字 H31022720，规格：0.3gX24 粒/盒，批号：72220208）治疗，0.3g/次，2 次/d，腰痛宁胶囊（生产厂家：颈复康药业集团有限公司，批准文号：国药准字 Z13020898，规格：0.3gX20 粒/盒，批号：120293）治疗，一次 1.2~1.8g（4-6 粒），1 次/d，睡前半小时口服，另外口服独活寄生汤，方药组成：独活 15g、槲寄生 15g、秦艽 10g、防风 10g、北细辛 5g、当归 10g、川芎 10g、生地黄 15g、白芍 15g、桂枝 12g、茯苓 15g、杜仲 15g、淮牛膝 15g、党参 20g、炙甘草 10g，每天一剂，水浸泡 1 小时，加水 1200ml 煎取 600ml，一日三次，1 次 200ml，餐后温服。观察组在对照组的基础上给予中医正骨治疗，具体方法针灸加牵引加局部按摩加腰椎

侧扳。④ 针灸疗法。穴位：腰夹脊、肾俞、大肠俞、关元俞、小肠俞、秩边、环跳、委中、太溪等，一般用平补平泻，深度：一般为 0.5-1 寸左右，环跳 2.5 寸左右，以患者有酸、麻、胀针刺得气感为度。⑤ 按摩：先用放松手法：揉法、滚法从大椎开始到腰骶部，放松三遍；再重点手指点按肾腧、大肠俞、关元俞、小肠俞、秩边、环跳、委中、承山等，最后用擦法、拍法做二遍。⑥ 旋转复位法。患者端坐方凳上，医生站在患者的正后方，用双拇指触诊检查法，检查偏歪歪棘突情况，若患者的棘突向右偏歪，医生右手从患者的右腋下伸向前，固定住患者的左肩，使其前曲 45-65°左右，并诱导患者向右进行旋转，旋转尽量大于 45°，整个过程用力要适度，切不可用力过猛，同时左手拇指指向左上顶推偏歪棘突，这个过程医生会感到

棘突有微微的移动，一般情况下还会伴有“喀”的响声，治疗即告完成；患椎棘突向左偏歪，则操作方向相反。正骨治疗 30 分钟/次，1 次/1 天，每 10 天为 1 疗程。

2、结果

2.1 两组患者治疗前后腰椎曲度、疼痛评分及下腰痛（JOA）积分比较：两组患者治疗前腰椎曲度、疼痛评分及下腰痛（JOA）积分比较无统计学意义（ $P>0.05$ ），治疗后腰椎曲度和下腰痛（JOA）积分均明显升高，且观察组明显大于对照组，疼痛评分均明显下降，且观察明显低于对照组，两组比较有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 两组患者治疗前后腰椎曲度、疼痛评分及下腰痛（JOA）积分

组别	腰椎曲度（mm）				疼痛评分（分）				下腰痛（JOA）积分（分）			
	治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P
观察组	8.8±2.0	15.8±1.6	6.554	0.000	7.1±1.3	2.3±1.2	4.586	0.000	12.9±3.6	26.7±3.1	14.257	0.000
对照组	8.9±2.1	11.5±1.5	2.784	0.001	7.0±1.2	3.7±1.9	3.784	0.000	13.1±3.5	21.2±3.1	7.154	0.000
t	0.012	4.415			0.094	1.927			0.087	5.671		
P	0.987	0.000			0.911	0.009			0.925	0.000		

2.2 两组患者临床效果比较：观察组总有效率为 98.3%，对照组总有效率为 86.7%，两组比较有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 两组患者临床效果比较

组别	n	痊愈（n，%）	显效（n，%）	有效（n，%）	无效（n，%）	总有效率（%）
观察组	60	24（40.0）	32（53.3）	3（5.0）	1（1.7）	98.3
对照组	60	6（10.0）	31（51.7）	15（25.0）	8（13.3）	86.7
X ²						5.231
P						0.000

3、讨论

椎间盘由软骨板、纤维环和髓核组成。当纤维环发生破裂后，髓核组织会刺激或压迫硬膜囊和神经根引起相应症状。中医典籍将其归属于“腰腿痛”、“痹症”的范畴，腰痛与肾脏及经脉及气血的运行有关。《医宗必读·腰痛》：“腰者，肾之府，转摇不能，肾将惫矣”。《素问·痹论》：“风、寒、湿三气杂至，合而为痹”。

椎间盘突出症的治疗方法主要有手术与非手术两种，手术短期内可以缓解症状，但是仍存在复发的风险。因此目前临床工作者多采用非手术疗法。传统中医学将本病归于“痹病”、“腰痛”等范畴。《素问·刺腰痛》：“衡络之脉，令人腰痛，不可以俛仰，仰则恐仆，得之举重伤腰”^[5]。

中医正骨手法源远流长，《伤科补要》中说：“夫接骨入骱者，所赖其手法也”。中医正骨手法利用手法技巧、力量而达到治疗疾病的目的。众多研究表明随着脊柱解剖学、生物力学的发展，使得中医正骨手法得到极大的发展，在治疗椎间盘突出症时，目前主要的方法有后伸类手法、前屈类手法、旋腰类手法等。

本组资料采取正骨疗法进行治疗，患者的腰椎曲度明显增加，与报道的结果基本一致^[6]，患者的疼痛明显缓解，疼痛评分明显下降，与报道的结果基本一致^[7]，根据日本骨科协会评估治疗（JOA）分数对下腰痛（JOA）积分进行评估，下腰痛（JOA）积分明显增高，与报道的结果基本一致^[8]，总体疗效分泌达 98.3%，与李群康报道的结果基本一致^[9]。

综上所述，中医正骨手法治疗椎间盘突出症能迅速改善患者的腰椎

曲度、疼痛评分及下腰痛（JOA）积分，临床疗效显著，值得推广。

参考文献：

[1]党传鹏. 中医正骨手法治疗腰椎间盘突出症的应用效果评估分析[J]. 健康之友, 2021, 6（6）: 72.

[2]Weinstein JN, Wiesel SW.The International Society for the Study of the Lumbar Spine[M].Philadelphia: ParwisSaunders Co, 1990.394-399.

[3]瞿强, 刘思远. 中医正骨手法治疗腰椎间盘突出症的效果及 对腰痛症状的改善价值[J]. 医学理论与实践, 2020, 33（15）: 2489-2490.

[4]董明超, 贾江波, 于雪峰. 中医正骨手法治疗椎间盘突出症 90 例报告[J]. 光明中医, 2009, 24（2）: 305-306.

[5]李伟. 中药离子导入疗法联合中医正骨手法治疗椎间盘突出症的效果及对 JOA 评分的影响[J]. 反射疗法与康复医学, 2021, 2(9): 65-67.

[6]范小春. 中医正骨手法治疗椎间盘突出症的临床研究[J]. 养生保健指南, 2020, 5（15）: 74-75.

[7]李伟. 中医正骨手法治疗椎间盘突出症的临床方法及疗效分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7（30）: 160.

[8]朱创新. 中医正骨手法治疗椎间盘突出症的效果分析[J]. 当代医药论丛, 2017, 15（20）: 80-82.

[9]李群康, 杨权光, 梁伟军. 中医正骨手法治疗椎间盘突出症临床分析[J]. 中医临床研究, 2012, 4（2）: 92-93.

青霉素联合双黄连治疗急性呼吸道感染的临床疗效及药学会

李勇

山东省日照市五莲县高泽街道卫生院 262313

摘要：目的：围绕急性呼吸道感染患者，分析青霉素联合双黄连治疗效果，总结药学会。方法：收集我院收治的急性呼吸道感染患者临床资料，基于特定时间段（2020年3月—2021年3月）择取90例，按照其入院时间分为2组（各45例），其中45例选择青霉素治疗，作为Ⅱ组，45例联合双黄连治疗，作为Ⅰ组，以SPSS23.0版本的统计学软件对比两组治疗效果。结果：Ⅰ组治疗总有效率为95.56%，显著高于Ⅱ组的82.22%（ $P<0.05$ ）；治疗后，Ⅰ组炎症因子水平显著低于Ⅱ组（ $P<0.05$ ）；Ⅰ组症状消失时间及住院时间显著短于Ⅱ组（ $P<0.05$ ）；不良反应：Ⅰ组（2.22%）显著低于Ⅱ组（13.33%）（ $P<0.05$ ）。结论：青霉素联合双黄连治疗可明显改善患者胸痛、发热等症状，缓解炎症反应，降低不良反应的发生。

关键词：急性呼吸道感染；青霉素；双黄连；炎症因子；住院时间；不良反应

急性呼吸道感染作为呼吸内科中发病率极高的感染性疾病，具有起病急、进展快、反复发作等特点，可于任何年龄段发病，患者临床表现出咳嗽、流鼻涕、咽痛等，多数患者伴随低热情况，若未及时予以有效干预，病情持续加重可引发高热，感染症状加重，导致患者惊厥、休克，甚至诱发肺炎、肾炎，致使患者身体健康指数降低^[1]。以目前状况来看，临床对于急性呼吸道感染并没有发现明确的诊疗标准，在经过多学科协作，长期治疗经验总结后，发现抗生素对于促进病情康复具有积极意义，随着大量抗生素投入使用，患者耐药性问题日益突出，引起了人们的注意，降低了抗生素的治疗效果，并不能达到预期目标^[2]。因此，有学者提出，可尝试联合其他药物对急性呼吸道感染病情进行治疗，例如双黄连，可明显增强机体免疫力，加速疾病好转，提高患者健康指数^[3]。鉴于此，本研究对我院在2020.3-2021.3期间收治的90例急性呼吸道感染患者，分析青霉素联合双黄连治疗效果，现报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

本文共计入病历资料90例，病例选取的起始时间为2020年3月，截止时间为2021年3月，按照入院时间分为Ⅰ组（ $n=45$ ）与Ⅱ组（ $n=45$ ）。Ⅱ组中男20例，占比44.44%，女25例，占比55.56%，年龄19-73岁，平均（ 45.87 ± 10.03 ）岁；病程1-5天，平均（ 2.98 ± 0.56 ）天。Ⅰ组中男24例，占比53.33%，女21例，占比46.67%，年龄21-72岁，平均（ 46.26 ± 9.35 ）岁；病程1-4天，平均（ 2.53 ± 0.55 ）天。两组一般资料对比均保持同质性（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：均符合《协和呼吸病学》^[4]中相关诊断标准，经症状诊断、实验室检查、影像学检查确诊；对于本研究中所涉及的药物无过敏史；门诊档案真实完整；履行知情原则，详细告知患者本研究内容、目的及意义，患者签署知情同意书。

排除标准：患有全身严重感染、慢性代谢性疾病者；合并恶性肿瘤、凝血功能障碍、肝肾器质性疾病者；精神状态不佳或神志不清晰，不配合沟通者；在参与实验前14天接受过其他抗生素或中成药治疗者；处于妊娠期、哺乳期、月经期女性者。

1.2 方法

Ⅱ组采用青霉素（山东鲁抗医药股份有限公司，国药准字H37020080），取400-800万U药物，与250mL氯化钠溶液（0.9%）充分混匀，静脉滴注，每天2次，可依据患者的年龄合理调整剂量。

Ⅰ组联合双黄连（哈药集团三精制药四厂有限公司，国药准字Z10960016）治疗，用药剂量60mg/kg，与250mL氯化钠溶液（0.9%）混匀，静脉滴注，每天1次。

上述两组患者均持续用药7天。

1.3 观察指标

（1）临床疗效。显效：用药48-72小时内，咳嗽、胸痛、发热等症状完全消失，外周血白细胞计数（WBC）正常，经X线显示炎症病灶消失；有效：用药48-72小时内，上述主要症状明显改善，WBC接近正常，经X线显示炎症病灶面积缩小 $>30\%$ ；无效：用药48-72小时症状无明显改善，经X线显示炎症病灶缩小不明显甚至扩大。（2）炎症因子水平。清晨采集患者空腹静脉血5mL，以3000r/min的转速离心处理，10min后放入洁净的EP试管中，取上层血清，选择购自北京百晶生物技术有限公司生产的试剂盒，使用酶联免疫吸附实验法检测血清IL-6、IL-8、C反应蛋白（CRP）、降钙素原（PCT）。（3）症状消失时间。统计患者发热、咳嗽、胸痛症状消失时间及住院时间。（4）不良反应发生情况。本研究考虑不良反应包括胃肠不适、头晕、皮疹、嗜睡等。

1.4 统计学方法

本研究均采用SPSS23.0软件分析，无序分类资料以率（%）表示，并实施 χ^2 检验；数值变量资料以均数 $\pm$ 标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，实施t检验，检验标准： $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 临床疗效

Ⅰ组治疗总有效率为95.56%，显著高于Ⅱ组的82.22%（ $P<0.05$ ），详见表1：

表1 临床疗效对比[n（%）]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
Ⅰ组	45	25（55.56）	18（40.00）	2（4.44）	43（95.56）
Ⅱ组	45	17（37.78）	20（44.44）	8（17.78）	37（82.22）
χ^2	/	/	/	/	4.050
P	/	/	/	/	0.044

2.2 炎症因子水平

治疗后，Ⅰ组IL-6、IL-8、CRP、PCT水平显著低于Ⅱ组（ $P<0.05$ ），详见表2：

表2 炎症因子对比[$\bar{x}\pm s$ ，d]

组别	例数	IL-6（ng/mL）		IL-8（ng/mL）		CRP（mg/L）		PCT（ng/L）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
Ⅰ组	45	155.89 $\pm$ 16.67	91.76 $\pm$ 10.04	201.79 $\pm$ 25.65	91.37 $\pm$ 16.43	9.08 $\pm$ 1.64	4.31 $\pm$ 1.02	0.78 $\pm$ 0.12	0.43 $\pm$ 0.09

II组	45	156.02±16.54	130.83±13.25	198.53±24.48	163.36±19.51	9.10±1.61	7.96±1.55	0.76±0.11	0.57±0.10
t	/	0.037	15.766	0.636	18.933	0.058	13.196	0.824	6.981
P	/	0.485	0.000	0.263	0.000	0.477	0.000	0.206	0.000

2.3 症状消失时间及住院时间

I组症状消失时间及住院时间显著短于II组（P<0.05），详见表3：

表3 症状消失时间及住院时间[$\bar{x} \pm s, d$]

组别	例数	退热时间	咳嗽消失时间	胸痛消失时间	住院时间
I组	45	1.02±0.24	2.37±0.56	2.64±0.49	8.45±1.37
II组	45	2.48±0.55	4.10±1.03	4.35±0.58	11.59±1.46
t	/	16.321	9.899	15.108	10.521
P	/	0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 不良反应发生情况

I组不良反应发生率为 2.22%，显著低于II组的 13.33%（P<0.05），详见表4：

表4 不良反应发生情况对比[n（%）]

组别	例数	头晕	胃肠不适	皮疹	嗜睡	不良反应发生率
I组	45	0（0.00）	1（2.22）	0（0.00）	0（0.00）	1（2.22）
II组	45	3（6.67）	1（2.22）	1（2.22）	2（4.44）	7（13.33）
χ^2	/	/	/	/	/	4.939
P	/	/	/	/	/	0.026

3 讨论

急性呼吸道感染主要由于革兰氏阳性菌进入鼻腔、咽喉或扁桃体部位引发的炎症反应所致，以儿童及老年人 为高发群体，近些年来，随着人们生活工作环境及气候的变化，我国急性呼吸道感染患病人数不断增多，病情类型复杂，例如感冒、急性喉炎、病毒性咽炎等，患者多表现出发热、咳嗽、咳痰等症状，若未及时处理，甚至可能诱发呼吸困难、心悸、心衰等严重后果，对患者生命安全构成极大威胁^[5]。

目前，临床上针对急性呼吸道感染治疗以抗生素为常用到的治疗手段，尤其是一些高效、昂贵的新型抗生素，应用更为广泛。青霉素作为抗感染疾病中最早使用的一种β-内酰胺类抗生素，在革兰阳性菌感染疾病中表现出了优越疗效，通过抑制细菌细胞壁合成或核酸的转录复制、与细胞膜相互作用、阻滞蛋白质合成等途径加速细菌、缓解炎症的目的，非常符合呼吸道感染学的治疗原则^[6]。但随着抗生素的大量应用，细菌成分变异，产生了各种对抗生素的酶，对抗生素敏感性降低，或直接破坏抗生素有效成分，最终产生了耐药性，耐药性客观存在，无法改变，严重影响了治疗效果，如何预防或降低耐药性的产生成为了当前呼吸道感染中研究的重点项目。有学者经研究后建议将抗生素与其他药物联合使用，以提升疗效，减少机体耐药性的发生^[7]。双黄连作为临床常用到的中药合剂，包括了金银花、蔗糖、黄芩、连翘等多味中草药提取物，体外抑菌种类>20种，例如流感嗜血杆菌、风疹病毒、呼吸道合胞病毒、肺炎链球菌等，尤其是对于一些抗生素抑制不佳的病毒种类，展现出了极高的抑制细菌增殖与生长效果；双黄连还能抑制霉菌、白色念珠菌、新型隐球菌等多种真菌；此外，双黄连还能增强白细胞吞噬能力，提升白介素浓度，激活与调节免疫细胞，促进机体新陈代谢，促进病情早日好转^[8-9]。中医研究中也已完全认可双黄连同时具备多种功效，例如清热解毒、抗感染、活血化瘀、提高机体免疫等，适用于外感风热而导致的一系列症状。本研究中联合使用青霉素、双黄连，结果显示，I组治疗总有效率为 95.56%，显著高于II组的 82.22%（P<0.05）。提示联合用药可显著改善患者临床症状。经现代药理学分析：药方中的金银花抗菌、抗病毒功效显著，同时还具有一定的解热作用，可

显著提高患者白细胞吞噬能力，激活 T 淋巴细胞能力，提升淋巴细胞转化率；黄芩具有保肝、利胆、抗氧化作业；连翘可直接强有力地抑制或杀灭病原微生物，对于多种革兰阳性、阴性细菌、流感病毒均表现出了可观的抑制功效。诸药联合可加快淋巴细胞转化，增强细胞免疫功能，发挥广谱抗菌效果，减轻病原及毒素对呼吸道黏膜组织的损伤，抑制炎症组织血清通透性增加，减少渗出或出血，促进呼吸道组织器官机能早日恢复到患病前状态。与青霉素联合使用，通过发挥药物的协同作用提高疗效，显著提高患者机体抵抗病毒、细菌的能力，避免病情反复感染发作，促进患者早日康复出院^[10]。本研究显示，I组症状消失时间及住院时间显著短于II组（P<0.05）。提示联合用药可缩短患者症状消失时间，加速康复进程。PCT 作为 CT 前体肽，常被临床用于诊断传染病，人体在正常状态下，血清 PCT 水平极低，受到病毒侵袭时 PCT 水平明显升高。CRP 作为一种急性时相蛋白，主要由肝脏细胞产生，一旦人体组织受到感染或损伤时，血浆中 CRP 占比在短时间内急速上升，感染或创伤越严重，CRP 升高幅度越高。IL-6、IL-8 作为多肽物质，主要表达于炎症反应，可参与到机体的免疫反应中^[11]。本研究显示，治疗后，I组 IL-6、IL-8、CRP、PCT 水平显著低于II组（P<0.05）。说明了联合用药可明显减轻炎症病灶对呼吸道造成的损伤。此外，双黄连用药对于分布在呼吸道中的病原菌代谢的毒性物质还具有中和、解毒作用，提高了机体对内毒素的耐受性；两种药物联合使用也会相对地减少抗生素用药剂量，避免由于抗生素的滥用加大了药物相关不良反应的发生，用药安全性提高。本研究特显示，与II组相比，I组不良反应发生率为 2.22%，显著降低（P<0.05）。

综上所述，采用青霉素联合双黄连治疗急性呼吸道感染，疗效显著，安全性高，建议大力推广使用。

参考文献：

[1]赵立娟. 青霉素联合双黄连治疗急性呼吸道感染的临床疗效及药理学研究[J]. 中国现代药物应用, 2020, 14（16）: 2.

[2]涂琼, 胡福澄, 刘美华. 双黄连口服液联合桉树花治疗小儿上呼吸道感染的疗效观察[J]. 右江医学, 2022, 50（3）: 4.

[3]申振锋. 青霉素V钾片联合双黄连口服液治疗上呼吸道感染的疗效观察[J]. 名医, 2018, 15（4）: 1.

[4]蔡伯蕾, 李龙芸. 协和呼吸病学[M]. 中国协和医科大学出版社, 2005.

[5]赵爱萍. 头孢克肟联合青霉素治疗新生儿感染性肺炎的疗效观察[J]. 北方药学, 2019, 16（3）: 2.

[6]王衡. 双黄连颗粒联合头孢他啶治疗急性上呼吸道感染患儿的临床效果[J]. 中国当代医药, 2021, 28（16）: 4.

[7]卢婷. 青霉素耐药对抗生素治疗肺炎链球菌感染细胞疗效的影响[J]. 抗感染药学, 2019, 16（5）: 3.

[8]张嫩英, 余瑞云, 孔凤娟, 等. 不同繁殖期杀菌剂联合静止期杀菌剂在老年呼吸道感染患者临床治疗中的应用[J]. 中国老年学杂志, 2021, 41（3）: 3.

[9]王诗恒, 刘剑锋, 秦培洁, 等. 双黄连口服液或联合常规治疗小儿急性上呼吸道感染的 Meta 分析[J]. 现代中药研究与实践, 2019, 33（6）: 6.

[10]黄露. 双黄连口服液联合青霉素治疗上呼吸道感染疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2018, 34（5）: 2.

[11]程德勇, 俞涟芳, 田军, 等. 双黄连口服液联合利巴韦林颗粒治疗小儿上呼吸道感染临床观察[J]. 新中医, 2018, 50（5）: 3.

小柴胡颗粒联合连花清瘟胶囊治疗上呼吸道感染的临床效果

张晓娥^{1, 2} 兀威³ 卢钊毅² 贺涛^(2 通讯作者)

1. 西安医学院 陕西西安 710021; 2. 凤县武关镇中心卫生院 陕西南洛 726203;
3. 西安医学院第二附属医院 陕西西安 710038

摘要: 目的: 探讨上呼吸道感染 (URI) 采取连花清瘟胶囊联合小柴胡颗粒治疗的临床效果。方法: 研究抽取病例样本共 90 例, 样本抽取年限为 2021.10~2022.05, 均确诊为 URI 疾病, 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。甲组接受常规西药治疗, 乙组在前组用药上采取连花清瘟胶囊联合小柴胡颗粒治疗。对比 2 组临床指标、中医证候积分等变化、疗效及生活质量 (QOL), 以评定效果。结果: 统计显示, 2 组对比干扰素- γ (IFN- γ)、中性粒细胞百分比 (NEUT%)、白细胞计数 (WBC) 等指标结果, 乙组治疗后各项均低于甲组 ($P<0.05$)。2 组对比中医证候积分结果, 乙组治疗后低于甲组 ($P<0.05$)。2 组对比总有效率结果, 乙组为 95.56% 高于甲组 82.22% ($P<0.05$)。2 组对比 QOL 量表结果, 乙组各项分值均高于甲组 ($P<0.05$)。结论: URI 采取连花清瘟胶囊联合小柴胡颗粒治疗的效果确切, 可有效改善患者临床指标及中医证候, 利于病情康复和转归, 还可改善其生活质量, 可进一步借鉴推广。

关键词: 上呼吸道感染; 连花清瘟胶囊; 小柴胡颗粒; 临床效果

在呼吸内科疾病中, 上呼吸道感染 (URI) 较为多发和常见, 该病症传染性强, 发病率高, 属于临床多发感染性疾病^[1]。URI 属于自限性疾病, 多数患者发病后可获得较好预后, 但如果诊治不及时, 则极易导致一些并发症, 从而严重影响患者的身心健康和生活质量^[2-3]。在对 URI 继续治疗的过程中, 常规西医药物为对症处理, 但缺乏特效的治愈药物, 所以整体疗效并不显著。在中医治疗中, URI 所属范畴为“瘟疫”, 其是感染疫毒所致, 且中医治疗的原则主要为解毒清温、宣肺泄热等^[4]。而清热解毒类和抗病毒类中药对于 URI 可发挥较好的治疗作用, 可缩短住院时间, 快速缓解各症状, 从而促进患者病情康复^[5]。因此本文抽取病例样本共 90 例, 样本抽取年限为 2021.10~2022.05, 均确诊为 URI 疾病, 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, 则研究了 URI 采取连花清瘟胶囊联合小柴胡颗粒治疗的临床效果, 现将研究情况做以下阐述:

1. 资料与方法

1.1 资料

本次抽取病例样本共 90 例, 样本抽取年限为 2021.10~2022.05, 均确诊为 URI 疾病, 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 21 例、男 24 例, 年龄 20~69 岁, 均龄 (48.34 $\pm$ 3.61) 岁, 病程 2~8d, 均值 (4.66 $\pm$ 1.35) d。乙组性别, 女 20 例、男 25 例, 年龄 20~69 岁, 均龄为 (48.22 $\pm$ 4.06) 岁, 病程 2~8d, 均值 (4.68 $\pm$ 1.41) d。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。

诊断标准: 均满足《中药新药临床研究指导原则》、《实用内科学》^[6] 等中西医确诊标准, 其中中医标准: 主症咽痛、发热、恶寒, 次症咳嗽、出汗、四肢酸痛、鼻塞流涕、头痛、口渴, 存在 ≥ 2 项次症和 2 项主症可确诊为 URI; 西医标准: 全身症状不明显或有: 全身不适、四肢无力、腰酸背痛、头痛、头晕、恶寒、发热; 局部症状包括头痛、声嘶、流泪、咳嗽、鼻塞、流涕、喷嚏等; 均存在流行性感冒接触史; 白细胞计数 (WBC) 正常或增高, 或伴细菌感染。

入选条件^[7]: 去满足上述诊断标准; 年龄 ≥ 18 周岁; 近期末使用祛痰镇咳药物和预防鼻腔充血药物; 资料齐全; 配合度良好。排除条件: 对本

次用药存在禁忌或过敏史; 12h 内服用抗病毒、激素、镇痛解热类药物史; 中毒型、胃肠型、肺炎型流行性感冒; 精神疾病; 哺乳期妊娠期女性; 中途退出研究。

1.2 方法

甲组接受常规西药治疗, 即口服阿奇霉素片 (规格 0.25g/片, 国药准字 H10960167, 产自辉瑞制药有限公司), 1 次/d, 500mg/次, 治疗 3d 后结合患者病情变化给予祛痰、止咳药, 疗程为 5d。乙组在前组用药上采取连花清瘟胶囊 (规格 0.35g/粒, 国药准字 Z20040063, 产自石家庄以岭药业股份有限公司) 联合小柴胡颗粒 (规格 10g/袋, 国药准字 Z20055299, 或肠内自太极集团四川南充制药有限公司) 治疗, 均为口服, 其中连花清瘟胶囊为 3 次/d, 4 粒/次, 小柴胡颗粒 3 次/d, 1 袋/次, 疗程 5d。

1.3 评价指标

对比 2 组: (1) 临床指标: 治疗前后对 2 组干扰素- γ (IFN- γ)、中性粒细胞百分比 (NEUT%)、WBC 等指标进行测定。(2) 中医证候积分^[8]: 评估主症咽痛、发热、恶寒, 次症咳嗽、出汗、四肢酸痛、鼻塞流涕、头痛、口渴等, 均采取 0-3 分计分, 重度 3 分, 中度 2 分, 轻度 1 分, 无症状 0 分, 分值越低症状越轻。(3) 疗效^[9]: 按照中医证候积分减分率做出评估: 减分率 $>95\%$, 各症状完全消失为治愈; 减分率 70%~95%, 各症状明显减轻为显效; 减分率 30%~70%, 各症状有所减轻为有效; 前述条件均未达到为无效; 其中有效率+显效率+治愈率=总有效率。(4) 生活质量^[10]: 评估 4 个项目, 以 QOL 量表为工具, 涉及日常生活、物质、心理、社会等 4 个因子, 各项满分均为 100 分。

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 对比临床指标

统计显示, 2 组对比 IFN- γ 、NEUT%、WBC 等指标结果, 乙组治疗后各项均低于甲组 ($P<0.05$); 但治疗前 2 组对比前述指标的差异不显著 ($P>0.05$)。如表 1 示。

表 1: 2 组对比临床指标 ($\bar{x} \pm s$, $n=45$)

组别	IFN- γ (pg/L)		NEUT%		WBC ($\times 10^9/L$)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
乙组	18.67 $\pm$ 3.55	4.33 $\pm$ 1.31	78.51 $\pm$ 3.27	60.33 $\pm$ 2.54	9.78 $\pm$ 4.33	6.05 $\pm$ 1.41

甲组	18.56±3.84	8.85±2.36	78.41±3.56	67.45±3.11	9.71±4.52	7.82±2.36
<i>t</i> 值	0.3596	14.6536	0.3265	6.1244	0.4125	10.4751
<i>P</i> 值	0.457	0.000	0.526	0.005	0.415	0.000

2.2 对比中医证候积分

统计显示, 2 组对比中医证候积分结果, 乙组治疗后低于甲组 ($P<0.05$); 但治疗前 2 组对比该积分的差异不显著 ($P>0.05$)。如表 2 示。

表 2: 2 组对比中医证候积分 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗后
乙组	45	8.85±1.24	2.13±0.14
甲组	45	8.82±1.36	3.45±0.61
<i>t</i> 值		0.5268	12.3204
<i>P</i> 值		0.247	0.000

2.3 对比疗效结局

统计显示, 2 组对比总有效率结果, 乙组为 95.56% 高于甲组 82.22% ($P<0.05$)。如表 3 示。

表 3: 2 组对比疗效结局[例 (%)]

组别	n	无效	有效	显效	治愈	有效率 (%)
乙组	45	2 (4.44)	10 (22.22)	13 (28.89)	20 (44.44)	43 (95.56%)
甲组	45	8 (17.78)	9 (20.00)	16 (35.56)	12 (26.67)	37 (82.22%)
χ^2 值						6.4514
<i>P</i> 值						0.003

2.4 对比生活质量

统计显示, 2 组对比 QOL 量表结果, 乙组各项分值均高于甲组 ($P<0.05$)。如表 4 示。

表 4: 2 组对比生活质量 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	物质	日常生活	社会	心理
乙组	45	80.23±2.44	82.54±3.16	84.12±2.55	80.12±2.44
甲组	45	71.23±2.55	70.32±2.26	71.63±3.11	70.58±2.52
<i>t</i> 值		9.4154	12.0325	13.7485	10.4517
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

3. 讨论

在临床上, URI 属于急性炎症反应, 主要发生于鼻腔部和咽喉部, 该病症发生后主要特点为传染性、发病率均较高, 病情较重者可出现一系列并发症, 从而对患者的身心健康造成严重威胁^[11]。URI 可发生于一年四季, 其中以春冬季节为高发季节, 且患者发病多因病毒感染所致。目前在治疗 URI 时, 临床西医缺乏特异性用药, 多为对症处理。而通过在西医的前提下对患者采取中医药治疗, 这可显著改善患者病情, 提升疗效。本次对 URI 采取连花清瘟胶囊联合小柴胡颗粒治疗, 其中前者属于中药复方制剂, 其组方包括甘草、炙麻黄、生石膏、绵马贯众、广藿香、鱼腥草、炒苦杏仁、红景天、板蓝根、连翘、金银花等, 这些药物中, 板蓝根和鱼腥草可增强免疫功能和抑制病毒; 甘草、炙麻黄、炒苦杏仁、石膏等可抗炎、抗过敏等^[12]。而后者是采取现代工艺加工小柴胡汤所制, 其主要功效为畅气机、调营卫、理气血、消痰滞等, 该药物组方含有甘草、生姜、大枣、半夏、党参、柴胡、黄芩等, 这些药材均可发挥增强免疫、改善微循环、增加血流量、抗菌和抗过敏等作用^[13]。通过将两种中成药联合使用, 则可

发挥出协同作用, 不仅能清温解毒、宣泄肺热, 还可发挥杀菌、抗炎、抗病毒等功效, 同时可增强机体免疫, 起到表里双解、调和营卫等作用。本文结果中, 2 组对比 IFN- γ 、NEUT%、WBC 等指标结果, 乙组治疗后各项均低于甲组 ($P<0.05$)。这表明联合用药可有效发挥抗炎作用。2 组对比中医证候积分结果, 乙组治疗后低于甲组 ($P<0.05$)。这表明联合用药可以有效改善患者各种症状。2 组对比总有效率结果, 乙组为 95.56% 高于甲组 82.22% ($P<0.05$)。这表明联合用药的总体效果更高。2 组对比 QOL 量表结果, 乙组各项分值均高于甲组 ($P<0.05$)。这表明联合用药可改善患者的生活质量, 促进病情恢复。可见, URI 采取连花清瘟胶囊联合小柴胡颗粒治疗发挥着良好优势和积极作用。

综上, URI 采取连花清瘟胶囊联合小柴胡颗粒治疗的效果确切, 可有效改善患者临床指标及中医证候, 利于病情康复和转归, 还可改善其生活质量, 可进一步借鉴推广。

参考文献:

[1]姚丹. 连花清瘟胶囊联合小柴胡颗粒对急性上呼吸道感染的治疗分析[J]. 北方药学, 2021, 18 (7): 75-76.

[2]张燕. 小柴胡颗粒联合连花清瘟胶囊治疗急性上呼吸道感染的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2019, 27 (24): 34-36. D

[3]Hamid Sarah, Milucky Jennifer, Shang Nong, et al. 1467. Association between Pathogen Load in the Upper Respiratory Tract and Severe Acute Respiratory Infections in Guatemalan Adults: Haemophilus influenzae, Staphylococcus aureus, Moraxella catarrhalis, Streptococcus pneumoniae, Klebsiella pneumoniae[J]. Open Forum Infectious Diseases, 2020, 7 (1): S735-S736.

[4]张艺伟, 于高杰, 吕洋. 小柴胡汤联合奥司他韦颗粒治疗急性上呼吸道感染的临床疗效分析[J]. 养生大世界, 2021, 08 (16): 291-292.

[5]石向云, 武雯. 小柴胡汤联合奥司他韦颗粒治疗急性上呼吸道感染的临床效果[J]. 饮食保健, 2020, 16 (39): 73-74.

[6]朱冰晶. 探讨小柴胡颗粒联合连花清瘟颗粒治疗急性上呼吸道感染的疗效[J]. 东方药膳, 2020, 11 (8): 112.

[7]黄志凤, 刘敏韶. 小柴胡颗粒联合小儿氨酚烷胺颗粒治疗急性上呼吸道感染的疗效[J]. 深圳中西医结合杂志, 2021, 31 (9): 70-71.

[8]李宜国, 齐丽芹, 厉明远. 连花清瘟胶囊用于急性上呼吸道感染中的价值[J]. 健康大视野, 2021, 06 (14): 125, 127.

[9]者光俊, 周梅, 杨雪婷. 连花清瘟胶囊辅助治疗急性上呼吸道感染的临床效果[J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14 (10): 60-61.

[10]Shimizu Yoshiki, Ito Yukihiro, Uotsu Nobuo, et al. Intake of 25-Hydroxyvitamin D3 May Reduce the Severity of Upper Respiratory Tract Infection: Post hoc Analysis of a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Parallel Group Comparison Study.[J]. Nutrients, 2020, 12 (12): 11-13.

[11]孙媛媛, 李漫雪, 秦楠. 清开灵和连花清瘟胶囊缓解上呼吸道感染症状的临床疗效对比研究[J]. 当代医学, 2020, 26 (24): 95-97.

[12]温俊兵, 李昭奇. 连花清瘟胶囊治疗急性上呼吸道感染外感风热证的临床有效率分析[J]. 健康大视野, 2019 (9): 78-79.

[13]李超. 探讨小柴胡颗粒联合连花清瘟胶囊对急性上呼吸道感染的治疗效果[J]. 健康之友, 2021, 03 (9): 93.

黄葵胶囊联合硫唑嘌呤治疗狼疮性肾炎的临床效果分析

张鹏

陕西省周至县人民医院 陕西西安 710499

摘要: 目的 探讨黄葵胶囊联合硫唑嘌呤对狼疮性肾炎患者症状消失时间、尿蛋白、肾功能、炎症因子的影响。方法 收集时间段 2019 年 8 月至 2021 年 8 月在周至县人民医院治疗的 106 例狼疮性肾炎患者, 随机数字表法分为两组, 其中常规组 53 例实施硫唑嘌呤进行治疗, 联合组 53 例则增加黄葵胶囊进行治疗, 两组患者连续治疗 2 个月后进行临床疗效, 对两组患者的症状改善时间、炎症因子、肾功能指标进行评价。结果 治疗后联合组总有效率高于常规组 ($P<0.05$); 联合组患者的血尿、关节痛、肢体浮肿、发热情况均低于常规组 ($P<0.05$); 联合组白细胞介素-18 (IL-18)、白细胞介素-6 (IL-6)、C 反应蛋白 (CRP)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α) 低于常规组 ($P<0.05$); 联合组血尿素氮 (BUN)、血肌酐 (Scr)、尿微量白蛋白 (mALB)、及 24h 尿蛋白定量 (24h-Upro) 低于常规组 ($P<0.05$)。结论 黄葵胶囊联合硫唑嘌呤可以改善狼疮性肾炎患者的相关症状, 减少炎症因子分泌, 提高肾脏功能。

关键词: 狼疮性肾炎; 硫唑嘌呤; 黄葵胶囊; 炎症因子

系统性红斑狼疮最易侵袭的器官为肾脏, 因此狼疮性肾炎是系统性红斑狼疮常见并发症之一, 直接导致肾脏功能损害, 患者表现为蛋白尿、水肿及肾功能损伤, 有研究认为, 免疫调节紊乱、感染、内分泌等是引起狼疮性肾炎的诱发因素, 相关免疫成分会直接参与本病的发展^[1]。在中医学中狼疮性肾炎归为“肾痹”范畴, 因为先天与后天等导致肾阴亏损, 致使邪热进入体内, 导致脏腑功能损伤^[2-3]。目前临床主要实施免疫调节作用, 来改善患者的相关症状。因此本研究采用黄葵胶囊联合硫唑嘌呤对狼疮性肾炎进行治疗, 旨在探讨对患者炎症因子、肾脏功能的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院治疗的狼疮性肾炎患者共 106 例为研究对象, 选取时间为 2019 年 8 月至 2021 年 8 月, 随机数字表法分为常规组与联合组, 其中常规组 53 例, 男性 29 例, 女性 24 例; 年龄段 35-68 岁, 平均年龄段为 (52.61±2.17) 岁; 病程时间 1-8 年, 平均 (4.70±1.26) 年。联合组 53 例, 男性 30 例, 女性 23 例; 年龄段 34-67 岁, 平均年龄段为 (52.44±2.09) 岁; 病程时间 2-10 年, 平均 (4.88±1.03) 年。两组患者一般资料对比无统计学意义 ($P>0.05$), 有可比性。

1.2 纳入标准

(1) 所有患者具有肢体浮肿、血尿、发热、关节痛等症状, 符合狼疮性肾炎标准^[4]; (2) 入院前未使用相关药物治疗患者。 (3) 经过本临床医学伦理委员会批准。

1.3 排除标准

(1) 其他性肾炎患者; (2) 脏器功能不全患者; (3) 血液疾病患者; (4) 妊娠期妇女; (5) 对本研究药物过敏患者。

1.4 方法

常规组患者实施硫唑嘌呤进行治疗, 使用硫唑嘌呤 (浙江奥托康制药集团股份有限公司, 国药准字 H33020153) 口服治疗, 100mg/次, 1 次/d。联合组患者在常规组基础上增加黄葵胶囊进行治疗, 使用黄葵胶囊 (江苏苏中药业集团股份有限公司, 国药准字 Z19990040) 口服治疗, 5 粒/次, 3 次/d, 两组均连续治疗 2 个月时间对比效果。

1.5 观察指标

(1) 临床疗效对比: 治疗后患者的相关症状基本消除, 炎症因子水平正常, 肾功能基本恢复正常表示显效; 治疗后患者的症状有较大幅度的改善, 且肾功能明显好转, 炎症因子分泌较少表示有效; 治疗后患者的症状并未有明显改善, 且肾功能具有加重趋势表示无效^[5]。(2) 症状改善时

间: 记录两组患者的血尿、关节痛、肢体浮肿、发热等症状的改善时间并对比。(3) 炎症因子对比: 抽取患者的静脉血进行检验, 使用酶联免疫吸附法检测白细胞介素-18 (IL-18)、白细胞介素-6 (IL-6)、C 反应蛋白 (CRP)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α) 水平。(4) 尿蛋白及肾功能对比: 采用血液标本对患者的血尿素氮 (BUN)、血肌酐 (Scr) 进行检测, 采用尿液标本对患者的尿微量白蛋白 (mALB)、及 24h 尿蛋白定量 (24h-Upro) 水平进行检测。(5) 不良反应对比: 记录两组患者的不良反应情况。

1.6 统计学方法

SPSS 21.0 软件对数据进行处理, 计量资料以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验, 计数资料以 (n, %) 表示, 采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者的总有效率

常规组患者总有效率为 79.25%, 联合组患者总有效率为 96.23%, 联合组总有效率明显高于常规组, 差异显著 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 两组总有效率比较 (n, %)

组别	n	显效	有效	无效	总有效
常规组	53	31 (58.49)	11 (20.75)	11 (20.75)	42 (79.25)
联合组	53	37 (69.81)	14 (26.42)	2 (3.77)	51 (96.23)
χ^2					6.071
P					<0.05

2.2 对比两组患者症状改善时间

联合组患者的血尿、关节痛、肢体浮肿、发热情况均低于常规组患者, 差异显著 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 两组症状改善时间比较 ($\bar{d}$, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	血尿	关节痛	肢体浮肿	发热
常规组	53	6.84±0.33	7.11±0.46	5.83±0.16	5.43±0.77
联合组	53	3.89±0.50	4.70±0.31	3.06±0.22	3.18±0.64
t		7.832	9.059	12.943	10.661
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 对比两组患者炎症因子水平

治疗前两组患者炎症因子水平对比并无统计学意义 ($P>0.05$), 治疗后两组患者炎症因子水平均低于治疗前, 联合组患者 IL-18、IL-16、CRP、TNF- α 水平低于常规组, 差异显著 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 两组炎症因子比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	IL-18 (pg/ml)		IL-6 (ng/L)		CRP (mg/L)		TNF- α (ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	53	518.44±4.99	365.74±5.16	50.93±3.78	40.12±2.45	14.50±2.19	8.78±1.02	50.10±4.66	38.76±3.14
联合组	53	517.20±4.55	230.84±4.31	50.46±3.06	27.38±3.39	14.44±2.33	4.52±1.33	50.39±4.81	22.16±2.11
t		0.847	9.551	0.306	14.275	0.101	10.780	0.062	12.396
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.4 对比两组患者尿蛋白及肾功能

治疗前两组患者尿蛋白及肾功能对比并无统计学意义 ($P>0.05$), 治

疗后联合组患者尿 mALB、Scr、24h-Upro、BUN 水平均低于常规组, 差异显著 ($P<0.05$), 见表 4。

表4 两组患者尿蛋白及肾功能比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	n	尿 mALB (mg/L)		Scr (μmol/L)		24h-Upro (g)		BUN (mmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	53	117.84±3.87	86.30±3.16	106.55±7.88	90.42±3.70	3.80±0.57	1.89±0.22	10.76±1.17	8.26±0.39
联合组	53	117.66±4.40	55.49±2.88	106.79±6.90	70.55±4.49	3.81±0.60	1.20±0.10	10.80±1.24	6.55±0.29
t		0.496	10.175	0.388	11.264	0.557	13.692	0.185	12.409
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.5 对比两组不良反应

常规组患者不良反应率为 7.55%，联合组不良反应率为 9.43%，两组不良反应率对比差异无统计学意义 ($P>0.05$)，见表 5。

表5 两组不良反应对比 (n, %)

组别	n	头晕	皮疹	恶心	合计
常规组	53	1 (1.89)	2 (3.77)	1 (1.89)	4 (7.55)
联合组	53	2 (3.77)	1 (1.89)	2 (3.77)	5 (9.43)
χ^2					0.074
P					>0.05

3 讨论

系统性红斑狼疮是一种自身免疫性全身疾病，会累及各个脏器与系统，其中肾脏损伤概率极大，数据显示，约有 50% 的系统性红斑狼疮患者会出现不同程度的肾脏受累现象^[6-8]。其中狼疮性肾炎为系统性红斑狼疮并发症，病情特点为反复发作、病程时间较长，容易引起患者死亡。遗传因素、炎症因子、淋巴细胞、自身抗体等均会参与狼疮性肾炎的发生发展过程。当各种因素会诱导患者产生强烈的自身免疫应答，这种现象会导致肾小球炎症反应大量沉积，因此会损伤肾脏功能，并且患者会出现水肿等症状^[9-11]。因此临床应该积极调节患者的免疫炎症反应，减少对肾脏功能的损伤。目前临床对狼疮性肾炎的治疗方案并无统一标准，因此临床应研究一种合理的药物治疗方案为临床提供依据。

祖国医学将狼疮性肾炎归为“水肿”之范畴，病因病机在于因先天之因素或后天过度劳累等导致肾阴亏虚，外邪进入体内，导致肾阴亏虚加剧，热毒内生所导致，热毒为标，肾虚为本，中医治疗应标本兼治，以调和阴阳、滋阴补肾、清热解毒为上^[12-15]。本研究中所采用的黄葵胶囊为中成药，药理方面作用于人体后可以对患者体内的炎症反应具有调节作用，并能够对氧自由基进行清除，具有良好的抗菌效果，对肾脏的炎症反应具有良好的抑制效果，可以提高患者的利尿效果，因此可以减轻一定的水肿症状，对肾脏功能具有保护作用；在中医方面可以滋阴补肾，清热解毒，调节阴阳平衡^[16-18]。硫唑嘌呤为临床治疗狼疮性肾炎的常用药物，作用于人体后可以对炎症细胞进行抑制，从而抑制基因表达来促使凋亡，减少 T 淋巴细胞的生成，来减轻一定程度的炎症反应^[19]。

狼疮性肾炎患者具有蛋白尿、血尿、水肿及发热等一系列临床症状，因此积极改善患者的相关症状至关重要。本研究结果显示，治疗后联合组的总有效率高于常规组，血尿、关节痛、肢体浮肿、发热情况均低于常规组 ($P<0.05$)，提示黄葵胶囊联合硫唑嘌呤治疗狼疮性肾炎效果显著，可以积极提高患者的症状好转时间。IL-8、IL-6 为炎症因子，水平升高会增加局部炎症反应，不仅会进一步损伤肾脏功能，并且会加重病情；CRP、TNF- α 是参与狼疮性肾炎的炎症物质，水平升高表明炎症反应加剧^[20]。本结果显示，治疗后联合组患者 IL-18、IL-16、CRP、TNF- α 水平低于常规组 ($P<0.05$)，提示黄葵胶囊联合硫唑嘌呤可以降低患者炎症因子水平。治疗后联合组患者尿 mALB、Scr、24h-Upro、BUN 水平均低于常规组 ($P<0.05$)，说明黄葵胶囊联合硫唑嘌呤可以改善患者的肾脏功能，减少尿蛋白水平。另外两组不良反应对比并无统计学意义 ($P>0.05$)，说明本研究方案并不会增加患者的不良反应。

综上所述，黄葵胶囊联合硫唑嘌呤治疗狼疮性肾炎效果显著，可以减少炎症因子分泌，提升肾脏功能，值得临床应用。

参考文献：

[1]李慧, 孟德钊, 刘焱, 等.中性粒细胞与淋巴细胞比值及血小板与淋巴细胞比值预测狼疮性肾炎疾病活动度的价值研究[J].中国全科医学, 2019, 22 (11): 1307-1311.
[2]边彩月, 范文强, 高晓, 等.益肾祛瘀化湿汤对狼疮性肾炎患者肾

功能和 NGAL、HMGB1、sTM、IGBP1 水平的影响[J].中医药信息, 2022, 39 (5): 60-64.

[3]余家静, 李兴锐, 谭悦, 等.来氟米特联合阿托伐他汀钙治疗系统性红斑狼疮肾炎对尿液指标及血脂的影响[J].临床误诊误治, 2022, 35 (3): 32-35.

[4]中国狼疮肾炎诊断和治疗指南编写组.中国狼疮肾炎诊断和治疗指南[J].中华医学杂志, 2019, 99 (44): 3441-3455.

[5]关毅标, 罗福漳, 李艳华.环磷酰胺联合来氟米特对狼疮性肾炎患者 24 h 尿蛋白及血清 β_2 微球蛋白水平的影响[J].中国当代医药, 2022, 29 (10): 10-13, 19.

[6]郑攀, 周莉明, 黄宇, 等.DNA 免疫吸附联合糖皮质激素、环磷酰胺对老年系统性红斑狼疮肾炎患者免疫功能及肾功能的影响[J].中国老年学杂志, 2015, 35 (23): 6882-6884.

[7]周伟, 周立里.尿液胱抑素 C 联合血清 β_2 微球蛋白水平诊断狼疮性肾炎患者的临床价值[J].标记免疫分析与临床, 2021, 28 (7): 1185-1187, 1221.

[8]刘瑞华, 黄旋, 吴海珊, 等.中药复方狼疮方对 MRL/LPR 狼疮小鼠肾组织干扰素及自身免疫炎症损伤的作用观察[J].中国中西医结合肾病杂志, 2022, 23 (1): 6-10, 后插 1.

[9]魏文雁, 王成, 张明威, 等.系统性红斑狼疮患者血浆和外周血细胞人巨细胞病毒 miR-UL22a-3p 水平变化及价值[J].临床检验杂志, 2022, 40 (3): 161-166.

[10]黄霞云, 黄求儿, 傅奕.注射用甲泼尼龙琥珀酸钠、盐酸氮芥冲击治疗狼疮性肾炎的应用效果及安全性评价[J].中国医学创新, 2022, 19 (3): 124-127.

[11]项协隆, 邵思思, 黄蔚霞.昆仙胶囊治疗狼疮肾炎伴肾病综合征表现患者的肾功能及血清 IgE IgG 水平改善研究[J].中国药物与临床, 2019, 19 (5): 710-713.

[12]蒋健, 郭群, 段荣.霉酚酸酯联合他克莫司治疗对狼疮性肾炎患者免疫学指标及活动指数的影响[J].临床和实验医学杂志, 2017, 16 (4): 367-370.

[13]孙军院.早期狼疮性肾炎给予自拟清热祛瘀益肾汤联合环磷酰胺治疗的效果评价[J].实用临床医药杂志, 2019, 23 (9): 77-80, 84.

[14]杨祯任, 吴千丽, 杨竹林.环磷酰胺冲击联合百合胶囊对狼疮性肾炎患者狼疮活动积分的影响[J].当代医学, 2021, 27 (32): 22-24.

[15]平利峰, 王晓磊, 孙凤艳, 等.狼疮性肾炎患者血清自身免疫抗体水平变化及相关性研究[J].疑难病杂志, 2019, 18 (3): 289-292.

[16]史官茂, 任玉卿, 李玉洁.缙沙坦联合黄葵胶囊治疗慢性狼疮性肾炎蛋白尿的临床疗效及其对患者生活质量的影响[J].中国实用医刊, 2017, 44 (3): 120-123.

[17]刘波.雷公藤多苷与硫唑嘌呤治疗狼疮性肾炎的效果及对炎症因子、肾血流动力学的影响[J].中国中西医结合肾病杂志, 2020, 21 (11): 1012-1014.

[18]洗伟福, 成世立, 邹进益.来氟米特联合强的松与硫唑嘌呤联合强的松治疗狼疮肾炎的临床疗效及安全性对比[J].中国现代药物应用, 2019, 13 (5): 109-110.

[19]怀晓明.厄贝沙坦联合硫唑嘌呤治疗狼疮性肾炎对患者血清 β_2 -MG、ESR 水平及 T 淋巴细胞亚群的影响[J].现代诊断与治疗, 2021, 32 (2): 224-226.

[20]农聪, 赵晓月, 黄文, 等.黄葵胶囊联合硫唑嘌呤治疗狼疮性肾炎的临床研究[J].现代药物与临床, 2022, 37 (4): 809-812.

养元活血汤联合温针灸治疗产后腰痛的临床效果

吕俊新

固安县中医院 河北廊坊 065500

摘要：目的：探讨针对产后腰痛的治疗方式，选择中医药治疗方式养元活血汤口服及温针灸的方案的治疗效果。方法：纳入产后腰痛的 84 例患者（2020.1-2022.1），遵循随机数字表法的原则，分组分成两组，即观察组、对照组两组，各组均是 42 例患者。观察组的患者，应用养元活血汤协同温针灸治疗，对照组单独采取温针灸，对各组经 2 周治疗效果、疼痛及腰椎功能、血清指标的变化进行对比。结果：观察组与对照组，治疗的总有效率分别为 92.86%、73.81%，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；各组经 2 周治疗在疼痛（VAS）评分及腰椎（ODI）评分低于治疗前，观察组各得分低于对照组（ $P < 0.05$ ）；治疗 2 周患者在血清白细胞介素-1 β （IL-1 β ）、血栓素 2（TXB2）、降钙素基因相关肽（CGRP）检测指标较治疗前降低，而对比治疗后的指标水平观察组较对照组低（ $P < 0.05$ ）。结论：应用养元活血汤与温针灸联合的治疗方式，对改善产后腰痛者的疼痛价值突出，改善患者腰椎功能，缓解炎症病变，值得推广。

关键词：养元活血汤；温针灸；产后腰痛；疼痛；腰椎功能

产后腰痛是育龄期女性常见的一种情况，好发临盆后哺乳期或终止妊娠后，主要症状是腰骶部疼痛伴局部活动限制等，严重甚至伴下肢麻木或者沉重感^[1]。产后腰痛在分娩女性中，发病率大概是 50%-80%，伴随腰痛情况而且会出现一些情绪上的异常表现，比如焦虑、抑郁以及失眠等，针对产后腰痛若是不能进行及时的治疗可引起疾病反复发作，严重影响正常生活，因此需要采取合理的方式进行治疗^[2]。产后腰痛上，西医干预手段通常是以口服镇痛抗炎药物为主，而药用不良反应较高，常见不良反应包括肝肾毒性、胃肠反应等，同时药物对于产后哺乳不利，因此临床中积极探索更有效的干预方式^[3]。中医治疗疾病有中药复方、针灸推拿、穴位注射等，疗效显著并且不良反应少。当前产后腰痛常用中药主要是养元活血汤，该药物具有益气养血、活血散寒、祛风止痛功效^[4]。温针灸是基于针灸基础上的方法，该方式结合针刺镇痛消炎作用，更好应对产后腰痛的多虚多瘀特点，发挥良好镇痛作用，此外借助艾绒产生的温热效应加速患处血液循环，使炎性渗出物更好的吸收，改善腰部疼痛不适^[5]。而关于养元活血汤联合温针灸结合治疗产后腰痛的相关研究报道较少，基于此，本次研究中选取产后腰痛者 84 例，探讨采取养元活血汤联合温针灸治疗产后腰痛的价值，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 1 月-2022 年 1 月收治的 84 例产后腰痛患者为研究对象。按照随机数字表法原则，将研究对象分组，分成两组即观察组与对照组，每组均是 42 例。观察组年龄 20~43 岁，平均年龄（28.15±2.41）岁；分娩孕周 37~41 周，平均孕周（38.95±0.85）周；分娩方式：剖宫产 12 例，阴道分娩 30 例。对照组年龄 21~44 岁，平均（27.98±2.39）岁；孕周 37~41 周，平均（38.86±1.23）周；分娩方式：剖宫产 13 例，阴道分娩 29 例。两组患者在性别及年龄资料，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。本研究经医院医学伦理委员会批准同意。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：（1）符合《中医病症诊断疗效标准》^[6]关于寒湿瘀阻证产后腰痛的相关诊断标准，主症为腰骶冷痛，关节僵硬，转侧屈伸不利，遇冷痛甚；次症肢体沉重，不能久坐久立，得温痛减，恶寒畏冷。舌苔白滑，舌质紫暗，瘀斑或瘀点，脉沉涩。具备主症 4 项与至少 1 项次症，结合舌脉确诊。（2）出现不同程度腰背及腰骶疼痛，劳累后疼痛加重；（3）X 线及 CT 检查确诊疾病；（4）本人或家属均知情并签署同意书。

排除标准：（1）对针刺恐惧或者晕针者，针刺部位皮肤破损者；（2）脊柱急性或者脊柱肿瘤者；（3）既往接受腰椎手术者；（4）产后应用相关

镇痛药物者。

1.3 方法

观察组采取养元活血汤联合温针灸治疗。具体方法如下：（1）养元活血汤。组方：白芍 30g，炙黄芪、麦冬、威灵仙各 20g，红参、桂枝、杜仲、怀牛膝、当归、鸡血藤、海风藤、延胡索各 15g，独活 12g，川芎、阿胶各 10g，羌活、柴胡各 9g，制附子、陈皮各 8g，甘草 6g，细辛 3g。瘀血甚者加乳香、没药、桃仁；屈伸不利者加伸筋草；睡眠不佳者加炒枣仁、夜交藤。诸药加 500ml 水煎至 300ml，1 剂/d，分早晚两次温服，每次 350ml。持续治疗 2 周。（2）温针灸。选穴：肾俞、委中、腰阳关、腰夹脊、环跳、承山、阳陵泉、风市、关元、阿是。操作：选择俯卧体位，针刺各穴位消毒后，应用华佗牌毫针，规格 0.30mm×40mm。进针取提插捻转法，进针得气后针柄放置 2cm 小段的艾柱，灸 2-3 壮，留针 20min，需注意避免烫伤，以穴位皮肤潮红为度。针刺 1 次/d，针灸 5d 休息 2d 进入到下个疗程的治疗，连续治疗 2 周。

对照组单纯采取温针灸治疗 2 周。

1.4 观察指标

比较两组患者临床疗效、疼痛及腰椎功能、血清指标。针对临床疗效，主要是参照《中医病症诊断疗效标准》^[6]评定，以疼痛消失腰部功能正常活动判定痊愈；疼痛基本消失，腰部活动改善为显效；局部轻压痛，腰部活动好转为有效；未达有效标准为无效。疼痛采取疼痛视觉模拟评分法（VAS）评价，分值范围主要是 0-10 分，得分越高表明疼痛程度越严重；腰椎功能采取 Oswestry 功能障碍问卷量表（ODI）评价，量表由 10 个问题构成，各问题采取 0-5 分的 6 级评分法，总分 0-50 分，得分越高表明功能障碍越严重。血清细胞因子，主要是治疗前后采集空腹静脉血液 4ml，经离心处理后分离血清。采取酶联免疫吸附法检测血清白细胞介素-1 β （IL-1 β ）、血栓素 2（TXB2）、降钙素基因相关肽（CGRP）水平。

1.5 统计学方法

使用 SPSS21.0 软件做统计学结果分析，计量资料用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，使用 t 检验，计数资料用（%）表示，使用 χ^2 检验，以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效

比较各组患者的临床疗效，治疗的效果上，观察组患者总有效率 92.86%，对照组总有效率 73.81%，对比在治疗效果差异，组间比较差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较[n (%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	42	26 (61.90)	8 (19.05)	5 (11.91)	3 (7.14)	39 (92.86)
对照组	42	17 (40.48)	4 (9.52)	10 (23.81)	11 (26.19)	31 (73.81)
χ^2						5.485
P						0.019

2.2 VAS、ODI 评分

对比患者在治疗前,得分情况上,对比在各得分无显著差异($P>0.05$);各组患者得分情况,在 VAS 评分及 ODI 评分,得分均是治疗后较之治疗前降低,而对比在治疗后得分,观察组低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组患者治疗前后在 VAS 评分与 ODI 评分变化对比 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	VAS 评分		ODI 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	42	7.02±0.86	2.02±0.41*	37.12±4.12	18.21±1.75*

表 3 各组患者治疗前后的血清指标变化对比 (ng/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	IL-1 β		TXB2		CGRP	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	42	38.21±4.36	20.21±2.75*	52.26±5.36	24.26±3.26*	86.65±8.26	58.56±6.25*
对照组	42	37.89±4.41	27.62±3.24*	52.33±5.41	32.26±3.74*	86.78±8.31	69.22±7.24*
t	-	0.470	14.821	0.083	13.862	0.101	9.542
P	-	0.639	<0.001	0.933	<0.001	0.919	<0.001

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

分娩是一个复杂的过程,在婴儿娩出的过程,因为产道挤压或者自身耐受等的影响,患者容易出现产后腰痛的情况^[7]。中医将产后腰痛纳入“痹症”、“腰脊痛”、“腰痛”等的范畴,认为产时及产后气血耗伤,营卫不固,此外产后居住地阴冷潮湿,保暖不当,感受风寒湿邪等致使经脉失畅,血脉瘀阻腰部静脉,不通则痛^[8]。产后腰痛为本虚标实证,疾病基础病机为气血亏虚,寒凝气滞,在对疾病治疗上应考虑气血亏虚的病机特征。

养元活血汤用药以益气养血、活血散寒、祛风止痛为基本原则,综合分析药方的各药物作用,主要为红参、炙黄芪补气及通血脉;附子温里逐寒及温经止痛;桂枝消痹止痛;细辛温经散寒;羌活祛风散寒,除湿止痛;独活祛风除湿,通痹止痛;杜仲强腰膝补肝肾;牛膝补肝肾强筋骨;麦冬滋阴生津;当归补血活血、通脉止痛;川芎养血活血,散瘀通脉;鸡血藤养血通脉、活血止痛;阿胶补血养元;海风藤活血行气、通经止痛;威灵仙祛风除湿、通络止痛;胡索行气止痛;柴胡疏肝行气、调畅气机;白芍柔肝止痛;陈皮健脾行气、燥湿化痰;木瓜温通经脉、散寒逐瘀、祛风止痛;甘草可调和诸药药性。养元活血汤中组方协同可养元活血、温阳活络、散寒止痛。温针灸属于中医针灸的一种,针对腰痛者选择主治疼痛穴位,针刺起到活血化瘀、祛风止痛的功效,配合艾灸进一步增加对穴位的刺激,发挥调节的作用^[9]。现代药理研究表明,温针灸在镇静作用上突出,能够借助放置艾绒燃烧生成的温热效应,经相关穴位刺激释放出拮抗炎性反应细胞因子,减少炎症反应刺激并且提高疼痛阈值,缓解产后腰痛症状。此外经温针灸的方式能改善患处血液循环,使得炎症物质渗出,恢复腰部功能^[10]。将中药协同温针灸的方式,协同作用对疼痛改善及症状缓解有积极作用。本次研究结果表明,观察组患者治疗总有效率高于对照组,治疗后在 VAS 与 ODI 评分降低,观察组低于对照组;治疗后血清 IL-1 β 、TXB2、CGRP 指标水平较治疗前降低,观察组指标低于对照组,因此反映出养元活血汤协同温针灸的治疗可缓解炎症以及疼痛,促进腰椎功能的

对照组	42	7.08±0.92	3.51±0.62*	37.03±4.16	25.62±2.46*
t	-	0.422	15.574	0.140	19.521
P	-	0.673	<0.001	0.888	<0.001

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

2.3 血清指标

测定在各种相关血清指标项目,在治疗前的指标相比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后在血清 IL-1 β 、TXB2、CGRP 指标均是低于治疗前,而观察组低于对照组($P<0.05$),详见表 3。

改善。

综上所述,针对产后腰痛患者,应用养元活血汤配合温针灸的治疗方式可取得良好的治疗效果,有效缓解疼痛症状,降低相关炎症因子水平,改善患者腰椎功能,值得推广应用。

参考文献:

[1]毛彬,张莉,魏巍源.温针灸联合养元活血汤治疗产后腰痛的临床研究[J].世界中医药,2020,15(15):2317-2320.

[2]樊红霞,吴牵峰,朱黎明.活血通络汤联合温针灸治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J].颈腰痛杂志,2019,40(5):657-659.

[3]黄毅祥,覃忠亮,何列涛,等.温针灸联合温经散寒通络汤对腰椎间盘突出症寒湿痹阻证患者腰腿痛及腰椎功能的影响[J].现代中西医结合杂志,2020,29(28):3143-3146.

[4]杨超群,李斌,梁龙超.体位调整法联合温针灸治疗椎间盘源性下腰痛疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2018,27(13):1429-1432.

[5]王裕贤,李永凯,汪洪波.体位调整法联合温针灸治疗椎间盘源性下腰痛的前瞻性对照研究[J].颈腰痛杂志,2018,39(1):61-64.

[6]中华人民共和国中医药行业标准.中医病症诊断疗效标准[S].国家中医药管理局,1994.

[7]杜均能,周柔枝,黄聪敏,等.温针灸联合子午捣臼法治疗产后腰痛的疗效观察[J].广州中医药大学学报,2022,39(4):837-843.

[8]姚冰,杨轶,李艳.《神应经》腰痛三穴温针灸联合腰膈附子饼灸治疗气虚血瘀型慢性腰肌劳损临床观察[J].针灸临床杂志,2019,35(10):59-62.

[9]沈玉婧.中医定向透药联合针灸疗法治疗腰椎间盘突出症的临床疗效观察[J].山西医药杂志,2021,50(10):1720-1722.

[10]项燕,李瑞,谢依璇,等.针灸从“虚,郁,瘀”论治产后腰痛[J].陕西中医,2022,43(1):1720-1722.

四君子汤在中医内科疾病脾胃气虚症中的临床应用

班欢欢

新疆生产建设兵团第六师医院中医科 新疆五家渠 831300

摘要：目的：探究中医内科疾病脾胃气虚症运用四君子汤的治疗效果。方法：随机抽取我院门诊 2021 年 1 月 - 2021 年 12 月期间收治的脾胃气虚症患者 30 例作为研究对象，并通过双色球随机抽取法将其平均分为两组，即常规组与研究组，每组 15 例。常规组给予常规对症治疗，研究组给予四君子汤，比较两组的临床治疗效果。结果：经过比较两组的实验结果，常规组的治疗有效率明显低于研究组，但恶心、厌食、眩晕等不良反应的发生率显著高于研究组，另外，比较两组治疗后 6 个月的复发情况与生活质量，研究组的各项评分均显著优于常规组，对比有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论：使用四君子汤治疗脾胃气虚症患者，可获得较为显著的临床疗效，改善患者临床症状和体征，并未出现严重不良反应，安全有效，并且还可以有效控制疾病复发，促进患者整体生存质量的提高，值得推广运用于临床中。

关键词：四君子；脾胃气虚症；治疗效果

在诸多病症当中，脾胃气虚疾病是较为常见的一种，现阶段，我国对医疗事业的重视程度不断提高，脾胃气虚疾病相关的医疗工作也成为了非常关键的内容。随着国民生活质量的持续提升，饮食结构上也出现了较大变化，因此患有脾胃气虚疾病的人数也越来越多，患者对临床治疗也提出了更高的要求，这导致医务人员的压力不断增加，工作难度也越来越高^[1]。中医内科疾病脾胃气虚证的发生机制相对繁杂，大部分患者都是因为心理和精神方面的压力，产生劳累过度、饮食不规律、过于忧思等情况，从而诱发胃气失调、脾气不和的症状。因此临床治疗此疾病的时候，如果没有第一时间控制病情发展，就会直接损伤患者身体各项机体，甚至会产生精神差、食欲不振、脉搏无力、胃肠道病症等，严重影响了患者的生存质量和身心健康。在医疗工作中，脾胃气虚疾病的治疗是十分关键的，但在以往的医疗工作中，更多采用的常规治疗方式，虽然能够在一定程度上缓解病情，但患者后续的复发率较高。随着中医药学与临床医学的持续迅速发展，发现四君子汤治疗脾胃气虚证的效果比较理想。四君子汤属于古方剂的一种，药方内的中草药包括茯苓、白术、甘草、人参，特别是对伴发舌淡苔白、面白食少、脉虚弱、气短乏力等情况的病人十分适用。四君子汤是通过《伤寒论》内的“理中丸”发展形成的，是脾胃气虚证的基础治疗方剂，并且详细记录于《太平惠民和剂局方》当中。因此应对此类患者的治疗方案进行不断探究，这也是进行本次实验的主要目的，观察中医内科疾病脾胃气虚症中采用四君子汤的临床疗效，具体内容如下。

1 一般资料和实验方法

1.1 资料

随机抽取我院门诊 2021 年 1 月 - 2021 年 12 月期间收治的脾胃气虚症患者 30 例作为研究对象，并通过双色球随机抽取法将其平均分为两组，即常规组与研究组，每组 15 例，所有患者都知情实验内容并自愿签署实验同意书。患者均产生脾胃气虚证的恶心呕吐、腹胀、食欲下降等临床症状，经过影像、实验室、临床检查排除以下符合患者，另外，本次实验所有入选患者都与《中医病证诊断疗效标准》中诊断脾胃气虚证的临床标准相符。排除满足下面几种情况的病人：（1）存在精神类病症者；（2）处妊娠期、哺乳期的女性；（3）伴有心脏病、脑血管等严重疾病者；（4）伴有细菌、真菌、病毒感染症者。研究组男 8 例，女 7 例，年龄 40-45 岁，平均（42.88±0.62）岁；病程 2-3 年，平均（2.73±0.21）年；常规组男 7 例，女 8 例，年龄 40-47 岁，平均（43.36±0.60）岁；病程 2-4 年，平均（3.10±0.08）年；对比两组患者年龄、性别、病程等一般资料，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

给常规组提供常规对症疗法，主要步骤为：将吗叮啉、维生素 B、雷尼替丁当做临床用药，当中吗叮啉和维生素 B 都是每天服用 3 次，口服，维生素 B 一次 120mg，吗叮啉一次 1mg，雷尼替丁一次 150mg，每天服用 2 次，分别于早晚饭后服用。除了治疗手段之外，其他所有医疗条件和研究组一致，叮嘱病人遵医嘱用药，指导健康饮食等。

研究组在常规组的基础上服用人参，药方来源是《太平惠民和剂局方》，药方组成为：15g 茯苓、6g 炙甘草、15g 人参、15g 白术，其中茯苓应去除外皮。由医院药房代煎，煎药之前，应把冷水浸泡中药材 30min，之后使用大火煮沸药汤，温度稍微降低之后，把药汤倒出。可二次煎煮药汤，时间为 15min 左右。若患者有失眠心悸症状，可加入 5g 枣仁促进睡眠，若有恶心呕吐症状可加入半夏 3g；如有肾虚症状可加入 8g 附子。混合所有中药并加入清水 400mL，水煎几小时后，剩余汤汁 150 到 200mL 就可以。每剂药汤可以服用 2 到 3 次，一天一剂，两组患者都坚持治疗两个星期。老年患者在服药的时候可在其中放入少量食盐。

1.3 观察指标

通过本院自制的治疗效果评价表，对两组患者治疗两周后的有效率和不良反应发生情况进行记录和对比。治疗有效率包括显效、有效、无效 3 方面，患者治疗后身体状况好转，临床症状彻底消失，疗效指数 60%到 89%为显效；患者身体显著好转，临床症状大大缓解，疗效指数 20%到 59%为有效；患者身体、临床症状均无任何变化，疗效指数小于 20%。治疗有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 * 100%。另外，对比两组出现恶心、厌食、眩晕等不良反应的情况^[2]。记录并对比两组的生活质量和疾病复发率。

1.4 统计学处理

采用 SPSS21.00 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 治疗有效率

经比较两组治疗后的临床效果，研究组的治疗有效率显著优于常规组 ($P < 0.05$)，见表 1：

表 1 两组治疗有效率的比较 (n, %)

组别	n	显效	有效	无效	有效率
研究组	15	6	9	0	100
常规组	15	4	7	4	73.33
χ^2	/	/	/	/	4.615
P	/	/	/	/	0.032

2.2 不良反应发生率

经比较两组治疗后出现恶心、厌食、眩晕的情况，常规组的不良反应发生率明显高于研究组（ $P<0.05$ ），见表 2：

表 2 两组不良反应发生率的比较（n，%）

组别	n	恶心	厌食	眩晕	发生率
研究组	15	1	0	0	6.67
常规组	15	3	2	1	40
χ^2	/	/	/	/	4.658
P	/	/	/	/	0.031

2.3 生活质量评分

经比较两组治疗后躯体功能、心理状态、身体疼痛、综合健康的情况，研究组的生活质量评分明显高于常规组（ $P<0.05$ ），见表 3：

表 3 两组生活质量评分的比较[n（ $\bar{x}\pm s$ ）]

组别	n	躯体功能	心理状态	身体疼痛	综合健康
研究组	15	85.4±0.5	81.5±8.6	82.2±5.3	83.8±5.5
常规组	15	66.7±2.3	58.6±3.7	68.2±0.4	64.8±7.6
χ^2	/	30.770	9.473	10.202	7.844
P	/	0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 疾病复发率

经比较两组治疗后 6 个月内的疾病复发情况，研究组的疾病复发率显著低于常规组（ $P<0.05$ ），见表 4：

表 4 两组疾病复发率的比较（n，%）

组别	n	未复发	复发	复发率
研究组	15	15	0	0
常规组	15	10	5	33.33
χ^2	/	/	/	6.000
P	/	/	/	0.014

3 讨论

在社会经济迅速发展的形势下，很多人在生活、工作、家庭等多重压力下产生了胃气不调、脾气失衡的症状。中医提出，脾气失衡会使病人的面容越来越憔悴、日益枯竭，这不但会对其身体和心理方面的健康产生严重影响，还会很大程度上影响病人的正常生活和工作^[3]。究其原因主要是因为病人太过劳累、长时间忧思，另外还包括饮食结构不合理、身体机能衰弱等导致的。现阶段对脾胃气虚症的治疗主要以中药为主，而利用四君子汤治疗此疾病可以获得相对满意的效果，缓解病人肾虚气弱、恶心头痛、失眠心悸等情况^[4]。中医学提出，脾胃气虚证是一种脾胃虚弱的类型，主要是因为病人缺乏脾气，从而较大程度影响脾胃健运，从而导致纳化异常。引发脾胃气虚的因素比较多，主要包括饮食不规律、过度劳累等，这些不良因素造成患者脾胃受到损伤，长时间下去会致使脾气亏虚、脾运失常，从而造成气血失化，丧失供养根源，最后出现脾胃气虚证。临床中对此疾病的治疗原则主要是助运化湿、健脾益气，以此实现彻底治愈的效果。四君子汤属于传统的中医疗法，其目的主要是促进病人安神补气、养肾调经。茯苓属于三萜类中药，可以使病人安神宁心、止咳化痰，还能够改善失眠症状，而人参和白术可以发挥出健脾利气的作用，联合应用以上药物可以发挥出提高免疫力，稳定神经系统的效果，可以切实缓解病人食欲减退、舌淡苔白、脉搏虚弱等临床症状，一起服用可以发挥出健脾益气的效果。在这一前提下，此次实验针对病人的实际状况，适量加减药物，当中，枣仁可以发挥出宁心安神的作用，能够切实改善患者的睡眠质量；枳壳以

及陈皮可以起到行气宽胸的效果，能够有效减轻各种临床症状；半夏可以降低止呕，从而缓解病人的恶心呕吐症状，有助于患者早日恢复健康。

当代药理学研究证实，白术当中含有维生素 A、苍术酮以及苍术酶等成分，可以增加患者的食欲，发挥化痰、止汗的功效；人参当中含有人参多糖和人参皂苷等物，可以有效调节机体免疫能力，加强神经功能，改善心血管功能，以此发挥生津、安神的作用；甘草当中包含了三萜类以及黄酮类的化合物，可以发挥出抑菌消炎、镇咳祛痰的作用，茯苓当中含有氨基酸、三萜类物质，可以发挥出抵抗炎症的功效，能够有效加强病人的免疫功能，从而实现对抗肿瘤的目的。所以，四君子汤不但可以促进病人身体中淋巴细胞的转化，另外还可以促使机体内血清免疫球蛋白的水平得到提升，进而切实提高患者的免疫功能。如果病人的免疫功能获得了切实改善，就可以促进脾胃气虚证尽早恢复。本次实验结果提示，使用四君子汤的研究组，总体治疗效果、生存质量显著优于常规组，并且不良反应发生率和疾病复发率低于常规组，两组对比差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。这表示给脾胃气虚证患者采用四君子汤治疗，可以有效减轻其临床症状，改善生存质量，抑制恶心、厌食、眩晕等情况的出现，并且复发率很低，临床运用中安全有效，临床疗效相对满意。实验结果显示，四君子汤对脾胃气虚证的临床治疗具有至关重要的作用，通常状况下，四君子汤能够起到调节胃肠激素分泌的效果。胃肠激素分泌量能够作为影响胃肠道功能的重要因素之一。因胃肠激素分泌失常的干扰，患者胃肠激素分泌的异常会造成机体生命功能的紊乱。有关研究表明，四君子汤具备加强胃蛋白酶活性的效果。在临床治疗当中，四君子汤不可以运用于治疗胃液 pH 中。另外还有研究提出，四君子汤对胃的拮抗作用很强，但对肠的拮抗作用比较一般。以上研究结果显示，四君子汤当中的有效成分对肠胃功能具备正向以及方向的效果。

四君子汤还能够对激素分泌进行有效抑制。此药物在治疗脾胃气虚证的时候应严格遵循辨证施治的理论，倘若患者有恶心呕吐情况，医务人员就可将有止吐效果的半夏加入药方中，若患者有肾阳虚的症状，医务人员就可将附子加入药方中，从而加强中药的温肾助阳功效。倘若患者出现了心神不宁的情况，医务人员就可以将枣仁加入四君子汤中。在中医治疗领域当中，四君子汤的运用已有几百年，在我们国家中医学技术持续发展的形势下，有关研究人员基于原本的四君子汤，先后研发出了香砂君子汤、六君子汤等中药。医务人员应针对患者的具体状况，建立出极具针对性的治疗方案。

总而言之，采用四君子汤治疗脾胃气虚症患者，临证期间须通过全面分析患者的各种症状，四诊合参，做出综合判断。此药物不但可以切实加强临床疗效，还可以改善其临床表现，并且不会出现严重的不良反应，可确保用药安全。另外，还能够有效加强患者的生存质量，避免后期二次复发，近期和远期疗效都比较理想，可以在临床中进行推广运用。

参考文献：

[1]刘双双.四君子汤治疗中医内科疾病脾胃气虚证的疗效探析[J].中国现代药物应用, 2021, 15 (18): 185-187.
[2]冯永成.四君子汤治疗中医内科疾病脾胃气虚证临床观察[J].中国中医药现代远程教育, 2021, 19 (16): 87-88.
[3]曲书芳.四君子汤在中医内科疾病脾胃气虚证中的应用[J].世界复合医学, 2020, 6 (10): 132-134.
[4]董星岳.四君子汤治疗中医内科疾病脾胃气虚证的临床效果[J].内蒙古中医药, 2020, 39 (6): 77-78.

1897 张中药注射剂处方用药合理性分析

崔丽娜

延边大学附属医院 吉林延吉 133000

摘要：目的：对临床治疗中使用的中药注射剂的情况进行用药合理性分析，为中药注射剂在临床中的合理使用提供参考。方法：利用医院 HIS 系统调取 2020 年中我院使用中药注射剂的病例，对其进行回顾性分析。结果：我院 2020 年含中药注射剂的 1402 份住院病例及 495 份急诊处方中，住院点评合格率为 93.09%，急诊点评合格率为 76.16%。住院使用中药注射剂不合理用药医嘱 97 例中，超说明书用药 73 例（5.21%），适应症不适宜问题 6 例（0.43%）；重复用药问题共计 15 例，主要分布在心血管内科，出现了适应症重复、药味重复、功效类别重复等重复用药的现象。急诊使用中药注射剂不合理用药医嘱 118 例均都属适应症不适宜问题。结论：应针对临床中中药注射剂不合理使用问题及时干预，与临床沟通，促进中药注射剂的合理使用。

关键词：中药注射剂；超说明书用药；合理用药

中药注射剂是中药材（饮片）经过提取、纯化等加工后制成的供注入人体内的溶液、乳状液及供临用前配制成溶液或浓溶液的无菌制剂^[1]。中药注射剂改变了中药的传统给药方式，有着起效快且迅速、方便应用、生物利用度高等优点，被我院广泛的应用于心血管内科、呼吸内科、神经内科、免疫科肿瘤科等科室。然而 2010 年国家食品药品监督管理局发布的药品不良反应报告中，中药注射剂不良反应报告占中成药严重不良反应报告的 87.2%。2019 年国家药品监督管理局发布的药品不良反应报告中，中药不良反应事件报告按照给药途径分布，注射给药问题占 45.5%、口服给药问题占 46.4%、其他给药途径问题占 8.1%。注射给药中，静脉注射给药问题占 98.5%、其他注射给药问题占 1.5%。中药注射剂报告数量排名前 3 位的药品类别是理血剂，补益剂，开窍剂^[2]。2019 年中药不良反应事件报告数量及严重报告占比与往年相比均有所下降，但仍需要关注用药安全^[3]。

导致中药注射液出现不良反应的成素是由多方面引起的，但其主要成因是由中药注射剂的本身、中药注射剂的临床应用使用不合理及用药患者的个体差异所引起^[4]。然而其中用药不合理、操作不规范等人为因素均可以进行避免。近年来，随着中药注射剂广泛应用于临床，其不良反应的发生率也日益增长，群体性的不良反应事件频发。因此避免人为因素导致中药注射剂的一些不良反应就成为中药注射剂应用的重要环节^[5]。为了解本院中药注射剂使用情况，本文对中药注射剂处方进行合理性分析，讨论不合理原因，提出需注意的问题，以便更好地为临床合理使用中药注射剂提供参考和依据。

一、资料与方法

表 1 住院病例中药注射剂品种、分类及使用情况

品名	分类	分类	使用数量
银杏内酯注射液		祛瘀剂	142
注射用丹参多酚酸盐（100mg）		祛瘀剂	128
丹红注射液		祛瘀剂	115
心脉隆注射液		祛瘀剂	114
疏血通注射液		祛瘀剂	113
红花黄色素氯化钠注射液		祛瘀剂	80
注射用红花黄色素（150mg）		祛瘀剂	56
注射用血塞通（0.2g）		祛瘀剂	36
大株红景天注射液舒		祛瘀剂	31
血宁注射液（2ml）		祛瘀剂	13
注射用血塞通冻干（0.4g）		祛瘀剂	2
康艾注射液（20ml）		扶正剂	29
康莱特注射液		扶正剂	9
参麦注射液（大理）		扶正剂	6
刺五加注射液		扶正剂	4
艾迪注射液		抗肿瘤药	125
复方苦参注射液		抗肿瘤药	71
通关藤注射液		抗肿瘤药	48
喜炎平注射液（5ml）		清热剂	121
热毒宁注射液		清热剂	4
肾康注射液		祛湿剂	86
参芪扶正注射液		肿瘤辅助用药	43
痰热清注射液		清脏腑热剂	26

2.2 中药注射液问题医嘱临床使用情况

我院 2020 年含中药注射剂的 1402 份住院病例及 495 份急诊处方中，住院点评合格率为 93.09%，急诊点评合格率为 76.16%。住院使用中药注射剂不合理用药医嘱 97 例中，超说明书用药 73 例（5.21%），适应症不适宜问题 6 例（0.43%），共涉及 8 个科室。急诊使用中药注射剂不合理用药医嘱 118 例，均属适应症不适宜问题，不合理用药率为 23.84%。住院与急诊使用中药注射剂出现的用药不合理问题与不合理例数见表 2-1。由于急诊处方与住院医嘱不在同一系统，因此急诊与住院的用药不合理问题在这里进行分开计算。

表 2-1 我院 2020 年含中药注射液问题医嘱临床使用情况

药品名称	不合理问题	不合理例数
注射用红花黄色素	超说明书用药	40

1.1 资料

利用医院信息系统（HIS），抽取 2020 年急诊科使用中药注射剂的处方 495 份、住院患者使用中药注射剂的处方 1402 份，共 1897 份，涉及 27 个科室，23 个品种。以国药准字“Z”字头的注射液作为界定中药注射剂的依据，不包括批准文号为“H”的但含有中药成分的注射剂。

1.2 方法

本文对中药注射剂在临床中的使用情况进行用药合理性分析。依据“药品说明书”、《处方管理办法》（卫生部令第 53 号）及其附件 1：处方标准、《中成药临床使用指导原则》、《医疗机构药事管理规定》（卫医政发〔2011〕11 号）、《中成药临床使用基本原则》、《医院处方点评管理规范（试行）》（卫医管发〔2010〕28 号）、《联合用药原则》、《北京市医疗机构专项处方点评指南（试行）2012》、《药品未注册用法专家共识》为标准，点评药品的疗程、溶媒选择、剂量、适应证、配伍、联合用药等环节，评价并分析其临床使用的合理性，找出其中不合理问题及其不合理问题出现原因并提出中药注射剂在临床使用中需注意的问题^[6-7]。由于我院已对用法用量问题进行了临床合理用药智能管理干预，所以本文主要分析用药不适宜，联合用药不适宜，重复用药及超说明书用药的处方。

二、结果

2.1 住院病例中药注射剂品种、分类及使用情况

据医院信息系统（HIS），2020 年 12 月住院患者使用中药注射剂的处方 1402 份，涉及 27 个科室，23 个品种，依据《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2020）》将我院使用的中药注射剂进行分类。见表 1：

红花黄色素氯化钠注射液	超说明书用药；重复用药	34
注射用丹参多酚酸盐	适应症不适宜；重复用药	11
丹红注射液	适应症不适宜；重复用药	6
银杏内酯注射液	重复用药	1
参芪扶正注射液	适应症不适宜	1
大株红景天注射液	重复用药	1
心脉隆注射液	重复用药	1
肾康注射液	重复用药	1
疏血通注射液	重复用药	1

注射用丹参多酚酸盐（急诊）	适应症不适宜	68
红花黄色素氯化钠注射液（急诊）	适应症不适宜	50

2.3 重复用药情况

我院重复用药问题共计 15 例，重复用药问题主要分布在心血管内科，因该科疾病特点及用药习惯，使用的中药注射剂与口服中成药较多，且大多为活血化瘀类药物，出现了适应症重复、药味重复、功效类别重复等重复用药的现象。多个中成药叠加使用，引起多个药味重复，导致了组方比例改变，进而成方的君臣佐使发生变化，最终导致功效改变。例如一病例同时使用复方丹参滴丸、尿毒清颗粒、肾康注射液三种成药，成分中大黄、黄芪、丹参三种药味重复；另一病例同时使用芪苈强心胶囊、参松养心胶囊、芪参益气滴丸、参附注射液、注射用丹参多酚酸盐五种成药，成分中黄芪、附子、人参、丹参四种药味重复，其药品与重复类别见表 3：

表 3 我院 12 月中药注射剂重复用药情况

序号	疾病	使用药品	说明
1	心绞痛	1 复方丹参滴丸（丹参）、 参松养心胶囊（丹参）； 注射用丹参多酚酸盐	适应症重 复； 药味重复； 功效类别 重复
		2 复方丹参滴丸（丹参）； 注射用丹参多酚酸盐	药味重复； 功效类别 重复
		3 芪参益气滴丸（丹参、三七）； 复方丹参滴丸（丹参、三七）； 丹红注射液（丹参）	适应症重 复； 药味重复
		4 参松养心胶囊（人参、丹参）； 参附注射液（人参）； 脑心清片；注射用丹参多酚酸盐	适应症重 复； 药味重复
2	心绞痛； 心功能 IV 级	芪苈强心胶囊（丹参）； 注射用丹参多酚酸盐	药味重复
3	心肌梗死； 心功能 II 级	芪参益气滴丸（丹参）； 注射用丹参多酚酸盐	药味重复
4	心肌梗死； 房颤	参松养心胶囊（人参、丹参）； 通心络胶囊（人参、水蛭）； 稳心颗粒；大株红景天注射液	适应症重 复； 药味重复； 功效类别 重复
5	缺血性心 肌病；心律 失常	复方丹参滴丸（丹参、三七）； 芪苈强心胶囊（人参、丹参）； 稳心颗粒（三七）；注射用丹参多酚酸盐	适应症重 复； 药味重复； 功效类别 重复
6	心律失常	参松养心胶囊（人参、丹参）； 丹红注射液（丹参）； 稳心颗粒；心脉隆注射液	适应症重 复； 药味重复； 功效类别 重复
7	心肌梗死； 心功能 IV 级； 慢性肾脏 病	复方丹参滴丸（丹参）； 尿毒清颗粒（大黄、黄芪、丹参）； 肾康注射液（大黄、丹参、黄芪）	药味重复
8	心绞痛； 心功能 II 级； 房颤	芪苈强心胶囊（丹参）； 复方丹参滴丸（丹参）； 注射用丹参多酚酸盐	适应症重 复； 药味重复； 功效类别 重复
9	扩张型心 肌病； 心律失常	芪苈强心胶囊（黄芪、附子、人参、丹 参）； 参松养心胶囊（人参、丹参）； 芪参益气滴丸（黄芪、丹参）； 参附注射液（人参、附子）；注射用丹参 多酚酸盐	适应症重 复； 药味重复
10	房颤； 肥厚性心 肌病	芪苈强心胶囊（人参、丹参）； 参松养心胶囊（人参、丹参）；丹红注射 液（丹参）	药味重复
11	心绞痛；房 颤；心功能 IV 级	芪苈强心胶囊（丹参）；脑心清片； 注射用红花黄色素；注射用丹参多酚酸 盐	适应症重 复； 药味重复
12	脑梗死	通心络胶囊（水蛭）；疏血通注射液（水 蛭）； 银杏内酯注射液	适应症重 复； 药味重复

三、讨论

随着中药注射剂在临床上越来越广泛的应用，其不良反应的发生率也日益增长，多发性与普遍性安全事件频发。其不良反应的频发，引起了国家及社会各界的高度重视。然而导致中药注射剂发生不良反应的成因是多面性的，且中药注射剂在临床中的使用不合理也是导致中药注射剂发生不

良反应事件的直接原因之一，中药注射剂临床使用不合理主要有以下几种情况：

3.1 中成药的适应症不适宜

临床使用中药注射剂应严格按照说明书规定的适应症用药，严禁适应症不适宜用药。住院病例中注射用丹参多酚酸盐、丹红注射液、参芪扶正注射液存在适应症不适宜情况，具体如下：注射用丹参多酚酸盐用于冠心病稳定型心绞痛，被临床用于高血压；丹红注射液用于冠心病、心绞痛、心肌梗塞，瘀血型肺心病，缺血性脑病、脑血栓，被临床用于心衰（1 例）和高血压（2 例）、参芪扶正注射液用于肺脾气虚引起的神疲乏力，少气懒言，自汗眩晕、肺癌、胃癌，被临床用于冠心病。急诊病历中注射用丹参多酚酸盐、红花黄色素氯化钠注射液存在适应症不适宜情况，两药均用于冠心病稳定型心绞痛，其问题医嘱病症为心衰、脑梗死和一氧化碳中毒，不合理率较高，分别为 18.73%、45.45%。

我院 2020 年西医开具含有中药注射剂的医嘱比例占 98.72%，绝大多数为西医开具的医嘱。目前多数综合性医疗机构在中成药处方辨证诊断工作中存在不足，增加了药师的中成药点评工作难度。而西医师通常不具备中医药理论相关知识，造成部分中药注射剂的应用并不符合中医辨证施治的理念。由此可见，后续需加强对西医师中成药处方的相关学习培训，确保其具备中成药对症应用能力及处方开具能力，以此确保临床用药安全。

3.2 中成药的超说明书用药

超说明书用药是指适应症、给药方法或剂量在国家食品药品监督管理局（SFDA）批准的药品说明书之外的用法。在我院中药注射剂问题医嘱中超说明书用药最多，均为适应症超说明书用药，并集中在注射用红花黄色素和红花黄色素氯化钠注射液两个品种，两种主要成分均为红花黄色素。注射用红花黄色素用药不合理问题的科室为免疫学科 25 例、内分泌科 11 例、运动医学科 1 例、骨科 1 例、烧伤整形科 1 例。红花黄色素氯化钠注射液用药不合理问题的科室为内分泌科 23 例、肾脏内科 10 例。红花黄色素在临床上规定的说明书适应症为活血、化瘀、通脉、止痛。用于冠心病稳定性劳累性心绞痛。症见胸痛、心慌、气短、胸闷、心悸。如用于心内科室冠心病、心绞痛，心肌梗塞、心肌缺血等症状为合理用药^[8]。但上述科室使用红花黄色素的主要病症集中在免疫系统性疾病和糖尿病相关疾病。均为超说明书用药。

3.3 中成药的重复用药

我院重复用药问题共计 15 例，主要分布在心血管内科，因该科疾病特点及用药习惯，使用的中药注射剂与口服中成药较多，且大多为活血化瘀类药物，出现了适应症重复、药味重复、功效类别重复等重复用药的现象。多个中成药叠加使用，引起多个药味重复，导致了组方比例改变，进而成方的君臣佐使发生变化，最终导致功效改变。

中草药处方有君、臣、佐、使组成，可以由几个经典方叠加而成，但依然有君臣之分。中成药不应简单的叠加，因为每个成药都是一个完整的处方，叠加后影响组方比例，改变主要功效的趋势，尤其是有相同成分的情况^[9]。中药注射剂尽量减少同时使用的品种数，临床上需要多个成药叠加使用时，建议请中医会诊，根据中医辨证开具个体化中草药处方，君臣佐使清晰，功效主治明确。

3.4 加强临床药师在中药注射剂合理使用中的作用

针对以上中药注射剂不合理使用问题，需进行干预，与临床沟通，促进中药注射剂的合理使用。（1）本论文不合理医嘱均由西医开具，建议医院后续加强对西医师中成药相关知识的培训考核，确保其具备相应中成药处方开具能力。（2）重点对不合理用药情况频发的科室及相关人员进行培训管理，督促其进行相关知识自主学习，以掌握辨证施治理论。（3）督促超说明书用药较多的免疫学科、内分泌科、肾内科、急诊科提交合理的医学实践证据，经医院药事管理与药物治疗学委员会及伦理委员会批准后，再超说明书用药。

我院在中药注射剂的合理使用方面还需加强，尤其应健全超说明书用药的评价标准，针对存在的重复用药及适应症不适宜等各种问题制定其相应措施。加强药学干预以提高用药合理性，在保证中药注射剂治疗优势的基础上，保证临床用药有效性以及临床治疗安全性。

参考文献：

[1]卫生部，国家中医药管理局。关于印发中成药临床应用指导原则的通知[S].国中医药政发〔2010〕30 号.2010-06-11。
[2]杨妮娜，张蕾，宋艳琴，等.2014—2019 年国家药品不良反应监测报告统计分析[J].临床合理用药杂志，2021，14（21）：1-4，8。
[3]冯祝婷，钟金萍，吕凌丽，等.2016~2020 年我国中药不良反应分析[J].山东化工，2022，51（10）：165-167。
[4]郭刚，李正金.甘草类制剂不良反应及其机制研究进展[J].中国保健营养，2021，31（22）：135。
[5]安芳霞.中药注射剂的不良反应分析及合理应用[J].基层医学论坛，2021，25（10）：1461-1462。
[6]马嘉，陈盛新，裴雪友.医院开展药物利用研究的基本概念和方法[J].中国药杂志，1999，34（10）：706。
[7]张薇.以限定日剂量值为基础进行药物利用研究的影响因素分析[J].中国全科医学，2010，13（25）：2892。
[8]朱珠，丛路路，李大魁，等.临床药师的必备资料—药历[J].中国药杂志，2001，36（10）：706-708。
[9]李国白，崔蒙，杨阳，等.方剂剂量与君臣佐使关系初探[J].中草药，2015，46（13）：2011-2014。

张帆教授辩证治卵巢功能减退性月经过少经验浅析

秦艳平 张帆^{通讯作者}

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: 月经过少是妇科门诊患者就诊的常见原因,其发生的原因复杂多样,其中卵巢储备功能减退是导致月经过少的重要原因之一,如果不及时调治,随着疾病的进展部分患者可发展为闭经、不孕和卵巢早衰等,给女性患者造成极大地心理负担。张帆教授认为月经过少的病机以脾肾亏虚、天癸乏源、冲任失调为主,兼有肝郁、血瘀,临证时以补肾健脾为主,辅以疏肝解郁、活血化瘀、祛湿化痰的遣方用药思路。

关键词: 月经过少; 卵巢功能减退; 七子益肾理冲汤; 临证验案

Brief analysis of Professor Zhang Fan's experience in the treatment diminished ovarian reserve of hypomenorrhea

QING Yanping¹, ZHANG Fan²

(1 Guizhou University of Traditional Chinese Medicine, Guizhou, Guiyang 550025, China; 2 The Second Affiliated Hospital of Guizhou University of Traditional Chinese Medicine, Guizhou, Guiyang 550025, China.)

Abstract: Hypomenorrhea is a common cause of outpatient visits of department of gynaecology, its causes were complicated, including decreased ovarian reserve function is one of the important cause leading to the month after a little, if not timely modulation, with the progress of the disease in some patients can develop such as amenorrhea, infertility and ovarian premature senility, cause female patients psychological burden greatly. Professor Zhang Fan believes that the occurrence of Hypomenorrhea is mainly responsible for the dysfunction of spleen and kidney, Tiangui scarce, disorder of Chong and Ren and both liver depression, blood stasis, clinical syndrome to tonifying kidney and spleen, soothing liver to relieve depression, promoting blood and removing blood stasis, eliminating and resolving phlegm sending prescription medication ideas.

Keywords: hypomenorrhea, diminished ovarian reserv, QiZi YiShen Lichong Decoction, Clinical Experience

月经过少(hypomenorrhea)是妇科门诊患者就诊的常见原因,指月经周期正常,经量明显减少,每周期经量少于20mL,甚至点滴即净或行经时间不足两天^[1]。如果不及时调治,随着疾病的进展部分患者可发展为闭经、不孕和卵巢早衰等疾病,严重影响生育期妇女的身心健康。原因多种多样,其中卵巢功能减退(diminished ovarian reserv, DOR)是导致月经过少的重要原因之一。DOR抑制下丘脑-垂体-卵巢轴调节功能,使体内呈低雌激素水平状态,进而影响子宫内膜容受性,导致女性不孕^[2]。目前临床上公认的基础治疗是激素补充治疗,但因其具有增加妇女乳腺癌、子宫内膜癌发病等潜在不良反应,使用具有局限性^[3]。大量的临床及试验研究表明中医药可改善DOR患者的卵巢储备功能,无明显副作用,并具有一定的远期疗效。张帆教授在中医妇科诊疗思维体系的指导下,遵循辨证与辩病,辨证与分期相结合的原则,运用七子益肾理冲汤加减治疗卵巢储备功能减退性月经过少,获得了良好的效果。现将导师运用七子益肾理冲汤辨证治疗卵巢储备功能减退性月经所少的经验整理如下。

1 病因认识

1.1 脾肾亏虚为根本病机

傅山在《傅青主女科》当中提出:“经水出诸于肾”,“经原非血也,乃天一之水,出自肾中,是至阴之精而有至阳之气,故其色赤红似血,而实非血,所以谓之天癸”;肾为先天之本、天癸之源,肾气盛,天癸至,则月事以时下;肾气衰,天癸竭,则月经断绝。天癸的来止主要取决于肾中精气的盛衰,如素体肾弱或后天伤肾,肾中精气亏虚,精血不足,冲任失冲,血海亏虚,经血乏源则经量少或渐少。《景岳全书·命门余义》中说道:“五脏之阴,非此(指肾阴)不能滋。”肾气充沛,开阖有司,则阴液不断输入任脉以供月经妊养之需,若肾气不足,冲任流通受阻,血海不能按时满溢,亦可致月经量少。

《女科经要》谓之:“妇人经水与乳,俱由脾胃所生。”可见,凡月经之能来潮,乳汁之能化,无不依赖脾胃所化生的气血阴阳以供养。脾为气

血生化之源,属于后天之本,若脾健化源充盛,血海按时满溢,溢于胞宫,月事以时下。胃为多气多血之腑,胃经下行与冲脉相会于气街,以充盈血海,故有“冲脉隶于阳明”、“谷气盛则血海满”之说。脾与胃相表里,经脉相互络属,同为气血生化之源。若饮食失节或思虑劳伤等,均可致脾气不足,脾虚气弱,运化无力则血海亏,则月经量少。

张帆教授认为肾主藏精,为生命之本,原气之根,主宰人体生长发育和生殖,而胞络系于肾,故肾的功能失调可直接影响精血,导致天癸、冲任功能失调,而发生相关疾病。脾与肾之间存在先天促后天,后天养先天的关系。脾化生后天之精,不断输送至肾,充养先天之精使之生化不息。若脾虚后天之精乏源,不能充养先天,则脾肾两虚,可见早衰或生殖功能异常等肾精亏虚病证。秦月好、姜丽娟等^[4-5]亦认为卵巢储备功能下降所致不孕的核心病机是“肾精不足、脾气亏虚”。

1.2 肝郁血瘀

《普济方》谓之:“妇人室女以肝气为主……肝既受病……或多或少,或闭断不通”。肝藏血而主疏泄,体阴而用阳,肝体之阴,包括藏血之血,有支持天癸的作用。肝所藏之血,除营养周身外,并注于血海,故有肝司血海、“女子以肝为先天”之说。意在强调肝阴肝血与妇女生殖生理的密切关系。肝气的疏泄,亦有着协助排泄月经、排出卵子及促进受孕等作用。若肝郁日久必耗肝体之阴血。而且肝郁则疏泄失常,肝不疏泄,脾运欠佳,气血生化不足,是以阴血不足,而且肝郁日久,易耗损阴血,阴血不足,影响经血量;同时肝气郁结,气机郁滞,血行不畅,瘀阻胞宫,脉络不畅,以致量少。

2 临床选方

七子益肾理冲汤为当代名老中医、妇科名家肖承棕教授所创,是治疗卵巢储备功能低下及卵巢早衰的经验方^[6]。由女贞子、枸杞子、菟丝子、沙苑子、覆盆子、桑椹、香附、桑寄生、续断、巴戟天、熟地黄、白芍、黄芪、黄精等药组成。全方共奏益肾填精,补血养肝,调理冲脉之功。现

代研究发现,补肾中药具有内分泌激素样作用,可调整“下丘脑-垂体-卵巢-子宫”性腺轴的功能,部分恢复卵巢功能^[7]。钱颖仪等^[8]研究表明七子益肾理冲汤可减少卵巢细胞凋亡,修复卵巢原始卵泡储备的损失。吴丽婷等^[9]研究表明,七子益肾理冲汤能有效改善卵巢早衰的月经情况、临床症状及血清激素水平,有效改善及恢复卵巢的功能。

临床上卵巢功能减退性月经过少病机复杂,临床表现多样,故张帆教授验证时以七子益肾理冲汤为基础方随症加减,若患者合并痛经,加延胡索、川楝子、佛手疏肝调经止痛;若合并烦躁易怒、失眠等症,加柴胡、郁金、合欢皮疏肝解郁安神;若合并经色深黯、血块明显,加三棱、莪术、桃仁等活血通经;若兼见便秘,数日一行,加火麻仁以润肠通便;若兼见舌淡紫、苔白厚腻,则加山楂、胆南星、炒芥子以化痰降脂;若合并经间期出血,加茜草、马鞭草、蒲黄炭以清热凉血止血;若潮热、汗出、舌红辨证为肾阴虚者,加墨旱莲、浮小麦、鳖甲、龟甲等以滋补肾阴;若兼见畏寒、四肢不温等肾阳虚者,酌加肉桂、淫羊藿等温补肾阳。

3 医案列举

患者申某,35岁,已婚。生育史:足月生产1次,无早产,流产4次,现存1子,末次流产时间为2021年7月,2021年10月29日初诊。主诉:月经量较前减少4余年,加重4月。患者既往月经规律,4年前开始出现月经量少,较前减少近1/3,经期逐渐缩短至3d,近4月出现月经量少,较前减少近2/3,周期正常。无腹痛腹胀、无头晕头痛及恶心呕吐等不适。月经史:初潮14岁,经期2~3d,周期28~32d,量少,色淡黯,有小血块,偶有痛经(可忍)。末次月经日期:2021年10月5日,3日净,量少,2片卫生巾/天,打湿1/3,色淡黯,无血块,伴痛经,腰骶酸痛,无腹痛、腹胀等不适。就诊时患者自诉平时白带不多,近4个月未见明显透明拉丝样白带,感倦怠乏力,腰酸,纳可,夜寐晚,多梦,二便调,舌红紫暗,苔少,脉沉细数。当日查性激素6项提示:睾酮27.6ng·dL⁻¹,黄体生成素2.07mU·mL⁻¹,卵泡刺激素12.56mU·mL⁻¹,雌二醇23ng·L⁻¹,孕酮0.46ng·mL⁻¹,垂体泌乳素10.39ng·mL⁻¹。阴道彩超:子宫附件未及明显异常。血常规、肝肾功能未及明显异常。西医诊断:卵巢功能减退;中医诊断:月经过少(肾虚型)。予七子益肾理冲汤化裁治疗,处方:女贞子15g,覆盆子12g,菟丝子20g,桑椹12g,枸杞子12g,沙苑子12g,香附12g,桑寄生10g,续断10g,巴戟天10g,熟地黄12g,白芍15g,黄芪15g,黄精12g,赤芍15g,牡丹皮12g,党参10g,白术10g,山药12g。共14剂,一日一剂,早晚温服。2021年10月22日二诊。患者月经尚未来潮。中药调理1个月经周期后,患者诉乳房胀痛如月经将至,胸胁胀闷不舒,腰酸改善,纳寐可,二便调,舌偏红,苔白,脉沉弦细涩。按照原方予加郁金15g、柴胡10g、橘核10g,共14剂,一日一剂,早晚温服。2021年11月8日三诊。末次月经日期:11月3日。中药调理1个月经周期后,患者诉经期及平素腰酸改善,月经量较前稍多但不明显,痛经不显,乏力减轻,乳房胀痛较前改善,纳寐可,二便调,舌淡红,苔白,脉沉细涩,一日一剂,早晚温服。按照经后予初诊方、经前予二诊方、经期停药的方案继续治疗3个月经周期。2022年1月3日复诊。患者诉月经量基本恢复正常,5~6日净,色暗红,无血块,无经前乳房胀痛,腰酸、痛经无。末次月经日期:2021年12月5日,行经中,量中,色红,质可,无痛经,平素心情舒畅,无腰酸乏力,纳寐可,二便调。随访复查3个月,患者症状、基础卵泡刺激素较首诊时降低并保持水平稳定。

按语:本案为肾虚肝郁夹有血瘀的典型病案。张教授认为本案患者多

次行人流术,正如《妇科玉尺·小产》云:“……半产者……碎其肤壳,损其皮肤,然后取得其实”。人工流产犹如强取新粟,气血亏虚,精血化源不足,则肾精亏乏;因肝肾同源,故肝血不足,冲任血海亏虚,以致经行量少。而冲任血海亏虚无以母气,气虚无力推动及统摄血液,血不归经则血瘀,瘀血阻滞而月经量少。人工流产为金刃损伤肝肾,精血乏源,致瘀血内阻,瘀滞冲任、胞脉,耗伤肾中精气,发为月经过少。此外,亦有“经水所以不调皆由内有七情之伤”之说。人工流产后患者大多情志活动异常,肝主疏泄失常,肝气郁结,冲任阻滞,易致经少或经闭。故本案导师在验证时以补肾健脾、疏肝解郁、活血化瘀为治则,方选七子益肾理冲汤加减。方中重用菟丝子取其平补肾阴肾阳,重补肾气调冲之意;臣以女贞子、覆盆子、枸杞子、菟丝子、沙苑子、香附、桑椹资肾中之精、气,调和冲任;续断、桑寄生、巴戟天能补肾助阳,熟地黄、黄精、黄芪补气养血,滋阴柔肝,配白芍可疏达肝气以适肝性;党参、白术取其健脾益气,寓“补后天以资先天”之意;佐以赤芍、丹皮活血化瘀,调理冲任血海。诸药相配,使肾精足,脾气健,肝气条达,血海畅,瘀去血行,经水如期而泄。患者复诊时诉乳房胀痛如月经将至,近期胸胁胀闷不舒,张教授认为此为妇女受流产的影响,致肝气郁结,肝失疏泄,血海藏泻失司,久而患者感觉胸胁胀闷不舒,二诊时加用郁金、柴胡、橘核,长于条达肝气而疏郁结,且有行气活血之效。用药3个月经周期,经量恢复正常。

4 小结

卵巢功能减退性月经过少越来越成为困扰女性的常见病、多发病,其病理变化也越来越复杂。西医治疗主要采用激素替代疗法,长期激素治疗带来的不良应对女性的健康存在着一定的损害。张帆教授根据病因病机,结合多年临床经验,治疗上重视补肾健脾,兼顾疏肝解郁、活血化瘀,在肖老的七子益肾理冲汤基础上随证加减,应用于卵巢储备功能减退所致月经过少,在改善患者症状的同时提高了患者的生活质量,为月经过少及卵巢功能减退患者寻求更加有效安全的治疗方法提供了良好的参考,值得临床及科研推广。

参考文献:

- [1]张玉珍.中医妇科学,北京:中国中医药报出版社.10:92.
- [2]田沛哲,李蕾,范英英,等.卵巢储备功能减退的研究进展[J].中华实用诊断与治疗杂志,2021,35(07):753-756.
- [3]叶雅鸾,张雯婷.卵巢储备功能减退的中医治疗进展[J].中国医药导刊,2021,23(03):181-184.
- [4]李佳林,苏泽琦,彭莉,等.秦月好治疗卵巢储备功能下降不孕症经验[J].中医学报,2018,33(10):1998-2002.
- [5]熊曼玲,欧飞微,梁迪,等.姜丽娟运用“治未病”思想防治卵巢储备功能下降[J].辽宁中医杂志,2019,46(04):703-705.
- [6]吴丽婷,石玥,刘雁峰,等.肖承棕治疗卵巢早衰经验[J].中医杂志,2017,58(02):108-110.
- [7]周笑梅,陈颖异.补肾活血中药治疗卵巢储备功能低下的机理概述[J].中国中医药科技,2014,21(03):345-346.
- [8]钱颖仪,刘雁峰.七子益肾理冲汤对DOR大鼠卵巢储备的影响[J].天津中医药,2018,35(06):450-453.
- [9]吴丽婷.七子益肾理冲汤治疗肝肾阴虚型卵巢早衰临床疗效观察[D].北京中医药大学,2017.

加味玉屏风散对气虚型汗症的临床效果

李松蔚¹ 张桂琼¹

凉山州中西医结合医院 四川西昌 615000

摘要：目的 分析研究加味玉屏风散用于气虚型汗症患者的治疗效果。方法 选取2020年08月--2021年12月期间在我院进行治疗的气虚型多汗症患者60例作为研究对象，按照随机数字表法进行随机分组，均分为对照组和研究组，每组各30例，对照组患者采用临床常规治疗，研究组采用加味玉屏风散治疗，两组均持续用药治疗一个疗程后对比治疗效果。结果 ①临床疗效：研究组患者采用加味玉屏风散治疗后的总有效率为93.33%（28/30），对照组采用常规治疗后的总有效率为53.33%（16/30），组间差异显著（ $P<0.05$ ）；②临床症状评分，治疗前，对照组和研究组患者的自汗、盗汗以及失眠等症状评分均差异较小（ $P>0.05$ ），治疗后，两组患者各症状评分均明显下降，且研究组患者的各症状评分均分别明显低于对照组，组间差异显著（ $P<0.05$ ）。③不良反应：两组患者治疗期间不良反应发生率组间比较差异较小（ $P>0.05$ ）。结论 气虚型汗症患者采用加味玉屏风散治疗有助于患者自汗、盗汗等状况的改善，效果显著，且安全性高，值得临床广泛推广。

关键词：汗症；气虚型；加味玉屏风散；临床效果；安全性

多汗症是临床上常见的一种疾病，该病症包括生理性多汗症和病理性多汗症，通常情况下主要为生理性多汗症为主，临床检查无任何典型的病变，患者主要表现为自汗、盗汗以及失眠等^[1]。近年来的文献研究认为，多汗症的发生可能是由于机体的神经系统紊乱以及内分泌紊乱等导致的。病理性多汗症主要是由于疾病导致的多汗症，糖尿病、肿瘤或者女性产后多汗均是临床上常见的病理性多汗症，病理性多汗症患者主要是由于身体亏虚导致的，机体内正气受损，导致阴阳失调，最终表现为自汗、盗汗等^[2]。多汗症虽然对患者的身体健康没有直接的影响，但是多汗伤津，极易加重患者的体质虚弱等情况，导致机体对外界环境的抵抗力下降等^[3]。因此，采取有效的措施进行干预至关重要。当前临床上对于多汗症患者的治疗主要以西药常规治疗为主，大量的临床实践表明疗效甚微。中药是我国的传统瑰宝，玉屏风散是我国的传统古方之一，大量研究表明，玉屏风散用于多汗症具有良好的效果^[4]。本次研究通过对2020年08月--2021年12月期间在我院进行治疗的气虚型多汗症患者60例进行研究，分析探讨加味玉屏风散用于此病患者的临床效果。具体研究内容为：

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2020年08月--2021年12月期间在我院进行治疗的气虚型多汗症患者60例作为调查对象，按照随机数字表法进行随机分组，均分为对照组和研究组，每组各30例。纳入标准：所有患者均经过临床诊断确诊为多汗症，患者表现为不同程度乏力，面色少华，自汗、盗汗以及失眠等症状，且经过中医检查确诊为气虚型多汗症。排除标准：排除依从性较差的患者，排除精神疾病患者，排除药物禁忌症患者，排除免疫缺陷患者。对照组中男女患者分别为16例，14例，患者年龄为21~78岁，平均为（42.96±14.35）岁，病程时间为1~11个月，平均为（5.12±1.21）个月，其中4例患者为生理性多汗症，26例患者为病理性多汗症。研究组中男女患者分别为15例，15例，患者年龄为20~79岁，平均为（41.85±15.12）岁，病程时间为2~12个月，平均为（5.91±1.37）个月，其中5例患者为生理性多汗症，25例患者为病理性多汗症。两组患者上述资料经过SPSS分析组间差异较小（ $P>0.05$ ）。研究结果有意义。

1.2 方法

两组患者在治疗期间均给予临床相关对症治疗，对照组患者对于多汗症的治疗采用常规药物治疗，主要内容为：口服给予谷维素片（天津太平洋制药有限公司生产，国药准字H12020296，规格：10mg*100片），每日3次，每次10mg，同时口服给予维生素B1片（北京市永康药业有限公司生产，国药准字H11020580），治疗，每日3次，每次2片。研究组患者采用加味玉屏风散治疗，药物组成为：麻黄根30g，生黄芪30g，浮小麦30g，白术15g，白芍10g，防风10g，桂枝10g，煅牡蛎15g（先煎），煅

龙骨15g（先煎）。按照上述药物组成称取药物之后制成水煎剂，每日1剂，加水1L，煮沸之后文火熬煮至450mL，分早中晚三次用药，均为餐前用药。结合患者的具体症状进行加减，对于有阳虚证的患者加入淫羊藿10g，炙附子9g，对于有阴虚症状的患者，加入生地黄30g，丹皮15g，麦冬15g，知母10g，对于有心悸的患者，加入炒酸枣仁30g，五味子20g，炙远志10g；对于有眩晕的患者加入天麻20g，川牛膝15g，石决明10g，对于有烦躁症状的患者，加入郁金香15g，炒栀子10g。两组患者均持续用药治疗1个月后进行临床效果。

1.3 评价指标

本次研究的评价指标包括两组的临床治疗总有效率，临床症状评分改善情况以及治疗期间不良反应发生率。临床总有效率的判定标准主要是根据患者临床症状改善情况分为显效、有效以及无效。显效是指患者治疗之后多汗症状完全改善；有效是指患者治疗后的多汗症状明显缓解；无效是指患者经过治疗之后多汗症状无缓解。总有效率=显效率+有效率。临床症状评分主要包括自汗症状、盗汗以及失眠等症状，结合患者的轻重程度将各症状的评分记为0~3分，评分越高表示患者的临床症状越严重。同时比较两组患者在治疗期间不良反应发生情况，主要包括恶心、呕吐等胃肠道不良反应。

1.4 统计学方法 本文的统计学研究采用SPSS软件进行分析，本次研究中的数据在excel中录入之后导入到SPSS软件中统计，计数资料以百分比（%）表示，进行卡方检验，计量数据采用均数±标准差（ $\bar{X} \pm s$ ）表示，采用独立样本t检验，两组统计结果显示 $P<0.05$ 时，表示组间差异明显。

2 结果

2.1 临床疗效比较 见表1，采用不同治疗方案治疗后，研究组中显效和有效患者分别为15例和13例，无效患者2例，临床总有效率为93.33%，对照组中显效和有效患者分别为7例，9例，无效患者14例，总有效率为53.33%，经统计学比较，研究组明显高于对照组，组间差异显著（ $P<0.05$ ）。

表1 临床总有效率对比[n（%）]

组别	显效	有效	无效	总有效率
研究组（n=30）	15（50.00）	13（43.33）	2（6.67）	28（93.33）
对照组（n=30）	7（23.33）	9（30.00）	14（46.67）	33（53.33）
χ^2	10.313			
P	0.001			

2.2 临床症状积分对比 见表2，两组患者的自汗评分、盗汗评分以及睡眠评分在治疗前经统计学比较组间无明显差异（ $P>0.05$ ）；治疗后，两

组患者自汗、盗汗以及睡眠评分均明显下降，且研究组患者的下降幅度明显高于对照组，组间差异显著（ $P<0.05$ ）。

表 2 两组患者临床症状积分对比（ $\bar{X}\pm s$ ，分）

组别	自汗		t, P	盗汗		t, P	失眠		t, P
	治疗前	治疗后		治疗前	治疗后		治疗前	治疗后	
研究组（ $n=30$ ）	2.84±0.87	0.88±0.14	12.183, <0.001	2.78±0.72	0.77±0.16	14.926, <0.001	2.63±0.59	0.71±0.13	17.407, <0.001
对照组（ $n=30$ ）	2.79±0.69	1.56±0.42	8.340, <0.001	2.75±0.77	1.48±0.53	7.441, <0.001	2.59±0.65	1.42±0.34	8.736, <0.001
t	0.247	8.413		0.156	7.024		0.250	10.683	
P	0.806	<0.001		0.877	<0.001		0.804	<0.001	

2.3 不良反应发生率对比 见表 3，研究组患者在治疗期间 2 例患者出现呕吐，1 例患者出现恶心症状，1 例发生反胃，不良反应发生率为 13.33%；对照组患者治疗期间，1 例患者恶心，1 例患者呕吐，不良反应发生率为 6.67%，两组经统计学比较差异不明显（ $P>0.05$ ）。

表 3 两组不良反应发生率对比[n（%）]

组别	恶心	呕吐	反胃	总有效率
研究组（ $n=30$ ）	2（6.67）	1（3.33）	1（3.33）	4（13.33）
对照组（ $n=30$ ）	1（3.33）	1（3.33）	0（0.00）	2（6.67）
X^2				0.741
P				0.389

3 讨论

多汗症是临床常见疾病之一，全身或者局部汗多均是其临床表现^[5]。发汗是人体的正常的生理反应之一，是机体体温调节的重要机制之一。当人体所处的环境温度升高接近人体的皮肤温度时，机体会通过发汗散发体热^[6]。发汗主要是指机体的汗腺主动的分泌汗液的过程，人体在发汗过程中，汗液蒸发可以带走体内的热量。但是如果出汗过多，超出了维持机体温度调节所需要的范畴，则会导致疾病的产生，也就是多汗症。多汗症临床研究认为其发生主要是由于外分泌汗腺上的胆碱能神经异常活跃，进而导致汗腺分泌汗液量增大，该病包括原发性多汗症和继发性多汗症，也就是生理性多汗症和病理性多汗症^[7]。该病在临床上的发生率约为 1%。多汗症在中医临床上的发生率较高，中医认为该病的发生是由于机体的阴阳失调，营卫失和，腠理不固等导致的汗液外泄过多。中医上认为该病的发病机制包括：气虚不固，营卫失和，肾阴亏虚、脾虚湿阻以及气阴两虚等。当机体出现素体气虚和表虚失固等情况，导致营阴不能内守，表现为自汗；当肾阴不足会出现内热，导致津液外泄，且出现骨蒸潮热等情况，则表现为盗汗等。由于不同类型的多汗症患者病因病机存在差异，所以临床治疗期间需辨证施治。大量的临床实践表明，对于气虚型多汗症患者的治疗用玉屏风散的效果明显^[8]。气虚型汗症主要是由于机体的元气不足，气息低弱，导致机体的脏腑功能下降的情况，多汗症是气虚患者的主要表现。对于气虚型汗症患者的治疗应结合患者的具体发病机制进行辨证治疗，方能得到良好的治疗效果。

玉屏风散方剂来源于《医方类聚》，该方剂主要治疗的表虚自汗，风邪易感等症状，且功效有补脾卫实，托里固表等。玉屏风散是治疗气虚型汗症患者的代表方，该方剂的药物组成中黄芪具有增强免疫的作用，且对非特异性免疫和特异性免疫均有一定的增强效果，同时该药物可以固表益气，敛汗固脱；防风可以解表祛风，临床上主要用于治疗外感表证；白术可以补脾益气，和中燥湿，利水止汗，临床上用于治疗脾虚食少、自汗以及腹胀泄泻等症^[9]。黄芪配伍防风可以固表且不留邪，且祛邪且不伤正，两者配伍具有补中寓疏和散中寓补的效果。方剂中麻黄根以及浮小麦具有固表止汗的效果。煅龙骨、煅牡蛎具有收敛固涩的作用。本次研究过程中采用玉屏风散作为基础方，并在此基础上进行加减，对于存在阴虚症状的患者加用牡丹皮、麦冬、知母以及生地黄，进而达到凉血降火，清热滋阴

的效果；对于有心悸症状的患者，加用远志、酸枣仁和五味子，分别对药物进行炮制，以达到养阴固精、宁心安神的效果，对于阳虚证的患者加用附子和淫羊藿，以达到温肾散寒、助阳补火的效果；对于有眩晕的患者，加用川牛膝、天麻以及石决明可以达到平肝熄风止眩的作用；对于合并失眠的患者，加用夜交藤以及合欢皮可以达到宁心安神的效果；对于有烦躁症状的患者，加用郁金和炒栀子可以发挥泻火除烦的功效。本次研究通过对我院近年来收治的 60 例气虚型汗症患者进行研究，对照组患者予以常规治疗，研究组采用加味玉屏风散进行治疗。本次研究结果显示，表 1 结果表明，研究组患者的临床治疗总有效率高达 93.33%，明显高于对照组的 53.33%，这一结果与大量文献研究相一致，说明加味玉屏风散用于治疗气虚型汗症患者的疗效确切。表 2 结果显示，研究组患者的自汗、盗汗和失眠等症评分改善情况均分别明显优于对照组，这一结果提示我们，加味玉屏风散用于气虚型汗症患者可以有效的改善患者的自汗、盗汗和失眠情况，有助于改善临床症状，促进临床效果的提高。同时表 3 研究结果显示，两组患者治疗期间不良反应发生率组间比较差异较小，说明加味玉屏风散用于气虚型汗症患者无明显不良反应发生，安全性较高。本次研究期间结果显示加味玉屏风散对气虚型汗症患者具有良好的效果，但是由于样本容量较小，有待于进一步扩大样本容量继续探究加味玉屏风散对气虚型汗症患者的效果。

综上所述，气虚型汗症患者采用加味玉屏风散治疗可以有效的改善患者的自汗、盗汗和失眠症状，有助于临床效果的提高，且临床用药的安全性较高，具有较高的临床推广价值。

参考文献：

[1]王燕荆,方朝晖.方朝晖治疗消渴汗症临床经验[J].中医临床杂志.2018,30(12):2220-2222.

[2]李瑶,屈悦,李莉.针刺蝶腭神经节结合玉屏风颗粒治疗肺脾气虚型变应性鼻炎[J].中医学报.2020,35(5):1102-1105.

[3]蔡懿,姚衡,姚德蛟.温阳敛汗散敷脐治疗肿瘤化疗患者多汗症临床观察[J].中华中医药杂志.2020,35(10):5310-5312.

[4]郑一洋,梁淑萍,吴宇瑶,等.黄穗平治疗手足汗症的临床经验[J].江苏中医药.2020,52(12):9-11.

[5]刘慧,岳妍.调脾胃和营卫治疗手足汗症[J].亚太传统医药.2018,14(5):80-81.

[6]唐颖.基于健脾除湿法治疗脾虚湿蕴型原发性手汗症临床疗效观察[D].成都中医药大学,2020.

[7]孔凡颖.益气固表止汗汤治疗小儿气阴两虚型多汗症的临床效果[J].临床合理用药杂志.2021,14(8):126-128.

[8]谭川川,李嘉懿,许思,等.玉屏风散加减治疗手汗症术后代偿性出汗 31 例临床观察[J].湖南中医杂志.2017,33(06):64-66.

[9]吴芬.玉屏风散口服联合敛汗散穴位敷贴在自汗症患者治疗中的应用价值[J].当代医学.2020,26(09):61-63.

半夏白术天麻汤加减治疗高血压患者临床观察

刘东梅

山东省烟台市蓬莱中医医院，老年病科 山东烟台 265600

[摘要]目的：探究临床上应用半夏白术天麻汤加减治疗高血压患者的具体疗效。方法：研究选取我院 2021 年 4 月~2022 年 4 月收治的 110 例高血压患者，按照随机数字表法随机将其分为观察组与对照组，每组各 55 例。对照组应用高血压治疗的常规西药疗法，根据患者患病的具体情况选择单一用药或者联合用药；观察组采用常规西药治疗联合半夏白术天麻汤加减治疗方案，治疗 7 天后比较两组患者的治疗效果、临床症状改善时间和用药后不良反应发生情况。结果：经过一周的治疗后发现，治疗前两组患者的收缩压和舒张压差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），治疗后观察组患者的收缩压和舒张压的下降情况明显优于对照组，且 $P<0.05$ ，差异具有统计学意义；观察组患者的临床症状改善时间明显短于对照组患者， $P<0.05$ ，差异具有统计学意义；观察组患者的不良反应发生率明显低于对照组患者， $P<0.05$ ，差异具有统计学意义。结论：半夏白术天麻汤加减对于高血压病治疗的临床疗效明显，且安全性高，不易发生不良反应，建议临床上推广治疗。

关键词：半夏白术天麻汤加减；高血压；临床观察

高血压是临床上常见的一种慢性疾病，主要是由于各种因素导致的体内流动血液对人体的血管壁压力持续增大引起的血压值异常升高。人体正常的血压值范围为收缩压 $\leq 140\text{mmHg}$ ，舒张压 $\leq 90\text{mmHg}$ ，若超过这一数值，则需警惕是否可确诊为高血压^[1]。持续的高血压会对人体的多个组织、器官造成不可逆的损害，因此临床上高血压的预防和治疗对防止高血压并发症的产生至关重要^[2]。目前针对高血压的治疗方案，主要以降血压药物治疗为主，配合生活习惯和生活方式的调整。能够帮助降血压的药物种类包括利尿剂、 β 受体拮抗剂、钙通道阻滞剂、血管紧张素受体转换酶抑制剂和血管紧张素II受体拮抗剂，其降血压的作用机理各不相同^[3]。虽然降压西药种类较多，但长期服用均可能产生用药后副作用，例如过量应用钙通道阻滞剂可能会发生心率增快、面部潮红等症状^[4]。为了预防用药后不良反应的发生，现在临床上常应用帮助降血压的中药对高血压患者进行对症治疗，例如半夏白术天麻汤加减，多项临床数据显示其对血压偏高患者的治疗作用较为明显。为探究半夏白术天麻汤加减治疗高血压患者的具体疗效，为临床上高血压病的治疗提供更多参考依据，我院特行此次临床实验加以验证：以下是本次研究结果。

1 资料与方法

1.1 临床资料

研究选取我院 2021 年 4 月~2022 年 4 月收治的 110 例高血压患者，按照随机数字表法随机将其分为观察组与对照组，每组各 55 例。其中观察组患者男 32 例，女 23 例，年龄 51~76 岁，平均（ 62.5 ± 3.2 ）岁，病程 3~12 年，平均（ 5.8 ± 2.6 ）年；对照组患者男 29 例，女 26 例，年龄 52~76 岁，平均（ 63.2 ± 3.4 ）岁，病程 2~12 年，平均（ 5.4 ± 2.7 ）年。两组患者在以上一般基线资料上无明显差异，不存在影响组间结果比较的个人基础数据， $P<0.05$ ，可进行统计分析，结果具有统计学意义。

1.2 入组标准

1.2.1 纳入标准：① 中医辨证符合，风痰上扰证，症见眩晕，头痛，胸膈闷，恶心呕吐，舌苔白腻，脉弦滑。② 高血压诊断标准：高血压是指未使用降压药物的情况下，非同日 3 次测量血压，收缩压（SBP） $\geq 140\text{mmHg}$ （ $1\text{mmHg}=0.133\text{kPa}$ ）和/或舒张压（DBP） $\geq 90\text{mmHg}$ 。

1.2.2 排除标准：① 存在心、脑、肾等器官严重并发症患者；② 不符合原发性高血压诊断患者；③ 不愿意应用中药治疗疾病的患者。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组采用高血压常规西药治疗，主要选择的药物有硝苯地平缓释片（ $10\text{mg}/\text{片}$ ）；缬沙坦胶囊（ $80\text{mg}/\text{粒}$ ）；氢氯噻嗪片（ $25\text{mg}/\text{片}$ ）；苯磺酸氨氯地平片（ $5\text{mg}/\text{片}$ ）等。根据患者的不同病理状态选择合适药物及用药方法，单一用药或多药联用，目的是将患者的血压数值控制平稳，治疗期间保证患者不间断服药。

1.2.2 观察组

观察组患者在完全遵照对照组患者的治疗基础上，配合选用传统中药治疗，应用半夏白术天麻汤加减，半夏白术天麻汤方药组成：半夏 12g，天麻 10g，茯苓 6g，陈皮 10g，白术 12g，甘草 5g，生姜 1 片，大枣 2 枚，水煎服，日一剂，早晚分服，主治风痰上扰所致的血压偏高之证，可行熄风化痰、理气和胃的功效。若患者兼有其他证型表现，可根据临床症状辨证加减用药。

1.3 观察指标

两组患者连续治疗一周后，应用统计学方法记录并统计两组患者的收缩压（SBP）和舒张压（DBP）降低情况、临床症状改善时间和用药后各项不良反应发生率，比较两组数据的差异性。

1.4 统计学方法

将本组数据代入 SPSS21.0 软件处理分析，计量资料用（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，实施 t 检验；计数资料用%表示，用 χ^2 检验。 $P<0.05$ ，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后血压下降情况

通过对 2 组患者治疗前后的收缩压和舒张压下降情况实施 t 检验，结果发现，2 组患者治疗前的收缩压和舒张压差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），施行不同治疗方案后，可以发现，两组患者的舒张压和收缩压的数值均有所下降，而观察组的下降程度明显优于对照组患者，且 $P<0.05$ ，差异具有统计学意义。具体结果见表 1 和表 2。

表 1. 两组患者治疗前后收缩压（SBP）变化情况（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	55	165.31 ± 6.47	113.47 ± 3.12
对照组	55	164.23 ± 6.31	132.25 ± 4.76
t	-	2.122	4.375
P	-	0.074	0.042

表 2. 两组患者治疗前后舒张压（DBP）变化情况（ $\bar{x}\pm s$ ）（n，%）

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	55	105.42 ± 4.47	89.42 ± 3.27
对照组	55	104.93 ± 4.31	85.31 ± 3.54
t	-	1.413	4.375
P	-	0.082	0.035

2.2 两组患者治疗后临床症状改善时间

通过对 2 组患者治疗后的临床症状改善时间实施 t 检验，结果发现，观察组患者的各项临床症状改善时间均短于对照组患者，且 $P<0.05$ ，差异具有统计学意义。具体结果见表 3。

表 3. 两组患者治疗后各项临床症状改善时间（d）（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	头晕	胸闷	恶心
观察组	55	2.12 ± 0.34	2.07 ± 0.41	1.32 ± 0.18
对照组	55	3.23 ± 1.02	2.97 ± 0.78	2.45 ± 1.14

t	-	5.423	4.937	5.324
P	-	0.023	0.042	0.016

2.3 两组患者用药后不良反应发生率

通过对 2 组患者用药后不良反应发生情况进行统计分析, 结果发现, 观察组患者的用药后不良反应发生率明显低于对照组 ($P<0.05$), 各项不良反应的出现次数均不高于对照组, 差异具有统计学意义。具体结果见表 4。

表 4. 两组患者的临床治疗有效率 (n, %)

组别	例数	头晕头痛	恶心呕吐	水肿	心慌	不良反应发生率
观察组	55	1	2	1	0	7.27%
对照组	55	2	2	5	2	20.00%
χ^2	-	-	-	-	-	6.238
P	-	-	-	-	-	0.028

3 讨论

高血压属于一种非常常见且高发的慢性疾病, 我国成年人该病的发病率高达 1/3。该病的发生与基因遗传、生活环境、饮食习惯、工作作息、情绪压力等多种因素都存在一定联系^[5]。不良的生活方式可能会诱发该病的发生, 因此目前针对高血压的治疗方法常为药物治疗联合个人生活调整。

高血压根据发病原因的不同可分为原发性高血压和继发性高血压, 原发性高血压的发病原因不明, 推测可能与遗传影响、生活习惯、饮食作息、情绪压力、年龄老化等因素有重要关系^[6], 而继发性高血压则是由于明确的原发疾病导致的血压异常升高, 可以通过治疗原发疾病来帮助降低血压, 主要疾病类型有肾源性高血压、内分泌异常 (如库欣综合征、全固醇增多症、嗜铬细胞瘤等)^[7]。

针对原发高血压的治疗, 临床上常选用对症的降压药物, 包括 β 受体拮抗剂、钙通道阻滞剂、血管紧张素转化酶抑制剂、血管紧张素 II 受体拮抗剂和利尿剂, 其作用机理各不相同^[8]。例如利尿剂, 主要作用原理是加强肾脏的排钠功能, 从而降低血管中血液的含水量, 继而降低血管承受的压力; β 受体拮抗剂能够帮助减少心肌的收缩力量, 改善心脏的排血量, 从而缓解血压的升高; 钙通道阻滞剂的作用原理与之相似, 能够抑制血管对钙离子的吸收摄取, 从而降低血管的收缩反应, 达到降低血压的目的; 血管紧张素转化酶抑制剂和血管紧张素 II 受体拮抗剂能够直接抑制血管紧张素的生成和摄取, 从而也帮助降低血压^[9]。临床上常常根据患者血压异常升高的作用原因选择合适的药物, 若同时合并多种高血压的患病机理, 则会选择联合用药, 以达到最佳降压效果^[10]。

在药物治疗方面, 目前可以选择的降压药物有很多, 但是有发生用药不良反应的风险。例如钙通道阻滞剂, 可能会发生面部潮红、心率升高、水肿等问题, 利尿剂应用后可能会出现低钾现象, 需要及时监测血钾指标。因此, 我们选择联合中药治疗, 减少不良反应的发生, 提高降压效果, 改善患者的不适症状。半夏白术天麻汤加减治疗高血压常被临床上应用, 且多组临床数据显示效果良好。半夏白术天麻汤由天麻、半夏、茯苓等药物组成, 能够熄风化痰、健脾祛湿, 可用来治疗高血压风痰上扰的患者, 行熄风化痰、清热开窍之功, 能够对临床上血压偏高患者起到很好的降压作用。临床上常将其应用于风痰上扰所致的高血压、眩晕、头痛等病症。其中半夏可治呕恶痰涎等痰浊中阻、胃气上逆之证; 白术利水, 能治下肢水肿, 使小便自利, 现代药理学表示通过排水降低血容量有助于降低血压异常升高的问题; 茯苓也有利水下行的功效, 可治心悸、头眩、烦躁等; 天麻可以定惊安神, 平肝熄风, 其所含有的天麻素成分还可以镇静安神、缓解头痛。诸药合用, 以达到平稳降压的功效。

除合理用药以外, 现在临床上同时提倡调整健康的生活方式来促进降压药物的疗效, 达到长久降压稳压的目的。据统计, 我国罹患高血压的人群大多存在长期不良的生活习惯, 包括暴饮暴食、抽烟酗酒、久坐不动、

熬夜失眠、工作学习压力较大等^[11]。其中暴饮暴食包括长期进行高盐高糖高脂饮食, 我们知道钠含量摄入过多会使体内储水, 人体内血流量增加从而导致血压的升高; 高糖高脂饮食会直接引起人体血糖血脂数值异常, 而目前也有研究显示, 高血糖和高血脂也能够直接或者间接引起血压的异常增长, 这三大指标是相互作用、相互转化的^[12]。长期熬夜会导致人体内激素分泌异常, 且心脑血管长期处于过度使用和疲惫状态, 能够增加高血压的患病风险。而处于工作、学习长期高压紧张状态下, 人体的免疫系统会受到损害, 内分泌系统功能紊乱, 异常分泌儿茶酚胺等促进血管收缩、血压升高的物质, 从而导致高血压^[13]。

在本次临床试验中, 在两组患者治疗前后血压下降情况方面, 治疗前两组患者的收缩压和舒张压数值差异无统计学意义, $P>0.05$, 治疗后观察组患者的收缩压和舒张压数值下降均较对照组明显, $P<0.05$, 差异具有统计学意义, 因此可以看出, 应用半夏白术天麻汤加减治疗高血压患者具有较好的降压疗效; 在两组患者治疗后临床症状改善时间方面, 观察组患者的各项临床症状缓解时间均短于对照组患者, $P<0.05$, 差异具有统计学意义, 因此应用半夏白术天麻汤加减能够更快改善患者临床不适症状, 治疗效果更明显; 在两组患者用药后不良反应发生率方面, 观察组患者的用药后不良反应发生总率低于对照组, 各项不良反应发生次数也少于对照组, $P<0.05$, 差异具有统计学意义, 这可以说明, 应用半夏白术天麻汤加减能够帮助改善高血压患者治疗时的不良反应发生情况, 治疗副作用更低, 具有明显治疗优势。

综上所述, 临床上应用半夏白术天麻汤加减治疗高血压患者具有很好的治疗效果, 建议临床上推广使用。

参考文献:

[1] 苏锐锋, 苏畅, 谭小波, 等. 重度高血压性视网膜病变患者黄斑视网膜厚度和视盘周围神经纤维层厚度的变化[J]. 中国老年学杂志, 2022, 42 (11): 2718-2720.

[2] 朱政, 付常喜, 马文超, 等. 有氧运动调控自发性高血压模型大鼠心脏重塑的机制[J]. 中国组织工程研究, 2022, 26 (14): 2231-2237.

[3] 李琳, 安艳玲, 李军, 等. 高血压结构化治疗与教育课程对高血压病人护理干预效果的影响[J]. 护理研究, 2022, 36 (8): 1400-1404.

[4] 刘兴宇, 张晓飞, 田宝刚, 等. 老年高血压脑出血患者皮质脊髓束损伤程度对认知功能的影响[J]. 中国老年学杂志, 2022, 42 (7): 1557-1560.

[5] 陈立志, 江飞飞, 杨铭. 高血压合并腔隙性脑梗死患者认知功能障碍的影响因素分析[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2022, 24 (4): 408-411.

[6] 闫宇, 王晓雯, 谷雨萌, 等. 高血压合并急性缺血性脑卒中患者血压变异性与气温变化的关系研究[J]. 天津医药, 2022, 50 (6): 627-632.

[7] 卫建辉, 曹娟娟, 翟哲民, 等. 亚临床副神经节瘤合并原发性高血压 1 例并文献复习[J]. 重庆医学, 2022, 51 (8): 1330-1334.

[8] 司全金. 关注老年高血压合并脑卒中患者的降压策略[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2022, 24 (1): 1-3.

[9] 王振花, 李潮生. 饮食作用的肠道菌群-免疫轴与高血压相关性的研究进展[J]. 基础医学与临床, 2022, 42 (6): 983-987.

[10] 赵璐, 张明泉, 郭雨洁, 等. 基于中医传承辅助平台探讨国医大师李士懋治疗高血压组方规律[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2022, 24 (2): 830-836.

[11] 张索磊, 韩晓燕. 2011 与 2017 年北京市朝阳区 60~79 岁居民高血压患病情况及影响因素分析[J]. 中国健康教育, 2022, 38 (2): 125-129.

[12] 赵丽, 苏璇, 宋晓蕾, 等. 左心室心肌做功参数评估原发性高血压患者左心室功能[J]. 中国医学影像技术, 2022, 38 (4): 520-525.

[13] 王儒仙, 戴青原, 吕娜英, 等. 沙库巴曲缬沙坦治疗高血压并舒张性心力衰竭的研究进展[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2022, 24 (4): 436-438.

桃红四物汤联合定坤丹治疗痛经（气虚血瘀型）疗效观察

陈修群 刘晓梅 陈芳 蔡晓勤 冯建

贵州省仁怀市中医院妇科 贵州仁怀 564500

摘要：目的：观察桃红四物汤联合定坤丹治疗气虚血瘀型原发性痛经疗效，方法：将 80 例气虚血瘀型原发性痛经患者随机分为两组，治疗组（40 例）对照组（40 例）治疗组和对照组病例均月经前 5-7 天口服定坤丹每次一瓶 每天两次，月经第一天停药，治疗组月经前一周开始使用桃红四物汤直肠滴注。两组治疗三个月观察其临床疗效。结果 治疗组总有效率达 82.5%对照组 为 60%。两组临床疗效比较，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：桃红四物汤联合定坤丹治疗气虚血瘀型原发性痛经较仅使用定坤丹疗效显著，值得临床推广应用。针对原发性痛经气虚血瘀证型，采用桃红四物汤水煎直肠滴入活血化瘀联合定坤丹口服补益气血治疗，研究多途径多方法联合治疗本病的综合治疗效果，为提高本病中医药治愈率，降低复发率，值得临床推广应用。

关键词：痛经；气虚血瘀型；中医药疗效；桃红四物汤；定坤丹

痛经（dysmenorrhea）为最常见的妇科症状之一，指行经前后或月经期出现下腹部疼痛、坠胀，伴有腰酸或其他不适，症状严重影响生活质量者^[1]。痛经分为原发性痛经和继发性两类，原发性痛经指生殖器官无器质性病变的痛经；继发性痛经指由盆腔器质性疾病，如子宫内膜异位症、子宫腺肌病等引起的痛经。原发性痛经多见于未婚或已婚未孕患者，与子宫、痉挛性收缩有关^[2-3]，属妇科常见病、多发病。对于本病的治疗西医通常采用镇痛、镇静、解痉以及激素制剂等，虽能暂时缓解疼痛，但有一定的不良反应，且远期疗效不理想^[4]。而中医药在治疗原发性痛经方面具有显著的优势，现将采用桃红四物汤联合定坤丹治疗气虚血瘀型原发性痛经取得研究成果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 6 月至 2022 年 6 月我院妇科门诊患者，共 80 例，随机分为治疗组和对照组。治疗组和对照组各 40 例。

1.2 病例选择标准

1.2.1 青春期及育龄期妇女连续 3 个月经周期以上在经前 1 d~2d 或经期出现周期性小腹疼痛隐痛为主，喜按，经色紫黯，量有增多或减少，伴血块，块下痛暂缓或得温痛减，妇科 B 超检查生殖器官无器质性病变者。兼症：（1）小腹疼痛伴冷痛或灼热痛或胸腹胀痛；（2）疼痛严重者可放射到腰骶部、肛门、阴道、股内侧等。舌象：舌黯或有瘀点，苔白。脉象：脉弦紧。以上症状，主症必备，兼有次症 1 项或 1 项以上，结合舌脉即可确诊^[3] [4][5]；（3）病情程度分级标准，轻度 8 分以下，中度 8 分~13.5 分。14 分以上重度

1.2.2 纳入标准

（1）符合以上所述诊断标准，临床诊断为痛经；（2）女性，年龄 18-50 岁者；（3）妇科彩超提示无器质性无异常；（4）无心、脑、肾等重要脏器病变者。

1.2.3 排除标准

① 不符合以上所述而错误纳入标准者；② 妊娠期、哺乳期女性；③ 伴有肠道炎性疾病（放射性直肠炎、溃疡性结肠炎等）者；④ 伴有心脑血管、肝、肾、造血系统等严重原发疾病及恶性肿瘤者；⑤ 伴有糖尿病等人体代谢系统性疾病或长期使用激素不利于伤口愈合者；⑥ 伴有肛窦炎、肛门直肠周围脓肿、肛裂等肛周疾病而影响术后疗效判定者；⑦ 正参加其他临床试验的患者；⑧ 合并有传染性疾病者（乙肝、结核、艾滋等）；⑨ 吸毒者、过敏体质及瘢痕体质者，智力低下及言语表述不清等智力障碍者。

1.3 治疗方法

治疗组：辨证采用以上方药，于经前 5-7d 开始口服定坤丹（山西广誉远国药有限公司 7g/瓶）每天 2 次每次 3.5g 用药至月经第一天，同时使用桃红四物汤灌肠。水煎 500mL 浓煎至 150mL，每日二便后，左侧卧位，

予 38℃~40℃药液于肛门直肠置入灌肠管约 12~15cm，保留灌肠 1h 以上^[5]。1 个月经周期为 1 个疗程，共用药 3 个疗程，停药 3 个月经周期后回访复发率。对照组：辨证采用以上中成药定坤丹内服，服药方法同治疗组，另其服药时间、疗程及回访亦同观察组。

1.4 疗效标准

参照 2002 年国家食品药品监督管理局出版《中药新药临床研究指导原则（实行）》^[6]。

痊愈：治疗后积分恢复至 0 分，症状、体征消失停药后 3 个月经周期未复发者

显效：治疗后积分降低至治疗前积分的 1/2 以下，症状好转，不用治疗或服用止痛药可以坚持工作学习者。

有效：治疗后积分降低至治疗前积分的 1/2~3/4，症状好转，治疗或服用止痛药后可以坚持工作学习者。

无效：症状、体征无改变

1.5 统计学方法 采用 SPSS19.0 统计学软件，计量资料进行方差齐性检验，计数资料采用 X 检验

2 结果

2.1 两组治疗前后 VAS 评分比较

2 组治疗 2 个月经周期、3 个月经周期后 VAS 评分均明显低于治疗前（ $P < 0.05$ ），随访 3 个月均明显高于治疗 3 个月经周期后（ $P < 0.05$ ）。试验组治疗 3 个月经周期后 VAS 评分明显低于治疗 2 个月经周期后（ $P < 0.05$ ），随访 3 个月明显低于治疗前（ $P < 0.05$ ）。对照组治疗 3 个月经周期后与治疗 2 个月经周期后相比、随访 3 个月与治疗前相比，差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。试验组治疗 2 个月经周期后 VAS 评分高于对照组（ $P < 0.05$ ），治疗 3 个月经周期后与对照组比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），随访 3 个月明显低于对照组（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1 2 组原发性痛经患者治疗前后痛经症状 VAS 评分比较[n, ($\bar{x} \pm s$, 分)]

组别	例数	治疗前	治疗 2 个月	治疗 3 个月	随访 3 个月
治疗组	40	10.78±3.61	7.18±2.72	4.55±2.58	3.26±2.49
对照组	40	10.63±3.68	8.68±3.19	6.50±2.98	5.90±3.19
t		0.184	2.263	3.128	4.121
p		0.854	0.026	0.002	<0.001

经重复测量方差分析显示，治疗组和对照组 VAS 评分随着干预时间的变化差异有统计学意义。治疗组和对照组 VAS 评分治疗前差异无统计学意义，具有可比性，两组在治疗 2 个月、3 个月和随访 3 个月时，在 VAS 评分上差异有统计学意义，治疗组的 VAS 评分低于对照组，说明治疗组在改善 VAS 评分上的效果好于对照组。治疗组组内比较显示，随着治疗时间的增长，VAS 评分不断降低，差异有统计学意义；对照组组内比较显

示,随着治疗时间的增长,VAS评分不断降低,差异有统计学意义。说明治疗组和对照组均能改善VAS评分,但治疗组的效果好于对照组。

2 组临床疗效比较

治疗2个月经周期后,试验组总有效率为60.0%,对照组总有效率为72.5%,2组比较差异无统计学意义($P<0.05$);治疗3个月经周期后,试验组总有效率为82.5%,对照组总有效率为75.0%,2组比较差异无统计学意义($P<0.05$),见表2及表3。

表2 两组治疗2个月经周期临床疗效比较[n, (%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	40	13	10	6	11	72.5%
对照组	40	6	7	11	16	60.0%
Z			2.027			
P			0.043			

经秩和检验分析显示,治疗组和对照组在治疗2个月后的临床疗效上差异有统计学意义($Z=2.027$, $P=0.043<0.05$),治疗组的总有效率为72.5%,对照组的总有效率为60.0%,治疗组的2个月临床疗效好于对照组。

表3 两组治疗3个月经周期临床疗效比较[n, (%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	40	18	9	6	7	82.5%
对照组	40	8	9	13	10	75.0%
Z			2.288			
P			0.022			

经秩和检验分析显示,治疗组和对照组在治疗3个月后的临床疗效上差异有统计学意义($Z=2.288$, $P=0.022<0.05$),治疗组的总有效率为82.5%,对照组的总有效率为75.0%,治疗组的3个月临床疗效好于对照组。

表4 不同程度痛经疗效比较[n, (%)]

程度	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
轻度	24	13	6	2	3	87.5%
中度	33	9	7	11	6	81.8%
重度	23	4	5	6	8	65.2%
Z			9.249			
P			0.010			

经秩和检验分析显示,不同病情严重程度的患者在痛经疗效上差异有统计学意义($Z=9.249$, $P=0.010<0.05$),轻度组的总有效率为87.5%,中度组的总有效率为81.8%,重度组的总有效率为65.2%,轻度组的痛经疗效好于中度组,中度组的痛经疗效好于重度组,见表4。

3. 讨论

在女性的月经周期过程中,子宫内膜先是增厚以备可能的怀孕。卵巢排卵后,如果“卵细胞没有受精(英语: Human fertilization)”及/或“没有怀孕”,则新增的子宫组织(即先前为怀孕做准备所新生的子宫内膜组织)将因为用不到而脱落,子宫内膜脱落后会释放前列腺素^[7-8]。痛经是指妇女在经期及其前后出现小腹及腰部疼痛甚至痛及腰骶部,每随月经周期而发,严重可伴恶心呕吐、冷汗淋漓、手足厥冷甚至晕厥。临床诊断中,要区分痛经与子宫内膜异位症、子宫肌腺病、盆腔炎性疾病等引起的继发性痛经关系^[9]。现代医学分为原发性和继发性两种。原发性痛经多指生殖器官无明显病变者,故又称功能性痛经,多见于青春期、未婚及已婚未育^[10]。继发性痛经多因生殖器官有器质性病变所致,例如:子宫内膜异位症、盆腔炎、肿瘤等症状。常见治疗方法包括:调整患者心理,尽量消除紧张情

绪;保持充足的睡眠,进行规律而适度的锻炼,戒烟戒酒;在疼痛无法忍受时借助药物进行治疗。西医治疗原发性痛经常用非甾体抗炎药及口服避孕药^[11]。但是非甾体抗炎药有较大的不良作用,例如:胃肠道的不良反应,甚至出现胃出血、胃穿孔的危险。口服避孕药治疗原发性痛经的有效率虽然高达90%,但是长期口服避孕药,容易导致体重增加、月经紊乱等不良反应^[12]。

中医学认为,本病的基本病机是“不痛则痛”和“不荣则痛”,辨证分型多种多样,而血瘀和气虚是最为常见的症型,且二者密切相关,并常常同时出现^[13]。在治疗上针对血瘀和气虚,多以活血化瘀和补气活血为主,活血化瘀常以桃红四物汤加减,用药方法以口服为主,也常采用直肠滴入、局部热敷等多种方法给药^[14]。桃红四物汤以当归、熟地、川芎、白芍、桃仁、红花为主,具有扩张血管、抗炎、抗疲劳、抗休克、调节免疫功能、降脂、补充微量元素、抗过敏等作用^[15]。桃红四物汤联合定坤丹治疗痛经,能够起到很好的治疗效果。

本研究拟针对原发性痛经气虚血瘀证型,采用桃红四物汤水煎直肠滴入活血化瘀联合定坤丹口服补益气血治疗,研究多途径多方法联合治疗本病的综合治疗效果,为提高本病中医治愈率,降低复发率等和进一步完善痛经的中医药诊疗方案提供可靠的临床实践依据。

综上所述,女性痛经直接影响到女性的正常生活、学习和工作,采用桃红四物汤联合定坤丹,能有效治疗女性痛经,可以在临床上广泛推广。

参考文献:

- [1]陈志霞,梁洁莎.痛经的中医辨证论治探讨[J].中医中药,2010,7(8):73.
- [2]罗晶.痛经方周周期性治疗寒瘀型原发性痛经临床观察[J].上海中医药杂志,2011,45(1):57-58.
- [3]Hsu CS, Yang JK, Yang LL.Effect of“Dang-Gui-Shao-YaoSan”a Chinese medicinal prescription for dysmenorrhea on uterus contractility in vitro[J].Phytomedicine,2006,13(1-2):94-100
- [4]张玉珍.中医妇科学[M].北京:中国中医药出版社,2006:131—133.
- [5]谢幸,苟文丽.妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,2014:362.
- [6]国家食品药品监督管理局.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,2002:54—58.
- [7]刘筱茂.调肝汤加味治疗肝肾亏虚型原发性痛经的临床观察[J].光明中医,2017(17):2.
- [8]张丽梅.逍遥萎贝散合桃红四物汤联合安宫黄体酮治疗子宫内膜异位症痛经50例[J].医药前沿,2014,000(022):347-347.
- [9]高璐.桃红四物汤加减联合咀嚼美辛片治疗原发性痛经76例[J].中文科技期刊数据库(文摘版)医药卫生,2015(9):00242-00242.
- [10]余映萍,刘章凯,葛芳.桃红四物汤配合针灸治疗痛经的疗效分析[J].基层医学论坛,2015,19(4):2.
- [11]傅廷文.针灸联合中药桃红四物汤用于痛经治疗效果评价[J].医药前沿,2016,000(004):386-387.
- [12]崔宝玉.桃红四物汤治疗原发性痛经的临床观察[J].中国民间疗法,2016,24(10):2.
- [13]张燕.桃红四物汤联合针灸治疗月经不调的临床效果分析[J].世界最新医学信息文摘,2019(53):2.
- [14]刘立,段金藏,宿树兰,等.用于妇科血瘀证痛经的四物汤类方——桃红四物汤的研究进展[J].中国中药杂志,2015,40(5):8.
- [15]李巍巍.探讨桃红四物汤加减治疗子宫腺肌症痛经的临床效果[J].中国卫生标准管理,2018,9(11):3.

基金项目:遵义市科技局项目,项目编号:遵市科合HZ字(2020)203号。

中药调剂中存在问题分析及管理方法探讨

韩花

大通县人民医院药剂科 青海大通 810100

摘要:目的 分析中药调剂中存在的问题及管理方法。方法 于2021年3月-2022年3月开展研究,将本院中药房调剂处方进行筛选,共筛选出36600张进行本次研究,对方调剂中的问题进行分析,改进管理措施。结果 中药调剂中存在的问题包括中药饮片质量问题、调配不准确、发药交代不详细、未严格审方、调配人员素质差。采用中药治疗的患者中,发生用药不良反应的有14例,占比0.04%。结论 对中药调剂中存在的问题进行分析,进行严格的管理,可提升调剂质量。

关键词: 中药调剂; 问题; 管理方法

中药调剂是中药房工作人员每天执行的工作任务之一,其工作程序包括审方、计价及调配、复核、发药、包装等多个环节。通过中药调剂,能够按照处方要求将不同的中药剂型发放给患者,达到辩证治疗的目的。中药调剂遵循了中药辩证治疗中因人而异的治疗理念,对临床治疗效果及安全性有直接的影响^[1]。其中审方环节是中药调剂的首个环境,是中药房药师对方上的相关内容进行核实的行为。这一流程主要是通过中药房人员的审核,保证处方的准确性,确保中药调剂有明确的依据。而计价环节主要是对方中的药物价值进行计算。复核、包装及发药环节是保证中药各种剂型能够准确调节的关键。在发药环节还需要对患者进行医嘱的解释。每一个环节环环相扣,缺少了哪一个环节,或者说哪一个环节出现问题,都会影响中药调剂质量及准确性,会造成患者治疗效果大打折扣,还会影响治疗的安全性。本次研究针对中药调剂的重要性及工作中存在的问题进行分析,找出相应的管理方法,为中药房管理提供可靠的建议。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

于2021年3月-2022年3月开展研究,将本院中药房中筛选的36600张处方作为研究样本。涉及的患者共36600例,其中男24000例,女12600例;年龄18-74岁,平均(46.5±3.3)岁。纳入标准:均采取中药治疗;患者及家属知情同意;排除标准:存在中药治疗不良反应或不耐受者;临床资料不全者;失访者。

1.2 方法

从医院中药房2021年3月-2020年3月记录在档,且资料完整,可溯源的中药处方中,筛选出36600张处方。对方书写、患者疾病及用药、配伍、用药时间等内容进行详细分析,找出中药调剂中存在的问题。通过问题的分析,提出相应的解决办法。对所有的患者进行定期用药随访,发现处方出现问题,需立即通知患者停药,再次入院检查,观察不良反应。将处方回收,将所服药品回收,分析处方中存在的问题,对包括书写是否规范,是否对症用药,是否存在用药禁忌情况进行分析。对患者病情进行分析,对药物调配情况及用药时间、药量、用药频次等指标进行分析。检查药房工作人员工作质量,分析是否因漏抓、误抓而导致中药调剂错误。分析是否存在专业素质差,不能够顺利完成工作的问题。观察患者是否正常用药,了解患者使用方法,了解煎煮方式。了解患者的饮食习惯及是否遵医嘱明确用药禁忌。

1.3 观察指标

(1)统计中药调剂中存在的问题及所占比例;(2)不良反应,统计胃肠道、皮肤、神经系统不良反应^[2]。

2 结果

2.1 中药调剂中存在的问题及所占比例分析

中药调剂中存在的问题包括中药饮片质量问题、调配不准确、发药交代不详细、未严格审方、调配人员素质差,占比情况见表1。

表1 中药调剂中存在的问题及所占比例分析[n(%)]

问题	例数	占比
中药饮片质量问题	70	0.19
调配不准确	60	0.16
发药交代不详细	40	0.10
未严格审方	110	0.30
调配人员素质差	20	0.05
合计	300	0.8

2.2 不良反应统计

采用中药治疗的患者中,发生用药不良反应的有14例,占比0.04%。详见表2。

表2 不良反应统计[n(%)]

不良反应	例数	占比
胃肠道不良反应	6	0.02
皮肤不良反应	4	0.01
神经系统不良反应	4	0.01
合计	14	0.04

3 讨论

中医治疗历史悠久,随着这门学科不断发展及完善,在各种临床疾病中发挥了重要的作用。中药是中医治疗的工具,不同的中药剂型用法及用量,取得的疗效存在很大的差异。中医讲究辩证施治,不同疾病类型,病情严重程度及患者的个体化需求,都是临床医师开具处方的依据^[3]。中药调剂在我国历史悠久,通过对不同的中药剂型进行调节,能够充分满足患者治疗的需求。中药调剂的环节较多,包括审方、计价、调配、复核、包装、发药等。操作步骤复杂,程序多,出现问题的情况也较为普遍。而中药调剂的作用十分重要,通过遵循处方的用药需求,为患者调配合适的中药药剂,能够满足临床治疗的需求。

目前,采取中药治疗的患者数量不断增加,中药房工作人员工作量不断增加,涉及的工作也较多。因此,在中药调剂过程中,需要工作人员对中药知识及患者的病情有充分了解,以提升调剂的准确性。正常的工作程序,是由临床医师出具处方,选择合适的药物类型,并经过划价程序,流入到药师审核阶段。药师审核通过后,由中药房工作人员进行各种中药类型的调配,进行复核,发放给患者,并对患者进行医嘱解释^[4]。在中药调剂过程中,受到工作量、工作流程复杂,涉及人员多等因素的影响,发生

各种问题的情况也较多。为此,在中药调剂过程中,对工作中存在的问题进行分析,并提出相应的改进措施,利于提升中药调剂质量,确保患者治疗效果及治疗安全。

从本次研究结果看,中药调剂中存在的问题包括中药饮片质量问题、调配不准确、发药交代不详细、未严格审方、调配人员素质差。采用中药治疗的患者中,发生用药不良反应的有14例,占比0.04%。说明中药调剂中存在着问题,这也是导致中药治疗患者用药期间出现不良反应的一部分原因。而医院想要解决中药调剂中存在的问题,改进调剂质量,就需要从这些问题入手进行深入分析,对管理制度进行进一步改进,规范中药房中药调剂工作流程,减少工作差错。

本次研究对中药调剂中出现的问题进行了深入分析。其中中药饮片质量问题,是导致中药治疗疗效欠佳及出现不良反应的关键因素。中药饮片品种多样,且炮制程序复杂,需要经过采收、加工及炮制、保存等多个环节。哪一个环节出现问题,都会影响其品质。尤其是在中药调剂过程中,没有及时发现虫蛀、发霉、变色及性质改变、粘连、腐烂等情况,将调剂后的药品发放给患者,就很容易引发不安全事件。另外一个问题,是目前天然中药材数量供不应求,很多地方出现人工种植情况,还有的供货商以次充好,混淆药品。在药品调剂过程中,若不能明确鉴别一些被次品或者冒充品代替的药品,就容易出现质量问题。在中药调配环节,最容易出现的错误,包括药名相近,药物不同而导致的调剂差错,最明显的例子就是将浙贝母调剂为川贝母,或者将补骨脂调剂为骨碎补等。也有因药品外表相似而调剂错误的情况,如天花粉、山药和白芷的外形接近,桃仁和杏仁的形状相似,这些都容易混淆。在调剂中,对于炮制品和应付品调剂错误的情况,也需要高度警惕^[5]。如炙甘草和甘草、炙麻黄和麻黄,都不是同一个中药剂型。在中药调配中,漏配的情况较为普遍,多数因药物不常用,或者字迹不清,在调配时将其放在最后调配。但在复核环节,没有发现漏配,导致这一环节出现错误。另外,还有在称量不准确的情况。或者上面斗中的药物串到下面斗中,导致出现串斗情况。发药交代不详细的情况,主要集中在未向患者明确交代煎煮的时间及注意事项。没有告知患者在煎煮药物过程中,先煮哪一种,后煮哪一种,煮几遍,煮多长时间,而导致药效难以充分发挥。也没有详细告知患者应如何服用汤剂,导致患者服药不得当,影响治疗效果。还有的患者由于不了解服药时间,将刺激肠胃的药物在饭前空腹服下,导致出现胃肠道刺激。而滋补药物在饭后服用,极大的降低了药效。在发药叮嘱过程中,还应该告知患者饮食禁忌及生活禁忌,药物煎煮工具、火候及煎煮方法等,若没有及时告知,就会导致药效难以充分发挥,影响治疗效果。由此可见,发药时未交代清楚注意事项,也会影响中药用药疗效。对于临床医师来说,开具处方不规范,会导致其流入到审方程序中。在审方中,中药药师需要针对中药处方中的内容,进行逐条审核。一般情况下,审方不仔细主要是由于处方书写潦草,不规范或者不按照中药房药名开具处方等产生,在审核过程中,需要秉持负责任的态度,要求临床医师重新书写。由于一些中药房药师没有规范处方标准,导致处方流入调配程序中,使其出现乱猜乱配情况,影响调配效果^[6]。还有的调配人员由于对处方上的脚注不了解,出现违规操作情况,未对患者进行医嘱交代。这些都是开具处方及处方审核中存在的问题,对中药调配准确性有很大的影响。从中药房工作人员责任心及整体业务素质上看,由于基层医院中药房工作人员缺乏,没有进行相关的培训,缺乏高精尖的人才。因此,对中药知识的掌握程度不高,缺乏基本的责任心。因此在中药调配过程中,往往出现调配差错情况。

针对中药调剂中存在的问题,需要加强管理^[7-9]:(1)加强处方书写质量管理。医院需要建立、改进处方书写管理办法。要求临床医师按照《药典》的内容开具处方。并同时根据医院处方开具要求,将处方术语及脚注填写完整,保证整个处方清晰明了,使调配人员能够严格按照处方调配药物。另外,在很多医院中已经形成了信息化管理系统,电子处方从临床医师处直接传输到中药房,极大的减少了因触犯书写不规范导致的中药调配差错问题。尽管如此,中药房药师审方流程仍十分重要,能够及时发现处方中存在的问题,要求医师改正,避免影响调剂的准确性。(2)进行岗位培训。提升从业人员的专业素质及责任心是改进中药房药品调剂的重要举措。因此在中药房工作人员的培训中,需要重点进行职业道德、责任心、中药知识等的培训。使其充分树立以患者为中心的服务理念,不断学习中药知识,使自身中药调配水平不断提升。(3)规范中药调配各环节工作。在备药环节,需要保证中成药、中药饮片均经过正规渠道购入,并按照标准方法进行保存,标记购入日期,定期检查外观,检查是否存在质量问题。每天进行药品统计,发现潮湿、变色、虫蛀等药物需要及时处理,避免流入调配程度。严格处方审查制度。责任到人,要求中药房药师对处方托内容进行详细审核,发现问题责令改正。若不合格处方流入到调配程序,则需要追究临床医师及审方药师双方的责任。在处方调配环节,要求所有的工作人员将开具的要求阅读完毕后,再将药物准备好,并再次复核,签字后,再放入包装袋中交给患者^[10]。在复核及发药环节,调配与复核人员应保证不相同,以便及时发现处方调配中存在的错误。在发药时,还需要详细提醒患者注意事项、用药方法等。提醒患者核对药物。选择责任心强,且具备专业的中药知识的工作人员尤为重要。

综上,中药调配中存在的问题,对这些问题进行收集和整理,进行深入分析,提出相应的管理措施,利于减少工作差错,提升中药调配质量,为患者提供满意的服务。

参考文献:

- [1]王金,廖元冠,王大明.中药配方颗粒与中药饮片在中药调剂管理中的应用效果[J].深圳中西医结合杂志,2020,30(18):84-86.
- [2]潘佳,赵叶,叶凤.中药调剂监管在减少中药房不良事件及差错事件中的应用[J].中医药管理杂志,2021,29(23):125-127.
- [3]刘平.强化中药房规范化管理对提高中药处方调剂质量的影响[J].现代养生,2021,21(20):53-55.
- [4]王红英.中药调剂管理中中药配方颗粒与中药饮片应用对比[J].光明中医,2021,36(18):3032-3034.
- [5]曹秋来,郑旭鹏,陈芳.信息化管理系统对中药房管理质量的影响[J].中医药管理杂志,2021,29(13):192-194.
- [6]俞志武,周燕.中药调剂中采用中药处方分析对提高临床用药安全性的作用[J].中医药管理杂志,2021,29(9):96-97.
- [7]闫守霞.非惩罚性药品调剂差错报告体系对减少门诊中药房中药调剂管理中差错发生的影响及其干预措施[J].抗感染药学,2021,18(4):584-587.
- [8]陈建华.中药调剂管理与中药房的质量控制分析[J].中医药管理杂志,2021,29(6):144-145.
- [9]马文竹.浅谈中药调剂室管理工作细节[J].实用医技杂志,2020,27(12):1698-1699.
- [10]朱灿,顾永江.中药调剂中存在的问题及管理方法[J].临床合理用药杂志,2020,13(34):129-130.

浅谈活血祛瘀类中药配合西药治疗肺心病肺动脉高压的临床效果及预后

李连存

西宁市城东区东关大街社区卫生服务中心 中医皮肤科 青海省西宁市 322000

摘要：目的：对活血祛瘀类中药配合西药治疗肺心病肺动脉高压的临床效果及预后进行研究。方法：本次实验选取 2020 年至 2021 年为时间点，从这段时间内医院接收的所有肺心病肺动脉高压的患者中选择其中符合条件的患者作为实验对象，共计 60 例肺心病肺动脉高压的患者，将其作为研究的对象，将患者平均分为对照组与观察组，每组 30 例患者。对照组患者运用常规西医治疗，观察组患者在西医治疗的基础上运用活血祛瘀的中药治疗方法，对两组患者的临床治疗效果以及患者对治疗的满意度进行对比。结果：观察组患者临床治疗的效果全面优于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。由于两组患者的治疗效果不同，因此患者对两种治疗的满意度也有所不同，实验组患者对治疗方式的满意度为 96.6%，对照组患者对治疗方式的满意度仅为 80%，因此实验组患者对治疗的满意度远高于对照组患者，差异具有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：通过运用活血化瘀类中药配合西药对肺心病肺动脉高压进行治疗，能够有效地改善肺心病肺动脉高压患者的临床症状，有利于改善患者的病情，在临床当中应当被广泛地使用。

关键词：中药；西药；肺心病；肺动脉高压；临床

肺心病作为一种临床上常见的疾病，近几年，肺心病的临床复发率逐渐提升，肺心病的患者数量越来越多，社会各界对肺心病的重视程度逐渐提高。导致肺心病产生的原因有很多，但是最主要的原因是由于患者肺血管、组织等出现慢性的病变，进而使患者肺循环受到一定的阻碍，从而导致患者出现右心室肥大以及肺动脉高压的状况。一般情况下，肺心病会影响着患者的身体健康，但是在严重时也可能导致患者出现右心衰竭的情况，甚至会造成患者的死亡，对患者的生命健康造成严重的威胁。^[1]现阶段对肺心病肺动脉高压的患者进行治疗时往往采用药物治疗的方式，药物治疗沿用的时间比较长，但是实际的治疗效果却并不显著，甚至临床效果逐渐缩减。在药物治疗中，西药治疗的方法最为常见，然而传统西药治疗的治疗效果无法达到预期的目标，甚至在长久的服药过程中，还会产生一些负面作用，导致患者对药物产生依赖性，药效也逐渐减弱。为了更好地治疗肺心病，活血化瘀类中药配合西药的治疗方式逐渐被运用到临床治疗中，因此本研究通过对活血化瘀类中药配合西药对肺心病肺动脉高压进行治疗的效果以及预后进行分析，为临床治疗肺心病提供一定的参考。^[2]

一、资料与方法

1.一般资料

本次实验选取 2020 年至 2021 年为时间点，从这段时间内医院接收的所有肺心病肺动脉高压的患者中选择其中符合条件的患者作为实验对象，共计 60 例肺心病肺动脉高压的患者，将其作为研究的对象。按照随机性的原则，将患者平均分为对照组以及观察组，每组 30 例患者。对照组患者运用常规西医治疗，观察组患者在西医治疗的基础上运用活血祛瘀的中药治疗方法，对两组患者的临床治疗效果以及患者对治疗的满意度进行对比。对照组患者中共有男性患者 16 例，女性患者 14 例，患者的年龄在 22~56 岁之间，患者的平均年龄为（ 36.5 ± 4.7 ）岁；实验组患者中共有男性患者 13 例，女性患者 17 例，患者的年龄在 21~57 岁之间，患者的平均年龄为（ 37.6 ± 4.2 ）岁，两组患者一般资料的比较差异不明显，差异无统计学意义（ $p>0.05$ ），具有可比性。实验开始之前，院方需要将实验的过程告知患者家属，征得患者家属的同意，与患者签署知情协议书，保证实验的合理性。纳入标准：本次实验选择的患者均为临床诊断的肺心病肺动脉高压；实验的患者精神状态良好，可以与医生进行沟通，能够配合临床治疗护理；本次实验选择的患者年龄均符合实验的要求。排除标准：患者存在重要脏器衰竭；患者精神状态差，无法配合治疗；患者的年龄未到实验要求。本次研究患者以及患者家属均知情，并经医院伦理委员会认证。

2.方法

对照组患者运用西药常规治疗的方法。

治疗之前，院方需要对患者进行全面的身体检查，详细了解患者各项身体数据，明确患者是否达到实验的标准，也为之后的治疗做好准备。在临床治疗的过程中对患者运用吸氧、利尿等常规治疗方法，并使用常规西药治疗，使用盐酸地尔硫卓片进行药物治疗。治疗一段时间后，分析患者身体各项指标数值的变化，以此来分析治疗的实际效果。在治疗的过程中，医生要时刻的观察患者的身体变化，时刻调整患者的药物剂量，若是发现患者的身体无法承受要及时地减少药物的剂量，以免对患者的身体安全造成影响。^[3]

观察组患者在进行常规西药治疗的基础上运用活血化瘀类中药治疗。

患者在入院之后，同样需要接受全面的身体检查，待到患者的生命体征稳定之后，着手给予患者进行治疗。通过使用丹参注射液的方法对患者进行治疗，两组患者有着相同的治疗时间，治疗持续 14d。在治疗的过程中，医生要时刻的观察患者的身体变化，时刻调整患者的药物剂量，若是发现患者的身体无法承受要及时地减少药物的剂量，以免对患者的身体安全造成影响。所谓“是药三分毒”，即使是活血化瘀的中药，也蕴含着一定的药效，每一位患者的身体素质并不相同，所以部分患者可能无法承受药物的药效，若是不及时调整药物的剂量，反而会对最终的治疗产生不利影响。^[4]

部分患者对肺心病的认识并不够，因此心理就会产生一些问题，很多患者在治疗的过程中，会心生焦虑，这种情况下会影响治疗的效果。所以在治疗的过程中，医护人员要对患者做好心理护理，对于一些年轻的患者来说，身体素质比较好，心理承受能力比较好，因此并不会受太多的影响。但是对于一些年纪比较大的患者来说，心理承受能力较低，情绪很容易会受到影响，甚至会出现烦躁、无望、沮丧等负性情绪，极为影响治疗的效果。此外，患者的治疗需要住院一段时间，面对陌生的环境，护理人员要持以和蔼的态度，积极地与患者进行沟通与交流，缓解患者的不安感，在治疗的过程中，要根据患者的实际情况及时进行调整，保证治疗的效果^[5]。

3.观察指标

本次实验主要是对活血祛瘀类中药配合西药治疗肺心病肺动脉高压的临床效果及预后进行研究。具体将两组患者的临床疗效分为显效、有效以及无效 3 个不同层级，其中，显效的评价标准为：患者的临床症状完全消退或者出现显著减轻，并无其他并发症发生，治疗评分 >80 分；有效的

评价标准为：患者的临床症状有所减轻，并无其他并发症发生，治疗评分在<80 分，且>60 分的范围内；无效的评价标准为：患者临床症状毫无好转迹象，且具备发生其他相关并发症的可能性，治疗评分<60 分^[6]。

4.统计学方法

通过使用 SPSS20.0 软件对数据进行统计学分析，计数资料以率（%）表示，采用 χ^2 检验；计量资料以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，采用 t 检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

二、结果

通过对两组患者治疗前后血气分析进行对比，得到如表 1 的数据，对照组患者数据全面优于观察组，且差异有统计学意义（P<0.05）。

表 1 两组患者血气分析数据比较

组别		血氧饱和度	血氧分压	肺动脉收缩压
观察组	治疗前	82.31±4.5	60.12±2.1	58.21±7.1
	治疗后	94.12±2.4	75.21±3.6	52.14±6.2
对照组	治疗前	81.64±3.1	61.21±7.1	57.91±1.3
	治疗后	89.62±1.2	70.39±6.2	54.26±2.2

通过对两组患者治疗有效性进行对比，得到如表 2 的数据，观察组患者治疗有效性优于对照组，且差异有统计学意义（P<0.05）^[7]。

表 2 两组患者治疗有效性对比

组别	n	有效	一般	无效	有效率
观察组	30	10	19	1	96.7
对照组	30	9	18	3	90.0

表 3 两组患者对护理的满意程度

组别	非常满意	满意	不满意	满意程度[n（%）]
对照组	12	12	6	24（80）
实验组	13	16	1	29（96.6）
χ^2 值				4.050
P值				0.044

由于两组患者的治疗效果不同，因此患者对两种治疗的满意度也有所不同，实验组患者对治疗方式的满意度为 96.6%，对照组患者对治疗方式的满意度仅为 80%，因此实验组患者对治疗的满意度远高于对照组患者，差异具有统计学意义（p<0.05）。

三、结论

肺心病作为一种临床上常见的疾病，近几年，肺心病的临床复发率逐渐提升，肺心病的患者数量越来越多，社会各界对肺心病的重视程度逐渐提高。导致肺心病产生的原因有很多，但是最主要的原因是由于患者肺血管、组织等出现慢性的病变，进而使患者肺循环受到一定的阻碍，从而导致患者出现右心室肥大以及肺动脉高压的状况^[8]。肺心病作为临床当中常见的肺源性心脏病，对患者的日常生活产生了较为严重的影响，不但导致患者日常生活无法正常进行，同时疾病进展的过程中会导致患者出现肺动脉高压的情况，不但会导致患者的肺部血管出现实质性的病变，严重时会导致患者出现心力衰竭的情况，并且在疾病进入到急性期时病情的发展较为复杂以及多变，最终导致患者的生命健康受到严重的威胁，最终可能导致患者出现死亡的情况。^[9]

现阶段对肺心病肺动脉高压患者进行治疗往往采用苯噻氮唑类药物对患者进行药物治疗，利用药物所具备的特性对患者的钙离子进行抑制，从而使患者的血管平滑肌得到扩张，减轻患者的肺动脉压力，从而减少患者的心脏负荷以及肺动脉痉挛出现的概率。^[10]通过在西药治疗的基础上增

加活血化瘀类中药的应用，能够对患者血小板聚集的情况进行改善，从而对患者的血液循环通畅度进行调节，通过活血化瘀类中药，能够有效地对患者的血管进行扩张，不但能够使患者的心脏供血得到保障，也能够使患者的肺动脉压得到减轻，避免患者的疾病进一步恶化，同时也能够使患者的肺动脉得到扩张，有效地预防肺心病患者肺动脉高压的出现。^[11]通过在临床治疗当中将医药与活血化瘀类中药进行结合运用，不但能够有效地对患者的临床症状进行改善，同时能够提升临床治疗的有效性，提升治疗的效果，使患者的病情能够得到有效的改善。同时通过中西医结合进行治疗的方式，也能够提升患者对治疗的接受程度，从而更加积极主动地接受治疗，在治疗结束后，通过对患者进行相应的健康教育指导，能够提升患者的预后效果，使患者能够在治疗后减少病情复发的可能性，提升患者的生活质量，加强患者的预后效果。^[12]

通过本次研究，根据实验的结果可以清楚地看到，使用传统的西药治疗效果并不佳，甚至治疗效果逐渐减弱。但是使用活血化瘀类中药与西药进行结合治疗肺心病肺动脉高压患者的病情效果却非常的显著，对患者的疾病产生了良好的治疗效果，应当在临床上广泛地运用^[13]。

参考文献：

[1]吴琳,刘琴.慢性肺源性心脏病患者的临床治疗与护理进展[J].现代医学与健康研究电子杂志, 2021, 5（21）: 123-126.

[2]郎小飞.燥湿化痰活血汤治疗慢性肺心病肺动脉高压的临床观察[J].中国中医药科技, 2021, 28（04）: 622-624.

[3]张李,刘代顺,黄毅,陈代刚,杨华军.地尔硫卓联合阿奇霉素治疗肺心病肺动脉高压的疗效观察[J].基层医学论坛, 2020, 24（23）: 3271-3273.DOI: 10.19435/j.1672-1721.2020.23.008.

[4]帅垠琦.三桔咳喘口服液治疗肺心病急性发作期合并呼吸衰竭的临床疗效观察[D].成都中医药大学, 2020.DOI: 10.26988/d.cnki.gcdzu.2020.000637.

[5]陶海澜.心康方治疗慢性肺心病急性加重期合并右心衰竭的临床研究[D].广州中医药大学, 2020.DOI: 10.27044/d.cnki.ggzuz.2020.000231.

[6]连乐荣,叶小汉,朱碧媛,蒋紫云.喘可治治疗慢性肺心病的临床研究[J].中医临床研究, 2019, 11（23）: 37-39.

[7]张红.浅谈活血祛瘀类中药配合西药治疗肺心病肺动脉高压的临床效果及预后[J].中国农村卫生, 2018（20）: 29.

[8]钟鸣.观察活血祛瘀类中药配合西药治疗肺心病肺动脉高压的疗效[J].中外医学研究, 2014, 12（09）: 32-33.DOI: 10.14033/j.cnki.cfmr.2014.09.033.

[9]刘艺璇,周卫东.利湿化痰、活血祛瘀类中药治疗 2 型糖尿病合并非酒精性脂肪肝临床疗效观察[J].湖北中医杂志, 2021, 43（06）: 8-10.

[10]刘孝国,吴其科,徐周.活血祛瘀类中药汤剂在手部软组织缺损皮瓣修复术后的应用研究[J].中国美容医学, 2021, 30（04）: 74-77.DOI: 10.15909/j.cnki.cn61-1347/r.004349.

[11]于洪泳.补气活血类中药配合西药治疗肺心病临床观察[J].光明中医, 2019, 34（22）: 3490-3492.

[12]段异,杨孟雪.祛痰利湿活血祛瘀类中药对糖尿病合并冠心病患者的实效性评价[J].长春中医药大学学报, 2015, 31（03）: 558-560.DOI: 10.13463/j.cnki.cczyy.2015.03.044.

[13]肖渊,李娜,李海芳,王碧松,王志斌.观察 12 种活血祛瘀类中药对鸡胚绒毛尿囊膜新生血管生成的影响[J].药物分析杂志, 2009, 29（07）: 1079-1082.

香砂养胃汤加减治疗慢性浅表性胃炎的疗效及改善患者胃肠激素、炎症因子的研究

刘霞

滨州市第二人民医院 山东滨州 256800

摘要：目的 研究香砂养胃汤加减治疗对慢性浅表性胃炎疗效、胃肠激素及炎症因子的影响。方法 选取我院 2021 年 3 月~2022 年 3 月确诊并收治的 80 例慢性浅表性胃炎（Chronic superficial gastritis, CSG）患者为研究对象，根据随机数字表法分为对照组（40 例）和研究组（40 例）。对照组给予常规治疗，研究组给予香砂养胃汤加减治疗。比较两组患者的临床疗效，治疗前、后比较两组患者的中医候症评分、胃肠激素水平、炎症因子水平。结果 研究组治疗总有效率为 95.00%高于对照组的 80.00%，组间差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。治疗前，两组患者的中医候症评分、胃肠激素水平、炎症因子水平比较，组间差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；治疗后，研究组的胃痛胀满、脘腹饱胀、烧心反酸、嗳气评分均低于对照组（ $P<0.05$ ）；研究组的胃动素（MTL）高于对照组（ $P<0.05$ ）；研究组胃泌素（GAS）水平、C 反应蛋白（CRP）、肿瘤坏死因子- α （Tumor necrosis factor, TNF- α ）、白细胞介素-6（interleukin-6, IL-6）水平均低于对照组，组间差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论 香砂养胃汤加减治疗对 CSG 效果显著，能够有效缓解患者的症状，改善患者的胃肠激素水平，降低体内炎症水平，提高临床治疗效果。

关键词：香砂养胃汤加减；慢性浅表性胃炎；胃肠激素；炎症因子

慢性浅表性胃炎（Chronic superficial gastritis, CSG）是临床常见的消化系统慢性疾病，该病发病原因与外界因素及患者的生活习惯密切相关^[1]。CSG 患者发病时的主要表现为上腹部隐痛、反酸恶心、食欲减退等，对此临床常以抗生素、胃黏膜保护剂、抑酸药物为主，通过相关药物消除机体内的幽门螺杆菌以改善内环境的 PH 值，同时还能够保护胃黏膜，舒缓患者的疾病症状。但药物治疗会使患者发生不同程度的不良反应，影响治疗效果。因此进一步为 CSG 患者选择一种有利于提高疗效的方案具有重要意义。与此同时，研究发现，香砂养胃汤改善慢性浅表性胃炎的成效显著^[3]。基于此，本文进一步探讨香砂养胃汤加减治疗对慢性浅表性胃炎疗效、胃肠激素及炎症因子的影响。

1. 研究对象与方法

1.1 研究对象

选取我院 2021 年 3 月~2022 年 3 月确诊并收治的 80 例 CSG 患者为研究对象。纳入标准：（1）西医、中医诊断结果分别与《中国慢性胃炎共识意见》^[4]、《慢性胃炎的中西医结合诊治方案》^[5]中有关 CSG 的诊断标准相符；（2）意识清楚无精神疾病并配合相关调查；（3）患者对本次研究中所用药物无过敏现象；（4）自愿参加试验者，并签署知情同意书。排除标准：（1）胃黏膜重度异常增生、恶变者或被诊断为萎缩性胃炎（2）合并其他严重疾病，如严重心脑血管疾病、肝肾疾病及恶性肿瘤等；（3）患者其他器官功能障碍严重；（4）围生期产妇或哺乳期妇女。两组一般资料比较，组间差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性，如表 1。该研究经医院医学伦理委员会批准。

表 1 两组患者一般资料比较[（ $\bar{x}\pm s$ ），n（%）]

组别 n=40	年龄 （岁）	性别		病程（年）	体重指数 （kg/m ² ）
		男	女		
对照组	53.25±6.33	28（62.22）	12（37.78）	6.55±2.16	21.11±2.62
研究组	54.62±7.25	26（60.00）	14（40.00）	6.61±2.32	20.97±2.51
统计量	$t=0.900$	$\chi^2=0.228$		$t=0.119$	$t=0.244$
P	0.371	0.633		0.905	0.808

1.2 方法

1.2.1 对照组：给予常规西药治疗，向患者发放药物奥美拉唑肠溶胶囊（生产厂家：上海信谊万象药业股份有限公司；国药准字：H20045335；规格：0.2g×14 粒/盒），1 粒/d，餐后温水吞服，阿莫西林胶囊（生产厂家：重庆迪康长江制药有限公司；国药准字：H50021364；规格：0.25 g×10 粒/盒），每日三餐后口服，0.5 mg/次，3 次/d，治疗时间共 4 周。

1.2.2 研究组：在参照组基础上联合香砂养胃汤加减治疗。香砂养胃汤中药处方：砂仁 10g、炒香附 10g、炒苍术 10g、姜厚朴 10g、茯苓 10g、陈皮 10g、白术 10g、人参 10g、白豆蔻仁 10g、木香 10g、炙甘草 8g。随症加减：胸腹饱闷者加枳实 10g、厚朴 9g；恶心呕吐者加藿香、丁香、半夏、乌梅、干姜各 10g；便秘者加大黄（后下）10g；胃热烧心患者加大贝、栀子 1 各 10g、菊花 15g。以上诸药加水煎取成中药汤剂，1 剂/d，分早、晚两次餐后温热服用，连续口服 4 周。

1.3 观察指标

1.3.1 临床疗效 根据《中药新药临床研究指导原则》^[6]制定临床疗效标准：显效，临床症状消失，胃痛胀满、脘腹饱胀、烧心反酸、嗳气等症症状缓解≥95%；有效，临床症状有所缓解，胃痛胀满、脘腹饱胀、烧心反酸、嗳气等症症状缓解≥30%，<70%；无效，临床症状未缓解甚至加重，胃痛胀满、脘腹饱胀、烧心反酸、嗳气等症症状缓解不足 30%。显愈率 = [（治愈人数 + 显效人数）/总人数] × 100%

1.3.2 中医候症积分 包括胃痛胀满、脘腹饱胀、烧心反酸、嗳气，根据无、轻度、中度、重度分别计 0、1、2、3 分，评分越低，代表症状恢复越好。

1.3.3 胃肠激素及炎症因子 治疗前、后采集两组患者的空腹静脉血以评估两组患者的胃肠激素指标水平及炎症因子水平。采用放射免疫法检测胃肠激素，包括胃动素（MTL）、胃泌素（GAS）；采用酶联免疫吸附法检测炎症因子，包括 C 反应蛋白（CRP）、肿瘤坏死因子- α （Tumor necrosis factor, TNF- α ）、白细胞介素-6（interleukin-6, IL-6）水平。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 26.0 对实验数据进行分析，计量资料用（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，行 t 检验，计数资料用（%），行 χ^2 检测。以 $P<0.05$ 表示结果具有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

研究组临床治疗总有效率高与对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较[n（%）]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	40	24（60.00）	8（20.00）	8（20.00）	32（80.00）
观察组	40	30（75.00）	8（20.00）	2（5.00）	38（95.00）
χ^2 值					5.075
P 值					0.043

2.2 两组患者中医候症积分比较

治疗前, 两组患者的胃痛胀满、脘腹饱胀、烧心反酸、嗳气等中医候症积分比较, 组间差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后, 研究组的恶心

呕吐、纳差少食、腹痛腹胀、泛酸嗳气等中医候症积分均低于对照组, 组间差异有统计学意义 ($P<0.05$)。如表 3。胃痛胀满、脘腹饱胀、烧心反酸、嗳气

表 3 两组治疗前、后中医候症积分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	胃痛胀满		脘腹饱胀		烧心反酸		嗳气	
		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	40	2.16±0.33	0.92±0.35*	2.67±0.51	0.92±0.11*	2.25±0.25	0.82±0.31*	2.05±0.52	0.92±0.41*
研究组	40	2.16±0.41	0.67±0.42*	2.71±0.62	0.76±0.42*	2.22±0.16	0.69±0.17*	2.03±0.46	0.65±0.33*
<i>t</i> 值		0.000	2.892	0.315	2.331	0.524	2.326	0.182	3.245
<i>p</i> 值		1.000	0.005	0.753	0.022	0.639	0.022	0.856	0.002

注: *与治疗前相比 $P<0.05$

2.3 两组患者胃肠激素水平比较

治疗前, 两组患者的 MTL、GAS 水平比较, 组间差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后, 研究组的 MTL 水平高于对照组, GAS 水平低于对照组, 组间差异有统计学意义 ($P<0.05$)。如表 4。

表 4 两组患者治疗前、后胃肠激素水平比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	MTL (pg/ml)		GAS (pg/ml)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	182.16±7.33	195.64±15.86*	162.05±6.52	135.92±11.09*

研

究

组

t 值

p 值

注: *与治疗前相比 $P<0.05$

2.4 两组炎症因子水平比较

治疗前, 两组患者的 CRP、TNF- α 、IL-6 水平比较, 组间差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后, 研究组的 CRP、TNF- α 、IL-6 水平均低于对照组, 组间差异有统计学意义 ($P<0.05$)。如表 4。

表 4 两组患者治疗前、后炎症因子水平比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	CRP (mg/L)		TNF- α (μ g/L)		IL-6 (μ g/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	18.16±1.33	12.92±6.35*	20.05±3.52	9.92±4.09*	162.05±6.52	132.92±13.27*
研究组	40	17.88±1.41	8.51±4.42*	20.03±3.46	7.65±3.13*	162.03±6.46	123.65±7.77*
<i>t</i> 值		0.914	6.749	0.026	2.788	0.013	3.813
<i>p</i> 值		0.364	0.000	0.979	0.006	0.989	0.000

注: *与治疗前相比 $P<0.05$

3. 讨论

CSG 属于常见的胃部疾病, 病程长且易反复发作, 给患者的日常造成严重困扰。而近几年来, CSG 的发病率随着群众生活习惯的改变一直呈上升趋势。若 CSG 患者发病时没有得到及时有效的措施, 很可能使患者遭受痛苦, 严重时甚至病变为慢性萎缩性胃炎或胃癌, 严重威胁患者的生命安全^[7]。因此, 加强对 CSG 患者的治疗有助于降低患者的生命威胁。

奥美拉唑、阿莫西林是临床治疗 CSG 的常用药物。奥美拉唑联合阿莫西林有利于进一步抑制幽门螺杆菌尿素酶的活性, 加强对幽门螺杆菌的清除。并且抑制胃黏膜异常反应已被临床证实具有减轻炎症损伤的作用^[8]。但还是避免了患者出现不良的药物作用, 影响治疗效果。

中医认为 CSG 属于“胃脘痛”、“胃痛”、“吐酸”等范畴, 为脾胃虚弱之症, 因此密切与胃、脾、肝紧密联系, 且情志失调、饮食不节、寒热不调等均可致本病。所以, 中医治疗主要以健脾清热、养阴益气、养胃疏肝为主^[9]。而出自《医林绳墨大全》的香砂养胃汤, 其主要功效为健脾养胃、疏肝益气等。汤中炒香附有健脾解郁、消积行气、调经止痛之功, 砂仁为止呕止泻、化湿行气之功, 炒香附与砂仁具有协同作用, 炒苍术为健脾散寒、燥湿祛风之功, 姜厚朴有降气平喘、温中止痛之功, 茯苓有安神宁心、健脾和胃、渗湿利水之功, 陈皮有燥湿化痰、理气和中、利水通便之功, 白术利水燥湿、健脾益气之功, 人参养血益气、生津止渴之功, 白豆蔻仁有调理脾胃之功, 木香有温中行气之功, 炙甘草有补中益气、祛痰止咳之功, 有利于调和诸药, 诸药合用, 标本兼治^[10-11]。本文研究组在对照组基础上联合香砂养胃汤, 结果显示, 研究组的恶心呕吐、纳差少食、腹痛腹胀、泛酸嗳气评分、GAS、CRP、TNF- α 水平均均低于对照组, 且研究组 MTL 高于对照组 ($P<0.05$)。由此提示香砂养胃汤能够有效缓解 CSG 患者的中医候症, 改善胃肠激素及炎症因子水平。因此, 研究组的治疗总有效率高于对照组 ($P<0.05$)。

综上所述, 香砂养胃汤加减治疗治疗对 CSG 效果显著, 能够有效缓解患者的症状, 改善患者的胃肠激素水平, 降低体内炎症水平, 提高临床

治疗效果。

参考文献:

[1]刘颖, 许文侠, 黄彩群, 等. 幽门螺杆菌感染对慢性浅表性胃炎患者胃内菌群的影响[J]. 浙江医学, 2020, 42 (14): 1496-1499

[2]罗晓颖, 王秀娟, 李昱凡, 等. 甘海胃康胶囊治疗慢性浅表性胃炎的临床观察[J]. 临床消化病杂志, 2021, 33 (5): 356-358.

[3]张娟. 自拟香砂养胃汤治疗慢性浅表性胃炎的临床效果[J]. 内蒙古中医药, 2022, 41 (6): 17-18.

[4]张玉莹, 黄丽霞, 杨佃会. 腹部十字灸联合针刺治疗肝胃气滞型慢性非萎缩性胃炎 30 例[J]. 中国针灸, 2022, 42 (4): 471-472.

[5]耿孝琴. 慢性胃炎的中西医结合诊治方案[J]. 健康之友, 2021 (10): 112-113.

[6]张美颖, 刘鹏, 杜梅. 柴胡疏肝散加减治疗肝胃不和型慢性浅表性胃炎患者的临床疗效及机制[J]. 世界中医药, 2019, 14 (11): 2978-2982, 2987.

[7]陈豪, 郭伦君. 中西医结合治疗慢性浅表性胃炎临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2022, 38 (7): 1134-1136.

[8]翟琦, 陈英杰, 宣佳, 等. 双歧杆菌三联活菌胶囊联合四联疗法对 Hp 阳性慢性浅表性胃炎炎症-氧化应激水平的影响[J]. 贵州医科大学学报, 2020, 45 (2): 209-213, 218.

[9]乔艳, 房玲, 杨惠卿, 等. 慢性浅表性胃炎中医证型分布与幽门螺杆菌感染、胃镜像及病理表现相关性分析[J]. 安徽中医药大学学报, 2021, 40 (3): 26-29.

[10]崔世军, 高艺真. 香砂养胃汤联合温针治疗慢性浅表性胃炎 66 例[J]. 西部中医药, 2017, 30 (12): 65-67.

[11]方明, 张国庆. 香砂养胃汤联合替普瑞酮胶囊对慢性浅表性胃炎患者外周血胃肠激素、T 淋巴细胞亚群、IL-8、IL-32、MCP-1 的影响[J]. 中药材, 2020, 43 (11): 2813-2817.

耳穴贴压联合中药熏洗改善类风湿关节炎患者睡眠质量的疗效研究

王琴 梁江 孙弘扬 李春梅 雷秋俐

贵州中医药大学第一附属医院 贵州贵阳 550001

摘要：目的：探究耳穴贴压联合中药熏洗改善类风湿关节炎患者睡眠质量的疗效研究。方法：本组实验数据来源于2021年7月-2022年7月筛选的，将我院收治的符合入组要求的42例患者，作为本次研究与分析的主要对象，分为观察组、对照组两个组别，对两组治疗成效进行综合性分析。结果：观察组治疗效果、睡眠质量、治疗依从性以及生活质量均更优（ $P<0.05$ ）。结论：针对类风湿关节炎患者实施耳穴贴压联合中药熏洗治疗，能够有效改善患者睡眠质量与疗效，值得推广。

关键词：耳穴贴压；中药熏洗；类风湿关节炎；睡眠质量

类风湿关节炎是常见慢性疾病，临床症状主要表现为低热、关节肿痛以及关节畸形僵硬等，如果患者得不到及时治疗，可能会随着病情的进展，导致患者残疾，严重影响患者身体健康与生活质量。很多患者在疾病影响下，容易出现不同程度的焦虑、抑郁等负性情绪，加上病情反复发作与关节疼痛，对患者睡眠质量产生严重影响。临床治疗主要以药物缓解症状，但是并不能从根本上将患者的睡眠质量有效改善。因此，需要探寻更加有效方式治疗患者失眠情况。有研究认为，通过耳穴贴压的方式，能够改善患者睡眠质量与生活质量，促进患者得到良好治疗效果^[1-3]。因此，本次研究主要以我院42例类风湿关节炎患者作为分析重点，评估耳穴贴压联合中药熏洗的应用成效，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

此次筛选的42例入组成员均经过临床检查，确诊为类风湿关节炎，选择研究的时间区间为2021年7月-2022年7月，通过随机数字表，分为对照组与观察组两个组，每组包括21例。两组一般资料，如表1中所示，（ $P>0.05$ ），具有可比性。纳入标准：①患者家属全部知情、同意、自愿参与。②临床资料具备完整性与真实性。③患者均能够配合研究。④患者均能够正常沟通。排除标准：①临床资料有缺失情况。②无法全程配合，中途离开研究患者。③存在认知、沟通、精神障碍患者。④不愿意参与以及不同意参与研究患者。⑤存在严重并发症或者传染性疾病患者。⑥处于妊娠期与哺乳期患者。⑦对治疗药物存在过敏史患者。

表1 一般资料情况

组别	对照组	观察组	t/χ^2 值	P 值
男性[n(%)]	12(57.14)	11(52.38)	0.096	0.757
女性[n(%)]	9(42.86)	10(47.62)		
年龄(岁)	40~72	41~73	-	-
平均年龄($\bar{x}\pm s$, 岁)	56.0 $\pm$ 5.3	57.0 $\pm$ 5.3	0.611	0.544
病程(年)	1~8	2~8	1.467	0.150
平均病程($\bar{x}\pm s$, 年)	4.5 $\pm$ 1.2	5.0 $\pm$ 1.0		
失眠病程(年)	1~5	2~4	0.000	1.000
平均失眠病程($\bar{x}\pm s$, 年)	3.0 $\pm$ 0.7	3.0 $\pm$ 0.3		

1.2 方法

对照组：中药熏洗治疗，组方内容包括：将30g肉桂与丁香，20g黑骨藤研磨成细粉，并加入沸水，充分搅拌，让药粉融入其中对患者进行中药熏洗。当水温在38-42℃时，指导患者对其足部及疼痛的关节进行熏蒸，使用熏洗巾将患者足部以及疼痛的关节等部位进行充分包裹住，保持在较为密闭的状态下进行熏洗，控制熏蒸时间在10-15min。然后再指导患者将熏洗巾取下，保持双足及膝盖泡在熏洗盆中，完成熏洗后擦干。患者每晚睡前进行一次熏洗，保持连续21d治疗。

观察组：耳穴贴压联合中药熏洗治疗，在对照组中药熏洗治疗基础上，增加耳穴贴压治疗。先选取患者耳郭上的穴位：耳尖、神门、交感、心、皮质下、枕、神经衰弱区、神经衰弱点，使用探棒对上述穴位进行按压。让患者保持较为舒适的体位状态，护士用一只手轻扶患者耳轮后上方，另

一只手使用探棒针对患者耳穴的最疼痛穴位进行有效寻找，确定疼痛点后，使用75%的乙醇对患者的局部进行有效消毒，并对准患者的穴位进行贴敷，选择用王不留行籽贴完成贴敷。然后根据患者实际情况，使用指腹对穴位进行按压，保持患者耳朵出现发胀以及发热情况为止，每天按压3-5次，每次每穴30-60秒，耳穴贴压贴敷时间为1-2d，并且保持3-5d进行更换。患者如果只选取单耳治疗，则需要轮流更换双耳进行治疗。中药熏洗方法与对照组保持一致，患者保持21d治疗。

1.3 观察指标

①观察并对比两组临床治疗效果。

②通过匹茨堡睡眠质量（PSQI）评估患者睡眠情况，并进行统计与对比，分值越低越好。

③针对两组治疗依从性进行统计与记录，并作为对比。

④通过SF-36评估患者生活质量，并针对统计结果进行记录与对比。

1.4 统计学方法

采用（ $\bar{x}\pm s$ ）对睡眠质量、生活质量等计量资料展示，通过 t 进行检验，使用[n(%)]对临床疗效与治疗依从性等计数资料展示，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

观察组临床疗效更高（ $P<0.05$ ），见表2。

表2 比较临床疗效[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	21	5(23.80)	8(38.10)	8(38.10)	13(61.90)
观察组	21	8(38.10)	12(57.14)	1(4.76)	20(95.24)
χ^2 值	-	-	-	-	5.091
P 值	-	-	-	-	0.024

2.2 两组患者治疗前后睡眠质量评分对比

观察组各项睡眠质量评分均更高（ $P<0.05$ ），见表3。

表3 比较睡眠质量评分（ $\bar{x}\pm s$, 分）

项目	时间	观察组(n=21)	对照组(n=21)	t 值	P 值
睡眠质量	治疗前	2.57 $\pm$ 0.24	2.46 $\pm$ 0.23	1.516	0.137
	治疗后	1.14 $\pm$ 0.41	1.78 $\pm$ 0.56	4.226	<0.001
入睡时间	治疗前	2.34 $\pm$ 0.27	2.25 $\pm$ 0.28	1.060	0.295
	治疗后	1.43 $\pm$ 0.14	2.13 $\pm$ 0.32	9.184	<0.001
睡眠时间	治疗前	2.65 $\pm$ 0.12	2.59 $\pm$ 0.13	1.554	0.128
	治疗后	1.22 $\pm$ 0.21	1.71 $\pm$ 0.35	5.501	<0.001
睡眠效率	治疗	2.24 $\pm$ 0.17	2.19 $\pm$ 0.15	1.011	0.318

睡眠障碍	前				
	治疗				
	后	1.32±0.33	1.84±0.43	4.396	<0.001
	治疗				
催眠药物	前	2.74±0.16	2.68±0.12	1.375	0.177
	治疗				
	后	1.34±0.28	1.77±0.47	3.602	0.001
	治疗				
日间功能障碍	前	2.25±0.34	2.38±0.37	1.186	0.243
	治疗				
	后	1.14±0.23	1.72±0.24	7.996	<0.001
	治疗				
PSQI 总分	前	2.15±0.61	2.09±0.65	0.308	0.759
	治疗				
	后	1.21±0.37	1.58±0.14	4.286	<0.001
	治疗				
PSQI 总分	前	15.46±1.02	15.51±1.13	0.151	0.881
	治疗				
	后	8.78±0.21	11.12±0.34	26.833	<0.001
	治疗				

2.3 两组患者治疗依从性对比
观察组治疗依从性更高 (P<0.05), 见表 4。

表 4 比较治疗依从性[n (%)]

组别	例数	完全依从	部分依从	不依从	总依从率
对照组	21	5 (23.81)	7 (33.33)	9 (42.86)	12 (57.14)
观察组	21	8 (38.10)	12 (57.14)	1 (4.76)	20 (95.24)
χ^2 值	-	-	-	-	8.400
P 值	-	-	-	-	0.004

2.4 两组患者生活质量评分对比
观察组各项生活质量评分均更低 (P<0.05), 见表 5。

表 5 比较生活质量评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	观察组 (n=21)	对照组 (n=21)	t 值	P 值
生理功能	78.27±8.81	62.19±6.22	6.833	<0.001
躯体疼痛	72.91±7.54	60.89±6.46	5.548	<0.001
社会功能	82.83±8.33	72.67±6.28	4.463	<0.001
情感职能	68.71±7.15	56.87±5.98	5.821	<0.001
精神健康	75.19±8.24	63.57±6.08	5.200	<0.001
总体健康	85.94±7.38	72.16±5.32	6.941	<0.001
生命活力	84.37±5.38	79.29±5.12	3.134	0.003
心理健康	72.68±4.19	68.64±4.11	3.154	0.003

3 讨论

类风湿关节炎是临床常见疾病之一, 有很高发病率与致残率, 由于疾病容易反复发作难以彻底治愈, 因此很多患者需要长期用药改善症状。通常患者发病时会出现关节疼痛以及肿胀等症状, 让患者苦不堪言, 容易产生消极情绪, 并且严重影响患者睡眠质量。部分患者需要服用安眠药物改善睡眠情况, 而长期用药容易让患者陷入药物依赖的状态, 不利于患者疾病康复, 同时也影响患者生活质量。因此, 需要选取更为有效的方法对患者进行治疗, 让患者可以提升睡眠质量, 促进疾病康复。随着中医药技术不断发展, 让很多疾病在中医治疗下得到治愈, 并且中医治疗也受到很多患者的认可与重视。因此, 本文主要从中医治疗的角度进行分析, 研究耳穴贴压联合中药熏洗对改善睡眠的应用效果。

中药熏洗与耳穴贴压作为中医比较经典的治疗方法, 在很多疾病中均发挥出显著作用。中药熏洗可以加速患者机体血液流通, 对患者关节疼痛有效改善, 同时能够扩张足部毛细血管, 对足部神经末梢产生良好的刺激作用, 进而促进患者腿部肌肉放松, 提升气血运行速度。耳穴贴压通过对患者相应的穴位进行刺激, 能够将患者的经络淤堵状态有效改善, 对患者的脏腑气机起到良好的调节作用, 并且发挥出良好的镇静镇痛作用, 达到温经通络的功效^[4-5]。本次研究结果显示, 观察组临床疗效更加显著, 说明

通过耳穴贴压联合中药熏洗治疗, 可以让患者关节疼痛症状得到显著改善, 对患者病情恢复有良好作用。观察组睡眠质量更好, 说明在联合治疗的作用下, 能够让患者的失眠状态得到有效改善, 有效提升患者整体睡眠质量。通常类风湿关节炎患者的失眠原因主要来源于疾病的疼痛, 加上长期用药治疗让患者产生的焦虑情绪, 因此, 需要从患者失眠的原因入手, 改善睡眠质量。通过耳穴贴压联合中药熏洗, 能够有效刺激患者耳部穴位, 让患者脏腑功能得到有效调节, 进而对患者病情改善有积极影响, 同时通过舒经活络, 可以促进患者机体处于较为放松状态下, 对睡眠质量的提升有良好效果。同时在药物的作用下, 能够改善患者的脏腑功能, 并让病情得到有效缓解, 进而减少患者的负性情绪, 改善患者身心状态, 提升睡眠质量。在耳穴贴压的作用下, 能够对患者耳部穴位产生一定刺激, 可以起到镇静安眠的作用, 帮助患者让阴阳处于平衡状态下, 让睡眠质量得到改善。加上中药熏洗, 能够让患者气血运行速度更快, 让患者能够尽快进入睡眠状态, 达到良好的宁心安神作用。通过调整患者的身心状态, 能够在一定程度上针对患者的临床症状起到改善作用, 让患者整体睡眠状态得到提升。观察组治疗依从性与生活质量评分均更高, 说明在联合治疗的应用下, 能够改善患者的负性情绪, 让患者解开心结, 放下思想包袱。并且治疗方法简单易行, 操作简便, 患者比较容易接受, 加上治疗费用较低, 不会增加患者负担, 因此可以让患者的治疗依从性得到显著提升。通过改善患者临床症状, 能够让患者重拾对生活的信心, 提升患者的整体生活质量, 促进患者尽早康复, 早日回归到正常生活中。有研究表明, 耳穴贴压联合中药治疗能够有效改善全膝关节置换术患者疼痛状况, 有助于患者整体康复效果的提升^[6-8]。本次研究结果与其存在相似之处, 通过将耳穴贴压与中药熏洗联合治疗, 可以提升患者治疗效果, 改善睡眠质量, 对患者尽早恢复身体健康有积极意义。本次研究存在部分不足与缺陷, 病例数与研究时间相对不足, 希望以后能够将这部分缺陷充分弥补, 将样本研究数量不断提升, 并将研究时间有效延长, 进一步验证结论, 不断为临床研究提供更多可借鉴之处, 让更多类风湿关节炎患者尽早康复, 让患者得到更加高效的睡眠质量, 提升患者生活质量。

综上所述, 将耳穴贴压联合中药熏洗应用于类风湿关节炎患者中, 有助于提升患者睡眠质量与生活质量, 让患者得到更加显著的治疗效果, 并且治疗安全性较高, 无毒副作用, 患者用药依从性较高。有很高临床应用价值, 值得推广应用。

参考文献:

[1]刘艳红, 葛利越, 杨静, 等.人参养荣汤联合穴位敷贴及耳穴贴压改善胃癌化疗患者睡眠质量及生活质量价值研究[J].四川中医, 2019, 37 (05): 108-111.

[2]郑红丽, 金鑫, 王凤娟, 等.八段锦联合耳穴贴压改善双相情感障碍病人睡眠质量的临床观察[J].中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18 (22): 3889-3891.

[3]李艳平, 姚静松, 刘巍巍, 等.泻白散合桑白皮汤加加减联合耳穴贴压对慢性阻塞性肺疾病患者应用无创通气后并发腹胀的临床疗效研究[J].四川中医, 2020, 38 (10): 74-77.

[4]于新华, 于佳艺, 田亚强, 等.耳穴贴压加中药离子导入在气虚血瘀型糖尿病视网膜病变患者中的应用效果及对视力的影响[J].世界中医药, 2019, 14 (12): 3382-3385.

[5]李小红, 刘军花, 董鹏, 等.降糖保肾汤联合耳穴贴压及中医饮食调护在糖尿病肾病患者中应用价值分析[J].四川中医, 2018, 36 (09): 206-208.

[6]孙国丽, 金瑛, 胡雪蓉.耳穴压豆联合中医定向透药对全膝关节置换术后患者早期疼痛的干预研究[J].中华全科医学, 2020, 18 (06): 1010-1013.

[7]戴淑香.耳穴贴压联合中药离子导入法治气虚血瘀型糖尿病视网膜病变的临床疗效观察[J].世界中西医结合杂志, 2017, 12 (07): 978-981.

[8]马迎辉, 厉志, 翟伟韬, 等.自拟中药熏蒸对重度类风湿关节炎人工膝关节置换术后患者康复疗效及高凝状态和血清炎症因子的影响[J].现代中西医结合杂志, 2017, 26 (36): 4084-4087.

通痹汤联合西药及康复训练治疗类风湿性关节炎的临床探讨

王远丽

临沂市残疾人康复服务中心 山东临沂 276000

摘要:目的 探究通痹汤联合西药及康复训练治疗类风湿性关节炎的临床价值。方法 随机抽取 90 例类风湿性关节炎患者,抽签法分为研究组 (n=45) 和对照组 (n=45),在对照组中选择西药治疗,研究组中选择通痹汤联合西药及康复训练治疗,观察指标为对比两组患者临床效果、两组患者血清指数变化、两组患者发生周围神经病变、Felty 综合征、类风湿结节、类风湿性血管炎、间质性肺炎的概率、两组患者生活质量评分。结果 研究组患者临床有效率为 97.78%,较对照组 (84.44%) 高,治疗后研究组 IL-1、TNF- α 、ESR、CRP、ESR 变化幅度高于对照组,研究组的并发症发生率为 6.66%,较对照组 (33.33%) 低,治疗后研究组的生活质量评分较对照组高,差异具有统计学意义 (P<0.05)。结论 在临床中应用通痹汤联合西药及康复训练治疗类风湿性关节炎,有效提高患者的生活质量,提高治疗有效率,帮助患者早日恢复正常生活,临床效果明显,在临床推广中具有显著价值。

关键词: 通痹汤; 西药; 康复训练; 类风湿性关节炎; 治疗

类风湿性关节炎 (RA) 是一种因自身免疫所致全身关节病症的疾病,根据病情发展一般分为早期、中期、严重期和终末期^[1]。起病隐匿,病变常累及肩关节、膝关节、肘关节等关节和多个脏器,临床治疗类风湿性关节炎多为控制病情缓解症状^[2]。临床多表现为关节肿胀、疼痛、晨僵等,吸烟人群、建筑工人等患病的几率更高^[3]。药物治疗是最主要的治疗办法,临床中西药可以治疗类风湿性关节炎,可以缓解患者关节疼痛控制炎症,但用药时间长不良反应较多,联合中药治疗类风湿性关节炎可以减少西药用量,有效缓解患者病情,此次研究选取类风湿性关节炎患者 90 例,随机分为研究组 (西药治疗) 与对照组 (通痹汤联合西药及康复训练治疗),对比两组患者临床效果、两组患者血清指数变化、两组患者发生周围神经病变、Felty 综合征、类风湿结节、类风湿性血管炎、间质性肺炎的概率、两组患者生活质量评分,旨在论通痹汤联合西药及康复训练治疗类风湿性关节炎的临床价值,先详细报道此次研究过程:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取治疗类风湿性关节炎患者 90 例,将患者按照抽签法分成研究组 (n=45) 和对照组 (n=45) 进行对比实验,研究组中男性 21 例,女性 24 例,年龄 40-59 岁,平均年龄为 (48.25 $\pm$ 2.35) 岁,类风湿性关节炎病程 (3.26 $\pm$ 0.61) 年,对照组中男性 22 例,女性 23 例,年龄 41-60 岁,平均年龄为 (48.25 $\pm$ 2.49) 岁,类风湿性关节炎病程 (3.25 $\pm$ 0.42) 年。此次研究已上报至医院伦理委员会,并批准同意。纳入规则: (1) 患者符合类风湿性关节炎标准; (2) 患者配合度较高; (3) 患者及家属知情同意签署协议书; (4) 无精神病史; (4) 相关治疗药物无过敏史。排除规则: (1) 消化道溃疡或胃穿孔病史患者; (2) 免疫功能障碍患者; (3) 合并其他关节疾病; (4) 肝肾功能不全; (5) 妊娠哺乳期女性。两组对比实验的临床资料经统计学分析后无显著差异,差异无统计学意义 (P>0.05)。

1.2 方法

对照组采用常规西药治疗: 患者关节肿痛严重选择口服药物洛索洛芬钠,饭后口服,一日三次,一次 1-2 片,患者出现漏用时间较短可以直接补用,若快到下次服药时间直接跳过此次用药,不可重复给药,避免出现毒性反应,症状缓解后可口服美洛昔康,一日一次,一次 2 片,每日剂量不可超过 15mg/天^[4]。治疗过程中若用药 1-2 周患者病情无明显变化可以选择其他非甾体抗炎药,但不可两种药物同时使用,增加对胃黏膜刺激,若患者有胃病史,可酌情选择保护胃黏膜药物,减少患者不良反应,搭配抗风湿药柳氮磺吡啶,每日 2-3g,分 3-4 次服用,症状缓解后 1.5-2g,疗程为 8 周,患者出现不适症状及时调整治疗方案。

研究组选择通痹汤联合西药及康复训练治疗: 在对照组西药治疗基础上,加入通痹汤,药物包括羌活 15g、独活 15g、当归 20g、鸡血藤 12g、

细辛 6g、木通 12g、威灵仙 12g、地龙 15g、甘草 9g,随证加减若患者寒邪较重可加入附子、肉桂,湿邪较重可加入薏苡仁,正气不足可加入人参、黄芪等,一共服药 8 周,患者病情缓解后可以适量进行锻炼,依据患者病情发展制定运动计划,锻炼关节部位,做伸展运动加强关节稳定性,初期可以选择例如散步、太极拳、八段锦等低强度运动,改善患者关节,慢慢加强运动强度,选择爬楼梯、慢跑等有氧运动,逐渐增加运动量,尽量在家属的陪同下进行,避免出现晕倒等问题加重病情。

1.3 观察指标

以对比两组患者临床效果、两组患者血清指数变化、两组患者并发症发生率、两组患者生活质量评分作为观察指标。

(1) 临床症状消失,无并发症为显效,症状基本消失为有效,无缓解为无效,有效率= (显效+有效) / 45 $\times$ 100%

(2) 血清指数包括 IL-1 (白细胞介素)、TNF- α (肿瘤坏死因子)、ESR (红细胞沉降率)、CRP (C 反应蛋白)。

(3) 并发症包括周围神经病变、Felty 综合征、类风湿结节、类风湿性血管炎、间质性肺炎。

(4) 从心理状态、生理功能、环境领域、社会关系方面评估两组患者生活质量。

1.4 统计学分析

本研究采用 SPSS 21.0 统计学软件进行分析数据。计数资料采用百分比 (%) 表示,结果采取 χ^2 检验处理数据。计量资料用 ($\bar{x}\pm s$) 表示,结果采用 t 检验处理数据, P<0.05 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者临床效果

研究组患者临床有效率为 97.78%,对照组临床有效率为 84.44%,研究组高于对照组 (P<0.05)。详情见表 1。

表 1 对比两组患者临床效果[n (%)]

组别	n	显效	有效	无效	有效率
研究组	45	30 (66.67)	14 (31.11)	1 (2.22)	39 (97.78)
对照组	45	18 (40.00)	20 (44.44)	7 (15.56)	33 (84.44)
χ^2					7.648
P					<0.05

2.2 对比两组患者血清指数变化

治疗前两组患者 IL-1、TNF- α 、ESR、CRP、ESR 差异较小,无统计学意义,治疗后研究组 IL-1、TNF- α 、ESR、CRP、ESR 变化幅度高于对照组,差异有统计学意义 (P<0.05)。详情见表 2。

表 2 对比两组患者 IL-1、TNF- α 、ESR、CRP、ESR ($\bar{x}\pm s$)

组别	n	IL -1 (ng / ml)	TNF - α (ng / ml)	RF (IU/mL)	ESR (mm/h)
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后

研究组	45	54.92±16.16	19.58±4.93	21.21±5.15	7.64±3.54	240.25±37.12	124.21±24.31	61.39±21.15	14.15±6.25
对照组	45	54.15±16.41	31.21±12.64	22.36±5.31	11.26±3.25	240.35±37.15	171.52±26.14	61.15±20.15	31.64±14.48
t		0.465	9.654	1.255	5.723	0.892	14.425	0.587	8.441
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.3 对比两组患者并发症发生率
研究组发生周围神经病变、Felty 综合征、类风湿结节、类风湿性血管炎、间质性肺炎的概率小于对照组，差异有统计学意义（P<0.05）。详情见表 3。

表 3 对比两组患者并发症[n（%）]

组别	n	周围神经病变	Felty 综合征	类风湿结节	类风湿性血管炎	间质性肺炎	发生率
研究组	45	1（2.22）	0（0）	1（2.22）	0（0）	1（2.22）	3（6.66）
对照组	45	2（4.44）	1（2.22）	4（8.89）	3（6.67）	5（11.11）	15（33.33）
x ²							4.425
P							<0.05

2.4 对比两组患者生活质量评分
组的生活质量评分较对照组高（P<0.05）。详情见表 4。
治疗前两组患者生活质量评分差异较小，无统计学意义，治疗后研究

表 4 对比两组患者生活质量评分（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

组别	n	心理状态		生理功能		环境领域		社会关系	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	45	71.28±2.73	92.26±2.39	72.44±2.62	92.23±2.36	72.55±2.26	93.77±2.24	74.43±3.24	91.35±3.34
对照组	45	72.34±2.24	80.14±2.57	72.26±2.53	83.54±2.32	70.27±2.72	81.48±2.82	74.34±3.42	83.34±3.23
t		0.521	11.847	0.485	10.310	1.850	13.841	0.855	12.255
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

类风湿性关节炎（RA）属于慢性迁延性疾病，多发于 40-60 岁，女性的患病几率高于男性^[5]。起病缓慢，病程较长，容易反复发作，类风湿性关节炎无法完全治愈^[6]。在治疗时需关注患者心理问题，及时对患者的不良情绪进行疏导，减少患者出现抑郁焦虑的可能，影响病情发展，叮嘱患者注意休息，避免过度疲劳，加强保暖意识防止受凉加重病情，饮食以清淡为主，补充蛋白质提高自身免疫力，注意生活规律保持良好心态对疾病都有促进作用，治疗类风湿性关节炎一般选择非甾体抗炎药、抗风湿药、糖皮质激素等西药，具有止痛消炎的作用，有效缓解患者关节炎^[7]。但副作用较大，类风湿性关节炎在中医中属于痹症范畴，联合中医治疗类风湿性关节炎可以减少不良反应的发生，中药汤剂显效性较好，通痹汤具有祛风除湿、活血止痛的作用，治疗风湿性关节炎、类风湿性关节炎的关节肿胀疼痛活动不利等症状，西药联合中药中通痹汤治疗类风湿性关节炎，有效调节患者机体免疫功能，减轻肝肾损伤，缓解药物导致的胃部不适症状，患者在病情缓解期可以进行适度的康复训练，逐渐增加活动量，可以配合按摩、热敷等增加关节活动，增强心肺功能和肌肉力量，防止患者肌肉萎缩。

根据此次研究结果可以发现，通痹汤联合西药及康复训练治疗类风湿性关节炎较常规西药治疗效果好，研究组患者临床有效率为 97.78%，较对照组（84.44%）高，治疗后研究组 IL-1、TNF- α 、ESR、CRP、ESR 变化幅度高于对照组，研究组的并发症发生率为 6.66%，较对照组（33.33%）低，治疗后研究组的生活质量评分较对照组高。差异具有统计学意义（P<0.05）。说明类风湿性关节炎患者应用通痹汤联合西药及康复训练治疗，可以有效提高患者肢体运动，提升患者健康状况。

综上所述，在临床中应用通痹汤联合西药及康复训练治疗类风湿性关节炎起积极作用，减少药物副作用，有效缓解患者病情，缩短病程，治疗

效果显著，提高患者生活质量，使患者能够早日回归正常生活，临床价值显著，适合广泛推广应用。

参考文献：

[1]莫美玲，罗嗣雄，刘永芳，等.基于网络药理学探讨薏苡仁-苍术"异病同治"类风湿关节炎和痛风性关节炎作用机制[J].中国中医药信息杂志，2022，29（7）：17-23.

[2]王伟.祛风通脉汤对类风湿关节炎寒热错杂型患者症状改善情况和炎症因子的影响[J].中医研究，2022，35（7）：62-66.

[3]桂兵，田杰，吴鸿霞.桂枝芍药知母汤合白虎汤加味联合西药治疗寒热错杂型类风湿关节炎急性活动期 30 例临床观察[J].风湿病与关节炎，2022，11（6）：11-14，19.

[4]罗成，吴聪，张宁，等.中医药联合西医治疗类风湿关节炎伴间质性肺疾病临床疗效和安全性的系统评价[J].中国医院用药评价与分析，2022，22（6）：744-749.

[5]何龙，李素美，沈萍，等.清热利湿通络汤联合常规西药治疗湿热痹阻型类风湿关节炎患者的效果[J].中国民康医学，2022，34（10）：112-114，127.

[6]马健，韩秀燕，李艳艳.强化训练联合生活指导对类风湿性关节炎患者膝关节功能康复的影响[J].反射疗法与康复医学，2020，29（14）：120-122.

[7]林福安，高青.四妙汤加减联合西药治疗类风湿性关节炎活动期的效果探究[J].当代医药论丛，2021，19（7）：188-189.

[8]柳宪翠.通络逐痹汤对类风湿性关节炎患者血流动力学及血清 CRP、PCT、TNF- α 水平的影响[J].现代医学与健康研究（电子版），2020，4（5）：72-73.

作者简介：王远丽 性别：女 出生年月：1985.7 户籍：山东省临沂市 学历：本科 目前职称：主管药师。

中医护理促进妇科手术术后快速康复的效果观察

吴斐

常州市武进区武进中医医院 江苏常州 213161

摘要：目的：观察妇科手术期间应用中医护理对术后快速康复的效果。方法：于我院收治的行妇科手术的患者选取 60 例为本次研究样本，样本均是我院在 2019 年 12 月至 2022 年 06 月时间段内收治的行妇科手术的患者，按照正态分布的原则分为两组，有对照组、观察组，其中对照组患者 30 例，观察组患者 30 例，前者应用常规护理，后者则在此基础上应用中医护理，观察对照组患者和观察组患者经不同方式护理的效果，同时比较两组护理的效果。结果：两组行妇科手术的患者在腹胀发生情况中，观察组患者明显低于对照组患者，两组组间数据差异性符合正态分布， $P < 0.05$ ；两组行妇科手术的患者在护理前焦虑及情绪评分数据差异性不符合正态分布， $P > 0.05$ ，两组行妇科手术的患者在护理后焦虑及情绪评分中，观察组患者低于对照组患者，两组组间数据差异性符合正态分布， $P < 0.05$ ；两组行妇科手术的患者在首次排便时间、首次肛门排气时间及肠鸣音恢复时间中，观察组患者均比对照组患者低，两组组间数据差异性符合正态分布， $P < 0.05$ ；两组行妇科手术的患者在生活质量及睡眠质量评分中，观察组患者高于对照组患者，两组组间数据差异性符合正态分布， $P < 0.05$ ；两组行妇科手术的患者在护理满意度中，观察组患者均比对照组患者高，两组组间数据差异性符合正态分布， $P < 0.05$ 。结论：中医护理应用于妇科手术中，患者的睡眠质量、生活质量以及负面情绪评分均得到显著改善，且有助于缩短临床症状恢复时间，降低腹胀发生率，提高患者的满意度，利于患者术后康复，建议临床医学推广。

关键词：中医护理；妇科手术；肛门排气；生活质量；护理效果

妇科是医院组成的重要科室之一，接纳的妇科疾病患者较多，且随着近年来人们生活节奏的加快，导致越来越多的群体出现生活作息不规律的现象，促使临床患病率提高，特别是针对女性群体来讲，妇科疾病不仅会严重威胁其身心健康，而且受到妇科疾病隐私性的影响，导致患者的心理及生理出现一系列的问题，因此，如何解决此类问题已成为临床研究的重点^[1]。目前，临床主要采用手术方式治疗妇科疾病，虽有着一定的疗效，但由于牵涉生殖系统，手术时难免会对机体生理功能造成影响，导致患者术后胃肠功能恢复缓慢，而在这种情况下加强护理干预对促进患者胃肠功能恢复具有显著意义^[2]。基于此，本次研究主要将我院在 2019 年 12 月至 2022 年 06 月时间段内收治的 60 例行妇科手术的患者为样本，观察中医护理促进妇科手术术后肛门排气的效果，详细观察报道如下所示。

1、资料与方法

1.1 一般资料

于我院收治的行妇科手术的患者选取 60 例为本次研究样本，样本均是我院在 2019 年 12 月至 2022 年 06 月时间段内收治的行妇科手术的患者，按照正态分布的原则分为两组，有对照组、观察组，其中对照组患者 30 例，观察组患者 30 例，前者应用常规护理，后者则在此基础上应用中医护理。对照组 30 例行妇科手术患者的年龄限定范围在 23 岁~37 岁，年龄中间值为 (30.17 ± 2.36) 岁，体重限定范围在 49kg~62kg，体重中间值为 (55.46 ± 1.38) kg，其中宫外孕患者 10 例、卵巢囊肿患者 13 例、子宫肌瘤患者 7 例；观察组 30 例行妇科手术患者的年龄限定范围在 23 岁~36 岁，年龄中间值为 (29.63 ± 2.37) 岁，体重限定范围在 48kg~64kg，体重中间值为 (55.93 ± 1.37) kg，其中宫外孕患者 8 例、卵巢囊肿患者 14 例、子宫肌瘤患者 8 例。观察组患者和对照组患者临床基线资料比较，数据差异性不符合正态分布， $P > 0.05$ ，可比性存在，可以展开比较。本院统计人员均将患者一般资料记录入档，确定其可信度后提交伦理委员会审核批准。

1.2 方法

所有患者均在全麻下实施腹腔镜手术。

对照组应用常规护理，即术后将患者送回病房后，嘱咐其在去枕的情况下保持 6 小时的平卧位，术后 6 小时禁食禁饮；然后在患者肛门排气后评估其恢复情况，结合评估结果为其提供流质、半流食或者是常规饮食；最后在手术完成 12 小时后可协助患者呈半坐卧位，并在 24 小时后拔出导尿管，同时在导尿管拔出后嘱咐患者尽早下床活动，预防并发症。

观察组在常规护理的基础上应用中医护理，即 a 穴位敷贴+按摩：a 敷贴：术后 1 天取黄芥子 100g、紫苏子 100g、吴茱萸 100g 以及莱菔子 100g，并将其装置于特制的纱带中，然后放入微波炉中进行加热至温度适宜后取出，再将其热敷于患者腹部上，每天热敷 3 次，直至患者肛门排气；b 按

摩：术后 6 小时取腿部足三里以及三阴交穴进行按摩，每次对每个穴位按摩 1 至 2 分钟，按摩至患者出现酸麻感、局部疼痛或发热时即可停止；c 术前助眠：术前可为患者提供舒适的病房，保证室内空气流通，温度适宜，光线柔和，避免各种噪音，同时病床应保持干燥、清洁；其次在患者睡前应遮挡住床帘、关灯，并用热水泡脚；遵医嘱予耳穴埋籽，取穴位神门、肾、三阴交，以促进睡眠，最后，可取酸枣仁 12~25 粒左右，将其炒至半熟研末，在睡前冲服；d 情志护理：患者往往受到腹腔镜手术的影响，而出现情志失衡，因此，责任护士需密切观察患者的心理状态，尽早对患者存在的情志失衡进行发现，然后借助各种有效的手段对其进行对症心理指导，解除患者术后的负面情绪，建立自信心，以积极乐观的心态配合护理及治疗，确保其七情保持稳定；e 饮食护理：术后应结合患者的实际情况为其制定针对性的营养膳食，以此来提高患者的抵抗力，饮食应以清淡且适量为主，避免患者因进食过多而伤及脾胃，因进食过少而对气血造成影响的情况发生，同时，嘱咐患者家属在为患者准备膳食时应少放盐，多补充新鲜蔬果，禁止辛辣、生冷、油腻等刺激性食物摄入；最后，可给予患者饮用四磨汤，取乌药 10g、枳实 15g、沉香 15g、木香 15g、黄芪 15g，用清水煎煮取汁 200ml，每天服用一剂。

1.3 观察指标

通过对观察组患者应用中医护理，对照组患者应用常规护理，观察对照组和观察组护理后的腹胀发生率、负面情绪评分、各项指标情况、生活质量和睡眠质量评分以及护理满意度。（1）记录两组腹胀发生率：a 术后 24 小时内肛门排气则判定为无腹胀；b 术后 24h~36h 内肛门排气则判定为轻微腹胀；c 术后 36h 及以上时肛门排气则判定为腹胀明显，主要记录轻微腹胀及腹胀明显的发生情况；（2）负面情绪评分：a 采用焦虑自评量表 SAS 对患者焦虑程度进行评估，量表含有 5 个条目，每个条目 0~2 分，分值高则焦虑程度重；b 采用抑郁自评量表 SDS 对患者抑郁程度进行评估，量表含有 6 个条目，分值为 12 分，分值高则抑郁程度重；（3）各项指标情况包括首次排便时间、首次肛门排气时间及肠鸣音恢复时间等；（4）生活质量和睡眠质量评分：a 生活质量采用本院自制生活质量自评量表进行评估，量表涉及的有情感、认知、生理、心理等多个维度，分值为百分制，分值高则生活质量好；b 睡眠质量采用匹兹堡睡眠质量指数表 PSQI 进行评估，量表含有睡眠时间、起床时间、上床时间等等，分值为 100 分，分值高则睡眠质量好；（5）护理满意度采用本院自制护理满意度问卷表进行调查，涉及的有非常满意、满意及不满意，分值 100 分，分值越高则满意度越高，主要在患者出院时进行发放调查，一共发放 60 份，收回 60 份，满意度=（非常满意+满意）例数和÷总例数×100%。

1.4 统计学分析

用 SPSS23.0 统计学软件对本次研究数据进行分析,计数资料、计量资料以 X^2 和 t 值检验,以百分数、(均数±标准差)表示,当结果 $P<0.05$ 时,表示本次研究有统计学意义。

2、结果

2.1 观察组患者和对照组患者组间腹胀发生率比较

两组行妇科手术的患者在腹胀发生情况中,观察组患者明显低于对照组患者,两组组间数据差异性符合正态分布, $P<0.05$,表 1 所示。

表 1 观察组患者和对照组患者组间腹胀发生率比较[n (%)]

组别	腹胀发生率
观察组 (n=30)	1 (3.33)
对照组 (n=30)	8 (26.67)
X^2	6.4052
P	0.0113

2.2 观察组患者和对照组患者组间负面情绪比较

两组行妇科手术的患者在护理前焦虑及情绪评分数据差异性不符合正态分布, $P>0.05$,两组行妇科手术的患者在护理后焦虑及情绪评分中,观察组患者低于对照组患者,两组组间数据差异性符合正态分布, $P<0.05$,表 2 所示。

表 2 观察组患者和对照组患者组间负面情绪比较 (分)

组别	焦虑		抑郁	
	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组 (n=30)	8.23±1.42	2.36±0.58	9.34±1.47	2.18±0.65
对照组 (n=30)	8.25±1.36	4.82±0.96	9.27±1.42	4.62±0.89
t	0.0557	12.0131	0.1875	12.1264
P	0.9558	0.0000	0.8519	0.0000

2.3 观察组患者和对照组患者组间各项指标情况比较

两组行妇科手术的患者在首次排便时间、首次肛门排气时间及肠鸣音恢复时间中,观察组患者均比对照组患者低,两组组间数据差异性符合正态分布, $P<0.05$,表 3 所示。

表 3 观察组患者和对照组患者组间各项指标情况比较 (h)

组别	首次排便时间	首次肛门排气时间	肠鸣音恢复时间
观察组 (n=30)	14.86±2.14	12.67±1.24	14.82±1.59
对照组 (n=30)	27.96±2.79	22.96±1.94	25.76±1.89
t	20.4059	24.4787	24.2608
P	0.0000	0.0000	0.0000

2.4 观察组患者和对照组患者组间生活质量及睡眠质量评分比较

两组行妇科手术的患者在生活质量及睡眠质量评分中,观察组患者高于对照组患者,两组组间数据差异性符合正态分布, $P<0.05$,表 4 所示。

表 4 观察组患者和对照组患者组间生活质量及睡眠质量评分比较 (分)

组别	生活质量	睡眠质量
观察组 (n=30)	92.47±2.86	93.75±2.48
对照组 (n=30)	85.74±2.35	87.64±2.17
t	9.9582	10.1554
P	0.0000	0.0000

2.5 观察组患者和对照组患者组间护理满意度比较

两组行妇科手术的患者在护理满意度中,观察组患者均比对照组患者高,两组组间数据差异性符合正态分布, $P<0.05$,表 5 所示。

表 5 观察组患者和对照组患者组间护理满意度比较[n (%)]

组别	非常满意	满意	不满意	满意度
观察组 (n=30)	25 (83.33)	4 (13.33)	2 (6.67)	28 (93.33)

对照组 (n=30)	16 (53.33)	5 (16.67)	9 (30.00)	21 (70.00)
X^2				5.4545
P				0.0195

3、讨论

妇科疾病在临床比较常见,具有一定的特殊性,患者一旦发病不仅会牵连生殖系统,而且还会增大手术对机体造成的伤害,严重影响患者的生活质量及身心健康,外加上绝大多数患者对妇科疾病认知的欠缺,极易出现一系列不良情绪,导致患者不仅要承受生理上的疼痛,而且还要面临心理上的压力,导致治疗依从性降低,从而增加临床治疗难度,影响预后^[3]。腹腔镜术是临床常见的一种术式,它能有效减轻患者的痛苦,但是,该术式极易对肠管术源性造成刺激,外加上麻醉药物的使用,导致患者术后肠道蠕动功能减弱,引发腹胀,延长肛门排气时间,不利于患者术后康复,因此,在患者术后辅以科学有效的护理措施具有重要作用^[4]。

中医护理作为新型的护理模式,它主要从穴位按摩加贴敷、耳穴埋籽、术前助眠、情志护理、饮食护理及穴位敷贴等五个方面出发,以此来帮助患者术后肛门排气。其中穴位按摩不仅有助于机体血液循环加速,而且还能对各个穴位起到疏通作用,从而促进机体胃肠功能恢复;术前助眠中为患者提供舒适的病房环境,保持室内的干燥,有助于患者心情愉悦,促进睡眠质量提高,并且,将酸枣仁炒至半熟研末后在睡前冲服,也在一定程度上促使患者快速入睡,保证睡眠效果;情志护理有助于解除患者情志失衡,帮助其树立自信心,以积极乐观的心态配合临床治疗及护理^[5];饮食护理中四磨汤具有补气行气、消胀除满以及破滞降逆的作用,其中黄芪具有益气健脾的功效,而沉香、枳实、乌药以及木香则具有通膈、行气以及消胀的功效,以上药物联合应用可促进胃肠功能的恢复;穴位敷贴有助于患者胀气感减轻,促进其腹胀症状得到缓解,进而加速肛门排气^[6]。

在本次研究结果中,观察组患者腹胀发生率低于对照组患者,数据与正态分布符合, $P<0.05$,表明中医护理有助于降低患者腹胀发生情况;观察组患者焦虑以及抑郁情绪评分明显低于对照组患者,数据与正态分布符合, $P<0.05$,表明中医护理有利于缓解患者不良心理情绪,使其保持七情平衡;观察组患者首次排便时间、首次肛门排气时间以及肠鸣音恢复时间均低于对照组患者,数据与正态分布符合, $P<0.05$,表明中医护理相较于常规护理,更有利于缩短患者指标恢复时间;观察组患者生活质量以及睡眠质量评分明显高于对照组患者,数据与正态分布符合, $P<0.05$,表明中医护理在改善患者生活质量以及睡眠质量中有着显著效果;观察组患者护理满意度明显高于对照组患者,数据与正态分布符合, $P<0.05$,表明中医护理与常规护理比较,更能满足患者对护理质量的需求^[7]。

综上所述,中医护理应用于妇科手术中,患者的睡眠质量、生活质量以及负面情绪评分均得到显著改善,且有助于缩短临床症状恢复时间,降低腹胀发生率,提高患者的满意度,利于患者术后康复,值得临床医学推广。

参考文献:

[1]王爱萍. 中医护理在妇科手术后预防深静脉血栓方面的临床效果研究[J]. 饮食保健, 2020 (47): 230.

[2]郑巧. 中医护理技术结合快速康复技术对妇科手术后康复的影响分析[J]. 养生保健指南, 2020 (46): 10-11.

[3]周小琴. 妇科腹腔镜术后腹胀的中医护理效果评价[J]. 养生保健指南, 2021 (8): 107.

[4]卢菊芳. 早期中医护理干预在妇科腹腔镜手术患者中的临床应用[J]. 光明中医, 2021, 36 (10): 1709-1712.

[5]王倩. 中医综合护理预防妇科腹腔镜术后患者腹胀的效果研究[J]. 健康大视野, 2019 (24): 136.

[6]郎学凤. 中医情志护理对妇科腹腔镜手术患者的应用效果[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36 (17): 132-133.

[7]黄静,刘畅. 中医特色护理在妇科手术患者中的应用效果[J]. 养生保健指南, 2021 (22): 196.

中药师在中药临床合理用药监督工作中的作用研究

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：观察中药师在中药临床合理用药监督工作中的作用，并对其监督工作的具体内容展开研究。方法：选择在2020年10月—2022年6月于本院接受中药治疗的200例患者进行观察实验，将所有患者进行随机平均分配，分别为常规组（n=100）和实验组（n=100），两组均给予常规临床用药干预，实验组在用药期间辅以中药师干预指导，分别统计两组患者的临床用药管理质量、不良反应发生情况、不合理用药情况、用药疗效以及用药满意度，并对两组数据结果进行对比分析。结果：实验组在经过中药师干预后，该组的用药管理质量、用药疗效以及用药满意度均更优于常规组，不良反应发生情况与不合理用药情况均更低于常规组，差异明显，有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：由中药师负责对中药临床合理用药工作进行监督与管理的效果十分显著，有助于提高临床用药管理质量，增强临床疗效，降低不良反应的发生几率，改善患者的满意度。

关键词：中药师；中药临床；合理用药监督；作用研究；不良反应发生情况；用药管理质量

中药在中医理论指导下，通常用于诊断、治疗或是预防疾病，属于一种具备良好的康复功能及保健作用的药物，其以纯天然药物及天然药加工品作为主要来源，包括动物药、矿物药与植物药等，其中以植物药的使用最为常见^[1]。随着近年以来中医药理理论方面知识的深化发展，使得中药疗法在临床中的应用愈加广泛，同时也致使不合理用药的情况日益增多^[2]。不合理用药的产生轻则会对患者的临床疗效造成一定影响，重则更容易更进一步加重患者的病情，从而危及患者的生命安全^[3]。在中药临床合理用药监督工作中，中药师主要负责对临床医生的用药方案进行监督，通过药品的具体信息、配伍禁忌以及相关不良反应提供合理参考意见，同时还要对患者实施正确的用药指导^[4]。作为临床药学服务实施的主体，中药师在临床用药监督工作中发挥着巨大作用，不但要对用药信息进行收集与反馈，在用药方面给予合适指导，还要对药物不良反应实施监测与报告，其作用不可忽视^[5]。为此，本院此次将对入院采用中药治疗的200例患者展开研究，观察中药师在中药临床合理用药监督中的作用及效果，现汇报如下。

1 资料与方法

1.1 基础资料

本次实验将回顾性分析在2020年10月—2022年6月间收入本院实施中药治疗的200例患者，随机平均分成常规组与实验组，每组各100例；其中：常规组男性62例，女性38例，年龄20—77岁，平均年龄（48.56±6.38）岁；实验组男性59例，女性41例，年龄20—79岁，平均年龄（48.92±6.88）岁；组间基本资料比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），实验结果可比。

纳入标准：①患者详知本次研究内容，自愿配合研究并签署知情同意书；②伦理委员会准许开展本项实验；③患者无沟通障碍。

排除标准：①伴随精神类疾病或认知功能障碍，无法正常交流；②中途更改西药治疗或转院；③肝肾功能或心脏功能不全。

1.2 方法

常规组施以常规给药治疗，即由主治医师对患者进行诊断并确诊后，为其开具用药处方，建立相关医嘱，而后由患者或其家属前往取药处领取药物，并根据医嘱所标注的方式方法服用药物。

实验组在中药师的干预下服用药物，即在患者的主治医师做出诊断并根据诊断结果开具药物处方后，通过中药师从制药—取药—煎药—服药等各个部分进行干预。首先，中药师要对医生开具的用药处方与患者的临床资料等方面进行审核，指出存在争议之处，并及时与患者的主治医师进行沟通，共同协商改进方案；在患者取药时，将用药有关注意事项、方式方法详细告知，及时纠正患者的错误认知，并在患者用药期间密切监督其疗效与不良反应，定期对其用药情况进行总结与评估，并酌情调整患者的用药剂量；

1.3 观察指标

（1）采用本院特制的用药管理质量评估表统计两组患者的用药合理性、用药安全性与用药有效性评分，每项均以100分为满分，分值高即代表该组用药管理质量越优。

（2）比较两组患者的用药后不良反应发生情况，包括神经系统、消

化系统、循环系统以及呼吸系统，不良反应发生率=发生例数÷总例数×100%。

（3）记录两组患者的不合理用药情况，包括剂量不当、用法不当、炮制不当以及患者自身因素，不合理用药率=不合理例数÷总例数×100%。

（4）统计两组患者的用药疗效，分为显效、有效与无效三方面；患者在用药后，其各项体征指标均恢复正常，且临床症状消失代表显效；用药后各项体征指标均有较大改善，且临床症状基本消失即为有效；而无法达到上述标准或加重病情即表示无效。用药总疗效=显效与有效例数之和÷总例数×100%。

（5）通过本院特制的满意度调查问卷观察两组患者的用药满意度，分别对医生及中药师的诊疗方案、用药指导、专业水平、健康宣教以及服务态度等方面进行评定，满分为100分，得分>80分为满意，60-80之间为尚可，得分<60分代表失望，总用药满意度=满意与尚可例数之和÷总例数×100%。

1.4 统计学方法

用药管理质量评分通过（ $\bar{x} \pm s$ ）计量，数据对比实施t检验；不良反应、不合理用药情况、用药疗效与满意度均采用[n（%）]计数，数据对比实施 χ^2 检验；并选择（SPSS）19.0软件进行处理，比值为 $P<0.05$ 时，代表符合统计学意义。

2 结果

2.1 观察两组患者的用药管理质量评分

实验组的各项评分均高于常规组，对比差异大，有统计学意义（ $P<0.05$ ）见表1。

表1 对比两组患者的用药管理质量评分（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	用药安全性	用药合理性	用药有效性
实验组	100	94.32±3.11	95.02±3.05	95.53±2.87
常规组	100	91.88±5.33	92.33±5.98	92.96±5.64
t值		3.9539	4.0072	4.0611
P值		0.0001	0.0001	0.0001

2.2 统计两组患者的不良反应发生情况

实验组患者的各个不良反应例数均少于常规组，比值差异大，符合统计学意义（ $P<0.05$ ）见表2。

表2 对比两组患者的不良反应发生情况[n（%）]

组别	例数	消化系统反应	神经系统反应	呼吸系统反应	循环系统反应
实验组	100	2（2.00%）	0（0.00%）	1（1.00%）	1（1.00%）
常规组	100	9（9.00%）	5（5.00%）	8（8.00%）	7（7.00%）
χ^2 值		4.7138	5.1282	5.7010	4.6875
P值		0.0299	0.0235	0.0169	0.0303

2.3 观察两组患者的不合理用药情况

实验组患者的各项不合理用药发生数均少于常规组，差异具备统计学意义（ $P<0.05$ ）见表 3。

表 3 对比两组患者的不合理用药情况[n（%）]

组别	例数	剂量不当	用法不当	炮制不当	患者自身因素
实验组	100	2（2.00%）	0（0.00%）	5（5.00%）	6（6.00%）
常规组	100	10（10.00%）	6（6.00%）	15（15.00%）	18（18.00%）
X^2 值		5.6738	6.1856	5.9673	6.8182
P 值		0.0172	0.0128	0.0145	0.0090

2.4 观察两组患者的用药疗效

相较于常规组，实验组患者的用药疗效更高，比值存在较大差异，有统计学意义（ $P<0.05$ ）见表 4。

表 4 对比两组患者的用药疗效[n（%）]

组别	例数	显效	有效	无效	总治疗有效率
实验组	100	56（56.00%）	36（36.00%）	8（8.00%）	92（92.00%）
常规组	100	46（46.00%）	30（30.00%）	24（24.00%）	76（76.00%）
X^2 值					9.5238
P 值					0.0020

2.5 观察两组患者的用药满意度

与常规组相比较，实验组患者的用药满意度更高，对比差异较大，具备统计学意义（ $P<0.05$ ）见表 5。

表 5 对比两组患者的用药满意度[n（%）]

组别	例数	满意	尚可	失望	总用药满意度
实验组	100	67（67.00%）	29（29.00%）	4（4.00%）	96（96.00%）
常规组	100	44（44.00%）	40（40.00%）	16（16.00%）	84（84.00%）
X^2 值					8.0000
P 值					0.0046

3 讨论

中药临床合理用药属于一种高效、安全而又经济的选择药物方式，其能够时刻秉承以中医理论指导为核心原则，且与中医辩证施治原则相结合，形成科学组方并严格遵循，进而促使医疗保健与治疗疾病之成效得以实现^[6]。将药物之疗效进行充分发挥是中药临床合理用药方案的主要目的，能够最大程度保障临床用药的及时性、有效性以及安全性，有效降低引发药物副作用与不良反应的风险，从而实现最佳临床疗效^[7]。但在临床上采用中医药物治疗患者的过程中，还会伴随一定程度的危险因素，包括中西联合用药不合理、药物的炮制或搭配不合理、给药途径不合理、药物来源发生问题以及中医师临床用药发生失误等情况，均会促使患者服用药物后产生不良反应，由此可见，只有加强对临床应用中医药物的严密监控，才能够有效预防并控制住用药后不良反应的发生^[8]。中医师作为临床医生与患者之间的桥梁，不仅应对患者的用药情况给予相应指导，还应应对临床医生提出的用药方案进行监督，以保障患者的用药安全性与实际疗效。

3.1 辨证论治

在日常给予患者实施中医药物治疗过程中，应时刻遵守辩证施治之原则，根据患者的病情进展，采取合适的临床药物治疗。经正确诊断后的患者，倘若随意给药治疗或是出现用药失误等状况，不仅无法提高临床疗效，还容易致使患者引发诸多药物不良反应或是出现药源性疾病。故而在实施临床治疗时，不但需要临床医生对患者的病情给予科学、正确的诊断，还要通过中医师加强监督，确保能够对症用药，并且在用药的同时完全掌握

所使用药物的慎用对象、适应症以及禁忌证等药理知识，同时还要结合患者的临床实际病情，给予合适的药物用量、用法指导，还应该随时根据患者身体状况、病程、病情以及发病季节等方面的变化合理调整对其的用药剂量，从而提高临床用药的安全性及有效性。

3.2 保障中西药联用的合理性

经多年以来的临床试验结果显示，中西药联合应用能够显著提高临床疗效，显著降低药物的毒副作用，从而大幅度缩短治疗时间，促进患者快速康复并改善预后效果。但倘若中西药物联用不当，便会提高一系列不良问题的发生风险，包括药物进入机体后形成沉淀从而降低疗效、形成络合物从而影响机体的吸收能力、形成毒性反应致使产生不良并发症等。更有甚者，会严重威胁到患者的生命安全，例如中药以及有机酸类中成药不能跟磺胺类西药进行联用，服用后会在患者机体中肾小管内无法排出，并形成晶体，从而引发血尿、结晶尿等不良症状，严重则会导致肾功能衰竭。

3.3 严格把控用药方法与药物剂量

在对患者实施中医药物治疗之前，应当对患者的性别、年龄、病程、当前病情以及合并症等临床基础情况充分掌握，并结合患者的临床实际情况给予制定合适的用药剂量。用药时间过长、长期使用同一种药物亦或是给药剂量过大均会容易促使患者产生不良反应，例如马钱子具有散结消肿、通络止痛以及健胃之功效，但该的用法与用量在临床中拥有十分严格的规定，需要在入药前进行炮制，生食会产生较高毒性反应，每日总用量要严格控制在 0.3-0.6g 之间，绝不可长期使用或超标用药，一旦超出规定剂量，便会引发呼吸窘迫、痉挛严重并产生窒息，对患者的生命安全造成威胁。

3.4 保障中药炮制的规范性

绝大部分中药均需要通过科学、合理的加工炮制才能降低其自身毒性，并提高药物的临床疗效，不合理的炮制方法不但会减弱其药效，还会加重其毒性反应。故而在对有毒中药进行炮制过程中，应严格按照药物特性严格控制煎煮时间与煎煮方式，最大程度降低其毒性。只有通过严格遵循中药炮制的相关操作规程，辅以合适的煎煮方式，才能够促进药物与饮食之间的互相协调效果，还需加强对药物炮制流程方面的监督，遇到问题要及时采取合适的处理措施，从而保障药效，实现预期目标。

本次研究得出，实验组患者在用药合理性、用药安全性与用药有效性方面评分均更高于常规组，发生神经系统、消化系统、循环系统，呼吸系统等不良反应以及剂量不当、用法不当、炮制不当、患者自身因素等不合理用药情况均更少于常规组，实验组总用药有效率为 92.00%（92/100），常规组为 76.00%（76/100）；且实验组用药满意度高达 96.00%（96/100），而常规组则有 84.00%（84/100）；可见相比于常规组，实验组的用药疗效与用药满意度更高，（ $P<0.05$ ）。

综上所述，中医师在中药临床合理用药监督管理工作中其作用显著，能够充分发挥药物的疗效，同时减轻药物的不良反应与副作用，进而提高中药临床合理用药的有效性、合理性与安全性，改善患者的预后质量。

参考文献：

[1]沈婷婷，叶婷婷.中医师在中药临床合理用药监督管理工作中的作用[J].中医药管理杂志，2022，30（02）：69-71。
[2]李乔，王素，王爱里，杨莉，陈玉文.中医院药房中医师深入临床开展药学服务的探索[J].中国医院药学杂志，2021，41（07）：745-749。
[3]李锐，谢程，郭义明，于倩.临床试验药品中心化管理中医师的价值与作用[J].中国临床药学杂志，2020，29（06）：436-439。
[4]杨蕴博，富美.中医师在毒性中药饮片临床使用中的作用[J].中国城乡企业卫生，2020，35（09）：115-117。
[5]方红玫.临床中医师的定位与岗位服务能力培养策略探讨[J].中医药管理杂志，2020，38（14）：101-103。
[6]史相国，张晓.中药临床药师开展药学服务的方式及效果探究[J].中国现代药物应用，2020，14（01）：220-221。
[7]孙博喻，曹建华.临床中医师干预对我院中草药处方规范性的影响[J].临床医药文献电子杂志，2019，6（90）：17-18。
[8]刘艳春.中医师在中药临床合理用药监督工作中的重要性分析[J].中国医药指南，2019，17（30）：224-225。

恩替卡韦联合复方鳖甲软肝片治疗乙肝肝硬化效果研究

杨飞

山西省泽州县人民医院感染性疾病科 山西省泽州县 048000

摘要：目的：研究乙肝肝硬化采用恩替卡韦和复方鳖甲软肝片联合用药方案治疗的效果。方法：将 100 例乙肝肝硬化患者采用随机分组方法设置成研究组（恩替卡韦和复方鳖甲软肝片联合用药方案）和对照组（恩替卡韦单一用药方案）。将 2 组治疗效果存在的差异进行比较。结果：在显效、缓解、无效治疗有效性指标中，研究组总有效率为 92.00%，对照组总有效率为 72.00%，观察组和对照组比较，前者更高，（ $P<0.05$ ）。在 LT、TBIL、PTA、HBV-DNA 肝功能指标和 HBV-DNA 指标中，治疗前，2 组比较无显著差异，（ $P>0.05$ ）；治疗后 2 组均有所改善，但联合组和对照组相比，前者改善程度更高，（ $P<0.05$ ）。在 HA、LN、PCIII、IV 纤维化指标中，治疗前，2 组比较无显著差异，（ $P>0.05$ ）；治疗后 2 组均有所降低，但研究组和对照组相比，前者更低，（ $P<0.05$ ）。结论：乙肝肝硬化患者的采用恩替卡韦和复方鳖甲软肝片联合用药方案具有更加显著的疗效，在提高临床治疗效果和改善肝功能以及抑制肝纤维化等方面具有更加显著的效果。

关键词：恩替卡韦；复方鳖甲软肝片；乙肝肝硬化；治疗效果

在临床上肝硬化患者数量庞大，该病在初期临床症状不显著的，然而随着疾病的发展会逐渐出现黄疸和上消化道出血等症状，严重危害患者的生命安全。在有关文献中提到，导致肝硬化发生的一个主要因素就是乙型肝炎，主要是由于在肝细胞内病毒结合 DNA 分子，并在肝细胞核内不断复制，乙型肝炎病毒严重损害肝组织结构。现阶段，临床在治疗乙肝肝硬化患者时主要给予患者抗病毒和抑制肝纤维化发展的药物。恩替卡韦属于一种能够抑制乙肝病毒的药物，但是单一采用该药物治疗乙肝肝硬化整体疗效不佳，为此，应结合其他药物共同对患者实施治疗^[1]。复方鳖甲软肝片中包含多种中药材，其能够起到益气养血和化瘀解毒的作用。现对不同用药方案治疗乙肝肝硬化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）	病程（年）
研究组（n=50）	26/24	53.43±5.30	5.24±2.10
对照组（n=50）	28/22	54.30±4.29	5.78±2.20
t	0.336	0.205	0.441
P	1.546	5.601	3.147

1.2 方法

对照组：恩替卡韦单一用药方案。患者每次服用 0.5mg 的恩替卡韦，连续用药半年。

观察组：恩替卡韦用药方案同对照组，同时联用复方鳖甲软肝片，即患者每次口服 4 片复方鳖甲软肝片，每日三次，连续用药半年。

1.3 观察指标

对比两组患者的相关指标。

1.4 统计学分析

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

2 结果

2.1 治疗有效性对比

在显效、缓解、无效治疗有效性指标中，研究组有 30 例（60.00%）、16 例（32.00%）、4 例（8.00%），总有效率为 92.00%，对照组有 19 例（38.00%）、17 例（34.00%）、14 例（28.00%），总有效率为 72.00%，观

察组和对照组比较，前者更高，（ $P<0.05$ ）。

表 2 治疗有效性对比（n，%）

组别	例数	显效	缓解	无效	总有效率
研究组	50	30（60.00）	16（32.00）	4（8.00）	46（92.00）
对照组	50	19（38.00）	17（34.00）	14（28.00）	36（72.00）
χ^2	-	9.657	6.400	35.151	35.151
P	-	0.000	0.011	0.000	0.000

2.2 肝功能指标和 HBV-DNA 水平对比

在 LT、TBIL、PTA、HBV-DNA 肝功能指标和 HBV-DNA 指标中，治疗前，研究组为（151.25±80.62）U/L、（48.26±12.60）umol/L、（33.59±8.12）s、（8.12±1.53）pml，对照组为（151.84±50.17）U/L、（48.46±12.16）umol/L、（33.74±8.53）s、（8.25±1.28）pml，2 组比较无显著差异，（ $P>0.05$ ）；治疗后，研究组为（33.14±14.69）U/L、（27.39±10.50）umol/L、（56.20±9.86）s、（0.20±0.10）pml，对照组为（120.37±40.52）U/L、（44.86±11.73）umol/L、（38.17±8.72）s、（3.24±0.07）pml，治疗后 2 组均有所改善，但联合组和对照组相比，前者改善程度更高，（ $P<0.05$ ）。

表 3 肝功能指标和 HBV-DNA 水平比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

指标		研究组 (n=50)	对照组 (n=50)	t	P
LT（U/L）	治疗前	151.25±80.62	151.84±50.17	0.002	0.989
	治疗后	33.14±14.69	120.37±40.52	11.831	0.000
TBIL（umol/L）	治疗前	48.26±12.60	48.46±12.16	0.021	0.928
	治疗后	27.39±10.50	44.86±11.73	6.540	0.000
PTA（s）	治疗前	33.59±8.12	33.74±8.53	0.242	0.832
	治疗后	56.20±9.86	38.17±8.72	7.644	0.000
HBV-DNA（pml）	治疗前	8.12±1.53	8.25±1.28	0.174	0.838
	治疗后	0.20±0.10	3.24±0.07	13.874	0.000

后

2.3 纤维化指标改善情况对比

在HA、LN、PCIII、IV纤维化指标中,治疗前,研究组为(352.46±211.63) ng/ml、(181.26±104.58) ng/ml、(195.27±113.68) ug/ml、(96.82±23.46) ug/ml, 对照组为 (362.58±212.43) ng/ml、(185.39±105.25) ng/ml、(196.47±112.53) ug/ml、(96.43±25.72) ug/ml, 2组比较无显著差异,(P>0.05);治疗后,研究组为(144.25±73.82) ng/ml、(101.43±42.20) ng/ml、(91.68±45.36) ug/ml、(47.32±21.68) ug/ml, 对照组为(185.10±74.60) ng/ml、(137.02±35.58) ng/ml、(140.16±62.58) ug/ml、(60.50±22.85) ug/ml, 治疗后2组均有所降低,但研究组和对照组相比,前者更低,(P<0.05)。

表4 纤维化指标改善情况对比 ($\bar{x} \pm s$)

指标		研究组 (n=80)	对照组 (n=80)	t	P
HA (ng/ml)	治疗前	352.46±211.63	362.58±212.43	0.168	0.825
	治疗后	144.25±73.82	185.10±74.60	2.152	0.038
LN (ng/ml)	治疗前	181.26±104.58	185.39±105.25	0.185	0.847
	治疗后	101.43±42.20	137.02±35.58	3.550	0.000
PCIII (ug/ml)	治疗前	195.27±113.68	196.47±112.53	0.035	0.927
	治疗后	91.68±45.36	140.16±62.58	3.347	0.001
IV (ug/ml)	治疗前	96.82±23.46	96.43±25.72	0.009	0.929
	治疗后	47.32±21.68	60.50±22.85	2.301	0.025

3 讨论

肝硬化是一种慢性病,主要是因为肝细胞发生坏死导致肝脏纤维组织出现弥漫性增生,假小叶和结节形成破坏肝脏结构。多种因素都会导致肝硬化的发生,但其中最常见的是病毒性肝炎。该病在疾病初期临床症状不显著,但是疾病发展到一定阶段之后患者就会出现相关的临床症状。倘若患者治疗不及时有可能出现肝癌等不良后果,严重威胁患者的生命安全和身体健康。为此,应为患者提供更加有效的治疗方案。目前,临床在治疗乙型肝炎肝硬化患者时主要采取药物治疗方案。恩替卡韦属于一种核苷类药物,其能够有效抑制乙肝病毒多聚酶的活性,降低血清当中HBV-DNA水平,给乙肝病毒的复制产生有效阻断作用,使肝纤维化得以显著改善,有利于假小叶的消失^[2]。现阶段,抗纤维化也是治疗乙型肝炎肝硬化患者的主要方向,而抗纤维化治疗的基础是抗病毒,然而单一采用恩替卡韦对患者实施治疗极易出现耐药性,而且长时间的服用患者极易出现不良反应,但中医药在治疗乙型肝炎肝硬化患者时注重对患者机体内在的气血平衡和免疫功能进行激发和调理,以此来对病毒的复制产生抑制作用,使患者的临床症状得到改善^[3]。因此中医药在肝硬化和肝纤维化防治方面具有显著的疗效,而且存在较少的不良反应。

从中医的角度来讲,乙型肝炎肝硬化属于积聚和膨胀的范围,外邪侵袭和

情志不畅以及饮食不节导致患者肝络受阻、肝脾受损是乙型肝炎硬化的主要发病机制^[4]。为此,中医在治疗乙型肝炎肝硬化患者时遵循通经活络和活血化瘀的原则^[5]。复方鳖甲软肝片中含有多种中药材,该药物具有益气扶正和滋阴补阳等功效^[6]。从现代药理学的角度来讲,该药物能够使患者肝细胞代谢和血液循环状态得以改善,对肝细胞进行有效的保护,而且还能够促进患者免疫功能的提升,使网状细胞吞噬能力得以提高,给胶原组织的降解起到一定的促进作用,在肝纤维化预防方面发挥着重要的作用^[7]。

肝功能降低是乙型肝炎硬化的主要病情变化特点,在对肝功能进行评价时常采用丙氨酸氨基转移酶这一指标,其主要是在肝细胞内合成,倘若肝细胞受损该指标的水平就会显著上升。因此,丙氨酸氨基转移酶的水平能够将肝功能损伤程度充分的反映出来^[8]。在本文中,研究组患者的肝功能指标较对照组低,提示乙型肝炎肝硬化患者采用恩替卡韦和复方鳖甲软肝片联合用药方案治疗能够使患者的肝功能得到显著改善,使患者病情的发展得到有效抑制,患者的预后相应得到改善,促进患者生存质量的提升^[9]。由此可见,将上述两种药物联合在一起对乙型肝炎肝硬化患者实施治疗能够将药物的协同治疗作用充分的发挥出来,可以通过多靶位对肝纤维化产生作用,使金属蛋白酶抑制剂得以有效减少,增加其活性,使降解平衡得以有效维持^[10]。

4 结论

总而言之,恩替卡韦和复方鳖甲软肝片联合用药方案治疗乙型肝炎肝硬化患者具有显著的疗效,不但能够使患者的肝功能得到显著改善,同时还能够使患者肝硬化的进展得以有效延缓。因此,联合用药方案在治疗乙型肝炎肝硬化患者方面具有较高的应用价值。

参考文献:

[1]武淑芳,赵夏平,张健,李聪,李永艳.恩替卡韦联合复方鳖甲软肝片对乙型肝炎肝硬化代偿期活动期患者血清肝纤维化及乙型肝炎病毒相关指标的影响[J].中国药物与临床,2022,22(03):269-272.

[2]张瑞林,赵昌芹.恩替卡韦联合复方鳖甲软肝片治疗乙型肝炎肝硬化效果研究[J].中国继续医学教育,2021,13(33):173-176.

[3]柴保山.复方鳖甲软肝片联合恩替卡韦治疗乙型肝炎硬化的效果观察[J].临床医学,2021,41(11):116-118.

[4]何宇,李晶,王涛.恩替卡韦联合复方鳖甲软肝片治疗乙型肝炎相关活动性肝硬化临床效果分析[J].系统医学,2021,6(14):72-74.

[5]王健.恩替卡韦胶囊与复方鳖甲软肝片联合治疗早期乙型肝炎硬化的有效率分析[J].哈尔滨医药,2021,41(03):60-61.

[6]白月,张辉,王小娟.恩替卡韦分别联合软肝颗粒、复方鳖甲软肝片治疗乙型肝炎肝硬化代偿期活动期效果研究[J].临床和实验医学杂志,2021,20(04):375-379.

[7]聂萌,卢文杰,王晶.复方鳖甲软肝片联合恩替卡韦治疗乙型肝炎肝硬化临床研究[J].新中医,2021,53(01):187-190.

[8]庞文艳,杨宏伟,齐宁,张国顺.前列地尔联合复方鳖甲软肝片和恩替卡韦治疗HBeAg阳性的乙肝失代偿期肝硬化患者的临床效果[J].中国医药导报,2020,17(36):130-134.

[9]郭婧芸.复方鳖甲软肝片联合恩替卡韦治疗乙型肝炎肝硬化患者的效果观察[J].临床医学工程,2020,27(11):1467-1468.

[10]杨会丽.恩替卡韦联合复方鳖甲软肝片治疗乙型肝炎硬化的临床研究[J].数理医药学杂志,2020,33(08):1200-1201.

Kegel 运动配合艾灸预防湿热下注型混合痔患者术后尿潴留的临床研究

杨洁 张建萍^{《通讯作者》}

昆明市中医医院 云南昆明 650500

摘要：目的 观察湿热下注型混合痔患者行 Kegel 运动训练配合术后艾灸尿潴留的发生率。方法 将湿热下注型混合痔手术患者 90 例随机分为三组，每组 30 例，对照组采取肛肠科术后常规的护理，观察组 1 采取常规护理加术后 2h 艾灸，观察组 2 在对照组的基础上于术前 1d 行 Kegel 运动配合术后 2h 艾灸，观察三组临床疗效、首次排尿时间及术后 8 h 内尿潴留的发生与排尿情况。结果 三组病人术后 8h 尿潴留发生率、术后首次自行排尿时间、术后排尿完全通畅时间、术后 8h 总尿量比较，差异有统计学意义。结论 在混合痔常规护理的基础上，术前及术后行 Kegel 运动训练配合术后艾灸能有效预防湿热下注型混合痔术后尿潴留的发生，帮助患者早期恢复排尿功能。

关键词：Kegel 运动；艾灸；湿热下注型混合痔；尿潴留

尿潴留是混合痔术后的主要并发症之一，病人术后因各种原因排尿不畅，或不能自行排尿，致尿液留于膀胱^[1]。如术后 8 h 病人不能排尿，膀胱尿量大于 600ml，或病人不能自行有效排空膀胱而残余尿量大于 100ml，即诊断为术后尿潴留^[2]。据统计，混合痔术后尿潴留的发生率为 12%~52%^[3]。尿潴留可能会导致膀胱过度膨胀和永久性的膀胱逼尿肌损伤，而导尿又会给病人带来痛苦，增加尿路感染的机会，且延长住院时间，增加病人费用^[4]。本次研究，将 2021 年 8 月至 2022 年 3 月对我科收治 90 例湿热下注型混合痔患者实施术前 1d 行凯格尔运动配合术后 2h 艾灸方法，在预防尿潴留方面取得较满意临床效果，现报道如下。

1 资料

1.1 一般资料

选择 90 例 2021 年 8 月—2022 年 3 月期间在云南省昆明市中医医院肛肠科住院的湿热下注型混合痔患者，按病人入院手术先后，采用随机数字表随机分为对照组、观察组 1、观察组 2，各 30 例。三组患者性别、年龄、疾病种类情况比较，差异无统计学意义（均 $P>0.05$ ），具有可比性，组间一般资料见表 1。

表 1 各组患者的一般资料分析

组别	例数	男/女	年龄/岁	χ^2
对照组	30	15/15	45±1.4	0.059
观察组 1	30	18/12	43±2.5	0.727
观察组 2	30	14/16	41±2.3	0.371

注：3 组间整体比较卡方检验。

1.2 诊断标准

中医诊断标准：参照《中医病症诊断疗效标准》^[5]中癃闭的诊断标准：小便不利，点滴不畅，或小便闭塞不通，尿道无涩痛，小腹胀满。

西医诊断标准：术后 8 h 内患者不能排尿，且膀胱尿量 $>600\text{mL}$ ，或患者不能自行有效排空膀胱，且残余尿量 $>100\text{mL}$ ，即可诊断尿潴留^[6]。

1.3 纳入标准

1.3.1 符合以上诊断标准的湿热下注型混合痔术后尿潴留患者；

1.3.2 年龄 25~55 周岁；

1.3.3 肛门形态正常者；

1.3.4 无严重心血管病者；

1.3.5 自愿参加本实验，并签署知情同意书；

1.3.6 麻醉方式为骶麻患者。

1.4 排除标准

1.4.1 年龄小于 25 周岁及大于 55 周岁者；

1.4.2 妊娠期、哺乳期及月经期妇女；

1.4.3 有严重全身合并症者（如血液病、心脑血管疾病、传染病、肝肾功能不全、精神病等）；

1.4.4 尿路狭窄、重度前列腺肥大；膀胱或输尿管结石和肿瘤阻塞性尿潴留及急性肾功能衰竭者；

1.4.5 麻醉方式为腰硬联合麻醉者。

2 治疗方法

3 组均行混合痔外剥内扎术，术前均排空大小便，并且观察组艾灸及凯格尔运动均由同一护士（职称：主管护师）完成。同时观察组艾灸治疗由同一护士进行取穴操作，采用本科室专利卡尺（专利号：201721640956.3）进行取穴操作，降低因制作过程和操作过程引发的差异。参考《经络腧穴学》艾灸取穴部位为气海、中极。艾条均为江苏康美制药有限公司生产的清艾条，规格：25g / 支，长 20-21 cm。

1.2.1 对照组 术后予肛肠科术后常规护理，补液总量为 1000 mL，输液滴数为每分钟 40-50 滴，术后 2h 指导患者开始饮水，术后 5h 内饮水 300ml，并指导患者自行排尿。

1.2.2 观察组 1 在对照组的基础上，术后 2h 嘱患者平卧，暴露脐周，准确定位穴位（取穴气海、中极），将艾条一端点燃，插入双孔艾灸盒对准穴位，距皮肤 3 cm 施灸，以局部皮肤微微发红、有温热感，但无灼痛为宜，防止烫伤皮肤，时间为 15min。

1.2.3 观察组 2 在观察组 1 的基础上，术前 1d 指导患者做 Kegel 运动训练，每次 10 min，一日 3 次。Kegel 运动训练方法：平躺，双膝弯曲，收缩臀部的肌肉向上提肛，紧闭尿道、阴道及肛门，此感觉如尿急但需憋尿的动作，保持盆底肌肉收缩 5-10 s，然后慢慢放松休息 5-10s 后，再次进行收缩运动，如此重复做去 10min。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 术后 8h 内自行排尿患者的首次排尿时间。

3.1.2 术后 8h 内自行排尿患者的首次排尿量。

3.1.3 术后至第 1 次膀胱尿液一次排尽时间。

3.1.4 术后 8h 总尿量。

3.1.5 术后尿潴留的发生率。

3.1.6 平均显效时间：从开始治疗到达到好转标准的时间。

3.2 疗效评定标准

根据国家中医药管理局《中医病症诊断疗效标准》结合临床拟定疗效标准^[7]。治愈：治疗后 60min 内能顺利排尿，尿急、腹胀、腹痛等症状、体征完全消失；好转：治疗后 60-120min 能少量多次排尿但排出不畅，尿

急、腹胀、腹痛等症状、体征改善，无需导尿症状好转；无效：治疗结束后 $>120\text{min}$ 仍未排尿或尿液淋漓部出，尿急、腹胀、腹痛加重，须留置导尿管。

4 统计学方法

采用 SPSS17.0 统计学软件进行分析。两计数资料进行 χ^2 检验，计量资料比较采用 t 检验。

5 结果

5.1 三组患者排尿情况比较（见表 2，表 3）。

表 2 三组排尿情况比较

组别	例数	术后首次排尿时间 (min)	首次排尿量 (ml)
对照组	30	514.96±167.42	314.26±177.22
观察组 1	30	444.19±127.57	323.15±195.68
观察组 2	30	426.91±121.43	334.65±189.98

注：P=0.011<0.05。

表 3 三组排尿情况比较

组别	例数	术后至第一次膀胱尿液一次排尽时间 (min)	术后 8h 总尿量 (ml)
对照组	30	332.56±267.42	544.46±137.02
观察组 1	30	178.12±227.07	903.15±494.61
观察组 2	30	166.91±221.43	914.65±489.58

注：P=0.031<0.05。

5.2 三组术后尿潴留发生率（见表 4）。

表 4 三组术后尿潴留发生率

组别	例数	尿潴留数	尿潴留发生率 (%)
对照组	30	8	26.67
观察组 1	30	4	13.33
观察组 2	30	2	6.67

注：P=0.035<0.05。

5.3 三组患者尿潴留临床疗效比较（见表 5）。

表 5 三组患者尿潴留临床疗效比较

组别	例数	治愈	好转	无效	有效率 (%)
对照组	30	15	7	8	73.33
观察组 1	30	20	8	2	93.33
观察组 2	30	22	7	1	96.67

注：P=0.008<0.05。

6 讨论

尿潴留是指尿道阻塞或膀胱机能障碍导致膀胱内充满尿液而不能正常排出，常由排尿困难发展到一定程度引起，按其病史、特点分急性尿潴留和慢性尿潴留两类。急性尿潴留发病突然，膀胱内充盈尿液不能排出，胀痛难忍、辗转不安。慢性尿潴留多表现为排尿不畅、尿频、排尿不尽感，有时有尿失禁现象。尿潴留属于中医“癃闭”范畴，其病位主要在膀胱，又与三焦、肺、脾、肾密切相关，《素问·宣明五气》记载：“膀胱不利为癃，不约为遗溺”，指“癃闭”是以排尿困难、甚至尿闭不通为主症的一类病症。

[7]。混合痔手术后因术后气机逆乱、络脉受损、气滞血瘀导致膀胱气机不化而易发生尿潴留。[7]

灸法在治疗尿潴留方面具有悠久的历史 and 独特的疗效，《黄帝内经》指出：“针所不为，灸之所宜”。在中医针灸学中经络与神经关系密切，神经在循经感传中起感觉作用，艾灸具有温通经络及抑菌消炎作用。在艾灸热力刺激下，温热渗透肌层直达膀胱，通过膀胱反射性地兴奋盆内脏神经，使膀胱逼尿肌收缩，尿道内括约肌松弛，尿液得以排出。术后剧烈疼痛使患者产生焦虑、恐惧，从而引起膀胱括约肌痉挛，导致排尿困难。艾灸通过辛温刺激及通经络的作用使麻痹的盆腔神经恢复，使膀胱逼尿肌收缩，尿道内括约肌松弛，使尿液自行排出。同时艾叶具有理气血、逐寒湿，温经止痛等功能，它的温热刺激还能使患者感觉舒适，精神放松，从而缓解患者紧张焦虑状态；也使痉挛的尿道括约肌放松，从而恢复正常的排尿功能而排尿。

中极是任脉与足三阴经交会穴，是膀胱的募穴，具有疏利三阴之气、扶正培元、通利水道、宣痹开结的作用；气海穴是任脉的腧穴，具有补气行气之功效。艾灸以上穴位，能温阳固肾、弥补元气、调理三焦、行气利水、通利小便，肾气复，气机畅，则膀胱气化功能得以恢复，复膀胱压力，促进膀胱逼尿肌功能恢复 [2]。因此，同时艾灸中极、气海穴位，能缓解甚至松弛痉挛的尿道和膀胱颈括约肌，使排尿功能得以恢复。

Kegel 运动即盆底肌肉锻炼也叫肛门收缩，是一种促进盆底功能恢复的非手术疗法。该运动针对围绕阴道、尿道和肛门周围的肌肉进行锻炼，增强逼尿肌及括约肌的协调性，促进排尿 [2]。因此，也适用于混合痔患者术后膀胱功能的恢复。术后填塞的敷料使肛门排气受阻，造成患者腹胀，而 Kegel 运动训练通过围绕阴道、尿道和肛门肌肉重复收缩，既可促进排尿，还能将腹部气体从肛门排出，减轻腹胀。研究表明，大部分患者做训练时只有轻微疼痛，伴有放屁，随之腹胀减轻。因此术后进行规范的 Kegel 运动训练，不仅可以预防尿潴留，还可以预防术后腹部胀气。

综上分析，混合痔患者术前 1d 行 Kegel 运动配合艾灸能有效预防尿潴留的发生，能较快速地恢复混合痔术后膀胱功能，从而恢复正常排尿。且此预防尿潴留模式操作安全、无痛、效果明显，避免导尿引起的尿道感染、尿道损伤等，减轻患者痛苦，易被病人接受。同时，Kegel 运动训练在本研究中除了预防尿潴留外，实践表明还起到了肛门排气，减轻患者腹胀痛的作用。因此，混合痔患者术前 1d 行凯格尔运动配合术后 2 小时艾灸预防混合痔术后尿潴留是提高护理质量，为患者节约费用的有效选择。但为保证 Kegel 运动训练的准确性需对患者加以指导并督促，以便提高临床疗效。本课题样本量较小，需进一步确认本方法的有效性，以便得出更加科学的结果。

参考文献：

- [1]刘春强. 补中益气汤治疗混合痔术后尿潴留临床及机制研究[C]//全国结直肠肛门外科微创学术交流会议. 2014.
- [2]佚名. 凯格尔运动配合艾灸盆底预防混合痔术后尿潴留的应用研究[J]. 中外医疗, 2018 (20): 151-153.
- [3]李志鹏, 苏云. 混合痔术后尿潴留的中西医研究进展 [J]. 山西中医学院学报, 2011, 12 (5): 72-73.
- [4]王威威. 盐酸戊乙奎醚对吗啡致实验动物胃肠道功能变化及尿潴留的影响[D]. 2011.
- [5]国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 27-28.
- [6]刘素平. 肛肠术后尿潴留的护理 [J]. 家庭护士, 2008, 6 (4): 999.
- [7]陈林[1], 陈朝晖[1], 张瑞芳[1], et al. 灸法治疗肛肠术后尿潴留临床研究[J]. 中国针灸, 2013, 33 (1): 17-19.

针灸结合补阳还五汤治疗气虚血瘀型中风对 FGF4 及 TAFI 水平的改善分析

张宗宝¹ 盛显涛²

1.青岛即墨区灵山卫生院 山东青岛 266219; 2.青岛市即墨区华山卫生院 山东青岛 266219

摘要: 目的: 针对针灸结合补阳还五汤治疗气虚血瘀型中风对 FGF4 及 TAFI 水平的改善情况展开分析。方法: 回顾性分析本院 2021 年 8 月-2022 年 7 月收治的 100 例血瘀型中风患者的临床资料, 随机分为对照组和研究组, 各 50 名。对照组患者使用常规治疗, 研究组患者使用针灸结合补阳还五汤治疗, 治疗周期结束后对比两组患者治疗前后成纤维细胞生长因子 (FGF4)、凝血酶激活的纤维蛋白溶解抑制物 (TAFI) 水平、两组患者治疗前后的生活质量 (sf-36) 评分以及治疗期间的并发症发生率。结果: 根据分析对比发现研究组患者血清中 FGF4、TAFI 水平改善情况比对照组更好, 研究组治疗期间的生活质量评分 (sf-36) 更高, 并发症发生率也低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 在血瘀型中风患者的治疗中实施针灸结合补阳还五汤进行治疗, 可以有效改善患者 FGF4、TAFI 水平, 减少并发症发生率, 提高患者生活质量, 临床使用价值较高。

关键词: 针灸; 补阳还五汤; 气虚血瘀型中风; FGF4; TAFI

中风又称之为脑卒中, 中风的病因较为复杂, 症候较多, 根据临床观察所知, 元气不足是导致气虚血瘀型中风的常见原因之一。此病症的特点主要有病情发展迅速、恢复时间较长、死亡率较高、复发率较高等, 对患者的生命安全与生活质量影响较大^[1-4]。随着人们生活习惯的日益改变, 我国中风发病率逐渐呈上升趋势, 临床一直在寻找更有效的治疗方式, 缓解患者痛苦, 帮助患者早日康复。目前, 在西医治疗中, 主要治疗手段是通过抗凝血、抗血栓、清除氧自由基等进行治疗, 虽然效果较好, 但是存在部分患者治疗效果欠佳的情况。在中医的范畴中气虚血瘀型中风需要益气养血、活血通络, 而中药药方中补阳还五汤在此方面效果较好, 大量的文献和临床研究记录表明中医针灸在血瘀型中风方面治疗效果显著^[5-7]。本次就针对针灸结合补阳还五汤治疗气虚血瘀型中风对 FGF4 及 TAFI 水平的改善情况展开分析, 具体报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象

回顾性分析本院 2021 年 8 月-2022 年 7 月收治的 100 例血瘀型中风患者的临床资料, 随机分为对照组和研究组, 各 50 名。对照组男 26 名, 女 24 名, 平均年龄 62.13 ± 4.36 岁, 研究组男 27 名, 女 23 名, 平均年龄 63.15 ± 5.16 岁, 两组患者基本资料对比 ($P > 0.05$)。纳入标准: (1) 两组患者均符合气虚血瘀型中风诊断标准, 并通过临床确诊。(2) 所有患者病程均大于 24 小时。(3) 两组患者均为首次病发患者。排除标准: (1) 对药物有过敏情况。(2) 近期进行过大型手术。(3) 存在免疫系统疾病、造血系统疾病。(4) 存在精神疾病、癫痫、脑血管疾病。本实验为回顾性临床研究, 已申请伦理豁免号 (豁免号: 20210713)。

1.2 方法

回顾性收集本院 2021 年 8 月-2022 年 7 月收治的 100 例血瘀型中风患者的临床资料。分析后发现, 对照组患者使用的常规治疗, 主要包括降压、降纤维、抗凝血、抗血栓治疗等, 治疗过程中密切关注了患者各项身体指标, 保证患者生命安全。研究组使用针灸结合补阳还五汤进行治疗,

治疗周期为 2 个月, 治疗期间观察患者是否出现不良反应, 如肠道反应、牙龈反应、泌尿反应等, 具体治疗措施如下:

针灸操作方法: 对患者运动区域进行常规消毒, 使用毫针顺着运动区刺入, 使用快速捻转法 1min/180 次, 持续时间为 3min, 留针时间为 6h, 留针期间需要行针 4 次, 患者可根据情况带针活动。体针, 取患者侧肢腋穴: 下肢取三元、环跳、阳陵泉、足三里等穴位; 上肢取风池、肩髃、曲池、外关、合谷等穴位, 使用平补平泻手法, 后留针 30min, 头针和体针在患者治疗期间可交替进行, 各 1 周, 1 个疗程为 2 周, 每个疗程之间休息 2 天左右, 具体时间根据患者情况来定。

补阳还五汤: 药方为黄芪 30 g、红花 10 g、地龙 10 g、赤芍 10 g、桃仁 10 g、川芎 10 g、当归 15 g、地龙 10 g, 以水煎服, 1 天服用 3 次, 1 天 1 剂。对于气虚较为明显的患者可以增加党参、太子参各 20g; 如果患者存在痰湿、语言表达不清可以加石菖蒲 20g、远志 15g; 如果患者存在阴虚火旺可以加栀子 15g、黄芩 10g; 若患者肢体绵软无力可以加牛膝、桑寄生、独活各 15g, 如果患者存在小便失禁可以加桑螵蛸、益智仁各 20g。

1.3 观察指标

回顾性分析本次收集的 100 名气虚血瘀型中风患者临床资料, (1) 采用生活质量评分表 (sf-36) 对两组患者治疗前后的生活质量进行评分对比; (2) 两组患者于空腹状态下取上肢静脉血 3ml 进行离心处理, 取血清进行分析, 对比两组患者治疗前后血清 FGF-4、TAF-I 水平; (3) 对比两组患者治疗之前的并发症发生率。

1.4 统计学分析

使用 SPSS22.0 软件分析, 使用 t 和 " $\bar{x} \pm s$ " 表示计量资料, 使用卡方和 % 表示计数资料, $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 sf-36 评分分析

对照组和研究组各 50 人, 对照组与研究组治疗前 sf-36 评分分别为 85.12 ± 2.11 分、 84.32 ± 2.02 分, 治疗前对比有差异 ($t = 1.937$, $P = 0.058$, P

>0.05); 治疗结束后对照组与研究组 sf-36 评分分别为 96.12±1.25 分、90.15±1.26 分, 治疗后有对比有差异 ($t=23.785$, $p=0.001$, $P<0.05$), 经过对比可知研究组评分明显高于对照组。

2.2 两组患者治疗前后血清 FGF4、TAFI 水平分析

对照组与研究组治疗前 FGF4 (pg/ml)、TAFI (μg/ml) 水平分别为 253.97±45.18、5.42±1.33, 262.07±42.73、5.36±1.42, 治疗前两组数据对比有差异 ($t_1=0.921$, $p_1=0.359$, $t_2=0.218$, $p_2=0.828$, $P>0.05$); 治疗后对照组与研究组 FGF4 (pg/ml)、TAFI (μg/ml) 水平分别为 175.23±32.46、13.58±2.67, 154.28±24.29、16.78±2.42, 治疗后两组数据对比有差异 ($t_1=3.654$, $p_1=0.004$, $t_2=6.279$, $p_2=0.001$, $P<0.05$)。对比分析可知, 研究组 FGF4 水平比对照组下降明显, 研究组 TAFI 水平高于对照组。

2.3 两组患者治疗期间并发症发生率分析

对照组治疗期间并发症发生率为 25% 明显高于研究组并发症发生率 6%, 对比有差异 ($\chi^2=4.332$, $P=0.037$, $P<0.05$)

3 讨论

中老年群体是中风的主要发病群体, 发病较为突然, 病发时表现为不省人事、口眼歪斜、半身不遂等, 此疾病在我国存在发病率高、死亡率高、复发率高等特点, 严重影响患者的生命安全和生活质量, 而且中风治疗周期较长, 家庭的经济也造成负担^[8-9]。在现代医学中, 将高血压、脑出血等都列入了中风的范围之内, 发病速度较快, 但是恢复需要的时间较长, 所以一旦出现中风现象就需要及时进行救治, 减少患者机体的伤害增加其康复的可能性。中风又称之为脑卒中, 根据相关统计资料表示, 在我国每年大概有七百余万人发生脑卒中, 且每间隔 2-5 年可能出现复发现象, 近年来中风人数逐渐呈现出上升趋势, 有效的治疗方法对于患者和患者家庭来说都至关重要。

气虚血瘀型中风在中风患者中比较常见, 在中医理论中, 气虚血瘀型中风发病的主要原因是气虚血行无力, 引发血液循环障碍, 使瘀血阻碍经络所导致的。中医针灸传承久远, 在气虚血瘀型中风的治疗方面疗效较好, 针灸通过针刺于经络, 可以舒经活络, “补健侧, 泻患侧”按照这个顺序进行治疗, 可以补虚泻实^[10]。而清代《医林改错》中的补阳还五汤则具有补气活血的功效, 此药方主要由黄芪、红花、地龙、赤芍、桃仁、川芎、当归、地龙组成, 这些药物都是补气活血的药物, 黄芪主要作用是益气养血; 地龙则通经活络; 川芎可以起到活血行气的作用; 红花、桃仁、赤芍三药联用活血化瘀效果较好^[11]。中医药材包含广泛, 可根据患者情况酌情加减其他药物, 对于气虚血瘀型中风患者来说可以适量加入党参、太子参、石菖蒲、远志、栀子、牛膝、桑寄生、独活、桑螵蛸、益智仁可以达到更好的治疗效果, 需要注意的是, 在患者治疗过程要注意患者病情变化适量添加。针灸和药物治疗各有侧重, 又能相互协作, 中药直接以物质的形态作用到患者的身体内部, 针灸则以外部针刺的方式调动人体积极因素对抗疾病, 两种治疗方式相辅相成, 互相补充, 互相成就, 治疗显著。

在本次回顾性分析中我们对比了两组患者生活质量评分 (sf-36) 和成纤维细胞生长因子 (FGF4)、凝血酶激活的纤维蛋白溶解抑制物 (TAFI) 水平。中风患者容易出现脑组织缺血的情况, 而缺血后发生的炎症反应是

引起脑损伤的重要原因, 人体大脑中的动脉平均血流速度、基底动脉平均血流速度都是反应患者脑组织健康状况的重要指标。FGF4 可以特异性结合成纤维细胞生长因子受体, 直接参与患者机体细胞的增值、分化。有关研究指出在中风患者血清中 FGF4 水平较高, 这个对于患者病情的轻重影响较大, 对患者预后非常重要。TAFI 是一种可以被凝血酶、凝血酶调节蛋白等物质激发的血浆酶原, 在凝血系统、纤溶系统以及炎症反应中起到调节的作用, 对于中风患者可以起到良好的治疗效果, 所以 TAFI 成为了中风患者病情严重程度、治疗情况、预后的标志物。sf-36 又称之为健康调查简表, 是美国医学局研究组织的一种普适性测定量表, 其中测试项目包含了躯体功能、肢体疼痛、社会功能、心理健康、总的健康状态等多个领域, 对于患者生活质量可以进行全方面评估。经过分析发现治疗后研究组患者血清中 FGF4 水平低于对照组, TAFI 高于对照组, sf-36 评分研究组评分明显高于对照组, 研究组并发症发生率低于对照组, 而且在治疗过程中研究组患者未出现不良反应, 治疗过程较为顺利。

综上所述, 在气虚血瘀型中风患者的临床治疗中使用针灸结合补阳还五汤进行治疗, 可以有效改善患者血清中 FGF4、TAFI 水平, 减少并发症的发生, 改善患者生活质量, 并且治疗过程中并无不良反应, 安全性较高, 值得临床推广使用。

参考文献:

- [1]胡转南, 钟伟英, 丁月兴.补阳还五汤配合普通针灸治疗中风之气虚血瘀型的疗效探讨[J].系统医学, 2022, 7 (08): 21-25.
- [2]卢锦华, 李锡行, 傅晓芸, 等.补阳还五汤结合针刺治疗气虚血瘀型中风恢复期临床观察[J].光明中医, 2022, 37 (03): 446-448.
- [3]张成弛.针灸联合补阳还五汤治疗气虚血瘀型中风后偏瘫患者的临床疗效[J].中国药物经济学, 2021, 16 (09): 75-78.
- [4]吴文杰, 王志坚, 江文婷.补阳还五汤结合针灸、康复训练治疗气虚血瘀型中风后遗症的临床效果探究[J].中外医学研究, 2021, 19 (25): 171-173.
- [5]唐术平.脑卒中偏瘫患者采用针灸联合补阳还五汤治疗的效果分析[J].中国现代药物应用, 2021, 15 (23): 183-185.
- [6]王丹.补阳还五汤联合针灸治疗气虚血瘀型中风恢复期的效果观察[J].中国现代药物应用, 2021, 15 (04): 221-223.
- [7]邢京楠.补阳还五汤联合针灸治疗气虚血瘀型中风恢复期临床观察[J].光明中医, 2020, 35 (10): 1502-1504.
- [8]袁海妮, 杨作卿, 刘晶晶, 等.针灸结合补阳还五汤治疗气虚血瘀型中风的临床效果观察[J].中医临床研究, 2019, 11 (33): 106-107.
- [9]袁胜杰.补阳还五汤配合针灸治疗气虚血瘀型中风后遗症患者的临床研究[J].当代医学, 2019, 25 (20): 97-99.
- [10]崔保星, 郭新玲.补阳还五汤在治疗气虚血瘀型中风中的效果观察[J].航空航天医学杂志, 2021, 32 (06): 652-653.
- [11]郝世飞, 张晓园, 李菲.补阳还五汤结合针灸治疗气虚血瘀型中风后遗症的临床观察[J].中国民间疗法, 2020, 28 (10): 61-62.

中医针灸综合治疗颈肩腰腿痛的临床治疗效果及可行性分析

郑永然

玉田县中医医院 河北唐山 064100

摘要：目的：使用中医针灸综合治疗，观察在颈肩腰腿痛当中的治疗效果，并分析其中的可行性。方法：选取2020年8月—2021年9月在我院治疗的140例颈肩腰腿痛患者展开研究。根据入院时间分为常规治疗组（n=70）和中医针灸组（n=70）。在常规治疗组中，使用普通的双氯芬酸钠肠溶片药物治疗。在中医针灸组中，使用中医针灸综合治疗方式进行治疗。将两组在治疗后的疼痛评分、治疗效果以及腰屈曲活动度进行统计。结果：在研究结果中，中医针灸组的疼痛评分明显低于常规组（ $P<0.05$ ）；在腰屈曲活动范围上，中医针灸组的腰椎曲度、腰屈曲范围显著高于常规组（ $P<0.05$ ）；在治疗效果的比较上，中医针灸组显著优于常规组（ $P<0.05$ ）。结论：中医针灸综合治疗在颈肩腰腿痛患者中具有较高的应用价值，可降低患者的疼痛评分、提高治疗效果、改善腰屈曲活动度。值得临床推广。

关键词：中医针灸综合治疗；颈肩腰腿痛；临床治疗效果；可行性分析

颈肩腰腿痛是日常生活中比较常见的一种疾病，是颈肩痛和腰腿痛的合称，主要是由于人体软组织发生急性损伤，或者是受到免疫因素及慢性劳损等因素影响所导致的，临床表现为腰部、臀部等出现疼痛感，且疼痛感比较相似，对患者的生活质量有着较大的影响^[1]。就目前而言，人们的工作压力较大，颈肩腰腿痛的发病率越来越高^[2-3]，该病症的出现，与无菌性炎症存在着直接关系。所以说，常规的治疗方式大多数都是通过药物治疗，目的是为了减少患者的疼痛。但是这样的治疗方式往往是治标不治本的，亦或是采用保守治疗方式进行治疗，适当的运动和合理的按摩就是其中较好的保守治疗手段。通过常规药物及保守治疗的方法，可起到有效缓解患者临床症状的效果，但无法达到彻底根治，因此患者会出现病症反复发作的情况，且复发率较高，具有一定的局限性^[4]。在中医中，对颈肩腰腿痛的描述是外感风邪且经脉阻滞所致，因此患者大多为气血不足和肾精亏虚而引起筋脉失养。

中医对颈肩腰腿痛的治疗基本都是以保守治疗为主，就如上文所提到的，主要是对患者实施按摩，以及指导患者进行运动等，虽能起到有效缓

解患者疼痛感的效果，但也很难实现治愈，极易发生病情复发的情况^[5]。中医针灸综合治疗方法对患者对症治疗，可有效提高临床治疗效果。基于此，本次研究选取了我院收治的140例颈肩腰腿痛患者开展研究，患者来医院治疗时间集中在2021年4月—2022年4月，探讨中医针灸综合治疗患有颈肩腰腿痛疾病患者所取得的临床治疗效果及可行性，现将研究结果报告如下。

1.1 一般资料

本次研究共有患者140例，均为颈肩腰腿痛者，来我院治疗时间集中在2021年4月到2022年4月，对2组研究对象基础资料加以回顾性分析后，根据患者的入院时间将其分为常规治疗组（常规组）与中医针灸综合治疗组（中医针灸组）。
纳入标准：符合颈肩腰腿痛诊断标准；患者及其家属签订了知情同意书，并表示自愿参与本次研究。比较两组基础资料，差异对研究结果产生的影响效果较小（ $P>0.05$ ），无可比性，见表1。

表1 比较患者基础资料（n， $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	性别		年龄（岁）	平均年龄（岁）	病程（月）	平均病程（月）
		男	女				
中医针灸组	70	36	34	44-79	61.56±5.35	1-7	4.13±1.26
常规组	70	37	33	45-81	62.15±5.66	1-8	4.46±1.21
<i>t</i>	-	-	-	-	0.478	-	0.521
<i>P</i>	-	-	-	-	0.201	-	0.114

1.2 方法

1.2.1 常规组

对常规组的患者进行常规的治疗，即予以患者口服双氯芬酸钠肠溶片（四川依科制药有限公司，国药准字H51020298），1次25mg，3次/d。以患者具体疼痛部位和疼痛程度作为依据，实施糖皮质激素治疗药物注射。

1.2.2 中医针灸组

对中医针灸组患者采用中医针灸综合治疗，具体为：

（1）针灸治疗

对患者的天柱、后溪等穴位进行针灸。若患者是腰痛，那就取阳关、委中、三阴等穴位。若患者是腿痛，则取足三里、阿是穴、委中等穴位进行针灸。掌握患者的病情，随后根据不同患者的病情进行针灸。采用舒适的体位，并且做好消毒处理，而后采用无菌针实施针灸治疗，得气后，留针20min，一天针灸一次，7d为一个治疗周期。

（2）运动治疗

指导患者行肢体运动，例如取坐位时，指导患者做屈伸运动，确保颈部组织能够得到有效松懈；取自然铜、制乳香、威灵仙，三七、红花、川

牛膝，以及土元、血竭和制没药、鸡血藤等中药材，采用煎服方式给予患者服用，早晚各一次，每次服用150ml；取用适量鸡血藤、血竭、土元，制乳香、三七、羌活，煅自然铜、红花及川牛膝、威灵仙等药物进行碾磨成粉，而后将碾磨成粉的藥物制作成藥酒，21d后，将毛巾浸泡在药酒里面，将泡好的毛巾对患者关节部位进行外敷，1天一次。

1.3 观察指标

比较两组临床治疗效果；记录并对比分析患者腰屈曲活动度和疼痛评分情况。腰屈曲活动度包括腰椎屈度以及腰屈曲范围，数值越高越好。疼痛评分越低表示治疗效果越好。

采用显效、有效和无效三项评价方式对两组的治疗效果进行评价。（显效：患者疼痛感完全消失，能够正常生活；有效：患者疼痛感基本消失，基本能够正常生活；无效：患者的疼痛感无变化，甚至有加剧的症状）对采用VAS工具对患者疼痛感进行评价，并实行反向性评分。

1.4 统计学方法

本次研究所涉及统计学数据资料均利用SPSS21.00软件进行处理计算，其中计量资料选择卡方检验、计数资料采用t检验方式，当计算结果得出 $P<0.05$ 则代表差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组疼痛评分情况与腰屈曲活动度情况

据本次研究结果统计可知,中医针灸组疼痛评分比常规组低。在腰椎曲度和腰曲度范围的比较上,中医组明显高于常规治疗组,且在数据的对比上具有明显的统计学差异($P<0.05$),见表2。

表2 患者疼痛评分和腰屈曲活动度比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	疼痛评分	腰椎曲度	腰屈曲范围
中医组	70	1.36±0.23	18.02±3.49	65.65±10.44

表3 两组治疗效果情况比较[n,(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
中医针灸组	70	35 (50.00)	32 (45.71)	3 (4.29)	67 (95.71)
常规组	70	32 (45.71)	29 (41.43)	9 (12.86)	61 (87.14)
χ^2	--	--	--	--	4.124
P	--	--	--	--	0.001

3 讨论

在颈肩腰腿痛的临床治疗中,很多外部因素都会对其治疗效果造成影响,主要发病群体集中在中老年人当中,由于患者在发病初期并没有较明显的症状,因此在病症检查过程中,会出现一些误诊的情况,确诊难度也会有所增加^[6]。患者所出现的颈肩腰腿痛疾病,与肩周炎、腰肌劳损、颈椎病等有关联。在以往颈肩腰腿痛疾病治疗中,治疗方式主要是针对患者具体疼痛情况采用药物进行治疗,可有效改善患者临床症状、提高其临床治疗效果^[7-8]。而中医学则认为,颈肩腰腿痛病症的出现,与气滞血瘀、外邪入侵及肾虚有关,需根据疾病所具有的特殊性采用中医针灸治疗方案进行治疗,即在患者身体特定穴位实施针灸治疗,以达到除湿、驱寒和活血化瘀的作用^[9]。在中医学治疗过程中,颈肩腰腿痛病症被纳入为“骨痹”、“痛痹”等范畴,该疾病的产生,通常是由于机体产生慢性劳损,湿邪风寒,以及肝肾亏虚等症状而引发的,会对患者的心理、身体健康造成严重损伤;在中医学中,针灸治疗是一种较常见的,用于治疗颈肩腰腿痛疾病的治疗手段,可根据患者疾病类型选择对应治疗穴位,以便起到较好缓解疼痛、疏通经络,以及扶正祛邪、调畅气血的作用,有利于促进患者关节功能的恢复^[10]。在本次研究过程中,中医针灸组所采用的中药内服治疗汤剂含有制没药、鸡血藤、制乳香,土元、三七、血竭、自然铜以及川牛膝等中草药材,在这些中药材当中,(1)川牛膝:具有较好定痛、消瘀的治疗功效;(2)鸡血藤:具备着舒筋、活血功效;(3)三七药:止痛效果十分明显;(4)红花:具有较强的活血化瘀功能;(5)血竭:可强筋健骨之功效;(6)制乳香:这一味中药材具备着芳香止痛治疗之功效^[11]。将以上各药材进行合理配合,予以患者进行使用,可有利于增强患者机体康复、提高机体免疫力,以及促进患者病情尽早康复的良好作用与效果。此外,采用中药药酒对患者关节外部进行外敷,可通过热力作用来促使药效充分渗透到患者皮下组织内,以达到治疗效果,同时,还能起到较好消肿止痛、经络温通、消肿散结的治疗效果^[12]。对于中医针灸综合治疗方法来说,“针”,也即是针刺的意思,将针刺进患者的穴位,起到活血化瘀的效果。不同的穴位所产生的效果是不一样的,通过中医“虚则补之”、“实则泻之”的辩证原则,为患者带来更好的治疗效果。通过手法以及相关药物的作用,对穴位进行按摩,会在一定程度上缓解患者的疼痛。针法、灸法都是通过刺激病人特定腧穴手段起到疏通经络、行气活血和协调脏腑阴阳等作用,进而实现扶正祛邪及治疗疾病的目的。此外,针灸治疗是最经典的一种中医治疗手法,是通过对人体体表穴位加以刺激的方式,根据内病外治的疾病治疗方案,并在特定穴位上实施针刺穴位,从而利用穴位刺激方法达到调理血气的作用。另外,经过络属五脏与外络四肢方法结合针灸进行治疗,可起到有效改善病人血气指标之功效,促使病人经络实现正常运行,有利于改善患者颈肩腰腿疼痛感,促使患者颈、肩、腰、腿功能尽快康复,提高临床治疗效果。

常规组	70	3.24±0.93	15.11±2.67	58.84±8.61
t	--	12.6245	3.2854	4.3128
P	--	0.001	0.001	0.001

2.3 对比患者临床治疗效果

中医针灸的治疗总有效例数为67(95.71%)例,然而常规治疗组的治疗有效率仅仅为61(87.14%)例,在数据的对比上,具有明显的差异性($P<0.05$),有统计学意义,见表3。

本研究结果显示,中医针灸组患者的综合疼痛评分明显低于常规组($P<0.05$),经两组腰屈曲范围和腰椎曲度评分情况的比较可知,中医针灸组比常规组高($P<0.05$);通过不同的方式对颈肩腰腿痛进行治疗后,中医针灸组的患者治疗有效率较高,达到95.71%,而常规治疗组患者的治疗有效率为87.14%,将两组患者的数据进行对比,发现具有统计学差异($P<0.05$)。也就是说,中医针灸综合疗法可以改善患者的颈椎功能、腰椎功能,减少患者的疼痛程度。对于颈肩腰腿痛患者而言,利用中医针灸综合治疗,能够有效缓解患者腰腿疼痛、活动受限以及颈肩部疼痛、肢体肿胀和肢体麻木等症状,有利于为患者减轻疾病造成的疼痛程度,可进一步促进患者实现颈椎、腰椎以及肩、腿功能的有效恢复,提高疾病的临床治疗效果,进而可在很大程度上提高颈肩腰腿痛患者的生活质量水平,提高疾病预后效果。

综上所述,中医针灸综合治疗在颈肩腰腿痛患者中具有较高的应用价值,可降低患者的疼痛评分、提高治疗效果、改善腰屈曲活动度。值得临床推广。

参考文献:

[1]于洋,吕佳,张茂祥,艾民.中医针灸综合治疗颈肩腰腿痛的临床效果研究[J].中国继续医学教育,2021,13(34):195-198.

[2]袁冬青.中医针灸综合治疗颈肩腰腿痛的临床治疗效果评价[J].中国实用医药,2021,16(29):169-171.

[3]徐广霞.中医针灸综合疗法联合除痹通络汤熏蒸治疗颈肩腰腿痛临床效果及预后评价[J].中医临床研究,2021,13(21):107-109.

[4]柏成武.中医针灸综合治疗颈肩腰腿痛的临床效果评价[J].中国实用医药,2021,16(02):165-166.

[5]冯奇凯.中医针灸综合治疗颈肩腰腿痛的临床观察[J].内蒙古中医药,2020,39(12):110-111.

[6]薛智涛.关于中医针灸综合治疗颈肩腰腿痛临床疗效观察[J].人人健康,2020(06):94-95.

[7]孙传海.中医针灸综合治疗颈肩腰腿痛的临床疗效观察[J].智慧健康,2020,6(03):123-124.

[8]刘军.中医针灸综合治疗颈肩腰腿痛的临床效果评价[J].人人健康,2019(24):110.

[9]马东芹,董涛.中医针灸综合治疗颈肩腰腿痛的临床效果评价[J].心理月刊,2019,14(20):173.

[10]阿依古丽·肉孜.中医针灸综合治疗颈肩腰腿痛的临床效果分析[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(54):194-195.

[11]汪建辉.中医针灸综合治疗颈肩腰腿痛的临床效果评价[J].中医临床研究,2018,10(12):122-123.

[12]王瑞瑞,田祥亭.中医针灸综合治疗颈肩腰腿痛的临床效果研究[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(21):66.

家属同步式健康教育在慢性肾炎护理中的实际效果分析

蔡玉娟

隆尧县医院内四科 河北邢台 055350

摘要：目的：研究慢性肾炎患者接受家属同步式健康教育模式的效果。方法：通过红篮球分组方法把我科室 2021.4-2022.4 接收的 80 例慢性肾炎患者开展分组，（40 例研究组病人）家属同步式健康教育；（40 例常规组病人）常规健康教育。观察患者 SCL-90（心理）评分、SF-36（生活质量）评分、对慢性肾炎知识掌握情况。结果：干预前，组间患者 SCL-90 评分对比，无显著差异（ $P>0.05$ ），干预后，研究组 SCL-90 评分明显更低，组间可见明显差异（ $P<0.05$ ）；干预前，组间 SF-36 评分对比，无显著差异（ $P>0.05$ ），干预后，研究组 SF-36 评分明显更高，组间可见明显差异（ $P<0.05$ ）；研究组患者对慢性肾炎知识掌握率 39 例（97.50%），明显比常规组高，组间差异明显（ $P<0.05$ ）。结论：慢性肾炎患者接受家属同步式健康教育具有重要价值，能够使患者对慢性肾炎知识掌握较好，从而提升其依从性，改善其负面心理，保证其生活质量，推荐临床实践中推广和运用。

关键词：家属同步式健康教育；慢性肾炎护理；慢性肾炎知识

慢性肾炎发病率大概 10%左右，慢性肾炎症状并不明显，一旦患者出现间断水肿，面部、眼睑、下肢发生水肿，或者患者有间断高血压出现时，可能是慢性肾炎的发生^[1]。患者需要实施尿常规检查，对患者尿中是否有蛋白、红细胞，以此判断患者是否患有肾炎。如果患者尿红细胞形态呈现异常，那么患者可能患有肾炎。慢性肾炎能够在任何年龄发病，但主要发病群体属于青年男性或者中年男性。患者临床症状因人而异，大多患者以蛋白尿、血尿、高血压、水肿等为主要症状。慢性肾炎患者如果治疗及护理不当，极易产生慢性肾功能衰竭，治疗周期比较长，大多数患者在漫长治疗期间会出现治疗依从性差、治疗效果不理想现象。随着病程的增加，患者容易产生焦虑、不安等负面心理，给疾病治疗带来不良影响^[2]。由于该病病程比较长，患者发病时感到极为痛苦，不但给患者工作、生活带来不良影响，而且增加其家庭经济负担，导致患者心理负担极大。为了改善患者心理压力，控制患者病情发展，改善其生活质量，需要对慢性肾炎患者采取科学、合理的护理服务。本文研究慢性肾炎患者接受家属同步式健康教育模式的效果。如下报道：

1 资料与方法

1.1 一般资料

通过红篮球分组方法把我科室 2021.4-2022.4 接收的 80 例慢性肾炎患者开展分组，（40 例研究组病人）家属同步式健康教育；（40 例常规组病人）常规健康教育。本院伦理委员会已经审批本次研究。纳入标准：（1）患者经过《中华中医药学会肾病分会学术交流会议》中慢性肾炎诊断确诊^[3]；（2）患者意识、交流能力正常。排除标准：（1）合并严重心力衰竭患者；（2）合并神经系统疾病；（3）合并精神方面疾病患者。组间基线资料差异，无统计学意义（ $P>0.05$ ）。如下：

表 1：组间慢性患者一般资料对比[（ $\bar{x}\pm s$ ）/n]

组别	性别		年龄（岁）		病程（d）	
	男	女	范围	均值	范围	均值
研究组（n=40）	18	22	30-64	42.10±2.15	5-34	19.16±2.43
常规组（n=40）	19	21	31-63	43.08±2.14	4-38	18.94±2.56
t/χ^2 值	0.450		/	2.043	/	0.394
P 值	0.502		/	0.044	/	0.695

1.2 方法

1.2.1 常规组

常规健康教育。护理人员为患者进行用药指导、饮食指导、慢性肾炎方面健康宣教，为患者和家属发放宣传手册，让患者和家属对疾病知识的防治知识有所掌握。

1.2.2 研究组

家属同步式健康教育护理干预。具体：（1）初步评估：评估患者一般情况，对患者对慢性肾炎有关知识和社会支持进行了解，了解患者和家属对治疗知识和生活态度，采取自制问卷对家属有关慢性肾炎知识掌握情况进行评估，了解家属对患者照顾能力和水平。（2）积极与家属沟通，提升社会支持。护理人员主动与患者家属交流，积极回复家属提出的问题，与患者保持友好关系，安排恢复比较好的患者与患友交流，让患者充满治愈信心。护理人员指导患者及家属正视疾病，告知患者多关心患者，在生活上给予患者更多照顾。告知患者家属、亲戚、同事等定期探视，让患者获得情感上支持，感受到来自各方面关怀，建立战胜疾病信心。（3）加强慢性肾炎有关知识宣教：向患者和家属介绍有关慢性肾炎发病因素、病理和治疗方法，提升对慢性肾炎知识的认知程度。慢性肾炎属于一种慢性疾病，患者在长期的治疗中，容易使治疗依从性降低，要告知患者及家属积极的配合对治疗疾病的重要意义。（4）健康教育方法：患者到院后，护理人员结合患者病情，把有关健康教育内容为患者和家属进行逐一讲解，结合患者年龄、文化等可采取分组方式讲解，也可以一对一、面对面讲解，结合患者日常生活情况、病情开展实例讲解。为患者制定健康教育计划单，每个星期四次，一个内容从不同角度讲解，每次讲 15 分钟左右。每次讲完家属在计划单上进行签字。在下次讲解前，护理人员请家属讲述上次讲述过有关内容，对于掌握不好、没有掌握的家属，要给予及时修改和调整。

1.3 观察指标

（1）组间患者 SCL-90 评分对比。采取临床症状自评量表（SCL90），对患者心理情况进行评估，分值越高，表示其心理状态越差^[4]

（2）对比 SF-36 评分。采取 SF-36 量表评分对患者生活质量进行评估，分值与其成反比^[5]。

（3）组间对慢性肾炎知识掌握情况比较。

1.4 统计学整理

经 SPSS25.0 进行统计学处理，标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）代表计量资料，选取 t 检验；应用率（%）表示计数资料，采取 χ^2 检验，当（ $P<0.05$ ）具有显著性差异。

2 结果

2.1 组间患者 SCL-90 评分对比

干预前, 组间患者 SCL-90 评分对比, 无显著差异 ($P>0.05$), 干预后, 研究组 SCL-90 评分明显更低, 组间可见明显差异 ($P<0.05$)。如表 2:

表 2: 对比组间患者 SCL-90 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分) (n=40)

观察指标	时间	研究组	常规组	t 值	P 值
躯体化因子	干预前	1.82±0.33	1.83±0.34	0.133	0.894
	干预后	1.30±0.91*	1.75±0.81*	2.336	0.022
人际关系敏感因子	干预前	1.69±0.53	1.67±0.51	0.172	0.864
	干预后	1.14±0.93*	1.59±0.93*	2.164	0.034
强迫症状因子	干预前	1.69±0.51	1.68±0.51	0.088	0.930
	干预后	1.21±0.30*	1.43±0.54*	2.252	0.027
抑郁因子	干预前	1.74±0.64	1.73±0.52	0.012	0.990
	干预后	1.33±0.42*	1.46±0.42*	4.249	0.003
焦虑因子	干预前	1.73±0.54	1.74±0.64	0.077	0.939
	干预后	1.26±0.42*	1.47±0.44*	2.183	0.032
敌对因子	干预前	1.59±0.64	1.57±0.63	0.141	0.888
	干预后	1.20±0.42*	1.43±0.45*	2.363	0.021
恐怖因子	干预前	1.57±0.57	1.58±0.64	0.074	0.941
	干预后	1.26±0.22*	1.43±0.30*	2.890	0.005
偏执因子	干预前	1.54±0.60	1.55±0.61	0.074	2.466
	干预后	1.23±0.42*	1.47±0.45*	0.941	0.016
精神病性因子	干预前	1.55±0.41	1.56±0.34	0.119	0.906
	干预后	1.22±0.23*	1.39±0.35*	2.567	0.012

注: *与干预前相比, $P<0.05$

2.2 对比 SF-36 评分

干预前, 组间 SF-36 评分对比, 无显著差异 ($P>0.05$), 干预后, 研究组 SF-36 评分明显更高, 组间可见明显差异 ($P<0.05$)。如表 3:

表 3: 对比组间患者的 SF-36 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分) (n=40)

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	0.939	0.351
	干预后	82.82±4.41*	86.73±8.81*	2.510	0.014
情感职能	干预前	72.92±3.23	72.97±3.11	0.071	0.944
	干预后	82.42±3.63*	86.42±8.73*	2.676	0.009
社会功能	干预前	73.22±4.21	73.13±4.08	0.097	0.923
	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±8.42*	2.739	0.008
总体健康	干预前	72.13±3.91	72.12±4.33	0.011	0.991
	干预后	82.75±5.23*	86.42±6.15*	2.875	0.005

注: *与干预前相比, $P<0.05$

2.3 组间对慢性肾炎知识掌握情况比较

研究组患者对慢性肾炎知识掌握率 39 例 (97.50%), 明显比常规组高, 组间差异明显 ($P<0.05$)。如表 4:

表 4: 组间对慢性肾炎知识掌握情况比较[n (%)]

组别	例数	优秀	良好	一般	总掌握率
研究组	40	26 (65.00)	13 (32.50)	1 (2.50)	39 (97.50)
常规组	40	22 (55.00)	12 (30.00)	6 (15.00)	34 (85.00)

χ^2

3.914

P

0.048

3 讨论

根据我国肾病流行病学调查报告指出, 慢性肾炎在我国的发病率大概在 10.9%, 而慢性肾病当中, 大概有一半以上患者由慢性肾炎导致^[6]。慢性肾炎主要以蛋白尿、高血压、血尿等为主要症状。慢性肾炎的发病因素不同, 病情迁延, 病情进展比较慢, 如果得不到及时治疗, 最终会发展为慢性肾衰竭肾小球疾病。该病起病隐匿, 比如患者感觉自身乏力、容易疲劳、腰酸胀不适, 或者长期熬夜均会引发慢性肾炎^[7]。慢性肾炎患者自身免疫力低下, 病程比较长, 给患者和家庭带来极大经济压力, 患者心理负担比较大, 加之患者和家属对疾病知识的不了解, 极易产生焦虑、抑郁等不良心理, 这些不良心理不仅给患者身心健康、治疗配合度、治疗效果均会带来不良影响, 而且给患者神经功能带来紊乱, 抵抗力、免疫力下降, 患者身体机能降低, 容易受到其他病毒侵蚀, 而引发相关并发症^[8-9]。为此, 对慢性肾炎患者实施家属同步式健康教育, 让患者及家属对慢性肾炎疾病知识有所了解, 从而提升其治疗依从性, 改善生活质量^[10]。本次研究结果得出, 干预后, 研究组 SCL-90 评分明显更低, 组间可见明显差异 ($P<0.05$); 这表示, 家属同步式健康教育, 能够使患者和家属对慢性疾病知识有所了解, 从而使患者焦虑、不安等不良心理得到明显改善, 使其保持稳定心态。干预后, 研究组 SF-36 评分明显更高, 组间可见明显差异 ($P<0.05$); 这表示, 家属同步式健康教育的应用, 使患者和家属获得更多健康知识, 从而能够改善患者生活质量。研究组患者对慢性肾炎知识掌握率 39 例 (97.50%), 明显比常规组高, 组间差异明显 ($P<0.05$)。这表示, 家属同步式健康教育, 能够使患者和家属对慢性肾炎有关疾病知识掌握率得到提升, 从而提升其治疗依从性。

综上所述, 慢性肾炎患者接受家属同步式健康教育具有重要价值, 能够使患者对慢性肾炎知识掌握较好, 从而提升其依从性, 改善其负面心理, 保证其生活质量, 推荐临床实践中推广和运用。

参考文献:

- [1]薛志杰, 康莉, 等. 3 例狼疮性肾炎患者应用贝利尤单抗治疗的护理[J]. 天津护理, 2021, 29 (6): 703-705.
- [2]张春霞. 全面护理对慢性肾炎患者治疗依从性和护理满意度的影响[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2021, 38 (6): 649.
- [3]陈丽萍. 慢性肾小球肾炎蛋白尿证治浅析[C]// 中华中医药学会肾病分会学术交流会议. 2013.
- [4]黎超琴, 邓大勇, 李晓燕, 等. 酒依赖患者行认知治疗对 SCL-90 评分与 PSQI 评分的影响效果[J]. 职业与健康, 2019, 35 (14): 1922-1924.
- [5]李浩然. 分期康复护理模式对心脏瓣膜置换术患者预后恢复的影响及 SF-36 评分研究[J]. 中外医疗, 2020, 39 (33): 177-180.
- [6]刘春菲. 人性化护理干预用于肾小球肾炎患者护理中的效果研究[J]. 中国社区医师, 2021, 37 (27): 147-148.
- [7]李红. 目标策略的针对性护理干预对慢性肾小球肾炎患者治疗依从性及 SF-36 评分的影响[J]. 哈尔滨医药, 2021, 41 (4): 123-124.
- [8]汪春平. 1 例狼疮性肾炎合并狼疮性脑病的护理体会[J]. 中国城乡企业卫生, 2021, 36 (9): 213-214.
- [9]吴修文. 急性肾小球肾炎患者的综合护理措施和效果[J]. 中国医药指南, 2021, 19 (24): 154-155+158.
- [10]孟玲, 刘兴颖. 中医护理措施对银花泌炎灵片治疗急性肾盂肾炎患者的护理价值[J]. 中国医药指南, 2021, 19 (24): 169-170+173.

规范化护理健康教育用于发热门诊中的效果

闫娟丽 宋婷婷 杨秀琴 沙雨茜

石河子大学医学院第一附属医院 新疆维吾尔自治区石河子 832000

摘要：目的：探讨发热门诊中应用规范化护理健康教育的效果。方法：研究抽取发热门诊病例样本共 90 例，样本抽取年限为 2021.01~2022.02，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。甲组接受常规健康教育，乙组接受规范化护理健康教育。对比 2 组干预效果、疾病知识知晓率、遵医行为及满意率等情况，以评定效果。结果：统计显示，2 组对比体温、退热及住院时间等结果，乙组均少于甲组（ $P<0.05$ ）。2 组对比疾病知识知晓率结果，乙组总体为 95.56% 高于甲组 75.56%（ $P<0.05$ ）。2 组对比遵医行为结果，乙组检查依从率、态度转变率、健康行为形成率、用药依从率均高于甲组（ $P<0.05$ ）。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：发热门诊中应用规范化护理健康教育的效果显著，可提升患者遵医行为和疾病认知水平，还可快速退热，利于患者病情快速康复，且其普遍较为满意，可进一步借鉴推广。

关键词：发热门诊；健康教育；规范化护理；干预效果

在门诊急症疾病中，发热症状较为多发和常见，该病症一般是因体温调节中枢直接受到热源作用所致，可造成患者散热少而产热多，最终引起体温过高现象^[1-2]。发热按照病因可分为两种类型，如非感染性和感染性等，目前在解决发热的过程中，针对病因的治疗是根本措施^[3]。但绝大部分患者及家属尚未充分重视发热可能造成的危害，且认为发热症状无需治疗即可好转，严重时还会出现乱用药物、不遵医嘱等情况^[4-5]。而前述情况产生的原因主要为我国目前缺乏完善的健康教育体系，多数健康教育较为常规，缺乏准确且规范的教育和宣传内容^[6]。因此本文则研究了发热门诊中应用规范化护理健康教育的效果，现将研究情况做以下阐述：

1. 资料与方法

1.1 资料

本次抽取发热门诊病例样本共 90 例，样本抽取年限为 2021.01~2022.02，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 18~65 岁，均龄（40.44±5.28）岁，病程 1~4d，均值（1.66±0.42）d。乙组性别，女 21 例、男 24 例，年龄 18~65 岁，均龄为（40.63±5.41）岁，病程 1~4d，均值（1.68±0.32）d。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：年龄≥18 岁；均因体温>37.6℃就诊；沟通和表达能力正常；资料齐全。排除条件：严重器质性病变；精神疾病；认知障碍；免疫系统疾病；中途退出者。

1.2 方法

甲组接受常规健康教育，包括口头宣教、发放健康手册、播放宣传视频、建立宣传栏、遵医用药、饮食指导、对症治疗和完善检查等。

乙组接受规范化护理健康教育，操作流程具体为：（1）总体评估：首先对患者用药情况及发热病史进行了解分析，同时了解患者饮食习惯、心理状况、性格特征及文化水平，掌握分析患者接受能力和学习需求。（2）教育内容：根据评估结果制定学习材料，利用电子信息特征通过微博或网络方式将健康教育材料发放给患者，内容涉及肌注和饮食注意事项、发热特征、降温措施、预防手段、用药方式，也可针对发热知识制作相应的文字材料，通过不同方式如访问微博和网站、阅读文字材料等方式帮助患者获取健康知识。（3）教育方式：采取个体与集体结合的教育方式，将宣教

地点设置在候诊区，面对面由专业护士展开集体教育，内容涉及护理措施、注意事项、药品作用。个体宣教在门诊时间内展开，有导护士负责宣传相关知识，以稳定患者情绪，提升一重性。对患者需求在候诊时加以了解 and 掌握，对文化水平高、接受程度强的患者首先讲解护理知识，对接受程度差、文化水平低的学生讲解护理技能。注意就诊时指导居住环境、饮食和用药等注意事项。利用 QQ 群、微信群以及健康网站等平台在线解答患者提出的疑问，鼓励其自主或其发热相关知识。（4）具体教育措施：首先对患者心理状态和疾病原因作出评估，针对性疏导心理障碍，与患者之间采用亲切的语言加以沟通和交流，提升其配合度。将发热知识全面讲解给患者，涉及诊治方法、发病特征及原因。较用药的必要性和重要性做详细讲解，反复强调用药的副作用和给药剂量，叮嘱患者按时按量用药，定期复查。指导患者合理饮食，注意少食多餐，食物以富含维生素、蛋白质、高热量的为主。复诊时对患者教育效果作出评估，将物理降温方法告知患者，纠正错误的降温理念，避免刮痧和捂汗等方式，采取酒精擦拭等科学方法进行降温，注意将擦拭时间和酒精调配方法告知患者等。（5）检查教育：将相关注意事项和检查意义再检查先做详细讲解，为患者建立个人档案。在检查结束后对相关结果进行详细记录等^[7-8]。

1.3 评价指标

对比 2 组相关指标：（1）干预效果：观察记录体温、退热及住院时间。（2）疾病知识知晓率：工具为自拟评估调查表，内容为发热知识、原因、合理用药、健康知识等，分值 100 分，>80 分为完全知晓，60-80 分为部分知晓，<60 分为不知晓。（3）遵医行为：包括检查依从、态度转变、健康行为形成、用药依从等。（4）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。

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 对比干预效果

统计显示，2 组对比体温、退热及住院时间等结果，乙组均少于甲组（ $P<0.05$ ）。如表 1 示。

表 1: 2 组对比干预效果 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	体温 (°C)	退热时间 (d)	住院时间 (d)
乙组	45	36.82±0.22	2.35±0.11	5.34±1.62
甲组	45	37.71±0.26	3.71±0.68	8.54±2.44
t 值		11.0314	18.6524	10.3414
P 值		0.000	0.000	0.000

2.2 对比疾病知识知晓率

统计显示, 2 组对比疾病知识知晓率结果, 乙组总体为 95.56% 高于甲组 75.56% ($P<0.05$)。如表 2 示。

表 2: 2 组对比疾病知识知晓率[例 (%)]

组别	n	不知晓	完全知 晓	部分知 晓	知晓率 (%)
乙组	45	2	30	13	43 (95.56%)
甲组	45	11	20	14	34 (75.56%)
χ^2 值					8.6528
P 值					0.000

2.3 对比遵医行为

统计显示, 2 组对比遵医行为结果, 乙组检查依从率、态度转变率、健康行为形成率、用药依从率均高于甲组 ($P<0.05$)。如表 3 示。

表 3: 2 组对比遵医行为[例 (%)]

组别	n	检查依从	态度转变	健康行为形 成	用药依从
乙组	45	43(95.56)	42(93.33)	41 (91.11)	43 (95.56)
甲组	45	35(77.78)	33(73.33)	32 (71.11)	34 (75.56)
χ^2 值		7.2354	8.6748	9.0321	8.6528
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	34	10	44 (97.78%)
甲组	45	8	25	12	37 (82.22%)
χ^2 值					6.3021
P 值					0.000

3. 讨论

作为医院的重要窗口, 门诊除了具备分诊和问诊等功能之外, 还是开展健康教育的关键场所。通过在发热门诊中实施针对性健康教育, 则可转变患者错误观念, 使之形成正确的疾病观念和治疗态度, 以提升其检查和治疗等配合度^[9]。发热门诊中规范化护理也可有效干预患者药物及物理等降温过程, 可提升患者的疾病认知水平^[10]。在新冠肺炎疫情流行的当下, 大部分患者及家属对发热门诊存在一定的恐惧和担忧心理, 尽管为发热症状仅为普通病情所致, 也仍然会产生极大的心理负担和压力, 所以极易导致治疗信心受挫, 甚至出现不配合或抗拒治疗的现象^[11]。而通过对患者实

施规范化护理健康教育, 则可促使健康教育更具灵活性和针对性, 可将健康教育的边界有效拓宽, 且与常规集体教育和口头宣教的方式相比更为有效, 患者的接受度和配合度更高。此种教育模式可从总体评估、教育内容、教育方式、具体教育措施、检查教育等各方面展开指导和干预, 可帮助患者充分认识发热的知识, 掌握其病因, 还可消除其心理负担, 提升其疾病认知水平和遵医行为, 进一步保障患者的治疗效果, 从而达到快速退热的目的^[12]。本文结果中, 2 组对比体温、退热及住院时间等结果, 乙组均少于甲组 ($P<0.05$)。2 组对比疾病知识知晓率结果, 乙组总体为 95.56% 高于甲组 75.56% ($P<0.05$)。2 组对比遵医行为结果, 乙组检查依从率、态度转变率、健康行为形成率、用药依从率均高于甲组 ($P<0.05$)。2 组对比满意率结果, 乙组总体为 97.78% 高于甲组 82.22% ($P<0.05$)。可见, 发热门诊中应用规范化护理健康教育发挥着良好优势和积极作用。

综上, 发热门诊中应用规范化护理健康教育的效果显著, 可提升患者遵医行为和疾病认知水平, 还可快速退热, 利于患者病情快速康复, 且其普遍较为满意, 可进一步借鉴推广。

参考文献:

- [1]钟燕妮, 张瑾, 廖婷妹, 等. 观察规范化健康管理用于发热门诊患者护理中对遵医行为及疾病知晓率的影响[J]. 医学食疗与健康, 2022, 20 (8): 112-114.
- [2]李开涛. 观察规范化健康护理教育对发热门诊患者睡眠质量的影响[J]. 世界睡眠医学杂志, 2022, 9 (1): 148-150.
- [3]Imad Hisham A, Phadungsombat Juthamas, Nakayama Emi E, et al. Chikungunya Manifestations and Viremia in Patients Who Presented to the Fever Clinic at Bangkok Hospital for Tropical Diseases during the 2019 Outbreak in Thailand[J]. Tropical Medicine and Infectious Disease, 2021, 6 (1): 12-12.
- [4]付晓辉. 规范化护理健康教育在发热门诊患者中的效果及临床价值[J]. 东方药膳, 2021, 03 (6): 215-216.
- [5]韩慧敏. 规范化护理健康教育在发热门诊患者中的应用效果[J]. 中国保健营养, 2021, 31 (20): 125.
- [6]任丽果. 规范化护理健康教育在发热门诊患者中的应用价值探讨[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5 (6): 89.
- [7]王琼霞, 孙亚男, 简碧云. 在发热门诊患者护理中加强规范化健康教育提高遵医行为与疾病知晓率的作用[J]. 保健文汇, 2021, 22 (4): 222-223.
- [8]李淑清. 发热门诊患者护理中规范化健康教育的应用效果分析[J]. 中国医药指南, 2018, 03 (35): 329-330.
- [9]李鸿丽. 规范化护理健康教育在发热门诊患者中的应用价值及满意度分析[J]. 糖尿病天地, 2021, 18 (7): 255-256.
- [10]Jiangshan Wang, Liang Zong, Jinghong Zhang, et al. Identifying the effects of an upgraded 'fever clinic' on COVID-19 control and the workload of emergency department: retrospective study in a tertiary hospital in China[J]. BMJ open, 2020, 10 (8): e039177-e039177.
- [11]曾鹏蓉. 规范化健康教育在发热门诊患者护理中的应用效果研究[J]. 婚育与健康, 2021, 02 (14): 107.
- [12]张春丽. 规范化护理健康教育在发热门诊患者中的应用研究[J]. 康颐, 2022, 02 (11): 140-142.

开展干休所老年人健康教育预防保健的研究

陈晓燕

中国人民解放军山东省军区济南第五离职干部休养所 山东济南 250001

摘要:目的: 讨论开展干休所老年人健康教育预防保健的意义。方法: 选择某干休所在 2019 年 1 月-2022 年 1 月居住的 80 例老年人, 随机分组各 40 例, 观察对照组 (接受常规健康护理管理)、研究组 (加强健康教育与预防保健管理) 干预结局。结果: 研究组健康行为自我效能评分高于对照组, $P < 0.05$ 。研究组的护理满意度 (97.50%) 高于对照组 (85.00%) $P < 0.05$ 。研究组的生活质量评分高于对照组, $P < 0.05$ 。研究组的自护能力评分高于对照组, $P < 0.05$ 。结论: 健康教育与预防保健管理能够提高干休所老年人健康行为的自我效能, 改善其生活质量, 值得临床应用推广。

关键词: 干休所; 老年人; 健康教育; 预防保健

干休所老年人的健康教育是全军健康教育的重要组成部分, 随着健康教育事业纳入我国卫生发展战略后, 军队健康教育事业的弊端不断显现, 包括医学观念滞后、健康教育的本质认识不到位等问题。为顺应生物-心理-社会医学观念转变的需要、干休所卫生自身建设的需要, 契合老年人是各种慢性疾病高发期的特点, 加强对干休所老年人健康教育预防保健方面的理论研究、实践经验总结显得尤为重要, 以强化老年人的自我保健管理水平, 推进军队健康教育事业的与时俱进发展^[1]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将某干休所的 80 例老年人当作观察对象, 老年人均知情同意。排除严重脏器疾病、精神意识障碍、基础资料不完整者。随机分组各 40 例; 对照组年龄 75-95 岁, 年龄平均 81.3 ± 3.6 岁; 24 例女性, 16 例男性; 文化水平: 小学 14 例, 初中 15 例, 高中及以上的文化水平 11 例。研究组年龄 75-95 岁, 平均年龄 81.3 ± 4.7 岁; 23 例女性, 17 例男性; 文化水平: 小学 14 例, 初中 16 例, 高中及以上的文化水平 10 例。两组临床资料差距无统计学意义, 可比, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组接受健康护理管理, 包括生命体征观察、环境干预、用药指导等。研究组在其基础上加强健康教育, 如下所示:

1.2.1 健康教育形式

根据老年人的理解程度等个体差异, 合理展开集中教育、小组教育或个别指导等宣教形式。加强老年人健康教育模式的转变, 从以往的宣传教育型, 逐步向教育-参与-行为改变型过渡, 以宣教为手段, 以群体参与为突破口, 以行为改变为目的, 帮助老年人养成良好的生活方式, 掌握丰富的自我保健基本技能。

1.2.2 健康教育途径

通过发放健康知识手册、专题宣教讲座或培训活动、搭建信息交流平台、宣传栏、循环播放视听材料等途径宣传预防保健相关知识。提高老年人的健康知识掌握度, 纠正错误的慢性病防治观念与态度, 使其掌握更多自我护理方法, 实现对慢性病及并发症危险因素的有效识别与预防。

1.2.3 健康教育内容

对每位老年人不同的疾病, 制定个体化的健康教育处方, 针对疾病的不同阶段进行调整。宣教内容涉及以下几方面: ① 宣传老年慢性疾病的相关知识: 向老年人说明疾病的病因机制、诱发原因, 告知日常不良习惯的影响, 让其明白疾病发展的可控性, 逐步强化老年人的健康意识、自护意识, 提高健康管理的配合度。② 宣教用药知识: 针对老年人生理衰退与多种疾病同时存在的特点及老年人在药物吸收、代谢、分布、作用、排泄过程中的一些特征, 提供循证指导。说明慢性病常用药物的药效药性、适应症、禁忌症与注意事项。要求明确掌握用药的方法与时间频率, 杜绝出现重复服药或漏服等情况, 要求按时按量服用。③ 心理指导: 根据老人的心理特点展开健康教育。进入老年期后的生理与环境发生改变, 心理特点相

对复杂, 忽视心理状态的健康管理, 焦虑不安、烦躁等消极情绪会引起生理性的变化。通过医疗性沟通、生活上关照等措施, 用热情的服务态度与娴熟的护理管理技能操作, 提高老人对健康管理工作人员的信任感。提供生活护理服务的同时, 传递健康的信息, 提高其认可度和接受度, 消除负面情绪与消极思想对身心健康的不良影响, 改善机体的抵抗力, 更快地战胜疾病。④ 饮食指导: 告知合理适当的饮食对疾病控制和身体健康方面的作用。告知正确的饮食方法、原则、禁忌, 要求老年人的饮食应清淡多样、定时定量、粗细结合, 减少高脂肪、高蛋白质食物的摄入, 多吃含纤维素的蔬菜, 补充充足的水分, 多吃新鲜水果及谷类食物, 戒烟戒酒, 拒绝暴饮暴食。⑤ 行为指导: 指导老人掌握自我进行保健、治疗、调适、康复的行为方法, 包括放松训练、心理暗示、转移注意力、有氧运动等, 帮助老年人维持良好的生活状态。引导老年人做好老年慢性病的康复、健康维护, 充分把握和灵活运用健康知识。

1.3 观察指标

参照用药与饮食等行为规范性评分, 了解老年人健康行为的自我效能。向老年人发放健康管理服务满意度调查表, 了解老年人对服务态度与基础操作等方面的满意情况, 采取百分计, 分数越高表示对医疗服务越满意; 非常满意为 90-100 分, 满意为 60-89 分, 不满意为低于 60 分。参照 SF-36 数字评分法, 评定生活质量改善情况, 量表涉及躯体疼痛、情感职能等维度, 采取百分计, 分数与生活质量呈正相关。参照 ESCA 自护能力测定量表, 评定患者的自我管理行为, 共计 43 个条目, 采取 172 分计, 分数与自护能力呈正相关。

1.4 统计学方法

数据处理用 spss22.0 软件, 以均数±标准差表示的计量数据, 行秩和检验; 以百分数表示的计数资料, 行卡方检验; 组间统计学差异用 $P < 0.05$ 表示。

2 结果

2.1 健康行为自我效能

研究组健康行为自我效能评分高于对照组, $P < 0.05$, 如表 1 所示。

表 1 健康行为自我效能评分比对 ($\bar{x} \pm s$, 分)

指标	对照组	研究组	t	P
饮食	15.45±2.36	17.32±1.25	5.564	0.020
运动	16.18±2.31	17.25±1.47	3.523	0.036
生活习惯	14.42±1.54	16.46±1.56	7.556	0.010
药物使用	14.16±1.65	17.17±1.54	7.878	0.010
并发症预防	13.25±1.62	16.36±2.64	6.645	0.015

2.2 满意度情况

研究组的护理满意度 (97.50%) 高于对照组 (85.00%), $P < 0.05$, 如表 2 所示。

表 2 满意度比对 (n, %)

组别	n	非常满意	满意	不满意	满意度

对照组	40	18 (45.00)	16 (40.00)	6 (15.00)	85.00
研究组	40	24 (60.00)	15 (37.50)	1 (2.50)	97.50
χ^2					3.914
P					0.048

2.3 生活质量

研究组的生活质量评分高于对照组, $P < 0.05$, 如表 3 所示。

表 3 生活质量情况 ($\bar{x} \pm s$, 分)

指标	对照组	研究组	t	P
躯体疼痛	70.65±3.85	84.65±3.26	19.465	0.000
情感职能	71.19±3.28	85.17±3.15	19.174	0.000
生活功能	78.45±3.52	83.65±2.33	21.325	0.000
生理职能	71.65±2.38	83.28±2.25	15.165	0.000
一般健康	70.16±3.35	84.62±3.54	19.695	0.000

2.4 自护能力

研究组的自护能力评分高于对照组, $P < 0.05$, 如表 4 所示。

表 4 自护能力评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

指标	对照组	研究组	t	P
自我概念	27.17±3.18	44.65±3.36	16.265	0.000
自护知识掌握	28.23±3.64	44.41±3.15	15.798	0.000
自护技能了解	27.74±3.18	33.23±2.71	11.321	0.000
自护责任感	28.25±3.74	35.46±2.15	12.185	0.000

3 讨论

老年期群体的心理和生理变化较大, 是高血压、冠心病、糖尿病等各种慢性疾病的高发期, 与老年人的生活方式及缺乏保健知识有直接关系。通过健康教育干预, 帮助老年人掌握疾病知识, 加强对健康的重视, 积极配合医护治疗, 以此提高其生命质量和自我护理能力。由此可见, 健康教育在护理工作中的重要地位^[2]。

本次研究结果显示, 研究组的研究组健康行为自我效能评分高于对照组, 组间存在统计学差异, 表示健康教育更利于改变老年人不良的健康行为和影响健康行为的相关因素。危机人类健康的疾病以心脑血管疾病等慢性非传染性疾病为主, 还包括精神卫生、外伤等问题。这些疾病在医疗服务的过程中, 在服务时间上要求连续和长期。随着医疗护理模式的转变, 老年人的保健需求更多, 开展健康教育保健管理的意义重大^[3]。健康教育的目的是通过有系统、有组织、有计划的社会活动与教育活动, 强化老年人遵医行为的自我效能, 促使其遵循健康的生活方式, 预防疾病和提高健康水平。健康教育能够提高老年人对健康知识的掌握度, 对摆脱负面情绪的刺激、消除顾虑和积极配合治疗等方面的应用价值突出。老年人健康行为自我效能的提升, 更利于促进干休所健康管理操作的顺利落实和有序推进, 更利于发挥健康医疗服务的作用价值^[4]。

研究组的生活质量评分高于对照组, 组间存在统计学差异, 表示健康教育更利于改变老年人的生活质量。老年人的健康教育适应老年人的特点, 宣教形式与内容上的通俗性、知识性、系统性较强。不同老年人的健康教育处方不同, 针对于各自的特点面, 包括生活特点、风俗习惯和文化程度等特点, 给予有效的宣传。健康管理服务工作的针对性、前瞻性、有效性等特点突出, 可满足老年人的健康教育护理服务需求。在实践中及时发现和解决健康教育方面的不足, 落实基于循证的宣教护理服务, 更利于提高宣教的实效性。宣教内容丰富, 勇于创新, 能够整体性的推进老年人的生活质量改善^[5]。

研究组的护理满意度高于对照组, 组间存在统计学差异, 表示健康教育更利于促进医疗服务质量和效益的持续改进。优化后的健康教育护理服务模式优势特点更加突出, 如下所示: 一是健康教育的形式与途径更加多元化。包括小组宣教、健康知识讲座、播放视听材料、等形式, 能够满足不同老年人的宣教需求, 有效提高老年人的认知度与认可度^[6]。二是宣教

的内容更加丰富。从影响慢性疾病发展和并发症控制成效的危险因素入手, 包括不规律饮食、错误用药、不良生活习惯等问题, 提供丰富的宣教内容指导, 重点解决老年人自我护理管理中易遇到各种健康问题。实施分级宣教护理模式, 对低危患者要求掌握基本的预防保健的技能方法, 强化其风险意识。高危患者需提高宣教指导的专业性, 提高健康管理干预的强度, 通过个体化的宣教模式, 宣教细节的内容, 从心理干预、饮食控制、改善生活习惯等多方面提供健康指导, 帮助老年人远离并发症危险因素的影响。三是宣教人员接受过系统性的培训, 对老年人的特点、宣教需求、前沿宣教手段等方面的理解更加充分, 能够有的放矢的展开宣教工作, 让老年人充分感受到宣教护理服务的人性化、创造性。要想确保健康教育的有效性, 强化干休所卫生建设, 需要干休采取灵活多样、讲究实效的健康教育医疗服务模式。首先, 通过健康教育帮助老年人掌握更多的基本防病知识, 提高疾病治疗的配合度, 加速疾病的康复, 降低经费开支。其次, 保健工作人员在提供健康教育护理服务时, 与老年人的接触密切, 在相互了解中利于构建深厚的情感。良好关系的建立, 更利于老年人了解疾病的演变过程, 明确治疗的目的和意义, 了解药物的用途及注意事项, 老年人的信任度更强。最后, 保健人员提供系统性的健康教育, 降低老年人慢性病的发病率, 更利于减少医疗保健方面的开支, 保健人员掌握先进的健康教育理论与方法, 提高技术水平, 更利于推进保健工作的顺利开展^[7]。

研究组的自护能力评分高于对照组, 组间存在统计学差异, 表示健康教育更利于调动老年人体内的积极因素, 促使其自我管理水平不断提升。健康教育关注老年人的需求和自我感受, 在系统性的宣教中, 护理人员担任教育者的角色, 帮助老年人逐步提高自我护理水平。预防保健对老年人自我照护专业度的要求较高, 在干休所加强老年人自护能力的培养, 不仅能够拓展干休所健康管理的领域和内涵, 更利于实现医疗资源的高效利用, 使其能够自主高效的解决后续护理中的健康问题。健康教育是一项系统性的工程, 随着以往生物医学模式向复杂社会医学模式的转变, 保健工作人员的职能逐步向适应新的医学模式转变, 注重预防、医疗、保健的有机整合。引导老年人适应新的医学模式, 突出其主体地位, 引导其展开自我护理, 更利于达到保健管理的目的^[8]。

综上所述, 健康教育与预防保健管理能够提高干休所老年人健康行为的自我效能, 改善其生活质量, 值得深入研究。

参考文献:

- [1]李敏, 谢红珍, 黎蔚华, 韩伟, 张媛, 张小青, 朱文静, 杨子晴. 医院-干休所-家庭互联网智慧健康管理模式的构建[J]. 循证护理, 2022, 8 (7): 947-951.
- [2]王春波, 江世英, 赵丽. 军队干休所老年糖尿病健康管理存在的问题与对策[J]. 人民军医, 2021, 64 (11): 1160-1164.
- [3]张健. 对某干休所离退休人员进行个体化健康管理的效果观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7 (9): 194.
- [4]胡燕红, 殷明, 高峰, 高翔, 夏先波, 张伟. 军队干休所常态化新冠肺炎疫情防控的做法及健康管理策略[J]. 人民军医, 2021, 64 (10): 1033-1036.
- [5]郑颖, 桑志慧. 日常锻炼对干休所 90 岁老年人心理健康和主观幸福感的影响[J]. 心理月刊, 2021, 16 (11): 95-96.
- [6]张海雨, 贾建国, 王婷, 郝立晓, 郭帅, 孙义, 纪金红. 某干休所老年人实施综合健康管理的效果评价[J]. 继续医学教育, 2019, 33 (1): 162-165.
- [7]周长青, 魏磊. 军队干休所高龄老人心理健康影响因素探讨[J]. 华南国防医学杂志, 2019, 33 (8): 573-575.
- [8]宋玉凤, 赵海群, 胡静. 心理健康指导在干休所老年人保健中的应用[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7 (10): 137.

全程健康教育在糖尿病患者护理中的应用效果

于彩莉

山东省青岛市市南区人民医院内科 山东青岛 266001

摘要：目的：研究护理糖尿病患者过程中使用全程健康教育的效果。方法：此次实验纳入 100 例糖尿病患者进行数据分析，共计分两组，每组患者例数是 50 例，观察组患者实施全程健康教育，对照组患者实施常规护理，比较两组患者的组间数据。结果：对比对照组患者得出，观察组患者干预后血糖指标、疾病知识知晓评分、治疗依从性、满意度、不良情绪、生活质量分值均显著改善， $P < 0.05$ ；对比两组患者干预前的血糖指标、疾病知识知晓评分、不良情绪、生活质量分值， $P > 0.05$ 。结论：护理糖尿病患者过程中使用全程健康教育，效果理想。

关键词：全程健康教育；糖尿病；护理；应用效果

糖尿病群体是临床中常见的一类慢性病群体，患病人群中老年人居多，主要临床症状是“三多一少”，“三多”包括多食、多饮、多尿，“一少”是体重下降，患者容易出现并发症，对身心健康造成严重威胁^[1]。由于患者治疗周期长，对疾病知识缺乏了解，在治疗过程中，依从性普遍不高，导致患者下降血糖效果不理想，在治疗患者过程中，应为患者提供相应护理，应为患者采取常规护理，患者治疗效果不够理想^[2]，因此临床对如何优化此病患者护理措施进行了探讨分析，希望通过改进护理方式来提高患者的护理效果，临床初步拟定实施全程健康教育。此次实验选择 100 例患者，研究护理糖尿病患者过程中使用全程健康教育的效果。

1 资料和方法

1.1 资料

在我院抽取 100 例糖尿病患者进行数据研究，搜集时间：2020 年 5 月-2022-4，分组办法是随机数表法，每组患者例数是 50 例，观察组患者中，男女是 30 例、20 例，年龄 34-78（55.6±4.2）岁，病程长短在 2-20（11.5±2.5）年，对照组患者中，男女是 31 例、19 例，年龄 35-77（55.5±4.1）岁，病程长短在 3-21（11.4±2.4）年。对比两组患者数据得出无统计学意义， $P > 0.05$ 。

纳入病例的条件：符合疾病诊断；可以正常沟通。

排除病例的条件：有意识障碍、精神类病变、语言障碍；有恶性肿瘤等严重病变；病情严重；处于哺乳期或者妊娠期；中途退出。

1.2 方法

对照组患者实施常规护理，护理人员应监测患者的血糖改变，告知患者在用药过程中保证按时按量，提醒患者相关注意事项。

观察组患者实施全程健康教育，具体办法：（1）将全程健康教育方案制定。在患者入院时，对患者临床信息进行有效收集^[3]，包括患者的作息规律、病程、文化水平、疾病知识知晓程度以及饮食习惯等，与患者实际的护理需求进行有机结合，将一个有连续性以及动态特点的全程健康教育方案制定。（2）对健康教育开展的时间进行明确。从患者入院开始到患者出院结束，整个过程均需要融入全程健康教育。（3）对健康教育方法进行明确。在院内开展健康教育过程中可以使用以下方式，对疾病知识宣传栏进行科学设置，将疾病知识相关手册发放，将相关的疾病知识影音文件播放，或者进行面对面宣讲。在出院时，健康教育方式包括电话随访、发放出院注意事项以及构建微信群以定期发送相关知识等^[4]。（4）对健康教育的内容进行明确。为患者详细讲解疾病出现的原因以及症状、发病机制，

对治疗以及护理还有并发症的预防进行重点强调，告知患者饮食控制的重要性。叮嘱患者对热量摄入量进行严格控制，适当吃一些水果，将蛋白质、维生素以及矿物质、脂肪等营养物质补充，详细为患者讲述遵医嘱的重要性，用药过程中确保按量按时，可以对患者的临床治疗效果进行巩固，将患者的用药不良反应发生率明显下降。护理人员应根据患者的病情恢复程度，将合理的运动计划制定，叮嘱患者在运动过程中循序渐进并坚持运动，将患者的预后明显改善，为患者及其家属详细介绍如何正确注射胰岛素^[5]，对注意事项进行强调，促进患者对注射操作进行熟练掌握，正确使用血糖仪，帮助患者对自己的血糖水准进行及时了解，同时护理人员应沟通患者，对患者的内心想法进行相应了解，针对患者的不良情绪开展相应护理干预，将患者治疗疾病的信心有效增加，促进患者治疗以及用药等方面的依从性有效提高。在治疗患者过程中，保持良好心理，也十分重要，为患者提供成功案例讲解，强化患者治疗信心，叮嘱患者家属为患者实施精神鼓励。除了以上措施之外，还要重视患者的并发症，在患者的护理过程中，常见的并发症是糖尿病足，患者表现为溃疡、水肿、坏疽、坏死等，严重情况下，需要为患者截肢，护理人员应叮嘱患者严密观察足部改变，包括甲沟炎、皮肤颜色、趾甲颜色等，叮嘱患者每天使用温水洗脚，选择袜子时，确保其质地柔软，尽量不要对双足造成磕碰以及划伤，选择鞋子时，确保其透气舒适。

1.3 效果分析^[6]

疾病知识知晓评分：使用自拟调查表测定数据，包括预防知识、基础知识、护理与治疗，分别是 30 分、30 分、40 分。

不良情绪：使用 HAMA、HAMD 测定数据。

生活质量分值：使用 SF-36 评分标准测定数据，分值 100 分，分值高，提示结果好。

1.4 数据检验

运用 SPSS25.0 统计软件计算数据，计量资料实施 t 检验，以 $[\bar{x} \pm s]$ 表示，计数资料实施 χ^2 检验，以百分率（%）表示， $P < 0.05$ ，统计学意义存在。

2 结果

观察组患者干预后血糖指标、疾病知识知晓评分、治疗依从性、满意度、不良情绪、生活质量分值均显著改善，对比对照组患者得出， $P < 0.05$ ；比较两组患者干预前的血糖指标、疾病知识知晓评分、不良情绪、生活质量分值， $P > 0.05$ 。

表 1 对比两组患者的干预前后血糖指标

组别	2hPBG (mmol/L)		FBG (mmol/L)		HbA1c (%)	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组 (n=50)	16.22±4.71	9.17±2.72	13.22±3.52	7.66±1.81	11.33±1.91	6.01±2.58
对照组 (n=50)	16.25±4.15	11.44±5.28	13.16±3.21	9.26±2.42	11.16±1.42	8.32±1.95

t	0.0338	2.7025	0.0891	3.7438	0.5051	5.0507
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表 2 对比两组患者的干预前后疾病知识知晓评分(分)

组别	预防知识		基础知识		护理与治疗	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组(n=50)	18.33±1.02	28.43±1.16	18.11±1.02	28.54±1.25	28.44±2.04	37.57±2.51
对照组(n=50)	18.32±1.01	24.44±1.25	18.08±1.02	24.05±1.11	28.37±2.05	34.11±2.14
t	0.0493	16.5445	0.1471	18.9920	0.1711	7.4174
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表 3 对比两组患者的治疗依从性、满意度

组别	正确用药	自我监测	科学运动	合理饮食	满意度
观察组(n=50)	22.05±1.77	22.66±1.84	22.11±1.35	21.85±1.68	48(96.00)
对照组(n=50)	20.96±1.48	20.85±1.58	21.02±1.18	20.11±1.57	40(80.00)
t/χ^2	3.3406	5.2772	4.2986	5.3508	6.0606
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

表 4 对比两组患者的干预前后不良情绪、生活质量分值(%)

组别	焦虑		抑郁		生活质量	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组(n=50)	21.44±6.11	7.02±2.01	23.12±6.92	8.33±2.44	21.44±6.11	7.02±2.01
对照组(n=50)	21.15±6.55	12.22±3.36	23.15±6.57	13.22±4.52	21.15±6.55	12.22±3.36
t	0.2289	9.3912	0.0222	6.7317	0.2289	9.3912
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

对于糖尿病患者来说,容易病情反复,有并发症出现,例如糖尿病足,对患者生活质量以及身体健康均会造成严重威胁,预防疾病并发症发生过程中,首先应对家庭压力进行缓解,然后改善患者病情,提高患者生活质量。

临床实践证实,对于糖尿病患者来说,开展全程健康教育,为患者提供科学的护理管理,可以针对患者临床症状、可能出现的并发症以及发病原因等开展全面性、针对性护理干预,促进患者病情改善。全程健康教育属于一种较为理想的护理手段,可以促进患者的饮食习惯以及生活行为等改善^[7],有个体化特点,包括院内教育及院外教育,对患者的实际护理需求进行综合考虑,利用多种多样的教育模式,从多种途径,为患者提供系统、科学、有效、全面的健康教育,提高患者对于疾病知识的掌握度,提高患者的生活质量并改善患者的不良情绪,对患者的血糖水平进行有效控制,促进患者自我管理能力有效强化。

在患者的护理干预过程中,为患者开展糖尿病课堂教育^[8],内容包括低血糖处方、运动治疗、饮食治疗、用药指导、血糖监测以及并发症预防,运用 PPT,将疾病知识讲解,构建护理小组之后,由护理小组成员负责为患者提供全程健康教育,强调注意事项,讲解开展这一护理模式的方法以及意义,强化教育培训,对分工进行明确,科学开展护理干预。针对患者的院内外情况以及需求,充分考虑患者个体差异性,在文献资料查阅之后,制定护理计划并严格执行。待患者入院之后,使用相关视频播放、健康教育手册发放等方式来帮助患者了解疾病相关知识,为患者提供用药方面的健康教育,告知患者用法用量,告知患者如何正确使用胰岛素。在患者饮食健康教育过程中^[9],叮嘱患者饮食禁忌。在患者的运动健康教育中,结合患者身体的评估结果指导患者做健身操、慢跑、骑自行车、散步、打太极拳等,注意强度合适。在患者的心理健康教育过程中,由于患者长期用药,容易出现不良心理,护理人员应综合评估患者心理并强化沟通。以上护理干预实施后,在患者护理过程中融合全程健康教育^[10],能够取得较为理想的护理效果。

此次实验得出:观察组患者干预后血糖指标、疾病知识知晓评分、治疗依从性、满意度、不良情绪、生活质量分值均显著改善,对比对照组患者得出, $P<0.05$;比较两组患者干预前的血糖指标、疾病知识知晓评分、不良情绪、生活质量分值, $P>0.05$ 。

总结以上得出,护理糖尿病患者过程中使用全程健康教育的效果理想,可以促进患者明显改善干预后血糖指标、疾病知识知晓评分、治疗依从性、满意度、不良情绪、生活质量分值,值得临床推荐。

参考文献:

- [1]刘敏.全程健康教育模式在糖尿病护理中的效果观察[J].现代养生, 2022, 22(18): 1570-1572.
- [2]瞿冬静,周俊萍.全程健康教育在糖尿病患者护理中的应用[J].智慧健康, 2022, 8(15): 174-176.
- [3]王雪莲.全程健康教育模式在高血压合并糖尿病患者管理中的作用分析[J].中国社区医师, 2022, 38(12): 146-148.
- [4]谢小红,刘丹,熊慧.全程健康教育模式在 2 型糖尿病合并高血压患者中的应用[J].齐鲁护理杂志, 2022, 28(07): 54-57.
- [5]赵红梅.以健康理论为基础的全程健康教育对胃癌合并糖尿病患者术后的影响[J].国际护理学杂志, 2022, 41(02): 240-243.
- [6]郭维蓉.在糖尿病患者护理管理中实施全程健康教育的效果探究[J].黔南民族医学学报, 2021, 34(04): 284-286.
- [7]吴红丽.全程健康教育模式在糖尿病护理干预中的应用[J].黑龙江科学, 2021, 12(24): 97-98.
- [8]魏志杰.全程健康教育干预模式在内分泌科糖尿病干预工作中的临床医治效果及应用价值[J].数理医药学杂志, 2021, 34(11): 1729-1730.
- [9]曾燕.全程健康教育模式在糖尿病护理干预中的应用效果分析[J].糖尿病新世界, 2021, 24(21): 10-13+19.
- [10]张艳,刘静,黎丽嫦.全程健康教育护理干预对糖尿病患者血糖控制、知识掌握及自我护理的影响[J].中国社区医师, 2021, 37(24): 168-169.

诊断教学中 CBL 联合 SSP 教学模式的作用

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：本次研究主要分析诊断教学中 CBL 联合 SSP 教学模式的作用。方法：本次研究主要选择 2019 级临床医学专业的 90 名学生作为此次的研究对象，依据随机分组的方式将 90 名学生分为实验组和对照组，每组各 45 名学生，两组学生的人数上、男女性别比例上、教学内容上、课时的时间安排上以及入学成绩等各个方面对比具有差异性。另外，两组理论课以及实践训练课都由同一组老师进行授课。首先，对对照组开展传统的教学方式。实验组开展 SSP 与 CBL 相结合的教学方式开展授课。在学期结束以后，依据实验组与对照组学生的理论考试结果、实践技能考试结果和学生满意度测评的数据开展分析，最后来点评 SSP 与 CBL 相结合的学习效果。结果：实验组实践技能考试成绩和期末考试成绩均好于对照组 ($P < 0.05$)，在病历搜集、人性化服务和交流层面非常显著。实验组在学习兴趣、专业操作技能、团队协作和临床思维等方面的满意率高过对照组 ($P < 0.05$)。结论：本研究发现，CBL 与 SSP 相结合会提升老师们的教学能力以及学生的学习兴趣，扩宽 SSP 课程教学应用领域，使其更加全面以及真切地模仿临床病例。但传统式教学方式功能不健全，学生实践操作的机会比较有限，老师在课堂教学中无法完全依靠这样的模式，因此需要把 CBL 与 SSP 紧密结合，这样才能更好地推动学生对课程内容的理解运用，进而大大的提升教学质量。

关键词：医学专业学生；CBL；SSP；诊断教学

医学专业的学生学习培训负担比较沉重，课程内容基本上分成两大类：首先，第一类是基础课程内容，其主要包含医学免疫学、生物化学、细胞生物学、应用统计学、病理学、遗传学、生理病理学、高等职业教学、有机化学等方面。第二类为临床医学，主要包含诊断学、消化内科、普外、妇产科、小儿科、神经外科、精神医学、传染病学、皮肤病学等。在基础医学向临床医学转换的过程当中，诊断学是基础医学与临床医学之间的连接桥梁，是临床医学各科的研究主题。因而，诊断学被称作“临床医学中的第一诊断”。但是，诊断学综合实践课程还存在着诸多问题，如诊断学症状学里的“发热、胸痛、心慌气短、呼吸不畅”等症状都具有偶发性，无法保证学生上课时患者会有这种病症，并且急危重症患者也不太可能有明确接诊和全面的常规检查，怎样解决这个问题，进一步提升临床实习的实际效果，是临床一线教育者必须考虑的问题。临床实践改革创新给我们带来了新的解决方案，如今，标准化病人 (SP)、用病例导向的教学模式 (CBS)、用问题作为基础的教学法 (PBL)、用案例作为基础的教学法 (CBL) 已经在临床医学中获得运用。SP 又被称为模拟病人，由美国学者 Bar-rows 和 Abrahamson 于 1964 年明确提出，其具备了被检查者、指导者以及评估者三个作用。在应用 SP 教学基础上，选用医学院校学生作为 SP，

称为学生标准化病人 (SSP)。在教学中引入学生标准化病人 (SSP) 模拟临床情境，课堂教学不仅变得有趣、生动，而且调动学生的学习积极性，使学生演练临床复杂情境，不但可以良好的提升学生病历的收集能力和提高体格检查水平，还可以培养医护人员与患者的沟通协调能力，因而，我们需要将 CBL 和 SSP 用于诊断学的教学过程中。基于此，本文主要选择 2019 级临床医学专业的 90 名学生作为此次的研究对象，阐述了 CBL 和 SSP 联合教学模式在诊断教学中的应用和作用^[1]。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究主要选择 2019 级临床医学专业的 90 名学生作为此次的研究对象，依据随机分组的方式将 90 名学生分为实验组和对照组，每组各 45 名学生。另外，两组理论课以及实践训练课都由同一组老师进行授课。首先，对对照组开展传统的教学方式，实验组开展 SSP 与 CBL 相结合的教学方式开展授课。在实验组 45 名学生当中，有 19 名男生，26 名女生；在对照组 45 名学生当中，18 名男生，27 名女生。两组学生的人数上、男女性别比例上、教学内容上、课时的时间安排上以及入学成绩等各个方面对比具有差异性。两组学生具体的一般资料比较如表 1 所示。

表 1 两组学生一般资料对比

	性别		年龄	入学成绩	前导课程成绩		
	男	女			解剖学	生理学	生物化学
实验组 (n=45)	19	26	19.25±0.67	361.39±17.32	82.24±7.68	79.95±8.10	76.29±9.25
对照组 (n=45)	18	27	19.06±0.70	359.69±16.69	81.55±8.08	80.35±7.69	75.36±9.08
X ² 或 t	0.17		1.66	0.60	0.52	0.30	0.61
P	-		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

1.2 方法

对对照组开展传统的教学方式，教师依据课程标准大纲开展相关的介绍，随机选择病房患者开展会诊、身体检查等，假如病房没有匹配的患者，那么就根据展现 PPT 进行授课。实验组采用 SSP 与 CBL 相结合的教学模式进行授课，主要授课内容如下：首先，在选定章节授课之前，将 SSP 模拟患者引进云服务平台公布有关病例以及有关问题，然后先集中授课有关基础理论，然后再进行工作组病例剖析和探讨 (1) 征募以及培训学生标准化患者 (SSP)。在 2019 级临床医学专业的学生当中征募一部分学生，进行标准化患者培训。具体内容有：详细介绍标准化病人的工作内容及要求；解读医学问诊、体格检查方法等医学常识；并且依据实际的病例表演开展培训。其培训的主要方法：收看视频教学、现场观察、现场示教、小组课堂教学、小组情景演练。(2) 创建病历数据库系统以及设计问题，撰写 SSP 病案脚本。挑选诊断学的一部分章节目录：问诊、发热、意识障碍、全身状态体检、肺部检查、心脏检查、腹部检查、神经系统检查。依据每章的课程内容，建立相应的病历并且设计问题。选定病历由项目组成员团体讨论剖析，情景模拟教学和病历讨论均具备可执行性。病案问题的设计

由小组老师开展，以备 CBL 病案讨论运用。问题紧密结合临床，难度适度。在病历资料中，团队实现了病案脚本制作的撰写，计划方案包含患者、医生和患者亲属。脚本内容主要包含诊疗场景设置、患者环境信息、肢体语言、情感表现。包含实际问诊流程及项目、涵盖病历材料、病症、语言表达能力等。身体检查包含对于阳性体征及重要阴性体征的准确模仿。在选定章节授课之前，将 SSP 模拟患者引进云服务平台公布有关病例以及有关问题，具体指导学生在上线下查找信息，并依据此章病历脚本制作再次培训学生指导标准化病人 (SSP)，上课的时候引进 SSP 仿真模拟患者，教师讲授有关基础知识，随后分类病历剖析讨论，最终教师总结重难点^[2]。

1.3 观察指标

在相关章节的教学过程中，引入 SSP 模拟病人，剖析探讨小组病案。学期末时，通过问卷调查的形式，对比理论考试成绩、实践技能考试成绩、学生满意度三个方面来评判学习的效果以及学生的满意度。

1.4 统计方法

本次研究主要运用 SPSS25.0 软件开展数据的统计与分析，($\bar{x} \pm s$) 代表数值，两组之间的比较运用 T 检验或者 χ^2 检验，检验水准，($P < 0.05$)

代表差异具有统计学意义。

2. 结果

2.1 针对实验组与对照组的学习成绩开展对比

对比两组之间的诊断教学课程学习成绩,实验组实践技能考试成绩和期末考试成绩均好于对照组 ($P<0.05$) 差异具有统计学意义。具体数据可以见表 2。

表 2 实验组与对照组的学习成绩开展对比

组别	人数	实践技能成绩	期末考试成绩
实验组 (n =	45	88.22 ±6.1	87.91 ±7.9

表 3 观察组和对照组对教学方法的满意度比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	喜欢这种形式	理解与记忆	医患沟通	操作技能	临床思维	团队合作精神
观察组 (n =45)	3.72 ±0.56	3.88±0.51	2.98±0.52	3.41±0.72	3.64 ±0.61	3.52 ±0.68
对照组 (n =45)	3.01 ±0.60	3.15±0.60	2.12±0.68	2.50 ±0.81	2.72 ±0.70	2.65 ±0.70
t	7.31	7.83	2.61	2.01	2.39	2.03
P	<.0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3. 讨论

伴随着现代生物医学的迅速发展,现代高等临床医学不但高度重视基础理论与知识技能的教学,并且更为注重医学专业学生独立基础理论的逻辑思维能力,要想使实践技能与创新能力得到提升,就需要各医学院校持续转变教育观念,探索一个新的教学模式。诊断学是高职高专院校三年制临床医学的主干课程,是由基础医学到临床医学专业至关重要的桥梁课程。过去所使用的传统教学方法包含理论知识和实践技能课堂教学。由于基础理论课程内容抽象化,干扰学生学习的积极性,无法良好的加强学生的能动性;但是技能训练中的场景设置无法完全体现学生将来的工作情境,真实有效性以及应用性较弱。因而,诊断学应使用哪种具体教学方法,才可以推动学生的能动性,塑造学生学习的积极性、并且提升临床思维和自主创新的能力,已经变成医学教育者关注的重点^[3]。

现阶段,也有部分学者在诊断学教学过程中展开了多种多样探索,包含标准化病人 (SP) 教学方式、案例教学法 (CBL)、情景模拟教学法、基于问题的教学方法 (PBL) 等。但是关于怎么优化教学方式组成以达到最好学习效果的探索研究比较少。标准化病人 (SP) 就是指正常人或者患者,通过标准化、专业化的培训学习以后,能确切表述患者的临床表现,具备仿真模拟患者、评定者、并且指导患者的多重作用。另外,在教学的过程中,引进标准化病人 (SP) 仿真模拟具体临床医学情境,有利于提高学生问诊以及表达能力和判定判断力,使教学和临床工作紧密联系。但培训标准化病人必须需要大量的资金与时间,与此同时标准化管理与来源等多种因素,使标准化病人变成医学院校的教育难题。世界各国也有一些学者在运用 SP 文化教育的前提下,应用学生标准化病人 (SSP) 用于课堂教学和科研。尤其是近些年医疗法规的健全、医患矛盾紧张,给三年制临床医学院校学生的实习和综合实践课程增添了考验。SSP 教学方式作为一种客观高效的教学方法,为解决以上问题带来了新理念,又为学习效果带来了有效途径。CBL 又被称为案例教学法,要以实例为主导、以问题为案例线索的研讨式互动型教学方法。该教学方法偏重于医学理论知识的应用,即运用学过基础知识处理临床医学的现实问题。通过学生查找资料自学,有益于提升学生的主动学习能力、发现问题、思考及剖析问题的解决能力,激励分组讨论,集思广益,既可以塑造学生的临床思维,又能更好地发挥团队精神。现阶段,学生标准化病人 (SSP) 与案例教学法 (CBL) 结合的教学方式在诊断学课堂教学中的运用研究偏少。依据上述两种教学方法各自的特性和特点,本文主要将这两种教学方法用于诊断学教学过程中,探索最好的教学效果、从而来合适我国基本国情的教学方式。

3.1 CBL 联合 SSP 有利于提升诊断学实践技能教学效果

CBL 是“以病例为主导、聚焦问题、学生为主体、老师为主导”的讨论式教学方式。该教学方法以临床医学典型病例为中心,根据主要症状和生命体征正确引导学生思索病症,并把想学的知识内容融进“故事”,激起学生学习的积极性。与此同时,SSP 的应用能将抽象化难懂的临床诊断和知识转换为人与人之间的简易沟通交流,使学生尽快产生医生这个角色意

45)			
对照组 (n =	45	70.52 ±6.8	83.62 ±9.6
45)			
t		16.37	2.92
P		<0.05	<0.05

2.2 针对观察组与对照组对教学方法的满意度开展对比

从问卷调查的结果可以得出,实验组在学习兴趣、专业操作技能、团队协作和临床思维等方面的满意率高过对照组 ($P<0.05$)。具体数据见表 3。

识,最终加强学习的主动性。除此之外,学生还练习了体格检查方法,训练了科学思维方式。学生通过问诊采集患者的主观资料,经过体格检查掌握患者的客观资料,经综合分析判断后得出初步诊断。因而 CBL 与 SSP 联合应用是一种非常合适以及应用实践的教学方法^[4]。

3.2 对 CBL 联合 SSP 教学的思考

在诊断学综合实践课程中,存有黄疸、皮肤粘膜出血等需要解决问题。SSP 很少具备的,还需要真实的患者来引导学生进行鉴别病症的任务。现阶段,一部分医院采用优选、高质量的健康服务和优惠的政策计划方案,来吸引患者自行变成 SP,也取得了一些良好的成效,为解决这种问题带来了良好的方向。可事实上,怎么判断患者是否合适 SP 工作是我们应该考虑的因素。另外,还有一些别的诊断内容。比如,将多种多样的病症写在典型病例当中,毫无疑问也会增加 SSP 的工作难度和学生们提出问题、诊断、医治的困难程度,而医学专业学生的知识储备比较有限,就会致使课堂教学艰难。因而,CBL 病例的分配至关重要,老师必须精心的进行准备^[5]。

从本次研究可以看出,实验组实践技能考试成绩和期末考试成绩均好于对照组 ($P<0.05$),在病历搜集、人性化服务和交流层面非常显著。实验组在学习兴趣、专业操作技能、团队协作和临床思维等方面的满意率高过对照组 ($P<0.05$)。因此,在诊断教学中 CBL 与 SSP 相结合会提升老师们的教育能力以及学生的学习兴趣,扩宽 SSP 课程教学应用领域,使其更加全面以及良好的展现临床病例。但传统教学手段功能不健全,学生实践操作的机会比较有限,老师在课堂教学中无法完全依靠这样的模式,因此需要把 CBL 与 SSP 紧密结合,这样才能更好地推动学生对课程内容的理解运用,进而大大的提升教学质量^[6]。

总而言之,在诊断学的教学过程中,与传统的教学方式对比,运用 SSP 与 CBL 结合的教学方式可以有效的激发学生的学习积极性以及学习兴趣,可以进一步提高学生们分析问题以及解决问题的能力,进而良好的推动学生对学习内容的理解与运用,最后达到提升教学质量的目的。

参考文献:

[1]黄琦,廖鑫,高琳.临床实习医生《诊断学》继续教育的重要性[J].继续医学教育,2020,27(11):68-69.
[2]张扬,张帆,李建华.标准化病人与其他教学法在眼科临床见习中的应用[J].医学研究与教育,2021,35(06):69-73.
[3]李冬梅,刘燕,仇正芬,等.以 PBL 模式为引导的护生主查房效果研究[J].医学教育研究与实践,2021,20(04):772-775.
[4]沈华连,许仕超,张华丽.SSP 在诊断学技能课程中的作用[J].中国医药科学,2020,6(02):169-187.
[5]董亚娜,杨娟,孟亚.CBL + SSP 在妇产科课程实践教学中的探索与研究[J].中国高等医学教育,2020,2(02):100-101.
[6]刘平辉,管英伟,孟微.学生标准化病人与电子标准化病人相结合在儿科临床见习中的应用[J].牡丹江医学院学报,2021,38(01):158-161.

阶段性目标教学联合 CBL 教学法在心血管内科临床实习中的应用

王志业 郝彪 (通讯作者)

广东医科大学附属第二医院 广东湛江 524000

摘要: 目的: 探讨阶段性目标教学联合 CBL 教学法在心血管内科临床实习中的应用。方法: 选取在我院 2021 年 1 月-2022 年 6 月进行实习的专业临床医学生 40 名为研究对象, 按照随机分组法分为对照组和观察组各 20 例。对照组采用传统教学法, 观察组采用阶段性目标教学联合 CBL 教学法, 观察教学效果。结果: 观察组学生最终理论考核和操作考核分别为 (90.21±4.11) 分和 (90.97±4.17), 对照组学生最终理论考核和操作考核分别为 (69.25±10.28) 分和 (71.22±11.16), 观察组成绩高于对照组 ($P<0.05$); 观察组学生满意度高于对照组 ($P<0.05$); 观察组学生提出问题、分析问题以及解决问题能力均高于对照组学生 ($P<0.05$)。结论: 阶段性目标教学联合 CBL 教学法在心血管内科临床实习中的应用具有可行性。

关键词: 阶段性目标教学; CBL 教学法; 心血管内科临床实习; 应用效果

随着我国对医疗行业的重视, 人民的健康优先成为主要战略目标, 医学教育工作成为近几年关注的重点, 如何去培养优秀的医学生是目前教育的重点^[1]。心血管内科是医学生实习过程中需要重点记忆的一门学科, 随着心血管疾病发病率的升高, 这门学科逐渐受到重视, 且由于疾病种类多, 知识复杂, 学生在学习的过程中需要强大的理解能力, 对医学生而言有着巨大的压力^[2]。心血管内科学课本基础知识繁琐, 学生需要花费大量时间去巩固, 但是仅仅依靠书面知识很难完全掌握其中的重点, 不能在有限的时间内理解完全就会对之后的临床实习产生不利的影响, 因此, 在固定时间内使学生理解课本知识, 调动学生学习积极性非常重要^[3]。传统的教学模式老师注重课堂进度, 因此大多学生会为了跟上老师的教学进度死记硬背, 往往只记得后面就忘记前面, 对基础知识甚至难以理解, 无法应用到之后的临床实际问题中, 甚至复杂的课本知识会使学生产生厌学心理^[4]。阶段性目标教学是根据规划将学习目标分为多个阶段, 在此教学期间非常注重理论知识, 并且主要以加强理论知识为主的分目标学习, 可以有效保障学习效果^[5]。以案例为基础的教学法 (case-based learning, CBL) 主要注重临床实践案例, 在学生实习期间主要培养学生的实践操作能力, 围绕案例分析达到学习的目的^[6]。

1 一般资料

1.1 研究对象

选取在我院心血管内科 2021 年 1 月-2022 年 5 月进行实习的专业临床医学生 40 名为研究对象, 按照随机分组法分为对照组和观察组各 20 例。对照组中男 8 名, 女 12 名, 年龄在 20~21 岁, 平均年龄为 (20.35±0.41) 岁; 观察组中男 7 名, 女 13 名, 年龄在 20~21 岁, 平均年龄为 (20.66±0.39) 岁, 以上资料无明显差异 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

对照组采用传统教学模式, 带教老师根据课程进度对学生进行授课, 按照大纲要求讲解心血管病例的发病机制以及临床表现等, 常见心血管病例有冠心病、高血压以及心力衰竭等, 实践课程由老师安排, 老师讲解实习的目的以及基本流程, 按照病房实际病例对学生进行教学, 带领学生熟悉基本病例病症以及表现, 最后提出问题, 要求学生进行总结。

观察组采用阶段性目标教学联合 CBL 教学法, ① 将学生的学习时间分为 4 个阶段, 第一阶段为整理相关病例的基础知识, 包括课本以后课外相关内容, 对其进行分步学习, 并且针对具体病种的特征制定相关课件, 并且老师需要根据学生的进度以及能力对其进行整理, 包括辅助检查以及体征等, 将重点和难点制作成 PPT 通过信息软件给予学生, 要求学生在具

体时间内观看完成。② 通过具体的案例对分布进行的相关知识进行提问, 在每次分阶段教学完成后进行理论知识小测, 保障学生对病例的熟悉, 并且还能在此期间加强基础理论知识, 加强对知识的掌握, 带教老师通过具体将理论知识应用到各种典型病例中, 并且通过案例分析测试学生掌握情况, 分析运用在案例分析当中, 探讨学生对于心血管内科知识的掌握情况, 并且对此针对性加强训练。③ 加强训练, 对学生病史收集, 记录以及药物选着进行考研, 同时培养学生的责任感, 主要要求学习相关前言知识以及国内外相关知识情况, 撰写典型案例, 围绕案例展开相关讨论, 典型案例包括大纲的重难点, 包括心肌梗死, 心力衰竭以及心绞痛等, 建立科学的思维, 收集医学相关信息制作 PPT, 小组进行探讨时需要阐明疾病的病因以及发病机制, 解决相关实际问题, 并且主动探讨新的学习目标。

1.3 观察指标

(1) 根据大纲出考试题目, 理论考试统一由题库抽取, 实践考试包括问诊、病例分析以及诊疗方案, 带教老师根据学生的综合表现进行打分, 两项满分各为 100 分。(2) 以匿名的形式对学生进行满意度调查, 分为非常满意、满意与不满意, 满意率=非常满意率+满意率; (3) 带教老师对学生课堂中的提出问题、分析问题以及解决问题进行评价, 每项评分做高分 100 分, 最低分 0 分。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计软件 统计分析数据。符合正态分布的计量资料以 ($\bar{x}\pm s$) 表示, 组间比较采用 t 检验, 组内比较采用配对 t 检验; 计数资料采用 % 表示, 采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组学生实习质量

观察组学生实践操作能力和理论知识成绩都高于对照组 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 对比两组学生实习质量 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	理论考核	操作考核
对照组	20	69.25±10.28	71.22±11.16
研究组	20	90.21±4.11	90.97±4.17
<i>t</i>	-	8.467	7.414
<i>P</i>	-	0.000	0.000

2.2 对比两组学生对教学的满意度

观察组学生满意度高于对照组 ($P<0.05$), 见表 2。

表2 对比两组学生对教学的满意度 (n, %)

组别	例数	满意	一般	不满意	满意度
对照组	20	11 (55.00)	1 (5.00)	8 (40.00)	12 (60.00)
研究组	20	18 (90.00)	1 (5.00)	1 (5.00)	19 (95.00)
χ^2	-	-	-	-	7.025
P	-	-	-	-	0.008

2.3 比较两组学生综合能力比较

观察组学生提出问题、分析问题以及解决问题能力均高于对照组学生 (P<0.05), 见表3。

表3 两组学生综合能力比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	提出问题	分析问题	解决问题
对照 组	20	74.59±3.19	70.96±3.84	70.48±3.26
观察 组	20	89.24±3.42	92.53±2.59	91.49±3.22
t	-	14.009	20.826	20.506
P	-	0.000	0.000	0.000

3 讨论

医学实习是医学生最重要的一个阶段, 是学生将专业知识应用到临床上最关键的一个阶段, 心血管内科的病种复杂, 所涉及多种常见病, 因此, 心血管内科不仅基础知识重要, 实践能力也非常重要, 而教学方式决定着学生的学习质量^[6-10]。心血管内科课本教学内容采用传统的教学模式枯燥, 学生在这种环境下对学习的兴趣急速下降, 知识也是被动的接受, 使得学生对于后续学习情况出现不能跟上的现象, 无作用的时间占据大多数^[11-14]。心血管课本内容占据总课时的 17%, 需要非常大的记忆量, 学生无法在短时间内进行基础学习, 并且很容易忘记之前涉及的知识点, 导致学生的学习压力剧烈上升^[15-18]。

传统的教学模式带教考试根据惯例进行辅助检查等, 学生的积极性受到限制, 学习效果较差, 学习知识很容易混淆, 学生掌握知识有限, 因此, 需要一种能够带动学生积极性的学习方式^[19]。阶段性教学模式主要侧重加强操作练习, 为学生整理学习思路, 全面观察学生, 锻炼学生应对事件的处理能力, 包括术后医嘱等, 使学生拥有成就感, 加强学生案例分析能力, 丰富学生的学习经验^[20]。CBL 教学法提倡案例实际问题, 以学生为主体, 更好的帮助学生提升综合素质, 使学生更深刻的对案例进行思考, 对其研究进行全方位的讨论, 将实践与理论相结合, 帮助学生更好的理解知识点, 加强学生的主动学习性。

研究显示, 观察组学生最终理论考核和操作考核分别为 (90.21±4.11) 分和 (91.38±4.17), 对照组学生最终理论考核和操作考核分别为 (69.25±10.28) 分和 (70.98±11.16), 观察组成绩高于对照组 (P<0.05); 观察组学生满意度高于对照组 (P<0.05); 观察组学生提出问题、分析问题以及解决问题能力均高于对照组学生 (P<0.05)。

综上所述, 阶段性目标教学联合 CBL 教学法在心血管内科临床实习中的应用具有可行性。

参考文献:

[1]李银, 何芳.角色互换模式在心血管内科临床教学中的应用探讨[J].中国毕业后医学教育, 2021, 5 (03): 241-245.

[2]李攀, 张亮, 侯攀, 等.PACS 系统辅助教学在心血管内科住院医师规范化培训中的应用[J].中华医学教育探索杂志, 2021, 20 (07): 830-833.

[3]郑晓玲.探讨现代化教学手段在心血管内科教学实践活动中的运用[J].教育界, 2020 (07): 65-66.

[4]余亮, 余新泽, 胡丽娜, 周博.症状为中心词的思维导图应用于五官科临床教学对考核成绩及批判性思维能力的影响[J].齐齐哈尔医学院学报, 2022, 43 (11): 1097-1101.

[5]吴立明, 华原俊.“翻转课堂+思维导图”教学模式的《天然药物学》“金课”建设研究[J].国医论坛, 2022, 37 (03): 69-71.

[6]毕城伟, 杨宏, 李瑞乾, 等.雨课堂联合思维导图教学方式在泌尿外科学临床教学中的应用[J].中华医学教育杂志, 2022, 42 (05): 444-448.

[7]李云泽, 冯勇.基于多轨教学模式联合 PBL 教学法在普外科临床教学中的应用效果探讨[J].卫生职业教育, 2022, 40 (16): 106-108.

[8]肖承佐, 郝俊, 刘仁红, 徐鹏, 邓宇晴, 邹林翰, 刘冰.案例式 PBL 结合师生立体式评价教学法在普外科临床教学中的应用[J].国际医药卫生导报, 2022, 28 (14): 1973-1976.

[9]王俊文, 徐钰, 刘胜文, 赵恺, 牛洪泉.PBL 教学法与 3D-slicer 影像重建技术在长学制医学生神经外科临床实践教学中的应用[J].医学教育管理, 2022, 8 (03): 331-334+339.

[10]杨力祺, 汪真辉, 刘厚强, 蔡彦.微信辅助下的 PBL+CBL 教学法在住院医师规范化培训临床教学中的探讨[J].黑龙江医药, 2022, 35 (04): 791-794.

[11]卜计源, 姚辉, 张健.CBL 教学法结合导航软件在神经外科住院医师规范化培训中的应用[J].医学教育管理, 2022, 8 (04): 438-441+446.

[12]钱宏, 李姮姮.PBL 联合 CBL 教学法在心外科住院医师规范化培训中的价值[J].继续医学教育, 2022, 36 (07): 45-48.

[13]李波, 王妙维, 邹剑.CBL 教学法在提升耳鼻咽喉科教学质量及医学生岗位胜任力中的应用[J].卫生职业教育, 2022, 40 (14): 82-83.

[14]柯斯奇.CBL 教学法在后疫情时代实习生管理中的应用及对手卫生和医院感染控制效果研究[J].基层医学论坛, 2022, 26 (20): 91-93.

[15]涂冬洁.CBL 教学法结合情景模拟在精神科护理学实验教学中的应用[J].吉林医药学院学报, 2022, 43 (03): 234-235.

[16]赵欣, 顾燕玲, 史娟.微格教学法指导的阶段性康复训练对髋部骨折康复依从性及肢体功能恢复的影响[J].中国医药导报, 2022, 19 (24): 143-146+158.D0I: 10.20047/j.issn1673-7210.2022.24.33.

[17]王少芳, 王兰兰, 李铁花.阶段性目标教学法结合持续质量改进循环 (PDCA) 在 ICU 护理教学中的应用[J].齐齐哈尔医学院学报, 2021, 42 (15): 1353-1356.

[18]刘娟, 曾令娟, 杨璠.心血管内科新护士临床技能培训中阶段性情景模拟演练教学法的应用[J].世界最新医学信息文摘, 2019, 19 (67): 349+351.

[19]高冬可.创新新闻教学模式 培养高水平应用型人才——“阶段性现场教学法”在新闻学实践教学中的应用[J].黑龙江教育 (高教研究与评估), 2011 (09): 98-99.

[20]罗瑞 (女太), 叶凤莲, 邹劲林.阶段性目标教学法在外科临床护理实习中的应用[J].当代护士 (学术版), 2011 (05): 172-174.

培训定量化管理法对规培期护士培训效果影响体会

杨淑萍

宁夏回族自治区人民医院 宁夏银川 750001

摘要：目的：探讨培训定量化管理法对规培期护士培训效果影响。方法：采集本院 2020 年 8 月至 2021 年 11 月期间接收的 188 例规培期护士，随机分为对照组与观察组各 94 例，对照组运用常规护理，观察组运用培训定量化管理法，分析不同方法后护理人员考核成绩、自主学习能力、护士教学满意度。结果：在护理人员考核成绩有关的专业业务能力、技能实操、理论知识与综合素养等评分上，观察组各项明显高于对照组，对比有统计学意义（ $P<0.05$ ）；在护士自主学习能力有关参与培训动机、培训任务定量分析、培训效果监控调节、综合评价等评分上，观察组各项评分明显高于对照组，对比有统计学意义（ $P<0.05$ ）；在护士教学满意度上，观察组 95.74%，对照组 80.85%，对比有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：培训定量化管理法对规培期护士培训效果有较好的支持作用，有助于提升护理人员综合能力，护理人员考核成绩明显提升，护士对教学的满意度更高，整体状况更好。

关键词：培训定量化管理法；规培期；护士；培训效果

护士规培主要是针对护士在完成护理专业学习之后进行的专业化培训，让其更好地适应护理工作实际所需，是一种从学校理论到实际工作实操的过渡性指导。规培完成整个流程，可以促使护士综合能力的提升。可以从护理人员在认知水平、实际操作以及各方面规范上得到优化，了解实际患者护理工作中所需要的知识与实操技能要点。培训定量化管理在一定程度上是对护士规培工作做学习大纲内容与任务的分类管理，按照要求做好规定时间内的培训工作落实，保证最终的培训工作效率与质量。本文采集 188 例规培期护士，分析运用培训定量化管理法后护理人员考核成绩、自主学习能力、护士教学满意度，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院 2020 年 8 月至 2021 年 11 月期间接收的 188 例规培期护士，随机分为对照组与观察组各 94 例。对照组中，男 11 例，女 83 例；年龄从 23 岁至 26 岁，平均（ 24.78 ± 1.21 ）岁；文化程度中，本科为 57 例，大专为 37 例；观察组中，男 7 例，女 87 例；年龄从 23 岁至 26 岁，平均（ 24.65 ± 1.28 ）岁；文化程度中，本科为 61 例，大专为 33 例；两组患者在基本年龄、性别、文化程度等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用常规护理，观察组运用培训定量化管理法，具体内容如下：需要依据情况设定对应的培训大纲，量化处理。一般是以国家卫计委有关颁发的护士培训大纲做有关的参考，同时也要结合地方性的规培大纲以及有关工作基础情况做对应的执行。一般情况下，国家以及地方会发布有关护理操作工作的指导材料，依据其情况结合医院当下开展状况做护士培训期基本知识和操作技能、法律常识、人文以及护理安全等各方面规培内容知识的落实。要充分符合有关培训大纲以原则所需，同时也需要贴合地方实际情况做对应培训表格、量化清单处理。依据内容以及进度做对应的安排，明确有关培训目录，包括培训时间、指导老师、培训形式、效果要求。所有内容都依照量化的大纲手册开展，在接受护理部岗前培训两周之后，进入科室做 6~8 个月的课程培训。培训内容依照有关的量化清单做执行，带教老师主要任务是依照大纲以及量化地安排做对应的培训工作落实。需要依照对应的培训内容以及进度做好培训护士的登记管理。带教老师需要对有关培训工作做对应的评价以及签名认可。进行 6~8 个月操作之后，要开展科室轮转处理。

对于当下的护士而言，受到的护理专业培养基础更高，当下的护士毕业人才在综合素养上也得到了明显的与时俱进。在培训学习方面，他们的

吸收能力更好，应对能力更强，因此在培训工作中的难度与要求也相较于传统更高。当下的护理人员工作也充分意识到护理操做的工作不仅局限于护理常规知识以及实操处理，也充分考虑到护理工作所关系到法律常识、心理学、社会学、人文科学、沟通技巧等各方面能力。因此，在规培工作中也不断地丰富实际内容，在形式上也会依据实际工作的开展做多样化的优化。除了常规线下一对一的教育指导计划，也充分利用了网络平台对有关培训工作构成的支持。一般情况下，可以开设对应的规培护理人员的沟通群组，让带教老师与学员在群组内做定期的资料分享以及咨询沟通，这样可以跨越时间与空间的局限性，做好更深度地交流、通知、经验分享等。尤其是后疫情时代，大规模的培训工作的推进难度相对较高。而网络平台上，可以做好有关培训工作的基础辅助，甚至在实际情况所需下，可以展开网络平台的在线培训课程。有关课程也可以通过视频录制的方式做好保存，让护理人员利用自己灵活的时间做对应的学习交流，甚至可以展开网络平台的师生互动指导工作。让有关培训工作落到实处，符合现代人们信息接收的习惯以及当前社会环境所需，提升有关培训工作推进的效果，满足灵活多样的实际情况。

1.3 评估观察

分析不同方法后护理人员考核成绩、自主学习能力、护士教学满意度。护理人员考核成绩主要集中在专业业务能力、技能实操、理论知识与综合素养等评分，自主学习能力评价主要集中在参与培训动机、培训任务定量分析、培训效果监控调节、综合评价等评分上。护理教学满意度=很满意率+基本满意率。

1.4 统计学分析

数据运用 spss22.0 软件处理，计数资料使用 $n(\%)$ 表示，采用卡方检验，计量资料运用（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，采用 t 检验， $P<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 各组护理人员考核成绩情况

见表 1，在护理人员考核成绩有关的专业业务能力、技能实操、理论知识与综合素养等评分上，观察组各项明显高于对照组，对比有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

表 1：各组护理人员考核成绩结果（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

分组	专业业务能 力	技能实操	理论知识	综合素养
观察组	95.72±4.19	92.43±5.18	93.17±4.22	94.76±4.19

对照组	78.45±3.28	76.19±4.23	84.56±3.51	79.42±3.61

注：两组对比， $P<0.05$

2.2 各组护士自主学习能力情况

见表2，在护士自主学习能力有关参与培训动机、培训任务定量分析、培训效果监控调节、综合评价等评分上，观察组各项评分明显高于对照组，对比有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

表2：各组护士自主学习能力结果（ $\bar{x}\pm s$ ，分）

分组	参与培训动机	培训任务定量分析	培训效果监控调节	综合评价
观察组	52.87±4.18	24.51±5.82	34.71±4.29	14.28±1.89
对照组	42.58±3.76	20.64±3.27	28.76±3.51	11.47±1.26

注：两组对比， $P<0.05$

2.3 护士教学满意度情况

见表3所示，在护士教学满意度上，观察组95.74%，对照组80.85%，对比有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

表3：护士教学满意度评估结果[n（%）]

分组	n	很满意	基本满意	不满意	护理总满意率
观察组	94	64(68.09)	26 (27.66)	4 (4.26)	95.74%
对照组	94	37(39.36)	49 (52.13)	18 (19.15)	80.85%

注：两组对比， $P<0.05$

3 讨论

相较于资深的护理人员而言，新入职的护士在培训之前的护理专业知识水平相对一般，而通过规培工作的支持，可以有效地提升新护士实际综合能力。对于护理管理而言，需要利用现有的资源做好优化配置^[1]。优化规培护士的实际效果，让有关护理人员积极地提升自身的基础知识学习意愿，适应各科室的专科知识所需，更好地面对临床工作多变所需。量化管理可以促使护士能够更好地了解自身的培训知识安排，调动护理人员的学习积极性，更好地在工作基础之上做好自我提升，优化护理人员的主动性学习来提升最终的培训效果^[2]。

相较于传统的培训方法而言，规培期的护士会因为新的规培改良工作而得到整体学习状态的有效提升。整体的培训效果相对更好，护士对于培训工作的主动参与性积极性更强，有效地提升有关培训工作的实际效果^[3]。对于有关规培期内容做好清单式的整理，开展对应的量化培训清单处理，在一定程度上可以明确有关培训工作的内容、形式、目标，让培训护士以及带教人员对有关规培工作有更为清晰的了解。量化培训管理清单可以有效地促使医院规培期护士整体培训效果的优化，让参与人员对于规培工作有更清晰的认识以及更强的动力信念，可以积极地调动护理人员自身的专业兴趣^[4]。

新护士进入新环境岗位之后，实质上会有强烈的学习需求。但是部分护士也因为进入了新的环境陌生感而产生一定的不适应性^[5]。甚至因为自身专业能力经验储备不足，面对实际工作中需要克服的困难也较多，部分护士会因此产生较为茫然的情绪。而规培工作的开展在一定程度上可以给予护士进入实际工作中一个过渡的适应环境，让其从认知和心理层面都逐步的了解、适应实际工作所需，提升有关工作操作的自信心^[6]。对于实际工作有更为清晰的认识，避免不了解而导致的担忧以及茫然等情绪。通过量化的管理，在一定程度上可以促使护士规培学习内容的落实，将有关

学习内容做目标化、量化的管理。可以将一个庞大的工作内容做细分，由此减少每个部分学习以及完成的心理难度，树立规培护士有更好的学习方向以及目标^[7]。依据自身情况设定对应的学习计划，做好自身学习任务的完成。同时依据每个学习部分做好对应学习策略设定，提升整个护理团队的学习能力，优化最终的规培效果。量化培训工作在一定程度上可以降低培训老师所承担的工作量。尤其是带教老师日常工作繁忙，对于新护士培养管理工作上有更强的工作解压需求。量化管理工作可以更强的调动新护士在自我管理上的能动性，带教老师主要是做好有关工作的引导、检查以及评估工作，进行护士在学习状况上的反馈。依据其检查结果以及培训计划做对应的调整，有效地提升规培护士在整体培训效果的监督调控能力^[8]。

本研究中，在护理人员考核成绩有关的专业业务能力、技能实操、理论知识与综合素养等评分上，观察组各项明显高于对照组，对比有统计学意义（ $P<0.05$ ）；在护士自主学习能力有关参与培训动机、培训任务定量分析、培训效果监控调节、综合评价等评分上，观察组各项评分明显高于对照组，对比有统计学意义（ $P<0.05$ ）；在护士教学满意度上，观察组95.74%，对照组80.85%，对比有统计学意义（ $P<0.05$ ）。通过评估结果可以发现，培训量化管理法应用在护士规培工作中，可以提升整体的综合培训结果，同时学员对有关教学工作的满意度也更高，从成效与体验上来说实现了其规培工作改良的价值，值得广泛推广。具体处理上，还是需要考虑实际情况，做好更多便捷的方式支持，减少带教人员与护理人员的教学压力，提升整个工作开展的顺畅度，降低工作压力带来的不良影响。实际处理中，要做好综合评估，了解实际情况，减少不良因素带来的影响。要学习同行经验，也需要做好自身个体情况的个性化处理，避免笼统一刀切。要做好带教老师与学员的沟通，了解学员情况，促使教学互动才能促使有关工作顺利开展。

总而言之，培训量化管理法对规培期护士培训效果有较好的支持作用，有助于提升护理人员综合能力，护理人员考核成绩明显提升，护士对教学的满意度更高，整体状况更好。

参考文献：

[1]张丹,虞晓琴,吴欢欢.情绪管理培训对规培护士情绪智力水平的影响[J].基层医学论坛,2021,25(30):4418-4420.

[2]李梅,李艳,罗彩,等.案例教学方法在规培护士培训的应用[J].健康必读,2021(8):172,264.

[3]商榆,唐天兰,雷肖肖,等.情景模拟演练在急诊规培护士技能操作培训中的应用体会[J].婚育与健康,2021(16):88.

[4]陈飞云.在规培护士中医护理适宜技术培训中引入思维导图培训法对操作能力的提升作用[J].中国卫生产业,2021,18(26):4-8.

[5]邱培.多学科诊疗模式的多元化培训在规培护士临床带教中的应用[J].智慧健康,2021,7(6):192-194.

[6]王晴.手机移动学习在临床规培护士培训中及考核中的应用及效果评价[J].饮食保健,2020(49):199-200.

[7]龚娟,卢秀英,朱琳,等.基于教学网站的带教模式在手术室规培护士培训中的应用[J].中国卫生产业,2020,17(20):161-163,166.

[8]班柳芳,张婷,莫春柳.PDCA循环在心血管内科规培护士培训中的应用方法及效果分析[J].饮食保健,2020(49):204.

全程健康教育模式在心血管护理管理中的应用

张恒通

西安交通大学第一附属医院 陕西西安 710000

摘要：目的：讨论与分析全过程健康教育方式在心血管护理管理方法中的运用实际效果。方法：挑选医院 86 例心血管疾病患者开展分析研究，按护理对策分成观察组和对照组，每一组各 43 例。对照组患者采用常规护理措施，护理人员对患者开展心理疏导、基本临床医学护理和用药护理等；观察组选用全过程健康教育方式，首先，护理人员依据患者状况，创立健康教育工作组，制订对应的健康教育对策，进行有目的性的健康教育主题活动，主要内容包：心理状态健康教育，健康教育组应积极向患者表明病因学具体内容，并引导患者了解心理不健康和病症持续发展的恶循环，使患者把握自我调整方法和心理健康水平。饮食教育、健康教育组应根据患者病况，为患者制订个性化饮食计划，具体指导患者吃清淡助消化的食物，戒烟酒，降低胆固醇和脂肪摄入。用药教育、健康教育组需是患者详解用药知识，包含药量、有关常见问题、副作用等。具体指导患者把握对应的自助式专业知识。日常生活健康教育组理应具体指导患者养成良好的习惯，确保充沛的休息日，确保睡眠。与此同时，护理工作应建立合适患者身体状况的运动方案，正确引导患者通过运动得到免疫能力。较为 2 组护理实际效果。结果：护理前对照组患者疾病认知评分、自我护理评分和药物使用评分分别是(75.4±4.8)分、(78.9±6.8)分、(77.4±5.1)分，护理后各项评分是(84.3±4.2)分、(85.4±5.1)分、(85.7±3.4)分，相比有差异， $P<0.05$ ；护理前观察组患者疾病认知评分、自我护理评分和药物使用评分分别是(74.6±5.2)分、(78.2±7.1)分、(76.5±4.6)分，护理后各项评分是(92.6±3.9)分、(96.8±2.7)分、(94.5±3.8)分，相比有差异， $P<0.05$ ；同时护理前对照组、观察组患者各项评分相比较，无差异， $P>0.05$ ；护理后观察组患者各项评分较对照组患者优越，统计学意义较为明显， $P<0.05$ ；同时，观察组患者护理后风险事件发生率、护理总满意度分别为 2.3%、97.7%，对照组患者分别为 18.6%、81.4%，对比具有显著统计学差异， $P<0.05$ 。

1 资料与方法

1.1 临床资料

从我院 2020 年 8 月至 2021 年 4 月收治的心血管疾病患者中选取 86 例进行研究分析，并根据患者护理措施分为观察组和对照组，其中，观察组 43 例，男、女分别为 26 例、17 例；年龄下限、上限分别为 45 岁、72 岁，平均年龄为(58.9±6.4)岁；病程下限、上限分别为 3 年、8 年，平均病程为(5.8±2.4)年；分析患者疾病类型，冠心病、心梗、心肌病、心肌缺血分别为 12 例、16 例、8 例、7 例；对照组 43 例，男、女分别为 27 例、16 例；年龄下限、上限分别为 44 岁、73 岁，平均年龄为(58.2±6.1)岁；病程下限、上限分别为 2 年、9 年，平均病程为(6.1±2.1)年；分析患者疾病类型，冠心病、心梗、心肌病、心肌缺血分别为 11 例、17 例、9 例、6 例。不同组别患者基线资料相对比差异具有显著统计学意义， $P>0.05$ ，能够对比。

1.2 方法

1.2.1 对照实验选用常规护理方式，融合患者病况转变给予环境干预、饮食搭配干预、生活干预，确保病区内合适的湿度和温度。建议患者戒烟酒，每日按时睡觉，执行医嘱吃药，在身体稳步增长前提下增强体质，提高身体抵抗能力。

1.2.3 观察组选用全过程身心健康教学模式摇荡心理。大部分心血管疾病患者年纪比较大，很容易产生消极情绪。除此之外，充分考虑一个家庭的经济情况，有一些患者会遏制医治。因而，诊治中必须做好患者的心理工作，表明积极与患者沟通交流，紧密配合医治和护理对身体恢复的必要性，并简单介绍病症的原因及不良影响。建议亲属特别是儿童在患者身旁，持续鼓励和支持，使患者能身心投入医治，早日尽快恢复身体健康。在日常交流中，掌握患者的爱好，给予报刊、杂志期刊、医学资料等东西分散化患者专注力，在病房配有电视机，让患者看电视剧，改进心身。大吸毒。向患者及家属详解各种各样药品使用方法和注意事项，留意患者吃药后反映，提前准备急救药品。许多要做手术的患者害怕手术。这时要向患者详细介绍手术全过程，细心回应他的疑惑。遵循清淡的食物标准，提升膳食纤维素和维生素摄取，不要吃果脯和动物肝脏。心肌梗塞、慢性心衰患者，建议患者大便的时候不要用力过度，防止暴饮暴食，积极主动戒烟酒；老人，尤其是身患各种疾病的老人，必须密切注意少糖、少盐、低热量饮食。每日脂肪摄入量保持在 300mg 之内，多吃鱼和豆类食品。脑溢血患者可加上醋、番茄沙司等有益身体健康的辅材。既刺激性胃口，又有益于吸收消化。危险的运动。急性症状心脑血管疾病患者应绝对卧床休息，给予软枕、靠背等东西，维持床边舒服、优良姿势；对稳定型患者，应依据身体状况及时康复计划，选用肢体推拿、中医针灸等治疗法协助肢体功能恢复，肢

体练习由卧床不起被动训练改成积极练习（醒来、站起来、走动等）。愚蠢的生活。建议患者培养健康的生活生活个人行为，防止劳累过度，保持好的心态，在身体能承受前提下，积极主动参加户外活动，告之各种各样心血管疾病病症，在家里备齐急救药品。随访。出院之后，再次通过微信和网络跟踪患者信息内容。出院之后第 2 天至第 3 个月，每月电话随访，掌握患者出院之后饮食搭配、健身运动、服药、上厕所及服药状况，教给日常护理技术，融合情况进行目的性文化教育。依据患者规定，运用 QQ 群或微信群发布健康教育知识，按时工作组沟通交流，回应每一位患者的疑问，按时授课，提示患者积极开展。

1.3 观察指标

干预前后利用 HPLP（健康行为量表）患者的健康行为，包括 6 个维度，分别是营养、躯体活动、人际关系、压力管理、心理健康以及健康责任感，最高分值为 100 分，得分越高表示健康行为越佳。于干预后利用 EQ-5D（欧洲 5 维度健康量表）、SF-8（医学结局研究简量表）评估护理结局，包括状况、行为以及认知 3 方面内容，涉及患者 4 个领域：环境、健康相关行为、社会心理以及生理领域，采取五级计分法（Likert-5）评分，得分高低与护理结局成正相关。孟持续随访，统计两组患者的预后（存活、疾病复发）。

1.4 统计学处理

本次研究涉及的全部数据通过 SPSS24.0 统计软件包处理，年龄、病程、疾病认知评分、自我护理评分和药物使用评分正态分布计量资料通过($\bar{x} \pm s$)表达，符合正态分布的计量资料前后对比采用配对样本 t 检验；性别、疾病类型、护理风险事件发生率和护理满意程度等计数资料通过 n (%)表示，率的比较采用 χ^2 检验。检验标准为 $\alpha=0.05$ ，若 $P<0.05$ ，则代表统计学差异明显，有意义。

2 结果

2.1 不同组别患者护理前后疾病认知评分、自我护理评分和药物使用评分变化状况见表 1：

表 1 不同组别患者护理前后疾病认知评分、自我护理评分和药物使用评分变化状况($\bar{x} \pm s$ ，分)

组别	时间	疾病认知评分	自我护理评分	药物使用评分
观察组(43 例)	护理前	74.6±5.2	78.2±7.1	76.5±4.6
	护理后	92.6±3.9	96.8±2.7	94.5±3.8
对照组(43 例)	护理前	75.4±4.8	78.9±6.8	77.4±5.1
	护理后	84.3±4.2	85.4±5.1	85.7±3.4

2.2 不同组别患者护理后风险事件发生率相对比见表 2：

表2 不同组别患者护理后风险事件发生率相对比[n(%)]

组别	静脉炎	下肢静脉血栓	坠床	跌倒	总发生率
观察组 (43例)	1	0	0	0	1(2.3)
对照组 (43例)	3	3	1	1	8(18.6)

2.3 不同组别患者对护理满意程度相对比见表3:

表3 不同组别患者对护理满意程度相对比[n(%)]

组别	不满意	基本满意	非常满意	总满意度
观察组(43例)	1	24	18	42(97.7)
对照组(43例)	8	21	14	35(81.4)

3 论 讨

根据我国基本国情,在我国心血管病患病率呈逐年递增发展趋势,尤其是对中老年身心健康产生严重危害。因为绝大多数老年人患者对此类病症并不熟悉,绝大多数患者往往会有不满情绪或消极心理。这不但能给患者本身带来很大的痛楚,影响到临床疗效,而且还会给家庭和社会带来一定的不良影响。因而,为了达到患者的临床疗效,必须采用全程身心健康教育模式的护理干预措施,全程身心健康教育模式便是在那样的大环境下应时而生的。

从医学技术发展情况看,心血管病患者病症彻底根除的概率非常低,甚至有可能伴随各种并发症。除此之外,因为全部身体功能和指标值都要很长一段时间才能恢复,患者的治疗方法和恢复是一个极为循序渐进的。但是由于经济发展、医疗水平等多种因素,许多患者没法接纳医院治疗和康复训练,必须护理人员为患者给予完备的健康教育知识。健康教育知识不局限于住院期间,早中晚接纳外地高品质护理服务项目。能通过电话随访、QQ群、微信群建立更持久、比较方便的患者关联。由于现代科学和护理课程的高速发展,不容置疑,护理技术专业聚集创新与技术发展趋势的年代已经来临。现阶段护理课程在临床技术升级和护理理念创新层面有待提升。对心血管病患者开展有计划的健康教育知识,可有效提升其生活品质。

(1) 心理疏导。医护人员要加强与患者沟通,告之患者心血管病以及医治,正确引导患者紧密配合医护人员。与患者沟通,掌握患者的心态变化,按照实际心理状况开展心理指导。

(2) 心血管疾病相关知识宣教。关键基本内容综合治疗概述、病症、服药指导、饮食营养、运动和歇息等。观察和医治病发症,依据患者水平、病情和观念确定文化教育关键。

(3) 出院后随访及护理指导。具体了解护理措施落实状况,针对问题开展护理指导。了解疼痛减轻状况,以便于医师能调节药品。) 3) 催促亲属准时吃药,观察服药状况,及早发现副作用和病发症。患者住院治疗、康复、回家了都有医护人员指导,严格按照三步走标准给药,确保给药的完好性和持续性,确保给药实际效果,真真正正做到医治的效果,充分保证患者的生活品质。

(4) 改变不良的习惯。指导戒烟戒酒和喝酒,防止吸二手烟;尽量减少触碰厨房排烟,确保居住条件自然通风;依据天气和人的体质,按时调整衣服,防止感冒造成上呼吸道感染。

(5) 饮食。经常吃高蛋白食物、高维生素、高热量食物、低热量、助消化的食物,营养成分有效,不挑食,防止辛辣刺激食物。

(6) 活动。告之主题活动的必要性,每日根据自己的承受力开展锻炼;每日开展深呼吸、合理干咳、咳嗽有痰,练习心肺功能;积极主动参加社会活动,与别人沟通交流。

(7) 复查。医院门诊定期复查,治疗过程完成后每3个月复诊一次,半年后半年检查一次。指导患者及其家属,患者发生欠佳病症,需及时去医院就诊。

除开护理,还需要提升患者和家属对病症的各个方面专业知识。健康

教育知识是一项极为重要的护理工作中,能防病,激起患者健康观念,积极更改各种不良行为。

在我国心血管病患病率逐年递增,严重危害中老年身心健康。很多患者对此类病症欠缺系统软件的认知,造成很严重的消极心理状态,不但为自己带来一定的痛楚,而且往往给家庭和社会产生压力。为了患者的功效,通常需要采用系统软件、科学合理的护理干预措施,全程身心健康教育模式便是在这里环境下应时而生的。因为心血管病患者必须长期吃药,全程身心健康教育模式能够很好地减轻患者的负自我意识,减轻患者对服药、医院门诊、生活习惯的依赖感。此项科学研究得到的结果也充足验证了这一点。搭建健康教育知识全过程,糖尿病患者文化教育由医院门诊认同。文化教育组员包含科主任、内分泌失调负责人/办公室主任、护理人员及助理。与此同时,药理学、眼科专家、脚病医师、心理学专家、营养专家等。部门主任融洽相关部门相互关系。内分泌科医生对患者去治疗指导,用心回应患者提的问题,常态化开展健康教育活动。科护士长按时指导派发和教学内容。负责人护理人员应做患者血糖值、尿酸检测,并予以服药指导。依据患者临床医学要求,和相关糖尿病患者身心健康教育途径和相关信息,建立和指导糖尿病患者文化教育相关信息。并依据患者实际治疗方式、各个阶段的身体问题、临床医学要求,制订文化教育途径。住院后应进行动态性、不断、有计划的健康教育知识干涉,融合患者需求与医护人员建议,逐步完善治疗方式与健康教育模式。在治疗护理业务中进行全程身心健康教育模式,既可以充分运用患者在治疗和护理过程的家庭支持作用,又可充分运用糖尿病患者患者在治疗和护理环节中所需要的关键社会家庭资源,显著提升患者的自我管理能力。与此同时提升患者对接诊医院门诊医护人员的心理状态信任感,可显著降低不良反应和糖尿病性并发症发生率。总而言之,全程身心健康教育模式在糖尿病患者护理管理中的落实具有很高的实用价值,需要临床医学应用推广。

本次实验为探讨全程健康教育模式在心血管护理管理中的应用进行了对照实验,实验结果显示护理前两组患者用药依从性、随访依从性、生活依从性等方面对比无差异,护理后观察组用药依从性、随访依从性、生活依从性等各方面都优于对照组,对比差异具有统计学意义($P<0.05$)。由此看来,全程健康教育模式在心血管护理管理中具有较好的临床应用效果,能够促进患者用药合理性以及安全性、促使患者积极定期复诊,提高护理质量及患者的生活质量,值得临床推广应用。

参考文献:

- [1]谢美红.全程健康教育模式在心血管护理管理中的应用[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(19):177-185.
- [2]刘会如.全程健康教育模式在心血管护理管理中的应用分析[J].继续医学教育,2019,33(10):71-72.
- [3]余爱玲,张红.健康教育模式在心血管护理管理中的应用效果观察[J].国际护理学杂志,2019(20):3305-3306-3307.
- [4]佟滕.全程健康教育模式在心血管护理管理中的应用[J].智慧健康,2019,5(15):52-53.
- [5]程冰.全程健康教育模式在心血管护理管理中的应用效果观察[J].中西医结合心血管病杂志(电子版),2019,7(15):73.
- [6]丁萍.分析全程健康教育模式联合风险护理在心血管护理管理中的应用效果[J].中西医结合心血管病杂志(电子版),2018,6(35):117-118.
- [7]张树兰.全程健康教育模式在心血管护理管理中的应用分析[J].中外医学研究,2020,14(18):108-110.
- [8]要洁.全程健康教育模式在心血管护理管理中的应用[J].实用医技杂志,2020,25(11):1311-1313.
- [9]高新新,丁玲,常晓佳.全程健康教育模式在心血管护理管理中的应用分析[J].心血管外科杂志(电子版),2020,7(3):414.
- [10]霍勇,李小鹰.深化心血管疾病预防理念迎接疾病拐点早日到来[J].中华心血管病杂志,2020,46(1):3-4.
- [11]叶挺.心理压力及应对方式对心血管病的影响研究[J].临床医药文献电子杂志,2020,4(70):13699-13699.

医院感染检测中临床微生物学检验的应用效果分析

吴吉

常州市新北区疾病预防控制中心 213000

摘要: 目的: 研究临床微生物学检验应用于医院感染检测中的应用效果。方法: 随机将 2021 年 3 月至 2022 年 3 月我院 106 例感染人员分为试验组 (53 例, 应用微生物学检验与抗感染治疗)、对照组 (53 例, 应用常规治疗)。对比两组感染率、感染程度。结果: 试验组感染 2 例均为轻度感染, 而对照组中轻度感染 7 例, 中度感染 4 例, 重度感染 2 例, 试验组人员感染率为 3.77% (2/53), 明显低于对照组的 24.53 (13/53), $P < 0.05$ 。结论: 将微生物学检验应用于感染人员治疗中, 可使细菌感染风险下降, 且感染程度明显减轻, 值得推广。

关键词: 医院感染; 检测; 微生物学检验; 应用效果

目前由于基层医院对于疾病的治疗手段愈发多元化, 并且加之各种抗生素的使用, 对人们的疾病治疗效果有着明显的提升效果。但抗生素的使用不当则会严重影响着治疗效果, 并且很容易起反作用, 严重影响着人们的健康和安全。对于医院感染而言, 滥用抗生素是导致医院感染的主要原因之一, 病原菌容易产生耐药性, 进而影响药物疗效, 感染症状明显加重。相关文献指出, 医院感染危害极大, 不仅会加重人们的身心痛苦和病情, 增加临床发病率和死亡率, 还会增加医务人员的工作量, 影响病床周转率, 并进一步伤害人们的身体健康, 为社会带来巨大的经济损失^[1]。因此, 如何有效防控医院感染成为临床医务人员较为关注的研究课题。目前, 医院感染已经成为了影响人们健康安全、导致医疗纠纷的一个重要原因。因此该问题也引起了全社会的广泛关注, 医院感染发生率的高低也是衡量一个医院工作质量的重要指标之一。为了更好地控制医院感染, 降低医院感染的发生概率, 十分有必要加强临床微生物学检验工作。通过该项检验, 能够更好地进行病原菌类型的确定, 并实施药敏试验, 以确定合理用药方案, 提升对医院感染人员的临床治疗效果。本研究主要通过随机抽取本院近 1 年内接受治疗的人员进行分析, 研究医院感染中微生物学检验的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料:

课题随机选取 2021 年 3 月至 2022 年 3 月于本院接受治疗的感染人员 106 例, 按照入院序号划分两组, 对照组 53 例, 男 29 例, 女 24 例, 年龄上下限分别从 78 岁到 8 岁, 平均年龄为 (43.53±13.29) 岁, 住院时间在 3 天~14 天不等, 平均住院时间为 (7.29±2.13) 天; 试验组 53 例, 男 27 例, 女 26 例, 年龄上下限分别从 76 岁到 10 岁, 平均年龄为 (42.31±12.65) 岁, 住院时间在 3 天~15 天不等, 平均住院时间为 (7.37±2.29) 天。两组人员基本情况接近, 无统计学意义。纳入标准: 临床资料完整; 沟通交流能力正常; 自愿参与研究。排除标准: 认知存在障碍; 合并精神亦或心理疾病; 并发免疫系统疾病^[2]。

1.2 方法:

1.2.1 对照组:

对照组给予常规治疗, 对人们病情进行诊断和科学评估, 结合感染情况采取针对性治疗。

1.2.2 试验组:

试验组给予微生物学检查和抗感染治疗, 人们在常规治疗的基础上, 前期进行微生物学检查以及抗感染治疗。主要包括监测人们各项身体指标和情况, 询问人们在治疗过程中是否有不适感, 并且对人们的感染情况、感染程度以及感染原因等问题进行细致分析。并以检测结果作为对症治疗选择抗生素的参考。正常情况下, 检测对象包括医疗设备、病床、病房空

气等传染源, 以及病房内的人们和护理人员。具体操作包括: (1) 对采集的菌株进行生化 and 血清学检测, 细菌鉴定^[3]; (2) 通过迪尔公司生产的 DL-96 细菌检测系统进行菌种检测, 同时使用相同配套的迪尔生物细菌鉴定药敏板主要有: DL-96E (肠杆菌鉴定)、DL-96STREP (链球菌鉴定) 鉴定)、DL-96STAPH (球菌鉴定)、DL-96NE (主要非发酵菌鉴定) 和 DL-96FUNGUS (真菌鉴定)。鉴定后, 人们的药敏结果和细菌鉴定结果可作为选择抗生素治疗的主要依据; (3) 实验采用微生物药敏试纸扩散法 (K-B 法) 测定。检查时应统一使用复方药敏试纸。如发现耐药菌感染, 应及时进行耐药菌种鉴定。然后实施针对性的抗感染治疗^[4]。此外, 尿路感染检查的判断还应结合血常规、尿常规、PTC 检测结果。

1.3 观察指标:

评估人员的感染率和感染程度。感染的分类标准为: (1) 轻度感染: 人们偶有尿急、尿频、尿痛等症状, 轻度脓尿、血尿或菌尿, 并伴有腰部胃酸症状; (2) 中重度感染: 人们排尿时常有尿急、尿频、疼痛, 并伴有可耐受的背痛; (3) 重度感染: 人们排尿时常出现尿急、尿频、疼痛, 伴有重度菌尿、尿脓、血尿等问题, 腰痛症状更为严重, 难以忍受。

1.4 统计学分析:

将试验得出数据通过 SPSS23.0 进行统计分析, 计数以及计量资料分别用 n (%) 和 ($\bar{X} \pm s$) 表示, 组间比较行 X^2 及 t 检验, 统计学意义用 $P < 0.05$ 表示。

2 结果

2.1 两组人员感染率及感染情况对比:

如表 1 所示, 试验组感染 2 例均为轻度感染, 而对照组中轻度感染 7 例, 中度感染 4 例, 重度感染 2 例, 试验组人员感染率为 3.77% (2/53), 明显低于对照组的 24.53 (13/53), 组间对比差异具有统计学意义, $P < 0.05$ 。

表 1 对比两组人员感染率及感染情况 n (%)

组别	例数	轻度感染	中度感染	重度感染	感染率
试验组	53	2 (3.77)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (3.77)
对照组	53	7 (13.21)	4 (7.55)	2 (3.77)	13(24.53)
X^2	-	3.0355	4.1569	2.0385	9.3963
P	-	0.0815	0.0415	0.1534	0.0022

3 讨论

目前人们的饮食结构以及生活压力等都在不断改变, 所以在一定程度上也增加了人们的患病风险。大多数人员在临床治疗的过程中, 由于环境卫生不达标或过度使用抗生素和化学药品, 也提高了医院感染的风险。随着人们对一员的治疗以及护理质量的不断提高, 加之医院感染的现象相对较为普遍, 临床防治医院感染人员的重要性逐渐凸显。在医院里, 感染的发生是比较常见的, 感染途径有很多种, 包括尿路感染、血液感染和伤口

感染。传染病的出现会延长病程,加重人们的痛苦,大大增加人们的经济负担。如果被感染的人们不及时采取有效的治疗措施进行干预,人们的病情会继续恶化,还可能造成院内交叉感染。因此,临床上需要积极干预和控制病原菌的感染。实验室通常需要进行微生物检测,以确定感染细菌的类型,以便对症下药,从而有效提高临床抗感染效果。有研究发现,在临床微生物学中,耐药菌株的监测已成为不可忽视的问题。在今天的医院临床治疗中,一些介入诊疗手段得到了广泛的应用,很多癌症人员需要使用大量的抗生素、激素治疗、放化疗等,尤其是在临床上抗生素的合理应用,加上由于部分医务人员对手术室消毒不充分,导致人们院内感染风险增加。有相关资料,大约 80% 的住院人员接受过抗生素治疗,经过微生物学检查显示,只有不到 20% 的人员必须接受抗生素治疗,说明很多抗生素的临床应用是基于医生的主观判断^[5]。病人是用抗生素治疗的,所以有很多不合理的药物应用,而应用微生物学检查可以早期诊断病人的疾病,从而为病人选择合适的抗生素,这样可以提高治疗效果。给病人开处方时低毒药物作为首选,可有效控制院内感染情况。同时,临床微生物学检测的应用还可以帮助医院掌握医院感染的相关规律,帮助医院控制耐药菌株的出现,减少医院感染事件的发生。基于现代临床医学的加速发展,微生物检测对医院感染的预防作用越来越明显^[6]。以检测结果为参考,可为医院感染的临床救治、帮助控制感染症状的恶化、以及保持人员的身心健康都提供了有价值的参考。

医院感染的诱发因素有很多,主要表现在以下几个方面:一是一些侵入性医疗操作导致的。许多人们在临床治疗期间需要接受侵入性治疗,例如放置导尿管、引流管和人工气道。由于插管在体内的影响,病原体可以通过伤口侵入人体,引起感染。而且,这种侵入性治疗很容易降低人们自身的免疫力,尤其是人工气道的削弱不能有效保护呼吸道,并且也很容易增加细菌感染的风险。根据相关研究结果表明,在侵入性治疗的过程中,人们发生医院感染的概率与导管在人体内的时间呈正相关性。因此,在临床治疗的过程中应尽量避免使用导管,并且要观察人们症状,有明显好转后要及时拔出导管,从而避免医院感染情况的发生。二是医务人员的不当操作所导致的。人们的临床治疗以及护理过程中,特别是伤口护理过程中,应实行无菌操作。但由于医务人员操作水平有限,或在护理操作过程中过度疲劳、注意力不集中,容易造成操作失误。如果护理人员在伤口护理过程中出现失误,很容易引起伤口感染^[7]。三是源于人们的自身因素所导致的。部分医院感染的人员主要原因在于疾病的严重程度,不仅损害了身体,并且对人们的免疫功能也造成了一定的损伤。除此之外,由于大部分住院人员长期卧床,身体难以得到适当的运动锻炼,逐渐衰弱的体质也导致了细菌的侵入,这样也直接增加了医院感染发生的概率。并且人们由于治疗时间相对较长,由于医院环境相对复杂,多个病人被安排在同一个病房,来访人员和病人交替进行,也提高了医院感染的风险。有研究表明,医院感染的发生率也与治疗时间呈正相关性,所以人们需要在疾病痊愈后及时办理出院手续,从而减少在医院停留的时间。四是医院感染防控措施缺失。很多医院没有制定院内感染防控方案,相对忽视了防控作用。即使医院制定和完善了医院感染防控措施,但对防控工作的监督相对缺失,导致防控工作正规化严重,实施效果不明显,直接影响到防控工作。防治效果。五是医院环境因素。由于医院工作人员流动性明显,病房内没有空气流通设备,空气流通仅靠门窗。如果人们病情比较复杂,病房安排 2~3 名人员,空气环境会变差。而且,病房使用的不同治疗药物和病人的呕吐,很容易在病房内滋生各种病菌和细菌。因此,应采取合理的消毒措施,避免细菌滋生。但医院对消毒杀菌工作不重视,忽视了病房的日常消毒和人们使用

的物品设备的消毒,导致细菌滋生,增加了院内感染风险。

微生物检测在医院感染检测中的作用非常重要:(1)可为病原学诊断提供帮助。现阶段激素和抗菌药物在临床上的应用更为广泛,尤其是抗菌药物的不合理使用和消毒灭菌技术应用不充分,很容易增加院内感染率。因此,合理使用预防、治疗、隔离等措施非常重要。因此,不应低估快速提供准确的病原学诊断。基于细菌培养鉴定技术水平的提高,选用的仪器设备性能也更加完善,在病原菌鉴定中发挥着不可或缺的作用。而且,丰富的实践经验和较高的基础操作技术也有利于病原鉴定水平的提高^[8]。(2)有利于细菌耐药性的监测。由于不合理使用抗菌药物,细菌耐药性增加。调查结果显示,大部分住院人们都使用过抗菌药物,而且大部分人们都是由医生根据个人经验开具的。为更好地预防医院感染,需要提高抗生素使用的合理性,强调临床微生物学检测的作用,定期分析病原菌分布特征和耐药菌谱,报告监测情况到医院感染控制部门,确保抗菌用药规范化。(3)可使临床治疗获得病原学鉴定结果和细菌药敏试验结果。在临床微生物学检测水平提高的背景下,缩短了病原鉴定结果报告出具的时间,可定期提供抗菌药物的细菌药敏试验结果,有利于药物的系统验证和调整以及治疗计划,从而提高临床用药。

在临床实践中,微生物检测可以降低感染的风险,降低人们的感染率,并根据检测结果为临床治疗提供所需的数据支持,有利于疾病的康复。相关研究结果表明,引起医院感染的因素包括感染源、感染途径和易感人群,因此防控措施的选择也应基于上述防控三要素。通过微生物检测,可以参照检测结果准确分析院内感染的原因,进而采取针对性的防控措施,阻断传播途径。此外,微生物检测可以准确分析人们是否为易感人群。在对人们进行伤口护理或插管的过程中,必须遵守无菌规范的要求,并提前对所需的医疗器械进行灭菌处理,以尽量减少细菌感染的风险。此外,应强调病房环境消毒的重要性。无论是病房的墙壁和地板,还是人们使用的医疗器械和物品,都必须进行系统消毒,避免病原体感染。本次研究对试验组人们进行微生物学检查及抗感染治疗,证实了微生物检测在医院感染检测中的应用对预防感染有相当的效果,可以为后续治疗提供更准确的检测数据信息。所以将微生物学检验应用于感染人员治疗中,可使细菌感染风险下降,且感染程度明显减轻,值得推广。

参考文献:

- [1]张秀. 临床微生物学检验在医院感染检测中的应用效果分析[J]. 智慧健康, 2021, 7(5): 12-14.
- [2]张江. 医院感染检测中临床微生物学检验的应用价值探讨[J]. 当代医学, 2021, 27(16): 160-162.
- [3]郭新青, 侯文义. 临床微生物学检验在医院感染检测中的应用效果分析[J]. 健康之友, 2021(15): 70.
- [4]杨忠玲, 黄宗华, 谭晓婵, 等. 临床微生物学检验在医院感染检测中的应用[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2018, 6(13): 82, 84.
- [5]谢龙乖. 临床微生物学检验在医院感染检测中的应用[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2018, 18(8): 106-107.
- [6]李瑞. 微生物学检验在医院感染检测中的效果观察[J]. 首都食品与医药, 2019, 26(22): 110.
- [7]梁媛. 微生物学检验在医院感染检测中的应用价值[J]. 饮食保健, 2019, 6(14): 259.
- [8]刘海燕, 刘婷. 医院感染检测时临床微生物学的临床价值[J]. 临床检验杂志(电子版), 2020, 9(1): 148-149.

起病年龄对精神分裂症患者临床特征的影响

刘琰

平度市精神病防治院 山东省青岛平度市 266700

摘要：目的：分析不同年龄阶段的精神分裂症患者临床特征，为临床治疗总结经验。方法：观察患者为我院治疗的精神分裂症 200 例，时间为 2019 年 1 月--2022 年 1 月，并且根据患者起病年龄是否有 25 岁分成一组与二组，一组为 25 岁以下起病精神分裂症患者，二组为 25 岁以上起病精神分裂症患者，对比两组临床资料，总结患者的不同临床症状差异情况。结果：（1）一组和二组城乡情况比较，一组城镇、农村占比分别是 21.00%、79.00%，二组分别是 53.00%、47.00%，（ $\chi^2=14.292$ ， $p=0.012$ ），结果有差异。（2）一组和二组家族史比较，一组阳性和阴性率分别是 18.00%、82.00%，二组分别是 6.00%、94.00%，（ $\chi^2=11.617$ ， $p=0.017$ ），结果有差异。（3）一组和二组出生胎次比较，一组 1 胎次和 2 胎次及以上占比分别是 68.00%、32.00%，二组分别是 48.00%、52.00%，（ $\chi^2=12.794$ ， $p=0.015$ ），结果有差异。（4）一组和二组精神症状比较，一组情感淡漠、行为紊乱、幻听、其他妄想症分别是 72.00%、69.00%、64.00%、51.00%，二组分别是 36.00%、42.00%、16.00%、11.00%，（ $\chi^2=11.838$ ， $p=0.015$ ），结果有差异。结论：精神分裂症患者起病低年龄段出现临床症状和高年龄段患者存在明显差，需要临床医生对这些差异总结，并且早期作出针对性治疗措施，减少临床症状对低龄段起病患者造成的损伤。

关键词：神经分裂症；临床特征；起病年龄

精神分裂症在精神疾病中属于常见疾病，该种病症形成原因在临床上研究较多，而且也将患者起病原因应用在临床治疗过程中，帮助患者提高治疗效果，减少精神分裂症对患者造成的损伤。但是，实际临床研究起病原因中，还有许多内容没有被研究，因此在临床开展精神分裂症治疗医生，还需继续研究精神分裂症患者起病引起原因，并且将研究结果应用在临床治疗过程中，提高精神分裂症患者治疗效果。本次研究中，对国内外相关的参考文献分析获得，精神分裂症患者起病原因和患者的年龄段有关系，而且不同的起病年龄段在遗传史、临床症状等存在差^[1-2]。为了验证精神分裂症患者不同起病年龄之间存在的临床特征差异，本次分析不同年龄阶段的精神分裂症患者临床特征，为临床治疗总结经验，现将研究结果报告如下：

1. 一般资料与方法

1.1 一般资料

选择我院治疗的精神分裂症患者 200 例作为观察对象，并且将患者分成一组与二组。两组患者纳入标准为患者符合《中国精神障碍分类与诊断标准》中关于精神分裂症患者诊断内容，并且患者家属自愿参与研究。排除标准为排除临床资料不完整患者。两组患者总共选择 200 例，年龄在 15 岁--50 岁，均值 30.11±4.28 岁；对精神分裂症患者病程分析，最小病程 1 月，最大病程 20 年，均值 5.14±1.04 年；对精神分裂症患者性别分析，男 129 例，女 71 例。

1.2 方法

本次研究过程中，主要使用回顾资料分析法，这种方法在应用时，需要对患者临床资料收集。为了保证收集患者临床资料准确性，开展资料收集工作时，需对收集临床资料工作人员进行培训，使其掌握先进的资料收集技术。资料收集完成后，是对患者临床资料进行信息化技术处理，并且储存在医院计算机中心，以便本次研究使用。

1.3 数据统计分析

应用 SPSS.22 统计分析数据，计量资料以均数±标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，采用 t 检验，计数资料以（n，%）表示，采用 χ^2 检验，以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组性别情况

一组和二组性别对照中，一组男女性别占比分别是 64.00%、36.00%，二组分别是 65.00%、37.00%，（ $\chi^2=0.272$ ， $p=0.841$ ），结果无差异。

表 1 两组性别对照

组别	数例	男		女	
		数例	占比	数例	占比
一组	100（例）	64（例）	64.00%	36（例）	36.00%
二组	100（例）	65（例）	65.00%	37（例）	37.00%

χ^2	--	--	0.276	--	0.269
p	--	--	0.835	--	0.847

2.2 两组城乡情况

一组和二组城乡情况比较，一组城镇、农村占比分别是 21.00%、79.00%，二组分别是 53.00%、47.00%，（ $\chi^2=14.292$ ， $p=0.012$ ），结果有差异。

表 2 两组城乡情况对照

组别	数例	城镇		农村	
		数例	占比	数例	占比
一组	100（例）	21（例）	21.00	79（例）	79.00
二组	100（例）	53（例）	53.00	47（例）	47.00
χ^2	--	--	13.276	--	15.309
p	--	--	0.013	--	0.011

2.3 两组病程情况

一组和二组病程比较，一组是 5.30±1.02 年，二组是 5.63±1.89 年，（ $t=0.258$ ， $p=0.854$ ），结果无差异。

表 3 两组病程对照

组别	数例	病程	均值
一组	100（例）	1 月--10 年	5.30±1.02 年
二组	100（例）	1 月--20 年	5.63±1.89 年
t	--	--	0.258
p	--	--	0.854

2.4 两组家族史情况

一组和二组家族史比较，一组阳性和阴性率分别是 18.00%、82.00%，二组分别是 6.00%、94.00%，（ $\chi^2=11.617$ ， $p=0.017$ ），结果有差异。

表 4 两组家族史情况比较

组别	数例	阳性		阴性	
		数例	占比	数例	占比
一组	100（例）	18（例）	18.00%	82（例）	82.00%
二组	100（例）	6（例）	6.00%	94（例）	94.00%
χ^2	--	--	10.337	--	12.897
p	--	--	0.019	--	0.016

2.5 两组出生胎次情况

一组和二组出生胎次比较，一组 1 胎次和 2 胎次及以上占比分别是 68.00%、32.00%，二组分别是 48.00%、52.00%，（ $\chi^2=12.794$ ， $p=0.015$ ），结果有差异。

表 5 两组出生胎次对照

组别	数例	1 次	2 次及以上

	数例	占比	数例	占比
一组	100 (例)	68 (例)	32 (例)	32.00%
二组	100 (例)	48 (例)	52 (例)	52.00%
X ²	--	--	14.218	--
p	--	--	0.012	--

2.6 两组文化程度情况

一组和二组文化程度比较, 一组高中以下和高中及以上文化程度数例占比分别是 58.00%、42.00%, 二组分别是 57.00%、43.00%, ($\chi^2=0.242$, $p=0.868$), 结果无差异。

表 6 两组文化程度对照

组别	数例	高中以下		高中及以上	
		数例	占比	数例	占比
一组	100 (例)	58 (例)	58.00	42 (例)	42.00
二组	100 (例)	57 (例)	57.00	43 (例)	43.00
X ²	--	--	0.237	--	0.248
p	--	--	0.876	--	0.861

2.7 两组精神症状情况

一组和二组精神症状比较, 一组情感淡漠、行为紊乱、幻听、其他妄想症分别是 72.00%、69.00%、64.00%、51.00%, 二组分别是 36.00%、42.00%、16.00%、11.00%, ($\chi^2=11.838$, $p=0.015$), 结果有差异。

一组和二组精神症状比较, 一组被害妄想、关系妄想、内心被洞察、被控制感、思维贫乏占比分别是 37.00%、45.00%、52.00%、30.00%、17.00%, 二组分别是 38.00%、43.00%、54.00%、28.00%、18.00%, ($\chi^2=0.259$, $p=0.853$), 结果无差异。

表 7 两组精神症状对照

精神症状	一组	二组	X ²	p
情感淡漠	72 (例) 72.00	36 (例) 36.00	13.289	0.013
行为紊乱	69 (例) 69.00	42 (例) 42.00	12.308	0.014
幻听	64 (例) 64.00	16 (例) 16.00	11.448	0.017
其他妄想症	51 (例) 51.00	11 (例) 11.00	10.309	0.019
被害妄想	37 (例) 37.00	38 (例) 38.00	0.292	0.814
关系妄想	45 (例) 45.00	43 (例) 43.00	0.273	0.835
内心被洞察	52 (例) 52.00	54 (例) 54.00	0.269	0.841
被控制感	30 (例) 30.00	28 (例) 28.00	0.245	0.862
思维贫乏	17 (例) 17.00	18 (例) 18.00	0.218	0.893

3. 讨论

精神分裂症属于一种难治性精神疾病, 这种病症复发率高, 影响患者身体健康。同时, 患者发生精神分裂症后, 有些患者有攻击性, 容易造成其他人员损伤, 威胁社会安定; 并且, 也有些精神分裂症患者有自杀倾向, 引起患者致残和死亡, 影响患者后期生活质量。因此, 精神分裂症不仅是一种难治性疾病, 还对患者和他人危害性高, 需要临床医生积极采取措施缓解精神分裂症患者临床症状, 使其治疗效果提高。临床医生在治疗精神分裂症患者过程中, 除了研究药物治疗以外, 还需要研究患者起病原因, 并且根据患者起病因素采取措施应对, 减少该类病症对患者造成的损伤,

使其治疗效果提高。本次研究中, 主要研究患者起病年龄因素对患者临床症状特征影响, 以便对该方面的研究, 总结临床治疗经验, 并且将研究结果应用在临床治疗中, 帮助精神分裂症患者提高治疗效果^[3-4]。

在本次研究中, 对一组和二组城乡情况比较分析, 结果有差异。从该数据中分析获得, 低年龄段起病的精神分裂症患者临床体征中, 患者的城乡临床资料有差异。本次研究数据和李双双研究的内容相近, 可以获得本次研究数据中显示的低年龄段起病患者中农村患者居多的研究结果准确率高。医生需要在临床上预防农村低龄患者发生精神分裂症。在本次研究中, 对一组和二组家族史比较, 结果有差异。该数据提示, 精神分裂症患者起病年龄因素引起的临床特征差异中, 和患者的家族史有关系, 本次研究证明, 低年龄段起病精神分裂症患者受到家族遗传史因素影响。本次研究结果和李双双研究的内容相近, 可以证明本次研究内容的真实性^[5-8]。

在本次研究中, 对一组和二组出生胎次比较分析, 结果有差异。该结果提示患者起病年龄因素引起的临床特征差异中, 和患者的出生胎次有关系, 至于具体引起原因, 目前还没有获得有力参考文献支撑。同时, 本次研究结果和顾瑞, 王刚平, 张永录, 裴根祥等人研究结果存在差异, 分析存在差异原因, 可能和本次研究患者数量有关系, 本次研究样本少, 造成研究结果存在偏差。因此, 在以后的研究中, 还需继续加大该方面的研究, 以便使用更加准确的研究结果从事临床治疗, 使患者治疗效果提高^[9]。

在本次研究中, 对一组和二组精神症状比较, 一组情感淡漠、行为紊乱、幻听、其他妄想症发生率和二组结果有差异。该数据提示, 低年龄段起病患者中其临床症状特征和高年龄段起病患者存在差异。本次研究数据和朱孔香, 李永国, 李萍, 高林平研究数据相近, 证明本次研究结果准确性, 可以使用该研究数据在临床治疗中, 帮助精神分裂症患者提高治疗效果^[10]。

综上所述, 精神分裂症患者在不同的起病年龄中, 会引起患者不同的临床特征, 需要临床医生对该方面的内容总结, 并且使用总结经验指导临床治疗, 帮助精神分裂症患者提高治疗效果。

参考文献:

- [1]霍洪林, 刘肇瑞, 黄悦勤, 李国华, 魏景明, 任启静, 付国兰, 张鑫, 宋燕飞, 马超, 张婷婷, 何燕玲, 周亮, 孙洪军, 傲日其楞. 精神分裂症患者临床特征及相关影响因素[J]. 中国心理卫生杂志, 2021, 35(12): 991-998.
- [2]吕颖, 徐亚秋, 韩臣柏, 唐勇, 张诚, 王健, 严叶良. 精神分裂症患者犯罪临床特征及暴力风险因素分析[J]. 临床精神医学杂志, 2021, 31(03): 224-227.
- [3]鲍丽, 占归来, 李晨虎, 班春霞, 李霞. 不同性别住院老年精神分裂症患者临床特征分析[J]. 现代医药卫生, 2021, 37(06): 910-913+919.
- [4]冯晓薇, 刘婷, 朱倩芸. 女性精神分裂症患者性激素水平及其与临床特征的相关性[J]. 神经损伤与功能重建, 2020, 15(12): 756-758.
- [5]廉拥军, 李云敏, 黄菲. 首次发病分裂样精神障碍及精神分裂症患者的临床特征对比[J]. 贵州医药, 2020, 44(09): 1396-1398.
- [6]张雨龙, 刘志伟, 王娟, 钟怡, 宁晓帅, 杨亚婷, 张叶蕾, 夏磊, 刘震忠. 伴炎症性抑郁精神分裂症患者的临床特征及其影响因素[J]. 临床精神医学杂志, 2020, 30(04): 220-223.
- [7]王秀珍, 孙太鹏, 孙晖, 杨林, 刘书伟. 男女性青少年精神分裂症患者临床特征的比较[J]. 临床精神医学杂志, 2016, 26(06): 416-418.
- [8]李双双. 早发与晚发精神分裂症临床特征比较研究[J]. 北京大学医学部, 2020, 28(05): 221-229.
- [9]顾瑞, 王刚平, 张永录, 裴根祥. 不同发病年龄的精神分裂症患者临床特征分析[J]. 临床心身疾病杂志, 2017(03): 207-208.
- [10]朱孔香, 李永国, 李萍, 高林平. 不同年龄组精神分裂症临床资料分析[J]. 中国民康医学, 2017(06): 337-339.

延伸护理在小儿肺炎护理中的应用价值分析及效果研究

刘继红

三河市儿童医院 河北廊坊 065200

摘要:目的 探究小儿肺炎护理中采取延伸护理的临床效果和价值。方法 研究对象选取我院门诊治疗的 92 例小儿肺炎患儿,时间范围 2021 年 4 月至 2022 年 4 月期间。按照护理方式的差异分为两组,其中 46 例患儿采取常规护理作为对照组,另 46 例患儿采取延伸护理作为观察组。观察比较 2 组患儿症状缓解时间、治疗依从性、并发症情况及家长护理满意程度。结果 对比患儿喘憋消退时间、咳嗽消退时间及体温恢复时间,2 组之间观察组较对照组明显更短,有统计学差异 ($P<0.05$)。对比患儿治疗总依从率,2 组之间观察组较对照组明显更高,有统计学差异 ($P<0.05$)。对比患儿肺气肿、呼吸衰竭、心力衰竭等并发症总体发生率,2 组之间观察组较对照组明显更低,有统计学差异 ($P<0.05$)。对比家长护理总满意率,2 组之间观察组较对照组明显更高,有统计学差异 ($P<0.05$)。结论 延伸护理应用于小儿肺炎患儿护理中,有助于提升患儿治疗依从性,加快疾病症状的消退,减少并发症的出现,家长满意度较高,具有良好推广价值。

关键词: 小儿肺炎;延伸护理;应用价值

小儿肺炎属于临床儿科多发的病症之一,受季节因素影响在冬春两季发病概率相对更高,对患儿身心健康造成严重威胁,病情严重甚至危及生命安全^[1]。小儿肺炎患儿由于年龄较小,自主意识较差,自控能力明确不足,因此在治疗过程中常常出现不配合的情况^[2]。如何做好小儿肺炎患儿的护理干预,提升其治疗依从性,是保证临床治疗效果和促进病情康复的关键。基于此,本文主要探讨小儿肺炎护理中采取延伸护理的临床效果和价值,具体报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 4 月至 2022 年 4 月期间我院门诊医治的小儿肺炎患儿作为此次研究对象,共有 92 例。将其中采取常规护理干预的 46 例患儿作为对照组,男性与女性患儿分别有 26 例、20 例;年龄范围 1~4 岁,平均 (2.38 ± 0.35) 岁;患病时长 6~13 天,平均 (9.38 ± 1.26) 天。将采取延伸护理的另外 46 例患儿作为观察组,男性与女性患儿分别有 27 例、19 例;年龄范围 1~3 岁,平均 (2.19 ± 0.43) 岁;患病时长 7~12 天,平均 (9.45 ± 1.17) 天。患儿性别、年龄、患病时长等基本信息比较,2 组之间差异不显著 ($P>0.05$),可进行对比。本次研究得到我院伦理委员会审查批准。

纳入标准:(1) 全体肺炎患儿经临床症状体征、实验室指标、影像学检查得到证实,均存在着程度不一的咳嗽、体温升高、流涕、打喷嚏等症状;(2) 无视力听力障碍;(3) 临床资料齐全;(4) 患儿家长或监护人对研究过程完全了解,自愿参与并在协议书签字。

排除标准:(1) 合并先天性疾病;(2) 存在心力衰竭、心肌炎等严重并发症;(3) 患有其他严重躯体性疾病;(4) 精神障碍,认知功能缺陷;(5) 患儿家长依从性差,主动要求中途退出。

1.2 方法

对照组患儿接受常规护理干预,口头向家长进行健康宣教(1) 用药指导:叮嘱严格按照医嘱按时按量服药,若患儿存在服药困难的情况,可分为多次服用。服药过程中避免过多的饮水,防止出现呕吐。服用止咳糖浆后避免饮水,以免影响药效。(2) 饮食指导:由于肺炎患儿消化功能下降,食欲不振,一旦饮食不当易导致消化不良和腹泻等症状,需要结合患儿年龄和病情给予易消化、高热量和高维生素的食物。为患儿喂食时需要头部适当抬高,防止出现呛咳。肺炎患儿因呼吸频率增快,机体水分蒸发加剧,需要随时为患儿补充水分。治疗期间避免食用鸡肉、鸭肉、鱼肉等高蛋白食物,禁忌辛辣、酸性、生冷食物。(3) 日常打开房间窗户,保持

通风,做好房间的清洁卫生。根据气候变化为患儿增减衣物,做好保暖,及时更换汗湿衣物。(4) 心理疏导:由于对患儿病情的担忧,大多数家长存在不同程度的焦虑、紧张等负面情绪。因此护理人员需要为家长讲解肺炎相关知识,高职发病原因、并发症、治疗信息等,让家长对肺炎具有正确的认知,疏导不良情绪,配合各项治疗措施的开展。

在上述干预措施的基础上给予观察组患儿延伸护理,(1) 出院时护理人员查阅相关参考文献以及向有关专家咨询意见,并了解家长的康复需求,结合患儿实际病情,制定针对肺炎患儿的延伸护理方案。明确延伸护理具体内容和时间,规范实施流程,为家长讲解延伸护理的重要性和积极作用,取得家长配合,保证各项护理措施的顺利完成。(2) 出院时建立微信交流群,邀请患儿家长进入群聊,并留下后续进行随访沟通的联系方式。出院后,安排具有专业护理知识、责任感强以及具有丰富临床经验的护理人员定期开展个体化家庭随访,及时为家长解决患儿日常护理中存在的疑惑和问题,进一步提升家长的护理能力。通过微信群为患儿家属提供互相交流的途径,相互分享护理技巧和交流育儿经验,促使家长主动采取有助于患儿病情康复的行为。(3) 出院后一个月内每周进行一次电话随访,掌握患儿出院后病情变化,指导家长开展正确的功能锻炼,掌握护理方法和生活方式,在微信群上传相关视频以便家长随时学习,及时在群内解答家长提出的疑问。将每次随访情况准确记录在患儿个人档案中,提前预约下次复诊时间。

1.3 观察指标

(1) 观察 2 组患儿症状缓解时间,包括喘憋消退时间、咳嗽消退时间及体温恢复时间。(2) 记录 2 组患儿并发症发生情况,包括肺气肿、心力衰竭、呼吸衰竭等。(3) 使用自制依从性问卷调查 2 组患儿治疗依从性情况,包括服药、饮食、日常清洁卫生等方面。总分 100 分,根据分值划分为完全依从(完全自主定时定量服药,做好日常饮食、生活管理)、部分依从(在医务人员督促下可定时定量服药,做好部分日常饮食、生活管理)、不依从(不愿配合服药或者拒绝服药,不听从饮食及生活建议),分值对应 80~100 分、60~79 分、60 分以下;总依从率为完全依从率与部分依从率之和。(4) 使用我院自行设计的护理满意度问卷,调查 2 组患儿家长对护理工作的满意程度,通过微信小程序向家长发放电子问卷,由家长填写后上传。该问卷主要从健康宣教、心理干预、护理水平、服务态度等方面进行评价,问卷总分 100 分,根据分值划分为非常满意、满意、一般、不满意四个等级,分值对应 90~100 分、80~89 分、60~79 分、60 分以下;总满意率为非常满意率、满意率、一般率之和。

1.4 统计学分析

采用 SPSS21.0 软件对数据行统计分析,符合正态分布的计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 对组间数据进行检验,用[n (%)]表示计数资料,采用 χ^2 对组间数据进行检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 对比 2 组患儿症状缓解时间

对比患儿喘憋消退时间、咳嗽消退时间及体温恢复时间,2 组之间观察组较对照组明显更短,差异有统计学意义($P < 0.05$),详情见表 1。

表 1 对比 2 组患儿症状缓解时间($\bar{x} \pm s$, d)

组别	<i>n</i>	喘憋消退时间	咳嗽消退时间	体温恢复时间
对照组	46	5.48±1.02	6.87±1.58	8.57±1.34
观察组	46	3.53±0.86	4.54±1.26	6.33±1.02
<i>t</i>		9.913	7.820	9.021
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000

2.2 对比 2 组患儿并发症发生情况

对比患儿肺气肿、呼吸衰竭、心力衰竭等并发症总体发生率,2 组之间观察组较对照组明显更低,差异有统计学意义($P < 0.05$),详情见表 2。

表 2 对比 2 组患儿并发症发生情况[n (%)]

组别	<i>n</i>	肺气肿	呼吸衰竭	心力衰竭	总体发生率
对照组	46	2 (4.35)	2 (4.35)	1 (2.17)	5 (10.87)
观察组	46	1 (2.17)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.17)
χ^2					6.209
<i>P</i>					0.013

2.3 对比 2 组患儿治疗依从性情况

对比患儿治疗总依从率,2 组之间观察组较对照组明显更高,差异有统计学意义($P < 0.05$),详情见表 3。

表 3 对比 2 组患儿治疗依从性情况[n (%)]

组别	<i>n</i>	完全依从	部分依从	不依从	总依从率
对照组	46	29(63.04)	7 (15.22)	10(21.74)	36(78.26)
观察组	46	35(76.09)	8 (17.39)	3 (6.52)	43(93.48)
χ^2					9.546
<i>P</i>					0.002

2.4 对比 2 组患儿家长护理工作满意程度

对比家长护理总满意率,2 组之间观察组较对照组明显更高,差异有统计学意义($P < 0.05$),详情见表 3。

表 3 对比 2 组患儿家长护理工作满意程度[n (%)]

组别	<i>n</i>	非常满意	满意	一般	不满意	总满意率
对照组	46	23(50.00)	8 (17.39)	7 (15.22)	8 (17.39)	38(82.61)
观察组	46	32(69.57)	7 (15.22)	5 (10.87)	2 (4.35)	44(95.65)
χ^2						8.776
<i>P</i>						0.003

3. 讨论

小儿肺炎是婴幼儿群体常见的一种呼吸道疾病,临床表现以发热、咳嗽、呼吸急促、肺部湿性啰音等症状为主^[3]。儿童由于年龄较小,身体各器官尚未完全发育成熟,抵抗力较成年人明显更弱,更容易遭受细菌、病毒等侵袭,从而导致肺炎的发生^[4]。若未及时接受科学规范的治疗,随着病情变化可引起各种并发症的出现,导致病情迁延不愈,对患儿正常发育和身心健康带来极大的负面影响^[5]。近年来随着国民生活水平的提升以及医疗观念的转变,对于临床护理的需求更加多样化^[6]。对于小儿肺炎患儿而言,由于患儿相对特殊,依从性较差,因此对临床护理也提出了更高要求^[7]。

传统护理仅仅在患儿门诊治疗期间给予口头叮嘱,缺少对患儿离院后病情的关注,由于家长对疾病重视程度不足以及缺乏医务人员督促,常常导致病情反复发作,影响疾病康复^[8]。本次研究观察了延伸护理在肺炎患儿的效果,从结果可以看出,观察组总依从率明显高于对照组,并发生总发生率及症状消退时间低于对照组。由此可见,延伸护理应用于小儿肺炎患儿护理中,有助于提升依从性,加快疾病症状消退,减少并发症出现。延伸护理在患儿出院后继续给予家庭随访,确保患者在家庭也能够获得良好的护理干预。通过电话随访了解患儿病情变化,即时处理家长在对患儿护理中存在的问题,纠正家长的错误生活行为,帮助家长掌握正确的处理方法,避免了不良事件的发生,降低并发症风险,从而促进病情康复^[8]。同时通过家庭随访满足家长对健康知识的需求,纠正日常生活错误观念,督促家长采取正确的护理措施,能够提升治疗依从性^[9]。另外本次研究显示,观察组护理总满意率高于对照组。这也表明延伸护理相较于常规护理的效果更好,家长满意度更高。这是因为通过延伸护理使医护人员和家长之间建立良好的沟通桥梁,维护和谐的护患关系,满足家长对患儿疾病护理的需求,加快患儿病情改善,减轻家长身心负担,从而有利于提升护理满意度^[10]。

综上所述,肺炎患儿接受延伸护理能够有效提升其治疗依从性,加快症状消退,减少并发症出现,同时家长普遍认可满意,值得推广。

参考文献:

- [1]张帆,鲁菲菲,张爽,等. 医护与家属协同护理模式在小儿肺炎护理中的价值研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30 (25): 2843-2845.
- [2]韩丽花. 针对性护理在沐舒坦雾化吸入治疗小儿肺炎中的应用研究[J]. 中国药物与临床, 2020, 20 (23): 4043-4045.
- [3]张欢,王倩. 层级链式护理联合消炎止咳方在小儿肺炎中的应用效果研究[J]. 河北医药, 2020, 42 (16): 2530-2533.
- [4]姜静, 哈海霞. 优质护理对小儿肺炎患儿体温恢复、凝血状态及并发症的影响[J]. 血栓与止血学, 2021, 27 (3): 520-521.
- [5]彭芳芳, 胡亚辉, 陶桂芳. 循证护理对小儿肺炎治疗期间并发症及生活品质的影响[J]. 山西医药杂志, 2021, 50 (10): 1752-1754.
- [6]邢银花. 个体化护理对小儿肺炎临床症状、治疗效果及并发症发生率的影响[J]. 贵州医药, 2020, 44 (9): 1476-1477.
- [7]刘杨. 精细化护理模式应用于小儿肺炎 28 例临床效果探讨[J]. 中国药物与临床, 2020, 20 (14): 2442-2444.
- [8]党菊会. 家庭为中心的护理模式在小儿肺炎中的应用效果及对患儿肺功能的影响[J]. 贵州医药, 2020, 44 (3): 503-504.
- [9]田金娟, 魏晶晶. 针对性护理措施对小儿肺炎患者的应用效果分析[J]. 山西医药杂志, 2020, 49 (16): 2232-2234.
- [10]孙贻霞, 黄丽华, 赵燕. 儿童早期预警评分护理记录模板在小儿肺炎中的应用效果[J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25 (17): 2164-2166.

改良版标准化沟通模式在急诊创伤护理救治中的应用

李娇

镇江市中医院 江苏省镇江市 212000

摘要：目的：探讨了改良版标准化沟通模式对急诊创伤患者的应用效果。方法：选取了本院 2021 年 1 月~2021 年 12 月间收治的 80 例急诊创伤患者，作为本次的研究对象。以数字表随机分组的方式，将患者分为观察组（n=40）和对照组（n=40）。对照组患者予以常规的急诊护理，观察组患者在常规急诊护理的基础上，应用改良版标准化沟通模式，对两组患者的急救时间、急诊停留时间等指标，对比两组不良事件发生率、对护理工作满意度。结果：经过了急诊开展改良版标准化沟通模式护理后，观察组患者的急诊停留时间、检查时间、急诊入室时间、入院至入室时间、抢救时间较对照组显著较低（ $P < 0.05$ ）；观察组不良事件发生率较对照组显著较低（ $P < 0.05$ ）；观察组患者对护理工作的满意度明显高于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：对急诊创伤患者的护理工作实施改良版标准化沟通模式，对于缩短患者急救时间，控制不良事件发生，提升患者对护理工作满意度具有较好的应用效果。

关键词：急诊创伤；改良版标准化沟通模式；应用效果

急诊创伤患者的发病特点，表现为病情较为严重，病情发展速度较快。因此，对急重症病人的抢救尤为关键，缩短抢救时间可以有效提升救治的成功率，降低危重症患者的死亡率^[1-2]。改良版标准化沟通模式下的急诊护理模式，对比常规的急诊急救护理，可以大大缩短抢救的时间，提升治疗的成功率^[3]。但部分医院在改良版标准化沟通模式的应用较为落后，需要对急诊创伤患者实施的整改良版标准化沟通模式展开积极的研究^[4]。为此，本院对改良版标准化沟通模式对急诊创伤患者的应用效果进行了分析，探讨护理方式对急诊停留时间、检查时间、急诊入室时间、入院至入室时间、抢救时间、不良事件发生率及护理满意度的影响，并做出以下报道。

1. 资料与方法

1.1 临床资料

以本院 2018 年 9 月~2019 年 4 月收治的 80 例急诊创伤患者，作为本次的研究对象。随机将患者划分为观察组（n=40）和对照组（n=40），观察组男 30 例，女 10 例；年龄 35~70 岁，平均（52.5±17.5）岁。其中交通事故 16 例，殴打受伤 5 例，坠落受伤 7 例，其余受伤原因 12 例。对照组男 24 例，女 16 例；年龄 34~72 岁，平均（53±19）岁。其中交通事故 21 例，殴打、坠落伤各 6 例，其余受伤原因 8 例。两组患者性别、年龄以及身体情况等临床资料差异无统计学意义，结果 $P > 0.05$ ，表明本次研究具有学术价值。

纳入标准：均创伤 4 小时内收治入院且创伤评分（ISS）≥ 16 分^[5]。患者均知晓本次研究的方法与目的，均为自愿参加本次研究试验经医院伦理会批准。

排除标准：中枢神经系统疾病或中枢神经障碍疾病者；因转院、自动出院等原因造成创伤救治中途停止的患者。

1.2 方法

对照组实施常规的急诊急救护理，对患者病情进行观察：快速判断患者病症，进行分诊，根据患者病情予以相对应的救治手段。保持对患者各项生命指标的检测，在需要进行手术治疗时。护理人员进行配合，提升急救的速度。在急诊的各项治疗完成后，安排患者到专科住院检查，进行后续的治疗。

观察组在常规急诊急救护理的基础上，应用进行改良版标准化沟通模式，具体方法：（1）护理人员应保持与现场的急救人员的联络，通过实时的信息传递交流，护理人员可以清楚患者目前的生命体征状况和基本信息，并根据实际情况准备适用的医学工具，提前录入患者个人信息，节省录入等工作程序的时间，来进行专业的抢救救治。（2）在接诊后第一时间为创伤患者进行病情评估，建立抢救治疗小组和专项护理小组。及时有效

地明确患者实际情况，为患者制定更具针对性的抢救护理方案。护士介绍患者病情信息和交接班时，必须使用急诊科移动医疗 App“信息交流”模块，按照现状-背景-评估-建议沟通模式标准流程完成信息传递。提升急诊分诊的效率，快速对患者病情进行判断，并根据患者病情进行抢救。过程中分组明确职责，立即有序开展治疗工作。将患者病情、信息、所需物品等第一时间告知相关科室，及时安排会诊及 CT、B 超等检查。持续给予患者生命体征监测，及时处理伤情。对于休克、大出血、严重性心律失常等重症病人，应给予优先的处理。（3）注意保护急诊救治的无菌环境，严格按照无菌环境操作规范进行急诊急救护理，避免感染。（4）注意在急诊与专科住院处进行病人你的交接时，进行签字确认。（5）在日常工作中需要急诊护理人员强化对改良版标准化沟通模式的培训教育，讨论急诊创伤护理过程可能出现的并发症及注意事项，交流护理组成员间的护理经验，制定护理策略。按计划进行护理工作，由护理组长进行定期检查，评价护理质量，护理人员对护理结果进行分析总结，定期进行护理组内讨论，对该阶段的护理结果进行讨论，总结护理经验，对于发生不良事件患者重点分析原因，并针对护理检查过程的问题完善急诊护理流程。

1.3 观察指标

（1）记录并对比 2 组患者的急诊停留时间、检查时间、急诊入室时间、抢救时间指标。

（2）急诊不良事件发生率：记录并对比两组急诊护理中出现的早期漏诊、并发症、死亡、医疗纠纷不良事件的发生率。

（3）护理满意度：采用我院自制的护理满意度表，让患者进行评定，评分等级分为非常满意、满意和不满意。总满意度=（满意例数+较满意例数）/总例数×100%。

1.4 统计学分析

采用 SPSS20.0 软件对研究数据进行统计整理，计数和计量资料分别以百分比、平均数±标准差表示，并用 χ^2 、t 对其结果进行检验，以 $P < 0.05$ 为判断统计学意义的标准。

2. 结果

2.1 2 组急救时间对比

2 组患者的急救进行时间对比，观察组患者明显低于对照组（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1 2 组患者急救时间比较（ $\bar{x} \pm s$, min）

组别	n	急诊停留 时间	检查时间	急诊入室 内时间	抢救时间

对照组	40	21.57±5.56	29.22±7.31	15.32±7.32	46.52±3.47
观察组	40	15.32±6.21	20.86±4.32	8.36±1.24	41.32±2.04
<i>t</i>		4.742	6.227	5.929	8.170
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000	0.000

2.2.2 组患者不良事件发生率对比

观察组不良事件发生率对比对照组显著较低 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2: 2 组患者急诊不良事件发生率比较 (n, %)

组别	例数	早期漏诊	并发症	死亡	医疗纠纷	总发生率
对照组	40	3 (7.50)	8 (20.00)	2 (5.00)	7 (17.50)	20 (50.00)
观察组	40	0 (0.00)	4 (10.00)	1 (2.50)	1 (2.50)	6 (15.00)
χ^2						27.920
<i>P</i>						0.000

2.3.2 组护理满意度对比

2 组患者组患者的护理满意度进行对比, 观察组护理满意度 (95.0%), 明显高于对照组的 82.5% ($P<0.05$), 见表 3。

表 3: 2 组患者护理满意度比较 (n, %)

组别	例数	满意	较满意	不满意	总满意度
对照组	40	9 (22.50)	24 (60.00)	7 (17.50)	33 (82.50)
观察组	40	16 (40.00)	22 (55.00)	2 (5.00)	38 (95.00)
χ^2					8.152
<i>P</i>					0.007

3. 讨论

在对危重症应用急诊急救护理的工作时, 如何缩短抢救的时间, 提升抢救的成功率, 对于提升医院急诊科急救护理工作水平, 具有重要的意义。在急救工作中, 护理工作首先要明确的, 是以人为本的工作理念^[6]。护理人员在工作中, 实施整体性的急诊急救护理, 可以对危重症患者的病情进行有效的护理干预, 提升危重症患者的被救治成功率, 有效减少救治遗漏, 为患者的生命安全提供有力的保障。在对急诊创伤患者的护理工作中, 同患者建立良好的沟通渠道是非常关键的, 改善护患间的沟通有助于提升护理综合能力, 减少不良事件发生, 改善医护患多方的满意度。护士不仅要与患者有良好的沟通与交流, 而且与其他医务工作者也要保持良好沟通, 及时、完整地传递患者信息, 才能保证医疗工作顺利进行, 进而确保患者安全。医护间沟通障碍, 可能对患者造成无意伤害, 改善医护人员之间的交流有助于防止不良结果的发生、增进团队合作^[7]。

标准化沟通模式即现状 (situation)、背景 (background)、评估 (assessment)、建议 (recommendation), 简称 SBAR 沟通模式。“S”表示现状, 沟通重点是患者目前的状况, 如目前病情、症状和体征、最近的监测数据等; “B”表示背景, 沟通重点是患者的以往情况, 如病史、诊断结果、入院时间等; “A”表示评估, 沟通重点是准确评估患者的目前状态, 如评估患者最新的生命体征、最新的检查结果等; “R”表示建议, 沟通重点是建议后续的处理措施和护理方向。在临床工作中, 经常发生由于沟通

问题所引发的不必要纠纷^[8-9]。医务人员间的有效沟通可减少医院不良事件的发生, 同时也是医院管理者实施培训的重点。本次研究结果显示, 观察组开展改良版标准化沟通模式护理后, 患者的急诊停留时间、检查时间、急诊入室时间、入院至入室时间、抢救时间较对照组显著较低 ($P<0.05$); 究其原因, 可能是改良后的护患沟通模式帮助医护人员快速了解患者病情, 也能与患者建立良好的沟通关系, 缩短了病情评估、急诊入院等流程耗费的时间^[10]。观察组不良事件发生率较对照组显著较低 ($P<0.05$); 观察组患者对护理工作的满意度明显高于对照组 ($P<0.05$)。表示在对急诊创伤患者的护理中应用改良版标准化沟通模式, 在提升创伤救治效率与质量方面起到了较为显著的作用, 使护理工作也得到患者家属的认可, 既能督促护理人员提升自身职业能力, 树立工作信心。又有助于减少急诊医患纠纷事件, 改善医院服务形象。

结合以上分析内容, 可知对急诊创伤患者的护理工作实施改良版标准化沟通模式, 对于缩短患者急救时间, 控制不良事件发生, 提升患者对护理工作满意度具有较好的应用效果。综上所述, 对危重症患者实施整体性的急诊急救护理干预, 大大缩短了抢救时间, 急救效果显著, 具有较高的应用价值。

参考文献:

- [1]刘红菊, 杨素真. 预见性护理在急诊严重创伤性失血性休克患者中的效果及并发症发生率评价[J]. 中外医疗, 2022, 41 (9): 118-121, 126. DOI: 10.16662/j.cnki.1674-0742.2022.09.118.
- [2]高亚维, 刘正, 李珂桢, 等. 预见性护理干预在创伤患者急诊院前院内一体化救治中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27 (14): 64-66. DOI: 10.3969/j.issn.1006-7256.2021.14.022.
- [3]张艳红, 王娜, 鲍冬梅, 等. 基于院前创伤评分下的预见护理在急诊创伤骨折患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27 (4): 37-39. DOI: 10.3969/j.issn.1006-7256.2021.04.012.
- [4]孟楠楠, 李艳荣, 张艳琴. 现状-背景-评估-建议沟通模式联合移动医疗在急诊护理管理中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28 (2): 25-28. DOI: 10.3969/j.issn.1006-7256.2022.02.008.
- [5]李成华, 张丽娟, 朱才平, 等. 急诊护理干预对急性创伤患者抢救成功率的影响[J]. 医学信息, 2021, 34 (z2): 136-137. DOI: 10.3969/j.issn.1006-1959.2021.z2.067.
- [6]曹伟怡. 以创伤评估为基础的分级护理对急诊创伤患者的干预效果[J]. 中国高等医学教育, 2021 (1): 143-144. DOI: 10.3969/j.issn.1002-1701.2021.01.075.
- [7]盖纳, 董青苗. 无缝隙急救护理模式在急诊创伤护理中的应用[J]. 中国社区医师, 2021, 37 (4): 115-116. DOI: 10.3969/j.issn.1007-614x.2021.04.056.
- [8]彭璟. 急诊快速反应团队模式护理干预在急诊严重创伤患者中的应用效果[J]. 中国医药科学, 2021, 11 (7): 162-165. DOI: 10.3969/j.issn.2095-0616.2021.07.044.
- [9]千洋, 朱晓峰, 初萍. 整体护理在严重创伤患者急诊救治护理中的应用价值体会[J]. 中国保健营养, 2021, 31 (29): 180.
- [10]张秋芳, 卞琴. 基于休克指数评估急救护理方案对急诊严重创伤合并失血性休克患者护理效果分析[J]. 医学食疗与健康, 2021, 19 (24): 168, 175.

小剂量低分子肝素在极低出生体重儿败血症患者中的应用研究

陈能 赖映红 李莉花 骆文敏 张伟忠

广东省惠州市第一妇幼保健院 广东惠州 516000

摘要：目的：探讨在极低出生体重儿败血症患者中开展小剂量低分子肝素治疗对病情的影响。方法：选取 2021 年 02 月至 2022 年 10 月我院新生儿科病房收治的极低出生体重儿败血症患者 80 例作为研究对象，采用随机数字表法将研究对象分为两组，对照组给予常规治疗，观察组在常规治疗基础上加用小剂量低分子肝素治疗，观察两组患者临床和实验室指标，计算总有效率、临床时间指标、不良反应发生率。结果：观察组总有效率 97.50%，对照组 87.50%，两组对比有显著性差异（ $P < 0.05$ ）。实验室指标（PCT、CRP、APTT、FIB、PT）治疗前无显著性差异（ $P > 0.05$ ），治疗后有显著性差异（ $P < 0.05$ ）。观察组临床时间指标（体温改善时间、拒奶缓解时间、神经系统改善时间）较对照组缩短，有显著性显著（ $P < 0.05$ ）。观察组不良反应发生率 2.50%，对照组 15.00%，有显著性差异（ $P < 0.05$ ）。两组均无死亡病例。结论：在极低出生体重儿败血症患者中开展小剂量低分子肝素治疗效果较为显著，可有效改善临床症状，控制病情进展，且整体安全性较高，有助于患者及早恢复健康，值得临床应用推广。

关键词：败血症；新生儿；小剂量低分子肝素；降钙素原

新生儿败血症是新生儿常见的一种感染性疾病，该病症造成的危害较大，病原体进入新生儿血液循环中，并不断生长与繁殖^[1]，产生毒素后造成机体出现炎症反应，影响患者生命安全^[2]。由于新生儿免疫力较低，导致该病症致死率、致残率较高，病情进展速度较快，需要加强重视力度^[3]。通过研究发现，新生儿自身的器官功能还不够成熟，机能免疫能力较差^[4]，且缺乏典型的临床表现，容易造成病情延误，错过最佳治疗时间^[5]，诱发多种并发症，如感染性休克、心力衰竭、肝衰竭、脑膜炎、弥散性血管内凝血等^[6]，应采取合理治疗方式，降低病症死亡率^[7-8]。新生儿败血症易导致低出生体重儿出现凝血功能紊乱，纠正凝血功能紊乱有利于败血症的治疗。本次研究采用小剂量低分子肝素纠正败血症患者凝血功能紊乱，分析其对病症的治疗效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 02 月至 2022 年 10 月我院新生儿科病房收治的极低出生体重儿败血症患者 80 例作为研究对象，采用随机数字表法将研究对象分为两组，对照组 40 例，男 23 例，女 17 例（比例 23:17），年龄范围 1-14 天，平均年龄（ 8.45 ± 1.12 ）天；观察组 40 例，男 22 例，女 18 例（比例 11:9），年龄范围 1-15 天，平均年龄（ 8.63 ± 1.22 ）天。纳入标准：（1）研究对象均满足新生儿败血症诊断标准；（2）出生体重在 1000g-1500g 之间；（3）凝血功能异常；（4）

监护人签署知情同意书。排除标准：（1）存在呼吸道、消化道或颅内出血性疾病；（2）存在窒息或外伤情况；（3）服用影响研究相关药物，如影响凝血功能药物。一般资料数据无显著性差异（ $p > 0.05$ ），符合研究标准。

1.2 方法

两组患者治疗前均行血培养检查，根据临床和药敏结果调整抗菌药物。

1.2.1 对照组

对照组开展常规治疗，给予经验性抗生素治疗，静脉给药。

1.2.2 观察组

观察组在常规治疗基础上加用小剂量低分子肝素治疗：6IU/kg·次，q8h，连用 3 天。3 天后改为 q12h，连用 2 天。静脉注射，疗程 5 天。

观察两组患者临床表现、实验室指标以及不良反应。

1. 头发长

（1）治疗效果：治疗效果：显效（症状基本消失，体温恢复正常）；有效（症状得到改善，体温有所下降）；无效（症状无变化或加重），计算总有效率。

（2）实验室指标：PCT（降钙素原）、CRP（超敏-C 反应蛋白）、PT（血浆凝血酶原时间）、APTT（活化部分凝血活酶时间）、FIB（纤维蛋白原）。

（3）时间指标：包括体温改善时间、拒奶缓解时间、神经系统改善时间。

（4）不良反应指标：包括腹泻、皮疹、化脓性脑膜炎，计算其发生率。

1.4 统计学处理

采用 SPSS25.0 软件统计对数据进行统计，计量资料以均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示；计数资料以数（n）或率（%）表示；采用 t 检验与 χ^2 检验数据差异， $P < 0.05$ 说明有显著性差异。

2 结果

2.1 治疗总有效率对比

观察组总有效率 97.50%，对照组 87.50%，差异显著（ $P < 0.05$ ），如表 1。

表 1 治疗效果情况[n（%）]

组别（n=40）	显效	有效	无效	有效率
观察组	26（65.00）	13（32.50）	1（2.50）	39（97.50）
对照组	24（60.00）	11（27.50）	5（12.50）	35（87.50）
χ^2	-	-	-	4.505
P	-	-	-	0.034

2.2 实验室指标对比

治疗前实验室指标（PCT、CRP、APTT、FIB、PT）无显著性差异（ $P > 0.05$ ），治疗后差异显著（ $P < 0.05$ ），如表 2。

组别 (n=40)	PCT (ng/ml)		CRP (mg/l)		APTT (s)		FIB (g/L)		PT (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
观察组	6.57±0.22	0.29±0.12	23.15± 2.35	5.59±0.36	56.97± 2.67	30.55± 2.68	1.08± 0.62	2.24± 0.22	21.47± 1.26	11.20± 1.23

对照组	6.56±0.23	0.95±0.20	23.17± 2.33	8.26±0.47	56.87± 2.68	44.28 ±	1.09 ±	1.42 ±	21.46± 1.33	15.82 ±
t	0.241	5.625	0.227	6.525	0.239	2.67	0.15	0.34	0.235	1.25
P	0.816	0.000	0.898	0.000	0.864	0.000	0.743	0.000	0.972	0.000

表 2 实验室指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

2.3 时间指标对比

观察组各项时间指标较对照组缩短, 有显著性差异 ($P < 0.05$), 如表 3

表 3 两组患者症状改善时间 ($\bar{x} \pm s$, d)

组别	n	体温改善时间 (d)	拒奶缓解时间 (d)	神经系统改善时间 (d)
观察组	40	3.55±0.62	4.79±0.47	6.35±0.37
对照组	40	6.37±0.69	7.36±0.63	8.62±0.43
t	-	8.657	10.625	11.965
P	-	0.000	0.000	0.000

2.4 不良反应发生率对比

观察组 2.50%; 对照组 15.00%, 差异显著 ($P < 0.05$), 如表 4。

表 4 不良反应[n (%)]

组别	n	腹泻	皮疹	化脓性脑膜炎	发生率
观察组	40	1 (2.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.50)
对照组	40	2 (5.00)	2 (5.00)	2 (5.00)	6 (15.00)
χ^2	-	-	-	-	5.636
P	-	-	-	-	0.018

3 讨论

新生儿败血症是新生儿期常见的一种感染性疾病, 其致病菌类型较多, 造成的危害较大, 患儿发病后可见黄疸、呼吸困难、发热、肝脾大等情况^[9], 严重时可能出现抽搐、休克、皮肤出血等情况^[10], 导致患儿死亡, 需要及时治疗。新生儿由于自身身体器官尚不完善, 整体机体免疫力较低^[11], 导致患儿发病后容易出现感染扩散情况, 病情较为凶险, 容易诱发多种并发症^[12], 增大病症对身体造成的危害。通过合理的治疗可有效改善病症^[13], 如传统的抗生素治疗, 可控制病情进展, 降低病症对身体造成的危害, 但其效果有限^[14], 由此临床上提出小剂量低分子肝素治疗理念, 该治疗方式可提升治疗效果^[15], 对新生儿血管内皮进行保护, 促进侧肢循环加快, 对血小板聚集产生良好的抑制作用, 且整体安全性较高, 降低对新生儿产生的毒副作用, 应用价值显著^[16]。同时降低患儿机体炎症反应, 改善血液流变学, 降低致炎因子, 增进败血症治疗效果。

本次研究结果中, 观察组总有效率较对照组有显著性差异 ($P < 0.05$), 说明该治疗方式可有效改善患儿症状, 控制病情进展, 降低病症对身体造成的危害, 促使其及早恢复健康, 有临床应用价值。实验室指标 (PCT、CRP、APTT、FIB、PT) 治疗前对比无显著性差异, 治疗后有显著性差异 ($P < 0.05$), 说明该治疗方式可有效改善患者感染指标和凝血功能指标, 降低体内炎症, 及时控制病症造成危害, 减轻病症表现, 降低死亡率。观察组患者 (体温改善时间、拒奶缓解时间、神经系统改善时间、住院时间) 各项指标时间较对照组更短 ($P < 0.05$), 说明该治疗方式对病症缓解效果显著, 可有效改善患者症状, 促使症状消失, 降低患儿自身痛苦, 降低身体应激反应。观察组不良反应发生率低于对照组, 差异显著 ($P < 0.05$), 说明该治疗方式整体安全性更高, 可降低药物对人体造成的副作用, 改善炎症介质, 促使细胞因子激活凝血系统, 改善纤维蛋白原, 降低死亡率, 提高效率。

综上所述, 在极低出生体重儿败血症患者中开展小剂量低分子肝素治

疗能增进新生儿败血症治疗效果, 且效果较为明显, 可以及时降低病症对患儿产生的危害, 控制病情进展, 降低并发症发生率, 提升治疗安全性, 促使患者恢复正常生理机能, 有临床应用价值。

参考文献:

- [1]鞠佳桂.地屈孕酮联合小剂量阿司匹林与低分子肝素治疗不明原因复发性流产的临床效果及对妊娠结局的影响[J].临床合理用药杂志, 2022, 15 (14): 150-152.
 - [2]王会玲.小剂量阿司匹林联合低分子肝素用于自身免疫性反复流产治疗的价值分析[J].中国实用医药, 2021, 16 (17): 144-146.
 - [3]冯宗亮, 桑鑫泉, 朱凤莲.小剂量低分子肝素钙联合醋酸泼尼松治疗肾病综合征患儿的效果观察[J].华夏医学, 2022, 35 (02): 53-57.
 - [4]卢涛.半夏白术天麻汤联合小剂量低分子肝素钙对早发型重度子痫前期患者凝血功能及母婴结局的影响[J].广州中医药大学学报, 2022, 39 (03): 545-550.
 - [5]单洁.低分子肝素与小剂量硫酸镁对早发型重度子痫前期的影响[J].中国卫生标准管理, 2022, 13 (05): 89-92.
 - [6]陈艳.低分子肝素联合小剂量阿司匹林治疗复发性流产的临床效果[J].临床合理用药杂志, 2022, 15 (07): 102-104.
 - [7]买苗, 姬超, 张莉.硫酸镁联合大剂量低分子肝素方案治疗重度子痫前期合并胎儿生长受限的疗效及安全性[J].海南医学, 2021, 32 (24): 3209-3212.
 - [8]魏新彦.不同剂量低分子肝素钙治疗急性加重期慢性阻塞性肺疾病伴呼吸衰竭患者的临床效果比较[J].临床医学研究与实践, 2021, 6 (33): 71-74.
 - [9]徐颖, 邹建华, 袁苑.高低剂量低分子肝素联合阿托伐他汀治疗肾综合征临床优势探讨[J].系统医学, 2021, 6 (21): 89-92.
 - [10]周超刚, 王春风.小剂量阿司匹林联合低分子肝素治疗早发型重度子痫前期临床疗效分析[J].系统医学, 2021, 6 (20): 139-141.
 - [11]钟西文, 潘宁萍, 吴高义.205 例子痫前期患者再妊娠临床特点[J].中国计划生育学杂志, 2021, 29 (10): 2173-2176.
 - [12]王春玲.小剂量阿司匹林联合低分子肝素钙、黄体酮、地屈孕酮治疗复发性流产伴高同型半胱氨酸血症的效果分析[J].中国现代药物应用, 2021, 15 (19): 23-25.
 - [13]谷艳超, 谢维, 吴从俊.不同剂量低分子肝素预防腰椎内固定术后静脉血栓栓塞症的安全性分析[J].骨科, 2021, 12 (05): 421-425.
 - [14]赵红伟, 赵敬芬.小剂量低分子肝素联合泼尼松治疗小儿肾病综合征的临床研究[J].山西卫生健康职业学院学报, 2021, 31 (04): 75-76.
 - [15]邱佑芝.胎儿脐动脉舒张末期血流缺失影响因素及低分子右旋糖酐、小剂量肝素干预效果探究[J].中国社区医师, 2021, 37 (24): 39-40.
 - [16]吴琴, 孟飞, 贵珍, 李成龙.妊娠早期子宫动脉频谱异常应用小剂量低分子肝素的临床价值[J].中国性科学, 2021, 30 (06): 115-118.
- 作者简介: 陈能, 男, 1982 年 4 月出生, 研究生学历, 民族: 汉; 籍贯: 广东省惠州市, 研究方向: 新生儿常见病多发病诊治, 新生儿危重症救治; 现在职称: 主治医师, 职务: 无, 单位名称: 惠州市第一妇幼保健院, 科室: 新生儿科。
- 惠州市科技计划项目 (技术开发类)
项目编号: 210407204572327

层级整体护理在肾结石取石术后造瘘管患者中的应用分析

谢琳娜

雅安职业技术学院 四川雅安 625000

摘要：目的：研究层级整体护理在肾结石取石术后造瘘管患者中的应用分析。方法：选取 2020 年 5 月~2021 年 7 月住院部收治 120 例肾结石取石术后造瘘管患者进行研究，随机分为两组，对照组进行常规护理，观察组患者在对照组的基础上进行层级整体护理，随后进行分析总结。结果：观察组护理质量评分高于对照组，观察组并发症发生率低于对照组，护理干预后观察组住院时间、瘘管拔出时间以及尿液转清时间均低于对照组，干预后观察组生活质量评分高于对照组， $P<0.05$ ，差异具有统计学意义。结论：肾结石取石术后造瘘管患者采用层级整体护理后护理质量显著提升，其护理干预能够极大地减轻患者的痛苦，缩短患者的住院时间，促进患者尽快康复，具有极高的临床应用价值。

关键词：层级整体护理；肾结石；术后造瘘管

肾结石属于泌尿系统的常见疾病之一，其发病率高，高发于青壮年，且男性发病率高于女性。肾结石的临床症状主要和结石的大小、形态、位置、是否合并尿路感染、合并肠梗阻等方面有关^[1]。较为常见的临床表现有腰腹部的刀割样疼痛、腹部胀痛、恶心、呕吐、血尿等，并伴有烦躁不安的情绪状态。临床上治疗肾结石的主要方式是通过手术治疗，肾结石时常使用造瘘管的方式取石，能够明显降低肾实质、肾盂的并发感染率^[2]。但是若患者术后护理干预不到位，就会导致患者出现瘘管移位、瘘管堵塞、感染、发热等并发症，给患者带来极大的痛苦，严重影响患者的身心健康。因此科学、有效地护理干预对肾结石取石术后造瘘管患者而言具有重大意义。层级整体护理是临床护理中的一个新型模式，通过分级的管理，护理人员的相互配合，能够在患者住院期间提供最具针对性的干预措施，促使患者康复，还能通过这种方式提高护理人员的综合能力^[3]。基于此，本研究为探讨层级整体护理在肾结石取石术后造瘘管患者中的应用，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 7 月住院部收治 120 例肾结石患者为研究对象，按照随机数字表法将其分为观察组和对照组，每组 60 例；对照组患者年龄 30~54 岁，平均年龄（40.45±10.16）岁；结石大小 1.34~3.23cm，平均大小（2.35±0.25）cm；男性患者 45 例，女性 15 例；观察组患者年龄 27~62 岁，平均年龄（47.82±10.21）岁；结石大小 1.50~3.41cm，平均大小（2.40±0.31）cm；男性患者 43 例，女性 17 例。2 组上述指标比较，组间无统计学差异（ $P>0.05$ ），组间均衡性无偏差，组间比较性高。

1.2 纳入标准

（1）符合肾结石的诊断标准：患者经 B 超、静脉尿路造影、腹部 CT 等检查方式确诊；（2）年龄大于十八周岁；（3）能自主配合的患者。

1.3 排除标准

（1）年龄在 18 周岁以下；（2）处于高热阶段，且肾功能严重损伤的患者；（3）合并心功能不全、泌尿系统疾病、尿路畸形等患者；（4）严重精神障碍患者。

1.4 方法

1.4.1 对照组采用常规护理干预措施，护士长根据患者的人数分配护理人员对患者进行护理，为患者健康宣教，包括药物使用、饮食的相关注意事项等，以及日常监测患者生命体征。

1.4.2 观察组患者在对照组的基础上进行层级整体护理，具体措施如下：

（1）按照护理人员的职称以及工作经验分为四个层次，包括执行护士、责任护士、护理组组长、护士长。根据层级整体护理的模式，分配各层级护理人员的主要任务，落实到个人。

（2）护士长进行整个科室的护理管理工作，对护理组组长、责任护

士、执行护士的工作进行监督和指导。护理组长协助护士长完成相关管理工作，并且监督指导责任护士工作。而责任护士负责为患者制定有针对性的护理方案，帮助护士处理好护理工作。执行护士则执行责任护士制定的护理方案，并及时反馈患者病情情况。

（3）护理措施：第一，做好专业护理。执行护士在护理中，应加强病房的巡视。确保管道四周敷料时刻保持清洁干燥；做好造瘘管、引流袋的固定；指导患者正确翻身、活动等；密切留意患者造瘘管有无发生堵塞、移位等情况；重点观察引流液颜色变化、生命体征等情况。一般情况由执行护士及时处理，若有特殊情况，立即反馈给主管医生。第二，做好心理护理。针对有不良心理状态的患者，执行护士根据患者的不同情况进行个性化的护理措施，给予患者鼓励和安慰。同时加强对患者的健康宣教，为患者讲解本科室的成功案例，增加患者对抗疾病的信心。第三，做好护士长-护理组组长-责任护士-执行护士层级整体护理。责任护士需要根据患者的实际情况制定具有针对性的护理措施，由执行护士进行具体的护理干预，护理组组长每日进行监督和指导，护士长不定时检查患者的情况，并询问患者及家属的评价。

1.5 观察指标

（1）比较两组在基础护理、护理书写以及安全管理三个方面的护理质量评分。总分值 100 分，分数越高，护理质量越好。

（2）比较两组患者并发症的发生率，包括瘘管移位、瘘管堵塞、感染、发热情况。

（3）比较两组患者的住院时间、瘘管拔出时间以及尿液转清时间。

（4）采用 SF-36 量表^[4]比较两组患者治疗前后的生活质量评分。评分内容包括：生理功能、生理职能、躯体疼痛、一般健康状况、精力、社会功能、情感职能、精神健康这 8 个维度。单项分值赋值 100 分，评分越高，生活质量越好。

1.6 统计学方法

处理数据使用版本为 SPSS24.0 的统计学软件，计量资料行表示给予（ $\bar{x} \pm s$ ），对比给予 t 检验，计数资料行表示给予百分率（%）对比给予 χ^2 检验， $P<0.05$ 则足以证明有统计学差异。

2 结果

2.1 两组护理质量评分的比较 观察组护理质量评价指标：基础护理、护理书写、安全管理等各项的评分均高于对照组（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 两组患者护理质量的比较（ $\bar{x} \pm s$ / 分）

组别	例数	基础护理	护理书写	安全管理
观察组	60	92.53±5.62	90.79±5.21	93.58±5.52
对照组	60	80.88±6.75	80.43±6.11	81.43±6.22
t		10.2741	9.9939	11.3169
P 值		0.0000	0.0000	0.0000

2.2 两组患者并发症的比较 两组并发症类型分别包括瘘管移位、瘘

管堵塞、感染、发热等, 观察组各项并发症发生率低于对照组 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者并发症的比较 (n; %)

组别	例数	尿管移位	尿管堵塞	感染	发热
观察组	60	2 (3.33)	3 (5.00)	1 (1.67)	3 (5.00)
对照组	60	9 (15.00)	11 (18.33)	8 (13.33)	12 (20.00)
χ^2		4.9041	5.1752	5.8859	4.2272
P 值		0.0268	0.0229	0.0153	0.0398

2.3 两组患者护理干预后住院时间、尿管拔出时间以及尿液转清时间的比较 护理干预后观察组住院时间、尿管拔出时间以及尿液转清时间均低于对照组 ($P<0.05$), 见表 3。

表 4 两组患者干预前后生活质量评分的比较 ($\bar{x} \pm s$ /分)

组别	时间	生理功能	生理职能	躯体疼痛	一般健康状 况	精力	社会功能	情感职能	精神健康
观察组	干预前	64.56±7.69	48.45±3.78	59.87±4.41	49.78±8.54	50.78±5.58	50.11±3.01	70.11±5.23	70.21±9.21
	干预后	93.23±3.11	83.23±2.84	78.23±2.34	73.56±2.65	68.56±2.56	66.85±2.73	86.80±2.89	85.26±2.94
对照组	干预前	63.54±7.56	49.55±3.25	58.42±4.12	48.48±7.77	51.25±4.46	49.96±3.13	70.45±5.45	70.43±9.13
	干预后	73.35±3.21	71.52±2.45	66.37±2.79	60.69±2.85	63.64±2.69	62.74±2.58	79.29±2.96	78.78±2.45
t	观察组干预前后	26.7721	56.9807	28.4640	20.6000	22.4334	31.9094	21.6355	12.0582
P	观察组干预前后	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
t	对照组干预前后	9.2519	41.8129	12.3760	11.4277	18.4264	24.4051	11.0408	6.8421
P	对照组干预前后	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
t	两组干预后	34.4537	24.1833	25.2286	25.6165	10.2627	8.4755	14.0619	13.1156
P	两组干预后	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

3 讨论

肾结石是由于尿液中成石物质浓度的升高或溶解度的降低, 导致过饱和和状态, 形成结晶, 并在肾脏中聚积、生长形成结石, 导致患者出现泌尿系统的症状。肾结石的发病因素很多, 包括年龄、性别、环境因素、职业关系、饮食习惯等^[5]。大部分人都伴有一定程度的腰部疼痛。若结石太大, 会导致移动性小, 就会表现为腰部的酸胀疼痛, 活动时甚至会产生钝痛。若结石较小, 导致移动性变大, 就会导致患者出现阵发性的腰腹部的刀割样疼痛, 绞痛。并且泌尿系统的各个部位都可能发生结石, 而肾结石的形成大多位于肾盂、肾盏。随着医疗水平的不断发展, 现今采用造瘘管的方式取石已成为治疗肾结石的主要方式。患者术后的临床疗效也较为显著, 考虑到患者术后康复及预后效果, 科学、有效的护理干预是至关重要的, 可以减少患者术后并发症, 提高患者生活质量。层级整体护理是一项新型的护理模式, 在护士长的带领下, 为患者提供最全面的、最专业的、有针对性的全面的责任制护理, 其护理价值显著^[6-7]。不仅有利于提高整体护理的护理质量, 也能考虑到每个患者的身心状态, 保证患者的术后康复以及预后。通过层级整体护理的模式, 对不同层级护理人员进行合理的分工, 护理人员明确了个人的工作内容, 有效的运用了人力资源, 在各层级的相互指导和监督下, 可以明显减轻护理人员的工作压力, 提高护理人员的工作效率, 提高患者对护理人员的认可。

在本研究中, 观察组护理质量评分高于对照组, 说明层级整体护理避免了由于医护人员缺乏, 护理人员人力不足等问题, 导致的不能及时了解病人病情变化情况的发生。通过各层分配任务的方式, 合理利用人力资源, 护理人员的专业技能可以发挥到最大化, 同时还能提升基础护理、护理书写以及安全管理等方面的护理质量, 提升护理人员的综合素质, 为患者提供优质的护理。肾结石取石术后造瘘管患者若是护理不当, 会导致患者出现并发症, 包括尿管移位、尿管堵塞、感染、发热等情况, 给患者带来痛苦, 而观察组并发症发生率低于对照组, 说明层级整体护理能够降低并发症的发生率。护理干预后观察组住院时间、尿管拔出时间均低于对照组, 说明护理干预后能够极大地缩减患者的住院时间, 减轻患者的经济负担。

表 3 两组患者的住院时间、尿管拔出时间、尿液转清时间的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	住院时间 (d)	尿管拔出时间 (d)	尿液转清时间 (h)
观察组	60	10.11±2.56	6.45±2.87	42.87±2.21
对照组	60	16.12±3.34	8.98±3.65	53.99±3.17
t		11.0624	4.2206	22.2898
P 值		0.0000	0.0000	0.0000

2.4 两组患者干预前后生活质量评分的比较 干预前两组患者生活质量评分无差异 ($P>0.05$), 干预后观察组生活质量评分高于对照组 ($P<0.05$), 见表 4。

肾结石术后会导尿液异常, 比如尿液中泡沫增多, 尿液颜色浑浊, 甚至溶质浓度变高。本研究中, 观察组的尿液转清时间明显低于对照组, 说明层级整体护理能够有效减少尿液异常现象, 促进患者尽快康复出院。患者术后的疼痛, 甚至是肢体功能不灵活等问题会导致患者生理健康发生明显的改变, 也会产生焦虑、抑郁等不良情绪, 导致患者术后生活质量明显降低, 对术后康复及患者预后带来严重威胁。干预后观察组生活质量评分高于对照组, 说明层级整体护理能改善患者生理、心理状态, 提高患者的生活质量。

综上所述, 层级整体护理在肾结石取石术后造瘘管患者中的应用具有明显优势, 能够提高护理质量, 降低并发症的风险, 缩短患者住院时间, 并提高患者的生活质量, 值得临床推广。

参考文献:

- [1] 张利. 层级护理干预在重症中心静脉置管患者导管相关性感染及上肢静脉血栓控制中的应用[J]. 血栓与止血学, 2021, 27(2): 351-352, 355.
- [2] 刘玉. 分析层级护理干预在重症中心静脉置管患者导管相关性感染及上肢静脉血栓控制中的应用[J]. 药店周刊, 2021, 30(25): 127-131.
- [3] 罗梓月. 在经皮肾镜碎石取石术患者术后造瘘管的护理工作过程运用层级整体护理模式后的价值研究[J]. 养生保健指南, 2021, 8(35): 208-209.
- [4] 蒋艳. 论分层级护理管理模式在骨科风险防控及护理质量改进中的应用[J]. 智慧健康, 2021, 7(3): 99-101.
- [5] 张莉莉. 层级护理管理模式提高 ICU 护士心理状态和护理质量的影响评价[J]. 吉林医学, 2020, 41(3): 753-754.
- [6] 徐会美, 孙琼. 层级护理干预用于肾结石患者取石术后造瘘管护理中的效果[J]. 临床与病理杂志, 2020, 40(9): 2475-2479.
- [7] 朱培恩. 在肾结石患者取石术后造瘘管的护理工作过程运用层级整体护理模式后的价值研究[J]. 饮食保健, 2020, 7(8): 179-180.

KTH 模式下妊娠期高血压产妇自我效能及分娩结局影响

王旭萍 杨帆 (通讯作者)

南京医科大学附属妇产医院 (南京市妇幼保健院) 江苏南京 210004

摘要:目的:探究 KTH 模式下妊娠期高血压产妇自我效能及分娩结局影响。方法:选取 2020-04-2022-01 医院收治的妊娠期高血压产妇 160 名,按照入院登记的先后顺序随机分入对照组和观察组,每组产妇 80 名。对照组按照妊娠期高血压的护理规范进行围术期或围产期护理。观察组实施 KTH 护理模式。对两组妊娠期高血压产妇的自我效能评分(GSES)、自我护理能力评分(ESCA)、分娩结局进行统计分析。结果:对照组妊娠期高血压产妇 GSES 评分为 28.31±6.14,观察组妊娠期高血压产妇 GSES 评分为 35.48±5.58,对照组 GSES 评分低于观察组,组间比较有差异(P<0.05)。对照组妊娠期高血压产妇自我护理能力评分(ESCA)为 128.48±9.79,观察组妊娠期高血压产妇自我护理能力评分(ESCA)141.22±9.51,对照组自我护理能力评分(ESCA)低于观察组,组间比较有差异(P<0.05)。观察组妊娠期高血压产妇在最终自然分娩人数、新生儿不良结局均优于对照组,组间比较有差异(P<0.05)。结论:KTH 模式下妊娠期高血压产妇自我效能水平提升,自我护理能力提高,促进了改善了母婴结局,保障了分娩安全。

关键词: KTH 模式;妊娠期高血压;分娩结局

妊娠期高血压(HDP)的发病机制目前尚未明确,是妊娠与高血压并存的一种疾病,如果不能控制好病情的发展,威胁产妇及胎儿的安全,容易导致胎儿宫内死亡^[1]。目前此类疾病在我国产妇中发生率约为 10%左右^[2]。妊娠期高血压随着孕产妇妊娠周期的增大而加重,除临床治疗外,护理干预措施尤为重要,能够改善妊娠结局^[3]。KTH 模式是将知行模式、跨理论模式、健康信念模式进行整合,能够促进患者认知能力提升的一种护理方式^[4-5]。

目前较多的妊娠期高血压产妇对于疾病及后期的治疗方式缺乏认知,护理及治疗的依从性差,导致产妇在妊娠周期内的自我护理能力较弱,不利于分娩结局的改善。本次研究中我们通过 KTH 模式的实施,为产妇提供持续的健康信息,满足产妇分娩的需求,提升患者的健康信念,促进自我效能增强,现汇报如下:

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择2020-04-2022-01医院收治的妊娠期个高血压产妇160名,按照住院登记的先后顺序对照组和观察组各80名产妇进行对照实验。对照组产妇年龄22-40岁,平均年龄30.23±4.13岁,孕周32-39周,平均38.13±3.22周,初产妇60人,经产妇20人,具有大学学历以上人数为72人。观察组产妇年龄22-40岁,平均年龄30.56±4.37岁,孕周32-39周,平均38.11±3.27周,初产妇62人,经产妇18人,具有大学学历以上人数为70人。产妇之间的基线资料(孕周、年龄、分娩经验)比较无差异性 $p>0.05$ 。本次实验由医院伦理委员会授权,在保障产妇及胎儿安全为前提的基础上实施。

纳入标准:1.符合妊娠期高血压的诊断标准^[6]。2.产妇无凝血功能障碍。3.妊娠期无其他并发症。4.对于本次的实验过程知晓,签署知情同意书。

排除标准:1.认知功能障碍。2.精神异常,无法进行正常沟通。

1.2 方法

1.2.1 对照组:给予常规护理。对疾病的相关知识进行讲解;实施胎心监护,给予心理护理;协助产妇进行住院期间的常规检查;进行出入院指导等。

1.2.2 观察组:1.成立KTH护理干预小组,对组员进行知行模式、跨理论模式、健康信念模式的学习,并且考核合格后上岗。2.根据产妇的对于KTH模式相关的知识的认知水平进行分组,制定相适应的健康教育内容,并且针对常规护理中存在缺乏有效沟通及健康宣教内容单一等问题,实施专心理护理,并且通过模型结合视频,将分娩的过程对孕产妇实施讲解,并且结合视频讲解分娩中的一些注意事项。3.结合患者的职业经历

及学习能力,对妊娠期高血压的发病原因、机制、临床表现、体征、后期的治疗护理方案、疾病的危害性等多方面对孕产妇进行讲解,根据孕产妇的状态进行分阶段授课,一般每次时间20分钟左右,并且实施定期的评估,不断调整护理计划。4.对于依从性较差,自身健康信念不足孕产妇,要督促家属对孕产妇实施监督,后期通过打卡建立日常规律饮食及运动。5.建立相关联系,主要是微信群及qq群的建立,并且设定官方公众号,定期将妊娠期高血压的相关健康知识推送。组群内进行一些知识问答及线上视频,能够不断激发产妇的学习热情,并且能够针对产妇的疑惑进行在线解答。6.后期的饮食护理中,尽量多食用一些新鲜蔬菜水果,保证营养的均衡性。7.居家后的生活注意劳逸结合,保证每日的睡眠时间,保持心态的稳定,鼓励产妇能够将负性情绪合理宣泄,定期来医院进行复查。

1.3 数据观察

两组妊娠期高血压产妇的自我效能评分(GSES)、自我护理能力评分(ESCA)、分娩结局。GSES、ESCA量表分值越高越好^[7-8]。分娩结局我们比较自然分娩例数及新生儿出生后的不良反应进行统计。

1.4 统计 采用SPSS22.0统计学软件对本次KTH模式下妊娠期高血压产妇相关数据(GSES、ESCA、分娩结局)进行分析,计量资料以均数±标准差(±s)表示,P<0.05为差异有统计学意义,计数资料以率(%)表示。

2 结果

对照组妊娠期高血压产妇 GSES 评分为 28.31±6.14,观察组妊娠期高血压产妇 GSES 评分为 35.48±5.58,对照组 GSES 评分低于观察组,组间比较有差异(P<0.05),见表 1。对照组妊娠期高血压产妇自我护理能力评分(ESCA)为 128.48±9.79,观察组妊娠期高血压产妇自我护理能力评分(ESCA)为 141.22±9.51,对照组自我护理能力评分(ESCA)低于观察组,组间比较有差异(P<0.05),见表 2。观察组产妇实施自然分娩人数为 55 人,新生儿不良结局 4 例;对照组实施自然分娩人数为 40 人,不良结局 10 例,观察组妊娠期高血压产妇在最终自然分娩人数、新生儿不良结局均优于对照组,组间比较有差异(P<0.05),见表 3。

表 1 两组 HDP 产妇 GSES 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	人数	干预实施前	干预实施后
对照组	80	23.41±5.33	28.31±6.14
观察组	80	23.47±5.52	35.48±5.58

P	/	P>0.05	P<0.05
表 2 两组 HDP 产妇自我护理能力评分 (ESCA) 比较 ($\bar{x} \pm s$)			
组别	人 数	干预实施前	干预实施后
对照组	80	90.46±7.23	128.48±9.79
观察组	80	91.38±7.51	141.22±9.51
P	/	P>0.05	P<0.05

表 3 两组 HDP 产妇母婴结局比较 (%)			
组别	人 数	自然分娩人数	新生儿不良结局(胎儿窘迫、窒息等)
对照组	80	40 (50.00)	10 (12.5)
观察组	80	55 (68.75)	4 (5)
P	/	P<0.05	P<0.05

3. 讨论

妊娠期高血压是威胁孕产妇妊娠期身心健康的一种常见并发症,目前临床中大多采用药物治疗,在一定程度上改善了妊娠结局,对孕产妇及新生儿的预后起到一定的促进作用^[9-10]。但是常规的围术期或围产期护理中,对于孕产妇的健康教育相对落后,孕产妇的相关知识缺乏,孕产妇对于自身疾病相关知识认知存在偏差,加上孕期内产妇的焦虑及抑郁等负面情绪的影响,孕产妇在入院后的依从性偏低,不能很好地配合护理人员完成各项护理操作,患者在常规护理下被动地接受护理服务,体验感较差^[11-13]。

KTH护理中的健康信念、知行信、跨理论模式均为干预理论,目前在临床多学科中得到了应用,对于糖尿病、慢性阻塞性肺疾病等相关病种具有很好的实施效果。KTH护理模式有助于患者对疾病相关知识的提升,较与传统护理模式更容易使得孕产妇所接受,能够根据孕产妇的接受能力制定相应的标准,协助孕产妇建立分娩的信心,将心理护理融入到健康教育中^[14-15]。该模式是将多种健康理论整合,使得健康宣教更为科学化、系统化符合孕产妇孕期特征,有助于孕产妇能够快速提升健康教育治疗及效果^[16-18]。

在本次 KTH 模式下妊娠期高血压患者自我效能及分娩结局中我们发现:对照组妊娠期高血压产妇 GSES 评分为 28.31±6.14,观察组妊娠期高血压产妇 GSES 评分为 35.48±5.58,对照组 GSES 评分低于观察组,组间比较有差异 ($P<0.05$)。对照组妊娠期高血压产妇自我护理能力评分 (ESCA) 为 128.48±9.79,观察组妊娠期高血压产妇自我护理能力评分 (ESCA) 为 141.22±9.51,对照组自我护理能力评分 (ESCA) 低于观察组,组间比较有差异 ($P<0.05$)。表明 KTH 模式的实施,孕产妇的自我效能及自我护理能力得到提升。护理人员积极与产妇进行沟通,在精神层面上给予产妇不断地鼓励,协助产妇建立正确的分娩认知,减轻产妇在分娩过程中的负面情绪,并且将分娩成功的案例与孕产妇进行分享,促进了孕产妇能够积极配合后期的治疗及护理。观察组产妇实施自然分娩人数为 55 人,新生儿不良结局 4 例;对照组实施自然分娩人数为 40 人,不良结局 10 例,观察组妊娠期高血压产妇在最终自然分娩人数、新生儿不良结局均优于对照组,组间比较有差异 ($P<0.05$)。孕产妇能够对孕期内的疾病相关情况及转归有着清晰的认知,增强孕产妇阴道试产的信心,减少了剖宫产手术发生的可能。同时由于产妇在孕期内的积极配合,新生儿出现不良结局例数减少,得到了更多孕产妇的认可。

综上所述,对妊娠期高血压孕产妇实施 KTH 模式,增强了产妇的自我护理能力及自我效能,改善了妊娠结局,为母婴护理提供了新的方式,值得推广。

参考文献:

- [1]韩秀红,张超,邱忠君.穴位按摩联合心理干预对妊娠期高血压病人血压、心理及妊娠结局的影响[J].护理研究,2020,034(08):1439-1442.
- [2]王水霞,赵敏.妊娠期高血压疾病患者产后血压恢复的相关因素分析[J].中国医药,2019,14(5):128-130.
- [3]张利娜,马娟萍,党小雅,等.整体护理模式对妊娠高血压产妇疾病控制程度及胎儿结局的影响分析[J].贵州医药,2019,43(9):1494-1495.
- [4]张会敏,张海洋,唐四元.KTH 整合式护理干预对社区老年高血压患者自我效能的影响[J].广东医学,201435(17):2801-2803.
- [5]张会敏,朱丽丽,张海洋,等.KTH 整合式护理干预对社区老年高血压患者主观幸福感的影响/全国高血压防治知识推广培训班暨健康血压中国行海南海口会论文综合刊,2014.
- [6]中华医学会妇产科学分会妊娠期高血压疾病学组.妊娠期高血压疾病诊治指南(2012版)[J].中华妇产科杂志,2012,47(6):476-480.
- [7]王才康,胡中锋,刘勇一般自我效能感量表的信度和效度研究[J].应用心理学,2001,7(1):37-40
- [8]张荣.动机性访谈对高龄高血压患者自护能力及血压控制的影响[J].检验医学与临床,2017,14(19):2921-2923.
- [9]陈春早期护理干预在改善妊娠高血压患者的妊娠结局中的应用效果[J].实用临床医药杂志,2015,19(16):169-170.
- [10]Easter SR, Rouse CE, Duarte V, et al. Planned vaginal delivery and cardiovascular morbidity in pregnant women with heart disease J .Am J Obstet Gynecol, 2020, 40(4):188-190.
- [11]Saad AF, Gupta J, Hruhan L, et al. Predictors of vaginal delivery after cervical ripening using a synthetic osmotic dilator J .Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2020, 246:160-164.
- [12]Firouzan L, Kharaghani R, Zenoozian S, et al. The effect of midwifery led counseling based on Gamble's approach on childbirth fear and self-efficacy in nulligravida women J . BMC Pregnancy Childbirth, 2020, 20(1):522.
- [13]于青青,王玲.前瞻性护理在预防妊娠期高血压产妇产后出血中的应用研究[J].实用中西医结合临床,2020,20(6):169-170.
- [14]张一平,康廷干,孟莲洁.KTH 整合式护理对老年缺铁性贫血患者疾病相关知识水平及自护能力影响[J].武警后勤学院学报(医学版),2021,30(7):148-150.
- [15]彭雪英,欧阳冰冰,林乐容.KTH 整合式护理干预对老年糖尿病患者疾病知识、自护能力及生活质量的影响[J].国际护理学杂志,2019,38(7):906-909.
- [16]赵秀芳,张金霞,王翠荣.系统化护理干预对妊娠期高血压疾病患者负面情绪及妊娠结局的影响[J].中国药物与临床,2017,17(2):304-306.
- [17]茹炜霞,郭建萍.细致化护理在提升妊娠高血压疾病产妇产前分娩自我效能中的效果[J].临床检验杂志(电子版),2017,6(3):612-614.
- [18]李晓娟,武琳琳.精准护理在轻度妊娠期高血压患者中的应用及对妊娠结局的影响[J].贵州医药,2019,43(1):156-158.

延伸式纯母乳喂养护理干预对产妇生理与心理状态的影响

范享妹 叶小兰 徐小欣 何秀珍^{通讯作者}

联勤保障部队第九〇七医院 福建南平 353000

摘要：目的：研究产妇在改善心理以及生理状态过程中使用延伸式纯母乳喂养护理干预的效果。方法：本文选择 54 例产妇进行数据分析，分成两组，观察组产妇 27 例实施延伸式纯母乳喂养护理干预，而对照组产妇 27 例实施常规产后护理，对比两组产妇的组间数据。结果：与对照组产妇进行数据对比分析，观察组产妇的在出院 3 个月的不良情绪、母乳喂养能力、纯母乳喂养率均显著改善， $P < 0.05$ 。对比两组产妇在出院时的不良情绪、母乳喂养能力， $P > 0.05$ 。结论：产妇在改善心理以及生理状态过程中使用延伸式纯母乳喂养护理干预的效果较为理想。

关键词：延伸式纯母乳喂养护理干预；产妇；生理；心理

对于新生儿来说，母乳十分重要，有多种抗体以及微量元素存在，营养价值高，可以促进婴幼儿生长。目前各国均对纯母乳喂养持支持态度，WHO 提出，应将纯母乳喂养率提高到 50% 以上。相关数据显示，这一标准尚未达到。近些年来，由于国内的女性生活习惯改变，加上思想观念改变，明显下降产妇的纯母乳喂养率，对于新生儿来说，健康成长受到一定影响^[1]，因此临床应对其加强重视。针对产妇的护理工作进行优化，为产妇提供母乳喂养指导，将纯母乳喂养率有效提升。目前来说，产妇在出院之后与医院之间的联系减少或者终结，难以获得科学系统的母乳喂养指导，因此临床提出延伸性的护理服务，为产妇提供持续性的护理指导，指导产妇进行母乳喂养，利用有效护理干预，减轻产妇不良情绪。此次实验选择 54 例产妇，研究产妇在改善心理以及生理状态过程中使用延伸式纯母乳喂养护理干预的效果。

1 资料和方法

1.1 资料

从我院选择 54 例产妇，纳入时间 2021 年 1-12 月，以随机数表法分组，每组产妇的例数是 27 例，观察组产妇中，年龄 22-36 (27.4±2.5) 岁，自然分娩、剖宫产分娩依次是 25 例、2 例，对照组产妇中，年龄 21-35 (27.2±2.4) 岁，自然分娩、剖宫产分娩依次是 24 例、3 例。以上组间数据比较， $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组产妇 27 例实施常规产后护理，护理人员应为产妇讲解母乳喂养知识，指导产妇在喂养过程中保持正确姿势，针对产妇的睡眠以及饮食进行相应的护理指导，针对产妇所处环境的卫生进行相应干预，落实各项常规护理措施。

观察组产妇 27 例实施延伸式纯母乳喂养护理干预：(1) 对于护理人员来说，应根据产妇的实际情况，将产妇的健康档案构建，针对出院后的产妇，选择有较强责任心、有较为丰富经验以及有良好沟通能力的护理人员随访产妇，随访方式包括上门以及电话，每周开展一次电话随访，每三周开展一次上门随访，产妇也可以自己来医院进行相应咨询。在随访过程中，将哺乳期的饮食原则讲解给产妇，对产妇的会阴、睡眠、母乳喂养以及乳房情况等进行评价，针对产妇在护理过程中出现的问题进行相应解释以及指导。对产妇的心理状态进行相应评估，干预产妇的不良心理。(2) 帮助产妇设计一个营养健康的食谱，在此期间结合产妇的年龄、体重、身

高以及特殊要求、哺乳期的活动量等情况，由营养师负责，要求产妇严格按照所设计的食谱进行就餐。(3) 如果产妇对新生儿的喂养方法不当，会导致不良后果发生，因此护理人员应及时对其进行纠正并指导^[2]，告知产妇正确喂养姿势，告知产妇长期开展纯母乳喂养的好处，坚定产妇开展纯母乳喂养的决心。(4) 护理人员应根据产妇的实际情况来指导产妇进行运动，确保运动合理，开展盆底肌训练，具体包括腹直肌与盆底肌运动、腹式呼吸配合运动、提肛训练等，对产妇的盆底肌功能进行相应改善，促进产妇的生活质量获得有效提升。(5) 对于护理人员来说，应根据产妇的情况开展健康知识讲座，组织产妇学习护理新生儿的相关知识，指导产妇通过为新生儿拥抱、抚触、脐部护理、沐浴等措施强化母婴之间的关系，对于护理人员来说，可以使用示范、操作、视频等方式，对产妇的理解健康知识的程度进行有效加深，在操作过程中，将新生儿容易出现的反应讲解给产妇，避免产妇出现过度紧张情况。(6) 对于护理人员来说，还需要关注产妇的心理状态，理解产妇产生不良情绪的原因^[3]，使用诚恳亲切的语气沟通交流产妇，结合产妇的个体情况，利用合理的方式安抚产妇情绪，例如为产妇提供家庭支持、鼓励以及倾听等，对产妇存在的问题进行耐心解答，将开导以及安慰工作做好，告知产妇良好心态有利于维护母婴健康。对于护理人员来说，还需要积极沟通产妇的家属，将产妇产后容易出现的不良反应告知给产妇家属，对日常照顾产妇的注意事项进行强调，叮嘱产妇家属多鼓励以及关心产妇，尽量满足产妇的合理护理需求，将产妇的内心压力有效减轻。叮嘱产妇多与新生儿玩耍，将感情增进，对产妇开展纯母乳喂养的决心进行强化。

1.3 效果分析^[4]

不良情绪、母乳喂养能力：使用焦虑、抑郁自评量表以及 Laches 量表测定数据。

1.4 数据检验

SPSS25.0 统计软件中， χ^2 检验中，以百分号%表示计数资料，t 检验中，以 $[\bar{x} \pm s]$ 表示计量资料， $P < 0.05$ ，有统计学差异。

2 结果

观察组产妇的在出院 3 个月的不良情绪、母乳喂养能力、纯母乳喂养率均显著改善，与对照组产妇进行数据对比分析， $P < 0.05$ 。比较两组产妇在出院时的不良情绪、母乳喂养能力， $P > 0.05$ 。

表 1 对比两组产妇的出院时、出院 3 个月的不良情绪（分）

组别	焦虑		抑郁	
	出院时	出院 3 个月	出院时	出院 3 个月
观察组 (n=27)	55.01±4.36	49.44±4.15	56.51±3.87	50.14±3.21
对照组 (n=27)	54.77±4.42	52.05±3.51	56.44±4.16	52.45±3.07
t	0.2009	2.4952	0.0640	2.7023
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表 2 对比两组产妇的出院时、出院 3 个月的母乳喂养能力（分）

组别	出院时	出院 3 个月
观察组 (n=27)	26.56±3.11	31.05±1.95
对照组 (n=27)	26.74±3.06	29.72±1.66
t	0.2144	2.6986
P	>0.05	<0.05

表 3 对比两组产妇的纯母乳喂养率（%）

组别	纯母乳喂养率
观察组 (n=27)	26 (96.29)
对照组 (n=27)	20 (74.07)
χ^2	5.2826
P	<0.05

3 讨论

临床探讨分析发现，为新生儿开展母乳喂养，不仅有利于新生儿生长发育，而且可以帮助新生儿显著预防各类疾病的发生。对于产妇来说，在产后开展常规产后护理，效果不够理想，尤其是提高纯母乳喂养率方面，不能起到良好的促进作用，对产妇身心状态疏忽，在临床应用过程中^[5]，应用价值不高，有较为明显的局限性，近期有学者对其进行了相关研究以及探讨，发现应用延伸式纯母乳喂养护理干预可以确保产妇母乳喂养率达到要求，可以显著改善产妇的健康状况、心理状况。

对于产妇来说，产后存在一些不良情况，包括乳房胀痛、乳汁分泌不足、乳头皲裂等，会影响产妇母乳喂养的主动性以及积极性，加上部分产妇在产后存在不良情绪，对母亲的角色适应难，排斥母乳喂养。相关研究指出，纯母乳喂养产妇的生理以及心理状态明显更好，出现抑郁症的可能性显著更低，分析原因，是由于母乳喂养能够强化母亲与孩子之间的联系^[6]，帮助产妇进行角色转变。

临床实践证实，对于产妇来说，在改善生理以及心理状态过程中将延伸式纯母乳喂养护理干预采用，效果较为理想且临床应用价值较高，积极开展产妇母乳喂养指导，将产后哺乳、运动、饮食等方面的计划制定，可以帮助产妇有效恢复生理状态，为哺乳创造一定的条件，在护理过程中，针对产妇的心理开展相应疏导，可以促进产妇的不良情况明显改善，帮助产妇对角色进行良好转变，促进产妇的纯母乳喂养率明显提升。

通过临床实践可以得出，为了减轻产妇的不良情绪，对产妇的母乳喂养率进行有效提高，临床提出为产妇提供延伸式的纯母乳喂养护理干预，

有助于产妇母乳喂养能力的提升，应用延伸性护理干预^[7]，应用心理干预，有助于产妇在产后提高哺乳技能水平，将产妇哺乳能力提升。在延伸式纯母乳喂养护理干预应用过程中，护理人员应针对产妇的实际情况，将随访计划制定，随访由经验丰富的护理人员负责，检查产妇院外喂养方式，如果发现喂养不当，及时对其进行指导，帮助产妇开展六个月以上的纯母乳喂养，护理人员应负责监督以及指导。护理人员应根据产妇的实际情况，结合其运动耐受性，对产妇的休息以及训练项目进行相应制定，干预产妇的饮食，监督产妇开展相应的护理配合，告知产妇开展以上训练的目的。护理人员应积极沟通产妇的家庭成员^[8]，对产妇家属内心想法进行明确，指导产妇家属为产妇开展更多的关心爱护，缓解产妇的不良情绪，在电话随访中，如果产妇出现突发危险事件，应对其情况进行了解并明确其原因，指导解决问题的办法，帮助产妇积极解决问题，促进其纯母乳喂养率明显提升。在护理过程中需要注意，喂养过程中，不能对产妇自身身体健康以及心理健康进行忽视，关注母乳喂养率的同时，预防产妇出现产后并发症^[9]，避免产妇因为过度消极而出现不良风险，应用延伸式纯母乳喂养护理干预，帮助产妇在出院后获得系统延续性护理，促进产妇身心健康，为产妇提供相应的护理支持，强化产妇母乳喂养意识，促进母婴身体健康。

此次实验得出：观察组产妇的在出院 3 个月的不良情绪、母乳喂养能力、纯母乳喂养率均显著改善，与对照组产妇进行数据对比分析， $P<0.05$ 。比较两组产妇在出院时的不良情绪、母乳喂养能力， $P>0.05$ 。

总结以上得出，产妇在改善心理以及生理状态过程中使用延伸式纯母乳喂养护理干预，效果较为理想，产妇不良情绪显著改善，明显提高产妇的母乳喂养能力，产妇的纯母乳喂养率明显提升，值得临床推广。

参考文献：

[1]陈晶晶.延伸式纯母乳喂养护理干预联合心理护理对产妇的影响[J].心理月刊, 2020, 15 (24): 106-107.

[2]郑家琼.延伸式纯母乳喂养护理联合心理护理对初产妇母乳喂养成功率及心理状态的影响[J].当代医药论丛, 2020, 18 (12): 224-226.

[3]黄婷婷.延伸式纯母乳喂养护理干预对产妇生理与心理状态的影响[J].临床医药文献电子杂志, 2020, 7 (22): 122.

[4]李渤, 刘丽霞.网络平台下的延伸护理服务对自然分娩初产妇产后纯母乳喂养率的影响[J].黑龙江医学, 2021, 45 (08): 885-886.

[5]陈敏.护理干预对产妇阴道分娩后出血的效果观察[J].临床医药文献电子杂志, 2020, 7 (22): 121+137.

[6]崔红丽.网络互动平台的延伸护理对产褥期妇女纯母乳喂养率及生活质量的影响[J].首都食品与医药, 2020, 27 (03): 166.

[7]邹丽, 郑雅宁, 魏素花.互联网+护理实践促进纯母乳喂养的效果[J].东南国防医药, 2020, 22 (01): 85-87.

[8]霍艳芳, 刘永侠.手机 APP 平台的延伸护理服务对初产妇剖宫产术后纯母乳喂养率的影响[J].临床医学研究与实践, 2020, 5 (01): 189-190.

[9]梁映梅.延伸式纯母乳喂养护理干预联合心理护理对产妇的影响[J].实用临床护理学电子杂志, 2020, 5 (46): 40.

通讯作者：何秀珍，主管护师，护士长。

心理护理对门诊采血患儿的影响

方玉蓉 林娟

吴忠市人民医院 宁夏吴忠 751100

摘要：目的：分析心理护理对门诊采血患儿的影响。方法：选择我院于2019.10-2021.10月，2年内门诊采血室接受静脉采血的162例患儿，将所有患儿采用数字随机表法分组为对照组（81例，采用常规方法护理）和观察组（81例，实施心理护理干预）。结果：观察组负面情绪发生率均明显低于对照组，观察组心理状态明显优于对照组，观察组采血成功率、护理技能均明显高于对照组，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：对门诊采血患儿实施心理护理干预可以显著改善患儿的心理状态，减少负面情绪，提高采血成功率，有较高应用价值。

关键词：心理护理；儿科门诊；采血；影响

采血是门诊诊断疾病的常规检查手段，快速完成采血，尽快检测出化验报告才能准确诊断疾病，为临床治疗提供指导。小龄患儿采血困难是门诊采血常见问题，一是患儿身体尚未发育完全，血管细小难找，穿刺难度大，二是恐惧疼痛，患儿因为害怕针刺存在抗拒心理，配合度低，都会增加采血难度^[1]。消除焦虑、恐惧等负面情绪，提高患儿配合度，才能保证静脉采血顺利进行。门诊静脉采血的护理人员不仅要有高超的穿刺技术，还要了解患儿的心理状态，可以根据患儿的情况采取有效地干预措施，提高穿刺成功率，快速完成采血工作。以临床心理学为基础，结合患儿的个体特征，有计划的实施护理干预措施，提高采血成功率。本研究，即分析了心理护理对门诊采血患儿的影响，具体报道如下：

1 对象和方法

1.1 对象

选择我院于2019.10-2021.10月，2年内门诊采血室接受静脉采血的162例患儿为研究对象。纳入标准：（1）患儿年龄2-6岁；（2）语言表达能力、理解能力正常；（3）就诊时情绪相对稳定；（4）家属知情并同意参与本研究。排除标准：（1）急症昏迷患儿；（2）听力障碍患儿；（3）就诊时哭闹不止的患儿。将所有患儿采用数字随机表法分组为对照组（81例，男42例，女39例，平均年龄 4.37 ± 1.02 岁）和观察组（81例，男41例，女40例，平均年龄 4.41 ± 1.04 岁）。对两组患儿一般资料分析后显示，其差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。我院伦理委员会对本研究也完全知情，并批准研究。

1.2 方法

对照组采用常规方法护理，观察组实施心理护理干预。

1.2.1 常规方法护理

对照组采用常规方法护理，按照静脉血标准进行采血，穿刺前进行消毒，穿刺后按压止血，使用一次性真空负压采血针，全程严格执行无菌操作。

1.2.2 心理护理干预

观察组实施心理护理干预，具体方法如下：

◎ 成立心理护理小组。选择护理经验丰富的人员成立心理护理小组，由护士长担任组长。小组成员均是有3年以上儿科护理经验，不仅有精湛的穿刺操作能力，还擅长与人沟通，紧急情况下具备较强应变能力。无论在面对何种患者，护理人员都能做到用心、耐心、细心，不会因为难度大而逃避。

◎ 培训心理课程。患儿因为疾病的影响心理会变得脆弱，心理护理要以患儿为中心，全面了解患儿的心理特征，才能灵活实施护理干预措施。小组成员都需要统一参加心理学培训课程，系统学习相关的知识。掌握了系统的心理学知识，在接触患儿的第一时间快速判断其性格特征，采取最有效的心理护理手段。

◎ 增强服务意识。主要是由于患儿就诊需要家属陪同，为患儿进行采血时需要家属的配合，服务对象包括患儿和家属。护理人员需要增强服务意识，在面对患儿及家属时多一份理解和宽容。患儿身体不适，家属会非

常担心，常常因焦急而情绪激动，护理人员一定要快速及时安抚家属，才能确保静脉采血顺利完成。

◎ 提高穿刺技能。患儿年龄小，血管比成年人细小，尤其在不配合的情况下，极其难找，穿刺难度也会增加。在面对患儿哭闹不止，剧烈挣扎时能够做到坚决果断，实现一针见血。需要平时努力学习，多与其他护理人员交流，反复练习，熟能生巧。在采血时合理地调整进针和拔针的速度和力度，采血做到快、准、稳，将穿刺导致的疼痛降到最低，不断积累经验，争取最大程度减少患儿疼痛及不适感。

◎ 提升沟通交流能力。沟通是一门艺术，要掌握这门技艺需要付出努力和汗水。与患儿及家属交流，既要考虑患儿的情绪，还要顾及家属的心情，非常有必要提升沟通交流能力。家属常常会因为着急而手足无措，将全部希望都寄托给医护人员，认为进了医院都可以即刻解决问题。在经过候诊、问诊、检查等步骤后，家属的焦虑程度加重，会对医护产生怀疑，认为没有必要进行各种检查。尤其是患儿一直哭闹不止，家属急火攻心，容易产生一些过分的言行，护理人员一定要在充分理解的基础上安抚家属情绪。

◎ 提高协助能力。儿科采血一般是由两名护理人员共同配合进行，一人固定患儿，一人负责穿刺。采血最害怕患儿距离挣扎，若是穿刺针因此断裂，滞留体内会损伤患儿身体。最理想的情况是一人将患儿牢牢固定，另一人快速穿刺采血，在最短时间内完成。采血人员固定两人一组，默契度可以不断得到提高，在面对不同类型的患儿时都可以完美配合。

◎ 心理护理。面带微笑与患儿及家属交谈，结合患儿的表情和行为初步判断采血难度。细心解答家属的疑问，建立良好的护患关系，取得患儿的信任。将患儿进行分类，根据患儿的类型采取相对应的护理干预措施，提高采血效率。勇敢配合型的患儿采取鼓励式，患儿心智相对成熟，对采血有较为正确的认知，整个采血过程都以鼓励、夸奖的语言去称赞患儿，可以有效提高其自信心和荣誉感，患儿勇于承受疼痛，保证采血顺利完成；恐惧害怕型患儿采取安抚式，患儿的恐惧主要来自内心害怕疼痛，再加上医院的环境特殊，容易让患儿感到害怕，用语言和动作去安抚患儿，患儿逐渐放松后更容易进行穿刺；抗拒排斥型采取转移注意力，严重抗拒的患儿常常会剧烈挣扎，鼓励、安抚难以发挥作用，只能以其他的事物转移其注意力，可以让家属用玩具、喜爱的食物来转移其注意力，乘其不备快速穿刺采血。在面对患儿时灵活运用心理护理干预措施，重在可以快速完成采血，不拘泥任何形式。

◎ 候诊室环境护理。重视门诊采血室的环境卫生，让医患人员都在一个干净舒适的环境中接受诊断和治疗。患儿身体不通常会有呕吐、腹泻等症状，及时清理呕吐物、排泄物，保持环境干净卫生。哭闹时小孩子表达情绪的方式，非常容易将负面情绪传递给其他患儿，增加工作难度。将采血室与候诊室完全隔离，避免候诊患儿受到其他患儿影响，不断加剧内心恐惧，在穿刺时心理压力过大，严重抗拒。

◎ 采血完成后的心理护理。采血结束后给予患儿更多关怀，拔针后疼痛在所难免，多加安抚，避免患儿产生心理阴影，导致下次采取难度增加。

采血完毕给每位患儿口头奖励,或表扬此次表现很棒,是勇敢的乖宝宝,快速制止哭闹。患儿会将注意力都放在鼓励上,接下来的检查治疗更容易开展。患儿的记忆能力不容忽视,多数患儿在首次接受静脉采血时会比较顺利,主要是无知无畏,一旦患儿在内心深处对穿刺产生恐惧,下次在见到医护人员时就会抗拒,不利于以后的诊疗工作。

◎ 定期经验交流。小组定期开展经验分享交流会,选择最有典型代表性的患儿,将护理的方法进行分享,实现共同进步。患儿的性格千差万别,不同患儿需要根据实际情况选择最有效的心理干预措施,分享是快速提高的最佳途径,多学习成功经验,才能快速实现自我提升。

1.3 观察指标

本研究需观察两组患儿的负面情绪发生情况、心理状态、采血成功率、护理技能进行评价。在护理技能的评价上,分别从穿刺技能、应变能力、心理学知识这三个方面进行评价,每项分值为 0-10 分,得分越高表示护理技能越强。

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 两组负面情绪发生率的对比

观察组负面情绪发生率均明显低于对照组,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$),如表 1:

表 2 观察组和对照组负面情绪发生率的对比 (%)

组别	例数	紧张 (例)	恐惧 (例)	抗拒 (例)	负面情绪发生率
观察组	81	5 (6.17%)	3 (3.70%)	3 (3.70%)	11 (13.58%)
对照组	81	18 (39.13%)	15 (18.52%)	13 (16.05%)	46 (56.79%)
χ^2	-	8.564	9.000	6.935	33.158
P	-	0.003	0.003	0.008	0.001

2.2 两组采血成功率的对比

观察组采血成功率明显高于对照组,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$),如表 2:

表 2 观察组和对照组负面情绪发生率的对比 (%)

组别	例数	一次穿刺 (例)	两次穿刺 (例)	三次及以上穿刺 (例)
观察组	81	53 (65.43%)	21 (39.62%)	7 (13.21%)
对照组	81	20 (24.69%)	42 (51.85%)	19 (23.46%)
χ^2	-	27.154	11.455	6.597
P	-	0.001	0.001	0.010

2.3 两组护理技能的对比

观察组护理技能明显高于对照组,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$),如表 3:

表 3 观察组和对照组护理技能的对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	穿刺技能 (分)	应变能力 (分)	心理学知识 (分)
观察组	81	9.15 $\pm$ 0.31	9.07 $\pm$ 0.23	9.17 $\pm$ 0.25
对照组	81	8.22 $\pm$ 0.54	7.86 $\pm$ 0.47	7.24 $\pm$ 0.36
t	-	13.442	20.812	39.631
P	-	0.001	0.001	0.001

3 讨论

门诊小儿采血一直以来都是护理工作的难点之一,主要是患儿年龄小,心智不成熟,配合度偏低导致。患儿血管较细,存在找难、穿刺难

的问题,往往很难快速完成采血工作^[2]。患儿及家属的情绪会影响采血,护理人员的穿刺技术,服务态度也会影响患儿及家属的心理状态。常规护理注重采血的安全性,主要是以家属为护理对象,将取得家属的配合作为前提,完全没有认识到患儿才是采血的对象。没有取得患儿配合的情况下,通过家属帮忙采取强制性穿刺采血,容易引起患儿的逆反心理,严重抗拒采血,可能导致发生安全事故^[3]。为了提高门诊患儿静脉采血的效率,需要采取有效地护理干预措施来改善这种情况。

心理护理是根据采血患儿接受采血时的心理特征,采取的针对性护理措施,在提高穿刺技能的同时,积极改善患儿情绪,提高采血成功率。患儿年龄小,对陌生的环境会有恐惧心理,布置门诊采血室需要考虑患儿的情况,选择温馨舒适的风格^[4]。护理人员不仅要加强穿刺技能培训,还要积极拓宽知识面,学习心理学知识,提高应变能力,在任何情况下都能做好高效采血^[5]。增强服务意识,护理人员在面对患儿及家属时一定要保持微笑,在患儿不配合的时候要耐心,不厌其烦开导患儿。采血过程中与家属做好配合,准确找到静脉血管,快速完成穿刺和抽血,切忌犹豫不决,增加采血时间,导致患儿激烈反抗^[6]。注意家属的情绪变化,采血困难的患儿家属会过分焦急,这种情绪会传递给患儿,增加采取难度。重视家属的心理状态,引导家属调节情绪,积极配合,患儿不停哭闹、挣扎,全身肌肉紧绷,明显增加穿刺难度^[7]。心理护理将患儿及家属都纳入到护理工作中,通过疏导不良情绪,消除恐惧心理,提高配合效果,保证采血顺利进行^[8]。患儿恐惧穿刺,害怕疼痛都是正常现象,护理人员需要正确认识到这一点,在开展采血工作时,采取有效的干预措施改善患儿加家属的心理状态,提高配合度,促使采血成功^[9]。建立良好的护患关系是护理工作的一部分,护理人员的服务态度会影响患儿的情绪,热情、耐心的工作态度可以更容易获得患儿及家属的信任,提高患儿的配合度^[10]。专业的护理人员具备优秀的穿刺技术和应变能力,在任何情况下都能保持学习的态度,不断自我提升^[11]。本研究显示,心理护理干预可以显著提高门诊患儿静脉采血成功率,避免因患儿不配合而花费较多时间,反复穿刺不成功的问题。

综上所述,对门诊采血患儿实施心理护理干预可以现在改善患儿的心理状态,减少负面情绪,提高采血成功率,有较高应用价值。

参考文献:

- [1]江慕娟.心理护理在门诊静脉采血患者中的应用效果观察[J].中国城乡企业卫生,2022,37(03):125-127.
- [2]刘月平,戴冬平,陈志女等.专案创优护理在门诊静脉采血患儿中的应用效果[J].护理实践与研究,2021,18(24):3754-3757.
- [3]聂登峰,张希兰,王振东等.健康教育联合心理护理在门诊静脉采血患儿中的应用[J].心理月刊,2021,16(21):153-155.
- [4]王新新.实施心理护理干预对门诊静脉采血患儿及家属的作用分析[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(45):117.
- [5]张桂香.心理护理干预对 82 例门诊静脉采血患儿及家属的影响探究实践[J].心理月刊,2019,14(08):57.
- [6]王俭.研究心理护理干预对门诊静脉采血患儿负面情绪的影响[J].中国实用医药,2019,14(12):189-190.
- [7]苏燕涛.心理护理干预对门诊静脉采血患儿不良情绪的影响分析[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(34):255.
- [8]杨丽萍.实施心理护理干预对门诊静脉采血患儿及家属的作用分析[J].按摩与康复医学,2019,10(09):93-94.
- [9]刘建宁.探究精细化管理在儿科门诊急诊化验采血前质量管理中的应用[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(A0):217-218.
- [10]马立威,裴立群.心理护理干预对门诊静脉采血患儿负面情绪的影响[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(15):129-132.
- [11]裴娟.心理护理干预对门诊静脉采血患儿负面情绪的影响分析[J].健康之路,2018,17(02):122.

一例阿奇霉素治疗重症肺炎继发 QT 间期延长患儿的病例分析

房敏敏

银川市妇幼保健院 宁夏银川 750001

摘要:肺炎支原体是儿童社区获得性肺炎(CAP)的主要致病微生物之一,约占CAP入院儿童的10%-40%,总体以学龄期、学龄前期儿童为主,但近年来低龄儿童感染亦不少见,基于喹诺酮类、四环素类治疗药物的年龄禁忌局限,大环内酯类抗生素依然是临床治疗的首选,但本类药物亦存在Q-T间期延长、尖端扭转型室速的致命不良反应风险。本文通过病例分析对阿奇霉素治疗支原体肺炎继发Q-T间期延长的监护与药物治疗进行探讨,以期临床重症支原体肺炎的药物治疗及监护提供参考。

关键词:肺炎支原体;肺炎;阿奇霉素;Q-T间期延长

Abstract: Mycoplasma pneumonia is one of the main pathogenic microorganisms of children's community-acquired pneumonia (CAP), accounting for 10-40% of the children admitted to the CAP. The overall incidence age is mainly in the school age and pre-school age. However, in recent years, the infection of children with low-age children is not uncommon. Based on quinolones, the age-taboo limitations of tetracycline drugs, macrolides are still the first choice for mycoplasma pneumonia in children, but there are also the risk of the prolongation of Q-T interval and the fatal adverse reaction of the tip torsion chamber. The monitoring and drug treatment of the secondary Q-T interval of the children with mycoplasma pneumonia treated with azithromycin by the case analysis are discussed in this paper. In order to provide reference for clinical treatment and monitoring of severe mycoplasma pneumonia.

Keywords: Mycoplasma pneumoniae, pneumonia, azithromycin, Q-T interval prolongation

1 病历摘要

1.1 病史资料 患者,男,5岁6月龄,因“咳嗽1周,加重伴呼吸困难4天。”入院。入院1周前患儿出现咳嗽,较剧烈,以夜间为著,咳剧后有呕吐,就诊私人诊所,予以口服药物(具体不详)治疗3天,上述症状无缓解。入院4天前咳嗽加重,出现呼吸困难、烦躁不安,就诊当地医院,予“头孢曲松、甲泼尼龙琥珀酸钠、氨茶碱”等治疗3天,呼吸困难加重,并伴有意识障碍,为进一步诊治收入院。查体:T:37.9℃,P:174次/分,R:64次/分,BP:150/90mmHg,W:25kg,SPO₂:67%,谵妄状,肤色紫绀,鼻翼扇动,口唇发绀,三凹征阳性。双肺呼吸音粗,可闻及大量哮鸣音,以呼气相为主。心率174次/分,心律规整,心音低钝,未闻及明显杂音。肝脏肋下2.5cm,剑突下3cm。血常规:WBC:14.31×10⁹/L,N:82.61%,PLT:371×10⁹/L,HB:124g/L;血生化:LDH419U/L,CRP:14.85mg/L,CK1450U/L,CK-MB53U/L,肌酐27.8μmol/L,ALT:27U/L,AST:61U/L;肺炎支原体核酸阳性;胸部CT:两肺见大片状致密影,右肺下叶为著,部分实变。入院诊断:1.社区获得性肺炎(重症)2.呼吸衰竭3.心力衰竭

1.2 治疗经过 入院后血气分析:pH7.453,pCO₂49.3mmHg,pO₂57.8mmHg,K⁺3.3mmol/L;予以有创呼吸机A/C模式辅助通气,美罗培南联合阿奇霉素抗感染,甲泼尼龙琥珀酸钠抗炎,丙种球蛋白免疫支持,多巴胺强心、利尿、改善循环,咪达唑仑联合芬太尼镇痛镇静。患儿接受上述治疗一天后热峰38.9℃,胃肠减压引流物咖啡样物,补充诊断上消化道出血,加用奥美拉唑0.7mg/kg/次、每日一次静脉滴注治疗。入院第三天热退、心力衰竭纠正,双肺呼吸音低,可闻及中量中细湿啰音,心电监测提示心律不齐,查血气电解质K⁺2.9mmol/L,心电图:Q-T间期延长,停用阿奇霉素,予以静脉补钾;入院第四天,肺部体征减轻,停用有创呼吸机及镇痛镇静药,心电图仍提示Q-T间期延长,胃肠减压仍可引流咖啡样物,甲泼尼龙琥珀酸钠减量并增加补钾剂量、奥美拉唑增加至0.7mg/kg/次、每日两次静滴,监测血钾5.0mmol/L,心电图Q-T间期延长渐好转。入院第七天血钾水平正常,肺炎支原体抗体阴性,心电图提示窦

性心律、大致正常心电图,患儿仍有咳嗽,夜间为著,肺部体征减轻,予以阿奇霉素第二疗程治疗;入院第十一天,患儿咳嗽及肺部体征好转,心电图未及异常,予以出院。

2 分析讨论

2.1 抗感染治疗的合理性

肺炎支原体是儿童CAP主要致病微生物之一,主要致病年龄总体以学龄期、学龄前期为主,主要临床表现为发热、咳嗽,咳嗽可表现出昼夜差异;实验室检查血常规白细胞升高多不明显,以中性粒细胞为主,CRP轻度升高或无明显变化;影像学表现形式多样,部分患儿整个病程中肺部可无任何阳性改变,随着年龄增长,患儿免疫功能逐渐发育完全,多可表现为单侧阶段性、大叶性肺炎。因此血常规及影像学检查仅为肺炎支原体肺炎的诊断提供参考。病例确诊仍需肺炎支原体核酸检测、IgM抗体滴度检测及分离培养,但基于分离培养所需时间长的缺点,目前临床早期诊断主要以核酸检测阳性及IgM抗体滴度大于1:160为依据^[1]。

本例患儿辅助检查肺炎支原体核酸检测阳性,血常规白细胞升高以中性粒细胞为主,胸部CT:两肺见大片状致密影,右肺下叶为著,部分实变。并结合患儿以咳嗽、发热为主要临床表现等特点,且文献报道儿童肺炎支原体感染时AST、LDH、CK均显著升高^[2],本例患儿血生化“LDH419U/L,CK1460U/L”,因此入院予以阿奇霉素静滴抗支原体感染治疗。

CRP为急性期炎症反应蛋白,感染病例早期可表现为升高,虽然对于致病微生物种类判别的敏感性、特异性缺乏统一意见,但一般细菌感染CRP均可表现出一定程度的升高,本例患儿血生化CRP仅轻度升高(CRP:14.85mg/L),结合患儿肺炎表现,可能与早期使用甲泼尼龙琥珀酸钠免疫抑制相关,因此不排除合并细菌感染可能。且患儿院外接受头孢曲松治疗三天,呼吸困难加重。头孢曲松属第三代头孢菌素类抗生素,抗菌谱广,可覆盖儿童CAP常见致病菌^[3],但患儿入院时肺症重、仍有发热,提示初始经验性抗感染治疗失败,且不排除头孢曲松导致病菌耐药性的产生。患儿入院时精神反应差,肺炎合并呼吸衰竭体征,明确诊断重症CAP,依

据抗生素使用原则,予以美罗培南加强抗感染治疗,避免延误治疗、减少并发症。

2.2 Q-T 间期延长的干预

Q-T 间期延长是一种心室复极时程延长、不均一性增大的疾病,严重并发症为继发多形性室性心律失常(尖端扭转型室速),严重威胁患者生命安全。其发生机制可能与药物阻滞钾离子电流产生、抑制钾离子通道蛋白表达、复极储备减弱、晚钠内向电流增大等密切相关^[4]。诱发因素包括药物、心脏疾病(心力衰竭、心肌缺血、心动过缓等)或者代谢异常等,临床常用可引发 Q-T 间期延长不良反应的药物主要包括:喹诺酮类、大环内酯类抗生素、抗组胺药及部分抗心律失常药物等。本例患儿入院时诊断“心力衰竭”,但在继发 Q-T 间期延长时心衰明显好转,因此依据药物不良反应相关性评价原则,本例患儿 Q-T 间期延长与阿奇霉素不良反应的相关性评判为“很可能”。依据 FDA 建议:对于已经发生的 Q-T 间期延长、尖端扭转型室速的患者,同时使用可延长 Q-T 间期药物;或存在低钾、低镁者应更换抗生素。且阿奇霉素说明书明确指出本药具有引发“Q-T 间期延长、尖端扭转型室速”的致死性不良反应报道,因此本例患儿出现 Q-T 间期延长时治疗方案及时停止了阿奇霉素的使用,并积极监测患儿心电图变化,对整体治疗方案予以调整。

本例患儿入院时肺炎支原体核酸检测阳性,具有使用抗支原体感染用药依据。大环内酯类、四环素类、喹诺酮类为常用的治疗非典型病原微生物感染的药物,但四环素类禁用于 8 岁以下儿童,喹诺酮类禁用于 18 岁以下儿童,目前虽有部分文献、专家共识提出上述药物可超过说明书年龄禁忌应用^[5-6],但鉴于安全性及病情需要等因素考量,本次未使用上述药物。且喹诺酮类药物亦存在 Q-T 间期延长不良反应。

本例患儿入院诊断重症 CAP,为避免严重并发症及预后不良,严重感染在有效抗生素使用的前提下,可给予糖皮质激素类药物辅助治疗,是重症、难治性支原体肺炎的重要选择之一^[7]。糖皮质激素类药物具有广泛的药理作用,电解质紊乱为其不良反应之一,如低钾血症;Q-T 间期延长是一种心室复极时程延长的异常心脏电生理活动,低钾血症可能加剧 Q-T 间期延长,甚至继发尖端扭转型室速,威胁患者生命。本例患儿存在低钾血症,治疗方案中可导致或加重低钾的药物主要包括甲泼尼龙琥珀酸钠,且患儿存在上消化道出血情况,因此有必要停用甲泼尼龙琥珀酸钠。但患儿属重症感染性疾病,且院内外均接受本药治疗,为防止突然停药引发医源性肾上腺皮质功能减退、病情反复等不良反应,本次采取甲泼尼龙琥珀酸钠减量执行,增加补钾,增加奥美拉唑频次加强抑酸强度,治疗上消化道出血。

阿奇霉素具有较长生物半衰期的特征,且患儿存在低钾血症,为避免继发尖端扭转型室速甚至威胁患儿生命的不良事件发生,依据文献及疾病发生原理,积极增加补钾剂量治疗并预防尖端扭转型室速^[4],监测患儿血钾水平以指导补钾,监测血钾水平上升至 5.0 mmol/L,患儿心电图 Q-T 间期延长表现逐渐消失。

2.3 第二剂阿奇霉素的合理性

本例患儿入院时肺炎支原体核酸检测阳性,结合其它辅助检查及临床表现,考虑合并肺炎支原体感染,因此初始治疗使用阿奇霉素。治疗过程中出现的 Q-T 间期延长与阿奇霉素不良反应相关性评判为“很可能”,予以及时停药、补钾干预。住院治疗第七天,复查肺炎支原体抗体“阴性”,患儿仍有咳嗽,夜间为著,双肺体征较前好转,按照阿奇霉素的用药原则,

可给予第二剂治疗。支原体肺炎的药物治疗应结合病原学依据,但对于感染性疾病的药物治疗主要以患儿临床指征为主,避免延误治疗。且患儿入院前后接受了影响免疫功能药物治疗,因此肺炎支原体抗体阴性的可能原因包括:① 甲泼尼龙琥珀酸钠,广泛的免疫抑制,干扰体液免疫,减少抗体生产;② 丙种球蛋白,本药可通过 FC 段激活巨噬细胞提高免疫清除能力,增强机体抵抗力,亦可直接封闭抗体,发挥免疫调节作用。因此,结合本例患儿临床表现及疗效,复查心电图未及异常的前提下继续予以抗支原体治疗,且基于年龄禁忌继续使用阿奇霉素治疗,并监测患儿心电图、血钾变化。

3 总结

近年来,随着肺炎支原体对大环内酯类抗生素的耐药现象、合并感染等因素增加,难治性或重症肺炎病例渐增多^[8]。本例患儿以重症 CAP 为主要诊断收住,基于患儿病情严重程度及院外三代头孢菌素类抗生素的经验治疗,我院初始治疗予以美罗培南联合阿奇霉素的抗感染治疗,治疗过程中积极完善病原学检查,但血培养、痰培养等均未明确病原菌,未能指导抗生素的合理使用。且大环内酯类抗生素属抑菌剂,与美罗培南等繁殖期杀菌剂联合使用可能存在一定的拮抗作用,因此提示临床对于肺炎支原体肺炎的联合抗感染治疗应谨慎,避免抗生素的滥用。

本例治疗过程心电图表现出 Q-T 间期延长,患儿存在严重感染合并上消化道出血、低钾血症等,病情及用药相对复杂,因此对于 Q-T 间期延长的干预治疗及其它影响因素的调整均需综合考量,防止盲目调整治疗方案影响临床疗效,甚至引发严重并发症。本文通过对上述病例治疗过程的分析探讨,以期提高自身临床诊断、治疗水平,为临床重症支原体肺炎的药物治疗及监护提供经验参考。

参考文献:

- [1]中华医学会儿科学分会呼吸学组,《中华实用儿科临床杂志》编辑委员会.儿童肺炎支原体肺炎诊治专家共识(2015年版)[J].中华实用儿科临床杂志,2015,30(17):1304-1308.
- [2]白利平,井森.儿童肺炎支原体感染的实验室检查及临床意义[J].宁夏医学杂志2012,34(10):1032-1033.
- [3]华医学会儿科学分会呼吸学组,《中华儿科杂志》编辑委员会.儿童社区获得性肺炎管理指南(2013修订)(下)[J].中华儿科杂志,2013,51(11):856-862.
- [4]中华医学会儿科学分会心血管病分会心律失常学组,中华心血管病杂志编辑委员会,中国心脏起搏与心电生理杂志编辑委员会.获得性长QT间期综合征的防治建议[J].中华心血管病杂志,2010,38(11):961-969.
- [5]饶福光,熊彪,汪培勤.米诺环素联合甲强龙治疗小儿难治性肺炎支原体肺炎疗效观察[J].中国中西医结合儿科学,2016,8(1):64-66.
- [6]广东省药学会.氟喹诺酮类抗菌药物在儿童应用中的专家共识.
- [7]中华中医药学会儿童肺炎联盟.儿童肺炎支原体肺炎中西医结合诊治专家共识(2017年制定)[J].中国实用儿科杂志,2017,32(12):881-885.
- [8]辛德莉,王良玉.肺炎支原体肺炎流行病学特点及耐药现状[J].医学与哲学,2018,39(1B):9-11.

作者简介:房敏敏(1991-),女,汉族,本科,住院医师,工作单位:银川市妇幼保健院,主要从事儿内科相关作。

糖尿病孕妇社区卫生服务中心血糖检验结果分析

耿毛

西安市雁塔区电子城社区卫生服务中心 陕西西安 710065

摘要：目的：探究糖尿病孕妇社区卫生服务中心血糖检验结果分析。方法：选取我社区卫生服务中心 2020 年 1 月-2021 年 8 月期间服务的 70 名糖尿病孕妇，将糖尿病孕妇作为观察组，另选取 70 名健康孕妇群体作为对照组，均接受血糖检验工作，对比检验结果并对结果进行分析，记录分娩后结局。结果：（1）观察组患者空腹血糖、餐后 1h 血糖、餐后 2h 血糖、糖化血红蛋白等血糖指标均高于对照组，对比有统计学意义（ $P<0.05$ ）。（2）观察组不良分娩结局发生率高于对照组，对比有统计学意义（ $P<0.05$ ）。（3）分析结果：糖尿病孕妇血糖各指标均高于正常水平，且血糖未能得到有效控制时可增加不良妊娠结局，对产妇及胎儿健康造成一定影响。故有必要针对糖尿病孕妇采取有效措施，合理控制血糖水平以抑制疾病进展，可从药物、饮食、运动等多方面干预，从而降低不良妊娠风险。结论：糖尿病孕妇社区卫生服务中心血糖检验结果分析来看，患者血糖指标出于较高水平促使不良妊娠风险增加，且各指标均高于正常水平不利于产后健康，应早诊断、早治疗，以对产妇及胎儿健康提供保障。

关键词：糖尿病孕妇；社区卫生服务中心；血糖检验；分析

孕期糖尿病是临床糖尿病一种特殊类型，约有 2-3% 女性在孕期存在糖尿病，患者多为肥胖及高龄产妇群体^[1]。患病初期无明显病症，由于糖尿病属于慢性进展性难治性疾病，孕期糖尿病部分患者可在分娩后逐步恢复正常，但孕妇糖尿病可增加早产、低体重儿、难产、畸形、产后出血、羊水过多及胎膜早破等不良妊娠结局，对产妇及胎儿健康造成威胁^[2]。因此，针对糖尿病孕妇早期开展血糖检验工作，及时根据血糖水平调整治疗措施，稳定血糖以对产妇及胎儿健康提供保障。现我社区卫生服务中心对 70 名糖尿病孕妇血糖检验结果进行分析，并与同期 70 例健康产妇血糖进行对比，现整理内容如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我社区卫生服务中心 2020 年 1 月-2021 年 8 月期间服务的 70 名糖尿病孕妇，及 70 名健康孕妇群体。将糖尿病孕妇作为观察组，70 名健康孕妇群体作为对照组。本研究符合《赫尔辛基宣言》。研究方案拟定后送往医院伦理委员会，经审核批准开展。

纳入标准：（1）研究对象均为妊娠期孕妇；（2）观察组患者经血糖检测确诊为糖尿病，符合糖尿病诊断标准^[3]；（3）明确研究并签订知情同意书。

排除标准：（1）合并严重脏器功能损伤或脏器疾病；（2）合并神经系统疾病，精神状态异常；（3）语言表述功能障碍；（4）抗拒或抵触研究开展。

1.2 方法

所有研究人员均接受血糖检验工作，引导两组人员检测前 3 天正常饮食并正常活动，检验前 8-14g 禁食禁水，于空腹状态下抽取前臂静脉血 3ml，测定空腹血糖、糖化血红蛋白水平。采集完成后，取 75g 葡萄糖加入 500ml 水中，给予患者口服，开展耐糖性试验，测定 1h、2h 静脉血糖水平。

1.3 研究指标

对比检验结果并对结果进行分析，记录分娩后结局。

1.4 数据处理

统计软件采用 SPSS 24.0，以平均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示研究涉及计量资料，以百分比（%）表示计数资料。计量资料采用 t 检验，计数资料采用卡方检验， $P<0.05$ 则差异具有统计学意义；研究涉及定量资料均经过 Q-Q 图、P-P 图、直方图、茎叶图等方式判断为符合正态分布原则。

2 结果

2.1 两组一般资料对比

两组患者临床资料具有同质性（ $P>0.05$ ）。见表 1：

表 1：两组一般资料对比

组别	平均年龄 （岁）	平均孕周 （周）	产次（次）	
			初产妇	经产妇
观察组 (n=70)	26.35±5.46	19.68±2.52	45（64.29）	25（35.71）
对照组 (n=70)	26.33±5.17	19.82±2.43	47（67.14）	23（32.86）
χ^2/t	0.022	0.335	0.032	
P	0.491	0.369	0.859	

2.2 两组空腹血糖、餐后 1h 血糖、餐后 2h 血糖、糖化血红蛋白等血糖指标对比

观察组患者空腹血糖、餐后 1h 血糖、餐后 2h 血糖、糖化血红蛋白等血糖指标均高于对照组，对比有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表 2：

表 2：两组空腹血糖、餐后 1h 血糖、餐后 2h 血糖、糖化血红蛋白等血糖

指标对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	空腹血糖 （mmHg）	餐后 1h 血糖 （mmHg）	餐后 2h 血糖 （mmHg）	糖化血红蛋白（%）
观察组 (n=70)	6.68±0.65	13.32±0.26	11.12±0.41	9.62±0.41
对照组 (n=70)	4.39±0.56	7.64±0.43	6.65±0.32	6.98±0.45
t	22.331	94.573	72.068	36.283
P	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组不良分娩结局发生率对比

观察组不良分娩结局发生率高于对照组，对比有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表 3：

表 3：两组不良分娩结局发生率对比 n（%）

组别	产后出血	羊水过多	胎膜早破	总发生率

观察组 (n=70)	1 (1.43)	1 (1.43)	1 (1.43)	3 (4.29)
对照组 (n=70)	4 (5.71)	5 (7.14)	4 (5.71)	13 (18.57)
χ^2	5.716			
P	0.017			

2.4 糖尿病产妇分析结果

分析结果：糖尿病孕妇血糖各指标均高于正常水平，且血糖未能得到有效控制时可增加不良妊娠结局，对产妇及胎儿健康造成一定影响。故而有必要针对糖尿病孕妇采取有效措施，合理控制血糖水平以抑制疾病进展，可从药物、饮食、运动等多方面干预，从而降低不良妊娠风险。

3 讨论

糖尿病孕妇是指女性在妊娠过程中经血糖检测指出其各血糖指标高于正常水平，如任其发展可对产妇及胎儿健康造成威胁^[4]。临床^[5]指出，糖尿病孕妇既往史中并无糖尿病病史，妊娠后经孕 24-28 周接受糖尿病筛查确诊，主要因素相对较多，包括不健康饮食习惯、不良生活习惯、胰岛素分泌相对不足、生理改变及胰岛素抵抗增加等，患病初期产妇无明显表现，且部分患者有时空腹血糖可能处于正常状态，严重情况可出现多饮、多尿、多食及体重异常减轻等情况，随疾病不断进展可诱发相关并发症，从而导致不良妊娠结局。

我社区卫生服务中心通过对糖尿病孕妇及正常健康孕妇开展血糖检验结果来看，患者各血糖指标水平平均高于正常水平，而未能得到及时有效控制产妇产后出血、羊水过多、胎膜早破等不良妊娠结局发生率也明显高于正常妊娠产妇，表明糖尿病可增加不良妊娠发生情况，从而威胁产妇及胎儿健康。进一步围绕糖尿病孕妇开展分析结果指出，在对其开展药物治疗基础上开展饮食、运动、生活习惯等干预，能够有效协助临床控制孕妇血糖水平，其中饮食方面，严格限制糖分摄入，根据患者孕前体重及孕期提供增加情况对每日所需热量进行计算，一般为 1800-2200 千卡，每日食物热量分配碳水化合物为 50%，蛋白质及脂肪各占 20-30%，贯彻少吃多餐原则^[6]。可结合中医食补适当调整饮食计划，降糖减压降血脂类食物，包括荞麦、玉米、黑米、黑豆、燕麦等，“植物胰岛素”^[7]类，包括苦瓜，魔芋可有效控制餐后高血糖表现，洋葱可促进胰岛素分泌，豆芽可控制餐后血糖升高，白菜可延缓餐后血糖上升，海带可降低血糖，并对胰岛细胞提供保护，黄瓜可补充水分降低血糖；肉类方面，泥鳅可降低血糖，并有效预防糖尿病合并骨质疏松症，黄鳝降低血糖显著，牛肉能够提高胰岛素合成代谢效率，预防心血管并发症，蚕蛹可降低血糖，蛤肉可有效降低糖代谢，鲤鱼可对患者内分泌代谢进行调节；水果方面，柚子可预防糖尿病微血管并发症，樱桃能够提高人体胰岛素含量，降低血糖水平，草莓可协助临床降低血糖，苹果可预防血糖骤升骤降，无花果能够对人体免疫能力进行提高，猕猴桃可协助患者调节糖代谢，预防心血管疾病。运动控制血糖方面，包括慢走、瑜伽、游泳等^[8]，其中慢走对于糖尿病孕妇而言安全性及可行性较高，建议每天在自身状态良好下慢走 20-60 分钟，慢走过程中不易运动过快，一旦出现肚子微痛或其他不适感，可立即停止运动并原地休息。对于孕前有瑜伽经验孕妇而言，孕期开展瑜伽可有效控制病情，而对于没有瑜伽经验则应在专业教练陪同下开展，以简单动作为主，

避免出现高难度动作，从而增加意外风险。游泳可提高人体控制血糖水平能力，对于妊娠期高血糖女性有较好治疗效果，但应注意保暖措施，避免出现运动幅度过大情况，从而促使自身免疫能力及抵抗能力提升。社区卫生服务中心针对糖尿病孕妇可从药物、饮食、运动等多方面干预，有效控制其血糖水平，从而对妊娠结局及自身安全性提供保障。

综上所述，社区卫生服务中心对糖尿病孕妇应尽早开展血糖检验工作，早检验早开展治疗措施，有效稳定血糖指标以控制疾病进展，且通过与正常孕妇血糖指标对比来看，患者血糖指标明显高于其正常水平，在药物治疗基础上从饮食、运动等多角度干预，全面提高其自身抵抗能力及免疫能力，进一步协助控制血糖及疾病进展。

参考文献：

[1]Sun H, Dong H, Zhang Y, et al. Specific fruit but not total fruit intake during early pregnancy is inversely associated with gestational diabetes mellitus risk: a prospective cohort study[J]. Public Health Nutrition, 2021, 24 (13): 4054-5063.

[2]Mmasa K N, Powis K, Sun S, et al. Gestational diabetes in women living with HIV in Botswana: lower rates with dolutegravir than with efavirenz-based antiretroviral therapy[J]. HIV Medicine, 2021, 22 (8): 715-722.

[3]Wang Z, Wong I, Man K, et al. The use of antipsychotic agents during pregnancy and the risk of gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis[J]. Psychological Medicine, 2020, 51 (6): 1028-1037.

[4]赵学娟, 唐全莲, 李洪丽, 等.超声心动图 Tei 指数对不同血糖控制水平妊娠期糖尿病孕妇胎儿心功能及出生后整体心功能的评估价值[J]. 现代生物医学进展, 2021, 21 (4): 776-737.

[5]Karamali M, Asemi Z, Ahmadi-Dastjerdi M, et al. Calcium plus vitamin D supplementation affects pregnancy outcomes in gestational diabetes : randomized , double-blind , placebo-controlled trial (Expression of Concern of Vol 19, Pg 156, 2016) [J]. Public Health Nutrition, 2021, 24 (13): 4369.

[6]崔铭萱, 李雪宁, 卢露露, 等.限制碳水化合物饮食方案对妊娠期糖尿病患者妊娠期胰岛素应用及血脂代谢的影响[J].生殖医学杂志, 2022, 31 (008): 1061-1066.

[7]D'Ambrosi F, Rossi G, Soldavini C M, et al. Management of gestational diabetes in women with a concurrent severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection, experience of a single center in Northern Italy[J]. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2020, 152 (3): 335-338.

[8]Reichental Z L, O'Brien V M, O'Reilly S L. Interventions to support women with overweight or obesity or gestational diabetes mellitus to initiate and continue breastfeeding : Systematic review and meta-analysis[J]. Obesity Reviews, 2022, 23 (3): 13371.

作者简介：耿毛（1984-），女，汉族，陕西咸阳人，临床医学检验专业，本科学历，主管检验技师，主要从事临床医学检验诊断及研究。

老年肺炎患者外周血白细胞与血清 C 反应蛋白检验效果观察

韩学军

宁夏回族自治区第五人民医院 检验科 753000

摘要：目的：对老年肺炎患者外周血白细胞与血清 C 反应蛋白检验效果进行分析，并探讨其临床意义。方法：选取 2021 年 1 月到 2022 年 4 月间收治的老年肺炎患者 446 例作为本次研究对象，将其按照病原体的不同分为细菌性感染（160 例）、病毒性感染（140 例）、支原体感染（146 例），分别对其血清 C 反应蛋白，白细胞等生化指标进行测定，比较指标检测结果。并选择 150 例健康人群作为对照组，比较结果差异。结果：细菌组患者的血清 C 反应蛋白，外周血白细胞计数均显著高于病毒性感染和支原体感染的患者（ $P<0.05$ ）。而三组感染患者的血清 C 反应蛋白，外周血白细胞计数均显著高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：外周血白细胞与血清 C 反应蛋白能作为老年肺炎的重要标志，综合运用各项指标，能充分发挥不同指标的优势，实现互补，提高临床诊断的疗效。

关键词：老年肺炎患者；外周血白细胞；血清 C 反应蛋白；检验效果

老年肺炎是一种常见的疾病，其发病和年龄高、免疫力低下、基础疾病多等因素有关。引起老年肺炎的因素有很多种，其中细菌感染和病毒感染是常见的，另外还有支原体感染、衣原体感染等^[1]。对老年肺炎进行有效的处理，首先要确定其病因。肺炎是由病原微生物、过敏和免疫损伤引起的肺泡、肺间质、终末气道的炎症，在任何季节都有可能发生，特别是春天。C 反应蛋白（C-reactive protein）、白细胞计数（WBC）结合起来，可作为感染性疾病的早期诊断指标。其中 C-反应蛋白是一种非特异性的时相蛋白，在机体受到损伤或细菌感染后，其血浆中的 C 反应蛋白含量迅速升高，可用于早期诊断及鉴别诊断^[2]。本文对老年肺炎患者外周血白细胞与血清 C 反应蛋白检验效果进行分析，并探讨其临床意义。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 1 月到 2022 年 4 月间收治的老年肺炎患者 446 例作为本次研究对象，将其按照病原体的不同分为细菌性感染（160 例）、病毒性感染（140 例）、支原体感染（146 例），并选择 150 例健康人群作为对照组。

细菌组患者中，男 90 例，女 70 例，年龄在 62 岁到 78 岁之间，平均年龄（ 68.93 ± 1.30 ）岁。病毒组患者中，男 80 例，女 60 例，年龄在 62 岁到 77 岁之间，平均年龄（ 68.95 ± 1.21 ）岁。支原体组患者中，男 83 例，女 63 例，年龄在 61 岁到 79 岁之间，平均年龄（ 68.96 ± 1.21 ）岁。对照组男 82 例，女 68 例，年龄在 61 岁到 77 岁之间，平均年龄（ 68.68 ± 1.81 ）岁。四组的性别、年龄比较差别不大， $P>0.05$ ，具有可比性。

1.2 方法

在病人接受治疗之前，分别抽取 3 ml 静脉血，用高速离心机进行血浆的分离，以 3000 r/min 的速度，离心 10 分钟。将上层的血清保存在 -20°C 。

采用免疫比浊法检测 C 反应蛋白，血常规分析仪对白细胞含量进行检测。

1.3 观察指标

分别对细菌组患者、病毒组患者、支原体组患者的血清 C 反应蛋白，白细胞的指标结果进行分析和比较，并将其和健康人群比较。

1.4 统计方法

采用 SPSS 22.0 统计学软件统计，计量（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，行 t 检验；计数 [n （%）]表示，行 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

细菌组患者的血清 C 反应蛋白，外周血白细胞计数均显著高于病毒性感染和支原体感染的患者（ $P<0.05$ ）。而三组感染患者的血清 C 反应蛋白，外周血白细胞计数均显著高于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 1。

表 1 不同类型感染血清 C 反应蛋白，白细胞的检测结果比较

感染类型	白细胞计数（ $\times 10^9/\text{L}$ ）	C 反应蛋白（mg/L）
细菌性感染（160）	12.81 ± 5.32	85.12 ± 23.83
病毒性感染（140）	7.43 ± 3.11	29.34 ± 10.35
支原体感染（146）	8.12 ± 2.87	56.01 ± 15.24
对照组（150）	5.12 ± 1.45	6.01 ± 1.01

3 讨论

老年的免疫功能低下，很可能会受到外来的影响和受寒感冒等而引起肺炎。细菌、病毒和支原体是老年肺炎的重要病原体，正确识别老年肺炎的病因是保证患者合理使用药物的前提。常规的病原检查方法有较强的参考价值，但其易受干扰和时间长，从而影响到患者的早期诊断和治疗。因此，应探索更多的监测手段来更好地对老年肺炎进行早期诊断。由于引起老年肺炎的原因，所选用的药物也不尽相同，仅凭临床经验，或是剂量不当，都会导致耐药菌的出现，从而对患者的病情有很大的负面作用。因此，尽早诊断老年肺炎的致病因素具有十分重大的意义^[3]。

白细胞计数是临床上最常用的四个生化指标之一，当人体受到细菌感染时，白细胞计数也会随之增高，但是白细胞计数的变化与检查时的饮食、动作、心情等因素有关。白细胞的总数量存在着明显的生理波动，一天之内的最高数值和最低数值可能会相差 1 倍。如中午比中午高，吃饭后比吃饭之前高；在剧烈运动或情绪激动时，比静默时高；月经前期、妊娠、分娩、哺乳期也会升高；新生儿和婴儿的发病率显著高于成年人。白细胞升高多见于急性炎症、组织损伤、坏死、恶性肿瘤、白血病等，尤其是慢性白血病、急性失血、急性中毒、类白血病等。对部分感染的患者白细胞出现病理性降低，例如：革兰氏阴性杆菌感染、病毒感染、寄生虫感染等；

一些血液病,例如:再生障碍性贫血、粒细胞缺乏症、白细胞不增多性白血病等;肝硬化、脾功能亢进等疾病都有一定的影响^[4-5]。

C 反应蛋白是典型的急性时相反应蛋白,它的分子量为 105000 kD ($\approx 1.05 \times 10^5$ U),它包括 5 个具有相同结构的糖基化多肽,具有 187 个氨基酸。正常人 C 反应蛋白浓度较低(0.068~8.2 mg/L),但在组织损伤和急性感染后 6~8 小时内逐渐上升,24~48 小时达到高峰,可达到正常值的数百倍、数千倍。C 反应蛋白是一种在 IL-6 的调控下由肝脏产生并分泌的蛋白,而在脂肪组织中,某些细胞因子也能诱发肝内 C 反应蛋白的生成。这种蛋白最初是因为它可以和肺炎球菌的细胞壁上的 C-多肽相结合而被命名。C 反应蛋白在正常人群中是非常低的,但在急性炎症期,恶性肿瘤,局部缺血,组织损伤等情况下,C 反应蛋白的水平可能会提高上千倍^[6-7]。C 反应蛋白的持续升高可能是机体的慢性炎症或自身免疫性疾病,而 C 反应蛋白在病毒感染时并不会发生,而且 C 反应蛋白的改变与患者的个体、身体状况、用药等因素无关。C 反应蛋白的检测通常分为两类:定性和定量。常规的测定方法有:酶联吸附、放射免疫、乳胶凝集实验、琼脂扩散沉淀法,其中以酶联吸附法、放射免疫法最为灵敏。近几年,利用 ELISA 技术、乳胶增强免疫散射或透射比浊技术,将 C 反应蛋白的检出率提高到 0.15 mg/L,ELISA 法可检出 C 反应蛋白的浓度为 0.007 mg/L,因此被称为 C 反应蛋白。C 反应蛋白是一种由肝细胞产生的紧急时相蛋白质,它对炎症反应的敏感性很高^[8]。其中,C-反应蛋白是一种能活化补体体系、参与细胞免疫、增强巨噬细胞的吞噬能力的一种重要的时相蛋白。正常的老年,血液中含有的 C-反应蛋白很低,当感染后,在感染后,肝和其它组织会产生全 C-反应蛋白。通过对 C-反应蛋白全过程的测定,可以区分出细菌和非细菌的感染。人体免疫系统的重要组成部分,对各种疾病尤其是细菌的感染具有高度的敏感性。检查白细胞可以比较精确地显示出体内的炎症情况。目前,血液常规白细胞计数是目前广泛使用的一种检测方法,可以迅速得到诊断。但是,由于血液常规检查容易受到环境温度、药物使用、患者情绪等因素的干扰,会造成测量结果的偏差。通过外周血白细胞与血清 C 反应蛋白水平综合判定及检测,筛选出合理的抗生素,以改善临床上的治疗效果^[9-10]。

本文对细菌性感染、病毒性感染和支原体感染的老年肺炎患者的外周血白细胞与血清 C 反应蛋白水平进行了测定比较,发现细菌组患者的血清 C 反应蛋白,外周血白细胞计数均显著高于病毒性感染和支原体感染的患者($P < 0.05$)。而三组感染患者的血清 C 反应蛋白,外周血白细胞计数均显著高于对照组($P < 0.05$),提示通过对各项指标的联合测定可以对不同病原菌感染导致的老年肺炎疾病进行有效诊断鉴别。老年人肺炎的病原体主要有细菌、病毒等,所以鉴别病原体需要几天的时间,在做出决定的时候,大部分都是依靠多年的临床经验来决定药物的使用,而且还会根据病人的病情来决定是否要停止治疗,这就导致了药物的滥用。本实验以外周血白细胞与血清 C 反应蛋白结合,指导老年人肺炎的抗菌性治疗,并获得较好的疗效。外周血白细胞与血清 C 反应蛋白是监测感染的主要指标,外周血白细胞能明确早期的感染状况,有助于判断是否存在感染。C 反应蛋

白是辅助诊断的重要手段,C 反应蛋白是在人体受到炎症刺激或组织损伤后生成的,C 反应蛋白的升高程度可以体现感染的严重程度,病情好转后会逐渐下降。外周血白细胞与血清 C 反应蛋白结合,能有效地指导老年肺炎的抗菌药治疗,减少病患的机率,减少住院时间,减少抗生素使用,节约医疗成本,是一种值得推广的方法^[11-12]。

综上,外周血白细胞与血清 C 反应蛋白能作为老年肺炎的重要标志,综合运用各项指标,能充分发挥不同指标的优势,实现互补,提高临床诊断的疗效。

参考文献:

- [1]王洁,洪书迟,赵昕峰,吴亦栋.血清 CRP、PCT、PA 及 IL-6 联合检测对儿童急性呼吸道感染诊断及预后评估的价值[J].浙江中西医结合杂志,2022,32(07):640-642.
- [2]瞿渝佳,黄娟,李肖晗,李秋妍,李朴,冯丽.联合检测血清 IL-1 β 、hs-CRP、SOD 评估动脉粥样硬化分层[J].检验医学与临床,2022,19(13):1775-1777.
- [3]李红英,孙颖芳,刘华之.血清 cTnI、CK-MB、CRP、IL-6 水平与急性心肌梗死患者幽门螺杆菌感染的关系[J].检验医学与临床,2022,19(13):1757-1760.
- [4]贾坤,孙伟,朱琳,张浦华,苏建荣.血清 CRP、D-二聚体、IL-6 与老年肺癌患者肺切除术后并发呼吸衰竭的相关性研究[J].国际检验医学杂志,2022,43(13):1622-1627.
- [5]朱君琴,徐勇.PCT、WBC、CRP、ESR 联合检测在肺良性疾病中的诊断价值[J].临床医学研究与实践,2022,7(20):113-115.
- [6]郝光,史永兴,常青,王刚,薛茜,邹玉安.基底节区扩大血管周围间隙患者血清炎症因子的变化及临床意义[J].中国医药导报,2022,19(17):88-91.
- [7]傅桂霞,张超.老年肺炎患者外周血白细胞与血清 C 反应蛋白检验对照分析[J].临床合理用药杂志,2018,11(17):7-8.
- [8]杜育.有创呼吸机及抗生素阶梯疗法治疗 PICU 重症肺炎患儿的效果及对 IL-4、IL-8、CRP 水平的影响[J].中国医学创新,2022,19(19):67-70.
- [9]王宏强,李静,汪靖园,任江涛.血清 IL-6、hs-CRP、HSP70 预测肝硬化并发肺部感染的价值[J].临床医学研究与实践,2022,7(19):28-31.
- [10]吴煊,王芳.呼吸道感染患儿血清 WBC、CRP 与 PCT 水平及联合检测的诊断价值分析[J].罕少疾病杂志,2022,29(07):30-32.
- [11]李刚,孙劲松,李伟,熊科.CRP、TNF- α 、IL-1 β 联合检测在创伤性肋骨骨折术后骨化性肌炎中的应用价值[J].解放军医药杂志,2022,34(06):59-62.
- [12]邹金梅.降钙素原、超敏 C 反应蛋白、白细胞计数检测对下呼吸道感染细菌性感染患儿的诊断价值[J].现代医学与健康研究电子杂志,2022,6(12):105-107.

综合性护理干预在糖尿病足护理中的效果分析

李萌

西安交通大学第一附属医院急诊与重症医学科 陕西西安 710061

摘要：目的：探究综合性护理干预在糖尿病足护理中的具体措施及护理效果。方法：选取于本院诊治的糖尿病足患者86例为本次研究对象，患者纳入时间自2021年3月~2022年3月。以随机数表法作分组处理，分为对照组（n=43）、研究组（n=43），对照组施行常规护理干预，研究组施行综合性护理干预。组间对比两组糖尿病足患者的血糖、情绪、生活质量、依从性、认知度变化。结果：护理后，研究组患者FBG、HbA_{1a}、2hPBG等血糖值低于对照组，SAS、SDS分值低于对照组，认知度、依从性评分高于对照组，生活质量各项目分值高于对照组，P<0.05。结论：综合性护理干预用于糖尿病足护理中，对控制患者血糖水平、改善患者情绪、提高患者生活质量以及认知度、依从性，均有积极意义。

关键词：综合性护理；糖尿病足；血糖；情绪；生活质量；认知度；依从性

糖尿病足为糖尿病常见并发症的一种，发病后患者出现明显的足部溃疡，影响患者的日常生活。而导致糖尿病足的主要原因为患者机体血糖控制不佳，为此，在对糖尿病足患者展开对症治疗的同时，需有意识展开全面、综合的护理服务干预。本次试验即分析综合性护理干预用于糖尿病足患者中的临床价值。

1. 基线资料和方法

1.1 基线资料

选取于本院诊治的糖尿病足患者86例为本次研究对象，患者纳入时间自2021年3月~2022年3月。以随机数表法作分组处理，分为对照组（n=43）、研究组（n=43）。对照组中，男性、女性患者例数之比为23:20，患者的年龄区间为36岁~78岁间，年龄均值为（53.21±3.25）岁，糖尿病病程区间为5年~20年，取均值为（12.36±3.12）年，糖尿病足病程为1年~8年，取均值为（4.05±1.25）年；研究组中，男性、女性患者例数之比为24:19，患者的年龄区间为35岁~77岁间，年龄均值为（53.85±3.12）岁，糖尿病病程区间为4年~19年，取均值为（12.54±3.06）年，糖尿病足病程为1年~9年，取均值为（4.12±1.05）年。两组糖尿病足患者各基线项目数据经对比，可知，差异无统计学意义（P>0.05）。

纳入标准：（1）糖尿病患者；（2）符合《国际糖尿病足工作组<糖尿病足溃疡周围动脉病变诊断、预后与管理指南（2019版）>解读》^[1]中关于糖尿病足的诊断标准，且可见明显足部溃疡感染；（3）关于此次试验内容，患者及其家属知晓，且签署同意书；（4）本院医学伦理委员会审批、通过本次研究。

排除标准：（1）因其他原因所致足部溃疡情况；（2）于认知、精神、沟通功能方面，存在明显障碍；（3）凝血功能、免疫功能存在明显异常；（3）合并其他严重糖尿病并发症，如酮症酸中毒等；（4）于其他脏器功能方面，存在严重病变，如心、肾、肝、肺；（6）临床资料不完整，或中途退出此次研究。

1.2 方法

对照组：行常规护理干预，具体为：（1）疾病相关知识介绍。为患者及其家属介绍糖尿病足疾病知识、救治方案、注意事项等内容，并解答患者的疑问。（2）饮食干预。指导患者调整饮食结构，养成科学饮食习惯，控制每日糖、盐的摄入，少食多餐。（3）运动干预。指导患者坚持适当运动，以提升患者自身免疫力、抵抗力。（4）用药干预。结合患者用药，为其介绍具体用药内容，并嘱咐患者格遵医嘱。

研究组：行综合性护理干预，具体措施为：（1）成立综合护理团队。由内分泌科护士长担任组长，负责综合护理团队成员的筛选，要求团队成员有丰富的糖尿病足疾病护理经验、足够强的责任意识以及工作能力。组长负责定期组织团队内部培训、考核、人员安排、护理质量监测、护理计划完善等，责任护士则负责落实各项护理措施、收集患者反馈内容等。（2）人员培训。要求此次综合护理团队内部，定期围绕糖尿病足、综合护理等

内容展开培训、考核，确保团队成员熟练掌握糖尿病足护理的理论知识以及实际临床操作技能、沟通技巧、突发事件处理能力等。与此同时，需有意识提升团队成员的工作责任心、自我保护意识，在确保工作良好完成的同时，做好自身保护工作。（3）全面评估。了解患者的各项基本信息，如姓名、性别、年龄，询问患者的疾病史、用药史，并对患者进行血糖监测、记录。同时采用焦虑自评表（SAS）、抑郁自评量表（SDS）对患者情绪状态做评估，以自制问卷对患者糖尿病足认知度、治疗依从性作评估，通过问答形式了解患者的身心需求。（4）综合性护理计划制定。结合患者病情、评估结果、身心需求、疾病特点以及本院实际情况，拟定具体的综合性护理计划，并要求落实各项护理措施。（5）强化认知干预。糖尿病患者之所以发生糖尿病足情况，未能控制好自身血糖水平为主要因素之一，而多数糖尿病足患者对糖尿病足这疾病认知亦不完整。为此，需有意识强化患者对于经的认知情况。在了解患者现有认知的情况下，纠正患者的错误认知，并展开系统的疾病认知干预，详细介绍糖尿病疾病知识、血糖水平控制要点及注意事项，后进一步介绍糖尿病足相关知识，以及如何做好自我护理、控制、疾病预防等工作。同时，引导患者提出心中疑问，有针对性的展开解答，提升患者的正确认知。（6）心理干预。多数糖尿病足患者在发病后会出现焦躁、不安等情绪，不良情绪会影响患者配合疾病救治及护理工作。为此，需告知患者稳定自身情绪的重要性，并指导患者可通过转移自身注意力、深呼吸等形式缓解自身压力。同时介绍成功病例以提升患者的救治信心。引导患者家属关怀、鼓励患者，以提升患者的生活热情。（7）患肢护理。患者卧床休息时，可取舒适体位，如半卧位、仰卧位，并将患肢抬高30°。针对糖尿病足的溃疡面，需定期做好溃疡面周围皮肤的清洁工作，并对溃疡面作敷料的定期更换，确保溃疡面干燥、清洁。（8）饮食干预。告知患者需严格控制日常饮食结构、饮食内容、饮食量，在少食多餐的基础上，需优先选择低脂肪、高蛋白、高维生素、易消化、易吸收的食物，碳水化合物以粗粮为主，指导患者适当补充矿物质、微量元素，以促进溃疡面愈合。（9）血糖监测。指导患者做好自身血糖水平的监测，若出现血糖水平波动明显，不能自行调整用药以降低血糖水平，需及时询问医生，在医生指导下作对应干预。

1.3 评价指标

组间比较护理前、后血糖水平变化，即空腹血糖值（FBG）、糖化血红蛋白（HbA_{1a}）、餐后2h血糖值（2hPBG）。

组间比较护理前、后情绪、认知度、依从性变化，情绪以SAS、SDS量表评估，SAS、SDS分值与焦虑、抑郁严重程度成正比，糖尿病足认知度、治疗依从性以自制问卷做评估，问卷分值与患者认知度、依从性良好程度成正比。

组间比较护理前、后生活质量变化，生活质量以生活质量评估表作评估，项目内容为：心理功能、生理功能、环境、社会功能，患者生活质量越高，则表现为各项目分值越高。

1.4 数据处理

以 SPSS21.0 处理数据, 计数、计量项目数据分别以 $n(\%)$ 、 $(\bar{x} \pm s)$ 表达, 数据对比行 χ^2 检验、t 检验。P<0.05, 即差异显著, 有统计学意义。

2. 结果

2.1 组间比较护理前、后血糖水平变化

护理后, 研究组患者 FBG、HbA_{1c}、2hPBG 等血糖值低于对照组, P<0.05。具体见下表 1。

表 1. 组间比较护理前、后血糖水平变化 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	HbA _{1c} (%)	FBG (mol/L)	2hPBG (mol/L)
对照组 (n=43)	护理前	8.83±1.45	10.36±2.12	15.36±3.12
	护理后	7.27±1.36	7.13±2.01	11.13±2.01
研究组 (n=43)	护理前	8.85±1.47	10.54±2.15	15.26±3.21
	护理后	6.12±1.25	5.54±2.19	9.01±1.87
T 护理后		4.0825	3.5075	5.0637
P 护理后		0.0001	0.0007	0.0001

2.2 组间比较护理前、后情绪、认知度、依从性变化

护理后, 研究组患者 SAS、SDS 分值低于对照组, 认知度、依从性评分高于对照组, P<0.05。具体见下表。

表 2. 组间比较护理前、后情绪、认知度、依从性变化 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	SAS	SDS	认知度	依从性
对照组 (n=43)	护理前	53.46±3.25	60.52±3.58	75.36±3.66	80.36±4.01
	护理后	40.23±3.96	52.36±3.45	83.54±4.01	88.36±3.54
研究组 (n=43)	护理前	53.54±3.75	60.36±3.86	75.96±3.87	80.12±3.96
	护理后	34.23±3.85	40.23±4.01	89.36±3.59	94.32±3.55
T 护理后		7.1237	15.0366	7.0908	7.7956
P 护理后		0.0001	0.0001	0.0001	0.0001

2.3 组间比较护理前、后生活质量变化

护理后, 研究组患者生活质量各项目分值高于对照组, P<0.05。具体见下表 3。

表 3. 组间比较护理前、后生活质量变化 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	心理功能	生理功能	环境	社会功能
对照组 (n=43)	护理前	82.45±3.54	81.96±3.04	82.39±3.24	80.12±3.01
	护理后	88.54±3.96	88.45±3.06	87.44±3.52	86.85±3.11
研究组 (n=43)	护理前	82.55±3.12	81.87±3.08	82.36±3.11	80.21±3.12
	护理后	95.13±2.87	94.85±3.01	94.35±3.11	95.33±3.15
T 护理后		8.8359	9.7775	9.6468	12.5621
P 护理后		0.0001	0.0001	0.0001	0.0001

3. 讨论

糖尿病为临床发病率较高的慢性、内分泌系统病变, 随人们生活、饮食、作息、工作习惯变化, 该疾病的发病率近年有所上升, 主要疾病表现

为机体血糖水平持续偏高。而糖尿病患者若未能做好日常机体血糖水平控制, 极易并发相关并发症, 以糖尿病足较为常见。糖尿病足多因糖尿病患者神经病变、血管感染所引发, 细胞因子、细菌侵入正常细胞基质并作破坏, 老化肉芽, 促使溃疡面难以愈合。随糖尿病足溃疡面的逐渐增大, 进一步破坏机体软组织、下肢骨, 严重者甚至需作截肢处理, 严重危及患者生命^[2]。临床救治糖尿病足以定期换药、控制血糖为主要措施, 但治疗时间长、溃疡面恢复慢, 对于患者的配合、治疗依从性要求较高。为此, 在对糖尿病足患者展开疾病救治的同时, 需有意识开展全面、综合的护理服务^[3-5]。

常规护理, 多围绕疾病症状开展, 未能有效结合疾病特点、患者身心需求开展具体护理措施, 缺乏一定的针对性、灵活性, 无法满足临床及患者的需求, 存在一定的局限性。相比之下, 综合护理致力于通过患者全面、综合、针对性强的护理服务, 以期提升整体护理质量, 进而促患者疾病康复。本文结果显示, 经护理后, 研究组患者 FBG、HbA_{1c}、2hPBG 等血糖值低于对照组, SAS、SDS 分值低于对照组, 认知度、依从性评分高于对照组, 生活质量各项目分值高于对照组, P<0.05。即表明, 综合护理干预下, 糖尿病足患者的血糖水平控制效果、情绪状态更佳, 且患者认知度、依从性、生活质量有所提升。分析原因, 可知, 综合护理属新型护理模式, 遵循“以人为本”的护理理念, 展开全面、综合护理服务。对糖尿病足患者开展综合性护理干预, 由专业性强的护理人员拟定计划、落实护理措施, 并对护理人员作定期培训、考核。施行护理干预之前, 对患者作全面评估, 结合患者评估结果拟定综合性护理计划。为改善患者的治疗依从性、提升其认知度, 做好强化认知干预。而避免情绪波动影响疾病救治、康复, 有意识展开心理干预, 稳定患者情绪^[6-7]。为稳定患者血糖水平, 指导患者调整饮食, 并做好血糖监测工作。为促进疾病康复, 做好对应患肢护理^[8-10]。

综上, 对糖尿病足患者实行综合性护理干预, 可有效控制患者血糖水平, 并改善患者的情绪、生活质量、认知度、依从性, 有积极临床价值。

参考文献:

- [1]徐俊, 许樟荣. 国际糖尿病足工作组《糖尿病足溃疡周围动脉病变诊断、预后与管理指南(2019版)》解读[J]. 国际内分泌代谢杂志, 2021, 41(2): 142-144.
- [2]BENJAMIN A. LIPSKY, ÉRIC SENNEVILLE, ZULFOARALI G. ABBAS, 等. 国际糖尿病足工作组: 糖尿病足感染诊断与治疗指南——《国际糖尿病足工作组: 糖尿病足防治国际指南(2019)》的一部分[J]. 感染、炎症、修复, 2019, 20(4): 207-229.
- [3]杨杨, 喻银全. 综合性护理干预在糖尿病足患者护理中的应用效果分析[J]. 医药前沿, 2021.
- [4]甄建达, 李广. 综合性护理干预在糖尿病足护理中的效果分析[J]. 幸福生活指南, 2018(10): 1.
- [5]杨蓉. 综合性护理干预在糖尿病足护理中的应用效果[J]. 双足与保健, 2017(19): 2.
- [6]高文秀. 综合性护理干预在糖尿病足护理中的应用效果研究[J]. 双足与保健, 2019.
- [7]林国招. 综合性护理干预在糖尿病足护理中的应用效果[J]. 糖尿病新世界, 2018.
- [8]朱滨. 分析综合性护理干预在糖尿病足护理中的应用效果[J]. 健康大视野, 2020, 17: 6.
- [9]黄荣玉. 综合性护理干预在糖尿病足护理中的应用效果研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018(66): 2.
- [10]肖青. 综合性护理干预对糖尿病足的护理临床疗效分析[J]. 特别健康, 2019, 30: 177-178.

PCT 和 (1, 3) - β -D 葡聚糖联合检测在危重病患者深部真菌感染诊断中的应用价值

刘蛟

西安航天总医院 医学检验科 陕西西安 710100

摘要: 目的: 分析血清降钙素原 (PCT) 与 (1, 3) - β -D 葡聚糖 (BG) 联合检测于危重病患者深部真菌感染诊断中的应用价值。方法: 以我院 100 例危重病合并深部真菌感染患者 (研究组) 和 100 例危重病非深部真菌感染患者 (对照组) 为研究对象, 均施以 PCT、BG 检测。结果: 1. 研究组 PCT、BG 水平均高于对照组 ($P < 0.05$)。2. BG 检测诊断危重病深部真菌感染敏感度、特异度、准确度均高于 PCT ($P < 0.05$)。3. PCT 联合 BG 诊断危重病深部真菌感染敏感度、特异度、准确度均高于 PCT、BG ($P < 0.05$)。结论: 在危重病深部真菌感染诊断中 PCT 与 BG 的联合应用, 可提升临床诊断准确率。

关键词: 危重病; 深部真菌感染; (1, 3) - β -D 葡聚糖; 血清降钙素原

由于危重病患者身体状况差, 免疫机制不良, 疾病抵抗能力下降, 故而真菌感染发生风险较高^[1]。相关研究报道^[2], 深部真菌感染在危重病患者群体中具有高发病率、死亡率, 目前已成为临床上需迫切解决的一个难题。当前, 临床上缺乏有效识别真菌感染敏感标志物, 这导致临床早期诊断难度加大。现阶段, 真菌感染实验室检查手段仍在用常规镜检加培养, 因取材要求较高、培养时间长, 因此, 未得到临床广泛普及。降钙素原 (PCT) 为临床上常用血清学检查指标, 其在一定程度上能提高真菌感染诊断敏感、特异度, 但易出现假阴性与假阳性^[3]。(1, 3) - β -D 葡聚糖 (BG) 为一种多聚糖成分, 广泛存在于真菌细胞壁内, 可用于真菌感染早期识别诊断^[4]。为验证 PCT 与 BG 联合检测能否提升危重病患者深部真菌感染诊断准确性, 现对本院 100 例危重病合并深部真菌感染患者与 100 例危重病非深部真菌感染患者展开探讨。

1 资料及方法

1.1 基线资料

选择 2018 年 5 月—2020 年 5 月我院收治的危重病合并深部真菌感染患者 100 例 (经真菌培养或病理学证据确诊为深部真菌感染)、危重病非深部真菌感染患者 100 例分别纳入研究组与对照组。研究组: 58 例男, 42 例女; 年龄 20~78 岁, 平均 (57.29±3.48) 岁。对照组: 57 例男, 43 例女; 年龄 20~78 岁, 平均 (57.32±3.50) 岁。两组以上数据相比, 均无明显差异 ($P > 0.05$)。

入组标准: 自愿接受 PCT、BG 检测; 依从性较好; 家属同意患者参与研究, 并在《知情同意书》上签字。

排除标准: 具有香菇多糖、劣质菌多糖等抗肿瘤药应用史; 行血液透析治疗者; 注射白蛋白或球蛋白者; 近 1 周内开展抗真菌药物治疗者。

1.2 方法

应用试剂与仪器: 采用全自动化学发光免疫分析仪、试剂、校准液、质控物与消耗品, 血浆 (1, 3) - β -D 葡聚糖浓度检测试剂盒与微生物检测系统。

PCT 检测: 采集患者 3mL 静脉血, 以 3000r/min 速度, 离心 10min 分离血清。采用罗氏公司的 Cobas e 602 全自动电化学发光免疫分析仪检测 PCT, 所用试剂及校准物均来自罗氏公司。严格按照操作程序开展检测。

BG 检测: 收集患者 3~4mL 静脉血放于无菌真空采血管内, 实施离心处理, 离心速度、时间分别控制为 3000r/min、10~15min, 而后行分离操作, 留取血清。取 10uL 血清样本, 添加到含有配制好的处理液 40uL 的试管内, 充分混匀, 37℃ 孵育 10min, 之后加入溶解后的反应主剂 200uL, 混匀, 插入微生物快速动态检测仪 (生产厂家: 北京金山川公司 型号: MB-80) 中进行反应, 反应结束后, 经微生物检测系统对血清中 BG 含量水平进行计算分析。

处理液配置方法: 试管中加入处理液 A20uL、处理液 B20uL;

反应主剂配制方法: 取主剂溶解液 600uL 溶解反应主剂;

所用试剂来自天津喜诺公司。

1.3 判断标准

PCT、BG 阳性判定标准分别为 $>20\text{pg}\cdot\text{mL}^{-1}$ 、 $>0.5\text{pg}\cdot\text{mL}^{-1}$ 。

1.4 观察指标

观察两组 PCT、BG 临床检测结果, 分析以上两种检测方式单独与联合诊断危重病深部真菌感染敏感度、特异度及准确度。敏感度=真阳例数/(真阳例数+假阳例数), 特异度=真阴例数/(真阴例数+假阴例数), 准确度=(真阳例数+真阴例数)/总例数。

1.5 统计学分析

计量、计数资料在统计学软件 SPSS24.0 中行 t、 χ^2 或 Z 检验, $P < 0.05$, 即差异明显。

2 结果

2.1 比较两组 PCT、BG 检测结果

与对照组相比, 研究组 PCT 与 BG 水平均较高 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 比较两组 PCT、BG 检测结果 ($\bar{x} \pm s$, $\text{pg}\cdot\text{mL}^{-1}$)

组别	例数	PCT	BG
对照组	100	0.67±0.18	17.89±5.24
研究组	100	0.15±0.04	103.86±35.71
t		28.201	23.819
P		0.000	0.000

2.2 比较 PCT 与 BG 诊断深部真菌感染敏感、特异、准确度

PCT 诊断深部真菌感染敏感、特异、准确度分别为 57.00% (57/100)、72.00% (72/100)、64.5% (129/200), BG 的为 83.00% (83/100)、86.00% (86/100)、84.50% (169/200), 两组以上数据相比, 均存在明显差异 ($=16.095$ 、 5.907 、 21.055 , $P=0.000$ 、 0.015 、 0.000), 两者具体诊断结果见表 2。

表 2 PCT、BG 诊断深部真菌感染结果

最终诊断结果	PCT		BG		总计
	阳性	阴性	阳性	阴性	
阳性	57	43	83	17	100
阴性	28	72	14	86	100
总计	85	115	97	103	200

2.3 分析 PCT 联合 BG 诊断深部真菌感染敏感、特异、准确度

PCT 联合 BG 诊断深部真菌感染敏感、特异、准确度分别为 95.00% (95/100)、97.00% (97/100)、(192/200), 具体诊断结果见表 3。与 2.2

结果中 PCT、BG 单独诊断深部真菌感染结果相比, PCT 联合 BG 检测方式敏感、特异度、准确度均较高 ($Z=7.354$ 、 7.779 、 15.029 , $P=0.007$ 、 0.005 、 0.000)。

表 3 PCT 联合 BG 诊断深部真菌感染结果

最终诊断结果	PCT 联合 BG		合计
	阳性	阴性	
阳性	95	5	100
阴性	3	97	100
合计	98	102	100

3 讨论

真菌广泛存在于自然环境中, 会对人与动物作用致病。多数研究表明, 深部真菌感染主要发生于应用高强度免疫抑制剂与高剂量化疗用药的免疫机制异常疾病 (如艾滋病、恶性肿瘤、器官移植与造血干细胞移植) 患者中。慢性阻塞性肺疾病、2 型糖尿病与人口老龄化加剧, 这些都是深部真菌感染发生高危因素。尤其是, 近些年来, 重症监护室危重患者合并严重基础疾病、机体介入置管、外科手术应用范围延展、临床抗生素广泛应用, 这些均不同程度影响机体受到真菌感染影响, 而重症患者受真菌感染影响, 病情程度恶化加重, 死亡率水平升高。具体分析: 长期置管正常的身体屏障保护作用受影响, 而且置管操作影响, 机体静脉内壁、体腔黏膜组织可能会出现不同程度损伤, 从而为真菌繁殖创造条件; 实施机械通气患者因气管插管与气管切开机体正常的温度、湿度与排毒功能受影响, 调控能力下降, 为真菌繁殖创造条件, 增加真菌感染发生可能性, 而且危重患者、合并多种疾病患者, 或存在多脏器功能障碍、机械通气会导致患者营养不良, 糖皮质激素用药影响机体免疫力, 出现真菌感染, 医师根据经验应用高效光谱抗生素与结合多种抗生素, 导致菌群失调, 人体皮肤、胃肠道、阴道等部位大量真菌繁殖, 出现深部真菌感染。早期及时识别、确诊深部真菌感染, 对临床针对性治疗开展、患者预后改善均具有重要作用。因此, 找寻一种能早期鉴别深部真菌感染方式已迫在眉睫。但深部真菌感染临床表现无典型性, 不易被发掘, 再加伤患者同时合并多种疾病, 难以及时确诊病情具体致病菌情况, 因此影响疾病早期诊断。

深部真菌中主要致病菌为假丝酵母菌, 假丝酵母菌血症伴随症状与细菌脓毒症类似, 症状体征无明显特征缺乏典型性, 包括心动过缓、呼吸窘迫、体温不稳、呼吸暂停等, 终末气管损伤比较严重, 严重威胁着患者生命健康, 成为患者住院与死亡的一个主要原因。当前临床关于深部真菌感染的实验诊断方法分为传统病原菌分离培养、直接涂片镜检、组织病理学检查、真菌抗原抗体检测、检测真菌核酸分子生物学技术。但不同方法各有优势与不足。病原菌直接涂片镜检法与培养法检查, 直接镜检操作简单方便, 涂片可检查真菌菌丝或孢子, 则可判定为真菌感染。传统真菌培养所需时间长, 检查诊断准确性低, 假阴性结果普遍。而且不能区分污染菌、寄殖菌与感染菌, 导致诊断延后, 影响治疗。血清中抗原或抗体检测, 因抗原抗体反应特殊性, 针对疑似真菌感染者, 需针对可能性真菌进行多种抗原抗体检测, 一定程度增加了工作量, 而且导致医疗自愿浪费, 所以真菌抗原或抗体检测也不是一种早期有效诊断方法^[5]。利用组织活检, 检测所需时间长、敏感度低与一些患者因患病不能及时获取组织标本, 影响病情诊断。近年来, 临床上开始倡导应用血清学实验来提升真菌鉴别敏感、特异度。PCT 为临床常用炎症敏感指标, 其可粗略判断感染病原体类型及感染程度, 从而为临床用药、预后评估提供指导。PCT 属于降钙素前肽糖蛋白, 在正常生理条件下, 由甲状腺 C 细胞生成, 健康者体内 PCT 水平较低, 不易被检出, 一旦发生细菌感染, 除了甲状腺之外, 肺淋巴细胞、肠道、巨噬细胞等均能生成 PCT, 在此过程中, 血清 PCT 会出现显著增高改变, 在感染获得良好控制后, 其又会下降。目前, 大量研究已证

实 PCT 可作为系统性炎症反应综合征、脓毒症等疾病预警指标。另外, 诸多临床医学证据显示^[6], 在真菌、细菌、寄生虫感染时, PCT 含量呈异常增高趋势, 其增高情况和患者预后、感染程度有关。梁涛等^[7]研究中表示, 细菌感染组患者 PCT 水平与真菌感染水平相比, 明显较高; PCT 诊断细菌感染疾病特异度为 88.50%, 均明显高于 C-反应蛋白、中性粒细胞、淋巴细胞比值, 从该项研究中可见 PCT 在细菌、真菌感染诊断方面具有良好作用。

当前临床中, 检测真菌成分及代谢产物为实验室诊断真菌感染的一个有效方法, 这些成分主要包括 (1, 3)- β -D 葡聚糖、烯醇化酶等。其中 (1, 3)- β -D 葡聚糖为几乎所有真菌具有特异性细胞壁成分, 真菌进入血液或深部组织, 经吞噬细胞吞噬与消化处理后, 其可从胞壁中释放出来, 从而增加血液及其他体液中 (1, 3)- β -D 葡聚糖含量。当机体真菌含量减少时, 机体免疫科快速清除 (1, 3)- β -D 葡聚糖。因此临床可将血浆 (1, 3)- β -D 葡聚糖作为真菌感染早期诊断的一项十分有意义指标。BG 为一种新型真菌检测手段, 其在深部真菌感染早期识别诊断中可发挥较好指导作用^[8-9]。BG 为一种广泛分布于真菌细胞壁 (除隐球菌与结核菌外) 内的多糖, 细菌、病毒与其他微生物则不具有该种多糖, 因此, 这促使其在真菌诊断方面具有较高特异性^[10]。

本次研究中, 研究组 PCT、BG 水平和对照组相比, 均明显较高, 这提示 PCT 与 BG 检测均可在危重病患者深部真菌感染诊断中发挥良好指导作用。BG 诊断深部真菌感染敏感度、特异度、准确度与 PCT 相比, 均显著较高, 这表示 BG 鉴别深部真菌感染的效果优于 PCT。PCT 联合 BG 诊断深部真菌感染敏感度、特异度、准确度均高于 PCT、BG, 可见以上两种检测方式联用能提升临床诊断准确性。

综上, PCT 与 BG 联合检测用于危重病深部真菌感染诊断中价值较高, 值得推广。

参考文献:

- [1] 杨耀永, 唐满玲, 蒋最明. 住院危重患者深部真菌感染的致病菌与耐药性研究[J]. 检验医学与临床, 2018, 015 (014): 2114-2116, 2119.
- [2] 张汇征, 付晓, 万东勇. G 实验和真菌培养在艾滋病病人深部真菌感染中的联合诊断[J]. 中国实验诊断学, 2018, 22 (01): 38-41.
- [3] 石婷婷, 李双庆, 梁利波. 降钙素原在感染中的应用及研究进展[J]. 中华全科医学, 2018, 016 (004): 620-625.
- [4] 李爽, 姜友珍, 侯德凤, 等. 1-3- β -D 葡聚糖检测在侵袭性肺部真菌感染老年病人中的诊断价值[J]. 实用老年医学, 2018, 32 (01): 63-65.
- [5] 王棕杨, 王有为, 赵薇, 等. 真菌荧光染色法在甲真菌病诊断中的效率比较[J]. 实用医院临床杂志, 2019, 016 (003): 30-33.
- [6] 栗薇, 周玉福, 刘青松, 等. 降钙素原与相关炎症指标在儿童感染性疾病中的诊断价值[J]. 西部医学, 2018, 30 (008): 1195-1199.
- [7] 梁涛, 杨诚, 吴苏源, 等. 多项指标联合检测在细菌感染性疾病中的诊断价值[J]. 临床血液学杂志, 2019, 32 (6): 184-186.
- [8] 许丽霞. 真菌培养和血浆 (1-3)- β -D 葡聚糖检测在深部真菌感染诊断中的应用价值[J]. 检验医学与临床, 2019, 16 (10): 84-86.
- [9] 徐明均, 张慧婷, 张玉洁, 等. 血浆 1, 3- β -D 葡聚糖检测联合念珠菌评分对侵袭性真菌感染的诊断价值[J]. 中国真菌学杂志, 2018, 13 (1): 11-14.
- [10] Decroos F, Springenberg S, Lang T, Papper M, Zapf A, Metzger D, Steinkraus V, Böer-Auer A. A Deep Learning Approach for Histopathological Diagnosis of Onychomycosis: Not Inferior to Analogue Diagnosis by Histopathologists. Acta Derm Venereol. 2021 Aug 31; 101 (8): adv00532.

浅议基层单位临床医学检验质量控制

刘尚冲 许同华 冉东

新疆维吾尔自治区喀什地区莎车县人民医院检验科 新疆莎车 844700

摘要:临床医学检验是医疗机构临床治疗患者的重要手段和组成部分,通过以检验医学为主的多种学科的综合应用,逐渐发展成为临床检验医学,其在临床检验的质量关乎于患者疾病的治疗和医院医疗水平,随着人民群众对基层医疗机构能力的认可度不断增加,社会对基层单位临床医学检验质量提出了更高的要求。为了有效提高临床医学检验质量,深入分析影响检验质量的相关因素并提出针对性干预措施,其中检验人员配置不当、检验质量管理体系及监督缺失、检验设备老化落后、检验人员工作责任意识等原因是基层单位检验工作质量不佳的重要影响因素,既需要加强管理手段,制度化、规范化的开展检验工作,同时要注重检验工作人才梯队建设,调动检验工作人员的积极性和强化工作责任意识,才能进一步提高检验工作质量。

关键词:基层单位;临床医学检验;质量控制

关于不断完善和建立临床医学检验体系是各医疗单位的迫切需求,通过不断地临床检验实践探索,临床医学检验质量控制方式不单单是提高医学设备,还需要通过行之有效的管理手段和制度来进行有效的约束和规范,努力提高检验样本的合格率和检验质量,为临床科室的疾病治疗提供有效保障[1],本文针对基层机构在临床医学检验工作的开展进行详细论述,并整理影响检验质量的相关关键因素,针对性影响因素深入分析产生原因和干预措施,为提高基层单位临床医学检验质量提供参考依据,现将本次研究情况报道如下。

1 基层单位临床医学检验现状

为进一步提高我国人民健康水平,促进基本医疗卫生服务均等化,我国自2015年颁布《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》并建立健全以加强基层为重点的分级诊疗体系,不断推动基层医疗单位提高自身诊疗能力的同时,基层医疗单位的检验工作硬件设施配备规范化程度有显著提高[2],但受限于基层单位的实际情况,对比大型医疗机构无论在人员配备、仪器设备及日常管理等方面的影响因素,在临床检验工作质量中仍存在较为明显的短板。

2 分析临床医学检验影响因素

通过对日常检验工作的认真梳理,现就基层医疗机构临床检验质量工作影响因素及形成原因分析如下:

2.1 检验人员配置不当。检验工作人员的理论素养和专业能力是保证检验结果准确的必要因素,但由于我国临床检验技术人才稀缺,基层单位人才竞争力较弱,同时基层单位的人员薪资待遇和职业发展与大型医院比较差距明显,难以吸引高技术人才驻足[3],医院自身培养的检验人员受限于医院自身实际,且存在非检验专业人员从事相关工作的情况,自身知识结构、检验理论基础、综合技能及专业素质等方面存在明显短板,同时由于检验人员稀缺,基层单位的检验工作人员难以抽出时间系统的参加培训、学习、交流等活动,自身业务能力难以提高。

2.2 质量管理体系及监督。多数基层单位忽视实验室检验质控管理概念,对于检验工作操作规范制订的较为宽泛,或者检验工作人员知其然不知其所以然,管理工作不力导致检验工作人员规范操作能力下降,对仪器的保养和故障缺少相关经验,检验工作人员的工作责任意识明显不足,管理人员对现代实验室的管理知识了解不够充分,对具体的检验项目实施标准、操作规范等标准质量较低,各岗位责任制度不清晰,人员管理方式较

为落后,未能形成依靠制度、日常监督等一系列的质控措施。

2.3 检验设备老化落后。基层医疗机构的检验设备普遍智能化和自动化程度不高,受限于基层医疗机构的经济收入和整体投入,检验设备的更换在医院发展重视度不够,造成该种情况的主要因素是检验科室的检验、诊断费用占医院收入比例较低,使用的仪器、设备难以满足社会群众对基层医疗机构检验工作需求[4],仪器的正常运行和保养依赖于供应商,基层单位的检验工作赖以提高的硬件设施更新换代较慢,检验的精确度不高。

2.4 检验人员工作责任意识。检验医师自身工作责任心、工作能力较低同样是导致检验结果准确率较低的主要因素,自身对检验工作不够重视,检验中对环境污染、试剂污染等预防措施准备不够充分,自身对检验仪器的操作不够熟练,对各项检验结果之间互相影响的因果缺乏全面了解[5],对检验工作的各个环节之间的质量控制措施实施不力等诸多原因也是造成检验结果精准度不高的原因之一。

3 基层医院临床检验工作常见问题及原因分析

3.1 样本采集前,患者的基本信息收集不全,患者基础性疾病及日常药物使用等可能影响检验结果的准确度。分析产生此问题的原因,主要是检验人员对检验工作内容不熟悉,对相应疾病病情缺少系统的认知,开展检验工作时与相应的科室相互配合不紧密,既有检验工作人员缺乏责任心的原因,同时也有检验实验室日常工作量较大等客观因素。

3.2 样本采集时,采集工作实施不规范,导致采集样本量不合格等,又或采集样本期间发生样本污染等情况[6]。该问题的出现主要是由于检验实验室的相关规章制度、守则不明确或执行不利,缺乏系统的监管措施,医护人员个人技能专业程度不够等原因,参杂管理因素和个人因素导致。

3.3 样本送检时,样本存放不当或送检超时。此问题是导致样本检验不合格的主要因素,是基层单位常见问题,既有检验实验室日常工作量较大的客观因素、人员配备不足等原因,也与一线科室的送检人员责任心有关,在针对检验工作人员开展相关工作的同时,也需要对相关送样、送检人员相关行为进行规范,可有效避免样本超期及送检期间环境污染问题发生。

3.4 样本检验中,样本处置不当、试剂比例添加不当、检验操作不规范等。样本检验中呈现出的诸多问题主要是由于检验工作人员业务能力、操作不熟练导致,在规范制度的同时,需要努力为检验人员提供更好的学习实践机会,同时将检验工作质量与日常绩效挂钩,提高检验工作人员的

责任意识,从而保证检验结果的准确性。

3.5 其他因素,如日常仪器设备维护保养不力,系统参数设置错误,实验室消毒、样本标识等关键环节出现操作失误。检验工作的制度化是保证检验结果准确的重要手段,检验工作之外的日常工作也会对检验准确率造成较大影响,检验人员的不规范操作、实验室环境安全同时也是检验工作必不可少的一部分。

4 改进和建议

根据以上分析总结的基层单位出现质量管理的问题的原因和具体问题的重要环节,结合多年检验医学工作实践,具体提出针对性改进建议措施。

4.1 进一步合理配置检验工作人员。基层单位在重视检验工作的同时针对本单位实际情况,建立切实可行的人员优化配置方案,在确保专业人士做专业事情的基础上加大自身人员培养力度[7],通过培训、考试等多种方式提高自身对检验工作的理论基础和业务能力,聘用其中参加临床医学检验技师考试并取得相关从业资格证书的人员,实现对现有检验工作人员配置进行优化调整,同时通过与各医学院校开展深度的定向培育计划,提高基层单位检验工作人员紧缺的现状。

4.2 制订并完善检验工作相关制度。确保实验室检验工作流程符合国家规定,减少检验结果准确度,为广大一线科室提供疾病诊治参考的同时避免出现责任事件或事故。结合基层单位实际情况,梳理检验工作流程,制订管理体系文件,保证检验工作各环节协调统一,进一步提高检验质量控制监督工作,定期对检验工作开展考核,对一段时间内检验人员的工作情况开展抽查,以检验工作人员的工作效率、检验质量以及技术能力等方面考量其职称与薪资待遇,认真执行奖优惩劣的奖励制度,通过公平性竞争调动检验工作人员的工作责任心和工作热情[8],总结基层单位检验工作规律,在人员配置齐全的状态下注意工作人员的工作状态和心理状态,及时给予关怀及帮助。

4.3 加大检验工作人员培训学习。在院内、科内广泛开展学习、交流活动,以提高检验工作质量开展多种形式的“学、比、超”活动,通过学习教育开展提高检验工作人员的责任意识和工作热情,努力促成与上级医院“双向交流”的工作模式,通过“请进来”和“送出去”两方面工作措施加快检验工作人员成长速度,在邀请上级医院的检验工作经验丰富的专家开展培训和交流的同时,将本院优秀的检验工作人员送至上级医院进行学习和培训[9],努力提高检验工作人员知识储备和眼界。

4.4 加大检验实验室设备更新。制订实验室设备更新计划,在检验设备购置时,既要考虑院内检验工作水平,同时要充分考虑升级换代对检验工作带来的影响,认真调研检验人员的仪器熟悉度,确保设备更换的有效衔接。采用外派实习操作等模式先期对购置仪器设备进行熟练操作,同时充分考虑基层单位的财力因素以及售后服务和日常维护等相关因素,对检验仪器、设备进行购置提高检验实验室的硬件基础设施,以满足单位检验工作需求,更好的为广大群众提供优质医疗服务。

4.5 多部门联动提升检验质量。针对检验工作常见问题,除在检验实验室制度约束外,加强与相关一线科室联动,认真听取相关科室对患者的介绍,仔细了解受检者相关信息,加强采样人员、送检人员的相关检验基础知识培训讲座,进一步提高采集样本的合格率,定期对样本检验结果与

诊疗方案进行核对,协同一线科室对检验结果逐一核实,对出现差错的检验结果分析原因,本着为患者提供优质服务的理念进一步提高检验结果准确率。

4.6 加强检验实验室日常管理。对检验实验室的日常卫生、消毒、仪器设备维护保养等方面工作建立工作制度,最大程度上减少检验工作质量的相关影响因素。建立责任到人的检验责任体系,定期检查、保养、维修检验仪器及设备,确保检验工作保质保量正常开展,定期开展实验室全域消杀,杜绝实验室样本污染发生,严格开展“查对”制度,认真核对患者的样本信息、检验结果,避免由于人为因素出现检验结果错误影响患者诊疗。

5 讨论

检验医学作为现代医学的重要组成部分能够对患者的病情给予准确的提示,便于一线科室医师为患者进行正确诊断并制订行之有效的个体化治疗方案,同时有助于为患者提供更好的护理服务和疾病管理措施,有助于取得更好的临床治疗效果[10]。基层单位的临床检验质量较大的影响着医院的诊疗能力,通过检验质量的提高能够有效的为居民提供更好的分级诊疗工作,同时有助于医院的品牌建设和群众口碑,是现代医疗机构发展的重要环节。本文针对基层医疗机构现状、存在问题及原因、具体问题分析及改进措施进行综述,以期基层单位的检验质量提升提供参考依据。

医疗服务不但要求对待患者“以人为本”,在检验工作实施中,更需要以检验工作人员高精专的专业技术为患者提供体验良好的临床检验服务。因此基层单位只有在努力提高自身硬件设施的基础上,努力提高检验工作人员专业素养、责任意识、管理水平等诸多方面精准施为,才能确保检验工作质量不断向好发展,为人民群众的健康保驾护航。

参考文献:

- [1]邢晓星.基层单位临床医学检验质量控制研究[J].百科论坛电子杂志,2019(14):620.
- [2]夏宁川,王体春,陈坤.医疗联合体模式下实施分级诊疗的现状调查及其对医院管理的价值分析[J].重庆医学,2019,48(2):349-351.
- [3]郑健,刘啸白,喻博,等.医学本科毕业生基层就业意愿调查及学习和心理相关影响因素分析[J].中华医学教育探索杂志,2021,20(9):1043-1046.
- [4]汤玉明.质量控制在县医疗单位普遍存在的问题[J].大家健康(中旬版),2018,12(6):296-297.
- [5]韩霞.基层单位临床医学检验质量控制的效果研究[J].临床检验杂志(电子版),2020,9(2):93.
- [6]刘海霞,代梅.临床医学检验重要环节的质量控制[J].医学美学美容,2020,29(5):59-60.
- [7]杨海银.浅议基层单位临床医学检验质量控制[J].饮食保健,2021(2):244.
- [8]何远,陈崇刚,吴显兰,等.临床医学检验中心发展面临的机遇与挑战[J].国际检验医学杂志,2020,41(13):1652-1655.
- [9]金方.如何控制县级医院临床医学检验的质量[J].特别健康,2021(16):180-181.
- [10]薛海鲸,李耀妮,赵秋剑,等.二级以下基层医疗机构医学检验质量管理研究[J].中国卫生检验杂志,2020,30(10):1261-1262.

老年肺炎住院患者中运用细节护理后的效果分析

刘玉叶 雍瑞霞

中宁县人民医院 宁夏中宁县 755100

摘要：目的：探讨细节护理在老年肺炎患者住院期间的应用效果。方法：将 2020 年 10 月的 2021 年 10 月在本院进行住院治疗的老年肺炎的患者 80 例作为本次的观察对象，并将这 80 例老年肺炎住院的患者随机分为实验组和对照组两组，每组有 40 例老年肺炎住院的患者，对照组的 40 例老年肺炎住院的患者采用常规的护理措施进行护理，而实验组的 40 例老年肺炎住院的患者则采用细节护理措施进行护理，并将两组老年肺炎患者护理前后肺部炎症指标以及患者对护理工作的满意度进行对比和分析。结果：在两组老年肺炎的患者进行有效的护理措施之前，两组老年肺炎患者肺部炎症指标对比产生的差异数据不具有统计学意义 ($p>0.05$)，而两组老年肺炎的患者在接受不同的护理方法进行护理后，通过细节护理的实验组老年肺炎住院的患者肺部炎症的指标和患者对护理工作的满意度均优于采用常规护理的对照组老年肺炎住院的患者，且两组患者的肺部炎症指标和患者对护理工作的满意度情况对比产生的差异数据具有统计学意义 ($p<0.05$)。结论：本文通过对老年肺炎住院的患者采用细节护理措施进行护理，能够有效的控制患者肺部的炎症，提高患者对护理工作的满意度，同时还能够提高患者的临床治疗效果，促进患者的健康恢复，值得推广和使用。

关键词：老年；肺炎；细节护理；住院

肺炎是指发生在患者肺部组织的一种实质性的炎症，包括终末气道的炎症以及肺泡腔炎症和肺间质的炎症。近几年来肺炎在我国的发病率不断的升高，其中肺炎造成的病死率也在不断的增加，这主要是因为重症肺炎的患者不断增多而导致的。目前肺炎在我国各类死亡原因中的排名第 5 位，而在全球各类死亡原因中排名第 2 位，仅次于心血管疾病引起的死亡。肺炎在临床上的分类比较多，且治疗的方法以及治疗的药物也有很多种。由于老年患者年龄的不断增加，身体的各项机能以及组织和器官处于不断衰退的情况，再加上老年患者的免疫力比较低，所以很容易出现肺炎的情况。在患者患有肺炎以后会对患者的生理以及心理上造成非常大的影响，降低了患者的生活质量，同时也会威胁到患者的生命健康。所以对于在院治疗的肺炎患者不仅要采取有效的治疗方法，同时也需要应用非常有效的护理措施，提高患者的生活质量，改善患者的心理情绪，促进患者的健康恢复，提高患者的治疗效果。因此，本文将对老年肺炎患者在住院期间采取细节护理措施进行护理，并将结果进行对比和分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2020 年 10 月到 2021 年 10 月在本院进行住院治疗的老年肺炎的患者 80 例作为本次的观察对象，并将这 80 例老年肺炎的患者随机分为实验组和对照组两组，每组有 40 例在住院治疗的老年肺炎的患者，其中对照组的 40 例老年肺炎的患者中的男性患者 25 例，女性患者 15 例，年龄在 61~80 岁之间，平均年龄在 (65.21 ± 2.78) 岁，而实验组的 40 例老年肺炎的患者中有男性患者 28 例，女性患者 12 例，年龄在 62~82 岁之间，平均年龄在 (65.75 ± 2.34) 岁。两组老年肺炎的患者均符合本次研究纳入标准，同时两组老年肺炎患者的临床资料对比产生的差异数据不具有统计学意义 ($p>0.05$)，具有可比性。

1.2 方法

对照组的 40 例老年肺炎的患者采用常规的护理措施进行护理，而实验组的 40 例老年肺炎的患者则是采用细节护理措施进行护理，主要的内容包括：1. 环境的护理，在患者入院时，护理人员需要非常热情的去接待患者，并且详细的为患者讲解院内的基础设施以及医疗技术和主治医生、护理人员的情况等，使患者能够熟悉医院的环境，消除患者对医院产生的陌生感和孤独感。如果患者的行动不便，护理人员则需要卫生间以及病房的走廊处设置扶手，同时定期的检查病房内的安全设施，确保患者在住院期间的人身安全。护理人员需要将病区内的物品摆放整齐，同时将病房内的温度和湿度调节到适宜的度数内，保证病房内的阳光充足以及通风良好，营造良好、温馨且舒适的住院环境。2. 加强对患者之间的沟通和交流，首先护理人员需要主动积极的与患者进行沟通和交流，在沟通的过程中需

要保证沟通内容的有效性，了解患者实际的心理状态，并为患者制定针对性的心理疏导，如果患者是因为担心自己的病情会危及到自己的生命而产生的焦虑、紧张和抑郁等不良的心理情绪，那么护理人员则需要为患者详细的介绍院内的治疗方法以及主治医生的临床治疗经验，也可以通过将以往治疗成功的案例详细的讲解给患者，使患者能够积极的去面对疾病的治疗，提高患者战胜疾病的信心，同时也能够进一步的去缓解患者不良的心理情绪。护理人员在与患者进行沟通的过程中，需要注意语气以及态度和行为等，以免导致患者丧失治疗的信心，不愿意相信医护人员。护理人员可以通过听音乐和说教等方式转移患者的注意力，减少能够影响患者心理状态的因素，使患者可以更积极的配合医护人员的工作。3. 心理护理，护理人员需要主动的去向患者问好，并在交流过程中采用尊称，亲切的与患者进行交流，在交流的过程中也需要保持礼貌、和蔼且耐心的态度倾听患者的抱怨。此外，护理人员还需要谅解老年人的唠叨以及健忘的情况，尽可能的去满足老年人生理上以及心理上的需求，使老年患者能够感受到尊重以及关爱和重视。因为在马斯洛的心理需求理论当中说明，尊重需求属于更高层次的个人的需求。在老年患者说话的时候护理人员应该仔细的倾听，不要打断患者的话题，更不要表现出非常耐烦的情绪。在老年患者住院以后，由于老年患者的社会角色以及周围环境的变化，会导致老年患者非常的孤独以及寂寞，非常渴望家人在身边的陪伴，但是又害怕会为家里增添麻烦，因此也会常常出现疑虑和沉默的现象。护理人员可以在患者病情允许的状态下，安排患者进行适当的娱乐活动，降低患者的孤独感。此外，护理人员还应该详细的观察患者的表现，了解患者出现焦虑和抑郁的主要原因，并及时的给予患者一定的心理安慰，使患者可以正确的认识到自身的疾病。护理人员还应该详细的为患者讲解疾病的发病机制以及治疗的方法和注意事项、预防措施等。告知患者良好的心理状态对疾病预后的作用，打消患者的顾虑，增强患者战胜疾病的信心，同时也能够使患者更积极的配合临床的治疗工作和护理工作。4. 健康教育，院内需要开展多种形式的健康教育来提高患者对健康知识的掌握度，在进行健康指导的过程中，尽量不要使用医学的术语，可以使用简单易懂的语言方式使患者可以更好的去了解自身的疾病，同时也能够消除患者内心的顾虑。可以通过发放健康宣传手册或者开展健康讲座等方式详细的为患者讲解疾病的临床症状、临床表现、致病因素、治疗方法、预后恢复以及注意事项等，提高患者对治疗的依从性。5. 合理用药的护理，护理人员需要引导患者正确的使用药物，特别是对于使用镇静和催眠药物的患者来说，更需要耐心的去解释药物的作用机制以及药物的作用时间，并提醒患者在服药之前做好充分的准备，如果有药物是睡前服用的，那么告知患者在服用完药物以后尽量不要下床，保证患者的安全，避免出现跌倒的情况。此外，护理人员还

应该充分的说明遵医嘱服药的重要性,避免患者出现私自更改药物用量或者更改药物进行服用,加重病情。6. 输液的护理,由于老年患者的血管不太清晰,同时血流的速度非常慢,在注射时总会有很多的问题出现,如不回血的情况,所以护理人员在为老年患者输液时,应该科学且合理的去进行穿刺血管,同时在输液时也应该询问患者是否有不良反应的情况,并每隔 30 分钟检查 1 次。在拔针时,为了保证拔针的效果,避免对患者造成针刺伤或者对自身造成针刺伤,一定要小心谨慎的去拔针。在拔针完成以后告知患者按压的时间,避免出现瘀斑。7. 安全的护理,护理人员需要掌握患者的年龄以及患者的用药史、患者的身体活动和患者自我照顾的情况,并按照高、中、低的危险程度来分别评估患者不良事件的发生情况,主要有自杀、戒断、误吸、坠床以及压疮和脱臼等。院内需要合理的去配置护理人员和资源提高工作的效率。在患者住院期间护理人员需要对患者及其家属进行教育,避免患者食用非常粘稠以及干硬且吞咽困难的食物,也避免患者食用引起咳嗽的食物,以免出现误吸食物的情况。在患者进食的时候可以将床头抬高 30~45 度,能够促进患者进行吞咽动作,也能够减少患者出现误吸的几率,并告知患者在饭后 30 分钟不能够立刻进入睡眠。对于处于高风险压疮的患者来说,护理人员需要每天评估患者的皮肤状况,并且定期的为患者进行翻身处理。8. 饮食护理,护理人员需要根据患者实际的病情情况以及患者日常的饮食爱好为患者制定科学合理的饮食

表 1 两组患者护理前后肺部炎症指标的对比情况

组别	例数	时间	TNF- α (ng/mL)	hs-CRP (mg/L)	IL-6 (pg/mL)
实验组	40	护理前	3.75 $\pm$ 0.33	13.12 $\pm$ 3.23	162.01 $\pm$ 16.71
		护理后	1.56 $\pm$ 0.21	7.34 $\pm$ 1.02	61.56 $\pm$ 2.16
对照组	40	护理前	3.73 $\pm$ 0.35	13.15 $\pm$ 3.21	162.05 $\pm$ 16.42
		护理后	2.44 $\pm$ 0.21	9.15 $\pm$ 1.56	121.25 $\pm$ 2.13

2.2 采用细节护理的实验组老年肺炎的患者对护理工作的满意度优于采用常规护理的对照组老年肺炎的患者,且两组患者对护理工作满意度对

计划,保证能够维持机体所需的营养,提高患者机体的免疫力和抵抗力,同时告知患者少食辛辣和刺激性的食物。9. 吸痰护理,护理人员需要帮助患者翻身拍背,指导患者正确的咳嗽和咳痰。如果患者出现咳痰困难时可以遵医嘱给予患者吸痰处理,在吸痰时保证动作的轻柔,并且坚持无菌原则,防止出现感染的情况,在吸痰以后提醒患者多喝水,可以促进痰液的稀释和排出。

1.3 观察指标

将两组老年肺炎住院的患者护理前后肺部炎症的指标和两组患者对护理工作的满意度进行对比和分析。

1.4 统计学分析

采用 SPSS20.0 软件对数据进行处理和分析,计数资料用 (n/%) 来表示,用 χ^2 进行检验,计量资料用标准差 $\pm$ 来表示,用 t 进行检验,当 $p < 0.05$ 时具有统计学意义。

2 结果

2.1 在两组患者护理前,两组老年肺炎患者肺部炎症指标对比产生的差异数据不具有统计学意义 ($p > 0.05$),在两组老年肺炎的患者护理后,采用细节护理的实验组老年肺炎的患者肺部炎症指标优于采用常规护理的对照组患者,且两组患者肺部炎症指标的评分对比产生的差异数据具有统计学意义 ($p < 0.05$) 见表 1

比产生的差异数据具有统计学意义 ($p < 0.05$) 见表 2

表 2 两组患者对护理工作满意度的对比情况

组别	例数	满意 (n/%)	比较满意 (n/%)	不满意 (n/%)	总满意 (n/%)
实验组	40	25 (62.5%)	14 (35.0%)	1 (2.5%)	39 (97.50%)
对照组	40	10 (25.0%)	21 (52.5%)	9 (22.5%)	31 (77.50%)
χ^2					6.452
P					0.012

3 讨论

近几年来,由于我国经济水平提高,人们的生活水平也在不断的提高,而人口老龄化也在不断的增加。正是因为人们生活习惯的改变也使老年肺炎在临床的发病率不断的上升,严重的威胁到了老年患者的生命安全,同时也降低了老年患者的生活质量。老年肺炎是老年患者中非常常见的一种疾病,老年肺炎具有着病情发展快以及病情反复发作的特点,老年肺炎的发病因素主要是由于病毒、细菌和寄生虫等引起的,患者在患有肺炎以后会出现高热、咳嗽以及呼吸困难的情况,严重时还会影响患者的正常生活以及患者的身体健康,所以老年肺炎患者需要采取住院治疗。由于患者需要长期住院治疗,再加上患者受着疾病的折磨,会出现焦虑、紧张、抑郁等不良的心理情绪,如果没有及时的进行治疗,不仅会降低临床的治疗效果,对于患者的预后恢复也会产生很大的影响。

由于目前我国经济水平的提高,导致传统的护理模式在临床上已经不能够满足患者对护理工作的需求。而细节护理是临床上比较常用的一种护理模式,细节护理能够做到以患者为中心,同时采用现代的医疗技术的一种综合性的护理理念。细节护理能够满足患者住院期间生理、心理的需求,同时也能够通过优化护患沟通以及院内环境和对患者进行健康教育等增强患者的治疗效果,缓解患者不良的心理情绪,增强患者战胜疾病的信心,提高患者对治疗的依从性以及医护人员的配合度。此外,细节护理也能够使护理人员在护理工作中体会到自身的价值以及责任,不仅有助于患者

对疾病知识的掌握,同时也能够使患者养成良好的生活习惯,更有效的去预防疾病的发生。

综上所述,本文对住院的老年肺炎患者采用细节护理措施进行护理,能够有效的控制患者肺部的炎症,同时也能够提高患者的治疗效果和患者对护理工作的满意度,促进患者的健康恢复,在临床上值得推广和使用。

参考文献:

- [1]余淑芳.老年肺炎患者住院期间施行细节护理的效果探讨[J].基层医学论坛, 2021, 24 (27): 3990-3991.
- [2]谢坤.老年肺炎患者护理干预的实施效果及影响分析[J].结直肠肛门外科, 2021, 26 (S2): 134-135.
- [3]吴哲.层级链式护理干预对老年肺炎患者呼吸功能、心理状态的影响[J].罕少疾病杂志, 2021, 27 (4): 95-96.
- [4]郝贺琳.精细化护理干预对老年肺炎患者疗效指标的影响[J].中国老年保健医学, 2021, 18 (3): 152-153.
- [5]魏娟.双心护理联合放松训练对伴有焦虑抑郁状态的老年肺炎患者临床应用效果观察[J].青海医药杂志, 2021, 50 (3): 33-35.
- [6]胡慧.老年肺炎患者护理干预的实施及影响分析[J].实用临床护理学电子杂志, 2021, 4 (48): 74.
- [7]苗玉苹.老年肺炎患者的综合护理体会[J].数理医药学杂志, 2021, 32 (11): 1720-1721.

阴道分泌物对尿常规临床检验结果的影响及相关建议

库广庭 严进秋

西宁市第三人民医院 检验科 青海西宁 810005

摘要：目的：分析总结阴道分泌物对于尿常规检验结果的影响，同时回顾总结相应的改进建议。方法：选取 2021 年 2 月至 2022 年 2 月我院接受尿常规检查的女性患者 100 例开展研究分析。结合尿常规检验期间的不同处理方式分为两组，常规组未对尿常规检验过程提供特殊的管理措施，实验组针对尿常规检验期间阴道分泌物的影响采取针对性的管理措施。分析对比两组患者的检验结果指标以及尿液标本的状态差异。结果：实验组的血细胞、白细胞以及上皮细胞等测定结果与常规组存在较大数据差异， $P<0.05$ 。实验组尿糖、PH 值以及蛋白质测定指标水平与常规组存在较大数据差异， $P<0.05$ 。实验组患者的尿液样本多数表现为淡黄色、清澈以及无悬浮表现。常规组尿液样本颜色相对较深，但不明显，存在少许的悬浮颗粒，透明度相对实验组样本偏差。结论：阴道分泌物对于尿常规的检验结果存在较大的影响，检验结果存在较大的偏差，临床检验期间应当高度重视女性阴道分泌物的处理，尽可能减少检验结果的偏差，从而保障尿常规检验可靠性，值得推广。

关键词：尿常规检查；阴道分泌物；检验结果；改进建议

在临床医学发展过程中，实验室检测指标在临床疾病诊断与疗效评价方面有着不可忽略的作用和价值，因为检测结果的准确性会直接影响疾病的诊断与治疗，所以尿常规检查显得非常重要^[1]。尿常规属于医学检验期间的三大常规指标，其有着检查时间短、无不良反应、操作简单以及无损伤等多方面的优势，所以在临床中有着相对广泛的应用。尿常规检验在肾脏疾病、糖尿病等疾病诊断中有着相当重要的作用与价值，同时也能够直接体现疾病的治疗效果以及患者的预后情况^{[2][3]}。尿常规检查指标相对较多，其主要是以白细胞、红细胞以及酸碱值等为主。普遍而言，不合格的标本大多数是因为错误的采集方式以及检验操作程序而导致，但是在妇科疾病的尿常规检验过程中，因为女性生殖系统本身相对比较特殊，因为尿道与阴道的距离比较近，所以尿常规检验很容易遭受阴道分泌物的影响^{[4][5]}。阴道分泌物的存在会导致检查结果出现明显的偏差，为了更好的保障检验结果的有效性 & 准确性，针对尿液标本的采集流程进行改进与优化显得非常重要。为了更好的保障女性患者的阴道分泌物检验结果可靠性，本文基于论著分析方式探讨尿常规检验期间阴道分泌物的影响，同时总结关于女性尿常规检验质量管理措施。详细研究方法与结果如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 2 月至 2022 年 2 月我院接受尿常规检查的女性患者 100 例开展研究分析。结合尿常规检验期间的不同处理方式分为两组。实验组患者 50 例，年龄区间 23 岁至 59 岁，平均 (35.46 ± 4.61) 岁，病程 6 至 48 月，平均 (25.61 ± 3.60) 月。疾病类型中盆腔炎 21 例、子宫肌瘤 16 例、异位妊娠 6 例、卵巢囊肿 4 例、功能性出血 3 例；常规组患者 50 例，年龄区间 23 岁至 58 岁，平均 (35.67 ± 4.57) 岁，病程 6 至 47 月，平均 (25.67 ± 3.50) 月。疾病类型中盆腔炎 20 例、子宫肌瘤 16 例、异位妊娠 6 例、卵巢囊肿 5 例、功能性出血 3 例。实验组和常规组患者的基础资料无明显差异， $P>0.05$ 。

入选标准：满足尿常规检验要求且可以根据规范要求提供检查样本；具备清晰意识且带有一定认知功能；沟通和交流能力较差；对研究认可且签署参与书。

排除标准：临床资料不完整；存在认知功能障碍；无法根据要求配合妇科检查；合并妊娠疾病；存在精神障碍。

1.2 方法

常规组应用常规尿液采集处理方式，同时在检查开始之前检验人员应当指导并帮助患者做好外阴部位的清水清晰，并告知患者采取尿液中段

10ml，放置于无菌容器中进行检验。

实验组在样本处理方面提高对阴道分泌物的重视，并采取针对性管理措施。在样本采集开始之前需要采用呋喃西林对会阴部位进行清洗，在完成擦拭之后将棉球放在阴道口，预防阴道分泌物对尿液标本形成影响，并嘱咐患者排尿。期间采用尿液中段，放置于无菌与干燥的容器当中。尿液检验所用的仪器设备主要包含干化学仪器、离心机以及尿沉渣检验仪器。标本在离心处理完成后留取 0.2ml 的尿沉渣进行检验，并基于显微镜进行检查并得出最终结果。

1.3 观察项目

分析对比两组患者的检验结果指标以及尿液标本的状态差异。

1.4 统计学分析

研究应用 SPSS26.0 版本的统计学软件完成数据的判断与处理。数据处理期间相关指标应用均数方式进行展现，并针对具体的数值进行对比从而判断数据对比的统计学价值。对于异常率数据采用百分比数据进行统计，采用 χ^2 值进行检验。数据对比期间两组数据参与对比时如满足统计学标准则 P 值应当小于 0.05。

2. 结果

2.1 红细胞、白细胞、上皮细胞以及尿蛋白检出率差异

实验组的血细胞、白细胞以及上皮细胞等测定结果与常规组存在较大数据差异， $P<0.05$ ，详细数据见表 1。

表 1 红细胞、白细胞、上皮细胞以及尿蛋白检出率对比（%）

组别	红细胞	白细胞	上皮细胞	尿蛋白
实验组 (n=50)	2 (4.00%)	2 (4.00%)	6 (12.00%)	2 (4.00%)
常规组 (n=50)	10(20.00%)	6 (12.00%)	18(36.00%)	8 (16.00%)
χ^2	15.241	14.636	14.204	15.891
P 值	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 尿糖、PH 与蛋白质指标差异

实验组尿糖、PH 值以及蛋白质测定指标水平与常规组存在较大数据差异， $P<0.05$ ，详细数据见表 2。

表 2 尿糖、PH 与蛋白质指标对比

组别	尿糖 (mmol/L)	PH 值	蛋白质 (g/L)

实验组 (n=50)	0.35±0.11	6.68±1.23	0.79±0.11
常规组 (n=50)	0.98±0.31	5.43±1.06	1.56±0.29
T 值	7.511	9.561	8.511
P 值	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 标本表现差异

实验组患者的尿液样本多数表现为淡黄色、清澈以及无悬浮表现。常规组尿液样本颜色相对较深，但不明显，存在少许的悬浮颗粒，透明度相对实验组样本偏差。

3. 讨论

尿常规检验属于临床中非常重要且比较普遍的一种检查技术方式，这种检查技术主要是通过检验判断尿液当中的蛋白质与尿沉渣，从而实现肾脏、泌尿系统相关疾病的诊断，疾病本身对于肾脏疾病的病变有较高的诊断检查优势^[6]。尿常规检验的结果往往会因为多方面因素而出现改变，其中女性患者在月经时往往还会混合红细胞。从整体检验结果管理角度来看，针对患者接受尿常规检验时，应当尽可能保障尿液标本在检验期间的规范化水平，同时结合临床经验，阴道分泌物对于女性尿常规检验标本存在较大的影响^[7-8]。从临床解剖学角度来看，女性的阴道口与尿道口和肛门之间的距离比较接近，同时大多数女性会因为病理学、生理学等因素导致阴道口好组边存在较多的阴道分泌物，此时遭受污染的样本占比相对较高。阴道分泌物中大多数的物质都会对尿常规检验结果形成影响，从检验角度来看想要保障尿常规检验结果的可靠性，就必须高度重视并做好对阴道分泌物的处理^[9-10]。

女性尿常规检验过程中，检测标本的质量水平和操作过程对于检验结果的准确性有直接影响，特别是对于女性而言，不规范的标本采集方式很容易导致标本采集污染问题的发生，所以在疾病检查过程中应当明确标本采集时的重要性。在具体尿常规检验工作过程中，经常会因为标本采集或测定过程中不规范的操作方式而导致假阳性与假阴性等问题的出现，此时会导致疾病的错误判断^[11-12]。尿液当中红细胞、白细胞的检测结果会直接影响泌尿系统疾病的诊断，所以能够用全自动化学分析仪进行检验，可以借助光学原理实现对红细胞的检测，从而实现对 HB 过氧化氢活性的生态养释放特征，但是这一过程很容易遭受细菌与肌红蛋白的影响，所以特异性比较差。对此，在临床检验期间尿常规标本遭受阴道分泌物的污染会导致检验结果出现明显的改变。从临床经验来看，阴道分泌物对于尿常规检验结果的影响主要体现在多个方面，对于大部分女性，阴道分泌物中含有正常的白带、异常的白带或者经血，都可能会导致尿常规检测标本受到污染，并对检查结果产生影响。与此同时，阴道生态学属于比较敏感的系统，在疾病发生的情况下检查过程中正常阴道分泌物属于白色且厚重、无味的，数量与刺激素、生殖系统的充血表现有直接关联，在近排卵期，白带数量会明显增加，此时排卵 2 到 3 天白带会明显增粗且减少，月经前的数量会有明显增加，妊娠期的白带数量也会随之增加，白带异常表现也会更加明显，此时对于尿常规检验结果的影响也会更加明显。

本次研究结果显示，实验组的血细胞、白细胞以及上皮细胞等测定结果与常规组存在较大数据差异， $P<0.05$ 。实验组尿糖、PH 值以及蛋白质测定指标水平与常规组存在较大数据差异， $P<0.05$ 。实验组患者的尿液样本多数表现为淡黄色、清澈以及无悬浮表现。常规组尿液样本颜色相对较深，但不明显，存在少许的悬浮颗粒，透明度相对实验组样本偏差。本次

研究结果证明阴道分泌物对于女性尿常规检验结果存在直接影响，在临床检验期间需要高度重视样本采集时的质量管理工作，尤其是需要做好对阴道分泌物的早期预防处理，保障检验结果的准确性，从而保障疾病诊断结果的可靠性，为临床治疗方案的设计提供可靠支持。在临床中应当高度重视尿液检验时的阴道分泌物处理，尤其是对于女性患者而言应当坚持规范化的样本采集，做好对会阴部位的清洗并塞入棉球堵住阴道口，尽可能减少分泌物的排除，同时指导患者规范化的采集尿液中段，保障尿液储备量，为后续分泌物的清理提供支持，降低阴道分泌物对于检验样本的影响。此外在尿液样本留置前，要注意对患者的消毒工作，在消毒擦拭合格后再进行取样，尤其是对阴毛比较长的患者，更需要处理好，避免污染的发生。为了更好的保障女性尿常规检验的结果可靠性，还可以从不同角度上保障检验结果的可靠性。在女性尿液标本采集期间，需要尽可能将多次检验在同一个时间进行处理，规避时间差异而导致的结果波动问题。在实验室检查过程中，需要针对检验人员自身的工作质量水平，结合临床医师做好相应的培训教育，高度重视疾病诊断知识和技能的培训，提高对于检验人员专业知识的培训，结合检验人员素质水平的提高，进而提高尿常规检验的质量。

综上所述，阴道分泌物对于尿常规的检验结果存在较大的影响，检验结果存在较大的偏差，临床检验期间应当高度重视女性阴道分泌物的处理，尽可能减少检验结果的偏差，从而保障尿常规检验可靠性，值得推广。

参考文献:

- [1]孙栋.阴道分泌物对尿常规临床检验结果的影响及对策分析[J].中国实用医药, 2022, 17 (08): 104-106.
- [2]白丽娟.阴道分泌物对尿常规临床检验结果的影响分析[J].中国现代药物应用, 2022, 16 (02): 89-91.
- [3]张丽华.阴道分泌物对尿常规临床检验结果的影响及对策[J].中国现代药物应用, 2022, 16 (02): 94-96.
- [4]刘畅.阴道分泌物对女性患者尿常规临床检验结果的影响及对策[J].实用妇科内分泌电子杂志, 2021, 8 (13): 117-119.
- [5]尤婷玉.阴道分泌物对尿常规临床检验结果的影响及对策分析[J].中国实用医药, 2022, 17 (02): 82-84.
- [6]季欢.尿常规检验中阴道分泌物对检验结果的影响及对策分析[J].中国现代药物应用, 2021, 15 (22): 62-64.
- [7]张海珍.阴道分泌物对尿常规临床检验结果的影响分析及应对措施[J].中国卫生标准管理, 2021, 12 (06): 98-100.
- [8]张婧.尿常规检验中阴道分泌物对检验结果的影响[J].中国医药指南, 2021, 19 (28): 117-119.
- [9]鞠李.阴道分泌物对尿常规临床检验结果的影响[J].中国现代药物应用, 2021, 15 (19): 237-239.
- [10]徐建琳.阴道分泌物对尿常规临床检验结果的影响分析[J].中国医药指南, 2021, 19 (27): 123-124.
- [11]郭琛.阴道分泌物对尿常规检验结果的影响探讨[J].中国继续医学教育, 2021, 13 (21): 98-100.
- [12]刘苑.阴道分泌物对尿常规临床检验结果的影响分析及应对措施[J].中国药物与临床, 2021, 21 (12): 2161-2163.

中西医结合治疗良性胃溃疡的效果分析

沈海强

余杭区良渚医院 311100

摘要：目的：分析良性胃溃疡患者接受中西医结合治疗的效果。方法：从 2020 年 1 月-2022 年 1 月区院内收治的良性胃溃疡患者内随机选择 120 例展开实验，根据治疗形式对患者进行分组，即实验与对照，每组内 60 例。对照组均接受常规西医治疗，实验组均开展中西医结合治疗，对比相关指标。结果：实验组效果显著优于对照组，且 $P<0.05$ 。此外，实验组腹痛消失时间为 (2.21 ± 0.88) h、反酸消失为 (2.75 ± 1.67) h、灼烧感消失为 (1.46 ± 0.31) h，对照组腹痛消失 (4.96 ± 1.57) h、反酸消失 (5.96 ± 3.14) h、灼烧感消失 (2.89 ± 0.43) h， $P<0.05$ 。治疗前，CCK 各： (120.42 ± 13.05) $\mu\text{g/L}$ 、 (120.35 ± 13.01) $\mu\text{g/L}$ ， $(t=0.4125, P=0.7412)$ ， $P>0.05$ 。MTL 各： (336.25 ± 23.14) $\mu\text{g/L}$ 、 (336.12 ± 23.88) $\mu\text{g/L}$ ， $(t=0.8512, P=0.3013)$ ， $P>0.05$ 。ET-1 各： (63.54 ± 4.32) $\mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$ 、 (63.55 ± 4.33) $\mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$ ， $(t=0.0127, P=0.9899)$ ， $P>0.05$ 。治疗后，CCK 各： (259.68 ± 14.54) $\mu\text{g/L}$ 、 (159.74 ± 13.62) $\mu\text{g/L}$ ， $(t=10.2452, P=0.0000)$ 实验组高， $P<0.05$ 。MTL 各： (237.47 ± 21.52) $\mu\text{g/L}$ 、 (292.41 ± 22.20) $\mu\text{g/L}$ ， $(t=12.4528, P=0.0000)$ 实验组低， $P<0.05$ 。ET-1 各： (85.54 ± 3.32) $\mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$ ， (73.98 ± 3.87) $\mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$ ， $(t=17.5611, P=0.0000)$ ， $P<0.05$ 。实验组不良反应低于对照组， $P<0.05$ 。结论：对良性胃溃疡患者实施中西医结合治疗，可以提升疗效，降低不良反应发生率，改善症状。

关键词：中西医结合；良性胃溃疡；治疗效果

胃溃疡作为临床消化科室内十分常见的病变之一，该病与十二指肠共同称为消化性溃疡病变，且该病的诱发因素较多，主要以上腹部出现餐后痛为典型症状，且患者还会存在反酸、嗝气、烧心等症状，需及时对其进行治疗，否则患者会胃穿孔、出血、幽门梗阻等并发症^[1]。临床西医治疗胃溃疡的主要措施为抑制酸性、保护胃粘膜抗幽门螺杆菌，且效果一般，但存在一定的副作用^[2]。而采取中西医结合治疗，不仅可以缩短临床治疗时间，还可提升疗效^[3]。因此，本文将分析良性胃溃疡患者接受中西医结合治疗的效果，如下^[4]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

从 2020 年 1 月-2022 年 1 月区院内收治的良性胃溃疡患者内随机选择 120 例展开实验，根据治疗形式对患者进行分组，即实验与对照，每组内 60 例。实验组年龄在 30-50 周岁，平均为 (35.84 ± 2.29) 周岁，男女为 13: 12，病程时间为 1-4 年，平均病程为 (2.84 ± 0.29) 年。对照组年龄在 30-50 周岁，平均为 (35.92 ± 2.23) 周岁，男女为 14: 11，病程时间为 1-4 年，平均病程为 (2.84 ± 0.29) 年。对两组资料分析后， $P>0.05$ ，具有可比性。纳入标准：(1) 知晓实验且自愿参与。(2) 确诊为良性胃溃疡。(3) 符合药物适应证。排除标准：(1) 存在药物禁忌症。(2) 存在凝血障碍。(3) 无法正常沟通。

1.2 方法

对照组均接受常规西医治疗：使用扬子江药业集团有限公司生产注射用泮托拉唑钠（国药准字 H20153289）静脉滴注，取 40mg 泮托拉唑钠与 0.9%氯化钠注射液 250ml 混合，2 次/天。必要时可以联合枸橼酸泌钾治疗，采用云南云铜稀贵药业有限公司生产的枸橼酸铋钾（国药准字 H53021272），患者遵医嘱服用。

实验组均开展中西医结合治疗：使用中药进行治疗，药物内包含黄芪、白芍、枳壳、延胡索、乌药、党参、白及、丹参、蒲公英、三七粉，每天 1 剂药物，使用水煎服后，分为三次服用。

两组患者均治疗 2 周。

1.3 观察指标及效果评价标准

对比疗效，分为显效、有效以及无效，显效：临床症状消失，胃溃疡部位呈白色瘢痕。有效：症状显著好转，溃疡部位显著缩小。无效：症状并未好转。总治疗有效率=（显效+有效）人数/总人数*100%。

对比两组患者的症状消失时间，观察患者症状消失时间的指标包括：腹痛消失、反酸消失以及灼烧感消失三个指标。

对比不良反应反应率，不良反应包括皮疹、恶心呕吐、皮肤瘙痒。

对比两组 CCK、MTL、ET-1 指标。

1.4 统计和分析

统计学软件 SPSS 23.0 分析，计数型指标则以例（n/%）表示， χ^2 检验，计量型指标则选用均数±标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）描述、t 检验。 $P<0.05$ ，则具有差异。

2 结果

2.1 临床效果

本次实验结果显示，实验组患者的临床治疗有效率显著高于对照组，且 $P<0.05$ 。详见表 1。

表 1 临床效果（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
实验组	60	29	30	1	98.33（%）
对照组	60	25	24	11	81.67（%）
χ^2 值	-	-	-	-	9.2593
P 值	-	-	-	-	0.0023

2.2 症状消失时间

实验组症状消失时间显著短于对照组， $P<0.05$ 。详情见表 2。

表 2 症状消失时间（ $\bar{x}\pm s$ ）h

组别	例数	腹痛消失	反酸消失	灼烧感消失
实验组	60	2.21±0.88	2.75±1.67	1.46±0.31
对照组	60	4.96±1.57	5.96±3.14	2.89±0.43
t 值	-	11.8354	6.9914	20.8958
P 值	-	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 不良反应发生率对比

实验组不良反应发生率低于对照组， $P<0.05$ 。详见表 3。

表 3 不良反应对比（n%）

组别	例数	皮疹	恶心呕吐	皮肤瘙痒	总发生率
实验组	60	0（0%）	1（1.67%）	0（0%）	1（1.67%）
对照组	60	2（3.33%）	4（6.67%）	2（3.33%）	8（13.33%）
χ^2	-	-	-	-	5.8859
P	-	-	-	-	0.0526

2.3 CCK、MTL、ET-1 水平对比

治疗前, 两组 CCK、MTL 无差异, $P>0.05$ 。治疗后, 实验组 CCK、MTL、ET-1 优于对照组, $P<0.05$ 。见表 4。

表 4 CCK、MTL、ET-1 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	CCK ($\mu\text{g/L}$)		MTL ($\mu\text{g/L}$)		ET-1 ($\mu\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	60	120.42 $\pm$ 13.05	259.68 $\pm$ 14.54	336.25 $\pm$ 23.14	237.47 $\pm$ 21.52	63.54 $\pm$ 4.32	85.54 $\pm$ 3.32
对照组	60	120.35 $\pm$ 13.01	159.74 $\pm$ 13.62	336.12 $\pm$ 23.88	292.41 $\pm$ 22.20	63.55 $\pm$ 4.33	73.98 $\pm$ 3.87
t	-	0.0294	38.8567	0.0303	13.7641	0.0127	17.5611
P	-	0.9766	0.0000	0.9759	0.0000	0.9899	0.0000

3 讨论

胃溃疡是临床内消化道溃疡的常见病变之一, 且该病的发生机制较为复杂, 患者胃内存在大量的幽门螺杆菌, 极易损害围胃粘膜的正常保护屏障^[5]。同时, 胃溃疡还会对患者的胃酸、胃蛋白酶等物质产生影响, 对日常生活产生影响, 故需及时选择有效的方式对患者进行干预, 以此实现较好的疗效, 改善患者的症状^[6]。胃溃疡出现后, 患者会感觉到主要以中上腹部为主的疼痛、反酸等症状, 且腹部疼痛的位置偏向左侧, 多在餐后半小时至一小时内出现, 具有一定的节律性、周期性发作^[7]。胃溃疡具有发生率较高、病程长、反复发作等特点, 极易加大患者出现并发症的可能性, 且多种致病因素还会对人体胃肠道十二指肠粘膜产生影响, 致使体内正常的保护系统无法启动, 最终出现消化性溃疡病变^[8]。人体消化道出现溃疡病变后, 最常见的为胃溃疡疾病, 该病的发生机制较为复杂, 甚至患者疾病严重时还会导致患者出现幽门梗阻、出血、胃穿孔等并发症, 显著提升临床治疗的难度^[9]。当人体出现胃溃疡后, 可以发现腹部出现规律性的疼痛, 需及时治疗, 临床多采取药物干预, 以此消除致病因素, 提升机体的防御能力以及修复能力^[10]。

良性胃溃疡主要和胃癌溃疡以区分, 从胃镜检查 and 患处病理检查可确诊, 普通胃溃疡镜下可见鲜红色溃疡面或者结痂面, 表面平坦没有周围浸润, 分界线明显, 活动性出血较少, 而恶性肿瘤多成菜花肉芽状态、周围浸润分界线不明确, 较少出现结痂状态, 其中恶性印戒细胞癌在镜下较难以和普通胃溃疡区别, 故仅可在病理检查后予以明确诊断^[11]。长期以来, 胃溃疡患者的典型症状主要为胃内的胃酸对胃粘膜产生侵袭作用, 导致胃部正常的屏障受到损害, 致使患者胃部出现病变。若没有及时对胃溃疡患者进行治疗以及控制, 则会诱发患者出现严重的并发症, 进而影响患者的生活质量、生命健康, 不利于患者的日常生活。此外, 胃溃疡作为一种消化道病变, 其在临床内十分常见, 且该病具有典型的腹部疼痛症状。若没有及时控制胃溃疡病变, 不仅病情会不断发展, 还会出现威胁患者的并发症。随着我国社会经济不断提升, 人们的生活习惯、饮食习惯均发生了显著的变化, 显著增加人体初夏胃肠道病变的可能性, 故胃溃疡发病率更是呈直线上升。人体出现胃溃疡多是因幽门螺杆菌感染所致, 故对患者进行治疗时, 需明确治疗目的, 改善患者体内的因子失衡情况, 明确患者的发生机制, 随后制定合理的干预措施。医生能够根据既往的临床治疗经验发现, 将患者体内的致病菌清除后, 可以提升治疗效果, 帮助患者痊愈。而从长远的治疗效果进行分析, 则可以发现清除幽门螺杆菌后, 可以降低患者再次复发的几率。现阶段, 临床治疗幽门螺杆菌时, 常以药物联合应用为主, 且医生会根据患者的症状以及实际情况, 制定合理的药物治疗方案, 以此促进患者愈合, 提升预后效果, 降低患者出现并发症的可能性, 且药物治疗无效后, 才会对患者进行手术治疗。

临床对胃溃疡患者常用的药物多为抑制胃酸分泌的药物, 泮托拉唑钠作为一种质子泵抑制药物, 该药物的作用机制主要是通过抑制胃酸分泌实现治疗的目的, 临床常将该药物用于胃肠道溃疡、食管反流、消化道出血以及胃肠道粘膜病变治疗内。此外, 泮托拉唑钠具有一定抑制胃酸的作用, 故使用该药物时, 不建议患者与其他抗酸药物共同使用, 以免过度抑制胃酸影响机体健康。泮托拉唑钠的药物安全性稍高, 但部分患者仍会出现不良症状, 如头晕、嗜睡、腹泻等情况, 且患者大剂量使用药物也会导致转

氨酶升高, 影响肾脏功能。枸橼酸铋钾片作为一种保护胃黏膜的药物, 其属于非处方药物, 且该药物不会中和胃酸, 也不会抑制胃酸的分泌情况, 当人体胃内环境转变为酸性环境时, 该药物可以形成一种弥散性的保护层, 并覆盖在胃溃疡内, 以此阻止胃酸酶对食物以及溃疡面产生侵袭。此外, 枸橼酸铋钾片还能降低胃蛋白酶的活性程度, 提高黏蛋白的分泌效果, 促进粘膜释放的前列腺素, 以此实现保护胃黏膜的效果, 故该药物可以用于治疗以及缓解胃酸过多所致的胃痛、反酸等疾病, 如消化道溃疡等。然而, 因患者使用西药治疗存在一定的副作用, 故还需积极探索更加高效的治疗形式, 以此改善临床治疗的不足, 降低患者出现并发症的几率。

随着中医不断发展, 中西医结合治疗被广泛用于临床内, 其可以改善西医单一治疗的不足。胃溃疡归属于中医内的胃脘痛、痞证范畴内, 多是因患者脾脏失调、脾胃虚弱、气滞血瘀、气血亏虚所致。中医也将胃溃疡分为多个不同类型, 故医生需根据患者的实际情况进行辨证治疗, 选择合适的干预形式, 保证药到病除, 提升药物治疗效果, 根除致病菌, 促进溃疡面的愈合。当代临床药物研究发现, 黄芪具有抗菌作用, 可以显著提升患者体内淋巴细胞的转化率。丹参对人体的胃粘膜屏障具有一定的保护作用, 可以促进组织内的修复以及损伤, 有助于患者愈合。三七可以增加人体内的血小板, 以此提高凝血功能, 二护眼所则可以实现活血化瘀、解痉止痛的效果, 再加上白芍对幽门螺杆菌具有一定的抑制作用, 多种药物联合治疗可以实现标本兼治的效果, 并降低患者出现不良反应的可能性。

综上所述, 对良性胃溃疡患者实施中西医结合治疗, 可以提升疗效, 降低不良反应发生率, 改善症状。

参考文献:

[1]姜蕾, 宋永玲. 中西医结合治疗急性胃溃疡疗效及对表皮生长因子与炎症因子和胃功能的影响[J]. 医药论坛杂志, 2022, 43 (01): 95-98.

[2]张平华, 余美琴. 中西医结合治疗胃溃疡临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2021, 19 (21): 136-138.

[3]茹晓萍. 胃溃疡患者采用中西医结合治疗的推广价值分析[J]. 智慧健康, 2021, 7 (18): 145-147.

[4]祝红, 张瑾, 黄胜楠, 苗明三. 基于中西医临床病证特点的胃溃疡动物模型研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2022, 28 (01): 234-240.

[5]张艳红. 中西医结合治疗胃溃疡的护理分析[J]. 山东医学高等专科学校学报, 2021, 43 (02): 159-160.

[6]姬润美, 张峰祥. 中西医结合治疗 Hp 相关性胃溃疡的临床疗效及对相关性炎症因子的影响[J]. 检验医学与临床, 2021, 18 (01): 76-78.

[7]张丽宏. 中西医结合治疗对幽门螺杆菌感染性胃溃疡患者胃黏膜的影响[J]. 医学食疗与健康, 2020, 18 (22): 50-51.

[8]张虎. 中西医结合治疗胃溃疡疗效及安全性分析[J]. 中国农村卫生, 2020, 12 (17): 62+61.

[9]钱小洲. 中西医结合治疗慢性胃炎胃溃疡的效果以及安全性[J]. 深圳中西医结合杂志, 2020, 30 (17): 40-41.

[10]马国庆. 中西医结合治疗胃溃疡的临床疗效[J]. 医学食疗与健康, 2020, 18 (06): 32+34.

[11]范红海. 中西医结合治疗胃溃疡的临床观察[J]. 光明中医, 2020, 35 (05): 735-737.

自拟养阴益气祛邪汤结合火针治疗玫瑰痤疮肺胃热盛证对皮损积分及血清学指标的改善

盛显涛¹ 张宗宝²

1 青岛市即墨区华山卫生院 山东青岛 266200; 2 青岛市即墨区灵山卫生院 山东青岛 266200

摘要: 目的: 探究分析自拟养阴益气祛邪汤结合火针治疗玫瑰痤疮肺胃热盛证对皮损积分及血清学指标的改善。方法: 选取于 2021 年 7 月至 2022 年 6 月, 我院收治的玫瑰痤疮肺胃热盛证患者共 80 例, 作为本次研究对象。以患者的入院序列号为基础, 采用随机数字分组的方式, 将 80 例患者随机分为对照组以及观察组。对照组采用西医治疗方式进行干预; 观察组采用自拟养阴益气祛邪汤结合火针的治疗治疗模式进行干预。对比分析对照组以及观察组的血清学指标; 皮损积分以及生活质量。结果: 经治疗干预后, 观察组在血清学指标; 皮损积分以及生活质量方面, 明显优于对照组, 其中 ($P < 0.05$), 差异具有统计学意义。结论: 对玫瑰痤疮肺胃热盛证患者采用自拟养阴益气祛邪汤结合火针的治疗模式进行干预, 能有效提升患者的生活质量, 同时能够显著改善患者的血清学指标以及皮损积分, 在实际应用中具有优良的效果, 值得进一步的推广与应用。

关键词: 自拟养阴益气祛邪汤; 火针; 玫瑰痤疮肺胃热盛证; 皮损积分; 血清学指标; 生活质量

前言

玫瑰痤疮属于常见的慢性损容炎症性皮肤病, 其主要症状为: 毛细血管扩张、面部红斑等, 通常情况下患者会出现阵发性的潮红、刺痛、灼热等症状, 部分患者在病情后期会出现相应的赘生物, 而病情严重的患者存在累及面部以外皮肤的机率^[1-2]。据相关资料显示: 30-45 岁的群体为该疾病的高发群体, 女性的发病几率通常高于男性, 同时该疾病具有病程缓慢、反复发作的特点, 对患者的心理以及生理状态造成严重的影响^[3-4]。本文将选取于 2021 年 7 月至 2022 年 6 月, 我院收治的玫瑰痤疮肺胃热盛证患者共 80 例, 作为本次研究对象, 探究分析自拟养阴益气祛邪汤结合火针治疗玫瑰痤疮肺胃热盛证对皮损积分及血清学指标的改善, 详情如下所示。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选取于 2021 年 7 月至 2022 年 6 月, 我院收治的玫瑰痤疮肺胃热盛证患者共 80 例, 作为本次研究对象。以患者的入院序列号为基础, 采用随机数字分组的方式, 将 80 例患者随机分为对照组以及观察组。对照组中: 患者共 40 例, 其中男性患者共 18 例, 女性患者共 22 例, 年龄为: 29-58 岁, 平均年龄为: (37.94±1.11) 岁, 病程为: 3 个月-8 年, 平均病程为: (4.01±0.43) 年; 观察组中: 患者共 40 例, 其中男性患者共 16 例, 女性患者共 24 例, 年龄为: 28-58 岁, 平均年龄为: (37.80±1.02) 岁, 病程为: 3 个月-8 年, 平均病程为: (3.87±0.39) 年。对照组以及观察组一般资料对比, 差异无统计学意义, 其中 ($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准: ① 对照组以及观察组患者及家属均已同意参与本次研究; ② 本次研究经本院审核通过。③ 经诊断确认对照组与观察组患者均符合玫瑰痤疮肺胃热盛证的诊断标准。

排除标准: ① 中途退出本次研究的患者; ② 精神异常、沟通障碍、配合度低的患者。③ 存在免疫缺陷或是感染性疾病等类型的患者。

1.2 方法

1.2.1 对照组方法

对照组采用西医治疗方式进行干预: 予以患者盐酸米诺环素胶囊 (批

准文号: 国药准字 H10960010; 生产企业: 惠氏制药有限公司。)口服, 每日 2 次, 每次 50mg; 同时予以患者克林霉素磷酸酯凝胶 (批准文号: 国药准字 H20055768; 生产企业: 江苏中丹制药有限公司。)每日 2 次, 涂抹药物前对面部进行清洁, 取适量的药物涂抹于皮损部位。药物实际使用剂量根据患者实际情况而定。

1.2.2 观察组方法

观察组采用自拟养阴益气祛邪汤结合火针的治疗治疗模式进行干预: ① 自拟养阴益气祛邪汤的组方为: 生石膏 28g; 知母 8g; 金银花 10g; 连翘 10g; 紫花地丁 10g; 蒲公英 10g, 枇杷叶 13g; 黄芩 8g; 夏枯草 13g; 生地 13g; 赤芍 8g; 牡丹皮 8g; 海藻 8g; 昆布 8g; 猫爪草 8g; 将上述药物充分混合后, 采用清水煎服, 每日 1 剂, 分为早间与晚间分别服用; 药物实际用量根据患者具体情况而定。② 同时予以患者火针的治疗方式进行干预: 使患者的面部皮损部位保持持续性的暴露状态, 对选取的进针点进行消毒处理, 同时采用酒精灯对豪火针进行烧制, 直至通红为宜, 选取患者丘疹脓疱处进针, 刺入之后迅速拔除, 将进针深度控制为 0.15-0.3 寸左右, 治疗期间避免火针沾水。

1.3 观察指标

经治疗干预后, 对比分析对照组以及观察组的血清学指标; 皮损积分以及生活质量; 血清学指标包括: IL-6 指标; IL-17 指标以及 IL-37 指标; 皮损积分包括: 红斑积分; 肿胀积分; 毛细血管扩张积分; 丘疹积分, 分数越高表示其皮损症状越为严重; 生活质量采用 DLQI 量表进行评定, 其中包括: 心理功能评分、生理功能评分、社会功能评分; 分数越低表示患者的生活质量越高; 数据均由研究期间收集整理得出。

1.4 统计学方法

将数据纳入 SPSS17.0 软件中分析, 率计数资料采用 χ^2 检验, 并以率 (%) 表示, ($P < 0.05$) 为差异显著, 有统计学意义。

2. 结果

2.1 对照组与观察组血清学指标

经治疗干预后, 对比分析对照组与观察组的血清学指标; 观察组明显优于对照组, 其中 ($P < 0.05$), 差异具有统计学意义, 详情如下所示:

对照组 IL-6 指标为: (20.01±2.10) ng/L; 观察组 IL-6 指标为: (11.22±2.83) ng/L; 其中 $t=17.637$, $P=0.001$ 。

对照组 IL-17 指标为: (2.51±0.46) ng/L; 观察组 IL-17 指标为: (1.74±0.45) ng/L; 其中 $t=8.461$, $P=0.001$ 。

对照组 IL-37 指标为: (23.30±4.55) ng/L; 观察组 IL-37 指标为: (16.08±3.49) ng/L; 其中 $t=8.903$, $P=0.001$ 。

2.2 对照组与观察组皮损积分

经治疗干预后, 对比分析对照组与观察组的皮损积分; 观察组明显优于对照组, 其中 ($P<0.05$), 差异具有统计学意义, 详情如下所示:

对照组红斑积分: (1.35±0.64) 分; 观察组红斑积分: (0.80±0.45) 分; 其中 $t=4.446$, $P=0.001$ 。

对照组肿胀积分: (1.47±0.60) 分; 观察组肿胀积分: (0.73±0.58) 分; 其中 $t=5.608$, $P=0.001$ 。

对照组毛细血管扩张积分: (1.31±0.40) 分; 观察组毛细血管扩张积分: (0.75±0.32) 分; 其中 $t=6.914$, $P=0.001$ 。

对照组丘疹积分: (1.50±0.20) 分; 观察组丘疹积分: (0.56±0.16) 分; 其中 $t=23.212$, $P=0.001$ 。

3. 讨论

据相关研究显示: 玫瑰痤疮与消化系统、神经系统、免疫系统等疾病存在一定的关联性, 在对患者进行治疗的过程中, 主要目的是最大程度的改善患者的临床症状, 进而提升其生活质量。现阶段西医治疗方式多为根据患者实际情况使用抗炎类药物进行干预, 虽然其在短期之内有着优良的效果, 同时有着起效快的优势, 但患者如长期服药存在一定的机率使其出现不良反应, 同时同样出现反复发作的情况^[5-6]。

从中医的角度看待玫瑰痤疮, 其认为该疾病的发病机理主要是优于肺胃热邪蕴结于患者头部以及面部, 同时存在外受风寒、玄府闭塞的情况, 进而使得患者体内的热邪不能外达, 郁闭于患者体内, 久之则成气滞血瘀、津凝痰结。在对玫瑰痤疮肺胃热盛证进行干预的过程中, 通常以清除肺胃积热、理气活血化瘀为目的。据相关研究显示: 在对患者进行清热治疗之后, 其症状能够得到很大程度的改善, 但在改善程度到达某一节点之后, 就很难继续取得优良的疗效, 同时部分患者会存在反复发作的情况。其主要是优于该疾病自身的特点: 玫瑰痤疮属于热病, 热久必伤阴, 因而使得患者病程持久; 同时多数患者存在正气不足的情况, 继而出现该病症缠绵难愈。在《黄帝内经》中对玫瑰痤疮存在描述: 其强调了外感寒邪是致病的关键因素, 分析临床症状可以得出, 患者的各项症状以及舌脉均不存在表寒的情况, 其主要是以热症为主, 因而在对患者进行治疗的过程中应采取辩证施治的原则进行^[7-8]。

在本次研究中所采用的养阴益气祛邪汤, 活血祛瘀、泻火解毒、凉血清肺、滋阴透邪等方面的效果, 其中生石膏具有: 清热泻火方面的效果, 将其用于热病壮热不退、煅敷生肌敛疮等方面症状的治疗之中具有优良的效果。知母被归为肺经以及胃经, 其有着清热泻火, 滋阴润燥方面的效果, 其对于内热消渴等方面的症状具有优良的效果; 金银花同样归为肺经以及胃经, 其中清热解毒是金银花最为主要的效果, 其对于痈肿疔疮以及热毒血痢等方面症状的治疗具有优良的效果; 连翘则有着清热、解毒、散结等方面的效果, 在《本经》之中对其有所记载, 可将其用于寒热、结热、痈

肿恶疮等症状的治疗之中。紫花地丁则主治痈肿; 蒲公英在清热解毒, 消肿散结等方面的效果最佳, 可将其用于疔疮肿毒、热淋涩痛等症状的治疗之中。枇杷叶同肺胃经, 在消渴及肺风面疮症状的治疗过程中具有优良的效果; 黄芩可用于清热燥湿, 泻火解毒, 同样属于痈肿疮毒症状的治疗良药。夏枯草有着清肝泻火的效果, 可用于目赤肿痛等症状的治疗, 但值得注意的是: 如果患者存在脾胃寒弱的症状, 则应避免使用。生地有着清热生津, 凉血的效果, 能够将其应用于热病伤阴以及温毒发斑等症状的治疗之中。赤芍同样具有清热凉血的效果, 在《神农本草经》之中对其有所记载: 其对于邪气腹痛、血痹等方面的症状具有优良的治疗效果。牡丹皮有着清热凉血, 活血化瘀的效果, 对于温毒发斑以及痈肿疮毒等症状的治疗具有积极意义。海藻以及昆布的应用主要是为例小猪患者肿胀的症状。猫爪草同样有着解毒消肿的效果。同时在本次研究中观察组同步使用了火针的治疗方式对患者进行干预, 火针具有以热引热的功能, 能够起到生肌敛疮的效果, 在抗炎、镇痛、促进皮损部位组织的修复方面具有积极意义^[9-10]。

综上所述, 对玫瑰痤疮肺胃热盛证患者采用自拟养阴益气祛邪汤结合火针的治疗模式进行干预, 能有效提升患者的生活质量, 同时能够显著改善患者的血清学指标以及皮损积分, 在实际应用中具有优良的效果, 值得进一步的推广与应用, 本文仅供参考。

参考文献:

- [1]郭妍, 曾慧, 王一战, 温雅丽, 徐晓白. 不同频次火针治疗对寒湿痹阻型膝关节炎的疗效及安全性评价——随机对照双盲试验[J]. 中医杂志, 2022, 63 (15): 1442-1448.
- [2]邓碧云, 曾海凤, 唐运福, 徐志勇, 陈礼, 黎韦珍, 梁超明. 火针治疗寻常疣疗效的 Meta 分析及试验序贯分析[J]. 大众科技, 2022, 24 (07): 61-69.
- [3]申洁婷, 蓝海冰, 田瑶, 申三波, 刘畅, 徐跃容. 自拟柴胡茵陈方联合火针治疗湿热蕴结型痤疮临床疗效观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病杂志, 2022, 21 (03): 231-234.
- [4]张倩, 王雪丹, 沈润斌, 马翠霞, 杨金旭, 王利春. 电针联合火针治疗脊髓损伤后二便障碍的疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2022, 41 (05): 484-488.
- [5]朱慧婷, 李伯华, 杨岚, 蔡念宁, 曲剑华, 赵炳南凉血活血法治疗玫瑰痤疮的中医经验[J]. 中华医学美容美容杂志, 2022, 28 (01): 65-66.
- [6]赵媛. 泻黄清胃散联合红蓝光治疗玫瑰痤疮疗效观察[D]. 山东中医药大学, 2021. DOI: 10.27282/d.cnki.gsdzu.2021.000793.
- [7]张璇. 中西医结合治疗 II 型玫瑰痤疮的临床疗效观察及中医证治规律分析[D]. 辽宁中医药大学, 2021.
- [8]赵祖云. 舒缓敏肤煎外敷联合坎离消痈饮治疗丘疹脓疱型玫瑰痤疮 (热毒蕴肤证) 的临床疗效初探[D]. 成都中医药大学, 2021.
- [9]武媛. 敷和汤治疗己亥年玫瑰痤疮的临床疗效观察[D]. 山东中医药大学, 2020. DOI: 10.27282/d.cnki.gsdzu.2020.000172.
- [10]周蓉. 玫瑰玉容汤加减治疗肺经风热型玫瑰痤疮患者的临床疗效评价研究[D]. 湖南中医药大学, 2018.

探究心血管疾病护理中不安全因素分析及防范措施

苏叶茹

西安交通大学第一附属医院 陕西西安 710000

摘要：目的：讨论心血管疾病护理不安全要素及护理防范措施。方法：以2019年3月至2021年12月在本医院心血管内科就医的80例患者为研究主题，选用SPSS 20.0软件开展随机分组。2组间一般数据信息差别无显著性差异（ $P > 0.05$ ）。剖析心血管内科护理中不安全要素，研究组患者行风险预防护理方式，对照组患者行基本护理方式，比较2组患者护理风险发生率、及护理满意率。结果：护理后，研究组整体满意度超了对照组的满意度，有显著性差异（ $P < 0.05$ ）；护理后，研究组不安全要素总发生率小于对照组，有显著性差异（ $P < 0.05$ ）。结论：心血管疾病护理上存在比较多的不安全要素。临床医学护理工作需从护理人员、医院管理与患者三个方面提升预防性护理管理方法，避免不安全要素的发生，提升护理满意度。

关键词：心血管护理；不安全因素；护理对策；护理纠纷

引言

心血管病特点显著，病发急，病况重，发病原因繁杂。假如患者无法得到合理医治，也会导致伤残或死亡。心血管病主要原因是血管堵塞、阻塞，造成心、脑、肾等器官的缺失和损害，造成脑缺血和出血性疾病。比较常见的心血管病包含心肌梗塞、慢性心衰、血压高、血脂高、心梗、心肌病、心率失常等 因而心血管病医学技术和护理对策对患者恢复和促进在我国诊疗事业发展起着至关重要的作用。文中根据对本医院接诊的 80 例心脑血管病患者进行全方位调研，明确心脑血管病护理里的不安全要素，制订有效高效的防范措施和应对措施，为医院心血管病患者临床医学护理安全性、规范化和合理性提供有力参照，也为我国诊疗护理发展起到关键作用^[1-2]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以2019年3月至2021年12月在本医院心血管内科就医的80例患者为研究主题，用SPSS 20.0软件随机分组。研究组男22例，女18例，年纪37~80岁，均值（63.67±7.85）岁，心肌梗塞12例，冠心病11例，慢性心衰7例，心梗6例，先天性心脏病4例。对照实验男24例，女16例，平均年龄为（64.22±7.62）岁，心肌梗塞14例，冠心病11例，慢性心衰5例，心梗7例，先天性心脏病3例。2组间一般数据信息无显著性（ $P > 0.05$ ）。

医院就医的100名患者，必须符合下列条件。一、神志清醒，无精神病史。二、心血管病严重度差异不大，疾病控制相对稳定。三、自行医治，个人行为正常的，无过激行为，价值观念优良恰当，紧密配合医治，不间断。四、在护理治疗中，遵从医护人员与医生专业指导，紧密配合调查问卷，表达要清晰，真实^[3]。

1.2 方法

1.2.1 心血管内科护理中不安全各种因素。心血管病护理中的不安全要素主要包含四个方面。

（1）环境因素

环境要素主要指医院系统配置和设备对患者的危害性。患者进到医院后，对医院和病区环境不太熟悉，很容易发生意外事故。走路时路面湿滑跌倒，或是床上并没有安装护栏，患者翻身跌倒。心电图检查、无创呼吸机、心电监护等。除开仪器设备使用寿命提升、不能及时接纳质保检查的风险性外，对不太熟悉仪器设备所使用的见习生与医生而言，操作过程中错误是一定的不安全要素。因为合理防止这类不安全要素的滋长，必须提升护理人员的专业技术水平^[4]。

（2）护理人员因素

护理人员不安全要素通常是护理专业能力差、护理实际操作不合规、护理安全意识不强。护理人员专业能力不高，导致护理人员对心血管病患者没法采取相应的护理对策，危害患者最好治疗时机，造成护理风险性。护理实际操作不合规主要指护理人员护理缺乏经验或护理工作中不健全。临床医学护理文档填写不全，临床医生没法掌握患者病况，直接关系临床观察计划方案的失败，诊治过程中的不良事件发生率提高。护理意识薄弱就是指护理人员并没有正确对待临床医学护理工作中对心血管病患者的必要性，对护理工作中欠缺激情，严重影响临床医学护理工作中的品质^[5]。

（3）医院因素

心血管病以手术医治为主导，大大增加了护理任务量，但医院并没有有效提升心血管科护理人员配备。与此同时，医院并没有综合考虑心血管病患者手术后必须较好的休息环境，喧嚣的噪音在一定程度上影响了患者的正常休息，对护理满意度低，并且心血管内科一部分护理人员欠缺高效的绩效考核机制和奖惩机制，无法不断加强护理人员的主动性和自觉性。

（4）患者因素

心血管病发展趋势繁杂而快速，且心血管病患者对病症、临床疗效和护理具体内容掌握很少，治疗依从性低。一部分患者在治疗中不严格执行医嘱，病况略有转好后规定康复或经常性复查，导致患者病情严重，提升临床观察和护理工作量，没法有效管理患者病况，严重危害患者功效，一部分患者发生病症，危机生命，心血管病的愈后品质与患者的治疗方法、心理状态、年纪和饮食息息相关。首先，心血管病患者及家属在治疗中易出现焦虑情绪、害怕的情绪，危害临床疗效，不益于患者的病情恢复。其次，心血管病是反复性的。假如患者病况发作，病况便会恶化。情况严重发生意识模糊、语言发育迟缓、吞咽障碍，不益于临床观察^[6]。

1.2.2 护理方法

研究组患者给与有针对性的预防性护理对策，对照组患者给与基本护理对策。保护性护理对策主要体现在以下方面。

（1）制定并完善护理管理制度

医院表明，心血管内科护理监管不到位是不安全要素，务必采取相应解决对策。医院必须在充分了解心血管内科护理现状和要求的前提下，制订完备的护理管理方案，各类护理工作中均以此作为立即根据。执行科学合理、有效、规范化的护理管理方法，能够最大程度地清除护理工作中出现的各种不安全要素，在确保护理品质前提下，使患者迅速恢复。

（2）优化护理人员思想认识并强化业务水平

一般来说，护理人员的“思想认知”是决定护理人员工作的关键所在，占主导性。因而，首先提升护理人员的思想意识，更改护理人员传统护理意识，进一步了解和信任当代护理服务宗旨，保证整体护理人员具有较强的责任感和归属感。根据有关标准进行护理工作，不但可以标准护理工作，并且能够降低护理风险事件发生率。除此之外，还要提升护理人员的专业能力。护理人员是护理工作的核心，护理工作的有序开展直接关系到护理人员的专业能力。因而，必须要在遵循护理工作有关管理制度的前提下，提升本身专业能力，保证达到消化内科护理工作的具体必须，融合患者具体情况做好目的性护理干涉，最大程度地充分发挥护理工作的积极意义^[7]。

（3）护理人员沟通能力的提升

住院期间，患者与亲属是最亲密的接触人员。因此患者和家人中间的所有疑惑都是会在第一时间向护理人员寻求帮助。假如护理人员不能够很好地与患者和家人沟通交流，就可能发生争执，或与患者产生纠纷。不管是患者还是家人在病情的因素下会产生各种消极情绪，因而也可能越来越激动、爱生气。因而，护理人员要全面利用自己的沟通技能，常常以亲近、亲切地心态沟通交流，维持最大的一个细心。用自己理论知识处理患者的疑问，不但能改进患者和家属情绪的，并且可以有效地遵照其医治，降低各种各样欠佳护理发生的几率。护理人员依据患者及家属心理健康问题、身心健康认知层次和病症特性，针对性地进行健康教育知识，融合口头教育、健康手册派发、视频教育、健康养生讲座、患者座谈会等形式，弥补差距。患者及家属对病症健康认知层次，可执行医嘱相互配合治疗和护理

工作,在医务人员的支持下,科学安排日常生活,塑造良好的生活习惯,防止病症发作^[8]。

(4) 加强法律意识水平

对医生而言,职业道德是其必不可少的素养之一。在日常护理工作中,护理人员从患者实际出发,在医生嘱咐下充足相互配合患者,提升功效,协助患者尽快康复出院,防止医患纠纷。医务人员在处理纠纷和矛盾的过程中,理应学好应用技术专业法律法规维护自身权益,积极主动学习法律知识,增强法律意识,在法律法规情况下有效处理医务人员矛盾纠纷,防止个人权益损伤,促长不良风气。

(5) 给予更为舒适且适宜的住院环境

医院病房和走廊光线不能过亮,但是必须充足。卫生间和走廊务必配置护栏。病房里最好不要置放各种各样阻碍物,并保证通风良好。床周边应设防护栏,相对高度适度。给患者系住鉴别手腕带,患者裤腿长短不能超过脚后跟。洗手间在自来水龙头上应该有显著标示,与此同时医院病房要保持更清静、清理,避免各种各样医源性噪声,给患者一个更清静、舒心的住院治疗自然环境。

2.2 失眠的护理

本院老年人患者住院后经常因为自然环境、心理状态、疾患要素造成失眠症,睡不着觉或睡着后易醒来时,醒来之后无法继续入睡。失眠原因也包含心血管疾病自身的特点。心血管疾病晚间易反反复复,交感神经兴奋,冠脉收拢,造成心肌缺血缺氧。患者往往因胸闷气短而醒来时,睡眠不平稳。晚间躺后皮下水肿液消化吸收,隔肌拉高,患者发生阵发呼吸不畅,影响睡眠。复方利血平、可乐宁、卡托普利等药品。医务人员可以从一定范围之内进行合理干涉,包含维持医院病房清静,临睡前打开小夜灯,满足病人睡眠质量标准^[9]。

1.3 观察指标

评定2组患者护理后整体满意度,总成绩0分~100分。总成绩与整体满意度成正比。评定2组护理后危害因素总发病率。

1.4 数据分析及统计处理

本科学研究涉及到的全部数据信息全部采用SPSS 19.0解决,其中2组整体满意度和不安全因素总发病率均用[n(%)]表明。选用 χ^2 进行测试, $P<0.05$ 表明统计学意义明显,相反无意义。

2 结果

2.1 比较2组总体满意度

在护理后,研究组总体满意度对比对照组更高,具有十分显著性的差异($P<0.05$)。见表1。

表1 比较2组总体满意率[例(%)]

组别	例数	十分满意	满意	不满意	总体满意率(%)
研究组	40	29(70.00)	10(25.00)	1(2.50)	39(97.5)
对照组	40	15(37.5)	17(42.5)	8(20.00)	32(80.00)
χ^2					7.4273
P					<0.05

2.2 比较2组不安全因素的总发生率

在护理后,研究组不安全因素的总发生率对比对照组更低,具有十分显著性的差异($P<0.05$)。见表2。

表2 比较2组不安全因素的总发生率[例(%)]

组别	例数	患者自身原因	医院环境原因	护理人员原因	不安全因素的总发生率(%)
研究组	40	1(2.50)	1(2.50)	0	2(5.00)
对照组	40	3(7.50)	2(5.00)	3(7.50)	8(20.00)

3 讨论

心脏是带动血液循环的动力,和泵的作用相似,把它挤压血液循环系统。其核心作用是为人体的给予 O_2 ,消除身体内的代谢物。但随着当代时代的发展,大家疏忽自身健康,过度饮酒、抽烟、焦虑不安、疲惫、激动、

饱腹。在一些前提下,心脏疾病常常发病造成的病症,又被称为心血管疾病,循环系统疾病。心脏疾病包含心率失常、慢性心衰、心肌梗塞等病症。不一样的病症有着不同的症状和主要表现,不一样的病症需做不同类型的防范和护理。倘若心血管发生病症,便会危机生命。

心血管病是当今社会威胁人们最严重的疾病之一,其患病率和致死率已超肿瘤疾病,居首位。2004年,心血管疾病的药品全世界销售总额超出750亿美金,预估到2008年将高于1000亿美金。国家卫生部发布的医学统计结果显示,在我国心血管病患病率在50年代末仅是5.1%,而90年代初上升到了13.6%。到2002年,18岁以上人口数量做到18.8%,50-70岁中老年人群中患有高血压、高血脂症、糖尿病患者、肥胖病等心血管病的“风险群体”超出70%。通过对在我国人口死因的调研分析,即每3人里就有1人患有心血管病。心血管病已经成为我国第一死亡原因和居民健康的第一杀手^[10]。

心血管内科护理中存在多种不安全因素,包含环境因素、护理人员因素、医院因素以及患者因素等,在很大程度上影响了心血管内科的护理工作质量。为了消除这些不安全因素,更好满足心血管内科患者对于护理工作的需求,本文在不安全因素分析的基础上总结了针对性的风险防范护理措施,并在我院心血管内科患者护理中取得了良好效果。这表明在心血管内科护理过程中,通过分析工作过程中存在的不安全因素,进而采取针对性的防范护理措施,可以有效提高护理工作质量,值得推广应用。

心血管病护理上存在众多不安全因素,包含自然环境因素、护理人员因素、医院门诊因素和患者因素,这种因素严重影响到心血管内科护理工作品质。因为清除这种不安全因素,能够更好地达到心血管病患者对护理工作需要,文中在研究不安全因素的前提下,归纳了有针对性的风险防控护理对策,在医院心脑血管病患者护理中获得了很好的效果。这说明在心血管内科护理环节中,分析工作中出现的不安全因素,从而采用有针对性的防止护理对策,可以有效的护理工作效能,非常值得推广应用^[11]。

4 结束语

总的来说,护理人员应高度重视自己的风险意识。文中对心血管内科护理工作中存有的风险性作出了足够的分析与调研,深入分析了我国目前内科护士和患者对不安全因素的认知。对于心血管内科护理不安全因素,应当立即发现和高效管理,提高有关医护人员应提升风险性防范意识。唯有患者与护理人员间的有效的沟通才能避免容易不安全因素带来的威胁。

参考文献:

- [1]孙丽红,杨艳.心血管内科护理中潜在的不安全因素分析及相关预防对策[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(39):262-263.
- [2]宋颖.心血管内科护理中的不安全因素分析及防范对策分析[J].中国医药指南,2019,17(03):280-281.
- [3]杨艳,吴英,马寒芳,等.健康体检人群心血管病危险因素调查[J].解放军医院管理杂志,2018,22(2):131-133.
- [4]黄珊珊.儿童心血管内科护理中不安全因素分析[J].中国实用口腔杂志,2017,46(13):1637-1639.
- [5]李亚莉.心血管内科护理中不安全因素的分析及防范对策[J].中国医药指南,2019,17(28):284-285.
- [6]褚雪梅.浅析心血管内科护理的不安全因素和防范措施[J].世界最新医学信息文摘,2019,17(94):207-208.
- [7]唐旭.心血管内科管理中风险因素分析与安全防范对策探讨[J].中国卫生产业,2019,14(13):135-136.
- [8]高文雁.心血管内科护理中不安全因素分析及防范对策[J].临床医药文献电子杂志,2019,4(38):7402-7403.
- [9]蔡欣博.心血管内科护理中不安全因素分析[J].世界最新医学信息文摘,2018,15(87):179-180.
- [10]董泽芹.心血管内科护理中不安全因素分析[J].心血管病防治知识(学术版),2019(09):111-113.
- [11]田宏芳.心血管内科护理中不安全因素分析[J].实用临床护理学电子杂志,2017,2(49):184-188.

清肺抗支汤治疗小儿支原体肺炎痰热闭肺证的临床研究

覃金蓉

德阳市第二人民医院 四川德阳 618000

摘要：目的：探讨清肺抗支汤在临床小儿支原体肺炎（MPP）（痰热闭肺证）患儿治疗中的应用与效果。方法：采取数字随机法将我院收治的 64 例 MPP（痰热闭肺证）患儿分成甲乙两组各 32 例，分别给予其常规西医治疗与西医+清肺抗支汤治疗，对比分析两组治疗效果。结果：经治疗，甲组总有效率为 72.92%，显著低于乙组的 91.67%（ $P<0.05$ ），且乙组患儿肺啰音、低热与咳嗽、气喘症状消失时间均显著早于甲组，而住院时间则显著短于甲组，两组比较，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：根据临床小儿 MPP（痰热闭肺证）患儿情况，给予其清肺抗支汤应用，可明显改善患儿症状，提高治疗效果，值得临床大力推广应用。

关键词：MPP；痰热闭肺证；麻杏石甘汤；阿奇霉素

[Abstract]Objective: To explore the application and effect of clear pulmonary resistant branch decoction in clinical children with mycoplasma pneumonia(MPP) (sputum heat and closed lung syndrome).Methods: 64 cases of MPP (sputum heat closed lung certificate) admitted in our hospital were divided into 32 patients in two groups, conventional western medicine treatment and western medicine + clear lung antizhi soup treatment were given, and the treatment effect of the two groups was analyzed.Results: After treatment, the total response rate of group A was 72.92%, significantly lower than 91.67% ($P<0.05$) of group B, and the lung rale, low heat, cough and asthma symptoms were significantly earlier than that of group A, while the hospitalization time was significantly shorter than that of group A. The difference was significant ($P<0.05$).Conclusion: According to the clinical situation of pediatric MPP (sputum heat and closed lung syndrome), it can significantly improve the symptoms and improve the treatment effect, and it is worthy of clinical application.

[Key words]MPP; phlegm heat closed lung certificate; apricot soup; azithromycin

在临床上，小儿 MPP 属于一种比较多见的肺部炎性病变，因其发病慢，故有一定潜伏期，患儿临床多表现为高烧、胸闷与咳嗽、头疼等，且肺部听诊多伴有明显摩擦应与啰音等。中医多将该病症划分在“肺炎咳嗽”范畴，认为多因机体肺气不足而卫外不固导致的，加之幼儿脏腑功能均未发展完善，极易受到外界侵袭，从而导致肺气不宣而上袭，诱发气喘、咳嗽等表现。现如今，伴随临床中医实践的不断发展与深入，中医治疗法在小儿 MPP 中的应用，也日渐被人们所接受，且效果也得到了普遍认可。故本研究旨在分析清肺抗支汤在临床小儿 MPP（痰热闭肺证）患儿治疗中的应用与效果，现报告如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院施小敏 2021 年 1 月-2021 年 12 月收治的 64 例小儿支原体肺炎患儿作为本次研究观察对象，纳入标准^[1]：均满足《诸福棠实用儿科学》与《中医儿科学》中的相关诊断标准，均经 X 线片检查确诊，且根据中医辨证属“痰热闭肺证”，伴有不同程度的咳嗽、发热等症状；患儿及其家属均自愿参与本次研究；排除标准：伴有重症肺炎或其它重要脏器功能障碍者；伴有神经系统或造血系统障碍者；对本次研究药物过敏者；3 个月内由肺部炎症病史者；采取数字随机法将患儿分成甲乙两组各 32 例，甲组，男 18 例，女 14 例，年龄均在 4-14 岁间，平均年龄为（9.1±1.4）岁；乙组，男 4-13 岁间，平均年龄为（9.3±1.1）岁。本研究经医院伦理委员会批准进行。

1.2 方法

甲组被给予西医常规治疗，即将适量注射用水同乳糖阿奇霉素（海南海灵化学制药有限公司产出，国药准字号为 H20000081）充分溶解成 0.1g/ml，后加入至 500ml 氯化钠注射液，最终配制成 1.0-2.0mg/ml 浓度的阿奇霉素，给予患儿静脉滴注处理，持续 1 周，针对合并细菌感染者辅之以头孢曲松钠（伤害罗氏制药有限公司产出，国药准字号为 H10983036）应用，每日 20-80mg/kg^[2]；乙组则在此基础上加用清肺抗支汤，即给予患

儿本院自制麻杏石甘汤，药方组成：炙麻黄与杏仁、射干各 3g，石膏与蛤壳各 18g，甘草 2g，枇杷叶与黄芩、瓜蒌皮各 10g，前胡、牛蒡子与葶苈子、海浮石以及青黛、紫菀各 6g，鱼腥草 30g，所有药材加水煎煮，取汁 200ml，每日 1 剂，于早晚温服，连续服用 1 周。

1.3 观察指标

观察记录两组患儿肺啰音、发热与咳嗽、气喘症状消失时间与住院时间，并进行对比分析，同时根据两组患儿临床症状与体征改善情况对其治疗效果加以判定，若经 1 周治疗，患儿喘息、哮鸣音与咳嗽、肺部湿罗音等症状消失，且经 X 线检查提示其肺部炎症征象均已吸收，则为痊愈，若经 7-10d 治疗，患儿各项临床症状体征显著缓解，且经 X 线检查提示其肺部炎症征象大部分吸收，则为好转，若经 10d 以上治疗，患儿各项症状均为改善，甚至有加重趋势，且经 X 线检查提示肺部伴有较粗纹理，则为无效，治疗有效率=（痊愈+好转）/总例数×100%^[3]。

1.4 统计学分析

采用 SPSS20.0 软件对所得数据进行统计与分析，计量资料用（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，采用 t 检验，计数资料以（%）表示，采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 代表差异显著，有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患儿治疗效果比较分析

经治疗，甲组痊愈 12 例，好转 11 例，无效 9 例，总有效率为 72.92%，乙组痊愈 18 例，好转 12 例，无效 2 例，总有效率为 91.67%，两组治疗总有效率比较，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），如表 1。

表 1 两组患儿治疗效果比较分析[n/（%）]

组别	例数 (例)	痊愈 (例)	好转 (例)	无效 (例)	总有效率 [例/（%）]
甲组	32	12	11	9	35 (72.92)
乙组	32	18	12	2	44 (91.67)
χ^2	-	-	-	-	5.790

P 值 - - - - 0.016

2.2 两组患儿症状体征消失时间比较分析

如表 2 所示, 乙组患儿肺啰音、低热与咳嗽、气喘症状消失时间均显

著早于甲组, 且住院时间也显著短于甲组, 两组比较, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。

表 2 两组患儿症状体征消失时间比较分析 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (例)	肺啰音消失时间 (d)	退热时间 (d)	咳嗽消失时间 (d)	气喘消失时间 (d)	住院时间 (d)
甲组	32	7.56±0.72	3.87±0.62	9.37±2.13	4.98±0.45	9.34±2.12
乙组	32	4.64±0.51	2.35±0.24	7.85±1.36	3.19±0.32	6.18±1.92
t	-	22.928	15.840	4.167	22.459	7.654
P 值	-	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3. 讨论

一般来说, MPP 主要是一种因肺炎支原体而诱发的多见社区获得性肺炎, 多通过呼吸道飞沫传播, 多见于学龄期儿童, 且一年四季均会发病, 好发于秋冬季节, 且近些年来其发病率有逐年上升趋势, 时常引发地区性流行肺炎。患有该病患儿, 临床多伴有发热与咳嗽等症状, 且早期主要以持续性干咳为主, 后期逐渐伴有咳痰黄稠情况, 部分患儿还可能伴有喘息现象, 严重者甚至可能并发肺部以外其他系统损伤, 一般多以消化系统损伤为主, 严重威胁到小儿的健康成长, 为此, 小儿 MPP 也日渐受到临床儿科医生的广泛关注, 且对该病症的治疗, 临床也在不断探索, 不断改进, 以寻求更为有效的治疗办法。

在西医治疗方面, 关于 MPP 治疗, 临床多选用大环内酯类抗生素, 且以阿奇霉素为首选, 该药物治疗虽可取得较好治疗效果, 但因近些年来我国抗生素滥用现象的日渐严峻, 肺炎支原体的耐药率也在逐渐上升, 由此造成单一应用阿奇霉素治疗 MPP 的效果, 日渐削弱。现如今, 伴随中医理论不断发展, 中医治疗法也日渐被广泛应用于临床, 且效果显著。在中医理论中, MPP 被划分在“温毒”或“肺炎喘咳”范畴, 多认为患儿是因外邪趁虚而入而感风寒或风热之邪, 进而侵犯肺卫, 加之小儿本为“纯阳之体”, 故外邪入内后化热, 并灼津炼液, 转为化为痰浊, 继而痰阻肺络, 壅塞气道, 进而出现肺气宣降失常情况, 故临床上小儿 MPP 患儿多表现为“热、咳、痰、喘”等症状, 即为中医辨证分型里的“是痰热闭肺证”, 故针对该类分型患儿, 治疗需以“宣肺清热、降气化痰”为主^[4]。

本次研究中, 乙组患儿就在常规西医治疗基础上加用了中医清肺抗支汤应用, 而其组方麻杏石甘汤源于《伤寒论》, 为辛凉宣肺首选方剂, 主要用于“风热袭表, 表邪不解入里化热, 或是风寒之邪郁闭而化热入里所致^[5]。”而该方中, 主要以麻黄、杏仁、石膏与干草为主药, 其中, 麻黄有宣肺止咳之效, 杏仁有强化化痰止咳之效, 石膏有清热除烦之效, 甘草有润肺止咳化痰之效, 四者相互作用, 共同发挥化痰止咳与清热宣肺之功^[8,9]。同时, 现代药理学研究也表示, 麻黄中所含的伪麻黄碱与麻黄碱能够起到解除患儿支气管痉挛与松弛支气管平滑肌的作用^[10], 且效果平缓且持久, 而杏仁中所含的苦杏仁碱则能生成氢氰酸, 起到润肺止咳的作用, 而且杏仁油还具有润肠通便之效^[6]; 石膏所含硫酸钙则能有效抑制、镇静机体支气管的神经与肌肉, 且钙类物质还可改善支气管通透性从而接触痉挛症状, 甘草中所含甘草酸可通过发挥抗炎抗敏与抑制机体平滑肌活动来发挥解痉效果^[7]。

另外, 方中还包含了黄芩、鱼腥草、前胡与紫菀、葶苈子、射干等辅助药材, 其中, 黄芩与鱼腥草有清肺火热咳之效^[11], 前胡有宣肺降气化痰之效, 紫菀有化痰止咳、润肺下气之效, 葶苈子有泻肺平喘与利水消肿之效^[12], 射干有清肺利咽与生津除烦之效, 这些辅助药效均能起到强化畅

气开郁与宣肺清热之功, 全方寒温与散敛并举, 升降相辅, 配伍严谨, 共奏宣肺化痰与清热解毒平喘之效^[13]。而本次研究结果也显示, 乙组患儿治疗总有效率 91.67%, 显著高于仅接受常规西医治疗的甲组的 72.92%, 且乙组患儿各临床症状消失改善时间也均显著早于甲组, 住院时间显著短于甲组, 整体效果更为显著。

综上所述, 针对临床小儿 MPP (痰热闭肺证) 患儿情况, 在西医基础上给予其清肺抗支汤应用, 可明显改善患儿临床症状, 提高治疗效果, 值得临床大力推广应用。

参考文献:

[1]邓坤, 赖海艳, 龙娟, 任梦瑶, 易蔚. 中医药治疗小儿肺炎支原体肺炎的研究概况[J]. 广西中医药大学学报, 2021, 24 (02): 90-93.

[2]王小素, 王小利, 江霞, 李玮. 升降散合麻杏石甘汤联合西药治疗小儿肺炎支原体肺炎痰热闭肺证的疗效观察[J]. 实用中西医结合临床, 2020, 20 (15): 76-77.

[3]陈扬超. 麻杏石甘汤加味治疗痰热闭肺型小儿支原体肺炎的临床观察[D]. 福建中医药大学, 2019.

[4]牟淑娟, 孙树雅, 沈鸿渺. 麻杏石甘汤合苏葶定喘丸化裁对痰热闭肺证支原体肺炎小儿症状缓解、血清因子水平的影响[J]. 环球中医药, 2018, 11 (11): 1809-1812.

[5]杨春, 梁文旺, 李日东. 麻杏石甘汤治疗小儿支原体肺炎的优势及机制探析[J]. 世界中医药, 2019, 14 (03): 691-695.

[6]韩燕, 董玉岗. 清肺抗支汤治疗小儿支原体肺炎痰热闭肺证的疗效[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5 (78): 167.

[7]杨淑芝. 加味麻杏石甘汤对小儿支原体肺炎痰热证的疗效研究[J]. 检验医学与临床, 2017, 14 (06): 881-882.

[8]李文菊, 张瑞汉. 自拟复方清肺抗支汤在治疗小儿肺炎支原体肺炎中的价值探讨[J]. 心理医生, 2017, 23 (18): 74-75.

[9]李蓉. 复方清肺抗支汤在小儿肺炎支原体肺炎中的应用效果[J]. 临床医学研究与实践, 2016, (07): 59.

[10]祁波. 清肺抗支汤治疗小儿支原体肺炎痰热闭肺证的临床研究[D]. 南京中医药大学, 2014.

[11]朱海龙. 清肺抗支汤治疗小儿支原体肺炎痰热闭肺证的临床研究[J]. 医学信息, 2016, 29 (18): 84-84.

[12]周莉. 清肺抗支汤治疗小儿支原体肺炎痰热闭肺证的临床研究[J]. 医药前沿, 2017, 7 (19): 13-14.

[13]覃钊凡, 徐健, 王月颖, 梅海炳. 加味麻杏石甘汤治疗小儿支原体肺炎疗效及 X 线评价研究[J]. 中华中医药学刊, 2019, 37 (06): 1526-1529.

颅内动脉粥样硬化斑块高分辨率磁共振成像特点研究

田秀秀

南京市中心医院 神经内科 210018

摘要：目的：对高分辨率磁共振成像（HR-MRI）在颅内动脉粥样硬化斑块中的临床运用价值进行研究。方法：选择 60 例基底动脉（basilar artery, BA）患者和 97 例大脑中动脉（middle cerebral artery, MCA）患者为研究对象，进行高分辨率磁共振管壁成像，对 BA 和 MCA 非责任斑块和责任斑块的信号、形态特征进行比较。结果：所有患者均顺利完成检查，在 60 例 BA 患者中，22 个非责任斑块，38 个责任斑块；97 例 MCA 患者中，35 个非责任斑块、62 个责任斑块；MCA 非责任斑块的 T1 增强信号强化率和强度指数低于责任斑块，而最小管腔面积大，但斑块狭窄率和负荷较小；BA 非责任斑块的管壁面积和外壁面积小于责任斑块，但是其他信号指标和形态学比较无差异（ $P>0.05$ ）；同时，BA 责任斑块的血管重构率高于 MCA，但是斑块负荷和血管狭窄率较轻（ $P<0.05$ ），两组的斑块强化率等指标比较无统计学意义（ $P>0.05$ ）。结论：3T 高分辨率磁共振能够评估颅内斑块成分特征，并且颅内非责任斑块和责任斑块的磁共振信号和形态特征具有一定的差异。

关键词：责任斑块；高分辨率磁共振成像特点；颅内动脉粥样硬化疾病

在心脑血管疾病的发生和发展中，动脉粥样硬化是比较重要的一个危险因素，与外周血管疾病、缺血性脑卒中以及缺血性心脏病有关。当前研究认为，粥样硬化疾病源自于动脉内膜的一种损伤，也是慢性的一种炎症，可累及中、大动脉，比如颅内动脉、颈动脉、冠状动脉以及主动脉等^[1]。一般情况下，粥样硬化斑块的组成部分包括斑块内出血（IPH）、钙盐、脂质坏死核（LRNA），其表面是胶原纤维和平滑肌细胞组成的纤维帽，在脂质坏死核心（LRNC）上方覆盖，发挥稳定斑块的效果。当前在对斑块的成分和形态特征进行分析时，血管成像是常用的一种方法，包括 CT 血管造影（CTA）、磁共振血管造影（MRA）以及数字剪影血管造影（DSA）等，虽然可以准确评估管腔狭窄程度，但是对斑块和管壁的诊断还存在着一定的局限性。高分辨多对比加权磁共振管壁成像技术（HR-MRI）可以通过无创的方式对动脉粥样硬化斑块的成分和特征进行定性和定量评估，并且在病理方面证实了脑血管事件的发生风险与影像特征的相关性^[2]。所以，在诊断 CAD、评估斑块风险以及制定治疗决策中，HR-MRI 发挥着极其重要的意义。

1. 资料和方法

1.1 一般资料

选择 MCA 患者 97 例和 BA 患者 60 例为研究对象，在 BA 组中，25 例为女性、35 例为男性，年龄 47-88 岁，平均（65.4±9.6）岁；MCA 组中 45 例为女性、52 例为男性，年龄 45-87 岁，平均（65.2±9.4）岁。纳入标准：（1）MRA 或者 CTA 可见（2）具有完善的资料；（3）患者临床症状可用 HR-MRI 显示的斑块和动脉狭窄解释。排除标准：（1）患侧 MCA 完全闭塞；（2）病变定位不符合 HR-MRI 显示的斑块和动脉狭窄；（3）其他因素如深静脉血栓、动脉炎、脑动脉夹层以及心房颤动等诱发的脑梗死。两组的年龄、性别等资料比较无差异（ $P>0.05$ ）。

1.2 方法

选择 GE 3T 扫描仪，采集信号运用 8 通道头颅线圈，先进行 3D TOF 序列扫描，对全脑血管进行成像，并且对颅内血管病变位置进行评定，设置参数，其中 Matrix=384×192，NEX=1，FOV=24×21.6cm，TE 为 3.4ms，TR 为 29ms，采集 5min。对于病变部位，使扫描层面垂直于病变血管段，

其中 BA 血管采用横断位管壁成像，MCA 血管则为矢状位管壁成像，从病变近端开始扫描，直到远端管壁，扫描序列有 T1 增强、STIR、T1、T1 加权快速自旋回波序列等。

1.3 图像分析

由神经放射科经验丰富的两名医生进行评估，运用 CMRTTools 软件分析。在 T2 加权磁共振图像上，手动对病变远端、近端以及病变管腔最狭窄处的血管外壁、管腔轮廓进行勾画，对各处的血管外壁面积（VA）和管腔面积（LA）进行记录，其中 VA-LA=管壁面积（WA）。同时，拷贝 T2WI 图像上勾画最狭窄处的外壁和管腔轮廓至同一层面的 T1WI、STIR 以及 T1WI 增强图像上，对平均信号强度进行计算。此外，对非责任斑块和责任斑块进行定义，其中前者为无症状组患者的病变或者症状组患者中无 TIA 发作病史或者脑梗死侧病变；而后者则是存在神经系统症状，且有 TIA 发作侧或者脑梗死病变。

1.4 统计学分析

采用 SPSS21.0 软件，运用 Shapiro-Wilk 方法对数据的正态性进行检验，分类变量由百分比或者频数表示，采用 t 检验计量资料对比，以 $P<0.05$ 表示有差异。

2. 结果

2.1 MCA 组中非责任与责任斑块 MR 特征对比

97 例 MCA 患者中，35 个非责任斑块、62 个责任斑块；MCA 非责任斑块的 T1 增强信号强化率和强度指数低于责任斑块，而最小管腔面积大，但斑块狭窄率和负荷较小，见表 1。

表 1 MCA 组中责任与非责任斑块 MR 特征对比（ $x\pm s$ ）

	责任斑块	非责任斑块	t 值	P 值
斑块负荷	0.91±0.08	0.78±0.15	9.654	<0.05
狭窄率	0.69±0.15	0.46±0.23	6.461	<0.05
管壁面积	10.69±4.34	9.98±2.33	1.963	>0.05
最小管腔面积	1.21±0.89	2.83±2.01	6.856	<0.05
积				
T1 增强信	1.06±0.27	0.94±0.15	2.863	<0.05

号强度指数

强化率	0.24±0.31	0.11±0.16	-6.476	<0.05
T1 信号强度指数	0.83±0.09	0.81±0.07	0.545	>0.05

2.2BA 组中非责任与责任斑块 MR 特征对比

60 例 BA 患者中, 22 个非责任斑块, 38 个责任斑块; BA 非责任斑块的管壁面积和外壁面积小于责任斑块, 但是其他信号指标和形态学比较无差异 (P>0.05), 如表 2。

表 2 BA 组中责任与非责任斑块 MR 特征比较 (x±s)

	责任斑块	非责任斑块	t 值	P 值
斑块负荷	0.85±0.11	0.84±0.12	0.467	>0.05
狭窄率	0.51±0.16	0.53±0.15	1.241	>0.05
管壁面积	20.15±0.25	14.35±5.46	2.646	<0.05
最小管腔面积	3.75±3.21	3.47±2.34	0.318	>0.05
T1 增强信号强度指数	0.95±0.22	0.84±0.15	1.863	>0.05
强化率	0.22±0.27	0.11±0.27	1.863	>0.05
T1 信号强度指数	0.82±0.12	0.78±0.11	0.754	>0.05

2.3BA 责任斑块和 MCA 责任斑块的信号特征与形态学对比

BA 和 MCA 责任斑块的斑块强化率比较无统计意义 (P>0.05); 但是在斑块负荷、血管狭窄率以及血管重构率方面对比有差异 (P<0.05), 其中相比较 BA 责任斑块而言, MCA 责任斑块的斑块负荷和血管狭窄率比较严重, 但是血管重构率较低, 如表 3。

表 3 BA 和 MCA 责任斑块的信号特征与形态学对比 (x±s)

	BA 责任斑块	MCA 责任斑块	t 值	P 值
斑块负荷	0.83±0.11	0.91±0.08	-3.874	<0.05
狭窄率	0.51±0.18	0.69±0.18	6.874	<0.05
血管重构率	1.02±0.25	0.91±0.29	3.645	<0.05
强化率	0.22±0.28	0.24±0.31	8.164	>0.05

3. 讨论

研究发现, 动脉粥样硬化可诱发颅内动脉狭窄, 也是导致缺血性卒中的比较重要的一个危险因素^[3]。有文献报道^[4]指出, 在全面评估缺血性卒中患者风险的基础上, 实施个性化诊疗时, 相比较对管腔狭窄程度进行评价而言, 对斑块特征进行分析的价值较高。因为颅内动脉具有较深的位置, 再加上管壁和管径面积较小, 识别斑块成分的难度较大, 尤其是对颅内动脉斑块的活体组织病理学结果进行获取的难度较大, 无法实现影像-病理对照研究。当前关于颅外颈动脉血管粥样硬化斑块的离体和活体磁共振成像研究较多, 并且证明了病理结果与磁共振斑块成像特征的相关性较好^[5]。在冠脉造影检查中, 发现心肌梗死在轻、中度狭窄病变患者中的发病率较高, 并且在颈动脉研究中也发现, 在脑血管事件中, 轻、中度狭窄病变占有较高的比例。相比较非症状性病变而言, 症状性大脑中动脉斑块以阴性

重塑率低、阳性重复率高以及管壁面积大为主要表现^[6]。本次研究发现, MCA 责任斑块的狭窄率、负荷以及管壁面积均较大, 但是最小管腔面积较小, 而在 BA 患者中, 责任与非责任斑块仅在管壁面积和外壁面积中存在一定的差异性; 通过对 BA 和 MCA 责任斑块进行对比, 发现与 BA 相比, MCA 责任斑块具有较低的重构率, 但是斑块负荷和狭窄程度比较严重, 说明通过对颅内高危斑块特征进行鉴别诊断, 能够对亚型不同脑卒中患者的发病风险进行评估提供一定的参考依据。虽然在非责任斑块与责任斑块的鉴别中, 斑块形态学特征具有一定的价值, 但是在实际应用中, 还应该与斑块的成分特征相结合, 从而促进诊断准确率的提高。本次研究发现, MCA 责任斑块的负荷和血管狭窄程度比较严重, 且血管重塑较小, 说明在脑血管疾病的发生机制方面, BA 和 MCA 斑块有所差异。

当前在研究颈动脉斑块时, 已经证实了斑块成分特征的重要性, 其中高风险斑块一般是指含有薄的纤维帽、大的脂质核以及合并斑块内出血的一种病变。在活体磁共振成像中, 能够量化这些斑块成分特征, 并且对未来发生脑血管疾病的风险进行有效预测。血管重塑作为血管自身对病变的适应性的一种反应, 由于血管重塑的存在, 导致单纯对管腔狭窄进行评估来对斑块严重程度进行判断存在一定的局限性。此外, 在研究冠状动脉时, 发现患者的临床预后较差和临床症状表现与斑块的易损特征性和阳性重构有关。

综上所述, 颅内非责任斑块和责任斑块的磁共振信号和形态特征具有一定的差异, 对于脑血管病高危患者的识别与防止具有重要意义。

参考文献:

[1]秦鑫, 冯志慧, 许海娜, 王振平, 钟健, 余宁.高分辨率磁共振成像在急性脑梗死及短暂性脑缺血发作患者大脑中动脉粥样硬化斑块特征观察中的价值[J].中国医学装备, 2022, 19 (08): 57-61.

[2]徐金辉, 张保朝.高分辨率磁共振成像增强扫描下大脑中动脉粥样硬化斑块的强化特点对频发前循环短暂性脑缺血发作的预测价值[J].实用心脑血管病杂志, 2022, 30 (04): 94-99.

[3]Liu L, Wang D, Wong KS, et al. Stroke and stroke care in China: huge burden, significant workload, and a national priority[J]. Stroke, 2011, 42 (12): 3651-3654.

[4]Wasserman BA. Advanced contrast-enhanced MRI for looking beyond the lumen to predict stroke: building a risk profile for carotid plaque[J]. Stroke, 2010, 41 (10 Suppl): S12-16.

[5]Song Xiaowei, Wei Qiao, Zhao Xihai, Hou Duoduo, Zhao Hongliang, Wang Lixue, Zhang Xiaofeng, Zheng Zhuozhao, Wu Jian. Association between Short-Term Blood Pressure Variability and Intracranial Atherosclerotic Plaque Vulnerability: A High-Resolution Magnetic Resonance Imaging Study.[J]. Journal of atherosclerosis and thrombosis, 2021, advpub (0): 223-224.

[6]吴静静, 贾琳, 王云玲, 韩秉艳, 贾文霄.三维高分辨率磁共振成像评估大脑中动脉粥样硬化高危斑块特征与缺血性事件复发的相关性[J].临床放射学杂志, 2020, 39 (07): 1444-1447.

课题编号: 2020JC0060

课题名称: 四川省名中医施小敏主任医师治疗小儿肺系疾病学术经验研究

在急危重症患者抢救中采取呼吸阶梯性疗法提高呼吸复苏概率的作用

王学朝

核工业 417 医院 急诊科 陕西西安 710600

摘要：目的 分析急危重症患者抢救中采取呼吸阶梯性疗法应用效果。方法 选取 2021 年 1 月~12 月收治在本院急危重症患者 86 例为观察对象，以随机数字表法分组，对照组辅助传统呼吸支持抢救，观察组辅助呼吸阶梯性抢救，观察呼吸复苏情况。结果 观察组内 40 例患者呼吸复苏成功，成功率为 93.02%，对照组内 33 例患者呼吸复苏成功，成功率为 76.74%，组间差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。观察组患者呼吸平稳时间、平均复苏时间比对照组较短，呼吸评分比对照组较低，组间差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。两组患者间气管插管、呼吸机吸氧、面罩吸氧、鼻导管吸氧、开放气道呼吸支持方式应用率无差异性，观察组患者气管切开呼吸支持率低于对照组，复苏体位呼吸支持率高于对照组，组间差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。观察组患者生活质量总分（ 80.24 ± 2.06 ）分，比对照组患者的（ 73.25 ± 2.14 ）较高，组间差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论 急危重症患者抢救中，参考传统呼吸支持法，呼吸阶梯性疗法更有助于提升呼吸复苏成功率，同时可发挥缩短呼吸恢复平稳时间、减少创伤性较大呼吸支持方式应用率等作用。

关键词：急危重症；抢救；呼吸阶梯性疗法；呼吸复苏

急诊科收治的患者多为急危重症，具有起病急、病情变化快、病情复杂、死亡风险高等特征。为此，接诊后需立即进行病情评估，并快速开展抢救，从而稳定病情，挽救患者生命^[1]。多数患者入院时伴随不同程度低氧血症，需要尽快纠正，预防进一步发生呼吸衰竭，维持呼吸通畅。急危重症患者抢救过程，吸氧为基础治疗手段，配合正确呼吸管理对于抢救成功率至关重要^[2-3]。呼吸管理可用方式如传统呼吸支持，主要为凭借经验评估病情，选择相应呼吸支持方式，但存在一定缺陷^[4]。后期出现的呼吸阶梯性疗法有效弥补了此种缺陷，医护人员之间配合到仪器治疗的阶梯性治疗过程。本研究中针对院内 86 例急危重症患者进行了分组调查，旨在探究呼吸阶梯性疗法的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 1 月~12 月收治在本院急危重症患者 86 例为观察对象，以随机数字表法分对照组、观察组，均 43 例。对照组内男 22 例，女 21 例；年龄 31~68 岁，平均（ 49.52 ± 5.36 ）岁；创伤性疾病 15 例，非创伤性疾病 28 例。观察组内男 23 例，女 20 例；年龄 33~68 岁，平均（ 50.34 ± 5.86 ）岁；创伤性疾病 16 例，非创伤性疾病 27 例。两组患者基线资料无差异性，可对比研究。

1.2 方法

对照组：传统呼吸支持疗法，快速评估患者病情，凭借临床经验进行体位复苏治疗。维持患者呼吸通畅，及时清理呼吸道分泌物，结合具体症状给予鼻导管输氧呼吸支持疗法。

观察组：呼吸阶梯性疗法，第一阶段：动手呼吸支持疗法，目标为调节患者呼吸情况。若患者颈椎无病症，适当抬高下颌，预防舌后坠，清理呼吸道及口腔内容物，维持呼吸通畅。第二阶段：以无创氧疗支持疗法，若有低氧血症以面罩或鼻导管吸氧，测定氧流量，维持吸氧量充足。第三阶段：给予气道氧疗，结合患者气道实际情况给予对症处理。若有呼吸系统原发性损伤，控制气管切开操作时出血量，避免加重喉部损伤，保障手术安全，同时配合抗感染药物。第四阶段：建立人工气道，给予呼吸机氧气支持。

1.3 观察指标

（1）统计患者呼吸复苏成功率。（2）统计呼吸稳定时间、平均复苏时间、呼吸评分。（3）统计患者呼吸支持方式，如气管插管、复苏体位、开放气道等。（4）参考 SF-36 评估患者生活质量，选取其中躯体功能、心理健康、精神状态、社会功能评估，0-25 分记录，分值高提示生活质量高。

1.4 统计学处理

用 SPSS21.0 统计软件完成调查数据处理，用（ $\pm s$ ）描述计量资料，以 t 检验，计数资料采用率（%）表示，以卡方检验， $P<0.05$ 代表数据对比有差异性。

2 结果

2.1 比较两组患者呼吸复苏成功率

观察组内 40 例患者呼吸复苏成功，成功率为 93.02%，对照组内 33 例患者呼吸复苏成功，成功率为 76.74%，组间差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。

2.2 比较两组患者呼吸情况

观察组患者呼吸平稳时间、平均复苏时间比对照组较短，呼吸评分比对照组低，组间差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表 2。

表 2 比较两组患者呼吸情况（ $\pm s$ ）

组别	例数	呼吸平稳时间 (h)	平均复苏时间 (h)	呼吸评分（分）
观察组	43	3.15 ± 0.51	2.24 ± 0.36	2.21 ± 0.34
对照组	43	4.68 ± 0.45	3.35 ± 0.54	3.58 ± 0.42
t	-	14.751	11.215	16.625
P	-	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 比较两组患者呼吸支持方式

两组患者间气管插管、呼吸机吸氧、面罩吸氧、鼻导管吸氧、开放气道呼吸支持方式应用率无差异性，观察组患者气管切开呼吸支持率低于对照组，复苏体位呼吸支持率高于对照组，组间差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表 3。

表 3 比较两组患者呼吸支持方式（n，%）

组别	例数	气管切开	气管插管	呼吸机吸氧	面罩吸氧	鼻导管吸氧	开放气道	复苏体位
观察组	43	1（2.33）	15（34.88）	15（34.88）	5（11.63）	30（69.77）	7（16.28）	36（83.72）

对照组	43	7 (16.28)	16 (37.21)	16 (37.21)	6 (13.95)	29 (67.44)	6 (13.95)	27 (62.79)
²	-	4.962	0.050	0.050	0.104	0.054	0.091	4.807
P	-	0.026	0.822	0.822	0.747	0.816	0.763	0.028

2.4 比较两组患者生活质量评分

观察组患者生活质量总分 (80.24±2.06) 分, 比照对照组患者的 (73.25±2.14) 较高, 组间差异有统计学意义 (P<0.05)。见表 4。

表 4 比较两组患者生活质量评分[(±s), 分]

组别	例数	躯体功能	心理健康	精神状况	社会功能	总分
观察组	43	19.24±0.58	18.32±0.61	19.12±0.43	19.28±0.53	80.24±2.06
对照组	43	17.32±0.61	16.58±0.52	17.24±0.53	17.62±0.55	73.25±2.14
t	-	14.958	14.235	18.063	14.251	15.431
P	-	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

3 讨论

急危重症患者多伴随低氧血症、低血压、呼吸困难等症状, 为此, 在接诊后需快速对患者给予吸氧。纠正呼吸困难与低氧血症对于保障患者安全, 提升抢救成功率具有重要影响^[5]。尤其针对呼吸困难症状, 需要结合患者实际情况采用适合呼吸支持技术进行对症治疗。以往临床多以原发病为基础选择适合呼吸支持疗法, 主要凭借临床医师经验进行^[6]。虽然此种支持疗法具有缓解疼痛及降低致死风险的效果, 但若过度依赖医师临床经验, 而缺乏对急诊呼吸管理的深入认知, 则可影响急诊抢救成功率。为解决此问题, 呼吸阶梯性疗法得以出现, 进一步提升了支持疗法的规范化及针对性, 从而发挥出更大价值。

本研究以传统呼吸支持疗法为参照, 通过对比分析呼吸阶梯性疗法在急危重症患者中应用价值。首先, 以呼吸复苏成功率作为直接评估指标, 观察组内 40 例患者呼吸复苏成功, 成功率为 93.02%, 对照组内 33 例患者呼吸复苏成功, 成功率为 76.74%, 组间差异有统计学意义。针对此种支持疗法的应用, 陈汶娟^[7]的研究结果也证实了呼吸阶梯性疗法用于急危重症患者中应用价值较高, 可提升患者呼吸复苏成功率, 同时还可有效调节患者情绪。此结果与本研究结论一致, 充分证实了呼吸阶梯性疗法对于患者呼吸复苏的重要意义。其次, 观察组患者呼吸平稳时间、平均复苏时间比照对照组较短, 呼吸评分比照较低, 组间差异有统计学意义。此结果充分证实, 呼吸阶梯性疗法具有缩短患者呼吸恢复时间的作用, 对于快速解除或减轻患者痛苦具有积极作用。另外, 两组患者见气管插管、呼吸机吸氧、面罩吸氧、鼻导管吸氧、开放气道呼吸支持方式应用率无差异性, 观察组患者器官切开呼吸支持率低于对照组, 复苏体位呼吸支持率高于对照组, 组间差异有统计学意义。采用呼吸阶梯性疗法进行急危重症患者的治疗, 可有效减少患者出血量, 缩短治疗时间, 降低机体损伤。基于依据阶梯性疗法进行治疗方式选择, 对病情相对较轻患者以低创伤性疗法为主, 特殊病情则选择跨阶梯疗法, 为此创伤性呼吸支持疗法应用相对较少。郭平^[8]等学者研究中同样以传统呼吸支持法为参照, 经对比发现呼吸阶梯性疗法干预下患者复苏时间及呼吸平稳时间均明显较短。此结果与本研究结论一致, 充分证实了此种治疗技术更适合用于急危重症患者抢救中。最后, 以生活质量为辅助参考指标评估呼吸阶梯型疗法对急危重症患者的意义。观察组患者生活质量总分 (80.24±2.06) 分, 比照对照组患者的 (73.25±2.14) 较高, 组间差异有统计学意义。急危重症患者发病急, 对于疾病的担忧等不良情绪不利于生活质量, 加之呼吸困难症状影响, 可加重生活质量下降。而选择呼吸阶梯性疗法用于患者抢救中, 可减轻呼吸困难等症状对患者的困扰, 在一定程度恢复其生活质量。另外, 基于呼吸阶梯性疗法的应用优先选择创伤性较小的呼吸支持疗法, 若病情加重则选择更适合治疗方法, 可有效减轻患者治疗相关创伤性, 有利于早期恢复,

同样可达到改善生活质量效果。

呼吸阶梯性疗法具体为从简单到复杂, 从动手操作到仪器辅助治疗的过程。此种辅助疗法适合应用于不同程度急危重症患者抢救过程, 为此可结合患者实际病情选择适合治疗方式^[9]。抢救过程, 在满足患者治疗所需基础上, 应优先选择无创、低阶梯抢救治疗方式, 并为下一阶梯病情的加重做好应对准备。对于特殊情况的处理, 若有严重肺部挫伤、早期呼吸道烧伤, 可直接跨阶梯治疗, 针对呼吸心跳骤停患者应用气管插管疗法。若患者病情不稳定或持续加重, 则应选择跨阶梯组合方式治疗, 要求临床医师可灵活选择治疗方式, 规范化给予呼吸支持, 快速减轻患者痛苦, 抑制症状进展, 并达到缩短呼吸恢复时间的效果^[10]。阶梯性疗法的应用复杂程度较高, 且应对不同病情需灵活选择, 为此对于急诊医护人员专业能力 & 临床经验具有较高要求。需要做到对患者病情的全面且快速评估, 养成阶梯性疗法思路, 灵活应用各种治疗措施, 保障患者生命安全。

综上所述, 急危重症患者抢救中, 参考传统呼吸支持法, 呼吸阶梯性疗法更有助于提升呼吸复苏成功率, 同时可发挥缩短呼吸恢复平稳时间、减少创伤性较大呼吸支持方式应用率等作用。

参考文献:

[1]何俊, 许冀.急诊呼吸阶梯性疗法对急危重症患者进行呼吸复苏治疗的价值体会[J].中国社区医师, 2020, 36 (18): 17-18.

[2]马朝阳.急危重症患者进行急救抢救时采取呼吸阶梯性治疗的临床效果观察[J].黑龙江中医药, 2020, 01 (6): 33-34.

[3]卢浩黔.呼吸阶梯性疗法在急诊急危重症患者抢救中的应用效果[J].黑龙江医学, 2022, 46 (3): 287-289.

[4]Guo SW, Dai CF, Yu L, et al. Can respiratory muscle training therapy effectively manage obstructive sleep apnea syndrome after stroke?: A protocol of systematic review and meta-analysis[J]. Medicine, 2020, 99 (24): 20589.

[5]郭平, 李军, 汪勇.急危重症患者急诊抢救使用呼吸阶梯性治疗方法的疗效研究[J].世界复合医学, 2021, 7 (1): 83-85.

[6]Permetta JS, Cheryl S, Daenna K, et al. Pediatric Respiratory Therapists Lack a Standard Mental Model for Managing the Patient Who Is Difficult to Ventilate: A Video Review[J]. Respiratory care, 2020, 64 (7): 801-808.

[7]陈汶娟, 王海霞, 周琼玉.呼吸阶梯性疗法对急危重症患者临床疗效及负面情绪的影响[J].国际精神病学杂志, 2021, 48 (3): 521-524.

[8]郭平, 李军, 汪勇.急危重症患者急诊抢救使用呼吸阶梯性治疗方法的疗效研究[J].世界复合医学, 2021, 07 (01): 83-85.

[9]Selim NY, Mannaa HF, Sharaki OA, et al. Highlighting Levels of Indoxyl Sulphate among Critically Ill Patients with Acute Nephrotoxicity; Correlations Between Indoxyl Sulphate Levels and Patients' Characteristics[J]. Reports of biochemistry & molecular biology, 2021, 10 (2): 266-279.

[10]Zhang Z, Saera MB, Liu X, et al. Varying association of laboratory values with reference ranges and outcomes in critically ill patients: an analysis of data from five databases in four countries across Asia, Europe and North America[J]. BMJ Health And Care Informatics, 2021, 28 (1): 170-94.

超声心动图对儿童先天性心脏病筛查的临床价值探讨

¹魏敏 ²曹相玫 (通讯作者) ³王晓

宁夏回族自治区妇幼保健院 (宁夏儿童医院) 宁夏银川 750021

摘要:目的: 探讨超声心动图对儿童先天性心脏病筛查的临床价值。方法: 以回顾性分析的方式, 在我院进行筛查的先天性心脏病患儿中, 择取资料完备的 72 例作为研究对象。时间在 2020 年 1 月至 2022 年 1 月。其均实施超声心动图检查, 就其心脏病类型进行统计, 且就其不同直径的室缺和后期治疗状况进行了解。就诊断结果进行统计。结果: 在 72 例患儿经过超声心动图检查后, 其均确诊先天性心脏病, 在对患儿跟踪随访后, 均确诊, 诊断准确率为 100.00%, 误诊率为 0。在超声心动图检查中, 青紫型 3 例, 占比为 4.17%; 非青紫型 69 例, 占比为 95.83%。室间隔缺损类型可以划分为 <5mm 直径室间隔缺损、≥5mm 直径室间隔缺损, 且前者相较于后者更小, 差异显著 ($P < 0.05$)。结论: 超声心动图对儿童先天性心脏病进行筛查, 准确率较高, 且对先天性心脏病类型进行划分, 有助于后续治疗工作的开展, 值得推广。

关键词: 超声心动图; 儿童先天性心脏病; 筛查; 诊断符合率

在我国二胎、三胎政策陆续开放的背景下, 高龄产妇的数量增加, 新生儿数量也呈上升趋势。但社会整体环境的复杂化、生育年龄较大、备孕不充分等因素的限制, 很容易导致新生儿存在先天性病变。不少先天性疾病可以通过产前超声检查来进行明确, 并且予以合理的干预措施。但有一部分先天的疾病, 具有较强的隐匿性, 无法通过产前超声检查来进行处理, 这就使得新生儿在成长发育中, 存在不同程度的功能缺失。儿童先天性心脏病作为典型的一种先天性病变, 其是指胎儿在子宫内发育时, 受到某些因素的干扰, 而使得心脏发育异常或者停止发育, 以结构异常或者功能不足为主, 很容易导致患儿发生心血管畸形, 进而导致患儿死亡。可以说, 在近几年来的临床调研中, 心血管畸形是儿童死亡的主要因素之一^[1]。为了降低儿童死亡率, 保证儿童的健康成长, 临床需要做好先天性心脏病的筛查, 以及时发现和治疗该种疾病。在临床上, 对儿童先天性心脏病的检查方案相对多元化, 以心导管法、心血管造影法等, 这类检查方式均具有一定的侵入性, 且对操作专业要求较高, 在运用于儿童时, 很多家长都存在担忧, 推广难度较大^[2]。在超声技术不断优化的今天, 超声心动图在心脏病变的检查上受到了人们的青睐, 这种检查方式具有直观性、无创性、经济实惠性等特点。在本次研究中, 以在我院进行儿童先天性心脏病筛查的患儿 72 例作为研究对象。详细报道如下。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

以回顾性分析的方式, 在我院进行筛查的先天性心脏病患儿中, 择取资料完备的 72 例作为研究对象。男性患儿有 39 例、女性患儿有 33 例, 年龄最小的为 3d, 最大的为 6 岁, 在 1 周内的有 12 例、在 1 周到 1 个月的患儿有 10 例、在 1 个月到 6 个月的患儿有 14 例、在 6 个月到 1 岁的患儿有 12 例、在 1 到 6 岁的患儿有 22 例, 其均为足月分娩。

参与研究的患儿家属对研究知情, 且签署同意书。患儿与家属参与整个研究。

在对先天性心脏病患儿进行临床观察后, 发现其存在五种基本状况, 具体为: 第一种, 患儿经常感冒, 且极易发生呼吸道感染, 例如肺炎等; 第二种, 患儿生长发育相对较差, 出现了消瘦、出汗等现象; 第三种, 患儿在较小时, 吃奶无力、喂养困难, 或者出现了拒食、呛咳、呼吸急促等现象; 第四种, 患儿很容易疲劳, 体力状况较差; 第五种, 患儿在发病时, 经过听诊其心脏存在杂音^[3]。

1.2 方法

选取 Philips EPIQ7C 彩色多普勒超声诊断仪来进行检查, 超声探头选取 S8-3, 频率设置在 3.5MHz~7.5MHz。在患儿安静状态下, 来将其体位

调整为仰卧位或者左侧卧位, 如果患儿不能配合检查工作的开展, 在检查前要予以水合氯醛 (5mg/kg), 以口服的方式给予, 等待患儿进入安静状态后, 才可继续进行检查。在常规扫查时, 要从患儿的胸骨旁、心尖部、剑突下等区域进行扫描, 必要时可增加到胸骨上窝四个区域。探查切面包含了患儿的左室长轴、大动脉短轴、四腔心。对标准切面图象不清晰或者效果不理想的, 则需要进行多切面、多角度探查。对于复杂畸形的患者则需要按心脏三级顺序来进行分段检查。在检查时, 由超声科经验丰富的诊断医师来进行临床操作, 并且来进行综合诊断。

1.3 评价指标

以跟踪随访的方式, 对患者的诊断准确率进行统计。且以超声心动图的检查信息作为参照, 来对患者进行心脏病类型划分为, 其包含了青紫型和非青紫型。且对患儿的室性缺损类型进行明确, 对其治疗效果进行观察。

1.4 统计学分析

数据以统计学软件 SPSS18.0 分析, 以 ($\bar{x} \pm s$) 表示计量资料, 经 t 检验; 以率 (%) 表示计数资料, 经 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 诊断准确率

在 72 例患儿经过超声心动图检查后, 其均确诊先天性心脏病, 在对患儿跟踪随访后, 均确诊, 诊断准确率为 100.00%, 误诊率为 0。

2.2 诊断类型

在超声心动图检查中, 青紫型 3 例, 占比为 4.17%; 非青紫型 69 例, 占比为 95.83%。详见下表。

表 1 72 例儿童先天性心脏病的类型统计

类型		例数	占比
青紫型	完全性肺静脉异位引流	1	1.39%
	法洛四联症	2	2.78%
	合计	3	4.17%
非青紫型	完全性房室间隔缺损	1	1.39%
	继发孔房间隔缺损	12	16.67%
	缺损		
	室间隔缺损单纯性	38	52.78%
	动脉导管未闭	13	18.06%

合并其他心脏畸形	5	6.94%
合计	69	95.83%

2.3 室间缺损类型可以划分为<5mm 直径室间缺损、≥5mm 直径室间缺损,且前者相较于后者更小,差异显著(P<0.05)。详见下表。

表 2 不同直径的室缺患者后期治疗状况统计

缺损直径	例数	缺损无变化	缺损增大	缺损自闭
<5mm	58	11 (18.97)	8 (13.79)	39 (67.24)
≥5mm	14	4 (28.57)	9 (64.29)	1 (7.14)

3 讨论

在新生儿基数增加的今天,各种先天性疾病的发生率也呈现上升趋势。先天性疾病的存在会对新生儿的健康成长造成较大的限制,且如果干预不及时,随着其成长,疾病的影响也会加重,危及个体的生命安全。先天性心脏病作为儿童常见的一种先天性器质性缺损,其发生与胎儿发育时,存在一定的联系^[4]。但由于病变过于隐匿,无法通过超声检查来进行确诊和处理。在胎儿娩出后,短期内临床会根据新生儿的症状来进行基础筛查,在发生异常后,予以合理的检查,根据检查结果进行治疗^[5]。

在以往,对于儿童先天性心脏病会予以 X 线或者 CT 等检查方式来进行诊断,这类诊断方式虽然能够在一定程度上辅助诊断工作的开展。但 X 线检查会涉及大量的辐射,这就使得患儿会受到负面影响^[6]。常规 CT 虽然无创,价格也较为低廉,但在准确率上相对较差。随着临床影像技术的不断发展,超声心动图在临床的运用也在扩大^[7]。超声心动图是按照超声测距原理所形成的一种将脉冲超声波透过机体胸壁、软组织来对其进行心室、心壁、瓣膜结构等周期性扫描后,在显示器上所呈现出来的各结构活动与时间的关系,并且会以曲线图来进行表现,记录仪可通过对曲线图的读取,来达到检查的目的^[8-9]。其具有如下优势:(1)医生可通过检查结果,来了解小儿的心房、心室、房室间隔的连接状态,以清晰分析出患儿心脏内部各个结构。(2)还可以借助超声心动图,来了解单位时间内,患儿的心排血状况,为医生监测下呢欧荣血管系统病变提供了可靠依据^[10]。(3)其能够清晰呈现出患儿的心脏结构、血液分流、反流以及各个瓣口的状况,以为疾病的诊断提供数据支持^[11]。(4)其具有无创性,在检查过程中,能够规避辐射对患儿造成的不良影响,又能够降低对患儿的侵入感,有效地保证了准确率。(5)在近几年超声心动图检查设备的普及范围扩大,其能够保证筛查范围,为疾病的诊断提供了硬件支撑^[12]。

在本次研究中,经过超声心动图检查后,所有参与筛查的儿童均确诊为先天性心脏病。由此可见,超声检查的准确率较高,基本无误诊现象。因此,在临床工作时,可将其作为超声心动图早期诊断的有效途径,以保证后续工作的开展。在 72 例患儿经过检查和诊断分型——青紫型 3 例、非青紫型 69 例,前者以法洛四联症为主,后者以室间缺损为主。从该组数据中,可以看出超声心动图不仅能够及时检出先天性心脏病,还可以对其进行准确率的 分型,在检查过程中,清晰观察到患儿的心脏解剖图结构。而在最后治疗时,根据患儿的室间缺损具体状况,来拟定合理的治疗方案,可保证疗效。需要注意的是,进行先天性心脏病筛查的患儿其年龄均相对较小,从出生在 1 周内到 6 岁的儿童均有所涉及,这也就意味着,在检查过程中,患儿的自主配合度相对较差,且医生无法通过问答的形式,来获取更多的信息。基于此,在检查前,要与患儿家属进行充分的沟通,尽可能让家长陪同参与检查工作,这既能够降低家长的担忧,又能够协助临床工作的开展。尤其是部分无法自主配合检查工作开展的患者,在检查前,需要采取一定的镇静措施,以镇静用药较为普遍。而多数家属

对于镇静用药存在排斥^[13]。因此,对于这类患儿必须要做好检查前的沟通,降低医疗纠纷的发生可能。

在新生儿数量增加,妊娠条件复杂化的今天,先天性心脏病的发生率呈上升趋势。其不仅会对患儿的健康造成较大影响,其还会对社会整体发展产生限制。从病理的角度上看,这类疾病会严重影响着患儿存活与生存质量,也是导致儿童死亡的主要原因之一。自然,临床对于儿童先天性心脏病的筛查重视度也就有所加强。超声心动图对儿童先天性心脏病进行筛查,准确率较高,且对先天性心脏病类型进行划分,有助于后续治疗工作的开展,值得推广。

参考文献:

[1]郭利蕊,王婷婷.二维超声联合超声心动图在胎儿先天性心脏病产前筛查中的价值及可行性分析[J].临床研究,2022,30(07):148-150.

[2]李春容.多切面超声心动图联合孕中期母体血清检测在产前筛查小兒先天性心脏病中的应用价值[J].现代医用影像学,2021,30(06):1146-1148.

[3]方明,尚新安,刘银.超声心动图在胎儿先天性心脏病产前筛查中的临床研究[J].影像研究与医学应用,2021,5(06):62-63.

[4]Liu YX. Application value analysis of color Doppler echocardiography combined with cardiac echocardiography in neonatal congenital heart disease screening [J]. Modern Medical Imaging, 201, 30(02): 269-272.

[5]沈军婕,薛淑恒.实时三维超声心动图在胎儿先天性心脏病筛查中的应用[J].中国医学工程,2021,29(01):98-100.DOI:10.19338/j.issn.1672-2019.2021.01.028.

[6]Dong Qiong, Chen Yijie, Cui Peipei. Application of echocardiography in screening fetal congenital heart disease [J]. Journal of rare and rare diseases, 2020, 27(06): 19-20.

[7]Zhu Wenjing, Cui Hong, Li Zhonghao, Wang Liang. Echocardiography in the application value of fetal congenital heart disease screening [J]. Journal of practical gynecologic endocrine electronic magazine, 2020, 7(30): 138-139. The DOI: 10.16484 / j.carol carroll nki issn2095-8803.2020.30.096.

[8]梁彩霞,唐静.实时三维超声心动图在先天性心脏病产前筛查中的应用效果[J].河南医学研究,2020,29(14):2644-2645.

[9]韩高兰.超声心动图用于新生儿先天性心脏病筛查的效果分析[J].名医,2020(03):113.

[10]Wang Wenping. Clinical value of echocardiography in screening children with congenital heart disease [J]. China maternal and child health care, 2019, 34(20): 4818-4820.

[11]卢明,黄梅凤,赵启明,黄婷,白丽娟.应用二维超声心动图广泛性筛查胎儿复杂先天性心脏病的临床价值[J].影像技术,2019,31(05):44-45.

[12]Li Jingjing, Liu Yuan, Xie Siyuan, Zhao Guodong, Dai Ting, Chen Hong, Mu Lanfang, Qi Haiying, Li Jia. Echocardiography screening for congenital heart disease and its natural outcome in neonates in plateau area [J]. Chinese medicine, 2018, 13(09): 1303-1307.

[13]贾赛玉.产前超声三步法快速筛查胎儿先天性心脏病:与胎儿超声心动图的对比研究[D].苏州大学,2017.

结构化沟通模式在ICU护理人员交接班中的应用

徐翠翠 郭银丹 林青

西安交通大学第一附属医院重症医学科 陕西西安 710061

摘要：目的：分析结构化沟通模式在ICU护理人员交接班中的应用措施、效果。方法：选取我科2021年1月及2021年12月期间参与临床交接班的40名临床护理人员为本次研究对象，以2021年4月至6月使用传统交接班模式设置为参照组，以2021年8月至10月使用干预后的“I PASS ABCDE”结构化病情交接班模式设置为研究组。组间比较患者不良事件发生率及护理人员交接班缺陷率、交接班时间、满意度及交接班质量。结果：研究组患者不良事件发生率3.00%低于参照组11.00%，护理人员的交接班缺陷率15.00%低于参照组40.00%，交接班时间长于参照组，护理人员总满意率100.00%高于参照组90.00%，交、接班质量项目分值高于参照组， $P<0.05$ 。结论：于ICU护理人员交接班中，应用“I PASS ABCDE”结构化病情交接班模式，对减少患者不良事件，降低护理人员交接班缺陷率，提升护理人员满意度、交接班质量有积极意义。

关键词：结构化沟通模式；ICU护理人员；交接班；不良事件；交接班缺陷率

重症监护室（ICU）收治患者多为病情危重患者，该类患者用药种类多、管路多、病情变化快，为保障ICU患者治疗连续性、救治有效性，对护理交接班提出了高质量要求。本次试验即分析结构化沟通模式在ICU护理人员交接班中的应用效果。

1. 一般资料和方法

1.1 一般资料

选取我科2021年1月及2021年12月期间参与临床交接班的40名临床护理人员为本次研究对象，其年龄为24岁~38岁，平均年龄为 (30.36 ± 2.17) 岁，其中护士10名、护师18名、主管护师12名，工作年限低于3年、3年~5年、>5年护理人员例数分别为13名、18名、9名。以2021年4月至6月使用传统交接班模式设置为参照组，随机抽取这一时间段的ICU患者100例作为研究对象，其中男性、女性患者例数分别为53例、47例，其年龄在19岁~67岁间，年龄均值为 (46.36 ± 3.54) 岁；以2021年8月至10月使用干预后的“I PASS ABCDE”结构化病情交接班模式设置为研究组，随机抽取这一时间段的ICU患者100例作为研究对象，其中男性、女性患者例数分别为54例、46例，其年龄在20岁~68岁间，年龄均值为 (46.43 ± 3.21) 岁。两组护理人员为同一批人员，两组患者年龄、性别等一般资料经对比可知，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。

纳入标准：（1）自愿参与此次研究；（2）正规医学院毕业，学历为大专以上的护士；（3）具有中华人民共和国护士执业资格证书。

排除标准：（1）拒绝参加此次研究；（2）研究期间休病、事假超过1周或外周进修者；（3）非本科室护士。

1.2 方法

以2021年4月至6月使用传统交接班模式设置为参照组，交班时，交班人员到位，并确定患者，交班者、接班者至患者床旁开始交接，由交班者口述患者的基本情况、患者病情、治疗用药情况及护理要点，并共同查看患者情况，进而完成交班。

以2021年8月至10月使用干预后的“I PASS ABCDE”结构化病情交接班模式设置为研究组，具体为：交接班时，人员到位，并确定患者，交班者、接班者至患者床旁开始交接。由交班者填写“I PASS ABCDE”交接班核查表患者信息，并按照“I PASS ABCDE”交接班模式进行交接班，具体内容：I：身份确认（Identity），确认患者床号、姓名、性别、住院号；P：患者情况（Patient），患者的主要诊断、过敏史、入院时间；A：评估（Assessment），如多重耐药菌感染、APACHE II评分、Sofa评分；S：表单（Sheet）；镇静镇痛评估、高危风险评估单；S：皮肤（Skin），压疮、IAD、伤口；A：气道管理（Airway），气道方式、痰液、给药方式；B：基础情况（Base），意识、瞳孔、生命体征；C：循环（Circulate），CVP、ABP、无创心排；D：用药（Drugs），口服药、输液、泵入药物；E：事件（Event），营养、睡眠、排泄血糖、体温、管路、患者用物等。接班者检查以上交接单并逐项核查，若交接完整，于双人签字后，则交接班完成。

1.3 评价指标

组间比较两组患者不良事件发生率，如压疮、脱管、用药失误等。

组间比较两组护理人员交接班缺陷率，即漏交、交接不清、错交等。

组间比较两组护理人员交接班时间，使用秒表计算，计时后“四舍五入”取时间单位到分钟。

组间比较两组护理人员工作满意度，以护士工作满意度自评表作评估，根据自评表评分将满意度分为满意（>90分）、一般满意（80分~90分）、不满意（<80分），以满意、一般满意例数之和计为总满意例数。

组间比较两组护理人员交接班质量，以交接班质量评价表做评估，评价表分为两个维度，分别对交班质量、接班质量做评估，其中交班质量评估项目包括：交班环境、沟通技巧、组织效率、临床判断、交班内容、人文关怀、总体交班能力；接班质量评估项目包括：接班环境、沟通技巧、组织效率、临床判断、人文关怀、总体接班能力，各项目值分值为1分~9分，分值越高则表明交接班质量越佳。

1.4 数据处理

以SPSS21.0对此次试验涉及项目数据作规范化处理、分析，计数项目数据以 $n(\%)$ 表述，对比行 χ^2 检验；计量项目数据以 $(\bar{x}\pm s)$ 表述，对比行 t 检验。 $p<0.05$ ，即差异显著，有统计学意义。

2. 结果

2.1 组间比较两组患者不良事件发生率

研究组患者不良事件发生率3.00%低于参照组11.00%， $P<0.05$ 。详见下表。

表1.组间比较两组患者不良事件发生率 $[n(\%)]$

组别	压疮	脱管	用药失误	总例数
参照组 ($n=100$)	4 (4.00)	4 (4.00)	3 (3.00)	11 (11.00)
研究组 ($n=100$)	1 (1.00)	1 (1.00)	1 (1.00)	3 (3.00)
χ^2	-	-	-	4.9155
P	-	-	-	0.0266

2.2 组间比较两组护理人员交接班缺陷率

研究组交接班缺陷率15.00%低于参照组40.00%， $P<0.05$ 。详见下表。

表2.组间比较两组护理人员交接班缺陷率 $[n(\%)]$

组别	漏交	交接不清	错交	总例数
参照组 ($n=40$)	3 (7.50)	8 (20.00)	5 (12.50)	16 (40.00)
研究组 ($n=40$)	2 (5.00)	3 (7.50)	1 (2.50)	6 (15.00)
χ^2	-	-	-	6.2696
P	-	-	-	0.0123

2.3 组间比较两组护理人员交接班时间

研究组护理人员交接班时间(8.25±2.13) min 长于参照组(5.12±1.36) min, 差异有统计学意义(T=7.8333, P=0.0001)。

2.4 组间比较两组护理人员工作总满意

研究组护理人员总满意率 100.00% 高于参照组 90.00%, P<0.05。详见下表。

表 3. 组间比较两组护理人员工作总满意[n(%)]

组别	满意	一般满意	不满意	总满意例数
参照组 (n=40)	36 (90.00)	4 (10.00)	0 (0.00)	36
研究组 (n=40)	40 (100.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	40
T	3.4906	3.9861	4.4334	5.6947
P	0.0008	0.0002	0.0001	0.0001

2.6 组间比较两组护理人员接班质量

参照组 (n=40)	15 (37.50)	21 (52.50)	4 (10.00)	36 (90.00)
研究组 (n=40)	18 (45.00)	22 (55.00)	0 (0.00)	40 (100.00)
X ²	-	-	-	4.2105
P	-	-	-	0.0402

2.5 组间比较两组护理人员交班质量

研究组护理人员各交班质量项目分值高于参照组, P<0.05。详见下表。

表 4. 组间比较两组护理人员交班质量 ($\bar{x} \pm S$, 分)

组别	交班环境	沟通技巧	组织效率	临床判断	交班内容	人文关怀	总体交班能力
参照组 (n=40)	6.12±1.25	6.01±1.69	6.23±1.27	6.07±1.24	6.14±1.05	6.12±1.21	6.32±1.18
研究组 (n=40)	7.05±1.13	7.32±1.21	7.45±1.19	7.63±1.21	7.63±1.24	7.54±1.23	7.68±1.08
T	3.4906	3.9861	4.4334	5.6947	5.7997	5.2051	5.7329
P	0.0008	0.0002	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001

研究组护理人员各接班质量项目分值高于参照组, P<0.05。详见下表。

表 5. 组间比较两组护理人员接班质量 ($\bar{x} \pm S$, 分)

组别	接班环境	沟通技巧	组织效率	临床判断	人文关怀	总体接班能力
参照组 (n=40)	6.32±0.98	6.43±1.01	6.35±1.21	6.24±1.58	6.32±1.42	6.33±1.35
研究组 (n=40)	7.23±0.89	7.54±1.23	7.68±1.15	7.85±1.05	7.56±1.32	7.85±1.12
T	4.3475	4.4109	5.0389	5.3675	4.0451	5.4805
P	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001

3. 讨论

重症监护室(ICU)患者有病情重、用药种类多、管路多、病情变化快等特点, 为确保 ICU 患者治疗的连续性, 对护理交接班提出了更高质量的要求。而护理床旁交接班在护理质量管理中起着举足轻重的作用, 很大程度上影响护理安全。国外有文献指出 80% 的护理差错是由交接班的沟通障碍引起, 美国一项针对患者安全文化而对医护人员进行的调查显示, 47% 的医护人员回答患者的重要信息在交接班中被遗漏^[1]。国内也有研究表明, 在一年所发生的 180 起护理不良事件中, 有至少 44 件与护理交接班不全面有关, 国内一项调查显示: 危重症患者床旁交接班缺陷率为 38%—40.51%^[2]。这也就提示我们应提高交接班质量的把控。

而目前, ICU 科室交接班模式, 主要为护士依据自身经验, 从基本情况、患者病情、治疗用药、护理要点四个方面进行口述, 具体无统一规范, 进而致使交接班存在诸多的问题, 如: 因护士资历高低不同、个人认知、经验积累不足等因素影响, 导致交接班过于形式化、重点不突出, 对患者重点病情变化, 皮肤、管道、用药等情况出现交接不清或漏交等情况。相比之下, 本次研究的“I PASS ABCDE”结构化病情交接班模式, 是在 SBAR 沟通模式基础上进行改良, 加入 ICU 专科元素, 制定出符合 ICU 实际情况的结构化患者病情交接核查表, 并以“I PASS ABCDE”口诀加以设计的一种交接班模式^[3-5]。本次研究主要分为两个部分, 第一部分为患者基本信息, 由第一名护士填写, 第二部分为核查部分, 由每班交接班护士核查打钩, 并进行签名。此次试验分为三个阶段, (1) 第一阶段-准备阶段。于“万方”、“知网”等专业平台进行文献查阅, 同时展开临床调研, 收集大家对交接班核查项目的需求及建议, 接着组织专家会议, 在现有样表基础上进行改进, 并确定参与此次研究的最终核查表格。并根据纳排标准确定研究对象。(2) 第二阶段-实验阶段。2021 年 4 月至 6 月使用传统交接班模式, 即根据自身经验进行交接表, 7 月, 对参与实验护士进行“I PASS ABCDE”结构化病情交接班模式为期一个月的培训及试用。2021 年 8 月至 10 月使用干预后的“I PASS ABCDE”结构化病情交接班模式。(3) 第三阶段-数据处理阶段。对所收集资料进行分析处理, 并得出最终结论。通过规范 ICU 护理交接班流程,

降低交接班缺陷率, 提高护理质量, 把控护理安全。于本文结果中表现为: 研究组患者不良事件发生率低于参照组, 护理人员的交接班缺陷率低于参照组, 交接班时间长于参照组, 护理人员总满意率高于参照组, 交、接班质量项目分值高于参照组, P<0.05。

综上所述, 于 ICU 护理人员交接班中, 应用“I PASS ABCDE”结构化病情交接班模式, 可有效降低患者不良事件发生率、护理人员交接班缺陷率, 同时提升护理人员满意度、交接班质量, 效果显著^[6-9]。

参考文献:

- [1] STREET MARYANN, PHILLIPS NICOLE M., HAESLER EMILY, et al. Refining nursing assessment and management with a new postanesthetic care discharge tool to minimize surgical patient risk[J]. J Adv Nurs, 2018, 74 (11): 2566-2576.
- [2] 杨珍, 张宝珍, 张敏, 等. ISBAR 结构化沟通模式在急诊科护理人员交接班中的应用及效果评价[J]. 中国卫生事业管理, 2018, 35 (8): 579-581, 619.
- [3] 赵辉, 姜海燕, 范志红, 等. 标准化沟通模式在 ICU 患者转出交接中的应用[J]. 护理管理杂志, 2015 (1): 2.
- [4] 俞萍, 任国琴, 张婧婧, 等. 标准化沟通模式在术后转入 ICU 患者交接中的应用[J]. 中华现代护理杂志, 2017, 23 (27): 4.
- [5] 朱宁利. 结构化沟通模式在急诊抢救室护理人员交接班中的应用及效果评价[J]. 中国保健营养, 2019, 029 (035): 251.
- [6] 杨柳. 结构化沟通模式在 EICU 护理人员交接班中的应用[J]. 2021.
- [7] 杨珍, 张宝珍, 上官美琴, 等. 结构化沟通模式在急诊抢救室护理人员交接班中的应用及效果评价[J]. 护理研究, 2018, 32 (11): 4.
- [8] 吴花香. 结构化沟通模式在急诊抢救室护理人员交接班中的应用[J]. 心电图杂志: 电子版, 2020, 9 (3): 2.
- [9] 潘新群, 李秋, 彭慧, 等. 个性化护患沟通模式在 ICU 病房患者护理中的应用效果[J]. 中国当代医药, 2019, 26 (10): 3.

基金项目: 西安交通大学第一附属医院基金 (2020HL-07)

介入溶栓治疗下肢深静脉血栓过程中实施程序化护理的应用价值

薛冬红 白小爱^{通讯作者}

渭南市中心医院 介入科 陕西渭南 714000

摘要：目的 探究介入溶栓治疗下肢深静脉血栓过程中实施程序化护理的应用效果。方法 本研究以下肢深静脉血栓患者 60 例为例（收治：2020.01–2022.6），均接受介入溶栓治疗。60 例患者均按照计算机随机分配原则分组，均等分成常规护理组和程序化护理组，命名为对照组与观察组。分析护理效果，对比两组差异。结果 观察组大腿周长差、小腿周长差以及住院天数均优于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组 SAS、SDS 评分低于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组生活质量评分高于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组并发症发生率低于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组护理满意度高于对照组（ $P<0.05$ ）。结论 程序化护理用于介入溶栓治疗下肢深静脉血栓过程中，效果优良，能改善心理状态，提高生活质量，降低并发症发生率，提高护理满意度，推荐使用。

关键词：下肢深静脉血栓；介入溶栓治疗；程序化护理；应用价值

下肢深静脉血栓，临床常见病，归属于静脉回流障碍性疾病，对患者健康影响较大。患者通常伴有局部肿胀、疼痛等症状，随疾病进展，也易发生皮炎、静脉曲张等症状，甚至引发肺栓塞（致命性），威胁患者生命安全^[1]。近年来，下肢深静脉血栓的治疗，临床常常采取介入溶栓治疗，有疏通阻塞静脉的明确效果。然而研究发现^[2]，介入溶栓治疗期间，患者易出现继发感染等并发症，进而对患者预后产生影响。因此，开展优质、合理、有效的护理干预至关重要。程序化护理，一种临床最新推出的护理模式，遵循以人为本理念，针对护理期间潜在和存在的护理问题与护理风险，制定具有全面性、标准性的护理措施，有助于患者预后改善^[3]。李娇^[4]表示，介入溶栓期间，实施程序化护理，能减少并发症，提高生活质量和护理满意度。鉴于此，本文以 2020.01 至 2022.6 介入溶栓治疗下肢深静脉血栓患者为例，分别实施常规护理、程序化护理，比对两组护理效果，旨在探究程序化护理的应用效果。详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

共行介入溶栓治疗的下肢深静脉血栓患者 60 例，均选自 2020.01 至 2022.6 期间。60 例患者，均按照计算机随机分配原则分组，分成对照组和观察组，各 30 例。对照组：男 17（56.67%）例，女 13（43.33%）例；年龄最小 40 岁，最大 68 岁，均值（57.86±2.26）岁；病程最短 12d，最长 25d，均值（18.67±2.64）d。观察组：男 18（60.00%）例，女 12（40.00%）例；年龄最小 40 岁，最大 70 岁，均值（58.12±2.34）岁；病程最短 12d，最长 27d，均值（18.96±2.58）d。两组资料相近（ $P>0.05$ ）。纳入标准：① 疾病诊断明确；② 言语功能正常；③ 认知功能良好；④ 资料完全。排除标准：① 严重心机疾病；② 严重肝肾疾病；③ 认知功能障碍；④ 精神疾病；⑤ 神经系统异常；⑥ 拒绝参与研究等。

1.2 方法

1.2.1 对照组

常规护理，具体：加强体表特征监测，包括体温、脉搏等；与患者沟通，讲述治疗流程与事宜，强调良好心理状态的必要性；营造温馨舒适的病房环境，保持室内干净、整洁，提高患者身心舒适度。

1.2.2 观察组

程序化护理，具体：① 建立档案：患者入院后，了解病史资料，全面评估，制定针对性介入溶栓治疗计划。为患者建立电子档案，完善档案管理，保证对患者病情、治疗、护理等情况，予以直观了解和掌握。② 传递护理理念：制作健康手册，发放给患者，强调介入溶栓治疗、程序化护理相关事宜，引起患者重视，提高患者依从性。与家属沟通交流，鼓励参与护理，并讲解疾病治疗、用药方案，以提高患者疾病知识、用药指导等了解程度。③ 心理护理：加强护患沟通，以易接受、易理解的方式，积极讲述疾病相关知识，强调介入溶栓治疗流程及注意事项。给予充足鼓励和支持，改善心理状态。鼓励且耐心解答患者疑问，不断提高患者疾病了解程度。医院定期开展宣教会，帮助树立早日康复信心。同时，鼓励康复病例现身说法，分享治疗、护理经验等。④ 行为护理：④ 溶栓后护理：监测穿刺点情况，每隔 2h 观察患侧皮肤情况，判断有无出血、血肿等情况，以

免影响治疗效果。病情严重者，应及时通知医生处理。利用 Seldinger 技术置入过滤器后，妥善固定过滤器位置，造影检查定位后，放置溶栓导管。过滤器置入 4–6h 内，应密切监测生命体征变化，观察有无异常。做好记录，及时处理异常。⑤ 饮食护理：以日常饮食情况为依据，制定针对性饮食方案，保证饮食合理、均衡，以免营养不良。⑥ 锻炼指导：介入溶栓治疗后，先拔除导管。以病情恢复为依据，先行床上关节活动，后行下床活动，增加肌肉收缩训练，以促进静脉回流，避免新血栓形成。控制运动情况，注意循序渐进，逐渐增加运动量，避免过犹不及。⑦ 患肢指导：抬高患肢，软枕置小腿及腘窝处，以免影响小腿静脉回流。⑧ 并发症护理：积极预防肺栓塞，溶栓前，要求无渣饮食，禁活动与按摩，患肢抬高，身体制动，做好下肢保暖和清洁，保持皮肤清洁干燥，避免栓子脱落。而且若见咳嗽、胸闷等症状，需加以重视，要求绝对卧床休息，减少翻身，避免剧烈咳嗽。告知医师，根据患者实际情况，做好体征监护等护理。做好溶栓导管护理，导管妥善固定，定期冲洗，以免导管弯折、移位。操作期间全程无菌化操作，避免感染。加强出血监测，并观察患者意识状态，避免颅内出血。⑨ 出院指导：强调居家护理适宜，定期电话随访，了解疾病进展情况，嘱咐家属监督。

两组患者均连续护理 14d。

1.3 观察指标

1.3.1 康复效果

包括：大腿周长差、小腿周长差以及住院天数。

1.3.2 心理状态

SAS、SDS 量表，评定焦虑、抑郁情绪，得分高，代表负面情绪严重。

1.3.3 生活质量

SF-36 量表评定，包括心理功能等，得分高，代表生活质量高。

1.3.4 并发症

包括：穿刺点周围出血、周围血栓形成、继发感染等。

1.3.5 护理满意度

NSNS 量表，分为① 非常满意、② 满意、③ 不满意，护理满意度=①+②。

1.4 统计学处理

统计学软件 SPSS25.0，计量（ $\bar{x} \pm s$ ）、计数（%）资料，予 t 、 χ^2 检验： $P<0.05$ ，表明数据有差异。

2 结果

2.1 两组患者康复效果的比较

观察组大腿周长差、小腿周长差以及住院天数均优于对照组（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 2 两组患者康复效果的比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	大腿周长差 (cm)	小腿周长差 (cm)	住院天数 (d)
对照组	30	1.54±0.33	1.10±0.25	22.32±2.32
观察组	30	1.21±0.29	0.79±0.21	15.89±2.46
t 值	-	4.114	5.200	10.415
P 值	-	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组患者心理状态的比较

护理后, SAS、SDS 评分降低, 且观察组低于对照组 ($P<0.05$), 见表 2。

表 3 两组患者心理状态的比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	SAS 评分	SDS 评分
对照组	护理前	54.79±5.84	54.02±5.56
(n=30)	护理后	43.35±5.19	41.64±5.67
观察组	护理前	54.16±5.58	53.66±5.62

表 4 两组患者生活质量的比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	心理功能	物质生活	躯体功能	社会职能
对照组 (n=30)	护理前	65.64±5.27	59.48±5.34	57.64±5.36	59.54±5.49
	护理后	68.98±5.99	63.97±5.48	71.12±5.38	78.38±5.67
观察组 (n=30)	护理前	65.52±5.16	60.51±5.46	57.54±5.49	59.47±5.56
	护理后	77.36±5.59	76.52±5.67	79.84±5.24	85.64±5.37
t/P 值 _{对照组、观察组护理前}		0.089/0.929	0.739/0.463	0.071/0.943	0.049/0.961
t/P 值 _{对照组护理前、后}		2.293/0.025	3.214/0.002	9.722/<0.001	13.075/<0.001
t/P 值 _{观察组护理前、后}		8.525/<0.001	11.140/<0.001	16.094/<0.001	18.544/<0.001
t/P 值 _{对照组、观察组护理后}		5.602/<0.001	8.717/<0.001	6.360/<0.001	5.092/<0.001

2.4 两组患者并发症情况的比较

对照组为 20.00%, 观察组 3.33%, 观察组低于对照组 ($\chi^2=4.043$, $P=0.044$), 见表 4。

表 5 两组患者并发症情况的比较[n (%)]

组别	例数	穿刺点周围出血	周围血栓形成	继发感染	总发生率
对照组	30	1 (3.33)	2 (6.67)	3 (10.00)	6 (20.00)
观察组	30	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.33)	1 (3.33)
χ^2 值	-	-	-	-	4.043
P 值	-	-	-	-	0.044

2.5 两组患者护理满意度的比较

对照组为 73.33%, 观察组 93.33%, 观察组高于对照组 ($\chi^2=4.320$, $P=0.038$), 见表 5。

表 6 两组患者护理满意度的比较[n (%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	护理满意度
对照组	30	12 (40.00)	10 (33.33)	8 (26.67)	22 (73.33)
观察组	30	16 (53.33)	12 (40.00)	2 (6.67)	28 (93.33)
χ^2 值	-	-	-	-	4.320
P 值	-	-	-	-	0.038

3 讨论

现阶段, 随着生活、饮食习性改变, 加上各种疾病得病率的递增, 引起下肢深静脉血栓得病患者人数显著增加^[5]。疾病发生后, 患者患肢血液循环障碍, 显著增加静脉内压力, 患者除存在下肢疼痛等症状外, 还易出现肺动脉栓塞等症状, 影响患者身心健康, 危及患者生命安全^[6]。静脉溶栓治疗为本病患者常用治疗方式, 而且治疗期间护理服务质量直接影响治疗效果^[7]。由于多数患者对疾病认知不足, 加上疾病起病急、进展快、患者难免存在焦虑抑郁情绪等, 导致患者易合并强烈心理应激反应, 影响临床治疗效果。因此, 实施有效、合理的护理干预至关重要。

程序化护理为新型护理模式, 能将繁琐复杂的护理流程, 进行优化和改进, 通过提高管理质量的方式, 达到提高效果与治疗的目的^[8]。程序化护理开展期间, 通过对患者开展心理护理、行为护理等, 能提高护理服务质量, 保证临床护理工作顺利进行。并且程序化护理期间, 能系统解决护理问题, 能提高护理工作质量, 保证护理工作有效、高质量进行。此外, 程序化护理, 还能提高护理人员护理能力, 规范护理操作, 保证护理的顺利开展, 对提高护理满意度、提高医院声誉等具有重要意义^[9]。本研究结果显示, 观察组康复效果、心理状态、生活质量、并发症发生率以及护理满意度均优于对照组 ($P<0.05$)。提示: 开展程序化护理, 能提高康复效

(n=30)	护理后	32.67±5.35	35.07±5.44
t/P 值 _{对照组、观察组护理前}		0.427/0.671	0.249/0.804
t/P 值 _{对照组护理前、后}		8.020/<0.001	8.539/<0.001
t/P 值 _{观察组护理前、后}		15.226/<0.001	13.018/<0.001
t/P 值 _{对照组、观察组护理后}		7.848/<0.001	4.580/<0.001

2.3 两组患者生活质量的比较

护理后, SF-36 评分提高, 且观察组高于对照组 ($P<0.05$), 见表 3。

果, 改善心理状态及生活质量, 降低并发症发生率和提高护理满意度, 进一步说明在介入溶栓治疗下肢深静脉血栓过程中实施程序化护理的有效性与可行性。护理期间, 护理人员遵循护理理念, 能掌握患者实际护理需求, 并根据患者实际情况, 制定合理有效的护理计划, 保证护理措施的可行性, 尽可能满足所有合理需求。制定并实施护理计划期间, 应保证护理内容的全面性与完善性, 护理人员明确护理重点与要点, 掌握疾病相关内容以及注意事项, 能显著提高患者疾病治疗信心, 提高治疗、护理依从性与配合度, 缩短护患距离, 构建友好护患关系, 有助于临床护理工作顺利进行, 有助于患者早日康复。冯薇等^[10], 在研究, 以常规护理作参照, 研究组+程序化护理, 结果显示: 研究组并发症发生率低于对照组, 生活质量评分高于对照组 ($P<0.05$), 与本研究结果相符。提示: 程序化护理具有明显优势, 应用价值较高。

综上所述, 程序化护理用于介入溶栓治疗下肢深静脉血栓过程中, 效果优良, 能改善心理状态, 提高生活质量, 降低并发症发生率, 和提高护理满意度, 推荐使用。

参考文献:

- [1]李贺.探讨程序化护理对标准化介入溶栓治疗下肢深静脉血栓患者的干预价值[J].中国标准化, 2022 (12): 190-192.
- [2]杜娜, 高玲.集束化护理联合气压治疗在冠心病患者介入术后下肢深静脉血栓中的作用[J].血栓与止血学, 2022, 28 (02): 308-309.
- [3]蔡亚格.程序化护理预防脑梗死长期卧床患者下肢深静脉血栓的临床效果[J].微量元素与健康研究, 2022, 39 (04): 13-15.
- [4]李娇.程序化护理对介入溶栓治疗下肢深静脉血栓的效果观察[J].黑龙江中医药, 2021, 50 (05): 280-281.
- [5]陈杰.程序化护理对下肢深静脉血栓导管溶栓治疗患者的效果观察[J].齐齐哈尔医学院学报, 2021, 42 (08): 715-717.
- [6]李松梅.综合程序化护理对介入溶栓治疗下肢深静脉血栓患者生活质量、溶栓效果及心理状态的影响[J].国际护理学杂志, 2020, 39 (18): 3393-3396.
- [7]朱丽萍.程序化护理对介入溶栓治疗下肢深静脉血栓的效果分析[J].临床医药文献电子杂志, 2019, 6 (A3): 114-116.
- [8]马丽敏.程序化护理对下肢深静脉血栓介入溶栓患者生存质量的影响[J].现代诊断与治疗, 2019, 30 (01): 165-166.
- [9]李秋丽.程序化护理在下肢深静脉血栓介入溶栓中效果评价[J].中国城乡企业卫生, 2019, 34 (09): 113-115.
- [10]冯薇, 高蕾.程序化护理对介入溶栓治疗下肢深静脉血栓的效果观察[J].中国实用医药, 2019, 14 (28): 174-175.

延续护理在产科 VIP 病房护理中的实施与效果观察

叶琳 樊莉 梁文炯

宁夏医科大学总医院产科 宁夏银川 750000

摘要：目的：探讨延续护理在产科 VIP 护理中的实施与效果。方法：采集本院 2022 年 2 月至 6 月期间接收的 232 例产科患者，随机分为对照组与观察组各 116 例，对照组为普通病房的常规护理，观察组采用产科 VIP 病房的延续护理，分析不同护理操作后产妇心理状况、PSQI 睡眠质量、自我效能感、母婴知识掌握程度、护理满意度。结果：在心理状况、自我效能感、PSQI 睡眠质量上，观察组各项干预后改善程度明显多于对照组，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者母婴知识掌握程度上，观察组掌握合格率为 94.83%，对照组为 75.86%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）；在患者护理满意度上，观察组为 96.55%，对照组为 82.76%，对比有统计学意义（ $p<0.05$ ）。结论：延续护理在产科 VIP 护理中的应用，可以有效地提升其心理质量，改善其睡眠质量，优化自我效能感，提升其母婴知识掌握程度，提高患者护理满意度，整体状况更为理想。

关键词：延续护理；产科；VIP；效果

延续护理一般可以通过针对性的护理方案与模式设计来满足与患者、家属有效沟通的效果，让患者能身处不同地方也能获得更好的连续性、协作性的照护，由此让其更好的恢复，减少并发症以及其他风险问题。对于产科 VIP 护理工作而言，延续护理可以更好地让产妇得到有效的恢复支持，提升其生理、心理的舒适度。尤其是现代科学技术与方法不断地丰富，有关护理操作的可实现空间更高。本文采集 232 例产科患者，分析运用产科 VIP 病房延续护理后产妇心理状况、PSQI 睡眠质量、自我效能感、母婴知识掌握程度、护理满意度，具体内容如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

采集本院 2022 年 2 月至 6 月期间接收的 232 例产科患者，所有产妇均为单胎妊娠，随机分为对照组（普通病房）与观察组（VIP 病房）各 116 例。对照组中，年龄从 20 岁至 37 岁，平均（ 29.87 ± 4.18 ）岁；妊娠周期为 37 周至 41 周，平均（ 38.57 ± 1.09 ）周；体重为 57kg 至 78kg，平均（ 64.38 ± 5.21 ）kg；观察组中，年龄从 20 岁至 39 岁，平均（ 29.16 ± 5.64 ）岁；妊娠周期为 37 周至 41 周，平均（ 38.84 ± 1.16 ）周；体重为 55kg 至 81g，平均（ 66.19 ± 3.54 ）kg；两组产妇在基本的年龄、妊娠周期、体重等信息上没有明显差异，有对比研究意义。

1.2 方法

对照组运用常规护理，例如心理护理、生理护理状况，了解产妇的恢复情况，做好有关母乳喂养指导，同时引导其做好按需哺乳。教育指导患者与家属有关产后康复的注意事项，做好新生儿沐浴、抚触、脐部消毒等常规的护理工作，最后完成有关出院指导。

观察组采用人性化的延续护理，具体内容如下：

1.2.1 构建延续性护理小组

延续护理需要构建对应的延续性护理小组。一般需要保证小组成员有丰富的妇产科护理经验以及专业理论扎实。需要做好产妇有关档案资料的建档工作，保证产妇有关的妊娠情况、体重、年龄、住院时间、分娩方式、新生儿情况等内容完善，同时要记录其有关联络地址、电话，甚至建立对应的网络通信工具等，保证后续随访工作能够落到实处，提升有关护理工作效率^[1]。在办理出院的过程中，需要发放对应的纸质健康手册。如果条件允许，还可以发放有关手机电子版形式，方便患者以及家属阅读。尤其要意识到当下人们智能手机应用广泛，可以更方便地查找有关健康教育手册的内容。信息方式更为全面的多样，可以运用微信公众号有关平台，设计对应的产后恢复教育指导视频、图文、音频等材料，保持清晰明确的讲解^[2]。提升有关工作开展的效果，还需要匹配对应医护人员联络方式，方便后续跟踪随访工作落实。

1.2.2 随访工作内容

随访工作中电话随访属于常见方式，一般情况下每周一次随访，了解产妇的身心状况。包括其饮食、睡眠、心理、恶露、会阴伤口、子宫恢复

状况、母乳喂养分泌、新生儿护理等情况，针对其反馈的状况做逐一的问答以及指导安抚^[3]。需要线下指导就诊母乳喂养咨询门诊，知晓产妇饮食、睡眠、心理、母乳喂养、产后保健、新生儿护理各方面信息，同时要引导其做好有关运动锻炼，条件允许可以合理做好子宫以及乳房按摩，进行盆底肌康复训练，帮助其恶露更好的排出以及泌乳，完成有关产妇盆底功能修复状况^[4]。

1.2.3 心理护理

需要做好有效的沟通交流，耐心地倾听产妇的心理想法，知晓负面情绪的程度以及具体原因，做好针对性心理疏导。如果产妇存在负面情绪，一方面要做好对应的注意力转移以及放松训练等多方面的指导，包括引导产妇做好腹式呼吸、冥想等；另一方面也需要调动家属配合^[5]。家属可以构建良好的氛围来支持患者康复，同时也减少家属的负面情绪对产妇构成的心理压力。要引导产妇做好自身角色的变化，改善其负面情绪，尽可能地减少产后抑郁等负面问题^[6]。

1.2.4 新生儿护理指导

需要掌握新生儿发育状况，进行对应的婴儿体重、体温、心功能、皮肤等各方面指标状况的检查了解，展开对应新生儿护理技能操作。在产妇以及家属的面前做具体的执行，进行对应的沟通互动交流。引导其做好自身的动手学习，让产妇及家属对有关工作有充分的了解^[7]。例如，要强调有关婴儿打嗝、喷嚏、黄疸等常见问题的关注，知晓对应的应对方法。

1.2.5 线上沟通指导

线上咨询方式一般通过建立微信群的方式展开，通过发送教育指导内容，通过音频、视频、图文的沟通方式来指导有关注意事项。做好有关饮食引导，开展对应的子宫复旧等处理办法，做好积极的心理调整，注重对应的知识引导。可以开展对应的线上咨询，做好必要的交流沟通，进行在线的答疑解惑。在网络群组中，每天规定必要的时间段进行对应的解答^[8]。由相对专业的主管护士做解答工作。通过聊天在线的方式做具体问题的一一回答，还可以将专业性的健康宣教材料发放给大家阅览。如果条件允许，可以开展群组内部的沙龙活动。收集产妇以及家属反馈的情况问题，为后续健康指导工作以及延续护理提供可靠的参考依据。不断依据不同季节时代的变化，做好更为细致的护理咨询服务内容形式的多样化。

1.2.6 院内人性化服务

一般情况下，婴儿生长发育速度快，可以配合有关方式来促使其智力的开发以及体格的发育。通常可以开展新生儿抚触活动，具体依据其个体诉求而定。保持科室内每周定期开放新生儿护理服务，让家属做好提前预约，让专门的资深护士做对应工作的负责。产后母乳喂养方面，要依据情况做好母乳喂养，门诊单独房间设置，同时在内部配备对应的沙发、桌椅、抱枕、饮水机、食品，让其更为方便的休息。同时还配备对应的宣教工具、材料做演示，发放有关健康教育手册。

1.3 评估观察

分析不同护理操作后心理状况、PSQI 睡眠质量、GSES 自我效能感、母婴知识掌握程度、护理满意度。心理状况运用焦虑 SAS、抑郁 SDS 有关评估量表,评分越低情况越好。母婴知识掌握程度分为完全掌握、部分掌握与未掌握,其中掌握合格率=完全掌握率+部分掌握率。护理满意度=很满意率+基本满意率。

1.4 统计学分析

表 1: 两组患者护理前后心理状况、自我效能感、PSQI 睡眠质量对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	时间	焦虑	抑郁	PSQI 睡眠质量	GSES 自我效能感
观察组	护理前	40.25±8.52	42.57±6.54	12.11±0.64	27.58±6.72
	护理后	27.62±5.34	28.61±5.32	6.34±0.47	38.71±7.43
对照组	护理前	41.57±7.32	43.18±5.37	12.02±0.73	28.16±5.97
	护理后	36.29±6.18	39.85±4.23	10.63±0.41	32.48±6.39

注: 两组护理前对比, $p > 0.05$, 两组护理后对比, $p < 0.05$

2.2 患者母婴知识掌握程度情况

见表 2 所示, 在患者母婴知识掌握程度上, 观察组掌握合格率为 94.83%, 对照组为 75.86%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 2: 患者母婴知识掌握程度评估结果[n (%)]

分组	n	完全掌握	部分掌握	未掌握	掌握合格率
观察组	58	36 (62.07)	19 (32.76)	3 (5.17)	94.83%
对照组	58	19 (32.76)	25 (43.10)	14 (24.14)	75.86%

注: 两组对比, $p < 0.05$

2.3 患者护理满意度情况

见表 3 所示, 在患者护理满意度上, 观察组为 96.55%, 对照组为 82.76%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 3: 患者护理满意度评估结果[n (%)]

分组	n	很满意	基本满意	不满意	护理总满意率
观察组	58	38 (65.52)	18 (31.03)	2 (3.45)	96.55%
对照组	58	21 (36.21)	27 (46.55)	10 (17.24)	82.76%

注: 两组对比, $p < 0.05$

3 讨论

在出院之后的延续护理指导过程中, 要充分利用现代化的网络社交平台。例如, 微信公众号平台的运用, 除了运用公众号平台做好后续健康指导宣教文章制作, 同时也可以展开有关线下沟通互动。尤其是当下较多的医院开设网络问诊平台, 为产妇后续出院指导工作提供了一定的便捷性。开展对应的微信群组做指导沟通, 也有一定的价值。微信群组的维护管理需要专业人员的操作, 一方面在有关人员培养上保证专业功底的扎实、经验丰富, 另一方面也需要针对微信群组以及有关社交平台应用特点做细致的培养, 了解有关平台操作的特点, 做好社群内有效管理。甚至要提醒有关工作人员社交平台沟通的专业性, 避免不当言论而导致矛盾激化。要充分地意识到网络平台提供给大家一个方便的工作形式以及媒介, 同时也涉及更多的法律问题、社会舆论传播问题。因此, 在其中的问题回答工作中, 需要保持沟通持续态度的专业性、礼貌性, 甚至要充分考虑到患者在沟通表达中可能出现的不当言论, 容易引起其他患者以及家属, 包括医护人员的不适感。面对有关问题, 需要及时控制群组内的氛围, 避免矛盾激化。要保持整个氛围的积极和谐, 避免过多消极情绪对其他人群构成的干扰。同时也避免与负面情绪做正面的应对, 这样容易导致问题激化。还需要意识到网络平台上的沟通互动容易因为网络传播将影响扩大化, 后续的舆论控制会更为困难。因此, 要做好源头性的把握, 整个社群的维护管理工作上需要有专业人做一定的监督把控。对参与的工作人员做好定期的培训沟通, 让其关注到群内每个患者的情况, 做好针对性地引导, 避免不当言论而引发的纠纷矛盾。可以引导产妇之间交流有关育儿心得, 积极的分享愉悦快乐的图文内容, 然后树立整个群内积极健康的心态, 避免焦虑、抑郁等负面情绪对产妇以及家属, 包括其他群内人员构成的负面影响。要

数据运用 spss22.0 软件处理, 计数资料使用 $n (%)$ 表示, 采用卡方检验, 计量资料运用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验, $p < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者护理前后心理状况、自我效能感、PSQI 睡眠质量情况

如表 1 所示, 在心理状况、自我效能感、PSQI 睡眠质量上, 观察组各项干预后改善程度明显多于对照组, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。

数据运用 spss22.0 软件处理, 计数资料使用 $n (%)$ 表示, 采用卡方

积极展开有关微信群的监督管理工作, 对于整体参与的产妇需要保持良性的互动。做好针对性的心理建设以及疏导, 避免心理负面问题对整体产后恢复构成的干扰。

对于有关知识的应答需要保持专业性, 同时也需要确保通俗易懂。要充分地意识到产妇以及家属并不属于专业的医疗人员, 他们对有关专有名词以及较为模糊概念化的词语所指代的具体内容缺乏清晰的理解, 甚至容易存在理解的偏差性。因此, 对有关指导工作需要尽可能地细化、量化、通俗化, 由此来提升其理解的清晰度, 确保最终落实效果的有效性。例如, 在饮食指导上面, 专业术语中需要保持避免辛辣生冷刺激饮食的不良摄取, 要保持营养清淡的基本原则。但是具体涵盖到饮食的具体名称、制作方法、搭配的基本原则, 对于产妇以及家属来说都较为模糊。因此, 可以提供推荐性的菜谱, 通过图文结合的方式提升其更好地理解效果, 让其知晓对应的操作方法。

本研究中, 在心理状况、自我效能感、PSQI 睡眠质量上, 观察组各项干预后改善程度明显多于对照组, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$); 在患者母婴知识掌握程度上, 观察组掌握合格率为 94.83%, 对照组为 75.86%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$); 在患者护理满意度上, 观察组为 96.55%, 对照组为 82.76%, 对比有统计学意义 ($p < 0.05$)。说明了延续护理的适用性, 满足了产妇方面的有关需求, 提升其整体护理质量持续改进效果, 对护理工作的认可度更高, 角色与生活的适应效果较好。

总而言之, 延续护理在产科 VIP 病房护理中的应用, 可以有效地提升其心理质量, 改善其睡眠质量, 优化自我效能感, 提升其母婴知识掌握程度, 提高患者护理满意度, 整体状况更为理想。

参考文献:

- [1]刘雁梅, 倪文琼. 基于微信平台的延续性护理在产科的应用价值[J]. 中国数字医学, 2020, 15 (6): 115-117.
- [2]陈兰, 付娟. 延续性护理模式教学对产科学护理实践能力及综合素质的影响探讨[J]. 基层医学论坛, 2020, 24 (21): 2987-2989.
- [3]况凤珍. 产科护理临床实习教学中延续性护理模式的运用对策[J]. 中国卫生产业, 2020, 17 (5): 125-126, 129.
- [4]蔡欢. 产后延续护理在妇产科中的应用[J]. 中国保健营养, 2021, 31 (27): 108.
- [5]余华, 时元菊. 基于健康管理 APP 的延续护理对初产妇母乳喂养的影响[J]. 教育生物学杂志, 2022, 10 (1): 44-47, 51.
- [6]梁仕春. 产后延续性护理联合中医临床护理路径对阴道分娩产妇的影响[J]. 光明中医, 2022, 37 (5): 886-888.
- [7]陈宗燕. 分析微信延续性护理在提高适龄初产妇母乳喂养率中的效果[J]. 婚育与健康, 2022, 28 (1): 67-68.
- [8]黄珂珂. 阶段式延续性护理对产妇产后康复及母乳喂养的影响研究[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50 (4): 275-276.

急性心肌梗死合并心律失常采用循证护理的效果分析

雍瑞霞 刘玉叶

中宁县人民医院 宁夏中宁县 755100

摘要：目的：探讨循证护理在急性心肌梗死并发心律失常护理中的应用效果。方法：将2020年11月到2021年11月在本院进行治疗的急性心肌梗死的患者70例作为本次的观察对象，并将这70例急性心肌梗死并发心律失常的患者随机分为实验组和对照组两组，每组有35例急性心肌梗死并发心律失常的患者，对照组的35例急性心肌梗死并发心律失常的患者采用常规的护理措施进行护理，而实验组的35例急性心肌梗死并发心律失常对患者则是在采用循证护理措施进行护理，并将两组急性心肌梗死并发心律失常的患者住院的时间和住院的费用以及不良事件的发生率和两组患者对护理工作的满意度以及两组患者生活质量的评分进行对比和分析。结果：采用循证护理措施进行护理的实验组急性心肌梗死并发心律失常的患者住院的时间、住院的费用以及不良事件的发生率和患者对护理工作的满意度以及生活质量的评分均优于采用常规护理的对照组急性心肌梗死并发心律失常的患者，且两组急性心肌梗死并发心律失常的患者住院的时间、住院的费用以及不良事件的发生率和患者对护理工作的满意度以及患者生活质量的评分产生的差异数据具有统计学意义（ $p < 0.05$ ）。结论：本文通过对急性心肌梗死并发心律失常的患者采用循证护理措施进行护理，能够有效的缩短患者的住院时间，同时也可以降低患者住院时的费用，改善患者不良事件的发生率，提高患者对护理工作的满意度，此外还能够提高患者的生活质量以及患者的治疗效果，在临床上值得推广和使用。

关键词：循证护理；急性心肌梗死并发心律失常；应用效果

急性心肌梗死并发心律失常是目前临床上心内科中非常常见的一种疾病，且发病率非常的高，有很多患者在发作急性心肌梗死并发心律失常以后就会出现非常明显的临床症状。急性心肌梗死是目前我国临床上发病率非常高的一种心血管疾病，这主要是因为患者的冠状动脉出现了持续性且急性的缺血和缺氧所导致的，所以冠状动脉粥样硬化和冠状狭窄都是能够导致患者出现急性心肌梗死的最主要的因素。当患者出现急性心肌梗死的时候，通常也会出现心律失常和休克的症状，不仅降低了患者的生活质量，同时也严重的威胁到了患者的生命安全。所以对于急性心肌梗死并发心律失常的患者在临床上采取有效的治疗的同时在联合科学合理的护理措施是非常重要的。循证护理能够使护理人员转变对患者的护理思路，提高护理工作的质量，降低患者出现并发症的几率。为了能够明确循证护理对于急性心肌梗死并发心律失常患者的应用效果，本文将对在本院进行治疗的急性心肌梗死并发心律失常的患者采用循证护理措施进行护理，并将结果进行对比和分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2020年11月到2021年11月在本院进行治疗的急性心肌梗死并发心律失常的患者70例作为本次的观察对象，并将这70例急性心肌梗死并发心律失常的患者随机分为实验组和对照组两组，每组有35例急性心肌梗死并发心律失常的患者，对照组的35例急性心肌梗死并发心律失常的患者中有男性患者19例，女性患者16例，年龄在（66.52±4.25）岁。而实验组的35例急性心肌梗死并发心律失常的患者中有男性患者18例，女性患者17例，年龄在（66.41±4.16）岁。纳入标准：本次所参与研究的患者均为急性心肌梗死的患者，且这些患者均有心律失常的症状；两组患者均具有非常完整的临床资料，同时患者对于本次的研究之情均自愿签署知情同意书；两组患者没有精神疾病，且不具有沟通障碍、交流障碍的情况。排除标准：排除非自愿参加本次研究的患者；排除临床资料不全的患者；排除研究中途退出的患者。两组急性心肌梗死并发心律失常的患者均符合本次研究的纳入标准，并且两组患者的临床资料对比产生的差异数据不具有统计学意义（ $p > 0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法

对照组的患者采用常规的护理措施进行护理，而实验组的患者则是采用循证护理措施进行护理，主要的内容包括：1. 首先需要观察住院患者的病症，并且分析了解患者的病情情况。通过查阅大量的医学资料来了解诱发患者出现疾病的原因，并且做好有效的预防和控制。2. 成立循证护理小组，对于患者的病情及时的作出评估，并在讨论中评估患者的护理风险以及护理难度。此外，还需要了解患者对于护理工作的需求，并及时的做出

护理指导。3. 护理方案的实施，首先需要落实健康指导，护理人员应该通过多种健康指导的形式为患者详细的讲解疾病的发生发展、治疗方法、注意事项等，使患者能够有效地掌握自身疾病的情况，同时也能够提高对疾病健康知识的掌握度，使其能够更加配合临床的治疗工作和护理工作。4. 心理护理，由于大部分的患者在发病以后会出现非常明显的心理障碍的情况，在患者出现这种情况时，护理人员首先需要做好患者心理护理的工作，通过对患者进行有效的心理指导来提高患者心理的耐受力，并且在对患者进行心理指导的过程中，帮助患者消除对疾病产生的恐惧感，提高患者对疾病治疗的信心。此外，护理人员还应该告知患者良好的心理状态对疾病治疗的重要性，使患者在接下来的治疗中能够保持良好的心理状态去面对。5. 并发症的护理，由于急性心肌梗死的患者还并发心律失常的症状，所以在出现这种情况时，护理人员需要做好对患者进行并发症的护理工作。定期的询问患者的症状，了解患者对于护理工作的需求，做好患者并发症的干预工作，当患者出现心绞痛和呼吸困难的时候应该及时的采取相应的措施进行处理，缓解患者的症状。6. 用药的护理，在对患者进行护理的同时，指导患者合理的使用药物也是非常重要的一项护理工作。护理人员需要告知患者遵医嘱按时、按量的服用药物，切记不要随意的更改药物的用量以及更换药物的使用，以免加重疾病的发展。一般在临床上会给予急性心肌梗死患者使用胺碘酮进行用药，可以降低患者出现心律失常的几率，提高护理质量。7. 重复循证护理的流程，护理人员需要根据患者对护理工作的反馈来重复上述的护理流程，提高对患者的护理治疗。此外，院内还应该对循证护理小组内的成员做好循证护理的培训工作，并在完成培训以后通过考核使护理人员能够有更加规范的操作。循证护理小组的成员还应该收集以往有关急性心肌梗死并发心律失常的文献和资料进行分析，再结合以往的护理经验来找出在护理过程中所出现的问题并进行改进。急性心肌梗死并发心律失常的患者更容易出现不良的心理状态，所以护理人员应该更用心的去对患者做好心理护理，提高患者对疾病的认知度，帮助患者树立战胜疾病的信心，也提高患者对临床治疗工作和护理工作的配合度。在对急性心肌梗死合并心律失常的患者在临床治疗当中，告知患者遵医嘱使用镇痛药物，在患者服用镇痛药物以后，护理人员需要密切的观察患者生命体征的变化，并且掌握患者的疼痛程度以及患者临床症状的改变，观察患者在服用镇痛药物以后，是否出现呼吸抑制或者脉搏加快的情况，一旦出现了这种情况，需要立刻报告给医生进行处理。

1.3 观察指标

将两组急性心肌梗死并发心律失常的患者住院的时间以及住院的费用和两组患者不良事件发生率的情况以及两组患者对护理工作的满意度和两组患者生活质量的评分情况进行对比和分析。

1.4 统计学分析

采用 SPSS20.0 软件对数据进行处理和分析, 计数资料用 (n/%) 来表示, 用 χ^2 进行检验, 计量资料用标准差±来表示, 用 t 进行检验, 当 $p<0.05$ 时具有统计学意义。

2 结果

2.1 采用循证护理的实验组急性心肌梗死并发心律失常的患者住院的时间以及住院的费用优于采用常规护理的对照组急性心肌梗死并发心律失常的患者, 且两组患者的住院时间和住院的费用对比产生的差异数据具有统计学意义 ($p<0.05$) 见表 1

表 1 两组患者住院时间和住院费用的对比情况

组别	例数	住院时间	住院费用
实验组	35	6.32±1.15	5645.36±64.15
对照组	35	11.25±2.35	9680.22±46.19
t		11.148	301.972
P		<0.001	<0.001

2.2 采用循证护理的实验组急性心肌梗死并发心律失常的患者不良事件的发生率优于采用常规护理的对照组急性心肌梗死并发心律失常的患者, 且两组患者不良事件发生率对比产生的差异数据具有统计学意义 ($p<0.05$) 见表 2

表 2 两组患者不良事件发生率的对比情况

组别	例数	呼吸衰竭	心律失常	心肌梗死	不良事件发生

表 4 两组患者生活质量评分的对比情况

组别	例数	活动能力	自理能力	情绪评分	思维评分	精力评分
实验组	35	11.60±2.40	13.60±2.80	13.70±2.60	10.40±2.80	9.10±2.20
对照组	35	9.30±1.30	10.80±2.00	9.70±1.80	7.50±1.70	7.40±1.50
t		4.985	4.814	7.483	5.237	3.777
P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

目前急性心肌梗死在临床上具有非常高的发病率, 也是心血管疾病的一种。一般情况下急性心肌梗死的患者主要是因为冠状动脉出现了急性和连续性的缺氧或者是缺血而产生的, 急性心肌梗死会降低患者的生活质量, 同时对于患者的生命健康也会产生非常严重的威胁。急性心肌梗死的患者除了有非常高的发病率和病死率以外, 还具有发病急和病情发展快的特点, 所以对急性心肌梗死的患者采取有效的治疗措施以外, 还应该采取非常科学合理的护理措施改善患者的临床症状, 促进患者的健康恢复。急性心肌梗死的患者在临床上经过抢救以后仍然会存有很多的心理阴影, 这是因为患者在发病的过程中心脏是处于持续性的缺氧和缺血的, 所以患者在发病时已经体验过濒死的感觉, 所以大部分患者担心自己会再度发病, 也因此出现非常紧张、焦虑和抑郁等不良的情绪, 影响了患者的生活质量。针对于这种情况, 护理人员需要对患者采取有效的护理措施, 消除患者内心的负面情绪, 提高患者的护理质量以及患者的生活质量。而循证护理能够全面的突出患者的护理指导方案以及护理的细节, 表现出循证护理的优势以及意义。在对急性心肌梗死并发心律失常的患者护理的过程中, 能够将护理工作的质量控制作为护理工作的基础, 可以有效的降低患者在护理工作中出现不良事件的几率, 提高患者住院的安全性, 同时也能够缩短患者的住院费用和住院的时间, 满足患者对临床护理的需求。

经过本次研究的结果发现, 对急性心肌梗死并发心律失常的患者采用循证护理不仅能够缩短患者的住院时间, 减少患者的住院费用, 同时也能够降低患者出现不良事件的发生率, 提高患者对护理工作的满意度以及患者的生活质量。由此可以发现, 循证护理对于急性心肌梗死并发心律失常的患者来说具有非常重要的意义。

综上所述, 本文对急性心肌梗死并发心律失常的患者采用循证护理措施进行护理, 可以有效的去改善患者不良的心理情绪, 提高患者的生活质

		(n/%)	(n/%)	(n/%)	生率 (n/%)
实验组	35	1 (2.86%)	0	0	1 (2.86%)
对照组	35	4 (11.43%)	2 (5.71%)	1 (2.86%)	7 (20.00%)
χ^2					5.081
p					0.024

2.3 采用循证护理的实验组急性心肌梗死并发心律失常的患者对护理工作的满意度优于采用常规护理的对照组, 且两组患者对护理工作满意度的情况对比产生的差异数据具有统计学意义 ($p<0.05$) 见表 3

表 3 两组患者护理满意度的对比情况

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意度
实验组	35	28(80.00%)	6 (17.14%)	1 (2.86%)	34(97.14%)
对照组	35	19(54.29%)	5 (14.29%)	11(31.43%)	24(68.57%)
χ^2					10.058
p					0.002

2.4 采用循证护理的实验组急性心肌梗死并发心律失常的患者生活质量的评分优于采用常规护理的对照组, 且两组患者生活质量评分对比产生的差异数据具有统计学意义 ($p<0.05$) 见表 4

量以及治疗效果, 同时也能够降低患者在护理中出现不良事件的几率, 在临床上值得推广和使用。

参考文献:

- [1]张俊红, 张亚玲.急性心肌梗死并发心律失常护理中循证护理的应用分析[J].中国药物与临床, 2021, 21 (10): 1834-1835.
- [2]王鸿.急性心肌梗死并心律失常临床护理中采取循证护理的应用价值[J].医学美学美容, 2021, 30 (3): 141-142.
- [3]刘宏斌, 王业宏, 林旭, 等.循证护理在急性心肌梗死并发心律失常护理中的应用效果观察[J].中国保健营养, 2021, 31 (6): 226.
- [4]李蕴红, 王立恒.循证护理对急性心肌梗死并心律失常患者及预后效果的影响[J].黑龙江医药科学, 2021, 44 (3): 88-89.
- [5]郝分分.评价循证护理在急性心肌梗死后心律失常护理中的应用价值[J].中国社区医师, 2020, 36 (20): 135-136.
- [6]赵亚珂.循证护理干预在急性心肌梗死后心律失常患者中的应用效果[J].四川生理科学杂志, 2021, 43 (5): 775-776, 751.
- [7]朱莉.急性心肌梗死后心律失常的循证护理应用与临床护理学研究[J].中国医药指南, 2021, 19 (13): 200-201.
- [8]朱燕梅, 张春燕, 何艳.循证护理模式对老年急性心肌梗死并发心律失常生活质量和护理满意度的影响[J].中外医疗, 2021, 40 (13): 103-105, 109.
- [9]曲维艳.循证护理对老年急性心肌梗死后并发心律失常的效果[J].继续医学教育, 2021, 35 (5): 124-126.
- [10]孙爱霞, 丁海平.循证护理在急性心肌梗死后心律失常患者护理中的应用[J].国际护理学杂志, 2020, 39 (17): 3208-3210.
- [11]石永红.循证护理在急性心肌梗死后心律失常护理中的应用[J].中国农村卫生, 2021, 13 (8): 78, 77.

老年结直肠癌手术患者中运用早期康复护理干预后的术后恢复情况分析

朱弘 黄文玲

宁夏医科大学总医院结直肠外科 宁夏银川 750001

摘要：目的：分析老年结直肠癌手术患者中运用早期康复护理干预后的术后恢复情况。方法：本次研究选取在2019年12月~2021年3月我院胃肠外科收治的老年结直肠癌患者共110例作为研究对象，按照入院先后顺序随机分为对照组、研究组各55例，年龄最小者63岁，最大者90岁，对照组采用常规护理措施，研究组采用早期康复护理干预。比较两组患者术中出血量、手术时间、淋巴结清除数量；记录首次排气时间、首次排便时间、首次进食时间、住院时间；比较两组患者术后并发症发生情况，包括切口感染、肺部感染、尿路感染、肠梗阻。比较两组患者护理满意度。结果：两组患者术中出血量、手术时间、淋巴结清除数量比较，经统计学分析，两组数据差异不明显（ $P>0.05$ ），分析原因可能与手术医师为同组外科医生且经验丰富有关；研究组首次排气时间、首次排便时间、首次进食时间、住院时间均短于对照组，经统计学分析，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）；术后并发症发生情况比较，对照组并发症发生率20.00%；研究组并发症发生率7.27%。研究组并发症发生率明显低于对照组，经统计学分析，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）；护理满意度比较，对照组满意度74.55%，研究组满意度96.36%，结果经统计学分析，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：老年结直肠癌手术患者中运用早期康复护理干预后的术后恢复情况良好，减少并发症的发生同时缩短住院时间，提高了护理满意度。

关键词：老年结直肠癌；早期康复护理；恢复情况

结直肠癌又称大肠癌，是大肠上皮来源的癌症，包括结肠癌、直肠癌，在我国直肠癌最为常见，其次是结肠癌（乙状结肠、盲肠、升结肠、降结肠及横结肠），其诱因目前认为与环境、饮食习惯、遗传等多种因素有关^[1]。随着人们生活水平的提高，老龄化日益严重，结直肠癌的发病率也在逐年递增，且趋于老龄化^[2]。早期结直肠癌可进行手术治疗，中晚期则以手术为主的综合治疗，对于老年患者而言，免疫力低下，并常伴有糖尿病、高血压等慢性疾病，在手术的刺激下常规护理方案恢复时间较长，长时间住院及治疗在经济上给患者及其家庭带来一定影响，因此采取科学有效的护理措施尤为关键^[3]。在患者整个围手术期尽早的实施护理干预，采用一整套有针对性科学合理的护理措施，进而提高患者生存质量，缩短住院时间、减少并发症的发生。随着临床早期康复护理理念的应用，在老年结直肠癌患者围手术期采取早期康复护理干预，临床效果较为显著^[1]。本文选取我院胃肠外科收治的老年结直肠癌患者共110例作为研究对象，随机分为对照组、研究组，采用不同护理措施，观察患者术后恢复情况，先报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究选取在2019年12月~2021年3月我院胃肠外科收治的老年结直肠癌患者共110例作为研究对象，男性69例，女性41例，年龄最小者63岁，最大者90岁，按照入院先后顺序随机分为对照组、研究组各55例，对照组采用常规护理措施，研究组采用早期康复护理干预。对照组男性34例，女性21例，平均年龄（71.81±2.85）岁；病程1.5~4个月，平均病程（2.07±0.25）个月；肿瘤部位统计：直肠癌23例，乙状结肠癌9例，升结肠11例，降结肠12例；合并高血压者13例，合并糖尿病患者12例；高-中分化腺癌32例，低-未分化腺癌23例；研究组男性35例，女性20例，平均年龄（72.33±3.56）岁；病程1.5~4个月，平均病程（2.24±0.51）个月；肿瘤部位统计：直肠癌19例，乙状结肠癌12例，升结肠13例，降结肠11例；合并高血压者15例，合并糖尿病患者11例；高-中分化腺癌33例，低-未分化腺癌22例；选取标准：所有患者经临床检查符合结直肠癌临床诊断；年龄≥60岁；经评估符合手术指标；无精神障碍，能够正常进行交流；所有患者及其家属了解本次研究并签署知情同意书；所有患者术前未进行放化疗治疗；排除合并严重心脑血管疾病者；排除经检查癌细

胞有转移者；排除术后复发需再次手术者。两组患者性别、年龄、病程、肿瘤部位等一般资料对比无显著性差异（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 方法

两组患者手术为腹腔镜手术，由同组手术医师完成，且经验丰富，手术方面经验至少5年以上。围手术期护理措施如下。

1.2.1 对照组采用结直肠癌围手术期常规护理措施，包括术前3天叮嘱患者半流质饮食，术前1~2天给予流质饮食，手术前一天晚上十点后禁食禁水；术前进行肠道准备，留置鼻胃管；术后患者排气后拔出鼻胃管，可给予饮水、流质饮食，控制进食量及进水量；不同患者情况不同，从实际出发酌情使用镇痛剂。

1.2.2 研究组围手术期采取早期康复护理措施干预，包括：（1）营造舒适安静的病房环境，必要时可在术前1天将患者调入单人病房；（2）向患者讲解疾病相关知识，介绍手术前后相关知识及注意事项，主动询问患者是否有疑问并耐心解答，若患者出现焦虑、恐惧等负面情绪，及时给予心理疏导，必要时可向患者介绍成功案例，提高患者治疗依从性、配合度；（3）术前进行肠道准备，首先于术前第五天开始给予营养液，可每天逐渐加量，术前6小时禁食，4小时禁水，行常规肠道准备；（4）术后为患者营造温馨舒适的病房环境，注意调节病房温湿度，控制输液速度，少量饮水，促进术后胃肠道功能尽早恢复，术后第一天可分次少量的饮用温水，如患者无异常情况发生可逐渐向清流质饮食过度，如患者反应良好可继续过度为主流质饮食；（5）康复训练：手术前患者可在病床上做适当轻微的活动，联系床上翻身等，术后第二天可指导患者自行翻身，期间注意引流管、导尿管位置，术后第三天在允许的情况下可指导协助患者下床活动，根据患者恢复情况逐渐加大运动量；（6）如术后无需留置鼻胃管，或在患者麻醉复苏后拔除，导尿管依据患者情况留置，结肠切除患者术后24小时内拔除导尿管，直肠低位前切除术在术后第2~3天内拔除导尿管。

2、评估指标

比较两组患者术中出血量、手术时间、淋巴结清除数量；比较两组患者术后恢复情况，记录首次排气时间、首次排便时间、首次进食时间、住院时间；比较两组患者术后并发症发生情况，包括切口感染、肺部感染、尿路感染、肠梗阻。比较两组患者对不同护理措施的满意度，采用自制调

查问卷统计非常满意、满意例数,计算满意度。

3、统计学处理

使用 SPSS26.0 统计软件对研究结果进行统计学分析,计量数据以均值±标准差 ($\pm s$) 表示;计数数据以百分比表示,采用 χ^2 检验;当 $P < 0.05$ 时,差异有统计学意义;而如果 $P > 0.05$,则说明差异不明显,无统计学意义。

4、结果

4.1 两组患者术中出血量、手术时间、淋巴结清除数量比较,对照组术中出血量 (105.17 ± 17.26) mL,手术时间 (185.26 ± 37.09) min,淋巴结清除数量 (20.92 ± 4.93) 枚;研究组中出血量 (107.55 ± 20.19) mL,手术时间 (177.54 ± 38.18) min,淋巴结清除数量 (20.62 ± 3.33) 枚;经统计学分析,两组数据差异不明显 ($P > 0.05$),分析原因可能与手术医师为同组外科医生且经验丰富有关。

表 1 对照组与研究组术中出血量、手术时间、淋巴结清除数量比较 ($\pm s$)

组别	例数	术中出血量 (mL)	手术时间(min)	淋巴结清除数量 (枚)
对照组	55	105.17 ± 17.26	185.26 ± 37.09	20.92 ± 4.93
研究组	55	107.55 ± 20.19	177.54 ± 38.18	20.62 ± 3.33

4.2 两组患者术后恢复情况比较,对照组首次排气时间 (34.91 ± 6.76) h,首次排便时间 (46.01 ± 5.27) h,首次进食时间 (39.92 ± 2.38) h,住院时间 (14.27 ± 4.04) d;研究组首次排气时间 (22.19 ± 6.92) h,首次排便时间 (33.42 ± 4.28) h,首次进食时间 (26.66 ± 3.87) h,住院时间 (10.99 ± 3.15) d;研究组首次排气时间、首次排便时间、首次进食时间、住院时间均短于对照组,经统计学分析,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 2 对照组与研究组术后恢复情况比较 ($\pm s$, h)

组别	例数	首次排气时间	首次排便时间	首次进食时间	住院时间 (d)
对照组	55	34.91 ± 6.76	46.01 ± 5.27	39.92 ± 2.38	14.27 ± 4.04
研究组	55	22.19 ± 6.92	33.42 ± 4.28	26.66 ± 3.87	10.99 ± 3.15

4.3 两组患者术后并发症发生情况比较,对照组发生切口感染 4 例、肺部感染 1 例、尿路感染 2 例、肠梗阻 4 例,总计 11 例,并发症发生率 20.00%;研究组发生切口感染 1 例、肺部感染 1 例、肠梗阻 2 例,总计 4 例,并发症发生率 7.27%。研究组并发症发生率明显低于对照组,经统计学分析,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 3 对照组与研究组术后并发症发生情况比较[n, n (%)]

组别	例数	切口感染	肺部感染	尿路感染	肠梗阻	发生率
对照组	55	4 (7.27)	1 (1.82)	2 (3.64)	4 (7.27)	20.00 (11/55)
研究组	55	1 (1.82)	1 (1.82)	0 (0.00)	2 (3.64)	7.27 (4/55)

4.4 两组患者对不同护理措施满意度调查,对照组满意度 74.55%,研究组满意度 96.36%,结果经统计学分析,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 4 对照组与研究组护理满意度比较[n, n (%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
对照组	55	20 (36.36)	21 (38.18)	14 (25.45)	74.55 (41/55)
研究组	55	33 (60.00)	20 (36.36)	2 (3.64)	96.36 (53/55)

5、讨论

结直肠癌的发病原因比较复杂,往往与患者所处环境、饮食习惯等因素息息相关^[4]。由于人口逐渐老龄化,老年结直肠癌患者逐渐增多,常规护理措施时间较长,住院时间相对也较长,导致患者心理压力增大,机体始终处于紧绷的状态,极易导致机体电解质紊乱,不利于疾病的恢复^[5]。结直肠癌手术在术前需要禁食禁水,术后由于患者不同情况恢复饮食的时间也不尽相同,再加之患者年龄偏大,新陈代谢慢,易引起营养不良,严重者会影响伤口的愈合,造成不良影响^[6]。早期康复护理,从整个术前准备开始,从健康教育、心理疏导、饮食护理、肠道准备、术后饮食恢复、康复等方面,以患者为中心,较常规护理更注重细节,全面综合的护理措施更早的应用到治疗过程中,减少患者应激反应、术后并发症,促进患者恢复^[7]。因此,充分的术前准备和科学有效的护理措施,对老年结直肠癌患者对手术的耐受力及预后尤为重要^[8]。

研究结果表明,两组患者术中出血量、手术时间、淋巴结清除数量比较,经统计学分析,两组数据差异不明显 ($P > 0.05$),分析原因可能与手术医师为同组外科医生且经验丰富有关;研究组首次排气时间、首次排便时间、首次进食时间、住院时间均短于对照组,经统计学分析,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$);术后并发症发生情况比较,对照组并发症发生率 20.00%;研究组并发症发生率 7.27%。研究组并发症发生率明显低于对照组,经统计学分析,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$);护理满意度比较,对照组满意度 74.55%,研究组满意度 96.36%,结果经统计学分析,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

综上所述,老年结直肠癌手术患者中运用早期康复护理干预后的术后恢复情况良好,减少了首次排气时间、首次排便时间、首次进食时间,并缩短住院时间,同时有效减少并发症的发生,提高护理满意度,具有临床推广价值。

参考文献:

- [1]陈创奇,何欲隆,蔡世荣,等.加速康复外科理念在胃肠外科中的临床应用新进展[M].广东:中山大学出版社,2017:43-47.
- [2]何彩群,刘家旋.加速康复外科理念在老年结直肠癌患者围手术期护理中的应用研究[J].结直肠肛门外科.2019,25(5):617-621.
- [3]杨丽娟.结直肠癌围术期快速康复外科护理应用研究[J].基层医学论坛,2019,23(9):1287-1289.
- [4]曾珊,陈丽君,甘海洁,等.雷替曲塞联合方案治疗晚期、耐药结直肠癌的护理.结直肠肛门外科,2016,19(2):116-118.
- [5]吴琳珊.探讨持续质量改进在腹腔镜结直肠癌术后康复中的应用[J].中国医学创新,2017,12(9):83-86.
- [6]马莉,闫淑.老年结直肠癌手术护理应用加速康复外科的效果分析[J].全科口腔医学杂志.2018,5(28):109-111.
- [7]王青青,郑爽.围术期差异化阶段护理在腹腔镜结直肠癌患者围术期护理中的应用效果[J].黑龙江医学,2020,44(5):693-695.
- [8]宋美璇,严莲,李飞,等.快速康复外科护理干预在老年结直肠癌腹腔镜手术病人中的应用研究[J].护理研究,2018,32(15):2428-2432.

凝血酶冻干粉在合并中等量腹水的肝脏穿刺腔道封闭止血的临床应用

祝锐锐* (通讯作者) 张晓广 杨琳 贺晓娜 韩倩倩

河南中医药大学第五临床医学院 (郑州人民医院) 河南郑州 450000

摘要: 目的: 探讨凝血酶冻干粉在合并中等量腹水的肝脏穿刺腔道封闭止血的临床应用方法及其效果。方法: 回顾性分析 30 例合并中等量腹水的肝占位患者, 在超声引导下进行肝脏穿刺活检, 活检后使用凝血酶冻干粉封闭肝脏穿刺腔道, 进行止血, 观察止血效果。结果: 穿刺成功率 100%, 其中肝细胞癌 16 例, 胆管细胞癌 1 例, 转移癌 11 例, 肝硬化结节 1 例, 性质不明 1 例。所有患者均未出现大出血。结论: 凝血酶冻干粉可以安全有效的降低合并中等量腹水患者的肝脏穿刺出血风险。

关键词: 凝血酶冻干粉; 肝脏; 穿刺; 活检

Clinical application of thrombin freeze-dried powder in hemostasis of liver puncture cavity with moderate ascites.

[Abstract]Objective: To explore the clinical application method and effect of thrombin freeze-dried powder in hemostasis of liver puncture cavity with moderate ascites. Methods: A retrospective analysis was performed on 30 patients' liver occupation complicated with moderate ascites. Liver biopsy was performed under the guidance of ultrasound. After biopsy, thrombin freeze-dried powder was used to seal the liver puncture cavity for hemostasis and observe the hemostasis effect. Results: The success rate of puncture was 100%, including 16 cases of hepatocellular carcinoma (HCC), 1 case of cholangiocarcinoma, 11 case of metastatic carcinoma, 1 case of cirrhotic nodules and 1 case of unknown nature. No bleeding or other complications occurred in all patients. Conclusion: thrombin freeze-dried powder is safe and effective for sealing the puncture tract after liver biopsy.

[Key words]thrombin freeze-dried powder; Liver; Puncture; Biopsy.

1. 背景

随着各种影像学技术的发展和广泛应用, 医学影像已成为肝占位性病变的常规诊疗技术, 但仍有部分病灶缺乏特征性的影像学表现, 需要通过病理学明确诊断及分型。所以肝脏穿刺活检仍是肝占位性病变的重要的诊断方法。超声引导下肝脏穿刺活检技术发展较成熟^[1]。肝脏穿刺活检最常见的并发症是出血, 且出血量较大时会引起严重后果^[2]。合并中等量腹水患者, 常规需要通过利尿治疗或腹腔穿刺引流, 待腹水减少, 再行肝脏穿刺活检术, 但是临床治疗中, 大部分患者很难在短期内使腹水显著减少, 导致穿刺操作滞后, 不能尽早确诊和治疗。在减少穿刺出血的措施中, 封闭穿刺道是最为有效的手段。我科 2021 年 7 月-2021 年 12 月对 30 例合并中大量腹水的肝占位患者行穿刺活检时使用凝血酶冻干粉封闭穿刺道, 取得良好的止血效果, 现报道如下。

2. 材料方法:

2.1 患者入组

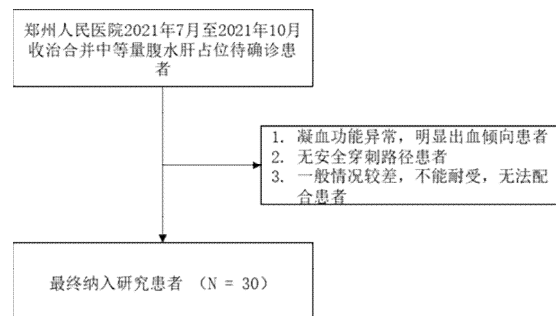


图 1: 本研究患者纳入流程

本回顾性研究实验对象为本院收治的合并中等量腹水肝占位患者, 研究对象的纳入标准为: 1) 影像学显示肝占位合并中等量腹水, 临床确诊困难。排除条件为: 1) 凝血功能异常、具有明显出血倾向患者; 2) 无安全穿刺路径者; 3) 生命体征不稳定、心肺功能较差 (呼吸急促、不能平

卧), 不能耐受, 无法配合者等基本条件不满足患者。

本研究经医院医学伦理委员会批准。

2.2 病理方法

2.2.1 术前准备

所有患者均行肝脏 CT 或磁共振增强扫描, 排除肝血管瘤可能。术前行血常规、凝血常规、传染病八项等检查, 询问有无使用抗凝药及抗血小板药物。穿刺前向患者及家属说明穿刺的目的、方法及风险, 征得患者及家属同意后, 签署知情同意书。超声引导穿刺所使用的设备为搭配 3.5MHz 探头的 ACUSON Sequoia 超声诊断仪; 穿刺活检针 (带同轴针, BSGX18G*15cm, 嘉利有限公司); 凝血酶冻干粉 (规格: 500 单位, 批准文号: 国药准字 H43020122, 产品批号: 210517-2, 湖南一格制药有限公司); 准备盐袋及腹带。

2.2.3 超声引导下经皮肝脏占位穿刺活检术

穿刺活检术均在郑州人民医院超声介入科穿刺室由一名具有 15 年经验医生进行, 所有穿刺术均在超声引导下完成。患者取合适体位, 在超声二维模式下观察肝占位病变的位置、大小、边界、内部回声及其毗邻的器官组织, 后在彩色多普勒超声模式下观察病灶血流, 选择最佳穿刺点及安全合适的进针路径。术区常规消毒铺巾, 使用无菌探头套和灭菌耦合剂, 2%利多卡因局部麻醉, 彩超实时引导下同轴针置入肝占位病灶边缘, 拔出针芯, 后置入穿刺活检针 (BSGX18G*15cm), 根据病灶大小调节射程 (射程为 1.3cm、2.3cm、3.3cm 三挡可控), 扣动穿刺枪扳机, 分多点取外观呈白色或红白相间、包含正常肝组织完整组织条 1-3 次。活检样本由福尔马林固定, 并送病理科检验。拔出活检枪后即刻经同轴针向穿刺道内注入凝血酶冻干粉 (5ml 生理盐水溶解) 1ml, 边退同轴针边注射凝血酶冻干粉, 3-5 秒内注射完毕, 如图一。后对穿刺点用敷料覆盖, 盐袋压迫、腹带加压包扎。



图 1：凝血酶冻干粉注入

2.2.4 肝穿刺后穿刺腔道出血监测

完成注射后使用超声图像观察肝静脉、门静脉及肝动脉是否有出现血栓，使用彩色多普勒超声观察穿刺道内有无出血信号，并迅速出针。徒手压迫 5 分钟后超声再次探查穿刺道及肝被膜下有无出血。

2.2.5 术后观察

患者在接受超声引导下穿刺术后观察 30 分钟，后卧床休息 8 小时，尽量采取半卧位，减少肝周腹水量。观察期间采用常规心电图监护 6 小时，监测生命体征。并观察患者穿刺部位有无疼痛、出血并予以对应措施。患者生命体征和出血情况在术后 48 小时进行随访调查，对患者穿刺部位进行再次超声检查，观察多普勒彩超穿刺腔道中是否有血流信号。

3. 结果

自 2021 年 7 月至 2021 年 10 月，本研究共纳入郑州人民医院收治的 30 例合并中等量腹水肝占位待确诊患者。其中男性 21 例，女性 9 例，年龄 29 岁-76 岁，平均年龄 60.1 岁，肝左叶占位 10 例，肝右叶占位 19 例，同时合并肝左、右叶占位 1 例。

表一. 纳入患者临床特征	
临床特征	数值
性别	男 21 (70.0)
	女 9 (30.0)
年龄	60.1 ± 12.1
血小板计数	180.3 ± 89.9
凝血酶原时间	13.9 ± 6.1
凝血酶原活动度 (%)	90.2 ± 16.7
纤维蛋白原	3.7 ± 1.5
病灶数目	单发 11 (36.7)
	多发 19 (63.3)
病灶位置	肝左叶 10 (33.3)
	肝右叶 19 (63.3)
	肝左、右叶 1 (3.3)
连续变量，均值 ± 标准差；分类变量，数目 (百分比)	

30 名患者均成功实行肝穿刺手术并送至病理活检，活检结果显示 30 例肝占位病变中肝细胞癌 16 例，胆管细胞癌 1 例，转移癌 11 例，肝硬化结节 1，性质不明结节 1 例。

穿刺活检后随访调查显示 30 名患者生命体征均稳定，无明显不适。多普勒彩超复查显示穿刺腔内均无无血流信号，预示未发生出血情况。

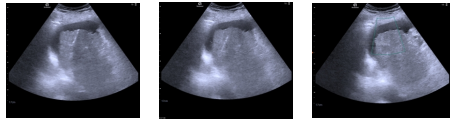


图 2：同轴针穿刺至病灶边缘 图 3：穿刺针至病灶内部 图 4：凝血酶穿刺道封闭后彩色

多普勒观察无出血

4. 讨论

肝脏穿刺最常见的并发症为出血，目前常见的减少穿刺出血的方法包括术前停用抗凝及抗血小板药物、术中术后使用止血药物、术中封闭穿刺针道、术后盐袋腹带加压、卧床休息等。临床常用的封闭穿刺针道的药物为注射用血凝酶，材料为明胶海绵，也有使用弹簧圈、医用组织胶封闭针道的报道^[3]。上述方法存在的局限性：合并肝周中至大量腹水的患者单纯止血药物及腹部压迫止血效果不佳，封闭针道材料如明胶海绵使用不方

便，医用组织胶、弹簧圈价格昂贵）目前尚未发现凝血酶冻干粉在肝脏穿刺腔道封闭止血的临床应用报道，仅有在混合痔术后出血、消化道出血、外科术后创面止血、假性动脉瘤栓塞等其他方面的研究报道。

凝血酶冻干粉为牛血或猪血中提取的凝血酶原，经激活而得的供口服或局部止血的无菌冻干制品，促使纤维蛋白原转化为纤维蛋白，应用于创口，使血液凝固，达到止血目的。当凝血酶与断裂的血管创面接触时，可使血管的段端腔内形成小的血栓嵌顿，阻止血液外流，从而快速止血^[4]，同时不影响机体功能，对于手术创面毛细血管渗血具有良好的止血效果，在消化道出血、腹部手术、肛周手术、肠道手术及四肢外伤的局部止血效果确切^[5-8]。

安全性：彩超引导下穿刺选择安全进针路径，实时引导下可有效避免穿刺针经过粗大血管，进而能避免凝血酶冻干粉注入粗大血管内，且注射时边退同轴针边缓慢注射，避免穿刺道注射时局部正压过高，从而避免凝血酶冻干粉注入穿刺道小血管内。

优势：1、止血效果好：凝血酶冻干粉注入后即刻形成血栓，止血速度快。2、操作简单：凝血酶冻干粉先从同轴针注入 0.2ml（同轴针容量为 0.2ml），后边退同轴针边缓慢注射，直至近肝被膜处；而明胶海绵需剪成条状，搓细，经同轴针将明胶海绵条送入肝穿刺道内，存在导入困难，不易送入同轴针内，且反复用针芯推送明胶海绵条时，同轴针鞘尖端易导致肝脏局部挫伤，同轴针退出时易将明胶海绵条带出，不能彻底闭塞穿刺道，且细小的穿刺道无法用明胶海绵堵塞^[9]。3、局部止血，不影响体内凝血机制。

根据经验，使用过程中注意事项：1.术前彩色多普勒超声引导，选择安全进针路径，避免穿刺到血管。2.18G 同轴针容量约 0.2ml，故准备出针时先注入 0.2ml 凝血酶冻干粉溶解液，后边退针边缓慢注射，直至近肝被膜处停止注药。

本研究属于单中心回顾性研究，样本量小，无对照组，存在一定局限性，还需要多中心前瞻性随机对照研究进一步分析。

参考文献：

[1]Sporea I, Popescu A, Sirli R. Why, who and how should perform liver biopsy in chronic liver diseases. World J Gastroenterol, 2008, 14 (21): 3396-3402.

[2]余松远, 邓远, 屈亚莉, 等. 超声引导肝穿刺活检并发症及处理对策. 中华超声影像学杂志, 2011, 20 (6): 496-498.

[3]王宁军, 江正龙, 于建华, 等. 康派特医用胶在肝脏穿刺活检中的应用. 中国实用医药杂志, 2016, 11 (27): 30-31.

[4]权隆芳, 贾小强, 程芳, 等. 凝血酶冻干粉治疗混合痔术后出血的疗效观察. 中国临床医生杂志. 2019, 47 (3): 323-325.

[5]权隆芳, 贾小强, 程芳, 等. 凝血酶冻干粉治疗混合痔术后出血的疗效观察. 中国临床医生杂志, 2019, 47 (3): 323-325.

[6]李韬, 阮军忠, 李福根, 等. 凝血酶冻干粉应用于肺癌根治术中的止血效果分析. 中国医刊, 2021, 56 (6): 660-663.

[7]徐明月. 凝血酶冻干粉治疗四肢创伤后出血的疗效观察及护理. 海峡医学, 2013, 25 (6): 323-325.

[8]杜小芳, 朱兴华. 凝血酶冻干粉治疗消化性溃疡出血的疗效及血小板参数变化, 2019, 24 (8): 847-850.

[9]刘德兴, 吴林, 马晓静, 等. 肝脏穿刺腔道封闭止血方法的临床研究. 介入放射学研究, 2008, 17 (10): 739-741.

家庭医生签约服务在老年慢性疾病健康管理中的效果研究

姚丽颜

潍坊市昌乐县乔官中心卫生院公共卫生科 山东潍坊 262408

摘要：目的：分析在慢性病健康管理中开展家庭医生团队签约服务的临床应用效果。方法：此次研究中筛选我院 2018 年 1 月—2022 年 4 月期间我院收治的慢性病患者 30 例，将纳入的患者通过双盲随机法划分为两组开展健康管理研究，组别主要分为观察组与对照组，每组中的人数各有 15 例，对照组患者给予常规健康管理干预，观察组患者则开展家庭医生团队签约服务。详细对比两组不同管理方案最终取得的临床效果。结果：两组最终结果对比发现，观察组的健康管理质量、患者对健康知识掌握度、遵医用药行为以及日常自我管理能力和对照组相比均已得到显著提升，患者发生的并发症显著少于对照组，患者的慢性病控制效果也显著高于对照组，最终患者的生活质量与对照组相比已显著提高，患者和家属对此次护理满意度也明显高于对照组，两组各指标结果对比差值具备统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：在慢性病健康管理中开展家庭医生团队签约服务，可使管理质量得到良好提升，并且增强患者的认知度及自我管理能力，确保患者的慢性病控制在最佳状态，减少并发症发生。

关键词：家庭医生团队签约服务；慢性病；健康管理；效果分析

近年随着人们生活饮食习惯的不断改变，导致各类慢性疾病的患病率也明显上升^[1]。而在临床调查中发现，由于长期受到慢性病的影响，多数患者会存在严重的心理负担，加之部分患者缺乏对疾病的认知度和重视度，致使生活中未能达到良好的遵医用药行为以及合理生活饮食习惯，最终会严重影响患者的疾病控制效果，降低患者生活质量^[2]。所以需要进一步加强对慢性病的健康管理力度，通过专业科学合理的管理干预，提升患者的认知度、遵医行为和日常自我管理能力，才能使患者的慢性病控制在最佳状态，降低疾病的危害性^[3]。故此，本文中笔者详细分析了家庭医生团队签约服务应用于慢性病健康管理中的临床效果，具体情况已在文中详细报道。

1 资料和方法

1.1 一般资料

现将我院 2018 年 1 月至 2022 年 4 月期间接收的慢性病患者 30 例作为本文中的分析对象，采取双盲随机法开展分组对照研究。组别名称主要包括观察组和对照组，每组中的人数各有 15 例。其中观察组患者中的男女比例为 9/6 例，年龄范围在 50-85 岁之间，患者的平均年龄值为（ 67.5 ± 2.2 ）岁；对照组男性和女性人数分别有 8/7 例，患者的年龄区间为 50-86 岁，年龄均值为（ 68.0 ± 2.3 ）岁，两组患者临床一般资料对比差值显示未达到统计学意义（ $P > 0.05$ ）具备临床可比性。

1.2 方法

对照组患者给予常规健康管理干预：1）实施人性化护理措施：对老年人慢性疾病心理认知护理中，实施人性化护理。根据老年人的心理特点、病情等为老年人布置温馨的病房环境，摆放一些植物让病房充满绿色，让老年人从心理上感到舒心，调整好病房的温度和湿度及灯光的亮度。在床椅上铺设软垫，避免老年人出现碰伤，最好地面卫生的清洁，避免湿滑，卫生间要安装好扶手或者防滑垫，对于睡眠不好的老年人可以分开安置在不同的病房以保证睡眠质量。定期组织健康讲座要求患者家属参加，提高患者以及家属对疾病的认知程度。2）实施分层认知管理：分层认知管理主要从三个方面进行，患者、家庭、医院。为患者详细的讲解疾病的知识，采用委婉的语气耐心讲解，详细了解患者的真实病情和心理状态，正确引导患者对自身疾病的重视。对老年人的护理要做到早发现、早发现、早治疗，及时的控制病情的发展，和家属做好沟通为老年患者营造和谐的家庭环境，对给予亲情的关怀、沟通，让患者的心理压力得到减轻，能够积极的配合治疗。3）实施护理目标管理：根据患者的实际病情及心理状况设定护理目标，对薄弱环节重点关注，如遇到不配合治疗的患者或者依从性差的患者，要采用干预措施纠正患者的不良行为，以达成健康意识目标。如果患者的心理状态不佳，要以提高患者的心理健康水平为目标，给予患者的心理护理干预，及时的缓解患者的不良情绪，和家属进行沟通，让家属能够陪同患者进行适当性的锻炼。

观察组织开展家庭医生团队签约服务：1）建立个人档案：为患者建立起完善的电子健康档案，同时要与所在社区服务中心进行联系交接。2）成立慢性病管理小组：由全科医生、护士、其他卫技人员组成家庭医生团队小组，首先要组织小组成员实施岗位培训学习，提升小组成员的健康管理能力和岗位责任意识。3）风险评估：全科医生担任患者的一对一家庭医生签约服务，由医生全面了解掌握患者存在的各类风险因素，根据分析结果制定出合理的管理方案，并将医生联系卡发放给患者，以便患者及时与家庭医生进行有效沟通。4）心理认知教育：在小组成员的全面配合下通过耐心的语言交流、健康讲座、视频播放、发放健康知识手册以及微信平台等推广方式，提升患者对各类慢性疾病的认知度、健康知识掌握度以及重视度；同时要加强对患者的心理疏导干预，通过交流引导掌握患者心中存在的顾虑和负性情绪，最大限度帮助患者解决各项问题，并告知家属给予患者更多的亲情关怀和理解支持，减轻患者的身心负担。5）康复管理：设定每月家庭随访一次，每周电话随访一次，每日通过微信平台进行健康指导管理，随时掌握患者的病情控制情况、日常用药情况、生活饮食情况及康复锻炼情况等，并将日常生活中存在的危险因素给予有效纠正。应当经常安排病人参加有关于社区慢性病方面专业知识的保健讲座，讲座的内容应当以导致慢性病出现的风险原因为主，在讲座中应当针对性的介绍有关于高血压、冠心病等慢性病的发生机理、处理方式、注意事项，帮助病人适当的调理饮食结构和生活习惯，使病人了解适当的体育锻炼方式，开展适当的体育锻炼。与此同时，我们应该引导与解除病人的负面心理状况，缓解病人及其家庭负性情绪以及环境给疾病带来的负面影响，针对病人出现负性情绪的因素、性格特点、认知水平等进行针对性的心理干预与引导，协助病人合理的应对忧虑、悲观、紧张等负性情绪，以此增强病人的护理自信和主动性。6）用药管理：为患者制定针对性的用药方案，告知患者要保持良好的遵医用药行为以及所用药物常见不良反应情况，为其制定用药打卡表，嘱咐家属做好监督提醒工作，提高患者的自我管理能力。7）生活管理：根据患者身体营养状况和疾病需求，制定出合理性的饮食方案，及时帮助患者纠正不良生活习惯及饮食习惯，饮食制定要确保营养均衡，告知患者饮食中的相关注意事项。同时为患者制定出合理性的运动方案及康复锻炼方案，增强机体免疫能力^[4]。8）加强随访：护理人员应该每年为病人进行四次上门随访，如病患疾病控制不佳则可把随访的频次改成一个星期或者两个星期一次。每个随访都需要给病人讲述各种慢性病症的预防常识，指导病人和其家人如何诊断与评估疾病，明确自我护理的方式，防止各类意外事件的出现，同时也需要掌握病人血压、血糖的监控状况、用药情况和护理的可靠性与协调程度，并告诉病人下一阶段护理的方式、目标，增强诊断与护理的实效性。

1.3 观察指标

（1）使用自拟调查问卷表将干预前后两组管理质量、患者对健康知

识掌握度、遵医行为、日常自我管理能力和慢性病控制效果、生活质量和护理满意度进行评定, 每项指标的最高分值为 10 分, 最终获得分值越高则表示指标改善越好。(2) 详细记录对比两组患者并发症发生率。

1.4 统计学处理

本次研究中使用 SPSS19.0 软件分析数据, 计量指标使用 ($\bar{x} \pm s$) 描述和 t 检验, 计数指标运用 n(%) 描述以及 χ^2 检验, 两组数据差值达到 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者各项评分指标对比情况

干预前两组健康管理质量、患者对健康知识掌握度、遵医用药行为和日常自我管理能力和评分结果经过对比显示无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后观察组以上指标改善程度与对照组相比均已占据显著优势, 两组数据结果对比差值具备统计学意义 ($P < 0.05$), 见下表 1、表 2。

表 1 两组各项护理指标比较详情 ($\bar{x} \pm s$)

健康管理质量/分		健康知识掌握度/分	
组别	实施前	实施后	实施前
观察组	6.60±0.50	9.10±0.60	5.60±0.30
n=15			
对照组	6.30±0.30	8.20±0.40	5.70±0.40
n=15			

表 3 两组指标对比详情 ($\bar{x} \pm s$)

慢性病控制效果/分		生活质量/分		护理满意度/分		并发症/%
组别	实施前	实施后	实施前	实施后	实施后	实施后
观察组 n=15	5.60±0.30	9.10±0.60	6.20±0.40	9.50±0.40	9.30±0.60	1 (6.70)
对照组 n=15	5.70±0.40	8.20±0.40	6.30±0.50	8.30±0.20	8.50±0.40	6 (40.00)
t 值	0.774	4.833	0.975	16.757	4.296	4.658
P 值	0.445	0.000	0.332	0.000	0.000	0.030

3 讨论

慢性病主要是指长期日积月累形成的疾病, 且不具备传染性, 而最常见的慢性病类型主要包括糖尿病、高血压、冠心病、脑血管疾病、慢性肾病、慢性气管炎及哮喘疾病等。以上慢性疾病均具有发病率高、治疗周期长和易反复发作等特征。且多发生于中老年群体^[5]。其发生因素与日常生活饮食习惯有着密切关联。而在当前慢性病管理当中, 如何更好的控制各类慢性疾病的发生及发展, 已成为相关学者重点探讨的话题^[6]。慢性病护理管理是专门针对慢性病症实施的一个护理管理技术, 它以慢性病的发生机理、治疗内容、并发症防治方法以及心态、膳食调节为重点内容, 对慢性病患者展开良好的护理为其康复奠定物质基础和保障条件。在对慢性病患者开展护理服务工作的过程中, 慢性病护理管理的开展加强了对慢性病护理知识的传播工作, 做好了对病人心理状况、生活、饮食结构等的调节, 做好了对病人的随访工作, 具有理想的护理管理效益, 但实施时间较长会导致患者脱离随访^[7]。

家庭医生签约服务是当前慢性病管理中应用率较高的一种健康管理模式, 该管理模式是通过全科医生与患者达成家庭服务签约关系, 从而为其开展全方位的健康管理指导, 进而提高了患者的疾病控制效果。在管理过程中通过加强对患者的认知教育, 可提升患者及家属对慢性病的认知度和重视度, 并且能够增强患者对健康知识的掌握度和遵医用药行为^[8]; 通过定期进行家庭随访、电话随访和每日微信平台指导等干预方式, 可及时纠正患者生活中存在的危险因素; 通过加强对患者的用药管理指导以及生活饮食指导干预, 确保患者保持良好的遵医用药行为和生活饮食习惯。最终可避免不良生活饮食习惯对疾病控制造成的影响。在对老年人进行健康教育时, 可以采取多种方式, 比如电视广播和报刊杂志等等, 通过宣传教育可以让老年人了解老年人常见病, 并且教会老年人如何对老年慢性病进行预防。其次, 还可以在在社区开展健康讲座, 让老年人能够通过调整饮食和适当的运动来保证身体健康, 同时, 还需要改变以往的不良生活习惯,

n=15

t	1.992	4.833	0.774	2.873
P	0.056	0.000	0.445	0.007

表 2 两组各指标评分结果 ($\bar{x} \pm s$)

遵医用药行为/分		日常自我管理能力和/分	
组别	实施前	实施后	实施前
观察组	5.70±0.70	9.30±0.80	6.40±0.60
n=15			
对照组	5.60±0.60	8.50±0.50	6.50±0.70
n=15			
t	0.677	5.295	0.420
P	0.500	0.000	0.677

2.2 两组指标对比情况

观察与对照两组患者干预前的慢性病控制效果和生活质量评分对比差值显示 ($P > 0.05$), 干预后同对照组比较发现, 观察组患者的慢性病控制效果较好, 管理期间发生的并发症较少, 最终取得的生活质量和护理满意度评分也较高, 两组指标结果对比差值有统计学意义 ($P > 0.05$), 见下表 3。

提高老年群体的防病意识。本次研究结果中也已证实, 观察组患者通过开展家庭医生团队签约服务干预后, 其健康管理质量、患者对健康知识掌握度、遵医用药行为和日常自我管理能力和对照组比较均显著提高, 管理期间患者发生的并发症明显降低, 最终患者的慢性病控制效果和生活质量也显著高于对照组, 患者和家属对此次健康管理满意度评分也显著高于对照组。

综上所述, 运用家庭医生团队签约服务可有效提升慢性病健康管理质量, 增强患者对疾病的认知度和重视度, 提高患者的自我管理能力和疾病控制效果, 进而降低疾病危害性。

参考文献:

- [1] 侍凤清, 刘玉芹, 戴尚红. 基于老年综合评估的护理模式对老年慢性病患者影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27 (23): 102-105.
- [2] 员战民. 家庭医生签约服务在老年慢性疾病健康管理中的应用效果[J]. 中国现代医生, 2021, 59 (22): 90-93.
- [3] 彭丽云, 计娜, 张榕江. 家庭医生签约服务结合家庭支持在老年慢性疾病健康管理中的应用效果评价[J]. 基层医学论坛, 2020, 24 (29): 4251-4253.
- [4] 李福兰. 家庭医生签约服务在老年慢性疾病健康管理中的应用效果探讨[J]. 中国社区医师, 2020, 36 (21): 184-185.
- [5] 潘小燕. 家庭医生签约服务在老年慢性疾病健康管理中的应用效果评价[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6 (69): 170.
- [6] 石磊. 家庭医生签约服务在老年慢性疾病健康管理中的应用效果评价[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5 (77): 80+92.
- [7] 江雪燕, 吴学华. 老年慢性疾病健康管理中实施家庭医生签约服务的效果[J]. 中医药管理杂志, 2018, 26 (09): 198-200.
- [8] 刘秀革. 家庭医生签约服务在老年慢性疾病健康管理中的应用效果[J]. 中国卫生标准管理, 2018, 9 (02): 62-64.

PDCA 循环在降低糖尿病患者饮食管理缺失率中的应用效果

贝为武 陈月华

广西壮族自治区妇幼保健院内科 广西贺州 530001

摘要：目的：研究 PDCA 循环管理法在糖尿病患者饮食管理缺失率降低中的应用效果。方法：选择我院在 2019 年 1 月至 2020 年 1 月期间收治的 100 例糖尿病患者，按照随机数字表法进行分组，分成对照组（n=50）和观察组（n=50），对照组采用常规管理，观察组采用 PDCA 循环法管理，比较两组患者的管理前后的餐后 2h 血糖以及空腹血糖；管理前后的 ESCA 评分（自护能力）；管理满意度以及管理依从性；生活质量评分（精神健康、社会功能、一般健康、生理职能评分）；饮食管理缺失率。结果：管理前，两组患者的餐后 2h 血糖以及空腹血糖比较（ $P>0.05$ ），管理后，观察组患者的上述指标低于对照组（ $P<0.05$ ）；管理前，两组患者的 ESCA 评分比较（ $P>0.05$ ），管理后，观察组患者的上述指标高于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组的管理满意度以及管理依从性高于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组的生活质量评分高于对照组（ $P<0.05$ ）；观察组的饮食管理缺失率低于对照组（ $P<0.05$ ）。结论：糖尿病患者通过 PDCA 循环法进行管理，可以有效控制血糖，提升管理效果，改善患者的生活质量，降低饮食管理缺失率，值得推广。

关键词：PDCA 循环法；糖尿病；饮食管理缺失率；管理效果

糖尿病属于慢性疾病，主要发生人群为老年人群，患者一般会采用终身治疗^[1]，因为长时间注射胰岛素或者应用其他药物治疗，患者的生活质量以及康复效果会受到影响，并且糖尿病会产生较多的并发症^[2]。相关研究表明^[3]：采用 PDCA 循环法能够对患者的病情、血糖进行有效控制，提升患者的用药依从性，从而使患者的临床症状得以改善。本次研究，作者选择 100 例糖尿病患者，通过对照研究，旨在分析 PDCA 循环法的应用效果，现做出如下分析。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院在 2019 年 1 月至 2020 年 1 月期间收治的 100 例糖尿病患者，按照随机数字表法进行分组，分成对照组（n=50）和观察组（n=50），对照组采用常规管理，观察组采用 PDCA 循环法管理，两组患者的一般资料见表 1。注：本研究得到院内伦理批准。

表 1 两组患者的一般资料比较情况（ $\bar{x} \pm s$ ）[n（%）]

组别	例数	年龄段（岁）	平均年龄（岁）	男 性 患 者	女 性 患 者	病程范 围（年）	平均病程 （年）
观察组	50	65-80	72.56±3.15	29	21	3-10	7.01±1.21
对照组	50	65-82	72.28±3.09	28	22	3-12	6.89±1.19
X ² /t	-		0.449		0.041		0.500
P	-		0.655		0.840		0.618

纳入标准：①确诊为糖尿病患者；②年龄在 60 岁以上；③临床资料完整；

排除标准：①合并肝肾功能异常；②合并恶性肿瘤患者；③合并心脏系统功能异常患者。

1.2 方法

对照组患者通过常规干预，观察组患者在对照组基础上，采用 PDCA 循环法管理。

常规干预：告知患者的用药时间、用药剂量以及用药方法，在患者用药时进行监督，防止患者自行更改用药次数、用药剂量；要求患者控制饮食，防止过度摄入热量以及糖分；要求患者保持充分休息、规律作息，定期对患者的血糖进行检测，对其的血糖变化情况进行了解；将糖尿病病因、临床症状、危害等告知患者，给予患者鼓励，缓解其负面情绪，提升患者的干预信心。

PDCA 循环法：（1）计划：建立质量改善小组，对糖尿病患者发生饮食

管理缺失的原因进行分析，①护士的健康宣教因素：缺乏教育工具：计算公式十分复杂，错误率较高，缺少针对性的培训考核，缺乏相关知识、沟通技巧，不重视护士的思想教育，教育流程并未细化，缺乏经验；对患者健康宣教的方法比较单一，只会通过口头宣教；医护人员不会主动对患者进行健康教育，且未掌握良好的沟通技巧，患者也会因此形成抵触情绪，对患者的依从性造成影响；②患者因素：没有相关资料以供参考，导致无法对患者的饮食量进行控制；医院缺少营养师，没有针对糖尿病配备营养餐，影响患者的遵医行为；患者也会受到同病房患者的负面情绪的影响；③床头的饮食牌因素：患者的饮食牌种类较少，需要添加的饮食牌材料不统一，护理人员并没有将床头的饮食牌进行更换，饮食种类字迹比较模糊，刚添加的饮食牌发生脱落。分析出现以上情况的原因包括：①饮食教育流程并没有得到细化；②饮食方法比较单一；③床头的饮食牌字迹比较模糊且发生移位；改进计划包括：①根据教育形式，将饮食通知流程进行更改，并且录制教育视频，培训并考核科中的所有护士；②教育方法比较单一：播放视频，通过微信群的方式为患者答疑解惑，根据患者的爱好制定食谱，合理增加教育工具；③床头饮食牌问题：按照尺寸打印饮食牌，并且将其固定。（2）执行：根据糖尿病患者发生饮食管理缺失的原因，制定对应的改善措施。①完善教育流程并且将其有效落实：制定标准化的饮食教育流程，并且将饮食通知流程进行更改，录制饮食教育视频，以此为根据考核科内护士，并且进行考核，强化监管，明确责任；②通过各种教育办法帮助患者记忆教育内容，合理增加教育工具；③改进床头饮食牌：将原有的饮食牌进行固定，故需要测量科室内饮食牌的尺寸，通过统一的方法固定饮食牌，防止其发生脱落。④检查：护士长和责任护士建立考察小组，对护士的考核结果、流程是否执行进行检查，并收集患者的反馈意见。⑤处理：总结分析收集到的反馈资料，找到不足之处，对未达到饮食教育目的的案例进行重点分析，然后通过头脑风暴制定方案，并且将转入到下一个 PDCA 循环中。

1.3 观察指标

比较两组患者的管理前后的餐后 2h 血糖以及空腹血糖；管理前后的 ESCA 评分（自护能力）；管理满意度以及管理依从性；生活质量评分（精神健康、社会功能、一般健康、生理职能评分）；饮食管理缺失率。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 21.0 对数据处理，使用 X²/t 校验； $P<0.05$ 表示有统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患者管理前后的餐后 2h 血糖以及空腹血糖比较

管理前，两组患者的餐后 2h 血糖以及空腹血糖比较（ $P>0.05$ ），管理后，观察组患者的上述指标低于对照组（ $P<0.05$ ），见表 2；

表 2 两组患者管理前后的餐后 2h 血糖以及空腹血糖比较（ $\bar{x} \pm s$ ）

(mmol/L)			
组别	例数	餐后 2h 血糖	空腹血糖

		管理前	管理后	管理前	管理后
观察组	50	10.48±2.13	7.38±1.70	9.90±1.80	6.29±1.55
对照组	50	10.91±2.25	9.88±2.26	9.81±1.71	8.13±2.33
t	-	0.981	6.251	0.256	4.649
P	-	0.329	0.000	0.798	0.000

2.2 两组患者管理前后的 ESCA 评分比较

管理前, 两组患者的 ESCA 评分比较 ($P>0.05$), 管理后, 观察组患者的上述指标高于对照组 ($P<0.05$), 见表 3;

表 3 两组患者管理前后的 ESCA 评分比较 ($\bar{x} \pm s$) (分)

组别	例数	管理前	管理后
观察组	50	96.22±5.29	142.74±5.46
对照组	50	96.79±5.17	110.71±4.16
t	-	0.545	32.995
P	-	0.587	0.000

2.3 两组患者的管理满意度、管理依从性比较

观察组的管理满意度以及管理依从性高于对照组 ($P<0.05$), 见表 4, 表 5。

表 4 两组患者的管理满意度比较[n (%)]

组别	例数	十分满意	满意	不满意	管理满意度
观察组	50	37	11	2	48 (96.0)
对照组	50	30	10	10	40 (80.0)
χ^2	-	-	-	-	6.061
P	-	-	-	-	0.014

表 5 两组患者的管理依从性比较[n (%)]

组别	例数	依从	部分依从	不依从	依从性
观察组	50	39	10	1	49 (98.0)
对照组	50	32	9	9	41 (82.0)
χ^2	-	-	-	-	7.111
P	-	-	-	-	0.008

2.4 两组患者的生活质量评分比较

观察组的生活质量评分高于对照组 ($P<0.05$), 见表 5。

表 5 两组患者的生活质量评分比较情况 ($\bar{x} \pm s$) (分)

组别	例数	精神健康	社会功能	一般健康	生理职能
观察组	50	88.56±7.85	88.34±6.56	80.95±7.36	84.45±6.91
对照组	50	78.92±9.33	76.46±6.15	71.16±6.25	78.15±6.54
t	-	5.590	9.342	7.169	4.682
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2.5 两组患者的饮食管理缺失率比较

观察组的饮食管理缺失率低于对照组 ($P<0.05$), 见表 6。

表 6 两组患者的饮食管理缺失率比较 (%)

组别	例数	饮食管理缺水数量	缺失率
观察组	50	34	68.0
对照组	50	20	40.0
χ^2	-	-	7.891
P	-	-	0.005

3. 讨论

糖尿病是以高血糖为主要特征的代谢性疾病, 是脑血管重要的独立危险因素之一。其死亡率、致残率居高不下, 给个人健康、家庭经济和社会保障带来了沉重的负担。糖尿病的主要临床症状包括: 多尿、多饮、多食、体重降低^[4]。根据有关统计表明: 老年高血压脑出血的发病率虽然为所有脑血管疾病的三分之一, 但是, 其死亡率以及残疾率为第一位^[5]。临床中,

老年高血压脑出血患者应该做好康复管理, 促进患者的神经功能康复。虽然患者发生脑出血以后, 神经功能会发生一定程度的损伤^[6]。据统计^[7], 临床中超过 90% 的糖尿病患者为 2 型糖尿病, 但是, 只有不超过一般的患者能够有效控制血糖。糖尿病患者如果没有有效控制血糖, 就会使血黏度升高, 进而引发血栓栓塞, 威胁患者的生命安全^[8]。在临床治疗中, 需要采用有效的管理法干预患者, 使患者的生活质量得到改善, 进而降低饮食管理缺失率。有研究表明^[9], 通过 PDCA 循环法管理患者, 可以强化糖尿病患者自我约束能力, 在提高其相关知识的同时, 增强治疗依从性^[10]。

PDCA 循环法属于糖尿病患者的新型管理模式, 可以通过多个方面对糖尿病患者作出健康指导。本次研究结果表明: 观察组患者的各项管理指标均优于对照组患者。其原因在于: 通过常规的管理方法管理患者, 只是通过口头传输教育知识, 患者无法精准了解糖尿病的预防知识以及饮食管理措施, 无法有效帮助患者及时建立健康行为^[11]。而 PDCA 循环法管理患者后, 可以提升患者对于糖尿病的认知, 详细了解健康饮食的重要性, 降低了饮食缺失率, 通过不断解决 PDCA 循环法中发现的问题, 纠正健康计划, 实施饮食健康管理, 提升护理人员的专业能力, 保证患者的饮食健康质量^[12]。

综上所述, 糖尿病患者通过 PDCA 循环法管理, 通过计划、执行、管理、处理四个环节, 保证饮食管理的健康性, 帮助患者建立科学性的饮食习惯, 对疾病进展有效控制, 值得推广。

参考文献:

- [1] 朱娟娟. PDCA 循环在降低糖尿病患者饮食管理缺失率中的应用效果[J]. 医药前沿, 2021, 11 (35): 170-171.
 - [2] 赵雪峰, 纪翠翠. PDCA 循环管理在降低糖尿病患者静配中心感染发生率的应用观察[J]. 糖尿病天地, 2020 (2): 33-34.
 - [3] 郑红玲. PDCA 循环在降低老年糖尿病病人低血糖发生率中的应用[J]. 护理研究: 中旬版, 2017, 31 (1): 254-255.
 - [4] 胡贵芳, 李结霞. 基于 PDCA 循环的饮食护理在糖尿病性胃轻瘫患者中的应用[J]. 当代临床医刊, 2022, 35 (1): 94-95.
 - [5] 江旭丽. PDCA 循环结合项目管理在 2 型糖尿病患者中的应用效果[J]. 中国预防医学杂志, 2017, 18 (4): 318-320.
 - [6] 刘小玲. PDCA 循环管理在妊娠期糖尿病患者护理持续质量改进中的应用[J]. 包头医学院学报, 2021, 37 (4): 92-95.
 - [7] 赵雪峰, 纪翠翠. PDCA 循环管理在降低糖尿病患者静配中心感染发生率的应用观察[J]. 糖尿病天地·教育 (下旬), 2020, 000 (002): 33-34.
 - [8] 刘娇娇. 探讨 PDCA 法在糖尿病合并肝硬化患者管理中应用的临床效果[J]. 饮食保健, 2018, 5 (024): 20-21.
 - [9] 葛秀荣, 魏文婧, 潘泽真, 等. PDCA 循环理论在降低老年糖尿病患者低血糖发生率中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27 (9): 4-7.
 - [10] 赵正清, 张渭芳, 钱进军, 等. PDCA 循环结合手测量法在 2 型糖尿病患者饮食指导中的应用[J]. 护士进修杂志, 2017, 32 (1): 45-48.
 - [11] 刘冬. PDCA 循环在门诊 2 型糖尿病病人健康教育中应用的效果评价[J]. 首都食品与医药, 2021, 28 (7): 144-145.
 - [12] 连爱珠. PDCA 循环干预模式在脑卒中伴糖尿病老年患者低血糖预防及处理中的应用效果[J]. 中外医学研究, 2021, 19 (25): 114-117.
- 作者简介: 贝为武, 性别: 男 (出生: 1967 年 6 月 27 日), 民族: 汉族, 籍贯: 广西贺州, 职称: 内科副主任医师, 学历: 研究生学历, 研究方向: 全科医学、内科学, 联系电话: 13807808941, 联系邮箱: 1240245790@qq.com, 联系地址: 广西南宁市兴宁区厢竹大道 59 号广西壮族自治区妇幼保健院。
- 通讯作者: 陈月华, 性别: 女。(出生: 1971 年 5 月 5 日), 民族: 汉族, 籍贯: 广西贵港, 职称: 副主任医师, 学历: 本科, 研究方向: 全科医学, 联系电话: 18077166358, 联系邮箱: 18077166358@qq.com, 联系地址: 广西南宁市兴宁区厢竹大道 59 号广西壮族自治区妇幼保健院。

延续性护理模式对 2 型糖尿病病人血糖控制及自我管理的 效果评价

陈晔

江苏省淮安市淮安医院 江苏淮安 223200

摘要：目的：分析延续性护理用于 2 型糖尿病的价值。方法：对 2020 年 1 月-2021 年 12 月本科接诊 2 型糖尿病病人（n=40）进行随机分组，试验和对照组各 20 人，前者采取延续性护理，后者行常规护理。对比血糖等指标。结果：关于糖化血红蛋白、空腹血糖和餐后 2h 血糖，试验组的数据分别是（ 6.24 ± 1.03 ）%、（ 5.67 ± 0.42 ）mmol/L、（ 7.35 ± 1.01 ）mmol/L，和对照组（ 7.85 ± 1.25 ）%、（ 6.73 ± 0.59 ）mmol/L、（ 9.15 ± 1.98 ）mmol/L 相比更高（ $P < 0.05$ ）。关于自我管理能力和依从性，在干预结束时：试验组的数据（ 89.25 ± 3.14 ）分，和对照组（ 78.21 ± 3.95 ）分相比更高（ $P < 0.05$ ）。关于 sf-36 评分，试验组数据（ 87.64 ± 3.28 ）分，和对照组（ 80.13 ± 4.03 ）分相比更高（ $P < 0.05$ ）。关于依从性及满意度这两项数据，试验组都是 100.0%，和对照组 85.0% 及 80.0% 相比更高（ $P < 0.05$ ）。结论：2 型糖尿病用延续性护理，病人的预后更好，满意度更高，自我管理能力和依从性提升更加明显，血糖控制效果也更好。

关键词：2 型糖尿病；延续性护理；自我管理；价值

作为慢性病中比较常见的一种类型，2 型糖尿病无法治愈，且并发症多，本病以血糖水平异常升高为主要病理特征，若不积极干预，会对中枢神经与肾脏等造成损伤，从而引起了诸多的并发症^[1]。目前，药物治疗乃 2 型糖尿病的一种重要干预方式，如：胰岛素或降糖药等^[2]，但由于病人需要终身用药，且机体的血糖水平也会受到饮食、运动与生活方式等因素的影响^[3]，故，医院还应重视病人的护理工作。本文旨在分析 2 型糖尿病用延续性护理的价值，如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

对 2020 年 1 月-2021 年 12 月本科接诊 2 型糖尿病病人（n=40）进行随机分组。试验组 20 人中：女性 9 人，男性 11 人，年纪范围 30-80 岁，均值达到（ 59.46 ± 7.21 ）岁；病程范围 1-23 年，均值达到（ 10.27 ± 1.96 ）年；体重范围 39-81kg，均值达到（ 53.78 ± 5.42 ）kg。对照组 20 人中：女性 8 人，男性 12 人，年纪范围 30-80 岁，均值达到（ 59.02 ± 7.58 ）岁；病程范围 1-22 年，均值达到（ 9.94 ± 1.82 ）年。纳入标准：（1）病人对研究知情；（2）病人非过敏体质；（3）病人意识清楚。排除标准^[4]：（1）免疫性疾病者；（2）恶性病变者；（3）沟通障碍者；（4）老年痴呆者；（5）有严重并发症者；（6）精神病者；（7）严重心理疾病者；（8）急性传染病者；（9）肝肾功能不全者；（10）全身感染者。2 组体重等相比， $P > 0.05$ ，具有可比性。

1.2 方法

2 组常规护理：用药干预、血糖监测和注意事项告知等。试验组配合延续性护理：（1）为病人制定健康档案，准确填写病人的姓名、诊断结果、年纪、用药情况、病情、联系电话、性别、既往病史、家庭状况与家庭住址等。组建微信护患交流群，邀请病人及其 1 名家属入群，以定期为他们推送健康咨询，同时也能实时在线解答病人的提问，方便病友之间的沟通。定期组织病人开展病友交流会，鼓励病人在会议上发言，向大家分享治疗心得。让病人多和其它病友交谈，以建立起良好的人际关系，让病人能够重拾生活的乐趣。（2）每周对病人进行 1 次电话随访，每个月 1 次家庭访视，目的在于了解病人的用药情况、血糖控制效果与康复情况等，同时也能向病人提供饮食、运动、用药、心理与生活等方面的指导。每半个月让病人进行 1 次门诊随访，以监测其血糖水平，观察病人临床表现，评估病人营养状况，了解病人是否出现糖尿病并发症等，同时根据评估结果协助医生对病人的用药方案进行调整。（3）随访措施如下：①帮助病人养成良好的行为习惯，告诉病人吸烟和饮酒对身体的危害，积极引导病人戒烟，限酒。嘱病人规律作息，不熬夜，不过度劳累，保持愉悦的心情，不过度焦虑，也不过度担忧。要求病人在生活中注意培养自己的爱好，如：书法练习、插花或下棋等，旨在陶冶情操。②要求病人饮食清淡，食用低糖、

高纤维、高蛋白与高维生素的食物，禁食辛辣、油腻与生冷的食物。严格控制病人对糖分的摄入，嘱病人不食含糖量较高的食物，如：饮料、蜜饯与甜食等。告诉病人要少量多餐，多吃含糖量较低的水果，多喝温水，促进排便。嘱病人适当补充矿物质，适当限盐，一般情况下，需要病人的钠盐摄入量低于 6g/d，若病人合并高血压，需确保钠盐摄入量低于 3g/d。③根据病人心肺功能、体质与喜好等，指导其做适量的有氧运动，如：慢跑、太极拳、快走、打乒乓球或散步等，30min/次，每周 5 次即可。若病人的身体允许，可让其做适量的肌肉训练，如：哑铃等，2-3 次/周。嘱病人不要空腹运动，宜在餐后 60min 开始运动，最好在运动时随身携带一些食物，如：饼干等，以免出现低血糖的情况。④主动和病人交谈，了解其心理诉求。向病人介绍预后较好的 2 型糖尿病案例，增强其自信。鼓励病人，支持病人，帮助病人解决心理问题。教会病人如何稳定心态，包括倾诉与冥想。嘱家属休息时多陪伴病人，多关心病人，多与病人交流，让病人能够得到更多的情感支持。⑤告诉病人降糖药物或胰岛素的名称、作用、禁忌、用法与常见副作用等。嘱病人规律并坚持用药，不能擅自停药，也不能随意调整用药量。对于使用胰岛素者，还应教会其胰岛素正确注射的方法，并叮嘱病人不要在同一部位反复多次注射。

1.3 评价指标^[5]

1.3.1 检测 2 组干预前/后血糖。

1.3.2 评估 2 组干预前/后自我管理能力：总分 100。评分与自我管理能力两者间的关系：正相关。

1.3.3 用 sf-36 量表评估 2 组干预后生活质量：有精神活力、生理职能与总体健康等内容，总分 100。评分和生活质量间的关系：正相关。

1.3.4 参考下述标准评估 2 组依从性：（1）不依从，病人拒绝用药。（2）部分依从，病人能规律用药，但偶尔会出现忘记服药等行为。（3）完全依从，病人坚持用药，无用药量错误或忘记服药等问题。对依从性的计算以（部分依从+完全依从）/n*100%的结果为准。

1.3.5 满意度调查标准：不满意范围 0-75 分，一般范围 76-90 分，满意范围 91-100 分。对满意度的计算以（一般+满意）/n*100%为准。

1.4 统计学分析

SPSS 22.0 处理数据，t 的作用：检验计量资料，表示形式是（ $\bar{x} \pm s$ ）， χ^2 作用：检验计数资料，表示形式是[n（%）]。 $P < 0.05$ ，差异显著。

2 结果

2.1 血糖分析

在血糖的几个指标上，尚未干预时：2 组数据间呈现出的差异并不显著（ $P > 0.05$ ），但干预结束时：试验组的数据比对照组更好（ $P < 0.05$ ）。如表 1。

表 1 统计血糖检测结果表 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	糖化血红蛋白 (%)		空腹血糖 (mmol/L)		餐后 2h 血糖 (mmol/L)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
试验组	20	8.36±1.78	6.24±1.03	10.04±2.57	5.67±0.42	13.96±3.17	7.35±1.01
对照组	20	8.42±1.91	7.85±1.25	10.31±2.96	6.73±0.59	14.02±3.46	9.15±1.98
t		0.3148	4.1359	0.3097	4.0213	0.2845	5.3126
P		0.1792	0.0000	0.1825	0.0000	0.1934	0.0000

2.2 自我管理能力分析

关于自我管理能力, 尚未干预时: 2 组数据间呈现出的差异并不显著 ($P>0.05$), 但干预结束时: 试验组的数据比对照组更好 ($P<0.05$)。如表 2。

表 2 自我管理能力评估结果表 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	干预前	干预后
试验组	20	43.28±4.69	89.25±3.14
对照组	20	43.56±4.91	78.21±3.95
t		0.2943	10.3157
P		0.1726	0.0000

2.3 预后分析

关于 sf-36 评分, 试验组数据(87.64±3.28)分, 对照组数据(80.13±4.03)分。对比可知, 试验组的评分更高 ($t=7.9618$, $P<0.05$)。

2.4 依从性分析

关于依从性, 试验组数据达到了 100.0%, 和对照组数据 85.0%之间的差异十分显著 ($P<0.05$)。如表 3。

表 3 统计依从性评估结果表 [n, (%)]

组别	例数	不依从	部分依从	完全依从	依从性
试验组	20	0 (0.0)	4 (20.0)	16 (80.0)	100.0
对照组	20	3 (15.0)	7 (35.0)	10 (50.0)	85.0
X ²					6.1359
P					0.0396

2.5 满意度分析

至于满意度, 试验组数据达到 100.0%, 和对照组数据 80.0%间的差异更加明显 ($P<0.05$)。如表 3。

表 3 统计满意度调查结果表 [n, (%)]

组别	例数	不满意	一般	满意	满意度
试验组	20	0 (0.0)	5 (25.0)	15 (75.0)	100.0
对照组	20	4 (20.0)	7 (35.0)	9 (45.0)	80.0
X ²					6.8241
P					0.0348

3 讨论

目前, 2 型糖尿病作为医院慢性病中比较常见的一种类型, 通常是由胰岛素抵抗与胰岛素分泌不足所致, 以血糖水平异常升高为病理特征, 无法根治, 但通过药物治疗能够对病人的病情进行控制^[6]。近年来, 人口老龄化进程的加剧, 饮食结构和生活方式的转变, 使得我国 2 型糖尿病的患病率显著升高^[7]。2 型糖尿病的发生和体力活动不足、化学毒物、年纪与生活方式等因素密切相关, 若不积极干预, 将会引起严重后果^[8]。

延续性护理不仅是一种新型的护理模式, 同时也是医院护理工作的一种延续, 可充分利用微信等软件, 为病人推送健康咨询, 及在线答疑^[9], 同时也采取家庭访视与电话随访等形式, 了解病人的康复及用药情况, 并能向病人提供涉及到用药、心理、饮食和运动等方面的指导, 以消除其

负性心理, 提高自我管理能力, 让病人能够更加积极的配合治疗, 从而有助于促进其血糖水平的降低, 改善预后^[10]。

张佳的研究中, 122 名 2 型糖尿病病人都接受常规护理, 其中有 61 名病人同时用延续性护理, 结果显示, 延续组在干预结束时的空腹血糖数据是 (5.96±1.85) mmol/L、餐后 2h 血糖数据是 (7.34±0.75) mmol/L, 都低于常规组 (9.54±2.36) mmol/L、(10.28±1.31) mmol/L。表明, 延续性护理对降低病人的血糖水平等都具有显著作用^{[11]、[12]}。本研究, 关于空腹血糖和餐后 2h 血糖, 在干预结束时: 试验组比对照组低 ($P<0.05$), 这和张佳的研究结果相似。关于糖化血红蛋白, 在干预结束时: 试验组比对照组低 ($P<0.05$); 关于自我管理能力, 在干预结束时: 试验组比对照组高 ($P<0.05$); 关于 sf-36 评分, 试验组数据优于对照组 ($P<0.05$); 在依从性及满意度这两项指标上, 试验组的数据都比对照组优异 ($P<0.05$)。

综上, 2 型糖尿病用延续性护理, 血糖水平降低更加明显, 自我管理能力提升更为迅速, 生活质量改善更加显著, 满意度和依从性也都更高, 值得推广。

参考文献:

[1]黎仁兰, 杨瑛, 刘红丽, 等. "优护+"延续性护理干预模式在 2 型糖尿病患者中的应用效果分析[J]. 云南医药, 2022, 43 (2): 75-77.

[2]危小琴. 延续性护理对 2 型糖尿病患者睡眠质量及血糖水平的影响研究[J]. 世界睡眠医学杂志, 2022, 9 (3): 497-499.

[3]蒋斐斐. 基于微信平台的延续性护理对 2 型糖尿病患者自我管理能力及生活质量的影响[J]. 糖尿病新世界, 2022, 25 (7): 152-156.

[4]王佳殷. 医院-家庭联动的延续性护理对老年 2 型糖尿病患者出院后总体治疗效果的影响[J]. 光明中医, 2021, 36 (19): 3353-3355.

[5]GOTO ATSUSHI, CHEN BRIAN H., CHAN KEI-HANG K., et al. Genetic variants in sex hormone pathways and the risk of type 2 diabetes among African American, Hispanic American, and European American postmenopausal women in the US[J]. Journal of diabetes., 2018, 10 (6): 524-533.

[6]苏爽, 宋磊, 僧松娟. MDT 式延续性护理干预对肺结核合并 2 型糖尿病患者 C-DMSES 评分的影响[J]. 临床研究, 2021, 29 (6): 171-172.

[7]霍清娟, 韩金兰. 基于 Neuman 健康系统的延续性护理对 2 型糖尿病患者慢性并发症发生率的影响[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2021, 42 (13): 1179-1183.

[8]MENG WEIHUA, SHAH KANAN P., POLLACK SAMUELA, et al. A genome-wide association study suggests new evidence for an association of the NADPH NADPH Oxidase 4 (NOX 4 NOX NOX 4) gene with severe diabetic retinopathy in type 2 diabetes[J]. Acta ophthalmologica, 2018, 96 (7): e811-e819.

[9]叶芳. 延续性护理对老年 2 型糖尿病合并高血压患者生活质量影响分析[J]. 糖尿病新世界, 2021, 24 (3): 21-23, 164.

[10]王华. 社区医院延续性护理干预对老年 2 型糖尿病患者自我管理能力的影晌[J]. 医学美容, 2021, 30 (3): 155.

[11]何莉华, 朱婷婷, 曹丽华. 基于互联网技术的延续性护理对老年 2 型糖尿病患者血糖指标、自我管理水平及生活质量的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6 (34): 142-145.

[12]张佳. 延续性护理对 2 型糖尿病老年患者血糖水平、遵医行为及生活质量影响的效果分析[J]. 东方药膳, 2021 (18): 179.

PDCA 循环管理对医院消毒供应室护理质量及医院感染的影响

任真

青岛市市南区人民医院 山东青岛 266000

摘要：目的：分析医院消毒供应室实施 PDCA 循环管理对医院感染与护理质量的作用。方法：2019.2-2022.2 作为收集我院消毒供应室手术器械的时间，共计纳入 150 件，依照双盲法分成对照组与研究组，75 件/组，各给予的为常规护理管理模式、PDCA 循环管理模式，组间进行手术器械感染情况、清洗灭菌情况、护理管理质量、工作质量的评比。结果：相较于对照组，研究组包装质量、知识掌握度、环境管理、器械管理、包装质量等管理质量评分高，且组间有统计学意义， $P < 0.05$ ；组间进行灭菌物品、手部卫生、消毒液浓度、手术器械除锈等清洗灭菌合格率的对比，研究组均显著高于对照组，两组差异明显， $P < 0.05$ ；在手术器械感染率比较上，研究组低于对照组，统计学差异显著， $P < 0.05$ ；两组责任意识、仪容仪表、问题解决能力、服务质量、沟通能力等工作质量评分的统计学差异显著，即研究组均优于对照组， $P < 0.05$ 。结论：医院消毒供应室开展 PDCA 循环管理能够对医院感染的发生进行有效控制，并促进护理质量的有效提升，值得借鉴和进一步推广。

关键词：消毒供应室；医院感染；护理质量；PDCA 循环管理

消毒供应室作为医院不可缺少的重要组成，其主要负责将无菌辅料提供临床各科室，同时负责清洗、灭菌、消毒医疗器械。由于医院使用的医疗器械比较多样化，再加上频繁使用，所以消毒供应室日常工作任务繁重，医疗器械消毒质量的高低将会对医院整体形象和患者生命安全产生直接性影响^[1]。如果没有按照标准进行器械的消毒处理，则会极大程度的增加院内感染发生危险，甚至会终止临床治疗。手术器械感染不仅会让手术无法顺利开展，且会增加死亡率。鉴于此，加强消毒供应室护理管理至关重要。本文收集我院消毒供应室手术器械 150 件，现进行如下报道：

1 资料与方法

1.1 一般资料

在我院消毒供应室手术器械中选择 150 件，限定的时间范围为 2019.2-2022.2，双盲法作为依据的情况下分成两组，75 件设定为对照组，75 件设定为研究组。我院消毒供应室共 6 名护理管理人员，3 名主管，3 名护师，21-46 岁为年龄跨度，均值（32.8±1.7）岁；1-25 年为工作年限，均值（12.8±1.7）年。

1.2 方法

常规护理管理模式在对照组手术器械中运用；以医院相关规定和标准作为依据来清洗、消毒器械；若确定有异常情况存在，需要马上向领导汇报；以医院流程来对紧急事件、突发事件进行处理。PDCA 循环管理模式在研究组手术器械中运用：

1.2.1 计划阶段（即 P）

对既往进行护理管理期间发生的问题、存在的纰漏进行总结，主要从管理执行力、工作积极性低下、未严格进行考核、未全面掌握护理管理知识、责任制不明确、未及时反馈和改进信息、未按照规定流程操作设备、未执行质控标准、应急预案等方面入手。对问题进行总结后，再对个性化、针对性管理方案进行制定，培训工作人员后需要进行考核，建立并完善奖惩机制，对调查报告涉及到的信息、质量控制涉及到的信息进行优化，组建专门的监督管理小组，组员负责监督日常的消毒供应室工作，对于工作中出现的问题需要高度重视，强化规范性管理缺乏这一问题的相关工作制度，及时规范、整改工作流程，欠缺风险意识的情况，需要定期进行培训、考核，促使工作人员增强安全意识和能力，以论证方式对针对性管理方案可行与否进行确定，确保规范化管理可以顺利开展，为 PDCA 循环管理的落实奠定坚实基础。

1.2.2 执行阶段（即 D）

护士长作为监督小组的组长，组员选择的是各区组长、质控员，明确

相关人员的岗位职责，组长必须绝对掌握和把控工作整体流程和管理流程，不断强化、创新临床管理的相关工作，对每个环节质量都需要进行监督，以医院情况作为依据，制定相应的制度，再对每个科室的工作调节情况进行完善，区组长负责培训组员，做好其工作调度，器械从消毒供应室离开前，需要监测其质量及安全性，组员以区组长培训内容作为依据来对相应流程进行操作，对于自身工作要求、内容必须明确，全面掌握工作技能，区组长负责检验小组成员的执行情况，若发现有异常存在，需要马上向组长汇报，并快速采取有效处理措施。质控员负责质检医疗器械质量、操作流程，同时对工作人员具体的工作质量进行考核，有效记录器械接收、存放、消毒、发放等各个流程的同时需要做好监管。记录因异常情况需要进行维修的器械，落实责任到人，确保可以顺利完成工作交接，同时保证工作的完善性、全面性，定期将相关人员组织起来，培训感染管理专业的相关知识、规范等，同时进行考核，将院外进修的机会提供给消毒供应室人员，实施岗位责任制，提高其工作热情和积极性，院内知识讲座定期进行，增强相关人员防护意识和能力。

1.2.3 检查阶段（即 C）

定时检查小组管理工作情况，做好相关记录，组长负责对记录进行不定期抽查，每个月需要汇报记录情况。岗位间彼此进行制约，同时进行自查，检查频率相应增加，全面整改问题。每个季度需要全面检查 1 次，考核项目中纳入检查结果，以结果达标程度作为依据给予奖励、惩罚。

1.2.4 总结阶段（即 D）

管理会议在每个月的中旬召开 1 次，组员负责总结不良事件出现的原因，以该时间为依据对针对性解决措施进行制定，相应惩罚负责人，保证可以循环进行 PDCA 管理，促使消毒供应室管理质量得到有效提升。

1.3 观察指标

对护理管理质量及清洗灭菌合格情况进行评价时，均采用我院自制调研问卷的方式，前者包括 5 项内容，即器械灭菌、环境管理、知识掌握度、器械管理、包装质量，20 分为每项的分值标准，评分与护理管理质量成正比关系^[2]。后者包括 4 项内容，即手术器械除锈、手部卫生、消毒液浓度、灭菌物品，各项分值标准为 100 分，≥70 分表示合格^[3]；评估工作质量时主要从责任意识、问题解决能力、仪容仪表、服务质量、沟通能力 5 个方面进行，分值标准为 100 分，分值越高的情况下，证明工作质量越高^[4]；记录并比较两组手术器械感染发生情况。

1.4 统计学评析

数据分析运用 SPSS25.0 统计学软件包，（ $\bar{x} \pm s$ ）描述、t 值检验的为

计量资料, [%]描述、 χ^2 值检验的为计数资料, P 值在 0.05 以下, 视为存在统计学差异。

2 结果

表 1 两组对比护理管理质量 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	知识掌握度	环境管理	包装质量	器械灭菌	器械管理
研究组 (n=75)	17.83±2.42	17.99±2.50	17.86±2.75	18.16±2.50	17.26±2.33
对照组 (n=75)	14.66±1.57	14.24±1.73	15.14±1.63	14.24±1.81	14.14±1.95
t	8.1412	15.2953	14.3900	6.7178	43.0577
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 两组对比清洗灭菌合格率

通过表 2 可知, 在灭菌物品、消毒液浓度、手术器械除锈、手部卫生灭菌合格率比较上, 研究组均高于对照组, P 均<0.05。

表 2 两组对比清洗灭菌合格率[n (%)]

组别	手术器械除锈	手部卫生	灭菌物品	消毒液浓度
研究组 (n=75)	74 (98.67)	74 (98.67)	73 (97.33)	72 (96.00)

表 3 两组对比工作质量评分情况 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	沟通能力	责任意识	服务质量	问题解决能力	仪容仪表
研究组 (n=75)	89.79±4.42	91.76±3.86	91.53±4.77	90.39±3.78	88.54±3.62
对照组 (n=75)	75.39±4.68	78.54±4.95	76.59±5.77	75.63±5.72	79.54±3.58
t	19.3727	18.2391	17.2826	18.6439	15.3091
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.4 两组对比手术器械感染情况

研究组仅出现 1 例手术器械感染, 对照组出现 8 例手术器械感染, 组间进行手术器械感染率比较, 更低的为研究组 1.33%, 同对照组 10.67%差异明显, $\chi^2=5.7920$, P=0.0160。

3 讨论

一直以来, 医院感染都是尚未得到妥善解决的性质严重的公共卫生问题, 其同医院质量管理具有密不可分的关系^[5]。消毒供应室的工作职责主要是对医院可回收利用的各种医疗器械、物品等进行清洗、消毒、杀菌、储存、包装、发放等, 其是院内感染的高发科室, 所以对于护理管理工作一定要做到高度重视^[6]。

PDCA 循环管理模式作为新型护理管理方式, 其通过对科学、有效的综合管理方案进行运用, 保证消毒供应室整体护理质量的有效提升, 并保证可以顺利的进行下个 PDCA 循环。制定计划是 PDCA 循环管理的第一项内容, 其可促使消毒供应中心工作人员在开展工作的过程中依照规范进行, 从而显著提升工作效率^[7]。然后对各项计划进行落实, 以各工作项目的流程特点作为依据, 由设立的组长负责对执行计划的相关情况进行监督指导。落实责任, 促使护理人员责任感、责任意识增强, 及时发现、处理问题。检查力度需要进一步加强, 严格监测清洗、包装、消毒等环节, 对管理质量进行评析, 有效改进问题, 减少发生风险事件的可能性^[8]。科室间进行充分交流沟通, 及时改善不满意的情况。及时通过检查和经验总结会定期召开, 吸取教训并对问题进行尽快解决, 规范工作, 促进护理质量的有效提升, 并在下个 PDCA 循环中应用^[9-10]。

通过本次试验可知, 研究组与对照组的统计比较, 包装质量、环境管理、器械管理、包装质量、知识掌握度等管理质量评分以及灭菌物品、手部卫生、消毒液浓度、手术器械除锈等清洗灭菌合格率、问题解决能力、服务质量、责任意识、仪容仪表、沟通能力等工作质量评分、手术器械感

2.1 两组对比护理管理质量

通过表 1 可知, 研究组显著高于对照组的器械管理、环境管理、包装质量、知识掌握度、器械灭菌等管理质量评分, 各项在差异上均为 P<0.05。

对照组

(n=75)	65 (86.67)	64 (85.33)	62 (82.67)	61 (81.33)
χ^2	7.9464	9.0580	8.9630	8.0274
P	0.0048	0.0026	0.0027	0.0046

2.3 两组对比工作质量评分情况

通过表 3 可知, 研究组与对照组进行问题解决能力、责任意识、仪容仪表、服务质量、沟通能力等工作质量评分对比时, 组间得到的差异可用 P<0.05 表达。

染率等方面的差异表达均为 P<0.05。从而充分表明, 医院消毒供应室开展 PDCA 循环管理能够对医院感染的发生进行有效控制, 并促进护理质量的有效提升, 值得借鉴和进一步推广。

参考文献:

[1]李晓云, 王伟恒, 邹玫. PDCA 循环管理对医院消毒供应室护理质量及医院感染的影响[J]. 黑龙江医药科学, 2021, 44 (6): 30-31.

[2]吴玉清. 消毒供应室护理管理中 PDCA 循环对降低手术器械感染率的价值研究[J]. 基层医学论坛, 2021, 25 (9): 1301-1303.

[3]徐艳. PDCA 循环管理方法应用于消毒供应室护理管理中的效果[J]. 家有孕宝, 2021, 3 (15): 269.

[4]夏芸. PDCA 循环在消毒供应室护理管理中的应用及对降低手术器械感染率的影响效果分析[J]. 特别健康, 2021 (6): 199.

[5]刘娜. PDCA 循环在消毒供应室护理管理中的应用效果研究[J]. 养生大世界, 2021 (16): 208.

[6]孙洪琳. PDCA 循环管理对降低医院消毒供应室手术器械感染率的效果分析[J]. 今日健康, 2021 (15): 48-49.

[7]李鹏业. PDCA 循环在消毒供应室护理管理中的应用及对降低手术器械感染率的影响[J]. 养生保健指南, 2021 (12): 160.

[8]李晓楠, 倪逆科, 陈美玲, 等. PDCA 循环在消毒供应室护理管理中的应用及对降低手术器械感染率的影响效果探究[J]. 糖尿病天地, 2021, 18 (11): 251.

[9]孙海燕, 王雪华, 贺美琴, 等. PDCA 循环护理模式对消毒供应室灭菌消毒质量的影响分析[J]. 养生保健指南, 2021 (46): 149-150.

[10]王砾, 江洁. PDCA 循环管理在消毒供应中心灭菌质量监测与管理中的应用效果[J]. 中国当代医药, 2021, 28 (8): 185-187.

健康管理对改善体检人群不良生活方式的效果评价

沈梅英

东莞市大朗医院，外联办 广东东莞 523770

摘要：目的：评价健康管理对改善体检人群不良生活方式的效果。方法：选取于 2021 年 9 月-2022 年 9 月到本院体检中心进行体检的人员作为样本来开展本次研究，样本例数 200 例，在单双号分发法指导下将这 200 例体检人员分为常规组以及研究组，每组各有 100 例，其中常规组采用常规体检管理，研究组在常规体检管理基础上增加健康管理，并对两组体检人员的不良生活方式改善情况、健康知识掌握程度、生活质量、心理状态以及自我管理能力等指标就那些对比分析。结果：两组体检人员不良生活方式改善情况区别对比，研究组体检人员的不良生活方式改善情况优于常规组（ $P<0.05$ ）；两组体检人员健康知识掌握程度区别对比，研究组体检人员的健康知识掌握程度优于常规组（ $P<0.05$ ）；两组体检人员生活质量区别对比，研究组体检人员的生活质量得到显著提升（ $P<0.05$ ）；两组体检人员心理状态区别对比，研究组体检人员的心理状态得到显著改善（ $P<0.05$ ）；两组体检人员自我管理能力区别对比，研究组体检人员的自我管理能力明显高于常规组（ $P<0.05$ ）。结论：对于体检人员来说，应在常规体检管理基础上增加健康管理，这可以有效提升其自我管理能力、生活质量以及健康知识掌握程度，对改善其心理状态以及不良生活方式具有积极影响，应用效果十分显著。

关键词：健康管理；体检人群；不良生活方式；效果；评价

体检是一种针对健康人群以及亚健康人群的身体检查方式，可以对其身体潜在的疾病风险进行检查，以便及时进行诊治^[1]。特别是对于慢性疾病来说，定期体检可以及时检出疾病，从而为体检人员的健康提供有效保障。但由于人们缺乏对于体检知识的了解，部分患者甚至在检查出问题之后仍旧沿用之前的不良生活方式，从而导致体检的意义大打折扣。为了改善体检人群的不良生活方式，还需对其进行健康管理^[2]。为了探究健康管理对改善体检人群不良生活方式的效果，本次研究选取了 200 例到本院体检中心进行体检的人员作为样本来开展本次研究，现做出如下报告。

1、资料与方法

1.1 一般资料

本次研究自 2021 年 9 月获批开展，并于 2022 年 9 月顺利完成，在此期间本院体检中心共收治符合研究标准的体检人员 200 例，结合单双号分发法将其分为研究组 100 例与常规组 100 例。常规组 100 例体检人员中有 56 例男性以及 44 例女性，其中年龄最小的为 20 岁，年龄最大的为 62 岁，平均年龄（ 38.89 ± 1.24 ）岁，文化水平如下：初中及以下 11 例，高中 21 例，大专 23 例，本科及以上 45 例。研究组 100 例体检人员中有 57 例男性以及 43 例女性，其中年龄最小的为 21 岁，年龄最大的为 61 岁，平均年龄（ 38.93 ± 1.31 ）岁，文化水平如下：初中及以下 12 例，高中 22 例，大专 22 例，本科及以上 44 例，两组体检人员的基本资料对比差异较小（ $P>0.05$ ），可以纳入研究。

纳入标准：（1）均为自愿到本院进行体检人员；（2）个人资料与病历信息完整无误；（3）理解能力、表达能力以及思维能力正常；（4）对研究内容详细了解后签署知情同意书。

排除标准：（1）中途退出研究或随访缺失者；（2）合并精神疾病、语言障碍、认知功能障碍以及听力障碍者；（3）临床资料残缺不全者；（4）确诊为恶性肿瘤者。

1.2 方法

常规组体检人员采用常规体检管理：护理人员按照体检中心的体检流程及规定对体检人员进行常规体检管理。

研究组体检人员在常规体检管理基础上增加健康管理：常规体检管理的内容与常规组相同，护理人员在此基础上给予体检人员健康管理，其主要内容如下：（1）成立健康管理小组：健康管理小组成员主要包括护理人员、护士长以及专业医师等。所有成员均经过系统化的培训并考核合格之后方可上岗，同时组内成员需要熟练掌握常见的预防保健知识、高发慢性病、体检工作流程以及护理技能等。（2）健康教育：护理人员需结合体检人员的身体状况、生活方式以及文化程度等因素来为其开展健康教育，为

其介绍各种慢性疾病的发病机制、风险因素以及临床表现等，并着重为其介绍不良生活方式对疾病发生的影响，对其不良生活方式加以纠正，对其不良习惯加以规范，除此之外，还需给予体检人员心理指导，帮助其舒缓负性情绪。（3）饮食指导：护理人员为其制定长期且可持续有效的饮食计划，并对其盐和脂肪的摄入量进行严格控制，饮食计划需保持营养均衡。（4）运动指导：护理人员需鼓励体检人员积极参加体育运动，并制定针对性的运动计划，运动方式以及运动量需结合每位体检人员的实际身体状况进行选择，使其养成良好的运动习惯。除此之外，还需叮嘱体检人员戒烟戒酒，保持良好心态及睡眠。

1.3 评价标准

1.3.1 组间不良生活方式改善情况区别对比

对两组体检人员干预前后的不良生活方式改善情况进行评分对比，其中主要包括吸烟酗酒、缺乏锻炼、暴饮暴食以及长期熬夜等，得分越低表示其改善情况越好^[3]。

1.3.2 组间健康知识掌握程度区别对比

为两组体检人员发放健康知识掌握程度调查问卷，由其本人亲自填写，此问卷的满分为 100 分，体检人员得分超过 90 分为完全掌握，分值介于 60-90 分之间为部分掌握，低于 60 分为未掌握，总掌握率=（完全掌握+部分掌握）/总例数 $\times 100\%$ ^[4]。

1.3.3 组间生活质量区别对比

使用生活质量评分量表来对两组体检人员干预前后的生活质量进行评分，生活质量表中包含精神健康、生活职能、社会功能以及生理功能等 4 项具体指标，得分越高说明其生活质量越高^[5]。

1.3.4 组间心理状态区别对比

使用抑郁自评量表（SDS）与焦虑自评量表（SAS）来对两组体检人员干预前后的心理状态进行评分比较，得分越高说明其心理状态越差^[6]。

1.3.5 组间自我管理能力区别对比

对两组体检人员干预前后的自我管理能力改善情况进行评分对比，其中主要包括饮食管理、生活管理、健康管理以及行为管理等具体指标，得分越高说明其自我管理能力越强^[7]。

1.4 统计学分析方法

采用 SPSS 20.0 处理相关数据资料，t 和 χ^2 检验组间数据，标准差%表示计量资料、计数资料， $P<0.05$ 为有统计学意义。

2. 结果

2.1 组间不良生活方式改善情况区别对比，详情如表 1 所示。

表 1 两组体检人员不良生活方式改善情况对比（n，%）

组 例	吸烟酗酒	缺乏锻炼	暴饮暴食	长期熬夜

别	数	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	100								
究		8.31±1.21	2.43±0.34	18.44±1.41	7.34±1.42	19.68±1.13	9.34±1.05	23.26±1.31	13.34±1.21
组									
常	100								
规		8.21±1.21	5.21±0.31	18.31±1.31	12.34±1.11	19.67±1.12	15.54±1.15	23.34±1.21	15.31±1.22
组									
t	-	0.584	60.420	0.6756	27.741	0.062	39.814	0.448	11.464
值									
P	-	P>0.05	P<0.05	P>0.05	P<0.05	P>0.05	P<0.05	P>0.05	P<0.05
值									

2.2 组间健康知识掌握程度区别对比

研究组中，完全掌握 89 例，部分掌握 5 例，未掌握 6 例，总掌握率为 94.00%，而常规组中，完全掌握 72 例，部分掌握 6 例，未掌握 22 例，总掌握率为 78.00%。

2.3 组间生活质量区别对比

干预前，研究组体检人员的精神健康、生活职能、社会功能以及生理功能等指标评分分别（75.78±1.21）分，（73.21±1.41）分，（72.05±1.21）分与（74.45±1.11）分，而常规组体检人员的精神健康、生活职能、社会功能以及生理功能等指标评分分别（75.55±1.2）分，（73.28±1.31）分，（72.04±1.25）分与（74.31±1.25）分，组间对比差异较小。

干预后，研究组体检人员的精神健康、生活职能、社会功能以及生理功能等指标评分分别（94.12±1.34）分，（91.03±1.12）分，（93.51±1.24）分与（92.12±1.34）分，而常规组体检人员的精神健康、生活职能、社会功能以及生理功能等指标评分分别（84.81±1.31）分，（82.51±1.12）分，（82.32±1.21）分与（82.82±1.54）分，组间对比差异较大。

2.4 组间心理状态区别对比

干预前，研究组体检人员的 SAS 评分与 SDS 评分分别为（45.32±1.15）分与（46.24±1.37）分，常规组体检人员的 SAS 评分与 SDS 评分分别为（45.42±1.13）分与（46.23±1.31）分，组间对比差异较小。

干预后，研究组体检人员的 SAS 评分与 SDS 评分分别为（32.42±1.25）分与（31.44±1.43）分，常规组体检人员的 SAS 评分与 SDS 评分分别为（41.48±1.24）分与（41.32±1.45）分，组间对比差异明显。

2.5 组间自我管理能力区别对比

干预前，研究组体检人员的饮食管理、生活管理、健康管理以及行为管理等指标评分分别（11.58±1.21）分，（12.27±1.42）分，（12.45±1.51）分与（15.45±1.11）分，而常规组体检人员的饮食管理、生活管理、健康管理以及行为管理等指标评分分别（11.55±1.22）分，（12.31±1.32）分，（12.39±1.55）分与（15.39±1.25）分，组间对比差异较小。

干预后，研究组体检人员的饮食管理、生活管理、健康管理以及行为管理等指标评分分别（16.22±1.34）分，（21.33±1.12）分，（21.21±1.04）分与（22.12±1.34）分，而常规组体检人员的饮食管理、生活管理、健康管理以及行为管理等指标评分分别（13.67±1.32）分，（15.81±1.12）分，（15.32±1.06）分与（19.22±1.54）分，组间对比差异较大。

3、讨论

近年来，随着人们生活水平的不断提升，人们的的生活方式也发生较大改变，加之工作压力的增大，大多数人的运动次数以及运动时间也随之减少，这也导致了各种慢性疾病的频发，严重影响人们的生活质量以及身心健康^[8]。而随着各种新闻网络的普及，人们的健康意识也随之提升，因此体检人数也随之提升，而定期进行体检则可以为人们的身体健康提供有效保障。体检的目的不仅仅是为了使体检人员及时了解自身情况，更是为了使体检人员对其不良生活方式及时进行调整，除此之外，定期体检还可以对于传染病的发病及预防起到较好的控制效果，为人们的健康生活提供保障^[9]。但在为体检人员进行体检时可以发现，由于人们缺乏对于体检知识

的了解，导致部分体检人员进行体检时选择应付了事，甚至有部分体检人员在发现身体问题之后仍旧我行我素，并未对不良生活方式加以纠正，从而导致疾病侵袭，最终影响其身体健康^[10]。据以往的临床研究表明，在为体检人员进行体检时给予其护理干预可以有效提升体检效率，而通过健康管理则可以有效提升体检人员认知，这对改善其不良生活方式具有积极影响^[11]。在以往的临床护理过程中，针对体检人员的护理主要以常规体检护理为主，但由于其护理内容及护理模式的局限性导致了其护理效果不佳，因此目前临床上主张在体检人员的护理中增加健康管理。健康管理知识通过科学且专业的风险评估来为其制定管理计划，其中涵盖生活、运动以及饮食等各个方面，通过健康管理不仅可以帮助体检人员养成良好的生活方式及习惯，还可以有效规避及预防潜在的风险。本次研究将常规体检管理与增加健康管理的体积管理进行了全面且细致的对比分析，对比结果显示，增加健康管理干预的研究组中，体检人员的不良生活方式改善情况、健康知识掌握程度、生活质量、心理状态以及自我管理能力强指标明显优于采用常规体检管理的常规组。

综上所述，在为体检人员进行护理时，需在常规体检护理基础上增加健康管理，其应用效果十分显著。

参考文献：

[1]孔小飞，朱婷.健康教育对健康体检人群鼠疫知晓率及预防知识普及率的影响[J].中国地方病防治，2020，35（05）：550-551.

[2]卢红霞.健康管理对体检人群不良生活方式的纠正作用分析[J].中国农村卫生，2020，12（13）：30-31.

[3]朱丽雯.健康教育及行为干预在体检人群血脂异常患者中的干预效果[J].中外女性健康研究，2020，（02）：102-103.

[4]杨惠，于红.健康体检人群乳腺癌相关知识认知情况及健康教育需求分析[J].中华肿瘤防治杂志，2019，26（S1）：1+3.

[5]薛茵，陈琳.基于微信平台的健康教育对空腹血糖受损体检人群生活质量影响的分析[J].国际护理学杂志，2019，（21）：3524-3525-3526-3527.

[6]张苑，林秀萍，蔡进传，等.体检人群中青年女性骨量减少或骨质疏松症患病影响的健康教育[J].中国初级卫生保健，2019，33(08)：82-83.

[7]孙小霞.健康管理对体检人群不良生活方式的纠正作用分析[J].中国社区医师，2019，35（20）：168+170.

[8]钟燕萍，钟贵芳，肖仕琪，等.微信联合回授法健康教育护理干预在医务人员健康体检人群功能性便秘中的应用效果[J].中国当代医药，2019，26（12）：212-215.

[9]杨彦芹.健康体检人群对高血压病相关知识和健康教育需求的调查[J].名医，2019，（04）：42.

[10]王莉.健康体检人群甲状腺结节检出情况及健康教育护理效果分析[J].中外医疗，2019，38（04）：165-167.

[11]梁黎昕，王月爱.健康体检人群乳腺癌知识认知及健康教育需求的研究[J].名医，2019，（01）：109.

芍药苷抗肿瘤机制及临床应用展望

金蓉蓉 姜敏 于鸿 鲍晶晶^{通信作者}

南京医科大学附属泰州人民医院 江苏泰州 225300

摘要: 芍药苷是从芍药干燥的根中提取的主要活性成分,是一种具有多种生物学活性的萜类单萜苷类化合物,具有抗癌、抗炎、抗氧化和抗血栓形成等多种药理作用。近年来研究发现芍药苷可通过多通路、多靶点对各种肿瘤发挥潜在抗癌效用。本文就芍药苷对恶性肿瘤发生、发展的作用及相关分子机制作一综述,通过总结归纳分析芍药苷在肿瘤治疗中的安全性、耐药性和联合用药等情况,以期为后续深入研究提供依据。

关键词: 芍药苷; 肿瘤; 耐药

1 胃癌

对于晚期胃癌患者,目前化疗仍是主要的治疗手段,但由于耐药性的普遍发生,多数患者病情不能得到有效控制。因此,针对胃癌的耐药性开发新药治疗尤为重要。近年来的研究结果表明,芍药苷具有抑制胃癌细胞增殖、侵袭、转移,调节胃癌细胞多重耐药的作用。

1. 抑制侵袭和转移

胃癌相关成纤维细胞(GCAF)是胃癌间质中的主要细胞类型,主要分布在肿瘤组织侵袭前沿以及肿瘤-间质界面。GCAF通过分泌IL-6显著促进胃癌细胞的侵袭和转移。Wang等报道,芍药苷通过激活miRNA-149的表达而抑制GCAF中IL-6的产生和分泌,从而抑制胃癌的迁移和侵袭。胃癌细胞本身具有IL-6受体且可以分泌IL-6[1],芍药苷阻止GCAF激活胃癌细胞IL-6-STAT3-MMP信号,可有效抑制GCAF诱导的人胃腺癌细胞IL-6的产生和分泌,进而逆转GCAF诱导的AGS细胞p-STAT3、MMP2和MMP9水平的升高。但芍药苷是否能够直接影响AGS细胞迁移和侵袭能力,尚有待于进一步的深入研究。

2. 抑制增殖、促进凋亡

最近一项研究显示,芍药苷通过上调miRNA-124水平及caspase-3活性,抑制PI3K、Akt和STAT3的表达,进而抑制胃癌细胞增殖并促进细胞凋亡[2]。Zheng等研究发现,在芍药苷处理48h后,胃癌细胞凋亡率显著增加,并且存在时间和剂量依赖性。芍药苷对人胃癌细胞SGC-7901细胞核内NF-κB活性有明显的抑制作用,可通过抑制IκBα磷酸化,减少NF-κB的核转位,促进SGC-7901细胞凋亡。

3. 调节耐药

Wu等研究还发现,芍药苷和5-氟尿嘧啶联合用药比单独用药更有效,芍药苷通过抑制NF-κB活化来增强5-FU诱导的细胞凋亡,并能克服化疗药物诱导的细胞凋亡抵抗[3]。进一步研究证实,芍药苷通过抑制NF-κB的激活,下调靶基因MDR1、BCL-XL和BCL-2,有效调节胃癌的多重耐药。

肝癌

芍药苷对肝癌细胞具有明显的抑制作用,其对抗肝癌的主要机制是通过不同的信号通路诱导细胞凋亡,抑制癌细胞的增殖、侵袭和转移,同时保护肝脏正常功能实现的。

1. 诱导凋亡

Hu等通过将人肝癌细胞HepG2和SMMC-7721细胞分别暴露于前列腺素EP2受体激动剂Butaprost 24 h,在采用不同浓度的芍药苷处理发现,Butaprost显著促进HepG2和SMMC-7721细胞增殖,上调caspase-3的活化[4]。芍药苷对HepG-2细胞增殖具有显著抑制作用,其作用机理之一可能是上调促凋亡基因Bax和P53的表达来实现的。

2. 抑制侵袭和转移

Liu等研究发现,芍药苷能显著抑制人肝癌细胞HepG2细胞活力和促进凋亡,促进p57和p21的表达而抑制癌基因S期激酶相关蛋白2表达[5]。进一步研究显示,芍药苷通过抑制Skp2而抑制HepG2细胞生长、转移和侵袭,Skp2可能是芍药苷的作用靶点[5]。Lu等报道,芍药苷通过Hedgehog/Gli通路抑制HepG2和Bel-7402细胞MMP-9和细胞外调节蛋白激酶(ERK)表达和上调E-cad表达,抑制肝癌细胞的侵袭和转移。

乳腺癌

多项研究表明芍药苷具有抑制乳腺癌细胞增殖、侵袭及转移的作用,其机制与调节上皮-间质转变有关。

1. 抑制增殖和侵袭

Zhang等研究表明,Notch通路参与调节肿瘤细胞的增殖和转移,而芍药苷通过抑制Notch1信号通路进而影响乳腺癌细胞增殖和侵袭。进一步的研究表明,芍药苷乳腺癌细胞MCF-7增殖的抑制作用呈剂量和时间依赖性,采用30 μM芍药苷处理72h对MCF-7细胞增殖及侵袭的抑制作用最为显著。

2. 抑制上皮-间质转变

上皮-间质转变(EMT)是肿瘤进展的关键步骤,在肿瘤侵袭和转移过程中起着重要作用。研究表明缺氧可促进乳腺癌细胞的EMT进程,采用芍药苷处理缺氧24 h的人乳腺癌细胞MDA-MB-231,发现芍药苷通过调节PI3K/Akt信号通路抑制缺氧诱导因子HIF-1α的表达,进而抑制缺氧诱导的乳腺癌细胞EMT进程。Zhou等进一步研究发现,芍药苷对缺氧培养的MDA-MB-231细胞增殖的抑制作用显著高于正常氧培养细胞。

肺癌

研究表明芍药苷可以诱导肺癌细胞的凋亡,抑制肺癌细胞的增殖及转移。

1. 抑制增殖和诱导凋亡

Hung等研究显示,芍药苷的抗增殖活性是通过介导非小细胞肺癌A549细胞的细胞周期阻滞和Fas/Fas配体介导的凋亡通路来实现的。芍药苷通过阻断G0/G1的细胞周期进程,抑制A549细胞增殖并诱导细胞凋亡,这一作用呈现剂量依赖性,其中20 mmol/L芍药苷对A549细胞增殖的抑制作用最显著,与对照组相比,其增殖抑制率为71.5%。

2. 抑制转移

Chen等报道,对经右腋皮下接种Lewis肺癌瘤株的C57BL/6J小鼠连续灌胃给予40 mg/kg芍药苷治疗,发现肿瘤的生长以及荷瘤小鼠的肺转移被显著抑制:与模型对照组相比芍药苷治疗组抑瘤率达69.24%,肺转移集落抑制率达75.76。肿瘤相关巨噬细胞是多种实体瘤中的主要炎性细胞之一,在肿瘤生长、发展和转移中起着重要作用,其中交替激活的巨噬细胞在免疫抑制和肿瘤转移过程中发挥重要作用,而芍药苷能抑制巨噬细胞的交替激活,进而减少小鼠异种肺移植瘤的转移[6]。

结直肠癌

每年全世界有 180 万人死于结直肠癌, 研究表明芍药苷对结直肠癌具有抗肿瘤作用[7]。

1. 诱导上皮-间充质转变

Zhang 等研究表明芍药苷以剂量依赖的方式抑制肠癌细胞侵袭能力, 其机制与影响 EMT 相关标志物的表达有关, 包括减少 HDAC2 和 Vimentin 表达、增加 E-cadherin 表达, 在结直肠癌细胞异种移植模型中的实验也验证了该结果。

2. 抑制增殖和诱导凋亡

Wang 等发现, 芍药苷对结直肠癌细胞的生长具有明显的剂量依赖性抑制作用, 流式细胞分析显示芍药苷使细胞周期阻滞在 G1 期, 其机制与 DNA 损伤和 p53/14-3-3zeta (ζ) 活化有关。同时芍药苷的抑瘤率明显高于多烯紫杉醇, 且未出现任何血液毒性表现。

胰腺癌

胰腺癌对放疗和化疗均不敏感, 只有 5 - 10% 的转移性胰腺癌患者对化疗有反应, 中位生存期仅 5.7 - 6.8 个月。传统中药方剂芍药苷对胰腺癌患者具有比较显著的疗效。

1. 抑制增殖增加凋亡

Yang 等报道, 芍药苷能抑制人胰腺癌细胞的活性、促进细胞凋亡、增加 caspase-3 和 caspase-9 活性。芍药苷处理后的人胰腺癌细胞中 MMP-9 和 ERK 的表达下调, 其机制为芍药苷通过上调 HTRA3 的表达, 促进 HTRA3 介导的细胞凋亡, 抑制胰腺癌细胞的生长。

2. 增加放疗敏感性

放射治疗通常在胰腺癌术后作为辅助治疗, 或与化疗联合使用。人胰腺癌细胞接受 2-8Gy X 射线照射 (IR) 后用加入芍药苷处理, 发现芍药苷显著提高了 CAPAN-1 和 MIAPaCa-2 细胞对 IR 的敏感性[8]。

3. 增强化疗敏感性

有研究发现芍药苷通过抑制 ErbB3 磷酸化增强厄洛替尼治疗胰腺癌的作用, 而且无明显毒副作用。

膀胱癌

大队列临床样本研究显示, 膀胱尿路上皮癌表现 STAT3 的高表达与激活。Yang 等研究发现, 经芍药苷孵育可抑制膀胱癌细胞 STAT3 磷酸化及核转位, 并且以时间和剂量依赖的方式抑制膀胱癌细胞的增殖。在裸鼠 RT4 细胞移植瘤模型中, 与单独使用顺铂治疗组相比, 芍药苷协同顺铂治疗组肿瘤重量显著降低。

宫颈癌

研究显示, 芍药苷对宫颈癌具有显著抑制增殖和促进凋亡的作用。芍药苷对 HeLa 细胞的生长抑制作用呈时间和剂量依赖性, 其机制是与调节 Bcl-2 家族蛋白表达和激活 caspases-3 有关。

小结与展望

不同药物的联合应用是降低肿瘤细胞耐药的有效方法, 但往往存在严重的毒副作用。芍药苷可通过减少化疗带来的不良反应发挥重要作用, 从而改善患者的治疗结果和生活质量, 同时芍药苷通过控制肿瘤细胞中多重信号通路, 如 NF- κ B、ErbB3 来调节多药耐药性。放射治疗和维持治疗是目前最流行的肿瘤替代和补充治疗方法。体外实验经证实芍药苷可增加胰腺癌细胞放疗敏感性, 但芍药苷对放射疗法的安全性影响有待进一步证实。研究显示, 芍药苷通过抑制 NF- κ B 的激活, 下调靶基因 MDR1、BCL-XL 和 BCL-2, 从而有效调节人胃癌细胞长春新碱的多药耐药。Hao 等研究发现芍药苷无毒副作用, 动物实验显示, 在对照组和芍药苷治疗组之间心、

肝、肾的器官指数无显著差异 ($P>0.05$)。芍药苷是赤芍成分之一, 赤芍提取物对正常尿路上皮细胞具有极低的细胞毒作用, 因此芍药苷在治疗尿路系统肿瘤过程中的安全性有待进一步深入研究。

在治疗全身性疾病时, 中医的典型给药途径是口服。从结构上来说, 芍药苷是一种糖苷类化合物, 其结构母核—萜烷型单萜的四元环张力较大, 容易断裂, 引起生物转化, 因此肠道吸收较差, 口服生物利用度偏低, 绝对生物利用度约为 3% - 4%。因此深入研究芍药苷的药代动力学特征, 寻找提高其生物利用度, 是提高其治疗效果的有效方法之一。

中草药之间存在协同作用, 根据对接分数, 芍药苷和甘草苷都被证明是与候选目标蛋白结合最强的 BAC。评价芍药苷和甘草苷双联用的药理作用机制发现, 双联用药组大鼠血浆芍药苷和甘草苷最大血药浓度分别是单独用药时的 4.64 倍和 1.29 倍, 在给药后达到最大血药浓度所需要的时间也分别缩短了 24 倍和 6 倍, 镇痛效果也得到了显著提高, 且对大鼠无明显副作用。联合使用与临床治疗类风湿性关节炎方剂中所用剂量相当的芍药苷与青藤碱, 可使芍药苷口服生物利用度提高 12 倍以上。然而, 青藤碱提高芍药苷在大鼠体内生物利用度的机制尚不清楚。有研究认为青藤碱作为 P-糖蛋白抑制剂, 通过促进药物从粘膜到浆膜的肠道转运, 促进芍药苷从肠道吸收, 提高药物的生物利用度。

随着分子生物学、纳米技术的快速发展, 中医药的潜力将被充分开发, 中药衍生的产品必然会在抗肿瘤治疗方面发挥更为重要的作用, 具有广阔的应用前景。

参考文献:

- [1]Zhao, G., et al., IL-6 mediates the signal pathway of JAK-STAT3-VEGF-C promoting growth, invasion and lymphangiogenesis in gastric cancer. *Oncology reports*, 2016. 35 (3): p. 1787-1795.
- [2]Zheng, Y.B., et al., Paeoniflorin inhibits human gastric carcinoma cell proliferation through up-regulation of microRNA-124 and suppression of PI3K/Akt and STAT3 signaling. *World J Gastroenterol*, 2015. 21 (23): p. 7197-207.
- [3]Wu, H., et al., Paeoniflorin suppress NF- κ B activation through modulation of I κ B α and enhances 5-fluorouracil-induced apoptosis in human gastric carcinoma cells. *Biomed Pharmacother*, 2008. 62 (9): p. 659-66.
- [4]Hu, S., et al., Involvement of the prostaglandin E receptor EP2 in paeoniflorin-induced human hepatoma cell apoptosis. *Anticancer Drugs*, 2013. 24 (2): p. 140-9.
- [5]Liu, H., et al., Paeoniflorin inhibits cell viability and invasion of liver cancer cells via inhibition of Skp2. *Oncol Lett*, 2020. 19 (4): p. 3165-3172.
- [6]Wu, Q., et al., Paeoniflorin inhibits macrophage-mediated lung cancer metastasis. *Chin J Nat Med*, 2015. 13 (12): p. 925-32.
- [7]Fitzmaurice, C., et al., Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-Years for 29 Cancer Groups, 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. *JAMA oncology*, 2019. 5 (12): p. 1749-1768.
- [8]Li, Y., et al., Paeoniflorin suppresses pancreatic cancer cell growth by upregulating HTRA3 expression. *Drug Des Devel Ther*, 2017. 11: p. 2481-2491.