

中国医师协会
系列期刊



中国核心期刊（遴选）数据库期刊
中国期刊全文数据库期刊
中文科技期刊数据库期刊
万方数据——数字化期刊群全文收录期刊

ISSN 1671-0223

CN 13-1305/R

现代养生

XIANDAI YANGSHENG

2022年1月 第22卷 第1期 January 2022 Vol.22 No.1

HEALTH
PROTECTION
AND
PROMOTION

河北省卫生健康委员会 主管
河北省医疗气功医院 主办



ISSN 1671-0223



9 771671 022226

0 1>

1

2022

2022年1月第22卷第1期

半月刊

2022年1月5日出版

主 管

河北省卫生健康委员会

主 办

河北省医疗气功医院

066199 河北省北戴河海滨东经路198号

编 辑

《现代养生》编辑部

066199 河北省北戴河海滨东经路198号

电话: 0335-4041257

网址: <http://www.xdyangsheng.com>

出 版

现代养生杂志社

社长/主编

陈玉娟

执行主编

徐应军

副 主 编

徐大平 栾 奕(常务)

编辑部主任

栾 奕

事务编辑

张 杰

作者投稿信箱

E-mail:xdyskj@163.com

发行部电话

0335-4025770

广告部电话

0335-4025609

创刊时间

2001年1月

印 刷 者

中国标准出版社秦皇岛印刷厂

总 发 行

秦皇岛市邮政局

国外总发行

中国国际图书贸易集团有限公司

中国标准连续出版物号

ISSN 1671-0223

CN 13-1305/R

订 购

全国各地邮政局

邮发代号: 18-99

国外代号: M1034

广告经营许可证号

1303024000104

广 告

xdyszs480@sina.com

定 价

每册18.00元

凡本刊录用的稿件,作者若无特别声明,均视为同意下述权利内容:①作者文责自负,拥有作品的著作权(版权),有权取得《现代养生》杂志支付的一次性稿酬。②准许《现代养生》杂志有作品的编辑、修改、出版权以及与本刊相关媒体的使用权等,无须再另行支付稿酬。③本刊有独家使用权,未经《现代养生》杂志社书面许可,作者不得再许可其他单位或个人转载、出版和使用该作品。

研究综述

四肢清创冲洗手术的护理研究进展..... 李雪清 刘金秀 蒋人娟 (1)

基础论著

复方四黄复合水凝胶的基质和载药量研究

..... 袁一鸣 辛晓芳 钟希文 许广全 李四维 林晓燕 (5)

临床论著

腰硬联合麻醉与持续硬膜外麻醉应用于全子宫切除术的效果观察

..... 魏宗科 (8)

抗幽门螺杆菌治疗对反流性食管炎的影响..... 张余 (11)

肠息肉内镜下摘除术后外敷中药穴位敷贴对预防复发的作用..... 窦英磊 (13)

微量营养素支持在儿科常见病治疗中的应用效果分析..... 王霞 (16)

艾司奥美拉唑钠对重症急性胰腺炎患者肠黏膜屏障功能

及炎性反应的影响..... 李衍强 (18)

血清胱抑素 C 与高血压及其肾功能损伤的关系..... 陈亚 (21)

氯雷他定治疗小儿过敏性紫癜的临床效果分析..... 马亮亮 高钱 (23)

中医药与中西医结合

归脾汤加减联合西药治疗气虚血瘀型心力衰竭临床效果观察

..... 汤翻 袁桂洪 (26)

甘姜苓术汤加减治疗慢性盆腔炎性痛经的疗效观察..... 罗超 (28)

吴门医派蒋示吉止吐方化裁外敷治疗化疗呕吐的效果及安全性..... 赵江 (31)

激光联合中医药治疗皮肤病临床效果分析..... 夏宏 (34)

吴茱萸汤联合针刺治疗肝胃虚寒型反流性食管炎的疗效观察

..... 牛昉 程红杰 张乃卫 阎玲 徐珊珊 (37)

自拟平肝息风汤联合耳穴埋籽治疗肝阳上亢型紧张型头痛的

疗效观察..... 陆琳 (40)

平调汤联合戊酸雌二醇治疗围绝经期综合征的临床效果..... 张吾君 (43)

临床护理

基于微信平台的护理延伸服务在慢性胃炎患者中的应用效果..... 陈玉 (46)

手术室护理中人性化护理模式的应用效果观察..... 果玉秀 (48)

心理护理联合健康教育对胃肠镜诊疗患者的临床效果评价..... 肖雪春 (51)

穴位按摩结合艾灸护理防治剖宫产术后腹胀的临床效果..... 赵晶晶 (54)

PDCA 循环护理对重症肺炎并发呼吸衰竭患者血气

及各实验室指标的影响..... 洪薇 (57)

人性化与优质护理对门诊输液室患者的临床应用效果观察

..... 吴娜娜 徐丽娟 (60)

急诊绿色通道对老年急性冠状动脉综合征患者临床效果的影响

..... 关筱波 (63)

人性化护理联合临终关怀护理在肿瘤晚期患者护理中的应用价值

..... 顾亚萍 (66)

作业疗法对脑卒中患者早期康复及肢体运动功能的影响..... 沈娟 (69)

延续护理在经皮椎间孔镜术后患者中的应用效果分析

..... 韦健玲 洪波 黎文霞 莫艳 周健红 韦元清 王丹 (72)

健康心理与精神卫生

脑卒中急性期患者孤独感及其影响因素分析..... 王晨 赵莹 李淑杏 (75)

其他

《现代养生》严正声明..... (62)

《现代养生》杂志编辑委员会..... (80)

征稿简则..... (封底)

四肢清创冲洗手术的护理研究进展

李雪清 刘金秀 蒋人娟

【摘要】 在四肢清创冲洗手术中, 冲洗液体容易溅出手术区域导致对手术环境造成污染。通过对手术的护理配合、冲洗液及消毒液的类型、清创冲洗手术的护理措施进行综述; 手术室护士做好相应的职业防护, 在四肢清创冲洗手术中应用清创冲洗盆能有效地预防冲洗液溅出冲洗盆外, 防止污染医务人员及患者, 为患者提供更安全、有效的护理服务, 保证了医务人员安全。

【关键词】 四肢; 清创冲洗; 手术; 护理配合

中图分类号 R47 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2022)01-001-03

任何开放性创伤均应尽早进行清创手术, 根据相关文献报道^[1], 临床多用“6h原则”作为清创时机的准则, 受伤后6h内进行清创, 可以有效降低手术感染率。进行清创冲洗的目的是使开放、污染的伤口转变为相对无菌的创面, 为患者的治疗创造条件^[2]。手术室是医院的一个重要科室, 在手术过程中规范清创冲洗技术操作, 是保证手术成功、患者顺利康复的先决条件, 因此做好手术室安全防护工作是手术室工作的重点环节^[3-5]。在四肢清创冲洗手术中, 由于患者需要大量冲洗液、消毒液进行清创、冲洗, 冲洗液体容易溅出手术区域, 造成手术环境污染, 增加患者切口感染的风险。手术室护士需要充分认识在患者清创冲洗过程中的护理配合重要性, 为患者提供更安全、有效的护理服务, 并做好相应的职业防护, 保证医务人员安全^[6]。

1 常规手术配合

1.1 术前准备

(1) 需要进行四肢手术清创冲洗的患者进入手术室后, 将患者适当固定, 并建立1~2条有效的静脉通道, 确保麻醉与抢救用药能够及时输入体内, 保证患者生命体征的平稳。根据患者的出血情况可采用深静脉穿刺置管或有创动脉血压监测。

(2) 巡回护士应协助麻醉医生进行全身麻醉、椎管内麻醉或神经阻滞麻醉的准备。麻醉后协助摆好相应的手术体位, 做好充分的保暖措施。根据四肢手术部位和患者年龄等, 选择合适的止血带和电外科仪器, 减少术中的出血量。

(3) 根据手术清创冲洗部位准备灭菌的手术

器械、清创冲洗盛放容器及手术布类包。

1.2 四肢大烧伤清创冲洗手术配合

(1) 选用安尔碘对烧伤患者的取皮部位消毒3次, 选用0.3%碘伏对烧伤手术部位消毒3次; 先铺一次性无纺材料后加铺无菌棉布, 有关研究^[7]指出: 棉布手术铺巾具有明显吸水性, 容易渗透, 阻隔效果差; 无纺布手术铺巾不吸收水分, 对液体具有良好的防渗透阻隔功能。

(2) 巡回护士连接电外科仪器、吸引装置, 配制肾上腺素溶液: 500ml 乳酸钠林格注射液 + 0.5 肾上腺素 1ml/mg, 连接输血器、三通管及10ml注射器, 应用肿胀技术^[8]注入手术区域组织间隙或皮下组织内, 使之肿胀, 从而达到分离组织、止血、麻醉的作用, 减少手术部位的出血^[9]。

(3) 创面清创冲洗: 巡回护士提前准备好35~37℃生理盐水的供应, 准备大量的过氧化氢、碘伏、生理盐水用于冲洗创面。准备直径39cm, 高12.5cm的无菌大圆盆盛放冲洗液。如果无菌巾、大布单等已被浸湿, 其无菌隔离作用已不再完整, 应加盖干的无菌布单^[10], 清创冲洗后清除无菌台面的污物和撤除清创盆, 加盖无菌一次性无纺材料和无菌棉布的布单。创面全部覆盖湿血垫, 达到止血和保持创面湿润。碘伏凡士林纱布或银离子敷料、大烧伤棉垫、无菌绷带和自粘弹力绷带包扎手术肢体。

1.3 四肢外伤清创冲洗手术配合

(1) 准备电动止血带或者电外科仪器的高频单极电刀系统, 止血带的压力选择应根据患者年龄、体形设定止血带的工作压力; 按照要求设定保险压力大于工作压力5~10Kpa, 工作时间为60min^[11]。术前提前检查止血带是否有漏气, 协助医生上止血带, 止血带松紧要适宜, 以能够伸进一个手指为适

宜。

(2) 常规消毒后铺棉布手术铺巾, 同时连接止血带或单极电刀和吸引装置, 肢体放于中圆盆或大圆盆内, 分别用过氧化氢、生理盐水、碘伏或苯扎氯胺溶液(用450ml无菌注射液+50ml苯扎氯胺配制而成, 现配现用)、生理盐水溶液冲洗伤口, 并加盖无菌棉布巾。用手术刀、剪刀清除伤口坏死的组织, 单极电刀电凝止血, 同法再次清创冲洗伤口。

2 冲洗液、消毒液的类型

四肢手术的术中清创冲洗除了可以物理冲刷异物及细菌以达到清创目的, 还可以根据患者情况改变冲洗液类型达到抑菌消炎、防止伤口粘连等作用^[12-14]。目前临床常见的冲洗液类型有生理盐水、过氧化氢、碘伏、苯扎氯胺溶液等。

2.1 生理盐水

生理盐水是等渗冲洗液的一种, 因其与人体内环境的体液等渗, 因而在使用过程中能够维持细胞内外的张力平衡, 避免细胞广泛受到损伤^[15]。温度为0~4℃的高渗盐水与创面的密切接触, 利于组织的血管收缩、快速止血, 同时还具有抑制细菌生长、促进创口自我净化的作用, 在骨科手术中浸泡冲洗效果明显, 适用于清洁伤口或换药; 0.9%的氯化钠溶液(即生理盐水)可维持细胞的正常形态^[16-18]。

2.2 过氧化氢

3%过氧化氢溶液适用于溃疡创面, 而且对上皮组织细胞有破坏作用。当它与皮肤、口腔和黏膜的伤口、脓液或污物相遇时, 3%过氧化氢溶液能够立即分解生成氧, 这种尚未结合成氧分子, 具有很强的氧化能力, 与细菌接触时, 能破坏细菌菌体, 达到灭菌的作用^[19]。杀灭细菌后残留的过氧化氢溶液剩余的物质是无任何毒害、无任何刺激作用的水, 不会造成二次污染。过氧化氢溶液是伤口消毒理想的消毒剂。

2.3 碘伏

碘伏消毒液是一种高效、广谱消毒灭菌剂, 是碘元素与表面活性剂的不定型的络合物, 表面活性剂起载体与助溶作用, 碘在溶液中逐渐释放, 保持较长时间的杀菌作用, 而且碘伏具有清洁作用, 粘膜无刺激、腐蚀性小等特点, 用它冲洗伤口无刺激、无疼痛, 可以代替过氧化氢冲洗伤口, 是处理伤口的最佳消毒剂。碘伏是常用消毒剂, 在黏膜消毒、伤口处理等方面应用广泛, 但近期有研究^[20]指出碘制剂可能具有细胞毒性, 可能会造成延缓伤口愈合。

2.4 苯扎氯胺

苯扎氯胺溶液是一种高效阳离子杀菌防腐剂, 因其阳离子表面活性剂^[21], 系光谱杀菌剂, 能改变细菌浆膜通透性, 使菌体包浆物质外渗, 阻碍其代谢而起到杀菌作用。对革兰阳性细菌作用较强, 0.1%以下浓度对皮肤无刺激性。苯扎氯胺消毒液作为伤口护理的浸泡消毒液之一。苯扎氯胺具有清洁、去污、去角质、除臭、润滑和保湿作用^[22], 其水溶液在常温下化学性质稳定、便于保存, 适用于各种脓肿切开后的脓腔冲洗。苯扎氯胺溶液杀菌效果较好, 具有持续杀菌效果, 对人体一般无致敏现象, 对皮肤、黏膜及创面刺激小^[23]。有研究表明, 苯扎氯胺对血管壁有刺激性^[24-25]。

3 清创冲洗手术的护理措施

3.1 密切观察生命体征变化

密切观察患者的生命体征变化, 由于肾上腺素的药理作用, 肾上腺素在注液过程中患者可能出现一过性心率加快、血压升高等症状。因此, 对高血压、心肾功能不佳的老年患者要慎用注液肿胀止血法; 此外, 2周岁以下的婴幼儿由于前囟发育不完善, 也不能使用注液肿胀止血法。

3.2 应用清创冲洗盆预防液体溅出手术区域

应用大量清创冲洗时, 3%过氧化氢溶液与血液、细胞中的过氧化氢酶发生反应, 容易产生大量的气泡, 在使用吸引装置吸引时, 容易造成管道堵塞, 而冲洗液的盛放器具不够大时, 气泡易外溅出盛放器具, 难以判断冲洗液有多少, 造成手术环境污染。应用我院手术室自行研制的清创冲洗盆(专利号: 201820854762.1), 由SUS304不锈钢材料制作成长50cm、宽29cm、前面高为11.5cm、后面为高15cm的长方体冲洗盆。在四肢清创冲洗手术中应用清创冲洗盆能有效地预防冲洗液溅出冲洗盆外, 防止污染医务人员; 有效地预防液体溅湿手术区域及患者的衣服、裤子或床单, 减少了巡回护士更换患者衣服、裤子、床单等工作量, 减少了患者因为潮湿感觉寒冷的不适感^[26]; 清创盆的底部有个开孔, 可以在冲洗中把液体引流出无菌台外的桶内, 避免因盆内液体过多而需要暂停冲洗来倒掉冲洗液, 延长手术时间, 增加手术费用。

3.3 提高医务人员防护意识

(1) 四肢手术患者术中冲洗液溢出手术无菌台面或溅出地面, 造成患者的衣服、床单、毛毯、地面、医务人员等污染^[27]。根据手术室护理实践指南^[28]: 在手术过程中如果发生小面积患者体液、血

液等污染时,应随时清洁与消毒;地面有血液、体液的可先用吸湿材料去除可见污物,然后再进行清洁与消毒。

(2) 制定四肢手术患者术中清创冲洗预防外溅的护理措施,定期对手术室护理人员进行相关知识的理论学习和操作培训,并进行考核,加强思想教育,强化医护人员的职业暴露防护意识和自我防范主动性,同时加强对医务人员职业暴露风险事件发生后处理技巧的训练,使医护人员做到遇事不慌,正确处理伤口,防范血源性感染事件的发生^[29]。

(3) 规范参加手术人员的操作行为,手术室相关人员职业暴露等不良事件的发生多与医护配合不默契、工作不细心、技术不熟练、违反操作规程、没有执行标准预防有关。为了减少职业暴露的发生,所有参加手术人员都应加强学习,养成良好的操作习惯,对于手术中应用大量冲洗液进行清创冲洗手术的护理配合,应严格遵守各项操作规程,应用有效的防护措施,熟练配合,缩短清创冲洗及手术时间,尽量避免患者多次进行清创冲洗手术^[30]。

(4) 针对职业暴露的客观因素,为手术室医务人员免费注射乙型肝炎疫苗;提供充足的防护用品、用具,如防水手术衣、手套、胶鞋、护目镜等,以供医务人员操作时使用。根据四肢手术清创冲洗不同的部位,选择合适的冲洗器具,能有效减少四肢手术清创冲洗液的外溅,避免冲洗液过度浪费使用。术中混合使用布单和一次性非织造布敷料巾,对液体具有良好的防渗透功能、隔离细菌屏障作用,减少了术中和术后伤口感染,避免患者和手术人员的交叉感染,而且使用方便、安全,术后易处理^[31]。

4 小结

手术室医护人员经常直接接触患者的血液、体液、分泌物、呕吐物、排泄物等,而且手术室工作具有紧张、忙碌,需高度集中注意力,作息时间很不规律等^[32]特点,因此手术室发生职业暴露的风险极高。自从2020年1月新型冠状病毒感染的肺炎疫情发生以来,医务人员的防护问题也更加日益严峻,提高医务人员的防护意识,可降低感染的风险,提高手术质量,保证了患者和医务人员的安全。在四肢清创冲洗手术中应用清创冲洗盆能有效地预防冲洗液溅出冲洗盆外,防止污染医务人员。医护人员应熟悉手术室环境表面清洁与消毒的原理和方法,并有责任参与、维护和监督管理。在职业安全防护的管理方面,应建立一系列完善的制度及措施,

在完善的防护制度及措施同时加强医护人员的职业防护教育,增强医护人员的防护意识,将职业安全防护措施的内容具体化、常规化。在医院感染管理中,手术室感染不容忽视,加强手术室质量管理有助于手术室感染率的降低和术后患者康复^[33]。

5 参考文献

- [1] 余斌.开放性骨折治疗进展[J].国际骨科学杂志,2013,34(1):6-10.
- [2] 蒋昇源,张锴.开放性骨折清创术中冲洗液的应用与研究热点[J].中国组织工程研究,2019,23(22):3577-3583.
- [3] 柯敏.手术室护士的职业危害因素及自我防护对策[J].养生保健指南,2019(2):301.
- [4] 张超群.手术室护理安全防护及控制措施[J].中国实用医药,2015,10(6):285-286.
- [5] 程瑞喆.在手术室的安全防护措施的相关分析[J].实用临床护理学杂志,2018,3(3):148-159.
- [6] 曾丽端,陈亚曼,江畅生.手术室血源性职业暴露风险因素调查及职业防护对策研究[J].中外医学研究,2019,17(1):176-177.
- [7] 董平,陈迎霞,周建玲,等.两种材质手术衣阻隔功能比较[J].中国消毒学杂志,2011,28(1):107-107.
- [8] 王贺宾,刘清波.烧伤手术中肿胀技术的应用[J].中国伤残医学,2012,(11):76.
- [9] 徐刚,练慧斌,罗艺,等.改良注射肿胀麻醉结合气动取皮刀在头皮取皮术中的应用[J].中华损伤与修复杂志(电子版),2019,14(5):366-368.
- [10] 肖淑莲,王晓华,张路娣.安全管理在前列腺患者围手术期中的应用效果[J].当代护士(中旬刊),2018,25(1):40-42.
- [11] 邹靖,李雪清,左育涛.设定不同电脑气压式止血带压力对患者术中配合与满意度影响[J].护理实践与研究,2018,15(6):105-106.
- [12] 蒋昇源,张锴.开放性骨折清创术中冲洗液的应用与研究热点[J].中国组织工程研究,2019,23(22):3577-3583.
- [13] 苏若琼.糖尿病足溃疡创面清创方法研究进展[J].护理研究,2018,32(12):1833-1835.
- [14] 任华.骨科手术清创冲洗的研究进展[J].中华护理杂志,2010,45(6):522-524.
- [15] 张军军,郭昭庆,卢占斌,等.清创加碘伏冲洗对降低胸腰椎后路手术感染率的前瞻性研究[J].中国骨与关节损伤杂志,2015(3):247-249.
- [16] 罗斌杰,李罗珠,陈传俊,等.冲洗清创对大面积烧伤残余创面合并金黄色葡萄球菌感染的疗效观察[J].现代诊断与治疗,2016,27(15):2864-2865,2866.
- [17] 于云聚,于爱萍,郭占山,等.创面应用生理盐水冲

- 洗量与细菌残留量相关临床研究 [J]. 中外健康文摘, 2010, 7(25): 212-213.
- [18] 卢冰, 赵婵娟, 钟振东. 不同清创法对开放性创口早期感染敏感指标影响的实验研究 [J]. 实用医院临床杂志, 2017, 14(6): 71-75.
- [19] 胡兴龙, 马昆宏, 晁华, 等. 多种抗菌剂在清创术中的有序应用 [J]. 中国误诊学杂志, 2011, 11(34): 8375.
- [20] Arai K, Y amanzaki M, Maeda T, et al. Influence of various treatments including povidone-iodine and healing stimulatory reagents in a rabbit ear wound model [J]. International Wound Journal, 2013, 10(5): 542-548.
- [21] 闫雅凤, 侯惠如, 杨晶, 等. 苯扎氯铵溶液联合藻酸钙敷料治疗老年糖尿病患者足部病变的效果 [J]. 解放军护理杂志, 2012, 29(8A): 20-22.
- [22] 李春梅, 钟晓祝. 一种苯扎氯铵消毒液杀菌效果观察 [J]. 中国消毒学杂志, 2010, 27(4): 388-389.
- [23] 周海微, 李学渊, 应瑛, 等. 不同消毒液对手外科感染伤口消毒的效果比较 [J]. 解放军护理杂志, 2017, 34(12): 70-72.
- [24] 杨益民, 刘名, 任珩, 等. 苯扎氯铵溶液对血管壁刺激性的实验研究 [J]. 医药论坛杂志, 2010, 31(23): 101-103.
- [25] 陈双双. 骨科手术清创冲洗的研究进展 [J]. 养生保健指南, 2018, (29): 212.
- [26] 李雪清, 李莲英, 左育涛, 等. 数字化水暖手术床在食管癌手术中的应用效果 [J]. 解放军护理杂志, 2018, 35(23): 69-71.
- [27] 李雪清, 胡敏芝, 黄石群, 等. 泌尿腔镜手术标本收集器的研制与应用 [J]. 中华护理杂志, 2017, 52(9): 1062-1064.
- [28] 郭莉. 手术室护理实践指南 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2021: 193-194.
- [29] 李兰川, 付红. 医务人员血源性职业暴露监测分析与防护对策 [J]. 现代医药卫生, 2016, 32(4): 14-15.2
- [30] 周柏林, 李危石, 孙垂国, 等. 脊柱手术后深部切口感染患者多次清创的危险因素 [J]. 北京大学学报 (医学版), 2021, 53(2): 286-292.
- [31] 郑绘. 一次性非织造布医用手术包在剖宫产术中的应用 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2(45): 91-92.
- [32] 刘瑛, 陈乔, 吴西梅. 手术室护理人员发生职业暴露的原因分析与防范措施 [J]. 中华医院感染学杂志, 2013, 23(3): 641-642.
- [33] 郭瑞萍, 秦红英, 黄米娜, 等. 手术室感染控制策略对术后感染及手术室空气洁净度的影响研究 [J]. 中华医院感染学杂志, 2017, 27(23): 5484-5486.
- [2021-09-23 收稿]

欢迎投稿 欢迎订阅

《现代养生》杂志为医学综合类科技期刊, 是河北省卫生健康委员会主管, 河北省医疗气功医院主办的中国医师协会系列期刊。中国学术期刊 (光盘版) 全文收录, 万方数据—数字化期刊群全文上网。国内外公开发行; 刊号: ISSN1671-0223, CN13-1305/R; 半月刊, 大16开; 邮发代号: 18-99。

主要栏目: ① 现代养生; ② 临床论著; ③ 基础论著; ④ 中医药学与中西医结合; ⑤ 预防医学与公共卫生; ⑥ 临床护理; ⑦ 健康心理与精神卫生; ⑧ 法医学与医学司法鉴定; ⑨ 社会医学与卫生事业管理; ⑩ 医学哲学与医学人文; ⑪ 叙事医学; ⑫ 医学教学研究; ⑬ 综述与讲座。论文涉及的课题如取得国家或部、省级以上基金或课题项目, 应在文题页左下角注明。

投稿请寄 E-mail: xdykj@163.com

本刊通讯地址: 河北省北戴河海滨东经路198号《现代养生》杂志社编辑部, 邮编: 066199; 联系电话: 0335-4041257。

复方四黄复合水凝胶的基质和载药量研究

袁一鸣 辛晓芳 钟希文 许广全 李四维 林晓燕

【摘要】 目的 探讨医院外用制剂复方四黄外洗液的剂型改造,探索复方中药复合水凝胶合适的基质和载药量。**方法** 通过卡波姆 U21、海藻酸钠、黄原胶、水溶性壳聚糖及它们复合的凝胶为基质,以感官指标、稳定性及抑菌效果考察,筛选出与复方四黄液结合最佳的空白凝胶基质,以其对金葡菌的抑菌试验确定最佳载药量。**结果** 卡波姆 U21/海藻酸钠复合凝胶为复方四黄外洗液合适凝胶基质,最佳载药量为 1.5 倍复方四黄外洗液。**结论** 该基质与复方四黄液稳定结合,为复方四黄凝胶剂的成型工艺研究提供依据。

【关键词】 复方四黄复合水凝胶;卡波姆 U21;海藻酸钠水复合凝胶

中图分类号 R286 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2022)01-005-03

复方四黄外洗液为医院的中药洗剂,是以《肘后备急方》中黄连解毒汤^[1]为基础加减而成,即大黄、黄连、黄柏、黄芩、连翘及虎杖六味中药按照一定工艺制备成的复方合剂。它具有清热解毒,去腐生肌,消肿止痛的功效,对外科或感染等效果显著^[2]。该剂型为外洗剂,存在局限性,而水凝胶剂具有稳定性良好、不良反应少及不污染衣着等优点^[3-5],且凝胶剂基质用量小而载药量大,药物易于溶出,对皮肤刺激性小,患者的顺应度更高^[6]。由于水凝胶剂有着诸多优势,且对工艺条件要求不高,又能产生较好的经济效益,较为适合中药复方制剂的生产现状^[7]。

1 材料与仪器

1.1 材料

连翘、黄芩、虎杖、大黄、黄连、黄柏,均购自大参林医药集团股份有限公司;卡波姆 U21(安徽芜湖奥斯通生物技术有限公司);海藻酸钠(福晨化学试剂有限公司);透明黄原胶(山东优索化工科技有限公司);水溶性壳聚糖(南京都莱生物技术有限公司);10% 氢氧化钠标准溶液(以达科技有限公司);双蒸水。

1.2 仪器

Agilent Technologies 1260 infinity 高效液相色谱仪;JJ200 型电子天平(常熟市双杰测试仪器厂 d=0.01g);BS224S 型电子天平(北京赛多利斯仪器系统有限公司 d=0.0001g);KQ5200E 医用超声波

清洗器(昆山市超声仪器有限公司);东方-A 型直热式电热恒温干燥箱(广州东方电热干燥设备厂);HH-S4 数显恒温水浴锅(金坛市医疗仪器厂)。

1.3 菌种

金黄色葡萄球菌 ATCC29213,由中山市中医院检验科提供。

2 凝胶基质的筛选

2.1 凝胶的基质考察

查阅相关文献及预实验结果,决定单方凝胶基质选用卡波姆、海藻酸钠、黄原胶及水溶性壳聚糖。复合凝胶基质则由以上凝胶基质材料两两组合成,根据各基质的成型情况、质感、流动性及黏稠度等综合感官指标,进行凝胶基质的初步筛选。

2.1.1 空白凝胶制备方法 单方凝胶制备方法为分别称取各凝胶基质材料一定量,置于杯中,加入蒸馏水搅拌、溶胀、排气泡。其中卡波姆在溶胀后用 NaOH 溶液调节 pH 至中性。复方凝胶的制备则是在单方凝胶的基础上再将另一种凝胶基质材料添加到单凝胶中,均匀搅匀,排气泡。

2.1.2 空白凝胶基质感官指标 将卡波姆配成 0.3%、1.0%、1.5% 的凝胶溶液;黄原胶配成 0.5%、1.0%、1.5% 的凝胶溶液;壳聚糖配成 3.0%、5.0%、7.0% 的凝胶溶液;海藻酸钠配成 3.0%、6.0%、9.0% 凝胶溶液。再根据单方凝胶基质的成型状态及相关预实验结果,初步确定复合凝胶基质的配比:卡波姆 U21/海藻酸钠(0.3%:6.0%)、卡波姆 U21/黄原胶(1.0%:1.0%)、卡波姆 U21/壳聚糖(3.0%:3.0%)、海藻酸钠/黄原胶(6.0%:1.0%)、海藻酸钠/壳聚糖(6.0%:3.0%)、黄原胶/壳聚糖(1.0%:

基金项目:中山市卫生局课题项目(编号:2019A020458)
作者单位:528400 广东省中山市中医院药学部(袁一鸣、辛晓芳、钟希文);广东药科大学(许广全);电子科技大学中山学院材料与食品学院(李四维、林晓燕)

: 1.0%)。感官指标结果见表 1。

由表 1 结果可知, 7.0% 水溶性壳聚糖、1.0% 卡波姆 U21、卡波姆 / 海藻酸钠 (0.3% : 6.0%) 及卡波姆 / 黄原胶 (1.0% : 1.0%) 4 组空白凝胶基质的综合感官指标相对理想, 均可作为复方四黄外洗液的凝胶载体。各基质材料中, 水溶性壳聚糖的相容性则最差、用量较大、成本高。故只对后三者进行下一步考察筛选。

2.2 稳定性考察

2.2.1 载药凝胶剂制备方法 根据表 1 感官指标结果, 选用单方卡波姆 1.0%、卡波姆 / 海藻酸钠 (0.3% : 6.0%) 及卡波姆 / 黄原胶 (1.0% : 1.0%) 3 组的空白凝胶基质, 与复方四黄提取液混合, 搅拌均匀, 调节 pH 至 7.0 左右, 静置排气泡, 制备成凝胶基质与药液比例分别为 1 : 1, 1 : 1/2, 1 : 1/3 的载药凝胶剂。

2.2.2 稳定性考察方法 将上述方法制备的所有载药凝胶剂同时放置冰箱冷藏 (0 ~ 5℃) 及每天 40℃ 水浴加热 3 小时条件下交替重复进行, 以载药凝胶剂最终发霉变质的时间作为指标进行考察。结果见表 2。

同时对三组载药凝胶剂进行离心试验, 对比三组凝胶基质与药液结合后的载药凝胶剂的稳定性。参照离心公式 $T_1=T_2(4\pi^2R)n^2/g$, R 为离心机的半径 (米), n 为转速时间 (r/s), T1 为保存时间 (天), T2 为转速时间, 保留时间为 15 天, 依次进行离心 (4000r/min)30min, 1h。凝胶剂稳定, 无分层、沉淀现象。

2.2.3 稳定性结果 结果可知, 三组载药凝胶剂的离心试验结果均稳定, 没有分层或沉淀现象出现, 证明载药凝胶剂成型后较为稳定。由表 2 可知, 与单方卡波姆 U21 空白凝胶相比, 复合载药凝胶剂的长久稳定性更强。复合载药更均匀凝胶更细腻, 综合各项指标, 决定采用卡波姆 / 海藻酸钠 (0.3% : 6.0%)、卡波姆 / 黄原胶 (1.0% : 1.0%) 复合凝胶剂进行下一步考察。

2.3 不同混合基质抑菌实验考察

选用卡波姆 / 黄原胶 (1.0% : 1.0%) 及卡波姆 / 海藻酸钠 (0.3% : 6.0%) 两组复合空白凝胶, 与复方四黄提取液结合, 制备成凝胶基质与药液比例为 1 : 1 的载药凝胶剂, 制备方法同“2.2.1 载药凝胶剂制备方法”。选用中山市中医院标准金黄色葡萄球菌菌株 ATCC29213 进行抑菌实验, 同时以两组载药

表 1 空白凝胶基质感官指标

基质	颜色	成型情况	质感	流动性	黏稠度
0.3% 卡波姆 U21	透明, 无色	成型	均匀, 细腻	稍大	稍小
1.0% 卡波姆 U21	透明, 无色	成型	均匀, 细腻	适中	适中
1.5% 卡波姆 U21	透明, 无色	成型	均匀, 细腻	适中	稍大
0.5% 黄原胶	透明, 近无色	成型	均匀, 细腻	稍大	小, 较稀
1.0% 黄原胶	透明, 近无色	成型	均匀, 细腻	稍大	稍小
1.5% 黄原胶	透明, 近无色	成型	均匀, 细腻	适中	稍小
3.0% 水溶性壳聚糖	透明, 浅黄色	不成型	-	大	小
5.0% 水溶性壳聚糖	透明, 浅黄褐色	成型	均匀, 细腻	稍大	小
7.0% 水溶性壳聚糖	透明, 浅黄褐色	成型	均匀, 细腻	适中	适中
3.0% 海藻酸钠	透明, 浅黄色	成型	均匀, 细腻	稍大	稍小
6.0% 海藻酸钠	透明, 浅黄色	成型	均匀, 细腻	适中	稍大
9.0% 海藻酸钠	透明, 浅黄褐色	成型	均匀, 细腻	小	大
卡波姆 / 海藻酸钠 (0.3% : 6.0%)	透明, 浅黄色	成型	均匀, 细腻	适中	稍大
卡波姆 / 黄原胶 (1.0% : 1.0%)	透明, 近无色	成型	均匀, 细腻	适中	适中
卡波姆 / 壳聚糖 (3.0% : 3.0%)	不透明, 稍浅黄色	成型	均匀, 不细腻	适中	适中
海藻酸钠 / 黄原胶 (6.0% : 1.0%)	半透明, 黄色	成型	不均匀, 不细腻	小	大, 不易涂展
海藻酸钠 / 壳聚糖 (6.0% : 3.0%)	浅黄褐色	不成型	结块, 成团, 不混溶	-	-
黄原胶 / 壳聚糖 (1.0% : 1.0%)	稍浅黄色	不成型	不混溶, 生成絮状物	-	-

表 2 三组载药凝胶剂发霉变质时间 (天)

项目	凝胶基质:药液 1 : 1	凝胶基质: 药液 1 : 1/2	凝胶基质:药液 1 : 1/3	均值
单方卡波姆 1.0%	14	14	18	15.3
卡波姆 / 海藻酸钠 (0.3% : 6.0%)	17	19	24	20.0
卡波姆 / 黄原胶 (1.0% : 1.0%)	17	17	18	17.3

凝胶剂各自的空白凝胶作为空白组。抑菌实验方法为纸片扩散法，以二者抑菌效果的优异作为判断指标，进行下一步筛选。

2.3.1 抑菌实验操作方法 在无菌环境下，将少量新培养的金葡菌至稀释液中，稀释并校正浊度至0.5麦氏标准浓度，菌液的浓度约为 1.5×10^8 CFU/ml。用棉拭子蘸取菌液后涂布整个培养基表面，反复3次后，取出已浸泡24小时的复方四黄液药敏纸片。烘干，贴于琼脂平板表面，置35℃培养箱内培养，24h后用游标卡尺测量抑菌圈的直径。

2.3.2 抑菌实验结果 实验结果表明，卡波姆/海藻酸钠载药凝胶剂组的抑菌效果（抑菌圈直径9.5mm）强于卡波姆/黄原胶载药凝胶剂组（抑菌圈直径7.0mm），二者各自的空白凝胶组均无抑菌效果。最终决定选择卡波姆/海藻酸钠复合空白凝胶作为复方四黄外洗液的凝胶基质，进行下一步考察。

3 载药量考察

凝胶剂本身含有水分，会使主药液稀释。根据不同载药量的复方四黄复合水凝胶的抑菌效果与复方四黄外洗液的抑菌效果相对比，以及凝胶剂的感观与稳定性，确定复方四黄复合水凝胶的最佳载药量。

3.1 抑菌实验

设立1.5倍、1.75倍及2倍载药量凝胶剂组和复方四黄外洗液组进行对比，载药凝胶剂制备方法同“2.2.1”项，抑菌实验操作方法同“2.3.1”项。以金黄色葡萄球菌作为考察对象，进行抑菌实验考察。

3.2 载药凝胶离心试验

对1.5倍、1.75倍及2倍载药量凝胶剂组参照2.2.2项进行离心试验，依次进行离心(4000r/min)30min，1h。

3.3 结果

三组载药凝胶剂离心后稳定，无分层、沉淀现象。而且抑菌效果相近，均稍弱于复方四黄外洗液组，在流动性及黏稠度方面，1.5倍载药量的凝胶剂最佳。综合考虑1.5倍载药量的复方四黄复合水凝胶为最佳载药量。见表3。

表3 载药量抑菌效果（mm）

组别	抑菌圈直径平均值
复方四黄外洗液	15.75
1.5倍复方四黄复合水凝胶	14.25
1.75倍复方四黄复合水凝胶	14.50
2倍复方四黄复合水凝胶	14.80

4 讨论

本实验采用卡波姆U21作为凝胶载体，卡波姆U21黏度更强，而水溶性壳聚糖的相容性最差，其与海藻酸钠无法完好相溶。观察所得，基质电荷和特性有关。海藻酸钠含有负电荷天然多糖，黄原胶带负电荷微生物多糖，他们与聚阳离子的水溶性壳聚糖生成难溶化合物。但卡波姆为聚阴离子化合物，与水溶性壳聚糖能混合，但凝胶不是很细腻。

通过查阅亲水性凝胶剂的相关文献及预实验，初步确定了凝胶基质的材料及大概的用量范围，再通过凝胶感官指标的综合判断、制备成本、与主药结合后的稳定性及抑菌考察等多方面的考虑，最终确定了复合凝胶卡波姆/海藻酸钠（0.3%：0.6%）作为主药的基质^[8-10]。该复合凝胶与主药结合后质感上最为均匀细腻、富有光泽、稳定性好，故选择其作为复方四黄外洗液的凝胶基质。

5 参考文献

[1] 梅全喜. 黄连解毒汤源出《肘后备急方》考辨[J]. 时珍国医国药, 2013,24(11):2730.

[2] 袁一鸣, 林爱华, 梅全喜. 复方四黄外洗液指纹图谱研究[J]. 时珍国医国药, 2017,28(10):2417-2419.

[3] KuenYL, David JM. Hydrogels for tissue engineering[J]. Chemical Reviews, 2001:1869.

[4] 王曙东, 刘文雅. 凝胶剂的研究进展及应用概况[J]. 中国药业, 2010,19(21):1-4.

[5] 杨凡. 野西瓜凝胶剂的研究[D]. 中山: 广东药科大学, 2019.

[6] 刘安廷, 张合城, 罗玉萍, 等. 双黄凝胶剂的制备及应用研究[J]. 中国继续医学教育, 2019,11(28):144-146.

[7] 方和桂. 适用于中药外用的剂型——凝胶剂[J]. 中国药业, 2002(8):25-26.

[8] Constain H, Salamanca, Alvaro Barrera-Ocampo, Juan C Lasso, et al. Franz diffusion cell approach for pre-formulation characterisation of ketoprofen semi-solid Dosage forms[J]. Inventi Impact-Pharmaceutical Process Development, 2019:2019.

[9] 廖龔, 蒋德锡, 王沼丹, 等. 汉方抗痘凝胶制备工艺研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2009,15(5):32-34.

[10] 袁一鸣. 复方四黄外洗液提取工艺优化和质量标准研究[D]. 中山: 广州中医药大学, 2017.

[2021-11-25 收稿]

腰硬联合麻醉与持续硬膜外麻醉应用于全子宫切除术的效果观察

魏宗科

【摘要】 目的 探讨全子宫切除术采用腰硬联合麻醉与持续硬膜外麻醉的效果及并发症。方法 选取医院2019年6月—2020年6月收治住院的93例全子宫切除术患者为观察对象,按随机数字表结合组间匹配原则分为持续硬膜外麻醉组(对照组)46例和腰硬联合麻醉组(观察组)47例。术中分别采用持续硬膜外麻醉、腰硬联合麻醉,比较麻醉期间的心率、平均动脉压、麻醉起效时间、利多卡因剂量、麻醉效果、肌肉松弛(简称肌松)效果、并发症。**结果** 麻醉15min时两组心率较麻醉前降低,观察组心率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);两组麻醉30min、手术结束时心率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。麻醉期间两组平均动脉压比较差异无统计学意义($P>0.05$);观察组麻醉起效时间、利多卡因剂量少于对照组,麻醉效果良好率、肌松效果良好率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);两组并发症发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 全子宫切除术采用腰硬联合麻醉优于持续硬膜外麻醉,血流动力学稳定,麻醉起效快,麻醉及肌松效果较好。

【关键词】 全子宫切除术;腰硬联合麻醉;持续硬膜外麻醉;血流动力学;并发症

中图分类号 R614 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2022)01-008-03

全子宫切除术是治疗子宫内膜癌、卵巢癌等妇科疾病的常用方法。由于全子宫切除术术中需在盆腔深部进行操作,对麻醉效果、肌肉松弛(简称肌松)效果有较高的要求^[1]。椎管内麻醉是全子宫切除术中常用的麻醉方式,不同的椎管内麻醉方式对麻醉效果、肌松效果存在一定差异^[2]。腰硬联合麻醉及持续硬膜外麻醉均为临床常用的椎管内麻醉,通过比较腰硬联合麻醉、持续硬膜外麻醉对血流动力学、麻醉效果、肌松效果、用药剂量等方面的差异,观察两者在全子宫切除术中的应用价值,报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取医院2019年6月—2020年6月收治住院的93例全子宫切除术患者为观察对象,按随机数字表及组间匹配的原则分为持续硬膜外麻醉组(对照组)46例和腰硬联合麻醉组(观察组)47例。对照组年龄27~68岁,平均 51.21 ± 3.75 岁;体质量指数 $18.66 \sim 25.02$,平均 22.95 ± 1.03 ;美国麻醉师协会(American society of anesthesiologists, ASA)分级:I级34例,II级12例。观察组年龄28~69岁,平均 51.09 ± 3.82 岁;体质量指数 $18.71 \sim 25.05$,

平均 22.81 ± 1.12 ;ASA分级:I级32例,II级15例。纳入标准:年龄20~69岁;ASA分级I~II级;无椎管内麻醉禁忌证;无手术禁忌证;已婚已育;签署知情同意书。排除标准:肝、肾功能衰竭;合并严重心脏疾病;合并急慢性感染;严重内外科合并症;精神疾病、沟通障碍。两组患者在年龄、体质量指数、ASA分级方面比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 麻醉方法

术前30min给予0.5mg阿托品+0.1g苯巴比妥钠肌注。进入手术室后,给予500ml复方林格氏液静脉输注,监测生命体征。在此基础上,对照组采用持续硬膜外麻醉:进行 L_{1-2} 间隙穿刺,注入2%盐酸利多卡因3ml,使麻醉效果逐渐加药,最高15ml。观察组采用腰硬联合麻醉:进行 L_{2-3} 间隙穿刺,置入腰麻针,蛛网膜下腔注入5%布比卡因3ml。自硬膜外向头端置管,深度3.5cm,注射药物使麻醉平面到达 T_{6-8} 。麻醉效果欠佳者追加适量2%盐酸利多卡因。两组在术中血压降低 $>30\%$ 基础值时,给予麻黄碱15mg静脉注射。

1.3 观察指标

(1)观察麻醉前、麻醉15min、麻醉30min、手术结束时的心率、平均动脉压。

(2)观察麻醉起效时间、利多卡因剂量、麻

醉效果、肌松效果。麻醉效果良好：牵拉脏器时患者无恶心呕吐、牵拉痛或局部不适。肌松效果良好：肌肉松弛基本完善，术野暴露良好。

（3）观察两组并发症。

1.4 统计学分析

采用 SPSS25.0 统计学软件分析数据，计量资料以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示，组间均数比较行 t 检验；计数资料组间率比较采用 χ^2 检验； $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组心率、平均动脉压比较

麻醉 15min 时两组心率较麻醉前降低，观察组

心率高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；两组麻醉 30min、手术结束时心率比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），麻醉期间两组平均动脉压比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），见表 1。

2.2 两组麻醉起效时间、利多卡因剂量、麻醉效果、肌松效果比较

观察组麻醉起效时间、利多卡因剂量少于对照组，麻醉效果良好率、肌松效果良好率高于对照组，组间比较差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 2。

2.3 两组并发症比较

观察组各种并发症的总发生率低于对照组，但组间比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），见表 3。

表 1 两组心率、平均动脉压比较									
组别	<i>n</i>	心率（次 / 分）				平均动脉压（mmHg）			
		麻醉前	麻醉 15min	麻醉 30min	手术结束时	麻醉前	麻醉 15min	麻醉 30min	手术结束时
观察组	47	83.02 ± 5.63	73.15 ± 6.87	85.19 ± 7.12	82.99 ± 6.03	77.68 ± 6.30	79.06 ± 7.24	80.97 ± 8.22	82.26 ± 8.93
对照组	46	83.55 ± 5.79	69.03 ± 6.52	83.02 ± 6.97	83.15 ± 6.62	77.51 ± 6.65	78.52 ± 7.39	81.05 ± 8.31	82.59 ± 8.01
<i>t</i> 值		0.448	2.965	1.485	0.122	0.127	0.356	0.047	0.187
<i>P</i> 值		0.656	0.004	0.141	0.903	0.900	0.723	0.963	0.852

表 2 两组麻醉起效时间、利多卡因剂量、麻醉效果、肌松效果比较					
组别	<i>n</i>	麻醉起效时间（min）	利多卡因剂量（ml）	麻醉效果良好	肌松效果良好
观察组	47	8.12 ± 0.65	6.79 ± 1.37	44（93.62）	45（95.74）
对照组	46	11.52 ± 0.96	13.04 ± 1.51	35（76.09）	36（78.26）
<i>t</i> 值		20.038	20.913	5.587*	6.323*
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.018	0.012

* 为 χ^2 值；（ ）内数据为百分率。

表 3 两组并发症比较						
组别	<i>n</i>	恶心	呕吐	疼痛	低血压	发生率（%）
观察组	47	2	2	1	0	10.64
对照组	46	2	3	1	1	15.22

$\chi^2=0.434$ ， $P=0.510$ 。

3 讨论

随着生活环境、人们的生活习惯等发生改变,子宫肌瘤、子宫内膜癌等妇科疾病患病率不断增加,临床上常采用子宫切除术治疗此类疾病^[3]。全子宫切除术需进行盆腔深部操作,对盆腔、阴道影响较大,麻醉效果欠佳容易引起牵拉痛、局部不适等,并增加了手术风险。

持续硬膜外麻醉应用于妇科手术中存在麻醉平面难控制、麻醉诱导时间长、持续镇痛效果欠佳等不足,腹部肌肉相对紧张,术中牵拉组织易引起不良反应,增加了患者的痛苦,限制了其临床应用。腰硬联合麻醉为新型麻醉方式,属于椎管内麻醉,两种麻醉方式优势互补,具有麻醉时间不受限制、麻醉效果好、起效快、用药少等优势。腰硬联合麻醉起效迅速,10min内就可达到满意的麻醉效果,应激反应小,对减少心率、血压波动有积极的作用;术中肌松效果明显,麻醉效果确切,麻醉平面易控制^[4]。

相关研究显示,全子宫切除术患者采用腰硬联合麻醉,麻醉期间的心率、平均动脉压波动幅度小于硬膜外麻醉^[5]。本研究结果显示,麻醉15min时两组心率较麻醉前降低,观察组心率高于对照组($P<0.05$),两组麻醉30min、手术结束时心率比较差异均不明显($P>0.05$),麻醉期间两组平均动脉压差异不明显($P>0.05$),与上述报道类似。提示,腰硬联合麻醉更利于维持全子宫切除术患者麻醉期间的心率、血压平稳。原因可能为腰硬联合麻醉结合两种麻醉的优势,避免两种麻醉的不足,从而改善麻醉效果,利于维持麻醉期间心率、血压平稳。既往相关研究表明,全子宫切除术患者采用腰硬联合麻醉的麻醉用药 $6.82 \pm 1.58\text{ml}$,少于持续硬膜外麻醉 $12.97 \pm 1.83\text{ml}$ ^[6]。另有研究显示,全子宫切除术患者采用腰硬联合麻醉的麻醉优良率为97.30%,高于持续硬膜外麻醉的81.08%,而且麻醉起效时间更早,麻醉剂量更低^[7]。本研究结果显示,观察组麻醉起效时间、利多卡因剂量少于对照组,麻醉效果良好率、肌松效果良好率高于对照组($P<0.05$),

与上述报道结果基本相符。提示,腰硬联合麻醉有缩短起效时间、减小麻醉剂量、提高麻醉和肌松效果的优势。相关研究表明,全子宫切除术采用腰硬联合麻醉的并发症率(11.90%)与持续硬膜外麻醉(16.67%)差异不明显^[8]。本研究中两组并发症差异不明显($P>0.05$),与上述报道结果相符。提示,腰硬联合麻醉与持续硬膜外麻醉的安全性基本相当。

综上所述,全子宫切除术采用腰硬联合麻醉优于持续硬膜外麻醉,血流动力学稳定,麻醉起效快,麻醉及肌松效果较好,值得推广。

4 参考文献

- [1] 李晓峰.腰硬联合麻醉与持续硬膜外麻醉在全子宫切除术中的效果比较[J].实用临床医药杂志,2018,22(22):105-107.
- [2] 范森.腰麻联合硬膜外麻醉在全子宫切除术中的效果观察[J].当代医学,2020,26(2):149-150.
- [3] 李亮,李龙.腰硬联合麻醉在腹式全子宫切除术中的效果及安全性[J].临床医学研究与实践,2018,3(4):70-71.
- [4] 孙兴波,陈秀平.腰-硬联合麻醉在腹式全子宫切除术中的麻醉效果[J].临床合理用药杂志,2019,12(15):131-132.
- [5] 刘信毅,方军,王江铃.腰硬联合麻醉和硬膜外麻醉对子宫全切术麻醉效果及对血清胃动素和胃泌素的变化影响[J].世界华人消化杂志,2018,26(35):2071-2076.
- [6] 任洪侠.分析腰硬联合麻醉与持续硬膜外麻醉在行全子宫切除术患者中的应用效果[J].中国现代药物应用,2018,12(7):150-151.
- [7] 杨鸿鸣.腰硬联合麻醉与持续硬膜外麻醉应用于全子宫切除术的效果观察[J].临床合理用药杂志,2018,11(1):149-150.
- [8] 杨晓平,黄东林,修玉芳.腰硬联合麻醉与持续硬膜外麻醉在行全子宫切除术患者中的应用效果观察[J].中国实用医药,2019,14(4):24-25.

[2021-05-27 收稿]

抗幽门螺杆菌治疗对反流性食管炎的影响

张余

【摘要】 目的 探讨分析反流性食管炎应用抗幽门螺杆菌治疗的效果。**方法** 抽取2018年3月—2019年3月 月 在医院确诊反流性食管炎、幽门螺杆菌(*Hp*)感染患者88例进行研究,按照组间基线资料匹配的原则分组, 每组44例。对照组单用埃索美拉唑治疗, 观察组应用埃索美拉唑、克拉霉素、阿莫西林治疗。对比两组患 者的疾病治疗效果。**结果** 观察组用药有效率97.73%, 高于对照组的81.82% ($P<0.05$)。两组用药前 的临床症状评分对比, 差异无统计学意义($P>0.05$); 观察组用药8周后的临床症状评分低于对照组($P<0.05$)。 观察组疾病随访1年的复发率少于对照组($P<0.05$)。用药期间, 无明显不良反应。**结论** 在治疗反流性 食管炎期间, 联合应用克拉霉素、阿莫西林进行抗*Hp*治疗, 可提升治疗效果, 改善临床症状。

【关键词】 反流性食管炎; 幽门螺杆菌感染; 埃索美拉唑; 克拉霉素; 阿莫西林

中图分类号 R571 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2022)01-011-03

反流性食管炎是一种常见胃食管反流病^[1]。是一种因人体胃部和食管连接部位的抗反流屏障功能发生障碍, 导致胃内容物反流至食管部位, 反流物中的酸性物质对食管黏膜造成持续刺激, 继而诱发不适症状或(和)并发症的疾病^[2]。疾病发生后, 患者有烧心、反酸、咽喉不适、胸骨后灼痛等多种不适症状, 部分患者还并发咳嗽以及咽喉炎等多种食管外损伤^[3]。幽门螺杆菌(*Hp*)感染是一种常见慢性持续性感染, 感染范围具有世界性特点, 在发展中国家发生率极高。*Hp*感染和年龄具有一定相关性, 年龄越大, *Hp*感染发生率越高。*Hp*感染发生后, 可诱发多种胃肠道疾病, 如反流性食管炎、消化性溃疡等。现今, 越来越多的反流性食管炎患者检出*Hp*感染。因此, 临床认为, 治疗反流性食管炎的同时, 还需进行抗*Hp*感染治疗。基于上述观点, 本研究重点观察抗*Hp*感染治疗对反流性食管炎的影响, 具体内容报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

抽取2018年3月—2019年3月 月 在医院确诊反流性食管炎、*Hp*感染患者88例进行研究, 将患者按照基线资料组间匹配的原则, 分为观察组与对照组, 每组44例。对照组男28例、女16例; 年龄上限、下限69岁、32岁, 均值 50.67 ± 7.68 岁; 镜下分级: A级、B级、C级分别31例、10例、3例。观察组男26例、女18例; 年龄上限、下限70岁、32岁, 均值 50.98 ± 7.73 岁; 镜下分级: A级、B级、C级

分别30例、9例、5例。上述患者临床基线资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。研究经医院伦理委员会通过。

(1) 纳入标准: 患者的临床综合诊断结果与中华医学会消化内镜分会制定的《反流性食管病诊断标准》^[4]一致; 患者入院时均有胸骨后灼痛、烧心等多种症状, 经胃镜确诊疾病; 患者可全面配合研究, 始终遵医嘱用药。

(2) 排除标准: *Hp*感染检查显示阴性患者; 存在脏器功能严重障碍性疾病; 有既往反流性食管炎病史以及上消化道外科手术史患者; 参与研究前已经应用相关药物治疗患者。

1.2 治疗方法

两组患者入院且确诊后, 均给予重庆莱美药业股份有限公司提供的埃索美拉唑肠溶胶囊治疗, 一次用药40mg, 一天用药1次, 连续用药8周后评估疗效。在上述治疗基础上, 观察组联合抗*Hp*感染治疗, 给予浙江京新药业股份有限公司提供的克拉霉素片治疗, 一次用药0.5g, 一天用药2次; 给予上海信谊万象药业股份有限公司提供的阿莫西林胶囊治疗, 一次用药1.0g, 一天用药2次; 疗程14天。

1.3 观察指标

(1) 治疗效果: 完成8周用药疗程后评估, 评定标准^[5]如下, 显效: 反流、烧心以及胸骨后灼痛等症状彻底消失, 内镜检查显示患者食管黏膜炎症轻微或消失, *Hp*感染检查显示阴性。有效: 反流、烧心以及胸骨后灼痛等症状有所缓解, 内镜检查显示患者食管黏膜炎症减轻, *Hp*感染检查显示转阴。

无效：反流、烧心以及胸骨后灼痛等症状无明显变化，食管黏膜炎症无变化，*Hp* 感染检查显示阳性。

(2) 疾病复发率：在患者出院后，随访 12 个月，观察随访 3 个月、6 个月、12 个月的疾病复发率。

1.4 统计学方法

数据应用 SPSS22.0 统计学软件进行分析，计数资料计算百分率，组间率的比较采用 χ^2 检验；临床症状评分为计量资料，以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示，组间均数比较采用 *t* 检验； $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果比较

治疗 8 周后，观察组患者治疗有效率为

97.73%，高于对照组患者的 81.82%，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组用药效果比较

组别	例数	显效	有效	无效	有效率 (%)
观察组	44	32	11	1	97.73
对照组	44	19	17	8	81.82

$\chi^2 = 6.065$, $P = 0.014$ 。

2.2 两组患者临床症状评分比较

两组用药前的临床症状评分对比差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；观察组用药 8 周后的临床症状评分低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组临床症状评分比较 (分)

组别	烧心		反酸		胸骨后疼痛	
	用药前	用药后	用药前	用药后	用药前	用药后
观察组 ($n=44$)	2.14 ± 0.38	0.56 ± 0.21	2.23 ± 0.41	0.61 ± 0.22	2.19 ± 0.43	0.65 ± 0.23
对照组 ($n=44$)	2.20 ± 0.39	1.03 ± 0.28	2.28 ± 0.42	1.10 ± 0.27	2.23 ± 0.44	1.14 ± 0.29
<i>t</i> 值	0.731	8.908	0.565	9.332	0.431	8.781
<i>P</i> 值	0.467	0.000	0.573	0.000	0.667	0.000

2.3 两组患者疾病复发率比较

观察组随访 3 月、随访 12 月的疾病复发率均小于对照组，差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 两组疾病复发率比较

组别	例数	随访 3 月	随访 12 月
观察组	44	2 (4.55)	7 (15.91)
对照组	44	9 (20.45)	19 (43.18)
χ^2 值		5.091	7.861
<i>P</i> 值		0.024	0.005

() 内数据为百分率 (%)。

3 讨论

既往研究^[6]指出，不同地区的反流性食管炎发生差异，西发达国家患病率是 10.0% ~ 20.0%，澳大利亚的患病率是 11.6%，亚洲国家的患病率是 5.0%。近年来，反流性食管炎发病率呈直线升高趋势，有研究^[7]指出，西方发达国家的反流性食管炎发病率升高了 5 倍左右，其中北美发病率达到 27.8%，欧洲达到 25.9%。而我国反流性食管炎的发病率也呈逐步升高趋势，因此我国研究学者针对疾病进行了大量研究。

在研究反流性食管炎时，*Hp* 感染是导致反流性食管炎的主要原因之一，但国内外对两者之间的

关系并未达成共识。部分研究学者报道，反流性食管炎的 *Hp* 感染率比较低，所以治疗应以反流性食管炎为主，无需进行特异性抗 *Hp* 感染治疗。也有研究学者^[8]指出，*Hp* 感染是导致反流性食管炎发生的主要原因，应在对症治疗基础上，联合抗 *Hp* 感染治疗，才能提升反流性食管炎的治疗效果，降低疾病的复发率。

克拉霉素属于广谱抗生素，属于大环内酯类抗菌药物。药物进入酸性环境后，稳定性较好，可有效杀灭 *Hp*。药物可和细菌核糖体 50S 亚基进行结合反应，有效抑制蛋白合成过程，积极发挥相应的抗菌作用。再者，克拉霉素还可减轻反流物对食管黏膜造成的持续刺激，可有效治疗、控制食管黏膜炎症，增强疾病治疗效果。阿莫西林属于常用抗生素类药物，隶属于青霉素类抗菌药物，药物可有效杀灭 *Hp*、溶血性链球菌、肺炎链球菌以及流感嗜血杆菌等细菌，还可有效治疗上述细菌导致的疾病。

本研究结果显示，观察组用药有效率 97.73% 大于对照组 81.82%，观察组疾病复发率均小于对照组，表明埃索美拉唑可有效抑制胃酸分泌，减少食管反流，改善疾病临床症状，与克拉霉素以及阿莫西林联合应用可有效杀灭 *Hp*，增强反流性食管炎治疗效果。因此，研究结果间接验证了 *Hp* 感染和反流性食管炎发生的关系，患者在常规治疗联合

肠息肉内镜下摘除术后外敷中药穴位敷贴对预防复发的作用

窦英磊

【摘要】目的 探讨肠息肉内镜下摘除术后外敷中药穴位敷贴对预防复发的作用。**方法** 将2019年6月至2021年9月期间医院收治的60例肠道湿热型肠息肉患者为研究对象,按照患者组间性别、年龄、体质量指数(BMI)、病变位置均衡匹配的原则分为对照组与观察组,每组30例。两组患者均接受内镜下摘除术治疗,术后均首先给予常规的健康教育、必要的护理以及生命体征动态监测。观察组在此基础上采用外敷中药穴位敷贴治疗。比较两组临床效果。**结果** 观察组患者排气时间、排便时间、住院时间及视觉模拟评分法(VAS)评分均小于对照组($P<0.05$);经治疗后,两组患者生活质量量表评分较治疗前均显著升高,且观察组升高幅度大于对照组($P<0.05$);观察组治愈率为96.67%,高于对照组的73.33%($P<0.05$);观察组复发率为3.33%,低于对照组的26.67%($P<0.05$)。**结论** 肠息肉内镜下摘除术后外敷中药穴位敷贴能够有效预防疾病的复发。

【关键词】 肠息肉;内镜下摘除术;神阙穴;穴位贴敷;复发

中图分类号 R248.2 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2022)01-013-03

肠息肉是临床上较为常见的一种多发性疾病,随着人们生活习惯以及饮食结构地不断改变,近年来肠息肉临床患病率呈现出逐年升高的趋势^[1]。肠息肉是一种局部黏膜出现增生,从而形成单发性或者多发性的黏膜隆起样病变,某些患者会因此而导致腹部疼痛以及大便出血等方面的临床症状^[2]。虽然大部分肠息肉均属于良性病变,但是也有部分病变可能恶化,临床治疗方式主要为采用手术对病灶加以切除^[3]。目前,临床上常采用内镜下摘除术

对其加以治疗,其对机体创伤较小,且出血量小,对术后患者恢复具有重要促进作用^[4]。为了加快病情恢复速度,术后应该采取相应的措施。中医干预措施在临床上得到了较为广泛地应用,因此,应该强化术后中医干预治疗^[5]。研究主要探讨了肠息肉内镜下摘除术后外敷中药穴位敷贴对预防复发的作用,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2019年6月至2021年9月期间医院收治

作者单位:211100 江苏省南京市江宁中医院

抗Hp感染治疗后,反流性食管炎复发率减少,无疑提示临床Hp感染在反流性食管炎发生、发展、复发内发挥重要作用。

综上可知,在埃索美拉唑常规治疗反流性食管炎的基础上,联合克拉霉素及阿莫西林进行抗Hp感染治疗,效果显著。

4 参考文献

- [1] 王秀琴.抗幽门螺杆菌治疗对反流性食管炎复发率的影响[J].临床研究,2019,27(3):84-85.
- [2] 李芳芳,黄巨霞.雷贝拉唑联合莫沙必利对反流性食管炎患者幽门螺杆菌感染及炎症因子水平影响研究[J].陕西医学杂志,2019,48(10):1378-1380,1389.
- [3] 郭江芳.反流性食管炎与Hp感染的关系及埃索美拉唑联合胃苏颗粒治疗效果分析[J].北方药学,2018,15(5):136-137.

- [4] 熊德山,王用兵.Hp感染与反流性食管炎发病的关系及根除Hp治疗对患者预后的影响[J].贵州医药,2018,42(6):696-698.
- [5] 李玉龙,吕勇焕,方欢欢.幽门螺杆菌毒力基因表达与反流性食管炎发病率及病情严重程度的相关性[J].中国卫生检验杂志,2020,30(18):2264-2266.
- [6] 张茜茜,冷雪芹.血清胃蛋白酶原、胃泌素-17及幽门螺杆菌在反流性食管炎中的研究进展[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19(43):94-95,98.
- [7] 刘宏明,王建.1例反流性食管炎伴幽门螺杆菌阳性患者是否需要根除的病例分析[J].海峡药学,2018,30(4):260-261.
- [8] 吴华美,陈小曼,李建宁.幽门螺杆菌抗体分型检测在上消化道疾病中的临床价值分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2021,42(5):391-394.

[2021-09-01 收稿]

的 60 例肠道湿热型肠息肉患者为研究对象。入选标准：年龄均在 18 岁以上；经临床相关诊断，均确诊为良性肠息肉。排除标准：排除并发其他胃肠道疾病者；凝血功能障碍者；处于妊娠期或者哺乳期的女性；手术禁忌证者。所有患者对本研究治疗方案知情，且自愿签署医院发放的治疗知情同意书。研究通过医院伦理委员会批准。

按照患者组间性别、年龄、体质量指数（BMI）、病变位置均衡匹配的原则分为对照组与观察组，每组患者均为 30 例。对照组男、女性患者数分别为 17 例、13 例；年龄最小为 38 岁，最大为 70 岁，平均 50.20 ± 10.21 岁；BMI 水平为 $19.80 \sim 24.40$ ，平均 22.29 ± 1.20 ；病变所在位置：直肠、乙状结肠、升结肠以及横结肠分别为 10 例、9 例、8 例及 3 例。观察组男、女性患者数分别为 18 例、12 例；年龄最小为 36 岁，最大为 72 岁，平均 51.05 ± 10.18 岁；BMI 水平为 $19.90 \sim 24.80$ ，平均 22.34 ± 1.25 ；病变所在位置：直肠、乙状结肠、升结肠以及横结肠分别为 11 例、9 例、7 例及 3 例。两组患者基础资料比较，差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

1.2 治疗方法

两组患者均接受内镜下摘除术治疗，术后均首先给予常规的健康教育、必要的护理以及生命体征动态监测。

观察组在此基础上采用外敷中药穴位敷贴治疗，中药敷贴的具体组方包括：黄连 3g，丹皮 6g，乳香 6g，没药 6g，冰片 2g。将上述组方研磨成沫之后加入石蜡油调制成药糊状进行备用，选择神阙穴位进行贴敷，每天上午 9 点开始贴敷，下午 14 点取下，每天贴敷时间为 6h，连续贴敷 2 周。

1.3 观察指标

（1）相关指标：包括胃肠道排气时间、排便

时间、住院时间。

（2）疼痛症状：采用视觉模拟评分法（VAS）对两组患者治疗后疼痛症状加以评价^[6]，分值从 0 ~ 10 分范围之内变化，0 分表示无任何疼痛症状，10 分表示剧烈疼痛，患者疼痛症状随着分值增大而变大。

（3）生活质量状况：采用生活质量量表（SF-36）对两组患者治疗前后的生活质量状况进行评价^[7]，主要包括生理、躯体、情感职能等 8 个维度，总分为 100 分，分值越高，表明患者生活质量越佳。

（4）复发情况。

1.4 统计学方法

采用 SPSS22.0 软件对数据加以统计分析，计量资料采用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示，计数资料计算百分率（%），组间对比分别采用 t 检验与 χ^2 检验； $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组相关指标水平对比

观察组患者排气时间、排便时间、住院时间及 VAS 评分均小于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 1。

2.2 两组患者治疗前后 SF-36 评分对比

治疗前，两组患者 SF-36 评分比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；治疗后，两组患者 SF-36 评分较治疗前均显著升高，且观察组升高幅度显著大于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 2。

2.3 两组患者治愈及复发情况对比

观察组治愈率为 96.67%，高于对照组的 73.33%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；观察组复发率为 3.33%，低于对照组的 26.67%，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；见表 3。

表 1 两组患者相关指标水平比较

组别	排气时间（h）	排便时间（h）	住院时间（d）	VAS 评分（分）
对照组（ $n=30$ ）	24.29 ± 2.29	39.89 ± 4.39	8.87 ± 1.37	3.59 ± 1.02
观察组（ $n=30$ ）	18.37 ± 1.89	30.98 ± 3.32	7.18 ± 1.10	2.76 ± 0.78
t 值	10.920	8.867	5.268	3.540
P 值	0.000	0.000	0.000	0.001

表 2 两组患者治疗前后 SF-36 评分比较（分）

组别	治疗前	治疗后
对照组（ $n=30$ ）	62.27 ± 6.65	71.87 ± 7.28
观察组（ $n=30$ ）	63.04 ± 6.72	82.33 ± 8.93
t 值	0.446	4.973
P 值	0.657	0.000

表 3 两组患者治愈及复发情况比较					
组别	例数	治愈情况		复发情况	
		治愈	治愈率(%)	复发	复发率(%)
对照组	30	22	73.33	8	26.67
观察组	30	29	96.67	1	3.33
χ^2 值		4.706		4.706	
P 值		0.030		0.030	

3 讨论

肠息肉是临床上较为常见的一种消化道黏膜病变，其发病率非常高，其中最为常见的一种肠息肉类型为腺瘤性息肉，其癌变风险较高。目前，临床上常采用内镜下息肉摘除术进行治疗，该术式具有创伤小、恢复速度快等方面的优点，然而仍然有一些患者术后会出现迟发性出血、腹部疼痛、腹泻以及发热等并发症^[8-10]。

祖国医学认为，肠息肉归属于“息肉痔”等范畴，主要是由于湿热相结、下注肠道等方面的原因所引起的。祖国医学认为肠息肉内镜下切除术会使得元气、经脉受损，气血亏虚、气滞血瘀以及脾胃失和等，从而使得胃肠功能受损。胃失和降、脾失健运会对患者营养摄入产生影响，进而对患者术后康复产生较大的影响。穴位贴敷疗法最早见于《五十二病方》，是以中医理论为基础，根据中医经脉学说，选择一定的俞穴，然后使用适当的药物对其加以贴敷，通过对经络产生刺激作用，对脏腑阴阳进行调理，疏通经络气血等，从而有效预防疾病的复发^[11-12]。术后给予神阙穴位贴敷，能够缓解腹部胀痛以及降低出血风险的发生^[13]。该穴位位于脐中央位置，在任脉之上，任脉属于阴脉之海，与多条静脉之间交会。本研究所使用的穴位贴敷中药，方中黄连，清热燥湿、泻火解毒；丹皮，具有清热凉血、活血化瘀的功效；乳香，活血行气、止痛、消肿生肌；没药，活血止痛、消肿生肌；冰片，通诸窍、散郁火、开窍醒脑、去翳明目、消肿止痛。诸药合用，共奏促进胃肠道平滑肌收缩能力的恢复、改善消化系统活动等方面的功效。

综上所述，肠息肉内镜下摘除术后外敷中药穴位敷贴能够有效预防疾病的复发。

4 参考文献

[1] Hassan C,Repici A. Preface to gastrointestinal polyps[J]. Best Pract Res Clin Gastroenterol,2017,31(4):357.

[2] 王海兵. 内镜下胃息肉摘除术中实施临床护理路径的临床应用价值研究 [J]. 中国实用医药, 2016,11(16):243-244.

[3] 袁夕凤. 结肠镜治疗结直肠息肉的护理探讨 [J]. 实用临床医药杂志, 2018,22(6):47-49.

[4] Adler JM,Pohl H.Extending a healthy resection margin for large polyps:More may not be better[J]. Gastrointestinal Endoscopy,2016,84(6):1007-1009.

[5] 张新芳, 孟亚熙. 优质护理服务联合临床护理路径在大肠息肉行电凝电切术患者中的应用效果 [J]. 广东医学, 2016,37(2):318-320.

[6] 陈孝平, 汪建平. 外科学 [M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013:93.

[7] 李鲁, 王红妹, 沈毅, 等. SF-36 健康调查量表中文版的研制及其性能测试 [J]. 中华预防医学杂志, 2002,36(2):109-113.

[8] 赵爽, 温艳惠. 肠息肉内镜治疗术后并发症回顾性分析 [J]. 中国继续医学教育, 2019,11(8):127-129.

[9] 冷冰洁, 王晓, 杨小毅. 肠息肉内镜下切除治疗后发生出血的相关危险因素分析 [J]. 中国医疗器械信息, 2019(21):112-113.

[10] 朱瑞农. 胃肠息肉切除术后发生并发症的危险因素分析 [J]. 中国现代医生, 2016,54(33):15-18.

[11] 潘林梅, 孙亦农, 邱碧菡. 经穴位给药的研究应用现状及问题探讨 [J]. 中医外治杂志, 2011,20(5):3-6.

[12] 贺艳萍, 肖小芹, 邓桂明, 等. 中药穴位贴敷作用机理研究概况 [J]. 中国中医药信息杂志, 2017,24(3):134-136.

[13] 张薇. 中医护理方案对无痛内镜下肠息肉切除术患者围手术期护理的影响 [A]. 国际数字医学会. 2017 国际数字医学会数字中医药分会论文集 [C]. 国际数字医学会, 2017:2.

微量营养素支持在儿科常见病治疗中的应用效果分析

王霞

【摘要】 目的 探讨微量营养支持在治疗小儿疾病中的应用方法及效果。**方法** 选取 2018 年 1—10 月医院收治的 120 例患儿为研究对象,采用组间年龄、性别及基础病构成均衡可比的原则分为观察组(60 例)与对照组(60 例),在对症治疗基础上,对照组患儿正常饮食,观察组加以钙铁锌等维生素微量营养素治疗。比较两组患儿病症的恢复时间、复发率以及治疗前后血清相关指标改善情况。**结果** 微量营养支持干预后,观察组患儿疾病恢复时间及复发率分别为 5.3 ± 1.1 d 和 1.7%,明显低于对照组患儿的 7.9 ± 1.8 d 和 15.0%,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前两组患儿血清铁、锌和钙元素指标达标率均为 70.0%,治疗后观察组提升到 93.3%,对照组仅为 76.7%,低于观察组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 采用微量营养素支持的方法治疗患儿,可增强患儿机体免疫力,保障安全性,并改善患儿症状,有很高的应用价值。

【关键词】 微量营养支持; 小儿疾病; 临床疗效

中图分类号 R153.2 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2022)01-016-03

近年来,我国经济水平快速发展,大众生活水平和营养水平也在这个阶段得到了不断的提高和较为显著的改善。但值得注意的是,微量元素在儿童群体中的合理补充还需进行不断的提升。虽然现阶段国民生活饮食水平得到了大幅提高,但在饮食营养搭配方面却还缺乏一定的合理性,很多家长在为儿童进行营养补充时往往只注重鱼、肉等食物,反而忽略了微量元素对于儿童成长和发育的重要性。这也导致了儿童在饮食上存在偏食、挑食和厌食等毛病,从而导致儿童的身体营养状态存在不平衡和营养来源过于单一等情况。而儿童如存在营养不良的情况,就会导致其脑部发育不良和发育迟缓等问题,影响到儿童正常生长和发育。相关调研结果显示,目前 50% 儿童存在不同程度营养不良^[1]。因此,必须重视大众对于营养方面知识的了解程度,从而提高儿童身体的健康程度。人体的组织功能与生理机体要得到维持,各种微量元素发挥不可取代的作用,具体在儿科临床上,因日常生活的喂养问题,或其他疾病因素很容易导致患儿机体出现微量营养元素不同程度缺失,诱发因缺失多种微量元素的典型症状,如钙铁锌的缺失、维生素 A、维生素 D 的缺失等,将严重影响患儿的成长与发展^[1]。研究采用临床对比实验,观察在儿科常见病治疗中,实施微量营养支持对治疗效果的影响,现将结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2018 年 1—10 月医院收治的 120 例患儿为研究对象,采用组间年龄、性别及基础病构成均衡可比的原则分为观察组和对照组,每组 60 例。所有患儿家属自愿签署知情同意书。观察组男 31 例,女 29 例;年龄 1~7 岁,平均年龄 3.8 ± 0.8 岁。对照组男 33 例,女 27 例;年龄 1~8 岁,平均 3.9 ± 0.9 岁。本研究经医院伦理委员会批准。

1.2 治疗方法

120 例患儿在治疗期间均保持正常饮食和作息,医护人员负责为患儿提供良好的病房环境,定时对病房内进行消毒,定时开窗通风,将室内的温湿度控制在合适的水平,最大程度的保证患儿的治疗不会受到环境的影响。此外,两组患儿均结合其疾病情况予以对症治疗。两组患儿均持续进行 1 个月的治疗,医护人员负责照顾和观察患儿的情况,同时为患儿家属进行健康宣教。

1.2.1 对照组 正常饮食,常规护理。

1.2.2 观察组 结合患儿全面体检的结果有针对性地补充微量营养素,如钙铁锌等,强化营养支持,明确治疗目标。同时,医护人员对患儿家属进行专业指导,以此提高患儿家属对于合理营养搭配的认知程度。医护人员要求家属结合患儿机体的实际营养情况对维生素 B、维生素 C、叶酸、胡萝卜素、钙铁锌元素等进行补充(微量营养素支持),制定

针对性、个性化的饮食喂养营养支持方案。比如年龄较小的婴幼儿发育速度较快，但这阶段的小儿消化系统并不完善，容易出现消化系统功能紊乱的症状，因此更多建议针对年龄较小的婴幼儿坚持母乳喂养，适当补充维生素 A 和维生素 D，同时确保足够的光照时间和室外活动，确保提供钙质的吸收。针对年龄稍大的幼儿期患儿要加强铁元素、钙元素和锌元素的补充。针对学龄前的小儿根据其生长发育情况同时补充多种微量营养元素，增强体质和免疫力，预防营养性疾病的出现。

1.3 观察指标

治疗前后抽取患儿空腹静脉血，静置后提取血清进行相关检测，具体检测指标包括铁元素、锌元素和钙元素，详细记录并比较其微量元素达到正常值发生的变化，同时详细记录并对比两组患儿病程恢复的时间以及治疗后 1、3 和 6 个月时的复发率情况。

1.4 统计学方法

应用 SPSS22.0 统计软件处理数据，计数资料计算百分率（%），组间率比较采用 χ^2 检验；计量资

料用“均数 $\pm$ 标准差”表示，组间均数比较采用 t 检验。检验水准 $\alpha = 0.05$ ， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿疾病恢复时间与复发情况比较

观察组患儿治疗后，疾病恢复时间及复发率明显低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1 两组患儿疾病恢复时间与复发情况比较

组别	例数	疾病恢复时间(d)	复发情况
观察组	60	5.3 $\pm$ 1.1	1 (1.7)
对照组	60	7.9 $\pm$ 1.8	9 (15.0)
t 值		9.547	6.982*
P 值		0.000	0.008

* χ^2 值；（ ）内数据为百分率（%）。

2.2 两组患儿治疗前后血清钙铁锌达标情况对比

两组患儿治疗前血清铁锌钙指标达标率差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；治疗后，两组血清铁锌钙指标达到正常的人数增多，但观察组明显高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 2。

表 2 两组患儿治疗前后血清钙铁锌达标情况比较

组别	例数	治疗前		治疗后	
		达标例数	达标率（%）	达标例数	达标率（%）
观察组	60	42	70.0	56	93.3
对照组	60	42	70.0	46	76.7
χ^2 值		0.000		6.536	
P 值		1.000		0.011	

3 讨论

伴随我国社会经济的不断发展，人们生活水平不断提高，国民的营养状况也有了很好的改善。但部分地区存在儿童微量元素缺乏的问题。结合我国国民生活饮食结构现状及膳食营养存在的问题，部分小儿在成长过程中有不同程度偏食、厌食等问题，致使很多小儿出现机体营养不良、单一性营养缺乏或是营养过剩的情况，而小儿的机体营养状况又直接影响其疾病的恢复、预后以及后续的成长与发展^[2]。有临床研究显示，患儿免疫系统以及其他脏器很容易受到疾病的入侵和影响，常见的如诱发感染等并发症，严重的还会威胁生命安全^[3]。而出现早期营养不良的婴幼儿，还会影响其后续成长过程中的认知发展，使其在小儿阶段的发育落后于常人，不利于今后发展。因此，必须提高患儿家属和儿科临床医护人员对于儿童缺乏微量元素所造成的危害

性的高度重视，同时还要提高患儿家属对于儿童合理营养搭配的重视，以此降低缺乏微量元素儿童的数量，确保儿童能够健康的成长和发育。

已有临床研究证实，50%~75% 的患儿都存在不同程度营养不良的问题，这除了与患儿膳食因素相关外，还与患儿家属对营养相关知识的无知有直接关系^[4]。有学者发现机体相对脆弱的小儿在疾病发展过程中，如果机体的微量元素依旧不断流失，而后期摄入的效果不佳，就会进一步降低患儿机体的防御功能，由此可见，微量营养素支持对疾病小儿的恢复与康复非常重要^[5]。通常情况下，补充微量元素可从正常食物或特制的营养食物中获取，但患儿生病期间因其家属对相关认知了解不多，往往缺乏针对性的补充^[6]。医院提倡为疾病患儿进行全面系统的检测工作，掌握患儿机体微量元素缺乏现状，有针对性地进行微量元素的补充和支持治疗，

艾司奥美拉唑钠对重症急性胰腺炎患者肠黏膜屏障功能及炎性反应的影响

李衍强

【摘要】 目的 探讨艾司奥美拉唑钠改善重症急性胰腺炎患者肠黏膜屏障功能及减轻炎性反应的作用。**方法** 选取2019年1月—2020年1月医院重症急性胰腺炎患者62例为观察对象,按照组间基本资料均衡可比的原则分为对照组和观察组。两组均给予早期肠内营养支持治疗,观察组在此基础上应用艾司奥美拉唑钠治疗,比较两组患者疗效、肠黏膜屏障功能乳果糖/甘露醇(L/M)值、炎性反应相关因子白介素(IL)-6、IL-8、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平和继发感染、多脏器功能障碍综合征(MODS)、手术率、死亡率。**结果** 治疗后,两组肠黏膜屏障功能L/M值及IL-6、IL-8、TNF- α 水平比治疗前均明显下降,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组继发感染、MODS发生率、手术率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),两组死亡率差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 艾司奥美拉唑钠能改善重症急性胰腺炎患者肠黏膜屏障功能,减轻炎性反应,降低感染、MODS发生。

【关键词】 艾司奥美拉唑钠;重症急性胰腺炎;肠黏膜屏障功能;炎性反应

中图分类号 R576 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2022)01-018-03

重症急性胰腺炎是多种病因诱发、多脏器受累的胰腺组织炎症反应,病情凶险,预后差、死亡率高,其发生率占急性胰腺炎的20%~30%^[1]。重症急性胰腺炎患者由于肠道黏膜屏障受损,导致细菌和内毒素移位,导致继发感染,加剧炎症反应,释放大量炎症因子,加速病情恶化^[2]。艾司奥美拉唑钠属于质子泵抑制剂,有抑制蛋白酶活性、减少胰液胰酶分泌的作用,改善重症急性胰腺炎患者的病情。研究观察艾司奥美拉唑钠改善重症急性胰腺炎患者肠黏膜屏障功能及减轻炎性反应的作用,报告如下。

作者单位:571500 海南省万宁市人民医院消化内科

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年1月—2020年1月医院重症急性胰腺炎患者62例为观察对象,按照组间基本资料均衡可比的原则分为对照组和观察组,各31例。纳入标准:符合《重症急性胰腺炎诊治指南》^[3]中相关诊断标准;年龄18~70岁;无出血倾向;首次诊治。排除标准:发病至入院时间>48h;合并急性心脑血管疾病;肝肾功能不全;高钠、低钾血症;存在活动性感染;存在消化道溃疡、消化道出血

强化营养支持,不断提高患儿治疗过程的免疫力与抵抗力,并在恢复后期提高防御能力,降低复发率。结果发现,应用微量营养素支持干预的观察组患儿其疾病恢复的用时、复发率均明显降低,血清微量营养素指标达到正常的比例明显升高。

综上所述,针对疾病患儿提倡采取微量营养素支持治疗,有助于提高患儿的机体免疫力及疾病防御力,能够促进患儿尽快康复,同时还能降低疾病的复发率。

4 参考文献

- [1] 杨海宁. 儿童营养性贫血与微量营养素缺乏研究[J]. 现代医药卫生, 2015, 3(30): 109-110.

- [2] 周文娣, 袁玉芳. 营养素干预对小儿肺炎患者营养状况及结局的影响[J]. 中华全科医学, 2013, 4(8): 90-91.
- [3] 王会琴, 高伟红. 微量营养素在干预治疗肺炎反复发作中的作用[J]. 山西医药杂志(下半月刊), 2013, 11(25): 169-170.
- [4] 刘欢. 刺四缝结合营养干预治疗小儿脾失健运征厌食的临床研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2017.
- [5] 陈玲玲. 关于小儿生长发育状况与微量元素的相关性分析[J]. 养生保健指南, 2021(43): 131-132.
- [6] 常红, 王会琴, 计若田. 观察微量营养素支持在治疗小儿疾病中的效果[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(35): 247-248.

[2021-11-08 收稿]

等消化系统疾病。对照组男 17 例，女 14 例；年龄 22~69 岁，平均年龄 45.07 ± 7.65 岁；病因：胆源性 15 例，暴饮暴食 10 例，酒精性 4 例，病因不明 2 例。观察组男 18 例，女 13 例；年龄 25~70 岁，平均年龄 45.33 ± 7.21 岁；病因：胆源性 14 例，暴饮暴食 11 例，酒精性 3 例，病因不明 3 例。两组基线资料均衡，差异无统计学意义 ($P>0.05$)，有可比性。研究经过医院审核批准，所有患者及家属均签署知情同意书

1.2 治疗方法

入院后，两组患者均按照《重症急性胰腺炎诊治指南》给予禁食禁饮、抑酸、解痉等对症支持治疗。同时两组均给予早期肠内营养支持治疗，采用 Harris-Benedict 公式计算所需总热量。经鼻胃镜置入肠内营养管，输注营养液能全素，起始浓度 5%，速度 20~30ml/h。观察组在此基础上应用艾司奥美拉唑钠（江苏奥赛康药业有限公司，国药准字 H20163100）治疗：每次 40mg+0.9% 生理盐水 100ml 静脉滴注，每 12h 一次。

1.3 观察指标

（1）肠黏膜屏障功能：分别于治疗前、治疗 1d、2d、3d 后，经胃管注入含乳果糖 10g+ 甘露醇 5g 的测试液 60ml，6h 后检测尿液中的乳果糖 / 甘露醇（L/M）比值，其参考值为 0.0360 ± 0.0008 。

（2）炎症反应：治疗前、治疗 3d 后采集外周静脉血，离心取血清，检测白介素（interleukin，IL）-6、IL-8、肿瘤坏死因子- α （tumor necrosis

factor- α ，TNF- α ）水平。
（3）观察两组继发感染、多脏器功能障碍综合征（multiple organ dysfunction syndrome，MODS）、手术率、死亡率。

1.4 统计学方法

运用 SPSS25.0 统计软件处理数据，计数资料计算百分率（%），组间率比较采用 χ^2 检验；计量资料用“均数 $\pm$ 标准差”表示，两组间均数比较采用 t 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ ， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 肠黏膜屏障功能 L/M 值比较

治疗前，两组肠黏膜屏障功能 L/M 值比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)；治疗后，两组肠黏膜屏障功能 L/M 值均明显降低，但观察组低于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)；见表 1。

2.2 炎症反应比较

治疗前，两组血清 IL-6、IL-8、TNF- α 水平比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)；治疗后，两组血清 IL-6、IL-8、TNF- α 水平均明显降低，但观察组低于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)；见表 2。

2.3 预后比较

观察组继发感染、MODS 发生率、手术率均低于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)；两组死亡率差异无统计学意义 ($P>0.05$)；见表 3。

表 1 两组患者肠黏膜屏障功能 L/M 值比较

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗 3d
观察组	31	0.58 ± 0.13	0.29 ± 0.07
对照组	31	0.57 ± 0.14	0.36 ± 0.09
<i>t</i> 值		0.291	3.418
<i>P</i> 值		0.772	0.001

表 2 两组患者治疗前后炎症反应比较（mg/L）

组别	<i>n</i>	IL-6		IL-8		TNF- α	
		治疗前	治疗 3d 后	治疗前	治疗 3d 后	治疗前	治疗 3d 后
观察组	31	30.76 ± 5.17	15.96 ± 3.95	109.52 ± 12.25	85.65 ± 8.06	76.31 ± 5.63	49.27 ± 3.91
对照组	31	31.12 ± 5.22	20.37 ± 4.11	108.97 ± 12.73	93.02 ± 9.75	75.96 ± 6.09	56.39 ± 3.5
<i>t</i> 值		0.273	4.307	0.173	3.252	0.235	7.535
<i>P</i> 值		0.786	0.000	0.863	0.002	0.815	0.000

表3 两组患者治疗预后比较

组别	<i>n</i>	继发感染	MODS	手术	死亡
观察组	31	5 (16.13)	7 (22.58)	2 (6.45)	1 (3.23)
对照组	31	16 (51.61)	15 (45.16)	8 (25.81)	3 (9.68)
χ^2 值		8.713	4.509	4.292	0.267
<i>P</i> 值		0.003	0.034	0.038	0.605

() 内数据为百分率 (%)。

3 讨论

重症急性胰腺炎起病急、病情变化快、预后凶险，死亡率高达 8%~39%^[4]。重症急性胰腺炎早期给予肠内营养支持治疗符合生理过程，利于保护胃黏膜屏障，提供患者机体常规能量来源，改善机体免疫功能，减轻炎症反应，减少肠源性感染。

在重症急性胰腺炎早期，由于应激性胃肠黏膜损伤，肠黏膜屏障完整性受破坏，L/M 值升高。肠道屏障功能受损，可导致肠道内的细菌、内毒素移位，引起炎症级联反应，进而诱发全身炎症反应综合征，导致机体大量释放 IL-6、IL-8、TNF- α 等炎症因子，加重炎症反应^[5]。其中 IL-6 是一种前炎症细胞因子，介导炎症反应，参与免疫反应。IL-8 是一种趋化因子，可激活和趋化嗜中性粒细胞，启动和放大炎症反应^[6]。TNF- α 是一种炎症反应因子，有刺激巨噬细胞、趋化嗜中性粒细胞等作用，参与炎症反应^[7]。艾司奥美拉唑钠是强效质子泵抑制药，起效快，能够显著抑制胃酸分泌，升高胃内 pH 值，改善胃内环境，保护胃黏膜；减少胰液、胰酶分泌，控制病情，防止肠道屏障功能进一步受损^[8]。

研究结果显示，随着治疗时间延长，两组肠黏膜屏障功能 L/M 值改善，观察组优于对照组；同时，在治疗 3d 后观察组血清 IL-6、IL-8、TNF- α 水平比治疗前下降，低于对照组。提示，重症急性胰腺炎患者应用艾司奥美拉唑钠治疗能够改善肠黏膜屏障功能，减轻机体炎症反应。分析原因，可能是艾司奥美拉唑钠通过调节胃酸、胰液、胰酶等分泌释放，控制病情，减轻应激性胃肠黏膜损伤，并促进肠黏膜屏障功能恢复，减少细菌、内毒素移位，抑制机体炎症反应，减少 IL-6、IL-8、TNF- α 释放。研究结果显示，观察组继发感染、MODS 发生率、手术率低于对照组，两组死亡率差异无统计学意义。提示，艾司奥美拉唑钠能够减少重症急性胰腺炎发生继发感染、MODS，降低手术率，但不能降低患

者的死亡率。分析原因，可能是艾司奥美拉唑钠通过调节胃酸、胰液、胰酶等分泌释放，减轻应激性消化道黏膜损伤，保护肠黏膜屏障，减少细菌、内毒素移位所致的炎症反应和炎症损伤，保护脏器功能，减少肠源性感染发生和 MODS，对阻止病情恶化及降低手术率有一定的积极作用。

综上所述，艾司奥美拉唑钠能改善重症急性胰腺炎患者肠黏膜屏障功能，减轻炎症反应，降低感染、MODS 发生。

4 参考文献

- [1] 陈霞, 乔江蓉, 孙巍. 生长抑素联合艾司奥美拉唑治疗 SAP 的疗效观察 [J]. 西南国防医药, 2019, 29(8): 834-836.
- [2] 刘敏星, 陆士奇, 陈国林, 等. 奥美拉唑及乌司他丁联合大剂量奥曲肽治疗重症急性胰腺炎临床评价 [J]. 中国药业, 2018, 27(22): 46-49.
- [3] 中华医学会外科学分会胰腺外科学组. 重症急性胰腺炎诊治指南 [J]. 中华外科杂志, 2007, 45(11): 727-729.
- [4] 廖长福, 邹世斌. 生长抑素联合奥美拉唑对重症急性胰腺炎血清炎症因子与肠道黏膜屏障功能的影响 [J]. 海南医学院学报, 2018, 24(24): 2133-2136.
- [5] 余婷媛, 税金凤, 李亚男. 奥美拉唑联合免疫肠内营养治疗重症急性胰腺炎的临床疗效及对 T 淋巴细胞亚群和细胞因子的影响 [J]. 解放军医药杂志, 2018, 30(3): 73-76.
- [6] 王珂. 急性胰腺炎患者血清 IL-6、IL-8 水平变化结果分析 [J]. 医学检验与临床, 2018, 29(10): 45-46.
- [7] 李小锋, 曹小平, 龚君佐, 等. 血清 PCT、CRP、IL-6 对急性胰腺炎病情严重性及预后判断 [J]. 湖南师范大学学报 (医学版), 2020, 17(4): 106-109.
- [8] 吴智勇, 童小兰. 生长抑素联合奥美拉唑辅助治疗对重症急性胰腺炎患者腹内高压及肠道黏膜屏障功能的影响 [J]. 实用心脑血管病杂志, 2018, 26(1): 123-125.

[2021-06-09 收稿]

血清胱抑素 C 与高血压及其肾功能损伤的关系

陈亚

【摘要】 目的 探究血清胱抑素 C (Cystatin C, Cys C) 与高血压肾功能损伤的关系, 为疾病预测和临床治疗提供参考依据。**方法** 选择 2019 年 3 月—2020 年 1 月间医院收治的 88 例高血压患者, 并以肾小球滤过率 (glomerular filtration rate, GFR) 检测结果作为肾功能损伤判定标准, 分为肾功能正常组 ($GFR \geq 90\text{ml/min}$)、轻度损伤组 ($GFR 60\sim 90\text{ml/min}$) 和中度以上损伤组 ($GFR < 60\text{ml/min}$)。检测 CysC、空腹血糖、体质量指数, 分析 Cys C 与高血压患者血压水平及肾功能的相关性。**结果** 高血压患者不同血压水平之间 CysC 水平比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 且 Cys C 水平随着患者血压水平的升高而升高。高血压患者不同肾功能水平之间的 Cys C 水平比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 且 CysC 水平随患者肾功能损伤程度的加重而逐渐升高。**结论** Cys C 指标与高血压患者血压水平及肾功能损伤的严重性具有密切关系, 是临床诊断、治疗的重要参考指标。

【关键词】 血清胱抑素 C; 高血压肾功能损伤; 相关性

中图分类号 R544.1 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2022)01-021-03

长期高血压将导致患者肾脏保持较高的灌注和滤过状态, 随着病程时间的延长, 患者肾脏功能将出现不同程度的损害, 严重者危及患者的健康及生命安全。近年来, 随着高血压患者的不断增加, 高血压肾功能损伤患者呈逐年上升趋势^[1]。及早诊断、明确损伤程度并及时进行临床干预治疗可有效阻止或延缓高血压肾功能损害进展^[2]。高血压肾功能损伤早期症状不明显, 传统肾功能检查指标具有一定滞后性, 其灵敏性和特异性易受年龄、身高、机体成分、急性反应等因素的影响^[3]。血清胱抑素 C (Cystatin C, Cys C) 是由有核细胞产生的非糖基化碱性低分子蛋白质, 生成速度稳定且不受其他因素的影响, 通过肾小球的滤过, 在近端肾小球的上皮细胞处被重吸收和代谢, 肾脏是清除循环中 Cys C 的惟一器官, 且 Cys C 生成速度及其在血液中含量的都相对稳定, 受其他因素影响较小^[4]。因此, 通过对高血压患者 Cys C 进行分析, 探讨 Cys C 与高血压患者及其肾功能损伤的关系, 为临床诊疗提供依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

经医院伦理委员会同意后, 选择 2019 年 3 月—2020 年 1 月医院收治的 88 例高血压患者为研究对象。其中男性 40 例, 女性 48 例; 年龄 24~78 岁。纳入标准: ①所有受试者均符合《中国高血压防治

指南 2018 年修订版》^[5] 中高血压诊断标准; ②患者意识清晰, 临床资料完整, 患者 (或家属) 均签署实验知情书。排除标准: ①肾源性肾病患者、合并糖尿病患者、恶性肿瘤患者、继发性高血压患者、严重心血管疾病患者; ②妊娠期或哺乳期患者。根据 ECT 检测结果, 将 26 例 $GFR \geq 90\text{ml/min}$ 患者纳入肾功能正常组; 将 32 例 $GFR 60\sim 90\text{ml/min}$ 患者纳入肾功能轻度损伤组; 将 30 例 $GFR < 60\text{ml/min}$ 患者纳入肾功能中重度损伤组, 各肾功能组患者基线资料见表 1。

1.2 实验室检测

抽取患者空腹静脉血 3ml。采用日立 7180 全自动生化分析仪及其配套试剂结合微粒子免疫比浊法对 Cys C 进行测定; 受试者注射菊粉跟踪剂后, 根据菊粉在血浆中的浓度、受试者排尿量、尿液中菊粉浓度, 结合受试者体重、性别等因素计算肾小球滤过率 (GFR)。标本采集、检验均由同一组工作人员严格按照检验科操作规程完成。

1.3 统计学方法

采用 SPSS21.0 软件进行统计学分析, 计数资料组间构成比较采用 χ^2 检验; 计量资料用“均数 $\pm$ 标准差”表示, 三组间均数比较采用单因素方差分析; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 不同血压水平患者的 Cys C 表达

不同血压水平患者的 Cys C 表达结果显示, 三

表 1 各肾功能组患者基线资料一览表

组别	例数（男 / 女）	年龄（岁）	空腹血糖（mmol/L）	体质量指数（BMI）	收缩压（mmHg）	舒张压（mmHg）
正常组	26（12/14）	47.22 ± 3.51	6.47 ± 1.57	26.13 ± 2.54	148.57 ± 5.28	92.33 ± 2.41
轻度损伤组	32（14/18）	55.95 ± 5.23	6.52 ± 1.66	26.09 ± 2.75	149.26 ± 5.90	93.06 ± 2.99
中重度损伤组	30（14/16）	62.77 ± 6.06	6.64 ± 1.38	25.88 ± 2.60	151.38 ± 6.82	93.62 ± 3.19
<i>F</i> 值	0.060*	64.51	0.092	0.075	1.680	1.375
<i>P</i> 值	0.970	0.000	0.912	0.927	0.193	0.258

* 为 χ^2 值。

组间的 Cys C 水平比较, 差异有统计学意义($P<0.05$), 且 Cys C 水平随着患者血压水平的升高而升高, 表明 Cys C 水平与高血压患者的血压水平有关, 详见表 2。

表 2 各组受试者 Cys C 指标比较

血压水平（mmHg）	例数	Cys C（mg/L）
140~159/90~99	25	0.60 ± 0.14
160~179/100~109	35	1.06 ± 0.21
≥ 180/110	28	2.20 ± 0.52

$F=169.349$, $P=0.000$ 。

2.2 不同肾功能水平患者的 Cys C 表达

不同肾功能水平患者的 Cys C 表达结果显示, 组间的 CysC 水平比较, 差异有统计学意义($P<0.05$), 且 CysC 水平随患者肾功能损伤程度的加重而逐渐升高, 表明 Cys C 水平与肾功能损伤程度有关, 详见表 3。

表 3 各组受试者 Cys C 指标比较

组别	例数	Cys C（mg/L）
正常组	26	0.50 ± 0.12
轻度损伤组	32	1.03 ± 0.18
中重度损伤组	30	2.48 ± 0.35

$F=521.568$, $P=0.000$ 。

3 讨论

GFR 是反映肾功能最重要的指标, 菊粉和放射性核素物质清除率被认为是测定 GFR 的金指标, 但测定放射性核素物质价格昂贵且具有放射性, 且部分患者（如妊娠期妇女）不能使用, 限制其在临床中的应用^[6]。肌酐清除率 (Cer)、血清肌酐 (Scr) 及尿素 (UREA) 是传统实验室常用指标, 但由于肾脏有较强的代谢能力, 患者肾功能损伤早期时肌酐 (Cr)

及 UREA 变化并不明显, 仅在肾脏功能下降到 50% 时才会升高, 无法实现肾脏损伤的早期诊断, 且其敏感度和特异性容易受到肾内和肾外各种因素的影响, 因此其作为早期肾功能受损的指标受到一定限制。

本文结果显示, Cys C 与 GFR 呈负相关, Cys C 指标与高血压等级呈正相关, 这与魏丽丽等^[7]研究结果相近, 说明 Cys C 是诊断高血压早期肾功能损伤的理想指标, 具有较高的诊断准确性。原因可能与以下因素有关: Cys C 于 20 世纪 80 年代中期被瑞典学者发现。Cys C 属于一种非糖基化碱性低分子量（13359D）蛋白质, 由所有有核细胞产生, 生成浓度稳定且无昼夜节律的变化, 能够自由通过肾小球滤膜, 其浓度与 GFR 呈良好的线性关系。Cys C 在有核细胞中均可持续产生, 在机体内产生速率恒定, 经肾小球自由滤出, 不由肾小管分泌和重吸收, 循环中只能由肾脏清除, 不易受其他因素或急性反应的影响, 受检者的 GFR 会直接影响患者血清（或血浆）中 Cys C 的浓度, 因此具有较高的灵敏性和特异性, 能够较早的发现肾脏滤过功能受损, 是一种精确、简便、灵敏的 GFR 评价指标, 将 Cys C 作为判断 GFR 的重要指标能够为高血压早期肾功能损伤诊断提供有效依据。苏津自等^[8]有文献表示, 血清胱抑素 C 公式、Cockcroft-Gault 公式和 MDRD 简化公式在评价肾功能损伤中均具有较高敏感性, 但血清胱抑素 C 公式优于其他两组公式。有学者发现^[9], Cys C 可通过促进细胞外基质的降解机制和血管壁的重塑机制来参与动脉粥样硬化的发展, 血管舒张功能的减退与 Cys C 升高密切相关, 因此 Cys C 指标通常于高血压等级呈正相关。符琴等学者^[10]通过分析 90 例老年原发性高血压患者的 Cys C 指标发现, 原发性高血压患者的 Cys C 指标在肾损伤早期时已存在变化, 说明 Cys C 指标在肾损伤早期的判断中具有重要作用。

氯雷他定治疗小儿过敏性紫癜的临床效果分析

马亮亮 高钱*

【摘要】 目的 观察分析小儿过敏性紫癜予以氯雷他定治疗对改善症状的作用。方法 选择2020年1月—2021年8月医院收治的78例小儿过敏性紫癜患儿作为研究对象,根据组间基本资料均衡可比的原则分为观察组和对照组,每组39例。对照组行甲基强的松龙单一治疗,观察组基于对照组基础上施加氯雷他定干预。比较两组症状改善时间、临床疗效及炎症因子水平。结果 观察组各项症状消失时间均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组治疗后的炎症因子水平均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组治疗的总有效率达97.44%,高于对照组的82.05%,但差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 对小儿过敏性紫癜患儿予以氯雷他定治疗,可改善症状,降低炎症反应,有临床推广应用前景。

【关键词】 过敏性紫癜;小儿;症状;氯雷他定

中图分类号 R725.5 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2022)01-023-03

过敏性紫癜所致的皮肤紫癜、呕吐便血及腹部疼痛等不适症状,会严重损害患儿的身体健康,如若不加以控制干预,还可能对人体其他脏器造成不同程度的损伤,危害不可小觑。氯雷他定是临床常见的抗过敏药物,作为第二代抗组胺药,具有安全性高、抗过敏作用显著、给药次数少和作用时间长等鲜明特点,近年来已成为治疗小儿过敏性紫癜的一线用药^[1]。本研究通过对临床小儿过敏性紫癜患儿进行对比观察,进一步探讨氯雷他定治疗的临床效果,具体报告如下。

作者单位:224500 江苏省盐城市滨海县人民医院

* 通讯作者

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2020年1月—2021年8月医院收治的78例小儿过敏性紫癜患儿作为研究对象,根据组间基本资料均衡可比的原则分为观察组和对照组,每组39例。纳入标准:①与小儿过敏性紫癜的诊断标准相符;②未患有先天性疾病;③未存在其他严重皮肤性疾病;④临床资料完整^[2]。排除标准:①存在严重器质性疾病或先天性疾病者;②既往实施抗炎及免疫抑制等有关治疗者;③对实验所用药物有相关禁忌证或过敏史者;④合并凝血功能障碍或血液

4 参考文献

- [1] 朱玲,吴琳娜,曾忠仪,等.早期肾损伤标志物在老年高血压肾损害检验中的应用[J].标记免疫分析与临床,2018,138(4):86-90.
- [2] 朱丽娜.探讨血清胱抑素CC与四种尿微量蛋白联合检测在早期诊断肾功能损伤中的意义[J].健康大视野,2019,11:266-267.
- [3] 丁茜萍,张华,鲁杰,等.老年高血压患者早期肾功能损害与血压晨峰的相关性研究[J].中外医学研究,2019,17(15):8-10.
- [4] 李政波,王雪.血清胱抑素CC与肾功能损害的关系及血清胱抑素CC对早期高血压肾损害患者的临床观察分析[J].吉林医学,2018,39(1):55-58.
- [5] 《中国高血压防治指南》修订委员会.中国高血压防治指南2018年修订版[J].心脑血管病防治,2019,19(1):1-44.
- [6] 曾凤伟,程木华.肾小球滤过率的测定方法及进展[J].新医学,2011,42(2):123-126.
- [7] 魏丽丽,徐新娟,珠勒皮亚·司马义,等.血清胱抑素C在高血压患者肾功能评价中的应用[J].中华高血压杂志,2014,22(1):79-81.
- [8] 苏津自,王芳兵,姚月嫔,等.比较胱抑素C与采用血清肌酐估测肾小球滤过率在高血压病、糖尿病患者肾功能分期中的价值[J].福建医科大学学报,2012,46(1):55-59.
- [9] 岳建宏,刘娟,吉婷,张春利.血清Hcy与Cys-C检测在妊娠期高血压疾病患者中的变化及临床意义[J].贵州医药,2021,45(9):1455-1456.
- [10] 符琴,王成.血清胱抑素C在老年原发性高血压患者肾功能损害诊断中的应用价值[J].中国医药指南,2012,10(32):48-49.

[2021-11-11 收稿]

性疾病者；⑤临床资料存在缺失或虚假者^[3]。对照组男 21 例，女 18 例；年龄 2 ~ 11 岁，平均年龄 6.52 ± 0.92 岁；病程 3 ~ 10d，平均 6.49 ± 0.51 d。观察组男 22 例，女 17 例；年龄 2 ~ 12 岁，平均年龄 7.01 ± 0.95 岁；病程 2 ~ 12d，平均 7.01 ± 0.55 d。两组临床资料的数据差异无统计学意义 ($P>0.05$)，研究具有可比性。研究获得医院医学伦理委员会的批准，且患儿家属知情同意参与。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 采用糖皮质激素进行治疗，药物择取甲基强的松龙注射液（国药集团容生制药有限公司，批准文号：国药准字 H20070007）15 ~ 30mg/（kg·d），将其与 5% 葡萄糖注射液混合，给予患儿静脉滴注，滴注时间控制在 1 ~ 2h。给药 72h 后，给予患儿甲基强的松龙口服，剂量为 1 ~ 2mg/（kg·d），分早中晚 3 次服用完毕。连续用药 2 周。

1.2.2 观察组 基于对照组基础上施加氯雷他定（天方药业有限公司，批准文号：国药准字 H20067066）治疗，根据患儿体重选择用药剂量，体重在 30kg 以上的患儿为 1 次 10mg，体重在 30kg 及以内的患儿为 1 次 5mg，每日口服 1 次。连续用药 2 周。

1.3 观察指标

（1）皮肤紫癜、腹痛、便血、呕吐、水肿及关节肿痛等症状方面的消失时间^[4]。

（2）临床疗效：判定标准为症状与体征显著

减轻或完全消失，各项检查指标均趋于正常的患儿为显效；症状体征与各项检查指标均有所好转的患儿为有效；未达以上任一情况的患儿为无效^[5-6]。总有效率 = （显效 + 有效）/ 总观察例数 $\times 100\%$ 。

（3）干预前后的炎症因子水平：包括 C 反应蛋白（CRP）、免疫球蛋白 A（IgA）、补体 C3、补体 C4^[7]。

1.4 统计学处理

应用统计学软件 SPSS20.0 进行分析，计数资料组间率比较采用 χ^2 检验；计量资料以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示，组间均数比较采用 t 检验。检验水准 $\alpha = 0.05$ ， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者症状分析

治疗后，观察组各项症状消失时间均短于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

2.2 两组患者疗效比较

观察组治疗无效 1 例，总有效率达 97.44%，与对照组 82.05% 比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，见表 2。

2.3 两组炎症因子比较

干预前，两组炎症因子水平相近，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；干预后，观察组 CRP、IgA、补体 C3、补体 C4 水平均优于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 1 两组患者症状分析 (d)

组别	例数	皮肤紫癜	腹痛	便血	呕吐	水肿	关节肿痛
对照组	39	8.38 ± 1.74	4.84 ± 0.62	3.57 ± 0.52	4.32 ± 0.73	6.71 ± 1.46	7.52 ± 1.31
观察组	39	6.27 ± 1.19	3.26 ± 0.51	2.27 ± 0.39	2.31 ± 0.52	5.36 ± 1.25	5.01 ± 1.09
t 值		6.564	12.906	13.115	14.005	4.606	9.658
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表 2 两组患者疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率 (%)
对照组	39	14	18	7	82.05
观察组	39	19	19	1	97.44

$\chi^2 = 3.482$, $P = 0.062$ 。

表 3 两组患者炎症因子比较

指标	CRP (mg/L)		IgA (ng/L)		补体 C3 (g/L)		补体 C4 (g/L)	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n=39)	17.13 ± 2.09	12.01 ± 1.24	4.76 ± 0.58	3.39 ± 0.35	1.51 ± 0.24	1.19 ± 0.12	1.03 ± 0.10	0.71 ± 0.06
观察组 (n=39)	17.19 ± 2.06	9.53 ± 1.21	4.79 ± 0.58	2.07 ± 0.30	1.53 ± 0.22	1.01 ± 0.09	1.02 ± 0.09	0.50 ± 0.05
t 值	0.134	9.386	0.228	17.882	0.403	7.869	0.487	17.631
P 值	0.894	0.000	0.820	0.000	0.688	0.000	0.627	0.000

3 讨论

小儿过敏性紫癜并非简单皮肤病，而是一种起病较急的全身性血管炎综合征，除引起典型皮肤改变以外，还会累及小儿的消化道及肾脏系统，导致小儿出现恶心呕吐、腹痛、呕血等不良症状，甚至发生肾脏损害，严重威胁小儿的身体健康和生长发育。专家表示，临床尚未明晰小儿过敏性紫癜的发病原因，多普遍认为与食物过敏、微生物感染、药物使用及疫苗接种等因素有关，且近年来的发病率不断攀升，已成为影响小儿生活质量的主要风险因素^[8]。此外，小儿过敏性紫癜的病程时间长、症状多变且容易反复发作，进一步增加了临床诊疗难度，亟待探索更为安全有效的治疗方案。药物治疗具有疗效确切、简单易行等鲜明特点，已成为临床治疗小儿过敏性紫癜的常用举措。分析发现，激素类药物是临床治疗小儿过敏性紫癜的方式之一，以期通过血管通透性的降低，实现患儿症状缓解。但需要注意的是，小儿过敏性紫癜是一个长期控制过程，激素类药物的单一长期服用，易降低患儿的机体免疫力，进一步增加治疗难度。同时，该药物单一治疗小儿过敏性紫癜的复发率较高，易导致疾病久治不愈、反复发作，使患儿遭受更大痛苦。随着临床研究深入，发现抗过敏药物的合理使用，也能在改善小儿过敏性紫癜症状方面产生积极影响。氯雷他定作为第二代抗组胺药，不仅抗过敏功用显著，而且药物不易通过血脑屏障，无中枢抑制作用，安全性较高，近年来已成为治疗小儿过敏性紫癜的常用抗过敏药物^[9]。此外，该药物代谢周期长，每天只需服用 1 次，也在一定程度上降低了药物不良反应，保证了治疗安全性^[10]。本研究结果显示，观察组在各项症状方面的消失时间较短，且治疗后的炎症因

子水平较优，表明氯雷他定具有安全无毒、抗过敏作用显著等鲜明特点，结合激素共同应用于小儿过敏性紫癜的治疗中，能发挥药物协同作用，促进患儿症状改善和疗效提升。

4 参考文献

[1] 朱橙, 罗新福. 氯雷他定联合甲基强的松龙冲击治疗小儿过敏性紫癜的效果 [J]. 中国当代医药, 2021, 28(4):130-132,136.

[2] 王凤梅. 氯雷他定联合甲基强的松冲击治疗小儿过敏性紫癜的疗效分析 [J]. 保健文汇, 2021,22(2):153-154.

[3] 鲁志坚. 孟鲁司特钠与氯雷他定联合用药方案治疗小儿过敏性紫癜的临床效果及安全性 [J]. 当代医学, 2021,27(15):55-57.

[4] 殷殷. 孟鲁司特钠联合氯雷他定在小儿过敏性紫癜中的治疗效果观察 [J]. 医药前沿, 2021,11(15):100-101.

[5] 姜英红. 孟鲁司特钠配合氯雷他定治疗小儿过敏性紫癜的临床疗效观察 [J]. 世界最新医学信息文摘 (连续性电子期刊), 2021,21(12):198-199.

[6] 卢素敏, 张桂聪, 龙丽娜. 氯雷他定联合甲基强的松治疗小儿过敏性紫癜的临床效果分析 [J]. 哈尔滨医药, 2021,41(3):31-32.

[7] 刘春阳. 氯雷他定联合西咪替丁治疗小儿过敏性紫癜的效果观察 [J]. 当代医学, 2021,27(17):174-175.

[8] 符改梅, 张丽华, 张小亚. 氯雷他定联合甲基强的松冲击治疗小儿过敏性紫癜的临床疗效 [J]. 贵州医药, 2020,44(2):256-258.

[9] 艾力库·艾克拜. 氯雷他定联合甲基强的松冲击治疗小儿过敏性紫癜的临床疗效分析 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020,8(16):26,28.

[10] 庄铭. 孟鲁司特钠联合地氯雷他定治疗小儿过敏性紫癜的疗效评价 [J]. 当代医药论丛, 2020,18(21):91-92.

[2021-12-22 收稿]

归脾汤加减联合西药治疗气虚血瘀型心力衰竭临床效果观察

汤翹 袁桂洪*

【摘要】 目的 观察气虚血瘀型心力衰竭患者临床西药治疗基础上,配合归脾汤加减疗法的临床有效性及应用价值。**方法** 将医院2019年1月—2021年6月收治的80例气虚血瘀症心力衰竭患者根据随机数字表法结合组间性别、年龄、病情严重程度均衡可比的原则分为对照组和观察组,每组40例。对照组予以常规抗心衰西药治疗,观察组加用归脾汤加减治疗。比较两组的疗效、治疗后的中医症状积分变化、N末端脑钠肽(NT-proBNP)、C反应蛋白(CRP)水平值的变化。**结果** 治疗后,观察组总有效率为97.50%,对照组为80.00%,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组心悸指标、疼痛指标、下肢浮肿评分均较对照组更低,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组NT-proBNP、CRP水平值均较对照组更低,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 归脾汤加减联合西药治疗在减轻气虚血瘀型心力衰竭患者临床症状的同时,可促进其炎症因子水平的改善,疗效优势显著。

【关键词】 心力衰竭;气虚血瘀型;归脾汤加减;西药治疗;炎症因子

中图分类号 R541.6 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2022)01-026-02

心力衰竭是临床患病率及死亡率均较高的心血管疾病,往往会给患者带来较大的经济负担^[1]。针对该症患者以利尿剂、扩血管药为常用药物,但长期应用西药无法取得理想效果,且极易引发不良反应^[2]。中医学认为,心力衰竭属于“心胀、心衰”等范畴,其病机是久病体虚入络,导致心气耗损严重,同时会伴有心功能减退情况。心主血脉,在心气耗损的影响下,致使血脉鼓动无力,运行受阻,并于心脏部位留滞,最终造成气虚血瘀而引发疾病。临床救治该症患者时,应坚持益气利尿、活血化瘀的治疗原则^[3-4]。本研究采用归脾汤加减联合西药治疗心力衰竭(气虚血瘀型),取得较好的临床效果,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年1月—2021年6月收治的80例心力衰竭患者为研究对象,均属气虚血瘀症。根据随机数字表法结合组间性别、年龄、病情严重程度均衡可比的原则分为对照组和观察组,每组40例。观察组男女分别为24例(60.00%)、16例(40.00%);年龄52~80岁,均值 68.69 ± 10.63 岁;病程4~10年,均值为 6.25 ± 1.93 年;心功能分级Ⅱ级、Ⅲ级分别为26例、14例;合并症:心律失常共计21例,

冠心病共计10例,高血压共计9例。对照组男女分别为28例(70.00%)、12例(30.00%);年龄54~81岁,均值 68.73 ± 10.72 岁;病程4~12年,均值为 6.38 ± 1.95 年;心功能分级Ⅱ级、Ⅲ级分别为28例、12例;合并症:心律失常共计18例、冠心病共计12例、高血压共计10例。两组的一般资料具有可比性($P>0.05$)。经医院医学伦理委员会批准以及患者知情同意后开展研究。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准:①年龄介于52~81岁;②均与心力衰竭相关诊断条目相符^[5],且中医症候明确判断为气虚血瘀证^[6];③对所涉及治疗药物无禁忌证;④病情稳定持续14d以上。排除标准:①合并急性心力衰竭或内分泌疾病者;②重要脏器功能不全者;③罹患精神系统疾病或意识障碍者;④依从性不佳者。

1.3 治疗方法

两组患者均施行常规抗心力衰竭西药治疗,包括利尿剂、正性肌力药物、 β 受体拮抗剂等。基于此,观察组加用归脾汤加减疗法。组方:黄芪15g、白术12g、茯苓12g、酸枣仁12g、党参12g、当归12g、龙眼肉10g、远志10g、木香9g、生姜4片。针对下肢水肿者,可在基础方上加用茯苓15g、泽泻30g进行治疗。针对心悸者,可在基础方上加用柏子仁15g、五味子10g;针对胸闷心痛同时伴有痰瘀者,可在基础方上加薤白15g、瓜蒌30g、红花

作者单位:213200 江苏省常州市金坛区中医医院内科

* 通讯作者

10g、郁金 15g。将上述药物以 1000ml 温水浸泡 0.5 小时，煎至药液 200ml。分 2 次服用，每次 100ml。28 天为 1 疗程，两组均持续治疗 28 天。

1.4 观察指标

(1)临床疗效: 显效为心力衰竭症状经治疗后，取得基本控制，心功能改善等级至少 2 个；有效为心功能等级经治疗后改善 1 ~ 2 个等级；无效为心功能等级经治疗后改善未达 1 个等级或出现加重现象。总有效率 = 显效率 + 有效率。

(2)中医症候: 观察并记录两组心悸、疼痛、下肢浮肿等症状，均采用 3 级评分法，各 1 ~ 3 分，对应症状严重程度分别为轻、中、重度。

(3)炎性指标: 两组实施不同药物治疗前后，对患者空腹静脉血进行采集。采用 ECLIA、荧光定量免疫分析仪对其 N 末端脑钠肽 (NT-proBNP)、C-反应蛋白 (CRP) 水平进行评测对比。

1.5 统计学处理

采用统计学软件 SPSS23.0 分析处理数据，计数资料计算百分率，组间率的比较采用卡方检验；计量资料采用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示，组间比较采用 t 检验； $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

治疗后，观察组总有效率为 97.50%，对照组总有效率为 80.00%，组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	40	28	11	1	97.50
对照组	40	20	12	8	80.00

$\chi^2=4.507, P=0.034$ 。

2.2 两组中医症状积分比较

治疗前，组间心悸指标、疼痛指标、下肢浮肿的评分，差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)；治疗后，观察组评分均较对照组更低，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)；见表 2。

2.3 两组炎性因子比较

治疗前，组间 NT-proBNP、CRP 水平值差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)；治疗后，观察组炎性因子指标值均较对照组更低，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)；见表 3。

表 2 两组中医症状积分比较 (分)

组别	<i>n</i>	心悸		疼痛		下肢浮肿	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	2.78 ± 0.69	1.32 ± 0.48	2.38 ± 0.46	1.14 ± 0.25	2.87 ± 0.78	1.19 ± 0.28
对照组	40	2.81 ± 0.72	1.63 ± 0.51	2.39 ± 0.48	1.72 ± 0.32	2.88 ± 0.81	1.69 ± 0.42
<i>t</i> 值		0.190	2.799	0.095	9.033	0.056	6.265
<i>P</i> 值		0.849	0.006	0.925	0.000	0.955	0.000

表 3 两组间炎性因子比较

组别	<i>n</i>	NT-proBNP (ng/L)		CRP (mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	13020.54 ± 213.51	456.45 ± 73.29	16.88 ± 3.68	6.63 ± 2.27
对照组	40	13020.78 ± 213.67	918.72 ± 104.53	16.72 ± 3.79	9.75 ± 3.15
<i>t</i> 值		0.005	22.901	0.192	5.082
<i>P</i> 值		0.996	0.000	0.849	0.000

3 讨论

近年来，心力衰竭临床患病率呈持续增加趋势。针对该症单一使用西药治疗的远期疗效不佳。在气虚血瘀型心力衰竭的治疗中，中医学逐渐受到了重视^[7]。中医学理论认为，气虚血瘀型心力衰竭病机是由于患者久病体虚，机体损伤严重，心功能减弱，心气损耗过度，继而导致气血运行受阻，从而引发气虚血瘀症状。慢性心力衰竭是因心脏疾病或其他脏器疾病长时间未能得到彻底根治而引发疾病^[8]。

针对心力衰竭临床症状以气虚血瘀症为主要表现者需坚持益气利尿及活血化瘀的治疗原则^[9-10]。中药归脾汤加减方中，黄芪具有排毒利尿、补气固表的治疗效果；生姜可起到止咳化痰、驱寒止呕的治疗效果；酸枣仁可起到宁心敛汗的治疗效果；当归可起到润肠道、活血的治疗效用；龙眼肉可发挥养血补心的作用；白术、党参可起到益气补中的治疗效用；木香具有行气止痛的效用；上述药物合用主要可起到益气利尿和活血化瘀的治疗目的。本研究显

甘姜苓术汤加减治疗慢性盆腔炎性痛经的疗效观察

罗超

【摘要】 目的 探讨甘姜苓术汤加减治疗慢性盆腔炎性痛经的临床疗效。**方法** 以2017年5月—2020年5月医院收治的90例慢性盆腔炎性痛经患者为研究对象。依据随机数字表法结合组间性别、年龄、病情严重程度均衡可比的原则分为对照组和观察组,每组45例。对照组给予常规西药治疗,观察组给予西药联合甘姜苓术汤加减治疗。比较两组患者治疗后的临床疗效,不良反应发生率,及治疗前后的症候积分。**结果** 观察组的总有效率为95.56%,高于对照组的80.00%,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组的总证候积分、痛经症状积分及药物不良反应发生率均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 甘姜苓术汤加减方治疗慢性盆腔炎性痛经能够有效消除炎症反应,缓解痛经,利于机体恢复,实属安全、可行的用药方案。

【关键词】 慢性盆腔炎;痛经;甘姜苓术汤;加减治疗;临床价值

中图分类号 R271.9 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2022)01-028-03

盆腔炎属妇科炎症,结构上指女性生殖器官、子宫周围及盆腔腹膜等处所产生的炎症,可一处或几处同时发病。正常情况下女性生殖系统自身具备完善的防御机制,细菌入侵一般不会成功。然而,若患者处于产后、经期等抵抗力相对薄弱的时期,稍不注意即可损害防御功能,从而引发盆腔炎^[1]。究其病因,盆腔炎与细菌感染、不良性行为、邻近器官炎症刺激等密切相关。慢性盆腔炎病情顽固,多因急性期末及时就诊,或治疗不彻底迁延而成。

作者单位:213200 江苏省常州市金坛区中医医院妇产科

患者临床表现以下腹部胀痛、腰骶部酸痛为主,尤其是月经期或性交后症状更甚,部分患者也可伴有经期、经血量异常^[2-3]。此外,不少患者长期遭病痛折磨,出现不同程度的精神萎靡、失眠、全身乏力等症状,对自身健康、正常工作与活动造成严重影响,也不利于家庭和谐^[4]。为避免病情经久不愈,对患者正常妊娠造成障碍,自觉症状并及时就诊十分重要。西药治疗慢性盆腔炎见效快,但有时多种抗菌药物联用所取得的效果不甚理想^[5-6],且长期服用可能导致肠胃菌群失衡,自身免疫力下降。目

示,同比对照组,观察组的临床疗效及中医症状缓解效果更加显著,且在炎症因子改善方面更具优势($P<0.05$)。

综上,在抗心力衰竭西药治疗基础上,加用中医药归脾汤加减治疗能明显促进气虚血瘀型心力衰竭患者中医症状的积极改善及临床疗效的提升,同时对机体炎性状态具有良好的调节作用。

4 参考文献

- [1] 周洪伟,张冰,赵海鸿,等.强心通脉汤加减联合西药治疗气虚血瘀型慢性心力衰竭的疗效及安全性分析[J].四川中医,2019,43(12):78-81.
- [2] 周旭,张海艳,杨玉刚,等.三参汤加减治疗气虚血瘀型心衰临床疗效观察[J].四川中医,2019,37(3):86-88.
- [3] 李玉明,张子明,杨向红,等.四逆加黄连方结合西医常规疗法治疗慢性心力衰竭气虚血瘀证临床研究[J].国际中医中药杂志,2020,42(11):1064-1068.
- [4] 李星星,吴旻,林泉,等.益气活血利水方辅助治疗慢

性心力衰竭气虚血瘀水停证的随机对照试验[J].中医杂志,2019,60(20):36-41.

- [5] 张洪颖,石可,王绍久,等.《中国心力衰竭诊断和治疗指南2018》亮点解读[J].中国血液流变学杂志,2019,29(1):124-126.
- [6] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002:77-85.
- [7] 刘俊杰,赵慧辉,张建,等.基于“虚,毒,瘀”浅述芪参颗粒治疗慢性心力衰竭气虚血瘀证中医理论依据[J].世界中医药,2019,14(6):120-122.
- [8] 裴云芳.归脾汤治疗气虚血瘀型慢性充血性心力衰竭临床观察[J].中国现代医生,2018,56(8):143-146.
- [9] 郭陈鑫.归脾汤联合西药治疗气虚血瘀型慢性充血性心力衰竭36例临床观察[J].数理医药学杂志,2020,33(1):84-85.
- [10] 石旺清.归脾汤加减治疗气虚血瘀型慢性心力衰竭的效果评价[J].中外医学研究,2020,18(36):2.

[2021-09-24 收稿]

前临床上针对慢性盆腔炎多主张综合疗法，辩证用药以加快炎症恢复。研究旨在探讨甘姜苓术汤加减方在治疗慢性盆腔炎的临床效果，现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2017 年 5 月—2020 年 5 月医院收治的 90 例慢性盆腔炎性痛经患者为研究对象。纳入标准：①问诊及病理检查确诊慢性盆腔炎性痛经；②本人签署同意书；③对所用药物无禁忌或过敏；④有性生活史。排除标准：①存在陈旧性宫外孕；②存在子宫内膜病变；③造血系统严重障碍；④近 1 个月内接受过抗生素治疗。依据随机数字表法结合组间性别、年龄、病情严重程度均衡可比的原则分为对照组和观察组，每组 45 例。观察组中，年龄在 26 ~ 44 岁，平均 36.21 ± 3.02 岁；月经周期 26 ~ 33d，平均 29.53 ± 2.12 d；病程 5 ~ 23 个月，平均 14.06 ± 1.45 个月；痛经程度：20 例为轻度，16 例为中度，9 例为重度。对照组中，年龄在 24 ~ 48 岁，平均 35.93 ± 2.85 岁；月经周期 25 ~ 31d，平均 29.04 ± 1.96 d；病程 6 ~ 21 个月，平均 14.33 ± 1.28 个月；痛经程度：23 例为轻度，15 例为中度，7 例为重度。两组临床资料具有可比性 ($P>0.05$)。研究方案经医院医学伦理论证审核批准。

1.2 治疗方法

90 例患者入院后即接受基础检查，慎起居，避风寒。指导患者日常注意休养与腹部保暖，腹痛较严重者可自行调整半卧位。治疗期间禁止性生活，保持外阴清洁。饮食方面宜清淡，补充蛋白质，宜食具有活血、益气功效的食物。

1.2.1 对照组 采用常规西药治疗。口服左氧氟沙星片（长春海悦药业股份有限公司，国药准字 H20203307，规格 0.5g），单次用药 0.5g，2 次 /d。口服甲硝唑片（上海信谊万象药业股份有限公司，国药准字 H31020379，规格 0.2g），单次用药 0.4g，2 次 /d。叮嘱患者按时、按量服药（经期除外），共治疗 2 个月经周期。

1.2.2 观察组 在对照组基础上联合甘姜苓术汤加减治疗。取干姜、茯苓、白术、延胡索及桂枝各 15g，白芍、炙甘草各 12g，小茴香 10g，吴茱萸 6g 做药方。上述药材加水煎制，头煎留药汤晾至温热，指导患者早、晚服下。二煎时将药液浓缩至 200ml 左右，晾至 38 ~ 40 摄氏度，取适当长度的插管为患者行保留灌肠 60min，1 剂 /d。随证加减：时常

周身乏力者，加黄芪 20g、党参 15g，以补气固表；腰骶部酸痛者，加杜仲、续断各 15g，桑寄生 10g，以强筋通络；触及腹中痞块者，加丹参 30g，莪术、三棱、半枝莲各 10g，以活血消癥；白带量多者，加苍术、白芷各 10g，以燥湿祛脓。避开患者经期，共治疗 2 个月经周期。

1.3 观察指标

（1）临床疗效：炎症指标恢复，下腹部无压痛，停药 3 个月内无反复即为显效；炎症指标及下腹部压痛有明显改善即为有效；无上述指征，或病情深入即为无效。有效率 = （显效 + 有效）/ 总例数 $\times 100\%$ 。

（2）中医证候积分：借助中医证候积分量表对患者整体状态予以评测，量表采用 4 级评分（0 ~ 3 分）。痛经症状积分借助简版症状积分量表完成评测，积分越低表明症状越轻。

（3）不良反应：观察患者用药期间有无出现不良反应（如恶心、腹泻、呕吐等），如实记录组内出现反应的例数及严重程度，遵医嘱作相应处理。

1.4 统计学方法

数据处理采用 SPSS22.0 统计学软件，计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”表示，组间均数比较采用 t 检验；计数资料计算率，组间率的比较采用卡方检验； $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗后临床疗效的比较

治疗后，观察组的总有效率为 95.56%，高于对照组的 80.00%，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

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率（%）
观察组	45	27	16	2	95.56
对照组	45	22	14	9	80.00

$\chi^2=5.075, P=0.024$ 。

2.2 两组患者的总证候积分、痛经症状积分比较

治疗前，两组总证候积分、痛经症状积分对比，差异均无统计学意义 ($P>0.05$)；治疗后，两组患者总证候积分、痛经症状积分均降低，且观察组低于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)；见表 2。

2.3 两组患者的不良反应发生率比较

观察组药物不良反应共 3 例（恶心 2 例、呕吐 1 例），发生率为 6.67%，低于对照组的 24.44%，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 3。

表2 两组患者治疗前后总证候积分、痛经症状积分差异分析(分)

组别	例数	总证候积分		痛经症状积分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	45	20.42 ± 3.55	9.22 ± 1.03	11.74 ± 1.46	6.52 ± 0.76
对照组	45	20.85 ± 3.29	15.18 ± 2.24	11.53 ± 1.28	9.81 ± 1.05
<i>t</i> 值		0.596	16.216	0.726	17.027
<i>P</i> 值		0.553	0.000	0.470	0.000

表3 药物不良反应组间差异分析

组别	例数	恶心	腹泻	呕吐	发生率(%)
观察组	45	2	0	1	6.67
对照组	45	5	2	4	24.44

$\chi^2=5.414$, $P=0.020$ 。

3 讨论

女性分娩后宫颈口处于开放状态,易受到感染引发盆腔炎。其次,经期不注意私处清洁,或是宫内避孕器放置不当,也容易导致子宫感染细菌,进一步诱发盆腔炎^[7]。慢性盆腔炎与中医学“带下过多”“热入血室”有相似之处,属“带下”“痛经”“腹痛”等范畴,患者多遗留痛经、带下多、月经失调等表现。该病症多为内里邪热残留,肆意冲撞与之气血相搏,故凝聚难祛^[8],导致病情日久难愈,患者长期损耗气血,向外表现为症状虚实错杂。应用辨证治疗除内服药外,也可结合保留灌肠、热敷、理疗等方式,以获得更好的疗效^[9]。作为辨治寒湿证的基础代表方,甘姜苓术汤全方以温化寒湿为主,主治肾着、腰部冷痛、妇女带下等症,实际用药时常作为基础方加减^[10]。方中干姜性热,兼具通脉、温中散寒之功效,配伍甘草可除寒通气、止腹痛;白术可健脾燥湿,其根茎挥发油成分对肝硬化腹水、慢性腰痛均有疗效;茯苓甘平益气,与白术配伍既燥湿又利湿。此外,对于辨治相兼杂病者合方运用药效最为理想:主寒症者,干姜可酌情加量;主湿症者可酌情加用茯苓;夹杂气虚者可酌情加用白术。本研究结果显示观察组总有效率为95.56%,高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。总证候积分,痛经症状积分,不良反应发生率均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

综上所述,甘姜苓术汤加减方治疗慢性盆腔炎性痛经能够有效消除炎症反应,缓解痛经,利于机

体恢复。

4 参考文献

- [1] 韩志平,夏阳.中药治疗盆腔炎性疾病所致痛经疗效观察[J].实用中医药杂志,2014,30(2):96-97.
- [2] 梁一民,金英.中西医结合治疗慢性盆腔炎的研究进展探究[J].医药前沿,2016,6(9):193-194.
- [3] 何小妹.清热利湿化瘀汤联合针灸治疗慢性盆腔炎湿热瘀结证的临床疗效[J].内蒙古中医药,2020,39(3):140-142.
- [4] 黄晓青,陈欢宇,洪敦恕.中西医结合护理在慢性盆腔炎中的应用干预体会[J].黑龙江中医药,2020,49(5):193-194.
- [5] 李娟,张小妹.活血化瘀及行气止痛联合中药熏蒸治疗慢性盆腔炎的临床观察[J].当代医学,2020,26(33):125-126.
- [6] 李利,王振美.慢性盆腔炎患者的治疗方法及临床效果观察[J].中国现代药物应用,2020,14(8):214-215.
- [7] 刘冬.中西医结合治疗慢性盆腔炎的效果观察[J].当代医药论丛,2020,18(17):224-225.
- [8] 邢恺,骆丽娜,孙小英,等.中医药综合疗法治疗湿热瘀结型慢性盆腔炎30例[J].浙江中医杂志,2020,55(12):886.
- [9] 马媛媛,霍军.中西医结合治疗妇科慢性盆腔炎的临床观察[J].中国医药指南,2020,18(26):123-124.
- [10] 李其香,黄宗菊.甘姜苓术汤加减治疗慢性盆腔炎性痛经疗效观察[J].实用中医药杂志,2018,34(8):892-893.

[2021-12-15 收稿]

吴门医派蒋示吉止吐方化裁外敷治疗化疗呕吐的效果及安全性

赵江

【摘要】 目的 探讨吴门医派蒋示吉止吐方化裁外敷治疗化疗呕吐的效果及安全性。**方法** 选取 2019 年 1 月—2020 年 12 月医院收治的 80 例恶性肿瘤患者为研究对象,采用随机数字表,并结合组间匹配原则将患者分为对照组和观察组,每组 40 例。对照组采用阿扎司琼治疗;观察组在对照组的基础上联合蒋示吉止吐方化裁的外敷治疗。比较两组患者治疗后的临床疗效和安全性。**结果** 治疗第 3 天后,观察组患者的呕吐控制总有效率高于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$);观察组患者的恶心和呕吐持续时间与对照相比显著缩短,且观察组患者的不良反应发生率均明显低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 吴门医派蒋示吉止吐方化裁外敷治疗化疗呕吐能显著缩短患者呕吐持续时间,疗效显著,而且不良反应小。

【关键词】 蒋示吉; 中药外敷; 化疗呕吐; 安全性; 临床研究

中图分类号 R273 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2022)01-031-03

恶性肿瘤已成为我国居民死亡的首要原因,且恶性肿瘤的死亡率呈现逐年上升的趋势。目前,化疗仍旧是治疗恶性肿瘤的主要手段之一,但是化疗周期长,会导致多种不良反应的发生,进而影响患者的康复^[1]。化疗后呕吐属于中医学的“呕吐”“反胃”范畴,化疗药物为“药毒”“药邪”类,致使胃气虚弱,损伤脾胃,胃气上逆^[2]。中医治疗化疗后呕吐主要以降逆止呕、补益脾肾、消脾除满为治疗原则^[3]。清代吴门医派第二代医家蒋示吉认为“药先入于胃,脾胃自伤不能运化药味”,因此在治疗化疗呕吐过程中可以采用中药外敷疗法进行治疗^[4]。本研究采用清代吴门名医蒋示吉止吐方化裁外敷治疗化疗呕吐,观察其治疗效果和安全性,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择 2019 年 1 月—2020 年 12 月医院收治的 80 例需要进行化疗的恶性肿瘤患者作为研究对象,所有患者均经过病理学检查证实为恶性肿瘤患者,纳入标准:①临床病理学检查诊断为恶性肿瘤;②身体状况满足化疗条件;③化疗前无其他因素导致的呕吐;④无精神类疾病;⑤患者和家属同意参与研究并签署知情同意书。排除标准:① 24h 内未使用过止吐药;②化疗前已经发生呕吐;③有颅内高压及消化道梗阻所致的呕吐;④拒绝接受外敷治疗等。采用随机数字表,并结合组间匹配原则将患者

分为对照组和观察组,每组 40 例。对照组中,男性 22 例,女性 18 例;年龄 33 ~ 70 岁,平均年龄 52.14 ± 4.61 岁;包括肺癌患者 9 例,胃癌患者 6 例,结肠癌患者 10 例,乳腺癌患者 8 例,胰腺癌患者 7 例。观察组中,男性 23 例,女性 17 例;年龄 32 ~ 72 岁,平均年龄 53.89 ± 5.68 岁;包括肺癌患者 7 例,胃癌患者 10 例,结肠癌患者 12 例,乳腺癌患者 6 例,胰腺癌患者 5 例。两组患者的一般资料比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$)。本次研究经过医院伦理委员会审批同意。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 采用阿扎司琼治疗,化疗前 0.5 小时滴注 10mg。盐酸阿扎司琼氯化钠注射液,生产厂家:正大天晴药业集团股份有限公司,国药准字: H20163211,规格 100ml(10mg)。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上联合中药外敷治疗。外敷中药配方颗粒(相当于生药):生姜 20g,煅赭石 20g,陈皮 25g,姜半夏 20g,丁香 20g,每日 1 剂,将相应中药配方颗粒混匀,用醋调和成膏敷于神阙穴(位于脐部),用消毒纱布覆盖并无菌敷料固定,化疗当天开始用药,每日换药 1 次,化疗药物前 1 ~ 2 小时外敷,每次外敷 4 ~ 6 小时,连续使用 3 ~ 6 天,用药当天开始观察患者呕吐情况,连续观察 6 天。

1.3 观察指标

(1) 疗效:采用 WHO 制定的抗癌类药物急性毒性以及亚急性毒性表现分级标准制定。按患者恶心、呕吐等症状分为 0 ~ IV 度。无恶心、呕吐症

状为 0 度；恶心、呕吐症状不影响进食和生活为 I 度；呕吐可自行控制，对进食和生活有一定影响为 II 度；呕吐症状需要进行治疗，严重影响正常生活为 III 度；呕吐频发，难以控制，无法进食为 IV 度。治疗总有效率 = (0 度例数 + I 度例数) / 总病例数 × 100%。

(2) 患者恶心、呕吐持续时间。

(3) 不良反应发生率：主要的不良反应包括头痛头晕、腹部不适、便秘等，不良反应发生率越低，安全性越高。

1.4 统计学处理

统计学处理采用 SPSS22.0 软件，计量资料采用“均数 ± 标准差”表示，组间均数比较采用 *t* 检验；计数资料计算百分率，组间率比较采用 χ^2 检验；*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗后呕吐控制的总有效率比较

治疗第 1 天，观察组和对照组患者的呕吐控制总有效率比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗第 3 天后，观察组患者的呕吐控制总有效率高于对照组，差异有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

2.2 两组患者恶心、呕吐持续时间比较

完成周期化疗后，观察组患者的恶心及呕吐持续时间均低于对照组，差异有统计学意义 (*P* < 0.05)。见表 2。

2.3 两组患者的不良反应发生率比较

观察组患者的不良反应发生率低于对照组，差异有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 1 两组患者治疗呕吐控制的总有效率比较

组别	观察例数	呕吐控制例数		
		第 1 天	第 3 天	第 6 天
观察组	40	5 (12.50)	17 (42.50)	34 (85.00)
对照组	40	6 (14.29)	8 (20.00)	23 (57.50)
χ^2 值		0.056	4.713	7.384
<i>P</i> 值		0.813	0.030	0.007

() 内数据为百分率 (%)。

表 2 两组化疗患者恶心、呕吐持续时间对比 (天)

组别	恶心持续时间	呕吐持续时间
观察组 (<i>n</i> = 40)	4.25 ± 1.36	3.86 ± 2.60
对照组 (<i>n</i> = 40)	6.11 ± 1.28	5.74 ± 2.19
<i>t</i> 值	6.299	3.498
<i>P</i> 值	0.000	0.001

表 3 两组化疗患者的不良反应发生率对比

组别	头痛头晕	腹部不适	便秘	不良反应发生率 (%)
观察组 (<i>n</i> = 40)	2	1	2	12.50
对照组 (<i>n</i> = 40)	4	5	4	32.50

$\chi^2 = 4.588$, *P* = 0.032。

3 讨论

化疗在当前阶段仍然是治疗恶性肿瘤的主要方法之一，但是化疗期间患者容易发生恶心、呕吐等不良反应，根据相关统计结果显示，化疗期间发生

恶心呕吐的患者约占 75% 左右^[5]。虽然恶心、呕吐并不致命，但其为患者最恐惧的不良反应之一，很多患者因而拒绝继续进行化疗^[6]。研究发现，化疗期间恶心、呕吐症状发生的主要原因为化疗药物刺

激胃肠道黏膜,化疗药物在患者肠腔集聚时,刺激肠嗜铬细胞释放 5-羟色胺等神经递质,结合腹腔迷走神经末梢的 5-羟色胺受体,产生神经冲动,刺激脑干延髓网状结构背外侧的呕吐中枢,引起呕吐^[7]。

清代吴门医派士材学派第二代医家蒋示吉的《医宗说约》提到“至哉坤元调脾胃,万物资生无病类;胃阳纳受是所司,脾阴消化精神遂”,从生理上认识到脾胃为后天之本。然而,化疗药物为“药毒”“药邪”类,致使胃失和降,胃气上逆,导致患者在化疗后出现恶心呕吐,食欲不振等一系列胃肠反应^[8]。《医学源流论》中提到“外治法,用膏贴之,闭塞其气,使药性从毛孔而入其腠理,通经贯络,在皮肤筋骨之间,或提而出之,或攻而散之,较服药尤捷报。”中药外敷疗法是以经络和穴位为载体及通道,使药物直接作用于相关脏器,通过经络和穴位对药物的敏感性和放大效应,激发药物的效果^[9-10]。研究发现,中药外敷法在防治化疗所致恶心呕吐等不良反应中具有较好的临床疗效,而且在哮喘、脑卒中也有很好的临床应用^[11]。中药外敷具有作用广泛,安全有效,且价格低廉,不良反应小的特点,但是也有一定的局限性,如见效慢、治疗周期长、需要患者长期配合,对于一些急、重患者并不适用^[12]。此外,研究表明,中药外敷的吸收不经过肝脏代谢,因此不容易引发肝脏和消化系统的不良反应,可以保证药物的吸收率,药效维持时间长^[13]。将中药敷于神阙穴,能显著起到理气宽中、和胃降逆、温和健脾的作用,发挥止吐效应,达到消除和减轻化疗导致的消化道不良反应^[14]。蒋示吉《医宗说约》卷之一呕吐篇云:“干呕有声吐有物……。不呕不吐为恶心……平胃病自息。半夏陈皮共霍香,……一匙姜汁临服入”。生姜可降逆止呕、温胃散饮;半夏可降逆和中止呕;陈皮可理气健脾、燥湿化痰;易霍香为丁香温中降逆,加强外用透药性,煅赭石可降摄肺胃之逆气,加强平胃之效;上述药物配伍,相互协同发挥补虚降逆、和胃止吐的功效。

本研究结果显示,治疗第3天后,观察组患者的呕吐控制总有效率高于对照组,患者的恶心和呕吐持续时间均低于对照组,不良反应发生率低于对照组。由此可见,吴门医派蒋示吉止吐方化裁外敷治疗化疗呕吐能显著缩短患者呕吐持续时间,疗效

显著,而且不良反应小,值得推广应用。

4 参考文献

- [1] 龚自坤,郑秋惠,梅凯雁.肿瘤化疗后恶心呕吐的中医治疗研究进展[J].亚太传统医药,2020,16(9):200-205.
- [2] 沈一炜,姜静,陈帅,等.林胜友主任中医师治疗化疗相关性呕吐经验[J].浙江中医药大学学报,2020,44(11):4.
- [3] 钟祖军.降逆止呕方对恶性肿瘤化疗致消化道延迟反应的疗效分析[J].中国实用医药,2020,15(22):3.
- [4] 张青萍.傅萍主任中医师治疗慢性胃炎临床经验[J].饮食保健,2018,5(5):91.
- [5] 刘远识,陈心,伍龙,等.胃复安联合 5-HT₃受体拮抗剂在化疗相关恶心呕吐患者中的疗效分析[J].中国医药导报,2019,16(14):83-87.
- [6] 吴静,骆玉霜,郭翠萍,等.浅谈沙利度胺用于预防化疗病人恶心、呕吐的研究进展[J].饮食保健,2020,7(30):103.
- [7] 刘倩,莫霖,黄先巧,等.中医疗法联合 5-HT₃受体拮抗剂对肿瘤患者化疗相关性恶心呕吐干预效果的网状 Meta 分析[J].中国中医基础医学杂志,2020,26(8):7.
- [8] 沈海华.艾灸联合穴位按压对顺铂类化疗药物导致的胃肠道毒副反应的改善效果观察[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(51):95-96.
- [9] 杨保香,邱颂平.邱颂平教授运用黄连温胆汤化裁治疗化疗后药物性胃肠炎经验[J].福建中医药,2019,50(2):70,78.
- [10] 于秀荣,李慧杰,齐元富.中医外治法在肿瘤常见并发症及放化疗毒副反应中的应用[J].山东中医杂志,2019(2):4.
- [11] 高焯.穴位贴敷应用于乳腺癌化疗护理中对患者恶心呕吐反应的影响分析[J].医学美学美容,2019,28(2):99-100.
- [12] 田亚男,李雯静.中药穴位贴敷在肺癌患者呼吸困难中的临床效果及安全性研究与护理应用[J].健康之友,2019(19):250-251.
- [13] 陈斯琪,聂克.基于网络药理学探讨小半夏汤防治化疗性恶心呕吐的作用机制[J].中国实验方剂学杂志,2020,26(3):10.
- [14] 刘海燕,张蕾,毛华.神阙穴中药贴敷配合情志护理对胃癌术后患者身心状态的影响[J].新中医,2020,52(21):3.

[2021-12-22 收稿]

激光联合中医药治疗皮肤病临床效果分析

夏宏

【摘要】 目的 探究皮肤病实施激光联合中医药治疗的效果。**方法** 以2018年9月—2021年9月医院皮肤科收治的皮肤病患者为研究对象。选择其中采用激光联合中医药治疗的29例患者作为观察组,按组间匹配的原则选择单用激光方式干预的29例患者作为对照组。比较分析两组的性激素水平、生活质量,以及取得的治疗效果和产生的不良反应实际情况。**结果** 与对照组比较,观察组生活质量各维度评分明显升高,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组皮肤病治疗有效率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组不良反应发生率低,但差异无统计学意义($P>0.05$);观察组雌二醇(E_2)、孕酮(Pro)、促卵泡生成素(FSH)、黄体生成素(LH)均明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 针对皮肤病患者,通过采用激光联合中医药治疗,能够改善患者的性激素水平,提升疾病疗效,明显改善疾病预后,提升生活质量,具有临床应用价值。

【关键词】 皮肤病;激光;中医药;生活质量评分

中图分类号 R751.05 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2022)01-034-03

临床上常见的皮肤病有20大类,主要是发生于人体皮肤、黏膜、附属器等产生的疾病总称。在新时期的发展过程中,随着我国政治经济文化的进步,人们生活习惯的转变、生活节奏的加快,相应的精神紧张、压力增大等情况频显,无规律的生活,以及电子产品的刺激等均使得皮肤病发生率呈现出逐渐上升的趋势。而相反的像细菌、真菌感染类皮肤病占比相对较低。激光是临床上主要用于治疗皮肤病的方式,可以不用花费太长的时间便气化掉病变皮肤组织,增生胶原蛋白,修复局部皮肤,并直接作用于皮肤表层发挥作用,促使患者皮肤恢复为正常、健康的水平状态^[1]。而中医药疗法因其自身所具备的增效减毒,以及操作便捷、价格低廉、安全有效等的功用同样在临床上获得广泛应用,取得不错的效果。基于此,本研究探讨激光联合中医药治疗皮肤病的疗效,现将结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

以2018年9月—2021年9月医院皮肤科收治的皮肤病患者58例为研究对象。选择其中采用激光联合中医药治疗的29例患者作为观察组,按组间匹配的原则选择单用激光方式干预的29例患者作为对照组。纳入标准:提供详细资料;意识清楚,行为自主;累及鼻部、上唇、前额;无药物过敏史;符合皮肤病诊断标准^[2]。排除标准:妊娠或

作者单位:215421 江苏省太仓市沙溪人民医院皮肤科

哺乳期妇女;其他病变可能造成的色素沉着;合并精神疾病、血液系统等严重的原发性疾病;患有严重糖尿病;免疫功能极度低下;临床资料不全;无法按规定要求治疗者。对照组男10例,女19例;年龄22~66岁,平均年龄 45.29 ± 4.09 岁;病程10~33个月,平均 20.49 ± 3.23 个月。观察组男11例,女18例;年龄21~68岁,平均年龄 48.44 ± 4.06 岁;病程11~35个月,平均 20.94 ± 3.21 个月。两组患者皮肤病各项指标比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。患者签订知情同意书,研究经医院伦理审核。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 临床激光干预治疗选择波长1064nm的Nd-YAG仪器。患者佩戴眼罩,在清洁完患处皮损部位之后,用Q开关1064nm激光仪,在距离患处皮肤大概4~5cm处,完成2~3次反复平扫,主要方式:用右手紧握治疗头,在垂直于皮损的部位均匀化平扫。色斑较深时,可按照实际情况科学合理的增加次数,主要还是以皮肤出现微微潮红即可。完成治疗之后,对用激光干预的皮损部位进行20min左右的冰敷,以减轻患者皮损部位的灼烧感。共干预10次,间隔3周平扫激光治疗1次。

1.2.2 观察组 基于对照组激光治疗的基础上,联合安全有效的中医药方式进行干预治疗。

(1)中药治疗组方:川芎、桃仁各10g,枳壳、香附各12g,当归20g,炙甘草6g,以及生地黄、白芍各15g。伴肝郁气滞症者,加柴胡10g,郁金

10g，水煎服；若脾虚湿盛症者，加薏苡仁 30g，厚朴 9g，茯苓 15g，早晚各 1 剂，连续治疗 4 周。同时注意好休息，保持充足的睡眠，不要食用虾蟹辛辣刺激性食物，忌烟酒，可以适当的运动。

（2）灵龟八法针灸疗法：治疗时选用开穴为主穴，并选用外关配合临泣、列缺配合照海、后溪配合申脉，完成灵龟八法针法中的八脉交会穴相配治疗。

（3）耳穴压丸法：按照患者皮肤病实际病症选择配合穴位，并以卵巢、面颊、肺、内分泌等为主穴，穴位处贴用王不留行籽，每日轻柔揉搓。

1.3 观察指标

（1）生活质量：共 4 个领域，共 26 个项目，每一领域中各 35 分，主要有社会、躯体、环境、心理，依据世界卫生组织生存质量测定量表（WHOQOL-BREF），评分越高则患者生活质量越好^[3]。

（2）性激素水平：促卵泡生成素 (FSH)、雌二醇 (E₂)、孕酮 (Pro)、黄体生成素 (LH) 等，完成具体的评估方案^[4]。

（3）临床疗效：判定标准为无效，患者的皮损病灶面积无变化或加深；有效，患者的皮损病灶处有肉眼可见的颜色变浅，皮损面积显著缩小；显效，患者皮损病灶面积几乎消失，颜色变为常态化^[5]。治疗总有效率 =（显效 + 有效）/ 总例数 × 100%。

（4）不良反应：包括感染性脓疱、色素沉着、红斑等。总发生率 =（感染性脓疱 + 色素沉着 + 红斑例数）/ 总例数 × 100%^[6]。

1.4 统计学方法

通过 SPSS22.0 统计学软件分析数据，计数资料计算百分率（%），组间率比较采用 χ^2 检验；计量资料用“均数 ± 标准差”表示，组间均数比较采用 t 检验；检验水准 $\alpha=0.05$ ， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者生活质量比较

治疗后，与对照组社会、环境、躯体和心理评分相比，观察组生活质量均明显较高，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），表明运用激光联合中医药治疗后患者的生活质量更佳，见表 1。

2.2 两组患者临床疗效比较

对照组皮肤病治疗总有效率为 68.97%，观察组为 96.55%，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），表明运用激光联合中医药治疗皮肤病的效果更佳，见表 2。

2.3 两组患者不良反应发生率比较

对照组皮肤病治疗后不良反应发生 7 例（24.14%），观察组红斑发生 1 例（3.45%），但差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），说明患者对运用激光联合中医药治疗皮肤病具有安全性，见表 3。

2.4 两组患者性激素水平变化比较

与对照组各项激素水平比较，观察组 E₂、Pro、FSH、LH 均明显较低，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），表明运用激光联合中医药治疗皮肤病，患者性激素水平改善状况更佳，见表 4。

表 1 两组患者生活质量评分比较（分）					
组别	例数	社会	躯体	环境	心理
观察组	29	27.33 ± 5.22	25.29 ± 5.47	24.62 ± 5.48	24.45 ± 5.42
对照组	29	18.26 ± 4.21	17.24 ± 4.18	17.23 ± 4.12	17.10 ± 4.21
t 值		7.283	6.297	5.804	5.767
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

表 2 两组患者临床疗效比较					
组别	例数	无效	有效	显效	总有效率（%）
观察组	29	1	18	10	96.55
对照组	29	9	15	5	68.97

$\chi^2=7.733$ ， $P=0.005$ 。

表 3 两组患者不良反应发生率比较					
组别	例数	色素沉着	感染性脓疱	红斑	总发生率（%）
观察组	29	0	0	1	3.45
对照组	29	2	3	2	24.14

$\chi^2=3.625$ ， $P=0.057$ 。

表4 两组患者临床上分析性激素水平变化比较

组别	例数	E ₂ (pmol/L)	Pro(ng/ml)	LH(IU/L)	FSH(nmol/L)
观察组	29	176.11 ± 26.11	14.55 ± 2.38	12.99 ± 1.72	10.17 ± 1.44
对照组	29	244.21 ± 33.25	18.01 ± 3.01	18.81 ± 3.55	14.29 ± 2.85
<i>t</i> 值		8.674	4.856	7.945	6.948
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

因临床上皮肤病的种类较多,目前尚且有一些类型的皮肤病未明确病因。如色素性疾病黄褐斑,中医称之为黧黑斑,为难治的损容性疾病,发病原因并不十分明确,临床上初步认定,其发病和紫外线照射、内分泌紊乱、不良情绪等因素密切相关^[7]。之前临床上治疗此类色素性皮肤病,多选用药物外涂、外敷的方式,中药多选用玉容散粉末,茯苓粉、白芷粉外敷,但是最终取得的效果却是微乎其微,无法获得理想的皮肤病治疗效果,分析其阻碍患者皮肤吸收药物的原因,主要是外部皮损部位对患者内部皮肤组织产生的遮挡作用,最终难以将外涂药物的药效有效发挥出来。

因此随着新时期的发展,我国医疗技术水平的进步,激光以及传统医学均为皮肤病患者的治疗提供福音。本研究运用调Q开关1064nm激光治疗的原理为,皮损部位经激光平扫,可以很好地吸收黑色素颗粒,色素颗粒在短时间内吸收了脉冲能量后,出现了膨胀和破裂的碎片,这些碎片通过患者的血液或皮屑排出,实现良好的改善患者皮肤病变的效果,淡化了色斑。但是需要注意的是,此种方式治标不治本,且所用疗程较长,极易在治疗后再次复发。所以通过联合中医药的方式进行干预治疗,以活血化瘀、调节脏腑为原则。中药方剂中的炙甘草调理脾胃,川芎可祛风止痛调经,香附理气解郁,枳壳疏肝理气,当归活血,调经,生地黄、白芍凉血、补血,且桃仁活血祛瘀。诸药合用可弥补激光治疗治标不治本的不足,实现良好的调补肝肾、活血化瘀的功效^[8]。另外,白芍降低血小板聚集,当归对黑色素合成有一定的抑制功效,生地黄能调节激素水平。多种中药联合应用治疗可有效消除色素沉着,取得不错的治疗效果。本研究结果显示,对皮肤病

患者,通过采用激光联合中医药治疗,可改善患者的性激素水平,降低感染性脓疱、色素沉着、红斑等不良反应发生率,安全性较高,且可明显提升生活质量,产生的作用显著。

综上所述,通过把激光联合中医药治疗的方式用于皮肤病患者,安全有效,明显改善性激素水平,促进生活质量的提升,适合应用于临床推广。

4 参考文献

- [1] 陈体高,叶小霞,相勇,等.祛白汤联合308nm准分子激光治疗白癜风的临床疗效及对生活质量影响观察[J].广州中医药大学学报,2021,38(3):490-495.
- [2] 杨明,柯友辉,赖敏.超脉冲CO₂点阵激光联合山豆根治疗增生性瘢痕的疗效及对生活质量的影响[J].中国中西医结合皮肤性病杂志,2019,18(5):291-294.
- [3] 刘燕婷,惠坤,赵雅静,等.毫火针联合激光治疗囊肿型痤疮30例临床研究[J].江苏中医药,2018,50(7):56-58.
- [4] 谢军,蒋献,刘刚,等.积雪苷霜软膏联合点阵CO₂激光治疗痤疮凹陷性瘢痕的疗效观察[J].中华中医药学刊,2018,36(9):2287-2290.
- [5] 胡文韬,蒋宜芳,曾义燕,等.755nm皮秒激光联合超分子水杨酸对女性黄褐斑患者MASI评分及生活质量的影响[J].中国医疗美容,2021,11(6):81-84.
- [6] 沈利玲.益气活血祛斑汤口服联合氢醌膏外涂治疗女性气虚血瘀型黄褐斑30例[J].中国中医药科技,2020,27(4):664-665.
- [7] 孙璐璐,刘华绪,王真真,等.毫火针辅助308nm准分子激光治疗不同部位白癜风疗效观察[J].中国针灸,2019,39(9):936-939,952.
- [8] 宋业专,陈羽建,卢润超,等.半导体激光照射联合中药冷膜治疗面部化妆品接触性皮炎疗效观察[J].中国保健营养,2017,27(5):322-323.

[2021-12-23 收稿]

吴茱萸汤联合针刺治疗肝胃虚寒型反流性食管炎的疗效观察

牛昉 程红杰 张乃卫 阎玲 徐珊珊

【摘要】 目的 探讨吴茱萸汤联合针刺治疗肝胃虚寒型反流性食管炎(RE)的临床疗效。**方法** 将医院2019年8月—2021年8月收治的76例肝胃虚寒型RE患者,按照随机数字法结合组间性别、年龄、病情严重程度均衡可比的原则,分为对照组和观察组,每组38例。治疗组采用吴茱萸汤联合针刺治疗,对照组采用常规针刺治疗。对比两组患者的治疗效果、治疗后的中医症状积分变化及不良反应发生率。**结果** 治疗组的总有效率高于对照组,但差异无统计学意义($P>0.05$);治疗前,两组患者主症与次症的中医症状积分差异无统计学意义($P>0.05$);治疗1个月后,治疗组患者的烧心、反酸、神疲乏力、纳差、上腹痛、大便稀溏、苔白腻等中医症状积分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗组的不良反应发生率接近于对照组,差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 吴茱萸汤联合针刺治疗肝胃虚寒型RE患者可改善中医症状,且不良反应少。

【关键词】 吴茱萸汤; 针刺; 反流性食管炎

中图分类号 R259 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2022)01-037-03

肝胃虚寒型反流性食管炎(RE)的发病过程为十二指肠或胃部内容物发生反流,内容物流入食管,经胃镜检查可见食管黏膜糜烂或纤维化。RE的主要症状为嗝气、反酸、吞咽障碍等,需要进行对症治疗。西药治疗为RE的常规疗法,可以改善相关症状,但药物不良反应较多,治疗周期较长,每日的用药次数较多,患者的治疗依从性欠佳^[1]。中医学将RE归为“嘈杂”“吐酸”范畴,可通过中药方内服与针刺等中医特色疗法治疗。针刺通过穴位刺激改善胃功能,抑制疾病进展,减少复发情况。在针刺基础上联合吴茱萸汤治疗可以提高疗效,显著缓解中医症状,实现标本兼治,利于疾病转归^[2]。基于上述理论,本研究采用吴茱萸汤联合针刺治疗肝胃虚寒型RE,观察其临床治疗效果,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年8月—2021年8月收治的76例肝胃虚寒型RE患者。纳入标准:①西医诊断标准:根据《实用内科学》^[3]相关标准进行诊断,即伴有反酸和嗝气等症状;胃镜检查可见食管黏膜糜烂、破损和条状发红。结合LA分类法评估RE内镜分级,纳入A~B级患者。黏膜皱襞有破损,直径低于5mm为A级;黏膜皱襞破损的直径不低于5mm,无破损兼融合表现为B级;黏膜皱襞破损融合,破损面限于黏膜局部为C级;黏膜皱襞破损并融合,

破损面超食管壁75%。②中医诊断标准:根据《中药新药临床研究指导原则》^[4]判定为肝胃虚寒证。主症含反酸、烧心、神疲乏力、纳差与上腹痛;次症含大便稀溏、苔白腻、怕冷、脉细沉和舌质淡等。含1种主症和2种次症即可确诊。③成年患者,近3个月出现典型症状;④具备正常的沟通能力,对研究知情且同意。排除标准:①伴有心脑血管疾病;②伴消化道出血或溃疡;③肝肾功能异常;④处于哺乳或是妊娠期;⑤合并精神类疾病。采用随机数字法结合组间性别、年龄、病情严重程度均衡可比的原则分为对照组和观察组,每组38例。观察组年龄31~66岁,均值 54.24 ± 0.59 岁;病程2~11周,均值 6.05 ± 0.48 周;体质量指数为20~29,均值 23.15 ± 0.24 。对照组年龄30~67岁,均值 54.86 ± 0.68 岁;病程3~12周,均值 6.17 ± 0.47 周;体质量指数为21~29,均值 23.34 ± 0.37 。经医院医学伦理论证审核批准开展。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 采用常规针刺治疗。取穴:足三里、太冲穴、曲泉穴、内关穴与中脘穴,采取平补平泻法,各穴位分别行针1min,留针时间为30min,每日针刺1次。

1.2.2 观察组 在常规针刺的基础上联合吴茱萸汤治疗。组方:生姜10g、陈皮10g、吴茱萸5g、太子参15g、香附12g、大枣10g。医院自煎后取药汁300ml为1剂,每日1剂,早餐前、晚餐后30min后各温服150ml。两组均治疗1个月。

1.3 观察指标

(1) 临床疗效: 根据《中药新药临床研究指导原则》^[5] 判定疗效, 疗效指数为治疗前后中医症状积分差除治疗前积分, 基本治愈: 疗效指数降幅为 100%; 显著疗效: 疗效指数降幅为 70% ~ 99%; 初见疗效: 疗效指数降幅为 25% ~ 69%; 未见疗效: 疗效指数降幅为 25% 以下。总有效为基本治愈、显著疗效、初见疗效之和。

(2) 中医症状积分: 利用 3 级评分法评估中医症状积分, 结合肝胃虚寒证相关标准, 选择主症烧心、反酸、神疲乏力、纳差与上腹痛, 次症大便稀溏、苔白腻, 主症赋值 0 ~ 5 分, 次症赋值 0 ~ 3 分, 症状与分数正相关。

(3) 观察便秘、头痛、腹泻与恶心等不良反应。

1.4 统计学分析

数据处理经由 SPSS21.0 软件完成, 计量资料以“均数 ± 标准差”表示, 组间均数比较采用两个

独立样本的 t 检验; 计数资料计算率, 组间率的比较采用卡方检验; $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为 97.37%, 明显高于对照组的 81.58%, 但两组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 1。

2.2 两组患者的中医症状积分比较

治疗前, 两组患者的中医症状积分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗 1 个月后, 观察组患者的中医症状积分低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2

2.3 两组患者的不良反应发生率比较

两组患者不良反应发生种类一致, 且总发生率接近, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 3。

表 1 两组患者的总有效率比较

组别	例数	基本治愈	显著疗效	初见疗效	未见疗效	总有效 (%)
观察组	38	18	10	9	1	97.37
对照组	38	14	11	6	7	81.58

$\chi^2 = 3.493$, $P = 0.062$ 。

表 2 两组患者的中医症状积分比较 (分)

组别	例数	烧心		反酸		神疲乏力		纳差	
		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	38	3.75 ± 0.68	1.02 ± 0.24	3.88 ± 0.79	1.08 ± 0.29	3.46 ± 0.58	0.97 ± 0.12	3.68 ± 0.75	1.05 ± 0.22
对照组	38	3.72 ± 0.64	1.86 ± 0.29	3.89 ± 0.75	1.88 ± 0.34	3.51 ± 0.53	1.62 ± 0.14	3.69 ± 0.77	1.19 ± 0.25
t 值		0.198	13.756	0.057	11.036	0.392	21.730	0.057	2.592
P 值		0.844	0.000	0.955	0.000	0.696	0.000	0.954	0.012

组别	例数	上腹痛		大便稀溏		苔白腻	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	38	3.78 ± 0.65	1.09 ± 0.35	2.01 ± 0.22	0.57 ± 0.15	2.06 ± 0.29	0.55 ± 0.13
对照组	38	3.75 ± 0.64	3.42 ± 0.39	2.02 ± 0.26	0.96 ± 0.16	2.08 ± 0.27	0.64 ± 0.19
t 值		0.203	27.409	0.021	8.297	0.035	2.410
P 值		0.840	0.000	0.984	0.000	0.972	0.018

表 3 两组患者的不良反应发生率比较

组别	例数	便秘	头痛	腹泻	恶心	发生率 (%)
观察组	38	0	1	1	1	7.89
对照组	38	1	2	1	2	15.79

$\chi^2 = 0.504$, $P = 0.478$ 。

3 讨论

RE 的发病原因是食管下段括约肌的原有张力

有所下降, 使食管的抗反流能力下降, 十二指肠或是胃内部的内容物发生反流, 对食管黏膜造成损害。

临床多通过西药治疗改善症状,可提升患者的生活质量。常用药为质子泵抑制剂,虽能抑制胃酸的实际分泌量,缓解反流所致的暖气或反酸症状,但可能导致病情反复,远期疗效欠佳。有研究显示,RE采取质子泵抑制剂治疗的6个月内疾病复发率约为20%,具有明显的治疗局限^[6]。除此之外,质子泵抑制剂的给药方式多为口服用药,用药频率高,多为每日3次,患者的用药依从性较差,长时间用药可能会诱发恶心、腹泻等不良反应,甚至会有部分患者出现严重不适感,多被用于辅助治疗。

肝胃虚寒型RE在中医学中属于慢性病变范围,并未对其进行明确命名,结合临床表现将其归为“嘈杂”“吐酸”范畴,发病部位在食管,发病过程与脾胃、肝胆等多个脏器相关^[7]。RE的病机为肝失疏泄,情志不畅,脾阳不振。针刺治疗选取足三里、内关穴与中脘穴。其中足三里隶属于足阳明胃经,针刺足三里可以补中益气,改善脾胃功能;针刺内关穴可止痛理气,经现代研究显示针刺该穴能够调节内分泌,减少胃酸分泌量^[8];中脘穴是治疗胃腑疾病的常用穴位,针刺中脘穴可通腑降气、和胃健脾疏肝;太冲穴、曲泉穴归属于肝经,联合以上3个穴位可和胃降逆、理气止痛。单纯针刺治疗不能达到理想治疗效果,因此本研究加用吴茱萸汤治疗^[9]。吴茱萸汤出自《伤寒论》,是治疗胃病、食管疾病的主要方剂。该方中,吴茱萸为君药,可温胃暖肝、和胃降逆、祛寒止呕;生姜的作用为温胃降逆、散寒辛温;太子参的作用为温中补虚、健脾益气,二者共为臣药;陈皮可健脾理气,香附健脾解郁疏肝,二者共为佐药;大枣可温中补中,调和诸药,为使药。诸药合用具有补中降逆与健脾温胃的作用^[10]。现代药理证实,吴茱萸的成分多为吴茱萸次碱,可有效保护胃黏膜,防止黏膜损伤,且吴茱萸内含吲哚生物碱,对于胃肠道内部的神经肽类物质有调节作用,可恢复胃肠动力;生姜含有姜烯成分,对胃黏膜细胞有保护作用^[11-12];太子参、陈皮与大枣等药物可保护脾胃,促进胃功能恢复。吴茱萸汤内服联合针刺外治可以内外兼治,缩短症状消退时间,因此患者的治疗周期更短。中医辨证施治原则需要结合RE的中医证型采取针对性治疗,同时需要全面评估患者的身体素质、疾病情况和治疗耐受度,灵活调整治疗方案。此外,部分患者对于中药和针刺治疗的耐受度较差,在治疗期间需要观察患者用药后和针刺后反应,若患者有恶心呕吐

等症状,或是出现较明显的针刺痛感,则需要确定症状和痛感的原因,排除不适症状后再继续治疗,以防止不良事件。

本研究结果显示,治疗组患者的总有效率更高,中医症状积分更低,不良反应较少。说明吴茱萸汤联合针刺治疗可以增强疗效,改善患者的中医症状与胃功能,不良反应较少,具有较高的可行性。

4 参考文献

- [1] 易越,裴丽霞,陈昊,等.针刺及联合其它疗法治疗反流性食管炎的系统评价[J].南京中医药大学学报,2020,36(4):546-551.
- [2] 冯昊,李明,任晓静,等.吴茱萸汤联合西药治疗反流性食管炎的临床观察[J].西北药学杂志,2021,36(4):656-659.
- [3] 陈灏珠.实用内科学.下册[M].北京:人民卫生出版社,2001.
- [4] 贾军峰,李文萍.和胃降逆饮联合西药及针刺治疗残胃引起的反流性食管炎的疗效及对血清胃动素的影响[J].中国中西医结合消化杂志,2020,28(12):944-948.
- [5] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则:试行[J].北京:中国医药科技出版社,2002.
- [6] 崔当鸽,崔粉鸽,舒细娥,等.泮托拉唑钠肠溶片联合盐酸伊托必利片治疗反流性食管炎伴2型糖尿病患者的临床研究[J].中国临床药理学杂志,2021,37(7):812-815.
- [7] 李泉静,程秉山,王妙.旋覆代赭汤合小陷胸汤治疗肝胃气逆型反流性食管炎疗效及对胃肠道自主神经功能的影响[J].现代中西医结合杂志,2021,30(19):2142-2145.
- [8] 蒋晶超,邱玉艳.雷贝拉唑联合莫沙必利治疗反流性食管炎的临床效果及有效率影响分析[J].航空航天医学杂志,2021,32(1):6-7.
- [9] 李淑敏.康复新液内服联合埃索美拉唑对反流性食管炎患者胃肠激素水平的影响[J].医疗装备,2021,34(16):101-102.
- [10] 刘海.埃索美拉唑联合莫沙必利治疗反流性食管炎的效果和对患者生活质量的影响评价[J].航空航天医学杂志,2021,32(8):965-967.
- [11] 明志红,陈勇华.氟哌噻吨美利曲辛片联合莫沙必利治疗慢性胃炎伴反流性食管炎的疗效观察[J].中国实用医药,2021,16(23):17-19.
- [12] 周军怀.泄热降逆汤联合兰索拉唑肠溶胶囊治疗肝胃郁热证反流性食管炎的疗效研究[J].现代消化及介入诊疗,2021,26(8):1021-1024.

[2021-11-25 收稿]

自拟平肝息风汤联合耳穴埋籽治疗肝阳上亢型紧张型头痛的疗效观察

陆琳

【摘要】 目的 探究自拟平肝息风汤联合耳穴埋籽治疗肝阳上亢型紧张型头痛（TTH）的疗效。**方法** 选取医院2019年1月—2020年12月收治的80例肝阳上亢型TTH患者，采用随机数字表法结合两组患者在性别、年龄和病程上具有可比性的原则，选择观察组和对照组，每组40例。观察组给予自拟平肝息风汤联合耳穴埋籽治疗；对照组给予单一耳穴埋籽疗法治疗。比较两组头痛综合评分、焦虑自评量表（SAS）评分、抑郁自评量表（SDS）评分、匹兹堡睡眠质量量表（PSQI）评分、生活质量量表（SF-36）评分及不良反应。**结果** 两组术前头痛综合评分、SAS评分、SDS评分、SF-36评分、PSQI评分比较，差异均无统计学意义（ $P>0.05$ ）；治疗后，观察组头痛综合评分、SAS评分、SDS评分、PSQI评分低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；观察组SF-36评分高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。观察组未见不良反应发生。**结论** 自拟平肝息风汤联合耳穴埋籽治疗肝阳上亢型TTH可显著改善患者头痛症状，帮助患者重建生活质量，治疗安全性较高。

【关键词】 平肝息风汤；耳穴埋籽；肝阳上亢型；紧张型头痛

中图分类号 R255.9 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2022)01-040-03

紧张型头痛（TTH）是现阶段较为常见的一种头痛类型，好发于成年人，致病因素与心理压力、长期负面情绪、滥用止痛药物等有关。疾病迁延难愈，病程久可长达数十年，一次发病甚至可持续数周时间，严重影响患者的生活质量，探讨疾病的治疗策略具有极高的现实意义。中医学认为，TTH属于“头痛”“脑风”等范畴。肝阳上亢型是TTH的常见中医分型，病因在于肝肾阴亏，无法潜阳，引发肝阳亢逆；或长期情志不调，以致气火内郁，阴不制阳，最终导致肝阳上亢^[1]。本研究就肝阳上亢型TTH患者进行中医疗法观察，探究自拟平肝息风汤联合耳穴埋籽对症治疗的有效性，现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

以医院2019年1月至2020年12月收治的80例肝阳上亢型TTH患者为研究对象。纳入标准：①确诊肝阳上亢型TTH；②接受本研究治疗方案；③主观上同意全程配合研究；④耐受相应治疗。排除标准：①认知障碍；②合并其他严重病症，尤其其他颅脑疾病；③妊娠、哺乳期女性；④存在严重的感染问题；⑤同期参与其他研究。采用随机数字表法结合两组患者在性别、年龄和病程上具有

可比性的原则分为观察组和对照组，每组40例。观察组中男女比例16:24；年龄24~72岁，平均 39.62 ± 10.25 岁；病程1~7年，平均 3.32 ± 0.83 年。对照组中男女比例14:26；年龄22~70岁，平均 38.72 ± 10.03 岁；病程1~9年，平均 3.35 ± 0.87 年。两组一般资料对比差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。本研究取得本单位伦理组织批准。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 采用单一耳穴埋籽治疗：选择神门、皮质下、交感等耳穴，先行清洁，再以王不留行籽贴压；进行耳穴埋籽宣教，嘱患者早中晚分别按压耳穴，每穴1组30次，力度以患者自觉酸胀为宜。耳穴埋籽治疗耗材每3天更换1次。

1.2.2 观察组 采用自拟平肝息风汤联合耳穴埋籽治疗：耳穴埋籽疗法同上。自拟平肝息风汤口服，组方：生石决明（先煎）、白蒺藜、蔓荆子、钩藤（后下）各30g；川芎、夜交藤、川牛膝、白芍、天麻各15g；菊花、枸杞子各10g；柴胡6g；甘草10g。煎煮取汁400ml，每日2次，晨暮温而分服。两组患者疗程均为1个月。

1.3 观察指标

（1）头痛综合评分：内含头痛持续时间，不足2h计1分，2~12h计2分，12~24h计3分，超过24h计4分；发作频率，一个月内发作不足5次计1分，6~10次计2分，11~15次计3分，

超过 15 次计 4 分；头痛程度，视觉模拟疼痛评分，1 ~ 10 分，分值越高头痛越严重。满分 18 分，分值越高表示头痛情况改善越不理想^[2]。

（2）情绪状态：根据焦虑自评量表（SAS）、抑郁自评量表（SDS）得分对患者治疗前后情绪状态改善情况进行评估。SAS、SDS 均内含 20 个小条目，满分 100，分值越低，表示对应情况状态改善越理想^[3]。

（3）生活质量：分日间生活质量与夜间生活质量进行全面评估。日间生活质量采用生活质量量表（SF-36）评分，其内含躯体疼痛、生理功能、心理功能等共 8 个维度，各维度满分 100；取最后均值为最终得分，分值越高，表示患者日间生活质量改善越理想。夜间生活质量采用匹兹堡睡眠质量量表（PSQI）评分，其内含睡眠质量、睡眠障碍、入睡时间等共 7 个维度，满分 21 分；最后分值越低，表示患者夜间生活质量改善越理想^[4]。

（4）用药不良反应情况。

1.4 统计学处理

采用 SPSS21.0 软件处理所得数据，计数资料计算百分率，组间率的比较采用 χ^2 检验；计量资料

用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示，组间比较采用 t 检验； $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者头痛综合评分比较

治疗前两组头痛综合评分比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；治疗后，观察组头痛综合评分低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；见表 1。

2.2 两组患者情绪状态比较

治疗前两组 SAS、SDS 评分比较，差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；治疗后，观察组 SAS、SDS 评分均低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；见表 2。

2.3 两组患者生活质量比较

治疗前两组 SF-36、PSQI 评分比较，差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；治疗后，观察组 SF-36 评分高于对照组，PSQI 评分低于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 3。

2.4 观察组用药不良反应

两组均未见不良反应发生。

表 1 两组头痛综合评分比较（分）

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
观察组	40	14.36 ± 3.05	5.78 ± 1.25
对照组	40	14.29 ± 3.03	9.32 ± 2.34
<i>t</i> 值		0.103	8.439
<i>P</i> 值		0.918	0.001

表 2 两组情绪状态比较（分）

组别	<i>n</i>	SAS		SDS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	71.35 ± 10.36	27.62 ± 4.68	70.35 ± 9.89	23.64 ± 4.22
对照组	40	72.61 ± 11.84	38.65 ± 7.09	70.49 ± 10.26	35.45 ± 6.90
<i>t</i> 值		0.507	8.212	0.062	9.235
<i>P</i> 值		0.614	0.001	0.951	0.001

表3 两组生活质量比较 (分)

组别	n	SF-36		PSQI	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	62.32 ± 7.85	87.62 ± 7.65	18.02 ± 2.62	5.24 ± 1.65
对照组	40	63.51 ± 8.01	77.34 ± 9.72	18.13 ± 2.59	10.05 ± 2.57
t 值		0.671	5.256	0.189	9.961
P 值		0.504	0.001	0.851	0.001

3 讨论

学者们认为, TTH 的发病机制由长期的压力与药物因素、精神因素而引起。当人体颅周肌肉筋膜受到各种因素的影响, 导致长久刺激, 会引发中枢痛觉神经敏感化, 并激活交感神经通路, 内源性去甲肾上腺素浓度升高, 最终导致各类 TTH 症状的发生^[5]。常规西药如文拉法辛等长期使用下, 患者存在较高的不良反应, 甚至会产生药物依赖。中医治疗 TTH 效果卓然, 临床大量循证医学认为, TTH 已成为中医优势病种之一。

中医学认为 TTH 属“头痛”“脑风”等范畴。肝阳上亢型 TTH 的发病机制, 多是由于患者自身肝肾阴亏, 失潜阳之能, 导致肝阳长期亢逆。而一旦长期情志失调, 气火攻内而郁结, 将进一步耗损阴液, 而不能制阳, 肝阳上亢。故针对肝阳上亢型 TTH 的治疗, 主张滋阴潜阳、平肝息风之策^[6]。本文自拟平肝息风汤, 联合传统耳穴埋籽疗法, 取得了理想疗效。本研究结果显示, 治疗后观察组头痛综合评分、SAS 评分、SDS 评分、PSQI 评分低于对照组, SF-36 评分高于对照组, 说明自拟平肝息风汤联合传统耳穴埋籽疗法在肝阳上亢型 TTH 的症状改善、生活质量重建方面有积极意义。且观察组无不良反应发生, 说明自拟平肝息风汤的安全性较高。究其原因, 耳穴埋籽取穴神门可镇静, 皮质下可对大脑皮层抑制与兴奋功能进行调节, 交感可扩血管, 营养神经。自拟平肝息风汤中钩藤、天麻共为君药, 具熄风平肝之能; 合用石决明可平肝潜阳, 川牛膝引血下行, 伍以川芎止痛祛风, 共为臣药助君熄风

平肝、止痛症; 枸杞补肾益肝, 白芍柔肝养血, 白蒺藜抑肝阳散郁结, 夜交藤安神宁心, 蔓荆子疏风散热, 菊花清肝火散风热, 柴胡疏肝解郁, 以上皆为佐药; 使药甘草调和诸药。合则奏平肝熄风、疏肝解郁、养血止痛之功, 联合耳穴埋籽疗法, 整体疗效表现更佳。

综上, 自拟平肝息风汤联合耳穴埋籽治疗肝阳上亢型 TTH 能够显著缓解患者头痛症状, 重建患者生活质量, 且整个治疗过程安全、理想, 值得临床推广。

4 参考文献

- [1] 裴辉, 张丽萍, 章正祥, 等. 裴昌林教授从肝论治紧张型头痛经验探析[J]. 浙江中医药大学学报, 2020, 44(6): 533-536.
- [2] 宁华. 平肝熄风汤联合穴位注射治疗肝阳上亢型眩晕的临床疗效[J]. 临床医学研究与实践, 2018, 3(33): 130-131.
- [3] 付国静, 刘少姣, 梁晓, 等. 紧张型头痛中医证候分布规律的文献研究[J]. 现代中医临床, 2020, 27(4): 25-30.
- [4] 裴丰, 胡玮佳, 毛映楠, 等. 耳穴刺络法联合艾灸治疗慢性紧张型头痛疗效观察及对精神症状的影响[J]. 上海针灸杂志, 2021, 40(9): 1075-1080.
- [5] 刘豆豆, 雷琦, 杨谦, 等. 紧张型头痛发病机制的研究进展[J]. 中国医刊, 2019, 54(1): 19-23.
- [6] 黄炜晶. 自拟中药汤剂联合西药治疗紧张型头痛疗效和不良反应分析[J]. 中国保健营养, 2020, 30(7): 272-273.

[2021-12-21 收稿]

平调汤联合戊酸雌二醇治疗围绝经期综合症的临床效果

张吾君

【摘要】目的 探讨平调汤联合戊酸雌二醇治疗围绝经期综合症的临床效果。**方法** 将医院2020年1月—2021年2月收治的100例围绝经期综合征患者,采用随机数字法结合组间性别、年龄、病情严重程度均衡可比的原则分为对照组和观察组,每组50例。对照组采用戊酸雌二醇治疗,观察组采用平调汤联合戊酸雌二醇治疗。比较两组患者治疗后的各激素水平变化、中医证候积分变化及生活质量评分,记录不良反应发生率。**结果** 观察组的各激素水平在治疗后均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组治疗后的中医证候积分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组治疗后生活质量评分比对照组高,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 平调汤联合戊酸雌二醇治疗围绝经期综合征能起到更好的治疗效果,促进其症状的改善。

【关键词】 围绝经期综合征;戊酸雌二醇;平调汤;激素水平

中图分类号 R711.75 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2022)01-043-03

随着女性年龄的不断增大,其月经不断减少,逐渐会进入绝经阶段。围绝经期综合征(Perimenopausal Syndrome, PS)就是女性在绝经发生前后出现的一种症状,女性绝经前后会引起其机体中的性激素产生变化,从而会影响到其躯体状态,可能造成一些精神症状的发生^[1]。该疾病别称更年期综合征,这种疾病是妇科的常见病及多发病,45岁以上的妇女为该疾病的主要发病群体。有研究显示,该疾病的发生与女性机体内雌激素水平异常、内分泌功能失调以及卵巢功能下降等方面因素有关^[2]。PS的发生会从不同程度上影响患者的身体各方面状态,导致女性的生活质量大大降低^[3]。因此在其发生后需及时采取有效措施进行治疗,以减少PS对女性机体健康的影响。目前临床在该疾病治疗中常应用激素治疗干预^[4],戊酸雌二醇为该方案中的常用药,但有研究指出戊酸雌二醇的应用虽能起到补充机体雌激素的作用,能从一定程度缓解症状,但其整体疗效不理想,且单纯应用该药物还可能引起一些不良反应^[5]。有研究认为,在此药物的基础上联合平调汤干预能取得较为满意的疗效^[6]。本文采用平调汤联合戊酸雌二醇治疗围绝经期综合征患者,获得满意疗效,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2020年1月—2021年2月医院收治的100例围绝经期综合征患者,采用随机数字法结合

组间性别、年龄、病情严重程度均衡可比的原则分为对照组和观察组,每组50例。观察组中,年龄在48~56岁,平均 52.33 ± 10.17 岁;对照组中,年龄在49~55岁,平均 52.29 ± 10.26 岁。本次研究经过医院伦理委员会审批同意。两组的一般资料具有可比性($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 采用戊酸雌二醇治疗,每次1mg,每日1次。

1.2.2 观察组 采用平调汤联合戊酸雌二醇治疗,戊酸雌二醇用法同对照组,平调汤药方组成如下:熟地黄、白芍、当归、肉苁蓉、牡丹皮、茯苓、山药、泽泻、柴胡各10g,用水煎煮后取汁400ml,每日1剂。

1.3 观察指标

(1) 治疗后两组各激素水平的变化:包括雌二醇(E_2)、促卵泡生成素(FSH)及促黄体生成素(LH)的水平。

(2) 治疗后两组的中医证候积分:包括腰膝酸软、易怒易燥、潮热,采用中医证候积分评价量表,在4级评分法下评判。分值越高则症状越严重,中医证候积分量表见表1。

(3) 治疗后两组的不良反应发生率。

(4) 治疗后两组的生活质量评分。采用SF-36量表进行评价,本研究共纳入4个指标,包括生理功能、躯体功能、社会功能及情感功能。分值越高则生活质量越高。

1.4 统计学处理

采用SPSS23.0软件分析处理数据,计数资料计

表 1 中医证候积分量表

症状		量化分数		
易怒易燥	无（1分）	有时情绪不稳，烦躁发怒（2分）	易烦躁发怒，但在大多数情况下可以控制（3分）	经常烦躁且无法自我控制（4分）
腰膝酸软	无（1分）	晨起腰膝酸软（2分）	持续腰膝酸软，在劳作时加重（3分）	腰膝酸软，休息不止（4分）
潮热	无（1分）	偶尔（2分）	反复（3分）	明显，经常出现（4分）

算百分率，组间率的比较采用卡方检验；计量资料采用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示，组间比较采用 t 检验； $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者激素水平的比较

治疗前，两组各激素水平比较，差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)；治疗后，两组 FSH 和 E_2 水平降低，LH 水平升高，但观察组 FSH 和 E_2 水平低于对照组，LH 水平高于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

2.2 两组患者中医证候积分的比较

治疗前，两组中医证候积分（易怒易燥、腰膝酸软、潮热积分）比较，差异均无统计学意义

($P > 0.05$)；治疗后，两组中医证候积分均明显降低，且观察组均低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

2.3 两组患者不良反应发生率的比较

治疗期间，观察组中仅出现 2 例乳房胀痛，不良反应发生率为 4.00%；对照组中发生 3 例乳房胀痛、2 例恶心以及 2 例阴道不规则出血，不良反应发生率为 14.00%。对比两组不良反应发生率明显观察组低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 4。

2.4 两组患者生活质量评分的比较

治疗后，观察组各项生活质量评分均高于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 5。

表 2 两组患者激素水平的比较

组别	例数	FSH (mIU/ml)		LH (U/L)		E_2 (mIU/ml)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	50	16.63 ± 4.17	11.21 ± 3.09	2.08 ± 0.43	5.05 ± 0.36	44.82 ± 13.21	30.24 ± 10.09
对照组	50	16.59 ± 4.26	15.39 ± 4.17	2.07 ± 0.39	3.02 ± 0.27	44.76 ± 13.18	35.96 ± 12.41
t 值		0.047	5.695	0.122	31.898	0.023	2.529
P 值		0.962	0.000	0.903	0.000	0.982	0.013

表 3 两组患者中医证候积分的比较（分）

组别	例数	易怒易燥		腰膝酸软		潮热	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	50	2.41 ± 0.53	0.76 ± 0.12	2.45 ± 0.51	0.65 ± 0.21	2.61 ± 0.39	0.42 ± 0.09
对照组	50	2.39 ± 0.49	1.15 ± 0.15	2.46 ± 0.47	0.93 ± 0.32	2.60 ± 0.41	0.95 ± 0.13
t 值		0.196	14.356	0.102	5.173	0.125	23.702
P 值		0.845	0.000	0.919	0.000	0.901	0.000

表 4 两组不良反应发生率的比较

组别	例数	乳房胀痛	恶心	阴道不规则出血	发生率（%）
观察组	50	2	0	0	4.00
对照组	50	3	2	2	14.00

$\chi^2 = 6.105$, $P = 0.013$ 。

表 5 两组患者生活质量评分的比较（分）

组别	例数	生理功能	躯体功能	社会功能	情感功能
观察组	50	83.59 ± 15.62	83.47 ± 13.96	84.52 ± 12.67	85.01 ± 13.82
对照组	50	61.79 ± 12.69	62.03 ± 10.92	61.74 ± 10.35	63.28 ± 12.06
<i>t</i> 值		7.660	8.554	9.846	8.377
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

PS 有较高发病率，在妇科疾病中较为常见^[7]。根据现代医学中对 PS 的解释，导致这一疾病的发生与多方面因素有关，当女性处于围绝经期时，其下丘脑、垂体及卵巢功能等会不断减退，这就会造成机体无法分泌充足的孕激素及雌激素，造成脑垂体、丘脑等部位功能异常，从而造成 PS 症状的发生^[8]。该疾病常应用激素治疗方式进行干预，戊酸雌二醇就常被应用于 PS 的治疗中，这种药物是一种长效雌激素制剂，在将其应用于机体中时会正 / 负反馈调节下丘脑 - 腺垂体功能^[9]。同时该药物能对机体的排卵以及卵泡的发育情况进行间接的调节，能使机体得到雌激素的补充，从而逐渐平衡激素水平，起效较快。但研究发现该药物无法从根本上改善机体状态，还易造成多种不良反应，整体效果不佳。中医将 PS 这一疾病归于“绝经前后诸症”的范畴中^[10]。中医理论认为该疾病发生的根本原因是机体的阴阳失衡、肾气不足、肾虚所致，而由于肝肾同源，久而则会造成肝气郁结，气血不畅，五脏六腑得不到滋养，从而引发一系列症状^[11]。在平调汤中，当归可补气血、活血化瘀；肉苁蓉可起到补肾固气的作用；柴胡、熟地黄以及泽泻能起到引药入脾肾的作用；牡丹皮可清心、祛肝火；茯苓可补脾健胃；白芍可起到柔肝补血的作用。诸药同用则能对机体的阴阳平衡进行调节，起到补脾益气、补血等功效^[12]。平调汤联合戊酸雌二醇治疗能在快速改善患者症状的同时，对患者机体的根本进行调节，从而达到更为理想的治疗效果。

本研究显示观察组的各激素水平在治疗后均优于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），说明平调汤联合戊酸雌二醇的治疗方式可以起到调节机体、改善激素水平的作用。治疗后观察组中医证候积分明显低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），说明联合用药方在缓解症状的效果方面更为显著；观察组不良反应发生率低于对照组，生活质量评分比对照组高，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ），说明联合用药下能减少不良反应的发生，也能从根本上改善患者机体状况，从而提升其生活质量。

综上，本研究能使患者症状得到明显的缓解，在改善激素水平方面效果更甚于单独用药方式，且安全性较高，值得推广。

4 参考文献

[1] 温玲,王丽梅,郁金芬,等.滋阴降火方对围绝经期综合征阴虚内热型大鼠雌激素水平及单胺类神经递质的影响[J].国际中医中药杂志,2019,41(7):735-739.

[2] 刘燕,张静.戊酸雌二醇片对围绝经期综合征患者更年期综合征评分,雌激素水平与不良反应的影响[J].实用临床医药杂志,2020,24(1):109-111.

[3] 任维,冯浩流,李畅.六味地黄丸联合戊酸雌二醇片/雌二醇环丙孕酮片治疗围绝经期综合征的临床研究[J].现代药物与临床,2019,34(7):2093-2098.

[4] 金吉如.戊酸雌二醇片联合黄体酮胶囊及更年安片对 PPS 患者 FSH,LH,E₂ 及骨密度水平的影响[J].中国妇幼保健,2020,35(18):114-116.

[5] 兰代群.超低剂量雌激素对伴绝经症状围绝经期综合征患者激素代谢和糖脂代谢的影响[J].中国医药,2019,14(11):5.

[6] 郭以孜,黄象鑫.低剂量和标准剂量雌激素联合天然孕酮治疗围绝经期综合征的效果及对骨密度的影响[J].中国药物与临床,2019,19(24):3.

[7] 林暄,刘春霞,李君,等.宫腔镜联合自凝刀射频消融子宫内 膜治疗围绝经期功能性子宫异常出血的临床疗效分析[J].中国性科学,2020,29(2):5.

[8] 刘芹,唐军伟,蒋纯.桂枝汤加减方调和营卫联合个性化护理用于围绝经期综合征的疗效观察[J].安徽医药,2019,23(10):4.

[9] 王红宇.完柴汤联合左氧氟沙星治疗围绝经期妇女泌尿系感染 45 例临床观察[J].中国临床医生杂志,2020,48(5):126-128.

[10] 张欣,高珊,王运贤,等.柴胡桂枝汤加对围绝经期综合征血管舒缩功能失调血清 FSH,LH,E₂ 水平和子宫内膜厚度影响[J].中华中医药学刊,2019,37(12):196-198.

[11] 林禹舜,王丽彦,张兆元.柴胡加龙骨牡蛎汤加对联合帕罗西汀治疗围绝经期抑郁的临床疗效观察[J].中华中医药杂志,2019,34(7):500-503.

[12] 郭君仙,王美兰.左炔诺孕酮宫内节育系统联合宫腔镜子宫内 膜切除术治疗围绝经期异常子宫出血的临床疗效[J].中国性科学,2020,244(5):100-104.

[2021-11-17 收稿]

基于微信平台的护理延伸服务在慢性胃炎患者中的应用效果

陈玉

【摘要】目的 探讨借助微信平台开展的护理延伸服务对慢性胃炎患者带来的影响。**方法** 于2019年6月—2020年6月选取山丹县中医医院就诊的50例慢性胃炎患者作为研究对象,按照患者组间性别、年龄、病程均衡可比的原则分为对照组与观察组,各25例。对照组给予常规随访教育,观察组在对照组的基础上借助微信平台为患者开展的护理延伸服务。对比两组干预后健康教育知识了解情况、生活质量评分、遵医行为状况、慢性胃炎复发率、护理满意度。**结果** 基于微信平台的护理延伸服务后,观察组健康知识了解情况、遵医行为率均比对照组高,慢性胃炎复发率比对照组低,差异均有统计学意义($P<0.05$)。观察组护理满意度比对照组高,但组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 借助微信平台为患者开展的护理延伸服务可以有效丰富患者的相关健康知识,提高患者的遵医行为状况,降低其慢性胃炎的复发率,提升护理服务质量。

【关键词】 微信平台; 护理延伸服务; 慢性胃炎; 应用价值

中图分类号 R473.5 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2022)01-046-02

慢性胃炎通常由急性胃炎发展而来,病因主要与幽门螺杆菌感染、自身免疫、十二指肠—胃反流等因素长期存在有关,患病后患者一般表现为在进食后出现恶心、腹胀腹痛、食欲减退、反酸等症状表现,若未及时进行治疗,随病程不断延长,患者可出现消化性溃疡、萎缩性胃炎、贫血等并发症,使生活质量与睡眠质量大受影响。临床通常以三联疗法或四联疗法进行治疗,同时辅以护理干预来改善患者的预后。在患者出院后,医院的常规做法是通过电话或上门方式给予随访,继续给予患者指导,但许多患者都因为依从性差而不继续遵守医护人员的嘱托,这会使其慢性胃炎的复发风险显著提高。研究通过临床观察,评价借助微信平台开展的护理延伸服务给慢性胃炎患者带来的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

于2019年6月—2020年6月选取山丹县中医医院就诊的50例慢性胃炎患者作为研究对象,按照患者组间性别、年龄、病程均衡可比的原则分为对照组与观察组,各25例。观察组男性11例,女性14例;年龄33~73岁,平均年龄 53.88 ± 11.29 岁;病程10个月~12年,平均病程 6.74 ± 1.28 年。对照组男性12例,女性13例;年龄32~74岁,平均年龄 53.86 ± 11.30 岁;病程11个月~12年,平均

病程 6.75 ± 1.27 年。组间比较平均年龄、性别比例、病程时间,差异无统计学意义($P>0.05$),具有均衡可比性。研究已经医院伦理委员会审核。

纳入标准:符合慢性胃炎临床诊断标准患者;自愿参加并签订协议患者;各项资料完整患者。

排除标准:肝肾功能损伤患者;精神状态不佳患者;意识模糊患者;无法进行对话沟通患者;凝血因子无法发挥作用患者;研究依从性较差患者。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 给予常规随访教育,随访方式为上门随访或电话随访,随访过程中医护人员通过与患者的交流了解其出院后的恢复状况和用药状态,解答患者的疑问,给予患者用药指导。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上借助微信平台为患者开展护理延伸服务:

(1) 在患者出院前登记好患者的微信号,组建微信群并做好患者姓名的备注,与每一位患者都加好友,结合患者的病历档案为其开展个性化健康教育。

(2) 定期在微信群或与患者的私聊中推送关于慢性胃炎的疾病知识,告知其慢性胃炎的症状表现和可能发生的并发症,增加患者对慢性胃炎的认识,使其意识到遵医用药的重要性,用药后可能出现的不良反应要告知患者,以便其可以冷静看待并给予恰当的处理。告知患者禁用非甾体抗炎药,以免刺激胃肠道。鼓励患者多吃富含蛋白质、维生素

且易消化的食物，禁食生冷、刺激性强的食物，根据患者胃分泌情况调节食物的酸碱性质，指导胃酸过多患者多吃馒头和豆浆，指导胃酸过少患者多吃山楂等酸性食物^[1]。

(3) 仔细观察患者朋友圈，多与患者在微信上聊天，了解其心理状态，给予其心理疏导，减轻其心理负担。

1.3 观察指标

(1) 健康知识了解情况：采用自拟评分标准，分值下至 0 分，上至 100 分，分值越高表示患者对健康知识了解越充分。

(2) 生活质量：生活质量评分的评估工具为生活质量自评量表，分值下至 0 分，上至 100 分，分值越高表示患者的生活水平越好。

(3) 遵医行为状况：遵医行为主要包括控制情绪、戒烟戒酒、合理饮食、规范用药 4 个方面，观察患者遵守并完成的情况^[2]。

(4) 护理满意度：护理满意度包括非常满意、比较满意、不满意 3 种评价，护理满意度为前两者占比之和。

1.4 统计学方法

所有数据资料均采用 SPSS22.0 软件进行统计学处理，计数资料计算百分率，组间率的比较行 χ^2

检验；计量资料以“均数 ± 标准差”表示，组间均数比较采用 t 检验； $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者的健康知识了解情况及生活质量评分

基于微信平台的护理延伸服务后，观察组健康知识了解情况比对照组高，生活质量评分比对照组高，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者健康知识了解情况及生活质量评分比较 (分)

组别	健康知识了解情况	生活质量
观察组 ($n=25$)	88.92 ± 3.58	87.45 ± 3.52
对照组 ($n=25$)	82.76 ± 6.29	82.34 ± 5.11
t 值	4.256	4.117
P 值	0.000	0.000

2.2 对比两组患者的遵医行为率、慢性胃炎复发率

基于微信平台的护理延伸服务后，观察组患者遵医行为率均比对照组高，慢性胃炎复发率比对照组低，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

2.3 对比两组患者的护理满意度

基于微信平台的护理延伸服务后，观察组患者护理满意度为 96.00%，比对照组患者的 72.00% 高，但差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，见表 3。

表 2 两组患者遵医行为率、慢性胃炎复发率的对比

组别	控制情绪		戒烟戒酒		合理饮食		规范用药		慢性胃炎复发率	
	例数	率 (%)	例数	率 (%)	例数	率 (%)	例数	率 (%)	例数	率 (%)
观察组 ($n=25$)	23	92.00	20	80.00	21	84.00	22	88.00	2	8.00
对照组 ($n=25$)	9	36.00	8	32.00	10	40.00	13	52.00	8	32.00
χ^2 值	17.014		11.688		10.272		7.714		4.500	
P 值	0.000		0.001		0.001		0.005		0.034	

表 3 两组患者的护理满意度对比

组别	非常满意	比较满意	不满意	护理满意度 (%)
观察组 ($n=25$)	10	14	1	96.00
对照组 ($n=25$)	5	13	7	72.00

$\chi^2=3.720$, $P=0.054$ 。

3 讨论

慢性胃炎属于消化内科诊治范畴，典型症状有中上腹不适、饱胀、钝痛、灼烧痛、食欲不佳、嗝气等，降低患者生存质量。流行病学显示，此疾病具有病程长、治愈率低、复发率高的特点，这意味着患者不仅需要在院期间接受恰当的治疗，出院后也需要继续进行合理的控制，否则病情便会出现反复。在院期间，患者在医护人员的监督下通常会完

成合理的治疗，饮食与生活习惯也能保证健康合理，而在出院后，缺少医护人员的监督，便有可能出现不合理饮食与不健康的生活习惯，其慢性胃炎便有可能复发。常规的随访式健康教育虽然能够保证患者出院后也得到健康指导，但患者的依从性较差，医护人员也缺乏足够的积极性，因此随访教育效果也会大打折扣。而借助微信开展护理延伸服务，可以实现护患之间的远程沟通交流，医护人员可以随时了解患者的状态，而不是需要等到随访时才能了解患者状态，这种时效性可以使患者得到更加准确且及时的指导；同时，随时在微信中交流还可以拉近护患之间的距离，提高患者对医护人员的信任和配合度；定期推送的健康知识也便于患者在碎片时间中阅读，不会占用患者过多的时间精力^[3]。研究

手术室护理中人性化护理模式的应用效果观察

杲玉秀

【摘要】 目的 观察手术室护理中人性化护理模式的应用效果。**方法** 于2019年2月—2020年4月选取山丹县中医医院100例手术患者作为研究对象,按照进行手术的奇偶顺序将其划分为对照组与观察组,各50例。对照组执行常规化的护理模式;观察组执行人性化的护理模式。对比并分析两组患者对护理服务满意度、焦虑评分以及抑郁评分。**结果** 两组通过不同模式护理后,观察组护理服务满意度较对照组更高,焦虑及抑郁评分较对照组更低,组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 给予手术患者进行人性化的护理,可提升患者护理服务满意度、改善焦虑及抑郁等负性心理。

【关键词】 人性化护理;手术室;护理效果;护理满意度;负性心理

中图分类号 R472.3 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2022)01-048-03

手术室属于临床救治危重症患者极为关键的场所之一,手术室护理服务工作水平的好坏,与治疗效果、患者疼痛程度、舒适度等方面有直接影响,也是评价护理质量的重要依据。随着当前人们思想观念的转变,临床医疗技术的不断提高,人们不再单纯要求治愈疾病,而是要求在接受治疗时能够获得舒适的治疗感受,减少机体的疼痛感。手术室护理是当前临床工作中的一项重要组成部分,作为开展手术室护理工作的护理人员,必须具备较高的护理技能水平与责任心,这样才可以满足当前人类的医疗需求,能够在面对危急状况下保持稳定的心态,以良好的耐心与信心为患者解决治疗问题;同时作为手术室护理人员应该对于所有患者保持相同的护理态度,即便患者存在不同的宗教信仰与文化背景,护士都要一视同仁,这样有利于提高患者的护理配

作者单位:734100 甘肃省张掖市山丹县中医医院

合度,进而提高手术室治疗效果^[1]。人性化护理模式是临床当前应用较广且颇受好评的一种新型护理服务模式,该护理模式需要将“以人为本”的思想贯彻整个护理工作的全程,从而最大化的提升患者护理服务体验^[2]。因此,研究旨在分析人性化护理模式在手术室护理中的应用价值。

1 对象与方法

1.1 研究对象

于2019年2月—2020年4月选取山丹县中医医院100例手术患者作为研究对象。纳入标准:①均知情研究内容且同意参与;②无认知障碍;③无手术禁忌证。排除标准:①患有精神疾病;②器质性疾病;③中途转院、退出者。

按照手术顺序依次编号,根据编号尾数的奇偶及组间年龄、性别均衡可比的原则将其划分为对照

结果表明,观察组的健康教育知识了解情况、生活质量评分均比对照组高,说明应用基于微信平台的护理延伸服务能够提升患者相关健康知识认知,改善生活水平,促进病情恢复。观察组的控制情绪、戒烟戒酒、合理饮食、规范用药等遵医行为率均比对照组高,说明应用基于微信平台的护理延伸服务能够提高患者的各种遵医行为,保障患者稳定恢复健康状态。观察组的慢性胃炎复发率比对照组低,说明应用基于微信平台的护理延伸服务能够降低慢性胃炎复发率,保障患者生命健康。因此,基于微信平台的护理延伸服务是一种理想的护理方式,为慢性胃炎患者带来积极影响,治疗价值较高。

综上所述,基于微信平台的护理延伸服务不仅

可以提高慢性胃炎患者对健康知识的了解情况、生活质量、遵医行为状况,还能减少慢性胃炎的复发。

4 参考文献

- [1] 张魁,林芳,移佛余.微信平台的远程护理延伸服务在慢性胃炎患者中的应用效果[J].中外医学研究,2019,17(18):170-172.
- [2] 王春玲,杨小娟,赵莹.基于微信平台的护理延伸服务在慢性胃炎患者中的应用效果[J].国际医药卫生导报,2018,24(6):939-942.
- [3] 张媛.基于微信平台的延伸护理对慢性胃炎患者疾病相关知识及遵医行为的影响[J].贵州医药,2019,43(10):1637-1638.

[2021-11-08 收稿]

组与观察组, 每组为 50 例。对照组执行常规化的护理模式, 其中男性 28 例, 女性为 22 例; 患者年龄范围为 18 ~ 78 岁, 平均年龄为 48.01 ± 2.34 岁。观察组实施人性化的护理模式, 其中男性 27 例, 女性 23 例; 患者年龄范围为 19 ~ 77 岁, 平均年龄为 48.05 ± 2.32 岁。研究通过医院伦理委员会审核。

1.2 人性化护理模式

(1) 术前护理: ①术前访视: 在手术开始之前, 护理人员必须全面性掌握患者有无过敏史以及合并症, 同时细心查看其各类常规检查的结果, 并结合患者生命体征予以评估工作, 以便充分应对手术中存在的各种问题。②术前心理护理: 手术之前护士必须对患者的心理状况进行全面的了解, 由于患者正在经历着病痛的困扰和折磨, 因此易产负性心理问题, 所以要关注患者的心理历程, 告知患者自身疾病产生的原因以及与手术相关知识, 消除患者由于对疾病与手术不了解而产生的不良心理, 改善他们的心理状态; 护理人员可以通过转移注意力方式转移患者存在的焦虑感与恐惧感, 让患者建立强大信心接受手术, 提高其治疗配合度。③术前准备: 手术的前一天责任护士再次向患者介绍相关疾病知识与手术知识, 护士应当在手术过程中全程陪伴患者, 对于患者提出的疑问要及时的解答, 消除患者心中的忧虑; 要详细告知患者相关治疗药品与器械的作用, 取得他们的高度配合; 当患者表现良好时应当给予他们充分的赞扬与肯定, 让患者从这些赞扬中能够获得更高的治疗信心。④安全转运: 在患者进入手术室之前需要对其身份信息再次核对, 确定手术方式与患者基本信息符合, 在患者身体末端佩戴填写相关信息的腕带; 责任护士要陪伴患者共同进入手术室, 护士需要再次了解患者的心理状态, 当发现患者还是有心理负担等问题时, 积极与他们沟通, 以此缓解患者的不良情绪, 减少患者术前应激反应; 告知患者手术过程会打麻醉药物, 因此手术并不会带来严重疼痛感, 让患者不必过于担心, 保持良好心态这样才能够获得更高的手术疗效。

(2) 术中护理: 当患者入手术室之前时, 护理人员就需详细且耐心介绍手术所有环节、手术治疗作用以及必要性特点, 同时还要告知患者手术各类注意事项, 从而获取患者与其家属的充分理解以及积极配合。手术期间一定要保证手术室中的温度及湿度控制在适宜范围内, 在手术时用温和语气态度与其交流以此分散注意力; 在受压部位下垫柔软的体位垫, 在隆突部位覆盖保护膜, 防止压疮^[3];

要为患者进行有效的皮肤清洁工作与麻醉工作, 注射完麻醉药物之后要严密关注患者的神经迟钝程度, 准确判断患者的麻醉效果; 在手术过程中注意维持恰当的室内温湿度, 以此预防患者术中出现低体温现象, 做好保暖措施, 并使用液体加温技术对可以加热的输注液体和腹腔冲洗液进行加温处理, 液体温度不宜过热, 应与体温相仿, 保障手术安全性以及稳定性。

(3) 术后护理: 术后应对患者各个生命体征变化予以动态化的细致监测, 同时高度关注其意识状态的恢复以及肌力的恢复等, 确保交接工作做到位; 在完成手术之后及时将患者身上的消毒液、血迹等清除干净, 做好患者保暖措施; 手术之后患者如果需要使用引流袋, 应当妥善固定其引流管, 将引流袋放置在恰当水平位置, 避免导管发生脱出或者移位现象; 护士在搬动患者之时力度要轻柔, 速度要慢, 避免导致患者出现痛苦; 术后要对患者机体反应进行严密的监测, 关注患者是否存在体位变化情况; 做好患者病房环境的干预, 采取空气消毒机消毒, 重视病房空气质量的良好性, 预防患者发生感染事件; 此外, 应告知患者与家属手术效果如何, 并嘱咐其术后正确体位、饮食等方面应注意的有关事项^[4]。

1.3 观察指标

(1) 护理满意度: 采用医院自拟护理服务满意度调查表, 了解患者对护理服务满意度, 总分 100 分, ≥ 85 分即很满意, 66 ~ 84 分即为基本满意, ≤ 65 分为不满意。

(2) 焦虑情况: 通过焦虑自评量表 (SAS) 评价患者焦虑程度, 总分 80 分, 分值越大越焦虑。

(3) 抑郁情况: 通过抑郁自评量表 (SDS) 评价患者抑郁程度, 总分 80 分, 分值越小抑郁程度越轻。

1.4 统计学方法

利用 SPSS26.0 统计学软件对数据进行分析, 护理服务满意度以百分率表示, 组间比较行 χ^2 检验; 焦虑和抑郁程度以 " $\bar{x} \pm s$ " 表示, 组间均数比较用 t 检验; 若 $P < 0.05$ 则差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者护理服务满意度对比

个性化护理干预后, 观察组患者护理服务满意度较对照组高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 结果详见表 1。

表1 两组患者护理服务满意度比较

组别	n	很满意	基本满意	不满意	满意度(%)
观察组	50	32	17	1	98.00
对照组	50	24	18	8	84.00

 $\chi^2=4.396$, $P=0.036$ 。

表2 两组患者焦虑评分以及抑郁评分比较(分)

组别	n	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	50	59.72 ± 1.23	36.11 ± 4.06	56.43 ± 1.28	32.09 ± 4.87
对照组	50	59.67 ± 1.24	48.25 ± 4.81	56.45 ± 1.31	47.16 ± 4.63
t 值		0.202	13.637	0.077	15.858
P 值		0.840	0.000	0.939	0.000

3 讨论

当今社会的医疗外科技术出现了极大的改变,手术室是医院开展治疗工作与抢救工作的一个重要的场所,手术室护理显得极为重要。手术室护理主要对在手术室开展治疗的患者实施有效的护理干预,改善患者心理状态,提高患者的心理舒适感。常规护理中护理人员护理工作比较片面,导致患者临床依从性和配合度降低,影响手术治疗效果^[5]。以体温降低为例,约25%~90%的手术患者会在术后出现体温降低表现,低体温不仅会进一步增加切口感染的风险,并且输血率和心脏病并发症发生率也明显高于常温患者^[6]。由于手术对患者机体与心理造成太大的刺激,同时麻醉药物也会对患者心理产生负性的影响,因而开展有效的手术室护理在临床工作中具备极为重要的意义,手术室护理工作必须具备极强的周密性、恰当性与有效性。

人性化护理服务模式需要应用于手术室护理工作中的方方面面,比如人员、物品与环境等各个方面的管理。该护理服务体系是将人文关怀理念与优质护理服务措施两者有效结合起来,遵循“一切以患者为核心”思想的一种现代化护理服务模式。以手术室护理工作而言,该护理服务体系能够通过结合病房以及手术室内护理工作,将其真正落在每一项环节并体现于每一处细节当中^[7]。本次研究结果表明:观察组患者护理服务满意度、焦虑评分以及抑郁评分相较于对照组而言均存在显著差别。通过人性化护理服务模式能够有效改善手术室环境以及优化手术效果,并且可促使患者享受到优质化、全面化、细致化、个性化以及个体化的护理服务体验,从而构建护患之间良好且牢固的关系,获得患者对医护人员的信任感与理解,为医院可持续发展以及信誉的提升予以良好开端及基础。在手术过程

2.2 两组患者焦虑评分以及抑郁评分对比

两组焦虑和抑郁程度在干预前比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);干预后,观察组SAS、SDS评分均较对照组低,差异有统计学意义($P<0.05$),结果详见表2。

中,患者体温降低,影响血流动力,为预防患者出现出血量大的情况,加强保暖措施,减少患者的手术出血量^[8-9]。鉴于本研究选择病例样本少,研究时间短,所以有关人性化护理在手术室护理中的临床价值还需要进行深入性的探讨^[10]。

综上所述,对手术室患者应用人性化的护理模式,可提升患者护理服务满意度,改善焦虑及抑郁评分。

4 参考文献

- [1] 李文娜.初探人性化护理干预对手术室护理质量及患者满意度的影响[J].吉林医学,2020,41(7):1780-1781.
- [2] 杜政华.分析人性化护理干预措施在手术室护理中对满意度的影响[J].医学食疗与健康,2020,18(20):119-121.
- [3] 罗园,程丽霞.人性化护理模式在手术室护理中的应用效果评价[J].中国医药指南,2021,19(13):202-203.
- [4] 戴文幸,刘慧婕,于珍妮.细节护理对手术室护理质量及患者满意度的影响[J].现代实用医学,2020,32(8):992-993.
- [5] 李娜.人性化护理在老年下肢骨折患者手术室护理中的应用效果分析[J].中外医疗,2021,40(15):157-159,163.
- [6] 邵丹丹.手术室护理中实施人性化护理对护理满意度及术后并发症影响[J].系统医学,2021,6(5):177-179.
- [7] 周红,严珍.人性化护理在手术室临床护理工作中的应用及对患者睡眠质量的影响[J].世界睡眠医学杂志,2020,7(7):1251-1252.
- [8] 王磊.对老年下肢骨折手术室护理中实施人性化护理的效果[J].中国伤残医学,2021,29(2):86-88.
- [9] 杨茸,刘转,田玲.人性化护理模式在手术室护理中的应用价值分析[J].贵州医药,2020,44(11):1843-1844.
- [10] 刘婷.人性化护理在手术室护理中的应用及效果分析[J].中国医药科学,2021,11(7):154-157.

[2021-11-08 收稿]

心理护理联合健康教育对胃肠镜诊疗患者的临床效果评价

肖雪春

【摘要】 目的 探讨在胃肠镜诊疗过程中对患者开展心理护理联合健康教育的效果。**方法** 于2020年6—12月选取江苏省射阳县人民医院进行胃肠镜诊疗的168例患者作为研究对象,按照两组基础资料可比的原则分成对照组和观察组,每组各84例。对照组进行常规护理,观察组在对照组的基础上实施心理护理联合健康教育。**结果** 干预后,观察组焦虑自评量表(SAS)评分 42.27 ± 6.22 分、抑郁自评量表(SDS)评分 40.22 ± 5.89 分,均低于对照组的 48.36 ± 5.97 分、 46.26 ± 6.02 分($P < 0.05$);观察组教育内容 9.23 ± 1.06 分、配合程度 2.66 ± 0.22 分均高于对照组的 8.22 ± 1.35 分、 2.02 ± 0.55 分($P < 0.05$);观察组应激反应评分 1.45 ± 0.25 分、操作时间 12.56 ± 4.45 min均低于对照组的 1.67 ± 0.56 分、 15.98 ± 5.56 min($P < 0.05$);观察组护理总满意度高于对照组($P < 0.05$)。**结论** 在胃肠镜诊疗过程中开展心理护理联合健康教育有利于改善患者焦虑、抑郁情况,减轻应激反应,缩短诊疗时间,促进护理满意度的提升。

【关键词】 胃肠镜; 诊疗; 心理护理; 健康教育; 效果

中图分类号 R47 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2022)01-051-03

Clinical effect evaluation of psychological nursing combined with health education in gastrointestinal endoscopy Xiao Xuechun. People's Hospital of Sheyang County, Jiangsu Province, Sheyang 224300, China

【Abstract】 Objective To explore the effect of psychological nursing combined with health education on patients in the process of gastroenteroscopy diagnosis and treatment. **Methods** A total of 168 patients who underwent gastroenteroscopy in Sheyang County People's Hospital of Jiangsu Province from June to December 2020 were randomly divided into control group and observation group. The control group received routine nursing, and the observation group implemented psychological nursing combined with health education on the basis of the control group. **Results** After the intervention, the SAS score of 42.27 ± 6.22 and SDS score of 40.22 ± 5.89 in the observation group were lower than 48.36 ± 5.97 and 46.26 ± 6.02 in the control group ($P < 0.05$). The education content of 9.23 ± 1.06 and the degree of cooperation of 2.66 ± 0.22 in the observation group were higher than 8.22 ± 1.35 and 2.02 ± 0.55 in the control group ($P < 0.05$). The stress response score of 1.45 ± 0.25 and the operation time of 12.56 ± 4.45 min in the observation group were lower than those of 1.67 ± 0.56 and 15.98 ± 5.56 min in the control group ($P < 0.05$). The total satisfaction of nursing in the observation group was higher than that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Psychological nursing combined with health education in the process of gastrointestinal endoscopy diagnosis and treatment is helpful to improve patients' anxiety and depression, reduce stress response, shorten diagnosis and treatment time, and promote the improvement of nursing satisfaction.

【Key words】 Gastroenteroscopy; Diagnosis and treatment; Psychological nursing; Health education; Effect

在诊断治疗消化道疾病中胃肠镜技术得到广泛的应用,可用于消化系统早期癌肿、出血病变等筛查及治疗,且操作便捷,诊断准确率高^[1],具有重要价值和作用,但部分患者不能正确认识该诊疗方法,易出现紧张等不良心理反应,由于这种不良情绪的出现,往往会增加患者诊疗中的不适和恐惧,并且胃肠镜诊疗为侵入性操作^[2],除导致患者生理不适,也会影响心理状态,轻则诊疗操作无法顺利进行,重则引起强烈应激反应,甚至危及患者生命

作者单位: 224300 江苏省射阳县人民医院

安全^[3],实施相应护理措施促进诊疗的顺利进行至关重要。通过在胃肠镜诊疗过程中对患者开展心理护理联合健康教育,取得较好效果,报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2020年6—12月来射阳县人民医院进行胃肠镜诊疗的患者168例为研究对象。纳入标准:具有胃肠镜诊疗适应证,患者知情同意;能够配合患者。排除标准:合并妊娠患者;有心理障碍,无

法交流者。按照两组基础资料可比的原则分成对照组和观察组, 每组各 84 例。对照组男 45 例, 女 39 例; 年龄 19 ~ 83 岁, 平均 53.96 ± 13.28 岁; 胃镜诊疗 60 例, 肠镜诊疗 24 例。观察组男 44 例, 女 40 例; 年龄 20 ~ 85 岁, 平均 54.22 ± 14.08 岁; 胃镜诊疗 59 例, 肠镜诊疗 25 例。两组资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。研究已通过医院伦理委员会论证。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 实施常规护理。根据胃肠镜诊疗常规流程规范操作, 诊疗中核实患者个人信息, 保证受检者准确性, 叮嘱患者胃肠镜诊疗内容以及配合内容。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上进行下列护理:

(1) 诊疗前: ①心理护理: 在患者预约诊疗时, 根据病历资料, 评估焦虑和抑郁程度, 掌握患者的心理状态, 与患者交流沟通, 告知患者胃肠镜诊疗是伴随一定疼痛不适感的, 但是这种感觉往往是可以耐受的。对于存在负面情绪的患者积极鼓励安慰, 在诊疗前带领患者进入到内镜室, 使其了解环境, 熟悉布局, 创造愉快、和谐、轻松的诊查环境, 采用简单易懂语言讲解电子胃肠镜结构, 告知其胃肠镜诊疗意义、作用、目的、优点和效果, 使其了解该诊疗的安全性高, 以及相关诊疗知识, 消除担忧等不良心理^[4]。②健康教育: 在患者预约胃肠镜诊疗时有目的地开展健康宣教工作, 具体来说, 采用图文结合、观看视频等多种形式介绍内镜知识, 兼具科学性和趣味性, 使患者了解内镜诊疗原理、操作流程等; 介绍诊疗期间可能发生的不良反应及处理方法, 纠正或者错误认知, 增强治疗信心, 以便积极配合诊疗工作。在候诊区摆放书籍报刊、播放宣教视频等, 帮助患者了解疾病特点、胃肠镜诊疗意义及配合度重要性。

(2) 诊疗中: ①心理护理: 护理人员以亲切态度叮嘱其保持全身放松, 使用自然呼吸, 鼓励并安慰患者有效缓解不良心理反应, 保持准确、快速、轻柔的操作就护理配合, 缩短时间降低刺激程度, 诊疗期间避免闲谈、使用专业术语, 以免患者胡思乱想; 如果出现难受、疼痛等异样的表情, 可进行语言鼓励, 并采用抚触、握手、捏耳垂等技巧给予安慰和支持, 增强安全感和信任感, 促进诊疗顺利进行^[5]。②健康教育干预: 指导正确体位, 告知如何配合及注意事项, 告知患者如出现异常感觉及时示意医生。

(3) 诊疗后: ①心理护理: 诊疗结束后及时告知患者诊疗完成, 若患者诊疗后出现轻微不适感,

则告知其为正常反应, 消除患者的疑虑和担忧, 若出现较为明显疼痛或腹部肿胀, 可通过按摩、排气等方式缓解疼痛, 同时配合心理疏导调整患者状态。

②健康教育: 诊疗后根据患者的疾病诊断结果, 给予适当的健康教育。对于溃疡或慢性炎患者, 讲解疾病知识, 告知患者治疗是长期的一个过程, 严格按照医嘱要求服药, 合理安排日常饮食, 促进疾病痊愈; 对于疑似恶性肿瘤者, 给予健康指导, 使其正确认识疾病。告知胃镜诊疗患者其咽喉疼痛为正常机体表现, 短时间内会自行缓解, 肠镜诊疗患者叮嘱其留意日常大便情况, 有异常及时就诊。叮嘱患者实施无痛胃肠镜诊疗后当天避免高空作业或驾驶机动车, 术后 2h 内禁食, 患者离开前再次诊疗其意识情况, 确保无异常后同意其在家属陪伴下离开。

1.3 观察指标

(1) 心理状态情况: 采用焦虑自评量表 (SAS) 和抑郁自评量表 (SDS)^[6-7] 进行评分, 总分 80 分, 分数越高抑郁焦虑越明显。

(2) 患者健康教育内容掌握情况: 内镜诊疗意义、操作流程、不良反应、如何配合、注意事项等, 每项 2 分, 总分 10 分。

(3) 诊疗过程配合情况: 完全配合、部分配合与不配合分别计 3、2、1 分。

(4) 诊疗应激反应情况: 重度、轻度及无反应分别计 3、2、1 分。

(5) 操作时间: 从开始插镜至拔镜时间。

(6) 护理满意度: 应用自制调查表判断总分 100 分, 评分 95 分以上为非常满意, 90 ~ 94 分为满意, 小于 89 分为不满意。

1.4 统计学方法

采用 SPSS20.0 软件进行数据分析, 计数资料计算百分率, 组间率的比较采用 χ^2 检验; 计量资料以 " $\bar{x} \pm s$ " 表示, 组间均数比较采用 t 检验; $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者心理状态对比

干预前, 两组 SAS、SDS 评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 观察组 SAS 评分 42.27 ± 6.22 分、SDS 评分 40.22 ± 5.89 分均低于对照组 48.36 ± 5.97 分、 46.26 ± 6.02 分, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 两组患者肠镜诊疗情况对比

护理干预后, 观察组教育内容评分 9.23 ± 1.06 分、配合程度评分 2.66 ± 0.22 分, 均高于对照组的

8.22 ± 1.35 分、2.02 ± 0.55 分; 应激反应 1.45 ± 0.25 分、 分、15.98 ± 5.56min; 组间比较差异均有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 2。

表 1 两组心理状态对比 (分)

组别	SAS 评分		SDS 评分	
	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组 (n=84)	52.45 ± 10.35	42.27 ± 6.22	51.78 ± 9.28	40.22 ± 5.89
对照组 (n=84)	53.52 ± 11.48	48.36 ± 5.97	50.60 ± 10.25	46.26 ± 6.02
t 值	0.634	6.506	0.782	6.584
P 值	0.504	0.000	0.435	0.000

表 2 两组患者肠镜诊疗情况对比

组别	教育内容 (分)	配合程度 (分)	应激反应 (分)	诊疗时间 (min)
观察组 (n=84)	9.23 ± 1.06	2.66 ± 0.22	1.45 ± 0.25	12.56 ± 4.45
对照组 (n=84)	8.22 ± 1.35	2.02 ± 0.55	1.67 ± 0.56	15.98 ± 5.56
t 值	5.393	9.902	3.288	4.402
P 值	0.000	0.000	0.001	0.000

2.3 两组患者满意度比较

干预后, 观察组患者满意度高于对照组患者, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者满意度对比

组别	非常满意	满意	不满意	总满意度 (%)
观察组 (n=84)	70	13	1	98.81
对照组 (n=84)	40	34	10	88.10

$\chi^2=7.880, P=0.005$ 。

3 讨论

当前我国患有消化系统疾病患者数量逐渐增多, 胃肠镜被逐渐广泛使用到临床疾病诊疗中, 并且取得了较好效果, 不仅可以将消化道黏膜清晰显示出来, 对病变位置、程度进行判断, 还可以进行息肉、消化道出血治疗, 具有较高的应用价值^[8]。但由于该种诊疗是侵入式操作, 可在一定程度造成患者生理和心理不适, 患者极易出现负面情绪, 例如紧张、担忧、恐惧等^[9], 再加之部分患者缺乏相关常识, 导致在诊疗过程中出现焦虑、抵触情绪, 使患者在诊疗过程受到影响。因此, 应积极寻找合理、有效的干预手段, 帮助患者降低不良情绪, 提升诊疗依从性^[10]。

临床护理作为辅助提高诊断治疗效果的主要手段, 是胃肠疾病治疗中不可或缺的重要工作。上述分析提到, 接受消化胃肠镜诊疗患者身心状态不佳, 护理工作应充分考虑患者的护理期望和要求, 给予其良好的身心干预指导, 对此引入心理护理势在必行^[11], 该护理模式立足诊疗前、中、后三个阶段对患者心理状态进行积极干预, 是常规护理的升

级和补充。通过加用心理护理, 有助于护理人员了解患者心理变化, 并实施针对性心理干预手段, 具体来说术前心理护理可有效提高患者诊疗依从性^[12], 术中心理支持可消除患者紧张感, 确保诊疗顺利完成, 术后心理疏导可引导患者正确处理诊疗后不良反应, 保持平稳情绪^[13]。结果显示, 干预前心理状态两组 SAS、SDS 评分无差异 ($P>0.05$); 干预后观察组 SAS 评分 42.27 ± 6.22 分、SDS 评分 40.22 ± 5.89 分均低于对照组的 48.36 ± 5.97 分和 46.26 ± 6.02 分 ($P<0.05$)。心理护理联合健康教育有利于帮助患者平稳心态, 利于身心状态恢复, 提升配合程度^[14]。研究结果显示, 观察组患者配合程度评分 2.66 ± 0.22 分高于对照组的 2.02 ± 0.55 分 ($P<0.05$)。通过对胃肠镜诊疗的健康教育, 让患者更了解和重视诊疗, 掌握诊疗中的配合技巧及诊疗后的相关注意事项^[15]。观察组教育内容评分 9.23 ± 1.06 分高于对照组的 8.22 ± 1.35 分 ($P<0.05$)。心理护理联合健康教育更有利于顺利完成诊疗, 缩短诊疗时间降低应激反应, 结果表明, 观察组应激反应评分 1.45 ± 0.25 分、操作时间 12.56 ± 4.45min 低于对照组的 1.67 ± 0.56 分、15.98 ± 5.56min ($P<0.05$)。

综上所述, 在胃肠镜诊疗过程中对患者开展心理护理联合健康教育, 能够改善患者不良情绪, 掌握胃肠镜诊疗教育内容, 减轻应激反应, 缩短诊疗时间, 促进护理满意度的提升。

4 参考文献

[1] 丁梦梦. 心理护理干预在消化内镜诊疗中的应用价值[J]. 黑龙江中医药, 2019, 48(6): 233-234.

穴位按摩结合艾灸护理防治剖宫产术后腹胀的临床效果

赵晶晶

【摘要】 目的 探讨剖宫产术后腹胀患者采用穴位按摩结合艾灸护理进行防治的临床效果。方法 于2019年3月—2021年3月期间在山丹县清泉中心卫生院接受治疗的剖宫产术后腹胀患者中选择180例作为研究的观察对象,按照护理方法的不同将其分为观察组和对照组,每组各90例。其中对照组采用常规护理,观察组在此基础上采用穴位按摩联合艾灸的方法实施护理;观察记录两组剖宫产术后腹胀患者肠胃功能的恢复情况。结果 观察组的肠蠕动恢复时间为 11.85 ± 4.79 h、肛门排气时间为 14.25 ± 4.68 h、排便时间为 18.58 ± 5.17 h,均明显短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 将穴位按摩联合艾灸护理应用到剖宫产术后腹胀患者中能够促进患者胃肠功能的恢复,减轻术后腹胀情况。

【关键词】 穴位按摩; 艾灸; 剖宫产; 术后腹胀

中图分类号 R248.3 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2022)01-054-03

目前,选择剖宫产的产妇越来越多,导致剖宫产术后并发症发生率也不断上升,其中术后腹胀是剖宫产手术最常见的胃肠道并发症之一,发生率达92%^[1]。因为剖宫产属于有创手术,术中麻醉、牵拉、腹腔暴露等都会导致产妇术后出现胃肠功能紊乱,肠内蠕动消失,常发生于术后24~72h内,其症状表现为腹胀不适、气体难以排出,严重影响了患者的进食与营养摄入,从而不利于其术后切口

愈合,延长其康复时间。因此,为促进患者的术后恢复,需要对剖宫产产妇的术后腹胀进行有效控制。目前对该病的治疗多为对症治疗,预后效果不理想,随着社会不断的发展和生活水平的提高,剖宫产率也在逐年上升,因此找到一种安全、有效、合理的护理方法极为关键^[2]。有效的护理干预可以减轻患者的腹胀程度,缩短其术后康复时间,随着中医理论在临床实践中的不断深入,中医推拿、穴位按摩等中医护理技术在妇产科也获得了广泛应用。穴位

作者单位: 734100 甘肃省张掖市山丹县人民医院

- [2] 杨书薪. 心理护理干预在消化内镜诊疗患者中的应用方法及效果 [J]. 继续医学教育, 2019, 33(11): 107-108.
- [3] 张晓慧. 心理护理干预在消化内镜诊疗患者中的应用及对诊疗成功率的影响观察 [J]. 中国实用医药, 2019, 14(29): 150-152.
- [4] 郭艳, 夏洪芬, 龚雪梅, 等. 消化内镜粘膜剥离术联合治疗性沟通系统在消化道粘膜下隆起性病变中的临床研究 [J]. 川北医学院学报, 2019, 34(6): 820-824.
- [5] 侯子苹. 心理护理干预对消化内镜诊疗患者焦虑情绪的影响探析 [J]. 中国医药指南, 2019, 17(27): 266-267.
- [6] 杨宇梅. 探究消化内镜诊疗患者应用心理护理干预措施对改善心理焦虑情绪的效果 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(12): 241-242.
- [7] 王雪飞, 张可慧. 消化道专科护理联合无缝隙对接护理干预在提升消化内镜护理质量中的应用 [J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(27): 3549-3551.
- [8] 王丽华, 张晶, 李春, 等. 舒适护理对消化内镜诊疗患者心理生理评分及成功率的影响 [J]. 实用医院临床杂志, 2019, 16(2): 228-230.
- [9] 刘春燕, 吴惠娟, 吴娟. 心理护理干预对缓解消化内

- 镜检查中患者的焦虑情绪及提高检查成功率的影响 [J]. 中国社区医师, 2017, 33(22): 132-133.
- [10] 苏雪芬, 廖素珠, 李秀梅, 等. 消化内镜检查过程中应用心理干预对缓解患者不良情绪的影响 [J]. 中外医学研究, 2018, 16(31): 74-75.
- [11] 吴艳, 柳海燕, 尹余平, 等. 健康教育路径对消化内镜检查患者焦虑情绪及生理应激的影响 [J]. 中国健康心理学杂志, 2018, 26(12): 1843.
- [12] 刘阳, 乔丽娟, 陈虹彬, 等. 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.
- [13] 彭利红, 李凤, 于意文. 胃肠镜检查患者心理状态的调查分析及对策 [J]. 心理月刊, 2018, 13(9): 68.
- [14] 张中华, 陶秀梅. 心理护理干预改善消化内镜检查患者心理焦虑情绪的效果观察 [J]. 心理月刊, 2019, 14(17): 71.
- [15] 侯子苹. 心理护理干预对消化内镜检查患者焦虑情绪的影响探析 [J]. 中国医药指南, 2019, 17(27): 266-267.

[2021-11-18 收稿]

按摩可以疏通人体经络,以平衡机体营养,对机能进行调节,从而减轻腹胀症状;艾灸是用艾叶制成的艾灸材料产生的艾热刺激体表穴位或特定部位,通过激发经气的活动来调整人体紊乱的生理生化功能,从而达到防病治病目的的一种治疗方法^[3]。有研究表明,联合艾灸是有效预防剖宫产术后腹胀的方式,因此,本研究旨在探讨剖宫产术后腹胀患者采用穴位按摩结合艾灸护理进行防治的临床效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

以2019年3月—2021年3月期间在山丹县清泉中心卫生院接受治疗的剖宫产术后腹胀患者为研究对象,根据护理方法选择观察组和对照组,每组各90例。纳入标准:均符合剖宫产术后腹胀的诊断标准;足月单胎妊娠者;术后24h肛门无法自主排气者;经腹片提示腹部存在肠胀气者;了解此次研究并签署知情同意书者。排除标准:对艾灸过敏者;存在精神、意识、交流障碍者;存在胃肠道疾病史者;合并血液系统疾病者;术中由于肠管受损而导致的肠胀气者;伴糖尿病、妊高症等妊娠合并者。观察组初产妇36例,经产妇54例;年龄21~38岁,平均年龄 28.34 ± 5.72 岁;孕期30~42周,平均孕期 36.07 ± 2.58 周;手术切口为横切口52例,纵切口38例。对照组初产妇40例,经产妇50例;年龄24~42岁,平均年龄 27.82 ± 4.75 岁;孕期32~40周,平均孕期 37.15 ± 2.58 周;手术切口为横切口53例,纵切口37例。两组的基线资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。研究已获得医院伦理委员会的批准。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 给予常规方法护理,具体如下:

(1)饮食护理:叮嘱产妇术后8h内禁饮,待麻醉消退后可以进食适量流食,提醒产妇不要食用易产生气体的食物,如牛奶、豆浆、甜食等,以减少肠道积气;待产妇排气后可指导其进行清淡、易消化的食物,如汤面、米粥、馄饨等。叮嘱产妇饮食应遵循少食多餐的原则,避免过饱而引起腹胀。

(2)体位护理:产后6h,协助患者取半卧位休息,以促进其恶露排出,定时协助患者在床上进行翻身,并鼓励其早期下床活动,根据其身体恢复情况对下床活动时间与活动量进行明确。

(3)腹部按摩:指导产妇取平卧位,护理人

员立于病床一侧,并用言语引导患者放松身心,然后护理人员的双手以产妇肚脐为中心,按顺时针方向进行按摩,右手贴于产妇右下腹部,由下向上推至右肋部,再平移至肚脐上方,由右向左推至左肋部,稍微用力向下推揉至左下腹部,接着向右推至右下腹部。左手按照右手的轨迹重复按摩,左右手交替进行,每分钟反复10~15次为一组,连续做10~15组。

(4)加强巡房:术后加强巡房,以及时了解患者的恢复情况,每日对患者的疼痛情况进行评估,若患者表示疼痛难忍则采取药物或物理方法缓解疼痛,观察患者的切口愈合情况,检查是否存在感染等情况。

1.2.2 观察组 患者在常规护理的基础上采用穴位按摩联合艾灸方法实施护理,具体措施如下:

(1)穴位按摩:指导患者处于舒适体位,选取三阴交、足三里、上巨虚等穴位采用拇指指腹顺时针按压,每个穴位按摩3~6分钟,每分钟50次,每天2次。手法遵循“由轻至重、由上至下、由近及远”原则,以患者出现酸、麻、胀、痛感为止^[4]。

(2)艾灸:按摩后指导患者仰卧在床,露出腹部,取神阙、气海、关元、中脘为主穴,将艾条点燃放入木质艾灸盒内固定针上,使用松紧带进行固定,以患者感到局部温热无灼痛感为宜,保证皮肤红晕和潮湿,时间不超过20分钟;腹部艾灸完后,再选取两侧的三阴交穴、足三里穴、上巨虚穴采用温和灸法对患者进行艾灸,施灸时手持艾条点燃另一端,对准穴位(距离皮肤2cm即可)实施温和灸,当患者皮肤出现微红无灼热感即可停止,每次艾灸5~6分钟,每天坚持2次。两组患者护理周期为4天。

1.3 观察指标

经护理后对比两组剖宫产术后腹胀患者的肠胃功能恢复情况,即肠蠕动恢复时间、排气时间、排便时间。

1.4 统计学处理

使用SPSS20.0统计学软件对研究数据进行处理,计量资料采用“均数 $\pm$ 标准差”表示,组间均数比较行 t 检验; $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

护理干预后,观察组患者肠蠕动恢复时间、排气时间及排便时间均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 两组肠胃功能的恢复时间对比 (h)

组别	例数	肠蠕动恢复时间	排气时间	排便时间
观察组	90	11.85 ± 4.79	14.25 ± 4.68	18.58 ± 5.17
对照组	90	17.29 ± 5.38	19.37 ± 5.73	26.31 ± 6.42
<i>t</i> 值		7.165	6.565	8.897
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000

3 讨论

剖宫产手术是一种挽救孕产妇和围生儿生命的有效措施,术后腹胀的发生主要是由麻醉药物、机械性刺激、抗菌药物等因素引起胃肠功能抑制,若不及时治疗易导致患者呼吸窘迫,诱发静脉血栓,严重者伴有肠粘连、肠麻痹等并发症,会危及到患者的生命健康^[5]。基于此,对剖宫产产妇实施科学、有效的护理干预对促进术后排气、减少腹胀的发生具有非常重要的意义,不仅有利于产妇的快速康复,而且还可保障手术的安全性。

中医学认为,产妇在手术及麻醉的影响下,其脏腑气血会遭到一定程度的损害,从而对其运化功能与气机等产生不利影响,针对此类患者,护理应当以理气通腑为主,以令其胃肠运化功能得以恢复^[6]。穴位按摩是运用手法对患者的相应穴位进行刺激,从而达到疏通经络目的的一种中医手段,其对产妇的抗病能力具有提高作用,促使腹胀得到缓解,并加快产妇的术后恢复进程。而艾灸中的艾叶胆碱可促进产妇神经功能的恢复,产生疏通经络、调节阴阳和脏腑的功能,此外还具有杀菌功效,对于增强产妇的免疫力与抵抗力具有非常积极的影^[7]。研究结果显示,观察组患者通过穴位按摩结合艾灸护理后,其肠蠕动恢复时间、排气时间、排便时间均短于对照组($P < 0.05$),这表明采用穴位按摩联合艾灸护理能缩短患者肠蠕动恢复时间、排气时间、排便时间。常规护理中对患者实施饮食护理、体位护理、腹部按摩、加强巡房虽然可在一定程度上减少腹胀的发生,促进产妇术后排气,但是常规护理针对性较弱,导致护理效果有限,无法对机体的肠道蠕动产生直接的促进作用,所以难以促进产妇术后快速排气^[8]。而穴位按摩和艾灸是中医常用外治方法,其中按摩三阴交、足三里、上巨虚具有健脾益胃、改善肠胃功能的功效,有利于增强肠胃蠕动,减少术后肛门不排气、便秘的发生^[9];艾灸是在神阙、气海、足三里、三阴交等穴位上熏烤,通过温热刺激和药物作用起到疏通经络、行气消胀、调节脾胃运化功能,从而达到防病治病目的的一种措施^[10]。

这两种护理方法结合起来有健脾益胃、温通经络、调理气血、肠道通便的功效,因此,将穴位按摩联合艾灸方法应用至剖宫产术后腹胀患者中,可有效减轻术后腹胀的情况,且操作简单,安全性佳,对患者的身体康复有积极影响。

综上所述,将穴位按摩联合艾灸护理应用到剖宫产术后腹胀患者中,可促进患者胃肠功能的恢复,减轻术后腹胀情况。

4 参考文献

- [1] 区凤玲,梁玉云,蔡仲结.穴位按摩与艾灸护理防治剖宫产术后腹胀的效果[J].中医临床研究,2019,11(3):135-137.
- [2] 何丹,喻淑玲,朱子花.新斯的明穴位注射配合艾灸治疗剖宫产术后腹胀效果分析[J].中国实用医药,2019,14(23):117-118.
- [3] 李芳,方芳.穴位按摩防治剖宫产术后腹胀临床观察[J].中医药临床杂志,2017,29(4):535-537.
- [4] 陈香香,熊静.穴位按摩、艾灸联用对子宫切除术后腹胀的影响效果分析[J].首都食品与医药,2019,26(4):170.
- [5] 李永红,梁银珠,林锦妹.穴位按摩结合艾灸对剖宫产术后腹胀的防治作用[J].内蒙古中医药,2017,36(12):130-138.
- [6] 侯淑红,王先永.穴位按摩护理配合艾灸对产妇产后宫缩痛的缓解效果分析[J].山西医药杂志,2019,48(16):2010-2012.
- [7] 温惠芬,李琼仲,方刚妹,等.艾灸联合穴位贴敷对髋关节置换术后患肢肿胀、VAS评分的影响研究[J].湖南中医药大学学报,2019,39(1):64-67.
- [8] 胡红,周红,张柳,等.剖宫产术后早期进食对胃肠道功能恢复影响的系统评价[J].中国实用护理杂志,2019,35(2):156-161.
- [9] 杨丽娟.新斯的明足三里穴位注射联合产后康复综合治疗仪在剖宫产术后腹胀中的应用[J].山西医药杂志,2020,49(3):74-76.
- [10] 宋莉,郭翠琴,罗利珍.复方厚朴排气合剂结合艾灸治疗仪对宫颈癌手术患者胃肠道功能恢复的影响[J].现代中西医结合杂志,2019,28(2):4.

[2021-10-28 收稿]

PDCA 循环护理对重症肺炎并发呼吸衰竭患者血气及各实验室指标的影响

洪薇

【摘要】 目的 探讨 PDCA 循环护理对重症肺炎并发呼吸衰竭患者血气及各实验室指标的影响。**方法** 于 2018 年 3 月—2021 年 3 月选取张掖人民医院收治的 88 例重症肺炎并发呼吸衰竭患者为研究对象, 根据就诊顺序及人口学资料组间匹配的原则进行分组, 每组各 44 例。对照组患者采用常规护理, 观察组在常规护理的基础上给予 PDCA 循环护理。比较两组患者干预前后各血气指标、炎症因子水平及免疫功能变化及患者的护理满意度。**结果** 干预后, 观察组的血氧分压 (PaO_2)、血氧饱和度 (SaO_2) 水平均高于对照组 PaO_2 、 SaO_2 水平, 而观察组的二氧化碳分压 (PaCO_2) 水平低于对照组; 观察组各炎症因子水平显著低于对照组; 观察组 CD3^+ 、 CD4^+ 与 $\text{CD4}^+/\text{CD8}^+$ 水平均高于对照组, 而观察组的 CD8^+ 水平低于对照组; 观察组护理满意度为 93.18% 显著高于对照组的护理满意度 77.27%; 组间差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** PDCA 循环护理可有效促进患者血气指标及免疫功能恢复, 提高抗炎效果及患者满意度, 对改善重症肺炎并发呼吸衰竭患者预后具有积极意义。

【关键词】 PDCA 循环护理; 重症肺炎; 呼吸衰竭; 血气指标; 炎症因子; 免疫功能

中图分类号 R473.5 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2022)01-057-03

重症肺炎是呼吸系统较为常见的一种急危重症, 具有起病急、病情进展快的特点, 主要因细菌、病毒、真菌感染所致; 若未及时治疗随着病情进展可引发低氧血症、多器官功能障碍、呼吸衰竭、感染性休克等, 给患者的生命健康造成极大的威胁^[1-2]。呼吸衰竭是重症肺炎最为常见的一种并发症, 也是导致患者死亡的主要原因, 其发生率高达 30% ~ 50%^[2]。有研究表明, 在重症肺炎合并呼吸衰竭患者治疗中完善护理方式对保证治疗效果具有积极意义^[3]。为此本研究以张掖人民医院收治的重症肺炎并发呼吸衰竭患者为基础, 探讨 PDCA 循环护理的临床应用效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

于 2018 年 3 月—2021 年 3 月选取张掖人民医院收治的 88 例重症肺炎并发呼吸衰竭患者为研究对象。纳入标准: 所有患者均经临床相关检查确诊; 患者及家属自愿参与本次研究。排除标准: 排除合并其他器质性病变、免疫缺陷性疾病、恶性肿瘤、感染性疾病、精神认知障碍、沟通障碍及临床资料不全者。根据就诊顺序及人口学资料组间匹配的原则进行分组, 每组各 44 例。对照组男 24 例, 女 20

例; 年龄 42 ~ 80 岁, 平均年龄 57.37 ± 3.62 岁; 体质量 47 ~ 74kg, 平均体质量 57.78 ± 2.67 kg。观察组男 23 例, 女 21 例; 年龄 43 ~ 81 岁, 平均年龄 58.32 ± 3.55 岁; 体质量 48 ~ 75kg, 平均体质量 57.83 ± 2.58 kg。两组患者一般人口学资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。研究经医院伦理委员会审核通过。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 实施常规护理, 包括监测各项生命体征、遵医嘱用药、常规教育、基础护理等。

1.2.2 观察组 实施 PDCA 循环护理, 具体为:

(1) 计划阶段 (P): 总结重症肺炎并发呼吸衰竭护理中存在的问题, 调查患者的护理需求, 制定针对性、合理化的护理方案。

(2) 执行阶段 (D): 全面落实各项干预措施, 患者入院后积极与患者及家属沟通, 及时开导伴有负面情绪的患者, 向患者讲解疾病相关知识、分享治疗成功案例来坚定患者治疗疾病的信心。严密监测患者病情变化, 指导患者正确呼吸, 主动咳嗽排痰, 同时通过拍背、雾化吸入、机械吸痰等方式保持患者呼吸道通畅。指导患者高蛋白、清淡易消化饮食, 必要时补充肠内营养液, 适当补充维生素 A 及铁剂, 保持机体营养均衡。

(3) 检查阶段 (C): 护理过程中及时根据患者需求变化及护理缺陷调整干预措施, 查漏补缺不

作者单位: 734000 甘肃省张掖市, 河西学院附属张掖人民医院

断完善护理方案。

(4) 处理阶段(A): 每月总结工作中的不足, 处理检查结果, 制定相应的解决措施以便后期改进, 及时纠正护理人员存在的问题, 进入下一个循环。

1.3 观察指标

(1) 采用 MB-3100-D 型血气分析仪检测两组患者干预前后动脉血氧分压 (PaO₂)、二氧化碳分压 (PaCO₂)、血氧饱和度 (SaO₂) 变化。

(2) 选取患者空腹状态下外周静脉血 5ml, 离心分离出血清后, 分别采用电化学免疫发光法、酶联免疫法检测两组患者血清降钙素原 (PCT) 与白介素 6 (IL-6) 水平。

(3) 选择特定蛋白分析仪采用放射免疫比浊法检测两组患者血清 C- 反应蛋白 (CRP) 水平^[4]。

(4) 选取患者空腹下外周静脉血 3ml, EDTA 抗凝处理后采用免疫荧光标记法检测外周血 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺ 及 CD4⁺/CD8⁺ 水平^[5]。

(5) 采用护理满意度调查问卷从很满意、满意、不满意方面调查两组患者的护理满意度, 满意度 = (很满意 + 满意) / 总例数 × 100%。

1.4 统计学方法

采用 SPSS19.0 软件包, 以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义, 计数资料计算百分数, 组间比较行 χ^2 检验; 计量资料以 “ $\bar{x} \pm s$ ” 表示, 组间均数比较

采用 t 检验。

2 结果

2.1 两组干预前后各血气指标变化

干预前, 两组 PaO₂、SaO₂、PaCO₂ 水平比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 组间具有可比性。干预后, 观察组的 PaO₂、SaO₂ 水平均高于对照组, 而观察组 PaCO₂ 水平低于对照组, 组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 两组各炎性因子水平变化

干预前, 两组各炎性因子水平比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 组间具有可比性。干预后, 观察组各炎性因子水平显著低于对照组, 组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

2.3 两组各免疫功能指标变化

干预前, 两组各免疫功能指标水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 组间具有可比性。干预后观察组 CD3⁺、CD4⁺ 与 CD4⁺/CD8⁺ 水平均高于对照组, 而 CD8⁺ 水平比对照组下降, 组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

2.4 两组护理满意度

观察组护理满意度为 93.18%, 高于对照组的 77.27%, 组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 1 两组患者干预前后各血气指标变化

组别	PaO ₂ (mmHg)		PaCO ₂ (mmHg)		SaO ₂ (%)	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n=44)	48.63 ± 5.35	70.24 ± 5.17	78.46 ± 4.51	60.36 ± 5.22	87.87 ± 2.64	90.64 ± 3.57
观察组 (n=44)	48.56 ± 5.42	77.37 ± 5.67	78.75 ± 4.26	53.32 ± 5.34	88.23 ± 2.38	94.45 ± 3.46
t 值	0.061	6.164	0.310	6.253	0.672	5.083
P 值	0.951	0.000	0.757	0.000	0.503	0.000

表 2 两组各炎性因子水平变化

组别	PCT(ng/ml)		IL-6 (ng/L)		CRP (mg/L)	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n=44)	3.01 ± 0.71	2.52 ± 0.59	76.14 ± 6.23	60.56 ± 5.27	21.48 ± 6.16	17.45 ± 3.22
观察组 (n=44)	3.02 ± 0.67	2.18 ± 0.29	75.46 ± 6.11	53.25 ± 4.38	21.56 ± 6.27	15.03 ± 4.36
t 值	0.068	3.431	0.517	7.076	0.060	2.962
P 值	0.946	0.001	0.606	0.000	0.952	0.004

表 3 各免疫功能指标变化

组别	CD3 ⁺ (%)		CD4 ⁺ (%)		CD8 ⁺ (%)		CD4 ⁺ /CD8 ⁺	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n=44)	53.24 ± 5.21	56.15 ± 5.78	31.08 ± 2.31	29.26 ± 1.08	26.81 ± 1.62	26.13 ± 1.86	1.11 ± 0.24	1.15 ± 0.31
观察组 (n=44)	53.22 ± 5.37	62.35 ± 4.76	31.32 ± 2.26	35.81 ± 1.53	26.79 ± 1.75	21.63 ± 2.57	1.08 ± 0.22	1.53 ± 0.35
t 值	0.018	5.492	0.493	23.200	0.056	9.405	0.611	5.391
P 值	0.986	0.000	0.623	0.000	0.955	0.000	0.543	0.000

表 4 两组护理满意度比较

组别	例数	满意	一般满意	不满意	总满意率 (%)
观察组	44	28	13	3	93.18
对照组	44	24	10	10	77.27

χ²=4.423, P=0.035。

3 讨论

近年来,随着护理模式的转变及人们对医疗服务要求的不断提高,常规护理难以满足患者的需求。PDCA 循环护理是在“以患者为中心”理念指导下结合 PDCA 循环管理思路开展的一项护理服务,以不断优化护理干预方法为目的,通过及时发现并纠正护理中的薄弱环节,以实现护理质量的持续改进^[6-8]。研究结果表明,干预后观察组的 PaO₂、SaO₂ 水平均高于对照组,而观察组 PaCO₂ 水平低于对照组,究其原因在本研究护理中通过有效的干预措施帮助患者排痰,保持呼吸道通畅,从而有效改善了患者的呼吸功能。结果还表明,干预后观察组患者各炎性因子水平显著低于对照组;干预后观察组 CD3⁺、CD4⁺ 与 CD4⁺/CD8⁺ 水平均高于对照组,而 CD8⁺ 水平低于对照组,这是因为当患者受疾病影响,机体免疫力、营养吸收能力明显下降,在护理中通过指导患者饮食、给予营养支持等提高机体的抗炎能力及抗病能力,同时帮助患者疏导负面情绪,有效降低患者心理应激反应,有助于改善免疫功能,降低炎性反应^[9-10]。结果还表明,观察组护理满意度显著高于对照组。在护理中与患者之间建立了良好的沟通关系,保证了治疗效果,在一定程度上有助于患者满意度的提升。

综上所述,PDCA 循环护理可有效促进患者血气指标及免疫功能恢复,提高抗炎效果及患者满意度,对改善重症肺炎并发呼吸衰竭患者预后具有积极意义。

4 参考文献

[1] 张彬彬. 细节护理干预对重症肺炎合并呼吸衰竭患者机械通气时间及血氧饱和度的影响 [J]. 黑龙江医学, 2020, 44(5): 695-697.

[2] 李冉. 全方位护理对重症肺炎合并呼吸衰竭患者机械通气时间及住院时间的影响 [J]. 包头医学, 2021, 45(3): 53-55.

[3] 齐杜娟. 临床护理路径对重症肺炎合并呼吸衰竭患者血气指标及负性情绪的影响 [J]. 黑龙江医学, 2020, 44(3): 414-416.

[4] 王雪梅. PDCA 循环管理模式对无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺疾病并发呼吸衰竭患者的影响 [J]. 国际护理学杂志, 2020, 39(18): 3421-3423.

[5] 潘道卓, 费东生, 杨锁柱, 等. ICU 重症肺炎伴呼吸衰竭患者行不同通气治疗对血气指标、心功能指标、炎性指标的影响 [J]. 国际检验医学杂志, 2020, 41(5): 123-126.

[6] 朱江利. PDCA 护理模式在重症肺炎并发呼吸衰竭患者护理中的应用 [J]. 首都食品与医药, 2020, 27(8): 173.

[7] 蔡娟. PDCA 护理模式对重症肺炎并发呼吸衰竭患者血气及血液生化指标的影响 [J]. 中国药物与临床, 2019, 19(12): 2118-2120.

[8] 王慧敏. PDCA 护理模式在重症肺炎并发呼吸衰竭患者护理中的应用 [J]. 中国医药指南, 2021, 19(15): 149-150, 153.

[9] 叶思燕, 李云龙, 吴凤, 等. PDCA 循环护理对重症肺炎患者预后及治疗依从性的影响分析 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2020, 41(16): 2073-2074.

[10] 卓效芳. 医护一体化方式治疗护理重症肺炎合并呼吸衰竭患儿的效果观察 [J]. 天津护理, 2016, 24(6): 512-514.

[2021-05-11 收稿]

人性化与优质护理对门诊输液室患者的临床应用效果观察

吴娜娜 徐丽娟

【摘要】 目的 探讨人性化护理与优质护理应用于门诊输液室患者的临床效果。方法 选取 2019 年 7 月—2020 年 7 月铜陵市第四人民医院收治 100 例门诊输液室患者为研究对象,按照入院先后顺序将其分为对照组 49 例,观察组 51 例。对照组给予常规护理,观察组在此基础上引入人性化护理和优质护理。对比两组患者的护理满意度、输液知识知晓度及不良事件发生率。结果 实施人性化护理和优质护理后,观察组护理总满意度为 98.04%,明显高于对照组的 75.51%;观察组护理后输液知识知晓度明显高于对照组;观察组的不良事件发生率为 1.96%,明显低于对照组的 18.37%;组间比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 予以门诊输液室患者人性化护理与优质护理有利于营造良好、和谐的护患关系,提高护理满意度,减少不良事件的发生率。

【关键词】 人性化护理; 优质护理; 门诊输液室; 护理满意度

中图分类号 R47 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2022)01-060-03

随着社会的高速发展及生活水平的提高,人们对临床护理的要求愈加严格^[1-2]。而门诊输液室作为医院重要的科室,具有人流量大、用药种类繁杂、病情多样化、工作强度大等特点。传统护理模式与患者的沟通交流较少,导致患者不能得到有效的治疗,易引发患者及家属心情烦躁、焦虑不安等不良情绪的发生,不利于营造良好的护患关系,严重者甚至会降低医院的口碑、声誉及竞争力^[3-5]。临床发现,良好的护理模式有利于提高医护人员的工作效率及护理满意度,而人性化护理与优质护理是以患者为中心,提供优质服务,对患者实施人文关怀,有利于拉近护患之间的关系,进一步提高护理质量。基于此,人性化护理与优质护理被广泛应用于临床护理中,且取得显著的临床护理效果。研究旨在探讨人性化护理与优质护理应用于门诊输液室患者的临床效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2019 年 7 月—2020 年 7 月铜陵市第四人民医院收治的 100 例门诊输液室患者为研究对象。纳入标准:患者具有语言表达和书写能力;患者资料保存完整。排除标准:存在精神疾病或严重的心理疾病;不配合研究;病历资料不完整。按照入院先后顺序将其分为对照组和观察组。对照组 49 例,男性 25 例,女性 24 例;患者年龄范围为 18 ~ 65 岁,平均年龄为 39.87 ± 4.10 岁;患者平均输液时

间为 2.51 ± 0.29 h。观察组 51 例,男性 26 例,女性 25 例;患者年龄范围为 20 ~ 68 岁,平均年龄为 40.12 ± 3.90 岁;患者平均输液时间为 2.59 ± 0.27 h。两组患者性别、年龄、平均输液时间比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。研究取得了患者的支持和同意,并签署了知情同意书,经过了医院伦理委员会的审批。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 采用常规护理,具体措施为:医护人员在予以患者注射治疗时,应严格按照医嘱及无菌技术原则进行规范操作,在治疗中应按照“三查八对”的标准仔细审查,即加药前查、加药中查、加药后查和核对患者的姓名、药名、用药剂量、药物有效期、药物用法、药物使用时间、药物浓度比例及患者床号。医护人员需不定时巡视病房,观察并记录患者输液反应,若患者出现不良反应,需及时终止输液并告知医生,采取对症治疗,避免患者病情加重,输液完成后需对患者实施按压止血。此外,医护人员需定时对门诊输液室进行消毒,对药物进行分类,检查药物的有效期,并做好相关记录,对失效药物需按照医院的规章制度进行处理。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上引入人性化护理和优质护理,具体措施为:

(1) 门诊输液室人流量较大,环境嘈杂,因此医护人员应将等候区、接待区及输液区隔离开,为患者营造安静的输液环境,在输液室配备相关生活设施,例如空调、电视等。

(2) 定期对输液室打扫、消毒,在输液室中

张贴相关疾病知识,放置相关的疾病书册,为患者普及输液知识,对于行动不便或身体障碍的患者,需提供床位,提高人性化护理与优质护理。

(3)医护人员树立好个人形象,仪表整洁大方,举止文明,针对不同的患者实施针对性护理,主动与患者沟通,及时为患者处理难题。

(4)患者在治疗期间因对病情不了解,易出现焦虑不安、烦躁等不良情绪,医护人员需及时予以心理安抚,通过转移注意力法缓解患者的负面情绪。

(5)在输液时,医护人员需加强病房的巡视,发现不良反应者,需及时告知医生,并采取有效的措施处理。

(6)完善门诊电子系统,医护人员引导患者自动打印排队号,输液时自动提醒叫号,降低医护人员的工作量,提高其工作效率。

(7)输液前,医护人员需详细了解患者的疾病史、过敏史及病情状况,对患者普及相关疾病知识,讲解药物的使用方法和注意事项。

(8)输液时若出现穿刺失败的情况,应及时对患者道歉并说明情况,减少医患纠纷。穿刺完成后,使患者处于合适的体位,根据患者的实际情况调节滴速。

(9)输液完成后,医护人员需予以患者棉签,将其放置在穿刺处4min,避免皮下血肿的情况出现。

1.3 观察指标

(1)患者护理满意度:采用本科室自拟的《护理满意度调查表》,对患者护理后满意度进行调查,

该量表总分为100分,分值越高代表护理满意度越高。

(2)患者输液知识知晓度:采用本科室自拟的《输液知识知晓度》,对患者输液前、输液中、输液后3个阶段进行调查,每个阶段总分5分,分值越高代表患者输液知识知晓度越高。

(3)不良事件发生率:包含反复穿刺、输液架固定不合理、渗液等不良事件的发生率。

1.4 统计学处理

数据均由SPSS19.0软件进行统计学分析处理,计数资料计算百分率,组间率的比较采用 χ^2 检验;计量资料以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示,组间均数比较采用 t 检验; $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组护理满意度比较

实施人性化护理和优质护理后,观察组患者护理总满意度为98.04%,明显高于对照组的75.51%,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

2.2 两组输液知识知晓度比较

实施人性化护理和优质护理后,观察组患者护理后输液知识知晓度明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

2.3 两组不良事件发生率

实施人性化护理和优质护理后,观察组的不良事件发生率为1.96%,明显低于对照组的18.37%,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表3。

表1 两组护理满意度比较

组别	<i>n</i>	满意	较满意	不满意护理	总满意度(%)
观察组	51	37	13	1	98.04
对照组	49	26	11	12	75.51

$\chi^2=11.215, P=0.001$ 。

表2 两组输液知识知晓度比较(分)

组别	<i>n</i>	输液前	输液中	输液后
观察组	51	4.37 ± 0.32	4.41 ± 0.39	4.67 ± 0.29
对照组	49	2.37 ± 0.12	2.55 ± 0.31	2.77 ± 0.45
<i>t</i> 值		41.057	26.334	29.608
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000

表 3 两组不良事件发生率对比

组别	n	反复穿刺	输液架固定不合理	渗液	不良事件发生率（%）
观察组	51	1	0	0	1.96
对照组	49	3	4	2	18.37

$\chi^2=5.762, P=0.016$ 。

3 讨论

随着医学技术的完善与提高，常规的护理模式已经难以满足患者的需求^[6]。常规的护理模式较为死板和单一，降低了门诊输液的护理水平，且门诊输液室由于人流量较大且病情繁杂，导致医护人员的工作较为繁忙，在常规护理模式下，医护人员未能及时对患者的输液情况予以观察记录，严重影响了最终的护理效果，增加了医护纠纷率^[7]。而人性化护理与优质护理是以患者为中心，为患者营造良好的输液环境，使患者感受到医护人员的人文关怀，拉近护患之间的关系，提高护理满意度。在护理过程中，护理人员应成立护理小组，根据患者病情制定合理的护理方案，观察记录患者在护理中的不良反应和需求，利用空闲时间开展会议，积极讨论并解决自身遇见的困难，逐渐形成适合自身特色的护理模式。姚金秀^[8]等人研究指出，良好的护理措施可减少患者在输液过程中的不适感和疼痛感，而人性化护理与优质护理可帮助患者更好的完成输液治疗，缓解患者的不良情绪，降低患者的应激反应。本次研究结果显示，观察组护理总满意度为 98.04% 明显高于对照组的 75.51%（ $P<0.05$ ），且观察组护理后输液知识知晓度情况明显高于对照组（ $P<0.05$ ），充分说明人性化护理与优质护理应用于门诊输液室中，更能满足人们的护理需求，减少医护纠纷，提

高患者的护理满意度。

综上所述，予以门诊输液室患者采用人性化护理与优质护理可缓解患者的不良情绪，并使患者正确科学的认知疾病，有利于营造和谐的护患关系。

4 参考文献

[1] 高承华. 人性化护理应用于门诊输液室护理中的价值评价 [J]. 心理医生, 2019, 25(1): 207-208.

[2] 叶晶. 人性化护理对门诊输液室患者护理满意度的价值 [J]. 医学新知杂志, 2019, 29(z1): 332-334.

[3] 杜霞. 人性化护理模式应用于门诊输液室的有效性分析 [J]. 医学信息, 2018, 31(z2): 81-82.

[4] 马丽. 人性化护理应用于门诊输液室中的效果评价 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2(30): 91.

[5] 唐静. 人性化护理管理在门诊输液室中的应用与评价 [J]. 心理月刊, 2019, 14(2): 74-75.

[6] 朱一文, 徐静娟. 门诊输液室中实施输液流程优化优质护理服务的效果探讨 [J]. 中外医疗, 2020, 39(28): 140-142, 198.

[7] 王艳红. 优质护理服务对儿科门诊输液室的影响 [J]. 中国保健营养, 2020, 30(11): 227.

[8] 姚金秀, 马丽莉, 张亚娟, 等. 急诊输液室患者优质护理服务需求及满意度问卷的编制与信效度检验 [J]. 重庆医学, 2020, 49(19): 3234-3239.

[2021-11-22 收稿]

《现代养生》严正声明

最近一段时间接到举报，有不法公司和个人盗用或冒用本刊名义，以可以帮助作者发表论文为诱饵，诈骗钱财。对此，本刊严正声明：本刊没有委托任何公司和个人代收、代发论文，或代为本刊编辑出版杂志。对上述违法行为，一经查实，本刊将配合国家有关稽查监管部门和公安机关，依法追究其刑事责任！

《现代养生》杂志社

急诊绿色通道路径对老年急性冠状动脉综合征患者临床效果的影响

关筱波

【摘要】 目的 探讨急诊绿色通道路径对老年急性冠状动脉综合征（ACS）患者临床效果的影响。方法 选取医院 2020 年 10 月—2021 年 10 月收治的老年 ACS 患者 66 例，全部患者接受急诊救治，以组间基本资料均衡可比的原则分为两组，每组 33 例。对照组实施常规急诊护理，观察组实施急诊绿色通道路径护理。比较两组入院至进入急诊室时间、入院至接受治疗时间、首次球囊扩张时间及住院时间。比较两组生存质量改善情况及患者满意度。结果 急诊护理干预后，观察组入院至进入急诊室时间、入院至接受治疗时间、首次球囊扩张时间及住院时间短于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；观察组生存质量评分总体高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；观察组对急诊护理的满意度高于对照组，但差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。结论 老年 ACS 患者急诊抢救配合中，实施急诊绿色通道路径护理措施能够提高急诊抢救效率，也能够提高患者生存质量，患者满意度较高。

【关键词】 老年急性冠状动脉综合征；急诊绿色通道路径；急诊护理

中图分类号 R47 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2022)01-063-03

急性冠状动脉综合征（acute coronary syndrome, ACS）以心肌急性缺血或坏死为特征，患者多伴有心绞痛、心动过速、恶心呕吐等临床症状^[1]。ACS 常发生于老年群体，患者由于身体机能减弱，在急性发病状况下心前区疼痛症状明显^[2]。急诊在给予老年 ACS 患者抢救时，提高抢救效率是提高抢救成功率的关键因素^[3]。因而在急诊抢救的护理配合中，缩短急诊抢救耗时十分必要。急诊绿色通道路径下展开护理配合，能够缩短患者入院至急诊室时间，也能够缩短血液样本检验结果出具时间，对提高患者抢救效率有积极作用^[4]。为评估急诊绿色通道路径护理的应用效果，研究针对老年 ACS 患者，开展临床对照实验，结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取医院 2020 年 10 月—2021 年 10 月收治的老年 ACS 患者 66 例为研究对象，全部患者接受急诊救治，对本次研究知情同意。以组间基本资料均衡可比的原则分为两组，每组 33 例。纳入标准：①符合 ACS 诊断标准；②年龄 ≥ 64 岁；③首次发病；④发病后第一时间入院治疗者。排除标准：①合并心源性休克者；②合并脏器功能衰竭者；③合并恶性肿瘤者；④合并精神疾病、意识障碍者。对

照组男 19 例，女 14 例；年龄 64 ~ 82 岁，平均年龄 73.02 ± 3.27 岁；其中，急性心肌梗死 16 例，不稳定性心绞痛 17 例。观察组男 18 例，女 15 例；年龄 64 ~ 83 岁，平均年龄 73.05 ± 3.31 岁；其中，急性心肌梗死 18 例，不稳定性心绞痛 15 例。本研究经医院伦理委员会批准通过。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 实施常规急诊护理。患者入院后及时安排人员接诊，评估患者病情，检查体温、血压、呼吸、意识等多项体征，根据评估及检查结果进行分诊，早期给予急救处理。初步救治后嘱咐家属办理相关入院手续，联系心内科及其他相关科室医师会诊。取患者血液标本送检，及时将检验结果汇报给医师。明确诊断后将患者送入病房或介入室。

1.2.2 观察组 实施急诊绿色通道路径护理。

（1）院前急救：院内接诊后立即出车至患者发病现场，及时以车载设备对患者进行生命体征监测，配合心电图检查对患者病情作出评估判断。部分患者病情危重，需立即开通静脉通道，留置针头，给予硝酸甘油等药物，留取血液标本。观察患者呼吸状况，可给予低流量吸氧。运输途中与急诊室取得联系，告知患者一般情况及各项指标变化，通知心内科医师做好会诊准备。

（2）院内急救：达到医院后，立即安排人员配合转运患者，开通绿色通道，将患者送入急诊室，并向医师汇报转运途中患者各项指标变化。同时，

立即将运输途中采集血样送至检验科, 加盖“绿色通道”专用章, 要求 30min 内出检验结果。医师会诊过程中, 遵医嘱给予低流量吸氧, 继续使用药物, 同时做好与患者及家属沟通, 如患者有自主表达能力, 询问有无其他不适, 对伴有心前区疼痛症状者可遵医嘱给予止痛药物。

(3) 急诊治疗前护理: 各项检验结果及医师会诊结果出来前, 需持续给予患者床旁监护, 观察患者生命体征变化, 对异常指标及时汇报医师。血液样本送检 30min 后立即联系检验科追踪化验结果, 并及时上报医师。期间关注患者面色、神志、心率等变化, 可通过与患者交流方式缓解患者紧张感、保持患者稳定情绪状态。

1.3 观察指标

(1) 入院至进入急诊室时间、入院至接受治疗时间、首次球囊扩张时间及住院时间。

(2) 生存质量改善情况: 以生活质量量表 (SF-36) 评估, 量表分 6 各维度, 各维度总分 100 分, 分值与生存质量呈正相关。

(3) 患者满意度: 患者满意度以我院自制满意度调查问卷进行评价, 总分 100 分, 分为 4 个评

价等级, 分别为非常满意、较满意、满意、不满意。评分分别为 >90 分、75 ~ 90 分、60 ~ 74 分、<60 分。满意度 = (非常满意 + 较满意 + 满意) / 总例数 × 100%。

1.4 统计学方法

采用统计学软件 SPSS24.0 进行数据分析与统计处理, 计量资料采用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示, 组间均数比较行 t 检验; 计数资料组间比较行 χ^2 检验; 检验水准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为组间差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者急诊抢救效率比较

急诊护理干预后, 观察组入院至进入急诊室时间、入院至接受治疗时间、首次球囊扩张时间及住院时间均短于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 1。

2.2 两组患者生存质量评分比较

急诊护理干预后, 观察组患者生存质量评分总体高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 2。

表 1 两组患者急诊抢救效率比较

组别	入院至进入急诊室时间 (min)	入院至接受治疗时间 (min)	首次球囊扩张时间 (min)	住院时间 (d)
观察组 ($n=33$)	4.73 ± 1.29	63.23 ± 9.30	80.23 ± 11.83	5.36 ± 0.47
对照组 ($n=33$)	15.63 ± 2.04	85.07 ± 10.45	102.37 ± 13.02	7.08 ± 0.62
t 值	25.942	8.969	7.230	12.700
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000

表 2 两组患者干预前后生存质量评分比较 (分)

组别	躯体功能		情绪功能		角色功能	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组 ($n=33$)	56.42 ± 5.20	68.63 ± 4.36	53.62 ± 6.44	72.64 ± 6.03	59.22 ± 6.04	74.75 ± 5.82
对照组 ($n=33$)	56.26 ± 5.14	62.84 ± 5.01	53.45 ± 5.97	68.48 ± 6.29	59.16 ± 6.12	70.37 ± 5.54
t 值	0.126	5.008	0.111	2.743	0.040	3.131
P 值	0.900	0.000	0.912	0.008	0.968	0.003

组别	社会功能		认知功能		总体健康状态	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组 ($n=33$)	58.28 ± 5.07	64.24 ± 4.46	63.23 ± 5.54	74.52 ± 4.45	58.72 ± 5.30	72.03 ± 4.80
对照组 ($n=33$)	58.35 ± 4.69	60.50 ± 4.15	63.26 ± 5.38	71.38 ± 4.51	58.67 ± 5.44	68.74 ± 5.10
t 值	0.058	3.527	0.022	2.847	0.038	2.699
P 值	0.954	0.001	0.982	0.006	0.970	0.009

2.3 两组患者满意度比较
急诊护理干预后，观察组对急诊护理的满意度

高于对照组，但差异无统计学有意义（ $P>0.05$ ），见表 3。

表 3 两组患者满意度比较

组别	非常满意	较满意	满意	不满意	满意度（%）
观察组（ $n=33$ ）	18	11	3	1	96.97
对照组（ $n=33$ ）	10	9	8	6	81.82

$\chi^2=2.557$ ， $P=0.110$ 。

3 讨论

老年 ACS 患者起病急，病情相对严重，在急诊救护中需早期诊断、评估患者病情，给予急救处理，方能够为急诊抢救争取更多时间，早期进行治疗，进而提升患者生存质量^[5]。但常规急诊护理措施中，在患者病情评估、急诊分诊、血液样本检验及急诊抢救安排上皆存在不足之处，一定程度上延长患者在急诊室内耽误的时间，降低急诊抢救效率。基于此，在急诊抢救配合中，还可实施急诊绿色通道路径护理措施，在急诊接诊至急诊抢救期间，贯彻急诊绿色通道的配合与应用，进而缩短急诊抢救时间，提高抢救效率^[6-7]。研究结果显示，在急诊绿色通道路径护理配合下，一方面，提高了急诊抢救效率，缩短患者进入急诊室时间、治疗时间与住院时间。另一方面，提高了患者生存质量。急诊绿色通道路径的配合与应用为急诊抢救各项安排提供了便利，患者在远期急救期间的各项信息能够早期传递于急诊室，各科室医护人员能够早期做好配合与准备，检验科化验结果能够在 30min 中出具，患者入院后能够立即进行急诊室接受进一步检查与急诊抢救处理^[8-9]。因而在急诊绿色通道路径护理下，多种急诊救护措施得到即刻实施，急诊抢救效率大大提升，同时，早期实施急诊抢救对控制患者病情也起到显著作用，因此患者生存质量也得到显著提升。另外，急诊绿色通道路径护理下，患者满意度相对更高，这与该护理模式下患者早期接受急诊救护相关，也与急诊救护期间护患间沟通增多相关，能够通过询问患者感受，安抚患者情绪等方式，稳定患者情绪状态，有效提高患者心理舒适感。

总的来说，临床给予老年 ACS 急诊抢救配合时，急诊绿色通道路径的应用具有显著价值，值得采用。

4 参考文献

[1] 顾琴. 急诊绿色通道路径对老年急性冠状动脉综合征病人急救效率、护理满意度的影响 [J]. 全科护理, 2020, 18(9): 1109-1111.

[2] 俞敏婕. 探究急诊绿色通道路径应用于老年急性冠状动脉综合征患者急救中对急救效率的影响 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(79): 45, 47.

[3] 怀智馨. 急诊绿色通道对老年急性冠状动脉综合征患者救治效率及护理满意度的影响研究 [J]. 中国保健营养, 2020, 30(36): 288, 311.

[4] 王越, 魏永敏, 叶静. 绿色通道护理在急性心肌梗死患者急诊救治中的应用效果观察 [J]. 现代实用医学, 2021, 33(8): 1076-1077.

[5] 姜崇丽, 崔玉顺. 急救护理路径在 32 例急性冠状动脉综合征急诊 PCI 绿色通道中的开展效果 [J]. 延边大学医学学报, 2020, 43(3): 229-230.

[6] 伍锦儿, 张升菊. 优化急诊护理流程对急性冠状动脉综合征患者急救效率与生存质量的影响分析 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(22): 99, 110.

[7] 邹颖. 优化急诊护理流程对急性冠状动脉综合征患者急救效率与生存质量的效果分析 [J]. 中国医药指南, 2020, 18(34): 164-165.

[8] 顾金红. 程序化急救护理对急性冠状动脉综合征患者急诊处理时间及急救成功率的影响 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(29): 12, 18.

[9] 王宝磊, 姜青春, 娄佳. 优化急诊护理流程对急性冠状动脉综合征患者急救效率与生存质量的影响分析 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(60): 75-76.

[2021-12-06 收稿]

人性化护理联合临终关怀护理在肿瘤晚期患者护理中的应用价值

顾亚萍

【摘要】 目的 探讨人性化护理联合临终关怀护理在晚期肿瘤患者护理中的应用价值。方法 于2017年2月—2021年2月选择苏州大学附属张家港医院就诊的63例晚期肿瘤患者为研究对象,按照随机数字表并结合组间基线资料匹配的原则分为观察组和对照组。对照组31例予常规护理,观察组32例在对照组的基础上给予人性化护理联合临终关怀。评估患者心理状态、依从性及生活质量。结果 护理后发现,两组焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评分均明显降低,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。护理干预后,观察组术后世界卫生组织生活质量问卷(WHOQOL-100)各项评分均较对照组低,而观察组总依从率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 人性化护理联合临终关怀用于肿瘤晚期患者的临床护理中,可改善其消极负性情绪,克服对癌的恐惧,提高治疗的依从性及生活质量。

【关键词】 晚期肿瘤;人性化护理;临终关怀;心理状态;依从性;生活质量

中图分类号 R473.73 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2022)01-066-03

晚期肿瘤患者在临终阶段,除身体上的折磨和痛苦外,更加重要的是面对死亡的恐惧感和害怕,这也导致晚期肿瘤患者精神上的折磨大大地高于肉体上的痛苦。因此,我们在临床护理中在控制机体症状,减轻患者疼痛的同时,更应该专注患者临终心理关怀^[1]。临终关怀是专注于在患者临近逝世前几周或几个月时间里,为减轻患者疾病的症状,延缓疾病发展速度的一种医疗护理方法^[2]。其目的是提高临终患者的生活质量,确保患者在治疗疾病的同时,尽可能满足患者的情感需求,维护其尊严,增强患者对治疗的信心,尽可能的让患者舒适、祥和的度过生命的最后时光。人性化护理理念在于尊重患者的人格与权力,其工作重点不仅局限于基础的护理操作,还需要观察患者的心理感受。且既往研究指出,在人性化护理基础上联合临终关怀能够改善肿瘤晚期患者的负性情绪提高生活质量^[3]。本研究为深入探讨人性化护理联合临终关怀护理在晚期肿瘤患者护理中的应用价值,以临床就诊的晚期肿瘤患者为例,展开如下研究。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2017年2月—2021年2月期间在苏州大学附属张家港医院就诊的63例晚期肿瘤患者。纳入标准:预计生存期>1个月且<1年者;无严重精神疾病者;非妊娠期或哺乳期妇女。按照随机数

字表并结合组间基线资料匹配的原则分为观察组与对照组。对照组31例,男17例,女14例;年龄25~74岁,平均年龄 61.25 ± 6.01 岁;肺癌12例,食管癌5例,胃癌4例,卵巢癌4例,乳腺癌6例。观察组32例,男18例,女14例;年龄28~73岁,平均年龄 60.94 ± 5.17 岁;肺癌9例,食管癌6例,胃癌5例,卵巢癌8例,乳腺癌4例。两组患者基线资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),有可比性。研究对象及家属对本研究知情并签署同意书。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 予以常规护理,即常规遵医嘱服药指导;积极预防并发症;主动了解患者心理状况,与其建立良好的护患关系,对于存在负面情绪者应加强看护,鼓励家属多陪伴,树立信心;饮食上结合患者喜好,给予营养丰富的食物,尽可能避免辛辣刺激食物。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上予以人性化护理联合临终关怀。

(1) 环境护理:患者入院后向其介绍医院环境及主治医师、责任护士资历,保持病房干净、整洁,维持温度 26°C 左右,湿度50%~60%,保持空气流通。

(2) 健康宣教:组织患者及家属进行疾病的相关知识宣教,如疾病发生发展及恶化的原因、治疗方法及可能出现的并发症等;并告知患者遵医嘱治疗的重要性。

(3) 疼痛护理:对于疼痛轻者可通过音乐、

触摸、按摩、热敷等方式缓解，对于疼痛较重者可遵医予以止痛药。

(4) 营养支持：指导患者合理膳食，多食用营养丰富、易消化的高蛋白及高热量食物，如瘦肉、鱼类、豆腐、新鲜瓜果蔬菜等。对于无法进食者予以静脉营养补充。

(5) 心理疏导：积极与患者沟通，了解患者心理状态，开导患者，尽可能满足患者内心正当需求，对于心理状态较好，能够接受病情现状者应将病情、治疗方法及初步预估预后情况告知患者，对于心理状态较差者，应告知家属，并让家属做好思想准备，让家属多陪伴患者，让其得到关心、照顾，使其感受到家庭的温暖。还应加强社会支持力度，成立癌症公益机构，为患者提供医保支持，减轻患者家庭经济负担。

1.3 观察指标

(1) 心理状态：采用焦虑自评量表(SAS)评估患者焦虑情绪，总分100分，评分50分以上表示存在焦虑，评分越高焦虑情绪越严重，Cronbach's α 系数0.81。采用抑郁自评量表(SDS)评估患者抑郁情绪，总分100分，评分50分以上表示存在抑郁情绪，评分越高抑郁情绪越严重，Cronbach's α 系数0.81^[4]。

(2) 依从性：包括完全依从，即患者严格遵医嘱，坚持规律的、规范的药物治疗；基本依从，即患者基本上能够遵医嘱服药，但偶尔也会出现服

药不规律情况；不依从，即患者完全不能遵医嘱服药，甚至自行中段治疗。总依从率=(完全依从例数+基本依从例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

(3) 生活质量：采用世界卫生组织生活质量问卷(WHOQOL-100)评估生活质量，包括躯体能力、心理功能、生活能力、社会交往及生活信念，每项采用1~5分评分，总分0~100分，评分越高生活质量越差，Cronbach's α 系数0.80^[5]。

1.4 统计学方法

采用SPSS23.0软件进行数据处理，计量资料以“ $\bar{x}\pm s$ ”形式描述，行 t 检验比较组间均数差异；计数资料计算百分率，行 χ^2 检验表示组间率的差异； $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者SAS、SDS评分比较

如表1所示，护理前，两组SAS、SDS评分差异无统计学意义($P>0.05$)；护理后，两组SAS、SDS评分均明显减低，且观察组低于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 两组患者治疗依从性比较

如表2所述，护理干预后，观察组总依从率高于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.3 两组患者护理后WHOQOL-100评分比较

如表3所示，观察组术后WHOQOL-100各项评分均较对照组高，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1 两组患者SAS、SDS评分对比(分)

组别	SAS 评分		SDS 评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组($n=32$)	68.08 $\pm$ 8.17	43.09 $\pm$ 5.67	65.37 $\pm$ 9.05	41.29 $\pm$ 6.32
对照组($n=31$)	67.09 $\pm$ 7.91	54.21 $\pm$ 4.99	65.01 $\pm$ 8.43	54.17 $\pm$ 6.09
t 值	0.488	8.253	0.163	8.233
P 值	0.627	0.000	0.871	0.000

表2 两组患者治疗依从性对比

组别	完全依从	基本依从	不依从	总依从率(%)
观察组($n=32$)	26	5	1	96.88
对照组($n=31$)	15	8	8	74.19

$\chi^2=4.893$, $P=0.027$ 。

表3 两组患者术后WHOQOL-100评分对比(分)

组别	躯体功能	心理功能	社会交往	生活能力	生活信念
观察组($n=32$)	53.71 $\pm$ 6.71	50.15 $\pm$ 5.07	56.31 $\pm$ 6.71	54.21 $\pm$ 6.61	55.04 $\pm$ 5.91
对照组($n=31$)	66.01 $\pm$ 7.64	69.63 $\pm$ 6.91	65.96 $\pm$ 7.64	65.01 $\pm$ 6.34	66.37 $\pm$ 6.72
t 值	6.795	12.787	5.331	6.615	7.112
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

晚期肿瘤一旦确诊,绝大多数患者已失去了手术治疗良机,主要通过化疗药物维持,而在这有限的生命中患者长期饱受病痛的折磨,尤其是当患者出现难以忍受的疼痛症状时,患者往往出现严重的焦虑、抑郁、恐惧、绝望等负面情绪,甚至有些患者可能出现轻生行为^[6]。因此,在晚期肿瘤患者治疗过程中,优质的护理服务至关重要。

自护理专业创立之日起,我们的护理工作就与人道主义精神、关爱生命、维系健康及救死扶伤等崇高的人性化服务理念紧密相连^[7]。且目前人性化护理服务也已在临床各个领域广泛推广、应用,并得到广大患者的认可及赞誉。临终关怀是近代医学领域新兴的一门边缘性交叉学科,是社会需求与人类文明发展的标志^[8]。其不主张可能给患者带来痛苦的或者无意义的临床治疗,但要求控制患者症状,提高患者剩余生活中的生活质量,主要通过消除或减轻患者病痛及其他不舒适症状,排解患者心理焦虑、恐惧、厌世等消极情绪,让患者能够内心平静的直面死亡。临终关怀主要任务包括对症治疗、控制疼痛、缓解心理负担、家庭护理,提高生活质量等,因此,临终关怀需主治医师、责任护士、家属、心理医生、营养师及社会人士的共同参与^[9]。本研究中将人性化护理与临终关怀结合用于晚期肿瘤护理工作中,并取得了显著效果。由于晚期肿瘤患者大多存在负性情绪,因此在护理过程中我们护理人员应经常与患者进行沟通,掌握患者心理活动,并评估患者对死亡的接受能力,尽可能满足其合理需求,并在精神和感情上给予患者足够的安慰和疏导,以提高患者对治疗的信心,降低其对死亡的恐惧;另外,人性化护理要求医护人员应站在患者角度考虑问题,关注患者的身体状况,体谅患者住院期间在生活上的不便和经济困难等情况,设身处地从患者实际情况出发,为患者制定合理治疗方案。通过对患者及其家属进行疾病相关知识宣教能够让其了

解疾病的同时,明白遵医嘱治疗的重要性,继而提高患者治疗依从性。在本次研究中,护理后,观察组 SAS、SDS 评分均较对照组低,观察组总依从率高于对照组。此外,观察组术后 WHOQOL-100 各项评分均较对照组低。本次研究结果与既往文献^[10]基本吻合,进一步说明人性化护理结合临终关怀对患者负性情绪、治疗依从性及生活质量的正面影响。

综上所述,人性化护理联合临终关怀用于晚期肿瘤患者护理中,可改善其负性情绪,提高治疗依从性及生活质量。

4 参考文献

- [1] 韩燕, 尤佳. 临终关怀对老年癌症患者生活质量的影响 [J]. 当代护士: 中旬刊, 2019, 26(7): 70-72.
- [2] 吴霞. 临终关怀在晚期肿瘤患者护理中的应用评价研究 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(51): 29, 47.
- [3] 李君. 疼痛护理联合临终关怀在晚期癌症患者护理工作中的应用 [J]. 河南医学研究, 2020, 29(14): 2669-2670.
- [4] 孙振晓, 刘化学, 焦林璞, 等. 医院焦虑抑郁量表的信度及效度研究 [J]. 中华临床医师杂志 (电子版), 2017, 11(2): 198-201.
- [5] 李凌江, 杨德森, 周, 等. 世界卫生组织生活质量问卷在中国应用的信度及效度研究 [J]. 中华精神科杂志, 2003, 36(3): 143-147.
- [6] 刘晓云. 人性化护理用于晚期肿瘤患者缓解疼痛的效果观察 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(45): 95.
- [7] 苏立桃. 人性化护理在晚期肿瘤患者疼痛护理中的应用及体会 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(45): 116.
- [8] 费日杰. 临终关怀在晚期肿瘤患者护理中的应用价值 [J]. 中国医药指南, 2019, 17(33): 245-246.
- [9] 秦小金, 宋美利, 周淑茹, 等. 肺癌晚期患者临终关怀的护理伦理应用价值 [J]. 西部医学, 2019, 31(9): 1457-1458.
- [10] 叶茜. 人性化心理干预在对老年患者进行临终关怀护理中的应用价值 [J]. 当代医药论丛, 2018, 16(8): 248-249.

[2021-12-21 收稿]

作业疗法对脑卒中患者早期康复及肢体运动功能的影响

沈娟

【摘要】 目的 观察分析应用作业疗法治疗脑卒中患者对其早期康复和肢体运动功能的影响。**方法** 选取医院康复医学科在2018年2月—2021年2月收治的脑卒中患者60例为研究对象,按照组间性别、年龄均衡可比的原则,分为观察组和对照组,两组病例均为30例。对照组应用常规康复疗法,观察组在对照组基础上加用作业疗法。对比分析两组患者肢体运动功能的改善和早期康复的状况。**结果** 治疗后的观察组患者SIAS各项指标评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组患者治疗后,Fugl-Meyer运动评分、日常生活能力量表(ADL)评分比较,观察组得分均较对照组高,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后观察组患者在焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)得分上均小于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 作业疗法对脑卒中患者的治疗有积极作用,可加快患者肢体运动功能的恢复,提高患者日常生活能力,缓解患者负面情绪。

【关键词】 脑卒中; 作业疗法; 肢体运动功能; 早期康复; 临床疗效

中图分类号 R493 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2022)01-069-03

脑卒中,也可称为中风,该疾病是神经内科脑血管疾病中最为常见的类型之一。脑卒中属于脑部血液循环障碍性疾病,是由多种因素引起脑部急性的循环障碍,从而使脑细胞和脑组织坏死的脑血管急性病变。疾病类型分为缺血性脑卒中和出血性脑卒中。患者多出现肢体不遂、语言丧失并伴随癫痫、肺炎、脑水肿与颅内压增高、压疮等各种并发症。该病发病急骤,病情危急,常在发病后数分钟到数小时内达到高峰^[1-2]。患者和家属多难以及时的进行应对,早期的诊断和治疗对脑卒中患者的预后尤为重要,对脑卒中患者进行积极、科学的干预治疗可改善大部分患者的神经功能障碍,帮助患者恢复运动功能,早日回归社会。本研究以医院康复医学科收治的脑卒中患者为对象,探索作业疗法对患者早期康复及肢体运动功能恢复的影响,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取南京医科大学附属淮安市第一人民医院康复医学科2018年2月—2021年2月期间收治的脑卒中患者60例为研究对象,患者满足下列条件:

①患者经心电图、及颅脑CT、MRI等实验室检查确诊为脑卒中;②症状符合全国脑血管病学术会议诊断标准;③患者知晓本次研究过程,并表示愿意积极配合,签署同意书;④与面部神经麻痹(面瘫)、

脑肿瘤等疾病相鉴别;⑤患者具备认知能力;⑥排除妊娠或哺乳期妇女。按照组间性别、年龄均衡可比的原则,分为观察组和对照组,各30例。观察组男性20例、女性10例;患者年龄44~71岁,平均 51.52 ± 1.58 岁。对照组男性21例、女性9例;患者年龄45~72岁,平均 52.57 ± 2.54 岁。以上两组个人资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。研究通过医院伦理论证。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 采用常规康复治疗,即对患者进行健康宣教,提升患者治疗信心和配合度,与患者建立交流,了解患者情绪变化,进行心理干预和引导。康复治疗包括运动疗法和物理疗法,痉挛肌肉的牵伸训练、关节被动活动训练、神经肌肉电刺激治疗等,其中运动疗法每次持续30分钟,物理疗法每次持续15分钟。

1.2.2 观察组 在对照组基础上加用作业疗法,具体措施如下:

(1)视觉搜索训练:将硬币或积木放在桌面或平面上,训练人员引导患者根据训练要求逐一拣起,从易到难。

(2)感觉刺激训练:训练人员用手、毛巾、冰块等从冷、热、触觉各个方面对患侧肢体皮肤进行感觉刺激;在患者患侧放置日常生活用具,引导患者用患肢或双手交叉进行跨越中线的作业训练,以增强患侧本体的感官刺激。

(3)坐位平衡训练:利用推滚筒对患者躯干

前屈的控制能力进行训练,当患者具备一定的躯干控制能力时,让患者用健侧手将物品从身侧一侧拿向另一侧,不断循环。

(4) 上肢与手的模拟动作训练:抓取桌子上的水杯或球状物体向自己的嘴边靠近后放回原位,动作的同时嘱咐患者主动放松痉挛的肌肉,训练人员在患者患侧的上臂或前臂上施加阻力。程度由易至难,循序渐进。

(5) 上肢控制能力的训练:引导患者进行患侧肩、肘、手关节的联合运动,按照姿势的正确性、速度、适应性与耐力的顺序实施单关节运动,顺序由近至远,动作由简到繁,训练时间根据患者实际水平适当增加。

1.3 观察指标

(1) 肢体功能评分:采用社会交往焦虑量表(SIAS)评分作为标准来对患者肢体功能进行评价,全表共10个项目,以0~5分或0~3分作为评价标准,最终得分越高越好。

(2) 运动功能评分:两组脑卒中患者的运动功能用Fugl-Meyer运动评分量表来进行评定,100分值,患者所得分数越高越好;

(3) 日常生活能力评分:患者日常生活能力

由日常生活能力量表(ADL)来进行评定,总分100分,共10项内容,Barthel指数得分60分以上的患者具备基本自理能力,得分60分以下的患者则无法进行自主生活。两个量表均具有公信度。

(4) 心理状态评分:两组患者治疗前后心理状态比较由焦虑自测量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)来进行判定,得分越高表明患者此时心理状态越差。

1.4 统计学分析

采用SPSS20.0统计学软件分析数据,计量资料用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示,组间均数比较用 t 检验;计数资料计算百分率,组间百分率比较用 χ^2 检验; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者肢体功能情况比较

治疗前,两组患者SIAS各项指标评分比较,差异均无统计学意义($P < 0.05$);治疗后,两组患者SIAS各项指标评分均明显提升,但观察组患者的各项得分均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),提示观察组患者肢体功能恢复优于对照组;见表1。

表1 两组患者治疗前后SIAS各分项指标检测(分)

组别	例数	运动功能		肌张力		感觉功能	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30	4.72 ± 1.24	12.35 ± 2.78	5.01 ± 1.44	8.57 ± 1.56	9.22 ± 2.35	12.57 ± 2.45
对照组	30	4.23 ± 0.89	9.52 ± 2.54	5.37 ± 1.94	6.26 ± 1.22	8.87 ± 2.52	10.26 ± 2.14
t 值		1.758	4.116	0.816	6.389	0.556	3.889
P 值		0.084	0.000	0.418	0.000	0.580	0.000

组别	例数	躯体控制		语言功能	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30	1.94 ± 0.11	5.67 ± 1.85	2.42 ± 0.47	3.82 ± 0.59
对照组	30	1.84 ± 0.61	3.21 ± 0.47	2.31 ± 0.51	2.53 ± 0.25
t 值		0.884	7.059	0.869	11.027
P 值		0.381	0.000	0.389	0.000

2.2 两组患者治疗前后Fugl-Meyer运动评分、ADL评分比较

两组患者在治疗前Fugl-Meyer运动评分、ADL评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,两组Fugl-Meyer运动评分、ADL评分均明显升高,但观察组得分均较对照组高,差异有统计学意义

($P < 0.05$);见表2。

2.3 两组患者心理状态比较

治疗前,两组患者SAS、SDS自评得分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,两组SAS、SDS自评得分均明显降低,但观察组小于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);见表3。

表 2 两组患者护理前后 Fugl-Meyer、ADL 评分比较 (分)

组别	例数	Fugl-Meyer 量表评分		ADL 量表评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30	58.48 ± 7.62	95.22 ± 10.53	32.92 ± 4.27	86.77 ± 8.65
对照组	30	57.89 ± 7.58	79.27 ± 9.58	32.26 ± 4.15	58.64 ± 6.76
t 值		0.301	6.137	0.607	14.035
P 值		0.765	0.000	0.546	0.000

表 3 两组患者 SAS、SDS 自评量表得分比较 (分)

组别	例数	SAS		SDS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30	59.32 ± 9.37	40.38 ± 1.87	61.12 ± 9.53	41.71 ± 1.82
对照组	30	58.51 ± 9.17	52.18 ± 5.89	60.84 ± 9.49	52.33 ± 6.72
t 值		0.338	10.459	0.114	8.355
P 值		0.736	0.000	0.910	0.000

3 讨论

脑卒中，又名中风，是由各种原因导致的急性脑部循环障碍。由于脑卒中患者多为老年人，又因其早期无典型性症状，患者多发病时已是危急症状，故此类疾病的发病率、致残率、致死率均处高位。多以肢体瘫痪、语言功能障碍、吞咽功能障碍为临床表现，病情危重时可使患者的中枢神经系统受损，由受损神经所支配的肢体发生功能障碍，导致患者运动能力缺失等，严重威胁到患者的日常生活。脑卒中所导致的高致残率和后续治疗所需要的大笔费用均给患者带来沉重的负担。临床对脑卒中患者的早期干预和康复治疗予以高度重视^[3-4]。

作业疗法是康复医学的重要组成部分，是应用于日常生活、工作和娱乐有关的作业活动和工艺过程。作业疗法旨在充分发挥患者的主观能动性，从各个层面消除患者的依赖性，围绕患者自身的主动活动，使患者能够达到独立完成洗漱、洗衣服、位置转移等日常功能活动。是脑卒中患者回归家庭和社会奠定基础的治疗方式。作业治疗指导患者有目的和有选择地进行某项活动，根据患者心理和生理的接受程度来进行活动方式和强度、时间的调整，由训练人员从旁辅助，进一步帮助患者躯体、心理和社会方面等功能的恢复。相关研究表明，作业疗法可以帮助促进患者受损神经的再生和运动、感觉功能的恢复。此次研究中对脑卒中患者实施作业疗法，通过视觉搜索训练、感觉刺激训练、坐位平衡训练、上肢与手的模拟动作训练和上肢控制能力的

训练，循序渐进的对患者展开感官和肢体运动功能的刺激与锻炼。作业治疗的目的是提高患者的日常生存质量，使之在缓解病情的前提下重新回归家庭、融入社会^[5]。本研究中两组患者 Fugl-Meyer 运动评分量表上观察组高于对照组；Barthel 指数上观察组患者得分高于对照组；SIAS 量表评分结果上观察组均高于对照组，SAS、SDS 量表得分上均小于对照组。证实了作业疗法对脑卒中患者的治疗上有积极作用，可加快患者肢体运动功能的恢复，提高患者日常生活能力，缓解患者负面情绪，值得推广。

4 参考文献

[1] 邵登衡,李祖昌,徐晓君. 作业疗法配合有氧运动治疗急性出血性脑卒中偏瘫的疗效及对肢体神经运动功能的影响 [J]. 中国药物与临床,2019,19(10):1596-1599.

[2] 欧阳胜璋,解斌,王丛笑,等. 强制性运动疗法结合个体化作业疗法对脑卒中上下肢运动及认知障碍的康复效果 [J]. 中国临床研究,2019,32(2):202-206.

[3] 官娉,陈妍,张韶辉. 作业疗法结合运动想象对脑卒中偏瘫患者的上肢与手功能的影响 [J]. 临床和实验医学杂志,2018,17(6):647-649.

[4] 向珊,张继荣. 作业疗法在脑卒中所致上肢功能障碍患者康复治疗中的应用现状研究 [J]. 当代医药论丛,2017,15(23):37-39.

[5] 章伟峰,沈小洪,时美芳. 作业疗法结合家庭环境改造对脑卒中患者日常生活活动能力及负性情绪的影响 [J]. 护理与康复,2016,15(1):6-9.

[2021-12-20 收稿]

延续护理在经皮椎间孔镜术后患者中的应用效果分析

韦健玲 洪波 黎文霞 莫艳 周健红 韦元清 王丹

【摘要】 目的 探讨延续护理在经皮椎间孔镜术后患者中的应用效果。**方法** 选取 2018 年 8 月—2020 年 8 月广西中医药大学附属瑞康医院 80 例接受经皮椎间孔镜术下髓核摘除术的患者,按随机数字表及组间匹配的原则分为观察组和对照组,每组各 40 例。对照组采用常规护理,观察组在对照组的基础上接受延续护理,在延续护理帮助下进行康复训练。比较两组患者术前、术后 1 个月、3 个月、6 个月腰椎 Oswestry 功能障碍指数 (ODI) 以及术后 6 个月患者焦虑发生情况和功能锻炼依从性。**结果** 术后护理干预前,两组腰椎 ODI 功能指数比较差异无统计学意义 ($P>0.05$);实施术后延续康复护理后 1 个月、3 个月、6 个月,两组腰椎 ODI 功能指数均逐渐降低,且各时点观察组均低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。术后 6 个月观察组焦虑发生率低于对照组,功能锻炼依从性均优于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论** 延续护理应用于经皮椎间孔镜术后患者,有利于患者功能恢复,改善负面情绪,提高患者依从性促进患者身心康复。

【关键词】 腰椎间盘突出症;椎间孔镜;延续护理;术后康复

中图分类号 R473.6 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2022)01-072-03

腰椎间盘突出症 (lumbar disc herniation, LDH) 是指因自身腰椎退行性病变,并在外力作用下椎间盘纤维环破裂,相邻神经根遭受压迫或刺激,出现以腰背部及下肢疼痛、乏力、麻木等为主要症状的骨科常见病和多发病之一。临床流行病学调查发现 LDH 发病率为 2% ~ 3%, 35 岁以上女性约 2.5%, 男性发病率约 4.8%^[1],严重影响患者的生活和工作质量。目前临床上对保守治疗无效的椎间盘突出症患者的主要治疗方法是微创手术,其治疗效果较好,但手术并不能使患者完全康复^[2]。因此加强 LDH 经皮椎间孔镜术后患者术后护理,促进患者康复,具有重要意义。延续性护理是确保护理服务连贯协调以及提高护理质量的关键^[3]。护理人员开展延续性护理,从出院计划制定、复查、转诊、随访指导等方面行动,确保患者从医院到家庭得到连续性、协作性照护,从而提高患者生活质量和促进身体康复,预防和减少不良事件的发生,减少卫生资源浪费。研究通过临床对比实验,观察延续护理在经皮椎间孔镜术后患者中的应用效果,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2018 年 8 月—2020 年 8 月广西中医药大

学附属瑞康医院 80 例接受经皮椎间孔镜术下髓核摘除术的患者为研究对象,其中 L3/4 椎间盘突出 3 例, L4/5 椎间盘突出 32 例, L5/S1 椎间盘突出 4 例。按随机数字表及组间匹配的原则分为观察组和对照组,每组各 40 例。对照组 40 例,平均 46.65 ± 13.77 岁;病程平均 10.83 ± 2.48 月。观察组 40 例,平均 48.46 ± 14.06 岁;病程平均 10.98 ± 2.40 月。两组患者性别、年龄、病程等比较,差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。研究经医院伦理委员会论证通过。

(1) 纳入标准:腰痛伴一侧下肢麻木或疼痛;坐骨神经牵拉实验阳性;电子计算机 X 线体层摄影 (CT) 和磁共振成像 (MRI) 示单节段椎间盘向椎管内突出或脱出;年龄为 65 岁以下,经严格保守治疗无效的患者;经皮椎间孔镜下椎间盘髓核摘除术的患者。

(2) 排除标准:CT 或 MRI 证实腰椎管狭窄;线片证实腰椎不稳;椎间盘炎症改变的患者。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 常规给予术后出院指导,指导患者自行进行康复训练,腰背肌锻炼的次数不做具体要求,患者量力而行,定期门诊复诊。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上成立术后延续康复护理小组,由责任护士采用电话结合微信的方式实施指导,定期门诊复诊。

(1) 延续康复护理方式:出院后,每 1 周进行 1 次电话随访,术后 1 个月后每 2 周进行 1 次电

基金项目:广西中医药大学自然科学研究项目(编号:2017MS03)
作者单位:530011 广西中医药大学附属瑞康医院骨脊柱一区

话回访，术后 3 个月每 3 周进行 1 次电话回访直至术后满半年，每次随访的时间为 20min。延续护理内容包括：椎间孔镜术后健康教育、健康问题的解答、对患者开展康复训练方法的指导、评估患者依从性等，同时将患者反馈的问题向主管医生反馈，主管医生参与电话回访解答疑惑。

(2) 延续康复护理内容：心理干预重点强调术后康复重要性，康复需要一定时间，做好患者解释，术后残余痛和麻木等情况通过后期康复锻炼缓解和恢复，解除患者的顾虑，避免引发患者的焦虑影响疾病的康复，树立战胜疾病的信心。嘱患者注意休息，腰部保暖，交代患者术后至少佩戴腰围 1 个月，术后 1 年内避免弯腰抬重物。纠正不良的生活习惯：术后 1 个月恢复正常生活，保持正确坐姿、站姿，每日活动 40 分钟后更换体位，放松 5 分钟，避免长时间保持一个姿势；日常生活避免坐矮凳、软沙发或睡软床；日常避免长时间穿 5cm 以上的高跟鞋等。督导患者持续进行腰背肌功能锻炼：强调出院继续进行五点式腰背肌锻炼的作用和意义，通过电话回访情况指导患者循序渐进地行腰背肌功能锻炼，以腰背部不引起疼痛加重为原则，督促患者坚持腰背肌功能锻炼 6 个月以上，每组 30 次，每次 3 组，2 次 / 天。利用微信平台，根据患者的恢复情况推送功能锻炼的图片、视频等，便于患者理解掌握。患者将自己功能锻炼的图片反馈到微信，护士对其进行指导和查看完成效果。

1.3 观察指标

(1) 腰椎 Oswestry 功能障碍指数评分 (ODI)^[4]：从日常生活能力、疼痛程度等十个方面对患者的腰椎功能评分，每项最低分 0 分，最高分 5 分。计算

方法为：实际得分 / 最高得分 × 100%。所得分数越高，腰椎功能越差。

(2) 焦虑评分：采用汉密尔顿焦虑量表，评价患者的心理状况。

(3) 功能锻炼依从性：分为完全依从、部分依从、不够依从和不依从。完全依从：表示患者完全遵医嘱按时、按频次进行功能锻炼，避免不良的生活习惯和姿势；部分依从：在医护人员提醒下主动遵医嘱进行功能锻炼，但锻炼时间和频次达不到要求，避免不良的生活习惯和姿势；不够依从：没有主动进行功能锻炼意识，提醒后可遵医嘱进行锻炼，锻炼时间和频次达不到要求，日常不够注意避免不良的生活习惯和姿势；不依从：没有主动进行功能锻炼的意识，勉强接受锻炼，但时间和频次仍不达标，日常未注意避免不良的生活习惯和姿势。完全依从和部分依从为依从。

1.4 统计学方法

采用 SPSS17.0 统计学软件进行数据分析。计量资料以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示，两组间均数比较采用 t 检验；计数资料计算百分比，采用 χ^2 检验进行组间率比较；以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的 ODI 指数评分比较

术后护理干预前，两组腰椎 ODI 功能指数比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；实施术后延续康复护理后 1 个月、3 个月、6 个月，两组腰椎 ODI 功能指数均逐渐降低，且各时点观察组均低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者术后 1、3、6 个月 ODI 指数比较 (分)

组别	术后干预前	术后 1 月	术后 3 月	术后 6 月
观察组 (n=40)	39.05 ± 3.76	21.11 ± 10.14	12.58 ± 7.80	12.28 ± 1.81
对照组 (n=40)	38.43 ± 4.17	28.61 ± 11.84	21.17 ± 8.88	20.06 ± 2.36
t 值	0.698	3.043	4.597	16.544
P 值	0.487	0.003	0.000	0.000

2.2 两组患者护理后焦虑发生情况比较

实施术后延续康复护理后，观察组患者可能焦虑 3 例，焦虑发生率为 7.5%；对照组可能焦虑 6 例，肯定焦虑 3 例，明显焦虑 1 例，焦虑发生率为 25.0%。观察组明显低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.3 两组患者功能锻炼依从性比较

术后护理干预前，两组患者功能锻炼依从性比

表 2 两组患者护理后焦虑发生情况比较

组别	可能焦虑	肯定焦虑	明显焦虑	焦虑总发生率 (%)
观察组 (n=40)	3	0	0	7.5
对照组 (n=40)	6	3	1	25.0

$\chi^2 = 4.501, P = 0.034$ 。

较差异无统计学意义 ($P>0.05$); 护理干预 6 个月后, 观察组患者术后的功能锻炼依从性优于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

表 3 两组患者的功能锻炼依从性比较

组别	术后干预前		术后 6 月	
	例数	率 (%)	例数	率 (%)
观察组 ($n=40$)	40	100.0	36	90.0
对照组 ($n=40$)	40	100.0	28	70.0
χ^2 值	0.000		5.000	
P 值	1.000		0.025	

3 讨论

LDH 是骨科常见病和多发病之一, 对采用保守治疗无效的患者应手术治疗, 经皮椎间孔镜手术具有机体创伤小、较完整保留骨结构、术后恢复快等优点, 被患者所广泛接受^[5], 然而微创手术仍会造成机体创伤, 摘除髓核会引发炎症反应, 术后运动神经传导阻滞与周围神经病变等反应也同时存在, 严重制约了患者症状缓解以及康复进度。延续性护理是整体护理的一部分及住院护理的延伸^[6], 使出院的患者仍能得到持续的卫生保健, 促进其康复, 降低再住院率及卫生服务成本, 具有良好的社会效益及经济效益。因此, 术后给予患者延续性护理对促进其完全康复非常重要。

3.1 延续护理可促进经皮椎间孔镜术后患者身心康复

延续护理对促进经皮椎间孔镜术后患者身心康复具有重要意义, 本研究护理人员为观察组患者制定并实施了详细的延续护理干预方案, 与对照组相比, 观察组患者术后 1 个月、3 个月、6 个月腰椎 ODI 功能指数和术后 6 个月焦虑发生情况均优于对照组 ($P<0.05$)。一方面延续护理能根据患者康复情况, 督促患者正确坚持进行腰背肌功能锻炼, 改善腰部血液循环, 增加腰背肌的弹性和韧性, 维持脊柱的稳定性。另一方面延续护理能通过回访进行心理护理干预, 及时解答患者的疑惑, 缓解患者焦虑, 树立其战胜疾病的信心, 提高其对医院医疗认可和信任。

3.2 延续护理可促进经皮椎间孔镜术后患者依从性提升

经皮穿刺椎间孔镜下椎间盘髓核摘除术, 术后切口小、恢复快、住院时间短, 患者出院后康复效果决定患者恢复效果。本研究中术后 6 个月观察组依从性均优于对照组 ($P<0.05$)。出院后缺乏正确持续的腰背肌等康复锻炼、日常不注意正确姿势, 不良工作习惯等都可能引发疾病的复发, 影响到正

常的工作和生活。术后至术后一年是康复关键期, 也是养成良好工作和生活习惯的关键期。通过回访询问日常生活和工作习惯、查阅患者锻炼图片或视频等, 及时纠正患者不良的姿势和习惯, 促进患者健康生活习惯养成, 通过反复的监督和指导^[6], 加强护患之间的沟通和信任, 提高患者康复锻炼的依从性, 提高对疾病认知, 纠正不良姿势和工作习惯。

延续性护理在骨科患者术后康复中扮演着重要的角色, 前期调研发现骨科患者对延续护理有极大需求, 在脊柱和四肢骨手术中延续性护理对患者康复具有显著积极意义^[7-12]。综上所述, 延续护理, 能促进患者健康生活习惯养成, 提高患者康复锻炼的依从性, 从而促进预后康复, 缓解术后残余症状, 减少症状的复发, 持续有效专业辅导, 缓解焦虑, 使患者术后生活质量得到显著提高。

4 参考文献

- [1] Vialle LR, Vialle EN, Suarez Henao JE, et al. Lumbar disc herniation[J]. Rev Bras Ortop, 2015,45(1):17-22.
- [2] 邓朝, 唐小华, 唐天生. 联合式康复护理用于微创手术治疗腰椎间盘突出症的效果观察[J]. 蚌埠医学院学报, 2018,43(1):107-109,113.
- [3] 许美丽, 王申. 国内外延续性护理的发展现状及对策[J]. 解放军护理杂志, 2014,(19):28-30,33.
- [4] 张娟. 集束干预管理路径在椎间孔镜下腰椎间盘突出髓核摘除术中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2015,(20):10-12.
- [5] 缪友云, 李成, 彭小强, 等. 视频教育结合回授法在腰椎间盘突出症术后患者腰背肌功能锻炼中的应用[J]. 护理实践与研究, 2020,17(1):80-82.
- [6] 李萍, 付伟. 我国出院患者延续性护理需求及现状分析[J]. 健康研究, 2010,30(1):39-42.
- [7] 杨丽娟, 武林, 严洁, 等. 四肢骨折患者延续护理需求的调查分析[J]. 当代护士(中旬刊), 2020,27(10):147-150.
- [8] 吴秋萍, 邹叶芳, 金燕亚. 不同方式延续性护理对脊髓损伤病人的效果比较[J]. 中国临床神经外科杂志, 2020,25(8):562-564.
- [9] 何丹, 胡三莲, 钱会娟, 等. 上海市骨科护士延续护理知信行和髌骨骨折开展延续护理意见的调查研究[J]. 中华现代护理杂志, 2020,26(22):3009-3014.
- [10] 黄姝变, 王利峰, 赵鹏, 等. 情志护理在克雷氏骨折患者中的应用[J]. 天津中医药, 2020,37(7):795-798.
- [11] 虞怡紘, 杨洁, 周玲. 基于微信的延续护理对腰椎融合术后疗效的影响[J]. 组织工程与重建外科杂志, 2020,16(3):250-252.
- [12] 任廷廷. 出院四肢骨折患者延续护理需求的相关因素研究[J]. 中国医学创新, 2020,17(14):105-110.

[2021-12-20 收稿]

脑卒中急性期患者孤独感及其影响因素分析

王晨 赵莹 李淑杏*

【摘要】 目的 探究脑卒中急性期患者孤独感的发生情况及其影响因素。**方法** 采用一般情况调查表、孤独量表、美国国立卫生研究院卒中量表对唐山市3所三级甲等医院神经内科住院的315例脑卒中急性期患者进行问卷调查。**结果** 脑卒中急性期患者孤独感平均得分 45.27 ± 8.36 分,脑卒中急性期患者普遍存在中等及中上程度的孤独感,占93.65%。多元线性回归分析显示,年龄、家庭人均月收入、睡眠质量、脑卒中家族史、神经功能缺损情况是患者急性期孤独感的影响因素($P < 0.05$),其中神经功能缺损情况的影响最大,其次是睡眠质量。**结论** 脑卒中急性期患者普遍存在孤独感,年龄大、家庭人均月收入低、睡眠质量差、有脑卒中家族史,神经功能缺损情况的患者孤独感加重。

【关键词】 脑卒中;急性期;孤独感;影响因素

中图分类号 R743.3 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2022)01-075-03

Analysis of loneliness and its influencing factors of stroke patients at acute stage Wang Chen, Zhao Ying, Li Shuxing. North China University of Science and Technology, Tangshan 063210, China

【Abstract】 Objective To explore the incidence and influencing factors of loneliness in patients with acute stroke.

Methods By taking the general condition questionnaire, University of California at Los Angeles-loneliness scale and National Institute of Health Stroke scale to investigate the 315 inpatients with acute stroke in Department of Neurology of Three Upper First-class Hospitals in Tangshan. **Results** The average score of loneliness in the acute stage of stroke was 45.27 ± 8.36 , patients with acute stroke generally have moderate or above degree of loneliness, accounting for 93.65%. Multiple linear regression analysis showed that age, family per capita monthly income, sleep quality, family history of stroke, defects in neurological function were influencing factors of loneliness in the acute stage ($P < 0.05$). Among them, neurological deficit has the greatest impact, followed by sleep quality.

Conclusion Loneliness is common in patients with acute stroke. Loneliness is aggravated in patients with older age, low family per capita monthly income, poor sleep quality, family history of stroke and neurological deficit.

【Key words】 Stroke; Acute stage; Loneliness; Influencing factors

脑卒中是临床常见的非传染性疾病,一旦发病,常常合并认知功能障碍、失语、偏瘫和吞咽功能障碍等一系列的并发症,不仅影响患者身体健康和生活质量,还会导致患者出现各种不良情绪。尤其患者处于急性期时的不良情绪状态甚至会对患者神经功能的恢复造成不利影响。孤独感是指个人期望的交往水平与现实的交往水平出现差距时,产生的一种不愉快的主观体验^[1]。大量研究表明,孤独感常会导致患者产生焦虑、抑郁、认知损害等情况,并会显著增加患者的死亡风险^[2-5]。因此积极探讨脑卒中急性期患者孤独感的现状及其影响因素,对于早期控制不良情绪对患者产生的不利影响,提高护理质量具有重要意义。本研究拟选取脑卒中急性期

患者作为研究对象,并对其孤独感的现状和影响因素进行探讨。

1 对象与方法

1.1 研究对象

于2020年9月—2021年3月在唐山市3所三级甲等医院选取符合纳入标准的脑卒中患者315例作为研究对象,其中年龄31~93岁,平均 62.42 ± 11.44 岁;男160例,女155例;缺血性脑卒中295例,出血性脑卒中20例。纳入标准:①年龄 ≥ 18 岁;②符合中华医学会编著的《2016版中国脑血管疾病诊治指南与共识》中脑卒中的诊断标准^[6],并经颅脑CT或者磁共振成像(MRI)初次确诊的脑卒中患者;③处于发病的7~14天内;脑卒中发病后,经住院治疗后病情稳定,生命体征平

作者单位:063210 河北省唐山市,华北理工大学

*通讯作者

稳、神志清楚者,能够独立或通过研究者帮助完成问卷;④知情同意,自愿参与本研究。排除标准:①病情危重需手术者;②有其他重大疾病无法配合调查者;③伴有精神障碍,不能配合研究人员进行调查的患者;④既往有孤独症病史者;⑤盲、聋、哑患者。

1.2 调查内容

(1) 一般情况调查:包括社会人口学资料和疾病相关资料两部分。社会人口学资料主要包括性别、年龄、婚姻状况、居住地等,疾病相关资料包括睡眠质量、合并慢性病数量、脑卒中类型等。

(2) 孤独量表调查:该量表由 Russell 等人^[7]编制,国内王登峰教授对该量表进行修订汉化^[8]。量表包含反序条目 9 个和正序条目 11 个,每个条目用 Likert 4 级评分(从不、很少、有时、一直)计分,分别计为 1~4 分,总分为 20~80 分。得分越高,提示孤独感越严重。依据得分可划为 4 个水平:20~34 分为低程度的孤独感,35~49 分为中等程度的孤独感,50~64 分为中上程度的孤独感,65~80 分为高程度的孤独感^[9]。量表 Cronbach's α 系数为 0.89。

(3) 美国国立卫生研究院卒中量表调查:该量表由美国学者编制,国内学者蔡业峰等^[10]将其引进并进行测评汉化,主要用于评估患者的神经功能缺损程度。量表共包含 11 个条目,每一条目的评分范围为 0~3 分,得分越高,提示功能障碍越严重。依据评分标准可划分为 3 个等级,得分 <5 分,表示轻度;5~13 分,表示中度;>13 分,表示重度^[11]。量表 Cronbach's α 系数为 0.91。

1.3 调查方法

向调查对象解释研究目的并征得其同意后由经过统一培训的调查人员向调查对象发放调查问卷,如患者由于躯体原因、文化水平等限制,无法自行填写问卷,调查人员以统一指导语向其询问和填写。本次调查共发放问卷 320 份,回收有效问卷 315 份,有效率为 98.44%。

1.4 统计学方法

采用 SPSS23.0 软件进行分析,计量资料以“均数 $\pm$ 标准差”的形式表示,两组间均数比较采用 t 检验,多组间均数比较采用单因素方差分析;多因素分析采用多元线性回归模型。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 脑卒中急性期患者孤独感状况

315 例脑卒中患者中,患者孤独感得分在 28~70 分,平均为 45.27 ± 8.36 分。其中低程度孤独感 20 人(6.35%),平均 32.35 ± 1.57 分;中等程度孤独感 195 人(61.90%),平均 41.34 ± 4.26 分;中上程度孤独感 98 人(31.11%),平均 55.24 ± 3.36 分;高程度孤独感 2 人(0.63%),平均 69.50 ± 0.71 分。根据 UCLA 评分标准^[9]来看,脑卒中急性期患者普遍存在中等及中上程度的孤独感。

2.2 脑卒中急性期患者孤独感影响因素单因素分析

结果显示,年龄、婚姻状况、居住地、文化程度、性格自评、工作性质、家庭人均月收入、医疗费用承担方式、睡眠质量、合并慢性病数量、脑卒中家族史、神经功能缺损情况,组间脑卒中急性期患者孤独感水平比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 脑卒中急性期患者孤独感影响因素的单因素分析

因素	类别	例数	孤独感得分(分)	F 值	P 值
性别	男	160	45.01 ± 8.97	-0.562*	0.575
	女	155	45.54 ± 7.70		
年龄(岁)	18~	118	42.79 ± 8.48	10.199	0.000
	60~	160	46.30 ± 7.92		
	≥ 75	37	48.76 ± 7.83		
婚姻状况	有配偶	279	44.73 ± 8.04	10.156	0.000
	离异	2	66.50 ± 3.54		
	丧偶	31	49.81 ± 8.16		
	未婚	3	34.67 ± 3.51		
居住地	城镇	249	43.94 ± 8.16	-5.759*	0.000
	农村	66	50.29 ± 7.17		

(续表)					
因素	类别	例数	孤独感得分(分)	F值	P值
文化程度	未上过学	5	50.20 ± 9.28	13.527	0.000
	小学	68	49.59 ± 7.79		
	初中	115	45.63 ± 7.62		
	高中及中专	89	44.13 ± 8.33		
	大专及以上	38	38.50 ± 6.47		
性格自评	内向	58	54.16 ± 6.94	91.906	0.000
	外向	98	39.28 ± 5.72		
	适中	159	45.73 ± 7.06		
工作性质	以脑力为主	49	42.61 ± 7.68	16.346	0.000
	以体力为主	93	45.22 ± 8.44		
	脑力体力兼有	95	42.59 ± 7.53		
	无工作	78	50.28 ± 7.43		
家庭人均月收入(元/月)	<1000	63	50.51 ± 7.45	16.725	0.000
	1000~	105	45.81 ± 7.71		
	3000~	86	43.80 ± 7.94		
	5000~	61	41.02 ± 8.07		
医疗费用承担方式	城镇职工医保	226	43.54 ± 8.07	15.141	0.000
	城镇居民医保	21	44.62 ± 6.71		
	农村合作医疗	62	51.03 ± 6.70		
	自费	4	59.50 ± 2.89		
	其他	2	41.50 ± 6.36		
睡眠质量	很好	23	41.26 ± 6.82	36.944	0.000
	较好	101	41.85 ± 6.29		
	较差	161	46.73 ± 7.85		
	很差	30	55.40 ± 6.77		
合并慢性病数量(种)	0	56	40.63 ± 6.04	27.798	0.000
	1	124	42.91 ± 7.31		
	2	95	48.16 ± 8.29		
	>3	40	52.25 ± 7.62		
脑卒中类型	缺血性脑卒中	295	45.42 ± 8.29	1.176*	0.240
	出血性脑卒中	20	43.15 ± 9.28		
脑卒中家族史	无	245	43.42 ± 7.23	-8.054*	0.000
	有	70	51.74 ± 8.87		
神经功能缺损	轻度	204	41.06 ± 5.75	51.882	0.000
	中度	107	53.24 ± 6.21		
	重度	4	54.00 ± 1.73		

*为t值。

2.3 脑卒中急性期患者孤独感影响因素多因素分析

以孤独量表总分为因变量,以单因素分析中有统计学意义的因素为自变量(赋值见表2),进行多元线性回归分析,结果显示,年龄、家庭人均月收

入、睡眠质量、脑卒中家族史、神经功能缺损情况是脑卒中急性期患者孤独感的影响因素($P<0.05$),其中神经功能缺损情况的影响最大,其次是睡眠质量,见表3。

表 2 变量的赋值说明

变量	编号	变量赋值
年龄	X1	实测值
婚姻状况	X2	1= 有配偶 2= 离异 3= 丧偶 4= 未婚
居住地	X3	1= 城镇 2= 农村
文化程度	X4	1= 未上过学 2= 小学 3= 初中 4= 高中及中专 5= 大专及以上
性格自评	X5	1= 内向 2= 外向 3= 适中
工作性质	X6	1= 以脑力为主 2= 以体力为主 3= 脑力体力兼有 4= 无工作
家庭人均月收入	X7	1= ≤ 1000 2= 1001- 3= 3001- 4= >5000
医疗费用承担方式	X8	1= 城镇职工医保 2= 城镇居民医保 3= 农村合作医疗 4= 自费 5= 其它方式
睡眠质量	X9	1= 很好 2= 较好 3= 较差 4= 很差
合并慢性病数量	X10	1= 0 种 2= 1 种 3= 2 种 4= >3 种
脑卒中家族史	X11	1= 无 2= 有
神经功能缺损情况	X12	1= 轻度 2= 中度 3= 重度

表 3 脑卒中急性期患者孤独感影响因素多因素分析

因素	<i>B</i>	标准误	标准化 <i>B</i>	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
年龄	0.126	0.028	0.173	4.588	0.000
家庭人均月收入	-0.981	0.434	-0.124	-2.262	0.024
睡眠质量	2.296	0.387	0.208	5.930	0.000
脑卒中家族史	2.173	0.724	0.108	3.000	0.000
神经功能缺损情况	1.143	0.088	0.497	13.062	0.000

3 讨论

本研究中脑卒中急性期患者孤独感平均得分高于周晓丽^[12]对于社区老年慢性病患者的孤独感评分(39.67),表明脑卒中患者的孤独感更为严重,这可能与本次调查对象以老年脑卒中患者居多及其均处于疾病急性期有关,一方面,相较于中、青年患者,老年患者随着年龄的增长,躯体健康、日常活动能力也在逐步下降,富有意义的社会和家庭角色及自我角色减退,社会交往、社会参与机会减少,加之疾病的发生进一步限制了其活动,这些因素都可能使得他们在心理上产生自卑感、衰老感,从而会进一步加剧其孤独感^[13]。另一方面,本研究对象均为处于疾病急性期的脑卒中患者,脑卒中急性期一般指从患者发病开始到两周以内,这段时间患者病情还不稳定,极有可能出现病情反复甚至恶化的可能性,从而使得患者常因担心病情发展等原因羞于与他人来往,继而孤独感加重。因此,医护人员应当及时关注患者的病情变化,针对患者出现的孤独情

绪体验可鼓励患者多尝试与他人进行交流,努力克服自卑心理,也应给患者普及疾病相关知识,从而缓解患者的紧张情绪,降低其孤独感。

多元线性回归结果分析显示,年龄越大,患者的孤独感水平越高,这与梁辰、张皓妍^[14-15]的研究结果一致。年龄越大的患者身体的各项机能也在进一步衰退、社交网络规模也会随之缩小。且有研究发现^[16],随着人年龄的增长,更有可能经历诸如空巢、亲友去世、残疾等生命事件的冲击,从而使得其产生更为严重的孤独感。此外,家庭人均月收入越高的患者孤独感越轻,这与高世杰^[17]的研究结果一致。这可能由于经济收入是生活的重要物质基础,经济收入越高,人们会感到自己的生活越有保障。脑卒中本身病程长且难以根治,必将会给家庭带来沉重的经济负担,而收入较高,家庭的经济负担也会相应减轻,患者的心理负担也会随之降低,不会由于担心过重的经济压力会给家庭造成负担每日焦虑自责、并影响其与外界的交流,进而增加孤独的

情绪体验。

而疾病相关资料对于孤独感的影响则更为明显,睡眠质量越差的患者孤独感越重,这与李超等^[18]研究结果一致。睡眠质量差的患者通常精神状态也相对较差,对待生活的态度也常常很消极^[19],他们有时无法有效地控制自己的情绪,在与他人相处时也会将这种消极的态度及不良情绪带入其中,进而导致其社交质量下降,与他人交往频率降低,从而导致其孤独感加重。这提示医护人员应对于脑卒中患者的睡眠质量予以关注,可以适当采取一些干预措施,如:按摩、放松等方法帮助改善患者的睡眠质量,减少其睡眠障碍状况的发生。有脑卒中家族史的患者孤独感程度较重。这是因为有脑卒中家族史的患者往往曾亲眼目睹亲人因疾病不幸离世,给患者带来了强烈的心理冲击与压力。此外,他们已经提前了解脑卒中后出现的躯体、感觉等功能障碍,亲身经历很多亲人由于偏瘫等后遗症无法继续工作、家庭失去经济来源的痛苦,同时他们又深知脑卒中后留下的功能障碍恢复的过程比较漫长,可能会给家庭带来沉重的负担,因此,有脑卒中家族史的患者对疾病的预后倍感担忧,心理负担加重,从而影响他们与他人的人际交往,这可能是导致患者孤独感加重的原因之一。研究结果还表明,神经功能缺损程度越严重的患者孤独感也越重,一方面,患者的神经功能缺损程度越重,其功能活动就愈发受限,这会使得患者无法正常加入到与他人的交流活动中来,从而增加其孤独的可能性;另一方面,许多脑卒中患者由于自身活动能力降低等原因,极易引发其产生自卑感、无价值感及沮丧感,他们常因此抗拒与外界进行交流,导致患者的孤独情绪进一步严重。这也提示我们可采取一些干预手段促进患者神经功能的恢复,并且多给予患者心理上的关心,及时发现患者的心理变化,并采取针对性措施积极对其进行个体化的干预,从而更好地提升脑卒中患者的生存质量。

4 参考文献

- [1] Weiss R S. Loneliness: The experience of emotional and social isolation[M]. Cambridge The Massachusetts Institute of Technology Press, 1973.
- [2] GROVER S, VERMA M, SINGH T, et al. Loneliness and its correlates amongst elderly attending non-communicable disease rural clinic attached to a tertiary care centre of North India[J]. Asian Journal of

Psychiatry, 2019, 43: 189-196.

- [3] Thurston R C, Kubzansky L D. Women, loneliness, and incidence of coronary heart disease[J]. Psychosomatic Medicine, 2009, 71(8): 836-842.
- [4] 孙羽燕, 张会敏, 高杰, 等. 社区老年高血压病人孤独感现状及影响因素分析[J]. 护理研究, 2021, 35(5): 808-814.
- [5] 付利婷, 周彤, 郑闪闪, 等. 孤独感对老年高血压患者睡眠质量的影响[J]. 长春中医药大学学报, 2019, 35(5): 942-945.
- [6] 中华医学会神经病学分会. 2016 版中国脑血管病诊治指南与共识[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 1.
- [7] Russell D, Peplau L A, Cutrona C E. The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence[J]. Journal of Personality & Social Psychology, 1980, 39(3): 472.
- [8] 周丹, 蒋楠楠. 社区老年人孤独感的现状及影响因素分析[J]. 淮海医药, 2019, 37(4): 397-399.
- [9] 汪向东, 王希林, 马弘等. 心理卫生评定量表手册(增订版)[M]. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999: 284-287.
- [10] 蔡业峰, 贾真, 张新春, 等. 美国国立卫生院卒中量表(NIHSS)中文版多中心测评研究—附 537 例缺血性中风多中心多时点临床测评研究[J]. 北京中医药大学学报, 2008, 31(7): 494-498.
- [11] Schlegel D, Kolb S J, Luciano J M, et al. Utility of the NIH stroke scale as a predictor of hospital disposition[J]. Stroke, 2003, 34(1): 134-137.
- [12] 周晓丽. 社区老年慢性病患者孤独感与应对方式的相关性[J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(16): 4669-4670.
- [13] 刘志荣, 倪进发. 老年人孤独及其相关因素研究[J]. 中国公共卫生, 2003, 22(3): 41-43.
- [14] 梁辰. 老年人孤独感现状及影响因素研究[D]. 济南: 山东大学, 2018.
- [15] 张皓妍. 中高龄空巢老年人孤独感现状及其影响因素分析[D]. 唐山: 华北理工大学, 2018.
- [16] 谢颖, 赵庆华, 肖明朝, 等. 社区老年人孤独感、社会隔离现状及影响因素分析[J]. 护士进修杂志, 2021, 36(9): 769-774.
- [17] 高世杰. 老年孤独感及其影响因素研究[D]. 长春: 吉林大学, 2019.
- [18] 李超, 陈兴智, 王辅之, 等. 皖北地区农村老年慢性病患者孤独与睡眠状况及其影响因素探究[J]. 赤峰学院学报(自然科学版), 2018, 34(7): 112-115.
- [19] Rafsten L, Danielsson A, Sunnerhagen K S. Anxiety after stroke: A systematic review and meta-analysis[J]. J Rehabil Med, 2018, 50(9): 769-778.

[2021-07-15 收稿]

《现代养生》杂志编辑委员会

主任委员

徐应军

副主任委员 / 秘书长

陈玉娟

副主任委员

张树峰 杨 方 胡万宁 左文述 徐天和 付占昭 徐大平 栾 奕 (常务)

常务编委 (按汉语拼音顺序排列)

白俊清*	包巨太*	薄建柱	蔡华波	曹凤宏	曹明琳	曹亦宾	曹志辉*	车鹏程	陈 刚*	陈 满
陈德生*	陈乃耀*	陈晓星*	陈志全	崔建忠*	崔刘福*	戴秀华*	邓晓蕴*	丁 毅*	董立新	杜宏伟*
杜影宏	段国辰	段钨金*	范红敏	冯福民*	高景利*	高竞生*	葛 健*	关维俊*	韩建军*	韩忠厚
何来英	洪 江	侯灵彤	纪 征	姜玉凤	李 东	李 莉*	李 艳*	李 泱*	李 莹*	李成林
李继安*	李建民*	李建明*	李九菊*	李力更	李向涛*	李云霞*	李占清	栗克清	梁铁成	刘 斌
刘 刚*	刘 亮	刘 玮	刘 泽	刘阁玲	刘桂蕊*	刘和亮*	刘汝利	刘文阁	刘亚非	刘英杰*
陆庆革	鲁 速	么作义	戚 畅	乔艳华	邱忠君	曲 艺*	任淑华	盛慧锋	石 峻*	石秋艳
孙 尧	孙秉赋	孙国辉	孙洪芳	孙明宏*	孙松明*	孙续国*	孙志彬*	唐启群*	田 炜*	宛小燕
王大力*	王复兴	王国臣*	王国立	王国品*	王海涛	王鹤云	王加谋	王文军	王希柱*	王向明*
王晓林	王兴生	王学生*	王艳滨	王志强*	王志文*	吴范武*	习瑾昆	肖正权	邢凤梅*	邢 郁
修 桥	徐 刚	杨 洁	杨 秋*	杨 涛*	杨德久	杨冬梅	杨希纯	姚三巧*	叶冬青	易建平*
于明忠*	于冶铭*	元小冬*	苑 杰*	张 静*	张 艳	张爱国*	张春来*	张国志*	张惠英	张景华*
张俊敏*	张勤丽	张淑贞	张卫东*	张艳淑*	张宇新*	赵 刚*	赵国志	赵少平	郑 桓	郑 涛
郑 岳	郑鹏远	周方田	朱 军*	朱 伟*	朱立春					

编 委 (按汉语拼音顺序排列)

白金文	包树娟	鲍冬旭	蔡平伟	曹慧娟	陈 晖	陈 晶	陈 胜	陈 燕	陈淑媛	陈小明
成 杰	崔 巍	崔晓岑	代小菊	邓艳丽	丁顺晶	冬雪冰	董桂兰	杜 宁	杜 怡	杜玉辉
范娇娇	范引光	付灵运	甘 伟	甘建辉	高云雷	高占梅	耿贺梅	耿会欣	宫运刚	谷守奇
顾 涛	顾美娟	顾长明	关 菲	关 毅	郭万厚	韩宝生	韩彩欣	韩京铜	韩晓晨	郝 剑
郝志梅	胡丽荣	黄 铃	黄宇玲	李淑英	贾 佳	金秀萍	景 涛	孔瑞娟	库雪飞	劳风云
李 静	李 薇	李 云	李会兰	李会利	李丽娜	李培光	李赛花	李晟华	李世峰	李晓晨
李志婷	刘 利	刘 阳	刘 英	刘 颖	刘春艳	刘建新	刘杰昕	刘金平	刘润茗	刘旭东
刘永亮	刘志国	刘志勇	陆成伟	马 骏	马 琳	马海东	马会霞	马文友	孟 玮	孟爱国
孟繁伟	孟宪静	苗丽娟	潘景香	潘玉红	庞淑兰	裴荣光	邱 方	戎秀格	申 磊	沈振明
史国辉	史红革	侍朋举	司 丹	宋海澄	宋继昌	宋卫东	宋旭东	苏 宇	孙 原	孙海洋
孙丽霞	汤有才	唐春梅	陶四海	田晓华	王 航	王 华	王 健	王 彦	王 颖	王艾英
王保苍	王博雅	王成刚	王丛霞	王东海	王海珍	王洪娟	王立民	王思文	王晓红	王晓一
王艳云	王玉芳	王玉君	王长友	王志红	魏海强	吴 笛	吴 磊	吴爱民	吴镒飞	吴秀萍
吴雪梅	吴亚军	武建辉	肖红媛	肖万祥	肖远德	谢宇曦	谢跃生	邢 丽	徐 英	徐文清
徐晓肆	许亚茹	许岩丽	薛 冰	薛 玲	闫金银	阎升光	杨 琨	杨春艳	杨大鹏	杨冬生
杨俊泉	杨美荣	杨伟欣	杨新宇	杨秀兰	杨照环	姚丽娟	姚艳敏	伊 姗	尹素凤	于柏龙
于福泉	余向前	翟天东	张 江	张 力	张 琦	张 勋	张凤新	张国顺	张洪梅	张华欣
张静丽	张静文	张树波	张文秋	张武杰	张旭海	张雪鹏	张印朋	张再兴	张志强	张志勇
赵 彬	赵 辉	赵君晖	赵良君	赵文喆	郑丽娜	周香凝	周志刚	朱 亮	朱丽华	

注：常务编委注*者，为其从业学科领域的本刊副主编。

HEALTH PROTECTION AND PROMOTION

Bimonthly Established in January 2001 Volume 22, Number 1 January 2022

CONTENTS IN BRIEF

Effect of anti Helicobacter pylori therapy on reflux esophagitis Zhang Yu (11)
Clinical effect of loratadine in the treatment of Henoch Schonlein purpura in childrenMa Liangliang, Gao Qian (23)
Effect of humanized nursing model in operating room nursingGao Yuxiu (48)
Clinical effect evaluation of psychological nursing combined with health education in gastrointestinal endoscopy Xiao Xuechun (51)
Application value of humanized nursing combined with hospice care in the nursing of patients with advanced cancerGu Yaping (66)
Effect of occupational therapy on early rehabilitation and limb motor function of stroke patientsShen Juan (69)
Analysis of loneliness and its influencing factors of stroke patients at acute stageWang Chen, Zhao Ying, Li Shuxing (75)

Responsible Institution
Health Commition of Hebei
Province

Sponsor
Hebei Medical Qigong Hospital
No.198 Haibin Dongjing Road,
Beidaihe, Hebei 066199,P.R.China

Editing
Editorial Department of Health
Protection and Promotion
Tel: 0335-4041257
Website: <http://www.xdyangsheng.com>

President/Editor-in-Chief
Chen Yujuan

Executive Editor-in-Chief
Xu Yingjun

Associate Editor-in-Chief
Xu Daping Luan Yi

Director of Editorial Department
Luan Yi

Publishing
Health Protection and Promotion

Advertising License Number
1303024000104

Printing
Qinhuangdao Printing Factory of
China Standard Press

Subscription
Qinhuangdao Municipal Postal
Administration

Order
Post Office All Around China
Mail Code 18-99

Fixed Price
¥18.00/Number, ¥216.00/Year

CSSN
ISSN 1671-0223
CN 13-1305/R

征 稿 简 则

《现代养生》杂志为医学综合类科技期刊,是河北省卫生健康委员会主管,河北省医疗气功医院主办的中国医师协会系列期刊。中国期刊全文数据库、中文科技期刊数据库和万方数据——数字化期刊群等全文收录。国内外公开发行;刊号:ISSN1671-0223, CN13-1305/R;半月刊,大16开;邮发代号:18-99。

一、主要栏目

① 现代养生;② 临床论著;③ 基础论著;④ 中医药学与中西医结合;⑤ 预防医学与公共卫生;⑥ 临床护理;⑦ 健康心理与精神卫生;⑧ 法医学与医学司法鉴定;⑨ 社会医学与卫生事业管理;⑩ 医学哲学与医学人文;⑪ 叙事医学;⑫ 医学教学研究;⑬ 综述与讲座。

二、撰写要求

1. 论文务求论点明确、论据可靠、数据准确、论证科学严谨;文字规范、语言练达,内容叙述避免过度自信或模棱两可,但应有作者自己的见解。

2. 论著一般4000字为宜,综述在7000字左右,短篇与个例勿超过1500字。摘要在200字以内。照片和图表应精简,推荐使用三线表。参考文献引用,论著>15条;综述类不应少于30条;短篇与个例5~8条。

3. 论文署名作者应为法定著作权人,文责自负。文稿请附英文题名,3~8个中、英文关键词。本刊只接受电子文件投稿,文稿上请附注第一作者或通讯作者电话、E-mail及详细通讯地址、邮编。

4. 论文正文中各层次编号采用阿拉伯数字,一般不超过四级。例如一级标题“1”,二级标题“1.1”,三级标题“1.1.1”,四级标题“1.1.1.1”编号顶格书写,分级标题阿拉伯数字间用“.”相隔,末数后不加标点,四级标题以后回段中层次可用(1)、1)、①等排序。

5. 论著类论文请附中、英文结构式摘要。

6. 医学名词以医学名词审定委员会审定公布的名词为准,未公布的以人民卫生出版社出版的《英汉医学词汇》为准。

7. 计量单位以国家法定计量单位为准。统计学符号按

国家标准《统计学名词及符号》的规定书写。

8. 参考文献应引自正式出版物,按引用的先后顺序列于文末,示例如下:

(1) [专著(书籍)] 序号 作者姓名. 书名[M]. 版本(如果是第1版应略去此项). 出版地: 出版单位(国外出版单位可用标准缩写,不加缩写点), 出版年: 起页—止页.

例:[1] 陈灏珠. 心肌梗死[M]// 戴自英. 实用内科学. 19版. 北京: 人民卫生出版社, 1995: 1117-1119.

[2] 王庆林. 人体解剖学考试指导[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1994: 116-118.

(2) [连续出版物(期刊)] 序号 作者姓名(3人以内全部写出, 3人以上, 只写前3人, 第3人后加“等”). 文题[J]. 期刊名(外文期刊可用标准缩写, 不加缩写点), 年, 卷(期): 起页—止页.

例:[3] 侯斌, 石峻. 2型糖尿病患者血清hs-CRP、Hcy、TNF- α 、IL-6和IL-8的水平检测及临床意义[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2015, 18(3): 383-385.

[4] 习瑾昆, 谢宇曦, 沈志嘉, 等. 再灌注损伤时心肌细胞线粒体的角色定位[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2014, 17(12): 2095-2101.

9. 论文涉及的课题如取得国家或部、省级以上基金或课题项目, 应在文题页左下角注明。

三、注意事项

1. 来稿自留底稿, 请勿一稿多投, 凡接到投稿回执信2个月, 未接到稿件录用通知, 该稿可自行处理。稿件一经刊用, 同时也被《中国学术期刊(光盘版)》和万方数据收录, 不同意者请在投稿时说明。

2. 本刊不收审稿费, 稿件刊登后赠第一作者当期杂志1册。

3. 投稿请寄 E-mail: xdyskj@163.com

本刊通讯地址: 河北省北戴河海滨东经路198号《现代养生》杂志社编辑部, 邮编: 066199; 联系电话: 0335-4041257。