

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

2023年1月 第23卷 第1期 January 2023 Vol.23 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 022233

0 1 >

1

2023

2023年1月第23卷第1期
半月刊
2023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17号

编辑

《现代养生》编辑部

066199 河北省北戴河海滨东经路17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

秦皇岛市晨欣彩印有限公司

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

肺癌患者自我管理效能评估工具的研究进展

..... 陈婷婷 张程 宋麟茹 赵冰薇 虞婷婷 谢新芳 (1)

计划行为理论在慢性阻塞性肺疾病患者肺康复护理的应用进展

..... 马秀萌 陈桂芝 (5)

间充质干细胞外囊泡参与肝脏缺血再灌注的研究进展

..... 张佳阳 李红男 刘润生 曲明海 邢雪琨 (8)

临床论著

隔盐灸治疗良性前列腺增生的疗效观察..... 黄秀兰 李杰 (12)

米非司酮联合左炔诺孕酮治疗围绝经期功能性子宫出血的临床效果... 孙红先 (14)

3D 打印技术引导下撬拨复位治疗胸腰椎不稳定型爆裂性骨折

的临床效果..... 杨学军 (17)

厄贝沙坦氢氯噻嗪与美托洛尔二联疗法治疗老年重症心力衰竭患者

的临床疗效..... 王梦琳 (20)

不同种类药物致急性药物性肝损伤的特征及其严重程度的影响因素

..... 张飞龙 杨东元 兰军 (24)

中医药与中西医结合

灵龟八法针刺联合推拿对 LDH 患者疼痛及功能恢复的影响..... 高雪佳 (27)

针刺联合六字诀养生操治疗慢性非特异性腰痛的临床效果观察

..... 李慧敏 刘婵媛 崔华恩 陈庆妙 黎建青 (30)

防脱发中药复方提取物生物活性分析

..... 乐纯球 高天问 杨国蓉 贾鑫茹 丁滨 黄杰 (33)

加味小半夏汤穴位贴敷联合二联止吐药对顺铂所致 CINV 的疗效观察

..... 苏丹 郑圣齐 (36)

临床护理

围手术期预防性护理在老年膀胱癌患者治疗中的应用效果..... 方媛媛 (40)

吞咽-摄食管理联合正念认知疗法在脑卒中伴吞咽障碍患者中的应用

..... 韩艳婷 (43)

经尿道前列腺等离子双极电切术患者综合护理效果观察..... 陈丽虹 (46)

延伸护理服务对持续非卧床腹膜透析患者营养不良的干预效果

..... 戴小娟 肖爱萍 (50)

强化护理对妊娠合并糖尿病患者干预效果分析..... 师红美 (52)

综合疼痛护理干预在减轻翼状胛肉术后疼痛中的应用..... 胡玮玮 (55)

健康教育在老年骨质疏松性髋部骨折护理中的应用价值..... 秦琴 龙微 (57)

颅脑损伤患者应用循序渐进式康复护理的效果观察..... 卢丽萍 (60)

健康心理与精神卫生

肿瘤科护士心理资本和职业紧张感与主观幸福感的关系..... 熊雪莲 (63)

医学教学研究

基于“三导向”人才培养下全日制乡村医生定向生综合素质评价

..... 陈瑞霞 聂鹏 吴国霞 (66)

基层实践与初探

耳部穴位按摩联合排气贴在胸腰椎骨折腹胀患者中的应用效果..... 杨亚丽 (69)

基层论坛

探究气功与针灸临床的关系..... 陈焱竺 刘征 (72)

案例报告

1 例舌癌术后患者并发体位性呼吸困难的原因分析及护理..... 施丁丹 (75)

小儿推拿结合艾灸治疗小儿腹泻验案 3 例..... 郭琴 (78)

肺癌患者自我管理效能评估工具的研究进展

陈婷婷 张程 宋麟茹 赵冰薇 虞婷婷 谢新芳*

【摘要】 随着肺癌治疗技术的发展,肺癌患者生存期逐渐延长,患者回归社会或社区后更大程度上需要自我管理疾病。国外有关测量自我管理效能的工具相对较多,我国学者也积极进行此方面工具的研究。现介绍肺癌患者自我管理效能相关研究领域常用的评估工具,阐述不同评估工具的来源、主要评估内容、计分方法、内容信效度、应用现状和发展趋势,以期临床医护人员提供理论支持和参考。

【关键词】 肺癌;自我管理;自我效能;评估工具

中图分类号 R734.2 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)01-1-03

据全球癌症数据统计中心数据,肺癌仍是我国最常见的癌症类型和癌症死亡的主要原因^[1]。随着肿瘤领域医疗技术的提高,分子靶向治疗、免疫治疗和介入治疗等治疗手段被引入临床,许多肺癌患者的生存周期也延长。然而,肺癌患者在治疗过程中各种不良反应也随之而来。有研究发现,通过提升肺癌患者的自我管理效能可增强患者疾病的适应性,在改善患者心理、行为、生活质量等方面也具有一定效果^[2]。本文就近年来肺癌患者自我管理效能相关评估工具进行综述,以期后续肺癌相关自我管理效能方面的研究提供参考价值。

1 肺癌自我管理效能的概述

自我管理效能指患者在应对疾病治疗及相关症状、生理和心理社会变化过程中,管理自身疾病并做出生活行为方式改变的能力和信心^[3],反映了个体对自我行为能力的认知和评价^[4]。有研究显示^[5-6],在治疗过程中具有较高自我管理效能的患者,可以更好地应对疾病治疗产生的不良反应。肺癌患者自我管理效能感是指患者在治疗过程中对疾病及治疗产生的其他症状做出思想和行为改变的能力和信心。目前根据相关调查研究^[7-8],我国肺癌患者的自我管理效能处于中低等水平。

2 肺癌自我管理效能测量及其评估工具的分类

美国 Bandura^[9]认为自我效能感的测量必须建立在遵循“领域特殊性”和“领域完整性”原则的基础上,自我效能感的测量必须注重于特定的活动领域下进行,并且提出通过一种量表很难反映整体的自我效能研究领域内容的观点。然而德国的 Schwarzer 等^[10-11]

认为,个体在应对新鲜事物或困难时所表现出的行为和心理状态方面的内容具有一种总体性,即其所提出的一般自我效能感。肺癌自我管理效能评估工具根据自我效能的测量维度和针对特定行为划分为普适性评估工具和特定行为自我效能评估工具。

3 肺癌患者自我管理效能评估量表

3.1 普适性肺癌患者自我管理效能感评估工具

3.1.1 一般自我效能感量表 该量表是一种单维度量表,由德国 Schwarzer 等^[12]研制,一般是用来测量个体总的效能,涵盖个体在遇到挫折或面对困难时可能会产生的一些行为和心理状态方面的自信心等,包括10个条目,采用4分制评分,总分1~4分,评分越高表示自我管理信心越强。根据得分指标可分为高中低3个等级。该量表在不同国家测试中 Cronbach's α 系数为0.75~0.94,重测信度为0.55~0.75。由于量表题目少、操作简单,目前此量表不仅应用于我国肺癌自我效能研究^[13-15],还应用于大学生心理测评研究^[16]和情绪与文化的中介反应研究^[17]。

3.1.2 健康促进策略问卷 该量表是美国 Lev 等^[18]在经过专家咨询、患者访谈和文献回顾等一系列研究的基础上制定出的癌症自我管理效能感量表,是一种多维度自评量表,包含应对、减压、决策和享受生活4个维度,共有29个条目。2012年我国钱会娟等^[19]根据我国国情对此量表内容进行了翻译和改良,改良后的量表为28个条目,即中文版癌症患者自我管理效能感量表,此量表包含3个维度,正性态度15个条目,自我减压10个条目,自我决策3个条目。每项采用1~5分评分法,没有信心到非常有信心,总分28~140分,得分越高表示被测者自我管理能力越强^[19]。由于肺癌患者自我管理行为具有特征性,周英华等^[20]将中文版的量表投入肺癌患者中

作者单位:313000 浙江省湖州市,湖州师范学院(陈婷婷、张程、宋麟茹、赵冰薇、虞婷婷);湖州市中心医院(谢新芳)
* 通信作者

检验得出该量表及各分维度的 Cronbach's α 系数为 0.864 ~ 0.973, 证明该量表适用于我国肺癌患者自我管理效能的测量。

3.2 特定行为肺癌患者自我管理效能感评估工具

3.2.1 决策自我效能量表 决策自我效能量表由 Bunn 等^[21]于 1995 年编制, 主要用来评估个体在接受治疗过程中做出知情选择的自信程度。中文版决策自我效能量表由王思潼等^[22]汉化, 汉化后的量表共有 11 个条目; 周鑫宇等^[23]将此量表运用于肺癌患者中, 其 Cronbach's α 系数为 0.931, 证明该量表同样适用于肺癌患者, 体现出肺癌患者面临治疗过程中参与治疗相关行为的能力。肺癌决策自我效能可以体现出肺癌患者参与治疗决策、表达自身对于治疗方面的身心需求以及对治疗产生结果的预测能力。一项横断面调查研究显示^[24], 目前我国肺癌患者在治疗决策上常犹豫不决、缺乏信心, 有 50% 以上的患者常依赖于医生主导的决策。因此, 临床上医护人员应提供更多详细的治疗信息, 在治疗前后开展一对一的治疗性谈话等积极的决策辅助措施, 以鼓励患者主动参与治疗决策, 提高患者的决策自我效能水平。

3.2.2 慢性疼痛自我效能感量表 该量表是美国安德森在结合 Bandura 的自我效能感理论和 Lorig 的关节炎自我效能感量表基础上经过实验研究而成^[25], 此量表为多维度量表, 有 3 个分量表组成, 即疼痛管理自我效能感量表、功能性自我效能感量表和症状应对自我效能感量表, 共 22 个条目, 反映患者在疼痛管理中自我管理的信心情况。何海燕等^[26]将此量表进行汉化和改善, 应用于慢性癌痛患者重测其信效度, 重测信度系数为 0.904, 结果表明经过汉化后的中文版慢性疼痛自我效能感量表在慢性癌痛的患者中具有较好的信度和效度。肺癌晚期患者大多数伴有中重度疼痛^[27], 疼痛自我效能评估可以体现患者的心理状态、躯体情况、疼痛治疗情况等^[28-29]。

3.2.3 肿瘤患者经外周静脉置入的中心静脉导管 (peripherally inserted central catheter, PICC) 自我管理力量表 该量表由刘春丽等^[30]经过护患访谈、专家咨询和实验的基础上制定而成, 共有 7 个模块, 其中内容包括患者对日常导管观察、维护依从性、导管管理信心、异常情况处理、信息获取、带管运动、带管日常生活。共有 36 个条目, 每项采用 1 ~ 5 分评分法, 每个模块条目之和为模块总分, 总分越高表示患者 PICC 自我管理效能较好, 其 PICC 维护质量越高, 量表的内容效度为 0.922, 总体内部一致性系数为 0.904, 重测信度为 0.933, 该量表具有良好的信效度。徐菁等^[31]采取此量表对肺癌患者 PICC 自我管理效能进行分析, 发现肺癌患者 PICC 自

我管理能力处于中等水平, 尤其是经济发展落后地区、经济条件差和留置 PICC 1 个月内的患者需要护理人员重点关注, 应适当给予信息支持和教育。

3.2.4 肺癌患者运动自我效能量表 该量表是由张小敏^[32]在遵循自我效能理论和概念的基础上, 回顾以往相关文献和专家咨询方法制定出的肺癌人群运动自我效能量表, 并纳入 206 例肺癌患者进行量表的信效度检验, 总量表 Cronbach's α 系数为 0.930, 效能期望维度为 0.944, 结果期望维度为 0.831, 具有良好的信效度。该量表与以往同类的运动自我效能量 (如 Bandura 运动自我量表^[33]、Resnick 运动自我效能表^[34]和美国癌症预防研究中心运动自我效能量表^[35]等) 均未考虑预期行为结果对行为影响, 该量表从效能期望和结果期望两方面构建量表, 可用来评估肺癌患者运动自我效能水平, 为医务人员后期开展相对应的干预策略提供依据。由于量表试验人群数量和范围较小, 在临床研究中没有得到有效的推广使用, 未来有待进一步做探索性因子分析研究^[32]。

4 小结

目前国内肺癌患者自我管理效能量表多数是在国外量表基础上进行汉化并经过临床研究检测内容信效度而制成, 国内学者编制的肺癌自我管理效能量表多数存在研究地区限制性的缺点, 同时研究样本也有待进一步扩大, 应在不同地区、不同分期类型肺癌人群做进一步的可靠性研究。建议未来国内研究在制订自我效能测量评估工具的内容条目上与我我国肺癌病人特征相结合, 进一步发展制订适合我国肺癌人群的自我管理评估多维度评估工具。

5 参考文献

- [1] Cao W, Chen HD, Yu YW, et al. Changing profiles of cancer burden worldwide and in China: a secondary analysis of the global cancer statistics 2020[J]. Chin Med J (Engl), 2021, 134(7):783-791.
- [2] 张慧, 刘桂霞. 化疗期肺癌患者自我感受负担与疾病感知、乐观倾向及创伤后成长的相关性[J]. 广东医学, 2020, 41(2):169-173.
- [3] Eller LS, Lev EL, Yuan C, et al. Describing Self-Care Self-Efficacy: Definition, Measurement, Outcomes, and Implications[J]. Int J Nurs Knowl, 2018, 29(1):38-48.
- [4] Zhang MF, Zheng MC, Liu WY, et al. The influence of demographics, psychological factors and self-efficacy on symptom distress in colorectal cancer patients undergoing post-surgical adjuvant chemotherapy[J]. Eur J Oncol Nurs, 2015, 19(1):89-96.
- [5] Haas BK. Focus on health promotion: self-efficacy in

- oncology nursing research and practice[J]. *Oncol Nurs Forum*, 2000, 27(1): 89-97.
- [6] Rowntree RA, Hosseinzadeh H. Lung Cancer and Self-Management Interventions: A Systematic Review of Randomised Controlled Trials[J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2022, 19(1): 536.
- [7] 胡丹. 肺癌化疗患者自我管理现状分析及干预效果研究 [J/CD]. *国际感染病学 (电子版)*, 2019, 8(4): 62-63.
- [8] 刘贵琴. 肺癌术后化疗患者自我管理效能感水平现状及其影响因素分析 [J]. *护理实践与研究*, 2020, 17(4): 26-28.
- [9] Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change[J]. *Psycho Rev*, 1977, 84(2): 191-215.
- [10] Schwarzer R, Aristi B. Optimistic self-beliefs: Assessment of general perceived self-efficacy in thirteen cultures[J]. *World Psychology*, 1997, 3(1): 177.
- [11] Schwarzer R, Aristi B, Iwawaki S, et al. The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the Chinese, Indonesian, Japanese, and Korean versions of the general self-efficacy scale[J]. *Psychologia*, 1997, 40(4): 1.
- [12] Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized self-efficacy scale[M]//Weinman J, Wright S, Johnston M. Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs. Windsor, UK: NFER-NELSON, 1995: 35-37.
- [13] 陈琴华, 高丽萍. 协同家属护理对肺癌患者希望水平和自我效能的影响 [J]. *护士进修杂志*, 2019, 34(18): 1686-1688.
- [14] 韩凤. 正念癌症康复对肺癌术后化疗患者癌因性疲乏的干预研究 [D]. 保定: 河北大学, 2020.
- [15] 何剑, 沈苗红, 施雪菲. 情志干预联合家属参与式护理干预对非小细胞肺癌靶向治疗患者自我效能及生存质量的影响 [J]. *中国现代医生*, 2021, 59(23): 165-168.
- [16] 方斌. 高职大学生自我效能感对学习收获的影响机制研究——基于社会支持的中介作用 [J]. *职业技术教育*, 2022, 43(2): 47-52.
- [17] 张万鸾, 梁雨, 周利华. 自我效能在本科护生情绪智力与文化智力间的中介效应 [J]. *护理学报*, 2022, 29(10): 14-18.
- [18] Lev EL, Owen SV. A measure of self-care self-efficacy[J]. *Res Nurs Health*, 1996, 19(5): 421-429.
- [19] 钱会娟, 袁长蓉. 中文版癌症自我管理效能感量表的信效度测评 [J]. *中华护理杂志*, 2011, 46(1): 87-89.
- [20] 周英华, 钱会娟, 袁长蓉. 中文版癌症自我管理效能感量表在肺癌人群中的信、效度研究 [J]. *解放军护理杂志*, 2013, 30(7): 31-33.
- [21] Bunn H, O'Connor A. Validation of client decision-making instruments in the context of psychiatry[J]. *Can J Nurs Res*, 1996, 28(3): 13-27.
- [22] 王思潼, 叶志霞, 李芸芸, 等. 中文版决策自我效能量表在原发性肝癌患者治疗决策中的信效度检验 [J]. *解放军护理杂志*, 2021, 38(1): 37-40, 64.
- [23] 周鑫宇, 俞国红. 肺癌病人决策自我效能现状及影响因素分析 [J]. *循证护理*, 2022, 8(1): 66-70.
- [24] 张金娜. 肺癌患者参与共享决策现状及影响因素分析 [D]. 青岛: 青岛大学, 2020.
- [25] Anderson KO, Dowds BN, Pelletz R, et al. Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain[J]. *Pain*, 1995, 63(1): 77-84.
- [26] 何海燕, 朱京慈, 彭娜. 慢性疼痛自我效能感量表应用于慢性癌痛病人的信效度研究 [J]. *护理研究*, 2008, 22(9): 764-766.
- [27] 杨杰, 李树霞, 邢志军, 等. 自我效能感在肺癌疼痛患者护理中的应用 [J]. *承德医学院学报*, 2016, 33(3): 220-222.
- [28] Turner JA, Ersek M, Kemp C. Self-efficacy for managing pain is associated with disability, depression, and pain coping among retirement community residents with chronic pain[J]. *J Pain*, 2005, 6(7): 471-479.
- [29] Strahl C, Kleinknecht RA, Dinnel DL. The role of pain anxiety, coping, and pain self-efficacy in rheumatoid arthritis patient functioning[J]. *Beh Res Ther*, 2000, 38(9): 863-873.
- [30] 刘春丽, 颜美琼, 陆箴琦. 肿瘤患者 PICC 自我管理力量表的构建及测评 [J]. *护理学杂志*, 2012, 27(23): 1-4.
- [31] 徐菁, 李玉梅, 张贵芬. 肺癌患者居家期间 PICC 自我管理能力和影响因素分析 [J]. *齐鲁护理杂志*, 2019, 25(23): 32-35.
- [32] 张小敏. 肺癌患者运动自我效能量表的编制 [D]. 合肥: 安徽医科大学, 2020.
- [33] Bandura A. Guide for constructing self-efficacy scales[J]. *Self*, 2006, 5: 307-337.
- [34] Resnick B, Jenkins LS. Testing the reliability and validity of the Self-Efficacy for Exercise scale[J]. *Nurs Res*, 2000, 49(3): 154-159.
- [35] Darawad MW, Mosleh S, Khalil AA, et al. Investigating Physical Exercise among Jordanians with Diabetes Mellitus[J]. *Health*, 2016, 8(2): 181-189.

[2022-09-19 收稿]

计划行为理论在慢性阻塞性肺疾病患者肺康复护理的应用进展

马秀萌 陈桂芝*

【摘要】 计划行为理论 (TPB) 是一种社会心理学理论, 能够分析影响行为的因素、预测行为意向及能够解释行为决策过程。该理论认为行为是由行为意向决定, 行为意向受态度、主观规范、知觉行为控制的影响, 而知觉行为控制又能直接作用于行为, 对其相应的信念进行干预, 可促进行为的实施。该理论目前已广泛应用于多个领域, 且带来了积极影响, 但在护理领域的应用仍需要进一步探讨。通过对 TPB 的应用进行综述并对慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 患者肺康复护理领域的应用进行展望。

【关键词】 计划行为理论; 慢性阻塞性肺疾病; 肺康复

中图分类号 R543.2 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)01-4-05

计划行为理论 (theory of planned behavior, TPB) 是在理性行为理论 (theory of reasoned action, TRA) 的基础上发展而来的, 由社会心理学家 Icek Ajzen 于 1985 年提出^[1]。TPB 是一种能够帮助解释人们行为改变的理论模型, 在行为预测方面有较为广泛的用途。随着理论的普及, 该理论已在健康教育等多个领域中得到应用。该理论认为行为意向是导致行为发生的直接因素, 而行为意向又受行为态度、主观规范以及知觉行为控制 3 个方面的影响^[2]。

1 TPB 的主要观点

TPB 认为导致行为发生的原因是执行相关行为的意图。行为意图越强烈, 行为就越有可能发生。行为意图由 3 个因素决定: 行为的态度、行为的主观规范和感知行为控制。TPB 认为行为控制程度对行为意图有影响: 行为发出者的控制能力越大, 越有可能有实施行为的意图。人格特征、智力、人口统计学特征、生活价值等变量被认为是 TPB 中的背景因素, 通过影响行为、主观规范和或控制信念来间接影响意图和行为。

2 TPB 的五大要素

2.1 态度 (attitude)

TPB 将态度定义为一种对心理对象做出某种程度的有利或不利反应的潜在倾向。态度对象可以是个人世界中任何可辨别的方面, 包括一种行为。态度的评价采用双相评价维度。态度由相应的信念决定, 信念可能来自朋友、老师、媒体和其他外部来源的信息而间接获得, 但是在生活过程中, 人们的经历导致他们对不同的物体、行为和事件形成许多不同的信念。

2.2 主观规范 (subjective norm)

人们普遍认为, 社会环境可以对人们的意图和行为产生强烈的影响。TPB 专注于对特定行为表现, 将规范视为可感知到的执行 (或不执行) 特定行为的社会压力。主观规范即一个人的感知大多数对她很重要的人认为她应该 (或不应该) 执行一个特定的行为。

2.3 知觉行为控制 (perceived behavioral control)

指人们相信他们有能力执行一个特定的行为, 以及他们能够控制该行为的程度。实施某种行为往往受信息、技能、机会和社会资源的影响, 另外也可能需要克服某些障碍。知觉行为控制越强, 执行相关行为的意图就越大。但是如果人们认为他们无法控制某种行为, 他们可能不会形成强烈的行为意图去实施某种行为, 即使持有积极的态度以及感知到强烈的社会压力。

2.4 行为意向 (behavior intention)

行为意向也称为行为意图, 是在采取行动之前的一种思维倾向和行动动机。行为意图是 TPB 结构中的核心要素, 即个人实施行为的意图越强烈, 实施行为的可能性就越大。

2.5 行为 (behavior)

行为是可观察到的事件。TPB 认为对此类事件的任何观察都必须在特定的情景和特定的时间点上进行, 并且大多数行为也是针对某些目标的。因此, 行为视为由 4 个元素组成: 执行的动作、动作被导向的目标、执行的场景以及执行的时间。

3 TPB 国内外研究进展

3.1 国外应用研究进展

目前 TPB 的研究在模型预测及应用方面均有研究。理论应用涉及多个领域, 包括医疗健康、公共卫生、教育等, 其中关于健康行为的研究较为广泛, 且

作者单位: 063210 河北省唐山市, 华北理工大学研究生院 (马秀萌); 华北理工大学附属医院护理部 (陈桂芝)

取得了良好的效果。

一项随机对照实验研究通过实施3个月基于TPB的教育干预及6个月的随访,结果未成年女性在性健康行为及生殖健康行为方面明显提高^[3]。该研究首先基于TPB制定设计问卷,内容包括营养、身体活动、青少年健康、月经健康及艾滋病教育等,并通过发放手册及开展研讨会的方式进行健康教育,6个月后干预组在态度、感知行为控制、主观规范及行为意图得分方面明显高于对照组。Şanlıtürk等^[4]根据行为意图的3个组成部分制定了干预计划和教育计划,态度方面评估哮喘患者避免暴露及使用吸入器的行为,主观规范方面评估与患者关系密切的人对减少暴露和吸入器使用行为变化的影响程度,知觉行为控制方面评估与实现减少暴露和合理使用吸入器行为相关的控制感,并在3个月内进行了5次家访。结束后,干预组和1/5的对照组患者哮喘控制良好,药物依从性评分干预组高于对照组。Hosseini等^[5]将TPB运用于2型糖尿病患者视网膜病变预防行为的干预中,94名2型糖尿病患者被分为干预组和对照组,干预组接受4个不同主题的阶段性健康教育包括疾病知识及眼部护理、改善态度(通过对患者适当眼部护理的重要性及不关心引起的负面后果的健康教育)、提高感知行为控制(促使患者熟悉视网膜病变的障碍)、改善视网膜病变的预防行为。最终干预组对视网膜病变预防行为得分显著增加,糖化血红蛋白水平在干预后也有所下降。Saffari等^[6]在改善膝关节/髌关节骨关节炎患者生活质量的研究中运用TPB进行教育干预,干预计划共进行了1个月,通过七次会议主要包括发放光盘和手册并介绍日程安排、治疗依从性的讨论,进行治疗的积极影响、提高治疗的态度、在锻炼过程中鼓励坚持治疗、家庭成员支持的重要性以及锻炼时感知的困难、播放教育视频模仿练习等。干预组在为期3个月的随访中,生活质量评分、6分钟步行试验、肌力等评分与对照组有显著差异。

3.2 国内应用研究进展

中国的研究者不论在国内期刊还是国外期刊上发表,都体现出多学科应用的特点,目前在临床护理中应用也较为广泛。郝芹^[7]在对精神分裂症患者用药依从性及恢复的影响研究中应用TPB设计延伸护理干预方案,6个月后观察组服药态度、主观规范、知觉行为控制、服药意向、服药依从性得分显著高于对照组,生活质量得到提高。另外张竞葳^[8]等在对维持性血液透析患者治疗依从性的研究中,对患者应用TPB的健康教育方案,以知识讲座、借助微信平台教育及帮助患者制定健康日志为主要方式进行干预,结果观察组依从性、满意度、自我效能评分均高于对照组,

差异明显。徐妍研等^[9]在短暂性脑缺血发作的患者中上实施基于TPB的健康管理方案,对照组接受常规护理,在干预的第1、3个月进行评价,最终结果显示基于TPB的健康管理模式能改变患者疾病管理态度,提高患者行为感知,改变患者的行为。

4 TPB应用于慢性阻塞性肺疾病(COPD)患者肺康复依从性的展望

4.1 COPD的流行病学调查

COPD是全球关注的公共卫生问题,以持续气流受限为主要特点,疾病表现为持续性的呼吸困难、咳嗽咳痰等症状。该疾病具有较高的致残率及死亡率,且多集中在中低收入国家,造成了巨大的医疗卫生保健负担^[10]。目前全世界范围内≥40岁的人群中患有COPD的人数占9%~10%,各个国家COPD患病率总体处于上升趋势^[11]。我国现有COPD患者约1亿人^[10],随着吸烟率的提高及老龄化的日渐加重,COPD的发病率可能出现持续增高的表现,预计到2060年可能有540万人死于COPD或相关疾病^[12]。COPD由于疾病反复加重,增加了就诊率及住院率,造成大量医疗资源的浪费,并由于活动能力的下降,对家庭负担也造成一定影响。

4.2 COPD患者肺康复依从性现状

肺康复在一定程度上能减缓疾病的发展,肺康复包含多项内容,如药物应用、健康教育、运动锻炼、心理/行为干预、营养支持治疗等多个方面。其中运动康复锻炼在肺康复中占有举足轻重的地位,运动锻炼包括全身的锻炼和呼吸锻炼。通过肺康复锻炼及日常生活的管理可以大大降低疾病复发率。研究表明COPD患者肺康复参与比例较低,不超过50%^[14],中途退出肺康复训练的比例高达36.7%^[15]。宋玛丽等对4个社区的200多例COPD患者进行家庭肺康复现状问卷调查,结果显示仅17.9%的患者坚持呼吸功能锻炼,其他肺康复项目现状也不乐观。Pehlivan等^[16]人将家庭肺康复与医院肺康复依从性进行比较,其中35名患者被纳入家庭肺康复项,结果60%的COPD患者完成计划,37名患者接受了医院的肺康复,67%的COPD患者完成了肺康复计划,两组在依从性方面没有差异且依从性仍比较低。

4.3 提高COPD患者肺康复依从性的干预方法

4.3.1 健康教育 有研究显示^[17],有效的健康教育可促使患者加强对疾病的认识,有利于提高疾病治疗的依从性,国内多项研究表明^[18-20],健康教育在提高患者肺康复依从性方面具有重要作用。目前健康教育的内容以呼吸系统介绍、COPD的临床特点、疾病的危险因素、治疗措施、排痰措施、肺康复锻炼方法等为

主。方式采用一对一健康教育、集体讲座、现场示范、电话或上门随访教育、多媒体教育等方法。多项研究显示基于理论的健康教育方法在提高肺康复依从性方面具有显著优势,如有通过健康信念模式^[21]、知行教育模式^[22]、跨理论模型^[23]的健康教育,在提高患者自我管理方面具有一定的理论优势,能够使患者保持良好的肺康复行为。

4.3.2 心理社会干预 国内学者程虹娟提出社会支持不仅仅是一种单向的关怀或帮助,它在多数情形下是一种社会交换,是人与人之间的一种社会互动关系^[24]。心理社会支持是肺康复干预中的重要组成部分,在改善肺康复依从性方面具有显著优势。目前的社会支持手段有多种,例如同伴支持、家庭关怀、朋友支持、社区支持等。Ninot等^[25]指出心理变量对COPD结局及治疗依从性的改善方面有一定的影响,通过心理社会支持如小组讨论,使患者更容易参与到疾病的管理中,可改善呼吸困难状况并减轻焦虑和抑郁等情况,使患者与社会联系更加密切。Marques等^[26]将家属作为肺康复护理计划的一部分,与患者共同接受教育,在12周后的测量结果中得到家庭支持的肺康复患者在运动耐力、平衡功能及健康相关生活质量方面有显著优势。另外,社区卫生工作者在肺康复依从性及健康行为促进的过程中发挥着重要作用。Butler等^[27]将接受6个月的肺康复后的97例COPD患者随机分配到接受基于社区的维持计划组和常规护理两个组。在肺康复后6个月和12个月后评估运动耐力,结果接受社区卫生维持的患者运动耐力要高于对照组。心理护理方式包括认知行为疗法,正念减压等,应确定患者所患疾病类型及医疗保健需求,再选择个性化的应对策略^[28]。Williams等^[29]制定和实施针对呼吸困难感知体验的认知行为疗法(CBT)计划,呼吸困难感知的CBT程序,主要包括呼吸、识别感觉、探索思想和信念、验证想法是有用或有害的、改变行为等,总共被分为8个模块,并在为期8周的综合肺康复计划中得到应用。结果与对照组相比,接受认知行为疗法组的运动耐力改善更明显。未来进一步的研究应优化心理社会投入,可与教育课程相结合进行干预。

4.3.3 肺康复模式 肺康复模式从原来的医院肺康复逐渐向社区及家庭肺康复模式延伸。大量研究显示社区及家庭肺康复能提高肺康复依从性, Lopez等^[30]在一项单盲、平行的随机对照试验中将实施6个月的社区延长监督维持锻炼计划并与仅6个月的常规护理进行比较,发现得到社区延续干预的患者生活质量能够得到维持。陈瑶等^[31]研究显示通过以家庭为中心的护理干预对患者进行健康教育及家庭随访,患者肺

康复锻炼得到提高,肺功能及生活质量水平得到提升。但是在研究过程中常常由于受到训练环境及参与人数条件的影响,肺康复的参与率及完成率仍不稳定。Rutkowski等^[32]比较了使用虚拟现实(VR)培训的COPD患者住院康复计划与传统肺康复计划的效果,将106名COPD患者随机分为3组,进行为期2周,每周5次的干预。34名患者参加了包括耐力运动训练在内的传统肺康复计划,38名患者参加了传统的肺康复,包括耐力运动训练和虚拟现实训练,34名患者参加了包括虚拟现实训练在内的肺康复计划,但没有接受耐力运动训练。结果显示接受虚拟现实训练的肺康复计划能改善COPD患者体能。另外有研究^[33]显示实施远程肺康复能够解决由于缺乏计划,与旅行和交通相关问题所造成的影响,远程康复是使用信息和通信技术远距离提供康复服务。研究显示基于远程肺康复即利用电子设备可使参与者更有可能完成远程康复计划,计划完成率为93%,而面对面康复的完成率为70%。但是远程康复干预期之后的益处持续时间以及远程康复的经济成本的等问题仍需考虑。

5 TPB 应用于 COPD 患者肺康复的展望

目前随着我国COPD患者的不断增加,发病率逐年上升,加重了我国经济、社会和卫生保健的负担。COPD加重往往伴随多种并发症,后期可能会因为气胸、肺心病等严重疾病而死亡。COPD患者有两个阶段一个是疾病加重期,一个是稳定期,而大多数患者处于稳定期的时间要长于疾病加重期,在稳定期时患者通过肺康复锻炼及养成良好的生活方式可以延缓疾病发展进程。因此提高COPD患者的肺康复依从性是有必要的。目前我国提高肺康复依从性的方法多种多样,大多是依靠健康教育提高患者的认知。TPB为COPD患者肺康复依从性的提高提供了新的方向。

TPB的应用在我国较为广泛,以预测及解释行为居多。近些年随着TPB在我国的发展,在健康行为领域得到广泛应用。COPD患者常存在焦虑抑郁的表现,通过身体活动及功能锻炼也可以显著减轻焦虑的症状,产生这些影响的机制可能涉及生物和心理因素的结合^[34]。肺康复锻炼在改善患者情绪、提高运动耐力、缓解呼吸困难症状方面具有重要意义。由于不同患者看待肺康复的态度不同,应采取适合患者的干预方法提高患者的认知及态度,促进肺康复行为。应将TPB与COPD患者的临床特征相结合,根据患者特点构建肺康复健康教育方法,通过临床试验验证基于TPB的肺康复健康教育效果,主要目的是提高COPD患者肺康复依从性行为。

6 参考文献

- [1] Ajzen I. From intentions to actions: A theory of planned behavior[M].//KUHL J, BECKMANN J. Action control: from cognition to behavior. New York: Springer Verlag, 1985:11-39.
- [2] Fishbein Martin, Ajzen Icek. Predicting and changing behavior: The reasoned action approach[M]. Taylor and Francis, 2011.
- [3] Darabi F, Yaseri M, Kaveh MH, et al. The effect of a theory of planned behavior-based educational intervention on sexual and reproductive health in Iranian adolescent girls: A randomized controlled trial[J]. J Res Health Sci, 2017, 17(4):e00400.
- [4] Şanlıt ü rk D, Ayaz-Alkaya S. The effect of a theory of planned behavior education program on Asthma control and medication adherence: A randomized controlled trial[J]. J Allergy Clin Immunol Pract, 2021, 9(9):3371-3379.
- [5] Hosseini SS, Shamsi M, Khorsandi M, et al. The effect of educational program based on theory of planned behavior on promoting retinopathy preventive behaviors in patients with type 2 diabetes: RCT[J]. BMC Endocr Disord, 2021, 21(1):17.
- [6] Saffari M, Emami Meybodi MK, Sanaeinasab H, et al. A theory of planned behavior-based intervention to improve quality of life in patients with knee/hip osteoarthritis: A randomized controlled trial[J]. Clin Rheumatol, 2018, 37(9):2505-2515.
- [7] 郝芹. 基于计划行为理论的延伸护理对精神分裂症患者用药依从性及恢复的影响[J]. 临床与病理杂志, 2020, 40(12):3256-3262.
- [8] 张竞葳, 王璐璐, 周文娟. 基于计划行为理论的健康教育对维持性血液透析患者治疗依从性的影响[J]. 中国医药科学, 2020, 10(24):127-129, 237.
- [9] 徐妍妍, 沈小芳, 张伟. 基于计划行为理论的健康管理模式在短暂性脑缺血发作病人中的应用[J]. 护理研究, 2021, 35(5):924-927.
- [10] Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2021 report)[J]. Gold Report, 2021(20):556-559.
- [11] GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019[J]. Lancet (London, England), 2020, 396(10258):1204-1222.
- [12] World Health Organization. Projections of mortality and causes of death, 2017 and 2060[EB/OL]. 2022-2-11.
- [13] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. COPD 诊治指南(2007年修订版)[J]. 继续医学教育, 2007, 21(2):31-42.
- [14] Fischer MJ, Scharloo M, Abbink JJ, et al. Drop-out and attendance in pulmonary rehabilitation: The role of clinical and psychosocial variables[J]. Respir Med, 2009, 103(10):1564-1571.
- [15] Heerema-Poelman A, Stuive I, Wempe JB. Adherence to a maintenance exercise program 1 year after pulmonary rehabilitation: what are the predictors of dropout[J]. J Cardiopulm Rehabil Prev, 2013, 33(6):419-426.
- [16] Pehlivan E, Yazar E, Balçı A, et al. Comparison of compliance rates and treatment efficiency in home-based with hospital-based pulmonary rehabilitation in COPD[J]. Turk Thorac J, 2019, 20(3):192-197.
- [17] 刘华, 周小兰, 宋梅, 等. 动机访谈式健康教育对社区老年慢阻肺疾病患者自我管理行为和肺功能的影响[J]. 中华老年医学杂志, 2018, 37(10):1129-1133.
- [18] 陈双萍, 邓敏, 文珂. 家属参与制订的全程健康教育方案对老年慢性阻塞性肺疾病患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28(17):77-80.
- [19] 司树梅. 基于 IMB 技巧模型的健康教育在 COPD 患者运动康复中的应用效果研究[D]. 太原: 山西医科大学, 2018.
- [20] Plaza V, Fernández C, Curto E, et al. Therapeutic adherence of COPD patients according to the involvement levels in health education in their centers[J]. Arch Bronconeumol (Engl Ed), 2021, 57(4):307-309.
- [21] 丁杨. 基于健康信念模式的颈脊髓损伤患者院外肺功能康复依从性的调查研究[D]. 合肥: 安徽医科大学, 2020.
- [22] 董趣, 刘婵娟, 林俏丽, 等. 知行肺康复健康宣教模式在 COPD 中的应用体会[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(24):182.
- [23] 丁琴. 基于跨理论模型的赋能健康教育对老年 COPD 患者自我效能感与生活质量的影响[J]. 护理实践与研究, 2019, 16(19):60-62.
- [24] 程虹娟, 张春和, 龚永辉. 大学生社会支持的研究综述[J]. 成都理工大学学报(社会科学版), 2004, 12(1):88-91.
- [25] Ninot G, Brun A, Queiras G, et al. Psychosocial support for pulmonary rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease[J]. Rev Mal Respir, 2003, 20(4):549-557.
- [26] Marques A, Jácome C, Cruz J, et al. Family-based psychosocial support and education as part of pulmonary rehabilitation in COPD: A randomized controlled trial[J]. Chest, 2015, 147(3):662-672.
- [27] Butler SJ, Desveaux L, Lee AL, et al. Randomized controlled trial of community-based, post-rehabilitation exercise in COPD[J]. Respir Med, 2020, 174:106195.
- [28] Gallacher R. Psychological support[J]. Nurs Stand, 2016, 30(39):61-62.

间充质干细胞外囊泡参与肝脏缺血再灌注的研究进展

张佳阳 李红男 刘润生 曲明海 邢雪琨*

【摘要】 肝脏缺血再灌注会引起细胞损伤和器官功能障碍。间充质干细胞外囊泡作为细胞间物质转运和信息传递的载体,在肝脏抗氧化应激、促进组织修复等方面发挥重要作用。不同来源的间充质干细胞外囊泡转运效果不同,已有的细胞和动物实验证明间充质干细胞外囊泡有助于改善肝脏缺血再灌注损伤。本文从间充质干细胞外囊泡对肝脏缺血再灌注机制的研究展开综述,探讨其发挥的重要作用。

【关键词】 肝脏缺血再灌注; 间充质干细胞; 细胞外囊泡

中图分类号 R329.2 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)01-8-04

Research progress of extracellular vesicles of mesenchymal stem cells involved in hepatic ischemia-reperfusion

Zhang Jiayang, Li Hongnan, Liu Runsheng, Qu Minghai, Xing Xuekun. School of Public Health, Guilin Medical University, Guilin 541199, China

【Abstract】 Liver ischemia-reperfusion can cause cell damage and organ dysfunction. Study found that mesenchymal stem cells outside the vesicles as a material transfer and information transmission between the cells of the carrier, to promote tissue repair in liver oxidative stress resistance, play a role in such aspects, ectomesenchymal stem cells from different sources outside the vesicle transport effect is different, the existing cell and animal experiments proved vesicle helps to improve liver ischemia-reperfusion injury. It will bring a new direction to the experiments of exocyst administration of mesenchymal stem cells after liver transplantation. This article reviews the mechanism of hepatic ischemia-reperfusion induced by extracellular vesicles of mesenchymal stem cells and discusses its important role.

【Key words】 Ischemia reperfusion; Mesenchymal stem cells; Extracellular vesicle

肝脏缺血再灌注损伤(ischemia reperfusion injury, IRI)指肝脏在血流阻断(缺血)基础上恢复血流灌注所引起的细胞损伤和器官功能障碍,失血性休克、肝脏切除术和肝移植术等均可诱发肝脏 IRI,其

也是肝脏手术中导致肝损伤的主要原因之一^[1-3]。随着外科手术技术、免疫抑制技术和围手术期护理技术的提高,肝移植术已发展成为各种终末期肝病的有效治疗方法之一。目前,肝移植术已经在全球 80 多个国家开展,尽管接受肝移植术治疗的患者术后 1 年生存率超过 80%^[4],但 IRI 仍是影响肝移植患者预后的主要原因之一^[5]。IRI 诱导的肝细胞损伤与肝移植术后早期移植物功能不良相关,甚至能诱导移植肝原发性无功能的发生^[5]。肝脏 IRI 可导致细胞因子、趋化

基金项目:广西科技基地和人才专项(编号:桂科 AD20238 094)

作者单位:541199 广西省桂林市,桂林医学院公共卫生学院(张佳阳、李红男、刘润生、曲明海、邢雪琨);广西环境暴露组学与全生命周期健康重点实验室(邢雪琨)

* 通讯作者

[29] Williams MT, Cafarella P, Paquet C, et al. Cognitive behavioral therapy for management of dyspnea: A Pilot Study[J]. Respir Care, 2015, 60(9): 1303-1313.

[30] Lopez D, Cecins N, Cockram J, et al. Maintaining quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) by extending the maintenance phase of community-based pulmonary rehabilitation: Protocol for a randomised controlled trial (ComEx3 Study)[J]. BMJ Open Respir Res, 2020, 7(1): e000548.

[31] 陈瑶, 唐智菊, 曾静, 等. 家庭肺康复锻炼对稳定期慢性阻塞性肺疾病患者肺功能的影响[J]. 中国社区医

师, 2022, 38(23): 166-168.

[32] Rutkowski S, Rutkowska A, Kiper P, et al. Virtual reality rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A randomized controlled trial[J]. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis, 2020, 15: 117-124.

[33] Cox NS, Dal Corso S, Hansen H, et al. Telerehabilitation for chronic respiratory disease[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2021, 1(1): CD013040.

[34] Kandola A, Stubbs B. Exercise and Anxiety[J]. Adv Exp Med Biol, 2020, 1228: 345-352.

因子释放, 活性氧 (reactive oxygen species, ROS) 水平升高, 除引起肝脏本身损伤外, 还可导致远端器官如肾脏、肾上腺、肺脏、胰腺、肠道的损伤^[6]。

1 间充质干细胞及间充质干细胞外囊泡的作用及区别

间充质干细胞 (mesenchymal stem cells, MSCs) 作为高度分化的多功能细胞, 其成纤维细胞的异质性能够进入各种中胚层体系, 主要来源包括骨髓、脐带、肌肉和脂肪组织等^[7-9]。MSCs 被国际干细胞研究学会定义为塑料黏附细胞, 在标准条件下具有附着的成纤维细胞样形态, 在标准体外分化条件下可分化为脂肪细胞、软骨细胞和成骨细胞。MSCs 不表达人类白细胞抗原 II 类分子, 使其能够逃避异基因免疫应答, 这一“免疫特权”使 MSCs 非常适合自体移植和同种异体移植^[10-11]。

不同于 MSCs 具有多向分化能力和发生肿瘤的潜能, MSCs 外囊泡 (extracellular vesicles from MSCs, MSCs-EV) 可降低致癌风险。基于当前的生物起源, 细胞外囊泡可以大致分为两类: 外泌体和微泡。外泌体直径一般为 50 ~ 150nm, 微泡直径为 50 ~ 500nm (最大至 1 μm)^[12]。考虑到 MSCs 的异质性, 不同来源 MSCs 的免疫调节和血管生成作用不同^[13]。目前在临床试验中使用 MSCs 仍存在争议, 且尚不清楚 MSCs 治疗肝病的最佳剂量。有研究表明, 大剂量 MSCs 输注后可引起肺栓塞, 而 MSCs-EV 较小且比 MSCs 更稳定, 在储存和运输过程中也更容易对质量和数量进行控制^[14]。

2 MSCs-EV 抗炎症反应

骨髓 MSCs-EV 可以减少组织损伤, MSCs-EV 在体内和体外均能降低炎症介质的表达, 通过释放内源性危险信号来调节先天免疫系统快速启动无菌炎症反应对抗可能导致的肝脏 IRI。胱天蛋白酶 1 (caspase-1) 和炎症小体依赖性通路可能参与肝脏 IRI, NOD 样受体 (NOD-like receptors, NLR) 是一类重要的细胞液模式识别受体, 它负责激活一些内部分子, 例如识别细胞内危险相关分子模式的响应病原体, 导致 NOD 样受体家族含 Pyrin 结构域蛋白 3 (NOD-like receptor family Pyrin domain-containing protein, NLRP)、NLRP4 等炎症小体的形成, 白细胞介素 (interleukin, IL)-1β 前体和 IL-18 作为炎症和细胞死亡反应的重要介质, 受 caspase-1 激活后形成, 导致细胞凋亡^[15-17]。有观察结果表明^[18-19], MSCs-EV 的作用不是通过直接影响促炎性 NLR 表达实现的, 而是通过 NLRP12 减轻炎症, NLRP12 是一种通过减弱非典型核因子 κB 信号在体外免疫系统和其他环境下炎症活动的负性调节

因子。它在炎症应激时, 可以起到肝脏保护作用, 即使 MSCs-EV 增加了多个 NLR 的表达, 但 IL-1β 的表达在 MSCs-EV 参与的 IRI 过程中降低, 靶向 NLRP12 介导的抗炎反应来调节肝脏 IRI 作为一种治疗策略值得进一步探讨。

在实验诱导的氧化应激中, MSCs-EV 可在减轻与组织损伤相关炎症反应中发挥作用, MSCs-EV 可以抑制肝细胞中 NF-κB 活性, 如 IL-6 和 IL-1β 是由 NF-κB 激活转录调节的细胞因子的表达而生成^[20]。MSCs-EV 可增加小鼠正常肝细胞 (AML12) 体外释放 CXCL1。CXCL1 mRNA 在肝脏 IRI 过程中表达增加, 并由 MSCs-EV 增强进一步表达。此外, CXCL1 可直接增加肝细胞增殖^[21-22]。因此, CXCL1 可能参与损伤后的组织修复反应。虽然还没有确凿的证据, 但肝脏 CXCL1 表达增加可能有助于募集释放 NLRP12 的细胞。减少肝脏 IRI 可以增加边缘肝脏如来自扩展标准供体的使用, 并增加供者器官库的可用性, 从而降低晚期肝病的死亡率, 以上研究支持来源于 MSCs 的 EVs 用于治疗减轻肝脏手术或肝移植术后肝脏 IRI^[23-24]。

3 不同来源 MSCs-EV 的作用机制

3.1 脐带 MSCs

Zheng 等^[25]表明脐带 MSCs 外囊泡通过分泌一种新型聚集自噬受体——含 TCP1 伴侣蛋白亚基 2 发挥免疫调节功能, 抑制 CD4⁺ T 细胞上 CD154 的表达从而保护肝脏。此外, 这种有益作用可能主要与 EVs 的含 TCP1 伴侣蛋白亚基 2 影响钙通道, 下调细胞内钙浓度, 抑制活化 T 细胞核因子 1 向细胞核转移有关。CD154 是一种短暂性蛋白, 在 CD4⁺ T 细胞中表达, 是 IRI 中不可或缺的肝损伤和肝炎症因子; 活化 T 细胞核因子 1 是调控 T 细胞分化、活化、耗竭和自我耐受的关键转录因子^[26-29]。

使用抗体 CD40 或敲除 CD154 在体内表达有助于抑制炎症反应^[27]。有研究发现^[25], 在炎症刺激 6 h 后 CD4⁺ T 细胞表达达到高峰, CD154 表达也明显增加, 从而激活 CD4⁺ T 细胞并与其同源受体 CD40 相互作用刺激适应性和先天免疫系统, 用抗体 CD40 或敲除 CD154 治疗的目的是在早期抑制 CD154 表达, 阻断炎症反应的中间过程以改善肝脏 IRI。

肝细胞敲除 Yes- 相关蛋白可导致严重的肝损伤, Iverson 等^[30]通过构建非酒精性脂肪肝小鼠模型 Albumin-Cre 小鼠与 Yapflox 小鼠, 观察这些小鼠的血清谷丙转氨酶升高水平和病理肝改变, 提示 Yes- 相关蛋白不表达在聚集性肝脏 IRI 中起关键作用。有研究发现一种新的 Yes- 相关蛋白激活的机制是通

过 CD47/CD172a 通路激活影响肝脏外囊泡的释放, CD47 通过靶向 CD172a 富集外囊泡可能是治疗肝脏 IRI 的一种新策略^[31]。

3.2 肝脏 MSCs

人肝干细胞来源外囊泡在体内可保护肝脏免受 IRI 的影响, Calleri 等^[32]验证了其在缺血持续 90min 的小鼠肝脏 IRI 中存活, 并使用人肝干细胞来源外囊泡成功促进了 70% 肝切除小鼠模型的肝再生。实验中分别使用高低两种剂量的外囊泡, 高剂量组与对照组谷丙转氨酶和乳酸脱氢酶比较无差异, 存活时间无明显差异, 提示高剂量外囊泡不能保护肝脏免受 IRI 的影响, 低剂量组结果表明在人肝干细胞来源外囊泡处理后, 谷丙转氨酶释放明显增加, 对缺血损伤的肝细胞有较强的保护作用^[32]。有证据显示, 人肝干细胞来源外囊泡在 80℃ 下保存 6 个月才失去生物活性, 表明它们比干细胞的储存时间更长^[33]。

3.3 骨髓 MSCs

在肝缺血再灌注发生时, 高迁移率族蛋白 B1 释放到细胞外空间, 通过 Toll 样受体释放信号和损伤相关细胞因子来激活促炎症反应^[34], 在啮齿类动物模型中使用高迁移率族蛋白 B1 中和抗体, 通过下调高迁移率族蛋白 B1 siRNA 表达水平, 有效保护肝脏缺血再灌注损伤组织^[35]。IL-1 可诱导肝脏中细胞间黏附分子-1 表达从而影响中性粒细胞的转运^[35-36], 而抗体抗细胞间黏附分子-1 可预防中性粒细胞外渗, 明显减轻肝损伤^[37]。有研究对比分析了骨髓来源 MSCs 和 MSCs 衍生外囊泡与人类成年真皮成纤维细胞及衍生外囊泡在小鼠肝 IRI 后期模型^[38-39], 发现与用成纤维细胞及衍生外囊泡处理小鼠相比, 在此前先静脉注射 MSCs 和 MSCs 衍生的外囊泡肝缺血导致的肝损伤显著减轻。综合数据显示, 成纤维细胞或成纤维细胞衍生的外囊泡在 IRI 后不能防止肝损伤, 而 MSCs 和 MSCs 衍生外囊泡有望成为未来 IRI 的治疗方法。

4 小结

MSCs-EV 作为载体, 在转运物质方面发挥了重要作用, 不同来源的 MSCs-EV 转运效果也不同。以上从基础实验机制方面阐述了不同来源的 MSCs-EV 在肝脏缺血再灌注中的作用, 使用 MSCs-EV 促进肝组织修复在许多不同的模型中得到验证, 为其临床修复肝损伤带来新的可能。由于大多数研究采用细胞实验和小鼠模型来进行, 尚处于研究阶段, 所涉及的一些通路和作用机制还需进一步验证。未来 MSCs-EV 将会给肝脏 IRI 带来新的希望, 特别是应用于临床研究, 寻求其中特异性治疗靶点。

5 参考文献

- [1] Montalvo-Jave EE, Piña E, Montalvo-Arenas C, et al. Role of ischemic preconditioning in liver surgery and hepatic transplantation[J]. *J Gastrointest Surg*, 2009, 13(11): 2074-2083.
- [2] Fondevila C, Busuttil RW, Kupiec-Weglinski JW. Hepatic ischemia/reperfusion injury—a fresh look[J]. *Exp Mol Pathol*, 2003, 74(2): 86-93.
- [3] de Rougemont O, Dutkowski P, Clavien PA. Biological modulation of liver ischemia-reperfusion injury[J]. *Curr Opin Organ Transplant*, 2010, 15(2): 183-189.
- [4] Zarrinpar A, Busuttil RW. Liver transplantation: past, present and future[J]. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 2013, 10(7): 434-440.
- [5] Hwang W, Lee J. Pathophysiologic Implications of Cytokines Secretion during Liver Transplantation Surgery[J]. *Int J Med Sci*, 2018, 15(14): 1737-1745.
- [6] Nastos C, Kalimeris K, Papoutsidakis N, et al. Global consequences of liver ischemia/reperfusion injury[J]. *Oxid Med Cell Longev*, 2014, 2014: 906965.
- [7] Uccelli A, Moretta L, Pistoia V. Mesenchymal stem cells in health and disease[J]. *Nat Rev Immunol*, 2008, 8(9): 726-736.
- [8] Giuliani M, Oudrhiri N, Noman ZM, et al. Human mesenchymal stem cells derived from induced pluripotent stem cells down-regulate NK-cell cytolytic machinery[J]. *Blood*, 2011, 118(12): 3254-3262.
- [9] Arslan F, Lai RC, Smeets MB, et al. Mesenchymal stem cell-derived exosomes increase ATP levels, decrease oxidative stress and activate PI3K/Akt pathway to enhance myocardial viability and prevent adverse remodeling after myocardial ischemia/reperfusion injury[J]. *Stem Cell Res*, 2013, 10(3): 301-312.
- [10] Erpicum P, Detry O, Weekers L, et al. Mesenchymal stromal cell therapy in conditions of renal ischaemia/reperfusion[J]. *Nephrol Dial Transplant*, 2014, 29(8): 1487-1493.
- [11] Puglisi MA, Tesori V, Lattanzi W, et al. Therapeutic implications of mesenchymal stem cells in liver injury[J]. *J Biomed Biotechnol*, 2011, 2011: 860578.
- [12] van Niel G, D'Angelo G, Raposo G. Shedding light on the cell biology of extracellular vesicles[J]. *Nat Rev Mol Cell Biol*, 2018, 19(4): 213-228.
- [13] Boregowda SV, Krishnappa V, Haga CL, et al. A Clinical Indications Prediction Scale Based on TWIST1 for Human Mesenchymal Stem Cells[J]. *EBioMedicine*, 2015, 4: 62-73.
- [14] Yao J, Zheng J, Cai J, et al. Extracellular vesicles derived from human umbilical cord mesenchymal stem cells alleviate rat hepatic ischemia-reperfusion injury by suppressing oxidative stress and neutrophil inflammatory response[J]. *FASEB J*, 2019, 33(2): 1695-1710.

- [15] Nauta AJ, Krusselbrink AB, Lurvink E, et al. Mesenchymal stem cells inhibit generation and function of both CD34+–derived and monocyte–derived dendritic cells[J]. *J Immunol*, 2006, 177(4): 2080–2087.
- [16] Li XC, Turka LA. An update on regulatory T cells in transplant tolerance and rejection[J]. *Nat Rev Nephrol*, 2010, 6(10): 577–583.
- [17] Caplan AI, Dennis JE. Mesenchymal stem cells as trophic mediators [J]. *J Cell Biochem*, 2006, 98(5): 1076–1084.
- [18] Franchi L, Muñoz-Planillo R, Núñez G. Sensing and reacting to microbes through the inflammasomes[J]. *Nat Immunol*, 2012, 13(4): 325–332.
- [19] Schroder K, Tschopp J. The inflammasomes[J]. *Cell*, 2010, 140(6): 821–832.
- [20] Saiman Y, Friedman SL. The role of chemokines in acute liver injury [J]. *Front Physiol*, 2012, 3: 213.
- [21] Zaki MH, Man SM, Vogel P, et al. Salmonella exploits NLRP12–dependent innate immune signaling to suppress host defenses during infection[J]. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 2014, 111(1): 385–390.
- [22] Vansaun MN, Mendonsa AM, Lee Gordon D. Hepatocellular proliferation correlates with inflammatory cell and cytokine changes in a murine model of nonalcoholic fatty liver disease[J]. *PLoS One*, 2013, 8(9): e73054.
- [23] Haga H, Yan IK, Borrelli DA, et al. Extracellular vesicles from bone marrow–derived mesenchymal stem cells protect against murine hepatic ischemia/reperfusion injury[J]. *Liver Transpl*, 2017, 23(6): 791–803.
- [24] Kuo TK, Hung SP, Chuang CH, et al. Stem cell therapy for liver disease: parameters governing the success of using bone marrow mesenchymal stem cells[J]. *Gastroenterology*, 2008, 134(7): 2111–2121. e1–3.
- [25] Zheng J, Lu T, Zhou C, et al. Extracellular Vesicles Derived from Human Umbilical Cord Mesenchymal Stem Cells Protect Liver Ischemia/Reperfusion Injury by Reducing CD154 Expression on CD4⁺ T Cells via CCT2[J]. *Adv Sci (Weinh)*, 2020, 7(18): 1903746.
- [26] Huang GN, Huso DL, Bouyain S, et al. NFAT binding and regulation of T cell activation by the cytoplasmic scaffolding Homer proteins[J]. *Science*, 2008, 319(5862): 476–481.
- [27] Rao J, Cheng F, Yang S, et al. Ag–specific CD4 T cells promote innate immune responses in liver ischemia reperfusion injury[J]. *Cell Mol Immunol*, 2019, 16(1): 98–100.
- [28] Hogan PG. Calcium–NFAT transcriptional signalling in T cell activation and T cell exhaustion[J]. *Cell Calcium*, 2017, 63: 66–69.
- [29] Martinez GJ, Pereira RM, Aijo T, et al. The transcription factor NFAT promotes exhaustion of activated CD8⁺T cells[J]. *Immunity*, 2015, 42(2): 265–278.
- [30] Iverson SV, Comstock KM, Kundert JA, et al. Contributions of new hepatocyte lineages to liver growth, maintenance, and regeneration in mice[J]. *Hepatology*, 2011, 54(2): 655–663.
- [31] Yuan Z, Ye L, Feng X, et al. YAP–dependent induction of CD47–enriched extracellular vesicles inhibits dendritic cell activation and ameliorates hepatic ischemia–reperfusion injury[J]. *Oxid Med Cell Longev*, 2021, 2021: 6617345.
- [32] Calleri A, Roggio D, Navarro–Tableros V, et al. Protective effects of human liver stem cell–derived extracellular vesicles in a mouse model of hepatic ischemia–reperfusion injury[J]. *Stem Cell Rev Rep*, 2021, 17(2): 459–470.
- [33] Abe Y, Hines IN, Zibari G, et al. Mouse model of liver ischemia and reperfusion injury: method for studying reactive oxygen and nitrogen metabolites in vivo[J]. *Free Radic Biol Med*, 2009, 46(1): 1–7.
- [34] Tsung A, Sahai R, Tanaka H, et al. The nuclear factor HMGB1 mediates hepatic injury after murine liver ischemia–reperfusion[J]. *J Exp Med*, 2005, 201(7): 1135–1143.
- [35] Zhao G, Fu C, Wang L, et al. Down–regulation of nuclear HMGB1 reduces ischemia–induced HMGB1 translocation and release and protects against liver ischemia–reperfusion injury[J]. *Sci Rep*, 2017, 7: 46272.
- [36] Farhood A, McGuire GM, Manning AM, et al. Intercellular adhesion molecule 1 (ICAM–1) expression and its role in neutrophil–induced ischemia–reperfusion injury in rat liver[J]. *J Leukoc Biol*, 1995, 57(3): 368–374.
- [37] Ganey PE, Bailie MB, VanCise S, et al. Activated neutrophils from rat injured isolated hepatocytes[J]. *Lab Invest*, 1994, 70(1): 53–60.
- [38] González–Flecha B, Cutrin JC, Boveris A. Time course and mechanism of oxidative stress and tissue damage in rat liver subjected to in vivo ischemia–reperfusion[J]. *J Clin Invest*, 1993, 91(2): 456–464.
- [39] Anger F, Camara M, Ellinger E, et al. Human mesenchymal stromal cell–derived extracellular vesicles improve liver regeneration after ischemia reperfusion injury in mice[J]. *Stem Cells Dev*, 2019, 28(21): 1451–1462.

[2022–08–12 收稿]

隔盐灸治疗良性前列腺增生的疗效观察

黄秀兰 李杰

【摘要】 目的 探讨隔盐灸治疗良性前列腺增生 (benign prostatic hyperplasia, BPH) 的有效性及其安全性。方法 选取 2021 年 3 月 - 2022 年 3 月医院收治的 BPH 患者为研究对象, 按照年龄、前列腺体积组间均衡匹配的原则分为观察组 30 例和对照组 30 例。对照组采用常规药物治疗, 观察组在对照组基础上加用隔盐灸治疗 (取神阙穴)。比较两组患者治疗前后症状及相关指标改善情况及不良反应情况。结果 两组患者治疗前, 国际前列腺症状评分 (international prostate symptoms core, IPSS)、生活质量评分 (quality of life, QOL)、最大尿流率 (Qmax) 及残余尿量 (post-void residual urine volume, PVR) 比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 隔盐灸治疗 3 个月后, 两组患者 IPSS、QOL、Qmax 及 PVR 较前均明显改善, 其中 IPSS、QOL、PVR 大幅度降低, Qmax 明显升高; 组间比较, 观察组 IPSS、QOL、PVR 低于对照组, Qmax 高于对照组; 组间差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。两组患者均顺利完成治疗, 无严重不良反应。结论 隔盐灸治疗 BPH 有一定的疗效, 无明显不良反应。

【关键词】 良性前列腺增生; 癃闭; 隔盐灸

中图分类号 R246.9;R697 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)01-12-03

良性前列腺增生 (benign prostatic hyperplasia, BPH) 是泌尿外科的常见疾病, 主要表现为前列腺腺体增大, 膀胱出口梗阻和下尿路症状, 严重影响中老年男性的生活质量^[1]。本病属中医“癃闭”范畴, 膀胱气化不利, 疏泄失司, 败精瘀血凝结滞块而成癃闭。目前 BPH 药物治疗主要是使用 α 受体阻滞剂、5 α 还原酶抑制剂^[2], 由于药物不容易透过前列腺被膜进入前列腺组织内, 因而药物治疗对大多数患者来说疗效不明显, 临床症状难以得到有效改善。当病情发展严重时, 就需进行手术切除。手术切除虽然疗效尚可, 但 BPH 患者年龄一般较大、基础疾病较多, 风险相对较高^[3]。因此, 鉴于目前 BPH 的临床治疗难题, 急需探索更加有效、更加方便且安全的治疗方法。临床实践发现, 中医药疗法, 包括单纯中药治疗、中药联合穴位治疗、针灸综合治疗等均可以有效缓解因前列腺增生所致下尿路症状, 提高患者生活质量^[4]。有研究发现, 隔盐灸神阙穴能够改善 BPH 患者临床症状, 提高生活质量, 在临床应用中有一定疗效^[5]。本研究旨在评估采用隔盐灸治疗 BPH 患者的疗效和安全性, 现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2021 年 3 月 - 2022 年 3 月医院收治的 BPH 患者为研究对象。纳入标准: ①依据《中国泌尿外科疾病诊断治疗指南》^[1], 经泌尿系彩超、残余尿检测、作者单位: 401120 重庆市渝北区中医院泌尿外科

尿动力学检查、肛门指诊及病史等确诊为 BPH; ②患者年龄大于 50 岁小于 90 岁; ③术前检查已除外前列腺癌及神经源性膀胱; ④既往无前列腺、尿道和膀胱手术病史者; ⑤无严重心肺脑疾病。按照年龄、前列腺体积组间均衡匹配的原则分为观察组 30 例和对照组 30 例。观察组平均年龄 67.90 ± 8.43 岁; 平均前列腺体积 46.61 ± 7.25 ml。对照组平均年龄 68.40 ± 9.16 岁; 平均前列腺体积 50.24 ± 6.35 ml。两组患者年龄、前列腺体积比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。患者对研究知情, 并签署知情同意书。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 单纯口服坦索罗辛 0.2mg 每晚一次 + 非那雄胺 5mg 每天早晨一次, 患者在治疗期间不得服用对主症主病起治疗作用的其他药物。

1.2.2 观察组 在对照组基础上加用隔盐灸治疗 (取神阙穴)。患者取仰卧位, 暴露脐部, 取纯净干燥之细白盐适量, 纳入脐中, 使之脐平, 然后上置艾炷施灸, 至患者稍感灸热, 即更换艾炷, 每次灸 4 壮。每天治疗 1 次, 连续 5 次, 每周治疗 5 天, 休息 2 天, 4 周为 1 个疗程。3 个疗程结束后评定疗效。

1.3 观察指标

(1) 前列腺症状: 采用国际前列腺症状评分 (international prostate symptoms core, IPSS) 对前列腺症状进行评分, 得分越小症状越轻。

(2) 生活质量评估: 采用生活质量评分 (quality of life, QOL) 对生活进行评分, 得分越小生活质量越高。

(3) 临床指标: 包括最大尿流率 (Q_{max})、残余尿量 (post-void residual urine volume, PVR)。

(4) 不良反应发生情况。

1.4 数据分析方法

采用 SPSS 21.0 统计学软件进行数据分析, 计量资料用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示, 组间均数比较用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 IPSS、QOL 指标比较

两组患者治疗前 IPSS、QOL 比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 隔盐灸治疗 3 个月后, 两组患者 IPSS、QOL 较前均明显改善, 指标值均降低, 但观察组 IPSS、QOL 低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 观察组与对照组 IPSS、QOL 指标比较 (分)

组别	例数	IPSS		QOL	
		治疗前	治疗后 3 月	治疗前	治疗后 3 月
观察组	30	22.37 ± 3.19	9.23 ± 2.40	4.93 ± 0.25	3.23 ± 0.77
对照组	30	23.33 ± 2.83	13.97 ± 2.85	4.97 ± 0.18	3.87 ± 0.68
t 值		1.233	6.968	0.711	3.412
P 值		0.222	0.000	0.480	0.000

2.2 两组患者临床指标比较

两组患者治疗前 Q_{max} 、PVR 比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 隔盐灸治疗 3 个月后, 两组患者 Q_{max} 明显升高, PVR 大幅度降低, 组间比较观察组治疗后 Q_{max} 高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 观察组与对照组临床指标比较 (ml)

组别	例数	Q_{max}		PVR	
		治疗前	治疗后 3 月	治疗前	治疗后 3 月
观察组	30	9.90 ± 1.99	13.73 ± 1.91	17.97 ± 8.75	8.13 ± 7.40
对照组	30	8.83 ± 2.18	11.60 ± 1.94	21.40 ± 8.53	11.07 ± 7.14
t 值		1.986	4.285	1.537	1.566
P 值		0.052	0.000	0.130	0.123

2.3 两组患者不良反应发生情况

两组患者均顺利完成治疗, 无严重不良反应发生, 观察组 1 例出现局部皮肤起泡、1 例出现皮肤发红, 经处理无碍。对照组 1 例患者出现体位性低血压, 行为调整后改善。两组患者治疗前后肝功能、肾功能、血常规均无明显异常。

3 讨论

BPH 是一种以中老年男性排尿障碍为主要症状的疾病。其病理特点为前列腺上皮与基质细胞的过度

增生, 导致前列腺体积增大, 当引起临床症状时则称为临床 BPH。BPH 病因复杂, 发生机制, 尚不完全清楚, 可能与以下几个因素有关: ①性激素变化; ②生长因子作用: 通过分泌、细胞内分泌、旁分泌三种形式, 影响前列腺细胞的作用; ③间质-上皮相作用: 通过生长因子的介导, 影响间质-上皮相的生长与分化; ④细胞的增殖与凋亡^[6]。

临床实践发现, 隔盐灸可以有效缓解因前列腺增生所致下尿路症状, 提高患者生活质量。黄太权等^[7]研究发现, 观察组采用隔盐灸治疗, 对照组采用非那雄胺治疗, 观察组在改善患者的主要症状、提高最大尿流率、降低残余尿量等方面疗效优于对照组, 且两组在肝、肾功, 血、尿常规, 血压, 心电图等指标均未见有明显的变化, 该研究表明隔盐灸对 BPH 具有较好疗效, 且安全无明显不良反应。刘秀云等^[8]报道, 观察组采用神阙穴隔盐灸配合腹针“引气归元”方治疗, 对照组予口服非那雄胺片治疗, 结果显示, 治疗后两组 IPSS 均有下降, 但观察组下降更明显。与本研究得出结论基本一致。

BPH 属中医“癃闭”范畴, 膀胱与肾相表里, 其贮藏尿液, 但要依靠肾的气化才能使尿液顺利、有度的排出。随着人年老体虚, 先天之肾精减少, 命门火衰, 气化不及中州。膀胱气化不利, 疏泄失司则表现为“癃闭”。中医观点认为, 前列腺增生位在膀胱, 为膀胱气化失调, 其本在肾, 为肾气虚衰。肾阳虚衰是该病发病的基础^[9]。因此, 在治疗的时候, 以温补肾阳为主, 配合利尿干预, 达到治疗的效果。

神阙穴能通百脉, 艾能温阳, 盐能入肾, 隔盐灸神阙穴集穴位、艾叶、盐三者功效为一体, 发挥其协同作用, 具有温补脾肾, 化气利水之功。脐部皮肤薄弱, 皮下无脂肪组织, 筋膜与腹膜相连, 且脐周静脉丛丰富, 利于药物的渗透。隔盐灸会激发脐部皮肤上的各种神经末梢进入活动状态, 能提高免疫功能, 改善各器官组织相关功能活动, 从而达到温通肾阳, 健脾益气, 固脱止遗之效^[10]。

现代理论研究发现, BPH 患者的红细胞聚集性及全血粘滞性显著增强^[11], 艾灸燃烧产生的温热效应, 能扩张血管, 降低循环阻力, 有效降低血液黏度, 改善前列腺血运情况。艾叶燃烧产生的焦油等化学成分, 配合艾灸的热疗效应, 能迅速渗透, 激活施灸局部血管的自律运动, 改善局部微循环, 减轻前列腺充血肿胀从而减轻尿道的机械性梗阻^[12]。艾燃烧产生的热量也能够对平滑肌痉挛起到缓解作用, 在会阴部则使逼尿肌、尿道括约肌功能得到调节, BPH 患者尿路的动力性梗阻性能够得到缓解。

综上所述, 隔盐灸治疗 BPH 有一定的疗效, 无

米非司酮联合左炔诺孕酮治疗围绝经期功能性子宫出血的临床效果

孙红先

【摘要】 目的 探究米非司酮联合左炔诺孕酮治疗围绝经期功能性子宫出血的临床效果。方法 2019年12月-2020年12月,以医院收治的122例围绝经期功能性子宫出血患者作为研究对象。根据组间年龄、病程等基本资料均衡可比的原则分为对照组和观察组,每组61例。对照组患者采取米非司酮进行治疗,观察组在此基础上联合左炔诺孕酮治疗。对比两组子宫出血患者临床疗效、不良反应发生率以及治疗前后性激素水平、临床指标改善情况。结果 米非司酮联合左炔诺孕酮治疗后,观察组患者的有效率为96.72%,高于对照组的85.24%;观察组不良反应发生率(4.92%)明显低于对照组(18.03%);组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗前,两组患者的雌激素(E)、孕激素(P)、卵泡刺激素(FSH)、促生长素(LH)等性激素水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组患者上述指标均降低,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗前,两组患者月经量、子宫内膜厚度、血红蛋白、子宫体积等临床指标比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组患者上述指标均改善,且观察组优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 对围绝经期功能性子宫出血患者采取米非司酮联合左炔诺孕酮治疗,有助于改善患者的临床相关体征,并降低患者的性激素水平,安全有效。

【关键词】 米非司酮;左炔诺孕酮;围绝经期;功能性子宫出血;临床疗效;不良反应

中图分类号 R711.52 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)01-14-03

功能性子宫出血属于临床上常见病,多发于围绝经期女性,患者主要表现为子宫不规则出血、月经过多、经期延长等,随着病情发展会逐渐诱发贫血、感染等,甚至引起缺血性休克,严重损害女性生存质量^[1-3]。目前,临床上主要采取药物治疗该疾病,其

中米非司酮与左炔诺孕酮治疗围绝经期功能性子宫出血,取得了令人满意的效果,不仅作用持久而且安全性较高。本研究通过临床对比观察,进一步探讨米非司酮联合左炔诺孕酮治疗围绝经期功能性子宫出血的效果,结果报告如下。

作者单位:730050 甘肃省兰州市中医医院妇产科

明显不良反应。

4 参考文献

- [1] 那彦群,叶章群,孙光.中国泌尿外科疾病诊断治疗指南:2011版[M].北京:人民卫生出版社,2011.
- [2] KIM EH, LARSON JA, ANDRIOLE GL. Management of benign prostatic hyperplasia[J]. Annu Rev Me, 2016, 67: 137-151.
- [3] 庞国丽, 安立杰. 竹林胺治疗前列腺肥大2例报告[J]. 中国实用医药, 2011, 6(25): 170.
- [4] 李曰庆, 李海松, 孙永章, 等. 中医药治疗男科领域临床优势病种的探讨[J]. 中国实验方剂学杂志, 2021, 27(12): 182-188.
- [5] 李伟红, 凌昌全. 神阙穴隔盐灸配合三阴交穴温针灸治疗虚证良性前列腺增生症[J]. 第二军医大学学报, 2015, 36(12): 1382-1384.
- [6] 邓方明, 顾方六, 夏同礼. 人良性前列腺增生细胞增殖

和凋亡状态的研究[J]. 中华外科杂志, 1996, 34(10): 3.

- [7] 黄太权, 蒋生云, 徐东浩, 等. 隔盐灸治疗良性前列腺增生症50例临床疗效观察[J]. 四川中医, 2016, 34(1): 3.
- [8] 刘秀云, 曾银苑, 温慧红, 等. 神阙穴隔盐灸配合腹针"引气归元"方治疗良性前列腺增生[J]. 深圳中西医结合杂志, 2017, 27(10): 3.
- [9] 何清湖. 前列腺增生症肾虚血瘀病机探讨[J]. 湖南中医学院学报, 1997, 17(6): 8.
- [10] 邓聪等. 神阙穴隔盐灸结合腰椎夹脊穴电针对脊髓损伤患者膀胱功能的影响. 中国中医药现代远程教育, 2009, 7(10): 169-170.
- [11] 韩冰, 郑继成, 杨文增. 良性前列腺增生患者的血液流变观察[J]. 临床泌尿外科杂志, 1993, 8(2): 104.
- [12] 张青元, 胡淑萍. 艾灸机理研究现状与探析[J]. 上海针灸杂志, 2008, 27(5): 47-50.

[2022-09-15 收稿]

1 对象与方法

1.1 研究对象

以本院 2019 年 12 月 - 2020 年 12 月收治的 122 例围绝经期功能性子宫出血患者作为研究对象。纳入标准:符合《中华妇科学》中的相关标准;病理检查增生期变化或增生过确诊;伴随着子宫不规则性出血。排除标准:合并严重心、肝、肾等脏器功能不全以及血液系统疾病;配合度依从差、过敏体质、精神疾病障碍患者。根据组间年龄、病程等基本资料均衡可比的原则分为对照组和观察组,每组 61 例。研究通过医院伦理委员会批准。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 采取米非司酮(生产厂家:湖北葛店人福药业有限责任公司,国药准字 H20033551)进行治疗,自月经第 1 天开始口服,睡前服用米非司酮 12.5mg,每天 1 次,连续治疗 12 周^[4]。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上联合左炔诺孕酮宫内节育系统(生产厂家:芬兰 Bayer Oy,国药准字 J20140088)治疗。米非司酮的治疗方式与对照组相同,左炔诺孕酮宫内节育系统由经验丰富的医护人员月经期第 3 ~ 7 天在宫腔内 10cm 以下放入左炔诺孕酮宫内节育系统,患者将次月月经干净后经超声复查,并确认位置正常。

1.3 观察指标

(1)有效率:临床疗效分为显效、有效和无效。其中,显效为患者的临床指标发生显著变化,相关激素水平等全部恢复正常水平;有效为患者的临床指标发生变化,相关激素水平等大部分恢复正常水平;无效为患者的临床指标未发生变化,相关激素水平处于异常水平,甚至病情更为恶化。总有效率=(显效+有效)例数/总例数×100%。

(2)不良反应发生率:包括头晕、头痛,恶心、乏力,乳房胀痛等。

(3)性激素水平:使用电化学发光法检测,指标包括雌激素(E)、孕激素(P)、卵泡刺激素(FSH)、促生长素(LH)。

(4)临床指标:包括月经量、子宫内膜厚度、

血红蛋白、子宫体积。

1.4 资料分析方法

运用 SPSS 22.0 统计学软件分析处理数据,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±标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组有效率比较

治疗后,观察组患者的有效率为 96.72%,高于对照组的 85.24%,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患者治疗效果比较

组别	显效	有效	无效	有效率(%)
对照组(n=61)	27	25	9	85.24
观察组(n=61)	38	21	2	96.72

$\chi^2=4.896, P=0.027$ 。

2.2 两组不良反应发生率比较

治疗后,观察组不良反应发生率为 4.92%,明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组患者不良反应发生率比较

组别	头晕、头痛	恶心、乏力	乳房胀痛	发生率(%)
对照组(n=61)	4	4	3	18.03
观察组(n=61)	1	1	1	4.92

$\chi^2=5.164, P=0.023$ 。

2.3 两组治疗前后性激素水平比较

治疗前,两组患者 E、P、FSH 和 LH 等性激素指标比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组患者上述指标均降低,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

2.4 两组治疗前后临床指标比较

治疗前,两组患者月经量、子宫内膜厚度、血红蛋白、子宫体积等临床指标比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组患者上述指标均改善,其中月经量、子宫内膜厚度观察组低于对照组;而血红蛋白水平、子宫体积观察组高于对照组;差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

表 3 两组患者围绝经期功能性子宫出血患者性激素水平比较

组别	E (pmol/L)		P (pmol/L)		FSH (U/L)		LH (IU/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组(n=61)	382.29±10.34	309.94±5.69	24.95±3.29	17.85±2.45	16.57±3.12	13.49±2.04	15.67±0.45	12.45±0.48
观察组(n=61)	382.30±10.56	287.78±5.70	24.89±3.34	15.86±2.13	16.59±3.15	11.03±2.10	15.78±0.42	10.93±0.24
t 值	0.005	21.489	0.100	4.788	0.035	6.562	1.396	22.121
P 值	0.996	0.000	0.921	0.000	0.972	0.000	0.165	0.000

表4 两组患者治疗前后临床相关指标比较

组别	月经量 (ml)		子宫内膜厚度 (mm)		子宫体积 (V/cm ³)		血红蛋白 (g/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组(n=61)	110.31 ± 21.56	32.59 ± 3.98	14.59 ± 2.45	6.69 ± 0.98	64.94 ± 2.38	66.30 ± 1.49	80.83 ± 5.56	103.05 ± 4.39
观察组(n=61)	110.94 ± 21.30	24.68 ± 3.59	14.65 ± 2.48	4.82 ± 0.94	64.98 ± 2.19	67.73 ± 1.46	80.89 ± 5.54	145.58 ± 4.40
t 值	0.162	11.526	0.134	10.755	0.097	5.354	0.060	53.442
P 值	0.871	0.000	0.893	0.000	0.923	0.000	0.952	0.000

3 讨论

围绝经期功能性子宫出血指的是子宫异常出血、月经量及月经周期紊乱,在围绝经期的发病率较高,导致该疾病发生的原因主要是因为调节生殖的神经内分泌轴功能失调,卵巢功能不断衰退,分泌系统和激素水平出现紊乱发生的功能性出血,会对女性的生命健康产生威胁,严重者还会出现子宫内膜不典型增生,甚至癌变等后果,严重威胁到女性健康^[5-6]。外科手术包括子宫切除术和刮宫术等,虽然有效但是术后创伤较大,术后风险较大,且并发症较多。因此,需要采取积极有效的治疗方式,寻找到一项安全、有效、经济的治疗手段^[7-8]。

米非司酮属于围绝经期功能性子宫出血的常见治疗药物,属于抗孕酮甾体类药物,能够起到抗孕酮的作用,有效抑制患者的性激素水平,可阻滞卵泡生长和生育,该药物具有良好的亲和力,可以有效降低性激素表达水平,有效延迟排卵,降低体内孕激素^[9-11]。左炔诺孕酮宫内节育系统属于新型带药的节育器,将左炔诺孕酮缓慢的释放,可以选择性作用于宫腔局部,有效降低子宫内膜对E₂的敏感度,有效抑制子宫的增生,同时还能够起到子宫内膜保护作用。将两种药物联合使用可以起到协同作用且安全性较高。本研究结果显示,观察组患者治疗总有效率高于对照组,不良反应低于对照组,且观察组性激素水平和临床指标均优于对照组,提示两种药物联合使用的有效性。

综上所述,米非司酮联合左炔诺孕酮宫内节育系统治疗围绝经期功能性出血疗效确切,显著改善月经量,并调节子宫内膜厚度,有效降低性激素水平,不良反应发生率较低。

4 参考文献

[1] 马金平.左炔诺孕酮宫内节育系统联合米非司酮对围绝

经期功能性子宫出血诊断性刮宫术后患者月经量改善的影响[J].现代医用影像学,2019,28(5):1140-1141.

[2] 钟娜莲,陈忠.米非司酮联合左炔诺孕酮治疗围绝经期功能性子宫出血的临床效果[J].国际医药卫生导报,2019,25(17):2973-2976.

[3] 于新宇.左炔诺孕酮宫内节育系统联合米非司酮对围绝经期功能性子宫出血诊断性刮宫术后患者月经量改善及生活质量的影响[J].现代医用影像学,2018,27(5):1717-1718.

[4] 陈珉,尹东辉.左炔诺孕酮宫内节育系统联合米非司酮对围绝经期功能性子宫出血患者月经量改善及不良反应的影响[J].中国地方病防治杂志,2018,33(2):223,225.

[5] 尚瑞彦.米非司酮联合左炔诺孕酮宫内节育系统对围绝经期功能失调性子宫出血的影响[J].深圳中西医结合杂志,2019,29(24):101-103.

[6] 马睿.左炔诺孕酮宫内节育系统+米非司酮对围绝经期功能性子宫出血患者疗效及血清性激素水平的影响[J].中国药物与临床,2020,20(8):1351-1353.

[7] 李玉林,张萍.左炔诺孕酮宫内节育系统联合米非司酮治疗围绝经期功能失调性子宫出血临床研究[J].中国药业,2021,30(2):46-48.

[8] 李善华.左炔诺孕酮宫内节育系统与米非司酮治疗围绝经期功能失调性子宫出血的疗效对比研究[J].中国实用医药,2020,15(8):121-123.

[9] 任彩丽,杨志娥.米非司酮与左炔诺孕酮宫内节育系统治疗围绝经期功能失调性子宫出血的效果[J].临床医学研究与实践,2020,5(30):89-91.

[10] 扈灵盘,韩振坤.米非司酮结合左炔诺孕酮宫内缓释系统对围绝经期功能失调性子宫出血的疗效[J].河南医学研究,2020,29(24):4542-4544.

[11] 刘天斌,杜燕彩,刘小英.复方左炔诺孕酮片联合米非司酮治疗异常子宫出血的应用研究[J].国际医药卫生导报,2020,26(15):2276-2278.

[2022-01-13 收稿]

3D 打印技术引导下撬拨复位治疗胸腰椎不稳定型爆裂性骨折的临床效果

杨学军

【摘要】 目的 探讨 3D 打印技术引导下撬拨复位治疗胸腰椎不稳定型爆裂性骨折的临床效果。方法 选择 2018 年 6 月 - 2021 年 12 月医院收治的 90 例胸腰椎不稳定型爆裂性骨折患者, 按组间性别、年龄、受伤原因等基本资料均衡可比的原则分为观察组 (30 例)、对照 A 组 (30 例) 和对照 B 组 (30 例)。观察组行 3D 打印技术引导下撬拨复位治疗, 对照 A 组行后前入路钛网重建钉棒系统内固定手术, 对照 B 组行后正中入路钉棒系统撑开复位内固定术。对比三组患者围手术期指标、疼痛程度、脊髓损伤情况、影像学指标。结果 观察组手术时间短于对照 A 组、对照 B 组, 术中出血量、术后引流量低于对照 A 组、对照 B 组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 对照 A 组、对照 B 组术中出血量、手术时间、术后引流量比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。观察组术后视觉模拟评分 (VAS)、Cobb's 角、椎管内占位百分比低于对照 A 组、对照 B 组, 美国脊髓损伤协会 (ASIA) 评分、椎体前缘高度、椎体后缘高度高于对照 A 组、对照 B 组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 对照 A 组、对照 B 组术后 VAS 评分、ASIA 评分、椎体前缘高度、椎体后缘高度、Cobb's 角、椎管内占位百分比比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 3D 打印技术引导下撬拨复位治疗胸腰椎不稳定型爆裂性骨折可缩短手术时间、减少术中出血量, 缓解腰痛, 改善患者术后椎体结构, 促进脊髓损伤恢复。

【关键词】 胸腰椎不稳定型爆裂性骨折; 重度骨质疏松; 经皮穿刺椎体成形术; 3D 打印技术
中图分类号 R687.3 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)01-17-03

胸腰椎不稳定型爆裂性骨折多由高能量损伤所致, 常伴有神经、脊髓损伤, 需尽早实施手术解除压迫, 重建脊柱稳定结构^[1]。后前入路钛网重建钉棒系统内固定手术、后正中入路钉棒系统撑开复位内固定术是治疗本病的常用术式, 但前者术中出血多、术后感染风险高且易损伤周围肺、肾、肠等重要脏器, 后者治疗三柱及纤维环破坏不完整患者时易引起椎管内占位减压不充分、椎间隙撑开过度、椎体高度恢复困难等情况, 难以达到理想治疗效果。3D 打印技术是给予计算机辅助制造、计算与设计的一种快速成型技术, 可基于激光粉末成形、光固化快速成形、喷墨印刷等将计算机数据堆叠成实物模型, 能够通过模拟寻找撬拨复位支点, 撬拨复位塌陷椎体, 为手术操作提供参考^[2]。本研究分析 3D 打印技术引导下撬拨复位治疗胸腰椎不稳定型爆裂性骨折的临床效果, 报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择 2018 年 6 月 - 2021 年 12 月医院收治的 90 例胸腰椎不稳定型爆裂性骨折患者作为研究对象。纳入标准: 符合《脊柱外科学》中胸腰椎爆裂性骨折相关基金项目: 2020 年深圳市罗湖区软科学研究计划项目 (编号: LX20200914)
作者单位: 518000 广东省深圳市罗湖区中医院 (上海中医药大学深圳医院)

关诊断标准^[3], 经 MRI 等检查确诊; AO 分型为 A3 型; 椎管占位率 $< 30\%$; 凝血功能正常; 病例资料完整。排除标准: 合并严重的软组织损伤; 多发性骨折或多节段骨折; 椎体解剖结构异常; 严重骨质疏松; 合并严重内科疾病; 病理骨折; 血液系统疾病; 心肺功能差; 合并恶性肿瘤。按组间性别、年龄、受伤原因等基本资料均衡可比的原则分为观察组 (30 例)、对照 A 组 (30 例) 和对照 B 组 (30 例)。观察组女 18 例, 男 12 例; 年龄 24 ~ 58 岁, 平均 42.32 ± 2.14 岁; 受伤原因: 高空坠落伤 10 例, 交通事故伤 19 例, 重物砸伤 1 例。对照 A 组女 16 例, 男 14 例; 年龄 22 ~ 59 岁, 平均 42.28 ± 2.09 岁; 受伤原因: 高空坠落伤 9 例, 交通事故伤 18 例, 重物砸伤 3 例。对照 B 组女 20 例, 男 10 例; 年龄 23 ~ 57 岁, 平均 42.47 ± 2.21 岁; 受伤原因: 高空坠落伤 12 例, 交通事故伤 17 例, 重物砸伤 1 例。对比三组一般资料, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。患者均签署知情同意书, 本研究经医学伦理委员会审核批准。

1.2 治疗方法

1.2.1 观察组 行 3D 打印技术引导下撬拨复位治疗, 使用双源转速 256 排 CT 扫描机 (Definition Flash 型, 德国西门子公司) 行 CT 检查, 描参数: 电流 100mA; 电压 120.0kV, 探测器宽度为 48, 矩阵 512×512 , 层距、层厚均为 1mm, 螺距 0.8。将扫描

获取的图像数据输入 Mimics 13.0 软件, 经 3D 计算建立胸腰椎爆裂骨折三维数字化模型, 用 MarkerBot 3D 打印机打印出骨折的胸腰椎模型, 在胸腰椎模型上寻找合适的撬拨复位点, 再在 Mimics 13.0 软件中对三维数字化模型进行虚拟撬拨复位及钉棒固定。手术中常规消毒、铺巾, 常规相邻节段置入椎弓根螺钉, 暴露伤椎, 经一侧椎板开窗减压, 根据 3D 打印模型选择的撬拨复位点进入进行撬拨复位, 使用“L”形打骨器将突入椎管内的骨块打入椎体充分减压, 在 C 臂透视下撬拨复位满意后, 再经撬拨点椎体内植骨, 钉棒加压撑开固定。

1.2.2 对照 A 组 行后前入路钛网重建钉棒系统内固定手术, 常规消毒、铺巾, 椎弓根螺钉于常规相邻节段置入, 切除一侧横突, 保留椎板, 椎弓根外显露椎弓根及椎体, 骨膜下分离向上至椎间盘, 出口神经根无需显露, 切除关节突、椎弓根、椎间盘, 硬膜显露后以塌方法实施椎管减压。用相应规格的钛网打入重建, 钉棒加压撑开固定。对此关节突及横突间植骨。

1.2.3 对照 B 组 行后正中入路钉棒系统撑开复位内固定术, 手术中常规消毒、铺巾, 常规相邻节段置入椎弓根螺钉, 伤椎暴露后, 经一侧椎板开窗减压, 将突入椎管内的骨块用“L”形打骨器打入椎体, 充分减压, C 臂透视下确认撬拨复位满意后, 经椎弓根椎体内植骨, 钉棒加压撑开固定。

1.3 观察指标

(1) 围手术期指标: 对比三组术中出血量、手术时间及术后引流量。

(2) 术前、术后 1 年疼痛程度、脊髓损伤恢复情况: 用视觉模拟评分法 (VAS) 评估疼痛程度, 分值为 0 ~ 10 分, 分值越高则疼痛程度越严重。使用美国脊髓损伤协会 (ASIA) 评分评估脊髓运动损伤恢复情况, 上下肢各 50 分, 总分越低则脊髓运动损伤程度越轻。

(3) 术前、术后 1 年影像学检查指标: 包括椎体前缘高度、椎体后缘高度、Cobb's 角、椎管内占位百分比。

1.4 统计学方法

使用 SPSS 21.0 统计软件分析数据, 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 \pm 标准差”表示, 三组均数比较使用单因素方差分析, 两两比较采用 SNK-*q* 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 三组围手术期指标比较

三组间手术时间、术中出血量、术后引流量比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两两比较显示, 观察组手术时间短于对照 A 组、对照 B 组, 术中出血量、术后引流量低于对照 A 组、对照 B 组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 对照 A 组、对照 B 组术中出血量、手术时间、术后引流量比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 三组围手术期指标比较

组别	术中出血量 (ml)	手术时间 (min)	术后引流量 (ml)
对照 A 组 ($n=30$)	315.72 \pm 61.25	145.21 \pm 20.65	285.67 \pm 61.84
对照 B 组 ($n=30$)	300.51 \pm 59.54	142.45 \pm 21.95	279.59 \pm 62.50
观察组 ($n=30$)	267.29 \pm 50.14	110.45 \pm 18.65	241.64 \pm 52.97
<i>F</i> 值	5.627	26.749	4.863
<i>P</i> 值	0.005	0.000	0.010

2.2 三组疼痛程度、脊髓运动损伤恢复情况比较

三组术前组疼痛程度、脊髓运动损伤情况比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 术后, 三组 VAS 评分降低, ASIA 评分升高, 且三组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两两比较显示, 观察组术后 VAS 评分低于对照 A 组、对照 B 组, ASIA 评分高于对照 A 组、对照 B 组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 对照 A 组、对照 B 组术后 VAS 评分、ASIA 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 2。

2.3 三组影像学指标比较

三组术前影像学指标 (椎体前缘高度、椎体后缘高度、Cobb's 角、椎管内占位百分比) 比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 术后, 三组上述指标均明显改善, 其中椎体前缘高度、椎体后缘高度增高, Cobb's 角及椎管内占位百分比降低, 三组间各指标比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两两比较显示, 观

表 2 三组疼痛程度、脊髓运动损伤恢复情况比较 (分)

组别	VAS 评分		ASIA 评分	
	术前	术后	术前	术后
观察组 ($n=30$)	7.78 \pm 2.87	2.16 \pm 0.64	35.32 \pm 13.56	58.54 \pm 14.85
对照 A 组 ($n=30$)	7.81 \pm 2.85	2.11 \pm 0.60	35.27 \pm 14.01	60.15 \pm 14.97
对照 B 组 ($n=30$)	7.74 \pm 2.69	1.51 \pm 0.46	35.36 \pm 13.78	76.32 \pm 15.21
<i>F</i> 值	0.005	12.001	0.000	12.875
<i>P</i> 值	0.995	0.000	1.000	0.000

察组术后椎体前缘高度、椎体后缘高度高于对照 A 组、对照 B 组, Cobb's 角、椎管内占位百分比低于对照 A 组、对照 B 组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 对照 A 组、对照 B 组术后椎体前缘高度、椎体后缘高度、Cobb's 角、椎管内占位百分比比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 3。

表 3 三组影像学指标比较

组别	椎体前缘高度 (mm)		椎体后缘高度 (mm)		Cobb's 角 (°)		椎管内占位百分比 (%)	
	术前	术后	术前	术后	术前	术后	术前	术后
对照 A 组 ($n=30$)	18.42 ± 1.49	23.37 ± 1.28	49.58 ± 4.41	60.38 ± 5.20	16.26 ± 3.41	9.85 ± 2.14	28.20 ± 3.57	20.72 ± 1.84
对照 B 组 ($n=30$)	18.51 ± 1.60	25.75 ± 1.32	49.65 ± 4.40	62.59 ± 5.64	16.32 ± 3.50	9.42 ± 2.05	28.26 ± 3.64	19.64 ± 1.75
观察组 ($n=30$)	18.62 ± 1.64	30.34 ± 1.42	50.01 ± 4.65	79.65 ± 6.21	16.42 ± 3.37	4.78 ± 0.97	28.34 ± 3.51	8.36 ± 1.62
<i>F</i> 值	1.069	12.876	0.079	102.746	0.017	73.156	0.012	464.879
<i>P</i> 值	0.287	0.000	0.924	0.000	0.983	0.000	0.988	0.000

3 讨论

胸腰椎不稳定型爆裂性骨折存在以下特点: ①伴后方韧带复合体结构破坏; ②进行性神经损害; ③游离骨块进入椎管伴有神经损伤; 椎体高度丢失 > 50%, 存在关节半脱位^[4-5]。治疗本病的主要目的在于稳定脊柱、神经减压与减少融合节段, 但此类患者病情复杂, 手术涉及神经系统状况、骨折形态等多方面因素。后前路钛网重建钉棒系统内固定手术、后正中入路钉棒系统撑开复位内固定术是治疗胸腰椎不稳定型爆裂性骨折的有效术式, 后正中入路手术具有固定节段短、操作简便、抗三维旋转、抗侧曲及伸曲、对椎管干扰小、复位椎管可视等优点, 但仅能依靠后方固定的张力带作用提供支撑, 远期易出现矢状面角度丢失等不足, 同时神经减压困难^[6-7]。后前路手术能够在直视下操作, 椎管内减压充分彻底, 可有效恢复椎体高度、椎管容积并可实施前中柱坚强固定, 但存在手术操作复杂、创伤大等不足。

本研究中, 观察组手术时间短于对照 A 组、对照 B 组, 术中出血量、术后引流量、术后 VAS 评分、Cobb's 角、椎管内占位百分比低于对照 A 组、对照 B 组, ASIA 评分、椎体前缘高度、椎体后缘高度高于对照 A 组、对照 B 组; 对照 A 组、对照 B 组术中出血量、手术时间、术后引流量和术后 VAS 评分、ASIA 评分、椎体前缘高度、椎体后缘高度、Cobb's 角、椎管内占位百分比相比, 差异无统计学意义, 提示 3D 打印技术引导下撬拨复位治疗能够减小手术创伤, 缓解腰痛, 改善患者术后椎体结构, 促进脊髓损伤恢复。3D 打印技术引导下撬拨复位术中将 CT 扫描数据输入 Mimics 13.0 软件, 经 3D 计算建立胸腰椎爆裂骨折三维数字化模型, 分割处理模型, 以不同颜色显示, 并测量椎体塌陷程度、椎管内占位百分比, 再利用 MarkeBot 3D 打印机打印出骨折的胸腰椎模型, 在胸腰椎模型上寻找合适的撬拨复位点, 以测量数据为依据而实施胸腰椎虚拟手术, 精确撬拨深度与角度,

提高螺钉置入位置和角度的精准性与固定强度, 提高手术操作精准度, 减小手术创伤, 有助于患者术后早期实施功能锻炼, 改善患者病情。该手术方案能够展现骨折现状, 直观了解手术操作难点、关键区域, 制定对应处理方案, 降低手术风险^[8]。

综上所述, 3D 打印技术引导下撬拨复位治疗胸腰椎不稳定型爆裂性骨折可缩短手术时间、减少术中出血量, 缓解腰痛, 改善患者术后椎体结构, 促进脊髓损伤恢复。

4 参考文献

- [1] 陈志达, 吴进, 林斌, 等. 后路伤椎短节段固定治疗严重不稳的胸腰椎爆裂性骨折 [J]. 中国修复重建外科杂志, 2018, 32(1): 59-63.
- [2] 张孜孜, 姚琦, 彭焱, 等. CBL 教学模式下的骨盆移位计算软件联合 3D 打印在骨盆复位架技术临床教学中的应用 [J]. 中国组织工程研究, 2018, 22(19): 3067-3071.
- [3] 陈仲强, 刘忠军, 党耕町. 脊柱外科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 520.
- [4] 赵成毅, 李青, 梁道臣, 等. 短节段伤椎单侧置钉对侧经椎弓根植骨治疗不稳定型胸腰椎骨折 [J]. 实用骨科杂志, 2019, 25(1): 5-8.
- [5] 吕应文, 任周奎, 于金华. 胸腰椎爆裂性骨折后路三种内固定的疗效比较 [J]. 创伤外科杂志, 2018, 20(9): 705-707.
- [6] 王志坤, 李再学, 张贤森, 等. 扩张管辅助下 Wiltse 入路小关节融合短节段内固定治疗不稳定胸腰椎骨折 [J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2020, 35(5): 453-456.
- [7] 马雪峰, 贺旭, 刘恺, 等. Denis B 型胸腰椎爆裂性骨折行后路单节段钛网重建术对邻近节段的影响 [J]. 临床骨科杂志, 2019, 22(1): 19-21.
- [8] 帅永明, 李骥, 涂淑强, 等. 闭合撬拨复位经皮空心螺钉内固定结合 3D 打印技术治疗跟骨骨折 [J]. 创伤外科杂志, 2019, 21(10): 774-778.

[2022-03-02 收稿]

厄贝沙坦氢氯噻嗪与美托洛尔二联疗法治疗老年重症心力衰竭患者的临床疗效

王梦琳

【摘要】 目的 探究厄贝沙坦氢氯噻嗪与美托洛尔二联疗法在老年重症心力衰竭中的临床价值。方法 选择医院2020年3月-2021年8月收治的老年重症心力衰竭患者90例,在组间性别、年龄、病程、心功能分级、基础疾病类型均衡可比的原则上,按随机数字表法分为对照组及观察组,各45例。观察组给予厄贝沙坦氢氯噻嗪+美托洛尔治疗,对照组给予美托洛尔治疗。比较两组患者的治疗总有效率,服药前后的心脏指数(CI)、左心室射血分数(LVEF)、脑钠肽(BNP)、左心室舒张末期径(LVEDD)、左心室收缩末期径(LVESD)、白细胞介素-8(IL-8)、白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、一氧化氮(NO)、血管舒张功能(FMD)、内皮素-1(ET-1),以及两组不良反应发生情况和用药结果。结果 观察组总有效率为91.11%,高于对照组的75.56%,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组服药后,心功能指标CI、LVEF高出对照组,但BNP、LVEDD、LVESD低于对照组;炎性因子IL-8、IL-6、TNF- α 低于对照组;血管内皮功能NO、FMD高出对照组,但ET-1低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。观察组不良反应发生率与对照组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 厄贝沙坦氢氯噻嗪联合美托洛尔治疗老年重症心力衰竭效果显著,能够改善患者心功能,消除炎症反应,增强内皮功能,不良反应少。

【关键词】 重症心力衰竭;厄贝沙坦氢氯噻嗪;美托洛尔;心功能

中图分类号 R541.6 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)01-20-04

心力衰竭作为急诊常见病,主要是指患者心脏正常运行期间无法搏出充足的血液,导致静脉回流的血液量难以满足机体代谢所需要的血液量^[1]。目前关于该疾病发生的机制较多,极易使得患者心肌收缩力降低,心脏输出血液量未能够满足机体的正常需求,加上老年人群作为疾病发生的高危人群,若未能够尽早发现并及时予以救治,随着疾病持续发展,可进展成重症心力衰竭,进一步提升患者死亡的风险^[2-3]。临床多选择美托洛尔等药物治疗,但效果不佳,甚至延长了治疗周期,不利于病情稳定。有临床研究发现,厄贝沙坦氢氯噻嗪与美托洛尔联合治疗的效果较为显著,可促进心功能改善,同时减轻炎症反应,使得病情显著好转^[4-5]。但对其疗效及安全性仍然存在较大争议。为此,本研究通过临床实验,探究厄贝沙坦氢氯噻嗪与美托洛尔二联疗法在老年重症心力衰竭中的临床价值,现将结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

以2020年3月-2021年8月医院收治的老年重症心力衰竭患者90例为研究对象。纳入标准:①意识正常;②患者及亲属知情同意;③与《中国心力衰

竭诊断和治疗指南》^[6]中诊断标准相符,经影像学检查确诊。排除标准:①存在药物过敏史;②合并凝血功能障碍、恶性肿瘤、血管栓塞性疾病、严重感染者;③中途退出者。在组间性别、年龄、病程、心功能分级、基础疾病类型均衡可比的原则上,按随机数字表法分为对照组及观察组,每组45例。观察组男23例,女22例;年龄62~84岁,平均 70.45 ± 1.03 岁;病程1~7年,平均 4.23 ± 1.05 年;心功能III级27例,IV级18例;风湿性心脏病12例,冠心病19例,高血压心脏病14例。对照组男25例,女20例;年龄62~86岁,平均 70.98 ± 1.11 岁;病程1~8年,平均 4.81 ± 1.14 年;心功能III级25例,IV级20例;风湿性心脏病10例,冠心病20例,高血压心脏病15例。两组上述基础资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经医院伦理委员会审核通过。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 采用常规吸氧、强心剂、利尿剂等治疗,选择美托洛尔(生产厂家:AstraZeneca AB,国药准字J20100098,规格:47.5mg),口服,前两周剂量23.75mg/次,1次/d,后两周剂量47.5mg/次,1次/d。持续服药4周。

1.2.2 观察组 在对照组基础上加用厄贝沙坦氢氯噻嗪(生产厂家:浙江华海药业股份有限公司,国药准字H20058709,规格:10片/板,2板/盒),口服,

2片/次, 1次/d。持续服药4周。

1.3 观察指标

(1) 临床疗效: 分为显效、好转及无效。患者心功能改善2级及以上, 症状明显减轻即显效; 心功能改善1级, 症状有所减轻即好转; 未达到上述结果即无效。总有效率 = (显效例数 + 好转例数) / 观察例数^[7]。

(2) 心功能指标: 测定两组服药前后的心脏指数(CI)、左心室射血分数(LVEF)、脑钠肽(BNP)、左心室舒张末期内径(LVEDD)、左心室收缩末期内径(LVESD)。

(3) 炎症因子水平: 测定两组服药前后的白细胞介素-8(IL-8)、白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)的水平。

(4) 不良反应发生率: 包括头晕、腹泻、恶心呕吐的发生情况。

(5) 血管内皮功能: 测定两组服药前后的一氧化氮(NO)、血管舒张功能(FMD)、内皮素-1(ET-1)的水平。

1.4 数据分析方法

应用SPSS 20.0统计软件分析处理数据, 计量资料采用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示, 组间均数比较采用 t 检验; 计数资料计算百分率, 组间率的比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效的对比

观察组总有效率为91.11%, 高于对照组的75.56%, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 见表1。

2.2 两组心功能指标的对比

治疗前, 两组CI、LVEF、BNP、LVEDD、LVESD比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后, 观察组CI、LVEF高于对照组, 但BNP、LVEDD、LVESD低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

2.3 两组炎症因子的对比

治疗前, 两组IL-8、IL-6、TNF- α 比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后, 观察组IL-8、IL-6、TNF- α 低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

2.4 两组不良反应的对比

观察组不良反应发生率为8.89%, 对照组为15.56%, 但两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 见表4。

2.5 两组血管内皮功能的对比

治疗前, 两组NO、FMD、ET-1比较差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后观察组NO、FMD高于对照组, 但ET-1低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表5。

表1 两组临床疗效的对比

组别	例数	显效	好转	无效	总有效率(%)
观察组	45	18	23	4	91.11
对照组	45	15	19	11	75.56

$\chi^2=3.920, P=0.048$ 。

表2 两组心功能指标对比

组别	例数	CI[L/(min·m ²)]		LVEF(%)		BNP(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	45	2.03 ± 0.65	2.88 ± 0.95	31.69 ± 5.27	70.25 ± 9.34	583.46 ± 20.34	233.57 ± 14.02
对照组	45	2.08 ± 0.69	2.41 ± 0.80	31.78 ± 5.04	62.13 ± 7.25	580.71 ± 20.96	291.36 ± 17.22
	t 值	0.354	2.539	0.083	4.607	0.632	17.458
	P 值	0.724	0.013	0.934	0.001	0.529	0.001

组别	例数	LVEDD(mm)		LVESD(mm)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	45	64.23 ± 6.45	55.28 ± 2.36	51.69 ± 5.22	42.94 ± 3.06
对照组	45	64.78 ± 6.30	60.11 ± 4.52	51.07 ± 5.14	47.55 ± 4.11
	t 值	0.409	6.354	0.568	6.035
	P 值	0.683	0.001	0.572	0.001

表3 两组炎症因子对比

组别	例数	IL-8 (ng/L)		IL-6 (ng/L)		TNF- α (g/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	45	316.37 \pm 25.26	53.19 \pm 16.37	421.68 \pm 20.47	82.49 \pm 10.33	6.97 \pm 2.32	1.55 \pm 0.50
对照组	45	316.08 \pm 25.92	80.58 \pm 20.14	420.97 \pm 20.88	95.17 \pm 12.45	7.05 \pm 2.34	3.26 \pm 1.08
	<i>t</i> 值	0.054	7.079	0.163	5.258	0.163	9.638
	<i>P</i> 值	0.957	0.000	0.871	0.000	0.871	0.000

表4 两组不良反应对比

组别	例数	头晕	腹泻	恶心呕吐	总发生率 (%)
观察组	45	1	2	1	8.89
对照组	45	2	3	2	15.56

$\chi^2=0.932, P=0.334$ 。

表5 两组血管内皮功能对比

组别	例数	NO (μ mol/L)		FMD (%)		ET-1 (ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	45	69.38 \pm 10.25	85.22 \pm 13.57	8.23 \pm 2.74	10.97 \pm 3.65	70.36 \pm 9.34	41.23 \pm 5.34
对照组	45	70.05 \pm 10.64	77.19 \pm 11.43	8.19 \pm 2.72	9.25 \pm 3.07	70.54 \pm 9.12	50.27 \pm 6.39
	<i>t</i> 值	0.309	3.036	0.070	2.419	0.092	7.282
	<i>P</i> 值	0.758	0.003	0.945	0.018	0.927	0.000

3 讨论

重症心力衰竭属于心血管疾病终末期综合性疾病,存在发病急切、病情危重等特点,患者出现呼吸困难、心率加速、血压升高等症状,甚至造成水肿以及活动受限情况,不仅危及生命安全,同时降低患者生存质量^[8]。近几年,随着社会老龄化程度加重,导致我国重症心力衰竭的患病率日益增加,加上老年人机体各器官功能明显退化,心功能随之降低,且顺应性较低,明显减低心输出量,一旦出现心力衰竭后,可直接威胁患者生命^[9-10]。

目前,临床针对该疾病多选择药物进行治疗,其中以美托洛尔较多见,作为选择性 β_1 受体拮抗剂,并无内在拟交感活性,且膜稳定性较差,经口服后可显著控制患者心率,调节收缩压与心排血量,同时改善房室传导速度,预防窦性心律出现^[11-12]。虽然取得一定的应用价值,但效果并不理想,无法快速控制病情。随着临床不断深入分析,发现在此基础上加用厄贝沙坦氢氯噻嗪的效果更好,可进一步增强患者心功能,并促进病情好转,降低对患者的伤害^[13]。本

研究结果显示,观察组临床疗效高于对照组,但两组不良反应发生率比较差异无统计学意义;治疗后观察组CI、LVEF、NO、FMD高于对照组,但BNP、LVEDD、LVESD、IL-8、IL-6、TNF- α 、ET-1低于对照组,说明观察组能够减轻炎症反应,并改善患者心功能,不良反应少,可保障患者安全。经分析发现,厄贝沙坦氢氯噻嗪作为复合制剂,其中厄贝沙坦存在拮抗血管紧张素II受体,能够切断机体ATI亚型受体,进而达到降低血压的作用,并构成消除利尿剂类药物引起的代偿机制;而氢氯噻嗪可刺激肾素-血管紧张素以及受体交感神经系统,进而出现抵抗机体降压的效果,同时还可减少血钾水平^[14]。与美托洛尔进行二联疗法后,可进一步增强疗效,共同发挥协同作用,同时降低受体肾素-血管紧张素-醛固酮系统的活性能力,预防严重不良反应发生,同时减轻心脏负荷,保证患者用药安全。有报道显示^[15],肾素-醛固酮系统-血管紧张素以及交感神经系统在心力衰竭的发生发展具有重要意义,且两类系统合作后能够减低 β 受体密度,并引起心室重构,通过 β 受体阻

滞剂能够切断两类系统的功效,并促进患者心功能改善。另外血管紧张素 II 受体阻滞剂可阻碍血管紧张素与其受体发生结合反应,以此达到治疗疾病的目的。由于重症心力衰竭患者通常伴有心脏收缩能力退化现象,其 LVEF 随之降低;而 BNP 是由心肌细胞合成的天然激素,存在一定生物学活性,在心室上呈现高表达,同时还存在于脑组织中,一旦左心室功能不全,即可导致心肌扩张,并促进 BNP 快速合成,提升其在血液中的含量,在心脏功能的调节上意义重大。因此 LVEF、BNP 作为体现心力衰竭患者病情的重要指标,也可成为判断患者预后的主要依据。本研究结果中,观察组用药后 CI、LVEF、BNP 改善程度均优于对照组,进一步说明了二联疗法的价值,控制患者病情发展,为患者预后提供保障。

综上所述,厄贝沙坦氢氯噻嗪联合美托洛尔治疗的疗效更为突出,可促进心功能改善,有效减轻炎症反应,增强血管内皮功能,不良反应少。

4 参考文献

- [1] 余晗俏,俞章平,李超,等.厄贝沙坦氢氯噻嗪早期联合美托洛尔治疗老年心力衰竭患者的疗效及安全性[J].中华老年医学杂志,2019,38(8):844-847.
- [2] 李丽,梁潇.美托洛尔联合厄贝沙坦氢氯噻嗪对老年重症心力衰竭患者 B 型脑钠肽、左心室射血分数的影响[J].中国临床医生杂志,2020,48(2):152-155.
- [3] Kuno Toshiki,Ueyama Hiroki,Fujisaki Tomohiro, et al.Meta-Analysis Evaluating the Effects of Renin-Angiotensin-Aldosterone System Blockade on Outcomes of Heart Failure With Preserved Ejection Fraction[J].The American Journal of Cardiology,2020,125(8):1187-1193.
- [4] 尹彬,谢陈玲.厄贝沙坦氢氯噻嗪联合 β -受体阻滞剂治疗重症慢性心力衰竭患者的临床疗效分析[J].国际检验医学杂志,2020,41(2):197-200,204.
- [5] 王伟霞.美托洛尔厄贝沙坦氢氯噻嗪应用于老年重症心力衰竭急诊内科治疗中的价值研究[J].山西医药杂志,2021,50(6):940-942.
- [6] 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组,中国医师协会心力衰竭专业委员会,中华心血管病杂志编辑委员会.中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018[J].中华心血管病杂志,2018,46(10):760-789.
- [7] Sessa Maurizio,Rasmussen Daniel Bech,Jensen Magnus Thorsten,et al. Metoprolol Versus Carvedilol in Patients With Heart Failure, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Diabetes Mellitus, and Renal Failure[J]. The American Journal of Cardiology,2020,125(7):1069-1076.
- [8] 李雪霞,张会超.美托洛尔和厄贝沙坦氢氯噻嗪联合治疗老年重症心力衰竭的效果观察[J].中国临床医生杂志,2019,47(9):1045-1048.
- [9] 刘畅,顾立飞,刘改玲,等.小剂量甲状腺素联合厄贝沙坦氢氯噻嗪治疗老年重症心力衰竭临床疗效[J].山西医药杂志,2021,50(13):2050-2052.
- [10] 田瑞兆,张春林,杨鹏,等.沙库巴曲缬沙坦联合美托洛尔对冠心病慢性心力衰竭患者心功能及血清 sST2、Ang II、IGFBP7 水平的影响[J].川北医学院学报,2022,37(1):59-62.
- [11] 王宏娟,陶启乐.沙库巴曲缬沙坦联合美托洛尔对老年慢性心力衰竭患者心功能、血管内皮功能及神经内分泌因子的影响[J].中国老年学杂志,2021,41(23):5183-5187.
- [12] 夏勇,张建卿,王少霞,等.沙库巴曲缬沙坦联合琥珀酸美托洛尔缓释片治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病并慢性心力衰竭的效果观察[J].首都医科大学学报,2020,41(1):113-118.
- [13] Senni M, Caravita S, Paulus WJ. Do Existing Definitions Identify Subgroup Phenotypes or Reflect the Natural History of Heart Failure With Preserved Ejection Fraction? [J]. Circulation: An Official Journal of the American Heart Association,2019,140(5):366-369.
- [14] 王志芳.老年重症心力衰竭患者应用美托洛尔联合厄贝沙坦氢氯噻嗪治疗效果分析[J].数理医药学杂志,2021,34(1):79-81.
- [15] 贾小凤,余强,杜高波,等.厄贝沙坦氢氯噻嗪合用甲状腺素治疗重症心力衰竭的 Meta-分析[J].药物评价研究,2019,42(5):979-986.

[2022-03-22 收稿]

不同种类药物致急性药物性肝损伤的特征及其严重程度的影响因素

张飞龙 杨东元 兰军

【摘要】 目的 探讨不同种类药物致急性药物性肝损伤 (DILI) 的特征及其影响严重程度的因素。方法 收集 2019 年 4 月 - 2022 年 4 月医院收治的 155 例急性 DILI 患者的临床资料, 分析影响 DILI 严重程度的相关因素。结果 185 例急性 DILI 患者按照致病药物分为 7 组。7 组性别、碱性磷酸酶 (ALP)、谷氨酰胺转移酶 (GGT)、DILI 分型比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 7 组年龄、出现临床体征、天冬氨酸转氨酶 (AST)、丙氨酸转氨酶 (ALT)、总胆红素 (TBIL)、重度 DILI、治疗转归比较, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。根据 DILI 严重程度分组, 分为肝损伤程度 <3 级组与 ≥ 3 级组。两组年龄、性别、饮酒史、糖尿病、心脏疾病比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 两组高脂血症、恶性肿瘤、可疑致病药物种类比较, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。多因素 Logistic 回归分析结果显示, 高脂血症、中药、保健类药物、抗肿瘤或免疫调节药为影响重度 DILI 的危险因素 ($P<0.05$)。结论 使用药物为诱导重度 DILI 的危险因素, 并且中药与保健品引起重度 DILI 的风险高于抗感染药物, 临床应加强科普教育。

【关键词】 急性药物性肝损伤; 特征; 严重程度; 影响因素

中图分类号 R969 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)01-24-03

药物性肝损伤 (DILI) 是指患者因药物服用不当或种类不当等导致的肝脏功能损伤, 人群中发病率不断升高^[1]。调查显示, DILI 在我国的发生率约 23.8/10 万, 并且每年约 30 万新增 DILI 患者^[2]。绝大多数 DILI 具有自限性, 然而部分重度患者需接受干预, 约 10% 的患者在 6 个月后死亡或需肝脏移植治疗^[3]。目前, 临床对于 DILI 的研究侧重在致病药物类型、临床症状、发病机制等, 对于 DILI 病情的研究相对较少^[4]。因此, 探究重度 DILI 的危险因素对提高用药的安全性、减少对患者身体的损伤至关重要。本研究通过临床调查, 分析影响重度 DILI 的相关因素, 为临床的预防及控制重度 DILI 提供参考。

1 对象与方法

1.1 调查对象

以 2019 年 4 月 - 2022 年 4 月医院收治的 155 例药物性肝损伤、药物性肝炎、药物性肝衰竭的患者为调查对象。纳入标准: 存在明确用药史; 患者的 Roussel Uclaf 因果关系评价 (RUCAM) 评分 ≥ 3 分; 符合急性 DILI 的诊断标准。排除标准: 合并病毒性肝炎、酒精性肝炎、自身免疫性肝病等; 合并肝癌者; 慢性 DILI 患者。

1.2 调查内容

(1) 患者的临床特征: 内容包括年龄、性别、饮酒史、用药史、临床症状及肝功能指标等。肝功

作者单位: 636400 四川省巴中市通江县人民医院

能指标包括天冬氨酸转氨酶 (AST)、丙氨酸转氨酶 (ALT)、碱性磷酸酶 (ALP)、谷氨酰胺转移酶 (GGT)、总胆红素 (TBIL)。

(2) DILI 分型: 根据受损靶细胞的类型, 分为肝细胞损伤型、胆汁淤积型、混合型、肝血管损伤型。

(3) DILI 严重程度分级: 可分为 1 ~ 5 级。严重程度 <3 级定义为轻度 DILI; ≥ 3 级定义为重度 DILI。

(4) 预后评估: 患者治疗后临床症状消失且生化指标恢复正常为治愈; 患者症状消失, 生化指标 <1.5 倍 ULN 为好转; 未达上述标准为未愈。

1.3 数据分析方法

数据分析采用 SPSS 23.0 统计学软件。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, 多组间比较采用方差分析; 多因素分析利用 Logistic 回归模型。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 不同种类药物引起急性 DILI 的临床特征

185 例急性 DILI 患者按照致病药物分为 7 组。7 组性别、ALP、GGT、DILI 分型比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 7 组年龄、出现临床体征、ALT、AST、TBIL、重度 DILI、治疗转归比较, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

2.2 影响急性 DILI 严重程度的单因素分析

根据 DILI 严重程度分组, 分为肝损伤程度 <3 级

组与≥3级组。两组年龄、性别、饮酒史、糖尿病、高脂血症、恶性肿瘤、可疑致病药物种类比较, 差异心脏疾病比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 两组有统计学意义 ($P<0.05$)。见表2。

表1 不同种类药物引起急性DILI的临床特征

临床特征	抗感染药物 (n=10)	抗肿瘤或免疫 调节剂 (n=22)	激素类药物 (n=6)	中药 (n=72)	保健类 (n=10)	其他类别 (n=10)	多药联合 (n=25)	χ^2 值	P 值
年龄 (岁)	55.12 ± 10.34	51.06 ± 8.69	40.34 ± 8.91	53.64 ± 13.64	54.61 ± 10.72	56.34 ± 7.90	54.06 ± 12.34	11.642*	0.006
性别									
男	6 (60.00)	10 (45.45)	2 (33.33)	28 (38.89)	2 (20.00)	6 (60.00)	10 (40.00)	5.260	0.511
女	4 (40.00)	12 (54.55)	4 (66.67)	44 (61.11)	8 (80.00)	4 (40.00)	15 (60.00)		
出现临床体征	6 (60.00)	2 (9.09)	3 (50.00)	65 (90.28)	9 (90.00)	3 (30.00)	17 (68.00)	65.511	0.000
肝功能指标									
ALT (U/L)	225.34 ± 6.59	167.59 ± 5.80	201.64 ± 13.64	472.61 ± 51.36	447.91 ± 26.97	205.64 ± 14.67	324.06 ± 24.69	37.569*	0.000
AST (U/L)	164.52 ± 3.68	112.30 ± 8.69	85.34 ± 2.60	298.67 ± 46.37	277.08 ± 81.67	105.46 ± 34.76	190.64 ± 48.71	37.102*	0.000
ALP (U/L)	152.30 ± 6.01	124.58 ± 3.89	110.34 ± 24.56	154.26 ± 21.75	177.08 ± 25.91	108.67 ± 31.64	142.94 ± 11.67	6.344*	0.426
GGT (U/L)	195.67 ± 20.99	114.67 ± 16.87	130.64 ± 5.84	165.07 ± 7.49	172.34 ± 12.67	135.40 ± 11.36	184.91 ± 15.49	7.694*	0.168
TBIL (μmol/L)	21.35 ± 6.64	12.34 ± 1.64	26.34 ± 11.64	145.67 ± 27.49	188.30 ± 4.08	17.64 ± 0.94	38.11 ± 24.61	87.546*	0.000
DILI 分型								5.361	0.945
肝细胞损伤型	6 (60.00)	12 (54.55)	3 (50.00)	54 (75.00)	7 (70.00)	6 (60.00)	17 (68.00)		
胆汁淤积型	3 (30.00)	7 (31.82)	2 (33.33)	10 (13.89)	2 (20.00)	3 (30.00)	5 (20.00)		
混合型	1 (10.00)	3 (13.64)	1 (16.67)	8 (11.11)	1 (10.00)	1 (10.00)	3 (12.00)		
重度 DILI	3 (30.00)	1 (4.55)	2 (33.33)	46 (63.88)	7 (70.00)	1 (10.00)	10 (40.00)	33.870	0.000
治疗转归								32.601	0.000
治愈	3 (30.00)	6 (27.27)	0 (0.00)	3 (4.17)	1 (10.00)	1 (10.00)	2 (8.00)		
好转	2 (20.00)	9 (40.91)	2 (33.33)	7 (9.72)	2 (20.00)	3 (30.00)	3 (12.00)		
未愈	5 (50.00)	7 (31.82)	4 (66.67)	62 (86.11)	7 (70.00)	6 (60.00)	20 (80.00)		

注: *为F值。

表2 影响急性DILI严重程度的单因素分析

变量	类别	肝损伤程度 <3 级 (n=85)	肝损伤程度 ≥3 级 (n=70)	χ^2 值	P 值
年龄 (岁)		53.21 ± 8.64	52.76 ± 9.05	0.314*	0.752
性别				0.389	0.533
	男性	37 (43.53)	27 (38.57)		
	女性	48 (56.47)	43 (61.43)		
饮酒史		7 (8.24)	11 (15.71)	2.092	0.148
糖尿病		9 (10.59)	5 (7.14)	0.555	0.456
高脂血症		6 (7.06)	17 (24.29)	9.015	0.003
心脏疾病		21 (24.71)	14 (20.00)	0.486	0.486
恶性肿瘤		24 (28.24)	1 (1.43)	20.392	0.000
药物种类				34.166	0.000
	抗感染药物	7 (8.24)	3 (4.29)		
	抗肿瘤或免疫调节剂	21 (24.71)	1 (1.43)		
	激素类药物	3 (3.53)	3 (4.29)		
	中药	26 (30.59)	46 (65.71)		
	保健类药物	3 (3.53)	7 (10.00)		
	其他	9 (10.59)	1 (1.43)		
	多药合用	16 (18.82)	9 (12.86)		

注: *为t值。

2.3 影响急性 DILI 严重程度的多因素分析

将单因素分析有统计意义的因素高脂血症、恶性肿瘤、可疑致病药物种类纳入 Logistic 多因素分析，

结果显示，高脂血症、中药、保健类药物、抗肿瘤或免疫调节药为影响重度 DILI 的危险因素 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 影响急性 DILI 严重程度的多因素分析

变量	β	SE	Wald	P 值	OR	95%CI
高脂血症	1.355	0.401	11.328	0.002	3.890	1.761 ~ 8.567
抗感染药物	-	-	-		1	-
抗肿瘤或免疫调节药	2.721	1.149	57.245	0.000	15.187	7.503 ~ 31.711
激素类药物	0.042	0.826	0.001	0.954	1.043	0.425 ~ 15.361
中药	1.395	0.530	6.904	0.010	4.021	1.423 ~ 11.314
保健类药物	1.610	0.703	5.204	0.023	5.108	1.298 ~ 20.133
其他	-1.301	0.955	2.067	0.152	0.268	0.048 ~ 1.567
多药合用	0.258	0.581	0.190	0.662	1.298	0.408 ~ 4.037
常数项	-1.006	0.497	1.216	0.046	0.364	0.034 ~ 0.634

3 讨论

本研究发现，中药为引起重度 DILI 的主要因素，与既往研究^[5]相一致，并发现保健品导致的重度 DILI 风险高于抗感染药物。这可能与部分厂家为追求功效或牟取利益，对产品的安全性把控不严，及在保健品中添加处方或非处方药物有关^[6]。已有证据^[7]证实，部分降血脂产品中掺杂绿茶提取物，健身产品中掺杂类固醇类物质，减肥产品中掺杂二甲双胍等，均可对肝脏造成损伤，甚至导致肝硬化或肝癌。

本文中 22 例患者是由于服用抗肿瘤或免疫调节药物后诱发 DILI，多因素分析表明，抗肿瘤及免疫调节药物为影响重度 DILI 的危险因素。提示临床医师在治疗恶性肿瘤患者时，既要考虑化疗方案治疗效果，同时应密切监测患者的肝功能，以降低 DILI 的发生风险^[8]。本文结果显示高脂血症为诱发重度 DILI 的危险因素，其原因可能为高血脂状态下，低密度脂蛋白胆固醇可激活烟酰胺腺嘌呤二核苷酸磷酸氧化酶，诱导大量的活性氧产生，诱导免疫介导的肝损伤^[9]。同时活性氧可降低患者的抗氧化能力，氧化应激反应可加重肝脏的损伤^[10]。

综上所述，药物为诱导重度 DILI 的危险因素，并且中药与保健品引起重度 DILI 的风险高于抗感染药物，临床应加强宣传及科普教育，消除公众对中药及保健品无毒副作用的错误认知；同时在临床诊治中应加强监护，做到早发现、早治疗。

4 参考文献

- [1] 邓亚,王春艳,谭文辉,等.慢性药物性肝损伤复发的高危因素分析[J].解放军医学杂志,2021,46(9):928-934.
- [2] 李亚飞,闫华楠,韩少静,等.老年急性药物性肝损伤临床特征及预后影响因素分析[J].肝脏,2020,25(3):319-322.
- [3] 武亭,王艳,刘立伟,等.基础疾病负担对药物性肝损伤严重程度及预后的影响[J].肝脏,2022,27(1):23-27.
- [4] 沈婷婷,李光耀,罗琼,等.类风湿性关节炎患者应用雷公藤制剂及合并用药所致药物性肝损伤的临床特征分析[J].临床肝胆病杂志,2022,38(9):2067-2072.
- [5] 王艳,何畏,黄涛,等.HIV 感染/AIDS 并发结核病住院患者发生药物性肝损伤的影响因素分析[J].结核病与肺部健康杂志,2020,10(2):65-70.
- [6] 唐颖慧,刘皎皎,李粉萍,等.急性药物性肝损伤患者中医证候要素分布特征探讨[J].实用临床医药杂志,2022,26(7):8-12.
- [7] 吴世福,田月洁,许莉莉.5066 例药物性肝损伤严重程度的影响因素分析[J].中国医院药学杂志,2020,40(11):1228-1232.
- [8] 王瑜,仇丽霞,范作鹏,等.不同类型的急性药物性肝损伤患者临床特征比较[J].临床肝胆病杂志,2021,37(3):632-635.
- [9] 洪佳妮,傅瑞春,黄炳川.116 例药物性肝损伤的临床特征及相关因素分析[J].肝脏,2021,26(4):370-374.
- [10] 王雪媛,林爱清.药物性肝损伤临床特点分析及危险因素探讨[J].中国社区医师,2020,36(9):48-49.

[2022-10-11 收稿]

灵龟八法针刺联合推拿对 LDH 患者疼痛及功能恢复的影响

高雪佳

【摘要】 目的 探讨灵龟八法针刺联合推拿对腰椎间盘突出症 (LDH) 患者疼痛及功能恢复的影响。方法 选取 2019 年 10 月 - 2021 年 10 月医院收治的 90 例 LDH 患者, 采用随机数字表法结合组间性别、年龄、病程、体质量指数均衡可比的原则分为观察组与对照组, 每组 45 例。观察组给予灵龟八法针刺联合推拿治疗, 对照组给予推拿治疗。比较两组临床疗效、疼痛评分及腰椎功能。结果 观察组总有效率为 93.33%, 高于对照组的 77.78%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 两组中医症候积分均降低, 且观察组低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组治疗后视觉模拟疼痛评分 (VAS)、Roland-Morris 腰椎功能障碍评分 (RMDQ)、腰椎活动度评分 (ROM 评分) 均明显降低, 组间比较观察组低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 两组白细胞介素-6 (IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α) 水平降低, 观察组较对照组低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 灵龟八法针刺结合推拿治疗 LDH 的效果较好, 可减轻患者症状, 缓解疼痛, 改善腰椎功能, 抑制局部炎症反应。

【关键词】 灵龟八法针刺; 推拿; 腰椎间盘突出症; 疼痛

中图分类号 R246.9 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)01-27-04

腰椎间盘突出症 (LDH) 是常见的慢性退行性疾病, 患者临床主要表现为腰腿部麻木、疼痛、活动受限等^[1]。目前, 临床治疗 LDH 主要包括手术及保守治疗两种形式, 手术治疗为有创操作, 对机体的损伤较大, 且适用范围小, 对于老年患者或轻症患者并不适用^[2]。常规的西医治疗方式有止痛、卧床休养、理疗等, 但上述方法起效较慢, 并且口服药物不良反应较多^[3]。中医学从整体观念出发, 辨证施治, 治疗 LDH 的手段主要有针灸、推拿及药物内服等, 其治疗的原则主要为活血化瘀、行气通络^[4]。本研究拟采用灵龟八法针刺联合推拿用于 LDH 患者, 探究其对患者疼痛及功能恢复的影响, 现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

以 2019 年 10 月 - 2021 年 10 月医院收治的 90 例 LDH 患者为研究对象。纳入标准: ① X 线、MRI 等检查确诊为 LDH; ② 可耐受本治疗; ③ 首次发病。排除标准: ① 患有其他腰椎部疾病; ② 严重心、肝、肾功能异常; ③ 合并骨结核者; ④ 入组前接受过相关治疗者。在组间性别、年龄、病程、体质量指数具有可比性的原则上, 采用随机数字表法分为观察组与对照组, 各 45 例。观察组年龄 26 ~ 70 岁, 平均 45.64 ± 6.86 岁; 男性 24 例, 女性 21 例; 病程 1 ~ 6 年, 平均 4.03 ± 1.05 年; 体质量指数 (BMI)

$22.16 \pm 2.34 \text{ kg/m}^2$ 。对照组年龄 28 ~ 70 岁, 平均 44.97 ± 7.34 岁; 男性 25 例, 女性 20 例; 病程 1 ~ 5 年, 平均 3.93 ± 1.08 年; BMI $22.24 \pm 2.27 \text{ kg/m}^2$ 。两组一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。本研究经医院伦理委员会审批通过。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 给予推拿治疗。采用揉、捏、按、滚等手法, 推拿脊柱两侧的膀胱经及臀部下肢后外侧部位, 以腰部为重点, 5 min/次。双手掌重叠按压, 自脊椎从上至下按压腰骶部, 反复按压 3 次, 由轻至重。力度在患者可接受范围, 每 3 天治疗 1 次。连续治疗 14d。

1.2.2 观察组 给予灵龟八法针刺联合推拿治疗。根据患者的就诊时间, 通过灵龟八法推算开穴, 将日干、日支、时干、时支的代数相加, 逢阳日除 9 (逢阴日除 6), 根据余数选择开穴, 根据对应的八脉交会穴位选择客穴, 具体配对: 足临泣 (主) + 外关 (客)、外关 (主) + 足临泣 (客)、公孙 (主) + 内关 (客)、内关 (主) + 公孙 (客)、列缺 (主) + 照海 (客)、照海 (主) + 列缺 (客), 使用 $0.25 \text{ mm} \times 40 \text{ mm}$ 针灸针, 常规消毒, 快速斜刺, 得气后留针 30min。拔针后 30min 进行推拿治疗, 连续治疗 14d。

1.3 观察指标

(1) 疗效评价: 症状全部改善, 腰部功能恢复正常, 直腿抬高试验同健侧为痊愈; 症状改善, 腰部功能基本恢复, 直腿抬高试验 $50^\circ \sim 70^\circ$ 为显效;

症状好转,腰部功能改善,直腿抬高试验缓解为有效;症状、腰部功能未改善为无效。总有效率 = (痊愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 观察例数。

(2) 中医症候积分:从四肢湿冷、脊柱侧弯、腰部板硬、喜暖恶寒4个方面评价,按照症状严重程度分为无(0分)、轻度(2分)、中度(4分)、重度(6分),分值越高症状加重。

(3) 疼痛程度:采用视觉模拟疼痛评分法(VAS)^[5]评估,0~10分,分值越高疼痛加重。

(4) 腰椎功能障碍情况及腰椎活动度:采用Roland-Morris腰椎功能障碍调查表(RMDQ)^[6]评价腰椎功能障碍情况,总分24分,分值降低代表腰椎功能障碍缓解;采用腰椎活动度(ROM)^[7]评分评价腰椎活动度,0~5分,分值越高则腰椎活动度越低。

(5) 炎症因子水平:采集两组患者空腹静脉血,离心分离后检测白细胞介素-6(interleukin-6, IL-6)、肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor- α , TNF- α)的水平(酶联免疫法)。

1.4 统计分析方法

数据采用SPSS 21.0统计软件分析处理,计量资料采用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示,组间均数比较采用 t 检验;计数资料计算百分率,组间率的比较采用 χ^2 检验。以

$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

观察组总有效率为93.33%,高于对照组的77.78%,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

2.2 两组中医症候积分比较

两组治疗前各项中医症候评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,两组各项中医症候评分均降低,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VAS、RMDQ、ROM评分比较

两组治疗前VAS、RMDQ、ROM评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,两组VAS、RMDQ、ROM评分均降低,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

2.4 两组炎症因子水平比较

两组治疗前IL-6、TNF- α 水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,两组IL-6、TNF- α 水平均降低,且观察组降低幅度大于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表4。

表1 两组临床疗效比较

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	45	10	15	17	3	93.33
对照组	45	7	13	15	10	77.78

$\chi^2=4.406, P=0.036$ 。

表2 两组中医症候积分比较(分)

组别	例数	四肢湿冷		脊柱侧弯		腰部板硬		喜暖恶寒	
		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	45	4.82 ± 0.35	1.04 ± 0.65	5.18 ± 1.02	1.13 ± 0.85	4.65 ± 0.44	1.02 ± 0.65	3.08 ± 0.46	0.96 ± 0.12
对照组	45	4.90 ± 0.24	2.55 ± 0.83	5.13 ± 1.12	2.64 ± 0.87	4.58 ± 0.36	2.94 ± 0.67	3.12 ± 0.47	1.37 ± 0.35
t 值		1.265	9.608	0.221	8.328	0.826	13.797	0.408	7.433
P 值		0.209	0.000	0.825	0.000	0.411	0.000	0.684	0.000

表3 两组VAS、RMDQ、ROM评分比较(分)

组别	例数	VAS评分		RMDQ评分		ROM评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	45	6.54 ± 1.02	1.05 ± 0.21	13.35 ± 1.57	1.95 ± 0.37	3.22 ± 0.54	0.81 ± 0.14
对照组	45	6.61 ± 1.08	1.64 ± 0.30	13.49 ± 1.42	3.24 ± 0.59	3.31 ± 0.52	1.32 ± 0.22
t 值		0.316	10.808	0.444	12.426	0.805	13.119
P 值		0.753	0.000	0.658	0.000	0.423	0.000

表4 两组炎症因子水平比较

组别	例数	IL-6 (ng/L)		TNF- α (ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	45	20.71 \pm 4.45	9.91 \pm 1.75	25.34 \pm 5.61	11.31 \pm 2.75
对照组	45	21.06 \pm 4.87	13.65 \pm 2.87	25.62 \pm 5.27	17.44 \pm 3.24
	<i>t</i> 值	0.356	7.464	0.244	9.676
	<i>P</i> 值	0.723	0.000	0.808	0.000

3 讨论

LDH 是常见的退行性病变,主要表现为腰部活动受限、腰腿疼痛等^[8]。近年来 LDH 的发病人群趋于年轻化,对患者的日常生活及工作造成严重的影响。LDH 的发病机制较为复杂,神经根、硬膜囊受压、髓核刺激神经根水肿等与该病的发生关系密切^[9]。椎间盘出现退行性病变后,周围韧带松弛,降低腰椎的稳定性,对病情进展,可导致椎间隙增大,患者腰部活动受限加重、疼痛感加剧^[10]。因此采取积极的治疗改善患者腰椎功能,减轻疼痛至关重要。

中医学将 LDH 归为“痹症”“腰痛”范畴,认为其病机在于积劳过度或损伤引起的血运不畅,造成血瘀痹阻、经脉不通导致发病^[11]。因此其治疗应以温经通络、除痹化瘀为主。灵龟八法针刺为根据九宫八卦,结合八脉交会穴,通过日、时推算选穴的针刺疗法。奇经八脉将十二经比作沟渠,奇经比作湖泊,机体经脉气血充足时,经气积聚在沟渠,漫溢至湖泊,八脉交会为奇经八脉与十二经脉交会的腧穴,分别为内关、外关、列缺、公孙、足临泣、后溪、申脉、照海^[12]。足临泣归胆经,具有疏肝利胆、调经止痛之效;外关归三焦经、具有清热散风之功,足临泣与外关相交于肩颈、耳后。内关归心包经、宽胸安神,公孙归脾经,健脾利湿,两穴交会与心、胸、胃。列缺归肺经,宣肺解表;照海归肾经,可利咽止痛、补肾安神。申脉属膀胱经,安神止痛,后溪归小肠经,疏风止痛、通利腰项。灵龟八法针刺根据日、时选穴,依据不同时间人体气血循环存在周期性的开阖规律,选取治疗时气血流转最旺盛的穴位针刺,可促进气血运行,发挥活血、化瘀、通络的作用。推拿可缓解腰椎与周围组织的关系,并在外力的作用下暂时性扩大相邻椎间隙范围,促进椎间盘的回纳,改善腰椎功能^[13]。本研究结果显示,灵龟八法针刺结合推拿治疗患者临床疗效较好,并且中医症状改善明显,提示联合治疗可促进患者腰椎功能的恢复及症状的改善。观察组 VAS、RMDQ、ROM 评分降低明显,表明灵龟八法针刺结合推拿可有效缓解患者的疼痛症状,增强腰椎的活动度,针刺治疗可有效改善机体的局部微循环状态,

穴位刺激后可加快新陈代谢的速率,消除神经根水肿,发挥缓解疼痛的目的,结合推拿松解神经及肌肉组织,加强局部血液供应及椎体功能的恢复。炎症反应可引起腰椎局部的水肿,加重机体的疼痛感,本研究结果显示观察组 IL-6、TNF- α 水平降低明显,提示灵龟八法针刺联合推拿可减轻局部的炎症反应。

综上所述,灵龟八法针刺结合推拿治疗 LDH 的效果较好,可减轻患者症状,缓解疼痛,改善腰椎功能,抑制局部炎症反应。

4 参考文献

- [1] 李鹏业. 腰椎牵引温针灸联合推拿治疗 LDH 的效果及对患者疼痛与下肢功能障碍的影响分析 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2019,6(75):51-51.
- [2] 刘庆华. 腰椎牵引温针灸联合推拿对腰椎间盘突出症患者疼痛及下肢功能障碍的影响 [J]. 长春中医药大学学报, 2017,33(5):778-781.
- [3] 彭坤明, 覃学斌, 马荣鹏. 针灸联合推拿治疗对腰椎间盘突出症患者疼痛及功能恢复的影响 [J]. 中医临床研究, 2020,12(7):34-36.
- [4] 朱满华, 林星镇, 陈勇. 整脊推拿手法联合腰三针对腰椎间盘突出症患者疼痛情况及生活质量的影响 [J]. 中国医学创新, 2019,16(33):71-75.
- [5] 蒋协远, 王大伟. 骨科临床疗效评价标准 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005:123.
- [6] Roland M, Morris R.A study of the natural history of back pain: part I: Development of a reliable and sensitive measure of disability in low - back pain [J]. Spine, 1983,8(2):141-144.
- [7] 周士栎, 范振华. 实用康复医学 [M]. 南京: 东南大学出版社, 1998:867.
- [8] 梅胜利. 针灸联合推拿正骨对腰椎间盘突出症患者疗效及 JOA, SF-36 评分的影响 [J]. 新疆中医药, 2019,37(5):17-19.
- [9] 黄秀杰. 针灸联合推拿治疗对血瘀型腰椎间盘突出症患者疼痛和下肢功能的影响 [J]. 云南中医中药杂志, 2020,41(8):52-53.
- [10] 苏甦, 黄霞, 郭一琼. 针灸联合推拿治疗对神经根型颈椎病患者疼痛及颈椎功能恢复的影响 [J]. 中医临床研究, 2019,11(1):24-26.
- [11] 郑一非. 针刺联合中药熏洗对腰椎间盘突出症患者术后疼痛及功能恢复的影响探讨 [J]. 中国现代药物应

针刺联合六字诀养生操治疗慢性非特异性腰痛的临床效果观察

李慧敏 刘婵媛 崔华恩 陈庆妙 黎建青

【摘要】目的 探究慢性非特异性腰痛患者实施针刺联合六字诀养生操治疗的临床效果。方法 选取2019年8月-2021年6月医院收治的60例慢性非特异性腰痛患者,采用随机数字表法,结合组间均衡可比的原则分为对照组和观察组,各30例。对照组采用针刺治疗,观察组采用针刺联合六字诀养生操治疗。对比两组患者治疗前后的视觉模拟疼痛评分(VAS评分)、Oswestry功能障碍指数问卷表(ODI评分)、复发率、临床疗效以及生活质量评分。结果 两组治疗前,VAS评分、ODI评分比较差异均无统计学意义($P>0.05$);治疗后,观察组VAS评分及ODI评分均低于对照组,组间差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,观察组复发率(3.33%)低于对照组(20.00%);观察组治疗总有效率(93.33%)高于对照组(80.00%);观察组生活质量评分高于对照组;组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 慢性非特异性腰痛患者在针刺治疗的同时联合六字诀养生操进行训练,能够有效改善患者的腰部功能,缓解患者的腰部疼痛,有效提升患者的生活质量。

【关键词】 针刺; 六字诀养生操; 慢性非特异性腰痛; 临床观察

中图分类号 R246.9 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)01-30-03

腰部疼痛是日常生活极为常见的一种疾病,无明显病因、无明显病理改变且病程时间超过12周的腰痛为慢性非特异性腰痛(CNLBP),其症状多表现为腰背部、臀骶部以及髂翼部出现疼痛以及功能、活动范围受限^[1]。研究发现,病变的部位多分布在关节囊、肌肉、滑膜囊、韧带、肌腱等,在中医学中属于“经筋病”范畴^[2]。目前,临床中对于CNLBP的治疗,西医多采用非甾体类抗炎镇痛药物对症治疗,若长时间使用易并发胃肠道不良反应。中医治疗CNLBP方法丰富多样,有推拿、针刺、艾灸、导引术等。针刺治疗是在患者患病部位进行针刺,纠正体内的经气流动以及能量的不均衡,使得体内的气流动恢复正常,具有疏通经络、调和阴阳,扶正祛邪作用^[3]。六字诀养生属于导引术范畴,利用肢体的协调运动,积极地将吐纳与导引相融合,可显著提高腰椎的稳定功能,通过发音引导气机开合,通过收气揉按腹腰部,炼气养气,培元固本,达到形气神相互协调统一。针刺与六字诀养生联合治疗具有相互促进作用,可提高临床效果^[4-5]。因此,本研究对CNLBP临床患者实施针刺联合六字诀养生治疗,观察其临床效果,现报告如下。

课题项目:广西壮族自治区中医药管理局自筹经费科研课题(编号:GZZC2019273)

作者单位:543000 广西壮族自治区梧州市,广西医科大学第七附属医院(广西梧州市工人医院)

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取广西梧州市工人医院骨伤科2019年8月-2021年6月收治的60例CNLBP患者。纳入标准:①均符合NLBP的诊断标准;②年龄在20~65岁,病程>12周,且近1月内未使用止痛药物干预;③患者熟知本研究内容,并签署知情告知书,可全程配合研究。排除标准:①不符合NLBP的诊断标准,或合并有脊柱类相关疾病(脊柱骨折、脱位、结核等);②合并有严重肝、脑、肾、心功能障碍等疾病,对本研究可造成一定影响;③患者依从性差,或对针刺、六字诀养生抗拒者等。按照随机数字表法,结合两组患者性别、年龄、病程、平均体质量及近1个月腰痛时间具有可比性的原则,分为对照组和观察组,各30例。两组患者性别、年龄、病程、身体质量指数(BMI)及近1个月腰痛时间对比,差异无统计学意义($P>0.05$),见表1。本研究经医院伦理委员会审批同意进行。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 给予针刺治疗。选取患者的委中、夹脊、腰阳关、悬钟及阿是穴,常规针刺,得气后留针30min,1次/d,5次为1个疗程,1个疗程完成后间

用,2021,15(16):192-194.

[12] 朱明,黄威.灵龟八法针刺联合推拿治疗急性腰扭伤疗效及对炎症细胞因子水平的影响[J].山东中医药大学学报,2020,44(6):658-662.

[13] 陈尚美,魏锦锦,黄升云,等.基于"5W2H"的自我管理联合脊柱推拿对腰椎间盘突出症患者腰部功能及疼痛程度的影响[J].颈腰痛杂志,2021,42(6):887-889.

[2022-04-26 收稿]

表1 两组患者一般资料对比

组别	例数	男/女	病程(周)	年龄(岁)	BMI	腰痛时间(d)
观察组	30	16/14	29.16 ± 2.17	42.16 ± 3.14	24.16 ± 4.15	20.01 ± 6.48
对照组	30	13/17	29.21 ± 2.19	42.20 ± 3.18	24.25 ± 4.16	20.03 ± 6.42
<i>t</i> 值		0.601*	0.088	0.049	0.083	0.012
<i>P</i> 值		0.438	0.929	0.961	0.933	0.990

注: *为 χ^2 值

隔3d再进入下一疗程,连续治疗3个疗程。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上联合六字诀养生操(嘘、呵、嘻、呼、咽、吹)进行治疗。在治疗开始前组织院内专业的护理人员以及相关医师进行六字诀养生操的示范,然后对患者进行视频教学或实施现场指导,每天练习1次,每次需持续练习30min。该训练办法需要在针刺治疗后同步进行,5次为1个疗程,1个疗程完成后间隔3d再进入下一疗程,连续治疗3个疗程。

1.3 观察指标

(1) 腰部疼痛程度:由专业护理人员采用视觉模拟疼痛评分(VAS评分)进行评价,分数为0~10分,由患者依照自身程度进行评分,分数越高表示疼痛感越强烈。

(2) 腰部功能障碍:采用 Oswestry 功能障碍指数问卷表(ODI),分别于治疗后1周和4周进行评分,共分为10个项目,其中包含患者的性生活、步行能力、生活自理、站立姿势、干扰睡眠、疼痛的程度、坐位、旅游、社会生活等。每项目评分是0~5分(0、1、2、3、4、5分),满分为50分,分数越高说明患者功能障碍越严重。

(3) 临床疗效:显效即患者临床症状得到明显缓解,疼痛完全消失;有效即临床症状以及腰部疼痛得到缓解;无效即患者疼痛以及相关症状没有得到缓解,甚至疼痛加重。总有效率=(显效例数+有效例数)/观察例数。

(4) 生活质量:采用SF-36量表,评价患者治疗后的躯体质量、角色功能、社会功能以及情感功能4个方面的情况。

(5) 复发率:治疗后3个月内的复发率。

1.4 统计学方法

采用SPSS 22.0统计学软件分析数据,计量资料采用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示,组间均数比较采用*t*检验;计数资料计算百分率,组间率的比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者VAS评分对比

治疗前,两组患者VAS评分比较差异无统计学

意义($P > 0.05$);治疗后,两组VAS评分均降低,但观察组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组患者治疗前后腰部VAS评分对比(分)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	30	5.76 ± 0.72	1.85 ± 0.71
对照组	30	5.81 ± 0.81	2.51 ± 0.68
<i>t</i> 值		0.252	3.677
<i>P</i> 值		0.801	0.000

2.2 两组患者ODI评分对比

治疗前,两组患者ODI评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗1周和4周后,两组ODI评分均较前降低,且观察组降低程度高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

表3 对比两组患者治疗前后ODI评分(分)

组别	例数	治疗前	治疗1周后	治疗4周后
观察组	30	34.97 ± 13.05	27.64 ± 5.61	11.62 ± 2.51
对照组	30	34.98 ± 13.02	31.61 ± 5.82	18.94 ± 2.94
<i>t</i> 值		0.003	2.690	10.371
<i>P</i> 值		0.970	0.009	0.000

2.3 两组患者临床疗效对比

观察组总有效率(93.33%)高于对照组(80.00%),差异有统计学意义($P < 0.05$),见表4。

表4 两组患者临床疗效的对比

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	30	12	16	2	93.33
对照组	30	10	14	6	80.00

$\chi^2 = 5.628, P = 0.023$ 。

2.4 两组患者生活质量对比

治疗后,观察组SF-36评分在4个方面均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表5。

表5 两组患者生活质量评分对比(分)

组别	例数	角色功能	社会功能	情感功能	躯体质量
观察组	30	73.68 ± 4.10	75.82 ± 3.51	80.56 ± 4.39	81.64 ± 3.42
对照组	30	68.25 ± 3.43	70.60 ± 3.54	74.42 ± 3.31	74.68 ± 3.82
<i>t</i> 值		5.563	5.735	6.116	7.435
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

2.5 两组患者的复发率对比

观察组出现1例复发,复发率为3.33%(1/30),对照组有6例复发,复发率为20.00%(6/30),观察组复发率低于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=4.043, P=0.024$)。

3 讨论

CNLBP是骨伤科及疼痛科较为常见的疾病之一,该疾病具有疼痛持续时间较长,容易反复发作的特点,并且该病的发病趋势逐渐呈现年轻化,因其病因还未明确且无特征性病理改变,临床治疗尚无统一标准。西医治疗CNLBP主要通过抗炎镇痛药物进行止痛的对症治疗,虽然可短期内缓解疼痛,但长期使用并发症较多,远期疗效欠佳,而中医治疗种类繁多,有推拿、按摩、膏药外敷、针灸、导引术等,虽然中医疗法特色鲜明,具有西医无法比拟的优势,但单一使用效果也不尽人意,所以目前多主张联合应用以提升治疗效果。

CNLBP归属中医的“腰痛”“经筋病”范畴,致病因素复杂,与六淫侵袭腰部、气血虚损腰部失荣,腰部劳伤致气滞血瘀、脉络不通,肾精不足等相关。中医治疗CNLBP关键在于扶正固本,补虚泻实^[6]。针刺治疗以痛为腧,在疼痛部位施以针刺,直达病所,经针调气、引气,并行扫散摇摆动作,以点到面,达到舒筋活血、畅通气血、通络化瘀、止痛行气的作用,使体内瘀得以通、枯得以养,从而起到快速减轻腰背部疼痛效果^[7]。六字诀以中医基础理论为指导,依据春、夏、秋、冬四季之节序,同时配合角、宫、徵、商、羽五音的发音形式及络属的五脏功能属性,利用呼吸吐纳、意念及肢体导引来吸入天地之清气,吐出脏腑之浊气,引地阴之气上升,吸天阳之气下降,通过后天之营卫,推动真元,使得全身气血运行通畅,五脏六腑得以濡养,充分诱发和调动脏腑的潜在能力来抵御疾病的入侵,防止随着人的年龄的增长而出现的过早衰老。《庄子·刻意》有云:“吹响呼吸,吐故纳新,熊径鸟伸,为寿而已矣”六字诀养生为一种吐纳法,将吐纳与导引相结合,通过咽、呵、呼、嘘、吹、嘻六个字的不同发音口型,唇齿喉舌的用力不同,以牵动不同脏腑经络气血的运行,“肝若嘘时目睛精,肺知晒气手双擎,心呵顶上连叉手,肾吹抱取膝头平,脾病呼时须撮口,三焦客热卧嘻宁”,具有提高躯干稳定肌控制功能,改善腰椎稳定性,以音引气,引导

气机开合,达到形气神统一^[8-9]。本研究CNLBP患者在针刺联合六字诀养生操的治疗下取得满意效果,两组患者的腰部VAS疼痛评分及ODI评分均得到有效降低,且观察组优于对照组;观察组疾病复发率低于对照组、且治疗总有效率以及生活质量评分高于对照组。可见中医针刺治疗与中医六字诀养生导引术相结合治疗CNLBP效果更加显著,可有效促进患者腰部功能的恢复,改善患者生活质量,降低患者家庭负担,增强患者机体抵御疾病的能力以及自我修复能力,实现身体锻炼与身心调养相统一,为一种主观能动性、绿色、健康、和谐的养生疗法。

综上所述,针刺联合六字诀养生操治疗CNLBP可有效改善患者的腰部功能,减轻腰部疼痛,提升生活质量。本研究的不足在于样本量较少,因此还需要在日后的研究中增加样本量,为临床治疗提供更多依据。

4 参考文献

- [1] 石方园,董宝强,林星星,等.基于经筋理论腰腹联合针刺治疗非特异性腰痛临床观察[J].实用中医内科杂志,2021,35(2):93-96.
- [2] 周静,范锲,何舟.火针点刺根结穴结合针刺治疗慢性非特异性下腰痛临床疗效观察[J].广西医科大学学报,2020,37(7):1326-1330.
- [3] 王垒钊,董宝强,林星星,等.针刺结筋病灶点与经穴治疗非特异性腰痛随机临床对照研究[J].实用中医内科杂志,2020,34(3):13-15.
- [4] 孙林峰,王晓东,黄常乐.养生功六字诀调治腰痛病理浅析[J].贵阳中医学院学报,2015,3(37):69-71.
- [5] 宋晓磊,吴明莉.穴位针刺疗法联合腰背肌锻炼在慢性非特异性下腰痛患者中的应用[J].河南医学研究,2022,31(5):892-895.
- [6] 衣娜,杨萌,胡幼平.中医外治法治疗慢性非特异性下腰痛临床研究进展[J].实用中医药杂志,2017,33(7):864-866.
- [7] 褚继伟,董宝强,林星星,等.经筋针刺联合常规针刺治疗慢性非特异性腰痛临床观察[J].实用中医内科杂志,2020,34(7):40-43.
- [8] 马孟昌.六字诀养生治病机理浅析[J].气功杂志,1997,18(7):308-309.
- [9] 叶海程,樊孝俊,苏春涛,等."六字诀"呼吸功能训练干预非特异性腰痛的临床疗效研究[J].中国卫生标准管理,2021,12(11):106-109.

[2022-09-07 收稿]

防脱发中药复方提取物生物活性分析

乐纯琰 高天问 杨国蓉 贾鑫茹 丁滨 黄杰*

【摘要】 目的 探究一个中药复方提取物（至墨植萃粉，ZMD）防脱发，促进毛发生长的生物学机理。方法 采用 UPLC-MS/MS 表征复方中的主要成分，采用网络药理学方法预测 ZMD 的生物活性；分别用 CCK-8 试剂盒和 BODIPY 染色测定细胞增殖活性，并观察脂滴形态；通过荧光定量 PCR 检测基因转录表达。结果 质谱表征得到了 60 多个化合物，网络药理学预测这些化合物可能通过 Wnt/ β -catenin 信号通路影响毛囊周期；ZMD 的乙酸乙酯部位（Peap）能够促进 HaCaT 细胞的增殖、缓解细胞氧化应激反应、防止脂质蓄积，能上调 Wnt10b、Wnt10a、 β -catenin 和 AKT 的转录。结论 洗发水中中药复方提取物中的乙酸乙酯部位是可以通过 AKT 途径促进细胞增殖活性，并可以通过 p-AKT 和 Wnt10 激活 β -catenin 的表达，进而延长毛囊生长期，达到防脱发的目的。

【关键词】 UPLC-MS/MS；网络药理学；生物活性；Wnt/ β -catenin 信号通路；AKT

中图分类号 R285 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)01-33-04

最新调查数据显示，中国目前有 2.5 亿脱发人群，平均每 6 个中国人中就有 1 个饱受脱发困扰，且 26 ~ 30 岁是脱发的“高发”年龄段^[1]，占比高达 84%，较上一代人的脱发年龄提前了 20 年。脱发的低龄化趋势推动了相关临床防治和病理基础的研究。脱发分为生理性和病理性两类，生理性脱发是毛囊进入休止期后正常的脱落现象，每天有 100 ~ 150 根毛发脱落则属于毛囊生理周期的自然结果^[2]；病理性脱发则是临床上的一种皮肤疾病。临床上常见的脱发类型有雄激素性脱发^[3]、斑秃^[4]、瘢痕性脱发^[5]、药物性脱发^[6]、头癣^[7]、营养不良脱发^[8]等。由于病症的严重程度及治疗成本的差异，多数轻症患者会选择防脱发洗发水进行治疗。2019 年 7 月，《消费者报道》从京东、天猫两个电商平台收集了 8 款防脱洗发水的 3.2 万条消费者评论数据，从消费者评论数据来看，目前市场上洗发水在防脱效果上表现一般^[9]。近年来，随着防脱洗发水需求的快速增长和一二线城市洗发水市场规模的迅速扩大，以中药成分为主打的防脱发洗发水已占据了洗护市场 28% 的份额^[10]。

国医大师禚国维教授以中医药治疗雄激素性脱发颇具特色，强调肝肾不足为其发病之根本^[11]，用加味二至丸补肝肾治其本，凉血清热治其标^[12]，疗效显著。本项目中的洗发水中中药复方就是在古方“二至丸”的基础上添加首乌、桑葚、红花等十几味中药材而制成。通过前期的试用反馈，有 26.3% 的受试者认为该洗发水能够缓解脱发。中药复方提取物化合物成分复杂，作用靶点多，为科学地阐述该中药复方防

脱发的生物学机制，本研究对该洗发水中中药复方提取物的化合物组分、生物活性部位进行初步探究。

1 材料与方法

1.1 材料和试剂

HaCaT 细胞购自国家实验细胞资源共享平台；中药复方提取物（至墨植萃粉，ZMD）由杭州至墨生物科技有限公司提供；其他生化及化学试剂、培养基、特异性抗体等分别购自北京标谱检测科技有限公司、德国 Merck 公司、杭州高晟生物科技有限公司、赛默飞世尔科技公司和武汉博欧特生物科技有限公司；引物由上海生工生物工程股份有限公司合成。

1.2 仪器与设备

本研究用到以下设备：细胞培养箱（宁波海曙赛福实验仪器厂）；全波长分光光度计（英国柏栎有限公司）；旋转蒸发器（上海申生科技有限公司）；Waters ACQUITY I-Class Plus UPLC 超高效液相色谱系统（美国沃特斯公司）；SCIEX X-500R 四极杆飞行时间质谱（美国 AB SCIEX 公司）；实时荧光定量 PCR 仪（赛默飞世尔科技公司）。

1.3 实验方法

1.3.1 中药复方制备及化学成分分析

采用 200ml 45% 乙醇溶解 25g ZMD，依次加入等体积的石油醚、乙酸乙酯（去除乙醇后）、水饱和正丁醇溶液进行分级萃取，将分离得到的各萃取部位用旋转蒸发器旋干备用。配制浓度为 1mg/ml 的中药复方供试品溶液。设置色谱条件：流动相 0.1% 甲酸乙腈(A)-0.1% 甲酸水(B)；梯度洗脱程序：0 ~ 2.7min, 99% B；2.7 ~ 8 min, 99% ~ 68% B；8 ~ 28min, 68% ~ 45% B；流速：0.3 ml/min；进样盘温度：8℃；

基金项目：国家自然科学基金青年项目（编号：31600003）
作者单位：310053 浙江省杭州市，浙江中医药大学生命科学院（乐纯琰、高天问、杨国蓉、贾鑫茹、丁滨、黄杰）；
强生（上海）医疗器材有限公司（黄杰）

* 通讯作者

柱温: 40℃; 进样量: 3μL。设置质谱条件: 飞行质谱 ESI 正负离子扫描模式, 进样分析。根据化合物的一级精确质量数、同位素分布比和 MS/MS 搜索 SCIEX OS 配置的中药二级数据库 TCM MS/MS Library (包含 1000 多种中药化合物二级数据), 完成对目标物的筛查。

1.3.2 细胞模型的建立和指标检测

将细胞按 1×10^4 个/孔接种到 96 孔板中, 加入含有 10% 小牛血清的 MEM 培养基培养过夜, 分别用 $800 \mu\text{M H}_2\text{O}_2$ 、 $400 \mu\text{M}$ 油酸 (OA) 处理细胞构建抗氧化和脂质蓄积模型, 用梯度浓度制备的复方各个部位处理不同模型, 用 CCK-8 试剂盒检测细胞活性、BODIPY 染料进行细胞染色。

1.3.3 网络药理学分析

利用 TCMSp 数据库 (<https://tcmsp.com/tcmsp.php>) 筛选中药的有效成分及相应靶基因, 构建靶基因数据库; 借助 Gene Cards 数据库 (<https://www.genecards.org/>) 寻找疾病基因; 借助 Venny 2.1.0 平台 (<https://bioinfogp.cnb.csic.es/tools/venny/>) 获得中药复方活性成分与疾病的交集基因及韦恩图; 利用 Cytoscape 3.8.2 软件构建成化合物-关键靶点-疾病网络图并进行分析。

1.3.4 实时荧光定量 PCR (RT-PCR) 检测相关基因表达

收集细胞, PBS 洗 3 次后用 Trizol 法提取细胞总 RNA, 测定 RNA 浓度并逆转录为 cDNA。在八联管中依次加入 cDNA, 双蒸水, 特异性引物和 2X SYBR Green Mix, 离心后放入荧光定量 PCR 仪, 反应条件: 预变性: 94°C , 5min; 变性: 94°C , 30s, 60°C , 30s, 72°C , 30s, 44 个循环; 延伸: 72°C , 5min。

1.3.5 统计学分析

采用 GraphPad Prism 5.0 软件对所得数据进行分析处理。数据以均数 \pm 标准差表示, 数据间采用单因素方差分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 复方活性部位的细胞模型评价

分别用浓度为 $10 \sim 100 \mu\text{g/ml}$ 的石油醚、乙酸乙酯、水饱和正丁醇和水溶部位处理细胞发现乙酸乙酯部位 (Peap) 和正丁醇部位 (Pwnp) 有促进细胞增殖的活性 (见图 1 A、B, 阴性结果未展示)。在氧化应激模型中, 浓度为 40 、 60 、 $80 \mu\text{g/ml}$ 的 Peap 有显著的缓解细胞氧化应激反应的活性 ($P < 0.01$) (见图 1 C), 而 Pwnp 未出现保护效果 (见图 1 D)。在脂质蓄积实验中, 与 Ctrl 组比较 OA 处理后造成的脂质

蓄积明显, Peap 处理不会造成脂质蓄积, 而且能够显著清除 OA 模型细胞中脂质蓄积 (见图 2)。

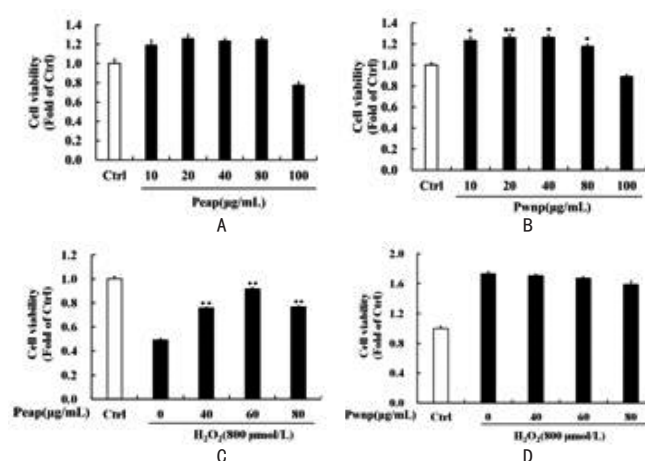


图 1 Peap 和 Pwnp 处理后 HaCaT 细胞活力

A: 不同浓度 Peap 处理后 HaCaT 细胞增殖活性; B: 不同浓度 Pwnp 处理后 HaCaT 细胞增殖活性; C: CCK-8 检测 Peap 对 H_2O_2 处理的 HaCaT 细胞活力; D: LDH 检测 Pwnp 对 H_2O_2 处理的 HaCaT 细胞活力
注: 与 Ctrl 组比较, *表示 $P < 0.05$, **表示 $P < 0.01$

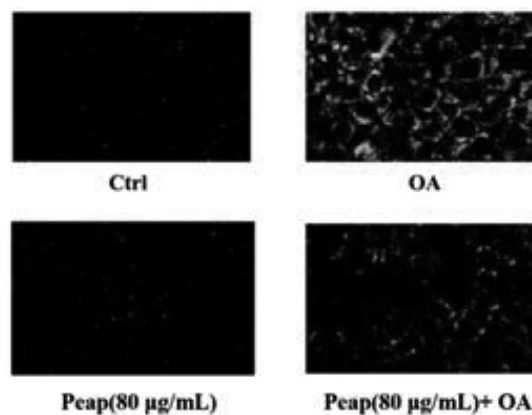


图 2 Peap 处理 HaCaT 细胞后脂滴形态观察

注: Ctrl 为对照组; OA 为油酸处理的模型组; Peap 为 Peap 预 2h 处理组; Peap+OA 为 Peap 预处理 2 h 后加油酸处理组

2.2 网络药理学预测

通过 UPLC-MS 对中药复方 Peap 部位进行初步表征分析后, 得到正离子模式下中药复方归属的化学成分 31 个, 负离子模式下中药复方归属的化学成分 38 个。对表征的化合物进行网络药理分析共获得 207 个中药复方潜在靶点, 与 652 个脱发相关的疾病靶点对比, 获得 34 个中药复方-疾病交集基因 (见图 3)。将此 34 个共同靶点和中药复方潜在靶点输入 Cytoscape 3.8.2 软件中绘制出“化合物-关键靶点-疾病”相互作用网络图, 图中红色代表疾病, 蓝色代表化合物, 黄色代表 34 个共同靶点 (见图 4)。将得到的 34 个交集基因借助 STRING 数据库分别进行 GO 和 KEGG 分析, 分别得到 GO 条目 752 个 ($P < 0.05$) 和 75 条信号通路, 其中 Wnt/ β -catenin 信号通路高度聚焦。

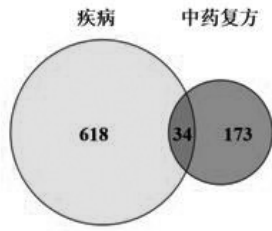


图3 中药复方、疾病基因及其交集基因

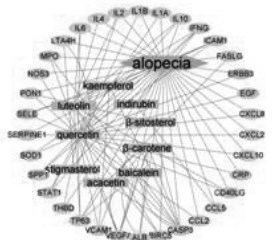


图4 化合物-关键靶点-疾病网络

2.3 RT-PCR 检测毛囊发育和细胞增殖相关基因的转录表达

与 Ctrl 组相比, Peap (40、60 μg/ml) 处理极显著上调了细胞中 Wnt10b、Wnt10a、β-catenin、AKT 的转录表达,且低浓度效果较高浓度更明显(见图5)。

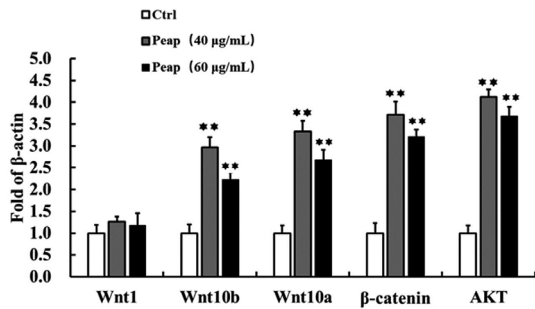


图5 Peap 处理细胞后不同基因相对表达量

注:与 Ctrl 组比较, **表示 P<0.01

3 讨论

本研究中涉及的中药复方提取物是一款防脱发洗发水中添加的主要活性成分,该复方由古方“二至丸”加味制成,目前尚未有对其防脱发的生物学机制的研究。经过液质联用表征和网络药理学分析,我们推测弱极性部位可能是该复方提取物的主要活性部位,而作用靶点集中在诱导细胞分化的 Wnt/β-catenin 通路。我们用不同极性的溶剂将其进行逐级萃取分离,得到了石油醚、乙酸乙酯(Peap)、水饱和和正丁醇(Pwnp)和水相四个部位,细胞活性实验结果发现 Peap 和 Pwnp 两个部位有促进细胞增殖的活性,而在氧化应激实验中仅 Peap (40 ~ 80 μg/ml) 表现出显著的抗氧化活性,因此在脂质蓄积实验中我们仅对该部位的活性进行了研究,发现 80 μg/ml 的 Peap 能够显著清除细胞中的脂质蓄积。通过上述研究我们推测 Peap 的活性浓度在 40 ~ 80 μg/ml 范围内。在接下来的研究中我们用 RT-PCR 方法证明了该浓度范围

Peap 能调控 Wnt/β-catenin 通路。

大量研究证明,驱动毛囊干细胞从静止期进入生长期可以有效防止脱发,而 Wnt/β-catenin 途径参与了该过程^[13],其中 p-AKT 促进 β-catenin 的表达,从而使 Wnt10a、Wnt10b 的表达激增,进而延长毛囊生长期^[14],而我们通过网络药理学的分析也预测到 Wnt/β-catenin 可能是 Peap 的作用靶点之一,研究发现用 Peap 处理细胞促进了 Wnt10a、Wnt10b 和 β-catenin 表达,说明 Peap 可能同时通过 Wnt10 和 AKT 两个信号通路叠加促进了 β-catenin 的表达。我们推测这与 Peap 中复杂的化学成分有关。因为 AKT 是通过传递磷酸化信号发挥调控功能的,因此这并不影响细胞增殖活性^[15]。

中医认为毛发的不正常脱落是体内脏腑经络气血的活动失调所致^[16-17]。肾主骨,生髓充脑,其华在发,发的生长,赖血以养,故称“发为血之余”^[17]。当代年轻人生活节奏快,工作压力大,脱发病因多以肝肾阴虚为根本,加之不规律的饮食及生活习惯导致^[17]。二至丸出自《扶寿精方》,由等质量的女贞子和旱莲草组合而成,女贞子采于冬至,而旱莲草采于夏至,故名为二至丸^[18],具有补肝肾之阴的作用,在临床上被广泛用于肝肾阴虚所致的口苦咽干、失眠健忘、多梦易醒、头昏头痛、腰膝酸软、月经不调、须发早白等症^[19]。有文献报道,近年来二至丸(或加味二至丸)为临床上治疗脱发使用频率较高的方剂^[20],且收效良好。但目前尚未有相关作用机制的研究,而我们的研究仅仅是对加味二至丸防治脱发的生物学机制的初步探索。

4 参考文献

- [1] 薛珊,陈敏琪,刘忠云,等.大学生脱发情况的调查和相关因素分析——以广州大学城为例[J].智慧健康,2020,6(22):34-37.
- [2] 巫珊,张海州.脂溢性脱发的发生机制及治疗研究进展[J].日用化学品科学,2012,35(2):29-33.
- [3] Lolli F, Pallotti F, Rossi A, et al. Androgenetic alopecia: a review[J]. Endocrine, 2017, 57(1):9-17.
- [4] Pratt CH, King LE, Messenger AG, et al. Alopecia areata[J]. Nature Reviews Disease Primers, 2017, 3(1):1-17.
- [5] Ohyama M. Primary cicatricial alopecia: Recent advances in understanding and management[J]. The Journal of Dermatology, 2012, 39(1):18-26.
- [6] Flanagan K, Sperling L, Lin J. Drug-induced alopecia after dupilumab therapy[J]. Jaad Case Reports, 2019, 5(1):54-56.
- [7] Gupta AK, Mays RR, Versteeg SG, et al. Tinea capitis in children: A systematic review of management[J]. Journal of the European Academy of Dermatology & Venereology, 2019, 33(1):1-10.

加味小半夏汤穴位贴敷联合二联止吐药对顺铂所致 CINV 的疗效观察

苏丹 郑圣齐

【摘要】 目的 探讨加味小半夏汤穴位贴敷联合常规二联止吐方案（阿扎司琼+地塞米松）预防和减轻顺铂所致化疗相关性恶心呕吐（chemotherapy induced nausea and vomiting, CINV）的临床疗效。方法 将2020年1月-2022年1月在中国人民解放军海军安庆医院进行含顺铂双药方案化疗的60例非小细胞肺癌（NSCLC）患者，按照组间性别、年龄、BMI指数、肿瘤类型、KPS评分均衡可比的原则，采用随机数字表法分为观察组和对照组，每组30例。观察组给予加味小半夏汤穴位贴敷联合阿扎司琼+地塞米松静滴的二联止吐方案治疗，对照组仅给予阿扎司琼+地塞米松静滴二联止吐治疗。比较两组患者顺铂用药后第1、3、5天的呕吐程度、化疗致恶心呕吐及干呕评价量表（R-INVR）评分及临床疗效，并记录皮肤不良反应情况。结果 两组患者用药后呕吐均呈减轻趋势，用药第1天两组总有效率比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；而第3、5天观察组总有效率均高于对照组，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ）。观察组顺铂用药后第1、3、5天的R-INVR评分均低于对照组，且第3、5天组间比较，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。观察组皮肤不良反应轻微，未见严重过敏反应。结论 加味小半夏汤穴位贴敷联合二联止吐方案可有效减轻顺铂所致胃肠道反应，且皮肤毒性低。

【关键词】 加味小半夏汤；穴位贴敷；化疗相关性恶心呕吐；化疗；肺癌

中图分类号 R271.9 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)01-36-04

Clinical observation of acupoint application of Jiawei Weixiaobanxia Tang combined with Two antiemetic drugs on CINV caused by cisplatin Su Dan, Zheng Shengqi. People's Liberation Army Navy Anqing Hospital, Anqing 246000, China

【Abstract】 Objective To study the effect of Jiawei Xiaobanxia Tang acupoint application combined with conventional two combined antiemetic regimen (azasetron+dexamethasone) on preventing and reducing chemotherapy induced nausea and vomiting induced by cisplatin. **Methods** A total of 60 patients with non-small cell lung cancer (NSCLC) who received cisplatin-containing dual-drug chemotherapy in Anqing Hospital of PLA Navy from January 2020 to

作者单位：246000 安徽省安庆市，中国人民解放军海军安庆医院中西医结合肿瘤科

- gy, 2018, 32(12):2264-2274.
- [8] Lie C, Liew C F, Oon H H. Alopecia and the metabolic syndrome[J]. Clinics in Dermatology, 2017, 36(1):54-61.
- [9] 卢婉珊. 丰添防脱效果评价更高——8款防脱洗发水电商口碑对比报告[J]. 消费者报道, 2019(6):55-56.
- [10] 小迅, 解波, 李静. 中国防脱发洗发水 想说爱你不容易[J]. 中国化妆品, 2016(4):8-17.
- [11] 李浩慧, 朱培成, 李红毅, 等. 国医大师禩国维辨治脂溢性脱发经验[J]. 山东中医杂志, 2017, 36(5):393-395.
- [12] 红毅, 欧阳卫权. 当代中医皮肤科临床家丛书·禩国维[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2014:147-153.
- [13] Tian H L, Wang X Q, Lu J F, et al. MicroRNA-621 inhibits cell proliferation and metastasis in bladder cancer by suppressing Wnt/ β -catenin signaling[J]. Chemo-Biological Interactions, 2019, 308:244-251.
- [14] Lim X H, Nusse R. Wnt signaling in skin development, homeostasis, and disease[J]. Cold Spring Harb Perspect Biol, 2013, 5(2):1-25.
- [15] 施银, 冯晓兰, 谢李芬, 等. PI3K/AKT信号通路在肿瘤中的研究进展[J]. 生命的化学, 2018, 38(3):421-426.
- [16] 瞿幸. 中医辨证治疗脱发八法[J]. 中华中医药杂志, 2006, 21(11):665-667.
- [17] 莫俊熙, 黄咏菁, 禩国维, 等. 国医大师禩国维运用二至丸治疗皮肤病经验摘要[J]. 中国医药导报, 2021, 18(8):141-144.
- [18] 徐瑾, 罗玲英, 吴铁荣. 二至丸的临床应用与剂量关系研究[J]. 亚太传统医药, 2011, 7(1):131-136.
- [19] 邹勇, 左铮云, 赵海梅, 等. 二至丸药理作用研究进展[J]. 江西中医药, 2015, 46(3):75-76, 80.
- [20] 牛蔚露, 张社峰, 崔伟锋. 基于数据挖掘名老中医治疗不同类型脱发的用药规律分析[J]. 河南中医, 2019, 39(11):1719-1722.

[2022-04-08 收稿]

January 2022 were randomly divided into observation group and control group according to the principle of balanced and comparable gender, age, BMI index, tumor type, and KPS score between groups. Each group had 30 cases. The observation group was treated with Jiawei Xiaobanxia Tang acupoint application combined with azasetron and dexamethasone, while the control group was only treated with azasetron and dexamethasone. The degree of vomiting, R-INVR score and clinical efficacy were compared between the two groups on the 1st, 3rd and 5th day after cisplatin treatment, and the skin adverse reactions were recorded. **Results** Vomiting of patients in both groups showed a trend of reduction after medication. The total effective rate of the control group was lower than that of the observation group on the first day of medication, but the difference was not statistically significant ($P>0.05$); On the 3rd and 5th day, the total effective rate of the observation group was higher than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). After cisplatin treatment, the R-INVR score of the observation group was lower than that of the control group on the 1st, 3rd and 5th day, and the difference was statistically significant between the groups on the 3rd and 5th day ($P<0.05$). In the observation group, skin adverse reactions were mild, and no severe allergic reactions were observed. **Conclusion** Jiawei Xiaobanxia Tang acupoint application combined with two combined antiemetic regimen can effectively reduce gastrointestinal reactions caused.

【Key words】 Jiawei Weixiaobanxia Tang; Acupoint application; CINV; Chemotherapy; Lung cancer

肺癌位居全国恶性肿瘤发病率及死亡率之首，2020年统计资料显示，全球每年约180万患者死于肺癌，占肿瘤总死亡率的18%^[1]。含铂双药方案是肺癌患者化疗的主要方案，可延长肺癌患者生存期，但同时也带来一系列不良反应，其中患者的化疗相关性恶心呕吐（chemotherapy induced nausea and vomiting, CINV）最为常见，其总体发生率在70%~90%。研究表明，在无有效预防和治疗措施的情况下，患者常出现电解质紊乱、营养不良甚至死亡^[2]。CINV的发生严重降低了患者对化疗的耐受性，可导致化疗暂停、药物剂量减少或永久停用，对患者预后产生不良影响。对于高致吐类药物，指南及专家共识均推荐三联止吐方案，包括5-HT₃受体阻滞剂、糖皮质激素、NK-1抑制剂、DA受体拮抗剂及苯二氮卓类药物。但由于药物可及性及经济因素，NK-1抑制剂在基础医院普及率并不高，而中医药在防治顺铂所致CINV疗效显著^[3]。本研究探讨加味小半夏汤穴位贴敷联合二联止吐药对顺铂所致CINV患者的临床疗效，现将结果报

道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

以2020年1月-2022年1月于医院进行含顺铂方案化疗的60例非小细胞肺癌（NSCLC）患者为研究对象。纳入标准：①拟行含顺铂方案化疗的NSCLC患者；②年龄17~80岁；③依从性良好，知情并同意参与本研究，入组前签署《穴位贴敷知情同意书》。排除标准：①有严重皮肤病者或所需治疗部位皮肤破溃者；②对治疗所需药物过敏者；③难以配合治疗者；④有中枢神经系统或肠梗阻者。按照随机数字表法结合组间性别、年龄、身体质量指数（BMI）、肿瘤类型、功能状态评分（KPS）均衡可比的原则分为观察组及对照组，各30例。两组患者上述基线资料比较，除BMI外，组间差异均无统计学意义（ $P>0.05$ ），见表1。本研究通过医院医学伦理委员会审核并批准。

表1 两组患者基线资料比较

组别	例数	性别（男/女）	平均年龄（岁）	BMI	鳞/腺癌	KPS评分（分）
对照组	30	21/9	65.09 ± 9.99	20.70 ± 3.21	16/14	76.78 ± 9.38
观察组	30	19/11	62.00 ± 10.22	22.31 ± 2.81	13/17	77.02 ± 9.03
<i>t</i> 值		0.300*	1.184	2.067	0.607*	0.101
<i>P</i> 值		0.584	0.241	0.043	0.438	0.920

注：*为 χ^2 值

1.2 治疗方法

所有患者均采用顺铂+培美曲塞/紫杉醇/多西他赛方案治疗，且治疗前均知晓化疗方案及相关毒副作用。

1.2.1 对照组 在首瓶化疗药物输注前依次给予阿扎

司琼（南京制药厂有限公司，国药准字H20010106，规格：2ml：10mg）10mg qd+地塞米松（河南润弘制药股份有限公司，国药准字H41020330，规格：1ml：5mg）5mg qd 静滴，至顺铂化疗结束。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上，于化疗前1h予

以加味小半夏汤穴位贴敷治疗。加味小半夏汤由半夏粉、吴茱萸粉、丁香粉按 5 : 4 : 3 的比例混匀, 用生姜汁调拌均匀, 一次性无纺布透气胶贴外敷于神阙穴及双侧内关穴, 外敷 6h, 1 次 / 天, 于化疗当天开始使用, 至顺铂治疗第 5 天停止。观察治疗中及结束后贴敷部位皮肤反应, 治疗过程中若出现皮疹、瘙痒、红肿、破溃等过敏反应, 轻微者, 予以对症处理、不暂停治疗; 严重者, 立即终止穴位贴敷, 并及时处理。

1.3 观察指标

(1) 临床疗效: 参考 WHO 标准, 根据患者呕吐的次数将其分为 4 个等级: 0 级为无呕吐; I 级为呕吐次数 1 ~ 2 次 / 天且反应轻微; II 级为呕吐次数 3 ~ 4 次 / 天; III 级为呕吐次数 ≥ 5 次 / 天。总有效率 = (0 级例数 + I 级例数) / 观察例数。

(2) 顺铂化疗后恶心呕吐情况: 根据中文版化疗致恶心呕吐及干呕评价量表 (R-INVR) 进行评价, R-INVR 量表是患者自评既往 12h 内恶心、干呕、呕吐症状的发生情况, 从 3 个维度 (症状经历时间、发生频率及严重程度) 及 8 项条目进行评估, 并采用李克特 (Likert) 5 级评分法 (0 ~ 4 分) 逐项计分, 分值越高, 症状越重。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据分析, 计量资料用 " $\bar{x} \pm s$ " 表示, 组间均数比较采用 t 检验; 计数资料计算百分率, 组间率的比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗第 1、3、5 天时呕吐情况

两组患者治疗第 1、3、5 天时呕吐反应均呈减轻趋势, 各观察时间之间的控制呕吐的有效率差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2、表 3。

表 2 对照组患者顺铂治疗第 1、3、5 天呕吐情况

时间	0 级	I 级	II 级	III 级	总有效率 (%)
第 1 天	4	5	14	7	30.00
第 3 天	6	4	15	5	33.33
第 5 天	10	8	10	2	60.00

$\chi^2 = 6.701, P = 0.035$ 。

表 3 观察组患者顺铂治疗第 1、3、5 天恶心呕吐情况

时间	0 级	I 级	II 级	III 级	总有效率 (%)
第 1 天	5	5	16	4	33.33
第 3 天	8	10	10	2	60.00
第 5 天	12	13	4	1	83.33

$\chi^2 = 15.512, P = 0.001$ 。

2.2 两组患者治疗后呕吐总有效率对比

第 1 天时观察组总有效率高于对照组, 但差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗第 3、5 天时观察组总有效率明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组患者治疗第 1、3、5 天的总有效率对比

组别	例数	第 1 天		第 3 天		第 5 天	
		有效例数	率 (%)	有效例数	率 (%)	有效例数	率 (%)
对照组	30	9	30.00	10	33.33	18	60.00
观察组	30	10	33.33	18	60.00	25	83.33
χ^2 值		0.070		4.286		4.022	
P 值		0.781		0.038		0.045	

2.3 两组患者 R-INVR 评分对比

顺铂治疗第 1 天观察组患者 R-INVR 评分低于对照组, 但差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 治疗第 3、5 天时观察组 R-INVR 评分均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 5。

表 5 两组患者 R-INVR 评分对比 (分)

组别	例数	第 1 天	第 3 天	第 5 天
对照组	30	17.56 \pm 2.79	15.23 \pm 5.32	9.29 \pm 5.68
观察组	30	17.08 \pm 3.25	10.64 \pm 6.35	5.87 \pm 4.26
t 值		0.614	3.035	2.638
P 值		0.542	0.004	0.011

2.4 两组患者皮肤不良反应发生情况

观察组中有 3 人治疗后出现皮肤轻度发红、瘙痒, 予以 75% 酒精外涂后症状缓解; 有 1 人治疗部位皮肤出现粟粒样皮疹, 予以糠酸莫米松外涂后缓解。所有患者均未出现明显皮肤破溃及严重过敏反应, 故均未停止治疗。

3 讨论

化疗是肺癌患者治疗的主要手段之一, 含顺铂双药方案因其有效率高也被视为治疗的基石^[4]。但作为高致吐类药物, 其恶心、呕吐发生率尤高。因此, 对顺铂所致 CINV 防治的探索很有意义。CINV 主要是由于化疗药物刺激胃肠道嗜铬细胞释放 5-HT₃, 并与小肠上的 5-HT₃ 受体结合, 进而兴奋迷走神经、刺激延髓呕吐中枢而引起一系列症状^[5]。预防 CINV 的发生是肿瘤治疗过程中的关键, 指南推荐包括 5-HT₃ 受体拮抗剂 + NK-1RA 抑制剂 + 糖皮质激素的三联止吐方案临床应用率普遍不高。而二联止吐方案 (5-HT₃ 受体拮抗剂 + 糖皮质激素) 疗效不甚理想, 且应用 5-HT₃ 受体拮抗剂常会出现头晕、便秘等不良反应^[6]。也有既往研究表明, 二联止吐方案 (5-HT₃ 受体拮抗

剂+糖皮质激素)对急性呕吐效果较好,但对延迟性呕吐的控制较差。

中医的优势在于辨证施治、三因制宜,从调畅气机、扶正祛邪、健脾和胃等方面着手,中药联合二联止吐方案,可减低 CINV 的发生率,并降低延迟性呕吐的发生及程度^[7]。穴位贴敷属于中医外治法,是在中医学基础和经络腧穴学理论的指导下,以整体观念和辨证论治为基本原则,通过选用适宜患者证型的中药,制成各种方便操作的剂型,贴敷于合适的穴位上^[8]。该方法主要通过对机体的局部刺激、穴位刺激及经络传导、透皮吸收三条通路,调和机体阴阳平衡、调畅气机、扶正祛邪等,以达到防病、治病的目的^[9]。穴位贴敷既往广泛用于慢性阻塞性肺疾病、支气管哮喘、便秘等疾病,其应用于防治肿瘤相关并发症也逐渐被医务人员探索,如化疗相关性胃肠道反应、癌痛、癌因性疲乏等均被证实疗效显著^[10]。本研究采用的加小半夏汤由半夏、吴茱萸、丁香及生姜组成,小半夏汤作为仲景名方,功能和胃降逆,主治因胃气上逆或痰饮停胃导致的恶心、呕吐。原方中君药半夏燥湿化痰、降逆止呕,生姜辛温,温胃散寒,化痰祛饮,尚能制半夏之毒,既为臣药又兼佐药之用^[11]。因其对 CINV 的显著疗效,后世所用止吐药物均在此基础上加味而成^[12]。丁香作为温里药,可温中降逆,善治胃寒呕吐,内服或研末外敷均可起效,其挥发油还有改善消化功能、促进透皮吸收、防腐保鲜等作用^[13]。吴茱萸辛、苦、热,可温中、降逆止呕,研究表明柠檬苦素、金丝桃苷、芦丁等是其止吐成分^[14]。内关穴是心包经之络穴及八脉交会穴,因其与冲脉合于胃心胸,具有和胃止痛、宁心安神等功效,而为止吐之要穴,对 CINV 的疗效也是被临床肯定的^[15]。神阙穴位于脐中,贯通十二经脉,穴位的近治作用使其具有调畅气机、健脾和胃之功。中药与穴位联合,共奏理气和胃、降逆止呕之功,减轻 CINV 的发生率及程度。

本研究结果显示两组患者顺铂治疗第 1、3、5 天呕吐程度均呈下降趋势,说明经药物干预后 CINV 的发生率均明显下降。两组患者顺铂治疗第 3、5 天观察组的总有效率高于对照组, R-INVIR 评分也低于对照组,说明加味小半夏汤穴位贴敷对顺铂所致的急性呕吐疗效不佳,但对延迟性呕吐效果显著,且加味小半夏汤穴位贴敷的疗效要高于单纯二联止吐方案。

综上所述,在二联止吐药物基础上加用加味小半夏汤穴位贴敷可明显减轻含顺铂方案化疗后 CINV 的

发生率及程度,尤其对延迟性恶心呕吐疗效显著,且无明显不良反应。而中药外用避免了口服药物对胃肠道的刺激,患者更易接受,临床优势显著。

4 参考文献

- [1] Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. *CA Cancer J Clin*, 2021, 71(3): 209-249.
- [2] Botteman M, Nickel K, Corman S, et al. Cost-effectiveness of a fixed combination of netupitant and palonosetron (NEPA) relative to aprepitant plus granisetron (APR+GRAN) for prophylaxis of chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV): a trial-based analysis[J]. *Supportive Care in Cancer*, 2020, 28(2): 857-866.
- [3] 王学语, 何丹, 孙金芳. 中医药治疗肺癌化疗相关性恶心呕吐研究进展[J]. *光明中医*, 2022, 37(8): 1503-1506.
- [4] Bunn PA Jr, Dimou A. Systemic therapy for elderly patients with advanced non-small-cell lung cancers[J]. *J Clin Oncol*, 2018, 36(25): 2571-2574.
- [5] 张晓静, 张频. 肿瘤化疗所致恶心呕吐的发生机制和药物治疗的研究进展[J]. *癌症进展*, 2006(4): 348-354.
- [6] 董爽, 于世英. 肿瘤化疗所致恶心呕吐现状调查[J]. *中国循证医学杂志*, 2013, 13(6): 687-691.
- [7] 张玉. 化疗所致恶心呕吐的药物防治指南[J]. *中国医院药学杂志*, 2022, 42(5): 457-473.
- [8] 毛咏旻, 王一红, 谢腾, 等. 中西医防治顺铂引起化疗后恶心呕吐反应的研究进展[J]. *中华全科医学*, 2017, 15(2): 321-324.
- [9] 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.
- [10] 马胜男, 范奎, 曹芳. 穴位贴敷疗法在恶性肿瘤中的应用进展[J]. *国际中医中药杂志*, 2021, 43(7): 713-716.
- [11] 芦殿荣, 芦殿香, 殷玉琨, 等. 顺铂导致化疗相关性恶心呕吐反应的中药防治[J]. *长春中医药大学学报*, 2014, 30(4): 645-647.
- [12] 赵吉艳. 小半夏汤、生姜半夏汤、半夏干姜散防治化疗性呕吐的实验研究[D]. 济南: 山东中医药大学, 2020.
- [13] 王萍, 汪镇朝, 刘英孟, 等. 丁香挥发油的化学成分与药理作用研究进展[J]. *中成药*, 2022, 44(3): 871-878.
- [14] 李甜, 陈飞, 吴叶晨, 等. 吴茱萸汤对化疗性异食癖恶心呕吐模型大鼠干预效果与作用机制的初步研究[J]. *上海中医药杂志*, 2022, 56(2): 61-66.
- [15] 陈凤, 杨雪, 刘丽, 等. 内关穴按压改善癌症病人化疗相关性恶心、呕吐效果的 Meta 分析[J]. *护理研究*, 2020, 34(9): 1535-1541.

[2022-07-20 收稿]

围手术期预防性护理在老年膀胱癌患者治疗中的应用效果

方媛媛

【摘要】 目的 探讨围手术期预防性护理在老年膀胱癌患者治疗中的应用效果。方法 将2021年1月-2022年1月合肥市第二人民医院收治的74名老年膀胱癌患者作为研究对象,依照组间基线资料均衡可比的原则将患者分为对照组与观察组;对照组患者给予常规围手术期护理,观察组患者在对照组基础上给予围手术期预防性护理,对比两组患者康复指标、并发症发生情况、焦虑和抑郁评分。结果 围手术期预防性护理干预后,观察组患者术后首次排气时间、术后首次排便时间、下床活动时间和住院时间等康复指标数值均低于对照组患者,差异具有统计学意义($P<0.05$);观察组患者并发症发生率为5.00%,显著低于对照组的32.35%,差异具有统计学意义($P<0.05$);观察组患者焦虑和抑郁评分均低于对照组患者,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论 围手术期预防性护理在老年膀胱癌患者治疗中可有效改善患者的康复指标,减少并发症的发生率,降低焦虑和抑郁评分。

【关键词】 围手术期预防性护理;老年膀胱癌;焦虑;抑郁;并发症

中图分类号 R473 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)01-40-03

罹患膀胱癌患者中大部分为非肌层浸润性膀胱癌,针对此类患者临床主要应用经尿道膀胱肿瘤电切疗法,清除患者机体病灶和肿瘤组织,以改善患者病情,进而延长患者生存周期^[1]。但由于泌尿系统部位结构比较复杂,加之膀胱癌具有多样化的病理和临床表现,经尿道膀胱肿瘤电切术必然对患者身心产生较强的刺激,并影响患者术后康复^[2]。根据膀胱癌电切术患者预后的风险因素,制定预防性围手术期措施,可改善患者预后^[3]。本研究针对老年膀胱癌临床患者,分别采取常规围手术期护理和围手术期预防性护理,探究围手术期预防性护理在老年膀胱癌患者治疗中的应用效果,具体报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

将2021年1月-2022年1月合肥市第二人民医院收治的74名老年膀胱癌患者作为研究对象,依照组间年龄、性别均衡可比的原则将患者分为对照组与观察组。纳入标准:经病理学检验确诊为膀胱癌者;接受经尿道膀胱癌电切术治疗者;首次入院接受治疗者;术前伴有营养不良情况者。排除标准:伴精神疾病或意识障碍者;伴心肝肾等器官严重疾病者;伴胃肠道疾病者。对照组34人,其中男性16人,女性18人;年龄62~82岁,平均年龄 65.47 ± 7.26 岁。观察组40人,其中男性18人,女性22人;年龄62~84岁,平均年龄 65.74 ± 7.38 岁。两组患者年龄、性别比较,

差异不具有统计学意义($P>0.05$),具有均衡可比性。本研究经过合肥市第二人民医院伦理委员会批准;患者同意参与本次研究,并签订知情同意书者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 行常规围手术期护理,术前对患者进行常规心理干预、健康宣教以及功能锻炼指导,术前12h禁食,8h禁水,遵医嘱术前镇痛药物干预和术前检查;术中采取常规输液和保温护理措施;术后采取常规镇痛、饮食干预、运动指导和拔除尿管。

1.2.2 观察组 在对照组基础上行围手术期预防性护理,即针对围手术期可影响患者术后康复的危险因素进行护理干预,具体护理措施如下。

(1) 术前护理措施:①对常规健康宣教模式进行优化,应用口头宣教、视频宣教以及健康手册等多种模式,提升患者的疾病认知,并重点指导患者及其家属加强呼吸功能锻炼。②术前依据患者不同家庭情况、文化水平、病情严重程度、年龄、心理状态等对患者实施个性化心理干预,以有效缓解患者术前紧张、焦虑情绪。③加强患者术前生活干预,对于吸烟患者进行戒烟;对于低体重患者进行增重;对于高体重患者进行减重;使患者达到经尿道膀胱肿瘤电切术要求的机体状态,从而为患者术后康复打好基础。④术前对患者进行预防性抗生素应用,针对术前未伴有泌尿系统感染的患者在术前0.5h至术后48h常规应用抗生素;针对术前伴有泌尿系统感染的患者进行药敏试验,根据试验结果选用敏感性抗生素,以有效预防患者术中、术后出现泌尿系统感染和切口感染。

(2) 术中护理:在经尿道膀胱肿瘤电切术中,

医生需要对患者膀胱应用大量冲洗液进行冲洗, 加之其他液体的输注和下腹部长时间暴露, 导致患者术中易出现低温症状, 增加患者并发症发生风险。对此在术中护理期间应做好膀胱冲洗液和输注液体的加温处理, 以避免患者术中出现低体温症状, 从而降低对患者机体的不良刺激, 避免感染等并发症发生。

(3) 术后护理: ①优化术后镇痛模式: 应用自控镇痛泵和非甾体类抗炎药对患者进行多模式镇痛, 并且指导患者自主调整自控镇痛泵输注速度, 实现个性化镇痛。②饮食护理: 围手术期指导患者进食和进水, 其中患者自麻醉清醒后 2h 且未伴有腹胀、呕吐等异常症状, 在此后的 4h 内可每小时给予患者 20 ~ 30ml 饮水, 患者饮水无异常可给予患者稀粥等流质饮食。待患者排气后, 可逐渐向半流质和普食过渡, 并且在饮食期间坚持少食多餐原则。③膀胱冲洗护理: 将患者膀胱冲洗使用的生理盐水加温至 37℃, 再进行输注, 并适当缩短患者留置尿管时间, 以避免术后出血、膀胱痉挛等并发症发生的不良情况。④优化术后活动: 引导患者尽早进行术后活动, 在患者返回病房后即可进行床上被动活动; 麻醉清醒、病情平稳后可逐渐进行呼吸训练, 踝泵运动, 肌力和关节活动度训练等; 术后第 1 天患者生命体征平稳后, 可在康复治疗师指导下逐步进行坐位训练、持助行器下地行走等。

1.3 观察指标

(1) 康复指标: 包括患者术后首次排气时间、术后首次排便时间、下床活动时间和住院时间等康复指标。

(2) 并发症发生情况: 包括尿路感染、术后出血、膀胱痉挛等并发症。

(3) 焦虑和抑郁评分: 焦虑、抑郁评分分别应用焦虑自评量表 (SAS) 和抑郁自评量表 (SDS) 进行测评, 其中 SAS 量表的 Cronbach's α 系数为 0.777, SDS 量表的 Cronbach's α 系数为 0.782, 两个量表均包含 20 个测评项目, 采用 4 级评分法测评, 其中评分分值越高代表患者焦虑、抑郁症状越显著^[4]。

1.4 统计分析方法

应用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据分析。计量资料用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示, 组间均数比较用 t 检验; 计数资料组间构成比较用 χ^2 检验; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后康复指标对比

围手术期预防性护理干预后, 观察组术后首次排气时间、术后首次排便时间、下床活动时间和住院时间等康复指标数值均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者术后康复指标对比

组别	首次排气时间 (h)	首次排便时间 (h)	下床活动时间 (d)	住院时间 (d)
对照组 ($n=34$)	24.85 ± 12.14	45.94 ± 21.32	4.51 ± 1.98	13.18 ± 5.64
观察组 ($n=40$)	17.11 ± 10.84	36.76 ± 16.76	2.98 ± 1.76	9.22 ± 3.47
t 值	2.897	2.073	3.519	3.696
P 值	0.005	0.042	0.001	0.001

2.2 两组患者并发症情况对比

围手术期预防性护理干预后, 观察组并发症发生率为 5.00%, 显著低于对照组的 32.35%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

2.3 两组患者焦虑评分、抑郁评分对比

围手术期护理干预前, 两组焦虑评分、抑郁评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 护理干预后,

两组焦虑和抑郁评分均明显降低, 组间比较观察组低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 2 两组患者并发症发生情况对比分析

组别	尿路感染	术后出血	膀胱痉挛	总发生率 (%)
对照组 ($n=34$)	4	5	2	32.35
观察组 ($n=40$)	1	1	0	5.00

$\chi^2=9.495$, $P=0.002$ 。

表 3 两组患者焦虑、抑郁评分对比 (分)

组别	观察例数	焦虑评分		抑郁评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	34	54.81 ± 6.34	40.67 ± 5.49	53.22 ± 6.54	41.68 ± 5.41
观察组	40	55.13 ± 6.14	30.52 ± 4.87	53.47 ± 6.67	31.52 ± 5.13
t 值		0.220	8.427	0.162	8.280
P 值		0.826	0.000	0.872	0.000

3 讨论

本次研究结果显示围手术期预防性护理后老年膀胱癌手术患者术后并发症发生率低于常规围手术期护理患者,说明围手术期预防性护理可以有效降低老年膀胱癌手术患者术后并发症的发生。其中围手术期预防性护理干预期间,术前对患者进行预防性抗生素应用,对于预防患者术中、术后出现泌尿系统感染和切口感染具有积极效果;术中做好膀胱冲洗液和输注液体的加温处理,减轻了膀胱粘膜特别是膀胱三角区粘膜对温度、压力等机械性刺激,减少患者因低体温发生的应激反应,降低术后膀胱痉挛、术后出血的发生率,这对促进患者早期康复意义重大^[5-6];术后提倡患者尽早进食、进饮,并尽早进行床上、床下活动,以有效改善患者机体营养状态,提升患者机体免疫力,增加患者机体抵抗感染的能力;术后对患者膀胱冲洗液进行加温处理,并缩短拔除尿管时间,避免低温引发术后出血、膀胱痉挛等并发症发生,并降低尿管长期留置产生的不良刺激。

本次研究结果显示围手术期预防性护理后老年膀胱癌手术患者焦虑和抑郁评分等均低于常规围手术期护理患者,说明围手术期预防性护理可以有效改善老年膀胱癌手术患者伴有的焦虑和抑郁情绪。围手术期预防性护理干预期间,术前对患者进行多模式健康教育,利于提升患者对膀胱癌疾病相关知识、经尿道膀胱肿瘤电切术手术过程、术后并发症类型和预防措施等健康知识的掌握,增强患者治疗信心^[7];术前对患者进行个性化心理干预,能够针对性缓解患者术前紧张、焦虑情绪;术后对患者进行多模式和个性化镇痛干预,以有效降低疼痛对患者心理状态的影响^[8];患者并发症发生率的降低,也会降低因此对患者身心的影响,改善患者的焦虑、抑郁情绪。

本次研究结果显示围手术期预防性护理后老年膀胱癌手术患者术后首次排气时间、术后首次排便时间、下床活动时间和住院时间等康复指标均优于常规围手术期护理患者,说明围手术期预防性护理可以有效提升老年膀胱癌手术患者术后康复效果。其中围手术期预防性护理对患者进行多模式和个性化镇痛干预,有

效缓解患者术后疼痛症状,从而避免疼痛对患者机体的不良刺激,有利于促进患者术后康复;对患者进行早期进食进饮,对于促进患者胃肠功能恢复,改善患者术后机体营养状态都有积极的作用;早期床上运动和床下活动,能够加快患者机体血循环,从而提升组织供氧量,促进患者创口愈合和脏器功能恢复,并且能够刺激患者机体消化液分泌,改善患者胃肠功能,减少胃潴留,促进早期肛门排气,另外患者并发症发生率的降低以及焦虑、抑郁情绪的改善也对患者术后康复有促进效果。

综上所述,围手术期预防性护理干预可以有效降低老年膀胱癌手术患者术后并发症发生,改善老年膀胱癌手术患者负面情绪,提升老年膀胱癌手术患者术后康复效果,临床应用效果较好。

4 参考文献

- [1] 吕游. 护理延伸服务在膀胱癌患者膀胱肿瘤电切术后的价值[J]. 中国医药指南, 2022, 20(9): 46-49.
- [2] 徐洪宇, 周婉, 崔传威. 围术期专科质控康复护理在经尿道膀胱肿瘤电切术患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28(6): 111-113.
- [3] 王雪梅, 于红, 曲敏. 经尿道膀胱肿瘤电切术患者围术期专科质控康复护理[J]. 实用临床医药杂志, 2020, 24(7): 102-104.
- [4] 田银娣, 王怡恺, 李静, 等. 焦虑和抑郁量表在肝硬化患者临床应用中的信效度评价[J]. 实用肝脏病杂志, 2019, 22(1): 105-108.
- [5] 孙瑞轩. 快速康复外科理念在经尿道膀胱肿瘤电切术患者围手术期护理中的应用效果观察[J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(35): 257-258.
- [6] 何玮, 王蒙, 王志华. 快速康复外科理念在膀胱癌根治性全膀胱切除术病人围术期护理中的应用[J]. 护理研究, 2017, 31(11): 1325-1328.
- [7] 白雪莲. 循证护理对行经尿道膀胱肿瘤电切术的膀胱癌患者心理状态及生活质量的影响[J]. 心理月刊, 2021, 16(9): 99-100.
- [8] 卢岩. 术前护理干预对改善经尿道膀胱肿瘤电切术患者焦虑的作用分析[J]. 中国医药指南, 2019, 17(21): 282.

[2022-07-15 收稿]

吞咽-摄食管理联合正念认知疗法在脑卒中伴吞咽障碍患者中的应用

韩艳婷

【摘要】 目的 探究吞咽-摄食管理联合正念认知疗法在脑卒中伴吞咽障碍患者治疗中的应用效果。方法 选取 2021 年 1 月 - 2022 年 1 月医院 84 例脑卒中并发吞咽困难患者为研究对象, 根据组间性别、年龄、病程等基本资料均衡可比的原则分为对照组 40 例和观察组 44 例。对照组行常规护理, 观察组在对照组基础上行吞咽-摄食管理联合正念认知疗法。对比分析两组干预前后吞咽功能障碍评分、焦虑抑郁评分及干预后吸入性肺炎发生情况和临床疗效。结果 干预前, 两组吞咽功能障碍评分和焦虑抑郁评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。干预后, 两组吞咽功能障碍评分和焦虑抑郁评分均有明显改善, 但观察组吞咽功能障碍评分高于对照组, 医院焦虑抑郁量表 (HADS) 评分中焦虑、抑郁评分和总评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。观察组吸入性肺炎发生率低于对照组, 治疗有效率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 吞咽-摄食管理联合正念认知疗法在脑卒中伴吞咽障碍患者治疗中的应用效果较好, 可有效改善患者负面心理状态。

【关键词】 吞咽-摄食管理; 正念认知疗法; 脑卒中; 吞咽障碍

中图分类号 R743.3;R493 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)01-43-04

脑卒中是临床常见的危重心脑血管疾病, 具有较高的致残率和病死率, 多发于中老年群体, 对患者健康和生活非常不利^[1-2]。吞咽障碍是此疾病发生率较高的并发症类型, 会导致患者出现呛咳、误吸等不良情况, 严重时会造成患者发生吸入性肺炎, 甚至引发患者死亡^[3-4]。吞咽障碍的出现会影响患者的正常进食, 导致患者出现进食恐惧情况, 甚至不愿意进食, 进而造成患者营养不良, 对患者预后非常不利。而且脑卒中伴吞咽障碍患者会出现严重焦虑抑郁情绪, 降低患者生活质量^[5-6]。常规治疗和护理虽能一定程度改善患者的吞咽功能障碍, 但疗效有限, 患者易发生吸入性肺炎。吞咽-摄食管理在改善脑卒中吞咽障碍方面具有较好效果, 正念认知疗法是改善患者负面情绪的重要方式。本研究将这两种方式联合用于脑卒中伴吞咽障碍患者护理中, 观察临床应用效果, 结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2021 年 1 月 - 2022 年 1 月医院 84 例脑卒中并发吞咽困难患者为研究对象。纳入标准: 患者均满足《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》^[7]中相关诊断标准, 并经脑部 CT 确诊; 患者均为首次发病并接受治疗; 患者洼田饮水试验分值均超过 2 分。排除标准: 排除伴精神疾病或意识障碍患者; 排除伴有心肝肾等严重气管疾病患者; 排除伴有严重慢性疾病

患者。根据组间性别、年龄、病程等基本资料均衡可比的原则分为对照组 40 例和观察组 44 例。对照组男女比为 22 : 18; 年龄 42 ~ 73 岁, 平均 58.88 ± 5.12 岁; 脑卒中类型: 脑出血 19 例, 脑梗死 21 例; 病程 11 ~ 27d, 平均 21.48 ± 4.27 d。观察组男女比为 25 : 19; 年龄 41 ~ 72 岁, 平均 59.05 ± 5.29 岁; 脑卒中类型: 脑出血 20 例, 脑梗死 24 例; 病程 10 ~ 25d, 平均 21.56 ± 4.19 d。两组上述一般资料对比, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。患者均同意本次研究并签订知情同意书, 本研究经过本院伦理委员会批准。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 行常规治疗和护理, 常规给予患者神经营养药物、改善脑循环药物以及其他对症治疗药物, 同时对患者应用物理因子治疗、运动疗法以及作业疗法, 以改善患者病情。

1.2.2 观察组 在对照组基础上行吞咽-摄食管理联合正念认知疗法干预, 具体措施如下。

(1) 吞咽-摄食管理: ①感觉促进训练。护理期间可通过对患者进行相应的感觉刺激以改善患者吞咽障碍症状, 如将食物放入到患者的口中后, 可适当增加汤匙对患者舌部的下压力, 对患者进行感觉刺激, 又如可以用蘸有少量水或柠檬汁的冰冻棉棒对患者的软腭、舌根及咽后壁等部位进行刺激, 刺激完成后引导患者进行空吞咽动作。此训练内容单次训练时间保持在 3 ~ 5min, 每天训练 3 次。②吞咽器官训练。护理期间可通过张口运动、舌运动、呼吸训练等对患者的下颌、面部、腮部、唇部、喉部、声带

等部位进行运动控制,以对这些部位的肌群力量进行强化,锻炼肌群协调性。如在进行舌运动时,康复师可通过舌肌训练器或纱布对患者的舌头进行牵拉,引导患者舌头向不同方向转动,随后再引动患者主动将舌头转向不同部位。此训练内容单次训练时间保持在5~10min,每天训练2次。③改变吞咽姿势。护理期间可通过对患者头部和身体姿势调整以有效改善患者的吞咽障碍症状。其中患者进食时可进行低头吞咽、头部后仰、头颈部旋转等头部姿势的调整,并且尽量将患者姿势调整为坐位,如患者难以坐立,可通过将患者床头抬高 $30^{\circ} \sim 60^{\circ}$,以保证患者颈部前倾,同时将患者患侧肩部垫起,喂食者在患者健侧部位进行喂食。④合理选择食物形状和入口量。依据患者不同吞咽能力选择合适的食物形态进行喂食。针对中度及以下吞咽能力患者在喂食时应选择利于患者进行吞咽的半流质食物,并将食物形成制作成冻状或糊状。喂食时应从小量逐渐进行增加,以有效了解患者的一口量。为降低食物在患者口腔中的滞留,每次完成吞咽后,再反复进行多次空吞咽,以保证口腔中食物有效咽下,也可以在患者吞咽后引导患者饮水1~2ml,患者完成进食后应对患者口腔进行有效清洁和排痰护理。

(2) 正念认知疗法:训练时间为8周(每周训练1次,共8次),每次持续训练120min(理论教学30min,实践练习90min),训练时以5人左右为1组开展训练,并在训练完成后向患者布置训练任务,让患者每天自主坚持训练1次,每次持续训练30min,具体训练内容为:第1周引导小组患者相互认识,并构建良好护患关系。对患者进行健康宣教,高职患者脑卒中以及吞咽障碍的发生和发展机制以及预后方法等。向患者讲解正念认知疗法的内容、要点和注意事项。第2~6周,依次对患者进行静坐冥想、身体扫描、3分钟呼吸空间以及认知记录等训练内容的理论指导和示范,并引导患者进行练习。练习中让患者体会自己的感觉、知觉和思绪等内心活动,将其一系列内心活动认知为存在于大脑内的事件,无需试图改变它们。第7~8周,引导患者依据前几周掌握的理论知识和训练内容,自己客观的感悟周围事物与自身感受之间的练习,辨识自己的习惯性思维和反应方式并进行调整,逐步改善自己消极思维,并鼓励患者将正念认知知识运用到日常生活当中,有效控制自己的思维和情绪。

1.3 观察指标

(1) 吞咽功能障碍评分:应用洼田饮水试验^[8]对患者吞咽功能障碍进行评分,试验时调整患者体位为坐位,并保证患者舒适,然后让患者饮用温水

30ml,期间做好患者饮水量和饮食时间的观察和记录,如患者一次性将全部温水喝完,未出现呛咳,饮水时间低于5s,为1级,评分为0;如患者一次性将全部温水喝完,出现呛咳,饮水时间低于5s或患者分两次将全部温水喝完,未出现呛咳,饮水时间超过5s,为2级,评分为2;患者一次性将全部温水喝完,出现呛咳,饮水时间超过5s,为3级,评分为4;患者分两次将全部温水喝完,出现呛咳,饮水时间超过5s,为4级,评分为6;患者饮水期间发生多次呛咳情况,饮水时间超过10s,为5级,评分为8。在患者干预前后分别测定一次,并统计两组患者吞咽功能障碍评分,对两组进行对比。

(2) 焦虑抑郁评分:应用医院焦虑抑郁量表(HADS)^[9]进行测评,其中HADS量表分别从焦虑和抑郁两个维度进行测评,每个维度包含7个测评条目,应用4级评分法,评分数值越高代表患者焦虑、抑郁程度越严重。

(3) 吸入性肺炎发生情况:统计两组干预期间吸入性肺炎患者数量及其在小组中占比即吸入性肺炎发生率,对两组进行对比。

(4) 临床疗效:依据《2016版成人脑卒中康复指南》^[10]对患者临床疗效进行判定,其中患者无吞咽障碍,且吞咽行为正常,归为显效;患者吞咽障碍显著改善,可以进行少量吞咽,归为有效;患者吞咽障碍未改善,归为无效。总有效率为显效和有效患者在小组中百分比。

1.4 统计学方法

运用SPSS 20.0统计学软件处理数据,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±标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组吞咽功能障碍评分对比

干预前,两组吞咽功能障碍评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,两组组吞咽功能障碍均明显改善,组间吞咽功能障碍评分比较,观察组高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),观察组改善程度优于对照组。见表1。

表1 两组吞咽功能障碍评分对比结果(分)

组别	<i>n</i>	干预前	干预后
对照组	40	6.44 ± 1.68	3.85 ± 0.92
观察组	44	6.29 ± 1.45	2.47 ± 0.49
<i>t</i> 值		0.439	8.689
<i>P</i> 值		0.662	0.000

2.2 两组 HADS 量表评分对比

干预前, 两组 HADS 量表评分中焦虑、抑郁评分和总评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。干预后,

两组 HADS 量表评分中焦虑、抑郁评分和总评分均明显降低, 并且观察组低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 两组 HADS 量表评分对比结果 (分)

项目	时间	组别		t 值	P 值
		对照组 (n=40)	观察组 (n=44)		
焦虑	干预前	16.32 ± 3.97	16.48 ± 3.82	0.188	0.851
	干预后	10.67 ± 3.12	8.86 ± 2.61	2.893	0.005
抑郁	干预前	15.34 ± 4.15	15.19 ± 4.37	0.161	0.872
	干预后	10.38 ± 3.44	8.57 ± 3.13	2.525	0.013
总分	干预前	31.48 ± 8.49	31.85 ± 8.37	0.201	0.841
	干预后	21.17 ± 6.43	17.46 ± 5.39	2.875	0.005

2.3 两组吸入性肺炎发生率对比

观察组吸入性肺炎发生率为 25.00% (10/40), 低于对照组的 6.82% (3/44), 差异有统计学意义 ($\chi^2=5.295$, $P=0.021$)。

2.4 两组临床疗效对比

观察组治疗有效率为 93.18%, 高于对照组的 77.50%, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 两组疗效对比

组别	n	显效	有效	无效	治疗有效率 (%)
对照组	40	14	17	9	77.50
观察组	44	22	19	3	93.18

$\chi^2=4.208$, $P=0.040$ 。

3 讨论

本研究结果表明, 吞咽-摄食管理联合正念认知疗法干预后脑卒中并发吞咽困难患者吞咽功能障碍评分显著低于常规干预患者, 吸入性肺炎发生率显著低于常规护理患者, 说明吞咽-摄食管理联合正念认知疗法对于改善脑卒中并发吞咽困难患者吞咽功能障碍具有较好效果, 并且能够有效降低患者吸入性肺炎的发生。其中随正念认知疗法后, 患者的心境更加稳定, 正念思想增加^[11], 进而患者自我效能增加, 依从性提升, 患者也能更好的进行吞咽-摄食管理。吞咽-摄食管理可以科学对患者的吞咽感觉、口腔周围肌肉以及咀嚼能力进行训练, 从而有效改善患者的吞咽功能, 让患者能够更好地进行吞咽控制, 从而有效改善患者的吞咽功能障碍^[12-14], 而且在管理过程中有效清除患者口腔中食物残留, 从而更好地促进患者排痰, 确保患者呼吸道通畅, 从而降低患者发生吸入性肺炎的概率, 另外通过有效的饮食干预, 有助于患者机体更多地摄入影响成分, 提升患者机体免疫力和对肺部感染的抵抗力^[15]。

焦虑和抑郁是脑卒中患者多发的并发症类型, 对

患者康复非常不利^[16-17]。焦虑、抑郁除与脑卒中后神经递质改变有关外, 还与躯体功能障碍程度有关。正念认知疗法是一种有效的心理干预方法, 通过对患者进行正念认知训练不仅可以促进患者神经功能的改善, 对患者机体内分泌进行调节, 改善患者焦虑、抑郁情绪^[18-20], 而且可以引导患者能够更加清晰和正确地面对疾病, 逐渐接受并积极应对疾病带来的影响, 从而更好地进行自主的心理调整, 另外随着联合吞咽-摄食管理的进行, 患者的生理不适也得到明显改善, 也一定程度促进患者心理状态的改善。本研究结果表明, 吞咽-摄食管理联合正念认知疗法干预后脑卒中并发吞咽困难患者 HADS 量表评分中焦虑、抑郁评分和总评分均显著低于常规干预患者, 说明吞咽-摄食管理联合正念认知疗法对于改善脑卒中并发吞咽困难患者负面心理状态具有较好效果。

综上所述, 吞咽-摄食管理联合正念认知疗法能够有效改善脑卒中并发吞咽困难患者的吞咽障碍情况, 降低吸入性肺炎发生率, 并且有效改善患者负面心理状态。

4 参考文献

- [1] 张良, 张立新. 脑卒中患者康复预后的影响因素 [J]. 中国医科大学学报, 2022, 51(5): 469-473.
- [2] 陈文颖, 唐淑慧, 李凡凡, 等. 脑卒中健康管理最佳证据总结 [J]. 解放军护理杂志, 2022, 39(5): 43-46.
- [3] 王月珍, 吴莉, 郭贻梵. 分级护理在脑卒中后吞咽困难中的应用价值 [J]. 广州医科大学学报, 2021, 49(5): 155-157.
- [4] 张谦, 吴霜, 周腾飞, 等. 摄食训练同步神经肌肉电刺激对脑卒中后吞咽障碍患者的影响 [J]. 中华物理医学与康复杂志, 2022, 44(5): 415-418.
- [5] 单媛媛, 王婷, 尤敏, 等. 脑卒中后吞咽功能障碍患者抑郁与生活质量相关性研究 [J]. 齐鲁护理杂志, 2017, 23(17): 28-29.

经尿道前列腺等离子双极电切术患者综合护理效果观察

陈丽虹

【摘要】 目的 探讨经尿道前列腺等离子双极电切术患者综合护理干预的临床效果。方法 选取 2020 年 7 月 - 2021 年 9 月医院收治的行前列腺等离子双极电切术 72 例患者为研究对象, 根据组间年龄、病程等基本资料均衡可比的原则分为观察组和对照组, 每组 36 例。对照组采用常规护理, 观察组采用综合护理模式, 对比分析两组干预的临床效果。结果 实施综合护理模式后, 观察组留管时间、住院时间更短, 并发症发生率 (8.33%) 低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。护理干预后, 两组患者焦虑、抑郁评分明显降低, WHO 制定的生活质量测定表 (WHOQOL) 各维度评分明显升高, 组间比较, 观察组焦虑、抑郁评分低于对照组, 而 WHOQOL 各维度评分高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者护理满意度为 97.22%, 高于对照组的 83.33%, 但差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 对尿道前列腺等离子双极电切术者采用综合护理, 能调整患者心态, 减少并发症, 改善生活质量。

【关键词】 前列腺等离子双极电切术; 前列腺增生症; 综合护理; 生活质量

中图分类号 R473.6 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)01-46-04

前列腺增生症为临床常见病, 受多种因素影响, 发病机制复杂, 且在人们生活方式转变的情况下, 这一病症的发生人数不断的增多。相关文献报道, 在 50 岁以上男性群体中, 该疾病的发生率大概为 60%, 对患者的生活造成了严重的影响^[1]。当前, 对前列腺增生症的治疗, 临床多运用尿道前列腺等离子双极电切术 (PKRP), 该方法没有切口、创伤小、

出血量少等优点, 是当前比较理想的治疗手段。但是大多数患者对 PKRP 缺乏了解, 再加上该方式属于创伤性操作, 在围手术期易引起患者身心的应激反应, 对 PKRP 的顺利实施和病情的恢复产生不利影响^[2]。因此, 在 PKRP 治疗的同时, 配合科学、有效的护理方法十分重要。本研究对行 PKRP 的前列腺增生症患者采用综合护理, 探讨护理效果, 现报告如下。

作者单位: 571500 海南省万宁市人民医院泌尿外科

- [6] 彭玉. 脑卒中吞咽障碍患者抑郁状态的相关危险因素分析与干预研究 [D]. 武汉: 武汉大学, 2016.
- [7] 彭斌, 吴波. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018[J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(9): 666-682.
- [8] 梁吒吒, 胡嘉媚, 吕少芸, 等. 分级管理联合吞咽-摄食管理训练对脑卒中后吞咽功能及误吸的影响 [J]. 全科护理, 2021, 19(15): 2103-2106.
- [9] 付蓉, 陈泽雯, 黄名璐, 等. DHI 量表和 HADS 量表在外周性眩晕疾病中的应用 [J]. 中国继续医学教育, 2020, 12(13): 92-94.
- [10] 张秀英, 蒋红. 2016 版成人脑卒中康复指南解读: 吞咽困难的护理 [J]. 上海护理, 2018, 18(8): 5-8.
- [11] 魏少颖, 孙常磊, 申蓬春, 等. 脑出血患者应用正念认知护理干预对临床结局的影响 [J]. 滨州医学院学报, 2022, 45(1): 65-68.
- [12] 付连琪, 钟美容, 廖洪全. 吞咽摄食管理预防脑卒中吞咽障碍患者误吸的研究进展 [J]. 广西医学, 2021, 43(16): 1996-1999.
- [13] 李前进. 穴位电针刺激联合吞咽-摄食管理对卒中吞咽障碍患者的效果观察 [J]. 广东医科大学学报, 2022, 40(2): 155-157.

- [14] 蒋蕾, 谈雅琼, 赵旭东. 吞咽-摄食康复管理对改善脑外伤后吞咽功能的临床效果评价 [J]. 循证护理, 2022, 8(6): 781-785.
- [15] 梁吒吒, 胡嘉媚, 吕少芸, 等. 分级管理联合吞咽-摄食管理训练对脑卒中后吞咽功能及误吸的影响 [J]. 全科护理, 2021, 19(15): 2103-2106.
- [16] 覃春梅, 周华, 陈宥霖. 疾病认知干预对脑卒中病人疾病不确定感及焦虑和抑郁情绪的影响 [J]. 全科护理, 2022, 20(10): 1359-1362.
- [17] 朱珍玲, 钟霞. 家庭护理干预对脑卒中病人居家主要照顾者焦虑及抑郁情绪的影响 [J]. 当代护士: 中旬刊, 2022, 29(1): 84-86.
- [18] 张秀娟. 冥想训练对脑卒中患者认知功能障碍及情绪障碍的影响 [D]. 唐山: 华北理工大学, 2017.
- [19] 张玉秀, 郝正伟, 郭霞. 以正念为基础的行为训练干预脑卒中后抑郁的临床效果 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2015, 13(14): 1679-1681.
- [20] 张丽娟, 宋艳丽, 董博, 等. 正念认知疗法对脑卒中吞咽困难的效果 [J]. 中国康复理论与实践, 2018, 24(11): 1361-1364.

[2022-07-15 收稿]

1 对象与方法

1.1 研究对象

将本院 2020 年 7 月 -2021 年 9 月接收的 72 例前列腺增生症行 PKRP 者作为研究对象。纳入标准：经检查得到该疾病的确诊；满足尿道等离子双极前列腺电切术的手术指征；有完善的临床资料。排除标准：伴有内分泌、神经系统严重疾病者；恶性肿瘤患者；存在前列腺手术史者；凝血功能存在异常者；精神异常者，意识不清者；难以耐受手术者；不能正常交流者；难以配合研究相关内容退出者。根据组间年龄、病程等基本资料均衡可比的原则分为观察组和对照组，每组 36 例。两组患者基础资料比较，差异无统计学意义 ($P>0.05$)，见表 1。所有患者对本次实验有全面的了解，愿意参与研究，并签署了同意协议。研究通过医院伦理委员会批准。

表 1 两组患者基础资料比较

基础资料	对照组 (n=36)	观察组 (n=36)	t 值	P 值
年龄 (岁)	70.49 ± 3.72	70.78 ± 3.81	0.327	0.745
病程 (年)	3.09 ± 2.11	2.78 ± 2.07	0.629	0.531
前列腺大小 (g)	67.34 ± 33.12	67.28 ± 33.09	0.008	0.994
BMI	24.39 ± 2.08	24.27 ± 2.13	0.242	0.810
体重 (kg)	68.54 ± 7.75	68.89 ± 7.88	0.190	0.850
受教育年限 (年)	14.78 ± 3.37	14.71 ± 3.29	0.089	0.929

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 给予常规护理，主要表现在做好术准备工作、健康宣教、加强生活指导等。

1.2.2 观察组 在对照组护理基础上实施综合护理模式，具体措施如下。

(1) 术前综合护理：①认知干预。为了增加患者对疾病、PKRP 术的了解，护理人员需要为患者及家属讲解相关知识，着重介绍手术的方法、过程、术后效果等。对术后可能出现的并发症，需要分析影响因素，重点讲解防治措施。通过术前的访视，让患者及家属逐渐了解这些知识，能够纠正错误的认知，有助于缓解紧张、焦躁感，增加手术治疗的信心。叮嘱患者注重饮食的合理性，让其认识到饮食对疾病康复的影响，并嘱咐患者注意休息。②心理干预。前列腺增生症，多发生于老年群体，因患者长时间处于排尿困难的情况，不仅造成生理上的不适，还增加了精神负担。一些患者伴有其他病症，再加上对治疗的顾虑，很容易出现一些负面情绪。对此，为了帮助患者排解身心的压力护理人员需要了解患者的实际情况，找到主要的忧心点，实施针对性的疏导，让患者认识到治

疗对健康的重要性，良好心理状态对预后的积极作用，从而引导其尽可能地调节情绪，积极对待手术，减轻心理应激，增加手术的配合度。此外，护理人员还要引导家属，多关心、体贴患者，让其感受到家庭的支持。同时护理人员可举出一些康复良好的例子，进一步消除其顾虑，增加患者的信任感。③提肛训练。在护理的过程中，要教会患者提肛训练的方法，同时收缩部、肛门、会阴，或在排尿中练习中止动作。术前需要早、中、晚训练。④术前准备工作。术前常规备皮、肠道准备等，还需要对患者的心肺、肾功能有全面的了解，要及时纠正存在的问题。若伴有糖尿病、高血压，需要维持正常的水平。

(2) 术后综合护理：①对病情、生命体征进行严密的观察，术后指导患者先平卧，6h 后行半卧位，术后 24h，严密观察和监测患者的体征变化，每 30min 进行 1 次记录。对患者的神志情况，可借助询问的方式来了解和评估，这样能及时发现异常情况。术后需要监测水、电解质情况，及时纠正异常。②护理膀胱痉挛。对这一并发症的出现，护理人员需要予以解释、安慰，转移注意力等，来排解患者紧张的情绪；对尿管位置进行调节，使尿管的牵拉得到解除；加强引流的畅通，预热膀胱冲洗液到正常体温，避免低温的刺激。③预防继发性出血。手术后，因一些因素的影响，易出现该并发症，通常术后向上牵拉三腔气囊尿管 24h，来对腺窝压迫、止血，同时用生理盐水，对膀胱持续冲洗，以冲洗液颜色为依据，来对冲洗速度进行调整。通过这一方式，不仅能够止血，还能防止尿管出现堵塞。护理中，需要注意规避一些影响因素（咳嗽、引流不畅、膀胱痉挛等）。④护理尿失禁。在术后出现的并发症中，暂时性尿失禁比较多发。为了更好地防范该并发症，护理人员需要多与患者交谈，减轻其负面情绪，并让其认识到提肛训练的作用，更好地配合锻炼。拔管后要注重观察患者，了解是否发生尿失禁。指导多饮水，有助于尿液的稀释，可防范尿路感染，若尿失禁严重，患者可用阴茎集尿袋，每日进行 1 次更换，并做好外阴的清洗。

(3) 出院指导：叮嘱患者术后不能骑车、久坐等增加腹压的活动，也不可剧烈活动，防范出血。定期进行尿常规检查，若患者出现排尿困难、出血等，要马上就诊。术后多喝水，多吃纤维丰富、容易消化的食物，不能抽烟喝酒、吃刺激性食物，要注重保持健康的生活方式。

1.3 观察指标

(1) 术后情况：包括患者留管时间、住院时间及继发性出血、膀胱痉挛、尿失禁等并发症情况。

(2) 情绪状况：采用抑郁自评量表 (SDS)、

焦虑自评量表 (SAS) 评估患者情绪状况。

(3) 生活质量: 采用 WHO 制定的生活质量测定表 (WHOQOL) 对干预前后的生活状况进行评估。主要从 5 个领域来评分, 所得分数与生活质量呈正相关。

(4) 护理满意度: 采用自制量表对护理满意情况进行评价^[3]。

1.4 统计分析方法

运用 SPSS 18.0 统计学软件分析处理数据, 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。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组术后情况对比

实施综合护理模式后, 观察组留管时间、住院时间比对照组短, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组并发症发生率为 8.33%, 低于对照组 27.78%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.2 两组情绪状况对比

护理干预前, 两组患者 SAS 和 SDS 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 实施综合护理模式后, 观察组 SAS 和 SDS 评分降低的程度大于对照组, 组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 2 两组留管、住院时间及并发症情况对比

组别	例数	留管时间 (d)	住院时间 (d)	并发症			
				继发性出血	膀胱痉挛	尿失禁	发生率 (%)
对照组	36	6.78 \pm 1.03	9.27 \pm 1.35	2	5	3	27.78
观察组	36	4.03 \pm 1.13	8.02 \pm 1.21	1	1	1	8.33
	t 值	10.791	4.137			4.600*	
	P 值	0.000	0.000			0.032	

注: *为 χ^2 值。

表 3 两组情绪状况对比 (分)

组别	例数	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	36	49.98 \pm 7.01	35.47 \pm 6.08	51.89 \pm 5.74	36.41 \pm 6.72
观察组	36	50.21 \pm 6.87	30.36 \pm 5.57	52.01 \pm 6.33	32.15 \pm 5.68
	t 值	0.141	3.718	0.084	2.905
	P 值	0.889	0.000	0.933	0.005

2.3 两组生活质量对比

护理前, 两组患者生活质量量表 (WHOQOL) 各维度 (生理、心理、环境、社会关系、精神状况)

评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 护理后, 两组上述评分均升高, 但观察组高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组患者生活质量评分对比 (分)

指标	时间	观察组 (n=36)	对照组 (n=36)	t 值	P 值
生理	护理前	40.19 \pm 3.58	40.43 \pm 3.31	0.295	0.769
	护理后	49.64 \pm 4.32	44.41 \pm 4.59	4.978	0.000
心理	护理前	65.96 \pm 3.31	66.17 \pm 3.48	0.262	0.794
	护理后	77.93 \pm 5.01	71.88 \pm 4.72	5.274	0.000
环境	护理前	63.66 \pm 3.57	63.22 \pm 3.63	0.519	0.626
	护理后	77.79 \pm 4.12	72.81 \pm 3.64	5.435	0.000
社会关系	护理前	42.53 \pm 3.22	42.64 \pm 3.05	0.149	0.882
	护理后	50.94 \pm 4.25	46.37 \pm 5.29	4.041	0.000
精神状况	护理前	40.77 \pm 4.38	40.41 \pm 4.29	0.352	0.726
	护理后	49.57 \pm 3.26	44.53 \pm 3.37	6.449	0.000

2.4 两组护理满意度对比

实施综合护理模式后, 观察组 35 例患者对护理满意, 满意度为 97.22%, 对照组满意人数 30 例, 满意度 83.33%, 两组比较差异无统计学意义 ($\chi^2=2.532$, $P=0.112$)。

3 讨论

在老年男性中, 前列腺增生症比较常见, 临床表现为排尿迟缓、尿频、尿无力、终末滴沥等症状, 会对患者的生活、社交产生严重的影响, 若不能及时治疗, 会损害患者的肾功能^[4]。当前对前列腺增生症的治疗, 最常用的方法为手术干预。其中 PKRP 被认为是治疗该疾病的“金标准”, 有明显的优势, 如无切口、有着较小的损伤、低温快速切割、患者能快速的恢复等^[5]。但作为一项有创治疗, PKRP 会引起患者的心理应激, 不利于手术操作和较快的康复。因此, 在 PKRP 治疗中, 配合积极的护理干预, 对预后的改善十分重要。

综合护理是一种新的护理模式, 其充分体现了以人为本的理念, 能围绕患者的实际情况, 从多方面实施综合的、优质的、精细的护理服务, 能增加患者对治疗方案的了解, 更好地配合临床工作, 改进护理质量, 促进护患关系的和谐, 减少纠纷, 帮助患者更快恢复^[6]。在现代护理模式发展下, 综合护理得到了一定的开展, 护理干预的效果受到了更广泛的关注, 但需要凸显护理的个性化, 能依据患者的具体情况, 来针对性干预, 提高护理的依从性, 并注重家属督促作用的发挥, 来帮助患者更好地参与到临床工作中, 且家属的支持, 能调节患者的心理状态, 有助于手术的顺利完成, 提高治疗的效果, 减少并发症风险^[7]。在实施这一护理方式的过程中, 护理人员需要综合运用多种护理手段, 如全面考虑患者的认知、情绪、行为等, 实施有计划的干预, 来提高护理的效果。护理人员通过对疾病、PKRP 手术优势等方面的深入浅出的讲解, 能让患者及家属对治疗有更清楚的认识, 这样能减轻内心的负担, 增加手术配合的依从性。对并发症的发生、处理措施等的合理解释, 能减少患者的顾虑^[8]。同时适当列举成功案例, 能增加患者手术治疗的信心, 从而能够改善心态, 提高疗效。本研究中, 观察组留管时间、住院时间、SAS 评分、SDS 评分均优于对照组。提示, 综合护理方式能够改善治疗的效果, 排

解患者的负性情绪, 使手术前后的治疗和护理工作得到整体质量的提高。在 PKRP 治疗中, 随着护理模式的不断完善, 其作用会越来越明显。而综合护理不仅能够从整体上增加护理的全面性, 规范性, 还注重从个体的差异入手, 增强护理服务的个性化、人性化, 使患者的多种需求得到更合理的满足, 从而能够提高手术的质量, 减少并发症, 且这一护理方式, 能够发挥护理人员、家属、患者的积极性, 有助于护理工作的改进和优化, 促进患者生活质量的提高。本研究中, 观察组患者的生理、心理、环境、社会关系、精神状况评分均比对照组高, 表明实施护理模式能改善患者生活质量, 有助于维持患者心态的平稳, 加快患者的恢复。

综上所述, 在 PKRP 实施中, 实施综合护理干预, 能提高手术效果, 缩短住院时间, 降低并发症, 排解不良情绪, 增加满意度。

4 参考文献

- [1] 刘嫣. 探究高龄高危患者采用经尿道前列腺电切术的围手术期护理体会 [J]. 中国医药指南, 2021, 19(22): 177-178.
- [2] 苟亚静, 任颖娟, 周瑜. 医护一体化护理模式对前列腺电切术患者预后康复的促进作用 [J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6(20): 164-166.
- [3] 曾春风. 围手术期护理对于经尿道前列腺电切术治疗前列腺增生症患者的临床影响分析 [J]. 黑龙江医药, 2021, 34(1): 223-225.
- [4] 吴晓环, 黄月英, 王舜萍. 循证捆绑创优护理在经尿道前列腺电切术患者中的应用研究 [J]. 黑龙江医学, 2021, 45(2): 158-159, 162.
- [5] 石昌龙. 经尿道前列腺等离子双极电切术治疗前列腺增生患者的临床疗效 [J]. 中国医药指南, 2020, 18(25): 57-58.
- [6] 冯传顺, 刘云飞, 彭乃雄, 等. 经尿道前列腺电切术与经尿道双极等离子前列腺腔内剜除术的临床效果及其对患者性功能影响的对比分析 [J]. 岭南现代临床外科, 2020, 20(4): 472-475.
- [7] 孙祥生. 经尿道前列腺等离子双极电切术治疗前列腺增生临床效果分析 [J]. 中国医疗器械信息, 2020, 26(14): 69-70, 90.
- [8] 刘运丽. 经尿道前列腺等离子双极电切的手术护理体会 [J]. 河南外科学杂志, 2020, 26(2): 191-192.

[2022-10-21 收稿]

延伸护理服务对持续非卧床腹膜透析患者营养不良的干预效果

戴小娟 肖爱萍

【摘要】 目的 观察延伸护理服务对持续非卧床腹膜透析患者营养不良状况的改善效果。方法 选取医院 2020 年 1 月 - 2022 年 7 月收治的持续非卧床腹膜透析伴营养不良患者 80 例作为研究对象, 根据组间性别、年龄、病程等基本资料均衡可比的原则分为两组, 每组 40 例。对照组给予常规护理服务, 观察组以常规护理为基础, 同时开展延伸护理服务。出院后 6 个月, 以相关营养指标、主观综合性营养评估法 (SGA) 评分以及生存质量评分作为指标, 比较组间护理效果。结果 出院时, 两组间相关营养指标总蛋白 (TP)、白蛋白 (ALB) 以及血红蛋白 (HGB) 水平比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 出院后 6 个月, 两组上述指标均有一定提升, 但观察组均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。出院时, 两组间 SGA、生存质量评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 出院后 6 个月, 两组上述评分均有一定升高, 但观察组两项评分均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 延伸护理服务更有利于持续非卧床腹膜透析患者的营养不良状况改善, 提升其生活质量。

【关键词】 延伸护理服务; 持续非卧床腹膜透析; 营养不良; 总蛋白; 白蛋白; 血红蛋白

中图分类号 R473.5 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)01-50-03

持续非卧床腹膜透析是目前临床用于终末期肾脏病患者治疗最常用的一种措施, 可有效增加患者的生存周期, 且患者无需住院, 于门诊便可接受腹膜透析治疗, 这不仅减轻了患者本身的身心痛苦, 也减轻了其家庭的经济负担^[1]。但是, 此种透析模式也面临着一些问题, 如出院后缺乏专业人员的指导, 容易出现各类护理问题, 容易造成机体营养不良、慢性炎症等, 严重影响患者的机体恢复, 降低其生存质量。因此, 加强此类患者的院外护理十分必要^[2]。而延伸护理服务的主要目的是将院内护理延伸至院外, 让患者在回归家庭后依然能得到持续、专业的护理服务, 以此持续改善其机体营养状态与身心健康, 提高其生活质量^[3]。本研究对持续非卧床腹膜透析伴营养不良患者实施延伸护理服务, 探讨该护理模式对患者营养不良状况及生活质量的影响, 具体结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取医院 2020 年 1 月 - 2022 年 7 月收治的持续非卧床腹膜透析伴营养不良患者 80 例作为研究对象。纳入标准: 具有良好的心肺功能, 可正常使用降压药物; 透析时间 ≥ 3 个月; 病情处于稳定期, 仍有部分肾功能。排除标准: 并发重大心脑血管疾病者; 肝、肺功能障碍者; 合并呼吸、泌尿系统等内科重大病症者; 患有精神类病症或认知障碍者。根据组间性别、年龄、病程等基本资料均衡可比的原则分为两组, 每组 40 例。对照组男 21 例, 女 19 例; 年龄 40 ~ 74 岁, 平均 57.13 ± 2.11 岁; 病程 6 个月至 3 年, 作者单位: 225700 江苏省兴化市人民医院腹膜透析中心

平均 1.34 ± 0.27 年; 观察组男 22 例, 女 18 例; 年龄 41 ~ 75 岁, 平均 57.15 ± 2.14 岁; 病程 6 个月至 3 年, 平均 1.17 ± 0.34 年。两组上述资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。本研究通过医院伦理委员会批准; 患者本人及 (或) 家属均知晓研究相关内容, 且签署知情同意书者。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 行常规护理, 即患者出院前对其进行健康知识宣教、饮食指导, 并发放腹膜透析手册; 出院后 1 周, 护理人员进行常规电话随访, 定期询问其饮食情况及营养状态恢复情况, 若患者出现不合理饮食行为, 及时进行指导纠正, 并告知饮食方面需要注意的事项, 告知患者在遇到问题随时电话咨询。

1.2.2 观察组 在对照组基础上开展延伸护理服务, 具体措施如下。

(1) 构建延伸护理小组: 成员选择具有丰富临床护理经验的护理人员, 先对小组成员进行 8 周的专业知识与技能培训, 并进行考核, 考核通过后, 方可执行患者的出院指导与延伸护理相关工作。

(2) 构建患者档案: 为患者构建完整的病例档案, 详细录入其基础情况、生活方式、服药情况、心理状态以及遵医行为等, 同时将健康宣传单发至患者或家属手中, 告知上门随访和复查的时间。患者出院后, 小组护理人员开始通过肾病个性化饮食小程序对患者进行针对性的饮食指导。

(3) 延伸护理饮食指导: 让患者加入医院微肾科小程序, 结合自身情况依据小程序中的饮食食谱栏目内容进行日常饮食, 重度水肿或低蛋白血症患者, 指导其多卧床休息, 每日优质蛋白摄入量为 0.6g/kg ,

同时确保热量摄入量充足, 不建议高蛋白饮食。患者出现水肿症状时, 坚持低盐饮食原则, 3g/d 为宜, 但禁止无盐饮食, 少量食用饱和脂肪酸含量丰富的食物, 如动物油脂, 多食不饱和和脂肪酸含量丰富的食物, 如植物油, 食用可溶性纤维含量丰富的食物, 包括蔬菜、燕麦以及米糠等; 若患者肾功能不全, 对钾与磷摄入量进行严格限制; 由于饮食受限, 且需要长期口服激素, 因此, 还需要指导患者补充适量外源性钙剂, 如罗钙全、碳酸钙维生素 D₃ 片等。如遇到疑问可随时于小程序内提问, 医护人员及时进行解答与指导, 医护人员定期于小程序内与患者沟通, 了解其恢复情况, 依据其实际情况给予针对性指导, 帮助其纠正不良饮食行为, 促进其机体营养状况改善。

1.3 指标观察

(1) 营养状况指标: 于离院时及离院后 6 个月, 分别对两组患者的总蛋白 (TP)、白蛋白 (ALB) 以及血红蛋白 (HGB) 水平进行检测。

(2) 营养评分与生存质量评分: 采用主观综合性营养评估法 (SGA) 评价两组机体营养状况, 评价指标包括体重、饮食状况、胃肠道反应、活动能力以及皮下脂肪消耗等, 总分 35 分, 总分越高表示营养

状况越好^[4]。采用健康调查简表 (SF-36) 评价两组生存质量, 指标包括生理、心理、社会等功能, 总分 100 分, 得分越高则生存质量越好。

1.4 统计学方法

数据运用 SPSS 22.0 统计学软件处理, 计数资料计算百分率, 组间率比较采用 χ^2 检验; 数据符合正态分布的计量资料用“均数 \pm 标准差”表示, 组间均数比较采用 *t* 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者营养状况指标比较

离院时, 两组间营养状况指标 TP、ALB 以及 HGB 水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 离院后 6 个月, 两组上述指标均有一定提升, 但观察组均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组 SGA 与生存质量评分

离院时, 两组间 SGA、生存质量评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 离院后 6 个月, 两组上述评分均有一定升高, 但观察组两项评分均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 两组营养状况指标比较

组别	TP (g)		ALB (g/L)		HGB (g/L)	
	离院时	离院后 6 个月	治疗前	离院后 6 个月	治疗前	离院后 6 个月
观察组 (n=40)	27.44 \pm 1.37	48.82 \pm 4.11	28.57 \pm 1.51	42.21 \pm 3.72	83.31 \pm 12.66	96.24 \pm 12.83
对照组 (n=40)	27.49 \pm 1.41	35.61 \pm 3.31	28.59 \pm 1.53	33.42 \pm 3.17	83.35 \pm 12.69	85.15 \pm 10.37
<i>t</i> 值	0.160	15.832	0.058	11.374	0.014	4.251
<i>P</i> 值	0.872	0.000	0.953	0.000	0.989	0.000

表 2 两组 SGA 与生存质量评分比较 (分)

组别	SGA		生存质量	
	离院时	离院后 6 个月	离院时	离院后 6 个月
观察组 (n=40)	3.31 \pm 1.15	7.69 \pm 1.37	52.08 \pm 2.41	72.52 \pm 3.09
对照组 (n=40)	3.33 \pm 1.13	4.09 \pm 1.22	52.12 \pm 2.39	60.33 \pm 3.34
<i>t</i> 值	0.078	12.411	0.074	16.943
<i>P</i> 值	0.937	0.001	0.940	0.001

3 讨论

持续非卧床腹膜透析是临床治疗肾病的常用方法, 其优势主要在于患者无需住院, 也可持续接受透析治疗, 延缓其病情进展, 但由于接受此种治疗方式的患者多数病程较长, 且身体状况较差, 长时间的透析治疗极易导致其机体处于高代谢状态, 从而造成营养不良, 严重降低患者的生存质量^[5]。

导致持续非卧床腹膜透析患者机体营养不良的原因众多, 如果仅仅只是于饮食中增加蛋白质、能量很难进行良好纠正, 需要通过更科学、更全向的护理措

施进行改善, 包括饮食知识宣教与指导、技能培训以及考核, 必要时甚至可以采用食物添加剂、肠内营养以及肠外营养等干预措施^[6]。而常规的护理模式仅仅只是以电话随访的方式进行指导, 虽然简便快捷, 容易实施的, 但这种方法只能依靠患者主诉了解患者情况, 而不能进行实际查看与指导, 对于患者离院后的帮助并不大^[7]。而延伸护理服务则是一种现代化新型护理服务, 其始终强调将“以人为本”作为护理原则, 打破了常规护理只能局限于院内的不足, 将各项专科护理服务延伸至院外, 确保患者离院后仍能得到持续

强化护理对妊娠合并糖尿病患者干预效果分析

师红美

【摘要】 目的 探讨强化护理干预方案对妊娠合并糖尿病患者的临床效果。方法 以2020年1月-2021年12月医院就诊的80例妊娠合并糖尿病患者作为研究对象,根据组间年龄、孕周等基本资料均衡可比的原则分为对照组($n=40$)和观察组($n=40$)。对照组采用常规护理方案,观察组在对照组干预方案基础上开展强化护理干预。评估两组患者血糖水平、母婴并发症发生情况。结果 干预前,两组空腹血糖(FPG)、餐后2h血糖(2hPG)、糖化血红蛋白(HbA1c)水平接近,差异无统计学意义($P>0.05$);开展强化护理干预后,观察组上述指标均较对照组低,差异有统计学意义($P<0.05$)。开展强化护理干预后,观察组母婴并发症发生率(2.5%)较对照组(20.0%)低,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 在妊娠合并糖尿病患者护理工作中采纳强化护理干预模式,对患者血糖水平纠正有积极效用,可降低妊娠并发症的发生风险。

【关键词】 强化护理干预;妊娠;糖尿病;血糖;妊娠并发症

中图分类号 R473.71 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)01-52-03

妊娠合并糖尿病是妊娠期常见的一类并发症,主要因产妇产前糖耐量持续异常所致,在妊娠期占5%~14%,且发生率在近年来持续上升^[1-2]。妊娠合并糖尿病增加了妊娠的风险程度,若患者病情不可控,可导致酮症酸中毒、高渗性昏迷等并发症,对母婴结局造成了不良影响^[3]。针对妊娠合并糖尿病患者,临床治疗原则是控制患者血糖水平,降低母婴并发症的发生风险。实践表明,大约80%的妊娠糖尿病患者,

作者单位:071000 河北省保定市竞秀区妇幼保健院妇产科

经运动指导、饮食指导、自我管理等非药物治疗措施,可使其血糖得到有效控制。而多数患者对妊娠合并糖尿病的认知程度不高,缺乏重视程度,且受病情以及对分娩结局的担心等因素影响,容易出现负面心理,降低患者的治疗依从性以及治疗信心,导致临床疗效降低^[4-5]。因此,临床上针对妊娠期糖尿病患者,需要施以恰当的护理干预,以提高患者对疾病的认知程度,增强治疗信心。本研究探讨强化护理干预对妊娠合并糖尿病患者的干预效果,结果报告如下。

性的护理服务,以更好的改善患者的身心状态与生存质量。延伸护理服务同时结合了预防保健、常规护理、饮食指导以及用药护理等多个方面的医疗知识,在患者离院仍然通过电话、上门等随访方式,动态了解其恢复情况,从而给予针对性的护理服务指导,从其生活、饮食以及运动等多个方面进行干预,促进其各项机体功能恢复,进一步改善患者的机体营养状况,提高其生存质量^[6]。本研究结果显示,离院后6个月,观察组TP、ALB以及HGB水平均高于对照组,观察组SGA、生存质量评分均高于对照组,提示,延伸护理服务在非卧床腹膜透析患者的营养状况改善中确实效果显著,可有效提升患者的生存质量。

综上所述,延伸护理服务对持续非卧床腹膜透析患者的机体营养不良状况改善具有积极作用,可有改善患者的生存质量。

4 参考文献

[1] 胡岚,吴德湖.综合营养护理对持续性非卧床性腹膜透析患者的临床效果[J].透析与人工器官,2022,33(2):78-80.

[2] 董相爱.微信式延续护理对门诊持续性非卧床腹膜透析患者营养状况及并发症的影响效果分析[J].医药高职教育与现代护理,2022,5(1):81-84.

[3] 罗干红.延续性护理模式对持续性非卧床腹膜透析护理效果的影响[J].中国医药科学,2021,11(9):137-140.

[4] 何菊香,牛和俊,陈小元.持续性非卧床腹膜透析患者发生首次相关性腹膜炎的危险因素分析[J].老年医学研究,2021,2(1):6-9.

[5] 关兆媛.延伸护理对持续性非卧床腹膜透析慢性肾功能衰竭患者自我管理和生存质量的影响分析[J].中国医药指南,2019,17(9):239-240.

[6] 胡君红,莫丽芳,唐冬花.持续质量改进在持续非卧床腹膜透析患者中的应用效果评价[J].当代护士:下旬刊,2020,27(6):6-8.

[7] 曾林.对接受持续性非卧床腹膜透析的患者实施延续性护理对其肾功能及生活质量的影响[J].当代医药论丛,2019,17(22):251.

[8] 欧阳情情,唐富琴,谢怡铃,等.延伸护理对居家腹膜透析病人自我管理能力的研究[J].全科护理,2019,17(12):1474-1476.

1 对象与方法

1.1 研究对象

以2020年1月-2021年12月医院就诊的80例妊娠合并糖尿病患者作为研究对象。纳入标准：与妊娠期糖尿病的诊断标准相符^[6]；妊娠前糖代谢功能正常；单胎妊娠。排除标准：存在影响肝肾功能的相关病变；存在影响精神、交流、智力功能的相关病变；伴有严重感染；恶性肿瘤；需开展大型手术；伴有严重心脑血管系统疾病；家族存在病史；存在可能对妊娠结局造成影响的相关疾病。根据组间年龄、孕周基本资料均衡可比的原则分为对照组($n=40$)和观察组($n=40$)。对照组年龄21~38岁,平均 32.12 ± 1.68 岁;孕周37~40周,平均 38.21 ± 1.31 周;初产妇25例,经产妇15例。观察组年龄22~37岁,平均 33.10 ± 1.56 岁;孕周38~40周,平均 38.18 ± 1.12 周;初产妇29例,经产妇11例。两组上述一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究通过医院伦理委员会批准。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 采用常规护理,入院后对患者病情展开综合评估,做好患者体征指标的实时监测,室内加强通风,定期对床单被罩进行更换,做好患者日常生活的指导和护理。同时指导产妇自我管理,遵医嘱予以胰岛素注射。告知患者避免长时间坐位,避免出现并发症。

1.2.2 观察组 在对照组基础上开展强化护理,具体如下。

(1) 健康教育:将关于妊娠合并糖尿病的相关知识(病因、危害性、事项要点等)编制成手册,并发放至患者,同时配合定期开展知识讲座、专题沙龙等形式,使患者对妊娠合并糖尿病的认识更为全面,从而提升患者的重视程度以及依从性。

(2) 心理护理:与患者保持积极交流,期间对患者心理状态进行观察,了解患者负面心理的根源,并积极与患者家属交流,掌握患者个人相关信息(性格特征、经济水平、家庭背景等)。依据患者实际情况、个性特点开展针对性心理疏导,缓解患者的负面心理。耐心倾听患者的主诉,严禁加入主观情绪,以点头、微笑等形式予以表示。倾听期间观察患者的行

为、语气、表情,以换位思考的方式体会患者的心态。对患者提出的问题予以解释说明,并予以患者鼓励和支持,使患者保持乐观心态。同时对患者介绍疾病的治疗流程,消除患者对治疗工作的恐惧感、紧张感。治疗期间部分患者因病情较长、妊娠疼痛作用,容易出现负面心理,护理人员可指导患者开展深呼吸,并以看喜剧、听音乐、聊天、玩游戏等形式使患者注意力得到转移,缓解患者的负面心理。

(3) 饮食指导:营养科护士在了解患者综合情况的基础上,制定针对性的饮食计划,保持患者每日总热量摄入为30~40kcal/kg,保持20%的蛋白质、40%~50%的碳水化合物摄入,遵循少吃多餐的原则,使患者营养保持均衡。

(4) 运动指导:指导患者进餐后1h可适当进行运动,可依据患者喜好选择散步、瑜伽、慢跑、做操等项目,每次运动时间维持在20~30min,以患者耐受程度调整运动时间、运动强度,同时对胎动进行计数,观察是否出现宫缩反应。

(5) 加强血糖监测:指导患者每日对空腹血糖(FPG)、餐后2h血糖(2hPG)等血糖指标进行测量,若血糖水平控制不理想,则对饮食方案进行调整,必要时对患者实施胰岛素治疗。

1.3 观察指标

(1) 血糖指标:干预前、干预后检测两组患者FPG、2hPG、糖化血红蛋白(HbA1c)水平。

(2) 母婴并发症:包括羊水过多、妊娠高血压、胎膜早破、产后出血、巨大儿、胎儿窘迫。

1.4 统计学方法

运用SPSS 23.0统计学软件处理数据,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。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者血糖指标比较

干预前,两组FPG、2hPG、HbA1c血糖指标水平接近,差异无统计学意义($P>0.05$);开展强化护理后,观察组上述指标均较对照组低,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 两组患者血糖指标比较

组别	例数	FPG (mmol/L)		2hPG (mmol/L)		HbA1c (%)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	7.72 \pm 1.82	5.83 \pm 0.12	12.27 \pm 2.14	7.61 \pm 1.08	8.93 \pm 1.15	5.93 \pm 0.56
对照组	40	7.73 \pm 1.80	7.13 \pm 1.23	12.30 \pm 2.02	10.55 \pm 2.41	8.95 \pm 1.20	8.04 \pm 1.11
	t 值	0.025	6.653	0.064	7.041	0.076	10.734
	P 值	0.980	0.000	0.949	0.000	0.940	0.000

2.2 两组患者母婴并发症比较

开展强化护理后, 观察组母婴并发症总发生率

(2.5%) 较对照组 (20.0%) 低, 差异有统计学意义

($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者母婴并发症比较

组别	例数	羊水过多	妊娠高血压	胎膜早破	产后出血	巨大儿	胎儿窘迫	总发生率 (%)
观察组	40	0	0	0	1	0	0	2.5
对照组	40	2	1	1	2	1	1	20.0

$\chi^2=4.507, P=0.034$ 。

3 讨论

在目前, 经济推动了社会的快速发展, 这也使得人们的生活水平得到提升, 生活节奏、饮食习惯也出现了改变, 导致妊娠合并糖尿病的发生率在近年来持续上升^[7-8]。妊娠合并糖尿病可导致产妇发生相关产科并发症(羊水过多、产后出血、妊娠高血压、胎膜早破等)的风险增加, 还可导致胎儿出现畸形、发育不良、早产等情况, 威胁母婴安全^[9]。

为保障妊娠合并糖尿病患者的妊娠结局, 临床需强化血糖控制效果, 而采取有效的护理干预措施, 能够有效稳定患者心理状态, 提升患者依从性以及血糖达标率^[10]。常规护理是以整体为角度而制定的大众化护理方案, 措施过于单一, 缺乏针对性, 难以满足患者的实际身心需求^[11-12]。

本研究在常规护理基础上落实强化护理干预模式, 结果显示, 干预后观察 FPG、2hPG、HbA1c 水平均较对照组低, 观察组母婴并发症发生率较对照组低, 表明开展强化护理干预对改善患者血糖水平以及降低母婴并发症有显著效用。分析认为, 强化护理干预模式是以常规护理作为基础, 以患者为中心, 结合患者实际情况制定的针对性护理方案, 通过对患者开展健康教育、心理护理, 提升了患者对该病的重视程度, 进一步加深了患者对疾病、治疗护理工作的认识, 调动了产妇的能动性, 从而使产妇依从性得到提升, 强化了血糖控制效果^[13]。而饮食指导、运动指导则使母婴的机体营养得到保障, 改善了产妇的机体素质, 使产妇的免疫力得到提升, 促进了糖氧化作用, 使血糖代谢异常状态得到纠正, 实现血糖降低的目的, 改善了母婴结局^[14-15]。另外配合血糖监测, 有利于客观了解产妇的血糖控制效果, 便于及时对患者护理方案进行调整和优化, 保障干预效果。

综上所述, 将强化护理干预应用在妊娠合并糖尿病患者患者的护理工作中, 能够对患者的血糖水平控制起到积极影响, 还能使患者母婴结局得到改善, 提升妊娠安全性。

4 参考文献

- [1] 陈艳. 信息化护理干预对妊娠期糖尿病患者遵医行为及母婴并发症的影响[J]. 糖尿病新世界, 2020, 23(18): 76-78.
- [2] 霍艳芳, 席欢. 基于微信的多学科协作对妊娠期糖尿病产妇血糖控制效果及遵医行为的影响[J]. 山西医药杂志, 2021, 50(14): 2249-2251.
- [3] 裴彩霞. 早期护理干预对妊娠期糖尿病妊娠结局的影响[J]. 实用糖尿病杂志, 2020, 16(1): 59-60.
- [4] 尚娟. 探讨护理干预对妊娠期糖尿病患者负性情绪和睡眠质量的影响[J]. 世界睡眠医学杂志, 2020, 7(9): 1552-1554.
- [5] 李军霞. 护理干预对妊娠期糖尿病患者妊娠结局及血糖水平的影响[J]. 检验医学与临床, 2020, 17(S01): 124-126.
- [6] 中华医学会妇产科学分会产科学组, 围产医学分会妊娠合并糖尿病协作组. 妊娠合并糖尿病诊治指南(2014)[J]. 糖尿病临床, 2014, 8(11): 489-498.
- [7] 包沙沙. 护理干预对妊娠期糖尿病患者母婴结局的影响[J]. 黑龙江科学, 2021, 12(8): 82-83.
- [8] 周培培, 王柯柯. 针对性护理干预联合家庭运动干预在妊娠期糖尿病患者中的应用及对妊娠结局的影响[J]. 黑龙江医学, 2022, 46(14): 1769-1771.
- [9] 孔潇. 妊娠阶段的强化护理干预对妊娠期糖尿病孕产妇妊娠结局的影响[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50(3): 275-275.
- [10] 樊慧妮, 许莹. 强化护理干预在妊娠合并糖尿病患者中的应用效果观察[J]. 贵州医药, 2020, 44(1): 161-162.
- [11] 杨霏霏. 综合护理干预对妊娠糖尿病患者血糖及并发症的影响[J]. 国际临床医学, 2020, 2(2): 63-63.
- [12] 李丹凤, 陈笑仪, 卢玉云. 综合护理干预对妊娠期糖尿病患者血糖控制效果及心理状态的影响[J]. 黑龙江医药, 2020, 33(4): 963-965.
- [13] 林蕴华, 温利辉, 沈惠玲. 综合护理干预对妊娠期糖尿病患者围生期血糖、并发症及妊娠结局影响[J]. 按摩与康复医学, 2020, 11(18): 83-84.
- [14] 胡海滨, 邹文霞, 何秀玲, 等. 连续护理干预对妊娠期糖尿病患者妊娠结局的影响[J]. 中国城乡企业卫生, 2020, 35(11): 137-139.
- [15] 周利敏, 杨华. 强化护理干预对妊娠糖尿病患者血糖及妊娠结局的影响[J]. 河南医学研究, 2020, 29(5): 918-920.

[2022-08-10 收稿]

综合疼痛护理干预在减轻翼状胬肉术后疼痛中的应用

胡玮玮

【摘要】 目的 探讨综合疼痛护理在减轻翼状胬肉术后疼痛中的效果。方法 选择南京市高淳人民医院在 2020 年 2 月 - 2021 年 8 月接诊的 47 例进行翼状胬肉手术的患者作为研究对象, 依照组间年龄、性别均衡可比的原则将患者分为对照组 (23 例) 与观察组 (24 例)。对照组给予常规护理措施, 观察组在常规护理的基础上给予综合疼痛护理措施。对比两组患者术后疼痛改善情况与护理满意度。**结果** 综合疼痛护理干预后, 观察组患者术后第 1 天、第 3 天及 1 周后的疼痛评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者舒适度评分优于对照组患者, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者护理满意度高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 综合疼痛护理的应用可有效减轻翼状胬肉术后疼痛程度, 提高患者的术后舒适度与患者满意度。

【关键词】 综合疼痛护理; 翼状胬肉; 减轻疼痛; 护理效果

中图分类号 R473 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)01-55-03

翼状胬肉是一种常见的眼科疾病, 外界刺激是导致翼状胬肉发生的主要原因。翼状胬肉好发于鼻侧, 因其形状和昆虫的翅膀较为相似, 进而取名为翼状胬肉^[1]。目前, 手术是治疗翼状胬肉首选方案, 但是术后患者均存在一定程度上的疼痛症状。因此, 如何减轻术后疼痛是目前临床研究的重点问题。有研究显示^[2], 给予术后疼痛患者实施疼痛护理干预, 可有效减轻患者疼痛程度, 提高护理满意度。本研究探讨综合疼痛护理对翼状胬肉术后疼痛的控制效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择南京市高淳人民医院在 2020 年 2 月 - 2021 年 8 月接诊的 47 例进行翼状胬肉手术的患者作为研究对象。纳入标准: 符合关于翼状胬肉的诊断标准; 患者均意识清晰, 可正常沟通; 均进行翼状胬肉手术。排除标准: 对于伴有精神疾病的患者排除; 对于恶性肿瘤的病人进行排除; 对于不宜进行手术的患者进行排除。依照组间基线资料均衡可比的原则将患者分为对照组 (23 例) 与观察组 (24 例); 观察组男性 13 例, 女性 11 例; 患者年龄为 40 ~ 89 岁, 平均年龄为 61.35 ± 6.28 岁。对照组男性 12 例, 女性 11 例; 患者年龄为 41 ~ 88 岁, 平均年龄为 60.49 ± 5.67 岁。两组患者年龄、性别比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。本研究已通过高淳人民医院伦理委员会审批。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 给予患者常规护理干预, 具体包括: 根据患者的情况进行及时处理, 如果患者术后出现畏

光, 疼痛, 流泪的情况需要及时告知医生进行处理。此外, 叮嘱患者进行休息, 饮食方面注意清淡饮食, 不要用力揉眼睛, 以免感染的情况发生。

1.2.2 观察组 给予患者综合疼痛护理措施, 具体包括:

(1) 做好基础护理: 护理人员需要密切观察患者的眼部情况, 对患者双眼进行包扎, 并密切观察敷料的情况, 是否有渗液出现。

(2) 用药护理: 患者在结束手术后, 需要口服药物, 例如双氯芬酸钠胶囊, 每日 1 次, 每次 10mg, 连续服用 3 天。

(3) 健康教育: 告知患者一定要注意眼部卫生, 加强卫生管理, 在户外活动时需要佩戴护眼装置, 避免异物对眼睛造成二次伤害。

(4) 疼痛护理: 首先, 评估患者疼痛的程度, 对其进行针对性的干预, 对于轻度疼痛的患者, 可采取转移注意力的方式, 例如采取音乐疗法, 缓解疼痛程度。对于中度疼痛的患者, 可选择冰袋冷敷的方式, 冷敷时间为 10 ~ 15min, 间隔 2 ~ 3 小时冷敷一次, 以减轻患者疼痛; 对于重度疼痛的患者, 可在遵医嘱的情况下给予镇痛药物进行治疗。

(5) 心理疏导: 主动和患者进行沟通交流, 消除患者的负面情绪, 与其建立良好的护患关系, 充分认知并了解患者的疼痛感受, 尽可能的满足患者的合理需求, 保持心情舒畅, 帮助患者缓解疼痛感。

1.3 观察指标

(1) 疼痛评估: 术后疼痛感包括术后第 1 天, 第 3 天, 术后 1 周护的疼痛评分, 均采用 VAS (视觉模拟法) 进行评价, 总分为 10 分, 1 ~ 3 分代表疼痛轻度, 4 ~ 6 分代表疼痛中度, 7 ~ 10 分为重度疼

痛,分数越低说明疼痛程度越轻^[3];

(2) 护理满意度评估:对满意度的调查以我院自制的患者护理满意度问卷进行,包括很满意、满意和不满意。满意度 = (很满意 + 满意) / 观察人数 × 100%。

(3) 舒适度评估:通过参考相关文献,其指标包括:刺痛感、刺激感、烧灼感、流泪程度、睁眼困难程度,每个维度均为1~3分,1分代表轻度,2分为中度,3分为重度。

1.4 统计学方法

所有数据均采用SPSS 25.0统计软件进行分析,计数资料计算百分率,组间率的比较采用 χ^2 检验;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 两组患者术后不同时间段的疼痛评分比较

表2 两组患者术后舒适度评分比较(分)

组别	刺痛感	刺激感	烧灼感	流泪程度	睁眼困难程度
观察组($n=24$)	0.55 ± 0.13	0.52 ± 0.15	0.49 ± 0.11	0.59 ± 0.16	0.62 ± 0.22
对照组($n=23$)	1.05 ± 0.12	1.36 ± 0.35	1.56 ± 0.27	1.49 ± 0.32	1.42 ± 0.23
t 值	13.685	10.774	17.930	12.274	12.188
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表3 两组患者满意度情况比较(分)

组别	n	很满意	满意	不满意	满意度(%)
观察组	24	15	8	1	95.83
对照组	23	8	8	7	69.57

$\chi^2=4.029, P=0.045$ 。

3 讨论

翼状胬肉是一种常见的眼科疾病,主要是长期慢性刺激导致,例如,长期受到日光,尘土,烟雾等因素影响;随着病程的延长,翼状胬肉组织不断增加,慢慢的覆盖患者整个瞳孔,进而导致患者视力受到严重影响^[4]。临床治疗主要采取手术治疗的方式对翼状胬肉进行治疗,但手术的过程中需要将病灶区域内的角膜上皮层甚至是角膜前弹力层去除,导致角膜上皮组织缺损,部分角膜神经裸露在外;此外,固定植片的缝线引起的持续性刺激,在愈合过程中释放的炎症因子,导致术后患者均伴有一定程度上的疼痛,进而影响患者预后^[5-6]。因此,有效的护理措施缓解术后患者疼痛是关键。

翼状胬肉切除手术后,引起患者疼痛的因素主要是角膜和结膜创面的刺激,还有手术缝合线引起的疼痛等。以往的常规护理具有一定的局限性^[7]。本文采

取的综合疼痛护理干预后,观察组患者术后第1天、第3天及1周后的疼痛评分低于对照组患者,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 两组术后不同时间段的疼痛评分(VAS)比较(分)

组别	术后第1天	术后第3天	术后1周
观察组($n=24$)	5.37 ± 1.04	3.46 ± 0.78	1.73 ± 0.02
对照组($n=23$)	7.69 ± 2.46	5.45 ± 1.16	3.21 ± 1.03
t 值	4.243	6.929	7.041
P 值	0.000	0.000	0.000

2.2 两组患者术后舒适度评分比较

综合疼痛护理干预后,观察组患者舒适度指标如刺痛感、刺激感、烧灼感、流泪程度评分均优于对照组患者,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

2.3 两组患者满意度情况比较

综合疼痛护理干预后,观察组患者护理满意度高于对照组患者,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表3。

取的综合疼痛护理干预,重视患者的疼痛护理,同时重视患者的生理,心理需求;根据不同的疼痛程度采取不同的应对措施,例如采用冷敷,心理护理,音乐疗法缓解患者的疼痛;冷敷可利于结膜毛细血管的收缩,减少术区的血流量,进而利于血小板的聚集,减少分泌物对眼部神经的刺激,有效缓解疼痛程度。音乐疗法可转移患者疼痛注意力。心理护理可帮助患者提高对疼痛的忍耐度。本研究结果显示,观察组患者术后疼痛评分低于对照组患者,观察组患者舒适度评分优于对照组患者,观察组患者护理满意度高于对照组患者,这与杨艳波的研究结果一致^[8]。由此可知,强化疼痛护理,可有效减轻患者疼痛程度,提高患者的舒适度及满意度。

综上所述,综合疼痛护理的应用可有效减轻翼状胬肉术后疼痛程度,属于有效的护理模式,在提高患者术后舒适度的同时,也提高了患者的满意。

健康教育在老年骨质疏松性髌部骨折护理中的应用价值

秦琴 龙微*

【摘要】 目的 探讨老年骨质疏松性髌部骨折护理中采取健康教育干预的效果。方法 选择医院 2021 年 2 月 - 2022 年 2 月收治的 88 例老年骨质疏松性髌部骨折患者作为研究对象, 根据组间性别、年龄等基本资料均衡可比的原则分为常规护理组 (44 例) 和健康教育组 (44 例)。健康教育组在常规护理的基础上开展健康教育干预。比较两组护理干预后的临床效果。结果 护理中开展健康教育后, 健康教育组住院时间短于常规护理组, 疼痛评分低于常规护理组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 健康教育组及常规护理组康复率分别为 95.45% 和 77.27%, 健康教育组康复效果优于常规护理组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 健康教育组生活质量各维度评分均高于常规护理组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 健康教育组护理满意度分别为 97.73% 和 75.00%, 健康教育组高于常规护理组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 在老年骨质疏松性髌部骨折护理中采取健康教育, 可有效缓解患者的疼痛, 缩短患者的住院时间, 提升患者生活质量, 提高满意度。

【关键词】 健康教育; 骨质疏松性髌部骨折; 疼痛评分; 康复效果; 生活质量; 护理满意度

中图分类号 R473.6 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)01-57-03

骨质疏松属于临床上多见的骨骼性疾病, 伴随人体骨量降低, 引起骨骼脆性加大, 易造成骨折^[1]。骨质疏松性髌部骨折多发生于老年人, 对患者的生活质量和身心健康均产生较大的影响, 若情况严重甚至可威胁患者生命^[2]。骨质疏松性髌部骨折多采取手术治疗, 术后护理对患者康复非常关键。由于患者对自身病情不了解常出现负面情绪, 加之手术产生的应激反应使得其无法配合护理, 这就对其预后及康复产生较大的影响^[3]。为此, 本研究在老年骨质疏松性髌部骨折患者护理中开展健康教育, 取得较好护理效果, 具体报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择医院 2021 年 2 月 - 2022 年 2 月收治的 88

作者单位: 638000 四川省广安市人民医院

* 通讯作者

例老年骨质疏松性髌部骨折患者作为研究对象。纳入标准: 患者经影像学诊断后满足老年骨质疏松性髌部骨折诊断标准; 患者及家属对本次研究目的知情, 且主动加入到此次研究中; 患者基础资料完整。排除标准: 患有其他严重性疾病者; 患有精神疾病者, 认知功能障碍者; 中途退出研究及无法配合本次研究者。根据组间性别、年龄等基本资料均衡可比的原则分为常规护理组 (44 例) 和健康教育组 (44 例)。健康教育组男 21 例, 女 23 例; 年龄 64 ~ 87 岁, 平均 73.23 ± 2.43 岁。常规护理组男 22 例, 女 22 例; 年龄 67 ~ 88 岁, 平均 73.38 ± 2.57 岁。两组上述资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。本研究经医院伦理审核批准通过。

1.2 健康教育方法

常规护理组施行常规护理, 给予患者术前宣教, 协助其进行相应的检查, 为其做好术前准备工作, 并未其讲解术中相关注意事项, 术后对其进行体位以及

4 参考文献

- [1] 吴梅娅. 分析在翼状胬肉切除手术患者中实施护理冷敷预处理与术后疼痛缓解的效果 [J]. 养生保健指南, 2021(34):200.
- [2] 袁黎君, 田川. 绷带镜在翼状胬肉切除术后患者疼痛护理中的应用 [J]. 护理与康复, 2020, 19(4):60-62.
- [3] 关娟娟. 研究分析在翼状胬肉切除手术患者中实施护理冷敷预处理与术后疼痛缓解的效果 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(31):8.
- [4] 戴旻晖, 李春燕, 林欢, 等. 基于 CDIO 案例结合护理团队参与对翼状胬肉术后疼痛的管理 [J]. 湖南中医药大学学报, 2021, 41(2):307-311.

- [5] 黄丽丽, 卢娜娜, 张丽娟. 围术期综合护理干预在自体角膜缘干细胞移植术治疗翼状胬肉患者中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(2):16-18.
- [6] 齐玉, 王艳华. 快速康复护理对应用角膜绷带镜的翼状胬肉切除患者术后舒适度及术后疼痛的影响 [J]. 长春中医药大学学报, 2020, 36(6):1317-1320.
- [7] 陈建云. 加速康复外科理念在原发性翼状胬肉患者围手术期护理中的应用价值 [J]. 当代医药论丛, 2021, 19(16):17-19.
- [8] 杨艳波. 综合疼痛护理干预对翼状胬肉术后疼痛的效果 [J]. 养生保健指南, 2020(11):129-130.

[2022-03-16 收稿]

康复护理干预。健康教育组在常规护理组基础上施行健康教育，具体方法如下。

(1) 组建健康教育小组：小组成员由护士长以及护理人员构成，护士长担任小组组长。小组成员给予健康教育知识培训，并共同制定健康教育内容。对小组成员予以考核，考核合格后可对患者进行健康教育。

(2) 疾病知识健康教育：护理人员为患者讲解骨质疏松性髌部骨折的相关知识，例如治疗方法、护理方法以及相关注意事项等，以便患者能够对自身病情予以掌握，消除其疑虑，促使其积极配合相关治疗和护理。

(3) 心理健康教育：因骨折后产生强烈的疼痛感，加之手术产生的创伤性，以及患者担心术后效果，使其出现焦虑、抑郁等负面情绪。以致于影响患者的治疗效果。护理人员应向患者介绍负面情绪对其病情的影响，并指导其采取自我疏解负面情绪的方法，可通过心理暗示法以及转移注意力法等自我疏解，消除其负面情绪，保持良好的心情。

(4) 生活健康教育：患者多为老年人，骨折后生活无法自理，护理人员应向患者及家属讲解生活中的注意事项，辅助患者进行日常洗漱等。患者行动不便，需要在床上方便，护理人员应为其说明该行为的作用，使得患者能够配合。嘱咐患者戒酒、戒烟，促使其养成良好的生活习惯。

(5) 饮食健康教育：给予患者讲解饮食于骨折愈合中的重要性，使其能够认知到其这一点。结合患者的病情并综合相关饮食指南为患者制定饮食指南，将益于病情康复及不利于病情康复的食物予以编制成册发放给患者。并嘱咐其日常饮食应以清淡、易消化以及富含营养的食物，嘱咐患者不吃辛辣、生冷及油腻食物。有些患者顾及到在床上方便，会出现少食、少饮的情况，为此护理人员应对其进行开导，劝解其能够正常饮食。

(6) 高危知识教育：为患者讲解骨折外部风险因素，防止患者高危时间和环境内进行运动。并且给予其生活保护措施，为其指导正确姿势上下楼梯等。告知家属应重点做好防滑措施，且在患者生活区域内放置扶手，避免滑到。为患者制定专用的床台和坐便器，避免出现意外。

(7) 运动健康教育：护理人员向患者讲解早期康复锻炼的重要性，并结合实际情况制定相应的运动方法，例如早期在床上进行简单的活动，伴随病情好转进行床下活动，并促使患者由被动运动转变为主动运动。嘱咐患者运动期间不易过度劳累，应遵循循序渐进的原则，不可操之过急，防止出现不良情况。

1.3 观察指标

(1) 疼痛评分：应用视觉模拟评分法 (visual analogue scale, VAS) 对患者疼痛程度进行评估，分数越低，提示患者的疼痛越轻。

(2) 康复效果：患者治疗后骨折痊愈，未产生伤残以及功能性障碍为痊愈；患者处于 1 ~ 3 级伤残程度，且功能恢复 70% ~ 90% 为显效；患者为 3 级伤残程度，功能恢复 50% ~ 69% 为有效；伤残程度严重，且功能障碍为无效。康复率 = (痊愈 + 显效 + 有效) 例数 / 总例数 × 100%。

(3) 生活质量：以健康状况调查问卷 (36-item Short-Form, SF-36) 量表中 5 个维度 (生理职能、躯体疼痛、总体健康、社会功能、精神健康) 评价患者的生活质量，分数越低，说明患者生活质量越差。

(4) 满意度：采取自制满意度问卷调查表对患者满意度进行评价，满意度 = (非常满意 + 满意) 例数 / 总例数 × 100%。

1.4 统计学方法

运用 SPSS 23.0 统计学软件处理数据，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 ± 标准差”表示，组间均数比较采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者住院时间和疼痛评分对比

护理中开展健康教育后，健康教育组住院时间短于常规护理组，疼痛评分低于常规护理组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者住院时间和疼痛评分对比

组别	例数	住院时间 (d)	疼痛评分 (分)
健康教育组	44	15.43 ± 2.44	3.47 ± 0.43
常规护理组	44	21.46 ± 2.67	5.43 ± 0.76
t 值		11.058	14.889
P 值		0.000	0.000

2.2 两组患者康复效果对比

护理中开展健康教育后，健康教育组及常规护理组康复率分别为 95.45% 和 77.27%，健康教育组康复效果优于常规护理组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者康复效果对比

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	康复率 (%)
健康教育组	44	25	12	5	2	95.45
常规护理组	44	16	7	11	10	77.27

$\chi^2 = 6.175$, $P = 0.013$ 。

2.3 两组患者生活质量对比

护理中开展健康教育后，健康教育组生活质量

各维度评分均高于常规护理组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

2.4 两组患者护理满意度对比

护理中开展健康教育后, 健康教育组及常规护

理组护理满意度分别为 97.73% 和 75.00%, 健康教育组护理满意度高于常规护理组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 3 两组患者生活质量评分对比 (分)

组别	例数	生理职能	躯体疼痛	总体健康	社会功能	精神健康
健康教育组	44	85.53 ± 3.43	83.45 ± 5.43	86.54 ± 3.21	84.35 ± 4.35	82.35 ± 3.65
常规护理组	44	65.43 ± 3.64	66.78 ± 3.45	68.76 ± 4.57	66.75 ± 4.43	69.87 ± 3.65
<i>t</i> 值		26.658	17.188	21.109	18.804	16.037
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表 4 两组患者护理满意度对比

组别	例数	非常满意	一般满意	不满意	护理满意度 (%)
健康教育组	44	34	9	1	97.73
常规护理组	44	21	12	11	75.00

$\chi^2 = 9.649$, $P = 0.002$ 。

3 讨论

老年骨质疏松属于临床上常见疾病, 随年龄增长, 老年人的免疫能力不断降低, 从而使得骨质疏松发生率持续增加^[4]。研究指出, 老年骨质疏松性髌部骨折多采取手术治疗, 患者对自身病情知识不了解, 加之手术产生的应激反应使得其无法配合护理, 这就对其预后及康复产生较大的影响, 为此, 需要在患者的护理期间采取健康教育^[5]。

健康教育和常规护理主要差异在于健康教育在患者生理康复护理的基础上, 且重视其对多种护理知识的掌握^[6]。常规护理多通过护理人员进行操作, 从而患者的知识掌握较差, 以致于其产生负面情绪。相关研究表明, 健康教育能够显著降低老年患者产生意外风险的概率。可见健康教育于老年骨质疏松性髌部骨折护理中具有重要的意义^[7-10]。本研究中对老年骨质疏松性髌部骨折护理中采取健康教育, 分别从多个方面进行, 可见心理健康教育、饮食健康教育、生活健康教育、疾病知识教育、疼痛健康教育以及高危知识教育和运动教育。本次研究结果中, 健康教育组住院时间短于常规护理组, 疼痛评分低于常规护理组, 提示健康教育能够显著缓解患者的疼痛, 缩短其住院时间。健康教育组康复效果相比较常规护理组较高, 提示健康教育能够促进患者康复。健康教育组生活质量相比较常规护理组较高, 提示健康教育能够提升患者的生活质量。健康教育组护理满意度相比较常规护理组较高, 说明患者对健康教育的效果较为满意。

综上所述, 在老年骨质疏松性髌部骨折护理中采取健康教育, 可有效缓解患者的疼痛, 缩短患者的住

院时间, 提升其生活质量, 从而患者较为满意。

4 参考文献

- [1] 姬存霞, 曹晓妮. 强化健康教育在老年骨质疏松性髌部骨折护理中的应用及对患者术后并发症发生情况的影响 [J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7(18): 167-169.
- [2] 秦胜利. 健康教育在老年骨质疏松性髌部骨折护理中的应用价值研究 [J]. 基层医学论坛, 2022, 26(9): 89-91.
- [3] 陆晓娟. 健康教育在老年骨质疏松性髌部骨折护理中的应用效果分析 [J]. 医学食疗与健康, 2021, 19(10): 185-186.
- [4] Asada M, Horii M, Ikoma K, et al. Hip fractures among the elderly in Kyoto, Japan: A 10-year study [J]. Arch Osteop, 2021, 16(1): 30.
- [5] 张海青. 老年骨质疏松性髌部骨折护理中健康教育的临床应用对提升患者治疗依从性的效果分析 [J]. 医学食疗与健康, 2021, 19(7): 163-164, 166.
- [6] Wang Q, Yu D, Wang J, et al. Association between vitamin D deficiency and fragility fractures in Chinese elderly patients: A cross-sectional study [J]. Ann Pall Med, 2020, 9(4): 16.
- [7] 孙桂芳, 丁莹莹, 荣凤菊, 等. 健康教育在老年骨质疏松性髌部骨折护理中的应用效果 [J]. 中国当代医药, 2021, 28(1): 219-222.
- [8] 谢艳玲, 陈木娇, 邱小丹, 等. 健康教育健康教育在老年骨质疏松性髌部骨折患者护理中的应用价值分析 [J]. 智慧健康, 2020, 6(22): 26-28.
- [9] 肖坚. 老年骨质疏松性髌部骨折患者的临床护理体会 [J]. 中国社区医师, 2020, 36(15): 178-179.
- [10] 周凯燕. 健康教育在老年骨质疏松性髌部骨折患者护理中的应用效果探讨 [J]. 基层医学论坛, 2020, 24(15): 2185-2186.

[2022-07-20 收稿]

颅脑损伤患者应用循序渐进式康复护理的效果观察

卢丽萍

【摘要】 目的 分析循序渐进式康复护理对颅脑损伤患者血液指标、颅内压（ICP）及神经功能的影响。方法 选取医院2020年4月-2022年4月住院的72例颅脑损伤患者，根据组间性别、年龄、疾病类型等基本资料均衡可比的原则分为两组，每组36例。对照组给予常规护理，观察组在对照组基础上给予循序渐进式康复护理。对比两组血液指标、ICP、美国国立卫生研究所脑卒中（NIHSS）评分和肢体肌力状况。结果 护理干预后，两组全血低切黏度、全血高切黏度、血浆黏度水平均降低，且观察组低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）；两组ICP和NIHSS评分均降低，且观察组低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。干预后，观察组肢体肌力Ⅱ级（50.00%）、Ⅲ级（38.89%）、Ⅳ级（5.56%）的比例高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论 循序渐进式康复护理可有效纠正颅脑损伤患者血流动力学紊乱状态，降低ICP，减轻神经功能受损程度，提高肌力。

【关键词】 循序渐进式康复护理；颅脑损伤；血液流变学；颅内压；神经功能

中图分类号 R473.6 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)01-60-03

颅脑损伤属于急诊科常见病、多发病，主要是由于头部遭到间接或直接暴力出现脑震荡、颅内出血、颅骨骨折、头皮血肿、头皮破裂等症状，具有高发病率、高致残率、高死亡率等特征^[1]。颅脑损伤患者普遍存在不同程度意识障碍，完全丧失了对外界、自身的认知功能，处于持续性植物状态，同时伴有血流动力学紊乱、颅内压（ICP）增高等症状，预后普遍较差。有学者认为，对颅脑损伤患者给予刺激性康复护理，可纠正血流动力学紊乱，促进受损神经功能恢复^[2]。循序渐进式康复护理是一种新型的康复护理模式，遵循循序渐进的康复锻炼，可修复、促进神经元再生，减轻脑细胞受损程度。基于此，本研究对颅脑损伤患者实施循序渐进式康复护理，观察其临床效果，结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取医院2020年4月-2022年4月住院的72例颅脑损伤患者为研究对象。纳入标准：①经MRI、CT确诊；②受伤6h内入院治疗；③首次患“颅脑损伤”；④年龄 >18 岁；⑤无腹腔、胸腔大出血。排除标准：①合并休克、严重感染等疾病者；②同期参与其他研究者；③合并高血压等疾病者；④妊娠期、哺乳期女性；⑤既往存在颅脑手术史者；⑥合并脑肿瘤等脑血管疾病者；⑦同期参与其他研究者；⑧残疾、瘫痪者；⑨合并狂躁症等精神病变者；⑩肾、肝等脏器功能衰竭者。根据组间性别、年龄、疾病类型等基本资料均衡可比的原则分观察组及对照组，每组

36例。观察组男20例，女16例；年龄35~70岁，平均 52.62 ± 6.04 岁；受伤时间2.5~5.1h，平均 3.85 ± 0.34 h；疾病类型：脑干损伤6例，硬膜下血肿10例，蛛网膜下腔出血12例，脑挫裂伤8例；昏迷程度：轻度16例，中度14例，重度6例。对照组男18例，女18例；年龄38~67岁，平均 52.52 ± 6.12 岁；受伤时间2.9~5.4h，平均 3.91 ± 0.31 h；疾病类型：脑干损伤7例，硬膜下血肿12例，蛛网膜下腔出血11例，脑挫裂伤6例；昏迷程度：轻度14例，中度15例，重度7例。两组上述资料比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。所有患者家属均已在知情同意书签字，且研究通过医院伦理委员会审批。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 给予常规护理：护士遵医嘱给予维持电解质平衡、改善微循环、降颅压等对症治疗，加强病房巡视，如有异常及时配合当值医生给予对症处理。

1.2.2 观察组 在对照组基础上给予循序渐进式康复护理，具体如下。

（1）昏迷期：①听觉刺激。护士给患者戴耳机，选择患者受伤前喜欢的音乐，音量分贝在20~50dB，每日6~8次，每次15min。最亲密的人也可呼唤患者名字，给患者念报纸、讲笑话、讲故事等，每日4次，每次30min。②视觉刺激。以彩色、弱光、强光对患者进行视觉刺激，每日2次，每次30min，刺激环境光线应暗，在手电筒上包绿、蓝、红的纸，照射患者头部的正面、侧面，每次10下，每日6次。另外，也可通过电视节目、家庭照片等彩色物体对患者进行视觉刺激，如果患者的注意力可以集中于某一物体，可进行进行视觉追踪。③触觉刺激。

家属用护肤液或手轻轻抚摸患者头部皮肤,尤其是耳垂、耳唇等敏感性位置,对患者躯干以及四肢进行按摩、拍打,将金属汤匙在冷水或热水中浸泡 30s 对患者进行冷热刺激,每次 8 ~ 10 下,每日 6 次。④ 高压氧刺激。以大型空气加压舱对患者进行高压氧刺激,加压 25min,压力 0.2MPa,吸纯氧 60min 后,休息 5min,减压 30min,每日 1 次,连续刺激 10d。

(2) 意识恢复期:护士指导患者行走训练,护士位于患者患侧,重心居于健侧位置,行走时以内侧腿将患侧腿带动行走,行走期间应有家属或护士陪同,避免跌倒。在站立的基础上摆动患肢,前摆时踝前屈、伸膝,后摆时踝跖屈、屈膝,如此反复训练,直至患者可以独立站立。对于平衡障碍的患者,可使用“助行器”“T 型拐”“四角拐”等辅助器具,辅助患者步行,避免发生畸形,步行时应加强安全保护,避免发生软组织损伤、骨折等。指导患者进行如厕、洗漱、吃饭、穿脱衣舞等日常生活锻炼,强度以自身耐受为主,遵循循序渐进的运动原则。

1.3 观察指标

(1) 血液指标:包括全血低切黏度、全血高切黏度、血浆黏度。

(2) ICP:采用 ICP 监测仪(德国 Spiegelberg, 生产企业:上海涵飞医疗器械有限公司)测量,最终记录值是连续测量 3 次的平均值。

(3) 神经功能损伤评分:采用美国国立卫生研究所脑卒中(NIHSS)评分,包括忽视、构音障碍、语言、感觉、共济失调、凝视等,满分为 42 分,最终计分越低,神经功能损伤程度越轻^[3]。

(4) 肢体肌力:不能检测到肌肉收缩,完全瘫痪为 0 级;肌肉收缩运动可以检测到,但无法运动为 I 级;患肢可以在病床上平行移动,但不能负重为 II 级;患者患肢可以从病床抬高,但不能抵抗阻力为 III 级;患肢对于部分阻力具有抵抗能力为 IV 级;患者恢复正常肌力为 V 级^[4]。

1.4 统计学方法

以 SPSS 26.0 统计学软件分析处理数据,正态分布计量资料(血液指标、ICP、NIHSS 评分)以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示,组间均数比较采用独立样本 *t* 检验;等级资料(肢体肌力)组间构成比较采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组血液指标对比

护理前,观察组全血低切黏度、全血高切黏度、血浆黏度与对照组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);护理后,两组上述指标水平均降低,但组间比较,观察组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组 ICP 和 NIHSS 评分对比

观察组护理前 ICP、NIHSS 评分与对照组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组护理后均比对照组低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组肢体肌力程度对比

干预后,观察组肢体肌力 II 级、III 级、IV 级的比例高于对照组,组间肢体肌力程度比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 1 两组血液指标对比 (mPa·s)

组别	干预前			干预后		
	全血低切黏度	全血高切黏度	血浆黏度	全血低切黏度	全血高切黏度	血浆黏度
观察组 (n=36)	36.52 ± 3.66	5.82 ± 1.32	2.90 ± 0.34	32.88 ± 1.78	4.25 ± 0.62	2.51 ± 0.16
对照组 (n=36)	36.71 ± 3.52	5.79 ± 1.29	2.89 ± 0.36	35.01 ± 2.14	5.19 ± 0.92	2.70 ± 0.27
<i>t</i> 值	0.225	0.098	0.121	4.591	5.084	3.632
<i>P</i> 值	0.823	0.923	0.904	0.000	0.000	0.001

表 2 两组 ICP 和 NIHSS 评分对比

组别	干预前		干预后	
	ICP (mmHg)	NIHSS 评分 (分)	ICP (mmHg)	NIHSS 评分 (分)
观察组 (n=36)	32.62 ± 3.05	25.62 ± 3.55	10.06 ± 0.64	12.19 ± 1.82
对照组 (n=36)	32.59 ± 3.15	26.12 ± 3.42	16.92 ± 1.85	18.92 ± 2.67
<i>t</i> 值	0.041	0.609	21.026	12.497
<i>P</i> 值	0.967	0.545	0.000	0.000

表3 两组肢体肌力对比

组别	0级	I级	II级	III级	IV级	V级
观察组 (n=36)	0 (0.00)	2 (5.56)	18 (50.00)	14 (38.89)	2 (5.56)	0 (0.00)
对照组 (n=36)	9 (25.00)	12 (33.33)	10 (27.78)	4 (11.11)	1 (2.78)	0 (0.00)

注：秩和检验， $Z=23.984$ ， $P=0.000$ ；（）内数据为构成比（%）。

3 讨论

据调查显示，受暴力伤害、高处坠落、交通事故等因素的影响，我国颅脑损伤的发病率显著增高，重度颅脑损伤患者的死亡率可高达42%^[5]。颅脑损伤患者治疗期间多伴有颅内出血、脑水肿、颅内高压、脑疝等现象，ICP难以控制是导致患者死亡的重要原因。颅脑损伤是当前临床中占有医疗资源较多的一种疾病，不仅给患者带来了较大痛苦，而且加重了社会、经济负担，现已成为世界各国高度关注的公共卫生问题之一^[6]。因此，颅脑损伤患者在治疗的同时，如何通过一系列护理手段，改善患者血流流变学、降低ICP、促进受损神经功能恢复是护理人员高度关注的内容。

有研究表明，人体脑组织具有较强的可塑性，对于受损的脑细胞，如果条件适宜，及早给予康复锻炼，可促进脑神经元再生、修复，从而达到降低致残率、死亡率的目的^[7]。本研究结果显示，观察组护理后全血低切黏度、全血高切黏度、血浆黏度、ICP、NIHSS评分均低于对照组，观察组肢体肌力高于对照组，表明循序渐进式康复护理在颅脑损伤护理中效果显著。分析如下：循序渐进式康复护理在患者处于昏迷期时，加强对患者听觉、视觉、触觉等多方面的护理，可将处于抑制状态的神经细胞激活，提高、恢复神经细胞的兴奋性，促使大脑半球、外界之间产生应答，加快患者苏醒，帮助患者及早恢复意识，同时具有建立侧支循环，降低血液黏稠度的作用。昏迷期时还对患者展开高压氧刺激，高压氧可有效增加脑组织血氧含量，纠正脑组织缺氧、缺血状态，促使患者脑细胞有氧代谢功能恢复，缓解脑循环障碍，改善脑内微循环。高压氧刺激为脑干网状组织提供了充足的营养物质、氧气，恢复大脑皮质投射功能，促进血管收缩，缓解脑水肿，改善脑组织血流动力学，最终达到降低ICP的目的^[8]。在患者意识恢复期，对患者展开肢体康复锻炼，可提高神经元的反应性、灵敏性、兴

奋性，改善全身血液循环，代偿患者丢失或损伤的运动功能，帮助患者及早恢复正常的生活，避免发生肌肉萎缩等并发症。但需要注意的是，颅脑损伤患者康复锻炼必须遵循循序渐进的原则，切不可快速变动体位，避免由于供血不足而引发跌倒等不良事件。

综上所述，颅脑损伤患者采纳循序渐进式康复护理，可有效改善血流动力学，减轻神经功能受损程度，降低ICP，提高肌力。

4 参考文献

- [1] 郑纯翠,马国祥,陈银娟.基于奥马哈系统的预见性护理干预在重型颅脑损伤鼻饲患者中的应用[J].海南医学,2020,31(15):2038-2040.
- [2] 卢小玲,胡周静,黄丽,等.早期不同模块康复护理对脑外伤致偏瘫患者语言功能及生活能力的影响[J].现代中西医结合杂志,2020,29(22):2496-2498.
- [3] 叶妮,王洁,米琰,等.FMEA护理模式联合早期高压氧治疗对重型颅脑损伤患者的疗效观察[J].中华航海医学与高气压医学杂志,2020,27(1):97-98.
- [4] 刘伟,王映晨,刘月伟,等.高压氧治疗对重型颅脑损伤术后患者神经功能及肢体功能的影响[J].临床与病理杂志,2021,41(7):1505-1509.
- [5] 魏建玲,文晓箭.早期康复护理模式干预对重症颅脑外伤患者心理状况及护理满意度的影响[J].贵州医药,2021,45(9):1484-1485.
- [6] 徐熙娟,袁鹏,龚燕华,等.认知康复结合肢体训练对颅脑损伤患者的影响研究[J].现代中西医结合杂志,2021,30(32):3629-3632.
- [7] 周惠嫦,卫小梅,张盘德,等.说话瓣膜联合吞咽基础训练对重型颅脑损伤气管切开昏迷患者吞咽功能的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2020,42(10):877-881.
- [8] 宋丹.纳美芬联合高压氧对急性重型颅脑损伤血清S100 β 蛋白、缺氧诱导因子-1 α 、丙二醛及乳酸水平的影响[J].安徽医药,2020,24(1):47-50.

[2022-10-09 收稿]

肿瘤科护士心理资本和职业紧张感与主观幸福感的关系

熊雪莲

【摘要】 目的 调查肿瘤科护士心理资本、职业紧张感和主观幸福感的状况,分析心理资本、职业紧张感与主观幸福感关系。方法 以2018年1月-2020年10月80名肿瘤科护士为研究对象,利用心理资本问卷调查护士心理资本,利用付出-回报失衡问卷调查护士职业紧张感,利用总体幸福感量表调查护士主观幸福感,采用Pearson相关分析及多因素线性回归模型分析肿瘤科护士心理资本、职业紧张感与主观幸福感的关系。结果 80名肿瘤科护士心理资本得分平均为 106.37 ± 10.39 分,职业紧张感得分平均为 63.79 ± 9.10 分,主观幸福感得分平均为 74.54 ± 12.16 分。不同性别、年龄、职称的护士心理资本评分差异有统计学意义($P < 0.05$);不同年龄、职称的护士职业紧张感评分差异有统计学意义($P < 0.05$);不同性别、年龄、婚姻状况的护士主观幸福感评分差异有统计学意义($P < 0.05$)。Pearson相关分析显示,职业紧张感中的付出、内在投入维度评分与主观幸福感评分呈负相关($P < 0.05$),回报维度评分与主观幸福感评分呈正相关($P < 0.05$);心理资本中的自我效能、希望、韧性、乐观各维度评分均与主观幸福感评分呈正相关($P < 0.05$);另外,心理资本各维度评分与职业紧张感中回报维度评分均呈正相关($P < 0.05$),而与外在付出和内在投入维度评分均呈负相关($P < 0.05$)。多因素线性回归分析显示,心理资本、职业紧张感是影响肿瘤科护士主观幸福感的影响因素($P < 0.05$)。结论 肿瘤科护士心理资本、职业紧张感均与主观幸福感密切相关,其中心理资本的关系大于职业紧张感;而心理资本与职业紧张感亦存在明显相关性,建议医院应注重增加护士心理资本,以帮助减低护士职业紧张感,而获得更高的主观幸福感。

【关键词】 肿瘤科;护士;心理资本;职业紧张感;主观幸福感

中图分类号 R192.6 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)01-63-03

肿瘤科作为医院重要科室,收治的患者病情严重程度高,护士的工作任务重,容易产生职业紧张感,心理资本较低,主观幸福感易受影响。研究提出,职业紧张会影响心理资本与主观幸福感,心理资本与主观幸福感之间存在着正性联系^[1]。本研究针对医院肿瘤科在编护士,利用心理资本问卷、付出-回报失衡问卷、总体幸福感量表(general well-being schedule, GWB)进行调查,探讨心理资本、职业紧张感、主观幸福感之间的相关性,为医院开展护士管理提供信息指导,现将结果报告如下。

1 对象及方法

1.1 调查对象

以2018年1月-2020年10月80名肿瘤科护士为调查对象,年龄22~42岁,平均年龄 34.19 ± 10.06 岁。纳入标准:本院在编肿瘤科护士;男女不限;在肿瘤科的工作时间超过1年;参与研究前身体健康,无心理、精神疾病。排除标准:已达到退休年龄;实习护士;临时人员。本研究获得伦理委员会批准;调查对象自愿参与。

1.2 调查内容及方法

(1)人口学特征:如性别、年龄、婚姻状况、工作年限、职称等。

(2)心理资本:利用心理资本问卷调查护士心理资本,问卷含4个维度:自我效能、韧性、乐观、希望,条目共20个。每条目采取Likerts 6点计分法计分,相应记为1~6分,分别表示非常不同意、不同意、有点不同意、有点同意、同意、非常同意,总分20~120分,得分越高表示心理资本水平越高^[2]。

(3)职业紧张感:利用付出-回报失衡问卷调查护士职业紧张感,分为3个维度:内在投入、回报、付出,条目共23个,采取Likerts 5点计分法计分,相应记为1~5分,分别表示不同意、有点不同意、有点同意、同意、非常同意,总分23~115分,得分越低表示工作付出、回报、内在投入越低^[3]。

(4)主观幸福感:利用GWB调查护士主观幸福感,共有33个条目,含6个因子:精力、对情感和行为的控制、松弛与紧张、对健康的担心、忧郁或愉快的心境、对生活的满足和兴趣,该6个因子涉及18个条目,之后的15个条目主要指向精神疾病,因此本研究中截选取前18项进行调查,满分120分,得分越高主观幸福感越高^[4]。

1.3 资料分析方法

数据利用 SPSS 23.0 统计学软件分析, 计数资料计算百分率, 组间率比较采用 χ^2 检验; 符合正态分布的计量资料以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示, 组间两两比较采用独立样本 t 检验, 多组间均数比较采取单因素方差分析; 相关性分析采用 Pearson 相关分析法进行; 多因素分析采用线性回归模型。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 调查对象基本特征及心理资本、职业紧张感、主观幸福感得分

80 名肿瘤科护士心理资本得分平均为 106.37 ± 10.39 分, 职业紧张感得分平均为 63.79 ± 9.10 分, 主观幸福感得分平均为 74.54 ± 12.16 分。不同性别、年龄、职称的护士心理资本评分差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 不同年龄、职称的护士职业紧张感评分差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 不同性别、年龄、婚姻状况的护士主观幸福感评分差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

义 ($P < 0.05$); 不同年龄、职称的护士职业紧张感评分差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 不同性别、年龄、婚姻状况的护士主观幸福感评分差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 心理资本、职业紧张感、主观幸福感的相关性分析

对 80 名护士的心理资本、职业紧张感各维度评分与主观幸福感总分的 Pearson 相关分析显示, 职业紧张感中的付出、内在投入维度评分与主观幸福感评分呈负相关 ($P < 0.05$), 回报维度评分与主观幸福感评分呈正相关 ($P < 0.05$); 心理资本中的自我效能、希望、韧性、乐观维度评分与主观幸福感评分呈正相关 ($P < 0.05$); 另外, 心理资本各维度评分与职业紧张感中回报维度评分均呈正相关 ($P < 0.05$), 而与外在付出和内在投入维度评分均呈负相关 ($P < 0.05$)。

表 1 不同人口学特征护士的三项调查得分比较 (分)

特征	类别	例数	心理资本	P 值	职业紧张感	P 值	主观幸福感	P 值
性别	男	6	97.33 ± 8.18	0.046	64.00 ± 5.17	0.953	86.16 ± 9.70	0.027
	女	74	107.11 ± 11.56		63.77 ± 9.34		73.59 ± 13.38	
年龄 (岁)	<20	2	104.00 ± 9.42	0.016	64.50 ± 9.89	0.000	78.00 ± 10.86	0.015
	20~	42	109.83 ± 12.02		63.67 ± 7.08		73.14 ± 12.05	
	30~	28	102.11 ± 6.59		57.75 ± 5.99		72.00 ± 16.52	
	40~	8	103.00 ± 8.48		70.50 ± 12.02		89.00 ± 11.31	
工作年限 (年)	<3	15	107.11 ± 11.38	0.807	64.50 ± 10.28	0.578	75.66 ± 12.41	0.806
	3~	42	105.46 ± 10.03		62.76 ± 6.79		73.00 ± 12.92	
	5~	13	108.10 ± 12.16		61.50 ± 4.85		76.40 ± 14.40	
	8~	10	104.66 ± 7.36		65.20 ± 8.14		74.80 ± 9.51	
婚姻状况	已婚	59	106.71 ± 8.51	0.558	63.49 ± 6.37	0.544	73.00 ± 9.30	0.027
	未婚	21	105.33 ± 11.13		64.62 ± 9.49		78.86 ± 12.63	
职称	初级	38	107.21 ± 11.07	0.017	62.89 ± 8.01	0.028	76.47 ± 13.44	0.605
	中级	26	109.06 ± 7.48		60.50 ± 5.42		74.12 ± 10.99	
	高级	16	99.96 ± 11.35		67.73 ± 12.28		73.26 ± 10.75	

2.3 肿瘤科护士心理资本、职业紧张感与主观幸福感关系多因素分析

以主观幸福感得分为因变量, 以心理资本、职业紧张感得分及性别、年龄、婚姻状况为自变量, 进行线性回归分析。结果显示, 心理资本、职业紧张感均是肿瘤科护士主观幸福感的影响因素 ($P < 0.05$); 护士的心理资本、职业紧张感与主观幸福感均呈正相关关系, 其中心理资本的关系大于职业紧张感。见表 2。

表 2 肿瘤科护士心理资本、职业紧张感与主观幸福感关系线性回归模型分析

分析因素	β	SE	标准化 β	t 值	P 值
心理资本	0.131	0.015	0.112	8.790	0.000
职业紧张感	0.053	0.018	0.038	2.949	0.003
性别	0.478	0.276	0.396	1.732	0.112
年龄	0.839	0.437	0.807	1.920	0.056
婚姻状况	0.216	0.128	0.195	1.688	0.118

3 讨论

心理资本是处于职业中的人员表现出的积极心理状态,心理资本越强,对工作的积极性则越高。职业紧张感也就是职业应激,一般是人处于某一工作岗位期间时,工作的要求和其拥有的资源、具备的能力存在失衡时在生理、心理方面的表现,持续存在的职业紧张感会逐渐影响人的身心健康。主观幸福感指的是人在工作过程中自身价值得到满足后形成的一种主观上的愉悦表现,主观性是其最大的特点,同一个东西在不同人面前可能有不同幸福感表现。肿瘤科护士职业紧张感越低,心理资本越高,则主观幸福感更高。

本研究 80 名肿瘤科护士的主观幸福感得分平均为 74.54 ± 12.16 分,在 120 分总分中处于中等稍偏上水平,表明肿瘤科护士的主观幸福感一般。分析结果显示,女性护士的主观幸福感低于男性护士,原因可能与男性护士的性格优势及更有可能正确的运用这种优势,从而提高主观幸福感有关^[5]。不同年龄护士之间的主观幸福感评分差异不大,但 20 岁以下及 40 岁以上的护士评分相对较高,这是因为 20 岁以下护士多为初入职,工作激情较足,积极性较高;而 40 岁以上的护士大多工作时间较多,对工作的把握度较高,在工作上能做到游刃有余,因此会有更高的主观幸福感。研究也显示,医院中年龄越高的医护人员工作幸福感会越强,自我满意度会更高^[6]。

相关研究显示,已婚护士的主观幸福感要低于未婚护士,其认为是由于家庭关系越稳定,护士能有更多精力投入工作,工作做得越好,获得的幸福感也就越高^[7-9]。这一结果与本研究不一致,本研究认为,未婚护士在日常生活中不需要处理过多的家庭琐事,能够将更多的精力放于工作岗位中,而已婚的护士在兼顾工作的同时也需要对家庭进行付出,增加已婚护士的压力。本研究还显示,与主观幸福感为负相关的因素有职业紧张感中的外在付出与内在投入,而为正相关的因素有职业紧张感中的回报及心理资本中的四项。类似研究也显示,心理资本与主观幸福感为正相关^[10]。表明护士付出越多、投入越多则主观幸福感会越低,而护士回报越多,自我效能、希望、韧性、乐观越强,则主观幸福感会越高。此外当心理资本加入分析中后,职业紧张感对主观幸福感的影响程度减低,本研究也发现,心理资本各维度评分与职业紧张感各维度评分具有显著的相关性。表明心理资本对职业紧张感、主观幸福感可产生中介作用,一定程度改善二者的不平衡。研究也提出,职业紧张感会对主观幸福感产生直接的负性影响,也可经心理资本间接影响到主观幸福感^[11]。提示医院应该采取有用措施如

改善工作环境、调节工作时间、增加休息时间、提升工作待遇、增加福利等提升肿瘤科护士的主观幸福感,减低护士付出-回报不平衡的状况,并且应该在工作中多给予护士肯定,积极调动护士的心理资本,以减轻职业紧张感,提升主观幸福感。

本研究分析结果证实,心理资本、职业紧张感是影响肿瘤科护士主观幸福感的影响因素。心理资本在个体成长发展过程中主要表现为一种积极的心理状态。当心理资本评分越高时,表示护理人员满足感和自信心也就越强,从而其主观幸福感也就越高。职业紧张感对机体健康的各个方面造成影响,进而能够使护理人员的工作能力下降,降低职业生命质量,并对精神健康和心理健康产生损害,从而对护士主观幸福感造成影响。

综上,肿瘤科护士心理资本、职业紧张感均与主观幸福感密切相关,而心理资本与职业紧张感亦存在明显相关性,建议医院应注重增加护士心理资本,以帮助减低护士职业紧张感,而获得更高的主观幸福感。

4 参考文献

- [1] 周喜华,李文珺. 幼儿教师职业幸福感与组织公平感、心理资本的关系[J]. 职业与健康,2020,36(14):1939-1942,1947.
- [2] 骆宏,赫中华. 心理资本问卷在护士群体中应用的信效度分析[J]. 中华行为医学与脑科学杂志,2010,19(9):853-854.
- [3] 张培金,唐丽玲,钱丽华,等. 芜湖市医院感染管理专职人员职业倦怠及付出-回报失衡情况分析[J]. 中国感染控制杂志,2019,18(12):1159-1164.
- [4] 史梦雯,刘玲玲,刘啸,等. 重症监护病房医护人员总体幸福感影响因素及与自测健康的相关性分析[J]. 安徽医学,2020,41(3):350-353.
- [5] 韩世钰,章新琼,林文凤,等. 优势运用在男护士性格优势与主观幸福感间的中介作用[J]. 护理学杂志,2020,35(18):15-18.
- [6] 王倩倩,李文佳. 临床护士工作幸福感与离职意愿的相关研究[J]. 全科护理,2016,14(4):403-404.
- [7] 赵芳芳,陈宏林,顾艳茹,等. 护士主观幸福感的现状及其影响因素研究[J]. 中华护理杂志,2012,47(6):531-533.
- [8] 李培珍,徐微微,邓慧. 护理人员心理资本对主观幸福感的调节作用[J]. 全科护理,2019,17(13):1607-1609.
- [9] 顾智慧,舒倩宜,邱添,等. 护士心理资本在职业紧张与职业认同中的中介作用[J]. 中国卫生统计,2020,37(3):345-348.
- [10] 崔媛婧. 介入手术室护士职业倦怠与心理资本和主观幸福感的关系[J]. 工业卫生与职业病,2019,45(2):117-120.
- [11] 姜雨,崔长勇,高晓燕,等. 职业紧张对油田野外作业女工主观幸福感的影响[J]. 环境与职业医学,2017,34(3):215-219.

基于“三导向”人才培养下全日制乡村医生定向生综合素质评价

陈瑞霞 聂鹏 吴国霞*

【摘要】 目的 探讨基于“三导向”人才培养下全日制乡村医生定向生的综合素质培养模式。方法 依据《三年制临床医学专业培养方案》和“三导向”人才培养模式,建立综合测评指标体系,围绕基础性评价(人文素质、专业素质、身心素质)和发展性素质评价,对学生进行综合素质评价。结果 实施测评后,学生综合素质评分及三方评价得分均有明显提高,与实施测评前比较差异均有统计学意义($P<0.05$);学生对综合素质测评的满意度由73.04%提高到93.45%,整体满意度、测评方式、内容合理性和实用性,较实施测评前差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 “三导向”人才培养模式下综合素质测评作为学生学习及评优评先的指标之一,学生满意,可为最终的评优评先提供依据,也可以更好地激发和调动学生学习的主动性,激励学生不断全面发展,为毕业后走向基层岗位,更好地服务于基层百姓打下坚实基础。

【关键词】 “三导向”培养模式;乡村医生定向生;综合素质

中图分类号 G642 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)01-66-03

当下,我国教育发展的战略主题是以人为本、全面实施素质教育,重点是面向全体学生、促进学生全面发展^[1]。2020年10月,中共中央、国务院印发的《深化新时代教育评价改革总体方案》明确指出,要“创新评价工具”“完善综合素质评价体系”“健全综合评价,充分利用信息技术,提高教育评价的科学性、专业性、客观性”^[2]。学生的综合素质评价是检验高校人才培养质量的一个重要方式,是优化人才培养过程的重要环节,也是促进学生全面发展的重要手段^[3],可以客观、公正、全面地评价每一位学生,发挥全人教育的导向作用。为了解决北京乡村卫生机构人力资源匮乏的问题,北京市政府提出北京城乡一体化建设及2020年公共服务目标内容,采取定向委托培养的模式招收全日制乡村医生定向生,为农村乡镇培养医学专门人才。为了更好地激发和调动学生学习的主动性,激励学生不断全面发展,提高自身素质,医院参照齐齐哈尔医学院的“三导向”人才模式,根据乡村医生定向生的特殊特点,探索全日制乡村医生定向综合素质评价模式,结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2017级、2018级学生45名,其中2017级20名,2018级25名;年龄为21~29岁,平均年龄 24.4 ± 1.25 岁。

基金项目:燕京医学院教学模式与方法推进项目(编号:2019yjjx054)

作者单位:102100 北京市延庆区医院(北京大学第三医院延庆医院)科教科

* 通讯作者

1.2 测评方式

乡村医生定向生进入教学医院时,即告知在教学医院学习期间,需要评价的内容及方式,在学期末利用学生自评、学生评价小组(学生总数的30%,其中一半是班委成员,一半是普通学生)评价、老师评价小组(包括班主任、专业课任课教师)评价,三方评价形成最终测评分。在评价过程中,严把计分关,坚持严肃、透明、客观的原则,并将最终测评分给予公示。

1.3 评价指标

(1)测评结果:依据《三年制临床医学专业培养方案》和“三导向”人才培养模式,建立综合测评指标体系,围绕基础性评价(人文素质、专业素质、身心素质)和发展性素质评价两个方面,设置8个一级指标、17个二级指标、24个考核点^[4],总分100分。

(2)学生满意度:运用自制的综合素质测评满意度问卷,从学生对测评方式和内容的合理性以及测评结果的满意度和实用性等方面来进行调查,以评价学生对综合测评的满意度。

1.4 统计学方法

使用SPSS 19.0统计软件进行分析,计量资料用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示,干预前后均数比较采用配对设计的 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 学生实施前后综合素质评分比较

实施测评后,学生综合素质评分及三方评价得分均有明显提高,与实施测评前比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2 学生实施前后综合素质测评满意度 实施测评 体满意度、测评方式、内容合理性和实用性各指标均后, 学生对综合素质测评的满意度较实施前升高, 整 较实施测评前差异均有统计学意义($P<0.05$), 见表2。

表1 学生实施前后综合素质评分比较(分)

时间	学生人数	学生自评	学生小组评价	老师评价小组评价	综合评分
实施前	45	81 ± 9.03	80 ± 9.12	82 ± 8.31	81 ± 8.30
实施后	45	93 ± 5.07	92 ± 6.53	91 ± 6.36	92 ± 7.00
<i>t</i> 值		10.303	10.031	11.123	11.230
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

表2 学生实施前后综合素质测评满意度比较(分)

时间	学生总数	总满意度	测评方式合理性	测评内容合理性	测评实用性
实施前	45	73.33 ± 10.23	71.11 ± 11.15	79.48 ± 8.19	67.57 ± 12.33
实施后	45	93.45 ± 7.62	92.58 ± 7.14	90.67 ± 8.23	97.09 ± 9.35
<i>t</i> 值		12.983	10.432	11.523	15.556
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

学生综合素质评价工作是学院教育和管理中的一项重要内容, 通过评价, 实现对学生的思想教育、行为管理与学生的自我教育、自我管理相结合, 发挥全人教育的导向作用。作为基础教育评价的重要组成部分, 学生综合评价既是针对学生综合能力的周期性诊断, 同时也是学生进行自我反思和自我提升的重要依据。探索学生综合评价的新理念与方法体系, 对于推进我国基础教育评价的改革与创新具有重要的示范和引领作用^[5]。

2011年齐齐哈尔医学院提出了以学生未来发展为目标的“三导向”人才培养模式, 通过3个教育模块分别实施3项教育内容, 一是以“职业精神”为导向的人文素质教育模块; 二是以“执业能力”为导向的专业素质培养模块; 三是以“社会适应”为导向的身心素质教育模块, 进而全面培养学生的综合素质和能力^[4]。刘吉成、张晓杰等提出通过三个教育模块分别实施三项教育内容, 一是以“职业精神”为导向的人文素质教育模块; 二是以“执业能力”为导向的专业素质培养模块; 三是以“社会适应”为导向的身心素质教育模块, 进而全面培养学生的综合素质和能力^[6]。

3.1 综合素质测评在教学管理中的重要性

综合素质是目标层面的概念, 反映的是对教育的内容要求; 其聚焦于学生综合评价中的整体性和全面性内容, 涵盖的是学生素质发展中的基础性成分。是通过科学有效的评估和激励机制, 明确量化评价对象的发展指标, 真正实现学生的自我成长和自我管理, 是实现职业教育目标的重要手段^[7]。《国家中长期教育改革和发展规划纲要》中强调“德育为先、能力为重、全面发展”的育人观, 新世纪培养的合格医生应

该是全面发展的医学生^[1]。田爱丽和严凌燕^[8]提出“个体在特定情境中利用并调动心理、社会等资源以解决复杂任务的能力”, 而且该能力蕴含着“个体的价值追求、思维方式、审美取向以及行为表现等”^[9], 此理论对医学生培养过程评价也有一定的指导作用。

全日制乡村医生定向班的培养目标是培养适应京郊农村乡镇及基层医疗卫生事业发展需要的德、智、体等全面发展, 具有创新意识和奉献精神及可持续发展能力的实用型专科层次临床医学人才。

旨在培养能够扎根基层、服务农村的全能型医学专门人才, 需要其在道德品质、公民素养、学习能力、专业能力及社会交流合作能力全方位、多方面发展。因此, 对于乡村医生定向生, 更迫切需要通过综合素质测评, 更是我们学院教育和管理中的一项重要内容, 只有将学生的思想教育、行为管理和学生的自我教育、自我管理相结合, 才能发挥全人教育的导向作用。

3.2 乡村医生定向生综合测评现状

目前, 在我院进行学习的全日制乡村医生定向生是北京市卫生和 health 委员会和首都医科大学共同组织生源, 联合招生的, 为了解决目前北京乡村医生队伍老化、青黄不接、后继乏人这一问题。学生基本居住地均为本地, 根据本地医疗实际需求, 进行本土培养, 服务自己的家乡。对学生进行综合培养, 协助学生更好地适应角色, 提升毕业生的综合素质显得尤为重要。在学生走向岗位前, 需要学校、政府、接收单位共同组织考核, 也是对教学医院培训能力的检验。

综合素质评价是对学生学习期间各方面表现的测定和评价, 可以作为学生评奖评优的重要依据和指标。但在我院前期实际评价过程中存在班级测评小组工作不及时、不谨慎; 班主任、辅导员和班级干部队伍敷

衍了事,以致出现对测评指标内涵理解存在偏差和学生个人信息收集不及时、不准确、不全面的现象,致使影响到测评结果,也为评优工作带来不必要的困扰^[10]。因此,我们力争寻求一个具有全日制乡村医生定向生特色的,以乡村医生未来就业及发展为目的的基于三导向的综合素质评价体系。

3.3 乡村医生定向生综合测评可提高满意度

由于乡村医生定向生没有今后的就业压力,“三导向”人才培养模式下综合素质测评作为学习及评优评先的指标之一,为最终的评优评先提供依据。也可以更好地激发和调动学生学习的主动性,形成你追我赶的学习氛围,激励学生不断全面发展,提高自身素质,为毕业后走向基层岗位,更好地服务于基层百姓打下坚实基础。

本研究显示,通过综合测评,学生对综合素质测评的满意度较实施前升高,且对于测评方式、内容合理性及测评实用性的满意度均提高,差异有统计学意义。这就说明村医生定向生的综合测评得到了学生的认可,避免了最终测评人为的因素,达到公平公正的目的。

3.4 三导向培养模式下综合素质评价内容

全日制乡村医生定向生的实践课程均由临床教学医院完成,我院根据区县特点及之前的教学经验,对学生的教学和培养方案不断讨论与修改,尤其在学生的综合素质培养方面得到学校、教学医院领导的大力支持。主要包括以下几个方面:①人文素质:包括政治态度、进步表现、遵纪守法、住宿卫生、团队协作、奉献精神、自律自觉性、课堂纪律、考勤情况、考试纪律及学生活动参与情况等;②专业素质:临床理论及技能成绩;③身心素质:临床实践课程成绩及表现;④发展性素质,包括:各类社会实践活动、志愿服务活动、文艺活动等参与情况;按照相应的评分标准,运用自我评价与组织评价相结合的方式进行综合素质评价。

3.4.1 学生自评 学生本人对整个学期各方面情况根据评分标准进行初评,并根据评价情况整理证明材料,给学生评价小组评价。

3.4.2 学生评价小组 在班主任老师的指导下,按照学生总人数的30%选出评价小组成员(包括50%班委和50%普通学生),再根据上交的学生自评结果、上交材料、平时表现,根据综合素质评分标准对全班同学进行评价。

3.4.3 老师评价小组 老师评价小组成员包括班主任、专业课授课教师、临床实践课带教老师,各老师根据学生自评、学生评价小组评价,根据综合素质评

分标准对全体学生进行评价。

3.4.4 最终测评分 在评价过程中,严把计分关,并坚持严肃、透明、客观的原则。班主任将所用评价得分进行综合汇总,并报给教务老师、教科科领导逐级审核,审核无误后将最终测评分公示3天,无异议后方可形成最终测评分数。

3.4.5 三方评价 学生经过两年的临床教学医院学习结束后,进入工作岗位,半年后,通过自制的新职工工作能力评价表,用人单位对学生工作能力进行评价。

我院目前已经将学生综合素质评价工作当作学生管理的一项重要内容,通过以“职业精神、执业能力、社会适应”为导向的综合素质评价方式的尝试,切实提高了学生的综合素质及满意度,并得到了毕业后用人单位的普遍认可。

乡村医生定向生的培养尚处于起步阶段,测评的科学性还有很长的道路去完成,在今后的作品中还需要逐步健全和完善,并进一步推进到接下来的乡村医生定向生规范化培训中,并将综合素质评价纳入涵盖过程性、可量化的同步学业成绩评价。

4 参考文献

- [1] 中华人民共和国教育部. 国家中长期教育改革和发展规划纲要(2010-2020年)[Z]. 2010-07-29.
- [2] 国务院. 中共中央、国务院印发《深化新时代教育评价改革总体方案》[EB/OL]. 2020-10-13.
- [3] 戴志国. 高校学生综合素质评价体系建构新探[J]. 广东青年职业学院学报, 2019, 33(3): 77-85.
- [4] 孟令军, 宋耀新, 刘天宝, 等. “三导向”人才培养模式下医学生综合素质评价探索——以齐齐哈尔医学院为样本[J]. 医学教育管理, 2017, 4(3): 254-258.
- [5] 柴唤友, 陈丽, 郑勤华, 等. 学生综合评价研究新趋向: 从综合素质、核心素养到综合素养[J]. 中国电化教育, 2022(3): 36-43.
- [6] 刘吉成, 张晓杰, 云长海, 等. 以医学生未来发展为目标的三导向人才培养模式改革探索与实践[J]. 中国高等医学教育, 2014(4): 1-2.
- [7] 王艳梅. 高职学生综合素质评价研究与实践[J]. 科学大众·科学教育, 2019(12): 103-104.
- [8] 田爱丽, 严凌燕. 高校综合评价招生的理论、实践与展望——以上海市高考综合改革试点学校为例[J]. 华东师范大学学报(教育科学版), 2018, 36(3): 69-78.
- [9] 田爱丽. 综合素质评价: 智能化时代学习评价的变革与实施[J]. 中国电化教育, 2020(1): 109-113.
- [10] 张静. 大学生综合素质测评中信息收集工作存在的问题及其对策[J]. 西部素质教育, 2018(20): 96-97.

[2022-08-15 收稿]

耳部穴位按摩联合排气贴在胸腰椎骨折腹胀患者中的应用效果

杨亚丽

【摘要】目的 分析耳部穴位按摩联合排气贴在胸腰椎骨折腹胀患者中的应用效果。方法 选取医院2021年1-12月收治的胸腰椎骨折患者60例,依据患者入院时间及组间基本资料均衡可比的原则分为对照组($n=30$)和观察组($n=30$)。对照组执行常规护理流程,观察组在常规护理的基础上进行耳部穴位按摩和排气贴贴敷治疗。比较两组患者干预前、干预后(干预后24h、48h、72h)腹胀症状改善情况,并对两组患者干预前后心理弹性状态进行评估。结果 护理干预前,两组患者腹胀情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后24h、48h、72h各个节点观察组患者腹胀症状改善程度均优于对照组,但差异无统计学意义($P>0.05$)。护理干预前,两组患者心理弹性各维度评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,两组患者心理弹性各维度评分均有所升高,但观察组均显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 胸腰椎骨折腹胀患者采用耳部穴位按摩联合排气贴治疗,能缓解患者腹胀症状,改善患者心理弹性,促进患者快速康复。但由于样本量较小,尚不能确定临床效果。

【关键词】 胸腰椎骨折;腹胀;耳穴按摩;排气贴

中图分类号 R473.6 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)01-69-03

胸腰椎骨折是目前临床上发病率较高的一类脊柱损伤疾病。在临床治疗过程中,由于患者骨折后脊柱周围软组织损伤以及由于局部出血所造成的腹膜后出血对机体植物神经造成的刺激,致使患者需要长期卧床静养,由此也会导致患者机体胃肠道蠕动功能的减弱,腹胀并发症高发^[1]。据不完全统计,在胸腰椎骨折患者中,腹胀的发生率可高达88%,虽然腹胀并非为一种致命性严重并发症,但如果干预不及时也将给患者带来腹腔受压、呼吸不畅等严重影响,甚至还会诱发下肢深静脉血栓,给患者正常生活造成巨大不便^[2-3]。对此,本研究应用耳穴按摩联合排气贴对胸腰椎骨折腹胀患者进行治疗,探讨其效果,结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取医院2021年1-12月收治的胸腰椎骨折患者60例。纳入标准:①符合脊柱损伤诊断患者;②患者年龄30~60岁;③符合中度腹胀标准的患者;④小学以上文化程度,神志清楚,有正常的语言沟通能力者;⑤自愿接受耳部穴位按摩配合排气贴治疗。排除标准:①有吸毒史者;②有认知功能障碍或既往有精神病史者;③有脊髓损伤神经损伤症状者;④对排气贴体表严重过敏或皮肤严重破溃者。依据患者入院时间及组间性别、年龄、就诊时间等基本资料均衡可

比的原则分为对照组($n=30$)和观察组($n=30$)。对照组患者中,男18例,女12例;年龄32~67岁,平均 52.62 ± 5.81 岁;就诊时间1~6h,平均就诊时间 3.43 ± 1.12 h。观察组男16例,女14例;年龄35~68岁,平均 55.37 ± 5.17 岁;就诊时间1~7h,平均 3.52 ± 1.22 h。两组患者年龄、性别、就诊时间等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。所有患者均签署知情同意书,研究通过医院伦理委员会批准。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 执行常规护理,主要包括:①协助患者在硬板床上保持平躺位,并于患者背部下放置厚度为2cm的透气薄枕,以保持患者腰椎弧度的正常,缓解患者腹痛、腹胀反应。待患者病情趋于稳定后由康复医师指导患者进行早期的床上活动锻炼和相应的康复功能锻炼。②做好对患者的健康宣教,详细讲解腹胀发生的原因及相关处理方法,指导患者保持定期排便,训练排便反射习惯。③加强饮食干预,治疗期间要严禁辛辣、烟酒以及强刺激性食物摄入,坚持以清单饮食、健脾和胃饮食为主,多进食一些蛋白含量较高的食物,多吃新鲜水果和蔬菜,少食多餐,鼓励饮水,切勿暴饮暴食。④做好对患者的心理护理,加强护患交流,帮助患者保持良好心态。

1.2.2 观察组 在对照组患者常规护理内容的基础上,同步进行耳部穴位按摩和排气贴综合护理。

(1)耳部穴位按摩:选取双侧大肠,小肠,直肠、

肛门、便秘点,脾、胃、交感。操作采用穴位按摩法进行按摩 15 ~ 20min, 1次/d。

(2) 排气贴: 选用辅仁排气医用固定辅料, 对中脘穴、神阙穴、天枢穴 3 个穴位进行贴敷, 每一贴使用 24 ~ 48h, 首次使用时由中医门诊护士确定穴位并做好定位标识。在护理操作前, 提前对患者及家属进行专项宣教, 讲解穴位贴敷的主要目的和实施方式, 以提升患者依从性与配合度。在护理操作过程中要注重对患者隐私的保护, 注重加强对患者的腹部保暖护理, 避免着凉。加强与患者沟通, 密切关注患者腹部情况, 留意患者贴敷期间是否存在瘙痒、红肿等不良反应, 注意敷贴的及时更换。

1.3 观察指标

(1) 腹胀症状的缓解情况: 腹胀的评判根据《中药新药临床研究指导原则》标准分为无腹胀、轻度腹胀、中度腹胀、重度腹胀。腹式呼吸正常、无压痛、腹部触感柔软平坦为无腹胀; 腹式呼吸尚存、略有压痛、腹部触感平坦为轻度腹胀; 腹式呼吸减弱、轻微压痛、腹部膨隆为中度腹胀; 腹式呼吸轻微或消失、明显压痛、腹部明显膨隆为重度腹胀。其中无腹胀为 0 分, 轻度腹胀 1 分, 中度腹胀 2 分, 重度腹胀 3 分。症状缓解率 = (无腹胀 + 轻度腹胀) / 观察例数 × 100%。

(2) 心理状态改善情况: 采用心理弹性量表 (CD-RISC) 评估两组患者在干预前、干预后 (护理

后 1 周) 的心理弹性评分, 该量表总计 25 个条目, 满分 100 分, 主要涉及精神影响 8 分, 控制 12 分, 忍受消极情感 28 分, 接受变化 20 分以及能力 32 分。分值越高, 说明产妇的心理弹性情况越良好。

1.4 统计学处理

数据录入 Excel 表格并运用 SPSS 26.0 统计学软件进行处理, 其中计量资料以“ $\bar{x} \pm s$ ”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; 不满足 χ^2 检验条件的采用 Fisher's 精确概率检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后腹胀症状改善情况比较

护理干预前, 两组患者基本均有不同程度的腹胀症状, 组间比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后 24h、48h、72h 各个节点, 观察腹胀症状改善情况均优于对照组, 但组间比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者干预前后心理弹性评分比较

护理干预前, 两组患者心理弹性各维度评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 两组患者心理弹性各维度评分均有所升高, 但观察组均显著高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 两组患者腹胀症状干预前后改善情况比较

组别	干预前腹胀症状	干预后腹胀症状改善例数		
		24h	48h	72h
对照组 ($n=30$)	30	2 (6.67)	13 (43.33)	15 (50.00)
观察组 ($n=30$)	29	5 (16.67)	18 (60.00)	20 (66.67)
χ^2 值		0.647	1.669	1.714
P 值	1.000*	0.421	0.197	0.190

*Fisher's 精确概率; () 内数据为缓解率 (%)。

表 2 两组患者心理弹性评分比较 (分)

心理弹性	时间	对照组 ($n=30$)	观察组 ($n=30$)	t 值	P 值
精神影响	干预前	5.03 ± 1.15	5.05 ± 1.14	0.068	0.946
	干预后	5.52 ± 1.11	6.21 ± 1.06	2.462	0.017
控制	干预前	7.01 ± 1.15	6.95 ± 1.22	0.196	0.845
	干预后	7.64 ± 1.82	10.03 ± 1.46	5.610	0.000
接受变化	干预前	13.05 ± 1.22	13.03 ± 1.27	0.062	0.951
	干预后	14.56 ± 1.59	17.88 ± 1.39	4.979	0.000
忍受消极情绪	干预前	18.09 ± 1.69	18.11 ± 1.72	0.045	0.964
	干预后	19.27 ± 2.36	24.67 ± 2.98	7.781	0.000
能力	干预前	24.02 ± 1.49	24.09 ± 1.65	0.172	0.864
	干预后	25.78 ± 2.53	29.08 ± 1.69	5.941	0.000

3 讨论

腹胀是胸腰椎骨折患者在治疗期间发生率较高的一种症状反应,其发生因素较为复杂,主要可归结于以下3个层面:①当机体发生胸腰椎骨折后椎体及周围软组织由于外伤作用会发生出血进而引起腹膜后血肿,又由于脊髓与硬膜囊受压迫作用及肛周浅感觉异常最终影响排便。②由于腹膜后出血对交感神经的刺激作用致使胃肠功能发生紊乱,机体消化酶分泌减少导致消化能力减弱;③患者在骨折后需要长期静养,机体新陈代谢减慢,肠道蠕动变缓,加重腹胀症状。长期的腹胀反应会严重影响机体静脉血液回流和呼吸功能,从而加重患者病情,影响患者康复。因此迫切需要采取有效措施来促进患者的肠道蠕动,改善腹胀问题^[4-5]。

本研究结果显示,在进行耳穴按摩联合排气贴治疗的观察组中,患者腹胀缓解率及心理状态改善情况均优于常规护理的对照组,虽然腹胀缓解率组间差异无统计学意义,主要是因为观察的样本量较小,但这种逐渐缓解的趋势已经很明显,这与相关研究成果一致^[6-7],说明耳穴按摩联合排气贴综合干预方式在胸腰椎骨折腹胀患者中的应用是可行的,其不仅有助于缓解患者腹胀症状,也可改善患者心理状态,更有利于患者的康复。关于该干预方式的作用机制,陈娟红等^[8]提出,穴位按摩通过疏通经络、促进气血运行、调整脏腑功能,最终达到调和阴阳的作用,从而帮助患者恢复正常胃肠蠕动,减轻腹胀症状。耳部穴位按摩是通过对耳部大肠、小肠、直肠、肛门、便秘点、脾、胃、交感等穴位按摩,促进胃肠蠕动,改善腹胀症状。中脘为任脉之腧穴,具有消化食积、导滞和胃作用,天枢穴属大肠募穴,归足阳明经,具有调理脏腑、理气通便的作用,可明显促进肠机制正常化,故通过耳穴按摩也可达成良好的缓解腹胀的效。排气贴材质

主要是由远红外纳米材料制作而成,具有较强的穿透力,能够直接作用于机体深层皮下组织和器官,从而也达成显著的改善血液循环、促进新陈代谢以及脏器功能调节、促进肠道蠕动等功能。所以排气贴联合耳部穴位按摩通过两种干预方法的有效协同,也达成了更加优异的缓解胸腰椎骨折患者腹胀问题的效果。

综上所述,耳部穴位按摩联合排气贴在胸腰椎骨折患者中的应用,能够改善患者腹胀症状,缓解患者心理障碍,提升患者心理弹性,更好的促进患者快速康复。但由于样本量较小,腹胀症状缓解率组间差异为统计学意义,需要进一步扩大样本研究。

4 参考文献

- [1] 刘虹, 黄梅. 穴位贴服联合红外线照射对股骨颈骨折术后便秘的影响[J]. 医学理论与实践[J]. 2018, 31(19): 2988-2989.
- [2] 任爽, 张杰. 中药穴位贴敷疗法临床应用与研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2016, 18(6): 81-83.
- [3] 李桂芳, 杨胜毅. 优质护理干预在胸腰椎骨折术后便秘中的应用效果观察[J]. 中国肛肠病杂志, 2020, 40(4): 70-72.
- [4] 刘相英. 通腑攻下法治疗胸腰椎骨折术后腹胀、便秘70例[J]. 中西医学, 2019, 11(15): 120-121.
- [5] 马芳萍. 穴位按摩配合中药贴敷治疗阑尾炎术后腹胀的护理疗效分析[J]. 中医临床研究, 2019, 11(32): 124-126.
- [6] 车志翎. 耳穴贴压联合穴位按摩在哮喘缓解期病人中的应用[J]. 护理研究, 2019, 33(20): 608-610.
- [7] 黄春雨, 周果, 李刚, 等. 复方丹参滴丸联合耳穴埋豆及穴位按摩对稳定性心绞痛的干预[J]. 中国实验方剂学杂志, 2016, 23(2): 175-180.
- [8] 陈娟红, 陆燕群, 马培芳. 参黄膏穴位贴敷对脊柱骨折长期卧床患者便秘的影响[J]. 浙江中医杂志, 2020, 55(5): 365.

[2022-07-20 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

探究气功与针灸临床的关系

陈焱竺 刘征*

【摘要】 形、气、神作为中医生理中的重要概念，指导着气功和针灸。气功和针灸无论从起源还是发展，都有着密切的联系，而具体则体现在调形，调气和调神三方面。文章通过对比研究，认为二者在临床操作中有一定的相似性，并尝试将气功练习中具有可操作性的部分用针灸临床，以期提高临床疗效。

【关键词】 气功；针灸；三调

中图分类号 R214 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)01-72-03

Discuss the relationship between acupuncture and Qigong Chen Yaozhu, Liu Zheng. Heilongjiang University of Traditional Chinese Medicine, Harbin 150040, China

【Abstract】 As an important concept in traditional Chinese medicine, Xing Qi Shen instructs qigong and acupuncture. They are closely connected in origin and development, and specifically reflects the Xing, Qi and Shen three aspects. In order to improve the clinical efficacy, this paper uses a comparative study and the conclusion is that the two have some similarities in the clinical operation and try to apply the operational part of qigong practice to acupuncture clinically.

【Key words】 Qigong; Acupuncture; Three kinds of regulation

气功和针灸作为中国古代医学的瑰宝，为人们的健康做出了巨大的贡献。二者无论从理论上或是实践中皆有相当程度的相似性^[1]。从源流而言，刘精微^[2]认为经络的发现在一定程度上依托于气功练习过程中所发现的经络线。从中医教育而言，范志文^[3]认为气功和针灸适宜作为学习中医的基础课程，因其理论和实践紧密结合，学习了理论后可以快速步入实践，可以极大地提高学习效率。而二者究其根本，则离不开调形调气调神，兹论述如下。

1 气功溯源概要

现在大众所说的“气功”一词，是上世纪五六十年代刘贵珍等^[4]同志对古代练功养生方面书籍的广泛参考及整理后所提出的概念。刘氏并非第一个提出“气功”一词的人，但经他大力推广后，现在所言之气功，多是指刘氏所提出概念^[5]。刘氏认为，“气功”是包含了“吐纳”“导引”“调息”“静坐”等诸多技术的健身法，在中医学典籍《黄帝内经》中，多为导引二字。如《灵枢·病传》中记载：“余受九针于夫子，而私览于诸方，或有导引行气、乔摩、灸熨、刺焮、饮药之一者，可独守耶，将尽行之乎？”

关于气功的起源早已不可考，只能从现存之书籍中窥见上古时期人们是如何进行气功锻炼的，如战国

时期成书的《吕氏春秋·古乐》中记载^[6]：“昔陶唐之始，阴多滞伏而湛积，水道壅塞，不行其源，民气郁阏而滞着，筋骨瑟缩不达，故作为舞以宣导之。”陶唐，指尧帝，我们可以知晓在尧帝时期，人们已经具有针对筋骨滞着的名为“舞”的治疗手段。“舞”应该是导引的前身，经过了长时间的补充完善，从而在先秦两汉时期形成了较为完善的导引^[7]。

刘贵珍等^[4]认为，虽然古代的功法名称繁多，但都是以“身、息、心锻炼为手段培养人体正气”。身，即是身形，形体之谓；息，即呼吸之气；心，即意念，精神。而正气，是人体愈病的内因。这与针灸临床中所讲的“调形调气调神”极其相似。针灸亦是通过针或灸于人体，从而调节人体正气，使之驱邪却病^[1]。二者在临床中是否可以互相借鉴？下面做简要叙述。

2 调形调气调神

形气神，《内经》中对其的论述实多，正是因为古人对于人体最基本的认识便是基于形神关系^[8]。言形神时，多是从哲学层面探讨物质与精神的关系。如《神灭论》中言“神即形也，形即神也。是以形存则神存，形谢则神灭也。”言形气神时，则更多的体现了对于临床问题的探讨。在气功和针灸中，形是基础，气是核心，神是主导。需说明，不论在气功修炼或是针灸临床中，调形调气调神都是三而一、一而三的关系，此三者是有机的结合，正体现了古人“形神合一”

作者地址：150040 黑龙江省哈尔滨市，黑龙江中医药大学（陈焱竺、刘征）；黑龙江中医药大学附属第一医院（刘征）

* 通讯作者

的身体观^[9]。

2.1 调形

2.1.1 气功中的调形 气功中的调形,指的是体位姿势的调节。动功如八段锦,即是要求通过一定姿势进行运动,如姿势不正确,其练功效果即会大打折扣,甚则产生不良作用。静功如静坐,亦有含胸拔背,沉肩坠肘,微闭双眼等要求。《素问·生气通天论》有:“骨正筋柔,气血以流”一说,可知筋骨的“正”与“柔”对于气血运行的重要性,合适的体位会使气运行流畅,直接与疗效相关。如体位不正,气血循环受阻,心神亦难以入定。故调节身体之形态使之放松柔和是气功修炼的基础关。

2.1.2 针灸中的调形 《灵枢·九针十二原》有言:“粗守形,上守神”,《灵枢·小针解》对此进行解释:“粗守形者,守刺法也”此处之“守形”,只指刺法而已。宋瑶等^[10]认为,守形当包括守病人之形、守疾病之形、守穴之形、守针之形等。此处“守病人之形”,常认为是审察患者之外在表现来选择和调节针灸处方。学者陆永辉^[11]从针刺体位的角度对此进行论述,认为选取适当的体位是保证气血畅通的基础条件。在形体姿态方面,气功锻炼和针灸临床中皆有要求,但不离“松”之一字。由于许多气功的锻炼要通过肢体的活动,故发展出了许多的姿势。

关于针灸调形,笔者认为可从气功调形中寻找启发。总结如下:

(1) 当针刺过程中患者的形体不便活动时,多采取卧式或坐式。卧式大多选仰卧式和侧卧式,而俯卧式会压迫腹腔导致呼吸不畅,故而体虚年高,有心肺疾患者取俯卧位较为不恰。坐式可选端坐式,自然盘腿式。不论是卧式或坐式,总以全身放松为要,如觉疲劳时可适当调整体位。

(2) 当治疗某些筋骨病症,可通过针刺肢体远端然后带针进行患处关节的活动以通达气血。前文中所提到的“筋骨瑟缩不达,故作为舞以宣导之”,《孙真人养性论·养性》中亦有“调利筋骨有俯仰之方”,即是明言通过“俯仰”的动作以“调利筋骨”。

临床中遇到急性软组织损伤的患者,针刺远端穴位,并辅以患处的适当运动,常可起到明显的止痛效果^[12]。如宋振之^[13]运用运动针法治疗了大量的急性腰扭伤患者,并取得了满意的疗效。

2.2 调气

2.2.1 气功中的调气 气功训练中所说的气,包括两方面:一方面是指呼吸之气;一方面指经修炼之后所出现的真气。本文只针对呼吸之气进行讨论。关于调气,《孙真人养性论·调气法》有言:“瞑目闭气于

胸膈中,以鸿毛著鼻上而不动”,做到“出入绵绵,若存若亡,神气相倚,是为真息,息息归根”。强调在意识的主动引导下,进行呼吸的训练。初时练习,可自然呼吸,逐渐达到“柔和细稳”的状态,而后可进行腹式呼吸。

2.2.2 针灸中的调气 临床中所言调气,包括得气与守气。得气是起效的标志,守气是效果持久的保证,二者缺一不可。《灵枢·九针十二原》曰:“刺之要,气至而有效”,《素问·宝命全形论》云:“经气已至,慎守勿失”。刺入人体后首先得气,得气之后,再运用手法使气感维持,此为守气。

除此之外,呼吸之气也属于调气的范畴。管辰德认为,呼吸调气在针刺的各个方面如进针时的呼吸补泻、手法应用以及留针时间等皆有重要作用^[14]。笔者认为,呼吸之气对于宗气的影响最为直接,因肺脏所吸入之清气与脾胃所化生的水谷精气相结合而成宗气,在胸中“抟而不行”。宗气贯心脉而行血气,若其运行失常,则“宗气不下,脉中之血,凝而留止”。宗气对于血气的运行至关重要。而针刺起效的原理,即是调动起人体气血,使之完成行气活血、补虚泻实的目的。而气功训练时的呼吸状态,是对宗气状态的一个调节,使其顺畅调达,更有助于提高疗效。对于针灸而言,告知患者在针刺时不可憋气,当使其平静呼吸或使其进行深呼吸即可。在平静呼吸时,气血运行流畅,且同时可以缓解患者的紧张状态,又可达到调神的效果。

2.3 调神

气功训练与针灸临床中对于神的观点一致,那就是调神为先。何为神?中医学中的神,有广义狭义之分。广义之神,指人体一切生命活动的外在表现或主宰者。狭义之神,指人的精神活动思维情感等活动^[15]。为何调神在三调中的作用是起主要作用?这与中国古代的形神观有着密切关系。范缜的《神灭论》中云:“形为神之体,神为形之用”,恰当的概括了形神关系。内在的神可以调控外在的形。在气功和针灸中,都需要人主动地运用精神力量,故而以调神为先、以调神为重。在此基础上,达到形神统一、天人合一的境界。

2.3.1 气功中的调神 刘贵珍将其称之为调心,即调节意识、调神之意,是练功的中心环节。魏玉龙认为在气功训练中,是心神在调控着整个机体^[16],而使得机体达到和谐统一的状态。元朝丘处机所著《青天歌》开篇即言:“青天莫起浮云障,云起青天遮万象”。青天,指清静的心境。浮云,指杂念。总而言之,无论何种功法,对于精神状态的要求皆是以“静”为大旨,以其达到“恬淡虚无”的境界。

2.3.2 针灸中的调神 《内经》中有“凡刺之真,必

先治神”“粗守形，上守神”之说。李永春认为，“神”有精神活动之意，还有“人神”之意（即调控人体的能力）^[17]。马铁明^[18]认为“脑为元神之所”“心主神明”，故而通过针刺头部及心经相关穴位以进行调神。在临床中“神”多指患者的精神状态，即狭义之神。所谓调神，有外在调神和内在调神之分。通过针刺头部和心经的穴位，或是通过其他手法以调神是属于从外而内，而还有从内调神之法。而笔者认为，在临床中通过调节患者的精神状态属于内调之法。

《灵枢·终始》有言：“新怒勿刺，已刺勿怒……大惊大恐，必定其气乃刺之。”此即是属于内调之法。《素问·移精变气论》中言：“闭户塞牖，数问其情，以从其意”，即形象描述了“上古”时期，医患之间的交流情景，即创造一个安静独立的空间，与患者就病情进行详细的询问，使患者无所顾虑。针刺所要求的调神，使患者心境平和即可。包括对患者病情的解答，安抚病人的焦虑心态，放松患者惧针的心理，减少进针时的疼痛等，这些都是属于调神范畴。现在网络发达，许多患者在针刺时仍使用手机进行娱乐，这是不利于疗效的。情绪的波动会引起神气变动，而针刺本身又是耗气的过程，故而在针刺时，应当告诫患者勿用手机娱乐，保持心境的平稳。

通过上文可以看出，气功对“神”的要求更加严格；而针灸时，其着重点在于“气”。因为当施针时，是医患双方在进行着交流，气在患者身上的体现是酸麻胀痛等感觉，在施术者的感觉则是针下沉紧等感觉。当自身进行气功训练时，目标并不是追求气感，而是追求入静。但气功所要求的入静，在针刺时并不适宜，因针刺属于侵入性的治疗，患者的注意力大多放在针刺之处，如要求患者放松，则针刺处更加敏感，反而可能会增加晕针的几率。

3 小结

当下关于针灸理论的各家学说百花齐放，但究其源头，莫不出自《黄帝内经》，《内经》中关于针灸的叙述十分贴近临床，调气调神之说在书中比比可见。而现在针灸界似乎陷入了以创新针灸理论为目标，而对最基础的“三调”却存在一定程度的忽视。笔者认为只有在形气神的高度上对针灸进行学习，才能更好地领会传统针灸的真意。故无论是从理论的深刻性或

是临床的疗效性，“三调”皆有可取之处。但同时，由于现代与古代的环境已是天壤之别，在当下的环境中去理解不免有些偏差，关于二者的关系的讨论，还值得进一步研究探讨。

4 参考文献

- [1] 许红, 吴元黔. 针灸气功的本质与能量医学[J]. 针灸学报, 1988(1):30-31.
- [2] 刘精微. 经络学说的起源及经络实质之我见[J]. 中国针灸, 1982(5):38-41.
- [3] 范志文, 张敬文. 论从针灸和气功修炼角度开始中医学习的意义[C]. 世界医学气功学会三十周年纪念论文集, 2019:231-234, 394-398.
- [4] 刘贵珍. 气功疗法实践[M]. 石家庄: 河北人民出版社, 1982.
- [5] 林中鹏. 中华气功学[M]. 北京: 北京体育学院出版社, 1988.
- [6] 沈晓东, 王兴伊, 许峰. 考探中医学导引术的历史内容与现代进展[J]. 中医文献杂志, 2010, 28(5):55-56.
- [7] 夏秀荣. 先秦两汉时期的导引术研究[D]. 济南: 山东中医药大学, 2015.
- [8] 徐平. 中医形神观的历史演变[D]. 北京: 北京中医药大学, 2016.
- [9] 孟闫燕, 李友林, 王伟, 等. 《黄帝内经》关于形神理论的诠释[J]. 辽宁中医药大学学报, 2008, 10(8):13-15.
- [10] 宋瑶, 林威明. 针刺守形之难与解决之道[J]. 新中医, 2016, 48(4):8-10.
- [11] 陆永辉. 针刺操作时患者体位姿势规范化浅析[J]. 中国针灸, 2018, 38(2):185-188.
- [12] 何广新. 运动对针刺止痛作用的影响及其临床意义[J]. 针刺研究, 1982(1):1-7.
- [13] 宋振之. 运动针法治疗急性腰部软组织损伤 1000 例临床报告[J]. 中国针灸, 1991(4):1-2.
- [14] 管辰德. 呼吸与调气的关系及其在针刺中的应用[D]. 广州: 广州中医药大学, 2015.
- [15] 李德新. 中医基础理论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011.
- [16] 魏玉龙. 调心与治神浅释[J]. 中医学报, 2013, 28(12): 1818-1820.
- [17] 李永春. 《内经》针刺治神理论与临床应用研究[D]. 济南: 山东中医药大学, 2006.
- [18] 关志强, 马铁明. 马铁明教授“调神与调形针法”理论基础探讨[J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22(6):119-122.

[2022-07-01 收稿]

1 例舌癌术后患者并发体位性呼吸困难的原因分析及护理

施丁丹

【摘要】 总结 1 例鼻咽癌放疗后合并第二原发舌癌行左舌根肿物扩大切除术患者，术后并发体位性呼吸困难的经验，以指导后续同类患者的临床护理工作。分析此病例发生体位性呼吸困难的原因，在找原因过程中，护士巧用便携式血氧饱和度仪，为患者的疾病发展争取到了关键的时间。归纳护理工作中症状观察的重点及护理实践中的难点。主要护理措施是：关注患者舌根肿胀情况，持续便携式血氧饱和度监测，及时发现患者血氧饱和度下降，并分析原因；指导患者日常体位护理，睡眠时摇高床头 30°~45°，保持侧卧位，避免平卧时舌后坠阻塞气道；心理护理，建立康复信心，解除睡眠恐惧，促进疾病恢复；控制体重，减少因体型偏胖、脖子粗短引起体位性喉梗阻的危险因素。本例患者住院 12 天，生命体征平稳，呼吸顺畅，情绪稳定，术区无肿胀，因舌体运动受限留置胃管出院。

【关键词】 舌癌；呼吸困难；原因分析；护理

中图分类号 R766.3 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)01-75-03

Analysis of the causes of the postural dyspnea and nursing experience of one patient after carcinoma of tongue Shi Dingdan. The Department of Stomatology, The First Affiliated Hospital of Guangzhou Medical University, Guangzhou 511410, China

【Abstract】 The nursing experience of a case of nasopharyngeal cancer after radiotherapy with the second primary tongue cancer, complicated by postural dyspnea, was summarized, so as to guide the subsequent clinical nursing work of similar patients. The cause of the positional dyspnea in this case was analyzed. In the process of finding the cause, the nurse skillfully used the portable blood oxygen saturation meter to get the key time for the development of the patient's disease. Summarize the key points of symptom observation in nursing work and the difficulties in nursing practice. The main nursing measures are: pay attention to tongue root swelling, continuous portable oxygen saturation monitoring, timely find oxygen saturation decline in patients, and analyze the reasons; guide patients in daily posture care, shake the head 30-45 degrees during sleep, keep the lateral position, avoid lying tongue falling airway obstruction; psychological care, establish rehabilitation confidence, relieve sleep fear, promote disease recovery; control weight, reduce the risk factors of laryngeal obstruction due to fat body shape and short neck. This patient was hospitalized for 12 days, with stable vital signs, smooth breathing, stable mood, and no swelling in the surgical area, and was discharged with an indwelling gastric tube due to restricted tongue movement.

【Key words】 carcinoma of tongue; dyspnea; analysis of causes; nursing

舌癌是目前最常见的口腔癌，手术治疗是舌癌患者的主要治疗方式。病人术后因切除一侧舌体及下颌骨后，易引起舌后坠，发生呼吸道梗阻，故应密切观察病情，保持适当的体位，监测血氧饱和度^[1]。本文通过医护共同协作，对 1 例鼻咽癌放疗后合并第二原发舌癌行左舌根肿物扩大切除术后，反复因体位改变出现呼吸困难的患者进行了症状分析，找到病因后，及时对患者进行了对症治疗和护理，取得较好的效果，现将护理体会整理如下。

作者单位：510410 广东省广州市，广州医科大学附属第一医院口腔科

1 临床资料

患者，男性，55 岁，因“左舌肿物 3 月”于 2021 年 12 月 10 日在广州医科大学附属第一医院口腔科入院治疗。入院诊断：①左舌根肿瘤；②鼻咽恶性肿瘤未分化型非角化性癌（cT2N0M0II 期）放疗后。患者入院时体温 36.2℃，脉搏 88 次/分，呼吸 20 次/分，血压 149/100mmHg，血氧饱和度 98%，体重 80kg，身高 168cm，BMI 28.34，体型偏胖。患者入院后，完善术前相关检查后于 12 月 15 日送手术室全麻状态下，行左舌根肿物扩大切除术 + 舌成形修复术 + 舌骨上淋

巴清扫术 + 左三叉神经松解减压术 + 邻近粘膜转移修复术 + 带蒂皮瓣移植术 + 面神经松解术 + 咽后壁组织瓣成形术 + 左颈动脉外膜剥脱术 + 舌扁桃体切除术。患者术中冰冻病理结果：（舌根肿物）角化性鳞状细胞癌，术后停留经鼻气管插管、左颈部引流管、胃管、尿管、右颈内静脉穿刺管转入 ICU 治疗，于 12 月 16 日拔除气管插管，转回口腔科病房继续治疗。患者回病房后持续心电监护及吸氧，于 12 月 17 日 8:00 停心电监护及吸氧。12 月 17 日夜到 12 月 18 日上午患者反复出现仰卧位及下蹲时胸闷气短，夜间睡眠不佳，入睡困难，易醒。症状发作后护士立即予患者监测血压、血氧，均在正常范围，予患者吸痰无法吸到痰液。患者自行将体位调整为坐位后胸闷、气短可缓解。患者于 12 月 18 日上午拔除颈部引流管，中午午休时突发呼吸困难。护士监测到血氧饱和度为 85%，告知医生后请耳鼻喉头颈外科医生会诊予患者行电子喉镜检查后诊断：喉狭窄。会诊医生意见：①继续激素消肿、抗感染；②加强雾化；③注意监测患者生命体征，防止因喉狭窄致窒息。12 月 18 日晚间患者通过调整体位及加用甲强龙 80mg 静脉滴注、地塞米松 5mg 雾化吸入消肿治疗后，未再出现胸闷及呼吸困难。患者于 12 月 21 日拔除尿管及右颈深静脉穿刺管，12 月 22 日出院。出院时患者生命体征平稳，呼吸顺畅，情绪稳定，术区无肿胀，因舌体运动受限，故带胃管出院。

2 护理过程

2.1 呼吸困难的观察及原因分析

在住院患者出现不适症状时，护理人员作为第一观察者观察到临床症状。相较于患者陈述的主观症状，护理人员通过仪器监测到的生命体征作为客观指标，会更加有力的作为证据帮助医生诊断。本例患者在诊断喉狭窄前，反复出现的症状有：一过性胸闷、呼吸困难。患者症状发作后当班护士立即予患者进行血氧饱和度监测，结果均波动于 95%~98%。因患者的不适症状随体位的改变而缓解，护理人员想要在症状发作后测出血氧变化比较困难。故在病人有咽喉梗阻症状早期，医护双方都推测：患者可能是因为焦虑或夜间疼痛导致睡眠不佳，休息不好，从而出现胸闷。

在舌癌患者的常规护理中，患者从监护室转回普通病房病情稳定后，并不需要再持续心电监测。但本例患者在停心电监测后出现了多次突然发作的呼吸困难。护士观察到患者的呼吸困难与体位相关，体位改变后症状可以缓解。护理组长在征得患者同意的情况下，预见性给予患者持续佩戴便携式血氧饱和度监测仪。便携式血氧饱和度监测仪如指套一般大小，不需

要连接心电监护主机，不影响患者进食、如厕等基本生活活动，在患者午睡中发作呼吸困难时实时监测到血氧饱和度下降至 85%。主管医生根据患者生命体征的变化，进一步请耳鼻喉科医生会诊，在行电子喉镜检查后确诊了患者喉狭窄。分析呼吸困难的原因：患者肿瘤位于舌根，医生在手术中需要对患者的舌体进行牵拉，同时手术前经鼻气管插管及手术中的操作均会对手术区域的组织和粘膜进行刺激，会导致舌根肿胀。舌根与会厌解剖位置相邻，故在电子喉镜下会诊医生可见肿胀的舌根使得患者的咽喉部位比正常情况下狭窄。在患者睡眠或活动时因体位改变导致了其舌体轻微后坠就能阻塞呼吸道，发作呼吸困难。

2.2 体位护理

明确患者呼吸困难病因后，护理人员帮助患者摆合适的体位：睡眠时摇高床头 30°~45°，尽量侧卧位，优先选择右侧卧位，避免仰卧位。李秀雅等^[2]指出：采取侧卧位睡眠能有效改善患者夜间睡眠通气状况，明显降低患者呼吸暂停低通气指数，并且在左、右侧卧位的比较中，右侧卧位在降低患者呼吸暂停低通气指数方面更具优势，特别是对于呼吸暂停低通气指数较轻或体重指数较轻的睡眠呼吸暂停患者，表现更为明显。因患者 BMI 28.34，体型偏胖脖子粗短，特别是颈部、腹部脂肪的严重堆积，导致吸气阻力增加，影响气道通畅^[3]，下蹲会增加腹压，挤压肺部，引起胸闷。因此护士指导患者在活动时避免下蹲，避免坐矮凳。通过避开一些危险的体位，护理人员帮助患者有效避免了舌后坠等可能引起呼吸道狭窄、堵塞的行为，成功地预防了患者呼吸困难再发作。

2.3 心理护理

患者在诊断喉狭窄前，因睡眠时突发呼吸困难等症状导致易醒；在诊断喉狭窄后，患者因害怕睡着后会窒息死亡而恐惧入睡。睡眠不足会影响患者的免疫力^[4]，进一步影响的术后恢复，也不利于患者舌根肿胀的消退。因此护理重点是排解患者的忧虑，解除患者的恐惧。主管护士通过使用通俗易懂的语言同患者交流^[5]，耐心解释患者睡眠后呼吸困难的原因，同时仔细分析摆各种体位的必要性，及时进行心理疏导，患者提高患者睡眠质量。患者因夜间反复发作胸闷、呼吸困难，睡眠多次被打断，日间精神状态不佳。主管护士帮助患者制定了日间补充睡眠计划，日间午饭后可及时午休，午睡时间延长至下午 15:00 时；午睡时为患者拉上遮光窗帘，并告知患者同病房其余患者注意保持病房安静，为患者提供了舒适的睡眠环境。为打消患者的恐惧情绪，还为患者提供了便携式血氧饱和度监测仪，告知患者可以在睡眠时佩戴，并耐心向患者及家属解释日间护士会定时巡房，能够及时发

现患者的生命体征变化,患者可以放心入睡。

2.4 控制体重,降低体重指数

患者体型偏胖,脖子粗短,亦是引起体位性喉梗阻的危险因素之一^[6]。因此主管护士与医生共同协作作为患者制定营养计划,让患者每日摄入营养素能量略低于患者每日消耗能量,帮助患者控制体重,降低体重指数。患者术后在院期间停留胃管,摄取营养素从12月16日起,每天管饲肠内营养混悬液(TPF-FOS, 1.07kcal/ml) 1000ml+ 肠内营养乳剂(TPF-T, 1.3kcal/ml) 200ml。喂食泵喂食速度从50ml/h开始,护士根据患者自身胃纳情况,循序渐进每日喂食速度比前一日加快5ml/h。到12月20日患者的管饲总量提升至每日TPF-FOS1000ml+TPF-T400ml,喂食速度加快至70ml/h,控制每日从胃管的能量摄入大约每天为1330~1590kcal(根据公式^[7],计算得到患者每日基础代谢能量消耗约为1605kcal)。同时为增加蛋白质摄入比例,保证患者免疫力不受影响,促进术后伤口恢复,医护团队通过肠外营养支持,每日为患者静脉补充脂溶性维生素注射液10ml、中/长链脂肪乳C6-24Ve(975kcal/L) 250ml及20%白蛋白50g。12月16日到12月19日期间,患者每日通过肠内加肠外营养摄取能量为1573kcal(略低于每日基础代谢消耗);12月20日至出院期间,患者每日摄取总能量为1834kcal(略高于每日基础代谢消耗)。患者出院时体重为75kg, BMI降低为26.57,虽然仍然超重,但控制体重有效。

2.5 一般护理

包括生命体征的监测,口腔切口及移植皮瓣的观察、引流管的护理,口腔护理等^[8]。

3 小结

舌根肿瘤的患者因肿物的位置与会厌相邻,手术中需要对患者的舌体进行牵拉,同时术前经鼻气管插管以及手术过程中也会刺激到患者舌根及会厌周围粘膜组织,故患者舌根处极容易发生术后水肿。患者舌根水肿严重时,即使未发生舌后坠,也能封闭呼吸道,引起其呼吸困难甚至窒息,导致非常危险的后果。因此肿瘤位于舌根的患者,在术后拔出气管插管后,护理人员应该重点观察舌根肿胀情况,关注患者呼吸、睡眠以及血氧饱和度情况。同时,舌癌术后患者床边应长备吸痰机及气管切开包,以备抢救时使用。

体位性喉梗阻导致的血氧变化非常快,患者因体位性舌后坠导致呼吸道堵塞引起的缺氧,会因体位改变而缓解,因此用仪器监测到呼吸道堵塞时候的血氧变化比较困难。在此例患者的护理过程中,主管护士通过让患者在症状未发作前持续佩戴便携式血氧饱和

度仪,在第一时间监测到了患者血氧变化,为患者诊断舌根肿胀、喉狭窄提供了客观依据。护士的预见性措施为患者的疾病发展争取到了关键的时间,避免了患者的舌根水肿进一步发展。护士通过细致观察,耐心积极疏导患者配合,同时帮助患者在休息睡眠时调整到最安全及舒适的体位,避免了患者因体位改变导致的呼吸困难,改善了患者的睡眠,保障了患者的安全。医护协作为患者制定营养计划,控制体重,成功降低了患者的体质指数,得到较好的护理结局。此病例的成功护理经验可有效指导后续同类肿瘤位于舌根患者的术后护理。

本例患者在医护协作的治疗护理下,住院12天,生命体征平稳,呼吸顺畅,情绪稳定,术区无肿胀,顺利出院。但是,患者出院前的生活质量状态还是略有不足。患者因舌体运动受限,吞咽功能尚未完全恢复,需带胃管出院。患者病情稳定,符合出院指征,可以出院后在专科门诊进行吞咽功能训练,有利于减轻费用负担。在今后的舌根肿物术后患者的护理中,还需要加强患者吞咽功能的锻炼,早期进行唇、舌和咀嚼肌等肌肉按摩及运动,可提高吞咽反射的灵活性,并能防止咽下肌群发生失用性萎缩^[9]。通过早期康复训练尽可能让患者在出院前拔除胃管,提高患者的居家生活质量。

4 参考文献

- [1] 席淑新,赵佛容,王爱平.眼耳鼻喉口腔科护理学[M].北京:人民卫生出版社,2006:305-307.
- [2] 李秀雅,凌含秀,田梓蓉,等.基于约翰霍普金斯循证护理实践模式对阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征患者最佳睡眠体位护理的证据整合[J].中华现代护理杂志.2018,24(26):3108-3112.
- [3] 黄献,宋治,康娜.睡眠呼吸暂停低通气综合征体型特征与呼吸紊乱的关系探讨[J].吉林医学.2018,39(2):209-211.
- [4] 万亚会,薛蓉.睡眠与免疫相关性研究进展[J].中国神经免疫学和神经病学杂志.2020,27(6):419-421.
- [5] 王璐璐,张萍.心理护理对缓解老年口腔种植修复患者焦虑情绪的效果[J].当代护士(中旬刊),2017,1:79-80.
- [6] 张梦婷.肥胖低通气综合征与阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的临床特点比较分析[D].石河子:石河子大学,2016.
- [7] 张爱红.临床营养学[M].上海:同济大学出版社,2013:23-24.
- [8] 陈函宏.舌癌联合根治术患者手术前后的护理[J].当代护士(下旬刊),2013,2:35-36,54.
- [9] 田思维,喻磊.早期康复训练对舌癌术后病人吞咽和语音功能的影响[J].护理研究,2017,31(15):1889-1890.

[2022-05-16 收稿]

小儿推拿结合艾灸治疗小儿腹泻验案 3 例

郭琴

【摘要】 小儿腹泻，中医称为小儿泄泻，是儿科常见的消化性疾病，临床以大便次数增多，粪质稀薄为主要临床表现，发病率高，进展快，容易导致水电解质紊乱及酸碱平衡失调，严重的会危及到生命。西医主要以抗菌、抗病毒等对症支持治疗。近年来抗生素的副作用日益显现出来，加之儿童用药的依从性较低。因此中医治疗方法越来越受到大家的青睐。笔者在临床上采用小儿推拿结合艾灸治疗小儿腹泻，疗效显著，现将治疗体会总结如下，供大家参考。

【关键词】 小儿腹泻；小儿推拿；艾灸

中图分类号 R244.1 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)01-78-03

Three cases of infantile diarrhea treated by massage combined with moxibustion Guo Qin. Bijie Medical College, Bijie 551700, China

【Abstract】 Diarrhea in children is a common digestive disease in pediatrics. The main clinical manifestations are increased frequency of stool and fecal thin. The incidence is high and the progress is fast, which can easily lead to water and electrolyte disorders and acid-base balance disorders. Western medicine mainly uses antibacterial, antiviral and other symptomatic support treatment. In recent years, the side effects of antibiotics have become increasingly apparent, coupled with the low compliance of children. Therefore, the treatment of traditional Chinese medicine is more and more favored by everyone. The author uses pediatric massage combined with moxibustion in clinical treatment of pediatric diarrhea, the effect is significant, the treatment experience is summarized as follows, for your reference.

【Key words】 Infantile diarrhea; infantile massage; moxibustion

小儿腹泻是种消化道常见疾病，临床以大便次数增多、粪质稀薄或如水样为主要特征。本病好发于6个月到2岁婴幼儿，是导致儿童患病和死亡的主要原因之一。现阶段在世界范围内5岁以下的儿童死于急性腹泻的人数超过150万；在我国，5岁以下的儿童腹泻病的年发率是20.1%，因患腹泻而死亡的比例是0.51%^[1]。西医认为其主要由病原体及多种因素引起，治疗主要根据病原体采用抗菌、抗病毒等对症治疗，但临床上有时抗生素等治疗难以见效，而且冬春季节的小儿腹泻并发症较多，兼邪各有不同，治疗颇为困难，往往易发展成阴伤阳脱的严重后果^[2]。中医对本病的治疗则依据基本病机一脾虚湿盛而论治，因其病机的关键在大肠主液、小肠主津的功能失常。因此，治疗上以健脾利湿，调理大小肠为治则，选用推拿、艾灸、穴位贴敷等治疗手段来治疗，价廉效优，深受广大家长及儿童的喜爱。笔者在临床中，以小儿推拿手法结合艾灸治疗多例腹泻患儿，疗效显著，故临床体会总结如下。

1 案例 1

患儿刘某，男，3岁，2020年1月1日初诊。其作者单位：551700 贵州省毕节市，毕节医学高等专科学校

家人代诉：患儿2天前因吃玉米后出现腹泻，5~6次/日，大便酸臭，夹有不消化玉米粒，自行口服“妈咪爱”，无明显好转。现症：水样便，臭如败卵，腹部胀满，不思饮食，晚上哭闹，舌红、苔白厚腻，指纹滞。中医诊断：小儿泄泻（伤食泄）。予：①推拿手法：手部穴位：补脾经2分钟，清胃经2分钟，清大肠200次，从板门推向横纹2分钟，清小肠1分钟；腹部穴位：点揉中脘穴、天枢穴、气海穴、神阙穴各两分钟，从中脘自上而下揉腹3分钟，顺时针揉腹3分钟；背部穴位：点揉龟尾2分钟，上推七节骨2分钟，上捏脊7遍。②艾灸神阙、龟尾各15分钟。经2次治疗后患儿症状明显改善，大便次数基本正常，质地稍稀，色黄，量多，含少量未消化食物，腹软。将处方调整为：清补大肠经3分钟，推上三关200次，顺时针揉腹2分钟，逆时针揉腹2分钟，继续艾灸神阙、龟尾。2天后，大便成形，色黄，量可，腹部柔软，纳眠可。

2 案例 2

患儿高某，女，1岁半，2022年5月4日初诊。其家人代诉：患儿6个月时，因添加辅食后出现呕吐腹泻，5~6次/日，大便酸臭，夹有奶瓣，自行口服“妈

咪爱”无明显好转。后求诊于多家医院,疑为乳糖不耐受,长期口服益生菌,腹泻反复发作。就诊时症见:大便清稀,带有食物残渣,不思饮食,形体瘦小,舌淡、苔白微腻,指纹淡滞。中医诊断:小儿泄泻(脾虚泄)。予:①推拿手法:手部穴位:补脾经2分钟、补大肠200次,从板门推向横纹2分钟,补肾经2分钟,揉二马2分钟;腹部穴位:点揉中脘穴、天枢穴、气海穴、神阙穴各两分钟,从中脘自上而下揉腹3分钟,顺时针、逆时针揉腹各3分钟;背部穴位:点揉龟尾2分钟,上推七节骨2分钟,上捏脊7遍。②艾灸神阙、龟尾、关元各15分钟。经2次治疗后患儿症状明显改善,1周后,大便每日2次,大便成形。但进食油腻后会出现腹泻,不用药自行好转。将处方调整为:清补大肠经3分钟,推上三关200次,顺时针、逆时针揉腹各2分钟,补脾经,揉板门,补肾经,推四横纹。继续艾灸神阙、关元、龟尾。上述操作2~3次/周,连续治疗3周后,患儿饮食可,大便黄软,量可,腹部柔软,纳眠可。

3 案例3

患儿高某,男,4岁,反复腹痛、腹胀2个月,加重伴腹泻1天。患儿2个月前无明显诱因出现腹痛,腹胀,曾在当地市级医院行腹部CT检查,无异常(具体不详),未经系统治疗,患儿腹胀腹痛反复发作,进食后明显。1天前,患儿腹胀腹痛再次出现,在进食韭菜炒鸡蛋后出现腹泻,4次/日,大便呈水样便,其味臭,口渴,小便少,眼眶无明显凹陷,精神稍差。大便常规:白细胞2~4个/HP。舌红,苔黄,脉滑。中医诊断:小儿泄泻(湿热泄)。予:①推拿手法:手部穴位:补脾经2分钟、清胃经2分钟、清大肠200次,从板门推向横纹2分钟,补肾经2分钟、揉二马2分钟;腹部穴位:点揉中脘穴、天枢穴、气海穴、神阙穴各两分钟,从中脘自上而下揉腹3分钟,顺时针揉腹3分钟;背部穴位:点揉龟尾2分钟,下推七节骨2分钟,上捏脊7遍。②艾灸神阙、龟尾各15分钟。经2次操作后患儿症状明显改善,出现水样便1次,量多,不臭,饭后出现轻微腹胀腹痛,无恶心呕吐。将处方调整为:补大肠经3分钟,推上三关200次,顺时针揉腹2分钟,逆时针揉腹2分钟,补脾经,揉板门,补肾经,推四横纹,揉外劳宫,揉一窝蜂各3分钟,上推七节骨。继续艾灸神阙、龟尾。治疗2次后,患儿大便正常,纳食可,无明显腹痛腹胀。

4 讨论

4.1 中医对小儿腹泻的认识

小儿腹泻早在《内经》就有记载,称其为“飧泄”“濡

泄”“洞泄”,并对其发病季节有一定的描述。中医认为小儿腹泻是因为感受外邪、内伤饮食、脾胃虚弱等导致胃不能受纳、腐熟水谷,脾不能运化水湿及水谷精微。水谷不化,精微不布,清浊不分,而成泄泻。《幼幼集成·泄泻证治》:“夫泄泻之本,无不由于脾胃”^[3]。李超梅^[4]认为小儿产生腹泻的主要原因在于脾胃功能受损,如果饮食不规律,或者消化不良,就会导致抵抗力下降,导致腹泻。总之,其基本病机为脾虚湿盛,大肠传导失司。泄泻的基本原则为分清别浊,治疗重点在脾胃,吴玲玲等^[5]认为:“泄泻之因,皆与脾胃功能失调有关”。

4.2 中医治疗小儿腹泻方法

4.2.1 推拿法

张婧等^[6]借助中医传承辅助平台(V2.5)软件,对三大期刊中有关小儿推拿治疗小儿腹泻常用穴位分布进行分析,形成小儿推拿治疗腹泻的核心穴位,为脾经、大肠、七节骨、腹、龟尾、脐、脊七个穴。

(1)手部穴位操作:补脾经(以左手拇指固定内劳宫,其余四指固定患儿手腕,右手食、中、无名指固定穴位,拇指顺时针旋推操作3~5分钟);清胃经(以左手拇指固定内劳宫,其余四指固定患儿手腕,右手食中无名指固定穴位,拇指指腹从第一掌骨桡侧缘,从上往下推,操作3~5分钟);推板门(以左手拇指固定内劳宫,其余固定穴位,右手食中拇指指腹从板门推向横纹,操作3~5分钟);大肠(实证的用清大肠—从指根推向指尖,虚证的用补大肠—从指尖推向指根,调理用清补大肠—来回推)。

(2)腹部操作:点揉中脘穴、天枢穴、气海穴、神阙穴(用食指、中指指腹顺时揉相应的穴位,每一个穴位操作2~3分钟)、揉全腹(可用多指揉、大鱼际揉、小鱼际揉、掌跟揉,对出现结节、异常响应的地方重点揉,以通为度),有关揉腹疗法治疗小儿疾病的记载见于《幼科推拿秘书》,“中脘在心窝下,胃腑也,积食滞在此,揉者,放小儿卧倒仰睡,以手掌按而揉之,左右揉则积滞食闷,即消化矣。”详细论述了腹部揉法的部位、适应证、以及揉腹的方向和作用^[7]。揉腹的手法与补泄有关,从传统手法来看,补泄与左右方向有关,向左为补,向右为泻;现代手法主要以顺时针为补,逆时针为泻,此外,补泻还与操作力度与频率有关,力度轻、频率慢为补,力度重,频率快为泻。在临床中,我除了用上述方法以外,对于实证的,还加上从中脘揉到气海,消食导滞效果比较好。

(3)背部操作:龟尾(可点、可揉、可振,共1~3分钟);七节骨(可推、可揉,可振1~3分钟,擦之令局部潮红)、脊(擦脊—全掌或食、中、无名指

紧贴脊柱及两侧，快速直线往返擦之，透热为度；再以两手拇指置于脊柱两侧，从下向上推进；边推边以拇指与食中二指拿起脊旁的皮肤，操作3~5遍，或以皮肤潮红为度）。

4.2.2 艾灸法

艾灸是用艾叶制成艾柱或艾条，通过燃烧产生近红外线和热量，作用于人体穴位和特定的部位，从而达到预防和治疗疾病的自然疗法，它的温经通络、祛寒除湿、调节阴阳作用恰好能调节大小肠和脾胃的功能，李萌等通过计算机检索中国知网等多家数据库，采用RevMan5.3软件分析数据^[8]。得出艾灸可有效缓解小儿腹泻相关症状，疗效显著。李国娜、王奕娴等对近十年国内外艾灸治疗腹泻的临床研究文献进行检索^[9]，通过统计，总结出灸法在治疗腹泻时可发挥独具特色的功效。在治疗慢性腹泻方面优势显著。他们在收集文献时，还发现有部分肠道湿热型的泄泻也采用了灸法治疗，效果显著。他们还指出肠道湿热型泄泻虽有湿热之候，但病机基础在脾虚，脾失运化，生湿化热，湿热蕴结，清浊不分，夹杂而下，则生泄泻，采用艾灸之法标本同治，健脾和胃、化湿和中。以上案例通过艾灸神阙、天枢、龟尾，有利于加速肠道的感染物质、积滞物质、过敏物质的排出。从而达到邪尽，泻止的目的。

5 结语

小儿泄泻，属于西医腹泻（包括伤食性腹泻、过敏性腹泻、感染性腹泻），治疗均以脾经、大肠、七

节骨、腹、龟尾、脐、脊为主穴，经过中医辨证论治，采用补泻等不同手法作用于同一或不同的穴位上。在疾病的不同阶段，采用的手法与穴位也不尽相同，并结合艾灸进行调理，具有高效、绿色、安全及简便的优点，深受广大家长的青睐。

6 参考文献

- [1] 蔡士云. 小儿腹泻的临床治疗[J]. 中外妇儿健康, 2011, 19(6): 175-176.
- [2] 梁佰寿. 小儿腹泻的病因与中医治疗探讨[J]. 宜春医学学报, 2000(3): 197-198.
- [3] 秦艳红. 中医儿科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 81.
- [4] 李超梅. 综合护理措施用于小儿腹泻的效果观察[J]. 中国煤炭医学杂志, 2016, 19(1): 85-88.
- [5] 吴玲玲, 钞建峰, 刘小凡. 小儿泄泻的中医研究进展[J]. 中国儿科杂志, 2010, 6(5): 54-57.
- [6] 张婧, 彭玉, 冷丽. 基于数据挖掘小儿推拿治疗小儿腹泻用穴规律分析[J]. 贵阳中医学院学报, 2019, 41(2): 88-92.
- [7] 王丽, 洪曹栋, 张瑞萍. 探讨小儿揉腹疗法及其在积滞中的临床应用[J]. 中医药导报, 2018, 24(11): 50-51.
- [8] 李萌, 盖海云. 艾灸治疗小儿腹泻疗效的Meta分析[J]. 中西医结合护理(中英文), 2019, 5(3): 37-40.
- [9] 李国娜, 王奕娴, 蒯仵, 等. 近十年艾灸治疗腹泻的临床应用规律分析[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2019, 21(8): 1589-1605.

[2022-07-08 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。国内外公开发行人；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: xdyskj@163.com

本刊通讯地址：河北省北戴河海滨东经路17号《现代养生》杂志社编辑部，邮编：066199；联系电话：0335-4041257。

HEALTH PROTECTION AND PROMOTION

Bimonthly Established in January 2001 Volume 23, Number 1 January 2023

CONTENTS IN BRIEF

- Research progress of extracellular vesicles of mesenchymal stem cells involved in hepatic
.....Zhang Jiayang,
Li Hongnan, Liu Runsheng, Qu Minghai, Xing Xuekun (8)
- Clinical observation of acupoint application of Jiawei Weixiaobanxia Tang combined with Two antiemetic drugs on CINV caused by cisplatin
..... Su Dan, Zheng Shengqi(36)
- Effect of perioperative preventive nursing in the treatment of elderly patients with bladder cancer
..... Fang Yuanyuan(40)
- Analysis of intervention effect of intensive nursing on pregnant patients with diabetes mellitus
..... Shi Hongmei(52)
- Application value of health education in nursing of senile osteoporotic hip fracture
..... Qin Qin, Long Wei(57)
- Discuss the relationship between acupuncture and Qigong
..... Chen Yaozhu, Liu Zheng (72)
- Analysis of the causes of the postural dyspnea and nursing experience of one patient after carcinoma of tongue
..... Shi Dingdan (75)

Responsible Institution

Health Commition of Hebei
Province

Sponsor

Hebei Medical Qigong Hospital
No.17 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 Chenxin Color
Printing Co.LTD

Subscription

Qinhuangdao Municipal Postal
Administration

Order

Post Office All Around China
Mail Code 18-99

Fixed Price

¥18.00/Number, ¥432.00/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。

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. 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型糖尿病肾病患者血清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、部(省)、地市级等基金或课题项目,请在文末予以注明。

10. 实验性(有干预的)研究论文需要在文中有“通过医院(或研究单位)审核无伦理问题”等内容的表述,并提供证明。

三、注意事项

1. 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的电话、E-mail、微信号及详细通讯地址、邮编;同时提供第一作者和通讯作者的职称、职务、专业方向、学历等基本信息。

2. 来稿自留底稿,请勿一稿多投,凡投稿30天未接到本刊录用通知的,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。

3. 本刊不收审稿费,稿件刊登后赠第一作者当期杂志2册。

4. 投稿请寄 E-mail: xdyskj@163.com