

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2期 January 2023 Vol.23 No.2

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

02>

2

2023

2023年1月第23卷第2期
半月刊
2023年1月20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

中医药治疗高血压眩晕的研究进展...肖远德 邱志芳 刘新 杨春香 王运强 (81)

临床论著

沙库巴曲缬沙坦联合左卡尼汀治疗慢性肾衰竭血液透析伴心力衰竭的效果观察.....王倩 (85)

阿卡波糖片联合二甲双胍治疗2型糖尿病疗效观察.....龚辉耀 (88)

闭合复位经皮克氏针内固定对 Gartland II 和 III 型肱骨髁上骨折患儿的治疗效果.....姜春霞 陈亚楠 於文昕 (91)

间苯三酚在无痛人流术中软化宫颈的作用.....卢燕梅 (95)

多模态磁共振成像在儿童脑性瘫痪治疗前后的影像特征及其与治疗效果的关系.....董双君 贾文霄 (98)

蓝光照射仪联合复方嗜酸杆菌片治疗新生儿黄疸的临床效果.....陈蓉 (101)

无创呼吸机辅助治疗慢性阻塞性肺疾病合并 II 型呼吸衰竭的疗效分析.....李雪芹 梁春丽 王爽爽 (104)

腰硬联合麻醉中罗哌卡因剂量对前列腺电切术老年患者的影响.....黄鸿明 (108)

中医药与中西医结合

督灸配合八段锦操治疗寒湿痹阻型 LDH 患者的效果观察.....包维肃 (111)

子午流注联合耳穴贴在腹腔镜胆囊切除术后胃肠功能恢复中的护理效果.....吕辉 曾广希 涂福梅 湛琳 (114)

穴位敷贴联合针灸辨证治疗对支气管哮喘患者呼吸功能的影响.....李小芬 (117)

临床护理

精细化护理在新生儿黄疸护理中应用效果分析.....朱晓敏 (120)

标准化急救护理流程在急性心肌梗死患者中的应用效果观察.....赵田银 (123)

胃癌根治手术患者问题导向护理的临床效果.....窦娟娟 (126)

激励式护理对肝癌患者行肝动脉灌注化疗栓塞术后生存质量的影响...陈益云 (129)

自我效能护理对急性淋巴细胞性白血病的干预效果分析.....惠骄 (132)

基于认知理论的导向护理对鼻窦炎手术患者护理效果评价.....陈杨 (134)

新型护理模式对骨髓增生异常综合征患者情绪及生活质量的影响.....杨金洁 (137)

优质护理干预对原发性肝癌患者行肝动脉栓塞化疗术治疗中的应用效果.....徐曼 (139)

基于改良早期预警评分的院前急救护理结合心理护理在急性心肌梗死患者中的应用效果.....兰元 (142)

细节护理对手术室护理安全的影响.....焦生平 庄芹 卓华平 (145)

健康心理与精神卫生

日记式心理教育对精神分裂症患者生活质量、病情症状的影响.....马丹英 (148)

孕产期心理筛查结果与妊娠结局的关系.....崔文彩 阳明媚 (151)

基层实践与初探

大血管闭塞伴急性脑梗死患者血管内治疗围手术期护理效果观察.....李金焕 崔伟 (154)

案例报告

原发性皮肤毛霉菌 1 例.....高存志 翟天东 (157)

68 例复杂性阑尾炎彩色多普勒超声检查结果与病理报告的对比分析...冯峰 (158)

中医药治疗高血压眩晕的研究进展

肖远德 邸志芳 刘新 杨春香 王运强

【摘要】 从古文献记载、病因病机、临床治疗等方面对近 10 年中医药疗法治疗高血压眩晕的研究进展进行综述, 查阅相关的临床研究文献并筛选整理部分文献进行分析和汇总, 结果发现中医药治疗高血压眩晕疗效确切, 具有独特的优势, 且不良反应较小。

【关键词】 中医药; 高血压眩晕; 研究进展

中图分类号 R259 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)02-81-04

高血压主要是一种以体循环动脉血压升高为特征, 可引起心、脑、肾和血管等多器官功能损害的疾病^[1]。本病在中医学中多属于“眩晕”“头痛”等范畴。随着经济社会的快速发展, 人们生活方式的改变, 高血压患病率呈上升趋势。在《中国心血管病报告 2018》中明确指出^[2], 高血压的患病率在全国范围内 4 次的抽样调查结果中, 年龄 ≥ 15 周岁的居民呈上升趋势。高血压病是临床上最常见慢性病之一, 它是导致心脑血管疾病发生的重要因素, 致残率与致死率较高, 不仅严重危害人们的身心健康, 而且给社会和家庭带来沉重经济负担。有临床数据证明^[3], 高血压能显著增加发生缺血性心脏病、慢性肾脏病、脑卒中、主动脉与外周动脉疾病等器官损害的危险性, 在心血管疾病死亡病例中, 至少有一半与高血压相关。虽然西药治疗高血压眩晕有效可靠, 但是不良反应较大, 长期应用易产生耐药性。中医药治疗高血压眩晕具有独特的优势, 且不良反应较小, 因此将从古文献记载、病因病机、临床治疗等方面展开综述如下。

1 古代医籍关于高血压眩晕的记载

在祖国医学典籍中并无“高血压”“眩晕”病名的记载, 但可根据患者的临床症状, 即头晕眼花, 或头痛, 时发时止, 或伴有恶心、呕吐等, 将本病归为“眩晕”“头痛”等范畴。关于眩晕的病名和病症, 历代医学典籍有很多记载。本病虽然最早见于《内经》, 但并没有出现“眩晕”这一病名, 而是有“眩”“眩冒”等名称。《素问·至真要大论》曰: “诸风掉眩, 皆属于肝”, 此条明确指出了眩晕与肝脏的关系密切, 肝脏发生病变可导致肝阳上亢, 肝风内动, 上扰清窍, 发为眩晕。《灵枢·海论》: “髓海不足, 则脑转耳鸣, 胫酸眩冒”, 提出了因虚致眩的观点, 为后世“无虚不作眩”奠定了理论基础。张仲景在《伤寒论·辨太

阳病脉证并治》指出“伤寒, 若吐、若下后, 必下逆满, 气上冲胸, 起则头眩”, 头眩, 即为头晕目眩的意思。唐·王冰在《内经》注释“眩, 谓目陪, 视如转也”, 与现代眩晕的临床症状基本符合。南宋·陈无择在《三因极一病证方论》云: “夫寒者…肾中之, 多使挛急疼痛, 昏不知人, 挟风则眩晕”, 第一次提出了“眩晕”病名一词。清·李用粹对眩晕一词作出了更加明确的阐释, 在《证治汇补·眩晕》中讲到“其状目暗, 耳鸣, 如舟车之上, 起则欲倒, 不省人事。盖眩者言视物皆黑, 晕者言视物皆转, 二者兼有, 方曰眩晕。”同现代眩晕的含义基本一致。

2 历代医家对高血压眩晕的认识

隋代巢元方认为气血亏虚、风邪上扰可导致眩晕的发生, 在《诸病源候论·风头眩候》中提出“风头眩者, 由气血亏虚, 风邪入脑, 而引目系故也……逢身之虚, 则为风邪所伤, 入脑则脑转而目系急, 目系急故成眩也。”唐代孙思邈在《备急千金要方·风眩》中讲到“痰热相感而动风, 风心相乱则闷瞤, 故谓之风眩”, 他首次提出了“风眩”的病名和定义, 并进一步指出了风、热、痰可致眩的观点。宋代严用和在《重订严氏济生方·眩晕门》中指出“所谓眩晕者, 眼花屋转, 起则眩倒是也, 由此观之, 六淫外感, 七情内伤, 皆能导致”, 第一次提出了外感六淫和七情内伤均可导致眩晕。元代朱丹溪提出了“无痰不作眩”学说, 在《丹溪心法·头眩》阐述“头眩, 痰挟气虚并火, 治痰为主, 挟补气药及降火药。无痰不作眩, 痰因火动, 又有湿痰者, 有火痰者”。明清时期, 历代医家对眩晕病因病机的论述已日趋完善, 张景岳在继承前人的基础上, 主张“无虚不作眩”, 在《景岳全书·眩运》中提到“眩运一证, 虚者居其八九, 而兼火兼痰者, 不过十中一二耳。”陈修园在《医学从众录·眩晕》中将眩晕的病因病机归纳为“风、痰、

火、虚”四个方面。王清任在《医林改错》中提到了“诸病之因，皆由血瘀”，认为眩晕的发生与气血瘀滞关系密切。总而言之，历代医家对眩晕的认识不断完善和深刻，对指导后代后世医家辨治高血压眩晕具有重大意义。

3 现代医家对高血压眩晕病因病机的认识

现代医家深入探讨和研究古代中医经典著作，在总结前人经验的基础上，进行了大量的临床实践研究和理论阐述，对高血压眩晕有了更加深入的认识和了解。

国医大师邓铁涛教授根据五脏相关理论，从辨证分型、治法、方药等方面对高血压病进行了阐释，邓老^[4]认为本病病位不独在肝，与心、脾、肾密切相关，将高血压病分为肝阳上亢、心脾两虚、气虚痰浊、肝肾阴虚、阴阳两虚五型进行论治，取得了非常好的效果。我国著名国医大师李士懋教授^[5]基于《素问》“诸风掉眩，皆属于肝”，认为本病的发生无论虚实，肝风是导致高血压眩晕的主要病机，并将肝风分为实肝风和虚肝风两类，从肝风辨治本病。顾仁樾教授^[6]在诊疗本病时主张辨识患者体质，认为年轻患者多因素体阳盛、饮食肥甘厚味、七情内伤、恼怒太过、忧郁导致，故从肝火亢盛、痰湿内盛论治；年老患者多因年老肾虚、久病不愈、久卧伤脾、房劳导致，故从阴虚阳亢、气血亏虚、痰浊中阻、阴阳两虚等论治。刘茂才教授^[7]提出了眩晕病的病因病机与风、痰、虚关系密切，病变脏腑多责之于肝、脾、肾，以肝为主，并与风火、风痰、痰浊、痰瘀等病理因素相关，在治疗上发作期以综合治标为主，缓解期常表现为本虚标实，应标本兼治。邱保国^[8]认为本病属虚实夹杂，与肝、脾、肾三脏密切相关，风、火、痰、瘀、虚为眩晕的常见病理因素，虚者居多，为气虚血亏、髓海空虚、肝肾不足所致；痰浊中阻，瘀血阻络，肝阳上亢所致者为实。邱老在临证时主张应明确西医诊断，再以中医辨证方法确定治疗方法，切中临床诊断和病机，每每收效显著。

4 中医对高血压眩晕的治疗

中医在治疗高血压眩晕方面积累了丰富的基础理论和治疗方法，现代许多医家在继承前人的基础上，结合本病的特点以及患者具体情况进行辨证分型论治，进行了中药内服、外治的临床研究，均取得较好的疗效。

4.1 中药及中成药治疗

中医药治疗高血压眩晕患者采用最多的就是经方加减和经验方加减。全国普通高等教育中医药类精编

教材将眩晕分为痰浊中阻、瘀血阻窍、风阳上扰、气血亏虚、肝肾阴虚 5 种证型^[9]，高血压眩晕最常见的证型为风阳上扰证和痰湿中阻证，因此根据辨证分型，各位医家大多应用经方或者经验方来治疗本病，临床疗效显著。

4.1.1 经方加减 常用经方有以下 2 个：（1）天麻钩藤饮加减：赵雪^[10]治疗肝阳上亢型的高血压眩晕患者，其中对照组给予西医降压药物治疗，而观察组同时加用天麻钩藤汤，研究表明天麻钩藤饮具有镇肝熄风、滋阴潜阳的独特功效，在治疗高血压眩晕方面疗效确切。杨林^[11]用天麻钩藤饮治疗 146 例高血压患者，将其分为 2 组，分别给予拉西地平片和中药治疗，结果显示天麻钩藤饮加减治疗高血压病可明显改善血脂，降低不良反应发生率，治疗效果远优于常规西医疗法，提示天麻钩藤饮加减在治疗高血压眩晕方面具有较好的临床效果。（2）半夏白术天麻汤加减：柴一杰等^[12]用半夏白术天麻汤联合西药与单纯西药治疗高血压眩晕进行对比，结果治疗后观察组舒张压、收缩压及眩晕症状积分均低于对照组，证实半夏白术天麻汤加减治疗痰湿壅盛型高血压眩晕患者疗效确切。李永锋^[13]采用半夏白术天麻汤治疗痰湿内蕴型高血压眩晕患者，能有效降低患者的血压和中医症候积分。

其他经方加减：朱东碧^[14]治疗组选用通窍活血汤配合西药治疗高血压眩晕患者，对照组给予西药治疗，结果显示治疗组与对照组的总有效率分别为 91.4%、71.4%，提示通窍活血汤治疗瘀血阻窍型眩晕疗效显著，值得临床推广借鉴。郭继臻^[15]采用金匱肾气丸加减联合苯磺酸氨氯地平片治疗原发性高血压患者，与单独应用西药治疗比较，结果金匱肾气丸联合苯磺酸氨氯地平片能够有效降压，更好地改善患者临床症状，效果明显优于单纯西药治疗。

4.1.2 经验方加减 张耀文等^[16]将符合要求的 163 例高血压眩晕患者随机分成 2 组，对照组给予西医常规方法，观察组同时加用萸杞益肾定眩汤，结果观察组欧洲眩晕评价量表（EEV）评分、中医症状积分、血压、颈动脉内中膜厚度（IMT）、D-二聚体（D-D）、血管性血友病因子（vWF）、凝血酶原激活物抑制剂-1（PAI-1）与纤维蛋白原（FIB）水平均明显低于对照组（ $P < 0.05$ ），提示萸杞益肾定眩汤治疗高血压眩晕患者能够显著改善血栓前状态，有效调节血流动力学，减轻眩晕症状，比单纯使用西医常规治疗效果更显著。林茜^[17]将 69 例痰湿中阻型高血压眩晕患者随机分为 2 组，对照组予以口服西药苯磺酸左旋氨氯地平片，治疗组在对照组基础上予以健脾化痰，结果健脾化痰方联合西药能够显著地降低痰湿中阻型高血压眩晕患

者的血压,改善临床症状。

4.1.3 中成药 宁小康等^[18]应用养血清脑颗粒治疗原发性高血压眩晕患者,将符合要求的110例患者随机分为观察组和对照组,对照组予以常规西医治疗,观察组在对照组的基础上加用养血清脑颗粒治疗,结果显示养血清脑颗粒能够显著改善患者的血栓前状态及临床症状。杨德军^[19]将60例原发性高血压患者随机分为2组,每组各30例,两组均给予西医基础治疗,治疗组联合补肾益心片治疗,治疗组总有效率明显高于对照组,表明补肾益心片联合西药治疗能够有效改善临床症状,控制血压。

4.2 中医外治疗法

4.2.1 针刺疗法 针刺是治疗高血压眩晕的最常用的治疗方法之一,其操作方法简单,眩晕症状改善迅速,作用持久。现代研究表明,针刺治疗主要是通过调节中枢与交感神经兴奋性、调节血管内皮功能、抑制炎症反应、调节离子通道、降低肾素-血管紧张素-醛固酮水平以及缓解焦虑等多种机制来改善高血压眩晕的临床症状^[20]。利小华等^[21]将符合标准的120例轻中度原发性高血压患者随机分为针刺组和西药组,针刺组采用活血散风、调和肝脾针刺法,西药组按照《中国高血压防治指南2010》推荐的降压方案给予个体化药物治疗,结果针刺组较西药组降压效果明显,且降压效果平稳。

4.2.2 穴位贴敷 中药穴位贴敷是临床常用的中医外治方法,主要是通过药物对穴位的刺激作用,而起到调整人体阴阳平衡和调理脏腑功能的功效。郑梅生^[22]根据多年临床经验将钩藤、天麻、三七、吴茱萸研末,以醋调成糊状,中医辨证取穴,主穴有曲池、丰隆、三阴交、悬钟、涌泉穴,肝阳上亢证配风池、太冲;肝肾阴虚证配足三里;风痰上扰证配丰隆、太溪;气虚血瘀证配气海;阴阳两虚证配足三里、气海,经治疗能够明显改善患者的临床症状。

4.2.3 耳穴埋籽 耳穴埋籽主要是将王不留行籽粘贴于耳中穴位,通过运用机械手法,给予耳部相应穴位适度按压刺激,通过经络感传来调节内脏器官及中枢神经系统的兴奋性,调节机体新陈代谢水平,使体内内分泌免疫系统处于平衡状态,从而达到治疗目的^[23]。吴晓燕^[24]应用耳穴埋籽治疗高血压眩晕91例患者,常规组和中医组均给予常规治疗,中医组在常规基础上加用中医耳穴(取穴:神门穴、肾穴、枕穴及交感穴)埋籽,治疗后中医组总体效率、血压控制达标时间、生活质量均优于常规组。结论:耳穴埋籽用于治疗高血压眩晕患者,疗效显著,能够明显改善患者的生活质量。

4.2.4 刮痧疗法 刮痧疗法治疗疾病的理论基础源于

经络学说,具有简便、有效、廉价的特点,具有调和阴阳、行气调血、疏经通络、活血化瘀、扶正祛邪、解表退热的作用^[25]。袁笑弟^[26]采用刮痧疗法治疗单纯高血压头晕患者,对照组(15例)给予医嘱用药并进行常规护理,观察组(15例)在对照组基础上,从入院第2天开始实行肩颈部刮痧,结果证实采用刮痧疗法治疗高血压头晕患者疗效显著,且可明显缩短患者住院时间。

4.2.5 穴位按摩 穴位按摩主要是通过手法刺激体表的特定部位,通过穴位、经络或者神经系统的传导,调节脏腑功能,调动机体免疫功能和抗病能力,从而达到防病治病的目的^[27]。韩艳秋^[28]在子午流注理论指导下,运用头部九宫穴位按摩联合吴茱萸穴位贴敷中医护理干预高血压眩晕患者,将高血压眩晕患者随机分为2组,每组30例,对照组予常规药物治疗及辨证施护,观察组在此基础上实施头部九宫穴位按摩联合吴茱萸穴位贴敷中医护理干预,结果证实通过子午流注指导下择时行头部九宫穴位按摩合吴茱萸穴位贴敷,能够明显改善患者眩晕症状和睡眠质量,使血压下降,且操作简便,可在临床上推广使用。

4.2.6 刺络放血疗法 刺络放血疗法可促使局部毛细血管内血容量及血液成分发生改变,改善微循环及血液黏稠度,促进细胞代谢,使机体恢复血液动力的平衡从而达到降压的目的^[29-30]。郑幸文^[30]将66例肝阳上亢型原发性高血压患者随机分为泻血组32例和药物组34例,泻血组取双侧1组穴位(共3组穴位:①足三里、阴陵泉;②委阳、阳陵泉;③丰隆、曲泉)进行刺络泻血治疗;药物组给予牛黄降压丸治疗,结果泻血组和药物组临床总有效率分别为90.6%和88.2%,但总疗效及改善血压的疗效与对照组相当($P>0.05$)。说明刺血疗法能够改善血压,且安全、有效。

5 小结与展望

综上所述,本病的病因病机不外乎风、虚、痰、瘀四大因素,而历代医家各有侧重,在临床治疗方面也有各自的精妙之处,不仅通过辨证论治的思维方式提高了临床疗效,还弥补了西医临床常规降压药物对患者产生不良反应的不足。中医药治疗高血压眩晕的作用机制已经从实验到临床得到了证实^[31],其主要是通过阻断肾素血管紧张素醛固酮系统、保护血管内皮和抑制血管重构、阻滞钙离子通道、抑制交感神经过度兴奋、改善胰岛素抵抗、利尿降压等方面达到治疗效果。

由此可见,中医药在治疗高血压眩晕方面具有独特的优势,虽然中医药治疗高血压眩晕疗效确切,但仍存在不足之处,比如疗效评定的规范性、研究样本

量较小、缺少标准化的治疗方案等。因此,在今后的临床治疗和试验中,应进一步建立大规模、规范性、标准化的研究,以完善诊疗方案,从而提高临床疗效。

6 参考文献

- [1] 王吉耀,廖二元,胡品津,等.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2003:229.
- [2] 马丽媛,吴亚哲,陈伟伟,等.《中国心血管病报告2018》要点介绍[J].中华高血压杂志,2019,27(8):712-716.
- [3] 唐晓婷,陈瑜,张腾.老年高血压中西医防治研究进展[J].中西医结合心脑血管病杂志,2018,16(6):712-716.
- [4] 陈秒旬,周波,陈瑞芳,邓铁涛从五脏相关论治高血压病经验[J].湖南中医杂志,2018,34(7):27-29.
- [5] 申雪娜,来于,石坛贝,等.李士懋教授从肝风论治原发性高血压眩晕经验[J].河北中医,2019,41(4):485-490.
- [6] 褚田明,张文群,谈飒英,等.顾仁樾运用膏方调治高血压眩晕病经验[J].中医文献杂志,2015,33(3):41-43.
- [7] 文灼彬.基于深度访谈研究刘茂才教授眩晕病诊疗思路[D].广州:广州中医药大学,2018.
- [8] 董永书,行书丽.邱保国虚实辨证治疗眩晕[J].实用中医内科杂志,2015,29(7):19-27.
- [9] 田德禄,蔡淦.中医内科学[M].上海:上海科学技术出版社,2006:288-294.
- [10] 赵雪.天麻钩藤汤治疗肝阳上亢型原发性高血压临床分析[J].中西医结合心脑血管病电子杂志,2019,7(24):2-3.
- [11] 杨林,邓文勇.天麻钩藤饮在高血压治疗中的应用与效果分析[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(46):28-29.
- [12] 柴一杰,陈晓宇.半夏白术天麻汤加减治疗高血压眩晕痰湿壅盛证临床疗效观察[J].海峡药学,2019,31(7):207-208.
- [13] 李永锋,王开娜.半夏白术天麻汤对痰湿内蕴型原发性高血压眩晕患者临床症状的改善效果[J].临床医学研究与实践,2021,6(15):137-139.
- [14] 朱东碧.通窍活血汤治疗瘀血阻窍型眩晕35例临床观察[J].浙江中医杂志,2017,52(2):103.
- [15] 郭继臻.金匱肾气丸加减治疗肾气虚型原发性高血压病的临床研究[D].太原:山西中医药大学,2020.
- [16] 张耀文,赵光锋,许玉皎.黄杞益肾定眩汤治疗高血压致眩晕症82例[J].环球中医药,2018,11(3):432-434.
- [17] 林茜.健脾化痰方治疗痰湿中阻型原发性高血压眩晕的临床观察[D].太原:山西中医药大学,2020.
- [18] 宁小康,王文丽,苗琦.养血清脑颗粒对原发性高血压眩晕患者血栓前状态及血流动力学的影响[J].陕西中医,2017,38(7):867-869.
- [19] 杨德军.补肾益心片对原发性高血压患者的治疗作用及其机制研究[D].广州:广州中医药大学,2012.
- [20] 姜泽飞.“活血散风”针刺法治疗高血压病的机制研究概况[J].针灸临床杂志,2022,38(1):95-99.
- [21] 利小华,王未寒,杜晓马,等.活血散风、调和肝脾针刺法治疗轻中度原发性高血压临床研究[J].新中医,2021,53(6):116-120.
- [22] 甘丽.郑梅生主任中医药综合治疗高血压学术思想及经验总结[D].合肥:安徽中医药大学,2015.
- [23] 刘茜茜.耳穴埋籽治疗高血压眩晕的效果观察[J].当代护士,2016(5):112-113.
- [24] 吴晓燕.高血压眩晕病人应用耳穴埋籽的效果观察和护理[J].心血管病防治知识,2019,9(35):71-73.
- [25] 何娜,李林森.刮痧疗法治疗原发性高血压的研究概况[J].中国民族民间医药,2018,27(24):53-55.
- [26] 袁笑弟.刮痧疗法在高血压头晕症状中的临床观察[J].心血管外科杂志(电子版),2019,8(4):1-2.
- [27] 左晓琳,杨琳,李琦,等.穴位按摩治疗失眠效果的系统评价[J].护理学报,2016,23(12):33-39.
- [28] 韩艳秋.高血压眩晕子午流注穴位按摩联合贴敷护理研究[J].中国继续医学教育,2018,10(36):132-134.
- [29] 劳闻文,贾晓雅,赵凤林,等.中医治疗原发性高血压研究进展[J].实用中医药杂志,2019,35(1):126-127.
- [30] 郑幸文.针灸治疗高血压性眩晕的文献整理与研究[D].广州:广州中医药大学,2016.
- [31] 董丽,姜国旺,樊瑞红.中医药治疗高血压病的机制研究[J].天津中医药大学学报,2018,37(3):261-264.

[2022-10-18 收稿]

沙库巴曲缬沙坦联合左卡尼汀治疗慢性肾衰竭血液透析伴心力衰竭的效果观察

王倩

【摘要】 目的 观察分析沙库巴曲缬沙坦联合左卡尼汀治疗慢性肾衰竭血液透析伴心力衰竭的效果。方法 选取2021年12月-2022年6月医院治疗的慢性肾衰竭血液透析伴心力衰竭患者62例,根据组间性别、年龄等基本资料均衡可比的原则,选择单纯运用左卡尼汀治疗的31例患者为对照组,选择采用沙库巴曲缬沙坦联合左卡尼汀治疗的31例患者为观察组。比较两组患者的治疗效果、心功能、脑钠肽(BNP)、肾功能及治疗安全性。结果 观察组治有效率为93.55%,明显优于对照组的74.19%,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗前,两组心脏指数(CI)、心输出量(CO)、中心静脉压(CVP)、左室射血分数(LVEF)等心功能指标比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组上述指标均有所改善,但观察组CI、CO、CVP低于对照组,LVEF高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗前,两组BNP及肾功能指标血肌酐(Scr)、尿素氮(BUN)水平相当,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组上述指标均降低,但观察组均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。在治疗安全性方面,观察组不良反应发生率为9.68%,低于对照组的16.13%,但差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 慢性肾衰竭血液透析伴心力衰竭患者运用沙库巴曲缬沙坦联合左卡尼汀治疗的效果更优,能够显著改善患者的心功能与肾功能,且不会明显增加不良反应的发生。

【关键词】 慢性肾衰竭;心力衰竭;血液透析;沙库巴曲缬沙坦;左卡尼汀

中图分类号 R692.5 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)02-85-03

慢性肾衰竭是一种临床常见病,极易损伤患者其他组织器官的功能。调查研究显示,心力衰竭是慢性肾衰竭血液透析患者的常见并发症,易加重患者病情,造成患者死亡^[1]。为此,对于慢性肾衰竭血液透析伴心力衰竭患者来说,一定要在遏制病变恶化的基础上,加强患者心功能的改善。沙库巴曲缬沙坦是一种血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂,能够对血管紧张素Ⅱ与该受体的结合予以抑制,达到扩张血管、改善心功能的效果^[2]。慢性肾衰竭血液透析患者普遍伴有左卡尼汀缺乏的现象,导致患者心律失常,所以,应对患者及时补充左卡尼汀。基于此,本研究通过临床观察,探讨沙库巴曲缬沙坦联合左卡尼汀对慢性肾衰竭血液透析伴心力衰竭患者的治疗效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2021年12月-2022年6月医院治疗的慢性肾衰竭血液透析伴心力衰竭患者62例,根据组间性别、年龄等基本资料均衡可比的原则,选择单纯运用左卡尼汀治疗的31例患者为对照组,选择采用沙库巴曲缬沙坦联合左卡尼汀治疗的31例患者为观察组。对照组男22例,女9例;年龄26~86岁,作者单位:224100 江苏省盐城市大丰人民医院肾内科

平均 60.11 ± 4.18 岁。观察组男23例,女8例;年龄32~82岁,平均 61.01 ± 4.47 岁。两组患者性别、年龄比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经过医学伦理委员会批准,患者或者家属均签署知情同意书。

1.2 治疗方法

两组患者均给予血液透析治疗,每周3次,每次4h,透析液流量每分钟500ml,血流量每分钟200~250ml,钠浓度为138~148mmol/L,透析过程中不可饮食。

1.2.1 对照组 单纯运用左卡尼汀(东北制药集团沈阳制药有限公司,国药准字H20123215,规格5ml:1g)治疗,血液透析后5min予以静脉推注,每周3次,每次1g,持续用药6个月。

1.2.2 观察组 运用沙库巴曲缬沙坦(北京诺华制药有限公司,国药准字J20190002,规格100mg×14片)联合左卡尼汀治疗,沙库巴曲缬沙坦口服给药,每天2次,每次100mg,持续用药6个月;左卡尼汀用药与对照组一致。

1.3 观察指标

(1)治疗效果^[3]:患者症状基本消失,心功能改善至少2级,肾功能明显好转,判定为显效;患者症状有所减轻,心功能改善至少1级,肾功能有所

好转,判定为有效;患者没有达到上述标准,判定为无效。总有效率 = (显效 + 有效) 例数 / 观察例数 × 100%。

(2) 心功能: 包括心脏指数 (CI)、心输出量 (CO)、中心静脉压 (CVP)、左室射血分数 (LVEF), 采用彩色多普勒超声诊断仪与心电图进行检测。

(3) 脑钠肽 (BNP): 运用放射免疫法进行检测。

(4) 肾功能: 包括血肌酐 (Scr)、尿素氮 (BUN), 运用苦味酸法测定 Scr 水平, 运用脲酶电极法测定 BUN 水平。

(5) 治疗安全性: 包括胃肠道反应、头痛胸痛、肝肾功能异常。

1.4 资料分析方法

采用 SPSS 22.0 统计学软件对数据进行统计分析, 计量资料以 “ $\bar{x} \pm s$ ” 表示, 组间均数比较采用 t 检验;

计数资料组间率比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗效果比较

治疗后, 观察组治疗的总有效率为 93.55%, 明显优于对照组的 74.19%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 两组治疗前后心功能比较

治疗前, 两组心功能指标 CI、CO、CVP、LVEF 水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 两组上述指标均有所改善, 但观察组 CI、CO、CVP 水平低于对照组, LVEF 高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 两组治疗效果比较

| 组别 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率 (%) |
|----------------|----|----|----|----------|
| 对照组 ($n=31$) | 8 | 15 | 8 | 74.19 |
| 观察组 ($n=31$) | 13 | 16 | 2 | 93.55 |

$\chi^2=4.292, P=0.038$ 。

表 2 两组治疗前后心功能指标比较

| 组别 | CI (L/min·m ²) | | CO (L/min) | | CVP (cmH ₂ O) | | LVEF (%) | |
|----------------|----------------------------|-------------|--------------|-------------|--------------------------|--------------|--------------|--------------|
| | 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 ($n=31$) | 7.26 ± 1.21 | 6.03 ± 1.49 | 11.12 ± 2.22 | 8.66 ± 1.98 | 19.83 ± 3.57 | 15.06 ± 2.38 | 43.41 ± 6.86 | 51.08 ± 7.08 |
| 观察组 ($n=31$) | 7.39 ± 1.63 | 5.16 ± 1.87 | 11.55 ± 2.58 | 7.02 ± 1.85 | 19.61 ± 3.22 | 12.89 ± 2.22 | 43.66 ± 6.68 | 57.82 ± 7.72 |
| t 值 | 0.357 | 2.026 | 0.703 | 3.370 | 0.255 | 3.712 | 0.145 | 3.583 |
| P 值 | 0.723 | 0.047 | 0.485 | 0.001 | 0.800 | 0.000 | 0.885 | 0.001 |

2.3 两组治疗前后 BNP 水平比较

治疗前, 两组 BNP 水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 两组 BNP 水平降低, 但观察组低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 两组治疗前后肾功能比较

两组患者治疗前肾功能指标 Scr、BUN 水平相当, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 两组 Scr、

BUN 水平均大幅度降低, 组间比较观察组均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 3 两组治疗前后 BNP 水平比较 (pg/ml)

| 组别 | 治疗前 | 治疗后 |
|----------------|-----------------|----------------|
| 对照组 ($n=31$) | 860.35 ± 102.36 | 438.38 ± 56.32 |
| 观察组 ($n=31$) | 896.23 ± 111.04 | 370.22 ± 60.19 |
| t 值 | 1.323 | 4.604 |
| P 值 | 0.191 | 0.000 |

表 4 两组治疗前后肾功能比较

| 组别 | Scr (μmol/L) | | BUN (mmol/L) | |
|----------------|----------------|----------------|--------------|--------------|
| | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 对照组 ($n=31$) | 262.48 ± 40.63 | 200.87 ± 25.38 | 15.79 ± 2.58 | 10.38 ± 2.27 |
| 观察组 ($n=31$) | 270.26 ± 41.38 | 180.65 ± 28.54 | 15.15 ± 2.64 | 8.77 ± 2.12 |
| t 值 | 0.747 | 2.948 | 0.965 | 2.886 |
| P 值 | 0.458 | 0.005 | 0.338 | 0.005 |

2.5 两组治疗安全性比较

治疗中, 观察组不良反应发生率为 9.68%, 低于

对照组的 16.13%, 但差异无统计学意义 ($P>0.05$), 见表 5。

表 5 两组治疗安全性比较

| 组别 | 胃肠道反应 | 头痛胸痛 | 肝肾功能异常 | 总发生率 (%) |
|----------------|-------|------|--------|----------|
| 对照组 ($n=31$) | 2 | 2 | 1 | 16.13 |
| 观察组 ($n=31$) | 1 | 1 | 1 | 9.68 |

$\chi^2=0.144$, $P=0.705$ 。

3 讨论

慢性肾衰竭血液透析伴心力衰竭患者的心肾负担非常重要, 在给予治疗的时候, 应注重患者心肾功能的改善, 以此有效提高治疗效果^[4]。

本研究结果显示, 观察组治疗效果明显优于对照组; 在治疗安全性方面, 两组对比差异无统计学意义, 与有关文献的报道结果基本一致^[5]。由此说明, 沙库巴曲缬沙坦与左卡尼汀联合治疗的效果更好, 且不会明显增加不良反应的发生。慢性肾衰竭伴心力衰竭患者因为肾实质损伤, 造成肾功能减退, 无法维持正常新陈代谢, 使得患者血压水平不稳, 易出现血压升高等不良反应, 增大了患者心脏负荷与血管负荷。有效控制患者血压水平, 对改善心功能有着非常重要的作用^[6]。另外, 本研究结果表明, 观察组治疗后 CI、CO、CVP 均低于对照组, LVEF 高于对照组, 与相关文献的报道结果基本相符^[7]。由此说明, 沙库巴曲缬沙坦与左卡尼汀联合治疗对改善患者心功能有着十分积极的作用, 究其原因可能如下^[8]: 沙库巴曲缬沙坦是一种血管紧张素 II 受体拮抗剂, 可有效扩张血管, 降低血压, 而左卡尼汀可促进脂肪酸氧化, 保证心脏供给充足, 以此维持心肌细胞正常功能。在临床治疗中, 二者联合运用, 能够有效平衡患者血压水平, 调节患者心功能, 临床应用价值非常高。本研究中, 观察组治疗后 Scr、BUN 水平均明显低于对照组, 与有关文献的报道结果非常接近^[9]。由此说明, 沙库巴曲缬沙坦联合左卡尼汀治疗对改善患者肾功能有着十分积极的意义, 究其原因可能如下^[10]: 左卡尼汀可拮抗促红细胞生成素的生成, 有助于增强 $\text{Na}^+/\text{K}^+-\text{ATP}$ 酶活性, 提高红细胞膜稳定性, 维持肾功能稳定。此外, 沙库巴曲缬沙坦有助于缓解肾动脉硬化及尿蛋白排出。所以, 二者联合治疗时, 能够显著改善患者肾功能, 从而有效提高了患者的治疗效果。

综上所述, 慢性肾衰竭血液透析伴心力衰竭患者

运用沙库巴曲缬沙坦联合左卡尼汀治疗的效果更优, 能够显著改善患者的心功能与肾功能, 且不会明显增加不良反应的发生。

4 参考文献

- [1] 黄志勇. 沙库巴曲缬沙坦片对维持性血液透析患者慢性心力衰竭的疗效 [J]. 中国现代医生, 2021, 59(17): 99-102.
- [2] 周峻, 金延. 沙库巴曲缬沙坦钠片治疗慢性左心衰竭合并肾衰竭的临床疗效及安全性观察 [J]. 贵州医药, 2021, 45(4): 538-539.
- [3] 杨慧娟, 陈卫东, 潘艳. 沙库巴曲缬沙坦在糖尿病并发慢性肾脏病和心血管疾病治疗中的研究进展 [J]. 临床肾脏病杂志, 2020, 20(7): 602-605.
- [4] 张艳平, 王嘉玮, 石琳, 等. 沙库巴曲缬沙坦钠片治疗慢性左心衰竭合并肾衰竭对患者血清糖蛋白-C 水平及心肌重构的影响 [J]. 中国医师进修杂志, 2022, 45(6): 545-548.
- [5] 常媛媛, 吴英凤. 慢性肾衰竭合并神经病变患者选择高通量血液透析联合左卡尼汀的疗效分析 [J]. 中国药物滥用防治杂志, 2021, 27(3): 318-321, 340.
- [6] 李金冲. 生脉注射液联合左卡尼汀在慢性肾衰竭维持性血液透析伴低血压患者中的应用 [J]. 河南医学研究, 2021, 30(2): 328-330.
- [7] 刘骄阳, 陈宝磊, 吴磊. 左卡尼汀联合血液透析治疗慢性肾衰竭合并心力衰竭患者的效果 [J]. 中国民康医学, 2021, 33(3): 3-5.
- [8] 陈玲玲, 朱俊杰, 蔡群慧, 等. 左卡尼汀对慢性肾衰竭透析患者微炎症状态、心功能及氧化应激的影响 [J]. 中国医师杂志, 2019, 21(8): 1241-1243.
- [9] 冯玲, 梁维, 赵静, 等. 缬沙坦联合左卡尼汀治疗慢性肾衰竭血液透析伴心力衰竭对患者心肾功能的影响 [J]. 海南医学, 2022, 33(9): 1122-1125.
- [10] 赵君, 赵双双. CRRT 联合左卡尼汀治疗慢性肾衰竭合并急性心力衰竭的疗效分析 [J]. 中国现代医学杂志, 2021, 31(10): 15-19.

[2022-10-09 收稿]

阿卡波糖片联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病疗效观察

龚辉耀

【摘要】 目的 探讨阿卡波糖片联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病 (T2DM) 的效果及对患者肠道益生菌群的影响。

方法 选取 2020 年 2 月 - 2022 年 2 月医院内分泌科收治的 T2DM 患者 106 例, 根据组间性别、年龄、体质指数等基本资料均衡可比的原则分为两组, 每组 53 例。对照组用二甲双胍治疗 3 个月, 观察组用阿卡波糖片联合二甲双胍治疗 3 个月。比较两组空腹血糖 (FPG)、餐后 2h 血糖 (2hPG)、糖化血红蛋白 (HbA1c)、空腹胰岛素 (FINS)、胰岛素抵抗指数 (IR)、肠道菌群、炎症反应指标 C 反应蛋白 (CRP)、白细胞介素 -6 (IL-6)、肿瘤坏死因子 α (TNF- α) 水平和总有效率及不良反应发生率。**结果** 治疗 3 个月后, 两组 FPG、HbA1c、2hPG 水平均降低, 但观察组低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组 FINS 水平均增加, 但观察组高于对照组; 两组 IR 水平均降低, 但观察组低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组肠道的双歧杆菌、乳杆菌、拟杆菌水平均增加, 但观察组高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组血清 CRP、IL-6、TNF- α 水平降低, 但观察组低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 观察组 T2DM 总有效率 (96.23%) 高于对照组 (86.27%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 但两组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

结论 T2DM 应用阿卡波糖片联合二甲双胍治疗能进一步降低血糖, 改善胰岛素抵抗, 调节肠道菌群, 增加肠道益生菌丰度, 减轻机体炎症状态, 减少 CRP、IL-6、TNF- α 释放, 不会增加不良反应, 安全可靠。

【关键词】 阿卡波糖片; 二甲双胍; 2 型糖尿病; 血糖; 胰岛素抵抗指数; 肠道菌群

中图分类号 R587.1 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)02-88-04

随着社会经济的发展及人们饮食、生活习惯发生改变, 糖尿病患病率不断增加, 其中 2 型糖尿病 (T2DM) 占 95% 以上。T2DM 尚不能根治, 病程长, 患者通过降糖药物可达到长期带病生存。胰岛素抵抗是 T2DM 的病理特征之一, 表现为肌肉、肝及脂肪细胞对胰岛素反应不足, 需要增加胰岛素的浓度才会产生正常的胰岛素反应。IR 可导致机体细胞摄取和利用糖的能力降低, 从而引起机体代谢紊乱, 在 T2DM 发生发展中起重要的作用^[1]。因此, 在 T2DM 治疗中, 不仅要达到良好的降糖效果, 还要改善患者的 IR 水平, 才能更好地控制病情。阿卡波糖片、二甲双胍均是降糖药物, 两者通过不同的降糖途径, 发挥协同作用, 降低血糖水平。本研究对 T2DM 患者使用阿卡波糖片联合二甲双胍治疗, 观察其治疗效果, 报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2020 年 2 月 - 2022 年 2 月医院内分泌科收治的 T2DM 患者 106 例。纳入标准: 经临床综合检查、实验室检查确诊, 且符合《中国 2 型糖尿病防治指南 (2017 年版)》^[2] 诊断标准; 初诊初治, 且年龄 < 70 岁; 近 7d 内未接受降糖治疗; 无高渗性昏迷、酮尿酸中毒等危急并发症。排除标准: 合并肝肾等脏

器器质性病变; 合并其他内分泌疾病、自身免疫性疾病; 合并急慢性感染; 对阿卡波糖片、二甲双胍药物成分过敏; 妊娠、哺乳期者。根据组间性别、年龄、体质指数等基本资料均衡可比的原则分为两组, 每组 53 例。对照组男 29 例, 女 24 例; 年龄 25 ~ 69 岁, 平均 51.44 ± 5.26 岁; 体质指数 20.59 ~ 26.94, 平均 23.93 ± 2.05 。观察组男 27 例, 女 26 例; 年龄 26 ~ 68 岁, 平均 51.27 ± 5.02 岁; 体质指数 20.19 ~ 26.82, 平均 23.90 ± 2.1 。两组上述资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 有可比性。所有患者均签署知情同意书, 本研究经医院伦理委员会批准。

1.2 治疗方法

两组均控制饮食、加强运动。对照组给予二甲双胍 (中美上海施贵宝制药, 国药准字 H20023370, 规格 0.5g) 0.5g 口服, 每天 3 次。观察组在对照组基础上加用阿卡波糖片 (杭州中美华东制药, 国药准字 H20020202, 规格 50mg) 50mg 口服, 每天 3 次, 根据患者血糖控制情况调整剂量为 25 ~ 100mg。两组均治疗 3 个月。

1.3 观察指标

(1) 血糖水平: 治疗前、治疗 3 个月, 患者空腹 8 ~ 10h 抽取静脉血 3ml, 采用血糖仪检测空腹血糖 (FPG), 采用免疫比浊法检测糖化血红蛋白 (HbA1c); 患者进食 2h 后抽取静脉血, 用血糖仪检测餐后 2h 血糖 (2hPG)。

(2) 总有效率: 显效为治疗后 FPG ≤ 6.1 mmol/L, HbA1c $\leq 6.0\%$, 2hPG ≤ 7.8 mmol/L; 有效为治疗后 FPG ≤ 7.8 mmol/L, HbA1c $\leq 8.0\%$, 2hPG ≤ 11.1 mmol/L; 无效为治疗后 FPG > 7.8 mmol/L, HbA1c $> 8.0\%$, 2hPG > 11.1 mmol/L。总有效率 = (显效 + 有效) 例数 / 观察例数 $\times 100\%$ 。

(3) 胰岛素相关指标: 治疗前、治疗 3 个月, 取上述空腹状态的静脉血标本, 采用放射免疫法测定空腹胰岛素 (FINS), 计算胰岛素抵抗指数 (IR)。

(4) 有益菌群: 比较治疗前、治疗 3 个月的肠道有益菌群双歧杆菌、乳杆菌、拟杆菌的变化情况。

(5) 炎症反应指标: 治疗前、治疗 3 个月, 采集外周静脉血 3ml, 分离血清, 使用美国 BIO 公司酶联免疫试剂盒检测血清 C 反应蛋白 (CRP)、白细胞介素 -6 (IL-6)、肿瘤坏死因子 α (TNF- α) 水平。

(6) 不良反应: 包括头晕头痛、恶心呕吐、低血糖、腹痛腹泻、乏力等。

1.4 数据分析方法

应用 SPSS 25.0 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 两组患者血糖水平比较

治疗前, 两组患者 FPG、HbA1c、2hPG 水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗 3 个月后, 两组 FPG、HbA1c、2hPG 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 1。

表 1 两组患者 FPG、HbA1c、2hPG 比较

| 组别 | n | FPG (mmol/L) | | HbA1c (%) | | 2hPG (mmol/L) | |
|-----|----|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|
| | | 治疗前 | 治疗 3 个月 | 治疗前 | 治疗 3 个月 | 治疗前 | 治疗 3 个月 |
| 观察组 | 53 | 9.46 \pm 0.91 | 6.26 \pm 0.57 | 8.37 \pm 0.61 | 6.24 \pm 0.63 | 15.12 \pm 1.37 | 8.85 \pm 0.83 |
| 对照组 | 53 | 9.55 \pm 0.93 | 7.05 \pm 0.61 | 8.29 \pm 0.62 | 7.16 \pm 0.69 | 14.96 \pm 1.30 | 10.32 \pm 1.09 |
| t 值 | | 0.504 | 6.689 | 0.623 | 7.168 | 0.617 | 7.811 |
| P 值 | | 0.479 | 0.000 | 0.362 | 0.000 | 0.369 | 0.000 |

2.2 两组患者 T2DM 疗效比较

治疗后, 观察组疗效 (96.23%) 高于对照组 (86.27%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者疗效比较

| 组别 | n | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率 (%) |
|-----|----|----|----|----|----------|
| 观察组 | 53 | 35 | 16 | 2 | 96.23 |
| 对照组 | 53 | 30 | 14 | 9 | 86.27 |

$\chi^2 = 4.970$, $P = 0.026$ 。

2.3 两组患者胰岛素相关指标比较

治疗前, 两组患者 FINS 和 IR 水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 两组 FINS 均升高, IR 均降低; 组间比较, 观察组 FINS 水平高于对照组, 观察组 IR 水平低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者 FINS 和 IR 比较

| 组别 | n | FINS (mIU/L) | | IR (%) | |
|-----|----|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | | 治疗前 | 治疗 3 个月 | 治疗前 | 治疗 3 个月 |
| 观察组 | 53 | 7.09 \pm 0.73 | 9.61 \pm 0.85 | 5.47 \pm 0.56 | 2.61 \pm 0.25 |
| 对照组 | 53 | 7.06 \pm 0.71 | 8.35 \pm 0.80 | 5.45 \pm 0.51 | 3.35 \pm 0.31 |
| t 值 | | 0.214 | 7.859 | 0.192 | 13.528 |
| P 值 | | 0.765 | 0.000 | 0.799 | 0.000 |

2.4 两组患者肠道菌群比较

治疗前, 两组双歧杆菌、乳杆菌、拟杆菌水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗 3 个月后, 两组上述肠道菌群数量均增加, 且观察组高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组患者肠道菌群比较 (CFU/g)

| 组别 | n | 双歧杆菌 | | 乳杆菌 | | 拟杆菌 | |
|-----|----|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | | 治疗前 | 治疗 3 个月 | 治疗前 | 治疗 3 个月 | 治疗前 | 治疗 3 个月 |
| 观察组 | 53 | 7.90 \pm 0.75 | 9.86 \pm 0.69 | 7.01 \pm 0.65 | 8.19 \pm 0.56 | 8.10 \pm 0.59 | 9.79 \pm 0.66 |
| 对照组 | 53 | 7.89 \pm 0.73 | 8.52 \pm 0.67 | 6.97 \pm 0.63 | 7.55 \pm 0.52 | 8.09 \pm 0.57 | 8.91 \pm 0.71 |
| t 值 | | 0.070 | 10.143 | 0.322 | 6.097 | 0.089 | 6.609 |
| P 值 | | 0.935 | 0.000 | 0.673 | 0.000 | 0.922 | 0.000 |

2.5 两组患者炎症反应指标比较

治疗前, 两组血清 CRP、IL-6、TNF- α 炎症反应指标水平比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗3个月后, 两组血清 CRP、IL-6、TNF- α 水平均降低, 且观察组低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。

见表5。

2.6 两组患者不良反应比较

对照组不良反应发生率 (15.09%) 与观察组 (9.43%) 比较, 观察组低于对照组, 但差异无统计学意义 ($P>0.05$), 见表6。

表5 两组患者炎症反应指标比较

| 组别 | n | CRP (mg/L) | | IL-6 (μ g/L) | | TNF- α (μ g/L) | |
|-----|----|-----------------|-----------------|-------------------|-------------------|----------------------------|------------------|
| | | 治疗前 | 治疗3个月 | 治疗前 | 治疗3个月 | 治疗前 | 治疗3个月 |
| 观察组 | 53 | 8.76 \pm 0.72 | 2.79 \pm 0.25 | 156.23 \pm 9.12 | 103.62 \pm 7.43 | 36.29 \pm 3.02 | 29.06 \pm 2.31 |
| 对照组 | 53 | 8.80 \pm 0.71 | 5.36 \pm 0.30 | 155.91 \pm 9.27 | 126.76 \pm 7.56 | 36.47 \pm 3.19 | 32.72 \pm 2.52 |
| t 值 | | 0.288 | 47.911 | 0.179 | 15.893 | 0.298 | 7.794 |
| P 值 | | 0.712 | 0.000 | 0.776 | 0.000 | 0.705 | 0.000 |

表6 两组患者不良反应发生率比较

| 组别 | n | 头晕头痛 | 恶心呕吐 | 低血糖 | 腹痛腹泻 | 乏力 | 不良反应发生率 (%) |
|-----|----|------|------|-----|------|----|-------------|
| 对照组 | 53 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 8 (15.09) |
| 观察组 | 53 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 5 (9.43) |

$\chi^2=0.789$, $P=0.374$ 。

3 讨论

T2DM 发病机制复杂, 有环境因素、遗传因素等, 多种因素综合作用导致患者血糖处于高水平状态, 同时研究发现, T2DM 患者的机体出现持续性炎症反应及肠道菌群改变, 在一定程度上影响病情的进展^[3]。当前, T2DM 缺乏根治的方法, 患者主要通过降糖药物治疗实现长期带病生存。

阿卡波糖片是 α 糖苷酶抑制剂, 其降血糖的作用机制是延缓多糖、寡糖、双糖降解, 减缓机体对糖分的吸收, 抑制餐后血糖升高幅度。二甲双胍是双胍类降糖药物, 其降血糖的作用机制是抑制肝脏葡萄糖产生, 减少机体吸收葡萄糖, 增加组织细胞对胰岛素的敏感性, 促进机体利用胰岛素, 最终控制血糖^[4]。阿卡波糖片、二甲双胍的降血糖途径不同, 联合应用可发挥协同作用, 更好地降低血糖。本研究结果显示, 观察组用阿卡波糖片、二甲双胍治疗3个月后的 FPG、HbA1c、2hPG 低于对照组, 疗效高于对照组, 表明联合应用阿卡波糖片、二甲双胍能更好地帮助 T2DM 患者降血糖, 提高疗效。

胰岛素分泌不足、IR 参与了 T2DM 的发生及病情进展过程, 其中胰岛细胞功能障碍所致的胰岛素分泌不足是引起 T2DM 的关键因素。而糖代谢紊乱所致的糖毒性是造成胰岛细胞损伤的重要原因之一^[5]。因此, 控制血糖有助于降低糖毒性对胰岛细胞产生的损害, 改善 T2DM 病情。本研究中, 观察组用阿卡波糖片、二甲双胍治疗3个月后的 FINS 高于对照组, IR 低于对照组, 提示阿卡波糖片、二甲双胍联合治疗可

增加 FINS 及改善 IR。考虑原因是二甲双胍本身可改善组织细胞对胰岛素的敏感度, 抑制肝糖原异生作用, 改善机体 FINS 及 IR 状态; 阿卡波糖片、二甲双胍联合治疗进一步降低血糖水平, 减轻糖毒性对胰岛细胞的损害, 从而更好地改善 T2DM 患者 FINS 及 IR。

随着临床对 T2DM 的研究不断深入, 发现肠道菌群参与了本病的发生发展过程。肠道菌群被认为是一种分泌器官, 具有调节肠源性激素、免疫炎症反应、能量代谢等功能^[6]。当肠道菌群结构发生改变时, 原有的菌群的构成及数量平衡被打破, 导致机体肠源性激素、炎症反应异常, 进而影响 T2DM 的发生及进展。T2DM 患者的肠道菌群主要表现为益生菌群减少, 有害菌群增加, 其中双歧杆菌、乳杆菌、拟杆菌均属于益生菌群^[7]。双歧杆菌有生物学屏障、参与营养代谢、抗感染、控制内毒素血症等多种功能。乳杆菌有维持肠道屏障功能、免疫调节、维持肠道微生态平衡等作用。拟杆菌有分解多糖、调节免疫反应、肠黏膜血管再生等作用。T2DM 肠道菌群中双歧杆菌、乳杆菌、拟杆菌丰度降低, 导致肠道菌群结构紊乱, 肠道屏障功能改变, 肠道内毒素增多, 激活炎症级联反应, 刺激机体产生大量炎性相关因子 CRP、IL-6、TNF- α ^[8]。其中高 CRP 水平可引起机体肌细胞、肝细胞胰岛素抵抗。IL-6 可导致机体胰岛素敏感性下降, 糖代谢紊乱。TNF- α 可引起脂肪组织胰岛素抵抗。T2DM 患者机体长期处于高 CRP、IL-6、TNF- α 水平, 可导致机体胰岛素抵抗、糖代谢紊乱加重, 从而加重患者的病情。本研究结果显示, 治疗3个月后,

闭合复位经皮克氏针内固定对 Gartland II 和 III 型肱骨髁上骨折患儿的治疗效果

姜春霞 陈亚楠 於文昕*

【摘要】 目的 观察分析闭合复位经皮克氏针内固定术联合早期康复训练对 Gartland II、III 型肱骨髁上骨折患儿的治疗效果。方法 选择 2021 年 1 月 - 2022 年 5 月医院收治的 72 例 Gartland II、III 型肱骨髁上骨折患儿纳入研究对象, 根据组间性别、年龄、病程、骨折原因等基本资料均衡可比的原则分为对照组 ($n=36$) 和观察组 ($n=36$)。对照组予以切开复位经皮克氏针内固定术治疗, 观察组予以闭合复位经皮克氏针内固定术, 两组术后均行早期康复训练, 对比两组围手术期指标、手术前后疼痛程度、患肢肘关节功能和并发症发生率。结果 治疗后, 观察组手术时间、住院时间和骨折愈合时间更短, 失血量更少, 与对照组比较, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 两组并发症发生率比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。与对照组比较, 观察组术后 4 周、8 周、12 周视觉模拟评分 (VAS) 更低, Mayo 肘关节评分 (MEPS) 评分更高, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 予以 Gartland II、III 型肱骨髁上骨折患儿闭合复位经皮克氏针内固定术结合早期康复训练方案, 可加快骨折愈合速度, 缓解疼痛感作用明显, 可提高患肢肘关节功能, 不增加并发症。

【关键词】 闭合复位经皮克氏针内固定术; 切开复位经皮克氏针内固定术; 肱骨髁上骨折; 疼痛程度; 并发症; 肘关节功能

中图分类号 R726.8 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)02-91-04

肱骨髁上骨折是出现在肱骨干和肱骨髁交界处的骨折, 是常见的儿童肘部骨折^[1], 多见于 10 岁以内的儿童, 通常由运动、跌倒所致。骨折后可有肿胀、畸形、疼痛、活动受限等表现, 严重时可出现畸形、神经血管损伤、骨化性肌炎等并发症, 影响患儿健康

作者单位: 224000 江苏省盐城市第一人民医院儿童医学中心 儿外科

* 通讯作者

成长^[2]。Gartland 分型是肱骨髁上骨折的常见分型系统, 根据骨折移位程度将伸直型骨折分为 I 型、II 型和 III 型, 后两种类型均为多见。骨折后可有移位情况, 病情复杂, 治疗难度增加^[3]。临床治疗肱骨髁上骨折时, 应综合考虑症状特点和疾病严重程度, 手法复位外固定、切开复位内固定术、闭合复位内固定术为常用疗法。术后需尽早开展早期康复训练, 以恢复关节

观察组肠道的双歧杆菌、乳杆菌、拟杆菌高于对照组, 且血清 CRP、IL-6、TNF- α 水平低于对照组, 提示 T2DM 患者用卡波糖片联合二甲双胍治疗能改善肠道菌群结构, 增加益生菌群的数量, 减轻机体炎症反应程度, 减少 CRP、IL-6、TNF- α 炎性因子的释放。另外, 本研究结果显示, 观察组不良反应发生率与对照组比较, 差异无统计学意义, 可见两药合用不会增加不良反应, 安全可靠。

综上所述, 2 型糖尿病应用阿卡波糖片联合二甲双胍治疗能进一步降低血糖, 改善胰岛素抵抗, 调节肠道菌群结构, 改善机体炎症状态, 减少炎症相关因子释放, 而且不会增加不良反应, 安全可靠。

4 参考文献

- [1] 隋长百, 孟霞. 二甲双胍对 2 型糖尿病患者心血管事件的影响 [J]. 中国卒中杂志, 2021, 16(4): 408-412.
- [2] 潘骄平, 胡俊华. 阿卡波糖复合二甲双胍治疗 2 型糖尿

病临床效果研究 [J]. 重庆医学, 2021, 50(S1): 178-179.

- [3] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南 (2017 年版) [J]. 中国实用内科杂志, 2018, 38(4): 292-344.
- [4] 王艳丽. 阿卡波糖片联合格列美脲对 2 型糖尿病患者血清 TNF- α 、IL-6 及 hs-CRP 水平的影响 [J]. 中外医学研究, 2019, 17(22): 32-34.
- [5] 曹邓晗. 阿卡波糖治疗 2 型糖尿病及对血清炎性因子、抑胃肽、胰升血糖素样肽 -1、空腹 C 肽的影响 [J]. 安徽医药, 2021, 25(1): 140-143.
- [6] 朱娴. 阿卡波糖联合二甲双胍片治疗初发糖尿病并高脂血症疗效观察 [J]. 沈阳药科大学学报, 2021, 38(S1): 34.
- [7] 陈维平, 谢芸. 二甲双胍通过肠道菌群 - 氨基酸通路改善糖尿病的机制研究 [J]. 中国医学创新, 2021, 18(2): 126-129.
- [8] 葛方升, 金美玲, 金高升. 二甲双胍对老年 2 型糖尿病患者肠道菌群及血糖血脂的影响 [J]. 中国微生态学杂志, 2021, 33(5): 564-568.

[2022-10-13 收稿]

功能。其中,切开复位内固定术适用于多数患者,但可损伤关节组织,出现尺神经损伤、骨筋膜室综合征等并发症,导致骨折愈合时间延长,影响患肢肘关节功能恢复^[4]。闭合复位为保守疗法,对骨折处进行牵、拉时,不损伤周围软组织,同时予以经皮克氏针内固定术,解决了切开复位关节活动障碍的弊端,利于术后恢复,多用于四肢杆状骨、无血管神经损伤骨折病变的治疗^[5]。本研究将闭合复位经皮克氏针内固定术结合早期康复训练,用于治疗 Gartland II、III型肱骨髁上骨折,结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择 2021 年 1 月 - 2022 年 5 月医院收治的 72 例 Gartland II、III 型肱骨髁上骨折患儿作为研究对象。纳入标准:满足 Gartland II、III 型肱骨髁上骨折诊断标准^[6];年龄 1 ~ 15 岁;对所用术式可耐受。排除标准:伴随先天性疾病,严重畸形者;行其他治疗者;无法配合治疗者;中途退出者。根据组间性别、年龄、病程、骨折原因等基本资料均衡可比的原则分为对照组 ($n=36$) 和观察组 ($n=36$)。对照组男 20 例,女 16 例;年龄 1 ~ 15 岁,平均 8.32 ± 1.18 岁;病程 2 ~ 12h,平均 7.12 ± 1.44 h;骨折原因:运动伤 22 例,跌倒伤 14 例;分型:Gartland II 型 12 例, Gartland III 型 24 例。观察组男 22 例,女 14 例;年龄 2 ~ 13 岁,平均 8.45 ± 1.24 岁;病程 3 ~ 10h,平均 7.32 ± 1.56 h;骨折原因:运动伤 25 例,跌倒伤 11 例;分型:Gartland II 型 14 例, Gartland III 型 22 例。两组上述数据资料比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$)。研究通过医院伦理委员会批准;所有家长了解研究详情,主动参与。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 行切开复位经皮克氏针内固定术。确认血管完整后予以全身麻醉,协助患儿平卧于手术床上,消毒铺巾后,伸直肘关节,以肱骨外上踝为起点,行一长度约为 5cm 的“S”形切口于肘关节后外侧,确保肱骨外上踝外露,于直视状态下复位,经 C 臂透视成功复位后,并网肱骨内外踝交叉打入 2 枚克氏针(直径 1.5 ~ 2.0mm),固定骨折块,被动活动肘关节,确认骨折断端无移位、活动度满意后,充分止血,闭合切口。术后行早期康复训练。

1.2.2 观察组 行闭合复位经皮克氏针内固定术。术前准确方式、麻醉方式和手术体位与对照组一致,消毒铺巾后伸直肘关节,根据骨折移位情况复位,在 C 臂机直视下复位满意后,保持此位置,自肱骨外踝传入 2 枚克氏针,与肱骨干纵轴保持 45° 夹角,固定

于对侧骨皮质处;于肱骨内上踝穿入另一枚克氏针,与肱骨干纵轴保持 40° 夹角,两枚克氏针夹角保持 10° ,以加强固定。两组术后均剪短克氏针外露部分,露出皮肤长度为 1cm,并折弯,使用无菌医用敷料包扎,石膏托固定。术后行早期康复训练。

1.2.3 早期康复训练方法 术后 1 ~ 3d,轻度伸展手指,进行手指活动和握拳等训练,每次 5min,日训练 30 ~ 40 次;术后 4 ~ 7d,根据患儿恢复情况制定腕关节活动和肌肉收缩计划,每日 3 次,三餐后 1.5h 进行,每次 15 ~ 20min;术后 1 周小范围活动肘关节,每次 10min,每日 4 次;拆除石膏后,屈伸肘关节,每次 15min,每日 3 次,按压与屈曲肘关节,每次 20min,每日 5~7 次。两组术后康复训练时长均为 12 周,住院期间由康复治疗师指导,出院后在家长监护下训练。

1.3 观察指标

(1) 围手术期指标:包括手术时间、失血量、住院时间和骨折愈合时间。

(2) 疼痛程度:于术前、术后 4 周、术后 8 周、术后 12 周参照视觉模拟评分(VAS)评估疼痛程度,最低 0 分为无痛,最高 10 分为剧烈疼痛,分数下降提示疼痛感缓解^[7]。

(3) 并发症发生情况:包括切口感染、尺神经损伤、骨筋膜室综合征和肘内翻。

(4) 患肢肘关节功能:参照 Mayo 肘关节评分(MEPS)判定术前、术后 4 周、术后 8 周、术后 12 周患肢肘关节功能,共为 100 分,疼痛(45 分)、运动功能(20 分)、稳定性(10 分)和日常活动(25 分),得分越高提示肘关节功能越好^[8]。

1.4 资料处理方法

数据录入 SPSS 22.0 统计学软件后进行分析处理,围手术期指标、疼痛程度和肘关节功能为计量资料,用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示,两组间均数比较采用 t 检验,同组不同时间点计量资料比较,用双因素重复测量方差分析;并发症为计数资料,计算百分率(%),组间率比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组围手术期指标比较

治疗后,观察组手术时间、住院时间和骨折愈合时间更短,失血量更少,与对照组比较,差异有统计学意义 ($P<0.05$),见表 1。

2.2 两组疼痛程度比较

两组术后 4 周、8 周、12 周 VAS 评分逐渐下降,各观察时点间差异有统计学意义 ($P_{\text{时间}}<0.05$);各时点均以观察组低于对照组,组间差异有统计学意义 (P

组间 <0.05),且随观察时间延长,组间差异逐渐增大(P 交互 <0.05)。见表2。

2.3 两组并发症比较

观察组并发症发生率为8.33%,对照组为22.22%,两组并发症发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表3。

表1 两组围手术期指标比较

| 组别 | 例数 | 手术时间 (min) | 失血量 (ml) | 住院时间 (d) | 骨折愈合时间 (周) |
|------------|----|---------------|----------------|-------------|--------------|
| 对照组 | 36 | 60.78 ± 10.32 | 128.56 ± 22.18 | 8.21 ± 1.44 | 12.36 ± 2.27 |
| 观察组 | 36 | 49.16 ± 8.12 | 72.48 ± 16.54 | 6.18 ± 1.24 | 9.12 ± 1.60 |
| <i>t</i> 值 | | 5.309 | 12.161 | 6.409 | 7.000 |
| <i>P</i> 值 | | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |

表2 两组疼痛程度评分比较 (分)

| 组别 | 例数 | 术前 | 术后4周 | 术后8周 | 术后12周 |
|-----|----|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 对照组 | 36 | 6.78 ± 1.12 | 4.32 ± 0.54 | 3.24 ± 0.27 | 2.72 ± 0.21 |
| 观察组 | 36 | 6.84 ± 1.21 | 3.12 ± 0.36 | 2.32 ± 0.44 | 1.92 ± 0.21 |

$F_{\text{组间}}=16.718, P=0.000; F_{\text{时间}}=22.136, P=0.000; F_{\text{交互}}=257.132, P=0.000。$

表3 两组并发症比较

| 组别 | 例数 | 切口感染 | 尺神经损伤 | 骨筋膜室综合征 | 肘内翻 | 并发症发生率 (%) |
|-----|----|------|-------|---------|-----|------------|
| 对照组 | 36 | 3 | 2 | 2 | 1 | 22.22 |
| 观察组 | 36 | 1 | 1 | 1 | 0 | 8.33 |

$\chi^2=2.683, P=0.102。$

表4 两组患者肘关节功能评分比较 (分)

| 组别 | 例数 | 术前 | 术后4周 | 术后8周 | 术后12周 |
|-----|----|---------------|---------------|---------------|--------------|
| 对照组 | 36 | 40.56 ± 10.18 | 54.72 ± 10.36 | 63.42 ± 9.12 | 66.36 ± 9.44 |
| 观察组 | 36 | 39.84 ± 11.32 | 66.52 ± 12.78 | 78.60 ± 12.27 | 84.68 ± 8.72 |

$F_{\text{组间}}=10.124, P=0.000; F_{\text{时间}}=12.165, P=0.000; F_{\text{交互}}=98.873, P=0.000。$

3 讨论

肱骨踝上骨折主要出现在儿童群体中,与暴力相关,多为伸直型。Gartland为常用分型系统,其中II型和III型骨折较为常见,稳定性差,需行复位与固定处理,肘关节处血管密布,血管神经丰富,若不妥善处理,可损伤血管神经,导致并发症,复位不满意,引起肘关节内外翻畸形,对患肢功能恢复不利^[9]。

以往临床治疗此病时,多用手法复位或石膏托外固定,但对骨折断端稳定效果不佳,无法有效限制肘关节和前臂活动,可有骨折移位情况,影响骨折愈合,不符合现代骨科康复理念;此外,包扎过紧、屈曲过度可引发缺血性肌痉挛。因此, Gartland II型和III型肱骨踝上骨折应优先选择手术治疗。

切开复位经皮克氏针内固定术和闭合复位经皮克氏针内固定术为常用术式,二者均可有效固定骨折。

2.4 两组患肢肘关节功能比较

两组术后4周、8周、12周患肢MEPS评分逐渐升高,各观察时点间差异有统计学意义($P_{\text{时间}}<0.05$);各时点均以观察组高于对照组,组间差异有统计学意义($P_{\text{组间}}<0.05$),且随观察时间延长,组间差异逐渐增大($P_{\text{交互}}<0.05$)。见表4。

切开复位经皮克氏针内固定术实施过程中,术者可在直视状态下复位,但需暴露骨折部位,增加骨膜损伤程度,也影响骨折处周围软组织血供状态,增加肘内翻等并发症发生风险,延长骨折愈合时间^[10];此外,术者复位时操作粗暴,可损伤骨折,降低固定稳定性,不利于骨折恢复^[11]。闭合复位经皮克氏针内固定术无需高度屈肘,手术操作过程中创伤小,可降低复位后再次移位风险,利于术后恢复^[12]。陈秋宏等^[13]的研究结果显示,观察组手术时间和住院时间均短于对照组,出血量少于对照组。进一步对比患肢肘关节功能,与对照组比较,观察组手术时间、住院时间和住院时间更短,失血量更少,术后4周、8周、12周患肢肘关节功能评分更高,可见闭合复位经皮克氏针内固定术的应用,可明显缩短 Gartland II、III型肱骨踝上骨折患儿手术治疗时间,创伤小,可加快术后恢

复速度,对受损肢体功能改善作用明显。主要是因为肱骨髁上骨折发生早期,患肢无明显肿胀,周围软组织状态基本未受影响,予以手法复位,易于触摸至骨质,尽早矫正,及时嵌差骨质断端,可降低出血风险,保持手术治疗效果,促进患者术后骨折愈合^[14];在此基础上开展早期康复训练,按照“循序渐进”的原则活动肘关节,逐渐恢复患肢伸展、肌肉收缩和屈曲功能,改善肘关节功能作用明显。本研究结果显示,与对照组比较,观察组术后疼痛评分更低,主要是因为闭合复位经皮克氏针内固定术的实施,可明显缩短手术操作时间,术中失血量更少,既可成功复位,也可减少手术操作对骨折断端血管、神经和组织的损伤,暴力因素明显减少,缓解疼痛感作用明显。区别于切开复位经皮克氏针内固定术,闭合复位经皮克氏针内固定术可有效维持骨质连续性,对患肢血液循环状态改善作用明显,可有效缓解骨折所致患肢肿胀症状,进而有效防范骨筋膜室综合征。此外,切开复位或闭合复位实施后,联合应用克氏针内固定术,可避免患肢消肿后石膏松动与位移,降低外固定效果,增加关节再次移位风险,导致肘内翻。两组术后并发症发生率对比无差异,但闭合复位对骨折端骨膜剥离损伤防范作用更为明显,可减少患肢血运状态的影响,对术后恢复有利,可防范术后并发症。沈潜^[15]对比闭合复位经皮克氏针内固定术和有限切开复位经皮克氏针内固定术对 Gartland III型肱骨髁上骨折的治疗效果,两组并发症发生率差异无统计学意义,与本研究观点一致。

综上所述,予以 Gartland II、III型肱骨髁上骨折患儿闭合复位经皮克氏针内固定术结合早期康复训练,利于骨折愈合,对疼痛感缓解作用明显,可改善患肢肘关节功能,不增加术后并发症。

4 参考文献

- [1] 王勇,刘万林,韦宜山,等.局部浸润治疗肱骨髁上骨折闭合复位经皮克氏针固定术后疼痛的效果[J].中华小儿外科杂志,2022,43(4):359-364.
- [2] 赵菁,张体娜,张磊,等.切开复位辅助撬拨治疗儿童肱骨髁上骨折及康复干预效果观察[J].中国医刊,2020,55(2):189-192.
- [3] 黄晋,罗鹏飞,刘春娥.手法闭合复位配合两种克氏针固定方式治疗 Gartland II型和III型儿童肱骨髁上骨折疗效比较[J].中国骨伤,2020,33(10):895-902.
- [4] 杨海宝,汤奇,陈广辉,等.闭合与切开复位克氏针内固定治疗小儿肱骨髁上骨折的效果比较[J].中国民康医学,2020,32(23):128-130.
- [5] 钟凌剑,王丽红,陈彦震,等.闭合复位经皮克氏针内固定术在不可复型儿童肱骨髁上骨折(Gartland III型)患儿中的应用[J].吉林医学,2020,41(6):1410-1411.
- [6] 张世民.骨折分类与功能评定[M].北京:人民军医出版社,2008:45.
- [7] 陈凡.先屈后伸位夹板固定治疗儿童伸直型肱骨髁上骨折68例[J].福建中医药,2020,51(6):73-75.
- [8] 李文,杜贵忠,李建军.屈肘摆动康复训练对儿童肱骨髁上骨折术后肘关节功能恢复的影响研究[J].临床医学工程,2020,27(5):611-612.
- [9] 白磊鹏,吕家兴,李哲宏,等.3D打印在大龄儿童 Gartland II、III型肱骨髁上骨折治疗中的应用[J].中华实用诊断与治疗杂志,2020,34(9):929-931.
- [10] 王达源,赵明远,谭务华.有限切开复位经皮克氏针内固定和闭合复位内固定治疗难复性 Gartland III型肱骨髁上骨折患儿的临床效果对比[J].中国伤残医学,2020,28(12):47-48.
- [11] 康持,周英,赵仁欢,等.不同经皮克氏针内固定术治疗儿童 Gartland II、III型肱骨髁上骨折疗效对比的回顾性分析[J].现代生物医学进展,2021,21(22):4317-4320,4339.
- [12] 赵东军,黄兴敏,张勇,等.闭合复位经皮克氏针内固定治疗小儿肱骨髁上骨折的效果观察[J].医学食疗与健康,2020,18(19):100,102.
- [13] 陈秋宏,张洪彬,栾波.闭合复位与切开复位克氏针内固定术治疗儿童肱骨髁上骨折的临床疗效观察[J].贵州医药,2019,43(8):1278-1280.
- [14] 孙磊娇.小儿肱骨髁上骨折采取闭合复位经皮克氏针内固定的疗效分析[J].中国现代药物应用,2020,14(17):98-99.
- [15] 沈潜.Gartland III型肱骨髁上骨折患儿应用闭合复位与有限切开复位经皮克氏针内固定术的临床比较研究[J].实用医技杂志,2020,27(2):226-228.

[2022-10-09 收稿]

间苯三酚在无痛人流术中软化宫颈的作用

卢燕梅

【摘要】 目的 分析间苯三酚在无痛人流术中软化宫颈的作用。方法 选择医院 2020 年 5 月 - 2022 年 5 月无痛人流患者共 86 例, 根据组间年龄、孕次等基本资料均衡可比的原则分为观察组和对照组, 每组 43 例。对照组患者术前 2h 给予阴道放置米索前列醇 0.4 μg , 观察组患者于人工流产前 15min 静脉注射间苯三酚 80mg。比较两组手术全程的时间、治疗前后患者视觉模拟评分、宫颈软化总有效率、不良反应。结果 观察组手术全程时间短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗前, 两组患者视觉模拟评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 两组视觉模拟评分均改善, 但观察组视觉模拟评分显著低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组宫颈软化总有效率为 100.00%, 高于对照组 (74.42%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组不良反应发生率 (4.65%) 低于对照组 (23.26%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 于人工流产前 15min 静脉注射间苯三酚 80mg 对于无痛人流的治疗效果确切, 可有效软化宫颈, 减少不良反应, 缩短手术的时间, 减轻患者痛苦。

【关键词】 间苯三酚; 无痛人流; 软化宫颈作用

中图分类号 R169.42 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)02-95-03

随着我国医疗条件和生活水平的提高, 无痛人流已经成为目前最常用的终止早期妊娠的方式, 临床上普遍采用的是丙泊酚和地佐辛, 但是如果出现宫口紧的情况, 会导致宫颈扩张困难、宫颈裂伤、子宫穿孔、人工流产综合征等并发症, 增加手术时间, 而且使用的麻醉药物过量, 会导致术后出现窒息、阴道出血、胃肠道反应、子宫收缩痛等并发症^[1]。丙泊酚是一种新的、短效的静脉麻醉药物, 起效快, 苏醒快, 麻醉恢复快, 镇静作用强, 无蓄积作用, 持续时间短, 安全; 地佐辛是阿片类镇痛药, 镇静作用强, 两者结合使用, 可以降低丙泊酚的总量, 提高麻醉效果。但是, 丙泊酚和地佐辛对宫颈的刺激作用不大, 而且不能减轻子宫收缩所致的痉挛性疼痛, 尤其是初次怀孕宫颈功能较差的患者, 在麻醉情况下, 会导致子宫穿孔、宫颈裂伤等并发症。米索前列醇的应用需要严格的禁忌, 如高血压、心脏病、青光眼、哮喘等, 米索前列醇服用后, 会出现一些不良反应, 如恶心、呕吐、下腹痛、腹泻等, 也有少量患者会出现皮疹、手掌瘙痒、发热、颜面潮红, 甚至出现过敏性休克等症^[2]。间苯三酚是一种亲肌性、非阿托类型的非罂粟碱类的平滑肌解痉剂, 它没有抗胆碱的效果, 可以消除平滑肌痉挛, 不会出现低血压、心律失常、心率增快等症; 药物起效快, 静脉给药 3 ~ 10min 即可起效, 而且没有明显的不良反应, 对心血管功能及正常的平滑肌的影响很小, 特别适用于高血压、心脏病和青光眼的患者。本研究对比分析米索前列醇和间苯三酚在人工流产中的辅助作用, 探讨间苯三酚在无痛人流

作者单位: 745600 甘肃省庆阳市华池县人民医院妇产科

人工流产中软化宫颈作用。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择医院 2020 年 5 月 - 2022 年 5 月无痛人流患者共 86 例。所有患者均自愿接受无痛人流。排除标准: 间苯三酚用药禁忌者; 肝肾功能等器官障碍者; 无法配合治疗者。根据组间年龄、孕次等基本资料均衡可比的原则分为观察组和对照组, 每组 43 例。对照组年龄 23 ~ 35 岁, 平均 27.55 ± 2.21 岁; 孕次 1 ~ 6 次, 平均 2.53 ± 1.12 次。观察组年龄 22 ~ 35 岁, 平均 27.12 ± 2.24 岁; 孕次 1 ~ 6 次, 平均 2.51 ± 1.15 次。两组年龄、孕次比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。所有患者签署知情同意书。本研究经伦理委员会批准。

1.2 治疗方法

所有患者麻醉前均禁食 6h。对照组术前 2h 给予阴道放置米索前列醇 0.4 μg (浙江仙琚制药股份有限公司, 国药准字 H20030673)。观察组于人工流产前 15min 静脉注射间苯三酚 (武汉人福药业有限责任公司, 国药准字 H20057106) 80mg。患者取膀胱截石位, 双腿固定, 静脉通路开通, 氧气供应, 监测患者血压、心率、呼吸、血氧饱和度。静脉滴注 5mg 地佐辛 (扬子江药业集团江苏海慈生物药业有限公司, 国药准字 H20080328), 5min 后静脉缓慢推注 2mg/kg 的丙泊酚 (四川国瑞药业有限责任公司, 国药准字 H20030115), 在患者睫毛反射消失后, 进行手术, 在术中视麻醉情况而定, 按 0.5 ~ 1.0mg/kg 的剂量增

加。

1.3 观察指标

(1) 手术时间: 从麻醉开始, 也就是患者睫毛反射消失, 到手术结束的全程时间。

(2) 视觉模拟评分: 0 ~ 10 分, 得分越高则疼痛越明显。

(3) 宫口软化有效率: 第一次探宫颈内口可顺利通过 6 号以上的扩宫器为显效; 经宫颈内口后直接使用 5.5 号扩宫器进行手术则有效; 用小于 5 的扩宫器顺序扩大宫颈内口则无效。有效率 = (显效 + 有效) 例数 / 观察例数 × 100%。

(4) 不良反应: 包括面色苍白、头晕、血压降低、心率紊乱等症状。

1.4 资料分析方法

所有数据录入 SPSS 22.0 统计学软件中分析处理, 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 两组手术全程时间比较

观察组手术全程时间短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 两组视觉模拟评分比较

治疗前, 两组患者视觉模拟评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 两组视觉模拟评分均改善, 但观察组视觉模拟评分显著低于对照组, 差异

有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 两组手术全程时间比较

| 组别 | 例数 | 手术全程时间 (min) |
|-----|----|--------------|
| 观察组 | 43 | 6.21 ± 1.21 |
| 对照组 | 43 | 12.45 ± 2.55 |

$t = 14.497, P = 0.000$ 。

表 2 两组治疗前后视觉模拟评分比较 (分)

| 组别 | 例数 | 用药前 | 用药后 |
|------------|----|-------------|-------------|
| 观察组 | 43 | 6.13 ± 0.20 | 1.56 ± 0.21 |
| 对照组 | 43 | 6.21 ± 0.28 | 2.52 ± 0.45 |
| <i>t</i> 值 | | 1.525 | 12.677 |
| <i>P</i> 值 | | 0.131 | 0.000 |

2.3 两组宫颈软化总有效率比较

治疗后, 观察组宫颈软化总有效率为 100.00%, 高于对照组 (74.42%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组宫颈软化总有效率比较

| 组别 | 例数 | 显效 | 有效 | 无效 | 宫颈软化总有效率 (%) |
|-----|----|----|----|----|--------------|
| 对照组 | 43 | 10 | 22 | 11 | 74.42 |
| 观察组 | 43 | 29 | 14 | 0 | 100.00 |

$\chi^2 = 12.613, P = 0.000$ 。

2.4 两组不良反应比较

观察组治疗过程中出现 1 例血压下降, 1 例心率紊乱, 对照组出现 3 例面色苍白, 3 例头晕, 2 例心率紊乱和 2 例血压下降, 观察组不良反应发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 两组不良反应比较

| 组别 | 例数 | 面色苍白 | 头晕 | 心率紊乱 | 血压下降 | 发生率 (%) |
|-----|----|------|----|------|------|---------|
| 对照组 | 43 | 3 | 3 | 2 | 2 | 23.26 |
| 观察组 | 43 | 0 | 0 | 1 | 1 | 4.65 |

$\chi^2 = 6.198, P = 0.013$ 。

3 讨论

人工流产是指在怀孕 10 周以内进行人工或药物的方法终止妊娠。可以作为避孕失败后意外妊娠的一种补救措施, 也可以用来预防由于疾病引起的先天性畸形或者遗传性疾病而需要终止妊娠的, 分为人工流产和药物流产两种。目前, 无痛人流被认为是最常用的一种手术方式。无痛人流是一种简单、快速、安全、有效的方法, 它是通过使用相关的药物, 使患者在不知不觉中完成手术, 减少患者的痛苦。丙泊酚是一种短期麻醉药, 在静脉注射后迅速在身体各处扩散, 40s 后进入深度麻醉, 麻醉迅速、稳定, 是一种比较好的麻醉药。但丙泊酚的止痛作用比较微弱, 可以降低患者的颅内压, 减少脑供氧和血, 在无痛人流中使

用, 会增加患者的术后疼痛, 同时患者的宫颈软化程度也会降低^[3-4]。

宫颈软化是人工流产成功的重要因素。为了进一步提高手术疗效, 改善患者围手术期的各项指标, 减少患者的身体和精神上的痛苦, 采用丙泊酚配合使用间苯三酚类药物, 可提高手术疗效, 改善子宫状况。

间苯三酚是一种非罂粟碱类非阿托类的肌性解痉剂。它没有抗胆碱的作用, 也没有降低血压、心率增快、心律失常等症状, 对心血管功能的影响很小。它主要是针对痉挛的平滑肌, 对正常的平滑肌有很少的影响。它是一种没有显著不良反应的非常安全的药物。特别是高血压、心脏病、青光眼的患者^[5-6]。间苯三酚起效迅速, 10min 内见效, 对宫颈有很好的舒

缓效果,同时还可以缓解宫颈和子宫平滑肌痉挛所带来的痛苦,可以减轻患者的痛苦,达到止痛效果,而且不会对子宫的收缩造成任何的影响。由于其对子宫的收缩作用不大,所以对术后出血的影响不大。间苯三酚和米索前列醇都能软化、加速宫颈发育,而且不会导致宫颈的收缩和疼痛,但间苯三酚的禁忌和不良反应更小,比米索前列醇在临床上更有优越性。由于间苯三酚可以缓解宫颈疼痛,缩短手术时间,降低丙泊酚的用量,不会对子宫的收缩有明显的影响^[7-8]。

临床实践证明,使用间苯三酚优于米索前列醇,其镇痛效果显著,不良反应小,操作简单,安全有效,是一种安全有效的无痛人流术前宫颈预处理的首选药物。本研究结果显示,观察组手术全程的时间短于对照组,治疗后患者视觉模拟评分低于对照组,宫颈软化总有效率高于对照组,观察组治疗过程中不良反应少于对照组。主要是因为,间苯三酚是一种非阿托品、非罂粟碱的纯平滑肌解痉药,其主要特点是不含抗胆碱,在解除平滑肌痉挛时不会引起低血压、心率加快等不良反应,对心血管的影响很小^[9-10]。它对子宫起到了一定的作用,能让宫颈变得柔软,松开宫口,缓解子宫平滑肌的痉挛,缓解痛苦,而且不会影响到子宫的收缩,也不会影响到手术的出血量。止痛效果好,子宫口松弛,子宫颈局部扩大,无需机械扩张子宫口,减少了手术时间。目前,注射用的间苯三酚在宫颈软化中得到了广泛的应用,但在不用药物的情况下,用扩张器将宫颈机械地牵拉,这比没有做过吸宫的患者要难受得多^[11-12]。另外,宫颈牵拉、吸管进出宫腔等机械刺激都有可能引起迷走神经的过度亢奋,同时也会给患者带来巨大的心理压力,从而造成人工流产的并发症。机械的人工扩张宫颈易引起宫颈撕裂和宫体撕裂等,在术前应用药物进行宫颈准备,可减轻患者的疼痛,改善手术的整体效果,降低并发症。可见,应用间苯三酚进行人工流产术前注射,可明显减轻术后痛苦,缩短手术时间,减少人流并发症^[13-15]。

综上,于人工流产前 15min 静脉注射间苯三酚 80mg 对于无痛人流的治疗效果确切,可有效软化宫颈,减少不良反应,缩短手术的时间,减轻患者

痛苦。

4 参考文献

- [1] 梁洁珩,林冰,庞颖仪,等.间苯三酚静脉滴注对子宫内异常蠕动患者新鲜胚胎移植妊娠结局的影响[J].黑龙江医药,2022,35(4):860-862.
- [2] 倪娜.地屈孕酮与间苯三酚联合对先兆流产孕妇激素水平及保胎成功率的影响[J].航空航天医学杂志,2022,33(8):965-967.
- [3] 桑丽红.先兆流产应用硫酸镁和间苯三酚治疗的临床效果对比[J].系统医学,2022,7(10):164-166,170.
- [4] 金婷婷,卢莹莹,李思聪.盐酸利托君、间苯三酚用于孕 20 周后先兆流产的保胎效果对比研究[J].中国妇产科临床杂志,2022,23(3):293-294.
- [5] 官兰芳.间苯三酚注射液在早期妊娠药物流产中的临床应用研究[J].中国现代药物应用,2022,16(8):115-117.
- [6] 胡芳.间苯三酚作用机制探讨及妇产科的临床应用进展[J].临床合理用药杂志,2022,15(8):178-181.
- [7] 李春华,曹伍兰,陈宏霞.间苯三酚与盐酸利托君用于前置胎盘治疗的效果分析[J].现代医学与健康研究电子杂志,2022,6(4):50-52.
- [8] 宋莉.间苯三酚在先兆流产保胎治疗中的应用效果[J].临床医学,2022,42(2):108-110.
- [9] 邹旭霞.黄体酮联合间苯三酚在先兆流产保胎治疗中的临床效果[J].北方药学,2022,19(2):182-184.
- [10] 宋平平,葛静.间苯三酚联合那屈肝素治疗复发性流产对患者妊娠结局及性激素水平影响[J].中国计划生育学杂志,2021,29(12):2567-2569,2574.
- [11] 刘佳.地屈孕酮联合间苯三酚治疗晚期先兆流产的效果观察[J].中国冶金工业医学杂志,2021,38(6):641-642.
- [12] 张静,卢裕兰.阿托西班、间苯三酚对先兆流产患者血清激素水平影响及妊娠结局的研究[J].北方药学,2021,18(12):176-178.
- [13] 邓志刚,李玉群,谌贵灵.间苯三酚在高危无痛人流术中的临床运用价值研究[J].现代诊断与治疗,2021,32(21):3406-3408.
- [14] 涂宇微,丁薇薇,旷四华,等.间苯三酚联合双氯芬酸钠栓用于药流后清宫术中镇痛的效果观察[J].基层医学论坛,2021,25(31):4464-4466.
- [15] 李肖笑.保胎灵胶囊联合间苯三酚注射液治疗先兆流产肾虚证临床研究[J].新中医,2021,53(18):114-117.

[2022-10-13 收稿]

多模态磁共振成像在儿童脑性瘫痪治疗前后的影像特征及其与治疗效果的关系

董双君 贾文霄*

【摘要】 目的 探讨多模态磁共振成像在儿童脑性瘫痪康复治疗前后的影像特征, 及其影像特征的改变与患儿肢体功能康复效果的关系。方法 分析2020年3月-2021年4月医院确诊的53例脑性瘫痪患儿的多模态磁共振成像检查结果, 其中包括痉挛型26例, 不随意运动型5例, 肌张力低下型7例及混合型脑性瘫痪15例。康复治疗1年后, 有41例脑性瘫痪患儿进行了MRI随访, 对比分析病灶改善与否对患儿肢体功能康复效果的影响。结果 患儿磁共振成像结果显示, 53例脑性瘫痪患儿中, 29例为脑室周围白质软化, 14例为脑先天畸形, 10例为脑萎缩。41例患儿康复治疗1年后, 18例脑室周围白质软化患儿的脑白质髓鞘发育进程有明显改善, 5例脑先天畸形患儿的影像征象有明显改善, 4例脑萎缩患儿的影像征象有明显改善, 14例患儿的影像表现显示其病灶形态无明显变化。脑部影像表现改善的患儿, 肢体运动康复情况优于脑部影像无变化的患儿, 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 多模态磁共振成像中多种成像方法的相互补充, 可为脑性瘫痪患儿的临床诊断及康复治疗效果评估提供依据。

【关键词】 脑性瘫痪; 多模态磁共振成像; 康复治疗; 影像特征

中图分类号 R445.2 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)02-98-03

Imaging characteristics of multimodal magnetic resonance imaging before and after treatment in children with cerebral palsy and its relationship with treatment effect Dong Shuangjun, Jia Wenxiao. Department of Radiology, the First Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University, Urumqi 830011, China

【Abstract】 Objective To explore the image characteristics of multimodal MRI before and after rehabilitation treatment for children with cerebral palsy, and the relationship between the changes of image characteristics and the rehabilitation effect of children's limb function. **Methods** The results of multimodal MRI of 53 children with cerebral palsy diagnosed by the hospital from March 2020 to April 2021 were analyzed, including 26 cases of spastic type, 5 cases of involuntary movement type, 7 cases of hypotonia type and 15 cases of mixed type cerebral palsy. One year after the rehabilitation treatment, 41 children with cerebral palsy were followed up with MRI, and the influence of the improvement of the focus on the rehabilitation of the children's limb function was compared and analyzed. **Results** Magnetic resonance imaging showed that among 53 children with cerebral palsy, 29 were periventricular leukomalacia, 14 were congenital brain malformations, and 10 were brain atrophy. One year after rehabilitation treatment for 41 children, the myelin sheath development process of white matter in 18 children with periventricular leukomalacia was significantly improved, the imaging signs of 5 children with congenital brain malformations were significantly improved, the imaging signs of 4 children with brain atrophy were significantly improved, and the imaging manifestations of 14 children showed no significant changes in the focus morphology. The patients with improved brain image performance had better limb movement rehabilitation than those without changes in brain image ($P<0.05$). **Conclusion** The mutual complementation of various imaging methods in multimodal MRI can provide basis for clinical diagnosis and rehabilitation treatment effect evaluation of children with cerebral palsy.

【Key words】 Cerebral palsy; Multimodal magnetic resonance imaging; Rehabilitation treatment; Image features

脑性瘫痪是一种儿童神经发育性疾病, 由于发育中的大脑损伤导致运动功能障碍。运动功能障碍常伴

有感觉、知觉、交流和行为障碍, 并伴有癫痫和继发性肌肉骨骼问题^[1]。临床分型包括痉挛型、不随意运动型、肌张力低下型及混合型等^[2]。目前, 常见病因为缺氧缺血性脑病、新生儿窒息和早产等^[3]。由于儿童脑性瘫痪的病因复杂, 表现多样, 因此对患儿进行

作者单位: 830011 新疆维吾尔自治区乌鲁木齐市, 新疆医科大学第一附属医院影像中心

* 通讯作者

早期诊断并早期治疗就尤为重要。磁共振成像以其无辐射,分辨率高等特点已常规应用于儿童中枢神经系统的疾病诊断中。本研究探讨多模态磁共振成像在脑性瘫痪患儿治疗前后影像特征及其与治疗前后患儿肢体功能康复效果的关系。

1 对象与方法

1.1 研究对象

以2020年3月-2021年4月医院确诊的53例脑性瘫痪患儿为研究对象。诊断标准参照《小儿脑性瘫痪的定义、分型和诊断条件》^[4]。男34例,女19例。年龄6个月至4岁5个月,平均年龄2岁3个月。患儿有出生窒息史23例,早产病史17例,产伤病史7例,无明显病因6例。临床分型包括痉挛型26例,不随意运动型5例,肌张力低下型7例及混合型脑性瘫痪15例。检查前需与患儿家属签署知情同意书,经过1年的康复治疗,41例患儿进行了MRI的随访。

1.2 检查方法

采用 Philips 3.0T MRI 扫描仪,不能配合的患儿,给予口服10%水合氯醛(0.5ml/kg),待其熟睡后行MRI检查,用海绵垫固定头部。行轴位 T1WI (TR/TE 507/19ms)、T2WI (TR/TE 3894/121ms)、T2-FLAIR (TR/TE 8700/119ms),矢状位 T2WI (TR/TE 8529/103ms) 扫描,层厚 5mm,层间距 1mm。DWI 采用层厚 5mm,层间距 1mm,FOV: 224mm × 224mm。扩散张量成像(DTI)采用 SS-SE-EPI 序列,TR/TE: 3791/82ms,FOV: 224mm × 224mm,矩阵: 128 × 128,层厚 2mm,层间距 0mm,激励次数 2 次,扩散梯度编码方向 15 个,扩散梯度 b 值分别为 0、1000s/mm²。由 2 名老年资医师双盲法独立阅片,判断脑实质病变情况及信号特征、脑先天畸形及脑萎缩情况。应用 Fiber trak 后处理软件包处理 DTI 原始图像及白质纤维束重建,观测脑白质病变位置及其信号特点。

1.3 资料分析方法

使用 SPSS 23.0 统计学软件分析处理数据,计数资料组间率比较采用卡方检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前多模态磁共振成像检查结果

53 例患儿中,29 例患儿为脑室周围白质软化症(PVL),14 例患儿为脑先天畸形,10 例患儿为脑萎缩。见图 1 ~ 图 2。

2.2 康复治疗前后多模态磁共振成像检查结果

康复治疗 1 年后,随访到 41 例患儿,磁共振成

像检查结果显示,18 例脑室周围白质软化患儿的脑白质髓鞘发育进程有明显改善(图 3),5 例脑先天畸形患儿的影像征象有明显改善,4 例脑萎缩患儿的影像征象有明显改善,14 例患儿的影像表现显示其病灶形态无明显变化。

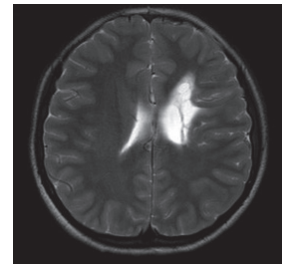


图 1 脑室周围白质软化患儿治疗前多模态磁共振成像检查结果

注:双侧侧脑室周围白质内见斑片状 T2 高信号,侧脑室扩大且边缘欠光整。

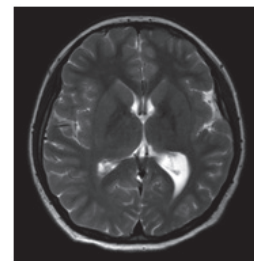


图 2 左侧脑裂畸形患儿治疗前多模态磁共振成像检查结果

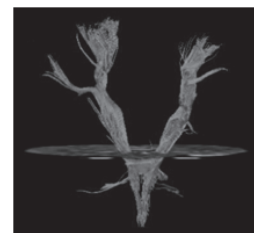


图 3 康复治疗后期性瘫痪患儿扩散张量成像技术检测结果

注:左侧白质纤维束较右侧减少。

2.3 康复治疗后期病灶多模态 MRI 变化与康复效果的关系

随访到的 41 例患儿治疗后 1 年,有 9 例患儿肢体运动功能基本恢复,17 例患儿肢体运动功能明显改善,15 例患儿肢体运动功能无明显改善。脑内病灶改善的患儿肢体运动功能也明显改善,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 1。

表 1 病灶改善情况与康复治疗后期患儿康复情况的关系

| 多模态 MRI 成像 | 康复治疗后期患儿肢体运动功能 | | 合计 |
|------------|----------------|--------|----|
| | 明显改善 | 未见明显改善 | |
| 病灶改善 | 24 | 3 | 27 |
| 无明显变化 | 2 | 12 | 14 |
| 合计 | 26 | 15 | 41 |

$\chi^2 = 22.117, P = 0.000$ 。

3 讨论

痉挛型在脑性瘫痪患儿临床分型中最常见。痉挛型双瘫是由于妊娠 20 ~ 34 周时, 未成熟的少突胶质细胞损伤所致, 最常见的神经病理表现是脑室周围白质软化^[5]。在痉挛型双瘫中, 运动皮质脊髓和丘脑皮质通路都受到影响。多数痉挛型双瘫患儿认知功能正常, 独立活动预后良好。痉挛型四肢瘫痪与早产有关, 神经影像学显示严重的脑室周围白质软化和多囊性脑皮质软化^[6]。痉挛型四肢瘫痪与显著的功能限制、认知障碍、癫痫、视力障碍和其他相关疾病相关, 患儿独立活动的预后较差。痉挛型偏瘫在足月出生的婴儿中最常见, 大多数患者是在宫内或围产期中引起的, 大多数痉挛型偏瘫儿童认知能力正常, 能够保持独立行走能力。

本研究中脑性瘫痪患儿的磁共振成像多数表现为脑室周围白质软化, 在脑性瘫痪患儿中, 大脑的初始损伤常发生在儿童大脑发育早期, 脑室周围白质软化是早产儿中发生脑性瘫痪的主要病理表现, 其与发育中的灰质和白质损伤有关。脑室周围发育中的白质的损伤会影响髓鞘形成、神经元迁移和轴突束的形成^[7]。晚期少突胶质细胞成熟受损, 尤其容易受到缺血损伤, 导致髓鞘形成失败。PVL 的磁共振表现为侧脑室周围白质内斑片状 T1 低信号, T2 高信号, T2 压水序列呈高信号, 侧脑室扩大并边缘不规则。脑先天畸形患儿表现有胼胝体缺如或发育不全, 小脑扁桃体下移畸形, 脑裂畸形^[8]。脑萎缩的磁共振表现为蛛网膜下腔略增宽, 脑室增大, 脑裂增宽, 其在磁共振表现上一般常同其他病变一起出现。

常规 MRI 可以发现脑内的病变, 可以区分大脑中的灰质和白质, 显示皮层和皮层下梗死、萎缩或损伤, 可以显示中枢神经系统先天性异常, 但在评价白质髓鞘化方面具有一定的局限性, 不能进行定量分析。DTI 可以测量施加扩散敏感梯度场前后组织产生的信号强度变化, 来检测组织中水分子的扩散状态, 具有常规 MRI 无可比拟的优势^[9]。DTI 能定量测量部分各向异性指数 (FA), 来反映扩散的各向异性程度, 其测量不受白质纤维束方向的影响^[10]。DTI 技术可以更加精准的检测脑白质的发育和损伤。婴幼儿在出生后 6 个月内其大脑处于较快的生长发育时期, 脑性瘫痪患儿在这个时期内的脑损伤较易于得到控制及恢复, 因此尽早对脑性瘫痪患儿进行相应的康复治疗, 可以有利于患儿的预后改善^[11]。通过相应的综合性康复治疗, 18 例脑白质髓鞘的发育有明显改善, 5 例脑先天畸形患儿的征象有明显改善, 4 例患儿脑萎缩征象有明显改善, 14 例患儿的病灶形态无明显变化,

显示出脑性瘫痪患儿的脑部髓鞘发育进程和肢体运动康复情况间存在明显关联。临床上可通过患儿的康复治疗情况及多模态磁共振成像的定量检测技术, 对脑性瘫痪患儿进行精确评估, 给予患儿相应的治疗方案。

综上所述, 多模态磁共振成像中多种成像方法的相互补充, 可为脑性瘫痪患儿的康复治疗评估提供有利依据。本研究中病例数量较少, 在今后研究中可通过加大样本量, 对多模态磁共振成像应用于脑性瘫痪患儿康复治疗进行更为深入的研究。

4 参考文献

- [1] 王雨欣, 徐开寿. 运动技能学习改善脑性瘫痪患儿运动功能的作用及其机制研究进展 [J]. 中华儿科杂志, 2020, 58(4): 339-342.
- [2] 徐玲, 杨亚丽, 王纪文, 等. 小儿脑性瘫痪的流行病学研究进展 [J]. 中华物理医学与康复杂志, 2013, 35(3): 227-228.
- [3] Stavsky M, Mor O, Mastroli SA, et al. Cerebral palsy trends in epidemiology and recent development in prenatal mechanisms of disease, treatment, and prevention [J]. Front Pediatr, 2017, 5(21): 75-79.
- [4] 陈秀洁, 李树春. 小儿脑性瘫痪的定义、分型和诊断条件 [J]. 中华物理医学与康复杂志, 2007, 29(5): 309.
- [5] Himmelmann K, Horber V, De La Cruz J, et al. SCPE Working Group. MRI classification system (MRICS) for children with cerebral palsy: development, reliability and recommendations [J]. Dev Med Child Neurol, 2017, 6(59): 57-64.
- [6] Novak I, Morgan C, Adde L, et al. Early, accurate diagnosis and early intervention in cerebral palsy: Advances in diagnosis and treatment [J]. JAMA Pediatr, 2017, 171: 897-907.
- [7] Papadelis C, Arfeller C, Erla S, et al. Inferior frontal gyrus links visual and motor cortices during a visuomotor precision grip force task [J]. Brain Res, 2016, 1650: 252-266.
- [8] Brovelli A, Badier JM, Bonini F, et al. Dynamic reconfiguration of visuomotor-related functional connectivity networks [J]. J Neurosci, 2017, 37: 839-853.
- [9] Glenn GR, Helpert JA, Tabesh A, et al. Quantitative assessment of diffusional kurtosis anisotropy [J]. NMR Biomed, 2015, 28: 448-459.
- [10] Miller SP. Neonatal encephalopathy current therapy in neurologic disease (seventh edition) [J]. Curr Ther Neurol Dis, 2006: 89-91.
- [11] Sripada K, Løhaugen GC, Eikenes L, et al. Visual-motor deficits relate to altered gray and white matter in young adults born preterm with very low birth weight [J]. Neuroimage, 2015, 109: 493-504.

[2022-10-24 收稿]

蓝光照射仪联合复方嗜酸杆菌片治疗新生儿黄疸的临床效果

陈蓉

【摘要】 目的 探讨新生儿黄疸实行蓝光照射仪联合复方嗜酸杆菌片治疗的临床疗效。方法 选取医院 2020 年 8 月 - 2022 年 8 月收治的 100 例黄疸新生儿作为研究对象, 按照组间性别、日龄、体重等基本特征具有可比性的原则分为观察组与对照组, 每组 50 例患者。对照组应用蓝光照射仪治疗, 观察组应用蓝光照射仪联合复方嗜酸杆菌片治疗。比较两组胆红素水平、心肌酶谱变化、临床症状消退时间及不良反应发生情况。结果 治疗前, 两组胆红素、心肌酶谱指标比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗 5d 后, 两组间接胆红素 (IBIL)、直接胆红素 (TBIL)、血清肌酸激酶同工酶 (CK-MB)、肌酸激酶 (CK)、乳酸脱氢酶 (LDH) 水平均降低, 但观察组低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。观察组治疗有效率为 96.00%, 明显优于对照组 (82.00%), 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。观察组胎便转黄时间、黄疸症状消失时间、首次排便时间均更短, 与对照组比较, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。观察组不良反应发生率为 4.00%, 明显低于对照组 (16.00%), 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 新生儿黄疸实行蓝光照射仪联合复方嗜酸杆菌片治疗, 有利于加快临床症状消退, 改善胆红素水平, 降低不良反应发生率, 保证治疗效果。

【关键词】 新生儿; 黄疸; 复方嗜酸杆菌片; 蓝光照射仪

中图分类号 R722.17 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)02-101-03

新生儿黄疸指出生时因出现的异常胆红素代谢导致血中胆红素水平升高, 引发黏膜、皮肤及巩膜黄染情况。生理性黄疸一般出现在小儿出生后前 2d, 病情高峰在小儿出生 4 ~ 6d, 并在病情发展至 7 ~ 10d 时临床症状消退^[1]。生理性黄疸发病初期症状并不明显, 多为黏膜、皮肤及巩膜等黄染的临床表现。而病理性黄疸会出现至小儿出生 1d 内, 除伴有生理性黄疸症状外, 还会并发精神萎靡、惊厥、水肿及贫血症状, 且会长期持续, 进而使小儿健康状况和生存质量受到影响, 早期需采取有效干预治疗^[2]。目前, 黄疸新生儿始终是以蓝光照射作为主要治疗措施, 该治疗方法是借助光的波长, 转变未与脑红素结合的结构, 加强水溶性, 促进体外排出胆红素^[3]。复方嗜酸杆菌片是调整肠道菌群的常用药物, 可分解糖类并将乳酸释放, 增加肠道酸度, 有效抑制肠道致病菌的繁殖, 保持小儿肠功能稳定, 有效建立肠道正常菌群^[4]。基于此, 本研究对黄疸新生儿实行蓝光照射仪联合复方嗜酸杆菌片治疗, 观察临床疗效, 现将结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取医院 2020 年 8 月 - 2022 年 8 月收治的 100 例黄疸新生儿作为研究对象。纳入标准: 所有新生儿经临床及胆红素检查符合病理性黄疸诊断标准^[5]; 黄疸出生时间 <28d。排除标准: 合并严重脏器功能

不全; 对蓝光照射存在过敏反应; 出生不足月早产儿; 合并肝炎或合并胆红素脑病^[6]; 因各种原因退出本研究。按照组间性别、日龄、体重等基本特征具有可比性的原则分为两组, 每组 50 例。观察组男 27 例, 女 23 例; 日龄 5 ~ 18d, 平均 12.10 ± 1.34 d; 病程 3 ~ 15d, 平均 9.21 ± 1.56 d; 体重 2.30 ~ 4.25kg, 平均 3.31 ± 0.68 kg。对照组男 27 例, 女 23 例; 日龄 5 ~ 19d, 平均 12.76 ± 1.41 d; 病程 3 ~ 16d, 平均 9.78 ± 1.31 d; 体重 2.34 ~ 4.29kg, 平均 3.35 ± 0.54 kg。两组上述基础资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。所有新生儿家属均知情本研究, 并签署知情同意书, 研究经医院伦理委员会批准。

1.2 治疗方法

两组新生儿均行常规检查, 并实行碱性液及肝酶诱导剂等基础治疗。

1.2.1 对照组 采取蓝光照射仪治疗, 使用蓝光双面光疗箱, 蓝光波长设置为 420 ~ 460nm, 箱内温度调控至 30 ~ 32℃, 湿度 55% ~ 65%, 连接电源, 观察蓝光灯管及箱体运行的亮度, 蓝光照射治疗前用黑布遮盖住新生儿会阴部和眼睛, 持续光照其他暴露部位, 持续照射时间一般保持在 24 ~ 48h, 但需保证蓝光照射时间在 72h 以下, 共行 5d 连续治疗。

1.2.2 观察组 在对照组蓝光照射仪治疗基础上联合复方嗜酸杆菌片 (生产厂家: 杭州龙达新科生物制药有限公司; 生产批号: 国药准字 S20060010) 治疗, 用温开水溶解 1/3 粒复方嗜酸杆菌片, 每天 1 次, 共行 5d 连续治疗。

1.3 观察指标

(1) 治疗效果: 显效为黄疸症状完全消失, 胆红素水平保持在正常范围; 有效为黄疸症状显著减轻, 胆红素已明显下降但未保持在正常范围内; 无效为并未改变黄疸症状, 且未降低血清胆红素水平。有效率 = (显效 + 有效) / 观察例数 × 100%。

(2) 胆红素水平: 采用全自动生化分析仪对所有新生儿胆红素水平进行检测, 评估指标包括间接胆红素 (indirect bilirubin, IBIL) 及直接胆红素 (direct bilirubin, TBIL) 水平。

(3) 心肌酶谱: 观察并记录两组采用全自动生化分析仪对所有新生儿血清肌酸激酶同工酶 (creatinase isoenzymes, CK-MB)、肌酸激酶 (creatinase, CK)、乳酸脱氢酶 (lactate dehydrogenase, LDH) 水平进行检测。

(4) 临床症状消退时间: 包括新生儿黄疸症状消失时间、胎便转黄时间及首次排便时间消退时间^[7]。

(5) 不良反应发生情况: 包含发热、腹泻及皮疹。

1.4 资料分析方法

以 SPSS 19.0 统计学软件分析处理数据, 胆红素水平、心肌酶谱水平及以临床症状消退时间等计量资料用“均数 ± 标准差”描述, 组间均数比较采用 *t* 检验; 治疗效果及不良反应发生率等计数资料, 组间率比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗效果比较

观察组治疗有效率为 96.00%, 明显优于对照组 (82.00%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组新生儿治疗效果比较

| 组别 | 例数 | 显效 | 有效 | 无效 | 治疗有效率(%) |
|-----|----|----|----|----|----------|
| 观察组 | 50 | 27 | 21 | 2 | 96.00 |
| 对照组 | 50 | 16 | 25 | 9 | 82.00 |

$\chi^2 = 5.005, P = 0.025$ 。

2.2 两组胆红素水平比较

治疗前, 两组胆红素指标比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗 5d 后, 两组 IBIL 和 TBIL 水平均降低, 但观察组低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组心肌酶谱水平比较

治疗前, 两组心肌酶谱指标比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗 5d 后, 两组 CK-MB、CK、LDH 水平均降低, 但观察组低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 两组临床症状消退时间比较

观察组胎便转黄时间、黄疸症状消失时间、首次排便时间均更短, 与对照组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 2 两组新生儿治疗前后胆红素水平比较 ($\mu\text{mol/L}$)

| 组别 | 例数 | IBIL | | TBIL | |
|-----|------------|----------------|--------------|----------------|--------------|
| | | 治疗前 | 治疗后 5d | 治疗前 | 治疗后 5d |
| 观察组 | 50 | 252.69 ± 14.75 | 23.69 ± 3.14 | 311.72 ± 12.69 | 31.32 ± 5.57 |
| 对照组 | 50 | 248.74 ± 14.32 | 41.85 ± 5.47 | 310.18 ± 12.43 | 62.74 ± 5.31 |
| | <i>t</i> 值 | 1.359 | 20.359 | 0.613 | 28.870 |
| | <i>P</i> 值 | 0.177 | 0.000 | 0.541 | 0.000 |

表 3 两组新生儿治疗前后心肌酶谱水平比较 (U/L)

| 组别 | 例数 | CK | | CK-MB | | LDH | |
|-----|------------|----------------|----------------|--------------|--------------|----------------|----------------|
| | | 治疗前 | 治疗后 5d | 治疗前 | 治疗后 5d | 治疗前 | 治疗后 5d |
| 观察组 | 50 | 381.65 ± 27.69 | 218.69 ± 53.75 | 50.69 ± 6.57 | 33.63 ± 6.59 | 263.47 ± 36.58 | 163.59 ± 14.62 |
| 对照组 | 50 | 382.73 ± 28.16 | 275.63 ± 53.65 | 50.38 ± 6.41 | 40.75 ± 6.62 | 262.30 ± 36.89 | 192.36 ± 15.78 |
| | <i>t</i> 值 | 0.193 | 2.508 | 0.239 | 5.390 | 0.159 | 9.457 |
| | <i>P</i> 值 | 0.847 | 0.014 | 0.812 | 0.000 | 0.874 | 0.000 |

表 4 两组新生儿临床症状消退时间比较

| 组别 | 例数 | 胎便转黄时间 (d) | 黄疸症状消失时间 (d) | 首次排便时间 (h) |
|-----|------------|-------------|--------------|--------------|
| 观察组 | 50 | 2.12 ± 0.68 | 3.41 ± 0.84 | 16.62 ± 3.47 |
| 对照组 | 50 | 3.34 ± 0.73 | 5.21 ± 1.29 | 19.75 ± 3.51 |
| | <i>t</i> 值 | 8.647 | 8.268 | 4.484 |
| | <i>P</i> 值 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |

2.5 不良反应发生情况

观察组不良反应发生率为4.00%，明显低于对照组（16.00%），差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表5。

表5 两组新生儿不良反应发生率比较

| 组别 | 例数 | 发热 | 腹泻 | 皮疹 | 不良反应发生率(%) |
|-----|----|----|----|----|------------|
| 观察组 | 50 | 1 | 0 | 1 | 4.00 |
| 对照组 | 50 | 3 | 2 | 3 | 16.00 |

$\chi^2=4.000$, $P=0.046$ 。

3 讨论

新生儿黄疸在新生儿疾病中较为常见，新生儿胆红素升高是最为关键的致病原因，足月新生儿和早产儿分别有60%和80%的概率在小儿出生后7d内发生黄疸^[8]。新生儿黄疸病情发展与胆红素肝肠循环具有直接的相关性。黄疸新生儿在发病期间会因机体红细胞升高，导致肠肝循环受到破坏，促使胆红素水平升高^[9]。胆红素水平在脱离正常指标后会引发生心酶异常，直接影响新生儿神经功能发育，若所处情况较为严重，还会使新生儿神经体系发生障碍^[10]。因此，应针对黄疸新生儿实行针对性治疗，预防损伤器官功能，确保后续治疗效果。

黄疸新生儿常用蓝光照射治疗，其作用机制是转变新生儿体内胆红素分子，可从IXaZ型向较良好水溶性IXaE型发展，经尿液和胆汁向体外排泄，改善胆红素水平^[11]。现阶段，临床提出的蓝光治疗方案，虽具有较高的安全性，但仅实行该方案治疗，很难快速起效，需较长的治疗周期^[12]。复方嗜酸杆菌片是一种益生菌，可经粪链球菌、嗜酸乳杆菌等多种菌粉抑制有害细菌，调节肠道菌群，创建正常菌群，发挥良好的生物屏障作用，且可减少生成脂肪酸，有效保护肝细胞和心肌细胞，提升肝酶活性，加强新生儿机体免疫力^[13-14]。

本研究结果显示，与对照组比较，观察组经5d治疗后胆红素水平明显改善，CK-MB、CK、LDH水平降低，不良反应发生率降低，胎便转黄时间、黄疸症状消失时间及首次排便时间缩短。可见，以复方嗜酸乳杆菌片辅助蓝光照射治疗，有利于改善新生儿黄疸症状，保持稳定的心肌功能，减少表达机体胆红素，促进消退新生儿黄疸症状，加快病情恢复。

综上所述，新生儿黄疸实行蓝光照射仪联合复方嗜酸杆菌片治疗，能够缩短新生儿胎便转黄时间，提升治疗有效率，预防不良反应，保证预后效果。

4 参考文献

- [1] 陈芳芳,李崇寿,倪王平. 益生菌联合蓝光照射治疗新生儿黄疸的临床效果及对患儿营养状况的改善作用[J]. 中国妇幼保健,2022,37(6):1012-1014.
- [2] 张蓉,陈叶梅,吴凡. 枯草杆菌二联活菌联合茵栀黄口服液治疗新生儿黄疸的效果探析[J]. 当代医学,2021,27(35):64-66.
- [3] 彭研献,董晓斐,周娅微,等. 茵栀黄口服液联合枯草杆菌二联活菌颗粒辅助治疗新生儿黄疸的疗效及对免疫功能和生长发育的影响[J]. 现代生物医学进展,2021,21(19):3748-3751,3800.
- [4] 钟迪,龙芳,邹静静,等. 双歧杆菌四联活菌片联合间歇蓝光照射治疗新生儿高胆红素血症的临床效果[J]. 中国药物经济学,2021,16(5):63-65,69.
- [5] 史俊李. 枯草杆菌二联活菌颗粒联合茵栀黄口服液治疗对新生儿黄疸临床疗效及免疫功能、肝功能的影响观察[J]. 中国处方药,2020,18(8):80-82.
- [6] 曲倩文,陈勇,周波,等. 茵栀黄口服液联合枯草杆菌二联活菌颗粒辅助治疗新生儿黄疸临床效果观察[J]. 临床误诊误治,2020,33(7):31-34.
- [7] 闫慧,岳慧慧,邵慧娟,等. 针对性护理干预在新生儿高胆红素血症蓝光照射治疗中的应用效果分析[J]. 中国药物与临床,2020,20(8):1401-1403.
- [8] 常宇娟. 双歧杆菌四联活菌片辅助蓝光照射治疗新生儿高胆红素血症的临床疗效[J]. 实用临床医药杂志,2018,22(17):75-77.
- [9] Zhao C,Niu S,Geng H,et al.Short-term and long-term effects of fenofibrate combined with double phototherapy on neonatal jaundice with high bilirubin[J].Basic Clin Pharmacol Toxicol,2021(3):128.
- [10] 张华琼,蒋春华. 复方嗜酸乳杆菌片联合光疗、抚触治疗新生儿黄疸的临床疗效及其对胆红素水平的影响[J]. 儿科药学杂志,2018,24(9):23-26.
- [11] 吕一枝,李志飞,徐军,等. 茵栀黄口服液联合枯草杆菌二联活菌颗粒治疗新生儿病理性黄疸临床观察[J]. 中华中医药学刊,2018,36(4):1007-1009.
- [12] Ding P,Guo H,He X,et al.Effect of skeletal muscle loss during neoadjuvant imatinib therapy on clinical outcomes in patients with locally advanced GIST[J].BMC Gastroenterology,2022,22(1):1-13.
- [13] 朱晓颖,张碧丽,郭静. 蓝光联合酪酸梭菌活菌散治疗新生儿黄疸的临床效果分析[J]. 中国妇幼保健,2018,33(7):1553-1555.
- [14] 高波,李科兴,宋霞,等. 茵栀黄与双歧杆菌治疗新生儿黄疸的疗效及对谷丙转氨酶和总胆汁酸的影响[J]. 中国妇幼保健,2018,33(3):606-609.

[2022-10-31 收稿]

无创呼吸机辅助治疗慢性阻塞性肺疾病合并 II 型呼吸衰竭的疗效分析

李雪芹 栗春丽 王爽爽*

【摘要】 目的 探讨慢性阻塞性肺疾病 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 合并 II 型呼吸衰竭患者应用无创呼吸机辅助治疗的效果。方法 分析徐州市肿瘤医院 2019 年 6 月 - 2022 年 6 月 COPD 急性加重期合并 II 型呼吸衰竭患者的临床资料, 选择无创呼吸机辅助治疗 COPD 急性加重期合并 II 型呼吸衰竭患者 40 例作为观察组, 根据组间匹配的原则另外选择应用常规治疗方法的患者 40 例作为对照组, 通过对两组的治疗有效率、血气指标、呼吸频率和心率变化进行分析, 比较两组治疗方法的效果。结果 治疗前, 两组患者血气分析指标、肺功能指标比较, 差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。经过无创呼吸机辅助治疗后, 两组患者二氧化碳分压 (PaCO_2)、pH 值均明显降低, 氧分压 (PaO_2) 明显升高; 组间比较, 观察组 PaCO_2 水平低于对照组, PaO_2 、pH 值高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$); 两组第 1 秒用力呼气容积 (forced expiratory volume in one second, FEV_1)、 $\text{FEV}_1/\text{用力肺活量}$ (forced vital capacity, FVC) 均高于治疗前, 且观察组优于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 观察组有效率 (90.00%) 高于对照组 (70.00%), 不良反应发生率 (5.00%) 低于对照组 (22.50%), 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 无创呼吸机辅助治疗 COPD 合并 II 型呼吸衰竭患者有积极作用, 尤其在患者的血气指标和临床症状方面疗效特别明显, 且该方法安全性高。

【关键词】 无创呼吸机; 辅助治疗; 慢性阻塞性肺疾病; II 型呼吸衰竭; 疗效

中图分类号 R563.8 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)02-104-04

目前, 慢性阻塞性肺疾病 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 已成为呼吸系统疾病中的常见病和多发病, 患病率和死亡率均居高不下。在全球的致死性疾病中, 其排名已经列为第 4 位, 该疾病的临床表现为咳嗽、痰量增多, 由于气流受限导致患者出现呼吸困难^[1]。该病的发病因素较多, 除了气道炎性反应和气流受限以外, 很多患者还会受到遗传因素、年龄增长、长期吸烟和呼吸道感染等因素的影响。据 2018 年发布的我国流行病学调查结果显示, 罹患 COPD 的患者占 40 岁以上人群的 13.7%, 这说明 COPD 已经成为一种重要疾病, 其已经对人们的生命健康构成了威胁, 特别是中老年人群^[2]。对于 COPD 急性发作期合并 II 型呼吸衰竭的患者来说, 解除呼吸道阻塞是缓解这种疾病的主要手段。以往在临床上, 治疗该合并症为保守治疗和机械通气治疗两种方法, 前者多以药物为主, 而后者是利用气管插管机械通气, 该方法的缺点是创伤大、并发症多。随着研究的不断深入, 无创呼吸机得到了推广, 通过对 COPD 合并 II 型呼吸衰竭患者的治疗过程中发现使用无创呼吸机对治疗效果带来的提高。由于 COPD 对呼吸系统造成损伤而被称为破坏性呼吸系统炎性反应疾病, 它最明显的特征是不完全可逆的气流受限, 同时可导致 II 型呼

吸衰竭, 此类疾病对患者的最大危害在于, 容易引发低氧血症、高碳酸血症等, 包括肺性脑病和对身体多种器官的功能造成障碍, 严重者可导致患者死亡^[3]。在治疗过程中, 辅助应用无创呼吸机的安全性比有创机械通气更好, 后者在治疗中的主要缺点是容易引发并发症, 给患者带来更多的痛苦。而无创呼吸机在临床应用上具有操作简单、安全性能高、临床疗效好的优势, 在 COPD 合并 II 型呼吸衰竭患者的治疗中发挥了很好的作用。本研究通过临床实践, 观察无创呼吸机对 COPD 合并 II 型呼吸衰竭的治疗效果, 为相关病症选择合适的治疗方法提供参考依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

将徐州市肿瘤医院 2019 年 6 月 - 2022 年 6 月 COPD 急性加重期合并 II 型呼吸衰竭患者作为研究对象。纳入标准: 患者均无相关药物过敏史, 符合此次无创呼吸机治疗。排除标准: 哺乳期、妊娠期女性、伴有神经系统疾病; 肝、肾、心脏功能异常疾病。选择其中无创呼吸机辅助治疗 COPD 急性加重期合并 II 型呼吸衰竭患者 40 例作为观察组, 根据组间匹配的原则选择应用常规治疗方法的患者 40 例作为对照组。两组患者基线资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会批准; 所

作者单位: 221000 江苏省徐州市肿瘤医院

* 通讯作者

有患者均自愿参与研究,并签署知情同意书。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 患者采用常规治疗,保持呼吸道通畅、低流量吸氧,针对病因治疗,如合并感染予抗生素应用,一般支持治疗等。

1.2.2 观察组 患者在常规治疗基础上应用无创呼吸机辅助治疗。使用伟康公司生产的 VENTImotion 2 双水平气道正压通气呼吸机。呼吸机的相关参数可以根据患者的病情进行调整,采用自主触发时间控制模式(ST模式),调呼吸频率整范围为 12 ~ 18 次/min。在对吸气相压力进行设定时,对初始的设定应该略低,设定吸气相正压在 6 ~ 8cmH₂O,然后再缓慢递增,最大不宜超过 25cmH₂O。对呼气相压力进行设定时可以将呼气相正压设定在 4 ~ 6cmH₂O,对氧流量的设定范围可在 3 ~ 6L/min。其他的参数调整还应包括通气时间等,每次通气治疗时间不宜过长,以 3 ~ 6h 为宜,记录患者的血气分析结果,并将此结果作为依据,对患者使用的呼吸机的参数进行调整,保证参数在一个合理的区间,对患者的氧气供养可用间断性使用鼻导管进行吸氧。对患者的辅助通气治疗可随着病情的变化进行调整。

1.3 观察指标

(1) 有效率:分为显效、有效和无效。显效为患者相关症状改善,血气指标恢复正常,炎性因子降低;有效为患者相关症状有所改善,血气指标基本正常,炎性因子有所降低;无效为患者经治疗后症状并无显著改善,甚至加重。总有效率 = (显效 + 有效) / 观察例数 × 100%。

(2) 动脉血气分析指标:治疗前及治疗 2 周后,采集患者桡动脉血 2ml,采用普朗医疗 PL2000 型血气电解质分析仪行动脉血气分析,包括氧分压(PaO₂)、动脉血氧饱和度(arterial oxygen saturation, SaO₂)、二氧化碳分压(PaCO₂)。

(3) 肺功能指标:治疗前及治疗 2 周后,采用上海伊沐医疗器械有限公司 SP10 型肺活量检测仪进行检测,检测时指导患者使用鼻夹夹住鼻子,用口含紧一次性口含嘴,保持平静呼吸,待几个平稳的呼吸周期后指导患者缓慢吹气,直至吹不动,然后让患者

以最大力气、最快速度连续吸气直至吸不动,随后让患者以最大力气、最快速度吹出气体直至吹不动,之后深吸一口气回到平静呼吸,重复上述步骤至少 3 次后停止,记录第 1 秒用力呼气容积(forced expiratory volume in one second, FEV₁)、用力肺活量(forced vital capacity, FVC),并计算 FEV₁/FVC。

(4) 不良反应:比较两组胸痛、咯血、晕厥、呼吸困难等不良反应发生情况。

1.4 数据分析方法

应用 SPSS 22.0 统计学软件对数据进行分析处理,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 两组患者治疗有效率对比

经过无创呼吸机辅助治疗后,观察组的有效率为 90.00%,高于对照组的 70.00%,组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者治疗有效率对比

| 组别 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率(%) |
|---------------|----|----|----|---------|
| 观察组($n=40$) | 22 | 14 | 4 | 90.00 |
| 对照组($n=40$) | 15 | 13 | 12 | 70.00 |

$\chi^2=5.000, P=0.025$ 。

2.2 两组患者血气分析指标对比

治疗前,两组患者 PaCO₂、PaO₂、pH 值比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,两组患者 PaCO₂、pH 值均明显降低,PaO₂ 明显升高;组间比较,观察组 PaCO₂ 水平低于对照组,PaO₂、pH 值高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组不良反应发生情况比较

治疗后,观察组不良反应发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

2.4 两组肺功能指标比较

治疗前,两组 FEV₁、FEV₁/FVC 比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);治疗 2 周后,两组 FEV₁、FEV₁/FVC 均高于治疗前,且观察组优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 4。

表 2 两组患者血气分析指标对比

| 组别 | PaCO ₂ (mmHg) | | PaO ₂ (mmHg) | | pH 值 | |
|---------------|--------------------------|--------------|-------------------------|--------------|-------------|-------------|
| | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 观察组($n=40$) | 84.12 ± 2.56 | 50.31 ± 5.26 | 49.12 ± 6.23 | 77.48 ± 4.57 | 6.95 ± 0.04 | 7.32 ± 0.10 |
| 对照组($n=40$) | 84.33 ± 2.03 | 77.15 ± 4.56 | 49.23 ± 6.54 | 69.45 ± 6.15 | 7.03 ± 0.64 | 7.16 ± 0.08 |
| <i>t</i> 值 | 0.407 | 24.385 | 0.077 | 6.628 | 0.789 | 7.902 |
| <i>P</i> 值 | 0.685 | 0.000 | 0.939 | 0.000 | 0.432 | 0.000 |

表3 两组不良反应发生情况比较

| 组别 | 胸痛 | 咯血 | 晕厥 | 呼吸困难 | 总发生率 (%) |
|------------|----|----|----|------|----------|
| 观察组 (n=40) | 1 | 0 | 0 | 1 | 5.00 |
| 对照组 (n=40) | 3 | 2 | 2 | 2 | 22.50 |

$\chi^2=5.165, P=0.023$ 。

表4 两组肺功能指标比较

| 组别 | FEV ₁ (L) | | FEV ₁ /FVC(%) | |
|------------|----------------------|-------------|--------------------------|--------------|
| | 治疗前 | 治疗2周后 | 治疗前 | 治疗2周后 |
| 对照组 (n=40) | 0.91 ± 0.17 | 1.27 ± 0.33 | 58.25 ± 7.31 | 63.48 ± 6.21 |
| 观察组 (n=40) | 0.89 ± 0.10 | 1.51 ± 0.37 | 57.21 ± 4.42 | 69.53 ± 5.36 |
| t 值 | 0.641 | 3.062 | 0.770 | 4.664 |
| P 值 | 0.523 | 0.003 | 0.444 | 0.000 |

3 讨论

COPD 的特征为持续存在的呼吸系统症状和气流受限, 主要症状包括慢性咳嗽、咳痰、喘息和胸闷、气短或呼吸困难, 很多患者还会由于病程的延长, 久治不愈而导致病情进一步加重, 加重的病情会导致患者呼吸更加困难, 患者的病情如果出现更为严重的情况会导致呼吸衰竭, 会对生命安全造成更严重的威胁^[4]。对于 COPD 患者来说, 最严重的并发症是呼吸衰竭, 它的危害程度极大, 可以造成患者的死亡, 而 II 型呼吸衰竭是呼吸衰竭类型中对患者的生命安全影响最大的, 会给患者的生命安全带来严重后果。为了降低 COPD 患者的死亡率, 在临床上针对 COPD 合并 II 型呼吸衰竭进行及时治疗来稳定患者病情减少死亡现象的发生, 提高患者生存率^[5]。

我国现阶段针对 COPD 急性加重期的治疗大多以常规治疗为主, 扩张支气管、祛痰、抗感染、吸氧等治疗, 通过以上治疗手段会起到一个使症状得到缓解的功效^[6]。对于并发较严重的呼吸衰竭的患者, 最好使用机械通气治疗, 为了避免气管插管给患者带来的创伤, 可以使用无创呼吸机辅助治疗。通过无创呼吸机辅助治疗可以很快改善患者缺氧状况, 无创呼吸机将氧气直接通到患者口鼻, 有效缩短了输送氧气的时。且无创呼吸机可以有效利用患者在呼气、吸气时产生的压力差来保护患者的肺功能不受到损伤, 加快炎性渗出液的吸收, 减轻气道炎症^[7]。

COPD 患者如果合并 II 型呼吸衰竭, 会导致病程延长, 反复发作, 且对患者肺部通气功能影响, 使通气功能降低, 尤其是细支气管炎, 引起肺泡间隔断裂从而导致患者功能性呼吸衰竭, 给患者生命安全带来更大的风险^[8]。对 COPD 患者造成的危害还包括长期合并 II 型呼吸衰竭会影响患者的睡眠质量和营养状

况, 导致患者生活质量下降。另外, 还能造成酸碱功能代谢不规律, 代谢功能紊乱, 只有借助外力的作用进行辅助治疗才能帮助患者进行正常呼吸。现阶段, 对慢阻肺合并 II 型呼吸衰竭患者的常规治疗虽然对病情的发展起到了阻碍作用, 但患者的脏器功能仍会受到损害^[7-8]。因此, 机械通气在临床治疗过程中得到更广泛的运用是由于它可以辅助患者通气。在将机械通气的方法用于治疗时往往会采用无创呼吸机辅助治疗的方法, 因为无创呼吸机辅助治疗可增加患者的肺氧含量, 让患者缺氧的状况得到改善。无创呼吸机辅助治疗方式还具有另一优点是易发生肺部感染与肺部损伤, 呼吸机很容易撤出, 在临床上得到广泛使用。

COPD 在临床上也是一种发病率比较高的呼吸系统疾病, 会直接导致支气管系统功能的紊乱, 也会造成患者黏膜水肿, 从而导致患者呼吸衰竭。COPD 患者如果出现严重呼吸衰竭, 通常采用药物干预或气管插管机械通气, 一般不建议采用保守的药物治疗方法, 因为这种治疗方法虽然使患者的呼吸衰竭得到改善, 但会加重呼吸功能消耗, 易呼吸肌疲劳, 从而造成患者的呼吸功能受损。传统的气管插管治疗方式无法得到患者及家属的认可, 因为会对患者造成较大创伤给治疗过程带来更大痛苦。无创呼吸机的应用得到患者和家属的欢迎并得以广泛使用, 因为无创呼吸机是通过面罩来帮助 COPD 并 II 型呼吸衰竭患者进行呼吸, 所以, 可以很好地改善患者呼吸肌疲劳, 达到更好的治疗效果^[9]。

老年人是 COPD 合并 II 型呼吸衰竭疾病的主要人群, 在已发病的患者中大部分为老年人, 因为老年人缺乏抵抗力, 对导致慢阻肺发生的个体因素、环境因素等没有抵抗能力, 造成疾病的发生^[8-9]。

COPD 如果未得到及时控制会影响到患者的生活

及健康,严重的还会导致患者心肺缺氧而造成休克,导致患者出现生命危险。临床上对 COPD 合并 II 型呼吸衰竭患者的常规治疗方式通常是从改善呼吸疲劳症状为主,通常采用的治疗方式是机械有创通气治疗的方式,首先保障患者营养的供需平衡,让患者能获取到维持人体需要的充足的营养成分,从而来保障患者的生命安全,提高生存的概率^[10]。

总体来说,以上几种对慢阻肺合并 II 型呼吸衰竭患者进行治疗措施虽然产生了干预作用,但治疗效果并不明显,所以,为了提高治疗的效果对患者的治疗方式进行了创新改进,对无创呼吸机治疗效果的研究也引起更进一步重视,无创呼吸机由于操作比较简单快捷,更适于在临床治疗过程中使用和推广。同时,无创呼吸机由于使用方便而受到医务人员和患者的欢迎,而且在维护患者呼吸状态方面效果明显,所以在临床上应用比较广泛,不但可以保证对 COPD 合并 II 型呼吸衰竭患者治疗效果,还可以抑制肺部感染、肺炎并发症的产生,可以增加干预的效果。

在中国北方常见的呼吸系统疾病中, COPD 属于其中发病率很高的一种, COPD 包括了多种疾病类型,慢性支气管炎和肺气肿都属于 COPD 的一种类型,同时也是容易发病并且造成患者死亡率很高的一种呼吸系统疾病。COPD 会使患者的机体处于缺氧状态,从而导致肺血管疾病、肺组织发生病变,患者的换气功能如果受到 COPD 的影响,会产生换气功能障碍,让患者呼吸较为困难,严重时还会让患者转变为呼吸衰竭。吸烟是人类发生此类疾病的主要原因也是 COPD 产生的主要因素,严重的会造成患者酸碱出现失衡的状态和高碳血症,直接导致了患者 COPD 的发生;其次还有受到病毒感染、空气污染或者职业粉尘的影响等,这几种因素会造成肺气肿的发生,同时会使肺泡通气量带来影响,也会影响到患者的通气功能,严重的会出现 II 型呼吸衰竭症状,从而导致性脑病、肺源性心脏病,给患者生命带来更大的危害。慢阻肺合并 II 型呼吸衰竭作为一种病情长而且病情复杂的危重疾病在临床治疗上的难度很大,为了取得更好的治疗效果,尽快将疾病得到控制会综合运用多种治疗方式,比如机械通气就经常会与抗感染的方式同时使用^[6-7]。在机械通气的基础上,无创通气也随着医疗技术的提高得到快速发展,无创通气方式具有保护气道的功能,还可以保证患者正常说话和进食的功能,所以更容易让患者及家属的接受。通过对临床应用过程的观察可

以看出,使用无创呼吸机的患者可以保证气道畅通,快速恢复呼吸功能, CO₂ 的潴留量降低, PaO₂ 增加,而且,无创呼吸机在使用时较少地发生漏气的现象,具有很高的安全性能^[8]。在本次实验中也可以看出,观察组由于无创呼吸机的使用不但改善了肺功能而且还保证了血气分析指标更加稳定,患者的死亡率和复发率都有所降低,也赢得了大多数患者及患者家庭的满意。

综上所述,本研究显示,无创呼吸机辅助治疗 COPD 合并 II 型呼吸衰竭患者可以显著提高治疗效果,改善患肺功能,安全性高。

4 参考文献

- [1] 陈裕民. 无创呼吸机联合氧气驱动雾化吸入治疗在慢阻肺合并呼吸衰竭患者中的临床观察 [J]. 现代诊断与治疗, 2016, 27(7): 1303-1304.
- [2] 龚雪萍, 高海军. 慢阻肺合并重症呼吸衰竭患者应用无创呼吸机治疗的临床效果 [J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(30): 19-20.
- [3] 戚黎明. 无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭患者临床研究 [J]. 中外医疗, 2016, 35(1): 37-38, 48.
- [4] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南 [J]. 中华内科杂志, 2002, 42(9): 640-646.
- [5] 刘喆. 无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺呼吸衰竭患者的疗效及对其呼吸症状改善的影响分析 [J]. 中国民康医学, 2016, 28(14): 23-25.
- [6] 陈木娣. BiPAP 无创呼吸机用于慢阻肺合并 II 型呼吸衰竭的疗效观察 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2016, 37(12): 1546-1547.
- [7] 张晓燕, 焦兴爱, 孙翔, 等. 无创呼吸机联合安全护理对慢阻肺合并 II 型呼吸衰竭患者的影响 [J]. 齐鲁护理杂志, 2019, 25(11): 12-14.
- [8] 王红娟, 郭红荣, 鲍敏, 等. 支气管镜联合无创正压通气治疗慢性阻塞性肺疾病并呼吸衰竭的疗效 [J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(2): 377-379.
- [9] 赵微微, 于湘春, 顾泽鑫, 等. 无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭的疗效及对肺功能和血清炎症因子水平的影响 [J]. 中国老年学杂志, 2017, 37(17): 4329-4331.
- [10] 李远航, 文艳红, 唐文辉, 等. 无创呼吸机联合氧气驱动雾化吸入治疗慢阻肺合并呼吸衰竭患者疗效观察 [J]. 陕西医学杂志, 2017, 46(8): 1095-1096.

[2022-07-06 收稿]

腰硬联合麻醉中罗哌卡因剂量对前列腺电切术老年患者的影响

黄鸿明

【摘要】目的 观察罗哌卡因腰硬联合麻醉方式对行前列腺电切术老年患者的麻醉效果及其对血压和心率影响。**方法** 选择2020年4月-2021年3月医院接受前列腺电切术治疗的100例患者作为研究对象,根据组间年龄、体重等基本资料均衡可比的原则分为对照组50例和观察组50例。对照组采取0.5%罗哌卡因2ml,观察组采取1%罗哌卡因1.5ml进行腰硬联合麻醉,观察两组患者的阻滞时间、麻醉满意度、不良反应情况、麻醉情况下的血压和心率情况。**结果** 麻醉前,两组患者血压、心率比较,差异无统计学意义($P>0.05$);麻醉后,两组血压、心率均降低,但观察组血压和心率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。麻醉后,观察组患者的感觉阻滞起效时间、感觉阻滞持续时间、运动阻滞起效时间和运动阻滞持续时间均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者麻醉满意度(94.00%)高于对照组(80.00%),不良反应发生率(6.00%)低于对照组(20.00%),差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 小剂量高浓度的罗哌卡因可以实现最佳麻醉效果,稳定患者心率和血压变化,减少患者不良反应情况,提高其麻醉满意程度,适用于老年行前列腺增生电切术患者。

【关键词】 罗哌卡因;腰硬联合麻醉方式;前列腺电切术;老年患者;血压;心率

中图分类号 R614 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)02-108-04

随着我国人口逐渐老龄化,前列腺增生作为老年男性最常见的疾病之一,在男性人群中的发病率越来越高^[1]。早期前列腺增生不需要任何治疗,只需要定期复查即可,但是如果放任不管的话,严重时可能会发展成急性尿潴留、严重血尿、由增生引起的膀胱结石等,对患者的生活造成了极大的困扰。目前,前列腺电切术是治疗前列腺增生的主要治疗手段,手术主要是在麻醉生效后,用电切镜通过尿道插入进入前列腺部位,然后使用电切刀对增生组织切碎并电凝止血,随后切碎的组织冲出体外,止血放置导尿管。手术具有创伤小、效果好,患者恢复情况良好的特点^[2]。手术中麻醉药可以减少手术对患者带来的痛苦,使之顺利完成,但是对于老年患者来说,麻醉药用量需要严格把控。罗哌卡因是一种新型长效酰胺类局部麻醉药,在临床中运用广泛,耐受性好,但是对其浓度的把握需要严谨对待^[3]。本文探讨不同浓度罗哌卡因腰硬联合麻醉方式对前列腺电切术患者的麻醉效果,报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2020年4月-2021年3月医院接受前列腺电切术治疗的100例患者作为研究对象。纳入标准:①符合《前列腺炎、前列腺增生》诊断标准^[4];②精神认知无障碍者。排除标准:①对酰胺类麻药严重过敏者;②术后有其他前列腺严重合并症者;③严重肝功能不全者或全身性出血疾病者。根据组

间年龄、体重等基本资料均衡可比的原则分为对照组50例和观察组50例。其中对照组年龄60~75岁;体重45~69kg。观察组年龄59~73岁;体重44~67kg。两组患者年龄、体重比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表1。所有患者知情同意,本研究通过医院伦理委员会批准。

表1 两组患者一般资料比较

| 组别 | 例数 | 平均年龄(岁) | 平均体重(kg) |
|------------|----|--------------|--------------|
| 观察组 | 50 | 67.67 ± 3.41 | 54.87 ± 1.26 |
| 对照组 | 50 | 68.21 ± 2.24 | 55.21 ± 1.12 |
| <i>t</i> 值 | | 0.936 | 1.426 |
| <i>P</i> 值 | | 0.352 | 0.157 |

1.2 麻醉方法

所有患者术前1d进行心电图、血压、心率检查,对有高血压和糖尿病患者给予降压药和降糖药,检查血压血糖并控制在手术标准范围以内,对尿频尿急患者做尿流动力学检查。术前8h禁食禁饮,进行灌肠,避免术中损伤肠胃。手术开始前30min再次检测两组患者各项指标,选L₂₋₃作为穿刺点,采用静脉注射乳酸钠林格液(生产厂家:四川科伦药业股份有限公司,国药准字H20055488)8ml/(kg·h)^[5]。

1.2.1 对照组 采取0.5%罗哌卡因2ml(生产厂家:齐鲁制药有限公司,国药准字H20052716)+10%葡萄糖1ml(生产厂家:朝阳凌桥制药有限公司,国药准字H20083523)进行混合注射,速度为0.1ml/s,以针内针法放置入25G腰穿针,见脑脊液回流通畅后,

根据患者的年龄、体重和美国麻醉医师协会 (ASA) 分级缓慢地将 3ml 混合注射液注射在蛛网膜下, 用时 1min。向头侧置入 4cm 硬膜外导管。局麻药注入蛛网膜下腔后, 需调节麻醉平面至手术的需要, 平面于 5 ~ 10min 以后固定。改变手术体位, 随时观察患者情况, 对心率血压进行检测并记录。

1.2.2 观察组 采用 1% 罗哌卡因 1.5ml+10% 葡萄糖 1.5ml 进行混合注射, 速度为 0.1ml/s 以针内针法放置入 25G 腰穿针, 见脑脊液回流通畅后, 根据患者的年龄、体重和 ASA 分级缓慢地将 3ml 混合注射液注射在蛛网膜下, 用时 1min。局麻药注入蛛网膜下腔后, 需调节麻醉平面至手术的需要, 平面于 5 ~ 10min 以后固定。在注射结束后, 向头侧置入 4cm 硬膜外导管, 将患者采取平卧取截石位, 头放高, 隔 2min 进行针刺阻滞平面测试, 根据患者疼痛情况选择额外加硬膜外局部麻药, 如果疼痛效果较好则不需要。在麻醉过程中, 如果患者血压低于手术标准血压的 30% 以下或者小于 100mmHg, 则需要立即静脉注射麻黄素 (生产厂家: 北京市永康药业有限公司, 国药准字 H11020598) 5 ~ 15mg, 如果心率过慢小于 58 次/min, 需要静脉注射 0.3 ~ 0.5mg 阿托品 (生产厂家: 成都市海通药业有限公司, 国药准字 H51021302)^[6]。手术过程中如果存在失血严重, 可输入血浆, 稳定体征。

1.3 观察指标

(1) 阻滞时间: 包括感觉起效和持续阻滞时间 (感觉起效是注射麻醉药后感觉部位麻木时间, 感觉持续是感觉麻木至消失)、运动起效和持续阻滞时间 (运动起效指给麻醉药后下肢抬起感觉无力时间, 运

动持续是开始运动至恢复)。

(2) 麻醉满意度: 包括优 (无不适感)、良 (轻微疼痛)、差 (明显疼痛)。满意度 = (优 + 良) 例数 / 观察例数 × 100%。

(3) 不良反应: 包括恶心呕吐、心率不齐、血压异常。

(4) 血压和心率: 记录麻醉前后心率、收缩压 (SBP)、舒张压 (DBP)。

1.4 资料分析方法

采用 SPSS 21.0 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 两组患者阻滞时间对比

麻醉后, 观察组患者的感觉阻滞起效时间、感觉阻滞持续时间、运动阻滞起效时间、运动阻滞持续时间均短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

2.2 两组患者麻醉前后血压和心率对比

麻醉前, 两组患者血压、心率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 麻醉后, 两组血压、心率均降低, 但观察组血压和心率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

2.3 两组患者麻醉满意程度对比

观察组患者麻醉满意度为 94.00%, 高于对照组 80.00%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 2 两组患者阻滞时间对比 (min)

| 组别 | 例数 | 感觉阻滞起效 | 感觉阻滞持续 | 运动阻滞起效 | 运动阻滞持续 |
|------------|----|--------------|--------------|-------------|---------------|
| 观察组 | 50 | 35.21 ± 4.56 | 36.54 ± 6.43 | 3.16 ± 1.26 | 28.47 ± 12.63 |
| 对照组 | 50 | 38.58 ± 5.12 | 32.64 ± 5.25 | 4.11 ± 1.57 | 22.57 ± 11.38 |
| <i>t</i> 值 | | 3.476 | 3.322 | 3.337 | 2.454 |
| <i>P</i> 值 | | 0.001 | 0.001 | 0.001 | 0.020 |

表 3 两组患者麻醉前后血压和心率对比

| 组别 | 例数 | 麻醉前 | | | 麻醉后 | | |
|------------|----|--------------|----------------|--------------|--------------|---------------|--------------|
| | | 心率 (次/min) | SBP (mmHg) | DBP (mmHg) | 心率 (次/min) | SBP (mmHg) | DBP (mmHg) |
| 观察组 | 50 | 75.67 ± 8.21 | 126.34 ± 10.32 | 89.58 ± 9.67 | 68.26 ± 6.37 | 121.57 ± 8.29 | 80.52 ± 8.43 |
| 对照组 | 50 | 74.14 ± 8.24 | 129.34 ± 10.30 | 88.34 ± 8.54 | 72.36 ± 6.57 | 127.64 ± 9.54 | 86.37 ± 8.59 |
| <i>t</i> 值 | | 0.930 | 1.455 | 0.680 | 3.168 | 3.396 | 3.437 |
| <i>P</i> 值 | | 0.355 | 0.149 | 0.498 | 0.002 | 0.001 | 0.001 |

表4 两组患者麻醉满意程度对比

| 组别 | 例数 | 优 | 良 | 差 | 满意度 (%) |
|-----|----|----|----|----|---------|
| 观察组 | 50 | 35 | 12 | 3 | 94.00 |
| 对照组 | 50 | 24 | 18 | 10 | 80.00 |

$\chi^2=4.332, P=0.037$ 。

2.4 两组患者不良反应发生情况对比

观察组患者不良反应总发生率为 6.00%，低于对照组 20.00%，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 5。

表5 两组患者不良反应发生情况对比

| 组别 | 例数 | 恶心呕吐 | 血压异常 | 心率不齐 | 总发生率 (%) |
|-----|----|------|------|------|----------|
| 观察组 | 50 | 2 | 1 | 0 | 6.00 |
| 对照组 | 50 | 5 | 3 | 2 | 20.00 |

$\chi^2=4.332, P=0.037$ 。

3 讨论

前列腺是男性膀胱下的器官，主要功能是分泌前列腺液，然而随着我国现阶段人口老龄化的不断加重，前列腺增生患者也在逐渐上升，其中 50 岁以上男性发病率最高^[7]。在老年期时，前列腺中腺体组织开始退化，结缔组织在雄激素作用下继续生长，使其体积不断增大，导致前列腺增生。因为增生的多余组织变大，压迫尿道，并伴随出现尿频、尿急、夜尿症等症状，如果还有其他并发感染，还会使尿频更严重，甚至尿痛^[8]。由于近几年科技迅速发展，医疗水平的不断提高，针对前列腺增生可采取前列腺电切术进行治疗，前列腺电切术是一种非开放性手术，医生将电切镜经尿道插入，对患者内部情况进行观察，再对增生组织进行切除，手术不需要切开人体任何皮肤组织，也不会留下任何瘢痕，其创伤小，恢复快，为前列腺增生患者带来不错的治疗效果^[9]。但是前列腺增生患者多数为老年人，老年人体质和耐受性差，手术风险较大，而前列腺电切术虽然创伤小，但是需要医生对手术麻醉的药物严格把控，保证患者呼吸和血液循环功能的稳定^[10]。腰硬联合麻醉是手术麻醉中最常见的局部麻醉方法，其麻醉阻滞范围广，采用腰麻和硬膜外联合麻醉，通过蛛网膜下给药直接对神经和细胞膜产生麻醉效果，还会予以硬膜外麻醉，通过浸润进行操作，其麻醉起效快，阻滞效果好，可长时间持续进行麻醉，在前列腺电切术中被广泛运用^[11]。

在手术中，选择安全有效的麻醉药也非常重要，罗哌卡因是一种氨基酰胺局部麻醉药，通过对患者神经细胞钠离子抑制并阻断神经传导兴奋，在临床上主要用于手术区域阻滞和硬膜外麻醉，其麻醉效能强，对心脏和神经毒性较低，有明显运动和感觉阻滞分离特点，罗哌卡因腰硬联合麻醉还可以避免患者蛛网膜

下腔的阻滞平面不好的问题，对血管张力起到良好舒张作用^[12]。但是由于手术中和手术后因麻醉药的作用，会导致患者血压和心率不稳定，甚至创伤口出血等各种问题，不同浓度的罗哌卡因会影响患者运动神经阻滞，所以在麻醉药剂量和浓度的问题上需要谨慎选择^[13]。在研究中，观察组患者采用了 1.5ml 1% 罗哌卡因，其麻醉后对患者的各项阻滞时间优于对照组，麻醉后观察组血压和心率低于对照组，观察组患者的麻醉满意程度为 94.00%，对照组 80.00%，观察组的不良反应情况也低于对照组。可以看出，浓度较高的罗哌卡因对患者的麻醉效果更好，还可以抑制患者的心肌收缩和心脏传导能力，在缩短感觉和运动阻滞时间的同时，也能延长运动阻滞时间时长，低浓度的罗哌卡因会令其运动和感觉阻滞时间分离^[14]。选择小剂量的罗哌卡因对患者的交感和神经阻滞较轻，稳定其心率和血压水平，0.5% 浓度的罗哌卡因对其感觉阻滞时间效果较好，但是不能对运动神经阻滞其效果，而 1% 高浓度的罗哌卡因都对其有良好的阻滞作用。因老年人的身体机制的不同，在临床手术中，必须对麻醉剂量、浓度、选择药物方面尤为注意，罗哌卡因在局部麻醉药中对患者心脏和中枢神经伤害小，毒性易分解，不会对患者健康造成威胁同时，也能有局限性的进行运动神经阻滞^[15]。

总的来说，对前列腺电切术老年患者选择小剂量高浓度的罗哌卡因腰硬联合麻醉方式，麻醉效果良好，不仅能持续阻滞时间，还能稳定患者心率和血压变化，减少患者不良反应情况，提高其麻醉满意程度，而且小剂量高浓度的罗哌卡因可以实现最佳麻醉效果，更适用于老年行前列腺增生电切术患者。

4 参考文献

- [1] 赵小芬. 不同剂量的罗哌卡因椎管内麻醉在前列腺电切术中的应用效果比较 [J]. 河南医学研究, 2021, 30(16): 2987-2989.
- [2] 张澎波, 乔晓利. 老年经尿道前列腺电切手术患者的 2 种麻醉方法比较研究 [J]. 实用临床医药杂志, 2020, 24(16): 53-56.
- [3] 陈爽. 罗哌卡因复合芬太尼硬膜外麻醉经尿道前列腺电切术的效果观察 [J]. 中国医药指南, 2020, 18(4): 147.
- [4] 周兴, 刘朝圣. 前列腺炎、前列腺增生 [M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2011.
- [5] 徐丽莉, 辜敏, 侯艳, 等. 右美托咪定复合罗哌卡因骶管阻滞对前列腺电切术后镇痛效果评估 [J]. 西部医学, 2019, 31(9): 1420-1425, 1431.
- [6] 姚喜红, 周娟, 胡晨. 经尿道前列腺电切术后经静脉与经硬膜外镇痛方法的比较 [J]. 临床医药实践, 2019, 28(1): 5-8.

督灸配合八段锦操治疗寒湿痹阻型 LDH 患者的效果观察

包维肃

【摘要】 目的 分析督灸配合八段锦操治疗对寒湿痹阻型腰椎间盘突出 (LDH) 患者症状、功能受限的影响。

方法 选取医院 2018 年 1 月 - 2022 年 7 月收治的 110 例寒湿痹阻型 LDH 患者, 在组间性别、年龄、病程具有可比性的原则上, 采用简单随机方法分为观察组和对照组, 各 55 例。对照组给予八段锦操治疗, 观察组另加用督灸治疗。对比两组患者症状、功能受限的治疗效果。结果 督灸配合八段锦操治疗后, 观察组总有效率为 96.36%, 高于对照组的 81.82%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 两组中医症候积分、Oswestry 功能障碍指数 (ODI 评分)、疼痛评分 (VAS 评分) 均降低, 且观察组低于对照组; 两组腰椎疾患疗效评分 (JOA 评分) 均升高, 且观察组高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 对寒湿痹阻型 LDH 患者采取督灸配合八段锦操治疗, 可显著降低患者临床症状, 降低患者疼痛程度。

【关键词】 督灸; 八段锦操; 寒湿痹阻型; 自护能力

中图分类号 R246.9 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)02-111-03

腰椎间盘突出 (LDH) 是中青年常见病之一, 表现为腰腿部疼痛、麻木、无力等, 极易压迫脊神经根, 引起腰腿疼痛, 降低患者生活质量^[1]。随着生活方式的不断变化, LDH 发病率逐渐上升, 且呈年轻化发展趋势。目前, 临床多采取手术、药物等治疗, 可一定程度上有效缓解疼痛程度, 改善临床症状^[2]。近年来, 中医学对 LDH 病因病机追本溯源, 依照综合调节、辨证施治的思路进行探讨, 在 LDH 治疗方面取得新的突破^[3]。鉴于此, 本研究选取督灸配合八段锦操治疗, 观察其对寒湿痹阻型 LDH 患者的临床效果, 现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

以医院 2018 年 1 月 - 2022 年 7 月收治的 110 例
作者单位: 743300 甘肃省定西市通渭县中医医院

寒湿痹阻型 LDH 患者为研究对象, 纳入标准: ①符合《骨科疾病诊断标准》^[4] 的诊断标准; ②影像学表现无特别巨大的椎间盘突出或脱出; ③临床资料齐全者。排除标准: ①存在精神疾病、认知障碍者; ②不配合本次研究者; ③合并骨质疏松者; ④合并严重凝血功能异常。在组间性别、年龄、病程具有可比性的原则上, 采用简单随机方法分为观察组和对照组, 每组 55 例。其中对照组男 29 例, 女 26 例; 年龄 24 ~ 80 岁, 平均 52.36 ± 1.45 岁; 病程时间 1 ~ 15 年, 平均 8.26 ± 0.69 年。观察组男 33 例, 女 22 例; 年龄 23 ~ 82 岁, 平均 52.54 ± 1.71 岁; 病程时间 1 ~ 16 年, 平均 8.38 ± 0.73 年。两组患者上述资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。本研究通过伦理委员会审批。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 给予八段锦操治疗, 即两手托天理三焦、左右开弓如射雕、调理脾胃臂单举、五劳七伤往

[7] 丁雪飞, 韩悦星, 卢圣铭, 等. 罗哌卡因在前列腺周围神经阻滞麻醉中的效果和安全性 [J]. 中华泌尿外科杂志, 2021, 42(12): 932-934.
[8] 吴涛, 苗壮, 温超. 小剂量右美托咪定复合罗哌卡因在老年患者 TURP 手术中的应用 [J]. 大连医科大学学报, 2021, 43(4): 301-307.
[9] 王化冰, 杨倚天, 郝欣蕊, 等. 低给药速度下蛛网膜下腔阻滞对老年患者 TURP 手术麻醉效果的影响 [J]. 转化医学杂志, 2021, 10(6): 366-370.
[10] 何静, 郑重, 祁富伟, 等. 右美托咪定复合罗哌卡因超前镇痛对开胸手术病人围术期疼痛控制及血清前列腺素 E₂、 β -内啡肽的影响 [J]. 临床外科杂志, 2020, 28(8): 787-789.

[11] 高向梅. 分析小剂量罗哌卡因麻醉在老年膝关节置换术中的效果 [J]. 医学食疗与健康, 2021, 19(18): 91-92.
[12] 韩丹丹. 探讨小剂量罗哌卡因和舒芬太尼腰硬联合麻醉在无痛分娩中的应用 [J]. 医学食疗与健康, 2020, 18(5): 99-100.
[13] 刘丽妹, 张子江, 伍丽萍, 等. 0.5% 罗哌卡因和 0.5% 布比卡因在老年下肢骨科手术腰硬联合麻醉中的应用比较 [J]. 临床合理用药杂志, 2020, 13(4): 80-81.
[14] 刘劲, 杨良民, 李君, 等. 罗哌卡因腰硬联合麻醉对老年人工股骨头置换术患者术中血压、心率变化及麻醉效果的影响 [J]. 中国合理用药探索, 2019, 16(7): 154-156.
[15] 周爱莲. 分析不同浓度罗哌卡因在无痛分娩中的应用效果 [J]. 中外医学研究, 2019, 17(15): 137-138.

[2022-10-17 收稿]

后瞧、摇头摆尾去心火、两手攀足固肾腰、攒拳怒目增气力、背后七颠百病消。训练早期,结合患者自身情况制定训练方案,若患者出现呼吸加重、头痛等不适症状,应立即停止训练,结合患者体质不断加强训练强度,确保患者每天能锻炼1次,每次时间 $\geq 30\text{min}$,4~5次/周,训练强度以患者耐受能力为宜。治疗3个月。

1.2.2 观察组 在对照组基础上另加用督灸治疗,药粉成分:独活、秦艽、防风、细辛、当归、熟地、白芍、肉桂芯、茯苓、杜仲、牛膝、党参各15g,炙甘草、川芎各10g,桑寄生9g。清洁大椎穴至腰阳关穴部位,于皮肤铺上掺有中药粉的生姜泥,将艾柱放在生姜泥上点燃,6壮/次,2h/次,2次/周。治疗3个月。

1.3 观察指标

(1) 临床疗效:痊愈即疼痛完全消失,可自行活动;显效即疼痛基本消失,腰背部有不适感,影响日常生活;有效即疼痛减轻,影响日常生活;无效即与治疗前相比无变化。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/观察例数。

(2) 腰椎功能障碍:分别采用 Oswestry 功能障碍指数(ODI)^[5]和腰椎疾患疗效评定表(JOA)^[6]评定。ODI评分共9题,分数0~5分,分数越高则功能障碍较明显。JOA评分主要评估患者主观变化和体征,总分29分,得分越低代表功能障碍越明显。

(3) 疼痛程度:选取视觉模拟评分表(VAS评分)^[7]评估,共0~10分,0分为无痛,1~3分为轻度,4~6分为中度,7~10分为重度。

(4) 中医证候积分:根据《中医病证诊断疗效标准》^[8],选取中医证候评分量表评估,按主症(腰痛、下肢麻木、腰膝乏力)、次症(面色恍白、气少懒言、

腰腿发凉、舌红少苔、脉弦细)计分,0分为正常,2分为轻度,4分为中度,6分为严重。

1.4 统计学分析

数据采用 SPSS 20.0 统计学软件分析处理,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 两组临床疗效的比较

督灸配合八段锦操治疗后,观察组总有效率高 于对照组(96.36%VS81.82%),差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 两组临床疗效对比

| 组别 | 例数 | 痊愈 | 显效 | 好转 | 无效 | 总有效率(%) |
|-----|----|----|----|----|----|---------|
| 观察组 | 55 | 31 | 14 | 8 | 2 | 96.36 |
| 对照组 | 55 | 29 | 10 | 6 | 10 | 81.82 |

$\chi^2=5.986, P=0.014$ 。

2.2 两组 ODI 评分、JOA 评分、VAS 评分比较

治疗前,两组 ODI 评分、JOA 评分、VAS 评分对比,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,观察组 ODI 评分、VAS 评分低于对照组,JOA 评分高于对照组,且两组各项组内对比,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

2.3 两组中医证候积分比较

治疗前,两组中医证候积分对比,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,两组各项中医证候积分均降低,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

表2 两组治疗前、后 ODI、JOA、VAS 评分对比(分)

| 组别 | 例数 | ODI 评分 | | JOA 评分 | | VAS 评分 | |
|-----|-------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| | | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 观察组 | 55 | 35.20 ± 6.63 | 16.56 ± 3.56 | 10.36 ± 1.05 | 23.26 ± 2.63 | 6.23 ± 0.56 | 2.63 ± 0.47 |
| 对照组 | 55 | 35.54 ± 6.70 | 25.26 ± 4.05 | 10.45 ± 0.98 | 16.59 ± 2.84 | 6.25 ± 0.59 | 3.85 ± 0.68 |
| | t 值 | 0.268 | 11.966 | 0.465 | 12.780 | 0.182 | 10.945 |
| | P 值 | 0.790 | 0.000 | 0.643 | 0.000 | 0.856 | 0.000 |

表3 两组中医证候积分对比(分)

| 组别 | 例数 | 主证 | | 次证 | |
|-----|-------|--------------|-------------|--------------|-------------|
| | | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 观察组 | 55 | 14.26 ± 1.24 | 2.63 ± 0.51 | 12.63 ± 1.52 | 1.65 ± 0.48 |
| 对照组 | 55 | 13.90 ± 1.52 | 5.36 ± 0.94 | 12.75 ± 1.69 | 4.95 ± 0.84 |
| | t 值 | 1.361 | 18.932 | 0.392 | 25.296 |
| | P 值 | 0.176 | 0.000 | 0.696 | 0.000 |

3 讨论

LDH 为骨科疾病中常见的一种疾病, 由外界因素下椎间盘纤维环发生破裂, 引起髓核组织自破裂部位脱出或突出, 压迫椎管内激素和神经根, 导致椎间盘出现疼痛, 对日常生活存在一定影响^[9]。对于不满足手术指征的 LDH 患者, 仅需要行保守治疗。非甾体类抗炎药、生物制剂等是治疗该病的常用药物, 可有效缓解临床症状、减轻炎症、延缓病情发展, 但缓解期间 LDH 症状依旧存在, 且随着病情发展, 活动、关节受限等因素可导致患者腰椎关节出现粘连、畸形, 可通过给予功能活性训练及中医治疗等方法改善患者关节功能。

八段锦操为养生学临床常见锻炼方法之一, 通过调整呼吸、身体活动、意识为手段, 既能有效提高患者机体能力, 又能发挥疏通经络、强身健体的效果, 且该方法具有调神、调息、调形的特点, 在放松患者精神紧张的基础上, 增强心肺功能, 促进血液循环, 预后效果显著^[10]。中医上, 该病属腰痛之“痹证”, 由风邪、湿邪风寒所引起, 病机为气淤血亏, 血瘀湿滞, 寒湿痹阻型为临床常见的证型, 治疗上应以通经络、祛淤血为主。本研究观察组另加用督灸治疗, 结果显示, 观察组较对照组疗效更好、中医症候积分更低, 证明督灸配合八段锦操治疗可显著缓解临床症状, 降低中医症候积分。督灸是以督脉为阳脉之海为理论基础, 将处方中所需的中药研制成粉状, 并掺于艾绒中, 将生姜打成姜泥, 平铺于后背督脉周围区域, 发挥温经通络、化痰止痛、散寒除湿之效^[11]。药粉中的独活为祛风湿散寒药, 有除湿、通痹、止痛之效; 秦艽为祛风湿清热药, 有祛风湿、舒筋、止痛之效; 细辛为辛温解表药, 有散寒、通窍止痛作用; 当归为补血药, 有补血、活血、止痛之效; 白芍有为补血药, 止痛、养血调经、敛阴止汗; 肉桂芯属温里药, 有散寒止痛, 温通经脉之效; 茯苓为利水消肿药, 抗菌, 能提高机体的免疫能力; 杜仲为补阳药, 有补肝肾、强筋骨之效; 党参有补气药, 有增强机体应激能力、免疫功能之效; 炙甘草为补气药, 有补脾和胃, 益气复脉之效; 川芎为活血止痛药, 有行气活血、止痛之效; 桑寄生为祛风湿强筋骨药, 有强筋骨、祛风湿之效; 防风有祛风解表, 止痛, 止痉之效; 熟地有补血滋阴, 益精之效; 牛膝为活血化瘀药, 有补肝肾、强筋骨、引血下行之效。诸多药物联合应用, 可补肝肾、通经络、祛淤血。本研究结果中, 两组治疗后 ODI 评分、VAS 评分、JOA 评分均明显改善, 但观察组改善程度

优于对照组, 表明督灸配合八段锦操治疗可显著降低疼痛程度, 提高腰椎功能。八段锦操具有动作简单、难度低、不受场地限制的特点, 以循序渐进的方式进行训练, 可有效增强患者腰部肌腱、肌肉、韧带张力等, 进而促进腰椎功能恢复; 督灸治疗取大椎穴至腰阳关穴进行施灸, 发挥温经活络, 祛寒除湿的效果。

综上所述, 对寒湿痹阻型 LDH 患者采取督灸配合八段锦操治疗, 可显著降低患者临床症状, 提高患者腰椎功能。

4 参考文献

- [1] Du J, Yang J, Yan L, et al. Intraoperative anti-inflammatory drugs combined with no drainage after MIS-TLIF in the treatment of recurrent lumbar disc herniation: an RCT[J]. *J Orthop Surg Res*, 2021, 16(1):20.
- [2] 许平成, 褚亚伟, 徐英杰, 等. 经皮椎间孔镜下椎间盘切除术对腰椎间盘突出症患者应激, 术后疼痛及腰背伸肌群肌电图的影响[J]. *颈腰痛杂志*, 2021, 42(4):535-538.
- [3] 朱荣光, 朱小俊, 何卫东, 等. 活血通络针刺法联合和营止痛汤对血瘀型腰椎间盘突出症所致腰腿痛的疗效观察[J]. *中国中医急症*, 2022, 31(3):478-480.
- [4] 李锋. 骨科疾病诊断标准[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2009.
- [5] 曾军平, 邹腾军, 邹伟伟. 针药合用对胸腰椎爆裂性骨折伴脊髓损伤患者术后 Oswestry 功能障碍指数及骨折愈合情况的影响[J]. *药品评价*, 2020, 17(7):14-16.
- [6] 王远庆, 吴耀持. 超微针刀网状松解法对腰椎间盘突出症患者 VAS 评分和 JOA 腰椎疾患评分的影响[J]. *陕西中医*, 2020, 41(4):541-543.
- [7] 淡继红. 针刺联合舒筋通络推拿对肩周炎患者视觉模拟评分法评分及肩关节活动度的影响[J]. *中国民间疗法*, 2020, 28(9):43-44.
- [8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [9] Shi S, Zhou Z, Ni HJ, et al. Does anxiety influence the prognosis of percutaneous transforaminal endoscopic discectomy in the treatment of lumbar disc herniation? A preliminary propensity score matching analysis[J]. *Int Orthop*, 2020, 44(11):2357-2363.
- [10] 王贤良, 莫欣宇, 王帅, 等. 八段锦对稳定性冠心病患者运动心肺功能及生存质量影响的随机对照试验[J]. *中医杂志*, 2021, 62(10):881-886, 903.
- [11] 宫云昭, 刘春雷, 张长春, 等. 督灸配合 DSA 引导下小针刀治疗寒湿痹阻型腰椎间盘突出症临床观察[J]. *实用药物与临床*, 2021, 24(5):441-444.

[2022-09-07 收稿]

子午流注联合耳穴贴压在腹腔镜胆囊切除术后胃肠功能恢复中的护理效果

吕辉 曾广希 涂福梅 湛琳

【摘要】 目的 探讨观察子午流注联合耳穴贴压在腹腔镜胆囊切除术后胃肠功能恢复中的护理效果。方法 选取 2022 年 3-11 月医院收治的 100 例腹腔镜胆囊切除术后患者,在组间性别、年龄、胆囊疾病类型、腹腔镜手术时间、苏醒时间及体重均衡可比原则的基础上,随机分为观察组和对照组,每组 50 例。对照组采用耳穴贴压护理,观察组采用子午流注择时耳穴贴压法护理,比较两组术后康复时间(肠鸣音恢复、首次排气、首次排便、住院四项时间)、术后(6h、48h)恶心呕吐程度、术后腹胀程度(6h、48h)及患者护理满意度。结果 治疗后,与对照组比较,观察组术后康复时间更短、术后恶心呕吐程度评分及术后腹胀程度评分更低、护理满意度更高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 子午流注联合耳穴贴压能加速腹腔镜胆囊切除术后胃肠功能恢复,提升患者满意度。

【关键词】 腹腔镜胆囊切除术;胃肠功能恢复;子午流注;耳穴贴压;术后康复时间;恶心呕吐程度;腹胀程度
中图分类号 R248.2 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)02-114-03

胆囊疾病属于普外科常见病,发病率偏高,多应用外科手术治疗^[1]。腹腔镜胆囊切除术因具有无创、疼痛轻、恢复快等多种优点,在临床广泛应用^[2-3]。但手术麻醉、二氧化碳气腹、手术操作牵拉胃肠、术后腹腔渗液渗血、手术操作导致的创伤、人体电解质紊乱等多种因素,均会对胃肠功能造成影响,诱发术后胃肠功能障碍^[4]。有调查报告^[5],腹腔镜胆囊切除术患者的术后恶心呕吐等多种胃肠道不良反应的发生概率较大,达到 50%~70%。常规西药止吐不良反应较大,且药物价格昂贵,经济性低^[6]。现今中医手段成为促进腹腔镜胆囊切除术患者胃肠功能恢复的主要手段之一,其中子午流注理论属于中医时间医学,耳穴贴压属于中医常用外治手段,两者有效结合可在促进患者胃肠功能恢复方面发挥显著作用。本研究在腹腔镜胆囊切除术后患者的护理中,应用子午流注联合耳穴贴压干预,观察对患者胃肠功能恢复的影响,结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

以 2022 年 3-11 月医院收治的 108 例腹腔镜胆囊切除术后患者为研究对象。其中 3 例对疼痛不能耐受被剔除;1 例因病区中转开腹被剔除;4 例治疗过程中耳贴有脱落,影响观察自然脱落;实际观察患者 100 例。在组间性别、年龄、胆囊疾病类型、腹腔镜手术时间、苏醒时间及体重均衡可比的原则上,随

机分为观察组和对照组,各 50 例。对照组男 33 例、女 17 例;年龄 40~76 岁,平均 58.43 ± 6.19 岁;急慢性胆囊炎 31 例、胆囊结石 12 例、胆囊息肉 7 例;腹腔镜手术时间 13~19min,平均 16.39 ± 1.21 min;苏醒时间 50~64min,平均 57.43 ± 9.20 min;体重 44~89kg,平均 66.79 ± 12.31 kg。观察组男 31 例、女 19 例;年龄 41~76 岁,平均 58.67 ± 6.20 岁;急慢性胆囊炎 33 例、胆囊结石 11 例、胆囊息肉 6 例;腹腔镜手术时间 13~19min,平均 16.21 ± 1.20 min;苏醒时间 50~62min,平均 57.11 ± 9.19 min;体重 44~88kg,平均 66.41 ± 12.30 kg。两组上述资料对比差异无统计学意义($P > 0.05$)。本研究获得凉山彝族自治州中西医结合医院伦理委员会批准同意;患者及家属知情同意并自愿签署知情同意书。

(1) 纳入标准:①经医院确诊胆囊疾病,确定有腹腔镜切除术指征且在医院完成手术者;②首次进行手术治疗且术后护理全程配合;③选择全身麻醉,手术持续时间小于 2h;④手术顺利完成且出血量少于 50ml;⑤认知功能正常且精神状态良好者。

(2) 排除标准:①经医院确诊心脏病、糖尿病等疾病者;②经医院确诊获得性免疫缺陷综合征、梅毒等传染性疾病者;③既往进行过腹部手术者;④精神状态异常且护理依从性较差者;⑤耳廓部位发生皮肤性疾病,比如湿疹、冻疮或裂伤等者;⑥缺乏耳穴贴压及子午流注指征者;⑦已经参与或接受过类似干预者。

(3) 剔除及脱落标准:①因多种原因术中变更手术方案;②经医院检出凝血功能障碍;③围手术期

存在自行使用非医嘱药物行为；④术后发生大出血及大血管损伤等严重并发症；⑤护理期间存在耳穴压豆持续时间不达标现象；⑥临床资料及病情监测结果不全。

(4) 终止标准：①干预期间有过敏、不耐受等不良反应者；②干预期间不配合治疗或因个人原因不能继续进行实验者。

1.2 治疗方法

两组均行常规护理，包含术前完善检查、术前准备、科学用药、术后心电监护、饮食干预、知识宣教、心理护理、恢复性训练等。

1.2.1 对照组 采用耳穴贴压护理。术后麻醉清醒后评估患者主要症状、耳部皮肤，询问有无胶布过敏等，对患者耳部进行消毒，将王不留行籽耳穴贴贴于患者单侧耳部对应大肠、小肠、胃、三焦、神门穴处。按压方法为拇指和食指指腹对压耳穴，以患者感觉到酸、麻、胀痛及热感为宜，按压同时向病人讲解耳穴贴压的目的、意义和操作方法。每日进行4次按压，每次约1~2min，护理7天。

1.2.2 观察组 在对照组基础上采用子午流注择时耳穴贴压法护理。选穴及按压方法同对照组，基于子午流注理论择时为患者进行耳穴按压。按压时间分别为卯时(06:00:00)、辰时(8:00:00)、未时(14:00:00)、亥时(22:00:00)。护理7天。

1.3 观察指标

(1) 术后康复时间：包括肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次排便时间及住院时间。

(2) 术后恶心呕吐程度：记录患者6~48h的呕心、呕吐程度。判定标准参考世界卫生组织毒副反应分级标准^[7]，当患者术后无恶心呕吐表现且症状评价为1级记0分；当患者术后感觉稍有恶心但无呕吐表现，症状评价为2级记1分；当患者术后自觉恶心、

呕吐感受，但不可见呕吐物，且症状评价为3级记2分；当患者术后自觉恶心、呕吐感受严重，有胃内容物吐出，发生次数较多，需及时进行止吐干预，且症状评价为4级记3分。

(3) 术后腹胀程度：记录患者术后6~48h的腹胀程度，判定标准参考《中药新药临床研究指导原则》^[8]。自觉无腹胀感受，尤其是排气前，记1分；自觉有轻微腹胀感受，但手术伤口感受正常，记2分；自觉有较明显腹胀感受，存在或不存在腹部膨隆表现，手术伤口自觉有胀痛感存在，但尚在忍受范围内，记3分；自觉有明显腹胀感受，存在腹部膨隆表现，手术伤口胀痛且不能忍受，甚至诱发其他症状，需及时进行干预，记4分。

(4) 患者满意度：向患者及家属发放医院自制的满意度调查问卷，对患者的满意度进行评估，包括非常不满意、不满意、一般、满意、非常满意5个选项。满意度=(非常满意例数+满意例数)/观察例数。

1.4 数据分析方法

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

2 结果

2.1 两组患者术后康复时间比较

观察组术后肠鸣音恢复时间、首次排气时间、首次排便时间及住院时间均短于对照组，差异均有统计学意义($P < 0.05$)，见表1。

2.2 两组患者胃肠功能症状比较

观察组在术后6h及48h的恶心呕吐程度及腹胀程度评分均低于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)，见表2。

表1 两组术后康复时间比较

| 组别 | 例数 | 肠鸣音恢复时间(h) | 首次排气时间(h) | 首次排便时间(h) | 住院时间(d) |
|-------|----|--------------|--------------|--------------|-------------|
| 对照组 | 50 | 11.03 ± 2.34 | 19.07 ± 3.47 | 35.09 ± 4.78 | 7.43 ± 2.11 |
| 观察组 | 50 | 6.39 ± 1.74 | 11.05 ± 3.21 | 22.34 ± 4.67 | 5.76 ± 1.78 |
| t 值 | | 11.252 | 11.997 | 13.491 | 4.278 |
| P 值 | | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |

表2 两组胃肠功能症状比较(分)

| 组别 | 例数 | 术后恶心呕吐程度 | | 术后腹胀程度 | |
|-------|----|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 术后6h | 术后48h | 术后6h | 术后48h |
| 对照组 | 50 | 2.32 ± 0.47 | 1.08 ± 0.31 | 3.35 ± 0.54 | 1.85 ± 0.32 |
| 观察组 | 50 | 2.04 ± 0.43 | 0.67 ± 0.28 | 3.03 ± 0.50 | 1.37 ± 0.31 |
| t 值 | | 3.108 | 6.940 | 3.075 | 7.618 |
| P 值 | | 0.003 | 0.000 | 0.003 | 0.000 |

2.3 两组患者满意度比较

观察组患者护理满意度为 96.00%，对照组为

80.00%，观察组满意度高于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者满意度比较

| 组别 | 例数 | 非常满意 | 满意 | 一般 | 不满意 | 非常不满意 | 满意度 (%) |
|-----|----|------|----|----|-----|-------|---------|
| 对照组 | 50 | 18 | 22 | 4 | 5 | 1 | 80.00 |
| 观察组 | 50 | 23 | 25 | 1 | 1 | 0 | 96.00 |

$\chi^2 = 6.061, P = 0.014$ 。

3 讨论

有研究^[9]指出，腹腔镜胆囊切除术后有很高概率诱发胃肠功能障碍，若不能及时预防或缓解，会诱发脱水、吸入性肺炎以及电解质紊乱等多种并发症，延长住院治疗时间，增加患者经济压力。胃肠功能是否可以顺利恢复，肠蠕动能力与吸收能力是否受到限制，均会对肠腔内液体丢失、增高腹腔及肠腔中压力造成影响。因此，积极采取有效措施恢复患者胃肠功能是很有必要的。耳穴贴压属于传统中医外治法，通过在耳穴部位粘贴王不留行籽，定时按压耳穴，达到刺激穴位、调整脏腑功能的目的^[10]。传统医学认为，耳穴和人体五脏六腑具有十分密切的关系，且富含丰富神经支配，合理刺激耳穴可调节胃肠道功能。临床应用表明，耳穴贴压可调节人体经脉气血运行，还可健脾和胃，加速胃肠道蠕动^[11]。子午流注理论基于《黄帝内经》，主张因时制宜及天人相应。该理论认为，人是大自然的产物之一，其生理及病理变化也会受外界气候影响，存在一定变化规律^[12]。子午流注理论将人体十二经脉、一天十二个时辰有效联系起来，主张在一定时间中进行耳穴刺激，达到调整人体阴阳平衡与无性功能的目的，这是一种更精细的治疗方法^[13]。

本研究选择子午流注纳子法理论对患者选择穴位进行耳穴贴压治疗，选取穴位大肠、小肠、胃、三焦、神门 5 个穴位，耳穴按压时间选择卯时 (06:00:00)、辰时 (8:00:00)、未时 (14:00:00)、亥时 (22:00:00)。各穴位与对应的时辰之间的具体联系为：卯时 (06:00:00) 对应大肠经活跃时期，大肠穴可调理胃肠，治疗大肠气机不畅，胃肠功能紊乱、呕吐等；辰时 (8:00:00) 对应足阳明胃经活跃时期，胃穴可行气消食，主治消化不良，恶心、呕吐等；未时 (14:00:00) 对应主小肠，此时处于饭后消化时间，小肠穴主治胃肠功能紊乱，消化不良、腹痛、腹胀；亥时 (22:00:00) 人体周身气血汇聚于三焦，三焦为元气、水谷、水液运行之所，该阶段是十二时辰中最后一个时辰，该穴具有通行元气之效，帮助元气通过三焦输往全身各五脏六腑处，充沛于全身，推动各脏器的功能活动。神门穴具有宁心安神、镇静止痛之效。诸穴联用可疏通经络，有促进胃肠蠕动之功效。

综上，子午流注联合耳穴贴压可加快腹腔镜胆囊

切除术后胃肠功能的恢复。

4 参考文献

- [1] 郭彩荣. 术后择时护理干预对腹腔镜胆囊切除术后胃肠功能恢复的影响 [J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊), 2019, 19(26): 281, 283.
- [2] 裴雅芳. 早期饮食指导对促进老年腹腔镜胆囊切除术患者术后胃肠功能恢复的效果 [J]. 河南外科学杂志, 2021, 27(5): 120-122.
- [3] 许晓娟. 耳穴压豆法及穴位按摩在腹腔镜“胆囊切除术”后胃肠功能恢复中的观察及护理效果分析 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4(33): 88, 90.
- [4] 刘霞, 孙海霞. 临床护理路径对腹腔镜下胆囊切除术患者术后疼痛与胃肠功能恢复的影响 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(29): 75.
- [5] 江彦. 快速康复外科护理对高龄患者腹腔镜胆囊切除术后胃肠功能恢复、情绪及并发症的影响 [J]. 河南医学研究, 2020, 29(29): 5517-5519.
- [6] 景利娜, 崔保宁, 赵云云. 快速康复外科理念护理对腹腔镜胆囊切除术后患者胃肠功能恢复及下肢深静脉血栓的影响 [J]. 中国民康医学, 2020, 32(5): 161-163.
- [7] 叶佳杰. 针灸联合不同穴位按摩在腹腔镜胆囊切除术后老年患者中的应用效果及对胃肠功能的影响 [J]. 中国医学创新, 2021, 18(24): 81-84.
- [8] 陈莹, 章淑菁, 祝苏青. 耳穴压豆联合穴位贴敷在腹腔镜胆囊切除术后胃肠功能恢复中的应用 [J]. 新中医, 2021, 53(4): 182-185.
- [9] 曾镜祥, 杜莲芳, 郑芳. 子午流注法指导耳穴压豆对妇科腹腔镜手术患者术后胃肠功能恢复的临床研究 [J]. 中国现代药物应用, 2020, 14(17): 213-215.
- [10] 郑萍, 章群波. 大柴胡汤加减方贴敷胆囊区与耳穴压豆联合术后常规疗法促进胆囊炎术后康复效果分析 [J]. 新中医, 2020, 52(20): 35-38.
- [11] 肖思滇. 子午流注法中药灌肠对肝胆湿热型急性胆囊炎腹腔镜术后胃肠功能的影响 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2020, 18(21): 83-85.
- [12] 祝博聪. 子午流注穴位按摩结合耳穴压豆对慢性阻塞性肺疾病患者胃肠功能障碍的影响 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2021, 19(18): 134-135, 150.
- [13] 刘佳, 李香娥, 顾国英, 等. 择时耳穴贴压对急性阑尾炎术后患者肠功能的影响 [J]. 中医药导报, 2020, 26(8): 35-38.

[2022-04-27 收稿]

穴位敷贴联合针灸辨证治疗对支气管哮喘患者呼吸功能的影响

李小芬

【摘要】 目的 探讨穴位敷贴联合针灸辨证治疗对支气管哮喘患者呼吸功能的影响。方法 选取医院呼吸内科收治支气管哮喘患者116例,采用随机信封法结合组间性别、年龄、病程均衡可比的原则分为观察组和对照组,每组58例。对照组给予孟鲁司特钠片、布地奈德福莫特罗粉等西医常规治疗,观察组在此基础上给予穴位敷贴联合针灸辨证治疗。比较两组支气管哮喘控制测试评分、呼吸功能、免疫功能、生活质量评定量表(AQLQ评分)和不良反应发生情况。结果 治疗前,两组支气管哮喘控制测试评分(ACT评分)、最大自主通气量(MVV)、呼气流速峰值(PEFR)、气道阻力(RAW)水平、IgA、IgG、IgM水平及AQLQ各维度评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组ACT评分、MVV、PEFR、IgA、IgG、IgM水平及AQLQ各维度评分均较治疗前明显上升,且观察组高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$);两组RAW则较治疗前明显下降,观察组水平低于对照组($P<0.05$)。治疗期间观察组不良反应发生率(5.17%)低于对照组(18.97%),差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 穴位敷贴联合针灸辨证治疗支气管哮喘可提高症状控制水平,显著改善患者呼吸功能和生活质量,安全性较高。

【关键词】 穴位敷贴; 针灸; 辨证治疗; 支气管哮喘; 呼吸功能

中图分类号 R256.12 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)02-117-03

支气管哮喘属慢性气道炎症性疾病,其典型症状主要有胸闷、咳嗽、呼吸困难等。该病治疗难度较大,易反复发作,严重危害患者身心健康^[1-2]。西医治疗可控制哮喘症状,但整体疗效有限,且易引发恶心、乏力、过敏、腹泻等不良反应^[3]。穴位贴敷能缓解哮喘症状,有效控制或减少哮喘反复发作,其理论依据在于穴位贴敷能使药物经皮肤吸收和穴位循行直达病所,发挥药物“归经”这一治疗作用。有研究认为支气管哮喘可分为风寒犯肺型、痰热壅肺型、肺脾气虚型和脾肾阳虚型等,通过针灸辨证治疗可提高疗效,取得明显效果^[4]。但穴位敷贴联合针灸辨证治疗支气管哮喘是否可取得协同增效作用,目前相关报道较少见。鉴于此,本研究通过临床实验探讨穴位敷贴联合针灸辨证在支气管哮喘治疗中的应用价值。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取医院呼吸内科2020年3月-2022年3月收治支气管哮喘患者116例为研究对象。纳入标准:①符合支气管哮喘诊断标准^[5],患者均处于慢性持续期。②年龄 ≥ 18 岁;③首次接受穴位贴敷或针灸治疗。排除标准:①过敏体质者;②合并肝肾功能障碍、慢性阻塞性肺疾病、肺部感染或肺心病者;③既往行穴位贴敷后针灸治疗失败者;④妊娠或哺乳期妇女。在组间性别、年龄、病程均衡可比的原则上,

采用随机信封法分为观察组和对照组,每组58例。观察组男23例,女35例;年龄24~75岁,平均 48.76 ± 10.57 岁;病程3~22年,平均 17.50 ± 3.42 年。对照组男24例,女34例;年龄28~72岁,平均 47.95 ± 9.89 岁;病程4~23年,平均 18.12 ± 3.09 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,并且患者知情同意。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 采用常规治疗。给予孟鲁司特钠片(鲁南贝特制药有限公司,国药准字H20083372,规格:10mg),口服,10mg/次,1次/d;布地奈德福莫特罗粉(AstraZeneca AB,批准文号:H20110556,规格:320微克/9微克/吸,60吸/支)治疗,首次使用时应详告知操作方法,1喷/次,2次/d,连续治疗4周。

1.2.2 观察组 在对照组基础上采用穴位敷贴联合针灸辨证治疗。①穴位贴敷:使用细辛、甘遂各3g,白芥子6g,延胡索10g,研磨过细筛后依据比例加入生姜汁混匀,制成直径1cm,质量1g的药丸,将其置于定喘、肺俞、膈俞、肾俞、脾俞各处,每周穴位贴敷1次,共治疗4周。贴敷过程中注意观察有无红肿、水疱、瘙痒等现象,如出现上述情况需及时取下。②针灸辨证治疗:主穴选取定喘、肺俞、膻中、天突,配穴选取大椎、鱼际或风门、合谷。选用毫针(规格:28~30号),定喘、肺俞朝脊柱方向呈45°斜刺,膻中朝下平刺,天突靠胸骨后朝下平刺,大椎朝上斜刺,风门脊柱向斜刺,肾俞与脾俞朝脊柱向45°斜刺,

太溪直刺。留针 20min, 治疗过程中以平补平泻法行针 2 次, 捻转 2 ~ 3 圈, 2 ~ 4 个往复 / 秒, 每次行针 5 秒。2 次 / d, 连续治疗 4 周。

1.3 观察指标

(1) 症状控制情况: 于治疗前和治疗 4 周后采用支气管哮喘控制测试评分 (asthma control test, ACT) 评估哮喘症状控制情况, 评分越高提示症状控制效果越理想。

(2) 呼吸功能: 采用肺功能测试系统 (GMEG 公司, Power Cube-Bod) 检测两组最大自主通气量 (MVV)、呼气流速峰值 (PEFR)、气道阻力 (RAW) 水平。

(3) 免疫功能: 以酶联免疫吸附法测定免疫球蛋白 IgA、IgG、IgM 水平。

(4) 生活质量: 采用适用于哮喘患者的生活质量评定量表 (AQLQ) 评估生活质量, 该量表含心理健康、哮喘状况、活动受限、对刺激原反应等维度, 评分越高提示生活质量越高。

(5) 不良反应发生率: 不良反应包括皮肤瘙痒、皮炎、荨麻疹、鼻部出血等。

1.4 数据分析方法

采用 SPSS 20.0 统计软件分析数据, 计量资料用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示, 组间比较采用两独立样本 t 检验, 组

内比较采用配对 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 ACT 评分和呼吸功能比较

治疗前, 两组 ACT 评分和各项呼吸功能指标比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 两组 ACT 评分和 MVV、PEFR 呼吸功能指标均升高, 但呼吸功能指标 RAW 均下降; 组间比较, 观察组 ACT 评分和 MVV、PEFR 水平高于对照组, RAW 低于对照组, 组间差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组免疫功能指标比较

治疗前, 两组 IgA、IgG、IgM 水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 两组 IgA、IgG、IgM 水平均升高, 且观察组高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组生活质量评分比较

治疗前, 两组 AQLQ 各维度 (心理状况、哮喘状况、活动受限、对刺激原反应) 评分比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 两组 AQLQ 各维度评分均明显高于治疗前, 且观察组各维度评分高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 1 两组 ACT 评分和呼吸功能的比较

| 组别 | 例数 | ACT 评分 (分) | | MVV (%) | | PEFR (L/s) | | RAW (%) | |
|-----|-------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|----------------|----------------|
| | | 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 | 58 | 16.38 ± 3.20 | 22.07 ± 2.10 | 39.44 ± 4.32 | 53.51 ± 3.94 | 2.36 ± 0.45 | 4.79 ± 0.53 | 125.30 ± 14.96 | 92.32 ± 9.41 |
| 对照组 | 58 | 16.50 ± 3.74 | 20.35 ± 2.19 | 40.35 ± 3.78 | 46.53 ± 3.24 | 2.43 ± 0.37 | 3.64 ± 0.42 | 124.95 ± 13.77 | 104.52 ± 15.26 |
| | t 值 | 0.186 | 4.317 | 1.207 | 10.421 | 0.915 | 12.951 | 0.131 | 5.183 |
| | P 值 | 0.853 | 0.000 | 0.230 | 0.000 | 0.362 | 0.000 | 0.896 | 0.000 |

表 2 两组免疫功能指标变化情况比较 (g/L)

| 组别 | 例数 | IgA | | IgG | | IgM | |
|-----|-------|-------------|-------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| | | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 观察组 | 58 | 1.68 ± 0.36 | 2.37 ± 0.54 | 13.14 ± 1.03 | 15.68 ± 1.25 | 1.18 ± 0.72 | 2.27 ± 0.86 |
| 对照组 | 58 | 1.72 ± 0.39 | 1.75 ± 0.43 | 13.06 ± 0.99 | 13.14 ± 1.11 | 1.19 ± 0.80 | 1.20 ± 0.84 |
| | t 值 | 0.574 | 6.840 | 0.426 | 11.572 | 0.071 | 6.779 |
| | P 值 | 0.567 | 0.000 | 0.671 | 0.000 | 0.944 | 0.000 |

表 3 两组 AQLQ 评分的比较 (分)

| 组别 | 例数 | 心理状况 | | 哮喘状况 | | 活动受限 | | 对刺激原反应 | |
|-----|-------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | 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 | 58 | 16.24 ± 6.80 | 23.86 ± 7.45 | 28.53 ± 3.11 | 35.49 ± 2.11 | 41.22 ± 5.09 | 50.15 ± 6.44 | 15.83 ± 1.79 | 19.63 ± 2.38 |
| 对照组 | 58 | 16.75 ± 6.18 | 19.44 ± 6.47 | 29.15 ± 3.20 | 32.18 ± 2.83 | 42.43 ± 5.47 | 46.42 ± 6.10 | 15.90 ± 1.67 | 17.16 ± 1.49 |
| | t 值 | 0.423 | 3.411 | 1.058 | 7.141 | 1.233 | 3.202 | 0.218 | 6.699 |
| | P 值 | 0.673 | 0.000 | 0.292 | 0.000 | 0.220 | 0.002 | 0.828 | 0.000 |

2.4 两组不良反应发生率比较

观察组不良反应发生率(5.17%)明显低于对照

组(18.97%),差异有统计学意义($P < 0.05$),见表4。

表4 两组不良反应发生率比较

| 组别 | 例数 | 皮肤瘙痒 | 皮炎 | 荨麻疹 | 鼻部出血 | 不良反应发生率(%) |
|-----|----|------|----|-----|------|------------|
| 观察组 | 58 | 2 | 1 | 0 | 0 | 5.17 |
| 对照组 | 58 | 3 | 2 | 3 | 3 | 18.97 |

$\chi^2=5.199, P=0.023$ 。

3 讨论

中医认为哮喘可归属于“哮病”“喘证”等范畴,其发病可能与宿痰伏肺、雍阻肺气等有关,患者或因疲劳过度、体虚病后等触动伏邪,久之造成气滞痰阻和气道挛急狭窄而发病。临床观察发现,支气管哮喘患者通常有较为典型的呼吸困难、发作性哮鸣等症状,部分患者甚至喘息无法平卧。如该病迁延日久、反复发作,寒痰可损伤脾肾之阳气,致肾气亏虚、摄纳失常,导致水气上犯而生痰,阳气亏虚则无法温化痰饮,痰邪伏于肺,久之则发病。因此,支气管哮喘的病理因素以痰为主,病位多在肾,且与肺、脾等重要脏器相关。

穴位贴敷是一种采用药物并通过穴位作用于人体的中医外治法,采用该疗法治疗哮喘具有药物吸收快、不良反应少等优势,能发挥激发经气和通经活络等作用。本研究选取细辛(具有祛风散寒,温肺化饮、通窍止痛等作用)、甘遂(具有温肺散寒、止咳平喘、化痰散结等作用)、白芥子(具有理气化痰、通络止痛、温中散寒、止咳平喘等作用)、延胡索(具有温肺化痰、止咳平喘等作用)等药物,选取督脉和足太阳膀胱经之穴位,药物经经络传导可激发并振奋人体阳气,起到温补肾阳之效。有研究发现,穴位贴敷治疗支气管哮喘可能与其能降低血清 $TGF-\beta 1$ 水平进而抑制气道重塑等机制有关。针灸治疗支气管哮喘以大椎、肺俞、孔最等为主穴,可调节阴阳,发挥宣肺解表、平喘止咳等治疗效果^[6]。本研究采用针灸辨证论治治疗支气管哮喘,可在辨证分型的基础上对患者进行针对性的治疗,对于辨证分型为风寒犯肺型者,给予宣肺散寒、平喘降逆和化痰治疗;对于痰热壅肺型,给予清泻肺热和平喘降逆;对于肺脾气虚型,给予补肺健脾;对于脾肾阳虚型,给予健脾益肺和补肾纳气,因而能提高治疗针对性,切实提升治疗效果。本研究发现,观察组 ACT 评分、呼吸功能和免疫功能相关指标均明显优于对照组,生活质量评分亦高于

对照组,且不良反应较少,提示穴位敷贴联合针灸辨证论治支气管哮喘能有效控制哮喘症状,改善患者呼吸功能,提升生活质量,且兼具安全性,推测穴位敷贴联合针灸辨证论治可发挥协同作用,提高对支气管哮喘的治疗效果。分析其原因可能如下:穴位贴敷能通阳疏气、平喘解痉、减轻气道阻力、减少炎症细胞在支气管局部的浸润范围及其程度;针灸辨证论治可减轻过敏反应,减轻气道炎症反应,改善气道结构重塑,因而二者联合能有效缓解支气管痉挛,控制哮喘症状。呼吸和免疫功能异常与支气管哮喘反复发作、呼吸功能逐渐减退等因素有关,穴位敷贴联合针灸辨证论治能有效降低气道高反应性,提升患者呼吸功能和免疫功能,最终减少哮喘发作,提高治疗效果。

综上所述,穴位敷贴联合针灸辨证论治支气管哮喘可提高症状控制水平,显著改善患者呼吸功能和生活质量,安全性较高。

4 参考文献

- [1] 郭明强,嵇冰.金匱肾气丸加味联合穴位敷贴对老年支气管哮喘患者细胞因子、免疫功能的影响[J].浙江中西医结合杂志,2018,28(11):934-936.
- [2] 张炜,张一乐.穴位注射及穴位贴敷冬病冬治联合西医疗肺肾两虚型慢性持续期支气管哮喘临床观察[J].北京中医药,2019,38(7):687-690.
- [3] 周翔.定喘汤与穴位敷贴联合西药治疗支气管哮喘的临床疗效分析[J].世界复合医学,2021,7(10):74-77.
- [4] 李孟媛,王朝辉,王冠,等.近十年针灸治疗支气管哮喘的选穴规律[J].中国中医急症,2018,27(12):2069-2071,2075.
- [5] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组.支气管哮喘防治指南(2016年版)[J].中华结核和呼吸杂志,2016,39(9):675-697.
- [6] 姜宁,詹璐,王艳楠.激光穴位针灸联合普米克令舒治疗儿童支气管哮喘的疗效观察及对炎症因子和细胞免疫的影响[J].中国中医药科技,2019,26(6):831-834.

[2022-09-02 收稿]

精细化护理在新生儿黄疸护理中应用效果分析

朱晓敏

【摘要】 目的 探讨精细化护理在新生儿黄疸护理中的应用效果。方法 将2021年1-12月医院收治的104例新生儿黄疸患儿纳为研究对象,根据组间性别、年龄、体重等基本资料均衡可比的原则分为对照组和观察组,每组52例。对照组予以常规护理,观察组予以精细化护理。对比分析两组护理效果。结果 精细化护理后,观察组家属满意度为98.08%,高于对照组的80.77%,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组退黄时间、首次排便时间及住院时间均短于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患儿依从性为100.00%,高于对照组的84.62%,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 精细化护理在新生儿黄疸患儿中的干预效果显著,能够有效缩短住院时间。

【关键词】 新生儿黄疸;精细化护理;满意度;住院时间

中图分类号 R473.72 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)02-120-03

新生儿黄疸作为新生儿常见疾病,一般以皮肤出现黄染为主要临床症状,该病也可称为高胆红素血症,其主要是由于胆红素(大部分为未结合胆红素)在体内积聚引起的皮肤黄染或其他器官黄染的现象。该病分为2种类型,生理性黄疸和病理性黄疸,前者新生儿在出生后2~3天会发生,一般来说这种现象会持续10~14天消失,而后者一般会在24小时内发生,会累及到全身,此种现象会持续很长时间不会消失,同时还会有极高的复发率,对患儿生长发育带来严重影响^[1-2]。有研究报道,新生儿黄疸患儿实施科学护理干预后,其症状可明显改善,效果理想^[3]。基于此,本研究对新生儿黄疸患儿实施精细化护理干预,观察临床效果,现将结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

将2021年1-12月医院收治的104例新生儿黄疸患儿纳为研究对象。纳入标准:均经医生确诊符合黄疸的临床诊断标准;患儿均属于医院出生的新生儿。排除标准:临床资料缺失者;合并其他新生儿疾病及器质性病变者;合并免疫功能障碍者;合并先天智力障碍者。根据组间性别、年龄、体重等基本资料均衡可比的原则分为对照组和观察组,每组52例。对照组男22例,女30例;日龄2~10天,平均 5.02 ± 1.85 天;体重2.4~4.9kg,平均 3.65 ± 0.18 kg。观察组男24例,女28例;日龄3~12天,平均 5.15 ± 1.12 天;体重2.5~5.0kg,平均 3.78 ± 0.28 kg。两组上述基线资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。患儿家属均自愿参与研究,并签署知情协议,研究通作者单位:222300 江苏省连云港市东海县人民医院

过医院伦理委员会批准。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 实施常规护理,依据常规护理流程为新生儿提供相关护理操作,并在护理过程中观察患儿的各项生命指标,一旦异常,向医生及时进行汇报。

1.2.2 观察组 在对照组护理基础上实施精细化护理,具体如下。

(1)知识宣教:对患儿家属开展定期健康教育,普及与此病相关的知识,如治疗流程、护理方法、发病机制等知识,可通过健康讲座、宣传手册、视频等方式讲解,以有效清除家属心中的顾虑和疑问,得到家属的理解和配合。

(2)生活护理:患儿病房内尽量保持安静和干净,以及适合的温度及湿度。患儿需要及时更换尿布,避免皮肤红疹。认真记录患儿排便情况,观察大小便次数、量及性质,如患儿存在胎粪延迟排出,可进行适当腹部按摩,以促进患儿排便。并及时清洁肛周,保持臀部清洁干燥。提早喂养可刺激肠蠕动,以利胎粪排出。应耐心喂养,按需调整喂养方式,如少量多次、间歇喂养等,保证奶量的摄入。

(3)沐浴及抚触护理:按时为患儿进行沐浴,沐浴时水温需要适中,一般在38~40℃,每天1次,每次20分钟。新生儿游泳时,选择合适的游泳圈,用一只手托住胎儿的头部,另一只手托住胎儿的臀部,将胎儿头部向后放,尽量保持后仰的状态,护理人员可将游泳圈口打开,将新生儿颈部放入其内,将安全扣和安全带扣好后,用手托住新生儿,将其慢慢放于水中。游泳时,按摩胎儿的肩部、肘部、腕部及膝关节等部位。通过这种全身性运动,刺激婴儿的排泄功能,使婴儿的排便时间及转黄时间都有所提前,排便

次数开始慢慢增加,从而减少肠肝循环,致使胆红素吸收逐渐减量,新生儿胆红素指标出现下降。

(4) 光疗照射:光疗是通过蓝光照射改变胆红素形态和结构,使之由脂溶性变为水溶性的物质,从胆汁和小便排出体外,降低血清中未结合胆红素的治疗方法。光照前根据患儿日龄、体重、黄疸程度调节适宜的温湿度,患儿裸露全身,修剪指甲,清洁皮肤,戴防护眼罩,黑布遮盖会阴。光疗中保证患儿皮肤均匀受光,若使用单面光疗,每2小时更换体位1次,加强巡视,防止口鼻受压,导致窒息。监测患儿生命体征及光疗箱温度,在最初2小时,应30~60分钟测体温1次,体温稳定后,2~4小时测体温1次,维持体温36~37℃,如体温 $\geq 37.5^\circ\text{C}$ 或低于 35°C ,暂停光疗。及时观察患儿黄疸消退情况,有无嗜睡、拒乳、肌张力减退等胆红素脑病的早期表现,及时通知医生。光疗期间保证足够的水分,保持患儿安静。光疗结束后保持患儿皮肤清洁,注意保暖。

(5) 清洁护理:按时对病房进行消毒,并为患儿修剪指甲,尽量控制患儿的手抓破皮肤,以免出现感染。

(6) 灌肠护理:灌肠在临床上属于一种常见的护理干预措施,而黄疸新生儿给予灌肠护理措施,主要是针对一些在24小时内没有排出粪便的患儿、粪便排出量较少的患儿或腹部出现胀气的患儿。护理人员可利用开塞露保留灌肠,从而有效降低肠肝循环,能够进一步加快排便时间,从而排出胆红素,降低新生儿黄疸发病率,并进一步提升患儿生存率。

1.3 观察指标

(1) 满意度分析:利用满意度调查表,总分

100分,将满意度标准分为非常满意(> 82 分)、满意($72 \sim 82$ 分)、不满意(< 72 分)。满意度 = (非常满意 + 满意)例数 / 观察例数 $\times 100\%$ 。

(2) 依从性分析:利用调查问卷形式评估,总分100分,完全依从(> 80 分)、部分依从($70 \sim 80$ 分)、不依从(< 70 分)。依从性 = (完全依从 + 部分依从)例数 / 观察例数 $\times 100\%$ 。

(3) 临床指标:包括退黄时间、首次排便时间及住院时间。

1.4 数据分析方法

运用SPSS 27.0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 两组护理满意度比较

精细化护理后,观察组护理满意度为98.08%,高于对照组的80.77%,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

2.2 两组临床指标比较

精细化护理后,观察组退黄时间、住院时间及首次排便时间均短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

2.3 两组依从性比较

精细化护理后,观察组依从性为100.00%,对照组为84.62%,两组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表3。

表1 两组护理满意度比较

| 组别 | 例数 | 非常满意 | 满意 | 不满意 | 总满意度 (%) |
|-----|----|------|----|-----|----------|
| 观察组 | 52 | 35 | 16 | 1 | 98.08 |
| 对照组 | 52 | 30 | 12 | 10 | 80.77 |

$\chi^2 = 8.235, P = 0.004$ 。

表2 两组临床指标比较

| 组别 | 退黄时间 (d) | 住院时间 (d) | 首次排便时间 (h) |
|------------|------------------|------------------|------------------|
| 对照组 (n=52) | 15.65 \pm 2.18 | 16.45 \pm 3.02 | 75.62 \pm 5.03 |
| 观察组 (n=52) | 10.32 \pm 1.05 | 10.55 \pm 2.38 | 48.25 \pm 3.09 |
| <i>t</i> 值 | 15.884 | 11.065 | 33.433 |
| <i>P</i> 值 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |

表3 两组依从性比较

| 组别 | 例数 | 完全依从 | 部分依从 | 不依从 | 依从性 (%) |
|-----|----|------|------|-----|---------|
| 观察组 | 52 | 35 | 17 | 0 | 100.00 |
| 对照组 | 52 | 32 | 12 | 8 | 84.62 |

$\chi^2 = 6.635, P = 0.010$ 。

3 讨论

相关研究指出, 大约 30% 的新生儿出生后都会出现程度不一的黄疸症状^[4]。据相关研究显示, 新生儿出生后, 胆红素相对偏高, 患儿血脑屏障通透性升高时会使胆红素经过血脑屏障进入到中枢系统, 导致胆红素指标直线升高, 最终形成黄疸。因子宫属于一个低氧的场所, 胎儿在宫内一直处于低氧状态, 低氧分压容易刺激到肾脏, 从而形成过多的红细胞生成素, 出现大量红细胞。而在胎儿出生后, 胎儿可能会因氧分压过高, 在建立自主呼吸时, 红细胞逐渐破坏, 生成胆红素, 胎儿肠腔内含有的 D 葡萄糖醛酸甘酶, 能够将结合胆红素转变成未结合胆红素, 胎儿肠腔内的细菌稀缺, 从而引起胆红素升高和吸收增强, 胎儿粪便也会含有胆红素, 如果排泄不正常, 很可能使胆红素重新吸收, 从而产生大量胆红素^[5-6]。因为胆红素在体内会对中枢系统造成不良影响, 会对患儿身体健康及生命带来严重威胁。因此, 及时可靠的治疗和护理十分关键, 如果患儿没有得到及时治疗, 很可能造成智力发育不全、运动系统障碍、生长发育不良等情况。现阶段, 黄疸患儿因刚出生, 许多系统还没有发育完善, 尽量不要使用药物治疗, 因此, 有效的护理手段是治疗黄疸效果提升的关键, 也是黄疸消退的主要步骤。但是, 临床上对于新生儿黄疸方面的护理要求较为严格, 特别是刚出生的患儿, 其家属因孩子的病情, 情绪表现的较为激动, 对患儿治疗有诸多担忧, 需要可靠的护理模式进行干预, 以缓解家属的顾虑, 得到家属的理解, 也是改善患儿症状的关键^[7-8]。

本研究通过临床实践可知, 黄疸新生儿在临床护理中与其他健康新生儿的护理要点大致相同, 患儿在进行光疗照射治疗或药物治疗的过程中, 配合的护理措施很重要, 需要严格按照医嘱执行, 同时还应对患儿黄疸病情变化认真观察, 并正确引导患儿家属如何进行正确合理喂养, 此方法虽然能够对患儿病情有一定的缓解和改善, 但是清除黄疸方面的效果并不理想, 并不符合家属的需求。因为患儿都属于新生儿, 在临床上治疗效果不理想便会直接对患儿的生长发育造成

影响, 出现异常发育。此外, 家属和医院之间的关系如果不是十分信任和稳定, 会导致医患关系不好, 影响临床治疗效果。因此, 在护理流程中需要确保和家属之间建立良好关系, 首先获得家属的认可和理解, 才能够确保临床效果的提升, 家属满意度也会相对提升^[9-10]。本研究数据显示, 观察组家属满意度、患儿依从性均更高, 观察组患儿退黄时间、住院时间及首次排便时间方面均优于对照组, 充分说明了精细化护理模式的优越性。因精细化护理模式是近几年新型护理模式衍生的其中一种模式, 该模式的护理重心不仅仅在表面, 细节和步骤上也会十分关注。因此, 临床上对此种护理模式的应用频率较高, 在护理过程中出现漏洞的概率较低。

综上所述, 精细化护理在新生儿黄疸患儿中的干预效果显著, 能够有效缩短住院时间。

4 参考文献

- [1] 徐玉琴. 抚触护理在新生儿黄疸护理中的应用及对心理状况的影响[J]. 心理月刊, 2021, 16(14): 177-178.
- [2] 罗细娥, 喻文. 蓝光照射仪联合行为护理在新生儿黄疸患儿中的应用[J]. 医疗装备, 2021, 34(2): 175-177.
- [3] 方维. 中医护理干预在新生儿黄疸中的应用及价值评估[J]. 中国农村卫生, 2020, 12(24): 48.
- [4] 张文娟, 林颖, 魏晓铭, 等. 舒适护理在新生儿黄疸蓝光照射治疗中的价值[J]. 中外医疗, 2020, 39(33): 190-192.
- [5] 张晓丽. 早期抚触护理在新生儿黄疸中的应用[J]. 按摩与康复医学, 2020, 11(21): 80-81.
- [6] 唐林娟. 分析抚触护理在新生儿黄疸护理中的应用[J]. 医学食疗与健康, 2020, 18(16): 143, 145.
- [7] 郭红林, 余磊, 张海霞, 等. 预警干预护理在新生儿黄疸中的应用效果[J]. 中国当代医药, 2020, 27(20): 205-207.
- [8] 方洁. 探析早期综合护理在新生儿黄疸治疗中的临床应用效果[J]. 医学食疗与健康, 2020, 18(14): 157-158.
- [9] 李亚楠, 殷倩倩, 王静. 抚触护理在新生儿黄疸护理中的应用效果观察[J]. 系统医学, 2020, 5(11): 155-157.
- [10] 王丹, 柯苗苗. 人性化护理在新生儿黄疸治疗护理中的应用效果[J]. 临床医学研究与实践, 2020, 5(16): 174-176.

[2022-10-09 收稿]

标准化急救护理流程在急性心肌梗死患者中的应用效果观察

赵田银

【摘要】 目的 观察分析标准化急救护理流程在胸痛中心急性心肌梗死患者中应用的临床效果。方法 选择2020年6月-2022年9月医院收治的68例急性心肌梗死患者为研究对象,根据组间性别、年龄、梗死部位等基本资料均衡可比的原则分为对照组34例和观察组34例。对照组予以常规护理,观察组予以标准化急救护理流程。观察两组汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分、生活质量评分、急救球囊扩张时间、抢救时间、心电图使用时间、住院时间和患者满意度。结果 护理干预后,两组HAMD评分、HAMA评分均大幅度降低,体力状况、病情、医疗状况、一般生活、社会心理状况、工作状况等生活质量评分均明显升高;组间比较观察组HAMD评分、HAMA评分均低于对照组,体力状况、病情、医疗状况、一般生活、社会心理状况、工作状况评分均高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。观察组急救球囊扩张时间、抢救时间、心电图使用时间、住院时间均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者满意度为97.06%,高于对照组的70.59%,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 标准化急救护理流程应用于胸痛中心急性心肌梗死患者,减少急救所需时间和焦虑抑郁情绪,提高患者生活质量水平与患者满意度,促进患者康复,临床疗效显著。

【关键词】 标准化急救护理流程;胸痛中心;急性心肌梗死;焦虑;抑郁

中图分类号 R542.22 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)02-123-04

急性心肌梗死是指因冠状动脉出现急性阻塞,心脏肌肉因缺血而导致坏死,属于急性冠脉综合征范畴^[1]。急性心肌梗死是一种导致心脏功能受损,危害患者生命健康的急性疾病,最常见原因为冠状动脉粥样硬化^[2]。引起急性心肌梗死原因有吸烟、肥胖、不健康的饮食习惯、情绪善变等^[3]。急性心肌梗死是一种突发性疾病,部分患者发病前数日出现乏力、胸口不适、呼吸急促、心前区疼痛等症状,发作持续时间超过30min,前心区出现压榨性疼痛或憋闷感,严重者则会出现濒死状态^[4]。少数急性心肌梗死患者前期无疼痛感,发病时出现胸闷、气短等症状,并伴有血压降低、四肢冰凉等症状。急性心肌梗死患者发病时,若未及时予以科学有效护理,改善心肌供血,则会导致患者心肌无效工作从而出现耗氧增加现象,最终导致心脏及血液循环出现障碍,影响患者生命健康^[5]。因此,如何保障患者生命安全与生活质量成为临床上讨论的热点。本研究探讨标准化急救护理流程在胸痛中心急性心肌梗死患者中的应用效果,现具体报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2020年6月-2022年9月医院收治的68例急性心肌梗死患者为研究对象。入选标准:符合《急性心肌梗死诊断治疗指南》^[6];年龄45~67岁。排除标准:合并严重肾脏疾病者;精神异常者;妊娠作者单位:226400 江苏省南通市如东县中医院

期妇女。根据组间性别、年龄、梗死部位等基本资料均衡可比的原则分为对照组34例和观察组34例。对照组男女比例为19:15;年龄45~67岁,平均 56.78 ± 3.47 岁;急性心肌梗死部位:前壁心肌梗死10例,下壁心肌梗死11例,下壁合并有高侧壁的心肌梗死13例。观察组男女比例为9:8;年龄46~66岁,平均 56.45 ± 3.77 岁;急性心肌梗死部位:前壁心肌梗死12例,下壁心肌梗死11例,下壁合并有高侧壁的心肌梗死11例。两组上述资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。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 标准化急救护理流程

对照组予以常规护理,观察组予以标准化急救护理流程,具体如下。

(1) 接诊反应与现场评估:在患者入院后,护理人员根据患者具体症状和对患者家属进行咨询,从而对患者疾病程度进行判断,并将患者具体程度告知医生,为抢救做好相应准备。

(2) 现场急救:在抢救急性心肌梗死患者时使用专用绿色通道,护理人员对有关科室医生进行通知,并进行快速会诊,并对患者进行对应检查,在急救过程中,护理人员对患者及其家属不良情绪进行安抚。使用心电图对患者进行检测,并予以常规吸氧开放静脉通路。

(3) 抢救室护理:对患者进行血液测量并进行血常规检测,护理人员与医生进行交流沟通,根据医生嘱咐对患者使用规定用量的抗心肌梗死药物,为患

者讲解疾病相关知识, 用药注意事项, 叮嘱患者按时服药。

(4) 转运及交接: 在为患者抢救前, 护理人员通知 DSA 室和心内科监护室人员, 使用专用设备运输抢救患者所需药品和医疗器械, 护理人员帮助各个环节顺利进行, 与病房团队进行快速、安全的交接。

1.3 观察指标

(1) 心理状态: 使用汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 对患者抑郁情绪进行评价, 共有 24 个项目。使用汉密尔顿焦虑量表 (HAMA) 对患者焦虑情绪进行评价, 共有 14 个项目。

(2) 生活质量水平: 采用中国心血管病生活质量评定问卷 (CQQC) 对患者生活质量水平进行评价。评分越高, 生活质量越高。

(3) 急救相关指标与住院时间: 记录两组患者急救球囊扩张时间、抢救时间、心电图使用时间、住院时间。

(4) 患者满意度: 使用医院自制的护理满意度调查表对患者满意度进行评定, 总分为 100 分, 90 分 < 分值 ≤ 100 分为非常满意; 70 分 < 分值 ≤ 90 分表示一般满意; 分值 ≤ 70 分表示不满意。总满意度 = (非常满意 + 一般满意) 例数 / 观察例数 × 100%。

1.4 数据分析方法

应用 SPSS 20.0 统计学软件分析数据, HAMD 评分、HAMA 评分、生活质量评分、急救球囊扩张时间、抢救时间、心电图使用时间、住院时间等计量资料, 用“均数 ± 标准差”表示, 组间均数比较采用 *t* 检验; 患者满意度 (%) 率比较采用 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 HAMD、HAMA 评分对比

护理前, 两组 HAMD、HAMA 评分对比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 护理后, 两组 HAMD、HAMA 评分均大幅度降低, 但组间比较观察组明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者 HAMD、HAMA 评分对比 (分)

| 组别 | HAMD 评分 | | HAMA 评分 | |
|----------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 |
| 对照组 ($n=34$) | 26.12 ± 1.11 | 13.17 ± 2.07 | 2.85 ± 0.34 | 1.78 ± 0.41 |
| 观察组 ($n=34$) | 26.24 ± 1.07 | 8.14 ± 1.77 | 2.89 ± 0.24 | 0.67 ± 0.12 |
| <i>t</i> 值 | 0.454 | 10.769 | 0.560 | 15.151 |
| <i>P</i> 值 | 0.651 | 0.000 | 0.577 | 0.000 |

2.2 两组患者生活质量评分对比

护理前, 两组患者体力状况、病情、医疗状况、一般生活、社会心理状况、工作状况等生活质量评分对比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 护理后, 两组上述指标均明显提高, 且观察组高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组临床指标对比

护理后, 两组患者急救球囊扩张时间、抢救时间、心电图使用时间、住院时间对比, 观察组均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

2.4 两组患者满意度对比

护理后, 观察组患者满意度为 97.06%, 高于对照组的 70.59%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 2 两组患者生活质量评分对比 (分)

| 组别 | 体力状况 | | 病情 | | 医疗状况 | |
|----------------|-------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 |
| 对照组 ($n=34$) | 7.01 ± 0.58 | 12.14 ± 1.25 | 10.14 ± 2.07 | 13.71 ± 1.04 | 3.01 ± 0.34 | 4.07 ± 0.85 |
| 观察组 ($n=34$) | 7.15 ± 0.49 | 16.75 ± 2.14 | 10.24 ± 2.14 | 17.05 ± 1.26 | 3.24 ± 0.51 | 5.87 ± 0.61 |
| <i>t</i> 值 | 1.075 | 10.846 | 0.196 | 11.921 | 2.188 | 10.032 |
| <i>P</i> 值 | 0.286 | 0.000 | 0.845 | 0.000 | 0.032 | 0.000 |

| 组别 | 一般生活 | | 社会心理状况 | | 工作状况 | |
|----------------|-------------|-------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 |
| 对照组 ($n=34$) | 5.01 ± 1.27 | 7.11 ± 1.25 | 12.25 ± 3.47 | 17.14 ± 2.74 | 2.07 ± 0.52 | 4.11 ± 1.02 |
| 观察组 ($n=34$) | 5.24 ± 1.58 | 9.47 ± 1.68 | 12.75 ± 3.85 | 20.31 ± 3.14 | 2.10 ± 0.51 | 6.24 ± 0.85 |
| <i>t</i> 值 | 0.662 | 6.572 | 0.563 | 4.435 | 0.240 | 9.354 |
| <i>P</i> 值 | 0.511 | 0.000 | 0.576 | 0.000 | 0.811 | 0.000 |

表 3 两组患者急救球囊扩张时间、抢救时间、心电图使用时间、住院时间对比 (min)

| 组别 | 急救球囊扩张时间 | 抢救时间 | 心电图使用时间 | 住院时间 |
|----------------|----------------|--------------|-------------|--------------|
| 对照组 ($n=34$) | 105.11 ± 10.41 | 40.74 ± 4.10 | 8.45 ± 2.14 | 15.24 ± 2.45 |
| 观察组 ($n=34$) | 82.14 ± 8.14 | 35.12 ± 3.85 | 4.14 ± 1.01 | 11.01 ± 2.14 |
| <i>t</i> 值 | 10.135 | 5.827 | 10.620 | 7.582 |
| <i>P</i> 值 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |

表4 两组患者满意度对比

| 组别 | 非常满意 | 一般满意 | 不满意 | 总满意度(%) |
|------------|------|------|-----|---------|
| 对照组 (n=34) | 10 | 11 | 10 | 70.59 |
| 观察组 (n=34) | 19 | 14 | 1 | 97.06 |

$\chi^2=8.784, P=0.003$ 。

3 讨论

随着社会的发展,人们生活方式不断改变,生活压力不断增加,导致急性心肌梗死患者人数呈逐年上升的趋势^[7]。心肌梗死一般指急性心肌梗死,是指心脏冠状动脉血管中,出现血管血流完全中断现象,因大面积缺血导致心肌细胞坏死而引起严重的并发症^[8]。急性心肌梗死抢救首要目的为及时疏通阻塞冠状动脉、恢复缺血、缺氧心肌功能^[9]。急性心肌梗死会导致患者出现心力衰竭等症状,当病情程度较为严重时,可导致患者出现心脏破裂,严重危害患者生命安全^[10]。

标准化急救护理流程主要指导为业务流程,核心为患者,目标为流程导向,标准为患者满意度,使用与时俱进的方式建立护理服务链。本研究结果显示,护理后,观察组心理状态优于对照组,观察组急救球囊扩张时间、抢救时间、心电图使用时间均低于对照组,表明标准化急救护理流程可以加快对患者救治,促进患者恢复,减少患者抑郁、焦虑等不良情绪。标准化急救护理流程中,通过护理人员对患者进行现场评估,并对患者家属咨询患者是否有相关病史,对患者病情程度进行快速判断;使用专用绿色通道对患者进行抢救,并通知有关科室医生进行快速会诊,对患者病情做出准确判断;护理人员使用心电图对患者进行检测,并予以常规吸氧开放静脉通路,并对患者使用规定用量的抗心肌梗死药物,帮助患者缓解临床症状,促进手术顺利进行;使用专用设备对救助患者时所需药品和器械进行转运,护理人员帮助各种环节顺利进行,减少药物及医疗器械运送时间,加快术前准备;护理人员对患者及其家属情绪进行安抚,并增加对疾病知识了解程度,减少患者焦虑抑郁情绪;患者成功交接病房后,为观察标准化急救护理对患者住院时间和生活质量是否会产生影响。本研究结果显示,观察组患者的住院时间短于对照组,生活质量评分高于对照组,观察组体力状况、病情、医疗状况、一般生活、社会心理状况、工作状况均高于对照组,且观察组患者满意度与对照组相比更优,充分体现标准

化急救护理流程的优越性。

综上所述,标准化急救护理流程应用于胸痛中心急性心肌梗死患者,减少急救所需时间和焦虑抑郁情绪,提高患者生活质量水平与患者满意度,促进患者康复,临床疗效显著。

4 参考文献

- [1] 范羽飞,常芸.护理敏感指标监测在降低急性心肌梗死患者便秘发生率的应用研究[J].护士进修杂志,2020,35(18):1697-1700.
- [2] Damluji AA,van Diepen S,Katz JN,et al.Mechanical complications of acute myocardial infarction: A scientific statement from the american heart association[J].Circulation,2021,144(2):e16-e35.
- [3] Liu K,Chen S,Lu R,et al.Identification of important genes related to ferroptosis and hypoxia in acute myocardial infarction based on WGCNA[J].Bioengineered,2021,12(1):7950-7963.
- [4] 赵冬婧,汤玮,曹树军,等.院内+居家延续式心脏康复模式在急性心肌梗死急诊冠状动脉介入治疗术后患者中的应用效果研究[J].中国全科医学,2020,23(16):2034-2039.
- [5] 田丽晓,秦历杰,王龙安,等.糖化血红蛋白联合脑钠肽对老年急性心肌梗死住院患者临床预后的评估价值[J].中华老年医学杂志,2020,39(10):1174-1177.
- [6] 中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会,《中国循环杂志》编辑委员会.急性心肌梗死诊断和治疗指南[J].中华心血管病杂志,2001,29(12):710-725.
- [7] 左惠娟,杨红霞,南楠,等.青年初发急性心肌梗死患者心肌梗死类型及危险因素变化趋势分析[J].中国循环杂志,2021,36(4):329-334.
- [8] 李晓渝,储岳峰,周鑫.急性心肌梗死患者经皮冠状动脉介入治疗后血清sST2、NT-proBNP浓度预测心力衰竭的价值[J].岭南心血管病杂志,2020,26(2):138-143.
- [9] 李建飞,崔旭东,乔鑫,等.心肌梗死溶栓治疗评分系统评分与全球急性冠状动脉事件注册研究评分对老年急性心肌梗死患者行急诊经皮冠状动脉介入治疗后预后的预测价值及患者预后的影响因素研究[J].实用心脑血管病杂志,2020,28(1):11-14.
- [10] 汪雅婷,姚杰,管世鹤,等.糖原蛋白125联合脑源性神经营养因子对老年急性心肌梗死患者急性心力衰竭的预测价值[J].中国全科医学,2021,24(23):2962-2966.

[2022-10-12 收稿]

胃癌根治手术患者问题导向护理的临床效果

窦娟娟

【摘要】 目的 探究胃癌根治手术患者采用问题导向护理的临床效果。方法 选择医院 2019 年 2 月 - 2022 年 4 月入院治疗的 151 例胃癌根治术患者作为研究对象, 根据组间性别、年龄、病程、肿瘤位置、手术方式等基本资料均衡可比的原则分为对照组和观察组。对照组 75 例, 采用基础护理, 观察组 76 例, 在对照组基础上采用问题导向护理。观察两组机体恢复情况、自护能力评分、生活质量评分、总满意度。结果 问题导向护理实施后, 观察组患者胃管留置时间、肠鸣音恢复时间、首次肛门排气时间、饮食恢复时间、排便恢复时间均短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组自我概念、自护责任感、自护技能、健康知识的自护能力水平优于对照组; 躯体健康、躯体角色功能、社会功能、心理健康、躯体疼痛的生活质量评分高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组护理满意度为 97.37%, 高于对照组的 86.67%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 问题导向护理应用于胃癌根治术方面, 可显著提高患者自我护理能力, 加快机体恢复, 有助于生活质量的提高。

【关键词】 胃癌根治术; 问题导向护理; 总满意度、生活质量; 自护能力; 机体恢复

中图分类号 R473.73 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)02-126-04

幽门螺杆菌是引起胃癌的主要致病菌, 临床典型症状为消化异常、疼痛等。该疾病以男性居多, 临床以胃恶性淋巴瘤、胃腺癌为主, 严重威胁患者生命安全^[1]。目前, 临床治疗该疾病主要以手术为主, 通过切除病灶消除肿瘤传播。既往多采用传统开腹手术, 虽可达到一定疗效, 但是对患者机体损伤大、切口大、术后愈合慢^[2]。然而, 腹腔镜技术具有对患者机体创伤小、恢复快等优势, 以广泛应用于腹部外科手术。因胃癌目前无法治愈, 患者治疗期间的护理干预, 是机体恢复的重要基础^[3]。高质量的护理干预不仅关注患者机体舒适度与生存率, 同时也注重提高患者的生活质量。因此, 在对患者治疗中, 护理干预是影响预后的重要环节。以问题为导向的护理是以问题为护理基础, 护理前先分析患者存在的问题, 而后根据问题制定针对性的护理方案。本研究对行腹腔镜胃癌根治术的胃癌患者实施问题导向护理, 探讨其临床应用效果, 现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择医院 2019 年 2 月 - 2022 年 4 月入院治疗的 151 例胃癌根治术患者作为研究对象。纳入标准: 均通过病理、实验室、超声检查确诊; 均具备手术指征; 均行腹腔镜胃癌根治术; 病例资料均完善。排除标准: 严重心肝肾功能异常者; 癌症转移患者; 癌症扩散指征患者; 其他恶性肿瘤患者; 研究期间退出患者。根据组间性别、年龄、病程、肿瘤位置、手术方式等基本资料均衡可比的原则分为对照组 75 例和观察组 76

例。对照组男 55 例, 女 20 例; 年龄 30 ~ 81 岁, 平均 55.55 ± 10.36 岁; 病程 1 ~ 3 年, 平均 2.21 ± 0.51 年; 肿瘤位置: 17 例位于胃底及贲门部, 1 例位于胃体部, 5 例位于胃窦部, 其他部位 52 例。手术方式: 全胃切除伴食管十二指肠吻合术 15 例, 胃部分切除术 10 例, 胃大部切除术伴胃空肠吻合术 5 例, 其他 45 例。观察组男 60 例, 女 16 例; 年龄 33 ~ 82 岁, 平均 55.90 ± 10.47 岁; 病程 1 ~ 4 年, 平均 2.51 ± 0.4 年; 肿瘤位置: 16 例位于胃底及贲门部, 3 例位于胃体部, 6 例位于胃窦部, 其他部位 51 例。手术方式: 全胃切除伴食管十二指肠吻合术 17 例, 胃部分切除术 8 例, 胃大部切除术伴胃空肠吻合术 3 例, 其他 48 例。两组患者上述基础资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。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 护理方法

1.2.1 对照组 采用常规护理, 术后关注患者生命体征; 评估机体疼痛程度, 制定疼痛护理方案; 采用不同宣教形式讲解该疾病相关知识与治疗方法。

1.2.2 观察组 在常规护理基础上, 同时采用以问题为导向的护理干预, 具体如下。

(1) 组建护理小组: 依据护理人员自身技能与年资分组, 各组成员共 7 名, 成员结构为护士长 + 护理人员。对小组成员进行分级管理, 分为一级管理(护士长)与二级管理(组长), 监管采用逐层递减方式, 小组间形成良好的竞争关系。小组通过会议, 由护士长向护理人员下达具体护理指令。小组成员参与护理前, 需通过培训方式掌握具体护理内容与流程, 同时明确具体岗位与职责。

(2) 评估其病情程度并提出、总结问题: 患者治疗期间, 责任护士负责与之沟通, 讲解相关治疗事宜, 构建良好互信关系。对患者病情全面评估, 并了解其基本信息与病情, 向患者讲解具体手术情况、护理内容, 询问患者护理需求。对患者自我护理认知与重要性全面评估, 同时询问患者自我管理期间的各项需求, 并分析影响自我护理的影响因素, 同时对患者负性情绪全面评估。

(3) 向患者讲解疾病危害性: 术后 6h 向患者及家属讲解导管留置对机体恢复的重要性, 并告知患者导管留置时间与具体管理方案, 以此提升导管管理意识。向患者讲解术后健康知识, 健康知识讲解形式多样, 如健康手册、活动挂图、教育展板等; 讲解内容主要包含体位摆放、饮食、术后治疗、切口及管道护理、注意事项等, 以此提升患者自我护理能力。

(4) 制定目标及具体行动: 护理计划制定期间, 应邀请患者共同参与, 确保护理方案满足患者需求。

①早期进食。患者术后意识正常后 6h 可使用温水漱口, 避免口腔过度干燥; 术后 10h 可饮适量生理盐水, 20 ~ 30ml/次, 每次时间间隔为 2h。术后 1d 可食流质饮食, 如稀粥、米汤、藕粉、果汁等, 在饮食期间密切观察患者是否出现恶心呕吐症状; 待肛门排气后可进食半流质食物, 随着饮食正常后, 可适量食用抗癌食物提高机体免疫力。②早期运动。患者术后待意识清醒后, 可进行被动肢体锻炼, 主要以下肢锻炼为主, 具体锻炼方法为轻按小腿腓肠肌。向患者讲解术后机体锻炼的重要性, 提高患者配合度, 根据患者机体耐受力选择锻炼方案, 如自主四肢活动、翻身活动等, 活动时间间隔为 2h。③心理护理。采取诱导式提问方式深入患者内心, 鼓励患者倾诉内心, 表达心境, 指导患者释放不良情绪, 可通过哭诉方式释放负性情绪。还可播放舒缓音乐疏导情绪。引导患者养成定期写日记习惯, 将一天中所见、所感、所想通过日记表达, 护理人员查阅每天日记, 采取针对性的心理干预方案。

1.3 观察指标

(1) 机体恢复情况: 包括胃管留置时间、肠鸣音恢复时间、首次肛门排气时间、饮食恢复时间、排

便恢复时间。

(2) 自护能力: 采用自我护理能力测量量表 (ESCA) 评估, 其内容主要以疾病知识与自护知识为主, 包含不同维度, 分值与自护能力成正比。

(3) 生活质量: 采用简明健康状况调查量表 (SF-36) 评估, 以生理与心理调查为主, 包含躯体健康、躯体角色功能、社会功能、心理健康、躯体疼痛等维度, 总分为 100 分, 分值与生活质量成正比。

(4) 总满意度: 采用医院自制的总满意度量表实施评估, 分为非常满意、满意、不满意几个维度, 总分为 100 分, 分值与满意度成正比。总满意度 = (非常满意 + 满意) 例数 / 观察例数 × 100%。

1.4 数据分析方法

运用 SPSS 25.0 统计软件分析处理数据, 计量资料用 " $\bar{x} \pm s$ " 表示, 组间均数比较采用 t 检验; 计数资料组间率比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组机体恢复情况比较

问题导向护理实施后, 观察组患者胃管留置时间、肠鸣音恢复时间、首次肛门排气时间、饮食恢复时间、排便恢复时间均短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 两组自护能力评分对比

问题导向护理实施前, 两组患者自我概念、自护责任感、自护技能、健康知识的自护能力水平相当, 两组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 问题导向护理实施后, 两组自护能力评分均升高, 但观察组在提升自护能力评分方面更优, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组生活质量评分对比

问题导向护理实施前, 两组患者躯体健康、躯体角色功能、社会功能、心理健康、躯体疼痛的生活质量评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 问题导向护理实施后, 两组两组生活质量评分均升高, 但观察组高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 1 两组机体恢复情况比较 (d)

| 组别 | 胃管留置时间 | 肠鸣音恢复时间 | 首次肛门排气时间 | 饮食恢复时间 | 排便恢复时间 |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 对照组 ($n=75$) | 1.98 ± 0.51 | 2.42 ± 0.93 | 3.63 ± 1.73 | 4.38 ± 1.71 | 2.33 ± 0.80 |
| 观察组 ($n=76$) | 1.05 ± 0.24 | 1.27 ± 0.42 | 1.39 ± 0.50 | 2.65 ± 0.97 | 1.31 ± 0.41 |
| t 值 | 14.367 | 9.814 | 10.839 | 7.659 | 9.878 |
| P 值 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |

表2 两组自护能力评分比较(分)

| 组别 | 自我概念 | | 自护责任感 | | 自护技能 | | 健康知识 | |
|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|
| | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 对照组 (n=75) | 10.44 ± 4.01 | 16.30 ± 4.28 | 37.03 ± 4.38 | 40.13 ± 3.91 | 16.49 ± 3.91 | 23.50 ± 4.18 | 8.64 ± 1.31 | 13.50 ± 3.83 |
| 观察组 (n=76) | 10.39 ± 3.63 | 23.65 ± 3.97 | 36.40 ± 3.92 | 44.74 ± 4.38 | 16.40 ± 3.71 | 32.05 ± 4.91 | 8.50 ± 1.02 | 23.55 ± 4.91 |
| t 值 | 0.080 | 10.942 | 0.932 | 6.820 | 0.145 | 11.515 | 0.733 | 14.012 |
| P 值 | 0.936 | 0.000 | 0.353 | 0.000 | 0.885 | 0.000 | 0.465 | 0.000 |

表3 两组生活质量评分对比(分)

| 组别 | 躯体健康 | | 躯体角色功能 | | 社会功能 | | 心理健康 | | 躯体疼痛 | |
|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 对照组 (n=75) | 44.84 ± 5.71 | 49.75 ± 6.32 | 56.74 ± 6.45 | 60.76 ± 5.57 | 58.22 ± 4.83 | 61.44 ± 6.15 | 46.26 ± 6.07 | 57.08 ± 7.49 | 44.71 ± 5.12 | 60.33 ± 7.45 |
| 观察组 (n=76) | 43.13 ± 5.44 | 56.25 ± 5.76 | 57.37 ± 6.28 | 66.59 ± 6.51 | 59.12 ± 5.83 | 67.74 ± 5.48 | 45.13 ± 4.63 | 62.38 ± 7.79 | 42.52 ± 5.19 | 68.47 ± 6.33 |
| t 值 | 1.884 | 6.607 | 0.608 | 5.909 | 1.032 | 6.648 | 1.287 | 4.261 | 2.610 | 7.239 |
| P 值 | 0.061 | 0.000 | 0.544 | 0.000 | 0.304 | 0.000 | 0.200 | 0.000 | 0.010 | 0.000 |

2.4 两组总满意度比较

问题导向护理实施后, 观察组护理满意度为97.37%, 高于对照组的86.67%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表4。

表4 两组总满意度比较

| 组别 | 例数 | 非常满意 | 满意 | 不满意 | 满意度 (%) |
|-----|----|------|----|-----|---------|
| 对照组 | 75 | 30 | 35 | 10 | 86.67 |
| 观察组 | 76 | 50 | 24 | 2 | 97.37 |

$\chi^2 = 5.910, P = 0.015$ 。

3 讨论

腹腔镜胃癌根治术是治疗胃癌疾病的首选术式, 因切口小、愈合快优势替代了传统开腹手术, 同时组织粘连相对较少、瘢痕小^[4]。虽可达到较好疗效, 但是引流管易导致患者出现恶心呕吐症状, 不利于机体快速恢复, 需采取有效护理干预^[5-6]。

以问题为导向护理主要以总结护理中可能发生的影响护理的相关问题为基础, 将所提问题总结后, 制定由患者参与的护理方案, 具有较强的目的性与可靠性, 确保护理期间提升护理效率, 避免因护理问题重新调整护理方案^[7-8]。本研究发现, 观察组机体恢复所用时间少于对照组, 可能是因以问题为导向的护理方案较为重视患者早期机体锻炼, 通过增加肌肉与肢体活动度的同时提升肠祥间摩擦力, 加快胃蠕动, 提高消化系统功能, 以此能够减少相关并发症。同时, 术后依据患者消化系统恢复情况制定饮食方案, 有助于胃消化液分泌功能的提高, 确保其达到正常状态, 以此加快胃肠功能恢复, 促使排气恢复正常, 患者可恢复正常饮食, 从而使排便功能提高。同时, 此护理模式在护理期间还可有效改善门静脉循环功能, 对肠

道微生态环境的调节发挥重要作用, 有效保护肠黏膜屏障, 以此可消除肠鸣音。本研究发现, 两组对比, 观察组自我护理能力评分更高, 可能是因以问题为导向的护理模式将患者自护能力的提升作为护理的重点内容, 通过全面评估患者自我护理认知, 了解患者对此护理模式的认识程度, 再通过了解患者自我管理期间的需求, 以此总结自我护理存在的影响因素, 通过讲解依据影响因素采取的相应护理方案, 加快患者自我护理能力的提升。本研究发现, 两组生活质量评分、总满意度对比, 观察组更高, 可能是因以问题为导向护理干预较为重视家属在其中的参与性, 通过家属参与护理, 可显著提升患者自身的安全性, 不仅能够快速调整患者负性情绪, 还可调动患者潜能, 恢复治疗信心, 以此完成角色转换。同时, 通过引导患者每日记录自我照护项目笔记, 能够具体了解患者心理状态, 以此可选择正确的干预手段, 从而形成了主动参与、主动护理相结合的护理模式, 加快机体恢复, 促进生活质量的提高。

综上所述, 以问题为导向的护理干预可显著提升胃癌根治术患者自身自护能力, 加快机体恢复, 有助于生活质量的全面提高。

4 参考文献

- [1] 姜傲, 邢晓虹, 姜洋. 基于问题导向的护理干预模式在腹腔镜辅助下胃癌根治术术后患者中的应用 [J]. 中华现代护理杂志, 2020, 26(26): 3626-3629.
- [2] 魏芳. 以问题为导向的护理干预对腹腔镜胃癌根治术后患者胃肠道功能及生活质量的影响 [J]. 山西医药杂志, 2020, 49(22): 3171-3174.
- [3] 杨拴元, 党涛平, 刘旭晨. 腹腔镜胃癌根治术围术期并

激励式护理对肝癌患者行肝动脉灌注化疗栓塞术后生存质量的影响

陈益云

【摘要】 目的 探讨激励式护理对肝癌患者行肝动脉灌注化疗栓塞术后生存质量的影响。方法 选择2021年6月-2022年6月医院行肝动脉灌注化疗栓塞术的80例肝癌患者作为研究对象,根据组间性别、年龄、文化程度等基本资料均衡可比的原则分为观察组和对照组,每组40例。对照组实施常规护理,观察组实施激励式护理,观察并比较两组心理状态、护理满意度、生存质量。结果 干预前,两组患者焦虑和抑郁的心理状态评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,两组心理状态评分均降低,但观察组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。干预前,两组患者躯体疼痛、生理职能、心理状态、精神状态、认知功能、社会功能、生活活力各项生存质量评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);干预后,两组患者上述生存质量评分均升高,但观察组高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组护理满意度为95.00%,高于对照组的80.00,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 肝癌患者接受肝动脉灌注化疗栓塞术治疗时,通过激励式护理的实施,可显著调节患者心理状态,提高患者生存质量及护理满意度。

【关键词】 肝癌;肝动脉灌注化疗栓塞术;激励式护理;心理状态;生存质量
中图分类号 R473.73 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)02-129-03

肝癌是一种临床常见恶性肿瘤,发病机制尚不清晰,普遍认为与病毒性肝炎、肝硬化等因素有很大关系。一般来说,肝癌患者的临床症状并不典型,病情进展较为快速,生存时间比较短,对患者生命健康有极大的威胁^[1]。在临床治疗中,手术切除是治疗肝癌的主要方式,但易出现肿瘤转移的情况,极大降低了手术效果。目前,肝动脉灌注化疗栓塞术在肝癌治疗中得到了广泛应用,通过肝动脉灌注化疗药物,可直接对肿瘤血管产生作用,以此达到预期疗效,具有创伤轻、疗效确切等优势。然而,患者术后预后效果的提高,有赖于有效的护理措施^[2]。文献报道显示,激励式护理在临床中得到了广泛应用,且取得了良好的效果^[3]。基于此,本研究对实施肝动脉灌注化疗栓塞术的肝癌患者采用激励式护理干预,探讨其护理效果,具体报告如下。

作者单位:224000 江苏省盐城市第三人民医院发热门诊

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2021年6月-2022年6月医院行肝动脉灌注化疗栓塞术的80例肝癌患者作为研究对象。纳入标准:经检查确诊为肝癌;无手术禁忌证;凝血功能无异常。排除标准:伴有血液系统、免疫系统等病变;伴有精神疾病或者认知障碍;伴有严重心、肝、肾等功能异常;伴有其他恶性肿瘤。根据组间性别、年龄、文化程度等基本资料均衡可比的原则进行分组,每组40例。对照组男28例,女12例;年龄40~85岁,平均 62.13 ± 3.57 岁;文化程度:本科及以上10例,专科10例,高中10例,初中6例,小学及以下4例。观察组男26例,女14例;年龄40~85岁,平均 61.67 ± 3.39 岁;文化程度:本科及以上10例,专科11例,高中11例,初中6例,小学及以下2例。两组上述一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

发症分析及预防对策[J]. 贵州医药,2020,44(1):28-30.

[4] 薛瑞娜,刘惠玉,武延龙.胃癌术后患者行基于量化评估方案的护理干预效果观察[J]. 中国肿瘤临床与康复,2020,27(1):115-117.

[5] 马玉琴.以护理结局为导向的多学科合作模式护理对胃癌患者术后护理干预效果探究[J]. 山西医药杂志,2020,49(20):2839-2841.

[6] 朱晓叶.问题导向下的认知行为护理在胃癌术后患者中

的应用[J]. 航空航天医学杂志,2021,32(6):765-766.

[7] 郭丹.基于问题导向的管道护理在胃癌合并糖尿病术后PICC置管化疗患者中的应用[J]. 承德医学院学报,2022,39(1):48-51.

[8] 任颖,冯琳娜.以问题为导向的护理干预对胃癌根治手术患者术后机体康复及生活质量的影响[J]. 临床医学研究与实践,2022,7(25):174-176.

[2022-10-28 收稿]

所有患者及家属知晓病情, 自愿签订知情同意书。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 运用常规护理, 详细措施如下: 指导患者遵医嘱用药, 不可随意换药、停药或者更改用药剂量, 并严密监测患者病情恢复情况, 针对患者突发情况给予及时、对症处理, 同时向患者进行简单的健康宣教, 叮嘱患者养成良好的作息习惯, 保持室内定时通风。

1.2.2 观察组 实施激励式护理, 详细措施如下。

(1) 心理疏导: 专职护士应时刻关注患者情绪变化, 及时评估患者心理状态, 给予针对性疏导, 并了解患者真实想法, 让患者保持乐观、积极的心态。同时, 积极与患者沟通, 保持态度和蔼、亲切, 构建融洽的护患关系, 确保患者能够更好地配合临床操作, 增强患者康复信心。

(2) 知识激励: 专职护士应对患者进行全面的健康知识宣教, 指导患者严格遵照医嘱用药, 并邀请治疗成功的患者进行现身说法, 充分激励患者, 帮助患者坚定治疗信念。

(3) 榜样激励: 组织同期病友进行交流沟通, 相互分享治疗经验, 让患者互相鼓励, 进而调节患者情绪, 加快患者康复。

(4) 饮食指导: 专职护士应详细询问患者的个人喜好, 结合患者康复程度, 制定针对性饮食方案, 保证患者营养均衡, 这样不仅可以满足患者的饮食需求, 还可以增强患者体质, 促进患者早日康复。

(5) 发热护理: 患者接受肝动脉灌注化疗栓塞术后, 机体吸收受到一定影响, 导致患者易出现体温升高。为此, 应对患者予以对症护理。在临床中, 除了给予必要的抗感染治疗以外, 应时刻关注患者体温变化, 必要时采用乙醇擦浴、冰敷等物理降温方法, 同时严格遵照医嘱使用镇痛药物, 减轻患者病痛。

1.3 观察指标

(1) 心理状态: 焦虑状态运用焦虑自评量表评定, 总分为100分, 55分为临界值, 55~64分判定为轻度焦虑, 65~74分判定为中度焦虑, 75~100分判定为重度焦虑; 抑郁状态以抑郁自评量表进行评估, 总分为100分, 50分为临界值, 50~60分判定为轻度抑郁, 61~74分判定为中度抑郁, 75~100分判定为重度抑郁。

(2) 护理满意度: 以问卷调查的形式予以判定, 分值为0~100分, 非常满意为90~100分, 满意为60~89分, 不满意为0~59分, 满意度=(非常满意+满意)例数/观察例数×100%。

(3) 生存质量: 运用健康调查简表(SF-36)进行评估, 指标包括躯体疼痛、生理职能、心理状态、精神状态、生活活力、认知功能、社会功能、总体健康, 各指标分值范围均从0分到100分, 分值越高表示生活质量越好。

1.4 数据分析方法

利用统计学软件SPSS 24.0分析处理数据, 计数资料组间率比较采用 χ^2 检验; 以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示计量资料, 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 两组干预前后心理状态评分比较

干预前, 两组患者焦虑、抑郁的心理状态评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 干预后, 两组焦虑、抑郁心理状态评分均降低, 但观察组低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

2.2 两组患者护理满意度比较

实施激励式护理干预后, 观察组护理满意度为95.0%, 高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 见表2。

表1 两组干预前后心理状态评分比较(分)

| 组别 | 焦虑 | | 抑郁 | |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 干预前 | 干预后 | 干预前 | 干预后 |
| 对照组($n=40$) | 63.14 ± 3.74 | 43.96 ± 4.58 | 55.58 ± 3.61 | 43.99 ± 4.38 |
| 观察组($n=40$) | 63.64 ± 3.53 | 40.05 ± 4.36 | 55.02 ± 3.46 | 40.25 ± 4.16 |
| t 值 | 0.615 | 3.911 | 0.708 | 3.916 |
| P 值 | 0.540 | 0.000 | 0.481 | 0.000 |

表2 两组患者护理满意度比较

| 组别 | 非常满意 | 一般满意 | 不满意 | 满意度(%) |
|---------------|------|------|-----|--------|
| 对照组($n=40$) | 16 | 16 | 8 | 80.0 |
| 观察组($n=40$) | 23 | 15 | 2 | 95.0 |

$\chi^2=4.114, P=0.043$ 。

2.3 两组患者干预前后生存质量比较

干预前, 两组患者躯体疼痛、生理职能、心理状态、精神状态、认知功能、社会功能、生活活力、总体健康各项生存质量评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 干预后, 两组患者上述生存质量评分

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3。

表3 两组患者干预前后生存质量比较(分)

| 时间 | 组别 | 躯体疼痛 | 生理职能 | 心理状态 | 精神状态 | 认知功能 | 社会功能 | 生活活力 | 总体健康 |
|-----|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 干预前 | 对照组($n=40$) | 72.36 ± 4.38 | 73.12 ± 4.51 | 71.51 ± 4.46 | 70.81 ± 4.61 | 72.15 ± 4.55 | 72.03 ± 4.38 | 72.58 ± 4.34 | 72.38 ± 4.39 |
| | 观察组($n=40$) | 71.98 ± 4.29 | 72.89 ± 4.43 | 70.93 ± 4.39 | 71.01 ± 4.51 | 71.89 ± 4.39 | 71.91 ± 4.19 | 72.97 ± 4.29 | 71.89 ± 4.42 |
| | <i>t</i> 值 | 0.392 | 0.230 | 0.586 | 0.196 | 0.260 | 0.125 | 0.404 | 0.497 |
| | <i>P</i> 值 | 0.696 | 0.819 | 0.559 | 0.845 | 0.795 | 0.901 | 0.687 | 0.620 |
| 干预后 | 对照组($n=40$) | 86.68 ± 5.48 | 86.57 ± 5.44 | 87.28 ± 5.31 | 86.02 ± 5.42 | 87.38 ± 5.51 | 86.98 ± 5.61 | 87.76 ± 5.69 | 86.23 ± 5.42 |
| | 观察组($n=40$) | 90.36 ± 5.68 | 90.18 ± 5.58 | 91.02 ± 5.45 | 91.17 ± 5.51 | 91.46 ± 5.73 | 90.81 ± 5.76 | 91.63 ± 5.81 | 90.78 ± 5.67 |
| | <i>t</i> 值 | 2.949 | 2.930 | 3.109 | 4.214 | 3.246 | 3.013 | 3.010 | 3.669 |
| | <i>P</i> 值 | 0.004 | 0.004 | 0.003 | 0.000 | 0.002 | 0.003 | 0.004 | 0.000 |

3 讨论

肝癌患者的病死率比较高,对于终末期肝癌患者来说,其生存时间仅为1~4个月。有关文献报道表明,原发性肝癌患者实施手术治疗后,5年内复发率可达到70%^[4]。在医学技术水平不断提高的形势下,介入治疗成为治疗肝癌患者的主要方式。在介入治疗中,有助于增大肿瘤组织药物浓度,减少其他部位药物,以此减少不良反应的发生,具有疗效确切、安全可靠的特点^[5]。经临床调查表明,肝癌患者接受肝动脉灌注化疗栓塞术后,依然会发生一些不良反应,导致患者预后受到影响。所以,在临床中,一定要实施有效的护理措施,让患者生存质量得以改善,进而提高预后^[6]。

激励式护理是现今临床中应用较多的一种护理模式,遵循了以患者为中心的原则,通过鼓励性动作与激励性语言的运用,显著提高患者治疗信心,并纠正患者错误认知,改变患者行为,调动患者积极性与主动性,以此取得良好的预后^[7-8]。本研究结果表明,观察组干预后心理状态优于对照组,与有关文献的报道结果相似^[9]。由此可见,通过激励式护理的实施,可有效缓解患者焦虑、抑郁状态,临床应用价值非常高。究其原因可能为,应用激励式护理后,可有效激发患者主动性与积极性,增强患者治疗信心,同时借助榜样力量,能够进一步为患者创造积极、乐观的治疗氛围,对调节患者心理状态有十分积极的意义。本研究观察组干预后生存质量和护理满意度均优于对照组,与相关文献的研究报道基本相符^[10]。由此可见,激励式护理对改善患者生存质量有十分积极的意义,同时还可以提高护理满意度。究其原因可能如下:激励式护理能够结合患者的具体情况,实施有效的护理措施,满足患者的基本需求,从而有助于改善患者生存质量,提高患者护理满意度。

综上所述,在肝癌患者接受肝动脉灌注化疗栓塞术治疗的时候,通过激励式护理的实施,可显著调节患者心理状态,提高患者生存质量及护理满意度。

4 参考文献

- [1] 曾金英. 激励式延续护理对肝癌化疗患者情绪状态与生活质量的影响[J]. 护理实践与研究, 2019,16(23):45-47.
- [2] 伊金莲,左丽丽,马瑞洁,等. 全面护理干预对原发性肝癌患者疼痛程度和生活质量的影响[J]. 实用肝脏病杂志, 2018,21(2):299-300.
- [3] 张建新,许玲玲,王亚娟. 时效激励式干预联合日志疗法在肝癌患者中应用价值研究[J]. 国际医药卫生导报, 2020,26(14):2050-2053.
- [4] 王红丽,徐春艳,张翠萍. 多学科协作模式延续护理在肝癌术后病人中的应用效果[J]. 护理研究, 2019,33(7):1202-1206.
- [5] 冯小涛,焦雨薇,李琰,等. 综合护理干预对肝癌介入治疗患者焦虑、抑郁症状及生存质量的影响[J]. 河北医科大学学报, 2018,39(3):336-339.
- [6] 林华蓉. 纽曼系统护理模式对中晚期肝癌介入治疗术后病人生活质量和不良情绪的影响[J]. 安徽医药, 2019,23(9):1834-1838.
- [7] 肖会美,司二冉. 鼓励性护理模式对肝癌患者介入术后PSQI评分的影响[J]. 国际护理学杂志, 2020,39(16):2992-2994.
- [8] 许玥琳,欧阳阳,王颖丹. 鼓励性干预模式对原发性肝癌介入治疗患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2022,28(6):78-80.
- [9] 卫锦秀,郝爱芹,段海叶,等. 激励式心理疏导对原发性肝癌经皮穿刺射频消融术后患者心理状态、睡眠质量的影响[J]. 癌症进展, 2020,18(13):1401-1404.
- [10] 孙莹. 激励式护理对肝癌患者行肝动脉灌注化疗栓塞术后生存质量的影响[J]. 中国社区医师, 2022,38(6):127-129.

[2022-07-20 收稿]

自我效能护理对急性淋巴细胞性白血病的干预效果分析

惠骄

【摘要】 目的 观察对急性淋巴细胞性白血病患者实施自我效能护理干预的临床效果及生活质量。方法 选取2021年1月-2022年9月张家港市第一人民医院收治的80例急性淋巴细胞性白血病患者,根据组间基础资料均衡可比原则将患者分成对照组和观察组各40例。对照组患者全程以常规护理为主,观察组患者则实施自我效能护理干预,比较两组患者护理前后自我效能、自护能力及生活质量和护理效果。结果 护理前,两组患者自我效能评分、自护能力评分、生活质量得分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);护理干预后,两组自我效能、自护能力、生活质量得分均明显升高,但观察组均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。护理干预后,观察组患者护理有效性显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 自我效能护理干预可以显著提高急性淋巴细胞性白血病患者自护能力和自我效能,同时改善患者生活质量,护理效果更好。

【关键词】 急性淋巴细胞性白血病;生活质量;自我效能护理;自护能力

中图分类号 R473.5 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)02-132-03

急性淋巴细胞性白血病发病原因为骨髓内白血病细胞出现异常增生和异常聚集,抑制了机体正常的造血功能,从而出现血小板减少、贫血及中性粒细胞减少^[1-2]。白血病细胞还可侵袭性腺、脑膜、胸腺等骨髓外组织,引发病变^[3-4]。急性发作期的急性淋巴细胞性白血病患者通常使用化疗药物治疗,但化疗后不良反应较多,使患者出现较严重的疲乏感和消极情绪,影响患者的生活质量^[5]。为进一步提高急性淋巴细胞性白血病患者患病后的生活质量和自我效能,本研究在白血病患者临床护理中实施自我效能护理干预,效果报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2021年1月-2022年9月张家港市第一人民医院收治的80例急性淋巴细胞性白血病患者,根据组间基础资料均衡可比原则将患者分成对照组和观察组各40例。纳入标准:①患者均为急性淋巴细胞性白血病确诊者,临床症状符合《内科学》^[6]中的诊断标准;②能正常沟通和交流;③依从性较好;④临床资料完整者;⑤年龄 >18 岁。排除标准:①妊娠期和哺乳期女性患者;②患有传染性疾病者;③患有其他恶性肿瘤者;④年龄 >80 岁;⑤重要器官出现功能衰竭;⑥精神疾病者。对照组中男16例,女24例;年龄18~78岁,平均年龄 49.39 ± 5.49 岁;病程1~7个月,平均 3.64 ± 0.58 个月。观察组男19例,女21例;年龄18~80岁,平均年龄 49.45 ± 5.44 岁;病程1~8个月,平均 6.50 ± 0.62 个月。两组患者性别、年龄、

病程比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究已获取我院伦理委员会审核批准,所有患者签订知情同意书。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 患者实施常规护理,入院初期对患者进行身体评估,并进行对症护理及不良反应的预防和处理。

1.2.2 观察组 患者实施自我效能护理干预,具体内容如下。

(1)健康指导:护理人员在入院初期使用通俗易懂的语言对患者进行用药指导、饮食指导和运动指导,同时对患者家属做好讲解工作,提高患者家属对护理内容的认同性,定期通过一对一模式对患者进行教育指导,每次指导时间在30min左右。定期通过书报形式和多媒体形式对患者进行集中健康教育,提高患者及家属对急性淋巴细胞性白血病的认知,纠正错误行为。

(2)目标制定:按照患者的实际情况,护理人员在与患者进行沟通后,制定可以完成的小目标,提高患者在完成小目标时的成就感。同时帮助患者建立正确看待失败的心态,组织白血病患者进行聚会,让患者通过沟通和相互鼓励的方式提高治愈信心。

(3)情绪管理:护理人员关注患者的情绪变化,多与患者进行交流和沟通,提高患者表达欲望,对患者诉求进行倾听,给予患者适当的鼓励和安慰,避免患者被过多负面情绪所影响。

(4)角色管理:与患者交流时明确患者在家庭及社会中的角色,明确疾病对患者角色的影响,让患者了解角色变化及责任变化,指导患者学习相关的知识,提升自我护理能力,指导患者家属协助患者重新

建立社交圈,重新参与社会活动。

1.3 观察指标

(1)自我效能和自护能力:根据自我管理效能测量表和自我护理力量表对患者护理前和护理后的自我效能和自护能力进行评估。其中自我管理效能分值0~35分,分值和自护能力呈正相关;自我护理能力分值0~172分,分值和自护能力呈正相关。

(2)生活质量:以生活质量评定量表(SF-36)对患者护理前和护理后的躯体功能、心理功能、社会功能、情感功能进行评定。每项功能最高分为100分,分值越高,表示生活质量越好。

(3)护理效果:分为显效、有效和无效。显效:患者护理后自护能力和生活质量改善显著;有效:自护能力和生活质量在护理后有所缓解;无效:护理前后生活质量和自护能力无变化。护理有效率=(显效+有效)例数/观察例数×100%。

1.4 数据分析方法

应用统计软件SPSS 24.0分析处理数据,计量资料采用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示,两组间均数比较采用 t 检验;计数资料计算百分率,组间率比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

表2 两组患者生活质量评分对比(分)

| 组别 | 例数 | 躯体功能 | | 心理功能 | | 社会功能 | | 情感功能 | |
|-------|----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 |
| 观察组 | 40 | 73.15 ± 2.20 | 93.18 ± 1.27 | 72.66 ± 2.33 | 92.66 ± 1.54 | 74.54 ± 2.60 | 93.48 ± 1.17 | 75.39 ± 2.66 | 92.68 ± 1.32 |
| 对照组 | 40 | 73.35 ± 2.14 | 87.26 ± 1.35 | 72.61 ± 2.37 | 87.62 ± 1.46 | 73.64 ± 2.59 | 88.93 ± 1.10 | 75.42 ± 2.61 | 85.61 ± 1.84 |
| t 值 | | 0.412 | 20.201 | 0.095 | 15.021 | 1.551 | 17.919 | 0.0501 | 19.746 |
| P 值 | | 0.681 | 0.000 | 0.924 | 0.000 | 0.125 | 0.000 | 0.9595 | 0.000 |

2.3 两组患者护理效果比较

护理干预后,观察组护理有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表3。

表3 两组患者护理效果对比

| 组别 | 例数 | 显效 | 有效 | 无效 | 有效率(%) |
|-----|----|----|----|----|--------|
| 观察组 | 40 | 34 | 4 | 2 | 95.00 |
| 对照组 | 40 | 20 | 9 | 11 | 72.50 |

$\chi^2 = 7.440, P = 0.006$ 。

3 讨论

急性淋巴细胞性白血病的主要表现为白细胞增多,儿童急性白血病中,急性淋巴细胞性白血病约占80%;成人白血病中,急性淋巴细胞性白血病约占20%^[7-8]。遗传因素、环境因素、感染因素和免疫缺陷都是急性淋巴细胞性白血病的主要发病原因,可累及患者淋巴结、骨髓和肝、脾等主要器官^[9-10]。

积极的治疗联合有效的护理,不仅可以起到事半

2 结果

2.1 两组自我效能和自护能力比较

两组患者在护理前自我效能及自护能力得分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);护理干预后,两组患者上述两项指标评分显著升高,组间比较,观察组高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组患者自我效能、自护能力评分对比(分)

| 组别 | 例数 | 自我效能 | | 自护能力 | |
|-------|----|--------------|--------------|--------------|---------------|
| | | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 |
| 观察组 | 40 | 17.35 ± 1.52 | 30.64 ± 1.38 | 54.98 ± 4.37 | 143.16 ± 5.34 |
| 对照组 | 40 | 17.44 ± 1.38 | 22.37 ± 1.52 | 55.49 ± 4.25 | 101.52 ± 5.08 |
| t 值 | | 0.277 | 25.477 | 0.529 | 35.732 |
| P 值 | | 0.782 | 0.000 | 0.598 | 0.000 |

2.2 两组患者生活质量评分比较

两组患者护理前生活质量各维度评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);护理干预后,两组患者护理前生活质量各维度评分均明显升高,但观察组患者各项评分均显著高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

功倍的效果,也可以改善患者预后。常规护理对提高患者自我护理能力效果较弱,患者出院后自我护理能力较差,无法正确面对疾病,不仅不利于疾病恢复,还会增加患者消极情绪。自我效能护理干预是以患者为中心,加强患者心理建设,并提升自我护理能力,纠正患者过往对疾病的错误认知,提高患者疾病正确认知,提高患者在护理时的配合度,为患者出院后实现自我护理奠定基础。本研究中,观察组采取自我效能护理干预,通过口头健康指导、书面健康指导和视频形式健康指导,加深患者对疾病的认知程度;并通过饮食护理和目标制定、情绪管理和角色管理进行护理干预^[11-12],患者的自我效能能力、自护能力、生活质量均得到显著提高,说明自我效能护理在急性淋巴细胞性白血病患者中的应用效果好,可改善患者生活质量。

综上所述,对急性淋巴细胞性白血病患者进行临床护理时,应用自我效能护理可提高护理效果,改善

基于认知理论的导向护理对鼻窦炎手术患者护理效果评价

陈杨

【摘要】 目的 探究基于认知理论的导向护理方案对鼻窦炎手术患者并发症、心理状态和依从性的影响。方法 选取医院 2021 年 3 月 - 2022 年 7 月收治的接受鼻窦炎手术患者 50 例, 根据组间性别、年龄等基本资料均衡可比的原则分为对照组和观察组, 每组各 25 例。对照组患者接受常规护理干预, 观察组患者接受基于认知理论的导向护理干预, 比较两组患者护理后的并发症、心理状态以及依从性。**结果** 经过护理干预后, 观察组患者的并发症发生率 (20.0%) 明显低于对照组 (52.0%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者的心理状态均有所好转, 但观察组患者的改善程度明显优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者的护理依从性为 92.0%, 明显高于对照组的 64.0%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 基于认知理论的导向护理方案对鼻窦炎手术患者能够明显减少并发症的发生, 改善患者负面的心理状态, 提高依从性。

【关键词】 鼻窦炎; 认知理论; 护理; 效果

中图分类号 R473.76 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)02-134-03

慢性鼻窦炎是一种非特异性的鼻腔炎症, 多是由于鼻腔受到感染发展成化脓性炎症^[1]。临床上常主要采取内镜技术对鼻窦炎患者进行治疗, 该技术对患者机体损害小, 不破坏鼻腔的生理功能, 且复发率低, 但患者经过手术后容易存在伤口疼痛、肿胀等状况^[2]。因此, 需要对接受鼻窦炎手术的患者实施一定的护理干预。临床经验显示, 多数患者缺乏对健康知识、手术治疗等的正确认知, 不配合治疗, 导致病情发展较快、预后较差^[3]。认知护理干预是一种基于患者认知理论的导向性护理措施, 能够纠正患者的错误认知, 在临床上广泛应用。本研究探讨基于认知理论的导向

作者单位: 520626 贵州省铜仁市, 贵州工程职业学院

护理方案对鼻窦炎手术患者并发症、心理状态、依从性的影响, 报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取医院 2021 年 3 月 - 2022 年 7 月收治的接受鼻窦炎手术患者 50 例为研究对象。纳入标准: 临床症状及诊断符合鼻窦炎的标准; 各项生命体征能够保障手术的顺利进行; 无认知障碍。排除标准: 肝肾器官严重障碍者; 患有恶性肿瘤、脑血栓等恶性疾病者; 精神疾病者。根据组间性别、年龄等基本资料均衡可比的原则分为对照组和观察组, 每组各 25 例。

患者生活质量, 对改善患者自护能力和效能有促进作用。

4 参考文献

- [1] 刘华茂. 整体护理对白血病患者负面情绪及治疗依从性的影响 [J]. 中国社区医师, 2022, 38(24): 150-152.
- [2] 孟庆美, 李霞, 王敏. 心理干预在急性白血病患者护理中的效果观察 [J]. 心理月刊, 2022, 17(14): 144-146.
- [3] 吴奕飞, 李祎. 基于家庭的集束化护理在急性淋巴细胞白血病患者维持治疗中的应用效果 [J]. 临床医学工程, 2022, 29(7): 1023-1024.
- [4] 倪利华. 基于 Pender 理论下的健康教育对白血病患者心理弹性及自我效能的影响 [J]. 护理实践与研究, 2022, 19(4): 488-491.
- [5] 张阳, 张灵, 徐静. 基于自我调节模式的疾病感知护理在急性淋巴细胞性白血病透析患者中的应用 [J]. 中国医药导报, 2021, 18(14): 181-184.
- [6] 田东丽. 急性淋巴细胞白血病患者自我感受负担及自

我效能感状况分析 [J]. 河南医学研究, 2020, 29(32): 5988-5990.

- [7] 蒋雁玲. 以家庭为中心的护理在急性淋巴细胞性白血病护理中的应用分析 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4(51): 55-56.
- [8] 周芬芳, 王春丽. 自我管理干预对急性白血病患者自我护理能力、自我效能及生存质量的影响 [J]. 临床与病理杂志, 2018, 38(10): 2203-2208.
- [9] 彭九兰, 高清华. 优质护理在儿童急性淋巴细胞白血病化疗期间的应用 [J]. 中外医学研究, 2018, 16(27): 119-121.
- [10] 王琳琳, 周兰兰, 张静, 等. 全方位护理干预用于化疗后急性淋巴细胞白血病患者效果分析 [J]. 安徽卫生职业技术学院学报, 2016, 15(6): 91-92.
- [11] 张蕴. 急性淋巴细胞性白血病患者化疗期间父母心理问题的循证护理干预研究 [J]. 中国实用医药, 2016, 11(18): 246-247.
- [12] 郭楠, 石艳. 儿童急性淋巴细胞性白血病化疗期间的护理措施 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(23): 226, 231.

[2022-10-12 收稿]

观察组男女比例为 14 : 11; 年龄 18 ~ 53 岁, 平均 31.67 ± 3.55 岁。对照组男女比例为 15 : 10; 年龄 18 ~ 56 岁, 平均 31.32 ± 3.47 岁。两组患者性别、年龄比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具可比性。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 患者接受常规护理, 具体措施为: 患者入院后给予入院指导, 为患者安排舒适的病房。评估患者的心理状态, 对心理压力过重的患者给予及时的心理疏导, 帮助患者建立战胜疾病的信心。向患者进行健康知识宣讲, 并详细介绍手术流程、手术前准备以及注意事项, 在手术过程中注意观察患者的情绪变化, 及时给予疏导和安慰, 并在术前术中术后密切监测患者的各项生命体征, 及时上报并合理处理。帮助患者进行健康的饮食、作息, 多食用新鲜的蔬菜水果, 适当运动等, 促进病情康复。

1.2.2 观察组 在常规护理的基础上接受基于认知理论的导向护理干预, 具体内容如下。

(1) 心理干预: 慢性鼻窦炎的病程较长, 患者在长期受到疾病的困扰时容易出现焦虑的负面情绪, 加之对手术以及疾病的了解较少, 容易产生恐惧、不安的心理状态, 在患者入院后护理人员应与患者多沟通交流, 尽力减轻患者过重的心理负担, 帮助患者以轻松、愉快的心态接受治疗。

(2) 手术前认知护理: 在患者入院后, 通过与患者进行沟通交流掌握患者的教育水平、对健康知识和鼻窦炎病症的了解情况, 以向患者发放知识宣教手册、微信群发布健康知识、示范宣教以及当面介绍的方式为患者全面介绍鼻窦炎病症的相关知识, 包括致病原因、发病机制、治疗方法、注意事项和可能发生的并发症等。在术前为患者大致讲解手术的原理、手术方法、术中注意事项等, 提醒患者严格遵从医嘱, 并严密监测患者的呼吸、心率、体温等各项生命体征, 并在手术过程中注意观察患者的情绪, 及时疏导, 确保手术能够顺利完成。

(3) 手术后认知护理: 在患者手术后护理人员需密切观察伤口的状态, 包括有无出血、感染、粘连等情况, 帮助患者冰敷鼻部大约 10 小时, 以达到缓解鼻部疼痛的目的, 鼻腔有异物感导致不畅的患者可指导其通过冲洗鼻腔以及张口呼吸来缓解。提醒患者应多喝水, 避免口腔缺水干燥以及产生疼痛感, 给患者带来痛苦, 叮嘱患者在术后多休息、可适当的运动, 增强机体免疫力, 加快患者康复的进程。

(4) 纠正患者的错误认知: 多数患者有着畏惧手术的心理, 认为手术会有强烈的疼痛感, 还会有大出血、昏迷等意外发生, 伤口也容易发生感染, 需要

二次手术, 另外还认为手术对鼻腔的创伤会留下痕迹, 影响容貌等。护理人员针对患者的这些错误认知需要给予患者详细的解答, 在临床上慢性鼻窦炎的治疗是一种微创治疗, 对患者造成的创伤比较小, 不会留下明显的瘢痕, 另外, 目前治疗鼻窦炎的医学技术已发展的较为成熟, 实施手术的医生经验丰富, 再加上合理的护理措施, 手术过程中的意外情况会因此有效的规避。护理人员还可向患者展示成功治愈的案例, 帮助患者建立信心。

1.3 观察指标

(1) 并发症发生率: 并发症包括术后出血、感染以及粘连。

(2) 心理状态: 采用本院自制的心理测评量表对患者的心理状态进行评估, 分数越高代表心理状态越差。

(3) 依从性: 根据患者在护理过程中的配合度分为完全遵从、基本遵从、不遵从, 依从率 = (完全遵从 + 基本遵从) 例数 / 观察例数。

1.4 数据分析方法

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 " $\bar{x} \pm s$ " 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 两组患者护理前后心理状态比较

经过护理干预后, 观察组患者的心理状态评分明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者护理前后的心理状态比较 (分)

| 组别 | 护理前 | 护理后 |
|----------------|------------------|------------------|
| 观察组 ($n=25$) | 63.25 ± 3.42 | 31.24 ± 5.18 |
| 对照组 ($n=25$) | 63.11 ± 3.78 | 42.59 ± 4.36 |
| t 值 | 0.137 | 8.382 |
| P 值 | 0.891 | 0.000 |

2.2 两组患者依从性比较

经过护理干预后, 观察组患者的护理依从性 (92.0%) 明显高于对照组 (64.0%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者的依从性比较

| 组别 | 完全遵从 | 基本遵从 | 完全不遵从 | 依从率 (%) |
|----------------|------|------|-------|---------|
| 观察组 ($n=25$) | 10 | 13 | 2 | 92.0 |
| 对照组 ($n=25$) | 4 | 12 | 9 | 64.0 |

$\chi^2=5.711, P=0.017$ 。

2.3 两组患者并发症发生率比较

经过护理干预后, 观察组患者的并发症发生率为 20.0%, 明显低于对照组的 52.0%, 差异有统计学意

义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者的并发症发生率比较

| 组别 | 出血 | 感染 | 粘连 | 并发症发生率 (%) |
|----------------|----|----|----|------------|
| 观察组 ($n=25$) | 3 | 1 | 1 | 20.0 |
| 对照组 ($n=25$) | 5 | 4 | 3 | 52.0 |

$\chi^2=4.367, P=0.037$ 。

3 讨论

慢性鼻窦炎是由于鼻窦化脓出现炎症所导致的疾病，该病会影响患者的多个鼻窦，若不及时治疗会并发多种疾病，比如颅、肺部以及眼部的并发症，影响视力，严重者可导致残疾甚至死亡^[4]。目前，临床上常用手术的方式来治疗慢性鼻窦炎，微创理念以及内镜技术的日益成熟使得慢性鼻窦炎手术可以采用微创技术实施，比如鼻内镜手术^[5]，该手术方式有着诸多优点，包括对患者机体的损伤小、伤口小、不易复发以及治愈率较高等^[6]。但是患者在接受手术后会出现疼痛、鼻腔不畅等并发症，影响患者的生活质量，不利于预后。因此，在手术后需要给予患者一定的护理干预。

常规的护理干预能够改善患者的病情，但效果不明显。临床经验显示，多数患者对健康知识、鼻窦炎疾病的相关了解比较缺乏，这往往导致病情不能及时发现被诊断被治疗，使得患者病情加重，治疗难度增加^[7-8]。因此，基于认知理论的导向护理模式变得尤为重要。认知干预主要侧重于对患者进行疾病知识的宣教，增强患者对鼻窦炎疾病、健康知识的认知水平，纠正错误认知^[9]，避免因错误认知造成对身体的损伤以及不良的心理状态，确保在治疗过程中患者能够以正确的方法对待疾病，以积极乐观的心态接受治疗^[10]。本研究主要通过心理干预、手术前认知干预、手术后认知干预以及纠正错误认知的措施对接受鼻窦炎手术患者的认知方面进行护理，结果显示，经过护理后，观察组患者的并发症发生率明显低于对照组，两组患者的心理状态都有所好转，但观察组患者的改善程度明显优于对照组，并且观察组患者的护理依从性明显高于对照组。这表明，对接受手术的鼻窦炎患者实施认知干预可以减少并发症的发生，改善患者不良的心理状态，并且提高患者对医生的配合程度，提高认知程度，促进病情的康复。

综上所述，基于认知理论的导向护理方案对鼻窦

炎手术患者有良好的护理效果，能够有效减少患者术后并发症，改善负面情绪，调节心理状态，增强患者对医嘱的依从性，改善病情，促进患者快速康复。

4 参考文献

- [1] 王惠. 认知护理干预的实施对慢性鼻窦炎手术患者生活质量的影响[J]. 中国医学文摘:耳鼻咽喉科学, 2022, 37(2):182-183, 186.
- [2] 戴晗青, 马灵草, 陈海芳, 等. 围术期品质链护理模式联合认知干预对鼻窦炎患者手术结局、生活质量的影响[J]. 护理实践与研究, 2022, 19(2):175-179.
- [3] 刘莹. 综合护理干预在鼻内镜治疗慢性鼻窦炎中的效果及对患者疼痛及自我管理能力的影 响[J]. 山西医药杂志, 2021, 50(17):2600-2603.
- [4] 管水萍, 陶蓉, 茅志娟, 等. 多元化认知行为干预对慢性鼻-鼻窦炎手术患者健康相关行为及生活质量的影响[J]. 中国医药导报, 2021, 18(23):173-176, 192.
- [5] 季培沛. 分阶段健康教育路径化护理对慢性鼻窦炎鼻内镜手术患者疾病认知、身心应激及自护能力的影响[J]. 国际护理学杂志, 2021, 40(5):833-837.
- [6] 黄芳, 李少红. 赋能认知干预对慢性鼻窦炎手术患者医护遵从性及生活质量的影响[J]. 当代护士:下旬刊, 2021, 28(2):104-107.
- [7] 侯春英. 健康教育对慢性鼻窦炎手术患者认知、焦虑水平及睡眠质量的影响[J]. 世界睡眠医学杂志, 2020, 7(4):679-680.
- [8] 彭春红. 认知护理干预对慢性鼻窦炎手术患者的效果观察及自我护理能力影响评价[J]. 中国社区医师, 2020, 36(8):147, 149.
- [9] 梁自轩, 谭庆兰, 曾丽梅. 慢性鼻窦炎鼻内镜下鼻窦开放术治疗期间应用认知护理干预的价值分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2020, 41(4):517-519.
- [10] 陈学小, 刘翠兰, 江琳艳, 等. 认知干预对鼻窦炎围手术期患者心理健康及护理满意度的影响研究[J]. 医院管理论坛, 2018, 35(9):44-46, 57.

[2022-10-14 收稿]

新型护理模式对骨髓增生异常综合征患者情绪及生活质量的影响

杨金洁

【摘要】 目的 分析新型护理模式对骨髓增生异常综合征患者情绪及生活质量的影响。方法 选取2021年3月-2022年9月张家港市第一人民医院收治的骨髓增生异常综合征患者160例,根据组间基础资料均衡可比原则分为对照组、观察组各80例。对照组患者入院给予常规护理,观察组患者给予新型护理模式,对比两组患者护理前和护理后的负面情绪、生活质量及骨髓增生异常综合征国际预后评分(IPSS评分)。结果 护理干预前,两组焦虑和抑郁症评分、生活质量评分、IPSS评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);护理干预后,两组患者上述观察指标均有明显改善,其中观察组患者焦虑和抑郁症评分显著低于对照组,生活质量评分显著高于对照组,IPSS评分明显低于对照组,组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 骨髓增生异常综合征患者采取新型护理干预后,负面情绪和生活质量均得到显著改善,对促进患者病情恢复有较大意义。

【关键词】 骨髓增生异常综合征;新型护理模式;生活质量;负面情绪

中图分类号 R473.5 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)02-137-03

骨髓增生异常综合征又称为白血病前期,临床主要表现为骨髓造血功能异常,以及血细胞出现发育异常,患者会出现难治性白细胞减少,同时造血功能出现衰竭,有较高的向急性白血病转化的风险^[1-2]。骨髓增生异常综合征在40岁以上人群中发病率较高,而在40岁以下人群中比较少见^[3-4]。不同程度的贫血是骨髓增生异常综合征患者的主要临床症状,也有少部分患者会伴随出血及感染等。骨髓增生异常综合征以药物治疗为主,但治疗效果个体差异性较大,研究证实有效的护理干预对帮助患者恢复有促进作用^[5-6]。本研究探讨新型护理模式对骨髓增生异常综合征患者情绪及生活质量的影响,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9月张家港市第一人民医院收治的骨髓增生异常综合征患者160例,根据组间基础资料均衡可比原则分为对照组和观察组,每组各80例。纳入标准:①患者均确诊为骨髓增生异常综合征;②患者年龄34~79岁;③对研究内容知情者;④依从性较好者;⑤交流和沟通无障碍者;⑥临床资料完整者。排除标准:①患有其他恶性肿瘤患者;②认知功能障碍患者;③精神疾病患者;④器官衰竭患者;⑤存在传染性疾病的患者。对照组男36例,女44例;年龄34~76岁,平均年龄 55.34 ± 3.67 岁。观察组男39例,女41例;年龄35~79岁,平均年

龄 55.69 ± 3.52 岁。两组患者性别、年龄比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经医院伦理委员会批准。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 患者接受常规护理服务,主要包括健康宣教,生命体征监测和用药护理,饮食护理。

1.2.2 观察组 患者接受新型护理模式,主要包括以下内容。

(1)一般护理:在护理人员实施护理服务时,强调护理人员全程实施微笑服务,与患者交流时要保证和蔼、温柔、亲切的工作态度,让患者体会到护理人员的关心和关爱。护理人员应在患者入院后掌握患者身体情况、病情和心理状态,第一时间做好护理内容规划,维护好护患关系,同时与患者家属进行沟通和交流,进一步掌握患者的需求。

(2)健康宣教:对患者及其家属进行共同健康宣教,引导患者如何正确面对自身疾病,告知治疗过程中患者需要注意的事项,指导患者家属参与到护理中,帮助患者释放焦虑、抑郁等负面情绪,对患者进行开导和安慰,鼓励患者积极参与治疗,改善患者心理状态,以达到改善预后的目的。

(3)病房环境护理:护理人员应保证向患者提供卫生舒适的病房环境和治疗环境,及时对病房消毒,防止患者出现交叉感染,并增加巡视次数,对患者各项体征进行详细检查,了解患者恢复情况。如患者出现特殊情况,应及时汇报,降低不良事件发生。

(4)出血护理:因骨髓增生异常综合征患者会出现不同程度的出血症状,护理人员应及时关注患者

血小板含量,对皮肤黏膜和消化道出血及便血情况进行了解。日常生活中应提醒患者减少身体碰撞,避免出血的发生。

1.3 指标观察

(1) 负面情绪:通过焦虑情绪自评量表和抑郁情绪自评量表评估患者护理前和护理后负面情绪。焦虑量表分界值为50分,轻度焦虑:50~59分;中度焦虑:60~69分;重度焦虑:69分以上。抑郁量表分界值为53分,轻度抑郁:53~62分;中度抑郁:63~72分;重度抑郁:73分以上。患者分值越低,提示负面情绪越少。

(2) 生活质量:根据生活质量评定量表(SF-36)对患者护理前和护理后的社会功能评分、情感功能评分、躯体功能评分和心理功能进行评定,每项评分最高分为100分,分值与生活质量呈正相关。

(3) 预后评分:采取骨髓增生异常综合征国际预后评分系统(IPSS评分系统)评估骨髓增生异常综合征患者护理效果及预后,评分越低,提示患者护理效果和预后越好。

1.4 数据分析方法

应用SPSS 24.0统计软件进行数据处理,正态分布的计量资料采用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示,两组间均数比较

采用 t 检验;计数资料计算百分率,组间率比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者负面情绪评分比较

护理前,观察组和对照组患者焦虑情绪和抑郁情绪评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组护理干预后负面情绪评分降低程度大于对照组,组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组患者负面情绪评分对比(分)

| 组别 | 例数 | 焦虑 | | 抑郁 | |
|-------|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 |
| 观察组 | 80 | 75.34 ± 2.18 | 50.34 ± 0.28 | 77.38 ± 2.08 | 53.29 ± 0.17 |
| 对照组 | 80 | 75.51 ± 2.07 | 56.64 ± 0.67 | 77.62 ± 2.13 | 59.65 ± 0.27 |
| t 值 | | 0.506 | 77.599 | 0.721 | 178.291 |
| P 值 | | 0.614 | 0.000 | 0.472 | 0.000 |

2.2 两组患者生活质量评分比较

护理前,观察组患者生活质量各维度评分与对照组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);护理后,观察组患者生活质量各项评分较对照组明显升高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组护理前后生活质量评分对比(分)

| 组别 | 例数 | 社会功能 | | 情感功能 | | 躯体功能 | | 心理功能 | |
|-------|----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 |
| 观察组 | 80 | 73.17 ± 2.22 | 93.20 ± 1.29 | 72.68 ± 2.35 | 92.68 ± 1.56 | 74.56 ± 2.65 | 93.50 ± 1.19 | 75.41 ± 2.68 | 92.70 ± 1.34 |
| 对照组 | 80 | 73.37 ± 2.16 | 87.28 ± 1.37 | 72.66 ± 2.39 | 87.64 ± 1.48 | 74.66 ± 2.61 | 88.95 ± 1.12 | 75.44 ± 2.63 | 85.63 ± 1.86 |
| t 值 | | 0.577 | 28.139 | 0.053 | 20.964 | 0.241 | 24.903 | 0.072 | 27.585 |
| P 值 | | 0.564 | 0.000 | 0.957 | 0.000 | 0.810 | 0.000 | 0.943 | 0.000 |

2.3 两组患者IPSS评分比较

护理前,两组患者IPSS评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组患者护理后IPSS评分较对照组更低,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组患者护理前后IPSS评分对比(分)

| 组别 | 例数 | 护理前 | 护理后 |
|-------|----|-------------|-------------|
| 观察组 | 80 | 3.16 ± 0.84 | 1.18 ± 0.79 |
| 对照组 | 80 | 3.18 ± 0.89 | 1.70 ± 0.64 |
| t 值 | | 0.146 | 4.575 |
| P 值 | | 0.884 | 0.000 |

3 讨论

骨髓异常增生综合征患者会出现无效造血及进行性骨髓衰竭,超过20%的患者预后会转化为急性白血病。化疗是骨髓异常增生综合征患者的主要治疗方式,化疗后患者会出现恶心、呕吐及乏力等不良反应,

不仅影响治疗效果,还会加重患者不良情绪,影响患者生活质量^[7-8]。

骨髓异常增生综合征患者患病后身心会遭受到严重打击,因此对患者实施有效的心理干预和环境干预可以明显改善患者病情和控制疾病发展^[9-10]。乐观的心态和健康的生活方式对改善患者预后效果较好。新型护理模式通过明确护理人员职责,提高护理人员对患者的服务意识,新型护理模式具有更强的目的性和针对性^[11-12]。根据患者所表现的不同特性制定不同类型护理内容,提高护理过程中患者家属的作用,尽可能满足患者合理需求。护理人员应时刻保持微笑,良好的护患关系是患者配合治疗和护理的基础,同时新型护理中加强了对病房环境护理及出血护理,降低了不良事件的发生,改善患者生活质量。本研究结果显示,采取新型护理后,观察组患者不良情绪得到有效改善,生活质量得到明显提升,IPSS评分降低,提

优质护理干预对原发性肝癌患者行肝动脉栓塞化疗术治疗中的应用效果

徐曼

【摘要】 目的 分析优质护理干预对原发性肝癌患者在进行肝动脉栓塞化疗术中的临床作用。方法 以医院2021年6月-2022年6月接诊的首次接受肝动脉栓塞化疗术治疗的60例原发性肝癌患者作为研究对象,根据组间性别、年龄、病程等基本资料均衡可比的原则分为常规护理组和优质护理组,每组30例。常规护理组在治疗时实施常规护理,优质护理组患者则采取优质护理干预。对两组患者护理前后负面情绪得分、生活质量得分以及并发症发生情况进行比较。结果 护理前,两组患者焦虑和抑郁情绪评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理后,两组患者焦虑和抑郁情绪评分均降低,但优质护理组低于常规护理组,差异有统计学意义($P<0.05$)。护理前,两组患者社会功能、躯体功能、心理功能、生理功能各项生活质量评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理后,两组患者上述生活质量评分均升高,但优质护理组高于常规护理组,差异有统计学意义($P<0.05$)。优质护理组并发症发生率(3.33%)低于常规护理组(30.00%),差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 优质护理干预的应用可以显著改善原发性肝癌患者在肝动脉栓塞化疗术后负性心理,有效提高患者生活质量,降低并发症发生率。

【关键词】 原发性肝癌;肝动脉栓塞化疗术;优质护理

中图分类号 R473.73 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)02-139-03

原发性肝癌是指在肝细胞或者肝内胆管细胞的恶性肿瘤,主要是肝细胞癌。肝细胞癌、肝内胆管细胞癌以及肝管细胞癌与肝细胞癌混合是原发性肝癌最常见的3种类型^[1-2]。临床上对于原发性肝癌的发病机制尚不明确,有研究认为,肝硬化、病毒性肝炎以及

作者单位:224000 江苏省盐城市第三人民医院

黄曲霉素都可导致原发性肝癌的发生。原发性肝癌因其症状隐匿,患者在早期时无明显症状。肝癌发生至中晚期时,会出现肝区疼痛、消化道症状以及全身表现等临床症状^[3-4]。原发性肝癌的治疗,首选手术切除,患者通过肝脏切除可获得长期生存。若患者无法接受手术切除时,肝动脉栓塞化疗术可成为其最佳治疗方

示新型护理的模式对骨髓增生异常综合征患者的有效性。

综上所述,对骨髓增生异常综合征患者进行新型护理干预后,可改善患者负面情绪和生活质量,改善患者预后。

4 参考文献

- [1] 杨筱艳,练晓霞,顾华玲,等.基于动机行为转化理论的护理模式在骨髓增生异常综合征患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(20):58-60.
- [2] 徐萌,张蓓,贾滢文.预见性护理干预对骨髓增生异常综合征基因造血干细胞移植的影响[J].齐鲁护理杂志,2020,26(17):42-44.
- [3] 韩宝艳,闫慧,刘艳芬,等.舒适护理对骨髓增生异常综合征化疗患者治疗依从性和免疫功能的影响[J].河北医药,2020,42(10):1585-1587,1591.
- [4] 李玲.综合护理干预在骨髓增生异常综合征患者中的应用效果[J].中外女性健康研究,2020(5):146-147.

- [5] 张小花,秦艳妍.综合护理干预在骨髓增生异常综合征患者中的应用[J].护理实践与研究,2018,15(15):24-25.
- [6] 刘威.中医护理在骨髓增生异常综合征患者中的应用[J].中国医药指南,2018,16(21):226-227.
- [7] 许志伟.健康教育在骨髓增生异常综合征化疗患者中的效果分析[J].继续医学教育,2018,32(6):124-126.
- [8] 戴洁,沈奕新,丁凌芳.路径式健康宣教在骨髓增生异常综合征病人中的应用[J].循证护理,2018,4(3):269-272.
- [9] 郁新美.对中老年骨髓增生异常综合征患者进行有针对性护理的效果探讨[J].当代医药论丛,2018,16(5):221-222.
- [10] 张梅芳,刘芬芬,陆静波,等.中医饮食护理对骨髓增生异常综合征病人癌因性疲乏的影响[J].全科护理,2017,15(27):3329-3331.
- [11] 王荣.多维度健康教育在骨髓增生异常综合征化疗患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2017,23(9):59-61.
- [12] 李俊杰,李丽云,沙增芸.新型护理模式对骨髓增生异常综合征患者生活质量的影响[J].中华现代护理杂志,2015,21(23):2767-2771.

[2022-10-20 收稿]

案,但术后患者会出现诸多不良反应和并发症^[5]。为进一步降低肝动脉栓塞化疗术对患者的负面影响,提高治疗效果,本研究在手术过程中联合优质护理,观察对患者的干预效果,具体内容如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

以医院2021年6月-2022年6月接诊的60例原发性肝癌患者作为研究对象。纳入标准:均确诊为原发性肝癌;临床症状符合《原发性肝癌诊疗规范摘要》中诊断标准^[6];首次接受肝动脉栓塞化疗术治疗;无化疗禁忌证;依从性良好。排除标准:原发性肝癌远端转移患者;排除大量使用镇痛药物患者;其他恶性肿瘤患者;肾脏功能衰退患者;严重精神障碍患者。根据组间性别、年龄、病程等基本资料均衡可比的原则分为常规护理组和优质护理组,每组30例。常规护理组男20例,女10例;年龄45~76岁,平均 49.62 ± 3.27 岁;病程6~17个月,平均 13.24 ± 1.24 个月。优质护理组男18例,女12例;年龄47~79岁,平均 59.75 ± 3.20 岁;病程7~18个月,平均 13.33 ± 1.20 个月。两组患者上述资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。研究已经医院伦理委员会正式批准,入组患者均已签订知情同意书。

1.2 护理方法

1.2.1 常规护理组 采取常规护理干预,内容包括对患者生命体征进行实时监测,同时进行健康宣传教育,并在患者出院时进行出院指导。

1.2.2 优质护理组 进行优质护理干预,具体如下。

(1)入院护理:在患者入院初期第一时间登记核对患者信息,并向患者介绍医院情况以及病房环境,带患者熟悉各检查室所在楼层,并做好陪同检查工作。同时向患者和其家属讲解有关原发性肝癌的成因以及肝动脉栓塞化疗术的治疗方式和治疗结果,让患者熟知治疗流程,以降低患者因恐惧而产生的负面情绪,提高患者接受手术治疗的依从性。再将治疗成功案例与患者分享,增加患者积极治疗的信心。

(2)心理护理:护理人员应采取积极热情和真诚的态度与患者进行语言交流和肢体交流,将积极健康向上的心态传递给患者,同时了解患者产生负面情绪的根本原因,对其进行开导和安慰,来帮助患者将不良情绪进行有效释放,保证患者在治疗时的平和心态,提醒患者家属在患者接受治疗时予以肯定和鼓励,让患者感受到更多的关爱与支持。

(3)围手术期护理:护理人员指导患者如何在术前进行有效的休息和保证充足的睡眠,监测好患者手术前24h内的体温和血压以及其他生命体征变化。

手术完成后对患者血压、血氧饱和度、脉搏等生命体征进行密切关注,并提醒患者保证绝对卧床休息,对患者穿刺肢体进行加压包扎,告知患者8h内禁止穿刺侧肢体弯曲,为降低化疗药物对患者消化道的刺激,减轻患者术后恶心和呕吐等情况的发生,应指导患者大量饮水,帮助化疗药物代谢,并在术后6h内禁食。及时更换辅料,避免穿刺点感染等情况的发生,并对穿刺点出现的出血和血肿情况进行相应护理。

(4)饮食护理:为患者制定合理的饮食食谱,提醒患者术后多以清淡食物为主,尽量少食多餐,避免暴饮暴食以及食用一些高油脂、高脂肪的食物,保证排便通畅,避免便秘的发生,同时应摄取更多的微量元素以及矿物质和营养物质,保证患者术后机体功能的恢复。

1.3 指标观察

(1)负面情绪:应用焦虑情绪自评量表(SAS)和抑郁情绪自评量表(SDS)对患者护理前后的负面情绪进行对比。

(2)生活质量:应用生活质量评定量表(SF-36)评估患者护理前后生活质量分数。

(3)并发症发生情况:包括穿刺部位出血、尿潴留、乏力。

1.4 数据分析方法

运用SPSS 24.0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 两组负面情绪评分比较

护理干预前,两组患者焦虑和抑郁情绪评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);护理干预后,两组患者焦虑和抑郁情绪评分均降低,但优质护理组低于常规护理组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组负面情绪评分比较(分)

| 组别 | 例数 | 焦虑情绪 | | 抑郁情绪 | |
|-------|----|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 |
| 优质护理组 | 30 | 55.29 ± 3.20 | 39.72 ± 2.59 | 58.35 ± 3.24 | 38.52 ± 2.70 |
| 常规护理组 | 30 | 55.18 ± 3.28 | 49.47 ± 2.45 | 58.19 ± 3.19 | 48.40 ± 2.62 |
| t 值 | | 0.132 | 14.979 | 0.193 | 14.384 |
| P 值 | | 0.896 | 0.000 | 0.848 | 0.000 |

2.2 两组生活质量评分比较

护理干预前,两组患者社会功能、躯体功能、心理功能、生理功能各项生活质量评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);护理干预后,两组患者上述生

活质量评分均升高,但优质护理组高于常规护理组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 两组生活质量评分比较(分)

| 组别 | 例数 | 社会功能 | | 躯体功能 | | 心理功能 | | 生理功能 | |
|------------|----|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 | 护理前 | 护理后 |
| 优质护理组 | 30 | 73.13 ± 2.18 | 93.16 ± 1.25 | 72.64 ± 2.31 | 92.64 ± 1.52 | 74.52 ± 2.58 | 93.46 ± 1.15 | 75.37 ± 2.64 | 92.66 ± 1.30 |
| 常规护理组 | 30 | 73.33 ± 2.12 | 87.24 ± 1.33 | 72.59 ± 2.35 | 87.60 ± 1.44 | 73.62 ± 2.57 | 88.91 ± 1.08 | 75.40 ± 2.59 | 85.59 ± 1.82 |
| <i>t</i> 值 | | 0.360 | 17.765 | 0.083 | 13.184 | 1.354 | 15.797 | 0.044 | 17.314 |
| <i>P</i> 值 | | 0.720 | 0.000 | 0.934 | 0.000 | 0.181 | 0.000 | 0.965 | 0.000 |

2.3 两组并发症发生情况比较

护理干预后,优质护理组患者出现穿刺部位出血、

尿潴留和乏力并发症发生率低于常规护理组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表3。

表3 两组并发症发生情况比较

| 组别 | 例数 | 穿刺部位出血 | 尿潴留 | 乏力 | 并发症发生率(%) |
|-------|----|--------|-----|----|-----------|
| 优质护理组 | 30 | 0 | 0 | 1 | 3.33 |
| 常规护理组 | 30 | 4 | 2 | 3 | 30.00 |

$\chi^2=7.680, P=0.006$ 。

3 讨论

原发性肝癌是临床上最为常见的一种恶性肿瘤,在全球范围内每年约有60万新发肝癌患者。在我国,40~50岁是发生肝癌的高危人群,男性多于女性。对于有肝病史的中年人群,及早进行相关检查可在肝癌早期被发现。早发现、早治疗会有效提高肝癌患者的治疗结果,延长患者生存时间^[7-8]。

肝动脉栓塞化疗术是治疗肝癌的一种手段。是将栓塞剂与化疗药物进行混合后,经患者动脉将混合液导入到肿瘤供血靶动脉实施治疗。动脉血管会因栓塞而封闭,局部高浓度化疗药物会将肝肿瘤组织因缺血和缺氧而缩小和坏死。手术过程中可以降低对患者其他器官以及正常肝组织的损伤^[9-10]。手术过程创伤较小,相对安全,对于无法接受肝脏切除治疗的中晚期肝癌患者有较好的疗效。但因患者对手术流程了解甚少,以及化疗药物的毒副作用,会加重术后并发症的发生,引发患者产生负面情绪,影响患者术后恢复以及生活质量。因此,将优质护理服务应用于肝动脉栓塞化疗术中非常必要。优质护理是将各种护理中最为有效且患者满意度最高的护理模式进行结合,以患者为中心,尊重患者,满足患者护理需求,对患者术后可能出现的心理问题以及并发症发生问题进行及时有效的护理,是一种高效的护理措施,能够想患者之所想,急患者之所急,来改善护患关系,促进护理效果的提升^[11]。本研究采取优质护理,患者护理负面情绪更少,生活质量更高,并发症更低,验证了优质护理干预对于原发性肝癌患者在接受肝动脉栓塞化疗术的有效性。

综上所述,对行肝动脉栓塞化疗治疗的原发性肝癌患者实施优质护理,可获得更好的效果,可改善患者不良情绪和生活质量,降低并发症。

4 参考文献

- [1] 黄颜英. 优质心理护理模式对肝癌 Xelox 方案化疗患者负性情绪与自我效能的影响[J]. 中国医药指南, 2022, 20(11): 125-127, 131.
- [2] 张悦, 陈玉梅, 明岩, 等. 探讨优质护理在行肝动脉栓塞化疗术(TAE)治疗的原发性肝癌患者护理中的应用效果[J]. 医学食疗与健康, 2021, 19(11): 142, 154.
- [3] 李啸静. 基于4R模式的延伸护理服务在原发性肝癌患者肝动脉栓塞化疗术后的应用[J]. 河南医学研究, 2020, 29(35): 6707-6709.
- [4] 岳菁, 张英娟. 全面护理干预对原发性肝癌患者经肝动脉栓塞化疗术中院内感染发生率的影响[J]. 中国药物与临床, 2020, 20(16): 2800-2802.
- [5] 聂凤妹, 黎少芳, 李海燕, 等. 护理干预对原发性肝癌肝动脉栓塞化疗术患者术后并发症及临床效果的影响体会[J]. 中外医疗, 2019, 38(32): 139-141, 162.
- [6] 孙琳. 优质护理在行TAE治疗的原发性肝癌患者护理中的应用[J]. 全科口腔医学电子杂志, 2019, 6(25): 115, 121.
- [7] 李丽丽. 并发症护理干预对TAE介入治疗肝血管瘤术后预后的影响[J]. 当代护士: 中旬刊, 2019, 26(7): 28-30.
- [8] 林丽. 中晚期原发性肝癌肝动脉栓塞化疗术围手术期的护理干预及效果观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(69): 83.
- [9] 袁喆娉. 循证护理运用在肝动脉栓塞化疗术治疗肝癌患者护理中的有效性评价[J]. 中国医药指南, 2018, 16(12): 234-235.
- [10] 董慧. 优质护理在行TAE治疗的原发性肝癌患者护理中的应用效果[J]. 保健医学研究与实践, 2017, 14(4): 77-78, 90.
- [11] 李风雷, 姚绍鑫, 刘福军, 等. 原发性肝癌患者肝动脉栓塞化疗术后并发症的临床护理观察与分析[J]. 中国医药指南, 2017, 15(19): 29-30.

[2022-10-13 收稿]

基于改良早期预警评分的院前急救护理结合心理护理在急性心肌梗死患者中的应用效果

兰元

【摘要】 目的 探讨基于改良早期预警评分 (MEWS) 的院前急救护理结合心理护理在急性心肌梗死患者中的应用效果。方法 选取 2020 年 1 月 - 2021 年 12 月南京市六合区人民医院收治的 74 例急性心肌梗死患者作为研究对象, 根据组间性别、年龄等基本资料均衡可比的原则分为对照组和观察组, 每组 37 例。对照组急救过程中运用常规护理, 观察组运用 MEWS 评分以及心理护理。对比两组患者急救耗时间、心理状况及护理满意度。结果 运用 MEWS 评分以及心理护理后, 观察组急救反应时间、心肌再灌注时间、有效救护时间、急诊科抢救时间较对照组明显缩短, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组主观幸福感评分高于对照组, 无能为力感、沮丧感、社交障碍感评分低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组护理满意度为 100.00%, 对照组为 81.08%, 观察组高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 基于 MEWS 评分的院前急救护理结合心理护理的应用, 可缩短急性心肌梗死患者急救时间, 减轻负性情绪, 提高护理满意度。

【关键词】 改良早期预警评分; 院前急救护理; 心理护理; 急性心肌梗死

中图分类号 R473.5 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)02-142-03

急性心肌梗死是因冠脉急性闭塞致部分心肌组织因缺血缺氧坏死, 该病起病急、进展快、病情凶险, 严重威胁到患者生命健康^[1]。院前急救是挽救患者生命安全的必要环节, 当患者发病后能在短时间内得到急救、处理, 能够及时控制疾病进展, 改善患者预后, 为患者院内治疗夯实坚实基础^[2]。改良早期预警评分 (MEWS) 是用于危急重症患者疾病程度、预后评估的重要指标, 常用于急诊急救系统及危急重症患者病情预后、危险分层评估, 并在国内外广泛应用^[3-4]。因急性心肌梗死患者病情复杂、进展快, 故在院前急救护理时采用 MEWS 评分, 可提高急救护理针对性。另外, 该病来势凶猛, 患者发病过程中存在不同程度的焦虑、悲观、绝望等心理, 严重影响到患者救治效果^[5]。基于此, 本研究对急性心肌梗死患者采用基于 MEWS 评分的院前急救护理结合心理护理, 旨在为院前急救护理提供参考, 报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2020 年 1 月 - 2021 年 12 月南京市六合区人民医院收治的 74 例急性心肌梗死患者作为研究对象。纳入标准: 符合急性心肌梗死标准^[6]; 均由医院 120 急救出车; 发病至到达急救地点的时间在 60min 以内。排除标准: 在未到达急救地址时, 患者已死亡者; 合并精神障碍性疾病、严重感染、恶性肿瘤、颅脑损伤者; 转院者; 自行到院救治者。根据组间性作者单位: 211500 江苏省南京市六合区人民医院急诊科

别、年龄等基本资料均衡可比的原则分为对照组和观察组, 每组 37 例, 两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 1。所有患者对研究知情, 并签署同意书。本研究经医院伦理委员会批准。

表 1 两组患者一般资料比较

| 组别 | 性别 | | 年龄 (岁) | 发病至拨打急救电话时间 (min) |
|----------------|--------|----|--------------|-------------------|
| | 男 | 女 | | |
| 观察组 ($n=37$) | 22 | 15 | 56.13 ± 5.89 | 21.10 ± 4.62 |
| 对照组 ($n=37$) | 20 | 17 | 55.78 ± 6.08 | 19.98 ± 4.70 |
| <i>t</i> 值 | 0.220* | | 0.251 | 1.034 |
| <i>P</i> 值 | 0.639 | | 0.802 | 0.305 |

注: *为 χ^2 值。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 急救流程中运用常规护理, 急救人员接到急诊电话并接到通知后, 由护士长安排急救人员及急救车辆, 现场评估疾病、监测体征变化, 采用必要的急救措施。详细记录急救过程中的各项措施, 为下一步到院急救提供参考, 完善院内抢救转运、转科交接等。

1.2.2 观察组 采用基于 MEWS 评分的院前急救护理结合心理护理, 具体如下。

(1) MEWS 评分^[7]: 包括呼吸、体温、收缩压、心率、意识评估 5 项生理参数, 量表分值界限为 5 分, 0 ~ 4 分为低危, 5 ~ 8 分为中危, ≥ 9 分为高危。根据评分系统分界值, 若评分 ≥ 5 分则存在疾病恶化的潜在风险, 需要通知医生进一步检查, 严格院前急救监护以及院前、院内急救无缝隙连接。

(2) 院内急救护理: 依据院前 MEWS 评分标准, 对不同级别患者予以不同护士, 低危者对应 N1 级护士, 给予蓝色标识, 安排普通救治区, 每 3h 进行 MEWS 评分评估; 中危者对应 N2、N3 级护士, 黄色标识, 安排高危区, 每 1h 进行 MEWS 评分评估; 高危者对应 N4 级, 红色标识, 安排抢救区, 每 30min 进行 MEWS 评分评估。

(3) 院前心理护理: 急救人员在接听到电话后, 指导家属进行简单急救处理, 用关心语言安抚患者、家属的情绪, 稳定其情绪。在出诊途中, 用电话联系患者或家属, 了解病情, 指导家属救治, 安抚患者放松心情, 增加患者的求生意志, 同时尽量不要让家属出现哭泣、悲伤等情绪, 并给予患者精神鼓励。在到达现场后, 对患者给予迅速、合理的紧急处理时, 重视患者心理、精神状态, 与患者、家属沟通时要有足够耐心、语言温和, 说明乐观、积极的心理状态有利于控制病情。若患者情绪过度恐惧、害怕等, 可安排 1 名心理医师进行心理安抚。转运期间可给予患者足够的安抚, 进行擦汗、握手, 使患者、家属均能得到来自医护人员的关心与体贴, 增加患者治疗信心。

1.3 观察指标

(1) 急救时间: 记录患者院前急救反应时间, 观察患者治疗后心肌再灌注所需时间, 计算患者治疗期间的有效救护时间以及急诊科总体抢救时间。

(2) 心理状态: 采用心脏患者心理状况问卷 (HPPQ)^[8], 包括主观幸福感、无能为力感、沮丧感、社交障碍感, 分别为 12、12、10、6 个条目, 每条目赋值 0 ~ 3 分, 评分越高, 心理状态越趋于该种心理

状态。

(3) 护理满意度: 调查表为医院自制, 且 Cronbach'a 系数为 0.857, 内部一致性系数为 0.857, 信效度高, 量表内容包括护理人员的态度、护理流程、沟通技巧等内容进行评价, 共有 12 个条目, 每条目赋值 0 ~ 4 分, 非常满意为 45 ~ 48 分; 满意为 38 ~ 44 分; 基本满意为 32 ~ 37 分; 不满意为 <32 分。满意度 = (非常满意 + 满意 + 基本满意) 例数 / 观察例数 × 100%。

1.4 数据分析方法

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 两组患者急救时间比较

两组患者急救反应时间、心肌再灌注时间、有效救护时间、急诊科抢救时间比较, 观察组均短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

2.2 两组患者心理状况比较

观察组患者主观幸福感评分高于对照组, 无能为力感、沮丧感、社交障碍感评分低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

2.3 两组患者护理满意度比较

两组护理满意度比较, 观察组为 100.00%, 对照组为 81.08%, 观察组高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 2 两组患者急救时间比较

| 组别 | 急救反应时间 (s) | 心肌再灌注时间 (min) | 有效救护时间 (min) | 急诊科抢救时间 (min) |
|----------------|----------------|---------------|--------------|---------------|
| 观察组 ($n=37$) | 63.15 ± 8.49 | 44.25 ± 4.18 | 45.15 ± 5.39 | 32.20 ± 5.58 |
| 对照组 ($n=37$) | 110.27 ± 12.63 | 65.36 ± 5.18 | 52.87 ± 6.13 | 41.86 ± 6.06 |
| t 值 | 18.834 | 19.291 | 5.753 | 7.133 |
| P 值 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |

表 3 两组患者心理状况评分比较 (分)

| 组别 | 主观幸福感 | 无能为力感 | 沮丧感 | 社交障碍感 |
|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 观察组 ($n=37$) | 28.31 ± 3.16 | 18.14 ± 2.86 | 21.35 ± 3.08 | 20.04 ± 2.61 |
| 对照组 ($n=37$) | 21.78 ± 2.96 | 28.89 ± 3.10 | 29.86 ± 3.27 | 27.78 ± 3.10 |
| t 值 | 9.174 | 15.503 | 11.523 | 11.618 |
| P 值 | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |

表 4 两组患者护理满意度比较

| 组别 | 非常满意 | 满意 | 基本满意 | 不满意 | 满意率 (%) |
|----------------|------|----|------|-----|---------|
| 观察组 ($n=37$) | 20 | 10 | 7 | 0 | 100.00 |
| 对照组 ($n=37$) | 6 | 14 | 10 | 7 | 81.08 |

$\chi^2=5.680$, $P=0.017$ 。

3 讨论

急性心肌梗死进展快,若未及时干预,极有可能危害到患者生命安全。院前急救护理是挽救患者生命,改善疾病预后的重要措施。但因疾病进展快,在院前准确、快速评估及分流,是急诊科高效管理、快速救治的主要环节,以便采用科学的防治措施,合理分诊,提高疾病抢救效率。随着循证医学的发展,科学、精准评估病情,是临床诊治及护理的必然趋势。MEWS评分系统是临床常用的监测指标,获取简便、快捷,有效预测急诊急救患者病情严重程度,准确鉴别潜在危险患者,并对急诊患者病情严重程度进行分类处理,从而提高院前急救护理水平^[9]。另外,疾病来势凶猛,患者没有任何准备,发病期间极易出现恐惧、焦虑等心理,影响治疗依从性,疾病救治效果差。因此,在急救护理过程中,需要关注患者心理状态,为患者制定合理、高效的心理护理,能够缓解患者紧张、焦虑等心理,可树立患者求生意志,提高患者治疗信心。

本研究结果显示,观察组患者的院前急救反应时间、心肌再灌注时间、急诊时间与急诊科抢救时间均显著缩短,表明基于MEWS评分的院前急救护理结合心理护理可缩短急性心肌梗死患者急救时间,促使短时间内心肌灌注。分析原因是,基于MEWS评分的院前急救护理可将急救患者按照疾病轻、重进行急救处理,使医护人员有效识别危重患者,故能缩短患者急诊与抢救时间;同时,院前急救护理时应用MEWS评分,有助于医护人员早期识别病情恶化患者,并提前做好和实施救护措施,从而能提高疾病预警能力以及救治针对性,有利于患者早期恢复;此外,基于MEWS评分可早期识别潜在危险患者,减少院前急救患者病情变化漏诊的发生,避免病情贻误,利于急诊、病房间的相互交流与协调,从而能进一步提高疾病急救效果^[10]。另外,院前心理护理的应用,使患者的焦虑、不安、害怕等心理明显减轻,使患者在面对疾病压力、逆境时的心态均得到改善,以此能提高患者治疗依从性,进一步缩短有效救护时间。

本研究中,观察组主观幸福感高于对照组,无能为力感、沮丧感、社交障碍感低于对照组,护理满意度高于对照组,表明基于MEWS评分的院前急救护理结合心理护理能减轻患者负面心理状况,提高其护理满意度。分析原因是,在院前急救护理时采用MEWS评分,可提高疾病预警能力,使医护人员能有

有条不紊、镇定自若地实施救治,以此能稳定患者心理状态,提高患者治疗信心;同时采用心理护理干预能减轻患者、家属心理负担,减轻患者过度紧张、恐惧、焦虑等心理,以此能提高患者治疗信心,显著缓解不良心理状态,避免情绪波动导致血压增加,从而能提高疾病治疗效果,增加患者护理满意度^[11]。

综上所述,基于MEWS评分的院前急救护理结合心理护理可缩短急性心肌梗死患者急救时间,减轻负性情绪,提高患者护理满意度。

4 参考文献

- [1] 徐彬,陈长征,方杰,等.院前急救联合绿色通道模式对急性心肌梗死PCI术患者救治效果和术后不良心血管事件的影响[J].现代生物医学进展,2021,21(10):1908-1911.
- [2] 董俊婵,张彦敏,王志先,等.不同院前急救方式对急性心肌梗死合并急性左心衰竭救治效果及预后影响研究[J].河北医药,2020,42(4):554-557.
- [3] 周文丽.改良早期预警评分系统在院前急救中的应用[J].护理研究,2020,34(10):1851-1853.
- [4] 郑若菲,金爽,林羽,等.分级预警模式在急危重患者院前与院内急救衔接中的应用[J].解放军护理杂志,2020,37(2):79-82.
- [5] 康颖,梅蕾,胡宏宇,等.全程专业心理护理个案管理对急性心肌梗死患者康复和生活质量的影响[J].中国临床研究,2020,33(5):716-718.
- [6] 陈可冀,张敏州,霍勇.急性心肌梗死中西医结合诊疗专家共识[J].中西医结合心脑血管病杂志,2014(6):641-645.
- [7] 刘青艳,曾瑞峰,郭艳枫,等.改良早期预警评分对转诊患者转运途中所采取的干预措施及结局的预测价值分析[J].中华急诊医学杂志,2020,29(12):1646-1648.
- [8] 孟海娜.心理干预对急性心肌梗死PCI治疗患者心理状态的影响[J].中国实用乡村医生杂志,2013(22):35-36.
- [9] 袁芳,陈玲.急诊危重度指数与早期预警评分系统对急性冠脉综合征急救效率的影响及预后评估价值[J].武警后勤学院学报:医学版,2019,28(9):24-28.
- [10] 钟丽玲.MEWS评分系统在急性ST段抬高型心肌梗死患者院内安全转运中的应用[J].深圳中西医结合杂志,2021,31(6):183-185.
- [11] 唐绍辉,易婷,陈煌,等.全程优化急诊护理对急性心肌梗死患者临床效果、负性情绪和预后质量的影响[J].广东医学,2021,42(10):1259-1263.

[2022-10-24 收稿]

细节护理对手术室护理安全的影响

焦生平 庄芹 卓华平

【摘要】 目的 探讨细节护理对手术室护理安全的效果。方法 选取灌云县人民医院2020年12月-2021年7月接受手术治疗的90例患者作为研究对象,依照均衡可比的原则将患者分为对照组与观察组,每组各45例。对照组采取常规护理,观察组在常规护理的基础上给予细节护理干预。对比两组患者的护理质量与效果。结果 细节护理干预后,观察组的护理质量评分高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$);观察组患者的风险事件发生率为2.22%,满意度为95.56%,均优于对照组的风险事件发生率(11.11%)及满意度(82.22%),差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论 手术室细节护理能够提升整体的护理效果,同时能够减少风险事件的发生并得到患者的认可,具有积极的推广价值。

【关键词】 手术室;详细护理;护理安全;风险事件

中图分类号 R472.3 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)02-145-03

Influence of detail nursing on the safety of operating room nursing Jiao Shengping, Zhuang Qin, Zhuo Huaping. Operating Room of Guanyun County People's Hospital, Lianyungang 222200, China

【Abstract】 Objective To explore the effect of detail nursing on nursing safety in operating room. **Methods** 90 patients who underwent surgical treatment from December 2020 to July 2021 were selected and divided into two groups according to the principle of coin tossing, with 45 people in each group. Both groups adopted corresponding surgical treatment, but there were differences in nursing methods. The control group took routine nursing, while the observation group combined with more comprehensive detailed nursing intervention, and finally summarized the differences from multiple indicators such as nursing quality score, so as to analyze the more advantageous nursing mode. **Results** In the observation group, the overall nursing score was significantly higher ($P<0.05$). At the same time, the incidence of risk events was 2.22%, the satisfaction rate was 95.56%, and the control group was 11.11%, 82.22%, ($P<0.05$). **Conclusion** For patients receiving surgical treatment, we should strengthen the detailed intervention in the operating room in the conventional nursing mode. In this way, it can improve the overall nursing effect, reduce the occurrence of risk events, get the recognition of patients, and have positive promotion value.

【Key words】 Operating room; Detail nursing; Nursing safety; Risk event

手术是临床常见的治疗方式,具有一定风险性。为了保障手术能顺利、安全地进行,有必要做好手术室护理工作。手术治疗过程复杂,护理工作繁琐,因此每个环节都需要加强质量监督,以防止出现护理风险事件^[1],同时在基础护理上强化风险管理,为手术安全打下坚实基础。本研究通过临床实验,探讨细节护理对手术室护理安全的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取灌云县人民医院2020年12月-2021年7月接受手术治疗的90例患者作为研究对象,依照组间均衡可比的原则将患者分为对照组与观察组,每组45例。对照组男性25例,女20例;患者年龄为作者单位:222200 江苏省连云港市灌云县人民医院手术室

15~79岁,平均年龄为 45.3 ± 4.8 岁。观察组男性27例,女性18例;患者年龄范围为16~81岁,平均年龄为 46.2 ± 3.9 岁。排除标准:不符合诊断标准者;患者自身有严重心、脑、肝、肾等严重疾病;精神障碍或意识不清不能配合治疗者。两组患者年龄、性别比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究已通过灌云县医院伦理委员会审批。

1.2 手术室细节护理方法

对照组给予患者常规护理操作,观察组给予患者手术室细节护理管理方法,具体包括:

(1) 护理流程完善:护理部根据医院及科室内的状况,对手术室的流程进行优化,并明确不同层级的护理人员职责^[2]。各组护理人员需做到团结合作、各司其职,以保障护理工作全方位落实到位。术前,巡回护士负责将各种器械、设备、药品准备妥善,并

做好交接。

(2) 环境细节护理: 重视手术室清洁消毒管理, 首先可根据治疗需求, 将手术室的温湿度调至适宜范围 (一般为温度 23~26℃, 相对湿度 55.0%~60.0%)。护理人员需提前检查手术中所使用的器械、设备及医疗用品, 核对无误后再次进行消毒灭菌。医师、护理人员都需严格遵守规定, 在进入手术室内将自身的衣物、鞋帽、口罩等物品提前消毒, 为患者手术安全性提供保障。此外, 考虑到儿童的身心特点, 科室可在患者等候区域内放置色彩鲜明的图案、放上儿童读物、绘本等, 以避免患儿在等待时出现焦虑、害怕的心理^[3]。同时, 也可在患儿接受麻醉时为其提供布偶, 转移其注意力减少恐惧不安感。在患者术后进行转运过程中, 护士注意为患者做好保暖措施, 可提前使用电热毯加温预热, 给患者创造良好的休息条件。

(3) 术中、术后细节护理: 在手术过程中, 护理人员要做好密切配合, 快速、准确地为医师传递器械、物品。保护和尊重患者隐私, 减少不必要暴露, 并根据手术的需要对其体位进行合理的调节, 在不影响治疗的前提下, 改善患者的舒适程度。同时, 密切观察并询问患者感受。此外, 若患者血压、心率、神色、意识有异常时, 护士应及时报告。术后做好皮肤清洁干预, 安全将其送回病房。术后 3d 内充分了解患者的麻醉后疼痛程度与不适感, 护士需要予以患者关爱和陪伴, 对患者切口的愈合情况给予评估, 做好感染预防工作^[4]。

(4) 护理标识管理: 首先, 对不同手术类型患者的号卡、腕带进行标识, 方便医护人员快速且准确地核实出患者基本情况, 能在提升工作效率的同时尽量减少差错。其次, 提升手术室护士的综合护理技能水平, 护士能够对不同种类药物、管道、器械进行规范化处理。护理标识的意义在于安全提示, 利于提高护理人员警惕性, 从而强化手术安全性^[5]。

(5) 预防性护理: 科室内需定期召开专题会议, 针对于既往科室中出现过的护理不安全事件, 要分析其原因并结合科室现状, 提出更有效的改良对策, 尽

可能消除风险, 做到防范于未然。对于手术室护理中出现的薄弱环节, 要安排专人强化监督管理, 降低手术室安全风险事件的发生^[6]。

1.3 评价指标

(1) 风险事件发生率: 风险事件包括出血、合并感染、手术损伤患者组织脏器、神经等事件。

(2) 护理满意度: 采用院内自制的护理满意度问卷对患者进行调查, 包括对护理操作、护理态度、护理环境、护理效果等内容的综合评价, 分为满意和不满两个等级。

(3) 护理质量: 根据黄蕊 (2020) 学者相关研究, 同时结合医院手术室的基本情况制定, 共计护理标识、器械管理、消毒隔离、医护配合 4 个维度, 护理标识基于《标识和可追溯性管理规定》的有关制度, 器械管理则参照《医疗器械经营质量管理规范》(2014 年版本), 消毒隔离的评定则参考《消毒隔离制度》《医务人员手卫生规范》《手卫生制度》; 而医护配合则从患者依从性、满意度等方面评价。各维度均百分制, 得分越高护理质量越好^[7]。

1.4 数据分析方法

所有数据均采用 SPSS 19.0 统计软件进行分析, 计数资料组间率比较采用 χ^2 检验; 计量资料以 " $\bar{x} \pm s$ " 表示, 组间均数比较采用 t 检验; $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预效果对比

手术室细节护理干预后, 观察组风险事件发生率为 2.22%, 低于对照组的 11.11%, 但组间差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。观察组患者满意率 95.56%, 高于对照组的 82.22%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 两组护理质量评分对比

手术室细节护理干预后, 观察组在护理质量的各个维度 (护理标识、器械管理、消毒、医护协助配合) 评分均优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 1 两组护理效果对比

| 组别 | n | 风险事件 | | 患者满意 | |
|-----|------------|------|---------|------|---------|
| | | 例数 | 发生率 (%) | 例数 | 满意率 (%) |
| 观察组 | 45 | 1 | 2.22 | 43 | 95.56 |
| 对照组 | 45 | 5 | 11.11 | 37 | 82.22 |
| | χ^2 值 | | 2.857 | | 4.050 |
| | P 值 | | 0.091 | | 0.044 |

表2 两组护理质量评分对比(分)

| 组别 | n | 护理标识 | 器械管理 | 消毒隔离 | 医护配合 |
|-----|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 观察组 | 45 | 92.17 ± 4.16 | 93.82 ± 4.64 | 93.17 ± 4.32 | 92.56 ± 4.30 |
| 对照组 | 45 | 84.12 ± 3.70 | 82.10 ± 4.23 | 81.15 ± 5.36 | 80.28 ± 4.37 |
| t 值 | | 9.699 | 12.581 | 11.713 | 13.437 |
| P 值 | | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.000 |

3 讨论

在患者接受手术治疗的过程中,护理人员要提高警惕,全面防范各种风险事件的出现,从而保障患者手术过程的顺利。通常情况下,出现各种风险事件的原因都是源自对细节的忽视。手术室的工作包含了对器械的科学化管理、消毒和隔离管理、有效的护理标识管理,为了避免出现细节问题,就要尽量减少可能存在的干扰因素。例如,需强化对环境的护理,护士将室内温度与湿度调至患者适宜的范围内,以满足患者的身心需求。护士提前将各种需要使用的设备、器械等准备完善,并严格按照科室标准制定消毒灭菌工作,为手术成功创造出更有利的条件。其次在此基础上护理标识的工作也必不可少;由于手术室内患者的病症类别相对较多,利用科学化的标识后,能够完善患者的基本信息,进而能够提升手术室护理工作的有序性和全面性,避免因工作任务重,导致出现护理疏漏^[8]。最后,针对既往手术室护理风险事件进行总结,同时结合预防性的护理理念,确保手术前、中、后各个阶段的顺利。本研究中观察组的护理效果与护理质量均优于对照组,进一步证实了细节护理对手术室护理安全的重要性。

综上所述,在手术室护理应用细节护理,一方面

能够提升整体的护理工作质量,另一方面还能有效降低风险事件的出现,保障患者的安全。

4 参考文献

- [1] 谭英. 手术室细节护理在提高手术室护理安全中作用研究 [J]. 中国农村卫生, 2021, 13(4): 70-88.
- [2] 赵清华. 手术室细节护理在提高手术室护理安全中的作用分析 [J]. 医学食疗与健康, 2020, 18(15): 125, 127.
- [3] 李晓蓉, 赵翠萍. 手术室细节护理干预对护理安全的影响 [J]. 内蒙古医科大学学报, 2020, 42(S1): 61-63.
- [4] 葛静妮, 雷芙蓉, 赵欢. 分析手术室细节护理在提高手术室护理安全性中的应用效果 [J]. 人人健康, 2020(10): 237-238.
- [5] 周君, 王晓青, 张世玺, 等. 细节护理干预在艾滋病患者手术室护理安全中的作用分析 [J]. 皮肤病与性病, 2020, 42(2): 197-199.
- [6] 杨宝英. 手术室细节护理在提高手术室护理安全中的作用 [J]. 中国城乡企业卫生, 2020, 35(4): 201-203.
- [7] 魏娟, 于宗敏. 手术室细节护理在提高手术室护理安全中的作用探讨 [J]. 人人健康, 2020(6): 147.
- [8] 房汝敏, 刘璐璐, 苏文涛. 手术室细节护理对手术室护理质量及满意度的影响 [J]. 淮海医药, 2020, 38(2): 208-210.

[2021-12-14 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。论文涉及的课题如获得国家或部、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: xdykskj@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。

日记式心理教育对精神分裂症患者生活质量、病情症状的影响

马丹英

【摘要】 目的 探析对精神分裂症患者应用日记式心理教育应用效果。方法 纳入医院 2021 年 1-11 月收治就诊的精神分裂症患者 265 例, 根据组间性别、年龄、病程匹配的原则进行分组, 其中 132 例单纯采取抗精神病药物治疗患者为对照组, 133 例药物治疗联合日记式心理教育干预患者为观察组。对比分析两组患者干预前后阳性和阴性症状量表 (PANSS)、社会功能缺陷筛选量表 (SDSS)、精神分裂症患者生活质量量表 (SQLS) 评分, 评价日记式心理教育的临床应用价值。结果 干预前, 两组患者 PANSS、SDSS、SQLS 量表各项目评分比较, 差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。干预 3 个月后, 两组患者 PANSS、SDSS、SQLS 量表各项目评分均显著降低, 表明两种干预方法均可改善患者临床状态; 但组间比较, 观察组各项指标均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$), 表明观察组改善幅度大于对照组。结论 对精神分裂症患者在对症药物控制基础上辅以日记式心理教育能进一步提高对患者症状控制改善效果, 弥补其社会功能缺陷情况并降低症状对正常生活的影响。

【关键词】 日记式心理教育; 精神分裂症; 生活质量; 病情症状

中图分类号 R473.74 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)02-148-03

精神分裂症作为慢性重性精神疾病, 具有病情复杂, 治疗困难的临床特点。目前研究发现, 对精神分裂症患者病情控制手段除了药物治疗、康复训练引导外, 提高其自身情绪管理也有积极意义^[1]。精神分裂症患者在应对生活、工作、社交时消极的部分原因在于其情感障碍, 导致患者长期处于自卑状态, 不能正确的自我评价, 是病情波动的重要影响因素^[2]。日记式心理教育是让患者以记日记的方式来记录和直视自己的日常情绪状态, 能够更好地识别并体验各种反应, 为医护人员干预方案的制定及调整提供参考。本研究对临床收治的精神分裂症患者在常规治疗的基础上, 联合日记式心理教育获得了满意的临床效果, 现将措施及结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

纳入 2021 年 1-11 月到医院就诊的 265 例精神分裂症患者为研究对象, 按照组间性别、年龄、病程匹配的原则分为对照组 132 例, 观察组 133 例。对照组男性 63 例, 女性 59 例; 年龄 23~59 岁, 平均 37.15 ± 4.16 岁; 病程 2~11 年, 平均 5.61 ± 0.59 年。观察组男性 65 例, 女性 58 例; 年龄 21~60 岁, 平均 38.03 ± 4.13 岁; 病程 1~12 年, 平均 5.83 ± 0.61 年。两组患者上述数据比较差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。经医院伦理委员会审核后批准展开研究; 并且患者家属了解研究内容, 签署知情同意书。

作者单位: 201617 上海市松江区精神卫生中心

(1) 纳入标准: ①症状表现与《CCMD-3 中国精神障碍分类与诊断标准》中关于精神分裂症诊断标准相符合^[3]; ②疾病发作频率在 2 次以上, 病程超过 1 年; ③阳性和阴性症状量表 (PANSS) 评分超过 60 分。

(2) 排除标准: ①存在其它精神疾病; ②存在酒精或者药物依赖; ③合并重要脏器严重器质性病变; ④合并脑外伤或者癫痫; ⑤处于妊娠期或者哺乳期女性; ⑥家属明确表示拒绝配合。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 采取常规药物病情控制干预, 配合家庭支持、健康训教、心理疏导等护理方式。

1.2.2 观察组 患者在对照组干预措施基础上联合日记式心理教育, 共干预 3 个月, 具体内容如下。

(1) 组建小组: 小组成员包括精神科医生及具有国家二级心理咨询师资格的精神科专科护士各 2 名, 护理人员 6 名。小组成立的作用在于通过培训方式提升成员专业素质, 定期在内部展开交流会, 对精神分裂症患者常见问题归纳后制定解决方案。

(2) 前期准备: 在与患者交流时保持共情状态, 在情感上产生共鸣并设身处地的理解患者需求, 疏导患者合理的宣泄自身感情。干预前每天和患者接触最少 3 次, 关心患者的日常生活和需求, 交流时语气保持平稳, 始终尊重患者, 以坦诚的态度得到患者的信任。建立良好交流渠道后可共同探讨和制定干预措施的程序、步骤及目标, 让患者给自己的日记本取名字。日记所记录的东西应包括日间情绪, 诱发不良情绪的原因及情绪出现后对于心理、生理产生的不良影响,

是否会导致行为异常, 出现不良情绪后的体会。

(3) 实施措施: 让患者以 6~8 名组队形式组建小组, 每周进行为时 45min 的日记式心理教育干预, 每周 2 次, 连续 3 周。教育方式包括视频、音频、PPT、游戏、情景模拟等。每次小组活动结束后, 和患者展开面对面交谈, 了解患者体会感受。和患者协商每天一起查阅日记内容, 通过日记记录掌握患者情况, 帮助其分析并解决问题。嘱咐患者出院后依然要保持记日记的习惯, 到院复诊时带上日记本以便检查和评估患者病情。

1.3 观察指标

(1) 症状改善: 测量工具为 PANSS, 测量项目为阳性症状、阴性症状、精神病理及总分, 分值与症状病情严重程度呈正相关^[4]。

(2) 社会功能: 测量工具为社会功能缺陷筛选量表 (SDSS), 测量项目为职业和工作、社会交往、个人生活自理、社交功能、家庭功能、家庭职能, 分值与社会功能缺陷程度呈正相关^[5]。

(3) 生活质量: 测量工具为精神分裂症患者生活质量量表 (SQLS), 测量项目为心理社会、症状/不良反应、动机/精力, 分值与生活质量呈负相关^[6]。

1.4 数据分析方法

采用 SPSS 25.0 统计软件分析处理数据, 计数资料计算百分率, 两组率的比较采用 χ^2 检验; 使用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示计量资料, 两组均数比较采用 t 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后症状病情对比

两组患者干预前 PANSS 各项评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。干预后, 两组患者 PANSS 各项评分均显著降低, 组间比较观察组低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。见表 1。

2.2 两组患者治疗前后社会缺陷对比

两组患者干预前 SDSS 各项评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。干预后, 两组患者 SDSS 各项评分均显著降低, 组间比较观察组低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组患者治疗前后生活质量对比

两组患者干预前 SQLS 各项评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 干预后, 两组患者 SQLS 各项评分均显著降低, 组间比较观察组低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。见表 3。

表 1 两组患者治疗前后 PANSS 评分比较 (分)

| 组别 | 阳性症状 | | 阴性症状 | | 精神病理 | | 总分 | |
|-----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 对照组 ($n=132$) | 28.64 ± 4.06 | 17.81 ± 5.01 | 24.11 ± 2.58 | 16.30 ± 5.43 | 45.07 ± 5.25 | 35.15 ± 4.11 | 97.80 ± 7.37 | 68.52 ± 8.30 |
| 观察组 ($n=133$) | 29.11 ± 4.05 | 13.25 ± 3.97 | 24.36 ± 2.70 | 8.09 ± 2.91 | 44.51 ± 5.60 | 27.85 ± 4.86 | 97.94 ± 7.55 | 50.11 ± 6.31 |
| t 值 | 0.847 | 8.215 | 0.771 | 15.356 | 0.840 | 13.198 | 0.153 | 20.335 |
| P 值 | 0.398 | 0.000 | 0.442 | 0.000 | 0.402 | 0.000 | 0.879 | 0.000 |

表 2 两组患者治疗前后 SDSS 评分比较 (分)

| 组别 | 职业和工作 | | 社会交往 | | 个人生活自理 | |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 对照组 ($n=132$) | 1.64 ± 0.54 | 1.06 ± 0.37 | 1.67 ± 0.47 | 1.03 ± 0.48 | 1.61 ± 0.76 | 1.08 ± 0.47 |
| 观察组 ($n=133$) | 1.57 ± 0.49 | 0.79 ± 0.41 | 1.63 ± 0.48 | 0.70 ± 0.44 | 1.64 ± 0.47 | 0.79 ± 0.39 |
| t 值 | 1.105 | 5.626 | 0.685 | 5.834 | 0.387 | 5.468 |
| P 值 | 0.270 | 0.000 | 0.494 | 0.000 | 0.700 | 0.000 |

| 组别 | 社交功能 | | 家庭功能 | | 家庭职能 | |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 对照组 ($n=132$) | 1.50 ± 0.51 | 1.24 ± 0.48 | 1.58 ± 0.49 | 1.07 ± 0.23 | 1.39 ± 0.51 | 1.09 ± 0.33 |
| 观察组 ($n=133$) | 1.48 ± 0.49 | 0.87 ± 0.36 | 1.59 ± 0.48 | 0.83 ± 0.36 | 1.38 ± 0.41 | 0.87 ± 0.36 |
| t 值 | 0.326 | 7.102 | 0.168 | 6.462 | 0.176 | 5.185 |
| P 值 | 0.745 | 0.000 | 0.867 | 0.000 | 0.860 | 0.000 |

表3 两组患者治疗前后 SQLS 评分比较 (分)

| 组别 | 心理社会 | | 症状 / 不良反应 | | 动机 / 精力 | |
|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 对照组 (n=132) | 27.83 ± 8.16 | 20.48 ± 7.61 | 26.13 ± 7.11 | 19.49 ± 7.33 | 41.84 ± 8.74 | 38.30 ± 6.54 |
| 观察组 (n=133) | 27.37 ± 8.40 | 17.34 ± 7.36 | 25.57 ± 6.92 | 13.58 ± 5.29 | 41.26 ± 8.14 | 34.14 ± 6.20 |
| t 值 | 0.452 | 3.414 | 0.650 | 7.530 | 0.559 | 5.314 |
| P 值 | 0.652 | 0.001 | 0.516 | 0.000 | 0.577 | 0.000 |

3 讨论

目前对精神分裂症患者病情彻底稳定控制还存在困难,数据^[7-9]指出在病情干预后患者出现复发的风险可高达90%,即使持续用药依然有40%比例患者可出现复发,对患者及其家属无论从生理或者心理上都是极大负担^[10]。

对精神分裂症患者应用抗精神药物虽然能够缓解其临床症状,但诸如幻觉、自残、伤人、妄想等不能彻底消除,另一方面患者如长期用药出现肝肾功能受损、粒细胞减少、心血管事件风险等不良事件^[11],单一药物控制无论是有效性或者安全性都难以满足需求。除了症状影响,患者因病情的反复发作需要接受封闭式治疗,与外界交流受到阻挡,社会功能缺陷日益明显,在疗程结束后患者难以顺利回归社会,降低生活质量。在于文军等^[12]学者展开关于精神分裂症患者干预探索中,根据利伯曼理论明确了心理治疗干预手段的重要价值,本研究所用日记式心理教育为行为治疗,最开始用于治疗抑郁症,而后逐渐被推广到多种精神疾病。

本研究中,相对于单纯药物治疗及宣教引导的对照组,联合日记式心理教育的观察组患者在疗程后 PANSS 症状评分显著降低,说明日记式心理教育能够让患者正视自己情绪变化以及对病情影响,寻求自己能够控制的方式来宣泄情绪,更有利于保持病情的稳定。在社会功能方面 SDSS 评价观察组患者干预后分数低于对照组,验证了日记式心理教育有助于改善社会功能,这在于患者通过写日记对自身病情有了较为准确的评估认知,在整个干预方案制定时患者也参与其中,对于病情是否有所改善以及控制程度不再是盲目自卑消极状态,对于自己回归社会有较高信心。病情的控制及社会功能提升,让患者重建对生活的信心,写日记时也一定程度锻炼了其动手、思维能力,在思索如何有效发泄情绪并摆脱消极心理控制过程中患者的思维方式逐渐正面积积极,日记内容成为了和医护人员、家属分享内心感受的重要途径,对于患者病情长期稳定控制极有价值。

综上所述,精神分裂症具有干预时间长、病情反复发作特点,日记式心理教育能够帮助患者正面疾病,

积极参与到控制病情当中,对症状改善、社会功能缺陷调整以及生活质量提高具有重要的作用。

4 参考文献

- [1] 徐华,张燕红,陈兆红,等.日记式心理教育在精神分裂症患者情绪管理中的应用效果研究[J].护士进修杂志,2020,35(24):2230-2233.
- [2] 史文新,韩树红,曾俊,等.齐拉西酮联合积极心理学理论教育对精神分裂症的疗效研究[J].检验医学与临床,2019,16(15):2236-2239.
- [3] 田琴.日记式心理教育干预在复发性精神分裂症患者心理治疗中的应用[J].国际护理学杂志,2020,39(6):1018-1021.
- [4] 叶佳,万敏,徐金容,等.基于自我表露的健康教育在老年住院精神分裂症患者心理护理中的应用观察[J].山西医药杂志,2021,50(1):141-143.
- [5] 刘鹏,朱晓丹,闫莉枫,等.微信健康教育对精神分裂症患者服药依从性及生活质量的影响[J].中国健康教育,2021,37(5):466-468.
- [6] 朱月莉,陈海勤,林梅,等.同理心教育干预对精神分裂症患者监护人高情感表达的影响[J].护士进修杂志,2019,34(6):544-546.
- [7] 王安琪,杨艳杰,张聪沛,等.团体心理治疗对康复期精神分裂症患者家属的干预效果[J].神经疾病与精神卫生,2021,21(10):706-710.
- [8] 徐巧燕,应美艳,胡晓飘.个性化健康教育对精神分裂症患者服药依从性的影响[J].中国基层医药,2020,27(3):362-364.
- [9] 高芳,陈俊杉,史战明,等.暴力精神分裂症照料者的心理健康及影响因素分析[J].神经疾病与精神卫生,2020,20(5):316-320.
- [10] 张秀英,李小麟,吴霜,等.自我管理行为在精神分裂症患者受教育水平与生活质量间的中介作用[J].中国医药导报,2020,17(34):185-188.
- [11] 徐丽,容彩莲,杨婕,等.行为矫正干预联合 Teach-back 健康教育模式对精神分裂症患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2019,25(17):35-39.
- [12] 于文军,胡纪泽,李兰兰.照顾负担、应对方式和心理健康:对精神分裂症患者家属的追踪研究[J].中国临床心理学杂志,2019,27(5):1

[2022-10-31 收稿]

孕产期心理筛查结果与妊娠结局的关系

崔文彩 阳明媚

【摘要】目的 探讨孕产期心理异常对妊娠结局的影响。**方法** 将2020年8月-2021年11月在石景山区各助产机构完成4次孕产期心理筛查的1357位产妇作为研究对象,根据4次筛查结果分为未见异常组(对照组)、可疑高危组和可疑抑郁组。比较三组患者的一般情况及妊娠结局,分析孕产期心理对妊娠结局的影响。**结果** 三组孕产妇妊娠结局比较,剖宫产率和产后出血量,组间差异具有统计学意义($P<0.05$);两两比较,可疑抑郁组高于其他两组,差异有统计学意义($P<0.05$);新生儿身长、新生儿出生体重、孕期体重增长三组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。巨大儿比例可疑抑郁组>可疑高危组>对照组,组间差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 孕产期心理异常与妊娠结局有关系,可疑抑郁的产妇剖宫产率、产后出血量、巨大儿比例相对较高。

【关键词】 孕产期心理,可疑抑郁,剖宫产率,新生儿出生体重,产后出血量

中图分类号 R715.3 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)02-151-04

Relationship between the results of prenatal psychological screening and pregnancy outcomes Cui Wencai, Yang Mingmei. Shijingshan District Maternal and Child Health Care Hospital Women's Health Care Department, Beijing 100041, China

【Abstract】Objective To explore the influence of psychological abnormality during pregnancy and childbirth on pregnancy outcome. **Methods** A total of 1357 puerperas who completed 4 psychological screening during perinatal period from August 2020 to November 2021 in Shijingshan District. According to the four screening results, the patients were divided into three groups: no abnormality group (control group), suspected high-risk group and suspected depression group. The baseline characteristics and pregnancy outcome of the three groups were compared, and the effect of pregnancy and perinatal psychology on pregnancy outcome was analyzed. **Results** Compared the pregnancy outcomes of the three groups of pregnant women, the rate of cesarean section and the amount of postpartum hemorrhage were statistically significant ($P<0.05$). Compared with the other two groups, the suspicious depression group was significantly higher than the other two groups ($P<0.05$). There was no significant difference among the three groups in terms of newborn length, newborn birth weight and weight gain during pregnancy ($P>0.05$). The proportion of macrosomia in suspected depression group>suspected high-risk group>control group, with a statistically significant difference ($P<0.05$). **Conclusion** Psychological abnormalities during pregnancy and childbirth are related to pregnancy outcomes. The rate of cesarean section, the amount of postpartum hemorrhage, and the proportion of macrosomia are relatively high in women with suspected depression.

【Key words】 Psychology of perinatal period; Suspected depression; Cesarean rate; Newborn birth weight; Postpartum bleeding

女性在妊娠、分娩及哺乳过程中,生理及心理均出现巨大变化,情绪处于不稳定状态,易发生产后抑郁^[1]。产后抑郁不仅可以影响产妇的自身健康,还会导致产妇自杀情况的发生。为避免出现不良事件,改善妊娠结局,孕产妇围产期的心理健康逐渐受到关注。2020年1月石景山区各助产机构开展免费孕产期心理筛查工作,以期对孕产妇的心理异常做到早发现、早干预。本研究针对石景山区各助产机构进行的孕产期心理筛查资料进行分析,探讨筛查结果与妊娠结局

的关系,为开展孕产期心理健康服务,改善妊娠结局提供参考依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

将2020年1月-2021年11月在北京市石景山区各助产机构分娩且进行过4次孕产期心理筛查的1357位产妇作为研究对象。排除标准:①晚期流产患者;②双胞胎;③合并严重内科疾病。根据4次孕产期筛查结果进行分组,4次筛查均正常的患者作为

对照组 1172 例；有 1 次及以上可疑高危的为可疑高危组 149 例；有 1 次及以上可疑抑郁的为可疑抑郁组 36 例。

1.2 资料收集

内容包括年龄、孕前体重、孕前体质指数 (body mass index, BMI)、产前体重、分娩方式、新生儿身长、新生儿体重、孕期体重增长、产后出血量。

1.3 心理筛查

早孕期、中孕期及晚孕期使用健康问卷抑郁量表 (PHQ-9)；使用爱丁堡产后抑郁量表 (EPDS)。PHQ-9 量表总分为 27 分，其中 0~4 分为未见异常；5~14 分为可疑高危； ≥ 15 分为抑郁可能性大。EPDS 量表总分为 30 分，其中 0~11 分为未见异常；11~13 分为可疑高危； >13 分为抑郁可能性大^[2]。

1.4 资料分析方法

应用 SPSS 19.0 统计软件分析处理资料，正态分布的计量资料以“均值 \pm 标准差”表示，三组间均数比较采用方差分析，差异有统计学意义的采用 LSD-*t* 检验进行两两比较；计数资料采用 χ^2 检验进

行比较。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 三组孕产妇基本情况比较

三组孕产妇年龄、孕前体重、BMI、产前体重等基本情况比较，差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)，具有可比性，见表 1。

2.2 三组孕产妇妊娠结局比较

三组孕产妇妊娠结局比较，剖宫产率和产后出血量，组间差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；两两比较，可疑抑郁组高于其他两组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)；新生儿身长、新生儿出生体重、孕期体重增长三组间比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 2。

2.3 三组孕产妇新生儿体重分类比较

三组间低出生体重及正常出生体重儿构成比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；但巨大儿比例可疑抑郁组 $>$ 可疑高危组 $>$ 对照组，组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 1 三组孕产妇基本情况比较

| 组别 | 例数 | 年龄 (岁) | 孕前体重 (kg) | BMI | 产前体重 (kg) |
|-------|------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| 对照组 | 1172 | 30.68 \pm 3.59 | 57.90 \pm 9.27 | 21.96 \pm 3.17 | 71.62 \pm 10.31 |
| 可疑高危组 | 149 | 30.65 \pm 3.92 | 58.25 \pm 10.77 | 21.86 \pm 3.44 | 71.44 \pm 13.89 |
| 可疑抑郁组 | 36 | 31.03 \pm 4.53 | 60.75 \pm 9.39 | 23.11 \pm 3.55 | 75.30 \pm 11.56 |
| | <i>F</i> 值 | 0.168 | 1.649 | 2.363 | 2.074 |
| | <i>P</i> 值 | 0.845 | 0.933 | 0.094 | 0.126 |

表 2 三组患者妊娠结局比较

| 组别 | 分娩方式 | | 新生儿身长 (cm) | 新生儿出生体重 (g) | 孕期体重增长 (kg) | 产后出血量 (ml) |
|-------|-------------|-------------|------------------|-----------------------------------|------------------|----------------------------------|
| | 阴道分娩 | 剖宫产 | | | | |
| 对照组 | 834 (71.16) | 338 (28.84) | 50.10 \pm 1.55 | 3315.12 \pm 406.18 | 13.73 \pm 5.91 | 317.02 \pm 162.99 |
| 可疑高危组 | 98 (65.77) | 51 (34.22) | 50.17 \pm 1.81 | 3355.64 \pm 433.40 | 13.19 \pm 5.98 | 301.73 \pm 134.35 |
| 可疑抑郁组 | 18 (50) | 18 (50) | 50.36 \pm 1.10 | 3545.97 \pm 484.22 [#] | 14.55 \pm 7.65 | 424.08 \pm 178.16 [#] |
| | <i>F</i> 值 | 8.878* | 0.626 | 0.594 | 0.726 | 9.128 |
| | <i>P</i> 值 | 0.012 | 0.535 | 0.003 | 0.484 | 0.000 |

注：*为 χ^2 值；() 内数据为百分率 (%)。两两比较结果：# 为可疑抑郁组与其他两比较， $P < 0.05$ 。

表 3 三组孕产妇新生儿出生体重分类比较

| 组别 | 例数 | 低出生体重 | 正常体重 | 巨大儿 |
|-------|------------|-----------|--------------|-----------|
| 对照组 | 1172 | 22 (1.88) | 1095 (93.93) | 55 (4.69) |
| 可疑高危组 | 149 | 3 (2.01) | 136 (91.27) | 10 (6.71) |
| 可疑抑郁组 | 36 | 0 (0) | 31 (86.11) | 5 (13.89) |
| | χ^2 值 | 0.247 | 3.638 | 6.863 |
| | <i>P</i> 值 | 0.619 | 0.162 | 0.032 |

注：() 内数据为百分率 (%)。

3 讨论

妊娠和分娩过程对孕产妇来说,存在一定程度的生理刺激,导致孕产妇心理及生理出现应激反应。孕期是妇女心理最脆弱的时期,焦虑和抑郁是妊娠期最常见的心理改变^[3]。有研究报道围产期超过20%的妇女存在焦虑及抑郁状态,持续的消极情绪会导致孕产妇体内神经、内分泌免疫等系统功能紊乱,可能影响分娩结局,加重产后抑郁的发生^[4],孕产期心理状况逐渐受到关注。在本研究中,可疑高危孕产妇占比10.98%,可疑抑郁的孕产妇占比2.65%,该区围产期妇女孕产期心理筛查异常率为13.63%,围产期妇女的心理异常问题低于既往报道,仍需重视与关注。

本研究显示石景山区进行4次孕产期心理筛查的孕产妇年龄、BMI、孕前体重、孕期体重增长差异无统计学意义,具备不同程度孕产期心理异常的患者一般情况相似,具备可比性。在此基础上对妊娠结局进行比较,发现不同程度的孕产期心理异常对妊娠结局存在影响。

孕产妇在妊娠过程中,适当的焦虑可以提高人体对应激状态的能力,过度的焦虑、抑郁会导致子代出生结局异常,如早产、新生儿迷走神经降低,胎儿发育延迟等^[5]。孕产妇不良情绪对新生儿出生体重的影响存在争议。Fan等研究认为新生儿出生体重与母亲早孕期及中孕期焦虑呈负相关,且与焦虑程度有关,但与抑郁无显著相关性^[6]。Ding等研究认为焦虑可以使早产及新生儿低体重发生几率增加^[7]。本研究中发现随着可疑抑郁孕产妇的新生儿出生体重及巨大儿发生率较A组增加,正常出生体重儿发生率低于A组,可能的原因为人类在焦虑或应激状态下,会不同程度改变饮食的摄入习惯^[8];有研究认为摄入高脂、高糖、高加工状态食物、美味食物可以改善慢性应激刺激引起的焦虑行为^[9],需在今后的研究中进一步进行原因分析。

孕产妇在分娩过程中,产力、产道、胎儿及精神因素是影响产程和分娩方式的重要因素,其中精神因素对产力存在明显影响。部分患者在孕期及分娩过程中存在焦虑、抑郁的情绪,这些情绪可以使交感神经兴奋性增加,植物神经失调,出现宫缩乏力、产程延长,增加难产机会^[10]。本研究中可疑高危患者剖宫产率高于未见异常患者,可疑抑郁患者剖宫产率显著高于其他两组;可疑抑郁患者产后出血量明显高于其他两组,可能与抑郁患者巨大儿发生率增加,精神因

素使子宫收缩力下降有关。本研究中可疑抑郁孕产妇样本量较小,在今后的研究中需增加样本量,避免研究结果偏倚。

综上所述,孕产期心理因素不仅影响患者的身心健康,也对巨大儿发生率、剖宫产率及产后出血量等妊娠结局有影响。在临床工作中应重视孕产期心理的筛查,对可疑抑郁孕产妇积极追访及做好心理干预,有利于改善妊娠结局,提高产科质量。

4 参考文献

- [1] 吕军,施慎逊,李笑天,等.孕产期心理相关危险因素筛查表的研制思路及过程[J].中国卫生资源,2011,14(2):106-108.
- [2] 钟赋真,徐文,孟超,等.孕产期心理筛查情况分析[J].中国优生与遗传杂志,2021,29(4):562-565.
- [3] 刘彩霞,徐晓明.孕产妇心理应激状况及对策[J].实用妇产科杂志,2012,28(3):170-172.
- [4] Ford Elizabeth, Lee Suzanne, Shakespeare Judy, et al. Diagnosis and management of perinatal depression and anxiety in general practice: A meta-synthesis of qualitative studies [J]. The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners, 2017, 67(661): e538-e546.
- [5] Field T, Diego M, Maria Hernandez Reif, et al. Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: Effects on the fetus and neonate [J]. Depression and Anxiety, 2003, 17: 140-151.
- [6] Fenling F, Yuliang Z, Yushun Z, et al. The relationship between maternal anxiety and cortisol during pregnancy and birth weight of chinese neonates [J]. BMC Pregnancy & Childbirth, 2018, 18(1): 265.
- [7] Ding X X, Wu Y L, Xu S J, et al. Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies [J]. Journal of Affective Disorders, 2014, 159: 103-110.
- [8] 仲捷,朱虹,贾竑晓,等.焦虑症与饮食营养[J].国际精神病学杂志,2015,42(1):111-113.
- [9] Krolow R, Noschang C G, Arcego D, et al. Consumption of a palatable diet by chronically stressed rats prevents effects on anxiety-like behavior but increases oxidative stress in a sex-specific manner [J]. Appetite, 2010, 55(1): 108-116.
- [10] 宋青,陈叔平,李艳,等.孕产期心理干预对分娩方式及结局的影响[J].中国妇幼保健,2009,24(24):3558-3559.

[2022-11-16 收稿]

大血管闭塞伴急性脑梗死患者血管内治疗围手术期护理效果观察

李金焕 崔伟

【摘要】 目的 观察大血管闭塞伴急性脑梗死患者血管内治疗中围手术期护理的临床效果。方法 选择医院2020年1月-2022年1月收治的大血管闭塞伴急性脑梗死行血管内治疗的36例患者作为研究对象。对所有患者实施围手术期护理。结果 围手术期护理后,36例患者均未发生下肢静脉血栓,有2例出现术后出血转化,规范治疗后颅内血肿逐渐缩小,后转入康复科继续治疗。有1例术后出现左侧大脑中动脉供血区高灌注合并出血,家属拒绝开颅减压,经积极抢救术后72h死亡。急诊血管成形手术患者中,1例出现鼻腔出血,1例出现泌尿道出血,给予尿管持续冲洗后好转。护理后患者平均美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分降低,血压达标率升高,入院-穿刺时间(DPT)≤110min的比例升高,与护理前比较,差异均有统计学意义($P<0.05$);护理后改良Rankin量表(mRS)0~2分比例升高,36h症状性颅内出血(sICH)比例降低,但与护理前比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 大血管闭塞型急性脑梗死患者采用围手术期护理,可以预防下肢深静脉血栓,有效控制血压,缩短治疗病程,更好的提高护理质量,改善患者以后的生活质量。

【关键词】 大血管闭塞;急性脑梗死;围手术期;血管内治疗;护理

中图分类号 R743.3 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)02-154-03

急性缺血性脑卒中(AIS)在所有脑血管病中占60%~80%^[1]。对于发病时间在3.0~4.5h的AIS患者,应用溶栓药物静脉溶栓是首推的治疗方法,血管内治疗的血管再通临床愈后效果好^[2],但是对于重症脑梗死伴大血管闭塞的患者,静脉溶栓血管再通率较低、预后较差。2015年以来,多项国际研究结果显示,早期给予血管内治疗能够大幅提高闭塞血管的再通率,为大血管闭塞性脑梗死患者的治疗提供新的证据支持^[3]。但实施血管内治疗,可能出现严重并发症,比如脑出血转化、再灌注脑损伤等,从而导致预后不良^[4]。所以,针对此类患者及时采取有效的护理措施,可以显著提高临床效果和患者的生活质量^[5]。本文对医院采用血管内治疗的36例急性脑梗死患者护理体会汇报如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择医院2020年1月-2022年1月收治的大血管闭塞伴急性脑梗死行血管内治疗的36例患者作为研究对象。纳入标准:所有患者根据《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》标准诊断为急性脑梗死;通过临床初步判断结合头CT血管成像(CTA)或头核磁共振血管成像(MRA)等无创检查方法确诊为大血管闭塞型AIS;接受血管内治疗。排除标准:发现动脉瘤或动脉夹层;仅行数字减影脑血管造影(DSA),作者单位:301500天津市宁河区医院神经内科

未作进一步处理;不配合治疗的患者;不能正常沟通的患者。36例患者中女16例,男20例;年龄38~76岁,平均 54 ± 3 岁;起病至入院时间1~6h,平均 4.0 ± 1.6 h;后循环闭塞10例(基底动脉闭塞3例,椎动脉闭塞7例),前循环闭塞26例(大脑中动脉闭塞16例,颈内动脉闭塞10例);给予静脉溶栓桥接动脉取栓、动脉抽吸治疗的患者有30例,最终给予血管成形术患者12例。所有患者签署知情同意书。研究通过医院伦理委员会批准。

1.2 治疗方法

对于无静脉溶栓禁忌证并且在静脉溶栓时间窗内的患者,向患者及家属交代病情后,即刻给予阿替普酶静脉溶栓,阿替普酶剂量按患者体重(0.9mg/kg)计算,其中总剂量的10%在1min内静脉团注,剩余剂量在1h内静脉滴注。经过专科医生初步判断为大血管闭塞的急性脑梗死患者,在给予阿替普酶静脉溶栓的同时向患者家属交代血管内治疗的必要性,患者及家属同意手术后,送至导管室行DSA检查,给予局部麻醉,若患者配合度差,给予右美托咪定或咪达唑仑静脉缓推镇静,若躁动仍不能控制,给予静脉复合麻醉。常规选择右侧腹股沟股动脉搏动处为穿刺点,特殊情况选择左侧或桡动脉穿刺,以2%盐酸利多卡因局麻,导丝引导下置入8F股动脉鞘管,将5F猪尾导管送至主动脉弓,行主动脉弓造影,更换5F单弯导管依次送入双侧颈总动脉及双侧锁骨下动脉近椎动脉开口处,高压注射泵注入造影剂碘普罗胺或碘

氟醇,记录动脉期、实质期、静脉期图像。明确血管闭塞部位。在路径图下,操控微导丝及微导管越过闭塞段,到达闭塞段远端真腔,微导管造影观察远端血流情况。证实真腔后,应用颅内支撑导管辅助支架取栓(SWIM)技术使用取栓支架及远端通路导管支架与抽吸相结合行血管内治疗,复查造影观察血流情况,若闭塞血管仍未复流,可重复上述治疗过程。根据患者脑血流恢复情况,部分患者可能需要支架置入,部分患者可能需要替罗非班5~8ml静脉推注,随后按体重计算替罗非班静脉泵入剂量,10min后再次造影,若病变血管血流通畅,则结束手术。

1.3 围手术期护理

(1)术前护理:怀疑急性脑梗死的患者,到院后快速送至卒中绿色通道,首先行头颅CT排除出血,卒中医生评估静脉溶栓适应证和禁忌证,护士同时给予生命体征监测,完善血常规、血型、生化、凝血功能、感染8项检查,立即建立静脉输液通路,烦躁患者给予肢体约束带,防止发生坠床或意外事件,经患者家属同意后并签署同意书,行阿替普酶静脉溶栓治疗,监测血氧饱和度、血压、神志变化,对于溶栓30min内未见明显好转的患者,介入医生与患者家属沟通血管内治疗的风险与获益,开始术前准备,准备术前相关药品和填写手术交接单,并携带转运设备,做好交接记录。转运过程中,继续保持阿替普酶(rt-PA)静脉溶栓,并且继续监测患者生命体征。

(2)术中及术后护理:患者进入导管室后再次查看其生命体征及神志变化,患者在治疗过程中与其沟通交流,安抚情绪,从而避免患者因紧张或疼痛引起肢体乱动,力争患者在治疗过程积极配合。为避免出现梗死症状加重及颅内出血而危及生命,将血压控制在120~140/80mmHg,密切监测患者生命体征。纳入统计的采取静脉复合麻醉的患者,手术操作中血压大部分控制达标,局麻患者中血压波动偏大。术后护送患者安返监护病房,持续生命体征监测,持续氧气吸入,嘱患者头位抬高30°平卧,静脉复合麻醉患者需要在手术结束后禁食水6h。观察患者肢体活动、意识状态及言语等变化,若患者有病情变化,及时与医生沟通,做好相关记录、及时按医嘱给药。术后嘱患者多饮水及适当静脉补液,观察尿液颜色并记录出入量,预防造影剂肾病等情况。

(3)并发症观察及护理:①穿刺部位的观察与护理。穿刺点最常见的并发症依次为皮下渗血、皮下血肿、假性动脉瘤、动静脉瘘等,发生原因常与肢体未严格制动、过早活动,穿刺技术、手法有关,也与按压时间不够,血压过高等相关。所以护士应提前做好患教,强调注意事项,及早心理干预,嘱患者遵从

医嘱、减少活动,术后穿刺侧肢体制动6~24h,指导并协助家属做下肢肌肉按摩,给予压力抗栓泵物理治疗,从而预防下肢深静脉血栓形成。如出现肢体肿胀、皮肤颜色变化等,需高度警惕下肢静脉血栓可能。②症状性颅内出血。其发生可能与血管开通时间过长、再灌注、血管再通不良、溶栓药物以及抗血小板药物使用等有关,也与患者过早活动、烦躁、情绪激动有关,多发生在溶栓及术后36h内。对术前阿尔伯特卒中项目早期CT评分(ASPECTS)<6分者,术后前向血流TIMI2级以下的患者属于出血转化的高危人群。③高灌注综合征。指闭塞的脑动脉术后再通后,缺血脑组织重新获得血液灌注,脑血流量显著增加,从而导致脑水肿,严重时可发生颅内出血。术后血压控制不佳为最常见的病因,主要表现为以突发的烦躁、头痛、意识模糊,精神症状等,头颅CT表现为脑水肿或颅内出血,TCD可显示颅内动脉明显高流速。由于此类患者术前已使用溶栓药物,出血转化发生率高于非手术患者,死亡率也偏高。预防的关键一是严格控制血压,二是适当的镇静、保持情绪稳定,一旦观察到上述症状,立即复查头颅CT,及时给予适当降颅压药物,积极控制血压,镇静;对合并有颅内血肿且伴有明显占位征象者,必要时神经外科多学科诊治,行去骨瓣减压手术治疗,抢救患者生命。④皮肤黏膜及脏器出血。由于溶栓及抗血小板药物的应用,患者容易出现牙龈、口腔黏膜、鼻黏膜、眼底、泌尿系及上消化道等出血,术后若出现上述症状,护士应协助医生给予相应处理。⑤血管再闭塞。患者进行桥接取栓治疗后及血管成形术后血管虽然获得再通,但仍有可能发生血管再闭塞。急诊血管成形手术患者,一般使用替罗非班静脉维持24h,拜阿司林肠溶片100mg、氯吡格雷75mg 4h,出现鼻腔出血、泌尿道出血情况,需要护理人员严密观察患者神经功能损伤变化,及时汇报给医生。

1.4 观察指标

(1)神经功能:综合护理前后美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分,记录7d平均值。

(2)生活质量:综合护理前后评估患者90d改良Rankin量表(mRS)评分,记录mRS(0~2分)比例。

(3)血压达标率:记录采取综合护理前后平均血压 $\leq 140/80$ mmHg的比例。

(4)入院-穿刺时间(DPT):记录采取综合护理前后DPT ≤ 110 min的比例。

(5)症状性颅内出血(sICH):记录采取综合护理前后36h症状性颅内出血比例。

1.5 数据分析方法

应用 SPSS 22.0 统计学软件对数据进行统计分析。符合正态分布的计量资料以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示，干预前后均数比较采用配对 t 检验；分类资料组间比较采用配对 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

围手术期护理后，36 例患者均未发生下肢静脉血栓，有 2 例出现术后出血转化，规范治疗后颅内血肿逐渐缩小，后转入康复科继续治疗。有 1 例术后出现左侧大脑中动脉供血区高灌注合并出血，家属拒绝开颅减压，经积极抢救术后 72h 死亡。急诊血管成形手术患者中，1 例出现鼻腔出血，1 例出现泌尿道

出血，给予尿管持续冲洗后好转。

围手术期护理后，患者平均 NIHSS 评分明显降低，与护理前比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。同时血压达标率升高， $DPT \leq 110\text{min}$ 的比例升高，与护理前比较，差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)；护理后 mRS (0 ~ 2 分) 比例升高，36hs ICH 比例降低，但与护理前比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 2。

表 1 护理前后 NIHSS 评分比较 (分)

| 观察时间 | <i>n</i> | NIHSS 评分 |
|------|----------|--------------|
| 护理前 | 36 | 15.71 ± 4.67 |
| 护理后 | 36 | 8.47 ± 3.31 |

配对检验 $t = 9.302$, $P = 0.000$ 。

表 2 护理前后其他指标比较 ($n = 36$)

| 观察指标 | 护理前 | 护理后 | χ^2 值 | <i>P</i> 值 |
|--------------------------|-----------|-----------|------------|------------|
| 0 ~ 2 分 mRS | 12 (33.3) | 17 (47.2) | 1.443 | 0.230 |
| 血压达标 | 21 (58.3) | 30 (83.3) | 5.445 | 0.020 |
| $DPT \leq 110\text{min}$ | 9 (25.0) | 27 (75.0) | 18.00 | 0.000 |
| sICH | 7 (19.4) | 4 (11.1) | 0.966 | 0.326 |

注：表中 () 内数据为百分率 (%)。

3 讨论

急性大血管闭塞导致的脑梗死，病情重，预后差。静脉溶栓作为证据级别最高的用于超早期脑梗死治疗的方法，对大血管闭塞的血管再通率、良好预后率均较低。目前研究提示，静脉药物溶栓桥接血管内治疗，可明显增加大血管闭塞导致的急性脑梗死患者的获益，从而改善患者生活质量。本研究中护士术前除了应给予专业的围手术期护理外，也应重点给予心理辅导，使患者缓解术前紧张情绪，针对不同的手术方式、方法给予专属化护理建议，使患者提前有心理准备从而减少对手术的恐惧心理^[6]。护士不仅要积极主动的配合医生对于术中遇到相关并发症积极应对，同时如遇到颅内出血或血管痉挛时，护士能提前准备药物及熟练给药，配合医生能快速准确的给予药物，协助手术顺利操作，缩短手术时间。术中患者躁动明显时，护理人员应准确监测基本的神经功能损伤变化，检查输液通路是否正常，尿袋及尿管是否通畅，尽量明确原因，为医生做出合适的决策提供信息及建议，从而确保术者能准确处理。术后能及早发现患者的病情变化，与医生及时沟通，迅速准备好相应的处理药物及医疗器械，当发现患者出现高灌注征象，肢体活动障碍加重时，要迅速告知医生做下一步处理。患者穿刺点的观察与护理，同样非常重要，要做到充分和

详细的告知患者及其家属注意事项。

总之，大血管闭塞型脑梗死患者采用围手术期护理，及时观察病情，重点护理措施做到位，可以预防下肢深静脉血栓，有效控制血压，缩短治疗时程，更好的提高护理质量，改善患者以后的生活质量。

4 参考文献

- [1] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性脑缺血性卒中诊治指南 (2014 版)[J]. 中华神经科杂志, 2015, 48(4): 246-257.
- [2] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会神经血管介入协作组, 急性缺血性脑卒中介入诊疗指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中早期血管内介入诊疗指南[J]. 中华神经科杂志, 2015, 48(5): 356-361.
- [3] Berkhemer OA, Fransen PS, Beumer D, et al. A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke[J]. N Engl J Med, 2015, 372(1): 11-20.
- [4] 符俊骥, 史克珊, 夏鹰. 急性脑梗死动脉溶栓术后并发症 I 临床分析 [J]. 海南医学, 2014, 25(1): 78-79.
- [5] 余雪梅. 预见性护理预防冠心病患者介入治疗术后并发症中的作用 [J]. 广东微量元素科学, 2015, 22(7): 63-66.
- [6] 邹和飞, 谢嫦嫦, 郑丽娜. Solitaire AB 支架治疗急性脑血管闭塞的护理 [J]. 护士进修杂志, 2016, 31(24): 2264-2266.

[2022-12-09 收稿]

原发性皮肤毛霉病 1 例

高存志 翟天东

【关键词】 原发性；皮肤毛霉病

中图分类号 R759 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)02-157-02

毛霉病 (mucormycosis) 又称藻霉病、接合菌病, 是由毛霉目真菌引起的, 包括最常见的根霉、毛霉、根毛霉、小克银汉和共头霉等^[1]。毛霉病是由毛霉目真菌引起的危害较大的感染性疾病, 毛霉病的全因死亡率 40% ~ 80%, 取决于宿主基础情况和感染部位^[2]。该菌广泛存在于自然界, 为条件致病菌, 好发于有基础疾病或免疫功能低下者, 可累及鼻、肺、胃肠道、皮肤及其它组织器官, 甚至可血行播散至全身^[3]。原发性皮肤和皮下组织感染常由外伤、手术或包扎物污染引起, 皮损形态多样, 包括丘疹、斑块、脓疱、溃疡、深部脓肿和溃烂坏死等^[4]。皮肤型毛菌病可分为浅表型和坏疽型^[5], 浅表型表现为红斑或结节, 进展缓慢; 坏疽型表现为溃疡、坏死及黑痂, 进展较快, 常累及脂肪、肌肉和血管。

1 病例报告

患者, 男, 64 岁。主诉: 躯干及双下肢斑块伴疼痛 7 天。现病史: 患者 7 天前无诱因躯干及双下肢散在出现斑块, 于社区医院就诊 (具体诊断不详), 予其静滴“克林霉素注射液”“清开灵注射液”“复方甘草酸苷”治疗 6 天, 疗效不佳, 疼痛剧烈。患者自发病以来精神、饮食可, 睡眠欠佳, 大小便正常, 体重无明显变化。既往史及家族史: 患者 2018 年 11 月因湿疹在我科住院治疗, 给予“复方甘草酸苷”“甲泼尼龙”等药物治疗后好转出院, 后病情反复, 至“北京大学第一医院”皮肤组织病理考虑“嗜酸性细胞增多性皮炎”, 建议激素治疗, 此后患者自行增减及停用激素, 未系统复查。现“泼尼松片”5 片, 口服, 1 次/日, 周身无明显瘙痒。体温: 37.1℃, 其它一般情况好, 各系统检查均正常, 全身浅表淋巴结未触及增大。皮肤科检查: 胸腹部、腰部及双下肢散在暗红色或棕红色浸润性斑块, 大小不一, 活动度差, 部分斑块可见脓点, 压痛 (+)。腹部皮肤组织病理检查: ① (下腹部皮肤组织) 真皮组织内和脂

肪组织内见化脓性炎症伴大片坏死: 局部汗腺管旁, 血管旁见散在上皮样细胞巢, 细胞轻度异型; 另见散在轻度异型淋巴细胞; ② (下腹部脂肪组织) 脂肪坏死, 局部急慢性炎细胞浸润。(秦皇岛市中医医院病理科报告) 皮肤病理免疫组化: 切片 1: 真皮中层以下及脂肪大片弥漫中性粒细胞浸润, 部分区域坏死; 切片 2: 皮下脂肪小叶内部分区域见粗大不规则菌丝, 有分支, 未见分隔, 考虑毛霉可能, 请做相关菌种鉴定。皮肤毛霉感染。(北京大学第一医院病理科报告) 实验室检查: 血常规: 白细胞 $16.26 \times 10^9/L$, 中性粒细胞比率 93.2%; CRP: 256.66mg/L; 肾功能: 尿素氮 11.02mmol/L, 肌酐 $198.8 \mu\text{mol/L}$; 肝功能: 白蛋白 27.8g/L, γ -谷氨酰基转移酶 92U/L; 尿常规: 白细胞 301.43/ μl , 红细胞 65/ μl , 尿潜血 3+Cell, 尿蛋白 2+g/L; 结核抗体、肿瘤标志物、乙肝五项检测、丙肝检测、抗“O”、类风湿因子、自身抗体检测、艾滋梅毒检测均未见异常。胸部+上腹部+下腹部+盆腔 CT 均未见可疑肿瘤密度影。诊断: 皮肤毛霉病。给予泊沙康唑口服混悬液 200mg/5ml 4id (4 次/日, 5ml/次, 随餐或餐后), 经治疗 12 天后好转出院, 现已出院门诊随访。

2 讨论

本例患者为老年男性, 不规律服用激素 3 年, 有肾病综合征病史, 无外伤史, 皮疹遍布腹部及双下肢, 考虑真菌感染部位深达筋膜, 仅切除皮损疗效不佳, 故要选用足量足疗程抗真菌药物。目前经多数研究数据表明, 两性霉素 B 对治疗毛霉病效果明显, 两性霉素 B 虽然有效, 但毒性明显, 且存在剂量累积效应, 故要根据患者基础情况使用。艾莎康唑已在美国获得毛霉病一线治疗许可, 艾莎康唑可缩短 QT 间期, 肝毒性更小。王桂芝等^[6]使用伊曲康唑治疗皮肤毛霉病, 取得明显疗效, 但对坏死性深部毛霉菌感染治疗疗效尚不明确。所以毛霉病的治疗应遵循四个原则: 早期诊断; 纠正原发病; 感染部位手术清创; 选择敏感抗真菌药物^[7]。一项鼻脑毛霉病的临床研究表明, 单用

68例复杂性阑尾炎彩色多普勒超声检查结果与病理报告的对比分析

冯峰

【摘要】 目的 分析阑尾炎彩色多普勒超声诊断结果与病理结果的符合率。方法 选取医院2021年1月-2022年7月收治的68例复杂性阑尾炎患者作为研究对象。所有患者均接受超声检查。将检查结果与病理诊断结果进行比较,以确定诊断准确性和超声特征。结果 病理报告显示,68例患者中26例为急性单纯性阑尾炎,19例为急性化脓性阑尾炎,13例为急性坏疽性阑尾炎,10例为阑尾周围脓肿。彩色多普勒超声显示,急性阑尾炎25例,急性化脓性阑尾炎18例,急性坏疽性阑尾炎12例,阑尾周围脓肿9例。对应符合率为96.15%、94.74%、92.31%和90.00%,总的诊断符合率为94.12%。声像图特征非常明显。结论 彩色多普勒超声在阑尾炎临床诊断中的应用具有操作简单、无创的优点,可以有效提高临床诊断的准确性,可以明确阑尾炎的临床类型,为患者选择有效合理的治疗方案提供一定的数据支持。

【关键词】 阑尾炎;彩色多普勒超声;诊断准确性

中图分类号 R445.1 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)02-158-03

阑尾炎是一种常见的腹部外科疾病,是引起急性腹痛的主要原因之一。目前,尚无确切的病因,发病机制也没有明确的界定,但普遍认为这是由于阑尾腔梗阻引起^[1]。阑尾腔梗阻时,黏液分泌明显增多,阑尾黏膜张力明显增高。病原菌在阑尾腔内大量繁殖、蓄积,造成黏膜屏障的破坏,血液循环和淋巴循环下降,引起阑尾炎性坏死和穿孔^[2]。如果没有得到正确的诊断和治疗,会出现严重的并发症,甚至有可能造成致命的危险。超声检查具有经济、方便、诊断效率高、无创、无辐射等优点,能为阑尾炎的诊断和治疗提供直接的影像资料,尤其是多普勒超声与高频探头相结合,对阑尾炎的诊断有较好的效果^[3]。本研究对经病理证实的阑尾炎多普勒超声图像进行分析,探讨彩色

作者单位:221000 江苏省徐州市,徐州矿务集团总医院

多普勒超声诊断结果与病理结果的符合率。

1 临床病例

将2021年1月-2022年7月医院收治的68例复杂性阑尾炎患者作为分析对象。纳入标准:年龄6~72岁;有完整的临床资料数据;根据临床表现和体征确诊为阑尾炎。排除标准:排除妇科和泌尿系统疾病的患者;伴有认知和心理疾病的患者;有显影剂过敏反应的患者。68例患者中,男37例,女31例;年龄8~69岁,平均 41.59 ± 3.11 岁;平均身体质量指数 23.19 ± 2.11 ;平均心率 87.48 ± 10.2 次/min;平均收缩压 127.29 ± 11.01 mmHg,平均舒张压 74.19 ± 4.28 mmHg;主要临床症状表现为右下腹痛、恶心呕吐、发热、白细胞计数升高、中性粒细胞比例

抗真菌药物时其病死率高达70%,而抗真菌药物与手术联合应用后病死率可降至14%^[8]。故抗真菌药物选择组织浓度高、不良反应少、且价格合适的药物,是我国有待解决的问题。

3 参考文献

- [1] Ribes JA, Vanover-Sams CL, Baker DJ. Zygomycetes in human disease [J]. Clin Microb Rev, 2000, 13(2): 236-301.
- [2] 梁官钊, 刘维达. 2019年欧洲毛霉菌诊疗指南解读 [J]. 中国真菌学杂志, 2021, 16(2): 116-120.
- [3] 龚娟, 戚东卫, 吕静, 等. 急性发病的原发性皮肤毛霉菌1例 [J]. 中国皮肤性病学杂志, 2018, 3(32): 311-313.
- [4] 赵辨. 中国临床皮肤病学 [M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2010: 593-594.

- [5] Mu XD, Wang GF. Bronchopulmonary zygomycosis [J]. Respiration, 2011, 82(4): 386-387.
- [6] 王桂芝, 葛红芬, 臧运书, 等. 多变根毛霉引起原发性皮肤毛霉菌1例 [J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2012, 28(12): 880-881.
- [7] 王俊杰, 涂强, 王露霞, 等. 国内首例总状共头霉所致原发性皮肤毛霉菌及文献复习 [J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2016, 12(32): 717-720.
- [8] Khor BS, Lee MH, Leu HS, et al. Rhinocerebral mucormycosis in Taiwan [J]. J Microbiol Immunol Infect, 2003, 36(4): 266-269.

[2022-11-08 收稿]

增多。

2 超声检查方法

患者入院后, 首先了解基本症状, 记录腹痛的位置和程度, 详细了解患者的病史, 包括腹部门诊和疾病查询。超声检查时, 将患者的体位调整为仰卧位, 然后用探头扫描患者的右腹部, 然后逐渐扩大扫描范围。对 68 例患者进行体格检查, 并进行彩色多普勒成像诊断。检查步骤: 在检测之前, 确定患者膀胱完全充盈, 并协助患者采用仰卧式, 将探针频率调节到 4MHz; 大范围检查腹腔。对于男性患者, 检查包括胆囊、肾脏、肝脏、输尿管、膀胱等。对于女性患者, 检查位置应包含附件及子宫。在此基础上, 将探测器的频率调整到 10MHz, 同时在右侧腹部做多节扫描, 以明确阑尾病灶。如果超声图像在检查过程中相对模

糊, 则有必要沿着回盲区的肠肝弯曲进行重复探查, 在确定病变位置后, 先进行影像学检查, 并对其影像学特点进行细致的描述, 如明确内部回声、病变部位、形状、大小、壁厚度等准确的信息^[4]。

3 检查符合率

病理报告显示, 68 例患者中 26 例为急性单纯性阑尾炎, 19 例为急性化脓性阑尾炎, 13 例为急性坏疽性阑尾炎, 10 例为阑尾周围脓肿。彩色多普勒超声显示, 急性阑尾炎 25 例, 急性化脓性阑尾炎 18 例, 急性坏疽性阑尾炎 12 例, 阑尾周围脓肿 9 例。彩色多普勒超声诊断结果与病理结果的符合率分别为 96.15%、94.74%、92.31% 和 90.00%, 总的诊断符合率为 94.12%, 彩色多普勒超声诊断结果与病理结果差异无统计学意义 ($P>0.05$), 见表 1。

表 1 患者彩色多普勒超声检查结果与病理结果诊断符合率对比 (%)

| 诊断方式 | 例数 | 阑尾周围脓肿 | 急性坏疽性 | 急性化脓性 | 急性单纯性 | 总符合例数 | 总符合率 (%) |
|---------|----|--------|-------|-------|-------|-------|----------|
| 病理结果 | 68 | 10 | 13 | 19 | 26 | 68 | 100.00 |
| 彩色多普勒超声 | 68 | 9 | 12 | 18 | 25 | 64 | 94.12 |
| 符合率 (%) | | 90.00 | 92.31 | 94.74 | 96.15 | | |

$\chi^2=2.318, P=0.128$ 。

4 典型超声声像图

超声可见包块内包裹管壁肿胀、增厚的形变阑尾形成脓肿包块, 阑尾脓肿、周边及内部可见不规则暗区, 典型超声声像图见图 1。

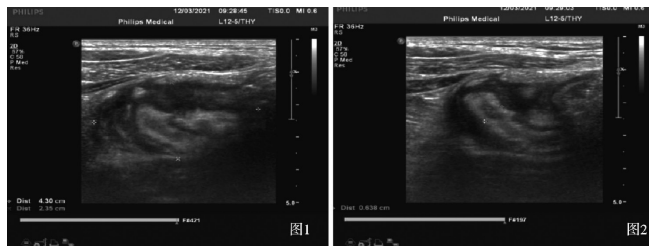


图 1 阑尾炎患者彩色多普勒超声检查典型特征

5 经验与体会

近几年, 随着医学科技的快速发展, 有关超声诊断技术的研究也有了很大的突破。其在医学领域有着广泛的应用前景, 对多种病症具有良好的诊断意义。通常, 通过超声检查很难显示正常生理状态的阑尾组织, 这需要仔细扫描。但炎症性疾病发生后, 同时, 还会引起浆膜肿胀、充血等改变^[5]。同时, 由于炎症反应加剧, 病变中可发生脓阻塞、渗出液积聚、周边脓肿等病理变化, 超声图像可以清晰显示。

因为普通的阑尾会被肠道里的气体所污染, 再加上阑尾内有大量的气体, 所以很难对其进行检查^[6-7]。

如果是因为阑尾发炎, 或者是因为阑尾中有大量的充血, 可以用超声波检查。不同种类的阑尾炎, 其表现形式也不尽相同, 如果是急性单纯性阑尾炎, 则表现为轻度肿大, 管壁水肿、充血, 只见于表面的黏膜和黏膜下; 其主要特点是阑尾肿大, 黏膜回声不清楚, 管壁层次分明, 呈低回声盲管状; 急性化脓性阑尾炎表现为混合性包块, 在阑尾附近有一小片液性暗区, 与周边血管较多; 坏死穿孔阑尾炎表现出更大的肿块, 形状不规则, 肠壁厚度增加, 内腔内有杂音; 在阑尾周围、盆腔和小肠之间有液性暗区, 其中远段血流量微弱, 周围有大量的血液流动; 如果是周围的囊肿, 那么阑尾就会变成一种不稳定的形状, 是不可能被切除的, 在超声波的扫描下, 会出现不同程度的斑点。在盲肠周围, 有一个没有回音或低回音的环形或类似环形的包块, 边缘不清晰^[8]。所以, 通过超声波检查, 可以有效分辨出阑尾炎的种类和严重性, 从而为患者提供相应的处理方案。

本研究结果表明, 与病理学检查结果比较, 彩色多普勒超声诊断结果与临床表现相符率较高, 且其表现彩色多普勒超声的高频与低频特点能对病变进行明确的分级。这主要是因为联合诊断的穿透力很强, 能检测到相当大的范围, 能很好地分辨出阑尾周围的组织, 尤其适合于深部和脂肪体位的患者。高频超声的

优点是其解析度高,在手术中能更清楚地显示出阑尾炎的微小组织。

阑尾炎的病因主要与细菌入侵、阑尾梗阻有关,这种疾病往往发生在年轻人和中年人身上,男性的患病率比女性稍高^[9]。急性阑尾炎的临床症状包括白细胞计数增加,中性粒细胞比率增加,右下腹部转移性疼痛;有明显的临床表现,如右下腹部有压痛、发热、恶性呕吐等,但是没有表现出明显的临床表现,根据临床表现来确诊有一定的局限性。超声图像的基本原理是把超声波传送到身体。在连续的情况下,超声在吸收和反射方面存在着显著的差别。通过对这些差别的处理,可以在声音图像中得到不同的表现,从而可以对物体的界面进行诊断。随着医学技术的不断发展,目前的超声成像技术已有了很大的改善,可以有效地降低近场的干扰,同时也可以得到更微弱的组织信号。此项研究中的典型超声影像表现为单纯性阑尾炎的阑尾管壁上有明显的层状组织,其剖面上有“同心圆”或“靶环征”。同时可见一种指状的低回音,在空腔中有或没有回音。化脓性阑尾炎主要临床特征是:浆膜厚度变薄,无规律,盲肠体积变大,手指长轴回音较弱,大点脓液散在微弱回声,横切面“靶环征”。阑尾脓肿表现为阑尾的局部或所有的肠管,并呈现暗紫色或黑色的坏死。大部分患者会出现被网膜覆盖的血块。由于急性化脓性阑尾炎的发展,导致了穿孔的阑尾。当阑尾的气压升高时,会引起炎症,进而引起腹腔炎。从机制上看,部分单纯性阑尾排出量少,超声不能清晰地发现周边积水。但在阑尾炎、阑尾脓肿、穿孔阑尾炎中,由于有大量的脓液,并且集中在阑尾周围,所以,超声检查的效率比较高^[10]。其特点为:靶环征,阑尾周围积液,不规则肿块;阑尾管强回声,盲端手指肿块,阑尾管扩大等。

综上所述,彩色多普勒超声在阑尾炎诊断中的应用具有操作简单、阑尾炎诊断准确率高、临床诊断分

级具有良好的辅助作用,有助于医护人员及早诊断并制定出正确的治疗计划。但在实际临床操作过程中,应加强对彩色多普勒超声技术的掌握,并对其进行特别的诊断,以防止漏诊或误诊。尽管该研究的效果明显,但此项研究尚有缺陷,由于受制于各种条件,仅收集了68例研究样本,同时也未与其他影像学检查相对照,未与正常人群诊断结果作比较;在后续的研究中应纳入更多病例和更深入的实践探究。

6 参考文献

- [1] 赵宝林. 超声检查联合 CT 检查在急性阑尾炎诊断中的价值 [J]. 中国当代医药, 2022, 29(28): 139-142.
- [2] 仲丽芳, 张迎辉. 多层螺旋 CT 在急性阑尾炎诊断中的应用价值 [J]. 影像研究与医学应用, 2022, 6(19): 131-133.
- [3] 沈俊杰, 汤军保. 多层螺旋 CT 诊断急性阑尾炎临床价值分析 [J]. 医学影像学杂志, 2022, 32(8): 1430-1432.
- [4] 封会建. MSCT 诊断不同病理类型急性阑尾炎患者的价值 [J]. 中外医学研究, 2022, 20(23): 68-72.
- [5] 吴文莉. 彩色多普勒超声对小儿急性异位阑尾炎的诊断价值 [J]. 河南外科学杂志, 2022, 28(4): 112-114.
- [6] 冯国平, 门杰. 高频超声联合低频超声对急性阑尾炎的诊断效能及图像特征分析 [J]. 基层医学论坛, 2022, 26(19): 80-82.
- [7] 漆雨含. 急性阑尾炎诊断中高频彩超影像技术的应用及其准确性探究 [J]. 影像研究与医学应用, 2022, 6(13): 170-172.
- [8] 黄娟. 高、低频探头联合应用在急性阑尾炎超声诊断中的价值 [J]. 名医, 2022(10): 26-28.
- [9] 郭兆露. MSCT 多平面重建技术在急性阑尾炎诊断中的应用价值 [J]. 影像研究与医学应用, 2022, 6(10): 152-154.
- [10] 姚志伟, 黄桂芬, 陈锴婷. 高频、低频彩色多普勒超声检查与血浆 PCT 对阑尾炎的诊断价值 [J]. 海南医学, 2022, 33(6): 769-772.

[2022-11-30 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

HEALTH PROTECTION AND PROMOTION

Bimonthly Established in January 2001 Volume 23, Number 2 January 2023

CONTENTS IN BRIEF

- Research progress in the treatment of hypertension
vertigo with traditional Chinese medicine
.....Xiao Yuande,
Di Zhifang, Liu Xin, Yang Chunxiang, Wang Yunqiang(81)
- Imaging characteristics of multimodal magnetic
resonance imaging before and after treatment
in children with cerebral palsy and its
relationship with treatment effect
.....Dong Shuangjun, Jia Wenxiao(98)
- Application effect analysis of fine nursing in
neonatal jaundice nursing
.....Zhu Xiaomin(120)
- Clinical effect of problem oriented nursing in
patients with gastric cancer undergoing
radical operation
..... Dou Juanjuan(126)
- Analysis of intervention effect of self-efficacy
nursing on acute lymphoblastic leukemia
..... Hui Jiao(132)
- Influence of detail nursing on the safety of
operating room nursing
..... Jiao Shengping, Zhuang Qin, Zhuo Huaping(145)
- Relationship between the results of prenatal
psychological screening and pregnancy
outcomes
..... Cui Wencai, Yang Mingmei(151)

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-a、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