

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6月 第23卷 第11期 June 2023 Vol.23 No.11

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

1.1>

11

2023

2023年6月第23卷第11期  
半月刊  
2023年6月5日出版

## 主管

河北省卫生健康委员会

## 主办

河北省医疗气功医院

066199 河北省北戴河海滨东经路17号

## 编辑

《现代养生》编辑部

066199 河北省北戴河海滨东经路17号

电话: 0335-4041257

网址: <http://www.xdyangsheng.com>

## 出版

现代养生杂志社

## 社长/主编

陈玉娟

## 执行主编

徐应军

## 副主编

徐大平 栾奕(常务)

## 编辑部主任

栾奕

## 事务编辑

张杰

## 作者投稿信箱

E-mail: [xdyskj@163.com](mailto:xdyskj@163.com)

## 发行部电话

0335-4025770

## 广告部电话

0335-4025609

## 创刊时间

2001年1月

## 印刷者

秦皇岛市晨欣彩印有限公司

## 总发行

秦皇岛市邮政局

## 国外总发行

中国国际图书贸易集团有限公司

## 中国标准连续出版物号

ISSN 1671-0223

CN 13-1305/R

## 订购

全国各地邮政局

邮发代号: 18-99

国外代号: M1034

## 广告经营许可证号

1303024000104

## 广告

[xdyszs480@sina.com](mailto: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

代谢功能障碍相关性脂肪肝病与心血管疾病关系的研究进展

..... 魏智浩 徐依然 宋宗爽 赵文柳 谭熠臻 吴昊 李云 (801)

老年肌肉衰减症患者运动干预的研究进展

..... 张艳 裴鑫悦 邢凤梅 王晓光 薛新宏 张卫红 常学优 (804)

老化期望的研究进展及对社区护理工作的启示

..... 景丽伟 杜晓菲 (808)

## 临床论著

雷尼替丁与多潘立酮治疗慢性胃炎的疗效对比分析

..... 陈苗 王燕 (813)

膝骨性关节炎所致膝关节腔积液与关节疼痛及功能的相关性

..... 任昀瑜 李建新 张伟中 (816)

体检人群中胃息肉的危险因素分析

..... 潘倩仪 袁一鸣 熊玉瑶 洪慧斯 (819)

股骨头置换及内固定治疗股骨粗隆间骨折的临床效果对比分析

..... 王壮 (822)

腹腔镜下微创手术治疗子宫肌瘤的临床疗效

..... 毕仲芳 (826)

齐拉西酮联合奥氮平治疗女性难治性精神分裂症的临床效果

..... 黄晓东 王元杰 董晓琳 (830)

## 中医药与中西医结合

坤泰胶囊联合低剂量米非司酮对子宫肌瘤术前治疗效果观察

..... 明小琼 (834)

中西医结合治疗脑梗死的临床效果观察

..... 闫立华 寇新慧 滕钰 王芳磊 韩晓霞 吴靖 (838)

头皮针联合手厥阴心包经穴治疗脑卒中后意识障碍的临床效果

..... 倪渭 (841)

复方苦参注射液联合阿片类药物治疗肺癌癌性疼痛的临床疗效观察

..... 张丹 金静静 黄艳 (844)

## 临床护理

基于 BCW 理论的早期连续康复护理在脑卒中偏瘫患者中的应用

..... 曹亚萍 杨秀兰 贡双林 王建华 (848)

循证护理在脊柱外科手术患者中的应用效果分析

..... 邢凤 (852)

生活项目干预在预防神经外科 NICU 患者发生谵妄中的应用

..... 顾文文 吴莉蓉 石利平 祝秀娟 (855)

前馈控制护理对小儿支气管肺炎雾化吸入治疗的影响

..... 张静 (858)

多媒体视频示范联合家庭协同护理对支气管哮喘患儿雾化吸入

治疗效果的影响..... 王宏玲 (861)

模块式康复训练在脑卒中偏瘫患者中的应用效果

..... 张冬慧 石利平 吴莉蓉 谢苏黔 (864)

## 医学教学研究

河北某综合性大学医学生人文教育现状及发展对策

..... 王冰 (867)

护理职业教育双师型教师队伍建设探讨

..... 张瑾钰 靳力 牛朝霞 (869)

## 基层实践与初探

叙事护理干预模式在学龄期儿童呼气一氧化氮检测中的应用

..... 丁惠芳 (872)

社区健康管理对高血压患者的影响

..... 胡静 (874)

## 案例报告

加减温胆汤医案 3 例

..... 齐欢 黄涛 张兆元 (877)

5 例酒后癔症患者急诊救治护理报告

..... 沈家辉 焦小英 (879)

# 代谢功能障碍相关性脂肪肝病与心血管疾病关系的研究进展

魏智浩 徐依然 宋宗爽 赵文柳 谭熠臻 吴昊 李云\*

**【摘要】** 心脑血管疾病 (cardiovascular disease, CVD) 是常见的慢性非传染性疾病 (包括冠心病、脑卒中等) 及疾病经济负担较重的疾病, 也是全球范围内主要死亡原因之一。通过叙述发现代谢功能障碍相关性脂肪肝病 (MAFLD) 与动脉粥样硬化、心脑血管疾病和全因死亡等关系的研究进展。MAFLD 是 CVD 的独立危险因素, 可能通过全身炎症、氧化应激和胰岛素抵抗等机制促进心血管疾病的发生。

**【关键词】** 代谢功能障碍相关性脂肪肝病; 非酒精性脂肪性肝病; 死亡率; 心血管疾病

中图分类号 R575;R54 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)11-801-03

**Research progress on the relationship between metabolic dysfunction associated fatty liver disease and cardiovascular disease** Wei Zhihao, Xu Yiran, Song Zongshuang, Zhao Wenliu, Tan Yizhen, Wu Hao, Li Yun. School of Public Health, North China University of Science and Technology, Tangshan 063210, China

**【Abstract】** Cardiovascular disease (CVD) is the most common chronic noncommunicable disease (including coronary heart disease, stroke, etc.) that causes the main burden of disease, and is one of the leading causes of death worldwide. The relationship between MAFLD and atherosclerosis, cardiovascular and cerebrovascular diseases and all-cause death was reviewed. Fatty liver disease associated with metabolic dysfunction (MAFLD) was found to be an independent risk factor for CVD and may contribute to the development of cardiovascular disease through mechanisms such as systemic inflammation, oxidative stress, and insulin resistance.

**【Key words】** Metabolic dysfunction-associated fatty liver disease; Non-alcoholic fatty liver disease; Mortality rate; Cardiovascular disease

心脑血管疾病 (cardiovascular disease, CVD) 是常见的慢性非传染性疾病 (包括冠心病、脑卒中等) 及疾病经济负担较重的疾病, 也是全球范围内主要死亡原因之一<sup>[1-3]</sup>。1990—2019 年全球 CVD 患病人数从 2.71 亿增加到 5.23 亿人; 因 CVD 死亡从 1.77 千万增加到 3.44 千万人, 翻了一倍<sup>[4]</sup>。近年来许多研究探讨了 CVD 的影响因素, 但其发病原因仍不完全清楚, 发病率仍呈上升趋势。因而, 寻找其他潜在影响因素是 CVD 防治的重点。

非酒精性脂肪性肝病 (non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD) 是全球最常见的肝病, 全球和亚洲患病率分别为 25.2%<sup>[5]</sup> 和 29.6%<sup>[6]</sup>。以往证据表明, NAFLD 与心血管疾病的发病风险的增加有关<sup>[7]</sup>。然而, 为了更好地了解脂肪肝, 国际上最近提出临床使用代谢功能障碍相关性脂肪肝病 (metabolic dysfunction-associated fatty liver disease, MAFLD) 代替非酒精性脂肪肝病以强调脂肪肝与代谢功能障碍的致病关联<sup>[8]</sup>。有研究发现, MAFLD 独立增加心肌梗死、脑卒中的

发病风险<sup>[9]</sup>, 是 CVD 风险增加的危险因素。然而, 目前尚未有研究对 MAFLD 的进展与心血管疾病发病风险之间的关系进行报道。

## 1 MAFLD 与心血管疾病危险因素的研究进展

### 1.1 MAFLD 与动脉粥样硬化关系的研究进展

一项于上海市社区进行的横断面研究<sup>[10]</sup>, 共纳入 6232 名 40 岁以上的参与者, 研究发现 MAFLD 的进展与颈动脉粥样硬化的长期风险之间存在较强的关联, 与非 MAFLD 组相比, 随访时进展为 MAFLD 的参与者发生颈动脉内膜-中层厚度升高的风险增加了 1.356 倍 ( $OR=1.356$ ,  $95\%CI=1.134\sim 1.620$ ); 此外, 超声检查证实的 MAFLD 的消退或改善与颈动脉粥样硬化发展的风险降低相关, 与 MAFLD 稳定组相比, 在随访中恢复为非 MAFLD 的参与者发生颈动脉内膜-中层厚度升高的风险降低了 29.4% ( $OR=0.706$ ,  $95\%CI=0.507\sim 0.984$ ), 臂踝脉搏波传导速度升高的风险降低 43.1% ( $OR=0.569$ ,  $95\%CI=0.340\sim 0.950$ )。

### 1.2 MAFLD 与心脏结构异常关系的研究进展

有研究表明, MAFLD 患者与心脏结构异常有关<sup>[11-12]</sup>。此外, 一项针对 2356 名参与者的研究

基金项目: 河北省自然科学基金 (编号: H2021209018)

作者单位: 063210 河北省唐山市, 华北理工大学公共卫生学院

\* 通讯作者

显示<sup>[13]</sup>, 肝脏脂肪与左室质量、左室壁厚度、质量体积比、二尖瓣峰值速度和左室充盈压力呈正相关。我国一项研究<sup>[14]</sup>通过受控衰减参数的瞬时弹性成像评估了 228 名参与者的肝脂肪变性程度, 与正常组相比, MAFLD 组的左心室舒张功能障碍更为普遍, 超重亚组和糖尿病亚组与心脏重塑迹象显著相关。中度至重度脂肪变性患者的左心室舒张功能障碍和心脏重塑风险更高。

### 1.3 MAFLD 与心脑血管疾病关系的研究进展

CVD 是全球最常见的非传染性疾病, 每年因 CVD 死亡的人数约占所有死亡人数的 30%。然而, MAFLD 与心血管疾病之间的关系尚存在争议<sup>[15-16]</sup>。韩国一项队列研究<sup>[17]</sup>发现 MAFLD 人群与后续 CVD 的发病风险之间未存在关联。同样, 日本的一项回顾性研究<sup>[18]</sup>发现 MAFLD 对 CVD 的影响与糖尿病等代谢障碍类型有关; 在没有 2 型糖尿病的情况下, MAFLD 组增加了 CVD 的风险 ( $HR=1.41, 95\%CI=1.28 \sim 1.57$ ); 对于 2 型糖尿病患者, MAFLD 组却未能增加 CVD 的风险 ( $HR=1.08, 95\%CI=0.84 \sim 1.38$ )。然而, 韩国的一项研究结果却与之相悖, 此项研究共纳入了 8962813 名参与者, 以非 MAFLD 组为对照, MAFLD 使 CVD 发病风险增加了 1.52 倍 ( $HR=1.52, 95\%CI=1.51 \sim 1.54$ )<sup>[9]</sup>。同样, 在我国上海泥城镇<sup>[19]</sup>、新疆喀什地区<sup>[20]</sup>和风湿病人群<sup>[21]</sup>中进行的研究, 均发现 MAFLD 增加了 CVD 的发病风险。

## 2 MAFLD 与全因死亡率、心血管死亡率关系的研究进展

尽管大量研究表明 NAFLD 患者的心血管死亡率增加, 但 MAFLD 对死亡率<sup>[11-12, 22-23]</sup>及 CVD 相关死亡率<sup>[17, 24-25]</sup>的独立贡献仍存在争议。一项基于唐山开滦地区的队列研究<sup>[26]</sup>, 共招募了 152139 名腹部超声检查参与者, 中位随访 12.7 年后, 发现 MAFLD 与死亡率增加有关, 尤其是在 <40 岁的男性中 ( $HR=1.51, 95\%CI=1.19 \sim 1.93$ )。同样, Kim 等<sup>[27]</sup>研究了 MAFLD 对美国成年人全因和特定原因死亡率的影响, 发现 MAFLD 与全因死亡率风险增加相关 ( $HR=1.17, 95\%CI=1.04 \sim 1.32$ ), 但 MAFLD 与心血管死亡风险没有联系 ( $HR=0.95, 95\%CI=0.75 \sim 1.21$ )。然而, LEE 等<sup>[9]</sup>在韩国健康筛查数据库中, 共纳入 8962813 名符合条件的 40~64 岁参与者进行队列研究发现, MAFLD 组使 CVD 死亡风险增加了 1.46 倍 ( $HR=1.46, 95\%CI=1.41 \sim 1.52$ )。

## 3 MAFLD 导致心血管疾病发病的机制

MAFLD 增加 CVD 风险的潜在机制有多种, 例如全身炎症、氧化应激、肝胰岛素抵抗、血小板活化、

内皮功能障碍和高血压等<sup>[10, 28-37]</sup>。MAFLD 和胰岛素抵抗之间的相互作用增加了极低密度脂蛋白颗粒和甘油三酯的水平, 导致胰岛素受体功能障碍, 从而动员肝脏脂肪组织转运到外周组织, 增加 CVD 的风险<sup>[38]</sup>。除胰岛素抵抗外, MAFLD 和 CVD 之间复杂的潜在机制包括内皮功能障碍和炎症通路的激活<sup>[39]</sup>; MAFLD 患者的促炎状态和氧化应激增加可导致内皮功能障碍并诱导血管炎症, 从而促进动脉粥样硬化斑块的形成。所有上述机制都可导致心脏结构和舒张功能障碍的变化<sup>[40]</sup>。此外, 患有 MAFLD 的个体表现出内皮功能障碍, 肱动脉内皮血流介导的血管舒张作用显著降低<sup>[29]</sup>。

## 4 结论

CVD 仍是全球范围内一个日益严重的重大公共卫生问题, 由于治疗的改善和人群预期寿命的延长, 患病率仍将上升, 进而导致医疗费用的增加。广泛探索潜在的危险因素将有助于减轻 CVD 的疾病负担, 目前, MAFLD 与心肌梗死、脑卒中等 CVD 疾病之间的关系已经得到了广泛验证, MAFLD 是 CVD 的独立危险因素。但 MAFLD 的进展及消退与心血管疾病的关系仍需进一步验证。通过对 MAFLD 危险因素及其代谢功能障碍与 CVD 关系进行研究, 将有助于精准对重点人群进行干预, 提高大众对心力衰竭及其危险因素的认识, 为预防 CVD 的发生和减轻疾病负担提供科学依据。

## 5 参考文献

- [1] Celermajer DS, Chow CK, Marijon E, et al. Cardiovascular disease in the developing world: prevalences, patterns, and the potential of early disease detection[J]. J Am Coll Cardiol, 2012, 60(14): 1207-1216.
- [2] GBD 2017 causes of death Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017[J]. Lancet, 2018, 392(10159): 1736-1788.
- [3] Yusuf S, Joseph P, Rangarajan S, et al. Modifiable risk factors, cardiovascular disease, and mortality in 155722 individuals from 21 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): A prospective cohort study[J]. Lancet, 2020, 395(10226): 795-808.
- [4] Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, et al. Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990-2019: Update from the GBD 2019 study[J]. J Am Coll Cardiol, 2020, 76(25): 2982-3021.
- [5] Younossi ZM, Koenig AB, Abdelatif D, et al. Global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease—Meta-analytic assessment of prevalence, incidence, and outcomes[J]. Hepatology, 2016, 64(1): 73-84.

- [6] Li J, Zou B, Yeo YH, et al. Prevalence, incidence, and outcome of non-alcoholic fatty liver disease in Asia, 1999–2019: A systematic review and meta-analysis[J]. *Lancet Gastroenterol Hepatol*, 2019, 4(5):389–398.
- [7] Fudim M, Zhong L, Patel K V, et al. Nonalcoholic fatty liver disease and risk of heart failure among medicare beneficiaries[J]. *J Am Heart Assoc*, 2021, 10(22):e021654.
- [8] Eslam M, Newsome P N, Sarin SK, et al. A new definition for metabolic dysfunction-associated fatty liver disease: An international expert consensus statement[J]. *J Hepatol*, 2020, 73(1):202–209.
- [9] Lee H, Lee YH, Kim SU, et al. Metabolic dysfunction-associated fatty liver disease and incident cardiovascular disease risk: A Nationwide Cohort Study[J]. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2021, 19(10):2138–2147.
- [10] Liu S, Wang J, Wu S, et al. The progression and regression of metabolic dysfunction-associated fatty liver disease are associated with the development of subclinical atherosclerosis: A prospective analysis[J]. *Metabolism*, 2021, 120:154779.
- [11] Stahl E P, Dhindsa DS, Lee S K, et al. Nonalcoholic fatty liver disease and the heart: JACC State-of-the-Art Review[J]. *J Am Coll Cardiol*, 2019, 73(8):948–963.
- [12] Tana C, Ballestri S, Ricci F, et al. Cardiovascular risk in non-alcoholic fatty liver disease: mechanisms and therapeutic implications[J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2019, 16(17).
- [13] Chiu LS, Pedley A, Massaro JM, et al. The association of non-alcoholic fatty liver disease and cardiac structure and function—framingham heart study[J]. *Liver Int*, 2020, 40(10):2445–2454.
- [14] Peng D, Yu Z, Wang M, et al. Association of metabolic dysfunction-associated fatty liver disease with left ventricular diastolic function and cardiac morphology[J]. *Front Endocrinol (Lausanne)*, 2022, 13:935390.
- [15] Meyersohn NM, Mayrhofer T, Corey KE, et al. Association of hepatic steatosis with major adverse cardiovascular events, independent of coronary artery disease[J]. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2021, 19(7):1480–1488.
- [16] Yoneda M, Yamamoto T, Honda Y, et al. Risk of cardiovascular disease in patients with fatty liver disease as defined from the metabolic dysfunction associated fatty liver disease or nonalcoholic fatty liver disease point of view: a retrospective nationwide claims database study in Japan[J]. *J Gastroenterol*, 2021, 56(11):1022–1032.
- [17] Moon JH, Kim W, Koo BK, et al. Metabolic dysfunction-associated fatty liver disease predicts long-term mortality and cardiovascular disease[J]. *Gut Liver*, 2022, 16(3):433–442.
- [18] Matsubayashi Y, Fujihara K, Yamada-Harada M, et al. Impact of metabolic syndrome and metabolic dysfunction-associated fatty liver disease on cardiovascular risk by the presence or absence of type 2 diabetes and according to sex[J]. *Cardiovasc Diabetol*, 2022, 21(1):90.
- [19] Liang Y, Chen H, Liu Y, et al. Association of MAFLD with diabetes, chronic kidney disease, and cardiovascular disease: a 4.6-Year cohort study in China[J]. *J Clin Endocrinol Metab*, 2022, 107(1):88–97.
- [20] Guo Y, Yang J, Ma R, et al. Metabolic dysfunction-associated fatty liver disease is associated with the risk of incident cardiovascular disease: A Prospective Cohort Study in Xinjiang[J]. *Nutrients*, 2022, 14(12).
- [21] Zou YW, Li QH, Gao JW, et al. Association between metabolic dysfunction-associated fatty liver disease and cardiovascular risk in patients with rheumatoid arthritis: a cross-sectional study of Chinese cohort[J]. *Front Cardiovasc Med*, 2022, 9:884636.
- [22] Mathews SE, Kumar RB, Shukla AP. Nonalcoholic steatohepatitis, obesity, and cardiac dysfunction[J]. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*, 2018, 25(5):315–320.
- [23] Kovalic AJ, Satapathy SK. The role of nonalcoholic fatty liver disease on cardiovascular manifestations and outcomes[J]. *Clin Liver Dis*, 2018, 22(1):141–174.
- [24] Huang Q, Zou X, Wen X, et al. NAFLD or MAFLD: Which has closer association with all-cause and cause-specific mortality?—Results from NHANES III[J]. *Front Med (Lausanne)*, 2021, 8:693507.
- [25] Nguyen VH, Le MH, Cheung RC, et al. Differential clinical characteristics and mortality outcomes in persons with NAFLD and/or MAFLD[J]. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2021, 19(10):2172–2181.
- [26] Wang X, Wu S, Yuan X, et al. Metabolic dysfunction-associated fatty liver disease and mortality among Chinese adults: A prospective cohort study[J]. *J Clin Endocrinol Metab*, 2022, 107(2):e745–e755.
- [27] Kim D, Koryn P, Sandhu KK, et al. Metabolic dysfunction-associated fatty liver disease is associated with increased all-cause mortality in the United States[J]. *J Hepatol*, 2021, 75(6):1284–1291.
- [28] Targher G, Byrne CD, Tilg H. NAFLD and increased risk of cardiovascular disease: clinical associations, pathophysiological mechanisms and pharmacological implications[J]. *Gut*, 2020, 69(9):1691–1705.
- [29] Gaggini M, Morelli M, Buzzigoli E, et al. Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) and its connection with insulin resistance, dyslipidemia, atherosclerosis and coronary heart disease[J]. *Nutrients*, 2013, 5(5):1544–1560.
- [30] Tilg H, Effenberger M. From NAFLD to MAFLD: When pathophysiology succeeds[J]. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 2020, 17(7):387–398.
- [31] Villela-Nogueira CA, Leite NC, Cardoso CR, et al. NAFLD and increased aortic stiffness: parallel or common pathophysiological mechanisms? [J]. *Int J Mol Sci*, 2016, 17(4).
- [32] Valencia-Rodríguez A, Vera-Barajas A, Barranco-Fragoso B, et al. New insights into the association between non-alcoholic fatty liver disease and atherosclerosis[J]. *Ann Transl*

# 老年肌肉衰减症患者运动干预的研究进展

张艳 裴鑫悦 邢凤梅\* 王晓光 薛新宏 张卫红 常学优

**【摘要】** 肌肉衰减症是临床一种常见的疾病,严重影响老年人的生活质量和健康结局。然而,通过有效干预及个体化管理,可预防、延迟、治疗甚至逆转肌肉衰减症。目前,运动干预是肌肉衰减症的重要干预手段。通过综述近年来肌肉衰减症运动干预的国内外研究进展,旨在为医护人员制订老年肌肉衰减症患者运动干预方案提供参考依据。

**【关键词】** 肌肉衰减症;老年人;运动干预

中图分类号 R592 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)11-804-04

**Advances in exercise intervention for elderly patients with sarcopenia** Zhang Yan, Pei Xinyue, Xing Fengmei, Wang Xiaoguang, Xue Xinhong, Zhang Weihong, Chang Xueyou. College of Nursing and Rehabilitation, North China University of Science and Technology, Tangshan 063210, China

**【Abstract】** Sarcopenia is a common disorder that severely affects the quality of life and health outcomes of older adults. However, muscle wasting disorders can be prevented, delayed, treated or even reversed through effective interventions and individualized management. Currently, exercise intervention is an important intervention for sarcopenia. To provide a reference basis for health care professionals to develop exercise intervention programs for elderly patients with sarcopenia by reviewing the progress of domestic and international research on exercise interventions for sarcopenia in recent years.

**【Key words】** Sarcopenia; Elderly; Exercise intervention

肌肉衰减症是随着年龄增长骨骼肌质量、力量和(或)身体活动能力下降的一种退行性病变。研究发现,我国65~74岁老年人肌肉衰减症患病率为15.9%,75~84岁老年人患病率为21.2%,85岁及以上的老

年人患病率高达42.4%<sup>[1]</sup>。快速老龄化过程中,老年人肌肉衰减症患病率呈现明显增高趋势,已成为威胁全民健康、降低生活质量、消耗医疗资源的重大健康问题和经济社会问题<sup>[2]</sup>。保守估计全球有5000万人罹患肌肉衰减症<sup>[3]</sup>,已成为全球范围的重要公共健康问题之一。体育锻炼是预防和治疗肌肉衰减症的重要方式之一。国外研究表明<sup>[4]</sup>,体育锻炼可以保持或改善受年龄影响的多个关键系统的功能,包括内分泌系统、呼吸系统和心血管系统以及骨骼肌。目前,运

基金项目:河北省卫健委医学适用技术跟踪项目(编号:GZ2022063)

作者单位:063210 河北省唐山市,华北理工大学护理与康复学院(张艳、裴鑫悦);华北理工大学附属医院(邢凤梅、王晓光、薛新宏、张卫红、常学优)

\* 通讯作者

Med,2019,7(Suppl 8):S300.

[33] Alharthi J, Latchoumanin O, George J, et al. Macrophages in metabolic associated fatty liver disease[J]. World J Gastroenterol, 2020, 26(16):1861-1878.

[34] Villanova N, Moscattello S, Ramilli S, et al. Endothelial dysfunction and cardiovascular risk profile in nonalcoholic fatty liver disease[J]. Hepatology, 2005, 42(2):473-480.

[35] Jain S, Khera R, Corrales-Medina V F, et al. Inflammation and arterial stiffness in humans[J]. Atherosclerosis, 2014, 237(2):381-390.

[36] Fargion S, Porzio M, Fracanzani A L. Nonalcoholic fatty liver disease and vascular disease: State-of-the-art[J]. World J Gastroenterol, 2014, 20(37):13306-13324.

[37] Anstee QM, Mantovani A, Tilg H, et al. Risk of cardiomyopathy and cardiac arrhythmias in patients with nonalcoholic

fatty liver disease[J]. Nat Rev Gastroenterol Hepatol, 2018, 15(7):425-439.

[38] Lechner K, McKenzie AL, Kränkel N, et al. High-risk atherosclerosis and metabolic phenotype: The roles of ectopic adiposity, atherogenic dyslipidemia, and inflammation[J]. Metab Syndr Relat Disord, 2020, 18(4):176-185.

[39] Kasper P, Martin A, Lang S, et al. NAFLD and cardiovascular diseases: A clinical review[J]. Clin Res Cardiol, 2021, 110(7):921-937.

[40] Galiero R, Caturano A, Vetrano E, et al. Pathophysiological mechanisms and clinical evidence of relationship between nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) and cardiovascular disease[J]. Rev Cardiovasc Med, 2021, 22(3):755-768.

[2023-03-08 收稿]

动干预的文献表明体育锻炼能改善肌肉力量和身体机能,甚至影响肌肉质量,但由于存在多个影响变量,预防或改善肌肉衰减症的运动干预方案尚未形成共识<sup>[5]</sup>,缺乏针对性的运动干预方案,患者很难及时获得全面且科学的运动指导。因此,本研究通过综述近年来肌肉衰减症运动干预的国内外研究进展,旨在为医护人员制订老年肌肉衰减症患者运动干预方案提供参考依据。

## 1 运动干预方法及训练处方

### 1.1 抗阻运动法

抗阻运动指肌肉通过克服外来阻力以增加肌肉力量来改善神经肌肉的适应能力,能恢复和发展肌力的运动。其作用机制是抗阻运动在较高训练强度下会缩短肌肉蛋白质合成时间,有效改善肌纤维的收缩性能<sup>[6]</sup>。弹力带运动因具有简便易行且安全的优点,成为近年来兴起的、受大众认可的一种抗阻运动方式,在国外被广泛应用于膝关节炎、糖尿病等患者以及衰弱、失能老年人的功能锻炼与康复<sup>[7-8]</sup>。我国学者研究发现,弹力带运动在老年肌肉衰减症人群中具有较好的可行性,并可以增加老年肌肉衰减症患者的肌肉质量和力量,改善其活动能力<sup>[9]</sup>。多数研究者建议训练处方设置为每周进行3~5天,每天至少10min。低强度的阻力训练即可增加肌肉力量,但为了获得更好的效果,学者建议进行高强度的阻力训练计划<sup>[10]</sup>。

### 1.2 有氧运动法

有氧运动是指人体在氧气充分供应的情况下进行的体育锻炼,旨在通过增加峰值耗氧量来改善心血管的适应能力。有氧运动可以促进肌肉毛细血管化,便于营养物质的输送,从而推动肌原纤维蛋白合成以及提高肌肉质量<sup>[11]</sup>。世界卫生组织指出<sup>[12]</sup>,老年人可以每周进行150~300min的中等强度有氧运动或75~150min的较大强度有氧运动。虽然一些老年人无法完成此强度的训练,但适度增加活动和加强锻炼会对功能改善产生积极影响<sup>[13]</sup>。

### 1.3 平衡能力训练法

神经系统、认知系统和骨骼肌在平衡中起着重要作用。随着年龄的增长,这些系统都会逐渐退化,从而增加跌倒的风险<sup>[14]</sup>,有证据表明,平衡训练可使跌倒率降低24%<sup>[15]</sup>。研究及临床经验均已证实这种训练方式可以改善老年人整体健康状态,且具有确切的作用<sup>[16]</sup>。平衡训练可以增加老年人身体的稳定性,在其他运动前后进行可提高安全性,减少不良反应发生。此外,有监督的平衡锻炼计划比无监督的计划获得的效果更好,所以建议肌肉衰减症患者每周进行3天的平衡练习,其中至少有两次在监督下进行<sup>[17]</sup>。

### 1.4 血流限制训练法

血流限制<sup>[18]</sup>被定义为肌肉阻力训练,保持动脉血流入并限制受训肌肉的静脉血流出,是一种相对新颖的训练方法。有一项Meta分析结果显示,当进行部分血管闭塞的行走时,肌肉力量、肌肉质量显著增加<sup>[19]</sup>。国外一项研究发现40%肢体闭塞压力与90%肢体闭塞压力同样进行8周训练,两组研究对象肌肉力量和耐力增长相近,但高肢体闭塞压力会给研究对象带来更多不适感<sup>[20]</sup>。选择较低且患者可耐受的肢体闭塞压力能尽量减少不良事件,强调了临床血流限制训练的个体化处方的必要性<sup>[21]</sup>。然而目前血流限制训练过程中的安全性存在争议,所以此类型的训练应在有经验的训练者监督下进行。

### 1.5 振动训练法

对于一些无法进行自主运动的老年人可以采用被动运动。振动疗法是一种新兴的训练方法,近年来在运动康复领域中受到广泛关注。根据振动作用于人体的部位和传播方式可以相对地分为全身振动和局部振动。老年人的全身振动疗法已被证明可以极大地改善身体各项功能,包括下肢肌力、坐立表现和跳跃高度等<sup>[22-23]</sup>。以40Hz为间隔,持续360秒,可显著改善老年人的等速膝关节伸展<sup>[22]</sup>。12周的全身振动疗法可以改善女性患者的骨骼肌质量、身体健康以及生活质量<sup>[23]</sup>。但不建议长期使用,因为可能会出现脊柱退化、生长激素增加等不良反应<sup>[24]</sup>。

## 2 肌肉衰减症患者运动干预方案

目前暂无一套标准的运动方案,多数研究从运动方式、运动时间、运动强度、运动频率等方面进行干预。Liang等<sup>[25]</sup>选择老年科80岁以上老年人60例,分为对照组(30名)和干预组(30名),对照组采用抗阻运动,每周2次(5min热身+20min抗阻+5min休息+20min抗阻+5min休息);干预组采用抗阻运动+平衡训练,每周2次(5min热身+20min平衡+5min休息+20min抗阻+5min休息),共干预12周,结果显示,干预组步速、握力、简易机体功能评估法得分和Berg平衡量表得分显著高于对照组。Kemmler等<sup>[26]</sup>将43例肌肉衰减症伴骨量减少的老年男性分为干预组(21例)和对照组(22例),干预组采用高强度动力阻力训练,总蛋白摄入量为1.5~1.6g/(kg·d);对照组保持平时生活方式,总蛋白摄入量为1.2g/(kg·d),干预18个月。结果显示,干预组的骨骼肌质量、握力显著改善但步速无明显改变。Villareal等<sup>[27]</sup>将160名肥胖老年人随机分为4组,每组40人,有氧运动组采用有氧运动+体重管理,每周3次(10min柔韧性训练+40min有氧运动+10min

平衡训练)；抗阻运动组采用抗阻运动+体重管理，每周3次(10min柔韧性训练+40min抗阻运动+10min平衡训练)由开始的1~2组，每组8~12次，逐渐增加至2~3组；联合运动组采用有氧运动+抗阻运动+体重管理，每周3次(10min柔韧性训练+30~40min有氧运动+30~40min抗阻运动+10min平衡训练)；对照组没有体重管理或运动项目。结果显示，联合运动组身体表现得分最高；所有运动组的身体表现得分均高于对照组；联合运动组和抗阻运动组力量增加显著；联合运动组和有氧运动组峰值耗氧量增加更多；联合运动组和抗阻运动组的瘦体重下降较少。

### 3 肌肉衰减症患者运动干预策略

#### 3.1 中高强度、高频率运动干预

多项研究显示，高频干预比低频干预效果更好<sup>[3]</sup>。中高强度运动对肌肉的影响效果较低强度运动更为显著。运动的强度和频率要根据患者自身情况进行调节，运动强度过高或频率过高都会引起患者不适，甚至引发其他疾病，危害患者身体健康。老年人基础疾病多、恢复能力差，应根据自身状况进行调节合适的运动强度。尽管大多数研究表明，定期运动干预可以提高肌肉衰减症患者的身体功能，但需要更多的研究关注多个训练变量和基于更大人群的结果测量，以设计最佳运动训练策略并指导临床实践<sup>[28]</sup>。目前国内缺少此方面的研究，有必要进一步开展肌肉衰减症运动强度、频率的相关性研究，以利于形成适合我国肌肉衰减症患者的干预措施。

#### 3.2 联合运动训练干预

Villareal等<sup>[27]</sup>建议老年人进行联合运动，联合运动是指阻力训练、有氧训练、平衡训练和其他类型的训练相结合。与单一的运动训练计划相比，联合运动计划显现出了更好的效果并能预防更多的不良结局。多篇文献报告了联合运动计划对健康老年人肌肉衰减症所有亚维度的显著影响，不同组合的运动计划锻炼后，肌肉力量和身体机能都可以得到改善<sup>[3,10,25,27]</sup>。我国学者<sup>[25]</sup>开展了为期12周的研究，旨在探索抗阻性运动联合平衡性运动对肌肉衰减症老年人的影响。结果表明，与单独抗阻性运动相比，联合运动可显著减少老年人跌倒次数，从而进一步说明在物理治疗师监督下，高龄老人也可以通过联合运动的方式改善身体机能。

#### 3.3 运动联合营养干预

尽管单独的营养和运动已被证实对肌肉衰减症的积极影响，但更多的研究团队围绕营养联合运动干预对肌肉衰减症的影响开展了研究。Nascimento等<sup>[29]</sup>

提出运动干预联合营养补充可以最大程度地改善肌肉质量和肌肉力量。为防止老年肌肉衰减症进一步加重，必须制订个性化的运动联合营养来改善肌肉衰减症。一项随机对照研究结果显示<sup>[6]</sup>，中等强度的运动训练同时补充必需氨基酸或优质蛋白质可显著增加肌肉衰减症患者腿部肌肉量和力量，改善身体功能，效果优于单纯运动或单纯营养干预。高强度动力阻力训练并辅以乳清蛋白补充可以改善患有肌肉衰减症和骨量减少的老年人的骨骼肌质量、肌肉力量、骨密度等指标<sup>[26]</sup>。老年人实施运动联合营养支持不仅能增加老年人能量摄入，还可改善其身体活动状况，延缓肌肉衰减症的发展。但要在社区和临床广泛应用还需要制订更加完善的干预方案，开展大样本、高质量、严谨、科学的临床研究。

#### 3.4 个性化干预

根据患者的身体情况制订不同的体育锻炼计划已成为一种成熟的策略。对于年老体弱或合并其他疾病的患者，要在保证安全的前提下，对运动强度、时间和频率等进行适当调节。开始时可选择每日5~10min的有氧运动加上1~2项简单的力量训练<sup>[30]</sup>。同时，还应考虑失能、失智等特殊群体的老年人，对于不能自主运动的老年人，可以在物理治疗师的帮助下进行运动训练，或借助仪器帮助其产生肌肉运动，也会带来巨大的健康效益。此外，锻炼计划还应与肌肉衰减症患者共同商定，选择符合患者偏好的运动能提高患者的依从性。此外，体育锻炼计划在分小组进行、有监督时效果更好<sup>[17]</sup>。因此，建议社区或养老中心等机构在进行运动干预时选择适宜的运动强度和患者喜欢的运动，并采用团体训练计划同时在旁监督。

### 4 小结与展望

我国老龄化形势日趋严峻，肌肉衰减症患者逐年增多，给社会和家庭带来沉重负担。目前我国在肌肉衰减症领域取得较大进展，但仍存在很多空白。运动疗法治疗肌肉衰减症已得到国内外学者的广泛认可，但由于老年人的身体素质不同，应为老年人制订个性化的运动方案，以提高老年人生活质量，减轻社会负担。

### 5 参考文献

- [1] Li CW, Yu K, Shyh-Chang N, et al. Sterol metabolism and protein metabolism are differentially correlated with sarcopenia in Asian Chinese men and women[J]. *Cell Prolif*, 2021, 54(4): e12989.
- [2] 李春微, 于康. 肌肉衰减症发病机制研究进展及其对临床诊断的指导意义[J]. *中国科学(生命科学)*, 2021, 51(8): 1170-1179.
- [3] Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, et



- al.Sarcopenia:European consensus on definition and diagnosis:Report of the European Working Group on Sarcopenia in older people[J].Age Ageing,2010,39(4):412-423.
- [4] Angulo J,Assar ME,Bustos AL,et al.Physical activity and exercise:Strategies to manage frailty[J].Redox Biol,2020,35:101513.
- [5] Chen LK,Liu LK,Woo J,et al.Sarcopenia in Asia:Consensus report of the Asian Working Group for Sarcopenia[J].J Am Med Dir Assoc,2014,15(2):95-101.
- [6] Distefano G,Goodpaster BH.Effects of exercise and aging on skeletal muscle[J].Cold Spring Harb Perspect Med,2018,8(3):a029785.
- [7] Kim GJ,Oh H,Lee S,et al.Effects of resistance exercise using the elastic band on the pain and function of patients with degenerative knee arthritis[J].J Phys Ther Sci,2020,32(1):52-54.
- [8] Chen R,Wu Q,Wang D,et al.Effects of elastic band exercise on the frailty states in pre-frail elderly people[J].Physiother Theory Pract,2020,36(9):1000-1008.
- [9] 董欣,莫懿晗,王秀华,等. 抗阻运动对老年肌少症危险人群肌肉量、肌力和活动能力的影响[J]. 中国护理管理,2021,21(8):1190-1195.
- [10] Beckw é e D,Delaere A,Aelbrecht S,et al.Exercise interventions for the prevention and treatment of sarcopenia.A systematic umbrella review[J].J Nutr Health Aging,2019,23(6):494-502.
- [11] Papadopoulou SK.Sarcopenia:A contemporary health problem among older adult populations[J].Nutrients,2020,12(5):1293.
- [12] Bull FC,Al-Ansari SS,Biddle S,et al.World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour[J].Br J Sports Med,2020,54(24):1451-1462.
- [13] Fielding RA,Guralnik JM,King AC,et al.Dose of physical activity, physical functioning and disability risk in mobility-limited older adults: Results from the LIFE study randomized trial[J].PLoS One, 2017,12(8):e0182155.
- [14] Dunskey A.The effect of balance and coordination exercises on quality of life in older adults:A Mini-Review[J].Front Aging Neurosci,2019,11: 318.
- [15] Sherrington C,Fairhall NJ,Wallbank GK,et al.Exercise for preventing falls in older people living in the community[J].Cochrane Database Syst Rev,2019,1(1):CD012424.
- [16] 中华医学会老年医学分会老年康复学组,肌肉衰减综合征专家共识撰写组. 肌肉衰减综合征中国专家共识(草案)[J]. 中华老年医学杂志,2017,36(7):711-718.
- [17] Lacroix A,Hortob á gyi T,Beurskens R,et al.Effects of supervised vs. Unsupervised training programs on balance and muscle strength in older adults:A systematic review and meta-analysis[J].Sports Med,2017,47(11):2341-2361.
- [18] Lopes KG,Bottino DA,Farinatti P,et al.Strength training with blood flow restriction—a novel therapeutic approach for older adults with sarcopenia? A case report[J].Clin Interv Aging,2019,14:1461-1469.
- [19] Centner C,Wiegel P,Gollhofer A,et al.Effects of blood flow restriction training on muscular strength and hypertrophy in older individuals:A systematic review and meta-analysis[J].Sports Med,2019,49(1):95-108.
- [20] Counts BR,Dankel SJ,Barnett BE,et al.Influence of relative blood flow restriction pressure on muscle activation and muscle adaptation[J].Muscle Nerve,2016,53(3):438-445.
- [21] Hughes L,Paton B,Rosenblatt B,et al.Blood flow restriction training in clinical musculoskeletal rehabilitation:A systematic review and meta-analysis[J].Br J Sports Med,2017,51(13):1003-1011.
- [22] Wei N,Pang MY,Ng SS,et al.Optimal frequency/time combination of whole-body vibration training for improving muscle size and strength of people with age-related muscle loss(sarcopenia):A randomized controlled trial[J].Geriatr Gerontol Int,2017,17(10):1412-1420.
- [23] Bidonde J,Busch AJ,van der Spuy I,et al.Whole body vibration exercise training for fibromyalgia[J].Cochrane Database Syst Rev,2017,9(9):CD011755.
- [24] Chang SF,Lin PC,Yang RS,et al.The preliminary effect of whole-body vibration intervention on improving the skeletal muscle mass index, physical fitness, and quality of life among older people with sarcopenia[J].BMC Geriatr,2018,18(1):17.
- [25] Liang Y,Wang R,Jiang J,et al.A randomized controlled trial of resistance and balance exercise for sarcopenic patients aged 80-99 years[J].Sci Rep,2020,10(1):18756.
- [26] Kemmler W,Kohl M,Jakob F,et al.Effects of high intensity dynamic resistance exercise and whey protein supplements on osteosarcopenia in older men with low bone and muscle mass.Final results of the randomized controlled frost study[J].Nutrients,2020,12(8):2341.
- [27] Villareal DT,Aguiar L,Gurney AB,et al.Aerobic or resistance exercise, or both, in dieting obese older adults[J].N Engl J Med,2017,376(20):1943-1955.
- [28] Bao W,Sun Y,Zhang T,et al.Exercise programs for muscle mass, muscle strength and physical performance in older adults with sarcopenia:A systematic review and meta-analysis[J].Aging Dis,2020,11(4):863-873.
- [29] Nascimento CM,Ingles M,Salvador-Pascual A,et al.Sarcopenia, frailty and their prevention by exercise[J].Free Radic Biol Med,2019,132:42-49.
- [30] 沈睿,王茜茜,徐霓影,等. 老年肌少症患者运动干预的最佳证据总结[J]. 中华护理杂志,2021,56(10):1560-1566.

# 老化期望的研究进展及对社区护理工作的启示

景丽伟 杜晓菲\*

**【摘要】** 老化期望即老年人对实现和维持躯体及精神功能的期望水平,适度的老化期望可以改善老年人的健康状况并提高其生活质量。通过对老化期望的概念、现状及其影响因素、测评工具、以及老化期望对老年人的影响进行综述,旨在为老年人老化期望的干预提供参考,以促进我国健康老龄化的实现。

**【关键词】** 老龄化;老化期望;综述;护理

中图分类号 R473.2 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)11-808-03

**Research progress of aging expectation and its enlightenment to community nursing** Jing Liwei, Du Xiaofei. North China University of Science and Technology, Tangshan 063210, China

**【Abstract】** Aging expectation is the expectation level of the elderly to realize and maintain physical and mental functions. Moderate aging expectation can improve the health status of the elderly and their quality of life. This paper summarizes the concept, current situation and influencing factors of aging expectation, evaluation tools, and the impact of aging expectation on the elderly, in order to provide reference for the intervention of aging expectation of the elderly, so as to promote the realization of healthy aging in China.

**【Key words】** Aging; Aging expectation; Summarize; Nursing

老化期望是指老年人对于健康老龄化的期望程度。老化期望过高或过低都不利于维持老年人群体良好健康状况。目前我国60岁以上人口超过2.6亿<sup>[1]</sup>,同时伴有失能老人数量增多、老年人慢性病患者率增高、患有多种慢性病的老年人伴有认知功能障碍概率增加<sup>[2-4]</sup>等特点,我国人口老龄化面临巨大的挑战。为有效应对人口老龄化,2021年11月中共中央、国务院印发了《关于加强新时代老龄工作的意见》中指出,要树立积极老龄观、实现健康老龄化<sup>[5]</sup>。而适度的老化期望,能够促进老年人健康行为,改善健康状况<sup>[6]</sup>,因此,了解老化期望水平及影响因素,探索提高老化期望水平的干预措施,对提高老年人的身体健康,助力老龄化社会建设具有重要意义。本文对老化期望的概念、测评工具、现状及影响因素、以及对老化期望的干预进行综述,旨在为制定提高老化期望的干预措施提供参考依据,从而促进健康老龄化。

## 1 老化期望的相关概念

### 1.1 老化的概念

从不同角度对于老化期望的解释各不相同。从社会学角度看,老化<sup>[7]</sup>是指人随着年龄的增长,生理、心理及社会功能的不断减退。从生物学角度看,老化是指生物体生长发育到成熟期以后,随着年龄的增长,

在形态结构和生理功能方面出现的一系列退行性变化及机体功能的逐渐丧失<sup>[8]</sup>。也有学者认为,可以将老化期望理解为老年人对于未来老化过程而提前构想的一种健康标准或希望<sup>[9]</sup>。

### 1.2 健康老龄化的概念

老化期望是指对健康老龄化的期望程度,那什么是健康老龄化呢?2015年世界卫生组织发布的《关于老龄化与健康的全球报告》中将“健康老龄化”明确定义<sup>[10]</sup>为发展和维护老年健康生活所需的功能发挥过程,包含内在能力和功能发挥2个维度。《“十三五”国家老龄事业发展和养老体系建设规划》将健康老龄化<sup>[11]</sup>定义为:从生命全过程的角度,从生命早期开始,对所有影响健康的因素进行综合、系统的干预,营造有利于老年健康的社会支持和生活环境,维持老年人的健康功能。提倡健康老龄化的意义在于<sup>[12]</sup>,通过老年人自身及社会的共同努力,使老年人呈现良好的健康状态,生活质量得到提高,保证晚年生活幸福。

### 1.3 老化期望的概念

老化期望(expectations regarding aging, ERA)又称老龄化期望,是指老年人对实现和维持躯体及精神功能的期望水平,即老年人在老化的过程中对健康老龄化的期望程度或预期水平<sup>[13]</sup>,也可以描述为老年人预期随着老龄化而达到和保持高水平的身心功能,即对“健康老龄化”的预期。老年人老化期望程度的提高,有助于实现积极老龄观、健康老龄化,改善老

基金项目:河北省社会科学基金项目(编号:HB18SH021)  
作者单位:063210 河北省唐山市,华北理工大学(景丽伟),唐山职业技术学院(杜晓菲)  
\* 通讯作者

年人的健康状况,提高老年人的生活质量。

## 2 老化期望的相关研究

### 2.1 老化期望的国内外研究现状

国外对于老化期望的研究起步较早且全面,涉及老化期望的水平及影响因素、ERA 的测评工具、ERA 的干预措施及 ERA 对于老年人产生的影响,丰富完善了 ERA 的理论与实践经验,为有效应对人口老龄化提供了又一途径。国内关于老化期望方面的研究较少,探究老化期望现状及影响因素,对国外老龄化测评工具进行汉化,虽然目前开展的相关研究较少,但是有利于 ERA 后续研究工作的进行,下一步可以对 ERA 的有效干预措施展开研究。

2002 年学者 Sarkisian 等<sup>[14]</sup>对美国社区老年人进行老化期望的调查,发现大多数老年人的老化期望水平比较低,并且年龄越大,对老龄化的期望值越低。随后该团队于 2006<sup>[15]</sup>年对不同种族的老化期望做了对比研究,促进了老龄化期望的研究发展。Kim 等<sup>[16]</sup>认为提高老年人对老龄化的期望,可帮助他们获得良好的健康。Davis<sup>[17]</sup>通过对临床保健医生的老化期望的相关调查,得出医生的老化期望值随着工作年限的增加而降低,并且会对提供给患者的护理质量和患者自己的老化期望产生负面影响。Whatley 等<sup>[18]</sup>发现青壮年的老化期望水平低于老年人。总体来看,老化期望的研究主要针对老年人群进行,研究类型以调查为主,研究结果显示老化期望的影响因素较多,但缺乏对于如何提高老化期望水平方面的研究。

李现文等<sup>[19]</sup>认为老化期望可以对老年人的功能性健康产生影响。赖先婷等<sup>[20]</sup>通过调查得出我国社区老年人老化期望处于中等偏下水平。程建超<sup>[21]</sup>的研究发现了影响老年人的老化期望的因素较多,有年龄、家庭支持、自评健康状况等。还有国内学者李彩福<sup>[22]</sup>认为老年人共病状况、孤独感水平及家庭功能是影响老年人 ERA 水平的重要因素,亦是老年人 ERA 干预的重要方向。赵彤等<sup>[23]</sup>发现双向社会支持可提高老年人生活满意度及幸福感,维持较高的老化期望水平。还有学者<sup>[24]</sup>对英文版老年人老化期望量表进行了汉化,并进行了信效度的检验。总体而言,老化期望的研究在我国尚处于起步阶段,研究方向广且内容比较零散没有系统的整合。

### 2.2 老化期望的影响因素

(1) 年龄:老化期望又称为老龄化期望,即是老年人随着年龄的增加对于保持高水平身心功能的预期程度。“年龄”出现在了老化期望的定义之中,同样也是影响老化期望的重要因素之一。国内学者<sup>[21]</sup>在对社区老年人老化期望的影响因素调查中也发现,

年龄是老化期望的负向影响因素,与 Sarkisian 等<sup>[14]</sup>的研究结果一致。老年人年龄越大,对老龄化的预期越低。提示社区护理人员加强对中高龄老年人的健康老龄化知识的宣教,同时主动研判不同年龄段老年人的 ERA 水平,有针对性的提供护理措施,帮助老年人保持合适的老化期望水平。

(2) 心理因素:老化期望的内容之一就是老年人对维持精神健康的期望水平。心理因素对于人的精神状态有着重要影响。李现文<sup>[25]</sup>通过研究发现,人格和心理因素而非身体健康状况被认为是影响中国老年人老化期望的主要因素。这与韩国学者 Kim 的研究结果较为一致, Kim<sup>[16]</sup>研究发现较高的老化期望与更好的身心健康有关,对老龄化的预期部分是通过影响身心健康的促进健康的行为来调节的。Kweon 等<sup>[26]</sup>通过对来自首尔、京畿、忠北地区的社区保健所和宗教设施的 303 名中年女性调查得出,自尊被认为是对老化期望的显著预测因子。此外,社会情绪<sup>[27-28]</sup>在老年人的老化期望中起关键作用。Fiocco 等<sup>[29]</sup>认为较高的特质正念水平与老化期望显著正相关。因此,社区工作人员,在对老年人进行日常生活护理的同时,也要重点关注老年人的心理健康,以期提高老年人的老化期望水平,促进健康老龄化。

(3) 受教育水平:教育是老年人老化期望的影响因素。Sarkisian<sup>[15]</sup>在对洛杉矶地区老年中心招募的 611 名老年人进行老化期望的种族差异进行调查时,发现拉美裔人的老化期望值明显低于非拉美裔白人和非裔美国人,即使在调整了健康特征后也是如此,但教育水平的差异解释了这一差异。中国学者李现文<sup>[25]</sup>等对来自吉林省的 550 名老年人进行了调查,得出老年人的教育水平对老化期望有影响,并且受教育水平越高的老年人老化期望水平越低。提示社区护理人员,重点加强对文化程度水平较高的老年人的健康宣教,并对不同教育水平的老年人采取不同的宣教方式。

(4) 家庭功能:在中国传统中,“养儿防老”“含饴弄孙”等朴素的家庭观念根深蒂固,发挥好家庭功能对实现健康老龄化有正向促进作用。研究发现<sup>[20-21]</sup>家庭支持是老化期望的正向影响因素。李彩福等<sup>[6]</sup>分析过家庭因素对老年人 ERA 的影响,同样认为良好的家庭功能有利于 ERA 的提高。提示社区护理人员,在与老年人家庭接触过程中,注意亲情关系的强化,将家庭功能作为今后老年人 ERA 干预的重要切入点。

(5) 其他影响因素:赵彤等<sup>[23]</sup>通过研究,得出双向社会支持可提高老年人生活满意度及幸福感,维持较高的老化期望水平。除了老年人自身的因素之外,其保健医生的老化期望也可对老年人产生影响。Davis 等<sup>[30]</sup>发现临床保健医生的老化期望值随着工作

年限的增加而降低, 并且不实际的高或低 ERA 可能会对提供给患者的护理质量和患者自身的老化期望产生负面影响。Greenberg 等<sup>[31]</sup>也发现临床医生自身的老化期望会对患者的治疗、护理及老龄化期望产生一定的影响。提示对于 ERA 水平的提高, 除了从老年人自身角度采取措施, 还可以提高老年医疗护理服务从业人员的 ERA 水平。

### 2.3 老化期望对老年人的影响

研究表明, 老化期望对老年人的健康意识、健康行为及社会参与度等方面均有一定的影响。

(1) 对健康行为的影响: 老化期望可以对老年人的身体健康方面产生影响<sup>[16]</sup>。Yao 等<sup>[32]</sup>学者通过对菲律宾社区老年人的调查得出, 积极老化期望有利于老年人选择有利于健康的行为。该团队<sup>[33]</sup>从老化归因与期望的理论视角, 分析并提出一个人对衰老的期望会影响健康行为, 进而影响一个人的整体福利; 该理论进一步表明, 个人一生中的经历会影响这些个人的老化期望是如何建构的, 这对涉及老年人口的健康促进方案和公共卫生政策具有重大影响。这就要求社区护理工作要针对不同老年人的个性特点制定相应的干预措施, 帮助老年人构建符合自身的老化期望。

(2) 对参与活动的影响: Brad 等<sup>[34]</sup>对老年人老化期望与各种体育活动模式的关系进行了研究, 发现老化期望的下降与剧烈体育活动的减少相关, 这种关联在只限制日常生活的老年人中很明显。Aili 等<sup>[35]</sup>等研究表明老化期望在老年人采用体育活动的生活方式方面发挥着重要作用, 并可能影响健康结果。Sarkisian<sup>[36]</sup>认为低老化期望与非常低的身体活动水平独立相关。对久坐不动的老年人来说, 老龄化期望可能会成为身体活动的障碍。韩国学者<sup>[37]</sup>也探讨了城市地区中年人老龄化预期与体力活动的关系, 同样发现个人对衰老的信念对韩国中年人的身体活动有影响。提示社区工作人员, 可以通过提高 ERA 这一途径, 让老年人增大活动量。

(3) 对社会参与的影响: 德国学者<sup>[38]</sup>基于 2008 年和 2014 年德国老龄化调查 (DEAS) 的数据分析得出, 对自己的衰老持有积极期望的老年人倾向选择更积极、更有益于社会的生活方式, 诸如向他人提供建议和情感支持这类的非正式社会参与。菲律宾学者<sup>[32]</sup>的研究也印证了这一观点, 他认为, 老化期望和自我效能预测了健康生活方式的参与度, 对衰老的期望可以直接影响健康的生活方式, 但也可以通过健康自我效能感产生间接影响。所以, 社区护理人员在增强老年人的社会参与度的同时, 可以从提高老年人的老化期望方面采取干预措施。

(4) 对获得社会支持的影响: Menkin<sup>[39]</sup>带领研

究团队, 对衰老的积极预期是否会鼓励老年人维持或加强他们的社会网络联系和支持进行了 2 年的干预调查。研究显示, 拥有积极老化期望的参与者在 2 年后结交了更多的新朋友, 获得了更多的社会支持。这也是首次将人们对衰老的总体预期与社会领域联系起来, 并表明人们对衰老的看法的影响不仅限于身体或认知功能, 也会影响其社会支持的获得。随后, Moieni 等<sup>[40]</sup>研究结果显示, 心理健康领域中对老龄化有更积极预期 (ERA) 的人, 在产生性干预 (相对于控制组) 时, 会报告更高水平的感知社会支持。这就提示积极的老龄化期望有利于老年人获得更多的社会支持。

### 2.4 对老化期望的干预

要实现健康老龄化, 就必须让老年人在保持身体健康方面发挥积极作用, 就要提高老年人的老化期望。目前对于老化期望的干预研究尚处于探索阶段, 相关研究较少。

美国加州大学洛杉矶分校心理学系教授<sup>[41]</sup>Whately, 进行了一项课堂研究: 提高年轻人对老龄化的期望。接受成功老龄化课程的学生在季度末的 ERA 分数高于季度初, 一个较小的、讨论型的老龄化课堂导致了更积极的老龄化观, 这表明在成年早期短暂的干预可以改变人们对老龄化的消极态度。

## 3 老化期望的测评工具

### 3.1 老化期望量表-38 (expectations regarding aging-38, ERA-38)

该量表是由 Sarkisian<sup>[42]</sup>于 2002 年首次研制开发的一种可靠有效的工具来衡量老年人对老龄化的期望, 该量表的信效度较高, 包含 10 个维度 (分别综合健康、认知功能、精神健康、功能独立性、性功能、疼痛、尿失禁、睡眠、疲乏、外貌), 共 38 个条目。各条目均采用 Likert 4 级计分方法: 1 分 (完全正确) 至 4 分 (完全错误)。各条目的得分的总和即为量表总分, 得分越高表示老化期望水平越高。该量表涉及领域广泛, 内容全面, 但是需要 10~12min 完成, 可以作为老化期望的测评工具。

### 3.2 老化期望量表-12 (expectations regarding aging-12, ERA-12)

Sarkisian 团队<sup>[43]</sup>对老化期望量表-38 进行了简化, 形成了老化期望量表-12, 简化后的量表共包含 3 个维度、共 12 个条目分别为: 身体健康维度 (4 个条目)、心理健康维度 (4 个条目)、认知功能的维度 (4 个条目)。计分方法同 ERA-38, 且得分越高提示老化期望程度越高。该量表虽然易于测评, 但内容不全面, 仅适用于量表较多、耗费时间长的调

查,以保证调查的可行性。韩国学者 Park 等<sup>[44]</sup>,对 ERA-12 进行了汉化并验证得出该量表具有较高的信度和效度,可用于评估韩国中老年女性对老龄化的预期。但是该量表目前没有汉化版。

### 3.3 汉化版的老化期望量表-38

国内学者程建超<sup>[24]</sup>引入国外老化期望量表(ERA-38)进行汉化并具有较好的信效度。形成的中文版老化期望量表共包含4个维度21个条目:身体健康维度(7个条目)、心理健康维度(6个条目)、认知功能维度(4个条目)、功能独立性维度(4个条目),量表条目采用 Likert 4级评分法,1分(完全正确)至4分(完全错误),各条目得分累加即为量表总得分,得分越高表明老化期望水平越高。该量表与 ERA-38 相比,具有简短方便的优点,可用于我国老年人老化期望水平的测评。

## 4 老化期望的研究总结及展望

国内外对于老化期望的研究涉及多方面,老年人的 ERA 受多种因素影响,如年龄、心理因素、教育、家庭功能等,并且 ERA 对老年人的健康行为、活动、社会参与度等均会产生一定影响。但是关于老化期望干预措施的构建方面的研究较少,且存在不同测评工具,具体何种工具下测得的何种水平分值是最优值,目前仍难以准确评判或划分。目前我国老年人 ERA 水平较低,这就需要社区及临床护理工作者,着重观察和评估老年人的老化期望水平,探索提高老化期望的干预措施,从而提高老化期望水平、促进我国健康老龄化事业的发展。

## 5 参考文献

- [1] 中华人民共和国民政部. 2020 年社会服务发展统计公报 [R/OL] (2021-09-10). <https://images3.mca.gov.cn/www2017/file/202109/1631265147970.pdf>.
- [2] 蔡敏,张耀光,谢学勤,等. 我国 60 岁及以上居家老年人失能情况及影响因素分析 [J]. 中国医院统计, 2021,28(5):389-394,400.
- [3] 潘晶雪,陈利群,王敬丽,等. 社区老年慢性病患者认知功能的现状调查 [J]. 中华护理杂志, 2021,56(1):109-115.
- [4] 江丽姣,于倩倩,尹文强,等. 我国居民慢性病变化趋势分析——基于国家五次卫生服务调查报告 [J]. 中国卫生事业管理, 2018,35(11):874-876,880.
- [5] 中华人民共和国中央人民政府. 国务院关于加强新时代老龄工作的意见 [R/OL] (2021-11-24). [http://www.gov.cn/zhengce/2021-11/24/content\\_5653181.htm](http://www.gov.cn/zhengce/2021-11/24/content_5653181.htm),
- [6] 李彩福,刘海宁,李现文. 老年人老龄化期望的影响因素 [J]. 中国老年学杂志, 2018,38(6):1500-1501.
- [7] 梁焕国等主编. 中国老年百科全书 [M]. 宁夏: 宁夏人民出版社, 1994.
- [8] 化前珍等主编. 老年护理学 [M]. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2020:23.
- [9] 赵青,张海莲,嵇艳,等. 老龄化期望的概念分析 [J]. 中华现代护理杂志, 2019,25(10):1313-1316.
- [10] 陈坤,李士雪. 健康老龄化的理念演变与实现路径 [J]. 理论学刊, 2017, 33(3):87-92
- [11] 中华人民共和国中央人民政府. 国务院印发《“十三五”国家老龄事业发展和养老体系建设规划》[R/OL]2017-03-06). [http://www.gov.cn/xinwen/2017-03/06/content\\_5174100.htm](http://www.gov.cn/xinwen/2017-03/06/content_5174100.htm)
- [12] 陶生生,梅光亮,白忠良,等. 社会网络与健康老龄化关系研究的系统评价 [J]. 中国卫生事业管理, 2019,36(3): 224-226,230.
- [13] Sarkisian CA, et al. Expectations regarding aging among older adults and physicians who care for older adults [J]. Medical Care, 2001,39(9):1025-1036.
- [14] Sarkisian CA, Hays RD, Mangione CM. Do older adults expect to age successfully? The association between expectations regarding aging and beliefs regarding healthcare seeking among older adults [J]. Journal of the American Geriatrics Society, 2002,50(11): 1837-43.
- [15] Sarkisian CA, et al. Ethnic differences in expectations for aging among older adults [J]. Journal of the American Geriatrics Society, 2006, 54(8):1277-82.
- [16] Kim SH. Older people's expectations regarding ageing, health-promoting behaviour and health status [J]. Journal of Advanced Nursing, 2009, 65(1):84-91
- [17] Davis MM, et al. Primary care clinician expectations regarding aging [J]. The Gerontologist, 2011, 51(6):856-66.
- [18] Whatley MC, et al. Younger and older adults' mood and expectations regarding aging during COVID-19 [J]. Gerontology & Geriatric medicine, 2020, 6:2333721420960259-2333721420960259.
- [19] 李现文,刘海宁. 老化期望对功能性健康状况的影响: 休闲活动的中介作用及城乡因素的调节作用 [J]. 中国卫生统计, 2014,31(5):793-795.
- [20] 赖先婷,张杰兰,徐铁飞,等. 社区老年人老化期望现状及影响因素研究 [J]. 护理学杂志, 2021,36(11):81-84.
- [21] 程建超,邢凤梅,夏侯文秀,等. 社区老年人老化期望现状及影响因素分析 [J]. 护理学杂志, 2021,36(20):15-18.
- [22] 李彩福,刘海宁,李现文. 老年人老龄化期望的影响因素 [J]. 中国老年学杂志, 2018,38(6):1500-1501.
- [23] 赵彤,李佳祺,杨琨,等. 双向社会支持对老年人老化期望的多维度影响 [J]. 护理研究, 2021,35(12):2101-2105.
- [24] 程建超,曹硕,唐惠艳,等. 老年人老化期望量表的汉化及信效度检验 [J]. 护理学杂志, 2020,35(20):83-86.
- [25] Li XW, et al. The relationship between expectation regarding aging and functional health status among older adults

- in China.[J]. Journal of Nursing Scholarship:an Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, 2013, 45(4):328-35
- [26] Kweon YR, Jeon HO. [Effects of perceived health status, self-esteem and family function on expectations regarding aging among middle-aged women][J]. Journal of Korean Academy of Nursing, 2013, 43(2):176-84.
- [27] Vleet SCV, Moore JM, Edzards S, et al. Optimism and Expectations Regarding Aging Among Young Adults and Older Adults[J]. Innovation in Aging, 2019, 3(Supplement1):S457-S457.
- [28] Plys E, Smith R. Profiles of Expectations regarding Aging after Relocation to Assisted Living[J]. Journal of Aging and Environment, 2021,35(3):319-337.
- [29] Fiocco AJ, Meisner BA. Mindful aging: The association between trait mindfulness and expectations regarding aging among middle-aged and older adults[J]. Aging & Mental Health, 2020, 24(4):591-595.
- [30] Davis MM, et al. Primary care clinician expectations regarding aging[J]. The Gerontologist, 2011, 51(6):856-66.
- [31] Greenberg PA, Johnson T. Ageism in health care: 72 is not a diagnosis[J]. Innovation in Aging, 2019, 3(Supplement1):S79-S79.
- [32] Yao JJ. It's a Matter of Perspective: The Role of aging expectations and self-efficacy towards engagement in healthy lifestyles among older adults[J]. Asian/Pacific Island Nursing Journal, 2019, 4(3):116-122.
- [33] Yao JJ, Monacis L. A theoretical perspective on aging attributions and expectations:Its role in health behaviors and outcomes[J]. Cogent Psychology, 2020, 7(1)
- [34] Brad AM, Patricia L. Weir and Joseph Baker. The relationship between aging expectations and various modes of physical activity among aging adults[J]. Sport & Exercise, 2013,14(4):569-576.
- [35] Aili IB, Amber S. Watts. Expectations regarding aging, physical activity, and physical function in older adults[J]. Gerontology and Geriatric Medicine, 2017, 3:2333721417702350.
- [36] Sarkisian CA. The relationship between expectations for aging and physical activity among older adults[J]. Journal of General Internal Medicine, 2005,20(10): 911-5.
- [37] Cho SH, et al. [Relationship between expectations regarding aging and physical activity among middle aged adults in urban areas: Based on the Pender's Health Promotion Model] [J]. Journal of Korean Academy of Nursing, 2015, 45(1):14-24
- [38] Schwartz E, Ayalon L, Huxhold O. Exploring the Reciprocal Associations of Perceptions of Aging and Social Involvement[J]. The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences, 2020,76(3):563-573.
- [39] Menkin JA, et al. Positive Expectations Regarding Aging Linked to More New Friends in Later Life[J]. The Journals of Gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences, 2017, 72(5):771-781.
- [40] Moieni M, et al. Generativity and Social Well-Being in Older Women: Expectations Regarding Aging Matter[J]. The Journals of Gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences, 2020,76(2):289-294.
- [41] Whatley MC, Castel AD. Improving expectations regarding aging in younger adults: a classroom study[J]. Educational Gerontology, 2020, 46(12):785-795.
- [42] Sarkisian CA, et al. Development, reliability, and validity of the expectations regarding aging (ERA-38) survey[J]. The Gerontologist, 2002,42(4):534-542.
- [43] Sarkisian CA, et al. Development of the 12-item Expectations Regarding Aging Survey[J]. The Gerontologist, 2005,45(2):240-248.
- [44] Park, et al. Testing the Validity and Reliability of Korean Version of the Expectations Regarding Aging (ERA-12) Instrument among Middle-aged and Elderly Women[J]. Journal of Korean Public Health Nursing, 2014, 28(3):460-470.

[2023-03-16 收稿]

# 雷尼替丁与多潘立酮治疗慢性胃炎的疗效对比分析

陈苗 王燕\*

**【摘要】** 目的 对比分析雷尼替丁与多潘立酮治疗慢性胃炎的临床效果。方法 将医院 2018 年 1 月 - 2022 年 12 月收治的 104 例慢性胃炎患者作为研究对象, 在组间性别、年龄、病程等基本资料均衡可比的原则下分为对照组和观察组, 各 52 例。对照组使用雷尼替丁治疗, 观察组使用多潘立酮治疗, 对比两组患者胃动力指标、炎症因子水平以及治疗效果。结果 治疗前, 两组患者胃动力指标比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 治疗后, 两组患者胃收缩频率、胃窦收缩幅度、胃排空率等胃动力指标均高于治疗前, 且观察组高于对照组, 组间差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。治疗前, 两组患者超敏 C 反应蛋白 (hs-CRP)、白细胞介素-6 (IL-6) 和肿瘤坏死因子- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) 等炎症因子水平比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 治疗后, 两组患者 hs-CRP、IL-6、TNF- $\alpha$  等炎症因子水平均低于治疗前, 且观察组低于对照组, 组间差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。治疗后, 观察组的临床疗效优于对照组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。结论 对于慢性胃炎患者的治疗, 使用多潘立酮能够有效提升患者的胃动力水平, 促进患者胃功能的恢复, 降低机体炎症因子水平, 控制疾病的发展, 提升治疗效果, 促进患者康复。

**【关键词】** 慢性胃炎; 雷尼替丁; 多潘立酮; 胃动力指标; 炎症因子

中图分类号 R573.3 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)11-813-03

慢性胃炎作为消化系统的常见病, 具有较高的发病率, 有资料显示, 我国有半数以上的成年人受慢性胃炎的困扰, 发病率呈上升趋势<sup>[1]</sup>。慢性胃炎患者发病后会出现上腹疼痛和消化不良的症状, 威胁人们的生命和健康, 需要进行及时的治疗以降低癌变的风险<sup>[2]</sup>。对于慢性胃炎的常见治疗方式为药物治疗, 其中雷尼替丁与多潘立酮为常用药, 雷尼替丁能够抑制胃酸分泌过多, 在十二指肠溃疡等溃疡性疾病的治疗中起到重要作用, 但是, 使用后会产生心动过速、代谢紊乱等不良反应, 影响患者康复。多潘立酮使用后能促进胃排空, 缓解腹部疼痛、胃胀气等症状, 促使患者临床症状的消失<sup>[3]</sup>。本研究通过临床观察, 对比分析雷尼替丁与多潘立酮治疗慢性胃炎的临床效果, 结果报告如下。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

将医院 2018 年 1 月 - 2022 年 12 月收治的 104 例慢性胃炎患者作为研究对象。纳入标准: 符合《中国慢性胃炎共识意见 (2012 年, 上海)》中对慢性胃炎的诊断标准<sup>[4]</sup>; 患者经胃镜检查并确诊; 沟通正常; 有自主行为能力。排除标准: 处于哺乳期、妊娠期的女性患者; 合并胃肠道肿瘤者; 精神障碍者; 消

化性溃疡者; 用药依从性差者。在组间性别、年龄、病程等基本资料均衡可比的原则下分为对照组和观察组, 各 52 例。两组患者性别、年龄、病程等基本资料对比, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ), 见表 1。本研究经本院医学伦理委员会审批通过; 患者对研究知情并签署同意书。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	性别		年龄 (岁)	病程 (年)
	男	女		
对照组 (n=52)	32	20	38.28 ± 5.41	6.34 ± 2.11
观察组 (n=52)	30	22	38.54 ± 5.29	6.21 ± 2.35
$\chi^2$ 值	0.160	0.248*	0.297*	
P 值	0.689	0.805	0.767	

注: \*为 t 值。

### 1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 使用雷尼替丁治疗, 盐酸雷尼替丁胶囊 [生产厂家: 广西世彪药业有限公司; 国药准字 H45021616; 规格: 150mg(按 C13H22V3O3S 计)] 口服, 剂量为 15mg/次, 2 次/d, 治疗 8 周为 1 个疗程。

1.2.2 观察组 使用多潘立酮治疗, 多潘立酮片 [生产厂家: 浙江昂利康制药股份有限公司 (原浙江昂利康制药有限公司); 国药准字 H20093779; 规格 10mg] 口服, 剂量为 10mg/次, 3 次/d, 治疗 8 周为 1 个疗程。

作者单位: 438300 湖北省黄冈市麻城市中医医院内二科

\* 通讯作者

以上两组患者在治疗期间注意饮食, 禁止摄入生冷油腻和辛辣刺激的食物, 规律作息, 禁止熬夜, 同时戒烟、戒酒。

### 1.3 观察指标

(1) 胃动力指标: 于治疗前后使用电子胃镜对患者进行检查, 从胃收缩频率和胃窦收缩幅度进行检查; 使用胃肠 X 射线机检查患者腹部, 记录患者的胃排空率并进行记录。

(2) 炎性因子水平: 于治疗前后分别抽取患者静脉血 5ml, 高速离心取上清液后使用酶联免疫吸附法对患者血清中超敏 C 反应蛋白 (hs-CRP)、白细胞介素 -6 (IL-6) 和肿瘤坏死因子 - $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) 水平进行测定。

(3) 治疗效果: 显效为临床等症状消失, 胃排气、排空功能恢复至正常水平; 有效为治疗后, 临床症状缓解, 胃排气、排空有所改善; 无效为临床症状和胃排气、排空功能未见改善, 甚至出现加重情况。总有效率 = (显效例数 + 有效例数) / 总例数  $\times$  100%。

### 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  $\chi^2$  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 两组患者胃动力指标对比

治疗前, 两组患者胃收缩频率、胃窦收缩幅度、胃排空率等胃动力指标比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, 两组患者胃收缩频率、胃窦收缩幅度、胃排空率等胃动力指标均高于治疗前, 且观察组高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

### 2.2 两组患者炎性因子水平对比

治疗前, 两组患者 hs-CRP、IL-6 和 TNF- $\alpha$  等炎性因子水平比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, 两组患者 hs-CRP、IL-6、TNF- $\alpha$  等炎性因子水平均低于治疗前, 且观察组低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

### 2.3 两组患者临床疗效对比

治疗后, 观察组的临床总有效率 (96.15%) 优于对照组 (84.62%), 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 4。

表 2 两组患者胃动力指标对比

组别	胃收缩频率 (次/h)		胃窦收缩幅度 (mmHg)		胃排空率 (%)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=52)	44.37 $\pm$ 7.44	67.24 $\pm$ 8.25	24.05 $\pm$ 5.27	46.27 $\pm$ 6.79	41.17 $\pm$ 5.77	72.63 $\pm$ 7.54
观察组 (n=52)	44.62 $\pm$ 7.52	72.15 $\pm$ 9.33	24.52 $\pm$ 5.51	50.12 $\pm$ 7.13	41.22 $\pm$ 5.81	75.93 $\pm$ 7.76
<i>t</i> 值	0.170	2.843	0.445	2.820	0.044	2.199
<i>P</i> 值	0.865	0.005	0.658	0.006	0.965	0.030

表 3 两组患者炎性因子水平对比

组别	hs-CRP (mg/L)		IL-6 (ng/ml)		TNF- $\alpha$ (ng/ml)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=52)	31.55 $\pm$ 3.11	14.75 $\pm$ 2.76	58.51 $\pm$ 8.41	30.77 $\pm$ 5.15	2.81 $\pm$ 1.14	1.83 $\pm$ 0.97
观察组 (n=52)	31.67 $\pm$ 3.26	13.49 $\pm$ 2.13	58.66 $\pm$ 8.36	28.34 $\pm$ 4.71	2.83 $\pm$ 1.17	1.35 $\pm$ 0.85
<i>t</i> 值	0.192	2.606	0.091	2.511	0.088	2.684
<i>P</i> 值	0.848	0.011	0.928	0.014	0.930	0.009

表 4 两组患者临床疗效对比

组别	临床效果			总有效率 (%)
	显效	有效	无效	
对照组 (n=52)	30	14	8	84.62
观察组 (n=52)	41	9	2	96.15

注: 总有效率比较,  $\chi^2=3.983$ ,  $P=0.046$ 。



### 3 讨论

随着生活水平的提升,生活方式的改变,人们饮食结构发生变化,加之现代社会快节奏的生活导致人们的生活和工作压力均有增加,使不健康的饮食习惯发生,如暴饮暴食等情况,增加了慢性胃炎的发病率<sup>[5-6]</sup>。由于疾病程度的不同患者的临床表现也有所差异,其中以恶心、上腹胀、腹痛等消化不良症状最为常见,也有部分患者出现食欲减退,严重会发生呕血与剧烈绞痛,如果不能进行及时的治疗,会导致胃癌的发生,对患者的生活质量和生命造成威胁<sup>[7]</sup>。

临床对于慢性胃炎的常见治疗方式为药物治疗,以雷尼替丁常见。雷尼替丁胶囊对于慢性胃炎中胃酸分泌过多导致的胃痛能够起到缓解作用,但是患者经过治疗后会出现恶心、头晕等不良反应<sup>[8-9]</sup>。所以安全、高效的治疗药物使用对于促进患者康复、提高治疗效果有积极作用。多潘立酮属于周围神经 D<sub>2</sub> 受体拮抗剂,是肠胃促动力药物。使用后能够改变胃部周围内脏神经的反射,促进胃部舒张,提升胃窦平滑肌的运动能力,增加胃肠蠕动速度,胃肠运动协调性提升,防止食物在胃部积滞,导致胆汁返流发生,缓解临床症状。此外,多潘立酮能够提高机体 5 羟色胺 4 的兴奋度,药物作用于胃底肌间神经突触,起到保护胃黏膜,改善胃黏膜炎症的作用<sup>[10]</sup>。

本研究结果显示,治疗前,两组患者胃动力指标对比差异无统计学意义;治疗后,两组患者胃收缩频率、胃窦收缩幅度、胃排空率等胃动力指标均高于治疗前,观察组高于对照组;治疗前,两组患者炎性因子水平对比差异无统计学意义,治疗后,两组患者 hs-CRP、IL-6、TNF- $\alpha$  等炎性因子水平低于治疗前,观察组低于对照组,差异有统计学意义;治疗后,观察组的临床疗效优于对照组,差异有统计学意义,证实了多潘立酮在慢性胃炎中的治疗效果。

综上所述,对于慢性胃炎患者的治疗,使用多潘立酮能够有效提升患者的胃动力水平,促进患者胃功

能的恢复,降低机体炎性因子水平,控制疾病的发展,提升治疗效果,促进患者康复。

### 4 参考文献

- [1] Tryapitsyn AV, Malkov VA, Gasanov EM, et al. Chronic gastritis and precancerous diseases of the stomach: Is there a chance of a correct diagnosis? [J]. Archives, 2021, 13(1): 85-102.
- [2] Ak M, Kant M, Ik S, et al. Functional vitamin B12 deficiency in phenylketonuria patients and healthy controls: An evaluation with combined indicator of vitamin B12 status as a biochemical index [J]. Ann Clin Biochem, 2020, 57(4): 291-299.
- [3] 石小光. 多潘立酮在慢性胃炎治疗中的应用效果分析 [J]. 基层医学论坛, 2022, 26(4): 136-138.
- [4] 中华医学会消化病学分会, 房静远, 刘文忠, 等. 中国慢性胃炎共识意见 (2012 年, 上海) [J]. 中华消化杂志, 2013, 33(1): 5-16.
- [5] 熊国全. 雷尼替丁与多潘立酮联合用药在慢性胃炎治疗中的评价 [J]. 健康管理, 2021(17): 87.
- [6] Ebule A, Ndze VN, Thierry N, et al. Epidemiology of helicobacter pylori and chronic atrophic gastritis: Population-based study among 880 cameroonians [J]. Int J Infect Dis, 2020, 10(1): 145-146.
- [7] 赵芸. 瑞贝克联合雷尼替丁, 甘露醇治疗慢性胃炎患者的临床效果分析 [J]. 中国保健营养, 2021, 31(12): 192.
- [8] 耿彩玉. 奥美拉唑和雷尼替丁治疗消化性溃疡合并慢性胃炎患者的临床比较分析 [J]. 中国保健营养, 2021, 31(26): 89.
- [9] Filimonov V, Mozgovoi S, Kononov A, et al. The process of finding simple solutions to support diagnostic decisions in medical research on the example of chronic gastritis stage assessment [C] // 2021 Ural Symposium on Biomedical Engineering, Radioelectronics and Information Technology (USBREIT). IEEE, 2021, 7(24): 24-26.
- [10] 李凤. 慢性胃炎治疗中雷尼替丁与多潘立酮联合应用的效果评价 [J]. 世界最新医学信息文摘: 连续型电子期刊, 2020, 20(20): 135-136.

[2023-03-21 收稿]

# 膝骨性关节炎所致膝关节腔积液与关节疼痛及功能的相关性

任昀瑜 李建新 张伟中\*

**【摘要】** 目的 探讨膝骨性关节炎所致膝关节腔积液与关节疼痛及功能的相关性。方法 选取2020年1月-2021年3月苏州市吴江区第四人民医院收治的69例膝骨性关节炎患者为调查对象,将其中合并膝关节腔积液的34例患者纳为有积液组,同期按照组间匹配的原则选择无膝关节腔积液患者35例纳为无积液组。比较两组膝关节疼痛视觉模拟评分(VAS)、膝关节功能WOMAC量表评分、膝关节Lysholm评分及活动度ROM角度,分析膝关节积液量与膝关节疼痛、WOMAC量表评分、膝关节Lysholm评分及活动度ROM角度之间的相关性。结果 有积液组膝关节疼痛VAS评分为 $6.8 \pm 2.3$ 分,高于无积液组的 $3.5 \pm 1.1$ 分;有积液组膝关节功能WOMAC量表评分为 $81.8 \pm 16.4$ 分,低于无积液组的 $105.8 \pm 21.1$ 分;有积液组Lysholm关节整体功能评分为 $66.8 \pm 8.5$ 分,显著低于无积液组的 $81.2 \pm 10.4$ 分;有积液组活动度ROM角度为 $(103.2 \pm 4.5)^\circ$  小于无积液组的 $(113.7 \pm 5.8)^\circ$ ;上述指标组间比较差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。膝关节积液量与膝关节疼痛评分变化之间呈正相关( $P < 0.05$ ),与WOMAC量表评分、膝关节Lysholm评分及活动度ROM角度变化之间呈负相关( $P < 0.05$ )。结论 膝骨性关节炎合并膝关节腔积液者,其膝关节VAS评分较高,WOMAC量表评分、膝关节Lysholm评分及活动度ROM角度均较低,且膝关节积液量与膝关节疼痛评分变化之间呈正相关,与WOMAC量表评分、膝关节Lysholm评分及活动度ROM角度变化之间呈负相关。

**【关键词】** 膝骨性关节炎; 膝关节腔积液; 关节疼痛; 膝关节功能

中图分类号 R684 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)11-816-03

我国老龄化人群逐年升高,60岁以上人群中膝骨性关节炎的发病率高达60%~70%以上,膝骨性关节炎患者中有相当一部分伴有滑膜炎膝关节腔积液症状<sup>[1]</sup>。患者膝关节形成关节炎后,由多种原因影响,会产生剧烈疼痛,并对关节功能产生影响<sup>[2]</sup>。针对滑膜炎膝关节腔积液治疗以减少关节积液为主,复方倍他米松注射液是临床常用的一种膝关节腔内注射药物,可迅速减少膝关节腔积液,缓解局部炎症<sup>[3]</sup>。本研究通过临床调查,探讨膝骨性关节炎所致膝关节腔积液与关节疼痛及功能的相关性,为制定临床干预措施,提升患者生活质量提供依据,现报告如下。

## 1 对象与方法

### 1.1 调查对象

将2020年1月-2021年3月苏州市吴江区第四人民医院收治的69例膝骨性关节炎者为调查对象,选择其中合并膝关节腔积液的34例患者纳为有积液组,按照组间匹配的原则选择无积液患者35例纳为无积液组。纳入标准:临床症状、膝关节影像学诊断

膝骨性关节炎,年龄40岁以上,精神状况正常。排除标准:合并凝血功能障碍、关节腔畸形、血液系统疾病、穿刺部位皮肤感染、双侧发病、心肺肝肾功能不全、认知功能障碍、既往下肢手术治疗、入组前1个月内参加过其他治疗的临床研究者、做过膝关节置换的患者及近1个月内接受过膝关节内注射治疗者、长期使用非甾体类抗炎药物、软骨保护药物、止痛药物者等。

有积液组男20例,女14例;年龄40~88岁,平均 $65.0 \pm 7.5$ 岁;积液治疗部位:左侧20例,右侧14例;膝骨性关节炎病程4~20年,平均 $12.4 \pm 2.7$ 年;体质量指数24.0~33.5,平均 $28.7 \pm 3.8$ 。无积液组男19例,女16例;年龄41~87岁,平均 $65.6 \pm 7.9$ 岁;膝骨性关节炎病程5~21年,平均 $12.8 \pm 3.5$ 年;体质量指数24.5~33.0,平均 $28.1 \pm 4.2$ 。两组上述资料对比差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。入组患者均签署知情同意书,本研究获得医学伦理委员会审批。

### 1.2 资料收集

(1)一般资料:主要收集性别、年龄、治疗部位、膝骨性关节炎病程、体质量指数、ROM角度等。

(2)疼痛程度:用视觉模拟评分法(VAS)评判疼痛的严重程度,使用尺子分为10等份,0是不疼,1~3是轻度疼痛,4~6是中度疼痛,7~10是重

基金项目: 2019年苏州市吴江区“科教兴卫”课题(编号:WWK201909)  
作者单位: 215231 江苏省苏州市吴江区第四人民医院(任昀瑜、李建新); 吴江区第二人民医院(苏州市吴江区中医医院)(张伟中)  
\* 通讯作者

度疼痛。

(3) 膝关节功能: 膝关节功能 WOMAC 量表评分主要包括疼痛、僵硬和进行日常生活维度 3 个项目, 共 24 个条目, 总评分为 24 题的总和, 总分值越高, 疾病严重程度越重。

(4) Lysholm 评分: 该系统由 8 项问题组成, 分值 0 ~ 100 分, 分值越高代表患者功能状态越好。

### 1.3 治疗方法

所有患者均予常规口服非甾体类抗炎药物治疗。有膝关节积液者实施膝关节腔抽液治疗, 针对患侧膝关节进行常规消毒后, 选择外侧膝眼入路进入膝关节, 使用 7 号无菌注射器置入膝关节腔内, 针对膝关节内积液进行抽吸, 尽量抽吸干净关节腔内积液, 统计膝关节内积液量, 随后置入复方倍他米松注射液 1ml, 并在注射结束后拔针、消毒, 使用无菌纱布覆盖针孔。无膝关节积液者则于膝关节腔内注入复方倍他米松注射液 1ml, 并在注射结束后拔针、消毒, 使用无菌纱布覆盖针孔。

### 1.4 数据处理方法

使用 SPSS 20.0 统计学软件进行数据分析, 计量资料, 如膝关节疼痛 VAS 评分及功能 WOMAC 量表评分、膝关节 Lysholm 评分及活动度 ROM 角度以“均数 ± 标准差”表示, 两组间均数比较使用 *t* 检验; 采

取 Pearson 相关分析两个变量间的关系。  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组膝关节疼痛 VAS 评分及膝关节功能 WOMAC 量表评分比较

有积液组膝关节疼痛 VAS 评分为  $6.8 \pm 2.3$  分, 高于无积液组的  $3.5 \pm 1.1$  分, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 有积液组膝关节功能 WOMAC 量表评分为  $81.8 \pm 16.4$  分, 低于无积液组的  $105.8 \pm 21.1$  分, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

### 2.2 两组膝关节 Lysholm 评分及活动度 ROM 角度比较

有积液组 Lysholm 关节整体功能评分为  $66.8 \pm 8.5$  分, 低于无积液组的  $81.2 \pm 10.4$  分, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 有积液组活动度 ROM 角度为  $(103.2 \pm 4.5)^\circ$  小于无积液组的  $(113.7 \pm 5.8)^\circ$ , 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

### 2.3 膝关节积液量与各指标的相关性分析

膝关节积液量与膝关节疼痛评分变化之间呈正相关 ( $P < 0.05$ ), 与 WOMAC 量表评分、膝关节 Lysholm 评分及活动度 ROM 角度变化之间呈负相关 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 1 两组膝关节疼痛 VAS 评分及功能 WOMAC 量表评分比较 (分)

组别	例数	VAS 评分	WOMAC 量表评分
有积液组	34	$6.8 \pm 2.3$	$81.8 \pm 16.4$
无积液组	35	$3.5 \pm 1.1$	$105.8 \pm 21.1$
<i>t</i> 值		7.638	5.265
<i>P</i> 值		0.000	0.000

表 2 两组膝关节 Lysholm 评分及活动度 ROM 角度比较

组别	例数	Lysholm 关节整体功能评分 (分)	活动度 ROM 角度 ( $^\circ$ )
有积液组	34	$66.8 \pm 8.5$	$103.2 \pm 4.5$
无积液组	35	$81.2 \pm 10.4$	$113.7 \pm 5.8$
<i>t</i> 值		6.287	8.385
<i>P</i> 值		0.000	0.000

表 3 膝关节积液量与各临床相关性分析

临床指标	积液量	
	<i>r</i> 值	<i>P</i> 值
膝关节疼痛	0.7325	0.000
WOMAC 量表评分	-0.7104	0.000
膝关节 Lysholm 评分	-0.6982	0.000
活动度 ROM 角度	-0.5362	0.000

## 3 讨论

膝关节为人体最大且最为复杂的承重关节, 任何

因素导致的膝关节损伤均将引起膝关节功能的损伤, 进而影响机体运动功能甚至产生慢性疼痛而影响生活

质量<sup>[4]</sup>。随着老龄化进展,老年人群中膝骨性关节炎的发病率逐年升高<sup>[5]</sup>。尤其以老年女性多见。患者的主要临床表现包括膝关节的反复疼痛、关节肿胀畸形,随着病程进展,还将出现膝关节的畸形甚至累及其他关节,进而导致严重的功能障碍,甚至出现活动不能情况<sup>[6]</sup>。膝关节的疼痛则为膝关节骨性关节炎最常见的临床症状,多因膝关节间隙变窄,下肢承重力学改变引起,患者因行走与负重过程产生的膝关节关节囊、膝关节滑膜等的机械刺激,而刺激机体产生较多神经肽类致痛物质、炎症介质等而发生剧烈疼痛<sup>[7]</sup>。同时因膝关节软骨的交感神经刺激激活进一步加重疼痛症状。

本研究主要探讨膝关节积液量与膝关节的疼痛与功能之间的相关性,结果发现,有积液组膝关节疼痛VAS评分明显高于无积液组、功能WOMAC量表评分明显低于无积液组,说明合并膝关节腔积液者相对于无膝关节腔积液者,其膝关节疼痛VAS评分明显增高,膝关节功能WOMAC量表评分则显著降低。另外比较两组膝关节Lysholm评分及活动度ROM角度发现,无积液组Lysholm关节整体功能评分显著高于有积液组的,无积液组活动度ROM角度显著大于有积液组的。说明合并膝关节腔积液者其膝关节Lysholm评分明显降低,膝关节活动度ROM角度明显受限。最后分析膝关节积液量与膝关节疼痛、WOMAC量表评分、膝关节Lysholm评分及活动度ROM角度之间的相关性发现,膝关节积液量与膝关节疼痛评分变化之间呈正相关,与WOMAC量表评分、膝关节Lysholm评分及活动度ROM角度变化之间呈负相关,说明膝关节骨性关节炎合并膝关节腔积液者,患者疼痛程度更高,而膝关节WOMAC量表评分、膝关节Lysholm评分及活动度ROM角度则明显减小。

本研究使用的VAS评分能将抽象的疼痛感觉量化成可量度、比较的评估指数,因其简便、易行的特点在临床上被广泛应用,且其临床使用相对简单,患者易于理解,可有效运用于大部分无认知功能障碍患者,可有效、直观的测定疼痛强度<sup>[8]</sup>,便于随时复查,而且评分按患者主观感受测定,使得评分分布均匀,前后对比真实<sup>[9]</sup>。每位患者的疼痛阈值不同,通过比较前后VAS评分的不同,能快速有效地对比前后疼痛感受的不同,简单易行省时<sup>[10]</sup>。同时使用的膝关节WOMAC骨关节炎指数评分,结合患者临床症状与体征进行综合的膝关节病变严重程度评估,此评分覆盖了整个膝关节骨关节炎的基本临床症状与体征,具有可行度高,临床实用价值高等特点<sup>[11-12]</sup>。本研究结果提示膝关节积液量与膝关节疼痛评分变化、WOMAC量表评分、膝关节Lysholm评分及活动

度ROM角度之间均存在一定相关性。

综上所述,膝骨性关节炎合并膝关节腔积液者,其膝关节VAS评分较高,WOMAC量表评分、膝关节Lysholm评分及活动度ROM角度均较低,且膝关节积液量与膝关节疼痛评分变化之间呈正相关,与WOMAC量表评分、膝关节Lysholm评分及活动度ROM角度变化之间呈负相关。

#### 4 参考文献

- [1] 王立山. 维生素E联合玻璃酸钠治疗原发性膝关节骨性关节炎的临床效果[J]. 航空航天医学杂志, 2022, 33(2): 202-204.
- [2] 李富波, 龚格格. 膝关节灌注联合脉冲射频治疗膝关节骨性关节炎的疗效[J]. 实用医学杂志, 2022, 38(4): 410-414.
- [3] 李勉文, 张晓东, 张鑫涛, 等. 股四头肌脂肪垫和股前脂肪垫形态和信号特征与膝关节骨性关节炎的相关性研究[J]. 放射学实践, 2022, 37(2): 235-241.
- [4] 胥韵, 沃春新, 罗昌菊. 富血小板血浆治疗膝关节骨性关节炎的临床疗效及影响因素分析[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2022, 37(2): 197-200.
- [5] 李云靖, 段军富, 孙超, 等. 富血小板血浆联合体外冲击波治疗膝关节骨性关节炎临床疗效分析[J]. 检验医学与临床, 2022, 19(2): 240-243.
- [6] 林浴坤, 林建锋, 黄漫为. 综合康复治疗联合塞来昔布治疗老年早期膝关节骨性关节炎的临床效果[J]. 临床合理用药杂志, 2022, 15(2): 174-176, 180.
- [7] 李海洋. 膝骨性关节炎在常规西药治疗基础上联用苗药五藤散热敷对临床症状的改善效果[J]. 中国民族医药杂志, 2021, 27(12): 28-30.
- [8] Hochberg MC, Martel-Pelletier J, Monfort J, et al. Combined chondroitin sulfate and glucosamine for painful knee osteoarthritis: A multicentre, randomised, double-blind, non-inferiority trial versus celecoxib[J]. Ann Rheum Dis, 2021, 80(1): 37-44.
- [9] 徐荣斌, 李澄清, 李云璋. 补肾益血汤对膝骨性关节炎患者疼痛程度及膝关节功能的影响[J]. 深圳中西医结合杂志, 2021, 31(23): 71-73.
- [10] 肖遥, 赵大伟, 常青. 平衡针联合利多卡因局部浸润麻醉治疗膝关节骨性关节炎临床观察[J]. 医学理论与实践, 2021, 34(23): 4107-4109.
- [11] 宋应豪, 凌冰玉, 李城, 等. 内热针联合几丁糖关节腔注射治疗膝关节骨性关节炎的疗效[J]. 中华疼痛学杂志, 2021, 17(6): 621-625.
- [12] Wang Z, Jones G, Winzenberg T, et al. Effectiveness of curcuma longa extract for the treatment of symptoms and effusion-synovitis of knee osteoarthritis: A randomized trial[J]. Ann Intern Med, 2020, 173(11): 861-869.

[2022-08-26 收稿]

# 体检人群中胃息肉的危险因素分析

潘倩仪 袁一鸣\* 熊玉瑶 洪慧斯

**【摘要】** 目的 通过临床病例对照研究,探讨健康体检人群中发现的胃息肉的危险因素。方法 将2022年1-12月,在医院接受胃肠内镜检查的健康体检者为调查对象。选择内窥镜镜检查确诊为胃息肉的100例患者为病例组(息肉组);同期另选择60例胃部无异常者为对照组。收集体检者不同病理类型、不同位置的胃息肉情况及年龄、性别、吸烟史、饮酒史情况,空腹血糖(FBG)、尿酸、总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)和低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)等生化指标,通过单因素分析及采用Logistic回归分析胃息肉的危险因素。结果 单因素分析显示,胃息肉组与对照组患者性别、年龄、饮酒史、吸烟史、TG、HDL-C、尿酸、FBG比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );而TC、LDL-C比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。以是否患有胃息肉为因变量,以TC、LDL-C为自变量进行Logistic回归分析,结果显示TC、LDL-C为患有胃息肉的危险因素。结论 TC、LDL-C是患胃息肉的危险因素,因此提倡健康的饮食和健康的生活方式。

**【关键词】** 胃息肉;健康体检;Logistics回归

中图分类号 R573.9 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)11-819-03

**Analysis of risk factors for developing gastric polyps in a healthy physical examination population** Pan Qianyi, Yuan Yiming, Xiong Yuyao, Hong Huisi. Department of Traditional Chinese Medicine and Preventive Health Care, Zhongshan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhongshan 528401, China

**【Abstract】 Objective** To explore the risk factors of gastric polyps found in the healthy examination population through a clinical case-control study. **Methods** Health examination subjects who underwent gastrointestinal endoscopy in the hospital from January 2022 to December 2022 were included as the respondents. The 100 patients with endoscopic confirmed gastric polyps were selected as the case group (polyp group); another 60 patients without gastric abnormalities were selected as the control group. Collection of gastric polyps, age, gender, smoking history, drinking history, fasting blood glucose (FBG), uric acid, total cholesterol (TC), triglyceride cholesterol (TG), high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) and low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C), the risk factors of gastric polyps by univariate analysis and Logistic regression. **Results** Univariate analysis showed that gender, age, alcohol history, smoking history, TG, HDL-C, uric acid and FBG ( $P>0.05$ ); but TC and LDL-C ( $P<0.05$ ). In Logistic regression analysis of whether they had gastric polyps as dependent variable and TC and LDL-C as independent variables, the results showed that TC and LDL-C were risk factors for gastric polyps. **Conclusion** TC and LDL-C are risk factors for gastric polyps, so a healthy diet and a healthy lifestyle are advocated.

**【Key words】** gastric polyps; health screening; logistic regression

胃息肉(GP)可以广义地定义为突出于黏膜表面平面的管腔病变。胃息肉有多种亚型,一般分为非肿瘤性和肿瘤性,包括增生性息肉、炎性息肉、胃底腺息肉(FGPs)和胃腺瘤等。中国人群中GP的患病率为7%<sup>[1]</sup>,其中27%的患者有不止一个息肉<sup>[2]</sup>。GP的表现多种多样,但大多数GP患者无症状,个别会出现腹痛、贫血、出血、胃出口梗阻等症状<sup>[3]</sup>。有研究表明<sup>[4]</sup>,息肉与遗传及许多因素有关,是胃恶性肿瘤的危险因素之一<sup>[5]</sup>。本研究通过临床病例对照研究,

探讨健康体检人群中发现的胃息肉的危险因素。

## 1 对象与方法

### 1.1 调查对象

将2022年1月-12月,在医院接受胃肠内镜检查的健康体检者为调查对象。选择内窥镜镜检查确诊为胃息肉的100例患者为病例组(息肉组),其中,按胃息肉性质分类:腺性82例,增生性18例;按胃息肉位置分类:胃底82例,胃体18例;同期另选择60例胃部无异常者为对照组。

### 1.2 调查内容与方法

通过问卷调查收集调查对象性别、年龄、吸烟

作者单位:528401 广东省中山市中医院中医预防保健科(潘倩仪、熊玉瑶);药学部(袁一鸣);科教科(洪慧斯)

\*通讯作者

史、饮酒史。由有资质的检验医师负责采集调查对象空腹静脉血，并进行生化检验，生化指标包括空腹血糖（FBG），尿酸，总胆固醇（TC），甘油三酯（TG），高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）和低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）等。

### 1.3 内镜及病理学检查

排除内镜相关禁忌证，确认调查对象适宜做内镜检查之后，给予丙泊酚行表面麻醉，插入内镜后缓慢前行，仔细观察食管和胃黏膜改变，并观察黏膜染色情况，对可疑病灶及高发位点进行精准活检。若未发现异常则在食管、胃、贲门处各取一块活检，活检标本经过固定、包埋、切片和染色后任何从胃黏膜突入腔内的情况都被认为是胃息肉。所有可见的息肉都被活检或切除，由病理学家对其进行鉴定和组织学研究，并将其归类为腺瘤性息肉、增生性息肉、胃底腺息肉和其他息肉<sup>[6]</sup>。

### 1.4 数据分析方法

使用 SPSS 26.0 软件对数据进行分析。计量资料用“均数 ± 标准差”表示，组间均数比较采用 *t* 检验。

若不满足正态分布则用“中位数（四分位间距）”表示，组间中位数比较采用秩和检验（Kruskal-Wallis H）。计数资料组间率比较采用  $\chi^2$  检验。多因素分析采用 Logistic 回归模型。 $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 调查对象的基本特征及其与胃息肉关系单因素分析

各因素与胃息肉关系单因素分析结果显示，病例组与对照组间性别、年龄、饮酒史、吸烟史、TG、HDL-C、尿酸、FBG 比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）；而 TC、LDL-C 比较，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 1。

### 2.2 胃息肉危险因素的多因素 Logistic 回归分析

以是否患有胃息肉为因变量，以单因素分析有统计学意义的因素为自变量进行多因素 Logistic 回归分析，结果显示 TC、LDL-C 为患有胃息肉的危险因素。见表 2。

表 1 是否患有胃息肉单因素分析

特征因素	分类	对照组 (n=60)	病例组 (n=100)	$\chi^2$ 值	P 值
性别	女	30(50.00)	51(51.00)	0.015	0.903
	男	30(50.00)	49(49.00)		
年龄 (岁)	<30	4(6.67)	2(2.00)	6.451	0.168
	30~	18(30.00)	23(23.00)		
	40~	18(30.00)	28(28.00)		
	50~	14(23.33)	24(24.00)		
	60~	6(10.00)	23(23.00)		
饮酒史	无	51(85.00)	76(76.00)	1.855	0.173
	有	9(15.00)	24(24.00)		
吸烟史	无	47(78.33)	71(71.00)	1.042	0.307
	有	13(21.67)	29(29.00)		
生化指标	TC (mmol/L)	4.92 ± 1.10	5.49 ± 1.09	-3.191	0.002
	TG (mmol/L)	1.70 ± 1.15	1.70 ± 1.03	0.039	0.969
	HDL-C (mmol/L)	1.41 ± 0.75	1.31 ± 0.44	0.979	0.330
	LDL-C (mmol/L)	2.51 ± 1.11	3.15 ± 0.80	-3.917	0.000
	尿酸 (μmol/L)	334.73 ± 90.83	360.51 ± 91.02	-1.736	0.085
	FBG (mmol/L)	5.32 ± 1.02	5.50 ± 1.14	-1.003	0.318

注：（）内数据为百分率（%）。

表2 多因素 Logistic 回归分析

变量	B 值	标准误	Wald 值	P 值	OR 值	95%CI
TC (mmol/L)	0.338	0.172	3.878	0.049	1.402	1.002~1.963
LDL-C (mmol/L)	0.648	0.203	10.190	0.001	1.911	1.284~2.844
截距	-3.075	0.956	10.344	0.001	0.046	0.007~0.301

### 3 结论

随着社会的发展,胃息肉的检出率逐渐提高,胃息肉具有有潜在的癌前病变风险越发引起人们重视。从胃息肉到上消化道癌前病变的发展有其明显的过渡性,疾病前期通常没有明显的疾病症状,且更容易与吸烟、饮酒、饮食不规律、嗜辣、嗜咸等不良生活方式和饮食行为有关<sup>[7]</sup>。通过本次研究,发现 TC、与 LDL-C 是患胃息肉的独立危险因素。TC 与 LDL-C 侧面反应高脂饮食对胃息肉的相关性,随着人们生活水平的不断提高,我国超重和肥胖人群日益增加。尽管脂肪可以在一定程度上对人体起到缓冲和保护作用,但它在人体内的堆积也会给脏器带来一定的负担<sup>[8]</sup>。

在预防胃息肉的策略中,建议提倡人群健康饮食,以优质蛋白质,高膳食纤维饮食为主,低脂低盐均衡的饮食方式。优质蛋白质有利于损伤组织的修复,如果长期缺乏蛋白质和维生素,将使得消化道粘膜变性,从而引起上消化道病变<sup>[9]</sup>。每天摄入充足的水果和蔬菜可以减少胃癌的发生<sup>[10]</sup>。在多项研究中发现<sup>[11]</sup>,维生素 C 可以降低胃炎、胃萎缩和胃癌发生的相对风险,建议每天摄入 3~4mg 维生素 C。同时建议,30 岁人群每 10 年做一次内窥镜检查,因为胃息肉前期通常没有明显的疾病症状,容易被人忽略,因此可以通过定期检查进行早期预防干预。

当然本次研究存在一定局限性,比如本次研究例数较少,对研究结果存在一定影响。同时相对于胃息肉的发病因素,我们要进一步探索研究,将其癌变风险在可控范围内尽量降低。

综上所述,TC、LDL 是患胃息肉的独立危险因素,因此提倡健康的饮食和健康的生活方式。

### 4 参考文献

[1] Huang CZ,Lai RX,Mai L,et al.Relative risk factors

associated with the development of fundic gland polyps[J].Eur J Gastroenterol Hepatol.2014,26:1217-1221.

[2] Abraham SC,Park SJ,Mugartegui L,et al.Sporadic Fundic Gland Polyps with Epithelial Dysplasia[J].American Journal Of Pathology,2002,161(5):1735-1742.

[3] Wang FW,Young SC,Chen RY,et al.The Prevalence and Risk Factors of Gastric Polyp in Asymptomatic Patients Receiving Health Examination[J].Gastroenterology Research and Practice,2018,2018(20):1-7.

[4] Morais DJ,Yamanaka A,Zeitune JMR,et al.Gastric polyps:a retrospective analysis of 26,000 digestive endoscopies[J].Arquivos de gastroenterologia,2007,44:14-17.

[5] Cao W,Hou G,Zhang X,et al.Potential risk factors related to the development of gastric polyps[J].Immunopharmacol Immunotoxicol,2018,40(4):338-343.

[6] 何金龙,陈磊,代剑华,等.10137 例胃息肉的临床及病理特征分析[J].第三军医大学学报,2018,40(3):248-254.

[7] 梅越,王万平,刘军,等.湖北省丹江口市居民食管癌患病危险因素的病例-对照研究[J].环境与职业医学,2019,36(5):445-451.

[8] 赵明月.山东省城乡中老年人常见慢性病现状及其危险因素研究[D].济南:山东大学,2017.

[9] 王洋.从营养角度谈慢性胃炎[J].医学美容:中旬刊,2014,23(10):1.

[10] Larsson SC,Andersson SO,Johansson JE,et al.Fruit and Vegetable Consumption and Risk of Bladder Cancer:A Prospective Cohort Study[J].Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention,2008,17(9):2519-2522.

[11] You WC,Blot WJ,Chang YS,et al.Diet and high risk of stomach cancer in Shandong,China[J].Health Policy,1988,14(2):156-157.

[2023-02-09 收稿]

# 股骨头置换及内固定治疗股骨粗隆间骨折的临床效果对比分析

王壮

**【摘要】** 目的 比较股骨头置换与内固定治疗股骨粗隆间骨折的临床疗效。方法 选择医院 2019 年 4 月 - 2020 年 4 月收治的 112 例接受手术治疗的单侧股骨粗隆间骨折的老年患者作为研究对象, 根据组间基本资料均衡可比的原则将所选患者分为 A 组 (内固定术, 61 例) 和 B 组 (人工股骨头置换术, 51 例)。记录并比较两组患者围手术期情况及术后影像学检查, 末次随访比较髋关节功能 (Harris) 评分、生活质量, 并统计并发症发生情况。结果 A 组平均手术时间、切口长度及出血量低于 B 组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 但 A 组术后开始负重时间显著长于 B 组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。术后患者切口均 I 期愈合, 无切口深部感染等发生; 术后复查影像学检查显示 A 组解剖复位 42 例, 功能复位 (骨折端移位  $< 3\text{mm}$ , 颈干角  $> 110^\circ$ ) 14 例, 复位优良率为 90.3%, 另有 6 例患者复位不良 (骨折端移位  $> 3\text{mm}$ , 颈干角  $< 110^\circ$ )。平均骨折愈合时间为  $13.4 \pm 1.5$  周, B 组未见假体松动者、下沉等情况发生; 112 例患者均获得随访, 随访时间为 12 个月。末次随访两组患者 Harris 评分、优良率、生存质量量表 (SF-36) 评分差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。两组患者并发症的发生率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。结论 髓内钉内固定术和人工股骨头置换术治疗老年股骨粗隆间骨折临床结果相似, 各有优缺点。

**【关键词】** 老年人; 股骨粗隆间骨折; 股骨头置换; 内固定; 生物柄; 髓内钉

中图分类号 R683.42 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)11-822-05

## Comparison of the curative effect of femoral head replacement and internal fixation on intertrochanteric fracture

Wang Zhuang. Qinhuangdao Traditional Chinese Medicine Hospital, Qinhuangdao 066000, China

**【Abstract】** **Objective** To compare the clinical efficacy of femoral head replacement and internal fixation in the treatment of intertrochanteric fracture. **Methods** A total of 112 elderly patients with unilateral intertrochanteric fracture treated in our hospital from April 2019 to April 2020 were selected as the study subjects. They were divided into group A (intramedullary nail fixation was performed, 61 cases) and group B (artificial femoral head replacement was performed, 51 cases) according to the principle of balanced and comparable basic data between groups. The perioperative conditions and postoperative imaging examinations were recorded and compared between the two groups. The Harris hip score and quality of life were compared at the last follow-up, and the incidence of complications was statistically analyzed. **Results** The average operation time, incision length and blood loss in group A were significantly lower than those in group B ( $P < 0.05$ ), but the weight bearing time after operation was significantly longer than that in group B ( $P < 0.05$ ); All the incisions healed in stage I after operation, and no deep infection occurred. Postoperative imaging examination showed that 42 patients in group A had an anatomical reduction, 14 patients had functional reduction (fracture end displacement  $< 3\text{mm}$ , cervical trunk angle  $> 110^\circ$ ), and the rate of good reduction was 90.3%, and 6 patients had poor reduction (fracture end displacement  $> 3\text{mm}$ , cervical trunk angle  $< 110^\circ$ ). The mean time of fracture healing was  $13.4 \pm 1.5$  weeks. In group B, no loosening or sinking of the prosthesis occurred. All 112 patients were followed up for 12 months. At the last follow-up, there were no significant differences in Harris score, excellent rate and SF-36 score between 2 groups ( $P > 0.05$ ). There was no significant difference in the incidence of complications between the two groups ( $P > 0.05$ ). **Conclusion** The clinical results of internal fixation with intramedullary nail and artificial femoral head replacement in the treatment of elderly intertrochanteric fracture are similar, and each has its own advantages and disadvantages.

**【Key words】** The elderly; Intertrochanteric fracture of femur; Femoral head replacement; Internal fixation; Biological handle; Intramedullary nail



股骨粗隆间骨折是临床常见骨折类型,发生于股骨颈基底和小粗隆之间,多见于老年人,表现为局部疼痛、肿胀及功能障碍等,且患者常合并骨质疏松、高血压、糖尿病、冠心病等,已成为我国严峻的社会问题和巨大的经济负担<sup>[1]</sup>。据统计,老年股骨粗隆间骨折若采用非手术方式治疗,伤后1年内死亡率可达20%<sup>[2]</sup>。因此,手术治疗是首选治疗方法,通过重建下肢功能恢复患者髋关节功能<sup>[3]</sup>。近年来随着生物力学的不断进步和内固定新材料的研发,有更多的手术方案可供临床医师选择。目前公认的手术方式主要为股骨头置换及内固定,两种手术各有优缺点,选择标准尚无定论<sup>[4]</sup>。为此,本研究采用临床对比观察,探讨股骨头置换与内固定手术方式的临床疗效及优缺点,为临床治疗方法选择提供参考。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选择医院2019年4月-2020年4月收治的112例接受手术治疗的单侧股骨粗隆间骨折的老年患者作为研究对象。纳入标准:患者年龄 $\geq 60$ 岁;均经X线、CT等影像学检查证实且骨折 $< 3$ 周的新鲜骨折;随访资料完整,随访时间 $\geq 1$ 年。排除标准:合并股骨头、股骨、股骨干骨折等;开放性骨折及病理性骨折;既往有髋关节病变及功能障碍者;凝血功能障碍与手术禁忌证者;合并严重肝肾功能障碍、出血性疾病者。根据患者组间基本资料均衡可比的原则分为A组(内固定术,61例)和B组(人工股骨头置换术,51例)。研究符合《世界医学协会赫尔辛基宣言》相关要求,患者均已签署知情同意书。

### 1.2 手术方法

1.2.1 A组 全麻下行股骨近端防旋髓内钉内固定术。患者取仰卧位行患肢牵引并在C臂机透视协助下手法复位骨折端。然后自股骨大粗隆定点3~5cm处纵行切开,切口长5~8cm,开口处在大粗隆尖和梨状窝前中1/3,逐级扩髓后以大粗隆顶点置入导针,插入合适的防旋髓内钉,透视骨折复位正确、主钉位置满意后,根据瞄准器的引导钻入导针,测深,置入螺旋刀片,并加压锁紧。安装远端瞄准器,并根据瞄准器的指引下置入远端剩余锁钉。检查关节活动度良好、固定牢固后逐层关闭切口。

1.2.2 B组 全麻下行人工股骨头置换术。患者取侧卧位,定位股骨大粗隆后,采用髋关节后外侧入路,切口长10~15cm,逐层切开后显露骨折部位,切开关节囊,暴露股骨颈,锯股骨颈,取股骨头,复位股骨距及大小粗隆骨块并用钢丝捆绑固定,必要时加用螺钉形成张力带固定,插入生物柄假体,安装合适的

双动人工股骨头,复位髋关节,见髋关节稳定,无明显脱位征象。逐层缝合伤口。

### 1.3 术后处理

所有患者术后均接受抗感染、抗凝治疗。术后抬高患肢并指导患者进行股四头肌及膝、踝等关节功能锻炼。术后根据愈合情况决定使用拐杖或坐轮椅非负重及负重时间。

### 1.4 随访及疗效评价

(1)围手术期相关指标:包括手术时间、术中出血量、切口长度、术后开始负重时间、住院时间。

(2)骨折复位及骨折愈合进展情况<sup>[5]</sup>:术后2周、1、3、6、12个月来院复诊,通过X射线片及CT等影像学手段了解骨折复位情况、骨折愈合进展<sup>[5]</sup>。

(3)并发症发生率:手术并发症包括螺钉切割股骨头、髓内翻等。

(4)髋关节功能评分与生活质量:末次随访通过髋关节功能评分(Harris评分)统计优良率,优为Harris评分90~100分<sup>[6]</sup>;良为80~89分;中为70~79分;差为 $< 70$ 分。通过生存质量量表(SF-36)评定生活质量<sup>[6]</sup>。

### 1.5 数据分析方法

运用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 $\chi^2$ 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 两组患者基础资料比较

两组患者基础资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),见表1。

### 2.2 两组患者围手术期情况比较

所有患者均顺利完成手术,无血管损伤、神经损伤,手术进程顺利。A组平均手术时间、切口长度及出血量低于B组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );但A组术后开始负重时间显著长于B组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。两组患者住院时间比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。术后患者切口均I期愈合,无切口深部感染等发生。见表2。

### 2.3 术后影像学检查

术后复查影像学检查结果显示,A组解剖复位42例,功能复位(骨折端移位 $< 3$ mm,颈干角 $> 110^\circ$ )14例,复位优良率为90.3%,另有6例患者复位不良(骨折端移位 $> 3$ mm,颈干角 $< 110^\circ$ )。平均骨折愈合时间为 $13.4 \pm 1.5$ 周。行股骨近端防旋髓内钉内固定术治疗老年股骨粗隆间骨折典型病例见图1。B组复查影像学检查未见假体松动者、下沉等

情况发生。行人工股骨头置换术治疗老年股骨粗隆间骨折典型病例见图 2。

表 1 两组患者基础资料比较

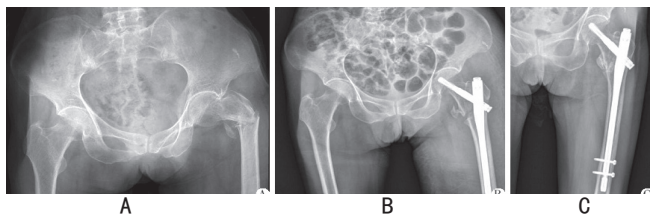
分析因素	类别	A 组 (n=61)	B 组 (n=51)	$\chi^2$ 值	P 值
年龄 (岁)		75.2 ± 7.7	76.1 ± 7.3	0.631*	0.530
性别	男	36(59.0)	31(60.8)	0.036	0.849
	女	25(41.0)	20(39.2)		
伤侧	左髋	31(50.8)	25(49.0)	0.036	0.850
	右髋	30(49.2)	26(51.0)		
致伤原因	交通事故伤	9(14.7)	8(15.7)	0.019	0.891
	摔伤	52(85.3)	43(84.3)		
骨折 Evans-Jensen 分型	I 型	4(6.5)	4(7.8)	0.069	0.793
	II 型	27(44.3)	23(45.1)		
	III 型	30(49.2)	24(47.1)		
合并基础疾病	骨质疏松	33(54.1)	30(58.8)	0.252	0.616
	高血压	9(14.8)	8(15.7)	0.019	0.891
	糖尿病	11(18.0)	11(21.6)	0.220	0.639
	脑血管疾病	11(18.0)	12(23.5)	0.514	0.473
	肺部炎症	5(8.2)	4(7.8)	0.005	0.945

注: A 组实施内固定术, B 组实施人工股骨头置换术; ( ) 内数据为构成比 (%); \* 为  $t$  值。

表 2 两组患者围手术期资料比较

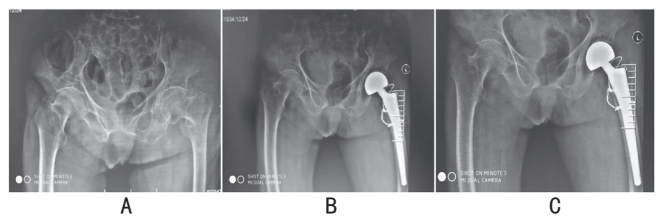
组别	n	平均手术时间 (min)	平均切口长度 (cm)	平均出血量 (ml)	术后开始负重时间 (d)	住院时间 (d)
A 组	61	49.3 ± 8.5	9.1 ± 0.9	144.4 ± 22.9	72.3 ± 4.3	9.8 ± 4.4
B 组	51	70.1 ± 9.2	13.4 ± 1.4	207.5 ± 30.3	6.9 ± 3.1	9.0 ± 3.7
t 值		12.422	19.631	12.540	90.663	1.029
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.306

注: A 组实施内固定术, B 组实施人工股骨头置换术。



注: 患者, 女, 81 岁, 摔伤后因左髋部活动受限就医。A 为术前 X 射线片检查示左侧股骨粗隆间骨折; B 为术后复查 X 射线片示骨折对位, 关节面整复佳; C 为术后 12 个月复查 X 射线片检查示骨折愈合良好

图 1 行人工股骨头置换术治疗老年股骨粗隆间骨折典型病例



注: 患者, 男, 80 岁, 因摔伤致右侧髋部疼痛活动受限就医。A 为术前 X 射线片检查示右侧股骨粗隆间骨折; B 为术后复查 X 射线片示假体位置满意, 固定良好; C 为术后 12 个月复查 X 射线片检查示假体未见松动。

图 2 行人工股骨头置换术治疗老年股骨粗隆间骨折典型病例

## 2.4 随访结果

112 例患者均获得随访, 随访时间为 12 个月。末次随访两组患者 Harris 评分、优良率、SF-36 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。两组患者并发症的发生率比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); A 组中 4 例螺钉切割股骨头者经二次置钉后改善。见表 3 和表 4。

## 3 讨论

股骨粗隆间骨折患者多伴骨质疏松, 经保守治疗

患者多需长时间卧床。然而长期卧床易引起肺栓塞、感染、压疮、深静脉血栓等并发症, 病死率高, 且股骨粗隆四周血运良好, 后期极少出现骨不愈或股骨头坏死, 因此目前临床多通过手术方式治疗<sup>[7-8]</sup>。手术方式主要分为内固定和人工股骨头置换术。内固定又分成髓内固定和髓外固定, 大量临床研究证实, 髓内固定明显优于髓外固定, 其主要优势是固定更牢固, 此外螺旋刀片的使用可压缩输送骨质, 特别适用于合并骨质疏松的不稳定型骨折者<sup>[9-10]</sup>。因此, 本次研究选择股骨近端防旋髓内钉内固定术和人工股骨头置换

表3 两组患者术后 Harris 评分、优良率及 SF-36 评分比较

组别	n	髋关节功能		SF-36 评分 (分)
		Harris 评分 (分)	优良率 (%)	
A 组	61	85.2 ± 4.1	86.9	86.9 ± 5.4
B 组	51	86.1 ± 3.8	90.2	87.8 ± 4.9
	$\chi^2$ 值	1.196*	0.297	0.916*
	P 值	0.234	0.586	0.362

注: A 组实施内固定术, B 组实施人工股骨头置换术; \* 为 t 值。

表4 两组患者并发症发生率比较

组别	n	并发症		并发症发生率 (%)
		螺钉切割股骨头	髓内翻	
A 组	61	4	0	6.6
B 组	51	0	0	0.0

注: 并发症发生率比较,  $\chi^2=3.468$ ,  $P=0.063$ ; A 组实施内固定术, B 组实施人工股骨头置换术。

术治疗股骨粗隆间骨折患者。

本研究结果显示, 髓内钉内固定治疗较人工股骨头置换术手术时间更短、术中出血量更少, 术后患者切口均 I 期愈合, 无切口深部感染等发生, 这与包杭生等<sup>[11]</sup>的研究结果较为一致, 此外术后随时间推移, 其功能评分、生活质量与人工股骨头置换无差别, 均较高。提示髓内钉内固定手术操作简单, 无需显露骨折端, 对骨折周围软组织损伤小, 术中、术后失血量少, 符合微创手术要求。有学者认为, 髓内钉内固定是治疗股骨粗隆间骨折的首选方法, 尤其适用于合并骨质疏松的不稳定型骨折<sup>[12-13]</sup>。当然髓内钉内固定也有其相应的缺点, 如该术对术中骨折闭合复位要求较高, 且术中常需要反复 X 线透视, 增加了医患辐射剂量, 此外术后可能出现螺钉切割股骨头等并发症, 本次试验中 A 组中有 4 例患者术后发生螺钉切割股骨头, 还有报道指出, 髓内钉内固定术后有发生深静脉血栓、髓外展疼痛等的可能<sup>[13-14]</sup>。

人工股骨头置换最大的优点在于患者可以更早负重活动, 本研究中行该术的患者平均仅需约 7d 即可负重活动, 明显短于髓内钉内固定术治疗, 有利于髋关节功能的恢复, 随访结果显示其具有与髓内钉内固定术相同的治疗效果, 功能评分及生活质量均较高。该手术特别适用于术前评估内固定易失效、有早期下地负重活动要求或伴其他不宜长期卧床制动的基础疾病者。但人工股骨头置换也具有术中损伤大、失血多、花费大等缺点。该手术的关键和难点在于重建大粗隆和股骨距, 利用克氏针、金属丝等制成张力带是防止人工假体松动下沉的关键<sup>[15]</sup>。此外还应指出手术需先复位骨折再安装假体, 否则已经做好的张力带可影响假体的放置, 同时应优先选择长柄假体<sup>[16]</sup>。考虑到人工股骨头置换手术术中出血量多、损伤大, 因此

为预防失血过多需及时补液或输血, 并慎重考虑患者是否耐受手术。

综上所述, 髓内钉内固定术和人工股骨头置换术均为理想的老年股骨粗隆间骨折治疗方案, 临床结果相似, 各有优缺点, 其中髓内钉内固定术创伤小、可靠, 人工股骨头置换术能更早负重活动。当然本次研究还存在诸多不足, 如随访时间较多, 无法评估长期疗效, 此外病例数偏少影响到可信度等。

#### 4 参考文献

- [1] 徐添发, 詹科, 谢燕花, 等. 防旋股骨近端髓内钉在老年股骨粗隆间骨折的应用 [J]. 中华关节外科杂志: 电子版, 2021, 15(1): 7-11.
- [2] 牛国庆, 吴峰, 彭智浩, 等. 股骨粗隆间骨折 PFNA 内固定失效手术因素分析 [J]. 中国临床解剖学杂志, 2020, 38(6): 728-734.
- [3] 郑少强, 周雁, 赵尧平, 等. 超声引导下不同入路髂筋膜间隙阻滞用于老年患者股骨近端防旋髓内钉内固定术围术期镇痛效果的比较 [J]. 临床麻醉学杂志, 2020, 36(10): 948-952.
- [4] Socci AR, Casemyr NE, Leslie MP, et al. Implant options for the treatment of intertrochanteric fractures of the hip: Rationale, evidence, and recommendations [J]. Bone Joint J, 2017, 99-B(1): 128-133.
- [5] Wang Y, Cui H, Zhang D, et al. Hospitalisation cost analysis on hip fracture in China: a multicentre study among 73 tertiary hospitals [J]. BMJ Open, 2018, 8(4): e19147.
- [6] 袁伟, 程少文, 彭磊. PFNA-II、LCP 及股骨头置换三种方法治疗 A2 型股骨粗隆间骨折的比较 [J]. 中国矫形外科杂志, 2018, 26(12): 1090-1093.
- [7] 李明东, 胡稷杰, 黎早敏, 等. 不同手术方式治疗老年股骨粗隆间骨折的疗效比较 [J]. 中国修复重建外科杂志, 2017, 31(6): 653-658.

# 腹腔镜下微创手术治疗子宫肌瘤的临床疗效

毕仲芳

**【摘要】** 目的 探析腹腔镜下微创手术治疗子宫肌瘤的临床效果。方法 选择医院 2021 年 1 月 - 2022 年 12 月经临床确诊的 100 例子宫肌瘤患者作为研究对象, 根据组间年龄、病程、肌瘤部位、肿瘤直径等基本资料均衡可比的原则分为两组, 每组 50 例。对照组实施开腹子宫肌瘤切除术, 观察组采用腹腔镜下子宫肌瘤切除术, 比较两组围手术期指标、并发症发生率、创伤性反应指标、痛觉生化指标、卵巢功能指标以及炎症因子水平。结果 观察组患者手术时间、肛门首次排气时间、术后下床时间以及住院时间均较对照组更短, 术中出血量较对照组更少, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组患者并发症发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。手术前, 两组患者总抗氧化能力 (TAC)、缺血修饰蛋白 (IMA)、血清肌红蛋白 (Myo)、细胞 P 物质 (SP)、前列腺素  $E_2$  ( $PGE_2$ )、雌二醇 ( $E_2$ )、促黄体生成素 (LH)、促卵泡刺激素 (FSH)、肿瘤坏死因子- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ )、白细胞介素-1 (IL-1)、白细胞介素-6 (IL-6) 水平比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 手术后, 观察组患者 TAC、 $E_2$  水平较对照组更高, IMA、Myo、SP、 $PGE_2$ 、LH、FSH、TNF- $\alpha$ 、IL-1、IL-6 水平较对照组更低, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 腹腔镜下子宫肌瘤切除术治疗子宫肌瘤整体效果显著, 可改善创伤性反应指标、痛觉生化指标、卵巢功能指标以及炎症因子水平。

**【关键词】** 子宫肌瘤; 腹腔镜; 微创手术; 并发症; 卵巢功能

中图分类号 R737.33 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)11-826-04

子宫肌瘤是女性最常见的良性肿瘤, 通常由子宫平滑肌组织增生形成, 大部分患者多无自觉症状, 部分患者可出现腹部肿块、白带增多以及月经异常等表现<sup>[1]</sup>。若治疗不及时, 可引起感染、瘤体扭转等并发症, 降低患者生活质量, 甚至还有一定恶变危险, 对患者身心健康威胁较大<sup>[2]</sup>。目前, 临床治疗子宫肌瘤常用手段是肌瘤切除术, 一般治疗效果良好<sup>[3]</sup>。开腹子宫肌瘤切除术为传统术式, 可切除瘤体, 缓解疾病症状, 但手术过程对机体的损伤较大, 术后恢复不是

作者单位: 438200 湖北省黄冈市浠水县清泉镇卫生院

非常理想, 患者接受度不高<sup>[4]</sup>。随着外科及微创技术的不断发展, 腹腔镜下子宫肌瘤切除术在临床得到广泛应用, 正在逐步取代传统手术操作, 且效果得到患者及医生认可<sup>[5]</sup>。本研究采用与传统术式对比的方法, 观察微创手术治疗子宫肌瘤患者的临床效果。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选择医院 2021 年 1 月 - 2022 年 12 月经临床确诊的 100 例子宫肌瘤患者作为研究对象, 根据组间年

[8] 陆锡平, 王科, 闫文千. 高压氧联合旋刀片式股骨近端髓内钉内固定治疗对股骨粗隆间骨折患者血液流变学指标、骨折愈合及关节功能的影响[J]. 中华航海医学与高气压医学杂志, 2021, 28(1): 30-33.

[9] 李安澜, 曹翠香, 仲海燕, 等. 髓内固定与半髌置换治疗老年股骨粗隆间骨折比较[J]. 中国矫形外科杂志, 2020, 28(22): 2036-2040.

[10] 张晨曦, 顾晓峰, 李雅欣, 等. 股骨近端防旋髓内钉、解剖型锁定钢板、人工股骨头置换治疗老年人股骨粗隆间骨折疗效比较[J]. 南京医科大学学报: 自然科学版, 2019, 39(1): 104-108.

[11] 包杭生, 冯宗权, 邹勇根, 等. 两种术式治疗股骨头置换后对侧股骨粗隆间骨折比较[J]. 中国矫形外科杂志, 2020, 28(24): 2218-2222.

[12] 季佳庆, 樊健, 王健, 等. 边缘克氏针辅助髓内钉

固定同侧股骨粗隆间和颈骨折[J]. 中国矫形外科杂志, 2021, 29(10): 929-932.

[13] 李长润. 股骨粗隆间骨折的加速康复外科治疗: 如何影响住院时间和并发症? [J]. 中华医学杂志, 2020, 100(37): 2888.

[14] 姜明菊, 胡勇, 李宝林. 防旋股骨近端髓内钉与动力髌螺钉治疗老年股骨粗隆间骨折的疗效[J]. 中国老年学杂志, 2021, 41(9): 1839-1843.

[15] 马海召, 冯新霞, 付宏伟, 等. 加长型骨水泥双动头假体伴钢丝捆扎治疗高龄股骨粗隆间骨折[J]. 中国临床解剖学杂志, 2020, 38(5): 609-613.

[16] 鲁成军, 高旭, 韩亮, 等. 股骨粗隆间骨折三种内侧支撑的力学分析[J]. 中国矫形外科杂志, 2021, 29(14): 1308-1312.

龄、病程、肌瘤部位、肿瘤直径等基本资料均衡可比的原则分为两组,每组 50 例。对照组年龄 23 ~ 52 岁,平均  $42.96 \pm 8.55$  岁;病程 1 ~ 6 年,平均  $3.72 \pm 1.06$  年;肌瘤部位:浆膜下 12 例,肌壁间 33 例,黏膜下 5 例;肿瘤直径 1.5 ~ 4.6cm,平均  $3.22 \pm 0.67$ cm。观察组年龄 23 ~ 55 岁,平均  $43.11 \pm 8.42$  岁;病程 1 ~ 6 年,平均  $3.65 \pm 1.11$  年;肌瘤部位:浆膜下 10 例,肌壁间 35 例,黏膜下 5 例;肿瘤直径 1.5 ~ 5.1cm,平均  $3.40 \pm 0.59$ cm。两组患者上述基线资料比较,差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。本研究项目通过医院伦理批准,研究对象对本研究均知情同意且自愿参与。

(1) 纳入标准:①均被明确诊断为子宫肌瘤;②近 6 个月内无生育要求;③具有明确的手术治疗指征;④言语、认知以及思维等能力正常,配合性良好。

(2) 排除标准:①合并卵巢囊肿等其他妇科疾病或生殖系统病变;②子宫肌瘤潜在恶变倾向;③既往有卵巢手术治疗史;④肝肾功能严重器质性障碍;⑤造血、凝血系统异常;⑥伴有心理变态或精神疾病;⑦因主客观因素自行退出不能继续参与研究。

## 1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 实施开腹子宫肌瘤切除术。协助患者取仰卧位,实施硬膜外麻醉方案,常规消毒铺巾,于下腹部正中行手术切口,逐层分离皮下组织,充分暴露盆腔,全面查看盆腔、子宫及周围组织情况,切开子宫肿胀部位,显露肌瘤,顺肌瘤包膜表面钝性分离,切除肌瘤,缝扎残端,电凝止血,清理盆腔,使用可吸收线缝合子宫肌层,关闭腹腔。

1.2.2 观察组 采用腹腔镜下子宫肌瘤切除术。协助患者取膀胱截石位,实施气管插管麻醉方案,于脐孔下缘行 1cm 切口,使用套管针刺入腹腔,建立人工气腹,于左下腹取 2 个操作孔、右下腹取 1 个操作孔,置入腹腔镜,全面探查腹腔情况,明确子宫肌瘤位置、大小以及数量等,使用电凝钩切开肌瘤表层包膜,使用抓钳夹住瘤体,将瘤体和包膜分离,通过操作孔取出瘤体,电凝止血,清洗术区,缝合子宫肌层、浆肌层,清除气腹,关闭操作孔。

## 1.3 观察指标

(1) 围手术期指标:包括手术时间、术中出血量、肛门首次排气时间、术后下床时间、住院时间。

(2) 并发症发生率:并发症包括切口感染、盆腔粘连、肠梗阻、腹痛等。

(3) 创伤性反应指标:分别于术前、术后,采集患者空腹状态静脉血,离心得到血清,采用酶联免疫吸附法测定总抗氧化能力 (TAC)、缺血修饰蛋白 (IMA)、血清肌红蛋白 (Myo) 水平。

(4) 痛觉生化指标:分别于术前、术后,采集患者空腹状态静脉血,离心得到血清,采用酶联免疫吸附法测定细胞 P 物质 (SP)、前列腺素  $E_2$  ( $PGE_2$ ) 水平。

(5) 卵巢功能指标:分别于术前、术后,采集患者空腹状态静脉血,离心得到血清,采用放射免疫分析法测定雌二醇 ( $E_2$ )、促黄体生成素 (LH)、促卵泡刺激素 (FSH) 水平。

(6) 炎症因子水平:分别于术前、术后,采集患者空腹状态静脉血,离心得到血清,采用酶联免疫吸附法测定肿瘤坏死因子- $\alpha$  ( $TNF-\alpha$ )、白细胞介素-1 ( $IL-1$ )、白细胞介素-6 ( $IL-6$ ) 水平。

## 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  $\chi^2$  检验;计量资料用“均数  $\pm$  标准差”表示,组间均数比较采用独立样本  $t$  检验。以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者围手术期指标比较

观察组患者手术时间、肛门首次排气时间、术后下床时间以及住院时间均较对照组更短,术中出血量较对照组更少,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ),见表 1。

### 2.2 两组患者并发症发生率比较

观察组患者切口感染、盆腔粘连、肠梗阻、腹痛等并发症的发生率低于对照组,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ ),见表 2。

### 2.3 两组患者创伤性反应指标比较

手术前,两组患者 TAC、IMA、Myo 水平比较,差异无统计学意义 ( $P>0.05$ );手术后,观察组患者 TAC 水平较对照组更高,IMA、Myo 水平较对照组更低,差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 3。

表 1 两组患者围手术期指标比较

组别	<i>n</i>	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	肛门首次排气时间 (h)	术后下床时间 (d)	住院时间 (d)
对照组	50	$80.63 \pm 12.32$	$136.15 \pm 20.02$	$17.52 \pm 3.21$	$25.22 \pm 3.25$	$7.66 \pm 1.54$
观察组	50	$63.37 \pm 10.41$	$98.87 \pm 15.33$	$10.16 \pm 2.02$	$11.62 \pm 2.16$	$4.51 \pm 1.02$
<i>t</i> 值		7.567	10.454	13.722	24.643	12.058
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表2 两组患者并发症发生率比较

组别	n	并发症				发生率 (%)
		切口感染	盆腔粘连	肠梗阻	腹痛	
对照组	50	2	1	1	4	16.00
观察组	50	1	0	0	1	4.00

注：发生率比较： $\chi^2=4.000$ ,  $P=0.046$ 。

表3 两组患者创伤性反应指标比较

组别	n	TAC (kU/L)		IMA (U/L)		Myo ( $\mu\text{g/ml}$ )	
		术前	术后	术前	术后	术前	术后
对照组	50	11.79 ± 1.28	8.51 ± 1.09	65.69 ± 4.45	72.78 ± 5.53	21.55 ± 2.62	27.29 ± 3.04
观察组	50	11.81 ± 1.32	10.47 ± 1.16	65.74 ± 4.32	68.38 ± 5.96	21.43 ± 2.58	23.95 ± 2.87
t 值		0.077	8.707	0.057	3.827	0.231	5.649
P 值		0.939	0.000	0.955	0.000	0.818	0.000

#### 2.4 两组患者痛觉生化指标比较

手术前，两组患者痛觉生化指标 SP、PGE<sub>2</sub> 水平比较，差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )；手术后，观察组患者 SP、PGE<sub>2</sub> 水平较对照组更低，差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表4。

#### 2.5 两组患者卵巢功能指标比较

手术前，两组患者 E<sub>2</sub>、LH、FSH 水平比较，差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )；手术后，观察组患者 E<sub>2</sub>

水平较对照组高，LH、FSH 水平较对照组低，差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表5。

#### 2.6 两组患者炎症因子水平比较

手术前，两组患者 TNF- $\alpha$ 、IL-1、IL-6 水平比较，差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )；手术后，观察组患者 TNF- $\alpha$ 、IL-1、IL-6 水平较对照组低，差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表6。

表4 两组患者痛觉生化指标比较

组别	n	SP ( $\mu\text{g/ml}$ )		PGE <sub>2</sub> ( $\mu\text{g/ml}$ )	
		术前	术后	术前	术后
对照组	50	4.22 ± 0.56	5.45 ± 0.77	103.35 ± 12.77	164.71 ± 20.28
观察组	50	4.19 ± 0.62	4.23 ± 0.60	102.98 ± 11.84	132.47 ± 15.69
t 值		0.254	8.837	0.150	8.891
P 值		0.800	0.000	0.881	0.000

表5 两组患者卵巢功能指标比较

组别	n	E <sub>2</sub> (pmol/L)		LH (IU/L)		FSH (U/L)	
		术前	术后	术前	术后	术前	术后
对照组	50	275.52 ± 25.69	229.68 ± 20.53	18.13 ± 2.26	25.30 ± 4.07	18.64 ± 2.39	26.10 ± 4.85
观察组	50	274.63 ± 24.87	245.31 ± 22.29	18.25 ± 2.30	20.64 ± 3.85	18.59 ± 2.28	22.25 ± 3.31
t 值		0.176	3.647	0.263	5.882	0.107	4.636
P 值		0.861	0.000	0.793	0.000	0.915	0.000

表6 两组患者炎症因子水平比较

组别	n	TNF- $\alpha$ ( $\mu\text{g/L}$ )		IL-1 ( $\mu\text{g/L}$ )		IL-6 (pg/ml)	
		术前	术后	术前	术后	术前	术后
对照组	50	1.30 ± 0.14	3.88 ± 0.41	6.58 ± 1.12	35.49 ± 5.67	7.11 ± 1.34	20.70 ± 3.59
观察组	50	1.31 ± 0.15	2.50 ± 0.26	6.64 ± 1.09	23.58 ± 3.71	7.20 ± 1.28	12.12 ± 2.83
t 值		0.345	20.099	0.271	12.429	0.343	13.272
P 值		0.731	0.000	0.787	0.000	0.732	0.000

### 3 讨论

子宫肌瘤是生长在子宫平滑肌上的良性肿瘤,发病原因及发病机制尚不是非常明确,仍处于研究阶段,有关研究认为可能与遗传、性激素水平以及干细胞功能失调等因素有关<sup>[6]</sup>。同时,依据子宫肌瘤好发情况,提示肥胖、激素补充治疗等因素也会诱发或增加罹患子宫肌瘤的风险<sup>[7]</sup>。流行病学调查结果显示,近年来子宫肌瘤发病率呈大幅递增趋势,成为影响女性身心健康的重要疾病之一,而手术作为临床治疗子宫肌瘤的主要方法,积极探索最佳手术方法尤为重要。

现阶段,子宫肌瘤治疗包括药物、手术等,其中手术是实现治愈目的的首选方法,开腹子宫肌瘤切除术在临床应用时间较长,手术操作视野清晰,且不受肌瘤数目、大小以及位置等的限制,能够彻底切除瘤体<sup>[8-9]</sup>。但存在创伤大、出血多、对腹腔干扰大以及恢复慢等缺陷,手术过程中承担的风险较高,会给患者心理造成很大压力,且还可能损伤盆腔、卵巢等周围组织,造成炎症反应,影响卵巢功能<sup>[10-11]</sup>。本研究结果显示,观察组手术、肛门首次排气、术后下床以及住院等所用时间均较对照组更短,术中出血量较对照组更少;观察组切口感染、盆腔粘连、肠梗阻、腹痛等并发症发生率较对照组居于更低水平;术后,观察组TAC水平较对照组更高,IMA、Myo水平较对照组更低,观察组SP、PGE<sub>2</sub>水平较对照组更低,观察组E<sub>2</sub>水平较对照组更高,LH、FSH水平较对照组更低,观察组TNF- $\alpha$ 、IL-1、IL-6水平较对照组更低。以上结果说明,腹腔镜下子宫肌瘤切除术治疗子宫肌瘤的临床效果显著。究其原因在于,腹腔镜下子宫肌瘤切除术是一种微创手术,最大优点为手术伤口小、出血量少、恢复快,与开腹手术比较,能够最大限度减少身体上不必要的影响<sup>[12-14]</sup>。而手术创伤刺激是引发疼痛应激、氧化应激的重要因素,可导致机体氧化损伤指标、痛觉指标以及炎症反应指标水平发生变化,Myo、IMA、TAC是氧化损伤的重要指标,SP、PGE<sub>2</sub>是反映疼痛产生的主要因子,E<sub>2</sub>、LH、FSH水平与卵巢功能密切相关,TNF- $\alpha$ 、IL-1、IL-6水平和组织损伤程度呈正相关<sup>[15-16]</sup>。因腹腔镜下子宫肌瘤切除术是在腹腔封闭情况下开展,对腹壁的损伤极小,且基本不会干扰盆腔,所以,术后患者创伤性反应指标、痛觉生化指标以及炎症因子水平变化不大,同时也大大降低了对卵巢功能的影响<sup>[17]</sup>。

综上所述,在子宫肌瘤患者中采用腹腔镜下子宫肌瘤切除术治疗,与开腹手术相比,可优化围手术期指标,减少并发症发生,减轻卵巢功能损害,降低创

伤性反应指标、痛觉生化指标以及炎症因子水平。

### 4 参考文献

- [1] 黄建斌,金玲珊,翁迪贵.不同剂量利多卡因对子宫肌瘤微创手术患者血流动力学与QTc的影响[J].中国医学创新,2023,20(1):38-41.
- [2] 宋新玲.微创腹腔镜子宫肌瘤剔除术与传统开腹手术治疗子宫肌瘤的临床价值分析[J].中国实用医药,2022,17(20):71-73.
- [3] 张陈萍,崔娜,雷磊.腹腔镜超声辅助微创手术治疗子宫肌瘤的临床效果[J].临床医学研究与实践,2022,7(11):75-78.
- [4] 王亚尼.分析微创腹腔镜剔除术治疗子宫肌瘤的疗效及对免疫功能的影响[J].中国实用医药,2021,16(26):60-62.
- [5] 熊隆.腹腔镜微创手术治疗子宫肌瘤的临床疗效及对患者术后妊娠的影响[J].当代医学,2021,27(19):76-79.
- [6] 赵慧娟.腹腔镜微创子宫肌瘤剔除术在治疗子宫肌瘤中临床效果[J].中国农村卫生,2021,13(9):56-57.
- [7] 黄家艳.比较腹腔镜下子宫肌瘤剔除术与开腹手术治疗子宫肌瘤的临床效果[J].世界复合医学,2021,7(2):115-117.
- [8] 梁琪琳.腹腔镜微创子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤的临床效果及对应激反应的影响分析[J].中国实用医药,2020,15(35):43-45.
- [9] 王远行,方慧彬,全进毅.微创腹腔镜子宫肌瘤剔除术与传统开腹手术治疗子宫肌瘤的效果分析[J].中华肿瘤防治杂志,2020,27(S1):127,129.
- [10] 唐彩霞.微创腹腔镜子宫肌瘤剔除术与传统开腹手术对子宫肌瘤患者预后影响分析[J].按摩与康复医学,2020,11(23):65-66.
- [11] 付改英.腹腔镜微创子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤的临床观察[J].深圳中西医结合杂志,2020,30(18):193-194.
- [12] 李咏梅.微创腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤的效果探究[J].当代医药论丛,2020,18(13):82-83.
- [13] 李程程.微创腹腔镜子宫肌瘤剔除术与传统开腹手术治疗子宫肌瘤疗效的比较分析[J].当代医学,2020,26(7):66-68.
- [14] 关新垒,华彩红,王世进,等.腹腔镜子宫肌瘤剔除术与传统开腹子宫肌瘤剔除术治疗巨大子宫肌瘤疗效比较[J].新乡医学院学报,2020,37(3):243-245,250.
- [15] 李秋雪.微创手术和传统开腹手术在子宫肌瘤患者中的疗效对比观察[J].中国农村卫生,2020,12(2):86.
- [16] 廖洁慈.腹腔镜子宫肌瘤剔除术与传统开腹手术治疗子宫肌瘤的疗效[J].中国医药科学,2019,9(22):112-114.
- [17] 黄勇,李彦曦,刁蓉.腹腔镜下微创手术治疗特殊部位子宫肌瘤的效果及对卵巢内分泌功能的影响[J].重庆医学,2019,48(3):407-410.

[2023-03-21 收稿]

# 齐拉西酮联合奥氮平治疗女性难治性精神分裂症的临床效果

黄晓东 王元杰 董晓琳

**【摘要】** 目的 观察分析齐拉西酮联合奥氮平治疗女性难治性精神分裂症的临床效果。方法 选取 2021 年 3-8 月医院收治的 90 例女性难治性精神分裂症患者为研究对象,按照年龄、病程组间均衡可比的原则分为齐拉西酮组 30 例、奥氮平组 30 例和联合用药组 30 例。齐拉西酮组采用齐拉西酮治疗,奥氮平组采用奥氮平治疗,联合用药组采用齐拉西酮联合奥氮平治疗,治疗周期为 10 周。比较三组患者的精神症状、临床治疗总有效率、认知功能、非酶类抗氧化物水平、不良反应发生率。结果 治疗前,三组患者阳性与阴性症状量表(PANSS)评分、Loewenstein 认知功能评定量表(LOTCA)评分、血清白蛋白(ALB)、尿酸(UA)及总胆红素(TBiL)比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后,三组患者 PANSS 评分、ALB、UA、TBiL 都降低,LOTCA 评分都升高,组间 PANSS 评分、LOTCA 评分、ALB、UA、TBiL 比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ );两两比较结果显示,联合用药组与齐拉西酮组、奥氮平组各指标比较,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。三组患者临床治疗总有效率比较,联合用药组患者的总有效率高于其他两组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。联合用药组患者不良反应发生率高于其他两组,但组间差异无统计学意义( $P>0.05$ )。结论 齐拉西酮联合奥氮平治疗难治性精神分裂症可有效改善患者认知功能,提高疗效,降低机体非酶类抗氧化物水平,从而减轻氧化应激反应,用药安全性较高。

**【关键词】** 齐拉西酮;奥氮平;精神分裂症;认知功能;血清白蛋白;尿酸;总胆红素

中图分类号 R749.3 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)11-830-04

精神分裂症为脑部进行性疾病,患者多出现思维、情感功能障碍,通过系统治疗后,仍有部分患者疗效欠佳,最终发展为难治性精神分裂症,导致社会功能丧失<sup>[1]</sup>。据统计,精神分裂症致残病例占据全部精神残疾的 85%<sup>[2]</sup>。精神分裂症患者需终身服用治疗药物,当前以口服非典型抗精神病药物为首选方案<sup>[3]</sup>。奥氮平、齐拉西酮为临床非典型抗精神病药物,奥氮平可一定程度改善急性期精神分裂症临床症状<sup>[4]</sup>。齐拉西酮可抑制去甲肾上腺素、五羟色胺的再摄取<sup>[5]</sup>,二者均可改善精神分裂症阳性、阴性症状,不良反应较少,临床使用率较高<sup>[6]</sup>。以往临床对两种药物单独使用及联合治疗的效果进行了大量研究,但治疗方式不同、研究方向不一,导致研究结果略有差别。本研究探讨齐拉西酮联合奥氮平治疗女性难治性精神分裂症的效果及对非酶类抗氧化物血清白蛋白、尿酸、总胆红素水平的影响,现报告如下。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取 2021 年 3-8 月医院收治的 90 例女性难治性精神分裂症患者为研究对象。纳入标准:①符合《国际疾病分类(第 10 版)》(ICD-10)中诊断标准<sup>[7]</sup>;

②均为女性;③年龄 18~45 岁;④入院时间 <7d;⑤可接受规律药物治疗及随访。排除标准:①合并严重胃肠功能异常、血液系统疾病、外周神经性疾病、脑器质性病变及肝肾功能异常者;②合并语言功能障碍;③对本研究治疗药物存在应用禁忌证;④入院前 1 个月存在严重创伤史;⑤处于妊娠或哺乳期。按照年龄、病程组间均衡可比的原则分为齐拉西酮组 30 例、奥氮平组 30 例和联合用药组 30 例。齐拉西酮组,年龄 18~42 岁,平均  $31.10 \pm 2.76$  岁;病程 3~14 年,平均  $8.45 \pm 2.09$  年。奥氮平组,年龄 20~45 岁,平均  $31.23 \pm 2.69$  岁;病程 3~16 年,平均  $8.51 \pm 2.13$  年。联合用药组,年龄 19~44 岁,平均  $31.17 \pm 2.56$  岁;病程 2~17 年,平均  $8.66 \pm 2.22$  年。三组患者上述资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 治疗方法

1.2.1 齐拉西酮组 口服齐拉西酮(江苏恩华药业股份有限公司,国药准字 H20061142)20mg/次,2次/d。持续治疗 10 周。

1.2.2 奥氮平组 口服奥氮平(江苏豪森药业集团有限公司,国药准字 H20010799)10mg/次,1次/d。持续治疗 10 周。

1.2.3 联合用药组 齐拉西酮与奥氮平联合用药,用药方式、用药剂量、用药频率分别同上,持续治疗 10 周。

基金项目:兰州市科技发展指导性计划项目(编号:2020-ZD-150)

作者单位:730050 甘肃省兰州市第三人民医院



### 1.3 观察指标

(1) 精神症状评分: 使用阳性与阴性症状量表 (PANSS) 进行评分, 阴性评分范围 7 ~ 49 分, 共 7 项, 阳性评分范围 7 ~ 49 分, 共 7 项, 一般精神病理评分范围 16 ~ 112 分, 共 16 项<sup>[9]</sup>。总分 = (阳性评分 - 阴性评分) + 一般精神病理评分。

(2) 治疗有效率: 临床治疗效果分为显效、有效、无效。其中有效为 PANSS 减分率  $\geq 50\%$ ; 有效为 PANSS 减分率 25%~49%; 无效为 PANSS 减分率  $< 25\%$ <sup>[8]</sup>。治疗有效率 = (显效 + 有效) 例数 / 总例数  $\times 100\%$ 。

(3) 认知功能评分: 采用 Loewenstein 认知功能评定量表 (LOTCA) 评定, 包括知觉 (40 分)、定向力 (16 分)、思维运作 (31 分) 和视运动组织 (28 分) 及注意与集中 (4 分) 5 个方面, 评分越高, 认知功能好<sup>[10]</sup>。

(4) 非酶类抗氧化物水平: 采用全自动生化分析仪 (日本日立公司, 7600 型) 检测患者血清白蛋白 (ALB)、尿酸 (UA) 及总胆红素 (TbIL)。

(5) 不良反应发生率: 不良反应包括震颤、消化道反应、便秘及口干。

### 1.4 数据分析方法

采用 SPSS 21.0 统计学软件进行数据分析, 计量资料用 " $\bar{x} \pm s$ " 表示, 两组间均数比较用  $t$  检验, 多组间均数比较用单因素方差分析, 两两比较采用 LSD 检验; 计数资料计算百分率, 组间率的比较用  $\chi^2$  检验。  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 三组患者 PANSS 评分比较

治疗前, 三组患者 PANSS 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, 三组患者 PANSS 评分都下降, 但组间 PANSS 评分差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 两两比较结果显示, 联合用药组 PANSS 评分低于齐拉西酮组和奥氮平组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

### 2.2 三组患者临床治疗有效率比较

三组患者临床治疗有效率比较结果显示, 联合用药组的总有效率明显高于其他两组, 组间差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

### 2.3 三组患者认知功能比较

治疗前, 三组患者 LOTCA 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, 三组患者 LOTCA 评分都提高, 但组间 LOTCA 评分差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 两两比较结果显示, 联合用药组 LOTCA 评分高于齐拉西酮组、奥氮平组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

### 2.4 三组患者非酶类抗氧化物水平比较

治疗前, 三组患者 ALB、UA、TbIL 比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, 三组患者 ALB、UA、TbIL 都下降, 但组间 ALB、UA、TbIL 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 两两比较结果显示, 联合用药组 ALB、UA、TbIL 低于齐拉西酮组、奥氮平组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 4。

表 1 三组患者 PANSS 评分比较 (分)

组别	例数	治疗前	治疗后
联合用药组	30	78.98 $\pm$ 5.32	64.29 $\pm$ 4.03 <sup>*#</sup>
齐拉西酮组	30	79.14 $\pm$ 5.20	68.77 $\pm$ 4.26
奥氮平组	30	79.08 $\pm$ 5.17	69.26 $\pm$ 4.68
	$F$ 值	0.008	11.994
	$P$ 值	0.993	0.000

注: 两两比较结果: \* 与齐拉西酮组比较,  $P < 0.05$ ; # 与奥氮平组比较,  $P < 0.05$ 。

表 2 三组患者临床治疗总效率比较

组别	例数	临床疗效			总有效率 (%)
		显效	有效	无效	
联合用药组	30	14	15	1	96.67
齐拉西酮组	30	8	15	7	76.67
奥氮平组	30	6	16	8	73.33

注: 总有效率比较:  $\chi^2 = 6.537$ ,  $P = 0.038$ 。

表3 三组患者认知功能比较(分)

组别	例数	治疗前	治疗后
联合用药组	30	50.05 ± 7.12	72.46 ± 6.82 <sup>*#</sup>
齐拉西酮组	30	50.23 ± 7.35	65.59 ± 6.65
奥氮平组	30	50.19 ± 7.20	67.01 ± 6.43
<i>F</i> 值		0.329	7.844
<i>P</i> 值		0.675	0.021

注: 两两比较结果: \*与齐拉西酮组比较,  $P < 0.05$ ; #与奥氮平组比较,  $P < 0.05$ 。

表4 三组患者非酶类抗氧化物水平比较

组别	例数	ALB (g/L)		UA ( $\mu$ mol/L)		TbIL ( $\mu$ mol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合用药组	30	62.10 ± 7.43	43.30 ± 5.46 <sup>*#</sup>	367.78 ± 38.28	329.99 ± 32.25 <sup>*#</sup>	12.00 ± 2.56	7.56 ± 1.21 <sup>*#</sup>
齐拉西酮组	30	62.09 ± 7.68	49.90 ± 5.21	369.11 ± 38.43	340.67 ± 32.51	12.04 ± 2.52	8.02 ± 1.55
奥氮平组	30	62.32 ± 7.70	51.00 ± 5.05	368.57 ± 38.62	341.11 ± 32.89	12.02 ± 2.51	7.99 ± 1.32
<i>F</i> 值		0.674	17.565	0.829	11.893	0.564	7.490
<i>P</i> 值		0.325	0.037	0.754	0.046	0.374	0.043

注: 两两比较结果: \*与齐拉西酮组比较,  $P < 0.05$ ; #与奥氮平组比较,  $P < 0.05$ 。

### 2.5 三组患者不良反应发生率比较

三组患者不良反应发生率比较结果显示, 联合用

药组不良反应发生率高于其他两组, 但组间差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。见表5。

表5 不良反应发生率比较

组别	例数	不良反应				不良反应率 (%)
		震颤	消化道反应	便秘	口干	
联合用药组	30	1	1	1	1	13.33
齐拉西酮组	30	2	0	1	0	10.00
奥氮平组	30	0	1	1	0	6.67

注: 不良反应率比较:  $\chi^2 = 0.740$ ,  $P = 0.691$ 。

## 3 讨论

精神分裂症以认知功能障碍、情感障碍、意志行为障碍等为主要症状, 对患者社会功能造成严重影响, 因病因复杂, 当前针对其病因认识尚未完全明确<sup>[11]</sup>。从遗传角度讲, 认为其发病与多基因遗传相关, 同时与神经生化相关, 如环境因素、心理因素等均可能致病<sup>[12]</sup>。近年研究发现, 精神分裂症的发病与多巴胺及5-HT等水平异常密切相关<sup>[13]</sup>。对于难治性精神分裂症, 病程更长, 危害更大, 治疗难度更高, 仍无特效疗法, 虽然药物治疗可达一定疗效, 但仍有部分患者病情未得到控制, 加上伴随不同程度的副作用, 导致患者治疗依从性受到影响, 疗效受限<sup>[14]</sup>。而随着生活压力的增加, 女性精神分裂症的发生率也有明显增加, 难治性精神分裂症比例上升。因此如何提高此类患者的治疗效果, 降低药物不良反应, 成为临床研究的热点。

本次研究中, 联合用药组临床总效率高于单一用药组, 联合用药组 PANSS 评分低于单一用药组, 与安邦等人<sup>[15]</sup>研究结果相一致。难治性精神分裂症临床症状可分为阳性症状与阴性症状<sup>[16]</sup>。以往研究显示, 阴性症状较阳性症状比较, 其引起的不良影响更为严重, 常表现为思维缺乏、情感平淡等精神活动衰退现象<sup>[17]</sup>。本研究治疗药物齐拉西酮抗病原理与利培酮类似, 但其对-HTA2/DAD2受体亲和力更强, 与利培酮、喹地平等药物比较, 更有利于改善阴性症状<sup>[18]</sup>。奥氮平可对多巴胺及5-羟色胺2发挥拮抗作用, 选择性减少中脑边缘系统多巴胺能神经元放电, 减少患者条件性回避反应<sup>[19]</sup>。联合治疗可协同发挥药效, 有利于提高疗效, 改善症状。

本次研究中, 联合用药组 LOTCA 评分高于单一用药组, 与张海霞等人<sup>[20]</sup>研究结果一致。大多数高龄难治性精神分裂症患者伴随明显认知功能障碍, 将

齐拉西酮与奥氮平联合用于精神分裂症的治疗可对 5-HT<sub>2A</sub> 受体发挥拮抗作用的同时改善脑源性神经生长因子水平,从而多方面促进患者认知功能恢复<sup>[21]</sup>。联合用药组 ALB、UA、TbIL 水平低于单一用药组。相关研究证实,精神分裂症患者机体内血清非酶类抗氧化物水平较正常人偏高,且存在氧化应激损伤<sup>[22]</sup>。血浆非酶类抗氧化物作为机体抗氧防御系统,可通过氧化应激反应参与精神分裂症病理过程<sup>[23]</sup>。ALB、UA、TbIL 为机体内较为常见的非酶类抗氧化物,可作为反映机体氧化应激状态的观察指标<sup>[24]</sup>。本研究结果证实,齐拉西酮与奥氮平联合治疗难治性精神分裂症可有效降低非酶类抗氧化物水平,从而减轻机体氧化应激反应。血常规、心电图、体重监测等检查无明显异常。提示齐拉西酮与奥氮平联合治疗难治性精神分裂症未明显增加不良反应,且未出现明显体重波动等严重不良反应,安全性良好。与钱兴山等人<sup>[25]</sup>研究结果相一致。

综上,齐拉西酮联合奥氮平治疗难治性精神分裂症可有效改善患者认知功能,提高疗效,降低机体非酶类抗氧化物水平,从而减轻氧化应激反应,用药安全性较高。

#### 4 参考文献

- [1] 邓婷婷,张伟,王昆,等.齐拉西酮与利培酮治疗精神分裂症的临床疗效[J].湖南师范大学学报(医学版),2022,19(4):104-107.
- [2] 顾卫强,张艺,陈颖,等.奥氮平与齐拉西酮对精神分裂症患者的疗效及血脂水平的影响[J].国际精神病学杂志,2022,49(2):243-245.
- [3] 张健,陈斯琴.帕利哌酮缓释片与齐拉西酮治疗精神分裂症的效果及安全性比较[J].中国实用医药,2022,17(17):143-145.
- [4] 魏安.经颅磁刺激联合齐拉西酮治疗精神分裂症的疗效[J].安徽医学,2022,21(6):52-54.
- [5] 季莉,唐琳,杨涛,等.齐拉西酮联合氯丙嗪治疗老年精神分裂症的效果及对 NGF、BDNF、K<sup>+</sup> 水平的影响[J].中国医学创新,2022,19(5):160-164.
- [6] 白瑜,王晓东.无抽搐电休克辅助齐拉西酮对精神分裂症患者多导睡眠图参数及血清 SHBG、DHEA-S、GAP-43 水平的影响[J].临床医学研究与实践,2022,7(27):42-45,53.
- [7] 张红,周福春,王传跃.缺陷型精神分裂症患者的神经软体征及其与认知功能的关系[J].中国心理卫生杂志,2022,36(9):729-733.
- [8] 刘伟,雷雨.齐拉西酮联合六味地黄丸治疗老年精神分裂症的效果[J].中国老年学杂志,2020,40(8):1691-1693.
- [9] 王晶,刘芊,刘宏.齐拉西酮快速治疗精神分裂症伴激越症状 1 例[J].国际精神病学杂志,2021,48(1):190-192.
- [10] 郝玲燕,金圭星,张素允,等.齐拉西酮联合氯丙嗪治疗老年精神分裂症患者的疗效分析[J].实用临床医药杂志,2021,25(16):116-119.
- [11] 翟璞,赵会芬,耿小雨.齐拉西酮联合奥氮平对早期精神分裂症患者的效果[J].国际精神病学杂志,2021,48(6):1025-1027,1042.
- [12] 房策,曾波涛.慢性精神分裂症血清非酶类抗氧化物及甲状腺激素的相关研究[J].精神医学杂志,2021,34(4):312-315.
- [13] 明庆森,张静,李传威,等.阿立哌唑对急性期精神分裂症患者的非酶抗氧化物及信息处理速度的影响[J].国际精神病学杂志,2021,48(5):815-818.
- [14] Tasaki M, Yasui-Furukori N, Yokoyama S, et al. Hypoprolactinemia and hyperprolactinemia in male schizophrenia patients treated with aripiprazole and risperidone and their relationships with testosterone levels[J].Neuropsychopharmacol Rep,2021,41(3):379-384.
- [15] 安邦,唐书钰,赵珊珊,等.奥氮平与齐拉西酮对精神分裂症患者血清催乳素、瘦素及糖脂代谢指标的影响[J].临床和实验医学杂志,2021,20(6):624-629.
- [16] 吕梦涵,吴宇泽,甘明远,等.超氧化物歧化酶 Ala-9Val 多态性与精神分裂症认知功能异常的相关性[J].中国心理卫生杂志,2022,36(9):739-743.
- [17] 李巍.帕罗西汀联合奥氮平对精神分裂症患者血清相关因子水平的影响分析[J].贵州医药,2022,46(11):1721-1722.
- [18] 覃电泽,易云洁,石广念,等.奥氮平联合鼓圈音乐治疗改善老年期精神分裂症患者阴性症状和认知功能的效果[J].广西医学,2022,44(11):1294-1297.
- [19] 计峰.利培酮联合奥氮平治疗首发精神分裂症 30 例疗效观察[J].中国基层医药,2022,29(2):194-197.
- [20] 张海霞,张琦,朱莉莉,等.阿立哌唑联合奥氮平对精神分裂症患者症状和睡眠的影响[J].国际精神病学杂志,2022,49(3):444-446.
- [21] 过婷,吴越,周振和.阿立哌唑与奥氮平改善慢性精神分裂症病人努力性认知、执行以及决策功能的效果比较[J].安徽医药,2022,26(3):617-621.
- [22] 华深,文万军,王卫平,等.奥氮平对精神分裂症患者认知功能及血清白介素-6 水平的影响[J].临床精神医学杂志,2021,31(2):90-92.
- [23] 李世朝,袁建云.阿立哌唑联合奥氮平对首发精神分裂症患者的疗效及血清 BDNF 和 S100B 的影响[J].神经损伤与功能重建,2021,16(3):173-175.
- [24] 郑昊,黄敏,褚强强.阿立哌唑联合奥氮平对体重超重精神分裂症患者糖脂代谢及成纤维细胞生长因子 21 的影响[J].国际精神病学杂志,2021,48(2):224-228.
- [25] 钱兴山,王娟,涂清分.利培酮与奥氮平对女性精神分裂症患者脂肪肝和血脂代谢指标的影响[J].中西医结合肝病杂志,2021,31(1):50-52.

## 坤泰胶囊联合低剂量米非司酮对子宫肌瘤术前治疗效果观察

明小琼

**【摘要】** 目的 探讨坤泰胶囊联合低剂量米非司酮用于子宫肌瘤术前治疗的临床效果,并观察其对于血清转化生长因子  $\beta_1$  (TGF- $\beta_1$ ) 和血管内皮生长因子 (VEGF) 的影响。方法 选取 2021 年 1 月 - 2022 年 1 月就诊于医院的 116 例子宫肌瘤患者作为研究对象,按照组间年龄、病程、子宫肌瘤体积、肌瘤位置等基本资料均衡可比的原则分为观察组和对照组,每组 58 例。对照组患者采用低剂量米非司酮治疗,观察组患者采用坤泰胶囊联合低剂量米非司酮治疗,对两组患者的治疗效果进行对比和分析。结果 治疗后,观察组患者的卵泡刺激素 (FSH)、黄体生成素 (LH)、雌激素 ( $E_2$ )、孕酮 (P)、TGF- $\beta_1$  和 VEGF 水平低于对照组,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ );观察组患者的子宫体积和子宫肌瘤体积低于对照组,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ );观察组患者的不良反应发生率低于对照组,但差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ );治疗有效率高于对照组,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 坤泰胶囊联合低剂量米非司酮在子宫肌瘤术前治疗中获得了较好的应用效果,有效降低了患者的激素水平和血清 TGF- $\beta_1$ 、VEGF 表达水平,具有一定的安全性。

**【关键词】** 坤泰胶囊;米非司酮;子宫肌瘤;血清转化生长因子  $\beta_1$ ;血管内皮生长因子

中图分类号 R737.33 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)11-834-04

**Observation on the effect of Kuntai capsule combined with low-dose mifepristone on preoperative treatment of uterine fibroids** Ming Xiaoqiong. CR & Wisco General Hospital, Wuhan 430080, China

**【Abstract】** **Objective** To explore the clinical effect of Kuntai capsule combined with low-dose mifepristone in the preoperative treatment of uterine fibroids and observe its effect on serum transforming growth factor  $\beta_1$  (TGF- $\beta_1$ ) and vascular endothelial growth factor (VEGF). **Methods** A total of 116 patients with uterine fibroids who visited hospitals from January 2021 to January 2022 were selected as the research subjects. They were divided into an observation group and a control group based on the principle of balanced and comparable basic data such as age, course of disease, uterine fibroid volume, and fibroid location between groups, with 58 cases in each group. The control group patients were treated with low-dose mifepristone, while the observation group patients were treated with Kuntai capsules combined with low-dose mifepristone. The treatment effects of the two groups of patients were compared and analyzed. **Results** After treatment, the level of the follicle stimulating hormone (FSH), luteinizing hormone (LH), estrogen ( $E_2$ ), progesterone (P), TGF- $\beta_1$  and VEGF of the observation group patients were lower than that of the control group, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). The uterine volume and uterine fibroid volume of the observation group were lower than those of the control group, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). The incidence of adverse reactions in the observation group was lower than that in the control group, but the difference was not statistically significant ( $P > 0.05$ ). The effective rate of treatment was higher than that of the control group, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The combination of Kuntai capsule and low-dose mifepristone has achieved good results in the preoperative treatment of uterine fibroids, effectively reducing patients' hormone levels and serum TGF- $\beta_1$  and VEGF expression level, and has a certain level of safety.

**【Key words】** Kuntai capsule; Mifepristone; Uterine fibroids; Transforming growth factor  $\beta_1$ ; Vascular endothelial growth factor

子宫肌瘤是女性比较常见的一种妇科疾病,主要是由子宫平滑肌组织增生形成的一种良性肿瘤,虽然目前临床对于本病的研究比较多,但是对于致病原因

仍不清晰,认为可能与激素水平、遗传等因素有关<sup>[1]</sup>。本病的高发群体为 30 ~ 50 岁女性, < 20 岁女性患者则比较少见<sup>[2]</sup>。子宫肌瘤的典型症状为月经量多、阴道分泌物异常、下腹部不适等症状,严重的患者还

可能影响到妊娠,导致早产、难产等。因此,临床建议尽早采取有效的干预措施,以改善临床不适症状<sup>[3-4]</sup>。目前,临床对于未能达到手术标准的患者采取药物治疗,常用治疗药物为米非司酮,虽然其能够在一定程度上改善临床症状,但该药具有一定的依赖性,患者在停药后可能会复发,同时在应用剂量上也存在一定争议,服药期间会出现一系列不良反应,影响长期治疗<sup>[5]</sup>。坤泰胶囊是近些年应用于临床的中药,在子宫肌瘤以及子宫功能性出血等疾病的治疗中获得了较好的应用效果。本研究通过临床实验,观察低剂量米非司酮联合坤泰胶囊在子宫肌瘤术前治疗的效果,详细报告如下。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取2021年1月-2022年1月就诊于医院的116例子宫肌瘤患者作为研究对象,按照组间年龄、病程、子宫肌瘤体积、位置等基本资料均衡可比的原则分为观察组和对照组,每组58例。观察组患者年龄35~68岁,平均 $51.5 \pm 2.6$ 岁;病程0.6~4.2年,平均 $2.4 \pm 0.3$ 年;子宫肌瘤体积1.6~4.9cm,平均 $3.2 \pm 0.4$ cm;子宫肌瘤位置:浆膜下肌瘤14例,肌壁间肌瘤32例,黏膜下肌瘤2例,混合型肌瘤10例。对照组患者年龄24~68岁,平均 $51.5 \pm 2.8$ 岁;病程0.6~4.5年,平均 $5.1 \pm 0.7$ 年;子宫肌瘤体积1.5~5.1cm,平均 $3.3 \pm 0.6$ cm;子宫肌瘤位置:浆膜下肌瘤15例,肌壁间肌瘤30例,黏膜下肌瘤3例,混合型肌瘤10例。两组患者上述资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。本研究通过医院伦理委员会批准。

### 1.2 诊断标准和纳入排除标准

(1) 西医诊断标准:经临床诊断符合《子宫肌瘤的诊治中国专家共识》中关于子宫肌瘤的诊断标准<sup>[6]</sup>。

(2) 中医诊断标准:符合《中医妇产科学》中血瘀证的相关标准<sup>[7]</sup>,即主症表现为小腹部有包块,有疼痛感,拒按,淤血积结,次症表现为月经淋漓不断、经期不规律,舌苔厚干,舌体暗淡,脉有力但沉涩。

(3) 纳入标准:符合上述西医和中医诊断标准;单个子宫肌瘤直径在5cm以内,且未发现恶变;入组前未经任何药物治疗;神志清楚,能够配合诊疗工作。

(4) 排除标准:合并恶性肿瘤患者;合并贫血以及凝血功能障碍患者;合并心、肾功能障碍患者;对本次研究应用的药物存在过敏史者。

### 1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 采取常规剂量米非司酮(生产厂

家:武汉九珑人福药业有限责任公司,规格25mg的国药准字为H20033551,规格10mg的国药准字为H20083780,)25mg,每天服用1次,连续服用1个月。

1.3.2 观察组 采用低剂量米非司酮联合坤泰胶囊(生产厂家:贵阳新天药业股份有限公司,国药准字Z20000083)治疗,米非司酮剂量为每次10mg,每天服用1次,坤泰胶囊每次口服2.0g,每天3次,连续服用1个月。

### 1.4 观察指标

(1) 血清性激素:包括血清中卵泡刺激激素(FSH)、黄体生成素(LH)、雌激素( $E_2$ )和孕酮(P)水平。取患者空腹静脉血3~4ml,然后进行血浆和血清分离,分离后将血清放置在 $-20^\circ\text{C}$ 环境下保存,使用放射免疫法对以上指标进行检测。

(2) 血清转化因子( $\text{TGF-}\beta_1$ )和血管内皮生长因子(VEGF):采用酶联免疫吸附法,酶标仪为Biocell HT 2,检测操作全过程按照试剂盒中的说明书进行标准操作。

(3) 子宫体积和子宫肌瘤体积:经超声测量子宫体积,同时测量子宫肌瘤的三维径线,按照以下计算公式计算子宫肌瘤的体积, $V=\pi abc/6$ (a、b、c为长、宽、高),如果患者为多发性肌瘤则以最大肌瘤径线数据进行计算。

(4) 不良反应发生率:不良反应包括皮疹、潮热、头晕头痛和恶心呕吐。

(5) 治疗有效率:参考《中药新药临床研究指导原则》<sup>[8]</sup>和《子宫肌瘤现代诊疗》<sup>[9]</sup>中关于子宫肌瘤治疗相关标准进行评价,显效为治疗后,临床症状消失,其子宫肌瘤体积缩小至原来的 $>50\%$ ;有效为治疗后,临床症状基本消失,其子宫肌瘤体积缩小至原来的 $30\% \sim 50\%$ ;无效为治疗后临床症状无改善,且子宫肌瘤体积无明显变化。治疗有效率=(显效+有效)/观察例数 $\times 100\%$ 。

### 1.5 统计学方法

数据录入SPSS 22.0统计学软件中并进行分析处理。计数资料计算百分率,组间率比较采用 $\chi^2$ 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 两组患者血清性激素对比

治疗前,两组患者的FSH、LH、 $E_2$ 和P水平相当,差异无统计学意义( $P>0.05$ );治疗后,两组患者的FSH、LH、 $E_2$ 和P水平均降低,且以观察组水平更低,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表1。

## 2.2 两组患者 TGF- $\beta_1$ 和 VEGF 水平对比

治疗前, 两组患者的 TGF- $\beta_1$  和 VEGF 水平相当, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 治疗后, 两组患者的 TGF- $\beta_1$  和 VEGF 水平均降低, 且以观察组水平更低, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 2。

## 2.3 两组患者子宫体积和子宫肌瘤体积对比

治疗前, 两组患者的子宫体积、子宫肌瘤体积差异较小, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 治疗后, 观察组患者的子宫体积和子宫肌瘤体积均有所缩小,

但观察组患者的子宫体积和子宫肌瘤体积低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 3。

## 2.4 两组患者不良反应发生率对比

观察组患者的不良反应发生率低于对照组, 但差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。见表 4。

## 2.5 两组患者治疗有效率对比

观察组患者的治疗有效率高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 5。

表 1 两组患者血清性激素对比

组别	例数	FSH ( $\mu\text{g/L}$ )		LH (IU/L)		E <sub>2</sub> (pmol/L)		P (nmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	58	31.21 $\pm$ 6.23	16.22 $\pm$ 3.02	21.85 $\pm$ 2.63	11.32 $\pm$ 2.01	312.21 $\pm$ 20.41	142.96 $\pm$ 40.16	28.65 $\pm$ 5.96	5.63 $\pm$ 2.15
对照组	58	31.05 $\pm$ 5.16	21.32 $\pm$ 4.03	22.04 $\pm$ 3.05	16.25 $\pm$ 4.87	315.85 $\pm$ 25.96	189.23 $\pm$ 32.52	28.14 $\pm$ 6.52	8.21 $\pm$ 1.96
<i>t</i> 值		0.151	7.713	0.359	7.126	0.839	6.819	0.440	6.754
<i>P</i> 值		0.880	0.000	0.720	0.000	0.403	0.000	0.661	0.000

表 2 两组患者 TGF- $\beta_1$  和 VEGF 水平对比

组别	例数	TGF- $\beta_1$ ( $\mu\text{g/L}$ )		VEGF (pg/ml)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	58	84.26 $\pm$ 8.46	41.26 $\pm$ 7.26	41.23 $\pm$ 5.62	24.16 $\pm$ 3.62
对照组	58	85.01 $\pm$ 7.16	52.01 $\pm$ 8.16	41.85 $\pm$ 4.16	28.45 $\pm$ 5.49
<i>t</i> 值		0.515	7.496	0.675	4.968
<i>P</i> 值		0.607	0.000	0.501	0.000

表 3 两组患者子宫体积和子宫肌瘤体积对比 ( $\text{cm}^3$ )

组别	例数	子宫体积		子宫肌瘤体积	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	58	349.52 $\pm$ 52.63	221.63 $\pm$ 22.16	66.13 $\pm$ 18.63	35.62 $\pm$ 3.20
对照组	58	352.47 $\pm$ 62.85	301.85 $\pm$ 29.63	65.89 $\pm$ 16.32	62.85 $\pm$ 6.16
<i>t</i> 值		0.274	16.512	0.074	29.875
<i>P</i> 值		0.784	0.000	0.941	0.000

表 4 两组患者不良反应发生率对比

组别	例数	不良反应				发生率 (%)
		皮疹	潮热	头晕头痛	恶心呕吐	
观察组	58	1	2	1	2	10.34
对照组	58	0	1	0	0	1.72

$\chi^2=2.433, P=0.119$ 。

表 5 两组患者治疗有效率对比

组别	例数	疗效			有效率 (%)
		显效	有效	无效	
观察组	58	32	25	1	98.27
对照组	58	26	24	8	86.20

$\chi^2=4.336, P=0.037$ 。

### 3 讨论

子宫肌瘤是比较常见的女性育龄期疾病,目前临床对于本病的发病机制尚无明确定论,但是可以肯定的是本病的发生与激素水平紊乱有一定的关系,即体内长期的高孕激素水平和高雌激素水平<sup>[10]</sup>。针对本病激素紊乱特点,临床采取了低剂量米非司酮治疗方案。米非司酮属于类固醇类抗孕激素制剂,能够有效抑制孕激素的分泌,降低机体孕激素水平,进而改善患者激素紊乱状态<sup>[11]</sup>。研究显示,虽然低剂量米非司酮能够获得一定的干预效果,但是在长期应用中患者会出现潮热、停经以及恶心呕吐等不良反应,患者的产期用药治疗依从性较差,不利于疾病的康复<sup>[12]</sup>。随着我国中医药的不断发展,其在妇科肿瘤方面的治疗获得了一定的成就,尤其对子宫肌瘤的效果应用显著。从中医角度来讲,本病为脏腑功能失调、气滞血瘀所致,而长期的不良情绪以及外感内伤则是导致本病的诱因。因此,子宫肌瘤的治疗需要以疏肝理气、活血化瘀、清热解毒、消瘀散结为主。坤泰胶囊组方取自《伤寒杂病论》,包含熟地黄、黄连、茯苓、阿胶、白芍以及黄芩共计6味药,其中白芍属补虚药下属分类的补血药,具有平肝止痛、养血调经、敛阴止汗的作用<sup>[13-14]</sup>;熟地黄同属于补虚药下属分类的补血药,具有补血滋阴,益精填髓的作用;阿胶养阴补血,黄连泻火解毒;茯苓和黄芩则具有宁心、健脾、安神的作用<sup>[15]</sup>。以上6味药物共同达到活血化瘀、清热滋阴的作用。本研究结果显示,治疗后观察组患者VEGF和血清TGF- $\beta_1$ 水平均降低,其中VEGF是血管生成的主要促成因子,TGF- $\beta_1$ 则具有调节细胞分化和生长的能力,且对于子宫组织的星状细胞影响更大<sup>[16]</sup>,二者水平越高,子宫肌瘤增长速度则越快,而米非司酮则能够通过降低雌激素水平、愈合组织细胞来降低VEGF和TGF- $\beta_1$ 水平,进而达到抑制瘤体生长的作用。同时现代药理学对坤泰胶囊研究后也发现,其可以有效调节体内的雌激素和孕激素水平,与低剂量米非司酮共同作用达到抑制子宫肌瘤生长的作用。

综上所述,坤泰胶囊联合低剂量米非司酮在子宫肌瘤术前治疗中获得了较好的应用效果,有效降低了患者的激素水平和血清TGF- $\beta_1$ 、VEGF表达水平,

且具有一定的安全性。

### 4 参考文献

- [1] 刘继明. 不同剂量米非司酮治疗子宫肌瘤286例临床观察[J]. 中国现代药物应用, 2020, 14(24): 130-132.
- [2] 张定红, 王宏丽. 不同剂量米非司酮治疗子宫肌瘤的临床疗效比较[J]. 中国计划生育学杂志, 2020, 28(11): 1821-1823.
- [3] 肖秋华. 不同剂量米非司酮治疗子宫肌瘤的效果及对患者生活质量的影响[J]. 临床合理用药杂志, 2020, 13(31): 102-103.
- [4] 仝亚娟. 不同剂量米非司酮对子宫肌瘤患者的临床疗效及安全性比较分析[J]. 医学理论与实践, 2020, 33(20): 3426-3427.
- [5] 洪小霞. 不同剂量米非司酮治疗子宫肌瘤临床效果比较[J]. 深圳中西医结合杂志, 2020, 30(16): 125-126.
- [6] 子宫肌瘤的诊治中国专家共识专家组. 子宫肌瘤的诊治中国专家共识[J]. 中华妇产科杂志, 2017, 52(12): 793-800.
- [7] 刘敏如, 谭万信. 中医妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 417-424.
- [8] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则: 试行[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 230-232.
- [9] 石一复. 子宫肌瘤现代诊疗[M]. 北京: 人民军医出版社, 2007: 55-86.
- [10] 任小锋. 小剂量米非司酮治疗子宫肌瘤的效果及对患者激素水平的影响[J]. 临床医学, 2019, 39(5): 97-99.
- [11] 周鑫, 金莉, 寇月阳. 腹腔镜术后坤泰胶囊联合促性腺激素释放激素激动剂治疗卵巢子宫内膜异位囊肿的临床效果[J]. 广西医学, 2020, 42(10): 1224-1227.
- [12] 李惠莲. 分析不同剂量米非司酮治疗子宫肌瘤的效果[J]. 中国继续医学教育, 2020, 12(6): 145-147.
- [13] 闫春花. 不同剂量米非司酮在子宫肌瘤保守治疗中的疗效分析[J]. 海峡药学, 2019, 31(6): 160-161.
- [14] 蔡健, 李雪. 坤泰胶囊联合激素替代疗法对卵巢早衰患者临床症状和性激素水平的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(35): 3933-3936.
- [15] 朱太彩. 坤泰胶囊对子宫肌瘤患者性激素水平变化的影响研究[J]. 陕西中医, 2018, 39(4): 431-433.
- [16] 刘玉楠, 张双, 徐丹, 等. 坤泰胶囊联合GnRH-a治疗子宫内膜异位症的Meta分析[J]. 中国中药杂志, 2020, 45(8): 1933-1941.

[2022-05-06 收稿]

# 中西医结合治疗脑梗死的临床效果观察

闫立华 寇新慧 滕钰 王芳磊 韩晓霞 吴靖

**【摘要】** 目的 探究中西医结合治疗脑梗死的临床效果。方法 选择医院 2018 年 12 月 - 2022 年 12 月收治的脑梗死患者共 112 例, 在组间匹配的原则下, 采用随机数字表法分为观察组和对照组, 每组 56 例。对照组给予西医常规治疗, 观察组在对照组基础上加用中医治疗。比较两组症状改善时间、住院时间、治疗前后动态舒张压和动态收缩压、神经功能缺损评分 (NIHSS 评分)、血液流变学监测指标、生存质量评分 (QOL 评分)、临床疗效及不良反应发生率。结果 治疗后, 观察组患者症状改善时间、住院时间短于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组患者动态舒张压、动态收缩压、NIHSS 评分及各项血液流变学指标 (红细胞聚集指数、全血比黏度、血浆比黏度) 均低于对照组, 而观察组患者 QOL 评分高于对照组, 组间比较差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组患者治疗的总有效率为 100.00%, 高于对照组的 78.57%, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。两组患者治疗过程均未见不良反应。结论 中西医结合治疗对脑梗死的治疗效果确切。

**【关键词】** 神经内科疾病; 中西医结合治疗; 临床效果

中图分类号 R743.33 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)11-838-04

随着人口老龄化程度不断提高, 神经内科疾病的发病率呈逐年上升趋势。神经内科疾病包括脑梗死、脑出血等, 是一种非常复杂的疾病, 如果不能得到及时的治疗, 很可能导致严重的并发症。目前, 神经内科疾病主要采用西医治疗方式, 可以迅速控制病情、缓解病情, 但并发症较多。脑血栓形成、脑栓塞、短暂性脑缺血发作、脑分水岭梗死等是脑组织局部动脉血流灌注不足或突然停止供血、供氧所致, 对于神经内科疾病患者而言, 临床上以偏瘫、失语等脑部的亚急性损害最为普遍。脑卒中是目前影响人们生命和身体健康的一种常见疾病, 是中老年人死亡的重要病因。近年来, 我国脑血管病的发病率和死亡率呈逐年上升趋势, 且呈年轻化趋势, 已经成为危害人体健康的主要原因。现代医学在脑血管病的诊治上取得了巨大的进步, 但尚有许多不足之处, 可以将传统的中西医结合起来。本研究通过开展临床试验, 探讨中西医结合治疗脑梗死的临床效果, 现报告如下。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

以医院 2018 年 12 月 - 2022 年 12 月收治的 112 例脑梗死患者为研究对象。纳入标准: ①符合神经内科中脑梗死的诊断标准; ②均经影像学诊断确诊; ③患者和家属知情同意本次研究。排除标准: 伴脑肿瘤、精神类疾病者。在组间匹配的原则下, 采用随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 56 例。对照组男

30 例, 女 26 例; 年龄 51 ~ 78 岁, 平均  $65.12 \pm 2.21$  岁。观察组男 31 例, 女 25 例; 年龄 52 ~ 79 岁, 平均  $65.12 \pm 2.24$  岁。两组一般资料比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。本研究经医院伦理委员会批准。

### 1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 给予西医常规治疗。于起病后 12 小时内静脉滴注奥扎格雷钠 (国药准字 H20056606; 生产厂家: 哈尔滨三联药业股份有限公司), 以抑制血小板聚集; 口服阿司匹林 (国药准字 H10960331; 生产厂家: 沈阳康芝制药有限公司), 100mg/天; 静脉滴注脑蛋白水解液等药物, 以促进脑细胞代谢改善; 静脉滴注血栓通 (国药准字 Z20030017; 生产厂家: 广东众生药业股份有限公司) 以改善患者的侧支循环。治疗 14 天。

1.2.2 观察组 在对照组基础上给予中医治疗。中药处方为: 当归 14g, 地龙 16g, 黄芪 25g, 熟地 14g, 川芎 11g, 丹参 13g, 赤芍 12g, 桃仁 12g, 白术 12g, 鸡血藤 12g, 桂枝 5g, 牛膝 9g。1 剂/天, 分 2 次服用。随证加减: 血虚重者加红花、桃仁各 14g; 肾、肝功能不全者, 加白芍、天麻各 15g; 语言障碍者, 加郁金、石菖蒲各 14g; 口舌不正者, 加白附子 15g; 血压迅速上升者, 加菊花 14g; 心悸、汗多者, 加五味子、太子参、麦冬各 25g; 手脚麻木者, 加半夏、茯苓、枳壳各 14g; 上肢无力者, 加桑枝、桂枝各 12g; 下肢无力者, 牛膝剂量加至 19g。针灸选穴: 以手足阳明经穴位为主, 上肢选取手三里、肩髃、外关、曲池等; 下肢选取风市、阳陵泉、足三里、太冲等; 头部选取百会、运动区、四神聪等。行针保证患

作者单位: 734000 甘肃省张掖市, 河西学院附属张掖人民医院神经内科



者有酸、胀、麻的感觉。留针 30 分钟, 1 次/天, 治疗 14 天。

### 1.3 观察指标

(1) 症状改善时间、住院时间。

(2) 血压水平: 记录治疗前后患者的动态舒张压和动态收缩压。

(3) 神经功能缺损评分 (NIHSS 评分): 0 ~ 42 分, 得分越低则神经功能缺损程度越轻。

(4) 血液流变学指标: 包括红细胞聚集指数、全血比黏度和血浆比黏度的水平。

(5) 生活质量: 采用生存质量量表 (QOL 评分) 评价, 包括物质生活、躯体功能、心理功能、社会功能, 每项 0 ~ 100 分, 得分越高生活质量越好。

(6) 临床疗效: 基本痊愈即患者的临床症状和体征已完全消失, 能够自主生活, 肌力等级为 5 级; 显效即患者的临床症状和体征有显著改善, 肌力达到 2 级或更高; 有效即患者的临床症状和体征明显改善, 肌力等级高于 1 级; 无效即患者的临床表现和体征不明显, 肌力低于 1 级。总有效率<sup>[1]</sup> = (基本痊愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 观察例数。

(7) 不良反应发生率: 包括恶心、呕吐、头晕、头痛等不良反应。

### 1.4 数据分析方法

采用 SPSS 22.0 统计学软件分析处理数据, 计量资料采用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示, 两组间均数的比较采用 *t* 检验; 计数资料组间率的比较采用  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者症状改善时间、住院时间比较

经治疗, 观察组患者症状改善时间、住院时间均短于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 两组患者症状改善时间、住院时间比较 (d)

组别	例数	症状改善时间	住院时间
对照组	56	9.56 ± 2.20	12.25 ± 3.18
观察组	56	6.21 ± 1.27	8.12 ± 2.51
<i>t</i> 值		9.869	7.629
<i>P</i> 值		0.000	0.000

### 2.2 两组患者动态舒张压和动态收缩压比较

治疗前, 两组患者动态舒张压和动态收缩压比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, 两组患者动态舒张压和动态收缩压均降低, 但观察组低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者动态舒张压和动态收缩压比较 (mmHg)

组别	例数	舒张压		收缩压	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	56	96.13 ± 6.91	78.56 ± 3.21	151.25 ± 3.28	122.19 ± 2.56
对照组	56	96.14 ± 6.58	85.72 ± 4.53	151.22 ± 3.18	156.14 ± 2.12
<i>t</i> 值		0.008	9.651	0.049	76.435
<i>P</i> 值		0.994	0.000	0.961	0.000

### 2.3 两组患者 NIHSS 评分比较

治疗前, 两组患者 NIHSS 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, 两组患者 NIHSS 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 3。

表 3 两组患者 NIHSS 评分比较 (分)

组别	例数	NIHSS	
		治疗前	治疗后
观察组	56	20.25 ± 3.12	8.19 ± 2.56
对照组	56	20.21 ± 3.24	13.24 ± 2.56
<i>t</i> 值		0.067	10.438
<i>P</i> 值		0.947	0.000

### 2.4 两组患者血液流变学指标比较

治疗前, 两组患者各项血液流变学指标 (红细胞

聚集指数、全血比黏度、血浆比黏度) 比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, 两组患者各项血液流变学指标均降低, 但观察组显著低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 4。

### 2.5 两组患者 QOL 评分比较

治疗前, 两组患者 QOL 各维度评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, 两组患者 QOL 各维度评分均提高, 但观察组高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 5。

### 2.6 两组患者临床疗效比较

观察组患者总有效率为 100.00%, 高于对照组 78.57%, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 6。

### 2.7 两组患者不良反应比较

两组患者治疗过程均未见明显不良反应。

表4 两组患者血液流变学指标比较

组别	例数	红细胞聚集指数		全血比黏度 (mPa/s)		血浆比黏度 (mPa/s)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	56	11.97 ± 0.21	9.58 ± 0.24	5.75 ± 0.45	4.18 ± 0.21	1.95 ± 0.41	1.62 ± 0.23
对照组	56	11.85 ± 0.91	10.28 ± 0.45	5.75 ± 0.45	5.43 ± 0.21	1.95 ± 0.45	1.81 ± 0.15
	<i>t</i> 值	0.962	10.271	0.000	31.497	0.000	5.178
	<i>P</i> 值	0.338	0.000	1.000	0.000	1.000	0.000

表5 两组患者 QOL 评分比较 (分)

组别	例数	物质生活		躯体功能		心理功能		社会功能	
		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	56	67.56 ± 4.81	92.12 ± 6.94	61.37 ± 2.56	93.21 ± 5.23	62.56 ± 4.87	93.12 ± 4.94	61.37 ± 5.36	93.21 ± 5.56
对照组	56	67.53 ± 4.78	67.53 ± 4.78	61.56 ± 2.56	65.56 ± 2.56	62.12 ± 4.94	67.34 ± 4.81	61.21 ± 5.56	67.45 ± 5.31
	<i>t</i> 值	0.033	21.837	0.778	10.523	0.475	27.980	0.193	25.073
	<i>P</i> 值	0.974	0.000	0.212	0.000	0.636	0.000	0.812	0.000

表6 两组患者临床疗效比较

组别	例数	基本治愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
对照组	56	10	12	22	12	78.57
观察组	56	20	20	16	0	100.00

$\chi^2=13.440, P=0.000。$

### 3 讨论

神经内科疾病多是由脑血管病变引起,脑卒中又名脑血管意外,是一种常见的脑血管疾病,起病较快,有弥漫性或局灶性脑功能缺失,症状持续24小时以上。在世界贸易组织和世界卫生组织的《国际疾病分类》中,缺血性脑血管疾病是一种常见的神经系统疾病<sup>[2]</sup>。目前在临床治疗中,各种西药的应用能有效减少患者死亡率,缓解症状,但仍有一些患者的生活质量较低。而中医辨证论治可以有效地改善患者的整体症状,提高患者的生存质量<sup>[3-4]</sup>。中西医结合疗法在脑梗死的治疗中得到了广泛的应用,在四诊辨证的基础上,为患者制定个性化的健康调整方案,结合穴位贴敷、拔罐、针灸等疗法,帮助患者快速缓解症状,并能起到活血化瘀、降糖、降脂等功效。同时,根据患者的康复情况,由神经内科专家进行会诊,以提高疗效。

本研究中药汤剂中,当归有养血活血的功效;地龙具有镇静、通络、平喘的作用;黄芪有补中益气的作用,对气虚患者有一定的帮助;鸡血藤具有通血、养血的作用;川芎能活血化瘀、止痛、凉血消肿;桃

仁能改善血液循环;丹参有清热解毒、清心养血、凉血消痛的功效。以上中药主要通过改善人体的血液循环,降低血脂来促进脑梗死的康复<sup>[5-6]</sup>。另外,有临床试验证明,针灸治疗对缺血性脑血管病患者疗效显著。在中国,针刺治疗脑梗死已有几千年的历史,且效果良好,不良反应较少。对于脑梗死患者的治疗,以醒脑开窍法最为常见,常选用三阴交、水沟、患侧风池、阴陵泉、内关等穴位。现代医学的研究显示,针灸可以促进局部血液循环,提高大脑机能,促进肢体功能及神经功能的恢复,从而提高患者的生存质量<sup>[7-10]</sup>。本研究结果显示,观察组症状改善时间、住院时间均短于对照组;观察组动态舒张压、动态收缩压、神经功能缺损评分、血液流变学指标显著低于对照组;观察组生存质量评分显著高于对照组;观察组临床疗效高于对照组。表明中西医结合疗法在治疗脑梗死中具有明显优势。

综上,脑梗死以中西医结合治疗的临床效果确切,可有效改善患者的血液流变学指标和血压,改善患者神经功能和生存质量,且无不良反应,安全性高。

# 头皮针联合手厥阴心包经穴治疗脑卒中后意识障碍的临床效果

倪渭

**【摘要】** 目的 探讨脑卒中后意识障碍患者采用头皮针、手厥阴心包经穴联合治疗的临床效果。方法 选择2019年10月-2020年9月医院收治的脑卒中伴有意识障碍患者60例,按照随机数字表法结合组间性别、年龄等基线资料均衡可比的原则分为观察组和对照组,每组30例。对照组予以常规治疗,观察组采用头皮针、手厥阴心包经穴联合治疗,对比两组患者的格拉斯哥昏迷评分(GCS评分)、格拉斯哥预后评分(GOS评分)。结果 治疗前,两组患者GCS与GOS评分比较差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后,两组患者GCS与GOS评分均升高,组间比较,观察组患者GCS与GOS评分均高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 脑卒中伴意识障碍患者通过开展头皮针联合手厥阴心包经穴治疗能够促进患者意识功能恢复,改善预后质量。

**【关键词】** 头皮针;手厥阴心包经穴;脑卒中;意识障碍

中图分类号 R743.3 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)11-841-03

脑卒中属于脑血管、神经内科急危重症的一种,该病不仅发病速度快,且短期内加重趋势明显,可在极短时间内对脑组织的大部分功能造成影响,表现出意识丧失、肢体功能障碍等。其中意识丧失主要是脑神经对外源性刺激反射极度较弱,或呈完全消失的状态,可直接引起昏迷、休克等症状,脑水肿灶、梗死灶等还会随发病时间而快速扩大<sup>[1]</sup>。即便采取及时有效的干预措施,也难以避免预后阶段产生并发症、后遗症的问题,即意识障碍有大概率在预后阶段也会产生。中医学理论认为脑卒中属于“中风”范畴,是由

于人体阴阳二气失衡,气血混乱而上冲于脑腑,至脑窍闭塞不通、气血瘀滞,髓失其濡养而意识不清<sup>[2]</sup>。针对这一病机,需借助开窍醒脑、通腑舒络、清热泻毒等多种方式,以保证患者意识清醒。本研究通过临床观察,探讨头皮针联合手厥阴心包经穴治疗的应用价值,具体报告如下。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选择2019年10月-2020年9月昆山市康复医院神经康复科(门诊和住院)收治的脑卒中伴意识障碍患者60例。纳入标准:①均确诊为脑卒中,且通过CT、MRI检查证实,同时符合《中国各类主要脑

基金项目:2021年昆山市级科技专项立项(卫生健康)项目(编号:KSZ2136)

作者单位:215314 江苏省昆山市康复医院中医康复科

## 4 参考文献

- [1] 占道伟,钱华,杨喜兵,等.针刺对急性缺血性脑卒中溶栓患者神经功能及血清炎性因子的影响[J].中国针灸,2023,43(5):1-5.
- [2] 林润,罗菁,许明珠,等.不同针灸方法治疗缺血性卒中下肢功能障碍疗效的系统评价[J].中国康复医学杂志,2023,38(1):87-94.
- [3] 徐慧娟,杨耀忠,王茜.解痉平衡针刺法对卒中后痉挛性偏瘫患者的临床治疗效果[J].按摩与康复医学,2023,14(2):11-12,16.
- [4] 黎冰,杨国峰,伊天爽.化痰通络汤治疗短暂性脑缺血发作临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2023,21(2):130-132.
- [5] 刘洋,李星萍,韩江琴,等.针刺治疗脑卒中后吞咽障碍的临床研究进展[J].中医药信息,2023,40(1):1-5.
- [6] 周维维,刘昀.补肾填精化痰方联合银杏叶提取物注射液、消栓肠溶胶囊治疗缺血性脑卒中恢复期患者的疗效观察[J].中国中医药科技,2023,30(1):183-184.
- [7] 张金生,田力,李三强,等.基于功能磁共振成像可视化解码中医药促进脑卒中后脑功能的重塑[J].中国组织工程研究,2023,27(23):3747-3754.
- [8] 黄春莉,韩冰,孙文,等.针刺联合重复经颅磁刺激疗法治疗脑卒中后偏瘫足下垂41例临床研究[J].江苏中医药,2023,55(1):36-40.
- [9] 王进静,季惠娟,曹冬梅,等.以区域医联体为基础的4C中医延续护理干预对脑卒中患者康复效果的改善作用[J].医学理论与实践,2023,36(1):159-161.
- [10] 古联,梁宝云,周文君,等.跨膜蛋白63C基因遗传多态性与缺血性脑卒中气虚证显著关联[J].中国老年学杂志,2023,43(1):15-20.

[2023-01-30 收稿]

血管病诊断要点 2019》<sup>[3]</sup> 标准；②伴意识功能障碍；③入组时患者格拉斯哥昏迷评分(GCS评分)在3~8分，伤后昏迷时间超过3d。排除标准：①既往脑炎史、脑卒中史、颅脑外伤史；②合并心、肺、肾等疾病；③植入各类起搏器；④昏迷时间>60d，年龄>75岁；⑤中途退出或死亡者。按照随机数字表法结合组间性别、年龄等基线资料均衡可比的原则分为观察组和对照组，每组30例。对照组男性16例，女性14例；年龄43~68岁，平均年龄 $55.13 \pm 2.05$ 岁。观察组男性15例，女性15例；年龄42~70岁，平均年龄 $55.21 \pm 2.08$ 岁。两组患者上述基线资料对比，差异无统计学意义( $P>0.05$ )。本研究取得医院伦理委员会批准，且患者家属对本研究知情同意。

## 1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 采用西医常规治疗，日常提供人工给氧、脑神经营养制剂、利尿剂、水电解质平衡调整、抗菌药物、肠内营养支持等治疗，并配合亚低温治疗技术。每天定时巡房，并对口腔、上呼吸道进行清洁，如伴有上呼吸道痉挛或痰液分泌量过大，可实施正压人工给氧和吸痰处理，病情严重者可切开气管插管式人工给氧。治疗9周。

1.2.2 观察组 采用中西医结合治疗，其中西医常规治疗方法同对照组，中医疗法选择头皮针联合手厥阴心包经穴针灸。

(1) 头皮针治疗：选择病灶所在侧的顶颞处，寻找其前缘斜线的下2/5处和颞前线的交汇点，确定位置后给予常规皮肤消毒。使用一次性针灸毫针，以平刺法刺入皮下，深度达帽状腱膜下层即可，入针后捻转针身，频率控制在200次/min，连续捻转3min后留针，每隔15min捻转1次，共3次后起针。起针后需适当按压以预防出血。每天施针1次，10次为1个疗程，共治疗5个疗程。

(2) 手厥阴心包经穴针灸：选取双侧内关穴、曲泽穴，使用直刺法，入针深度控制在0.5~1寸，入针后以提插捻转泻法干预1min。分别将电疗仪

两极连接在同侧的内关、曲泽穴中的毫针上，电疗30min；随后针刺百会、神庭、本神、颞三针，施以捻转手法，每穴1min，得气后留针30min，5次/周，每周间隔2d，连续3周为1个疗程，间隔7d后进入下个疗程，共治疗3个疗程。

## 1.3 观察指标

(1) 格拉斯哥昏迷评分(GCS评分)：包括睁眼反映、语言反映、肢体运动3方面内容，总分3~15分，13~15分判定为轻度昏迷；9~12分判定为中度昏迷；3~8分判定为重度昏迷，评分越低则患者昏迷程度越严重。

(2) 格拉斯哥预后评分(GOS评分)：总分1~5分，其中1分为死亡；2分为植物生存，且意识最低；3分为重度残疾，意识清醒，但日常生活需他人照料；4分为轻度残疾，意识清醒，但需他人保护下生活；5分为轻度缺陷，能够正常生活，评分与患者预后质量呈正相关。

## 1.4 数据分析方法

采用SPSS 28.0统计软件进行数据处理，计量资料采用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示，两组间均数的比较采用 $t$ 检验；计数资料采用百分率表示，组间率的比较采用卡方检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者GCS评分比较

治疗前，两组患者GCS评分比较，差异无统计学意义( $P>0.05$ )；治疗后，两组患者GCS评分均高于治疗前，但观察组患者高于对照组，差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表1。

### 2.2 两组患者GOS评分比较

治疗前，两组患者GOS评分比较，差异无统计学意义( $P>0.05$ )；治疗后，两组患者GOS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2。

表1 两组患者GCS评分比较(分)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	30	$5.12 \pm 1.03$	$13.24 \pm 1.09$
对照组	30	$5.21 \pm 1.05$	$9.89 \pm 1.03$
	$t$ 值	0.335	12.235
	$P$ 值	0.739	0.000

表2 两组患者 GOS 评分比较 (分)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	30	2.35 ± 0.14	4.42 ± 0.13
对照组	30	2.41 ± 0.12	3.88 ± 0.11
<i>t</i> 值		1.782	17.368
<i>P</i> 值		0.080	0.000

### 3 讨论

脑卒中患者发生意识障碍的概率相对较高,其主要是因脑血管破裂、阻塞等引起局部脑实质无法获得充足的血液供给,上行网状神经结构的激活系统遭到破坏,无法继续维持意识的清醒状态、生物钟等功能。西医干预时多采用人工给氧、颅内降压、水电解质平衡调整、脑细胞营养等以保障脑细胞的生理活动所需,加快神经功能的恢复<sup>[4-5]</sup>,并快速排出出血灶内的淤血,以减少出血灶对脑组织、神经等的压迫,给神经细胞的恢复创造更有利的条件。中医学将脑卒中归入“中风”的范畴,中风后意识模糊是由于神气不导、气血凝滞,脑腑、脑髓失其所养,因而出现昏迷蒙蔽之征,且在早期昏迷时还会伴随闭症,需参考回阳醒神之法,以开窍醒脑。可在常规治疗的基础上,运用头皮针法进行干预,针对相应区域的位点给予针刺,以此刺激大脑皮层的功能<sup>[6]</sup>。中医理论认为脑腑经络与脏腑连接,有内外沟通的功能,且上下贯通,针刺脑部穴位能够起到调理周身气血的功效。现代医学研究发现,针刺能够有效刺激大脑皮层的兴奋度,借此发挥调节皮层内的神经功能,对于意识障碍具有较强的改善作用<sup>[7]</sup>。且针对不同经络的针刺对不同大脑皮层映射区的影响也存在一定差异,可根据实际情况选择相应的针刺位置,做到针对性治疗。脑神经为中枢神经系统,对其刺激不仅能够缓解意识障碍,还可有效干预肢体功能障碍,对其他并发症类患者也具有相应的疗效。与此同时,还可配合手厥阴心包经内穴位的针灸、电针等治疗,进一步提升整体治疗效果。根据现代医学研究显示,手厥阴心包经穴位针灸能够有效提升大脑皮层的活跃性,并增强心肌细胞内钠钾相关 ATP 酶的活性,促进心肌收缩和舒张,为脑组织提供更多的血液、氧气<sup>[8]</sup>。同时该针灸方法还能够抑制脑组织因缺氧而导致的乳酸过度堆积的症状,缓解乳酸对脑神经带来的损伤,并刺激脑神经细胞、新生血管等的生长速度。针灸后可配合电疗技术,以电

刺激脑神经组织,使部分障碍的结构系统得以被更好地激活。本研究结果显示,观察组患者格拉斯哥昏迷评分明显高于对照组,且观察组格拉斯哥预后评分明显高于对照组,说明运用头皮针联合手厥阴心包经针灸可更好地改善脑卒中患者的意识障碍症状。

综上,脑卒中伴意识障碍患者通过开展头皮针联合手厥阴心包经穴治疗具有确切疗效,能够促进患者意识功能恢复,改善预后质量。

### 4 参考文献

- [1] 黄金秀,周文姬,孙明英,等.头皮针联合神经肌肉电刺激和康复训练治疗脑卒中恢复期咽期吞咽障碍的效果[J].中国医药导报,2021,18(23):76-79.
- [2] 茅慧雯,李艳,陈妍,等.头皮针联合镜像视觉反馈训练治疗脑卒中后认知功能障碍[J].国际老年医学杂志,2021,42(6):346-349.
- [3] 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.中国各类主要脑血管病诊断要点 2019[J].中华神经科杂志,2019,52(9):710-715.
- [4] 戴伍妹,焦黛妍.醒脑静注射液联合盐酸纳洛酮治疗老年急性脑卒中合并意识障碍患者的疗效及对 Lp-PLA2、BDNF 和 GCS 的影响[J].中国医院用药评价与分析,2022,22(5):588-591.
- [5] 朱明慧,张文彬,金肇权,等.伴意识障碍的缺血性脑卒中急诊血管不同再通方案的疗效比较[J].临床神经病学杂志,2020,33(2):81-84.
- [6] 杨桂芬,汪亚群,孙迪,等.头皮针抽提法联合基于脑机接口技术的主动式康复训练系统对脑卒中患者上肢运动功能康复的影响[J].浙江中医杂志,2022,57(9):676.
- [7] 周建,白义仁,任静,等.头针联合益智醒脑方对脑卒中患者康复的影响[J].神经损伤与功能重建,2022,17(1):56-57.
- [8] 张横滔,刘国和,肖洪波,等.头皮针联合肌电生物反馈电刺激治疗偏瘫足下垂疗效及对步行功能的影响[J].中华中医药学刊,2021,39(1):223-226.

[2023-03-09 收稿]

# 复方苦参注射液联合阿片类药物治疗肺癌癌性疼痛的临床疗效观察

张丹 金静静 黄艳\*

**【摘要】** 目的 观察复方苦参注射液联合阿片类药物治疗肺癌癌性疼痛的疗效。方法 选取2020年1月-2022年1月医院收治的98例肺癌癌性疼痛患者为研究对象,按照性别、年龄、治疗前癌痛分级组间均衡可比的原则分为观察组49例和对照组49例。对照组使用阿片类药物止痛治疗,观察组在对照组基础上加用复方苦参注射液进行止痛治疗。比较两组的疼痛程度、疼痛缓解有效率、生活质量、药物不良反应及阿片类药物应用剂量。结果 两组患者治疗前疼痛数字评分法(NRS)评分、肿瘤功能状态评分(KPS)比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。联合用药治疗后,两组NRS评分都下降,KPS评分都升高;组间比较,观察组疼痛评分下降程度高于对照组,KPS评分升高程度高于对照组;组间差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。联合用药治疗后,观察组疼痛缓解有效率为100.00%,高于对照组的87.76%,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。联合用药治疗后,观察组患者不良反应率为32.65%,低于对照组的63.27%,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。治疗期间,观察组患者每日阿片类药物使用剂量少于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 复方苦参注射液联合阿片类药物可以控制肺癌癌性疼痛,改善患者生活质量,减少不良反应及阿片类药物使用剂量。

**【关键词】** 复方苦参注射液;阿片类药物;盐酸羟考酮缓释片;癌性疼痛

中图分类号 R730.52 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)11-844-04

**Clinical observation of compound KuShen injection combined with opioids in treatment of cancer pain in lung cancer** Zhang Dan, Jin Jingjing, Huang Yan. Department of Respiratory and Critical Care Medicine, North China University of Science and Technology, Tangshan 063000, China

**【Abstract】 Objective** To observe the efficacy of compound KuShen injection combined with opioids in the treatment of cancer pain in lung cancer. **Methods** A total of 98 patients with lung cancer pain admitted to the hospital from January 2020 to January 2022 were selected as the study subjects, which were divided into 49 cases in the observation group and 49 cases in the control group according to the principles of gender, age and treatment before treatment. The control group was treated with opioid analgesics, and the observation group added compound bitter shen injection to the control group. Compare the pain level, pain relief response rate, quality of life, adverse drug reactions, and opioid dose use between the two groups. **Results** Pre-treatment pain scores (NRS) and tumor functional status score (KPS) ( $P>0.05$ ); after the combination, both NRS scores decreased, but the observation group decreased more than the control group; the KPS scores increased more than the control group, the difference were significant ( $P<0.05$ ). After the combination treatment, the effective rate of pain relief of the observation group was 100% higher than that of the control group: 87.76% ( $P<0.05$ ). After the combination treatment, comparing the two groups, the adverse reaction rate of the observation group 32.65% was lower than that of the control group 63.27%, with a statistically significant difference ( $P<0.05$ ). Compared with the daily opioid dose of each patient in the two groups, the observation group was less than the control group ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Compound KuShen injection combined with opioids can control cancer pain in lung cancer with less adverse effects and can improve patients' quality of life. Compound KuShen injection has synergistic analgesic effect and reduce the dose of opioids.

**【Key words】** Compound KuShen injection; Opioids; Oxycodone hydrochloride prolonged-release tablets; Cancer pain

基金项目:河北省中医药管理局科研计划项目(编号:2020215)

作者单位:063000 河北省唐山市,华北理工大学附属医院呼吸与危重症医学科

\* 通讯作者

肺癌是当代社会严重威胁人类健康和生命的恶性肿瘤之一<sup>[1]</sup>，我国人口基数大，肺癌患者多，近年来肺癌发病率更是逐年上升。癌性疼痛是癌症患者痛苦的主观感受，严重影响患者生活质量、身心健康、家庭及社会功能。根据世界卫生组织（WHO）统计，50%的癌症患者都存在癌性疼痛，疼痛是晚期癌症患者的主要症状，缓解癌痛对于提高患者生活质量具有重要价值。癌性疼痛镇痛药物选择主要是阿片类药物，但该类药物不良反应较多。缓解肺癌患者的癌性疼痛，减少阿片类药物不良反应，提高患者生活质量是我们面临的巨大挑战。目前中成药治疗癌性疼痛已积累了一定的经验，取得了较好的效果<sup>[2]</sup>。复方苦参注射液具有清热利湿、凉血解毒、散结止痛的功效<sup>[3]</sup>。本研究应用复方苦参注射液联合阿片类药物治疗肺癌癌性疼痛取得了一定的效果，现报告如下。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取2020年1月至2022年1月医院收治的98例肺癌癌性疼痛患者为研究对象。纳入标准：①经病理学或细胞学证实的肺癌患者；②意识清楚，表达清楚可客观疗效评价；③KPS大于30分，预计生存期大于3个月；④年龄为21~70岁；⑤停止肿瘤相关治疗大于1月；⑥疼痛与肺癌相关。排除标准：不符合入选标准、未按要求用药、不能判断疗效、失访、治疗期间疾病进展及死亡、治疗期间出现严重并发症及药物不良反应。按照性别、年龄、治疗前癌痛分级组间均衡可比的原则分为观察组49例和对照组49例。观察组男性27例，女性22例；年龄为44~70岁，平均年龄58.40岁；治疗前癌痛分级：轻度疼痛为6例、中度疼痛为29例、重度疼痛为14例。对照组男性29例，女性20例；年龄为40~70岁，平均年龄为56.28岁；治疗前癌痛分级：轻度疼痛为6例、中度疼痛为30例、重度疼痛为13例。两组患者性别、年龄、治疗前癌痛分级比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。患者对研究知情同意，并签署知情同意书。

### 1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 使用阿片类药物止痛治疗，阿片类药物选择盐酸羟考酮缓释片（奥施康定），初始为10mg/次，12h一次。结合癌痛评估对患者用药剂量及时间调整，直到癌痛缓解。针对于爆发痛给予吗啡即释片进行滴定，每日爆发痛 $\geq 3$ 次按照前次基础量增加25.0%~50.0%进行加量，同时给予其他支持对症治疗。

1.2.2 观察组 在对照组基础上加用复方苦参注射液

进行止痛治疗。复方苦参注射液（山西振东制药有限公司）用法为20ml静点1/日，10天为1个疗程，连用1个疗程。

### 1.3 观察指标

（1）疼痛程度评估：选择疼痛数字评分法（NRS）进行疼痛程度评分，疼痛程度分为四级，0为无痛，1~3为轻度疼痛，4~7为中度疼痛，8~10为重度疼痛。

（2）疼痛缓解有效率：（用药前NRS评分 - 用药后NRS评分）/ 用药前NRS评分 = 疼痛缓解程度。小于25%为未缓解；25%~49%为轻度缓解；50%~74%为中度缓解；大于75%为明显缓解。疼痛缓解有效率 = （轻度缓解 + 中度缓解 + 明显缓解）例数 / 总例数  $\times 100\%$ 。

（3）生活质量评价：选择肿瘤功能状态评分（KPS），分值0~100分，分数越高提示体力状况越好。小于50分为依赖级，提示生活需要帮助；50~80分为半依赖级，提示生活状态半自理；大于80分为非依赖级，提示生活能够自理。

（4）药物不良反应情况。包括消化道症状（恶心、呕吐、便秘）；神经系统症状（头晕、头痛、嗜睡）；全身症状（倦怠、多汗、乏力、瘙痒）；泌尿系症状（排尿困难）；肝肾功能损害等。不良反应轻者给予对症处理，不良反应重者或对症处理无效将退出该研究。

（5）阿片类药物剂量使用剂量。

### 1.4 数据分析方法

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

## 2 结果

### 2.1 两组患者NRS评分比较

两组患者治疗前NRS评分比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；联合用药治疗后，两组疼痛评分都下降，但观察组疼痛评分下降程度高于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表1。

表1 两组患者NRS评分比较（分）

组别	例数	NRS评分	
		治疗前	治疗后
对照组	49	7.37 $\pm$ 0.99	3.93 $\pm$ 0.97
观察组	49	7.48 $\pm$ 1.22	2.95 $\pm$ 0.80
$t$ 值		0.490	5.456
$P$ 值		0.625	0.000

## 2.2 两组患者疼痛缓解有效率比较

联合用药治疗后, 观察组疼痛缓解有效率为100.00%, 高于对照组的87.76%, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表2。

## 2.3 两组患者 KPS 评分比较

两组患者治疗前 KPS 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, 两组 KPS 评分都升高, 但观察组 KPS 评分升高程度高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表3。

## 2.4 两组患者治疗后的不良反应比较

联合用药治疗后, 观察组患者不良反应率 (32.65%) 低于对照组不良反应率 (63.27%), 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表4。

## 2.5 两组患者应用阿片类药物剂量比较

两组患者阿片类药物用药剂量比较, 观察组每天用药剂量明显少于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表5。

表2 两组患者疼痛缓解有效率比较

组别	例数	疼痛缓解程度				疼痛缓解有效率 (%)
		未缓解	轻度缓解	中度缓解	明显缓解	
对照组	49	6	24	17	2	87.76
观察组	49	0	4	41	4	100

注: 疼痛缓解有效率比较:  $\chi^2=4.438$ ,  $P=0.035$ 。

表3 两组患者 KPS 评分比较 (分)

组别	例数	KPS 评分	
		治疗前	治疗后
对照组	49	60.20 ± 5.20	65.71 ± 6.77
观察组	49	60.00 ± 5.40	81.02 ± 6.53
	<i>t</i> 值	0.187	11.394
	<i>P</i> 值	0.852	0.000

表4 两组患者不良反应比较

组别	例数	不良反应					不良反应发生率 (%)
		消化系统	神经系统	全身症状	泌尿系症状	肝肾功能损害	
对照组	49	5	13	10	3	0	63.27
观察组	49	3	7	5	1	0	32.65

注: 不良反应发生率比较:  $\chi^2=9.199$ ,  $P=0.002$ 。

表5 两组患者应用阿片类药物剂量比较

组别	例数	每天用药剂量 (mg)
对照组	49	68.4 ± 25.4
观察组	49	44.7 ± 20.7
	<i>t</i> 值	5.063
	<i>P</i> 值	0.000

## 3 讨论

慢性癌痛是恶性肿瘤或其治疗的严重并发症<sup>[4]</sup>。2020年的世界癌症报告提出, 肺癌是全世界最常见恶性肿瘤, 居于恶性肿瘤死亡首位<sup>[5]</sup>。我国受肺癌癌性疼痛折磨的患者人数众多, 已经成为影响患者生活质量的主要症状。癌性疼痛的常见原因为: 肿瘤局部压迫或神经浸润; 抗肿瘤相关治疗导致; 肿瘤合并症或并发症所致<sup>[6]</sup>。癌性疼痛的特点是疼痛剧烈, 难以忍受; 持续时间长, 反复、持续、不断加重, 不能自行缓解; 可伴随心理变化, 焦虑、抑郁普遍需要干预;

重度疼痛为肿瘤急症, 需要立即处理。疼痛已经被世界卫生组织列为第五大生命体征, 癌性疼痛处理也是我们面临的重要临床挑战。

癌性疼痛的规范治疗遵循三阶梯镇痛原则, 首选口服给药, 针对于晚期中重度癌痛患者的治疗, 药物首选是强阿片类药物, 临床常用盐酸羟考酮缓释片及硫酸吗啡缓释片。但研究表明对于晚期中重度癌痛患者的治疗, 硫酸吗啡缓释片与盐酸羟考酮缓释片疗效无明显差异, 但盐酸羟考酮缓释片不良反应更少<sup>[7]</sup>, 所以本研究选择盐酸羟考酮缓释片为止痛药物。但是通过盐酸羟考酮缓释片规范治疗, 仍有部分患者癌性疼痛不能控制, 并且不良反应较多, 比如: 便秘、恶心、呕吐、嗜睡、尿潴留等等。癌性疼痛不能控制, 临床医生常规选择阿片类药物加量来解决, 加量的同时不良反应更是明显, 患者苦不堪言。因此如何用最小剂量控制癌性疼痛是临床医生面临的难题。

本研究所选择的中成药为复方苦参注射液, 主要



成分为苦参和土茯苓,中医辨证具有清热利湿,凉血解毒、散结止痛的功效。细胞实验研究表明复方苦参注射液可降低肺癌细胞 A549 的增殖活性,并且诱导 A549 细胞凋亡;其仍然可诱导 A549 细胞发生自噬、损伤自噬降解通路,抑制细胞增殖<sup>[8]</sup>。动物实验表明复方苦参注射液可以减少  $Ca^{2+}$  内流,减少中枢 NO 生成,抑制中枢神经系统对疼痛的反应,起到中枢镇痛的作用<sup>[9]</sup>;复方苦参注射液可通过阻断 TRPV1 信号通路起到止痛效果<sup>[10]</sup>。临床研究表明复方苦参注射液可降低人体机体疼痛介质和炎性因子水平,起到止痛的效果<sup>[11]</sup>。复方苦参注射液同时具有抗肿瘤作用,减轻局部压迫,从而缓解疼痛。所以本研究选取复方苦参注射液联合盐酸羟考酮缓释片,期望减少联合盐酸羟考酮缓释片使用剂量,减少并发症,提高止痛效果。

本研究 98 例患者完成了两组疼痛评分、KPS 评分、阿片类药物使用剂量、药物不良反应评价,复方苦参注射液联合阿片类药物组的数据均优于阿片类药物组。本研究表明复方苦参注射液联合阿片类药物组患者疼痛评分明显低于阿片类药物,具有镇痛作用,并且疼痛缓解程度好转;KPS 评分升高,患者生活质量升高;阿片类药物使用剂量下降,不良反应明显下降。结合其他临床研究,表明复方苦参注射液具有协同镇痛效果,可降低阿片类药物剂量<sup>[12-14]</sup>。本研究达到了以最小阿片类药物剂量控制癌性疼痛的目的,不良反应减少,生活质量同样得到改善的目的,值得临床推广,为临床应用提供了数据支持。但本研究也存在一定的局限性,比如样本量较少,单纯应用于肺癌患者等。

综上所述,复方苦参注射液联合阿片类药物治疗肺癌癌性疼痛安全、有效,可减少阿片类药物使用剂量,改善肺癌患者生活质量,具体机制需要进一步的研究。

#### 4 参考文献

[1] Lebrecht MB, Crosbie EJ, Smith MJ, et al. Targeting lung cancer

screening to individuals at greatest risk: the role of genetic factors[J]. *J Med Genet*, 2021, 58(4): 217-226.

- [2] Wang W, You RL, Qin WJ, et al. Anti-tumor activities of active ingredients in Compound Kushen Injection[J]. *Acta Pharmacologica Sinica*, 2015, 36(6): 676-679.
- [3] 马悦, 张启伟, 王智民, 等. 复方苦参注射液研究进展[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2012, 18(23): 342-345.
- [4] Paice JA, Mulvey M, Bennett M, et al. AAPT diagnostic criteria for chronic cancer pain conditions[J]. *J Pain*, 2017, 18(3): 233-246.
- [5] Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, et al. Cancer statistics, 2022[J]. *CA Cancer J Clin*, 2022, 72(1): 7-33.
- [6] 周进, 卢俊, 石莉, 等. 癌性疼痛规范化治疗共识解读[J]. *中国医刊*, 2015(9): 18-22.
- [7] 涂雪松, 胡利霞. 盐酸羟考酮缓释片与硫酸吗啡缓释片治疗晚期中重度癌痛的疗效对比[J]. *中国处方药*, 2015(10): 88-89.
- [8] 董俊, 晏菲, 邓洁, 等. 复方苦参注射液抗肿瘤机制及其临床应用进展[J]. *天津药学*, 2019, 31(1): 71-73.
- [9] 吕晓强, 邓扬鸥, 杨丽, 等. 氧化苦参碱镇痛作用及其阿片受体非相关性[J]. *中华中医药杂志*, 2014, 29(2): 564-567.
- [10] Zhao Z, Fan H, Higgins T, et al. Fufang Kushen injection inhibits sarcoma growth and tumor-induced hyperalgesia via TRPV1 signaling pathways[J]. *Cancer Lett*, 2014, 355: 232-241.
- [11] 刘培培. 复方苦参注射液治疗癌性疼痛的药理机制[J]. *东方药膳*, 2020(24): 204.
- [12] 张鹏. 复方苦参注射液在癌性疼痛三阶梯止痛中的临床效果[J]. *天津药学*, 2018, 30(3): 51-53.
- [13] 赵雅玮, 许广丽, 梁靓, 等. 复方苦参注射液联合盐酸吗啡缓释片治疗中重度癌痛的临床疗效研究[J]. *药学与临床研究*, 2019, 27(1): 43-45.
- [14] Bao Y, Yang L, Hua B, et al. A systematic review and meta-analysis on the use of traditional Chinese medicine compound kushen injection for bone cancer pain[J]. *Support Care Cancer*, 2014, 22: 825-836.

[2023-01-17 收稿]

# 基于 BCW 理论的早期连续康复护理在脑卒中偏瘫患者中的应用

曹亚萍 杨秀兰\* 贡双林 王建华

**【摘要】** 目的 研究基于 BCW 理论的早期连续康复护理对脑卒中偏瘫患者肢体康复及自我效能的影响。方法 选取唐山市某三甲医院脑卒中住院患者 71 例,按照组间基线资料均衡可比原则分为对照组 35 例和观察组 36 例。对照组实施常规护理,观察组实施基于 BCW 理论的早期连续康复护理。干预前和出院 3 个月,采用运动功能量表 (FMA) 和自我效能量表 (GSES) 比较干预前和出院 3 个月两组患者的肢体运动能力和自我效能的高低。结果 护理干预前,两组患者 FMA 总分、上肢功能评分、下肢功能评分及自我效能评分比较,差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 出院 3 个月后,两组患者 FMA 总分、上肢功能评分、下肢功能评分及自我效能评分均明显升高,且组间比较,观察组高于对照组,差异均有统计学意义 ( $P<0.05$ )。结论 对脑卒中偏瘫患者采用基于 BCW 理论的早期连续康复护理可有效改善脑卒中偏瘫患者的肢体运动功能及自我效能。

**【关键词】** BCW 理论; 脑卒中; 偏瘫; 早期连续康复护理

中图分类号 R473.5 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)11-848-05

## Application of early continuous rehabilitation nursing based on BCW theory in stroke patients with hemiplegia

Cao Yaping, Yang Xiulan, Yun Shuanglin, Wang Jianhua. North China University of Science and Technology, Tangshan 063210, China

**【Abstract】 Objective** To study the effect of early continuous rehabilitation nursing based on BCW theory on limb rehabilitation and self-efficacy of stroke patients with hemiplegia. **Methods** A total of 71 inpatients with stroke in a tertiary hospital in Tangshan were selected, according to the principle of balanced and comparable baseline data between groups, they were divided into control group ( $n=35$ ) and observation group ( $n=36$ ). The control group received routine nursing, and the observation group received early continuous rehabilitation nursing based on BCW theory. The motor function Scale (FMA) and self-efficacy Scale (GSES) were used to compare the motor ability and self-efficacy of the two groups before intervention and 3 months of the intervention. **Results** Before intervention, there were no significant differences in total score of FMA, upper limb function score, lower limb function score and self-efficacy score between two groups ( $P>0.05$ ). After 3 months of intervention, the total score of FMA, upper limb function score, lower limb function score and self-efficacy score of observation group were higher than those of control group ( $P<0.05$ ). The differences were statistically significant ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Early continuous rehabilitation nursing based on BCW theory can effectively improve the motor function and self-efficacy of stroke patients with hemiplegia.

**【Key words】** BCW theory; Cerebral apoplexy; Hemiplegia; Early continuous rehabilitation nursing

脑卒中作为常见的脑血管疾病,具有高发病率、高致残率、高死亡率等特点,中国每年新发脑卒中约 200 万人,其中 70% ~ 80% 留有不同程度的功能障碍,是脑卒中疾病最常见的后遗症<sup>[1]</sup>。数据显示,2005-2019 年我国脑卒中的伤残率虽有所下降,但仍远高于英国、美国等发达国家同期水平<sup>[2]</sup>,严重影响患者的日常生活,增加家庭及社会负担,故如何降低脑卒中患者伤残率,改善其运动功能是目前医学界关注的问题。由于大多数偏瘫患者对康复的了解较少<sup>[3]</sup>,加

之康复效果显现较慢,使得患者自我效能感较差,然而,目前国内外已有许多自我效能的临床实践研究,证明了自我效能的提高可有效改善患者康复的意愿<sup>[4]</sup>及各项功能状态<sup>[5-6]</sup>。此外,Michie 等于 2011 年提出了较为完善的行为改变轮理论 (behaviour change wheel, BCW)<sup>[7]</sup>,该理论可以帮助干预者从能力 (C)、机会 (O)、动机 (M) 3 方面综合设计干预方案,方案干预的最终目的是促进患者的行为改变。目前已应用于疾病预防、促进健康及自我管理等领域,均取得显著效果<sup>[8-11]</sup>。因此,本研究采用基于 BCW 理论的早期连续康复护理,旨在有效提高脑卒中偏瘫患者的自我效能,进而

作者单位: 063210 河北省唐山市, 华北理工大学

\* 通讯作者

达到强化干预效果的目的, 现报告如下。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取 2021 年 10 月至 2022 年 7 月在唐山某三甲医院住院治疗且符合纳入排除标准的脑卒中偏瘫患者 74 例作为研究对象, 按照组间年龄、文化程度、性别、婚姻状况、疾病类型、照顾者等指标匹配均衡的原则分为观察组和对照组, 各 37 例。干预过程中观察组脱落 1 例(转院), 对照组脱落 2 例(收取最后一次资料时失访), 最终 71 例患者完成本次研究。观察组年龄 33 ~ 73 岁, 平均年龄  $56.69 \pm 10.733$  岁; 女 14 例, 男 22 例; 文化程度: 小学及以下 4 例, 初中 22 例, 高中及以上 10 例; 婚姻状况: 单身 8 例, 已婚 28 例; 疾病类型: 脑梗死 30 例, 脑出血 6 例; 是否患有慢性病: 有慢性病者 30 例, 无慢性病者 6 例; 照顾者: 配偶 21 例, 子女 15 例。对照组年龄 33 ~ 79 岁, 平均年龄  $59.57 \pm 10.132$  岁; 女 12 例, 男 23 例; 文化程度: 小学及以下 6 例, 初中 18 例, 高中及以上 11 例; 婚姻状况: 单身 7 例, 已婚 28 例; 疾病类型: 脑梗死 26 例, 脑出血 9 例; 是否患有慢性病: 有慢性病 32 例, 无慢性病者 3 例; 照顾者: 配偶 25 例, 子女 10 例。两组患者上述资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。该研究获得医学伦理委员会审核通过。

纳入标准: ①符合第四届全国脑血管病变会议通过的脑卒中诊断标准, 并得到 CT 或 MRI 检查证实的脑卒中患者; ②病程不超过 3 个月的首发偏瘫的患者; ③意识清楚, 能理解干预内容, 达到配合标准的患者; ④家属及患者都自愿参与本研究。排除标准: ①存在严重精神疾病者; ②患者存在严重器质性功能性病变; ③肢体残缺或患者存在先天性疾病; ④存在严重智力障碍无法配合的患者。脱落标准: ①家属或患者未按照规定的康复计划对患者进行康复训练; ②治疗过程中患者突发病情加重或者意外事件不能进行实验者; ③实验过程中家属或患者主动退出者。

### 1.2 护理方法

两组患者基础治疗相同。具体护理方法如下:

1.2.1 对照组 给予常规护理: ①医护人员对患者及家属进行常规科室环境介绍、心理护理、饮食护理、用药护理等事项。②指导患者进行常规康复护理: 良肢位摆放、Bobath 握手、床旁转移训练、站立训练。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上实施基于 BCW 理论的早期连续康复护理干预方案, 具体内容如下。

(1) 组建多学科合作团队: 团队成员共 6 人, 包括病区护士长、脑卒中专科护士各 2 人, 康复治疗

师及研究生各 1 人。其中病区护士长负责保障干预内容质量的实施与把控; 专科护士对脑卒中偏瘫患者的康复训练进行协助与监督; 研究生负责查阅文献资料, 制定及实施干预方案; 康复治疗师负责评估患者肢体功能水平及指导患者康复训练, 干预实施前对团队成员进行统一培训。

(2) 激发康复动机, 创造康复机会: 入院第 1 天询问并分析患者行为特征、脑卒中与康复知识的了解程度, 发放《脑卒中偏瘫患者护理康复手册》, 评估患者对转介服务的需求, 收集基线资料。结合主治医师的诊疗计划, 入院 48h 内研究人员根据患者的具体情况结合基于 BCW 理论制定个体化干预内容。

(3) 提高患者身体及心理的康复能力, 强化康复动机, 创造多方面疾病康复机会。

1) 入院第 2、3 天: ①疾病知识: 根据对患者的评估, 利用《脑卒中偏瘫患者护理康复手册》向患者进行针对性知识宣教。同时向患者及家属进行“持续康复训练促进脑功能恢复”的 PPT 讲解, 强调持续康复的重要性。②心理护理: 与患者及家属交流, 解答问题, 同时向患者及家属介绍康复成功的案例, 并让康复初显成效的病友对患者进行鼓励, 增强克服疾病的信心。③软瘫期康复训练: 为患者及其家属提供软瘫期康复阶段的教学视频, 指导患者及家属掌握以便于康复训练; a 良肢位摆放: 指导患者及家属摆放的方法并强调良肢位摆放应贯穿患者康复训练的整个时期。b 被动训练: 住院期间康复师及患者家属为患者进行被动训练, 早、中、晚各 1 次; 每次训练每个关节活动 30 次。c 床上训练: 翻身训练、坐卧位转换训练、躯干旋转训练、坐位平衡训练、桥式训练。训练后家属协助患者进行患侧肢体按摩, 缓解肌肉张力。早、中、晚各 1 次, 10min/次。④院内呼吸训练: a 缩唇呼吸训练: 指导患者根据病情选择坐位或站位, 放松身体, 训练时用鼻子吸气, 保持嘴部紧闭, 呼气时用嘴将气体缓慢呼出; b 腹式呼吸训练: 指导患者用鼻深吸气 3~5s, 屏息 2s, 用口呼气 3~5s, 即完成 1 次腹式呼吸, 训练时指导患者健侧手放于腹部, 感受吸气时腹部膨隆、呼气时有意识的缩回腹部。两项呼吸训练的吸气和呼气时间之比控制为 1 : 2~1 : 3。呼吸频率控制在 5~10 次 /min。根据患者的个人情况间断训练, 每项呼吸训练 20min/d。

2) 入院第 4、5 天: ①日常生活训练: 擦桌子、转移物品、穿衣服、喝水、梳头、擦脸、如厕、捡豆子、系扣子、摆积木。引导患者每组训练从 5min 开始, 逐渐增加到 10min, 根据自身情况进行调整, 每天训练 30min。此项训练贯穿整个康复过程。②肩关节护理: 卧床时, 注意不同的卧位都需采取肩关节良肢位

摆放;坐位或者站位时,用护托支具托起患侧上肢;患者体位变换、轮椅转移时,禁止牵拉患侧肩关节。

3)入院第6、7天:①用药护理:嘱患者及其家属按时按量准确用药,观察药物的不良反应,个性化进行用药指导。②饮食护理:根据地域特点,向患者宣教少吃酸菜、油条、罐头之类的食物;低盐低脂低糖、高蛋白、高维生素清淡饮食;根据患者的行为特征及基础病,个性化向患者饮食宣教;戒烟酒。

4)出院前第2天:痉挛期康复训练:①上肢训练:Bobath握手法、诱导患者手指对碰、抗痉挛体位。早、中、晚各1次,20min/次。②下肢训练:仰卧位屈髋屈膝、伸髋伸膝;坐位屈膝伸膝;站位平衡训练、患侧下肢负重训练、双腿轮换负重站立、站位健侧腿迈步训练;床边踏步训练;适当距离步行训练、迈台阶训练。早、中、晚各1次,20min/次。

5)出院前1天:①转介服务:根据患者及家属意愿提供转介服务,并制定出院后随访安排,承诺定期对患者进行指导与监督。②知识与技能强化:采用角色扮演,患者扮演医护人员,医护人员扮演患者,进行疾病相关知识与康复技能宣教,对于宣教不到位之处进行针对性强化教育。同时,根据个人情况,将提前录制的康复视频,发送到患者个人微信。③复查流程指导:个性化向患者及家属讲解复查的流程、时间、地点与内容,向患者提供科室电话及医生坐诊表。

6)出院后1~3个月:①环境改造:建议患者家属在家中的床旁与厕所设置扶手、浴室铺防滑垫、准备防滑合脚的拖鞋,并保证患者活动区域灯光明亮。②康复训练:根据康复教学视频,住院期间制定的个体化干预内容及所学的康复知识技能持续康复训练;院外呼吸训练:抗阻腹式呼吸训练:仰卧位,脐部放重1kg物品进行腹式呼吸抗阻训练,物品重量每2日增加1次,逐渐增加至3kg,训练时长从5min开始,逐渐增加到10min,根据自身情况随时调整,每天训练20min。③创建微信群,搭建信息交流平台,团队成员在微信群内答疑解惑并推送疾病相关知识包括:疾病预防,饮食、运动、药物、情绪调整的护理,优

秀的康复案例,每周3次;患者家属每周拍摄训练照片或视频在微信群中进行监督打卡,并观察有无动作错误的情况,与病友交流经验。④心理护理:积极调动患者周边可利用的资源,如亲人、同事、邻居等鼓励协助患者康复训练和日常交流活动;对于后期康复效果不明显的患者可能出现的焦虑抑郁心理,应鼓励患者与家属、病友沟通交流,缓解患者的情绪,并指导患者使用肢体残余功能完成生活自理。

### 1.3 评价指标

(1)运动能力:在干预前及出院3个月后,采用运动功能量表<sup>[12]</sup>(fugl-meyer assessment,FMA)对两组患者运动能力进行评定。量表总分为100分,包含上肢和下肢两部分,其中上肢部分包括上肢、腕、手与协调能力4个方面,满分66分;下肢部分包括仰卧位、坐位、站位3个方面,满分34分。

(2)自我效能:在干预前及出院3个月后,采用自我效能量表<sup>[13]</sup>(general self-efficacy scale,GSES)对两组患者自我效能进行评定。量表总分40分,共10个项目,涉及个体遇到挫折或困难时的自信心,采用李克特4点量表形式计分,各条目均为1~4分,“完全不正确”计1分,“有点正确”计2分,“多数正确”计3分,“完全正确”计4分。

### 1.4 数据分析方法

采用SPSS 22.0统计软件进行数据分析,计量资料的统计描述采用“均数±标准差”的形式表示,组间均数比较采用独立样本 $t$ 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者FMA评分比较

护理干预前,两组患者FMA总分及上肢功能、下肢功能维度评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );出院3个月后,两组患者FMA总分及两个维度评分均明显升高,但组间比较观察组患者均高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表1。

表1 两组脑卒中偏瘫患者干预前后FMA评分比较(分)

FMA 评分	观察时点	观察组 (n=36)	对照组 (n=35)	$t$ 值	$P$ 值
总分	干预前	29.33 ± 14.503	29.46 ± 13.952	0.038	0.969
	出院3个月	57.64 ± 11.248	41.34 ± 13.175	5.612	0.000
上肢功能	干预前	16.53 ± 8.574	16.49 ± 8.614	0.020	0.984
	出院3个月	32.58 ± 8.202	23.29 ± 9.458	4.425	0.000
下肢功能	干预前	12.81 ± 7.506	12.97 ± 7.294	0.091	0.928
	出院3个月	25.06 ± 4.433	18.06 ± 5.821	5.711	0.000

## 2.2 两组患者 GSES 评分比较

护理干预前, 两组患者 GSES 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P>0.05$ ); 出院 3 个月后, 两组患者

GSES 评分均明显升高, 组间比较观察组患者高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者干预前后 GESE 评分的比较 (分)

观察时点	观察组 ( $n=36$ )	对照组 ( $n=35$ )	$t$ 值	$P$ 值
干预前	17.42 ± 2.960	17.89 ± 1.891	-0.793	0.429
出院 3 个月	30.78 ± 3.432	22.40 ± 3.751	9.832	0.000

## 3 讨论

近年来随着我国老龄化进程的加快, 脑卒中发病率呈上升趋势, 因此如何缓解肢体功能障碍, 对脑卒中患者十分重要<sup>[14]</sup>。多项研究表明<sup>[15-16]</sup>, 对脑卒中偏瘫患者予以早期康复护理, 能够减轻脑功能受损程度, 提升肢体运动功能。故本研究采用 BCW 理论制定早期连续康复护理干预方案, 干预内容系统讲解疾病理论知识与康复技巧, 层次分明、训练强度由易到难, 使患者及其主要照顾者能充分掌握, 以保证患者每天的训练得到协助与安全防护。

本研究结果显示, 出院 3 个月后, 观察组 FMA 评分及自我效能评分均高于对照组, 提示基于 BCW 理论的早期连续康复护理有助于患者肢体康复, 提高患者的自我效能。这与张洁等人<sup>[17]</sup>的研究结果相比较为显著, 分析原因为: 本研究观察组入院 48h 内开始呼吸训练, 呼吸训练所用到的膈肌与腹直肌是主要的呼吸肌, 从解剖学的角度来看, 也是核心肌群的主要部分, 可以改善患者机体的平衡功能, 有利于患者四肢的控制及后期的康复训练<sup>[18-20]</sup>。另外, 早期日常生活训练与呼吸训练贴近生活, 对于偏瘫患者简单易学, 可以较好地向着高强度复杂的康复训练进行过度, 显著提升患者的康复训练积极性, 而积极的康复使得肢体功能的效果改善也促进患者自我效能感的提升。因此, 提示基于 BCW 理论的早期连续康复护理干预方案能够促进患者的肢体运动功能及自我效能的提升。

综上所述, 本研究对脑卒中偏瘫患者实施基于 BCW 理论的早期连续康复护理, 可显著提升患者的肢体运动功能及自我效能, 从而促进患者康复。本研究尚存在一些不足: 由于客观条件和研究时间有限, 入院样本量较少, 因此纳入患者的年龄没有严格控制。由于现在脑卒中年龄趋于年轻化, 后期研究可以在此基础上将年龄进行划分, 训练强度可以根据纳入者的年龄属于中青年患者还是老年患者进行相应的调整, 完善研究设计, 并在临床实践中进一步验证。

## 4 参考文献

[1] 詹青, 王丽晶. 2016 AHA/ASA 成人脑卒中康复治疗指

- 南解读 [J]. 神经病学与神经康复学杂志, 2017, 13(1): 1-9.
- [2] 王陇德, 彭斌, 张鸿祺, 等. 《中国脑卒中防治报告 2020》概要 [J]. 中国脑血管病杂志, 2022, 19(2): 136-144.
- [3] 刘丹, 原娟. 5E 康复护理对脑出血偏瘫患者健康知识掌握情况及肢体功能的影响 [J]. 内蒙古医学杂志, 2021, 53(7): 882-883, 886.
- [4] 刘亚芳, 江华, 王秋华. 中青年脑卒中患者运动康复意愿及影响因素研究 [J]. 中国全科医学, 2011, 14(4): 449-452.
- [5] 吴保平, 郝正玮, 赵雅宁, 等. 自我效能训练对缺血性脑卒中偏瘫的疗效 [J]. 中国康复理论与实践, 2014, 20(4): 351-355.
- [6] 蒋运兰, 周群, 王艳桥, 等. 中风恢复期患者自我效能与生活质量的相关性研究 [J]. 护理学报, 2012, 19(17): 73-75.
- [7] Michie S, Van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions [J]. *Implement Sci*, 2011, 6(23): 42-53.
- [8] Michie S, Atkins L, West R. The behaviour change wheel: A guide to designing interventions [J]. *Psychologist*, 2014, 27(9): 709-710.
- [9] Michie S, Richardson M, Johnston M, et al. The behavior change technique taxonomy of 93 hierarchically clustered techniques: Building an international consensus for the reporting of behavior change interventions [J]. *Ann Behav Med*, 2013, 46(1): 81-95.
- [10] 那夕明, 王微, 金燕, 等. 基于 BCW 理论的健康教育模式在肺癌患者中的应用效果 [J]. 医院管理论坛, 2020, 37(3): 70-73.
- [11] 蔡利, 单岩, 杜理平, 等. 国外行为改变理论概述与实践 [J]. 解放军护理杂志, 2019, 36(7): 59-62.
- [12] Fugl-Meyer, AR, Jääskö, L, Leyman, I, et al. The post-stroke hemiplegic patient: A method for evaluation of physical performance [J]. *Scand J Rehabil Med*, 1975, 7 (1): 13-31.
- [13] 申继亮, 唐丹. 一般自我效能感量表 (GSES) 在老年人中的使用 [J]. 中国临床心理学杂志, 2004, 12(4): 342-344.
- [14] 黄素云, 丁立东, 康小燕, 等. 家庭主要照顾者照顾能力对脑卒中患者再入院的影响 [J]. 实用临床医药杂志, 2018, 22(10): 1-4.
- [15] 陈煌, 谢红珍, 黎蔚华, 等. 脑卒中肢体功能障碍患者早期康复护理的最佳证据总结 [J]. 解放军护理杂志,

# 循证护理在脊柱外科术后患者中的应用效果分析

邢凤

**【摘要】** 目的 分析循证护理在脊柱外科术后患者中的应用效果。方法 选取2020年11月-2022年7月医院收治的132例脊柱外科手术患者作为研究对象,在组间基线资料均衡可比原则上,分为对照组和观察组,每组各66例。对照组给予常规护理,观察组实施循证护理,比较两组护理效果。结果 实施循证护理的观察组患者精神健康、生理功能、躯体疼痛、社会功能、情感职能等各项生活质量评分均高于对照组,组间差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。观察组患者护理满意度高于对照组,组间差异有统计学意义( $P<0.05$ )。观察组患者泌尿系统感染、腹胀、下肢深静脉血栓等并发症发生率及便秘发生率均低于对照组,组间差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 脊柱外科患者实施循证护理干预后的效果显著,能够提高患者生活质量,有效降低并发症及便秘发生风险。

**【关键词】** 脊柱外科手术;便秘;循证护理;满意度

中图分类号 R473.6 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)11-852-04

脊柱疾病为骨科常见的病症,多以中老年人群高发,主要是由于患者的脊柱出现退行性病变、创伤或肿瘤等,损伤患者的脊髓、神经以及血管构造,影响患者脊柱的功能<sup>[1]</sup>。临床上对于脊柱疾病患者的治疗主要是以手术为主。虽然手术治疗能够带来良好的治疗效果,但是,手术作为一种有创性治疗手段,也给患者带来一定程度的损伤。因此,在围手术期间采用有效的护理干预,可降低并发症的发生率,否则将严重影响患者预后<sup>[2-3]</sup>。本研究主要分析循证护理在脊柱外科术后患者中的应用效果,现将结果报告如下。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取2020年11月-2022年7月医院收治的132例脊柱外科手术患者作为研究对象,在组间基线资料均衡可比原则上,分为对照组和观察组,每组各66例。对照组患者男32例,女34例;年龄40~80岁,平均 $60.52 \pm 2.35$ 岁。观察组患者男35例,女31例,年龄42~82岁,平均 $60.61 \pm 2.02$ 岁。两组患者年龄、

作者单位:211300 江苏省南京市高淳人民医院骨科

性别比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。本研究经院伦理委员会批准;入选患者对研究均知情同意。

### 1.2 循证护理方法

对照组患者给予常规护理,观察组则在常规护理的基础上采取循证护理干预,主要内容如下。

(1) 临床问题:术后患者易产生应激反应,心理状态波动较大,影响心理健康,因此,需要结合患者心理状态对其做好心理护理,以提升患者的耐受程度,改善患者免疫功能;另一方面,患者在治疗的时候可能会有便秘、压力性损伤等常见的并发症出现,需要针对以上问题做出及时处理。

(2) 证据收集:针对上述问题,通过文献检索,获得最佳护理证据,同时护理人员通过头脑风暴的方式总结护理经验,进一步完善护理措施。

(3) 护理干预:①便秘:护理人员应在患者治疗期间将便秘可能会出现的原因以及预防措施告诉患者,并让患者放松身心,消除患者不良情绪。同时,还应加强对患者隐私的保护,在病房内还要注意通风,保持空气流通,如果有必要,还可使用芳香剂进行除臭,营造舒适的环境,并将按摩腹部的正确方法告知

2020, 37(6): 6-10.

[16] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会神经康复学组,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国脑卒中早期康复治疗指南[J].中华神经科杂志,2017,50(6):405-412.

[17] 张洁,徐艳华,刘阳阳,等.强化早期训练在脑卒中重度偏瘫患者中的应用[J].中华现代护理杂志,2021,27(23):3162-3166.

[18] 章志超,刘金明,李祖虹,等.膈神经电刺激联合呼吸

训练对脑卒中患者肺功能、躯干稳定性及平衡功能的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2018,40(7):486-490.

[19] 刘婷婷,雷梦杰,金昌德.核心稳定性训练对脑卒中偏瘫患者康复效果的系统评价及试验序贯分析[J].临床与病理杂志,2019,39(1):110-119.

[20] 朱宁,马奇,李小军.反馈式强化躯干和下肢训练对脑卒中偏瘫患者平衡和运动功能的影响[J].中国康复医学杂志,2013,28(1):54-56.

[2023-02-06 收稿]

患者,告知其将双手交叉放于腹部之中,从肚脐处向外进行按摩,顺时针 30 圈、逆时针 30 圈,每天 3 组。早餐前可空腹饮水,饮食上应以高纤维素的食物为主,以促进排便。此外,如果有必要还应加入乳果糖口服干预和开塞露深部灌肠等措施,促进患者排便,预防便秘。②压力性损伤:护理人员需要按时为患者进行身体擦拭,保证患者身体保持干净状态,按时为患者进行翻身,在为患者皮肤进行清洁的时候,动作需要保持轻柔,以避免对皮肤带来损伤。在为患者身体部位进行按摩的时候可间断性进行。另外,对患者的饮食方案进行科学制定,结合患者的实际情况和特点,如果有需要可为患者提供营养液,通过静脉输入。③下肢静脉血栓:患者在治疗的时候需要长时间在床上休息,容易增加下肢静脉血栓的风险,该并发症特别容易发生在老年患者。脊柱外科手术患者中多数为老年患者,因此,手术作为侵入性操作,会给患者带来一定损伤,使血管壁受损,特别是卧床同时还合并心脑血管疾病的患者来说,还会对静脉血流造成影响,出现血流缓慢瘀滞的情况,使血流保持在一个高凝的状态之下,出现下肢静脉血栓。护理人员需要对此引起足够重视,将该并发症可能会出现的原因及风险告诉患者,引起患者的关注。可指导患者进行适当的运动,并每天按时为患者按摩下肢,对患者股四头肌和小腿肌肉进行按摩,每天 4 次,每次 15min。还可指导患者每天进行两次屈膝运动,每天半小时。按时为患者翻身,并加强对患者皮肤状态的观察和监测,如果出现异常,要趁早进行治疗。④预防便秘的饮食干预:在手术开始之前,护理人员需要将手术后营养重要性告知患者和家属,并将营养相关知识向其进行普及和培训,使得家属和患者对此方面的认知正确。并与医生医嘱相结合,在术后饮食上需要摄入蛋白高和热量高、纤维高的食物为主,并多以容易消化的食物

为主要饮食,严格对三餐进行合理搭配。比如每天患者需要摄入一定量的香蕉,如果没有其他异常,应鼓励患者大量饮水,保持每日摄入液体总量在 2000ml 以上,并避免摄入油脂太高的食物,避免便秘出现。⑤排便习惯养成:手术结束后,患者如果需要排便,应为其提供专门的排便环境,并协助患者养成健康的排便习惯,一般来说在早饭后为排便最佳时间。

### 1.3 观察指标

(1)生活质量:利用 SF-36 生活评估量表评分,对患者精神健康、生理功能、社会功能、情感职能、躯体疼痛等内容进行评价,总分为 100 分,分数与生活质量呈正比。

(2)满意度:通过医院自制调查问卷对满意度进行分析,总分 100 分,将满意度标准分为非常满意(82 分以上),满意(72~82 分),不满意(小于 72 分)。满意度 = (非常满意 + 满意)例数 / 观察例数。

(3)并发症及便秘发生率:并发症包括泌尿系统感染、腹胀、下肢深静脉血栓等。

### 1.4 数据分析方法

运用 SPSS 27.0 统计学软件分析处理数据,计量资料采用“均数 ± 标准差”表示,组间均数比较采用  $t$  检验;计数资料组间率比较采用  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者生活质量评分比较

观察组患者精神健康、生理功能、躯体疼痛、社会功能、情感职能等各项生活质量评分均高于对照组,组间差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 1。

### 2.2 两组患者护理满意度情况比较

实施循证护理的观察组患者护理满意度高于对照组,组间差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 2。

表 1 两组患者生活质量评分比较(分)

组别	精神健康	生理功能	躯体疼痛	社会功能	情感职能
对照组( $n=66$ )	70.52 ± 3.23	70.15 ± 7.10	65.02 ± 6.13	68.58 ± 4.31	70.33 ± 3.42
观察组( $n=66$ )	82.88 ± 6.71	80.52 ± 9.28	78.84 ± 9.43	78.19 ± 4.68	78.36 ± 4.77
$t$ 值	13.484	7.210	9.982	12.271	11.115
$P$ 值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表 2 两组患者满意度情况比较

组别	观察例数	非常满意	满意	不满意	总满意度(%)
观察组	66	55	11	0	100.00
对照组	66	50	8	8	87.88

注:总满意度比较: $\chi^2=8.516$ ,  $P=0.004$ 。

## 2.3 两组患者并发症及便秘情况比较

观察组患者泌尿系统感染、腹胀、下肢深静脉血

栓等并发症发生率及便秘发生率均低于对照组, 组间差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组患者并发症及便秘发生率比较

组别	例数	并发症				便秘	
		泌尿系统感染	腹胀	下肢深静脉血栓	发生率 (%)	例数	发生率 (%)
对照组	66	2	2	3	10.60	8	12.12
观察组	66	1	0	0	1.51	1	1.52
	$\chi^2$ 值			5.143		5.843	
	$P$ 值			0.023		0.016	

## 3 讨论

脊柱损伤作为一种外科疾病, 具有很高的致残率和致死率, 该病目前的治疗方式主要以手术为主, 这几年, 医疗技术发展迅速, 随着医学模式的改变, 影像学技术也逐渐提升, 可依据其影像学结果选择更加适合患者的手术方式进行治疗, 进而提升整体临床效果。但是, 许多患者在手术之后因为需要保持一段时间的卧床休息, 限制了患者的行动, 该手术在术后会产生一定程度的疼痛感, 出现活动障碍, 有些患者的心理状态也会因此受到影响, 产生大量负面情绪, 加上患者对手术治疗不够了解, 对治疗效果有些担心, 会相继出现恐惧、紧张等心理活动, 严重影响患者的术后恢复效果<sup>[4]</sup>。脊柱外科手术患者在手术之后一般都会产生并发症, 常见的有便秘、下肢静脉血栓等, 会导致病情加重, 如果没有获得及时处理, 可威胁到患者生命健康。脊柱外伤在外科中属于常见的病症, 病情相对严重, 手术治疗对患者来说十分重要, 是确保患者生命的重要手段, 手术之后的恢复阶段对患者来说也很重要。有研究报道, 对脊柱外科手术患者实施科学的护理干预能够促进患者治疗效果的提升, 减少便秘等并发症的发生风险。

循证护理作为护理事业发展的产物, 是符合以上要求的护理新模式。该护理模式通过批判性思维判断遇到的问题和分析问题, 从而探索出解决措施, 获得更加有效的护理, 循证护理不仅仅将重点放在患者之上, 同时也使得护理人员明确了自己的工作范围和内

容, 使其在护理过程中节省时间, 提升工作效率, 并通过科学研究论据和临床经验, 拟定出更加有效且适合的护理方案, 以满足患者对护理的需求<sup>[5]</sup>。本次研究在围术期实施循证护理干预的观察组患者的满意度和生活质量评分均高于对照组, 观察组患者便秘及常见并发症率低于对照组, 上述结果证实了循证护理的科学有效性。

综上所述, 脊柱外科患者实施循证护理干预后的临床效果显著, 能够提高患者生活质量, 有效降低并发症及便秘发生风险, 提高患者满意度。

## 4 参考文献

- [1] 郑莹莹, 刘小兰, 陈静等. 脊柱手术患者围手术期采用快速康复外科护理的临床效果及降低并发症发生率的影响 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(17): 142+153.
- [2] 牟红艳. 循证护理预防脊柱外科围手术期常见并发症的效果 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(88): 292-293.
- [3] 晏蓉, 李素云, 陈婷, 等. 脊柱外科术后患者深静脉血栓预防及管理的最佳证据应用 [J]. 护理学杂志, 2019, 34(19): 21-26.
- [4] 于先会. 循证护理预防脊柱外科围手术期常见并发症的效果观察 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(79): 247-248.
- [5] 李民. 中西医结合护理对脊柱外科术后患者便秘的预防价值 [J]. 实用中西医结合临床, 2018, 18(01): 165-166.

[2023-04-13 收稿]



# 生活项目干预在预防神经外科 NICU 患者发生谵妄中的应用

顾文文 吴莉蓉\* 石利平 祝秀娟

**【摘要】** 目的 观察神经外科重症监护病房 (NICU) 患者应用生活项目干预对谵妄的预防作用。方法 选择 2022 年 1-12 月在如东县人民医院神经外科 NICU 治疗的患者 92 例为研究对象, 根据患者入院时间的先后顺序及组间均衡原则均分为两组, 将先入院的 46 例患者设为对照组, 给予常规护理, 将后入院的 46 例患者设为观察组, 在常规护理基础上给予生活项目干预, 对两组患者谵妄发生率、谵妄持续时间、住院时间、认知功能、自理能力、满意度进行比较。结果 生活项目干预后, 观察组患者的谵妄发生率、谵妄持续时间、住院时间均明显低于对照组, 组间对比差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。与对照组比较, 观察组患者干预后认知功能、自理能力分值较高, 并且观察组患者对护理工作的满意度高于对照组, 组间差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 神经外科 NICU 患者应用生活项目干预后, 能够有效预防谵妄的发生, 改善患者认知功能与自理能力, 加快患者康复, 提高患者满意度。

**【关键词】** 神经外科; 重症监护室; 生活项目干预; 谵妄; 满意度

中图分类号 R473.6 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)11-855-03

谵妄是一种急性可逆的脑病综合征, 以波动性意识障碍、注意力不集中、意识水平变化等为特点, 是危重患者的常见并发症。谵妄往往起病急, 病情发展迅速且反复波动, 是影响患者预后的重要因素<sup>[1]</sup>。生活项目干预方案是一种以医院为基础、以患者为中心、由护士主导、以英国国家卫生与临床优化研究所 (NICE) 指南为引导的多学科团队协作的非药物预防谵妄的模式, 旨在预防患者谵妄的发生, 改善患者认知功能与自理能力。基于此, 本研究将生活项目干预应用于神经外科重症监护病房 (NICU) 治疗的患者, 探讨干预的临床效果, 结果报告如下。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选择 2022 年 1-12 月在如东县人民医院神经外科 NICU 治疗的患者 92 例为研究对象, 根据患者入院时间的先后顺序及组间均衡原则均分为两组, 将先入院的 46 例患者设为对照组, 将后入院的 46 例患者设为观察组。纳入标准: ①年龄  $\geq 60$  岁; ②可正常沟通, 意识清楚。排除标准: ①存在谵妄症状; ②伴有严重躯体疾病; ③伴有精神障碍疾病; ④昏迷; ⑤无法配合研究, 中途退出。对照组 25 例患者为男性, 21 例患者为女性; 年龄范围 60 ~ 88 岁, 年龄均值为  $71.23 \pm 3.84$  岁。观察组 26 例患者为男性, 20 例患者为女性; 年龄范围 61 ~ 88 岁, 年龄均值为  $70.98 \pm 3.92$  岁。两组患者上述数据对比差异无统计

学意义 ( $P > 0.05$ )。本研究经医院伦理委员会审批, 患者均签署知情同意书。

### 1.2 护理方法

1.2.1 对照组 给予常规护理, 对患者病情进行密切观察, 加强日常护理, 并遵照医嘱开展护理工作, 及时和患者及其家属沟通, 给予相应的心理疏导与支持。

1.2.2 观察组 在常规护理基础上给予生活项目干预, 具体内容如下:

(1) 成立干预小组: 由医学专家、护理专家、营养师、责任护士、康复训练师、药剂师、心理咨询师等成立干预小组, 开展专业、系统的知识培训, 重点普及有关谵妄的知识, 结合临床实际情况, 制定切实可行的护理方案。

(2) 共性干预: ①定向沟通: 在病房墙上挂带有日历的时钟与小白板, 将患者每天的重要检查项目、干预活动记录在小白板上, 适当提醒患者。②认知治疗活动: 结合患者个人情况, 制定恰当的干预方式, 如阅读报纸、翻阅老照片、观看视频等, 同时鼓励患者家属多和患者沟通, 适当增加探视次数。③早期活动: 加强对患者病情的评估, 制定具有针对性的活动计划, 指导患者进行关节活动、行走等训练, 逐步培养患者的自理能力。

(3) 个性干预: ①视觉与听力障碍: 若患者存在视觉障碍, 在阅读的时候应佩戴眼镜, 或者使用放大镜, 提供大号字体的书籍, 在呼叫器、暖水瓶上进行荧光标记。若患者存在听力障碍, 应佩戴助听器, 进行耳聆的定期清理, 和患者交流时尽量放缓语速, 清晰表达。②睡眠障碍: 为了改善患者睡眠, 应在患者睡前采取以下措施, 如喝热牛奶、点熏香、播

基金项目: 南通市卫生健康委员会科研课题 (编号: QA2021060)

作者单位: 226400 江苏省南通市如东县人民医院神经外科

\* 通讯作者

放舒缓音乐、泡脚等。此外,调节室内灯光,减少噪音,改善患者睡眠环境,进而促进患者睡眠。③营养不良:对患者营养状态进行评估,制定个性化饮食方案。部分患者可予以辅助喂食,每次半勺食物,叮嘱患者细嚼慢咽,合理调节患者进食体位,以免发生呛咳。④疼痛:先对患者进行非药物镇痛,如热敷或者冰敷、呼吸放松训练、音乐疗法等,如果非药物镇痛无效果,可遵照医嘱进行药物镇痛。⑤便秘:根据患者的个人情况,指导患者养成良好的排便习惯,叮嘱患者多活动、多喝水,并结合营养师的建议,对患者饮食方案进行调整,注意粗纤维的摄入。必要时,遵照医嘱使用缓泻剂。⑥感染:引起感染的因素非常多,如吞咽功能障碍患者因为误吸而发生肺部感染,为此,在日常护理中,护理人员应加强患者进食评估,根据患者的实际情况,选择恰当的食物,同时强化口腔护理。在进食时,适当抬高床头,保持约 $60^\circ$ 的倾角,餐后仍保持此体位约20min。此外,加强导管护理,以免发生泌尿系统感染,指导患者进行膀胱功能训练,尽早撤除导尿管,落实无菌操作,每天冲洗2次会阴部,减少不必要的尿路冲洗。⑦低氧血症:检查患者口腔是否有异物,适当抬高床头,倾角 $30^\circ \sim 45^\circ$ ,确保呼吸顺畅,遵照医嘱进行吸氧,保证血氧饱和度不低于90%。若患者血氧饱和度低于90%,应马上告知主治医生,查找原因,及时给予对症处理。

### 1.3 观察指标

(1) 谵妄发生率<sup>[2]</sup>:运用中文版3min谵妄诊断量表进行评估,包括4项指标,指标a为注意力不集中,指标b为意识水平改变,指标c为存在波动性变化或者病症急性发作,指标d为思维混乱,如果同时满足指标a、指标b、指标c或者同时满足指标a、指标c、指标d,即可确定为谵妄。

(2) 谵妄持续时间、住院时间。

表1 两组患者的谵妄持续时间与住院时间比较(d)

组别	谵妄持续时间	住院时间
对照组(n=46)	6.32 ± 1.71	12.01 ± 2.51
观察组(n=46)	5.25 ± 1.65	10.23 ± 2.35
t值	3.054	3.511
P值	0.003	0.001

表2 干预前后两组患者的认知功能与自理能力对比(分)

组别	认知功能		自理能力	
	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组(n=46)	18.05 ± 3.51	25.02 ± 3.11	62.35 ± 4.59	85.12 ± 5.34
观察组(n=46)	18.32 ± 3.34	27.12 ± 3.15	61.98 ± 4.16	89.41 ± 5.26
t值	0.378	3.218	0.405	3.882
P值	0.706	0.002	0.686	0.000

(3) 认知功能<sup>[3]</sup>:运用简易智力状态评定量表进行评估,总分为30分,指标包括语言、即刻记忆、延迟记忆、时间定向力、地点定向力、注意力及计算力、视空间,分值越高,认知功能越好。

(4) 自理能力<sup>[4]</sup>:运用Barthel指数进行评估,总分为100分,指标包括穿衣、进食、洗澡、修饰、如厕、控制小便、控制大便、床椅转移、平地行走、上下楼梯,分值越高,自理能力越强。

(5) 满意度:运用问卷调查形式进行评估,满分为100分,非常满意 $\geq 90$ 分,一般满意60~89分,不满意 $< 60$ 分,满意度=(非常满意+一般满意)/观察例数。

### 1.4 统计学分析方法

数据录入SPSS 24.0统计学软件并进行分析处理,计数资料计算百分率(%),组间率的对比采用 $\chi^2$ 检验;计量资料以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示,组间均数比较采用t检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者的谵妄发生率对比

对照组谵妄发生率为17.39%(8/46),观察组谵妄发生率为4.35%(2/46)。相比于对照组,观察组谵妄发生率较低,差异有统计学意义( $\chi^2=4.039$ , $P=0.045$ )。

### 2.2 两组患者的谵妄持续时间与住院时间比较

相比于对照组,观察组患者谵妄持续时间、住院时间更短,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表1。

### 2.3 干预前后两组患者的认知功能与自理能力对比

干预前,两组患者认知功能、自理能力评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );干预后,观察组患者认知功能、自理能力分值均高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表2。

## 2.4 比较两组患者的满意度

对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 3。

生活项目干预后, 观察组患者满意度明显高于对

表 3 两组患者的满意度比较

组别	非常满意	一般满意	不满意	满意度 (%)
对照组 ( $n=46$ )	18	20	8	82.61
观察组 ( $n=46$ )	26	18	2	95.65

$\chi^2=4.039, P=0.044$ 。

## 3 讨论

生活项目干预是一种以医院为基础、以护士为主导、以患者为中心、以 NICU 指南为引导的一种预防谵妄的干预模式, 需要多学科的共同协作<sup>[5]</sup>。在生活项目干预中, 主要包括共性干预方案与个性干预方案, 对预防重症患者谵妄的发生有着十分积极的意义<sup>[6]</sup>。

研究表明, 观察组谵妄发生率、谵妄持续时间、住院时间均小于对照组, 与有关文献<sup>[7]</sup>的报道结果基本一致, 由此可知, 生活项目干预对预防 NICU 患者谵妄的发生有着非常重要的作用, 且有助于加快患者康复。究其原因如下: 生活项目干预对谵妄诱发因素的干预更加全面、系统、规范, 通过多学科的协作, 能够充分弥补常规护理的缺陷, 临床应用价值非常高。

研究中还观察到, 观察组患者干预后认知功能、自理能力分值以及满意度均高于对照组, 由此可知, 生活项目干预对改善患者认知功能与自理能力有着非常积极的意义。究其原因如下: 生活项目干预充分突出了以患者为中心的理念, 能够根据患者的个体差异, 提供个性化护理指导, 不仅可以改善患者认知功能与自理能力, 还可以满足患者各项需求, 提高患者满意度。本研究结果与相关文献<sup>[8]</sup>的研究报道非常接近。

综上所述, 神经外科 NICU 患者应用生活项目干预后, 能够有效预防谵妄的发生, 改善患者认知功能与自理能力, 加快患者康复, 提高患者满意度。

## 4 参考文献

- [1] 张山, 韩媛, 吴瑛. 谵妄早期预防及干预措施执行体验质性研究的 Meta 整合 [J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(21): 2658-2663.
- [2] 梅晓凤, 王云云, 王利, 等. 住院老年患者生活项目一预防谵妄的照护模式 [J]. 中国实用护理杂志, 2018, 34(14): 1115-1120.
- [3] 袁伟蓉, 李苏娜, 廖玲芳, 等. 早期活动结合护理干预对 ICU 机械通气患者谵妄发生率的影响 [J]. 中国医学创新, 2018, 15(10): 84-87.
- [4] 李立群, 詹梦梅, 江丽玲, 等. 急诊科老年患者谵妄影响因素及干预研究进展 [J]. 中华急危重症护理杂志, 2020, 1(3): 37-40.
- [5] 邓传瑶, 王艳艳, 谢冬梅, 等. 基于住院老年人生活项目的多学科综合干预模式预防术后谵妄的效果 [J]. 实用老年医学, 2019, 33(1): 12-15.
- [6] 霍妍, 彭贵凌, 贾云洋, 等. 住院老年人生活项目干预促进老年髋部骨折患者术后早期离床活动 [J]. 护理学杂志, 2021, 36(4): 76-81.
- [7] 戴燕雪, 付新爱, 贾瑞英, 等. 生活项目干预方案对预防老年住院患者谵妄的影响 [J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(9): 69-71.
- [8] 黄艳, 张蒙, 高浪丽, 等. 生活项目干预方案预防住院老年患者谵妄的效果研究 [J]. 中华护理杂志, 2019, 54(6): 855-861.

[2023-03-10 收稿]

# 前馈控制护理对小儿支气管肺炎雾化吸入治疗的影响

张静

**【摘要】** 目的 探究前馈控制护理在小儿支气管肺炎雾化吸入治疗中的应用效果。方法 2021年12月-2022年5月,选取医院收治的84例小儿支气管肺炎患儿作为研究对象,按照组间性别、年龄、病程等基线资料均衡可比的原则分为两组。对照组( $n=40$ )行常规护理,观察组( $n=44$ )在对照组基础上行前馈控制护理,对两组症状缓解时间、住院时间、患儿治疗依从性以及肺功能指标等进行对比分析。结果 前馈控制护理实施后,观察组患儿的治疗依从率明显高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );观察组患儿咳嗽、发热、肺部啰音等症状改善时间以及住院时间均短于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。护理干预前,两组患儿肺活量(FVC)、一秒用力呼吸容积( $FEV_1$ )和最大呼气峰流速(PEF)各项肺功能指标比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );护理干预后,两组患儿上述肺功能指标均改善,且观察组 $FEV_1$ 、FVC、PEF各项水平均高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 前馈控制护理在小儿支气管肺炎雾化吸入治疗中的应用效果较好,可提高患儿治疗依从率,改善临床症状及肺功能指标。

**【关键词】** 前馈控制护理; 小儿支气管肺炎; 雾化吸入; 肺活量; 一秒用力呼吸容积; 最大呼气峰流速

中图分类号 R725.6 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)11-858-03

小儿支气管肺炎是由于细菌、病毒等感染因素导致的肺部炎症,发病后患儿会伴有发热、咳嗽、呼吸困难等不良症状,对患儿健康和生活的非常不利<sup>[1]</sup>。针对此疾病,雾化吸入治疗具有效果明显、用药量小、不良反应少、操作方便等优势,是临床较为常用的治疗方式<sup>[2]</sup>。但临床实践表明,小儿支气管肺炎雾化吸入治疗期间仍存在一些风险问题,影响治疗过程及效果。针对这些风险问题进行分析,并加以干预,可有效保证小儿支气管肺炎雾化吸入治疗顺利进行,提升治疗效果。前馈护理是一种新型护理模式,是通过在护理干预前对护理期间可能存在的风险问题提前进行评估,并制定应对护理策略,避免相应风险问题对临床治疗的影响,已经应用于很多疾病的护理<sup>[3]</sup>。本科室自2020年1月开始,对小儿雾化护理问题进行专项系列研究,前期探讨了针对性护理的干预方案及其在小儿肺炎雾化吸入治疗中的应用,取得了良好的临床效果。在此基础上,本研究将前馈护理模式引入小儿支气管肺炎雾化吸入治疗中,观察其应用效果,具体报告如下。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

2021年12月-2022年5月,选取医院收治的84例小儿支气管肺炎患儿作为研究对象。入选标准:患儿病情均符合小儿支气管肺炎相关诊断标准;患儿

均首次接受雾化吸入治疗。排除标准:伴有精神疾病或意识障碍患儿;伴有免疫功能障碍患儿;伴有严重肺疾病患儿。按照组间性别、年龄、病程等基线资料均衡可比的原则分为两组。对照组( $n=40$ )男女比为23:17;年龄1~8岁,平均 $5.36\pm 1.37$ 岁;病程2~8d,平均 $4.76\pm 1.18$ d。观察组( $n=44$ )男女比为25:19;年龄1~8岁,平均 $5.42\pm 1.41$ 岁;病程2~9d,平均 $4.81\pm 1.24$ d。两组上述基线资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。本研究经过医院伦理委员会批准,且患儿家属均签订知情同意书。

### 1.2 前馈控制护理方法

对照组行常规护理,包含常规病情观察、用药干预、健康宣教、饮食干预和心理干预等。观察组在对照组基础上行前馈控制护理,具体措施如下。

(1) 成立护理干预小组:护理干预小组负责组织并实施前馈控制护理,其中小组成员包含1名护士长、8名专科护士以及若干管床医生,入组前组织所有小组成员进行雾化吸入治疗前馈控制护理内容的学习,并编制前馈控制护理考核试卷,保证所有小组成员均考核合格。

(2) 护理风险问题循证分析:由护理干预小组根据既往小儿支气管肺炎雾化吸入治疗案例以及查阅相关文献资料,对可能影响小儿支气管肺炎雾化吸入治疗的相关风险问题进行梳理,其中主要包含小儿不愿意接受雾化吸入治疗;小儿家长缺乏对雾化治疗知识的掌握,不能有效配合雾化治疗。依据梳理的相关风险问题,由干预小组通过经验总结、头脑风暴以及

文献资料的查询,明确上述风险问题发生的原因并制定相应的护理措施,并根据现有的护理方案和流程,将总结好的护理措施融入其中形成新的护理方案和流程。

(3) 护理内容优化:针对小儿不愿意接受雾化吸入治疗的问题,采取积极的应对护理措施:①治疗前,了解患儿喜欢的动画片,治疗中播放患儿动画片吸引患儿注意力,避免患儿哭闹,从而让患儿更好的配合雾化吸入治疗;②针对哭闹影响治疗的患儿,可暂停治疗,待患儿安静或睡眠后再行治疗;③治疗时可将治疗用药物贮瓶置于42℃温水中加温处理,提升治疗舒适度,从而避免患儿哭闹;④治疗完成后,对患儿进行表扬,并引导患儿父母对患儿进行拍背排痰,同时擦拭口鼻,并引导患儿漱口,以减少药物在患儿口咽部沉积。针对小儿家长缺乏对雾化治疗知识的掌握,不能有效配合雾化治疗问题,采取的应对护理措施:①对相应护理人员开展培训和考核,不仅要能够正确实施雾化治疗方案,同时也能够对患儿父母进行教育培训;②干预小组编制雾化吸入治疗指导单,其中涉及内容包含雾化治疗的机制、方法、作用、时间以及注意事项等内容,通过指导单对患儿父母进行健康指导,另外针对雾化治疗期间父母可能出现的错误动作进行示范指导;③组织患儿及其父母共同观看雾化吸入治疗宣传视频;④护理人员加强巡视,及时纠正患儿以及父母存在的不正确行为。此外由专门护理人员记录患儿雾化治疗期间出现的问题以及处理措施,继续优化改进护理方案。

### 1.3 观察指标

(1) 患儿治疗依从性:由专人按照患儿治疗期间表现对患儿依从性情况进行测评,其中患儿能够完全根据护理人员指导进行雾化治疗,记为完全依从;

患儿治疗期间出现偶尔抗拒或哭闹情况,记为部分依从;患儿治疗期间出现频繁抗拒或哭闹情况,记为不依从。依从率=(完全依从+部分依从)例数/观察例数×100%。

(2) 症状缓解时间和住院时间:由专门护士负责统计两组患儿咳嗽、肺部啰音、气喘等症状改善时间以及住院时间,并计算两组患儿相应平均时间。

(3) 肺功能指标:统计两组整个护理期间两组肺活量(FVC)、一秒用力呼吸容积(FEV<sub>1</sub>)和最大呼气峰流速(PEF)等肺功能指标。

### 1.4 数据分析方法

运用SPSS 20.0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 $\chi^2$ 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 两组患儿治疗依从性对比

前馈控制护理实施后,观察组患儿的治疗依从率明显高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表1。

### 2.2 两组患儿症状缓解时间和住院时间对比

前馈控制护理实施后,观察组患儿咳嗽、发热、肺部啰音等症状改善时间以及住院时间均短于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表2。

### 2.3 两组患儿肺功能指标对比

护理干预前,两组患儿FEV<sub>1</sub>、FVC、PEF各项肺功能指标比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );护理干预后,两组患儿上述指标均升高,且观察组各项肺功能指标均高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表3。

表1 两组患儿治疗依从性对比

组别	n	依从情况			依从率(%)
		完全依从	部分依从	不依从	
对照组	40	22	9	9	77.50
观察组	44	33	9	2	95.45

$\chi^2=5.935, P=0.015$ 。

表2 两组患儿症状缓解时间和住院时间对比(d)

组别	n	症状缓解时间			住院时间
		咳嗽	发热	肺部啰音	
对照组	40	6.78±2.39	3.46±1.32	6.62±2.23	7.72±2.44
观察组	44	5.64±1.69	2.48±0.91	5.49±1.74	6.24±1.71
	$t$ 值	2.543	3.992	2.602	3.243
	$P$ 值	0.013	0.000	0.011	0.002

表3 两组患儿肺功能指标对比结果

组别	n	FEV <sub>1</sub> (L)		FVC (L)		PEF (L/min)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	40	1.13 ± 0.32	2.23 ± 0.81	1.28 ± 0.37	2.11 ± 0.51	2.08 ± 0.55	4.01 ± 1.12
观察组	44	1.11 ± 0.25	2.91 ± 0.86	1.26 ± 0.33	2.92 ± 0.63	2.14 ± 0.49	4.91 ± 1.23
t 值		0.321	3.721	0.262	6.436	0.529	3.494
P 值		0.749	0.000	0.794	0.000	0.598	0.000

### 3 讨论

小儿支气管肺炎是临床常见的小儿疾病类型，主要是由于细菌、病毒或混合感染所致，会导致患儿出现发热、咳嗽、呼吸困难以及肺部湿罗音等不良症状，如不及时治疗还会导致患儿出现休克、脑水肿及心肌炎等严重并发症，严重影响患儿健康和生命<sup>[4]</sup>。雾化吸入治疗通过高速氧将雾化后的药液送至患儿的呼吸道和肺部，从而提升病灶部位的药物浓度，有效发挥止咳、平喘以及消炎的作用<sup>[5-6]</sup>。此治疗方式操作便捷，见效较快并且不良反应较少，受到医护人员和患儿家属的欢迎。但由于患儿年龄较小，配合度较差，加之患儿家属缺乏对雾化治疗的认知等原因，会严重影响雾化治疗的过程和效果。前馈控制护理是一种以循证为基础的护理模式，通过风险问题的分析和循证，提前找出存在问题和原因，并进行消除，将治疗期间可能出现的风险问题消除在萌芽中，从而避免相应风险影响，有效提升治疗和护理效果。本研究将此护理模式应用于小儿支气管肺炎雾化吸入治疗中以分析其应用效果，为临床提供参考。

本研究通过成立护理干预小组，找出影响小儿支气管肺炎雾化吸入治疗的风险问题并进行分析，制定针对性的护理对策，以有效避免对小儿支气管肺炎雾化治疗过程 and 效果的影响。结果表明，前馈护理干预后，雾化治疗支气管肺炎患儿的依从率明显高于常规护理患儿，说明前馈护理能够有效提升雾化治疗小儿支气管肺炎的依从性，保证治疗过程更加顺利。其原因是前馈护理针对影响小儿治疗依从性的因素进行优化，通过转移患儿注意力，提升患儿物化治疗舒适度，加强对患儿鼓励等方式有效提升患儿治疗期间的配合度<sup>[7]</sup>。前馈护理干预后，患儿症状缓解时间、住院时间均短于常规护理患儿，肺功能指标参数优于常规治疗患儿，说明前馈护理能够有效提升小儿支气管肺炎雾化治疗的治疗效果。其原因是前馈护理后小儿治疗

依从性提升，加之护理当中加强患儿家属的健康指导，提升患儿家属对相应健康知识的了解，并且规范患儿家属的行为，保证患儿家属能够更好地配合物化吸入治疗，从而有效提升治疗效果<sup>[8]</sup>。

综上所述，前馈控制护理应用于小儿支气管肺炎雾化吸入治疗中，能够有效提升患儿的治疗依从性，缩短患儿症状改善时间和住院时间，改善患儿的肺功能。

### 4 参考文献

- [1] 徐艳丽. 集束化护理在小儿支气管肺炎雾化吸入治疗过程中的干预效果 [J]. 临床与病理杂志, 2022, 42(7): 1675-1680.
- [2] 王廷智, 张海丽, 韩艳. 盐酸氨溴索联合布地奈德雾化吸入治疗小儿支气管肺炎的临床效果 [J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7(22): 91-94.
- [3] 奚小琴, 殷圣, 吴欢. 前馈控制护理在小儿支气管肺炎雾化吸入治疗中的应用效果 [J]. 临床与病理杂志, 2022, 42(7): 1681-1686.
- [4] 杨剑钗, 张姚实, 范丽蓉. PDCA 循环护理改善小儿支气管肺炎症状、依从性及生活质量的效果探讨 [J]. 名医, 2022(10): 144-146.
- [5] 邱渺涑. 异丙托溴铵联合布地奈德雾化吸入对小儿支气管肺炎患儿炎症因子及肺功能的影响 [J]. 医疗装备, 2021, 34(20): 77-78.
- [6] 伍俏枝. 布地奈德对小儿支气管肺炎患儿行雾化吸入治疗的临床有效性与安全性 [J]. 海峡药学, 2021, 33(7): 135-136.
- [7] 宋杰. 舒适护理对小儿支气管肺炎康复效果的影响分析 [J]. 中国冶金工业医学杂志, 2022, 39(5): 563-564.
- [8] 江荣, 谢雅荣, 皮颖. 责任制整体护理干预对小儿支气管肺炎患儿肺功能和生存质量的影响探讨 [J]. 基层医学论坛, 2022, 26(21): 59-61.

[2022-11-03 收稿]

# 多媒体视频示范联合家庭协同护理对支气管哮喘患儿雾化吸入治疗效果的影响

王宏玲

**【摘要】** 目的 分析多媒体视频示范联合家庭协同护理对支气管哮喘患儿雾化吸入治疗效果的影响。方法 选取 2021 年 1 月至 2022 年 6 月医院儿科收治并行雾化吸入治疗的支气管哮喘患儿 100 例，在组间基本资料均衡可比的基础上，采用抽签法分为对照组与观察组，每组 50 例。对照组按照儿科常规护理流程进行干预，观察组在常规护理基础上执行多媒体视频示范联合家庭协同护理。比较两组患儿治疗有效率、治疗依从性、抵抗情绪及医疗恐惧情绪评分。结果 多媒体视频示范联合家庭协同护理干预后，观察组患儿治疗总有效率为 94.00%，高于对照组的 82.00%，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组患儿治疗依从性、抵抗情绪、沟通意评分均显著高于对照组，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。观察组患儿医疗环境恐惧、人际关系恐惧、医疗操作恐惧、自我恐惧评分均显著低于对照组，差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 多媒体视频示范联合家庭协同护理在小儿支气管肺炎中的应用，不仅有助于提升雾化吸入治疗效果，而且有利于缓解患儿的负性情绪影响，提升患儿依从性。

**【关键词】** 支气管哮喘；多媒体视频示范；家庭协同护理；雾化吸入；医疗恐惧  
中图分类号 R473 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)11-861-03

小儿支气管哮喘是儿科较常见的一类疾病，其主要症状以咳嗽、胸闷、气促为主。由于小儿支气管哮喘具有病程长、高复发性特点，给患儿身心健康带来了严重的影响<sup>[1]</sup>。现阶段该病多以雾化吸入治疗为主，该治疗方式具有操作简便、起效快和不良反应少等优势，但同时由于小儿年龄低下、表达能力及自我照顾能力不足等因素的影响，患儿易在治疗期间出现抵触和恐惧心理，影响治疗的依从性和临床治疗效果<sup>[2]</sup>。所以，基于小儿成长特点和病情治疗需求，采取科学的护理干预尤为重要。本研究将多媒体趣味视频结合家庭协同护理应用于小儿支气管哮喘雾化吸入治疗中，有效改善了患儿负性情绪和治疗依从性，提高了临床治疗效果。现将结果报告如下。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取医院 2021 年 1 月至 2022 年 6 月期间收治的行雾化吸入治疗的支气管哮喘患儿 100 例。纳入标准：①符合小儿支气管哮喘疾病相关诊断标准；②年龄 5 ~ 12 岁；③对雾化吸入治疗耐受性良好；④智力发展正常，具有良好的认知、理解能力。排除标准：①合并其他呼吸系统疾病，如肺炎；②合并严重脏器器质性病变；③合并先天性疾病的患儿，如先天性心脏病。采用随机抽签法并结合组间基本特征均衡可比

的原则，将患儿分为对照组和观察组，各 50 例。对照组男 27 例，女 23 例，年龄 5 ~ 11 岁，平均  $9.26 \pm 1.38$  岁；病程 1 ~ 4 年，平均  $2.58 \pm 0.78$  年。观察组男 28 例，女 22 例，年龄 5 ~ 12 岁，平均  $9.61 \pm 1.45$  岁；病程 1 ~ 5 年，平均  $2.77 \pm 0.82$  年。两组患儿性别、年龄、病程比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。本研究经医院伦理委员会批准，所有参与研究患儿家属均签署知情同意书。

### 1.2 护理方法

1.2.1 对照组 患儿按照儿科常规护理流程进行护理，主要包括：①护理人员采用床旁一对一讲解和宣传资料派发的方式对患儿及家属进行疾病知识宣教；②以热情、亲切的态度与患儿沟通，掌握患儿心理及性格特征，指导患儿正确配合雾化治疗；③加强对患儿的鼓励与安抚，雾化吸入治疗期间密切观察患儿情况，出现异常及时终止治疗。

1.2.2 观察组 患儿采取多媒体视频示范联合家庭协同护理，具体实施内容如下。

(1) 多媒体视频示范指导：①趣味视频制作。由 1 名护士负责解说，1 名护士进行示范，示范护士装扮成儿童感兴趣的卡通人物进行动作示范，示范期间解说人员将解说内容编辑为通俗易懂、生动有趣的卡通故事进行解说。示范过程中配以卡通音效，以呈现动画片的展示效果，以此吸引幼儿观察，帮助幼儿理解。②视频内容设计。动画故事的主要内容有护士联合幼儿一同帮助卡通人物完成人物，即由护士指导

患儿配合共同完成雾化吸入治疗的人物,以任务驱动提升幼儿参与治疗的配合度和依从性;待视频观察完毕后示范护士同患儿进行交流,查看患儿关于雾化吸入治疗配合知识与技能的掌握情况,同时以趣味游戏的形式再次宣教,加深患儿掌握程度。雾化吸入治疗配合主要包括保持安静坐姿进行吸入治疗,同时配合深呼吸和增大胸廓的活动以提升疗效,当出现不适时要学会举手示意,雾化吸收完成后要使用清水漱口。

(2) 家庭协同护理: ①做好家属健康教育。采取集体宣讲、一对一讲解和微视频推送、宣传手册派发等多种形式针对家属普及小儿支气管哮喘疾病知识,提升家属病理认知,帮助其树立协同护理及治疗意识。②家属协同护理指导。指导家属做好患儿病症的观察,观察内容包括患儿基础生命体征(体温、呼吸、脉搏等)、身体部位变化等,如患儿出现憋喘、气促等表现时要及时告知主治医师进行处理。护理人员采用现场演示的方式对家属讲解雾化吸入治疗和排痰等操作要点,帮助家属掌握正确的护理技巧。③亲情式护理。为患儿和家属创设一个温馨、舒适的家庭版病房环境,主动与患儿家属进行沟通,做好心理疏导,避免家属因自身不良情绪而影响患儿治疗。指导家属多对患儿进行亲情式心理干预,包括多与患儿交流、亲子游戏、多抚摸患儿等,鼓励患儿积极治疗。④建立家属交流圈。组建“小儿哮喘交流群”,鼓励家属间的相互交流,分享家属协同护理经验,互相鼓励,以帮助家属建立治疗自信心和对医务人员的信任感,确保护理及治疗工作的顺利实施。

### 1.3 观察指标

(1) 治疗总有效率: 评定标准分为显效、有效、无效。经雾化吸入治疗后患儿气喘、咳嗽、气促等症状完全消失且呼吸气流增加原来35%以上,界定为“显效”;患儿各项临床症状明显改善但未完全消失,呼吸气流速度增加原来的15%~34%,界定为“有效”;患儿呼吸气流增加速度低于15%且临床症状无明显改善或呈现进行性加重,界定为“无效”。治疗总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

(2) 患儿抵抗情绪: 运用自制患儿低垂情绪量表针对两组患儿治疗期间抵抗情绪进行评估,量表内容包括抵触情绪、沟通意向、治疗依从性三个维度,其中抵触情绪依据患儿抵触情绪严重程度计分,分值1~4分计,分值越高说明患儿抵触情绪越小;沟通意向根据患儿主动沟通表现计分,分值1~4分计,分值越高说明患儿沟通主动性越好;治疗依从性合计4个条目,每一条目1~4分计,满分16分,分值越高说明患儿依从性越好。

(3) 患儿医疗恐惧情绪: 运用小儿医疗恐惧调查量表<sup>[3]</sup>对两组患儿医疗恐惧情绪进行评估,量表内容涉及医疗环境恐惧、人际关系恐惧、医疗操作恐惧和自我恐惧四个维度,合计21条目,每一条目计分1~3分,分值越高说明患儿恐惧情绪越严重。由护理人员及家属指导患儿完成量表填写,保证患儿正确理解量表内容。

### 1.4 数据分析方法

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

## 2 结果

### 2.1 两组患儿治疗总有效率比较

护理干预后,观察组患儿治疗总有效率为94.00%,高于对照组的82.00%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表1。

表1 两组患儿治疗总有效率比较

组别	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组( $n=50$ )	22	19	9	82.00
观察组( $n=50$ )	30	17	3	94.00

$\chi^2=6.818, P=0.009$ 。

### 2.2 两组患儿治疗依从性比较

护理干预后,观察组患儿治疗依从性、抵抗情绪、沟通意向评分均显著高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表2。

表2 两组患儿抵抗情绪评分比较(分)

组别	治疗依从性	抵触情绪	沟通意向
对照组( $n=50$ )	11.02 ± 1.45	2.20 ± 0.55	2.45 ± 0.57
观察组( $n=50$ )	13.58 ± 0.81	3.04 ± 0.44	3.31 ± 0.55
$t$ 值	10.899	8.433	7.677
$P$ 值	0.000	0.000	0.000

### 2.3 两组患儿医疗恐惧评分比较

护理干预后,观察组患儿医疗环境恐惧、人际关系恐惧、医疗操作恐惧、自我恐惧评分均显著低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表3。

## 3 讨论

支气管哮喘是目前临床上常见的慢性呼吸道疾病,雾化吸入治疗是常用治疗方法。雾化吸入治疗具有诸多优势,但也会受到患儿依从性的影响。患儿依从性较差主要受自身情绪、家庭、教育以及环境等多方面因素的影响<sup>[4-5]</sup>。治疗期间,患儿由于受到疾病造成的生理痛苦再加之陌生的住院环境、医护人员、医疗操作等因素影响,也会进一步加剧其负性情绪,



表3 两组患儿医疗恐惧评分比较(分)

组别	医疗环境恐惧	人际关系恐惧	医疗操作恐惧	自我恐惧
对照组 (n=50)	7.89 ± 1.72	7.27 ± 1.83	8.33 ± 1.98	7.62 ± 1.62
观察组 (n=50)	5.44 ± 1.21	4.90 ± 1.08	5.82 ± 1.42	4.81 ± 1.56
t 值	8.238	7.887	7.284	8.835
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000

表现为抵抗和畏惧治疗,影响最终治疗效果<sup>[6]</sup>。

赵甜<sup>[7]</sup>认为,传统的护理模式在患儿健康宣教形式上较为单一,同时对于家属成员所带来的积极效应也未给予高度关注,最终导致护理结果并不理想。多媒体视频示范指导属于一种全新的宣教模式,其主要借助多媒体通过一些趣味性讲解视频的录制和展示来对幼儿进行示范指导,该方式有效地弥补了传统宣教模式的单一性、枯燥性和抽象性等不足,不仅有助于提升幼儿参与兴趣,也符合幼儿认知特点便于其掌握和理解<sup>[8]</sup>。此外,家庭协同护理强调家属积极参与幼儿护理实践,通过家属与护理人员的协同作用,为幼儿的快速康复提供便利条件。家庭协同护理模式不仅使家属的监督、指导功能得到了充分发挥,还可在一定程度上缓解患儿的负性情绪,提升患儿安全感和依从性<sup>[9-10]</sup>。

多媒体视频示范指导与家庭协同护理两种干预模式在干预机制上虽有所不同,但均能弥补传统护理的缺陷。结合本研究数据结果来看,观察组治疗总有效率高于对照组,这与既往研究结果一致<sup>[11]</sup>。提示该综合护理模式可有效提升患儿治疗依从性。此外,本研究中观察组患儿抵触情绪评分显著高于对照组,同时医疗恐惧评分显著低于对照组,与李媛和张喜梅<sup>[12]</sup>的研究结果一致,说明该综合护理模式可显著改善患儿抵抗情绪和医疗恐惧情绪,从而提升患儿依从性。分析其原因主要在于:多媒体视频示范指导以生动、形象且趣味性十足的动漫视频展示,充分符合幼儿的形象思维特点,能够激发幼儿的强烈兴趣,使其主动参与,并保证幼儿能够充分理解和掌握雾化吸入治疗的配合要点,从而使其在治疗期间正确、积极的配合治疗。此外,辅以家庭协同护理,借助家属的监督、协同职能可有效提升患儿的安全感和依从性,缓解患儿对医疗行为的恐惧和抵触,最终提升临床疗效。

综上所述,多媒体视频示范指导联合家庭协同护理综合干预模式可有效提升小儿支气管肺炎雾化吸入

治疗效果,缓解患儿的抵触情绪和畏惧情绪。

#### 4 参考文献

- [1] 刘玲玲.家庭型医护一体化护理在小儿支气管哮喘中的应用价值[J].山西卫生健康职业学院学报,2021,31(6):101-103.
- [2] 王旭.健康管理及教育在提高小儿支气管哮喘护理质量中的应用价值[J].吉林医学,2021,42(7):1783-1784.
- [3] 苟丽,张婕,尼晓丽.健康宣教指导在小儿支气管哮喘遵医行为中的应用效果分析[J].四川解剖学杂志,2020,28(3):77-79.
- [4] 庄丛,危文锋,林白浪,等.医院-社区-家庭一体化服务在小儿支气管哮喘护理管理中的应用价值[J].中国实用护理杂志,2020,36(22):1721-1726.
- [5] 尹芳,杨春香,杨人菊,等.健康教育对小儿支气管哮喘吸入治疗疗效和依从性的影响[J].当代护士(上旬刊),2020,27(7):116-118.
- [6] 符影.人性化护理在小儿支气管哮喘临床护理中的应用[J].中国医药指南,2020,18(4):263-264.
- [7] 赵甜.健康教育对小儿支气管哮喘的病情、病程进行护理干预后效果的影响[J].家庭生活指南,2019(9):126.
- [8] 魏娜.基于视频的健康教育模式在小儿支气管哮喘护理中的应用效果[J].临床医学研究与实践,2019,4(4):182-183.
- [9] 王雅敏,杨金玲,安红军.个体化健康教育对提高哮喘患儿治疗依从性及疗效分析[J].河南预防医学杂志,2019,30(8):576-578.
- [10] 陈天琪.家庭护理对小儿支气管哮喘恢复的作用探讨[J].人人健康,2020(9):178.
- [11] 杜娜,朱雪凤,王惠芬,朱海英.互动健康教育模式对小儿支气管哮喘患者治疗的影响[J].医疗装备,2017,30(13):137-138.
- [12] 李媛,张喜梅.多媒体辅助的趣味视频示范指导结合家庭协同护理对小儿支气管哮喘患儿雾化吸入质量、抵抗情绪、医疗恐惧的影响[J].临床医学研究与实践,2022,7(15):154-156.

[2022-11-03 收稿]

# 模块式康复训练在脑卒中偏瘫患者中的应用效果

张冬慧 石利平 吴莉蓉\* 谢苏黔

**【摘要】** 目的 分析模块式康复训练在脑卒中偏瘫患者中的应用效果。方法 选择2022年1月-2023年3月医院收治的脑卒中偏瘫患者60例作为研究对象,在组间基线资料均衡可比的原则上,采用抽签法将患者分为两组,每组各30例。对照组实施常规康复训练,观察组实施模块式康复训练,比较两组患者沟通能力、运动功能等康复效果。结果 实施模块式康复训练的观察组患者语言交往、口语表达、语言接收、书面接收、阐述性言语等沟通能力指标评分均高于对照组,组间比较差异均有统计学意义( $P<0.05$ );观察组患者上肢运动功能、下肢运动功能、运动状态量表(MSS)、Berg平衡量表(BBS)评分均高于对照组,组间比较差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 脑卒中偏瘫患者应用模块式康复训练后,可以改善患者沟通能力,增强患者运动功能,有效改善患者预后。

**【关键词】** 脑卒中;偏瘫;模块式康复训练;沟通能力;运动功能

中图分类号 R493 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)11-864-03

脑卒中偏瘫患者多伴有中枢神经系统损伤,大脑皮层抑制功能减退,出现不同程度功能障碍,以言语障碍、肢体功能障碍为主,对患者日常生活及身心健康造成了极大的影响<sup>[1]</sup>。在临床中,脑卒中偏瘫患者多采用药物、物理等方式进行治疗,尽管能够在一定程度上改善患者功能障碍,但效果有限<sup>[2]</sup>,仍然需要对脑卒中偏瘫患者进行规范、科学的康复指导,以此提高患者预后。模块式康复训练是一种将康复、护理分为多个模块的康复护理模式,具有系统性、阶段性、个性化的特点<sup>[3]</sup>。本文主要探讨模块式康复训练在脑卒中偏瘫患者中的应用效果,现报告如下。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选择2022年1月-2023年3月医院收治的脑卒中偏瘫患者60例作为研究对象,在组间基线资料均衡可比的原则上,采用抽签法将患者分为两组,每组各30例。纳入标准:①经检查确诊为脑卒中偏瘫;②伴有肢体疼痛或者关节活动受限;③可正常沟通,意识与认知无异常。排除标准:①伴有重要脏器严重功能障碍;②伴有精神障碍疾病;③伴有凝血功能障碍;④临床资料不完整。

对照组年龄25~73岁,平均 $53.78 \pm 4.68$ 岁;病程1个月~1年,平均 $6.12 \pm 1.54$ 个月;学历水平:本科及以上8例,专科8例,高中8例,初中5例,小学1例。观察组年龄25~72岁,平均 $54.01 \pm 4.29$ 岁;

基金项目:南通市卫生健康委员会科研课题(编号:QB2021043)

作者单位:226400 江苏省南通市如东县人民医院神经外科  
\*通讯作者

病程1个月~1年,平均 $6.25 \pm 1.39$ 个月;学历水平:本科及以上7例,专科10例,高中7例,初中4例,小学2例。两组患者年龄、病程、学历水平差异无统计学意义( $P>0.05$ )。入选患者对研究均知情同意,且研究已经医院伦理委员会批准。

### 1.2 康复训练方法

1.2.1 对照组 实施常规康复训练:即遵照医嘱指导患者用药,根据患者病情恢复程度,指导患者进行肢体功能锻炼,同时指导患者合理饮食,确保患者营养均衡,促使患者肢体功能早日恢复。

1.2.2 观察组 在常规康复训练的基础上实施模块式康复训练,主要内容如下:

(1)语言模块:①发音训练:指导患者进行抿嘴、鼓腮、呲牙等动作训练,同时进行闭嘴、张口、咀嚼等动作训练。在训练中,遵循循序渐进、由慢到快的原则,每个动作训练3~5次,每次时间3~5min。

②口语训练:先指导患者进行韵母发音练习,之后指导患者进行声母发音练习,最后指导患者进行韵母、声母结合练习。在发音练习熟练之后,指导患者进行诗歌朗诵,让患者对着镜子练习,便于患者观察模仿,及时调整口型。同时,借助字帖、图片等方式进行发音练习,从单音节、简单发音开始训练,在熟练掌握之后,逐渐增大难度,如词语、短句、简单句子等。

③表达能力训练:选择患者熟悉话题进行交流,营造一定的语言氛围,引起患者注意,让患者积极参与。此外,积极和患者互动,调动患者主观能动性,激发患者表达欲望,培养患者表达能力。

(2)肢体模块:①上肢训练:指导患者进行肩胛下降、上提、外旋、内旋等被动训练,训练时对着

镜子,了解自身不足,进而加以改进。采用 Bobath 球辅助患者进行肘关节、腕关节训练,逐渐恢复患者上肢运动功能。在训练过程中,护理人员应站在患者患侧,密切观察患者训练情况,及时矫正不当姿势。此外,在上肢控制能力训练中,取患者坐卧位,借助肩部、肘部的弯曲,用手部触摸面颊、鼻尖、嘴等部位,之后指导患者进行肩部外展训练,角度为 90°,保持此动作 10s,然后缓慢收回到肘关节伸展状态。②下肢训练:取患者仰卧位,用小腿支架对患者患侧肢体进行支撑与固定,结合患者的实际情况,选择恰当的模式,每天训练 2 次,每次时间约 20min。

(3)运动模块:①平衡训练:在患者卧床期间,取屈膝卧位,双足于臀部下方平踏床面,将双手置于身体两侧或者交叉于胸前,当患者患侧肢体无法支持的时候,护理人员予以辅助,指导患者缓慢抬高臀部,达到最高点保持 3~5s,之后缓慢回到起始位置。在患者功能有所恢复之后,逐渐增大训练难度,指导患者进行伸髋、骨盆侧移运动。平衡训练每天 2 次,每次时间 15min。②站立行走训练:让患者站在平衡杠前,用健侧手扶杠,以患侧肢体支撑,健侧肢体缓慢上台阶,保持站立姿势约 8min,当出现膝反张现象,马上停止训练。在患者支撑能力越来越强的形势下,指导患者进行步行训练,每天 2 次,每次时间 30min。

### 1.3 观察指标

(1)沟通能力:运用波士顿失语症评分量表对

患者沟通能力予以评定,指标包括语言交往、口语表达、语言接收、书面接收、阐述性言语,以 4 级评分法判定,分值越高,沟通能力越强。

(2)运动功能:运用 Fugl-Meyer 运动功能量表对患者上肢功能与下肢功能进行评定,运用运动状态量表(MSS)评定患者运动状态,运用 Berg 平衡量表(BBS)评定患者平衡能力,每项指标总分均为 25 分,分值越高,运动功能越好。

### 1.4 数据分析方法

运用 SPSS 24.0 统计学软件进行数据统计分析,计量资料采用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示,组间均数比较采用  $t$  检验;计数资料组间率比较采用  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者的沟通能力比较

实施模块式康复训练的观察组患者语言交往、口语表达、语言接收、书面接收、阐述性言语等沟通能力指标评分均高于对照组,组间比较差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1。

### 2.2 两组患者的运动功能比较

实施模块式康复训练的观察组患者上肢运动功能、下肢运动功能、运动状态量表(MSS)、Berg 平衡量表(BBS)评分均高于对照组,组间比较差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 1 两组患者的沟通能力比较(分)

组别	例数	语言交往	口语表达	语言接收	书面接收	阐述性言语
对照组	30	1.97 ± 0.33	1.75 ± 0.34	1.95 ± 0.32	1.97 ± 0.35	1.72 ± 0.38
观察组	30	2.26 ± 0.31	2.05 ± 0.38	2.35 ± 0.37	2.28 ± 0.33	2.04 ± 0.36
$t$ 值		3.508	3.223	4.479	3.530	3.348
$P$ 值		0.001	0.002	0.000	0.001	0.001

表 2 比较两组患者的运动功能(分)

组别	例数	上肢运动功能	下肢运动功能	MSS	BBS
对照组	30	18.87 ± 2.12	18.76 ± 2.37	18.36 ± 2.32	17.43 ± 2.25
观察组	30	20.43 ± 2.36	20.54 ± 2.46	20.03 ± 2.65	19.78 ± 2.52
$t$ 值		2.693	2.854	2.597	3.810
$P$ 值		0.009	0.006	0.012	0.000

## 3 讨论

脑卒中又称之为中风,是一种临床常见病,具有较高的致残率与致死率。经大量调查显示,偏瘫是脑卒中患者的常见并发症,因为血液黏稠度高、动脉硬化导致脑神经细胞缺氧缺血,导致神经细胞坏死、凋亡,呈现出不同程度的运动功能障碍,使得患者日常

生活与身心健康受到影响<sup>[4]</sup>。所以,对于脑卒中偏瘫患者来说,尽早给予有效的康复训练十分重要。

模块式康复训练就是将训练分成多个模块,根据患者护理需求,进行不同模块灵活组合,具有个性化、阶段性、系统性等特点,能够充分激发患者兴趣,调动患者主观能动性,以此帮助患者更快康复<sup>[5]</sup>。此外,

在患者出现新的护理需求时, 还可将相应模块直接加至现阶段护理工作之中, 进一步提高护理效果。在模块式康复训练中, 完成上一个模块后才可以进入下一个模块, 为康复训练的有序展开奠定了坚实基础, 有助于提高患者配合依从性, 提高患者训练信心, 达到预期的训练效果<sup>[6]</sup>。

本研究表明, 实施模块式康复训练的观察组患者沟通能力各指标分值更高, 与有关文献<sup>[7]</sup>的报道结果基本一致, 由此可以看出, 模块式康复训练对改善患者沟通能力有着十分积极的意义。究其原因是在进行语言模块训练的时候, 能够为患者创设一个良好的语言氛围, 并遵循循序渐进的原则展开训练, 从简单到复杂, 最大限度的激发了患者语言功能, 加快语言中枢重组, 进一步改善患者语言功能。

本研究显示, 实施模块式康复训练的观察组患者上肢运动功能、下肢运动功能、运动状态量表(MSS)、Berg平衡量表(BBS)评分均高于对照组, 与相关文献<sup>[8]</sup>的研究报道非常接近, 由此可见, 模块式康复训练对改善患者运动功能有着非常重要的作用。在肢体模块、运动模块训练中, 对建立大脑组织侧支循环有着十分积极的意义, 能够加快损伤脑细胞重组, 促进代偿, 实现大脑功能重建, 以此改善患者功能障碍, 恢复患者运动功能。

综上所述, 脑卒中偏瘫患者应用模块式康复训练后, 可以改善患者沟通能力, 增强患者运动功能, 有效改善患者预后。

#### 4 参考文献

- [1] 毛媛, 朱芸, 张天照. 早期康复训练对缺血性脑卒中偏瘫患者运动功能和日常生活活动能力的影响[J]. 解放军预防医学杂志, 2018, 36(5): 624-626.
- [2] 姜军, 王丛笑, 朱爽, 等. 体感模拟训练系统结合早期康复训练对脑卒中病人偏瘫上肢功能的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2021, 19(20): 3606-3609.
- [3] 余乐华, 毕美仙, 邵娟, 等. 低频脉冲电刺激联合肢体康复锻炼对脑卒中偏瘫患者PSQI总分, 凝血功能和肢体运动功能的影响[J]. 临床和实验医学杂志, 2021, 20(18): 1951-1955.
- [4] 张玲玲, 张羽. 综合康复训练联合穴位按摩干预脑卒中偏瘫患者康复效果观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2021, 23(10): 194-198.
- [5] 吕慧森, 吴非泽, 王嘉麟. "形神并调" 针法联合康复训练对缺血性脑卒中痉挛性偏瘫患者康复的影响[J]. 中医药导报, 2021, 27(7): 109-113.
- [6] 冯岚. 小组模式康复训练对脑卒中偏瘫患者焦虑抑郁情绪手部功能及日常生活能力的影响[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(3): 505-507.
- [7] 赵莉, 陶化青. 康复护理干预有助于颅脑外伤术后偏瘫患者的恢复[J]. 基因组学与应用生物学, 2019, 38(7): 3323-3329.
- [8] 吴莉蓉, 季晓平, 石利平, 等. 模块式康复训练在车祸致脑外伤偏瘫患者中的应用[J]. 护理实践与研究, 2020, 17(23): 81-83.

[2023-03-10 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

# 河北某综合性大学医学生人文教育现状及发展对策

王冰

【关键词】 医学生；人文；教育现状；对策

中图分类号 G640 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)11-867-03

## 1 医学生人文教育概念及意义

什么是“医学人文”？从理论医学层面的拆解，到古今中外的解读，其概念逐渐清晰，但目前仍没有统一的概念定论<sup>[1-3]</sup>。纽约大学医学院医学人文部提出的一个实用而且务实的医学人文定义：医学人文这个术语广义地定义为包含了跨人文学科领域（文学、哲学、伦理学、历史和宗教）、社会科学（人类学、文化研究、心理学、社会学）和艺术（音乐、戏剧、电影、多媒体和视觉艺术），以及它们在医学教育和实践中的应用。根据现有研究资料进行梳理，文中的“医学人文”是指囊括了医学、社会学、心理学、文学、美学等跨学科交叉领域的学科<sup>[4]</sup>。

2018年，教育部颁发了《普通高等学校本科专业类教学质量国家标准》（以下简称《标准》）<sup>[5]</sup>，其中临床医学专业类教学质量国家标准明确要求，医学生要珍视生命，关爱病人，具有人道主义精神。同时在医学人才培养的课程计划中，要求高等医学院校必须安排人文科学、医学伦理等课程，培养医学生的人文关怀精神。在《中国本科医学教育标准——临床医学专业》<sup>[6]</sup>中，也对临床医学本科毕业生毕业时应达到的职业素养提出了明确要求，学生毕业要能够根据《中国医师道德准则》为所有患者提供人道主义的医疗服务。

目前我国医学院校或设有医学专业的综合类大学普遍开设了医学人文教育课程，但各院校的课程设置缺乏统一标准，相关研究显示，我国医学院校医学人文课程的开设比例大约占7%~8%，美国、德国等国家医学院校医学人文课程比重达到20%~25%<sup>[2]</sup>。与医学院校相比，开设了医学专业的综合大学，其医学人文教育大多依附本校相关人文学科的教学体系，倾向于大学生人文通识教育，缺乏医学人文的特殊性<sup>[7]</sup>。

## 2 综合性大学医学生人文教育现状

本文通过对河北某综合性大学从事医学生人文教

育的专家、教师及临床医学专业的学生进行访谈，了解河北某综合性大学医学生人文教育现状。

### 2.1 课程架构

根据《标准》要求，临床医学专业必须安排人文科学、医学伦理等课程<sup>[5]</sup>，但《标准》未对具体开设哪些课程进行硬性规定，关于课程开发、如何开展及考核没有具体而详细的说明。

医学人文课程分为通识课，包括大学生心理、历史、语文、美学等，而带有医学特点的人文课程则包括医事法学、医学伦理、医学心理学、医患沟通、医学史等。在该学校的医学课程构架中，只有3门涉及医学专业的必修课，其余可归类为医学人文的课程均为选修课，课程设置随意性较大，每学期根据学生报名人数决定是否开班，且根据该校教师的专业及兴趣开设，缺乏层次性与系统性。课程大多为休息日及晚上，与医学专业课程没有形成一个良好的互动补充。对该校近5年医学人文选修课程进行人数统计，《医患沟通》最受欢迎，每年选修课人数均为最高，其他课程每年人数波动较大。

### 2.2 教学方式

医学人文课程以理论教学为主，在课堂授课是主要教学方式。讲授医学人文课程的教师均有一定的医学背景，授课过程中能够结合医学现状，将医学人文课程与医疗实践紧密结合。以《医患沟通》课程为例，教学大纲中显示有翻转课堂，通过学生分组进行医患沟通典型场景演绎。学生受访者共同主题显示，医学人文课程以教师讲授为主，大一大二的学生显示出对个别内容理解较为困难，希望能够有更多的实操课程，采用多种方式与未来的医疗工作相结合。

### 2.3 医疗实践

医学人文实践以讲座、事迹汇报为主。讲座集中在邀请本校毕业的杰出医生代表，结合自己的从医过程、分享从医的体会、典型案例等，以及邀请医疗律师进行案例讲解。讲座大多设置了问答环节，形成了良好的互动。所有受访的共同主题显示，对某个印象深刻的讲座历历在目，12名学生受访者均能够立即

回答出自己印象深刻的讲座人员姓名及内容,其中有7人现场与讲座者进行了互动。所有受访者均表示得到了非常大的启发,能够用另一个视角接触真实的临床,了解医疗流程,尤其是临床实践注意事项。其中大三、大四5名学生受访者参与过临床见习(医学生课程要求),均表示在见习的过程中进一步验证了讲座中老师提到的“要点”,让人印象深刻。大五已经实习的学生4人表示到临床后才明白以前上的人文课程有什么用。

#### 2.4 学习效果

所有学生受访者均表示医学人文课程让自己体会到了医疗的本质,加深了职业教育等,了解了医疗“救死扶伤”的意义。2名大四学生多次提及对即将进入临床实习的担心,但对未来的临床工作预测都是正面的,认为医疗纠纷属于个别情况,提及了医学人文课程对自己从医生涯正向引导的作用。

### 3 综合性大学医学生人文教育存在的问题

#### 3.1 课程定位模糊

在回答“你认为医学人文包括什么内容?”这个问题时,12名受访学生给出了截然不同的答案,其中大一、大二的学生认为只有医事法学和医患沟通属于“医学人文课程”,对课程的连贯性和课程之间的内在逻辑无法理解,“看到哪个感兴趣就选了哪一科”。

教学管理者认为医学人文课程设置是在“已经非常繁重的医学课程中挤入医学人文内容。”所有的教师受访者均表示医学人文课程的占比应该更大。目前对于医学人文课程的定义仍没有统一标准,对医学人文的理解也不一样,受访教师认为不应该按照理工科的标准严格划分医学人文的边界,模糊的医学人文界定更能渗透到医学生的心中,成为今后执业的底线和心理支柱。所有的受访教师均表示,医学人文应该形成人文课程体系,在体系中进行课程的微调,对从业教师进行培训,要求教师对内容的把控更为严格,做到同质化,避免换一个老师,整个课程内容发生颠覆性改变的情况。

#### 3.2 教师能力不足

医学人文的“人性化”定义非常模糊,如何将“医学”和“人文”结合一直是争论的话题,对此学术界没有定论,而每个人的理解也可能不尽相同。目前存在的问题包括:老师想要传授医学人文内容,但对医学人文的系统化教学理解较浅,怎样进行医学和人文的融合,采用什么样的方式融合差异化明显;将“规避医疗风险”与“医学人文”混同,课堂人文教学变成了“大型普法现场”。

#### 3.3 实践的匮乏

所有受访学生均高度肯定了医学人文的重要性,但在具体实践中,医学操作与人文内容往往不能很好的融合,人文实践不足,其中“只听印象不深”“实践内容枯燥”在整理的采访资料关键词里反复出现42次之多。大四的受访学生认为应该将实践课程放在医院内部,提供更多的机会让医学生接触患者,在成为临床医生之前就有学以致用用的机会。

#### 3.4 学生学习时间不足

医学人文课程采用选修制,“为了学分”这个关键词在资料中出现24次。医学的课程较为繁重,很多医学生为了学分选修医学人文课程,并没有把医学人文课程当成必须要掌握的知识技能,其中有8名学生提到曾在医学人文课程中“赶作业”,做其他学科的作业,课堂投入不足。只有2名同学提到了在相关课程学习里精神集中,尤其在老师提到具体案例的时候,希望在今后的工作中自己能够避免一些错误。

### 4 综合性大学医学生人文教育发展对策

#### 4.1 构建成体系的医学人文课程

医学人文课程大多根据本学校教师的学科背景开设,没有形成一个成逻辑的体系,出现了教师调任课程就取消的情况。医学人文课程不成体系的原因主要包括以下方面:一是医学院校依然将专业课程视为医学生最为重要的能力,医学人文只是“锦上添花”,重视度不够。二是医学在国内外本科阶段都是课程较重的学科,医学生往往忙于专业课程的学习,在较重的医学课程中“挤”进去医学人文内容,并没有得到学生广泛的选择。三是医学人文教师资源匮乏,且对医学人文的解读和理解是非常个体化的,课程往往无法提出明确的、可量化的标准,医学人文课程出现良莠不齐的情况。

医学生课程繁重,如何在有限的学习时间中融入成体系的医学人文课程一直是难题,综合院校医学人文课程与人文通识课程并没有清晰界限,在课程设置上,综合院校应该利用好其他专业的教学资源,发展出自身的医学人文课程架构,针对各个年级医学课程的进程加入医学人文内容。

#### 4.2 增强医学人文课程教师队伍建设

医学人文课程一般由本学校具有相关背景的老师担任,有研究发现,部分教师缺乏人文精神,将医学人文课堂变成了“规避医疗风险大会”<sup>[5]</sup>,让学生产生了误解。除此之外,更多的情况则集中在老师大量的医学专业课教学中,留给医学人文的部分很少。解决此问题,可以通过以下方式:一是将医学人文课程作为医生考核内容中不可或缺的部分。二是利用社会

# 护理职业教育双师型教师队伍建设探讨

张瑾钰 靳力 牛朝霞\*

**【摘要】** 加快高素质双师型教师队伍建设, 积极打造护理职业教育双师型教师队伍是国家大力培养复合型护理人才的关键, 有利于护理职业教育的发展, 有利于学生的进步。通过分析当前护理职业教育双师型教师队伍建设存在的问题, 提出护理职业教育双师型教师队伍建设的有效对策与建议, 为职业院校建设和完善双师型教师队伍提供参考, 助力护理职业教育迈向一个新的发展阶段。

**【关键词】** 职业教育; 护理专业; 双师型教师

中图分类号 G715.1 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)11-869-03

护理职业教育双师型教师队伍建设是国家大力培养复合型护理人才的关键, 建设双师型教师队伍的过程中, 职业院校要创造条件、营造氛围, 调动教师队伍的积极性。职业院校既要站在学校的角度思考问题, 也要站在教师的角度规划工作。本文旨在实事求是地分析护理职业教育双师型教师队伍建设中存在的问题, 在总结与创新中, 通过采取合理有效的对策措施, 调动教师队伍的进取积极性, 让越来越多护理专业教师达到双师型水平。

基金项目: 河南省教育科学“十三五”规划一般课题(编号: 2020YB0456)

作者单位: 451191 河南省郑州市, 河南医学高等专科学校

\* 通讯作者

资源, 邀请相关领域专家为教师进行培训。三是利用竞赛, 将医学人文作为教师教学能力的授课技能之一, 让教师提高重视度。

## 4.3 开展多样性的医学人文实践活动

医学院校的人文实践活动依然集中在讲授、讲座, 缺乏互动和真实的场景。有的时候为了做活动而活动, 对于理论上更为丰富的活动模式, 如受访学生提出的“情景模拟”活动中本应该体现丰富的人文内容, 但过于形而上学, 导致说教意味过浓, 其中两位受访者提到“非常尬”。而医学生投入度不足也与实践内容单一相关。本研究认为, 解决该问题的方式为: 一是保持讲座的模式, 开拓其他方式的医学人文实践活动, 加强医疗机构的参与度, 医疗机构提供的实践机会是鲜活的, 可以充分调动学生的积极性, 在见习过程中, 可以加入医学人文实习, 如在符合医学伦理的情况下让学生观摩手术前谈话, 病情告知等医疗实践, 真实感受医学人文素养的必要性。二是针对学生投入度不足, 首先应该改变教师对医学人文的态度, 科研与人文并重的理念应该始终贯彻在医学教学中, 将医学人文内容的融合度作为考核教师讲课的标准之一, 加强

## 1 护理职业教育双师型教师队伍建设的意义

在职业教育中, 加强护理专业双师型教师队伍建设工作, 具有多方面现实意义。其一, 可以调动教师队伍的学习热情、进取热情。其二, 可以保证护理专业的教育教学水平。其三, 可以引导护理专业学生全方面学习、全方面发展。具体分析如下:

### 1.1 调动教师学习热情

在职业院校双师型教师队伍建设中, 学校可以提供集体交流、集体实践的机会, 将教师队伍带入到浓厚的学习氛围中, 调动教师队伍的学习热情, 让护理专业教师发展成为学习型教师, 不断地进步, 不断地突破自我, 达到更高的教育教学水平。此外, 在双师

引领作用; 其次学生的参与度应从大一入学开始, 通过医学人文书籍的推荐阅读, 沙龙等, 吸引学生参与人文讲座和学生社团活动, 将与患者进行接触作为竞争奖励, 提升医学生对医学人文的重视程度和参与度<sup>[6]</sup>。

## 5 参考文献

- [1] 张新庆. 医学人文学科的元概念辨析 [J]. 中国医学人文, 2022, 8(9): 16-19.
- [2] Marti KC, Mylonas AI, Maceachern M, et al. Humanities in predoctoral dental education: A scoping review [J]. Journal of Dental Education, 2019, 83(10): 1174-1198.
- [3] 王一方. 《医学人文十五讲》[J]. 博览群书, 2020, 432(12): 83.
- [4] 王宁. 医学人文: 沟通科学与人文的桥梁 [J]. 上海大学学报(社会科学版), 2022, 39(6): 55-66.
- [5] 教育部高等学校教学指导委员会. 普通高等学校本科专业类教学质量国家标准[S]. 北京: 高等教育出版社, 2018.
- [6] 张国洋, 赵丽文, 胡圆圆, 等. 上海市医学院校本科阶段医学人文教育的现状、困境与对策 [J]. 医学与社会, 2023, 36(2): 102-106.

[2023-04-27 收稿]

型教师队伍建设中,学校可以提供自由展示的机会,鼓励教师队伍展示公开课,分享教育经验,发布学术研究成果。在这个过程中,护理专业教师受到一定激励,建立了自信心,提高了护理专业教师学习的主观能动性,乐于学习新知识,乐于给自己充电。由此可见,通过双师型教师队伍建设,职业院校可以提升护理专业教师的学习积极性,打造学习型教学团队<sup>[1]</sup>。

### 1.2 保证教育教学水平

大力培养双师型教师,可以更好地保证职业院校护理专业的教育教学水平。具体来说:一方面,教学延伸。作为双师型教师,要有学习上的追求,要打开狭隘的视角,广泛地学习、虚心地积累,储备丰富的知识体系<sup>[2]</sup>。这是教学工作的基础,凭借这个基础,双师型教师可以进行教学延伸,向学生输出高质量的内容,保证该专业的教育教学质量;另一方面,带头实践。双师型教师不仅掌握扎实的理论,还具备良好的实践应用能力,属于综合能力型教师。在护理专业的教育教学工作中,双师型教师可以亲近学生、带头实践,以自己的实际行动,指导身边的学生,激励身边的学生,培养学生的实践意识,强化护理专业的实践教学环节,让学生取得良好的实践成绩,让实践教学逐步形成一个完善的体系。

### 1.3 引导学生全方面发展

在护理职业教育中,双师型教师传达的内容,既有护理专业的内容,也有其它方向的内容。双师型教师致力于打造一种开放型、延伸型课堂,以护理知识为窗口,带领学生进入到一个广阔的世界。在这样的课堂上,学生既要消化护理知识,又要关注其它领域,要形成观察、总结、拓展的学习素养。对于护理专业学生来说,这是一种全方面的引导和熏陶,学生可以在双师型教师的指导下,整合不同领域的学习内容,开展不同领域的研究活动,制定全方面发展的学习计划,为个人的全方面发展而努力。在职业院校内部,双师型教师本身也是一种先进力量,深深感染每一位学生:要终身学习,要不断超越<sup>[3]</sup>。在双师型教师的激励下,护理专业学生可以端正自己的态度,将更多精力、时间投入到学习中。即使学生遇到一些困难,也会紧跟双师型教师的步伐,勇敢地克服困难,积极地追求进步,始终不放弃学习,始终不遗失信心。护理专业学生开始朝着全方面发展的道路迈进,立志成为复合型护理人才。

## 2 护理职业教育双师型教师队伍建设的问题

现阶段,在护理职业教育中,关于双师型教师队伍建设,仍然存在一些问题,如:“重能力轻素质”“培养机制不完善”“不注重激励措施”。职业院校要针

对这些问题,细化双师型教师队伍建设工作,投入精力、投入资源。具体分析如下:

### 2.1 重能力轻素质

重能力轻素质指的是片面强调教师队伍的工作能力,忽视了教师队伍的综合素质。之所以出现这种问题,与双师型教师队伍建设的目标有一定关系。目前,有些职业院校建设护理专业双师型教师队伍时,主要目标是“锻炼教师的能力”“提升教师的能力”,没有关注到教师的个人素质。此外,评估护理专业双师型教师队伍时,有些职业院校不够全面,评估的范围有一定局限性,主要围绕教师的教学能力展开。这样的评估体系,没有突出教师的个人素质,明显呈现出重能力轻素质的倾向,不利于护理专业教师队伍的全面发展<sup>[4]</sup>。培养双师型教师队伍的过程中,职业院校要避免重能力轻素质的培养目标,以及评估体系。

### 2.2 培养机制不完善

在职业院校护理专业中,双师型教师队伍的培养机制不完善,仍然是十分突出的问题。具体表现为:一方面,缺乏统筹管理。有些职业院校不注重统筹管理,提供的学习资源不多,创造的学习机会也不多,倡导护理专业教师自主学习、自主提升。教师个人的自觉性固然很重要,但学校的引导与支持也很重要。如果完全依靠教师个人的自觉性,很难实现整个护理教学团队的进步;另一方面,缺乏系统化流程。护理专业双师型教师队伍的培养,是一个系统化的流程,要有引导、培训,要有监督、考核,要有评估、管理,每一个环节都很重要。目前,有些职业院校缺乏这样的流程,只关注某一个环节,没有关注整体,没有体现出环环相扣的思想<sup>[5]</sup>。在这种情况下,护理专业教师队伍很难接受系统化的培养,很难达到双师型教师的水平。

### 2.3 不注重激励措施

进入职业教育发展的新时期,各地区职业院校都在树立双师型教师,都在抓双师型教师队伍建设工作。为了进一步强化护理专业双师型教师队伍的建设工作,有些职业院校经常发出倡议,并列出具体的工作计划,提出明确的教师培养要求,将教师队伍带入到一种严肃的氛围中。在这样的氛围中,护理专业教师可以感受到学校的重视,但难以感受到学校的关怀,难以认同、适应。久而久之,双师型教师队伍建设工作可能会出现各种各样的问题:其一,在双师型培训中,护理专业教师压力太大,甚至影响到正常的教育教学状态,降低了教学质量。其二,护理专业教师的进取动力不足,并没有积极响应学校的倡议,自觉配合双师型相关学习,态度比较敷衍。其三,在学校的统一部署下,护理专业教师抵触情绪较大,内心难以理解学校的各项工作措施<sup>[6]</sup>。这些问题,反映出护理



专业双师型教师队伍建设工作的不足。从职业教育的发展趋势来分析,在护理专业双师型教师队伍建设工作中,职业院校既要有严肃的规划、要求,也要有轻松的氛围,要给予护理专业教师恰当的激励,要让教师队伍主动适应双师型培训,主动追求个人进步,将双师型教师视作自己的一项职业目标,为此而努力。

### 3 护理职业教育双师型教师队伍建设的对策

为了更好地建设双师型教师队伍,职业院校要根据护理专业的办学特征和办学要求,认真研究对策,并积极落实下去,主要包括:“突出教师队伍的综合素质”“完善教师队伍的培养机制”“制定教师队伍的激励措施”。具体分析如下:

#### 3.1 突出教师队伍的综合素质

为了避免重能力轻素质的现象,职业院校可以设置“能力+素质”协同培养目标,按照这两个方向,认真规划护理专业教师队伍的培养工作,培养出一批批双师型教师队伍,充分展现护理专业教师队伍的风采。此外,在护理专业双师型教师队伍的评估工作中,职业院校要全方面地考虑问题,扩大评估工作的范围。例如,职业院校可以建立“护理专业双师型教师综合评估体系”,细化评估工作的维度,分别从资历、能力、素质三个维度,对教师进行评估,判断教师是否达到双师型教师的标准<sup>[7]</sup>。然后,依据评估结果,在护理专业教师队伍中树立一批榜样,带动其它专业的教师,让越来越多教师发展成为双师型教师。

#### 3.2 完善教师队伍的培养机制

职业院校要以双师型教师为目标,逐步完善护理专业教师队伍的培养机制。具体来说:一方面,加强统筹管理。职业院校要加强统筹管理,打造“护理专业教师学习平台”,为教师提供充足的学习资源,支持教师迈向双师型发展道路。同时,职业院校可以定期举办“护理专业教师集中交流活动”,创造集体讨论的机会,实现整个护理教学团队的进步;另一方面,设置系统化流程。针对护理专业教育教学工作的特征,职业院校可以设置“双师型教师队伍系统化培养流程”,将每一个环节联系起来,关注教师的整体表现。首先,抓好思想层面的引导,鼓励护理专业教师主动学习,争取进步。其次,安排专业的培训,带领护理专业教师深入学习、研究。最后,落实考核工作,评估护理专业教师的学习情况,以及综合素质。这样一来,护理专业教师队伍可以接受非常系统化的培养<sup>[8]</sup>。

#### 3.3 制定教师队伍的激励措施

职业院校培养护理专业双师型教师队伍时,既要有计划、要求,也要有一些合理的激励政策、激励措施。首先,职业院校可以制定“护理专业双师型教师激励

方案”,科学规划激励工作,促使各项激励措施标准化,形成一套系统的方案。激励方案主要列出:①激励标准。作为护理专业教师,要达到双师型教师的能力标准、素质标准,要有态度、有能力、有行动。②激励内容。护理专业教师可以根据个人意愿,选择不同形式的激励,如:奖金激励、奖品激励等。依据该方案,职业院校可以有计划地开展激励工作。其次,为了突出激励工作的效果,在落实双师型教师队伍的激励措施时,职业院校要注意宣传。可借助抖音平台,展示护理专业双师型教师的个人动态,制作“护理专业双师型教师专题短视频”,分享其育人心得,弘扬其先进思想,让越来越多学生关注到双师型教师,认同双师型教师的教学设计,同时,让社会各界深入了解双师型教师、尊重双师型教师,提升双师型教师的职业荣誉感。这样一来,双师型教师可以戒骄戒躁,继续保持学习的态度、奋斗的态度,继续提升自己的教育教学水平,珍惜自己的育人成果,维护自己的职业形象。

### 4 结语

综上所述,职业院校要重视双师型教师队伍建设中的问题,通过合理有效的对策,调动教师队伍的进取积极性,让越来越多护理专业教师达到双师型水平。职业院校要突出教师队伍的综合素质,设置“能力+素质”协同培养目标,建立“护理专业双师型教师综合评估体系”。职业院校要完善教师队伍的培养机制,加强统筹管理,设置系统化流程。职业院校要制定教师队伍的激励措施,以激励方案和宣传工作,提升双师型教师的职业荣誉感。

### 5 参考文献

- [1] 钟丽.应用型高校“双师双能型”教师队伍建设路径分析[J].大众文艺,2019(8):198-199.
- [2] 张国红,陈旭军,谢迎春.“名师评课”驱动下混合式研修模式探索与实践[J].职业技术教育,2020(35):60-64.
- [3] 刘倩,欧阳艳琼,李苏雅,等.跨专业团队合作模拟教学在护理计划与实施实验教学中的应用[J].护理学杂志,2020(15):69-71,91.
- [4] 郭淑芳.基于雨课堂的混合式教学模式在护理研究教学中的设计[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(34):174.
- [5] 汪金丽,张兰青.“互联网+”时代下内科护理数字化资源建设的探讨[J].卫生职业教育,2019,37(9):103-105.
- [6] 张静.应用型本科高校“双师双能型”教师队伍建设探究:以山西工商学院为例[J].中国管理信息化,2019,22(13):197-198.
- [7] 刘晓,郭耀玲,夏西超,等.应用型本科医学院校护理专业《护理学基础》“课程思政”的探索[J].教育教学论坛,2020(8):69-70.
- [8] 石小盼,张文静,朱华云,等.护理学基础课程思政教学改革与探索[J].卫生职业教育,2020,38(1):77-78.

# 叙事护理干预模式在学龄期儿童呼出气一氧化氮检测中的应用

丁惠芳

**【摘要】** 目的 观察叙事护理干预模式在学龄期儿童呼出气一氧化氮检测中的应用效果。方法 选取医院 2021 年 3-8 月因慢性咳嗽行一氧化氮检测的学龄期儿童 100 例作为研究对象,按照双盲法及组间匹配的原则将患儿分为对照组和观察组,每组各 50 例。对照组行常规指导,观察组在常规指导基础上加叙事护理干预,比较两组患儿呼出气一氧化氮检测的一次成功率和平均测试时间。结果 实施叙事护理模式下的护理干预后,观察组儿童呼出气一氧化氮检测的一次成功率为 78.0%,明显高于对照组儿童的 38.0%;观察组儿童平均测试时间明显短于对照组;组间差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 基于叙事护理的干预模式在学龄期儿童呼出气一氧化氮检测中,可以提高一次检测成功率,缩短测定时间。

**【关键词】** 叙事护理; 学龄期儿童; 呼出气一氧化氮检测

中图分类号 R473.72 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)11-872-03

咳嗽是一种呼吸道常见症状,由于气管、支气管黏膜或胸膜受炎症、异物、物理或化学性刺激引起。咳嗽大于 4 周,称为慢性咳嗽,其诱因包括鼻炎、咳嗽变异性哮喘、呼吸道感染、支气管异物、支气管内膜炎症、喘息性支气管炎等<sup>[1]</sup>。一氧化氮是由血管内皮细胞释放的一种血管活性物质,参与介导和调节多种生理与病理过程。根据口鼻呼出气的一氧化氮浓度可判断气道的炎症,具有无创、快速等优点,目前被临床广泛应用<sup>[2]</sup>。然而,由于患儿年龄偏小,疾病、环境变化以及检查操作等多重因素的影响,会一定程度降低患儿检查依从性,影响检查结果的准确性,严重还可导致检查的中断。故在学龄期儿童呼出气一氧化氮检测中需要加强护理干预工作,以提高患儿的检查依从性,保证检查顺利进行<sup>[3]</sup>。本研究针对因慢性咳嗽行一氧化氮检测的学龄期儿童,实施叙事护理,观察分析临床干预效果。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取医院 2021 年 3-8 月因慢性咳嗽行一氧化氮检测的学龄期儿童 100 例,按照双盲法及组间匹配均衡原则将患儿分为对照组和观察组,每组各 50 例。对照组中男 26 例,女 24 例,年龄在 5 ~ 13 岁;观察组中男 21 例,女 29 例,年龄在 6 ~ 12 岁。两组患儿年龄、性别对比,差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 护理方法

1.2.1 对照组 实施常规性指导,检测前 1 小时受试

者不得饮食、剧烈运动,测试前 3 小时不得食用西兰花、芥蓝、生菜、莴苣、芹菜、水萝卜以及熏或者腌制品食物;询问并记录近 3 天是否服用激素类、抗生素类药物。指导患儿坐位,检测方法依据《一氧化氮呼气测定指南》的要求进行。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上实施叙事护理模式干预。具体内容如下:

(1) 素材收集:通过访谈的方式收集患儿个性化信息,诊室内装饰小朋友喜爱的卡通贴画,播放柔和的音乐,以营造轻松的叙事氛围。根据患儿不同年龄段采取不同的沟通形式,可先与其多交流,给患儿讲故事、做游戏,放松患儿紧张恐惧心理,取得患儿信任与配合,巧妙地运用沟通技巧,引导患儿讲述既往就医经历、就医体验、本次患病的时间、原因等历程、家庭成员对其实施的帮助。

(2) 分析解构:把访谈得到的信息进行分类、整理及分析,区分积极的和消极的内容,根据确立的干预目标对叙事资料进行整合,最终制定叙事护理方案和内容。在方案中我们设计不同的故事情节如送小鸟回家、打怪兽等,运用儿童喜闻乐见的卡通英雄人物参与到故事中,积极引导和激励患儿完成检测。

(3) 干预:主要针对上述解构中的问题,护理人员进行严格挑选,找出其中意义价值较大并有针对性的进行处理。以积极事件来掩盖消极事件的不良影响,再对患者的潜能进行挖掘,构筑新事物替代患者认知<sup>[2]</sup>。干预过程中先向患儿讲解呼出气一氧化氮检测不需要打针、吃药,不会出现痛感,只需吹气动作即可,并向家长解释检测一氧化氮的目的和重要性。可先示范吹气球,然后根据电脑显示屏幕上的动画,

指导患儿持续缓慢地平稳吹气，同时解说通过我们的吹气可将小鸟送回鸟巢，回到妈妈的怀抱，让患儿化身感兴趣的动画人物，参与到预先设计好的故事情境中，激发患儿的参与兴趣，增强患儿将小鸟安全送回鸟巢的信心。对于不能吹气成功的患儿，耐心教导，反复练习，鼓励患儿向英雄人物学习，不怕困难，勇往直前，直至患儿吹气成功为止。

(4) 反馈：观察经过干预后患儿生理心理方面的变化，鼓励患儿交流实施叙事护理的体验感受，肯定患儿的努力和进步。

(5) 评价：在叙事护理干预结束后对患儿进行评价，了解干预效果，并定期对患者进行随访，综合各项信息，与其他护理人员一起探讨总结叙事护理实施的步骤和细节，对于存在的问题进行改进。

### 1.3 观察指标

患儿呼出气一氧化氮检测的一次成功率和测试时间。测试时间从输入患儿基本信息后、指导患儿操作开始计时，直至吹气成功仪器开始分析数据为止。

### 1.4 统计学分析方法

数据采用 SPSS 21.0 统计学软件进行分析处理，计量资料以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示，计数资料计算百分率(%)；组间均数比较行  $t$  检验，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

实施叙事护理模式下的护理干预后，观察组儿童呼出气一氧化氮检测的一次成功率为 78.0%，明显高于对照组儿童的 38.0%；观察组儿童平均测试时间明显短于对照组；组间差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 1。

表 1 两组患儿呼出气一氧化氮检测效果对比

组别	例数	检测一次成功		平均检测时间 (min)
		例数	率 (%)	
对照组	50	19	38.0	$3.8 \pm 0.5$
观察组	50	39	78.0	$2.1 \pm 0.2$
$\chi^2$ 值		16.420		22.322*
P 值		0.000		0.000

注：\*为  $t$  值。

## 3 讨论

气道炎症是包括哮喘、慢性阻塞性肺炎、慢性咳嗽、过敏性鼻炎等多种炎症性呼吸道疾病的核心，不同于气道或呼吸道病原体引起的感染<sup>[4]</sup>。气道炎症分为嗜酸性细胞气道炎症和嗜酸性细胞气道炎症，可通过肺泡灌洗液及诱导痰细胞分类、肺功能等检查了解，但这些检查有的是有创的、有的需要患者的高度

配合才能完成<sup>[5]</sup>。而一氧化氮是机体产生的一种内源性生物调节因子，为无色高脂溶性的小分子气体，具有许多生物活性：比如舒张血管、扩张支气管、神经传导、炎症介质等<sup>[6]</sup>。人体一氧化氮产生的主要部位在呼吸道及大气道，呼出气一氧化氮顾名思义就是测量人体大气道呼出气中的一氧化氮的浓度，当气道发生某些炎症反应时，气道上皮细胞内的诱导型一氧化氮合酶表达增加，进而引起一氧化氮水平升高，可作为气道炎症的生物标志物<sup>[7]</sup>。所以呼出气一氧化氮检测是一项无创检测，患儿无痛感，但是患儿的认知及配合度非常重要。儿童受年龄、认知、周围环境、情绪等影响，检测成功率及测试时间较长。患儿由于反复测试易产生挫败感和抵触情绪。2001 年美国学者 Rita<sup>[8]</sup> 基于叙事与医学内在关联提出叙事医学。由此产生的延伸叙事护理也成为心理护理和人文护理的必备技能，护士很容易掌握，并在护理实践的应用中取得了显著的效果<sup>[4]</sup>。叙事护理模式是一种与文献相结合的医学护理方法，它可以快速扰乱患者内化的消极自动思维模式，从而实现患者的有效分离，标签化的人实现减少，人就是人，问题就是隔离，通过问题外化进一步拓宽患者的叙事空间，从而更好地实现叙事的合理重构<sup>[9]</sup>。通过叙事护理在学龄期患儿进行检测时有效干预，使患儿在缓解紧张焦虑心理后，化身自己喜爱的动画人物在设定的情境中高效顺利地完成任务<sup>[10]</sup>。本研究结果显示，观察组呼出气一氧化氮检测的一次成功率明显高于对照组、测试时间明显短于对照组，可见，与其他常规方式相比较，基于叙事护理的干预模式在学龄期儿童呼出气一氧化氮检测中，可以提高一次检测成功率，缩短测定时间。

## 4 参考文献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 咳嗽的诊断与治疗指南(2009版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2009, 32(6): 407-413.
- [2] 王昌, 邢彩霞, 汪美玲, 等. 叙事护理临床应用的研究进展[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2021, 41(2): 200-202.
- [3] 郭慧莲. 儿童呼出气一氧化氮检测时采取针对性护理干预的效果分析[J]. 常州实用医学, 2019(4): 250-251.
- [4] 林鉴. 肺功能检查和呼出气一氧化氮离线式检测在学龄前哮喘患儿管理中的应用[J]. 中国妇幼保健, 2021(6): 1301-1304.
- [5] 黄辉, 刘义兰. 叙事护理临床应用的研究进展[J]. 中华护理杂志, 2016, 51(2): 196-200.
- [6] 严晓宇, 张南山. 潮气呼吸肺功能及呼出气一氧化氮检测在 2 ~ 5 岁儿童喘息性疾病诊断中的临床应用价值探讨[J]. 中国实用医药, 2020, 15(13): 50-52.
- [7] 杨成芬. 叙事疗法在前置胎孕期待治疗期的应用[J]. 护理研究, 2016, 30(28): 3540-3543.

# 社区健康管理对高血压患者的影响

胡静

**【摘要】** 目的 观察分析社区健康管理对高血压患者的应用效果。方法 选取2017年1月-2020年12月医院全科门诊就诊的200例高血压患者作为研究对象,根据组间性别、年龄、病程等基线资料均衡可比的原则分为对照组与观察组,每组100例。对照组患者提供常规门诊诊治,观察组患者在常规门诊诊治的基础上增加社区健康管理干预。6个月后,观察并比较两组患者的降压效果、发生不良反应情况及再次因高血压入院治疗情况。结果 治疗前,两组患者收缩压和舒张压比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );治疗后,两组患者舒张压与收缩压较治疗前均降低,但组间比较观察组低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。观察组患者再次因高血压入院治疗率为7.00%,低于对照组的31.00%,不良反应发生率为9.00%,低于对照组的35.00%,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 对社区慢性病患者行社区健康管理,能够有效控制患者的血压状况,减少患者再次因高血压入院治疗率及不良反应发生率。

**【关键词】** 社区健康管理; 高血压; 血压; 再次入院率; 不良反应

中图分类号 R544.1 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)11-874-03

**Impact of community health management on hypertensive patients** Hu Jing. Nursing Group, Tiexinqiao Community Health Service Center, Yuhuatai District, Nanjing, Nanjing 210012, China

**【Abstract】 Objective** To analyze the application effect of community health management in controlling hypertension patients. **Methods** A total of 200 patients with hypertension who were hospitalized in the general practice outpatient department of the hospital from January 2017 to December 2020 were selected as the study subjects. They were divided into a control group and an observation group based on the principle of balanced and comparable baseline data such as gender, age, and course of disease among the groups, with 100 patients in each group. Patients in the control group were provided with routine outpatient treatment, while patients in the observation group were provided with community health management interventions based on routine outpatient treatment. After 6 months, the hypotensive effect, adverse reactions, and re admission to hospital for hypertension in the two groups were observed and compared. **Results** Before treatment, there was no significant difference in systolic and diastolic blood pressure between the two groups ( $P>0.05$ ). After treatment, the diastolic and systolic blood pressure in both groups decreased, but the observation group was lower than the control group, with a statistically significant difference ( $P<0.05$ ). The readmission rate of patients with hypertension in the observation group was 7.00%, lower than 31.00% in the control group, and the incidence of adverse reactions was 9.00%, lower than 35.00% in the control group, with a statistically significant difference ( $P<0.05$ ). **Conclusion** Community health management for patients with chronic diseases in the community can effectively control their blood pressure status and reduce the rate of re admission to hospital for hypertension and the incidence of adverse reactions.

**【Key words】** Community health management; Hypertension; Blood pressure; Readmission rate; Adverse reactions

目前,我国社区高血压疾病的管理主要以分级管理的模式为主,也就是社区医务人员根据患者的危险因素及血压级别进行分级管理,提供定期随访干预。社区高血压患者通过分级管理,心、脑、肾等并发症

虽然在一定层度上得到了控制,但是从管理模式上来看,依旧属于医师与患者之间的单项互动管理模式,患者缺乏参与的主动性。由于基层医疗机构医生相对缺乏,降低了社区高血压患者管理率<sup>[1]</sup>。本研究探讨以健康为中心,以改善社区居民健康状况为目的的社区健康管理模式,并观察其应用效果,具体报告如下。

作者单位: 210012 江苏省南京市雨花台区铁心桥社区卫生服务中心护理组

[8] Rita C. Narrative medicine: Form, function and ethics [J]. Ann Intern Med, 2001, 134(1): 83-87.

[9] 金雪花. 激励式护理干预在学龄期儿童口鼻呼出气一氧化氮测定中的应用体会 [J]. 临床医药文献电子杂

志, 2020, 7(52): 115-116.

[10] 李秀龙, 陈阳, 安照辉. 护理干预在儿童呼出气一氧化氮检测中的意义 [J]. 全科护理, 2018, 16(3): 323-325.

[2023-02-24 收稿]

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取2017年1月-2020年12月医院全科门诊就诊的200例高血压患者作为研究对象。纳入标准:所有患者均达到高血压诊断标准,即收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ ,和/或者舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ ;所有患者服药治疗 $> 90$ 天。排除标准:合并严重的心、肺、肝、肾等功能不全者;合并意识障碍者;合并患严重精神疾病者;继发高血压者。根据组间性别、年龄、病程等基线资料均衡可比的原则分为对照组与观察组,每组100例。对照组男51例,女49例;年龄61~84岁,平均 $71.21 \pm 6.02$ 岁;病程2~23年,平均 $9.21 \pm 2.14$ 年。观察组男52例,女48例;年龄61~82岁,平均 $72.01 \pm 6.59$ 岁,病程2~20年,平均 $9.04 \pm 2.09$ 年。对照组与观察组患者的上述资料对比,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有一定可比性。患者对研究均知情同意,且研究通过医院伦理委员会批准。

### 1.2 社区健康管理方法

对照组患者给予常规门诊就医诊治,患者自行定期到门诊就诊取药,就诊时医务人员常规测血压,同时对本组患者进行随访,并为患者提供免费的高血压疾病咨询等服务。观察组患者在对照组门诊诊治的基础上增加社区健康管理等干预措施,具体如下。

(1)健康教育干预:以个体或者群体结合的方式,由社区全科医师定期对本组患者进行高血压疾病知识的专题讲座,患者可在护士的指导下,定期组织高血压相关防治知识的问答比赛。向患者发放高血压防治宣传折页,指导患者自行学习掌握,每周固定时间下社区免费测量血压,每个月固定开展家庭访视1次以上,与患者及家属进行面对面随访,做好电话回访、咨询辅导等工作<sup>[2]</sup>。通过深入家庭、社区,利用家庭医生工作室等服务平台,采用多种形式对患者进行健康宣教。

(2)运动方式的干预:社区医务人员需指导患者结合自身情况,进行有规律的运动锻炼,如做操、步行等,但是要控制好运动的强度,每周进行规律运动3次以上,运动时间每次保持在30~40min。告知患者每次运动前要进行5min左右热身,运动结束

后要进行5min左右的放松,逐渐减少机体的用力情况,使自身心脑血管系统反应及身体所产生的热功能逐渐稳定到正常状态<sup>[3]</sup>。指导患者定期进行力量练习,每周2~3次,如推、拉、拽、举、压等,但是要注意练习强度以中低强度为主,保持正常的呼吸,避免憋气,以运动后感觉良好为主,注意运动锻炼最好在下午进行,患者可根据个人兴趣、身体状况等选择运动方式。

(3)饮食方式的干预管理:社区医务人员向患者发放标准的盐勺,指导患者控制每日食盐不超过6g,根据患者的具体情况给其制定低盐食谱,向患者讲解控盐的方法,改变重口味的饮食习惯,鼓励患者多食蔬菜、水果,控制油脂等食品摄入,增加热量的消耗,戒烟戒酒,减少酱油、味精等含钠调味品的摄入量,控制高钠加工食物的摄入,如咸菜、火腿、香肠、炒货等。

(4)用药方面的干预管理:医务人员需告知患者早降压早获益,坚持治疗,尽早将血压降到正常,能有效避免出现并发症。坚持合理、规律、个性化应用降压药原则。根据降压药的适应证,结合患者的自身情况,从单药开始,如疗效不佳,可更换另外一类,也可联合其他类降压药使用,但是如出现严重不良反应,则要改用另一类药物<sup>[4]</sup>。

### 1.3 观察指标

6个月后,观察两组患者的降压效果、再次因高血压入院治疗率及不良反应发生情况。

### 1.4 数据分析方法

运用SPSS 19.0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 $\chi^2$ 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 两组患者血压控制情况比较

治疗前,两组患者收缩压和舒张压比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后,两组患者舒张压与收缩压均降低,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 两组患者治疗前后血压控制情况比较

组别	n	收缩压		舒张压	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	100	153.55 $\pm$ 5.51	140.32 $\pm$ 8.00	84.92 $\pm$ 6.09	84.33 $\pm$ 6.05
对照组	100	155.09 $\pm$ 5.77	152.19 $\pm$ 7.54	84.92 $\pm$ 5.97	82.42 $\pm$ 6.57
t值		-1.929	-10.798	0.000	2.139
P值		0.055	0.000	1.000	0.034

2.2 两组患者再次因高血压入院治疗率及不良反应发生率比较 7.00%，低于对照组的 31.00%；不良反应发生率为 9.00%，低于对照组的 35.00%，差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 2。

表 2 两组患者再次因高血压入院治疗率及不良反应发生率比较

组别	n	再次因高血压入院		不良反应	
		例数	率 (%)	例数	率 (%)
观察组	100	7	7.00	9	9.00
对照组	100	31	31.00	35	35.00
	$\chi^2$ 值	18.713		19.697	
	P 值	0.000		0.000	

### 3 讨论

高血压所引发的一系列并发症不但对患者的身体、心理以及家庭带来严重的影响，还会显著增加社会负担。因此，需要基层医务人员为他们提供定期健康随访、规范用药指导、多学科融合的综合服务。社区健康管理模式是患者希望获得的一种有效的健康教育方式，各基层医疗机构要加强医务人员健康教育技能的培训，针对居民不同文化层次及掌握健康知识程度，选择采用适宜的方式对他们进行健康知识宣教、居家照护等多方面指导，以增强高血压患者自我保健、自我服务能力<sup>[5]</sup>。本研究结果显示，观察组与对照组在血压的控制方面差异有统计学意义；观察组再次因高血压入院治疗率、不良反应的发生率均低于对照组，进一步提示，社区健康管理对控制患者的血压，降低不良反应发生率等有着积极的意义。

有数据显示，在全世界范围内有 51% 的脑卒中患者死亡与收缩压增高有关。随着高血压患者年龄的增长，动脉血管壁的顺应性也随之逐渐下降，压力感受器的敏感性也随之降低，机体的僵硬度也随之逐渐增高，血压水平极易随着体位、情绪、运动、季节等因素的改变而出现明显的波动，如波动的范围比较大，则极易对患者治疗的远期效果及血压控制总体水平造成影响<sup>[6]</sup>。社区健康管理的模式增加了患者对医务人员的信心，降低了再次住院治疗率，在一定程度上提高了患者的生活质量，也增加了患者对社区基本公共卫生工作的满意度<sup>[7]</sup>。

社区健康管理模式还弥补了医院治疗人多、交通

不便、医疗资源紧张、路途遥远等缺点，促进了医患之间的联系及互动，使健康教育的方式更加灵活，让患者从被动接受逐渐转化成了主动参与，在健康管理的过程中，以家庭为单位，以团队服务为模式为社区高血压患者提供了一种综合性的服务，使现有的社区资源得到了充分的利用

总之，对社区慢性病患者进行社区健康管理，能够有效控制患者的血压状况，减少患者再次因高血压入院治疗率及不良反应发生率。

### 4 参考文献

- [1] 王月. 社区健康管理对高血压患者的干预效果 [J]. 中国城乡企业卫生, 2018, 33(10): 185-186.
- [2] 王芸. 个性化社区健康管理对改善高血压患者不良习惯的作用 [J]. 吉林医学, 2019, 40(6): 1386-1387.
- [3] 黄文杰, 陈嘉欣. 综合健康管理模式对社区高血压患者遵医行为及血压控制达标率的影响 [J]. 中国实用医药, 2019, 14(16): 187-188.
- [4] 陈燕玲. 健康管理师在社区高血压管理中的角色功能及实施路径 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(90): 208.
- [5] 吕志颖, 刘涛, 刘夏阳. 社区健康管理模式对高血压患者的影响 [J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2018, 2(14): 14-16.
- [6] 刘菲. 社区健康管理在老年患者高血压控制中的应用 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(45): 256, 259.
- [7] 叶婷婷, 储瑛. 社区健康管理在控制老年患者高血压中的应用 [J]. 上海护理, 2017, 17(1): 38-40.

[2023-02-17 收稿]

## 加减温胆汤医案 3 例

齐欢 黄涛 张兆元

**【摘要】** 温胆汤最早记载在唐·王焘《外台秘要》之“集验温胆汤”。随着“百病皆因痰作祟”的思想出现，温胆汤的组成、计量与适应证逐渐发生变化，其主治功效也发生微小变化，随证加减用法则多。后世医家在临床应用中将其用于不寐、颤证、痤疮等病症的治疗。现举例加减温胆汤医案 3 例，以供临床参考。

**【关键词】** 温胆汤；不寐；颤证

中图分类号 R249 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)11-877-03

**Three medical cases of Wendan Decoction** Qi Huan, Huang Tao, Zhang Zhaoyuan. Qin Huangdao Hopspital of Traditional Chinese Medicine, Qinhuangdao 066000, China.

**【Abstract】** Wendan decoction was first recorded in "Ji Yan Wendan decoction" in Tang Wang Dao's Secret of Outer Taiwan. With the emergence of the idea that "all diseases are caused by greed", the composition, measurement and indications of Wendan decoction have gradually changed, and its main therapeutic effect has also changed slightly, and there are many rules for adding and subtracting according to the symptoms. Later doctors used it in clinical application to treat insomnia, tremor syndrome, acne and other diseases. Three cases of Wendan decoction are given as examples for clinical reference.

**【Key words】** Wendan decoction; Insomnia; Fibrillation card

温胆汤是《外台秘要》<sup>[1]</sup>中治疗伤寒少阳病证的经典验方，由半夏、竹茹、枳实、陈皮、甘草、茯苓等药物组成，有理气化痰、和胃利胆之效。笔者在跟师过程中，观察到导师擅用经方治疗各种疾病，现列举应用温胆汤治验三则，以拓宽辨证应用思路。

### 1 肾性蛋白尿

患者，男，45岁，2021年3月9日初诊。主诉：双下肢水肿2周。现病史：患者“慢性肾小球肾炎”病史2年余，现复查尿常规2+，腰酸，双下肢水肿。既往史：高血压病史5年，否认药敏史。查体：血压150/80mmHg，心率72次/min，律齐。刻诊：双下肢水肿，泡沫尿，情绪不佳时加重。腰酸，大便稀，舌淡暗，舌边红，苔薄黄，脉沉弦。诊断：尿浊（肝郁气滞，肾气不固证）。病机：肝郁气滞，枢机不利。治法：疏肝理气，固肾止脱。处方：生柴胡25g、黄芩12g、酒大黄6g、陈皮10g、茯苓10g、炒枳壳10g、赤芍10g、清半夏12g、生姜10g、大枣10g、补骨脂10g、益智仁10g，7剂，水煎服，日1剂。后续患者复诊，在前方基础上增减药物，口服3个月后24小时尿蛋白定量明显减少。

按语：蛋白质属于人体的“精微物质”，人体之

精来源于父母，化生于水谷，经脾胃转输心肺，通络全身<sup>[2]</sup>。精微的正常输布有赖于气机正常的升降出入，若脾气不升，胃气不降，下焦不能封藏，则见尿浊。饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行，《素问·六节藏象论》曰：“肾者，主蛰，封藏之本，精之处也”，由此可见人体精微物质离不开脾之升清、肾之闭藏的生理功能。现认为脾肾功能亏虚是蛋白尿产生的根本病机，但肝胆失疏亦是本病的重要病机，肝气上升，胆气下降，心肾水火才能正常交通，肾的机能才能正常运行。肾性蛋白尿是因肾气封藏不固，枢机不利，身体精微物质漏出而发生。方用温胆汤加减，其中柴胡苦平，入肝胆经，透泄少阳之邪，疏气机郁滞；黄芩苦寒，清少阳半里之热，柴胡升散，黄芩降浊，一升一降，和解少阳，畅通气机；清半夏、陈皮、炒枳壳宽胸理气；生姜、大枣扶助正气；茯苓健脾化湿；久病入络，血为气之母，赤芍活血以行气；补骨脂、益智仁补肾固脱，共奏疏肝理气固脱之功。丁世勇等<sup>[3]</sup>通过研究发现小柴胡汤可以通过调节慢性肾小球肾炎少阳病患者机体免疫紊乱而改善炎症，证明和解少阳理论可以用于治疗慢性肾小球肾炎炎症，起到减轻蛋白尿的作用。王新芳<sup>[4]</sup>发现小柴胡汤可以改善慢性肾小球肾炎患者免疫紊乱的情况，减少蛋白尿，从而改善肾功能，提高临床疗效。

作者单位：066000 河北省秦皇岛市中医医院肾病科（齐欢）；华北理工大学中医学院（黄涛）；北京市第六医院（张兆元）

## 2 不寐

患者,男,43岁。2020年11月20日初诊。主诉:失眠5年,加重1月余。现病史:患者5年前因情志不畅出现失眠,1月前开始入睡困难,2小时后方可进入睡眠状态,多梦。既往中西医结合治疗效果不佳。查体:血压146/75mmHg,心率72次/min,律齐。刻诊:入睡困难,多梦。情绪激动后胃胀,咽中如有异物感,伴焦虑状态,大便干。舌红暗,苔薄白,左脉弦右尺弱。诊断:不寐(痰扰心神证)。病机:阳盛阴衰,阴阳失交。治法:化痰定悸,宁心安神,调整阴阳。处方:清半夏30g、陈皮20g、茯苓50g、甘草10g、竹茹30g、枳壳10g、大枣10g、威灵仙20g、连翘10g、丹参30g、生龙骨30g、生牡蛎30g、浮小麦100g,7剂,水煎服,日1剂。11月27日复诊:入睡困难有所缓解,现1小时后可进入睡眠状态,舌红少苔,双脉弦,前方继服7剂。12月4日复诊:入睡时间进一步缩短,偶胸闷气短,舌淡暗苔薄黄,脉左略数右弦涩。前方加当归10g、赤芍10g、川芎10g、生地10g、桃仁10g、红花10g,守上方14剂,继服2周。此后继用原方加减服药半年,诸症好转。

按语:不寐以超过3个月的经常性不能获得正常睡眠为特征<sup>[5]</sup>,主要表现为睡眠时间少,睡眠深度不足,轻者入睡困难,需5~30分钟才能入睡,时寐时醒,或醒后不能睡,甚至彻夜不寐。《内经》称之“目不瞑”,认为是邪气客于脏腑,卫气行于脉外,阳不能入阴所致。《素问·逆调论》记载“胃不和则卧不安”,《灵枢·邪客》载:“夫邪气之客人也,或令人目不瞑、不卧出者,何气使然?……故宗气积于胸中,出于喉咙,以贯心脉,而行呼吸焉。”,说明呼吸节律的维持对睡眠较为重要。《杂症会心录》言:“人之形骸,魄也,形骸而能运动,亦魄也。”人沉睡但知冷暖,能觉醒,均由肺魄所主,肺魄之为病,睡眠浅薄,易惊多醒。《冯氏锦囊秘录》曰:“更有肺金魄弱,肝魂无制,寐中而觉神魂飞扬者”,肺魄弱而无所藏,以致神魂外越,夜不成寐。《金匱要略》云:“虚劳虚烦,不得眠,酸枣仁汤主之”。《景岳全书·不寐》中:“劳倦思虑太过者,必致血液耗亡,神魂无主,所以不眠”。本病病位在心,劳逸失调,心神失养,心肾不交,心阳不能下降在肾,肾阴不能上承到心,则阴阳失调<sup>[6]</sup>。患者情志不舒,肝木火旺,母病及子,阴虚不纳阳,阳盛不入阴,致不寐;痰火扰心,心气运行受阻,故觉心中悸动,气不上承,故气短;心为五脏六腑之主,主神志,肝藏血,二者不协调可导致焦虑状态;痰火旺盛,故大便干;肝主疏泄,肝气郁滞乘脾则胃胀<sup>[7]</sup>。主用温胆汤利胆和胃、补虚

泻实、调整阴阳。方中清半夏、陈皮、茯苓理气化痰,健脾和胃;竹茹、枳壳相须为用,破气祛痰热;威灵仙、连翘化痰散结,以消无形之痰;生龙骨、生牡蛎重镇安神,定悸;浮小麦<sup>[5]</sup>养心阴,益心气,退虚热,共奏补养心神,调整阴阳之效。二诊时,患者入睡困难有缓解,继守上方。三诊患者舌暗脉涩,为瘀血征象,久病入络,血瘀于舌脉,故加桃红四物汤活血化瘀,养血益气安神。此方以化痰定悸为主,兼以安神,气血通畅,各行其司,则各脏腑得以滋养,心神安稳,诸症悉除。3个月后随诊,患者诉症状均明显好转,期间偶情绪烦躁,嘱患者调情绪、律作息。

## 3 颤证

患者,男,70岁。2021年3月19日初诊。主诉:左上肢振摇2周。现病史:患者近日无明显诱因出现左上肢振摇,颤抖不能自制,头晕目眩,口黏,偶伴左手手指关节痛,肋部闷胀感,眼干。查体:血压146/85mmHg,心率73次/min,律齐。刻诊:左上肢振摇,头晕目眩,口黏,偶左手手指关节痛,肋部闷胀感,眼干,大便时干时稀,舌胖大,有齿痕,舌淡苔白腻,左脉沉右滑。体格检查:神清语利,心肺查体阴性,腹软无压痛反跳痛,神经系统检查阴性。既往高血压病史。诊断:颤证(痰湿阻滞证)。病机:少阳枢机不利,气机运行失常,肝风内动,发于肢体,筋脉失养,振摇不定。治以和解少阳,化湿除痰,平肝熄风通络。处方:陈皮10g、柴胡25g、黄芩10g、茯苓12g、党参10g、清半夏12g、竹茹30g、甘草10g、生姜10g、大枣10g、威灵仙10g、连翘10g、丹参10g、石菖蒲15g、郁金15g、白芍15g、桂枝15g,7剂,水煎服,日1剂。3月26日复诊:左上肢摇动时间、幅度较前减轻,上方加:仙鹤草60g,继服1周,后继用原方加减服药3月余,左上肢振摇好转,少有复发。

按语:颤证病名首见于明代王肯堂《证治准绳》。《黄帝内经》中虽无“颤证”病名,但相关描述多,如《素问·至真要大论》曰:“诸风掉眩,皆属于肝”“诸禁鼓栗,如丧神守,皆属于火”;《扁鹊心书》载有“手颤病”,并提出“手足颤摇不能持物者,乃真元虚损”的病机;明代·楼英《医学纲目·颤振》:“颤,摇也;振,动也。风火相乘,动摇之象。”龚自璋在《家用良方》中论述急惊风时曰:“凡急惊有八候,不可不知,搐搦掣颤反引窜视是也”。颤证是指头部或肢体摇动、颤抖为主要临床表现的一种病证<sup>[8]</sup>,轻者表现为头摇动或手足微颤,重者可见头部振摇,肢体颤动不止,甚则肢节拘急,失去生活自理能力。病因责于年老体虚、情志不调、饮食不节和劳逸失当。



## 5 例酒后癔症患者急诊救治护理报告

沈家辉 焦小英\*

【关键词】 癔症；急诊救治；舒适护理

中图分类号 R47 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)11-879-03

随着经济社会的发展,社会应酬必不可少,各种酒类饮料的需求也越来越大,饮酒的人群也日趋庞大,酒精作为中枢神经抑制剂,长期使用可能改变前额叶、杏仁核等区域的结构和功能,导致认知功能受损合并出现焦虑抑郁等负性情感症状<sup>[1]</sup>,饮酒后,在强烈的压力或刺激下,精神状态调节系统受到破坏,可能会发生癔症。癔症是一种由于心理、躯体表现、社会、环境等多种因素导致的精神分离障碍<sup>[2]</sup>。酒后癔症是指饮酒后数小时出现的癔症发作,无急性酒精中毒的

作者单位: 215200 江苏省苏州市, 苏州大学附属苏州第九人民医院急救重症科

\* 通讯作者

基本病机: 为肝风内动, 筋脉失养。病位: 颤证病在筋脉, 与肝、肾、脾等脏关系密切。明代武之望《济阳纲目·论颤振》中引用薛凯之语, 其云: “薛氏曰: 肺金克肝木, 用泻白散。” 并且提出三因独活散可以治疗因惊恐相乘, 肝胆受邪, 上气不能内守正位, 导致头摇, 手足颤掉, 渐成目昏的颤证。亦有医家指出, 颤证多见于老年人, 盖因老年人气血两虚, 其发病多缓慢, 病程多持久, 故而治疗效果不明显, 如: 清代杨乘六《医宗己任编·颤振》引用高鼓峰语: “大抵气血俱虚, 不能荣养筋骨, 故为之振摇, 而不能主持也。” 强调气血亏虚是颤证的重要原因, 并应用补益气血法治疗此证, 其曰: “须大补气血, 人参养荣汤用之”。患者年事已高, 气血亏虚, 不能荣养筋脉, 故头目眩晕, 眼干; 痰阻血脉, 肝阳上亢, 化风, 行于肢体, 发为颤证。经脉阻滞、络脉不通, 故左手指关节痛, 致胁肋部闷胀感; 肝郁乘脾, 则大便时干时稀。方中陈皮、半夏、竹茹化痰理气; 柴胡、黄芩和解少阳, 枢利气机。茯苓、党参益气, 芍药、甘草酸甘化阴, 养筋柔脉; 桂枝、威灵仙、连翘通络; 丹参、石菖蒲和郁金散肝郁, 消内风; 生姜、大枣调和营卫。诸药合用“使气血得充, 髓海得养, 筋得濡润”。

### 4 小结

温胆汤出自于《三因极一病证方论》, 功于清热

醉酒表现, 典型表现是手脚麻木, 血气分析提示过度通气。医院对 5 例酒后癔症患者实施急救护理, 现将护理经验总结报告如下。

### 1 病例来源

5 例酒后癔症患者均为医院 2021 年 1 月 - 2022 年 8 月收治的患者, 其中男 4 例, 女 1 例; 年龄 19 ~ 29 岁, 平均  $22.5 \pm 5.7$  岁; 于酒后 9.8-12 小时起病, 临床症状主要有胃部不适伴恶心呕吐, 手脚麻木, 胸闷等; 入院时行动脉血气分析, pH 值均大于 7.45, 二氧化碳分压 (PCO<sub>2</sub>) 均明显低于正常。

化痰。临床中通过对温胆汤加减, 对肾性蛋白尿、不寐病和颤证等疾病的治疗取得了良好的临床疗效, 值得进一步研究及应用。

### 5 参考文献

- [1] 王焘. 外台秘要方 [M]. 高文铸, 校注. 北京: 华夏出版社, 1993: 329.
- [2] 王海燕. 肾脏病学概览 [M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2010: 155.
- [3] 丁世永, 郑平东, 何立群, 等. 小柴胡汤改善慢性肾小球肾炎患者炎症及减轻蛋白尿的作用研究 [J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(1): 21-26.
- [4] 王新芳. 小柴胡汤改善慢性肾小球肾炎患者炎症及减轻蛋白尿的作用研究 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(81): 15994-15995.
- [5] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会睡眠障碍学组. 中国成人失眠诊断与治疗指南 (2017 版) [J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(5): 324-335.
- [6] 朱宇琴, 汪瀚. 从六经辨证之少阳经论治不寐 [J]. 中国民族民间医药, 2022, 31(4): 82-84, 113.
- [7] 于晨媛. 解郁安神汤治疗顽固性失眠 48 例 [J]. 陕西中医, 2005, 26(6): 503-504.
- [8] 王永炎. 中医内科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 626-627.

[2023-02-24 收稿]

## 2 护理方法

(1) 及时保暖, 维持正常体温: 酒后患者全身血管扩张, 热量容易散发, 导致受凉、寒颤。此时应适当提高室温, 加盖棉被等保暖措施。

(2) 静脉滴注纳洛酮: 迅速建立静脉通道, 及早解除中枢抑制, 采用静脉留置针建立 1 条静脉通路, 根据医嘱及时静脉滴注纳洛酮, 清除酒精有害成分对脑组织、中枢的抑制作用; 静脉穿刺侧肢体应有专人看护, 相对制动。

(3) 呼吸道护理方法: 使患者平卧位, 头偏向一侧, 防止患者呕吐误吸。患者存在过度通气, 在保持呼吸道通畅的基础上面罩给氧, 氧气流量 6 ~ 8L/min。

(4) 暗示性心理护理: 癔症患者大多具有高度的以自我为中心的性格特点, 容易受到暗示、感情用事, 在酒精的刺激下, 情绪波动对疾病恢复会产生不良影响。患者因自身病情不明而使氛围紧张, 使其产生强烈的复杂恐惧心理。暗示性心理护理可以有效改善癔症患者临床症状<sup>[3]</sup>, 积极主动与其交流, 顺从患者的意愿, 尊重患者的隐私和人格, 帮助其建立信心, 使其有安全感, 鼓励患者将内心的真实想法和情绪说出来。寻求患者家属的支持, 与家属进行良好的沟通, 减轻家属的焦急情绪。

(5) 舒适护理: 尽量为患者准备安静的病房, 通过控制环境温度、光线、噪音, 尽可能创造舒适环境, 保证其充分休息。天气温暖时开窗通风, 使患者呼吸到新鲜空气, 避免他人打扰患者, 使患者能安静的休息。患者在发病时意识完全清醒, 但肢体麻木明显, 部分呈鸡爪形, 甚至可能出现抽搐等症状。对患者家属进行健康教育, 嘱其对患者进行按摩, 降低患者肌肉的酸痛感。护理患者时护理人员要温和、细致, 稳定患者的情绪。针对患者胸闷、喘憋等情况, 指导患者进行呼吸, 可以使用氧气面罩来进行辅助呼吸。

## 3 临床结果

5 例患者入院均采用静脉滴注纳洛酮、暗示性心理护理等综合治疗, 患者症状均很快得到缓解 (Nijmegen 评分 < 18 分视为症状缓解<sup>[4]</sup>), 临床症状缓解时间  $0.72 \pm 0.32\text{h}$ 。见表 1。

## 4 经验与体会

酒精是各种酒类饮料的主要成分, 高浓度酒精及代谢产物乙醛可经过血脑屏障刺激下丘脑, 使神经系统出现先兴奋后抑制的状态, 其毒性作用掩盖了酒精带来的任何健康益处<sup>[5]</sup>, 饮酒后易出现各式各样的不

表 1 5 例癔症患者 Nijmegen 评分及症状缓解时间

患者	性别	Nijmegen 评分 (分)				症状缓解时间 (h)
		入院时	入院后 0.5h	入院后 1h	入院后 1.5h	
1	女	32	21	11	0	0.65
2	男	33	27	19	1	1.20
3	男	27	19	7	2	0.75
4	男	29	15	5	0	0.30
5	男	31	23	13	1	0.70

良表现。当酒精作用于那些心理脆弱, 不堪工作和生活压力重负的患者时, 较易引发癔症。癔症是一种比较常见的非器质性精神障碍, 发作时歇斯底里样, 与急性酒精中毒所致的意识以及行为障碍有相似又有所不同, 其肢体的麻木与酒精所致的震颤谵妄<sup>[6]</sup>也完全不同。

本组患者均为工人, 且以男性为主, 与文献报导的女性癔症患者率较高<sup>[7]</sup>相悖, 考虑与男性饮酒人员基数大和工作压力大有关。患者酒后发生癔症, 进展快, 过度通气明显, 护理人员应迅速准确地对病情进行评估, 积极配合医生做好诊治工作, 抽动脉血做血气分析需尽量轻柔, 避免加重癔症。尽早使用纳洛酮解除酒精成分对中枢神经的抑制作用<sup>[8]</sup>, 祛除癔症的刺激因素。

与普通癔症比较, 酒后癔症的患者数极少, 本组患者经积极有效的治疗与暗示性心理护理, 癔症症状均很快得到缓解, 治疗效果较好。

## 5 参考文献

- [1] 许泽平, 洪柳芝, 谢龙腾, 等. 焦虑和行动冲动性对男性酒依赖患者攻击行为的影响 [J]. 现代实用医学. 2022, 34(6): 742-744.
- [2] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准 [M]. 3 版. 济南: 山东科学技术出版社, 2001.
- [3] 任红梅. 暗示性心理护理对癔症患者的护理效果分析 [J]. 心理月刊, 2020, 10(15): 101.
- [4] 沈卉, 贾亚平, 王佳, 等. 重复呼吸面罩在癔症性换气过度患者中的应用研究 [J]. 护士进修杂志, 2020, 35(23): 2205-2207.
- [5] GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990 - 2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study [J]. Lancet, 2018, 392(10152): 1015-1035.
- [6] 田璐, 迟勇. 酒精相关精神和行为障碍的研究进展 [J]. 中国临床医生杂志, 2022, 50(6): 640-642.
- [7] 董俊婵, 王梅英, 张彦敏, 等. 心理干预在癔症患者急诊治疗中的应用及对不良情绪的影响 [J]. 河北医科大学学报. 2020, 41(3): 339-342.
- [8] 黄红艳, 周嫦, 李天. 针对性护理用于酒精中毒患的效果观察 [J]. 中国基层医, 2019, 26(6): 747-749.

# HEALTH PROTECTION AND PROMOTION

Bimonthly Established in January 2001 Volume 23, Number 11 June 2023

## CONTENTS IN BRIEF

Research progress on the relationship between  
metabolic dysfunction associated fatty liver  
disease and cardiovascular disease

.....Wei Zhihao, Xu Yiran, Song Zongshuang,  
Zhao Wenliu, Tan Yizhen, Wu Hao, Li Yun (801)

Advances in exercise intervention for elderly  
patients with sarcopenia

.....Zhang Yan,  
Pei Xinyue, Xing Fengmei, Wang Xiaoguang,  
Xue Xinhong, Zhang Weihong, Chang Xueyou (804)

Research progress of aging expectation and its  
enlightenment to community nursing

.....Jing Liwei, Du Xiaofei (808)

Analysis of risk factors for developing gastric  
polyps in a healthy physical examination  
population

.....Pan Qianyi,  
Yuan Yiming, Xiong Yuyao, Hong Huisi (819)

Comparison of the curative effect of femoral  
head replacement and internal fixation on  
intertrochanteric fracture

.....Wang Zhuang (822)

Observation on the effect of Kuntai capsule  
combined with low-dose mifepristone on  
preoperative treatment of uterine fibroids

.....Ming Xiaoqiong (834)

### 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- $\alpha$ 、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