

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8月 第23卷 第16期 August 2023 Vol.23 No.16

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

16

16

2023

2023年8月第23卷第16期
半月刊
2023年8月20日出版

主 管

河北省卫生健康委员会

主 办

河北省医疗气功医院
066199 河北省北戴河海滨东经路17号

编 辑

《现代养生》编辑部
066199 河北省北戴河海滨东经路17号
电话: 0335-4041257

网址: <http://www.xdyangsheng.com>

出 版

现代养生杂志社

社 长

单英杰

主 编

陈玉娟

执行主编

徐应军

副主编/编辑部主任

栾 奕

事务编辑

张 杰

作者投稿信箱

E-mail: xdyskj@163.com

发行部电话

0335-4025770

广告部电话

0335-4025609

创刊时间

2001年1月

印 刷 者

秦皇岛市晨欣彩印有限公司

总 发 行

秦皇岛市邮政局

国外总发行

中国国际图书贸易集团有限公司

中国标准连续出版物号

ISSN 1671-0223

CN 13-1305/R

订 购

全国各地邮政局

邮发代号: 18-99

国外代号: M1034

广告经营许可证号

1303024000104

广 告

xdyszs480@sina.com

定 价

每册18.00元

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

专题讲座

健康生活,远离卒中..... 濮月华 (1201)

临床论著

右美托咪定在冠脉支架植入患者行非心脏手术中的应用效果

... 管朝勇 郝晓锋 贺陈龙 吴梦溪 王秀玲 张弛 牛翠丽 苗振华 (1204)

急性白血病住院治疗患者生活质量的影响因素..... 倪卫红 (1207)

宫腔镜联合药物治疗子宫内膜息肉的效果观察..... 卢燕梅 (1210)

中医药与中西医结合

电针配合雷火灸治疗寒湿凝滞型肩周炎的临床疗效观察..... 刘涵 杨勇 (1213)

针刺腰部神经支配区域激痛点治疗腰椎间盘突出症的临床观察

..... 何林华 严定丰 李卫林 殷丹 周文 陈玉华 李刚 张忠顺 (1216)

预防医学与公共卫生

流动儿童预防接种管理对控制儿童传染病的作用..... 张玮 (1219)

临床护理

手术室护理质量管理中实施品管圈活动的效果..... 李俊 王茹那 张腾飞 (1222)

针对性护理对牙龈癌患者生活质量及生存率的影响..... 代亚欣 (1225)

全面护理干预对癫痫患者精神状况及癫痫发作次数的影响..... 黄小欢 (1227)

心理护理与健康教育对脑梗死患者生活质量的影响

..... 唐小琴 夏俊青 郭俊林 (1230)

心理护理对社区老年高血压患者负性情绪的影响... 张秀杰 商莹 王文军 (1233)

循证护理在脊髓损伤合并截瘫患者中的应用效果..... 徐梦萍 (1236)

基于 FMEA 的风险护理管理模式对预防院内感染的效果观察

..... 潘莉 古发会 (1239)

中医特色护理在消化道肿瘤术后患者中应用效果..... 宋丁寅 (1242)

预见性护理对老年股骨粗隆间骨折患者应激反应及并发症的影响

..... 李颖 (1246)

健康心理与精神卫生

健康信念对慢性心力衰竭患者自我护理行为的影响..... 穆蔚然 (1249)

基层实践与初探

应急护理预案管理模式在医院突发公共卫生事件处置中的应用..... 田贝贝 (1253)

高血压患者风险感知的影响因素及对就医行为的影响

..... 李春玲 何芳 杨柠熙 曹佳 (1256)

某三级综合医院医务人员结核感染控制知行调查分析

..... 史兰萍 朱家璧 周萍 陈建云 余景红 (1259)

基层论坛

蒲公英本草考证与民族用法..... 王仕蓉 张杰 龙仙女 刘红宇 张冕 (1264)

新形势下公共卫生专业学位研究生培养模式探索

..... 赵丹丹 武英 李倩 范红敏 李云 (1273)

金山表单在医院疫情防控期间医务人员排查及健康管理的应用..... 李岚 (1275)

案例报告

经方治疗糖尿病周围神经病变案 3 则..... 王欣 (1278)

健康生活，远离卒中

濮月华

【摘要】 卒中中具有高发病率、高致残率、高死亡率和高复发率的特点，在全球范围内，是严重危害人类健康的公共卫生问题。在脑卒中的防治工作中，要坚持以防为主，推行健康文明的生活方式。通过对卒中一级预防的主要注意事项进行梳理，旨在指导公众合理改善生活方式、有效控制危险因素，降低卒中发病率，提高生活质量。

【关键词】 脑卒中；预防；控制危险因素；改善生活方式

中图分类号 R743.3 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)16-1201-03

卒中包括出血性卒中（又称脑出血）和缺血性卒中（又称脑梗死），具有高发病率、高致残率、高死亡率和复发率的特点，在全球范围内，是严重危害人类健康的公共卫生问题。但是卒中是可防可控的，近几年随着卒中危险因素的筛查和防控工作的开展，我国卒中发病率有下降趋势，但患病率仍处于上升阶段^[1]。早在两千多年前，《黄帝内经·素问》中就已经提到“圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱……夫病已成而后药之，乱已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸锥，不亦晚乎！”由此可以看出，如何有效预防在疾病控制中起到至关重要的作用。结合中国脑卒中防治指导规范^[2]，将大家日常生活中需要关注的几点内容梳理如下。

1 改善生活方式

1.1 合理膳食

中国有句古话“病从口入”。饮食不注意不仅可能导致胃肠道感染性疾病或寄生虫病，同样也可以增加心脑血管疾病的患病风险。合理膳食，这几个字说起来容易，做起来却很难。在各种健康饮食模式中，地中海饮食从概念的提出到现在，多年来积累了令人信服的证据，研究表明这种饮食模式可能对健康和长寿发挥着宝贵的积极作用。研究发现地中海饮食可以减少居民罹患心血管疾病、糖尿病等疾病的风险，还可以保护大脑免受血管损伤，降低发生卒中和认知障碍的风险^[3]。可以查阅相关引文了解关于地中海饮食更详细的说明。在《中国脑卒中防治指导规范（2021年版）》^[2]中，结合国人的饮食特点，推荐如下：每天饮食种类应多样化，使能量和营养的摄入趋于合理；采用包括全谷、杂豆、薯类、水果、蔬菜和奶制

品以及总脂肪和饱和脂肪含量较低的均衡食谱；建议降低钠摄入量并增加钾摄入量，有益于降低血压，从而降低脑卒中风险。推荐的食盐摄入量 $\leq 6\text{g/d}$ ；强调增加水果、蔬菜和各种各样奶制品的摄入，减少饱和脂肪酸和反式脂肪酸的摄入；每天总脂肪摄入量应小于总能量的30%，反式脂肪酸摄入量不超过2g；摄入新鲜蔬菜400~500g、水果200~400g；适量鱼、禽、蛋和瘦肉，平均摄入总量120~200g；各种奶制品相当于液态奶300g；烹调植物油 $<25\text{g}$ ；控制添加糖（或称游离糖，即食物中添加的单体糖，如冰糖、白砂糖等）的摄入，每天 $<50\text{g}$ ，最好 $<25\text{g}$ ^[4]。

1.2 控制体重

在我国，肥胖已经成为一个社会问题，肥胖和超重是多种慢性病，如脑卒中、高血压、糖尿病、心脏病的危险因素。研究显示，减轻体重可明显降低超重或肥胖者患心脑血管疾病的风险。衡量肥胖或超重的一个重要指标是身体质量指数（body mass index, BMI），它的计算方法为： $\text{BMI} = \text{体重}(\text{kg}) / \text{身高}(\text{m})^2$ ，依据世界卫生组织针对亚洲人群推荐的BMI分类： <18.5 为消瘦、 $18.5 \sim 22.9$ 为正常、 $23.0 \sim 27.4$ 为超重、 ≥ 27.5 为肥胖。超重和肥胖者需通过健康的生活方式、良好的饮食习惯、增加体力活动等措施减轻体重，有利于控制血压，也可减少脑卒中风险^[2]。

1.3 增加体育运动

俗话说生命在于运动，经常进行体育运动，不仅可以精神抖擞，还可以预防多种疾病。研究显示，进行体育运动可显著降低癌症、糖尿病、冠心病和缺血性脑卒中的患病风险^[5]。各种类型的体育活动均可获益，人们需要根据自己的身体状况选择适合的运动项目。对于老年人和脑卒中高危人群需要提前进行最大运动负荷检测，以免过度运动引起的不良影响，

基金项目：国家自然科学基金（编号：81870913）

作者单位：首都医科大学附属北京天坛医院

制订个性化运动方案。健康成人每周应至少有 3 ~ 4 次、每次至少持续 40min 中等或以上强度的有氧运动（如快走、慢跑、骑自行车或其他有氧运动等）。日常工作以静坐为主的人群，建议每坐 1h 进行短时（2 ~ 3min）身体活动^[6]。

1.4 戒烟限酒

吸烟不仅会引发呼吸系统疾病，增加肺癌风险，还会增加心脑血管病的患病风险。很多研究证据显示，吸烟是缺血性脑卒中重要的独立危险因素。吸烟可使缺血性脑卒中的相对危险增加 90%，使蛛网膜下腔出血的危险增加近 2 倍^[7]。吸烟可能诱发血管壁炎症反应，促进动脉粥样硬化进程。吸烟与颈动脉狭窄存在显著的相关性。因此，吸烟者应尽快戒烟，不吸烟者也应避免被动吸二手烟。

酒精是世界卫生组织国际癌症研究机构（IARC）定义的 1 类致癌物，是全球癌症的主要原因，虽然目前尚无充分证据表明少量饮酒可以预防脑血管病；但是鉴于酒精摄入的其他危害，且可能增加降压、降糖、降脂及抗血小板药物的不良事件的风险，建议饮酒者应尽可能减少酒精摄入。不饮酒者不提倡用少量饮酒的方法预防心脑血管疾病^[7]。

2 监测并控制血压、血糖、血脂等危险因素

2.1 监测并控制血压

《中国居民营养与慢性病状况报告（2020 年）》^[8]显示，我国 18 岁及以上居民高血压患病率达 27.5%。因此，35 岁以上成年人应关注血压情况，每年至少测量 1 次血压，有高血压和 / 或脑卒中家族史者应增加血压测量次数。高血压患者需要应用血压记录本记录每日或每周的血压情况，尤其需要注意清晨血压的情况。正常血压高值者（收缩压 120 ~ 139mmHg 或舒张压 80 ~ 89mmHg）应改善生活方式并每年筛查高血压。早期或轻度高血压患者首先采用改变生活方式治疗，3 个月效果仍不佳者，应加用抗高血压药物治疗。中度以上高血压患者除应改进饮食习惯和不良生活方式外，还应进行持续、合理的药物治疗。降压治疗要遵循个性化原则，并在专科医生指导下调整用药^[7]。

2.2 监测并控制血糖

糖尿病是全球患病率最高的慢性病之一，据国际糖尿病联盟报告，过去的 10 年间（2011–2021 年），我国糖尿病患者人数由 9000 万增加至 1 亿 4000 万，增幅达 56%。糖尿病患者应改进生活方式，首先控制饮食，加强身体活动，必要时口服降糖药或采用胰岛素治疗^[7]。脑血管病高危人群应监测空腹及三餐后 2 小时血糖，每 3 个月检测糖化血红蛋白。既往没有糖

尿病的成年人，若糖化血红蛋白为 5.7% ~ 6.4% 时可考虑为糖调节受损，应进一步完善糖耐量试验，及早识别糖尿病或糖尿病前期状态。

2.3 监测并控制血脂

20 岁以上的成年人至少每 5 年测量 1 次空腹血脂，包括总胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇和甘油三酯。40 岁以上男性和绝经后女性应每年进行血脂检查，并评估 10 年动脉粥样硬化性心血管病（atherosclerotic cardiovascular disease, ASCVD）风险。根据个体 ASCVD 危险程度，以降低低密度脂蛋白胆固醇水平作为首要干预靶点，采取不同强度干预措施。在早发动脉粥样硬化患者的一级亲属中（包括 <20 岁的儿童和青少年），应进行家族性高胆固醇血症的筛查，确诊后需考虑应用他汀类药物治疗^[7]。随着目前新型降脂药物的出现，对于他汀不耐受或疗效差的患者，也有了更多的选择。

3 心房颤动及其他心脏疾病的筛查及治疗

心源性栓塞是引起脑梗死的重要病因亚型。相比非心源性脑卒中，心源性脑卒中患者入院时神经功能缺损更严重，且远期预后更差。因此，积极有效地筛查和治疗心脏疾患对于预防脑卒中具有重要的意义。除心房颤动外，其他类型心脏病（如：左心房血栓、原发性心脏肿瘤、瓣膜赘生物、心脏瓣膜病、扩张性心肌炎、冠状动脉粥样硬化性心脏病、心肌梗死和心内膜炎等）也可能增加血栓栓塞性脑卒中的风险^[7]。成年人应定期体检，早期发现心房颤动。确诊为心房颤动的患者，应积极找专科医生治疗。对年龄 >65 岁的患者，建议在初级医疗保健机构通过脉搏评估联合常规心电图检查进行心房颤动筛查。高危患者长时程心电图监测可提高房颤检出率^[7]。若发现房颤或其他心源性栓塞高危疾病，应根据栓塞危险因素分层、出血风险评估及患者意愿等，制定个性化的脑卒中或其他系统性栓塞的预防方案。

4 正确认识颈动脉斑块及无症状颈动脉狭窄

很多体检机构已将颈部血管超声列为常规项目，越来越多的人开始关注颈动脉斑块。那么哪类人群需要做颈部血管超声呢？建议对年龄 40 岁以上的人群进行脑卒中危险因素（包括高血压、血脂异常、糖尿病、心房颤动、吸烟史、明显超重或肥胖、缺乏运动和脑卒中家族史）筛查。对于 40 岁以上的高危人群（危险因素 ≥ 3 个）可考虑做颈动脉彩超检查。对低危人群无需常规进行筛查。对于颈动脉彩超仅发现内膜增厚的人群，建议首先改变生活方式（如戒烟、适量运动和低盐、低脂、低糖、低热量饮食），并每年

复查 1 次颈动脉彩超^[2]。确诊为无症状性颈动脉狭窄（狭窄 $\geq 50\%$ ）的患者应当咨询专科医生，必要时服用他汀类药物和阿司匹林预防脑卒中^[2]。同时，患者应当对其他可干预的脑卒中危险因素进行筛查，给予生活方式改变及恰当的药物治，并建议其在有资质的医院每年复查颈动脉彩超。对于确诊为无症状性颈动脉重度狭窄（狭窄 $>70\%$ ）且预期寿命 >5 年者，建议到专科医院评估是否需要颈动脉内膜切除术（CEA）和血管内支架成形术（CAS）治疗^[2]。

5 关注并治疗阻塞性睡眠呼吸暂停

阻塞性睡眠呼吸暂停是一种以反复发生的完全性或部分性上呼吸道阻塞性为特征的疾病，可导致间歇性低氧血症、自主神经功能紊乱和睡眠障碍。大约 34% 中年男性和 17% 女性患有此类疾病，很多患者不会主动就医，往往合并其他疾病后才会就诊。在高血压、心力衰竭、冠心病、肺动脉高压、心房颤动和卒中患者中，阻塞性睡眠呼吸暂停的患病率高达 40% 至 80%^[9]。有时甚至会引起夜间猝死。对于打鼾的成年人（尤其是肥胖、高血压、心脏病或药物抵抗的原发性高血压患者）应评估是否有阻塞性睡眠呼吸障碍^[7]，建议可行多导睡眠图监测评估睡眠呼吸暂停的严重程度，根据评估结果判断是否需要佩戴无创呼吸机治疗。

6 监测并控制血浆同型半胱氨酸水平

国内外多年的临床和实验研究证实，血浆同型半胱氨酸含量与缺血性脑血管病的发生具有明显的相关性^[10]。建议普通人群（非妊娠、非哺乳期）通过食用蔬菜、水果、豆类、肉类、鱼类和加工过的强化谷类，合理增加叶酸、维生素 B₆ 和维生素 B₁₂ 的摄入，可能有助于降低脑卒中的发病风险^[7]。高同型半胱氨酸血症且既往有心血管病或糖尿病史的患者，采用叶酸联合维生素 B₆、维生素 B₁₂ 治疗，可能有助于降低脑卒中风险。高血压伴有高同型半胱氨酸血症的患者，在治疗高血压的同时酌情加用叶酸可能降低脑卒中风险^[7]。

关于卒中预防这个内容还有很多方面可以探讨，例如睡眠心理与卒中的关系、偏头痛与卒中的关系、

炎症与感染和卒中的关系、雌激素与卒中的关系、肠道微生物与卒中的关系……，希望今后能够更深入地探讨大家感兴趣的话题。关于卒中预防方面的具体问题可以进一步寻求专科医生的帮助。随着科学技术的迅猛发展，医学研究成果也是日新月异。相信在未来我们会更智能、更有效的方法预防脑卒中的发生。也希望大家能够正确认识这类疾病，管理好自己的生活，远离脑卒中，健康快乐的过好每一天。

7 参考文献

- [1] 《中国脑卒中防治报告 2020》编写组,王陇德.《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.
- [2] 《中国脑卒中防治指导规范(2021年版)》<http://www.nhc.gov.cn/zyygj/s3593/202108/50c4071a86df4bfd9666e9ac2aaac605.shtml>
- [3] Dominguez LJ,Di Bella G,Veronese N,et al.Impact of mediterranean diet on chronic non-communicable diseases and longevity[J].Nutrients,2021,13(6):2028.
- [4] 王伊龙,韩尚容,曹勇,等.中国脑血管病临床管理指南(节选版)——脑血管病高危人群管理[J].中国卒中杂志,2019,14(7):700-708.
- [5] Kyu HH,Bachman VF,Alexander LT,et al. Physical activity and risk of breast cancer,colon cancer,diabetes,ischemic heart disease,and ischemic stroke events:Systematic review and dose-response meta-analysis for the Global Burden of Disease Study 2013[J].BMJ,2016,354:i3857.
- [6] 王文志,盖思齐.脑血管病的一级预防[J].中华神经科杂志,2020,53(8):614-622.
- [7] 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.中国脑血管病一级预防指南 2019[J].中华神经科杂志,2019,52(9):684-709.
- [8] 中国居民营养与慢性病状况报告(2020年)[J].营养学报,2020,42(6):521.
- [9] Yeghiazarians Y,Jneid H,Tietjens JR,et al.Obstructive sleep apnea and cardiovascular disease:A scientific statement from the American Heart Association published correction appears in circulation[J].2022,145(12):e775.
- [10] Perry IJ.Homocysteine,hypertension and stroke[J].J Hum Hypertens,1999,13(5):289-293.

[2023-07-06 收稿]

右美托咪定在冠脉支架植入患者行非心脏手术中的应用效果

管朝勇 郝晓锋 贺陈龙 吴梦溟 王秀玲 张弛 牛翠丽 苗振华*

【摘要】 目的 探讨冠脉支架植入术后患者行非心脏手术时应用右美托咪定对血流动力学及不良反应发生情况的影响。方法 选择2020年10月-2021年6月医院收治的择期行非心脏手术的经皮冠状动脉支架植入术(PTCA)术后患者90例为研究对象,按照性别、年龄、NYHA分级、手术类型组间均衡可比的原则分为观察组45例和对照组45例。观察组在麻醉诱导前15min泵注右美托咪定 $1\mu\text{g}/\text{kg}$ (用生理盐水稀释为 $4\mu\text{g}/\text{ml}$),之后以 $0.3\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{h})$ 的剂量维持泵入至主要手术步骤结束停药,对照组泵注等容量生理盐水。比较两组生命体征变化、不良反应发生情况。结果 两组患者麻醉诱导前,收缩压(SBP)、心率(HR)、心率-收缩压乘积(RPP)比较,差异无统计学意义($P>0.05$);气管插管即刻时,两组患者SBP、RPP均升高,而HR观察组降低、对照组升高;组间比较,观察组患者SBP、HR、RPP低于对照组,组间差异均有统计学意义($P<0.05$)。使用右美托咪定后,观察组患者术中心肌缺血、低血压、心动过速发生率均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 右美托咪定预处理对PTCA术后行非心脏手术患者具有稳定血流动力学、降低不良反应发生率的作用。

【关键词】 经皮冠状动脉支架植入术;非心脏手术;右美托咪定;血流动力学;不良反应

中图分类号 R614 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)16-1204-03

冠状动脉粥样硬化性心脏病(以下简称冠心病)是临床常见的心血管疾病,威胁着人类生命健康^[1-2]。经皮冠状动脉支架植入术(PTCA)通过快速有效地解决冠状动脉(以下简称冠脉)严重狭窄问题,成为冠心病最有效的治疗手段^[3-4]。随着PTCA术后患者行非心脏手术的数量及比例不断升高,该类患者的围术期心绞痛、心肌梗死甚至心源性猝死等不良心血管事件(MACE)的发生率明显增高。目前对此类患者围术期管理的研究较少,且研究主要围绕手术时机的选择及围术期抗血小板药物对患者预后的影响。冠脉支架放置能改善冠脉血流以防止心肌缺血,但围术期气管插管、切皮、麻醉苏醒及术后疼痛等刺激因素被认为是冠脉支架血栓形成、冠脉痉挛狭窄致心肌缺氧、心肌梗死发生的危险因素^[5]。故在麻醉期间避免心肌缺氧和维持心肌氧供需平衡对降低MACE的发生具有非常重要的意义。相关研究表明,右美托咪定对心肌具有保护作用^[6]。右美托咪定是肾上腺素受体激动剂,具有镇静、镇痛及稳定血流动力学的作用,对冠心病患者有心肌保护效应,能够明显降低心脏手术患者术后心肌梗死的发病率和死亡率^[7]。但对右美托咪定应用于PTCA术后非心脏手术患者报道较少。本研究将右美托咪定应用于PTCA术后非心脏手术治

疗中,观察其对血流动力学水平、术中不良反应发生率的影响,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2020年10月-2021年6月医院收治的择期行非心脏手术的PTCA术后患者90例为研究对象。纳入标准:①PTCA术后1年以上,均行非心脏手术;②年龄:55~78岁,美国麻醉医师协会(ASA)分级:II-III级;③具备基本沟通、理解能力。排除标准:①心、肝、肾等实质性脏器严重功能不全者;②合并其他类型恶性肿瘤者;③合并精神系统疾病,存在认知障碍者。按照性别、年龄、NYHA分级、手术类型组间均衡可比的原则分为观察组45例和对照组45例。观察组男24例、女21例;平均年龄 60.48 ± 9.29 岁;NYHA分级:I级24例、II级21例;手术类型:胆囊切除术20例、子宫切除术10例、阑尾切除术7例、疝气手术8例。对照组男26例、女19例;平均年龄 60.40 ± 10.49 岁;NYHA分级:I级23例、II级22例;手术类型:胆囊切除术22例、子宫切除术8例、阑尾切除术9例、疝气手术6例。两组患者性别、年龄、NYHA分级、手术类型比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本次研究获得医院医学伦理委员会批准,患者及家属已签署研究知情同意书。

1.2 麻醉方法

1.2.1 观察组 麻醉诱导前15min泵注右美托咪定。

基金项目:邢台市重点研发计划项目(编号:2020ZC318)
作者单位:054000 河北省邢台市第三医院手麻科(管朝勇、郝晓锋、贺陈龙、吴梦溟、张弛、苗振华);邢台市第三医院心内科(王秀玲);邢台市第三医院妇科(牛翠丽)
* 通讯作者

患者进入手术室后,开放外周静脉,面罩吸氧,用飞利浦监护仪常规监测收缩压(SBP)、舒张压(DBP)、ECG及血氧饱和度(SaO₂)。在麻醉诱导前15min泵注右美托咪定1μg/kg(用生理盐水稀释为4μg/ml),之后以0.3μg/(kg·h)的剂量维持泵入至主要手术步骤结束停药,然后给予舒芬太尼0.3~0.5ug/kg、顺式阿曲库铵0.1~0.15mg/kg,依托咪酯0.1~0.3mg/kg麻醉诱导,3min后气管插管并连接呼吸机进行机械通气(氧流量1L/min,呼吸12次/min,潮气量6~8ml/kg),采用静吸复合麻醉,吸入七氟烷1%~4%,并泵入瑞芬太尼0.05~0.2μg/kg和丙泊酚100~200μg/kg,同时间断推注2~4mg顺式阿曲库铵以维持肌松,术前半小时内停止吸入麻醉,手术结束停用丙泊酚和瑞芬太尼,术毕,拔除气管导管后送入麻醉恢复室。

1.2.2 对照组 患者入手术室后麻醉步骤及方法同观察组,在麻醉诱导前15min将泵注右美托咪定改为泵注等量的生理盐水。

1.3 观察指标

(1) 生命体征监测:记录术中麻醉诱导前、气管插管即刻的SBP、心率(HR)、心率-收缩压乘

积(RPP)。

(2) 不良反应发生情况:包括心肌缺血、高血压、低血压、心动过速、心动过缓等。

1.4 数据分析处理方法

采用SPSS 21.0统计学软件进行数据分析,计量资料用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示,组间均数比较用 t 检验;计数资料计算百分率,组间率的比较用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者麻醉诱导前、气管插管即刻时SBP、HR、RPP比较

两组患者麻醉诱导前,SBP、HR、RPP比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);气管插管即刻时,两组患者SBP、RPP均升高,而HR观察组降低、对照组升高;组间比较,观察组SBP、HR、RPP低于对照组,组间差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

2.2 两组患者术中不良反应发生率比较

使用右美托咪定后,观察组患者术中心肌缺血、低血压、心动过速发生率均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表1 两组患者麻醉诱导前、气管插管即刻时SBP、HR、RPP比较

组别	例数	SBP (mmHg)		HR (次/分)		RPP ($\times 10^2$)	
		麻醉诱导前	气管插管即刻	麻醉诱导前	气管插管即刻	麻醉诱导前	气管插管即刻
观察组	45	136.21 ± 27.12	136.72 ± 25.36	64.83 ± 7.23	60.15 ± 5.86	80.16 ± 9.35	80.60 ± 7.33
对照组	45	133.82 ± 25.72	175.21 ± 35.16	68.19 ± 9.22	73.95 ± 7.83	77.96 ± 9.02	86.74 ± 9.21
	t 值	0.429	5.956	1.924	9.466	1.136	3.499
	P 值	0.669	0.000	0.058	0.000	0.259	0.001

表2 两组患者不良反应情况的比较

组别	例数	心肌缺血	高血压	低血压	心动过速	心动过缓
对照组	45	25 (55.56)	10 (22.22)	16 (35.56)	17 (37.78)	7 (15.56)
观察组	45	12 (26.67)	7 (15.56)	5 (11.11)	6 (13.33)	4 (8.89)
	χ^2 值	7.756	0.653	7.516	7.067	0.450
	P 值	0.005	0.419	0.006	0.008	0.502

注:()内数据为百分率(%)。

3 讨论

冠心病的发生呈逐年升高的趋势,PTCA是治疗冠心病的主要方法。相关研究显示^[8],冠心病患者在冠脉支架植入术后,5%~20%患者会在2年内接受其他手术治疗。而在这些患者中,47%左右是在冠脉支架术后12个月内接受其他手术。对于此类患者的围术期管理,除了合理选择手术时机和恰当的管理外,

保证心肌氧供需平衡至关重要。麻醉手术期间气管插管和手术作为刺激性伤害可使机体反应增强,从而降低正常生理功能,进而增加围术期并发症。因此,寻求一种能减轻围术期患者应激反应的药物迫在眉睫。右美托咪定是一种高选择性的中枢 α_2 肾上腺素能受体激动剂,具有中枢性抗交感作用,同时具有良好的镇静、镇痛、抗焦虑、抑制交感神经活性、减少应激

反应等作用,近几年广泛应用于临床麻醉^[9-10]。

本研究结果显示,在患者刺激较大的气管插管时,观察组患者的生命征明显较对照组平稳,这和以往的研究结论一致。预先静脉缓慢泵注右美托咪定可以安全、有效地缓解冠心病患者诱导插管时的心血管反应^[11]。由此可见,右美托咪定可以有效抑制去甲肾上腺素的释放,降低患者血中儿茶酚胺的浓度。进而降低血压,减慢心率,有效减缓在气管插管刺激的情况下异常增高的血压和心率,使患者的血流动力保持相对的稳定,也正好符合冠心病患者麻醉原则。在林兰英等^[12]的临床研究中发现,右美托咪定持续使用一段时间后,HR与术前相比显著减慢,推测与右美托咪定的交感神经抑制作用有关,可减轻老年患者的心肌氧耗。RPP是SBP与HR的乘积,可间接反应心肌氧耗量,正常不超过 120×10^2 ,如果升高则表明可能发生心肌缺血。本研究显示,观察组患者的SBP、HR、RPP在气管插管即刻时变化不大,说明右美托咪定可使患者保持血流动力学的稳定,有效地减少心肌耗氧量,在稳定循环系统方面有独到的优势。

使用右美托咪定后,观察组术中心肌缺血、低血压、心动过速发生率均低于对照组,有统计学意义。围手术期患者心肌缺血的发生概率大约为8%~37%,患者术中出现有缺血性ST段波形改变时,术后患者发生心脏意外事件的风险概率将明显增加^[13]。右美托咪定是高选择性 α_2 肾上腺素能受体(α_2 -AR)激动药,激活中枢蓝斑突触前 α_2 -AR,通过负反馈抑制交感神经系统的活性,降低中枢和外周去甲肾上腺素的释放,减慢心率,延长冠状动脉在心脏舒张期的灌注时间进而提高血氧供应。同时,降低心脏负荷,降低心肌耗氧,改善心肌的氧供需平衡^[14]。两组患者高血压、心动过缓的发生例数比较,差异无统计学意义。说明在麻醉诱导前15min泵注右美托咪定 $1 \mu\text{g}/\text{kg}$ (用生理盐水稀释为 $4 \mu\text{g}/\text{ml}$),之后以 $0.3 \mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{h})$ 的剂量维持泵入,可以避免高峰值的血浆浓度,从而避免了血压升高和心率的显著下降等不良反应的发生^[15]。

综上所述,右美托咪定预处理对PTCA术后行非心脏手术患者具有稳定血流动力学降低不良反应发生率的作用。但本研究样本量较小,结果可能存在一定的误差,应在下一步研究中扩大样本量,延长观察时间,并深入研究右美托咪定的心肌保护作用机制,以期对PTCA术后行非心脏手术患者提供心肌保护方案。

4 参考文献

- [1] Bei Y, Shi C, Zhang Z, et al. Advance for cardiovascular health in China [J]. J Cardiovasc Transl Res, 2019, 12(3): 165-170.
- [2] Zheng X, Zhang M, Zheng Y, et al. Quality indicators for cardiac rehabilitation after myocardial infarction in China: A consensus panel and practice test [J]. BMJ Open, 2020, 10(12): e039757.
- [3] 姚远, 梁峰, 沈珠军. 冠心病冠脉支架术后患者发生再狭窄的危险因素分析 [J]. 临床和实验医学杂志, 2015, 14(14): 1177-1179.
- [4] 李解贵, 周卫建, 吴欣军, 等. 冠脉支架术后非心脏手术围术期抗凝治疗分析 [J]. 湖南师范大学学报(医学版), 2014, 11(3): 47-49.
- [5] 杭燕南, 周大春. 循证临床麻醉 [M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 71.
- [6] 曾凯辉. 右美托咪定复合七氟醚对冠心病患者非心脏手术后心肌损伤及氧化应激反应的影响 [J]. 海南医学院学报, 2017, 23(18): 2468-2471.
- [7] 王先学, 潘道波, 邓恢伟, 等. 右美托咪定对体外循环心脏手术病人心肌缺血再灌注损伤的影响: meta分析 [J]. 中华麻醉学杂志, 2016, 36(2): 136-139.
- [8] 程文俊, 徐海军, 肖志宏, 等. 利伐沙班抗凝状态下术后自体引流血回输对初次全髋关节置换术后隐性失血和肢体肿胀的影响 [J]. 南方医科大学学报, 2014, 34(3): 438-440.
- [9] 俞晨, 贾东林, 张小青, 等. 右美托咪定对腹腔镜手术患者镇痛疗效与安全性的研究 [J]. 中国临床药理学杂志, 2015, 21(2): 89-92.
- [10] 肖甄男, 商丽华, 龙波. 超声引导腹横肌平面阻滞复合右美托咪定在老年患者腹股沟疝修补术中及术后的镇痛效果 [J]. 中国医科大学学报, 2018, 47(6): 507-512.
- [11] 严六狮, 袁伟, 周荣胜. 右美托咪定预先给药对高血压冠心病患者诱导插管时血流动力学的影响 [J]. 陕西医学杂志, 2012, 41(8): 967-969.
- [12] 林兰英, 林献忠, 林财珠, 等. 右美托咪辅助超声引导横肌平面阻滞在老年患者腹股沟斜疝修补手术中的应用 [J]. 福建医科大学学报, 2016, 50(5): 325-329.
- [13] 刘国庆, 袁建喜. 丹红注射液联合银杏叶注射液治疗不稳定型心绞痛临床研究 [J]. 中国医学创新, 2013, 10(3): 49-50.
- [14] 张继如, 陈敏, 王志强, 等. 右美托咪定和七氟醚改善冠心病非心脏手术患者围术期心肌缺血的比较 [J]. 临床麻醉学杂志, 2017, 3(33): 273-276.
- [15] 邱之韵, 王慧琳, 夏慕超, 等. 右美托咪定对心血管保护作用的研究进展 [J]. 中国临床医学, 2022, 2(29): 111-117.

[2023-05-25 收稿]

急性白血病住院治疗患者生活质量的影响因素

倪卫红

【摘要】 目的 调查分析急性白血病住院治疗患者生活质量相关影响因素, 并讨论针对性护理干预措施。方法 选择2020年9月-2023年2月到院治疗的60例急性白血病患者作为研究对象。收集患者一般资料, 采用白血病生活质量量表(FACE-Leu)评价患者生活质量, 并分析相关的影响因素。结果 60例患者生活质量FACE-Leu评分为 94.53 ± 12.08 分, 评分 <90 分患者为24例(40.00%), ≥ 90 分患者为36例(60.00%); 各维度中功能状况、白血病特异性模板评分最低, 社会/家庭评分最高。经多因素Logistic回归分析, 月收入 <1000 元, Karnofsky身体功能状态量表(KPS)评分 <60 分, 初次治疗, 入院治疗次数1~5次, 最近1周发生感染、发热、出血、昏迷, 未继续工作或学习及处于诱导缓解治疗阶段, 是影响患者生活质量的因素($P<0.05$)。结论 月收入、身体功能评分、治疗次数、治疗并发症等均会影响急性白血病住院治疗患者的生活质量, 临床可根据相关影响因素, 给予患者针对性护理干预, 进而改善其生活质量。

【关键词】 急性白血病; 生活质量; 影响因素; 针对性护理干预

中图分类号 R733.71 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)16-1207-04

急性白血病是恶性血液病常见类型, 恶性程度高, 治疗难度高, 缺乏根治性治疗方法, 以造血干细胞移植+化疗的治疗方法为主^[1]。随着医疗模式的改进, 患者生命时间得以延长, 临床研究重点则聚焦于患者生活质量的改善。明确影响患者生活质量的相关因素是开展针对性护理干预的基础。基于此, 本文分析影响急性白血病住院治疗患者生活质量的相关因素, 为制定相应的针对性护理策略提供参考依据。

1 对象与方法

1.1 调查对象

选择2020年9月-2023年2月到院治疗的60例急性白血病患者作为调查对象。纳入标准: 患者经临床表现、骨髓穿刺活检等综合检查, 符合白血病标准^[2]; 均住院化疗; 年龄 ≥ 18 岁, 有正常的认知能力。排除标准: 有精神障碍疾病、认知异常者; 诊断不明的血液病者; 有其他恶性肿瘤、脏器疾病者; 临终状态者。收集并完整记录患者一般资料, 男31例, 女29例; 年龄18~68岁, 平均 36.52 ± 6.53 岁。所有患者自愿参与本次调查研究, 并签署了知情同意书。

1.2 调查内容

(1) 一般资料: 包括入院患者的基本情况, 如年龄、性别、化疗情况等。

(2) 生活质量: 采用白血病生活质量量表(FACE-Leu)^[3]评价患者生活质量, 量表对患者生理功能(7个条目)、社会/家庭(7个条目)、情感功能(7个条目)、功能状况(7个条目)及白血

病特异性模块(16个条目)5个维度进行评价, 共有44个条目, 每个条目从“一点也不”到“非常”计0~4分, 而白血病特异性模板为反向计分则为4~0分, 总分为176分, 分值越高, 生活质量越好。以 <90 分为分界线, 处于生活质量相当差的状态。

(3) 身体功能状态: 采用Karnofsky身体功能状态量表(KPS)^[4]测定患者身体机能, 量表分值为0~100分, 评分越高, 身体状态越好。

1.3 调查方法

由调查人员直接深入患者所在的病房发放调查问卷表。在问卷表发放前, 先向患者、家属讲解调查的目的及意义; 若患者无法填写, 可由调查人员根据量表内容对患者进行提问, 适当解释条目内容, 帮助患者能顺利完成问卷调查。在填写问卷后, 当场回收问卷表, 有效回收率100%。

1.4 质量控制

调查人员均由经过培训、经验丰富、沟通技巧良好的护理人员担任。在调查期间调查人员不可使用引导性语言, 避免主观性提示及倾向性记录, 以此避免观察及记录偏倚。

1.5 数据分析方法

运用SPSS 26.0统计学软件分析处理数据, 计数资料计算百分率(%), 组间率比较采用 χ^2 检验; 计量资料符合正态分布用“均数 \pm 标准差”表示, 组间均数比较采用 t 检验。多因素分析采用Logistic回归模型, 分析相关影响因素。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 调查对象生活质量测评结果

入组患者生活质量 FACE-Leu 评分为 94.53 ± 12.08 分, 其中评分 < 90 分患者 24 例 (40.00%), ≥ 90 分患者 36 例 (60.00%), 各维度及总评分情况见表 1。

2.2 调查对象的基本特征及对生活质量影响的单因素分析

评分 ≥ 90 分患者小学及以下学历, 月收入 < 1000 元, KPS 评分 < 60 分, 初次治疗, 入院治疗次数 1 ~ 5 次, 最近 1 周发生感染, 最近 1 周发生发热、出血、昏迷, 处于诱导缓解治疗阶段, 未继续工作或

学习发生率均低于评分 < 90 分组, 组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 1 60 例住院患者 FACE-Leu 评分测评比较 (分)

维度	总评分	测量评分
生理功能	0 ~ 28	13.05 ± 2.08
社会 / 家庭	0 ~ 28	22.51 ± 2.10
情感功能	0 ~ 28	15.02 ± 2.10
功能状况	0 ~ 28	9.82 ± 1.64
白血病特异性模板	0 ~ 64	30.04 ± 2.36
总分	0 ~ 176	94.53 ± 12.08

表 2 急性白血病住院患者的基本特征及对生活质量影响

特征因素	分类	≥ 90 分	< 90 分	χ^2 值	P 值
性别	男	20 (64.52)	11 (35.48)	0.545	0.460
	女	16 (55.17)	13 (44.83)		
年龄 (岁)	18 ~	24 (66.67)	14 (58.33)	0.431	0.512
	> 44	12 (33.33)	10 (41.67)		
居住地	城镇	18 (50.00)	14 (58.33)	0.402	0.526
	农村	18 (50.00)	10 (41.67)		
文化程度	小学及以下	6 (16.67)	12 (50.00)	7.619	0.022
	初中及高中	20 (55.56)	8 (33.33)		
	大专及以上	10 (27.78)	4 (16.67)		
工作或学习	是	22 (61.11)	8 (33.33)	4.444	0.035
	否	14 (38.89)	16 (66.67)		
月收入 (元)	< 1000	5 (13.89)	9 (37.50)	4.735	0.025
	1000 ~	14 (38.89)	8 (33.33)		
	3000 ~	17 (47.22)	7 (29.17)		
治疗次数 (次)	1 ~	10 (27.78)	15 (62.67)	9.441	0.001
	6 ~	15 (41.67)	8 (33.33)		
	> 10	11 (30.56)	1 (4.17)		
治疗阶段	诱导缓解	2 (5.56)	12 (50.00)	18.222	0.001
	巩固强化	13 (36.11)	8 (33.33)		
	维持治疗	21 (58.33)	4 (16.67)		
KPS 评分 (分)	60 ~	23 (63.89)	7 (29.17)	6.944	0.008
	< 60	13 (36.11)	17 (70.83)		
近 1 周感染	是	15 (41.67)	19 (79.17)	6.465	0.011
	否	21 (58.33)	5 (20.83)		
近 1 周发热、出血、昏迷	是	12 (33.33)	18 (75.00)	10.000	0.002
	否	24 (66.67)	6 (25.00)		
疾病类型	急性淋巴细胞白血病	11 (55.00)	9 (45.00)	0.313	0.576
	急性髓系白血病	25 (62.50)	15 (37.50)		

注: () 内数据为百分数 (%)。

2.3 影响急性白血病住院患者生活质量的多因素分析

以 FACE-Leu 评分是否 ≥ 90 分为因变量 (是 = 1, 否 = 0), 将单因素分析差异有统计学意义的因素纳入 Logistic 回归模型, 进行多因素分析, 结果显示,

月收入 < 1000 元, KPS 评分 < 60 分, 初次治疗, 入院治疗次数 1 ~ 5 次, 最近 1 周感染、发热、出血、昏迷, 未继续工作或学习, 处于诱导缓解治疗阶段为影响急性白血病住院患者生活质量的因素 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 影响急性白血病住院患者生活质量的多因素 Logistic 回归分析

自变量	β	S.E	Wald χ^2	P 值	OR	95%CI
小学及以下学历	1.830	0.838	4.762	0.029	6.232	1.206~32.217
月收入 < 1000 元	2.155	0.615	12.275	0.001	8.624	2.585~28.201
KPS 评分 < 60 分	2.789	0.565	24.374	0.001	16.262	5.374~49.225
初次治疗	2.486	0.783	10.084	0.001	12.016	2.589~55.739
入院治疗次数 1 ~ 5 次	2.619	0.724	13.076	0.001	13.726	3.320~56.715
最近 1 周感染、发热、出血、昏迷	3.169	0.534	35.244	0.001	23.791	8.351~67.738
未继续工作或学习	1.867	0.890	4.402	0.036	6.470	1.303~7.018
处于诱导缓解治疗阶段	2.060	0.807	6.512	0.011	7.845~	1.613~38.157

3 讨论

生活质量是由个体的身体、心理、社会健康等多个维度所决定的一种概念, 是患者的主观体验感^[5]。急性白血病患者是一种重大的负性事件, 不仅会给患者躯体功能带来影响, 也会影响患者的心理健康、社会功能及家庭生活等^[6]。基于急性白血病患者生存期的延长, 所以改善患者生活质量显得尤其重要。本研究结果显示, 60 例患者生活质量 FACE-Leu 评分为 94.53 ± 12.08 分, 评分 < 90 分患者为 24 例 (40.00%), ≥ 90 分患者为 36 例 (60.00%), 各维度中以各功能总评分来看, 功能状况、白血病特异性模板评分最低, 社会/家庭评分最高, 差异有统计学意义。结果表明, 急性白血病患者生活质量处于较低的状态, 尤其是急性白血病带来的不良反应, 对躯体、生理功能造成重大的负面影响, 使其生活质量下降。王菁等^[7] 研究调查发现, 老年急性髓细胞白血病患者生活质量差, 占 61.90%, 再次说明白血病对患者的生活质量产生明显影响, 而与本研究调查有一定差异, 主要是纳入患者不同、年龄不同、病情不同等所致, 故需要临床重点关注。

本研究经 Logistic 回归分析结果显示, 月收入 < 1000 元, KPS 评分 < 60 分, 初次治疗, 入院治疗次数 1 ~ 5 次, 最近 1 周发生感染、发热、出血、昏迷, 未继续工作或学习及处于诱导缓解治疗阶段是影响患者生活质量的相关因素。急性白血病患者治疗周期长, 治疗费用高, 会给患者带来沉重的经济负担, 甚至预后部分患者因不堪重负而放弃治疗, 严重影响患者心理健康, 且病情加重, 使其生活质量下降。KPS 量表是评价患者躯体活动及自我照护能力的重要指标,

KPS 评分越低, 患者躯体活动越差, 自我照护能力越低, 极易出现焦虑、抑郁等负性情绪, 使其生活质量下降^[8]。当患者为初次治疗, 入院治疗次数 1 ~ 5 次, 且处于诱导缓解患者, 治疗次数低, 疾病突发性, 对治疗效果的不确定性, 无法适应角色转变, 且对治疗措施、疾病认知不佳, 使其心态难以转变, 进而生活质量下降^[9]。当患者治疗期间出现各种不良反应, 会对生命安全造成威胁, 此时病情严重, 又可称为一种应激源, 加重患者心理负担, 使其生活质量下降^[10]。一般病情严重患者无法继续工作或学习, 此时会过度关注自己的疾病及治疗效果, 心理状态差, 影响其生活质量。

对家庭收入低患者, 适当结合医疗保险及新农合政策, 减少治疗费用; 同时尽可能地组织捐助活动, 结合网络信息平台、水滴筹等慈善捐助活动, 为患者提供必要的生活保障^[11]。对治疗次数少或处于诱导缓解期患者, 责任护士需要密切观察患者体征, 熟知患者治疗情况, 及时发现潜在问题并进行解决。护理人员需密切注意患者语言、行为等变化, 通过沟通、交流了解患者心理状况, 重点讲解疾病、治疗措施相关知识, 并询问患者治疗感受, 及时解答患者遇到的问题; 同时督促家属、朋友多关心患者, 在日常生活中避免刺激患者, 尽量避开治疗费用等敏感性话题。对可能出现治疗不良反应患者, 需要在治疗期间对不良反应、应对措施、防护方法进行宣教, 每日测定患者外周血常规计数, 对患者给予保护性隔离, 可口服中药制剂适当提高机体免疫力, 改善患者临床症状^[12]。

综上所述, 月收入、身体功能评分、治疗次数、治疗并发症等是影响急性白血病住院治疗患者生活质

宫腔镜联合药物治疗子宫内膜息肉的效果观察

卢燕梅

【摘要】 目的 探讨宫腔镜联合药物治疗子宫内膜息肉的治疗效果。方法 选取2019年12月-2022年12月医院收治的68例子宫内膜息肉患者为研究对象,按照年龄、病程、息肉最大直径、息肉类型组间均衡可比的原则分为观察组和对照组,各34例。对照组采取宫腔镜息肉电切术治疗,观察组在对照组基础上联合地屈孕酮片治疗。比较两组患者的治疗效果,子宫内膜厚度、月经量、血红蛋白(Hb)变化,并发症及复发情况。结果联合治疗后,观察组临床治疗有效率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗前,两组患者子宫内膜厚度、月经量及Hb分别比较,差异无统计学意义($P>0.05$);联合治疗后,两组患者子宫内膜厚度、月经失血图评分法(PBAC)评分均降低,Hb水平升高;但观察组子宫内膜厚度、PBAC评分下降程度高于对照组,Hb升高程度高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组并发症发生率、随访1年复发率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 针对子宫内膜息肉患者采取宫腔镜息肉电切术联合地屈孕酮片治疗可提高治疗效果,改善子宫内膜厚度,减少月经量,提高Hb浓度,减少术后并发症,降低复发率。

【关键词】 宫腔镜息肉电切术;地屈孕酮;子宫内膜息肉;血红蛋白

中图分类号 R713.4 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)16-1210-03

子宫内膜息肉是指子宫局部间质过度生长被覆良性腺体上皮,可单一生成,也可多发,若息肉直径过大,会突入子宫颈管,容易引发感染、坏死^[1]。目前临床治疗子宫内膜息肉可采取手术治疗和药物治疗,其中宫腔镜息肉电切术以创伤小、恢复快、并发症少

作者单位:745600 甘肃省庆阳市华池县人民医院妇产科

等优势得以普及应用,取得较好的治疗效果,但患者术后受到各种因素影响,复发率较高,因此需联合药物巩固疗效^[2]。地屈孕酮作为孕激素补充药,可使子宫内膜进入分泌期,预防子宫内膜增厚,在宫腔镜息肉电切术后服用地屈孕酮可通过调节高雌激素状态,降低复发率^[3]。为此,本次研究采用宫腔镜联合药物

量的相关因素,临床医护人员可根据相关影响因素,给予患者针对性护理干预,进而改善其生活质量。

4 参考文献

- [1] Danilov AV, Yimer HA, Boxer MA, et al. Improvements in health-related quality of life and symptoms in patients with previously untreated chronic lymphocytic leukemia: Final results from the phase II GIBB study of the combination of obinutuzumab and bendamustine[J]. Clin Lymphoma Myeloma Leuk, 2022, 22(2): 121-128.
- [2] 吕跃. 标准白血病诊疗学[M]. 北京: 科学出版社, 2013: 12.
- [3] Mackay DJD, Kimia R, Magee L, et al. Evaluating quality of life after facial reanimation using the facial clinimetric evaluation scale in a series of pediatric patients[J]. J Craniofac Surg, 2021, 32(3): 892-895.
- [4] Shamseddeen H, Pike F, Ghabril M, et al. Karnofsky performance status predicts outcomes in candidates for simultaneous liver-kidney transplant[J]. Clin Transplant, 2021, 35(2): 14190.
- [5] 武玉慧, 徐征. 白血病患者生命意义的现状及其与生活质量、负性情绪的关系[J]. 国际精神病学杂志, 2022, 49(5): 860-862, 866.

- [6] 冒晓敏, 刘小莉, 殷松花. 不同时间PICC置管对急性淋巴细胞白血病患者生活质量的影响[J]. 河北医药, 2022, 44(18): 2825-2827.
- [7] 王菁, 邢玉虹, 王娜, 等. 老年急性髓细胞白血病患者生活质量及其影响因素[J]. 国际老年医学杂志, 2020, 41(6): 383-386.
- [8] 林沛钰, 王爱平. 急性髓系白血病患者诱导缓解化疗期间症状与生活质量现状及影响因素分析[J]. 护士进修杂志, 2022, 37(12): 1136-1140.
- [9] 潘昭芳, 张璇, 范静. 急性白血病患者异基因造血干细胞移植后的长期生活质量及其影响因素[J]. 中国癌症防治杂志, 2021, 13(5): 534-538.
- [10] 张杨, 蒙沙, 岳溪. 老年急性髓系白血病化疗患者心理弹性与生活质量和情绪状态相关性研究[J]. 老年医学与保健, 2021, 27(2): 364-366, 380.
- [11] 曾春艳, 马晓辉, 孟炎杰. 健康宣教标准路径对急性髓系白血病患者负性情绪、生活质量、睡眠质量及预后的影响[J]. 癌症进展, 2021, 19(2): 211-214.
- [12] 邹夏, 贾激, 兰坚. 静疗干预联合信息化行为干预对老年急性白血病患者PICC置管后不良反应及生活质量的影响[J]. 老年医学与保健, 2022, 28(2): 424-430.

[2023-04-25 收稿]

治疗子宫内膜息肉，探讨其疗效效果，现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2019年12月-2022年12月医院收治的68例子宫内膜息肉患者为研究对象。纳入标准：经阴道超声、宫腔镜检查、手术病理检查确诊；符合《妇产科学》相关诊断标准^[4]；符合宫腔镜手术指征。排除标准：严重脏器疾病患者；合并恶性肿瘤患者；近期服用激素患者，或不宜使用孕激素患者；严重慢性或全身性疾病患者；其他子宫恶性疾病患者；中途退出研究患者。按照年龄、病程、息肉最大直径、息肉类型组间均衡可比的原则分为观察组和对照组，每组各34例。观察组年龄25~48岁，平均 36.62 ± 3.51 岁；病程2~6年，平均 3.58 ± 0.60 年；息肉最大直径5~16mm，平均 8.29 ± 1.14 mm；息肉类型：单发20例，多发14例。对照组年龄24~48岁，平均 36.72 ± 3.45 岁，病程2~6年，平均 3.77 ± 0.62 年，息肉最大直径4~16mm，平均 8.12 ± 1.15 mm，息肉类型：单发18例，多发16例。两组患者年龄、病程、息肉最大直径、息肉类型比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。患者已自愿签署知情同意书，本研究获得医院伦理委员会批准。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 采取宫腔镜电切术治疗。术前完善各项检查，月经干净3~7d内进行手术，术前6h禁食禁水，给予蛛网膜下腔阻滞麻醉，协助患者取膀胱截石位，消毒外阴，阴道，宫颈及穹窿，选用0.9%生理盐水作为膨宫液，维持压力80~100mmHg，利用宫颈扩张器扩张宫颈，置入宫腔镜进行探查宫颈管，宫腔，宫角，确定息肉位置、大小，观察周围组织，快速确定切除计划，将息肉沿根部切除，尽可能避免伤及周围正常内膜，控制切割深度，切除完成后需再次探查，将标本送至病理检查。术后常规预防感染、止血治疗。

1.2.2 观察组 宫腔镜电切术治疗时间、方法及术后处理同对照组，术后第2d给予地屈孕酮片（生产厂家：AbbottBiologicalsB.V.，国药准字HJ20170221，规

格：10mg）口服治疗，每天2次，每次10mg，连续21d，再于月经第5d开始口服，连续21d，共3个周期。

1.3 观察指标

(1) 治疗效果：治疗有效率 = (显效 + 有效) 例数 / 观察例数 $\times 100\%$ 。其中，显效为症状完全消除，息肉清除干净，月经正常；有效为症状明显改善，月经基本正常，子宫内膜厚度减小 $> 50\%$ ；无效为无明显改善。

(2) 子宫内膜厚度、月经量和血红蛋白(Hb)：子宫内膜厚度采用彩色多普勒超声检测；月经量采用月经失血图评分法(PBAC)评定， > 100 分为月经量过多， < 25 分为月经量过少。Hb用血细胞分析仪测取Hb值。

(3) 并发症发生率：随访1年的并发症率，并发症包括阴道不规则出血、恶心呕吐、宫腔管狭窄、宫腔粘连等。

1.4 数据处理方法

采用SPSS 24.0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 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床治疗有效率比较

联合治疗后，观察组临床治疗有效率高于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)，见表1。

2.2 两组患者子宫内膜厚度、PBAC评分及Hb比较

治疗前，两组患者子宫内膜厚度、月经量及Hb分别比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；联合治疗后，两组患者子宫内膜厚度、PBAC评分均降低，Hb水平升高，但观察组子宫内膜厚度、PBAC评分下降程度高于对照组，Hb升高程度高于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

2.3 两组并发症发生率及1年复发率比较

联合治疗后，观察组并发症发生率、随访1年复发率低于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)，见表3。

表1 两组患者临床治疗有效率比较

组别	例数	治疗效果			治疗有效率(%)
		显效	有效	无效	
观察组	34	22	10	2	94.12
对照组	34	15	10	9	73.53

注：治疗有效率比较， $\chi^2=5.314$ ， $P=0.021$ 。

表2 两组子宫内膜厚度、月经量及Hb比较

组别	例数	子宫内膜厚度 (mm)		月经量 (分)		Hb (g/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	34	1.52 ± 0.21	0.53 ± 0.12	202.45 ± 40.08	52.08 ± 5.29	76.51 ± 8.06	118.62 ± 12.35
对照组	34	1.55 ± 0.24	0.78 ± 0.18	204.16 ± 42.33	84.44 ± 15.07	76.15 ± 8.12	100.63 ± 10.47
	<i>t</i> 值	0.549	6.738	0.171	11.814	0.183	6.479
	<i>P</i> 值	0.585	0.000	0.865	0.000	0.855	0.000

表3 两组并发症率及1年复发率比较

组别	例数	并发症					1年复发	
		阴道不规则出血	恶心呕吐	宫腔管狭窄	宫腔粘连	并发症发生率 (%)	例数	率 (%)
观察组	34	0	1	0	0	2.94	0	0.00
对照组	34	2	3	1	2	23.53	6	17.65

注：并发症发生率比较， $\chi^2=4.610$ ， $P=0.032$ ；1年复发率比较， $\chi^2=4.570$ ， $P=0.033$ 。

3 讨论

临床认为子宫内膜息肉发生与雌激素水平过高、炎症等因素有关，会导致患者出现异常子宫出血、血性分泌物、长期不孕等，对患者健康及生活质量造成危害^[4]。常规诊刮术因创伤大、并发症多等弊端逐渐受到诟病，而宫腔镜息肉切除术作为微创手术，可提高息肉切除效果，并减少创伤和并发症，利于术后恢复，但仍存在息肉复发情况，需加强更加安全有效治疗方案的研究^[5]。本次研究结果显示，观察组有效率明显高于对照组，提示宫腔镜息肉切除术联合地屈孕酮片治疗可提高治疗效果，清除息肉，恢复正常月经。宫腔镜可扩展术野，在可视下进行息肉切除操作，提高息肉完整切除效果，减少对正常组织的损伤。术后给予地屈孕酮片可改善宫腔内环境，促使子宫内膜进入完全的分泌相，调节激素水平，巩固疗效^[6-7]。本研究中，观察组治疗后子宫内膜厚度、月经量显著低于对照组，Hb显著高于对照组，提示宫腔镜息肉切除术联合地屈孕酮片治疗可促使子宫内膜厚度缩小，恢复正常月经量及Hb浓度。与祝淑平等^[8]结果“观察组术后子宫内膜厚度明显低于对照组”相近。地屈孕酮片具有调理月经周期和月经量的作用，通过外源激素补给调节性激素水平，抑制子宫内膜过度增殖，在宫腔镜息肉切除术后服用，可防止诱发息肉复发的危险因素^[9]。本研究结果显示，宫腔镜息肉切除术联合地屈孕酮片治疗可减少术后并发症，提高远期治疗效果。与解斐^[10]结果“观察组复发率低于对照组”相近。术后给予地屈孕酮片可促使子宫内膜变薄，减慢子宫内膜增厚速度，减少相关并发症，而且可在一定程度上规避息肉诱发因素，提高治疗效果。

综上所述，宫腔镜息肉切除术联合地屈孕酮片治

疗子宫内膜息肉患者可获得良好的疗效，改善子宫内膜息肉、性激素水平，降低并发症率，预防复发。

4 参考文献

- [1] 董国玲. 宫腔镜下子宫内膜息肉切除术联合地屈孕酮治疗子宫内膜息肉的临床观察[J]. 中国实用医刊, 2022, 49(17): 46-48.
- [2] 王成芳. 孕激素联合宫腔镜手术在子宫内膜息肉临床治疗中的应用效果[J]. 北方药学, 2022, 19(10): 71-73.
- [3] 刘幸, 徐晶, 陈枫, 等. 子宫内膜息肉切除术前预处理联合术后药物治疗的疗效及对预防复发的影响[J]. 当代医学, 2022, 28(20): 62-64.
- [4] 刘婷婷, 郑明康. 子宫内膜息肉宫腔镜电切或诊刮术后联合药物治疗的疗效分析[J]. 中国现代医生, 2021, 59(10): 72-75.
- [5] 孙宏. 宫腔镜手术操作技巧对治疗子宫内膜息肉的疗效分析[J]. 世界临床药物, 2021, 42(11): 1021.
- [6] 黄燕萍. 宫腔镜手术联合不同药物治疗子宫内膜息肉的效果对比[J]. 当代医药论丛, 2020, 18(23): 37-38.
- [7] 刘艳, 任娟, 桑学梅, 等. 宫腔镜下子宫内膜息肉切除术联合地屈孕酮治疗子宫内膜息肉 60 例[J]. 安徽医药, 2022, 26(5): 942-945.
- [8] 祝淑平, 马丽, 叶晓林. 宫腔镜下电切术联合亮丙瑞林治疗子宫内膜息肉对预后复发的影响[J]. 湖南师范大学学报(医学版), 2022, 19(1): 242-246.
- [9] 谢文娟, 叶美秀. 地屈孕酮片联合宫腔镜手术治疗子宫内膜息肉患者的效果[J]. 中国民康医学, 2022, 34(19): 45-47, 57.
- [10] 解斐. 地屈孕酮联合宫腔镜手术对子宫内膜息肉患者雌孕激素受体表达及复发的影响[J]. 吉林医学, 2022, 43(6): 1580-1582.

[2023-04-25 收稿]

电针配合雷火灸治疗寒湿凝滞型肩周炎的临床疗效观察

刘涵 杨勇*

【摘要】 目的 观察电针配合雷火灸治疗寒湿凝滞型肩周炎的临床疗效。方法 选取2018年7月-2021年7月医院收治的90例寒湿凝滞型肩周炎患者,按照组间匹配的原则,采用随机数字表法分为观察组与对照组,每组45例。其中观察组脱落2例,对照组脱落3例,因此实际完成观察组43例、对照组42例。对照组采用电针治疗,观察组采用穴位电针加雷火灸治疗。对比两组患者的病情积分及临床治疗总有效率。结果 观察组患者的临床疗效为95.4%,高于对照组的80.9%,但组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗前,两组患者的病情积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组患者病情积分均升高,但观察组高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 电针配合雷火灸治疗寒湿凝滞型肩周炎患者,可促进患者症状体征的改善。

【关键词】 电针;雷火灸;寒湿凝滞型;肩周炎

中图分类号 R246.9 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)16-1213-04

Clinical efficacy of electroacupuncture combined with thunder moxibustion in the treatment of frozen shoulder with cold and wet coagulation Liu Han, Yang Yong. Neixiang County Traditional Chinese Medicine Hospital, Nanyang 474350, China

【Abstract】 Objective To observe the clinical efficacy of electroacupuncture combined with lightning fire moxibustion in the treatment of cold dampness stagnation type shoulder periarthritis. **Methods** 90 patients with cold dampness stagnation type periarthritis of the shoulder admitted to the hospital from July 2018 to July 2021 were selected. According to the principle of inter group matching, they were randomly divided into an observation group and a control group using a random number table method, with 45 cases in each group. Among them, 2 cases were lost in the observation group and 3 cases were lost in the control group. A total of 43 cases in the observation group and 42 cases in the control group were included in the study. The control group was treated with electroacupuncture, while the observation group was treated with acupoint electroacupuncture and lightning fire moxibustion. Compare the total effective rate of clinical treatment using the disease scoring machine between two groups of patients. The clinical efficacy of the observation group was better than that of the control group (95.4% vs 80.9%), but there was no statistically significant difference between the groups ($P>0.05$). Before treatment, there was no statistically significant difference in the disease score between the two groups of patients ($P>0.05$); After treatment, the disease scores of both groups of patients increased, but the observation group was higher than the control group, with a statistically significant difference ($P<0.05$). **Conclusion** The improvement of symptoms and signs in patients with cold dampness stagnation type shoulder periarthritis treated with electroacupuncture combined with lightning fire moxibustion is more significant.

【Key words】 Electroacupuncture;Thunder fire moxibustion;Cold dampness stagnation type;Scapulohumeral periarthritis

肩周炎是肩关节周围炎的简称,又称为“五十肩”“漏肩风”“肩凝症”等,是肩关节周围的软组织如肌肉、肌腱、韧带、滑囊、关节囊等出现损伤或者退行性改变,继发性出现局部无菌性炎症反应,从

而导致肩关节疼痛并伴随有肩关节主动及被动活动受限的一类临床病症^[1]。调查研究示该病的发病率可达20.6%,女性明显高于男性。由于肌肉粘连及疼痛等原因,肩关节周围肌肉逐渐出现废用性萎缩,使患者的生存质量明显降低。目前治疗以神经阻滞术^[2]、小针刀、银质针等治疗为主,由于操作为侵入性,多引起患者的恐惧。针刺和艾灸是传统中医治疗方法,多数患者能够接受并能坚持治疗。本研究采用电针结合雷火灸治疗寒湿凝滞型肩周炎,观察临床疗效,结果

基金项目:河南省中医药传承与创新人才工程中医药青苗人才(编号:豫卫中医函[2021]16号);河南省中医药研究专项课题(编号:20-21ZY2077)

作者单位:474350 河南省南阳市内乡县中医院(刘涵);河南中医药大学第三附属医院(杨勇)

* 通讯作者

报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

以2018年7月-2021年7月河南中医药大学第三附属医院和内乡县中医院疼痛科门诊或住院部收治的90例寒湿凝滞型肩周炎患者为研究对象。诊断标准：参照国家中医药管理局1994年的中医病证诊断疗效^[1]中寒湿凝滞型肩周炎的标准。纳入标准：①症状和体征符合上述诊断标准；②年龄40~75岁。排除标准：①由于颈椎病、骨折、结核、肿瘤、类风湿性关节炎等其他疾病等引起的肩部疼痛及关节活动障碍者；②合并有较严重心、肺、肾等多器官疾病者；③妊娠及哺乳期妇女；④精神类等认知障碍者。剔除标准：①治疗中出现不良反应被迫中止试验者；②失访等导致临床资料不全，影响疗效等评定者；③依从性差者；④研究者认为不宜继续参加试验的其他原因。按照组间匹配的原则，采用随机数字表法分为观察组与对照组，每组45例，其中观察组脱落2例，实际完成43例；对照组脱落3例，实际完成42例。观察组男14例，女29例；年龄40~75岁，平均 54.3 ± 8.1 岁；病程7~35d，平均 16.2 ± 7.1 d。对照组男15例，女27例；年龄43~71岁，平均 55.1 ± 8.2 岁；病程5~34d，平均 15.8 ± 6.8 d。两组患者上述资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经医院伦理委员会审核通过；患者同意参与本研究并签署知情同意书。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 采用电针治疗，参照梁繁荣主编第10版《针灸学》肩周炎的治疗原则取穴：主穴取肩髃、肩髃、肩贞、肩前、阿是穴、曲池和阳陵泉；配穴手太阳经证者配后溪，手少阳经证者配外关，手阳明经证者配合谷，手少阴经证者配列缺。操作：患者坐位，局部皮肤常规消毒后，采用 $0.30\text{mm} \times 40\text{mm}$ 针灸针进行针刺。阳陵泉、曲池及配穴直刺15~25mm，采用提插捻转平补平泻法，得气后，鼓励患者活动肩关节；肩前、肩髃、肩髃、肩贞、阿是穴直刺20~30mm，针尖朝向肩关节的方向，施以强刺激，肩部周围有强烈的针感，但以患者能耐受为宜。肩前和肩髃、肩贞和曲池两组穴位通以电针，接KWD808-I型(华佗牌)电针治疗仪，频率设定2Hz，采用连续波，强度适中，以患者耐受舒适为度，每次治疗20min，隔日1次，3次/周，10次为1个疗程，治疗2个疗程。

1.2.2 观察组 在对照组基础上加用雷火针灸治疗。电针治疗结束后，按照阿是穴、肩髃、肩贞的顺序，逐个穴位行赵氏雷火灸(重庆市渝中区赵氏雷火灸

传统医药研究所；编号：YZB/渝0093-2013；25g/支)。患者侧卧，患侧朝上，先灸阿是穴，选择长度50~70mm雷火灸点燃，雷火灸的上端固定在灸盒内的大头针上，使雷火灸燃烧端与皮肤保持2~3cm的距离，用松紧带固定灸盒于穴位处，为减少艾灸燃烧形成的烟雾扩散并保温，可在灸盒上方覆盖棉毛巾，10~15min后，局部皮肤温热且有微微汗出时，灸下一穴位，直至阿是穴、肩髃、曲池全部完成。艾灸时注意防止皮肤烫伤。雷火灸隔日1次，3次/周，10次为1个疗程，治疗2个疗程。

1.3 观察指标

(1)病情积分：参考1990年美国医学会永久病损指南及谩懒常数法进行病情积分的评定，包括疼痛、前屈、内旋、外展4项，每项25分。①疼痛：极重度即肩关节活动受限和睡眠障碍(由于疼痛引起)，评分为0~5分；重度即肩关节活动受限影响日常活动和睡眠，评分为6~10分；中度即肩关节活动受限影响体育活动但是不影响睡眠，评分为11~15分；轻度即肩关节活动障碍导致部分体育活动受限，评分为16~20分；基本正常为21~25分。②前屈：肘尖能够贴胸但处在锁骨中线外，上臂与矢状面的夹角 $0^\circ \sim 30^\circ$ ，评分为0~10分；肘尖贴胸能够越过锁骨中线，上臂与矢状面的夹角 $31^\circ \sim 60^\circ$ ，评分为11~20分；肘尖贴胸能够越过正中线，上臂与矢状面的夹角 $61^\circ \sim 70^\circ$ ，评分为21~25分。③内旋：上臂后背手可向后可达臀部，评分为0~5分；上臂后背手可手达臀骶部至 L_4 水平，评分为6~10分；上臂后背手可达腰平 L_3 水平，评分为11~15分；上臂后背手可达 L_2 至 T_{12} 水平，评分为16~20分；上臂后背手可达肩胛下角水平，评分为21~25分。④外展：肘尖平乳头以下，上臂与腋中线的夹角 $0^\circ \sim 30^\circ$ ，评分为0~10分；肘尖过乳头，上臂与腋中线的夹角 $31^\circ \sim 60^\circ$ ，评分为11~20分；肘尖平胸骨角，上臂与腋中线的夹角 $61^\circ \sim 90^\circ$ ，评分为21~25分。

(2)临床疗效：采用改良的Macnab疗效评定标准评价。症状完全消失，恢复原来的工作和生活为治愈；稍微有症状，活动轻度受限，对工作生活无影响为显效；症状减轻，活动受限，影响正常工作和生活为有效；治疗前后无差别，甚至加重为无效。总有效率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/观察例数。

1.4 数据分析方法

采用SPSS 17.0软件对数据进行统计学分析，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；计数资料计算率，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 两组患者临床疗效比较

观察组治疗总有效率为 95.4%，高于对照组的 80.9%，但差异无统计学意义 ($P>0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者的临床疗效比较

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
观察组	43	15	18	8	2	95.4
对照组	42	7	16	11	8	80.9

注：总有效率比较， $\chi^2=2.969$ ， $P=0.085$ 。

表 2 两组患者病情积分比较 (分)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	43	42.51 ± 17.34	72.28 ± 15.62
对照组	42	43.33 ± 17.49	64.74 ± 18.59
<i>t</i> 值		0.217	2.264
<i>P</i> 值		0.829	0.046

3 讨论

肩周炎属于祖国医学中“肩痹”范畴^[4]，本病是针灸治疗的优势病种之一。关于针灸病谱的现代研究显示，肩周炎早期介入针灸治疗能很好地改善患者的临床症状，是针灸治疗的一级病谱^[5]。祖国医学认为，人至五旬左右，精气始衰，气血不足，不能濡养筋骨，筋脉失养，血虚生痛，筋脉拘急不用；《素问·痹论》：“风寒湿三气杂至，合而为痹”，风寒湿邪侵袭，痹阻经络关节，使气血运行迟涩，肩部筋脉粘连，产生关节运动功能障碍及“不通则痛”症状。因此，该病的治疗当以调节脏腑、活血化瘀、通络止痛、温经散寒为临床治疗的主要原则。多种病邪侵犯肩关节，加之脏腑功能失调，引起肩周经络闭阻不通、气血运行不畅，故应“以微针通其经脉，调其血气”。《千金方》曰：“凡病皆由血气壅滞不得宣通，针以开导之，灸以温暖之”。故本研究以针刺配合雷火灸进行治疗。随着肩关节的病理发生发展，多数病人出现局部肌肉的萎缩，这与肩关节周围的肌群肌力降低有关，会进一步使肩关节稳定性降低，加重肩关节病程进展，造成疼痛和功能障碍，形成恶性循环^[6]。研究^[7-8]表明肩关节在进行治疗时，减轻关节的疼痛虽然是主要治疗目的，但关节周围的肌群如三角肌、肩袖等如果能得到训练，则起效更快。电针可以提高肌肉组织的兴奋性，增强肌力，因此本研究采用电针作用于肩关节周围的肌肉组织。肩关节周围巡行有手阳明大肠经、手太阳小肠经、手少阳三焦经、手少阴心经，肌肉起止点选穴均来自这 4 条经脉。肌肉附着点一般都在骨组织，选穴时取肌腱周围的穴位，所谓“宁

2.2 两组患者病情积分比较

治疗前，两组患者病情积分比较，差异无统计学意义 ($P>0.05$)；治疗后，两组患者病情积分均提高，但观察组较对照组高，组间差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

失其穴，不失其经”，故肌肉起止点取手阳明大肠经的肩髃、曲池以及手少阳三焦经的肩髃。《灵枢·邪气藏府病形篇》有：“……筋急，阳陵泉主之”。《难经·四十五难》云：“筋会阳陵泉”。阳陵泉是八会穴的筋会，主治各种筋病，具有舒筋健骨的作用。因此电针肩关节周围的肌肉起止点，既满足中医治法上舒调经气，又满足西医治法上增强肌力、恢复肌肉协同关系。

电针联合雷火针灸既能够达到调和气血、脏腑之效，又起到了温经散寒、化瘀通络之功。雷火灸疗法是融合了针、药及灸为一体的常用的艾灸疗法，为悬灸法的一种，具有较好的温热效应。雷火灸具有活血化瘀、温经通络，祛风散寒、扶正祛邪等功效^[9]。雷火灸通过艾灸的火热力及其自身发射的红外辐射力，在循经感传、通导经络和调节微循环方面发挥重要的作用。现代物理学研究^[10]发现，在人体较浅表的部位，远红外线能量较强，能够靠传导扩散热量；而在深层组织，近红外线能量比较强，其穿透机体的深度达 10mm 以上。艾灸的温热效应可以改善肩关节周围血液循环，松解粘连，促进炎症介质如白介素 -6、五羟色胺等的吸收，减轻对末梢神经的刺激，使患者的疼痛得到有效缓解，同时也减轻了骨内压及肩关节内压力^[11]。雷火灸较强的穿透能力，将温热效应通过经络系统更好地送至病灶。本研究两组患者治疗后症状体征均较治疗前明显改善，但观察组患者的改善程度大于对照组，表明电针结合雷火灸治疗寒湿凝滞型肩周炎的效果更优。

4 参考文献

- [1] 孙华堂, 万欢, 张录杰, 等. 减压放血针加电针治疗急性期肩周炎临床疗效观察 [J]. 中国针灸, 2016, 36(9): 933-937.
- [2] 曾兰蕊. 刺血疗法结合电针治疗肩周炎的临床研究 [D]. 广州: 广州中医药大学, 2009.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 202.

针刺腰部神经支配区域激痛点治疗腰椎间盘突出症的临床观察

何林华 严定丰* 李卫林 殷丹 周文 陈玉华 李刚 张忠顺

【摘要】 目的 探讨针刺腰部神经支配区域激痛点治疗腰椎间盘突出症的疗效。方法 选取医院针灸科 2020 年 3 月 - 2022 年 6 月收治的腰椎间盘突出症患者 123 例, 在组间均衡可比的原则上, 按照随机数字表法分为观察组、对照 A 组、对照 B 组, 每组各 41 例。观察组使用针刺腰部神经支配区域激痛点进行治疗; 对照 A 组使用传统针刺治疗; 对照 B 组使用口服塞来昔布胶囊、藤黄健骨丸治疗。对比治疗前后患者中医症候评分、疼痛视觉模拟评分 (VAS)、Oswestry 功能障碍指数量表评分 (ODI)。结果 观察组总有效率为 97.56%, 明显高于对照 A 组的 80.48% 和对照 B 组 68.29%, 组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 三组患者中医症候评分、VAS 评分、ODI 评分均有所降低, 但组间比较, 观察组患者的中医症候评分、VAS 评分、ODI 评分均明显低于两个对照组, 组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 针刺腰部神经支配区域激痛点治疗腰椎间盘突出症, 操作简便, 能明显改善患者临床症状及腰肌功能。

【关键词】 腰椎间盘突出症; 激痛点; 神经支配区域, 针刺; 塞来昔布; 藤黄健骨丸

中图分类号 R246.9 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)16-1216-03

腰椎间盘突出症是腰椎退行性疾病, 由于纤维环发生破裂后, 内部髓核突出于外, 压迫或刺激窦椎神经及神经根而引起的以腰腿疼痛麻木为主要表现的一种综合征^[1]。国外研究显示, 腰椎间盘突出症发病率为 2% ~ 3%, 年龄超过 35 岁的男性发病率约为 4.8%, 女性发病率约为 2.5%^[2]。且 95% 的腰椎间盘突出症发生于 L₄ ~ L₅ 和 L₅ ~ S₁^[3]。临床针刺治疗腰椎间盘突出的方法较多, 包括常规毫针刺、电针、温针、浮针、腹针和平衡针等^[4-9], 多可获得明显效果。本研究采用针刺腰部神经支配区域激痛点治疗腰椎间盘突出症, 取得了较好的临床疗效, 结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2020 年 3 月 - 2022 年 6 月云南中医药大学附属宣威市中医医院针灸科收治的 123 例腰椎间盘突出

症患者。纳入标准: ①腰部疼痛伴下肢疼痛; ②年龄在 35 ~ 80 岁; ③ CT 或 MRI 显示腰椎间盘突出伴神经根受压者; ④无心脏疾病及重大疾病者; ⑤无晕针, 不惧怕针刺的患者。排除标准: ①心、肾功能不全者; ②恶性肿瘤者; ③认知沟通障碍者; ④有精神疾病史者。在组间均衡可比的原则上, 按照随机数字表法分为观察组、对照 A 组、对照 B 组, 每组各 41 例。观察组男:女=26:15; 年龄 22 ~ 65 岁, 平均 53.00 ± 2.28 岁; 病程 7 ~ 180d, 平均 92.00 ± 2.68d。对照 A 组男:女=19:22; 年龄 26 ~ 68 岁, 平均 54.00 ± 2.65 岁; 病程 10 ~ 150d, 平均 94.00 ± 2.22d。对照 B 组男:女=23:18; 年龄 20 ~ 70 岁, 平均 55.00 ± 2.88 岁; 病程 5 ~ 210d, 平均 93.00 ± 2.98d。三组患者上述资料对比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。本研究已通过医院伦理委员会审批。

1.2 治疗方法

1.2.1 观察组 患者取侧卧位 (适宜于身体侧面和腰部), 常规消毒后, 选取 0.30 × 50mm 一次性华佗牌

作者单位: 654400 云南省红河哈尼族彝族自治州红河县中医医院 (何林华、殷丹、周文、陈玉华、李刚); 云南省宣威市中医医院 (严定丰、李卫林、张忠顺)

* 通讯作者

[4] 石文英, 林祖华, 罗容, 等. 温针灸结合瑜伽体位法治疗冻结期肩周炎临床观察 [J]. 中国针灸, 2019, 39(1): 36.

[5] 杜元灏. 现代针灸病谱 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 31.

[6] 安丙辰, 郑洁皎, 沈利岩. 膝关节炎与膝关节伸、屈肌群肌力的相关性研究 [J]. 医用生物力学, 2015, 30(2): 174-178.

[7] BRUCE C.M.WANG, 谢小平, Wesley Furnback, 等. 塞来昔布在中国治疗骨关节炎的成本效果研究 [J]. 中国药房, 2017, 28(5): 586-590.

[8] 甘雨彤, 黄超豪, 龙庆媚, 等. 短刺法配合电针肌肉起

止点治疗膝骨关节炎的临床观察 [J]. 湖南中医药大学学报, 2018, 38(4): 446.

[9] 李泰标, 谢洪武, 吴伟, 等. 雷火灸配合宣氏压痛点强刺激推拿治疗腰腿痛的疗效 [J]. 中国老年学杂志, 2015, 35(24): 7133-7135.

[10] 袁庆东, 郭欣, 韩亚岑, 等. 雷火 - 热敏灸治疗膝骨关节炎疗效观察 [J]. 上海针灸杂志, 2015, 34(7): 665-668.

[11] 韩振翔, 祁丽丽, 褚立希, 等. 针灸结合主动功能锻炼分期治疗肩周炎方案的优选 [J]. 中国针灸, 2014, 34(11): 1071.

无菌针灸针(苏州医疗用品厂有限公司),在腰部按压最痛点(即激痛点)针刺1针,在腰部神经支配区域(L₁神经支配区域为下腹部、腹股沟, L₂神经支配区域为大腿前侧、前外侧, L₃支配区域为大腿前内侧、膝关节内侧, L₄神经支配区域为大腿前侧、大腿前内侧, L₅神经支配的区域为胯部、大腿、小腿后侧、拇趾, S₁₋₂神经支配的区域为臀下部、腘窝)选取1~2个激痛点进行针刺。直刺1.5寸,连接电针,采用连续波,治疗20分钟,隔日1次,10天为1个疗程。

1.2.2 对照A组 采用传统针刺治疗。选取穴位:腰夹脊穴、肾俞、大肠俞、腰阳关、十七椎、环跳、委中,常规消毒后,在穴位处选取0.30×50mm一次性华佗牌无菌针灸针直刺1.5寸,每日1次,10天为1个疗程。

1.2.3 对照B组 采用塞来昔布胶囊(青岛白洋制药有限公司,规格:0.2g,12粒)治疗,口服,2次/日,1粒/次;藤黄健骨丸(吉林市鹿山制药股份有限公司,规格:3.5g,30丸)口服,2次/日,2丸/次,10天为1个疗程。

1.3 观察指标

(1)临床疗效:参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[10]中有关腰腿痛标准拟定。治愈即腰腿痛消失,直腿抬高70°以上;好转即腰腿痛减轻,腰部活动功能改善;无效即症状、体征未见改善。总有效率=(治愈例数+好转例数)/观察例数。

(2)中医症候评分:根据腰痛症状(腰骶部疼痛,伴一侧或双侧下肢麻木疼痛等)评分。总分0~10分,分数越低说明症状越轻微。

(3)疼痛程度:采用视觉模拟评分(VAS评分)测评,分值0~10分,得分越高表明疼痛越剧烈。

(4)腰椎功能:采用 Oswestry 功能障碍指数量表(ODI评分)评价,从疼痛强度、步行、站立、坐位、提物、社会活动、睡眠、个人生活,性生活、旅游等10个方面评估三组患者腰椎功能,每项0~5分,总分0~50分,分数越高表明腰部功能障碍越严重^[11-12]。

1.4 数据分析方法

采用SPSS 27.0统计软件处理数据,计量资料采用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示,三组间均数的比较采用单因素方差分析;计数资料计算百分率,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 三组患者临床疗效比较

观察组患者治疗总有效率为97.56%,高于对照A组(80.48%)及对照B组(68.29%),差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

2.2 三组患者中医症候评分比较

三组患者治疗前中医症候评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,三组患者中医症候评分均明显降低,但组间比较差异具有统计学意义($P < 0.05$),其中,观察组患者的评分显著低于两个对照组,见表2。

2.3 三组患者VAS评分、ODI评分比较

治疗前的三组患者VAS评分及ODI评分差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,三组患者VAS评分及ODI评分均明显降低,但组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$);其中,观察组患者的VAS评分和ODI评分均明显低于对照组,见表3。

表1 三组患者临床疗效对比

组别	例数	临床疗效			总有效率(%)
		治愈	好转	无效	
观察组	41	29	11	1	97.56
对照A组	41	17	16	8	80.48
对照B组	41	3	25	13	68.29

注:总有效率比较, $\chi^2=12.068$, $P=0.002$ 。

表2 三组患者中医症候评分对比(分)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	41	3.48 ± 1.02	0.98 ± 0.35
对照A组	41	3.43 ± 1.05	1.59 ± 0.50
对照B组	41	3.51 ± 1.08	2.56 ± 0.67
	<i>F</i> 值	0.061	95.073
	<i>P</i> 值	0.941	0.000

表3 三组患者VAS评分、ODI评分对比(分)

组别	例数	VAS评分		ODI评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	41	7.15 ± 1.54	2.54 ± 1.34	34.10 ± 6.78	11.51 ± 2.61
对照A组	41	6.98 ± 1.47	3.66 ± 1.39	33.73 ± 6.41	21.43 ± 4.13
对照B组	41	6.95 ± 1.55	4.66 ± 1.56	34.44 ± 6.80	26.27 ± 5.30
F值		0.206	22.455	0.116	134.022
P值		0.814	0.000	0.890	0.000

3 讨论

腰椎间盘突出症属祖国医学“痹症”“腰腿痛”“腰股风”等范畴。其病因可分为内因和外因，内因即年老肝肾亏虚、气血不足或房事不节、劳倦伤肾，筋骨失于濡养；外因不外乎感受风寒湿邪、外力损伤筋骨、工作学习姿势不当等，以致脉络瘀阻，经络气血不通，不通则痛。其病机主要为“伤、痹、瘀、虚”，以虚为本，伤、痹为标，瘀血贯穿病程的始终^[13]。《灵枢》曰：“腰背和小腿酸痛者皆因肾精亏虚也”。阐述了肾精亏虚是引起腰痛的重要内在因素，而《素问·痹症》：“风寒湿三气杂至，合而为痹也”。明确指出风寒湿邪是导致痹症的外在因素，本素体虚，易受外邪入侵，造成经络阻滞，经脉失养，脏腑经气不通，气血凝滞，不通则痛，不荣则痛，最终形成本虚标实的基本病机。随着全球信息化进程的加快和社会竞争力的加大，本病的发病率逐年上升，趋于年轻化，成为影响轻、中、老年人生活质量及工作学习最常见的疾病。

腰部神经支配区域为腰一神经支配腹股沟和下腹部，腰二神经支配大腿前侧和大腿前外侧的皮肤，腰三神经支配大腿前内侧和膝关节内侧，腰四神经支配髋部以及大腿前侧和前内侧，腰五神经主要支配的部位是胯部，大腿，小腿后侧和足趾。故腰椎间盘突出所引起的症状大多在支配区域内，故最痛点大多反应在支配神经部位。笔者通过对神经支配区域的相关理论研究，结合多年临床实践经验，辩证取穴，采用针刺神经支配区域^[14]激痛点^[15]治疗腰椎间盘突出症疗效显著，研究结果显示，观察组通过本治疗方法治疗后，临床疗效，中医症候评分、VAS、ODI评分显著优于对照组，治疗后患者生活质量明显提高。

综上所述，针刺腰部神经支配区域激痛点治疗腰椎间盘突出症，操作简便，能明显改善患者临床症状及腰肌功能。

4 参考文献

[1] 中华医学会疼痛学分会脊柱源性疼痛学组. 腰椎间盘突出

突出症诊疗中国疼痛专家共识[J]. 中国疼痛医学杂志 2020,26(1):2-6.

- [2] Vialle LR, Vialle EN, Suárez HJ, et al. Lumbar disc herniation[J]. Rev Bras Ortop, 2015, 45(1): 17-22.
- [3] Deeyo RA, mirza SK. Clinical practice. Herniated lumbar intervertebral disk[J]. N Engl J Med, 2016, 374(18): 1763-1772.
- [4] 还涵, 王申, 单华, 等. 针刺促进腰椎间盘突出物重吸收案[J]. 中国针灸, 2019, 39(3): 234-236.
- [5] 邓启龙, 吴耀持, 何承敏, 等. 不同体位电针治疗腰椎间盘突出症疗效差异研究[J]. 中国针灸, 2016, 36(7): 689-693.
- [6] 宰风雷, 鄢瑞兰, 郑美凤, 等. 温针灸对腰椎间盘突出症患者血浆β-内啡肽的影响[J]. 针刺研究, 2018, 43(8): 512-515.
- [7] 戴宇祥, 姜宏. 基于CONSORT及STRICTA评价浮针治疗腰椎间盘突出症RCT报告的质量研究[J]. 时珍国医国药, 2019, 30(5): 1240-1244.
- [8] 赵红义, 林向前. 腹针配合腹部推拿治疗腰椎间盘突出症30例[J]. 中国针灸, 2014, 34(10): 1003-1004.
- [9] 韩笑, 马文珠, 王文远. 平衡针改善腰椎间盘突出症疼痛的随机对照研究[J]. 针刺研究, 2013, 38(1): 57-63.
- [10] 国家中医药管理局医政司. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 214.
- [11] Kelly AM. The minimum clinically significant difference in visual analogue scale pain score does not differ with severity of pain[J]. Emerg Med J, 2001, 18(3): 205-207.
- [12] 谭柯, 郑敏, 杨邦祥, 等. 欧氏失能指数用于中国四川腰背痛患者功能测量的评价研究[J]. 四川大学学报: 医学版, 2009, 40(3): 559-561.
- [13] 喻建兵, 张毅, 郭亮, 等. 探析《黄帝内经》“刺有浅深”理论对针刺治疗腰椎间盘突出症的指导作用[J]. 中国中医急症, 2022, 31(7): 1203-1205.
- [14] 谢克波, 熊淋宵, 陈文学, 等. 沿病变腰椎神经支配区域电针治疗腰椎间盘突出症椎间孔镜术后残余症状临床观察[J]. 航空航天医学杂志, 2022, 31(3): 263-266.
- [15] 李新茹, 张晓伏, 薛新宏, 等. 激痛点针刺疗法临床应用的国内外研究进展[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2017, 20(8): 990-996.

流动儿童预防接种管理对控制儿童传染病的作用

张玮

【摘要】 目的 分析流动儿童预防接种管理在儿童传染病控制中的作用。方法 选取江苏宿迁地区 1000 名家长及其子女为研究对象,其中 2019 年 1 月 1 日 - 2020 年 6 月 1 日期间的 500 名家长及对应的 500 名儿童作为对照组;2020 年 6 月 1 日 - 2021 年 12 月 1 日期间 500 名家长及对应的 500 名儿童作为观察组。对照组实施常规预防接种管理,观察组实施流动儿童预防接种管理。对比分析两组儿童传染病发病情况及疫苗知识理解情况、儿童接种疫苗的及时率、儿童接种后不良反应情况。**结果** 实施流动儿童预防接种管理后,观察组家长疫苗理解知识得分高于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组家长对儿童接种各种疫苗的及时率高于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。该地区儿童传染病发病人数,2019 年为 3400 人,2020 年为 1187 人,2021 年为 635 人,呈逐年降低的趋势。**结论** 对于流动儿童的家长实施流动儿童预防接种管理,可以有效提高家长对预防接种的重视程度,也能提升流动儿童预防接种的及时情况,降低流动儿童传染病的发生率。

【关键词】 流动儿童;预防接种管理;控制本地区传染病

中图分类号 R186 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)16-1219-03

随着时代的发展,社会的进步,交通的便利促进了人员的流动,加之我国各地区的经济发展尚不平衡,造成了异地务工人员流动性的增加。异地务工人员因工作原因往往没有固定居所,并且外地务工人员年龄区间多在 20~40 岁,属于生育高峰期^[1],很多外地务工人员都有子女。由于异地务工人员的流动性,也使得一起生活的儿童预防接种出现不规范、接种延迟、接种遗漏等情况。研究表明,跟随家庭流动儿童的传染病发生概率要远高于普通儿童,严重影响了流动儿童的健康,因此加强对流动儿童预防接种的管理,对保护儿童健康成长是至关重要的^[2]。本次研究旨在探讨流动儿童预防接种管理在传染病控制中的作用。

1 对象与方法

1.1 调查对象

选取江苏宿迁地区 1000 名家长及其子女为调查对象,排除免疫功能障碍等儿童。其中 2019 年 1 月 1 日 - 2020 年 6 月 1 日期间的 500 名家长及其 500 名儿童作为对照组;2020 年 6 月 1 日 - 2021 年 12 月 1 日期间 500 名家长及其 500 名儿童作为观察组。对照组家长中男性 218 例,女性 282 例;年龄 21~44 岁,平均年龄 30.17 ± 1.52 岁。观察组家长中男性 214 例,女性 286 例;年龄 22~43 岁,平均年龄为 30.56 ± 1.47 岁。两组家长性别、年龄比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

作者单位:223800 江苏省宿迁市疾病预防控制中心办公室

1.2 流动儿童预防接种管理方法

1.2.1 对照组 实施常规预防接种管理。

(1) 相关工作人员收集流动儿童家庭的信息,并对其儿童情况进行全面收集,确保获得较为完整的儿童信息。

(2) 提供建卡、建证服务,在收集儿童信息的同时,工作人员和家长进行沟通,并主动为其介绍儿童建卡、建证相关知识,提供相应的服务。

(3) 加大对家长的健康宣教力度,工作人员可以利用广播、报刊以及公众号等新媒体平台,多途径将预防接种知识进行推广。

1.2.2 观察组 实施流动儿童预防接种管理。

(1) 接种部门领导应重视儿童预防接种的意义,并从政治上、业务上进行抓实,促使社区预防接种工作人员积极主动性,同时利用多种方式收集并获取进城务工人员的儿童信息,减少免疫空白点。

(2) 执行相关法律法规并加强管理干预,需要认真贯彻《中华人民共和国传染病防治法》以及《疫苗流动和预防接种管理条例》中的相关规定^[3],针对流动儿童的预防接种过程中,需要采用凭接种证入托、入学制度,并且工作人员需要进行定期检查,定时对流动儿童进行补漏接种证处理,当地的卫健局应和教育局进行联合,贯彻落实入学检查儿童预防接种制度,同时也需要提高幼儿园、小学入学时,预防接种证检查工作的落实情况,相关部门和工作单位也需要提高重视程度^[4]。

(3) 加大流动儿童预防接种的工作宣传力度, 采用多种形式的宣传方式, 提高家长对儿童预防接种重要性的认识, 采取适合流动人口特点的宣传方式, 增加宣传的频率, 防止出现儿童漏卡、漏种以及免疫空白等现象发生。针对外来人口集中的社区, 需要在公告栏上张贴预防接种门诊的地点、时间、联系方式等, 将预防接种的知识以及门诊地点、工作时间等, 印制成宣传单, 利用晚上流动人员下班时间, 派遣专门工作人员到相关社区进行发放, 让家长们可以更方便地了解接种的具体情况^[5]。

(4) 要求医护人员走出医院和办公室, 为流动儿童进行免疫接种卡建立, 同时将免疫接种卡的相关内容让家长进行讲解, 提高家长对免疫接种知识的知晓程度, 让其可以更加积极主动地带领儿童进行预防接种, 但是由于流动儿童的流动性较大, 因此对儿童的具体信息采集过程较为困难, 所以相关工作人员必须要加大走访力度, 加速儿童信息的采集, 同时也应保障相关数据的准确性, 为流动儿童的接种提供科学有效的参考依据^[6]。

(5) 相关部门之间需要加大合作力度, 为预防接种的开展奠定良好基础, 针对外来人口, 在进行计划生育证、就业证、暂住证进行办理时, 社区人员可以将流动儿童免疫接种健康资料进行发放。而社区卫生服务中心可以定期开展预防接种知识健康教育讲座, 让家长前来观看^[7]。

(6) 在儿童接受第一次预防接种服务时, 工作人员也应告知儿童家长再次接种的时间以及种类, 同时也需要对疫苗可预防的疾病进行告知, 重点讲解接种疫苗的重要性, 引起家长对接种疫苗的重视程度。

(7) 在每周日的下午, 社区工作人员组织流动儿童的家长进行家长课堂培训, 并由预防接种的专业医师进行疫苗知识的讲解, 其具体的培训内容为预防接种的概念、重要性、疫苗种类、作用以及接种时间

等, 对接种疫苗的注意事项以及一般不良反应的处理进行重点告知, 同时对于家长存在疑问的地方, 医师应重点讲解^[8]。

1.3 观察指标

(1) 家长疫苗知识理解情况: 采用我中心自拟调查问卷进行分析, 主要为疫苗的种类、预防疾病、疫苗注意事项等问题, 问卷的满分为 100 分, 分数越高, 家长对疫苗知识的理解能力越高^[9]。

(2) 儿童接种疫苗的及时率。

(3) 儿童接种后不良反应发生率。

(4) 干预前后地区儿童传染病发病情况: 2019–2021 年 3 年儿童传染病资料来自江苏省宿迁市疾病预防控制中心办公室。

1.4 数据分析方法

采用 SPSS 21.0 统计学软件进行数据分析, 计量资料用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示, 组间均数比较用 t 检验; 计数资料计算百分率, 组间率的比较用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组家长疫苗知识理解情况比较

实施流动儿童预防接种管理后, 观察组家长疫苗理解知识得分高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 两组儿童各种疫苗的接种及时率比较

实施流动儿童预防接种管理后, 观察组儿童接种各种疫苗的及时率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

2.3 两组儿童接种后不良反应发生率比较

实施流动儿童预防接种管理后, 观察组不良反应发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 1 两组家长对疫苗知识的理解情况比较 (分)

组别	例数	疫苗知识得分
观察组	500	92.71 ± 4.82
对照组	500	79.16 ± 6.6

注: $t = 37.073$, $P = 0.000$ 。

表 2 两组儿童接种各种疫苗的及时率比较

组别	例数	乙肝疫苗第二针	乙肝疫苗第三针	脊髓灰质炎疫苗	百白破疫苗	麻疹疫苗	A 群流脑疫苗	乙脑疫苗
观察组	500	490 (98.0)	489 (97.8)	492 (98.4)	487 (97.4)	476 (95.2)	481 (96.2)	486 (97.2)
对照组	500	445 (89.0)	451 (90.2)	423 (84.6)	437 (87.4)	459 (91.8)	450 (90.0)	442 (88.4)
χ^2 值		33.320	25.603	61.215	35.600	4.755	14.960	28.975
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.029	0.000	0.000

注: () 内数据为疫苗接种的及时率 (%)。

表3 两组儿童不良反应发生率比较

组别	观察例数	不良反应例数	发生率 (%)
观察组	500	2	0.4
对照组	500	12	2.4

注: 比较不良反应发生率, $\chi^2=7.244$, $P=0.007$ 。

2.4 2019-2021年该地区儿童传染病发病情况

该地区儿童传染病发病人数以2019年最高为3400人, 2021年最低为635人, 表明随着流动儿童预防接种管理的实施, 该地区儿童传染病发病人数逐渐降低, 见表4。

表4 2019-2021年该地区儿童传染病发病情况

年龄(岁)	2019年	2020年	2021年
≤1	5	2	0
~2	16	8	7
~3	24	20	15
~4	60	67	52
~5	85	111	91
~6	118	73	85
~7	231	119	77
~8	517	159	83
~9	420	162	85
~10	439	109	49
~15	1251	308	81
~18	234	49	10
合计	3400	1187	635

3 讨论

近年来, 随着国内进城务工的人员不断增加, 很多孩子会跟随父母来到城市成为流动儿童。但是由于进城务工的人员, 其居住的场所不固定, 具有随意性, 家长对儿童接种疫苗的认识程度不高, 这就会出现流动儿童不按时接种疫苗, 进而出现漏种、误种以及不接种的现象^[10]。由于儿童的各个器官发育不完善, 因此很容易感染各种传染病, 所以定期为儿童进行预防接种是儿童保健的重要环节^[11]。为了提高流动儿童的预防接种率, 保障流动儿童的健康, 相关社区服务, 必须要加大对流动儿童的接种管理力度^[12]。

流动儿童的家长主要以务工为主, 因此对儿童的重视程度不高, 故而导致对预防接种的认知程度不高, 同时在日常生活中, 进城务工人员多数忙于打工、挣钱, 大部分文化水平较低, 生活条件受限, 所以也导致一部分流动儿童的家长, 并不了解疾病可以通过疫

苗来预防, 错失儿童最佳的接种时间^[13]。相关社区宣传不到位, 并且针对流动儿童家长的宣传方式欠佳, 进城务工人员的职业较为繁杂, 定所不固定, 居住条件较差, 大多数人为早出晚归, 另外其居住的地点离社区卫生服务站较远, 所以在正常情况下, 社区卫生服务站的宣传资料以及相关免疫计划、免疫接种等主要粘贴在其周围的小区, 导致上述这些人员平时无法去看到宣传资料, 更不会去留意其他小区的卫生免疫接种提示, 信息了解不及时^[14]。工作人员对流动儿童家长对预防接种的责任意识较弱, 所以相关部门领导应加大对工作人员的培训力度, 提升其责任感, 特别是针对流动儿童, 应加大走访力度, 领导也应建立检查小组, 定期对相关工作人员流动儿童免疫接种信息收集进行抽查, 对于出现问题, 需要进行整改^[15]。

通过本次研究结果也不难看出, 观察组患者的疫苗了解知识分值高于对照组。观察组家长的疫苗接种及时率高于对照组。在观察组中, 存在不良反应的为2名儿童, 发生率为0.4%, 而对照组则出现12例不良反应儿童, 发生率为2.4%。2019年该地区发病人数最高为3400人, 而2020年为1187人, 2021年为635人, 随着实施流动儿童预防接种管理, 儿童传染病发病人数逐年降低。表明对于流动儿童的家长实施流动儿童预防接种管理, 可以有效提高家长对预防接种的重视程度, 也能提升流动儿童预防接种的及时情况, 降低流动儿童传染病的发生率, 切实保证流动儿童的健康。

综上所述, 流动儿童的特殊性也直接导致免疫功能异常的情况, 所以在实施流动儿童预防接种工作管理过程中, 也是一项较为艰巨的任务, 因此更加需要工作人员坚持不懈的精神, 加大对流动儿童家长的宣传力度, 提高家长的重视程度, 同时也需要相关部门共同合作, 才能取得较为良好的效果。

4 参考文献

- [1] 郭红. 上海市宝山区大场镇流动儿童预防接种管理现状分析 [J]. 健康教育与健康促进, 2016, 11(6): 464-466.
- [2] 黄银娇, 郑丽燕, 欧阳美娟, 等. “互联网+”在流动儿童预防接种精准管理中的应用效果 [J]. 黑龙江中医药, 2021, 50(4): 145-146.
- [3] 王晶晶, 王书玲. 童趣化诱导在儿童预防接种疼痛管理中的应用效果分析 [J]. 现代医药卫生, 2021, 37(6): 1018-1020.
- [4] 莫海峰. 预防接种信息系统路径管理模式对提高儿童预防接种率的效果分析 [J]. 基层医学论坛, 2021, 25(8): 1151-1152.
- [5] 何斌. 儿童预防接种护理安全管理对预防接种效果的影响分析 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(42): 70.
- [6] 罗莉. 流动儿童预防接种管理对疫苗接种率、疫苗接种

手术室护理质量管理中实施品管圈活动的效果

李俊 王茹那 张腾飞

【摘要】 目的 观察分析品管圈活动对提高手术室护理质量的作用。方法 选取 2021 年 4 月 - 2022 年 4 月医院 28 名护理人员为研究对象, 根据组间性别、年龄等基本资料均衡可比的原则分为对照组和品管圈组, 每组 14 名。对照组采取常规护理管理, 品管圈组在对照组的基础上采用品管圈护理管理, 比较两组护士职业满意度、护理差错发生率及物品管理不符合要求发生率。结果 品管圈活动实施后, 品管圈组护士职业满意度评分高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 品管圈组护士护理差错发生率为 14.29%, 低于对照组的 78.57%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 品管圈组护士物品管理不符合要求发生率为 0.00%, 明显低于对照组的 64.29%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 在手术室护理质量管理中实施品管圈活动, 能够有效提高护士的职业满意度评分, 降低护理差错的发生, 并有效提高护士物品管理的能力。

【关键词】 手术室护理; 品管圈; 质量管理

中图分类号 R472.3 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)16-1222-03

品管圈是日本石川馨博士创立的一个新概念, 它旨在通过分工合作、头脑风暴等方式, 让同一个工作场所的人们能够共同解决工作中的疑难问题, 提高工作效率, 并最终实现所提出的目标^[1]。目前, 我国大部分医院已经开始开展品管圈活动, 并且取得了显著的效果。在外科护理中, 手术室护理复杂, 并且专业性强, 护理质量管理相对较大, 需要外科医生、麻醉医生和手术室护士的协作才能实现患者满意且高效的手术。本研究通过在医院手术室开展品管圈活动, 探讨品管圈活动在提高手术室护理质量方面的作用。

1 对象与方法

1.1 研究对象

2021 年 4 月 - 2022 年 4 月, 将医院 28 名手术室护理人员根据组间性别、年龄等基本资料均衡可比的

作者单位: 274900 山东省菏泽市巨野县人民医院手术室

原则分为对照组和品管圈组, 每组 14 名。其中品管圈组护理人员男 7 名, 女 7 名; 年龄 21 ~ 45 岁, 平均 33.03 ± 1.84 岁。对照组护理人员男 7 名, 女 7 名; 年龄 21 ~ 44 岁, 平均 32.23 ± 1.12 岁。两组性别、年龄等基线资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。研究通过医院伦理委员会批准。

1.2 品管圈活动方法

对照组采用常规护理管理, 品管圈组在对照组基础上实施品管圈活动, 具体措施如下。

(1) 确立严格的护理行为准则: 护士必须拥有良好的专业知识、技能和素养, 这些都是确保品管圈活动顺利开展的基础。在护理过程中, 护士需要始终保持微笑, 用恰当的方式和患者交流, 并用专业的护理方式来表达对患者的尊重。通过坚持以人为中心的护理方针, 致力于为患者提供完善、优质的护理服务, 从而提升他们的满意度。

成功率及传染病发生率影响分析 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(83): 180-181.

[7] 杨雪萍. 利用大数据平台实施流动儿童预防接种管理的效果探讨 [J]. 健康之路, 2018, 17(3): 274.

[8] 黄彩虹, 洪雅芳. 泉州市流动儿童预防接种管理评价与影响因素 [J]. 海峡预防医学杂志, 2017, 23(1): 18-20.

[9] 王观升. 流动儿童预防接种管理对传染病控制的效果分析 [J]. 中国卫生产业, 2018, 15(7): 130-131.

[10] 单留杰. 流动儿童预防接种管理在控制本地区传染病中的作用探讨 [J]. 蛇志, 2017, 29(4): 433-434.

[11] 王霞. 城市流动儿童预防接种与管理问题研究进展 [J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(17): 124-125.

[12] 王玉敏. 加强流动儿童预防接种管理的探索 [J]. 安徽预防医学杂志, 2017, 23(4): 292, 298.

[13] 张志兰, 陶长余. 基于“互联网+”时代流动儿童预防接种精准管理举措及其效果评价 [J]. 医学动物预防, 2017, 33(6): 709-710.

[14] 曾玉华, 曾翠连, 李秀娟. 流动儿童预防接种网格化管理的调查分析 [J]. 中国当代医药, 2017, 24(17): 148-150, 156.

[15] 林少杰, 刘渠, 张诗军, 等. 利用大数据平台的流动儿童预防接种管理模式的效果评估 [J]. 现代预防医学, 2017, 44(3): 459-461.

[2022-09-08 收稿]

(2) 品牌管理系统: 通过引入品牌管理系统, 可以更好地利用这一系统的优势, 采取科学、严格、规范的管理模式, 将手术中使用的物品按照不同的要求进行有序的分类和归置, 并且由专业的护士负责检查和核对, 从而提升工作效率。

(3) 为了确保手术顺利进行, 护理人员应该熟悉并掌握手术的关键技巧, 以有效提高护理质量, 降低手术室中出现差错的风险。通过开展品管圈活动, 可以采取有效的措施来激发护理人员的工作热情和积极性, 以便为患者提供更加完善、更加优质的医疗服务, 从而提高患者的满意度。

1.3 观察指标

开展品管圈活动 1 年后, 观察两组下列指标。

(1) 护士职业满意度: 采用本院自拟的护士职业满意度调查问卷用于评估护士工作满意度。通过问卷网录入电子问卷并将二维码发放给护士。问卷设置题目空白提醒和答题权限, 避免漏填和重填。职业满意度评分满分为 100 分, 分数越高表示护士职业满意度越高。

(2) 护理差错发生率: 护理差错包括违反操作流程、护理记录不准确、术前检查未达要求; 护理差错发生率 = 出现过护理差错的护士人数 / 观察护士数。

(3) 物品管理不符合要求发生率: 物品管理包括手术器械收取、被服分类存放; 物品管理不符合要求发生率 = 出现过物品管理不符合要求的护士人数 / 观察护士数。

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 (护理差错、物品管理) 计算百分率 (%), 组间率比较采用精确概率检验; 计量资料 (职业满意度评分) 符合正态分布, 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 两组护士职业满意度评分比较

品管圈活动实施后, 品管圈组护士职业满意度评分高于对照组的, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组护士的职业满意度评分比较 (分)

组别	例数	职业满意度评分
品管圈组	14	83.84 ± 9.37
对照组	14	71.74 ± 8.03

注: 职业满意度评分比较, $t = 3.669$, $P = 0.001$ 。

2.2 两组护士护理差错发生率比较

品管圈活动实施后, 品管圈组护士共有 2 名出现过护理差错, 差错率为 14.29%, 而对照组护士共有 11 名出现过护理差错, 差错发生率为 78.57%, 组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

2.3 两组护士物品管理不符合要求发生率的比较

品管圈活动实施后, 品管圈组护士物品管理全部符合要求率, 而对照组护士有 9 名出现过不符合要求, 两组护士物品管理不符合要求发生率差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 2 两组护士护理差错发生率比较

组别	例数	出现过护理差错的护士例数			护理差错发生率 (%)
		违反操作流程	护理记录不准确	术前检查未达要求	
品管圈组	14	1	1	0	14.29
对照组	14	3	5	3	78.57

注: 护理差错发生率比较, Fisher 精确概率 $P = 0.002$ 。

表 3 两组护士术后物品管理不符合要求发生率的比较

组别	例数	出现过物品管理不符合要求护士例数		不符合要求发生率 (%)
		手术器械收取	被服分类存放	
品管圈组	14	0	0	0.00
对照组	14	2	7	64.29

注: 物品管理不符合要求发生率比较, Fisher 精确概率 $P = 0.001$ 。

3 讨论

在实行品管圈原则后, 小组成员都具有积极性, 能够主动参与到活动中。并且组内成员相互启发, 对工作中存在的问题进行反思, 并在圈长的组织领导下

对出现的问题制定解决方案, 工作效率得到了极大的提升, 同时, 小组的团队合作能力也在日渐提高。经过科室内一系列品管圈小组活动, 发现了目前在手术室护理中存在的一些问题。例如: ①工作人员在工作

中责任意识不够强烈,在护理过程中只完成了规定的任务,缺乏主动性以及团队协作意识,只是机械性的重复工作。②对手术器械缺乏有效管理。管理手术室的器械是医院服务质量的关键,如果管理工作不好,或许会造成严重的医学危险性,以至危及患者的人身安全。加强手术器械的管理非常重要^[1-3]。③对一次性手术耗材的严格管理不足,导致巡回护士的工作量增加。④护理人员的综合素质以及护理水平参差不齐,需要提高其基础技能。品管圈小组成员针对上述问题采取了一系列措施,并及时反思。首先要加强护理人员的理论知识学习,同时加强技能训练,让小组成员加深对品管圈的认识,使其能够积极主动的参加到活动中来。其次,将责任分工落实到个人,分工细化,加强手术室的器械管理,尤其是加强对一次性手术耗材的管理。

经过品管圈活动,不仅可以加强岗位信任,还可以完善术后护理文本,进一步提高写作水平^[4-6]。术后护理文本材料是治疗合同纠纷的关键法律依据,不可忽略,它们可以反映出术后护理的质量和水平,是衡量护士素质的主要标志^[5]。术后护士作业有着艰巨的任务、漫长的时间以及高风险,在这种情况下,护理文本的缺陷往往是由多种因素造成的,其中最关键的因素是护士缺少意识和信任,严格要求自己,遵守相应规定,品管圈的活动一直秉持着自主与人性化共存的管理方法,让员工拥有自主性和尊严,让他们可以提议或制订自身的制约管理办法,以此来加强自身管理,并且得到监督去实施。这样,就能更易于摒弃过去带有限制性或强制性的管理方法,从而得到公司员工的认可和协助,避免采取命令的方法,让员工感到上班有趣,激发工作热情,并且能够更好地严格遵守各种规章,从而提升工作满意度。“自主管理”旨在让手术室护士深刻理解法律的重要性,并自觉遵守各项规章制度和操作流程,以增强法律意识和工作责任心^[7-9]。

透过品管圈项目,可以提升医生们发觉事情、处理的能力,并且提升团队的整体素质。这项行动旨在鼓励全体手术室护士积极参与,以改变以往的管理方式,让基层人员一起制定解决方案,以达成联合处理

组织问题的目标^[10-12]。本研究中,实施品管圈活动,护士职业满意度评分明显提高,护理差错发生率明显降低,护士物品管理符合要求率明显提高。

综上所述,实施品管圈活动,能够提高护士的职业满意度,并且有效避免了护理差错的发生,提高了护士物品管理的能力。

4 参考文献

- [1] 李梦华,施璠,臧蔚等.品管圈活动对提高日间手术运行效率效果研究[J].江苏卫生事业管理,2022,33(12):1630-1632.
- [2] 郑冬琴,江琳.品管圈活动在提高甲乳外科患者满意度中的应用研究[J].安徽医学,2022,21(6):136-137.
- [3] 赵雪珠,李翠芬,方嘉莹.品管圈活动对消毒供应中心腔镜器械清洗质量及科室满意度的影响[J].基层医学论坛,2022,26(36):107-109.
- [4] 徐振娟.品管圈活动在医院药学部质量管理持续改进中的应用[J].中医药管理杂志,2022,30(23):208-210.
- [5] 叶桐瑶,王瑜瑜.品管圈活动在妇产科口服中成药中的应用[J].中医药管理杂志,2022,30(23):223-225.
- [6] 冯雪,周银梅,安春燕.基于快速康复外科理念的品管圈活动在缩短剖宫产术后患者早期离床活动时间中的应用研究[J].卫生职业教育,2022,40(23):149-152.
- [7] 潘雅琦,李少玲,胡建等.基于循证的品管圈活动在低分子肝素皮下注射不良反应发生率中的应用[J].当代护士:下旬刊,2022,29(12):92-96.
- [8] 党培玉,赵巧燕.品管圈活动在消毒供应中心腹腔镜器械管理中的应用效果[J].中国民康医学,2022,34(22):129-132.
- [9] 窦丽媛.品管圈活动用在提高护士心电监护仪设置正确率中的作用[J].中国医疗器械信息,2022,28(22):180-182.
- [10] 林桂琼,王玉珍.品管圈活动在预防住院患儿跌倒中的应用研究[J].保健医学研究与实践,2022,19(11):151-157.
- [11] 安小霞,李娜,郑珊珊,等.品管圈活动降低甲状腺癌患者术后中度以上不适发生率[J].中国现代普通外科进展,2022,25(11):851-856.
- [12] 贾丽君.品管圈活动对中药房小包装中药饮片调剂差错的影响[J].现代养生,2022,22(22):1990-1993.

[2023-05-19 收稿]

针对性护理对牙龈癌患者生活质量及生存率的影响

代亚欣

【摘要】 目的 探讨针对性护理对牙龈癌患者的生活质量及生存率的改善作用。方法 选择医院 2021 年 1-12 月口腔门诊收治的 74 例牙龈癌患者作为研究对象。根据组间性别、年龄等基线资料均衡可比的原则将患者分为两组，每组 37 例。对照组采用常规方法护理，观察组实施针对性护理干预。比较两组患者生活质量评分和 1 年生存率。结果 针对性护理措施实施后，观察组患者生理机能、躯体疼痛、精力、精神健康各项生活质量评分明显高于对照组，差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)；观察组患者术后 1 年生存率为 97.30%，高于对照组的 83.78%，但差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 对牙龈癌患者实施针对性护理干预效果更佳，可显著提高患者生活质量，并有延长生存期的趋势。

【关键词】 牙龈癌；生活质量；生存率；护理措施

中图分类号 R739.8 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)16-1225-03

牙龈癌通常是口腔内部的肿瘤溃烂或拔牙之后伤口没有痊愈所引起的恶性肿瘤，早期一般以牙龈肿胀和疼痛为主要症状，部分会出现牙龈出血，随着疾病发展，牙槽骨受到侵犯，将出现牙龈溃烂，导致牙齿松动和掉落^[1]。牙龈癌需要早发现、早治疗，否则癌细胞转移扩散就会引起其他部位的癌症。牙龈癌早期未发生癌细胞转移或扩散可以通过手术的方式治疗，生存率较高，晚期癌细胞已经扩散不能通过手术治愈，治疗则以延长患者生存期、提高生活质量为主^[2]。对牙龈癌患者实施有效护理可改善患者生活质量，本研究对牙龈癌患者实施精细化护理，探讨对牙龈癌患者的临床护理效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择医院 2021 年 1-12 月口腔门诊收治的 74 例牙龈癌患者作为研究对象。根据组间性别、年龄等基线资料均衡可比的原则将患者分为两组，每组 37 例。对照组男 21 例，女 16 例；平均年龄 45.35 ± 5.13 岁。观察组男 22 例，女 15 例；平均年龄 45.38 ± 5.14 岁。两组患者性别、年龄比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。本研究通过医院伦理委员会审批，并且所有患者知情，同意参与本研究。

1.2 针对性护理方法

对照组采用常规方法护理，帮助患者做好口腔清洁，及时清除口鼻部位的分泌物，维持呼吸道畅通，给予营养支持等护理。观察组实施针对性护理干预，方法如下。

(1) 心理疏导：确诊牙龈癌后，患者的情绪会

有所改变，需要及时的心理护理，保持良好的治病心态，树立战胜牙龈癌的信心，才能摆脱心理困境。

(2) 口腔护理：手术患者要注意保持口腔清洁，多喝温水，才能改善口腔环境，积极预防感染。术后患者易出现舌体肿胀、创口感染、口唇无法闭合等问题，需要采取鼻饲、口内清洁等护理措施，才能促进创口愈合。

(3) 疼痛护理：口腔状况直接影响语言功能和进食，疼痛症状会对患者的日常生活产生巨大影响，应积极采取针对性的干预措施帮助患者缓解疼痛。

(4) 饮食管理：在饮食上需注意多样化，合理搭配谷类、豆类、奶类、蔬果类及肉类食品，才能保证营养充足，为身体恢复提供营养基础，同时避免食用刺激牙龈的食物。

1.3 观察指标

(1) 生活质量评价：使用生活质量量表 (SF-36) 评分进行评价，分别从生理机能、躯体疼痛、精力、精神健康 4 个维度进行评价，分数越高，生活质量越好。

(2) 1 年生存率：所有患者均进行随访，随访至 2022 年 12 月，统计分析患者 1 年生存率。

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 χ^2 检验；计量资料用“均数 ± 标准差”表示，组间均数比较采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者生活质量比较

针对性护理措施实施后，观察组生理机能、躯体

疼痛、精力、精神健康各项生活质量评分明显高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者生活质量评分比较 (分)

组别	例数	生理机能	躯体疼痛	精力	精神健康
观察组	37	84.64 ± 5.33	77.68 ± 5.84	84.52 ± 5.41	84.45 ± 5.36
对照组	37	78.79 ± 6.12	84.17 ± 5.76	78.65 ± 5.94	78.51 ± 5.88
<i>t</i> 值		4.385	4.813	4.444	4.541
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组患者术后 1 年生存率比较 为 97.30%, 高于对照组的 83.78%, 但差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者术后 1 年生存率比较

组别	例数	1 年生存情况		1 年生存率 (%)
		生存	死亡	
观察组	37	36	1	97.30
对照组	37	31	6	83.78

注: 1 年生存率比较, $\chi^2 = 2.525$, $P = 0.087$ 。

3 讨论

牙龈癌是发生在口腔中的恶性肿瘤, 不仅会引起红肿、溃烂和疼痛等临床症状, 还会使黏膜变硬, 影响进食和言语, 同时还会破坏骨组织, 并可通过淋巴结或血行扩散^[3]。临床治疗牙龈癌以手术为主, 切除范围主要取决于病情进展, 早期治愈率较高, 而中晚期通常需要考虑化疗、放疗、靶向药物治疗等综合治疗。牙龈癌需切除局部牙龈组织和下颌骨组织, 再通过皮瓣转移对骨组织、软组织和牙齿进行修复, 修复后口腔基本功能恢复, 但总体预后较差。

早期未发生癌细胞转移或扩散可以通过手术的方式治疗, 晚期癌细胞已经扩散无法通过手术完全治愈, 治疗的同时应积极采取护理干预措施帮助患者提高生活质量, 延长生存期^[4]。牙龈癌会对患者产生多方面的影响, 不仅会影响机体正常的功能, 还可能造成面部容貌变化, 再加上疾病引起的疼痛症状, 都会让患者的心理状态发生变化。护理时应注意患者的情绪变化, 积极帮助患者减轻心理压力, 增强治疗信心。围手术期要注意营养均衡, 尽量选择半流质或者是流质饮食, 术后早期进行鼻饲喂养应以少量多次为原则。牙龈癌与口腔卫生状况有直接关系, 应加强口腔清洁,

积极预防感染, 才能更有利于创面愈合^[5]。针对性地护理干预措施根据牙龈癌患者的实际情况实施, 更能满足患者的护理需求, 给患者提供全面的优质护理, 进一步提高患者生存质量。

综上所述, 对牙龈癌患者实施针对性护理干预效果更佳, 可显著提高患者生活质量, 并有延长生存期的趋势。

4 参考文献

- [1] 代亚欣. 整体护理在牙龈癌患者中的应用效果 [J]. 河北医药, 2022, 44(22): 3511-3514.
- [2] 叶芳妮, 卢晓, 朱萍钗. 牙龈癌患者合并高血压围手术期的护理管理效果分析 [J]. 心血管病防治知识, 2021, 11(20): 38-40.
- [3] 胡蝶, 胡放, 胡薇. PDCA 护理模式在牙龈癌行颌颌颌联合根治 + 前臂游离皮瓣移植术患者中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(14): 33-35.
- [4] 高焯. 辨证护理对牙龈癌手术预后的影响 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2019, 17(15): 107-109.
- [5] 赵冬婧. 牙龈癌患者术前术后的护理措施探讨 [J]. 中国社区医师, 2019, 35(2): 167-168.

[2023-07-12 收稿]

全面护理干预对癫痫患者精神状况及癫痫发作次数的影响

黄小欢

【摘要】 目的 观察对癫痫患者施以全面护理的临床效果。方法 选择医院 2021 年 2 月 - 2023 年 3 月收治的 120 例癫痫患者作为观察对象。根据组间性别、年龄等基线资料均衡可比的原则分为对照组及观察组，各 60 例。对照组接受常规护理，观察组接受全面护理干预，对比分析精神病评定量表评分、癫痫发作次数、患者护理满意度及不良反应发生率。结果 全面护理措施实施后，观察组患者护理满意度评分高于对照组，精神病评定量表评分低于对照组，癫痫发作次数少于对照组，差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)；观察组患者不良反应发生率低于对照组，但差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 全面护理对癫痫患者的护理效果显著，能够有效改善患者的精神状况和癫痫发作次数，提高护理满意度。

【关键词】 全面护理；癫痫；护理管理；效果分析

中图分类号 R473.74 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)16-1227-03

癫痫在临床上的发生较为复杂，诸多因素都有可能

导致癫痫的发生，而当患者出现癫痫时，认知功能会出现极大的损伤，甚至有可能出现认知与现实不符的情况^[1]。癫痫属于临床上一种常见的慢性脑部疾病，发病机制复杂，主要是由于患者的大脑神经细胞异常放电，引发患者出现大脑功能性失调。癫痫患者的精神状况和癫痫发作次数受到多个因素的影响，首先，遗传因素在癫痫的发病和病情严重程度方面起着重要作用。某些基因突变或遗传缺陷可能增加患癫痫的风险，同时还可能导致癫痫发作频率增加或癫痫发作持续时间延长，脑部结构异常或损伤也是影响癫痫患者精神状况和癫痫发作次数的因素之一^[2]。脑部肿瘤、脑外伤、中风等疾病或创伤可能导致神经元异常放电，从而引发癫痫发作。这些异常或损伤还可能对患者的精神状态产生负面影响，如焦虑、抑郁等情绪障碍。全面护理包括对患者的身体、心理和社会进行全面的关注和照顾。全面护理在身体方面包括合理的药物管理，确保患者按时服药，并监测药物的疗效和不良反应^[3]，还包括对患者的生活方式管理，如合理的饮食、适度的运动和良好的睡眠，以帮助减少癫痫发作的触发因素。本研究通过临床对照实验，对癫痫患者实施全面护理，探讨临床护理效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择医院 2021 年 2 月 - 2023 年 3 月收治的 120 例癫痫患者作为观察对象。根据组间性别、年龄等基线资料均衡可比的原则分为对照组及观察组，各 60 例。对照组男 32 例，女 28 例；年龄 58 ~ 70 岁，作者单位：638500 四川省广安市，四川大学华西广安医院神经内科

平均 61.2 ± 3.5 岁。观察组男 30 例，女 30 例；年龄 55 ~ 72 岁，平均 60.9 ± 2.3 岁。两组患者性别、年龄比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。研究通过医院伦理委员会批准。

(1) 纳入标准：符合癫痫的临床诊断标准和分类标准；有稳定的癫痫发作史，并已经进行药物治疗；愿意参与研究并签署知情同意书^[4]。

(2) 排除标准：年龄低于 18 岁的患者；其他严重神经系统疾病（如中风、脑肿瘤等）导致的继发性癫痫；孕期或哺乳期的女性患者；有严重精神疾病（如重度抑郁症、精神分裂症等）的患者；无法配合进行护理干预或无法提供相关数据的患者^[5]。

1.2 全面护理方法

对照组患者接受常规护理，其中包含入院宣教、康复护理、遵医嘱用药、介绍疾病知识等。观察组患者在传统护理的同时给予心理疏导及精神护理干预，具体措施如下。

(1) 全面护理计划制定：护理人员首先要对患者进行全面的评估，包括身体状况、病史、癫痫发作的频率和严重程度、药物治疗情况、心理状态等。通过评估，了解患者的具体情况，为制定护理计划提供依据。根据评估结果，与患者及其家属进行沟通，共同确定护理目标。护理目标应具体、可行，并与患者的健康需求和期望相符。例如减少癫痫发作的频率和严重程度、提高患者的生活质量、增强患者的自我管理能力等。护理计划应定期进行评估，并根据评估结果进行调整，通过评估，了解护理效果和患者的变化情况，及时调整护理措施和目标，以确保护理计划的有效性和适应性。

(2) 癫痫发作监测和记录：护理人员应定期监

测患者的癫痫发作情况，并详细记录发作的频率、持续时间、症状表现等信息。根据患者的具体情况和医疗设施的条件，选择适合的监测方法。常用的方法包括视频脑电图（Video-EEG）监测、日记记录、癫痫发作监测设备等。护理人员应及时记录患者的癫痫发作信息，包括发作的日期、时间、发作类型、发作前的预兆或触发因素、发作的持续时间和症状描述等。确保记录准确、详细，并尽可能提供客观的描述。对于记录的癫痫发作信息，护理人员应进行数据分析和评估。根据发作的频率、严重程度和药物治疗效果等信息，评估癫痫控制的效果，并与医生一起制定相应的调整方案。护理人员应将监测和记录的结果及时报告给医生和相关的医疗团队成员。确保有效的信息传递和沟通，以便进行综合评估和决策。

（3）药物管理和监测：护理人员应协助患者按时、规律地服用抗癫痫药物。在给药过程中，要仔细核对患者的用药情况，确保正确的药物剂量和时间。同时，监测药物的疗效和不良反应，如注意观察药物的耐受性、血药浓度等指标，及时与医生沟通并调整治疗方案。

（4）风险评估和安全措施：护理人员应进行风险评估，识别患者的潜在危险因素，如诱发癫痫发作的触发因素、意外伤害的风险等。在此基础上，采取相应的安全措施，如提供安全的生活环境、防止意外伤害的发生等。根据风险评估的结果，护理人员应营造一个安全的环境，以最大程度地减少意外伤害的发生，包括确保患者居住环境的安全性，例如移除潜在的危险物品和障碍物，确保床边或卫生间的扶手和防滑设施的存在等。护理人员应根据患者的个体情况，采取相应的预防措施。例如对于癫痫发作频繁的患者，可以建议他们避免可能的触发因素，如过度疲劳、压力过大、缺乏睡眠等。此外，还可以鼓励患者戴上警告标志或佩戴医疗警示手环，以便他人在发作时能够及时提供帮助，此外护理人员应密切监护和观察患者的症状和行为变化。特别是在癫痫发作期间，应确保患者的安全，避免他们受伤，在发作期间，可以采取适当的保护措施，如使患者躺平，并将周围的物品移开，避免患者碰到危险物品。

（5）康复和生活方式指导：护理人员应向患者提供康复指导，包括生活方式的调整、药物管理、癫痫发作的预防等方面。例如指导患者保持规律的作息时间、合理的饮食习惯、适度的体力活动等，这有助于改善患者的整体健康状况和提高抗病能力。护理人员可以向患者介绍相关的康复活动和资源，如康复训练课程、物理治疗、职业治疗等。这些活动和资源可以帮助患者改善身体功能、提高日常生活技能，并增强社交交往能力。癫痫患者常常面临社会排斥和歧视的问题。护理人员应提供社会支持和鼓励，帮助患者面对挑战和困难。包括鼓励患者参与社交活动、提供信息和资源，帮助他们融入社会，建立健康的人际关系。康复和生活方式指导是一个动态的过程。护理人员应定期评估患者的康复进展和生活方式的改善情况，并根据评估结果进行相应的调整和优化。

1.3 观察指标

（1）精神病评定量表评分：由医务人员采用医院自主制定的精神病评定量表评价，满分为15分，得分越高，说明患者控制能力越差。

（2）护理满意度评分：采用医院自制量表评分，评分越高，患者对护理越满意。

（3）癫痫发作次数：以周为单位记录患者的发病次数^[6]。

（4）不良反应发生率：不良反应包括恶心呕吐、头晕目眩。

1.4 数据分析方法

运用SPSS 22.0统计学软件分析处理数据，计数资料计算百分率（%），组间率比较采用 χ^2 检验；计量资料用“均数±标准差”表示，组间均数比较采用 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者精神病评定量表、护理满意度评分和癫痫发作次数比较

全面护理措施实施后，观察组患者护理满意度评分高于对照组，精神病评定量表评分低于对照组，癫痫发作次数少于对照组，差异均有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表1。

表1 两组患者精神病评定量表、护理满意度评分和癫痫发作次数比较

组别	精神病评定量表评分（分）	护理满意度评分（分）	癫痫发作次数（次/周）
对照组（ $n=60$ ）	9.69 ± 1.84	7.54 ± 2.12	5.26 ± 1.28
观察组（ $n=60$ ）	6.98 ± 3.65	12.98 ± 4.26	2.94 ± 2.10
t 值	9.941	8.165	8.524
P 值	0.000	0.000	0.000

2.2 两组患者不良反应发生率比较

全面护理措施实施后, 观察组患者不良反应发生

率明显低于对照组, 但差异无统计学意义 ($P>0.05$),

见表 2。

表 2 两组患者不良反应发生率比较

组别	不良反应		不良反应发生率 (%)
	恶心呕吐	头晕目眩	
对照组 ($n=60$)	3	4	11.67
观察组 ($n=60$)	1	1	3.33

注: 不良反应发生率比较, $\chi^2=1.922$, $P=0.166$ 。

3 讨论

近年临床研究发现, 癫痫的发生与患者的婚姻、心理和生活状态有较为密切的关联。患者发病后脑部神经受到一定程度的破坏, 并且会导致患者出现暂时性的精神疾病, 而患者的症状表现为神经错乱等, 除此之外这一疾病的发生并不存在年龄的限制, 一旦发病病情反复无常, 并且具有较长的潜伏期, 研究人员需要综合针对患者的病情作出相应的评价。导致患者出现癫痫的因素各不相同, 常见的包括心理压力和生活习惯不规律等, 由于患者长时间受到病情本身的影响, 还有可能出现焦虑和抑郁的心理情绪, 长此以往则会导致患者的癫痫加重, 甚至还有可能引发出其他精神类疾病^[7]。

全面护理能够有效使患者的治疗安全性得到提升, 降低病情对患者机体功能产生的影响, 使患者的康复质量得到提升。全面护理在癫痫患者的护理中具有以下优势, 首先, 全面护理能够提供个体化的护理计划, 根据患者的具体情况和需求进行护理干预, 满足患者的个体化护理需求。其次, 全面护理注重身体、心理和社会多个方面的关注, 能够全面提供药物管理、癫痫发作监测、心理支持、康复指导等多种护理措施, 从而全面提高患者的护理效果和生活质量。此外, 全面护理还能够通过风险评估和安全措施, 减少癫痫患者的意外伤害风险, 保障患者的身体安全。另外, 全面护理强调患者与护理人员的密切合作和互动, 通过

提供信息和教育, 鼓励患者参与自我管理, 增强患者的自我控制能力和康复能力^[8]。

综上所述, 全面护理对癫痫患者的护理效果显著, 能够有效改善患者的精神状况和癫痫发作次数, 提高护理满意度。

4 参考文献

- [1] 林建萍, 王敏涵, 刘玉凤, 等. 全面护理干预对癫痫患者精神状况及癫痫发作次数的影响 [J]. 中西医结合护理: 中英文, 2022, 8(8): 9-12.
- [2] 李香雪, 苏玲. 全面护理对癫痫患者发作频率及生活质量的影响研究 [J]. 云南医药, 2020, 41(5): 517-519.
- [3] 王冰. 全面护理在小儿癫痫护理中的重要性 [J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2020, 7(28): 109, 114.
- [4] 王蕾. 全面护理方式对小儿癫痫护理工作的影响探究 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(2): 121, 129.
- [5] 梁玉青, 罗艳霞. 全面护理在癫痫患儿中的应用效果观察 [J]. 当代护士: 下旬刊, 2020, 27(1): 104-105.
- [6] 武海英. 全面护理方式对小儿癫痫护理工作的影响分析 [J]. 中国医药指南, 2019, 17(36): 368-369.
- [7] 殷玲玲, 田莲华. 全面护理方式对小儿癫痫护理工作的价值体会 [J]. 中国继续医学教育, 2019, 11(27): 192-193.
- [8] 祝刚, 李爱华, 杨沙. 全面护理干预在改善癫痫患者生活质量及焦虑抑郁状况中的作用 [J]. 中国医学创新, 2019, 16(11): 97-101.

[2023-05-29 收稿]

心理护理与健康教育对脑梗死患者生活质量的影响

唐小琴 夏俊青 郭俊林

【摘要】 目的 探讨心理护理与健康教育对脑梗死患者生活质量的影响。方法 选择医院 2021 年 2 月 - 2023 年 2 月收治的 120 例脑梗死患者作为研究对象, 在组间均衡可比原则的基础上, 采用随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 60 例。对照组给予常规护理, 观察组在对照组基础上开展心理与健康教育干预。对比两组患者的疾病相关知识掌握水平、心理状态及生活质量 (QOL-BREF)。结果 护理干预后, 两组患者药物治疗、康复训练、疾病保健等疾病相关知识评分均明显升高, 但观察组患者各项知识评分均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。护理干预后, 两组患者正性情绪评分均升高, 负性情绪评分均降低; 但观察组患者正性情绪评分高于对照组, 负性情绪评分低于对照组, 组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。护理干预后, 两组患者 QOL-BREF 量表的社会功能、躯体功能、心理状态和一般健康 4 个维度的评分均升高, 并且观察组患者各维度评分均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 在脑梗死患者的临床护理中实施心理与健康教育干预, 可提升患者对疾病知识的了解程度, 改善不良心理状态及生活质量。

【关键词】 脑梗死; 心理干预; 健康教育; 生活质量

中图分类号 R473 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)16-1230-03

脑梗死即缺血性脑卒中, 指因脑部供血障碍而引发的局限性脑组织缺血、缺氧, 发生坏死的情况, 可导致神经功能损伤。目前该病的发生率较高, 主要发病群体为老年人, 临床症状复杂, 轻者可无症状, 也可出现反复发作的肢体瘫痪和眩晕, 情况严重者则会出现昏迷甚至死亡。随着医学的不断发展与进步, 该病的抢救成功率显著提升, 但是术后遗留多种并发症, 并且需结合饮食、运动等进行多种干预, 因此常规护理措施无法达到预期的效果, 需要对护理方案进行相应调整。心理干预与健康教育能够进行全面的疾病知识普及, 同时调节因疾病而出现的焦虑、抑郁等不良心理状态, 使患者积极应对疾病, 配合治疗, 促进患者康复^[1]。本研究将心理干预与健康教育应用于脑梗死患者的临床护理, 探讨对患者生活质量的影响, 现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择医院 2021 年 2 月 - 2023 年 2 月收治的脑梗死患者 120 例为研究对象。纳入标准: ①经头颅磁共振成像检查以及临床症状确诊为脑梗死^[2]; ②符合脑血管病会议对脑梗死的诊断标准^[3]。排除标准: ①精神类疾病、脑部肿瘤者; ②中途退出试验者。在组间基础资料均衡匹配的原则上, 采用随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 60 例。对照组男 33 例、女 27 例,

年龄 50 ~ 76 岁, 平均 64.12 ± 3.45 岁; 观察组男 32 例、女 28 例, 年龄 51 ~ 76 岁, 平均 64.67 ± 3.34 岁。两组患者基线资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。本研究获得医院伦理委员会审核批准; 患者均签署知情同意书。

1.2 心理与健康教育护理方法

对照组进行常规护理, 在患者入院时讲解疾病相关注意事项, 严格遵医嘱进行用药、生命体征监测, 配合医师进行各项检查和抢救, 并给予相应的饮食和运动指导。观察组在对照组基础上进行心理与健康教育干预, 具体措施如下。

(1) 饮食方面: 指导患者饮食节制, 不宜过饱, 食用低盐、低胆固醇食物, 碳水化合物适中, 并补充足量的维生素。严格限制盐的摄入量, 每日不得超过 6g, 并减少动物脂肪、奶油、蛋黄的摄入量, 控制体质量和血脂。同时, 增加优质蛋白质特别是鱼类和大豆蛋白的摄入量, 并食用相应量的虾、瘦肉、新鲜蔬菜和水果等, 禁食辛辣刺激食物, 戒烟酒。

(2) 生活方面: 注意对皮肤的监控, 讲解一些常见的皮肤问题及发生原因、护理方案等, 如翻身、按摩方法, 防止发生皮肤损伤; 注意普及肢体功能锻炼的方法, 对患肢进行按摩, 辅助进行肢体的被动和主动运动, 床上运动和床下活动, 做好肢体功能的恢复锻炼, 并指导穿衣、刷牙等日常功能训练方法, 逐渐恢复肢体功能, 提升自理能力; 讲解治疗药物的使用方法、剂量、病情自我观察、药物不良反应监控等, 并对血糖、血压等自查方法进行讲解, 做好疾病自我

监控,一旦发生问题立即就医。

(3) 心理疏导:对患者进行科学的心理疏导,涉及认知、行为、支持等方面:①治疗期间注意与患者建立良好的关系,耐心听取患者的倾诉,并主动与患者进行沟通交流,增加医患之间的信任感,在交谈过程中对于正确的认知进行肯定,对于错误的认知则进行纠正,并鼓励和指导患者自我监督和管理,全面认知疾病。②针对不良生活习惯进行纠正,养成规律作息,适当运动,改善睡眠质量。同时指导患者舒缓情绪,可通过播放音乐、观看报纸杂志,并进行系统性心理训练和全身肌肉放松等方法舒缓情绪。③为患者提供支持性干预,准备专门场所供患者发泄害怕、悲伤的情绪,并指导患有相同疾病的患者进行沟通交流,相互之间进行鼓励和扶持,增加患者战胜疾病的信心。

1.3 观察指标

(1) 疾病知识掌握水平:通过相关知识问卷评价,内容包括药物治疗、康复训练和疾病保健,每项满分100分,分值与知识掌握水平成正比。

(2) 心理状态:通过正性负性情绪量表进行评分,其中正性情绪、负性情绪均为50分,正性分值与心理状态呈正比,负性情绪评分与心理状态呈反比。

(3) 生活质量:使用生存质量测定量表简表(QOL-BREF)进行生活质量评估,包括社会功能、躯体功能、心理状态和一般健康4个方面,分值为0~100分,评分与生活质量呈正比。

1.4 数据分析方法

采用SPSS 23.0统计软件进行数据处理,计数资料组间率的比较采用 χ^2 检验;计量资料用“均数±标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疾病知识掌握水平比较

护理干预前,两组患者药物治疗、康复训练、疾病保健评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);护理干预后,两组患者药物治疗、康复训练、疾病保健评分均明显升高,但观察组患者各项评分均高于对照组,组间差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

2.2 两组患者心理状态比较

护理干预前,两组患者正性情绪和负性情绪评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);护理干预后,两组患者正性情绪评分均升高,负性情绪评分均降低;组间比较,观察组患者正性情绪评分高于对照组,负性情绪评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

2.3 两组患者生活质量评分比较

护理干预前,两组患者QOL-BREF量表的社会功能、躯体功能、心理状态和一般健康评分比较差异无统计学意义($P>0.05$);护理干预后,两组患者QOL-BREF量表的各维度评分均显著升高,但观察组患者各维度评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

表1 两组患者疾病知识掌握水平比较(分)

组别	药物治疗		康复训练		疾病保健	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组($n=60$)	72.22±4.87	78.11±5.22	73.76±4.55	82.12±3.76	74.21±3.45	78.45±4.23
观察组($n=60$)	72.31±4.65	84.23±5.17	74.81±4.36	88.12±6.45	74.28±3.42	84.12±4.32
t 值	0.104	6.452	1.291	6.225	0.112	7.264
P 值	0.918	0.000	0.199	0.000	0.911	0.000

表2 两组患者心理状态评分比较(分)

组别	正性情绪		负性情绪	
	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组($n=60$)	26.22±2.87	36.11±3.22	36.76±3.55	28.12±3.76
观察组($n=60$)	26.31±2.65	40.23±2.17	36.81±3.36	23.12±3.45
t 值	0.178	8.219	0.079	7.590
P 值	0.859	0.000	0.937	0.000

表3 两组患者生活质量评分比较(分)

组别	社会功能		躯体功能		心理状态		一般健康	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组(<i>n</i> =60)	67.33 ± 3.45	73.21 ± 3.76	70.21 ± 3.72	80.73 ± 4.12	70.12 ± 3.56	76.33 ± 4.11	75.12 ± 3.82	78.12 ± 3.97
观察组(<i>n</i> =60)	67.41 ± 3.39	80.12 ± 4.56	70.45 ± 3.65	87.33 ± 4.65	70.28 ± 3.65	82.12 ± 4.87	75.21 ± 3.77	84.12 ± 3.72
<i>t</i> 值	0.128	9.056	0.357	8.229	0.243	7.038	0.130	8.543
<i>P</i> 值	0.898	0.000	0.722	0.000	0.808	0.000	0.897	0.000

3 讨论

脑梗死是一种突发性疾病,在发病后数秒甚至数分钟达到高峰,伴随着不同程度的意识障碍,导致肢体功能障碍,对患者生活质量产生较大影响。该病主要以老年人群为主,患者多缺乏专业知识,加上长期疾病困扰,可能出现焦虑、抑郁等心理问题,对治疗失去信心,并对死亡存在恐惧^[4],严重影响患者的遵医行为,使病情控制效果不理想,并出现多种并发症,因此需要在疾病治疗过程中给予科学的护理干预指导。心理干预与健康教育可使患者掌握更加全面的疾病知识,以转变不良心态,提升治疗配合度,促进康复^[5]。

本研究结果显示,接受心理与健康教育护理干预的观察组患者疾病知识掌握程度,不良心理状态及生活质量改善程度均优于对照组患者,这是因为健康教育通过对疾病知识和保健技术的普及和讲解,可使患者更加充分的认识疾病,以消除疾病治疗的危险因素^[6],对个体的行为产生积极影响,达到促进健康、预防疾病的目的。饮食指导可对血脂、血糖等进行控制,调整血管阻塞的情况;生活指导则可帮助患者养成良好的生活习惯,加上科学的药物指导,使患者全面掌握规范治疗的必要性,做好疾病的监控,提升患者对相关疾病知识的掌握程度,树立科学规范的治疗观念,消除多种危险因素,加强自我保健意识,对于疾病的治疗、康复和并发症预防均具有积极作用^[7-8];心理因素对于脑梗死患者的治疗和预后起关键作用,心理干预在正确了解患者心理状态和变化趋势的基础上,对患者进行认知方面的干预,纠正错误的认知,树立正确认知,认识到疾病规范治疗的必要性,转变消极的治疗心态,积极应对疾病,配合治疗^[9-10]。对于一些引发疾病的危险行为进行纠正,使患者养成良好的生活习惯,定期运动、控制饮食,并且进行相应的放松训练,可消除消极情绪,逐渐转变烦躁、抑郁等不良状态,积极应对疾病^[11]。而对患者进行情绪支持,为患者提供发泄情绪的场所以及加强病友之

间的沟通,以患者为中心展开护理,对于心理状态的调整和生活质量的提升均具有积极作用^[12]。

综上所述,在脑梗死患者临床护理中开展心理与健康教育干预可提升患者对疾病知识了解程度,改善不良心理状态和生活质量。

4 参考文献

- [1] 朱金金. 脑梗塞患者护理中心理干预与健康教育应用的效果分析 [J]. 当代临床医刊, 2021, 34(2): 55-39.
- [2] 杨颖. 心理干预与健康教育在脑梗塞患者护理中的临床应用及有效性分析 [J]. 系统医学, 2019, 4(20): 155-157.
- [3] 刘子钰. 心理干预与健康教育在脑梗塞患者护理中的临床应用效果研究 [J]. 黑龙江科学, 2019, 10(12): 60-61.
- [4] 张洪燕. 心理干预健康教育在脑梗塞患者护理中的应用效果分析 [J]. 医药前沿, 2019, 9(22): 199-200.
- [5] 施改清. 心理干预与健康教育在脑梗塞患者护理中的临床应用价值分析 [J/CD]. 实用临床护理学电子杂志, 2018, 3(9): 33, 35.
- [6] 王锐. 心理干预与健康教育在脑梗塞患者护理中的临床应用及对生活质量的影响分析 [J]. 糖尿病天地, 2021, 18(10): 212.
- [7] 宋清. 心理干预与健康教育对脑梗塞患者的效果 [J]. 国际精神病学杂志, 2021, 48(6): 1135-1137, 1141.
- [8] 李建华, 陈兰, 米康, 等. 综合性康复训练联合心理干预对脑梗塞偏瘫患者负性情绪及日常生活能力和运动功能的影响 [J]. 国际精神病学杂志, 2019, 46(1): 168-171.
- [9] 曹旭玲. 对老年脑梗塞病人实施早期中医护理及现代康复护理的意义评价 [J]. 新疆中医药, 2022, 40(4): 90-92.
- [10] 杨雪勤. 模块式健康教育在急性脑梗塞患者护理中的应用观察 [J]. 西藏医药, 2021, 42(4): 115-117.
- [11] 常建梅. 健康教育 + 早期康复护理在脑梗塞偏瘫患者肢体康复中的应用 [J]. 反射疗法与康复医学, 2020, 29(10): 138-139.
- [12] 周洁, 殷晓丹, 李红芹. 优质护理干预对高血压脑梗塞患者健康教育的作用及对患者遵医行为的影响 [J/CD]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(48): 158.

[2023-06-05 收稿]

心理护理对社区老年高血压患者负性情绪的影响

张秀杰 商莹 王文军*

【摘要】 目的 探讨心理护理对老年高血压人群抑郁焦虑情绪的影响,为改善老年高血压人群负性情绪提供技术指导。方法 选取山东省济南市某社区的100例老年高血压患者作为研究对象,根据组间性别、年龄等基线资料均衡可比的原则分为对照组和观察组,各50例。对照组给予常规护理,观察组在常规护理基础上联合心理干预。采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)对比两种护理方式下患者抑郁焦虑情绪改善程度。结果 护理干预前,两组患者SAS和SDS评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理干预后,两组患者SAS和SDS评分均降低,但观察组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。护理干预前,两组患者焦虑抑郁程度比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理干预后,两组患者焦虑抑郁程度均减轻,但观察组优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 对老年高血压患者实行心理护理能有效改善患者负性情绪,提高生活质量。

【关键词】 心理护理;社区;高血压;负性情绪

中图分类号 R544.1 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)16-1233-04

相关研究显示,中国心血管病患者人数在不断上升,2021年达到3.3亿,其中高血压在其诸多危险因素中位列第一^[1-2]。随着人口老龄化的不断加重,老年高血压患者不断增多。性格因素、环境刺激及长期服药等使高血压患者更易产生焦虑抑郁等负性情绪,影响其治疗依从性,不利于高血压患者维持身心保健^[3]。有研究表明,高血压和焦虑抑郁皆是可遗传的慢性疾病,高血压人群中焦虑、抑郁者分别占29.5%和36.5%,焦虑及抑郁共患病人群检出率为16.0%^[4]。两者相互作用可能与基因过度表达、下丘脑-垂体-肾上腺轴亢进、肾素-血管紧张素-醛固酮系统激活、自主神经系统紊乱及氧化应激有关^[5]。对高血压患者进行有效的心理护理干预,如正念减压、冥想、放松疗法、音乐疗法、社会支持等,可以减轻患者的焦虑水平,不同程度降低患者血压^[6-7]。本研究通过对比实验,探讨心理护理干预对老年高血压患者负性情绪及生活质量的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

2023年2月选取山东省济南市某社区100例老年高血压患者为研究对象,其中男54例,女46例;平均年龄 69.02 ± 5.19 岁。根据组间基线资料均衡可比的原则分为对照组和观察组,每组各50例。两组

患者性别、年龄、高血压病程、居住情况、文化程度、婚姻状况、合并症或并发症、高血压家族遗传史比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具备可比性,见表1。本研究研究通过医院伦理委员会批准,所有入选患者本人自愿同意参加该研究。

(1)纳入标准:①符合《中国高血压防治指南》中高血压的诊断标准:在没有服用降压药的情况下,血压持续或者非同日3次以上测得数值超过标准血压,收缩压 ≥ 140 mmHg和/或舒张压 ≥ 90 mmHg;②年龄 ≥ 60 岁;③意识清楚,能理解和回答问题,配合度高;④近期未发生影响情绪极大波动的事件(如亲人去世)。

(2)排除标准:①继发性高血压患者;②有精神疾病者;③存在心肝肾等严重器质性病变者;④研究中途失联或退出者。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 接受常规护理,具体内容如下。①血压监测。每天定时监测血压,观察血压变化情况。②提醒患者遵医嘱按时服药。③饮食运动指导。引导老年人改善不良生活习惯及饮食习惯。指导患者睡前不喝茶、多进行有氧运动如慢跑和打太极拳,每天适度运动30min左右,忌过度活动以影响血压波动、少食油腻刺激性食物,多吃高蛋白高纤维高维生素食物,保持大便通畅,低盐饮食、钠盐摄入 <5 g/d,多喝水,戒烟戒酒。

1.2.2 观察组 在常规护理的基础上增加心理护理,具体内容如下。①评估心理状况。通过问卷及交谈了解老年人心理状态,追溯其产生负面情绪的原因,鼓励患者多沟通交流。②给予社会情感支持。多与老人

基金项目:济南市科技局(编号:2019-2-15);山东省体卫融合试点项目(编号2022-2-6)

作者单位:250031 山东省济南市第四人民医院心内二科(张秀杰);济宁医学院护理学院(商莹、王文军);潍坊护理职业学院(王文军)

*通讯作者

沟通,同患者建立良好的关系,耐心倾听,多予鼓励及安慰,并积极指导老人家属或亲人及邻居多陪伴患者,丰富患者的精神活动,提高生活物质条件,并鼓励患者多参加一些有帮助的组织活动,如老年人高血压知识讲座,提高对慢性病的重视程度。③放松训练。教会患者如何深呼吸,每天为老年人播放轻柔舒缓的音乐或小品、戏剧,每天2次,每次不低于1h,以转移老年人注意力,引导患者放松情绪。

1.3 观察指标

(1)焦虑程度:选取Zung的焦虑自评量表(SAS)^[8-9]。轻度焦虑为50~59分,中度焦虑为60~69分,重度焦虑 \geq 70分。问卷分数越高则说明焦虑程度越严重。

(2)抑郁程度:采用Zung自制的抑郁自评量表(SDS)^[9-10]。轻度抑郁为53~62分、中度抑郁为63~72分,重度抑郁 \geq 73分。分数与抑郁严重程度呈正相关。

1.4 数据分析方法

运用SPSS 26.0统计学软件分析处理数据,计数资料计算百分率(%),组间率比较采用 χ^2 检验;等级资料组间构成比较采用Wilcoxon秩和检验;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 两组患者干预前后SAS和SDS评分比较

护理干预前,两组患者SAS和SDS评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理干预后,两组患者SAS和SDS评分均降低,但观察组低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

2.2 两组患者干预前后焦虑和抑郁程度比较

护理干预前,两组患者焦虑抑郁程度比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理干预后,两组患者焦虑抑郁程度均减轻,但观察组优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表3。

表1 两组社区老年高血压患者的一般人口学特征比较

人口学特征	类别	对照组 (n=50)	观察组 (n=50)	χ^2 值	P 值
性别	男性	28 (56.0)	26 (52.0)	0.161	0.688
	女性	22 (44.0)	24 (48.0)		
年龄 (岁)		68.44 \pm 4.65	69.60 \pm 5.67	1.119*	0.063
病程 (年)		7.05 \pm 6.19	6.96 \pm 5.89	0.074*	0.253
居住情况	独居	3 (6.0)	8 (16.0)	2.827	0.419
	配偶一起	29 (58.0)	25 (50.0)		
	子女一起	5 (10.0)	6 (12.0)		
	同配偶、子女一起	13 (26.0)	11 (22.0)		
文化程度	未接受教育	5 (10.0)	4 (8.0)	0.270	0.992
	小学	20 (40.0)	21 (42.0)		
	初中	11 (22.0)	12 (24.0)		
	中专/高中	6 (12.0)	5 (10.0)		
	大专及以上	8 (16.0)	8 (16.0)		
婚姻状况	已婚	46 (92.0)	40 (80.0)	2.999	0.084
	离异	1 (2.0)	1 (2.0)		
	丧偶	3 (6.0)	8 (16.0)		
	未婚	0 (0.0)	1 (2.0)		
合并症或并发症	有	11 (22.0)	15 (30.0)	0.832	0.362
	无	39 (78.0)	35 (70.0)		
高血压家族遗传史	有	36 (72.0)	35 (70.0)	0.049	0.862
	无	14 (28.0)	15 (30.0)		

注: * t 值; () 内数据为百分数 (%)。

表2 两组社区老年高血压患者干预前后 SAS、SDS 评分比较 (分)

组别	SAS 评分		SDS 评分	
	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组 (n=50)	59.65 ± 16.71	44.10 ± 10.32	60.58 ± 16.25	44.38 ± 11.60
观察组 (n=50)	57.48 ± 14.13	37.30 ± 5.66	59.53 ± 14.70	38.15 ± 7.99
t 值	0.703	4.085	0.339	3.128
P 值	0.484	0.000	0.735	0.000

表3 两组社区老年高血压患者干预前后焦虑抑郁程度比较

指标	组别	护理干预前				护理干预后			
		正常	轻度	中度	重度	正常	轻度	中度	重度
焦虑	观察组 (n=50)	14 (28.0)	18 (36.0)	9 (18.0)	9 (18.0)	49 (98.0)	1 (2.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	对照组 (n=50)	16 (32.0)	10 (20.0)	7 (14.0)	17 (34.0)	36 (72.0)	11 (22.0)	2 (4.0)	1 (1.0)
	Z 值		0.865			3.631			
	P 值		0.459			0.000			
抑郁	观察组 (n=50)	19 (36.0)	8 (16.0)	14 (28.0)	9 (18.0)	48 (96.0)	1 (2.0)	1 (2.0)	0 (0.0)
	对照组 (n=50)	19 (36.0)	4 (8.0)	14 (28.0)	13 (26.0)	41 (82.0)	5 (10.0)	3 (6.0)	1 (2.0)
	Z 值		0.650			2.222			
	P 值		0.421			0.000			

注:表中 () 内数据为百分数。

3 讨论

本研究结果显示,100例老年高血压患者焦虑抑郁占比较高,与于子航^[11]的研究结果相似,老年高血压患者的心理状况不容乐观。随后对老年高血压患者进行心理护理干预,结果显示观察组焦虑抑郁改善效果明显优于对照组,这说明常规护理和心理护理同时干预更有利于缓解老年高血压患者抑郁焦虑情绪。这与相关研究结果相似^[12-14],说明常规护理和心理护理均有利于改善老年高血压患者的焦虑抑郁不良情绪。通过提醒患者遵医嘱服药、定期进行血压监测,有利于提高患者服药依从性,方便患者了解自身血压变化及身体健康状况,激发主观能动性,积极参与护理与研究。相关研究显示,老年人群睡眠时间不足7h,与H型高血压患病密切相关^[13],本研究通过引导老年人改善不良生活习惯,睡前不饮浓茶、咖啡,多食清淡易消化食物以及富含纤维素、维生素、高蛋白、高热量食物,有助于改善患者睡眠情况,改善头晕头痛、消化不良、便秘腹泻等问题,从而减轻烦躁、焦虑及抑郁。

加强对患者的个性化心理护理,注重对患者的评估、沟通交流和生活娱乐活动的丰富,有利于患者保持良好的心态,提高生活质量和服药依从性,从而利

于控制血压。本研究支持患者家属参与并监督老人实施情况,为老人提供家庭及社会情感支持,让患者感受到被关注和需要,丰富患者的精神活动,有助于提升幸福感,减轻孤独所致的负性情绪。除此之外,为观察组患者每天播放不少于60min的舒缓音乐2次,有助于使患者身处其中,缓解疲乏,改善睡眠及心境^[15]。同时,在护理过程中与老年人建立良好的护患关系,追溯不良情绪产生的根源并设法解决或开导患者,始终保持尊重、认真倾听、耐心解答,给予患者放松训练、冥想、听舒缓音乐或戏剧,给予患者更多社会和家庭支持,有利于增强老年人个人掌控感、生活幸福感及控制血压水平^[16]。

综上所述,医院及社区应积极响应并完善老年高血压健康管理体系,提高对老年慢性病患者心理护理的重视程度,以及针对性的对心理问题严重的高危群体提供心理卫生服务,减轻心理负担或压力。

4 参考文献

- [1] 马丽媛,王增武,樊静,等.《中国心血管健康与疾病报告2021》概要[J].中国介入心脏病学杂志,2022,30(7):481-496.
- [2] 邓思均,梁登攀.高龄老年高血压的研究进展[J].四川医学,2022,43(10):1041-1044.

循证护理在脊髓损伤合并截瘫患者中的应用效果

徐梦萍

【摘要】 目的 探析脊髓损伤合并截瘫患者应用循证护理的临床效果。方法 选取 2021 年 1 月 - 2022 年 7 月医院收治的 25 例脊髓损伤合并截瘫患者为研究对象, 在组间主要基线特征匹配的原则上, 按照抽签法随机分为对照组 13 例与观察组 12 例。对照组应用常规护理, 观察组应用循证护理。比较两组患者的并发症发生率、负面情绪评分、生活质量评分。结果 应用循证护理后, 观察组患者并发症发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。护理干预前, 两组患者焦虑、抑郁评分及生活质量各维度评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 护理干预后, 两组患者焦虑、抑郁评分均下降, 生活质量各维度评分均升高; 组间比较, 观察组患者焦虑、抑郁评分低于对照组, 生活质量各维度评分高于对照组, 组间差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 脊髓损伤合并截瘫患者应用循证护理可以减少并发症的发生, 改善患者负面情绪与提高生活质量。

【关键词】 脊髓损伤; 截瘫; 循证护理; 并发症; 负面情绪; 生活质量

中图分类号 R473 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)16-1236-03

随着工伤事故与交通事故的不断增多, 脊髓损伤合并截瘫患者日益增多^[1]。在临床中, 脊髓损伤合并截瘫患者出现并发症的概率非常高, 不仅影响患者情绪与生活质量, 还会出现不同程度功能障碍, 甚至危及患者生命安全^[2]。所以, 在脊髓损伤合并截瘫患者治疗中, 需要护理工作的密切配合。循证护理是基于临床实际问题, 通过文献寻找当前最佳的解决问题的证据, 以此为基础结合临床实际制定具有针对性、系

作者单位: 211300 江苏省南京市高淳人民医院骨科

统性的护理方案, 并及时评价临床效果^[3]。临床实践证明, 循证护理的临床应用价值非常高。本研究对脊髓损伤合并截瘫患者应用循证护理, 探讨对患者负面情绪, 并发症发生率及生活质量的影响, 现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2021 年 1 月 - 2022 年 7 月医院收治的 25 例脊髓损伤合并截瘫患者为研究对象, 在组间主要基

- [3] 谢美丽, 金爱莲, 徐彩红, 等. 心理护理对老年高血压患者的影响 [J]. 国际精神病学杂志, 2022, 49(5): 937-940.
- [4] 谢伟东, 刘芳. 某三甲医院原发性高血压患者焦虑 / 抑郁现况调查 [J]. 宁夏医科大学学报, 2021, 43(12): 1252-1257.
- [5] 严梦祺, 黄雨晴, 冯颖青. 高血压伴焦虑抑郁障碍的研究进展 [J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2022, 21(5): 375-378.
- [6] Dhara T, Neeta B, Tejas P. Effect of relaxation therapy on pre-induction blood pressure and anxiety in hypertensive patients: A randomized controlled study [J]. Bali J Anesth, 2022, 6(1): 54-59.
- [7] Lorber M, Divjak S. Music therapy as an intervention to reduce blood pressure and anxiety levels in older adults with hypertension: A randomized controlled trial [J]. Res Geront Nurs, 2022, 15(2): 85-92.
- [8] Zung WW. A rating instrument for anxiety disorders [J]. Psychosomatics, 1971, 12(6): 371-379.
- [9] 王瑞, 赵琼, 刘硕旭. 基于故事理论的护理模式对胃癌患者癌因性疲乏、焦虑抑郁情绪及生活质量的影响 [J]. 四川精神卫生, 2022, 35(1): 42-46.
- [10] Zung WW. A self-rating depression scale [J]. Arch Gen Psychiatry, 1965, 12: 63-70.
- [11] 于子航. 山东省城乡老年高血压患者心理健康状况比较研究 [D]. 济南: 山东大学, 2019.
- [12] 林凤英. 心理护理在社区老年高血压患者护理中的效果分析 [J]. 智慧健康, 2021, 7(20): 154-156.
- [13] 杜诗虹, 洪秀琴, 杨一, 等. 睡眠时间对女性人群 H 型高血压患病率的影响研究 [J]. 中国全科医学, 2023, 26(1): 58-63.
- [14] 席赛男, 高翔翔, 胡加燕. 个性化心理护理对老年原发性高血压患者的影响 [J]. 心理月刊, 2022, 17(21): 180-182.
- [15] 闵敏, 胡孙玉, 潘碧云, 等. 音乐干预对心内科住院老年患者不良情绪及睡眠质量的影响 [J]. 中国健康心理学杂志, 2023, 31(3): 358-362.
- [16] 焦娜娜, 任海玲, 邢凤梅. 社区老年人个人掌控感现状及其影响因素分析 [J]. 护理研究, 2022, 36(3): 557-561.

[2023-07-23 收稿]

线特征匹配的原则上,按照抽签法随机分为对照组 13 例与观察组 12 例。对照组男性 8 例、女性 5 例;年龄 26 ~ 65 岁,平均 48.26 ± 4.23 岁。观察组男性 7 例、女性 5 例;年龄 27 ~ 65 岁,平均 48.13 ± 4.51 岁。两组患者年龄、性别比较,差异有统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 应用常规护理。严密观察患者病情变化,遵医嘱指导用药,给予必要的健康宣教、生活护理。

1.2.2 观察组 应用循证护理。首先组织科室护理人员集中学习和培训循证护理的理论、方法和技术,在此基础上讨论护理实践中存在的主要问题及以往的护理经验和教训。根据提出的具体问题,组织进行文献检索和证据的提取及评价。以检索到的证据为基础,结合以往临床护理经验及患者特征,制定科学、合理的护理方案,具体内容如下。

(1) 临床问题:患者受伤后非常容易出现抑郁、焦虑等负面情绪,加之长期卧床,易发生肺部感染、便秘、压疮等并发症。

(2) 证据检索:根据临床问题检索相关文献资料,筛选最佳解决问题的证据。

(3) 制定护理方案

1) 心理疏导:护理人员应积极和患者沟通,耐心倾听患者想法,评估患者情绪,从而给予针对性疏导与支持,消除患者顾虑。此外,鼓励患者家属多陪伴患者,给予患者家庭温暖与支持,从而提高患者配合积极性。

2) 肺部感染预防:因为患者长期卧床,加之疼痛影响,导致呼吸功能受限,非常容易出现肺部感染。为此,应保持病房环境温度与湿度适宜,空气清新,鼓励患者用力咳嗽、深呼吸,以此促进排痰与肺膨胀,同时加强口腔护理,避免细菌进入呼吸道。在患者病情允许的情况下,协助患者翻身,轻叩胸背部,必要时予以雾化吸入,促进排痰。

3) 便秘预防:指导患者养成排便习惯,并合理饮食,增加纤维素的摄入,饮食以清淡、易消化的食物为主,餐后适当食用新鲜水果,饮水每天 2500 ~ 3000ml。必要时,顺时针按摩患者腹部。

4) 泌尿系感染预防:叮嘱患者定量饮水,并协

助患者翻身,减少钙盐沉淀。同时,定期用生理盐水冲洗膀胱,指导患者多喝水,以此预防泌尿系感染。

5) 压疮预防:协助患者每 2 小时翻身 1 次,交替取右侧卧位、半坐卧位、左侧卧位,用预防压疮的垫圈对骨隆突处等受压部位进行保护,以此预防压疮。

6) 下肢血栓形成预防:每天对患者下肢肌肉进行按摩,时常更换下肢位置,以免肢体受压。同时,加强肌肉舒缩活动,促进肌肉反复舒张、收缩,加快静脉血流动,以此预防血栓形成。

1.3 观察指标

(1) 并发症发生率:包括肺部感染、便秘、泌尿系感染、压疮、下肢血栓形成等。

(2) 负面情绪评分:使用焦虑自评量表与抑郁自评量表进行评分。分数越低负面情绪越轻。

(3) 生活质量评分:依据生活质量核心量表 (QLQ-C30) 进行评分,包括躯体功能、认知功能、疼痛、社会功能、精神状态 5 个维度,分数越高生活质量越好。

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 Fisher 确切概率法。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者并发症发生率比较

实施循证护理后,观察组患者并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 1。

2.2 两组患者护理前后负面情绪评分比较

护理干预前,两组患者焦虑、抑郁评分比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$);护理干预后,两组患者焦虑、抑郁评分均下降,但观察组焦虑、抑郁评分均低于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组患者护理前后生活质量评分比较

护理干预前,两组患者生活质量各维度评分比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$);护理干预后,两组患者生活质量各维度评分均升高,但观察组各维度评分均高于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 1 两组患者并发症发生率比较

组别	肺部感染	便秘	泌尿系感染	压疮	下肢血栓形成	并发症发生率 (%)
对照组 (n=13)	2	2	1	1	1	53.85
观察组 (n=12)	1	0	0	0	0	8.33

注:并发症发生率比较, Fisher 确切概率 $P = 0.030$ 。

表2 两组患者护理前后负面情绪评分比较(分)

组别	焦虑		抑郁	
	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组 (n=13)	54.34 ± 4.67	44.28 ± 3.24	53.78 ± 4.51	43.19 ± 3.51
观察组 (n=12)	55.03 ± 4.56	38.74 ± 3.12	54.67 ± 4.54	37.98 ± 3.34
t 值	0.373	4.348	0.491	3.795
P 值	0.712	0.000	0.628	0.001

表3 两组患者护理前后生活质量评分比较(分)

组别	躯体功能		认知功能		疼痛		社会功能		精神状态	
	护理前	护理后								
对照组 (n=13)	63.58 ± 3.51	80.57 ± 5.14	62.19 ± 3.29	81.25 ± 5.32	60.81 ± 3.72	81.18 ± 5.34	60.09 ± 3.17	80.28 ± 5.01	64.19 ± 3.56	80.68 ± 5.28
观察组 (n=12)	63.28 ± 3.58	89.58 ± 5.58	62.35 ± 3.42	90.64 ± 5.27	60.38 ± 3.37	90.37 ± 5.23	60.13 ± 3.13	91.18 ± 5.31	64.58 ± 3.83	91.36 ± 5.36
t 值	0.211	4.203	0.119	4.429	0.302	4.342	0.032	5.281	0.264	5.016
P 值	0.834	0.000	0.906	0.000	0.765	0.000	0.975	0.000	0.794	0.000

3 讨论

脊髓损伤合并截瘫患者需要长期卧床, 非常容易出现一系列并发症, 不仅影响了患者机体功能, 也会增大患者心理压力, 降低患者生活质量^[4]。所以, 在临床中, 为了取得理想的治疗效果及预后, 必须加强护理工作, 实施科学、合理的护理措施^[5]。

随着循证医学的产生与发展, 循证护理作为一种新型护理方法, 在临床中得到了广泛应用^[6]。在循证护理中, 护理人员应对临床问题进行详细分析与总结, 结合临床经验、科学依据及患者需求, 制定科学、合理的护理措施, 以此协助临床治疗, 取得了理想的临床效果^[7]。对于脊髓损伤合并截瘫患者来说, 因为长期卧床、排便习惯改变、留置导尿管等因素, 容易出现肺部感染、便秘、泌尿系感染等并发症。加之病痛折磨, 易出现焦虑、抑郁等负面情绪。为此, 应针对并发症具体情况制定合理的预防措施, 同时加强心理疏导的应用, 调节患者负面情绪, 消除患者顾虑, 帮助患者树立治疗信心, 积极、乐观的面对治疗。此外, 通过相关预防措施的实施, 可以减少并发症的发生, 提高治疗效果。本研究结果显示, 观察组并发症发生率低于对照组, 负面情绪评分低于对照组, 生活质量评分高于对照组, 与有关文献^[8]报道基本相符。由此说明, 通过循证护理的实施, 能够降低患者并发症发生率, 调节患者负面情绪, 提高患者生活质量。

综上所述, 脊髓损伤合并截瘫患者应用循证护理可以减少并发症的发生, 改善患者负面情绪与提高生

活质量。但本次研究样本量较少、需要进一步扩大样本, 为脊髓损伤合并截瘫患者的临床护理提供参考依据。

4 参考文献

- [1] 吕春子, 朱丽瑜, 陈会容, 等. Orem 自我护理模型在颈脊髓损伤截瘫患者术后康复中的应用 [J]. 实用医学杂志, 2019, 35(11): 1841-1845.
- [2] 李翠花, 郭敬然, 窦淑萍. 个性化延续护理对创伤性脊髓损伤伴截瘫患者照顾者照顾负担和生活质量的影响 [J]. 河北医学, 2019, 25(5): 862-866.
- [3] 梁雅文. 护理干预对脊髓损伤并不完全截瘫患者的影响 [J]. 中医临床研究, 2018, 10(33): 113-114.
- [4] 李锐, 金环. 心理康复对脊髓损伤伴截瘫患者负性情绪和脊髓独立性的影响 [J]. 当代护士(下旬刊), 2018, 25(2): 137-139.
- [5] 吕培培, 司茜茜, 胡玲, 等. 孙氏手术后截瘫患者应用脑脊液引流的护理 [J]. 中国实用护理杂志, 2018, 34(11): 842-845.
- [6] 段丹, 宁宁, 李佩芳. 脊髓损伤患者家庭照顾者心理状况及其影响因素的研究进展 [J]. 中华现代护理杂志, 2018, 24(32): 3964-3968.
- [7] 李成燕, 宁宁, 屈俊宏, 等. 急性脊髓损伤患者术后 DVT 发生现状及相关因素分析 [J]. 中华现代护理杂志, 2018, 24(22): 2673-2676.
- [8] 张宏. 脊柱脊髓损伤合并截瘫患者压力性溃疡的预防与护理探讨 [J]. 中国卫生标准管理, 2017, 8(1): 197-198.

[2023-02-20 收稿]

基于 FMEA 的风险护理管理模式对预防院内感染的效果观察

潘莉 古发会

【摘要】 目的 分析基于失效模式与效应分析 (FMEA) 的风险管理模式在预防院内感染的应用效果。方法 选取 2021 年 5 月-2023 年 1 月收治的 110 例住院后院内感染患者作为研究对象, 根据组间性别、年龄等基本资料均衡可比的原则进行分组, 对照组 55 例应用常规风险护理管理模式, 观察组 55 例应用基于 FMEA 的风险护理管理模式, 比较两组患者感染位置、风险系数 (RPN) 得分情况以及院内隔离措施实施情况。结果 FMEA 风险护理管理实施后, 观察组患者消化系统、呼吸系统、泌尿系统、手术创口各个感染部位情况显著优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$); 观察组医患交叉感染、室内通风问题、患者机体因素、环境清洁消毒、突发事件无效应对各项院内感染失效模式 RPN 得分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$); 观察组隔离标识、防护用品使用、诊疗器械专用、病房备快速手消毒剂各项隔离措施落实情况较佳, 与对照组比较, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 基于 FMEA 风险护理管理模式下预防院内感染效果较佳, 可有效减少患者感染发生次数, 降低医患感染、院内交叉感染等感染情况发生率, 有效提升医院感染防控质量。

【关键词】 失效模式与效应分析; 风险护理管理模式; 预防; 院内感染

中图分类号 R47 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)16-1239-04

Effect observation of risk nursing management mode based on FMEA on prevention of nosocomial infection Pan Li, Gu Fahui. Infection Management Office, The Third People's Hospital of Jingzhou, Jingzhou 434001, China

【Abstract】 Objective To analyze the application effectiveness of risk management models based on failure mode and effects analysis (FMEA) in preventing hospital infections. **Methods** A total of 110 hospitalized patients with hospital acquired infections admitted from May 2021 to January 2023 were selected as the research subjects. They were divided into groups based on the principle of balanced and comparable basic data such as gender and age. The control group consisted of 55 patients who applied routine risk nursing management mode, while the observation group consisted of 55 patients who applied risk nursing management mode based on FMEA. The infection location of the two groups of patients was compared risk priority number(RPN) score and implementation of hospital isolation measures. **Results** After the implementation of FMEA risk nursing management, the infection sites of digestive system, respiratory system, urinary system and surgical wound in the observation group were significantly better than those in the control group, with a statistically significant difference ($P<0.05$). The RPN scores of cross infection between doctors and patients, indoor ventilation issues, patient body factors, environmental cleanliness and disinfection, and ineffective response to unexpected events in the observation group were lower than those in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). The observation group had better implementation of various isolation measures such as isolation signs, use of protective equipment, specialized diagnostic and treatment equipment, and preparation of quick hand disinfectants in the ward. Compared with the control group, the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Based on the FMEA risk nursing management model, the prevention of hospital infections is more effective, which can effectively reduce the number of patient infection events, reduce the incidence of doctor-patient infections, hospital cross infections, and other infections, and effectively improve the quality of hospital infection prevention and control.

【Key words】 Failure mode and effect analysis; Risk nursing management mode; Prevention; Nosocomial infection

院内感染是指患者住院后在住院期间出现的感染状况, 该类事件一旦发生, 将影响患者身体恢复状况, 延长治疗时间、加重患者病情, 严重时或导致患者死亡, 同时, 也会影响医患间信任度, 甚至出现医患纠

纷情况^[1]。因此, 医院为控制患者院内感染率, 将护理管理工作的质量作为目前临床护理工作的关键。失效模式与效应分析 (FMEA) 是一种系统的具有团队性质的分析工具, 可分析问题原因并提出相对改善建议, 持续改进质量。有研究发现, FMEA 管理模式可降低院内感染风险效果^[2]。基于 FMEA 的风险护理管

作者单位: 434001 湖北省荆州市第三人民医院医院感染管理办公室

理模式用于预防院内感染,可最大程度发现引起院内感染的潜在风险,并在风险发生前有效规避,达到较为理想的院内感染防控效果。本研究将基于 FMEA 的风险护理管理模式应用于院内感染的预防,探讨其对院内感染的预防效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2021 年 5 月 - 2023 年 1 月收治的 110 例住院后院内感染患者作为研究对象。纳入标准:住院时间 7d 及以上;临床治疗经历过气管插管、放疗、留置导尿管等侵入性操作者。排除标准:存在精神类疾病者;存在心脑血管类病症患者。将 110 例住院患者,根据组间性别、年龄等基本资料均衡可比的原则进行分组,每组 55 例。观察组男 28 例,女 27 例;年龄 20 ~ 57 岁,平均 36.21 ± 5.33 岁。对照组男 29 例,女 26 例;年龄 22 ~ 58 岁,平均 35.07 ± 5.29 岁。两组患者性别、年龄比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。本研究通过医院伦理委员会批准,患者知情且同意参与研究。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 应用常规风险管理护理模式,包括如下几个方面。

(1) 规范护理流程及护理制度:护理人员统一档案记录格式,规范护理档案管理,确保患者档案可直观反映其病情资料;以绩效和问责制度将护理人员奖惩制度及风险责任形成关联。

(2) 成立风险管理防控小组:组内依据护理人员工作内容的不同,具体划分为用药护理小组、医疗器械管理小组、输液管理小组、损伤护理小组等类型,护理人员依照各自小组类型各司其职,重点明确自身管理职责,避免组内患者出现感染状况。

(3) 定期培训:对护理人员风险管理意识以及专业技能实施定期培训,重点提高护理工作责任心、风险意识以及处理护理风险的能力。

1.2.2 观察组 实施 FMEA 风险护理管理制度,包括如下几个方面。

(1) 成立 FMEA 相关管理小组:将院内管理人员及科室医护人员集中成立小组,定期进行系统培训,需保证组内成员熟知护理风险内容、操作方法及流程管理程序;定期召开组内会议时,分析患者院内感染产生原因并进行风险评估,制定适宜操作流程,监督临床实际应用效果及实施程度。

(2) 绘制风险管理流程图:统计院内感染患者的感染时间、住院时间、感染情况、感染位置、分析其发生院内感染的关键点,列出各关键要素,逐一排

查,小组内围绕讨论,避免出现关键点遗漏现象。

(3) 对已知风险进行评价、赋分:风险程度分为 3 级,即潜在严重、可能发生、风险当前的准备程度,其中,风险可能发生程度 (O) 分为无、低、中、高 4 级,每级风险系数最大值为 3,最小值为 0;风险潜在严重性 (S) 分为无、低、中、高 4 级,风险系数 0 ~ 3 分;风险当前的准备程度 (D) 分为完备、较好、一般、差、无 5 级,每级最大值为 5 分,最小值为 1 分;风险系数 (RPN) = $O \times S \times D$ (0 ~ 45 分)。

(4) RPN 分析方法:该系数与风险改进紧急程度呈正比,RPN 具体包括高、中、低 3 个等级,若系数呈现高状态,则该部分需要首先进行风险管控;若系数呈现低状态,则可置后考虑;风险流程管理过程中级别较高的 2 两个因素作为重点考虑的高风险因素,需优先分析并制定改善措施。

(5) 控制风险:对已知风险因素进行风险措施应对讨论,使用鱼骨图法、柏拉图二八法确定风险控制因子,制定相应的持续性应对改善方案,进行有效干预措施实施^[3]。

(6) 护理干预措施:若手卫生护理依从性列入优先改善因素中,则对医护手卫生进行培训及宣传,提高对于临床手卫生的监督力度,并纳入月度考核之中,强调护理人员用手卫生与奖惩制度挂钩;针对临床血源性风险因素,开展暴露应急处理演练,使用输液器针头自动分离机,避免医护人员手部直接接触,医院可推广无针密封输液接头器等,避免工勤人员处理医疗废物时刺破手套,从根源减少血源性职业暴露情况的出现。

1.3 观察指标

(1) 院内感染发生率:包括呼吸道感染、泌尿系统感染、消化系统感染及手术创口感染。

(2) 失效模式 RPN 得分:失效模式包括医患交叉感染、室内通风问题、环境清洁消毒、患者机体因素、突发事件无效应对 5 项,RPN 分数 = $O \times S \times D$ (0 ~ 45 分),分数与失效程度呈正比例。

(3) 隔离措施落实情况:包括隔离标识、防护用品使用、诊疗器械专用、病房备快速手消毒剂。

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 χ^2 检验;计量资料用“均数 ± 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者院内感染发生率比较

FMEA 风险护理管理实施后,观察组患者消化

系统、呼吸系统、泌尿系统、手术创口各部位院内感染发生率均显著低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者各部位院内感染发生率比较

组别	消化系统	呼吸系统	泌尿系统	手术创口
观察组 ($n=55$)	4 (7.273)	2 (3.64)	6 (10.91)	5 (9.091)
对照组 ($n=55$)	12 (21.82)	9 (16.37)	15 (27.23)	14 (25.45)
χ^2 值	4.681	4.950	4.767	5.153
P 值	0.031	0.026	0.029	0.023

注：() 内数据为百分率。

2.2 两组患者院内感染失效模式 RPN 得分比较

FMEA 风险护理管理实施后，观察组医患交叉感染、室内通风问题、患者机体因素、环境清洁消毒、突发事件无效应对各项院内感染失效模式 RPN 得分均低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

2.3 两组患者隔离措施落实情况比较

FMEA 风险护理管理实施后，观察组隔离标识、防护用品使用、诊疗器械专用、病房备快速手消毒剂各项隔离措施落实情况均优于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 2 两组患者院内感染失效模式 RPN 得分比较 (分)

组别	医患交叉感染	室内通风问题	患者机体因素	环境清洁消毒	突发事件无效应对
观察组 ($n=55$)	11.22 ± 3.14	13.25 ± 1.01	11.83 ± 4.29	14.07 ± 6.39	6.20 ± 3.38
对照组 ($n=55$)	16.37 ± 3.11	24.11 ± 8.33	18.72 ± 6.58	19.70 ± 9.21	17.33 ± 8.27
t 值	8.642	9.598	6.505	3.725	9.239
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表 3 两组患者隔离措施落实情况比较

组别	隔离标识	防护用品使用	诊疗器械专用	病房备快速手消毒剂
观察组 ($n=55$)	51 (92.73)	55 (100.00)	47 (85.45)	55 (100.00)
对照组 ($n=55$)	41 (74.55)	48 (87.27)	38 (69.09)	49 (89.09)
χ^2 值	6.643	7.476	4.193	6.346
P 值	0.010	0.006	0.041	0.012

注：() 内数据为百分比。

3 讨论

患者安全以及医疗质量是医院重点研究课题，院内感染与之联系密切。随着人口老龄化问题出现以及免疫系统紊乱患者数目增加，院内感染问题日益严峻^[4-5]。院内感染又被称为医院获得性感染，主要感染类型有败血症、泌尿系统感染、皮肤感染、消化系统感染、外伤创口感染、中枢神经系统感染、下呼吸道感染等^[6]。研究显示，近年住院患者发生院内感染状况死亡率达 20%，其中主要死亡类型为呼吸机相关肺炎、尿路感染以及导管相关血液感染^[7]。住院患者出现院内感染，不仅对患者临床治疗效果造成影响，增加患者死亡概率，增加医护人员工作任务，同时不利于医院病床周转率，对患者及社会经济影响严重。因此，减少患者院内感染事件，降低患者院内感染发生率尤为重要，可帮助控制医疗风险，为患者提供安全、高效的住院环境。FMEA 是一种较为可靠的、预防性能较高的前瞻性风险管理研究分析方式，主要作用是评估系统及流程中易出现失效原因及其后果，被广泛应用于各种场景^[8]。该方式在院内感染防控中，可对医院感染情况进行风险护理管理评估，使医疗风险形成分级，便于抓住环节管理过程中的关键点，进行改善，以此降低医疗环节中的风险指数，达到保护

医患临床安全的作用。

本研究结果显示，观察组消化系统、手术创口、泌尿系统以及呼吸系统的感染率低于对照组；进行风险管理后，观察组内医患交叉感染、室内通风问题、环境清洁消毒、患者机体因素、突发事件无效应对等感染失效 RPN 分数低于对照组，说明基于 FMEA 的风险管理护理措施可有效减少临床院内感染事件发生率，提高医护应对感染事件水平，避免患者住院期间出现感染情况，患者临床安全度提高，其原因在于，FMEA 可针对防感染护理中的失效模式以及失效潜在原因进行细致归因，分析高风险因素，并提出相应改善措施，帮助医护提高临床护理水平及突发事件应对能力，进而减少医院感染事件发生。本研究结果显示，观察组隔离标识、防护用品使用、诊疗器械专用、病房备快速手消毒剂等临床措施落实情况显著优于对照组，说明 FMEA 风险管理模式能够有效梳理医院防治院内感染措施，发现措施中需改善的薄弱环节，使医护小组提炼关键点，强化医护人员实际防控工作中存在忽视的地方，有的放矢的进行预防工作，将各项隔离措施落实到实处^[9]。在医护管理上，对其进行院内感染防治措施培训及考核奖惩制度，强化医护人员对于院内感染相关知识的掌握，增强其预防及控制医院

中医特色护理在消化道肿瘤术后患者中应用效果

宋丁寅

【摘要】目的 探讨在消化道肿瘤术后患者中采用中医特色护理的临床效果。**方法** 将2019年1月-2020年3月医院收治的消化道肿瘤患者86例作为研究对象,根据组间基线资料均衡可比原则,按照随机数字表法分为对照组和观察组,每组各43例。对照组患者给予其常规护理干预,观察组患者给予中医特色护理服务干预。比较两组患者肠胃功能改善情况、腹痛腹胀评分、临床效果以及护理满意率。**结果** 实施中医特色护理服务干预后,观察组患者的肛门排气、首次排便、首次进食、肠鸣音恢复时间均短于对照组;并且观察组患者腹痛、腹胀评分明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。中医特色护理服务干预后,观察组患者的并发症总发生率为6.97%,低于对照组的13.95%;观察组患者肠胃功能临床总有效率为95.34%,明显高于对照组的81.39%;观察组患者护理满意率为95.34%,明显高于对照组的69.76%;上述指标组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 实施中医特色服务,对消化道肿瘤术后患者肠胃功能的恢复有积极的促进作用,临床效果较好,护理满意率高,并可减少并发症发生率。

【关键词】 中医特色护理方案;消化道肿瘤;胃肠功能;护理满意率

中图分类号 R248.9 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)16-1242-04

Effect of traditional Chinese medicine characteristic nursing service plan on patients with gastrointestinal tumor after operation Song Dingyin. Jiangsu Changzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Changzhou 213000, China

【Abstract】Objective To observe the effect of postoperative nursing intervention with traditional Chinese medicine characteristic nursing service plan on gastrointestinal function and nursing satisfaction rate in patients with gastrointestinal tumor. **Methods** A total of 86 patients with digestive tract tumors who received diagnosis and treatment in our hospital from January 2019 to March 2020 were divided into control group and observation group by random

作者单位:213000 江苏省常州市中医医院

感染事件发生的自觉性,帮助医护面对职业暴露等突发事件时,提高其临床反应,第一时间实施有效干预,避免出现医患交叉感染情况,提高院内医患安全程度,同时,针对医护的职业防护管理,可有效增强其临床操作过程中的谨慎度与责任感,将所学知识实际运用到临床工作中,并在心理及技术上对院内感染情况做足准备。在科室管理中对于针头等医疗废物的特殊关注,也可最大限度避免医护及患者与病毒产生接触,可有效降低院内交叉感染程度^[10]。

综上所述,基于FMEA的风险护理管理模式,对于院内感染的防控效果较为理想,可通过对院内感染防控措施流程进行分析,梳理其薄弱点,并提出针对性改善措施,有效降低院内感染发生率,为医护人员及患者提供安全、高效的院内环境。

4 参考文献

- [1] 王红娣,白海静,梁亚琴,等.基层医疗机构医院感染管理质量评价之思考[J].现代医院管理,2020,18(3):79-81.
- [2] 姚瑶,马秀英,盛洁,等.基于失效模式与效应分析的病区低值耗材智能化管理[J].护理学杂志,2021,36(3):71-73.

- [3] 王萌.失效模式与效应分析结合鱼骨图分析法在预防心胸外科重症监护室压疮中的应用[J].当代护士:下旬刊,2019,26(7):36-38.
- [4] 陈旭岩.急诊抗感染治疗的常见误区[J].中国实用内科杂志,2021,41(3):186-189.
- [5] 何汉良,丁秀贤,霍东京.急诊手术深静脉置管患者导管相关性感染的危险因素及致病菌特点[J].中国消毒学杂志,2021,38(9):688-691.
- [6] 孔雨薇,贺买宏,林叶青,等.某医院住院患者医院感染现患率调查[J].中国消毒学杂志,2019,36(6):452-454.
- [7] 沈丽娜.FMEA模式下护理管理对产科院内感染风险的影响[J].中医药管理杂志,2019,27(5):127-128.
- [8] 刘燕菊,黄江琳,姜玉梅,等.基于医疗失效模式与效应分析模型在术后患者镇痛随访管理中的应用[J].现代临床护理,2020,19(11):19-23.
- [9] 张绮萍,王霄腾,陆锦琪,等.失效模式与效应分析在降低医院感染风险中的应用[J].中华劳动卫生职业病杂志,2021,39(3):189-192.
- [10] 陶静怡,张达颖,王志剑,等.FMEA模式在带状疱疹神经痛病人HIV筛查期医院感染防控中的应用[J].中国疼痛医学杂志,2022,28(6):433-438.

[2023-04-13 收稿]

number table method. A total of 43 patients in the control group were given conventional nursing mode intervention after the end of treatment, and 43 patients in the observation group were given TCM characteristic nursing service intervention after the end of treatment. After the nursing, the improvement of gastrointestinal function, abdominal pain and distension score, nursing effect and satisfaction rate were compared. **Results** After receiving nursing care, the recovery of gastrointestinal function in the observation group was better than that in the control group, based on the fact that the anal exhaust time, bowel sound recovery time, first defecation time and eating time were shorter than those in the control group ($P<0.05$). Before nursing intervention, there was no significant difference in abdominal pain score and abdominal distension score between the two groups ($P>0.05$). After nursing intervention, the relevant score of the observation group was significantly reduced, and the reduced score was significantly lower than that of the control group ($P<0.05$). In addition, the number of patients with complications in the observation group was significantly less than that in the control group, and the nursing effect and nursing satisfaction were higher than those in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** During the nursing period, the implementation of traditional Chinese medicine characteristic service program has certain value, has a positive impact on the recovery of gastrointestinal function, and improves the nursing effect of patients, nursing satisfaction rate, reduce the incidence of complications, which is worthy of clinical promotion.

【Key words】 Traditional Chinese medicine characteristic nursing plan; Digestive tract neoplasms; Gastrointestinal function; Nursing satisfaction rate

消化道肿瘤初期症状不明显, 早期消化道肿瘤手术治疗是最佳治疗方案, 然而手术治疗会不可避免的对患者身体产生影响, 进而引发胃肠道功能紊乱等不良反应, 影响患者术后康复^[1]。近年来, 消化道肿瘤的发病率逐年增加, 死亡率较高, 已成为威胁患者健康与生命的重要公共卫生问题^[2]。消化道肿瘤术后有20%的患者会出现胃肠反应, 因此在消化道肿瘤术后患者护理过程中, 采用中医特色服务方案, 不仅提高病人的胃肠道功能, 还可降低并发症的发生率。为了进一步证实中医特色护理服务方案对消化道肿瘤术后患者的影响, 本研究采用临床随机对照研究方法进行观察, 现将结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

将2019年1月-2020年3月医院收治的消化道肿瘤术后患者86例作为研究对象, 根据组间基线资料均衡可比原则, 按照随机数字表法分为对照组和观察组, 每组各43例。纳入标准: ①经过各项筛查后, 符合消化道肿瘤临床诊断^[3]者; ②首次进行手术治疗者。排除标准: ①患有其他严重疾病或恶性肿瘤者; ②出现认知障碍或患有精神疾病者; ③患有血液系统、免疫系统或内分泌系统疾病者; ④非乙肝肝硬化所引起的消化道异常; ⑤对护理过程中所使用药物产生过敏或无法接受中药护理者; ⑥近期内使用影响胃动力的相关药物者; ⑦患有糖尿病或肾脏功能异常者; ⑧合并患有心脑血管疾病者; ⑨中途退出或转院者。本研究获得医院伦理委员会批准; 所有入选患者及家属均知情同意并签署知情同意书。

对照组患者中, 男25例, 女18例; 年龄39~76岁, 平均 57.5 ± 4.36 岁; 疾病类型: 胃癌16例、食管癌5例、结直肠癌18例、胰腺癌4例。观察组患者中, 男27例, 女16例; 年龄35~84岁, 平均 59.5 ± 4.89 岁; 疾病类型: 胃癌19例、食管癌12例、结直肠癌9例、胰腺癌3例。两组患者性别、年龄、疾病类型等基线资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 中医特色护理方法

对照组接受常规护理, 具体内容包括疾病相关知识教学、病房环境清洁以及监测患者病情等。观察组患者在对照组基础上, 给予中医特色护理服务方案进行护理干预, 具体内容如下。

(1) 采用中药方剂调理脾胃: 川芎10g、丹参10g、当归10g、生地10g、黄芪10g、茯苓10g、白术10g、陈皮10g、薏仁10g、党参10g。

(2) 中医穴位敷贴: 将厚朴作为药贴, 贴于患者内关、外关、足三里、三阴交、中脘等穴位上。

(3) 耳穴埋籽: 给予患者耳穴埋籽, 以交感、有心、神门为穴位, 将王不留行籽贴于耳廓穴位上。

在实施以上操作时, 要密切关注患者的身心状况, 及时发现问题、解决问题, 消除患者的负面情绪。

1.3 观察指标

(1) 肠胃功能指标: 主要观察肛门排气时间、首次排便时间、肠鸣音恢复时间、首次进食时间等四个指标, 时间越短, 则说明其肠胃功能改善程度越高。

(2) 腹痛、腹胀评分: 腹胀评分为0~3分, 轻度腹胀为1分, 中度腹胀为2分, 重度腹胀为3分, 腹痛评分采用疼痛标尺进行评分, 分值0~10分, 分数越低, 疼痛程度越轻。

(3) 临床效果: 包括痊愈、显效、有效、无效四个等级, 患者胃肠道不良症状消失, 为痊愈; 患者胃肠不良症状明显减轻, 为显效; 患者胃肠不良症状有所改善但效果并不明显, 为有效。总有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效) 例数 / 观察例数。

(4) 护理满意率: 采用自制满意度量表进行调查, 分数 80 ~ 100 的患者, 为非常满意; 分数 60 ~ 79 的患者, 为满意; 其余均为不满意。满意率 = (非常满意 + 满意) 例数 / 观察例数。

(5) 并发症发生率: 主要包括感染、出血、消化道梗阻、肠炎等并发症。

1.4 数据分析方法

采用 SPSS 20.0 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 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者肠胃功能改善情况比较

实施中医特色护理服务干预后, 观察组患者的肛门排气、首次排便、首次进食、肠鸣音恢复时间均短

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 两组患者护理前后腹痛、腹胀评分比较

两组患者护理干预前腹痛、腹胀评分比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 护理干预后, 观察组患者腹痛、腹胀评分明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

2.3 两组患者并发症发生率比较

实施中医特色护理服务干预的观察组患者的并发症总发生率为 6.97%, 低于对照组的 13.95%, 组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

2.4 两组患者临床效果比较

实施中医特色护理服务干预的观察组患者胃肠功能临床总有效率为 95.34%, 明显高于对照组的 81.39%, 组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

2.5 两组患者护理满意率比较

观察组患者护理满意率为 95.34%, 明显高于对照组的 69.76%, 组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 5。

表 1 两组患者肠胃功能恢复情况比较 (h)

组别	例数	首次排便时间	肛门排气时间	肠鸣音恢复时间	首次进食时间
对照组	43	81.36 ± 7.95	45.85 ± 3.87	46.13 ± 4.78	48.71 ± 6.42
观察组	43	65.95 ± 5.56	34.45 ± 4.75	43.28 ± 4.65	45.65 ± 6.32
	t 值	10.416	12.20	2.802	2.227
	P 值	0.000	0.000	0.006	0.029

表 2 两组患者腹痛、腹胀评分比较 (分)

组别	例数	腹痛评分		腹胀评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	43	3.45 ± 0.39	1.95 ± 0.36	2.36 ± 0.30	0.50 ± 0.50
观察组	43	3.42 ± 0.26	1.07 ± 0.15	2.34 ± 0.31	0.10 ± 0.05
	t 值	0.419	14.796	0.304	23.461
	P 值	0.675	0.000	0.762	0.000

表 3 两组患者并发症总发生率比较

组别	例数	并发症				总发生率 (%)
		感染	出血	消化道梗阻	肠炎	
对照组	43	4	5	1	2	13.95
观察组	43	1	1	0	1	6.97

注: 总发生率比较, $\chi^2 = 6.540$, $P = 0.010$ 。

表 4 两组患者胃肠功能临床效果比较

组别	例数	临床效果				总有效率 (%)
		痊愈	显效	有效	无效	
对照组	43	6	16	15	8	81.39
观察组	43	13	23	5	2	95.34

注: 总有效率比较, $\chi^2 = 4.073$, $P = 0.043$ 。

表5 两组患者护理满意率比较

组别	例数	满意程度			护理满意率 (%)
		非常满意	满意	不满意	
对照组	43	18	12	13	69.76
观察组	43	22	19	2	95.34

注：护理满意率比较， $\chi^2=9.770$ ， $P=0.001$ 。

3 讨论

随着人们的生活质量和饮食习惯的变化、工作和精神压力增加，消化道肿瘤发病率逐年增加，目前临床上主要是通过手术的方法来治疗消化道肿瘤。消化道肿瘤具有许多种类，其发生主要分布于食管癌、胃癌、阑尾黏液腺癌、结直肠癌^[4]。消化肿瘤临床早期一般无特殊表现，其通过大便隐血试验发现早期癌前病变，其中晚期一般以CT、食管镜、病理检查、B超、生化指标等检查来诊断。消化道肿瘤易引起患者进食障碍、肠炎、腹胀、腹膜、腹腔积液、营养不良，严重时还会出现全身衰竭等症状。消化道肿瘤术后会导致肠道交感神经系统的亢奋，从而抑制胃肠道的蠕动，同时由于术后炎症侵入肠壁，导致肠壁水肿，术中使用麻醉药物等会导致肠道蠕动减慢，导致胃肠功能的恢复缓慢，从而导致感染、出血、消化道梗阻、肠炎等并发症，从而影响到手术效果和安全性^[5]。因此，有学者认为^[6]，通过实施中医特色服务方案，使患者术后达到较好的预后效果，减少并发症发生率，从而提高患者的生命质量。

本研究结果显示，实施中医特色护理服务干预的观察组患者肠胃功能恢复情况优于对照组，腹痛、腹胀相关评分均低于对照组，此外观察组患者并发症发生率明显低于对照组患者，且其临床效果与护理满意度均高于对照组。由此分析得出，术后采取积极有效的中医特色服务方案，能加快胃肠蠕动恢复、促进胃肠吸收功能、减少并发症发生率、优化术后护理效果、提高护理满意率。消化道肿瘤临床表现为脾胃受损、气机不畅、气血淤滞、水湿不化、痰瘀互结，“本虚标实”是其主要病机^[6]。手术后应积极进行治疗，促进胃肠蠕动，其中调理脾胃方剂中，川芎、丹参、当归、生地具有补气活血、调经化瘀、扶正祛邪的功效；黄芪、茯苓、白术具有补气活血、和胃健脾的功效；郁金具有降火化痰、消食、消肿的功效。陈皮具有健脾和胃、理气镇痛的功效；薏仁具有利水消肿、健脾去湿、清热排脓的功效；党参具有补中益气，健脾益肺的功效。药理研究表明^[7]，黄芪能改善机体免疫力、改善胃肠功能、改善肠道蠕动、促进消化吸收；同时，丹参还能起到保护胃肠部位黏膜的作用。且进行内关、外关、足三里、三阴交、中脘穴位中药贴敷，具有理

脾胃，调气血的功效，此法具有提高机体免疫力作用，而且还能对胃肠发挥作用，有利于促进胃肠血液循环和胃肠蠕动，还有利于尽早排气和排便，以交感、有心、神门为穴位给予患者耳穴埋籽，具有术后安神的作用。中医特色护理方案是在中医的理论指导下，应用整体的观点，对病症进行辨证施护，并采用传统的中医中药技术和方法，对患者进行关怀和服务^[8]。对消化道肿瘤术后患者而言，中医特色护理方案效果更优于常规护理方案。

综上所述，中医特色护理服务应用于消化道肿瘤术后患者中，能够有效改善患者肠胃功能，同时还能够避免对患者身体造成进一步刺激，降低并发症的发生率，提升临床效果，提高患者满意率。

4 参考文献

- [1] 范慧,孙雯,王鹏.中医特色护理干预对消化道肿瘤术后患者胃肠功能和护理满意度的影响[J].中外医疗,2022,41(1):153-156,161.
- [2] 吴锡芳,徐永萍.系统的营养护理支持及中医特色护理对消化道肿瘤患者营养状况的影响[J].东方药膳,2020(16):224.
- [3] 蒋凌燕,汪皖莲,许文丽.中医情志护理联合营养护理对消化道肿瘤患者情绪及营养状况的影响[J].新中医,2020,52(11):170-172.
- [4] 陈旭,周兵,李擎虎,田小华.脐穴敷贴配合足三里穴位注射对胃肠道肿瘤患者化疗后胃肠道反应的护理观察[J].中医药导报,2021,27(6):120-122.
- [5] 刘恩巧.中医护理在预防恶性肿瘤化疗患者消化道不良反应中的应用效果[J].当代医药论丛,2020,18(18):194-196.
- [6] 黄玉芬.中医情志护理对消化道肿瘤患者的效果分析[J].国际医药卫生导报,2022,28(6):877-879.
- [7] 袁业琴,付文红,洪丽利,林萍.中医特色护理在胃癌手术患者中的应用[J].光明中医,2021,36(19):3351-3353.
- [8] 伊米妮古丽·阿比丽江,戚娟娟.系统营养护理支持及中医特色护理对消化道肿瘤患者营养状况的影响[J].实用临床护理学电子杂志,2017,2(35):105,121.
- [9] 金莉,白柳,张健.中医特色护理技术联合健康教育对老年肿瘤患者化疗期间胃肠道反应的影响研究[J].齐齐哈尔医学院学报,2021,42(7):637-639.

[2022-08-29 收稿]

预见性护理对老年股骨粗隆间骨折患者应激反应及并发症的影响

李颖

【摘要】 目的 探讨预见性护理对老年股骨粗隆间骨折患者心理应激反应及并发症的影响。方法 选取2020年1月-2022年6月庆阳市人民医院收治的90例老年股骨粗隆间骨折患者,在组间基线特征均衡可比的原则上,按掷硬币法分为对照组与观察组。对照组45例患者给予常规护理,观察组45例患者在对照组基础上实施预见性护理。于护理干预结束后采用症状自评量表(SCL-90)评估术后两组患者心理应激状态,并对比两组术后感染、压疮、便秘和下肢深静脉血栓等并发症发生率、术后视觉模拟评分法(VAS)评分、下床活动时间和住院时间。**结果** 实施预见性护理后,观察组患者SCL-90各维度评分均低于对照组,组间差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者术后并发症总发生率明显低于对照组,并且术后第3天的VAS评分低于对照组,下床活动时间和住院时间均短于对照组,组间差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 实施预见性护理能改善老年股骨粗隆间骨折患者术后心理应激反应,减少术后并发症,促进术后康复。

【关键词】 预见性护理;股骨粗隆间骨折;应激反应;并发症

中图分类号 R473.6 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)16-1246-03

股骨粗隆间骨折是较常见的髋部骨折类型之一,多因交通事故、意外摔伤和扭转伤等所致^[1]。髓内钉内固定术是治疗股骨粗隆间骨折的常用术式,可取得较理想的临床效果^[2]。但老年人群身体功能下降,手术耐受性差,加之术中可能损伤血管神经,部分老年患者术前易滋生焦虑、抑郁、紧张等多种负性情绪,诱发应激反应,影响骨折愈合及临床预后^[3]。既往研究及临床实践证实,对老年股骨粗隆间骨折患者实施护理干预能缓解疼痛感,改善患者遵医行为,利于康复锻炼,减少术后相关并发症,缩短术后康复进程^[4]。预见性护理是结合患者实情、医护人员自身经验,在预测相关护理问题的基础上实施相应干预的一种护理模式,对手术患者实施预见性护理可保证手术安全,提高护理质量^[5-6]。本研究探讨对老年股骨粗隆间骨折患者实施预见性护理的临床效果,结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2020年1月-2022年6月庆阳市人民医院收治的老年股骨粗隆间骨折患者90例为研究对象。纳入标准:①年龄 ≥ 60 岁;②经X线、CT等检查确诊;③首次骨折且具备髓内钉内固定术指征;④依从性良好。排除标准:①合并其他部位骨折者;②合并重要脏器(心肝肾肺等)严重疾病、血液疾病、免疫功能疾病、精神疾病或恶性肿瘤者;③存在语言或认知功能障碍者;④骨折端感染者。在组间基线特征均衡可比的原则上,按掷硬币法分为观察组和对照组,每组

45例。观察组男27例,女18例;年龄60~84岁,平均 69.31 ± 6.37 岁;交通事故致伤20例,扭转致伤15例,摔倒致伤10例。对照组有男25例,女20例;年龄60~83岁,平均 69.27 ± 6.40 岁;交通事故致伤22例,扭转致伤16例,摔倒致伤7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。研究通过伦理委员会审核,患者及家属知情同意。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 给予常规护理,开展股骨粗隆间骨折相关健康教育,告知手术注意事项、指导饮食及术后规范用药。

1.2.2 观察组 在常规处置基础上实施预见性护理。

(1) 针对性健康教育:术前实施健康教育,提高对股骨粗隆间骨折的认知程度,及时消除对手术的疑惑,缓解紧张、恐惧、担忧等情绪,避免患者术后应激反应升高;术后加强巡视,耐心解答问题,提高依从性。

(2) 保温护理:患者入手术室前30min将室温调为 25°C ,开始手术后调至 27°C ,变温毯温度约 38°C ,术后病房温度约 25°C ;采用电子恒温水箱将输血液、输液、消毒和冲洗液等液温控制在 38°C ,术后输液温度控制在 37°C 。

(3) 饮食护理:术后6h密切监测生命体征,待患者各状态恢复正常且未出现恶心呕吐等反应时给予温水100ml,间隔30min后酌情给予少许清淡流食;进食恢复正常后提供饮食指导,保证每日摄入充足营养物质,提倡食用水果、蔬菜、奶制品、豆制品或肉

汤等食物, 禁食油腻、辛辣或刺激性食物, 以防便秘、腹胀和术后应激反应产生。

(4) 心理护理: 主动与患者交流, 真诚关心患者, 及时进行心理疏导, 减轻其心理压力; 介绍成功病例, 增强患者对治疗的信心, 缓解负面情绪。

(5) 并发症预防: 术前告知患者如何卧床排便, 使患者掌握相关要领; 鼓励摄入膳食纤维食物, 采用热敷、按摩腹部等手段预防便秘; 调整体位直至感觉舒适为止; 骨盆托架确保松紧适宜, 避免压迫耻骨联合部位; 需使用骨水泥者, 应确保机体循环稳定; 术后通过膀胱肌收缩功能锻炼促进排尿, 注意尿道口、膀胱等部位的卫生, 以避免出现泌尿系统感染。

1.3 观察指标

(1) 心理应激反应: 于护理结束后采用 SCL-90^[7] 评估术后应激反应, 该量表包括焦虑、抑郁、强迫、恐怖、敌对、偏执、躯体化、精神病 8 个维度 90 个项目, 按 1 ~ 5 级 (无、轻度、中度、偏重、严重) 评分, 分值越高代表应激反应越严重。总分 > 160 分提示存在心理应激障碍, 该量表信度 0.971, 效度 0.814。

(2) 并发症发生率: 包括术后感染 (切口感染、泌尿系感染)、压疮、便秘和下肢深静脉血栓等并发症发生率。

(3) 疼痛和康复指标: 于术后第 3 天采用视觉模拟评分法 (VAS) 评估患者疼痛程度, 选用 10cm

长游动标尺, 含 10 等分刻度, 标尺两端分别计 “0” 分 (表示无痛) 和 “10” 分 (表示最剧烈疼痛), 由患者根据自身疼痛程度标出位置并计分。

1.4 数据分析方法

应用统计学软件 SPSS 25.0 进行数据分析, 符合正态分布的计量资料采用 “ $\bar{x} \pm s$ ” 表示, 两组间均数比较采用 t 检验; 计数资料计算百分率, 组间率比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 SCL-90 各维度评分比较

实施预见性护理后, 观察组患者 SCL-90 各维度评分均明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 两组患者并发症发生率比较

实施预见性护理后, 观察组患者术后并发症总发生率明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

2.3 两组患者术后康复情况比较

实施预见性护理后, 观察组患者术后疼痛 VAS 评分低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 并且下床活动和住院时间均短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 1 两组患者 SCL-90 各维度评分比较 (分)

组别	焦虑	抑郁	强迫	恐怖	敌对	偏执	躯体化	精神病
观察组 ($n=45$)	1.67 ± 0.51	1.74 ± 0.50	1.73 ± 0.41	1.77 ± 0.15	1.41 ± 0.24	1.72 ± 0.36	1.46 ± 0.41	1.44 ± 0.37
对照组 ($n=45$)	2.88 ± 0.24	3.06 ± 0.42	2.52 ± 0.50	3.06 ± 0.38	2.61 ± 0.35	2.87 ± 0.44	2.05 ± 0.58	2.12 ± 0.26
t 值	14.401	13.560	8.196	21.182	18.968	13.570	5.572	10.087
P 值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表 2 两组患者并发症发生情况比较

组别	并发症发生情况					总发生率 (%)
	切口感染	泌尿系感染	压疮	便秘	下肢深静脉血栓	
对照组 ($n=45$)	2	2	3	2	2	24.44
观察组 ($n=45$)	1	1	0	0	1	6.67

总发生率比较: $\chi^2=5.414$, $P=0.020$ 。

表 3 两组患者术后疼痛程度、下床活动时间和住院时间比较

组别	VAS 评分 (分)	下床活动时间 (d)	住院时间 (d)
对照组 ($n=45$)	2.47 ± 0.62	5.60 ± 1.25	7.80 ± 1.22
观察组 ($n=45$)	1.65 ± 0.50	4.38 ± 1.30	5.11 ± 0.89
t 值	6.902	4.538	11.949
P 值	0.000	0.000	0.000

3 讨论

股骨粗隆间骨折多因直接或间接暴力所致,老年患者不仅身体功能较差,且普遍伴有不同程度慢性病,手术耐受性通常低于青壮年人群,围术期极易出现生理和心理应激反应,导致手术风险增大,术后恢复缓慢^[8]。股骨粗隆间骨折髓内钉固定术治疗股骨粗隆间骨折疗效确切,但受自身疾病及对手术预后情况缺乏了解等因素,使患者易出现焦虑、抑郁、恐惧等多种负性情绪,引发不良应激反应,严重影响患者生理状态,导致促肾上腺激素和血浆皮质醇升高,增加术后不良心血管事件的发生风险^[9]。因此,有必要探讨适用于股骨粗隆间骨折患者的护理干预模式,以减轻患者应激反应,减少术后并发症,提高手术疗效和护理质量。

预见性护理是一种专业性和针对性极强的护理模式,能预先评估治疗过程中可能出现的护理问题,提前明确护理重点并制定针对性干预措施,因而能最大程度地减少护理工作的盲目性,规避护理风险因素,提升护理服务质量^[10],对提高手术疗效和改善患者生活质量均有重要作用^[11]。本研究对老年股骨粗隆间骨折患者实施预见性护理,能显著减轻患者心理应激反应,减少术后并发症,减轻术后疼痛程度,缩短康复进程。老年股骨粗隆间骨折患者不良应激反应升高与患者对自身疾病、手术治疗及术后恢复情况缺乏了解密切相关,术前通过针对性健康教育和心理干预能提升患者对股骨粗隆间骨折治疗的认知程度,增强治疗信心,减轻心理应激。同时,实施预见性护理的优势在于能及早判断治疗过程中可能影响股骨粗隆间骨折患者应激反应的因素,并进行早期预防、应对并最终予以解决^[12],因而观察组 SCL-90 各维度评分均明显低于对照组。为预防术中低体温可能引发的相关并发症,预见性护理重视开展保温护理和相关并发症预防,同时注意观察病情并及时上报,能及早发现并处理并发症。此外,术后指导下床活动、开展功能锻炼和体位护理能改善患肢血液循环,预防下肢深静脉血栓发生,防止压疮发生,促进术后康复。

综上所述,实施预见性护理能减轻老年股骨粗隆

间骨折患者心理应激反应,有效减少术后感染、下肢深静脉血栓、压疮等多种并发症,促进术后康复。

4 参考文献

- [1] 赵梅英,赵素英,侯晓娜,等.早期预警性护理干预对高龄股骨粗隆间骨折患者应激反应及焦虑抑郁情绪的影响[J].临床心身疾病杂志,2020,26(4):121-123,161.
- [2] 李鑫,张东.加速康复外科对中老年股骨粗隆间骨折髓内钉内固定患者近期疗效与应激反应的影响[J].中华老年多器官疾病杂志,2020,19(11):856-860.
- [3] 厉永亮,林海燕,张玲玲,等.地佐辛自控镇痛泵术前应用对老年下肢骨折患者应激反应及认知功能的影响[J].中国临床药理学与治疗学,2022,27(3):302-306.
- [4] Parks L, Routt M, De Villiers A. Enhanced recovery after surgery[J]. J Adv Pract Oncol, 2018,9(5):511-519
- [5] 李志霞.预见性护理对胸腰椎骨折患者应激反应和疼痛程度的影响[J].实用临床护理学杂志,2017,2(37):52,58.
- [6] 李静,赵晓惠.预见性护理对冠心病患者介入治疗术后负性情绪及生活质量的影响[J].中华现代护理杂志,2016,22(3):392-394.
- [7] Urban R, Kun B, Farkas J, et al. Bifactor structural model of symptom checklists, SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in a non-clinical community sample[J]. Psychiatry Res, 2014, 216(1):146-154.
- [8] 孙倩倩,余健.连续髂筋膜间隙阻滞对老年股骨粗隆间骨折患者术后镇痛效果和应激水平的影响[J].老年医学与保健,2021,27(3):626-630.
- [9] 吉玲玲.B超引导下腰丛-坐骨神经阻滞麻醉复合髂筋膜置管持续镇痛对老年股骨粗隆间骨折患者术中应激反应及术后VAS评分的影响[J].中外医学研究,2020,18(14):130-132.
- [10] 倪佳萍.穴位贴敷联合耳穴压豆对股骨粗隆间骨折围手术期患者术后便秘、疼痛和负性情绪的影响[J].中国中医药科技,2022,29(5):888-890.
- [11] 舒辉艳,戴丽君.预见性护理对冠脉介入术患者应激反应及术后并发症的影响观察[J].中国医药科学,2019,9(14):153,182.
- [12] 耿静雅,赵刚,金军伟.术后预见性护理-精细化护理-全程心理护理应用于高龄股骨粗隆间骨折患者的效果观察[J].河南外科学杂志,2022,28(4):181-183.

[2023-01-15 收稿]

健康信念对慢性心力衰竭患者自我护理行为的影响

穆蔚然

【摘要】 目的 探索健康信念与慢性心力衰竭患者自我护理行为的关系。方法 选取2020年09月-2021年05月医院收治的148名心力衰竭患者为研究对象。采用人口统计学和临床特征问卷、心力衰竭自我护理行为量表和健康信念量表对患者进行调查评分,通过Pearson相关分析和多元线性回归分析健康信念量表各维度与心力衰竭患者自我护理行为之间的关系。结果 健康信念量表中感知易感性、感知严重性、感知益处和自我效能4个维度,与自我护理行为的自我护理维持、自我护理管理和自我护理信心3个维度均成正相关关系,而健康信念量表中感知障碍与自我护理行为3个维度均成负相关关系($P < 0.05$)。多因素线性回归分析显示,健康信念量表5个维度均对心力衰竭患者自我护理行为有影响($P < 0.05$)。结论 健康信念对慢性心力衰竭患者的自我护理行为有影响,可以通过提升患者的健康信念,增强慢性心力衰竭患者的自我护理能力。

【关键词】 慢性心力衰竭; 自我护理; 健康信念; 影响因素

中图分类号 R473.5 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)16-1249-05

Analysis of influencing factors of self-care behavior of patients with chronic heart failure based on health belief model Mu Weiran. *Nanjing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Nanjing 210000, China.*

【Abstract】Objective To explore the influencing factors of self-care behavior in patients with chronic heart failure (CHF) based on health belief model (HBM). **Methods** A sample of 148 heart failure patients admitted to the hospital from September 2020 to May 2021 was selected as the study subjects. The survey scores were performed using demographic and clinical feature questionnaires, heart failure self-care behavior scale and health belief scale, and the relationship between each dimension of health belief model and self-care behavior of heart failure patients was analyzed by Pearson correlation analysis and multiple linear regression. **Results** The five dimensions of perceived impairment, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefit and self-efficacy in the health belief model were significantly correlated with the three dimensions of self-care maintenance, self-care management and self-care confidence, respectively, and the R value ranged from -0.559~0.977. There were significant effects of five dimensions in the health belief model on the self-care behavior of patients with heart failure ($P < 0.05$). **Conclusion** Each dimension in the health belief model has an effect on the self-care behavior of patients with chronic heart failure, and it can enhance the self-care ability of patients with chronic heart failure by improving their health belief.

【Key words】 Chronic heart failure; Self-care; Health beliefs; Influencing factors

慢性心力衰竭(CHF)是许多心血管疾病中最严重的阶段,是最常见的慢性疾病之一,预后较差^[1]。据统计,我国约有400万慢性心力衰竭患者^[2]。心衰患者需要长时间和频繁的住院治疗,给个人和社会带来严重的经济负担。有研究证明^[3],通过高水平的自我护理,可以降低再住院率、医疗费用和死亡率,改善患者的生活质量^[3-4]。自我护理是一种自然主义的决策过程,它影响维持生理稳定性(维持)、促进症状感知(症状感知)和症状发生时的反应(管理)^[5]。健康信念模型(HBM)可以解释健康行为的改变,并可以作为健康教育干预的基础。该模型量表有五个维度,包括感知的易感性,感知的严重性,感知的效益,作者单位:210000 江苏省南京市中医院

感知的障碍和自我效能感^[6]。本研究探讨健康信念模型各维度对心力衰竭患者自我护理行为的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2020年09月-2021年05月医院收治的148名心力衰竭患者为研究对象。纳入标准:①年龄 ≥ 18 周岁;②符合《中国心力衰竭诊断和治疗指南2018》中有关CHF的诊断标准;③美国纽约心脏病会(New York Heart Association, NYHA)心功能分级II~IV级;④具有正常沟通交流能力。排除标准:①病情危重或存在认知障碍者;②合并其他重要器官功能障碍、血液疾病、恶性肿瘤等。

入选患者平均年龄为 67.86 ± 9.96 岁, 其中 65 岁以下 51 人, 占 34.4%, 65 岁及以上 97 人, 占 65.6%; 被调查者文化程度以初高中为主, 占 64.2%; 疾病类型中以冠心病占比最大, 占 38.5%。本研究获得医院伦理委员会的批准。所有入选患者及家属均自愿知情同意。

1.2 调查内容及工具

(1) 临床特征: 包括年龄、性别、婚姻状况、受教育程度, 收入水平和工作。临床资料收集包括疾病类型、心功能分级、心脏射血分数。

(2) 心力衰竭自我护理行为量表: 采用中文版心力衰竭患者自我护理行为量表^[7]评估患者自我护理能力, 这是一种有效且文化上可靠的工具, 包含 22 个条目。该量表由 3 个维度构成: 自我护理维持、自我护理管理和自我护理信心。按照评分指南, 每个维度的分数都标准化为 100 分; 分数越高表示自我保健水平越高。中文版量表总 Cronbach's α 系数为 0.853, 3 个分量表的 Cronbach's α 系数分别是 0.651、0.742、0.898。重测信度为 0.861。

(3) 健康信念量表: 在查阅文献的基础上, 自行编制健康信念知识量表, 共 25 个条目, 5 个维度, 包括感知易感性 (5 个条目)、感知严重性 (5 个条目)、感知效益 (5 个条目)、感知障碍 (5 个条目) 和自我效

能 (5 个条目), 量表采用 Likert 5 级评分法, 从 1 (完全不同意) ~ 5 分 (完全同意), 其中感知障碍采用反向评分, 总分数越高代表健康信念越好。该量表的 Cronbach's α 系数为 0.793。

1.3 调查方法

在患者知情同意参与后, 在患者精神状态良好时, 研究人员将问卷发于患者, 并指导患者当场完成并回收问卷。

1.4 数据分析方法

采用 SPSS 26.0 统计学软件进行数据分析处理, 计量资料采用“均数 \pm 标准差”表示, 两组均数比较采用 t 检验, 多组均数比较采用方差分析。采用 Pearson 相关分析健康信念与自我护理的相关性。多因素分析采用多元逐步线性回归模型, 分析筛选自我护理行为的影响因子。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 调查对象的临床特征及对自我护理行为评分的影响

单因素分析结果显示, 不同年龄、性别、婚姻状况、文化水平、家庭月收入、疾病类型、心功能分级、心脏射血分数等指标间的患者自我护理行为总评分比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 1。

表 1 调查对象的临床特征及对自我护理行为评分的影响

特征因素	类别	<i>n</i>	自我护理行为 (分)			
			自我护理维持	自我护理管理	自我护理信心	总分
年龄 (岁)	≥ 65	97	76.07 ± 5.330	75.61 ± 5.97	75.67 ± 5.95	227.35 ± 16.54
	< 65	51	76.14 ± 5.37	75.55 ± 5.51	75.20 ± 5.47	226.88 ± 15.83
	<i>t</i> 值		-0.078	0.060	0.469	0.470
	<i>P</i> 值		0.938	0.953	0.640	0.868
性别	男	66	76.24 ± 5.49	75.95 ± 5.97	75.83 ± 6.06	228.03 ± 16.85
	女	82	75.98 ± 5.21	75.29 ± 5.68	75.24 ± 5.56	226.51 ± 15.83
	<i>t</i> 值		0.028	0.961	0.616	0.564
	<i>P</i> 值		0.978	0.493	0.539	0.573
婚姻状况	已婚	133	76.05 ± 5.40	75.60 ± 5.87	75.48 ± 5.82	227.14 ± 16.45
	未婚或离异	15	76.47 ± 4.79	75.47 ± 5.30	75.73 ± 5.50	227.67 ± 14.86
	<i>t</i> 值		-0.289	0.082	-0.159	-0.119
	<i>P</i> 值		0.773	0.935	0.874	0.905
文化水平	小学	37	77.41 ± 5.54	76.62 ± 5.77	76.78 ± 5.88	230.81 ± 16.61
	初高中	95	75.69 ± 5.19	75.17 ± 5.72	75.06 ± 5.63	225.93 ± 15.90
	大学	16	75.44 ± 5.45	75.69 ± 6.37	75.19 ± 6.27	226.31 ± 17.30
	<i>F</i> 值		1.535	0.834	1.213	1.230
	<i>P</i> 值		0.218	0.436	0.300	0.295

续表

家庭月收入	低收入	25	75.48 ± 4.37	74.92 ± 5.24	74.48 ± 5.09	224.88 ± 14.08
	中等收入	88	75.88 ± 5.08	75.28 ± 5.93	75.34 ± 5.72	226.50 ± 15.99
	高收入	35	77.09 ± 6.45	76.83 ± 5.81	76.66 ± 6.32	230.57 ± 18.18
	<i>F</i> 值		0.848	1.095	1.132	1.090
	<i>P</i> 值		0.430	0.337	0.325	0.339
疾病类型	高血压心脏病	30	75.73 ± 6.03	75.93 ± 5.63	75.70 ± 5.70	227.37 ± 16.79
	冠心病	57	76.61 ± 5.01	75.96 ± 5.44	76.07 ± 5.49	228.65 ± 15.22
	风湿性心脏病	39	74.92 ± 4.35	74.03 ± 5.48	74.08 ± 5.51	223.03 ± 14.57
	扩张型心肌病	22	77.32 ± 6.46	76.91 ± 7.14	76.32 ± 6.89	230.55 ± 20.17
	<i>F</i> 值		1.254	1.446	1.136	1.329
	<i>P</i> 值		0.292	0.232	0.337	0.267
心功能分级	Ⅱ级	66	76.00 ± 5.68	75.67 ± 5.69	75.64 ± 5.95	227.30 ± 16.72
	Ⅲ级	47	76.36 ± 5.41	75.91 ± 6.46	75.79 ± 6.07	228.06 ± 17.26
	Ⅳ级	35	75.91 ± 4.56	75.00 ± 5.12	74.89 ± 5.09	225.80 ± 14.17
	<i>F</i> 值		0.089	0.257	0.271	0.195
	<i>P</i> 值		0.915	0.774	0.763	0.823
心脏射血分数	正常	49	75.18 ± 5.85	74.24 ± 6.40	74.53 ± 6.52	223.96 ± 18.21
	轻度	54	76.76 ± 4.83	76.63 ± 5.37	76.11 ± 5.42	229.50 ± 14.78
	中度	29	76.00 ± 5.11	75.28 ± 5.60	75.38 ± 5.43	226.66 ± 15.63
	重度	16	76.81 ± 5.32	76.75 ± 5.79	76.69 ± 5.77	230.25 ± 16.25
	<i>F</i> 值		0.873	1.694	0.870	1.120
	<i>P</i> 值		0.457	0.171	0.458	0.312

2.2 健康信念模型各维度与自我护理行为各维度的相关性分析

健康信念模型中感知障碍、感知易感性、感知严重性、感知益处和自我效能等 5 个维度, 与自我护理行为的自我护理维持、自我护理管理和自我护理信心等 3 维度均显著相关 ($P < 0.05$), 见表 2。

2.3 健康信念模型对自我护理行为的影响因素分析

以自我护理行为各维度为因变量, 健康信念模型各维度为自变量进行多元线性回归分析, 结果显示, 健康信念模型中 5 个维度对心力衰竭患者自我护理行为为 3 个维度的影响均有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 2 慢性心力衰竭患者健康信念模型和自我护理行为的相关分析

自我护理行为	健康信念模型				
	感知易感性	感知严重性	感知效益	感知障碍	自我效能
自我护理维持	0.529*	0.485*	0.319*	-0.486*	0.530*
自我护理管理	0.597*	0.511*	0.311*	-0.559*	0.623*
自我护理信心	0.594*	0.508*	0.332*	-0.557*	0.628*
总分	0.597*	0.522*	0.333*	-0.556*	0.619*

* $P < 0.01$ 。

表3 心力衰竭患者健康信念模型和自我护理行为的多元线性回归分析

因变量	自变量	<i>B</i>	<i>SE</i>	标化 <i>B</i>	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
自我护理维持	感知易感性	0.214	0.121	0.155	1.766	0.080
	感知严重性	0.331	0.114	0.220	2.913	0.004
	感知效益	0.206	0.082	0.163	2.511	0.013
	感知障碍	-0.248	0.093	-0.199	-2.676	0.008
	自我效能	0.236	0.092	0.213	2.573	0.011
自我护理管理	感知易感性	0.270	0.118	0.179	2.282	0.024
	感知严重性	0.314	0.111	0.191	2.834	0.005
	感知效益	0.176	0.080	0.127	2.197	0.030
	感知障碍	-0.327	0.090	-0.241	-3.624	0.000
	自我效能	0.350	0.089	0.291	3.923	0.000
自我护理信心	感知易感性	0.264	0.118	0.176	2.228	0.027
	感知严重性	0.305	0.110	0.187	2.768	0.006
	感知效益	0.206	0.079	0.150	2.602	0.010
	感知障碍	-0.320	0.090	-0.237	-3.554	0.001
	自我效能	0.355	0.089	0.296	3.979	0.000
自我护理总分	感知易感性	0.782	0.332	0.185	2.355	0.020
	感知严重性	0.934	0.309	0.203	3.029	0.003
	感知效益	0.586	0.222	0.151	2.633	0.009
	感知障碍	-0.918	0.253	-0.241	-3.632	0.000
	自我效能	0.919	0.250	0.272	3.672	0.000

3 讨论

慢性心力衰竭 (CHF) 是一种全球性的健康负担。自我护理是长期治疗慢性心力衰竭的基石^[8]。然而, 尽管自我护理对健康有积极的影响, 但许多心力衰竭患者仍然很难遵循自我护理的方案^[9]。而基于健康信念模型的自我护理调查, 可以明确影响患者自我护理的原因。健康信念模型提供了一种了解人群态度、行为和教育需求的方法, 因此可用作制定有效干预策略的实用工具^[10]。本研究的结果指出了心力衰竭患者的教育需求, 可以通过提高他们的知识水平并鼓励他们改变行为以预防和控制疾病。

本研究的结果表明, 患者对疾病的感知易感性、感知严重性、感知效益、感知障碍和自我效能与自我护理行为的不同维度有显著相关性。这与方嘉列等^[11]结果一致。对健康认知越好的心力衰竭患者执行自我护理行为有着更高的效率和能力。

在本研究中, 感知严重性、感知障碍、感知易感性和自我效能也是心力衰竭患者自我护理行为的重要预测因素。这与其他研究的结果^[12]基本一致。有研究^[13]发现, 低的感知易感性是患者不关心自己健康的一个原因。在心力衰竭管理的过程中, 这些发现对于规划教育和健康促进具有较高价值。

综上所述, 健康信念模型中各维度均为慢性心力衰竭患者的自我护理行为的影响因素, 可以通过提升患者的健康信念, 增强慢性心力衰竭患者的自我护理能力。

4 参考文献

- [1] Samson R, Ramachandran R, Jemtel. Systolic heart failure: Knowledge gaps, misconceptions, and future directions[J]. *Ochsner J*, 2014, 14(4): 569-575.
- [2] 中国心血管健康与疾病报告编写组. 中国心血管健康与疾病报告 2019 概要 [J]. *中国循环杂志*, 2020, 9(35).
- [3] Riegel B, Moser DK, Buck HG, et al. Self - care for the prevention and management of cardiovascular disease and stroke: A scientific statement for healthcare professionals from the american heart association[J]. *Journal of the American Heart Association Cardiovascular*, 2017, 6(9): e006997.
- [4] Kato N, Kinugawa K, Nakayama E, et al. Insufficient self-care is an independent risk factor for adverse clinical outcomes in Japanese patients with heart failure[J]. *Int Heart J*, 2013, 54(6): 382-9.
- [5] Riegel B, Dickson VV, Faulkner KM. The situation-specific theory of heart failure self-care: revised and updated[J]. *J Cardiovasc Nurs*, 2016, 31(3): 226-35.

应急护理预案管理模式在医院突发公共卫生事件处置中的应用

田贝贝

【摘要】 目的 探讨应急护理预案管理模式在医院突发公共卫生事件处置中的应用效果。方法 医院自2020年1月起建立医院突发公共卫生事件处置的护理应急预案，并相应执行应急预案护理管理模式。以2020年1月-2022年12月医院发生的8次突发公共卫生事件，以其122例患者作为研究对象，整理其护理管理方法，总结突发事件患者的救治情况，从而评定应急预案护理管理模式在医院突发公共卫生事件中的应用价值。结果 59例因交通事故致多发伤患者在急救后存活57例(96.61%)，死亡2例(3.39%)；37例食物中毒患者在急救后存活37例(100.00%)；26例因房屋坍塌致多发伤患者在急救后存活22例(84.62%)，死亡4例(15.38%)。患者的抢救时间为26~145min，平均61.58±7.76min。通过采取应急预案护理模式有效改进了急救流程，未出现急救设备或物品准备不充分、人员不充足、任务不明确等问题，护理队伍人员均对应急预案护理管理模式表示满意。结论 应急护理预案管理模式有助于改善急救流程，优化人力物力资源配置，缩短急救时间，保障患者的生命安全。

【关键词】 医院突发公共卫生事件；护理管理；应急预案

中图分类号 R197.32 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)16-1253-03

医院是突发公共卫生事件的主要处置场所，此类事件多为随机、突然发生，通常为多人食物中毒、重大传染疾病、重大交通事故等事件^[1]。由于突发事件导致病患数量众多，且病情往往较为危急，需给予高度的重视，避免造成不良社会影响^[2]。由于突发公共卫生事件的紧急性和复杂性，给医院的护理工作带来较大难度，对医院护理人员的工作能力以及人力物力资源的调配能力提出了更高要求，同时医院需要建立应急护理预案，以满足突发公共卫生事件的需求^[3]。我院自2020年1月起建立了医院突发公共卫生事件的护理应急预案，取得了一定成效，现将应急护理预

作者单位：434000 湖北省荆州市第三人民医院

案管理模式及其实践效果报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

将2020年1月-2022年12月医院发生的8次突发公共卫生事件，以其122例患者为研究对象。其中男性79例，女性43例；年龄7~82岁，平均43.67±9.54岁；因交通事故致多发伤59例、食物中毒37例、房屋坍塌致多发伤26例。所有患者均参与了应急预案护理管理方法，所有救治过程患者及其家属均签署了知情同意书。

[6] Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model[J]. Health Educ Q, 1988, 15(2): 175-83.

[7] 陈巍, 林平. 中文版心力衰竭患者自我护理行为量表的信效度检测[J]. 中华护理杂志, 2013, 048(007): 629-631.

[8] Faulkner, Kenneth, M., et al. The Situation-Specific theory of heart failure self-care revised and updated[J]. Journal of Cardiovascular Nursing, 2016.

[9] Jaarsma T, Cameron J, Riegel B, et al. Factors related to self-care in heart failure patients according to the middle-range theory of self-care of chronic illness: A literature update[J]. Current Heart Failure Reports, 2017, 14(2): 71-77.

[10] Kloeblen AS, Batish S S J H E R. Understanding the

intention to permanently follow a high folate diet among a sample of low-income pregnant women according to the Health Belief Model[J]. Health Educ Res, 1999(3): 327-338.

[11] 方嘉列, 陈婉莉, 王静雅, 等. 基于健康信念模型(HBM)的社区冠心病患者遵医行为影响因素的横断面研究[J]. 复旦学报, 2020, 270(3): 82-88, 95.

[12] Ma, Chunhua. An investigation of factors influencing self-care behaviors in young and middle-aged adults with hypertension based on a health belief model[J]. Heart Lung, 2018: 136-141.

[13] Graziani C, Rosenthal MP, Diamond J J J F M. Diabetes education program use and patient-perceived barriers to attendance[J]. Family Medicine, 1999, 31(5): 358-63.

1.2 应急护理预案管理模式

在分析总结医院既往应对突发公共卫生事件的实际情况的基础上, 搜集相关研究资料和科学论证, 结合自身经验, 建立突发公共卫生事件处置应急护理预案管理模式, 内容如下。

(1) 建立应急护理预案领导小组: 由护理部主任担任领导小组组长, 科室护士长为副组长, 领导小组负责制定整体的护理管理方案, 对组员开展培训工作, 并监督整体措施的落实情况, 在需要时对小组成员进行合理调配。应急专业处置人员由各科室护理业务骨干组成, 持续接受院内的突发公共卫生事件紧急处理技能培训, 掌握紧急护理处置方法, 参加科室轮转, 与急诊科及其他科室护理人员紧密配合, 保证应急护理工作的顺利开展。应急资源保障人员由各科室护士长推荐的临床护士组成, 在面对突发公共卫生事件时承担物质保障工作, 掌握医院资源分配, 协调急救设备及急救物资的紧急调动, 确保各项工作顺利实施。

(2) 建立紧急救治护理队伍: 发生突发公共卫生事件时, 医院往往会聚集大量的危重患者, 其病情极为复杂, 对临床救治的时效性有较高要求, 较大程度影响护理人员的心理状态, 一旦过于紧张或焦虑则会影响对紧急护理的科学开展, 对救治效果产生不良影响。医院为确保对突发公共卫生事件的良好处置, 保证各项急救措施稳定落实, 需将日常工作与应急护理相结合, 在满足日常工作需要的基础上, 定期融合多科室护士开展应急培训和应急演练, 强调培训演练的真实性, 要求全过程落实演练, 全面训练护士的应急心理素质、思维逻辑判断、急救物资准备、急救护理操作以及多科室配合能力。实际开展应急演练时, 重点强调对护理人员思维反应灵活性与临床操作果断性的培养, 特别对于急救设备及物资的准备, 要求护理人员在应急状态下积极配合、沉着应对。

(3) 规范救治流程, 合理分配临床工作, 迅速开展急救措施, 内容如下:

1) 在接收突发公共卫生事件指令时, 迅速调动应急预案处置科室, 开启应急预案处置工作, 分别通知小组成员, 开启急救物资与人力资源调度, 在护理部主任的指挥下迅速接诊并完成应急处理。第一时间明确突发事件类型、病患数量及其伤情程度, 快速传达给主要参与科室的护士长, 紧急开展紧急救治准备工作。

2) 高效组织应急专业处置人员抵达现场开展初步救护, 抵达后先将病患转移至安全环境中, 转移过程中加强对患者的保护, 避免形成二次伤害。随后立

即开展首次病情评估, 判断患者是否存在生命安全威胁, 存在大量出血、呼吸困难或意识障碍的患者进行优先处置, 根据实际情况给予患者止血、吸氧、开放静脉通道、骨折固定等急救措施, 并对患者进行安全转运, 转运过程中持续监测患者生命体征。

3) 2名以上应急专业处置人员在医院急诊科接收患者, 接收时与抵达现场人员进行交接, 逐一掌握患者的实际病情, 而后立即进行分诊, 采取腕带分类标记方式, 使用不同颜色腕带(黑、红、蓝、黄)表示患者的病情危急程度, 以便缩短后续病情评估时间, 对危急患者先行紧急救治。

4) 应急资源保障人员在接收指令后迅速开启急救物资保障工作, 确保各急救设备灵活调配, 急救耗材及药品充足。此外, 小组成员根据医师要求协助完成患者的转运, 开启急诊绿色通道, 陪同前往检查场所, 辅助进行科室调整, 转运前与相关配合科室快速沟通, 保证检查、手术等均能在第一时间完成。在院转运患者过程中高度关注患者的病情变化, 避免二次伤害的发生, 存在病情快速加重表现时迅速给予紧急处置, 需要时协助会诊或转院。

5) 院内等待的应急专业处置人员接收患者后先明确危及患者生命安全的因素, 高效解除生命危险, 提高对危急重症患者的处置时效。合理分配人力资源, 危急重症患者指派3名应急专业处置人员给予急救, 病情较轻患者则由1名应急专业处置人员开展处置。

6) 管理小组组长与副组长积极参与到急救工作中, 负责全面统筹管理, 组织现场秩序, 保证患者快速分流, 开启医院内部临时安置室, 为病情较轻患者进行现场处置, 维持良好的医院环境, 保证医院其他工作均正常、有序开展。

7) 每次完成突发公共卫生事件处理后, 管理小组均进行经验总结及质量改进讨论会, 提出在本次事件护理处置过程中所存在的问题, 讨论具体的改进思路, 并对管理内容或方法进行修正。

2 结果

59例因交通事故致多发伤患者在急救后存活57例(96.61%), 死亡2例(3.39%); 37例食物中毒患者在急救后存活37例(100.00%); 26例因房屋坍塌致多发伤患者在急救后存活22例(84.62%), 死亡4例(15.38%)。回顾所有患者的抢救时间为26~145min, 平均 61.58 ± 7.76 min。通过采取应急预案护理模式有效改进了急救流程, 未出现急救设备或物品准备不充分、人员不充足、任务不明确等问题, 护理队伍人员均对应急预案护理管理模式表示满意。

3 讨论

突发公共卫生事件是医院护理工作的较大挑战, 此类事件患者病情复杂、伤情严重, 容易在较短时间内病情快速进展, 发生缺氧、机体循环紊乱、生理失衡等问题, 一旦处置不及时或不得当可危及生命安全^[4]。近年来, 我国医疗机构不断加强对应急预案的重视程度, 该种管理方法在突发公共卫生事件中展现出良好优势^[5]。应急预案护理管理不仅针对从业人员有了优化配置, 增强了护理人员的临床技能水平^[6], 通过持续开展的培训与演练也增加了工作人员对应急护理工作的认识及掌握程度^[7], 可迅速、高效、协作、科学地开展各项急救工作, 从而保障了突发公共卫生事件中患者的生命安全与救治效果^[8]。现阶段国内有关医院应急预案护理管理的研究报道逐渐增多, 均体现出该种管理模式的临床可行性。杨程伊^[9]报道指出突发公共卫生事件的处理情况与医院工作质量密切相关, 但国内多数医疗机构尚未重视此类事件的应急管理工作, 工作人员缺乏相应的理论知识与实操技能, 也未能意识其重要性, 导致医院应急管理质量不高, 危害突发事件中患者的健康, 影响医院的整体形象, 进而需要开展应急预案管理方法。郭蔚等^[10]研究评估了突发公共卫生事件下医院的应急预案护理管理效果, 通过开展相关管理措施有效提高了抢救成功率, 降低了医疗事故与不良事件的发生率。

我院在 2020 年 1 月起加强对医院突发公共卫生事件的重视程度, 结合既往临床经验与当前科学佐证建立了应急预案护理管理模式, 优先完成组织体系统筹, 建立由组织领导、应急专业处置人员以及应急资源保障人员组成的管理小组, 分别给予工作部署。加强队伍建设, 将日常工作与应急护理相结合, 定期融合多科室护士开展应急培训和应急演练, 保证小组护士在紧急情况下积极配合、沉着应对。规范救治流程, 合理分配临床工作, 迅速开展相关急救护理措施。通过采取应急预案护理模式有效改进了急救流程, 未出

现急救设备或物品准备不充分、人员不充足、任务不明确等问题, 护理队伍人员均对应急预案护理管理模式表示满意, 体现我院建立应急护理预案管理模式取得了良好效果。

综上所述, 应急护理预案管理模式有助于改善急救流程, 优化人力物力资源配置, 缩短急救时间, 保障患者的生命安全。

4 参考文献

- [1] 史发林, 高彩云, 徐凤兰. 医院突发公共卫生事件应急能力探讨 [J]. 甘肃医药, 2021, 40(10): 928-930.
- [2] 张元元. 医院护理团队应对突发公共卫生事件的实践 [J]. 中国城乡企业卫生, 2022, 37(7): 105-107.
- [3] 付梦雪, 何平, 王永芬, 等. 突发公共卫生事件下基层医院护士的自我效能水平及其影响因素 [J]. 广西医学, 2022, 44(19): 2314-2317.
- [4] 古丽班努·地里木拉提, 姚莹, 凯赛尔·阿不都克热木. 乌鲁木齐市公立医院医务人员突发公共卫生事件应急救援知行信调查分析 [J]. 实用预防医学, 2022, 29(4): 476-479.
- [5] 王利敏, 鲁才红, 胡梦云, 等. 重大突发公共卫生事件下综合医院护理人员应急心理服务体系的构建 [J]. 护理学杂志, 2022, 37(7): 67-70.
- [6] 夏佳琳, 侯黎莉, 高小月, 等. 突发公共卫生事件中护士工作负荷及其影响因素 [J]. 中西医结合护理(中英文), 2021, 7(3): 22-25.
- [7] 吴欣娟, 孙红. 应对突发公共卫生事件中的护理精细化管理 [J]. 协和医学杂志, 2020, 11(6): 645-648.
- [8] 胡露红, 汪晖, 黄素芳, 等. 依托国家重大公共卫生事件医学中心的突发事件应急管理实践 [J]. 护理学杂志, 2021, 36(21): 54-57.
- [9] 杨程伊. 医院突发公共卫生事件应急管理现状及策略研究 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2021, 21(83): 334-335.
- [10] 郭蔚, 王雪梅. 医院在应对突发公共卫生事件中的护理管理 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(58): 187, 198.

[2023-04-27 收稿]

高血压患者风险感知的影响因素及对就医行为的影响

李春玲 何芳 杨柠熙 曹佳

【摘要】 目的 调查分析高血压患者的风险感知对就医行为的影响并讨论干预策略。方法 选择2021年1月-2022年8月达州市通川区高血压患者500例作为调查对象,采用风险感知结构问卷及就医行为问卷,由经统一培训的调查员对患者进行问卷调查,分析患者的风险感知评分的影响因素及其与就医行为依从性之间的关系。结果 有57.00%的患者高血压风险感知评分处于较高水平。患者的性别、年龄、病程、医疗付费方式、医疗机构距离、月收入情况等对高血压患者的就医行为依从性有影响($P<0.05$)。风险感知总分 ≥ 45 分的患者就医行为依从性明显高于风险感知总分 < 45 分的患者,组间差异有统计学意义($P<0.05$)。学历高的患者风险感知评分明显高于学历较低的患者,并且就医行为依从性及接受社区健康教育频率高于学历较低的患者,组间差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 高血压患者对疾病的风险感知与就医依从性有关,风险感知水平高的患者就医依从性高;并且女性、年龄小、病程短、医疗机构距离越短、患者月收入高、医疗付费方式便捷的患者就医行为依从性越高。

【关键词】 高血压; 风险感知; 就医行为

中图分类号 R544.1 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)16-1256-04

风险感知指的是人们在某个情境下对存在风险的事物进行认知,并判断与理解风险特征,风险事物会直接影响到个体的行为态度,甚至于会对个体的自我管理行为与行为决策造成影响。由于人们是处在一个复杂的环境中,不同人在相同环境下也会产生不一样的思想,这就使得人们对疾病的认知产生不同的态度。患者对疾病的风险感知水平会在很大程度上对其就医行为依从性造成影响。高血压在临床中属于慢性病,主要危害心、脑、肾等器官。在心血管方面,高血压会加重心脏的负荷,造成心脏的心肌肥厚,引起高血压性心脏病、冠心病、心功能不全等。在肾脏方面容易发生高血压肾病,出现肾功能衰竭,甚至导致尿毒症的发生。高血压患者需要长期服用药物治疗,期间患者会遇到许多风险,患者如何对这些潜在风险进行准确感知,目前有关研究较少。本研究主要探究高血压风险感知状况及其对患者就医行为依从性的影响,为高血压防治策略提供参考依据。

1 对象与方法

1.1 调查对象

选择2021年1月-2022年8月达州市通川区高血压患者500例作为调查对象。纳入标准:患有一级、二级或三级高血压;在调查研究的1年内被临床确诊为高血压;存在良好的生活自理能力,具有清晰的逻辑思维,可以与他人保持正常交流;对自己病

情有清晰的认知,且患者可以判断病情严重程度。排除标准:身体素质较差,不能配合调查研究者;存在严重的身心疾病者。由经统一培训的调查员调查,实际发放问卷524份,有效问卷500份,有效率为95.42%。男296例,女204例;年龄35~76岁,平均 55.75 ± 2.98 岁。

1.2 调查内容及工具

(1)基本情况调查:①一般情况,包括性别、年龄、婚姻状况、文化程度等;②高血压就医情况,包括就医机构的选择、就医时间的选择、距离医疗机构距离、短时间内是否多次就医等;③家庭经济情况,包括医疗付费方式、月收入情况、每月降压药费用支出等;④高血压疾病认知状况,包括高血压危险因素、服药依从性、高血压并发症等。④统计患者日常恢复期间接受社区高血压疾病健康教育频率。

(2)风险感知结构问卷:包括经济风险、身体诊疗风险和社会心理风险3个维度,12个条目,采用Likert 5级评分法计分,“非常不担心”“不担心”“一般”“担心”“非常担心”依次赋值1、2、3、4、5分,问卷总分为12~60分,经济风险维度得分为4~20分,身体诊疗风险维度得分为5~25分,社会心理风险维度得分为3~15分。分数越高,说明患者风险感知越高。

(3)就医行为:运用高血压患者就医行为问卷来进行调查,就医行为分为非常依从、部分依从与不依从。依从率=(非常依从+部分依从)例数/观察例数。

1.3 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据分析和处理, 计数资料计算构成比或率, 计量资料采用“均数 ± 标准差”描述。组间构成比或率比较采用 χ^2 检验; 两组间均数比较采用 *t* 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 高血压患者风险感知状况

500 名高血压患者风险感知总分为 54.25 ± 1.83 分, 经济风险、身体诊疗风险和社会心理风险 3 个维度得分分别为 18.67 ± 1.15 、 23.55 ± 1.20 和 13.22 ± 0.86 分, 57.00% 的患者高血压风险感知评分处于较高水平。

2.2 调查对象的基本特征及其对就医行为依从性的影响

结果显示, 患者的性别、年龄、病程、医疗付费

方式、医疗机构距离、月收入情况等均对高血压患者的就医行为依从性有影响 ($P < 0.05$)。女性、年龄小、病程短、医疗机构距离越短、患者月收入高、医疗付费方式便捷的患者就医行为依从性越高。见表 1。

2.3 高血压患者风险感知对就医行为的影响

结果显示, 风险感知总分 ≥ 45 分的患者就医行为依从性明显高于风险感知总分 < 45 分的患者, 组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

2.4 不同学历患者风险感知评分以及依从性、接受社区健康教育频率对比

结果显示, 学历高的患者风险感知评分明显高于学历较低的患者, 并且就医行为依从性及接受社区健康教育频率高于学历较低的患者, 组间差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 1 高血压患者就医行为依从性的影响因素

影响因素	类别	例数	非常依从	部分依从	不依从	依从率 (%)	χ^2 值	<i>P</i> 值
性别	男	296	103 (34.80)	138 (46.62)	55 (18.58)	81.42	13.941	0.000
	女	204	88 (43.14)	102 (50.00)	14 (6.86)	93.14		
年龄 (岁)	< 55	288	125 (43.40)	137 (47.57)	26 (9.03)	91.97	13.004	0.000
	55 ~	212	80 (37.74)	89 (41.98)	43 (20.28)	79.72		
病程 (年)	< 5	270	113 (41.85)	135 (50.00)	22 (8.15)	91.85	15.761	0.000
	5 ~	230	85 (36.96)	98 (42.61)	47 (20.43)	79.57		
医疗机构距离 (km)	≤ 1	245	111(45.31)	112 (45.71)	22 (8.98)	91.02	9.384	0.002
	> 1	255	98 (38.43)	110 (43.14)	47 (18.43)	81.57		
月收入情况 (元)	≥ 5000	210	91 (43.33)	102 (48.57)	17 (8.10)	91.90	9.906	0.002
	< 5000	290	110 (37.93)	128 (44.14)	52 (17.93)	82.07		
医疗付费方式便捷	便捷	241	111 (46.06)	111 (46.06)	19 (7.88)	92.12	13.689	0.000
	不便捷	259	104 (40.15)	105 (40.54)	50 (19.31)	80.69		

注: () 内数据为构成比 (%)。

表 2 高血压患者风险感知对就医行为的影响

组别	例数	依从例数	依从率 (%)
风险感知总分 < 45 分	252	201	79.76
风险感知总分 ≥ 45 分	248	230	92.74

注: 依从率比较, $\chi^2=17.703$, $P=0.000$ 。

表 3 不同学历患者风险感知评分以及依从性对比

学历	例数	风险感知评分 (分)	依从性		接受社区健康教育频率 (次/月)
			依从例数	依从率 (%)	
初中及以下	300	44.14 ± 1.43	251	83.67	1.05 ± 0.45
高中及以上	200	58.69 ± 1.65	180	90.00	2.54 ± 0.26
<i>t</i> 值		104.741		4.046*	2.996
<i>P</i> 值		0.000		0.044	0.000

注: * 为 χ^2 值。

3 讨论

高血压是一种以动脉血压持续升高为特征的疾病, 90% 病因不明, 称为原发性高血压。现在高血压疾病的国际公认特征是患者在没有任何口服任何抗高血压药物的情形下, 患者的收缩压数值超过 140mmHg, 舒张压数值超过 90mmHg。大多数高血压没有明显症状。有些高血压会导致头晕、头痛、眼花、失眠。高血压在临床医学中属于慢性病, 高血压疾病会进一步诱发心脑血管疾病, 严重的高血压疾病患者会同时存在慢性肾脏病、心力衰竭、心肌梗死、脑卒中等, 而且高血压疾病会对我国的医疗与社会资源造成十分严重的消耗。在中国, 有很多患者死于高血压引起的心血管病、慢性肾病、糖尿病。近 20 年来, 虽然我国高血压患者的检出、治疗和控制都取得了显著的进步, 但还是有非常多的患者不知道自己已经患了高血压^[1]。目前来看, 容易患上高血压疾病的人群包括男性 > 55 岁, 女性 > 65 岁; 高盐饮食; 超重或肥胖 (BMI \geq 24 或腰围男 \geq 85cm, 女 \geq 80cm); 有高血压家族史 (一、二级亲属); 吸烟; 长期过量饮酒; 缺乏运动等^[2]。

高血压疾病的主要治疗目标就是要血压达标, 降低高血压患心脑血管的发生率和死亡率。目前高血压主要从生活方式和用药 2 个方面进行治疗。^①改善生活方式。患者在日常饮食当中需要注意低盐, 患者需要维持生活的规律作息, 对自己心理进行有效调节, 并且患者还需要密切关注自己血压出现的变化, 尤其在换季期间以及温差变化比较大的时间段, 更应注意血压的测量^[3]。^②遵医嘱用药。目前高血压常用的药物包括钙离子拮抗剂、ACEI 类药物、ARB 类药物、 β 受体阻滞剂、利尿剂 5 大类, 需要根据高血压患者自身血压情况, 以及是否有靶器官功能损害, 制定合理的药物治疗方案^[4]。一般可以单药治疗, 也可以两药或者三药联合治疗。药物治疗过程中, 应当规律监测血压, 密切进行门诊随访, 以便将血压控制在理想范围^[5]。另外, 还应定期抽血检查, 主要目的是观察是否有药物不良反应, 以及靶器官损害加重^[6]。由于高血压疾病需要进行长期治疗, 若患者缺乏对高血压疾病的认知, 则会导致患者不重视高血压疾病的治疗, 患者不配合临床治疗, 致使患者病情越来越严重, 为此临床需要让患者明白高血压疾病的风险, 提高患者的治疗配合度。

风险感知一词最早起源于消费行为研究, 之后逐步推广应用至医疗领域, 是健康行为的重要影响因素^[7]。医疗和健康相关的风险感知能够在一定程度上推动人们的健康行为改变, 风险感知能够作为人们健

康行为干预的根本目的, 有相关医学研究表明, 心理社会因素和风险感知之间存在一定的关联, 风险感知会在很大程度上影响着患者疾病的临床发展、转归与就医结局^[8]。就医行为通常情况下主要是指个体在出现临床疾病的相关表面症状时, 个体为了让临床表面症状得到缓解, 或者是为了让疾病可以得到治愈, 而进行临床治疗的过程。因为高血压疾病一般都具有比较长的病程, 且高血压疾病的临床治疗费用比较多, 若高血压疾病没有科学就医, 不但会让医疗服务卫生资源利用率明显下降, 导致医疗费用过快增长, 同时也会对患者获得全面可持续的卫生服务产生负面影响。月收入较低以及文化程度较低的患者, 其对临床就医治疗的依从性比较差, 且患者对高血压疾病的风险感知水平相对较低。为提升患者的依从性可以从以下角度出发:^①注重宣教。高血压患者要定期进行血压测量, 临床可以在早期对患者开展重要脏器是否损伤的筛查, 同时医护人员积极向患者宣教高血压疾病会引起的不良结局, 使得患者对高血压疾病对自身健康造成威胁的感知得到有效提高, 以此使得患者的就医治疗依从性得到有效提高。^②给予患者足够的关心, 了解患者需求。在对患者进行疾病风险认知评估时, 护理人员需要和患者开展有效的沟通交流, 护理人员要站在患者的角度来思考问题, 有针对性的对患者开展风险知识宣教, 使得患者可以更快接受健康行为, 并尽快在生活中将健康行为落实。^③心理干预。在病症长期的影响下, 部分患者难免会存在不同程度的负面心理, 同样会影响到患者的就医行为。在干预过程中, 医护人员需及时对患者进行心理疏导, 促使患者在治疗期间可以保持较为乐观的心理, 树立战胜疾病的信心。^④为患者提供合理的治疗方案, 降低医疗费用。因高血压需终生服药, 部分患者顾虑到医疗费用, 进而存在有依从性较低的情况。在实际治疗过程中, 则可以结合患者具体情况, 为患者推荐合适的治疗方案, 在临床用药方面尽量选择医保所覆盖的药物, 降低患者的经济压力, 增加就医行为依从性。

综上所述, 疾病风险感知的高低会在很大程度上影响到高血压患者的就医行为依从性, 疾病风险感知越高的患者, 其就医行为依从性就越高, 为此临床需要积极采取措施来提高高血压患者的风险感知, 促使患者可以积极就医, 让患者的生存期得到延长。

4 参考文献

- [1] 李前文, 季国忠. 癌症患者就医行为研究现状与思考 [J]. 南京医科大学学报: 社会科学版, 2022, 22(3): 242-247.
- [2] 邹浩, 姜东旭, 张琳琳. 慢性病患者就医延迟评估工具及影响因素的研究进展 [J]. 中国全科医

某三级综合医院医务人员结核感染控制知信行调查分析

史兰萍 朱家璧 周萍 陈建云 余景红

【摘要】 目的 了解某三级综合医院的医务人员对结核病感染控制的知识、态度和行为 (KAP) 情况, 探讨医院结核病感染控制的有效措施。方法 2022年5月, 采用电子问卷的形式对医院内172名医务人员就结核感染控制知识、态度、行为等内容进行横断面调查。结果 总体看医务人员对结核病的知晓程度良好, 被调查者对结核感染控制的认知合格率为86.05%。90%以上的医务人员对结核感染控制措施和培训、宣教及单位筛查情况持有肯定态度, 并对所在医疗机构的感染控制措施表示支持。医务人员在结核或疑似结核患者进行检查治疗时, 有40%以上的医务人员一直佩戴医用防护口罩, 其中59.35%的医务人员4~6h内更换一次防护口罩, 90.12%的医务人员会在每次佩戴防护口罩前进行气密性检验, 31.21%的医务人员会让新确诊的结核患者做人类免疫缺陷病毒 (HIV) 监测。医务人员在结核病感染防控“日常操作风险”的评价中, 医生与护理人员评价不同, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。在“感染防控措施”和“最有效的措施”的评价中, 大多数医护人员认为做好预检分诊, 控制传染源是最有效的方法。医生与护理人员评价差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。在“防控的难度”的评价中, 医生与护理人员评价差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 医疗机构应采取多种形式的结核病感染防控宣传与培训, 提高患者治疗的依从性。提高其他专科医生结核病诊治能力, 规范诊疗行为。

【关键词】 结核病; 预防控制; 认知

中图分类号 R135 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)16-1259-05

Investigation on knowledge, attitude and practice (KAP) of tuberculosis infection control among medical staff in a tertiary general hospital Shi Lanping, Zhu Jiabi, Zhou Ping, Chen Jianyun, Yu Jinghong. *Nanjing Gaochun people's Hospital, Nanjing 211300, China.*

【Abstract】 Objective To investigate the knowledge, attitude, and behavior (KAP) of medical staff on tuberculosis infection control in a tertiary general hospital, and to explore the effective measures for tuberculosis infection control in the hospital. **Methods** In May 2022, a cross-sectional survey was conducted among 172 medical staff in hospitals using an electronic questionnaire on knowledge, attitudes, and behaviors related to tuberculosis infection control. **Results** In general, the medical staff had a good understanding of tuberculosis, and the qualified rate of the respondents' awareness of tuberculosis infection control was 86.05%. More than 90% of medical staff hold a positive attitude towards tuberculosis infection control measures, training, education, and unit screening, and express support for the infection control measures of their medical institutions. During the examination and treatment of tuberculosis or suspected tuberculosis patients, more than 40% of medical staff always wear medical protective masks. Among them, 59.35% of medical staff change protective masks within 4-6 hours, 90.12% of medical staff conduct air tightness tests before wearing protective masks each time, and 31.21% of medical staff will have newly diagnosed tuberculosis patients undergo human immunodeficiency virus (HIV) monitoring. In the evaluation of "daily operational risk" of tuberculosis infection

作者单位: 211300 江苏省南京市高淳人民医院感染管理科

学, 2022, 25(7): 893-898.

- [3] 黄蕊, 李云峰, 马慧玲, 等. 风险感知在慢性病领域的研究进展 [J]. 循证护理, 2021, 7(16): 2170-2176.
- [4] 贺安琦, 喻妍, 郑思, 等. 基于分层模型流动人口慢性病患者就医行为影响因素分析 [J]. 中国公共卫生, 2022, 38(1): 75-79.
- [5] 杨艳艳, 康腾腾, 朱康宁, 等. 心血管疾病患者风险感知的研究进展 [J]. 护士进修杂志, 2021, 36(7): 591-595.
- [6] 赵玲玲, 裴炬盛, 韦荣泉, 等. 癌症患者医疗风险感知

的研究进展 [J]. 医学与哲学, 2021, 42(6): 45-48.

- [7] 王文韬, 张行萍, 罗琴凤, 等. “数字土著”在线健康信息搜寻与线下就医行为关联的量化实证 [J]. 情报理论与实践, 2021, 44(7): 86-93.
- [8] 林琳, 严程棋, 杨莹, 等. 广州老年人小病慢病“旁路”就医行为及其影响因素 [J]. 热带地理, 2020, 40(6): 993-1003.

[2022-12-02 收稿]

prevention and control by medical staff, the evaluation of doctors and nurses was different, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). In the evaluation of "infection prevention and control measures" and "the most effective measures", most medical staff believe that pre examination and triage are the most effective methods to control the source of infection. There was no statistically significant difference in the evaluation between doctors and nursing staff ($P > 0.05$). In the evaluation of the difficulty of prevention and control, there was a statistically significant difference in the evaluation between doctors and nursing staff ($P < 0.05$). **Conclusion** Medical institutions should adopt various forms of publicity and training on tuberculosis infection prevention and control to improve patients' treatment compliance. Improve the ability of other specialists to diagnose and treat tuberculosis, and standardize their diagnosis and treatment behavior.

【Key words】 Tuberculosis; Prevention and control; Cognition

结核病是全球传染病死亡的主要原因, 并且是人类免疫缺陷病毒感染者死亡的主要原因^[1]。2021年美国疾病控制中心公布, 结核病病例数(每10万人中有2.4例), 估计美国感染潜伏性结核病的人数高达1300万。在全球新型冠状病毒肺炎(COVID-19)流行期间, 报告的结核病诊断率在2020年下降了20%, 到2021年仍比COVID-19大流行前水平低13%。这些下降可能代表结核病的真正减少, 也可能由于COVID-19大流行期间的结核病诊断的漏诊或延迟造成的假象。医院传播是结核病感染的重要来源。2015年美国疾病控制中心与尼日利亚卫生部合作实施了一项试点计划, 旨在提高卫生保健工作者对结核病感染控制的了解, 评估卫生机构的感染控制措施, 并制定解决已发现差距的计划^[2]。本次调查主要对医务人员的结核感染控制知识、态度和做法进行了解, 为探讨医院结核病感染控制的措施提供参考。

1 对象与方法

1.1 调查对象

2022年5月, 在医院临床、医技以及行政部门等31个科室中抽取医务人员172名为调查对象, 包含临床医生、护士、行政人员、放射医师、药师、康复技师、病案管理、实习生、护工等, 以问卷星二维码的形式发放问卷175份, 收回问卷175份, 合格问卷172份, 合格率为98.29%。

1.2 调查方法

根据《医务人员结核感染控制知信行(KAP)调查表》设计调查问卷, 以问卷星二维码的形式进行发出, 设定问题多为选择题, 需要花费10~20min的时间完成。逻辑不符, 10min以内答题完毕的视为无效问卷。

1.3 调查内容

调查的主要内容包含: 被调查者的基本信息、对结核感染控制知识的了解、对结核感染控制的看法、结核感控的有关行为以及对结核感染控制评价及建议等5个方面, 具体内容如下。

(1) 结核感染控制知识掌握情况: 主要了解被调查医务人员对结核感染控制知识的掌握情况, 有结核病传播方式等共计6个题目, 认知总分在0~14分之间, 10分以上为合格。

(2) 医务人员对结核感染控制的看法(信念): 主要包括对医院结核病感染控制相关政策培训及采取措施是否支持等13个信念态度方面的问题, 共设非常同意、同意、反对、非常反对等4种看法, 非常同意+同意则表示支持。

(3) 医务人员结核病感染控制相关行为: 主要调查医务人员在对结核或疑似结核患者进行支气管镜、内镜检查、气管插管、肺部手术、结核培养、痰诱导等6种检查治疗时佩戴医用防护口罩的频率, 分为从不、很少、有时、多数时间和一直等5个频率, 统计每个频率的人数、构成比。了解医务人员出现结核相关症状时拒绝在本单位就诊的原因, 共分为7种类型的原因。

(4) 医务人员对结核感染控制评价: 主要包括医务人员在结核病感染防控中对于日常操作中风险、感染防控措施、最有效措施、防控难度等4个方面的评价。

1.4 数据处理方法

采用Microsoft Excel 2010建立数据库, 录入调查结果。描述性分析医务人员的结核感染控制的认知、态度和行为。计数资料计算构成比, 组间率的比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 被调查的医护人员基本情况

本次调查共涉及医院临床科室、医技科室以及行政部门的172名医务人员, 填写的有效问卷172份, 涵盖了20~60岁的年龄段, 基本情况具体见表1。

2.2 医务人员正确掌握结核感染控制相关知识的情况

总体看医务人员对结核病的知晓程度良好, 被调查者对结核感染控制的认知得分平均11.71分, 达到

合格以上水平的 148 人，合格率为 86.05%。在被调查者中，79.07% 的医务人员知晓肺结核的传播方式，掌握较差的是“与肺结核病的传播不直接相关的措施”仅有 39.53% 的医务人员回答正确，具体见表 2。

2.3 被调查医务人员对结核感染控制的看法

90% 以上的医务人员对结核感染控制措施和培训，宣教及单位筛查情况持有肯定态度，并对所在医疗机构的感染控制措施表示支持。具体见表 3。

2.4 医务人员结核病感染控制相关行为调查情况

医务人员在对结核或疑似结核患者进行检查治疗时，有 40% 以上的医务人员一直佩戴医用防护口罩，具体见表 4。

佩戴医用防护口罩的医护人员中有 59.35% 的医务人员 4 ~ 6h 内更换一次防护口罩，90.12% 的医务人员会在每次佩戴防护口罩前进行气密性检验。31.21% 的医务人员会让新确诊的结核患者做人类免疫缺陷病毒(human immunodeficiency virus, HIV)检测。

151 名 (87.79%) 医务人员会在出现结核相关症状时去本单位为职工提供的医疗服务的科室就诊，有 21 名医务人员选择拒绝就诊，具体原因见表 5。

2.5 医务人员对结核感控管理措施的评价

医务人员在结核病感染防控“日常操作风险”的评价中，62.96% 的医生评价为进行支气管镜检时佩戴外科口罩（未佩戴医用防护口罩）风险最大，35.05% 的护士评价为与患者共用没有消毒的餐具（调羹，叉子，碟子）风险最大，医生与护理人员评价不同，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。在“感染防控措施”和“最有效的措施”的评价中，大多数医护人员认为做好预检分诊，控制传染源是最有效的方法。医生与护理人员评价差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。在“防控的难度”的评价中，医生认为医院管理难度更大，尤其面对患者基数大，诊治难度大；护士认为是患者的服药和防护的依从性差，加大防控工作难度，医生与护理人员评价差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 6。

表 1 调查对象基本情况

项目	类别	例数	构成比 (%)	项目	类别	例数	构成比 (%)
年龄段(岁)	20 ~	47	27.33	岗位	内科	62	36.05
	31 ~	67	38.95		外科	51	29.65
	41 ~	41	23.84		妇产科	25	14.53
	51 ~ 60	17	9.88		行政科室	10	5.81
性别	男	41	23.84		其他科室	24	13.95
身份类型	女	131	76.16	工作年限(年)	0 ~	56	32.56
	临床医生	54	31.40		5 ~	62	36.05
	护士	97	58.13		15 ~	45	26.16
	行政人员	10	5.81		25 ~	9	5.23
放射医师、药师、康复技师	9	5.23	是否参加过结核培训	是	149	86.63	
其他(病案管理、实习生、护工)	2	1.16		否	23	13.37	
是否参加过感控培训	是	167	97.09	否	5	2.91	
	否	5	2.91				

表 2 被调查医务人员对结核感染控制知识的掌握情况

问题	回答正确例数	构成 (%)
结核通常是通过哪种方式从一个人传染给另一人的？	136	79.07
下述哪一项与结核病的传播不直接相关？	68	39.53
应采取以下哪类感染控制措施来预防结核传播？	120	69.77
以下哪项是预防结核传播的最有效措施？	138	80.23
以下哪项属于管理控制措施？	118	68.60
肺结核的 4 种常见症状？	165	95.93

表3 被调查医务人员对结核感染控制的看法

问题	非常同意		同意		反对		非常反对	
	人数	构成比 (%)	人数	构成比 (%)	人数	构成比 (%)	人数	构成比 (%)
大多数医护人员已经感染了肺结核, 所以没有必要采取预防措施	99	5.81	2	1.16	3	1.74	157	91.28
医护人员不应戴口罩, 因为会让病人感到有耻辱感	6	3.49	1	0.58	3	1.74	162	94.19
我所在医疗机构很关注我的健康和安	129	75	33	19.19	6	3.49	4	2.33
我很了解本单位感染控制的相关规定	118	68.6	44	25.58	7	4.07	3	1.74
如果我出现了结核病的症状, 我会告诉同事	141	81.98	22	12.79	5	2.91	4	2.33
我所在医疗机构对我进行了充分的感染控制的相关培训	127	73.84	37	21.51	5	2.91	3	1.74
我觉得病人会拒绝佩戴一次性口罩, 所以我不会向他们提供或请他们佩戴一次性口罩	10	5.81	3	1.74	11	6.4	148	86.05
我觉得如果病房或科室的窗户一直开着, 病人会抱怨	13	7.56	23	13.37	37	21.51	99	57.56
我所在的医疗机构配有足够的设施来为结核患者提供安全的诊疗服务	128	74.42	29	16.86	5	2.91	10	5.81
我所在的医疗机构已采取多项措施来保护我不得结核	119	69.19	40	23.26	8	4.65	5	2.91
我很愿意为患者进行结核及预防结核传播的健康宣教	146	84.88	19	11.05	3	1.74	4	2.33
我觉得我在改善本单位结核感染控制方面能发挥的作用很有限	49	28.49	39	22.67	37	21.51	47	27.33
您觉得所在医疗机构应该为职工提供结核病及其他疾病的筛查	139	80.81	26	15.12	5	2.91	2	1.16

表4 医务人员为结核或疑似结核患者检查治疗时佩戴医用防护口罩的频率统计

操作	从不		很少		有时		多数时间		一直	
	人数	构成比 (%)	人数	构成比 (%)	人数	构成比 (%)	人数	构成比 (%)	人数	构成比 (%)
支气管镜 (n=123)	56	45.52	3	2.44	3	2.44	3	2.44	58	47.15
内镜检查 (n=119)	54	45.38	3	2.52	4	3.36	3	2.52	55	46.22
气管插管 (n=113)	50	44.24	4	3.54	3	2.65	4	3.54	57	50.44
肺部手术 (n=117)	54	46.15	2	1.71	2	1.71	4	3.42	55	47.01
结核培养 (n=118)	49	41.53	6	5.08	4	3.39	3	2.54	56	47.46
痰诱导 (n=119)	51	42.86	6	5.04	4	3.36	2	1.68	56	47.06

表5 医务人员出现结核相关症状时拒绝在本单位就诊的原因

原因	比例 (%)
这是我日常工作的一部分, 我感觉没有必要汇报	19.05
上班时太忙了, 没时间汇报	9.52
担心如果汇报的话会惹上麻烦或被解雇	0.00
我不知道应当汇报	4.76
我尝试着汇报, 但有人告诉我不必担心	23.81
我认为所在的机构没有为职工提供医疗服务的诊室或医生	28.57
我倾向于到其他地方就诊	14.29

表6 医务人员对结核感控管理措施的评价

评价内容	护士 (n=97)		医生 (n=54)		χ^2 值	P 值	
	评价人数	构成比 (%)	评价人数	构成比 (%)			
日常操作风险	34	35.05	34	62.96	21.61	0.000	
感染防控措施	71	73.20	36	66.67	0.716	0.397	
最有效措施	77	79.38	47	87.04	1.385	0.239	
防控难度	患者原因	22	22.68	8	14.81	4.851	0.028
	医院原因	14	14.43	13	24.07		

3 讨论

医务人员要知晓科室存在的结核病相关的高风险操作、高风险人群、发生频率等,利用管理工具科学的评估薄弱风险环节,才可精准防控^[3]。本次调查中医务人员对结核感染控制的知晓合格率为86.05%,其中与结核感染相关操作的回答正确率最低,为39.53%,结核病感染防控中对于日常操作中风险的评价可看出医务人员对院感防控风险的评估能力还是有所欠缺。

新冠病毒肺炎与肺结核均可通过飞沫和气溶胶颗粒传播疾病,在新冠病毒肺炎疫情常态化期间,医务人员接受到各种不定期的防控知识培训,因此对防护用品的使用知晓率明显较高,如防护口罩的气密性检验知晓率达90.12%^[4-5]。本次调查中有近一半受访者并非防护口罩常规使用人群,因此在更换频次的知晓率方面偏低,仅59.35%,所以应加强对医务人员结核感染控制方面的健康教育,定期进行考核和实践培训。

HIV感染是结核病发病的独立危险因素,HIV感染者更容易成为结核潜伏性感染者。《人类免疫缺陷病毒感染/艾滋病合并结核分枝杆菌感染诊治专家共识》建议对所有HIV感染/艾滋病患者应进行结核病筛查^[6]。潜伏性感染者如不进行治疗,约有5%~10%会发展成活动性结核病,并成为新的传染源,造成结核病的进一步传播。本次调研中仅31.21%的医务人员会让新确诊的结核患者做HIV检测,与其他报道中筛查率存在很大差距^[7]。因此,医务人员应规范诊疗行为,进一步提高HIV患者的筛查率。

本次调查中87.79%的员工会在出现结核相关症状时去本单位为职工提供的医疗服务的科室就诊。说明医务人员对医院提供的防护保障足够信任,医院对结核感染控制相关工作的比较重视。对于结核病医院感染防治的难度上,半数以上的医务人员认为患者管理难度大,患者的结核病防控知识不足,担心药物不良反应等导致服药的依从性不高,与相关报道一致^[8-9]。近半数的医务人员认为防控难度在医院的管理方面,主要对医疗建筑的布局存在担忧,综合医疗机构无法做到专科医院一样,有独立封闭性区域完成相关影像学检查。对于患者的管理无法做到强制性隔离,同样存在感染风险,因此,应鼓励医护人员使用“互联网+”技术进行健康知识宣教,可以通过抖音短视频,微信公众号、社区小讲座、义诊、微博等多形式进行推广宣传,扩大基于短信的沟通,以提高治疗依从性^[10-11]。有研究表明10%~15%的社区获

得性肺炎病例是由结核杆菌引起的^[12],同时还应提高医务人员结核病诊治能力。

本次调研的不足之处:样本量不足;缺乏开放性答题;缺乏对于答题人员的学历、诊疗经验及结核防控知识宣传效果的评价。

4 参考文献

- [1] 世界卫生组织.2015年全球结核病报告[R/OL]. [2015-10-27] http://www.who.int/tb/publications/global_report/en.
- [2] Dokubo EK, Odume B, Lipke V, et al. Building and strengthening infection control strategies to prevent tuberculosis - nigeria[J]. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2016, 65(10): 263-266.
- [3] 陶静怡,张达颖,王志剑,等.FMEA模式在带状疱疹神经痛病人HIV筛查期医院感染防控中的应用[J].中国疼痛医学杂志,2022,28(6):433-438.
- [4] 周萍,史兰萍.新型冠状病毒肺炎疫情下护理人员防护知识知晓率调查[J].中西医结合护理(中英文),2020,6(6):109-111.
- [5] 滕铁楠,丁延虹,常旭红,等.兰州市某市级医院工作人员新型冠状病毒肺炎防护措施及手卫生知识知晓情况调查[J].环境卫生学杂志,2020,10(5):424-428.
- [6] 中国性病艾滋病防治协会HIV合并结核病专业委员会.人类免疫缺陷病毒感染/艾滋病合并结核分枝杆菌感染诊治专家共识[J].新发传染病电子杂志,2022,7(1):73-87.
- [7] 潘程程,张婷,邓云,王军.2015—2020年重庆市万州区结核菌/艾滋病病毒双重感染防治工作效果评价[J].中国初级卫生保健,2022,36(5):55-57,65.
- [8] 李果,徐华,敬明燕,王鹏,范庞双,胥理萍,胥春梅,罗英,庞先琼.某县结核潜伏感染者拒绝预防性治疗的原因分析和对策评价[J].临床肺科杂志,2022,27(9):1415-1420.
- [9] 许琰,赵瑶,陈曦,高志东,张红伟,孙闪华.北京市公众结核病防治知识知晓情况网络调查分析[J].首都公共卫生,2022,16(2):101-104.
- [10] 林洪,代国友,王世燕,熊小芳,张燕,凌雪梅,吴逢波.健康科普在新媒体中的传播现状调查与建议[J].中国药业,2022,31(2):1-4.
- [11] 王蕾,臧小英.家属协同护理管理模式结合多媒体健康宣教对老年肺结核患者的应用效果[J].中国老年学杂志,2022,42(18):4607-4610.
- [12] TDheda K, Makambwa E, Esmail A. The great masquerader: tuberculosis presenting as community-acquired pneumonia[J]. Semin Respir Crit Care Med. 2020,41:592-604.

[2023-04-13 收稿]

蒲公英本草考证与民族用法

王仕蓉 张杰 龙仙女 刘红宇 张冕*

【摘要】 蒲公英最早载于《新修本草》，为药食两用的中药材，在我国传统医药中具有重要药用和食用价值，且组方广泛，是目前最常用的重要中药材之一。但目前尚未对其进行历史名称、药食同源以及各民族认识及用法等进行系统的本草考证。通过查阅历代本草古籍，对蒲公英的异名进行整理，从采收加工、性味归经、功效主治和食药记载进行追溯，以时间为线索整理并综合阐明蒲公英的名称及其药食同源的历史沿革；同时梳理了《中国民族药辞典》和《云南民族药志》等 20 本书籍有关蒲公英的记载，归纳整理我国 20 个民族对蒲公英的功效和用法用量的认识与应用。

【关键词】 蒲公英；药食同源；民族用法；本草考证

中图分类号 R282.71 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)16-1264-09

Textual research and ethnic usage of dandelion herbs Wang Shirong, Zhang Jie, Long Xiannv, Liu Hongyu, Zhang Mian. Guizhou University of Traditional Chinese Medicine, Guiyang 550025, China

【Abstract】 Dandelion was first published in "Xinxu Materia Medica", a Chinese medicinal material for both medicinal and dietary purposes, which has important medicinal and edible value in traditional medicine in China, and has a wide range of formulas, and is one of the most commonly used important Chinese medicinal materials. However, at present, there has been no systematic study of its historical name, medicinal and food homology, and the understanding and usage of various ethnic groups. Through consulting the ancient books of Materia Medica, the synonyms of dandelion are sorted out, and traced back from harvesting and processing, sexual taste attribution, efficacy and food and drug records, so as to sort out and comprehensively clarify the name of dandelion and its historical evolution of medicinal and food homology through time. At the same time, the records of dandelion in 20 books such as "Chinese Ethnic Pharmacological Dictionary" and "Yunnan Ethnic Medicine" were sorted out, and the understanding and application of dandelion efficacy and usage and dosage by 20 ethnic groups in China were summarized.

【Key words】 Dandelion; Medicinal and food homologous; Ethnic usage; Materia medica

中药蒲公英为菊科蒲公英 (*taraxacum mongolicum* Hand.-Mazz.)、碱地蒲公英 (*taraxacum borealisinense* Kitam) 或同属多年生本草的干燥全草^[1]，别名蒲公英、金簪草、婆婆丁等^[2]，是传统的药食两用植物，在我国资源丰富，对其研究已有数千年。蒲公英多种属都具有保健和食用价值，该植物最早载于《新修本草》^[3]，古书记载蒲公英为“解热凉血之要药”，“至贱而有大功”^[4]，《医林纂要》称之：“补脾和胃，泻火”^[5]。《本草纲目》中记载：蒲公英味苦、甘、性寒，具消肿散结、清热解毒^[6]、利尿通淋的功效^[7]，临床上主要用于治疗咽喉肿痛、疔疮肿毒、湿热性黄

疸、热涩痛等症状^[8]。且《本草经疏》《本草新编》等古籍中均有记载。蒲公英味苦而甘，入肝胃经，有清热解毒、利尿、活血的功效^[9]。

1 名称考证

1.1 蒲公英历代名称整理

蒲公英正名出自于《饮食须知》^[10]，一直沿用至今。在不同的朝代，其不同的名称具有不同特点。隋唐时期，蒲公英的异名鳧公英、蒲公英、耨褥草、仆公英；宋代及宋代以后时期蒲公英异名增加有仆公罌、地丁、金簪草、字字丁菜、黄花苗、黄花郎、婆婆丁、白鼓丁、黄花地丁、蒲公英、耳癩草、狗乳草、奶汁草、残飞坠、黄狗头、卜地蜈蚣、鬼灯笼、羊奶奶草、双英卜地、黄花草及古古丁。关于历代古籍记载蒲公英名称，见表 1。

1.2 蒲公英名称的来源

蒲公英名称中包含着丰富的文化，本研究按植物

基金项目：贵州省科技计划项目（编号：黔科合基础-ZK[2022]一般 506）；贵州省中医药、民族医药科学技术研究专项课题项目（编号：QZYY-2021-081）；2019 年博士启动基金（编号：贵中医博士启动[2019]127 号）；2021 年大学生创新创业训练计划项目（编号：贵中医大创合字（2021）48 号）
作者单位：550025 贵州省贵阳市，贵州中医药大学
* 通讯作者

形态、来源等分类考证。(1)以象形物命名:形态在古人对植物的认识中最为直观,因此以象形图来命名亦最为普遍。《本草纲目》^[11]云:“金簪草一名地丁,花如金簪头,独脚如丁,故以名之”;《本草衍义》^[12]:“今地丁也,四时常有花,花罢飞絮,絮中有子,落处即生”;《庚辛玉册》^[13]云:“地丁叶似小莴苣,花似大旋,一茎耸上三、四寸,断之有白汁”。《本草图经》^[14]:“春初生苗,叶如苦苣,有细刺;中心抽一茎,茎端出一花,色黄如金钱;断其茎有白汁出,人亦啖之。俗呼为蒲公英,语讹为仆公罍是也”;《滇南本草》^[15]:“蒲公英,一名黄花

绿叶草。形似车前草之叶,微瘦小细长,独苗,开黄花,叶上微有白毛”。从以上得知,本草的名称以蒲公英叶,花,植物形态和根茎的形态命名。(2)以不同产地命名:《庚辛玉册》^[13]:“作鹑鸽英。俗呼蒲公英,又呼黄花地丁。淮人谓之白鼓钉,蜀人谓之耳癩草,关中谓之狗乳草”;《本草纲目》^[11]:“地丁,江之南北颇多,他处亦有之,岭南绝无。小科布地,四散而生,茎、叶、花、絮并似苦苣,但小耳”。今证蒲公英分布于黑龙江、吉林、辽宁、内蒙古、河北、山西、陕西、甘肃、青海、湖北、四川等省区^[16]。

表1 蒲公英历代名称整理

朝代	公元/年	古籍	作者	蒲公英及异名
隋唐	657-659	《新修本草》 ^[17]	苏敬	蒲公英、耬耨草
	682	《千金翼方》 ^[18]	孙思邈	仆公英、同《新修本草》
宋	1058	《本草图经》 ^[14]	苏颂	蒲公英、蒲公英、仆公罍
	1082	《证类本草》 ^[19]	唐慎微	蒲公英、拘耨草
	1116	《本草衍义》 ^[12]	寇宗奭	蒲公英、地丁
金元	1271-1368	《饮食须知》 ^[10]	贾铭	蒲公英、黄花地丁草
明	1406	《救荒本草》 ^[20]	朱橚	孛孛丁菜、黄花苗
	1436	《滇南本草》 ^[15]	兰茂	蒲公英、婆婆丁
	1368-1644	《本草蒙筌》 ^[21]	陈嘉谟	蒲公英、黄花地丁草、耬耨草、孛孛丁
	1578	《本草纲目》 ^[11]	李时珍	蒲公英、耬耨草、金簪草、黄花地丁
	1617-1700	《本经逢原》 ^[22]	张璐	蒲公英、奶汁草
清	1757	《本草从新》 ^[23]	吴仪洛	蒲公英、黄花地丁
	1694	《本草备要》 ^[24]	汪昂	同《本草从新》
	1761	《得配本草》 ^[25]	严西亭	同《本草从新》
	1769	《本草求真》 ^[26]	黄宫绣	蒲公英、羊奶奶草
	1828	《本草正义》 ^[27]	张德裕	蒲公英、羊奶奶草
	1840	《本草分经》 ^[28]	姚澜	同《本草从新》
	1841-1847	《植物名实图考》 ^[29]	吴其濬	黄狗头
近代	1870	《草木便方》 ^[30]	刘兴	卜地蜈蚣、鬼灯笼
	1886	《本草撮要》 ^[31]	陈其瑞	蒲公英
	1887	《本草便读》 ^[32]	张秉成	同《本草从新》
	1978	《中国植物志》 ^[33]	—	蒲公英、蒙古蒲公英、黄花地丁、婆婆丁、灯笼草、姑姑英、地丁
	1999	《中华本草》 ^[34]	—	鳧公英、金簪草、孛孛丁菜、黄花苗、黄花郎、鹑鸽英、婆婆丁、白鼓丁、黄花地丁、蒲公英、真痰草、狗乳草、奶汁草、残飞坠、黄狗头、卜地蜈蚣、鬼灯笼、黄花草、古古丁

2 药食同源

蒲公英药食同源的历史源远流长,从《新修本草》^[17]中首载便体现了蒲公英的食药价值。作为一种药食同源植物,蒲公英不仅美味易吃,且具有补养作用。纵观历代本草古籍,蒲公英的食用价值多于药用价值。《饮食须知》^[10]中曰:“蒲公英,味甘性温。嫩苗可食,解食毒,一名黄花地丁草。”从蒲公英采摘加工、性

味归经、功效主治、食药记载等方面追溯蒲公英的药用与食品同源性,可为现代蒲公英的研究和临床应用提供参考。

2.1 采摘加工

明朝陈嘉谟在《本草蒙筌》^[21]中首次提出蒲公英采收处理方法是“采宜四月五月,经入阳明太阴。煎汁同忍冬,临服加醇酒”;明朝时期《雷公炮制药

性解》^[35]道：“细锉，同忍冬藤取汁入酒，以治乳痈”；《景岳全书》^[36]道：“同忍冬煎汁，少加酒服，溃坚消肿，散结核瘰最佳，破滞气，解食毒，出毒刺俱妙。若妇人乳痈，用水酒煮饮，以渣封之立消”；清朝时期《本经逢原》^[22]道：“然必鲜者捣汁和酒服，治乳痈效速”；《得配本草》^[25]道：“同忍冬藤煎汤，入少酒服，治乳痈。捣汁和酒服”；《本草撮要》^[31]道：“得忍冬与酒煎服，以渣捣涂乳痈良。掘其根大如拳，旁有人形拱抱者，取以捣汁酒服。治噎膈良”。阅览历朝本草古籍，蒲公英可以用酒诱导药物上行，以帮助其药用潜力，并使其更好地发挥作用。

2.2 性味归经

《新修本草》^[17]首载蒲公英性味“味甘，平”，并载蒲公英无毒。《神农本草经疏》^[37]对蒲公英性味释为“蒲公英得水之冲气，故其味甘平，其性无毒。”但也有部分书籍记载略有不同，元朝《饮食须知》^[10]道：“蒲公英，味甘性温”；明朝《滇南本草》^[15]道：“味苦、平，性微寒”；《本草蒙筌》^[21]道：“味苦，气平，无毒”；《雷公炮制药性解》^[35]道：“味苦甘，性寒无毒，入脾胃二经”；《景岳全书》^[36]道：“味微苦，气平”；清朝《得配本草》^[25]道：“辛、苦，微寒。入足太阴、阳明经”；《本草求真》^[26]道：“味甘性平，能入阳明厥阴肝解热”；《本草分经》^[28]道：“苦甘寒，入肾阳明经”；《本草便读》^[32]道：“味苦甘，性寒滑，专入阳明”；《本草撮要》^[31]道：“味甘平苦寒，入足阳明厥阴少阴经”；2020年版《中国药典》^[1]记载了蒲公英性味归经为“甘苦，寒。归肝胃二经”，与各本草记载的性味归经基本一致。

2.3 功效主治

唐朝《新修本草》^[17]首载蒲公英的主治功效“主妇人乳痈肿”；发展至宋朝，对蒲公英功效认知逐渐完善，《本草图经》^[14]道：“水煮以疗妇人乳痈，又

捣以敷疮。又治恶刺及狐尿刺”；《本草衍义补遗》^[38]道：“化热毒，消恶肿结核，解食毒，散滞气”；《滇南本草》^[15]道：“敷诸疮肿毒，疥癩癣疮；祛风，消诸疮毒，散瘰疬结核；止小便血，治五淋癃闭，利膀胱”；《本草蒙筌》^[21]：“溃痈肿，消结核；解食毒，散滞气”；《医林纂要》^[39]道：“补脾和胃，泻火，通乳汁，治噎膈”；《得配本草》^[25]道：“解食毒，散滞气，化热毒，消疔肿”；《本草分经》^[28]道：“泻热化毒，专治乳痈疔毒”；《本草撮要》^[31]道：“功专化热毒，解食毒，治肿核通淋”；《神农本草经疏》^[37]总结为“蒲公英得水之冲气，故其味甘平，其性无毒，当是入肝、入胃，解热凉血之要药。乳痈属肝经，妇人经行后肝经主事，故主妇人乳痈肿，乳毒，并宜生啖之良”。2020年版《中国药典》^[1]记载蒲公英功效主治“清热解毒，消肿散结，利尿通淋。用于疮痈肿毒，乳痈，瘰疬，目赤，咽痛，肺痈，肠痈，湿热黄疸，热淋涩痛”，与本草所记一致。

2.4 食药记载

在现代，蒲公英根、茎、叶、花作为食用部位。早在《新修本草》^[17]中就提及：“主妇人乳痈肿，水煮汁饮之，立消，人皆啖之”；《本草图经》^[14]道：“断其茎有白汁出，人亦啖之”；元朝《饮食须知》^[10]道：“嫩苗可食，解食毒”；《救荒本草》^[40]道：“救饥采苗叶焯熟油盐调食”；《野菜谱》^[41]道：“四时皆有，唯极寒天小而可用，采之熟食”；《本草纲目》^[11]道：“嫩苗可食”；《本草新编》^[42]道：“蒲公英以充食，野人取以作菜”；清朝《随息居饮食谱》^[43]道：“嫩可为蔬，老则入药”。可见蒲公英经常被古人日常食用，通过梳理历代本草的古籍，可知蒲公英多用于疮疽痈毒，清热解毒，消散疔疮，固齿牙，壮筋骨。具体用方记载见表2。

表2 蒲公英在历代本草书籍中的食药用方记载

方名	出处	功效或主治	组成及制法用量
还少丹	《本草纲目》 ^[11]	固齿牙，壮筋骨，生肾水	用蒲公英一斤（一名耬耨草，又名蒲公英，生平泽中，三、四月甚有之，秋后亦有放花者，连根带叶取一斤洗净，勿令见天日），晾干，入斗子。解盐一两，香附子五钱，二味为细末，入蒲公英内淹一宿，分为二十团，用皮纸三、四层裹扎定，用六一泥（即蚯蚓粪）如法固济，入灶内焙干，乃以武火通红为度，冷定取出，去泥为末。早晚擦牙漱之，吐、咽任便，久久方效。
		乳痈红肿	蒲公英一两，忍冬藤二两。捣烂，水二钟，煎一钟，食前服。睡觉病即去矣。
		疔疮疔毒	蒲公英捣烂覆之，即黄花地丁也。别更捣汁，和酒煎服，取汗。
		多年恶疮	蒲公英捣烂贴。
	《外科正宗》 ^[44]	乳痈初起，肿痛未成脓	用蒲公英春秋间开黄花似菊，取连根蒂叶二两捣烂，用好酒半斤同煎数沸，存渣敷肿上，用酒热服，盖睡一时许，再用连须葱白一茶盅催之，得微汗而散。

续表

蒲公英散	《古今医鉴》 ^[45]	乌须生发	蒲公英净四两(炒),血余洗净四两,青盐四两(研)。上用磁罐一个,盛蒲公英一层,血余一层,青盐一层,盐泥封固,淹,春秋五日,夏三日,冬七日,桑柴火煨,令烟尽为度,候冷取出,碾为末。每服一钱,侵晨酒调服。
安体散	《洞天奥旨》 ^[46]	黄水疮	茯苓三钱,苍术二钱,荆芥二钱,防风一钱,黄芩一钱,当归五钱,蒲公英二钱,半夏一钱,水煎服。
碧落神膏	《洞天奥旨》 ^[46]	疡、痈疽、疔疮、肿毒	吸铁石一两,金银花1斤,生甘草三两,蒲公英八两,当归四两,炙黄耆八两,香油5斤,用香油熬至滴水成珠,去滓,入黄丹2斤,再熬软硬得所,即成膏矣;再加轻粉三钱,麝香一钱,冰片三钱,赤石脂一两,儿茶五钱,黄柏五钱,乳香三钱,没药三钱,各研细末,掺于膏上。
除湿清热散	《洞天奥旨》 ^[46]	燕窝疮,羊胡疮	茯苓二钱,炙甘草一钱,白术一钱,白芷五分,蒲公英二钱,泽泻一钱,猪苓一钱,苍术一钱,羌活五分,天花粉一钱五分,水煎服。
定痛净脓生肌膏	《洞天奥旨》 ^[46]	疮疽痈毒	当归一两,黄耆一两,生甘草五钱,熟地一两,玄参一两,银花四两,锦地罗二两,麦冬一两,人参一两,蒲公英三两,白芷三钱,白芍五钱,花粉五钱,黄柏五钱,白敛二钱,生地三钱,牛膝二钱,连翘三钱,丹皮三钱,沙参三钱,柴胡三钱,防己一钱,苍耳子四钱,黄连一钱,葛根三钱,苍术五钱,大黄三钱,红花五钱,桃仁二钱,地榆三钱,夏枯草五钱,白术五钱,麻油6斤,熬数沸,去滓再熬,滴水成珠,入黄丹2斤收之。另加细末药:麝香一钱,冰片二钱,人参五钱,雄黄三钱,轻粉二钱,儿茶三钱,象皮三钱,海螵蛸三钱,乳香三钱,没药三钱,血竭三钱,三七根五钱,龙骨三钱,赤石脂五钱,各为极细末,掺膏内。贴之。
二紫蒲公英汤	《洞天奥旨》 ^[46]	主治筋疽(生两足后跟昆仑穴)癆疽(生足小指京骨、金门穴)、足疽(生昆仑穴后)属阳症者	茯苓9克,薏仁30克,紫花地丁15克,牛膝9克,蒲公英15克,贝母6克,紫背天葵9克,当归15克,生甘草6克,水煎服。初起者三剂即愈。
箍毒神丹	《洞天奥旨》 ^[46]	手足丫毒疮	地榆二钱,天花粉一钱,菊花根1把,生甘草一钱,芙蓉叶14片,蒲公英(鲜者)1把,将干研末。捣鲜药取汁调之敷上。则毒不走开,内自化矣。
化疔仙丹	《洞天奥旨》 ^[46]	湿热变化疔风,即大麻风	玄参三两,苍术三两,苍耳子一两,蒲公英一两,桔梗三钱,金银花二两,水煎,每日作1服。
化鱼汤	《洞天奥旨》 ^[46]	便毒、鱼口	大黄一两,金银花五两,蒲公英五钱,归尾一两,荆芥三钱,水2碗,煎1碗,服2剂即消。
解暑败毒散	《洞天奥旨》 ^[46]	祛暑辟秽,化温解毒,治时毒暑疔	香薷6克,蒲公英6克,青蒿6克,茯苓6克,甘草3克,归尾3克,黄芩1.5克,黄连1.5克,大黄2.4克,天花粉4.5克,水煎服。十岁小孩如此,大人增半,小儿五岁者减半。
立消汤	《洞天奥旨》 ^[46]	治痈疽发背或生头项,或生手足臂庭、腰脐之间、前阴粪门之际,无论阴毒阳毒,未溃即消,已溃即敛	蒲公英一两,金银花四两,当归二两,玄参一两。水煎,饥服。此方既善攻散诸毒,又不耗损真气。可多服久服,俱无碍也。即治肺痈、大小肠痈,无不神效。
五味消毒散	《医宗金鉴》 ^[47]	清热解毒,消散疔疮	金银花20克,野菊花15克,蒲公英15克,紫花地丁15克,紫背天葵子15克,水一盅,煎八分,加无灰酒半盅,再滚二三沸时,热服,被盖出汗为度。
保肺汤	《医林纂要》 ^[39]	去热解毒,佐以升散	金银花一两,元参八钱,人参三钱,蒲公英一钱,天花粉一钱,黄芩五分,麦门冬一钱,生甘草一钱,桔梗一钱,煎煮,分两次服。
降龙汤	《医林纂要》 ^[39]	升阳去郁,主治蛇伤	白芷一两,夏枯草一两,蒲公英一两,紫花地丁一两,生甘草三钱,白矾三钱,贝母三钱,作一大剂,煎服。
丁壬汤	《医林纂要》 ^[39]	对口,背疽	金银花三钱,蒲公英一钱,紫花地丁一钱,羌活一钱,独活一钱,防风五分,当归一钱,生黄耆一钱,生甘草一钱。
葱蒲膏	《圣济总录》 ^[48]	主治恶刺	葱白1握,蒲公英五两,豉1合,上捣烂。
地丁膏	《惠直堂经验方》 ^[49]	主治乳吹,治一切毒	黄花地丁(即蒲公英)八两,紫花地丁八两,以长流水洗净,用水熬汁,去滓,又熬炮制成膏。
荆防牛蒡汤	《金鉴》 ^[50]	外吹乳初起。因乳母肝胃气浊,更兼子吮乳睡熟,鼻孔凉气袭入乳房,与热乳凝结,以致乳房肿痛,寒热往来,烦躁口渴者	荆芥一钱,防风一钱,牛蒡子(炒,研)一钱,金银花一钱,陈皮一钱,花粉一钱,黄芩一钱,蒲公英一钱,连翘(去心)一钱,皂刺一钱,柴胡五分,香附子五分,甘草(生)五分上,用水2钟,煎至8分,食远服。
拌蒲公英	《中华野味野菜谱》 ^[51]	清热解毒,利尿散结	蒲公英500g去杂洗净,入沸水锅焯透,捞出洗净,挤干水切碎放盘内,加入精盐、味精、蒜泥、麻油,食时拌匀。
蒲公英炒肉丝		解毒散结,滋阴润燥	蒲公英250g去杂洗净,入沸水锅焯下,捞出洗净,挤水切段。猪肉100g洗净切丝。将料酒、精盐、味精、酱油、葱、姜同放碗中搅匀成芡汁。锅烧热,下肉丝煸炒,加入芡汁炒至肉熟而入味,投入蒲公英炒至入味,出锅即成。
蒲公英粥	《粥谱》 ^[52]	清热解毒,消肿散结。用于治传染性肝炎,慢性胃炎,泌尿系感染,疔疮,痈肿	先将蒲公英40g煎汁去渣,再与粳米50g同煮为稀粥。

3 蒲公英的民族用法

民族医药属于中国传统医药的一部分，也是历史上少数民族创造的具有民族、地域、习俗三大特征的医药文化^[53]。由于生活环境、人文习俗、生活方式等方面的差异，少数民族发展出独特的医药文化，当今社会由于大多数少数民族青年不愿继承老一辈的衣钵，使得少数民族医药不能得到较好的传承。然而，作为非物质文化遗产的民族医药值得我们继承与发展创新^[54]。通过整理《云南民族药志》和《中国民族药辞典》等20本书籍记载的20个民族对蒲公英功效、用途和用量的理解和应用，为现代蒲公英的研发、利用提供了一定的基础经验。

3.1 蒲公英民族药的功效

《中国民族药辞典》和《云南民族药志》等18本书记录了来自20个民族的14种蒲公英的医药用途，见表3。出现频率最高的蒲公英种类分别为蒲公英，西藏蒲公英，川藏蒲公英，碱地蒲公英。在少数民族医药中，蒲公英清热解毒、消肿散结的功效主治风热咳嗽、咽喉肿痛、胃灼痛、热泻、疔疮肿毒、乳痈、肺痈、肠痈、痢疾、热淋、热疔疔疮等证；利尿通淋的功效主治湿热黄疸、男子淋病、热淋涩痛。除此之外，蒙古族还用蒲公英治疗口苦、口渴、发热、胃热、不思饮食、食物中毒、陈热；傣族中蒲公英根部

可治疗小儿黄瘦、老人体弱、黄水疮。少数民族对蒲公英功效的记载和2020版《中国药典》“清热解毒，消肿散结，利尿通淋，用于疔疮肿毒，乳痈，咽痛，肺痈，肠痈，湿热黄疸，热淋涩痛”大致相同。现代研究表明蒲公英有明显的抗炎、抗氧化、抗过敏和抗肿瘤等药理作用^[55]，证实了少数民族医药的科学性，并发掘了民族医药的可信性和可行性。

3.2 民族医药中蒲公英的用法用量和处方

少数民族对蒲公英的认识和使用，是历代医药通过长期实践积累的医药用财富，对中医药的发展有借鉴意义。本文梳理了14个民族的37个蒲公英附方，包含乳腺炎、上呼吸道感染、胃炎、胆囊炎、盆腔炎消化不良、便秘、尿路感染、蚊虫叮咬、乳痈等32种病证，见表4。通过整理复方中蒲公英配伍药材共82种，蒲公英常与金银花、甘草、黄芩、黄连、大黄等配伍，配伍金银花、黄芩、黄连等药材，有清热解毒的作用，可增强蒲公英的药效，辅助治疗。蒲公英内治法和外治法都有广泛应用，其主要以全草入药，如内治法，满族用蒲公英配伍茵陈、栀子、大黄等水煎服治疗湿热黄疸；外治法，用鲜蒲公英捣烂，外敷患处治疗蛇虫咬伤；布依族用蒲公英50g水煎服，另取50g捣烂，敷于患处治疗乳腺炎等。内治法多以炖肉食用或水煎、泡酒，外治法多为外敷。

表3 蒲公英的民族功效

民族	名称	民族药名	功效及主治
苗	蒲公英 Taraxacum mongolicum Hand.-Mazz.	蛙本反、锐务芒	清热解毒消肿散结，利尿通淋。主治疗疮肿毒，乳痈，目赤，咽痛，肺痈，湿热黄疸 ^[56] 。
藏	锡金蒲公英 Taraxacum sikkimense Hand.-Mazz.	库尔芒、克尔芒、哇库尔嘎	清热解毒，消肿散结，利尿通淋，胆囊炎，胃肠炎，溃疡，急性扁桃腺炎，咽喉炎，肝炎，急性阑尾炎，流行性腮腺炎，骨髓炎上呼吸道感染，外用治疮疖痈肿 ^[57] 。
	短喙蒲公英 Taraxacum brevistrore Hand.-Mazz.	芒	
	大头蒲公英 Taraxacum calanthodium Dahlst.		
	粉绿蒲公英 Taraxacum dealbatum Hand.-Mazz.		
	毛柄蒲公英 Taraxacum eriopodum DC.		
	异苞蒲公英 Taraxacum heterolepis Nakai.et H.Koidz		
水	川甘蒲公英 Taraxacum lugubre Dodin.		
	川藏蒲公英 Taraxacum macrocarpum Dahlst.		
	蒲公英 Taraxacum mongolicum Hand.-Mazz.	五花血	清热解毒，消痈散结。用于女子不孕、无名肿毒、男子淋病 ^[58] 。
侗	蒲公英 Taraxacum mongolicum Hand.-Mazz.	骂菩姑	清热解毒，消肿散结，利尿通淋。用于治疗疔疮肿毒，乳痈，瘰疬，目赤，咽痛，肺痈，肠痈，湿热黄疸，热淋涩痛 ^[59] 。
仡佬	蒲公英 Taraxacum mongolicum Hand.-Mazz.	农茂色、假不改、刚拉马阿	清热解毒，消肿散结，利尿通淋。用于急性胃炎 ^[60] 。
毛南	蒲公英 Taraxacum mongolicum Hand.-Mazz.	妈累暗	清热解毒，消肿散结，利尿通淋。用于慢性胃炎 ^[61] 。

续表

土家	蒲公英 Taraxacum mongolicum Hand.-Maz.	一把伞	清热解毒, 消肿散结。用于风热咳嗽, 咽喉肿痛, 胃灼痛, 热泻, 胆瘕, 乳痈, 肠痈, 痢疾, 热淋, 热疔疔疮 ^[62] 。
壮	蒲公英 Taraxacum mongolicum Hand.-Maz.	棵凜给	清热毒, 除湿毒, 散结肿, 调谷道。用于咽痛, 肺痈, 肠痈, 黄疸, 淋证, 目赤, 胃痛, 疔疮, 乳痈, 瘰疬 ^[63] 。
满	碱地蒲公英 Taraxacum borealisinense Kitam.		
哈尼	蒲公英 Taraxacum mongolicum Hand.-Maz.	Bambiboro	清热解毒, 消肿散结, 利湿通淋。主要治疗乳痈、疔毒肿痛、肠痈腹痛、肺痈、咽喉肿痛、目赤肿痛、热淋涩痛等症 ^[64] 。
蒙古	蒲公英 Taraxacum mongolicum Hand.-Maz.	阿克莪罕	清热解毒, 凉血散结, 利尿催乳。主治上呼吸道感染、眼结膜炎、流行性腮腺炎、高血糖、乳痈肿痛、胃炎、痢疾、肝炎、胆囊炎、急性阑尾炎、泌尿系感染, 盆腔炎, 痈疔疔疮, 咽炎, 急性乳腺炎, 淋巴腺炎, 瘰疬, 疔毒疮肿、急性结膜炎、感冒发热、急性扁桃体炎、急性支气管炎、尿路感染 ^[65] 。
	白缘蒲公英 Taraxacum platyepidum Diels.	巴嘎巴盖 - 其格	清热解毒, 平息“协日”, 开胃。用于治乳痈, 瘟疫, 淋巴结炎, 黄疸, 口苦, 口渴, 发烧, 胃热, 不思饮食, “宝日”病, 食物中毒, 陈热 ^[66] 。
	东北蒲公英 Taraxacum ohwianum Kitam.		
	异苞蒲公英 Taraxacum heterolepis Nakai et Koidz. ex Kitag.		
	华蒲公英 Taraxacum sinicum Kitag.		
傈僳	蒲公英 Taraxacum mongolicum Hand.-Maz.	阿纳拉切白、阿拿拉茄百	清热解毒, 消痈散结。根治急性乳腺炎, 淋巴腺炎, 疔毒疮肿, 急性扁桃腺炎, 急性气管炎, 肾炎, 胆囊炎, 尿路感染, 各种结核。全株治上呼吸道感染, 急性扁桃腺炎, 流行性腮腺炎, 急性乳腺炎, 急性阑尾炎, 尿路感染, 肝炎, 目赤肿痛, 乳汁不通; 外用于疮痍, 毒蛇咬伤 ^[67] 。
怒	蒲公英 Taraxacum mongolicum Hand.-Maz.	丽卡尼	清热解毒, 消痈散结。乳痈, 肺痈, 肠痈, 疔毒疮肿, 目赤肿痛, 感冒发热, 咳嗽, 咽喉肿痛, 胃火, 肠炎, 痢疾, 肝炎, 胆囊炎, 尿路感染, 蛇虫咬伤 ^[68] 。
布依	蒲公英 Taraxacum mongolicum Hand.-Maz.	那命麻	全草用于治乳腺炎 ^[57] 。
朝	蒲公英 Taraxacum mongolicum Hand.-Maz.	敏得儿咧	全草用于痛疮, 咽喉病及肝肾湿热证 ^[57] 。
傣	蒲公英 Taraxacum mongolicum Hand.-Maz.	德傣	根治小儿黄瘦。老人体弱, 黄水疮 ^[57] 。
	西藏蒲公英 Taraxacum tibetanum Hand.-Mazz.		
独龙	蒲公英 Taraxacum mongolicum Hand.-Maz.	帕奴阿	全草治上呼吸道炎症, 胃炎, 胆囊炎, 盆腔炎 ^[57] 。
鄂伦春	蒲公英 Taraxacum mongolicum Hand.-Maz.	蒲公英	带根全草治急性乳腺炎, 淋巴腺炎, 疔毒疮肿, 急性结膜炎, 感冒发热, 急性扁桃腺炎, 急性支气管炎, 胃炎, 肝炎, 胆囊炎, 尿路感染, 妇女产后腹痛, 子宫遗血不出, 乳少 ^[57] 。
	西藏蒲公英 Taraxacum tibetanum Hand.-Mazz.		
羌	川藏蒲公英 Taraxacum macrocarpum Dahlst.	婆口丁、公英、黄花地丁	全草治上呼吸道感染, 扁桃腺炎, 流行性腮腺炎, 急性乳腺炎(早期未脓化), 慢性胃炎, 胃溃疡 ^[57] 。 全草治疮疽症, 湿热疮毒, 咽喉肿痛; 全草外敷治痈疮肿毒, 乳腺炎 ^[55] 。
维吾尔	碱地蒲公英 Taraxacum borealisinense Kitam.	石布厄莫斯 马木卡甫	全草治“希日”热, 黄疸, 乳腺肿大, 瘟疫, 食欲不振, 中毒, “包味、得斯格部、如巴达干”, 胃热, 陈热 ^[57] 。

表 4 蒲公英的民族附方

民族	治疗症状	用法用量及附方
布依	乳腺炎	蒲公英 50g, 水煎服; 另取 50g 捣烂, 敷患处 ^[69] 。
阿昌	上呼吸道炎症, 胃炎, 胆囊炎, 盆腔炎	蒲公英干品 9 ~ 24g, 鲜品 30 ~ 60g ^[69] 。
傣	上呼吸道炎症, 胃炎, 胆囊炎, 盆腔炎。	蒲公英干品 9 ~ 24g, 鲜品 30 ~ 60g, 水煎服 ^[69] 。
苗	乳腺炎	鲜蒲公英 20g, 水煎服, 并将全草捣烂, 加白酒炒热外敷患处 ^[69] 。
	疥疮	蒲公英 15g, 千里光 20g, 煎水去渣, 将汁熬成糊状, 直接涂患处 ^[69] 。
	肾炎	蒲公英 30g, 红牛膝 30g, 三颗针 30g, 水煎服 ^[69] 。

续表

	慢性胃炎、胃溃疡	蒲公英根 90g, 青藤香、白及、鸡蛋壳各 30g, 研末, 每次 3g, 开水吞服 ^[69] 。
	预防小儿麻疹后感染	蒲公英 15g, 煨水服 ^[69] 。
藏	胃病, 食欲不振等症	蒲公英根 150g, 多穗蓼根 120g, 唐古特青兰 135g, 胡洪连 105g, 翼首草 90g, 尼泊尔紫堇 90g, 白花秦艽 90g, 以上七味研磨成细散或制丸, 两者择一, 每服 1.5g ^[69] 。
	胃病, 肝胆病	唐古特青兰 30g, 碱花 35g, 琼西泽堆 25g, 大黄根 20g, 蒲公英根 5g, 以上五味研磨成细散或制丸, 两者择一, 每服 3g ^[69] 。
德昂	上呼吸道炎症, 胃炎, 胆囊炎, 盆腔炎	蒲公英干品 9 ~ 24g, 鲜品 30 ~ 60g ^[69] 。
彝	高热昏迷	蒲公英根 30g, 刺黄连根 30g, 蝉蜕 6g, 水煎服 ^[69] 。
	泻泄	蒲公英 25g, 水煎服 ^[69] 。
	乳结核	蒲公英 15g, 当归尾 15g, 赤芍 15g, 紫河车 10g, 白芷 10g, 粉瓜蒌 50g, 大贝母 20g, 天花粉 15g, 穿山甲 7.5g, 连翘 15g, 制没药 10g, 乳香 10g, 水煎服 ^[69] 。
	催乳	蒲公英 15g, 瓜蒌、贝母、归尾、柴胡、青皮、橘叶、连翘、甘草各适量, 水煎服 ^[69] 。
	疔疮	蒲公英 20g, 紫花地丁、银花、杭白菊、粉甘草各适量, 水煎服 ^[69] 。
	乳痈	蒲公英 12g, 地骨皮 30g, 皂刺 5g, 生甘草 5g, 水煎服。5g, 青皮 10g, 柴胡 10g, 玉片 5g, 地骨皮 30g, 皂刺 5g, 生甘草 5g, 水煎服 ^[69] 。
	鼻衄、泻泄	蒲公英根、刺黄连根、蝉蜕各适量, 水煎服 ^[69] 。
景颇	上呼吸道感染, 胃炎, 胆囊炎, 盆腔炎	蒲公英干品 9 ~ 24g, 鲜品 30 ~ 60g ^[69] 。
水	不孕	蒲公英、石菖蒲、地甘子、四块瓦、水杨柳、活血莲、十大功劳、路边黄、南布正、筋骨草、钩藤、珍珠菜各适量, 水煎兑少许酒服 ^[58] 。
	无名肿痛	蒲公英、八角莲、野葵各等份, 捣碎, 敷于患处 ^[59] 。
	男子淋病	蒲公英、何首乌块根、金银花、白木槿花各 9g, 水煎服 ^[58] 。
佤佬	急性胃炎	蒲公英 1 株、紫背天葵 3 株、路边芹 1 株、野芥 1 个, 用淘米水研细取汁, 内服 ^[60] 。
毛南	小儿流行性腮腺炎	鲜蒲公英 20g, 捣碎加鸡蛋清 1 个, 白糖少许, 调成糊状, 外敷患处 ^[60] 。
	急性扁桃体炎	蒲公英干品 120g/日, 病重患者 180g/日, 水煎服 ^[61] 。
土家	乳痈	蒲公英、忍冬藤各 30g, 水煎服 ^[70] 。
	急性乳腺炎	蒲公英 60g, 香附 30g, 每日 1 剂, 煎服 2 次 ^[70] 。
	急性结膜炎	蒲公英、金银花各 30g, 栀子 10g, 水煎服 ^[70] 。
壮	乳痈, 疔疮, 皮肤溃疡, 眼疾肿痛	蒲公英 30g, 水煎服 ^[71] 。
	消化不良, 便秘	鲜蒲公英 30g, 水煎服 ^[71] 。
	尿路感染	蒲公英 30g, 水煎服 ^[71] 。
	蚊虫叮咬	鲜蒲公英适量, 捣烂敷患处 ^[70] 。
满	乳痈	蒲公英水煎服或配伍瓜蒌、金银花、牛蒡子组方水煎服 ^[65] 。
	疔毒肿痛	蒲公英配伍野菊花、紫花地丁、金银花组方水煎服 ^[65] 。
	肠痈腹痛	蒲公英配伍大黄、牡丹皮、桃仁等水煎服 ^[65] 。
	肺痈	蒲公英配伍鱼腥草、冬瓜仁、芦根水煎服 ^[65] 。
	咽喉肿痛	蒲公英配伍知母、板蓝根、玄参等水煎服 ^[65] 。
	热淋涩痛等症	蒲公英配伍白茅根、金钱草、车前子水煎服 ^[65] 。
	湿热黄疸	蒲公英配伍茵陈、栀子、大黄等水煎服 ^[65] 。
	肝火上亢引起的目赤肿痛	蒲公英配伍菊花、夏枯草、黄芩等水煎服 ^[65] 。
	蛇虫咬伤	鲜蒲公英捣烂, 外敷患处 ^[65] 。

4 小结

蒲公英的异名多达 14 个, 多以功效、象形物和产地命名。蒲公英作为药食同源植物历史悠久, 唐代《新修本草》最早记载了蒲公英食药的使用, 食用多

于药用。在历代本草的记载中, 蒲公英味甘、平, 无毒, 主治“主妇人乳痈肿, 水煮汁饮之, 及封之, 立消”。少数民族由于生活环境多样, 人文风俗习惯和生活方式等有所不同, 从而形成了独特的医药文化。

少数民族记载入药的蒲公英品种多达 14 种, 由此可见少数民族对蒲公英各品种都有其应用, 其记载的蒲公英功效有清热解毒、消肿散结、利湿通淋, 主要治疗乳痈、疔毒肿痛、肠痈腹痛、肺痈、咽喉肿痛、目赤肿痛、热淋涩痛等症, 与现代中医药相一致。

4.1 蒲公英的资源与开发利用

2020 版《中国药典》规定蒲公英为菊科植物蒲公英 *Taraxacum mongolicum* Hand.-Mazz.、碱地蒲公英 *Taraxacum borealisinense* Kitam. 或同属数种植物的干燥全草。本研究统计发现, 民间常把其他蒲公英属植物当作中药蒲公英使用, 用药品种多达 14 种, 基本符合 2020 版《中国药典》中规定的同属数种植物。蒲公英属植物中含有丰富的黄酮类、倍半萜类、香豆素类及酚酸类等多种化合物, 有显著的抗炎、抗氧化、抗过敏和抗肿瘤等药理作用^[55]。由于蒲公英为药食同源药物, 味道鲜美, 风味独特, 营养丰富, 可生食, 无污染, 并可开发出多种保健产品, 如蒲公英制成的小包装软罐头, 可作为普通的保健蔬菜; 将蒲公英新鲜全草洗净榨汁, 再配用其他辅料制成饮料, 为清热解暑之佳品。随着蒲公英各种产品的开发, 人们对蒲公英的需求逐渐增加, 今后可利用现代技术, 使其更多资源得到充分利用。

4.2 民族医药的继承与发展创新

民族医药是少数民族千百年医药经验的结晶, 是我国宝贵的医药财富, 值得我们传承和发展创新。但目前民族医药缺乏系统化管理, 导致无法规范用药, 这就需要建立系统化方案来规范其使用。从上述整理的蒲公英民族用法以及附方中发现, 蒲公英在民族用法中多有清热解毒、消肿散结、利湿通淋等功效, 并在附方中对其功效有所体现, 与 2020 版《中国药典》中记载的功效也基本一致; 虽然少数民族对蒲公英的使用多基于丰富的经验, 是我国医药中重要知识财富, 也是后续挖掘研究的重要材料, 但就本身认识而言, 依然存在如用法用量不准确、机制及机理不明确等问题, 还需进一步验证和研究。

5 参考文献

- [1] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典 2020 版(一部) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2020:614.
- [2] 郭文场, 杨柏明. 蒲公英资源的利用[J]. 吉林蔬菜, 1998(4):19.
- [3] 林云, 江林, 蒋健, 等. 蒲公英的药理作用研究进展[J]. 中国现代中药, 2011, 13(8):42-47.
- [4] 吴晓春. 蒲公英的研究与应用[J]. 药学实践杂志, 2002, 20(4):246-248.
- [5] 虞靖彬, 马娟. 蒲公英清胃止痛功效研究[J]. 山东中医杂志, 2009, 28(9): 668-669.
- [6] 付晨青, 何立威, 王秀萍, 等. 药食同源蒲公英的开发应用研究现状与展望[J]. 陕西农业科学, 2021, 67(5):86-88.
- [7] 聂文佳, 徐帅师, 张咏梅. 蒲公英有效成分及其药理作用研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2022, 22(7):140-145.
- [8] 孟然, 薛志忠, 鲁雪林, 等. 蒲公英的功效成分与药理作用研究进展[J]. 江苏农业科学, 2021, 49(9):36-43.
- [9] 蒋喜巧, 苗明三. 蒲公英现代研究特点及分析[J]. 中医学报, 2015, 30(7):1024-1026.
- [10] 贾铭. 饮食须知[M]. 刘焯, 注译. 西安: 三秦出版社, 2005:9.
- [11] 李时珍. 本草纲目[M]. 福州: 福建科学技术出版社, 2020:1.
- [12] 寇宗奭. 本草衍义[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2018:1.
- [13] 何丙郁, 赵令杨. 宁王朱权及其庚辛玉册[M]. 香港: 香港大学中文系, 1983.
- [14] 苏颂. 本草图经[M]. 尚志钧辑校. 合肥: 安徽科学技术出版社, 1994:302.
- [15] 兰茂. 滇南本草[M]. 昆明: 云南人民出版社, 2017:288-289.
- [16] 袁昌齐. 蒲公英的本草论证和种类鉴别[J]. 中国野生植物资源, 2001(3):6-817.
- [17] 唐苏敬等. 新修本草[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1959.
- [18] 孙思邈. 千金翼方[M]. 鲁兆麟, 点校. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1997.
- [19] 唐慎微. 证类本草[M]. 郭君双, 校注. 北京: 中国医药科技出版社, 2011.
- [20] 朱橚. 救荒本草英汉对照[M]. 范延妮, 译. 苏州: 苏州大学出版社, 2019:349.
- [21] 陈嘉. 本草蒙筌[M]. 陆拯, 赵法新, 校点. 北京: 中国中医药出版社, 2013:1.
- [22] 张璐. 本经逢原[M]. 北京: 中医古籍出版社, 2017:68.
- [23] 吴仪洛. 本草从新[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2015:155.
- [24] 汪昂. 本草备要[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2019:67.
- [25] 施雯, 洪炜. 得配本草[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2000:12.
- [26] 黄宫. 本草求真[M]. 赵贵铭, 点校. 太原: 山西科学技术出版社, 2012:20-21.
- [27] 张山雷. 本草正义[M]. 程东旗, 点校. 福州: 福建科学技术出版社, 2006:191.
- [28] 姚澜. 本草分经[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015:12.
- [29] 吴其浚. 植物名实图考[M]. 北京: 商务印书馆, 1957.
- [30] 李新. 草木便方[M]. 重庆: 重庆出版社, 2003.
- [31] 陈其瑞. 本草撮要[M]. 陈蕙亭, 辑. 上海: 上海科学技术出版社, 1985:2.

- [32] 张秉成. 本草便读 [M]. 上海: 上海卫生出版社, 1958.
- [33] 中国科学院. 中国植物志 [M]. 北京: 科学出版社, 1978.
- [34] 国家中医药管理局. 中华本草 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1999:986.
- [35] 李中梓. 雷公炮制药性解 [M]. 张家玮, 赵文慧, 校注. 北京: 人民军医出版社, 2013.
- [36] 张介宾. 景岳全书 [M]. 赵立勋, 主校. 北京: 人民卫生出版社, 1991.
- [37] 缪希雍. 神农本草经疏 [M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2013.
- [38] 朱震亨. 本草衍义补遗 [M]. 丁立维, 竹剑平, 校注. 北京: 中国中医药出版社, 2021.
- [39] 汪绂. 医林纂要探源 [M]. 江凌圳, 校注. 北京: 中国中医药出版社, 2015.
- [40] 朱棣. 救荒本草彩色药图 [M]. 贵阳: 贵州科技出版社, 2017.
- [41] 滑浩. 野菜谱 [M]. 两浙督学周南李际期宛委山堂, 清顺治.
- [42] 陈士铎. 本草新编 [M]. 柳长华, 徐春波, 校注. 北京: 中国中医药出版社, 1996.
- [43] 王士雄. 随息居饮食谱 [M]. 宋咏梅, 张传友, 点校. 天津: 天津科学技术出版社, 2003.
- [44] 陈实功. 外科正宗 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1956.
- [45] 龚信, 龚廷贤. 古今医鉴 [M]. 王肯堂订补, 熊俊校注. 北京: 中国医药科技出版社, 2014.
- [46] 陈士铎. 洞天奥旨 [M]. 柳璇, 宋白杨, 校注. 北京: 中国医药科技出版社, 2019.
- [47] 吴谦. 石医宗金鉴 [M]. 学文, 点校. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1997.
- [48] 赵佶. 圣济总录 200 卷 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1962.
- [49] 陶承熹. 惠直堂经验方 [M]. 伊广谦, 张慧芳, 点校. 北京: 中医古籍出版社, 1994.
- [50] 萧绎. 金鉴 [M]. 曹冈解, 译. 呼和浩特: 内蒙古人民出版社, 2005.
- [51] 蔡光焰. 中华野味野菜谱 [M]. 北京: 中国农业科技出版社, 1995:149-150.
- [52] 王晓鹤. 粥谱 [M]. 太原: 山西科学技术出版社, 1993:401.
- [53] 诸国本. 大力扶持民族医药繁荣我国医药科学 [J]. 中国中药杂志, 2012,37(16)2341.
- [54] 诸本国. 珍惜、尊重和继承民族民间医药 [J]. 云南中医学院学报, 2006(S1)-3.
- [55] 李雨泽, 时志春. 兴安蒲公英乙酸乙酯萃取物化学成分研究 [J]. 齐齐哈尔大学学报 (自然科学版), 2022,38(3):57-59.
- [56] 张敬杰, 邹娟. 苗族药物彩色图谱 [M]. 贵阳: 贵州科技出版社, 2017:307.
- [57] 贾敏如, 张艺. 中国民族药辞典 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2016:810.
- [58] 赵能武, 杨玉涛. 水族药物彩色图谱 [M]. 贵阳: 贵州科技出版社, 2017:213.
- [59] 刘亚华. 侗族药物彩色图谱 [M]. 贵阳: 贵州科技出版社, 2017:196.
- [60] 王华南. 仡佬族药物彩色图谱 [M]. 贵阳: 贵州科技出版社, 2017:189.
- [61] 孙济平. 毛南族医药 [M]. 贵阳: 贵州民族出版社, 2006:338.
- [62] 彭芳胜, 杨光忠. 土家医治毒药物集 [M]. 北京: 中医古籍出版社, 2014:75.
- [63] 滕红丽, 梅之南. 中国壮药资源名录 [M]. 北京: 中医古籍出版社, 2014:272.
- [64] 刘淑云, 宋柏林. 中国满族医药 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015:304.
- [65] 付开聪. 哈尼族药用植物 [M]. 北京: 中医古籍出版社, 2015:114.
- [66] 内蒙古植物志编辑委员. 内蒙古植物志 [M]. 呼和浩特: 内蒙古人民出版社, 1985:328.
- [67] 贾敏如, 李星炜. 中国民族药志要 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2005:197-199.
- [68] 周元川, 郑进. 怒江流域民族医药 [M]. 昆明: 云南科技出版社, 2010:175-176.
- [69] 云南省药物研究所. 云南民族药志·第4卷 [M]. 昆明: 云南民族出版社, 2009:413.
- [70] 方志先, 赵晖, 赵敬华. 土家族药物志·下 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2007:1134.
- [71] 钟鸣, 黄瑞松, 梁启成. 中国壮药学 [M]. 南宁: 广西民族出版社, 2016:133.

[2023-02-12 收稿]

新形势下公共卫生专业学位研究生培养模式探索

赵丹丹 武英 李倩 范红敏 李云*

【摘要】 在公共卫生专业学位研究生培养过程中，注重公共卫生研究生的实践能力培养，可以为新时代国家卫生健康事业的发展提供德能兼备的高层次、应用型公共卫生专业人才，助力“健康中国”战略。因此提出了公共卫生专业学位研究生培养模式构建方法。

【关键词】 公共卫生；研究生培养；培养模式

中图分类号 G643 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)16-1273-02

Exploration on the training mode of public health graduate students in the new situation Zhao Dandan, Wu Ying, Li Qian, Fan Hongmin, Li Yun. School of Public Health, North China University of Science and Technology, Tangshan 063210, China

【Abstract】 In the process of cultivating postgraduates with degrees in public health, we should pay attention to the cultivation of the practical ability of postgraduates in public health, it can provide high-level and applied public health professionals with both moral and practical abilities for the development of national health cause in the new era, and contribute to the “Healthy China” strategy. This paper puts forward the method of constructing the training mode of graduate students majoring in public health.

【Key words】 Public health; Postgraduate training; Cultivation mode

2020年3月习近平总书记在《求是》杂志发表了重要文章《全面提高依法防控依法治理能力，健全国家公共卫生应急管理体系》，文中指出要健全公共卫生服务体系，加强公共卫生队伍建设。作为公共卫生队伍建设的重要一环，公共卫生专业学位研究生的培养承担着公共卫生人才培养的重任。

几十年来，中国的公共卫生教育发展迅速，为公共卫生一线输送了大批合格的专门人才。但随着社会经济的发展，特别是“健康中国”上升为国家战略的新形势下，确立了“以促进健康为中心的”大健康观和大卫生观，由“以疾病为中心”向“以健康为中心”转变，中国的公共卫生人才培养短板已经显露，与社会需求不相适应。面对《“健康中国2030”规划纲要》提出的“预防为主”的新要求，在公共卫生研究生的培养中进一步完善培养机制，突出实践和创新能力，探索具有岗位胜任力的人才培养模式，对于未来应对各类突发公共卫生事件、维护疾病防控体系、促进公众健康，都起着至关重要的作用^[1]。为进一步提升公共卫生专业学位研究生培养质量，现对公共卫生的培

养模式进行了评估优化和创新完善。

1 公共卫生专业学位研究生培养模式创新的必要性

公共卫生人才培养是落实“健康中国”战略的理性选择。从2010年起我国首次招收全日制公共卫生专业学位硕士研究生以来，公共卫生硕士招生规模稳定，随着2020年新冠疫情在全球暴发，对公共卫生人才需求大量增加，虽然公共卫生硕士招生规模有所上升，但是人才数量和质量还是不能保证国家对高层次研究生人才需求。这为公共卫生专业研究生的培养提出了更高的要求^[2]。

在实际研究生培养中，很多学校公共卫生专业学位教育与学术学位研究生教育高度雷同，公共卫生专业硕士的人才培养体系目标不明确，课程设置与全日制学术研究生无明显区别，公共卫生专业学位研究生在培养过程中实践能力和应用能力不足，偏重预防，轻应急，缺乏实践课程，也未融入卫生政策、法规、信息处理、医学伦理学、人文学等知识，致使严重影响了公共卫生专业学位教育中公共卫生实践能力的培养^[3-4]。一旦出现应急防疫，实际处理问题的能力薄弱就突显出来。从岗位胜任力出发，注重公共卫生专业学位人才培养的实践能力，可以为新时代国家卫生健康事业的发展提供德能兼备的高层次、应用型公共

基金项目：华北理工大学研究生专业学位综合改革（一般）项目（编号：YB18230221-18）

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

卫生专业人才,助力“健康中国”战略。

2 公共卫生专业学位研究生培养模式构建

培育优秀的公共卫生人才,高校应充分发挥人才输出的社会职能。与时俱进地更新教学观念、内容和方法,加强德育教育,以提升研究生的岗位胜任力为目标进行课程培养和培养环节,修订培养方案,培养公共卫生卓越人才。

2.1 加强德育教育,贯穿公共卫生人才培养整个过程

立德树人是教育之根本。培养医学人才,公共卫生人才不仅需要他们具备精湛的医学专业知识,更要培养他们拥有高尚的职业道德和职业精神。现在高校教育在德育教育方面的方式、方法相对传统,重教书轻育人,重专业轻人文,重智育轻德育。不能很好利用思政课教育渠道开展德育教育,思政课的针对性和实效性不强,不能挖掘医学专业课程中的思想政治教育元素。

高校有良好的校园文化氛围,优秀的师资队伍,有助于理想信念的教育。

第一,要加强理想信念教育。用习近平新时代中国特色社会主义思想武装学生头脑,开展思想政治教育,道德规范教育,增强公共卫生学生的社会责任感和奉献社会的意识^[5]。结合医学专业公共卫生学生的思想特点,通过师生点对点、面对面的教育方式,开展精准化、高效化和综合化的教育教学方法。

第二,推进课程思政建设。将思想政治教育和职业素养教育综合贯穿教学全过程,落实到各门课程、每名教师,挖掘所有医学课程的政治元素和资源,努力培养公共卫生专业学生的社会责任感和公共卫生情怀,实现思想政治教育与医学体系教育相结合。

第三,培养职业精神。实行导师制,采用课堂教学、社会实践及志愿服务等多方面形式,培养公共卫生专业学生树立正确职业观,普及职业生涯规划课程,组织专业实践,帮着学生理解和提高公共卫生职业道德规范。

2.2 修订培养方案

本着专业学位重实践的理念,加强对在校研究生教育管理,以公共卫生岗位胜任能力为目标,根据实

际需要,修订适合的培养方案,在保持传统教学的基础上,从预防为主转变到“大健康”观念,开展教育改革,修改理论知识体系,注重综合素质培养和实践教学,增强职业精神教育,培养复合型公共卫生人才。教学改革需要围绕由“教什么”知识来决定“采用什么样的”教学方法。

2.3 完善公共卫生课程培养和培养环节

注重课程理论与实践的结合,强化实践性,以培养学生分析问题和解决问题的能力为主,并辅以科研能力的培养,进行课程体系优化,开设了流行病学、卫生统计学、公共卫生理论与实践、现场流行病学实践等注重实践能力培养的课程,这些课程是提高研究生毕业后岗位胜任力的必要保证。此外,学校与医院、疾病预防控制中心等部门单位实践教学基地,公共卫生专业学位研究生采用“双导师”制,每名研究生在配备院校导师的同时,聘请有丰富实践经验的主任医师、公共卫生领域专家作为实践指导导师,采用“走出去,请进来”的方式参与授课,组织学生到教学实践基地参加为期3~6个月的公共卫生实践,保障学生可以亲自参加公共卫生的实际工作,加强公共卫生专业人才理论与实践相结合,适应实际工作的需要。

人才培养是公共卫生体系建设的核心和关键。培养具有岗位胜任力的公共卫生卓越人才,构建新型公共卫生培养模式,势在必行。

3 参考文献

- [1] 张玉彬,项予良,何更生,等.新形势下我国公共卫生人才的培养[J].上海预防医学,2023,35(4):408-412.
- [2] 石建伟,徐刚,李雪,等.我国高等院校在公共卫生人才培养中的相关问题及对策思考[J].中华预防医学杂志,2021,55(1):110-113.
- [3] 沈敏,周丹,贾记锋,等.优化公共卫生硕士培养模式,提升岗位胜任力的实践路径研究[J].中华疾病控制杂志,2023,27(3):307-312.
- [4] 齐宝宁,刘辉,吴怡,等.“健康中国”背景下预防医学专业学生实践能力的探讨[J].教育现代化,2019,6(39):17-18.
- [5] 曹松玉,杨叶,陆晓梅,等.公共卫生实践技能课程思政教学评价的探索[J].医学教育研究与实践,2020,28(5):852-854.

[2023-05-18 收稿]

金山表单在医院疫情防控期间医务人员排查及健康管理的应用

李岚

【摘要】 为提高医院疫情防控期间医务人员的排查效率，加强人员分类健康管理的实施，利用金山表单的平台设计各类排查表单，并根据疫情变化及管理要求适时进行优化调整表单内容。通过金山表单的使用，简化了排查的流程，有效地提高了排查的及时性，信息的可靠性，内容的灵活性，为人员的分类健康管理提供了有力的依据。金山表单为医院管理的信息化提供了有力支持。

【关键词】 金山表单；疫情防控；人员排查；健康管理；医务人员

中图分类号 R184 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)16-1275-04

Application of Jinshan form in medical personnel screening and health management during hospital epidemic prevention and control Li Lan. Public Health Department of Wuxi Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangsu Province, Wuxi 214071, China

【Abstract】 To improve the screening efficiency of medical personnel during the epidemic prevention and control period in hospitals, and strengthen the implementation of personnel classified health management. Use the platform of Kingsoft Forms to design various screening forms, and optimize and adjust the form content in accordance with the changes in the epidemic situation and management requirements. The use of Kingsoft Forms simplifies the troubleshooting process, effectively improves the timeliness of troubleshooting, the reliability of information, and the flexibility of content, providing a strong basis for classified health management of personnel. Jinshan Form provides strong support for the informatization of hospital management.

【Key words】 Jinshan Form; Epidemic prevention and control; Personnel screening; Health management; Medical staff

2020年初新冠疫情爆发，国家将新冠病毒感染纳入法定传染病乙类管理，采取甲类传染病的预防和控制措施。随着时间的推移，病毒的致病力较早期明显减弱，2023年初疫情防控措施调整为“乙类乙管”^[1]。在这三年的时间里，为了保障人民群众的生命安全及健康，根据病毒的变异情况，疫情的变化，我国因时因势动态优化调整了各项防控措施，包括：中高风险地区的划分、集中隔离、居家隔离、健康码和行程码的查验、测温、健康监测、核酸检测、预检分诊等等。医疗机构作为疫情防控的主要场所^[2]，医护人员作为防控主力军^[3]，及时监测他们的健康状况，对保障医疗安全和医疗质量、实现院内零传播、医务人员零感染起到了至关重要的作用^[4]。为防止院内院外出现疫情的流行，我院根据上级的政策，针对患者、外来人员的及院内工作人员，结合我院实际防控需求，制定了完善的防控措施及方案。通过建立以我院疫情防控办牵头，公共卫生科落实相关政策规定，并引领各科室（班组）负责人联络并督促执行的工作模式，统筹医院疫情防控及管理工作。

作者单位：214071 江苏省无锡市中医医院公共卫生科

1 早期管理存在的问题

我院共有1600人左右，包括医生、护士、医技人员、药学人员、机关后勤人员，涉及科室（班组）达119个。早期人员流调信息可视化弱、渠道混杂不一。体现如下：个人健康码^[5]和行程卡通过各个科室汇总为压缩包发至公共卫生科，科室工作人员需逐个解压再行查看，存在检查遗漏风险，且查看效率低，数据可视化差；收集渠道混杂，包括：院内OA系统、微信等渠道。整套流程混乱、出错率高、遗漏率高、效率低下。

2 金山表单介绍

金山表单是金山文档旗下的一款专业的信息收集工具，适用于多场景，如：信息统计、问卷调查、考试测评、投票、接龙等。可依据用户需求选用相应模板自由创建表单，内容可根据需求自行设定，包括个人资料、文件、图片等信息收集。数据收集过程中，仅管理员可见具体数据，安全性强，不涉及个人隐私泄露等问题。可通过金山表单实现高速信息收集、并自动生成信息汇总表，便于后续数据处理分析。

3 金山表单在医院疫情管理过程中的应用

3.1 实现医护人员流调数据可视化

数据可视化有利于发挥数据价值^[6]。通过网页或微信小程序进行表单创建,点击新建空白表单即可进入表单的编辑界面。依据需要采集的流调信息进行表单设置,首先是标题,然后根据需求选择合适的题型(如单选题、多选题、图片题等)进行题目的逐一添加,针对个人基本信息采集需求输入:姓名、性别、工号、科室、联系方式。科室如果设置为一般的填空题就会出现填写的时候不统一,不利于后期的统计。针对这一特性,对科室的设置选用了多段选择题,将所有科室按照内科、外科、妇儿科、门急诊、机关后勤五类进行了分类,并可将此设置进行个性化保存,利于之后的科室数据统一、提高科室数据采集便捷性。此外,金山表单也在不断更新升级,上传健康码和行程卡图片时早期没有自动识别功能,经产品升级后,可自动识别健康码日期及通过健康码颜色进行风险判断,还有疫苗接种及核酸检测相关信息。经升级后,行程卡也可识别出途经城市的名字,通过星号判断城市分区(即高风险区、低风险区,随疫情政策调整后取消^[7]),以及行程卡日期是否为当日。经过一段时间数据收集后,发现流程中缺乏人员近期到访或居住的城市相关信息,另行增设相关地址选项,补充填写具体的到访地,精确到省、市、区(县)。根据需求,表单的题目内容后续可灵活调整,既可以对表单的填写进行设置,又可以对填写者填写次数进行限制,还可以对填写内容进行修改。表单创建完成后可生成链接或二维码,根据各科室实际需求,使用QQ、微信等常用APP进行分享,以便后续填写。为更加便捷地收集数据,我院工作流程统一以二维码的形式,通过微信群聊的方式从公共卫生科每日转发至公共卫生科信息联络员群、考勤群等,再由联络员转发至科室群,实现后台统一回收。二维码还可添加医院相关素材,便于医务人员区分。此外若需新建表单,可调出已创建表单,在此基础上进行微调,提高公共卫生科工作效率。最后,当医务人员完成表单进行提交后,公共卫生科工作人员可查验填表人数,迅速筛选出未填表医务人员,并对收集回来的流调信息进行统一的分析,实现数据可视化。

3.1.1 案例一 员工离锡返锡返岗报备登记表该表单是基于院部的规章制度,倡导工作人员非必要不离锡,确需离锡需要走报备登记的流程,医务人员离锡需填写离锡申请表,并到公共卫生科进行行程报备及接受健康宣教,根据最新的管控措施,公共卫生科还需告知工作人员离锡后到访的城市是否有风险,是否为中

高风险区,以及返锡后的一个管理要求,是否需要集中隔离,居家隔离,还是普通的健康监测,返锡后多久能到岗等。表单内容除个人基本信息外,还有:离锡原因,离锡目的地,离锡日期,离锡交通工具(公共交通需注明航班号或车次),返锡日期,返锡交通工具,返锡后的健康管理要求,返岗日期,个人健康码和行程卡,返岗日的体温,健康检测期间按照规定频次进行核酸检的报告,上传请假时填写的疫情防控承诺书以及个人的确认签名。该表单从创建开始根据不同的防控要求进行过几次内容的微调,该表单填写时间为2022年1-12月,共收到数据1247条,离锡目的地以江苏省内为主,有987人次。交通工具也以自驾为主,相对涉疫风险较低。返锡后有健康管理要求的为116人,涉及居家隔离管理要求的有17人,其余人员均为健康监测,健康检测期从3天到14天不等,在健康监测期间需向社区报备,并按照规定频次进行核酸检测。从上传的健康码和行程卡查看是否有异常情况,上传的核酸报告不仅可以查看是否有阳性结果,也可以查看工作人员是否按照要求完成核酸检测。此份表单的作用还在于提高了对工作人员的排查速度,当有新增的疫情发生的情况,通过对离锡目的地的筛选可以第一时间了解是否有涉疫人员、涉疫人员的数量,根据返锡和返岗的时间了解是否已经完成了健康管理要求,针对突发新增的情况可以点对点联系告知最新的管控要求并严格实施。

3.1.2 案例二 职工两码及核酸采样信息收集表该表单是基于频繁的人员排查任务及医疗机构工作人员核酸应检尽检的要求而设计的,当本地没有疫情发生的时期,常规一周排查两次,如若本地或邻近城市发生疫情的时候,就增加排查频次,在7月4日至7月22日达到了每日一排。表单前几题为人员基本信息,另外增加有:上传本人健康码和行程卡,通过自动识别功能读取有用信息,本人当日体温,有无新冠十大症状,近日内是否有外地旅居史,如有填写详细的省、市、区(县),是否已返回本市,返回的时间,共同生活人员健康码是否有异常,近日是否有外省市旅居史,如有则上传共同生活人员的健康码和行程卡,个人是否按照规定频次完成核酸检测,并上传核酸结果等。此外根据不同阶段的不同要求设置了相对应的问题,比如发生本地疫情的时候增加:本人的常住地址,目前是否有涉疫情况,涉疫的时间,是否已经返岗等。此表单的作用在于通过两码排查关注到本院职工和共同生活家属是否有异常情况,相对应的具体涉疫情况,为本地相关还是异地相关,是否需要健康管理以及员工的个人健康状况,是否均按照规定完成了核酸应检尽检的任务。

3.1.3 案例三 无锡涉疫情况人员登记表 该表单是基于无锡本地疫情发生情况而设计的,前几题依然是个人基本信息,相关问题有:涉疫人员是本人还是直系亲属或其他人员,涉疫人员经流调判定为密接或次密接人员,涉疫日期,具体的涉疫情况说明,本人居住地,社区对本人的具体管理要求,上传返岗前健康管理期间所有的核酸报告等。本表单共收集数据 847 条,其作用在于当发生本地疫情时,可以清楚地了解员工是因为何种原因需要进行健康管理,一般有以下几种情况:接触了阳性患者,本人被赋了黄码或红码,共同生活人员的因素,小区或楼栋被封管控。根据以上情况掌握员工的在岗情况,为合理安排人力资源提供了依据。

3.2 总结

金山表单理论上一份可以收集百万条数据,案例一和案例三是设置一份表单对每个用户不限制填写次数,因员工有多次离锡或多次涉疫情况,案例二为相似的表单通过更改标题日期和内容微调的方式进行多份表单的信息收集。例一和例三收集的数据量相对较小,例二每日均要收集数据 1500~1600 条不等。以上三份实例表单虽然部分内容有重叠,但是在实际使用过程中确实起到了相互补充的作用,促进了我院在收集医务人员流调信息上的工作效率。完善了医务人员完整的流调信息采集流程以及数据可视化,更便于公共卫生科在疫情期间掌握本院工作人员动态^[8],并及时进行医务工作的动态调整,更好地应对疫情管理。

4 金山表单的使用优点

就金山表单本身而言,其使用简便,容易上手,有诸多模板可供使用,且可进行个性化的编辑设计,应用场景广泛。比起传统的共享表格,每条数据仅填写者可见,极大地保护了用户的隐私。作为管理者可一键生成所需汇总表,比起传统的表格数据逐个录入的情况,效率倍增。

就医院的管理来说,金山表单提高了医院的管理水平和办事效率,增加了信息沟通渠道。医院行政效率提高对医院发展至关重要^[9]。信息是行政工作的基本组成要素,行政工作的关键在于处理整合内外部信息并辅助完成各项决策^[10]。金山表单的应用,增强了公共卫生科和临床各科室之间的信息传递,同时数据可视化实现了当日医务人员流调信息可迅速便捷在全院各科室之间传递。这一优势在 2022 年 7 月份无锡暴发疫情时特别显著,当时无锡市梁溪区和新吴区整个处于管控状态,通过表单对职工住址的排查,我院居住于两区的职工约有 600 人,为了减少院内人员感染以及方便院内人员的调动,院部制定了疫情管控

政策,鼓励这两个区的职工非必要不回居住地,进行驻院生活。为保障驻院职工的生活,利用两码排查表单收集的数量确定当日留院员工数,以确保当日医务人员备餐数量。起初只是通过工会统计了当日留院的人数,根据人数进行备餐,但是发现浪费严重,通过表单问题设计这种方式精确统计了需要用餐人数,节约了医院支出。通过金山表单可迅速便捷得知当日驻院、用餐人数,并做到数据在职能科室之间互通,为后勤保障提供强大数据支撑。

5 金山表单实际运用中存在的问题

数据填写方面,由于部分医务人员对平台的部分功能使用不熟练,导致数据的收集存在误差。比如有多次离锡返锡情况,或是多次涉疫情况的人员,按照要求再次扫码填写表单的时候需选择“再填一份”,但是员工在操作时会选择成“修改内容”,从而会把前一次的内容覆盖,导致收集的数据不完整;另一方面,个别员工在进行表单填写时往往会出现阅读选项不仔细的情况,应该选择“否”,却选择了“是”,于是导致了上报信息不准确的情况,需要公共卫生科工作人员进行沟通核实,查验真伪。

数据收集方面,金山表单缺乏相应系统比对功能,虽然简化了信息收集的流程,但在需要全员填写表单的情况下,易出现个别医务人员漏填的情况,需要工作人员核实全院人员名单并比对已填报人员,排查后通知网格联络员对相应人员进行提醒。

6 结论

医院的信息化建设是适应医院高质量发展的要求,不仅能减少医务人员的工作量,也能提升医院管理部门的管理水平^[11]。流行病学调查数据的及时有效整理也能在疫情管控期间为医院管控提供强大后盾^[12]。金山表单在新冠疫情防控期间为医院医务人员的排查,分类健康管理,医院规章制度的执行提供了有力的技术保障。金山表单有功能强大,操作简便,数据查看便捷等优点,提高了人员排查的效率,方便了管理部门之间的信息共享。金山表单不光可以在新冠疫情防控的时候发挥作用,因其使用的场景广泛,也可以在医院的日常管理中推广使用,为医院内部信息沟通提供了一个新渠道,为医院行政提高效率提供可行工具。

7 参考文献

- [1] 刘苏雅,柴嵘.我国取得疫情防控重大决定性胜利[N].2023-02-24.
- [2] 路小娟,陈珏,王钰,等.新型冠状病毒肺炎疫情

经方治疗糖尿病周围神经病变验案 3 则

王欣

【关键词】 糖尿病周围神经病变；芍药甘草汤合四物汤；补阳还五汤；指迷茯苓丸合身痛逐瘀汤

中图分类号 R249;R259 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)16-1278-03

糖尿病周围神经病变(DPN)是一种神经退行性病变,早期表现为感觉神经障碍,临床多以肢体远端对称性麻木、疼痛、冷凉、感觉异常为突出表现^[1],下肢症状较上肢明显,晚期则出现运动神经障碍,如肌力减弱、肌肉萎缩甚至瘫痪。目前西医对 DPN 的发病机制尚未阐明,其发生发展与患者血糖控制不理想、病程长、肥胖等密切相关。治疗上以控制血糖、改善微循环、抗氧化应激等对症治疗,尚无直接有效的治疗方法。临床中运用经方治疗糖尿病周围神经病变取得显著效果。糖尿病周围神经病变在中医属于“痹症”“麻木”“痿证”等范畴,因消渴病日久,耗伤气阴,阴阳气血亏虚,血行瘀滞,脉络痹阻所致。根据中医气血理论,消渴日久,必然耗气伤阴,气虚则血行无力,阴虚则血行艰涩,阳虚则血行受阻。其主要病机以气虚、阴虚、阳虚为本,以瘀血、痰浊为标,血瘀贯穿于始终,多见于虚实夹杂。现将医案 3 则论述如下。

1 芍药甘草汤合四物汤加减医案

患者,男,64岁,2021年3月8日初诊。患者15年前无明显诱因出现口干、乏力并明确诊断为“2作者单位:075000 河北省张家口市,河北北方学院

型糖尿病”。现症见:口干,乏力,多饮,每日饮水量在3000ml,尿量约2500ml,心慌,体重下降,胸闷气短,双目视物模糊,腰膝酸软,双下肢麻木,双足怕热,纳可,寐差,大便调。既往高血压病史5年,冠状动脉粥样硬化性心脏病病史4年。查体:血压152/86mmHg,脉搏77次/分,随机血糖11.6mmol/L,糖化血红蛋白7.7%,胰岛功能:空腹血糖9.53mmol/L、餐后1小时、2小时、3小时血糖分别为:13.62mmol/L、15.33mmol/L、14.64mmol/L,胰岛素空腹、1H、2H、3H分别为8.85uU/ml、16.40uU/ml、23.50uU/ml、17.30uU/ml,C肽空腹、1H、2H、3H分别为0.67nmol/L、0.86nmol/L、1.13nmol/L、1.15nmol/L。双足背动脉搏动正常,双足温度觉、针刺痛觉减退,病理反射未引出。舌质紫暗,苔黄腻,脉涩。中医诊断:消渴病痹症(阴虚血瘀证)。西医诊断:2型糖尿病,糖尿病周围神经病变,高血压2级(极高危),冠状动脉粥样硬化性心脏病。拟养阴活血,揉筋缓急为法,予以芍药甘草汤合四物汤加减:白芍30g,地黄30g,当归15g,川芎15g,玄参30g,牛膝15g,金银花20g,焦栀子15g,桃仁6g,黄芪30g,白术12g,红花12g,丹参10g,厚朴12g,甘草10g。水煎服,日一剂,分早饭后40分钟温服。同时给予门冬胰岛素30注射液早

期间综合医院门诊管理及应对策略[J].海军医学杂志,2022,43(9):910-912.

[3] 刘胤岐,王喆,张纯洁等.新冠病毒感染疫情期间北京市属医院不同岗位医务人员心理健康水平差异分析[J].中国公共卫生,2023,39(4):421-425.

[4] 黄燕,孙蓉,朱鹏瞻,等.新型冠状病毒肺炎疫情防控期间医院工作人员健康监测管理策略探索[J].精准医学杂志,2020,35(2):176-178.

[5] 王建华.防疫健康码:网络社会治理的话语创新与应用——基于语言符号学与系统语用学的视角[J].当代修辞学,2023,(2):51-60.

[6] 毕冉.北京市人口统计数据的信息可视化设计研究[D].北京:北京林业大学,2021.

[7] 行程卡取消星号标记[J].上海信息化,2022,(8):5.

[8] Mogh, Robyn H, M C J. Robust Epidemiological investigations in hospital-based COVID-19 outbreaks cannot be overlooked—even in the era of WGS[J]. The Journal of Hospital Infection, 2023.

[9] 梁时荣,王玮,李毓霞.浅议医院行政管理效率[J].解放军医院管理杂志,2012,19(12):1114-1115.

[10] 张冉.利用OA办公自动化系统助力医院管理效率的提升[J].名医,2021,(13):189-190.

[11] 钊剑.医院信息化建设在医院管理中的作用分析[J].电子元器件与信息技术,2022,6(2):52-53.

[12] 新型冠状病毒肺炎防控方案(第九版)[J].中国病毒病杂志,2022,12(5):331-338.

[2023-04-27 收稿]

20U、晚 18U 皮下注射，早餐前口服苯甲酸阿格列汀片 25mg。二诊：服用汤药 7 剂后，患者腰膝酸软、双下肢麻木、双足怕热有所缓解，夜寐欠安，偶有尿频，舌质紫暗，苔黄腻，脉涩。在原方基础上加炒酸枣仁 12g、桑螵蛸 15g，7 剂，煎服同前。三诊：患者诉腰膝酸软，双下肢麻木，双足怕热减轻，睡眠尚可，舌质暗，苔白，脉弦。予上方续服 14 剂，3 个月后随访患者症状好转，未出现反复。

按：本案患者为老年男性，平素饮食不节，嗜食肥甘厚味，日久损伤脾胃，脾失健运，湿浊内蕴，湿停体内，湿阻则血难行，久必伤阴，阴伤则津亏，血行不畅，脉络瘀滞，症见口干、乏力、多饮、腰膝酸软、双下肢麻木、双足怕热等，舌质紫暗，苔黄腻，脉涩，故为阴虚血瘀之证。治用芍药甘草汤以养阴揉筋缓急，四物汤以补血活血。芍药甘草汤最早主要被运用于治疗伤寒伤阴、筋脉失濡、腿脚痉挛等病证^[2]。芍药养血敛阴，柔肝止痛，甘草可缓急止痛，二药配伍，酸甘化阴，有揉筋止痛功效。糖尿病病程日久，津血耗伤，兼有血瘀，宜扶正祛瘀，方用四物汤加减^[3]。

“久病必虚，久病兼瘀”，久病气血虚弱，多配伍以补益气血类方药，当归补血活血，熟地滋阴补血，川芎为“血中之气药”，活血化瘀，行气止痛。加用丹参、桃仁、红花、黄芪、厚朴、白术活血行气止痛，牛膝强腰膝，引药直达病灶，金银花、焦栀子滋阴清热。芍药甘草汤合四物汤，共奏养阴活血，揉筋缓急之功效，方证相符，故临床应用效果佳。二诊患者症状基本缓解，夜寐欠安，偶有尿频，加酸枣仁 12g 以安神助眠，桑螵蛸 15g 以固精缩尿。随访上述症状消失。

2 补阳还五汤加减医案

患者，男，65 岁，2022 年 12 月 5 日初诊。“2 型糖尿病”病史 23 年，目前应用皮下注射门冬胰岛素 30 注射液早 14U、晚 12U 控制血糖，未系统监测血糖。患者 1 月前无明显诱因出现口干、乏力症状加重，伴有足趾麻木、刺痛感明显。现症见：口干、乏力，双目视物模糊，头晕沉，偶有胸闷、心慌，无胸痛、气短等不适，四肢末端麻木，手指、足趾麻木刺痛感明显，胃纳差，偶有胃胀、反酸，夜寐可，小便尚可，大便干稀不调，2 ~ 3 次 / 日。既往冠状动脉粥样硬化性心脏病病史 20 余年。查体：血压 125/73mmHg，脉搏 64 次 / 分，随机末梢血糖 11.2mmol/L，双下肢无水肿，双足背动脉搏动正常，双足位置觉、温度觉、震动觉减退，舌质暗红，边有瘀点，苔薄白，脉细涩。肌电图示：周围神经传导：腓总、胫总神经运动传导正常范围，感觉传导波幅下降。皮肤感觉反应：上、下肢正常范围。肌电图提示：双下肢所检周围神

经传导功能障碍。中医诊断：消渴病痹症（气虚血瘀证）。西医诊断：2 型糖尿病，糖尿病周围神经病变，冠状动脉粥样硬化性心脏病。以补气活血，化瘀通络为治疗大法，方予补阳还五汤加减：黄芪 50g，当归尾 12g，川芎 15g，赤芍 12g，桃仁 10g，红花 12g，地龙 12g，桑枝 10g，桂枝 10g，川牛膝 15g，吴茱萸 3g，煅瓦楞子 12g。水煎服，日一剂，分早晚饭后 40 分钟温服。同时给予甘精胰岛素注射液睡前 20U，口服盐酸二甲双胍片 0.5g / 次，3 次 / 日，阿卡波糖咀嚼片 50mg / 次，3 次 / 日，控制血糖。二诊：患者服用汤药 7 剂后四肢末端麻木，手指、足趾麻木刺痛感稍有改善，胃胀、反酸症状减轻。守原方服用 7 剂。三诊患者诉食欲稍差，无胃胀、反酸，舌质暗红，边有瘀点，苔薄白，脉细涩。予上方加焦山楂 15g、焦麦芽 15g，14 剂。三诊：患者上述症状皆缓，续服 14 剂，3 个月后随访患者症状未反复。

按：本案患者主要表现口干、乏力，足趾麻木，肌电图提示双下肢所检周围神经传导功能障碍。中医拟为消渴病痹症，舌质暗红，边有瘀点，苔薄白，脉细涩，中医辨证为气虚血瘀证。患者久病气虚，气虚则无以行血，血行不畅，气血瘀滞，结合患者症状、舌脉分析，此为气虚血瘀证，予以补阳还五汤加减。益气活血法的代表方补阳还五汤出自《医林改错》，该方重用补气之药，佐以少量活血之药，以达气旺则血行，补而不黏滞，活血而不破血的目的。气得行，血得通，肢体得以滋养，麻木之症得以祛除^[4]。《医学衷中参西录》云：“方中重用黄芪四两，以峻补气分，此即东垣主气之说也”，盖气能行血，气旺而血行也^[5]。黄芪补气生血，使活血不伤正，当归尾活血化瘀不伤血，川芎、赤芍活血和营，桃仁、红花活血化瘀，牛膝引药直达病所，吴茱萸、瓦楞子制酸止痛，加之桑枝、桂枝、地龙以增强通经活络之效，诸药合用共奏补气活血，化瘀通络之功效。二诊患者食欲稍差，加焦山楂 15g、焦麦芽 15g 健脾和胃。三诊患者症状皆缓，予上方去吴茱萸 3g，煅瓦楞子 12g，续服至症状消失。

3 指迷茯苓丸合身痛逐瘀汤加减医案

患者，男，47 岁，2022 年 8 月 16 日初诊。“2 型糖尿病”病史 2 年，患者规律口服达格列净、利格列汀及三餐前嚼服阿卡波糖咀嚼片控制血糖。自测空腹血糖在 6mmol/L 左右，未监测餐后血糖。3 天前患者出现渴饮、乏力伴四肢麻木间作。现症见：渴饮、乏力，四肢末端有麻木感，头晕，无头痛，无胸闷气短，无发热、恶心呕吐，口粘乏味，平时大便黏腻不爽。高脂血症病史 2 年，未系统治疗。查体：血压 114/91mmHg，脉搏 87 次 / 分，随机末梢血糖 6.3mmol/L

L, 双下肢无水肿, 双足背动脉搏动减弱, 双足部皮温正常。舌质暗红, 苔白腻, 脉沉涩。中医诊断: 消渴病痹症(痰瘀阻络证)。西医诊断: 2型糖尿病, 糖尿病周围神经病变, 高脂血症。拟祛痰化瘀, 宣痹通络为法, 予以指迷茯苓丸合身痛逐瘀汤加减: 秦艽 12g, 川芎 9g, 桃仁 9g, 红花 9g, 羌活 3g, 没药 6g(包煎), 当归 9g, 五灵脂 6g, 香附 3g, 牛膝 9g, 地龙 6g, 茯苓 30g, 枳壳 12g, 白附子 10g(先煎), 白芥子 10g, 佩兰 10g, 甘草 6g。同时给予达格列净 10mg/次, 1次/日, 利格列汀 5mg/次, 1次/日, 及阿卡波糖咀嚼片 50mg/次, 3次/日, 以控制血糖。二诊: 患者自诉服用汤药 7 剂后大便成形, 日 1 次, 乏力、口粘乏味症状减轻, 四肢末端麻木感缓解, 仍有纳差, 在原方基础上加红曲 6g, 继服 14 天。三诊: 患者上述症状均得到改善, 续服 7 剂巩固治疗, 3 个月后随访患者上诉症状消失。

按: 本案患者主要表现渴饮、乏力伴四肢麻木间作, 中医拟为消渴病痹症, 患者体型肥胖, 平素饮食不节, 嗜食肥甘厚味, 日久导致脾气呆滞, 运化失常, 脾不散精, 精微物质不归正化, 则为痰湿, 湿停体内, 湿阻则血难行, 久必成瘀。舌质暗红, 苔白腻, 脉沉涩, 辨证为痰瘀阻络证, 给予指迷茯苓丸合身痛逐瘀汤加减。《素问·阴阳应象大论》曰: “地之湿气, 感则害皮肉筋脉”。指迷茯苓丸用药偏入中焦, 作用以燥湿化痰, 破结通滞为主^[6], 多用于痰出四肢引起的关节疼痛。身痛逐瘀汤出自《医林改错》, 具有祛风除湿, 活血祛瘀, 通痹止痛的功效, 原方专为“痹证有瘀血而设”, 多用于治疗因瘀血阻滞经络引起的肢体麻木疼痛^[7]。方中红花、桃仁、当归、川芎活血祛瘀; 茯苓、佩兰健脾和胃, 助脾运湿; 五灵脂、没药化痰

止痛; 地龙、秦艽以祛风通络; 香附、枳壳疏肝理气, 通络止痛; 牛膝活血祛瘀, 引药下行; 白芥子、白附子燥湿化痰, 通络止痛; 甘草调和诸药。两方合而用之, 使脾气调和, 痰湿消散, 血脉通利, 则诸症缓解。二诊加红曲以健脾和胃, 消食活血以助运化。

4 小结

综上, 临床医案表明经方治疗 DPN 具有较好疗效, 以整体观念为指导, 辨证论治, 根据病情遣方择药, 以活血祛瘀法贯穿疾病治疗始终, 扶正祛邪, 标本兼顾。临床中值得我们不断挖掘和推广, 从而减轻患者病痛, 提高其生活质量。

5 参考文献

- [1] 张海宇, 刘文科. 全小林教授从络病论治糖尿病周围神经病变[J]. 中医学报, 2022, 50(8): 36-39.
- [2] 陈平, 曾瑾, 杨安东, 等. 古代经典名方芍药甘草汤的处方及关键信息考证[J]. 中药药理与临床, 2022, 38(6): 195-203.
- [3] 陈强, 霍黎生, 苏平, 等. 从肝脾论治便秘[J]. 河南中医, 2022, 42(1): 29-32.
- [4] 杨云云, 陈祁青, 马东, 等. 补阳还五汤治疗肢体麻木性疾病的研究进展[J]. 云南中医中药杂志, 2022, 43(5): 82-87.
- [5] 胡光华. 周国英教授运用补阳还五汤治疗消渴痹证经验[J]. 中国民族民间医药, 2021, 30(23): 88-91.
- [6] 张楚欣, 王坦, 唐博杰, 等. 指迷茯苓丸证治内涵探析[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(3): 1070-1073.
- [7] 易腾达, 李玉丽, 梁宇, 等. 经典名方身痛逐瘀汤的古今文献分析[J]. 中国实验方剂学杂志, 2021, 27(2): 28-36.

[2023-04-23 收稿]

《现代养生》严正声明

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

《现代养生》杂志社

HEALTH PROTECTION AND PROMOTION

Bimonthly Established in January 2001 Volume 23, Number 16 August 2023

CONTENTS IN BRIEF

- Clinical efficacy of electroacupuncture combined
with thunder moxibustion in the treatment of
frozen shoulder with cold and wet coagulation
..... Liu Han, Yang Yong (1213)
- Effect observation of risk nursing management mode
based on FMEA on prevention of nosocomial
infection
.....Pan Li, Gu Fahui (1239)
- Effect of traditional Chinese medicine
characteristic nursing service plan on
patients with gastrointestinal tumor after
operation
..... Song Dingyin (1242)
- Analysis of influencing factors of self-care
behavior of patients with chronic heart
failure based on health belief model
.....Mu Weiran(1249)
- Investigation on knowledge, attitude and practice
(KAP) of tuberculosis infection control among
medical staff in a tertiary general hospital
.....Shi Lanping,
Zhu Jiabi, Zhou Ping, Chen Jianyun, Yu Jinghong(1259)

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

Shan Yingjie

Editor-in-Chief

Chen Yujuan

Executive Editor-in-Chief

Xu Yingjun

Associate Editor-in-Chief

Luan Yi

Director of Editorial Department

Luan Yi

Publishing

Health Protection and Promotion

Advertising License Number

1303024000104

Printing

Qinhuangdao Chenxin Color
Printing Co.LTD

Subscription

Qinhuangdao Municipal Postal
Administration

Order

Post Office All Around China
Mail Code 18-99

Fixed Price

¥18.00/Number, ¥432.00/Year

CSSN

ISSN 1671-0223
CN 13-1305/R

征 稿 简 则

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

一、主要栏目

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

二、撰写要求

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

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

3. 论文署名作者应为法定著作权人,文责自负。文稿请附英文题名,3~8个中、英文关键词。

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

5. 论著类论文请附中、英文结构式摘要。

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

7. 计量单位以国家法定计量单位为准。统计学符号按国家标准《统计学名词及符号》的规定书写。

8. 参考文献应引自正式出版物,按引用的先后顺序列于文末,示例如下:

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

例:[1] 陈灏珠. 心肌梗死[M]// 戴自英. 实用内科学. 1995:1117-1119.

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

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

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

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

9. 论文涉及的课题如取得国家、部(省)、地市级等基金或课题项目,请在文末予以注明。

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

三、注意事项

1. 本刊只接受电子文件投稿,文稿上请附注第一作者或通讯作者的电话、E-mail、微信号及详细通讯地址、邮编;同时提供第一作者和通讯作者的职称、职务、专业方向、学历等基本信息。

2. 来稿自留底稿,请勿一稿多投,凡投稿30天未接到本刊录用通知的,该稿可自行处理。稿件一经刊用,同时也被《中国学术期刊(光盘版)》和万方数据收录,不同意者请在投稿时说明。

3. 本刊不收审稿费,稿件刊登后赠第一作者当期杂志2册。

4. 投稿请寄 E-mail: xdyskj@163.com