

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9月 第23卷 第17期 September 2023 Vol.23 No.17

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

09>

17
2023

2023年9月第23卷第17期
半月刊
2023年9月5日出版

主管

河北省卫生健康委员会

主办

河北省医疗气功医院
066199 河北省北戴河海滨东经路17号

编辑

《现代养生》编辑部
066199 河北省北戴河海滨东经路17号
电话: 0335-4041257
网址: <http://www.xdyangsheng.com>

出版

现代养生杂志社

社长

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

作者投稿邮箱

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。

临床论著

葛根素浓度对大鼠成骨细胞增殖的影响.....王海珍 周婷婷 徐波 (1281)
肾上腺素在头孢类药物致过敏性休克患者抢救中的应用效果.....何光平 (1285)
低能量激光治疗治疗种植体周围炎患者的临床效果

.....王雪红 陈彩云 李莹 (1288)

惠州市儿童脓毒症病原及其死亡的危险因素分析.....严春宏 方兴 (1291)
首次行冠脉介入诊疗患者待术期疾病不确定感现状及影响因素

.....张默 李建民 常文红 (1294)

巨大儿对孕产妇及新生儿的影响.....黄阳琴 (1298)
血管内介入栓塞术治疗 Hunt-Hess 低分级大脑中动脉分叉部

动脉瘤的临床效果.....王东红 (1301)

中医药与中西医结合

加味取渊汤治疗小儿上气道咳嗽之热证的临床疗效观察

.....张瑾 李英会 刘呈祥 朱立春 杨环玮 (1304)

益气养阴升清化浊法联合门冬胰岛素 30 治疗 2 型糖尿病的临床效果观察

...张智珍 罗文娟 张华文 伍清龙 谢玉芳 范燕 黄艳梅 卢雪冰 (1307)

中药艾叶水洗头联合穴位按摩对脑肿瘤患者心理状况和

睡眠质量的影响.....曹少英 叶夏兰 蒙丹丹 李东晓 赖海燕 (1310)

临床护理

肝移植术后加速康复护理的标准化操作流程效果观察.....杜娟 朱晓蕾 (1313)
加速康复外科理念在泌尿外科腹腔镜手术围手术期护理中的

应用效果.....皮庆霞 胡晓 (1316)

规范化急诊护理流程对急性脑梗死患者救治效果及预后的影响.....韩晴 (1319)

系统化口腔健康教育在牙周病患者种植牙术后护理中的应用效果...代亚欣 (1322)

精细化护理对老年社区获得性肺炎患者肺功能的影响.....周虹 陶钰 (1324)

多元化健康教育对胸腰椎压缩性骨折手术患者自我护理能力及

康复效果的影响.....李鑫林 成红 (1327)

短语线索导引式康复护理对癫痫控制效果及患者生活质量的影响

.....祖翔宇 刘畅 黄玉蓉 (1330)

护理程序健康教育结合人性化护理对维持性血透患者血管

通路状况及依从性的影响.....缪小萍 徐芸 王蕾 仲晓 (1333)

标准化器械清洗质量控制路径在消毒供应中心的应用效果分析

.....钱腾蛟 潘丽娟 (1337)

社会医学与卫生事业管理

新冠定点医院全口径工作人员健康监测程序建设

.....王蕾 李翠翠 路巍 戚燕云 (1340)

医事司法与法医学

临床医师执业法医临床鉴定人的角色转换理论与实践

...程光 黄庆海 李海燕 王欢 吴琳 刘勇 白俊清 程爱国 白璐 (1344)

基层论坛

赋权型医患关系研究——以纪录片《中国医生》为例

.....常思远 梁昕 (1346)

饮食温度调控器具及其应用现状

.....李一丹 刘家颐 张容芳 李木子 高维杰 (1350)

基层实践与初探

不同年龄段大肠息肉患者临床特点分析.....司徒树标 (1353)

微视频演示在尘肺患者肺功能检查中的应用.....梁德凤 (1356)

案例报告

经方治疗胃脘痛临床案例报告.....杨春香 刘新 邱志芳 王运强 (1359)

葛根素浓度对大鼠成骨细胞增殖的影响

王海珍 周婷婷 徐波

【摘要】 目的 通过动物实验观察葛根素在体外对大鼠成骨细胞增殖能力的影响, 探讨其临床作用机理。方法 分离新生SD大鼠颅盖骨成骨细胞(OB), 将分离培养后的OB随机分为7份, 其中6份作为实验组分别放入不同浓度($1 \times 10^{-5} \text{mol/L} \sim 1 \times 10^{-10} \text{mol/L}$)的葛根素培养基中; 1份作为对照组放入不含葛根素的培养基中。观察两组成骨细胞放入7种不同培养基后不同时间点的细胞形态、贴壁、生长、吸光度(OD值)等情况。结果 显微镜下可见, 三代OB培养第7d, 对照组中细胞形态呈现出多种不规整形状; 而实验组中在葛根素浓度为 $1 \times 10^{-10} \text{mol/L}$ 中细胞形态呈现出短梭形、三角形、多角形等, 胞浆向外伸展; 在葛根素浓度为 $1 \times 10^{-7} \text{mol/L}$ 中细胞形态单一, 呈长梭形, 胞浆向外伸展。增殖柱状图显示, 培养3d后各组OB数量开始迅速增多, 尤其是葛根素浓度达到 $1 \times 10^{-7} \text{mol/L}$ 组, 细胞增殖数量远超过对照组和高浓度组, 但此后随葛根素浓度降低, 细胞增殖数量有逐渐降低的趋势。3d后葛根素浓度为 $1 \times 10^{-7} \text{mol/L}$ 及以下组的OD均显著升高($P < 0.05$); 而5d和7d时, 葛根素浓度为 $1 \times 10^{-5} \text{mol/L}$ 和 $1 \times 10^{-6} \text{mol/L}$ 的实验组OD值低于对照组($P < 0.05$)。表明当葛根素浓度在 $1 \times 10^{-10} \text{mol/L}$ 至 $1 \times 10^{-7} \text{mol/L}$ 范围内对OB均有促增殖作用, 且随着浓度的增高作用增强, 但浓度再高则有抑制增殖作用。结论 葛根素具有明显促进大鼠成骨细胞增殖作用, 其作用与葛根素的浓度有关, 当葛根素的浓度为 $1 \times 10^{-7} \text{mol/L}$ 对大鼠成骨细胞的促增殖作用最强。

【关键词】 葛根素; 葛根异黄酮; 成骨细胞增殖; 骨修复

中图分类号 R285.5 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)17-1281-04

Effect of different puerarin concentrations on the proliferation of rat osteoblasts in vitro Wang Haizhen, Zhou Tingting, Xu Bo. Hebei Rehabilitation Hospital, Qinhuangdao 066000, China

【Abstract】 Objective To observe the effect of puerarin on the proliferation ability of rat osteoblasts in vitro through animal experiments, and explore its clinical mechanism of action. **Method** To isolate osteoblasts from the skull cap of newborn SD rats, the isolated and cultured osteoblasts were randomly divided into 7 parts, of which 6 were used as experimental groups and placed in different concentrations ($1 \times 10^{-5} \text{mol/ml} \sim 1 \times 10^{-10} \text{mol/ml}$) of puerarin medium; 1 serving as the control group was placed in a culture medium without puerarin. Observe the cell morphology, adhesion, growth, and absorbance (OD) of the two components of bone cells at different time points after being placed in 7 different culture media. **Results** Under the microscope, it can be seen that on the 7th day of third-generation OB culture, the cell morphology in the control group showed various irregular shapes; In the experimental group, the concentration of puerarin was $1 \times 10^{-10} \text{mol/L}$ medium cells exhibit short spindle shaped, triangular, polygonal shapes, and the cytoplasm extends outward; When the concentration of puerarin is $1 \times 10^{-7} \text{mol/L}$, the cell morphology is single, showing a long spindle shape, and the cytoplasm extends outward. The proliferation bar chart shows that after 3 days of cultivation, the number of OBs in each group began to rapidly increase, especially when the concentration of puerarin reached $1 \times 10^{-7} \text{mol/L}$, the number of cell proliferation was much higher than that of the control group and low concentration group. However, as the concentration of puerarin decreased, the number of cell proliferation gradually decreased. After 3 days, the concentration of puerarin is $1 \times 10^{-7} \text{mol/L}$ The OD of groups with concentrations of and below significantly increased ($P < 0.05$); At 5d and 7d, the concentration of puerarin is $1 \times 10^{-5} \text{mol/L}$ and $1 \times 10^{-6} \text{mol/L}$. The OD value of the experimental group with was lower than that of the control group ($P < 0.05$). Indicates that when the concentration of puerarin is at $1 \times 10^{-10} \text{mol/L}$ to $1 \times 10^{-7} \text{mol/L}$ Within the range of, there is a promoting effect on OB proliferation, and the effect increases with the increase of concentration. However, higher concentrations have an inhibitory effect on OB proliferation. **Conclusion** Puerarin has a significant promoting effect on rat osteoblast proliferation, which is related to

the concentration of puerarin. When the concentration of puerarin is 1×10^{-7} mol/L has the strongest proliferative effect on rat osteoblasts.

【Key words】 Puerarin; Puerarin isoflavones; Osteoblasts; Bone repair

葛根，是豆科植物野葛干燥的根，习称野葛，首载于《神农本草经》，主消渴，身大热，呕吐，诸痹，起阴气，解诸毒。^[1]其性甘、辛，凉，有解肌退热，生津止渴，升阳止泻，透疹之功，传统医学常用于表证发热，热病口渴，阴虚消渴，项背强痛，热泻热痢，脾虚泄泻，麻疹不透等症。葛根及其制剂因疗效确切已经广泛应用于临床各科室。已有的研究证实，葛根素具有松弛平滑肌，起到解痉作用；具有松弛血管平滑肌，进而扩张冠脉，改善心肌供血，缓解心绞痛；葛根素干预细胞膜的离子转运，进而起到抗心律失常以及降压的作用；葛根素具有 β -肾上腺素能受体拮抗作用，故而能减慢心率，降低外周阻力，改善心功能和心肌代谢。实验发现葛根素有改善肾功、降糖、抗癌、调高机体免疫力、抗血小板聚集等诸多功效^[2]。目前关于葛根在外科疾病系统的研究也有了新的进展，包括对成骨前体细胞增殖、骨质疏松、骨折愈合的影响以及葛根素用于临床修复骨细胞等^[3-5]。目前人群 2 型糖尿病患者越来越多，据不完全统计，全世界每 3s 即有 1 位糖尿病患者因足坏疽而截肢。糖尿病足除了常见的局部组织、神经、血管坏死以外，多还伴有下肢末梢骨质破坏^[6]，高糖环境对骨质具有破坏作用^[7]，因此不少患者在入院时由于已经存在明显足趾骨坏死的情况，而不得不面临截肢的选择。临床实践显示，采用葛根制剂药物的综合治疗，对糖尿病足骨组织的修复确实有一定作用，这种作用可能主要得益于其中的葛根异黄酮，此外有研究显示葛根素亦有明显抑菌作用^[8]，可有效抑制患肢高糖环境下细菌的增殖，为骨修复提供良好的生长条件。本研究通过动物实验，探讨不同葛根素浓度在体外对大鼠成骨细胞的增殖修复作用^[9]，为葛根素在骨损伤领域的应用提供理论依据。

1 材料与方法

1.1 实验动物

采用新生 SD (sprague dawley) 大鼠 10 只，雌雄不限，4 周龄，平均体重 105 ± 5 g，购于北京维通利华实验动物技术有限公司。实验动物均在 22 ± 3 °C 室温、灯光 12h 交替，相对湿度 $50 \pm 5\%$ 的条件，实验室清洁卫生，保持自然光照及空气流通，全程大鼠置于鼠笼中饲料喂养。实验过程及处置符合《关于善待实验动物的指导性意见》要求。

1.2 主要药品与试剂

(1) 主要药品：葛根素 (100mg/支) (北京四环科宝制药有限公司)，青霉素、链霉素 (80 万 u) (华北制药厂)，胰蛋白酶、低糖 DMEM 干粉 (Gibco 公司)，胎牛血清 (fetal bovine serum, FBS) (中国医学科学院血液病研究所科技公司)，PBS 缓冲液 (北京谱析科技有限公司)。

(2) 主要试剂及配置方法：骨消化液 (含 10g/L II 型胶原酶, 2.5g/L 胰蛋白酶)，0.25% 胰酶 (0.25g 胰酶溶解于 100ml PBS 缓冲溶液中，0.22 μ m 滤膜除菌分装，-20°C 保存，4°C 溶解)，双抗 (80 万 u 青霉素、链霉素，80ml 超纯水混匀，0.22 μ m 滤膜过滤分装，-20°C 保存，4°C 溶解)，普通完全培养基 (DMEM 干粉、NaHCO₃、超纯水充分混匀溶解，PH 值在 7.0 ~ 7.2 间，0.22 μ m 滤膜除菌分装，4°C 保存。用前加双抗、FBS，青霉素、链霉素浓度分别为每毫升含 100u；FBS 浓度为 10%)，cck-8 试剂盒 (Cell Counting Kit-8) (碧云天生物技术有限公司)。

(3) 主要仪器：CO₂ 培养箱；超净台 (forma scientific company)，倒置相差显微镜 (Nikon 公司)，超纯水器 (杭州永洁达净化科技有限公司)，低温高速离心机 (Sigma-SK)，酶免疫检测仪 (BIO-RAD 公司)。

1.3 实验方法

1.3.1 成骨细胞提取及传代 无菌环境取大鼠颅盖骨，PBS 缓冲液清洗 3 遍，去净软组织，剪碎骨片，骨片大小约 1mm × 1mm × 1mm，先用 8 倍于骨碎片体积的胰蛋白酶，于 37°C 水浴中预消化 20min，去上清液，然后用 PBS 缓冲液清洗 3 次，再用 8 倍于骨碎片体积的骨消化液，于 37°C 水浴中继续消化 2 遍，每次 1h，收集消化液，离心弃上清。所得白色沉淀物即为成骨细胞 (osteoblast, OB) 样细胞团。用含体积分数为 10%FBS 的 DMEM 培养基重悬细胞，吹打均匀后通过筛网成单层细胞悬液，并按 2×10^5 /ml 接种于培养瓶中，置于 37°C、含体积分数为 5%CO₂、饱和湿度孵箱中培养。48h 后全量换液弃去悬浮细胞，后每隔 2d 换液 1 次。待 80% ~ 90% 原代细胞融合成单层，即进行传代培养。将 OB 用 PBS 液冲洗 3 次，0.25% 胰酶 1ml 放入 CO₂ 孵箱中消化 1 ~ 2min，在倒置相差显微镜下观察，待细胞收缩、变圆，少量脱壁后放入完全培养基，充分吹打制成单细胞悬液，按 1 : 3 比例传代培养，取第 3 代细胞进行实验。

1.3.2 成骨细胞分组处理 取生长状态良好的第三代OB随机分为7份,其中6份作为实验组分别放入6种不同浓度的葛根素培养基中;1份作为对照组放入培养液为单纯含5%FBS的DMEM完全培养基中。将上述两组细胞以 6×10^3 /孔的密度将其接种于96孔板,24h后去培养液,两组培养基分别置于 $37^\circ\text{C} + 5\% \text{CO}_2$ 孵箱培养,隔2d换1次液。分别在细胞培养过程中的第1,3,5,7d取一块96孔培养板,在倒置相差显微镜下观察细胞形态、贴壁、生长情况并拍照。然后PBS缓冲液清洗2次,每孔加入 $100 \mu\text{l}$ 的含cck-8液的培养基($100 \mu\text{l}/\text{ml}$)液, $37^\circ\text{C} + 5\% \text{CO}_2$ 培养箱孵育3h,振荡10min后用酶免疫检测仪测定各孔光吸收值(optical density, OD值)。

1.4 数据分析方法

采用SPSS 13.0统计学软件对数据进行统计处理,计量资料采用“均数 ± 标准差”表示,同一时点不同OD值的比较采用单因素方差分析,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 不同浓度的葛根素 OB 形态比较

倒置相差显微镜下观察OB在对照组与实验组中的形态变化,结果显示,三代OB培养第7d,对照组中细胞形态呈现出多种不规整形状;而实验组中在葛根素浓度为 $1 \times 10^{-10} \text{mol/L}$ 中细胞形态呈现出短梭形、三角形、多角形等,胞浆向外伸展;在葛根素浓度为 $1 \times 10^{-7} \text{mol/L}$ 中细胞形态单一,呈长梭形,胞浆向外

伸展,具体见图1~图3。

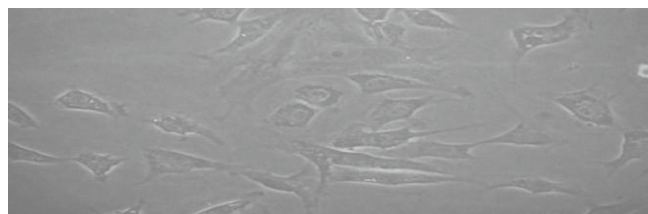


图1 三代OB培养第7d对照组中细胞形态

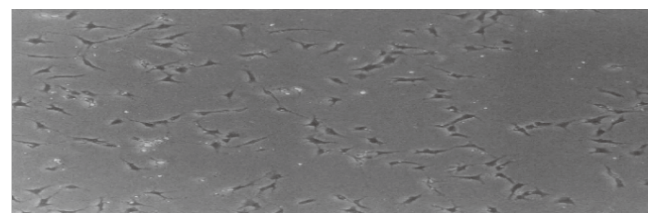


图2 三代OB培养第7d在葛根素浓度为 $1 \times 10^{-10} \text{mol/L}$ 中细胞形态

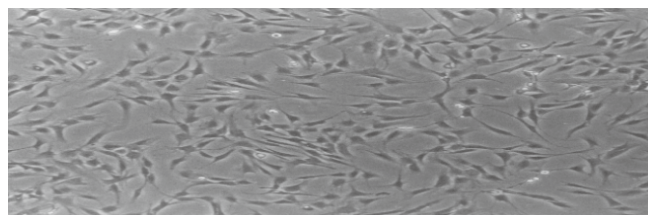


图3 三代OB培养第7d在葛根素浓度为 $1 \times 10^{-7} \text{mol/L}$ 中细胞形态

2.2 不同浓度的葛根素 OB 生长曲线比较

增殖柱状图显示,培养3d后各组OB数量开始迅速增多,尤其是葛根素浓度达到 $1 \times 10^{-7} \text{mol/L}$ 组,细胞增殖数量远超过对照组和高浓度组,但此后随葛根素浓度降低,细胞增殖数量有逐渐降低的趋势,见图4。

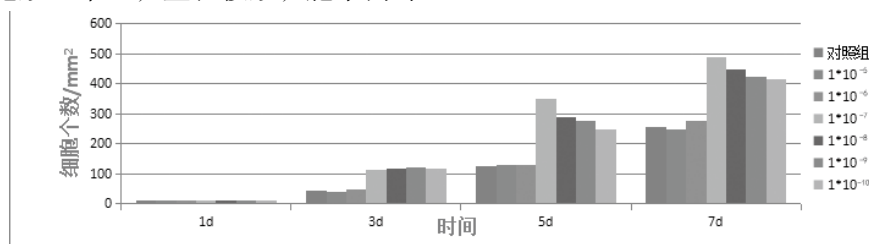


图4 不同浓度葛根素实验组与对照组成骨细胞生长曲线

2.3 不同浓度的葛根素 OD 值比较

试验第1d,各组间OD值差异无统计学意义($P > 0.05$)。试验后第3、5、7d,组间OD值差异有统计学意义($P < 0.05$),与对照组比,3d后葛根素浓度为 $1 \times 10^{-7} \text{mol/L}$ 及以下组的OD均显著升高,两两比较差异均有统计学意义($P < 0.05$);其中均以 $1 \times 10^{-7} \text{mol/L}$ 浓度组的OD值最高;而5d和7d时,

葛根素浓度为 $1 \times 10^{-5} \text{mol/L}$ 和 $1 \times 10^{-6} \text{mol/L}$ 的实验组OD值低于对照组,两两比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。表明当葛根素浓度在 $1 \times 10^{-10} \text{mol/L}$ 至 $1 \times 10^{-7} \text{mol/L}$ 范围内对OB均有促增殖作用,且随着浓度的增高作用增强,但浓度再高则有抑制增殖作用,见表1。

表1 不同浓度葛根素对成骨细胞OD值的影响

分组	葛根素浓度 (mol/L)	1d	3d	5d	7d
对照组		0.282 ± 0.005	0.509 ± 0.014	0.801 ± 0.016	1.042 ± 0.021
实验组	10^{-5}	0.283 ± 0.004	0.426 ± 0.009	$0.710 \pm 0.012^*$	$0.924 \pm 0.017^*$
	10^{-6}	0.285 ± 0.006	0.451 ± 0.009	$0.764 \pm 0.016^*$	$0.941 \pm 0.017^*$

续表

	10^{-7}	0.285 ± 0.005	0.650 ± 0.013*	0.948 ± 0.031*	1.351 ± 0.026*
	10^{-8}	0.286 ± 0.006	0.580 ± 0.009*	0.924 ± 0.012*	1.348 ± 0.027*
	10^{-9}	0.284 ± 0.006	0.551 ± 0.021*	0.862 ± 0.012*	1.281 ± 0.020*
	10^{-10}	0.286 ± 0.006	0.524 ± 0.017*	0.854 ± 0.019*	1.170 ± 0.022*
F 值		0.381	91.093	67.275	215.396
P 值		0.885	0.000	0.000	0.000

注：两两比较结果，* 与对照组比较， $P < 0.05$ ；各组重复试验3次（ $n_i = 3$ ）。

3 讨论

本实验研究证实，葛根素浓度对成骨细胞的增殖有影响，当葛根素浓度在 1×10^{-10} mol/L ~ 1×10^{-7} mol/L 范围内，细胞生长、贴壁、吸光度（OD 值）最高，且呈现出明显剂量依赖性。

目前已有的研究证实，药物雌激素有明确促进成骨的作用，它的作用机制主要是通过受体途径促进破骨细胞凋亡，同时促进 OB 的 Bcl-2 等抗凋亡基因转录，表现出对 OB 抗凋亡作用，进而促进 OB 的增殖、分化和功能表达^[10]。药物雌激素又可同帕米磷酸二钠、降钙素等作为骨吸收的抑制药，用于诸如骨质疏松症、骨折后修复等骨科疾病的治疗^[11]。目前药物雌激素疗效肯定并且价钱经济实惠，故临床应用较为广泛。但长期应用药物雌激素有很多负面作用，比如增加恶性疾病患病的风险。近年来美国妇产科学会已经开始修订药物雌激素替代药物的使用准则，未来临床医生们应用药物雌激素将更为慎重。因此寻求一些既有雌激素样作用，又无其副作用的替代物一直是医生及学者们共同关注的问题。葛根素中的葛根异黄酮属于天然雌激素，在拥有药物雌激素治疗作用的同时少了其明显的毒副作用，故而成为我们关注的重点^[12]。

本实验的研究证明，葛根素确有明显修复大鼠骨损伤的作用，其主要作用机理极有可能是葛根素中葛根异黄酮的功效，当然尚不能排除葛根素中的其他成分与葛根异黄酮的协同治疗作用，比如目前证实的葛根素还有修复血管，降低血脂的功效^[13]，这显然并非是葛根异黄酮的作用，而是葛根素中其他物质或多种成份综合在一起的作用，而这些功效可能对改善 OB 的自我修复环境是有益的，其具体作用机制还待进一步研究。然而葛根素应用于骨损伤的修复很可能成为未来骨损伤修复的新途径。

葛根素作为药物并不是完全安全的，目前偶有葛根素制剂不良反应的报道^[14]，如出现溶血性黄疸、溶血性贫血、阵颤、甚至休克^[15]，如何做到安全、合理、有效地利用葛根这一中药资源，仍需深入研究

探索。

4 参考文献

- [1] 陈德兴等注. 神农本草经 [M]. 福州: 福建科学技术出版社, 2012:47.
- [2] 崔苏镇, 彭学莲. 葛根的药理作用研究概况 [J]. 时珍国医国药 1998,9(3):279-280.
- [3] 洪荣华, 李永华. 葛根素对高糖诱导成骨细胞增殖、凋亡及 CHOP 通路的影响研究 [J]. 新中医, 2020(7):8-11.
- [4] 张明. 葛根素对骨质疏松症治疗作用及机制的实验研究 [D]. 大理: 大理大学, 2016:12-15.
- [5] 冯倩, 俞鹏. 葛根素对 MC3T3-E1 成骨前体细胞增殖能力的影响及其机制 [J]. 山东医药, 2018(16):9-12.
- [6] 吴玉洁, 邢学农. NIP2 通过 JAK/STAT 信号通路对高糖诱导的成骨细胞凋亡的调控作用及其机制 [J]. 吉林大学学报 (医学版), 2020,46(2): 280-285.
- [7] 叶冰兵, 童芬美. 葛根素对高糖介导成骨细胞中 miRNA-142 的影响研究 [J]. 浙江临床医学, 2019,21(12): 1622-1624.
- [8] 范好, 郭东艳. 葛根素的体外抑菌作用 [J]. 陕西中医学报, 2013,36(6): 104-105.
- [9] 洪荣华, 李永华. 基于 Nrf2/HO-1 通路探讨葛根素对高糖诱导成骨细胞凋亡的影响 [J]. 中国药师, 2020(5): 804-809.
- [10] Parikka V, Peng Z, Hentunen T, et al. Estrogen responsiveness of bone formation in vitro and altered bone phenotype in aged estrogen receptor- α -deficient male and female mice [J]. Eur J Endocrinol, 2005,152(2):301-314.
- [11] 许启泰, 李睿明主编, 护理药理学第 2 版 [M]. 郑州: 郑州大学出版社, 2013:385.
- [12] 范昕. 葛根总黄酮中葛根素及其他异黄酮肠吸收变化的研究 [J]. 陕西中医, 2012(5):609-612.
- [13] 夏华玲. 葛根素的药理作用研究进展 [J]. 时珍国医国药, 2006,17(3):434-435.
- [14] 翟晓一, 刘玉梅. 86 例葛根素注射液不良反应分析 [J]. 陕西中医, 2013(10):1416-1417.
- [15] 徐世国. 葛根素的临床应用及不良反应 [J]. 时珍国医国药, 2006, 16(12):1307-1308.

[2023-08-16 收稿]

肾上腺素在头孢类药物致过敏性休克患者抢救中的应用效果

何光平

【摘要】 目的 探讨肾上腺素在头孢类药物所致过敏性休克患者抢救中的应用效果。方法 选取 2020 年 3 月 - 2023 年 3 月医院收治的头孢类药物致过敏性休克患者 92 例为研究对象, 根据组间基线资料均衡可比原则, 采用随机数字表法分为观察组和对照组, 每组各 46 例。观察组患者给予肾上腺素抢救, 对照组患者按常规急救措施抢救。比较两组患者急救效果、血压回升时间等相关临床指标以及不同时间段心排量与中心静脉压。结果 给予肾上腺素抢救的观察组患者的抢救成功率为 86.96%, 高于对照组的 39.13%; 入院 24h 内死亡率为 8.69%, 低于对照组的 34.78%, 组间比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者的血压回升时间、苏醒时间均短于对照组; 脉搏每分搏动次数小于对照组; 尿量多于对照组; 收缩压、舒张压均高于对照组, 上述指标组间比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。急救前, 观察组患者心排量、中心静脉压等指标与对照组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 观察组患者急救后 1、2、3h 心排量均高于对照组, 中心静脉压均低于对照组, 组间比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 在头孢类药物所致过敏性休克患者治疗中选择肾上腺素既可增加急救后心排量, 缩短苏醒时间及血压回升时间, 提高抢救成功率。

【关键词】 肾上腺素; 头孢类药物; 过敏性休克; 抢救; 收缩压; 舒张压; 心排量

中图分类号 R593.1 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)17-1285-03

头孢类药物为目前临床常见抗生素类型, 具有抗菌谱广、抗菌活性强、不良反应少等特点, 且对革兰阳性杆菌、革兰阴性杆菌、球菌活性有较好的抑制作用, 被广泛应用在皮肤、呼吸、泌尿系统感染等疾病治疗中, 但随着此类药物的广泛应用, 头孢类药物所致的过敏性休克发生率持续增加, 若未及时采取合理方案进行治疗可威胁患者生命^[1]。头孢类药物所致过敏性休克发生后, 患者血压骤然下降、呼吸道缩窄、病情进展迅速, 以往临床上主要采取吸氧、心肺复苏、扩容、升压等常规急救方案进行治疗, 但临床疗效欠佳。肾上腺素属于肾上腺髓质的主要激素, 注射后可迅速缓解药物等引起的过敏性休克。本研究通过临床对比实验, 观察分析肾上腺素在头孢类药物所致过敏性休克患者抢救中的应用效果, 现将结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2020 年 3 月 - 2023 年 3 月医院收治的头孢类药物致过敏性休克患者 92 例为研究对象, 根据组间基线资料均衡可比原则, 采用随机数字表法分为观察组和对照组, 每组各 46 例。纳入标准: ①结合临床症状、生命体征、过敏原接触史等确诊为头孢类药物过敏性休克^[2]; ②入院时血压在 60/90mmHg 以下;

③既往体健无心、脑血管功能障碍; ④年龄 ≥ 20 岁; ⑤无凝血功能障碍。排除标准: ①外伤、感染、活动性出血所致休克; ②近期出现感染性疾病; ③合并恶性肿瘤; ④精神及心理疾病; ⑤临床资料丢失; ⑥认知、听力障碍。所有入选患者及家属对研究均知情自愿并签署知情同意书。

观察组中, 男性 30 例、女性 16 例; 年龄 24 ~ 48 岁, 平均 35.11 ± 8.14 岁; 收缩压均值 70.24 ± 11.24 mmHg, 舒张压均值 49.82 ± 17.14 mmHg; 症状类型: 昏迷 18 例、皮疹 20 例、皮肤湿冷 8 例。对照组中, 男性 28 例、女性 18 例; 年龄 23 ~ 50 岁, 平均 35.84 ± 8.22 岁; 收缩压均值 70.38 ± 11.11 mmHg, 舒张压均值 49.88 ± 17.18 mmHg; 症状类型: 昏迷 16 例、皮疹 20 例、皮肤湿冷 10 例。两组患者性别、年龄、收缩压、舒张压、症状类型等基线资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 急救方法

1.2.1 对照组 给予常规急救措施进行抢救, 在患者入院后协助其选择平卧位, 停用任何可能致敏药物, 连接床旁监护仪密切监测患者生命体征变化; 按 5L/min 流量进行吸氧, 若患者出现呼吸、心跳骤停的情况需要展开心肺复苏操作, 针对呼吸困难者可采用呼吸兴奋剂或机械通气方案; 在患者入院后选择颈内静脉或锁骨下静脉建立静脉通道, 随后给予晶体液、胶体液进行扩容, 并以多巴胺药物进行升压操作,

治疗中密切观察其临床症状变化,并结合其实际情况进行对症治疗。

1.2.2 观察组 在对照组基础上采用肾上腺素(哈药集团三精制药有限公司, H23023237)治疗,皮下注射 0.5 ~ 1mg 肾上腺素,若疗效不佳可将 4mg 药物溶于 5% 葡萄糖注射液 500ml 中缓慢滴注,与此同时密切观察患者临床症状变化,并结合其实际情况进行对症治疗。

1.3 观察指标

(1) 急救效果:抢救成功判定标准为血压回升至 90/60mmHg 且休克症状消失;患者苏醒且神志恢复正常水平、Glasgow 评分超过 13 分;皮疹消退且皮温正常^[3]。入院 24h 内血液循环、脉搏、呼吸停止则为死亡。

(2) 相关临床指标:主要包括血压回升时间、苏醒时间、脉搏、尿量、收缩压、舒张压变化等。

(3) 心排量、中心静脉压:主要记录急救前,急救后 1、2、3h 心排量及中心静脉压变化情况。

1.4 数据分析方法

采用 SPSS 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 两组患者急救效果比较

给予肾上腺素抢救的观察组患者的抢救成功率为 86.96%, 高于对照组的 39.13%; 入院 24h 内死亡率为 8.69%, 低于对照组的 34.78%, 组间比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者急救效果比较

组别	观察例数	抢救成功		入院 24h 内死亡	
		例数	率 (%)	例数	率 (%)
观察组	46	40	86.96	4	8.69
对照组	46	18	39.13	16	34.78
	χ^2 值	22.580		9.200	
	<i>P</i> 值	0.000		0.002	

2.2 两组患者临床指标比较

给予肾上腺素抢救的观察组患者的血压回升时间、苏醒时间均短于对照组;脉搏每分搏动次数小于对照组;尿量多于对照组;收缩压、舒张压均高于对照组,上述指标组间比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者相关临床指标比较

组别	例数	血压回升时间 (min)	苏醒时间 (min)	脉搏 (次/min)	尿量 (ml/h)	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)
观察组	46	64.18 ± 19.28	78.26 ± 21.24	87.46 ± 13.24	33.78 ± 2.63	95.87 ± 3.41	85.14 ± 2.82
对照组	46	128.28 ± 33.71	136.63 ± 37.24	98.24 ± 13.11	28.25 ± 1.42	86.82 ± 4.72	80.44 ± 2.14
	<i>t</i> 值	11.195	9.234	3.923	12.548	10.541	9.004
	<i>P</i> 值	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组患者心排量、中心静脉压变化情况比较

急救前,观察组患者心排量、中心静脉压等指标与对照组比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。观察

组患者急救后 1、2、3h 心排量均高于对照组,中心静脉压均低于对照组,组间比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者心排量、中心静脉压变化情况比较

组别	例数	心排量 (L/min)				中心静脉压 (mmH ₂ O)			
		急救前	急救后 1h	急救后 2h	急救后 3h	急救前	急救后 1h	急救后 2h	急救后 3h
观察组	46	1.84 ± 0.21	2.96 ± 0.52	4.86 ± 0.72	4.51 ± 0.81	2.13 ± 0.62	2.64 ± 0.25	4.71 ± 1.21	5.45 ± 1.62
对照组	46	1.85 ± 0.22	1.87 ± 0.61	2.72 ± 0.62	3.22 ± 1.58	2.12 ± 0.61	4.91 ± 0.52	7.22 ± 1.52	12.42 ± 2.71
	<i>t</i> 值	0.223	9.222	15.275	4.927	0.077	26.683	8.762	14.972
	<i>P</i> 值	0.824	0.000	0.000	0.000	0.938	0.000	0.000	0.000

3 讨论

过敏性休克是指机体对于某类生物制剂或药物发生过敏反应,药物所致过敏性休克发生后可出现喉痛水肿、支气管痉挛、血压下降、呼吸衰竭等症状,且具有病情进展迅速、预后效果差等特点,若未及时采取合理方案进行抢救可导致患者在短时间内死亡,

继而威胁患者生命^[4-6]。研究发现^[7],过敏性休克的出现与机体是否属于过敏体质密切相关,因此在用药前护理人员需详细询问患者是否存在过敏史,针对无过敏史者在用药前也需要进行过敏试验;此外进行过敏试验的皮试液需要现用现配,一旦发现结果为阳性或存在过敏史则需要更换其他抗生素,避免发生过敏

性休克^[8]。头孢类药物为临床广泛使用的抗生素,应用在皮肤、呼吸、泌尿系统感染中具有理想效果,同时可发挥耐酶、耐酸等优势,安全性较高,但若患者对头孢类药物过敏或属于易过敏人群在应用后则可增加过敏性休克发生风险,为保护患者生命安全应及时采取合理救治措施^[9]。

本研究显示,给予肾上腺素抢救的观察组患者抢救成功率高于对照组,死亡率低于对照组,血压回升时间、苏醒时间、脉搏、尿量、收缩压、舒张压等各项临床指标均优于对照组;观察组患者急救后1、2、3h心排量均高于对照组,中心静脉压均低于对照组。可见肾上腺素在头孢类药物所致过敏性休克患者中应用效果较好。肾上腺素能通过 β 受体效应,促使支气管痉挛快速舒张,亦可通过 α 受体效应加速外周小血管收缩,既可迅速解除休克症状,亦可抑制过敏介质的释放,因此在过敏性休克治疗中效果较好^[10-12]。肾上腺素是人体分泌出的一种激素,研究发现当人经历兴奋、恐惧、紧张等刺激后可分泌出肾上腺素,随着肾上腺素分泌量的增加可出现呼吸加快、心跳与血流速度增加的情况,且该激素可为身体活动提供更多能量,将其应用在头孢类药物所致过敏性休克急救中可促使心脏收缩力上升、血管扩张,达到促进血压回升的目的;其次肾上腺素可增加心脏血管 β_1 受体兴奋性,在促使心肌收缩力加强的同时,增加心率、脉搏及心排量,达到控制过敏性休克患者病情的目的,避免其威胁患者生命^[13]。

综上所述,将肾上腺素应用在头孢类药物所致过敏性休克抢救中可通过增加心排量,缩短血压回升时间及苏醒时间,提高急救成功率。相较于常规急救措施,肾上腺素的应用可改善患者心排量与中心静脉压,并确保抢救成功率,但在应用中急救效果受肾上腺素剂量的影响,且不同患者对肾上腺素耐受程度不同,极易因用药剂量不合理降低治疗安全性;此外本次研究方案设计较为简单,且存在纳入样本数量有限、研究范围窄、对比指标少等问题,导致研究结果存在一定偏倚性,鉴于此情况后期需对研究方案进行优化,为临床上采用肾上腺素治疗头孢类药物所致过敏性休

克提供理论参考。

4 参考文献

- [1] 耿磊,黄剑吟,傅一牧,等.乌司他丁联合重酒石酸去甲肾上腺素治疗脓毒症休克的疗效及对心功能和血流动力学的影响[J].海南医学,2023,34(7):923-928.
- [2] 杨亚娟,陈建,马西凡.脉压变异度/每搏变异度对肺癌并发感染性休克患者去甲肾上腺素减量后血压变化的影响[J].癌症进展,2023,21(2):197-201.
- [3] 胡玉蓉,项美姣.不同剂量去甲肾上腺素对感染性休克患者血流动力学和不良反应的影响[J].中国现代医生,2022,60(34):75-77.
- [4] 黄沐强.去甲肾上腺素联合美托洛尔对重症脓毒性休克患者肾功能及血流动力学的影响[J].中国处方药,2022,20(11):94-96.
- [5] 黄彩英,邓小婷,蔡月娣.去甲肾上腺素微量泵入对重症感染性休克患者血流动力学、血清乳酸清除及病死率的影响[J].中国民间疗法,2022,30(20):83-85.
- [6] 冯俊,杨正光,黄诚军.去甲肾上腺素微量泵入治疗对ICU重症感染性休克患者血流动力学、炎症因子水平及预后的影响[J].吉林医学,2022,43(9):2415-2418.
- [7] 万齐华,原小陇.甲磺酸加贝酯致过敏性休克病例报告及文献回顾[J].海峡药学,2022,34(2):141-145.
- [8] 刘琛,褚燕琦,闫素英,等.过敏性休克严重药品不良反应的特点及救治过程分析[J].中国药物应用与监测,2021,18(4):245-247.
- [9] 滕威,逢晓云.某三甲医院2009年至2019年药物相关过敏性休克报告分析与救治[J].中国药物警戒,2022,19(2):196-199.
- [10] 司继刚,段磊,赵群,刘萍.肾上腺素救治过敏性休克使用方法调查分析[J].中国现代应用药学,2021,38(6):744-748.
- [11] 张俊,李少波,戴日晶.肾上腺素联合苯海拉明在急诊救治重症过敏性休克患者中的疗效观察[J].当代医学,2021,27(7):31-34.
- [12] 张改丽.头孢类药物过敏性休克早期的急救护理[J].药品评价,2019,16(16):26-27.
- [13] 普春丽,赵玉宝,沙丽,等.头孢类注射剂致过敏性休克的抢救与护理体会[J].当代护士(上旬刊),2018,25(8):136-137.

[2023-04-28 收稿]

低能量激光疗法治疗种植体周围炎患者的临床效果

王雪红 陈彩云* 李莹

【摘要】 目的 观察低能量激光疗法治疗种植体周围炎患者的临床效果及对牙周指数各项指标的影响。方法 选取 2021 年 11 月 - 2022 年 11 月医院诊治的 86 例种植体周围炎患者为研究对象。按照性别、年龄、种植体颗数组间均衡可比的原则分为对照组 43 例和观察组 43 例。对照组患者接受牙周炎基础治疗, 观察组在基础治疗上使用低能量激光疗法治疗。比较两组患者的牙周指数、临床疗效及细胞因子水平。结果 治疗前, 两组患者牙龈沟出血指数 (SBI)、菌斑指数 (PLI) 及附着丧失程度 (AL)、白介素-8 (IL-8)、碱性成纤维细胞生长因子 (b-FGF) 及白介素-2 (IL-2) 水平比较, 差异无统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗结束 1d 后, 两组患者 SBI、PLI、AL、IL-8、IL-2 均下降, b-FGF 水平均升高; 但使用低能量激光疗法的观察组 SBI、PLI、AL、IL-8、IL-2 均小于对照组, b-FGF 水平高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组临床总有效率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 低能量激光疗法治疗种植体周围炎能减少患者牙周指数, 降低炎症因子水平。

【关键词】 低能量激光疗法; 种植体周围炎; 牙周指数; 疗效; 炎症因子

中图分类号 R783.5 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)17-1288-03

Effect of low energy laser therapy on periodontal index in patients with peri-implant inflammation Wang Xuehong, Chen Caiyun, Li Ying. Lanzhou City Stomatological Hospital, Lanzhou 730000, China

【Abstract】 Objective To analyze the effect of low-energy laser therapy in patients with peri-implantitis on various index of periodontal index. **Methods** The study included 86 patients treated in the hospital from November 2021 to November 2022. According to the principle of comparable sex, age and implant number, 43 cases were divided into control group and 43 cases into observation group. The control group patients received basic treatment for periodontitis, and the observation group was treated with low energy laser therapy on basic treatment. Periodontal index, clinical efficacy, and cytokine levels were compared in the two groups. **Results** pretherapy, Comparison of the levels of gingival sulcus bleeding index (SBI), plaque index (PLI), and degree of attachment loss (AL), interleukin-8 (IL-8), basic fibroblast growth factor (b-FGF), and interleukin-2 (IL-2) in the two groups, There was no statistically significant difference when compared ($P < 0.05$); 1d after the end of treatment with the low-energy laser therapy, SBI, PLI, AL, IL-8, and IL-2, Both of the b-FGF levels were increased, However, the SBI, PLI, AL, IL-8, and IL-2 in the observation group were all smaller than those in the control group, Higher b-FGF levels than those in the control group, The difference was statistically significant ($P < 0.05$). The total clinical response rate in the observation group was higher than the control group and was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Low-energy laser therapy for peri-implantitis can reduce the periodontal index and reduce the level of inflammatory factors.

【Key words】 Low energy laser therapy; Peri-implant inflammation; Periodontal index; Efficacy; Inflammatory factors

随着口腔种植材料和技术的发展, 种植义齿已经成为治疗牙缺失的重要方法。既往研究发现^[1], 种植体成功率高达 98.00%, 但会有 7.00% 的患者发生种植体周围炎, 严重影响患者口腔健康。种植体周围炎主要指发生在种植体周围软、硬组织的炎症性损害, 会导致种植体周围支持组织丧失, 进而影响种植效果^[2-3]。目前治疗种植体周围炎主要有手术及非手术

方法。其中低能量激光疗法现已用于临床, 该疗法具有安全性高、创伤小和操作简单的优势^[4]。本研究使用低能量激光治疗种植体周围炎, 取得了一定效果, 现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2021 年 11 月 - 2022 年 11 月医院诊治的 86 例种植体周围炎患者为研究对象。纳入标准: ①

基金项目: 甘肃省科技计划项目 (编号: 22JR5RA1062)

作者单位: 730000 甘肃省兰州市口腔医院

* 通讯作者

符合《牙周病学》中相关诊断标准；②患者知情同意；③龈炎指数 ≥ 1 、探针出血指数 ≥ 2 、探诊深度 $\geq 14\text{mm}$ 。排除标准：①近3个月口服抗生素患者；②合并其他口腔疾病患者；③酒精依赖患者；④妊娠期、哺乳期患者。按照性别、年龄、种植体颗数组间均衡可比的原则分为对照组43例和观察组43例。对照组男性26例，女性17例；年龄21~39岁，平均 28.98 ± 2.19 岁；种植体62颗。观察组男性25例，女性18例；年龄20~40岁，平均 29.32 ± 2.57 岁；种植体59颗。两组患者性别、年龄比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 患者进行牙周基础治疗。视患者牙周情况而定，进行手术（龈上洁治术、龈下刮治术）治疗；清洁口腔（牙菌斑、牙周炎肉芽组织、牙结石），并平整根面；拔除不能保留的患牙。并于术后含漱双氧水漱口液。牙周基础治疗4次。

1.2.2 观察组 患者在基础治疗上使用低能量激光治疗。低能量激光照射，808nm，输出功率80MW，光斑直径为2mm，照射时将激光仪的纤维探头插入患者的龈袋内，做冠根向往复移动，每个部位照射1.5s，能量密度为 $4\text{J}/\text{cm}^2$ ，每天1次，连续治疗4次。

1.3 观察指标

(1) 牙周指数：参考Loe和Silness于1967年修订版本对患者全口进行检查，指标包括牙龈沟出血指数(SBI)、菌斑指数(PLI)及附着丧失程度(AL)，连续检测3次，获得平均值。

(2) 临床疗效：参考《牙周病学》中疗效标准

进行评价。显效：患者牙龈肿痛、牙龈出血等症状消失，牙龈外观恢复正常，牙周袋4mm；有效：牙周炎主要症状显著改善，牙龈外观逐渐恢复，牙周袋探查深度减少30.00%以上；无效：未达到显效、有效标准，甚至加重。临床总有效率 = (显效 + 有效) 例数 / 观察人数 $\times 100\%$ 。

(3) 细胞因子水平：使用无菌刮匙去掉龈上菌斑，将灭菌的30号标准吸潮纸尖插入牙周袋，20s，将其置入含有1.5ml厌氧转送液中，震荡5min，离心处理后使用酶联免疫吸附法检测白介素-8(IL-8)、碱性成纤维细胞生长因子(b-FGF)及白介素-2(IL-2)水平。

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 两组患者牙周指数各项指标比较

治疗前，两组患者SBI、PLI及AL差异比较无统计学意义($P<0.05$)；治疗结束1d后，两组患者SBI、PLI、AL均下降，但使用低能量激光治疗的观察组SBI、PLI、AL均小于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

2.2 两组患者临床疗效比较

使用低能量激光治疗治疗后，观察组患者临床总有效率高于对照组，差异有统计学意义($P<0.05$)，见表2。

表1 两组患者牙周指数各项指标比较

组别	例数	SBI		PLI		AL (mm)	
		治疗前	治疗结束 1d	治疗前	治疗结束 1d	治疗前	治疗结束 1d
对照组	43	2.83 ± 0.84	1.79 ± 0.51	2.71 ± 0.36	1.18 ± 0.26	5.71 ± 1.69	4.63 ± 1.19
观察组	43	2.76 ± 0.71	0.93 ± 0.23	2.73 ± 0.75	0.79 ± 0.16	5.64 ± 1.23	3.06 ± 0.78
	t 值	0.417	10.080	0.158	8.377	0.220	7.236
	P 值	0.677	0.000	0.875	0.000	0.827	0.000

表2 两组患者临床疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率 (%)
对照组	43	23	9	11	74.42
观察组	43	36	4	3	93.02

注：总有效率比较， $\chi^2=5.460$ ， $P=0.019$ 。

2.3 两组患者细胞因子水平比较

治疗前，两组患者IL-8、b-FGF、IL-2水平比较，

差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗结束1d后，两组患者IL-8、IL-2水平均下降，b-FGF水平均升高，

但使用低能量激光疗法的观察组 IL-8、IL-2 水平低于对照组, b-FGF 水平高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者细胞因子水平比较 ($\mu\text{g/L}$)

组别	例数	IL-8		b-FGF		IL-2	
		治疗前	治疗结束 1d	治疗前	治疗结束 1d	治疗前	治疗结束 1d
对照组	43	30.63 ± 3.69	16.62 ± 0.18	8.71 ± 2.16	18.59 ± 3.98	64.98 ± 7.06	35.19 ± 6.26
观察组	43	31.24 ± 4.21	12.71 ± 2.69	8.29 ± 2.27	20.70 ± 5.26	65.21 ± 8.36	30.74 ± 5.41
	<i>t</i> 值	0.715	9.510	0.879	2.098	0.138	3.527
	<i>P</i> 值	0.477	0.000	0.382	0.039	0.891	0.001

3 讨论

种植体周围组织破坏与多种因素有关, 其中种植体周围炎对其影响较为显著^[5-6]。种植体周围炎发病速度快, 炎症破坏范围广, 临床症状严重影响患者咀嚼、语言功能及种植体成活率。传统治疗方案主要有机械刮治、药物冲洗等, 但种植体结构为螺纹状且表面粗糙, 容易使细菌沉积吸附在表面, 使机械刮治、药物冲洗不能有效去除细菌, 导致疗效并不理想。低能量激光有作业广泛, 杀菌力强的优点, 同时具有生物刺激性, 在治疗种植体周围炎上优于传统疗法^[7]。本研究结果显示, 低能量激光的杀菌能力能有效去除生物膜及清除袋内壁组织, 可以显著减少袋内细菌。杨阿丽等^[8]研究发现, 使用激光照射治疗能减少种植体表面的牙龈卟啉单胞菌和粪肠球菌, 可以实现 100% 灭杀目标。另有学者发现^[9], 激光治疗能引导骨再生, 对成骨细胞具有刺激效应, 增加 b-FGF, 促使矿物质沉积加速, 这与本研究的结果一致。

本次研究结果显示, 经低能量激光治疗的观察组患者牙周指数 SBI、PLI、AL 低于对照组, 观察组患者牙龈沟中 IL-8、IL-2 水平下降, b-FGF 水平增加, 观察组患者临床疗效优于对照组。SBI、PLI、AL 减少提示牙面菌斑数量及厚度减少, 牙龈沟出血情况得到改善, 提示低能量激光在减少种植体周围炎患者的牙面菌斑数量及厚度、改善牙龈沟出血上的效果优于基础治疗。低能量激光具有引导骨再生的功能, 其机制可能是经激光照射后细菌减少, 炎症因子水平下降, 牙周组织再生功能恢复, 内皮细胞中黏着斑蛋白表达量及骨形态发生蛋白-2 (BMP-2) 表达增加, 成骨细胞活力增强, b-FGF 高表达, 矿物质沉积加速, 使得骨再生能力增强。骨再生能力增强有利于种植体成活及稳固。低能量激光能够引起组织温度升高, 牙齿或种植体的体积会膨胀, 产生压力, 大量水分子剧烈爆破, 在实现清除软组织的同时有效清除种植体表面脂多糖, 去污杀菌, 继而改善了患者牙周指数, 提升

了临床疗效。

综上所述, 低能量激光治疗种植体周围炎具有抑制炎症反应、促使骨再生及改善牙周指数的效果。

4 参考文献

- [1] 魏玮. 种植体周围炎与种植体形态关系的三维有限元分析 [J]. 实用临床医药杂志, 2020, 24(11): 1-5, 10.
- [2] Sanchez-Perez A, Nicolas-Silvente A I, Sanchez-Matas C, et al. Control of peri-implant mucous inflammation by using chlorhexidine or ultraviolet c radiation for cleaning healing abutments. Double-blind randomized clinical trial [J]. Materials, 2020, 13(5): 1124.
- [3] 陈慧文, 胡苒, 张卫平, 等. 种植体周围炎龈沟液中 IL-1 β 、IL-6 和 TNF- α 的表达 [J]. 上海交通大学学报 (医学版), 2020, 40(12): 1632-1636.
- [4] 王淑慧. 低功率激光疗法对钛种植体骨结合影响的探究 [D]. 山东: 山东大学, 2019.
- [5] Dave C, George P, Dominic H, et al. The depth of the implant mucosal tunnel modifies the development and resolution of experimental peri-implant mucositis: A case-control study [J]. Journal of Clinical Periodontology, 2021, 46(2): 248-255.
- [6] Shah A, Mishra G, Singh P, et al. Knowledge, Attitude and practice towards prevention of peri-implant infection and inflammation: A cross-sectional descriptive survey [J]. International Journal of Research in Pharmaceutical Sciences, 2021, 12(1): 718-723.
- [7] Chala M, Anagnostaki E, Mylona V, et al. Adjunctive use of lasers in peri-implant mucositis and peri-implantitis treatment: A systematic review [J]. Dentistry Journal, 2020, 8(3): 68.
- [8] 杨阿丽, 刘晓静. Er:YAG 激光治疗种植体周围炎前后卟啉单胞菌与伴放线杆菌的变化 [J]. 中国激光医学杂志, 2019, 28(6): 329-335.
- [9] 叶芷君, 徐普. 激光治疗种植体周围炎的研究与临床应用进展 [J]. 成都医学院学报, 2020, 15(6): 807-810.

[2023-05-25 收稿]

惠州市儿童脓毒症病原及其死亡的危险因素分析

严春宏 方兴

【摘要】 目的 对惠州市儿童脓毒症进行病原调查并分析脓毒症死亡的危险因素。方法 将2021年9月1日-2022年9月31日期间于汕头大学医学院儿科重症病房及普通儿科病房住院就诊并最终诊断为脓毒症的120例患儿作为调查对象,依据随访结果将22例死亡的患儿分死亡组,98例存活的患儿作为存活组。对患儿进行病原学及实验室相关指标检测,分析患儿病原学构成及其影响患儿死亡的危险因素。结果 患儿中大肠埃希菌、表皮葡萄球菌、肺炎克雷伯菌、肺炎链球菌、人葡萄球菌检出较高。死亡的原因主要有:多脏器功能衰竭(9例,7.50%),先天基础疾病(5例,4.16%)以及难以控制的原发病(8例,6.67%)。单因素分析,死亡组与存活组患儿血小板压积(PCT)、血小板总数(PLT)、白细胞(WBC)水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$);死亡组患儿C反应蛋白(CRP)、丙氨酸氨基转移酶(ALT)、白蛋白(ALB)、尿酸(UA)、活化部分凝血活酶时间(APTT)、血乳酸(Lac)高于存活组,差异有统计学意义($P<0.05$);两组患儿合并症或并发症、多器官功能障碍综合征(MODS)受累脏器数、细菌培养情况比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。多因素Logistic回归分析显示,有合并症或并发症、MODS受累脏器数多、细菌培养阳性、Lac水平高是脓毒症死亡的危险因素($P<0.05$)。结论 惠州市儿童脓毒症患病多因大肠埃希、表皮葡萄球菌、肺炎克雷伯菌等感染引起,合并症或并发症、MODS受累脏器数、细菌培养阳性、Lac为脓毒症患儿死亡的危险因素。

【关键词】 儿童脓毒症;患病现状调查;死亡;相关因素

中图分类号 R459.7 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)17-1291-04

儿童脓毒症是因各种感染因素引起的脏器功能障碍和(或)循环功能障碍,是儿童常见的感染性疾病,也是儿科最主要的危重症,病死率可高达50.00%^[1]。儿童脓毒症的定义是指感染引起的全身炎症反应综合征,是由各种危急疾病转变为多器官功能障碍的重要步骤,临床确诊主要从心率、体温、白细胞计数以及呼吸频率进行评估,满足两条及两条以上标准可诊断为脓毒症^[2-3]。该病以微循环紊乱、免疫失调和终末器官功能障碍为特点,其发病急,进展快,容易引起儿童的其他重症^[4]。因此降低儿童脓毒症的病死率,促进儿童健康,已成为一项世界性的挑战。本研究对惠州市儿童脓毒症患者进行调查,分析病原体的构成及其死亡的危险因素,为儿童脓毒症的精准化诊断与治疗提供参考依据,结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 调查对象

选取2021年9月1日-2022年9月31日期间于汕头大学医学院就诊并最终诊断为脓毒症的120例患儿为调查对象,依据随访结果,将22例死亡的患儿分为死亡组,98例存活的患儿作为存活组。纳入标准:①符合中华医学会儿科学分会急救学组以及中

华医学会急诊学分会儿科学组中对脓毒症的诊断标准;②非脓毒症休克者;③无听力、智力或表达障碍患者;④年龄5~14岁者。排除标准:①临床资料不完整或严重器官功能障碍者;②合并血栓性血小板减少性紫癜、血液肿瘤、重度贫血或长期服用抗凝药者;③有脾切除及脾增大等病史的儿童;④因各种原因未完成实验者。120例患儿,其中男64例,女56例;发病原因包括:呼吸系统感染63例,皮肤软组织感染例4例,消化系统感染20例,中枢神经系统感染15例,骨关节感染3例,血流感染7例,泌尿系感染6例,其他部位感染2例。患者及家属知情并已签署同意书,本研究经过我院伦理委员会批准。

1.2 调查内容及方法

在患儿入院后收集其一般资料,采用儿童危重症早期预警评分(pediatric early warning score, PEWS)早期识别筛查脓毒症患者,采用我院全自动生化检测仪、西斯美康血球仪等对患儿进行血常规、C反应蛋白(CRP)、血乳酸(Lac)等特异性感染指标检查。在使用抗感染药物前对患儿进行血液、脑脊液、痰液、肺泡灌洗液等体液样本的采集,并在1小时内送至微生物检验室利用BD培养仪进行微生物培养。其中血培养需在严格消毒的情况下在患者两个不同部位进行血液样本采集。在完善上述相关检查后,根据2012国际严重脓毒症及脓毒性休克诊疗指南诊断标准^[5],

作者单位:515041 广东省汕头市,汕头大学医学院儿科学(严春宏);惠州市中心人民医院儿童重症病区(方兴)

脓毒症为全身性感染并伴有持续性低血压,在充分的容量复苏治疗后,在排除低血容量时仍需要采用升压药来维持平均动脉压 ≥ 65 mmHg,且lac >2 mmol/L(>18 mg/dl);严重脓毒症,是指脓毒症基础上伴有器官功能障碍、组织灌注不良或低血压。

1.3 随访观察

对患儿进行为期9个月的随访,根据患儿是否存活将其分为脓毒症死亡组与脓毒症存活组。

1.4 数据分析处理方法

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 χ^2 检验;多因素分析采用Logistics回归模型。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患儿病原学检测结果

120例患儿中,杆菌检出率为43.33%,球菌检出率为45.83%。其中大肠埃希菌、表皮葡萄球菌、肺炎克雷伯菌、肺炎链球菌、人葡萄球菌的检出率较高,

见表1。

2.2 死亡组患儿死亡的病因

22例死亡的患儿中,多脏器功能衰竭(9例,7.50%),先天基础疾病(5例,4.17%)以及难以控制的原发病(8例,6.67%)。

2.3 死亡组与存活组患儿临床指标比较

两组患儿血小板压积(PCT)、血小板总数(PLT)、白细胞(WBC)水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);死亡组患儿丙氨酸氨基转移酶(ALT)、白蛋白(ALB)、尿酸(UA)、活化部分凝血活酶时间(APTT)、血乳酸(Lac)水平高于存活组,差异有统计学意义($P < 0.05$),两组患儿合并症或并发症、多器官功能障碍综合征(MODS)受累脏器数、细菌培养情况比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

2.4 影响患儿死亡的多因素分析

将两组患儿有统计学意义的因素作为自变量,以是否死亡为因变量(是=1,否=0),进行多因素Logistic回归分析,结果显示,合并症或并发症、MODS受累脏器数、细菌培养阳性以及Lac为影响脓毒症患者预后的重要因素($P < 0.05$),见表3。

表1 患儿病原学检测结果

菌种	杆菌		菌种	球菌	
	阳性例数	检出率(%)		阳性例数	检出率(%)
大肠埃希菌	16	13.33	表皮葡萄球菌	15	12.50
肺炎克雷伯菌	12	10.00	肺炎链球菌	12	10.00
嗜麦芽窄食单胞菌	10	8.33	人葡萄球菌	12	10.00
少动鞘氨醇单胞菌	8	6.67	金黄色葡萄球菌	9	7.50
其他	6	5.00	其他	7	15.83
合计	52	43.33	合计	55	45.83

表2 两组患儿指标结果比较

项目	存活组($n=98$)	死亡组($n=22$)	t 值	P 值
PCT (ng/L)	2.66 \pm 0.46	2.63 \pm 0.33	0.289	0.773
CRP (mg/L)	64.15 \pm 40.91	108.46 \pm 70.15	3.958	0.000
PLT ($\times 10^9/L$)	249.12 \pm 30.15	256.15 \pm 30.54	0.986	0.326
ALT (U/L)	22.26 \pm 12.52	50.42 \pm 34.16	6.507	0.000
WBC ($\times 10^9/L$)	13.86 \pm 1.25	13.65 \pm 1.27	0.710	0.479
ALB (g/L)	31.24 \pm 5.16	35.15 \pm 3.65	3.365	0.001
UA (μ mol/L)	194.58 \pm 64.15	238.46 \pm 54.23	2.976	0.004
APTT (s)	44.12 \pm 6.45	48.50 \pm 8.46	2.710	0.008
Lac (mmol/L)	1.52 \pm 0.46	1.98 \pm 1.10	3.125	0.002
合并症或并发症				
有	12	13	21.150*	0.000
无	86	9		

续表

MODS 受累脏器数 (个)				
无	32	5	20.478*	0.000
<2	54	5		
≥ 2	12	12		
细菌培养阳性				
是	22	15	17.620*	0.000
否	76	7		

*为 χ^2 值。

表 3 影响患儿死亡的多因素分析结果

影响因素	B 值	SE	卡方值	P 值	OR	95%CI
CRP	3.265	2.02	2.613	0.106	26.180	0.500 1371.77
APTT	3.162	2.23	2.011	0.156	23.618	0.299 1868.330
UA	3.204	1.856	2.980	0.084	24.631	0.648 936.135
ALB	3.261	2.055	2.518	0.113	26.076	0.464 1463.813
ALT	2.052	1.266	2.627	0.105	7.783	0.651 93.071
合并症或并发症	1.684	0.25	45.374	0.000	5.387	3.300 8.793
MODS 受累脏器数	2.540	0.652	15.177	0.000	12.680	3.533 45.509
细菌培养阳性	1.251	0.365	11.747	0.001	3.494	1.708 7.145
Lac	2.132	0.612	12.136	0.000	8.432	2.541 27.981

3 讨论

脓毒症是由感染引起的不可控的全身炎症性反应综合征，具有多种表征，可导致患者一个或多个脏器功能减弱或衰竭，还可导致严重的神经系统并发症如脓毒性脑病等^[6]。该病常发于儿童，在儿童发病率居高不下，且其发病急、发展快，死亡率高，是儿童危重疾病领域的难题之一^[7]。脓毒症大多由细菌感染导致，包括葡萄球菌、链球菌以及铜绿假单胞菌等，因此早期合理使用有效的抗生素对于清除患者体内的病原菌、降低死亡率的具有重要价值^[8-10]。了解儿童脓毒症的病因、病原、疾病特点及死亡影响因素对提高儿童脓毒症有着重要的作用，而目前惠州市尚没有关于儿童脓毒症的病原学的报道。

本研究结果表明，所有患儿中大肠埃希菌、表皮葡萄球菌、肺炎克雷伯菌、肺炎链球菌、人葡萄球菌感染率较高，说明患儿感染细菌种类多样。两组脓毒症患儿中总病死例数 22 例（18.33%）。脓毒症死亡的原因主要有：多脏器功能衰竭，先天基础疾病、难以控制的原发病。多因素分析结果显示，合并症或并发症、MODS 受累脏器数、细菌培养阳性以及 Lac 进入回归模型，为影响脓症患者预后的重要因素。合

并症或并发症患儿免疫系统较弱，更易受到感染及病毒的攻击，从而加重病情，导致预后不良。血乳酸水平可反映患儿病情的严重程度，是脓毒症严重程度的预警信号。MODS 是一种序贯性损伤，可引起多器官功能衰竭，而多种衰竭器官之间具有相互影响，可导致恶性循环，最终使患儿发生不可逆的结局。细菌感染、感染部位及病原菌种类的变化均可能加重患者病情。Lac 水平越高患儿脓毒症病情越严重，治疗越困难，预后更易不良。因此加强患儿的血流动力学管理，做好感染控制，改善循环状态，检测并保护患儿重要脏器功能对降低儿童脓毒症死亡率具有重要的意义。

综上所述，惠州市儿童脓毒症患病多因大肠埃希菌、表皮葡萄球菌、肺炎克雷伯菌感染引起，合并症或并发症、MODS 受累脏器数、细菌培养阳性、Lac 为脓毒症死亡危险因素。

4 参考文献

[1] 武书鸿, 柏振江, 王曼丽. 儿童脓毒症相关性脑病的临床特征及危险因素分析 [J]. 中国妇幼健康研究, 2023, 34(4): 97-103.
 [2] 胡语航, 任新蕊, 徐静, 等. 改良 qSOFA 评分对儿童

首次行冠脉介入诊疗患者待术期疾病不确定感现状及影响因素

张默 李建民* 常文红

【摘要】 目的 了解首次行经皮冠状动脉介入(PCI)诊疗患者在待术期的疾病不确定感水平,并分析其影响因素。方法 选取2020年10月-2021年3月在某三级甲等医院行PCI诊疗的269例患者为调查对象,采用中文版Mishel疾病不确定感量表进行调查,并采用单因素及多因素线性回归模型,分析首次行PCI诊疗患者待术期疾病不确定感的影响因素。结果 首次行PCI诊疗患者在待术期疾病不确定感处于中度水平。采用单因素及多因素线性回归分析结果显示,年龄、职业性质、导管室待术时间是首次行PCI诊疗患者待术期疾病不确定感影响因素($P<0.05$)。结论 首次行PCI诊疗患者在待术期疾病不确定感处于中度水平。年龄小、非体力劳动者、导管室待术时间长的首次行PCI诊疗患者待术期疾病不确定感水平相对较高。

【关键词】 冠心病;待术期;疾病不确定感;影响因素

中图分类号 R541.4 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)17-1294-04

Current status and influencing factors of disease uncertainty in patients waiting for surgery during the first coronary treatment Zhang Mo, Li Jianmin, Chang Wenhong. North China University of Science and Technology, Tangshan 063210, China

【Abstract】 Objective To understand the level of disease uncertainty in patients waiting for surgery during the first coronary treatment, and to analyze the influencing factors. **Methods** A total of 269 patients who underwent PCI diagnosis and treatment at a tertiary hospital from October 2020 to March 2021 were selected as the survey subjects. The Chinese version of the Mishel Disease Uncertainty Scale was used for the survey, and univariate and multivariate linear regression models were used to analyze the influencing factors of disease uncertainty in patients undergoing PCI diagnosis and treatment for the first time. **Results** Patients with PCI for the first time had a moderate level of disease uncertainty in the waiting period. The results of univariate and multivariate linear regression analysis showed that age, occupational nature, and waiting time in the catheter room were the influencing factors for the uncertainty of patients undergoing PCI for the first time ($P<0.05$). **Conclusion** Patients undergoing PCI for the first time have a moderate level of disease uncertainty during the waiting period. Patients who undergo PCI for the first time, who are young, non manual workers, and have a long waiting time in the catheter room, have a relatively high level of uncertainty about the disease during the waiting period.

【Key words】 Coronary heart disease; Waiting period; Uncertainty of illness; Influencing factors

作者单位: 063210 河北省唐山市, 华北理工大学

* 通讯作者

- 脓毒症的诊断效能及分诊价值[J]. 中国妇幼健康研究, 2023, 34(4): 104-108.
- [3] 叶鑫, 蔡启茵, 陈光辉, 等. 高通量测序技术在儿童脓毒症病原学诊断中的效能评价[J]. 现代医学, 2022, 50(8): 1022-1027.
- [4] 徐梅先, 刘刚, 曹利静, 等. 炎性细胞因子与儿童脓毒症相关的弥漫性血管内凝血的相关性[J]. 河北医科大学学报, 2022, 43(7): 811-816.
- [5] 高戈, 冯喆, 常志刚, 等. 2012国际严重脓毒症及脓毒性休克诊疗指南[C]. 中国实验室外科暨肿瘤外科论坛. 2013.
- [6] 马娟. 儿童脓毒症的临床特点及严重脓毒症的相关因素分析[D]. 银川: 宁夏医科大学, 2022.
- [7] 赵倩. 降钙素原、血乳酸、C反应蛋白及SOFA评分对儿童脓毒症预后评估的价值研究[D]. 银川: 宁夏医科大学, 2022.
- [8] 路芳, 王卫凯, 宋雅琪, 等. 甘肃省少数民族儿童脓毒症死亡的相关危险因素分析[J]. 临床急诊杂志, 2020, 21(2): 168-171.
- [9] 郑丽娜, 夏然, 郑黎明, 等. 儿童重症监护病房脓毒症患儿肠内营养不耐受因素调查及与患儿预后的相关性[J]. 中国妇幼保健, 2021, 36(19): 4529-4532.
- [10] 白新风, 徐梅先, 郭芳, 等. 血小板参数对儿童脓毒症预后死亡的预测价值[J]. 临床误诊误治, 2021, 34(8): 106-111.

[2023-05-31 收稿]

在《中国心血管病报告 2018》中指出,我国心血管病现患人数 2.9 亿,心血管病死亡率居首位,占居民疾病死亡构成的 40% 以上^[1]。目前为止,在心血管病的诊疗中,经皮冠状动脉介入(percutaneous coronary intervention, PCI)治疗已经成为最常用且有效的冠心病治疗手段^[2],被称之为“金标准”。有研究指出,PCI 诊疗的患者在围手术期均存在不同程度的疾病不确定感水平的增高,这不仅降低患者 PCI 手术的顺利性,提高手术难度,更会增加术后并发症,影响预后效果,降低生活质量^[3]。为了解首次行 PCI 诊疗患者待术期疾病不确定感状况及其影响因素,本研究对 269 例首次行 PCI 诊疗的患者进行了调查分析。

1 对象与方法

1.1 调查对象

选取 2020 年 10 月 - 2021 年 3 月在某三级甲等医院行 PCI 诊疗的 269 例患者为调查对象。纳入标准:

①首次行 PCI 诊疗,非急诊抢救患者;②年龄 ≥ 18 周岁;③意识清楚,具有正常的阅读和语言表达能力。排除标准:①有严重的躯体或精神疾病患者;②有严重的听力、言语理解障碍患者;③并发其他疾病,如风湿病、慢性阻塞性肺疾病、严重肝肾疾病及恶性肿瘤等;④近 1 个月以来发生过重大家庭事件,如离异、丧亲、事业、经济问题等可能引起患者焦虑的情绪者。269 例患者中男性患者 161 例,女性患者 108 例;患者平均年龄为 60.58 ± 9.50 岁,60 岁以下 124 例,60 岁以上 145 例;患者职业性质中体力劳动者为 132 例,非体力劳动者为 137 例;吸烟者 107 例,否认吸烟者 162 例;饮酒者 99 例,否认饮酒者 170 例;医疗费用支付方式中现金支付 7 例,居民医保 135 例,职工医保 127 例;病房待术时间 3.5 天及以下者 206 例,3.5 天以上者 63 例;导管室等待时间 1 小时及以下者 142 例,1 小时以上者 127 例。

1.2 调查内容及方法

(1) 问卷调查:内容包括性别、年龄、职业、

付费方式、身体质量指数(BMI)及患者疾病不确定感。

(2) 疾病不确定感:采用许淑莲对 Mishel 疾病不确定感量表翻译的中文版评估患者待术期疾病不确定感情况。该量表分为 2 个维度,包含不明确性维度和复杂性维度,得分越高,患者的疾病不确定感水平越高。该量表的 Cronbach's α 系数为 0.9^[4-5],有良好的信效度。

1.3 统计学处理

采用 SPSS 26.0 统计学软件进行数据处理。计数资料计算百分率;计量资料以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示。两组间率的比较采用卡方检验;两组间均数比较采用 *t* 检验;两组以上样本均数比较采用方差分析。变量间的相关性采用皮尔逊相关性分析;多因素分析采用线性回归模型,分析首次行 PCI 诊疗患者待术期疾病不确定感的影响因素。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 首次行 PCI 诊疗患者的基本特征及对待术期疾病不确定感的影响

调查对象的基本特征见表 1。269 例首次行 PCI 诊疗患者待术期疾病不确定感平均得分为 75.76 ± 10.73 分,处于中度水平。调查对象的基本特征对疾病不确定感影响的单因素分析结果显示,年龄、职业性质、导管室待术时间(小时)是首次行 PCI 诊疗患者疾病不确定感及其两个维度水平的影响因素($P < 0.05$),见表 2。

2.2 首次行 PCI 诊疗患者待术期疾病不确定感评分影响因素的多因素分析

将首次择期行冠状动脉诊疗患者待术期疾病不确定感总分作为因变量,将单因素分析中有统计学意义的因素作为自变量,进行多因素线性回归分析,结果显示,年龄、职业性质、导管室等待时间是首次行 PCI 诊疗患者待术期疾病不确定感的影响因素($P < 0.05$),见表 2。

表 1 269 例首次行 PCI 诊疗患者的基本特征及待术期疾病不确定感的影响

特征因素	类别	<i>n</i>	疾病不确定感(分)		
			总分	复杂性维度	不明确性维度
性别	男	161	75.88 ± 9.59	27.81 ± 3.84	48.35 ± 6.03
	女	108	75.35 ± 10.48	27.80 ± 4.26	47.55 ± 6.57
	<i>t</i> 值		0.416	0.270	0.606
	<i>P</i> 值		0.678	0.979	0.545
年龄(岁)	<60	124	77.85 ± 9.99	28.77 ± 3.96	49.06 ± 6.02
	≥ 60	145	73.80 ± 9.53	26.99 ± 3.88	46.80 ± 6.11
	<i>t</i> 值		3.381	3.720	2.998
	<i>p</i> 值		0.001	0.000	0.003

续表

BMI	<28	197	75.11 ± 10.25	27.56 ± 4.15	47.53 ± 6.43
	≥ 28	72	77.19 ± 8.91	28.50 ± 3.54	48.70 ± 5.67
	<i>t</i> 值		-1.632	-1.845	-1.448
	<i>p</i> 值		0.105	0.067	0.150
职业性质	体力劳动者	132	74.11 ± 10.46	27.37 ± 4.22	46.71 ± 6.54
	非体力劳动者	137	77.16 ± 9.20	28.23 ± 3.75	48.93 ± 5.77
	<i>t</i> 值		-2.533	-1.767	-2.961
	<i>p</i> 值		0.012	0.078	0.003
吸烟	是	107	74.88 ± 10.43	27.46 ± 4.13	47.38 ± 6.58
	否	162	76.19 ± 9.60	28.04 ± 3.92	48.15 ± 6.02
	<i>t</i> 值		-1.038	-1.156	-0.959
	<i>p</i> 值		0.301	0.249	0.339
饮酒	是	99	76.22 ± 10.03	28.05 ± 4.05	48.16 ± 6.18
	否	170	75.35 ± 9.90	27.67 ± 3.99	47.67 ± 6.30
	<i>t</i> 值		0.680	0.729	0.613
	<i>p</i> 值		0.541	0.467	0.497
待术时间 (d)	≤ 3.5	206	76.25 ± 8.57	28.01 ± 3.54	48.22 ± 5.43
	> 3.5	63	73.76 ± 13.4	27.17 ± 5.25	46.59 ± 8.32
	<i>t</i> 值		1.388	1.187	1.467
	<i>p</i> 值		0.169	0.239	0.146
导管室等待时间 (h)	≤ 1	142	73.59 ± 9.30	27.02 ± 3.80	46.55 ± 5.83
	> 1	127	77.98 ± 10.16	28.70 ± 4.06	49.29 ± 6.40
	<i>t</i> 值		-3.699	-3.498	-3.674
	<i>p</i> 值		0.000	0.001	0.000

表 2 影响首次行 PCI 诊疗患者待术期疾病不确定感的多因素分析

变量	<i>B</i>	<i>SE</i>	标准化 <i>B</i>	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
(常量)	71.539	2.979	-	24.014	0.000
年龄	-4.081	1.170	-0.205	-3.489	0.001
职业性质	3.246	1.165	0.164	2.787	0.006
导管室等待时间 (h)	3.742	1.163	0.188	3.218	0.001

注: $R^2=0.108$, 调整后的 $R^2=0.098$, $F=10.744$; $P<0.01$ 。

3 讨论

疾病不确定感指患者因缺乏判断与疾病相关事务的能力而产生的一种心理失控状态且始终贯穿于疾病的各个阶段,属于一种中性认知范畴^[6-9]。这种认知状态不仅影响着患者的心理状态,更对患者的诊疗行为有着较大的影响。但是由于再次发病的患者对于上次发病的救治诊疗过程以及疗效有着不同程度的认知和应对,会对研究的结果有不确定因素的干扰^[10],鉴于此,本研究只针对首次行 PCI 诊疗患者的疾病不确定情况进行讨论,探寻其影响因素。

3.1 首次行 PCI 诊疗患者待术期疾病不确定感水平分析

从本研究的结果可以看出,首次行 PCI 诊疗患者待术期疾病不确定感处于中等水平,这个结果与国内、国外^[11-13]学者一些研究结果是相似的。导致首次行 PCI 诊疗患者疾病不确定感的可能性原因有:①首次行 PCI 诊疗患者对于初次发生的自认为比较严重的疾病有很多的疑问和负性的预后忧虑。②患者来到导管室陌生而繁忙的工作环境之后又有了更进一步的恐惧。③马上要进行 PCI 诊疗,对于需要做检查手术,

还是做治疗手术的一个担忧。④患者对于看到其他患者的治疗而对自己的治疗产生忧虑。

3.2 首次行 PCI 诊疗患者待术期疾病不确定感的影响因素分析

本研究发现年龄是疾病不确定感的一个比较重要的危险因素,王春霞,宋珍^[14]等通过对不同年龄前列腺癌患者疾病不确定感的调查,年轻组患者的疾病不确定感水平要显著高于高年龄组的患者,并指出年轻组患者均处在工作状态,甚至是在事业的上升期或是在某些工作重要岗位,同时,在家庭中还扮演着比较重要的角色,相比之下,要比年纪大的患者更关注身体的健康状况,甚至,会过度的表达身体感受以及症状的表现,尤其是担心未来是否可以顺利返回工作岗位,李国媛等^[15]的研究也有着同样的结论。本研究结果显示,非体力劳动为主的患者疾病不确定感水平高于以体力劳动为主的患者。非体力劳动者,他们的工作性质必须经众多理论知识的学习和科学技术的掌握,往往学历要高于体力劳动者^[16]。张琴^[17]的研究结果指出,文化程度较高的患者虽然具备很好的阅读能力,同时,也对疾病的一些相关知识有一定的理解,但这并不代表他们对 PCI 诊疗相关知识掌握的全面而专业,往往会过分担忧 PCI 诊疗术后的并发症,不知道诊断结果会是什么样,进而导致患者疾病不确定感的不明确维度水平增高。

本研究结果显示,导管室待术时间在 > 1h 以上患者的疾病不确定感水平高于导管室候诊时间在 ≤ 1h 之内的患者。患者首次进入导管室,环境陌生,而且导管室中常常有急诊患者出现,手术自然就会延迟。与此同时,待术患者会存在目睹其他抢救患者的情况,本身由于疾病的情况就内心紧张,从而导致其疾病不确定感较高,甚至随着候诊时间的增加而进一步增高^[18]。

综上所述,年龄、职业性质、导管室候诊时间是首次行 PCI 诊疗患者待术期疾病不确定感升高的影响因素,未来护理人员应根据这些影响因素给予适合不同个体的预见性护理,早期进行干预,减少患者在待术期发生意外从而影响手术顺利进行的事件发生,进而提高患者的预后治疗,提高患者的住院满意度。

4 参考文献

- [1] 胡盛寿,高润霖,刘力生,等.《中国心血管病报告 2018》概要[J].中国循环杂志,2019,34(3):209-220.
- [2] Bates ER,Tamis-Holland JE,Bittl JA, et al. PCI strategies in patients with ST-segment elevation myocardial infarction and multivessel coronary artery disease[J].J Am Coll Cardiol,2016,68(10):1066-1081.
- [3] 崔艳群.结构式心理护理对冠脉介入治疗患者疾病不确定感及感知控制的影响[J].当代护士(下旬刊),2019,26(6):133-135.
- [4] 许淑莲,黄秀梨.Mishel 疾病不确定感量表之中文版测试[J].护理研究,1996,4(1):59-68.
- [5] Mishel Mhua.Uncertainty in illness[J].Image:Journal of Nursing Scholarship,1988,20(4):225-232.
- [6] Yue Tao,Li Qiting,Wang Rongsheng,et al.Comparison of hospital anxiety and depression scale (HADS) and zung self-rating anxiety/depression scale (SAS/SDS) in evaluating anxiety and depression in patients with psoriatic arthritis[J].Dermatology:International Journal for Clinical and Investigative Dermatology,2020,236(2):170-178.
- [7] 刘粹,于雅琴,康岚,等.北京市和吉林省高血压共病抑郁及焦虑障碍患病率和心理社会因素分析[J].中华精神科杂志,2015,48(2):86-91.
- [8] 张倩,朱亮,汪凤兰,等.疾病不确定感、焦虑水平对中青年冠心病患者自我效能的影响[J].中国卫生事业管理,2018,35(6):455-458.
- [9] 叶增杰,余颖,梁木子,等.中文版 Mishel 疾病不确定感量表的重新修订及其在中国恶性肿瘤患者中的信效度检验[J].中国全科医学,2018,21(9):1091-1097.
- [10] 王雪.CCU 老年冠脉介入患者术后疾病不确定感与焦虑、家庭支持的相关性研究[D].济南:山东中医药大学,2019.
- [11] 何悦,王春风,高静.白内障患者超声乳化术前疾病不确定感与负性情绪分析[J].航空航天医学杂志,2023,34(1):103-105.
- [12] 李雪,宋玉娇,洪州.结构式心理干预对面肌痉挛显微血管减压术患者疾病不确定感和围术期心理状态的影响[J].中国健康心理学杂志,2019,27(8):1167-1170.
- [13] Kemp AH,Brunoni AR,Nunes MA,et al. The association between mood and anxiety disorders, and coronary heart disease in Brazil: A cross-sectional analysis on the Brazilian longitudinal study of adult health(ELSA-Brasil)[J].Front Psychol, 2015, 25(6):187.
- [14] 王春霞,宋真,李红燕,等.不同年龄前列腺癌患者疾病不确定感与生活质量[J].中国老年学杂志,2019,39(1):200-203.
- [15] 李国媛,王春梅.不同年龄乳腺癌病人疾病不确定感、社会支持和生活质量的对比性研究[J].护理研究,2013,27(15):1435-1436.
- [16] 孙宇.脑力劳动与体力劳动共同创造价值[J].经济研究导刊,2019(26):1-2,11.
- [17] 张琴.冠心病患者疾病不确定感的相关因素分析及家庭支持的作用探讨[J].牡丹江医学院学报,2015,36(2):121-122.
- [18] 乐霄,赵体玉,余云红,等.术前等待间手术病人焦虑水平与信息需求相关性研究[J].护理研究,2018,32(15):2394-2402.

巨大儿对孕产妇及新生儿的影响

黄阳琴

【摘要】 目的 探讨巨大儿对孕产妇及新生儿的影响。方法 选择医院 2020 年 4 月 - 2022 年 6 月分娩正常体重新生儿的产妇 55 例为对照组, 另选分娩巨大儿的产妇 55 例为巨大儿组。对比两组产妇分娩方式、孕妇血脂水平、孕妇产后并发症发生率、新生儿并发症发生率和新生儿 Apgar 评分。结果 巨大儿组产妇剖宫产率为 89.09%, 高于对照组 38.18%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。巨大儿组产妇总胆固醇 (TC)、三酰甘油 (TG)、低密度脂蛋白 (LDL) 水平均高于对照组, 高密度脂蛋白 (HDL) 水平低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。巨大儿组产后并发症发生率为 16.36%, 高于对照组 3.64%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。巨大儿组产后 1、5、10min 新生儿 Apgar 评分均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 巨大儿会增加剖宫产的概率, 影响孕产妇的脂代谢, 增加产妇及新生儿并发症的风险, 降低新生 Apgar 评分, 不利于母婴身体健康。

【关键词】 巨大儿; 剖宫产; 并发症; 血脂

中图分类号 R714.5 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)17-1298-03

巨大儿是指在任何孕周胎儿体重 ≥ 4000 克, 属于妊娠期并发症之一。巨大儿易加重产妇身体负担, 增加分娩难度或导致胎儿宫内窘迫或发生窒息。巨大儿多因产妇妊娠期营养摄入过多、运动较少等因素引起。若采取自然分娩方式, 易造成产妇软产道裂伤甚至子宫破裂、尿瘘粪瘘, 产后大出血, 新生儿常需手术助产, 引起颅内出血、锁骨骨折、臂丛神经损伤、新生儿窒息等现象, 危及母婴生命安全^[1]。因此, 分娩时多采用剖宫产术取出胎儿, 但剖宫产术手术创伤性较大, 术后出现并发症的风险要高于自然分娩产妇, 不利于产妇恢复。本研究探讨巨大儿对孕产妇及新生儿的影响。现报告如下。

1 对象与方法

1.1 调查对象

将医院 2020 年 4 月 - 2022 年 6 月分娩正常体重新生儿的产妇为调查对象, 选择其中分娩正常体重新生儿的产妇 55 例为对照组, 另选择分娩巨大儿的产妇 55 例为巨大儿组。对照组年龄 23 ~ 42 岁, 平均 27.47 ± 2.63 岁; 孕周 36 ~ 41 周, 平均 38.61 ± 1.34 周; 初产妇 28 例, 经产妇 27 例。巨大儿组年龄 22 ~ 41 岁, 平均 27.45 ± 2.61 岁; 孕周 37 ~ 40 周, 平均 38.63 ± 1.32 周; 初产妇 26 例, 经产妇 29 例。两组产妇上述资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。本研究通过医院伦理委员会批准。

1.2 资料收集及方法

(1) 分娩方式: 包括自然分娩及剖宫产。

(2) 孕妇血脂水平: 采血, 经 3000r/min 作

离心处理后, 分离血清、血浆。取血清采用贝克曼 AU5800 全自动生化分析仪测定总胆固醇 (TC)、三酰甘油 (TG)、高密度脂蛋白 (HDL)、低密度脂蛋白 (LDL) 水平。

(3) 母婴并发症: 包括产后发生产后出血、软产道裂伤、阴道前后壁膨出以及新生儿出现呼吸窘迫、窒息。

(4) 新生儿 Apgar 评分: 产后 1、5、10min 对新生儿进行 Apgar 评分。Apgar 评分标准分为 5 项。①心跳次数 0 次 (0 分); < 100 次/min (1 分); ≥ 100 次/min (2 分)。②呼吸 0 次 (0 分); 呼吸浅表, 哭声弱 (1 分); 呼吸正常, 哭声响亮 (2 分)。③肌张力松弛 (0 分); 四肢屈曲 (1 分); 四肢活动良好 (2 分)。④喉反射无反应 (0 分); 有轻微动作, 无哭声 (1 分); 活动明显, 有哭声 (2 分)。⑤皮肤颜色泛紫或惨白 (0 分); 躯干红, 四肢泛紫 (1 分); 全身红润 (2 分)。总分为 10 分, 得分越高, 说明健康状况越好。

1.3 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。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组产妇分娩方式比较

巨大儿组产妇剖宫产率为 89.09%, 低于对照组的 38.18%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 两组产妇血脂水平比较

巨大儿组 TC、TG、LDL 水平均高于对照组，HDL 水平低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

2.3 两组产妇产后并发症发生率比较

巨大儿组产妇产后并发症发生率为 16.36%，高于对照组的 3.64%，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 1 两组产妇分娩方式比较

组别	分娩方式		剖宫产率 (%)
	剖宫产	自然分娩	
对照组 ($n=55$)	21	34	38.18
巨大儿组 ($n=55$)	49	6	89.09

注：剖宫产率比较， $\chi^2=30.800$ ， $P=0.000$ 。

表 2 两组产妇血脂水平比较 (mmol/L)

组别	TC	TG	HDL	LDL
对照组 ($n=55$)	2.76 ± 1.13	4.26 ± 1.45	1.86 ± 0.57	2.84 ± 0.72
巨大儿组 ($n=55$)	3.64 ± 1.54	5.76 ± 1.35	1.53 ± 0.34	3.28 ± 1.25
<i>t</i> 值	3.417	5.615	3.687	2.262
<i>P</i> 值	0.001	0.000	0.000	0.026

表 3 两组产妇产后并发症发生率比较

组别	产妇并发症			新生儿并发症		总并发症发生率 (%)
	产后出血	软产道裂伤	阴道前后壁膨出	呼吸窘迫	窒息	
对照组 ($n=55$)	1	1	0	0	0	3.64
巨大儿组 ($n=55$)	3	2	1	2	1	16.36

注：总并发症发生率比较， $\chi^2=4.949$ ， $P=0.026$ 。

2.4 两组新生儿 Apgar 评分比较

巨大儿组产后 1、5、10min 新生儿 Apgar 评分均低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 4。

表 4 两组新生儿 Apgar 评分比较 (分)

组别	Apga 评分		
	1min	5min	10min
对照组 ($n=55$)	8.76 ± 1.12	9.13 ± 0.17	9.28 ± 0.24
巨大儿组 ($n=55$)	5.37 ± 1.06	6.54 ± 0.53	7.15 ± 0.69
<i>t</i> 值	16.303	34.510	21.623
<i>P</i> 值	0.000	0.000	0.000

3 讨论

新生儿的发育与母体健康状态密不可分，产妇体重变化、合并妊娠期并发症、胎盘激素异常等因素均可造成巨大儿。赵红梅等^[2]学者提出，产妇妊娠期体重增加超过 20kg 时，会增大巨大儿发生的风险。当产妇患有妊娠期糖尿病时，血糖含量处于持续高峰阶段，会造成糖代谢异常，摄入的蛋白质及脂肪无法正常吸收代谢，从而增大巨大儿风险。妊娠期，胎儿在宫腔中的养分是由胎盘输送的，胎盘可分泌内皮素、脂联素等多种激素，对胎儿生长、发育及生理功能起调控作用，当母体内糖代谢异常，会过度分泌糖皮质

激素，则易造成胎盘功能紊乱，从而增加巨大儿产生的概率。根据其体重分布可分为体质型、代谢型，体质型主要是因营养过剩所致，胎儿表现仅为体重较大，生长发育无异常，但易造成难产，危害母体生命安全^[3-4]。代谢型主要是因母体妊娠期患有糖尿病，且血糖未得到有效控制，从而造成巨大儿，该类胎儿器官明显增大，且腹围、胸围要高于头围，属于病态发育，危险系数更高^[5]。

剖宫产是经腹壁切开子宫取出已成活胎儿、胎盘等附件的手术方式，适用于骨盆狭窄或畸形、宫颈瘢痕、产力不足、妊娠期合并严重心脏病、糖尿病、甲亢等疾病的产妇，此外，也适用于胎儿宫内窘迫、过期妊娠、巨大儿等，可有效保障胎儿及产妇生命安全。剖宫产术可避免自然分娩中突发状况，对产妇产道无影响，是解决难产、高危产的重要手段。但该术式创伤性较大，产后产妇易出现出血、感染、栓塞、麻醉意外等并发症，恢复时间较长，恢复不佳可造成后续出现盆腔炎、子宫内膜异位症等并发症，新生儿可出现湿肺、窒息、呼吸窘迫综合征等并发症，影响新生儿正常生长发育。

本研究结果显示，巨大儿组剖宫产率高于对照组，提示巨大儿可增加剖宫产的概率。这是由于巨大儿体

积较正常新生儿大,入盆阶段头围过大、肩部宽于头围等因素无法与骨盆贴合,从而延长产程、增加顺转剖的概率。

本研究巨大儿组 TC、TG、LDL 水平均高于对照组, HDL 水平低于对照组,提示巨大儿可造成产妇出现高血脂。这主要与产妇食物摄入量过多、体重过高、脂代谢不佳有关,或产妇若合并高血糖将会影响脂代谢出现高血脂现象,分娩时易增加心血管疾病如高血压、动脉粥样硬化的风险。

有相关研究表明,巨大儿发生窒息概率可达 16.00%,新生儿病死率可达 7.20%^[6]。王琛琛等^[7]研究指出,巨大儿产后可造成产妇出现大出血、阴道损伤等现象,新生儿娩出期间可出现窒息、呼吸窘迫等并发症。这是由于巨大儿经产道娩出时,导致宫颈、阴道、会阴出现撕裂伤,造成腹膜后血肿、阔韧带血肿,对产道损伤较大。分娩时盆底组织过度拉伸,可增大子宫脱垂的发生。此外,巨大儿会造成子宫过度膨胀、子宫过度伸展,产后子宫收缩乏力,引起产后出血,严重者可致产妇出现贫血,甚至休克。巨大儿在分娩期间,头部娩出后胎肩以下部位易嵌顿在产道内,无法自主呼吸,会增加胎儿呼吸窘迫风险,危及胎儿生命。本研究与上述观点一致。

据不完全统计,巨大儿产生肩难产的概率为 3.00% ~ 14.00%,后续发育中出现臂丛神经损伤概率可高达 10.00% 以上^[8]。新生儿 Apgar 评分内容包含对新生儿肌张力(activity)、脉搏(pulse)、对刺激的反应(grimace)、肤色(appearance)、呼吸(respiration)的评估,其命名方式也取于上述内容首字母,该评分可判定新生儿生理状态,提高生存率^[9]。本研究结果显示,巨大儿组产后 1、5、10min 新生儿 Apgar 评分低于对照组,提示巨大儿可降低新生儿 Apgar 评分。这是由于巨大儿增加了肩难产的概率,延长产程,增加新生儿出现窒息、呼吸困难的概率,从而影响新生儿生理状态。

孕妇在妊娠期间,适当补充营养,减少高热量、高脂肪、高糖类食物的摄入,适当运动,保持自身及胎儿体重匀速增加,定期进行产检,密切观察胎儿生长情况,当生长过速时,及时查看体内糖代谢指数,防止糖尿病的产生,必要时对胎儿心脏进行检测,排

查是否存在发育畸形,及时进行干预治疗。产科应定期组织来院产妇进行孕期保健课程学习,增加产妇对妊娠的认知,及时评估产妇身体状况,预防巨大儿产生。妊娠中期及时预估胎儿体重,根据体重指标,指导产妇进行饮食控制、运动,降低巨大儿发生率。李红^[10]提出,对妊娠期糖尿病孕妇实行模块化营养干预,可有效控制其血糖,减少巨大儿的发生。

综上所述,巨大儿可增加剖宫产率,产妇及新生儿产后并发症发生率较高,影响新生儿后续生长发育,因此及时规避巨大儿的发生,可降低以上风险,改善妊娠结局。

4 参考文献

- [1] 饶翀,宋英娜,肖新华,等.基于孕中期代谢相关因素的巨大儿风险评估模型的建立[J].中华糖尿病杂志,2021,13(9):859-864.
- [2] 赵红梅,刘军,王芳,等.正常糖耐量孕妇孕前体质量指数及孕期体重增长对新生儿体重的影响[J].中国计划生育和妇产科,2021,13(5):59-62.
- [3] 贾利萍.巨大儿发生的相关危险因素分析[J].中国药物与临床,2021,21(18):3093-3094.
- [4] 樊炳娟,王丹,曲晓芹.妊娠期糖尿病患者巨大儿产妇产胎盘质量、胎盘组织超微结构及自噬相关信号通路变化[J].中国计划生育学杂志,2022,30(8):1848-1851.
- [5] 张婷.孕妇体重与妊娠期糖代谢异常及巨大儿的相关性分析[J].贵州医药,2022,46(7):1087-1088.
- [6] 章琳,周晓辉,葛欣,等.妊娠期糖尿病患者孕早期血清 ficolin-3,ADP,PAPP-A 表达与糖脂代谢以及预测母婴结局价值[J].中国计划生育学杂志,2021,29(12):2551-2556.
- [7] 王琛琛,陈薇,丁其培,等.妊娠期糖尿病患者分娩巨大儿的危险因素分析[J].中国计划生育学杂志,2022,30(11):2647-2651.
- [8] 陆颖,尤爱军,吴嘉涵.阴道分娩中肩难产发生的危险因素及旋后肩法的干预效果评价[J].中华全科医学,2021,19(6):969-971.
- [9] 廖镇宇,刘亚莉,黄瑞文.Apgar 评分对新生儿神经发育及体格发育的影响[J].实用预防医学,2021,28(10):1245-1247.
- [10] 李红.模块化营养干预对妊娠期糖尿病孕妇血糖控制达标率的影响[J].山西医药杂志,2021,50(4):676-678.

[2023-03-21 收稿]

血管内介入栓塞术治疗 Hunt-Hess 低分级大脑中动脉分叉部动脉瘤的临床效果

王东红

【摘要】目的 探讨血管内介入栓塞术在 Hunt-Hess 低分级大脑中动脉 (MCA) 分叉部动脉瘤治疗中的应用价值。

方法 以 2021 年 1-12 月庆阳市人民医院介入放射科治疗的 MCA 分叉部动脉瘤患者 (均为 Hunt-Hess 低分级) 112 例为研究对象, 选取其中实施血管内介入栓塞术治疗的 44 例患者为观察组, 按照组间基本特征均衡可比的原则选取开颅夹闭治疗的 68 例患者为对照组。比较两组患者手术时间、住院时间、临床疗效、并发症 (术中脑血管痉挛、迟发性神经性功能障碍、动脉瘤破裂、颅内感染、局限性脑梗死等) 发生率及术后 1 年复发情况。

结果 观察组患者手术时间、住院时间均短于对照组, 并且治疗费用、恢复良好率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者并发症发生率为 9.09%, 低于对照组的 22.06%, 组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。随访 1 年, 观察组复发 1 例, 对照组复发 3 例, 两组复发率比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论** 血管内介入栓塞术治疗 Hunt-Hess 低分级 MCA 分叉部动脉瘤可缩短手术及住院时间, 提高恢复效果, 减少并发症。

【关键词】 血管内介入栓塞术; 开颅夹闭; 大脑中动脉分叉部动脉瘤; Hunt-Hess 低分级

中图分类号 R651.1 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)17-1301-03

颅内动脉瘤是一类多发且具有较高致死率的脑血管疾病, 以颅内动脉血管膨胀为常见表现, 可造成脑血管破裂, 引发蛛网膜下腔出血, 危及生命。大脑中动脉 (middle cerebral artery, MCA) 动脉瘤是一种较常见的颅内动脉瘤, 占发病总数的 18% ~ 20%^[1-2]。作为颈内动脉终末分支, MCA 动脉瘤一旦破裂可造成大量出血, 因而致残致死率较高^[3]。目前, 可用于 MCA 分叉部动脉瘤的治疗方式主要有血管内治疗、开颅夹闭等, 但临床效果及安全性仍无定论。有研究发现, 血管内治疗与开颅夹闭治疗典型 MCA 分叉部动脉瘤的疗效并无明显差异, 但对于偏侧型患者血管内治疗预后更佳^[4]。也有研究认为, 开颅夹闭治疗累及多干型患者效果更理想^[5]。近年来, 随着神经介入技术不断发展成熟, 血管内治疗多种复杂 MCA 动脉瘤的优势日益凸显^[6], 但有关 Hunt-Hess 低分级 MCA 分叉部动脉瘤采用上述治疗方式的效果研究较少, 鉴于此本研究对比分析血管内介入栓塞术、开颅夹闭治疗 Hunt-Hess 低分级 MCA 分叉部动脉瘤的临床效果, 结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

以 2021 年 1-12 月庆阳市人民医院介入放射科治疗的 MCA 分叉部动脉瘤患者 (均为 Hunt-Hess 低分级) 112 例为研究对象, 选取其中实施血管内介入栓塞术治疗的 44 例患者为观察组, 按照组间基本特征作者单位: 745000 甘肃省庆阳市人民医院

均衡可比的原则选取开颅夹闭治疗的 68 例患者为对照组。纳入标准: ①均经 DSA 造影或脑血管 CTA 证实为 MCA 分叉部动脉瘤; ② Hunt-Hess 0 ~ III 级; ③无开颅夹闭或血管内介入栓塞术相关禁忌证且初次接受上述治疗; ④随访依从性良好。排除标准: ①并发其他动脉瘤者; ② Hunt-Hess IV ~ V 级者; ③伴大量血肿需即刻减压者; ④未能定期随访者。观察组男 29 例, 女 15 例; 年龄 42 ~ 75 岁, 平均 58.14 ± 7.75 岁; 分级: 0 级 8 例, I 级 11 例, II 级 14 例, III 级 11 例。对照组男 37 例, 女 31 例; 年龄 44 ~ 78 岁, 平均 58.61 ± 7.49 岁; 分级: 0 级 11 例, I 级 15 例, II 级 20 例, III 级 22 例。两组临床资料差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。本研究经伦理委员会批准, 患者及家属知情同意。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 患者给予开颅夹闭治疗。以同侧翼点入路, 全麻后开颅、剪硬脑膜后打开侧裂, 显露动脉瘤, 对载瘤动脉作阻断处理, 后夹闭动脉瘤, 探查有无完全夹闭。如夹闭不完全, 则再次阻断动脉调整或增加动脉瘤夹, 处理完毕后行超声探查了解夹闭是否完全, 以及载瘤动脉有无痉挛 (如出现痉挛则采用尼莫地平明胶海绵作湿敷处理)。经探查未发现其他问题后作硬脑膜缝合、关颅等处理。术后给予甘露醇、尼莫地平降颅压、预防脑血管痉挛, 患者酌情行“3H”疗法 (即扩充血容量、升高血压和稀释血液)。

1.2.2 观察组 患者给予血管内介入栓塞术治疗。术前准备、全麻并行股动脉穿刺, 依据患者实际体质量

确定首次肝素剂量,之后所用剂量按小时依次减半。通过 DSA 及三维重组明确动脉瘤大小及位置(评估与载瘤动脉关系,以载瘤动脉轴选择操作角度)。如为宽颈动脉瘤,以微导管远端锚定,采用 3D 弹簧圈,并以“推灯笼”法释放支架,填入弹簧圈,以实现致密栓塞;如为窄颈动脉瘤,则可作单纯弹簧圈栓塞。术后给予阿司匹林肠溶片、氯吡格雷片治疗 6 周,结合术前 CT 与术后腰穿释放血性脑脊液,以防脑血管痉挛及脑缺血。

1.3 观察指标

(1) 临床疗效:经治疗后 6 个月以改良 Rankin 量表^[7]评估两组恢复情况,恢复良好 0~2 分,恢复不良 3~5 分。

(2) 手术相关指标:包括手术时间、住院时间和治疗费用。

(3) 并发症发生率:并发症包括脑血管痉挛、神经功能缺损、弹簧圈移位、局限性脑梗死、动脉瘤破裂等,术后随访 1 年记录复发情况。

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 两组患者临床疗效比较

采取血管内介入栓塞术治疗后,观察组患者恢复良好率高于对照组,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

2.2 两组患者手术相关指标比较

观察组患者手术时间、住院时间均短于对照组,治疗费用高于对照组,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

2.3 两组患者并发症及随访情况比较

观察组患者并发症发生率为 9.09%,低于对照组的 22.06%,组间差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。治疗后随访 1 年,观察组复发 1 例(2.27%),对照组复发 3 例(4.41%),两组复发率比较差异无统计学意义($\chi^2 = 0.005, P = 0.941$)。

表 1 两组患者临床疗效比较

组别	恢复情况		死亡	
	恢复良好例数	恢复良好率(%)	例数	死亡率(%)
观察组($n=44$)	34	77.27	0	0.00
对照组($n=68$)	29	42.65	1	1.47
χ^2 值	13.015		0.000	
P 值	0.000		1.000	

表 2 两组患者手术相关指标比较

组别	手术时间(min)	住院时间(d)	治疗费用(万元)
观察组($n=44$)	123.64 ± 19.40	14.71 ± 3.20	14.67 ± 6.41
对照组($n=68$)	211.43 ± 31.59	22.16 ± 5.68	7.89 ± 1.78
t 值	16.514	7.917	8.262
P 值	0.000	0.000	0.000

表 3 两组患者并发症情况比较

组别	并发症发生情况					并发症发生率(%)
	脑血管痉挛	神经功能缺损	弹簧圈移位	局限性脑梗	动脉瘤破裂	
观察组($n=44$)	0	1	1	1	1	9.09
对照组($n=68$)	6	6	0	2	3	25.00

并发症发生率比较: $\chi^2 = 4.438, P = 0.035$ 。

3 讨论

动脉分叉部为动脉瘤高发位置,其机制与分叉部动脉血管壁中层弹力纤维与平滑肌相对较少,易受血液冲击等因素影响。同时 MCA 分叉部动脉瘤处于动脉分叉处,多被动脉分支包围,且血管分支邻近动

脉瘤囊,出现多分支时(如三分支或四分支)经一般造影很难显示^[8]。因此,临床诊断此处动脉瘤常结合 CT、MRI、三维 DSA 等多种检查手段,以提高诊断效能。

MCA 分叉部动脉瘤如不及时进行治疗,一旦动脉瘤破裂出血会严重威胁生命安全^[9]。因此,及时

采取有效措施治疗 MCA 分叉部动脉瘤可预防出血。MCA 分叉部动脉瘤位置相对浅表（通常位于大脑外侧裂内），开颅夹闭具有操作简单、可清除颅内血肿，以及可结合颅内情况实施骨瓣减压等特点，是治疗 MCA 分叉部动脉瘤的常用手段，但 MCA 分叉部血管分支情况较复杂，常出现变异情况，动脉与瘤体结合紧密，夹闭处理时易误夹分支血管，并可出现载瘤动脉狭窄、夹闭不完全等情况。加之 MCA 夹闭后可影响大脑功能区供血，同时又缺乏良好的侧支循环，如出现术中损伤可严重影响患者神经功能及术后康复效果^[10-11]。近年来，神经介入设备及相关材料不断发展，采用支架结合弹簧圈或辅助弹簧圈栓塞等手段治疗 MCA 分叉部动脉瘤可避免出现弹簧圈逸出，提升瘤腔致密栓塞率，确保载瘤动脉的通畅性^[12]，因此血管内介入栓塞术成为治疗 MCA 分叉部动脉瘤的重要方法。

本研究发现，观察组手术时间、住院时间较对照组明显缩短，恢复良好率也高于对照组，提示血管内介入栓塞术治疗 MCA 分叉部动脉瘤可缩短手术及住院时间，提高治疗效果，与既往报道相符^[13]，这与管内介入栓塞术治疗创伤相对较小，更利于术后恢复有关。本研究还发现，观察组术后并发症发生率明显低于对照组，提示血管内介入栓塞术治疗 MCA 分叉部动脉瘤具有较高安全性，与该治疗方法创伤小、能有效解决弹簧圈逸出、确保载瘤动脉通畅，且能保证动脉血液供给等多种因素有关。但需要注意的是，观察组经血管内介入栓塞术治疗后出现恢复不良 10 例，其中因术中动脉瘤破裂、局限性脑梗死导致预后较差者 2 例，可见介入栓塞治疗时一旦出现动脉瘤破裂可能引发严重后果。此外，观察组随访发现复发 1 例，提示血管内介入栓塞术治疗 MCA 分叉部动脉瘤仍然存在复发风险。

综上所述，Hunt-Hess 低分级 MCA 分叉部动脉瘤患者经 DSA 造影显示脑血管未见明显迂曲，是行血管内介入治疗的适宜人群^[14]；治疗时需了解瘤颈宽、瘤颈体比的基础上选择合适的辅助介入技术（如球囊或支架辅助），以提高血管内介入治疗成功率；治疗时需避免反复操作弹簧圈，勿出现过度填塞，以免加重脑血管痉挛；术后需及时实施抗血管痉挛治疗，以提高治疗效果。

4 参考文献

[1] 张利通,李冉,许红旗,等.CDKN2A/B 基因多态性在颅内动脉瘤形成过程中的功能分析[J].实用医学杂

志,2022,38(20):2556-2560.

- [2] 金恒伟,孟祥雨,霍晓川,等.The Woven Endo Bridge 治疗大脑中动脉分叉部动脉瘤三例[J].中华医学杂志,2020,100(43):3463-3464.
- [3] 何海胜,胡顺安,华伟,等.PED 联合弹簧圈栓塞与开颅夹闭治疗大脑中动脉分叉部未破裂动脉瘤的临床疗效观察[J].临床神经外科杂志,2022,19(4):437-440,444.
- [4] Alreshidi M,Cote DJ,Dasenbrock HH,et al.Coiling versus microsurgical clipping in the treatment of unruptured middle cerebral artery aneurysms:a meta-analysis[J].Neurosurgery,2018,83(5):879-889.
- [5] 张宇驰,周巧娟,李中林,等.手术夹闭和血管内介入栓塞治疗低分级大脑中动脉分叉部动脉瘤的临床疗效[J].局解手术学杂志,2021,30(1):51-54.
- [6] 王友达,郭锋,张德鑫,等.大脑中动脉分叉部动脉瘤不同类型的治疗策略[J].中华神经外科杂志,2018,34(5):467-471.
- [7] Schwartz C,Aster HC,AIS chameri R,et al.Microsurgical clipping and endovascular treatment of middle cerebral artery aneurysms in an interdisciplinary treatment concept:comparison of long-term results[J].Int Neurorad,2018,24(6):608-614.
- [8] Lindgren A,Vergouwen MD, Van Der Schaaf I, et al. Endovascular coiling versus neurosurgical clipping for people with aneurysmal subarachnoid haemorrhage[J]. Cochrane Database Syst Rev,2018,8(8):CD003085.
- [9] 周磊,杨余玲,聂庆彬,等.血管内介入栓塞治疗大脑中动脉分叉部动脉瘤 35 例[J].中华灾害救援医学,2018,6(5):290-291.
- [10] Baharoglu MI,Lauric A,Saralın MG,et al.Widening and high inclination of the middle cerebral artery bifurcation are associated with presence of aneurysms[J].Stroke,2014,45(9):2649-2655.
- [11] 陈清亮,申猛,梁昊,等.Neuroform Atlas 支架辅助弹簧圈栓塞大脑中动脉分叉处宽颈动脉瘤的初步临床应用研究[J].中华神经医学杂志,2022,21(7):706-709.
- [12] 郅福·忠,马光涛,王玖飞,等.大脑中动脉分叉部动脉瘤的血管内介入治疗[J].介入放射学杂志,2014,23(8):655-657.
- [13] 黄伟佳,解建国.血管内介入治疗大脑中动脉分叉部动脉瘤的临床疗效分析[J].医学临床研究,2018,35(5):889-892.
- [14] Jeon HJ,Kim SY,Park KY,et al.Ideal clipping methods for unruptured middle cerebral artery bifurcation aneurysms based on aneurysmal neck classification[J].Neurosurg Rev,2016,39(2):1-10.

[2023-01-05 收稿]

加味取渊汤治疗小儿上气道咳嗽之热证的临床疗效观察

张瑾 李英会 刘呈祥 朱立春 杨环玮

【摘要】 目的 观察加味取渊汤治疗小儿上气道咳嗽综合征(UACS)的临床疗效。方法 将2016年9月-2019年3月科室收治的UACS热证患儿84例,在组间基线资料均衡可比的原则上,采用随机数字表法分为观察组及对照组,每组42人。两组均给予基础治疗,观察组给予中药加味取渊汤治疗,对照组给予地氯雷他定干混悬剂及孟鲁司特钠咀嚼片治疗。比较两组患儿咳嗽症状积分、总症状积分及临床疗效。结果 治疗后,两组患儿咳嗽症状积分、总症状积分均明显降低,但观察组患儿低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者的总有效率为95.24%,对照组为83.3%,观察组临床疗效优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 应用加味取渊汤治疗小儿上气道咳嗽综合征疗效明确,对患儿咳嗽症状积分、总症状积分的影响及总有效率均优于口服西药孟鲁司特钠及地氯雷他定干混悬剂。

【关键词】 上气道咳嗽; 小儿; 加味取渊汤; 中医治疗

中图分类号 R272 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)17-1304-03

Clinical observation on the curative effect of modified Quyuan decoction in the treatment of heat syndrome of upper airway cough in children Zhang Jin, Li Yinghui, Liu Chengxiang, Zhu Lichun, Yang Huanwei. Qin Huangdao Hospital Of Traditional Chinese Medicine, Qin Huangdao 066000, China

【Abstract】 Objective To observe the clinical effect of modified Quyuan decoction on upper airway cough syndrome (UACS) in children. **Methods** A total of 84 children with UACS heat syndrome admitted to our department from September 2016 to March 2019 were divided into observation group and control group by random number table method, with 42 patients in each group. The two groups were given basic treatment, the observation group was given modified Quyuan decoction treatment, the control group was given desloratadine dry suspension and Montelukast sodium chewable tablets treatment. The cough symptom score, total symptom score and clinical efficacy of the two groups were compared. **Results** After treatment, the cough symptom score and total symptom score in observation group were lower than those in control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). The total effective rate of the observation group was 95.24%, and that of the control group was 83.3%. The clinical effect of the observation group was better than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** The therapeutic effect of modified Quyuan decoction in the treatment of children with upper airway cough syndrome was clear, and the effect on the cough symptom score and the total symptom score and the total effective rate were better than the oral western medicine Montelukast sodium and desloratadine dry suspension.

【Key words】 Upper airway cough syndrome; Children; Modified Quyuan decoction; Traditional Chinese medicine treatment

上气道咳嗽综合征(UACS)是一组以夜间及晨起咳嗽为主要表现,同时伴随鼻塞、流涕、清咽,甚至鼾眠、头晕头痛等鼻咽部症状的症候群。2012年对儿童慢性咳嗽的调查研究提出UACS是导致小儿慢性咳嗽发生的三大原因之一^[1]。其咳嗽症状明显,严重时可对患儿的生活质量,甚至对家长的心理造成一定程度的影响,现临床中已有越来越多的患儿因其就诊。在治疗方面,西医的主要原则为先区分其为鼻

源性或咽源性,然后分别对因治疗^[2];而中医对儿童UACS的治疗常以辨证论治为本,同时结合“辨病”“辨证”为原则,有着难以替代的优势^[3]。本研究采用加味取渊汤治疗UACS,观察分析临床治疗效果,现将结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2016年9月-2019年3月医院儿科收治的UACS热证患儿84例为研究对象。在组间基线资料

均衡可比的原则上,采用随机数字表法分为观察组和对照组,每组42例。两组患儿的性别、年龄、病程资料等基线资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表1。研究经本院医学伦理委员会审批通过。

表1 两组患儿基线资料比较

组别	例数	性别		年龄(岁)	病程(周)
		男	女		
观察组	42	26	16	6.48 ± 1.73	7.02 ± 2.85
对照组	42	21	21	6.62 ± 1.87	6.95 ± 2.42
	<i>t</i> 值		1.208*	-0.363	0.124
	<i>P</i> 值		0.272	0.717	0.902

注: *为 χ^2 值。

(1) 诊断标准: 中医诊断标准根据《中医儿科病证诊断疗效标准》^[4]制定,符合该标准咳嗽证候分类中风热犯肺证或痰热壅肺证者,概括表现为:咳嗽,痰黄白黏稠,咳吐不爽,咳时面赤唇红,鼻塞,流浊涕,咽红而肿,舌质红,苔薄白或微黄或黄腻,脉浮数或滑数。西医诊断标准依据《中国儿童慢性湿性咳嗽的诊断与治疗专家共识(2019年版)》^[5]制定:①咳嗽>4周,伴有白色泡沫稀痰或黄绿色脓痰;②咳嗽以晨起、夜间或体位变化时为甚;③伴鼻塞、喷嚏、流涕、鼻痒、咽干、头痛等症状,或有咽喉异物感和反复清咽等症状。

(2) 纳入标准:①年龄4~14岁;②符合UACS的中医及西医诊断标准;③如已服相关药物治疗,需停药1周。

(3) 排除标准:①咳嗽变异性哮喘、胃食管反流、嗜酸粒细胞性支气管炎、感染、药物、心理等其他原因引起的咳嗽;②对本研究中所涉及药物过敏者。

1.2 治疗方法

1.2.1 基础治疗 主要为饮食调护:清淡饮食,忌辛辣、冷饮、油腻、过甜过咸食物,随气候变化及时增减衣物。

1.2.2 对照组 在基础治疗方案的基础上给予地氯雷他定干混悬剂(生产厂家:海南普利制药股份有限公司,批准文号:国药准字H20041111)及孟鲁司特钠咀嚼片(生产厂家:杭州默沙东制药有限公司,批准文号:国药准字J20130053)治疗。具体用法:地氯雷他定干混悬剂:1~5岁儿童每次半袋,日1次,口服;6~11岁儿童每次1袋,日1次,口服; ≥ 12 岁每次2袋,日1次,口服。孟鲁司特钠咀嚼片:<6岁儿童4mg,日1次,睡前嚼服;6~14岁儿童5mg,日1次,睡前嚼服。治疗10天。

1.2.3 观察组 在基础治疗方案的基础上给予加味取渊汤治疗。基本方:辛夷10g、当归6g、柴胡12g、生黄芩6g、浙贝6g、玄参9g、焦栀子3g、蝉蜕3g、桔梗9g。肺热重者加桑白皮6g;肝胆湿热重者加龙胆草3g、通草3g;脾胃湿热重者加黄连3g、藿香

3g;鼻塞重者加炙麻黄3g、炒苍耳子3g;清咽重者加射干;头晕头痛者加川芎6g、白芷3g;大便干结者加熟大黄3g。治疗10天。

1.3 观察指标

(1) 总体症状积分:①咳嗽症状积分采用VAS评分^[6]进行评估:家长根据患儿的咳嗽情况,在0~10cm刻度线上标记以显示咳嗽的程度,记录为相应分数,0分为不咳嗽,10分为最重。②鼻塞作为第二主要症状,分为无、轻、中、重度,鼻塞症状积分分别记录0、1、2、3分。③鼾眠症状积分:患儿有鼾眠症状记录1分,无则记录0分。④此外,患儿有以下两种症状或其中之一均记录1分:流涕与咳嗽、清咽与咽痒、头晕与头痛。

(2) 临床疗效:根据患儿咳嗽症状,疗效判定参考《中医儿科病证诊断疗效标准》^[4],即治愈为咳嗽消失,听诊干湿性啰音消失,如有发热则体温降至正常;好转为咳嗽减轻,呼吸音清晰,痰减少;未愈为咳嗽症状及体征未见改善或加重。采用尼莫地平法,治愈即症状积分减少 $\geq 95\%$;显效即症状积分减少 $\geq 70\%$;有效即症状积分减少 $\geq 30\%$;无效即症状积分减少 $<30\%$ 。计算公式为(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。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

数据采用SPSS 23.0统计软件进行分析,计量资料采用“均数 \pm 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 两组患儿咳嗽症状积分及总体症状积分比较

治疗前,两组患儿咳嗽症状积分及总体症状积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组患儿咳嗽症状积分及总体症状积分均降低,但观察组均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

2.2 两组患儿临床疗效比较

经治疗, 观察组患儿治疗总有效率为 95.24%,

较对照组的 83.33% 高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$),

见表 3。

表 2 两组患儿咳嗽症状积分及总体症状积分比较 (分)

组别	例数	咳嗽症状积分		总体症状积分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	42	4.05 ± 0.79	0.90 ± 0.88	6.79 ± 1.68	1.67 ± 1.37
对照组	42	3.98 ± 0.60	1.67 ± 1.03	6.62 ± 1.29	2.62 ± 1.68
	<i>t</i> 值	0.863	6.872	0.402	6.865
	<i>P</i> 值	0.536	0.000	1.347	0.000

表 3 两组患儿临床疗效比较

组别	例数	临床疗效				总有效率 (%)
		治愈	显效	有效	无效	
观察组	42	9	20	11	2	95.24
对照组	42	4	11	20	7	83.33

注: 总有效率比较, $\chi^2 = 4.851$, $P = 0.014$ 。

3 讨论

UACS 原名鼻后滴漏综合征, 在 2006 年由美国胸科协会提出并正式命名, 祖国医学中并没有相应的病名, 根据其症状, 可知其与中医“鼻渊”“咳嗽”“喉痹”“风咳”等病相对应。观察组所用取渊汤出自清代陈士铎的《辨证录卷三·鼻渊门》^[7], 原用于治疗胆腑郁热之鼻渊: “胆移热而上走于头, 脑在头之中, 头无可藏热之处, 故遇穴而即入……迨居脑既久, 而动极思迁, 又寻窍而出, 乃顺趋于鼻也……治其脑, 必仍治其胆者, 探源之治也”。小儿肺脏娇嫩, 易受邪, 而胆“最恶者寒风也, 外寒相侵, 则内热愈甚”^[7], 胆有郁热, 一则胆经郁热易夹痰上扰, 且胆与肝同属于木, 肝胆热盛则反侮肺金, 肺热不宣则咳; 二则胆热郁滞气机, 而肺主气, 诸气郁, 皆属于肺, 肺失宣肃则咳, 肺气不通则鼻气亦不通。故本研究选择取渊汤加减, 以佐金平木之法治疗上气道咳嗽之热证。方中辛夷可入肺胆二经, 通窍散寒上走于脑舍, 为治鼻渊之要药; 因辛夷之性耗散, 重用当归填补脑之精髓, 助脑生气, 且当归除补血养血外又有润燥散郁、主咳逆上气之功; 玄参味苦、微寒, 凉血滋阴、降火解毒、利咽喉, 可清入脑之热; 柴胡为和解少阳之要药, 与黄芩配伍, 辛开苦降, 外解少阳半表之邪, 内清少阳半里之热; 焦栀子清泻三焦之火热; 浙贝清热止咳、降气开郁, 且能清咽喉; 桔梗宣通肺气, 治痰喘及鼻塞咽痛; 该方中用蝉蜕主要取其疏风清热利咽之效。而现代药理学研究表明: 辛夷有良好的抗炎、抗过敏作用^[8]; 当归可以增加细胞及体液的免疫能力^[9]; 玄参有明显的抑菌、抗炎作用^[10]; 浙贝、蝉蜕均具有抗炎镇咳祛痰的作用^[11-12]。本研究结果显示观察组治

疗总有效率优于对照组。

综上所述, 加味取渊汤治疗 UACS 效果显著, 且优于口服西药孟鲁司特钠及地氯雷他定干混悬剂。

4 参考文献

- [1] 中国儿童慢性咳嗽病因构成比研究协作组. 中国儿童慢性咳嗽病因构成比多中心研究 [J]. 中华儿科杂志, 2012, 50(2): 83-92.
- [2] 焦路燕, 曹玲. 儿童上气道咳嗽综合征 [J]. 中国实用儿科杂志, 2016, 31(3): 179-182.
- [3] 凌晓颖, 袁斌. 袁斌治疗儿童上气道咳嗽综合征 [J]. 长春中医药大学学报, 2018, 34(3): 463-466.
- [4] 邓玲. 中医病证诊断疗效标准 (中华人民共和国中医药行业标准) [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017: 286.
- [5] 中华医学会儿科学分会呼吸学组慢性咳嗽协作组. 中国儿童慢性湿性咳嗽的诊断与治疗专家共识 (2019 年版) [J]. 中国实用儿科杂志, 2019, 34(4): 256-264.
- [6] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 咳嗽的诊断与治疗指南 (2015) [J]. 中华结核和呼吸杂志, 2016, 39(5): 323-339.
- [7] 陈士铎. 辨证录 (中医经典文库) [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017.
- [8] 王永慧, 叶方, 张秀华. 辛夷药理作用和临床应用研究进展 [J]. 中国医药导报, 2012, 9(16): 12-14.
- [9] 韩四九. 中药当归的炮制及应用药理 [J]. 北方药学, 2019, 16(11): 194-195.
- [10] 王博. 玄参属植物的化学成分和药理活性研究进展 [J]. 医药化工, 2018, 44(6): 211.
- [11] 赵金凯, 杜伟锋, 应泽茜, 等. 浙贝母的现代研究进展 [J]. 时珍国医国药, 2019, 30(1): 177-180.
- [12] 高长久, 张梦琪, 曹静, 等. 蝉蜕的药理作用及临床应用研究进展 [J]. 中医药学报, 2015, 43(2): 110-112.

[2023-05-18 收稿]

益气养阴升清化浊法联合门冬胰岛素 30 治疗 2 型糖尿病的临床效果观察

张智珍 罗文娟 张华文 伍清龙 谢玉芳 范燕 黄艳梅 卢雪冰

【摘要】 目的 探讨益气养阴升清化浊法联合门冬胰岛素 30 治疗 2 型糖尿病 (T2DM) 的临床疗效。方法 将 2021 年 7 月 - 2022 年 12 月医院收治的 80 例 T2DM 患者, 在组间基本特征均衡可比的基础上, 采用随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 40 例。对照组给予门冬胰岛素 30 治疗, 观察组在对照组基础上联用益气养阴升清化浊方加减治疗。比较两组患者血糖指标、胰岛素用量、血糖达标时间及中医症状评分。结果 治疗前, 两组患者空腹血糖 (FBG)、餐后 2h 血糖 (2hPG)、糖化血红蛋白 (HbA1c)、空腹 C 肽及餐后 2 小时 C 肽比较差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗 1 个月后, 两组患者 FBG、2hPG、HbA1c 水平均有下降, 空腹 C 肽及餐后 2 小时 C 肽水平有所上升, 但观察组患者 FBG、2hPG、HbA1c 水平低于对照组, 空腹 C 肽及餐后 2 小时 C 肽高于对照组, 组间差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。治疗 1 个月后, 观察组患者中医症状评分低于对照组, 并且平均胰岛素用量与血糖达标时间低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 益气养阴升清化浊法联合门冬胰岛素 30 可有效降低血糖指标、中医症状评分, 减少胰岛素用量, 提升 C 肽水平及缩短血糖达标时间。

【关键词】 益气养阴升清化浊法; 门冬胰岛素 30; 2 型糖尿病; 临床观察

中图分类号 R587.1 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)17-1307-04

随着生活水平的提高和饮食结构的变化, 糖尿病发病人群不断增加, 其中以非胰岛素依赖的 2 型糖尿病 (T2DM) 为主要发病类型。T2DM 是近 30 年来全球患病率增长最快的疾病, 近 10 年来我国糖尿病的发病趋势不断攀升^[1]。据统计, 我国成年人糖尿病的患病率约为 9.7%, 患病总人数已高达 9240 万, 是世界上 T2DM 患病人数最多的国家^[2]。T2DM 是以胰岛素的相对缺乏或抵抗为特征的一种慢性代谢性疾病, 常伴有高血压、冠心病等合并疾病。长期血糖控制不佳会诱发心脑血管等重要器官发生不可逆性损害, 严重影响患者的身心健康^[3]。T2DM 的主要治疗方式为皮下注射胰岛素及口服降糖药治疗, 通过促进胰岛素分泌、改善胰岛素抵抗及抑制糖原的吸收来降低血糖, 但降糖的同时也会加重患者肝肾功能负担。中医药治疗 T2DM 的历史悠久, 注重整体原则, 具有降糖平稳、不良反应轻以及低血糖事件发生率低等优点, 越来越受患者青睐。本研究针对 T2DM 患者采用益气养阴升清化浊法联合胰岛素治疗, 观察临床治疗效果, 现将结果报告如下。

1 对象及方法

1.1 研究对象

选取 2021 年 7 月 - 2022 年 12 月南康区中医院

内分泌科收治的 T2DM 患者 80 例。纳入标准: ①年龄在 24 ~ 70 岁; ② 2 型糖尿病诊断标准符合 2013 版《中国 2 型糖尿病防治指南》^[4]: 患者糖尿病症状典型 (如出现烦渴多饮、多尿和难以解释的体重减轻) 加 1 个任意时间血浆葡萄糖 ($PG \geq 11.1\text{mmol/L}$, 或空腹血糖 (FPG) $\geq 7.0\text{mmol/L}$, 或葡萄糖耐量试验 (OGTT) $2\text{hPG} \geq 11.1\text{mmol/L}$; ③符合中医的气阴两虚兼痰浊内阻证标准: 参照《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[5] 制定, 主证: 口干喜饮、尿频量多、倦怠乏力、脉寸沉弱、关滑涩, 兼证: 少气懒言、纳少、头晕头昏、心烦、大便溏薄、视物模糊、失眠、耳鸣、舌质淡红、苔黄干, 以上症状主证 2 项以上, 兼证 2 项以上即可诊断为气阴两虚痰浊内阻证; ④既往未曾应用过益气养阴升清化浊法及皮下注射胰岛素治疗者。排除标准: ① 1 型糖尿病患者; ②严重肝肾功能不全者; ③合并糖尿病严重急、慢性并发症; ④备孕、妊娠期或哺乳期妇女; ⑤对本研究使用药物有过敏史者; ⑥精神异常或无法独立言语表达者。在组间基本特征均衡可比的基础上, 采用随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 40 例。其中观察组男 23 例、女 17 例, 平均年龄 48.39 ± 7.68 岁, 平均体重指数 27.12 ± 6.12 ; 对照组男 19 例、女 21 例, 平均年龄 47.68 ± 7.93 岁, 平均体重指数 26.89 ± 6.86 。两组上述资料对比, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。所有受试者治疗前均签署知情同意书, 本研究通过我院伦理委员会审批 (批号: NKZYYLL2021036)。

基金项目: 江西省中医药管理局科技计划课题项目 (编号: 2021B480)

作者单位: 341400 江西省赣州市南康区中医院内五科

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 给予胰岛素治疗。门冬胰岛素 30 注射液（诺和诺德（中国）制药有限公司，规格 3ml：300U），每日 3 次，早、中、晚餐前 5 分钟皮下注射，注射剂量根据患者血糖及时调整。持续治疗 1 个月。

1.2.2 观察组 在对照组基础上联用益气养阴升清化浊方加减治疗。处方：黄芪 30g、人参 10g、麦冬 10g、五味子 6g、葛根 30g、升麻 10g、柴胡 6g、知母 10g、法半夏 10g、陈皮 10g、茯苓 10g、甘草 6g、鬼箭羽 15g、鸡内金 15g。每日 1 剂，加水 600ml 煎煮，取药液 300ml，分早晚 2 次温服，持续治疗 1 个月。

1.3 观察指标

（1）血糖指标：比较治疗前后两组患者空腹血糖（FBG）、餐后 2h 血糖（2hPG）、糖化血红蛋白（HbA1c）、空腹 C 肽以及餐后 2 小时 C 肽的水平。

（2）胰岛素用量及血糖达标时间：记录两组胰岛素用量（U）及血糖达标天数。

（3）中医症状评分：参考《中药新药临床指导原则》，观察两组患者治疗后出现口渴喜饮、小便频多、倦怠乏力 3 项主要中医症状积分及气短懒言、脘腹胀、心烦、大便不爽、失眠、舌质红苔黄干 6 项次要中医症状积分，每项主要症状按无、轻、中、重度得分为 0、2、4、6 分，每项次要症状按无、轻、中、重度得分为 0、1、2、3 分，总得分越高表示该项症状越严重。

为 0、1、2、3 分，总得分越高表示该项症状越严重。

1.4 数据分析方法

采用 SPSS 26.0 统计软件进行数据处理，计量资料以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示，组间均数比较采用 *t* 检验；计数资料计算百分率，组间率比较采用卡方检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者血糖指标比较

治疗前，两组患者 FBG、2hPG、HbA1c、空腹 C 肽及餐后 2 小时 C 肽比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。治疗后，两组患者 FBG、2hPG、HbA1c 水平均下降，空腹 C 肽及餐后 2 小时 C 肽水平有所上升，但观察组 FBG、2hPG、HbA1c 水平低于对照组，空腹 C 肽及餐后 2 小时 C 肽高于对照组，组间差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表 1。

2.2 两组患者治疗后胰岛素用量及血糖达标时间比较

治疗后，观察组平均胰岛素用量低于对照组，血糖达标时间明显短于对照组，差异有统计学意义（ $P > 0.05$ ），见表 2。

2.3 两组患者中医症状评分比较

治疗后，观察组患者各项中医症状评分均低于对照组，差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 3。

表 1 两组患者血糖指标比较

组别	例数	FBG (mmol/L)		2hPG (mmol/L)		HbA1c (%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	8.17 ± 0.94	5.17 ± 0.36 [#]	14.92 ± 3.77	8.78 ± 1.96	9.51 ± 2.38	6.33 ± 0.87
对照组	40	8.09 ± 1.05	6.49 ± 0.67 [*]	13.76 ± 4.05	10.56 ± 2.84	9.64 ± 2.62	7.05 ± 1.33
<i>t</i> 值		0.359	10.976	1.323	3.263	0.232	2.865
<i>P</i> 值		0.721	0.000	0.189	0.002	0.817	0.005

组别	例数	空腹 C 肽 (pmol/L)		餐后 2 小时 C 肽 (pmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	388.19 ± 214.32	755.69 ± 217.32	1005.56 ± 574.67	1965.64 ± 769.33
对照组	40	365.43 ± 200.96	619.47 ± 236.54	1019.95 ± 497.66	1542.97 ± 697.57
<i>t</i> 值		0.490	2.874	0.1197	2.571
<i>P</i> 值		0.626	0.005	0.905	0.012

表 2 两组患者治疗后胰岛素用量及血糖达标时间比较

组别	例数	胰岛素用量 (U)	血糖达标时间 (天)
观察组	40	19.69 ± 7.92	6.82 ± 1.79
对照组	40	23.48 ± 6.69	9.33 ± 2.16
<i>t</i> 值		2.312	5.659
<i>P</i> 值		0.023	0.000

表3 两组患者中医症状评分比较(分)

组别	例数	主要中医症状及评分					次要中医症状及评分				
		口渴喜饮	小便频多	倦怠乏力	气短懒言	脘腹胀	心烦	大便不爽	失眠	舌质红苔黄干	
观察组	40	2.43 ± 0.74	2.32 ± 0.46	2.55 ± 0.52	0.88 ± 0.32	0.76 ± 0.33	0.79 ± 0.27	0.49 ± 0.11	0.66 ± 0.17	0.56 ± 0.32	
对照组	40	2.77 ± 0.52	2.74 ± 0.58	2.96 ± 0.49	1.62 ± 0.24	0.92 ± 0.36	1.05 ± 0.34	0.85 ± 0.46	0.82 ± 0.25	0.70 ± 0.16	
<i>t</i> 值		2.378	3.588	3.630	4.902	0.232	3.788	4.814	3.347	2.475	
<i>P</i> 值		0.020	0.000	0.001	0.000	0.041	0.000	0.000	0.001	0.016	

3 讨论

我国 T2DM 的发病人数众多,与欧美等发达国家不同,我国 T2DM 患者以胰岛素 β 细胞功能减退导致的储备能力偏低为特征^[6]。患者体内胰岛素分泌水平较低,容易出现餐后血糖控制不佳。此外,我国居民饮食仍以谷类等高热量食物为主,每餐进食量较大、进餐次数少,不利于胰岛功能的恢复^[7]。胰岛素抵抗也是我国 T2DM 发生的基本病理机制^[8]。患者体内的胰岛素剂量相对充足,但生物效能低下,导致靶器官对胰岛素的敏感性下降。近年来,中医药降糖及应对胰岛素抵抗的方法备受临床关注。益气养阴升清化浊法是近年来我院中医科治疗 T2DM 常采用的一种治疗方法,可有效降低血糖及改善胰岛素抵抗。研究证明 T2DM 的病理机制主要为气阴两虚、血瘀,应用益气养阴法可改善患者气滞血瘀症状,辅助糖尿病患者控制血糖^[9]。中医学将 T2DM 归属于“消渴”范畴,气与血密切相关,气为血帅、血为气母,益气养阴法可改善气血循环,改善血流不畅及缓慢涩滞。阴气不足则阴虚火旺,患者会出现煎熬津液、口干多饮、乏力短气、肢体麻木及舌暗瘀斑等征象,治疗上可配合益气养阴的方剂,改善患者气血不足的症状。本组方中黄芪、人参、麦冬均具有益气养阴的功效,还可生精止渴。虞艳玮等^[10]研究证实,黄芪具有较好的促进肝糖原合成,调节血糖代谢作用;人参、麦冬、五味子、葛根可活血补气,促进肝细胞摄取葡萄糖,促进肝糖原的合成。张东鹏等^[11]研究证实,活血益气法可改善微循环,加快血流速度,提高葡萄糖利用效率,降低血糖水平。升清化浊是中医理论中用于健脾升清、和胃降浊的方法,用于治疗口渴烦躁、脾胃失调、腹痛腹泻等症候。升清使清阳之气上升,化浊致浊阴之气下降,升清化浊使营养物质能够吸收并上输于肺,胃纳食物可下降至小肠,使糟粕之物下降大肠而排出体外。升清化浊可使气机通畅、纠正机体不良的营养代谢状态。升麻、陈皮、柴胡具有和解表里、疏肝解郁、生阳气而退热邪等功效;知母、法半夏、甘草、茯苓、鬼箭羽、鸡内金等化浊药物,可有效促进患者积食不消,有生津止遗的功效。何彬彬等^[12]证实,应用升清化浊疗法可有效纠正 T2DM 患者的血糖水

平,减轻胰岛素抵抗。本研究结果显示,治疗后观察组患者 FBG、2hPG、HbA1c 水平低于对照组,空腹 C 肽及餐后 2 小时 C 肽高于对照组,平均胰岛素用量、血糖达标时间以及中医症状评分均低于对照组,说明应用益气养阴升清化浊法可有效降低观察组血糖水平,降低胰岛素用量,促进血糖达标及改善临床症状。

综上,益气养阴升清化浊法联合胰岛素可有效降低血糖指标、减轻临床症状,减少胰岛素用量,提升 C 肽水平及缩短血糖达标时间。

4 参考文献

- [1] 陈亦晨,陈华,孙良红,等.2010—2020年上海市浦东新区居民糖尿病死亡及早死概率空间流行病学特征分析[J].中华肿瘤防治杂志,2022,29(6):393-399.
- [2] 石瑞峰,郭晓蕙,章秋.我国成人2型糖尿病自我管理教育与支持的现状与展望[J].中华糖尿病杂志,2021,13(2):121-124.
- [3] 方凤贞,李壮苗,陈婷玉.2型糖尿病患者发生糖尿病肾脏疾病危险因素的系统评价[J].中国全科医学,2021,24(33):4261-4267.
- [4] 中华医学会糖尿病学分会.中国2型糖尿病防治指南(2013年版)[J].中华内分泌代谢杂志,2014,30(8):865-869.
- [5] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则:试行[J].中国医药科技出版社,2020,14(1):13-16.
- [6] 周琼,彭葆坤,周松兰,等.初诊断早发2型糖尿病患者胰岛素抵抗及胰岛β细胞功能分析[J].重庆医学,2022,51(6):945-948.
- [7] 徐英,李志学,马艳,等.1990~2019年我国15岁以上居民中2型糖尿病归因于饮食因素的疾病负担研究[J].中国循环杂志,2022,37(10):1016-1022.
- [8] 李佳欣,陈思琦,葛鹏玲.胰岛素抵抗也是我国T2DM基本的病理现象[J].辽宁中医药大学学报,2021,23(12):147-150.
- [9] 连书光,张琼瑶,刘海立,等.自拟济肾方加减治疗2型糖尿病肾脏疾病(Ⅲ期)气阴两虚兼血瘀证临床研究[J].国际中医中药杂志,2022,44(2):159-163.
- [10] 虞艳玮,张蕊,毛竹君.基于网络药理学探索黄芪-黄连药对治疗2型糖尿病的机制[J].中华中医药杂志,2022,37(4):2235-2240.
- [11] 张东鹏,张定华,连琯,等.益气养阴通络法治疗糖尿病肾病的研究进展[J].西部中医药,2021,34(4):150-153.

中药艾叶水洗头联合穴位按摩对脑肿瘤患者心理状况和睡眠质量的影响

曹少英 叶夏兰 蒙丹丹 李东晓 赖海燕*

【摘要】 目的 探究中药艾叶水洗头联合穴位按摩对神经外科脑肿瘤患者心理状况和睡眠质量的影响。方法 选取 2022 年 6-12 月医院收治的住院择期拟行开颅手术的 80 例脑肿瘤患者, 采用随机数字表法, 结合组间均衡可比的原则分成对照组和观察组, 每组 40 例。对照组术前常规使用清水洗头干预, 观察组在常规基础上使用中药艾叶水洗头联合穴位按摩干预。比较两组患者焦虑自评量表 (SAS 评分)、抑郁自评量表 (SDS 评分)、匹兹堡睡眠质量指数 (PSQI 评分) 和住院满意度。结果 护理干预后, 两组患者 SAS 评分、SDS 评分、PSQI 评分均降低, 但观察组均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者住院满意度为 100.0%, 高于对照组 85.0%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 中药艾叶水洗头联合穴位按摩能缓解脑肿瘤患者术前焦虑抑郁状况, 改善睡眠质量, 提高住院满意度。

【关键词】 艾叶; 穴位按摩; 脑肿瘤; 焦虑抑郁; 睡眠质量

中图分类号 R248.9 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)17-1310-03

开颅手术为神经外科常见的手术方式, 研究显示, 在等待手术过程中患者容易产生负性情绪, 睡眠质量受到影响^[1]。在手术相关不良体验事项中, 心理痛苦被称为外科患者疼痛之后的第六大生命体征^[2]。因此, 各种减轻术前焦虑抑郁的非药物干预越来越受到重视^[3]。国家“十四五”规划中提倡积极开展中医特色专科护理, 提升中医护理服务质量^[4]。艾叶是应用较为广泛的中草药之一, 其药用价值早在《黄帝内经》中就有记载, 主要用法有烟熏、熏蒸、煎水等。现代药理研究表明, 艾叶具有抗菌、抗病毒、抗氧化、解热镇静、安神等作用, 艾叶煎制的水可用于清洁皮肤, 穴位按摩对改善患者睡眠疲劳有一定的影响^[5-6], 但目前国内外尚未有艾叶水洗头联合穴位按摩在脑肿瘤术前患者中应用的报道。因此, 本研究观察中药艾叶水洗头联合穴位按摩对神经外科拟行开颅手术脑肿瘤患者的疗效, 旨在缓解患者焦虑抑郁情绪, 改善睡眠质量, 为围手术期护理方法的选择提供参考。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2022 年 6-12 月于广西某三级甲等医院神经

基金项目: 广西壮族自治区中医药管理局自筹课题 (编号: G22C2020183); 广西医疗卫生适宜技术开发与推广应用项目 (编号: S2020029)

作者单位: 530021 广西省南宁市, 广西医科大学第一附属医院神经外科

* 通讯作者

外科住院择期拟行开颅手术的 80 例患者。纳入标准: ① ≥ 18 岁的择期手术患者; ② 经颅脑 CT 或 MRI 首次诊断为脑肿瘤患者; ③ 具有一定听说读写能力者。排除标准: ① 对艾叶过敏者; ② 躯体活动障碍者; ③ 有严重精神、心理疾病者。脱落标准: 因病情需要临时需要紧急手术者。按随机数字表法, 结合组间均衡可比的原则分为观察组和对照组, 各 40 例。对照组男 21 例, 女 19 例; 年龄 19 ~ 74 岁, 平均 46.24 ± 4.31 岁; 婚姻状态: 已婚 30 例, 未婚或其他 10 例。观察组男 18 例, 女 22 例; 年龄 21 ~ 69 岁, 平均 45.97 ± 3.84 岁; 婚姻状态: 已婚 32 例, 未婚或其他 8 例。两组患者性别、年龄、婚姻状态等一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。本研究经医院伦理委员会审批; 入选患者对研究知情同意, 自愿参与本研究并签署知情同意书者

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 给予常规护理干预措施。患者入院后, 由责任护士介绍入院环境, 给予相关脑肿瘤疾病知识宣教。告知患者保持良好的心理状态, 充分休息等待手术, 并指导其术前每晚常规使用清水洗头。干预 3 天。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上加用中药艾叶水煎剂洗头联合穴位按摩。医生开出医嘱后, 由中医科提供艾叶水煎剂。艾叶煎煮和使用方法: 参考李时珍《本草纲目》^[8] 中的艾叶附方, 取艾叶 100g, 加清水

[12] 何彬彬, 熊霞, 廖秋红. 消渴化浊方治疗 2 型糖尿病合并高脂血症的疗效及对胰岛 β 细胞的影响 [J]. 四川中

医, 2021, 39(3): 118-121.

2000ml 武火煮沸后改文火煮 10 ~ 15 min, 过滤艾叶后盛于有保温功能的药浴壶内待用, 患者入院后每晚 19:00 ~ 21:00 使用艾叶水进行洗头, 最后用清水冲洗。穴位按摩取穴: 内关、合谷、肝俞、百会、头维、风池穴^[9], 指导患者取舒适体位, 放松全身, 操作者用拇指或食指指腹在相应穴位点压、按揉, 按摩过程中保持动作协调一致, 前后连贯, 按压以局部酸麻胀痛为佳, 每次按摩 15min。干预 3 天。

1.3 观察指标

(1) 焦虑及抑郁情况: 采用焦虑自评量表 (self-rating anxiety scale, SAS)^[10]、抑郁自评量表 (self-rating depression scale, SDS)^[11] 评价, 各包括 20 个条目, 采用 Likert4 级计分制, 1 分代表没有, 2 分代表少部分时间有, 3 分代表大部分时间有, 4 分代表全部时间均有, 各条目得分相加为量表总粗分, 将总粗分乘以 1.25 为标准分, 总分低于 50 分为正常; 50 ~ 59 分为轻度, 60 ~ 69 分是中度, 70 分以上是重度, 分数越高说明患者焦虑 (抑郁) 程度越严重。

(2) 睡眠质量: 采用匹兹堡睡眠质量指数 (PSQI) 评价, 该量表由 Buysse 等^[12] 于 1989 年编制, 包括 18 个条目, 7 个维度, 分别为睡眠质量、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、入睡时间、催眠药物和日间功能障碍, 每项 0 ~ 3 分, 总分为 0 ~ 21 分, 得分越高说明睡眠质量越差。以匹兹堡睡眠质量指数 > 7 分为存在睡眠障碍^[13]。

(3) 患者满意度: 采用医院自制住院患者满意度调查表, 以患者的自主评分为主, 满分为 100 分, > 80 分为满意, 60 ~ 80 分为基本满意, < 60 分为不满意。满意度 = (满意例数 + 基本满意例数) / 观察例数。

1.4 资料收集方法

本研究采用问卷调查法收集资料, 由经过统一培训的护士分别与干预前、干预后第 3 天发放问卷。采用统一指导语向患者解释调查的目的、意义及问卷填写方法, 获得患者知情同意后发放问卷, 由其自行填写。对于文化程度较低的患者, 征得当事人同意后由护士根据其回答协助填写。

1.5 数据分析方法

采用 SPSS 26.0 统计学软件分析数据, 计量资料以 “ $\bar{x} \pm s$ ” 表示, 组间均数比较采用 *t* 检验; 计数资料计算百分率, 组间率比较采用卡方检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者心理状况比较

护理干预前, 两组患者 SAS 评分、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 评分、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 1。

表 1 两组患者 SAS 评分、SDS 评分比较 (分)

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	40	63.25 ± 2.27	47.35 ± 4.76	58.68 ± 4.46	43.58 ± 2.34
对照组	40	63.48 ± 3.45	53.78 ± 3.48	58.53 ± 4.90	48.78 ± 3.53
<i>t</i> 值		0.344	6.896	0.143	6.525
<i>P</i> 值		0.732	0.000	0.886	0.000

2.2 两组患者 PSQI 评分比较

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

表 2 两组患者 PSQI 评分比较 (分)

组别	例数	PSQI 评分	
		干预前	干预后
观察组	40	8.80 ± 1.95	4.18 ± 1.28
对照组	40	8.85 ± 1.89	7.45 ± 1.65
<i>t</i> 值		0.116	9.930
<i>P</i> 值		0.908	0.000

2.3 两组患者住院满意度比较

护理干预后, 观察组患者的住院满意度为 100.0%, 对照组为 85.0%, 观察组高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者住院满意度比较

组别	例数	满意情况			满意度 (%)
		满意	基本满意	不满意	
观察组	40	33	7	0	100.0
对照组	40	18	16	6	85.0

注: 满意度比较, $\chi^2=4.505, P=0.034$ 。

3 讨论

3.1 中药艾叶水洗头联合穴位按摩可缓解脑肿瘤患者术前焦虑、抑郁情绪

本研究结果显示, 干预后观察组患者 SAS、SDS 得分均低于对照组, 表明中药艾叶水洗头联合穴位按摩可有效缓解患者术前的焦虑、抑郁情绪。中医护理是将中医理论和特色技术与护理服务相融合的一种新型护理模式^[13]。开颅手术是神经外科颅脑肿瘤治疗的重要方法, 手术作为一种应激源, 给患者的身心带来强烈刺激, 可引起焦虑、抑郁反应, 心理往往也会出现巨幅波动, 且在择期手术等待期中尤为明显。赵玉升等^[15] 研究显示艾叶炭纳米类成分可以发挥抗焦虑的作用, 艾叶具有温经通络、抗寒止痛的功效。穴位按摩能够促进局部血液循环, 增加血流供应, 通过艾叶水洗头联合穴位按摩可以提高患者的舒适度, 使患者身心放松, 从而减轻术前负性情绪。

3.2 中药艾叶水洗头联合穴位按摩可改善脑肿瘤术前患者睡眠质量

本研究结果显示, 干预后观察组患者 PSQI 得分显著低于对照组, 提示中药艾叶水洗头联合穴位按摩可有效改善患者睡眠质量。刘静等^[16] 研究显示, 中医护理可改善患者睡眠质量, 且疗效佳、不良反应小。郭军军等^[17] 采用穴位按摩治疗后, 观察组患者 PSQI 评分明显下降, 分析原因可能是在缓解患者焦虑、抑郁情绪的同时, 打破了焦虑、抑郁情绪高和睡眠质量差之间的恶性往复, 对提高其睡眠质量起到正向作用。同时从生理角度出发, 焦虑、抑郁情绪的缓解降低了在非快速眼动睡眠到快速眼动睡眠过渡期中单胺神经递质改变所带来的不良影响, 因此可以改善患者的睡眠质量。

3.3 中药艾叶水洗头联合穴位按摩可提高脑肿瘤患者住院满意度

艾叶价格低, 容易获取, 发挥了中医“简、验、效、廉”的优势。此外, 根据中医特色干预方式, 艾叶水煎液洗头对患者具有吸引力, 穴位按摩操作简单易学, 能引起其兴趣, 患者对干预的依从性较强。在围手术期间, 坚持以患者为中心, 缓解患者的焦虑抑郁状态, 改善睡眠质量, 让患者以最佳的心理状态接受和配合术前准备, 从而提高患者满意度。

综上所述, 中药艾叶水洗头联合穴位按摩能缓解神经外科开颅术前患者焦虑抑郁状况, 改善睡眠质量, 提高患者满意度。未来的研究可以根据艾叶的消炎杀菌作用, 进一步验证艾叶水煎液洗头对开颅术后患者切口感染率的影响。

4 参考文献

- [1] Guo P, Li P, Zhang X, et al. The effectiveness of aromatherapy on preoperative anxiety in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials[J]. *Int J Nurs Stud*, 2020, 111:103747.
- [2] 包磊, 朱丽群, 唐为定, 等. 非药物管理对成人择期手术术前焦虑影响的系统评价再评价[J]. *中华护理杂志*, 2022, 57(4):493-502.
- [3] Kassie G M, Nguyen T A, Kalisch E L, et al. Preoperative medication use and postoperative delirium: A systematic review[J]. *BMC Geriatr*, 2017, 17(1):298.
- [4] 国家卫生健康委员会. 全国护理事业发展规划(2021-2025年)[J]. *中国护理管理*, 2022, 22(6):801-804.
- [5] Liu Y, He Y, Wang F, et al. From longevity grass to contemporary soft gold: Explore the chemical constituents, pharmacology, and toxicology of *Artemisia argyi* H. Lev. & vaniot essential oil[J]. *J Ethnopharmacol*, 2021, 279:114404.
- [6] 刘涛, 廖晓凤, 吴燕婷, 等. 艾叶有效成分抗炎作用及其机制的研究进展[J]. *中药新药与临床药理*, 2021, 32(3):449-454.
- [7] 段艳芳, 王海蓉, 许慧娟, 等. 芳香疗法联合穴位按摩缓解乳腺癌术后化疗患者疲乏与睡眠障碍[J]. *护理学杂志*, 2022, 37(17):50-54.
- [8] 陈蕾蕾, 姜梦笔, 黄高, 等. 《本草纲目》药浴研究[J]. *时珍国医国药*, 2021, 32(10):2529-2531.
- [9] 蔡艺, 李琳, 熊振芳, 等. 子午流注择时耳穴贴压联合穴位按摩对肝硬化患者负性情绪的影响[J]. *时珍国医国药*, 2021, 32(3):651-653.
- [10] Dunstan D A, Scott N. Norms for Zung's Self-rating Anxiety Scale[J]. *BMC Psychiatry*, 2020, 20(1):90.
- [11] Dunstan D A, Scott N. Clarification of the cut-off score for Zung's self-rating depression scale[J]. *BMC Psychiatry*, 2019, 19(1):177.
- [12] Buysse D J, Reynolds C R, Monk T H, et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research[J]. *Psychiatry Res*, 1989, 28(2):193-213.
- [13] 刘贤臣, 唐茂芹, 胡蕾, 等. 匹兹堡睡眠质量指数的信度和效度研究[J]. *中华精神科杂志*, 1996(2):103-107.
- [14] 李小娟, 徐丽萍. 中医整体护理对慢性乙型肝炎患者的临床效果及满意度分析[J]. *时珍国医国药*, 2022, 33(8):1940-1941.
- [15] 赵玉升, 屈会化, 赵琰. 炭药纳米类成分的药理作用研究进展[J]. *中草药*, 2022, 53(3):921-929.
- [16] 刘静, 季燕, 丁静, 等. 中医护理治疗失眠临床应用进展[J]. *中国全科医学*, 2021, 24(S2):175-178.
- [17] 郭军军, 刘敏华, 何超成, 等. 穴位按摩治疗血液透析患者疲乏和睡眠障碍的临床研究[J]. *世界科学技术-中医药现代化*, 2020, 22(7):2499-2503.

肝移植术后加速康复护理的标准化操作流程效果观察

杜娟 朱晓蕾*

【摘要】 目的 探讨在肝移植术后根据加速康复护理的标准化操作流程的护理效果。方法 选择医院 2019 年 11 月 - 2022 年 11 月接受同种异体原位肝移植术治疗的 95 例患者作为研究对象, 根据组间性别、年龄等基线资料均衡可比的原则分为观察组 48 例和对照组 47 例。对照组进行常规化护理, 观察组按照加速康复护理的标准化操作流程开展护理工作。对比两组患者术后并发症、ICU 停留时间、焦虑程度、首次肛门排气时间、尿管留置时间、胃管留置时间以及气管插管留置时间等指标情况。结果 实施标准化操作流程护理干预后, 观察组患者焦虑程度、ICU 停留时间、首次肛门排气时间、尿管留置时间、胃管留置时间等指标水平均显著优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者术后并发症发生率为 6.25%, 显著低于对照组的 23.40%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者对护理干预的总满意度为 95.83%, 显著高于对照组的 65.96%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 在肝移植术后根据加速康复护理的标准化操作流程策略开展护理工作, 可明显减少 ICU 停留时间, 患者焦虑程度较低, 有助于患者的及早康复。

【关键词】 肝移植; 加速康复护理; 标准化操作流程策略; 护理效果

中图分类号 R657.3 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)17-1313-03

加速康复外科是以循证医学为基础, 从多学科角度分析完善围术期护理工作, 进而加速患者的病情康复。标准化作业流程则是针对某一环节工作要求、步骤进行标准化管理, 达到统一的操作规范, 标准化指导作业^[1]。目前, 肝移植术的成功率较高, 但术后监护室的护理工作的难度较大, 也是患者康复治疗的重要一环。本研究针对接受同种异体原位肝移植术治疗的患者, 探讨加速康复护理的标准化操作流程的临床效果, 以利于患者病情的及早康复, 具体内容报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择医院 2019 年 11 月 - 2022 年 11 月接受同种异体原位肝移植术治疗的 95 例患者作为研究对象。纳入标准: 存在肝切除指征; 年龄均在 18 岁以上。排除标准: 肝移植术后生命体征指标水平波动较大者; 术后引流液超过 200ml/h, 出现活动性出血者; 具有肢体功能障碍、严重性器质性疾病者。根据组间性别、年龄等基线资料均衡可比的原则分为观察组 48 例和对照组 47 例。观察组女 17 例, 男 31 例; 年龄 38 ~ 64 岁, 平均 52.74 ± 4.52 岁。对照组女 19 例, 男 28 例; 年龄 37 ~ 62 岁, 平均 53.17 ± 3.96 岁。两组患者上述资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

作者单位: 200025 上海市瑞金医院肝肾移植中心(杜娟); 上海市长海医院健康管理中心(朱晓蕾)

* 通讯作者

本研究已通过本院伦理委员会审核批准; 患者均已阅读知情同意书并签字。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 行常规化护理, 具体措施如下。

(1) 卧位: 手术结束 1 ~ 2 天, 患者应卧床休息; 3 ~ 4 天时, 患者可调整为半卧位, 并辅助其被动运动; 5 ~ 6 天时, 可变换为坐位。

(2) 饮食: 患者首次肛门排气后, 可进食流食, 逐渐过渡为普食^[2]。

(3) 心理: 了解患者的心理情绪, 运用心理学技巧给予心理支持及安慰, 待患者病情及心理稳定后, 转入普通病房。

(4) 管路: 加强各种管路的安全护理, 并结合患者病情的恢复程度, 按照医嘱指示及时拔除相应管路, 降低有关并发症的发生^[3]。

1.2.2 观察组 按照加速康复护理的标准化操作流程开展护理工作, 具体措施如下。

(1) 成立小组: 成立肝移植小组, 由 5 名护理人员组成, 护士长担任组长, 副组长由专科大组长担任, 组建三级质量控制架构。

(2) 明确目标: 明确小组各成员的职责, 综合考虑患者的依从性、肌力等级、意识状态等因素, 制定个体化的分级护理方案, 明确每日护理目标^[4]。组长每日巡查护理方案的执行情况, 同时记录每日护理目标的达成率。

(3) 开展护理: 副组长不定时审查流程护理的

依从性及临床疗效, 及时发现工作中的变异问题。组长定期组织小组会议, 针对变异问题产生的原因进行分析, 同时采取优化流程、再教育、培训等多元化形式解决问题, 促进小组成员执行力的提高, 保证方案持续性落实^[5]。加速康复护理的标准化操作流程详见表 1。

表 1 肝移植术后患者开展加速康复护理的具体流程

时间	项目	实施方案
术前	评估	①心理评估; ②疼痛评估: 通过数字评分法对疼痛程度进行评估。
	健康宣教	护理人员与患者面对面交流, 并讲解注意事项等细则。
ICU 期间	护理要点	①指导患者有效咳痰、呼吸训练、床上大小便等; ②当患者恢复意识后, 尝试自主呼吸, 缩短气管插管时间; ③叮嘱患者多饮水, 每小时尿量在 0.5ml/kg 以上。
	饮食干预	①术后第 1 天需进流食, 评估达标后拔除胃管; ②术后第 2 天可进半流食; ③术后 3 ~ 4 天可是逐渐恢复普食。
	活动护理	①制定分级活动计划; ②检测血压、心率等指标, 发现异常终止活动; ③患者主诉体力不支、不舒适时, 终止活动。
	心理护理	观察患者心理状态, 分析其心理压力源, 并给予针对性的疏导。
	疼痛评估	动态评估患者的疼痛程度, 必要时给予止痛处理。
普通病房	工作交接	与普通病房的护理人员做好各项护理工作的交接。

1.3 指标观察

(1) 术后相关指标: 包括 ICU 停留时间、焦虑程度、首次肛门排气时间、尿管留置时间、胃管留置时间以及气管插管留置时间等。

(2) 术后并发症发生率: 术后并发症主要是肺部感染、胸腔积液、腹水、发热等。

(3) 护理满意度: 通过本院自拟护理满意度评价量表对两组患者进行调查, 主要内容包括基础护理、护理态度、护患关系、护理质量等方面, 满分为 100 分。90 ~ 100 分表示非常满意; 80 ~ 89 分表示满意; 70 ~ 79 分表示基本满意; 70 分以下表示不满意。共发放 95 份护理满意度评价量表, 回收 95 份, 调查有效率为 100%。满意度 = (非常满意 + 满意 + 基本满意) 例数 / 观察例数 × 100%。

1.4 数据分析方法

运用 SPSS 24.0 统计学软件分析处理数据, 计数资料计算百分率 (%), 组间率比较采用 χ^2 检验; 计量资料用“均数 ± 标准差”表示, 组间均数比较

采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后各项相关指标水平比较

实施标准化操作流程护理干预后, 观察组患者焦虑程度、ICU 停留时间、首次肛门排气时间、尿管留置时间、胃管留置时间等指标水平均显著优于对照组, 组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组气管插管时间比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。见表 2。

2.2 两组术后并发症发生情况比较

实施标准化操作流程护理干预后, 观察组患者术后并发症的总发生率为 6.25%, 显著低于对照组的 23.40%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

2.3 护理满意度比较

实施标准化操作流程护理干预后, 观察组患者对护理干预的总满意度为 95.83%, 显著高于对照组的 65.96%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 2 两组患者术后各项相关指标水平对比

分组	例数	气管插管时间(h)	胃管留置时间(h)	尿管留置时间(h)	首次肛门排气时间(h)	ICU 停留时间(h)	SAS 评分(分)
观察组	48	8.14 ± 2.35	20.92 ± 5.87	22.84 ± 7.69	54.38 ± 9.46	87.17 ± 8.48	54.86 ± 4.12
对照组	47	9.42 ± 3.88	43.22 ± 8.57	52.38 ± 10.46	84.18 ± 12.38	196.43 ± 16.78	61.13 ± 3.47
t 值		1.950	14.824	15.706	13.200	40.178	8.015
P 值		0.054	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表 3 两组患者术后并发症总发生率比较

分组	例数	并发症				并发症发生率 (%)
		发热	腹水	胸腔积液	肺部感染	
观察组	48	1	2	0	0	6.25
对照组	47	3	4	2	2	23.40

注: 并发症发生率比较, $\chi^2 = 5.562$, $P = 0.018$ 。

表4 两组患者对护理干预的总满意度对比

分组	例数	满意情况				总满意度 (%)
		非常满意	满意	基本满意	不满意	
观察组	48	23	15	8	2	95.83
对照组	47	12	6	13	16	65.96

注: 总满意度比较, $\chi^2=13.802$, $P=0.000$ 。

3 讨论

肝移植术是现阶段临床治疗终末期肝脏疾病疗效最突出的一种有效方法,这种手术疗法具有创伤性大、手术操作复杂、术后并发症较多等特点,但是随着现代医学技术的进步,肝移植术的成功率越来越高,术后诊疗及护理服务也逐渐获得广泛关注,而术后患者的护理管理一直是临床护理工作的重点及难点。加速康复护理属于多种学科之间共同协作的一种新型护理理念,是医院临床护理工作中的一项重要组成部分,在询证护理的基础上加强个性化康复护理,进一步优化患者的术后管理,使患者的疗效达到最佳水平,从而促进患者的及早康复。

现阶段,国内临床医学在肝移植术后加速康复管理的研究中,不断渗透护理工作的重要性。根据施加标准化作业流程实施加速康复护理,能有效减少肝移植术后患者ICU停留时间,使医疗效率明显提升,医疗成本得到有效控制,从而有效节约医疗资源及费用^[6]。本研究结果发现,观察组患者焦虑程度、ICU停留时间、首次肛门排气时间、尿管留置时间、胃管留置时间等指标水平均显著优于对照组,说明采用加速康复护理的标准化操作流程执行护理工作,通过询证护理,重视患者需求,综合分析制定肝移植术后加速康复的标准化流程方案,护理人员严格按照方案执行操作,使护理更加标准化、规范化。有关研究认为^[7],心理因素是肝移植术后延长患者住院时间的一项重要独立危险因素,心理焦虑会导致交感神经系统处于兴奋状态,还会导致内分泌系统出现不同程度的紊乱。如果患者长时间处于焦虑状态,其术后应激反应会明显增加,不利于疾病的康复^[8]。观察组按照加速康复护理的标准化操作流程实施护理干预,术前对患者焦虑程度进行准确评估,通过心理技巧有效消除了其焦虑心理,对手术治疗及术后康复具有积极的影响^[9]。在术后并发症方面,观察组患者术后并发症的总发生率低于对照组,进一步说明根据加速康复护理的标准化操作流程实施护理干预,能明显降低术后并发症的发生率,有助于加速患者的康复。在护理满意度方面,观察组患者对护理干预的总满意度显著高于对照组,充

分说明依据标准化操作流程策略实施加速康复护理干预,能积极与患者建立和谐的护患关系,在患者充分信任的基础上给予积极的护理干预,能明显提高患者对治疗及护理工作的依从性,身心处于康复的最佳状态,对患者的康复具有积极的促进作用,使整体护理满意度明显提升^[10]。

综上所述,在肝移植术后根据加速康复护理的标准化操作流程策略开展护理工作,可明显减少ICU停留时间,患者焦虑程度较低,有助于患者的及早康复。

4 参考文献

- [1] 石泽亚,刘小明,吴金术,等.加速康复护理程序在肝脏肿瘤手术病例中的应用[J].医学临床研究,2019,26(9):1627-1628.
- [2] 周雁荣,张雅芝,陈莹莹,等.冠状动脉旁路移植术患者加速康复标准化护理流程实践[J].护理学杂志,2021,36(16):24-25.
- [3] 卓金凤,吕海金,易慧敏,等.肝移植术后加速康复护理的标准化操作流程[J].器官移植,2020,11(1):121-122.
- [4] Ntinis A,Kardassis D,Konstantinopoulos I,et al.Duration of the thoracic epidural catheter in a fast-track recovery protocol may decrease the length of stay after a major hepatectomy: A case control study[J].Int J Surg, 2018,11(9):882-885.
- [5] Maffei P,Wiramus S,Bensoussan L,et al.Intensive early rehabilitation in the intensive care unit for liver transplant recipients:A randomized controlled trial[J].Arch Phys Med Rehabil,2019,98(8):1518-1525.
- [6] 陶为杰,石小举,孙晓东,等.快速康复外科理念在肝移植围手术期应用的研究进展[J].中华肝胆外科杂志,2019,23(1):60-63.
- [7] 刘成媛,乔琼,罗梦丹,等.加速康复外科的应用研究进展[J].护理研究,2019,33(2):261-264.
- [8] 邵清.加速康复护理应用于监护室肝移植术后的研究进展[J].当代护士,2018,25(4):13-14.
- [9] 张萍,刘琼,徐仿,等.快速康复外科理念在肝移植患者围术期中的应用[J].中国医刊,2019,49(10):87-89.
- [10] 白雪莉,张晓雨,卢芳燕,等.肝移植术后加速康复方案实施初探[J].中华外科杂志,2019,3(1):69-71.

[2023-04-03 收稿]

加速康复外科理念在泌尿外科腹腔镜手术围手术期护理中的应用效果

皮庆霞 胡晓

【摘要】 目的 观察分析加速康复外科 (ERAS) 理念在泌尿外科腹腔镜手术围手术期护理的应用效果。方法 选取 2022 年 1 月 - 2023 年 1 月医院泌尿外科收治的腹腔镜手术治疗的患者 70 例作为研究对象, 根据组间基线资料均衡可比原则, 采用随机数字表法分为 ERAS 组与对照组, 每组各 35 例。对照组给予常规的围手术期护理, ERAS 组给予 ERAS 护理干预。比较两组患者的术后恢复情况、炎症因子水平及术后并发症发生情况。结果 护理干预后, ERAS 组患者的首次排气时间、首次下床活动时间、首次进食时间、恢复常规饮食时间等术后恢复情况相关指标均优于对照组, 组间比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。手术治疗前, 两组患者 C 反应蛋白 (CRP)、白细胞介素 6 (IL-6) 等炎症因子水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 术后, 两组患者的 CRP、IL-6 均明显上升, 但 ERAS 组两个指标均低于对照组, 组间差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。ERAS 组患者恶心呕吐、切口感染、腹胀、发热等术后并发症发生率为 11.43%, 低于对照组的 31.43%, 组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 泌尿外科腹腔镜手术患者围手术期给予 ERAS 护理干预, 能有效促进患者的恢复, 可减轻患者的炎症反应, 减少术后的并发症。

【关键词】 泌尿外科; 腹腔镜手术; 围手术期; 加速康复外科

中图分类号 R473.6 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)17-1316-03

加速康复外科 (ERAS) 最早是在 1997 年由丹麦医生 Kehlet 所提出^[1], 一种基于循证医学的新型综合护理策略, 旨在优化和整合现有的围手术期护理方法。实践表明, ERAS 理念可以降低术后并发症的风险, 加快伤口愈合速度, 缩短住院时间, 并提高手术患者的生活质量, 还能够节省医疗资源, 降低患者的医疗费用^[2]。目前, 在国内越来越多的医院开始推行加速康复外科理念的护理模式, 主要应用于胆道手术、脊柱手术、心脏手术、妇产科手术等多种外科手术领域, 并取得了良好的治疗效果^[3]。腹腔镜手术是泌尿外科常用的治疗手段, 术后存在感染、疼痛等多种不适症状, 增加患者痛苦, 不利于患者的术后的快速康复^[4]。本研究通过临床实验, 探讨加速康复外科理念在泌尿外科腹腔镜手术患者围手术期护理中的应用效果, 现将结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2022 年 1 月 - 2023 年 1 月医院泌尿外科收治的腹腔镜手术治疗的患者 70 例为研究对象, 根据组间均衡可比原则, 按随机数字表法分为 ERAS 组与对照组, 每组各 35 例。纳入标准: ①年龄 > 18 周岁; ②在医院泌尿外科接受治疗; ③满足腹腔镜手术治疗

指征, 且已同意接受手术治疗者。排除标准: ①中途退出研究者; ②精神病患者; ③具有严重的心血管疾病者; ④有腹部手术史者。

对照组患者中, 年龄 22 ~ 75 岁, 平均 48.2 ± 8.3 岁; 身高 153.2 ~ 168.3cm, 平均 160.3 ± 4.2 cm; 体重 44.6 ~ 75.6kg, 平均 60.2 ± 8.2 kg; 疾病类型: 输尿管结石 13 例、肾结石 18 例、其他 4 例。ERAS 组患者中, 年龄 24 ~ 74 岁, 平均 47.5 ± 6.8 岁; 身高 154.6 ~ 168.8cm, 平均 159.8 ± 5.8 cm; 体重 45.1 ~ 74.8kg, 平均 59.6 ± 7.9 kg; 疾病类型: 输尿管结石 14 例、肾结石 16 例、其他 5 例。两组患者年龄、身高、体重、疾病类型等基线资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。所有患者均自愿参与, 且已签署知情同意书。

1.2 ERAS 理念的护理方法

对照组按传统泌尿外科腹腔镜手术的围手术期护理方法进行临床护理。ERAS 组则给予 ERAS 理念的护理干预, 主要内容如下。

(1) 术前宣教: 为患者详细介绍手术过程, 包括麻醉方式、手术时间、手术部位、手术风险等, 并解答患者提出的疑虑, 减少不必要的焦虑和紧张感; 针对心理素质较差的患者, 应积极的予以心理疏导, 并帮助他们积极面对手术过程中的困难和挑战。

(2) 气道管理: 术前评估患者肺部并发症风险, 针对高风险患者可与术前 3 ~ 5d 进行缩唇呼吸训练、

吹气球等,以改善患者肺部功能。

(3) 术前禁食:术前 3d,应避免进食高脂、易消化和刺激性食物,如油炸、辛辣、咖啡等;术前 6h 禁止食入固体食物;术前 2h 禁止流质食物,但可以适量饮用清澈无渣的白开水。此外,对于老年人、儿童、孕妇、糖尿病患者等特殊人群,需要根据个人情况进行禁食时间和方式的调整。

(4) 术中护理:在患者进入手术室前,护士需要核对患者的个人信息、手术部位和手术程序等,确保手术进行无误;在手术期间,护士需要监测患者的意识状态、呼吸、体温和心跳情况,及时发现异常并通知医生;根据医生的要求控制患者的液体输入量,对静脉补液、吸入气体及腹腔清洗液进行预加热,防止低体温的发生。

(5) 防止静脉血栓形成:通过穿着压缩弹力袜来增加下肢的压力,从而促进血液流动并预防静脉血栓的形成;针对高风险患者可以适当给予药物干预,如肝素、华法林等,以帮助预防静脉血栓的形成,用药时需遵循医生的建议,按时服药。

(6) 早期活动:术后帮助患者早期下床活动,在身体情况允许的情况下逐渐增加自己的活动量,但要注意不要过度用力导致伤口过度拉扯。最初的一周内,可以进行一些简单的轻度运动,例如散步、上下楼梯等;随着时间的推移,循序渐进,可以适当进行一定量的有氧运动。

(7) 营养干预:术后 4 ~ 6h 可以尝试饮水,建议术后 24 h 内开始饮食过渡;根据患者的病情、手术类型及个人喜好等因素,选择合适的肠内营养方案。一般包括多种维生素和矿物质、氨基酸、葡萄糖等成分,以满足患者的能量、蛋白质、水分等营养需求。此外,初期肠内营养应从小量开始,逐渐增加到正常的日常摄入量。过度进食可能会导致消化不良与其他

不适,使结果适得其反。

1.3 观察指标

(1) 术后恢复情况:主要包括患者首次排气时间、首次下床活动时间、首次进食时间、恢复常规饮食时间等指标。

(2) 炎症因子水平:主要检测术前、术后 24h 炎症因子 C 反应蛋白(CRP)、白细胞介素 6(IL-6)水平。

(3) 术后并发症发生率:术后并发症主要包括恶心呕吐、切口感染、腹胀、发热等。

1.4 数据分析方法

运用 SPSS 21.0 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 两组患者术后恢复情况比较

护理干预后,ERAS 组患者的首次排气时间、首次下床活动时间、首次进食时间、恢复常规饮食时间等术后恢复指标均优于对照组,组间比较差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

2.2 两组患者炎症因子水平比较

手术治疗前,两组患者 CRP、IL-6 等炎症因子水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);术后,两组患者的 CRP、IL-6 均明显上升,但 ERAS 组两个指标均低于对照组,组间比较差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

2.3 两组患者术后并发症发生率比较

ERAS 组患者恶心呕吐、切口感染、腹胀、发热等术后并发症发生率为 11.43%,低于对照组的 31.43%,组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 1 两组患者术后观察指标恢复时间比较(h)

组别	例数	首次排气时间	首次下床活动时间	首次进食时间	恢复常规饮食时间
ERAS 组	35	13.46 ± 3.61	14.56 ± 3.82	5.86 ± 1.62	17.35 ± 3.46
对照组	35	17.31 ± 4.17	18.64 ± 2.15	15.47 ± 3.84	23.84 ± 4.02
	t 值	4.130	5.507	13.641	7.239
	P 值	0.000	0.000	0.000	0.000

表 2 两组患者炎症因子水平比较

组别	例数	CRP(mg/L)		IL-6(ng/L)	
		术前	术后	术前	术后
ERAS 组	35	2.42 ± 0.51	16.68 ± 5.86	1.75 ± 0.32	42.15 ± 8.77
对照组	35	2.34 ± 0.67	20.51 ± 6.32	1.83 ± 0.44	61.35 ± 9.31
	t 值	0.562	2.629	0.870	8.881
	P 值	0.576	0.011	0.387	0.000

表3 两组患者术后并发症发生情况比较

组别	观察例数	并发症发生情况				总发生率(%)
		恶心呕吐	切口感染	腹胀	发热	
ERAS组	35	1	1	1	1	11.43
对照组	35	6	2	2	1	31.43

注:总发生率比较, $\chi^2=4.158$, $P=0.041$ 。

3 讨论

ERAS理念作为一种新型综合护理策略,是对现有围手术期护理方法的整合与优化,已经被广泛地应用于多个外科护理领域^[6]。主要是通过减少应激反应和恢复时间来提高手术后康复效果,ERAS理念强调预防感染、疼痛管理、营养支持和早期活动等措施,并将这些措施整合成为一个完整的护理方案^[7]。我国的加速康复外科护理模式起步较晚,近10多年来才得到有效推广及应用,普及率远低于西方发达国家。金颖^[7]等人对国内219家三甲医院肿瘤手术围手术期中采用ERAS相关措施的具体情况进行调查,结果显示:有187家三甲医院给予术前预防性使用抗菌药物;有179家三甲医院给予术后24小时内拔除导尿管;有169家三甲医院进行术后24h内下床活动。但是予以术前宣教的仅有65家,予以术中保温措施的仅有63家,不采取机械肠道准备的仅有2家。可见,国内的在ERAS的执行与应用仍有较大的提高空间。

ERAS护理模式涉及的范围较广,具体的实施中包含了患者在术前、术中、术后的全面护理,护理过程中以患者为中心,综合考虑患者各方面的需求,同时要结合医院的实际情况,尽可能的满足患者的合理需要,使ERAS模式实现标准化,提高患者的受益水平^[8]。本研究结果显示,ERAS组患者的术后恢复情况均显著优于对照组,说明了ERAS模式能促进患者的术后恢复,这与袁琳^[9]等人的研究基本相符。手术属于一种有创治疗,尽管腹腔镜手术能大幅减小手术切口,但在手术中机体仍会出现急性的应激反应使CPR、IL-6等多种炎症介质的含量升高,炎症反应属于机体自我防御的一种体现,但过度的炎性反应会对机体的免疫系统造成损害。CPR、IL-6均临床中常用的炎症因子指标,其血清含量与炎症反应呈正相关性^[10]。在ERAS组患者手术过程中,通过提前预热输入液体等相关措施使患者的体温处于正常范围;术后预防性给予抗生素干预,有效的减轻患者的应激反应。研究结果显示,相比于对照组患者,ERAS组患者术后的炎症反应更小。术后恶心呕吐不仅会造成身体不适和疼痛,而且在一定程度上还会影响患者的情绪和心理状态,同时也是影响患者对护理服务满意重要因素。ERAS组患者术后并发症总发生率更低,提示采用ERAS模式能有效的减少并发症的发生,改善

患者的预后。此外,ERAS模式在临床中各科均有一定的应用,如周艳^[11]等人的研究主要探讨腹腔镜直肠癌患者应用ERAS护理模式的效果,表明ERAS护理理念应用于不同的外科手术患者的护理之中,均取得较好效果。

综上所述,泌尿外科腹腔镜手术患者围手术期给予ERAS护理干预,能有效的促进患者的恢复,可减轻患者的炎症反应,减少术后的并发症。

4 参考文献

- [1] 李承秋,刘成,张洁,等.加速康复外科理念在盆底重建术围术期中的应用[J].广西医学,2018,40(19):2299-2303.
- [2] 曹秋君,虞正红,齐碧蓉,等.外科结直肠术后病人加速康复外科出院标准的最佳证据总结[J].护理研究,2021,35(24):4383-4389.
- [3] 刘岭,程海荷,戴银屏.功能锻炼路径配合加速康复外科理论对老年髌骨骨折患者的护理效果分析[J].沈阳药科大学学报,2021,38(S2):98+100.
- [4] 邢金春,秦家轩,吴准.全息影像技术在泌尿外科机器人辅助腹腔镜手术中的应用[J].现代泌尿生殖肿瘤杂志,2021,13(3):129-132.
- [5] 周红.基于快速康复外科理论的饮食护理干预在泌尿外科腹腔镜手术患者中的应用效果[J].中国当代医药,2022,29(25):189-192.
- [6] 孙晔,尤武林,唐月琴,等.围术期加速康复外科模式对超高龄患者股骨颈骨折预后的效果[J].实用临床医药杂志,2021,25(24):109-112.
- [7] 金颖,李幸霞,齐佳燕,等.加速康复外科指南在我国25个省份三级甲等医院妇科的应用情况调查[J].中华护理杂志,2018,53(9):1084-1088.
- [8] 李慧,王露露,王庆英.加速康复外科护理理念在椎管内肿瘤切除术患者围术期中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(18):21-23.
- [9] 袁琳,王静,朱红艳,等.加速康复外科在妇科微创手术围术期应用的临床研究[J].中华妇幼临床医学杂志(电子版),2020,16(6):733-738.
- [10] 赵欣欣,郝彤彤.泌尿外科腹腔镜手术并发症的临床观察[J].临床研究,2021,29(2):77-78.
- [11] 周艳,程孝慧.加速康复外科围手术期护理在腹腔镜直肠癌手术中应用效果分析[J].中国现代医药杂志,2018,20(12):86-88.

[2023-05-15 收稿]

规范化急诊护理流程对急性脑梗死患者救治效果及预后的影响

韩晴

【摘要】 目的 观察规范化急诊护理流程对急性脑梗死患者救治效果及预后的影响。方法 选择2021年3月-2022年8月医院急诊科收治的97例急性脑梗死患者作为研究对象,均需稳定斑块、改善微循环。按照组间性别、年龄等基线资料均衡可比的原则分为对照组(48例)与观察组(49例)。对照组给予急诊科常规护理,观察组采用规范化急诊护理流程,随访3个月,对比两组的救治效果及预后情况。结果 规范化急诊护理流程实施后,观察组患者的护理满意度为95.92%,高于对照组的83.33%,但差异无统计学意义($P>0.05$);观察组患者的焦虑评分、抑郁评分、神经功能缺损评分均显著低于对照组,日常生活能力评分显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);对照组后遗症发生率为58.33%,观察组为36.73%,观察组显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 急救科采用规范化急诊护理流程,有利于改善急性脑梗死患者的情绪状况,改善救治效果和预后。

【关键词】 标准化急救护理流程;急性脑梗死;焦虑;抑郁;神经功能缺损评分;日常生活能力;护理满意度
中图分类号 R743.33 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)17-1319-03

脑梗死又名缺血性脑卒中,其发病原因是脑组织供血受阻,导致局部脑组织因为缺血、缺氧而坏死,并且引发失语、偏瘫等神经功能缺失^[1]。根据医院质量监测系统的数据,脑梗死在整个脑卒中病例中的占比高达82.6%^[2]。脑梗死临床起病急骤、变化迅速,是我国成年人因病致死和致残的首位原因,往往会留下偏瘫、言语不清、感觉受损等后遗症。因此,急诊救护质量直接影响最终救治效果及预后^[3]。规范化护理流程专为救治急性脑梗死患者而设,有利于确保急救的规范化、高效性,避免惊慌失措、忙中出错。本研究通过临床对比实验,观察规范化急诊护理流程对急性脑梗死患者的救治效果及预后的影响,现将结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2021年3月-2022年8月医院急诊科收治的97例急性脑梗死患者作为研究对象。临床症状为突然间头痛、耳鸣、晕眩、半身不遂、言语困难等,经临床、CT、MRI检查确诊,符合第4届全国脑血管病学术会议拟定的相关诊断标准^[4],包括椎-基底动脉系统梗死45例,颈内动脉系统梗死52例,患者均需要接受稳定斑块、改善微循环等治疗。纳入标准:①初次发病;②于发病12小时内入院治疗;③有偏瘫症状;④可接受随访调查;⑤病历资料完整。排除标准:①合并其他器官严重障碍;②四肢伤残或瘫痪;③意识功能障碍;④合并其他脑部疾病;⑤合

并全身免疫性疾病。按照组间性别、年龄等基线资料均衡可比的原则分为对照组(48例)与观察组(49例)。对照组男26例,女22例;年龄52~76岁,平均 63.75 ± 6.04 岁。观察组男28例,女21例;年龄53~77岁,平均 63.81 ± 6.07 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,研究对象对本研究知情同意。

1.2 规范化急诊护理流程

对照组给予急诊常规护理,患者自行入院或通过120接入,护士接诊后通知急诊医生,并且密切监测患者生命体征,给予吸氧、开放静脉通路、采血、CT、MRI检查等,遵医嘱使用稳定斑块、改善微循环的药物输液^[5]。观察组总结多年来急性脑梗死护理经验,建立规范化护理流程,明确人员分工、护理程序、护理方法、操作规范、注意事项等,具体措施如下。

(1)院前急救流程规范化:在接到急救电话后,专业急救团队迅速带齐标准装备赶赴现场,护士及时了解现场情况,在简单检查后作出初步判断,清除患者口腔与气道的分泌物,平放患者头部,实施现场急救,给予吸氧治疗,在转运途中保持心电监护和呼吸道监护,注意平抬平放、有条不紊。

(2)院内接诊流程规范化:针对胸痛且疑似急性脑梗死患者,护士边观察边问诊,观察是指查看患者的神情、症状、呼吸、意识、体位等,问诊是与家属沟通交流,听取家属的介绍,询问发病时间、特点、症状等,而且了解既往病史、药物过敏史等,迅速作出判断,带领患者接受常规检查。如果病情严重且持续不解,就立即报告医师。120送入的患者则直接绕

行送入抢救室。

(3) 救治流程规范化: 在疑似急性脑梗死患者进入抢救室后, 护士秉承优先救治原则, 采用“定人、定岗、定时、定位”模式, 立即实施急诊头颅CT检查, 在临床医师诊断之后, 护士建立静脉通路, 遵照医嘱给药, 以稳定斑块和改善微循环。

(4) 规范化心理引导: 患者突然发病, 生死未卜, 容易产生紧张、焦虑、悲观、绝望等负性情绪, 护士及时察觉患者的情绪变化, 主动加强沟通交流, 采用加油、鼓劲、激将、转移等方法缓解其负面情绪, 而且援引众多同类成功案例, 鼓励其坚定信心, 勇敢面对, 并且在出院后抓住康复期的有利窗口坚持康复训练。

(5) 规范化健康宣教: 护士向患者普及脑梗死的相关知识, 包括风险因素、饮食要求、康复方法、注意事项等, 特别强调坚持康复锻炼的重要性, 护士详细示范康复训练方法。提醒患者戒烟戒酒, 饮食清淡, 营养均衡, 防止肥胖, 忌高糖、高脂、高胆固醇食品。规律作息, 避免劳累, 控制血压, 根据自身情况实施训练。

1.3 观察指标

(1) 护理满意度: 出院前采用医院自制的护理满意度问卷进行调查, 涉及到服务态度、细致程度、健康宣教、沟通交流、操作水平、风险防范、心理指导等, 由患者勾选, 满分为100分; <70分为不满意, 70~90分为满意, >90分为非常满意。护理满意度 = (满意 + 非常满意) 例数 / 观察例数 × 100%^[6]。

(2) 焦虑评分和抑郁评分: 出院前分别采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)进行评估, 两种量表都涉及到20个条目, 评分越高, 焦虑和抑郁越严重。

(3) 神经功能缺损评分: 依据《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》, 涉及到8个方面, 分值越高神经功能缺损越严重。

(4) 日常生活能力评分: 采用Barthel指数评分量表进行评估, 涉及到日常的穿衣、洗漱、进食、行走等方面, 分数越高提示日常生活能力越强。

(5) 后遗症发生率: 随访3个月观察后遗症发生情况, 包括言语不利、半身不遂、口眼歪斜、麻木不仁。

1.4 数据分析方法

运用SPSS 23.0统计学软件分析处理数据, 计数资料(护理满意度、后遗症)计算百分率(%), 组间率比较采用 χ^2 检验; 计量资料(焦虑评分、抑郁评分、神经功能缺损评分、日常生活能力评分)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 两组患者护理满意度比较

规范化急诊护理流程实施后, 观察组患者的护理满意度为95.92%, 高于对照组的83.33%, 但组间差异无统计学意义($P > 0.05$), 见表1。

2.2 两组患者焦虑评分和抑郁评分比较

规范化急诊护理流程实施后, 观察组患者的焦虑评分、抑郁评分均显著低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 见表2。

2.3 两组患者神经功能缺损评分和日常生活能力评分比较

规范化急诊护理流程实施后, 观察组患者的神经功能缺损评分显著低于对照组, 日常生活能力评分显著高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 见表2。

表1 两组患者护理满意度比较

组别	例数	满意情况			护理满意度 (%)
		非常满意	满意	不满意	
对照组	48	19	21	8	83.33
观察组	49	25	22	2	95.92

注: 护理满意度比较, $\chi^2=2.904$, $P=0.088$ 。

表2 两组患者焦虑、抑郁、神经功能缺损、日常生活能力评分比较(分)

组别	例数	SAS	SDS	神经功能缺损	Barthel
对照组	48	55.27 ± 5.10	59.84 ± 5.73	17.56 ± 1.43	57.13 ± 5.21
观察组	49	47.90 ± 4.47	51.79 ± 5.38	14.55 ± 1.14	65.27 ± 6.19
t 值		7.575	7.130	11.445	7.003
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

2.4 两组患者后遗症发生率比较

规范化急诊护理流程实施后, 观察组患者发生率

为 36.73%, 对照组为 58.33%, 组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者后遗症发生率比较

组别	例数	后遗症				后遗症发生率 (%)
		言语不利	半身不遂	口眼歪斜	麻木不仁	
对照组	48	6	15	4	3	58.33
观察组	49	3	9	4	2	36.73

注: 后遗症发生率比较, $\chi^2=4.537$, $P=0.033$ 。

3 讨论

国家卫健委最新发布的数据表明, 我国脑梗死患者已达 2240 万人以上, 而且发病趋于年轻化, 45 岁以下患者逐年增加^[7]。另据《中国卒中报告 2020》, 我国每年新增脑梗死患者 315 万人左右, 其中大部分留有后遗症^[8]。本研究的后遗症发生率相对较低, 可能是因为患者的病情较轻, 因此预后效果较好。急性脑梗死意味着脑组织坏死, 需要立即稳定斑块、疏通血管、改善微循环。所谓“时间就是生命, 时间就是心肌”, 越早打通堵塞的血管, 患者的获益越大^[9]。不过, 急救科面对各种疾病, 习惯于采用急诊护理常规, 而没有考虑到急性脑梗死的紧迫性、复杂性、危险性, 影响了护理质量与效果。

急性脑梗死起病突然, 进展迅速, 而规范化护理流程是专门针对急性脑梗死而设, 让护士有章可循, 从容不迫, 有利于缩短急救时间, 改善治疗效果, 避免发生各种不良事件, 也让急性脑梗死患者获益良多^[10]。本研究的规范化护理流程涉及到院前急救流程、院内接诊流程、院内救治流程、规范化心理引导、规范化健康宣教, 为急性脑梗死护理确立了规范化操作模式。本研究结果表明, 观察组患者的焦虑评分和抑郁评分更低, 其原因在于, 本研究的干预模式具有针对性和有效性, 健康宣教有利于患者纠正错误观念, 正确认识急性脑梗死及其风险因素, 并且在日常生活中加以防范和规避, 因此患者的情绪变得稳定; 心理护理有利于驱散负性情绪, 走出心理阴影, 以乐观的态度面对急性脑梗死以及相关治疗, 因此逐渐驱散了焦虑和抑郁情绪^[11]。观察组患者的神经功能缺损评分、后遗症发生率更低, 提示经过规范化护理之后, 患者受损的神经得到修复, 较少留下各种后遗症, 这是因为, 规范化护理流程涵盖了急性脑梗死护理的全过程, 有着明确的操作指引, 护士只需要按照规范操作, 就可以避免慌乱、遗漏, 规避各种风险因素, 确保操作的正确性、有序性、安全性, 整个流程高效规范、有

条不紊, 有利于提高抢救质量, 保障抢救效果^[12]。

综上所述, 规范化护理流程适用于急性脑梗死, 有利于缓解急性脑梗死患者的焦虑和抑郁情绪, 修复脑患者受损的神经, 增强其日常生活能力, 减少各种后遗症。

4 参考文献

- [1] 徐运. 中国无症状脑梗死诊治共识 [J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(9): 692-698.
- [2] 侯焕涛. 规范化护理对急性脑梗塞患者的应用效果 [J]. 西藏医药, 2020, 41(1): 132-133.
- [3] 方海霞. “一病一品”在急性脑梗患者护理中的临床研究 [J]. 中国当代医药, 2021, 28(11): 228-231.
- [4] 杨帅. 急诊护理路径在抢救急性脑梗死患者中的应用 [J]. 继续医学教育, 2021, 35(2): 89-90.
- [5] 刘娜. 临床护理路径在急性脑梗死早期血管介入治疗中的应用 [J]. 护理实践与研究, 2020, 17(6): 42-44.
- [6] 马婕, 张艳, 安宏, 等. 急性脑梗塞患者实施规范化护理管理的影响评价 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4(46): 103-107.
- [7] 张海红, 王硕, 祝振忠. 规范化急诊护理干预在急性脑梗死中的应用 [J]. 中国医药科学, 2022, 12(13): 143-146.
- [8] 陈英爱. 临床护理路径在急性脑梗死患者护理工作中的应用效果观察 [J]. 中国医药指南, 2019, 17(3): 276-277.
- [9] 董嘉佳. 护理路径对急性脑梗死患者肺炎发生率及生存质量的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(19): 2138-2141.
- [10] 王婧, 陈蕾, 王俊力, 等. 多模态监测对急性脑梗死患者脑颈血流动力学及神经功能预后的评估 [J]. 疑难病杂志, 2022, 21(11): 1129-1134.
- [11] 陶琴, 徐晓红, 陈红. 急诊护理流程对急性脑梗死患者急救效率的影响研究 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(96): 115-116.
- [12] 刘顺莉, 杨欢欢, 董嘉佳, 等. 护理路径对急性脑梗死患者肺炎发生率及生存质量的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(19): 2138-2141.

[2023-06-14 收稿]

系统化口腔健康教育在牙周病患者种植牙术后护理中的应用效果

代亚欣

【摘要】 目的 探究在牙周病行种植牙术后患者护理中行系统化口腔健康教育的临床效果。方法 选择2022年1月-2023年1月入住院治疗的60例牙周病患者为研究对象,根据组间性别、年龄等基线资料均衡可比的原则分为观察组及对照组,各30例。对照组实施常规护理,观察组在对照组的基础上实施系统化口腔健康教育,对比两组患者护理后对患者口腔知识水平的认知以及患者护理满意度。结果 护理干预前,两组患者口腔健康知识评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理干预后,两组患者口腔健康知识评分均升高,但观察组评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。实施系统化口腔健康教育的观察组患者对护理满意度高于对照组,但差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 对牙周病性种植牙手术患者的护理中实施系统化口腔健康教育能够提升患者对口腔健康的认知水平。

【关键词】 系统化护理;口腔健康教育;牙周病;种植牙术

中图分类号 R783.5 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)17-1322-02

牙周病是口腔最常见的疾病之一,也就是人们常说的牙龈发炎、牙龈出血和牙齿松动的统称,牙周疾病不仅仅指存在于口腔感染中,还与关节炎、肾炎等全身性疾病有一定的关联性。牙周病分类较多因此临床症状表现也具有差异性^[1]。对于牙周病牙列缺损者,多实施种牙术进行治疗,但如果术后口腔护理不当,将影响术后预后效果,甚至会导致种植失败,进而加重患者的痛苦,严重影响患者的日常生活^[2]。因此,在牙周病患者行种植术后实施必要的护理干预,能够促进患者对口腔护理的重视程度,提升预后。本研究探究系统化护理干预对牙周病患者行种植术后护理的效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2022年1月-2023年1月入住院治疗的60例牙周病患者为研究对象。纳入标准:行种植牙术;配合度高。排除标准:语言、精神障碍者;不宜实施牙种植术者;中途退出研究者。根据组间性别、年龄等基线资料均衡可比的原则分为观察组及对照组,各30例。观察组男:女=18:12;年龄20~66岁,平均 40.58 ± 3.41 岁。对照组男:女=17:13;年龄23~67岁,平均 41.66 ± 3.32 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;患者自愿参与研究并签订知情同意书。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 实施常规护理,严密检测患者术后生

命体征,告知患者恢复期间的口腔注意事项,对其饮食进行管控,出院后要求患者定期复诊。

1.2.2 观察组 实施系统化口腔健康教育,具体措施如下。

(1) 风险因素评估:收集患者的基本信息,包含患者的生活环境、饮食习惯、生活习惯、对口腔护理的认知水平等,根据患者的情况进行风险因素评估,根据评估制定对应的健康教育干预。

(2) 口腔健康知识宣教:针对患者认知水平给予相应的知识内容准备,知识内容需要条理清晰,重点知识突出。如突出讲解牙周病的引发原因,举例说明日常生活中哪些行为会引发牙周病;种植术后的注意事项,护理要点等。考虑到有患者文化程度不高,可通过事先录制相关视频,制作相应的动画、PPT进行知识点循环播放,亦可组建微信群聊,定期推送相关视频,以实现多元化口腔健康知识宣教。

(3) 口腔护理指导:护理人员指导患者如何正确刷牙以及使用牙线,提倡使用巴氏刷牙法;要求患者每日早晚进行牙齿、口腔清洁;指导患者按医嘱进行换药;叮嘱患者少食用甜食、碳酸饮料及刺激性食物;叮嘱患者家属对患者口腔清洁行为进行监督。

(4) 心理健康教育:实施术后患者多会由于牙痛而引发烦躁、暴躁、焦虑等不良情绪,护理人员应引导患者正确缓解自身情绪,告知患者不良情绪对病情恢复造成的严重影响,让其保持平和的情绪,联通家属多与患者进行沟通,或做其它事情如看电视、听音乐等转移对疼痛的注意力。

(5) 延续护理:叮嘱患者定期进行彻底牙周检查,治疗后每3个月进行1次随访,若牙周状况良好

可于3、6个月和1年进行常规随访。

1.3 观察指标

(1) 健康知识水平: 护理结束后, 护理人员对患者的健康知识水平进行评估, 包含正确刷牙、正确使用牙线、饮食规范以及自我防护, 各项均为10分, 总分为40分。分值越高患者的健康知识掌握情况越好。

(2) 护理满意度: 满意度调查表为自制表, 共有1、2、3、4、5个星, 代表5个水平等级, 4~5星表示护理工作满意, 2~3星表示护理工作基本满意, 1星表示对护理工作不满意。满意度 = (满意 + 基本满意) 例数 / 观察例数 × 100%。

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 两组患者口腔健康知识评分比较

护理干预前, 两组患者口腔健康知识评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 护理干预后, 两组患者口腔健康知识评分均升高, 但观察组评分高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组患者口腔健康知识评分比较(分)

组别	例数	护理前	护理后
观察组	30	23.45 ± 2.55	35.47 ± 3.14
对照组	30	24.47 ± 2.61	30.55 ± 3.29
t 值		1.531	5.925
P 值		0.131	0.001

2.2 两组患者护理满意度比较

实施系统化口腔健康教育后, 观察组患者的护理满意度高于对照组, 但差异无统计学意义($P > 0.05$), 见表2。

表2 两组患者护理满意度比较

组别	例数	满意情况			满意度 (%)
		满意	基本满意	不满意	
观察组	30	20	9	1	96.7
对照组	30	13	10	7	76.7

注: 满意度比较, $\chi^2 = 3.606$, $P = 0.147$ 。

3 讨论

牙周病在全球成人中的患病率高达80%以上, 是人群中最广泛流行的慢性感染性疾病, 也是成人失牙的主要原因。在牙周病患者行种植术后为保障种植体的留存率, 术后需要实施口腔护理, 并保证养成良好的健康口腔行为。为提升患者口腔健康知识水平认知, 实施必要的健康教育护理干预是比不可少的过程^[3]。

本研究中对牙周炎行种植牙术患者实施系统化健康教育护理干预, 通过对患者的生活饮食行为习惯进行评估, 判定风险因素, 再根据具体情况给予相关健康指导, 并联合多元化的健康教育方式, 突出讲解关于正确刷牙, 使用牙线, 及定时进行刷牙的重要作用, 提升患者的认知, 进而让患者有自我防护意识, 促使患者养成良好的口腔护理习惯^[4]。此外, 还对患者进行心理教育, 让其释放出心理不良情绪, 进而保持积极乐观心态, 促进恢复。本研究结果显示, 实施系统化健康教育的观察组的口腔健康认知水平评分明显高于对照组, 护理满意度观察组高于对照组, 但由于观察的样本量较小, 护理满意度差异无统计学意义。本研究结果表明应用系统化护理干预能够帮助患者提升认知, 纠正错误潜意识, 进而帮助其养成良好的健康行为^[5]。

综上所述, 对牙周病性种植牙手术患者的护理中实施系统化口腔健康教育能够提升患者对口腔健康的认知水平, 改善患者口腔的健康状况。

4 参考文献

- [1] 李胜男. 系统化口腔健康教育在牙周病患者种植牙术后护理中的有效性分析[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2023, 40(2): 162-163.
- [2] 李爱芳. 探析口腔健康教育在牙周病患者种植术后护理中的应用效果[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(19): 186.
- [3] 王香玲. 定期口腔健康教育在牙周病患者种植术后护理中的应用效果分析[J]. 全科口腔医学电子杂志, 2017, 4(12): 58-59.
- [4] 杨李亚. 系统化健康教育护理对牙周病患者口腔保健知识水平及自护能力的影响[J]. 河南医学研究, 2019, 28(24): 4600-4601.
- [5] 王洁茹, 岳平, 严春玲. 标准化路径式健康教育对慢性牙周病患者口腔保健行为及生活质量的影响[J]. 中国医药导报, 2021, 18(20): 152-155.

[2023-07-17 收稿]

精细化护理对老年社区获得性肺炎患者肺功能的影响

周虹 陶钰*

【摘要】 目的 探究在老年社区获得性肺炎护理中开展精细化护理对患者肺功能、血气指标及生活自理能力的影响。方法 选取医院呼吸内科2020年12月-2022年12月接诊的60例社区获得性肺炎老年患者作为研究对象。在组间性别、年龄、病程、基础病等基线资料均衡可比的原则上,根据就诊时间先后顺序分组,前29例患者实施常规护理为常规组;后31例患者实施精细化护理为精细化组。分别于护理干预前及干预7d后测定肺功能指标及血气指标,并评估Barthel指数生活自理能力。结果 护理干预前,两组患者第1秒用力呼气量(FEV₁)、用力肺活量(FVC)和FEV₁/FVC肺功能指标比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理干预后,两组患者FEV₁、FVC、FEV₁/FVC肺功能指标均升高,但精细化组高于常规组,差异有统计学意义($P<0.05$)。护理干预前,两组患者动脉血氧分压(PaO₂)、动脉血二氧化碳分压(PaCO₂)血气分析指标比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理干预后,两组患者PaO₂、PaCO₂血气分析指标均改善,但精细化组PaO₂高于常规组,PaCO₂低于常规组,差异有统计学意义($P<0.05$)。护理干预前,两组患者Barthel指数评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理干预后,两组患者Barthel指数评分均升高,但精细化组高于常规组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 予以社区获得性肺炎老年患者精细化护理可以有效改善肺功能及血气指标,并能提高生活自理能力。

【关键词】 社区获得性肺炎;老年人;精细化护理;肺功能;血气分析;自理能力

中图分类号 R563.1 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)17-1324-04

社区性获得性肺炎是我国当前老年人死亡的主要病因之一,该疾病是指在医院外获得的具有明确潜伏期的病原体感染而引发的肺炎,临床症状包括胸痛、咳嗽、咯血等,该疾病起病隐匿但发展较快,会给患者的生活带来严重影响^[1]。老年人群体的身体机能随着年龄有所下降,加之糖尿病、高血压等慢性病以及血红蛋白、免疫力低下等问题,因此病情更容易走向恶化,在护理上具有一定的复杂性^[2]。当前,常规的临床护理虽然能辅助治疗,稳定患者各项生命体征,促进病情康复,但护理时容易忽略患者的心理需求,导致患者出现负面情绪,治疗的依从性降低^[3]。鉴于此,本研究对老年人社区获得性肺炎患者实施精细化护理,探讨其临床护理效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取医院呼吸内科2020年12月-2022年12月接诊的60例社区获得性肺炎老年患者作为研究对象。在组间性别、年龄、病程、基础病等基线资料均衡可比的原则上,根据就诊时间先后顺序分组,前29例患者实施常规护理为常规组;后31例患者实施精细化护理为精细化组。纳入标准:根据《社区获得性肺

炎诊断和治疗指南》中的相关标准确诊为社区获得性肺炎^[4];急性生理与慢性健康评分(APACHE II) >15 分;年龄60岁及以上。排除标准:合并身体其他部位的急慢性感染;伴有原发性肺脏器质性病变。常规组男19例,女10例;年龄62~85岁,平均 72.69 ± 4.16 岁;病程1~6d,平均 2.65 ± 0.68 d;基础病:高血压10例,糖尿病5例,冠心病9例,慢性阻塞性肺疾病5例。精细化组男21例,女10例;年龄61~87岁,平均 73.18 ± 4.22 岁;病程1~5d,平均 2.81 ± 0.59 d;基础病:高血压9例,糖尿病6例,冠心病10例,慢性阻塞性肺疾病6例。两组患者上述资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),有可比性。本研究经医院伦理委员会审核批准;患者及家属知情,并签署同意书。

1.2 精细化护理方法

常规组采用常规护理,即密切监测患者病情与生命体征,严格执行消毒隔离措施与无菌操作流程,定期帮助患者排痰,对患者至少进行1次口头健康宣教。精细化组在常规组的护理基础上采用精细化护理,具体措施如下。

(1)建设精细化护理小组:护士长牵头,联合呼吸内科3名N3护理人员及2名呼吸科副主任医师,选择5名N2且具有丰富护理经验的护理人员作为组员,成立精细化护理小组。开展小组会议,通过头脑风暴等方法收集护理时的常见问题、疑难问题,组长

作者单位:210006 江苏省南京市,南京医科大学附属南京医院(南京市第一医院)呼吸与危重症医学科

* 通讯作者

带领组员共同搜索文献及相关资料, 然后进行探讨学习, 制定出一套社区获得性肺炎的精细化护理规范。让所有护理人员对精细化护理规范进行学习, 所有人员通过考核后方可全面铺开执行。

(2) 护理措施: ①加强基础护理。设置 24h 护理轮班制度, 完善护理人员分级管理制度, 合理调配人力资源, 确保每个班次都有 N3 级别护理人员在岗。定期更换湿化罐内的灭菌湿化水, 及时清洗、晾干雾化吸入器。患者病情进入平稳期后, 适当帮助其开展被动、主动肢体功能训练。②用药管理。遵医嘱对患者进行给药, 选择恰当的用药时间和静脉通路、滴注速度。充分掌握常用药物的疗效与配伍禁忌。给药后 30min 内密切关注患者的生命体征及各项身体状态。③营养护理。评估患者的当前营养状态, 在身体条件允许的情况下, 合理规划每日热量、脂肪、盐分、蛋白质、维生素的摄入, 营养液选用瓶(袋)装营养液, 根据营养液产品说明保存, 24h 内未使用完应丢弃。对于留置鼻胃管的患者, 无特殊体位禁忌时, 喂养时应抬高床头 $30^{\circ} \sim 45^{\circ}$, 喂养结束后宜保持半卧位 30 ~ 60min。每次喂养前应检查胃残留量, 重症患者持续经泵输注时, 应每隔 4 ~ 6h 检查胃残留量和评估患者肠内营养耐受性情况。④呼吸道管理。病房每日进行 2 次常规消毒, 恒定温度、湿度, 每日开窗通风 2 次。患者进行鼻导管吸氧时, 护理人员应关注氧气湿化及血氧分压, 有针对性地调整给氧浓度与流量。注意观察患者咳嗽与痰鸣音, 吸痰时要找准时机, 快速吸痰。每日进行 2 次口腔护理。鼓励患者多饮水, 帮助其记录每日饮水情况, 控制在 1500ml/d, 避免痰液过度黏稠; 但心功能异常或存在其他禁忌证的患者需要控制每日饮水量。⑤呼吸康复锻炼。急性期指导患者有效咳嗽, 拍背排痰; 拍背排痰宜在餐前 1 ~ 2h 或餐后 2h 进行, 饱餐后不能进行, 避免食物反流, 造成误吸; 拍背前 20min 遵医嘱进行雾化吸入(使痰液稀释, 易于排出), 嘱患者深吸气, 尽量将雾液吸尽; 根据患者的病情及耐受情况选择合适的体位: 如坐位、侧卧位; 拍背同时观察患者的面色、血氧饱和

度、呼吸以及痰液排出情况, 倾听患者主诉。排痰效果不佳者, 需加强湿化, 增加饮水量。可增加雾化次数, 配合体位引流, 利用深呼吸和有效咳嗽将痰液排出, 必要时机械吸痰; 咳痰后听诊肺部啰音改善情况, 协助漱口, 安置患者于舒适卧位。稳定期指导患者缩唇呼吸。缓解期进行全身呼吸操训练。⑥健康教育。向患者介绍既往成功案例, 加强其治疗信心。

(3) 定期复盘: 护理小组应定期检查患者的情况及需求是否出现变化, 同时核实护理人员的日常工作是否到位、符合规范, 进一步反思护理环节中存在的问题, 最终提出新一轮的整改方案。

1.3 观察指标

(1) 肺功能: 分别于干预前及干预 7d 后采用肺功能仪进行评估, 包括第 1 秒用力呼气量 (FEV_1)、用力肺活量 (FVC), 并计算 FEV_1/FVC 值。

(2) 血气分析: 分别于干预前后采用血气分析仪测定动脉血氧分压 (PaO_2)、动脉血二氧化碳分压 ($PaCO_2$) 值。

(3) 自理能力: 采用 Barthel 指数评估, 包括进食、修饰、洗澡、穿衣、控制大小便、如厕、床椅转移、平地行走及上线楼梯, 总分 100 分, 评分越高表示患者自理能力越强^[5]。

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; 符合正态分布的计量资料用“均数 \pm 标准差”表示, 组间均数比较采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者肺功能指标比较

护理干预前, 两组患者 FEV_1 、FVC、 FEV_1/FVC 肺功能指标比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 护理干预后, 两组患者 FEV_1 、FVC、 FEV_1/FVC 肺功能指标均升高, 但精细化组高于常规组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者干预前后肺功能指标比较

组别	FEV_1 (L)		FVC (L)		FEV_1/FVC (%)	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
常规组 ($n=29$)	1.28 \pm 0.20	2.18 \pm 0.37	1.56 \pm 0.25	2.20 \pm 0.39	64.15 \pm 5.12	80.12 \pm 9.51
精细化组 ($n=31$)	1.30 \pm 0.23	2.42 \pm 0.45	1.59 \pm 0.31	2.56 \pm 0.46	63.60 \pm 6.03	86.27 \pm 8.97
t 值	0.358	2.248	0.411	3.259	0.379	2.578
P 值	0.721	0.028	0.683	0.002	0.706	0.013

2.2 两组患者血气分析结果比较

护理干预前, 两组患者 PaO₂、PaCO₂ 血气分析指标比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 护理干预后,

两组患者 PaO₂、PaCO₂ 血气分析指标均改善, 但精细化组 PaO₂ 高于常规组, PaCO₂ 低于常规组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者干预前后血气分析指标比较

组别	PaO ₂ (mmHg)		PaCO ₂ (mmHg)	
	干预前	干预后	干预前	干预后
常规组 (n=29)	60.31 ± 8.15	83.26 ± 9.68	58.04 ± 5.88	38.17 ± 5.02
精细化组 (n=31)	61.17 ± 9.02	89.86 ± 9.94	57.13 ± 5.69	32.35 ± 4.51
<i>t</i> 值	0.387	2.642	0.607	4.730
<i>P</i> 值	0.701	0.011	0.545	0.000

2.3 两组患者 Barthel 指数比较

护理干预前, 两组患者 Barthel 指数评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 护理干预后, 两组患者 Barthel 指数评分均升高, 但精细化组高于常规组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者干预前后 Barthel 指数评分比较 (分)

组别	干预前	干预后
常规组 (n=29)	46.22 ± 6.15	63.59 ± 5.12
精细化组 (n=31)	47.01 ± 5.96	83.02 ± 8.46
<i>t</i> 值	0.505	10.671
<i>P</i> 值	0.615	0.000

3 讨论

社区获得性肺炎是呼吸系统较为常见的疾病, 老年人患该疾病后往往生活较为痛苦, 容易出现恐惧、失望、焦虑等不良情绪^[6]。患者在严重感染的情况下, 其营养水平也会随之下降, 免疫力降低, 形成恶性循环, 给预后造成不良影响^[7]。由此可见, 临床护理这类患者时往往要面对复杂的疾病情况和患者需求, 而护理质量又与患者的病死率息息相关, 因此高效、全面、精细化的护理模式毋庸置疑是临床未来的重点发展方向。

本研究结果显示, 护理干预后, 精细化组患者 FEV₁、FVC 及 FEV₁/FVC 均较常规组高, PaO₂ 较常规组高, PaCO₂ 较常规组低, 且护理干预后, 精细化组患者 Barthel 指数明显高于常规组, 这说明精细化护理能够切实改善患者的肺功能及血气指标, 并促进预后, 提高生活自理能力。常规护理模式的护理流程相对较为固定, 但缺乏科学的自我调节机制, 各护理环节中的不足、漏洞难以被发现, 无法形成长期持续自我改善的良性循环。精细化护理是一种能将护理环节进行反思、升级的护理模式, 其成立专项护理小组可

以集中优势力量, 重点突破难题, 然后再将先进经验由上至下地铺开, 达到全面提升科室护理质量的效果^[8-9]。同时, 专项护理小组还可以促进复盘机制的形成, 不断总结、改进护理操作的各个细节, 增加护理操作的实用性与科学性。精细化护理模式还对患者的呼吸康复锻炼情况做出了阶段性规划, 这能够进一步提高患者的肌肉力量, 避免患者因长时间卧床而增加血栓、压疮等风险, 同时尽早锻炼肺功能也能够缩短其康复进程, 患者在这个过程中可以建立一定的自我效能感, 从而更好地面对后续的治疗与护理, 形成良性循环^[10]。该模式还强调保证患者的口腔洁净, 这些细致的操作规范能够最大程度避免患者受到感染。老年人的营养水平较为低下, 发生肺炎后, 进一步影响免疫功能, 这会诱发反复感染的问题。精细化护理则对患者采取更为个性化的营养护理方案, 尽可能满足患者的食欲, 让其摄入更多的营养, 从而促进恢复。再者, 患者在精细化护理中可以体会到更多的关爱与尊重, 同时通过护理人员了解到更多的疾病知识, 避免陷入思维穷巷, 因此其更富有自强精神, 对未来的疾病康复持乐观态度。同时, 通过精细化护理, 患者可以确切感受到自己的身体康复, 这种具体实在的效果能够帮助患者产生信心, 从而依从性更高, 用更坚韧的态度面对疾病的挑战, 促进疾病康复, 提高生活自理能力。

综上所述, 予以社区获得性肺炎老年患者精细化护理可以有效改善肺功能水平及血气指标, 并促进预后, 提高生活自理能力。

4 参考文献

- [1] 李国政. 老年重症肺炎合并呼吸衰竭患者预后的影响因素分析 [J]. 哈尔滨医药, 2022, 42(3): 9-11.
- [2] 白映雪, 王莹. 强化心理护理对重症肺炎伴呼吸衰竭患者负性情绪及血小板指标的影响 [J]. 血栓与止血学, 2022, 28(3): 860-861.

多元化健康教育对胸腰椎压缩性骨折手术患者自我护理能力及康复效果的影响

李鑫林 成红*

【摘要】 目的 探讨多元化健康教育对胸腰椎压缩性骨折手术患者自我护理能力及康复效果的改善作用。方法 选择2021年3月-2023年2月于医院行手术治疗的胸腰椎压缩性骨折患者80例作为研究对象,在组间性别、年龄等基线资料均衡可比的基础上,采用随机数表法分为对照组和观察组,各40例。对照组采用常规健康教育,观察组采用多元化健康教育,比较两组患者护理前后的自我护理能力、康复效果以及并发症发生情况。结果 健康教育干预后,两组患者健康知识水平、自我责任、自我概念、自护能力评分均升高,且观察组高于对照组,组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。健康教育干预后,两组患者疼痛数字评分量表(NRS)评分下降、日本骨科协会(JOA)评分升高,但观察组NRS评分低于对照组,而JOA评分高于对照组,组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。观察组术后并发症发生率为5.00%,低于对照组的22.50%,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 在胸腰椎压缩性骨折手术患者中应用多元化健康教育,可以显著提高患者自我护理能力,降低并发症发生率,继而促进患者术后康复。

【关键词】 多元化健康教育;胸腰椎压缩性骨折;自我护理能力;康复效果;并发症
中图分类号 R683.2 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)17-1327-03

胸腰椎压缩性骨折多见于老年骨质疏松患者,是临床常见的骨折类型之一。手术治疗是胸腰椎压缩性骨折的重要方式,可快速缓解骨折引发的疼痛以及恢复腰椎功能,缩短卧床时间,降低病死率和致残率^[1]。但是由于多数老年患者伴有一定程度的慢性基础性疾病,自身脏器组织功能与免疫能力减弱会延缓其术后的康复周期,再加之手术的创伤、疾病知识缺乏与预后担忧等影响,均会加剧患者的术后护理难度,增加并发症发生风险,不利于患者术后身心恢复^[2-3]。因此,为提高患者术后的自护能力、康复效果,减少并发症发生,本研究将多元化健康教育应用于胸腰椎压缩性骨折患者的护理中,探讨对患者自我护理能力及康复效果的影响,现报告如下。

作者单位:225400 江苏省泰兴市人民医院
* 通讯作者

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2021年3月-2023年2月于医院接受手术治疗的80例胸腰椎压缩性骨折患者为研究对象。纳入标准:①符合胸腰椎压缩性骨折诊断标准^[4];②均择期进行手术治疗;③患者签署知情同意书。排除标准:①合并凝血功能异常;②合并沟通交流功能异常;③合并严重的心、肝、肾等脏器损伤;④合并精神或抑郁类疾病史;⑤认知功能异常。采用随机数表法并结合组间均衡可比的原则,将患者分为对照组和观察组,各40例。对照组男24例、女16例,年龄37~74岁,平均 58.63 ± 6.67 岁;病因:车祸16例、摔伤10例、跌落8例、其他6例。观察组男25例、女15例,年龄38~75岁,平均 58.86 ± 6.54 岁;病

- [3] 黄秀贤.社区获得性肺炎干预化护理的实施及效果研究[J].临床检验杂志:电子版,2019,8(1):125.
- [4] 中华医学会呼吸病学分会.社区获得性肺炎诊断和治疗指南[J].中国实用乡村医生杂志,2006,20(3):158-160.
- [5] 张晓庆.中医综合护理对老年获得性肺炎肺功能及生活指数的影响[J].内蒙古中医药,2017,36(15):163.
- [6] 王慧敏.PDCA护理模式在重症肺炎并发呼吸衰竭患者护理中的应用[J].中国医药指南,2021,19(15):149-150,153.
- [7] 杨诗秀.重症监护病房重症肺炎合并呼吸衰竭患者的护

理研究[J].中国医药指南,2021,19(11):185-186.

- [8] 王静,王丽香,魏丽娟.应用临床路径精细化管理老年社区获得性肺炎住院患者抗菌药物合理应用的效果[J].中华老年医学杂志,2020,39(6):622-626.
- [9] 郑晶晶,郭莹.老年社区获得性肺炎的护理进展[J].继续医学教育,2020,34(8):83-84.
- [10] 刘芬.社区获得性肺炎实施临床护理路径的效果及对住院时间的影响[J].中国农村卫生,2020,12(8):68.

[2023-06-13 收稿]

因：车祸 17 例、摔伤 11 例、跌落 7 例、其他 5 例。两组患者上述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批准。

1.2 健康教育方法

对照组采用常规健康教育，主要采用入院集中宣教、口头宣教、发放手册等方式开展健康教育。观察组采用多元化健康教育，具体内容如下。

(1) 建立多元化教育小组：主要包括科室护士长、主治医师、康复师、营养师、责任护士以及患者家属等；并在患者入院后对其基本信息、教育层次、心理状态、自护能力等进行综合评估。

(2) 多元化健康教育方案：①医护一体化宣教，主要由多元化教育小组成员共同针对患者的评估结果为其制定多元化、针对性的健康教育方案。②科室电视宣教，利用科室的电视等为患者播放健康宣教视频，并嘱咐患者与家属一同观看，针对疑问处给予及时的解答。③网络微信宣教，指导患者加入微信群，定时于群内发送相关健康知识，并在群内及时的解答患者疑问。④同伴支持宣教，招募并鼓励患者参与组建同伴支持健康教育小组，并在专科护士的指导下，围绕主题健康教育知识进行同伴教育支持。⑤家属支持与随访管理，鼓励患者家属参与，并在患者出院前再次进行综合评估，结合评估结果制定随访计划，确保患者出院后健康教育模式的延伸。

1.3 观察指标

(1) 自我护理能力：以自我护理能力测定量表进行测评，包括健康知识水平、自我责任、自我概念与自护能力 4 个条目，分值越高自我护理能力越强。

(2) 康复效果：包括患者术后的疼痛与胸腰椎功能恢复，其中疼痛以疼痛数字评分量表 (NRS) 进

行测评，分值越高疼痛越剧烈；胸腰椎功能以日本骨科协会 (JOA) 评分进行测评，分值越高胸腰椎功能恢复越好。

(3) 术后并发症：包括感染、压疮、深静脉血栓、便秘。

1.4 数据分析方法

采用 SPSS 23.0 统计学软件处理数据，计量资料采用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示，组间均数比较采用 t 检验；计数资料计算百分率，组间率的比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者自我护理能力比较

健康教育干预前，两组患者健康知识水平、自我责任、自我概念、自护能力评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)；健康教育干预后，两组患者健康知识水平、自我责任、自我概念与自护能力评分均升高，但观察组患者各项评分均高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者康复效果比较

健康教育干预前，两组患者 NRS、JOA 评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。健康教育干预后，两组患者 NRS 评分均下降、JOA 评分均升高；组间比较，观察组患者 NRS 评分低于对照组，而 JOA 评分高于对照组，组间比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

2.3 两组患者术后并发症发生率比较

健康教育干预后，观察组患者术后并发症发生率为 5.00%，低于对照组的 22.50%，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3。

表 1 两组患者自我护理能力比较 (分)

组别	例数	健康知识水平		自我责任		自我概念		自护能力	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	40	22.43 ± 2.48	33.67 ± 3.51	18.18 ± 1.78	26.63 ± 2.74	20.22 ± 2.17	27.26 ± 2.81	32.48 ± 3.28	41.27 ± 4.18
对照组	40	22.23 ± 2.55	27.68 ± 2.69	18.31 ± 1.66	22.57 ± 2.19	20.45 ± 2.35	23.47 ± 2.26	32.70 ± 3.21	36.41 ± 3.54
t 值		0.356	8.567	0.338	7.320	0.455	6.647	0.303	5.612
P 值		0.723	0.000	0.736	0.000	0.650	0.000	0.763	0.000

表 2 两组患者康复效果比较 (分)

组别	例数	NRS		JOA	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	40	6.38 ± 1.26	2.07 ± 0.67	12.42 ± 1.15	19.13 ± 1.74
对照组	40	6.54 ± 1.21	3.12 ± 0.85	12.27 ± 1.18	15.37 ± 1.36
t 值		0.579	6.136	0.576	10.768
P 值		0.564	0.000	0.566	0.000

表3 两组患者术后并发症发生情况比较

组别	例数	并发症				发生率 (%)
		感染	压疮	深静脉血栓	便秘	
观察组	40	1	0	0	1	5.00
对照组	40	3	2	1	3	22.50

注：发生率比较： $\chi^2=5.165$ ， $P=0.023$ 。

3 讨论

胸腰椎压缩性骨折患者由于环境、心理、生理等多重因素的影响，以及自我护理能力、健康行为等水平的低下，会对其术后的康复依从性造成严重的影响^[5]。而健康教育的开展是临床促进患者健康知识、行为提高的重要手段，但是常规的健康教育多为授课式、灌输式宣教，无法满足患者的个体差异化，导致宣教效果不佳^[6]。

多元化健康教育为临床一种新型的健康教育模式，主要是基于患者不同个体的综合评估，如健康教育需求、认知水平、理解能力等，再通过对各形式的健康教育方式进行有机整合，从而为患者提供具有针对性、多元化的健康教育服务^[7-8]。本研究结果显示，与对照组相比，观察组自我护理能力测定量表各条目评分、JOA评分均更高，而NRS评分与并发症发生率则更低，表明多元化健康教育的实施有利于患者的术后身心康复。因为通过医护一体化的健康教育，能够有效的对医护资源进行整合，避免医患、护患等导致的健康教育一致性差异，确保宣教内容的统一性，达到协同增效的宣教效果；同时利用电视、微信等多形式的新媒体宣教方式，可以有效的规避以往常规健康教育中的人力、物力、时间、空间等限制性，以实现健康教育的全面性提升，再佐以同伴、家属、随访等支持，可共同促进患者的认知提升，从而增强自我管理能力和康复依从性，促使患者术后身心的快速恢复^[9-10]。

综上所述，在胸腰椎压缩性骨折手术患者中应用多元化健康教育，可以显著提高患者自我护理能力，减少并发症发生，继而促进其术后康复。

4 参考文献

- [1] 陈旭霞. 同伴支持教育在骨质疏松性椎体压缩性骨折术后患者延续性护理中的应用[J]. 中外医疗, 2019(7):151-153.
- [2] 任娜, 刘晓艳, 章艳. 循序渐进式康复护理干预对老年胸腰椎压缩性骨折术后功能恢复的影响[J]. 贵州医药, 2020, 44(2):309-310.
- [3] 陈进, 陶雪. 授权原理与路径化健康宣教对骨质疏松性椎体压缩性骨折患者健康管理行为的影响[J]. 河南医学研究, 2022, 31(12):2278-2281.
- [4] 黄洁慧, 李蕾蕾, 李晓琳. 以移动通讯平台为基础的同伴支持干预在骨质疏松性椎体压缩性骨折患者中的应用[J]. 现代实用医学, 2021, 33(9):1222-1223.
- [5] 陆建红, 朱红燕. 授权教育对椎体压缩性骨折 PVP 术后患者自护能力及骨折再发的影响[J]. 现代消化及介入诊疗, 2020(S01):0097-0098.
- [6] 张继娜, 赵姜楠, 周燕, 等. 互联网+康复护理服务和延续性护理对骨质疏松性腰椎压缩骨折患者术后康复的作用[J]. 中华创伤杂志, 2021, 37(3):261-266.
- [7] 杨玲. 探析多元化健康教育对胸腰椎压缩性骨折手术患者自我护理能力及康复效果的影响[J]. 中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生, 2022(5):136-139.
- [8] 崔萃璐. 以微信群为载体的同伴支持健康教育在骨质疏松性椎体压缩性骨折患者中的护理效果评价[J]. 健康教育与健康促进, 2020, 15(6):691-693.
- [9] 陈旭霞. 基于微信群形式的同伴支持教育对骨质疏松性椎体压缩性骨折手术患者健康知识和自我管理能力的影 响[J]. 护理实践与研究, 2019(5):59-61.
- [10] 范晶晶, 陈媛. 多元化健康教育对胸腰椎压缩性骨折手术患者自我护理能力及康复效果的影响[J]. 医学临床研究, 2021, 38(2):314-316.

[2023-03-14 收稿]

短语线索导引式康复护理对癫痫控制效果及患者生活质量的影响

祖翔宇 刘畅 黄玉蓉

【摘要】 目的 探讨短语线索导引式康复处方护理对癫痫控制效果及对患者生活质量的影响。方法 选取 2021 年 1 月 - 2022 年 12 月在医院就诊的 120 例癫痫患者, 按照组间年龄、性别等基线资料均衡可比的原则分为观察组和对照组, 各 60 例。对照组接受常规康复护理, 观察组在此基础上实施短语线索导引式康复处方护理。比较两组患者的生活质量、癫痫发作频率、癫痫控制效果、用药依从性、疾病知识掌握度和护理满意度。结果 实施短语线索导引式康复处方护理后, 观察组患者生活质量各项指标评分、用药依从性及疾病知识掌握度评分、癫痫控制有效率均高于对照组, 癫痫发作频率低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 但对两组患者的护理满意度比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 短语线索导引式康复处方护理可以提高癫痫患者的生活质量, 降低癫痫发作频率, 增强用药依从性, 提高疾病知识掌握度, 是一种有效的康复护理模式。

【关键词】 短语线索; 康复处方护理; 癫痫; 生活质量

中图分类号 R473.74 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)17-1330-04

癫痫是一种常见的神经系统疾病, 以反复发作的脑部异常放电为特征, 导致患者出现暂时性的意识、运动、感觉、认知、情感等障碍, 这不仅给患者带来身体上的痛苦, 还影响患者的心理、社会、职业和家庭等方面, 降低患者的生活质量^[1]。因此, 癫痫患者需要综合性的康复护理, 以提高其生活质量和癫痫控制效果。近年来, 随着信息技术的发展和智能手机的普及, 远程康复护理成为一种新兴的康复护理模式, 它可以克服传统康复护理中存在的时间和空间限制, 提高患者的依从性和满意度^[2-4]。其中一种远程康复护理模式是短语线索导引式康复处方护理, 它是指根据患者的病情和康复目标, 制定一些简单、明确、具体的康复指导语句, 通过电话、短信、微信等方式定期向患者发送, 引导患者进行自我康复训练和生活方式改善^[5]。本研究探讨短语线索导引式康复处方护理对癫痫患者生活质量及癫痫控制效果的影响, 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 12 月在医院就诊的 120 例癫痫患者, 按照组间年龄、性别等基线资料均衡可比的原则分为观察组和对照组, 各 60 例。对照组男性 33 例, 女性 27 例; 年龄 50 ~ 65 岁, 平均 58.32 ± 4.21 岁。观察组男性 35 例, 女性 25 例; 年龄 51 ~ 64 岁, 平均 58.29 ± 4.23 岁。两组患者的一般资料、基线特征和临床表现差异无统计学意义, 具有可比性 ($P > 0.05$)。所有患者愿意参与本研究并签

署知情同意书。

(1) 纳入标准: ①符合《中国成人局灶性癫痫规范化诊治指南》癫痫诊断标准^[6], 经药物治疗仍有癫痫发作; ②具有基本的沟通能力和自我管理能力和自我管理能力。

(2) 排除标准: ①合并其他严重的神经系统、心血管系统、内分泌系统或精神系统疾病; ②存在认知障碍或智力低下; ③有听力或视力障碍, 影响接收远程康复护理; ④在研究期间更换药物或接受其他康复治疗。

1.2 护理方法

对照组接受常规康复护理, 包括对患者入院、出院后进行生活指导等措施。观察组在此基础上实施短语线索导引式康复处方护理, 具体措施如下。

(1) 对患者进行全面评估: 了解患者的基本情况、病史、癫痫类型、发作频率、用药情况、生活质量、心理状态、康复需求和目标等, 制定个性化的康复处方计划。了解患者对康复护理的期望和目标。根据评估结果, 制定个性化的康复处方计划, 包括康复目标、康复内容、康复方法、康复时间和康复效果等。

(2) 制定癫痫短语线索导引式康复处方: 处方包括用药指导、生活方式指导、饮食指导、运动指导、心理指导和应急指导等 6 个方面, 每个方面包含若干条简单、明确、具体的康复指导语句, 如“请按时按量服用药物, 不要随意增减剂量或停药”“请保持规律的作息时间, 避免过度劳累或缺乏睡眠”等。编制原则为: ①根据患者的病情和康复目标, 选择合适的康复指导语句, 避免过于抽象或复杂的语句; ②根据患者的认知水平和接受能力, 使用简单明了的语言, 避免使用专业术语或缩略语; ③根据患者的习惯和喜

好,使用积极肯定的语气,避免使用否定或命令的语气;④根据患者的反馈和进展,适时调整康复指导语句的内容和数量,避免使用重复或过时的语句。

(3) 短语线索导引式康复处方的使用:①将编制好的癫痫短语线索导引式康复处方以纸质形式发放给患者,并向其说明使用方式。详细介绍短语线索导引式康复处方护理的目的、意义、原理和优势,增强患者对该模式的认知和信任。展示康复处方的框架和内容,包括6个方面的康复指导语句,以及每个方面的具体语句和含义,让患者对处方有一个整体和细节的了解。②患者出院后,展开远程康复护理,通过电话、短信、微信等方式定期向患者发送康复指导语句,每天至少发送1次,每次发送1~2条不同类别的语句。并且,每日有重点地对每张处方进行讲解分析,第1天为用药指导,介绍药物的名称、作用、剂量、用法、注意事项等。第2天为生活方式指导,介绍如何保持规律的作息时间、避免过度劳累或缺乏睡眠等。第3天为饮食指导,介绍如何选择富含维生素和蛋白质的食物、少吃刺激性和高脂肪的食物等。第4天为运动指导,介绍如何进行适量的有氧运动、避免剧烈或危险的运动等。第5天为心理指导,介绍如何保持积极乐观的心态、遇到困难或压力时及时寻求帮助等。第6天为应急指导,介绍如何随身携带癫痫急救卡和急救药物、发作时及时服用并寻求医疗救助等。同时,根据患者的反馈和进展适时调整发送频率和内容并与患者保持良好的沟通和互动,及时解答患者的疑问和困惑,鼓励患者坚持康复训练和生活方式改善。

1.3 观察指标

(1) 生活质量:采用癫痫患者生活质量评定量表(QOLIE-31)评估两组生活质量,量表包括情感幸福、精力与疲劳、药物作用、社会功能、总体生活质量几个方面,每项总分100分,得分越高,表示生活质量越优。

(2) 癫痫发作频率:通过患者自我记录或家属陪护记录统计两组在观察期间的癫痫发作次数。

(3) 疾病控制效果:根据癫痫发作频率及发作次数,将癫痫控制分为完全控制、部分控制和未控制3类。其中,完全控制:在治疗期间无发作;部分控制:在治疗期间发作频率或严重程度减少;未控制:

在治疗期间发作频率或严重程度无改善或加重。癫痫控制有效率=(完全控制+部分控制)例数/总例数 $\times 100\%$ 。

(4) 用药依从性:根据患者的用药记录和自我报告,计算患者的用药依从性,依从性=实际服药次数/应服药次数 $\times 100\%$ 。

(5) 护理满意度:采用问卷调查,包括对护理服务、护理技术、护理态度等方面的满意度评分,总分100分,90~100分为十分满意,80~89分为满意,70~79分为一般满意,70分以下为不满意。满意度=(十分满意+满意+一般满意)例数/总例数 $\times 100\%$ 。

(6) 疾病知识掌握度:采用癫痫知识问卷对患者进行测试,包括发作原因、预防措施、急救方法等方面的内容,总分为10分,分值越高表示知识掌握度越高。计算各组患者的癫痫知识问卷得分。

1.4 统计学分析

使用SPSS 19.0软件分析,生活质量、癫痫发作频率、用药依从性、疾病知识掌握度为计量资料,以“均数 \pm 标准差”表示,组间均数比较采用 t 检验;护理满意度、疾病控制效果为计数资料计算百分率,组间率的比较采用卡方检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者生活质量比较

如表1所示,与对照组比较,观察组患者生活质量各项指标评分明显升高,组间差异均有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 两组患者癫痫发作频率、用药依从性、疾病知识掌握度比较

如表2所示,与对照组相比较,观察组患者癫痫发作频率更低,用药依从性及疾病知识掌握度评分更高,组间差异均有统计学意义($P<0.05$)。

2.3 两组患者护理满意度比较

实施短语线索导引式康复处方护理后,观察组患者对护理满意度高于对照组,但组间差异无统计学意义($P>0.05$),见表3。

表1 两组患者生活质量比较(分)

组别	例数	情感幸福	精力与疲劳	药物作用	社会功能	总体生活质量
观察组	60	70.52 \pm 3.45	68.24 \pm 3.56	60.31 \pm 3.68	71.23 \pm 3.26	67.69 \pm 3.67
对照组	60	68.66 \pm 3.05	66.61 \pm 2.97	58.57 \pm 3.36	69.37 \pm 3.20	65.95 \pm 3.14
t 值		3.129	2.723	2.705	3.154	2.791
P 值		0.002	0.007	0.008	0.002	0.006

表2 两组患者癫痫发作频率、用药依从性、疾病知识掌握度比较

组别	例数	癫痫发作频率(次/月)	用药依从性(分)	疾病知识掌握度(分)
观察组	60	1.88 ± 0.92	89.31 ± 12.11	8.45 ± 1.43
对照组	60	2.51 ± 1.22	81.42 ± 10.57	6.28 ± 1.72
<i>t</i> 值		3.194	3.802	3.013
<i>P</i> 值		0.002	0.001	0.003

表3 两组患者护理满意度比较

组别	例数	患者护理满意程度				满意度(%)
		十分满意	满意	一般满意	不满意	
观察组	60	41	12	6	1	98.33
对照组	60	33	8	12	7	88.33

注: 满意度比较, $\chi^2=3.348$, $P=0.067$ 。

2.4 两组患者疾病控制效果比较

实施短语线索导引式康复处方护理后, 观察组患者癫痫控制有效率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表4。

表4 两组患者疾病控制效果比较

组别	例数	控制效果			控制有效率(%)
		完全控制	部分控制	未控制	
观察组	60	42	15	3	95.00
对照组	60	27	22	11	81.67

注: 控制有效率比较, $\chi^2=5.175$, $P=0.023$ 。

3 讨论

癫痫是一种常见的神经系统疾病, 癫痫发作时, 会出现意识丧失、肢体抽搐、口吐白沫、大小便失禁等症状, 给患者带来极大的身体痛苦和危险。并且, 由于对发作的恐惧和不确定性, 以及对自身形象和能力的负面评价, 常常出现焦虑、抑郁、自卑、孤僻等心理问题, 影响患者的心理健康和情绪稳定。还会因为对药物治疗的依赖和不满, 以及对治疗的担忧和拒绝, 出现用药依从性低、治疗信心不足等心理障碍, 影响患者的治疗效果和预后。

一般临床上多对癫痫患者采用常规康复护理方式, 由于癫痫是一种慢性疾病, 需要长期的治疗和康复, 而常规康复护理通常只在患者住院或就诊期间进行, 时间有限, 不能覆盖患者的整个康复过程。同时, 常规康复护理只能在医院或康复机构中进行, 空间有限, 不能适应患者的不同生活场景和环境^[7-9]。且癫痫患者的病情和需求各不相同, 需要根据患者的具体情况制定个性化的康复计划, 而常规康复护理通常采用统一的内容和方法, 缺乏针对性和灵活性, 内容和方法单一, 不能满足患者的个性化和多样化的康复需求。而短语线索导引式康复处方护理作为一种新兴的护理模式, 可根据患者的病情和康复目标, 制定一些

简单、明确、具体的康复指导语句, 通过电话、短信、微信等方式定期向患者发送, 引导患者进行自我康复训练和生活方式改善。可以在患者出院后或就诊间隔期间进行, 时间不受限制, 可以覆盖患者的整个康复过程。同时, 短语线索导引式康复处方护理可以通过电话、短信、微信等方式进行, 空间不受限制, 可以适应患者的不同生活场景和环境, 能够满足患者的长期和持续的康复需求。同时, 短语线索导引式康复处方护理可以根据患者的具体情况制定个性化的康复指导语句, 具有针对性和灵活性, 且短语线索导引式康复处方护理可以利用信息技术的优势, 采用多媒体和互动的方式进行教育和训练, 具有创新性和趣味性, 可以满足患者的不同学习风格和兴趣爱好。此外, 短语线索导引式康复处方护理可以关注患者的身体、心理和社会方面, 帮助患者控制癫痫发作、提高生活质量和社会功能, 且短语线索导引式康复处方护理可以建立有效的评估和监测机制, 及时发现和解决康复过程中出现的问题和困难, 评价和反馈康复效果和质量。在本研究中, 与对照组相比较, 观察组各项生活质量评分、用药依从性及疾病知识掌握度评分、癫痫控制有效率更高, 癫痫发作频率更低。提示短语线索导引式康复处方护理对癫痫患者有显著的效果, 可以改善患者的生活质量, 降低癫痫发作的风险, 增强患者的用药依从性和疾病知识掌握度。

综上所述, 短语线索导引式康复处方护理对癫痫而言, 是一种有效的康复护理方法, 可改善其生活质量, 降低癫痫发作的风险, 增强其用药依从性和疾病知识掌握度。

4 参考文献

- [1] 谢丽芬, 祝文金. 循证护理在小儿癫痫护理中的应用效果及对睡眠质量的影响[J]. 世界睡眠医学杂志, 2022, 9(12): 2366-2368, 2371.

护理程序健康教育结合人性化护理对维持性血透患者血管通路状况及依从性的影响

缪小萍 徐芸* 王蕾 仲晓

【摘要】 目的 探讨护理程序健康教育结合人性化护理对维持性血透患者血管通路及治疗依从性的影响。方法 选取医院 2019 年 7 月 - 2023 年 3 月收治的维持性血透患者 62 例作为研究对象, 遵循组间基线资料均衡可比原则, 按照随机数字表法分为观察组与对照组, 每组各 31 例。对照组给予常规护理干预方式, 观察组在常规护理干预的基础上, 采取护理程序健康教育+人性化护理。比较两组患者维持性血透知识掌握度评分、焦虑及抑郁评分、血管通路状况、护理依从率。结果 护理干预前, 两组患者维持性血透知识掌握度评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 护理干预后, 观察组患者饮食管理、健康生活、适当运动及积极心态等维持性血透知识掌握度评分均明显高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。护理干预后, 观察组患者焦虑自评量表 (SAS)、抑郁自评量表 (SDS) 等评分明显低于对照组, 组间比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。实施护理程序健康教育+人性化护理的观察组患者血管通路感染率、血管通路堵塞率明显低于对照组, 且通畅率明显高于对照组, 组间比较差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。观察组患者治疗依从率为 96.77%, 明显高于对照组的 74.19%, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 护理程序健康教育结合人性化护理干预后, 提高了患者维持性血透知识掌握度, 改善了不良心理状态, 能够维持良好的血管通路, 使患者更加积极配合护理工作。

【关键词】 护理程序健康教育; 饮食管理; 健康生活; 人性化护理; 血管通路

中图分类号 R473.5 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)17-1333-04

维持性血液透析是指利用血液透析或腹膜透析进行肾脏替代治疗, 其作为终末期肾病替代治疗主要手段之一, 需在人体内建立血管通路, 以保证血液净化治疗成功实施。患者需要充分了解血管通路的重要性及相关护理措施, 积极配合医务人员维持良好的血管通路, 否则易形成大血肿, 造成内瘘, 影响治疗效果。常规护理对患者健康教育不足, 自我护理意识不高, 而由评估、诊断、计划、实施及评价组成的护理程序

健康教育结合以患者为中心的人性化护理, 可让患者充分了解维持性血透相关知识, 帮助患者维持良好的血管通路, 提高治疗的依从性^[1]。本研究探讨护理程序健康教育+人性化护理, 对维持性血透患者的干预效果, 现将结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取医院 2019 年 7 月 - 2023 年 3 月收治的维持性血透患者 62 例作为研究对象, 遵循组间基线资料

作者单位: 211300 江苏省南京市高淳人民医院血透室
* 通讯作者

- [2] 张满霞, 李文亚, 周艳艳. 护理风险管理对行立体定向脑电图引导射频热凝毁损术的癫痫患者围手术期并发症及预后的影响 [J]. 临床与病理杂志, 2022, 42(12): 3084-3090.
- [3] 史明英, 黎恩知, 黄雅舒, 等. 个案管理的延伸护理模式对成年癫痫患者院外遵医行为、自护能力及癫痫院外发作时意外损伤的影响 [J]. 川北医学院学报, 2022, 37(10): 1365-1368.
- [4] 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.
- [5] 冼雪齐, 陆家恩, 李韵婷. 短语线索引导式康复处方在支气管扩张患者延续护理中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(5): 146-147.
- [6] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑电图与癫痫学组. 中国成人局灶性癫痫规范化诊治指南 [J]. 中华神经科杂志, 2022, 55(12): 1341-1352.
- [7] 李梅. 神经内科继发性癫痫患者行康复护理的临床效果研究 [J]. 中国保健营养, 2020, 30(8): 29.
- [8] 李萌, 纪凡, 徐翠萍, 等. 基于引导式教育训练的综合康复护理在学龄期药物难治性癫痫患儿术后的应用 [J]. 中国实用护理杂志, 2022, 38(12): 888-893.
- [9] 蔡国杰. 28 例癫痫患者的心理与康复护理探讨 [J]. 中国医药指南, 2019, 17(33): 309-310.

[2023-04-14 收稿]

均衡可比原则,按照随机数字表法分为观察组和对照组,每组各31例。纳入标准:①相关临床及辅助检查资料完整者;②行维持性血透者;③体征平稳、认知等正常者;④书写能力和语言表达能力正常者。排除标准:①严重精神病患者;②严重肝或肾功能损害者;③恶性肿瘤者;④不知情或中途退出研究者。

对照组患者中,男17例,女14例;年龄34~77岁,平均 55.54 ± 2.41 岁;病程1~23年,平均 12.01 ± 0.53 年;规律透析时间1~20年,平均 10.54 ± 0.42 年;慢性肾衰竭患者17例、急性肾衰竭患者6例、药物中毒患者8例。观察组患者中,男16例,女15例;年龄35~76岁,平均 54.94 ± 2.301 岁;病程1~22年,平均 11.91 ± 0.43 年;规律透析时间1~19年,平均 10.45 ± 0.41 年;慢性肾衰竭患者14例、急性肾衰竭患者8例、药物中毒患者9例。两组患者性别、年龄、病程、规律透析时间及疾病类型等基线资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 给予常规护理,对照组患者给予常规健康宣教,为患者解释掌握健康知识的重要性,宣教内容包含血液透析的重要性、血液透析方法、透析期间注意事项等内容。针对血液透析患者的心理问题,做好心理疏导工作,给予患者饮食和用药指导等。

1.2.2 观察组 给予护理程序健康教育结合人性化护理措施,具体内容如下。

(1) 护理程序健康教育:①评估:护理人员指导患者评估自体动静脉内瘘和中心静脉置管相关知识,并对动静脉内瘘通畅及穿刺点有无肿胀,渗血、渗液等并发症进行评估,中心静脉置管后要求护理人员严密观察有无渗液及脓性分泌物,并注意有关问题,如避免做重体力劳动或剧烈活动、避免穿紧袖衣服等^[2]。②诊断:由护理人员提问临床住院患者健康教育存在的问题及对血液透析健康教育的态度。③计划:考虑患者自身健康教育需求,设计专业健康教育计划,以增强患者对血管通路知识认知。④实施:开展多元化健康教育,通过集体观看录像、科普手册、阅读等方式对患者进行专业的健康教育。⑤评价:让护理人员评价患者对健康知识掌握度及实施健康教育情况,并结合评价结果进一步加强健康教育,提高患者对血管通路的认知程度,增强患者自护能力^[3]。

(2) 人性化护理:①维持性血透前:考虑到患者透析前不良情绪,要求护理人员对患者要体贴及对患者主诉保持耐心,教会患者合理宣泄情绪方法,如适当的读书、看报,忘却痛苦的事情、肌肉紧张和放松锻炼等,以改善患者焦虑和抑郁情绪,促使患者积

极配合治疗^[4]。②维持性血透中:在透析中保持温度适宜,营造安全舒适环境,使用监护仪监测患者脉搏、呼吸、血压等变化,结合患者机体抗病毒能力弱情况,严格执行无菌技术操作,更换无菌敷料等,做好感染的预防控制,需详细告知患者临床表现及有针对性的防范措施,以减少患者透析期间并发症,多让患者诉说自身感受^[5]。③维持性血透后:向患者讲解平时饮食健康的重要性,让患者充分休息,加强机体功能训练,养成良好作息习惯,反复叮嘱患者认识到遵医嘱合理用药的必要性,不可中途停药。

1.3 观察指标

(1) 患者维持性血透知识掌握情况:采用自制调查问卷评估维持性血透知识掌握度,该问卷由饮食管理、健康生活、适当运动及积极心态共4项维度组成,每个维度100分,分值越高,则患者对维持性血透知识掌握度越好^[6]。

(2) 焦虑、抑郁程度:采用焦虑自评量表(self-rating anxiety scale,SAS)和抑郁自评量表(self-rating depression scale,SDS)评价患者心理状态,前者量表临界值50分,后者临界值为53分,分值越高,则焦虑、抑郁程度越重^[7]。

(3) 血管通路情况:由专人负责统计患者血管通路是否感染、堵塞及通畅等情况。

(4) 依从率:主要包括用药、饮食、规范自身行为、生活、主动配合血透治疗等内容,满分100分,大于80分为完全依从;60~80分为部分依从;60分以下为不依从。依从率=(完全依从+部分依从)例数/观察例数^[8]。

1.4 数据分析方法

采用SPSS 19.0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 两组患者维持性血透知识掌握度分析

护理干预前,两组患者维持性血透知识掌握度评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理干预后,观察组患者饮食管理、健康生活、适当运动及积极心态等维持性血透知识掌握度评分均明显高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2 两组患者焦虑、抑郁程度比较

护理干预前,两组患者SAS、SDS评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理干预后,观察组患者SAS、SDS等评分明显低于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

2.3 两组患者血管通路情况比较

实施护理程序健康教育+人性化护理的观察组患者血管通路感染 3.23%、血管通路堵塞 12.90% 明显低于对照组 29.03%、35.48%，且血管通畅 83.87% 明显高于对照组 35.48%，组间比较差异均有统计学意义

($P < 0.05$)，见表 3。

2.4 两组患者护理依从率比较

观察组患者护理总依从率为 96.77%，明显高于对照组的 74.19%，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 4。

表 1 两组患者维持性血透知识掌握度评分比较 (分)

组别	例数	饮食管理		健康生活		适当运动		积极心态	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	31	71.26 ± 4.78	87.32 ± 5.23	71.92 ± 5.33	88.48 ± 3.21	67.13 ± 4.60	87.68 ± 4.17	70.83 ± 5.40	89.54 ± 3.47
观察组	31	69.93 ± 4.81	90.02 ± 4.26	70.83 ± 5.29	90.54 ± 2.30	65.90 ± 4.36	89.77 ± 3.04	70.01 ± 5.11	91.16 ± 2.20
	<i>t</i> 值	1.092	2.229	0.808	2.904	1.081	2.255	0.614	2.195
	<i>P</i> 值	0.279	0.030	0.422	0.005	0.284	0.028	0.541	0.032

表 2 两组患者 SAS、SDS 评分比较 (分)

组别	例数	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	31	57.22 ± 6.90	49.27 ± 5.33	57.94 ± 7.22	49.39 ± 6.33
观察组	31	57.24 ± 7.02	30.49 ± 5.09	58.12 ± 7.11	31.25 ± 5.21
	<i>t</i> 值	0.011	14.188	0.099	12.319
	<i>P</i> 值	0.991	0.000	0.922	0.000

表 3 两组患者血管通路情况比较

组别	观察例数	血管通路感染		血管通路堵塞		血管通畅	
		例数	率 (%)	例数	率 (%)	例数	率 (%)
对照组	31	9	29.03	11	35.48	11	35.48
观察组	31	1	3.23	4	12.90	26	83.87
	χ^2 值	7.6308		4.309		15.081	
	<i>P</i> 值	0.006		0.038		0.000	

表 4 两组患者护理总依从率比较

组别	观察例数	依从情况			总依从率 (%)
		完全依从	部分依从	不依从	
对照组	31	12	11	8	74.19
观察组	31	20	10	1	96.77

注：总依从率比较， $\chi^2=4.679$ ， $P=0.031$ 。

3 讨论

维持性血液透析需建立与维护人工血管血液透析通路以完成透析治疗，而血管通路的通畅性是影响透析效果和存活率的一项重要因素。维持性血液透析患者最常用的血液通路是动静脉瘘管^[9]。动静脉瘘管通过手术将动脉与浅部静脉连接起来，使静脉内膜增厚，方便多次穿刺操作。但因该操作为有创操作，且导管滞留时间较长，所以，需正确使用和保护好动静脉瘘管，一旦对患者平时护理不当，将会引发各种疾病。

常规护理模式在内容和时间上不够专业、护理效果不明显、护士整体护理意识参差不齐等，因此，为了提高治疗效果，需要提升患者对血管通路的认知程度，把自我保护意识融入整个护理过程中。

护理程序健康教育是近年来应医学模式转变和时代发展的新护理模式，其围绕健康教育开展护理工作，通过健康教育干预对患者病情精准评估、精准教育及精细化护理，并确保护理服务的连续性、递进性、反馈性。护理程序健康教育在实施过程中通过护理诊断、

计划阶段、实施阶段、评价阶段五个步骤进行健康教育,对患者教育后让患者能充分了解并掌握血液透析有关知识,从而促使患者积极配合治疗^[10]。护理程序健康教育需践行责任组长、护士长、护士的职责,在护理中开展健康教育,全面评估患者对护理程序健康教育的需求和行为,对患者进行精准的健康教育和护理,提高患者血管通路了解程度,使患者养成良好的护理行为,进而使患者血管通路时间变长^[11]。人性化护理是当前较为新颖且具体的护理方式,比常规护理更专业,突出以病人为中心的思想,针对性强,充分保障患者心理和社会等和谐,为患者创设舒适的身心环境,调动患者治疗积极性,高效开展护理工作,以此提升护理服务质量^[12]。护理程序健康教育结合人性化护理比常规护理更具优势,有助于维持患者良好的血管通路,减少并发症,效果较好。

研究显示,经护理干预后观察组患者饮食管理、积极心态等维持性血透知识掌握度评分高于对照组。是因为在护理程序健康教育中评估患者对维持性血液透析了解情况,针对存在问题,制定针对性计划,通过多种形式组织患者开展健康宣教,通过评价让患者获得良好的维持性血透知识掌握度。观察组患者焦虑和抑郁评分低于对照组。这是由于在人性化护理中要求护理人员认真听患者内心想法,并让患者掌握宣泄情绪手段,以此疏导患者不良情绪。相比对照组,观察组具有较低发生血管通路感染率、血管通路堵塞率,且具有较高血管通畅率。原因在于组织患者进行护理程序健康教育,让患者充分认识血管通路,能自我护理,在人性化护理中,按照无菌原则操作,提高患者抗病毒能力,以此改善患者血管通路。观察组患者总依从率高于对照组患者,通过护理程序健康教育和人性化护理提高了患者对维持性血液透析血管通路的认知,以患者为中心给予针对性护理服务,促使患者积极配合治疗,以此提升了患者护理依从率。

综上所述,在给予患者护理程序健康教育后,采取人性化护理可让患者充分掌握维持性血透知识,促使患者负性情绪得到缓解,保障血管通畅,提升护理

服务依从性。

4 参考文献

- [1] 张琛琛.在维持性血液透析患者护理中采用护理程序健康教育对患者血管通路依从性的影响分析[J].婚育与健康,2022,28(11):101-102.
- [2] 徐娇瑾.健康教育导向的循证护理干预对尿毒症血液透析患者血管通路依从性和生活质量的影响[J].医学信息,2022,35(1):190-192.
- [3] 黄碧珍,李小庭,周晨,等.健康教育路径对维持血液透析患者疲劳状况和自我管理行为的效果评价[J].医药前沿,2020,10(15):145-147.
- [4] 郭婷婷.慢性肾衰竭患者血液透析护理中应用人性化护理的意义[J].中国医药指南,2021,19(5):145-146.
- [5] 韩雪皎,王丹,杨晓宇.人性化服务在血液透析护理工作实践中的实践与体会[J].家有孕宝,2021,3(4):234.
- [6] 柳惠玉,李月明,李英娜,王年华.护理程序健康教育对维持性血液透析患者血管通路依从性的影响[J].透析与人工器官,2020,31(3):81-83.
- [7] 刘艳丽.人文关怀护理干预对维持性血液透析患者焦虑、抑郁情绪的改善作用[J].中国医药指南,2020,18(36):188-189.
- [8] 郑玉婷.循证护理对血液透析导管留置患者血管通路维护依从性及预防不良情况的影响[J].国际护理学杂志,2020,39(16):2910-2913.
- [9] 李玉翠,成沛玉,童莉,等.知行健康宣教模式对维持性血液透析患者自护能力的干预效果研究[J].当代护士(上旬刊),2021,28(3):112-114.
- [10] 林丽丹.程序式健康教育在维持性血液透析伴高血压患者中的应用效果[J].心血管病防治知识,2022,12(31):41-44.
- [11] 杨海燕,陈日喜,何仙莲.护理程序健康教育对维持性血透患者血管通路自我管理的影响[J].中外医学研究,2020,18(3):91-92.
- [12] 李丹,李霞,周洪波.探讨慢性肾衰患者血液透析护理中应用人性化护理的临床意义[J].中国农村卫生,2020,12(2):52.

[2023-04-28 收稿]

标准化器械清洗质量控制路径在消毒供应中心的应用效果分析

钱腾蛟 潘丽娟

【摘要】 目的 分析标准化器械清洗质量控制路径在消毒供应中心护理管理中应用的效果。方法 医院消毒供应中心于2021年1月实施标准化器械清洗质量控制路径,选取实施前清洗的370件器械作为对照组,根据器械种类等资料均衡可比原则,选取实施后清洗的370件器械作为实验组,参与实践调查的医护人员共18名。比较两组器械清洗消毒后外观、质量控制和医护人员对两组器械管理满意度情况。结果 实施标准化器械清洗质量控制路径管理后,实验组器械清洗消毒后的外觀光亮度,血渍、污垢及锈斑的残留等合格情况均优于对照组;实验组器械清洗消毒后,器械拆装、清洗、消毒、包装及环境等各项质量控制评分均高于对照组;医护人员对实验组器械管理的总满意度为88.89%,高于对照组的55.56%;上述指标组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 标准化器械清洗质量控制路径在消毒供应中心护理管理中的应用效果较好,能有效提升器械清洗消毒后外观和质量,可获取医护人员对器械管理较高的满意度评价。

【关键词】 消毒供应中心; 护理管理; 标准化器械清洗质量控制路径

中图分类号 R472.1 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)17-1337-03

消毒供应中心是负责医疗器械管理、清洗、消毒和灭菌等工作的重要部门,保证医疗器械的安全性和可靠性,直接涉及到医院感染控制和病人安全^[1]。标准化器械清洗质量控制路径通过规范的流程和严格的质量控制标准,使清洗和消毒工作更加规范化和标准化,确保了清洗和消毒过程的安全性和有效性,可以帮助护理管理人员提高工作效率,同时降低医疗器械的感染风险,有利于提高医院整体医疗质量。本研究主要分析标准化器械清洗质量控制路径在消毒供应中心护理管理中的应用效果,现将结果报告如下。

1 材料与方法

1.1 实验材料

医院消毒供应中心2021年1月开始实施标准化器械清洗质量控制路径,选取实施前清洗的370件器械作为对照组,根据器械种类等资料均衡可比原则,选取实施后清洗的370件器械作为实验组,参与实践调查的医护人员共18名。

对照组中管道器械有52件,镊子有43件,骨科器械有84件,手术剪有57件,止血钳有95件,持针钳有39件。实验组中管道器械有51件,镊子有46件,骨科器械有82件,手术剪有55件,止血钳有93件,持针钳有43件。两组器械种类等资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。参与实践调查的医护人员共18名,男11名,女7名;年龄25~48岁,平均 35.62 ± 3.12 岁;学历:本科13名,大专5名,以上医护人员均参与两组器械管理工作。

1.2 手术器械清洗消毒方法

1.2.1 对照组 消毒供应中心采用常规方法对器械进行清洗、消毒。手术器械清洗过程包括冲洗、洗涤、漂洗、终末漂洗、消毒和机械烘干保存等步骤。在清洁过程中,对清洁剂、润滑剂、洗涤用水等进行定期检查以确保质量。在器械清洗完成后,使用目测和(或)带光源放大镜检查清洗后的器械表面及其关节齿牙,以确保表面光洁、无残留物质和锈斑,并确保锁关节灵活方便,功能完好,无损毁。若清洗质量不合格,则需要重新处理,例如除锈、维修或报废。同时,对带电器械进行绝缘性能等安全性检查。每月至少随机抽查3~5个待灭菌包内全部物品的清洗质量,并记录监测结果。

1.2.2 实验组 采用标准化器械清洗质量控制路径清洗和消毒手术器械。在清洗过程中,采用多酶清洗剂 and 软水及纯化水,对可拆卸的器械应拆开手工清洗消毒,对精密细小器械应手工清洗消毒。在清洗期间,工作人员需遵守消毒技术和隔离制度,并接受定期的专业培训,提高基础操作水平和责任心。同时,加强对消毒供应中心的管理和制度的完善,包括交接班、查对、差错事故上报等制度,定期对组织和个人进行考核和评估,加强个人责任心以保障制度的顺利实施。对消毒工作进行检测,并定期分析和跟踪错误问题,记录每次监测结果,为以后的研究提供参考依据,保证质量的持续性提升。具体标准化器械清洗质量控制路径的应用方法如下:

(1) 确定标准化器械清洗质量控制路径:制定一份清洗流程图,明确每个步骤的具体要求和标准,

如清洗剂的使用量、清洗时间、水温等等。同时,建立一套质量控制标准,如清洗效果、清洗剂残留量、器械外观等。

(2) 建立标准化清洗作业指导书:根据清洗流程图,制定一份清洗作业指导书,详细描述每个步骤的具体要求和标准,包括清洗器械种类、清洗剂种类、清洗剂使用量、清洗时间等等。并在作业指导书中明确每个步骤的质量控制要求。

(3) 建立培训体系:为了确保操作人员能够正确地执行清洗流程和掌握质量控制标准,需要建立一套培训体系,包括理论课程和实际操作培训。在培训结束后,需要对操作人员进行考核,确保其能够正确地操作清洗设备。

(4) 实施质量控制:在清洗过程中,需要进行质量控制,包括清洗效果的检查、清洗剂残留量的检测、器械外观的检查等等。如果发现任何问题,需要及时纠正和处理,并记录下来。

(5) 建立记录体系:需要建立一套记录体系,包括清洗作业指导书、操作记录、质量控制记录等等。这些记录可以用于监督和评估清洗工作的质量和效果,并提供改进清洗流程的参考。

(6) 定期评估和改进:定期对清洗流程进行评估,包括清洗剂种类和使用量、清洗时间、质量控制标准等等,并进行改进,以确保清洗工作的质量和效率不断提高。

1.3 观察指标

(1) 器械消毒后外观情况:采用卫生部指定的《医院消毒供应中心管理规范》《清洗消毒及灭菌技术操作规范》及隐血实验检测结果作为清洗达标的标准,判断器械清洗消毒后外观的光亮度、血渍、污垢

及锈斑的残留等情况是否合格。

(2) 质量控制情况:主要针对器械清洗消毒后器械拆装、清洗、消毒、包装及环境等的质量控制情况进行评分,满分100分,分数越高,质量控制情况越好。

(3) 医护人员对器械管理的满意度情况:采用自制调查问卷调查医务人员对器械管理的满意度,分为非常满意、满意和不满意3个等级。总满意度=(非常满意+满意)人数/总评价人数。

1.4 数据分析方法

运用SPSS 21.0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 两组器械清洗消毒外观情况比较

实施标准化器械清洗质量控制路径管理后,实验组器械清洗消毒后的外观光亮度,血渍、污垢及锈斑的残留等合格情况均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2 两组器械清洗消毒后质量控制情况比较

实验组器械清洗消毒后,器械拆装、清洗、消毒、包装及环境等各项质量控制评分均高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表2。

2.3 医护人员对两组器械管理的满意度情况比较

实施标准化器械清洗质量控制路径管理后,医护人员对实验组器械管理的总满意度为88.89%,高于对照组的55.56%,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表3。

表1 器械清洗消毒后外观情况比较

组别	件数	外观的光亮度		血渍残留		污垢残留		锈斑残留	
		合格件数	合格率(%)	合格件数	合格率(%)	合格件数	合格率(%)	合格件数	合格率(%)
对照组	370	360	97.30	355	95.95	353	95.41	359	97.03
实验组	370	368	99.46	365	98.65	364	98.38	367	99.19
	χ^2 值	5.421		5.139		5.430		4.660	
	P 值	0.020		0.023		0.020		0.031	

表2 器械清洗消毒后质量控制情况比较(分)

组别	件数	拆装质量	清洗质量	消毒质量	包装质量	环境质量
对照组	370	89.67±2.15	89.75±2.34	88.96±2.36	89.62±2.28	90.62±2.28
实验组	370	90.25±2.36	90.36±2.51	89.57±2.53	90.24±2.61	91.21±2.53
	t 值	3.495	3.419	3.391	3.441	3.332
	P 值	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001

表3 医护人员对两组器械管理满意度比较

组别	人数	满意程度			总满意度 (%)
		非常满意	满意	不满意	
对照组	18	6	4	8	55.56
实验组	18	10	6	2	88.89

注：总满意度比较， $\chi^2=4.958$ ， $P=0.026$ 。

3 讨论

随着医疗技术的提高，一次性医疗器械产品逐渐代替传统医疗器械，但仍有部分器械需要进行反复使用，这就需要通过清洗、消毒等步骤保证器械的安全和质量。清洗是清洁前提条件，是去除有害离子、热原和微生物的重要步骤，清洗不彻底会导致消毒灭菌失败^[2]。在医院中，忽视器械清洗质量管理会提高院内感染发生率，对器械使用和消毒灭菌效果产生直接影响，因此清洗环节的质量控制工作十分关键。消毒供应中心是医疗机构中重要的部门之一，其中清洗环节的质量控制工作是核心工作之一，能够降低微生物表面形成的保护膜、去除器械表面的生物负荷，对医院控制感染具有重要意义。

消毒供应中心主要负责医疗器械的清洗、消毒、灭菌和管理等工作^[3-5]。在实际操作中，标准化器械清洗存在一些常见问题，例如清洗剂浓度不足、清洗时间不足、温度不够等。这些问题可能导致清洗效果不理想，或者对器械造成损伤。清洗不彻底或消毒不完全的器械都可能成为患者感染的源头^[6]。因此，在消毒供应中心的护理管理中，应该通过制定操作规程、检查设备性能、监测清洗效果、培训员工和建立记录跟踪系统等方式，确保标准化器械清洗的质量和效果，保证医疗器械的安全和可靠性。

本研究证实，实施标准化器械清洗质量控制路径在消毒供应中心护理管理中的应用能有效改善器械的外观清洁度，避免器械外观出现血渍、污垢或锈斑的残留。还能有效增强器械消毒后拆装、清洗、消毒、包装及环境的质量，保障器械管理工作的有效开展。医护人员对该管理模式的器械管理满意度评价较高。在护理管理中，为了确保标准化器械清洗质量控制路径的应用，消毒供应中心的护理管理工作采取了以下措施：①制定标准化器械清洗的操作规程和流程，明确清洗步骤、使用的清洗剂和消毒剂种类和浓度、清洗和消毒时间等重要参数。②检查和评估清洗设备的

性能和有效性，包括清洗剂和消毒剂的浓度和使用期限、清洗和消毒设备的运行状况、清洗水和消毒水的质量等方面。③对清洗器械的效果进行定期监测和评估。护理管理人员可以通过检查清洗后的器械表面是否干净，使用各种检测工具如ATP检测仪等，来评估清洗器械的效果。④实施员工培训，确保所有参与清洗工作的人员都熟悉操作规程和流程，了解正确的清洗方法和注意事项，提高清洗质量和效率。⑤建立记录和跟踪系统，对每个清洗批次和器械都进行记录和跟踪。当有器械污染或感染事件发生时，可以根据记录和跟踪系统追溯清洗批次和器械，排查问题并采取有效措施。

综上所述，在消毒供应中心的器械管理工作中，标准化器械清洗质量控制路径的应用效果较好，能有效增强器械清洗消毒后外观等方面的质量，提高医护人员对器械管理工作的满意度。

4 参考文献

- [1] 宋芮. 标准化器械清洗质量控制路径在消毒供应中心的应用分析[J]. 现代医院管理, 2022, 20(6): 23-25.
- [2] 王方园. 护理质量控制路径对消毒供应中心器械清洗达标率及感染发生率的影响[J]. 名医, 2022(17): 177-179.
- [3] 莫超茸. 消毒供应室达芬奇机器人手术器械清洗消毒中质量控制持续改进方法探讨[J]. 医学理论与实践, 2022, 35(1): 172-174.
- [4] 赵雪珠, 方嘉莹, 冯嘉文. 器械消毒供应中心清洗消毒质量控制流程优化的效果探讨[J]. 名医, 2021(21): 183-184.
- [5] 杨珊棠. 医院消毒供应室医疗器械的清洗质量控制研究[J]. 中国医疗器械信息, 2021, 27(20): 177-179.
- [6] 林英, 朱小琼, 李惠玲. 消毒供应中心手术器械清洗质量管理模式的实施在预防院内感染中的应用价值分析[J]. 成都医学院学报, 2020, 15(3): 383-387.

[2023-03-15 收稿]

新冠定点医院全口径工作人员健康监测程序建设

王蕾 李翠翠 路巍 戚燕云

【摘要】 新冠定点医院工作人员健康监测面临人员庞大、调动频繁、管控困难等诸多压力。地坛医院通过开发工作人员健康监测小程序，与大数据系统和物联网对接，收集症状监测、流行病学调查、工作区域定位、健康码查验和核酸疫苗等核心数据，设计个人、科室和管理员三层界面并赋予不同权限功能，构建了融风险上报、处置提示和管理核查于一体的工作人员健康管理和预警机制，实现了健康监测的全覆盖和网格化，提升了管理效率和质量，支撑起突发事件的有效应对，为全国定点医院相关工作的开展提供了借鉴和参考。

【关键词】 定点医院；健康监测；信息程序

中图分类号 R197.32 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)17-1340-05

Development of whole-scale employee health monitoring program for designated COVID-19 hospitals Wang lei, Li Cuicui, Lu Wei, Qi Yanyun. Beijing Ditan Hospital of Capital Medical University, Beijing 100015, China

【Abstract】 The health monitoring of staff in a designated COVID-19 hospital is faced with many pressures, such as large number of staff, frequent mobilization, and difficult management and control. Ditan Hospital has developed a staff health monitoring applet, connected with the big data system and the Internet of Things, collected core data such as symptom monitoring, epidemiological investigation, work area positioning, health code inspection and nucleic acid vaccine, designed a three-layer interface for individuals, departments and administrators and given them different functions of authority, and built a staff health management and early warning mechanism integrating risk reporting, disposal tips and management verification, It realized the full coverage and grid of health monitoring, improved the management efficiency and quality, supported the effective response to emergencies, and provided reference for the development of relevant work of designated hospitals nationwide.

【Key words】 Designated hospital; Health monitoring; Program

2022年我国新型冠状病毒肺炎疫情防控随着奥密克戎变异株的输入，进入到“科学精准、动态清零”的第四阶段^[1]。患者症状辨识度趋弱，传染性更加隐匿，早期发现和识别症状至关重要。健康监测被认为是早期阶段发现感染的有力手段。杭州市第九人民医院、新疆医科大学第一附属医院等多家医院在健康监测体系建设方面做了有益的探索^[2-5]。《关于加强新型冠状病毒肺炎救治定点医院院内感染预防与控制工作的通知》明确要求新型冠状病毒肺炎定点救治医院（以下简称定点医院）要建立健康状况监测报告制度，每日报告工作人员健康状况^[6]。地坛医院作为北京市的定点医院，人员构成复杂，人员状态多样，人员健康监测工作任务尤其繁重。如何利用信息技术，做好人员健康监测，实现健康监测全覆盖和网格化，提升管理效率和质量，支撑起突发事件的有效应对，是院感防控领域面临的重要课题。地坛医院通过搭建以症状监测+流行病学调查+健康码查验+工作区

域定位为核心的健康管理机制，发挥信息系统的健康监测预警作用，为全国定点医院相关工作的开展做出了有益的探索。

1 工作人员健康监测存在的问题

1.1 全口径工作人员成分复杂，管控难度大。

地坛医院开放床位1000张，工作人员2600余人，包括编内外职工1700人，在读学生140人，劳务外包560人以及支援队伍200人，其中劳务外包涵盖护工、保洁、维修、保安等人员，流动性比较大，每周都有离职和入职现象发生，支援队伍来自十几家兄弟医院，每隔3周轮换一批，每批在80~90人左右。面对如此大量的不稳定人群开展全口径健康监测，做到不留空白，不留死角，全部管控到位，是一项庞大而复杂的工作，给管理部门带来了很大的压力^[7]。

1.2 健康监测涉及信息多样，收集上报效率低。

健康监测信息涵盖职工每日2次体温、本人和共同居住者11种疑似症状的出现情况及后续处置、本人和共同居住者与中高风险人群和地区的接触史、本

人和共同居住者离返京情况、共同居住者是否有高危行业的从业情况、工作区位情况、本人健康码状态、被社区管控情况和当日核酸检测情况。最初,医院以科室为单位来划定健康监测的管理单元,由科室收集所管辖职工的健康监测情况并存档备查,遇异常情况由科室兼职健康监测员在医院的在线共享文档中报送。因各科室采取的管理方式不同,有些科室不建立台账,造成发生问题无法回溯,有些科室每天逐人电话核实,造成占用时间过多且上报延迟,有些科室未做到逐一核实员工的健康情况,造成防控出现漏点。面对全院 100 多个科室、480 多个班组,管理部门每天需要花费大量时间催促提醒和数据汇总。无论是管理部门还是临床科室都亟需借助信息技术来提高健康监测的效率和质量。

1.3 工作区域变化频繁,核酸检测难于核实。

新冠定点医院工作人员在不同的区域轮动工作,各工作区域健康监测要求不同,核酸检测的频次不同。隔离病区(新冠病人收治区)执行“3+1+1”工作模式,即隔离病区工作 3 周,酒店隔离 1 周,居家健康监测 1 周,然后再回到其他非隔离病区^[8]。《医疗机构内新型冠状病毒感染预防与控制技术指南(第三版)》和《新冠肺炎定点救治医院设置管理规范》明确规定,定点医院要严格执行工作人员新冠病毒核酸检测“应检尽检”要求,隔离病区内工作人员每隔 1~2 天进行 1 次核酸检测,非隔离病区工作人员每 7 天进行一次核酸检测^[9]。职工自行上报所在工作区位和核酸检测结果,管理部门只能通过抽查健康宝数据或从 HIS 系统调取数据来比对,容易出现漏检、漏报甚至瞒报的问题,不利于院感风险管控。

为解决职工健康监测存在的诸多问题,医院快速研发了健康监测小程序。运用信息技术手段提升管理质量,提高工作效率和质量,构建涵盖多种信息的健康监测小程序。

2 健康监测小程序运行思路

以实用性、即时性、合理性为原则^[3],快速开发出灵活的、最小的可移动应用程序,将症状监测+流行病学调查+健康码查验+工作区域定位,作为个人防疫的核心数据进行收集,将全口径人员纳入管理范畴。职工每天在手机小程序上进行健康状态、流调信息和区位状况的上报,遇变化可以随时修订,使职工为自己的健康状况负责,提供即时身体情况,促进自我健康评估^[10],又可以提高健康监测信息收集的效率并为逢阳处置提供线索。充分利用大数据技术,健康监测程序自动对接北京市健康大数据平台,随时获取职工的健康码状态、核酸检测频率和时间,提高

管理者对职工健康状况的监控效率。同时小程序分别面向职工本人、科室管理者、医院管理者,就出现的健康异常、流调异常、健康码异常、核酸检测超期等情况给出不同的风险提示和针对性的后续处理措施指引,指导各层人员有序应对。程序后台有完整的历史数据存储和数据呈现,能够按需生成各类管理台账,满足不同层级管理者的需要,使其及时掌握情况,判定风险,辅助决策和处置。

3 健康监测程序功能构成

健康监测程序根据需求主体的不同分为个人界面、科室界面和管理员界面。

3.1 个人界面

个人手机界面主要包括五类信息。第一类是个人基本信息,包括姓名、工号、工作岗位、所属科室,个人无法修改。第二类是症状监测信息,由个人进行选择或输入。①个人需手动输入早晚 2 次体温情况。②对自己和共同居住者是否出现新冠疑似症状进行选择,若选择是,则要在新冠 11 类疑似症状中再行选择。选择后,程序会自动出现“请尽快到就近的发热门诊进行筛查”或“请到医院筛查区接受筛查”的提示语。第二类是流行病学调查信息,由个人进行选择或输入。①对本人和共同居住者是否属于高风险排查人员中进行选择。②对共同居住者是否从事高风险职业进行选择。③对本人或共同居住者是否存在离返京情况进行选择,若选择是,需要输入具体人员、时间、车次等信息。第四类是工作区位信息,由个人在已定义好的选项内进行选择,选项包括本院在岗、顺义分院在岗、隔离病区工作、病区酒店隔离、病区居家隔离、社区隔离、CDC 隔离、居家办公、休息和其他。凡选择本院在岗、顺义分院在岗或隔离病区工作这三种类型之一的,程序会自动出现班次类型和办公地点的选项,包括白班、夜班、24 小时班、休息以及院区内各楼宇名称。第五类是从北京市健康大数据平台调取的实时数据,包括健康码状态(绿码、弹窗、黄码或红码)、最近一次核酸检测时间和结果、疫苗接种的针次,具体见图 1。

当个人填报完以上信息后,程序会自动调取所有已填报信息并弹出展示界面,由本人再次确认查看并手动勾选来确认信息的真实性,方可成功提交。信息提交后,程序将自动提示职工应该在几日内完成下一次核酸检测。此外,程序中还设置有“特殊事项说明”功能,一旦打卡后健康信息将会被冻结,不能再修改,若后期相关信息出现变化,职工可以再次点开程序,在“特殊事项说明中”进行备注更正,且可以多次提交。

3.2 科室界面

科室手机界面通过授权可以登录查看,科室主任、班组长和科室兼职健康监测员经授权,可以通过手机随时查看所管辖范围内人员总数、当日已打卡人数、每人打卡时间、体温填报信息、流调异常情况、上岗班次和区位情况、核酸检测情况、健康码变化情况。对于各类异常情况,程序以红色字体显示;对于体温异常或出现疑似症状人员,程序会自动提示科室管理者密切关注异常职工并指导其到就近的发热门诊接受筛查,不得带病上岗;对于有风险接触的人员,程序会自动提示科室管理者要密切关注其行踪;对于有核酸检测超期人员,程序会提示管理者要加强督促和管理。通过以上设置,辅助科室对所辖人员进行及时管理和指导,切实落实科室层面的管理责任。

3.3 管理员界面

管理员界面由人事处统一管理。在手机界面上,程序会自动计算各科打卡的完成率,管理员可以随时

发现和督促当日打卡率低的科室,适当情况下做出全院通报,可以查看当日全院管理的全口径人员总数、已打卡的人数、人员在各工作区域的分布情况、各科室核酸检测完成情况、流调异常信息总数并定位到具体的科室和人员,并逐层进入到每个科室、每个职工的界面进行详细查看,具体见图2和图3。管理员还可以登录电脑后台,对全口径人员进行实时维护,并可以按照项目进行分类查询、多维度分析与统计,导出各类数据台账,如人员在岗班次和区位台账、人员健康监测台账、人员风险接触台账、离返京人员台账、弹窗人员台账,以支持不同的工作判断,具体见图4和图5。管理员还可以按照各部门的管理权限和需求,将查看权限授给院领导、医务、疾控、院感、党办和纪检等部门,让他们了解全口径人员的健康监测总体情况,对异常情况的处置形成部门联动,及时采取干预措施,真正做到闭环管理。



图1 个人手机界面



图2 管理员手机界面



图3 离返京信息



图4 管理员电脑界面



图5 搜索健康监测结果界面

4 健康监测程序执行效果分析

4.1 实现了工作人员健康监测的全覆盖和网格化

工作人员可在手机端安装健康监测程序,自助注册信息,通过审核后即可访问程序。相关科室将工作超过1周的人员信息报送至人事处,由其统一收集、维护和划定归属部门。不足1周的临时工作人员在大门口处通过本人信息扫码登记来实现管控。健康监测程序中每个人都划到固定的科室、部门和班组,

科室可以直观的看到每个人的健康信息,确保管理无漏洞、全覆盖,同时避免了人员在不同工作区域轮动,经常变换所在科室,出现问题找不到责任部门的情况,实现了人员的网格化管理^[11]。

4.2 提高了健康监测工作的效率和质量

新冠定点医院的职工健康监测要求高,使用场景多元,管理规则复杂,要确保职工无论在岗、隔离或者休假时都可以随时随地进行打卡操作。考虑到隔离

病区工作人员戴着手套和口罩,不便输入操作,医院在隔离病区部署了人工智能物联网设备^[12-14],结合测温设备管控门禁系统,体温、所在区位情况可以通过隔离病区出入口的闸机自动获取,关联健康监测程序,不需要人工输入,在屏幕上点几下即可完成每日打卡和健康查验和行迹追踪。使用健康监测程序后,个人手机确认提交,科室审核管理,医院汇总检查,保障了数据的准确性,避免了他人手工转录的错误。科室不再需要制作纸质台账留存备查,避免了隔离病区人员流动性大、纸张易污染、台账不易保存等闭环管理带来的问题^[15]。相关信息只对个人和科室管理员开放,规避了在线表格填报造成的信息泄漏风险,保障了个人隐私。健康监测工作从最初需要历时6小时完成到每天仅需1个小时即可完成,极大地提高了工作效率。灵活便捷的系统设置,全面提高了职工的配合度和防控管理水平。

4.3 支撑了监测需求的不断变化和突发事件的灵活应对

健康监测程序在SAAS平台(software as a service,软件即服务)进行搭建,通过网络提供软件服务,将业务逻辑写在客户端,无需下载,即用即走,可以替代传统的运维服务,具有良好的灵活性和可拓展性,随着疫情的变化而展开必备的信息收集^[16-19]。例如,在症状方面最初只收集个人体温信息,后期顺应病毒变异而增加了疑似症状信息的收集,并通过程序自动出现提示语,第一时间指导职工如何在院内和家庭有效应对疑似症状的发生。随着疫情在北京市出现社会面的隐匿传播,健康监测程序中增加健康码信息的自动获取及人员班次和区位信息的选择,针对不同区位人员出现不同种类弹窗的情况,程序自动给出解决方案,如隔离病区人员出现弹窗后,程序自动提示“立即报告院感部门并在酒店就地隔离”,非隔离病区人员出现弹窗后,程序自动提示“立即到社区报到,服从社区管理,在解除弹窗前请不要上岗工作。”疫情传播风险发生后,健康监测程序后台信息还可以辅助研判。为加快疫情处置,国家卫健委提出“逢阳必报、逢阳即报、接报即查”要求^[20],北京市提出“逢阳”处置8小时准则,我院随即在健康监测程序中增加了工作时段和区位的选择功能。医院顺义院区500余名职工因为电子围栏误伤而导致健康码出现弹窗,进而无法正常上岗工作。疾控处从健康监测程序后台提取工作时段和区位轨迹信息,与弹窗时间、弹窗分型进行匹配,从而精确定位误伤人员,与当地政府沟通后,顺利为电子围栏误伤职工取消了弹窗,确保了诊疗工作的正常进行,同时此项功能也保障了“逢阳”后可以即刻启动落位查人,快速精准的完成疫情应对。

5 体会

信息技术手段极大地提高了健康监测的全面性、准确性、便捷性和拓展性。项目的顺利推进实施离不开院级领导的重视,更是技术和管理双管齐下,相辅相成的体现。人事处、院感办、信息中心组成了强有力的项目组,部门间分工协作,有力地推进项目分阶段实施,并且注重在使用中不断收集使用情况和需求变化,快速迭代开发和完善。清晰的管理原则、明确的层级责任、顺畅的工作流程、程序使用情况的绩效考核机制建设也对项目落地见效提供了重要保障。

6 参考文献

- [1] 国家卫生计生委宣传司. 国务院联防联控机制 2022 年 5 月 6 日新闻发布会文字实录 [N/OL]. (2022-05-06) [2022-06-19]. <http://www.nhc.gov.cn/xcs/s3574/202205/3e4f3e39b27f4c5fa331149e19c88039.shtml>
- [2] 陈昌贵, 黄晓花, 王军, 等. 常态化防控状态下的医院人群分流管理策略创新与实践 [J]. 中华医院管理杂志, 2021, 37(12): 1008-1012.
- [3] 周梅, 杨爱琼. 新冠肺炎疫情下医院职工健康管理信息系统的构建 [J]. 中国现代医药杂志, 2021, 23(9): 91-92.
- [4] 董建, 徐瑾. 新型冠状病毒肺炎疫情下健康管理防控实践 [J]. 医学教育管理, 2020, 6(2): 102-106, 122.
- [5] 李思, 王巍, 宋宁宏, 等. 新冠肺炎疫情期间医务人员健康管理和综合保障实践探讨 [J]. 江苏卫生事业管理, 2020, 31(10): 1286-1288, 1291.
- [6] 国家卫生健康委医政医管局. 关于进一步加强新型冠状病毒肺炎救治定点医院院内感染预防与控制工作的通知 (联防联控机制综发 [2021] 78 号) [EB/OL]. (2021-08-09) [2022-06-19]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7659/202108/b9bf9130e8554686b089ef4b646e59b4.shtml>
- [7] 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.
- [8] 张青, 郭凤霞, 黄丽芬, 等. 新型冠状病毒肺炎定点救治医院隔离病区相关工作人员闭环管理模式实践 [J]. 河南预防医学杂志, 2022, 33(5): 401-404.
- [9] 国家卫生健康委医政医管局. 关于印发医疗机构内新型冠状病毒感染预防与控制技术指南 (第三版) 的通知 (联防联控机制综发 [2021] 96 号) [EB/OL]. (2021-09-13) [2022-06-19]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7659/202109/c4082ed2db674c6eb369dd0ca58e6d30.shtml>
- [10] 庄润森, 丁铭. 新冠肺炎疫情常态化防控的自我健康管理策略 [J]. 健康教育与健康促进, 2020, 15(6): 600-614.
- [11] 魏小雪, 徐亚非, 王陈龙, 等. 基于“WSR”方法论的新冠肺炎疫情期医共体内医务人员网格化应急管理机制研究 [J]. 中华全科医学, 2020, 18(11): 1884-1888.
- [12] 官和耀, 范平, 梁沛仪. 面向电力关键设备安全管控的人工智能+物联网技术研究 [J]. 长江信息通信, 2021,

临床医师执业法医临床鉴定人的角色转换理论与实践

程光 黄庆海 李海燕 王欢 吴琳 刘勇 白俊清 程爱国 白璐*

【关键词】 临床医师；法医；角色转换

中图分类号 R197.1 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)17-1344-02

目前，司法鉴定机构的法医临床司法鉴定人，多数是具有临床医学高级职称经过法医学专业培训和相关法律培训获得执业资格证书的临床医师。出身于临床医学专业的鉴定人具有系统而扎实的理论基础和丰富的临床经验，但其多数人都有“先天不足”——非法医学专业，因此，往往在鉴定过程中存在着“经验”“差不多”“预后差”“依靠医院辅助检查报告”等惯性临床思维，在鉴定意见书上的措辞也会表现出不够严谨、没能字斟句酌，甚至掺杂着对某些损伤仍然停留于临床认识和思维上等问题。这都是临床医师与法医临床鉴定人的角色转换中经常纠缠的问题。如何完成由临床医师向法医临床鉴定人的角色转换，现将我们对此问题的理解认识并结合长期在法医临床鉴定中的执业实践，总结如下。

1 充分认识到职能之不同

临床医师与法医临床鉴定人有着不同的角色，其职能截然不同。在医院是临床医生，临床医师的职能是治病救人，对于症状、体征、演变过程、决定诊断

的辅助检查非常重视，而对作为佐证的辅助检查如肌电图、诱发电位等只满足于“异常改变”。在法医临床鉴定机构执业时，作为法医临床鉴定人的职能是依法对被鉴定人的人体损伤程度做出医学科学鉴定，以追究当事人责任以及对人体损伤致残程度鉴定，使得被鉴定人获得应得的赔偿，所以必须以法律为准绳，本着科学求是的精神，概念清晰、表达准确、字斟句酌、严肃严谨，即便是标点符号也不允许出现误用、错用、错解、错写。比如，《人体损伤致残程度分级》5.10.6-6)中“一侧膝关节交叉韧带、半月板伴侧副韧带撕裂伤经手术治疗后，影响功能”条款，其中必须满足以下5个要素：①膝关节有外伤史；②交叉韧带、半月板伴侧副韧带同时损伤；③损伤程度是撕裂伤；④经过手术治疗；⑤术后存在功能障碍，但功能丧失程度大多数 $< 25\%$ ^[1]。

2 损伤类型的概念不同

临床损伤诊疗指南大多依靠损伤的分类或分型，因为分类或分型颇多，究竟临床医师采取哪一种，依个人的熟知程度、得心应手程度不同而不同。也有的损伤分类随着医学科学的进步及专家共识的变化而变化。比如，脊椎骨折，既往有单纯性骨折与粉碎性骨折之分，随着“三柱学说”的广泛应用，就改变成了

作者单位：063210 河北省唐山市，华北理工大学临床医学院（程光）；山东阅微司法鉴定中心（黄庆海、李海燕、王欢、吴琳）；唐山华北法医鉴定所（刘勇、白俊清、程爱国）；华北理工大学冀唐学院（白璐）

* 通讯作者

34(8):114-116.

[13] 臧艳辉,赵雪章,席运江.基于MF-R和AWS密钥管理机制的物联网健康监测大数据分析系统[J].计算机应用研究,2019,36(7):2065-2069.

[14] 王西锋,张晓李,李树华.基于物联网的远程游客健康监测系统实现[J].微处理机,2016,37(3):60-63.

[15] 李先晓,苏妙玲,陈育聪,等.新型冠状病毒肺炎定点救治医院隔离病区工作人员闭环管理体系的构建与实施[J].中国现代医药杂志,2022,24(3):105-108.

[16] 什么是SaaS系统?[EB/OL].<https://baike.so.com/doc/5924595-6137516.html>

[17] 李菁,唐宗宁,胡佳昊,等.基于微信小程序的移动教

育平台的搭建与研究[J].电脑知识与技术,2020,16(8):48-50.

[18] 陈琦.基于Webpy+Apache HTTP SerVer的微信小程序架构搭建研究[J].无线互联科技,2017(18):50-51.

[19] 卓仁前,夏先玉,钟涛,等.SaaS模式计算机实验平台构架设计与实现[J].电脑知识与技术,2022,18(19):70-73.

[20] 国家卫生计生委办公厅.国家卫生健康委召开全系统电视电话会议部署各地坚决遏制疫情蔓延势头从严加固疫情防控防线[EB/OL].(2021-08-08)[2022-06-19].<http://www.nhc.gov.cn/xcs/yqfkdt/202108/b3f1547236644abb81d551a930e69d96.shtml>

[2023-04-26 收稿]

“稳定性爆裂性骨折和不稳定性爆裂性骨折”。而《人体损伤致残程度分级》是“若椎体的前柱虽可见两条以上骨折线，但椎体并未断成3块或3块以上，仍视为压缩性骨折”。与临床“2条以上骨折线”的认识则不同。

3 对于疾病或致残严重度的判定标准不同

人体损伤程度的判断，临床医学与法医临床有的相同，有的不同，且法医临床更加严谨。作为临床医师在转换成法医临床鉴定人角色时，最好能够查阅现行有效的相关技术规范。比如《人体损伤程度鉴定标准》适用指南，《人体损伤致残程度分级》适用指南，《人身保险伤残评定标准》操作细则及《劳动能力鉴定、职工工伤与职业病致残等级》标准详解及适用指南。

比如全聋，临床上为70dB HL以下，而法医临床听力障碍耳纯音气导言语频率听阈级 ≥ 91 dB HL，耳听觉诱发电位言语频率反应阈经修正后相当于91dB HL以上。由此而论，医院诱发电位最大刺激到70dB HL即可进行临床诊断，无需再进行91dB HL刺激了。如此只依靠报告单，就会影响鉴定结论的准确性。

4 对于医院病历资料应该分析采用，不能盲目应用

法医临床鉴定时接收委托方所提供的医院病历资料，因就诊时受急性程度、医院级别、医生水平及/或介绍伤情人认知程度、表达能力等诸多因素影响，病历资料简单、误判、记录粗糙等非常常见。但鉴定人在进行鉴定时绝对不能不加分析地采信、盲目应用。

(1) 出院诊断不确切：通常认为，出院诊断即为有根有据的最后诊断。但是，实际上出院诊断常出现以下问题：①病历资料内没有出院诊断的诊断依据，比如无骨折脱位型脊髓损伤，没有神经系统检查、没有肌电图，只有MRI异常信号改变或肢体麻木、感觉减退等；②外伤性癫痫，而没有癫痫发作状态、脑电图检查、脑CT或MRI异常改变、抗癫痫药物使用及使用效果记录；③多发性肋骨骨折，而未明确肋骨骨折的作用病理机制、骨折部位、骨折数量、症状和体征等；④膝关节O'Denohue三联损伤，手术所见与出院诊断差距较大；⑤骨质疏松，多数是靠CT检查报告单而添加的骨质疏松或重度骨质疏松，而没有诊断的金标准：骨密度测定等。

(2) 临床医学鉴别诊断缺乏严谨性：常见的脊椎骨折、股骨颈骨折、胫骨平台骨折等，临床上治疗的需要，只有X线检查、CT检查就足够了，而法医临床鉴定则不同，需要明确这些骨折是新鲜的？陈旧的？或者陈旧基础上又发生新鲜的？这对于判断伤因关系至关重要。所以，除了常规进行X线、CT检查外，

如果不是影响急救或有生命危险，应该加做MRI检查。

(3) 需要进行动态性、全面分析：临床医生只要将疾病确诊或损伤诊断清楚后，余下的则是如何治疗了。但是，法医临床鉴定人则不然，必须将受伤后到鉴定时整个过程中症状和体征、生活能力、辅助检查等进行动态性、全面性分析判断。

典型案例：男，1959年出生。主因车祸致胸部外伤后入住某县医院治疗。住院期间曾3次性胸部CT检查，均提示为：右侧3~6肋骨骨折，右侧第4肋骨皮质结构不均匀，左侧3、10肋骨骨折，左侧5~9肋骨形态不规整。

伤后10个月，即2021年8月20日某大学附属医院CT显示：右侧3、4、5肋骨及左侧3、5、6、7、8、9、10肋骨欠规整。

经动态性分析发现：右侧第6肋骨和左侧3、10肋骨骨折与本次伤直接相关，而左侧5~9肋骨形态不规整，经多次复查未见明显变化，故不能认定为因本次车祸伤直接作用所致。最终：根据《人体损伤致残程度分级》，评定为未构成评残标准。

5 司法鉴定人独立性、自信力

司法鉴定人是鉴定意见书的责任人，不管委托人提供的医疗资料如何，盲目采用得出的结论，是要负法律责任的，与医院的医生、辅助检查报告单签字人丝毫无关。特别是医院辅助检查报告单无一例外的都会标注：请结合临床加以判断。作为法医临床鉴定人，一是相信检查报告单；二是具有角色转换后的自信力。这就需要3个条件：

(1) 严格按照现行法医临床各项技术规范思维、判断及操作^[1-3]。

(2) 如果鉴定机构拥有法医临床鉴定必备的仪器设备及独立实验室，应确信检查结果的正确性；如果没有特殊的实验室及或仪器设备，应该与三级甲等医院相关科室签订“法医临床鉴定检查协议书”，规范设备型号、操作方法、修正值等。

(3) 检查结果稍有不不确定性，则应组织专家讨论，形成共识。

6 参考文献

- [1] 司法部司法鉴定管理局，最高人民法院司法行政装备管理局.《人体损伤致残程度分级》适用指南[M].北京：法律出版社,2016.
- [2] 中华人民共和国司法行政行业标准.《法医临床检验规范》(SF/T 0111-2021)[S].2021.
- [3] 中华人民共和国司法行政行业标准.《法医临床影像学检验实施规范》(SF/T 0112-2021)[S].2021.

赋权型医患关系研究 ——以纪录片《中国医生》为例

常思远 梁昕

【摘要】 医疗题材纪录片《中国医生》聚焦全国具有代表性的大型三甲医院，有目的地选取包括知名医学专家和普通护士在内的 20 多位医护人员，并将他们的故事呈现在观众面前，不仅提升了受众对基本疾病防治认知水平，改善对医生群体的印象，同时也引导了社会公众对医患关系更加理性的思考。

【关键词】 《中国医生》；医疗纪录片；医患关系

中图分类号 R197.1;J952 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)17-1346-04

《中国医生》纪录片的导演张建珍将目光和视野对准了包括南京鼓楼医院、河南省人民医院、西安交通大学第一附属医院等全国各地具有一定代表性的六家大型三甲医院，从超过 200 位医护人员中选取了 20 多位医护人员并将他们的故事呈现在观众面前，这其中不仅有国际知名的专家，更是有其他医疗题材纪录片很少能关注到的普通护士群体。使之更为全景、综合，并且包含和概括更为全面，恰到好处地呼应了“中国医生”这部纪录片的名字。这一方面透射出这部纪录片的独特内涵与价值，同时在另一方面就是希望更全面地呈现出当今医疗环境下医患关系的发展与转变。

纪录片《中国医生》不仅在一定程度上帮助大众改善对医生群体的印象，在另一方面也提升了受众对基本疾病防治认知，纪录片中对于患者“赋权”的效果在一定程度上也催生了医生和患者双方某种想象的身份意识，促进了两者之间身份的转变，这也使得医患交流逐渐转变了此前过分单一的“家长制”的被动接受模式，逐渐转变成为合作模式和互相参与模式。

1 “赋权”型医患交流模式

1.1 “赋权”概念的理解

“赋权”这一概念根植于 20 世纪 60、70 年代兴起的“社会行动”研究和“自我救助”研究。赋权这个概念注重于强调挖掘和提升个人或者是群体的权力和能力。世界卫生组织将赋权这一词定义为“能够使人们更好地控制影响自身健康的决策与行为的过程”，赋权的核心内容就是个人或者一类群体为了改变自身情况和处境所采取的行动，因此具有一定的反抗和解放的内涵。同时，赋权这个行为并不是一个固定化的

作者单位：071000 河北省保定市，河北大学艺术学院

模式和状态，它是一个不间断地、持续地行为过程。

在医疗领域和医患交流关系层面，“赋权”的核心目的是使患者有能力与具备专业医疗知识的医护人员展开交流，从而更好地维护患者自身的生命健康。在就诊的过程中，通过赋权能够让患者在就诊过程中也分担一部分医护人员所承担的责任，能够在一定程度上缓解并且减轻医护人员内心的焦虑；同时被赋权后的患者也感受到了来自医护人员的尊重和信任，更加愿意配合医护人员的治疗。

1.2 医患关系中的交流模式和互动类型

根据已有的医护人员和患者的交流模式，以医学伦理中的“萨斯—霍伦德”经典医患沟通模式，即：积极主动与被动消极、引导与合作和互相参与这三种模式作为参考，第一种交流模式是在紧急突发且病症严重的情况下，医生的决定具有绝对的领导权；第二种模式是在患者有急性感染病的时候，患者听从医生的建议完成治疗；第三种模式是在患有长期慢性病时的交流模式。

1.3 “赋权”型医患交流模式的内涵

随着时代的发展和医学模式的转变，患者想要恢复健康，积极寻求医生的帮助，患者在就诊过程中所表现出的并非总是处于被动接受的状态，而是具有积极参与交流和协商诊疗方案的可能性，因此医疗健康传播领域的研究学者将赋权的理论融入到医患交流模式中使得医护人员和患者之间的关系逐渐由以家长式医患关系为代表的“医生中心论”向以合作式为代表的“患者中心论”的转变。并且采用倡导患者的独立性、意识到患者的需求、倡导信息交流这三种方式对患者进行赋权，逐渐形成了赋权型的医患交流模式。

赋权型医患交流模式的内涵是：通过给予患者这类群体权力，使得患者能够有能力且更加自愿地与医

护人员进行沟通与交流,在能够达到最好的诊疗效果的同时,也能够提高患者对于就诊过程的满意度以及对医护人员服务的认同感。目前努力构建赋权型医患关系的最重要的目的就是使得患者能够具备一定的能力与具有专业理论知识的医护人员进行沟通与交流。

将赋权的概念应用到医患关系中使得患者在就医和诊疗的过程中不仅能够实现身体的康复和痊愈,同时也能感受到来自医护人员的耐心和尊重,也就使得患者愿意打开自己的心扉与医生展开交流,拉近医生与患者之间的感情,推动就医诊疗过程顺利进行,赋权型的医患交流模式有希望能够从根本上改进医生与患者之间的关系,进一步推进和谐医患关系的构建。

2 医患关系呈现下的空间构建

《中国医生》的成功之处就是在于构建出了完整且严密的背景环境空间,为纪录片的叙事推进以及故事中医患关系的呈现提供了场域条件的同时,更进一步引发了患者和观众内心的情感共鸣。

地理环境空间的塑造是纪录片作品中的重要组成部分,是承载纪录片中承载着人物活动的区域空间,更是人文类纪录片推进叙事必不可少的环节。对于传统的医疗题材类的纪录片,故事发生的环境场域相对较为集中,大多都集中在医院内。但是《中国医生》这部纪录片在传统环境空间是医院的基础之上进行了补充和创新,在医院内的区域中不仅涵盖了大部分的主要科室和部门,同时,将纪录片中故事发生的区域限制从医院扩展到家庭环境之中,增加了对于医生以及患者居住环境的呈现,让纪录片中的医患关系的呈现更加丰富,而不是不仅仅局限于医院之中。

2.1 病房,手术室:生命的希望

病房和手术室在医疗纪录片中是最为常见,也是占据纪录片中画面最多的地点,手术室是医生拯救患者与疾病作战的主要战场;病房则是患者恢复和修养伤口的场所,病房和手术室对于医生和患者而言都代表着生命的希望。

辛月芳是一位肝癌的晚期患者,在她生命的最后阶段的大部分时间里都是在病房中度过的,在十年抗癌的经历中,她一直都追随潘红英医生进行疾病的治疗,考虑到患者家庭的经济负担压力,潘红英用功效一致的国产药物来代替进口药品,每当工作不忙的时候,潘主任就会到辛月芳的病床前与她唠唠家常,努力让患者保持积极乐观的心态,医生无微不至的救治与悉心的照料也让辛月芳将自己的生命完全托付给她。这种强烈的医患感情与充分的信任也是对生命的终极关怀。

一位老年患者从2米高的台子上面摔了下来被送

进南京市鼓楼医院的急诊科救治,急诊科主任王军带领医护人员展开救治,救治的过程画面采用紧张急促的音乐,呼吸机等治疗仪器发出的声响清晰地映入耳中,将手术室内紧张且焦灼的抢救过程呈现给观众,王军医生在紧急开展抢救的过程中也没有忘记在手术室外急切等待的患者家属,抽时间在向患者家属解释病情和治疗情况,在挽救患者生命的同时,也给予了患者家属希望。

2.2 走廊,患者通道:情感的寄托

《中国医生》这部纪录片中对于患者的就诊情况大部分都是跟随式的全程记录,从患者进入医院的大门开始跟随记录,从伴随着警报声的救护车停在医院门口开始,伴随着快节奏的音乐和紧张的叙事氛围,患者躺在推车上,被家属推着穿过走廊和患者通道,飞奔向急救室。当急救室的门被关上,患者家属就好像是被一道阴阳之门挡住了去路,他们能做的就只有死死地守在急救室外的走廊和通道上,第一时间抓住门开时的生命信息。

杨柳灿是一名心脑血管病患者,由于这类疾病的病症本身的紧急性和突发性需要立即进行抢救,当主任医师耐心地与患者家属进行病情沟通之后,患者被即刻推进了手术室,画面镜头给到了在通道外焦急等待的患者,他们脸上焦急的目光死死地盯着手术室的门,当医生走出手术室的一瞬间所有的家属都围了上去抓着医生的手询问手术情况;何宇轩小朋友是一名再生障碍性贫血的患者,在孙自敏医生的诊断下决定进行脐带血移植手术,由于隔离舱是一个完全无菌的环境,所以何宇轩的父母只能透过走廊外的玻璃对孩子的情况进行观察,看到满身插管的孩子,父母只能在走廊中期盼治愈的日子快一些到来。

当家属在门外焦急等待的时候,医生总是会第一时间向患者说明疾病的状况,并且在治疗过程中会定时向家属汇报手术的进程情况,当患者家属将生命的希望寄托给医生时,医生也用最耐心的回应缓解着患者内心的痛苦。

2.3 出租屋:情感的延续

《中国医生》这部纪录片中,除了对医院内部的环境和场景的描绘和塑造,另外出现比较多的场景就是患者的家中。除了在医院内医生与患者之间救助与被救助的关系之外,医生与患者之间的关系并不是仅仅以治疗完成就作为结束,在完成对就诊和医疗过程的记录与追踪之后,还加入了医生对出院患者的追踪与回访的过程。

由于影片中大多数的患者都是从外地前来就医,且家庭条件大多都无法支撑巨额的医疗费用,所以大多都居住在出租屋内,多位医生在患者出院后再一次

走进了患者生活的出租屋内,在使得纪录片本身更具真实性和纪实性的同时,也让医患关系得到了进一步的顺延。

河南省人民医院肾脏内科的护士长田素革定期会对腹透患者进行随访,在查看他们透析情况的同时,也能够更加了解患者的生活情况,患者刘新勇一家六口住在一间不足70平米的出租房里面,一家人仅仅依靠刘新勇每天早起给超市送货为生,田素革一进入家中,刘新勇的母亲立马抓住了她的手,对她一直以来尽心地照顾表示感谢,看着出租屋内刘新勇一家艰辛的生活状况,田素革也忍不住留下了泪水。医护人员和患者的感情在出租屋内得到了延续。

3 赋权型医患关系在“对话”模式中的呈现与表达

最早提出对话理论的俄国学者巴赫金认为:“人类情感的表达、理性的思考乃至任何一种形式的存在都必须以语言或者话语之间地不断沟通作为基础,两个声音才是生命的最低条件。”对话理论明确指出:话语在本质上是对话的,这也就是说话语或者语篇都不能被孤立地进行阅读和理解。任何对话都不是孤立地表达,说话者所表达地话语不可避免地后面的回应保持关联。因此,对话是联系主体和客体之间沟通的桥梁,探究主客体之间的关系,两者之间的对话也是必不可少的要素。

对于医疗关系而言,对话往往发生在医院等医疗场所,身为对话者的双方往往是医生和患者,同时也是医患关系发展的主体和客体。我们会发现日常的医生和患者之间的对话主要包含三种对话形式:医生与患者之间的对话、医生与自己内心的对话、医生与家人的对话包含和病人家属以及自己家人的对话,《中国医生》这部纪录片抓住了医生和患者之间对话的这一叙事方式来对医生和患者之间的关系进行塑造与呈现。

3.1 与患者及其家属的对话:还原患者的主我身份

在医疗的过程中,当对话作为医生和患者的交流方式的时候,就必须要强化两个主体之间地位的平等。在传统的就诊过程中,患者由于医疗知识方面非专业化的特点,所以医护者以一种高权势话语定位占据了封闭式的对话讲述。在《中国医生》这部纪录片的医患沟通中,还原了患者主我的身份和地位,将二者放在平等的地位,推动了指导与合作新型医患交往方式的构建。

阮瑞霞是一名创伤护理师,在她的工作中,每天需要面对无数“糖足病”的患者,她在采访中袒露出了自己的心声:我也很抵触流着脓并且散发着恶臭腐烂很严重的伤口,但是他们自己本身就会因为自己

身体的缺陷感到苦恼,我不能再因为我自己对他们造成更深的伤害。所以她总是面带微笑和患者说这话,耐心满足着每一位患者的需求。

在讲述朱良付的故事时,导演以一段自白作为开头,一位患者的家属虽然自己很认可朱医生的医术,但这并不会消除朱医生没有救回自己亲人的仇恨。虽然听起来很残酷,但是当患者家属面对自己亲人离开的时候,他们总是需要找到一个能释放内心悲痛的途径,此刻的家属无法理解医生所讲的专业性的医学知识,便只能发泄在医生的身上。

所以,为了避免医患矛盾的升级,《中国医生》这部纪录片种所展现的医生会采用日常性的词汇对专业性的医学话语进行重构,从而方便患者家属对于患者健康和疾患的理解,努力将原本患者和家属的被动接受的医患关系转变为患者和医护人员进行合作与协商的关系,让患者家属原本紧张焦虑的心情的到了缓解,从而促使患方家属理解了疾病的真实意义,提高了患者家属内心的安心感和满足感,在提高了医护人员和患者之间相互信任的同时,还原了患者本身的主我地位,也真正关注到了患者和家属内心最真实的诉求。

3.2 与自我的对话:医者仁心的责任与担当

传统社会里用“医者仁心”这个词来表示对医生的尊崇,《中国医生》创作之初的一个重要目标就是呈现出当代医生的医心和操守。这部纪录片以“挚诚”“成长”“妙手”“信念”“契约”“守护”“抉择”“希望”和“初心”为主题的9集内容,通过医护人员与患者之间的就诊、沟通和交流等大量极具现场感的对话,形象地诠释了“医者仁心”的意蕴和内涵。

王东进是南京鼓楼医院心胸外科的主人,他被人们亲切地称赞为“心脏拆弹专家”,他自身患有非常严重的颈椎病和腰伤,但他仍坚持一年做两千多台手术,在工作之余还乐此不疲地坚持参加义诊和讲座,为的就是自己身为医者的那一份坚守;牟一平是浙江省人民医院胃肠科的主任,他利用闲暇时间苦心钻研腹腔镜相关的专业医学知识,利用学成的腹腔镜微创手术治愈了无数的胃肠病患者,他说到“医生要想做的好就必须要有医者仁心的工匠精神。

在疾病面前,患者家属要面临着血缘至亲和现实利益的进退两难,但是医生更要面临着自我内心情感挣扎的多重考验。

抢救室外,邵翔医生给出了患者家属详细的手术方案和最中肯的建议,但是患者家属却在犹豫了长达5个小时之后选择了放弃手术,邵翔医生面对着患者离去的背影留下了一声声叹息;年轻的博士徐晔是南京鼓楼医院烧伤科的主任,他为了救助因煤气泄

漏而大面积烧伤的老刘夫妇倾注了自己全部的心血，他不仅耐心地为她治疗和换药，在家属口中得知家庭经济状况之后，他又尽自己最大的努力为其争取到了“大病救助”的基金，但是当他得知患者因为医疗费用不辞而别的时候，徐晔医生无奈地感慨：“有时候可能医术都还没有碰到瓶颈的时候，就已经遇到人心的瓶颈了。”

中山医科大学校门的红楼上挂着一副对联：“救人救国救世，医病医人医心”，更多的时候医生会迫切地希望患者能够康复，有的甚至都自己搭钱进去，有时候希望患者活下去的甚至不是家属，而是医疗方，医心不仅是医生的最高信仰，更是无数医护人员最高的价值追求。

3.3 与家人的对话：框外空间的延伸表达

“框”一词的概念最早来源于绘画领域，在最传统的二维绘画里，“画框”的作用是给绘画作品和内容限制一个区域和范围，以此来保障框内空间的视觉平衡。在影视作品中对于框这个概念的应用主要是用来对环境空间以及人物关系等空间进行划定。传统的医疗题材纪录片将医疗人员和患者这对人物关系的呈现限定在公共生活这个框架之中，公共生活顾名思义就是医者工作，患者就医期间所发生的故事。《中国医生》这部纪录片突破了传统医疗纪录片框内的限制，将医患关系的呈现扩展到了私人生活之中，私人生活则是工作和就诊结束之后的状态。家庭是私人生活中所占篇幅最多的场所，通过对私人生活中与家人相处最真实的状态进行记录，给观众呈现出脱去工作外衣，回归普通人身份后与家人最真实的相处模式。

在医生这个群体身上，通常都是私人生活被挤压得所剩无几，当朱良付脱下象征着工作责任的白大褂回到家中时，大部分的时间都已是晚了，他只能轻声在房门口看一眼已经熟睡的孩子，即便有时候能赶上在家中吃一顿晚饭，中途也会被医院的电话紧急召回，他的家人在采访时说道“大多时候必须把这个人理解为他是不属于这个家的，如果没有这个境界，那最好不要嫁给医生。”

魏嘉和她的丈夫都是医护人员，两人在上学期间是出了名的学霸夫妻，但是因为医生的身份和工

作，两人能重合的时间点几乎很少很少，当两人难得遇到相同休息时间的时候，他们会一同看书学习，相互交流和分析医院的案例，共同学习和进步，当魏嘉得知有出国学习深造机会的时候，她还在心疼丈夫一个人照顾家庭太辛苦，但是丈夫却毫不犹豫地表示支持。

在医患关系中患者是弱势且无助的，然而当医生从工作的身份中抽离出来之后本身也是普通人。每一个医生背后也有默默为他付出的家人，只有当医生这个角色被还原成普通人，才能更好地呈现出医生这个职业所赋予他身上的神圣感和责任感。

医生、患者和家属，这三个不同的角色在纪录片《中国医生》的每一集中不停地相遇和交织，一直都在上演着不同的故事。这三种角色形象的塑造也贯穿着这部纪录片中医患关系的整个脉络。

4 结语

《中国医生》这部纪录片通过跟踪拍摄一个个有温情、有责任、有矛盾，也有希望的医患故事，多视角呈现了医生与患者这两个主体在相处时的状态，力求在医患之间建立一条精神合力的纽带，让观者对合作与协商型的医患关系不再停留在“了解”层面，而是产生情感认同之上的“理解”，解读医疗系统在国民进程中扮演的重要角色，真实地展示中国医生们救死扶伤道路上的悲欢离合。

5 参考文献

- [1] 闻英. 健康传播视角下的医患交往研究——以医疗纪录片《中国医生》为例[J]. 新闻研究导刊, 2022, 13(14):227-229.
- [2] 梁乃方. 医疗人文纪录片中医生媒介形象呈现研究[D]. 济南: 山东师范大学, 2021.
- [3] 吉平, 曾飞. 理性话语·人文彰显·价值导向——纪录片《中国医生》的思想意蕴[J]. 当代电视, 2020, (8):70-73.
- [4] 王晖. 医疗题材纪录片的新向度与新聚焦——评纪录片《中国医生》[J]. 中国电视, 2020(6):79-83.
- [5] 陈厚朴. 用纪录片讲好中国故事——以纪录片《中国医生》为例(下)[J]. 南腔北调, 2020(6):33-47.

[2023-06-16 收稿]

饮食温度调控器具及其应用现状

李一丹 刘家颐 张容芳 李木子 高维杰*

【摘要】 温度超过 65℃ 的饮食有致癌风险, 饮食温度调控器具可以辅助大众控制饮食温度。通过对饮食温度调控器具类型、应用现状及未来产品展望进行综述, 对饮食温度调控器具的应用提出合理化建议, 旨在更好地为运用相关辅具和开展大众的饮食温度保健提供借鉴。

【关键词】 饮食温度; 老年护理; 辅具; 产品设计

中图分类号 R212; TM925 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)17-1350-03

Research progress of dietary temperature control apparatus and its application Li Yidan, Liu Jiayi, Zhang Rongfang, Li Muzi, Gao Weijie. Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 301617, China

【Abstract】 The diet with a temperature of more than 65℃ is risk of carcinogenic. The diet temperature control appliance can assist the public to control the diet temperature. By reviewing the type of diet temperature regulatory equipment, the public's faithfulness of drinking temperature, and future product outlook, the purpose is to better provide a reference for the use of related auxiliary devices and strategies

【Key words】 Dietary temperature; Geriatric nursing; Assistive devices; Product design

饮食温度与健康密切相关。适宜人体的食物和液体的温度应为 65℃ 左右^[1]。但我国传统饮食文化强调吃热饭喝热茶, 尤以老年人为重。但由食物或饮品温度过高引发的烧烫伤时有发生, 在儿童中的发生率约为 9%。温度大于 33℃ 会引起皮肤或粘膜屏障修复障碍^[2]。众多研究者指出热饮有致癌风险^[3-7], 国际癌症研究机构 (IARC) 经过评估后认为超过 65℃ 的热饮, 属于 2A 类致癌物。首位受累器官为食管^[8]。西南地区居民普遍为热饮 (以温度 >60℃ 为标准), 热饮导致的该地区食管鳞状上皮细胞癌的风险增加了 1.5 倍^[9]。贲门癌的主要危险因素也是烫热食物摄入较多 (≥ 1 次/周)^[10-11]。因此帮助人们日常调控饮食的温度是非常必要的, 饮食温度调控器具可以实现这一目标。目前市面上已有诸多相关器具可帮助大众调控饮食温度。本文对相关产品进行综述, 旨在更好地为运用相关辅具开展大众的饮食营养保健。

1 饮食温度调控器具及其机制

(1) 热敏变色餐具和水杯: 热敏变色餐具是利用热敏变色材料的特性, 通过在碗、勺等餐具中加入热敏变色料, 从而实现变色功能。例如热敏变色杯, 是其将热敏变色颜料附着于杯体上, 当杯体受到外界温度刺激而进行变色。热敏变色材料, 是指在特定温度下由于结构发生改变而表面颜色发生变化的物质^[12]。

基金项目: 天津中医药大学第十二届大学生科技创新基金项目 (编号: Y010011604)

作者单位: 301617 天津中医药大学护理学院

* 通讯作者

目前使用较多的热敏变色材料是热敏变色颜料类, 如变色粉、热敏变色油墨、温变粉等。热敏材料最大的属性特点就是通过温度改变, 发生一定的其他维度属性变化, 所以热敏材料在餐具的设计应用中需要与具有“温度变化”特征的产品紧密结合^[13]。热敏材料在餐具的应用中主要起传递温度信息的作用, 即在食品达到适当的温度时进行变色以提醒使用者。

(2) 恒温餐具: 恒温餐具是指保持食物在所需要的温度的餐具, 主要有普通恒温餐具、电热恒温具、充电恒温餐具、多功能恒温餐具、智能恒温餐具。普通恒温餐具的机制是注入一定量的热水, 以弥补食物热量的损耗, 但温度保持的时间短暂且不稳定; 电热恒温餐具的机制是在底部安装电发热装置。一般分为可调温与不可调温; 充电恒温餐具是在电热恒温餐具的基础上加入了充电电池, 不用有线连接充电; 多功能恒温餐具是在普通电热恒温餐具的基础上加大电热的功率, 使其不光有保持温度到恒定的功能, 还有加热的功能; 智能恒温餐具即是在原来具有恒温功能的前提下, 增加高温警示、倾倒保护以及自动启动功能。此类餐具的优点是在一段时间内能保持食物在一个适宜的温度, 方便了人们的饮食。另外, 注水类和充电类餐具还需要完成注入热水、连接电源的步骤才能实现恒温, 使用起来略显麻烦。

(3) 保温杯、恒温水杯: 保温杯一般是由陶瓷或不锈钢加上真空层做成的盛水的容器, 顶部有盖, 密封严实, 真空绝热层能使装在内部的液体延缓散热, 以达到保温的目的。其保温机制主要有杯体抽真空镀

膜法, 加热保温法, 壶袋填充保暖材料法^[14]。多位学者正在研发新的保温材料或策略^[15]。保温杯的设计者在保温的基础上, 附加了其他功能, 例如方向指示、给养器材、应急充电、防尘防菌、水温显示、音乐播放提示等。

(4) 55℃杯: 因其可以将所有高于55℃的液体冷却, 也能把低于55℃的冷水加热, 达到最适合人体饮用的温度的功能在网络走红, 成了各大电商的新宠^[16]。55℃杯的工作机制是其在不锈钢夹层中贮存了一种微米级传热材料, 当水温高于55℃时能够快速把热量传导至杯壁并贮存起来, 使水温降到55℃左右。该类水杯的优点是使水温快速降至适宜温度, 极大的方便了人们的生活, 缺点是只能盛装白水, 不能盛装茶水。而中国有饮茶文化, 目前可快速降低茶水温度的产品在市面上是没有的。

(5) 其他: Behance 网站上有设计师上传了一款“Shirist 系列杯垫”设计作品, 通过在常规的杯垫表面上添加了热敏涂层, 当杯垫接触到盛装有液体的杯子时, 杯垫可以根据杯子的温度显现出不同深浅程度的图案和颜色。该产品具有趣味性, 而且使用方便, 但价格偏高, 国内未见销售。

2 影响大众对温度调控器具的接受或使用的因素

(1) 大众对饮食温度的认知和态度: 根据知行教育模式, 认知和态度是影响健康行为的主要因素, 因此树立正确的健康观念, 科普合理的健康生活方式对改善热饮热食有很大的促进作用。研究者前期随机发放一般资料调查问卷和自行设计问卷, 调查问卷结果显示: 38%的人从未听说过热饮热食存在致癌风险, 52%的人表示接触过, 但没有深入了解过, 仅10%的群体深入了解过这一观点。大多数人缺乏热饮热食对健康不利的健康信念, 热饮热食对健康不利的科普有待提高。通过调查问卷, 研究者发现食物趁热吃、饮品趁热喝的概念是大众普遍认可的, 在中国西北部, 热饮热食与食管鳞状上皮细胞癌的发病率呈正相关^[14]。热饮热食可增加食管癌, 尤其是食管鳞状上皮细胞癌的发病风险^[8]。树立热饮热食对健康不利这一观点对促进改善热饮热食行为非常重要。建立起热饮热食会增加食管癌风险^[17]的健康素养才能更好的避免热饮热食带来的潜在风险, 在生活中多数群体没有建立起相关健康知识储备。

同时研究者发现, 对于避免热饮热食的科普现状仍有较大的理论研究空间。现有调查报告指出热饮热食对身体不利, 而对如何减少不利因素: 如吃饭饮水适宜温度的定量研究、调控食物温度的器具设计等并未有明确说明。

(2) 饮食温度调控器具的设计: 热敏变色餐具和水杯具有感温效果好, 科技感, 健康效能, 美观等一系列优点。但尚有不足之处, 主要包括, 一是变色餐具的种类少。市场更多的还是热敏变色水杯、餐勺, 很少有热敏变色的碗、筷、盘子等产品。然而中国饮食文化中碗、筷的使用频率是最高的。二是设计针对性很小。现有热敏餐具还是面向大众更多是青中年使用, 没有考虑针对老年人在用餐时的不方便。中国人的用餐习惯中, 筷子使用频率高, 但是目前市场上大部分手部辅具设计的只是餐勺, 而部分的筷子设计造型使用起来并不方便, 并不太方便特殊人群。例如食管手术后患者、贲门病变或者老年人的使用。而且相对于年轻人, 特殊人群由于对温度的感控程度不精细, 对这种感温餐具的需求性更强尤其可见, 目前市场缺乏相关系列产品, 在老龄化背景下帮助老年人实现独立自主活动提高生活自理能力可提升其福祉^[18]的前提下, 市面上辅具多以大型功能性产品, 如移动助行辅具, 肢体康复辅具, 辅具市场服务体系中部分老年人不购买辅具的原因之一是市场中辅具设计单一, 不符合其需求^[19], 因此将热敏材料与生活餐具紧密结合, 研发相关饮食温度调控器具有助于提高老年人生活质量。

(3) 饮食温度调控器具的耐用性: 饮食温度调控器具因其具有温度调控功能而会加装相应的装置。而这些装置经不起磕碰且不能进水, 餐具的日常使用会较为频繁并且多有碰撞。比如碗筷与杯子、盘子、碗的磕碰; 老人或儿童精细动作减弱导致握不住水杯等, 饮食温度调控器具的耐用性低是大众对此类产品的购买意向低的原因之一。

(4) 饮食温度调控器具的价格: 目前饮食温度调控器具的价格普遍偏高, 这也是影响饮食温度调控器具普及的因素, 如常规500ml玻璃水杯的价格为20~80元, 而如果加装温控装置, 其价格为200~700元。饮食温度调控器具的价格比无温度调控功能的同种型号器具高出10~100元。

(5) 饮食温度调控器具的品牌及宣传: 品牌对产品的销量是有直接影响的。知名餐具品牌有康宁, 其年销量约为20万件。但是均未生产此类产品。生产饮食温度调控器具的商家品牌有卓亲, 可菲尼, 均为不知名品牌。而且, 这些小众品牌的广告宣传的力度也比较弱。未见其在公共媒体、场所投放的广告。

3 未来产品展望及开发建议

(1) 产品设计的宜人性: 宜人性设计是指在原有设计的基础上, 根据人的行为、生理结构、心理状况和思维方式等维度, 对产品进行优化设计, 使其更

加舒适、方便、适合人的使用^[20]。宜人性设计是对人的心理、生理需求和精神追求的满足和尊重。目前产品不宜人,表现为现有测温工具视觉直观性、操作便捷性较差,日常生活中热敏材料与餐具的结合少,材料与使用方式创新性受限。比如什么产品的什么特点使用繁琐。

(2) 加大老年人适用产品开发:随着人口老龄化进程不断加快,养老辅具产品的需求不断扩大。老年人感知觉功能下降,但普遍持有热饮热食的观念,所以开发老年人适用的控温餐具势在必行。老年人身体机能下降,精细动作不能,因此拥有一个能稳定辅助进食的工具不仅符合老年人的生理需求,在心理上也充分尊重了老年人。比如,目前勺子的手柄对于老年人来说过细,不便握持,所以在设计上应帮助老人拿得更稳,相关器具的使用应尽可能简便易操作,方便老人使用。

(3) 加大日常器具感温、控温功能开发:目前未见热敏筷、碗类的产品。而中国饮食习惯中碗和筷的使用频率是较高的。因此,未来产品设计可考虑将感温变色材料与碗、筷结合,开发更适合中国饮食习惯的温控产品。另外,目前有可快速降水温的55°水杯,但未见可快速降低食品和茶水温度的器具。而热汤、热粥、热羹、热茶等食品在中国人餐桌上是很常见的,因无法快速降温而被迫喝热汤也是时有发生。因此,需要开发可以快速降低各类食品、茶水温度的器具。

4 小结

目前的温控产品主要有热敏变色水杯以及便携式测温勺、热敏变色碗和水杯等。这些产品通过不同的原理,帮助大众控制了饮食的温度,使得饮食更健康更便捷。但因 Shirist 和 55°C 水杯产品存在价格昂贵、使用麻烦的缺点,饮食温控餐具的接受度不高。期望未来可以开发更多温控产品,比如热敏变色筷子、可控温吸管、老人专用防抖热敏辅具勺等使得食物和饮品的温度调控更方便,大众愿意使用此类产品。从而更健康的饮食和生活。

5 参考文献

- [1] Dana Loomis, Kathryn Z Guyton, Yann Grosse, et al. Carcinogenicity of drinking coffee, mate, and very hot beverages[J]. *The Lancet Oncology*, 2016, 17(7).
- [2] 孙嘉, 蘧雅璇, 王克威. 温度敏感 Ca²⁺ 通透 TRPV3 通道的结构与功能[J]. *生理科学进展*, 2023, 54(01): 4-12.
- [3] Bravi F, Edefonti V, Randi G, et al. Dietary habits and esophageal cancer[J]. *Diseases of Esophagus*, 2015, 28: 59-67.
- [4] Mosavi-jarrahi A, Mohagheghi M A. Epidemiology of esophageal cancer in the high-risk population of Iran[J]. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2006, 7: 375-380.
- [5] Yang H, Lin Y, et al. Risk factors of esophageal squamous cell cancer specific for different macroscopic types [J]. *Nutrition and Cancer—an International Journal*, 2019, 37(4): 341-349.
- [6] Middleton DR, Menya D, Kigen N, et al. Hot beverages and oesophageal cancer risk in western Kenya: Findings from the ESCAPE case-control study[J]. *International Journal of Cancer*, 2019, 144: 2669-2676.
- [7] Liu S, Liu Z, Huang L, et al. Oolong tea consumption and its interactions with a novel composite index on esophageal squamous cell carcinoma[J]. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 2019, 19: 358.
- [8] Gopakumar Aji, Sreejith Anusha. Very hot tea drinking increases esophageal squamous cell carcinoma risk in a high-risk area of China: a population-based case-control study[J]. *Clinical Epidemiology* 2019: 43.
- [9] Tai W P, Nie G J, Chen M J, et al. Hot food and beverage consumption and the risk of esophageal squamous cell carcinoma: A case-control study in a northwest area in China[J]. *Medicine*, 2017, 96: e9325.
- [10] Chen Y, Tong Y, Yang C, et al. Consumption of hot beverages and foods and the risks of esophageal cancer: A Meta-analysis of observational studies[J]. *BMC Cancer*, 2015, 15: 12-14.
- [11] 谢双华. 中国上消化道癌高发区食管胃交界部癌(贲门癌)危险因素及预测预警标志物的多中心前瞻性研究[D]. 北京: 北京协和医学院, 2020.
- [12] 吴宝龙, 吴赞敏. 有机热敏变色材料及应用[J]. *济南纺织化纤科技*, 2008(1): 22-28.
- [13] 李晶, 甘嘉珩. 基于热敏材料的家居产品设计研究[J]. *设计*, 2022, 35(13): 73-75.
- [14] 王梦倩, 杨晓燕. 老年人餐具设计[J]. *科技视界*, 2017(05): 105, 162.
- [15] 杨阳. 便携式保温杯/壶的发展及研究概况[J]. *科技与创新*, 2018(12): 22-24.
- [16] 孙义苏. 变色杯情感化设计研究[D]. 南京: 南京工业大学, 2016.
- [17] 谢芬, 魏鹤群, 刘青, 等. 热饮热食与食管癌风险的 Meta 分析[J]. *护士进修杂志*, 2002, 37(9): 1713-1719.
- [18] 孔祥富, 余慧, 薛泽华. 福祉设计视野下的老年生活辅具设计研究[J]. *包装工程*, 2022, 43(2): 42-49.
- [19] 刘蓓. 基于需求层次理论模型探究居家养老辅具产品的消费需求——以广州市为例[J]. *现代商业*, 2022(2): 3-5.
- [20] 曲云泉. 试论健身设备的宜人性[J]. *机电产品开发与创新*, 2022, 35(1): 57-59.

[2023-04-07 收稿]

不同年龄段大肠息肉患者临床特点分析

司徒树标

【摘要】 目的 探讨中青年组与老年组大肠息肉患者的临床特点。方法 选取 2021 年 6 月 1 日 - 2022 年 5 月 31 日医院经电子结肠镜检查后确诊的 586 例大肠息肉的患者作为调查对象。以年龄 ≥ 60 岁的 334 例患者作为老年组, 年龄 < 60 岁的 252 例患者为中青年组, 分析两组患者的临床特点。结果 586 例大肠息肉患者中男 354 例, 女 232 例; 年龄 21 ~ 95 岁, 平均 60.48 岁; 位于左半结肠及直肠共 512 例, 腺瘤性息肉 448 例。老年组与中青年组患者息肉的数量、部位、病理类型差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。老年组患者合并慢病史及吸烟的比例高于中青年组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 大肠息肉多见于男性, 左半结肠, 腺瘤性息肉较常见, 老年人具有吸烟史、合并慢病是的比例高于中青年组。

【关键词】 大肠息肉; 肠镜; 年龄; 结肠

中图分类号 R735.34 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)17-1353-03

Clinical characteristics of colorectal polyp in different age groups Situ Shubiao. Liwan Central Hospital, Guangzhou 510170, China

【Abstract】 Objective To investigate the clinical characteristics of colorectal polyp in young and middle-aged patients and elderly patients. **Methods** Totally 586 patients with colorectal polyp diagnosed by electronic colonoscopy from June 1, 2021 to May 31, 2022 were selected as the subjects of investigation. 334 patients aged ≥ 60 years were selected as the elderly group, and 252 patients aged < 60 years were selected as the young and middle-aged group. The clinical characteristics of the two groups of patients were analyzed. **Results** There were 354 males and 232 females in 586 patients with colorectal polyp. Age range from 21 to 95 years old, with an average age of 60.48 years. There were 512 cases located in the left colon and rectum, and 448 cases of adenomatous polyps. There was no statistically significant difference in the number, location, and pathological type of polyps between the elderly group and the middle-aged and young group ($P > 0.05$). The proportion of elderly patients with a history of chronic illness and smoking was higher than that of the young and middle-aged group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Colorectal polyp are more common in men, and adenomatous polyps are more common in the left half of the colon. The proportion of elderly people with smoking history and chronic diseases is higher than that of young and middle-aged people.

【Key words】 Colorectal polyp; Colonoscopy; Age; Colon

大肠息肉是常见的大肠疾病之一, 指自大肠黏膜而隆起于黏膜表面的病变, 有癌变风险, 提倡早期发现, 早期诊断, 早期切除^[1]。我国现阶段的大肠息肉发病率不断上升, 为了解大肠息肉在不同年龄发病规律, 早期防治大肠癌, 本研究对医院大肠息肉患者进行研究, 分析不同年龄大肠息肉的临床特点。

1 对象与方法

1.1 调查对象

选择医院 2021 年 6 月 1 日 - 2022 年 5 月 31 日经大肠镜诊断为大肠息肉 586 例患者作为调查对象, 以年龄 ≥ 60 岁患者作为老年组, 年龄 < 60 岁患者为

中青年组, 所有患者均息肉完整摘除以后送至病理检查。

1.2 调查内容及方法

调查内容包括患者的年龄、性别、息肉数量、部位、病理类型、身体质量指数 (BMI)、吸烟史、合并疾病等。肠道镜检使用 PENTAX EG29-I10 肠镜, 所有患者均给予聚乙二醇泻剂排出到无渣的清水为止。

1.3 数据分析方法

运用 SPSS 19.0 统计学软件分析处理数据, 计数资料计算率或构成比, 组间构成比或率比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

586例患者中男354例,女232例;年龄21~95岁,平均60.48岁。老年组334例,青年组252例。大肠息肉中单发357例,多发229例;位于左半结肠及直肠共512例,其中老年组293例,青年组219例。BMI \geq 28共198例,其中老年组123例,

青年组75例;大肠息肉病理类型中腺瘤性息肉占76.5%(448/586);老年组有299例存在2型糖尿病和/或高血压病、冠心病,老年组与中青年组合并症史比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。老年组吸烟率51.2%(171/334),高于中青年组的38.1%(96/252),差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 老年组与中青年组大肠息肉临床特点比较

基本特征	分类	老年组 (n=334)	中青年组 (n=252)	χ^2 值	P 值
性别	男	193	161	2.238	0.135
	女	141	91		
部位	左半结肠	218	150	2.250	0.325
	右半结肠	41	33		
	直肠	75	69		
息肉数量	单发	195	162	2.102	0.147
	多发	139	90		
病理类型	腺瘤性	246	202	3.377	0.066
	非腺瘤性	88	50		
BMI	\geq 28	211	177	3.204	0.073
	< 28	123	75		
吸烟史	有	171	96	9.941	0.002
	无	163	156		
合并疾病	有	299	13	410.616	0.000
	无	35	239		

3 讨论

大肠息肉主要发生40岁以上,主要临床表现有大便性状改变、便血以及腹痛、腹胀等,为预防大肠息肉进一步癌变的发生,早期的诊断及其治疗十分重要。

大肠息肉分为非肿瘤性和肿瘤性2大类。非肿瘤性息肉包括炎性息肉、增生性息肉、幼年性息肉、淋巴样息肉、血吸虫卵性息肉及Petuz-Jeghers息肉等。肿瘤性息肉则包括腺瘤和家族性大肠腺瘤样息肉病等。大肠息肉病理类型中的腺瘤性息肉是癌前病变^[2]。

大肠癌是全球第3大流行的癌症类型,男性的发病率高于女性^[3]。腺瘤性息肉是大肠息肉最常见、最重要的类型,容易进展为结直肠癌,主要癌变途径为(管状/绒毛状/管状绒毛状)腺瘤-早期癌-癌肿浸润途径^[4]。该疾病的发病率与种族、地区、生活环境、遗传及饮食习惯等存在一定的联系。本研究结果表明,两组患者腺瘤性息肉(含管状腺瘤、绒毛状及绒毛管状腺瘤)的发生率明显高于其他病理类型息肉,但老年组和中青年组中腺瘤性息肉差异无统计学意义,腺瘤性息肉无论在任何年龄组人群中均应尽早切除,并

长期随访。大肠炎性息肉及增生性息肉均存在导致癌变的发生概率,对于该类型的大肠息肉患者也应加强重视,定期的开始肠镜检查及随访。

有文献报道称大肠息肉检出率随着年龄的增加而增加^[5]。本研究发现,大肠息肉检出率老年组高于中青年,左半结直肠的发病率大于右半结肠,但中青年组大肠息肉男性发病率高于老年组。多数大肠息肉位于左侧,尤以乙状结肠、直肠分布最多。这表明对远端大肠的筛查和评估在老年人中尤为重要。在实施大肠镜检查时应加强左半结肠的观察,尽可能实施全大肠镜检查防止遗漏病变。

大量研究报道,大肠息肉的发生与代谢综合征(MS)具有相关性^[3]。水果和蔬菜摄入量低与大肠息肉之间存在关联。增强人们的纤维饮食行为可能有助于预防大肠癌风险^[6]。本研究结果显示,性别、BMI与患病率在不同年龄段差异无统计学意义,可能样本量相对较少,期待将来有多中心临床研究,扩大样本量进一步验证。

肠道微生物群与腺瘤性息肉的生长存在一定关系。研究表明,人类微生物群在预防或发展大肠癌中

起着关键作用。久坐、缺乏纤维的饮食、吸烟和饮酒是导致大肠癌的外在因素。健康的生活方式可以保持我们微生物组的平衡,从而预防大肠癌^[7]。越来越多的证据表明,肠道微生物可能在个体癌变过程中发挥着重要的作用,长期的炎症刺激使结直肠癌的风险增加,提示慢性炎症可能通过激活与癌症相关的基因或启动基因外改变致癌。

大肠息肉治疗以内镜下切除为主,该法经济安全、创伤小预后好,是治疗大肠癌前病变、筛选早期大肠癌、降低大肠癌死亡率的有效方法。内镜下切除息肉安全有效^[8]。对于大肠息肉,尤其是在小于2cm的病灶中,内镜下黏膜切除术可能是安全有效的。对于较大的病灶或有黏膜下浸润的病灶,内镜黏膜下剥离术是有效和治愈的^[9]。本研究息肉切除以内镜下黏膜切除术为主,配合金属夹的使用,大大降低了术中及术后出血的风险。因为老年人合并症多、机体修复能力下降等因素,术后的观察和随访尤其重要。

大肠癌是威胁我国居民生命健康的主要癌症之一,实践表明,大肠息肉筛查与早诊早治是降低大肠癌死亡率的有效措施,可提升我国大肠癌防控效果^[10]。老年男性合并疾病的吸烟患者应尤其注意大肠息肉筛查。

4 参考文献

[1] 葛增政,金书羽,李楠,等.结肠息肉内镜手术治疗方

法的研究进展[J].山东医药,2019,59(2):94-96.

- [2] Dulal S,Keku TO.Gut microbiome and colorectal adenomas[J].Cancer J,2014,20(3):225-231.
- [3] Kitahara CM,Berrington DGA,Freedman ND,et al.Total cholesterol and cancer risk in a large prospective study in Korea[J].J Clin Oncol,2011,29(12):1592-1598.
- [4] Rubio CA,Puppa G,de Petris G,et al.The third pathway of colorectal carcinogenesis[J].J Clin Pathol,2018,71(1):7-11.
- [5] Muhammad A,Lamendola O,Daas A,et al.Association between colonic diverticulosis and prevalence of colorectal polyps[J].Int J Colorectal Dis,2014,29(8):947-951.
- [6] Supachai K,Siripongpreeda B,Soonklang K,et al.Association between low fruit and vegetable consumption and colorectal polyps in thailand[J].Asian Pac J Cancer Prev,2020,21(9):2733-2737.
- [7] Pop OL,Vodnar DC,Diaconeasa Z,et al.An overview of gut microbiota and colon diseases with a focus on adenomatous colon polyps[J].Int J Mol Sci,2020,21(19):7359.
- [8] Angarita FA,Feinberg AE,Feinberg SM,et al.Management of complex polyps of the colon and rectum[J].Int J Colorectal Dis,2018,33(2):115-129.
- [9] Ahmed Y,Othman M.EMR/ESD:Techniques,complications,and evidence[J].Curr Gastroenterol Rep,2020,22(8):39.
- [10] 国家癌症中心中国结直肠癌筛查与早诊早治指南制定专家组.中国结直肠癌筛查与早诊早治指南(2020,北京)[J].中华肿瘤杂志,2021,43(1):16-38.

[2023-04-20 收稿]

《现代养生》严正声明

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

《现代养生》杂志社

微视频演示在尘肺患者肺功能检查中的应用

梁德凤

【摘要】 目的 探讨微视频演示在尘肺患者肺功能检查中的应用效果。方法 选取 2020 年 1 月 - 12 月医院收治的尘肺患者 88 例作为研究对象, 将先入院行肺功能检查的 44 例患者作为对照组, 根据组间基线资料均衡可比原则, 选取后入院行肺功能检查的 44 例患者作为观察组。对照组按常规操作规范进行肺功能检查, 观察组患者在对照组的基础上采取微视频演示操作, 比较两组患者完成肺功能检查所需时间、肺功能检查结果的质量及肺功能检查的成功率。结果 采取微视频演示操作的观察组患者完成肺功能检查所需时间少于对照组; 观察组患者肺功能检查结果质量优于对照组, 组间差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者肺功能检查的成功率为 95.5%, 对照组成功率为 90.9%, 组间差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 微视频演示在尘肺患者肺功能检查中能帮助患者更好地配合完成检查, 缩短检查时间, 提高检查结果的质量, 为患者制定可靠治疗方案提供参考依据。

【关键词】 微视频演示; 尘肺; 肺功能检查

中图分类号 R135.2 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)17-1356-03

尘肺病^[1]是一种因职业原因接触生产性粉尘, 使肺内发生粉尘滞留而引发的以肺组织纤维化为主要表现的全身性疾病。据报道, 在我国职业病患者中, 尘肺病患者的数量最为庞大。截至 2018 年底^[2], 我国累计报告职业病 97.5 万例, 其中, 尘肺病就有 87.3 万例, 占比高达 89.5%。肺功能检查^[3]是呼吸系统疾病诊断、严重度评估、疗效判断、疾病预后及防控管理的关键技术。而肺功能的损害程度^[4]是尘肺患者伤残等级判断的重要标准之一, 因而在尘肺患者中开展肺功能检查十分重要, 然而肺功能的检查结果受很多因素影响, 与仪器的准确性、操作者的指导及技术熟练程度、受检者的配合程度等因素有关^[5]。一项研究调查结果显示仅有 5.7% 的职业接尘患者做过肺功能检查^[6], 漏检者多为农民工群体, 因其文化水平普遍较低^[7], 对检测的重视程度不足, 从而影响诊断治疗。微视频作为一种新型的信息传播方式, 它主要通过智能终端设备摄录或播放的视频短片, 播放时长 30s 至 20min 不等, 内容丰富, 便捷快速, 针对性强, 群众参与性广泛, 不受时间和空间限制, 已广泛应用于护理课程教学中, 尤其是技能操作及健康教育方面, 并且取得了较好的成果^[8-9]。本研究旨在探讨微视频演示在尘肺患者肺功能检查中的应用效果, 现将结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2020 年 1 月 - 12 月医院收治的尘肺患者 88

例作为研究对象, 将先入院行肺功能检查的 44 例患者作为对照组, 根据组间基线资料均衡可比原则, 在后入院行肺功能检查的患者中, 选取 44 例患者作为观察组。纳入标准: 符合 GBZ70-2015《职业性尘肺病的诊断》^[10]标准, 已被明确诊断为尘肺病各期的患者; 符合肺功能检查适应症; 病人意识清楚, 无沟通障碍。排除标准: 患有精神疾病者; 依从性差; 患有严重的心、肺、脑、血液疾病, 如近期 4 周内出现急性心肌梗死等。

对照组中男 42 例, 女 2 例; 年龄 26 ~ 78 岁, 平均 59.68 ± 13.16 岁; 农民工 36 例, 非农民 8 例。观察组中男 43 例, 女 1 例; 年龄 42 ~ 72 岁, 平均 57.55 ± 10.49 岁; 农民工 36 例, 非农民 8 例, 两组患者性别、年龄、身份类型等资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。所有入选患者均自愿参与本研究, 并签署知情同意书。

1.2 微视频演示方法

对照组按照常规肺功能检查操作规范进行, 观察组在对照组的基础上加微视频操作演示, 具体操作内容如下。

(1) 组建微视频拍摄团队: 由科主任, 护理组负责人, 2 名医生和 2 名护士, 共 6 名人员组成, 其中高级职称 4 名, 中级职称 2 名; 所有人员均为大学本科以上学历, 工作年限在 8~25 年之间。

(2) 制定视频拍摄内容: 参照常規肺功能检查基层指南 (2018 年)^[11]制定视频拍摄内容, 其内容包括慢肺活量检查、用力肺活量曲线检查、支气管舒张试验检查, 配合动作包括平静呼吸、用力吸气、用

力吹气、憋气等动作。

(3) 实施视频拍摄: 2020年4月-5月由视频拍摄团队和一名尘肺病老患者共同参与拍摄。拍摄视频前一星期先征得老患者同意, 然后对老患者按照肺功能检查操作指南进行实地培训并上机演练, 确定老患者非常熟练并掌握肺功能检查配合的动作要领后, 由一名有拍摄特长的护士进行实景拍摄, 拍摄场地为本院肺功能检查室, 由一名对肺功能检查操作比较有经验的医生对患者进行肺功能检查操作讲解, 并给出快、准、猛的呼吸指令, 患者按照操作者的指令, 完成检查操作。视频经剪辑处理后由拍摄小组共同讨论确定通过, 本视频共 1min30s。

(4) 演示操作: 操作前先由操作者向患者解释操作的要点和目的, 并让患者先观看操作视频 3~5 遍, 询问患者对视频动作的掌握情况, 不理解的内容给予及时解释并纠正, 然后再由操作者给予正确的操作示范, 接着患者模拟微视频的动作进行多次练习, 操作者在旁边实时指导并纠正不规范的吹气或吸气动作, 直到患者熟练掌握该检查的动作要领, 最后让患者上机实操。由操作者发出指令进行检查, 护理人员记录开始时间, 直到做完支气管舒张试验检查, 检查结果达到质量控制标准, 记录检查完成的时间。如检查结果达不到质量控制标准视为检查不成功。

1.3 观察指标

(1) 肺功能检查所需时间: 从患者正式上机检查开始到肺功能检查结果达标所需要的时间。

(2) 肺功能检查结果质量标准: 在满足检查次数要求的基础上, 一般要求最佳 2 次 FVC 及 FEV1 的变异 <5% 或 <0.2L。依重复性检查结果, 可分为五个等级判断: A 级: 最佳 2 次可接受的 FEV1 的差值 $\leq 0.1L$ 。B 级: 最佳 2 次可接受的 FEV1 的差值 $0.2L$ 。

C 级: 最佳 2 次可接受的 FEV1 的差值 $>0.2L$ 。D 级: 只有一次 FEV1 满足可接受的质量控制标准。E 级: 所有肺功能检查均不满足可接受的质控标准。A 级到 E 级, 检查结果质量从优到劣。

(3) 肺功能检查的成功率: 根据医院肺功能检查结果质量要求, 肺功能检查结果 D 级和 E 级判定为检查不成功, 检查成功率 = (A 级 + B 级 + C 级) 例数 / 检查总例数。

1.4 数据分析方法

采用 SPSS 21.0 统计软件进行数据分析, 符合正态分布的定量资料采用“均数 \pm 标准差”进行描述, 组间比较采用独立样本 t 检验; 计数资料组间构成或率比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者完成肺功能检查所需时间的比较

采取微视频演示操作的观察组患者完成肺功能检查所需时间少于对照组, 组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1

表 1 两组患者完成肺功能检查所需时间比较 (min)

组别	例数	检查所需时间
观察组	44	17.57 \pm 4.46
对照组	44	25.14 \pm 7.17

注: $t=5.947, P=0.000$ 。

2.2 两组患者肺功能检查结果质量的比较

采取微视频演示操作的观察组患者肺功能检查结果 A 级的比例明显高于对照组, 组间质量分级构成比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者肺功能检查成功率为 95.5%, 略高于对照组, 组间差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者肺功能检查结果质量的比较

组别	检查结果质量分级				检查的成功率	
	A 级	B 级	C 级	D 级	成功例数	成功率 (%)
观察组 ($n=44$)	37	4	1	2	42	95.5
对照组 ($n=44$)	21	14	5	4	40	90.9
χ^2 值	12.969				0.179	
P 值	0.002				0.672	

3 讨论

本研究结果显示, 观察组完成肺功能检查的时间少于对照组, 表明微视频演示有利于尘肺患者完成肺功能检查。一是因为微视频是近年来比较流行的信息传播方式, 方式比较新颖^[12], 能够更加生动直观地将肺功能检查的操作要领展示出来, 患者容易接受和理解, 从而能很快完成肺功能检查。另一方面尘肺患

者大部分为农民工患者, 其文化水平普遍低, 相对传统的口头讲解和简单的示范, 患者很难在短时间内理解肺功能检查的动作要领, 而微视频结合声音、文字、图片的形式进行演示, 从而加深患者的理解和认知, 最终能比较顺利完成检查。本研究与崔红^[13]等人研究结果一致, 说明微视频演示有助于帮助患者更好的配合完成检查, 达到缩短肺功能检查时间的目的。

肺功能检查具有很强的专科性,其检查结果质量受多种因素影响,其中患者的配合程度可以直接影响检查结果质量,若患者配合不好得出的检查结果是没有临床意义的。微视频演示有利于激发患者学习兴趣、提高学习主动性、促进患者对重点、难点知识的吸收和理解^[4],从而提高患者对肺功能检查的配合度,也提高了患者配合动作的理解度,达到提高检查结果的准确性,为患者提供可靠治疗方案,本研究结果与罗琴^[5]研究结果一致。

因为微视频可反复播放,不受时间和空间的限制,可随时播放也可随时暂停,患者可仔细观察其配合肺功能检查的动作要领,可根据自身实际掌握情况灵活播放,比较适合接收能力稍差的患者进行反复多次观摩学习,利于患者反复模仿练习,从而提高肺功能检查的成功率,与路新明^[6]等人研究的结果一致。

综上所述,肺功能检查是尘肺病诊断的标准之一,为疾病诊断和评估提供有效依据,具有无创,重复检测方便,灵活度高,价格便宜等优点^[7];而微视频演示普遍受群众的广泛接受,运用在尘肺患者肺功能检查中便捷快速,可以减少尘肺患者肺功能检查的时间,提升肺功能检查结果的质量,为患者制定可靠治疗方案提供参考依据。

4 参考文献

- [1] 中华预防医学会劳动卫生与职业病分会职业性肺部疾病学组. 尘肺病治疗中国专家共识(2018年版)[J]. 环境与职业医学, 2018,35(8):677-689.
- [2] 倪赤丹. 社会支持理论:社会工作研究的新“范式”[J]. 广东工业大学学报(社会科学版), 2013,13(3):58-65,93.
- [3] 邓琳,郑劲平. 肺功能检查临床应用研究进展(2018-2019年度)[J]. 中国实用内科杂志, 2020,40(9):777-781.
- [4] 郑劲平. 肺功能检查临床意义和诊断思路[J]. 中国实用内科杂志, 2012,32(8):569-574.
- [5] 中华医学会,中华医学会杂志社,中华医学会全科医学分会,等. 常规肺功能检查基层指南(2018年)[J]. 中华全科医师杂志, 2019,18(6):511-518.
- [6] 吕学莉,丛舒,樊静,等. 2014-2015年中国40岁及以上慢性阻塞性肺疾病患者肺功能检查率及其影响因素分析[J]. 中华流行病学杂志, 2020,41(5):672-677.
- [7] 徐梦仙. 尘肺病农民工的社会支持研究[D]. 南京:南京大学, 2021.
- [8] 田如心. 微视频在培智学校音乐康复课堂教学中的应用研究——以青岛仁爱学校为例[D]. 济南:山东师范大学, 2019.
- [9] 阮小丽. 微课在我国护理健康教育中的应用进展[J]. 中华护理教育, 2018,15(6):461-464.
- [10] 蔡志春. 对GBZ70-2015《职业性尘肺病的诊断》的理解[J]. 中华劳动卫生职业病杂志, 2016,34(11):866-867.
- [11] 中华医学会,中华医学会杂志社,中华医学会全科医学分会,等. 常规肺功能检查基层指南(2018年)[J]. 中华全科医师杂志, 2019,18(6):511-518.
- [12] 高昌霞,马大文,杨菲. 基于微视频的健康教育管理在慢性阻塞性肺疾病长期家庭氧疗患者中的应用价值[J]. 中国社区医师, 2021,37(36):161-162.
- [13] 崔红,于红,王小溪. 视频宣教在老年患者肺功能检查中应用的效果分析[J]. 中国当代医药, 2021,28(12):193-195.
- [14] 王淑慧. 微视频在内科护理教学中的应用研究[J]. 智慧健康, 2020,6(21):34-35.
- [15] 罗琴. 视频健康宣教联合示范法提高老年患者肺功能检查准确率的影响[J]. 当代护士(中旬刊), 2018,25(7):124-125.
- [16] 路新明,周萍,李雅文,等. 教学视频在肺功能检查中的应用及效果评价[J]. 中国保健营养, 2020,30(17):350.
- [17] 姜芬,曾玉琴,钱敏,等. 湖南省肺功能检查开展现状及对操作者短期培训的作用[J]. 中华医学杂志, 2019,99(18):1385-1389.

[2023-04-29 收稿]

经方治疗胃脘痛临床案例报告

杨春香 刘新 邱志芳 王运强

【摘要】 经方组方精炼，配伍严谨，疗效显著，在临床上广泛应用，能够治疗多种疾病。《伤寒论》和《金匱要略》中对胃脘痛之方证虽无详细记载，但对其相关的证治、方剂论述较多，在临床上相互为鉴，随症加减。笔者运用经方如小建中汤、半夏泻心汤加减辨治胃脘痛，疗效卓著。

【关键词】 经方；胃脘痛；半夏泻心汤；小建中汤

中图分类号 R249;R256.33 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)17-1359-02

胃痛又称为胃脘痛，是指上腹胃脘部发生疼痛为主的脾胃肠病证。本病是临床上常见病之一，发病率较高。急慢性肠胃炎、消化性溃疡、胃神经官能症、功能性消化不良、胃痉挛及胃黏膜脱垂等消化系统疾病，当其以胃脘部疼痛为主要临床表现时均属中医“胃痛”范畴。经方指《伤寒论》《金匱要略》所载之方，是先师张仲景临床实践经验的结晶，组方精炼，配伍严谨，疗效显著，为“众方之宗，万法之祖”，被历代医家所推崇。笔者在临床治疗中应用经方加减治疗胃痛取得良好疗效，现将典型案例报告如下。

1 小建中汤

小建中汤见于《伤寒论》第100条：“伤寒，阳脉涩，阴脉弦，法当腹中急痛，先与小建中汤”，以及《金匱要略·血痹虚劳篇》：“虚劳里急，悸，衄，腹中痛，梦失精，四肢酸痛，手足烦热，咽干口燥，小建中汤主之”，以上条文重点论述了小建中汤在胃脘痛方面的证治。小建中汤由桂枝、炙甘草、芍药、生姜、大枣、饴糖组成，具有温中补虚，和里缓急之功效，本方常用于治疗胃及十二指肠溃疡、慢性肠胃炎、慢性肝炎、神经衰弱、功能性发热等辨证属中焦虚寒、肝脾不和者。有文献表明^[1]，在临床上小建中汤治疗消化性溃疡、功能性消化不良等消化系统疾病时使用频率高达55%。现代临床研究证实，小建中汤能够促使肠黏膜组织对IL-2、SIgA的分泌，从而抑制IL-4的产生来改善小鼠的胸腺和脾指数，以达到提高小肠黏膜的免疫功能的目^[2]。

案例：王某，女，41岁，农民，初诊：2022年5月21日。主诉：胃痛5月余，加重1周。5月前患者因贪凉后开始出现胃痛，自行口服止痛药物（具体不详）后，疼痛症状缓解。患者平素饮食大多不规

律，后又发作，当地医院查胃镜示：“十二指肠球部溃疡”，予以奥美拉唑肠溶胶囊等西药治疗，服后疼痛减轻。1周前患者因食辛辣食物，胃痛再次发作，遂来我院就诊。刻下症：胃痛隐隐，喜温喜按，食后疼痛减轻，伴有反酸、烧心，神疲乏力，时有手足烦热，咽干，睡眠尚可，小便可，大便溏，舌质淡，苔薄白，脉弦细，重按无力。中医诊断为胃脘痛，证属脾胃虚寒证，治疗当以温中补虚、和里缓急。处方：小建中汤加减，组成：桂枝10g，炙甘草9g，大枣12枚，白芍18g，山药9g，党参12g，生姜9g，海螵蛸30g，煅瓦楞子15g，饴糖（烱化）30g，7剂，水煎服，每日1剂，分早晚两次温服，并嘱患者忌食辛辣油腻寒凉。2022年5月28日二诊：服上方7剂后，患者诉胃脘部疼痛大减，且手足心热有减轻，大便成形，但仍有精神不振，神疲乏力，遂上方加黄芪20g，炒白术15g，继服7剂，服法同上。2022年6月4日三诊：服用上方7剂后，患者诉诸症均明显减轻，胃痛基本上未再发作，效不更方，再服两周。后回访半年内胃痛未发作。

按：《类证活人书》对腹痛有如下论述：“尺脉弦，肠鸣泄利而痛者冷痛也，小建中汤主之”。本案中患者平素贪凉，饮食不规律，导致脾胃受损，脾胃为后天之本，气血生化之源，中焦虚寒则气血化生不足，既有阳气化生不足，又有阴血化生不足，属阴阳两虚。阳虚生内寒，寒性收引，加之阴血不足，筋脉失于温养，故出现胃痛，喜温喜按；阴血虚则生内热，则见手足烦热，咽干，辨证为中焦虚寒证，治当温中补虚、和里缓急止痛，方用小建中汤加减，该方由桂枝汤倍芍药加饴糖而成，方中重用饴糖为君药，温中补虚，缓急止痛；桂枝、白芍为臣药，桂枝温阳祛寒，白芍酸甘化阴，缓肝急，止腹痛，合饴糖滋补阴血；佐以生姜温胃散寒，大枣补脾益气，二者温胃健脾化生气血，又助芍、桂调和营卫；以炙甘草为佐使，益

气和中,调和诸药。方中加入党参、山药、黄芪、炒白术补中益气,健运脾胃,海螵蛸、煅瓦楞子制酸止痛。诸药合用,可使中阳得复,共奏温中补虚、散寒止痛、和里缓急之功效。

2 半夏泻心汤证

半夏泻心汤选自《伤寒论》:“但满而不痛者,此为痞,柴胡不中与之,宜半夏泻心汤”,其方由半夏、黄连、黄芩、干姜、人参、大枣、炙甘草组成,是临床上治疗消化道疾病的常用方,亦是辛开苦降、寒热平调、散结除痞的代表方剂。其主要病机在于少阳病误用攻下,脾胃损伤,邪乘虚内陷,以致脾胃升降失职,寒热错杂之邪结于心下而形成痞证。在《金匱要略》也有记载:“呕而肠鸣,心下痞者,半夏泻心汤主之”。方中辛温药和苦寒药共同作用,寒温并用,表里双解,使中焦气机升降畅通,脾胃调和,诸病自愈。刘渡舟教授称其为是以“清上温下,苦降辛开,调和脾胃”为治疗原则的和解剂之一。现代研究表明^[3-5],半夏泻心汤能够双向调节由肾上腺素引起的肠运动抑制及由卡巴胆碱引起的肠运动亢进,具有较好的抗幽门螺杆菌活性的作用,还具有调节免疫以及保护胃肠黏膜,促使胃粘膜受损部位快速修复等功效。

案例:刘某某,女,42岁,职员。2022年9月3日初诊。主诉:反复胃痛胃胀1年余,加重5天。患者1年前因与家人生气后出现胃脘部胀闷,疼痛不适,烧心、反酸,口苦,大便稀溏,就诊于当地医院,行胃镜检查示:慢性萎缩性胃炎伴糜烂,病理示:慢性中度萎缩性胃炎伴中度肠化生,予以西药、中成药(具体不详)治疗后,症状好转。5天前患者因食油腻食物后再次出现上述症状,伴加重,患者为求中医诊治就诊于我院,现症:胃脘部疼痛不适,胀满,打嗝后症状减轻,伴灼热感,反酸,时有干呕,口苦,暖气,纳差,寐可,小便清长,大便稀溏,每日1~2次。舌淡红,苔黄白相兼,脉弦。中医诊断:胃脘痛,证属寒热错杂,治宜寒热平调,健脾和胃。方用半夏泻心汤加减:半夏12g、黄芩9g、黄连3g、干姜9g、党参15g、吴茱萸5g、枳壳9g、厚朴9g、炒麦芽20g、炒谷芽20g、大枣6枚、炙甘草9g,7剂,水煎,每日1剂,分两次温服。9月10日二诊:服药后胃脘部疼痛不适、胀满明显好转,纳食增加,口苦减轻,干呕除,小便可,大便成形,仍有反酸,上方去吴茱萸,干姜易为6g,加浙贝母9g,瓦楞子15g,7剂。9月17日三诊:上述症状明显好转,又继服上方14剂,

患者未诉特殊不适,随访1年未复发。

按:《素问·至真要大论》曰:“诸呕吐酸,暴注下迫,皆属于热……诸病水液,澄澈清冷,皆属于寒。”本案例患者既有胃部灼热、反酸、口苦、干呕,又有小便清长,大便稀溏,属于寒热错杂之证。该患者由于情志内伤及饮食不当,伤及脾胃,脾胃纳运失司,升降失常,燥湿不济,寒热错杂,发为胃脘部疼痛不适、胀满、反酸、小便清长、大便稀溏等症;脾虚日久,气运不畅,郁而化火,虚火循经上炎,则见口苦;舌淡红,苔黄白相兼,脉弦为寒热错杂之象,故治当辛开苦降,平调寒热,健脾和胃。方用半夏泻心汤加减,方中以半夏辛开而散结,苦降而止呕;干姜、吴茱萸辛温散寒止呕,黄连、黄芩泻热,其中半夏、干姜辛热,其性主升,黄芩、黄连苦寒,其性主降,寒热并用以调畅脾胃升降之气机;党参、大枣益气健脾,枳实、厚朴行气消胀,炒麦芽、炒谷芽健脾开胃,浙贝母、瓦楞子制酸止痛,甘草调和诸药,本方共凑和中降逆、寒热平调之功效,气机调畅,脾胃升降功能恢复,则诸症皆除。

经方被誉为“医方之祖”,经过千百年的实践验证,其理法方药具有很高的科学性和实用性。经方方简药精,配伍严谨,法寓于方,方有主证,药少效宏。在临证时,需辨其病机,可随证加减,遵循医圣一张仲景“观其脉症,知犯何逆,随证治之”之理论,异病同治、同病异治,灵活地运用方药,将经方应用到临床实践当中,发掘其更多的使用价值。

3 参考文献

- [1] 欧嘉胤,李颖,张悦,等.运用文献计量学探讨小建中汤的临床应用情况和用药规律[J].世界科学技术-中医药现代化,2021,23(3):731-738.
- [2] 王静,冉志玲,杜渊,等.小建中汤对脾虚泄泻幼鼠肠粘膜免疫功能影响的研究[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2021,21(26):38-40,44.
- [3] 曲智威,温春阳,于明俊,等.半夏泻心汤及7种单味中药对幽门螺杆菌耐药菌株的体外抑菌实验研究[J].中国中西医结合消化杂志,2015,23(8):543-546.
- [4] 莫莉,皮明钧,伍参荣,等.半夏泻心汤及其拆方对幽门螺杆菌感染小鼠胃黏膜CD4、CD8表达的影响[J].湖南中医学院学报,2006(1):8-10,15.
- [5] 李慧臻,刘琳,刘华一,等.半夏泻心汤对PLGC大鼠胃黏膜组织病理学及HP的影响研究[J].中国中西医结合消化杂志,2017,25(1):35-39.

[2023-06-16 收稿]

HEALTH PROTECTION AND PROMOTION

Bimonthly Established in January 2001 Volume 23, Number 17 September 2023

CONTENTS IN BRIEF

Effect of different puerarin concentrations on the proliferation of rat osteoblasts in vitro
.....Wang Haizhen, Zhou Tingting, Xu Bo (1281)

Effect of low energy laser therapy on periodontal index in patients with peri-implant inflammation
.....Wang Xuehong, Chen Caiyun, Li Ying (1288)

Current status and influencing factors of disease uncertainty in patients waiting for surgery during the first coronary treatment
.....Zhang Mo, Li Jianmin, Chang Wenhong (1294)

Clinical observation on the curative effect of modified Quyuan decoction in the treatment of heat syndrome of upper airway cough in children
.....Zhang Jin, Li Yinghui, Liu Chengxiang, Zhu Lichun, Yang Huanwei (1304)

Development of whole-scale employee health monitoring program for designated COVID-19 hospitals
.....Wang lei, Li Cuicui, Lu Wei, Qi Yanyun (1340)

Research progress of dietary temperature control apparatus and its application
.....Li Yidan, Liu Jiayi, Zhang Rongfang, Li Muzi, Gao Weijie(1350)

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