

中国医师协会
系列期刊



中国核心期刊（遴选）数据库期刊
中国期刊全文数据库期刊
中文科技期刊数据库期刊
万方数据——数字化期刊群全文收录期刊

ISSN 1671-0223
CN 13-1305/R

现代养生

XIANDAI YANGSHENG

2023年8月 第23卷 第15期 August 2023 Vol.23 No.15

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

15

15
2023

2023年8月第23卷第15期
半月刊
2023年8月5日出版

主 管

河北省卫生健康委员会

主 办

河北省医疗气功医院

066199 河北省北戴河海滨东经路17号

编 辑

《现代养生》编辑部

066199 河北省北戴河海滨东经路17号

电话: 0335-4041257

网址: <http://www.xdyangsheng.com>

出 版

现代养生杂志社

社长/主编

陈玉娟

执行主编

徐应军

副 主 编

徐大平 栾 奕(常务)

编辑部主任

栾 奕

事务编辑

张 杰

作者投稿信箱

E-mail: xdyskj@163.com

发行部电话

0335-4025770

广告部电话

0335-4025609

创刊时间

2001年1月

印 刷 者

秦皇岛市晨欣彩印有限公司

总 发 行

秦皇岛市邮政局

国外总发行

中国国际图书贸易集团有限公司

中国标准连续出版物号

ISSN 1671-0223

CN 13-1305/R

订 购

全国各地邮政局

邮发代号: 18-99

国外代号: M1034

广告经营许可证号

1303024000104

广 告

xdyszs480@sina.com

定 价

每册18.00元

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

研究综述

医疗急救快速反应小组的应用及发展现状.....伍静 (1121)

临床论著

妊娠期妇女甲状腺激素及雌孕激素与孕期的关系

.....李海朋 董亚男 闫丽纬 云丽媛 康欣 (1124)

螺丝固位联合粘结固位在后牙区多单位种植修复中的效果观察.....许小玲 (1127)

妇科手术中药物镇痛与硬膜外镇痛效果的对比分析.....邹峻嵩 (1131)

沙库巴曲缬沙坦联合比索洛尔对慢性心力衰竭患者血管内皮功能及

心功能的影响.....梁红娟 (1135)

影响结肠息肉术后复发的因素分析.....张杰 (1138)

综合性康复治疗偏瘫患者的临床效果.....李宁 葛健文 王争胜 (1142)

止血纱辅助氨甲环酸对神经外科手术脑出血患者再出血的影响.....倪巨 (1145)

消化道恶性肿瘤患者不同时期营养风险和营养不良的影响因素

及其与炎症因子的相关性.....程琳 翟浩清 (1148)

腹部超声特征与肝脏肿块类型的关系及其临床诊断效果.....叶璐璐 (1151)

外周血淋巴细胞亚群计数对晚期不可手术非小细胞肺癌患者

预后的影响.....许伦 李英 尤玮 (1154)

血清 IL-6、PCT、CRP 与细菌和病毒性感染的关系朱吉 (1158)

医用疤痕硅凝胶治疗增生性瘢痕的临床效果评价.....胡雯 (1160)

中医药与中西医结合

男性代谢综合征患者脉图参数特征分析

.....郭婧 潘红莉 许佳明 王锡锋 杨旭 张雯 (1163)

如意金黄散联合泡沫敷料外敷预防术中压疮的临床效果

.....石建香 闫俊萍 郝百旺 (1167)

临床护理

医养结合模式下老年人中医护理服务需求及其影响因素分析

.....陈涛 郑访江 李玉霞 (1170)

加强护理干预对胸部肿瘤同步放疗并发放射性肺炎患者

心理状态及生活质量的影响.....王芳 孙露 孙亚婷 (1173)

循证护理在冠心病心绞痛患者中的应用效果.....杨秀 (1176)

体位调整对全身麻醉甲状腺手术患者眼压及并发症的影响.....李丽娜 (1179)

CPM 机器联合综合康复护理在膝部骨折患者术后护理中的应用效果陈静 (1182)

一对一护理模式对初次无偿献血者舒适度和满意度的影响

.....吴佩红 黄少华 (1185)

集束化护理对癫痫患者疾病认知及服药依从性的影响

.....卢婷 王颖 冯静 许劼 (1188)

多元化护理对降低急性白血病化疗患者感染发生率的临床效果分析

.....蔡园 杨祁 (1191)

基层实践与初探

不同梗死部位脑梗死后 VCI 患者右颈内动脉终末端 TCD 的特点分析

.....关如花 张文秋 张玉清 (1194)

影响脑卒中偏瘫患者康复锻炼依从性因素的访谈式调查分析.....阮晓华 (1197)

医疗急救快速反应小组的应用及发展现状

伍静

【摘要】 近年来,呼吸、心搏骤停已成为危害患者生命健康安全的严重问题。超过 80% 的患者在心脏骤停后可以监测到部分生理指标出现恶化情况,临床上呼吸、心搏骤停问题的发生具有可逆性特点,主动积极的开展科学化干预能够有效控制病情发展,促进患者的康复。通过分析国内外建立医疗急救快速反应小组(RRT)及应用现状,提出构建 RRT 应注意事项及建议,为危重患者的管理与救治提供参考依据。

【关键词】 快速反应小组; 研究现状; 医疗急救

中图分类号 R197.32 R459.7 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)15-1121-04

快速反应小组(RRT)是由 ICU 护士、呼吸治疗师、麻醉师和内科住院医师等多名小组成员所组成的^[1]。RRT 的构建可以有效评估院内非 ICU 患者早期病情发展情况,及时采取针对性的干预措施,有效预防呼吸、心跳骤停等问题的出现,提高了危重患者管理与救治的安全性,有助于患者康复^[2]。RRT 建立后,可降低因患者病情恶化而被动转入 ICU 救治的几率,进一步提升抢救工作效率^[3]。本文主要综述 RRT 的研究现状,提出 RRT 的应用建议,为危重患者的管理与救治提供参考依据。

1 RRT 的概念与激活标准

1.1 RRT 的基本概念

自上世纪 80 年代以来,RRT 雏形逐渐形成,通过构建 RRT 可在短时间内,对于病情有恶化倾向的住院患者进行风险识别与评估,根据患者具体病情变化情况而实施早期干预,避免不良事件的发生。相关学者^[4-5]提出,与传统院内抢救小组相比,RRT 不仅是针对呼吸、心搏骤停的问题,更加注重在患者病情恶化前及时发现评估,并采取相应的干预措施,有效预防病情恶化。系统化的 RRT 主要包括以下内容:①传入支由激活 RRT 的标准、呼叫方法组成;②传出支是作用于 RRT 的人员、技术与设备等;③及时反馈患者的安全和救护质量,依据所收集的资料回顾性分析 RRT 呼叫、患者临床结局,反馈评价,不断优化干预措施;④开展高质量的行政管理,合理化分配有限的医疗资源,主要是以快速反应成员职责、人员培训和购置医疗设备等作为工作内容。创建 RRT 时是以快速识别、早期干预作为基本原则,从而有效改

善住院患者的预后情况。RRT 注重预防多器官衰竭、心脏停搏的问题^[6]。

1.2 RRT 的激活标准

1.2.1 客观标准 严重心脏骤停等问题发生之前,护士可以依据患者生命体征的异常变化及时开展识别与干预,最大限度避免发生严重后果。医院在气道、呼吸、循环等方面制定相应的呼叫标准,有利于快速识别、早期干预工作的开展。大量资料显示,针对出现呼吸道阻塞等呼吸问题或循环问题的患者来说,护士应该立刻激活 RRT,另外,患者意识突然变化或无法在短时间内唤醒也适用上述激活条件。在此基础上,如果患者出现体温骤降或升高、精神错乱、心律失常等情况,也需要护士在短时间内激活 RRT^[7]。

1.2.2 主观标准 在全球多个发达国家内将护士“担忧”作为一项呼叫标准。相关学会成果与资源评价中心在对所选取的 40 所医院开展调查工作,结果显示出接近 95% 的激活标准均提到护士“担忧”内容。护士是依靠经验感知生命体征变化情况而推测出具体病情变化状态,将护士“担忧”纳入快速反应系统中可以为护士发挥自身经验提供最佳时机;如果护士感知问题产生时,护士在未达到呼叫标准的条件下,仍然能够通过激活 RRT 预防和控制病情恶化;经过长时间的经验积累可以提高直觉的正确性,因此实践时间较多的护士在治疗过程中极易忽略预示着病情恶化的迹象^[8]。护士“担忧”是基于患者呼吸、循环、体温等各项生命体征变化,精神状态的变化,临床症状未得到有效改善等情况而对病情变化进行准确预测^[9]。上述问题中关于呼吸方面,普遍表现为呼吸音嘈杂、呼吸短促等症状;而针对循环方面来说,患者寒冷、湿冷问题严重,血压、心律等生命体征出现异常;对于体温方面而言,一般表现为寒颤、体温异常;针对精神状态来说:意识模糊或暂时无法唤醒;同时产生

基金项目:四川省公益性科研院所基本科研项目(编号:2021-4-643)

作者单位:610031 四川省成都市,四川省第二中医医院

焦虑、恐惧的负面情绪;对于痛苦方面来说,新疼痛或疼痛加剧情况的发生;腹胀、出血等症状在接受治疗后未得到改善;患者的精神面貌较差。大量资料结果显示,RRT的激活是由生理指标变化、主观“担忧”所决定的,需要依据具体情况制定出针对性干预。但现阶段,国内仍未在RRT激活中纳入护士“担忧”^[10]。

2 RRT 激活的影响因素

2.1 护士态度

护士认可与接受RRT的程度可以直接影响RRT的激活情况。经过大量资料与实践研究结果显示,RRT可以将早期干预提供给患者有效预防和控制病情变化,同时也能够为护士提供及时的医疗支持和提高专业水平的机会^[11]。由上述分析可知,护士逐渐认识到RRT建立的有效性与必要性,进而可以充分激发护士激活RRT的主动积极性。

2.2 团队合作

融洽的互动关系作为护士激活RRT的积极因素,可以充分激发护士的主观积极性。护士对RRT充分的信任,相信其能够对危重患者进行更加科学合理化的管理,RRT对护士的评判进行专业化验证并向护士讲述相关知识^[12]。护士对RRT所反馈的肯定意见进行着重关注,既代表护士的直觉是正确的,能够通过及时干预控制患者的病情发展,也为随后临床相关情况的发生提供重要的参考依据。与此同时,RRT通过认可、安慰护士的方式消除护士紧张等负面情绪,进而促使护士能够在异常情况发生时激活RRT^[13]。相反情况下,如果RRT向护士所反馈的是消极情绪和信息,会导致护士在激活RRT的过程中犹豫不决,进而影响患者治疗的效率。举个例子来说,RRT向护士提出,在他们到达科室病房时,需要的物品应该准备齐全的要求,或者因未准备齐全而语言攻击护士,这样会导致护士激活RRT的主观积极性大幅度降低^[14]。

2.3 科室文化

普遍情况下,健康的科室文化能够大幅度提高护士激活RRT的主动积极性。如果护士并未确定是否激活RRT时,一般会征求护士长的意见,护士长应该鼓励和引导护士相信自己并做出相应的判断。科室领导与同事的鼓励可以协助护士在激活RRT方面建立强大的自信心。护士过度担忧结果不好后的惩罚,进而会对RRT的发展产生不同程度的阻碍。因此,护士无后顾之忧的开展工作,成为提高激活RRT积极性的关键^[15]。

2.4 临床评判能力

护士自身的临床评判能力能够直接影响RRT的激活次数。较强的临床评判能力可以帮助护士能够在

短时间内发现异常情况,从而及时激活RRT对患者进行针对性的早期干预。众多调查研究显示,护士的临床评判能力随着经验的增加,而不断提升。因此,资历丰富的护士与新入职护士在激活RRT方面存在着较大差异。新入职护士因经验不足,在患者出现较为严重的临床症状时也认为无需对RRT进行激活^[16]。临床上在对护士批判性思维与决策能力进行培养时一般应用模拟教学法,护士通过将病房护士、急救护士、小组成员和呼吸治疗师等角色分配给相应的护士,并设计实际的案例情境引导护士依据具体情况为患者提供有效的临床干预。研究结果显示,模拟教学法的应用可以大幅度提升护士的临床评判能力,能够促使护士高效率的应用快速反应系统^[17]。

3 RRT 的应用现状

大量临床资料显示,超过一半以上的患者在心率、呼吸异常6h后出现心脏停搏等严重后果,但异常情况在日常护理治疗过程中极易被忽略,只有25%的情况能够由护士及时发现并协助医生及时处理。临床护士护理能力的增强,可以大幅度提升微弱信号察觉的成功率。护士作为医疗工作中的重要主体,能够对病情恶化情况进行预判与处理,护士的专业能力能够直接影响医疗护理质量、安全和预后情况。美国最早关于RRT做出研究分析,佛罗里达州医院建立以护士为主体的RRT,帮助临床护士提供针对性的早期干预,减少危重患者的死亡数量,RRT是自护士与其他护士间有效交流开始,能够协助护士可以及时干预危重患者的急救治疗工作中,此外还能够提高护士评估、咨询具体病情的技巧,从而尽量预防多种并发症的出现或因未及时抢救而造成死亡等严重后果,研究结果表明,危重患者死亡数量出现一定幅度的减少,而医护急救组出动次数随之减少。对所选取的医院护士进行全院调查时,超过90%的护士均对RRT在护理工作中的积极作用进行高度认可^[18]。而调查住院患者问卷统计结果显示,医院内部安全患者数量增加幅度接近20%。国外研究报告显示,RRT活动中参与的护士能够学习到更为专业的急危重症护理经验,进而增强自身的专业能力。在日常护理工作中,医院在如何分配有限的医疗资源可以大幅度提高护理质量与安全成为目前亟待解决的问题。早期干预实施过程中,护士可以通过积极主动参与RRT的方式减少心搏骤停问题的发生,从而提高医院治疗的安全性^[19]。

4 RRT 的应用建议

由于大部分短期研究为非盲、非随机性,因此无法体现出RRT应用的有效性,但目前又无法提供多

中心、随机对照实验对 RRT 有效性进行研究。早期干预、治疗试验的有效开展,只是局限于死亡、心脏骤停等问题产生的影响,而无法研究分析出关于其他 ICU 转入的好处。因此,现阶段,仍未有确切的结论证实 RRT 的有效性,仍然需要开展多个大型随机对照研究证实 RRT 的治疗效果。在实际应用 RRT 的过程中还需要注意以下几点内容:

(1) 严密监测患者病情变化。利用多项智能病情监测方法早期快速识别危重病情。比如,利用人工智能早期预警系统等设备对患者生命体征所发生的异常情况进行监测与报警,进而大幅度提升病房的安全性。此外,不断优化监测患者的基本流程,形成科学合理的人员合作模式。

(2) 加大培训与考核 RRT 成员的力度。RRT 组员应该接受关于通话标准、关键课程等专业化培训,同时还需要培养组员在团队协作过程中发挥自身特长与优势。相关培训活动的开展是以完善快速反应系统为主要目的,进而可以有效避免延迟激活问题的出现。此外,能够利用预先模拟训练的方式提升团队的工作专业水平,有效控制患者病情的进一步发展,从而避免延迟激活问题的发生。

(3) 不断提升质量。部分学者经过调查研究提出,通过每月 1 次审查会议的召开,对相关典型病例进行总结分析,进而提升病例早期识别率与抢救成功率。自我评估与数据反馈作为重要的质量改进内容,对提高 RRT 有效性提供重要的信息支持。病例确定数、资源需求和呼叫情况、ICU 转移次数、转换心肺复苏的呼叫数等指标作为所研究的相关指标,对 RRT 质量的提升均产生一定程度的影响。

(4) 形成团队协作意识。在团队合作过程中,RRT 会议、指定徽章以及结构化交接等环节可以大幅度增添 RRT 组员之间的交流沟通次数。此外,RRT 的组员除了本职工作职责外并不承担其他职责,进而有效避免激烈竞争情况的发生,床边护士对危重患者进行严密监测,并赋予护士自我保护和抢救患者的权利,保障 RRT 在短时间内激活,从而为患者争取到最佳的抢救时机^[20]。

综上所述,国外发达国家已经广泛应用 RRT,可以大幅度减少危重患者的死亡数量,有效维护了患者的生命安全。现阶段,国内医院内部 RRT 应用刚刚开始,在激活标准、影响因素分析等方面还需要借鉴西方先进的经验,进一步的研究制定出适宜的干预措施,为 RRT 的广泛应用提供参考依据。

5 参考文献

[1] 陈丽花,张娜,周明,等. 院内快速反应系统的应用现

状及展望[J]. 中华灾害救援医学,2021,9(5):1010-1013.

- [2] 徐莉,潘胜东,夏萍,等. 大型公立综合医院实施快速反应小组的效果评价[J]. 中华急诊医学杂志,2021,30(11):1390-1393.
- [3] Gaertner SJ, Krishnasamy VP, Simone PM, et al. Leveraging rapid response activities to build public health capacity: Development of the opioid rapid response team model[J]. Health Security. 2022,85(1):20.
- [4] 兰桂香,罗秋兰,付鸿雁. 一体化多功能急救箱在快速反应小组中的应用效果[J]. 中国当代医药,2022,29(1):33-35.
- [5] 褚汉卿,胡娟娟,陆雯. 院内快速反应小组对住院患者心跳呼吸骤停事件的干预效果分析[J]. 现代实用医学,2022,34(11):1493-1495.
- [6] Dxab C, Fan Y, Yzb C, et al. Research status of biodegradable metals designed for oral and maxillofacial applications: A review - ScienceDirect[J]. Bioactive Materials, 2021, 6(11):4186-4208.
- [7] 郑鹏,高志伟,孙青松,等. 脓毒性休克快速反应小组对 1 h 集束化治疗策略实施依从性的影响[J]. 中华急诊医学杂志,2022,31(11):1457-1462.
- [8] 徐莉,潘胜东,黄曼,等. 院内医疗急救小组与快速反应小组急救模式及效果分析[J]. 医院管理论坛,2022, 39(5):44-46,15.
- [9] Robertson M, Lim A, Bloom A, et al. Epidemiology and prognostic significance of rapid response system activation in patients undergoing liver transplantation[J]. Journal of Clinical Medicine, 2021, 10(23):5680.
- [10] 周立涛,苏凌璿,马千云,等. 探索医院急诊患者晚夜间急救流程的优化[J]. 中国卫生标准管理,2022,13(15):38-43.
- [11] 侯文肖,汪志伟,陈晴晴,等. 快速反应系统在医院应用的研究及发展概况[J]. 中国医师杂志,2021,23(6):947-950.
- [12] Sun JZ, Li HE, Wei DT, et al. Research status and prospect of creative development neuroscience[J]. Science in China: Life Science, 2021, 51(6):691-701.
- [13] 洛佩,吕肖锋,程千鹏,等. 实时动态胰岛素泵对 I 型糖尿病患者血糖调节的有效性及安全性研究[J]. 中国全科医学,2014,17(1):53-55.
- [14] 杨兴辰,郑玮杰,许莘,等. 某医院新冠肺炎疫情快速反应做法[J]. 解放军医院管理杂志,2021,28(7):642-644.
- [15] Huang C, Yin S, Li W, et al. Cold spray technology and its system: Research status and prospect[J]. Surface Technology, 2021,50(7):1-23.
- [16] 丁玲岩,李秀征,刘艳. 医联体建设下远程心电会诊触发快速反应对急性冠脉综合征患者的影响[J]. 国际医药卫生导报,2021,27(15):2288-2291.
- [17] Va A, Envelope D, Os C, et al. The epidemiology and outcomes of adult rapid response team patients in a

妊娠期妇女甲状腺激素及雌孕激素与孕期的关系

李海朋 董亚男 闫丽伟 云丽媛 康欣

【摘要】 目的 通过对比分析不同妊娠期孕妇甲状腺激素及雌孕激素水平, 探讨妊娠期甲状腺激素及雌孕激素与孕期的关系。方法 选取2018年6月-2021年9月医院早、中、晚期各40名健康孕妇及非妊娠健康妇女40名为调查对象, 分别监测孕妇在不同妊娠阶段内的甲状腺激素与雌孕激素水平。结果 妊娠期及对照组四组妇女间, 甲状腺激素T₃、T₄和雌二醇(E₂)、孕酮(P)水平比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 两两比较结果显示, 妊娠期妇女各激素水平均高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 并且各激素水平在妊娠期妇女中, 均随着妊娠期的延长逐渐升高, 尤其是雌孕激素E₂和P的水平增加幅度更大。结论 在整个妊娠期间, 甲状腺激素及雌孕激素呈逐渐升高的趋势, 但雌孕激素升高的幅度要大于甲状腺激素。

【关键词】 妊娠期; 甲状腺激素; 雌孕激素

中图分类号 R714.256 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)15-1124-03

Relationship between thyroid hormone, estrogen, progesterone and pregnancy in pregnant women Li Haipeng, Dong Yanan, Yan Liwei, Yun Liyuan, Kang Xin. Tangshan Union Medical College Hospital, Tangshan 063000, China

【Abstract】 Objective To investigate the relationship between thyroid hormone thyroid hormone and estrogen and progesterone levels during pregnancy. **Methods** A total of 120 healthy pregnant women and 40 healthy non-pregnant women from June 2018 to September 2021 were respondents. The levels of thyroid hormones and estrogen and progesterone in pregnant women at different stages of pregnancy were monitored respectively. **Results** The levels of thyroid hormone T₃, T₄, estrogen and progesterone E₂, P were significantly different between the four groups during pregnancy and the control group ($P < 0.05$). The results of pairwise comparison showed that the hormone levels of pregnant women were higher than those of the control group, with a statistically significant difference ($P < 0.05$). And the levels of all hormones in pregnant women gradually increased with the prolongation of pregnancy, especially the levels of estrogen and Progesterone E₂ and P increased more significantly. **Conclusions** During the whole pregnancy, Thyroid hormones and estrogen progesterone showed a gradual increase trend, but the increase of estrogen progesterone was greater than that of thyroid hormones.

【Key words】 Pregnancy period; Thyroid hormones; Estrogen progesterone

妊娠指从受孕到分娩的生理过程, 整个过程分为早、中、晚3个阶段。其中, 早期妊娠指孕妇妊娠

13周以内的阶段; 中期妊娠指孕妇妊娠第14~27

周的阶段; 晚期妊娠指孕妇妊娠第28周以后的阶段。孕妇在妊娠期间多项身体指标(如激素水平)常会出现一些变化与波动, 很容易造成一些假象, 甚至导致

基金项目: 河北省医学科学研究课题计划(编号: 20160880)
作者单位: 063000 河北省唐山市协和医院

tertiary care hospital in India[J]. *Medicina Intensiva*, 2022,46(10):577-580.

[18] 刘睿, 谢慧, 席惠君, 等. 突发传染病事件医院相关风险管理的指标体系研究[J]. *海军医学杂志*, 2022,43(10): 1033-1037,1065.

[19] Chalwin R, Salter A, Karnon J, et al. Effect of a multi-faceted rapid response system re-design on repeat

calling of the rapid response team[J]. *PLoS ONE*, 2022,17(3):e0265485.

[20] Factoria F, Maheshwari K, Khanna S, et al. Effect of a rapid response team on the incidence of in-hospital mortality[J]. *Anesthesia and Analgesia: Journal of the International Anesthesia Research Society*, 2022,78(3):135.

[2023-05-04 收稿]

误诊,这对孕妇和胎儿都是十分不利的。在不同妊娠阶段,各种激素水平有所不同,以满足不同阶段的生理需求。因此,研究不同妊娠阶段各种激素之间的关系具有重大的科学意义。甲状腺激素是一种十分重要的激素,可以协同生长激素一起,维持人体正常的生长发育,促进机体的新陈代谢和产热,调节体温;此外,甲状腺激素与肾上腺素协同作用,提高机体神经系统的兴奋性。对于妊娠期的孕妇,需要更多的甲状腺激素来满足胎儿的生长发育^[1-3]。女性体内的雌激素主要是从成熟的卵泡中产生^[4-5]。雌二醇是卵泡分泌的一种原始雌激素,检测雌激素的水平对妇科疾病有一定指导意义。孕激素也是由卵泡中产生,人体内产生的孕激素,主要是孕酮,其生理作用主要是保证受精卵着床,维持妊娠等^[6-7]。本研究探讨孕妇甲状腺激素及雌孕激素水平与孕期的关系。

1 对象与方法

1.1 调查对象

选取2018年6月-2021年9月医院25~35岁的健康孕妇作为调查对象,其中早期妊娠组(妊娠13周之内)40名,平均年龄 28.9 ± 2.21 岁;中期妊娠组(妊娠14~27周)40名,平均年龄 27.8 ± 2.88 岁;晚期妊娠组(妊娠28周以上)40名,平均年龄 29.3 ± 2.23 岁。同期选取40名25~35岁健康的未孕妇女作为对照组,平均年龄 27.9 ± 2.69 岁。各组间妇女年龄及身体状况差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表1 妊娠组不同阶段甲状腺激素与雌孕激素水平比较

组别	例数	甲状腺激素 T3 (nmol/L)	甲状腺激素 T4 (nmol/L)	E ₂ (pg/ml)	P (ng/ml)
早期妊娠组	40	$1.6 \pm 0.3^*$	$97.5 \pm 17.0^*$	$385.3 \pm 7.8^*$	$33.2 \pm 3.2^*$
中期妊娠组	40	$2.5 \pm 1.4^*$	$191.0 \pm 38.0^*$	$4532.0 \pm 78.0^*$	$63.5 \pm 13.0^*$
晚期妊娠组	40	$2.6 \pm 0.9^*$	$254.0 \pm 32.0^*$	$13764.0 \pm 324.0^*$	$163.0 \pm 25.1^*$
对照组	40	1.0 ± 0.1	73.1 ± 9.5	123 ± 4.2	13.1 ± 3.9
F 值		32.474	359.348	58425.555	858.430
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

注:两两比较结果,*与对照组对比, $P < 0.05$ 。

3 讨论

在妊娠过程中,常伴有恶心、头晕、乏力、嗜睡、食欲不振、喜食酸物和晨起呕吐等不良症状,其实这些症状很多都是由于体内激素水平的变化所导致的。由此可以看出,在整个妊娠过程中需要各种激素协同配合,从而完成孕育生命的各项机体功能。随着医学研究的不断深入,研究者揭示了妊娠期间一些激素的变化趋势和相互之间的关系。其中,甲状腺激素在妊

1.2 甲状腺激素测定方法

清晨,抽取空腹孕妇的静脉血,分离血清后,通过化学发光分析仪(德国ACS生产)检测甲状腺激素T₃、T₄的含量^[8]。

1.3 雌孕激素测定方法

抽取孕妇静脉血,分离血清后,测定雌二醇(E₂)和孕酮(P)的含量。血清E₂采用微粒子酶免疫分析技术进行测定(MEIA),使用仪器:全自动免疫分析仪(美国雅培公司生产)。血清孕酮采用酶免疫技术(EIA),使用孕酮酶免定量试剂盒(美国ENE公司生产)。

1.4 统计学处理

使用SPSS 20.0统计软件对数据进行统计分析,计量资料以“均数±标准差”表示,四组间均数比较采用多因素方差分析,两两比较采用LSD检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

妊娠期及对照组四组妇女间,甲状腺激素T₃、T₄和雌孕激素E₂、P水平比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);两两比较结果显示,妊娠期妇女各激素水平均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);并且各激素水平在妊娠期妇女中,均随着妊娠期的延长逐渐升高,尤其是雌孕激素E₂和P的水平增加幅度更大。见表1。

娠期间不仅要满足母体的正常需求,还需要满足胎儿的生长发育,发挥着不可替代的作用^[9-10]。雌孕激素在妊娠期间与甲状腺激素一起发挥十分重要的作用,其中E₂和P尤为重要。E₂可以通过调控细胞受体,影响DNA、RNA和蛋白质的合成。在这过程中,雌激素与孕激素共同作用,来保证机体妊娠期间的正常运转,孕激素还可以促进催乳素的分泌。

从本研究分析结果可以看出,在妊娠开始后,孕

妇血清内的甲状腺激素和雌孕激素水平明显增高,说明这一阶段需要甲状腺激素和雌孕激素共同作用。到了中期妊娠时,甲状腺激素 T3、T4 水平和雌孕激素继续显著增高,说明这一阶段母体和胎儿对于甲状腺激素和雌孕激素的需求量进一步增加,从而保证了母体和胎儿的正常生理功能和生长发育。到了晚期妊娠,甲状腺激素水平不再明显增加,而雌孕激素仍然大幅度增加。这一过程是由于母体和胎儿对甲状腺激素的需求没有明显增加,受到多种激素的调节,甲状腺激素不再明显增加,这与文献报道也基本一致。而雌孕激素在接近分娩阶段,需求量仍然大幅增加,来稳定胎儿状态。通过以上结果,可以看出在整个妊娠期,甲状腺激素和雌孕激素是一直升高的过程^[11-12]。

甲状腺激素是由下丘脑受到刺激后产生促甲状腺释放激素到血液中,进而作用于甲状腺,分泌甲状腺激素。通过这一系列的调控,保证了机体可以更好地应对外界变化。当母体妊娠后,母体脑垂体前叶会释放促甲状腺激素,此外胎盘中也会分泌一定量的促甲状腺释放激素和绒毛膜促性腺激素,这3种激素共同作用,引起甲状腺组织增生、肥大。一方面这会促使甲状腺激素分泌增多,另一方面也会促使雌孕激素水平增高。雌激素会刺激肝脏甲状腺结合球蛋白,促进其糖基化,这一过程需要大量的碘,最终使甲状腺腺体代偿性增大,血清甲状腺激素水平随之增高。因此,在妊娠期间,雌孕激素与甲状腺激素呈正反馈关系,雌激素的增多会提高甲状腺激素水平,甲状腺激素的增多也会提高雌孕激素水平。

综上所述,在整个妊娠期间,甲状腺激素及雌孕激素呈逐渐升高的趋势,但雌孕激素升高的幅度要大于甲状腺激素。

4 参考文献

- [1] 农正祥. 妊娠期甲状腺激素水平变化的观察 [J]. 右江医学, 2006, 34(6): 624-625.
- [2] 李智勇, 戴一平. 孕妇血清皮质醇及甲状腺激素水平变化的观察 [J]. 放射免疫学杂志, 1998(3): 157-158.
- [3] 胡金贵, 陈雪红, 王正江, 等. 妊娠期甲状腺激素检测的临床意义 [J]. 中国优生与遗传杂志, 2003, 11(5): 91-91.
- [4] 唐落韵, 吴白涛, 周宗旗. 中晚期妊娠利凡诺引产时血和羊水中雌孕激素水平的变化 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 1993(6): 357-358.
- [5] 谭丽, 董方莉, 张蕾, 等. 血清雌孕激素水平及其比值对体外受精-胚胎移植妊娠率的影响 [J]. 郑州大学学报: 医学版, 2005, 40(2): 286-288.
- [6] 华凯, 周春华, 夏舟岚, 等. 早期正常和异常妊娠者雌孕激素水平及其受体表达 [J]. 浙江医学, 2006, 28(7): 537-539.
- [7] 晏长荣, 汪琳, 孟运莲, 等. 血清雌、孕激素水平与输卵管妊娠 [J]. 数理医药学杂志, 2002, 15(1): 24-25.
- [8] 刘延汉, 刘龙海, 胡巧玲, 等. 妇女妊娠期甲状腺激素含量观察 [J]. 放射免疫学杂志, 1996(3): 172.
- [9] 孟祥颖, 邢金芳, 田伟芳, 等. 健康孕妇妊娠期甲状腺激素水平分析及参考范围研究 [J]. 中国卫生检验杂志, 2015, 25(3): 365-367.
- [10] 张宁, 闫素文, 徐斌, 等. 建立地区、孕龄和方法特异性甲状腺激素参考值范围在妊娠期甲状腺功能评价中的作用 [J]. 发育医学电子杂志, 2013, 1(1): 57-59.
- [11] 陈志友. 妊娠中期甲状腺功能减退症与甲状腺过氧化物酶抗体的相关性 [J]. 当代医学, 2014, 20(18): 26-27.
- [12] 连冬梅, 黄海洲, 高添艺. 北海地区正常孕妇不同孕期甲状腺激素的参考值范围 [J]. 中国优生与遗传杂志, 2013, 21(10): 66, 69.

[2023-06-02 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

螺丝固位联合粘接固位在后牙区多单位种植修复中的效果观察

许小玲

【摘要】 目的 探讨螺丝固位联合粘接固位在后牙区多单位种植修复中的效果。方法 选取2019年6月-2021年4月收治的97例后牙区多单位种植修复患者为研究对象,按照种植体固位方法将其分为对照组41例和观察组56例。对照组采取单纯螺丝固位,观察组采取螺丝与粘接联合固位。比较两组患者的不良事件发生率,扭力测定分级评价,牙槽嵴宽度。结果 组合固定2年后,患者随访过程中失访、脱落共6例,对照组剩余38例,共使用了76颗修复体,观察组剩余53例,共使用了106颗修复体。对照组不良事件发生率高于观察组,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组患者扭力测定分级评价比较,观察组患者扭力测定分级3级、4级的比例高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。种植前,两组患者牙槽嵴宽度比较,差异无统计学意义($P>0.05$);组合固定6个月后,两组患者牙槽嵴宽度均下降,但对照组牙槽嵴宽度小于观察组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 多单位种植修复中组合运用螺丝固位与粘接固位可降低远期不良事件发生率,有助于避免氧化锆冠粘接基台失败等不良反应的发生。

【关键词】 多单位种植修复; 牙槽嵴宽度; 螺丝固位; 后牙区; 粘接固位

中图分类号 R783.4 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)15-1127-05

Effect of screw retention combined with adhesive retention in multiunit implant restoration in the posterior dental area Xu Xiaoling. Xujinshan Stomatological Clinic, Tangshan 064100, China

【Abstract】 Objective To explore the effect of screw retention and adhesive retention in multiunit implant restoration in the posterior dental area. **Methods** 97 patients with multi-unit implant restoration in the posterior dental area admitted from June 2019 to April 2021 were selected as the research subjects, and they were divided into 41 cases in control group and 56 cases in observation group according to the method of implant fixation. The control group adopted simple screw retention, and the observation group adopted screw and adhesive joint fixation. The incidence of adverse events, torsion measurement grade rating, alveolar ridge width were compared. **Results** After two years of combined fixation, 6 patients were lost to follow-up and lost during follow-up, 38 remaining in the control group, 76 restorations were used, 53 remaining and 106 restorations in the observation group. The incidence of adverse events in the control group than the observation group was significant ($P<0.05$). Comparing the grade evaluation of torque measurement in the two groups, the proportion of patients with grade 3 and 4 was higher than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). Before implantation, there was no significant difference ($P>0.05$); after 6 months of the combined fixation, the width of the alveolar crest decreased, but the control group was smaller than that of the observation group ($P<0.05$). **Conclusion** The combination of screw retention and adhesive retention in multi-unit planting repair can reduce the incidence of long-term adverse events and help to avoid the occurrence of adverse reactions such as the failure of zirconia crown bonding abutment.

【Key words】 Multi-unit implant restoration; Width of alveolar ridge; Screw retention; Posterior tooth area; Adhesive retention

随着口腔医学的发展,种植修复技术越发成熟。有研究显示,缺失牙患者可借此技术有效恢复口腔咀嚼功能^[1]。但近年来研究表明,种植体和口腔原本的上部结构会发生摩擦,引起部分机械性并发症^[2]。而机械性并发症的发生率与种植体固定方式密切相关。临床研究表明种植修复螺丝固位方式若处理不当,很

容易在种植后期发生螺丝松动、折断等不良事件^[3-5]。并且随着负载力量增加,还会提升机械性并发症风险。但螺丝固位的优势也较多,如方便后期清洁工作,降低拆卸维护的难度等。此外,既往研究证实,单纯粘接固位有助于修复种植取模及加工制作基台时的累积偏差,相较于螺丝固位有着良好的修复宽容度,但同时也有着粘接剂外溢的缺点,容易造成口腔炎症,对

作者单位: 064100 河北省唐山市玉田县许金山口腔诊所

软组织有一定的刺激^[6]。基于此,本次研究通过组合运用螺丝固位与粘接固位对后牙区多单位种植修复患者进行治疗,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2019年6月-2021年4月收治的97例后牙区多单位种植修复患者为研究对象。纳入标准:①符合《口腔种植临床指南(第6卷)》(ITI)筛选标准^[7];②除后牙区多单位牙列缺损外,无其他疾病;③病史资料完整;④术前锥形束计算机断层扫描诊断符合标准。排除标准:①合并其他口腔、牙科疾病;②不接受回访。按照种植体固位方法将其分为对照组

(螺丝固位)41例和观察组(组合运用螺丝固位与粘接固位)56例。其中对照组男24例,女17例;年龄22~74岁,平均 52.17 ± 4.31 岁。观察组男32例,女24例;年龄21~76岁,平均 51.74 ± 4.21 岁。两组患者年龄、性别比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。本研究经医院伦理委员会批准。

1.2 固位方法

1.2.1 对照组 采取单纯螺丝固位。患者采取后牙区多单位牙列缺损行种植修复治疗。其中冠部修复采取氧化锆多单位联冠,修复中的压片机、牙科X射线机、CBCT、离心机等如表1所述。按氧化锆联冠的操作说明进行基本操作,其与基台工厂粘接的后口内位置加入螺丝进行固位。

表1 所需主要材料、仪器、设备

名称	规模型号	数量	产地
牙片机	MINRAY INRAY	1	芬兰
牙科X射线机	ORTHOPHOS XG 5 DS Ceph	1	德国
全景X射线系统(CBCT)	Planmeca ProMax 3D	1	芬兰
离心机(制备CGF)	Spinplus-6	1	中国
好乐杰 Hologic(双能X线骨密度仪)	ASY-00409	1	美国
体视显微镜	Olympus CX41	1	日本
切片机	RM2126	1	中国
自动包埋机	Leica 1160	1	德国
胶质银止血明胶海绵	Gelatamp	-	瑞士
真空试管、抽血针、止血带等	-	-	中国
Bio-oss 骨粉、bio-Gide 可吸收生物胶原膜	Gesitlich	1	瑞士

1.2.2 观察组 采取螺丝与粘接联合固位。后牙区多单位牙列缺损行种植修复治疗方法同对照组。通过将1单位种植体作为氧化锆与基台工厂粘接形成一体冠。再通过基台螺丝固位。剩余的种植体单位修复措施均以采取粘接固位。将牙冠与基台口内进行联合,同时于颌面开螺丝孔,为后期提供拆卸维护服务提供便利。在第一次联冠戴牙时开展螺丝固位,组合使用粘接固位。14d后复查。确保螺丝固位的修复体满足咬合咀嚼需求。然后开展粘接固位的相关操作,行永久粘接。在粘接剂刚使用未完全凝固时利用螺丝固位代替固定功能,进行最终加力。

1.3 观察指标

(1)不良事件发生率:持续随访两年后,汇总不良事件发生情况。不良事件包括:氧化锆冠粘接基台失败、扭力下降(包含螺丝松动)。

(2)扭力测定分级评价:持续随访两年后,参照胡秋斌^[8]研究中采取的分级标准,利用扭力刻度工

具扳手进行后牙区多单位牙列缺损患者的拆卸扭力测定。共分为4级,级数越高,固位螺丝固定越牢固,牙冠无松动等不良事件发生。反之1级则代表发生牙冠松动、螺丝折断事件。

(3)牙槽嵴宽度:种植前及种植后6个月采用X线观测患者牙槽嵴宽度。

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;扭力测定分级为等级资料,组间比较采用非参数秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者两年后修复体不良事件发生率比较

组合固定两年后,患者随访过程中失访、脱落共6例。对照组剩余38例,共使用了76颗修复体,

观察组剩余 53 例，共使用了 106 颗修复体。对照组不良事件发生率高于观察组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

2.2 两组患者两年后扭力测定分级评价比较

组合固定两年后，观察组患者扭力测定分级 3 级、4 级的比例高于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，

见表 3。

2.3 两组患者种植前后牙槽嵴宽度比较

种植前，两组患者牙槽嵴宽度比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；组合固定 6 个月后，两组患者牙槽嵴宽度均下降，观察组牙槽嵴宽度大于对照组，组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4、图 1。

表 2 两组患者两年后修复体不良事件发生率比较

组别	修复体颗数	氧化锆冠粘接基台失败	扭力下降 (包含螺丝松动)	不良事件发生率 (%)
观察组	106	2	5	6.60
对照组	76	12	13	32.89

注：不良事件发生率， $\chi^2=21.114$ ， $P=0.000$ 。

表 3 两组患者两年后扭力测定分级评价比较

组别	修复体颗数	1 级	2 级	3 级	4 级
观察组	106	5 (4.72)	11 (10.38)	47 (44.34)	43 (40.57)
对照组	76	13 (17.11)	13 (17.11)	30 (39.47)	20 (26.32)

注：秩和检验， $Z=5.175$ ， $P=0.000$ ；()内数据为百分率 (%)。

表 4 两组治疗前后的牙槽嵴宽度比较 (mm)

组别	例数	术前	手术后 6 个月
对照组	41	4.71 ± 0.21	2.13 ± 0.78
观察组	56	4.64 ± 0.23	3.10 ± 0.69
	<i>t</i> 值	1.535	6.471
	<i>P</i> 值	0.128	0.000

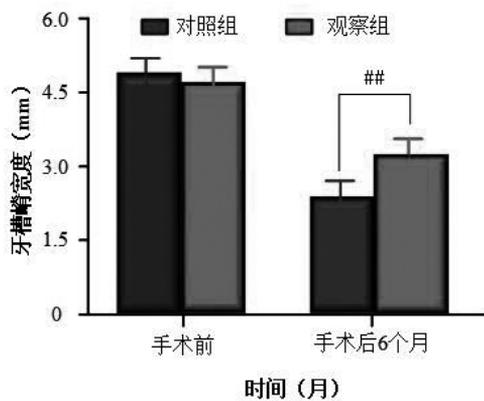


图 1 两组治疗前后的牙槽嵴宽度

3 讨论

牙种植修复后容易因为基台摩擦、粘接不牢固等诸多因素引起机械性并发症及生物学并发症等诸多属性的不良事件。其中机械性并发症最为常见。研究表明^[8-9]固位螺丝松动是导致牙种植修复质量下降的最常见机械性并发症。蔺世晨等^[10]研究中表明通过长期观察发现，随着时间增加，负载时间不断延长，给予螺丝的压力也不断增加。周立伟等^[11]临床研究中表明在不断负反馈下导致螺丝逐渐不稳，与种植体连接部件产生缝隙，最终导致基台及修复体中的微生物

渗透进口腔组织，导致附近软组织损伤。嵌入部件的松弛是导致螺丝松动、软组织损伤的重要因素之一，此外没有被动就位对螺丝固位后松动也有着明显影响。为此，实现螺丝固位后的修复体完全被动就位至关重要。Buzayan 等^[12]临床研究中表明螺丝固位后的修复体完全被动就位是避免机械性发生的重要保障条件，而避免嵌入部件松弛对实现螺丝固位的长期功能稳定也有着重要影响。此外有临床研究^[13]表明螺丝固位种植体没有被动就位容易导致生物力学不匹配，在咀嚼过程中常发生破坏性扭力，引起螺丝松动，情况严重甚至可能导致螺丝折断。此外螺丝固位无被动就位会加宽种植体金属部件间的微间隙，导致种植体周围炎^[14]，基台配件出现过度磨损，最终使多单位种植修复失败。

本次研究结果表明，观察组氧化锆冠粘接基台失败数低于对照组，这是因为本次研究中采取粘接固位联合螺丝固位，满足了多单位种植修复的被动就位需求，口内粘接内外冠的改良方法也降低了技术敏感性。在两种方式的压力下金属内冠可以完全契合基台的相邻界面，实现了完全被动就位，相较于单纯的螺丝固位，有利于让咬合力均匀的传导至种植体，降低了咬

合力传导时对金属内冠、基台等的负面影响,避免微小翘动的发生。此外本次研究采取的口内粘接联合螺丝固位明显降低了取模的加工偏差,颌面螺丝开孔为后期维护提供了良好的基础,降低咬合力对种植体的影响,避免不良事件的发生。此外本次研究观察组采取了初次戴牙时临时粘接的技术,这样有助于避免直接使用粘接剂后溶解对螺丝固位的应力分布影响。Weber等^[15]研究表明初次临时粘接可排除修复体自身的硬软组织阻力对修复冠就位影响。实现第二次永久粘接材料固位修复,规避临时粘接剂溶解对口腔的刺激^[16]。

此外本研究结果表明,观察组两年后的扭力测定四级分类标准优于对照组,且六月后的牙槽嵴宽度也显著优于对照组,这是因为粘接固位联合螺丝固位加强了粘接效果,规避了牙龈干扰冠边缘就位的负面影响,通过螺丝固位联合粘接固位更容易获得被动复位。针对粘接固位的部位进行螺丝固位有诸多优势,如形成较薄的粘接材料层,还可降低所需的粘接材料使用量,降低厚度,继而增强粘接力,同时通过间接形成的粘接材料层还有利于降低咀嚼的应受力^[17-20],改善粘接层的稳定性。同时粘接固位联合螺丝固位有助于牙槽嵴宽度的恢复,避免炎症反应对牙槽嵴的刺激。研究表明^[21-22]颌面作螺丝孔较之常规粘接固位有助于后续拆卸维护,组合应用可降低粘接剂的不良影响,同时降低后期固位螺丝的松动风险。

综上所述,多单位种植修复中组合运用螺丝固位与粘接固位可改善远期预后,有助于减少氧化锆冠粘接基台失败等不良反应的发生。

4 参考文献

- [1] Hamed MT, Mously HA, Alamoudi SK, et al. A systematic review of screw versus cement-retained fixed implant supported reconstructions [J]. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, 2020, 36(12): 1112-1117.
- [2] Elghadban H, Abdullah E, Hamed H, et al. O(298) Laparoscopic conversion of failed open vertical banded gastroplasty into single anastomosis gastric bypass: Safety, feasibility and preliminary results [C]. *IFSO 2018 23rd World Conference*, 2018, 57(7): 95-97.
- [3] Wittneben, Julia-Gabriela, Braegger, et al. Influence of prosthesis type and retention mechanism on complications with fixed implant-supported prostheses: A systematic review applying multivariate analyses [J]. *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*, 2015, 30(1): 110-124.
- [4] Sverchkova N V, Akhremchuk A E, Valentovich L N, et al. A Molecular genetic analysis of the bacterial genome of bacillus velezensis BIM B454 D: The basis of a probiotic preparation for veterinary practice [J]. *Applied Biochemistry and Microbiology*, 2023, 58(Suppl 1): S75-S85.
- [5] Derks J, Tomasi C. Peri-implant health and disease. A systematic review of current epidemiology [J]. *Journal of Clinical Periodontology*, 2015, 21(8): 1172-1177.
- [6] 张璐, 王频, 郭玲, 等. 富自体浓缩生长因子纤维蛋白液在口腔骨缺损种植引导骨再生后的骨量变化 [J]. *中国组织工程研究*, 2017, 21(8): 1186-1191.
- [7] D. Wismeijer, S. Chen, D. Buser. 国际口腔种植学会 (ITI) 口腔种植临床指南. 第六卷, 美学区连续多颗牙缺失间隙的种植修复 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2014.
- [8] 胡秋斌. 螺丝固位一体化基台冠应用于后牙单冠种植修复中的优势评价 [J]. *中国现代药物应用*, 2022, 16(16): 11-14.
- [9] 杨路鹏, 樊林峰, 史俊宇, 等. 磨牙区使用角度螺丝一体冠不同全瓷材料修复种植单冠: 1年前瞻性半口自身对照研究 [J]. *中国口腔颌面外科杂志*, 2021, 19(3): 1255-1257, 1260.
- [10] 蔺世晨, 段少宇, 宋万红, 等. 浓缩生长因子联合骨代用品在上颌前牙区拔牙位点保存中的临床应用 [J]. *首都医科大学学报*, 2017, 38(3): 451-456.
- [11] 周立伟, 李孟铨. 多单位种植修复中组合运用螺丝固位与粘接固位的临床回顾性研究 [J]. *口腔医学研究*, 2022, 38(2): 125-128.
- [12] Buzayan MM, Yunus NB. Passive fit in screw retained multi-unit implant prosthesis understanding and achieving: A review of the literature [J]. *Journal of Indian Prosthodontic Society*, 2014, 14(1): 16-23.
- [13] 苏铭扬, 吴熙凤, 高永波. CGF联合骨代用品及口腔修复膜在颌骨囊肿手术中的应用 [J]. *临床口腔医学杂志*, 2016, 32(8): 476-478.
- [14] 高强. 浓缩生长因子联合引导骨再生术对重度牙周炎患者细胞增殖、骨吸收的影响 [J]. *海南医学院学报*, 2017, 23(20): 2877-2879, 2883.
- [15] Weber HP, Sukotjo C. Does the type of implant prosthesis affect outcomes in the partially edentulous patient? [J]. *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*, 2007, 22 Suppl(Suppl): 140-172.
- [16] Gracis S, Michalakis K, Vigolo P, et al. Internal vs. external connections for abutments/reconstructions: A systematic review [J]. *Clinical Oral Implants Research*, 2012, 17(31): 77-85.
- [17] Vigolo P, Mutinelli S, Fonzi F, et al. An in vitro evaluation of impression techniques for multiple internal- and external-connection implant prostheses [J]. *Int J Oral Maxillofac Implants*, 2014, 29(4): 807-818.
- [18] Natalia Palacios-Garzón, Mauri-Obradors E, Xavier Roselló-LLabrés, et al. Comparison of marginal bone loss between implants with internal and external connections: A systematic review [J]. *The International Journal of Oral &*

妇科手术中药物镇痛与硬膜外镇痛效果的对比分析

邹峻嵩

【摘要】 目的 比较妇科手术中药物镇痛与硬膜外镇痛的镇痛效果, 评估两种方法的安全性。方法 选择海吉亚医院 2021 年 1-12 月收治的 80 例妇科手术患者作为研究对象。根据组间基线资料均衡可比的原则分为两组, 每组 40 例。药物镇痛组采用静脉注射可待因和布洛芬进行镇痛, 硬膜外镇痛组采用硬膜外导管, 给予罗哌卡因进行镇痛。采用视觉模拟评分 (VAS) 记录手术前后疼痛程度, 比较两组不良反应发生情况。结果 麻醉前, 两组患者 VAS 评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 麻醉后, 两组患者麻 VAS 评分均低于麻醉前, 但硬膜外镇痛组低于药物镇痛组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。两组患者不良反应的总发生率比较, 硬膜外镇痛组 (5.00%) 低于药物镇痛组 (15.00%), 但差异无统计学意义 ($P>0.05$)。结论 妇科手术中采用硬膜外镇痛比药物镇痛更有效, 且硬膜外镇痛有降低不良反应发生率的趋势。

【关键词】 妇科手术; 药物镇痛; 硬膜外镇痛; 镇痛效果; 安全性

中图分类号 R713 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)15-1131-04

Comparative analysis of drug analgesia and epidural analgesia in gynecological surgery Zou Junsong. Department of Anesthesiology, Haijiya Hospital, Shandong, Heze 274300, China

【Abstract】 Objective To compare the analgesic effects of medication and epidural analgesia in gynecological surgery, and evaluate the safety of the two methods. **Methods** Totally 80 gynecological surgery patients admitted to Haijiya Hospital from January to December 2021 were selected as the research subjects. According to the principle of balanced and comparable baseline data between groups, they were divided into two groups, with 40 cases in each group. In the drug analgesia group, Codeine and Ibuprofen were injected intravenously for analgesia, and in the epidural analgesia group, Ropivacaine was administered via epidural catheter for analgesia. Use visual analog scale (VAS) to record the degree of pain before and after surgery, and compare the occurrence of adverse reactions between the two groups. **Results** Before anesthesia, there was no statistically significant difference in VAS scores between the two groups of patients ($P>0.05$). After anesthesia, the VAS scores of both groups of patients were lower than before anesthesia, but the epidural analgesia group was lower than the drug analgesia group, with a statistically significant difference ($P<0.05$). The total incidence of adverse reactions between the two groups of patients was lower in the epidural analgesia group (5.00%) than in the drug analgesia group (15.00%), but the difference was not statistically significant ($P>0.05$). **Conclusion** The use of epidural analgesia in gynecological surgery is more effective than medication analgesia, and there is a trend towards reducing the incidence of adverse reactions.

【Key words】 Gynecological surgery; Medicated analgesia; Epidural analgesia; Analgesic effect; Security

作者单位: 274300 山东省菏泽市单县海吉亚医院麻醉科

Maxillofacial Implants, 2018, 33(3):580-589.

[19] 曾亚男. 螺丝固位种植修复技术在牙列缺损中应用 [J]. 中国医疗器械信息, 2021, 27(20):10-12.

[20] 吕晓蕾, 史俊宇, 钱姝娇, 等. 上颌前牙美学区单颗种植修复体应用角度螺丝通道系统基台和预成钛基台的短期临床疗效比较 [J]. 上海口腔医学, 2022, (4):28-31

[21] Seok-Gyu K, Chae-Heon C, Mee-Kyoung S. Effect of cement washout on loosening of abutment screws and vice versa in screw- and cement- retained implant-supported dental prosthesis [J]. The Journal of Advanced Prosthodontics, 2015, 7(3):207-209.

[22] Hussien A N M, Rayyan M M, Sayed N M, et al. Effect of screw-access channels on the fracture resistance of 3 types of ceramic implant-supported crowns [J]. The Journal of Prosthetic Dentistry, 2016, 116(2):214-220.

[23] Ueli Grunder, 潘盛波译, 李艳芬审, 等. 拔牙时同期即刻植入种植体采用和不采用软组织增量术 6 个月愈合期后牙槽嵴宽度的变化: 24 个连续病例的报告 [J]. 中国口腔医学继续教育杂志, 2011, 14(6):321-325.

[2023-05-04 收稿]

妇科手术通常是涉及妇女生殖系统的手术,包括子宫切除、子宫肌瘤切除、卵巢囊肿切除等手术,患者需要有效的镇痛来减轻疼痛和不适感。妇科手术的镇痛需求不仅是为了减轻患者的疼痛,还可以促进术后恢复^[1]。适当的镇痛可以减轻患者的疼痛和紧张感,促进患者恢复体力和精神状态。此外,镇痛还可以预防深静脉血栓和呼吸系统等并发症。因此,对于妇科手术患者,有效的镇痛措施对于减轻疼痛,提高手术成功率和术后恢复至关重要^[2]。药物镇痛和硬膜外镇痛是常见的妇科手术镇痛方法,本研究通过比较妇科手术中药物镇痛和硬膜外镇痛的镇痛效果,探讨两种方法的优缺点,为临床镇痛方法选择提供参考依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择海吉亚医院 2021 年 1-12 月收治的 80 例妇科手术患者作为研究对象。纳入标准: 18 ~ 60 岁; 需要接受择期妇科手术, 例如子宫肌瘤切除、子宫腺肌症手术等; 身体状况稳定, 无严重的心脏、肝肾功能障碍或其他严重合并症。排除标准: 孕妇或哺乳期妇女; 具有药物过敏史或已知对局部麻醉药物过敏的患者; 具有严重的心血管疾病、呼吸系统疾病、神经系统疾病或出血倾向的患者; 已接受其他镇痛方法或药物使用的患者。手术前接受详细的术前评估, 包括疼痛评分、身体指标、病史等。手术过程中监测患者的生命体征和麻醉深度, 并根据需要适当调整镇痛药物的剂量和给药方式。根据组间基线资料均衡可比的原则分为药物镇痛组和硬膜外镇痛组, 每组 40 例。两组患者年龄、高血压、身体质量指数 (BMI)、体重、麻醉恢复时间等指标比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 见表 1。研究符合伦理审批要求, 获得了相关机构的批准, 并严格遵守伦理道德原则, 确保研究过程的安全和隐私保护, 并且患者均签署知情同意书。

1.2 镇痛方法

1.2.1 药物镇痛组 静脉输注芬太尼 (国药准字

H20003688, 10ml : 0.5mg, 宜昌人福药业有限责任公司), 维持剂量 0.5 ~ 1.0 $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{h})$, 根据需要可进行额外的吗啡或美洛昔康口服镇痛。

1.2.2 硬膜外镇痛组

在手术前行硬膜外穿刺, 使用 0.5% 罗哌卡因 (国药准字 H20183151, 10ml : 50mg, 瑞阳制药有限公司) 行硬膜外镇痛, 维持剂量 5 ~ 10ml/h, 根据需要可进行额外的芬太尼或咪唑安定注射。

1.3 观察指标

(1) 疼痛程度: 采用视觉模拟评分 (VAS) 评估疼痛程度。0 分为无痛, 表示没有任何疼痛感; 1 ~ 3 分为轻度疼痛, 表示疼痛感轻微, 可以忍受; 4 ~ 6 分为中度疼痛, 表示疼痛感中等程度, 但仍可忍受; 7 ~ 9 分为重度疼痛, 表示疼痛感较强烈, 难以忍受; 10 分为剧烈疼痛, 表示极其严重的疼痛, 无法忍受。其中 0 表示无痛, 10 表示最严重的疼痛。

(2) 不良反应: 恶心和呕吐为某些镇痛药物可能导致患者出现恶心和呕吐的不适感; 术后感染为硬膜外导管插入可能引发穿刺部位出血、感染或神经损伤等并发症; 头痛为硬膜外镇痛后可能出现头痛, 尤其是因漏药而导致的硬膜外血肿; 嗜睡为硬膜外麻醉药物在高浓度下可能对神经产生毒性影响, 导致神经损伤或功能障碍。分析以上不良反应发生情况。

1.4 数据分析方法

运用 SPSS 22.0 统计学软件分析处理数据, 计数资料计算百分率 (%), 组间率比较采用 χ^2 检验; 计量资料用“均数 \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 两组患者疼痛程度比较

麻醉前, 两组患者 VAS 评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 麻醉后, 两组患者 VAS 评分均低于麻醉前, 但硬膜外镇痛组低于药物镇痛组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 1 两组患者临床特征情况比较

临床资料	药物镇痛组 ($n=40$)	硬膜外镇痛组 ($n=40$)	t 值	P 值
年龄 (岁)	29.34 \pm 4.53	28.18 \pm 3.70	1.254	0.501
高血压病史	4	6	0.457*	0.375
BMI	23.12 \pm 3.31	22.91 \pm 1.84	0.351	0.704
体重 (kg)	65.65 \pm 11.23	66.12 \pm 8.13	0.214	0.861
麻醉恢复时间 (min)	6.24 \pm 1.56	6.56 \pm 1.03	-1.083	0.242

注: * 为 χ^2 值。

表2 两组患者麻醉前后VAS评分比较(分)

组别	例数	麻醉前	麻醉后
药物镇痛组	40	7.50 ± 2.04	2.82 ± 2.15
硬膜外镇痛组	40	7.35 ± 1.43	1.04 ± 0.57
<i>t</i> 值		0.381	5.061
<i>P</i> 值		0.135	0.000

2.2 两组患者不良事件发生率比较 组低于药物镇痛组,但差异无统计学意义($P>0.05$),两组患者不良反应的总发生率比较,硬膜外镇痛见表3。

表3 两组患者不良事件发生率比较

组别	例数	不良事件				不良事件发生率(%)
		恶心呕吐	嗜睡	头晕	术后感染	
药物镇痛组	40	2	3	1	0	15.00
硬膜外镇痛组	40	1	0	1	0	5.00

注:不良事件发生率比较, $\chi^2=1.250$, $P=0.251$ 。

3 讨论

药物镇痛是通过使用药物来缓解疼痛的一种方法。常用的药物包括阿片类药物(如吗啡、芬太尼)、非甾体消炎药(如布洛芬、美洛昔康)、局麻药(如利多卡因、布比卡因)等。药物的给药途径包括口服、静脉注射、肌肉注射、皮下注射等。其中,静脉镇痛是最常用的方法^[3]。药物镇痛的优点是简便易行、快速有效,且可以控制各种程度的疼痛,但缺点是容易出现不良反应,如恶心、呕吐、头晕、呼吸抑制等^[4]。硬膜外镇痛是将麻醉药物注入硬膜外腔,以达到缓解疼痛的目的。硬膜外镇痛可以通过使用注射器或外置泵等设备进行输注。硬膜外镇痛的常用药物包括利多卡因、布比卡因、罗哌卡因等局麻药和芬太尼、咪唑安定等麻醉药物^[5]。硬膜外镇痛的方法包括单次注射和持续输注2种。持续输注可以通过外置泵进行输注,以维持药物浓度的稳定。硬膜外镇痛的优点是镇痛效果稳定,不会对患者的意识和神经系统产生影响,且不会引起恶心、呕吐等不良反应。缺点是需要专业医师进行操作,操作复杂,且可能会导致硬膜外腔感染等并发症。总的来说,药物镇痛和硬膜外镇痛各有其优缺点。对于妇科手术患者,选择合适的镇痛方法需要考虑患者的具体情况和手术类型等因素。

在国内外,药物镇痛和硬膜外镇痛在妇科手术中的镇痛管理已经得到广泛关注^[6-7],目前已有一些相关研究对药物镇痛和硬膜外镇痛在妇科手术中的应用进行比较。近年来国内越来越多的研究关注于药物镇痛和硬膜外镇痛在妇科手术中的应用^[3,5]。例如一项针对妇科手术患者的随机对照试验研究发现,硬膜外

镇痛在手术后的镇痛效果比药物镇痛更好,且无明显的不良反应^[8]。另外一项研究发现,对于妇科手术患者,药物镇痛和硬膜外镇痛可以达到相似的镇痛效果,但硬膜外镇痛的镇痛效果更加稳定^[9]。在国外,药物镇痛和硬膜外镇痛在妇科手术中的应用也得到了广泛研究。例如一项针对子宫切除术的临床前瞻性研究发现,硬膜外镇痛可以减少手术后的疼痛强度和镇痛药物使用量,并降低不良反应的风险。另外一项研究发现,药物镇痛和硬膜外镇痛在妇科手术中的镇痛效果相似,但硬膜外镇痛的安全性更高^[9]。药物镇痛和硬膜外镇痛都可以有效地管理妇科手术中的疼痛,但对于哪种方法更优,不同研究的结果并不一致^[10-11]。未来需要进一步探究两种方法的适用范围、优缺点和安全性,以便为临床医学提供更加有效的镇痛管理策略。

药物镇痛和硬膜外镇痛在妇科手术镇痛方面都有一定的应用,但是两者的镇痛效果和安全性存在一定的差异。在本研究中,硬膜外镇痛组的镇痛效果优于药物镇痛组,手术后疼痛评分更低。这可能是因为硬膜外镇痛能够更直接地靶向疼痛部位,提供更准确和持久的疼痛控制。而药物镇痛则需要通过循环系统传递,存在一定的时间延迟和变异性,不能完全满足患者的镇痛需求。在安全性方面,硬膜外镇痛组可能存在一定的并发症风险,如神经根损伤、感染等,但是本研究中未出现明显的不良反应和并发症^[12]。药物镇痛组则存在一定的镇痛药物滥用和依赖风险,特别是对于长时间使用的患者,需要进行谨慎管理和监测。因此认为,在妇科手术中,硬膜外镇痛可以作为一种更有效和安全的镇痛方法。但是,硬膜外镇痛的实施

需要一定的技术要求和丰富的经验,不能广泛应用于一般临床。在临床应用中,应根据患者的具体情况和手术类型进行选择 and 调整,最大程度地实现疼痛控制 and 安全保障^[13]。此外,我们还需要注意到一些其他因素可能会影响研究结果,如手术类型、患者年龄、疾病严重程度等。这些因素可能会导致结果偏差或干扰,需要在实验设计和数据分析中进行控制和调整。在临床应用中,建议医生们应根据患者的具体情况和手术类型进行选择 and 调整,最大程度地实现疼痛控制 and 安全保障。对于一些特殊患者,如老年患者、儿童、孕妇等,需要根据他们的生理和病理特点进行个体化的镇痛方案制定。在今后的研究中,可以进一步探索药物镇痛和硬膜外镇痛在不同妇科手术类型中的应用^[14-15],如剖宫产、子宫肌瘤切除术等,以及对不同年龄、性别、病理状态患者的应用情况进行更细致的分析和比较。也可以探索其他镇痛方法的应用,如神经阻滞、口服镇痛药物等,以丰富和完善妇科手术的镇痛管理。

综上所述,本研究对药物镇痛和硬膜外镇痛在妇科手术中的应用进行了比较,但仍然存在局限性和不确定性。需要在今后的研究中进行进一步的改进和拓展,以提高研究的可靠性和实用性,为临床医学提供更加有效、安全的镇痛管理策略。

4 参考文献

- [1] 陈慧娟,王浩,郑媛. 散结镇痛胶囊联合芬吗通治疗围绝经期综合征的安全性及对生活质量的影响 [J]. 中国妇幼保健, 2023, 38(5): 938-941.
- [2] 李玉梅, 赵文莉, 程鹏. 不同剂量纳布啡联合舒芬太尼在妇科腹腔镜手术术后镇痛的安全性分析 [J]. 中国药物滥用防治杂志, 2022, 28(9): 1292-1294, 1303.
- [3] 李文娟, 张艳红. 腹横肌平面阻滞在腹腔镜妇科恶性肿瘤术后镇痛中的应用进展 [J]. 吉林医学, 2023, 44(1): 193-197.
- [4] Taumberger N, Schütz AM, Jeitler K, et al. Preemptive local analgesia at vaginal hysterectomy: A systematic review [J]. Int Urogynecol J, 2022, 33(9): 2357-2366.
- [5] Rekatsina M, Theodosopoulou P, Staikou C. Effects of intravenous dexmedetomidine versus lidocaine on postoperative pain, analgesic consumption and functional recovery after abdominal gynecological surgery: A randomized placebo-controlled double blind study [J]. Pain Physician, 2021, 24(7): E997-E1006.
- [6] Kjolhede P, Bergdahl O, Borendal Wodlin N, et al. Effect of intrathecal morphine and epidural analgesia on postoperative recovery after abdominal surgery for gynecologic malignancy: An open-label randomised trial [J]. BMJ Open, 2019, 9(3): e024484.
- [7] 姚宏顺. 酮咯酸氨丁三醇联合布托啡诺用于妇科腹腔镜手术后患者的镇痛效果 [J]. 药品评价, 2022, 19(24): 1518-1522.
- [8] Zhang T, Yue Z, Yu L, et al. S-ketamine promotes postoperative recovery of gastrointestinal function and reduces postoperative pain in gynecological abdominal surgery patients: A randomized controlled trial [J]. BMC Surg, 2023, 23(1): 74.
- [9] 孙俊枝, 郭春燕, 武丽芳, 等. 不同配伍剂量的纳布啡联合氢吗啡酮对妇科腹腔镜患者术后镇痛效应的影响 [J]. 实用医学杂志, 2022, 38(18): 2336-2340.
- [10] 周取升, 唐飞, 王美云. 腰硬联合麻醉用于单孔腹腔镜妇科手术的麻醉效果及安全性 [J]. 临床与病理杂志, 2022, 42(6): 1349-1354.
- [11] Margolis B, Andriani L, Baumann K, et al. Safety and feasibility of discharge without an opioid prescription for patients undergoing gynecologic surgery [J]. Obstet Gynecol, 2020, 136(6): 1126-1134.
- [12] Gluck O, Barber E, Feldstein O, et al. The effect of subcutaneous and intraperitoneal anesthesia on post laparoscopic pain: A randomized controlled trial [J]. Sci Rep, 2021, 11(1): 81.
- [13] 陈娟. 腹横肌平面阻滞复合氟比洛芬酯对妇科腹腔镜术后患者镇痛的效果及术后疼痛、并发症影响 [J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2022, 9(8): 18-20.
- [14] 杨雪. 两种腰方肌阻滞 (QLB II型与 QLB III型) 在腹腔镜子宫手术中及术后的镇痛效果比较: 一项随机对照研究 [D]. 大连: 大连医科大学, 2022.
- [15] 张豪杰, 李健, 屈献锋, 等. 右美托咪定联合舒芬太尼自控静脉镇痛对妇科腹腔镜手术患者术后镇痛效果炎症细胞因子及早期恢复的影响 [J]. 中国妇幼保健, 2022, 37(2): 202-205.

[2023-05-08 收稿]

沙库巴曲缬沙坦联合比索洛尔对慢性心力衰竭患者血管内皮功能及心功能的影响

梁红娟

【摘要】 目的 探讨沙库巴曲缬沙坦联合比索洛尔对慢性心力衰竭患者的治疗效果及其对血管内皮功能及心功能的影响。方法 选择医院心内科 2021 年 1 月 - 2022 年 8 月收治的 120 例慢性心力衰竭患者作为研究对象。根据组间性别、年龄、身体质量指数 (BMI)、合并症等基线资料均衡可比的原则分为单药组、联合用药组, 各 60 例, 分别应用比索洛尔治疗、比索洛尔联合沙库巴曲缬沙坦治疗, 比较两组治疗前后血管内皮功能 [一氧化氮 (NO)、内皮素 (ET)、一氧化氮合酶 (NOS)]、心功能指标 [左室舒张末期内径 (LVEDD)、左心室射血分数 (LVEF)、左室收缩末期内径 (LVESD)]、心功能损伤指标 [N 末端脑钠肽前体 (NT-proBNP)]、不良反应发生率。结果 治疗后, 联合用药组患者治疗有效率显著高于单药组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗前, 两组患者 ET、NO、NOS 水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 联合用药组患者 ET 水平显著低于单药组, NO、NOS 水平显著高于单药组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗前, 两组患者 LVESD、LVEF、LVEDD、NT-proBNP 心功能指标相比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 联合用药组患者 LVEF 水平显著高于单药组, LVEDD、LVESD、NT-proBNP 水平显著低于单药组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。联合用药组患者不良反应发生率为 3.33%, 低于单药组的 6.67%, 但差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 对慢性心力衰竭患者实施沙库巴曲缬沙坦联合比索洛尔治疗, 可提升治疗效果, 减轻其血管内皮功能损伤及心肌损伤, 抑制心室重构, 且未增加治疗不良反应。

【关键词】 慢性心力衰竭; 沙库巴曲缬沙坦; 血管内皮功能

中图分类号 R541.6 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)15-1135-03

慢性心力衰竭指心肌病、炎症反应等引发的心肌损伤, 出现心室功能及结构变化, 出现心室泵血、充盈能力低下症状, 临床以体液潴留、乏力、呼吸困难等为主要表现, 增加其死亡发生风险^[1]。在对该病治疗中, 减轻患者心肌细胞损伤、抑制心室重构为主要治疗方案。比索洛尔为 β 受体阻滞剂, 对心脏 β_1 受体高度亲和, 抑制 β_1 受体介导的心脏毒性作用, 达到保护心血管功能、增加左心室射血分数 (LVEF) 水平的效果, 改善心力衰竭症状, 但单一应用效果相对有限。沙库巴曲缬沙坦具抑制血管紧张素 II 作用, 增加脑啡肽酶所降解的肽类水平, 以改善心力衰竭症状, 减轻血管内皮细胞功能损伤, 抑制心室重构^[2]。为此, 本研究将上述两种药物联合应用于心内科慢性心力衰竭患者, 探讨临床治疗效果及其对患者血管内皮功能及心功能的影响。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择医院心内科 2021 年 1 月 - 2022 年 8 月收治的 120 例慢性心力衰竭患者作为研究对象。根据组间性别、年龄、身体质量指数 (BMI)、合并症

作者单位: 274900 山东省菏泽市巨野县人民医院心内科

等基线资料均衡可比的原则分为联合用药组与单药组, 各 60 例。单药组男 37 例, 女 23 例; 年龄 51 ~ 79 岁, 平均 69.70 ± 4.18 岁; BMI 19 ~ 28, 平均 23.41 ± 1.98 ; 合并高血压 25 例, 持续性房颤 21 例, 冠心病 12 例, 糖尿病 7 例。联合用药组男 35 例, 女 25 例; 年龄 45 ~ 78 岁, 平均 70.22 ± 5.36 岁; BMI 19 ~ 29, 平均 24.03 ± 2.35 ; 合并高血压 27 例, 持续性房颤 20 例, 冠心病 15 例, 糖尿病 6 例。两组患者上述一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。本研究经医院医学伦理委员会审核批准。

(1) 纳入标准: ①符合慢性心力衰竭诊断标准^[3]; ② LVEF $\leq 45\%$; ③纽约心脏病学会 (New York Heart Association, NYHA) 心功能分级 II ~ IV 级; ④年龄 < 80 岁; ⑤认知、精神正常, 可配合完成口服药物治疗; ⑥对研究知情同意。

(2) 排除标准: ①合并恶性肿瘤; ②合并自身免疫性疾病; ③血管性水肿、恶性心律失常、肺动脉重度高压; ④合并严重感染性疾病; ⑤研究期间退出、失访。

1.2 治疗方法

两组入院后均应用血管扩张剂、利尿剂、降糖等对症治疗。在此基础上, 单药组应用比索洛尔 (Merck

KGaA, J20170042, 5mg/片)口服治疗,初始剂量为2.5mg/次,1次/d,晨起口服;结合患者心率、血压调整剂量,最大不超过7.5mg/d。联合用药组在单药组治疗基础上,联合沙库巴曲缬沙坦(北京诺华, J20190002, 100mg/片)口服治疗,初始剂量为50mg/次,2次/d;每2周进行1次剂量调整,直至达到200mg/次,2次/d,后维持治疗。

两组持续治疗3个月时评价疗效。

1.3 观察指标

(1) 治疗效果: 显效为 NYHA 分级达到 I 级; 有效为 NYHA 分级未达到 I 级, 但改善 1~2 级; 无效为 NYHA 分级无明显改善; 有效率 = (显效 + 有效) 例数 / 观察例数。

(2) 血管内皮功能: 治疗前后, 采集患者 3ml 空腹静脉血, 离心取上清, 以酶联免疫吸附法(试剂盒购自上海酶联生物)检测一氧化氮(NO)、内皮素(ET)、一氧化氮合酶(NOS)水平。

(3) 心功能指标: 治疗前后, 以彩色多普勒超声检查仪(美国 GE, Vivid E9)检查患者心功能指标, 包括左室收缩末期内径(LVESD)、LVEF、左室舒张末期内径(LVEDD)。

(4) 心肌细胞损伤指标: 治疗前后, 采集患者 3ml 空腹静脉血, 离心取上清, 以酶联免疫吸附法(试剂盒购自上海酶联生物)检测 N 末端脑钠肽前体(NT-proBNP)。

(5) 不良反应: 统计比较两组治疗期间不良反应发生情况, 包括头晕/头痛、心动过缓、肝肾功能障碍。

1.4 数据分析方法

运用 SPSS 27.0 统计学软件分析处理数据, 计数资料计算百分率(%), 组间率比较采用 χ^2 检验; 计量资料用“均数 ± 标准差”表示, 组间均数比较采用 *t* 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果比较

治疗后, 联合用药组患者治疗有效率显著高于单药组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 两组患者血管内皮功能水平比较

治疗前, 两组患者 ET、NO、NOS 水平比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后, 联合用药组患者 ET 水平显著低于单药组, NO、NOS 水平显著高于单药组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组患者心功能指标比较

治疗前, 两组患者 LVESD、LVEF、LVEDD、NT-proBNP 心功能指标相比, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后, 联合用药组患者 LVEF 水平显著高于单药组, LVEDD、LVESD、NT-proBNP 水平显著低于单药组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 1 两组患者治疗效果比较

组别	n	治疗效果			有效率 (%)
		显效	有效	无效	
单药组	60	23	29	8	86.67
联合用药组	60	25	33	2	96.67

注: 有效率比较, $\chi^2=3.927$, $P=0.048$ 。

表 2 两组患者血管内皮功能水平比较

组别	n	ET (ng/L)		NO (mmol/L)		NOS (mmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
单药组	60	75.61 ± 4.25	53.68 ± 5.19	69.34 ± 6.64	73.28 ± 6.65	10.81 ± 2.34	13.38 ± 2.15
联合用药组	60	76.00 ± 5.33	48.77 ± 4.38	68.20 ± 5.32	77.43 ± 5.36	10.09 ± 1.98	15.95 ± 2.34
t 值		0.443	5.600	1.038	3.764	1.819	6.265
P 值		0.658	0.000	0.301	0.000	0.071	0.000

表 3 两组患者心功能指标比较

组别	n	LVEF (%)		LVEDD (mm)		LVESD (mm)		NT-proBNP (pg/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
单药组	60	39.48 ± 4.79	52.13 ± 5.77	64.75 ± 6.29	57.49 ± 4.82	53.31 ± 6.98	48.45 ± 5.36	3846.34 ± 512.33	2346.74 ± 294.45
联合用药组	60	38.76 ± 5.20	55.59 ± 6.10	65.12 ± 5.80	54.27 ± 5.36	55.07 ± 7.21	45.45 ± 4.93	3902.41 ± 488.72	1936.81 ± 302.76
t 值		0.789	3.192	0.335	3.460	1.359	3.191	0.613	7.519
P 值		0.432	0.002	0.738	0.001	0.177	0.002	0.541	0.000

2.4 两组患者不良反应发生率比较

联合用药组患者不良反应发生率为 3.33%，低于

单药组的 6.67%，但差异无统计学意义 ($P>0.05$)，见表 4。

表 4 两组患者不良反应发生率比较

组别	n	不良反应			不良反应发生率 (%)
		头晕 / 头痛	心动过缓	肝肾功能异常	
单药组	60	1	1	0	3.33
联合用药组	60	2	1	1	6.67

注：不良反应发生率比较， $\chi^2=0.175$ ， $P=0.675$ 。

3 讨论

慢性心力衰竭多见于中老年人群，随病症进展会出现心功能解剖学结构及功能进一步下降，增加患者死亡风险。在该病对症治疗基础上，增加其 LVEF、改善心室泵血能力，为该病基础治疗方案，以减轻心肺负荷，维持其心功能稳定性。比索洛尔为选择性 β_1 肾上腺素受体阻断剂，用药治疗后主要通过抗儿茶酚胺类肾上腺素能递质毒性，以减轻心脏毒性作用，同时该药具抗心肌缺血、抗高血压等作用，可改善心功能、增加 LVEF 水平。但在慢性心力衰竭发生发展中，血管内皮细胞、心肌细胞炎性纤维化作用，为心室重构重要发生原因，尽管比索洛尔可通过减轻心脏负荷、保护心血管作用，在一定程度上可抑制心室重构，但单一用药效果有限。

沙库巴曲缬沙坦主要成分包括沙库巴曲、缬沙坦^[4]。其中沙库巴曲为脑啡肽酶抑制剂，增加利钠肽等肽类水平，可与心肌细胞中利钠肽受体相结合，增加细胞内环化核苷酸水平，促进动脉及静脉舒张，改善心肌细胞血液循环^[5]；同时可维持心肌细胞中水钠平衡，保证细胞功能稳定，抑制心肌细胞纤维化。缬沙坦为血管紧张素 II 受体拮抗剂，可抑制血管收缩，同时可抑制肾素 - 血管紧张素 - 醛固酮系统，避免发生肾性高血压，维持心肌细胞血流灌注，保持其心功能稳定^[6]。

本研究结果显示，联合用药组治疗有效率高于单药组，治疗后联合用药组血管内皮细胞功能、心功能指标均显著改善，考虑原因为，单纯应用比索洛尔治疗，尽管可减轻心脏毒性作用、抗高血压，减轻心功能损伤，但单一用药效果有限；联合沙库巴曲缬沙坦治疗后，可通过其促进动静脉扩张、抑制血管收缩作用改善心肌细胞血流灌注，减轻心肌细胞损伤^[7-8]；同时该药具抗心肌细胞纤维化作用，可抑制心室重构，改善 LVEF、LVEDD 等指标水平；而抑制血管收缩，可减轻其血管内皮细胞损伤，抑制动脉粥样硬化形成，维持心肌细胞血流灌注稳定性，促进心功能修复，进而可提升治疗效果^[9-10]。本研究结果显示，联合用药组不良反应发生率与单药组相近，提示联合治疗后并

未增加药物不良反应。

综上，对慢性心力衰竭患者实施沙库巴曲缬沙坦联合比索洛尔治疗，可提升治疗效果，减轻其血管内皮功能损伤及心肌损伤，抑制心室重构，且未增加治疗不良反应。

4 参考文献

- [1] 田瑞兆, 张春林, 杨鹏, 等. 沙库巴曲缬沙坦联合美托洛尔对冠心病慢性心力衰竭患者心功能及血清 sST2, AngII, IGFBP7 水平的影响 [J]. 川北医学院学报, 2022, 37(1): 59-62.
- [2] 柴阿霞. 沙库巴曲缬沙坦治疗慢性心功能不全对患者血浆 N 末端脑钠肽前体心室重构及生存质量的影响 [J]. 中国药物与临床, 2021, 21(17): 2992-2994.
- [3] 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组, 中国医师协会心力衰竭专业委员会中华心血管病杂志编辑委员会. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018 [J]. 中华心血管病杂志, 2018, 46(10): 760-789.
- [4] 魏兆明, 江文胜, 谢伟, 等. 沙库巴曲缬沙坦钠对心力衰竭患者心功能及近期预后的影响 [J]. 江苏医药, 2021, 47(1): 77-80.
- [5] 赵志颖, 金静, 喻蓉. 沙库巴曲缬沙坦对高龄心力衰竭患者心功能及衰弱的影响 [J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2022, 24(4): 389-392.
- [6] 孙瑜, 李慧, 赵智儒. 沙库巴曲缬沙坦联合琥珀酸美托洛尔治疗心力衰竭及对患者心功能的改善研究 [J]. 中华保健医学杂志, 2022, 24(3): 196-199.
- [7] 中国医师协会全科医师分会. 沙库巴曲缬沙坦钠在基层心血管疾病临床应用的专家共识 [J]. 中国全科医学, 2021, 24(23): 2885-2890, 2897.
- [8] 吴捷华, 谢卫星, 许涛, 等. 沙库巴曲缬沙坦对慢性心力衰竭患者躯体化症状及焦虑抑郁的影响 [J]. 中国循证心血管医学杂志, 2022, 14(4): 439-441, 446.
- [9] 李文邦, 刘希金, 刘佳月, 等. 沙库巴曲缬沙坦对慢性心力衰竭患者运动耐量的影响 [J]. 临床内科杂志, 2022, 39(6): 392-395.
- [10] 张璐, 常彩莲, 王武, 等. 沙库巴曲缬沙坦钠片对高原地区慢性心力衰竭患者神经内分泌激素和心功能的影响 [J]. 现代生物医学进展, 2021, 21(12): 2350-2353, 2367.

[2023-05-19 收稿]

影响结肠息肉术后复发的因素分析

张杰

【摘要】 目的 探讨结肠息肉术后复发的影响因素。方法 选择2018年1月-2023年2月医院就诊的200例结肠息肉患者作为调查对象,均经内镜下治疗,将术后复发的88例患者作为病例组(复发组),未复发的112例患者作为对照组(未复发组)。调查分析结肠息肉复发的影响因素。结果 单因素分析结果显示,与未复发组比较,复发组男性、年龄 ≥ 60 岁、非酒精性脂肪性肝病、高血压、2型糖尿病、氩等离子体凝固术、氩等离子体凝固术联合高频电凝切除术、息肉数目 ≥ 3 个、息肉直径 $\geq 10\text{mm}$ 、多部位、腺瘤占比、体质量指数、尿酸、三酰甘油、高密度脂蛋白水平更高,差异有统计学意义($P<0.05$)。多因素分析结果显示,年龄 ≥ 60 岁、非酒精性脂肪性肝病、高血压、高体质量指数、息肉数目 ≥ 3 个、息肉直径 $\geq 10\text{mm}$ 、多部位息肉、腺瘤的结肠息肉患者,术后复发的危险性增大($P<0.05$)。结论 年龄 ≥ 60 岁、非酒精性脂肪性肝病、高血压、高体质量指数、息肉数目 ≥ 3 个、息肉直径 $\geq 10\text{mm}$ 、多部位息肉、腺瘤,是结肠息肉复发的危险因素。

【关键词】 结肠息肉; 手术治疗; 复发; 因素分析

中图分类号 R735.3 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)15-1138-04

结肠息肉属于肠道疾病,原因不明,与长期腹泻、长期便秘、遗传和炎症性疾病有关,受患者年龄、感染情况和生活习惯影响较大^[1]。患者可有排便习惯改变、便秘或排便次数增加、间断性便血等表现,伴随炎症者可有黏液或黏液血便,部分患者可有腹胀、腹痛症状,经肠镜或肛镜检查可见息肉^[2]。研究认为,腺瘤息肉体积增加,癌变风险也明显增长,广基息肉和高位息肉癌变风险更高,绒毛状腺瘤癌变率可达50%以上^[3]。这就需要临床重视疾病早期诊断,在确诊疾病的基础上予以针对性治疗,以缓解症状,延缓病程。内镜手术是结肠息肉主要治疗方式,但术后复发率较高,严重时可发展为浸润性肠癌。因此,探讨结肠息肉术后复发因素分析,可为结肠息肉术后复发防治对策的制定与落实提供参考依据^[4]。

1 对象与方法

1.1 调查对象

选择2018年1月-2023年2月医院就诊的200例结肠息肉患者作为调查对象,患者由同一医疗团队行内镜手术,将术后复发的88例患者作为病例组(复发组),未复发的112例患者作为对照组(未复发组)。纳入标准:①符合结肠息肉诊断标准^[5];②可耐受内镜手术;③年龄 > 20 岁;④病理资料和术后结肠镜复查资料完整;⑤患者状态良好,主动配合研究。排除标准:①心、脑、肝、肾病变严重者;②恶性肿瘤患者;③血液系统疾病患者;④近1周内有过其他治

疗者;⑤伴随其他类型肠道疾病者;⑥伴随精神障碍,难以配合研究者。本研究经医学伦理委员会审批通过(编号:ksehlsp2022-005)。

1.2 调查内容

(1)问卷调查:内容包括性别、年龄、文化程度、婚姻状态(有/无)、经济收入、病程、合并症(非酒精性脂肪性肝病、高血压、2型糖尿病)、手术方式(氩等离子体凝固术、氩等离子体凝固术联合高频电凝切除术、其他)、息肉数目、直径、息肉部位、腺瘤、体质量指数。

(2)实验室检测:于入院24h内抽取患者空腹静脉血,以每分钟3500转的速度离心处理,5min后采集上层清液,测定患者尿酸、三酰甘油和高密度脂蛋白水平。

1.3 调查方法

调查人员于患者术后生命体征稳定后逐一发放问卷,告知患者调查目的及填写方式。除合并症外,其他均为单项选择;本次研究共发放200份调查问卷,均有效回收。生化指标项目由调查人员根据检测结果填写,完成后由另一位调查人员核对,确保信息无误。

1.4 数据分析方法

运用SPSS 25.0统计学软件分析处理数据,单因素分析中,计数资料计算百分率(%),组间率比较采用 χ^2 检验;多因素分析采用Logistic模型。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 单因素分析

复发组和未复发组患者文化程度、婚姻情况、病

程和经济水平对比, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 复发组男性、年龄 ≥ 60 岁、合并症 (非酒精性脂肪性肝病、高血压、2 型糖尿病)、手术方式为氩等离子体凝固术及氩等离子体凝固术联合高频电凝切除术、息肉数目 ≥ 3 个、息肉直径 $\geq 10\text{mm}$ 、多部位、腺瘤占比、体质量指数、尿酸、三酰甘油、高密度脂蛋白水平均高于未复发组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 结肠息肉内镜治疗患者术后复发单因素分析

分析因素	分类	复发组	未复发组	χ^2 值	P 值
性别	男	56 (63.64)	50 (44.64)	7.137	0.008
	女	32 (36.36)	62 (55.36)		
年龄 (岁)	<60	23 (26.14)	60 (53.47)	15.278	0.000
	≥ 60	65 (73.86)	52 (46.43)		
文化程度	高中以下	60 (68.18)	75 (66.96)	0.033	0.855
	高中及以上	28 (31.82)	47 (33.04)		
婚姻	已婚	54 (61.36)	68 (60.71)	0.155	0.876
	未婚	30 (34.09)	47 (33.04)		
	离异或丧偶	4 (4.55)	7 (6.25)		
月收入 (元)	< 3000	68 (77.27)	80 (71.43)	0.875	0.350
	≥ 3000	20 (22.73)	32(28.57)		
病程 (月)	≤ 3	27 (30.68)	36 (32.14)	0.049	0.825
	> 3	61 (69.32)	76 (67.86)		
非酒精性脂肪性肝病	有	32 (36.36)	17 (15.18)	11.957	0.000
	无	56 (63.64)	95 (84.82)		
高血压	有	24 (27.27)	11 (9.82)	10.395	0.001
	无	64 (72.73)	101 (90.18)		
2 型糖尿病	有	11 (12.50)	2 (1.79)	9.308	0.002
	无	77 (87.50)	110 (98.21)		
氩等离子体凝固术	是	48 (54.55)	21 (18.75)	27.943	0.000
	否	40 (45.45)	91 (81.25)		
氩等离子体凝固术联合高频电凝切除术	是	32 (36.36)	15 (13.39)	14.464	0.000
	否	56 (63.64)	97(86.61)		
息肉数目 (个)	≥ 3	35 (39.77)	21 (18.75)	10.803	0.001
	< 3	53 (60.23)	91 (81.25)		
息肉直径 (mm)	≥ 10	42 (47.73)	25 (22.32)	14.278	0.000
	< 10	46 (52.27)	87 (77.68)		
多发息肉	是	32 (36.36)	15 (13.39)	14.464	0.000
	否	56 (63.64)	97 (86.61)		
腺瘤	是	52 (59.09)	35 (31.25)	15.542	0.000
	否	36 (40.91)	77 (68.75)		
体质量指数	> 23.9	40 (45.45)	25 (22.32)	12.021	0.001
	≤ 23.9	48 (54.55)	87 (77.68)		
尿酸 ($\mu\text{mol/L}$)	> 420	35 (39.77)	12 (10.71)	23.147	0.000
	≤ 420	53 (60.23)	100 (89.29)		
三酰甘油 (mmol/L)	> 1.69	38 (43.18)	21 (18.75)	14.144	0.000
	≤ 1.69	50 (56.82)	91 (81.25)		
高密度脂蛋白 ($\mu\text{mmol/L}$)	> 1.81	32 (36.36)	17 (15.18)	11.957	0.001
	≤ 1.81	56 (63.64)	95 (84.82)		

注: () 内数据为构成比 (%)。

2.2 多因素分析

以术后复发为因变量（是=1，否=0），自变量为单因素分析中差异有统计学意义的因素（变量赋值见表2），采用 Logistic 模型进行多因素分析，结果

显示，结肠息肉复发的危险因素包括年龄 ≥ 60 岁、非酒精性脂肪性肝病、高血压、高体质量指数、息肉数目 ≥ 3 个、息肉直径 $\geq 10\text{mm}$ 、多部位息肉、腺瘤（ $P<0.05$ ），见表3。

表2 变量赋值

因素	变量赋值		因素	变量赋值	
	0	1		0	1
性别	女	男	息肉直径 (mm)	< 10	≥ 10
年龄 (岁)	< 60	≥ 60	息肉部位	单发	多发
非酒精性脂肪性肝病	无	有	腺瘤	否	是
高血压	无	有	体质量指数	≤ 23.9	> 23.9
2型糖尿病	无	有	尿酸 ($\mu\text{mol/L}$)	< 420	> 420
氩等离子体凝固术	否	是	三酰甘油 (mmol/L)	≤ 1.69	> 1.69
氩等离子体凝固术联合高频电凝切除术	否	是	高密度脂蛋白 ($\mu\text{mmol/L}$)	≤ 1.81	> 2.0
息肉数目 (个)	< 3	≥ 3			

表3 结肠息肉内镜治疗患者术后复发多因素分析

因素	β	SE	Wald χ^2	P 值	OR	95%CI
男性	0.575	0.306	3.698	0.057	1.780	0.990 ~ 3.212
≥ 60 岁	0.628	0.315	3.960	0.045	1.881	1.010 ~ 3.496
非酒精性脂肪性肝病	1.014	0.322	10.056	0.002	2.749	1.470 ~ 5.130
高血压	0.576	0.277	4.202	0.040	1.769	1.020 ~ 3.040
2型糖尿病	0.075	0.415	0.036	0.852	0.925	0.415 ~ 2.075
氩等离子体凝固术	0.095	0.727	0.015	0.902	0.912	0.216 ~ 3.800
氩等离子体凝固术联合高频电凝切除术	0.682	0.672	1.032	0.312	0.505	0.135 ~ 0.880
息肉数目 ≥ 3 个	0.947	0.332	8.165	0.004	2.572	1.345 ~ 4.920
息肉直径 $\geq 10\text{mm}$	1.122	0.295	14.778	0.000	3.075	1.732 ~ 5.455
多发息肉	1.352	0.325	17.112	0.000	3.865	2.035 ~ 7.340
腺瘤	1.386	0.270	25.782	0.000	3.998	2.342 ~ 6.815
体质量指数	0.207	0.051	16.604	0.000	1.226	1.110 ~ 1.360
尿酸	0.004	0.006	0.478	0.469	0.982	0.980 ~ 1.010
三酰甘油	0.268	0.186	2.072	0.151	1.300	0.912 ~ 1.870
高密度脂蛋白	0.186	0.446	0.172	0.680	0.835	0.345 ~ 2.002

3 讨论

结肠癌是常见的恶性肿瘤病变，发生率和致死率均处于较高水平。相关意见指出，结直肠腺瘤为结直肠癌主要癌前疾病，在癌前疾病中的占比近90%^[6]。腺瘤转变为肠癌周期长，需加强控制，降低恶变风险。目前，临床多用内镜下手术方式，创伤小，并发症少，可完整切除，对患者术后恢复有利，但术后有着较高的复发率，特别是患者为晚期病变时，更容易增加疾病复发风险^[7]。为改善患者预后，应重视影响术后复发的因素，采取相应措施，以降低复发风险。

本研究结果显示，结肠息肉术后复发危险因素包括年龄 ≥ 60 岁、非酒精性脂肪性肝病、高血压、高体质量指数、息肉数目 ≥ 3 个、息肉直径 $\geq 10\text{mm}$ 、多部位息肉、腺瘤。与青壮年比较，老年患者多有结直肠功能障碍，代谢功能失调，易出现便秘、腹泻等胃肠道不适等症状，大便干燥、排便次数增加等因素均可刺激肠道，引发慢性炎症，增加术后复发风险^[8]；现阶段，人口老龄化趋势明显增长，现代人寿命更长，应从实际出发，加强对年龄 ≥ 60 岁结肠息肉内镜手术患者的随访。非酒精性脂肪肝为临床病理综合征，

排除乙醇和其他肝损伤因素,其主要特征为弥漫性肝细胞大泡性脂肪改变,单纯性脂肪肝及由此发展而来的脂肪性肝炎和肝硬化均包括在内,肝脏与肠道有着相同的胚胎学起源,肠道血液经门静脉系统进入肝脏;结肠息肉患者合并非酒精性脂肪肝时,瘦素水平高,脂联素水平较低,前者可加快结肠肿瘤细胞生长速度,而后者对结肠肿瘤细胞生长繁殖有抑制作用,因此认为非酒精性脂肪肝可增加结肠息肉术后复发风险^[9]。高血压为代谢性疾病,是结肠息肉术后复发危险因素之一,作用机制不明,可能是因为高血压和结肠息肉均与年龄、遗传和生活习惯有关,因此可以认为,高血压可增加术后复发风险^[10]。体质质量指数是衡量人体胖瘦程度和健康状态的重要指标,可用来评估体重对不同身高个体的影响;与体质质量指数正常者比较,高体质质量指数患者体内脂肪含量较多,可刺激激素和促炎因子的产生与释放,为癌细胞生长繁殖创造微炎症状态。高静静等^[11]分析结肠息肉术后复发相关因素,结果显示高体质质量指数可增加术后复发风险,与本研究观点一致。

结肠息肉数目较多时,癌变风险高,危险性高,即便及时采取内镜下手术,也有切除不彻底的情况,导致病灶残留,增加术后复发风险。息肉直径不同时,术后复发风险也存在差异,一般来讲,结肠息肉直径 $\geq 10\text{mm}$ 时,可导致术后病灶残留,增加复发和癌变风险。结肠息肉可出现在结肠各处,乙状结肠、直肠和降结肠较为多发,与单发息肉比较,多发性结肠息肉提示患者体内多处病灶,复杂程度增加,对患者进行内镜手术时,清除不彻底,易遗漏微小病灶,导致术后复发。李晓芳等^[12]的研究结果显示,息肉数目多、直径大时,可增加术后复发风险,再次验证了文中观点。结肠息肉类型多样,分为肿瘤样息肉、结构瘤样息肉、炎性息肉和增生性息肉4种类型,腺瘤属于肿瘤性息肉,是大肠黏膜上皮细胞增生所致真性肿瘤(基因突变、新生细胞增长失控),若不及时治疗,可导致贫血、肠梗阻等并发症;或是加重原有疾病,使得良性肿瘤转变为恶性肿瘤;与其他类型患者比较,病灶边缘或邻近组织可有浸润情况,即便予以内镜治疗,也可出现无法根治的情况,术后残留病灶继续生

长繁殖,增加复发风险。马幸等^[13]学者在研究中发现,结肠息肉组织病理为腺瘤时,可作为术后复发独立危险因素,与本研究观点一致。

综上所述,结肠息肉术后复发率高,受多种因素影响,应重视术后随访,加强危险因素防范,以降低复发风险。

4 参考文献

- [1] 方崇文,张焰平,孙小明,等.腺瘤型肠息肉发生的影响因素分析[J].中国医药导报,2022,19(13):104-106.
- [2] 孟彤,陈星.结肠息肉检出率在不同时期及人群的临床比较[J].中国医药导报,2021,18(4):81-84,89.
- [3] 鲍正华,马启刚,唐伟.NBI内镜在结肠息肉癌变中的诊断价值及结肠息肉癌变影响因素研究[J].临床和实验医学杂志,2022,21(5):487-490.
- [4] 林园园,何洁,李小华,等.结直肠息肉伴高级别瘤变内镜下切除术后复发因素的分析[J].中国内镜杂志,2021,27(1):52-58.
- [5] 陈德鹏.实用内科学[M].长春:吉林科学技术出版社,2013:37-38.
- [6] 中华医学会消化病学分会,中华医学会消化病学分会肿瘤协作组.中国结直肠癌预防共识意见(2016年,上海)[J].中华消化杂志,2016,36(11):721-733.
- [7] 赵利娜,王恺婁,罗琦,等.251例结肠息肉切除术后复发危险因素分析[J].新医学,2022,53(7):491-495.
- [8] 陈海晓.老年肠息肉患者术后复发危险因素研究[J].临床研究,2022,30(1):5-8.
- [9] 汤锦洪,王龙.非酒精性脂肪性肝病与结直肠腺瘤性息肉相关性的研究进展[J].临床肝胆病杂志,2021,37(11):2672-2675.
- [10] 邢洁,任竣瑶,张倩,等.高血压患者结直肠息肉发病的危险因素分析[J].临床和实验医学杂志,2021,20(16):1723-1727.
- [11] 高静静,鲁仕昱,杜晟楠,等.结肠息肉术后复发的影响因素分析[J].中国医药导报,2022,19(23):104-108.
- [12] 李晓芳,张小艳,徐俊荣,等.不同类型肠息肉临床病理特征及术后复发危险因素分析[J].中国实验诊断学,2021,25(1):34-39.
- [13] 马幸,王万里,王恩栋.结直肠息肉切除术后复发风险研究[J].深圳中西医结合杂志,2021,31(16):55-56.

[2023-04-07 收稿]

综合性康复治疗偏瘫患者的临床效果

李宁 葛健文 王争胜

【摘要】 目的 探讨神经内科偏瘫患者应用综合性康复治疗方案的临床效果。方法 选择2021年4月-2022年10月天水市中医医院神经内科收治的100例卒中后偏瘫患者作为研究对象,根据组间性别、年龄、发病类型、偏瘫部位等基线资料均衡可比的原则分为观察组和对照组,每组50例。对照组给予常规治疗,观察组在此基础上给予综合性康复治疗,对比两组患者的肢体运动功能、神经功能缺损程度评分等。结果 治疗前,两组患者美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分、Fugl-Meyer运动功能评估量表(FMAS)评分、Berg平衡量表(BBS)评分、Barthel指数比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);治疗8周后,两组患者上述指标评分均改善,而组间比较,观察组患者改善程度均优于对照组,各指标组间差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 综合性康复治疗措施的应用有助于促进偏瘫患者神经功能改善,并改善肢体功能,提高生活自理能力。

【关键词】 神经内科;偏瘫;脑卒中;综合性康复治疗;肢体运动功能;平衡能力

中图分类号 R743.3 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)15-1142-03

随着人们生活水平的提高和社会老龄化问题的加重,神经内科脑血管疾病的发病率逐年提高,而脑血管疾病的特点是发病率高、致残率高、致死率高^[1-2],偏瘫则是该类疾病的常见后遗症,也是致患者生活质量降低的主要后遗症之一。目前对于偏瘫的治疗以促进神经功能恢复为重点^[3]。本研究针对神经内科卒中后偏瘫患者,探索综合性康复治疗对于促进患者神经功能恢复和肢体运动功能恢复的作用,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2021年4月-2022年10月天水市中医医院神经内科收治的100例卒中后偏瘫患者作为研究对象,根据组间性别、年龄、发病类型、偏瘫部位等基线资料均衡可比的原则分为观察组和对照组,每组50例。对照组男27例,女23例;年龄45~76岁,平均 63.28 ± 4.50 岁;发病类型:脑梗死39例,脑出血11例;偏瘫部位:左侧24例,右侧26例。观察组男25例,女25例;年龄46~77岁,平均 63.10 ± 4.45 岁;发病类型:脑梗死40例,脑出血10例;偏瘫部位:左侧27例,右侧23例。两组患者上述一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),有可比性。患者对本研究知情并自愿参与本研究。

(1) 纳入标准:经影像学等检查确诊为急性脑梗死或脑出血;生命体征稳定后1周内入组;年龄40~80岁;有肢体功能障碍;意识神志清醒。

(2) 排除标准:合并心、肺、肾等脏器功能不

全的患者;伴有恶性肿瘤的患者;合并四肢瘫痪或其他影响肢体功能的疾病者;既往有精神病史、痴呆病史、聋哑的患者。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 给予常规治疗,主要是根据患者的并发症给予降血糖、降血压、调脂、抗炎、调节水电解质、降低颅内压等,对于脑梗死患者给予抗凝、溶栓等治疗,对于脑出血患者给予止血、保护脑组织等。另外,结合患者的偏瘫情况给予功能锻炼。

1.2.2 观察组 在对照组治疗措施基础上,观察组给予综合性康复治疗,包括如下。

(1) 心理康复治疗:卒中后偏瘫患者多伴有抑郁、焦躁等负性情绪,医护人员及早发现患者的负性情绪,并给予针对性的干预治疗,以预防卒中抑郁症的发病。如耐心倾听患者的主诉,并给予安慰鼓励,积极解决患者的问题,回答疑问,引导患者正确认识疾病,鼓励患者参加集体活动等,并介绍成功治疗的病例,增强患者的治疗自信心。同时结合康复治疗方案进行针对性的认知指导,告知患者综合性康复治疗方案对于偏瘫侧肢体功能恢复、日常生活自理能力改善等方面的积极作用,引导患者能积极配合康复治疗。

(2) 物理康复治疗:采用生物电刺激疗法,选择生物刺激反馈仪,将电极安放在偏瘫侧肢体的上肢三角肌和前臂腕背伸肌、下肢的股四头肌和胫前肌的肌腹,选定频率为25~100Hz,强度为0~60mA,根据患者的耐受能力调节频率和强度,每次30min,每日1次,持续8周。

(3) 中医辨证康复治疗:选择皮质下、交感、

神门和内分泌的穴位, 然后结合中医理论对患者辨证分型, 对于痰热扰心的患者增加心、脾、焦处穴位, 对于肝火旺盛患者增加肠、肝、胆处穴位, 对于心虚脾虚的患者增加心、脾、小肠处的穴位。由专业的中医技师对患者进行穴位按摩、中药熏洗和艾灸治疗。

(4) 肢体功能锻炼: 根据患者的偏瘫侧肢体功能状况进行循序渐进的功能锻炼。包括卧位及坐位的抗痉挛姿势摆放、患肢各关节的被动运动及肌肉按摩, 患侧及健侧翻身练习、桥式运动、腕关节及踝关节背伸牵张运动、坐位训练、站立训练、步行训练等。除此之外, 还需结合患者的肌力进行日常生活训练, 让患者进行穿脱衣物、拿碗拿筷、吃饭等精细动作的训练, 改善上肢活动能力。在功能锻炼过程中, 结合患者的个体化情况及时对康复锻炼方案进行相应的调整, 并在锻炼中加强对患者的鼓舞, 使患者能积极配合锻炼。

1.3 观察指标

(1) 神经功能缺损程度: 治疗前、治疗 8 周后分别采用美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS) 评测患者的神经功能缺损程度, 该量表得分在 0 ~ 42 分, 得分高低与缺损程度呈正比。

(2) 肢体运动功能: 治疗前后应用 Fugl-Meyer 运动功能评估量表 (FMAS) 评估患者的肢体运动功能, 分成上肢运动功能 (0 ~ 66 分) 和下肢运动功能 (0 ~ 34 分), 得分越高表示肢体功能状态越好; 另外采用 Berg 平衡量表 (BBS) 评测患者的平衡力, 得分 0 ~ 56 分, 得分越高则平衡力越好。

(3) 心理状态评分: 治疗前后分别应用汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 评测患者的抑郁情绪, 得分 < 7 分为无抑郁情绪, 得分 7 ~ 16 分为可能有抑郁情绪,

得分 17 ~ 24 分为肯定有抑郁症, 得分 > 24 分为存在严重抑郁症。

(4) 日常生活能力: 治疗前后分别采用 Barthel 指数评测, 得分在 0 ~ 100 分, 得分高低与日常生活能力呈正比。

1.4 数据分析方法

数据运用 SPSS 23.0 统计学软件分析处理, 计数资料计算百分率 (%), 组间率比较采用 χ^2 检验; 计量资料用“均数 ± 标准差”表示, 组间均数比较采用 *t* 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 NIHSS 评分及 HAMD 评分比较

治疗前, 两组患者 NIHSS 评分、HAMD 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗 8 周后, 两组患者 NIHSS 评分和 HAMD 评分均较治疗前有明显的降低, 而组间比较, 观察组患者 NIHSS 评分和 HAMD 评分明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者 FMAS 评分及 BBS 评分比较

治疗前, 两组患者 FMAS 评分及 BBS 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗 8 周后, 两组患者 FMAS 上肢评分以及下肢评分、BBS 平衡力评分与治疗前相比均显著提高, 而观察组上述评分均高于对照组, 组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组患者的日常生活能力评分比较

治疗前, 两组患者 Barthel 指数比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗 8 周后, 观察组患者 Barthel 指数明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 1 两组患者 NIHSS 评分和 HAMD 评分比较 (分)

组别	例数	NIHSS 评分		HAMD 评分	
		治疗前	治疗 8 周后	治疗前	治疗 8 周后
观察组	50	15.47 ± 2.18	3.27 ± 0.32	22.34 ± 2.39	5.34 ± 0.44
对照组	50	15.23 ± 2.06	5.32 ± 0.45	22.05 ± 2.31	8.96 ± 0.58
<i>t</i> 值		0.566	26.252	0.617	35.161
<i>P</i> 值		0.573	0.000	0.539	0.000

表 2 两组患者 Fugl-Meyer 评分和 BBS 评分比较 (分)

组别	例数	FMAS 上肢评分		FMAS 下肢评分		BBS 评分	
		治疗前	治疗 8 周后	治疗前	治疗 8 周后	治疗前	治疗 8 周后
观察组	50	23.48 ± 2.33	42.54 ± 4.20	13.33 ± 2.10	25.34 ± 2.45	34.34 ± 2.69	50.34 ± 3.49
对照组	50	23.69 ± 2.43	36.28 ± 3.44	13.50 ± 2.11	21.54 ± 2.32	34.67 ± 2.74	44.38 ± 3.12
<i>t</i> 值		0.441	8.153	0.404	7.964	0.608	9.003
<i>P</i> 值		0.660	0.000	0.687	0.000	0.545	0.000

表3 两组患者的 Barthel 指数评分比较(分)

组别	例数	治疗前	治疗8周后
观察组	50	41.32 ± 3.59	79.43 ± 5.48
对照组	50	41.65 ± 3.66	71.25 ± 5.23
<i>t</i> 值		0.455	7.636
<i>P</i> 值		0.650	0.000

3 讨论

神经内科患者的病种多,而偏瘫则属于脑血管疾病患者最常见的后遗症之一,会对患者的生活质量造成严重影响,而且也会加重社会负担和家庭负担^[4]。另外,脑血管疾病偏瘫患者常因为偏瘫失去生活自理能力,易产生一系列的不良情绪,如自卑、焦躁、恐惧抑郁等,其中卒中后抑郁是最为常见的心理障碍,会直接影响患者的治疗依从性,进而影响治疗效果和肢体功能恢复。而现代康复医学认为早期的康复治疗是促进偏瘫患者肢体功能改善的重要治疗方法,能促进患者神经功能修复,提高生活质量^[5-6]。但是单一的康复训练则难以达到满意的治疗效果。

神经内科的脑血管疾病患者偏瘫康复的重点在于中枢神经系统的细胞再生重组,以促进神经功能修复。而综合性康复治疗则将多种康复治疗措施结合起来应用,根据偏瘫分期不同给予针对性的功能锻炼,并结合患者的个体化特点适当调整功能锻炼方案。如在早期给予床上卧位的肢体功能锻炼能促进神经系统相关恢复潜能的发挥,使得病变的细胞轴突进一步分化形成新的突触,从而促进神经功能修复。而随着功能锻炼的进展,肢体的随意活动对与其相对应的大脑皮质进行有效刺激,逐渐促进正常运动程序和新的神经回路建立,使周围非损伤区域功能重建,也对侧支循环、病灶周围脑细胞和脑组织代偿起到一定的促进作用,促进肢体运动功能的改善,也促进神经功能修复^[7]。除肢体功能锻炼外,综合性康复治疗还对患者应用生物电刺激治疗,对瘫痪侧肢体进行持续的功能性电刺激,刺激肌肉神经细胞,逐步促进患侧肌肉收缩功能和神经功能的修复,减少代偿性运动^[8]。另外,结合中医辨证论治等理念对患者进行中医康复治疗,通过穴位按摩、中药熏洗、艾灸治疗促进患者交感神经、内分泌、心、肝、脾、胆等重要脏器功能得以改善;而且对相应的穴位进行按摩、熏洗等治疗能疏通经络,一定程度上能促进血液循环的改善,缓解脑组织缺氧

缺血状况,并且能刺激兴奋大脑运动中枢,促进反射弧恢复和重建,促进肢体功能恢复^[9]。除上述措施外,医院结合偏瘫患者的心理特点强化对患者的心理康复治疗,由专门的医护人员结合患者的心理障碍给予心理疏导,帮助患者宣泄负性情绪,提高患者的治疗配合度,保障各项治疗措施落实到位,达到预期效果。研究结果显示,观察组患者治疗8周后的NIHSS评分、HAMD评分均低于对照组,且FMAS上肢运动功能评分、下肢运动功能评分、BBS平衡力评分和Barthel指数均高于对照组;综合性康复治疗的应用能促进患者负性情绪的纾解,促进患者神经功能修复和肢体功能的改善,并促进患者生活自理能力的增强。

综上所述,神经内科的卒中后偏瘫患者应用综合性康复治疗能促进神经功能改善和肢体功能恢复,并促进负性情绪的纾解,改善生活自理能力。

4 参考文献

- [1] 姚静珠,刘玲.神经内科护理中康复护理对脑卒中后偏瘫患者的预后观察[J].山西医药杂志,2017,46(8):983-985.
- [2] 宋洋.神经内科早期康复护理干预对缺血性脑卒中偏瘫预后的影响[J].中国实用医药,2021,16(8):179-181.
- [3] 张丽梅.核心肌群康复锻炼对脑卒中后偏瘫患者肢体功能及预后的影响[J].中国初级卫生保健,2019,33(5):101-103.
- [4] 张孟宁.康复推拿配合功能锻炼对脑卒中后偏瘫患者肢体运动功能、肌力恢复的影响[J].中外医学研究,2019,17(24):171-172.
- [5] 申静,张园梅.动机性访谈联合肢体功能锻炼对脑卒中偏瘫患者临床依从性及肢体功能的影响[J].临床医学研究与实践,2020,5(18):156-159.
- [6] 张尔珈,姚琼,王笑,等.虚拟现实康复锻炼对老年脑出血偏瘫患者肢体功能、神经功能、平衡功能及生活质量的影响[J].中国老年学杂志,2019,39(17):4240-4243.
- [7] 方来漫.运动康复功能锻炼结合针灸对急性脑卒中偏瘫患者肢体运动功能的影响[J].大医生,2021,6(10):20-22.
- [8] 刘敏涛,高志红.康复训练联合生物电干预对卒中患者功能恢复的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2019,41(1):56-57.
- [9] 谢明花,陈进杰,杨伟,等.针灸联合偏瘫肢体综合训练对脑卒中患者的影响[J].深圳中西医结合杂志,2022,32(2):83-85.

[2023-04-19 收稿]

止血纱辅助氨甲环酸对神经外科手术治疗脑出血患者再出血的影响

倪巨

【摘要】目的 分析止血纱辅助氨甲环酸对神经外科手术治疗脑出血患者再出血的影响。**方法** 选择2017年1月-2021年12月医院接受神经外科手术的60例脑出血患者作为研究对象,根据组间性别、年龄、颅内血肿量、疾病类型等基线资料均衡可比的原则分为对照组和观察组,每组30例。两组患者术后均用1.0g氨甲环酸注射液静脉滴注,对照组术中止血使用明胶海绵纱布,观察组辅助使用止血纱,对比两组患者失血量、再出血发生率,并对比患者凝血功能。**结果** 观察组患者术中出血量、术后出血量和总失血量少于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者术后3、7和10d再出血发生率分别为10.00%、3.00%和0,与对照组比较差异有统计学意义($P<0.05$);两组患者术前凝血功能指标比较差异无统计学意义($P>0.05$),观察组术后活化部分凝血活酶时间更长,D-二聚体和纤维蛋白原水平更低,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 止血纱辅助氨甲环酸可减少脑出血神经外科术后出血量,也可降低术后再出血风险,对患者凝血功能影响小。

【关键词】 止血纱;氨甲环酸;脑出血;失血量;再出血;凝血功能

中图分类号 R743.34 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)15-1145-03

脑出血分为自发性脑出血和创伤性脑出血。自发性脑出血即为脑溢血,是常见的脑血管病变,多见于中老年群体,血压骤升使血管破裂引起出血^[1]。发病后,患者可出现口眼歪斜、吐字不清、肢体乏力麻木、头痛和视物模糊等症状,严重时可引发脑移位、脑疝,如不及时救治,可导致半身不遂、语言障碍甚至死亡。创伤性脑出血是脑外伤患者死亡及残疾的首要原因,尽早识别脑出血患者并进行医学干预(如手术治疗)对降低脑外伤患者死亡率、提高预后极其重要。目前临床多用神经外科手术治疗此病,通过开颅的方式清除血肿,可缓解症状,延缓疾病发展进程^[2],降低死亡率及致残率,但术后再出血风险高,影响预后,严重者危及患者生命安全。减少脑出血患者神经外科术后出血风险是临床需要重点解决的问题,对患者术后恢复有直接影响^[3]。氨甲环酸常用于治疗急性或慢性、全身性或局限性纤维蛋白溶解亢进引起的出血,对弥漫性血管内凝血所致高纤溶状态有改善作用,可降低颅脑创伤患者进行性出血和死亡率发生风险^[4]。止血纱由再生纤维素制成,提取自天然植物,以羟甲基纤维素为主要成分,可促进手术创面快速止血^[5]。本研究采用临床实验,探讨脑出血患者使用止血纱辅助氨甲环酸对降低术后再出血发生风险的临床效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2017年1月-2021年12月医院接受神经

外科手术的60例脑出血患者作为研究对象,根据组间性别、年龄、颅内血肿量、疾病类型等基线资料均衡可比的原则分为对照组和观察组,每组30例。纳入标准:满足脑出血诊断标准^[6],均接受神经外科手术;年龄30~80岁;对止血方案可耐受;患者与家属了解研究详情,主动参与。排除标准:重要脏器功能受损严重者;现行其他治疗者;伴随恶性肿瘤者;资料不完整者。对照组男21例,女9例;年龄33~79岁,平均 52.83 ± 13.17 岁;颅内血肿量30~140ml,平均 59.77 ± 7.47 ml;疾病类型:自发性脑出血19例,创伤性脑挫裂伤伴脑内血肿11例。观察组男24例,女6例;年龄44~77岁,平均 62.13 ± 8.04 岁;颅内血肿量20~150ml,平均 60.53 ± 8.73 ml;疾病类型:自发性脑出血19例,创伤性脑挫裂伤伴脑内血肿11例。除患者年龄外,两组患者基线资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。研究通过医院伦理委员会批准;患者与家属了解研究详情,主动参与。

1.2 止血方法

两组患者术后均用1.0g氨甲环酸注射液静脉滴注,脑疝不明显者或发生脑疝,出血12h内行开颅手术,术中经双极电凝止血处理动脉或静脉出血。对照组用明胶棉片辅助止血,出血不明显后,将明胶海绵剪成薄片于创面外敷,放置引流管,逐层缝合,手术完成。观察组常规止血措施与对照组一致,使用脑棉片处理小出血点,止血后撤去脑棉,根据创面面积将止血纱剪成合适大小于渗血创面外敷,并用脑棉压平,

经吸引器吸干，置管完成手术。两组患者术后均行重症监护，术后静脉滴注氨甲环酸；生命体征变化明显者，予以 CT 复查确定病因。

1.3 观察指标

(1) 失血量：计算两组患者总失血量，包括术中出血量和术后出血量两部分，其中术中出血量 = (纱布或明胶) 增加重量 + 吸引器内液体重量 - 冲洗量，引流量为术后出血量。

(2) 术后再出血发生率：患者术后均行头颅 CT 检查，观察出血情况，以出血量超过 10ml 为再出血。比较两组患者术后 3、7 和 10d 再出血发生率。

(3) 凝血功能：于患者术前和术后 3d 抽取 3 ~ 5ml 空腹静脉血，使用全自动血液检测经凝固法检测凝血酶原时间和活化部分凝血活酶时间，纤维

蛋白原和 D- 二聚体水平经免疫比浊法和胶体金法测定。

1.4 数据分析方法

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

2 结果

2.1 两组患者失血量对比

观察组术中出血量、术后出血量和总失血量少于对照组，组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者失血量对比 (ml)

组别	例数	术中出血量	术后出血量	总失血量
对照组	30	168.72 ± 40.56	227.18 ± 22.78	395.90 ± 63.34
观察组	30	112.24 ± 32.54	142.48 ± 18.56	254.72 ± 51.10
t 值		5.949	15.788	9.502
P 值		0.000	0.000	0.000

2.2 两组患者术后再出血发生率比较

观察组术后 3、7 和 10d 再出血发生率低于对照组，组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者术后再出血发生率比较

组别	例数	术后 3d	术后 7d	术后 10d
对照组	30	11 (36.67)	8 (26.67)	6 (20.00)
观察组	30	3 (10.00)	1 (3.33)	0 (0.00)
χ^2 值		5.962	4.706	4.629
P 值		0.015	0.030	0.031

注：() 内数据为百分率 (%)。

2.3 两组患者手术前后凝血功能指标比较

手术前，两组患者凝血酶原时间、活化部分凝血活酶时间、D- 二聚体、纤维蛋白原各项凝血功能指标水平比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。手术后，两组患者凝血酶原时间变化不大，组间差异仍无统计学意义 ($P > 0.05$)；两组活化部分凝血活酶时间、纤维蛋白原和 D- 二聚体水平有所上升，但组间比较，观察组活化部分凝血活酶时间长于对照组，纤维蛋白原和 D- 二聚体水平低于对照组，组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者手术前后凝血功能指标比较

组别	例数	凝血酶原时间 (s)		活化部分凝血活酶时间 (s)		D- 二聚体 (mg/L)		纤维蛋白原 (g/L)	
		术前	术后	术前	术后	术前	术后	术前	术后
对照组	30	13.12 ± 1.78	13.18 ± 1.56	27.36 ± 2.18	27.92 ± 2.54	0.21 ± 0.04	0.85 ± 0.12	3.06 ± 0.45	5.72 ± 1.12
观察组	30	13.48 ± 1.54	13.72 ± 1.88	27.60 ± 2.27	30.96 ± 2.78	0.20 ± 0.04	0.38 ± 0.07	3.12 ± 0.48	4.36 ± 1.08
t 值		0.838	1.211	0.418	4.422	0.968	18.530	0.499	4.788
P 值		0.406	0.231	0.678	0.000	0.337	0.000	0.619	0.000

3 讨论

脑血管病变可导致血管破裂引发出血，多由高血压所致，患者血压水平控制不佳可在情绪过激或过度劳累时增加脑出血风险，可产生血肿压迫脑组织，损伤神经功能，甚至可增加患者死亡风险。此外颅脑外伤也可导致脑血管破裂，引发颅内出血，进而产生脑

实质受压和颅内压增高表现，如头痛、恶心、呕吐等，脑组织损害可出现口眼歪斜、吐字不清、肢体乏力麻木、头痛和视物模糊等症状，严重时可能出现脑疝，危及生命。临床多用外科手术治疗此病，可清除颅内血肿，缓解症状作用明显，但术后可有再出血风险。脑出血术后再出血的出现与小静脉或小静脉继发性破裂

相关,原因在于血浆纤维蛋白降解产物增加,血脑屏障通透性发生改变,对患者凝血功能造成损伤^[7]。氨甲环酸即为凝血酸,以反-4-氨基环己烷甲酸为主要成分,可有止血作用,抗纤维蛋白溶酶和抗变态反应作用明显,也可消除炎症状态。它可吸附位于纤溶酶和纤溶酶原的纤维蛋白亲和部位的赖氨酸结合部位,对纤溶酶、纤溶酶原和纤维蛋白结合有抑制作用,可降低纤维蛋白分解风险;该药物纤溶效果好,予以出血患者氨甲环酸,可对纤维蛋白分解起到抑制作用,进而有效抑制出血^[4,8]。

与常规止血方案比较,止血纱优势明显,它是一种用于体内止血的纱布,可使血块快速凝结,可快速止血,能将止血时间控制在5min内,其作用不受机体正常凝血机制影响,控制小血管出血作用明显,可通过缝、敷、填等方式使用,在任何出血组织表面均可吸附,在各种外科手术中被广泛应用,结扎等常规止血方案效果不佳时,予以止血纱,对静脉、小动脉和毛细血管出血有控制作用^[9]。止血纱遇到血液后,可快速分解,形成水性胶体,堵塞毛细血管口,对创面渗血抑制作用明显;抗纤溶效果好,可顺利穿透血脑屏障,于血管外聚集,对组织纤维溶解有抑制作用,可维持脑内血凝块稳定性,浓缩血液,激活凝血因子;通常在7~10d完全于体内溶解,降解产物可为组织再吸收,几乎不会出现过敏性和排斥反应,改善组织细胞营养状态^[10]。

本研究结果显示,观察组术中出血量、术后出血量和总失血量明显低于对照组,可见在氨甲环酸基础上使用止血纱可减少术后出血量。主要是因为止血纱可在脑组织血管上直接发挥作用,可使得血管收缩,也可促进凝血酶生成,导致多种凝血因子被激活,止血方式和作用靶点更直接^[11]。本研究观察组活化部分凝血活酶时间长于对照组,纤维蛋白原、D-二聚体水平和再出血发生率低于对照组,表明止血纱的使用可减少对患者凝血功能的影响。止血纱为融合材料,含有止血药剂,主要由天然纤维素制成,水溶性、盐溶性和载药性都比较好。止血纱与血液接触后,可快速吸收并溶解,结合血块后形成覆盖物,对手术创面予以保护;止血纱溶解后,可大量释放负离子,使得体内凝血因子XIII因子被激活,内源性凝血系统被激活,促使凝血酶生成,进而水解纤维蛋白原,在纤维蛋白稳定因子的作用下形成不溶性纤维蛋白多聚体,可有效预防手术出血,也可抑制渗血,减少出血量,对组织粘连预防作用明显,可促进创面快速愈合,

也可用于凝血机制障碍者止血^[12-13]。此外,药物由天然成分制成,化学稳定性和分解吸收性都比较强,可迅速被分解为水和糖,可预防血栓形成;pH呈中性,对组织无刺激性损伤,利于创面愈合。止血效果明显。

综上所述,在脑出血患者神经外科手术中使用止血纱辅助氨甲环酸止血方案,可明显减少出血量,对患者凝血功能影响小,可降低再出血风险。

4 参考文献

- [1] Magid-Bernstein J, Girard R, Polster S, et al. Cerebral hemorrhage: Pathophysiology, treatment, and future directions[J]. *Circ Res*, 2022(8):1204-1229.
- [2] 杨涛, 钱中润, 鹿松松, 等. 自发性小脑出血手术治疗长期预后的相关影响因素分析[J]. *临床神经外科杂志*, 2020, 17(1):66-70, 76.
- [3] 周建勇, 黄宇静, 凌双. 布托啡诺联合右美托咪定对脑出血术后再出血的影响[J]. *深圳中西医结合杂志*, 2021, 31(10):141-142.
- [4] Wong J, George RB, Hanley CM, et al. Tranexamic acid: Current use in obstetrics, major orthopedic, and trauma surgery[J]. *Can J Anaesth*, 2021, 68(6):894-917.
- [5] 邓黎黎, 黄寅俊, 汪方, 等. 羧化多糖可吸收止血纱对兔肝、脾创面的止血效果评估[J]. *中华创伤杂志*, 2021, 37(3):267-272.
- [6] 饶明俐, 王文志, 黄如训. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007:21-22.
- [7] 吴昌松, 张波. 脑脊液/脑内室体积对高血压性脑出血患者立体定向微创穿刺引流术后再出血的预测价值[J]. *中国医科大学学报*, 2020, 49(8):733-736, 742.
- [8] 赵贤, 陈辰, 公茂琪, 等. 静脉联合局部应用氨甲环酸对肘关节松解围手术期失血量的影响研究[J]. *中华创伤骨科杂志*, 2021, 23(8):651-655.
- [9] 祁洪波. 泰菱可吸收性止血纱布在肛瘘切除术后止血中的应用[J]. *当代医药论丛*, 2021, 19(7):23-24.
- [10] 郭静, 彭碧波, 刘小丽, 等. 战伤快速止血材料发展回顾与展望[J]. *中华灾害救援医学*, 2022, 10(1):21-25.
- [11] 闫亭亭, 赵予涵, 陈施, 等. 可吸收止血材料在剖宫产术中的应用与效果评价[J]. *医院管理论坛*, 2021, 38(8):46-48.
- [12] 倪忠鹏, 张昕辉, 刘养岁, 等. 脾叶动脉结扎联合止血纱布填塞在脾破裂中的应用[J]. *腹部外科*, 2019, 32(4):261-264, 269.
- [13] 史云红. 痔疮手术患者使用泰菱纱布数量的护理分析[J]. *中国城乡企业卫生*, 2019, 34(8):216-217.

[2023-04-27 收稿]

消化道恶性肿瘤患者不同时期营养风险和营养不良的影响因素及其与炎症因子的相关性

程琳 翟浩清

【摘要】 目的 探讨不同时期消化道恶性肿瘤患者营养风险、营养不良的影响因素及其与炎症因子的相关性。方法 将2018年2月-2022年2月医院收治的100例消化道恶性肿瘤患者作为研究对象,进行基线及治疗1.5个月后营养风险与营养不良的评估,分析各阶段营养风险与营养不良的影响因素及其与血清C反应蛋白(CRP)和白介素-6(IL-6)的相关性。结果 病理分期III~IV期患者的再次评估营养风险、营养不良发生率高于I~II期患者,并且化疗患者的营养风险、营养不良发生率高于未化疗患者,组间差异均有统计学意义($P<0.05$)。基线时及治疗1.5个月后的营养风险、营养不良的患者血清CRP及血清IL-6水平均高于无营养风险与无营养不良的患者,组间差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 消化道恶性肿瘤患者营养风险及营养不良发生率与肿瘤的病理分期和是否接受化疗有关,营养风险及营养不良患者的血清CRP及IL-6水平明显升高。

【关键词】 消化道恶性肿瘤; 营养风险; 营养不良; 炎症因子

中图分类号 R735 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)15-1148-04

Nutritional risk and influencing factors of malnutrition in patients with gastrointestinal malignant tumors at different stages and their correlation with inflammatory factors Cheng Lin, Zhai Haoqing. Qianjiang Central Hospital, Qianjiang 441300, China

【Abstract】 Objective To explore the nutritional risk, influencing factors of malnutrition, and their correlation with inflammatory factors in patients with gastrointestinal malignant tumors at different stages. **Methods** A study was conducted on 100 patients with gastrointestinal malignant tumors in hospitals from February 2018 to February 2022. The baseline and 1.5 month post treatment nutritional risk and malnutrition were evaluated, and the influencing factors of nutritional risk and malnutrition at each stage were analyzed, as well as their correlation with serum C-reactive protein (CRP) and interleukin-6 (IL-6). **Results** The reassessment of nutritional risk and incidence of malnutrition in patients with pathological stage III-IV were higher than those in patients with stage I-II, and the nutritional risk and incidence of malnutrition in chemotherapy patients were higher than those in non chemotherapy patients. The differences between groups were statistically significant ($P<0.05$). At baseline and 1.5 months after treatment, the nutritional risk, serum CRP, and serum IL-6 levels in patients with malnutrition were significantly higher than those in patients without nutritional risk and malnutrition, with statistically significant differences between groups ($P<0.05$). **Conclusion** The nutritional risk and incidence of malnutrition in patients with gastrointestinal malignant tumors are related to the pathological staging of the tumor and whether they receive chemotherapy. The nutritional risk and serum CRP and IL-6 levels in patients with malnutrition are significantly increased.

【Key words】 Malignant tumors of the digestive tract; Nutritional risks; Malnutrition; Inflammatory factors

近年来,由于恶性肿瘤发病率逐渐增高,诊疗技术不断进步,带瘤生存的患者数量及需要长期接受抗肿瘤治疗的患者数量也在日益增多^[1-2]。这些患者的营养状况及其对临床结局的影响引起临床的广泛关注^[3]。本研究通过对消化道恶性肿瘤患者的调查分析,了解消化道恶性肿瘤患者营养风险及营养状况,并分析其影响因素及其与炎症因子的相关性。

作者单位: 433100 湖北省潜江市中心医院消化内科(程琳); 肿瘤血液内科(翟浩清)

1 对象与方法

1.1 调查对象

将2018年2月-2022年2月医院收治的100例消化道恶性肿瘤患者作为调查对象。年龄24~84岁,平均 50.23 ± 8.15 岁;女35例,男65例;肿瘤类型:结肠癌40例,胃癌33例,直肠癌22例,胰腺癌2例,食管癌2例,胆囊癌1例;病理类型:I~II期27例,III~IV期73例。纳入标准:①均经细胞学或病理学检查确诊;②均处于非终末期;③预计生存期均在3

个月以上。排除标准：①有脑及周围神经系统疾病；②有肾上腺功能异常性疾病；③有慢性呼吸系统疾病。

1.2 调查内容

(1) 临床资料：内容包括患者年龄、性别、肿瘤类型、病理类型、身高、体重，计算身体质量指数 (BMI)。

(2) 营养风险：分别于基线及化疗 2 ~ 3 个周期后，未化疗患者 1.5 个月，采用 NR 2002 评分系统筛查营养风险，有营养风险评定标准为 ≥ 3 分。

(3) 营养状况：分别于基线及化疗 2 ~ 3 个周期后，未化疗患者 1.5 个月，评估营养状况。营养不良评定标准为白蛋白水平 < 35g/L、BMI ≤ 18.5、具有较差的一般状况^[4]。

(4) 血液学检测：采用全自动血液分析仪 (XE-2100, SYSMEX) 检查血常规，采用生化分析仪 (AU5400-2, Olympus) 检查肝肾功能，并测定白蛋白水平，采用特定蛋白分析仪 (Nephstar PLUS) 测定 C 反应蛋白 (CRP) 水平，采用全自动双探头放射免疫 γ 计数器 (SN-697, 上海核所日环光电仪器有限公司) 测定白介素 -6 (IL-6) 水平。

1.3 临床治疗

(1) 化疗：采用 TS-1、EOX、SOX、XELOX 等化疗方案。

(2) 营养治疗：依据公式静息能量消耗 × 发热

系数 × 活动系数 × 应激系数将患者每天所需总能量计算出来，每天总能量为碳水化合物 40% ~ 60%、脂肪 30% ~ 50%、蛋白质 10% ~ 15%^[5]，依据患者的实际病情对比例进行适当调整，如果患者有低蛋白血症，则增加蛋白比例到 20%，并依据患者口服摄入食物情况对口服及静脉营养剂剂量进行调整，包括全肠外营养、肠内营养、混合营养，肠外营养剂包括葡萄糖、复方氨基酸等，肠内营养剂包括安素、瑞能。

1.4 数据分析方法

运用 SPSS 21.0 统计学软件分析处理数据，计数资料计算百分率 (%)，组间率比较采用 χ² 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 基线营养风险及营养不良的影响因素及其与血清 CRP、IL-6 的相关性分析

100 例患者基线评估中，有营养风险 38 例，营养风险发生率为 38.0%；有营养不良 15 例，营养不良发生率为 15.0%。不同性别、年龄、病理分期患者的营养风险发生率及营养不良发生率比较，差异均无统计学意义 (P > 0.05)，见表 1。有营养风险与营养不良的患者，血清 CRP 及血清 IL-6 水平均高于无营养风险与无营养不良的患者，组间差异均有统计学意义 (P < 0.05)，见表 2。

表 1 基线评估营养风险与营养不良的影响因素分析

基线资料	分类	n	营养风险			营养不良		
			有 (n=38)	无 (n=62)	P 值	有 (n=15)	无 (n=85)	P 值
性别	男性	65	23 (60.5)	42 (67.7)	0.463	7 (46.7)	58 (68.2)	0.106
	女性	35	15 (39.5)	20 (32.3)		8 (53.3)	27 (31.8)	
年龄 (岁)	<40	24	8 (21.1)	16 (25.8)	0.824	5 (33.3)	29 (34.1)	0.145
	40 ~	30	11 (28.9)	19 (30.6)		4 (26.7)	26 (30.6)	
	50 ~	21	7 (18.4)	14 (22.6)		3 (20.0)	18 (21.2)	
	60 ~	19	9 (23.7)	10 (16.1)		2 (13.3)	7 (8.2)	
	≥ 70	6	3 (7.9)	3 (4.8)		1 (6.7)	5 (5.9)	
病理分期 (期)	I ~ II	27	11 (28.9)	16 (25.8)	0.731	5 (33.3)	22 (25.9)	0.777
	III ~ IV	73	27 (71.1)	46 (74.2)		10 (66.7)	63 (74.2)	

注：() 内数据为构成比 (%)。

表 2 基线评估营养风险与营养不良患者血清 CRP、IL-6 水平比较

指标	营养风险				营养不良			
	有 (n=38)	无 (n=62)	t 值	P 值	有 (n=15)	无 (n=85)	t 值	P 值
CRP(mg/L)	21.23 ± 3.32	7.25 ± 1.65	28.041	0.000	28.62 ± 4.12	9.25 ± 1.41	34.038	0.000
IL-6 (ng/L)	0.87 ± 0.16	0.41 ± 0.12	16.359	0.000	0.96 ± 0.14	0.44 ± 0.14	13.263	0.000

2.2 再次评估营养风险及营养不良与血清 CRP、IL-6 的相关性分析

100 例患者治疗 1.5 个月后再评估, 有营养风险 51 例, 营养风险发生率为 51.0%; 有营养不良 26 例, 营养不良发生率为 26.0%。不同性别、年龄患者的营养风险、营养不良发生率之间的差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。病理分期 I ~ II 期患者的营养风险、

营养不良发生率均低于 III ~ IV 期患者; 化疗患者的营养风险、营养不良发生率均高于未化疗患者, 组间差异均有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 3。再次评估的营养风险与营养不良患者的血清 CRP 及血清 IL-6 水平平均高于无营养风险与无营养不良的患者, 组间差异均有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 4。

表 3 再次评估营养风险与营养不良的影响因素分析

基线资料	分类	n	营养风险			营养不良		
			有 (n=51)	无 (n=49)	P 值	有 (n=26)	无 (n=74)	P 值
性别	男性	65	31 (60.8)	34 (69.4)	0.256	16 (61.5)	49 (66.2)	0.025
	女性	35	20 (39.2)	15 (30.6)		10 (38.5)	25 (33.8)	
年龄 (岁)	<40	24	14 (27.5)	10 (20.4)	0.000	9 (34.6)	15 (20.3)	0.000
	40 ~	30	16 (31.4)	14 (28.6)		7 (26.9)	23 (31.1)	
	50 ~	21	12 (23.5)	9 (18.4)		5 (19.2)	16 (21.6)	
	60 ~	19	7 (13.7)	12 (24.5)		4 (15.4)	15 (20.3)	
	≥ 70	6	2 (3.9)	4 (8.2)		1 (3.9)	5 (6.8)	
病理分期 (期)	I ~ II	27	8 (15.7)	19 (38.8)	0.000	4 (15.4)	23 (31.1)	0.000
	III ~ IV	73	43 (84.3)	30 (61.2)		22 (84.6)	51 (68.9)	
化疗	是	75	50 (98.0)	25 (51.0)	0.000	25 (96.2)	50 (67.6)	0.000
	否	25	1 (2.0)	24 (49.0)		1 (3.9)	24 (32.4)	

注: () 内数据为构成比 (%)。

表 4 再次评估营养风险与营养不良患者血清 CRP、IL-6 水平比较

指标	营养风险				营养不良			
	有 (n=51)	无 (n=49)	t 值	P 值	有 (n=26)	无 (n=74)	t 值	P 值
CRP(mg/L)	21.23 ± 3.32	7.25 ± 1.65	26.861	0.000	28.62 ± 4.12	9.25 ± 1.41	23.494	0.000
IL-6 (ng/L)	0.87 ± 0.16	0.41 ± 0.12	16.214	0.000	0.96 ± 0.14	0.44 ± 0.14	16.292	0.000

3 讨论

胃肠道肿瘤患者主要表现为蛋白质 - 能量缺乏型的营养不良。营养状况的粗略评估指标是近期体重下降 (低于正常标准的 10%), 全身瘦组织 (如肌组织) 减少, 皮下脂肪减少; 进一步的检查是测定血清蛋白 (如白蛋白、转铁蛋白、前白蛋白), 其中白蛋白是营养评价的一项重要指标, 转铁蛋白和前白蛋白半衰期短, 因而更加敏感; 总淋巴细胞计数也是反映患者营养状况的一个指标。合理应用上述指标可以基本反映患者的营养状况, 以此进行营养状况的评估, 为营养支持治疗提供依据。

有研究表明, 恶性肿瘤患者具有较高的营养风险发生率, 特别是消化道肿瘤^[6-15]。同时, 肿瘤患者营养状况和炎症因子有一定的相关性。本研究结果表明,

病理分期 III ~ IV 患者的营养风险、营养不良发生率高于 I ~ II 期患者, 化疗患者的营养风险、营养不良发生率高于未化疗患者, 并且营养风险与营养不良的患者血清 CRP 及 IL-6 均明显升高, 和上述研究结果基本一致。

综上所述, 消化道恶性肿瘤患者营养风险及营养不良与肿瘤的病理分期和是否接受化疗有关, 并且与血清 CRP 及 IL-6 水平相关。

4 参考文献

- [1] 聂甜, 冉子涵, 金磊. 白细胞介素基因多态性与胃癌的相关性研究进展 [J]. 检验医学, 2022, 37(9): 882-886.
- [2] 柳冬兵, 刘加新, 叶津津. 加味甘草泻心汤含漱治疗氟尿嘧啶类药物相关口腔黏膜炎效果观察 [J]. 中国乡村医药, 2022, 29(14): 12-13, 32.

腹部超声特征与肝脏肿块类型的关系及其临床诊断效果

叶璐璐

【摘要】 目的 探究腹部超声检测与肝脏肿块的关系及其与病理诊断的符合率。方法 选择医院 2021 年 1 月 - 2023 年 1 月就诊的 80 例肝脏肿块及相关疾病患者, 均进行腹部超声检查, 分析患者诊断符合率、血流分级、血流灌注指数 (DPI)、门静脉充血指数 (PCI)、阻力比 (RR)、肝总血流量 (TLBF)。结果 超声检查血流分级与肝脏肿块性质有关, 肝血管瘤患者血流分级 0 级、1 级的比例较大, 而原发性肝癌及转移性肝癌 3 级、4 级的比例较高, 组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 原发性肝癌与转移性肝癌超声检查血流分级比较接近 ($P > 0.05$)。三组间 DPI、PCI、RR、TLBF 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 两两比较显示, 原发性肝癌以及转移性肝癌均明显高于肝血管瘤 ($P < 0.05$); 而原发性肝癌与转移性肝癌之间差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。与病理诊断结果对比, 肝血管瘤诊断符合率为 80.00%, 原发性肝癌诊断符合率为 72.00%, 转移性肝癌诊断符合率为 76.00%, 三种疾病的诊断符合率差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 超声影像图特征及血流分级与肝脏肿块性质有关, 在诊断肝脏肿块及相关疾病时, 诊断结果与病理结果有较高的符合率, 应用于临床可以对病变情况进行实时动态检测, 有着可重复性强、无辐射、无创、操作便捷、准确性高等优点。

【关键词】 腹部超声; 肝脏肿块; 血流分级

中图分类号 R445.1 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)15-1151-03

近年来, 人们饮食习惯、生活方式等均发生较大改变, 肝脏肿块及相关疾病发病率越来越高, 一般会有肝血管瘤、原发性肝癌、转移性肝癌等, 影响患者身体健康, 甚至会威胁其生命安全。因此, 为确保治疗效果以及预后恢复, 及时采用有效诊断技术尤为重

作者单位: 210000 江苏省南京市, 南京医科大学第四附属医院超声科

要。目前常用腹部超声诊断技术, 可以观察到血管结构和血流信号等^[1-2]。腹部超声检查具有无创、重复性强、安全性高、操作便捷等特点^[3-4], 患者在检查过程中不会感到疼痛, 并且检查后不良反应少, 患者无需担心检查可能对健康造成的危害, 因此容易被患者接受。本研究分析腹部超声检查指标与肝脏肿块及相关疾病的关系及其与病理学标准的符合率。

- [3] 龚君君, 唐纯志, 潘文宇. 温针灸对消化道恶性肿瘤患者放化疗期应激反应及免疫功能的影响 [J]. 中国肿瘤临床与康复, 2019, 26(12): 1500-1504.
- [4] 黄莉, 张娟. 养正消积胶囊对消化道恶性肿瘤患者 TNF- α 、IL-6、CRP 的影响及 T 细胞亚群的临床效果分析 [J]. 医药论坛杂志, 2019, 40(8): 10-12.
- [5] 冯娟, 陈安. 内镜黏膜下剥离术对早期胃癌营养状态的影响和可能机制分析 [J]. 山西医药杂志, 2022, 51(15): 1748-1751.
- [6] 刘红, 林晓倩, 杨剑. 结直肠癌患者的营养筛查与营养评定 [J]. 结直肠肛门外科, 2022, 28(3): 191-196.
- [7] 曹月, 郑宏群. 营养治疗及营养制剂在结直肠癌中的研究现状与临床应用思考 [J]. 结直肠肛门外科, 2022, 28(3): 203-207.
- [8] 邢益辉, 刘曼, 张治. 远程康复指导下食管癌术后病人居家肠内营养应用研究 [J]. 实用老年医学, 2022, 36(5): 535-537.
- [9] 张翠翠, 赵静. 老年消化道恶性肿瘤患者营养不良影响因素分析及肠内外营养支持干预效果 [J]. 肿瘤药理学, 2021, 11(6): 769-774.
- [10] 任磊, 李向阳, 庞苗苗. 甲地孕酮分散片对胃癌术后患者营养状况的影响 [J]. 武警医学, 2021, 32(12): 1081-1082.
- [11] 朱明炜, 崔红元, 李子建, 等. 肠内营养粉剂对中国消化道恶性肿瘤病人术后近期疗效影响的 Meta 分析 [J]. 中华消化外科杂志, 2021, 20(11): 1227-1236.
- [12] 迪丽奴尔·艾尔肯, 张华, 阿布都沙塔尔·卡地尔, 等. 预后营养指数在胃癌肺转移患者预后中的意义及列线图预测模型的建立研究 [J]. 中国全科医学, 2021, 24(30): 3863-3869.
- [13] 曾燕, 东燕, 刘军妮. NRS-2002 评分与 PG-SGA 评分法在老年消化道肿瘤患者中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(19): 76-79.
- [14] 周小雪, 李探, 杨箫, 等. 食管癌放疗患者营养风险筛查及其对治疗效果的影响 [J]. 中国药物与临床, 2020, 20(14): 2346-2348.
- [15] 张俊丽, 杨小莉, 欧艳, 等. NRS-2002 联合 BMI、ALB 水平检查诊断消化内科患者营养状况的价值研究 [J]. 四川医学, 2020, 41(4): 380-383.

[2023-04-04 收稿]

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2021 年 1 月 - 2023 年 1 月 80 例医院就诊的肝脏肿块及相关疾病患者作为研究对象。纳入标准: 患者均为自愿检查; 患者经病理诊断为肝脏肿块及相关疾病; 配合度较高; 临床资料完整。排除标准: 存在严重基础性疾病患者; 合并心、肾等其他重要器官疾病患者; 临床资料不完整患者; 配合度不高患者。男 38 例, 女 42 例; 年龄 34 ~ 68 岁, 平均 51.00 ± 5.67 岁; 肝血管瘤 30 例, 原发性肝癌 25 例, 转移性肝癌 25 例。研究通过医院伦理委员会批准。

1.2 诊断方法

指导患者取仰卧位, 超声诊断仪产地日本, 机型设备型号: Canon Aplio i900; 超声诊断仪产地中国, 机型设备型号: Mindray Rescna 7T。调节为 3.5MHz 探头频率, 首先进行常规二维检查, 对病灶数目、形态、边界、内部回声等进行扫查。随后进行彩色多普勒超声检查, 观察病灶血流数目、血流走向、血管内部情况等。为获得更为准确血流灌注指数等数据, 叮嘱患者屏住呼吸。当完成检查之后, 叮嘱患者稍作休息, 倘若未出现异样情况, 方可离开。

1.3 观察指标

(1) 诊断符合率: 分析诊断符合率, 与病理诊断作对比。

(2) 血流分级: 分析不同疾病血流分级, 血流分级共分为 5 级, 0 级为肿块内无血流; 1 级为肿块内出现 1 ~ 2 棒状血流; 2 级为肿块内及边缘出现 3 ~ 4 棒状血流; 3 级为肿块内及边缘出现多量血流; 4 级为肿块内及边缘血流丰富, 呈片状或网状。

(3) 超声影像图特征: 记录血流灌注指数 (DPI)、门静脉充血指数 (PCI)、阻力比 (RR)、肝总血流量 (TLBF)。

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; 计量资料用“均数 \pm 标准差”表示, 三组间均数比较采用方差分析, 两两比较采用 LSD 检验; 等级资料组间构成比较采用非参数秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 超声检查血流分级与肝脏肿块性质的关系

超声检查血流分级与肝脏肿块性质有关, 肝血管瘤患者血流分级 0 级、1 级的比例较大, 而原发性肝癌及转移性肝癌 3 级、4 级的比例较高, 组间差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 原发性肝癌与转移性肝癌超声检查血流分级比较接近 ($P > 0.05$)。见表 1。

2.2 超声影像图特征与肝脏肿块性质的关系

三组间 DPI、PCI、RR、TLBF 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 两两比较显示, 原发性肝癌以及转移性肝癌均明显高于肝血管瘤 ($P < 0.05$); 而原发性肝癌与转移性肝癌之间差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 2。

2.3 超声诊断与病理诊断的符合率

肝血管瘤诊断符合率为 80.00% (24/30), 原发性肝癌诊断符合率为 72.00% (18/25), 转移性肝癌 76.00% (19/25), 三种疾病的诊断符合率差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 3。

表 1 超声检查对肝脏肿块及相关疾病血流分级情况

类型	0 级	1 级	2 级	3 级	4 级
肝血管瘤 (n=30)	12 (40.00)	10 (33.33)	2 (6.67)	1 (3.33)	0 (0.00)
原发性肝癌 (n=25)	0 (0.00)	1 (4.00)	2 (8.00)	6 (24.00)	16 (64.00)
转移性肝癌 (n=25)	0 (0.00)	1 (4.00)	1 (4.00)	5 (20.00)	18 (72.00)

注: () 内数据为百分率; 秩和检验, $Z=3.701$, $P=0.000$ 。

表 2 超声诊断肝脏肿块及相关疾病影像图特征

类型	DPI	PCI	RR	TLBF (ml/min)
肝血管瘤 (n=30)	0.15 ± 0.07	6.03 ± 1.49	1.11 ± 0.42	1200.26 ± 61.26
原发性肝癌 (n=25)	$0.43 \pm 0.22^*$	$8.82 \pm 1.55^*$	$1.49 \pm 0.20^*$	$1256.25 \pm 61.24^*$
转移性肝癌 (n=25)	$0.39 \pm 0.11^*$	$8.06 \pm 1.48^*$	$1.36 \pm 0.31^*$	$1234.27 \pm 60.89^*$
F 值	31.095	25.604	9.516	5.887
P 值	0.000	0.000	0.000	0.004

注: 两两比较结果, * 与肝血管瘤作对比, $P < 0.05$ 。

表3 超声检查对肝脏肿块及相关疾病诊断符合率

类型	肝血管瘤	原发性肝癌	转移性肝癌
病理诊断例数	30	25	25
超声符合例数	24	18	19
超声诊断符合率(%)	80.00	72.00	76.00

注: 诊断符合率比较, $\chi^2=0.483$, $P=0.785$ 。

3 讨论

肝脏肿块及相关疾病包括肝血管瘤、肝癌等, 其中肝脏恶性肿瘤会表现出血管内皮膜稀薄、不完整内皮组织, 血管供养肿瘤, 肝动脉供养肝细胞癌, 另外原发性肝癌其病变周边可见丰富血流信号。肝血管瘤患者其血管壁无肌肉组织, 不同类型疾病其血流信号不同。近年来肝脏肿块及相关疾病的发病率逐年上升, 原因多样而复杂。治疗多以手术切除为主, 但在术前需要明确肿块良恶性, 知晓疾病类型, 以此确定治疗方案有效性、合理性^[3-4]。部分患者未及时检查, 导致病情加重或恶化, 延误治疗时机。因此, 对患者进行有效的诊断非常重要, 需要一种能够准确评估病变情况的诊断方法。通过有效评估患者病情, 可以尽快接受治疗, 这对确保生命健康具有重要意义^[5-6]。

超声主要利用超声技术原理对病变部位进行检查, 主要包括肝脏、胆囊、胰腺、脾脏等, 能有效区分人体相关软组织, 检测这些器官的大小、实质回声、形态结构等, 获得较多数据信息。由探头、接收电路、信号处理、图像显示等部分组成, 能直观地显示血流分布情况。对病变区域的详细分析, 可以有效地检测患者病情变化和详细类型, 诊断更准确, 检出率高, 能准确记录病变情况, 有效加快治疗进展, 对人体危害小。肝脏肿块及相关疾病检查方法一般包括腹部超声、病理技术等, 通过采用腹部超声, 可以更详细地观察肝脏肿块及相关疾病血流变化。丰富的血流信号, 是判断患者病情的非常重要指标。此外, 值得注意的是, 在实际诊断时, 既要严格按照相应的要求进行检查和操作, 同时也要考虑患者的实际身体状况, 进一步减少误诊发生。

本研究中 80 例肝脏肿块及相关疾病患者, 采用腹部超声检查后, 结果显示, 肝血管瘤诊断符合率为 80.00%, 原发性肝癌诊断符合率为 72.00%, 转移性肝癌为 76.00%。提示在诊断方法中, 腹部超声诊断符合率较高。腹部超声在实际检查中具有方便、无创

等优点, 能及时发现许多疾病, 便于早期治疗, 改善患者预后。通过检查, 可以为临床诊断提供重要参考依据, 方便医生更有效地判断患者病情, 使早期能够发现疾病患者得到治疗, 并早日康复。此外, 腹部超声作为一种脉冲高频连续检查, 对肝脏疾病等多种疾病都能起到较强诊断作用。

本研究结果还表明, 在血流分级分析方面, 原发性肝癌以及转移性肝癌 0 级、1 级、3 级、4 级的比例与肝血管瘤显著不同。血流信号对判断患者肿块良恶性也起着重要作用, 通过腹部超声检查, 能够辨别出各种疾病血流分级, 继而判断患者病情。原发性肝癌以及转移性肝癌患者的 DPI、PCI、RR、TLBF 指标数值明显高于肝血管瘤。提示经过腹部超声检查之后, 能够明确知晓血流灌注指数、门静脉充血指数、阻力比、肝总血流量, 并且原发性肝癌以及转移性肝癌表现数值明显高于肝血管瘤。

综上所述, 腹部超声在肝脏肿块及相关疾病诊断中的应用, 可明确肿瘤良恶性, 便于医生对患者进行有效诊断。

4 参考文献

- [1] 杜娟娟. 腹部超声在肝脏肿块及相关疾病诊断中的应用[J]. 当代医学, 2021, 27(9): 153-154.
- [2] 刘青春. 超声剪切波弹性成像诊断肝脏疾病的价值和准确率分析[J]. 黑龙江医学, 2021, 45(7): 768-769.
- [3] 权源, 权启镇. 超声造影在肝脏疾病诊断与治疗中的应用现状[J]. 实用医药杂志, 2009, 26(4): 71-72.
- [4] 胡超美, 魏相东, 许永杰, 等. 超声诊断肝脏巨大间质性错构瘤合并胆囊腺癌 1 例[J]. 中国医学影像技术, 2003, 19(6): 684-684.
- [5] 张俊英. 腹部超声诊断肝脏肿块及相关疾病的临床价值探析[J]. 首都食品与医药, 2019, 26(11): 60.
- [6] 王静. 腹部超声诊断肝脏肿块及相关疾病的临床应用效果分析[J]. 健康女性, 2021(5): 64.

[2023-05-10 收稿]

外周血淋巴细胞亚群计数对晚期不可手术非小细胞肺癌患者预后的影响

许伦 李英 尤玮

【摘要】 目的 探讨治疗前外周淋巴细胞亚群计数对晚期不可手术非小细胞肺癌 (NSCLC) 患者预后的预测价值。方法 收集 2018 年 1 月 - 2020 年 1 月医院确诊的 98 例 III~IV 期不可手术的 NSCLC 患者, 并收集同期 50 名健康体检者作为对照组。检验患者淋巴细胞亚群计数。病例组采用 Kaplan-Meier 法计算患者总生存期, 并用 Log-rank 检验进行比较。多因素分析采用 Cox 回归模型, 评估治疗前外周血中 T 淋巴细胞亚群 (CD3⁺T 细胞、CD4⁺T 细胞、CD8⁺T 细胞、CD4⁺/CD8⁺T 细胞) 影响晚期不可手术 NSCLC 患者进展的因素。结果 与健康体检者相比, NSCLC 患者的 CD3⁺ 及 CD8⁺ 明显低于健康对照组, CD4⁺/CD8⁺ 比值、NK 细胞明显高于健康对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。多因素 Cox 回归分析结果表明, 患者外周血的 CD3⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺ 水平对疾病进展有影响 ($P < 0.05$)。结论 治疗前患者外周血的 CD3⁺、CD8⁺ 水平升高, CD4⁺/CD8⁺ 升高是影响患者进展的独立危险因素。

【关键词】 晚期非小细胞肺癌; 淋巴细胞亚群; 免疫; 预后

中图分类号 R734.2 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)15-1154-04

Influence of peripheral blood lymphocyte subsets on prognosis of patients with advanced non-small cell lung cancer Xu lun, Li Ying, You Wei. Zigong Fourth People's Hospital, Zigong 643000, China

【Abstract】 Objective To investigate the prognostic value of peripheral lymphocyte subsets before treatment in patients with advanced inoperable non-small cell lung cancer(NSCLC). **Methods** The clinical characteristics of 98 NSCLC patients diagnosed with stage III-IV non-surgical NSCLC in the hospital from January 2018 to January 2020 were collected, and 50 healthy individuals in the same period as the control group. Test the patient's lymphocyte subpopulation count. The case group used the Kaplan-Meier method to calculate the total survival time of patients, and compared it with the Log-rank test. Multivariate analysis used Cox regression model to evaluate the factors that affect the progression of advanced non-surgical NSCLC patients with peripheral blood T lymphocyte subsets (CD3⁺T cells, CD4⁺T cells, CD8⁺T cells, CD4⁺/CD8⁺T cells) before treatment. **Results** Compared with healthy individuals undergoing physical examination, the CD3⁺ and CD8⁺ levels in NSCLC patients were significantly lower than those in the healthy control group, while the CD4⁺/CD8⁺ ratio and NK cells were significantly higher than those in the healthy control group, with statistical significance ($P < 0.05$). The results of multivariate Cox regression analysis showed that the levels of CD3⁺, CD8⁺, CD4⁺/CD8⁺ in patients' peripheral blood had an impact on disease progression ($P < 0.05$). **Conclusion** Before treatment, the levels of CD3⁺ and CD8⁺ in the patient's peripheral blood increased, and CD4⁺/CD8⁺ elevation is an independent risk factor affecting patient progression.

【Key words】 Advanced non-small cell lung cancer; Lymphocyte subsets; Immunity; Prognosis

肺癌是最常见的癌症,也是癌症相关死亡的主要原因^[1]。非小细胞肺癌(NSCLC)占肺癌的75%,大多数诊断为晚期,其5年生存率仅为15%。据估计,2015年中国新增肺癌病例总数为733300例,肺癌死亡人数为610200例^[2]。随着Burnet提出的肿瘤免疫监测理论的发展,对肿瘤免疫的研究不断深入,越来越多的研究者认识到肿瘤的发生发展与机体的免疫功能密切相关^[3]。众所周知,癌症发展的每个阶段都极

易受免疫细胞的调节。尽管针对肿瘤的适应性免疫细胞的充分激活可能导致恶性细胞的根除,但实际上,抗肿瘤细胞毒性T细胞活性和细胞因子介导的肿瘤细胞溶解抑制了肿瘤生长^[4]。患者免疫系统对临床结果的潜在影响不仅具有学术意义,而且对于确定预测化疗和放疗反应的预后标志物也具有重要意义。因此,准确评估癌症患者外周血淋巴细胞亚群的百分比和绝对计数至关重要。外周血中淋巴细胞亚群(AL)的绝对数量已通过双平台技术检测,传统方法是将流式细胞仪测定的阳性细胞亚群百分比与自动血液分析仪获

作者单位: 643000 四川省自贡市第四人民医院肿瘤科(许伦、尤玮); 超声科(李英)

得的淋巴细胞绝对计数进行耦合^[5]。一些研究已经证明,淋巴细胞计数可以影响 NSCLC、直肠癌、卵巢癌、自然杀伤细胞/T 细胞淋巴瘤等的无病生存率^[6]。所有这些只表明淋巴细胞数量是影响因素,本研究通过流式细胞术检测 NSCLC 患者外周血中 CD3⁺、CD3⁺CD4⁺、CD3⁺CD8⁺、NK 细胞的百分比和绝对数,分析淋巴细胞亚群与 NSCLC 患者免疫功能的关系。

1 对象与方法

1.1 调查对象

将 2018 年 1 月 - 2020 年 1 月医院确诊的 98 例 III ~ IV 期不可手术的 NSCLC 患者作为调查对象。入组标准:据 WHO 分类,通过病理学和免疫组化确定不可手术的 III ~ IV 期 NSCLC 的诊断;患者均未出现感染征象或者患有感染性疾病,或患有影响炎症性指标的疾病,如白血病等;有完整的病历和随访资料。排除标准:确诊后未经过系统性全身抗癌治疗;急性炎症反应或感染性疾病及相关并发症;其他恶性肿瘤、血液系统及自身免疫疾病史;半月内使用激素治疗;临床资料缺失者。所有患者均经过 MDT 讨论不可行手术治疗,且治疗是以铂类为基础的化疗。98 例患者中,男 63 例,女 35 例;年龄 33 ~ 86 岁,平均年龄 63.15 ± 10.19 岁;低分化 52 例,中高分化 46 例;腺癌 60 例,鳞癌 38 例;中位随访时间为 16.6 个月(1 ~ 64 个月),随访结束时,进展 48 例。根据组间性别、年龄等基本资料均衡可比的原则选择医院同期 50 名健康体检者作为对照,男 32 例,女 18 例;年龄 31 ~ 84 岁,平均年龄 61.43 ± 11.98 岁。

1.2 资料收集

收集调查对象的一般资料(性别、年龄、吸烟史、身高及体重),临床资料(分化程度、病理类型、病理分期、淋巴细胞亚群计数和患者治疗以及随访资料。收集资料的时间节点为患者确诊后,进行抗肿瘤治疗前。

1.3 随访

评估的主要研究终点为无进展生存期(PFS),即疾病患者从接受治疗开始,到观察到疾病进展或者发生因为任何原因的死亡的时间。采用电话与门诊相结合的方式随访,确诊 2 年内对患者每 3 个月随访 1 次,2 年后每 6 个月随访 1 次。复查内容包括血常规、肝功能、肿瘤标志物、淋巴细胞亚群计数、胸片、胸部 CT,每年至少复查 1 次胸部 CT。随访截止时间为 2021 年 12 月。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 24.0 统计学软件处理数据,计量资料以“均数 ± 标准差”表示,组间均数比较采用 *t* 检验;计数资料采用 χ^2 检验。以患者疾病进展为终点,采用 Kaplan-Meier 法计算累积生存率,组间比较采用 Log-rank 检验;采用 Cox 回归模型行多因素分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 NSCLC 患者与健康体检者的淋巴细胞亚群的对比

通过对比,NSCLC 患者的 CD3⁺ 及 CD8⁺ 明显低于健康对照组,CD4⁺/CD8⁺ 比值、NK 细胞明显高于健康对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 NSCLC 患者与健康体检者的淋巴细胞亚群的对比

项目	NSCLC 患者 (n=98)	健康体检者 (n=50)	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
CD3 ⁺	64.31 ± 11.34	74.35 ± 6.97	5.727	0.000
CD4 ⁺	37.89 ± 10.67	36.99 ± 7.31	0.535	0.593
CD8 ⁺	24.78 ± 8.43	29.78 ± 5.45	3.805	0.000
CD4 ⁺ /CD8 ⁺	2.11 ± 0.77	1.57 ± 0.67	4.211	0.000
NK 细胞	21.40 ± 13.54	16.56 ± 9.37	2.264	0.025

2.2 T 淋巴细胞亚群与 NSCLC 患者进展的单因素分析

Kaplan-Meier 生存分析表明,CD3⁺ 水平降低 ($\chi^2 = 14.620, P = 0.003$)、CD4⁺ 水平降低 ($\chi^2 = 4.450, P = 0.036$)、CD8⁺ 水平降低 ($\chi^2 = 11.400, P = 0.012$)、CD4⁺/CD8⁺ 水平降低 ($\chi^2 = 5.026, P = 0.025$)、NK 细胞水平升高 ($\chi^2 = 8.977, P = 0.030$) 的晚期 NSCLC 患者的无进展生存期显著延长。见图 1 ~ 5。

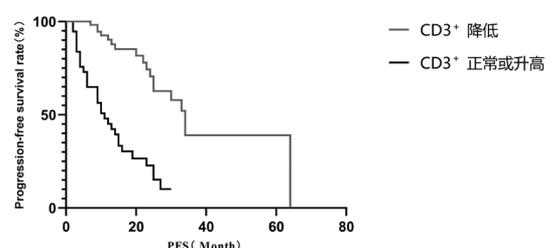


图 1 CD3⁺ 与患者无进展生存的关系

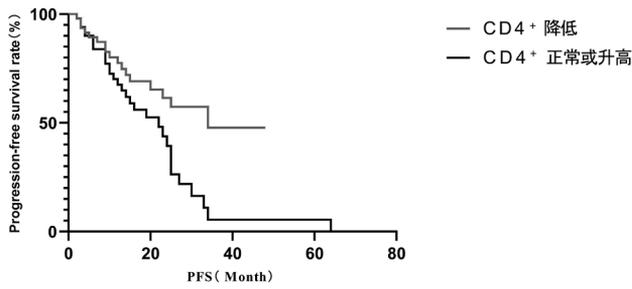


图2 CD4⁺与患者无进展生存的关系

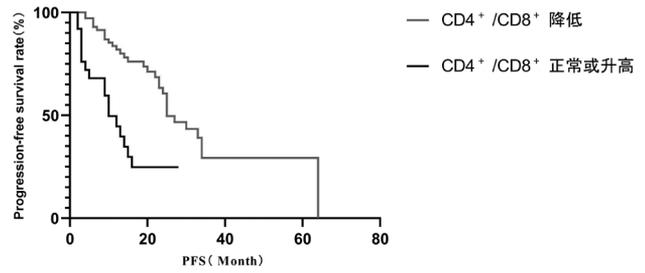


图4 CD4⁺/CD8⁺与患者无进展生存的关系

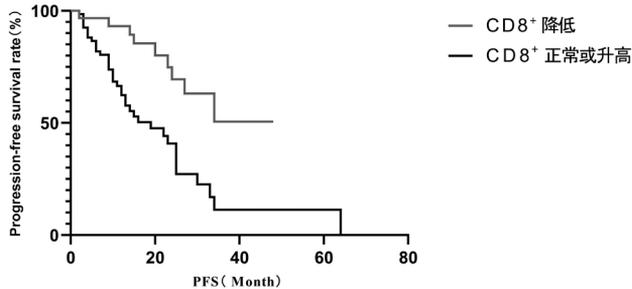


图3 CD8⁺与患者无进展生存的关系

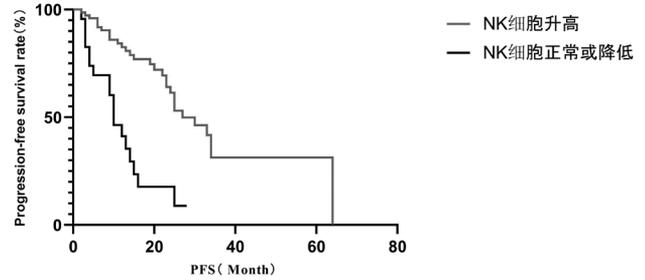


图5 NK细胞与患者无进展生存的关系

2.3 T淋巴细胞亚群与NSCLC患者预后关系的多因素分析

以疾病有无进展为因变量（进展=1，无进展=0），以性别、年龄、肿瘤分期、病例类型、CD3⁺、

CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺、NK细胞为自变量，进行多因素Cox回归分析，结果显示，患者的CD3⁺、CD8⁺水平及CD4⁺/CD8⁺升高是造成患者进展的独立危险因素（ $P < 0.05$ ）。见表3。

表3 T淋巴细胞亚群与NSCLC患者进展的多因素Cox分析

分析因素	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>wald</i>	<i>P</i> 值	95% <i>CI</i>
性别	-0.408	0.417	0.957	0.328	0.665(0.293~1.506)
年龄	0.076	0.421	0.033	0.857	1.079(0.473~2.460)
分期	-0.335	0.626	0.286	0.593	0.716(0.210~2.442)
病理类型	-0.244	0.421	0.335	0.563	0.784(0.344~1.788)
CD3 ⁺	1.167	0.539	4.685	0.030	3.214(1.117~9.250)
CD4 ⁺	-0.218	0.453	0.231	0.631	0.804(0.331~1.955)
CD8 ⁺	1.150	0.421	7.479	0.006	3.159(1.385~7.205)
CD4 ⁺ /CD8 ⁺	0.930	0.453	4.209	0.040	2.534(1.042~6.159)
NK细胞	-0.245	0.626	0.153	0.696	0.783(0.229~2.671)

3 讨论

肺癌是全世界癌症相关死亡的主要原因。大多数肺癌患者通常死于复发和远端转移^[7]。目前，对肺癌的预后的预测仍然是一个挑战。淋巴细胞亚群是一种异质性的恶性细胞群，它们扩散到血液循环中，在存在各种细胞因子的情况下逃避免疫监视。在一定条件下，这些细胞可以进入靶器官并促进癌细胞的转移。在此基础上，外周血淋巴细胞亚群被认为是原发性和转移性癌症的预后因素^[8-9]。在实体瘤患者的外周血中检测到癌细胞，外周血淋巴细胞亚群也被认为是转移和复发的来源。在过去几十年中，据报道免疫系统可以抑制癌细胞的进展。在健康人外周血中检测到大量免疫细胞，包括T淋巴细胞、NK细胞和B淋巴细胞，

它们在免疫监视、免疫抑制和杀伤作用中起着至关重要的作用。NSCLC患者与外周血淋巴细胞亚群变化相关，提示外周免疫监测的下降与肺癌进展密切相关。这一过程是基于NK细胞升高、CD3⁺、CT4⁺和CD8⁺T细胞的降低，造成免疫紊乱导致癌细胞扩散到循环中，逃避免疫细胞的杀伤作用，并在迁移到靶器官后形成转移，最终导致疾病进展和低生存期。越来越多的证据表明，免疫状态与宿主癌症的发病机制和发展密切相关^[10-11]。在正常情况下，T细胞亚群之间的相互作用对个体的免疫功能至关重要。然而，在T细胞亚群数量和功能异常改变的情况下，癌细胞可能在存在免疫功能障碍和病理变化的情况下逃避免疫攻击。据悉，T细胞亚群由具有不同功能的各种亚群组成，其

中 CD3⁺ 细胞被定义为代表整个免疫状态的总 T 淋巴细胞, 包括 CD4⁺ 和 CD8⁺ 细胞。NK 细胞在抗肿瘤免疫和抑制恶性肿瘤细胞扩散中起着重要作用。这些细胞可以在没有致敏的情况下通过分泌细胞毒性细胞因子杀死癌细胞, 这有助于预防肿瘤的侵袭和转移, 最终阻止了癌细胞的早期扩散。

众所周知, 癌症患者外周血中的 T 淋巴细胞亚群可能出现异常变化, 这与恶性病变发病时 CD3⁺、CD4⁺ 和 CD8⁺ 细胞失衡引起的免疫反应失衡有关, 尤其是 CD4⁺/CD8⁺ 平衡失调^[12-13]。本研究采用流式细胞术分析晚期 NSCLC 患者外周血 T 淋巴细胞亚群和 NK 细胞, 结果表明, 与健康对照组相比, 晚期 NSCLC 患者外周血中总 T 淋巴细胞中 CD3⁺ 和 CD8⁺ 细胞的数量显著减少。此外, 与健康对照组相比, 患者的 CD4⁺/CD8⁺、NK 细胞数值明显升高。可见, 晚期 NSCLC 患者可能存在免疫功能紊乱。同时, 经过生存分析表明, 患者治疗前外周血淋巴细胞亚群异常表明患者预后较差, 同时, 多因素分析表明 CD3⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺ 计数可以作为预测晚期 NSCLC 患者预后较好的独立指标。这些结果表明 NSCLC 患者存在免疫抑制, 同时免疫系统对癌细胞的识别和杀伤效率降低, 从而导致癌细胞的生长和转移。在此基础上, 晚期 NSCLC 患者的免疫功能受到严重损害, 这阻碍了宿主对癌细胞的识别和杀伤, 并引发癌细胞的广泛传播。随着疾病的进展, T 淋巴细胞亚群的平衡被破坏, 同时免疫功能受到抑制, 导致扩散在外周血中的癌细胞逃避免疫监视。因此, 本研究结果证实, 晚期 NSCLC 患者外周血 T 淋巴细胞亚群的异常分布与患者预后密切相关^[14-15]。

综上, 晚期 NSCLC 患者的淋巴细胞亚群绝对计数较低, 表明患者的免疫功能受损。患者受损的免疫系统确实无法阻止肿瘤进展^[16]。在临床治疗过程中, 应注意患者的免疫状态, 提高免疫功能可增强自身抗肿瘤能力。

4 参考文献

- [1] Li P, Qin P, Fu X, et al. Associations between peripheral blood lymphocyte subsets and clinical outcomes in patients with lung cancer treated with immune checkpoint inhibitor[J]. *Ann Palliat Med*, 2021, 10(3):3039-3049.
- [2] None. Lymphocyte subsets in lung cancer[J]. *Lung Cancer*, 1987, 3(3-4):725.
- [3] 杨冀, 刘星池, 于颖, 等. 非小细胞肺癌患者外周血 T 淋巴细胞亚群与 NK 细胞活化性受体的表达及临床意义[J]. *细胞与分子免疫学杂志*, 2020, 36(12):1118-1123.
- [4] Ottonello S, Genova C, Cossu I, et al. Association between response to nivolumab treatment and peripheral blood lymphocyte subsets in patients with non-small cell lung cancer[J]. *Front Immunol*, 2020, 11.
- [5] Ye L, Zhang F, Li H, et al. Circulating tumor cells were associated with the number of T lymphocyte subsets and NK cells in peripheral blood in advanced non-small-cell lung cancer[J]. *Dis Markers*, 2017, 2017:1-6.
- [6] 魏智民, 张维强, 高峰, 等. 淋巴细胞亚群对晚期非小细胞肺癌患者化疗效果及远期生存的影响[J]. *中国医学科学院学报*, 2017, 39(3):371-376.
- [7] 胡静, 郑璐, 张欢乐, 等. 记忆 T 细胞在行放射治疗的非小细胞肺癌患者中的表达及其预后预测价值[J]. *浙江大学学报: 医学版*, 2017, 46(5):523-528.
- [8] Chen B, Li H, Liu C, et al. Prognostic value of the common tumour-infiltrating lymphocyte subtypes for patients with non-small cell lung cancer: A meta-analysis[J]. *PLoS One*, 2020, 15(11):242-247.
- [9] 陶辰楠, 李世敏, 关丽娜. 支气管肺癌患者外周血 T 淋巴细胞亚群表达情况及其与预后的关系研究[J]. *实用心脑血管病杂志*, 2018, 26(3):37-40.
- [10] 何华林, 崔巍. 化疗对小细胞肺癌的血管内皮生长因子、炎症因子及外周血 T 淋巴细胞亚群的影响[J]. *现代实用医学*, 2016, 28(11):1509-1510.
- [11] 余蕊, 叶赞, 申光富, 毕靖. 康莱特注射液对非小细胞肺癌的疗效及对 T 淋巴细胞亚群的影响[J]. *世界中医药*, 2016, 11(10):1997-2001.
- [12] 朱佩祯, 徐象威, 陈银巧. 非小细胞肺癌化疗前后 T 淋巴细胞亚群变化与化疗疗效相关性分析[J]. *中国基层医药*, 2017, 24(15):2254-2259.
- [13] Xia Y, Li W, Li Y, et al. The clinical value of the changes of peripheral lymphocyte subsets absolute counts in patients with non-small cell lung cancer[J]. *Transl Oncol*, 2021, 13(12):100849.
- [14] Federico L, McGrail DJ, Bentebibel SE, et al. Distinct tumor-infiltrating lymphocyte landscapes are associated with clinical outcomes in localized non-small cell lung cancer[J]. *Ann Oncol*, 2021, 32(1):123-129.
- [15] Aldarouish M, Su X, Qiao J, et al. Immunomodulatory effects of chemotherapy on blood lymphocytes and survival of patients with advanced non-small cell lung cancer[J]. *Int J Immunopathol Pharmacol*, 2019, 13(6):1345-1456.
- [16] Rice SJ, Liu X, Zhang J, et al. Advanced NSCLC patients with high IL-6 levels have altered peripheral T cell population and signaling[J]. *Lung Cancer*, 2019, 131:58-61.

[2021-12-21 收稿]

血清 IL-6、PCT、CRP 与细菌和病毒性感染的关系

朱吉

【摘要】目的 通过与健康体检人员对比,分析血清白介素-6(IL-6)、降钙素原(PCT)、C反应蛋白(CRP)水平与细菌及病毒性感染的关系。**方法** 2022年5月-2023年5月,选取35例细菌感染者、35例病毒感染者以及10名健康体检人员为研究对象,分别设为细菌组、病毒组以及对照组。检测上述人员血清IL-6、PCT、CRP水平,比较组间血清IL-6、PCT、CRP水平及阳性检出率。**结果** 细菌组、病毒组、对照组之间IL-6、PCT、CRP水平差异有统计学意义($P<0.05$),其中细菌组三项指标水平最高,病毒组次之,对照组最低,两两比较各組间差异均有统计学意义($P<0.05$)。三组间IL-6、PCT、CRP阳性检出率差异有统计学意义($P<0.05$);其中细菌组的阳性检出率最高,对照组阳性检出率最低。**结论** 血清IL-6、PCT、与细菌和病毒性感染有关,感染时三项指标值及其阳性检出率均显著升高,其中细菌感染者高于病毒感染者。

【关键词】 白介素-6;降钙素原;C反应蛋白;感染性疾病

中图分类号 R446.1 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)15-1158-03

机体受到微生物侵入后,可导致感染,进而引发一系列炎症反应,常见病原体如真菌、细菌、病毒等,疾病发生后可严重威胁个人的生命安全^[1]。通过相应手段的实施能够有效控制疾病发展,但发病初期机体缺乏明显症状,检查特异性较差,病原体的检出需耗费较长时间,在很大程度上会影响到疾病的早期治疗^[2]。白介素-6(IL-6)与降钙素原(PCT)作为目前常见血清指标,在疾病诊断中具有重要价值,PCT在正常情况下体内含量降低,当存在脓毒症时,PCT含量可呈现显著上升,其敏感性与特异性均处于较高水平^[3]。IL-6是细胞因子之一,主要由内皮细胞、B细胞与T细胞等分泌,当机体存在炎症刺激后,该指标水平可呈现上升趋势^[4]。本研究探讨上述两种指标联合检测在感染性疾病中的诊断价值,具体结果如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2022年5月-2023年5月医院收治的35例细菌感染者为细菌组,35例病毒感染者为病毒组,同期10名健康体检人员作为对照组。纳入标准:细菌组与病毒组人员均明确患有细菌性感染、病毒性感染。排除标准:因疾病或遗传因素丧失个人认知与交流能力者;存在肝脏、肾脏等重要脏器功能不全者。细菌组男20例,女15例;年龄22~38岁,平均 30.65 ± 4.57 岁;病毒组男19例,女16例;年龄23~39岁,平均 31.16 ± 4.62 岁;对照组男6名,女4名;年龄23~40岁,平均 31.38 ± 4.71 岁。不同组别人员基线资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。研究通过医院伦理委员会批准;研究对象给予文字说

作者单位:225300 江苏省泰州市第四人民医院

明,告知研究内容,并签署知情同意书。

1.2 检测方法

细菌组与病毒组均接受IL-6、PCT、C反应蛋白(CRP)检验,取空腹静脉血3ml,将血液样本置入离心机进行血清分离,转速设置为3000r/min,操作时间为8分钟,IL-6与PCT应用电化学发光双抗体夹心法检验,IL-6的正常参考值为0~7pg/ml,PCT为0.046ng/ml以下。CRP应用免疫比浊法进行检验,正常参考值为0~5mg/l。对照组人员数据参考临床相关研究资料。

1.3 评断标准

① IL-6检测值超过20pg/ml可判定为阳性;② PCT检测值超过0.5ng/ml可判定为阳性;③ CRP检测值超过10mg/L可判定为阳性。

1.4 数据分析方法

运用SPSS 22.0统计学软件分析处理数据,计数资料计算百分率(%),组间率比较采用 χ^2 检验;计量资料用“均数±标准差”表示,三组间均数比较采用单因素方差分析,两两比较采用LSD检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 三组间IL-6、PCT、CRP水平比较

细菌组、病毒组、对照组之间IL-6、PCT、CRP水平差异有统计学意义($P<0.05$),其中细菌组三项指标水平最高,病毒组次之,对照组最低,两两比较各組间差异均有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2 三组间IL-6、PCT、CRP检出阳性率比较

三组间IL-6、PCT、CRP阳性检出率差异有统计学意义($P<0.05$);其中细菌组的阳性检出率最高,

对照组阳性检出率最低, 见表 2。

表 1 不同组别 IL-6、PCT、CRP 水平比较

组别	IL-6 (pg/ml)	PCT (ng/ml)	CRP (mg/L)
细菌组 (n=35)	99.39 ± 8.23	6.58 ± 1.24	146.25 ± 10.11
病毒组 (n=35)	16.36 ± 3.26	0.37 ± 0.08	43.36 ± 7.27
对照组 (n=10)	6.13 ± 1.37	0.08 ± 0.02	5.14 ± 1.38
F 值	2062.82	568.87	1860.52
P 值	0.000	0.000	0.000

表 2 不同组别 IL-6、PCT、CRP 检出阳性率比较

组别	IL-6	PCT	CRP
细菌组 (n=35)	29 (82.86)	33 (94.28)	25 (71.43)
病毒组 (n=35)	11 (31.43)	12 (34.29)	16 (45.71)
对照组 (n=10)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (10.00)
χ^2 值	29.943	42.294	12.918
P 值	0.000	0.000	0.002

注: () 内数据为百分率。

3 讨论

从临床实际情况来看, 感染性疾病在发生初期缺乏明显症状, 患病人员难以对此引起重视, 尤其是针对某些病情较为严重的人员, 感染疾病的存在可加重病情, 增加患者所面临的危险^[5]。基于此, 临床应通过相应措施明确感染的具体情况, 进而采取针对性措施阻碍疾病发展。目前可供选择的检测方式较多, 不同方式所具有的特异性及灵敏性均有所差异, 且常规致病菌检验需要耗费较长时间, 不利于疾病的早期诊断^[6]。在检查结果明确之前, 多是通过医生的工作经验给予相应抗生素, 该模式对疾病治疗缺乏理想性及针对性, 可增加耐药发生风险, 加重心理压力与经济负担, 整体治疗质量缺乏理想性^[7]。所以临床应注重选择特异性、灵敏性均较高的生物标志物, 提升早期感染性疾病诊断的准确率^[8]。

PCT 作为缺乏活性的血清降钙素前体, 机体处于正常情况时, 循环血液中未能发现 PCT 的存在, 该物质在体内具有一定的稳定性^[9]。当机体出现重症感染时, PCT 可在肝脏的单核细胞、巨噬细胞等甲状腺之外的组织中形成, 其水平上升速度较快。检测 PCT 水平可明确机体有无感染情况, 还可辨别感染的严重程度^[10]。从临床相关研究结果中可见, 机体在致病菌入侵所引起的系统性全身应激反应综合征影响下, PCT 水平可显著上升, 且持续时间较长^[11]; 当机体存在病毒感染或器官移植所引起的排斥反应等情况下,

体内 PCT 含量处于较低水平, 由此可见, PCT 水平的测量有助于区分细菌性或非细菌性炎症。PCT 作为常见的感染性炎症标志物, 检测其水平有助于区分细菌性感染及病毒性感染, 在应对不明原因所引起的发热患者中, 可对其治疗方案的制定提供可靠依据。

在炎症影响下机体受到明显刺激, B 淋巴细胞、单核巨噬细胞及 T 淋巴细胞等所分泌的多效应细胞因子称为 IL-6, IL-6 水平上升可能会导致两种结局, 如调动体内防御反应, 诱导体内多形核白细胞凋亡, 促进炎症反应的消失; 引发免疫功能失调, 促进单核巨噬细胞产生转化生长因子 β , 抑制损伤后免疫功能^[12]。目前多认为 IL-6 与脓毒血症、全身系统性炎症应激反应综合征等有密切关系, 体内存在感染情况时, 炎性细胞合成 IL-6 速度增快, 血液中可存在大量 IL-6, 增加血清中 IL-6 水平。从临床研究结果可见, 机体在感染 3 个小时后 IL-6 水平可达峰值, 后续水平可逐渐降低, 并逐步消失, 标本采集的时间可影响到血清中 IL-6 含量, 若标本收集时间不当, 可影响到该指标检测的灵敏度及特异度, 不利于疾病的诊治^[13]。

当机体组织器官受到严重损伤或感染情况时, 肝脏上皮细胞受到刺激分泌急性时相蛋白质 CRP, CRP 能够对感染、组织坏死及损伤等刺激做出快速反应, 体内 CRP 水平可出现明显上升, 临床多将该指标作为炎症的诊断^[14]。分析本次研究结果可以看到, 从 IL-6、PCT、CRP 水平高低情况、阳性检出率情况进行判断, 可见细菌组人员所获数值最高, 病毒组次之, 对照组数值最低。机体受到病原微生物侵袭后, 免疫系统可出现一系列免疫反应, 引发相关炎症指标的变化, 对于全身性细菌感染患者而言, 检测 PCT 水平时, 可见其水平出现明显上升趋势, 该现象的持续时间较长。在 PCT 水平检测过程中联合 IL-6、CRP 能够有效提升疾病诊断的准确性, 有助于区分所患疾病为细菌性感染还是病毒性感染。

综上所述, 目前感染性疾病的发生较为频繁, 对于某些重症人员, 感染性疾病的发生可增加生命危险, 若未及时明确疾病情况, 可延误最佳治疗时机, 不利于感染性疾病的控制。在疾病诊断过程中, 注重 PCT 与 IL-6 的联合检测可明确感染疾病的类型, 明确疾病的严重程度, 为后续治疗方案的制定提供科学依据。

4 参考文献

- [1] 庄培渠, 陈凤琴, 陈宇锋. 血清 PCT、CRP、WBC 测定在感染性疾病诊断中的应用分析 [J]. 中国实用医药, 2021, 16(31): 207-209.
- [2] 李燕, 李新霞. C-反应蛋白、血清降钙素原、血清前白

医用疤痕硅凝胶治疗增生性瘢痕的临床效果评价

胡雯

【摘要】 目的 探究医用疤痕硅凝胶治疗增生性瘢痕的临床效果。方法 选取2020年1月-2021年12月医院收治的增生性瘢痕患者80例作为研究对象,按照组间基线资料均衡可比原则,采用随机数字表法分为两组,每组各40例。对照组给予多糖酸粘多糖乳膏治疗,观察组在对照组的基础上联合医用疤痕硅凝胶治疗,比较两组患者的治疗效果,疼痛程度改善、瘢痕恢复、患者的满意度和不良反应发生等情况。结果 联合医用疤痕硅凝胶治疗的观察组患者的治疗总有效率为95.0%,高于对照组80.0%,组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前,两组患者视觉模拟量表(VAS)评分和温哥华瘢痕量表(VSS)评分比较差异均无统计学意义($P > 0.05$);治疗后两组患者的VAS评分均降低,但观察组患者VAS评分低于对照组,组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后,两组患者的VSS评分均低于治疗前,但观察组患者治疗后2周、4周、12周的VSS评分均低于对照组,组间比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。给予医用疤痕硅凝胶治疗的观察组患者满意度为97.5%,高于对照组的85.0%,但组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。两组患者的不良反应发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 采用医用疤痕硅凝胶治疗增生性瘢痕的综合疗效显著,可减轻患者的疼痛程度,促进瘢痕部位的恢复。

【关键词】 医用疤痕硅凝胶;增生性瘢痕;有效性;安全性

中图分类号 R751 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)15-1160-03

增生性瘢痕是临床上常见的一种病理性瘢痕,多发生在手术创伤、感染、烧伤和外伤后,成纤维细胞增殖且伴有大量的结缔组织过度沉积,属于纤维代谢性疾病。增生性瘢痕一方面会影响外观的美观度,加

剧患者的心理负担,同时还会出现疼痛、肿胀、瘙痒等临床症状,加重了患者的身体负担,严重影响患者的生活质量。有研究认为^[1-2],增生性瘢痕的产生和大量胶原纤维呈螺旋状排列有密切联系,现阶段临床上对于增生性瘢痕患者采取的治疗措施主要有局部药物注射、局部用药、手术切除、激光疗法、压力疗法

作者单位:518100 广东省深圳市龙岗区第三人民医院皮肤科病科

蛋白、血常规联合检测在小儿细菌性感染性疾病中的诊断价值[J]. 中国社区医师,2020,36(23):111-113.

- [3] 王海宁,孙巨军,白香妮,等.血清PCT、IL-6、内毒素联合检测诊断老年呼吸道细菌性感染的临床价值[J]. 临床医学研究与实践,2022,7(1):118-121.
- [4] 黄涛,姚红艳,尔启东,等.PCT联合D-二聚体、hs-CRP、WBC在非特异性外科感染诊断与治疗中的应用价值[J]. 吉林医学,2021,42(8):1858-1862.
- [5] 杨璇.外周血白细胞形态联合CRP、降钙素原检测在儿科感染性疾病早期诊断的价值研究[J]. 中国医药科学,2020,10(3):168-170.
- [6] 李欣.降钙素原、CRP联合T淋巴细胞亚群检测在SLE并发肺部感染中的诊断价值分析[J]. 四川生理科学杂志,2021,43(9):1617-1619.
- [7] 梁彩平,钟燕玲,江炎章,等.风湿性疾病合并感染患者血清铁蛋白、降钙素原、C反应蛋白和白介素6的表达及临床意义[J]. 中国当代医药,2021,28(3):71-73.
- [8] 唐劲松,宣春,林景涛,等.C-反应蛋白、白介素-6及降钙素原检测在新冠肺炎中的临床意义[J]. 实用医学

杂志,2020,36(7):839-841.

- [9] 柳美凤,罗世荣,邱振雄.血清高迁移率族蛋白B1、C反应蛋白、白三烯B4以及降钙素原对新生儿重度肺炎的诊断价值[J]. 中国当代医药,2023,30(8):155-158.
- [10] 鲁广建,狄文玉,张群妹,等.血清LTB4和PCT在细菌性肺炎患者中的表达及其与预后的相关性[J]. 中国微生态学杂志,2020,32(12):1419-1422.
- [11] 高海红,徐建新,赵雨芳.血清白细胞介素-6、降钙素原及免疫球蛋白在新生儿肺炎患儿中的变化及对疾病的诊治价值[J]. 中国妇幼保健,2020,35(2):270-272.
- [12] 蒋富娟,沈佳丽.降钙素原(PCT)、白细胞计数(WBC)和C反应蛋白(CRP)在血流感染中的价值[J]. 实用中西医结合临床,2020,20(20):54-55.
- [13] 张杨文,周少群,林丹霞,等.电化学发光法检测降钙素原和白细胞介素-6对新生儿细菌感染的诊断价值分析[J]. 中国医学装备,2022,19(11):129-132.
- [14] 刘珍,陈丹,魏莹亚,等.血清IL-6、sICAM-1在新生儿肺炎细菌性感染鉴别诊断及疗效评价中的应用[J]. 分子诊断与治疗杂志,2020,12(11):1531-1534.

[2023-05-25 收稿]

等,但不同治疗措施的临床疗效报道不一。医用瘢痕硅凝胶由高黏度二甲基硅氧烷和低黏度二甲基硅氧烷组成,可以辅助预防皮肤病理性瘢痕的形成。本研究主要探究医用瘢痕硅凝胶治疗增生性瘢痕患者的临床效果,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-2021年12月医院收治的增生性瘢痕患者80例作为研究对象,按照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与对照组,每组各40例。观察组男22例,女18例;年龄22~58岁,平均 40.52 ± 2.88 岁;烧伤患者16例,外伤患者14例,手术后患者10例。对照组男24例,女16例;年龄23~59岁,平均 40.58 ± 2.91 岁;烧伤患者15例,外伤患者16例,手术后患者9例。两组患者性别、年龄和致病原因等基线资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。所有入选患者对研究均知情同意。

纳入标准:①研究中纳入的所有患者均伴有明显增生性瘢痕的临床表现,损伤部位愈合后仍然存在创面形状不规则、潮红、充血、质地坚硬,且创面有瘙痒感、灼痛感、紧缩感^[3];②所有病患的基础资料完整,患者的既往病历和诊断治疗信息均完善;③所有患者在治疗过程中体现出的依从性良好,可配合完成研究。排除标准:①合并严重的心脑血管疾病,合并严重的造血系统和其他严重系统性疾病的患者;②对研究中使用的治疗药物有明确过敏史,或有明确使用禁忌症的患者^[4];③无法配合完成此次研究的患者。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 采用多糖酸黏多糖乳膏治疗,对瘢痕皮肤进行擦拭,确认皮肤无破损后,均匀涂抹多糖酸黏多糖乳膏,涂抹面积完全覆盖瘢痕位置,每日2~4次。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上增加使用怡敷康医用瘢痕硅凝胶(佛山市优特医疗科技有限公司,粤械注准20212140943)治疗:首先将瘢痕部位清洗干净,而后将适量的医用瘢痕硅凝胶涂抹在瘢痕部位,涂抹后轻轻按摩,直至吸收,每日2~4次。

1.3 观察指标

(1)总有效率^[5]:①显效:经治疗后患者的瘢痕消退面积 $\geq 90\%$;②有效:经治疗后患者的瘢痕消退面积为 $50\% \sim 89\%$;③无效:经治疗后患者的瘢痕消退面积 $\leq 49\%$ 。总有效率=(显效+有效)例数/观察例数。

(2)疼痛程度:采用视觉模拟量表(VAS)^[6],

VAS量表的评分范围是0~10分,根据患者最终得分,判定患者的疼痛严重程度,得分越低,提示患者的疼痛症状越轻。

(3)瘢痕恢复情况:采用温哥华瘢痕量表(VSS)^[7],对患者治疗前、治疗2周、治疗4周、治疗12周时的瘢痕恢复情况进行评估。VSS量表的最高分为15分,得分越高表示患者的瘢痕越严重,量表的最低分是0分,得分越接近于最低值提示患者的瘢痕越轻。根据最终的得分,判定患者的瘢痕恢复情况。

(4)患者满意度:采用满意度问卷^[8]作为评价工具,问卷中包括10个问题,患者对其中一项表示满意,计1分,问卷总分为10分,根据患者最终所得分数判定患者的满意度等级,其中8~10分为非常满意;4~7分为满意;0~3分为不满意。护理满意度=(非常满意度+满意度)例数/观察例数。

(5)不良反应发生率:不良反应主要包括皮肤烧灼感、瘙痒感。

1.4 数据分析方法

运用SPSS 25.0统计学软件分析处理数据,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 两组患者治疗效果比较

联合医用瘢痕硅凝胶治疗的观察组患者治疗总有效率为95.0%,高于对照组80.0%,组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 两组患者治疗总有效率比较

组别	观察例数	治疗效果			总有效率(%)
		显效	有效	无效	
观察组	40	24	14	2	95.0
对照组	40	16	16	8	80.0

注:总有效率比较, $\chi^2=4.114$, $P=0.043$ 。

2.2 两组患者疼痛程度比较

两组患者治疗前疼痛程度VAS评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,两组患者的VAS评分均降低,但观察组患者治疗后的VAS评分低于对照组,组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表2 两组患者治疗前后VAS评分比较(分)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	40	4.88 ± 0.46	1.86 ± 0.31
对照组	40	4.81 ± 0.58	2.95 ± 0.45
t 值		0.598	12.616
P 值		0.552	0.000

2.3 两组患者瘢痕恢复情况比较

两组患者治疗前的 VSS 评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)；治疗后，两组患者的 VSS 评分均低

于治疗前，但观察组患者治疗后 2 周、4 周、12 周的 VSS 评分均低于对照组，组间比较差异均有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者治疗前后 VSS 评分比较 (分)

组别	例数	治疗前	治疗 2 周	治疗 4 周	治疗 12 周
观察组	40	12.64 ± 1.72	9.11 ± 1.16	7.05 ± 1.03	6.23 ± 0.41
对照组	40	12.58 ± 1.85	10.87 ± 1.44	9.68 ± 1.41	8.25 ± 0.55
<i>t</i> 值		0.150	6.019	9.525	18.623
<i>P</i> 值		0.881	0.000	0.000	0.000

2.4 两组患者满意度比较

给予医用瘢痕硅凝胶治疗的观察组患者满意度为 97.50%，高于对照组的 85.00%，但组间比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)，见表 4。

表 4 两组患者满意度比较

组别	观察例数	满意程度			满意度 (%)
		非常满意	满意	不满意	
观察组	40	26	13	1	97.50
对照组	40	16	18	6	85.00

注：满意度比较， $\chi^2=2.505$ ， $P=0.114$ 。

2.5 两组患者不良反应发生率比较

治疗后，观察组不良反应发生率为 5.00%，低于对照组的 7.50%，但组间比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)，见表 5。

表 5 两组患者不良反应发生情况比较

组别	观察例数	不良反应		发生率 (%)
		瘙痒	烧灼	
观察组	40	1	1	5.00
对照组	40	1	2	7.50

注：发生率比较， $\chi^2=0.000$ ， $P=1.000$ 。

3 讨论

增生性瘢痕中的胶原蛋白含量非常丰富，组织紊乱，可形成结节状结构。多糖酸粘多糖乳膏可抑制分解代谢酶、前列腺素和补体系统，发挥出抗炎效果，同时可以促进间叶细胞的合成，增加细胞间的水分，促进局部血液循环，也可以促进结缔组织的再生。医用瘢痕硅凝胶是由高粘度二甲硅氧烷和低粘度二甲硅氧烷组成，为无色至黄棕色半透明凝胶，无异味，均匀、细腻，在皮肤患处表面涂布用于辅助改善皮肤病理性瘢痕，辅助预防皮肤病理性瘢痕的形成。本研究结果显示，经采用医用瘢痕硅凝胶联合治疗的增生性瘢痕患者其治疗总有效率更高，临床总有效率可达到 95.0%，治疗后患者的疼痛程度有显著性改善，瘢

痕组织得到明显恢复，其治疗后 2 周、4 周、12 周的 VSS 评分均低于治疗前且低于对照组患者，这说明采用医用瘢痕硅凝胶联合治疗的总体效果更理想。使用医用瘢痕硅凝胶治疗的患者其满意度达到 97.50%，从患者主观层面体现出了医用瘢痕硅凝胶的治疗优势。

综上所述，采用医用瘢痕硅凝胶治疗增生性瘢痕的综合疗效显著，可减轻患者的疼痛程度，促进瘢痕部位的恢复，提高患者满意度。

4 参考文献

- [1] 周丽娜, 汤勇, 刘文军. 聚氨酯泡沫敷料在点阵激光治疗面颈部增生性瘢痕辅助治疗中的疗效观察 [J]. 中国医疗美容, 2022, 12(2): 38-41.
- [2] 杨茹茜, 王雪, 杨琴, 等. 中频电治疗烧伤后增生性瘢痕的临床疗效观察 [J]. 解放军医学院学报, 2022, 43(3): 308-311, 346.
- [3] 李娜, 李广帅, 焦琳, 等. 曲安奈德及 5-氟尿嘧啶局部封闭联合窄谱强脉冲光治疗颈部增生性瘢痕的临床疗效 [J]. 福建医科大学学报, 2021, 55(4): 318-321.
- [4] 马倩玉, 元泰皓, 陈宗安, 等. 低能量剥脱性二氧化碳点阵激光治疗儿童早期增生性瘢痕的疗效研究 [J]. 中国医疗美容, 2021, 11(8): 21-25.
- [5] 曾颖, 许佳, 金蓉. 压力治疗联合点阵 CO2 激光治疗增生性瘢痕的疗效观察 [J]. 组织工程与重建外科杂志, 2021, 17(2): 122-124.
- [6] 许一迪, 蒋邦红, 陈宇, 等. 强脉冲光照射与弹力绷带压力治疗防治增生性瘢痕的疗效观察 [J]. 中国美容整形外科杂志, 2021, 32(10): 584-585, 605.
- [7] 彭英. 观察压力疗法联合物理因子治疗烧伤后增生性瘢痕的临床疗效 [J]. 按摩与康复医学, 2021, 12(4): 15-16.
- [8] 林玲, 张丽丹, 张文君, 等. 超脉冲 CO2 点阵激光联合曲安奈德封闭注射治疗增生性瘢痕的疗效观察 [J]. 中国医疗美容, 2020, 10(2): 42-45.

[2023-04-27 收稿]

男性代谢综合征患者脉图参数特征分析

郭婧 潘红莉 许佳明 王锡锋 杨旭 张雯

【摘要】 目的 分析男性代谢综合征患者的脉象及脉图参数特征,为脉诊的客观化研究和代谢综合征的临床诊疗提供参考。方法 选取2020年3月-2021年11月,在医院体检中心体检的男性代谢综合征患者109例和健康体检者111例,共220例为研究对象。采用道生DS01-C脉象诊测信息采集系统分别对男性代谢综合征患者和健康男性进行脉象采集,对比分析两组脉象及脉图参数h1、h3、h4、h5、h3/h1、h4/h1、h5/h1、t1、t2、t3、t4、t5、t、W、W/t、t5/t4、As、Ad的差异。结果 两组患者在脉位、脉数、脉力上比较,差异无统计学意义($P>0.05$);两组患者在脉势、脉律、脉名上比较,差异有统计学意义($P<0.05$),代谢综合征组在脉势上低平虚者占比低于健康对照组,脉律上中及快数类占比高于健康对照组,脉名的沉脉、滑脉、虚脉、数脉、促脉占比高于健康对照组。代谢综合征组患者脉率快于健康对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。与健康对照组患者相比,代谢综合征组患者h1显著增大,而h4/h1、t5、t、t5/t4、Ad显著减小,组间差异均有统计学意义($P<0.05$);其余参数两组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 男性代谢综合征患者脉象以滑脉、数脉、沉脉、虚脉多见;其脉率偏快,可作为代谢综合征的预警;脉图特点主要表现为主波幅度高、外周阻力不高、心动周期持续时间短、左室舒张期时间短。

【关键词】 代谢综合征;男性;脉象;脉图参数

中图分类号 R589 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)15-1163-05

Study on the characteristics of pulse manifestation and pulse parameters in 109 male patients with metabolic syndrome Guo Jing, Pan Hongli, Xu Jiaming, Wang Xifeng, Yang Xu, Zhang Wen. *China Aerospace Science and Technology Corporation 738 sanatorium, Wuxi 214081, China*

【Abstract】 Objective To study the pulse manifestation and pulse parameters of male patients with metabolic syndrome, and to provide reference for the objective study of pulse diagnosis and clinical diagnosis of metabolic syndrome. **Methods** From March 2020 to November 2021, 209 male patients and 111 male patients, including 220 patients, were selected. DS01-C pulse diagnosis information collection system was used for male patients with metabolic syndrome and healthy men, comparing the differences between the two groups and pulse map parameters h1, h3, h4, h5, h3 / h1, h4 / h1, h5 / h1, t1, t2, t3, t4, t, t5, t, W / t, t5, t / t4, As and Ad. **Results** The difference between the two groups in pulse position, pulse number and pulse force ($P>0.05$); the difference in pulse potential, pulse rhythm and pulse name ($P<0.05$). The proportion of the low pulse potential in the metabolic syndrome group was lower than that of the healthy control group, and the proportion of medium and fast pulse in pulse rhythm was higher than that of the healthy control group, and the pulse pulse, deficient pulse and active pulse name was higher than that of the healthy control group. The pulse rate of metabolic syndrome group was faster than that of healthy control group, significant ($P<0.05$). Compared with healthy controls, metabolic syndrome group showed significantly increased h1, statistically significant ($P<0.05$), h4 / h1, t5, t, t5 / t4, Ad, statistically significant ($P<0.05$), and the two groups ($P>0.05$). **Conclusion** In male patients with metabolic syndrome, smooth pulse, multiple pulse, settled pulse and virtual pulse; its fast pulse rate can be used as early warning of metabolic syndrome. The pulse pattern mainly shows high main wave amplitude, low peripheral resistance, short cardiac cycle duration and short left ventricular diastolic period.

【Key words】 Metabolic syndrome; Male; Pulse manifestation; Pulse parameters

代谢综合征是一种聚集了中心型肥胖、高血糖、血脂异常及高血压等多种因素的临床症候群^[1]。它可作者单位:214081 江苏省无锡市,中国航天科技集团公司七三八疗养院(郭婧、潘红莉、许佳明、王锡锋、杨旭);山西省晋城市人民医院(张雯)

以直接促进动脉硬化性心血管疾病的发生,严重影响身体健康。作为一种多因素组合的复杂代谢性疾病,中医学的整体观念和辨证论治对认识和治疗此种疾病具有一定优势^[2]。

脉诊作为中医诊断的重要方法,是“辨病”“辨证”及判定疾病预后的重要依据^[3]。近年来,许多学者将计算机信息图像技术运用于脉诊,将脉象转化为精确的数据,使脉诊更加客观化、科学化,为认识病证,指导和治疗评价疗效提供了有效参考^[4]。目前关于代谢综合征的脉象研究很少,脉图研究尚未开展。本研究通过采集男性代谢综合征患者的脉象,分析其规律及脉图参数特征,为代谢综合征的中医客观化研究和临床诊疗提供依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取2020年3月-2021年11月,在医院体检中心体检的男性代谢综合征患者109例和健康体检者111例,共220例为研究对象。代谢综合征诊断标准参照《中国2型糖尿病防治指南》(2017版)^[1]:具有以下条件中的三项或更多项即可诊断为代谢综合征:①腹型肥胖(即中心型肥胖):腰围男性 $\geq 90\text{cm}$,女性 $\geq 85\text{cm}$;②高血糖:空腹血糖 $\geq 6.1\text{mmol/L}$ 或糖负荷后2h血糖 $\geq 7.8\text{mmol/L}$ 和(或)已确诊为糖尿病并治疗者;③高血压:血压 $\geq 130/85\text{mmHg}$ 及(或)已确诊为高血压并治疗者;④空腹TG $\geq 1.70\text{mmol/L}$;⑤空腹HDL-C $< 1.04\text{mmol/L}$ 。代谢综合征患者纳入标准:①符合上述诊断标准;②年龄在18~70周岁的男性。健康体检者纳入标准:①年龄在18~70周岁的男性;②经体检无明显器质性病变,无高血压、糖尿病病史,血压、血脂、血糖、体重、腰围正常,无脂肪肝、囊肿、结石等,血、尿常规无明显异常指标。排除标准:①患有严重的全身器质性病变并正在使用药物治疗者;②患有严重的精神疾病或酗酒、药物成瘾者;③脉图等信息资料不完整者;④斜飞脉或反关脉者;⑤脉图波形不稳定者。代谢综合征组109例,年龄21~70岁,平均年龄 42.45 ± 11.28 岁。健康对照组111例,年龄21~61岁,平均年龄 40.34 ± 10.16 岁。所有人员均自愿参与本研究并签署知情同意书。

1.2 脉象信息采集

采用道生DS01-C脉象诊测信息采集系统,采集部位为左手关位,脉图采集人员均经过严格培训。受检者端坐,采集完面相、舌相信息后,屈肘仰掌,将手腕至于脉枕上,与心脏平齐,脉图采集人员在受检者关部固定传感器,检测50g、125g、175g压力段脉波图,选择最佳脉图进行参数分析。

1.3 脉图参数解读

h1:主波幅度,反映左心室的射血功能和大动脉的顺应性。h3:重搏前波幅度,反映动脉血管弹性

和外周阻力状态。h4:降中峡幅度,反映心脏舒张初期的主动脉压力。h5:重搏波幅度,主要反映大动脉的弹性(顺应性)和主动脉瓣功能情况。h3/h1:主要反映血管壁的顺应性和外周阻力。h4/h1:主要反映外周阻力高低。h5/h1:主要反映主动脉顺应性和主动脉瓣功能情况。t1:为脉图起点到主波峰点的时值,对应左心室的快速射血期。t2:为脉图起始点到主波峡之间的时值。t3:为脉图起始点到重搏前波之间的时值。t4:为脉图起始点到降中峡之间的时值,对应左心室的收缩期。t5:为降中峡到脉图终止点之间的时值,对应左心室的舒张期。t:为脉图起始点到终止点的时值。对应左心室的一个心动周期。W:脉图基线到峰顶高度上1/3处的脉图宽度。反映动脉内压力高水平状态所维持的时间。W/t:主动脉压力升高的持续时间。t5/t4:与心率有关。As:收缩期面积。Ad:舒张期面积。各项脉图参数见图1和图2。

1.4 数据分析处理方法

采用SPSS 27.0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;非正态分布数据用“中位数(四分位数间距)”表示,组间中位数比较采用非参数检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

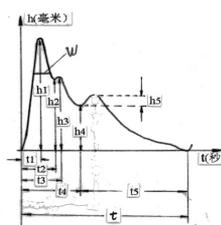


图1 脉图的幅值和时值

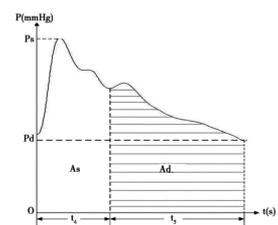


图2 脉图的面积

2 结果

2.1 两组患者脉象要素比较

两组患者在脉位、脉数、脉力上比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);两组患者在脉势、脉律、脉名上比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),代谢综合征组在脉势上低平虚者占比低于健康对照组,脉律上中及快数类占比高于健康对照组,脉名的沉脉、滑脉、虚脉、数脉、促脉占比高于健康对照组。见表1。

2.2 两组患者脉率比较

代谢综合征组患者脉率快于健康对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

2.3 两组患者脉图参数比较

与健康对照组患者相比,代谢综合征组患者h1显著增大,而h4/h1、t5、t、t5/t4、Ad显著减小,组间差异均有统计学意义($P < 0.05$);其余参数两组比较,

差异无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 3。

表 1 两组脉象要素比较

脉象要素	脉象表现	代谢综合征组		健康对照组		χ^2 值	P 值
		例数	百分比 (%)	例数	百分比 (%)		
脉位	中	94	86.2	104	93.7	3.396	0.065
	沉	15	13.8	7	6.3		
脉数	齐	83	76.1	85	76.6	0.006	0.940
	不齐	26	23.9	26	23.4		
脉力	有力	20	18.4	15	13.6	1.333	0.514
	中	35	32.1	42	37.8		
	无力	54	49.5	54	48.6		
脉势	正常	36	33	21	8.9	5.703	0.017
	低平虚	73	67	90	81.1		
脉律	迟缓慢	35	32.1	60	54.1	11.711	0.003
	中	46	42.2	36	32.4		
	快数	28	25.7	15	13.5		
脉名	弦脉	54	29	64	33.3	20.081	0.017
	沉脉	15	8.1	7	3.6		
	滑脉	23	12.4	23	12		
	虚脉	21	11.3	17	8.9		
	数脉	16	8.6	5	2.6		
	促脉	11	5.9	10	5.2		
	缓脉	17	9.1	30	15.6		
	迟脉	4	2.2	14	7.3		
	结代脉	15	8.1	16	8.3		
	其他脉	10	5.4	6	3.1		

表 2 两组患者脉率比较

组别	例数	脉率 (次/min)
代谢综合征组	109	81.12 ± 13.61
健康对照组	111	73.71 ± 11.94

$t=4.295, P=0.000$ 。

表 3 两组脉图参数比较

脉图参数	代谢综合征组 (n=109)	健康对照组 (n=111)	Z 值	P 值
h1	21.00 ± 9.20	18.23 ± 5.80	2.660*	0.008
h3	15.30 (9.01)	14.18 (5.85)	-1.935	0.053
h4	7.53 (4.68)	7.82 (4.09)	-0.309	0.757
h5	0.85 (1.01)	1.00 (1.27)	-1.192	0.233
h3/h1	0.79 (0.18)	0.76 (0.17)	-0.501	0.616
h4/h1	0.40 (0.13)	0.44 (0.15)	-2.783	0.005
h5/h1	0.44 (0.07)	0.56 (0.08)	-1.111	0.267
t1	0.12 (0.02)	0.11 (0.02)	-1.380	0.168
t2	0.18 (0.02)	0.18 (0.04)	-0.858	0.391
t3	0.20 (0.03)	0.21 (0.04)	-1.321	0.186
t4	0.31 (0.05)	0.31 (0.05)	-0.092	0.927
t5	0.44 (0.15)	0.51 (0.16)	-4.481	0.000

续表

t	0.75 (0.18)	0.84 (0.18)	-3.979	0.000
W	0.15 (0.07)	0.16 (0.07)	-1.498	0.134
W/t	0.20 (0.07)	0.20 (0.07)	-0.203	0.839
t5/t4	1.43 (0.49)	1.59 (0.58)	-3.780	0.000
As	97.91 (61.07)	91.11 (41.09)	-1.219	0.223
Ad	42.21 (30.93)	50.78 (30.38)	-2.435	0.015

注：*为t值；其他为秩和检验的z值；（）内数据为四分位数间距。

3 讨论

脉名是脉象各要素汇总的最终呈现，故各要素的结果分析都与脉名紧密相关。本研究的脉名上，代谢综合征多见滑脉、数脉、沉脉、虚脉、促脉。刘亚丹等^[5]统计该病脉象以弦脉、滑脉或沉脉为主。这与本研究结果基本一致。研究者^[6-8]普遍认为，代谢综合征证候多为早期的气滞、痰浊、瘀停，后期发展成气虚、阴虚，而滑脉、沉脉、虚脉等都是这些证候的表现。脉律上，数脉占比高于健康对照组，提示代谢综合征患者脉率偏快，本研究脉率的分析结果也能加以印证。数脉多见于热证，也见于里虚证。代谢综合征目前尚无统一的中医辨证标准，但多项研究发现代谢综合征的常见证型均有热证，有湿热壅滞证^[5]、痰热互结证^[9]、肝火亢盛^[10]等实证，也有气阴两虚、肝肾阴虚证^[5]等虚证，还有分阶段治疗的“热”证阶段^[11]，故数脉也成为代谢综合征患者的常见脉、特征脉。从西医角度来讲，交感神经系统过度激活是代谢综合征的重要发病机制，而心率或脉率加快则是交感神经过度激活的窗口指标^[12]，陈泽琨等^[13]还证明静息心率越快，患代谢综合征风险越高。脉势上，代谢综合征组低平虚少于健康对照组。脉势反映脉搏的强弱、流畅等趋势，可能因本研究中滑、弦、数等脉象居多，脉势偏强，故脉势低平虚者少。

本研究中，代谢综合征组h1值大于健康对照组。高血压^[14]、2型糖尿病^[15]、肥胖^[16]等疾病的脉图研究结果都与本研究一致。单独比较h1绝对值时，它一般代表脉力，说明代谢综合征组脉力强于健康对照组。虽然脉象要素中脉力上两组无显著差异，但有力脉的占比高于健康对照组。分析原因，可能与代谢综合征多见痰、湿、热等实证有关，常见的虚证也为肝肾阴虚，阴虚者阳偏亢，均会表现为相对的血气偏盛，在脉图上则表现为脉力偏强。代谢综合征组h4/h1小于健康对照组，提示其外周阻力不大。当患者出现主动脉瓣关闭不全或者主动脉瓣钙化^[17]时，血液返流，出现外周阻力偏小。李玲孺等^[18]研究还发现代谢综合征组NO水平高于正常组，血管舒张物质含量高也可能是引起外周阻力偏小的原因。代谢综合征组t5、

t、t5/t4、Ad均小于健康对照组，反映代谢综合征组心动周期持续时间缩短，而且以舒张期时间缩短显著，舒张期面积变小，提示代谢综合征组心率快，还可能存在左心室舒张功能减低，心输出量减少等。这与既往研究^[19-20]结果一致。

综上所述，男性代谢综合征患者常见滑脉、数脉、沉脉、虚脉。其脉率偏快，可作为代谢综合征的预警。其脉图特点主要表现为主波幅度高、外周阻力不大、心动周期短、左室舒张期时间短，其可能存在左心室舒张功能减退、心输出量减少以及主动脉瓣关闭不全或钙化等情况。由此可见，脉图参数能反映男性代谢综合征患者的相关病变，尤其是心脏功能的变化。后续可以增加样本量，收集女性病例加以辨证分型等，为代谢综合征的客观化研究及其临床诊疗提供依据。

4 参考文献

- [1] 中华医学会糖尿病学分会. 中国2型糖尿病防治指南(2017年版)[J]. 中国实用内科杂志, 2018, 38(4): 336-337.
- [2] 崔丽军, 曹卉娟, 于河, 等. 中医药治疗代谢综合征的系统评价再评价[J]. 现代中医临床, 2021, 28(2): 40-46.
- [3] 赵方舟, 刘玥芸, 陈家旭, 等. 李时珍《濒湖脉学》对中医脉学的传承与发展[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2017, 19(4): 563-568.
- [4] 李娜, 王忆勤, 郭睿, 等. 寸口六部脉图治疗前后分析方法的研究[J]. 辽宁中医杂志, 2013, 40(5): 888-890.
- [5] 刘亚丹, 燕树勋, 段飞. 代谢综合征中医证候分布规律[J]. 中医学报, 2022, 37(288): 1059-1066.
- [6] 刘亚丹, 段飞, 燕树勋. 中医药治疗代谢综合征研究进展[J]. 河北中医, 2022, 44(1): 157-165.
- [7] 王思佳, 胡晓灵. 中医学对代谢综合征的研究概述[J]. 新疆中医药, 2021, 39(3): 94-97.
- [8] 董新禹, 邹国良, 韩宇博, 等. 代谢综合征中医证型与其危险因素的相关性分析[J]. 中国医药, 2022, 17(9): 1390-1394.
- [9] 夏淑洁, 陈淑娇, 代莲, 等. 代谢综合征中医常见证的生物学研究概况[J]. 天津中医药, 2020, 37(6): 603-608.
- [10] 朱莉莉, 朱晓云, 赵玉雪, 等. 基于因子分析的代谢综合征兼血糖异常中医证候的横断面研究[J]. 北京中医药大学学报, 2020, 43(12): 1046-1052.

如意金黄散联合泡沫敷料外敷预防术中压疮的临床效果

石建香 闫俊萍* 郝百旺

【摘要】 目的 探讨采用如意金黄散联合泡沫敷料外敷对预防术中压疮的安全性和有效性。方法 选取2021年11月-2023年4月于山西中医药大学附属中西医结合医院进行手术的患者200例,在组间年龄、性别匹配的原则上,按照随机数字表法分为对照组和观察组,每组100例。对照组给予常规预防措施,观察组则在对照组的基础上,术中采用如意金黄散联合泡沫敷料外敷的方法预防。对比两组患者间压疮的发生率、白介素-6(IL-6)、白介素-8(IL-8)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、超敏C反应蛋白(hs-CRP)、血浆D-二聚体指标及手术时间、术中出血量。结果 干预后,观察组患者的压疮发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者IL-6、IL-8、TNF- α 、hs-CRP、血浆D-二聚体水平显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者手术时间、术中出血量均显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 术中采用如意金黄散联合泡沫敷料外敷的方法对预防术中压疮安全且有效。

【关键词】 如意金黄散;泡沫敷料;术中压疮;预防

中图分类号 R269 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)15-1167-03

压疮也称压力性溃疡,是身体局部组织长期受压,血液循环障碍,组织营养缺乏,导致皮肤失去正常功能而引起的组织破损和坏死^[1],是住院患者常见并发症之一。国内学者对术中压疮的定义和理解是一个逐步完善的过程。1996年,胡晶等^[2]开展应用Akton聚合物垫预防术中压疮的观察研究,提及了“术中压疮”一词,但并未对其进行具体解释,文章中以“术中压疮”“急性压疮”指代。2013年,魏彦姝等^[3]对“术中压疮”进行了解释,

即“手术过程中发生的皮肤损伤,为急性压疮,可能发生于术后几小时内,但大多数发生于术后1~3天,也有可能发生在术后6天内”。此后,国内学者在定义术中压疮的概念时多采用魏彦姝的定义^[4],指患者在术中受压部位于术后及术后几小时至6天内发生的组织损伤,其中以术后1~3天最多见^[5]。由于手术中存在一些非人为控制的因素,手术患者成为院内压疮高危人群,其发生率高达4.7%~66.0%^[6]。目前,术中压疮的预防已经受到临床医务人员的重视。有调查显示^[7],98.6%的手术室护士认为术中压疮相关知识需要不断更新。目前大部分手术室护理人员仍凭借临床经验来判断患者有无发生压疮的危险,缺乏准确的量化指标^[8],更缺乏系统的预防措施。

基金项目:山西中医药大学2021年度科技创新培育计划“基础研究专项”(编号:2021PY-JC-18)

作者单位:030013 山西省太原市,山西省中西医结合医院手术室

* 通讯作者

- [11] 李卫忠,刘莉,韩宇博,等.刘莉教授诊疗代谢综合征经验[J].四川中医,2019,37(9):1-4.
- [12] 刘莉,郑博阳,李娜,等.代谢综合征伴静息心率加快的相关中西医研究进展[J].医学综述,2022,28(2):326-331.
- [13] 陈泽琨,王颖,于雪,等.大连市成年人静息心率与代谢综合征的关系[J].中华疾病控制杂志,2021,25(6):668-697.
- [14] 王妙然,李秋艳,鲁韵帆,等.高血压脉象客观化临床研究的系统评价[J].世界中西医结合杂志,2020,15(2):236-249.
- [15] 黄天慧.2型糖尿病患者舌脉象参数的临床研究[D].武汉:湖北中医药大学,2019.
- [16] 吴宏进,张志枫,许家佗,等.677例健康人群体表面积、体质指数与采脉压力及脉图参数的关系探讨[J].中华中

医药杂志,2013,28(5):1361-1365.

- [17] 孙庆才,陈洪国,张洪霞,等.高血压患者脉象参数与血压变异性的相关性分析[J].陕西中医,2016,37(7):822-823.
- [18] 李玲孺,王济,姚海强,等.肥胖痰湿体质与肥胖非痰湿体质、代谢综合征患者血清NO相关指标比较研究[J].吉林中医药,2016,36(9):875-879.
- [19] 王俊力,杨茹,杨军,等.超声心动图技术评价代谢综合征患者左心室功能损害及随访研究[J].中国临床医学影像杂志,2021,32(3):185-189.
- [20] Chung JW, Seo DI, Park Y, et al. Echocardiography evaluation of left ventricular diastolic function in elderly women with metabolic syndrome[J]. Open Med(Wars), 2019, 14: 633-638.

[2023-04-27 收稿]

本研究于术中对患者采用如意金黄散联合泡沫敷料干预预防获得性压疮, 探讨其临床预防效果, 现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2021 年 10 月 - 2022 年 3 月于山西中医药大学附属中西医结合医院进行手术的患者 200 例。纳入标准: ①具备手术指征, 将进行手术者; ②年龄 ≥ 45 岁; ③手术时间 > 2 h; ④心脑血管疾病、高血压病、糖尿病病情控制良好者; ⑤对抗凝药物无禁忌证, 且无中药外敷过敏史者; ⑥受压部位皮肤完整; ⑦肢体麻木、偏瘫等肢体感觉和活动度较差。排除标准: ①术前存在严重感染或压疮者; ②合并严重肝肾疾病、严重心脑血管疾病、内分泌系统、血液系统、肿瘤及精神类疾患等疾病, 包括血糖、血压控制不佳者; ③存在精神障碍或认知障碍者; ④合并其他缺血性血管病者; ⑤合并严重外周神经疾病或对如意金黄散过敏者; ⑥月经期、妊娠期或哺乳期妇女; ⑦术前 1 个月内曾使用影响凝血功能药物或凝血功能障碍, 有出血倾向者; ⑧既往有血管外科手术史者。在组间年龄、性别匹配的原则上, 按照随机数字表法将患者分为对照组和观察组, 每组 100 例。观察组男女比例 53 : 47; 年龄 21 ~ 79 岁, 平均年龄 53.71 ± 4.17 岁。对照组男女比例 55:45; 年龄 20 ~ 78 岁, 平均年龄 54.29 ± 5.36 岁。两组患者年龄、性别对比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。本研究经医院伦理委员会批准进行, 并且患者自愿参加本研究并签署知情同意书。

1.2 干预方法

1.2.1 术前准备和评估 入院当天对患者进行压疮相关知识讲解, 包括压疮的发病原因、临床表现及相关预防措施等, 患者在床上如何进行主动及被动运动, 告知患者需戒烟戒酒, 多喝水, 合理膳食, 使患者具有良好的生活习惯及生活方式, 有效控制其血糖、血脂的水平。向患者及其家属讲解如何观察受压部位皮肤的颜色及血运。术前 1 日采集患者的一般信息, 对患者进行受压部位皮肤检查、生化指标检测, 使用魏革版手术病人压疮风险因素评估表对患者进行评估。麻醉前, 分别对两组患者实施以下护理干预。

1.2.2 对照组 给予常规护理干预: 密切观察患者受压部位有无压红、水泡、破溃等压疮早期症状; 保证床单平整, 无褶皱; 受压部位垫硅胶垫; 对患者受压部位进行被动肌肉按摩, 指导患者进行早期功能锻炼; 在手术允许的情况下, 每小时进行 1 次受压部位皮肤减压; 术中补足液体, 避免血液黏稠度增加、血

液循环不畅引起受压部位压疮。

1.2.3 观察组 在对照组基础上, 采用如意金黄散联合泡沫敷料外敷干预: 如意金黄散组成为姜黄 320g、大黄 160g、黄柏 160g、苍术 64g、厚朴 64g、陈皮 64g、生天南星 64g、甘草 64g、白芷 160g、天花粉 320g, 研制成粉状加水, 用黄酒和凡士林调制糊状, 均匀涂抹于泡沫敷料内侧, 在对患者受压部位进行评估后, 将制作好的敷料贴于受压部位, 8h/次。查看并记录患者贴敷周围皮肤情况, 如有特殊情况需立即停止贴敷。

1.3 观察指标

(1) 压疮发生率: 包括受压部位有无红斑、水泡等, 受压部位是否呈凹陷性水肿、软组织张力增高、皮肤温度增高等。

(2) 生化指标对比: 检测白介素 -6 (IL-6)、白介素 -8 (IL-8)、肿瘤坏死因子 - α (TNF- α)、超敏 C 反应蛋白 (hs-CRP)、血浆 D-二聚体的水平。采集患者 2ml 静脉血放入真空抗凝管中, 以 3000r/min 进行离心, 并提取血清进行血浆 D-二聚体检验; 于清晨抽取患者肘静脉血液 2ml, 采用全自动生化检测仪对各项生化指标进行检验。

(3) 临床指标: 包括手术时间、术中出血量。

1.4 数据分析方法

本研究采用 SPSS 23.0 统计软件分析处理数据, 计量资料采用 " $\bar{x} \pm s$ " 表示, 两组间均数的比较采用 t 检验; 计数资料计算百分率, 组间率的比较采用卡方检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者压疮发生率比较

采用如意金黄散联合泡沫敷料外敷干预后, 观察组无压疮病例发生, 而对照组发生压疮 8 例, 压疮发生率为 8.00%, 组间压疮发生率差异有统计学意义 ($\chi^2 = 4.167, P = 0.041$)。

2.2 两组患者生化指标对比

采用如意金黄散联合泡沫敷料外敷干预后, 观察组患者 IL-6、IL-8、TNF- α 、hs-CRP、血浆 D-二聚体水平显著低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.3 两组患者手术时间、术中出血量对比

采用如意金黄散联合泡沫敷料外敷干预后, 观察组患者手术时间、术中出血量、血浆 D-二聚体水平均显著低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表1 两组患者生化指标对比

组别	例数	IL-6(pg/ml)	IL-8(pg/ml)	TNF- α (pg/ml)	hs-CRP (mg/L)	血浆 D-二聚体 (mg/ml)
观察组	100	34.18 \pm 10.52	12.45 \pm 3.06	2.68 \pm 0.75	4.13 \pm 1.28	0.87 \pm 0.16
对照组	100	45.63 \pm 12.29	22.49 \pm 4.28	3.52 \pm 0.68	5.47 \pm 1.36	1.35 \pm 0.23
<i>t</i> 值		7.078	19.083	8.297	7.175	17.132
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表2 两组患者手术时间、术中出血量对比

组别	例数	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)
对照组	100	173.62 \pm 37.16	271.37 \pm 62.13
观察组	100	127.74 \pm 29.85	195.37 \pm 57.39
<i>t</i> 值		9.626	8.986
<i>P</i> 值		0.000	0.000

3 讨论

获得性压疮是指在卧床期间因受长时间持续性压迫,导致皮肤和组织受到缺血、缺氧和损伤而引起的一种疾病。该疾病在医院内患者中具有较高的发生率,严重影响患者的健康和生活质量。虽然手术中预防措施较多,但因手术时间长、体位固定、难以进行定时翻身等常规皮肤护理,仍无法完全满足预防术中获得性压疮的需要,并且压疮预防几乎都是基于西医思维的基本预防、物理预防等。因此,如何有效地预防和治疗获得性压疮一直是临床中的研究热点。如意金黄散是一种中药制剂,具有清热解毒、消肿止痛、生肌敛疮的功效,泡沫敷料是一种常见的敷料材料,具有轻便、舒适、透气、柔软等特点,将这两种材料联合使用具有以下优点:一是能够有效地减轻床位压力,改善血流灌注,从而预防压疮的发生;二是具有促进伤口愈合的作用,对于手术后伤口愈合也具有一定的帮助;三是泡沫敷料柔软、透气,可以使患者更加舒适,减少疼痛感和不适感,有利于快速康复。本研究结果表明,观察组压疮发生率明显低于对照组,观察组患者 IL-6、IL-8、TNF- α 、hs-CRP、血浆 D-二聚体水平显著低于对照组;观察组患者手术时间、术中出血量均显著低于对照组,说明该方法能够有效地降低患者获得性压疮的发生率,且安全性较高,不会给患者带来额外的不良反应。然而,对于如何进一步提高如意金黄散联合泡沫敷料外敷预防术中压疮的有效性,还需要从病例数量、环境等方面进行进一步的

优化研究,为诊疗工作提供参考。此外,在临床应用中也需要密切关注患者的具体情况,如患者的体重、体位、床位等因素,针对性地选择最佳的外敷方案,从而达到最佳的治疗效果。

综上所述,对于手术患者,术中是压疮的高发时段,且难以监测预防。如意金黄散联合泡沫敷料的外敷,能够有效降低患者获得性压疮的发生率,且具有较好的安全性和舒适性。

4 参考文献

- [1] 殷磊. 护理学基础 [M]. 北京:人民卫生出版社,2004:216.
- [2] 石廷新,石廷琪,闫柏年. 如意金黄散外敷在流行性腮腺炎患者中的疗效观察及对血清细胞因子的影响研究 [J]. 医学食疗与健康,2022,20(3):25-27,34.
- [3] 金新源,谢尔凡. 压疮的评估、预防和治疗研究进展 [J]. 中华损伤与修复杂志(电子版),2014,9(2):189-194.
- [4] 胡晶,华培英,刘璐. 应用 Akton 聚合物垫预防术中获得性压疮临床观察 [J]. 护理研究,1996(5):219-220.
- [5] 魏彦姝,陈杰,路潜,等. 术中获得性压疮危险因素评估的研究进展 [J]. 中国护理管理,2013,13(11):64-66.
- [6] 钱维明,黄立峰,项海燕,等. 手术病人压疮危险因素评估量表的研制 [J]. 中国护理管理,2013,13(8):24-27.
- [7] Burdette TSR, Kass J. Heel ulcers in critical care unit: A major pressure problem [J]. Crit Care Nurs, 2002, 25(2):41-53.
- [8] 韩旭,范里莉,曹颖俐. 4831 例病人手术中压疮危险评估及防护 [J]. 护理研究,2009,23(30):2757-2758.

[2023-02-13 收稿]

医养结合模式下老年人中医护理服务需求及其影响因素分析

陈涛 郑访江 李玉霞

【摘要】 目的 分析医养结合模式下老年人对中医护理服务需求状况及其影响因素。方法 2021年5月6日-2022年4月18日,采用分层整群抽样的方式,抽取兰州市养老院老年人共500名作为研究对象,首先查找文献,设计相关调查问卷,并由工作人员对研究对象进行1对1调查,问卷调查需要当场发放、当场回收,问卷主要内容包括是否对中医护理有需求、对中医护理的理解、对中医护理支持、调查人员基本信息等。结果 单因素分析结果显示,不同年龄、月收入、子女数量、自理能力及婚姻状态的老年人之间,对中医护理需求差异有统计学意义($P<0.05$)。多因素 Logistic 回归分析结果显示,年龄偏大、自理能力差、无伴侣、月收入高、子女数量少的老年人对中医护理需求较大($P<0.05$)。结论 医养结合模式下,老年人对中医护理服务需求较大,年龄、自理能力、婚姻状态、月收入、子女数量是老年人对中医护理需求的影响因素。需要加大实际干预对策,切实提升中医护理服务质量,充分发挥中医护理作用,保证老年人的健康。

【关键词】 医养结合模式;老年人;中医护理;服务需求;干预对策

中图分类号 R197.7 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)15-1170-04

随着我国经济不断发展,人口老龄化也不断加重,老年人医疗问题也成为社会各界关注重点。目前我国老年人主要为居家养老,养老机构仍处于建设与试探阶段,相关的养老服务效果并不理想^[1]。医养结合模式下的养老方法,是近年来临床提出,将医疗和养老服务进行整合,根据老年人实际情况,进行日常生活和医疗保健综合服务,这种模式不仅提高老年人生活质量,还能有效减轻疾病对老年人影响。但是在实践过程中,护理服务的质量和水平至关重要^[2]。我国传统医学中医理论强调慢性病管理以治未病为目标,但是在养老服务中由于人员配比不足、措施针对性不足等^[3],导致中医理念在养老机构护理服务中的应用水平较低,无法满足老年人合理需求。基于此,本研究调查医养结合模式下老年人中医护理服务需求,并探讨其影响因素,为制定修改干预对策提供参考。

1 对象与方法

1.1 调查对象

2021年5月6日-2022年4月18日,选取兰州市养老院老年人共500名作为调查对象,其中男256名,女244名。纳入标准:①所有老年人意识清晰,可以进行正常交流;②在养老机构居住时间超过1个月;③年龄在60岁以上;④老年人与家属同意本次

研究并签署知情同意书。排除标准:①依从性较差者;②老年性痴呆、记忆力损伤,无法正常交流者;③存在精神疾病者;④资料不完整者;⑤中途退出者。

1.2 调查内容

(1)一般资料:包括性别、年龄、文化程度、月收入、子女情况、自理能力、婚姻状况等。

(2)不同特征老年人对中医护理需求:采用自制调查表,主要包括是否对中医护理有需求、对中医护理的理解、对中医护理支持。

1.3 调查方法

首先查找文献,设计相关调查问卷,并由工作人员进行面对面问卷调查。问卷当场发放、当场回收。问卷回收过程,需要及时检查问卷内容和质量,对于漏填信息,工作人员需叮嘱老年人及时进行补充。共发放调查问卷500份,回收有效问卷500份。

1.4 数据分析方法

运用SPSS 23.0统计学软件分析处理数据,计数资料计算百分率(%),组间率比较采用 χ^2 检验;多因素分析采用 Logistic 回归模型。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 调查对象的基本特征及对中医护理需求

500名调查对象基本特征见表1。各类老年人对中医护理需求的分析结果显示,不同年龄、月收入、子女数量、自理能力及婚姻状态的老年人之间,对中医护理需求差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

基金项目:2021年甘肃省卫生健康行业科研计划项目(编号:GSWSHL2021-017)

作者单位:730050 甘肃省兰州市,甘肃省中医院针灸一科(陈涛、李玉霞);宣传统战部(郑访江)

2.2 影响老年人对中医护理需求因素的多因素分析

根据调查对象对中医护理是否需求为因变量(需要=1,不需要=0),特将单因素分析当中具有统计学意义的因素为自变量(年龄、月收入为实测值;自理能力:需要照料=0,基本自理=1;婚姻状况:

有伴侣=0,无伴侣=1),纳入Logistic回归模型中分析,结果显示,年龄偏大、自理能力差、婚姻状态无伴侣、月收入高、子女数量少为影响老年人中医护理需求的重要因素。见表2。

表1 不同类型老年人对中医护理需求

基本特征	分类	例数	需要	不需要	χ^2 值	P 值
性别	女	244	126	118	1.69	0.212
	男	256	147	109		
年龄(岁)	60 ~	159	62	97	23.40	0.000
	71 ~	162	97	65		
	≥ 81	179	114	65		
文化程度	小学及以下	231	132	99	1.12	0.231
	初中及以上	269	141	128		
月收入(元)	<1000	116	72	44	66.62	0.000
	1000 ~	202	67	135		
	>3000	182	134	48		
子女(n)	1	316	156	160	9.486	0.000
	≥ 2	184	117	67		
自理能力	基本自理	260	84	176	108.60	0.000
	需要照料	240	189	51		
婚姻状态	有伴侣	242	95	147	44.54	0.000
	无伴侣	258	178	80		

表2 影响老年人中医护理需求因素的多因素分析

因素	B 值	SE 值	Wald 值	P 值	OR 值	95%CI
年龄	1.496	0.358	17.462	0.018	4.464	2.213 ~ 9.004
月收入	0.997	0.426	5.477	0.007	2.710	1.176 ~ 6.246
子女数量	0.589	0.228	6.674	0.025	1.802	1.153 ~ 2.818
自理能力	0.894	0.337	7.037	0.018	2.445	1.263 ~ 4.733
婚姻状态	0.584	0.295	3.919	0.028	1.793	1.006 ~ 3.197

3 讨论

我国人口老龄化问题较为严重,为了解决老年人疗养问题,推出了医养结合模式,所谓医养结合是将医疗、护理、康复以及老年人生活照料融为一体的养老模式,可将医疗、养老进行融合^[4],满足老年人日常生活中合理需求。在该模式下,包含两种方式,医疗机构主导以及养老机构主导,所谓医疗机构主导是在医疗机构内,设立养老部门,或由医院直接转为

养老部门^[5],为长期需要护理的老年人提供合理、科学医疗服务,也能有效减轻临床医疗资源压力;养老机构主导是在养老机构内设定医疗部门,对于老年人提供相应治疗设备。但是这两种方案均存在不足之处,医疗机构主导存在收费高、人员紧缺等问题,养老机构主导则存在医疗设备缺乏等问题,所以为了解决上述情况,需要不断进行整合^[6]。

中医护理是建立在中医治疗基础上,衍生的护理

服务方案,遵循辨证治疗原则,同时采用中医特有的干预手段,根据具体情况,以最小经济投入,获得最大护理效果^[7]。据临床不完全统计,中医护理技术在老年人护理需求中所需量较高,中医相关技术中包括艾灸、刮痧、穴位按摩等,上述技术都具有操作简单、取材容易、经济方便等特点,因此在治疾病治疗以及养生方面具有较好效果,同时也容易让患者接受^[8]。

本研究关于老年人对中医护理服务需求的影响因素分析显示,年龄、自理能力、婚姻状态、月收入、子女数量为影响老年人中医护理需求的重要因素。临床相关研究显示,老年人的年龄同护理需求之间有密切关联,通常为年龄越高,则患者对医护人员、家属的服务需求越大^[9]。因老年患者的年龄较大,肢体活动能力、生活自理能力明显减退,加之多数患者患有不同程度基础疾病(慢性阻塞性肺疾病、高血压、糖尿病等),导致其在日常生活中极易出现自我生活能力缺失的表现,此时需要接受相关护理服务^[10]。临床护理人员为患者开展一对一支持护理方式,可提高患者的护理服务需求以及诊疗费用,多数家庭难以承受疾病护理所形成的经济压力。生活自理能力同患者的护理服务需求之间有密切关联,相关研究表明,若老年人具备一定的生活自理能力,则其对于护理服务的需求较低,多数老年人希望自身在日常生活中可自理生活^[11],因患者家属对其身体健康状态、生活情况的关注度可伴随年龄增长而不断提升,但多数老年人较为反感家属的过度关注行为,认为自身价值受病情、年龄等因素影响而丧失,出现沮丧感以及悲伤情绪^[12]。针对此类老年患者,开展护理服务工作时,需密切监测其心理情绪状态,帮助其正确认识家属、医护人员的帮助。月收入同老年患者的护理服务需求之间有密切关联,通常为月收入水平越高,则对护理服务的要求越多、需求量越大^[13]。老年患者的子女数量同其护理服务需求之间有密切关联,通常为子女数量越少,则其对于护理服务的需求越高。子女较多的情况下,可根据老年患者的病情和需求等分工配合,给予其足够的陪伴和管理^[14]。

中医护理服务需在以下几方面进行改进:①加大中医护理人才的培养,在医养结合模式下,中医护理人员需要兼顾多方面护理知识和技能,以中医辩证思维为基础,根据老年人具体情况为其提供个性化生活照顾、康复、保健知识指导等,所以需要加大中医护理人才培养力度,在相关人员培养过程中,需重视课程基础以及实践体系有机结合,在培训课程方面,也需增加中医护理学、老年护理学,并融合西医临床护理技能。在人员实习方面可安排进入养老院实习,整个实习过程中,将理论知识和实践进行整合。并对工

作人员整体护理方案、护理水平、理论知识、创新能力等进行评估,一旦发现不足之处,及时进行整改^[15]。②建立标准中医护理服务流程,规范中医护理技术流程,针对于不同地区应制定符合本区域的中医护理技术,另外还需建立中医技术管理机制,构建医养结合模式下中医护理质量评价系统,由于在中医学中,讲究扶正固本治疗原则,因此整体中医治疗周期较长,所以对于中医护理方面,整个时间也较长,护理效果见效较慢,也缺乏较为客观评价,故而应加大中医医养结合模式下中医护理质量评价系统^[16]。③完善中医护理各项设备,为了推动医养结合模式下中医护理服务顺利开展,对于相关机构需要设定完整中医护理设备,不仅需要按照国家标准配备西医治疗设备,还需要根据实际配以针灸、艾灸、火罐等中医护理设备。④完善医养模式下中医护理服务的收费标准,为了提高中医护理服务推广力度,需要加大对中医药政策扶持,减轻群众医疗负担,需结合当前国情以及地域情况,制定最佳中医护理服务统一收费标准,真正体现中医护理价值,同时也可促进中医护理服务的推广^[17]。

综上所述,医养结合模式下,老年人对中医护理服务需求较大,需要加大实际干预对策,切实提升中医护理服务质量,充分发挥中医护理作用,保证老年人的健康。

4 参考文献

- [1] 刘建军,程仕萍,周平生,等.中医养老护理人才培养模式初探[J].中国中医药现代远程教育,2018,16(20):43-45.
- [2] 薛冬群,闻彩芬,朱芬芬,等.关于中医护理在养老护理服务中应用的思考[J].中西医结合护理:中英文,2019,5(4):71-74.
- [3] 邵淑文.中医护理在医养结合养老模式中的应用[J].中医药管理杂志,2021,29(22):154-156.
- [4] Xu L, Yang L. Service quality evaluation of medical caring and nursing combined institutions for the aged based on IVPFS-DEMATEL and two-stage decision model with grey synthetic measures[J]. J Grey System, 2022, 34(1): 154-172.
- [5] 盛新娥,朱宗丽,董卫芹.追踪管理法在提升老年康复科中医护理服务质量中的应用[J].中医药管理杂志,2023,31(4):203-205.
- [6] 邵飞,滕玲红,胡剑华.中医药护理技术在老年康复科的实践情况与影响因素分析[J].中医药管理杂志,2023,31(2):64-66.
- [7] 王梦娜,刘倩汝,邓新茹,等.医养结合模式下老年人中医护理服务需求研究进展[J].护理学杂志,2022,37(21):102-105.
- [8] 陈娟,林美珍,丁美祝,等.“互联网+中医护理”服务模式的实践[J].护理学报,2022,29(24):14-17.

加强护理干预对胸部肿瘤同步放化疗并发放射性肺炎患者心理状态及生活质量的影响

王芳 孙露 孙亚婷

【摘要】 目的 探讨加强护理干预对胸部肿瘤同步放化疗并发放射性肺炎患者心理状态及生活质量的影响。方法 选择2017年1月-2023年4月医院收治的70例胸部肿瘤同步放化疗并发放射性肺炎患者为研究对象,根据组间性别、年龄、肿瘤类型等基线资料均衡可比的原则分为观察组和对照组,每组35例。对照组实施常规护理,观察组实施加强护理干预,比较两组心理状态、生活质量与护理满意度。结果 护理干预前,两组患者焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(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、SDS评分均下降,且观察组各评分均低与对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。护理干预后,观察组癌症患者生活质量调查问卷(QLQ-C30)躯体功能、角色功能、认知功能、情绪功能、社会功能各维度评分均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者患者护理满意度(97.14%)高于对照组(80.00%),但组间差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 对胸部肿瘤同步放化疗并发放射性肺炎患者实施加强护理干预,能够缓解患者的内心不良情绪,改善生活质量。

【关键词】 护理干预;胸部肿瘤;同步放化疗;放射性肺炎;生活质量

中图分类号 R730.55 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)15-1173-03

胸部肿瘤指来源于胸部所有器官和组织的肿瘤。胸部上界为锁骨,下界为膈肌,前界为胸壁,后界为脊柱,在此范围内的所有的器官和组织,均有可能发生肿瘤,包括浅部胸部皮肤的脂肪瘤或者皮下脂肪瘤、胸部肌肉的肉瘤、胸部深部的肋部肿瘤、食管平滑肌瘤、肺部肿瘤、纵隔肿瘤等^[1]。手术结合放化疗为胸部肿瘤的主要治疗方法,能够有效改善患者的预后生存质量。然而由于同步放化疗的并发症风险较高,尤其放射性肺炎的发生,对患者胸部肿瘤治疗的限制性较高^[2]。因此,临床对于胸部肿瘤同步放化疗并发放射性肺炎患者要给予及时有效的治疗与护理干预,以

作者单位:225600 江苏省高邮市人民医院

减轻患者症状,改善心理不良情绪,保障同步放化疗的顺利进行^[3]。基于此,本研究分析加强护理对胸部肿瘤同步放化疗并发放射性肺炎患者的干预效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2017年1月-2023年4月医院收治的70例胸部肿瘤同步放化疗并发放射性肺炎患者为研究对象。根据组间性别、年龄、肿瘤类型等基线资料均衡可比的原则分为观察组和对照组,每组35例。对照组男20例,女15例;年龄32~79岁,平均 56.26 ± 6.29 岁;肿瘤类型:肺癌15例,食管癌12

[9] Perera UGE, Dick AW, Chastain AM, et al. The effects of home health value-based purchasing on home health care quality in for-profit and nonprofit agencies: A comparative interrupted time-series analysis, 2012-2018 [J]. Med Care Res Rev, 2022, 79(3): 414-427.

[10] 严群. 健康管理背景下中医养老专科护理人才的思考与展望 [J]. 中医药管理杂志, 2021, 29(22): 245-246.

[11] 王苏平, 张兴达. 我国中医养老专科护理人才培养的构思与展望 [J]. 中医药管理杂志, 2022, 30(6): 225-226.

[12] 常静. 中医护理干预改善老年慢性支气管炎患者中医症状及生活质量的效果观察 [J]. 江西中医药, 2023, 54(1): 50-55.

[13] Nicola I, Emanuela N, Carmela L, et al. The role of biofilm in central venous catheter related bloodstream

infections: Evidence-based nursing and review of the literature [J]. Rev Rec Clin Tri, 2020, 15(1): 22-27.

[14] 刘恩, 张晓霞, 吴巧敏. 双因素理论用于老年科中医护理管理质量改进的效果评价 [J]. 中医药管理杂志, 2023, 31(3): 156-158.

[15] 曹旭玲. 对老年脑梗塞病人实施早期中医护理及现代康复护理的意义评价 [J]. 新疆中医药, 2022, 40(4): 90-92.

[16] 郝晓蓓, 汪旭, 徐桂华. 我国中医养老专科护理人才培养的构思与展望 [J]. 护理研究, 2021, 35(3): 493-496.

[17] 江虹, 陈雪萍, 刘炳炳. 中医护理在老年护理实践教学体系中的应用研究 [J]. 全科护理, 2019, 17(27): 3379-3381.

[2023-03-26 收稿]

例, 乳腺癌 8 例。观察组男 21 例, 女 14 例; 年龄 32 ~ 78 岁, 平均 56.52 ± 6.18 岁; 肿瘤类型: 肺癌 15 例, 食管癌 11 例, 乳腺癌 9 例。两组患者基线资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。研究通过医院伦理委员会批准。

(1) 纳入标准: 经组织病理确诊; 无放化疗禁忌证; 基线资料完整; 患者知情同意。

(2) 排除标准: 合并胃肠道等其余组织恶性肿瘤; 合并沟通障碍; 合并认知障碍; 合并精神类疾病。

1.2 加强护理干预方法

对照组采用常规护理, 同步放化疗期间遵医嘱、对症给予患者适当的护理干预。观察组采用加强护理干预, 具体内容如下。

(1) 同步放化疗前护理干预: 同步放化疗前做好患者的宣教工作, 将放化疗的意义、治疗原理、治疗流程、注意事项等内容进行详细讲述, 并加强与患者沟通交流, 掌握患者情绪的变化并分析其产生的原因, 再给予心理护理干预, 缓解患者内心不良情绪, 给予足够的关怀与支持, 促使患者以最佳身心状态接受治疗。

(2) 同步放化疗期间护理干预: ①呼吸道干预, 首先保持室内温度与湿度的适宜, 严禁患者吸烟; 其次指导患者进行腹式、缩唇等呼吸功能训练, 同时由于放射性肺炎的诱发因素主要是呼吸道感染, 因此还需加强患者的保暖工作, 并制定患者适当的运动, 增强自身体质; 再者针对于痰液浓稠等患者, 需及时给予扣背、雾化吸入等促进患者痰液的排出, 必要时可进行吸痰处置, 以确保患者呼吸道畅通; 最后针对咳血患者, 需指导头偏一侧, 并配合医生进行针对性的救治。②用药干预, 对于放射性肺炎患者需遵医嘱给予大剂量的抗生素, 以控制肺部感染等; 同时在患者用药期间, 要遵循现配现用的原则, 并加强患者的药物知识宣教, 内容包括药物服用时间与方式、药物的药理学作用以及可能出现的不良反应等。③发热干预, 发热是放射性肺炎的主要症状之一, 因此需要严密监测患者的体温变化, 并及时给予干预, 比如轻度发热患者, 指导温水擦身, 适当遵医嘱给予药物治疗; 高热患

者要及时配合药物降温, 并加强口腔卫生干预, 同时保证足量休息, 预防放射性肺炎症状的恶化。

(3) 同步放化疗后护理干预: 加强患者机体营养摄入, 结合患者的病情等给予科学合理的膳食方案, 确保机体营养所需; 同时加强患者皮肤护理干预, 衣服以纯棉为主, 减少摩擦, 外出时注意紫外线照射等。

1.3 观察指标

(1) 心理状态: 采用焦虑自评量表 (SAS) 和抑郁自评量表 (SDS) 进行评估, 分值越高心理状态越差。

(2) 生活质量: 采用癌症患者生活质量调查问卷 (QLQ-C30) 进行测评, 评分与生活质量成正比。

(3) 护理满意度: 以医院自制问卷进行调查, 按问卷评分划为十分满意、满意与不满意。满意度 = (十分满意 + 满意) 例数 / 观察例数。

1.4 数据分析方法

运用 SPSS 23.0 统计学软件分析处理数据, 计数资料计算百分率 (%), 组间率比较采用 χ^2 检验; 计量资料用“均数 \pm 标准差”表示, 组间均数比较采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者心理状态评分比较

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, 两组患者 SAS、SDS 评分均下降, 且观察组患者 SAS、SDS 评分低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 两组患者生活质量评分比较

护理干预后, 观察组患者 QLQ-C30 量表躯体功能、角色功能、认知功能、情绪功能、社会功能各维度评分均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

2.3 两组患者护理满意度比较

护理干预后, 观察组患者护理满意度 (97.14%) 高于对照组 (80.00%), 但组间差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 3。

表 1 两组患者干预前后心理状态评分比较 (分)

组别	例数	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	35	62.15 \pm 6.34	42.29 \pm 4.18	60.58 \pm 6.13	40.47 \pm 4.18
对照组	35	62.04 \pm 6.25	50.72 \pm 5.23	60.43 \pm 6.22	49.62 \pm 5.07
	t 值	0.073	7.449	0.102	8.238
	P 值	0.942	0.000	0.919	0.000

表2 两组患者干预后生活质量评分比较(分)

组别	例数	躯体功能	角色功能	认知功能	情绪功能	社会功能
观察组	35	71.31 ± 7.11	73.53 ± 7.38	78.24 ± 7.83	72.41 ± 7.34	73.95 ± 7.48
对照组	35	62.47 ± 6.17	65.07 ± 6.66	69.84 ± 6.99	63.37 ± 6.42	65.15 ± 6.58
<i>t</i> 值		5.555	5.035	4.735	5.484	5.226
<i>P</i> 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表3 两组患者护理满意度比较

组别	例数	满意情况			满意度(%)
		十分满意	满意	不满意	
观察组	35	21	13	1	97.14
对照组	35	16	12	7	80.00

注: 满意度比较, $\chi^2=3.528$, $P=0.060$ 。

3 讨论

同步放化疗是指在做放疗的同时用化疗的药物, 提高放疗的敏感性、提高肿瘤局部控制效果的一种方法, 是胸部肿瘤患者最为常见的一种联合治疗方案, 对患者的病情缓解、症状改善、生命延续均有重要的意义^[4]。然而同步放化疗在扼杀肿瘤细胞的同时也会损伤机体正常细胞, 尤其肺部组织在接受到射线后发生纤维化, 从而导致放射性肺炎的出现^[5]。患者临床可表现为发热、进行性的咳嗽、咳痰等, 严重还可出现呼吸衰竭等并发症, 对患者预后影响巨大^[6]。此外, 长期的放化疗还会加剧患者生理、心理等应激反应, 不利于患者治疗效果的提升。而常规的护理干预仅针对基础环境、患者生理等层面的干预, 无法满足患者的身心需求^[7]。

本研究结果显示, 与护理干预前比较, 干预后两患者组 SAS、SDS 评分均下降, 且观察组患者各评分更低; 同时观察组患者 QLQ-C30 量表各维度评分高于对照组, 说明加强护理干预对患者的心理、生活质量等改善明显。因为通过同步放化疗前的加强干预, 可以提高患者认知, 调整内心状态, 从而保持较高的放化疗依从性; 放化疗期间的干预加强, 不仅能够确保放化疗的顺利完成, 还可以通过一系列的呼吸道、发热、口腔即用药等干预, 改善患者放射性肺炎的病情症状; 最后再通过放化疗后的干预, 以维持患者机体营养所需并预防放射性肺炎的发生, 从而提高患者的生活质量^[8]。

综上所述, 对胸部肿瘤同步放化疗并发放射性肺炎患者开展加强护理干预, 可有效改善患者的心理状态和生活质量。

4 参考文献

- [1] 崔桂琴. 胸部肿瘤同步放化疗并发放射性肺炎的观察及临床护理分析 [J]. 世界最新医学信息文摘: 连续型电子期刊, 2018, 18(A3): 326.
- [2] 李泽, 曹忠钰, 白家英, 等. 影响胸部肿瘤放射治疗并发病的危险因素 [J]. 医学理论与实践, 2020, 33(4): 545-546, 557.
- [3] 汤小萍. 护理干预对恶性肿瘤同步放化疗患者生活质量的影响与效果分析 [J]. 心理月刊, 2018(7): 99.
- [4] 陈瑞, 周静, 翟媛媛, 等. 护理干预对恶性肿瘤同步放化疗患者生活质量的影响分析 [J]. 糖尿病天地, 2019, 16(6): 257-258.
- [5] 张静. 肺癌同步放化疗导致放射性肺炎的护理体会 [J]. 湖南中医药大学学报, 2018(A01): 296-296.
- [6] 庞林琳, 王慧霞, 郭颖, 等. 优质护理对肿瘤合并放射性肺炎患者肺功能和生活质量的影响 [J]. 当代医药论丛, 2020, 18(12): 253-255.
- [7] 潘莉. 肺癌合并放射性肺炎采取临床护理干预对患者生活质量的影响 [J]. 心血管外科杂志: 电子版, 2020, 9(1): 156.
- [8] 谢燕, 蔡娟, 刘幸, 等. 护理干预对肿瘤合并放射性肺炎患者生活质量的影响研究 [J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2018(4): 98.

[2023-05-31 收稿]

循证护理在冠心病心绞痛患者中的应用效果

杨秀

【摘要】 目的 探讨循证护理在冠心病心绞痛患者中的应用效果分析。方法 选取医院 2022 年 1-12 月收治的冠心病心绞痛患者 188 例为研究对象, 根据组间基线资料均衡匹配原则分为对照组和观察组, 每组各 94 例。对照组给予常规护理, 观察组实施循证护理。比较两组护理效果。结果 实施循证护理后, 观察组患者合理饮食、按时服药和情绪控制等方面的依从率和护理满意度均高于对照组, 组间比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者自我效能感评分高于对照组, 焦虑自评量表 (SAS) 评分和抑郁自评量表 (SDS) 评分低于对照组, 组间比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 将循证护理用于冠心病心绞痛患者中, 有助于稳定患者情绪, 提升自我效能感, 提高患者的护理满意度。

【关键词】 循证护理; 冠心病心绞痛; 应用价值

中图分类号 R473.5 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)15-1176-03

冠心病是一种常见的心血管疾病, 其发病机制主要是由于体内脂类代谢异常所致。冠心病主要有五种类型, 分别是隐匿型、心绞痛型、心肌梗死型、心力衰竭型和猝死型。对冠心病心绞痛患者进行有效的护理, 有助于患者早日康复。循证护理是将科学研究结果与临床实践相结合, 根据患者的实际情况, 采取有针对性的护理对策, 从而达到提高患者满意度的一种新的护理模式^[1]。本研究对冠心病心绞痛患者实施循证护理, 观察临床护理效果, 现将结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取医院 2022 年 1-12 月收治的冠心病心绞痛患者 188 例为研究对象, 根据组间基线资料均衡匹配原则分为对照组和观察组, 每组各 94 例。对照组男 47 例, 女 47 例; 年龄 48 ~ 66 岁, 平均 57.81 ± 6.72 岁; 病程 2 ~ 5 年, 平均 3.60 ± 4.96 年。观察组男 48 例, 女 46 例; 年龄 50 ~ 66 岁, 平均 58.11 ± 1.47 岁; 病程 3 ~ 6 年, 平均 4.08 ± 0.91 年。两组患者性别、年龄、病程等基线资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 患者予以常规护理, 严密监测其脉搏、面色、呼吸、心率、血压等指标水平变化情况, 若心绞痛发作, 应第一时间休息, 并帮助患者保持静坐位、半卧位, 指导正确有效呼吸, 协助主治医师开展紧急救治处理。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上予以循证护理, 首先由护士长带领组建循证护理团队, 队员组成为 2 名主管护师和 8 名护理人员, 根据现有问题查找文献资

料后获取循证支持, 具体措施如下。

(1) 针对性健康宣教: 通过组织讲座、播放视频、图文结合、发放手册等形式, 给患者详细介绍有关冠心病的知识内容。

(2) 心理干预: 强化和患者的交谈, 充分掌握其心态情绪变化, 针对已产生的负性情绪进行干预, 指导家属给予患者充足的支持和鼓励, 帮助其建立治愈疾病的信念。

(3) 生活指导: 告知患者多吃些富含维生素、蛋白质、膳食纤维的食物, 少吃高脂高盐的食品, 确保排便畅通。针对患者的身体状况建立个体化康复锻炼方案, 以步行、太极等有氧运动为主, 循序渐进调整运动量和强度, 不能过于劳累。指导其正确开展呼吸锻炼, 每天 2 次, 每次 10min, 持续 7d。

(4) 疼痛干预: 发作心绞痛时, 患者会产生严重疼痛, 责任护士需指导其将硝酸甘油舌下含服, 可切实减轻其疼痛感, 并进行吸氧支持、卧床休息等护理。倘若疼痛程度未改善, 可提供盐酸吗啡注射液稀释后静脉注射。详细记录患者疼痛的位置、程度、时间, 若发生恶心、呕吐、面色发白等情况, 需及时采取应对措施, 防止心肌梗死。通过心电图持续监测患者, 查看 ST 段变化, 观察心律失常的发生情况。

1.3 观察指标

(1) 治疗依从性: 主要观察按时服药、合理膳食、情绪控制等方面的依从情况, 患者可以自主配合医护工作即为依从。依从率 = 配合例数 / 观察例数。

(2) 护理满意度: 采用本院自制调查问卷评估两组的护理满意度, 分为非常满意、基本满意、不满意 3 个级别, 护理满意度 = (非常满意 + 基本满意) 例数 / 观察例数。

(3) 自我效能感: 采用自我效能感 (GSES) 量表进行评价, 总分为 40 分。31 ~ 40 分为自我效能感良好, 21 ~ 30 分为自我效能感较好, 0 ~ 20 分为自我效能感较差。

(4) 焦虑、抑郁程度: 采用焦虑自评量表 (SAS)、抑郁自评量表 (SDS) 对患者的心理状态进行评定。在患者意识清楚、安静环境下填写量表, 评分越低表示焦虑、抑郁程度越轻。

1.4 数据分析方法

运用 SPSS 22.0 统计学软件分析处理数据, 计量资料采用“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 两组患者治疗依从性比较

实施循证护理后, 观察组患者合理饮食、按时服药和情绪控制等方面的依从率均高于对照组, 组间比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 两组患者护理满意度比较

实施循证护理后, 观察组患者护理满意度为 96.81%, 高于对照组的 89.36%, 组间比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

2.3 两组患者自我效能感及焦虑抑郁程度比较

实施循证护理后, 观察组患者自我效能感评分高于对照组, SAS 和 SDS 评分低于对照组, 组间比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 1 两组患者治疗依从性比较

组别	观察例数	合理饮食		按时服药		情绪控制	
		例数	依从率 (%)	例数	依从率 (%)	例数	依从率 (%)
观察组	94	90	95.74	92	97.87	88	93.62
对照组	94	82	87.23	81	86.17	73	77.66
	χ^2 值	4.372		8.766		9.875	
	P 值	0.037		0.003		0.002	

表 2 两组患者护理满意度比较

组别	观察例数	满意程度			满意度 (%)
		非常满意	基本满意	不满意	
观察组	94	46	45	3	96.81
对照组	94	34	50	10	89.36

注: 满意度比较, $\chi^2 = 4.049$, $P = 0.044$ 。

表 3 两组患者自我效能感及 SAS、SDS 评分比较

组别	例数	自我效能感	SAS 评分	SDS 评分
观察组	94	33.2 ± 4.8	50.8 ± 3.1	51.7 ± 3.9
对照组	94	26.7 ± 5.8	56.2 ± 4.4	58.0 ± 4.3
	t 值	8.371	9.727	11.522
	P 值	0.000	0.000	0.000

3 讨论

冠状动脉粥样硬化 (CHD) 是一种临床常见的心血管疾病, 中老年人群发病率较高, 但近年来发病人群呈现出明显的年轻化趋势。这种疾病会随着病情的发展而表现出各种各样的表现, 心绞痛属于冠心病的一种, 它是一种冠状动脉血流量达不到人体心肌代谢的需要, 从而引起心肌缺血、缺氧的一种综合征, 此种心绞痛多出现在体力活动、疲劳、饱餐、情绪激动或紧张之后, 自发型心绞痛通常没有明确的诱因, 发作时间通常不会超过 15min, 而且容易反复发作, 对患者的原发病的治疗造成很大的影响, 严重的还会对

患者的生命造成威胁。冠心病心绞痛的治疗是一项长期的工作, 不仅要有患者的积极配合, 还要做好相应的护理工作, 同时还要做好相应的治疗^[2]。除了积极的临床治疗之外, 还需要采取科学、有效的护理措施。在目前的阶段, 循证护理是一种在临床上运用比较广泛的护理手段, 它可以利用科学的循证支持来提升护理方法的针对性, 从而推动疾病的治疗, 使患者的病情得到改善, 现在已经被广泛地运用在各种疾病患者的临床治疗中。

循证护理是从循证医学中发展出来的一种护理方式, 它在执行循证护理时, 会依据已有的研究结果和

相应的临床护理实践,找出护理中出现的问题,找出与疾病有关的影响因素,得到循证护理的证据,并在此基础上,提出有针对性的护理对策,它是一种将临床护理中出现的问题、理论基础和研究结果,运用到临床护理实践中,寻找最优的护理方式。在本研究中,观察组采用循证护理团队来实施循证护理,通过建立专门化的循证护理团队,并对其进行相关的护理业务培训,使其有条不紊地进行;与患者的具体病情结合起来,对护理问题进行了梳理^[3]。同时,还考虑到了一些患者存在着用药不合理、饮食不当、运动不当以及存在心理压力等问题。针对这些问题,循证护理组以循证依据为基础,制定出了更优的临床护理方案。推行循证护理,可以根据冠心病心绞痛患者的病情及生理、心理状况,提供与之相适应的心理支持和健康教育,并对患者进行饮食、运动等方面的护理,这对改善冠心病心绞痛患者的遵医行为有很大帮助,从而提高了整体护理质量。通过对护理流程的评估,对存在的问题进行及时修正,对护理方法进行优化^[4]。

本研究中观察组采用循证护理,对照组采用常规护理,研究结果提示,观察组的护理满意度、自我效能感评分和治疗依从性均高于对照组,而焦虑、抑郁评分低于对照组。提示循环护理在冠心病心绞痛患者中的应用效果较好,有助于消除其负性情绪,提高自我效能感和满意度,从而积极配合医护工作,保证治疗效果。在循环护理模式中,采用了“提出护理问题-查阅资料-解决问题”的方式,将自身的临床经验充分与冠心病心绞痛可靠科研成果相结合,对患者的心理行为、认知行为及生活行为方面做出护理决策,并展开针对性的护理^[5]。其中,对于存在负性情绪的患者,展开有针对性的心理辅导,与此同时,还会向他们说明负性情绪对疾病治疗效果的影响。此外,还会使用播放音乐的方式,以及放松训练,让患者的身体和精神都达到一种放松的状态,从而让患者的负性情绪得到改善,从而提升他们的治疗积极性和护理依从性。临床观察发现,冠心病心绞痛患者因疾病、治疗等多种因素的长期影响,自身会产生严重的负性情绪,负性情绪本身会对患者的预后造成制约,所以缓解负性情绪历来是冠心病心绞痛患者护理的重点,而通过

循证护理的实施,临床则能强化对患者精神层面的干预,降低负性情绪对疾病康复的影响。由于缺乏与疾病相关的知识,导致了临床治疗效果受到了严重的影响。而循证护理可以对患者普及疾病知识,及时采取预防疾病措施,并提醒患者按时服药,从而可以提升患者的护理依从性,从而降低心绞痛的发作次数和持续时间。同时,运用循证护理方法,引导患者养成良好的生活习惯,改善患者的生活品质,对于防止心绞痛的发生具有积极的意义^[6]。自我效能感属于一种抽象的概念,其指的是不同个体在应对挑战时,其自身有无能力完成所进行的一个判断。高自我效能感下的个体,能更好的应对困难,并能为此进行长期付出、坚持,而低自我效能感则不利于目标的达成。在采用循证护理后,患者的自我效能感有显著提升,这有利于提升患者依从性,从而使其更好的配合治疗,并能长期坚持健康的饮食、生活习惯。因此,循证护理在冠心病心绞痛患者中应用后,能起到切实重要的作用。

综上所述,将循证护理用于冠心病心绞痛患者中,有助于稳定患者情绪,提升自我效能感,提高患者的护理满意度。

4 参考文献

- [1] 张阳,闫海艳,戴可可.基于循证理念的中西医结合护理对冠状动脉粥样硬化性心脏病心绞痛中医症状积分及生活质量的影响[J].实用中医内科杂志:2023,14(8)1-4.
- [2] 王畅.优质护理对冠心病心绞痛患者心理状态及疼痛控制的影响[J].中国医药指南,2023,21(7):162-164.
- [3] 姚宝红.循证护理在冠心病患者中的应用效果[J].中国城乡企业卫生,2023,38(2):102-105.
- [4] 刘桂英.KTH整合式护理干预对冠心病心绞痛患者心功能与发作情况的影响[J].心血管病防治知识,2022,12(36):87-89,93.
- [5] 李美娜.不稳定型心绞痛患者采取循证护理干预的效果[J].继续医学教育,2022,36(10):117-120.
- [6] 王琮.多维度循证护理对老年冠心病患者心理状态与生活质量的影响[J].现代中西医结合杂志,2022,31(18):2603-2606.

[2023-04-17 收稿]

体位调整对全身麻醉甲状腺手术患者眼压及并发症的影响

李丽娜

【摘要】 目的 探讨体位调整对全身麻醉甲状腺手术患者眼压及并发症的影响。方法 选择2020年1月-2021年12月医院收治的60例甲状腺手术患者作为研究对象,所有患者均行全身麻醉甲状腺手术治疗,根据组间性别、年龄、身体质量指数等基线资料均衡可比的原则进行分组,每组30例。对照组采用常规体位;观察组手术进行1h左右,即等候术中快速病检中将患者头垫高,头与颈处于水平位,之后将手术背板调高13°左右,持续约6min,之后再调整回手术要求体位。对比分析两组患者眼部并发症情况。结果 两组患者均顺利完成手术,两组患者手术时间、住院时间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。对照组术后有6例发生球结膜水肿,其中2例出现视物模糊,观察组均未发生。两组患者视力模糊发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$);但对对照组轻度球结膜水肿发生率明显高于观察组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 甲状腺手术患者术中合理体位调整,可预防眼部并发症的发生,预防视力损伤。

【关键词】 全身麻醉;体位调整;甲状腺手术;并发症;眼压

中图分类号 R473.6 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)15-1179-04

甲状腺是人体重要的内分泌器官,可以分泌甲状腺激素,在碳水化合物、蛋白质、脂肪等物质降解中具有积极作用,可加速新陈代谢,对机体细胞氧化反应和生长发育具有积极促进作用^[1]。甲状腺肿瘤发病率高,其中恶性肿瘤发病率逐年升高,我国甲状腺癌发病率近年来有持续升高趋势^[2]。甲状腺癌是诸多恶性肿瘤中发病率较高的,中青年为高发人群,并且女性患者多于男性。关于甲状腺癌发病机制尚不明确,目前认为与碘元素缺乏、机体雌激素水平紊乱、原癌基因生长、电离辐射、遗传等因素有关^[3]。近年来随着影像学技术发展,通过超声手段,可以快速观察患者甲状腺状况,可以较为准确鉴别甲状腺肿瘤。大部分甲状腺肿瘤的主要治疗方式是手术切除,在手术过程中,根据快速病理的初步诊断结果,确定下一步手术方案。由于甲状腺位于气管两侧、甲状软骨下侧,手术中,为保障术野,需要将患者肩部垫高,保持颈部过伸垂头,长时间垂头仰卧体位,会增加患者颈静脉压升高风险,影响房水正常循环,升高患者眼压,严重时损伤患者眼睛正常调节能力,导致患者术后视力丧失^[4]。因此在甲状腺手术中,采取有效措施保障面部血供,降低术后并发症也是必要的。体位调整是根据手术情况,在术中适当调整患者体位,通过体位变化,改善面部血供情况,降低眼压,预防术后并发症。本研究对甲状腺手术患者术中采取体位调整干预措施,探讨对全身麻醉甲状腺手术患者眼压及并发症的影响,具体报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2020年1月-2021年12月医院收治的60例甲状腺手术患者作为研究对象,所有患者均行全身麻醉甲状腺手术治疗,根据组间性别、年龄、身体质量指数等基线资料均衡可比的原则进行分组,每组30例。对照组男5例,女25例;年龄26~56岁,平均 42.79 ± 1.24 岁;身体质量指数18.45~24.47,平均 22.15 ± 0.57 ;观察组男6例,女24例;年龄25~57岁,平均 42.81 ± 1.29 岁;身体质量指数18.52~24.57,平均 22.18 ± 0.57 。两组患者上述资料比较,差异无统计学意义。术前告知患者手术注意事项,患者在手术同意书上签名。研究通过医院伦理委员会批准。

(1) 纳入标准:所有患者经过超声等检查、外科医生诊断,符合手术指征;临床资料齐全;意识清醒;18周岁以上;美国麻醉医师协会(ASA)麻醉分级I~II级;手术均由该科室高年资主任医师主刀完成,采用开放性手术。

(2) 排除标准:合并严重精神障碍者;合并严重认知障碍者;依从性差者;合并严重高血压者;有眼部疾病病史者;合并肝脏、肾脏、心脏等器质性疾病者;长期服用某些药物或者毒品的患者;参与其他研究者;中途退出研究者。

1.2 术中体位护理方法

对照组采用常规体位至手术完成。观察组患者手术进行1h左右,即等候术中快速病检中将患者头垫

高,头与颈处于水平位,之后将手术背板调高 13° 左右,持续约6min,之后调整为手术体位,完成手术;同时进行如下干预。

(1)术前护理:护理服务自患者入院后开始,护理人员热情接待患者,向患者介绍本院环境,让患者熟悉主刀医师、护理人员等,增加患者熟悉感,消除患者焦虑。术前护理人员还需要指导患者进行体位训练,将软垫在患者肩部下侧垫,选择软垫高度以10cm为宜,使得在手术过程中,患者颈部可以呈现头后仰颈过伸体位。术前开始训练,训练频次2次/d,结合患者反应、耐受力不同,适当延长体位训练时间,从30min开始,逐渐延长至2h。术前根据手术需求,做好手术室准备事宜。

(2)术前麻醉管理:术前访视,对患者进行必要体格检查等,全面了解患者病情,根据患者情况,确定患者ASA分级。询问患者术前有没有做术中体位训练,是否有什么不适,告知术后可能发生的并发症。

(3)术中护理:麻醉开始前,护理人员指导患者根据术前体位训练要求,对患者进行体位控制,术中护理人员积极根据手术需求,配合医生完成相关护理操作。手术进行期间,护理人员观察患者体温变化,针对除术区外区域做好保温护理。

(4)术中麻醉管理:进入手术室后,监测患者生命体征,开放静脉通道,麻醉前由外科医生、巡回护士和麻醉医生共同帮助患者摆放体位,按照术前体位训练方法,让患者将肩背部抬起,将10cm背垫放于肩下,以颈背交界下方2.0~3.0cm处为着力点,使患者头自然下垂,以刚好可以接触手术床为宜。颈托放于颈下,对颈部起到保护作用,在头部放置头圈,让手术过程中患者头部稳定,手术操作期间,让患者胸骨、颈、下颌在同一水平线,上肢自然摆放于身体两侧,用布单包裹固定。准备好麻醉物品后开始麻醉诱导,诱导后给眼部贴上眼贴,保护眼部,避免有的患者眼睑关闭不全,导致结膜暴露。术中严密观察患者生命体征,维持循环平稳,根据患者情况适当调整麻醉药物和麻醉机参数,术中合理补液,根据患者禁饮食禁食时间,手术时间,体重,补液4-2-1原则,计算补液量,根据手术时间,以合适的速度输注液力。之后根据患者组别不同,等待快速病理过程,对患者体位进行调整。

(5)苏醒期及术后麻醉管理:手术结束前30分钟停用肌松药物,尽量让患者肌松恢复后再意识恢复,苏醒期,尽量维持患者平静、无痛,避免大的循环波动,期间观察患者血压、心率、疼痛变化等,术后随访患者,询问有无不适及并发症的发生。

(6)术后护理:术后护理人员持续性观察患者生命体征、病症等变化,将手术结果告知患者,对患者术中表现给予肯定与夸奖。术后按照医嘱给予患者药物干预,指导患者控制饮食、适度运动等。

1.3 观察指标

观察两组患者手术时间、住院时间以及术后球结膜水肿、视力模糊的发生率。

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;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 两组患者手术情况比较

两组患者手术均成功,手术成功率为100.00%。观察组患者手术时间为 2.54 ± 0.21 h,住院时间为 4.95 ± 0.65 d;对照组手术时间为 2.56 ± 0.25 h,住院时间为 4.94 ± 0.61 d;两组患者手术时间、住院时间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。见表1。

表1 两组患者手术情况比较

组别	例数	手术时间(h)	住院时间(d)
对照组	30	2.56 ± 0.25	4.94 ± 0.61
观察组	30	2.54 ± 0.21	4.95 ± 0.65
t 值		0.336	0.061
P 值		0.554	0.847

2.2 两组患者眼部并发症情况比较

对照组术后有6例发生球结膜水肿,其中2例出现视物模糊,观察组均未发生。两组患者视力模糊发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$);但对照组轻度球结膜水肿发生率明显高于观察组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 两组患者并发症发生情况比较

组别	例数	视力模糊	轻度球结膜水肿
对照组	30	0(0.00)	0(0.00)
观察组	30	2(6.67)	6(20.00)
χ^2 值		0.517	4.630
P 值		0.472	0.031

注:()内数据为发生率(%)。

3 讨论

甲状腺疾病在临床上较为多发,受多种因素影响,女性出现甲状腺疾病概率高于男性。甲状腺肿瘤在诸多甲状腺疾病中发病率较高,其中恶性肿瘤危及患者生命安全,一旦确诊后,立即采取治疗可以明显改善

预后。近年来随着影像学技术发展,通过超声手段,可以快速观察患者甲状腺状况,较为准确鉴别甲状腺肿瘤。经过超声诊断和外科医生的判断,大部分甲状腺肿瘤的主要治疗方式是手术切除,在手术过程中,还要应用快速病理检查,根据快速病理的初步诊断结果,确定下一步手术方案。同时,手术治疗操作时,为确保患者依从性,针对患者开展全身麻醉,使得手术可以顺利进行。

临床数据显示,全身麻醉后,患者术中、术后出现球结膜水肿的常见原因有,术中结膜长时间暴露^[5];术中快速大量输液;胸腔压力增高的手术,例如纵隔手术;体位因素。全麻状态下,麻醉药物肌肉松弛作用,使得患者眼睑松弛,机械性眼睑闭合消除,也会导致患者术后出现流泪、畏光等情况,出现明显的异物感等,增加患者术后出现视力模糊的发生率。再者患者手术治疗期间,长期维持一个体位,影响血液循环,增加眼压变化,导致患者出现术后视力模糊发生风险升高^[6]。

甲状腺所处位置较为特殊,其位于气管两旁,在甲状腺手术进行过程中需要将脖颈等位置充分暴露,手术体位选择肩背部抬高颈过伸仰卧位,让患者下颏、颈、胸骨处于同一水平线,便于推进手术。甲状腺手术这种特殊体位下,患者垂头仰卧,眼部位置较低,血流动力学受重力的影响,下垂部位液体容易滞留,易发生球结膜水肿,且颈静脉压升高,头面部血液回流受阻,影响房水循环,增加眼压,甚至严重时可损伤视力。

甲状腺患者手术治疗期间,调整手术体位,可以减少长时间相同体位对患者并发症等产生的影响。但需要充分考量,甲状腺手术进行过程中,体位变化也会对手术效果本身产生影响。付连涛^[7]研究观察甲状腺手术体位对甲状腺叶部分切除手术患者手术效果的影响,结果表明改良体位手术的观察组患者手术时间、住院时间、术中体位准备时间、术后卧床时间短于对照组,观察组患者烦躁不安、恶心呕吐、头晕头痛、肌肉疼痛发生率低于对照组,证明甲状腺手术患者不同体位会对手术结果产生影响。结合手术体位对手术治疗影响,及预防眼压过高等考量,从患者体位改变入手具有可行性。

本研究结果显示,两组患者手术均成功,两组患者手术时间、住院时间比较差异无统计学意义。为保证整个手术可以继续,患者整个手术期间依从,在患者全身麻醉方式相同、手术方式相同的情况下,同样实施眼保护,贴上眼贴,帮助闭合眼睑,避免结膜长时间暴露,适当对体位进行变化。考虑患者出现眼压变化主要因为患者长期保持相同体位导致,因此

在患者手术开展期间,选择一个时间节点,在不影响手术进行的情况下,对患者手术体位进行调整,通过体位适度改变,避免患者长期保持同一个体位。甲状腺手术治疗期间,在手术操作过程中,待甲状腺组织切除后,需要术中病理检查,以确定患者具体病情,在该阶段无法进行下一步手术操作,为患者体位改变提供时间条件。手术时间过长,患者切口暴露时间过长会增加感染等风险,故在体位改变方面需要简单容易操作,且时间不宜过长。手术进行1h左右,即等候术中快速病检中,缓慢垫高患者头部,使头颈部处于水平位,并适度调高手术床背板,约13°,使患者头面部略高于心脏位置,改善患者面部血液循环,减轻体位对房水循环产生的影响,持续约6min,适度调整体位,使面部血液循环恢复正常,改善眼压情况,预防患者术后出现并发症。有关研究表明,通过体位调整,可以有效改善全麻甲状腺手术患者眼压情况,佐证术中体位调整可行性高^[8]。甲状腺全麻患者,手术操作期间,在病理检查期间进行体位调整,操作难度小,推广价值高。全身麻醉下甲状腺手术患者采取术中体位调整,可以改变眼压情况,减少手术操作时对患者视力产生的影响,有效预防术后球结膜水肿等并发症^[9]。本研究结果显示,对照组术毕6例患者轻度球结膜水肿,观察组无球结膜水肿,差异有统计学意义,提示针对甲状腺手术患者采取体位调整的方式可以有效预防眼部并发症。体位调整方式操作简单,将其应用在甲状腺手术的术中管理之中,有效提升医疗质量,更利于推进患者治疗,加速患者康复。

综上所述,针对甲状腺手术患者可以通过体位调整,改善患者眼压情况,降低术后球结膜水肿等并发症发生率,预防视力损伤。

4 参考文献

- [1] 龙安华,谢宗燕,韩大成,等.术前甲状腺功能异常对老年髋部骨折患者术后30d内病死率及并发症的影响研究[J].中华创伤骨科杂志,2021,23(3):216-220.
- [2] 徐志毅,张卫花,邵雪泉,等.右美托咪定辅助全麻复合颈丛阻滞对甲状腺手术患者苏醒质量及术后镇痛的影响[J].中国地方病防治杂志,2021,36(2):193-196.
- [3] 马洁,李静波.手术室预防性护理结合综合性保温策略对甲状腺手术患者术中体温及并发症的影响[J].中国医学文摘:耳鼻咽喉科学,2021,36(6):175-177.
- [4] 张春艳,张红群,徐娜.改良体位对甲状腺肿瘤手术患者临床疗效与并发症的影响[J].现代实用医学,2020,32(9):1148-1149.
- [5] 潘延军.小切口甲状腺切除术与传统切除术治疗甲状腺结节的效果对比[J].中国实用医药,2022,17(1):51-53.
- [6] 张智敏,蒋丽园.术前体位训练和围术期优质护理对

CPM 机器联合综合康复护理在膝部骨折患者术后护理中的应用效果

陈静

【摘要】 目的 观察关节功能锻炼器 (CPM) 机器联合综合康复护理对膝部骨折患者术后的护理效果。方法 选取 2018 年 1 月 - 2022 年 6 月来医院治疗的 60 例膝部骨折患者为研究对象, 按照性别、年龄、病程、骨折类型组间均衡匹配的原则分为观察组和对照组, 每组 30 例。对照组采用常规护理方法, 观察组采用 CPM 机器联合综合康复护理方法。比较两组膝关节功能评分、膝关节活动度、并发症发生率。结果 膝关节术前, 两组患者膝关节评分量表 (Lysholm) 评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 膝关节术后护理干预 1 个月, 两组患者 Lysholm 评分均升高, 但观察组患者升高程度高于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。采用综合护理后, 观察组患者膝关节活动度 (伸屈度、肌力) 高于对照组, 观察组并发症发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。结论 对膝部骨折患者实行 CPM 机器联合综合康复护理, 能降低并发症发生率, 改善患者膝关节功能, 使患者膝关节活动更灵活。

【关键词】 膝部骨折患者; CPM 机器; 综合康复护理; 膝关节活动度; 并发症发生率

中图分类号 R473.6 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)15-1182-03

膝部骨折在临床上属于较为常见的一种骨折类型, 部分患者术后因为缺少锻炼, 膝关节功能会受到程度迥异的束缚, 影响患者正常作息生活^[1]。关节功能锻炼器 (continuous passive motion, CPM), 是一种避免患者长期卧床关节强直、肌肉萎缩、活动受限的康复器械, 借助步进减速电机, 根据患者自身实际情况, 适当调整电机速度^[2]。其优势为调速便利、安全可靠、使用简单、读数及时且精准、可调整角度、便于外出携带、能显示运动里程数等, 有利于患者关节功能的恢复。综合康复护理是以基础护理为根本, 借助其他专业化护理技术, 对残疾者进行训练和再训练, 减少患者因为病变原因导致的肢体活动受限, 以提高其活动能力的一种模式^[3]。将二者结合, 共同作用于膝部骨折患者术后护理, 可改善患者膝关节功能。因此, 本文将 CPM 机器联合综合康复护理对膝部骨折患者进行护理, 取得了一定效果, 结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取 2018 年 1 月 - 2022 年 6 月来医院治疗的 60

作者单位: 211300 江苏省南京市高淳人民医院

例膝部骨折患者为研究对象, 按照性别、年龄、病程、骨折类型组间均衡匹配的原则分为观察组和对照组, 每组 30 例。观察组男性 16 例, 女性 14 例; 年龄 24~69 岁, 平均 44.23 ± 2.03 岁; 病程 1~5 年, 平均 2.55 ± 0.44 年; 骨折类型: 左侧骨折 12 例, 右侧骨折 11 例, 双侧骨折 7 例。对照组男性 17 例, 女性 13 例; 年龄 25~68 岁, 平均 43.11 ± 2.12 岁; 病程 1~4 年, 平均 2.01 ± 0.22 年; 骨折类型: 左侧骨折 11 例, 右侧骨折 10 例, 双侧骨折 9 例。两组患者性别、年龄、病程、骨折类型比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。研究经本院伦理委员会核准, 患者与其家属已签订知情同意书。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 采用常规护理。患者入院后, 协助患者做好各项检查工作; 和患者主动聊天, 以口头鼓励的形式予以患者心理疏导; 常规饮食护理; 为患者讲解术后注意事项, 如进食、进水等; 口头告知患者该疾病相关知识。

1.2.2 观察组 采用 CPM 机器联合综合康复护理。

(1) CPM 机器锻炼: 协助患者行仰卧位, 下肢置于 CPM 机 (浙江金华科迪仪器设备有限公司,

老年甲状腺肿瘤手术病人的影响 [J]. 全科护理, 2021, 19(27):3836-3838.

[7] 付连涛. 甲状腺手术体位对甲状腺叶部分切除手术患者手术效果的影响 [J]. 中国现代药物应用, 2022, 16(3):91-93.

[8] 娄欢欢, 孙文佳, 王永波. 体位调整对全身麻醉甲状腺手

术病人眼压的影响 [J]. 全科护理, 2021, 19(11):1502-1504.

[9] 涂丽红. 改良手术体位对甲状腺肿瘤患者舒适度及头痛与呕吐发生率的影响 [J]. 医疗装备, 2021, 34(7):148-149.

[2023-04-18 收稿]

YZB/浙 2001-2009) 上, 患者双脚穿鞋套, 外展 10° 左右角度下, 将小腿、大腿固定于 CPM 机器上, 行中立位, 脚尖向上。以关节伸屈角度为主, 调整 CPM 机器初始角度, 从小到大慢慢加速。以患者实际病情变化, 增加 5°~10° 屈膝幅度, 确保患者于耐受范畴内。重复上述操作, 2 次/d, 0.5h/次, 引导患者连续 3 周锻炼。

(2) 综合康复护理: ①心理干预。患者骨折后, 行动力、自理能力均降低, 且骨折疼痛度较大, 因此病患的心理情绪普遍较差, 护理人员需积极同其沟通, 以便知悉病患内在感受及需求, 注意聊天时面带微笑, 轻拍患者肩膀, 引导患者主动说出内心顾虑, 并予以对症干预; 邀请治疗成功的患者介绍康复经验; 鼓励患者和其他患者多聊天; 叮嘱患者家属多陪伴患者, 为患者播放音乐、视频等。②并发症预防护理。术后密切观察患者各项生命体征, 指导患者家属热敷患肢, 观察切口恢复情况, 保持敷料部位干燥、清洁, 避免沾水, 避免感染等。③肢体康复护理。护理人员在相关仪器辅助下, 按摩患肢; 指导患者股四头肌、胫前肌收缩训练, 保持 3~10s, 每天至少 100 次; 指导患者每天行腿部抬高训练, 协助患者取仰卧位, 行空中蹬腿训练和关节屈伸训练, 以患者实际情况为主, 适当增删训练时间和强度。锻炼完成后, 护理人员对患者膝关节周围软组织、肌肉行按摩推拿, 等患者膝关节功能恢复到一定程度后, 开始负重训练, 连续治疗 30d。

1.3 观察指标

(1) 膝关节功能评分: 以膝关节评分量表 (Lysholm) 进行评分, 关节功能情况, 直接反映在分数上, 可以从 8 项内容入手评价, 包括跛行 (0、3、

5 分)、支撑 (2、5 分)、交锁 (0、2、6、10、15 分)、不稳定 (0、5、10、15、20、25 分)、疼痛 (0、5、10、15、20、25 分)、肿胀 (0、2、6、10 分)、爬楼梯 (0、2、6、10 分)、下蹲 (0、24、5 分)。各项内容评分不一致, ①优: 90~100 分; ②良: 80~89 分; ③中: 70~79 分; ④差: < 70 分, 分数越高, 功能越好。

(2) 膝关节活动度: 以膝关节活动度 (ROM) 量表评分, 让患者主动伸直、过伸膝关节, 测量伸屈度、肌力。数值越高, 膝关节活动度越好。

(3) 并发症发生率: 并发症包括膝关节僵硬、局部肿胀、局部水泡、局部疼痛等。

1.4 数据分析方法

采用 SPSS 24.0 统计学软件进行数据分析, 计量资料用 " $\bar{x} \pm s$ " 表示, 组间均数比较用 t 检验; 计数资料计算百分率, 组间率的比较用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 Lysholm 评分比较

膝关节术前, 两组患者 Lysholm 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 术后护理干预 1 个月, 两组患者 Lysholm 评分均升高, 但观察组升高程度高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者膝关节活动度比较

采用综合护理后, 观察组膝关节活动度 (伸屈度、肌力) 均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

2.3 两组患者并发症发生率比较

采用综合护理后, 观察组并发症发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 1 两组患者 Lysholm 评分比较 (分)

组别	例数	术前	术后 1 个月
观察组	30	54.52 ± 1.34	95.22 ± 16.86
对照组	30	54.60 ± 1.45	74.72 ± 15.19
	t 值	0.222	4.948
	P 值	0.825	0.000

表 2 两组患者膝关节活动度比较

组别	例数	伸屈度 (°)	肌力 (kg)
对照组	30	61.98 ± 4.12	5.48 ± 0.83
观察组	30	85.72 ± 7.88	8.26 ± 0.95
	t 值	14.623	12.070
	P 值	0.000	0.000

表3 两组患者并发症发生率比较

组别	例数	并发症				并发症总发生率(%)
		膝关节僵硬	局部肿胀	局部水泡	局部疼痛	
对照组	30	1	3	2	2	26.67
观察组	30	0	1	0	0	3.33

注：并发症总发生率比较， $\chi^2=4.706$ ， $P=0.030$ 。

3 讨论

膝部骨折为常见骨折疾病，由于关节内外存在纤维化粘连、肌肉萎缩、关节囊挛缩等，易造成关节僵硬等问题，影响患者正常生活^[4-5]。针对膝部骨折，临床常规治疗能修复损伤组织，并对其固定，组织愈合后予以常规护理，可改善患者骨折情况^[6]。但机体膝关节结构繁琐，长时间固定后，患者会出现不同程度的关节障碍，如关节囊粘连、关节僵硬、关节僵直等。可对患者予以 CPM 机器联合综合康复护理，助力患者膝关节功能康复。

CPM 机器是一种被动活动机械，通过对患者予以 CPM 机器锻炼，促使骨关节持续被动活动，能提高膝部周围组织骨折活动度，避免关节粘连问题产生，预防患者膝关节功能障碍，可消肿止痛，便于人体软组织早日恢复^[7]。本文通过研究发现，术后 1 个月观察组膝关节功能评分更高，观察组膝关节活动度指标更高，观察组并发症发生率低于对照组。分析其原因主要包括：通过正确指导患者进行 CPM 机器锻炼，可解决早期康复训练存在的不足之处，确保患者尽早进入到康复活动阶段，让患者从被动活动缓慢转变为主动活动，提升患者伸屈度、肌力，促使患者膝关节活动度增强^[8]。但单凭 CPM 机器锻炼依然不能代替主动活动的优势，以 CPM 机器为基础，联合综合康复护理，可叠加对患者膝关节功能的恢复效果，改善患者骨折周围组织的血液循环，可防止患者发生局部肿胀、局部水泡等并发症，促使患者最大程度恢复自身膝关节功能。患者综合康复护理期间，通过对患者予以心理疏导，可实时了解患者心理状态，针对其焦虑不安的点进行护理干预，以消除其不安情绪，解决其内心矛盾点。本护理措施能通过实际病例的康复经验提高患者依从度及信任度，继而舒缓其不良情绪，提高心理、生理适应能力，增强心理耐受性；同时护理人员须叮嘱其家属多加陪伴，可给患者更多安慰、鼓励、支持等；同时通过为患者播放音乐、视频等，可转移患者疼痛注意力，减少患者对疼痛的关注，提升疼痛阈。术后通过讲解相关护理事宜，可确保患者

及家属定期更换敷料，通过做好局部肢体按摩，予以患肢最大保护，预防膝关节僵硬等并发症的出现，便于患者膝关节功能早日恢复。通过肢体康复训练，为患者按摩患肢，训练初期以股四头肌、胫前肌收缩、腿部抬高训练为主，随着患者术后时间的延长，为患者适当增加训练内容，如膝关节负重训练，通过有效的负重练习，能提高患者膝关节承重性，锻炼患者股四头肌，帮助患者消除疼痛。

综上所述，针对膝部骨折患者，将 CPM 机器联合综合康复护理作用于其中，减少膝关节僵硬、局部肿胀、局部水泡、局部疼痛等并发症的发生次数，患者伸屈度、肌力得以提升，患者膝关节功能得以改善。

4 参考文献

- [1] 林英,白亦光,朱亚辉,等.协同护理模式联合 CPM 对高龄膝关节置换术后患者功能康复的影响[J].广西医科大学学报,2020,37(2):55-56.
- [2] 赵振英,周婷,田会,等.运动疗法联合 CPM 促进膝关节周围骨折术后功能康复的效果观察[J].临床误诊误治,2020,33(3):60-61.
- [3] 张蕾,黄丽娟.CPM 联合护理康复对膝关节镜术后膝关节功能的影响[J].中外医学研究,2020,18(35):33-34.
- [4] 刘军,吴凯,刘宝应.关节镜下微骨折术后早期 CPM 对膝关节软骨损伤修复效果的影响研究[J].临床误诊误治,2020,33(1):79-83.
- [5] 杜振华.持续被动运动(CPM)机康复护理在膝关节周围骨折患者术后关节功能康复锻炼中的应用[J].中国农村卫生,2020,12(10):10.
- [6] 赵晓坤,周俊杰,张倩倩.CPM 联合运动疗法对膝关节周围骨折术后患者膝关节功能的影响[J].中国疗养医学,2021,30(10):1065-1067.
- [7] 李素慧.CPM 锻炼护理对膝部骨折术后膝关节功能恢复及生存质量的影响研究[J].中国实用药,2018,13(28):184-185.
- [8] 王彦方,薛艳,马月然,李换青.本体感觉训练结合 CPM 机对膝关节周围骨折术后患者疗效分析[J].中国疗养医学,2021,30(6):624-626.

[2023-04-21 收稿]

一对一护理模式对初次无偿献血者舒适度和满意度的影响

吴佩红 黄少华

【摘要】 目的 研究并探讨在初次无偿献血者中予以一对一护理模式对其舒适度和满意度的影响。方法 选择2022年1月-2022年12月在血站初次参加无偿献血的60名献血者作为研究对象,按组间年龄、性别等基线资料均衡可比的原则分为两组,各30例。对照组与观察组中的无偿献血者分别接受常规护理和一对一护理,对比组间依从性、不良反应发生率、护理满意度,并对比两组关于自我管理能力和舒适度、心理等方面的指标。结果 一对一护理干预后,观察组中无偿献血者的总依从率为93.33%,与对照组中无偿献血者的73.33%相比,观察组更高,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组无偿献血者的不良反应总发生率为3.33%,对照组为20.00%,但差异无统计学意义($P>0.05$)。护理干预后,两组的自我管理能力和舒适度评分均明显增高,而与对照组比较,观察组更高,组间差异有统计学意义($P<0.05$)。护理干预后,观察组无偿献血者舒适度评分高于对照组,焦虑、抑郁心理评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组无偿献血者总满意率高于对照组,但差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 在无偿献血者初次献血时,对其开展一对一护理可切实增强无偿献血者对于献血工作的配合度,提升无偿献血者的舒适度,促进无偿献血者不良情绪消除,降低献血不良反应的发生。

【关键词】 无偿献血;初次献血;一对一护理

中图分类号 R473 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)15-1185-04

无偿献血作为社会公益行为,近年来,随着社会公益事业不断发展,加上人们关于公益的意识增强,无偿献血这项公益活动受到的关注越来越多,参加无偿献血的志愿者越来越多,为补充血库、丰富血液资源作出了重大贡献^[1-2]。但由于无偿献血者在初次献血时对于无偿献血的流程及注意事项了解不足,无偿献血者在心理方面易出现负面情绪,容易发生不良反应,导致献血者出现不适感,对献血的配合度受到影响,不利于无偿献血工作的开展^[3]。为确保无偿献血者初次献血顺利完成,需要护理的密切配合。常规的护理措施在针对性方面相对缺乏,而一对一护理是一种新型的护理模式,强调在护理服务时的一对一形式,这种护理模式根据个体化差异施护,护理的针对性更强。本研究对初次参加无偿献血者分别实施常规护理干预和一对一护理干预,探讨一对一护理的效果,结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择2022年1月-2022年12月在血站初次参加无偿献血的60名献血者作为研究对象。纳入标准:符合无偿献血的要求,初次参加无偿献血;成年人,年龄18~55周岁;在献血前对献血方法有所了解,

自愿接受献血。排除标准:在无偿献血时伴有认知和精神方面的障碍;合并器质性病变;营养不良。按组间年龄、性别等基线资料均衡可比的原则分为两组,各30例。对照组年龄19~48岁,平均 32.69 ± 6.25 岁;男17名,女13名。观察组年龄20~49岁,平均 32.98 ± 6.13 岁;男16名,女14名。两组年龄、性别比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。研究项目经由医院伦理委员会审批通过,征得了无偿献血者同意。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 无偿献血者在初次献血时接受常规护理模式,结合图片、视频向无偿献血者阐述无偿献血的重要性,为无偿献血者科普献血流程、献血前后及献血时的注意事项,嘱咐其遵照规范配合采血工作。

1.2.2 观察组 选择一对一护理模式,结合既往无偿献血者在初次献血期间所遇到的护理问题,为无偿献血者制定护理方案,采取一对一的形式对无偿献血者开展护理干预,具体措施包含常规护理措施和以下措施。

(1) 心理护理:与无偿献血者之间加强沟通,向无偿献血者说明心理护理的作用,讲述无偿献血的重要性,强调其社会价值,再深入沟通,给予无偿献血者鼓励,让无偿献血者自由表述内心所想、所思、所虑,认真记录无偿献血者的表述,对于无偿献血者表述过程中透露的心理情况开展分析,对于无偿献血者是否是在心理层面出现问题进行判断,如在心理层面

基金项目:甘肃省科技计划项目(编号:1205FCCA276);武威市科技计划项目(编号:WW2001060)
作者单位:733000 甘肃省武威市中心血站(吴佩红);解放军第九四三医院(黄少华)

出现问题,与无偿献血者一同分析其原因,再对于心理层面的问题进行相应的疏导,告知无偿献血者适当献血不会对献血者的身体造成损害,反而可对献血者的骨髓造血功能进行改善。

(2)采血细节护理:采血前,再次向无偿献血者重申无偿献血的意义,强调无偿献血的安全性,在等候室内安装电视机等设备,为无偿献血者播放视频、音乐,使其放松身心。采血时,选择具有丰富静脉血液采集经验的护士进行采血,对无偿献血者进行适当地安抚,引导无偿献血者按照规范配合采血,确保一次穿刺采血成功,如在采血时发现异常情况,需立即对异常情况作出处理。采血后,将针头拔出后让无偿献血者用无菌棉球对采血穿刺点进行按压,持续15分钟左右,并让无偿献血者在原地休息30分钟,对无偿献血者的面色进行观察,确认无偿献血者未发生不良反应后嘱咐其在献血后的3天内避免进行激烈运动,还需适当增加饮水量,再让其自行离开。

1.3 观察指标

(1)依从性:根据无偿献血者是否遵照规范配合献血工作对其依从性进行评价,当无偿献血者自觉遵照规范配合时即完全依从,当无偿献血者在督促后遵照规范配合时即部分依从,如经过督促后无偿献血者仍不遵照规范即不依从。依从率=(完全依从+部分依从)例数/观察例数。

(2)护理满意度:护理结束后,由无偿献血者对于血站护理服务进行评价,应用自制满意度问卷,问卷满分100分,0~59分为不满意,60~80分为满意,81~100分为很满意。满意度=(满意+很满意)例数/观察例数。

(3)自我管理能力强评分:应用自我护理力量表评估,量表包含4个方面,即自我概念、自我责任感、自我护理技能、健康知识掌握度,单方面的分值从最低的0分到最高的100分,得分越高,则无偿献血者的自护能力越好。

(4)舒适度:采用一般舒适度量表(GCQ),量表对于28个条目从1分计到4分,总分值范围28~112分,分数越高,舒适度越高^[4]。

(5)心理状态:利用焦虑自评量表、抑郁自评

量表对无偿献血者开展评估,量表的总分均控制在最高100分,分数越高,意味着心理状态越差^[5]。

1.4 数据分析方法

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

2 结果

2.1 两组献血者依从性比较

一对一护理模式干预后,观察组无偿献血者总依从率为93.33%,高于对照组的73.33%,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 两组献血者依从性比较

组别	依从情况			依从率(%)
	完全依从	部分依从	不依从	
对照组($n=30$)	12	10	8	73.33
观察组($n=30$)	17	11	2	93.33

注:依从率比较, $\chi^2=4.320$, $P=0.038$ 。

2.2 两组献血者自我管理能力强评分对比

护理干预前,两组无偿献血者自我概念、自我责任感、自我护理技能、健康知识掌握度的自我管理能力强评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理干预后,两组无偿献血者上述自我管理各个方面的能力分数均明显增高,但与对照组比观察组更高,组间差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

2.3 两组献血者不良反应发生情况比较

护理干预后,观察组无偿献血者不良反应发生率为3.33%,对照组为20.00%,观察组低于对照组,但组间差异无统计学意义($P>0.05$),见表3。

2.4 两组献血者舒适度和心理评分比较

护理干预前,两组无偿献血者无偿献血者舒适度评分、焦虑评分、抑郁评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);护理干预后,两组无偿献血者在舒适度、焦虑、抑郁方面的测评结果均有明显的改善,但观察组舒适度评分高于对照组,焦虑评分、抑郁评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表4。

表2 两组献血者自我管理能力强评分比较(分)

组别	自我概念		自我责任感		自我护理技能		健康知识掌握度	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组($n=30$)	72.65±4.89	79.31±5.74	72.37±5.18	79.12±6.43	72.08±5.02	78.59±6.33	71.94±4.75	77.85±6.18
观察组($n=30$)	73.04±4.72	86.29±5.68	72.68±5.31	86.53±6.20	72.43±4.79	86.41±6.12	72.28±4.65	85.37±6.24
t 值	0.314	4.734	0.229	4.544	0.276	4.865	0.280	4.690
P 值	0.754	0.000	0.820	0.000	0.783	0.000	0.780	0.000

表3 两组无偿献血者不良反应发生情况比较

组别	不良反应			不良反应发生率(%)
	恶心	头晕	面色苍白	
对照组 (n=30)	2	1	3	20.00
观察组 (n=30)	0	0	1	3.33

注: 不良反应发生率比较, $\chi^2=2.588$, $P=0.108$ 。

表4 两组无偿献血者护理前后舒适度和心理评分比较(分)

组别	舒适度评分		焦虑评分		抑郁评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组 (n=30)	81.42 ± 5.97	93.25 ± 6.30	54.38 ± 4.45	45.61 ± 3.96	56.27 ± 5.10	46.98 ± 4.37
观察组 (n=30)	81.67 ± 6.15	102.59 ± 6.57	54.19 ± 4.58	40.90 ± 3.74	56.03 ± 5.24	41.85 ± 3.81
t 值	0.160	5.620	0.163	4.736	0.180	4.846
P 值	0.874	0.000	0.871	0.000	0.858	0.000

2.5 两组献血者护理满意度的对比

护理干预后, 观察组无偿献血者对护理的总满意

度高于对照组, 但差异无统计学意义 ($P>0.05$), 见

表5。

表5 两组无偿献血者护理满意度的对比

组别	护理满意情况			护理满意度(%)
	很满意	一般满意	不满意	
对照组 (n=30)	15	9	6	80.00
观察组 (n=30)	19	10	1	96.67

注: 护理满意度比较, $\chi^2=2.588$, $P=0.108$ 。

3 讨论

无偿献血者是指在自愿情况下无偿参加献血工作的健康适龄公民, 无偿献血者捐献出的血液是临床血库的重要来源, 可用于临床多种疾病治疗^[6-7]。无偿献血属于公益事业的重要内容, 其社会意义得到了广泛认可, 随着人们对于公益事业的了解越来越多, 自愿参加无偿献血工作的志愿者越来越多^[8-10]。然而, 由于无偿献血者初次献血时缺乏经验, 对于无偿献血中采血环节的了解不足, 在采血前容易产生焦虑、抑郁等负面情绪, 对于采血产生抵触, 甚至不按照规范配合采血, 还容易在采血时和采血后出现恶心、头晕、面色苍白等不良反应, 对于采血工作的顺利完成造成严重干扰。因此, 为保证无偿献血者初次献血成功, 对无偿献血者开展护理干预具有其重要意义^[11-12]。

通常, 在常规的护理方案中, 关于护理措施往往存在不足之处, 对于无偿献血者初次献血期间诸多潜在或存在的护理风险未实施针对性的干预, 护理后未能取得理想的效果, 故这类护理措施还需进行完善。一对一护理作为新型护理模式逐渐广泛用于护理中, 这种护理模式主张将服务对象定为护理服务的核心, 在护理方案制定和落实过程中始终围绕着护理核心, 充分考虑服务对象的个体化差异, 尊重服务对象的实际需求, 相比于常规护理措施, 一对一护理模式下的

措施弥补了常规护理措施针对性不足这一局限性, 同时, 一对一护理在落实护理措施时采取一对一的形式, 可使护理措施落实到位。本研究结果显示, 观察组无偿献血者总依从率高于对照组, 自我管理能力各项测评分数高于对照组, 并且与对照组比舒适度评分更高, 心理测评分数更低, 说明一对一护理对于初次参加无偿献血的志愿者而言可起到增强配合度和自护能力、提升舒适度、改善心理状态等多重作用。

综上所述, 在无偿献血者初次献血时, 对其开展一对一护理可切实增强无偿献血者对献血工作的配合度, 提升无偿献血者的舒适度, 促进无偿献血者不良情绪消除, 并有降低献血不良反应, 提高满意度的趋势。

4 参考文献

- [1] 卢玉香. 无偿献血者焦虑情绪影响因素分析及护理干预效果[J]. 国际护理学杂志, 2019, 38(2): 197-199.
- [2] 杨晓霞, 许燕花, 陈建彬. 认知干预结合优质护理在初次献血者中的应用效果[J]. 福建医药杂志, 2022, 44(1): 164-165.
- [3] 李浩, 马清杰. 高校大学生初次无偿献血者焦虑情绪的影响因素及护理干预效果研究[J]. 中国输血杂志, 2022, 35(5): 555-557.
- [4] 朱丽霞, 高凤莉, 罗虹辉, 等. 舒适状况量表的信效度测试研究[J]. 中国实用护理杂志, 2006, 22(13): 57-59.

集束化护理对癫痫患者疾病认知及服药依从性的影响

卢婷 王颖 冯静 许劼*

【摘要】 目的 探讨集束化护理对癫痫患者疾病认知及服药依从性的影响。方法 选取医院 2017 年 2 月 - 2021 年 2 月收治的 60 例癫痫患者作为研究对象, 根据组间性别、年龄、病程等基本资料均衡可比的原则分成两组, 每组 30 例。对照组行一般常规护理, 观察组在常规护理的基础上行集束化护理干预, 比较两组患者对癫痫健康知识掌握度及服药依从性。结果 观察组患者癫痫知识掌握优良率为 96.67%, 对照组仅为 76.67%, 观察组优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者用药依从率为 96.67%, 高于对照组的 73.33%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 集束化护理可提高癫痫患者对自身疾病的认知水平, 改善癫痫患者用药依从性。

【关键词】 集束化护理; 癫痫; 健康宣教; 服药依从性; 有效性

中图分类号 R742.1 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)15-1188-03

癫痫是一种脑功能障碍性疾病, 在脑部神经元异常放电后出现, 有意识障碍、持续痉挛等表现, 特点体现在突发性, 很难行癫痫预防。抗癫痫药物为癫痫治疗主要途径, 经规律性服药, 可抑制癫痫发作, 但患者对癫痫健康知识了解有限, 癫痫长时间未发作后, 患者警惕意识降低, 有服药不依从的情况, 使癫痫反复发作, 让癫痫患者受到异样眼光, 内心压力会增加^[1]。癫痫常规护理主要是针对癫痫发作后行癫痫控制, 减少癫痫并发症, 但很难抑制癫痫发作。集束化护理是一种新型护理模式, 它以循证为基础, 通过让患者了解自身疾病, 提高对癫痫的认知, 改善患者对癫痫治疗用药的配合度, 从而减少癫痫发作, 使患者预后得到改善^[2]。故本研究对癫痫患者实施集束化护理, 观察集束化护理对癫痫患者疾病认知及服药依从性的干预效果。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取医院 2017 年 2 月 - 2021 年 2 月收治的 60

例癫痫患者作为研究对象。纳入标准: 具有癫痫的临床表现, 经脑电图诊断标准确诊为癫痫。排除标准: 不具备临床配合能力; 除癫痫外有其他脑血管疾病存在, 既往有精神病史。根据组间性别、年龄、病程等基本资料均衡可比的原则分成 2 组, 每组 30 例。观察组男 14 例, 女 16 例; 年龄 20 ~ 51 岁, 平均 35.83 ± 4.26 岁; 病程 5 ~ 24 个月, 平均 14.38 ± 1.64 个月。对照组男 13 例, 女 17 例; 年龄 21 ~ 52 岁, 平均 36.49 ± 4.74 岁; 病程 4 ~ 25 个月, 平均 15.19 ± 1.77 个月。两组性别、年龄等一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。本研究通过医院伦理委员会批准; 患者及家属了解临床治疗及护理方案, 自愿参加本次探讨研究。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 按照癫痫常规护理, 首先提供安静、舒适的住院环境, 由当班护士或者管床护士进行疾病健康宣教, 密切观察病情变化, 按医嘱正确服药, 观察服药后的药效及不良反应; 指导患者及家属在癫痫发作时的应急处理, 如在患者口腔内放置压舌板或者毛巾, 防止患者舌部受伤; 保护下颌, 防止脱臼; 轻抚四肢, 防止跌倒受伤; 出院时再次强调疾病健康知

作者单位: 225003 江苏省扬州市五台山医院神经内科
* 通讯作者

[5] 段泉泉, 胜利. 焦虑及抑郁自评量表的临床效度 [J]. 中国心理卫生杂志, 2012, 26(9): 676-679.
[6] 毛晓芳, 黄亚新, 杨荻青. 优质心理护理对血站无偿献血者献血依从性和体验感的影响 [J]. 中西医结合护理: 中英文, 2021, 7(10): 145-147.
[7] 张业. 以人为本的护理模式在无偿献血过程中的应用效果分析 [J]. 中外医疗, 2020, 39(34): 123-125.
[8] 齐清, 赵广超, 栾建凤, 等. 优质护理服务对无偿献血的干预效果观察 [J]. 当代护士: 下旬刊, 2020, 27(10): 5-7.

[9] 周宝华. 无偿献血过程中人文关怀护理管理提升献血体验 [J]. 新疆医学, 2021, 51(5): 601-603.
[10] 郭荣. 心理护理对无偿献血者焦虑情绪和献血不良事件的影响 [J]. 中西医结合护理: 中英文, 2021, 7(3): 77-79.
[11] 韦秋. 首次无偿献血者心理状态调查及护理对策 [J]. 当代护士: 中旬刊, 2018, 25(6): 152-154.
[12] 王峰. 心理干预及健康教育对初次献血者献血反应的影响 [J]. 中国现代医生, 2019, 57(23): 153-155, 160.

[2023-04-22 收稿]

识及注意事项。

1.2.2 观察组 在常规护理基础上行集束化护理,具体措施如下。

(1) 成立集束化干预小组:由1名护士长、2名责任护士、1名主管护士、1名癫痫专家医生共同组成,组员查阅相关资料,分析讨论并制定集束化护理措施。

(2) 基础护理:指导患者按医嘱正确服药,密切观察患者服药后的反应。观察患者的病情变化,掌握疾病的诱发因素,预防癫痫再次发作。指导患者保持充足的睡眠,做好口腔、皮肤的清洁。

(3) 心理护理:讲解癫痫普遍性,阐述癫痫预后良好案例,对癫痫患者抱怨学会倾听,鼓励患者说出内心感受,在患者的角度思考问题,不对其有异样眼光,让癫痫患者得到关怀,消除焦虑、恐惧的心理,在癫痫治疗时维持良好情绪。

(4) 用药护理:阐述遵医嘱正确用药的重要性,对癫痫患者随意用药不良事件逐一列举,讲解癫痫反复发作危害性,强调按医嘱服药的重要性,使患者用药意识提高。用药时间,为患者准备药物,并监督患者服用,同时在癫痫药物上标注治疗方式,使患者可正确用药。耐心、正确解答患者提出的各种问题,提高患者及家属的知识面,也增强他们对护士的信任,从而提高患者服药的依从性。

(5) 环境护理:保持病房地面整洁,禁止患者佩戴发卡、假牙等,防止癫痫发作时误伤,同时增加患者病床围栏高度,防止癫痫发作时坠床,在床边准备癫痫抢救物品及急救设备,以把握癫痫治疗时机。

(6) 癫痫发作期护理:由专人对癫痫患者进行护理,密切观察患者的神志、瞳孔、生命体征、肢体状况、癫痫发作频率、持续时间、临床表现、发作时的征兆。癫痫发作时,患者取去枕平卧位,将衣领、腰带解开,去除假牙,清理患者呼吸道呕吐物及分泌物,从臼齿放入牙垫或者压舌板,拉起床栏,轻抚四肢,保护托起下颌,给予患者氧气吸入,防止舌咬伤、窒息、缺氧等事件。

(7) 健康宣教:掌握癫痫患者理解能力后,多种形式健康教育,可将疾病健康知识制作出动画模式、模拟演练、卡通手册等形式,手册上包含图片及文字,并彩色打印,内容包括一些癫痫发病机制、癫痫应对措施、癫痫并发症、癫痫护理方法,饮食、活动、用药知识,内容简单,通俗,易懂,视频可以配点音乐,让患者心情放松。在患者病房内摆放癫痫知识手册,让患者可随时观看。定期用平板电脑、电视组织患者及家属观看健康宣教视频,行癫痫视频滚动播放,加深患者了解。对于患者的健康宣教循序渐进,入院时

讲解疾病、安全知识,后每日重点宣教一项知识点,如周一宣教疾病相关知识,周二宣教主要药物作用及不良反应,周三宣教安全知识,周四宣教饮食的注意事项,周五宣教患者治疗及护理重点,周而复始,下一周可以以提问或者问卷的方式来宣教。

(8) 延伸护理:鼓励患者积极参加社交活动,参与健康知识及服药依从性的问卷调查、分享经验;出院时向患者解释规律的生活习惯、平稳的情绪、适当的运动都利于疾病恢复,告诫患者定期随访,勿随意改药,平时不要参加剧烈刺激的运动如:蹦极、开车、游泳、攀岩等,学会掌握自我护理的方法。做好定期电话随访,或者建立癫痫微信群,定期为患者答疑解惑,宣传健康知识及正确服药的重要性。

1.3 观察指标

(1) 健康知识掌握情况:由专人和癫痫患者沟通,采用自制健康知识问卷对患者进行健康知识掌握情况调查。问卷0~100分,健康知识掌握程度分级 ≥ 80 分为优,60~79分为良, <60 分为差。掌握优良率=(优+良)例数/观察例数 $\times 100\%$ 。

(2) 服药依从性:根据服药依从性问卷(morisky medication adherence scale, MMAS-8),该量表为自评量表,通过8个问题来评定。问题1~7答“否”分别计1分,答“是”不计分;问题5为反向计分;问题8按患者不记得服药的频率“从不”“偶尔”“有时”“经常”“一直”分别计1.00、0.75、0.50、0.25和0分,总分为8分。医嘱下达后,经督促患者也无法按时服药,得分 <6 分,为不依从;医嘱下达后,需经督促,患者方可服药,偶有忘服药情况,得分为6~7分,为部分依从;医嘱下达后,癫痫患者可自主服药,且无漏服药情况,得分为8分,为完全依从。服药依从率=(部分依从+完全依从)例数/观察例数 $\times 100\%$ 。

1.4 数据分析方法

运用SPSS 24.0统计学软件分析处理数据,计数资料计算百分率(%),组间率比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者健康知识掌握程度比较

观察组患者癫痫知识掌握优良率为96.67%,对照组仅为76.67%,观察组优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2 两组患者用药依从性比较

观察组患者用药依从率为96.67%,高于对照组的73.33%,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表1 两组患者健康知识掌握程度比较

组别	健康知识掌握情况			健康知识掌握优良率(%)
	优	良	差	
观察组	16	13	1	96.67
对照组	12	11	7	76.67

注: 健康知识掌握优良率比较, $\chi^2=5.192$, $P=0.023$ 。

表2 两组患者用药依从率比较

组别	用药依从情况			依从率(%)
	不依从	部分依从	完全依从	
观察组(n=30)	1	12	17	96.67
对照组(n=30)	8	12	10	73.33

注: 依从率比较, $\chi^2=6.405$, $P=0.011$ 。

3 讨论

癫痫有复杂的病理机制, 离子通道功能异常、神经递质异常等均会导致癫痫发作, 而神经胶质细胞异常也属癫痫高危因素。癫痫患者发作后有意识障碍、痉挛、抽搐等表现, 不适感极强, 易受到周围异样眼光, 使癫痫患者有内心压力, 很难对癫痫用药治疗保持配合, 使癫痫发作事件增多, 恶性循环形成, 对自身疾病预后不利^[3]。对于癫痫, 临床研究较多, 然癫痫患者对自身疾病知识了解不充分, 病情得到稳定后, 部分癫痫患者认为癫痫得到治愈, 会停止癫痫药物治疗, 也会导致癫痫事件反复, 需强化癫痫者健康宣教, 使其在良好癫痫认知下, 对癫痫用药保持配合。一般癫痫常规护理, 内容少, 使癫痫患者知识掌握程度未得到深化, 仍有癫痫用药不配合事件, 使患者预后无法得到改善。集束化护理被证实为对癫痫患者有独特价值, 以循证医学为基础, 提升患者对健康知识的知晓率, 规范癫痫患者用药治疗, 使癫痫发生得到控制^[4]。

健康宣教为癫痫者行集束化护理的重要内容, 通过癫痫知识讲解、癫痫知识手册摆放、癫痫视频播放、现场模拟演练等途径, 拓展了癫痫者健康宣教途径, 让患者可随时了解癫痫知识, 提高患者对疾病的认知水平。癫痫普遍性讲解、癫痫预后良好案例列举, 可以让患者对癫痫治疗保持信心, 换位思考, 倾听患者的抱怨, 对患者用正常眼光对待, 能改善患者的心态, 对癫痫治疗保持配合。用药护理则重视癫痫遵医嘱用药重要性, 随意用药不良事件讲解, 可以让患者有警惕意识, 以配合癫痫临床用药。在癫痫治疗药物上行治疗方式标注, 能使患者对用药知识进行掌握, 使其可行癫痫药物自主服用治疗。环境护理对癫痫患者同样重要, 禁止患者佩戴发卡、假牙, 能在癫痫发作时减少癫痫者机体损伤, 病床围栏高度增加, 可防止坠床, 且床边准备好急救物品及器械, 能对患者行紧急治疗。若癫痫患者处于发作期, 则需在患者口腔内放置压舌

板, 及时清除呼吸道分泌物, 可保持患者呼吸道通畅度, 并予氧气吸入, 对患者各并发症有预防作用^[5]。集束化护理有科学性, 经癫痫患者健康宣教、用药护理等措施, 可以让患者对癫痫有深入了解, 能意识到用药不依从对癫痫的负面影响, 使患者能保持合理用药, 抑制癫痫反复发作。

本研究中, 观察组患者用药依从性达到96.67%, 对照组仅为73.33%, 温晓华等^[6]的研究结果显示, 观察组用药依从性为92.50%, 对照组仅为72.50%, 提示集束化护理价值显著, 可纠正癫痫者疾病认知, 让癫痫者深入掌握癫痫知识, 对癫痫临床用药进行规范, 以减少癫痫发作情况, 使癫痫者病情得到控制。

综上所述, 集束化护理可提高癫痫患者对自身疾病的认知水平, 改善癫痫患者用药依从性。

4 参考文献

- [1] 黄春笑. 程序化护理对社会福利机构癫痫儿童负性情绪和生活质量的影响[J]. 智慧健康, 2020,6(27):132-133,136.
- [2] 陶静, 韩雪婷. 医-家互联式综合护理模式对癫痫患儿康复的效果影响[J]. 中国实用医药, 2020,15(30):180-182.
- [3] 汪桂亮, 刘亚云. 集束化护理在预防动脉瘤破裂患者围手术期癫痫发生中的应用[J]. 当代护士:下旬刊, 2019,26(8):117-119.
- [4] 孙珊珊, 宋世敬, 刘欣欣. 针对性护理干预对癫痫患者遵医行为及生活质量的影响[J]. 黑龙江医药科学, 2019,42(5):164-165.
- [5] 刘小娜, 孙美娜, 刘育玲, 等. 预防性护理在继发性癫痫护理中的应用效果及不良事件发生率分析[J]. 养生保健指南, 2020(4):146-147.
- [6] 温晓华, 陈河盛, 谢爱群. 集束化护理对癫痫患者健康宣教及服药依从性的效果分析[J]. 福建医药杂志, 2020,42(6):142-143.

[2023-04-17 收稿]

多元化护理对降低急性白血病化疗患者感染发生率的临床效果分析

蔡园 杨祁*

【摘要】 目的 观察分析多元化护理降低急性白血病化疗患者感染发生率的临床效果。方法 选取医院 2020 年 7 月 - 2023 年 2 月收治的急性白血病化疗患者 90 例作为研究对象, 遵循组间基线资料均衡可比原则, 按照抽签法分为观察组和对照组, 每组各 45 例。观察组实施多元化护理模式, 对照组给予常规护理。比较两组患者的感染发生率及护理满意度。结果 护理干预后, 实施多元化护理措施的观察组患者的白细胞计数 (WBC)、血小板计数 (PLT)、白介素-6 (IL-6) 和中性粒细胞水平均优于对照组, 组间比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者肛周感染、肺部感染、呼吸道感染和口腔感染等感染总发生率为 33.33%, 低于对照组的 68.89%, 组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者的护理总满意度为 95.56%, 高于对照组的 77.78%, 组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 在急性白血病化疗患者中, 采取多元化护理模式取得良好的临床效果, 能够降低机体的炎症因子水平, 有效预防感染, 提高护理满意度。

【关键词】 急性白血病; 化疗; 多元化护理; 全身感染

中图分类号 R473.73 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)15-1191-03

急性白血病属于血液系统疾病, 发病时骨髓中异常原始细胞及幼稚细胞大量增殖, 并可对正常造血产生抑制作用, 能够对机体的多个脏器造成浸润, 主要表现为出血、贫血、感染等症状, 若是病情未能及时得到控制, 随着病情进展将会造成脏器功能衰竭, 对患者的生命安全产生严重威胁^[1]。目前, 临床对于该病的病因尚未完全清晰, 多认为与物理、生物、遗传、化学等因素有关。化疗是治疗急性白血病的主要方法, 但是由于化疗药物具有较强的毒副作用, 可造成机体的免疫功能下降, 增加患者的感染风险, 而感染是导致急性白血病化疗患者死亡的关键因素^[2]。因此, 在急性白血病化疗患者中, 积极采取有效的护理干预显得尤为重要。但由于部分护理人员的自身专业素养不足, 无法为患者提供全面优质的护理服务, 患者的机体恢复需求得不到满足, 加之长时间使用化疗药物和广谱抗生素, 使得患者的机体菌群失调, 极易受到外界细菌微生物的侵蚀, 导致护理效果并不理想^[3]。多元化护理模式是一种新型护理模式, 从患者的实际情况出发, 对患者展开全面探究, 明确患者的机体恢复需求, 为患者提供多方面的护理服务, 护理更具针对性, 能够有效预防感染, 在恶性肿瘤的临床护理中有着较为广泛的应用^[4]。本研究通过临床实验, 观察分析多元化护理对降低急性白血病化疗患者感染发生率的临床效果, 现将结果报告如下。

作者单位: 224000 江苏省盐城市第三人民医院血液科
* 通讯作者

1 对象与方法

1.1 研究对象

选取医院 2020 年 7 月 - 2023 年 2 月收治的急性白血病化疗患者 90 例作为研究对象。纳入标准: 参与研究的患者均为急性白血病患者; 临床资料无内容缺失。排除标准: 合并其他感染性疾病; 心、肾等重要脏器功能异常; 存在严重并发症。观察组患者男 24 例, 女 21 例; 平均年龄 39.86 ± 7.52 ; 疾病类型: 急性淋巴细胞性白血病 18 例, 急性非淋巴细胞白血病 27 例。对照组患者男 25 例, 女 20 例; 平均年龄 40.28 ± 6.98 ; 疾病类型: 急性淋巴细胞性白血病 16 例, 急性非淋巴细胞白血病 29 例。两组患者性别、年龄、疾病类型等基线资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。所有入选患者均对研究知情并自愿参与。

1.2 多元化护理方法

对照组患者给予常规护理, 观察组患者在常规护理的基础上实施多元化护理措施, 具体内容如下。

(1) 生命体征评估管理: 在患者入院后, 护理人员应当对患者的身体状况展开全面评估。采用早期预警评分系统 (MEWS), 对患者的中性粒细胞相关缺乏程度展开评估, 也可采用 MEWS 对感染情况进行评估, 量表的涵盖了基本信息、收缩压、意识水平、体温、心率和呼吸等 6 个方面, 评估频率以 30min/次为宜, 以便能够实施了解患者的状况, 及时发现危险情况, 立即采取对症处理。

(2) 病房环境维护: 护理人员需要每间隔 2h 开

窗通风,时间为30min,以保持室内空气流通,并使用空气消毒剂,定期对病房进行消毒,保证病房内的空气质量;限制病房的探视人数和时间,对于进入病房的人员,需要穿戴好防护用具,包括隔离衣、拖鞋等,避免造成感染。

(3) 口腔护理:叮嘱患者不可饮用热水,以免水温过高对口腔黏膜造成损伤;在患者进餐后,应当及时漱口,清除口腔内的食物残渣,并定期检测口腔的酸碱度,若是pH值低于7,则需要使用碱性漱口水;除此以外,患者需要定期交替使用过氧化氢溶液漱口,以3h/次为宜,观察患者的口腔黏膜状态,若是出现破损情况,则需要立即告知医生,并及时采取处理。

(4) 肛周护理:叮嘱患者多饮水,保持大便通畅,遵医嘱指导患者使用缓泻剂;使用恒温坐浴器,将1.22%甲硝唑氯化钠溶液和氯化钠注射液进行充分混合,溶液量为200ml,将溶液加热沸腾,待溶液温度降低至40℃,将溶液盛放至恒温坐浴器中,指导患者进行坐浴,时间为15min,每日3次,分别于早中晚进行,在坐浴过程中,溶液应当完全覆盖患者的臀部,若是患者存在痔疮,则需要早晚坐浴中将痔疮栓置于患者的肛门。

(5) 肺部感染护理:对于能够进行自主呼吸的患者,则需要指导其进行腹部呼吸训练,在吸气过程中,双唇应当处于自然闭合状态,让空气从鼻腔进入到肺部,吸气程度以腹部彻底膨胀为宜,腹部达到最大膨胀程度后,则指导患者进行膈肌收缩和咳痰训练,在呼气过程中,应当保持快速且力度较强,若是痰液黏稠,而且余气量不足,在呼气中途指导患者咳嗽。对于呼吸机辅助支持患者,需要使用湿热器,将其放置于呼吸机前端,这样能够减轻对肺部和呼吸道黏膜的刺激。

(6) 消化道护理及营养支持:患者宜食用高蛋白、粗纤维食物,为了更好地促进消化,可使用料理

机将食物打碎,然后进行烹煮,能够降低化疗药物对消化道的刺激,在化疗前2h内,患者需要禁食禁水,叮嘱患者咀嚼生姜,有助于降低消化道刺激,选择患者的足三里、内关穴位,对穴位进行点压揉按,时间为3min,1次/2h。

1.3 观察指标

(1) 炎性因子水平:采集患者的空腹静脉血,离心处理后取出上层清液,测量白细胞计数(WBC)、血小板计数(PLT)、白介素-6(IL-6)和中性粒细胞水平。

(2) 感染发生率:主要包括肛周感染、肺部感染、呼吸道感染和口腔感染的发生率。

(3) 护理满意度:采用医院自制护理满意度评分表进行评估,量表总分为100分,分值为≥90分为满意,60~89分为基本满意,60分以下为不满意。总满意度=(满意+基本满意)例数/观察例数。

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 两组患者的炎性因子水平比较

护理干预后,实施多元化护理措施的观察组患者的WBC、PLT、IL-6和中性粒细胞水平均优于对照组,组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2 两组患者感染发生情况比较

护理干预后,观察组患者肛周感染、肺部感染、呼吸道感染和口腔感染等感染总发生率为33.33%,低于对照组的68.89%,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表1 两组患者的炎性因子水平比较

组别	例数	WBC ($\times 10^9/L$)	PLT ($\times 10^9/L$)	IL-6 (ng/L)	中性粒细胞 ($\times 10^9/L$)
观察组	45	1.05 ± 0.28	17.34 ± 2.68	0.36 ± 0.07	0.52 ± 0.15
对照组	45	1.26 ± 0.40	20.09 ± 3.12	0.45 ± 0.10	0.67 ± 0.21
t值		2.885	4.485	4.946	3.899
P值		0.005	0.000	0.000	0.000

表2 两组患者感染发生情况比较

组别	例数	感染发生情况				总发生率 (%)
		肛周感染	肺部感染	呼吸道感染	口腔感染	
观察组	45	3	6	4	2	33.33
对照组	45	6	12	9	4	68.89

注:总发生率比较, $\chi^2=11.383$, $P=0.001$ 。

2.3 两组患者护理满意度比较

护理干预后, 观察组患者的护理总满意度为 95.56%, 高于对照组的 77.78%, 组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者护理满意度比较

组别	例数	满意程度			总满意度 (%)
		满意	基本满意	不满意	
观察组	45	24	19	2	95.56
对照组	45	19	16	10	77.78

注: 总满意度比较, $\chi^2 = 6.154$, $P = 0.013$ 。

3 讨论

白血病是造血功能和免疫功能受单种或多种因素影响所引起的造血干细胞恶性克隆性疾病, 疾病的发生与多种因素相关, 如化学、病毒、遗传等均能够诱发疾病, 在发病后通常表现为发热、出血、骨骼疼痛、贫血等症状, 致使患者的免疫功能不断减弱, 进而威胁患者的生命安全^[5-6]。目前, 化疗是治疗急性白血病的重要手段, 但是化疗所使用的免疫抑制药物, 能够对机体免疫功能产生抑制作用, 促使全身感染风险增加。肛周、口腔、呼吸道等是常见的感染部位, 这是由于在化疗过程中, 常会采取骨髓、血管、腰椎等部位穿刺, 这些均属于侵入性操作, 加之预防性使用抗菌药物, 大幅度增加了细菌和病毒的感染风险^[7-8]。因此, 对急性白血病化疗患者, 应当加强全身感染预防, 积极采取有效的干预措施, 降低全身感染风险, 防止因反复感染致使机体的免疫功能不断降低。针对全身感染的预防, 多元化护理有着独特的应用优势, 能够对易感染部位进行早期预警评估, 明确患者的感染风险, 以制定个性化的干预措施^[9]。

多元化护理是一种新型护理模式, 倡导人道科学护理理念, 制定针对性的护理干预措施, 在护理服务的开展过程中, 能够充分体现人文关怀, 不仅能够有效改善护患关系, 而且还能够提升整体护理服务质量, 提高临床护理效果。多元化护理对易感染部位采取早期预警评估, 能够为患者制定个性化的预防护理方案, 满足患者的机体恢复需求, 从而提升护理效果^[10]。本次研究结果显示, 观察组的 WBC、PLT、IL-6 和中性粒细胞水平均低于对照组 ($P < 0.05$)。由此表明, 在临床护理干预中, 通过营造安全、舒适、无菌的治疗环境, 能够有效防止患者出现继发性反应, 同时加强对患者的口腔清洁, 指导患者进食餐后漱口, 形成健康的饮食习惯, 可有效预防口腔内的细菌滋生, 降低口腔感染风险, 并提升患者的舒适度^[11]。本次研究显示, 观察组的全身并发症总发生率低于对照组,

护理满意度高于对照组。多元化护理中, 通过指导患者呼吸机锻炼, 促使患者的肺部功能得以改善, 降低了肺部感染的发生风险; 同时针对肛周感染预防, 采取坐浴护理对肛周皮肤进行清洁, 肛周皮肤能够在洁净干燥状态, 有效抑制细菌滋生, 避免出现感染^[12]。

综上所述, 在急性白血病化疗患者中, 采取多元化护理模式取得良好的临床效果, 能够降低机体的炎症因子水平, 有效预防感染, 提高护理满意度。

4 参考文献

- [1] 史爱华, 王国祥. 急性白血病化疗患者采用全环境保护护理对口腔、肛周感染的预防价值 [J]. 河北医药, 2021, 43(6): 949-951, 955.
- [2] 李伟芳, 李兰花, 续鲁静, 等. 医疗失效模式与效应分析在降低急性白血病患者化疗后肛周感染中的应用研究 [J]. 护士进修杂志, 2021, 36(17): 1605-1609.
- [3] 张平, 徐丹, 王艳. 优质护理联合参一胶囊对急性高危白血病患者异基因外周血干细胞移植术后免疫功能重建及并发症发生率的影响 [J]. 现代医学, 2021, 49(3): 335-338.
- [4] 朱振芳, 李晓梅, 张欣. PDCA 护理管理模式在急性白血病患者化疗中的应用效果分析 [J]. 贵州医药, 2021, 45(11): 1841-1842.
- [5] 武晓, 侯晓丽, 李瑞英. 基于 PDCA 的护理管理模式对急性白血病化疗患者 PICC 后不良反应及生活质量的影响 [J]. 山西医药杂志, 2020, 48(11): 1459-1461.
- [6] 张辉, 张利博, 宁彤彤. 多元化护理预防初诊急性白血病患者感染的临床效果观察 [J]. 中国肿瘤临床与康复, 2021, 28(1): 118-120.
- [7] 罗彦, 张月英. 急性髓系白血病人化疗后口腔黏膜炎的护理干预 [J]. 护理研究, 2020, 34(1): 150-154.
- [8] 刘荣碧, 郑美琼, 彭珊珊, 等. 持续质量改进护理模式在白血病患者 PICC 护理中的应用价值分析 [J]. 黑龙江中医药, 2020, 49(5): 207-208.
- [9] 徐慧. 延伸护理对白血病化疗患者心理状态和依从性的影响分析 [J]. 贵州医药, 2020, 44(9): 1470-1471.
- [10] 叶文燕, 周燕, 方文娟. 综合护理干预对血液病患者化疗后恶心呕吐口腔感染及生活质量的影响 [J]. 中国药物与临床, 2020, 20(7): 1198-1200.
- [11] 战雅琦, 姜艳君, 谭金玉, 等. 基于以问题为导向的专项护理干预对白血病化疗患者的效果评价 [J]. 海军医学杂志, 2021, 42(5): 620-623.
- [12] 冯淑娴, 岳亚娟, 柴青青, 等. 协同管理模式对白血病化疗患者营养状况、生活质量和不良反应的影响 [J]. 癌症进展, 2021, 19(16): 1710-1713.

[2023-04-23 收稿]

不同梗死部位脑梗死后 VCI 患者右颈内动脉终末端 TCD 的特点分析

关如花 张文秋 张玉清

【摘要】 目的 分析不同梗死部位的脑梗死后血管性认知障碍 (VCI) 的经颅多普勒超声 (TCD) 检测的特点, 探讨各梗死部位右颈内动脉终末端 (RICA) 的 TCD 与 VCI 的相关性。方法 选取 2021 年 8 月 - 2022 年 9 月华北理工大学附属医院神经内科住院的 252 例脑梗死后 VCI 患者为病例组, 同期选取 252 例脑梗死但未发生梗死后 VCI 患者为对照组, 进行 TCD 检测, 并按照脑梗死部位, 分析脑梗死后 VCI 患者的 TCD 特点。结果 梗死发生在右额叶的 VCI 患者的 RICA 频谱异常合并血流速度增快、血流速度减慢; 梗死发生在左基底节、右基底节、右侧脑室的 VCI 患者 RICA 血流速度增快; 梗死发生在左侧大脑半球、右侧大脑半球的 VCI 患者 RICA 的频谱异常合并血流速度增快; 左颞叶梗死 VCI 的患者 RICA 的频谱异常合并血流速度减慢; 右枕叶梗死的 VCI 患者 RICA 的血流速度增快、血流速度正常; 梗死发生在右小脑的 VCI 患者 RICA 的血流速度正常。以上指标病例组与对照组间的差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 发生在左额叶、右额叶、左丘脑、右丘脑、左小脑、左顶叶、右顶叶、左枕叶的脑梗死后 VCI 患者, RICA 特征与对照组明显不同; 而发生在右额叶、左基底节、右基底节、左颞叶、右小脑、脑干、右枕叶、左侧大脑半球、右侧大脑半球、右侧脑室的脑梗死后 VCI 患者的 RICA 特征与对照组无差别。

【关键词】 脑梗死; 血管性认知障碍; 经颅多普勒超声诊断标准; 右颈内动脉终末端; 阿尔茨海默病
中图分类号 R743.3 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)15-1194-04

Characteristics analysis of TCD at the end of right internal carotid artery in patients with VCI after cerebral infarction Guan Ruhua, Zhang Wenqiu, Zhang Yuqing. Sanhe City Hospital, Sanhe 065200, China

【Abstract】 Objective To analyze the characteristics of Transcranial Doppler (TCD) in detecting vascular cognitive impairment (VCI) after cerebral infarction, and to explore the correlation between TCD and VCI at the location of cerebral infarction and the end of right internal carotid artery (RICA). **Methods** From August 2021 to September 2022, a total of 252 patients with VCI after cerebral infarction were selected from the Department of Neurology, Affiliated Hospital of North China University of Science and Technology as case group, at the same time, 252 patients with cerebral infarction but without post-infarction VCI were selected as control group, TCD was detected and the characteristics of TCD in patients with VCI after cerebral infarction were analyzed according to the location of cerebral infarction. **Results** In VCI patients with infarction in the right frontal lobe, the RICA spectrum was abnormal with increased flow velocity and decreased flow velocity. RICA blood flow velocity increased in VCI patients with infarction in left basal ganglia, right basal ganglia and right ventricle. In VCI patients with infarction in the left and right cerebral hemispheres, the frequency of RICA was abnormal and the velocity of blood flow was increased. The frequency spectrum of RICA in patients with VCI of left temporal lobe infarction was abnormal and the velocity of blood flow was decreased. RICA blood flow velocity was increased and normal in VCI patients with right occipital lobe infarction and normal in VCI patients with right cerebellar infarction. There were significant differences between case group and control group ($P < 0.05$). **Conclusion** VCI patients occurred in left frontal lobe, right temporal lobe, left thalamus, right thalamus, left cerebellum, left parietal lobe, right parietal lobe, left occipital lobe, the characteristics of RICA were obviously different from the control group. There was no significant difference in RICA characteristics between VCI patients and control group after cerebral infarction in right frontal lobe, left basal ganglia, right basal ganglia, left temporal lobe, right cerebellum, brainstem, right occipital lobe, left cerebral hemisphere, right cerebral hemisphere and right ventricle.

【Key words】 Cerebral infarction; Vascular cognitive impairment (VCI); TCD diagnostic criteria; RICA; Alzheimer's disease diagnostic criteria

作者单位: 065200 河北省三河市医院 (关如花); 华北理工大学附属医院 (张文秋、张玉清)

脑梗死后血管性认知障碍 (VCI) 为脑血管性损伤所致的轻度认知障碍, 认知障碍程度未达到阿尔茨海默病 (AD) 的诊断标准, 随着病情发展, 约 10% ~ 20% VCI 患者进展为 AD。本研究通过分析脑梗死部位及右颈内动脉终末端 (RICA) 的经颅多普勒超声 TCD 特征与 VCI 的相关性, 为 VCI 的早期诊断及临床诊治提供参考依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

选择 2021 年 8 月 - 2022 年 9 月医院神经内科住院的脑梗死后认知障碍患者 252 人为病例组, 脑梗死的诊断参照 2010 年中华医学会神经病学分会脑血管病学组制定的《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010》^[1] 并经头颅 CT 或 MRI 证实。同期选取医院神经内科住院的脑梗死无认知功能障碍患者 252 人 (MoCA 量表总分 ≥ 26 分) 为对照组。纳入标准: 有记忆力或其他认知功能的主诉; 符合 Rock wood 等^[2] 制定的 VCI 的诊断标准; 蒙特利尔认知评估 (Montreal cognitive assessment, MoCA) 量表总分 < 26 分; Hachinski 缺血指数量表评分 < 7 分。排除标准: 有明显视力、听力、言语障碍不能配合检查者; 非脑梗死性脑部疾病及其他系统疾病所致的认知功能障碍者: 既往肾病史及严重心、肺、肝、肾功能障碍患者。

1.2 资料收集

资料内容包括患者的姓名、年龄、性别、受教育年限、糖尿病、高血压、吸烟、饮酒、肌酐、血脂及影像学等检查结果。

1.3 认知量表测评

患者入院 7 ~ 14d 病情稳定后进行 MoCA 量表测评, MoCA 评分 ≥ 26 分为正常, 受教育年限 < 12 年的受试者在测试结果上加 1 分, 校正文化程度的偏倚, 得分越高认知功能越好。采用 Hachinski 缺血指

数量表排除 AD, Hachinski 缺血指数量表 < 7 分诊断为 VCI。

1.4 TCD 检测方法

采用德国 DWL TC-2021 型彩色多普勒仪, 频率颅内血管探查采用 2MHz 探头, 患者取仰卧位经颞窗探查双侧大脑中动脉 (MCA)、双侧颈内动脉终末端 (ICA)、双侧大脑前动脉 (ACA0)、双侧大脑后动脉 (PCA), 然后取坐位经枕窗探查双侧椎动脉 (VA)、基底动脉 (BA)。重点观测了血流速度参数中平均血流速度 (V_m), 血管搏动指数 (PI)。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 13.0 统计软件分析处理数据, 计数资料计算百分比, 组间构成比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

发生在左额叶、右额叶、左丘脑、右丘脑、左小脑、左顶叶、右顶叶、左枕叶的脑梗死后 VCI 患者, RICA 特征与对照组差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 而发生在右额叶、左基底节、右基底节、左颞叶、右小脑、脑干、右枕叶、左侧大脑半球、右侧大脑半球、右侧脑室的脑梗死后 VCI 患者的 RICA 特征与对照组差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。其中梗死发生在右额叶的 VCI 患者的 RICA 频谱异常合并血流速度增快、血流速度减慢; 梗死发生在左基底节、右基底节、右侧脑室的 VCI 患者 RICA 血流速度增快; 梗死发生在左侧大脑半球、右侧大脑半球的 VCI 患者 RICA 的频谱异常合并血流速度增快; 左颞叶梗死 VCI 的患者 RICA 的频谱异常合并血流速度减慢; 右枕叶梗死的 VCI 患者 RICA 的血流速度增快、血流速度正常; 梗死发生在右小脑的 VCI 患者 RICA 的血流速度正常。以上指标病例组与对照组间的差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 不同梗死部位的脑梗死后 VCI 患者右颈内动脉终末端 TCD 的特点

病变部位	组别	RICA				χ^2 值	P 值
		血流正常	血流增快	血流减慢	频谱异常		
左额叶	对照组	78 (52.0)	27 (18.0)	39 (26.0)	6 (4.00)	0.489	0.783
	病例组	54 (52.9)	21 (20.6)	27 (26.5)	0 (0.00)		
右额叶	对照组	90 (60.0)	24 (16.0)	33 (22.0)	3 (2.00)	8.625	0.013
	病例组	42 (41.2)	24 (23.5)	33 (32.4)	3 (2.94)		
左基底节	对照组	75 (55.6)	15 (11.1)	39 (28.9)	6 (4.45)	12.483	0.002
	病例组	57 (42.2)	33 (24.0)	27 (20.0)	0 (0.00)		
右基底节	对照组	84 (57.1)	18 (12.2)	39 (26.5)	6 (4.08)	10.613	0.005
	病例组	48 (32.7)	30 (20.4)	27 (18.4)	0 (0.00)		
左颞叶	对照组	108 (57.1)	30 (33.7)	48 (25.4)	3 (1.59)	7.939	0.019
	病例组	24 (39.0)	18 (28.6)	18 (28.6)	3 (5.22)		

续表

右颞叶	对照组	111 (55.2)	33 (16.4)	51 (25.4)	6 (2.99)	6.914	0.075
	病例组	21 (41.2)	15 (29.4)	15 (29.4)	0 (0.00)		
左丘脑	对照组	108 (52.9)	33 (16.2)	57 (27.9)	6 (2.94)	7.812	0.051
	病例组	24 (50.0)	15 (31.3)	9 (18.8)	0 (0.00)		
右丘脑	对照组	111 (53.6)	36 (17.4)	54 (26.1)	6 (2.89)	4.242	0.234
	病例组	21 (46.7)	12 (26.7)	12 (26.7)	0 (0.00)		
左小脑	对照组	114 (52.1)	45 (20.5)	54 (24.7)	6 (2.74)	5.466	0.141
	病例组	18 (54.5)	3 (9.09)	12 (36.4)	0 (0.00)		
右小脑	对照组	114 (50.0)	42 (18.4)	66 (28.9)	6 (2.63)	9.247	0.010
	病例组	15 (83.3)	3 (1.32)	0 (0.00)	0 (0.00)		
左顶叶	对照组	108 (50.0)	42 (19.4)	60 (27.8)	6 (2.78)	4.216	0.239
	病例组	24 (66.7)	6 (16.7)	6 (16.7)	0 (0.00)		
右顶叶	对照组	111 (54.4)	36 (17.6)	51 (25.0)	6 (2.94)	3.938	0.268
	病例组	21 (43.8)	12 (25.0)	15 (31.3)	0 (0.00)		
脑干	对照组	114 (55.9)	27 (13.2)	57 (27.9)	6 (2.94)	24.161	0.000
	病例组	18 (37.5)	21 (43.8)	9 (18.8)	0 (0.00)		
左枕叶	对照组	126 (51.3)	45 (18.8)	66 (27.5)	6 (2.50)	4.030	0.258
	病例组	6 (66.7)	3 (33.3)	0 (0.00)	0 (0.00)		
右枕叶	对照组	117 (50.6)	42 (18.2)	66 (28.6)	6 (2.60)	9.223	0.026
	病例组	15 (71.4)	6 (28.6)	0 (00.0)	0 (0.00)		
左大脑半球	对照组	129 (53.8)	45 (18.8)	63 (26.3)	3 (1.25)	29.120	0.000
	病例组	3 (25.0)	3 (25.0)	3 (25.0)	3 (25.0)		
右大脑半球	对照组	126 (53.8)	42 (17.9)	63 (26.9)	3 (1.28)	20.706	0.000
	病例组	6 (33.3)	6 (33.3)	3 (16.7)	3 (16.7)		
左侧脑室	对照组	132 (53.0)	45 (18.1)	66 (26.5)	6 (2.41)	12.904	0.005
	病例组	0 (0.00)	3 (100)	0 (0.00)	0 (0.00)		
右侧脑室	对照组	132 (53.0)	45 (18.1)	66 (26.5)	6 (2.41)	12.904	0.005
	病例组	0 (0.00)	3 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)		

3 讨论

VCI 是因为血管因素引起的以情感、认知、行为人格、视觉和空间觉等受累为表现的认知功能损害,有文献报道额叶、顶叶、角回、丘脑、左基底节、右基底节、脑白质、左侧半球、双侧半球病变等脑部的梗死灶,脑萎缩极易引起认知功能障碍,包括记忆力、计算力、定向力、命名、执行功能障碍、信息加工速度减慢、视空间结构受损等^[3-5],本组资料显示脑梗死后 VCI 与右额叶、左基底节、右基底节、左颞叶、右小脑、右枕叶、左大脑半球、右大脑半球、左侧脑室、右侧脑室有关。其中右额叶的 RICA 频谱异常合并血流速度增快、血流速度减慢;左基底节、右基底节、右侧脑室梗死的 RICA 血流速度增快;左大脑半球、右大脑半球梗死 RICA 的频谱异常合并血流速度增快;左颞叶梗死 RICA 的频谱异常合并血流速度减慢。大脑半球血液约 80% 来自大脑中动脉,供应大

脑半球额叶、基底节的尾状核头、颞叶上部、顶叶、白质、屏状核和外囊、放射冠或半卵圆中心、部分内囊和基底核等部位^[6],本组资料显示的脑梗死后 VCI 的右基底节、右颞叶、右放射冠梗死部位、脱髓鞘属于 RMCA 的供血范围,而 RMCA 起自 RICA 动脉,右半卵圆中心梗死、脱髓鞘伴有频谱紊乱的血流速度增快或血流速度减慢首先要考虑 RMCA 狭窄,频谱相对正常的血流速度增快其动脉正常。其余梗死部位均非 RMCA 的供血区,出现的 RMCA 血流速度增快或血流速度减慢或频谱异常;考虑与 Wille 环代偿有关,由于颅内各动脉之间存在广泛交通支和吻合支,当责任血管发生生理病理变化,自身血流速度变化时,作为主要供应大脑血液的 RMCA 代偿性血流增快,血管本身病变致血管狭窄而频谱形态改变;严重狭窄或闭塞后动脉内压力降低使其远端脑小动脉血管平滑肌松弛,血管内阻力下降而血流速度减慢^[7-8]。

影响脑卒中偏瘫患者康复锻炼依从性因素的访谈式调查分析

阮晓华

【摘要】 目的 深入了解脑卒中偏瘫患者出院后康复锻炼依从性的阻碍因素，为制订针对性的康复锻炼干预提供参考依据。方法 选取医院 14 例脑卒中偏瘫患者作为调查对象，通过沟通了解患者的生活习惯和作息等，收集资料，分析、汇总，将主要信息提取出来。结果 根据访谈结果，影响脑卒中偏瘫患者康复锻炼依从性因素可归纳为 4 个主题，分别为认知因素、心理因素、自我效能、社会支持。其中认知因素包括对疾病的认知不足、未掌握的正确功能锻炼方法；心理因素包括心理负担重、跌倒恐惧；自我效能包括自信心不足、外界因素干扰、应对重复康复锻炼的自我效能低下；社会支持包括出院后医护人员指导不足、家属参与患者康复锻炼不够、养老机构的支持需求、医保政策的支持缺乏及辅助锻炼用具缺乏。结论 脑卒中偏瘫患者出院后康复锻炼依从性受多种因素影响，主要包括患者对疾病及锻炼的认知不足；心理负担重、跌倒恐惧；对重复康复锻炼自我效能低下及信心不足；缺乏家庭及社会支持。医护人员需结合社区、养老机构，制订多学科协作式的康复方案。

【关键词】 脑卒中；偏瘫；功能锻炼；康复护理；依从性；影响因素；质性研究

中图分类号 R743.3 文献标识码 A 文章编号 1671-0223(2023)15-1197-04

Interview based investigation and analysis of factors affecting rehabilitation exercise compliance in stroke patients with hemiplegia Ruan Xiaohua. Department of Neurology, Yizhou District People's Hospital, Hechi 546300, China

【Abstract】 Objective Thoroughly understand the obstacles to rehabilitation exercise compliance of stroke hemiplegic patients after discharge, and provide reference basis for formulating targeted rehabilitation exercise interventions.

Methods Totally 14 patients with stroke and hemiplegia in the hospital were selected as the survey subjects. Through communication and understanding of the patient's lifestyle and rest habits, data was collected, analyzed, and summarized, and the main information was extracted. **Results** According to the interview results, the factors that affect the rehabilitation exercise compliance of stroke hemiplegic patients can be summarized into four themes, namely cognitive factors, psychological factors, self-efficacy, and social support. Among them, cognitive factors include insufficient

作者单位：546300 广西壮族自治区河池市宜州区人民医院神经内科

本组资料显示的与 VCI 有关的脑梗死部位广泛，且与 RICA 的血流动力学异常有关，本研究旨在用简便、易行、无创的 TCD 检查，运用 RICA 的脑血流动力学推测脑梗死部位与 VCI 的关系，有助于临床医师识别 VCI 患者，并对急性脑梗死针对性的进行预防，如调节血糖、降低血压、防止梗死面积扩大、尽早对 ICA 实施早期血运重建等^[9]，以预防急性脑梗死后 VCI 的发生或减轻认知功能障碍程度，预防和延缓 AD 的发生。

4 参考文献

- [1] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010[J]. 中国医学前沿杂志, 2010, 2(4): 50-58.
- [2] Rockwood K, Howard K, MacKnight C, et al. Spectrum of disease in vascular cognitive impairment[J]. Neuroepidemiology, 1999, 18: 248-254.
- [3] 王崇. 缺血性脑卒中患者血管性认知功能障碍的影响因

素[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(15): 4165-4167.

- [4] 相久全, 汪立君. 缺血性脑卒中后早期发生血管性认知功能障碍的相关因素分析[J]. 中国当代医药, 2014, 21(27): 21-24.
- [5] 邹正寿, 王东玉. 非痴呆型血管性认知障碍与脑梗死部位、TCD 相关性的临床研究[J]. 中国现代医学杂志, 2014, 24(12): 79-82.
- [6] 张文秋, 李秀霞, 张淑芳, 等. 经颅彩色多普勒检测复视 62 例分析[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2014, 17(1): 51-52.
- [7] 张文秋, 刘云东, 王巍, 等. 脑梗死后血管性认知障碍的经颅多普勒超声分析[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2015, 18(7): 1155-1157.
- [8] 高山, 黄家星. 经颅多普勒超声 (TCD) 的诊断技术与临床应用 [M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2004: 38-93.
- [9] 苏峻峰. 急性脑梗死后血管性认知功能障碍 300 例临床分析神经损伤与功能重建 [J]. 2014, 9(3): 263-264.

[2023-05-19 收稿]

understanding of the disease and inadequate mastery of correct functional exercise methods; Psychological factors include heavy psychological burden and fear of falling; Self efficacy includes insufficient self-confidence, external factors interference, and low self-efficacy in coping with repeated rehabilitation exercises; Social support includes insufficient guidance from medical staff after discharge, insufficient participation of family members in patient rehabilitation exercises, support needs from elderly care institutions, lack of support from medical insurance policies, and a lack of auxiliary exercise equipment. **Conclusion** The compliance of stroke hemiplegic patients with rehabilitation exercise after discharge is influenced by various factors, mainly including insufficient understanding of the disease and exercise; Heavy psychological burden and fear of falling; Low self-efficacy and lack of confidence in repetitive rehabilitation exercises; Lack of family and social support. Medical staff need to develop a multidisciplinary and collaborative rehabilitation plan in conjunction with the community and elderly care institutions.

【Key words】 Stroke; Hemiplegia; Functional exercise; Rehabilitation care; Compliance; Influencing factors; Qualitative research

脑卒中偏瘫患者在出院后,需坚持功能锻炼,功能锻炼对康复有很好的帮助作用^[1]。康复训练是漫长的,需要长期坚持,要求康复师不间断、多次强制性锻炼来形成肌肉记忆。但是多数患者不能坚持进行康复锻炼,影响患者康复效果。国外相关研究结果显示^[2],刚开始锻炼时患者都能保持较高的热情,但随着时间的推移,有的患者慢慢松懈,不再坚持康复训练。国内研究结果显示,患者进行康复锻炼是有规律可循的,其依从性呈“S”样变化^[3-4]。康复锻炼是通过外部设备辅助患者身体运动,逐渐增强身体机能,从而实现能自主活动的过程。本研究通过调查,了解患者功能锻炼依从性的影响因素,为制订针对性干预方案,改善康复锻炼的效果提供参考。

1 对象与方法

1.1 调查对象

2022年7-9月,选取河池市宜州区人民医院收治的脑卒中偏瘫患者14例为调查对象。纳入条件:①年龄46~78岁;②少部分功能障碍,没有很明显的认知缺失;③得病治疗时只是采取常规治疗,没有使用溶栓;④知情同意,自愿参加。排除标准:①合并听力严重障碍等;②病前患者有一侧下肢截肢或残疾或者发病近期有一侧足踝扭伤者。

1.2 调查内容

通过文献回顾拟定调查提纲好调查内容^[5-6]。先预访谈2例患者,根据内容对提纲进行修该完善,最终确定正式提纲。①访谈提纲:您怎么看待康复训练?了解多少?②您平时做康复训练吗?都是怎么做的?③出院后做康复锻炼遇到过什么阻碍吗?④您自己怎么坚持下来的?⑤康复锻炼效果怎么样?您认为为了增强效果还需要哪些改进帮助?

1.3 调查方法

采用访谈式问卷调查,访谈地点选择安静病房,

访谈过程中,认真倾听。对受访者用编号替代,以保证隐私不被泄露。整个采访过程40分钟内,不能通过自己语言引导受访者,要让受访者遵从自己的内心,来根据自己的实际情况回答问题。

1.4 资料分析方法

采访结束后24小时内,将谈话内容以书面形式反映出来。内容分析可借助Colaizzi^[7]。①转录:反复听取,获取有用的信息。②编码:出现频率高的内容进行标记处理。③类属分析:将前面内容进行分类处理,综合分析。④描述:提炼出主题内容,再进行验证。⑤组织:组织资料,将最终主题提炼出来。

2 结果

2.1 主题1:认知因素

2.1.1 对疾病的认知不足 N4:“我体重较重,体虚易出汗,只要运动就气喘吁吁没劲,所以吃完饭后就不想运动,只想躺着” N5:“我不知道我该怎么做能预防脑卒中,我患有糖尿病,所以不能随便吃东西,吃多了容易引发糖尿病,但是饮食不均衡也会诱发脑卒中,所以很矛盾。” N8:“我右手好好的,干啥都可以,也不用锻炼,左手已经不能自主活动了,锻炼也起不到作用了,索性就不锻炼。所以我自己有时候想起来了去锻炼,想不起来就不锻炼了。”

2.1.2 未掌握的正确功能锻炼方法 N3:“自己在家也有锻炼,但是随着时间推移,标准的锻炼方法已经忘了,都是按照自己的想法来锻炼。” N11:“我本身灵活度就很差劲,运动的话怕摔跤出现新的问题,我想动也不知道怎么做合适。” N6:“我年龄也大了,记性很差,刚才刚做完的事我都忘记了想不起来了。如果没有别人提醒我都不知道我该干啥,锻炼有个助行器,但是我也不知道使用的对不对。”

2.2 主题2:心理因素

2.2.1 心理负担重 N1:“之前家里的经济开支都是

我来挣,现在我瘫痪了也没了经济收入了,生活都成问题了,不知道该怎么办?”N7:“我本来身强体壮的,什么活都是我自己干,现在瘫了,人生进入黑暗了,我现在就是个废人了,还是不能接纳自己目前的状态,想干活但是干不了,好苦恼。”N11:“我现在还能动,但是随着年龄增加,病情也会越来越严重,害怕早晚有一天跟邻居一样,不能动了。”

2.2.2 跌倒恐惧 N2:“我只要起来身体就会倾斜,自己掌控不了平衡,站不起来,所以我一般都躺着不起来。”N7:“我当时就是两眼发黑栽下去了,当时还能用手撑地,现在手也不灵活了,用不上劲了,更害怕再次栽下去起不来。”N8:“我已经不能像个正常人那样活动了,走路画圈,外出活动也不方便,家里空间有限,索性就不锻炼了。”N12:“我的身体已经不受我控制了,腿都抬不起来了,出门还需要别人帮我,出去太不方便了。”

2.3 主题3:自我效能

2.3.1 自信心不足 N9:“我都成半个废人了,一半身子不听使唤了,锻炼还得别人帮我,我不想老麻烦别人,耽误别人的时间。”N10:“锻炼我也想过,但是看别人都是锻炼了好长时间才有点效果,而且还要忍受疼痛折磨,我脾气不好,也锻炼不下去。”N4:“我今年都70多岁了,两手也使不上劲,我做锻炼怕支撑不住摔倒,引发新的伤痛。还是不做(叹气)。”

2.3.2 外界因素干扰 N14:“自从我患病后,我都想和外界断绝联系了,想想自己没病之前活动自如,现在干啥都不行,别人看到还会嘲笑我,我也不想麻烦别人,所以更不想锻炼了。”N11:“如果我要进行锻炼,家人也很支持,愿意帮助,但是每次都要耗费很大精力来锻炼,我自己性子耐不住就生气,搞得家人也很疲惫,后面锻炼就越来越少了。”N3、N9提到:“因为自己身体的特殊性,免不了在别人眼中会说点什么,所以不出去还能清净点,也不去凑人场,免得看别人异样的目光。”

2.3.3 应对重复康复锻炼的自我效能低下 N2:“在医院治疗时,医生护士都对我说,锻炼能加快康复,也能防治二次复发,但是回到家要进行反复锻炼,实在是太难了,坚持不下去。”N11:“发生脑卒中后,身体机能也在慢慢萎缩,我自己也知道这情况,不进行锻炼会加快瘫痪。但是一直做同样的锻炼,还看不到效果,我就感到很累没效果,总想着不做了,瘫痪就瘫痪吧。”N3:“每天锻炼都是慢慢移动,慢慢腾挪步子,自己看着别人活动自如,自己每天做着乏味的锻炼,真的提不起来兴致。”

2.4 主题4:社会支持

2.4.1 出院后医护人员指导不足 N3:“医护人员,

也给我做过指导,有纸质版的锻炼教程,但是我不识字,就不能按照他们的指导教程来锻炼,电视上有类似康复锻炼,我还能跟着锻炼。”N5:“我出行不便,也没有专业人士来做宣传指导,我自己进行的康复锻炼不知道对不对,希望医护人员能给予远程指导。”N1:“我在医院治疗后,药都没有停过,后续不知道还吃药不吃?锻炼时间久了受不了,我想少做会锻炼,不知道行不行,也没有医护指导。”

2.4.2 家属参与患者康复锻炼不够 N2:“我生病后,吃喝拉撒都离不开家人,本来生活上都已经让他们很操心了,他们还有自己的事情要做,也没有太多时间来帮助我做锻炼。”N5:“生病前不注意饮食,以至于家人都烦我,现在生病了也没人关心我了,更不会参与我的锻炼了。”

2.4.3 养老机构的支持需求 N13:“自从得病后,老伴也早不在,儿子女儿就把我送到养老院了,他们都要为生活奔波,也没精力照顾我。在养老院,自己锻炼不来,还是要看护工时间,有时间了帮忙锻炼会,没时间就没法锻炼了。”N2:“我在家自己锻炼,离医院太远了,也得不到相应的锻炼指导。”N12:“农村医疗资源匮乏,即使去个卫生院也要跑很远,更不用说在卫生院做康复治疗了。”N7:“在医院的时候有医生、护士、康复治疗师关心我,还是在医院的康复效果好。回到家后,没有专业人员提醒指导,我自然就会松懈,锻炼也不及时,还是希望医院能给予帮助指导。”

2.4.4 医保政策的支持缺乏 N6:“在康复医院做锻炼效果要比家里好,但是费用高昂,没达到预期效果还花费不少钱。(流泪)”N2:“虽然子女都支持我去康复中心做治疗,但是花费太多,医保能报销的很少,我不想给子女太多压力。”N7:“我虽然生病了,但是我有退休金可领取,我自己也知道康复训练的重要性,所以我会去康复医院做锻炼。但是有很多人是没有退休金的,只能花费高昂费用来做康复治疗,医保也仅仅能报销很少,医保支持还是要提高比例才能减轻患者压力。”

2.4.5 辅助锻炼用具缺乏 N14:“我自己记性差,本来想着锻炼的,但是到时间了又想不起来自己要去锻炼,也没有人提醒我,这时候有个仪器提醒就好了。”N10:“我一个胳膊使不上劲,每次锻炼都需要右胳膊提供力量,这样很快就没劲了,搞得我很累,效果很差。如果有单独的手部锻炼器材就好,那我也不会那么快累了,效果也能提上来。”N7:“在医院有康复辅助用具可帮助锻炼,但是自己在家没有辅助用具就很费劲,那些辅助用具价格又很高,普通人很难消费得起。如果有经济实惠的居家锻炼辅助用具,那

就很好了。”

3 讨论

本研究发现,脑卒中患者基本都是老年人,接受的教育水平低,对康复治疗认识不足,再加上省吃俭用的习惯和生病硬抗特点,很容易错过最佳的治疗时间,导致病情严重,为后期康复治疗增加了不少困难。研究结果与韩丽丽等^[8]一致。因此,为提高患者的康复效果,医护人员可以从多角度,多方面进行宣传指导,来增加患者对康复治疗的认识。要告知患者和家属,康复锻炼不仅仅是患者自己的事,还需要家人的共同努力,这样康复效果才有改进。在探索依从性阻碍因素研究中,要考虑多个方面。在康复训练中,可充分借助现代康复医学,来探索分析脑卒中的患者,在进行康复时的最佳时间,还有怎样提高康复效果。多角度多方面进行康复知识科普,加强患者和家属的认识,多方面促进康复工作的开展。

本研究中,患者由于长期的身体、心理和社会压力,普遍存在焦虑、抑郁等负面情绪。然而,很少有患者在卒中后重返工作岗位,数据显示,约65%的脑卒中患者在65岁前无法恢复职业活动,另有14%的人重新安排工作时间,失去社会地位,导致生活质量下降^[9]。认知障碍是脑梗死患者跌倒和害怕跌倒的危险因素。护士应加强高危人群的早期预警,做好心理疏导和健康促进工作。因此,建议医疗机构设立心理咨询中心,开设心理健康讲座^[10],并由心理咨询师对脑卒中偏瘫患者进行有针对性的心理干预,如多次喊叫等发泄方式,欣赏美景等环境调节方式,听音乐等转移注意力等;耐心倾听患者诉说焦虑、抑郁、害怕跌倒的原因,释放负面情绪,缓解心理压力,减少负面情绪对康复锻炼的影响。维持患者认知水平,跟进认知训练,鼓励康复期患者进行适当的体育活动。

本研究分析发现,康复锻炼依从性受多方面影响,特别是自我效能,与此有着直接联系。自我效能高,康复效果也好,反之,就不好。与Kobyłańska等^[11]研究结果一致。对脑卒中患者来说,坚持长期锻炼还是对康复有帮助的。如果不坚持康复锻炼,那么就更容易复发二次脑卒中,再复发会导致病情严重,后期的康复锻炼更困难。对于锻炼的患者来说,短时间看不到效果,或者效果不明显,就容易丧失信心。所以可以依据依从性,来判断是否应给予患者干预指导,来提高他们的锻炼效果。

研究还发现,自从患者得了脑卒中疾病后,不愿意受到特别对待,更多的是理解和尊重。不仅在家庭中,在社会支持方面也是一样的。有个很重要的原因就是,脑卒中患者肢体活动受限,自我控制能力下降

或者缺失,在家庭和社会中得不到关注。在未来,希望家庭和社会能多给予患者理解和关注。针对医院资源匮乏的问题,高校和医院应加强对这方面的医护人员专业能力培养,在实际工作中也能理论与实践相结合,对康复知识也能进行更专业的宣传。再者就是引进可远程指导的设备,加强对患者的康复锻炼进行指导。

综上所述,脑卒中偏瘫患者出院后康复锻炼依从性受多种因素影响,主要包括患者对疾病及锻炼的认知不足;心理负担重、跌倒恐惧;对重复康复锻炼自我效能低下及信心不足;缺乏家庭及社会支持。医护人员需结合社区、养老机构,制订多学科协作式的康复方案。

4 参考文献

- [1] 陈敏杰,张小培,欧翠玲,等.门诊脑卒中患者残疾接受度和功能锻炼依从性的相关性研究[J].中华护理教育,2019,16(9):710-713.
- [2] Touillet A,Guesdon H,Bosser G,et al.Assessment of compliance with prescribed activity by hemiplegic stroke patients after an exercise programme and physical activity education[J].Ann Phys Rehabil Med,2010,53(4):250,257-265.
- [3] 盛晗,邵圣文,王惠琴,等.脑卒中患者康复锻炼依从性动态变化的研究[J].中华护理杂志,2016,51(6):712-715.
- [4] 蒋维连,龚璇,唐慧娟,等.混合痔患者术后急性期的疼痛体验[J].中国护理管理,2022,22(1):33-38.
- [5] 龚璇,唐慧娟,蒋维连,等.混合痔术后患者疼痛灾难化体验的质性研究[J].中国实用护理杂志,2022,38(8):612-617.
- [6] 欧艳芳,蒋维连,贲迎春,等.脑卒中偏瘫病人出院后康复锻炼依从性影响因素的质性研究[J].全科护理,2022,20(28):3889-3894.
- [7] 时增玉,籍春燕,陶成珍.妊娠期糖尿病孕产妇信息行为动机体验的质性研究[J].中国实用护理杂志,2021,37(5):348-352.
- [8] 韩丽丽,陈敏杰,吴婵婵,等.老年脑卒中患者出院后康复认知、需求与负担的质性研究[J].中国临床护理,2020,12(3):208-211,215.
- [9] 董丽娜,张凤萍,李春秋,等.老年首发脑梗死病人跌倒恐惧效能影响因素分析[J].护理研究,2021,35(8):1390-1393.
- [10] 蔡立柏,刘延锦,崔妙然,等.全膝关节置换术恐惧症患者术后早期功能锻炼体验的质性研究[J].中华护理杂志,2019,54(11):1663-1668.
- [11] Kobyłańska M,Kowalska J,Neustein J,et al.The role of biopsychosocial factors in the rehabilitation process of individuals with a stroke[J].Work,2018,61(4):523-535.

[2022-11-26 收稿]

HEALTH PROTECTION AND PROMOTION

Bimonthly Established in January 2001 Volume 23, Number 15 August 2023

CONTENTS IN BRIEF

- Relationship between thyroid hormone, estrogen,
progesterone and pregnancy in pregnant women
.....Li Haipeng,
Dong Yanan, Yan Liwei, Yun Liyuan, Kang Xin (1124)
- Effect of screw retention combined with adhesive
retention in multiunit implant restoration in
the posterior dental area
.....Xu Xiaoling(1127)
- Comparative analysis of drug analgesia and
epidural analgesia in gynecological surgery
.....Zou Junsong(1131)
- Nutritional risk and influencing factors of
malnutrition in patients with gastrointestinal
malignant tumors at different stages and
their correlation with inflammatory factors
.....Cheng Lin, Zhai Haoqing (1148)
- Influence of peripheral blood lymphocyte subsets
on prognosis of patients with advanced non-
small cell lung cancer
.....Xu lun, Li Ying, You Wei(1154)
- Study on the characteristics of pulse
manifestation and pulse parameters in 109
male patients with metabolic syndrome
.....Guo Jing, Pan Hongli,
Xu Jiaming, Wang Xifeng, Yang Xu, Zhang Wen (1163)

Responsible Institution

Health Commition of Hebei
Province

Sponsor

Hebei Medical Qigong Hospital
No.17 Haibin Dongjing Road,
Beidaihe, Hebei 066199, P.R. China

Editing

Editorial Department of Health
Protection and Promotion
Tel: 0335-4041257
Website: <http://www.xdyangsheng.com>

President/Editor-in-Chief

Chen Yujuan

Executive Editor-in-Chief

Xu Yingjun

Associate Editor-in-Chief

Xu Daping Luan Yi

Director of Editorial Department

Luan Yi

Publishing

Health Protection and Promotion

Advertising License Number

1303024000104

Printing

Qinhuangdao Chenxin Color
Printing Co.LTD

Subscription

Qinhuangdao Municipal Postal
Administration

Order

Post Office All Around China
Mail Code 18-99

Fixed Price

¥18.00/Number, ¥432.00/Year

CSSN

ISSN 1671-0223
CN 13-1305/R

征 稿 简 则

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

一、主要栏目

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

二、撰写要求

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

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

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

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

5. 论著类论文请附中、英文结构式摘要。

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

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

8. 参考文献应引自正式出版物，按引用的先后顺序列于文末，示例如下：

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

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

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

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

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

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

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

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

三、注意事项

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

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

3. 本刊不收审稿费，稿件刊登后赠第一作者当期杂志2册。

4. 投稿请寄 E-mail: xdyskj@163.com