

艾迪注射液联合 TP 方案治疗非小细胞肺癌的疗效及安全性研究

向龙泉

(遵义市播州区人民医院 563000)

摘要: 目的: 观察艾迪注射液联合TP方案治疗非小细胞肺癌的疗效及安全性。方法: 选取我院非小细胞肺癌患者68例(2020年4月至2021年4月), 随机分为TP方案治疗的对照组(34例)与联合艾迪注射液治疗的观察组(34例), 观察患者临床症状改善情况、不良反应。结果: 与对照组相比, 观察组临床症状评分低, 不良反应发生率低, $P < 0.05$ 。结论: 给予非小细胞肺癌患者艾迪注射液联合TP方案治疗, 能促进患者症状改善, 且安全性好, 值得借鉴。

关键词: 艾迪注射液; TP方案; 非小细胞肺癌; 疗效; 安全性

Efficacy and safety of Aidi injection combined with TP regimen in the treatment of non-small cell lung cancer

Abstract: Objective: To observe the efficacy and safety of Aidi injection combined with TP regimen in the treatment of non-small cell lung cancer. Methods: 68 patients with non-small cell lung cancer in our hospital (April 2020 to April 2021) were randomly divided into the control group (34 cases) treated with TP regimen and the observation group (34 cases) treated with Aidi injection, and the improvement of clinical symptoms and adverse reactions were observed. Results: Compared with the control group, the observation group had a lower clinical symptom score and a lower incidence of adverse reactions ($P < 0.05$). Conclusion: Aidi injection combined with TP regimen can improve the symptoms of patients with non-small cell lung cancer, and it is safe and worth learning.

Keywords: Aidi injection; TP scheme; Non-small cell lung cancer; Therapeutic effect; security

肺癌是一种发生率较高的恶性肿瘤, 其大部分为非小细胞肺癌, 很多患者无法在早期发现疾病, 确诊时已到中晚期, 已经失去了手术根治的机会, 进而这类患者常进行化疗^[1]。TP方案为该病常用治疗方案, 能取得一定的效果, 但是会导致各类不良反应, 安全性不佳, 需选择更为有效的药物^[2]。本研究选取我院非小细胞肺癌患者68例, 观察艾迪注射液联合TP方案治疗效果。

1、资料与方法

1.1 一般资料

2020年4月至2021年4月, 选取我院非小细胞肺癌患者68例, 随机分为2组, 各34例。对照组男19例, 女15例, 年龄33至78(55.73±2.84)岁, 观察组男18例, 女16例, 年龄34至77(54.93±2.56)岁。一般资料对比, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组: 第1天滴注135mg/m²紫杉醇(桂林晖昂生化药业有限责任

公司 国药准字H20043598), 第1至3天静滴顺铂(齐鲁制药有限公司 国药准字H37021358), 25mg/m², 1个周期为21天, 治疗2个周期。

观察组: 50ml艾迪注射液(贵州益佰制药股份有限公司 国药准字Z52020236)溶于生理盐水250ml中, 静滴, 在1至10天顺铂、紫杉醇用法同对照组, 1个周期为21天, 治疗2个周期。

1.3 观察指标

临床症状: 0~3分, 评分越低越好; 不良反应发生率。

1.4 统计学方法

SPSS20.0, 计量资料表示: ($\bar{x} \pm s$), t检验, 计数资料表示: n, %, χ^2 检验, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。

2、结果

2.1 临床症状改善对比

治疗后, 观察组各评分低于对照组, $P < 0.05$, 见表1。

表1 临床症状改善对比(分)

组别	咯血		咳嗽		发热		胸痛	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组(n=34)	2.18±0.53	1.65±0.48	2.31±0.53	1.58±0.35	2.24±0.54	1.66±0.32	2.11±0.52	1.74±0.53
观察组(n=34)	2.10±0.48	0.84±0.21	2.26±0.46	0.70±0.16	2.36±0.46	1.17±0.37	2.24±0.48	1.10±0.47
t	0.6523	9.0147	0.4154	13.3335	0.9863	5.8406	1.0711	5.2681
P	0.5164	0.0000	0.6792	0.0000	0.3275	0.0000	0.2880	0.0000

2.2 不良反应对比

表2 不良反应对比(n%)

组别	恶心呕吐	白细胞减少	脱发	不良反应发生
对照组(n=34)	7(20.59)	3(8.82)	4(11.76)	14(41.18)
观察组(n=34)	2(5.88)	1(2.94)	2(5.88)	5(14.71)
χ^2	-	-	-	5.9162
P	-	-	-	0.0150

观察组(14.71%)低于对照组(41.18%), $P < 0.05$, 见表2。

3、讨论

近年来, 非小细胞肺癌发病率呈不断上升趋势, 大部分患者确诊时病情已经发展到中晚期, 进而很多患者无法进行手术治疗, 对于进展期的非小细胞肺癌而言, 其5年生存率较低^[3]。在非小细胞肺癌治疗中, 其治疗重点为延长生存时间, 主要进行全面治疗, 如化疗、放疗、中医药治疗。在临床不断的研究中发现, 中医药在非小细胞肺癌治疗中的应用具有一定优势。

(下转第44页)

预防成人经口气管插管非计划性拔管护理实践专家共识的应用

丁梅

(江苏省苏北人民医院 EICU 江苏扬州 225000)

摘要: 目的: 探讨预防成人经口气管插管非计划性拔管护理实践专家共识对降低 EICU 患者经口气管插管意外拔管发生率的作用, 评价其临床应用价值。方法: 选取2018年7月-2018年12月EICU经口气管插管患者62例次作为对照组, 采取传统方法进行气管插管护理。2019年1月-2019年6月EICU经口气管插管患者81例次作为观察组, 根据2018年2月发布的《预防成人经口气管插管非计划性拔管护理专家共识》实施护理策略。比较两组患者经口气管插管非计划拔管率。结果: 观察组经口气管插管非计划拔管率低于对照组, 2组比较有统计学差异 ($P < 0.05$)。结论: 采用预防成人经口气管插管非计划性拔管护理实践专家共识策略可以减少经口气管插管非计划拔管的发生, 提高护理质量, 确保患者安全。

关键词: 经口气管插管; 非计划拔管; 专家共识; EICU

EICU 收治病种繁多且病情危重, 很多病人由于疾病原因需要气管插管建立人工气道以保持呼吸道通畅, 进行有效的人工或机械通气。气管插管非计划拔管 (unplanned endotracheal extubation, UEE) 是指患者尚未达到拔除气管插管指针, 未经医务人员同意, 患者将气管插管拔除, 也包括因护理操作不当导致的气管插管滑脱。气管插管非计划性拔管可引起窒息、心律失常等多种严重并发症。气管插管的管道安全对于患者生命安全尤为重要。在 2019 年患者十大安全目标中, 也明确提出提升管路安全。如何降低气管插管意外拔管发生率一直是国内外研究的热点内容之一。据报道, 国外气管插管非计划性拔管发生率为 3%~16%^[1], 国内为 4.5%~22.1%^[2], 经口气管插管发生非计划性拔管的风险是经鼻气管插管的 2.13^[3] 倍。但一直未发布预防气管插管意外拔管的指南、共识, 不能直接运用于临床实践。鉴于此, 2018 年由天津市护理质控中心成立撰写组, 组织该领域专家编写了《预防成人经口气管插管非计划性拔管护理专家共识》^[4] (以下简称《共识》)。该共识包括对 UEE 风险进行评估; 有效镇痛镇静; 医护合作, 预防延迟拔管; 定时评估, 及早解除约束; 关注固定效果, 防止气管插管移位; 提升患者舒适度六个方面提出意见。我科室自 2019 年将该共识运用到临床工作, 取得良好效果, 现汇报如下。

1、研究对象

选取本院 EICU 2018 年 7 月—2019 年 6 月收治的 143 例经口气管插管患者为研究对象。纳入标准: 家属知情同意, 且签署知情同意书; 图 1 气管插管非计划性拔管风险评估流程图

经口气管插管时间 24h 以上; 患者为初次插管。排除标准: 妊娠期或哺乳期妇女; 合并认知功能障碍及有精神障碍个人史及家族史患者; 听力或视力障碍; 智力障碍。其中 2018 年 7 月-2018 年 12 月的 62 例次患者设为对照组, 采用传统方法进行经口气管插管的护理。对照组男 34 例, 女 28 例, 年龄 22~79 岁, 平均 (43.3 ± 13.5) 岁, 疾病类型: 呼吸衰竭 16 例, 慢性阻塞性肺病 15 例, 脑出血 10 例, 颅脑外伤 6 例, 胸腹部手术 7 例, 心血管疾病 8 例。2019 年 1 月-2019 年 6 月的 81 例次患者作为观察组, 观察组男 45 例, 女 36 例, 年龄 20~75 岁, 平均 (43.1 ± 12.7) 岁。疾病类型: 呼吸衰竭 20 例, 慢性阻塞性肺病 16 例, 脑出血 14 例, 颅脑外伤 9 例, 胸腹部手术 10 例, 心血管疾病 12 例。根据 2018 年 2 月发布的《预防成人经口气管插管非计划性拔管护理专家共识》采取护理措施, 进行经口气管插管的护理。2 组患者性别、年龄及病情程度比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

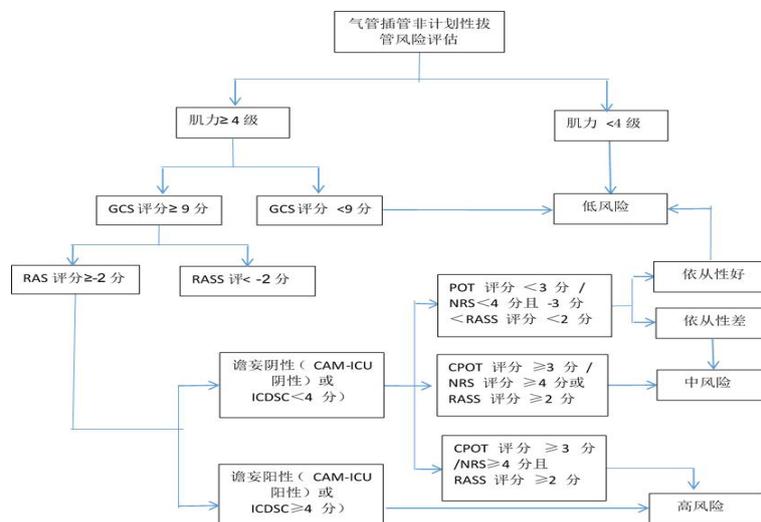
2 研究方法

2.1 对照组 对照组采用传统方法进行护理干预, 根据经验对患者意外拔管风险进行评估, 对患者进行监督, 发现导管异常时及时处理。

2.2 观察组

2.2.1 参考《共识》 推荐建议, 结合 ICU 与急诊科临床专家意见与建议, 在专家指导下建立预防气管插管非计划性拔管的方案, 包括以下内容:

2.2.1.1 建立风险评估流程图, 见图 1^[4]。



注：RASS 为躁动 - 镇静评估表，CAM - ICU 为 ICU 意识模糊评估法，ICDSC 为重症监护谵妄筛查量表评分，CPOT 重症监护疼痛观察工具，NRS 为疼痛数字评分 2.2.1.2 评估 UEE 风险 每班评估通过 GCS 评分法，RASS 评分法，CPOT/NRS 评分法，肌力评分法，对患者的意识，烦躁程度，疼痛程度和肌力情况综合判断 UEE 风险等级，对于 UEE 高风险患者重点交班。

2.2.1.3 合理镇痛、镇静 患者因疾病本身或者插管导致的疼痛引起的烦躁是 UEE 的重要原因之一，所以预防患者烦躁尤为重要。现采取以苯二氮卓类，丙泊酚镇静以及咪达唑仑与芬太尼联合用药为主，实施目标化镇痛^[5]。使用 RASS 评分和 CPOT/NRS 评分每隔两小时评估效果，维持患者浅镇静，对于部分因病情需要深镇静的患者遵医嘱实行每日唤醒，护士及时汇报镇静，镇痛情况，医护协作，及时调整镇痛镇静方案^[6]，同时观察有无并发症发生。每班护士对于患者进行谵妄评估。此外护理人员尽可能让病人分清昼夜及时间，主动告知患者时间，减轻患者焦虑，护理操作尽量集中在白天，操作时动作轻柔。

2.2.1.4 尽早拔管 每日注意观察患者呼吸，气道自我保护能力的恢复情况，对于自主呼吸较强，气道恢复情况较好的患者，护士及时向医生汇报，医护协作，对患者进行拔管前的呼吸锻炼和试脱机，尽早予以拔管。

2.2.1.5 适当约束 每班对于患者镇静镇痛情况进行评估，评估患者约束的必要性。对使用镇静镇痛药物的情况下依然存在 UEE 风险的患者实施适当的约束。约束前向患者及家属做好解释工作，告知约束的原因，取得理解，签署约束知情同意书。约束时保证患者双手距离导管至少 20cm^[7]，同时保证患者肢体一定的活动度，松紧以一指为宜，每 2h 观察患者肢体血运情况。对于神志清楚并且能够配合治疗的气管插管患者，加强宣教，在确保患者安全的前提下可解除约束。

2.2.1.6 防止插管移位 每班护士交接班时检查气管插管深度，患者出现躁动及时复查插管深度，移位>1cm，及时汇报医生，确认导管在位后重新固定^[8]。可采用气管插管固定器，确保螺母旋紧；或者采用 3M 胶布加棉质系带进行固定，注意观察患者面部有无血迹，油渍，汗渍等，避免因胶布黏贴不紧密导致导管滑脱，棉质系带松紧度以 1-2 指为宜。口腔护理时，对于烦躁患者需两人协作，一人固定导管，一人进行口腔护理，拿下一侧牙垫前需在对侧放入新的牙垫，防止患者咬管，口腔护理结束后重新对置管深度进行确认。对于牙齿完全缺如且咬合不佳或无明显咬管行为患者可不放置牙垫，以增加患者舒适度^[9]。每 4 小时使用气囊压力表检测气囊压力，气管插管气囊压力应维持在 25-30cmH₂O。

2.2.1.7 提升患者舒适度，重视心理护理 气管插管患者无法用语言表达心里想法，尤其是在护士误解患者的意愿后更出现烦躁和愤怒^[10]，所以护士要向患者耐心解释。可适当运用生活需求指示牌，或者让具有书写能力的患者写下需求。保持病房安静，控制温湿度，调节仪器报警音为合适大小，对于报警及时处理。夜间调暗灯光，给患者营造舒适的睡眠环境。使用鼓励性语言，增加患者战胜疾病的信心，避免在患者面前谈论患者的账务问题。还可采用音乐或者阅读的方式改善患者情绪，转移患者对于病痛的注意力。在病情允许的情况下，协助患者行早期康复锻炼，如肢体被动运动，等速肌力训练等。

2.2.1.8 操作轻柔，加强巡视 护士在口腔护理、吸痰、翻身等过程中妥善固定导管，操作时确保呼吸管路有一定活动度，防止牵拉导管。护士主动巡视，夜间由于迷走神经兴奋会导致肺泡通气不足，中枢神经敏感性较低，增加患者非计划拔管的可能性^[11]，所以晚夜间巡视更需要提高警惕。

2.2.2 人员培训 组织 EICU 护理人员进行气管插管非计划性拔管风险评估流程以及 GCS 评分，CPOT/NRS 评分，RASS 各种评分法进行学习，学习约束相关知识，对最新文献中所涉及到的气管插管常见危险因素和

预防气管插管非计划性拔管措施新进展进行培训。

2.2.3 资料收集 以各种评估量表为基础，每例经口气管插管病人须进行肌力、意识、疼痛、躁动、谵妄等相关病情的评估，并且进行记录，存在缺项的记录则剔除。

2.3 效果评价 记录自行拔出、或因医护人员操作不当、意外脱落发生的例数，将 2 组的非计划拔管率进行比较。

2.4 统计学方法 采用应用 SPSS 16.0 统计学软件对数据进行分析，计数资料以百分比表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3、结果

观察组患者的非计划性拔管发生率为 2.47%，明显低于对照组的 11.3%，差异存在统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组 UEE 发生率比较

组别	气管插管例数	非计划拔管例数	非计划拔管发生率 (%)
观察组	81	2	2.47
对照组	62	7	11.3
<i>P</i>			0.04

4、讨论

本研究结果显示专家共识推荐策略可以降低 EICU 患者经口气管插管非计划拔管率，保障患者的安全。观察组根据共识推荐的策略，制定 UEE 风险评估流程，明确了 UEE 高风险对象，同时重视医护协作，能够更加有效的对患者的治疗方案进行及时合理的调整，促进患者疾病转归。该共识有利于护士在护理经口气管插管患者时掌握护理重点，有方向的开展护理工作，提高护士在护理工作中发现问题解决问题的能力。每位插管患者护理结束后，进行总结评价，可以提高经口气管插管患者的护理质量并且有助于继续完善相关护理措施为患者治疗决策提供依据。由于观察组中仍出现了两例 UEE，经原因分析后发现除患者因素还和医护人员操作不当有关，所以从本方法实施过程中发现因医护操作不当导致的非计划拔管的预防策略需要进一步完善。

参考文献：

[1] Chao CM, Sung MI, Cheng KC, et al. Prognostic factors and out-comes of unplanned extubation [J] .Scientific Reports, 2017, 7(1):8636-8867

[2] 陈煌, 陈小叶, 谢红珍. 近 10 年我国非计划性拔管研究的文献计量学分析 [J]. 护理研究, 2017, 31 (25): 3106-3110.

[3] 葛向煜, 徐建鸣, 朱晓玲, 等. 气管插管非计划拔管危险因素的系统评价 [J]. 护理学杂志, 2014, 29 (1): 80-84.

[4] 王莹, 夏欣华, 王欣然, 等. 预防成人经口气管插管非计划性拔管护理专家共识 [J]. 中华护理学杂志, 2019, 54 (6) :822-828.

[5] 冯芸. ICU 经口气管插管患者非计划性拔管的护理对策 [J]. 临床监护, 2017, 17 (17) :223-224.

[6] 顾勒, 刘宁, 葛敏, 等. 脑电双频指数监测在重症加强治疗病房机械通气患者镇静中的应用 [J]. 中国危重病急救医学, 2007, 19 (2) :101-103.

[7] 方力争, 周畔, 方强, 等. 气管内插管非计划拔管的护理因素和预后分析 [J]. 护士进修杂志, 2003, 18 (5) :404-406.

[8] Higgs A, McGrath BA, Goddard C, et al. Guidelines for the man-agement of tracheal intubation in critically ill adults [J]. Br J Anaesth, 2018, 120 (2) : 323-352.

[9] Chang LY, Wang KW, Chao YF. Influence of physical restraint on unplanned extubation of adult intensive care patients : a case-control study [J]. Am J Crit Care, 2008, 17(5):408-416.

[10] 李静. ICU 气管插管患者插管期间心理问题分析及护理干预 [J]. 当代护士: 专科版旬刊, 2010, 6 (6) :156-157.

[11] 郑颖. 循证护理在减少 ICU 患者人工气道意外拔管中的应用效果 [J]. 中西医结合护理, 2015, 1(1): 99-101+104.

腔内心电图定位技术在早产低出生体重儿脐静脉置管中的应用

田红

(遵义医科大学附属医院 新生儿科 563000)

摘要:目的:探究通过开展腔内心电图定位技术对早产低出生体重儿脐静脉置管中的应用。方法:时间范围为2021年1月~2021年10月,选取我院需要开展脐静脉置管的早产低出生体重儿作为主要研究对象,共64例,随机分为两组,分别为实验组和对照组,各32例。其中对照组根据早产儿出生体重计算脐静脉导管置入深度,而实验组在对照组的基础上采取腔内心电图定位技术确定深度,两组最终均采用X线检查确定导管位置,主要探讨两组首次置管成功率、异位率(过深、过浅、打折)、置管时间情况。结果:研究结果发现,与对照组相比,实验组患者首次置管成功率显著提高,具有统计学差异($P < 0.05$);并且实验组的置管时间、异位率显著低于对照组,具有统计学差异($P < 0.05$)。结论:对于早产低出生体重儿的脐静脉置管中,实施腔内心电图定位技术能显著提高首次置管成功率,减少异位率,缩短置管时间。

关键词:腔内心电图定位技术;早产低出生体重儿;脐静脉置管;应用

Application of intracavitary electrocardiogram localization technique in umbilical vein catheterization of premature and low birth weight infants

Abstract: Objective: To explore the application of intracavitary electrocardiogram localization technology in umbilical vein catheterization of premature and low birth weight infants. Methods: From January 2021 to October 2021, 64 premature and low birth weight infants who need umbilical vein catheterization in our hospital were selected as the main research objects, and randomly divided into two groups, the experimental group and the control group, with 32 cases in each group. Among them, the control group calculated the depth of umbilical vein catheter placement according to the birth weight of premature infants, while the experimental group adopted intracavitary electrocardiogram positioning technology to determine the depth on the basis of the control group. Both groups finally adopted X-ray examination to determine the catheter position, and mainly discussed the success rate, ectopic rate (too deep, too shallow, discount) and catheter placement time of the two groups. Results: Compared with the control group, the success rate of the first catheterization in the experimental group was significantly higher, with statistical difference ($P < 0.05$). Moreover, the indwelling time and ectopic rate of the experimental group were significantly lower than those of the control group ($P < 0.05$). Conclusion: For umbilical vein catheterization of premature and low birth weight infants, the implementation of intracavitary electrocardiogram localization technology can significantly improve the success rate of the first catheterization, reduce the complication rate and shorten the catheterization time.

Keywords: Intracavitary ECG localization technique; Premature low birth weight infants; Umbilical vein catheterization; application

早产低出生体重儿静脉治疗途径之一是脐静脉置管。生后需要肠外营养支持的时候,可以借助脐静脉置管的方式进行静脉治疗,有研究表明下腔静脉同右心房交界处为是脐静脉置管较好的位置,可有效降低并发症发生率,改善早产低出生体重儿的病情^[1]。新生儿的体表测量较难,置管后利用X线对尖端进行定位,但是仍会出现精度较差的现象,随之腔内心电图技术逐渐进步,能通过心电图P波变化情况判断导管尖端位置分布,进而实现置管且能有效将导管尖端放置在最佳位置。本文主要对比了根据出生体重预估置管深度和联合腔内心电图定位技术判断置管深度的临床效果。

1、资料与方法

1.1 一般资料

随机选择我院2021年1月~2021年10月早产低出生体重儿64例临床观察对象,随机分为两组,每组32例。实验组男17例,女15例;胎龄28~35周,平均(30.0±4.5)周。对照组男16例,女16例;胎龄28~34周,平均(31.2±3.7)周;两组均生后2小时内予以脐静脉置管。通过对两组患者的年龄的一般资料,结果显示无显著差异,具有对比价值,无统计学意义($P > 0.05$),可作为研究对象。本实验已经获得医学伦理委员会的批准,新生儿家长知情并同意此研究。

1.2 方法

对照组根据早产儿出生体重计算脐静脉导管置入深度($1.5 \times$ 体重(kg)+5.5cm),主要采用X线检查定位。首先观测新生儿血管情况,判断并选择最佳的血管,之后开展穿刺操作,进而进行置管,最后通过X线判断分析导管尖端位置;

实验组主要根据早产儿出生体重计算脐静脉导管置入深度,采用腔内心电图技术确定深度,采用X线检查确定脐静脉位置。①专业培训:

医护人员进行专业培训,学习脐静脉置管专业知识和心电图知识的培训学习。开展健康教育,讲解实施过程及后期维护和注意事项,消除患者家属顾虑,谨遵医嘱。

②操作步骤:首先进行常规穿刺置管,成功送管在预测长度,取下右上方心电图监护仪的导联,与导丝连接,观察P波变化;然后将生理盐水10mL缓慢注入导管,观察规则机械波;③确定导管尖端位置,观察P波,若P波幅出现倒置,立即停止送管,慢慢回撤导管,见高大的正向P波的出现提示脐静脉导管的尖端在右心房水平,打印心电图纸。最后通过X线确定脐静脉位置。

1.3 观察指标

探讨两组首次置管成功率、异位率(过深、过浅、打折)、置管时间情况。

首次置管成功率:脐静脉置管后首次拍X线片显示导管末端位置在第9及第10胸椎水平,且导管路径无异常为下腔静脉置管成功。

下腔静脉置管成功率 = (下腔静脉置管成功例数/脐静脉置管总例数) × 100

异位率:因导管位置过深、过浅、打折需要调整导管位置的早产儿比例

1.4 统计学方法

以SPSS 22.0对数据进行统计分析,计数资料以n(%)表示,行卡方检验和秩和检验;计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,t检验。 $P < 0.05$ 有统计学差异。

2、结果

2.1 对比两组异位率及置管时间情况

通过对比两组患儿异位率及置管时间情况,研究结果发现实验组的

异位率显著低于对照组 ($P < 0.05$), 且置管时间显著缩短, 如表 1 所示。

表 1 两组患儿异位率及置管时间情况的比较 (n (%))

组别	正常位置	异位情况	异位率 (%)	置管时间
实验组 (n=32)	31	1	3.22	6.24±1.25
对照组 (n=32)	25	7	21.88	10.45±3.75
t/x ²			10.678	2.543
P			0.00	0.01

2.2 对比两组首次置管成功率

实验组的首次置管成功率显著高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组首次置管成功率 ($\bar{x} \pm s$), n (%)

组别	例数	首次置管成功例数	首次置管成功率
对照组	32	25	78.81
实验组	32	31	96.87
x ²	-		11.00
P	-		0.00

3、讨论

对于早产低出生体重儿的治疗过程中, 刺激性强、渗透压高的药物会造成新生儿血管损伤。而脐静脉置管可进行长效治疗, 减轻对新生儿的身体损伤, 药物刺激很低, 是一种安全高效的静脉营养支持, 特别是对严重疾病的早产儿, 有着显著的治疗效果^[2]。但脐静脉置管穿刺过程中, 因为新生儿较为多动, 配合度不高及他们的血管并未发育成熟, 特别柔软和细小, 导致穿刺难度大大增加, 而且新生儿正处于生长发育阶

段, 其身体长度很容易发生变化, 使得腔静脉处的导管异位, 如果情况严重, 则会导致心率异常, 显著提高并发症发生风险, 严重影响病情^[3]。因此, 严格评估导管位置是脐静脉置管过程中极其重要的环节。临床上操作人员常按照预估的长度置管后, 再拍 X 线片来确定导管末端的位置, 虽有一定的效果, 但很难以满足临床要求, 且该技术需要严重依靠工作人员的熟练操作, 如果发生导管移位, 难以调整异位导管, 且治疗花费大, 很难被患儿家属接受^[4]。但是腔内心电图技术是一项最新的、高效的置管定位技术, 具有操作流程简单的特点, 能够显著提高一次到达最佳位置的概率。如果出现异位情况, 还可以及时调整, 显著降低并发症发生率, 是一种高效合适的定位方法^[5]。研究表明, 通过对比两组患儿异位率及置管时间情况, 研究结果发现实验组的异位率显著低于对照组 ($P < 0.05$), 且置管时间显著缩短。实验组的首次置管成功率显著高于对照组。综上所述通过腔内心电图技术对早产低出生体重儿脐静脉置管时, 其定位效果确切, 显著降低异位率及缩短置管时间情况, 显著提高首次置管成功率, 可作为临床推广。

参考文献:

[1] 陈丽莲, 杨传忠, 熊小云, 等. 腔内心电图定位技术在新生儿脐静脉置管中的应用效果[J]. 广西医学, 2021, 43 (9): 1161-1163, 3.
 [2] 汪雨平, 鲁琦, 张海玲, 等. 生理盐水导引腔内心电图技术在新生儿脐静脉置管定位中的应用[J]. 护理学杂志, 2021, 36(11): 1-3.
 [3] 夏晓芹, 招建华, 张家杰, 等. 早产极低出生体重儿经脐静脉中心静脉置管及中心静脉压的研究[J]. 心电图杂志 (电子版), 2018, 7 (2): 151-153.
 [4] 吴伟伟. 腔内心电图技术在新生儿 PICC 置管尖端定位中的应用效果[J]. 中国社区医师, 2021, 37(1): 42-43.
 [5] 黄婷婷, 王艳, 张妙萍, 等. 腔内心电图技术在新生儿 PICC 置管尖端定位中的应用及效果观察[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(5): 197-198.

(上接第40页)

在非小细胞肺癌治疗中, TP 方案是一种效果较好的治疗方式, 其在抗肿瘤的同时会伤害患者机体正常细胞, 进而对其正常免疫功能形成抑制, 引发各种不良反应^[4]。在该病治疗期间, 需要重视患者抗肿瘤能力的提升, 可使用免疫调节剂来实现。因此, 在非小细胞肺癌治疗中, 必须优化治疗方案, 延长患者生存时间, 减少化疗带来的不良反应, 保证整体疗效。在非小细胞肺癌的治疗中, 采用扶正固本的中草药辅助放化疗治疗引起了临床广泛重视, 不仅能提升远期效果, 而且不良反应少。艾迪注射液为双相广谱抗肿瘤药物, 其主要从人参、斑蝥、黄芪、刺五加中提取出来, 其中人参皂苷有利于 T 淋巴细胞、B 淋巴细胞功能的提升, 进而产生干扰素、IL, 并且有利于 NK、LAK 细胞活性的增强。斑蝥能发挥较好的抗癌作用, 并且其特点为不产生骨髓抑制^[5]。黄芪多糖有利于 NK 细胞、T 淋巴细胞等的抗癌活性进一步提升。有研究表明, 艾迪注射液有利于机体能量代谢的改变, 进而对肿瘤血管新生起到抑制作用, 以此使癌细胞 DNA 的复制及修复减少, 有利于肿瘤细胞凋亡, 进而起到较好的抗肿瘤作用。因此, 在非小细胞肺癌治疗中, 可将以上治疗方式联合应用, 不仅能更好的改善患者病情, 而且安全性得到了保证。

所以, 艾迪注射液联合 TP 方案用于非小细胞肺癌患者治疗中, 有利于减轻患者临床症状, 提高治疗安全性, 具有推广价值。

参考文献:

[1] 袁丰, 陈翊, 刘鲁炯. 艾迪注射液和吉非替尼治疗老年非小细胞肺癌的疗效观察及对肿瘤标志物的影响[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2020, 27(6): 652-655.
 [2] 曹建中, 丁亚亨, 马剑波, 等. CAP 方案联合艾迪注射液治疗晚期非小细胞肺癌的临床研究[J]. 现代生物医学进展, 2020, 20(19): 3736-3739.
 [3] 蒙冲, 陈永倬, 谢甜. 艾迪注射液联合 PP 方案治疗 IV 期非小细胞肺癌的临床研究[J]. 国际呼吸杂志, 2021, 41 (20): 1551-1556.
 [4] 马静, 宋丽, 陈楠. 艾迪注射液联合培美曲塞, 卡铂治疗非小细胞肺癌的疗效观察[J]. 癌症进展, 2020, 18(18): 1892-1895.
 [5] 马艳华, 王文尖. 艾迪注射液联合 GC 方案治疗中晚期非小细胞肺癌疗效及安全性研究[J]. 广州中医药大学学报, 2020, 37(11): 2098-2102.