慢性肾脏病患者妊娠的结局及影响因素研究分析

姜　文　许汴菊[通讯作者]

（陕西省榆林市第一医院　719000）

摘要：目的：观察慢性肾脏病患者在妊娠后胎儿和母亲的结局，同时对产生影响的因素进行分析研究。方法：选取我院于 2019 年 7 月至 2020 年 7 月 80 例慢性肾脏病患者，将其分为肾脏功能正常组和肾脏功能异常组，每组均为 40 例，同时选取同期的非慢性肾脏病妊娠女性 80 例作为对照组，将肾脏功能正常组与肾脏功能异常组与对照组进行对比，分析妊娠后胎儿和母亲的结局及产生影响的因素。结果：慢性肾脏病患者妊娠前与产后血清肌酐对比存在一定的差异，差异具有统计学意义（P＜0.05）；慢性肾脏病患者妊娠前后的 eGFR 对比存在一定的差异，具有统计学意义（P＜0.05）；慢性肾脏病患者妊娠前后的尿蛋白定量对比存在一定的的差异，具有统计学意义（P＜0.05）。结论：慢性肾脏病患者妊娠胎儿和母亲出现不良结局的风险较高，肾脏功能的发展，不良结局的发生率增加。

关键词：慢性肾脏病；妊娠；影响因素

慢性肾脏病(CKD)是严重危害人类健康和生命的常见病，近年来 CKD 的发病率、患病率明显上升，其患病率和死亡率高。临床上慢性肾脏病指多种原因引起的肾脏结构和肾功能障碍，病程超过 3 个月。患者的具体表现包括血肌酐、尿素、尿酸的升高，伴随尿蛋白和血尿，B 超显示双肾体积缩小、结构异常[1]。目前大多数慢性肾脏病难以根治，临床上治疗的主要目标是延缓肾衰的进展，控制并发症。

1、资料与方法

1.1　一般资料

选取我院于 2019 年 7 月至 2020 年 7 月 80 例慢性肾脏病患者，将其分为肾脏功能正常组和肾脏功能异常组，每组均为 40 例，同时选取同期的非慢性肾脏病妊娠女性 80 例作为对照组。纳入标准：1.患者妊娠前确诊为慢性肾脏病；2.患者妊娠 20 周内发现肾脏损伤；3.肾脏损伤为得到痊愈。排除标准：1.无慢性肾脏病患者在妊娠后发现肾脏损伤；2.患者具有严重的心脏病或者精神病；3.具不配合研究的患者。

1.2　方法

慢性肾脏病诊断标准：肾脏结构亦或者肾功能异常≥3 个月，伴或不伴肾小球滤过率(GFR)的下降，可表现为下面任何一条：①肾脏病理学的异常；②肾功能损伤的异常化验，包括血和尿化验的异常或影像学检查的异常[2]。

1.3　妊娠结局

孕妇的肾脏结局，妊娠的不良并发症以及胎儿结局。

1.4　统计学方法

应用 SPSS20.0 软件分析，计量数据采用均数±标准差（$\bar{x}$ ±S）表示，计数资料采用百分比表示，如果两组 P<0.05，差异具有统计学意义。等级资料采用秩和检验。计数数据采用 X2 检验，如果两组 P<0.05，差异具有统计学意义。

2、结果

2.1　妊娠不良并发症比较

慢性肾脏病患者妊娠前与产后血清肌酐对比存在一定的差异，差异具有统计学意义（P＜0.05）；慢性肾脏病患者妊娠前后的 eGFR 对比存在一定的差异，具有统计学意义（P＜0.05）；慢性肾脏病患者妊娠前后的尿蛋白定量对比存在一定的的差异，具有统计学意义（P＜0.05）。详见表 1。

表 1　妊娠对慢性肾脏病患者肾功能及尿蛋白的影响

	慢性肾脏病	妊娠前	产后	P
血清肌酐（umol/L）	慢性肾脏病 1 期（n=20）	53.92（37.13-77.79）	54.81（37.17-152.93）	0.289
	慢性肾脏病 2-3 期（n=20）	100.78（79.56-156.47）	128.18（69.84-196.58）	0.006
eGFR{ml/（min.1.73㎡）}	慢性肾脏病 1 期（n=20）	121.23（90.31-142.65）	120.79（39.06-247.85）	0.147
	慢性肾脏病 2-3 期（n=20）	67.09（39.36-87.91）	49.04（28.62-73.60）	0.024
尿蛋白定量（g/24h）	慢性肾脏病 1 期（n=20）	0.35（0.10-5.03）	0.51（0.10-5.54）	0.000
	慢性肾脏病 2-3 期（n=20）	1.10（0.19-11.84）	2.11（0.30-13.79）	0.009

3、讨论

慢性肾脏病这个概念的提出促使我们更重视肾脏病的防和治，慢性肾脏病指的是肾损害，肾损害持续大于或等于三个月以上，就可以诊断为慢性肾脏病。肾损害可以从下面几点来判断：1、血液的提示。血液中与肾脏有关系的一些指标有问题，比如说尿素氮、肌酐，或者是尿里出现蛋白、有血尿、有管型。2、影像学检查，比如说做超声，发现肾脏有问题，3、肾小球滤过率减低，小于等于 60 毫升每分钟[3]。

综上所述，慢性肾脏病患者妊娠期更容易导致母亲和胎儿的不良结局，应当及时改善。

参考文献：

[1]隋毅. 慢性肾脏病患者的妊娠结局及影响因素分析[D].中国医科大学,2020.

[2]刘韦楠. 101 例慢性肾脏病患者妊娠结局及影响因素[D].蚌埠医学院,2019.

[3]赵郁虹,吉凯强,臧彬,李德天.ICU 妊娠重症患者预后中慢性肾脏病的发病情况及相关影响因素分析[J].中国全科医学,2013,16(38):3798-3801.

某院2013年-2022年耐万古霉素肠球菌属细菌的临床分布及耐药性

曹　阳[1]　赵建平[2*]

（1. 内蒙古医科大学内蒙古临床医学院　呼和浩特　010010；
2. 内蒙古自治区人民医院检验科　呼和浩特　010010）

摘要：目的 探讨近 10 年耐万古霉素肠球菌属细菌的临床分布特点及耐药情况，为临床抗感染工作提供有力的参考依据。方法 回顾性分析本院 2013 年-2022 年临床分离的耐万古霉素肠球菌资料，运用统计学方法分析并总结其构成比及耐药性。结果 共检出 VRE 93 株，其中屎肠球菌 66 株（占 70.97%），粪肠球菌 23 株（占 24.73%），其它 4 株（占 4.30%）；标本来源为尿液 65 株（占 69.89%），分泌物 7 株（占 7.53%），其它 21 株（占 22.58%）。科室分布为干部保健病房 26 株（占 27.96%）、普外科 14 株（占 15.05%）、肾内科 11 株（占 11.83%）、其它 42 株（占 45.16%）。结论 肠球菌主要来源于尿液标本，干部保健病房，对万古霉素耐药的对肠球菌对其他常用抗生素的耐药情况严重。故医院应加强抗菌药物管理、细菌耐药监测等措施，有效控制耐万古霉素肠球菌的出现。

随着抗生素的广泛使用，肠球菌对抗生素的敏感性下降，给治疗带来了极大的困难。耐万古霉素肠球菌（VRE）的出现更是加剧了治疗的困难。万古霉素自 20 世纪 50 年代开始使用，是治疗耐多药肠球菌(MDR)的最后一道防线[1]，对万古霉素的耐药性于 20 世纪 80 年代在英国和法国首次被报道，现在已经迅速蔓延[2]。在亚洲，VRE 于 1994 年在新加坡首次被报道[3]。由于对多种抗生素耐药导致治疗的选择极为有限，VRE 已被视为一个全球性的公共卫生问题[4]。

本文回顾性分析了 2013 年 1 月—2022 年 12 月内蒙古自治区人民医院患者临床分离的 VRE 实验室资料及相关的临床信息，对其检出情况以及耐药性进行分析，为临床合理使用抗感染药物提供有力依据。

1 资料与方法

1.1 菌株来源

收集 2013 年 1 月—2022 年 12 月内蒙古自治区人民医院各类临床标本中检出的所有 VRE 菌株，在 1 周内从同一患者相同标本中，多次分离出同一种菌仅统计 1 次。

1.2 方法

细菌的分离培养按《全国临床检验操作规程》（第四版）[5]进行；细菌鉴定和药敏试验(MIC法)采用法国Bio-Merieux VITEK 2 Compact全自动细菌培养鉴定仪；抗菌药物敏感性参照临床和实验室标准协会(CLSI)规定的折点[6]。对万古霉素耐药的肠球菌 MIC>=32μg/ml；对高浓度庆大霉素耐药的肠球菌 MIC>=513μg/ml；对高浓度链霉素耐药的肠球菌 MIC>=1025μg/ml。

1.3 统计分析

采用 Whonet 5.6 软件和 SPSS 26.0，计数资料以例数或百分率（%）表示；分析采用 χ^2 检验，$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2013 年 1 月至 2022 年 12 月共检出 VRE 93 株，检出率变化趋势见图 1；菌型分布见表 1；标本来源见表 2；科室分布见表 3。

图1　VRE 2013年-2022年检出率变化

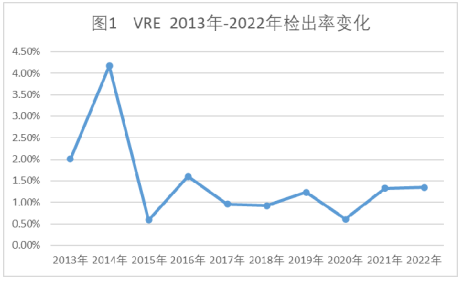

表 1　VRE 的菌型分布

菌株名称	2013 年		2014 年		2015 年		2016 年		2017 年		合计	
	检出株数/n	构成比/%	检出株数/n	构成比/%	检出株数/n	构成比/%	检出株数/n	构成比/%	检出株数/n	构成比/%	检出株数/n	构成比/%
屎肠球菌	1	20.00	10	90.91	2	100	4	50.00	6	100	23	71.88
粪肠球菌	4	80.00	1	9.09	0	0	2	25.00	0	0	7	21.88
鸟肠球菌	0	0	0	0	0	0	1	12.50	0	0	1	3.13
鹑鸡肠球菌	0	0	0	0	0	0	1	12.50	0	0	1	3.13

续表 1

菌株名称	2018 年		2019 年		2020 年		2021 年		2022 年		合计	
	检出株数/n	构成比/%	检出株数/n	构成比/%	检出株数/n	构成比/%	检出株数/n	构成比/%	检出株数/n	构成比/%	检出株数/n	构成比/%
屎肠球菌	5	83.33	7	77.78	3	60.00	14	70.00	14	66.67	43	70.49
粪肠球菌	1	16.67	2	22.22	2	40.00	5	25.00	6	28.57	16	26.23
鸟肠球菌	0	0	0	0	0	0	1	5.00	1	4.76	2	3.28
鹑鸡肠球菌	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

表 2　VRE 的标本来源

菌株名称	2013 年		2014 年		2015 年		2016 年		2017 年		合计	
	检出株数/n	构成比/%	检出株数/n	构成比/%	检出株数/n	构成比/%	检出株数/n	构成比/%	检出株数/n	构成比/%	检出株数/n	构成比/%
尿	2	40.00	10	90.91	2	100	4	50.00	3	50.00	21	65.63
分泌物	0	0	1	9.09	0	0	2	25.00	0	0	3	9.38
腹水	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
脓	0	0	0	0	0	0	1	12.50	1	16.67	2	6.25
胆汁	2	40.00	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6.25

女性生殖器	0	0	0	0	0	0	0	0	1	16.67	1	3.13
痰	0	0	0	0	0	0	1	12.50	0	0	1	3.13
吸气	1	20.00	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.13
血液	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
胸膜液、胸水	0	0	0	0	0	0	0	0	1	16.67	1	3.13

续表 2

菌株名称	2018 年		2019 年		2020 年		2021 年		2022 年		合计	
	检出株数/n	构成比/%	检出株数/n	构成比/%	检出株数/n	构成比/%	检出株数/n	构成比/%	检出株数/n	构成比/%	检出株数/n	构成比/%
尿	3	50.00	7	77.78	2	40.00	13	65.00	19	90.48	44	72.13
分泌物	0	0	1	11.11	0	0	3	15.00	0	0	4	6.56
腹水	1	16.67	0	0	2	40.00	1	5.00	1	4.76	5	8.20
脓	1	16.67	0	0	0	0	2	10.00	0	0	3	4.92
胆汁	0	0	0	0	1	20.00	0	0	1	4.76	2	3.28
女性生殖器	0	0	1	11.11	0	0	0	0	0	0	1	1.64
痰	1	16.67	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.64
吸气	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
血液	0	0	0	0	0	0	1	5.00	0	0	1	1.64
胸膜液、胸水	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

表 3　VRE 的科室分布

科室分布	2013 年		2014 年		2015 年		2016 年		2017 年		合计	
	检出株数/n	构成比/%	检出株数/n	构成比/%	检出株数/n	构成比/%	检出株数/n	构成比/%	检出株数/n	构成比/%	检出株数/n	构成比/%
干部保健病房科	0	0	5	45.45	0	0	1	12.50	0	0	6	18.75
普外科	2	40.00	1	9.09	0	0	1	12.50	0	0	4	12.50
肾内科	0	0		0	0	0	1	12.50	0	0	1	3.13
ICU	0	0	1	9.09	0	0	1	12.50	0	0	2	6.25
泌尿外科	0	0	1	9.09	1	50	0	0	0	0	2	6.25
产科	0	0	0	0	0	0	1	12.50	1	16.67	2	6.25
神经内科	0	0	0	0	0	0	0	0	3	50.00	3	9.38
消化内科	1	20.00	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.13
放疗科	0	0	0	0	0	0	1	12.50	0	0	1	3.13
肿瘤内科	0	0	0	0	0	0	0	0	1	16.67	1	3.13
中医、口腔	0	0	0	0	0	0	1	12.50	1	16.67	2	6.25
呼吸内科	0	0	2	18.18	0	0	0	0	0	0	2	6.25
内分泌	0	0	0	0	1	50	1	12.50	0	0	2	6.25
血液科	0	0	1	9.09	0	0	0	0	0	0	1	3.13
儿科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
妇科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
骨科	1	20.00	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.13
急诊	1	20.00	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.13
心内科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

续表 3

科室分布	2018 年		2019 年		2020 年		2021 年		2022 年		合计	
	检出株数/n	构成比/%	检出株数/n	构成比/%	检出株数/n	构成比/%	检出株数/n	构成比/%	检出株数/n	构成比/%	检出株数/n	构成比/%
干部保健病房科	3	50.00	2	22.22	2	40.00	9	45.00	4	19.05	20	32.79
普外科	0	0	0	0	2	40.00	6	30.00	2	9.52	10	16.39
肾内科	0	0	0	0		0	2	10.00	8	38.10	10	16.39
ICU	0	0	1	11.11	1	20.00	1	5.00		0	3	4.92
泌尿外科	1	16.67	1	11.11	0	0	0	0	1	4.76	3	4.92
产科	0	0	1	11.11	0	0	1	5.00		0	2	3.28
神经内科	0	0	0	0	0	0	1	5.00		0	1	1.64
消化内科	0	0	1	11.11	0	0	0	0	2	9.52	3	4.92
放疗科	0	0	0	0	0	0	0	0	2	9.52	2	3.28
肿瘤内科	0	0	2	22.22	0	0	0	0	0	0	2	3.28
中医、口腔	1	16.67	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.64
呼吸内科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
内分泌	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
血液科	0	0	1	11.11	0	0	0	0	0	0	1	1.64
儿科	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4.76	1	1.64

妇科	1	16.67	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.64
骨科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
急诊	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
心内科	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4.76	1	1.64

耐万古霉素的屎肠球菌的耐药情况见表 4，对青霉素 G、红霉素的耐药率大于 80%。除利奈唑胺、奎奴普丁/达福普、高浓度链霉素外，其余药物耐药率变化较小，差异无统计学意义（P>0.05）；耐万古霉素的粪肠球菌的耐药情况见表 5，除环丙沙星、左旋氧氟沙星、利奈唑胺外，其余抗菌药物耐药率变化均无统计学意义（P>0.05）。值得注意的是，2014 年、2015 年、2016 年均检出了对利奈唑胺耐药的耐万古霉素的屎肠球菌，并且 2015 年的耐药率为 100%；2013 年、2014 年和 2016 检出了对利奈唑胺耐药的耐万古霉素的粪肠球菌，且 2014 年和 2016 年耐药率 100%。

表 4　耐万古霉素的屎肠球菌的耐药性分析

抗生素	2013(n=1)			2014(n=10)			2015(n=2)			2016(n=4)			2017(n=6)		
	受检株数/n	耐药株数/n	耐药率/%	受检株数/n	耐药株数/n	耐药率/%	受检株数/n	耐药株数/n	耐药率/%	受检株数/n	耐药株数/n	耐药率/%	受检株数/n	耐药株数/n	耐药率/%
青霉素 G	1	1	100	10	9	90	2	2	100	4	4	100	6	6	100
氨苄西林	1	1	100	10	9	90	2	2	100	4	4	100	6	5	83.33
环丙沙星	1	1	100	10	9	90	2	2	100	4	4	100	6	4	66.67
左旋氧氟沙星	1	1	100	10	9	90	2	2	100	4	4	100	6	4	66.67
莫西沙星	—	—	—	10	9	90	2	2	100	4	4	100	6	5	83.33
克林霉素	—	—	—	10	9	90	2	2	100	4	4	100	3	3	100
红霉素	1	1	100	10	9	90	2	2	100	4	4	100	6	6	100
呋喃妥因	1	0	0	10	9	90	2	1	50	4	1	25.00	6	2	33.33
利奈唑胺	1	0	0	10	3	30	2	2	100	4	2	50	2	0	0
奎奴普丁/达福普汀	1	0	0	10	2	20	2	2	100	4	2	50	6	3	50
四环素	1	1	100	10	8	80	2	1	50	4	1	25.00	6	3	50
高浓度庆大霉素	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
高浓度链霉素	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

续表 4

抗生素	2018(n=5)			2019(n=7)			2020(n=3)			2021(n=14)			2022(n=14)		
	受检株数/n	耐药株数/n	耐药率/%	受检株数/n	耐药株数/n	耐药率/%	受检株数/n	耐药株数/n	耐药率/%	受检株数/n	耐药株数/n	耐药率/%	受检株数/n	耐药株数/n	耐药率/%
青霉素 G	5	5	100	7	7	100	3	3	100	14	14	100	14	13	92.86
氨苄西林	5	4	80.00	7	6	85.71	3	3	100	14	14	100	14	13	92.86
环丙沙星	5	4	80.00	7	6	85.71	3	3	100	14	7	50.00	14	10	71.43
左旋氧氟沙星	5	4	80.00	7	6	85.71	3	3	100	14	7	50.00	14	10	71.43
莫西沙星	5	4	80.00	1	1	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—
克林霉素	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
红霉素	5	4	80.00	7	7	100	3	3	100	14	14	100	14	12	85.71
呋喃妥因	5	2	40.00	7	3	42.86	3	2	66.67	14	10	71.43	14	8	57.14
利奈唑胺	3	0	0	2	0	0	—	—	—	2	0	0	10	0	0
奎奴普丁/达福普汀	5	2	40.00	7	4	57.14	3	1	33.33	14	12	85.71	14	2	14.29
四环素	5	4	80.00	7	4	57.14	3	2	66.67	14	13	92.86	14	12	85.71
高浓度庆大霉素	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	4	28.57	14	5	35.71
高浓度链霉素	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	13	92.86	13	9	69.23

表 5　耐万古霉素的粪肠球菌的耐药性分析

抗生素	2013(n=4)			2014(n=1)			2016(n=2)			2018(n=1)			2019(n=2)		
	受检株数/n	耐药株数/n	耐药率/%	受检株数/n	耐药株数/n	耐药率/%	受检株数/n	耐药株数/n	耐药率/%	受检株数/n	耐药株数/n	耐药率/%	受检株数/n	耐药株数/n	耐药率/%
青霉素 G	4	1	25.00	1	0	0	2	0	0	1	0	0	2	0	0
氨苄西林	4	0	0	1	0	0	2	1	50.00	1	0	0	2	0	0
环丙沙星	4	0	0	1	0	0	2	2	100	1	1	100	2	1	50.00
左旋氧氟沙星	4	0	0	1	0	0	2	2	100	1	1	100	2	1	50.00
莫西沙星	2	0	0	1	0	0	2	2	100	1	1	100	1	0	0
克林霉素	2	2	100	1	1	100	2	2	100	—	—	—	—	—	—
红霉素	4	4	100	1	1	100	2	2	100	1	1	100	2	2	100

呋喃妥因	4	0	0	1	0	0	2	0	0	1	1	100	2	0	0
利奈唑胺	4	3	75.00	1	1	100	2	2	100	1	0	0	2	0	0
奎奴普丁/达福普汀	4	1	25.00	1	1	100	2	2	100	—	—	—	—	—	—
四环素	4	2	50.00	1	1	100	2	2	100	1	1	100	2	2	100
高浓度庆大霉素	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
高浓度链霉素	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

续表 5

抗生素	2020(n=2)			2021(n=5)			2022(n=6)		
	受检株数/n	耐药株数/n	耐药率/%	受检株数/n	耐药株数/n	耐药率/%	受检株数/n	耐药株数/n	耐药率/%
青霉素 G	2	1	50.00	5	1	20.00	6	4	66.67
氨苄西林	2	1	50.00	5	1	20.00	6	4	66.67
环丙沙星	2	2	100	5	5	100	6	4	66.67
左旋氧氟沙星	2	2	100	5	5	100	6	4	66.67
莫西沙星	—	—	—	—	—	—	—	—	—
克林霉素	—	—	—	—	—	—	—	—	—
红霉素	2	2	100	5	5	100	6	5	83.33
呋喃妥因	2	0	0	5	0	0	6	2	33.33
利奈唑胺	—	—	—	3	0	0	3	0	0
奎奴普丁/达福普汀	—	—	—	—	—	—	—	—	—
四环素	2	2	100	5	5	100	6	5	83.33
高浓度庆大霉素	—	—	—	5	4	80.00	5	4	80.00
高浓度链霉素	—	—	—	5	2	40.00	4	4	66.67

3 讨论

肠球菌属革兰阳性菌，广泛存在于环境以及人、动物消化道内，能够在高盐（6.5%NaCl）、碱性（pH 9.6）、40%胆汁培养基、10～45 ℃等环境下生长，对多种环境具有高度耐受性，有助于其在不同的宿主内定植并在环境中持久存在[7]。肠球菌是人类的正常菌群之一，同时也是一种条件致病菌[8]。在欧洲，报告的耐万古霉素屎肠球菌(VREM)比例越来越高，德国医院的 VREM 从 2014 年的 11.2%增加到 2017 年的 26.1%。在加拿大的医院中，VRE 的全国患病率增加了两倍，从 2007 年的 1.8%增至 2013 年的 6.0%，并在 2011 年达到 7.9%的峰值[9]。本研究中，除 2014 年 VRE 检出率达 4%外，其余均在 0.5%至 2%之间波动。检出的 VRE 主要来自干部保健病房，病房为全区领导干部提供医疗保健任务，这可能是由于干部保健病房的患者大多为老年人，并且常年卧床、基础疾病较多，机体免疫力较差，易于感染。甚至是合并感染，因此大量使用广谱类的抗生素，导致耐药菌检出较多。尿液标本中 VRE 检出率最高占 100%，这可能是因为肠球菌是泌尿道的定植菌，肠球菌的检出率本身就高，同时也提示我们给尿路感染患者的经验性抗生素治疗时，要综合评估患者情况决定是否覆盖肠球菌，避免过度使用抗生素导致耐药菌的出现。

肠球菌对多种抗生素天然耐药，还能够通过突变或获得遗传物质来获得耐药基因，并且可以通过偶联或其他方式将耐药基因传播[4]。本次调查共检出 93 株 VRE，除 2014 年外检出率均不超过 2%。耐万古霉素的粪肠球菌对青霉素 G、氨苄西林、莫西沙星、呋喃妥因的耐药率低于耐万古霉素的屎肠球菌（P<0.05），这与 Zhou 等人的相似[9]。而对高浓度庆大霉素则高于耐万古霉素的屎肠球菌（P<0.05），说明对耐万古霉素的不同菌型的肠球菌使用抗生素是不一样的，要结合药敏结果，对症下药。此外，耐万古霉素的屎肠球菌对环丙沙星（75.8% VS 89.9%）、左旋氧氟沙星（75.8% VS 88.0%）的耐药率低于不耐万古霉素的屎肠球菌（P<0.01），对利奈唑胺（19.4% VS 0.3%）、奎奴普丁/达福普汀（45.5% VS 1.7%）、四环素（74.2% VS 54.1%）、高浓度链霉素（81.5% VS 49.2%）高于不耐万古霉素的屎肠球菌（P<0.01）。耐万古霉素的粪肠球菌对氨苄西林（30.4% VS 2.4%）、红霉素（95.7% VS 71.8%）、呋喃妥因（13.0% VS 2.0%）、利奈唑胺（37.5% VS 1.3%）的耐药率高于不耐万古霉素的粪肠球菌（P<0.05）。结果表明，一旦肠球菌对万古霉素耐药，那么对其他药物的耐药率也会大大增加，提示临床要控制 VRE 的出现。

综上所述，耐万古霉素肠球菌的出现是值得关注的，临床应该参照药敏结果、结合临床症状合理用药，尽可能减少耐药菌的出现。同时，这也说明了细菌耐药监测的重要性。

参考文献：

[1]MELESE A, GENET C, ANDUALEM T. Prevalence of Vancomycin resistant enterococci (VRE) in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis [J]. BMC Infect Dis, 2020, 20(1): 124.

[2]O'DRISCOLL T, CRANK C W. Vancomycin-resistant enterococcal infections: epidemiology, clinical manifestations, and optimal management [J]. Infect Drug Resist, 2015, 8: 217-30.

[3]MOLTON J S, TAMBYAH P A, ANG B S, et al. The global spread of healthcare-associated multidrug-resistant bacteria: a perspective from Asia [J]. Clin Infect Dis, 2013, 56(9): 1310-8.

[4]SHRESTHA S, KHAREL S, HOMAGAIN S, et al. Prevalence of vancomycin-resistant enterococci in Asia-A systematic review and meta-analysis [J]. J Clin Pharm Ther, 2021, 46(5): 1226-37.

[5]尚红，王毓三，申子瑜. 全国临床检验操作规程 [M]. 全国临床检验操作规程，2015.

[6]HUMPHRIES R, BOBENCHIK A M, HINDLER J A, et al. Overview of Changes to the Clinical and Laboratory Standards Institute Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing, M100, 31st Edition [J]. J Clin Microbiol, 2021, 59(12): e0021321.

[7]丁丽，吴旸，李培，等. 肠球菌属生物膜表型和基因型相关性分析 [J]. 中国感染与化疗杂志，2020，20(02)：157-62.

[8]夏晴，吕梅，李庆蓉，等. 利奈唑胺耐药肠球菌感染危险因素及耐药机制分析 [J]. 中国感染与化疗杂志，2022，22(01)：23-9.

[9]ZHOU W, ZHOU H, SUN Y, et al. Characterization of clinical enterococci isolates, focusing on the vancomycin-resistant enterococci in a tertiary hospital in China: based on the data from 2013 to 2018 [J]. BMC Infect Dis, 2020, 20(1): 356.

改良骨间背动脉逆行岛状皮瓣在急诊手外伤手术中的应用

汤　斌　栾兆新　王志震　崔树廷　陈光鑫

（聊城市第二人民医院手足显微外科　山东聊城　252699）

摘要：目的：分析改良骨间背动脉逆行岛状皮瓣在急诊手外伤手术中的应用。方法：选取 2021 年 6 月-2021 年 9 月于我院收治的急诊手外伤 56 例，按照随机数字表法分为分为传统组 26 例，改良组 20 例。传统组采用原位缝合法，改良组采用改良骨间背动脉逆行岛状皮瓣法进行缝合。对比分析两组各项指标变化。结果：改良组术后皮瓣皮瓣肿胀不明显，均未发生静脉回流危象，20 例皮瓣一期愈合，无皮瓣坏死，术后 6-8 月随访皮瓣指端两点辨别觉 6-9mm，手 TAM 评分优良。传统组术后皮瓣发生不同程度的皮瓣肿胀，4 例因严重肿胀导致皮瓣坏死，术后 6-8 月随访皮瓣指端两点辨别觉 7-10mm，手 TAM 评分优良。结论：通过对前臂骨间背侧皮瓣切取方法的改进，能够及时补救急诊手外伤中发现或出现的血管损伤及解剖变异多以皮瓣成活的影响，降低手术难度，缩短住院时间，值得应用。

关键词：骨间背动脉；急诊；外科皮瓣；皮动脉；手外伤

Objective:To analyze the application of modified retrograde interosseous dorsal artery island flap in emergency hand trauma surgery.Methods:A total of 56 cases of emergency hand trauma admitted to our hospital from September 2021 to November 2021 were selected and divided into the traditional group (n = 26) and the modified group (N = 20) according to the random number table method. The traditional group was sutured in situ, and the modified group was sutured with modified interosseous dorsal artery retrograde island flap. The changes of indexes in the two groups were compared and analyzed.Results:In the modified group, the swelling of the skin flap was not obvious, and no venous reflux crisis occurred. In 26 cases, the skin flap healed in one stage without necrosis. In the traditional group, different degrees of flap swelling occurred after operation, and 4 cases had necrosis of the flap due to severe swelling. The two-point discrimination perception of the finger tip of the flap was 7-10mm during follow-up 6-11 months after operation. TAM score was excellent.Conclusion:Through the improvement of the cutting method of dorsal forearm skin flap, it can timely remedy the vascular injury and anatomic variation of the skin flap found or appeared in emergency hand trauma, reduce the difficulty of operation, shorten the length of hospital stay, and it is worth using.

【Key words】Interosseous dorsal artery; Emergency; Surgical flap; Skin artery; Hand trauma

手是人类重要的劳动器官，在人们日常工作生活中使用的频率高导致受伤机会更大。临床上手外伤患者约占总创伤病人数量的 1/4，急诊手部外伤具有创面新鲜、解剖层次清除、血管条件良好等优点，急诊手术能够避免切除过多骨、关节、肌腱等重要组织[1-2]。同时还能够彻底清创，有利于使污染的创面变为相对清洁创面，有助于组织康复，减少瘢痕形成或挛缩造成继发性畸形的优点。近年来，随着我国经济的发展，手背皮肤缺损成为手外科常见的损伤[3]。对于如何有效地修复手背皮肤缺损，最大限度地恢复手原有的功能，目前仍是医学界探讨的热点问题[4]。骨间背侧动脉岛状皮瓣修复手背皮肤缺损以不牺牲肢体主要血管，皮瓣质地好为特点，这一修复法是 Zancolli 早在 1985 年首先提出并成功应用于临床，由此国内外对此皮瓣应用日益广泛。因此，本文探究改良骨间背动脉逆行岛状皮瓣在急诊手外伤手术中的应用，现报道如下。

1 资料与方法

1.1.研究对象

选取 2021 年 6 月-2021 年 9 月于我院收治的急诊手外伤 56 例，按照随机数字表法分为分为传统组 26 例，改良组 20 例。传统组男 15 例，女 11 例，平均年龄（54.12±5.63）岁，改良组男 10 例，女 10 例，平均年龄（53.35±6.12）岁。两组患者均知情同意本次研究，且经我院伦理委员会批准。

1.2 方法

传统组采用原位缝合法，改良组采用改良骨间背动脉逆行岛状皮瓣法进行缝合。

1.3 观察指标

通过调查患者的一般资料包括一般人口学资料和疾病相关资料，主要有性别、年龄、文化程度、婚姻状况和受伤部位、受伤原因、受伤程度等，了解手外伤患者的一般情况及后续问题，对比皮瓣皮瓣肿胀、术后 6-8 月随访皮瓣指端两点辨别觉、TAM 评分。

1.4 统计学方法

采用 SPSS26.0 统计软件进行分析处理。计量资料采用均数±标准差（x±S）表示，组间比较采用独立样本 t 检验，计数资料比较采用卡方检验。以 P＜0.05 为差异具有统计学意义。

2.1 两组术后并发症比较

改良组术后皮瓣皮瓣肿胀不明显，均未发生静脉回流危象，20 例皮瓣一期愈合，无皮瓣坏死；传统组术后皮瓣发生不同程度的皮瓣肿胀，4 例因严重肿胀导致皮瓣坏死。两组间比较，差异降压药统计学意义（x^2=8.361，P=0.005）。

2.2 两组皮瓣指端两点辨别觉比较　改良组能辨别的两点间最小距离为(6-9) ㎜，对照组能辨别的两点间最小距离为(7-10) ㎜；改良组能辨别的两点间最小距离较对照组短，差异有统计学意义(t=7.528，P＜0.001)。

2.3 两组出院前后 TAM 评分比较

组别	出院前	出院后
对照组	49.51°±6.13°	64.38°±4.72°
改良组	48.74°±5.94°	78.39°±6.28°

3 讨论

手是人类创造财富的重要器官，如果手背皮肤缺损严重，直接影响一个人的劳动力，间接影响患者的日常生活。对于如何有效地修复手背皮肤缺损，最大限度地恢复手原有的功能，目前仍是医学界探讨的热点问题[5]。手背皮肤缺损伴有神经、血管、肌腱外露，如果不不及时有效修复，伤口感染、肌腱粘连坏死和骨髓炎等问题就会相伴而

生。选择适当的手术时机和方法就尤为重要。李浪等[6-7]积极倡导创伤早期应用皮瓣转移修复手背创面，如果是单纯皮肤缺损，无肌腱、重要的神经、骨关节、血管外露的患者，就可以施行皮片移植修复；如果伴有神经、血管、肌腱外露,处理不当将引起肌腱粘连、神经损伤等并发症。骨间背侧动脉岛状皮瓣修复手背皮肤缺损以不牺牲肢体主要血管,皮瓣质地好为特点,这一修复法是Zancolli早在1985年首先提出并成功应用于临床，由此国内外对此皮瓣应用日益广泛,原因在于其具有如下优点,既可将早期神经、肌肉、骨骼进行修复,最大限度地恢复手原来的功能,还可以缩短治疗时间,从而减少患者负担,而且形成瘢痕和继发性挛缩畸形的机率相对降低[8]。

逆行岛状皮瓣是以远端血管为蒂的一种非生理性皮瓣,其动脉血供和静脉回流均为逆正常生理方向而流的皮瓣。根据皮瓣血管蒂部的组成不同,目前在临床常用的可分为以下几类:(1)由远端血管蒂供血的逆行岛状皮瓣，常位于有两条平行主干动脉供血处，如指动脉逆行岛状皮瓣。(2)远端蒂的血管链皮瓣，由皮支上行下行支形成链式血管供血。如指侧方血管链皮瓣，拇指桡（尺）背侧皮瓣。逆行岛状皮瓣具有“灌注易、回流难”的特点[9-11]。皮瓣动脉因为没有动脉瓣，逆流没有影响,皮瓣的浅静脉和动脉伴行静脉均需要逆流将皮瓣中血回流到周围正常组织的静脉网中。体被组织的微静脉血管网，由浅入深分成皮肤乳头下层，皮肤网状层，皮下脂肪层和深筋膜层 4 层。皮肤组织的静脉系统分为浅、深两组。浅静脉系统起自乳头下微静脉网，收纳皮肤浅层结构的静脉血,在一定的区域范围汇集成较大的浅静脉支和浅静脉干，平行走行在皮下组织的浅层[12-13]。皮肤的深静脉系统起自网状层微静脉网，也收纳皮肤浅层的静脉血，主要在小范围内汇集成穿支静脉或直接皮肤动脉的伴行静脉,垂直走行于皮下组织的深层，在穿过深筋膜之前，还收集深筋膜微静脉网的静脉血，最后进入深部静脉直接回流。体被组织的 4 层微静脉网之间联系丰富，存在着众多的微小吻合支。深浅静脉系统之间,通过交通支相沟通。关于逆行岛状皮瓣静脉回流有两种学说，静脉瓣失活学说和迷宫式回流学说。目前大多数学者认为两种静脉逆流理论在逆行岛状皮瓣中是共同存在，互为补充的[14-17]。静脉血的逆流既不能完全绕静脉瓣经“迷宫”逆流,也不是全部直接经静脉瓣逆流。皮瓣远端静脉压力增高是血液逆流的动力,在压力的作用下，静脉血可通过节段性的瓣膜失效而直接逆向回流，而在瓣膜阻抗力较大的部位，静脉血则借助交通支、侧支绕过瓣膜而完成回流。两种学说解释的都是皮瓣蒂部的静脉如何将静脉血逆行倒入周围正常组织的静脉网,区别的只是如何回流观点不同。皮瓣蒂部连接皮瓣和正常组织，是皮瓣动脉供血和静脉回流的关键部位。根据逆行岛状皮瓣静脉回流特点，覆盖蒂部静脉皮肤的压力越小，对静脉回流的压迫就越小。逆行岛状皮瓣转移后经过约 48 小时后创面新生的毛细血管逐渐长入皮瓣并建立毛细血管网,特别是静脉网顺行回流的建立，皮瓣肿胀坏死概率逐渐减少，故皮瓣术后 48 小时毛细血管未建立前是皮瓣肿胀,静脉回流障碍高峰易坏死的因素之一[18-20]。

本文研究显示,将改良骨间背动脉逆行岛状皮瓣应用于急诊手外伤手术的患者，能提高患者辨别觉及 TAM 评分，显著改善患者预后，值得推广运用。

参考文献：

[1]黄建友. 手外伤急诊处理结合皮瓣修复法治疗手部大面积缺损的临床效果分析[J]. 医学新知杂志,2019,29(4):433-435.

[2]黄作军. 手外伤急诊处理结合皮瓣修复法治疗手部大面积缺损[J]. 中国实用医刊,2018,45(18):48-50.

[3]巩天福,戴志元,宋斌,等. 急诊清创缝合法联合皮瓣移植修复术治疗手外伤合并手皮肤大面积缺损的效果观察[J]. 当代医药论丛,2020,18(18):10-11.

[4] Richards T, Clement R, Russell I, et al. Acute hand injury splinting -the good, the bad and the ugly[J]. Ann R Coll Surg Engl. 2018,100(2):92-96.

[5]Kraan RB, Walstra FE, Teunis T, et al. Emergencyand Trauma of Hand and Wrist[J]. Semin Musculoskelet Radiol. 2017,21(3):240-256.

[6]Das De S, Liang ZC, Cheah AE, et al.Emergency Hand and Reconstructive Microsurgery in the COVID-19-Positive Patient[J].\J Hand Surg Am. 2020,45(9):869-875.

[7]R é gas I, Bellem è re P, Lamon B, et al. Hand injuriestreated at a hand emergency center during the COVID-19 lockdown[J]. Hand SurgRehabil. 2020,39(5):459-461.

[8]张年翁,汪怀树,林鹤,等. 骨间背侧动脉岛状皮瓣修复手背中小面积皮肤软组织缺损[J]. 实用手外科杂志,2019,33(2):193-194,233.

[9]苏日宝,王培吉,崔满意,等. 改良的骨间后动脉逆行岛状皮瓣修复手背部热压伤的临床疗效[J]. 中华显微外科杂志,2018,41(2):125-128.

[10]盛辉,田恒进,靖树林,等. 骨间背侧动脉逆行岛状皮瓣的临床应用[J]. 中华手外科杂志,2018,34(1):61-62.

[11]李金华,王衍彪,刘立峰. 前臂骨间背侧皮瓣修复手部伸指肌腱外露[J]. 中国矫形外科杂志,2018,26(9):806-809.

[12]李志刚,曾祥悦,张会文,等. 近节背侧岛状皮瓣修复手指末节脱套伤的临床治疗效果[J]. 医学综述,2018,24(7):1453-1456.

[13]Wang YL, Chang Y, Li SL, et al. [Methods and effects of high-frequencycolor Doppler ultrasound assisted reverse island flap of dorsal digital arteryof ulnar thumb for repairing skin and soft tissue defects in the distal end ofthe same finger][J]. Zhonghua Shao Shang Za Zhi. 2021,37(6):555-561.Chinese.

[14]艾呈斌,许鸿智. 重建指动脉终末背侧支行逆行岛状皮瓣修复对指端缺损患者感觉的影响[J]. 河北医学,2018,24(8):1315-1318.

[15]朱勇. 指固有动脉背侧穿支岛状皮瓣修复指端软组织缺损疗效观察[J]. 健康必读,2018(7):26.

[16]钟云祥,刘丽珍,杨文理,等. 带指固有神经背侧支的指动脉背侧支逆行岛状皮瓣修复指腹缺损[J]. 中华手外科杂志,2018,34(3):172-173.

[17]韦亚红,姜傲,倪晓威,等. 骨间背动脉逆行岛状皮瓣修复手部机器绞伤皮肤缺损的护理[J]. 长春中医药大学学报,2016,32(2):378-379.

[18]郑晓东,黄辉强,陈锦涛,等. 指掌侧固有动脉背侧支逆行岛状皮瓣修复手指远端皮肤缺损 60 例[J]. 中华显微外科杂志,2016,39(4):333-336.

[19]李岩松,邓雪峰,林利忠,等. 带指固有神经背侧支的指动脉顺行岛状皮瓣修复指端皮肤缺损效果分析[J]. 现代医学,2016,44(11):1564-1567.

[20]陆向阳,赵立宗,苏博义,等. 前臂骨间后动脉逆行岛状皮瓣应用发生血管危象原因分析[J]. 中华显微外科杂志,2016,39(5):440-444.

糖皮质激素以及来氟米特用于难治性肾病综合症治疗疗效探讨

姜　文　张林波[通讯作者]

（陕西省榆林市第一医院　719000）

摘要：目的：探讨糖皮质激素以及来氟米特用于难治性肾病综合症治疗疗效。方法：把我院 2018 年 5 月至 2019 年 5 月来进行治疗的 80 例难治性肾病综合症患者进行研究观察，将患者分为两组，一组为对照组，一组为实验组，每组各 40 例。对照组安排糖皮质激素治疗，实验组安排糖皮质激素结合来氟米特治疗，对比分析两组难治性肾病综合症患者的治疗效果。结果：实验组患者的治疗效果比对照组高，实验组患者的生活质量高于对照组，p＜0.05 有统计学意义。结论：糖皮质激素结合来氟米特治疗难治性肾病综合症的临床疗效更好，能够提高治疗的效果，提高患者的生存质量，具有很高的临床价值，值得推广应用。

关键词：难治性肾病综合症；糖皮质激素；来氟米特；治疗疗效

肾病综合征是一种常见的肾小球疾病，在临床上经常使用激素治疗。难治性肾病综合征可能导致身体对药物的依赖，对难以治愈的疾病，如肾综合征没有有效的治疗或控制，最终会变成最终的肾脏疾病，这将大大使治疗复杂化。本次研究通过对我院收治的 80 例难治性肾病综合症患者进行研究分析，现具体报告如：

1 资料与方法

1.1 一般资料

把我院 2018 年 5 月至 2019 年 5 月来进行治疗的 80 例难治性肾病综合症患者进行研究观察，将患者分为两组，一组为对照组，一组为实验组，每组各 40 例。对照组有男性患者 18 例，女性患者 22 例，平均年龄为（34.2±2.2）岁，实验组患者男性 20 例，女性 20 例，平均年龄为（33.9±2.3）岁，纳入标准：我院收治的难治性肾病综合症患者，经医院相关委员会的批准签署知情同意书。排除标准：有严重精神障碍的患者，药物过敏患者。两组难治性肾病综合症患者的年龄、性别等一般资料对比结果差异不明显（p>0.05），具有可比性。

1.2 方法

对照组患者采用糖皮质激素治疗糖皮质激素选用强的松(批准文号:国药准字 H33021207),5-10mg 吹,2 次 d。持续服药 3 个月,之后药量逐渐减[1]。

实验组患者的治疗方法为在对照组治疗基础上结合来氟米特治疗(批准文号:国药准字 H20050175),来氟米特最开始治疗剂量为 50mgld,连续服用 3d 之后其剂量减到 20mgd。两组患者均治疗 3 个月。

1.3 观察指标

分析两组难治性肾病综合症患者的治疗效果和相关症状的缓解时间得出本次研究的最终结果。

治疗效果：即是难治性肾病综合症患者的恢复情况，分为显效、有效和无效，有效率=（治愈+有效）患者人数/总患者人数×100%。开展生活质量评分，从患者的心理、生理、社会功能和物质生活等方面开展问卷调查，问卷的满分为 100 分，最低分零分，生活质量跟分数呈正比。

1.4 统计学方法

本次研究所得数据均采用 SPSS17.0 软件进行统计学处理，本文研究统计两组患者的相关症状的缓解时间情况采用 t 检验进行计算，治疗效果以有效率的百分比表示，采用卡方检验，P<0.05，差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组难治性肾病综合症患者的治疗效果对比

实验组患者的治疗有效率比对照组高，差异明显具有统计学意义（p<0.05），具体见表 1。

表 1　对比两组难治性肾病综合症患者的治疗效果

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
实验组	40	11	16	13	67.5%
对照组	40	21	16	3	92.5%
X^2	-	-	-	-	7.812
P	-	-	-	-	0.05

2.2 对两组患者的生活质量进行对比

实验组的生活质量评分高于对照组，（p＜0.05）差距具有统计学意义，具体见表 2。

表 2：患者的生活质量对比

组别	例数	生活质量
对照组	40	74.45±6.26
实验组	40	93.44±5.65
t	-	12.33
p	-	0.00

3.讨论

如果难治性肾病综合征病人得不到及时的治疗，很可能他们将进入肾脏疾病的最后阶段。在临床治疗中，常使用对环孢素等免疫抑制剂以及肾脏血管和皮肤组织的损伤，这种环孢素等免疫抑制剂有毒副作用。因此，近年来选择适当的免疫抑制剂对治疗难治性肾病综合征至关重要，在临床上常用糖皮质激素治疗肾病综合征。在随后的临床研究中发现，除了糖皮质激素外，使用免疫抑制剂效果良好，但长期使用可能导致严重的并发症。许多研究人员已经开始研究一种新的免疫抑制剂来氟米特，它在治疗类风湿性关节炎和系统性红斑狼疮等疾病方面取得了良好的效果，不良反应少，耐受性好，副作用小。专家认为来氟米特作为免疫抑制剂和糖皮质激素治疗难治性肾病综合征具有较好的临床疗效[2]。

综上所述，糖皮质激素结合来氟米特治疗难治性肾病综合症的临床疗效更好，能够提高治疗的效果，提高患者的生存质量，具有很高的临床价值，值得推广应用。

参考文献：

[1]黄琳.来氟米特联合糖皮质激素治疗 IgA 肾病的临床研究[J].中国现代药物应用,2021,15(01):169-171.

[2]朱巧红,毕光宇,刘翠兰,杨明,周刚,刘昌华.来氟米特联合中剂量糖皮质激素治疗对 IgA 肾病患者血尿及其 eGFR 的影响[J].中国中西医结合肾病杂志,2020,21(10):898-900.

基于六经辨证理论探讨葛根汤化裁治疗神经根型颈椎病的临床疗效

李红艳

（齐齐哈尔市中医医院 神经一科　161000）

摘要：目的：观察分析以六经辨证理论为基础在神经根型颈椎病治疗中运用葛根汤化裁方法的效果。方法：选取我院收治的神经根型颈椎病患者共计 76 例，所涉时间范围 2021 年 6 月至 2022 年 6 月，以六经辨证理论为基础，运用葛根汤化裁治疗方法，对患者治疗前后的疼痛视觉模拟评分、颈椎功能障碍指数、治疗效果进行分析对比。结果：治疗前患者的疼痛视觉模拟评分、颈椎功能障碍指数，相较于治疗后得到明显改善，组间对比统计学差异对比意义明显（P＜0.05）；在 76 例患者中，36 例为治愈，25 例为显效，12 例为有效，3 例为无效，治疗有效率达到 96.05%。结论：在神经根型颈椎病治疗中，根据六经辨证理论，运用葛根汤化裁疗法，能够减轻患者的疼痛感，提高治疗效果，有较高的临床应用价值。

关键词：六经辨证理论；葛根汤化裁治疗；神经根型颈椎病

神经根型颈椎病在中医领域中[1]，被纳入“项痹”范畴，现阶段，关于葛根汤用于神经根型颈椎病临床治疗中的研究比较常见，但是随着临床推广应用，单一运用葛根汤治疗效果并不明显。葛根汤主要适用于人体项背拘紧不舒，活动不便等症状，这也与神经根型颈椎病的症状表现相一致。葛根汤可发挥温经散寒、活络止痛的作用，但是病情不断发展，神经根型颈椎病患者容易出现不同证型[2]，常常以两经、三经合病为主，单一使用葛根汤治疗方法效果较低，少数患者还会出现不良反应。为了进一步提高神经根型颈椎病治疗方法，将以六经辨证理论为基础，观察分析葛根汤化裁的治疗效果。

1.基础资料与方法

1.1 基础资料

选取我院收治的神经根型颈椎病患者共计 76 例，所涉时间范围 2021 年 6 月至 2022 年 6 月，其中，36 例为男性，40 例为女性，年龄范围 28 岁-74 岁，平均年龄（51.23±3.23）岁。全部患者以及患者家属对此次临床研究表示支持，自愿签署《知情同意书》。

1.2 方法

全部患者均接受葛根汤化裁治疗方法，药方为：葛根 30 克，桂枝 15 克，麻黄 6 克，白芍 10 克，生姜 10 克，大枣 10 克，炙甘草 10 克。基于六经辨证理论，进行随证加减。对于明显汗出患者，归于太阳表虚证，应将麻黄去除；对于出现口苦、咽干、胸闷患者，归于太阳少阳合病，需添加柴胡 15 克，黄芩 10 克，党参 10 克；对于出现口渴、舌燥患者，归于阳明热证，需添加生石膏 15 克，枳实 20 克；对于出现畏寒、脉微细患者，归于少阴证，需添加附子 8 克；对于出现大便溏稀、手足逆冷患者，归于太阳太阴合病，需添加干姜 8 克，附子 6 克；对于体内有痰湿患者，需添加白术 30 克，茯苓 15 克，泽泻 15 克；对于体内存在瘀血患者，需添加当归 10 克，川芎 15 克，桃仁 10 克，红花 10 克；对于上肢疼痛、手麻患者，需添加全蝎 5 克，蜈蚣 3 克，鸡血藤 30 克。用水煎服，每次 150 毫升，每日早晚饭服用 2 次，连续治疗 4 周。

1.3 观察标准

对比治疗前后疼痛视觉模拟评分、颈椎功能障碍指数、中医治疗效果。（1）视觉模拟评分，运用 VAS 视觉模拟评分方法[3]，评价患者的疼痛情况，评分以 10 分为满分，0 分代表无痛，10 分代表无法忍受。（2）颈椎功能障碍指标数量表涉及 10 个条目[4]，每个条目运用 5 级评分方法，评分总和越高说明患者的颈椎功能障碍越严重。（3）中医治疗效果，根据《中医病症诊断疗效标准》[5]，对患者的治疗效果进行判定，治疗后患者临床症状消失，可以正常劳动与工作表示治愈；治疗后患者临床症状改善明显，虽然疼痛感较为明显，但是不影响自身正常的工作与劳动表示显效；治疗后患者临床症状得到好转表示有效；治疗后患者临床症状没有任何好转表示无效。治疗有效率=（治愈+显效+有效）÷总例数×100%。

1.4 统计学处理

将此次临床研究中的全部数据资料精准输入至统计学处理系统（SPSS 21.0）之中，展开数据分析处理，计量资料以（均数±标准差）的形式表示，展开 t 检验；计数资料以（百分比）的形式表示，展开卡方检验。当 P＜0.05 时，说明统计学差异对比意义明显。

2.结果

治疗前患者的疼痛视觉模拟评分、颈椎功能障碍指数，相较于治疗后得到明显改善，组间对比统计学差异对比意义明显（P＜0.05），如表一所示。76 例患者中，36 例为治愈，25 例为显效，12 例为有效，3 例为无效，治疗有效率达到 96.05%。

表一：治疗前后疼痛视觉模拟评分、颈椎功能障碍指数情况

时间	例数	疼痛视觉模拟评分	颈椎功能障碍指数
治疗前	76	4.65±1.25	13.94±3.26
治疗后	76	2.03±0.64	4.68±1.22
t		16.2646	23.1919
P		0.0000	0.0000

3.讨论

在中医领域中，神经根型颈椎病属于“项痹”领域，痹症是由于风寒外袭所致，如若风寒湿等外邪袭于颈肩部位，会使局部出现气血失和、经络不通等症状，而引发疼痛。在西医层面，神经根型颈椎病是颈椎间盘突出或者颈椎退变导致颈神经根受到压迫影响[6]，使患者

出现颈肩背部疼痛、上肢放射性疼痛、手指麻木等不适症状。神经根型颈椎病在《伤寒论》中，将其划分为太阳病、少阴病、太阳少阳合病、太阳阳明合病、太阳太阴合病五种类型，对于神经根型颈椎病的治疗，需要运用把控主证与主脉，辅以次证的治疗方式。

在六经辨证理论指导下，葛根汤化裁治疗中，主要以肩部、颈部、上肢疼痛、关节活动受限为主[7]，同时伴有不同程度的上肢麻木，恶寒恶风，有汗或者无汗，辨证为太阳病。如若外邪侵袭入体，太阳之气抵御，而太阳经气受到阻碍，运作不通时，就会导致头颈部拘紧不舒。在《内经》中记载：“邪入于输，腰背乃强”。太阳经输于背部，如若邪气阻滞症状加重，会使经气郁滞更加严重，病变范围也会随之扩大，累及背部。而患者出现项背僵痛，无汗畏寒，脉浮紧为主证时，也与六经中的太阳表实证相符合。为此，运用葛根汤治疗方法，发挥发汗解表，生津舒筋的作用。邪气阻滞太阳经津液输布，药方中的葛根可发挥升津液，舒缓项背部拘紧、活动不便的作用；配以桂枝、白芍，可起到调和营卫的作用，使体内经气快速恢复；麻黄、生姜发挥开腠理、祛风的作用，促进发汗。患者症见汗出恶风，脉浮缓患者属于太阳表虚证。由于风邪“其性开泻”“易袭阳位”，侵袭肌表引起腠理开泄，进而表现出汗症状，汗出玄府开张，易受风寒侵袭，使患者出现恶风症状。基于此，如若患者表现为汗出恶风，该病机转变成卫强营弱，需要运用桂枝与葛根汤，达到解肌祛风、调和营卫的作用。由于患者腠理疏松，存在汗出症状表现，不需要添加麻黄，只需要重视发汗即可。

少阴病属于精神不振，体虚乏力，项背部恶寒蜷卧，脉沉细无力。太阳与少阴具有互为表里的作用[8]，所以如若外邪侵袭太阳，最容易转入少阴。少阴病累及心脏、肾脏，心肾虚衰会使患者出现精神不振、体弱乏力；“背属阳，阳中之阳为心”，少阴阳衰弱，寒湿不化，所以背部恶寒症状显著；少阴寒化，心身阳气受到损害，阳虚鼓动无力导致脉沉细无力。基于此，对少阴病的治疗要以温经解表为主。以六经辨证理论为指导，对于少阴病患者实施葛根汤治疗方法，选用细辛、附子等药材，由于机能沉衰，内有虚寒，所以用附子起到强壮解表、温里祛寒的作用。细辛不仅能够入表，还能入里，行表助麻黄，发挥解表作用，走里促进附子，发挥温经作用。除此之外，细辛属于少阴引经药物，能够使诸药进入少阴，发挥温经解表的作用。

太阳少阳合病主要指颈项强痛，口苦，胸胁满闷，心烦喜呕，咽干，食欲不佳，脉弦症状。太阳病没有得到良好医治，导致邪气传入少阳，邪气入里达到半表半里，此时太阳病与少阳病相互融合。对于太阳少阳合病治疗原则以和解、解表为主，运用葛根汤、柴胡、黄芩，发挥舒筋解表、和解少阳，条达枢机的作用。因柴胡司升降，能达肝胆经与解少阳，进而调理三焦之气。疏解少阳之郁，解在表之邪；黄芩可内泄少阳胆腑邪热，将柴胡、黄芩联合应用，可达到外透内泄的治疗目的。

太阳阳明合病的症状为颈部、肩部疼痛，头痛、口干，易出汗，腹胀满，大便干燥，脉浮滑。由于太阳邪气入里，化热、成燥引起阳明发病，所以形成“太阳阳明合病”。对于太阳阳明合病的治疗主要以心寒清热、益气生津为主[9]，运用葛根汤加减论治，即葛根汤添加生石膏、知母，从而发挥清气泄热，生津润燥的疗效。当太阳病燥热之邪气进入胃肠，引发阳明燥实，胃肠津液干燥，腑气受到阻碍影响，形成阳明腑实证，最显著的表现是大便干燥。气机受到阻碍，上下不通，津液无法濡养筋络，容易引发项强疼痛症状。治疗需要以行气通腑泄热为主，利用葛根汤施加大黄、枳实，促进通便，达到去热而津液自存，缓解项强的目的。

太阳太阴合病的主要症状为肩背疼痛、畏寒、大便溏泄、肢冷身重，脉沉弱无力。太阳脾阳受到损害，运化失职，使寒湿内生，影响脾胃升降功能，升降失常，脾阳下陷，清气不升而自利。所以在葛根汤的基础上施加干姜、附子，发挥温补脾阳的作用。

如若患者存在痰湿，应在葛根汤的基础上，施加茯苓、白术、苍术、陈皮等药材，发挥健脾燥湿的作用；如若患者瘀血明显，应施加川芎、丹皮、桃仁等活血化瘀的药物；如若患者上肢疼痛较为显著，需添加全蝎、蜈蚣等药膳，发挥搜风剔络，通痹止痛的作用；如若患者出现手指麻木症状，配以鸡血藤，能起到活血通络、养血荣筋的目的。

本次临床研究结果显示，治疗前患者的疼痛视觉模拟评分、颈椎功能障碍指数，相较于治疗后得到明显改善，组间对比统计学差异对比意义明显（P＜0.05）；在 76 例患者中，36 例为治愈，25 例为显效，12 例为有效，3 例为无效，治疗有效率达到 96.05%。由此可见，在神经根型颈椎病治疗过程中，基于六经辨证理论，运用葛根汤化裁治疗方式，可提高临床治疗效果，减轻患者的疼痛症状，使患者早日恢复健康。

综上所述，在六经辨证理论指导下，将葛根汤化裁运用于神经根型颈椎病治疗中，治疗效果较为理想，治疗安全性比较高，患者不会出现严重的不良反应，有效改善患者的不适症状，有较高的临床应用价值。

参考文献：

[1]杨镇旭,李俊海,马玉峰,等.基于六经辨证运用葛根汤化裁治疗神经根型颈椎病的回顾性研究[J].中国中医骨伤科杂志,2022,30(4):54-57.

[2]方金.葛根汤联合针灸推拿治疗神经根型颈椎病的临床疗效及生存质量改善研究[J].健康之友,2020,(13):37-37.

[3]孙玮琦,吕永飞.桂枝葛根汤联合针灸治疗神经根型颈椎病临床疗效观察[J].实用中西医结合临床,2020,20(2):74-75.

[4]刘世芬.针灸联合桂枝加葛根汤治疗神经根型颈椎病的临床疗效[J].饮食保健,2021,(21):102-102.

[5]孙宪莹.中医筋骨针疗法结合桂枝葛根汤治疗神经根型颈椎病临床观察[J].光明中医,2021,(12):1927-1929.

[6]刘国良.针刺结合葛根汤治疗神经根型颈椎病临床观察[J].实用中医药杂志,2020,36(9):1138-1139.

[7]黄建国,黎启娇.麻黄葛根汤结合电针治疗椎动脉型颈椎病的临床效果研究[J].中医药学报,2020(9):54-57.

[8]张斌,杨雷,王浩翔,等.基于六经辨证理论以桂枝附子汤治疗神经根型颈椎病的疗效观察[J].中医药导报,2021,27(5):86-90,94.

[9]阮波,薛爱国.针灸联合桂枝加葛根汤治疗神经根型颈椎病的临床疗效及对患者生活质量的影响[J].内蒙古中医药,2021,40(3):19-20.

全身麻醉在产科危急重症手术中的应用分析

李　辉[1]　辛艳伟[2 通讯作者]

（1.海阳市第三人民医院；2.海阳市留格中心卫生院）

摘要:【目的】:分析全身麻醉方案在产科危急重症患者中麻醉效果。方法 30 例产科危急重症产妇为样本，2021 年 1 月-2022 年 12 月，随机分组，观察组全身麻醉，对照组椎管内麻醉，对比血流动力学指标、血压、Apgar 评分、麻醉不良反应、麻醉满意度差异。结果显示，观察组麻醉 5min，血氧饱和度（SpO2）、心率（HR）与对照组无差异，P＞0.05；观察组麻醉 5min，平均动脉压（MAP）高于对照组，P＜0.05；观察组收缩压（SBP）、舒张压（DBP）、新生儿 Apgar 评分均与对照组无差异，P＞0.05；观察组术后躁动、返流、误吸等不良反应与对照组无差异，P＞0.05；观察组麻醉满意度较对照组高，P＜0.05。【结论】:产科危急重症手术产妇接受全身麻醉，安全性较高，不会对产妇生命体征指标、循环指标产生影响，且产妇满意度较高。

关键词：产科;危急重症；全身麻醉；手术治疗；麻醉效果

常规产科手术中,若产妇试产期间出现危急重症后多采取椎管内麻醉方案，但围产期大出血、脐带脱垂、宫内窘迫者存在麻醉禁忌，采取椎管内麻醉难以满足手术需求，且难以保障母婴健康。妊娠期女性生理变化特殊，可致自身消化系统、内分泌系统、呼吸系统、循环系统均出现一系列改变，麻醉难度较高。临床应用的大部分麻醉药物均可穿透胎盘，可能对新生儿呼吸系统、循环系统产生不良影响，甚至危及母婴生命健康，因此产科危急重症手术产妇选择安全、高效的麻醉方案极为重要。本文以 2020 年 1 月-2022 年 12 月收治 30 例产科危急重症产妇研究全身麻醉的应用价值。

一、资料和方法

1、资料

30 例产科危急重症产妇为样本，2020 年 1 月-2022 年 12 月，随机分组。观察组危急重症产妇资料与对照组无差异，P＞0.05。如表 1。

2、方法

麻醉准备工作：产妇术前 8h 禁食水，预先做好复苏准备，产妇推入手术室，维持左倾斜 10-25° 卧位，利用心电监护仪监测产妇生命体征。创建静脉通路，评估产妇术中出血情况，积极预防围产期大出血。麻醉诱导前给氧，控制每 min 氧流量 6L。

观察组全身麻醉，面罩给氧后消毒铺巾，给予 8%七氟醚，等待 1-2min，发现产妇意识消失，静脉给予罗库溴铵（0.6mg/kg）+丙泊酚（1.5mg/kg）。麻醉诱导成功后，压迫产妇环状软骨，同时完成气管插管操作，准备手术切皮，娩出胎儿前，持续泵入丙泊酚，剂量控制在 2.5mg/kg²h，将七氟醚呼气末浓度维持在 1.2-1.3%，调控氧流量至 2L/min。

对照组椎管内麻醉：本文选取腰硬联合麻醉，穿刺后见脑脊液流出，准备 20-30mg 浓度为 0.25%盐酸布比卡因注入蛛网膜下腔，置入导管，调整麻醉平面，依据产妇实际情况，追加 8-12ml 浓度为 1.5%利多卡因，术中面罩给氧。

分析麻醉前、麻醉 5min 产妇血流动力学指标（HR、SpO2、MAP 等）、血压（SBP、DBP 等）差异，同时分析新生儿 Apgar 评分、麻醉不良反应（躁动、返流、误吸等）、麻醉满意度（自制麻醉满意度量表评估，0-100 分，满意评分＞70 分，基本满意评分 30-69 分，不满意评分＜30 分）差异。

3、统计学研究

产科危急重症产妇数据由 SPSS23.0 处理，%、$\bar{x}\pm s$ 记录危急重症产妇计数、计量指标，X^2、t 检验。存在统计差异，P＜0.05。

二、结果

1、血流动力学指标差异

麻醉前，两组 HR、SpO2、MAP 指标无差异，P＞0.05；观察组麻醉 5min，HR、SpO2 与对照组无差异，P＞0.05；观察组麻醉 5min，MAP 高于对照组，P＜0.05。

2、血压与 Apgar 评分差异

观察组麻醉前与麻醉 5minSBP、DBP 指标与对照组无差异，新生儿 Apgar 评分与对照组无差异，P＞0.05。如表 3。

3、麻醉不良反应差异

观察组麻醉不良反应率 10.00%与对照组 5.00%无差异,P＞0.05。如表 4。

4、麻醉满意度差异

观察组麻醉满意度 96.00%较对照组 71.00%高,P＜0.05。如表 5。

表 1　基线资料分析表

组别	n	年龄（岁）		急症类型			
		区间	均值	脐带脱垂	产前大出血	胎儿宫内窘迫	子宫破裂
观察组	15	24-39	30.25±1.24	4（20.00）	5（25.00）	9（45.00）	2（10.00）
对照组	15	23-39	30.22±1.31	3（15.00）	4（20.00）	12（60.00）	1（5.00）
X^2/t	-	0.0718		0.1786			
P		-0.9432		0.8976			

表 2　血流动力学指标分析表（$\bar{x}$ ±s）

组别	n	HR（次/min）		SpO2（%）		MAP（mmHg）	
		麻醉前	麻醉 5min	麻醉前	麻醉 5min	麻醉前	麻醉 5min
观察组	15	88.13±8.11	79.13±5.16	97.67±1.23	97.03±1.14	89.06±6.13	83.28±5.26
对照组	15	88.17±8.15	79.15±5.26	97.64±1.24	97.15±1.17	89.02±6.17	69.13±4.33
X^2/t	-	0.0077	0.0123	0.0761	0.3527	0.0204	9.3161
P	-	0.9937	0.9901	0.9396	0.7261	0.9836	0.0000

表 3　血压与 Apgar 评分差异分析表（$\bar{x}$ ±s）

组别	n	SBP（mmHg）		DBP（mmHg）		新生儿 Apgar 评分（分）
		麻醉前	麻醉 5min	麻醉前	麻醉 5min	
观察组	15	104.39±6.85	110.36±9.14	72.58±3.81	70.36±3.6	89.74±0.21
对照组	15	104.41±6.79	106.48±7.08	72.61±3.79	70.68±3.5	79.78±0.25
X^2/t	-	0.0093	1.5008	0.0250	0.2791	0.5479
P	-	0.9926	0.1417	0.9802	0.7817	0.5870

表 4　麻醉不良反应分析表（n，%）

组别	n	躁动	返流	误吸	发生率
观察组	15	0（0.00）	1（5.00）	1（5.00）	10.00
对照组	15	0（0.00）	0（0.00）	1（5.00）	5.00
X^2	-	-	-	-	0.3604
P	-	-	-	-	0.5483

表 5　麻醉满意度分析表（n，%）

组别	n	满意	基本满意	不满意	满意率
观察组	15	14(70.00)	5（25.00）	1（5.00）	96.00
对照组	15	10(20.00)	4（20.00）	6（30.00）	71.00
X^2	-	-	-	-	4.3290
P	-	-	-	-	0.0375

三、讨论

产妇试产期间出现危急重症风险较高，具有起病急、进展快特征，可危及母婴安全，要立即手术治疗。针对危急重症产妇，医务人员要在了解产妇特征基础上合理选择麻醉药物，尽可能选择对产妇循环系统、消化系统、呼吸系统影响小的药物，以保障手术安全。研究显示，危急重症产妇接受全身麻醉，存在呼吸困难风险，与气管黏膜水肿、口腔黏膜出血、舌体肿大等多因素有关，尤其伴妊高症产妇，全身麻醉风险更高。研究显示，出现急性胎儿窘迫、围产期大出血或脐带脱垂者不宜开展区域阻滞麻醉，选取全身麻醉安全性更高。但危急重症产妇病情进展快，麻醉医师常于紧急情况下进行插管，存在麻醉诱导前呼吸道准备不充分问题，导致呼吸道风险事件率增加。实际开展全身麻醉操作时，麻醉医师要做到顺序诱导，同时按压产妇环状软骨，以降低气管插管难度、减少呼吸道不良事件风险。随着我国医疗技术高速发展，呼吸道设备逐渐增加，如喉罩、纤维支气管镜、可视喉镜等设备逐渐用于产科手术中，可辅助医师完成气管插管操作，尤其可视喉镜能够直观显示产妇器管结构，有利于简化医师操作、规避强烈气道刺激。实际开展全身麻醉期间，要注意麻醉药物能够穿透胎盘屏障，可能影响胎儿健康，因此麻醉医师要严控麻醉药物剂量、缩短药物作用时间，建议麻醉诱导至娩出胎儿时间少于 10min，切开子宫至娩出胎儿时间少于 3min，以降低麻醉药物不良反应。

结合数据分析，麻醉前，两组 HR、SpO2、MAP 指标无差异，P＞0.05；观察组麻醉 5min，HR、SpO2 与对照组无差异，P＞0.05；观察组麻醉 5min，MAP 高于对照组，P＜0.05。提示全身麻醉对产妇血流动力学影响较小。分析原因，椎管内麻醉可诱发低血压，致产妇 MAP 降低，而全身麻醉相对较安全，适用于紧急状态下产科手术或存在椎管内麻醉禁忌产妇手术中。全身麻醉药物如何选择需从孕妇、胎儿双方面综合分析，既在维持孕妇血流动力学稳定基础上，尽可能降低麻醉药物对母婴健康影响，如胎儿娩出前，要规避阿片类药物，以降低新生儿窒息风险；胎儿娩出后给予阿片类药物，可减轻手术引发应激反应，保障手术安全。另一组数据表明，观察组麻醉 5min,SBP、DBP 指标与对照组无差异，新生儿 Apgar 评分与对照组无差异，P＞0.05。提示全身麻醉对产妇血压、新生儿健康影响较小。分析原因，全身麻醉期间，选择七氟烷进行麻醉，进入产妇体内可快速起效、且麻醉效果消失快，具有血气分配系数低特征，对产妇循环系统、呼吸系统不良影响小，同时镇痛、肌松效果佳，可在保障母婴健康基础上为产科医师提供优良手术环境。过往研究报道，对照椎管内麻醉方案，全身麻醉可降低新生儿 Apgar 评分。研究显示，选择穿透胎盘剂量小的麻醉药物进行全麻手术麻醉诱导，对新生儿不良影响较小。本研究结果证实，全身麻醉不会降低新生儿 Apgar 评分。最后一组数据表明，观察组麻醉不良反应率 10.00%与对照组 5.00%无差异，P＞0.05；观察组麻醉满意度 96.00%较对照组 71.00%高，P＜0.05。提示全身麻醉未增加危急重症手术产妇麻醉不良反应风险，且产妇麻醉满意度较高。由此可见，危急重症产妇接受手术治疗期间可开展全身麻醉，在麻醉期间监测产妇生命体征，科学、合理给药，可保障母婴安全。

综上所述，危急重症产妇手术期间接受全身麻醉，对产妇血流动力学、新生儿 Apgar 评分影响较小，且麻醉不良反应风险低、产妇满意度高，可在临床推广应用。

参考文献：

[1]王桃,赵翠英.妇产科腹腔镜手术中腰-硬联合麻醉复合静脉全麻的应用效果分析[J].现代诊断与治疗,2022,33(2):252-254.

[2]王丽娟,王利.全身麻醉对剖宫产术中孕妇循环和新生儿 Apgar 评分及血气分析影响[J].中外女性健康研究,2020(1):64-65.

[3]郭秋明.产房中紧急实施全身麻醉产科手术临床效果和安全性分析[J].中国现代药物应用,2019,13(7):128-129

基于五行理论的情志疗法对老年髋部骨折术后患者的疗效

古力努尔·阿布都热扎克　倪良桃

（新疆维吾尔自治区中医医院骨四科　新疆乌鲁木齐　830011）

摘要:目的 探讨基于五行生克理论的情志疗法对老年髋部骨折术后患者的疗效观察体会。方法 选 100 例髋部骨折术后的老年患者，按入院先后顺序分为对照组和情志组，每组 50 例，对照组采取常规心理护理方法，情志组在对照组的基础上，将“以疑释疑”、“以怒胜思”、“以喜胜悲”、“五音”、“五声”等方法配合治疗，比较两组在术后 4 周的焦虑自评量表(Self-Rating Anxiety Scale,SAS)、抑郁自评量表(Self-Rating Depression Scale,SDS)评分以及护理干预期间不良情绪发生情况和护理干预后患者护理满意度。结果 与对照组比较，情志组患者在术后 4 周后 SAS、SDS 得分以及护理干预期间不良情绪发生率均低于对照组，而护理满意度高于对照组，差异有统计学意义(P<0.05)。 结论 在常规心理护理的基础上，配合以五行生克为理论基础的中医情志护理方法，有助于改善老年髋部骨折术后患者的心理状况，减少不良情绪发生并提高护理满意度。

关键词: 髋部骨折；五行生克理论；情志护理

髋部骨折是老年人群常见的严重骨科疾病,包括股骨颈骨折和股骨粗隆间骨折,随着人们生活节奏的加快及生活压力的增大,发病率日趋升高[1]。目前手术治疗仍为老年髋部骨折的主要治疗方式， 目的在于减轻疼痛、恢复髋关节运动功能[2]。但患者术后由于肢体功能活动受限,恢复过程缓慢,自理能力下降,且易伴有各种并发症,严重影响其生活质量。且老年髋部骨折患者在院治疗期间会产生焦虑、恐惧、忧郁等不良情绪,加重其心理和生理负担， 使其难以配合治疗，影响治疗效果[3] 。故如何采取针对性护理措施,提高其生活质量,促使其早日康复,是临床骨科医护人员亟需解决的一大问题。中医强调“形神合一”，因此，在西医护理的基础上，中医更重视情志的调控，因此，中医护理从情志疗法入手，运用传统五行生克关系，探索其对老年髋部骨折术后患者心理状况及生活质量的影响及其研究性和可行性[4-5]，我科开展了相应的研究，现报道如下。

1 对象与方法

1.1 一般资料 选择 2022 年 1 月~2023 年 2 月在新疆乌鲁木齐某三甲医院骨科髋部骨折术后的 100 例患者,按入院先后顺序分为情志组 50 例、对照组 50 例。其中，情志组中男性 22 例，女性 28 例，平均年龄（67.64±6.78）岁。对照组中男性 21 例，女性 29 例，平均年龄（67.52±5.32）岁。纳入标准：(1)经查体及影像学检查符合髋部骨折诊断；(2)初次单侧髋部骨折；(3)具有手术治疗指征且自愿行切开复位内固定术治疗；(4)年龄 62 ~ 74 岁，性别不限；(5)文化程度初中以上；(6)无认知功能障碍，沟通交流能力良好。排除标准：(1)合并肿瘤者；(2)合并心脑肝肾等重要脏器器质性疾病；(3)伴有精神疾病、严重意识障碍；(4)因病情严重或患者自行要求退出本研究者；(5)不具有手术治疗指征者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 给予患者常规心理护理，护士通过与患者交谈，了解其对髋部骨折术后的想法和顾虑，根据患者出现的心理变化，有重点、有针对性地给予相应的心理治疗和护理。

1.2.2 情志组 在对照组护理基础上，配合使用中医情志护理干预措施:以疑释疑、以怒胜思、以喜克悲、以歌疗脾、以音治情、以表测情等方法进行相应的护理。

1.3 观察指标及评价标准

1.3.1 SAS 评分 本研究选用 SAS 评定患者的焦虑程度，以临界值为 50 分作为评价标准分，分值越高，焦虑情绪越严重。于患者术后 4 周后对其直系家属进行结局者盲法评定, 比较 2 组 SAS 评分及焦虑发生率。

1.3.2 SDS 评分 用 SDS 量表来衡量抑郁状态,以 53 分作为评价标准分,分值越高□抑郁情绪越严重.于患者术后 4 周后对其直系家属进行间接评定,比较 2 组 SDS 评分及抑郁发生率。

1.3.3 不良情绪观察 比较两组患者实施护理干预期间紧张焦虑、烦躁抑郁、不配合治疗等不良情绪发生情况。

1.3.4 护理满意度 采用自拟的骨科病人满意度调查问卷进行评价,问卷从健康宣教、基础护理、并发症预防、关节功能恢复 4 方面进行评价,共 25 个条目,每个条目赋值 1~4 分,总评分 25~100 分,评分越高说明病人对护理满意度越高，总分>90 分为满意，量表 Cronbach's α 系数为 0.822~0.869,量表信效度理想。

1.4 统计学分析 应用 SPSS22. 0 统计软件对数据进行处理，计量资料以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，组间比较采用 t 检验，计数资料计数资料以 n(%)表示，组间比较采用 χ^2 检验，P≤0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 SAS 及 SDS 量表测评比较　两组病人干预后 SAS、SDS 量表测评比较，两组比较差异有统计学意义(P<0.05)，见表 1。

表 1　两组病人干预后 SAS 和 SDS 评分比较（分，$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	SAS	SDS
情志组	50	31.78±9.11	32.43±12.15
对照组	50	41.31±9.83	40. 12±11.03
t	-	3. 547	2. 347
P	-	0. 000	0. 024

2.2 实施护理干预期间两组不良情绪发生情况比较 实施护理干预期间情志组总不良情绪发生率为 23. 53% 低于对照组的 57. 78%(x^2 =11. 725,P<0. 001)。 见表 2。

表 2　两组患者护理干预期间不良情绪发生情况比较［例(% ］

组别	例数	紧张焦虑	烦躁抑郁	不配合治疗	总发生
情志组	50	5（10.0）	7 （14.0）	2（4.0）	14（28.0）
对照组	50	14（28.0）	9（18.0）	6（12.0）	29（58.0）
x^2					11. 725
P					<0. 001

2.3 护理满意度比较 情志组护理满意度评分明显高于对照组，差异有统计学意义(P<0.05)，见表 3。

表 3　两组患者健康教育满意度比较（分，$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	健康教育满意度
对照组	50	20.08±2.86
干预组	50	24.78±1.57
t		2.310
P		0.001

3 讨论

我国已进入老龄化社会，65 岁以上的老年人中，髋部骨折占全身骨折的 23.79%[6]。老年髋部骨折常因处置不当，只有 30%的患者能恢复到伤前的生活状 态，给患者家庭和社会造成沉重的经济负担[7]。手术仍然是治疗老年髋部骨折的最有效方法，然而，传统医学模式只重视疾病的治疗及护理，忽略对患者的心理护理及康复护理，致使许多老年髋部骨折患者骨折尚未治愈,又因并发症及伴随而来的心理问题而使病情复杂迁延，痛苦增加[8]。要做好老年骨折患者的护理工作，应熟悉老年人心理、生理及病理方面的特点，采取疾病与心理护理及健康教育相结合的综合护理方法,可有效提高老年患者康复疗效[9]。

本文在常规心理护理的基础上，配合以疑释疑(根据患者的文化背景、接受程度以及家人的配合、解释并介绍相关疾病的常识、转归、预后以及出院后日常护理和需要注意的情况，以期减轻并消除患者的疑虑)、以怒胜思(运用中医学传统特色，根据五行情志之间相克关系，采取“怒胜思”的中医理念每天和患者进行沟通)、以喜克悲(根据五行生克关系，“喜克忧”而思生悲，让患者每天看一则笑话冲淡忧思的情绪)、以歌疗脾(根据中医五声中“脾歌” 的方法，每天给患者播放 1 小时的音乐，放松患者的身心，鼓励患者哼唱)、以音治情(在选择歌曲时可根据五音中“宫、商、角、徵、羽”等不同音调，“对症下乐”)、以表测情等不同于传统骨科护理的情志疗法[10]运用于老年髋部骨折术后患者，干预 4 周后，SAS、SDS 评分均获得显著改善，随访半年和一年后，情志组患者心理状况明显优于对照组。

综上所述，中医情志护理可以显著降低患者术后不良情绪及心理，在一定程度上抚慰了老年髋部骨折术后患者的焦虑和恐慌，提高了护理满意度，取得了良好的效果。

参考文献：

[1]王桂娜，卢秀萍，胡薇. Orem 自护理论在髋关节置换术后患者护理中的研究 进展[J]. 当代护士：上旬刊，2018,25(10):19-20.

[2]季祥，文良元. 老年人髋部骨折治疗进展[J]. 中华老年医学杂志，2018, 37(12):1418-1418.

[3]Mohammadpour A， Sharghi N R， Khosravan S，et al. The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial[J]. Journal of Clinical Nursing, 2015, 24(11-12),1686.

[4]曹汴英,李向龙,王恩栋.胃神经内泌肿瘤 10 例临床病理观察[J].胃肠病学和肝病学杂志,2015,24(5):625-626.

[5]杨绍平.心理干预对癌症患者生活质量的影响研究[J].四川医学，2010，31(1)：135-137.

[6]张英泽. 临床创伤骨科流行病学[M]. 人民卫生出版社，2014,150-170.

[7]张涛，张林林，刘争杨. ERAS 快速康复在老年髋部骨折患者围手术期护理中的应用效果[J]. 中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生，2021(9):201-203.

[8]延靖蕾，付莹，侯艳,等. 老年髋部骨折患者心理评估及持续性康复对患者术后心理,关节功能的影响[J]. 中国老年学杂志，2020，40(24):5303-5306.

[9]庞家容. 心理干预对老年髋部骨折术后负性情绪及生活质量的影响[J]. 临床护理杂志，2013(1):464-465.

[10]潘敏雯. 提高中医情志疗法对肿瘤放疗患者管理的影响[J].中医药管理杂志，2021，29(19):154-155.

微型种植体支抗与传统的正畸方法在口腔正畸治疗中的疗效对比探讨

张婧

（联勤保障部队第 940 医院口腔科　730000）

摘要：目的：探讨我院在开展口腔正畸的治疗中，一部分病患进行传统的正畸支抗设计，一部分病患进行新的微型种植体支抗，对比分析二者的正畸效果。方法：参与本次研究的所有病患均来自我院口腔科 2020 年-2022 年进行正畸的 90 例病患，分组后对比分析传统正畸方法（参照组）和微型种植体支抗方法（观察组）的临床正畸疗效。结果：观察组 95.56%（43/45）比参照组 82.22%（37/45）治疗后的效果更好（P<0.05）；治疗前两组病患的咀嚼咬合力和效率基本没有差别（P>0.05）；治疗后比治疗前得到显著好转，且观察组比参照组咀嚼咬合力更大，咀嚼效率更高（P<0.05）；观察组比参照组的牙龈出血、菌斑等指数都恢复的更好（P<0.05）；观察组 97.78%（44/45）比参照组 84.44%（38/45）病患及家属的满意度更高（P<0.05）；观察组 6.67%（3/45）比参照组 20.00%（9/45）不良反应的发生率更低（P<0.05）。结论：从临床开展口腔正畸的治疗中发现，采用微型种植体支抗方法的正畸效果更好，治疗后的咀嚼咬合力和效率均更高，牙龈恢复的也更好，满意度都很高，不良情况的发生也低，更适合于临床正畸。

关键词：微型种植体支抗；传统；正畸；口腔

随着饮食习惯的改变和口腔护理不及时，口腔问题异常凸显，加之现代人对美的追求，口腔正畸悄然成风，人们越来越重视口腔问题和牙齿美观，为了拥有更好的形象，选择正畸的人数呈现逐步攀升趋势。牙齿不整齐与遗传和后天坏习惯密切相关，其影响着人们的容貌，会给部分病患带来容貌焦虑，矫正错位畸形的牙齿成为保持美观和促进口腔咀嚼功能的有效方式[1]。本次研究的所有病患均来自我院口腔科 2020 年-2022 年进行正畸的 90 例病患，发现微型种植体支抗方法较传统方式的正畸效果更为显著，适用范围也非常广泛，如下：

1 资料和方法

1.1 一般资料　本次研究的所有病患均来自我院口腔科 2020 年-2022 年进行正畸的 90 例病患，纳入标准：1）存在牙齿不整齐、错位等问题，符合正畸的标准；2）所有病患均为首次进行正畸治疗；3）所有参与研究病患的资料较为完整，且愿意参与本次研究工作。排除标准：1）排除存在正畸治疗的禁忌症；2）排除正处于妊娠期或哺乳期的女性；3）排除合并其他牙周问题的病患；4）排除认知障碍病患[2]。观察组中男女分别为 20 例、25 例；年龄：20-38（28.54±2.13）岁；参照组中男女分别为 21 例、24 例；年龄：21-37（27.98±2.11）岁。病患基本临床资料基本无差别（P>0.05），可以进行比较研究。

1.2 方法 2021 年前的病患采用传统口腔正畸方法为参照组，具体：一是带环部位选择第一与第二磨牙位置，采取口外支抗的方式，向病患介绍横腭杆方法，即是将上颌左右磨牙用一条较粗的钢丝连为一体，从而达到增强支抗的一种装置；二是完成 NANCE 弓的焊接并佩戴于口内从而达到支抗强化的作用，而且要告知病患佩戴时间，一般每天佩戴要超过 14h，牵引力就保持在 250g 左右；三是为了进一步增强下颌矫治过程中的支抗，一般选择第二磨牙的位置做带环和舌弓处理；四是与病患约好每月复诊时间，口腔正畸医生诊断牙齿移动的情况，然后再做进一步的调整，合理调整加力值，一般正畸治疗时间在 1 年多[3]。2021 年后的病患采用微型种植体支抗方法为观察组，如下：一是支抗材料：一般选择直径 1.5mm 长度 10mm 钛金属材料，使用浓度 0.02%的氯已定进行漱口，采用局部浸润麻醉的方式，麻醉药物选择阿替卡因；二是固定处理：选择上颌植入支抗，并借助下颌第二磨牙增强支抗，根据病患的口腔结构，选择性拔除上下第一前磨牙，并用矫治器粘结固定；三是植入支抗：采取影像学 X 线辅助检查植入位置的周围组织结构，再选择第一和第二前磨牙间，在牙龈边缘下方约 3-5mm 的部位利用慢速手机钻穿骨皮质，然后使用螺丝刀将钛合金支抗缓慢植入，让其与骨面垂直并朝后倾斜 30 度，植入上颌骨皮质骨中，成功植入后再用 X 线检查，检查牙根、根尖片的结构；四是压力控制：用链状橡皮圈来提升种植体与牵引钩之间的压力，一般压力值在 200g 左右，根据病患牙齿情况合理调整；五是术后基于常规抗生素进行抗感染，与病患约定每月复诊，更换链状橡皮圈，治疗时间在 1 年以上[4]。1.3 观察指标 1）对比分析两组病患的临床正畸效果（显著有效率、部分有效率、治疗无效率和治疗总有效率）；2）采取咀嚼花生米的方法评估治疗前后两组病患的咀嚼咬合力和效率；3）评判治疗后两组病患的牙龈出血、菌斑等指数的恢复情况，得分越低表明牙龈情况越好；4）对比分析病患及家属对正畸效果的满意度（十分满意度、比较满意度、不满意度和总满意度）；5）对比分析牙周不适、牙龈肿胀和口腔感染等不良情况的发生率。

1.4 评价标准 1）临床正畸效果评价：通过 1 年多的正畸治疗后，病患的牙齿排列整齐，咬合度更好，前牙覆盖和牙颌结构完好是显著有效；病患的牙齿排列趋于整齐，咬合度有很大改善，前牙覆盖正常和牙颌结构有所改善是部分有效；病患的牙齿排列未见明显改善，咬合度仍存在问题，前牙覆盖不好和牙颌结构未见改善是治疗无效[5]；2）评判治疗后两组病患的牙龈出血、菌斑指数等的恢复情况，得分越低表明牙龈情况越好；3）满意度评价：采用我院的满意度调查表，对口腔正畸治疗效果进行打分，非常满意≥85 分，满意 60-85 分，不满意≤60 分。

1.5 统计学分析　基本资料和研究数据均采用 SPSS 23.0 统计学软件，组间计量和计数资料分别用（$\bar{x}\pm s$）和率（%）表示，用 t 和 χ^2 检验，统计学判定为 P<0.05[6]。

2 结果

2.1 临床正畸效果对比分析 观察组 95.56%（43/45）比参照组 82.22%（37/45）治疗后的效果更好（P<0.05），见表 1。

表 1　临床正畸效果对比分析（n/%）

组别	N	显著有效	部分有效	治疗无效	治疗有效率（%）
观察组	45	33(73.33)	10(22.22)	2(4.44)	95.56
参照组	45	23(51.11)	14(31.11)	8(17.78)	82.22
x^2值					4.050
P 值					<0.05

注：与参照组相比，*P<0.05

2.2 治疗前后咀嚼咬合力和效率对比分析 治疗前两组病患的咀嚼咬合力和效率基本没有差别（P>0.05）；治疗后比治疗前得到显著好转，且观察组比参照组咀嚼咬合力更大，咀嚼效率更高（P<0.05），见表 2。

表 2　治疗前后咀嚼咬合力和效率对比分析（$\bar{x}\pm s$，分）

组别	n	咀嚼咬合力/N		咀嚼效率/%	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	45	88.51±7.84	159.43±14.52[ab]	0.24±0.01	0.91±0.08[ab]
参照组	45	89.76±7.17	114.16±9.81[a]	0.25±0.01	0.66±0.05[a]
t 值		0.431	23.743	0.015	3.013
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与护理前相比，[a]P<0.05,与参照组相比，[b]P<0.05

2.3 牙龈恢复情况对比分析 观察组比参照组的牙龈出血、菌斑等指数都恢复的更好（P<0.05），见表 3。

表 3　牙龈恢复情况对比分析（$\bar{x}\pm s$）

组别	N	牙龈指数 2 级以下	牙龈出血指数 3 级以下	龈缘菌斑指数 2 级以下
观察组	45	97.78(44/45)*	97.78(44/45)*	95.56(43/45)*
参照组	45	86.67(39/45)	82.22(37/45)	80.00(36/45)
t 值		3.873	6.049	5.075
P 值		<0.05	<0.05	<0.05

注：与参照组相比，*P<0.05

2.4 病患及家属的满意度对比分析 观察组 97.78%（44/45）比参照组 84.44%（38/45）病患及家属对正畸效果的满意度更高（P<0.05），见表 4。

表 4　病患及家属的满意度对比分析（n/%）

组别	n	十分满意	比较满意	不满意	满意度（%）
观察组	45	32(71.11)	12(26.67)	1(2.22)	97.78
参照组	45	22(48.89)	16(35.56)	7(15.56)	84.44
x^2值					4.939
P 值					<0.05

注：与参照组相比，*P<0.05

2.5 不良情况的发生对比分析 观察组 6.67%（3/45）比参照组 20.00%（9/45）不良反应的发生率更低（P<0.05），见表 5。

表 5　不良情况的发生对比分析（n/%）

组别	N	牙周不适	牙龈肿胀	口腔感染	发生率（%）
观察组	45	1(2.22)	1(2.22)	1(2.22)	6.67
参照组	45	4(8.89)	3(6.67)	2(4.44)	20.00
x^2值					3.462
P 值					<0.05

注：与参照组相比，*P<0.05

3 讨论

随着人们追求美的需求，口腔正畸可以有效改善咀嚼功能，让牙齿排列更整齐，更好地美化外观。正畸主要是通过外力作用于牙齿，牵动牙齿移动，在这个过程中，为了进一步控制支抗，一般选择抵抗移位力量更好地装置，一旦支抗选择不好会严重影响稳定性，影响正畸效果[7]。从临床来看，最早采用的是传统正畸方法，其支抗以牙齿和外力为主，这种方法的舒适性差，稳定性也不高，很容易发生支抗丧失的情况[8]。随着口腔正畸方法的不断推陈出新，微型种植体支抗方法成为新的有效方法，其主要是通过在牙槽骨内植入种植钉作为支抗，将牙齿移动到需要位置的一种新方法，等待牙齿矫治完成后便会取出，对牙齿和牙龈没有任何伤害，临床效果较好，安全性也高，风险也不大[9]。与传统正畸方法相比，微型支抗技术可以在改善牙齿结构的基础上改善面部问题，而且其可以有效防止牙齿后移，能延长并持续保持正畸效果。

参与本次研究的所有病患均来自我院口腔科 2020 年-2022 年进行正畸的 90 例病患，对比分析传统正畸方法与微型种植体支抗方法的正畸效果。从研究结果可以发现：首先，观察组 95.56%比参照组 82.22%治疗后的效果更好，表明通过 1 年多的正畸治疗后，病患的牙齿排列整齐，咬合更好，前牙覆盖和牙颌结构完好。其次，治疗前两组病患的咀嚼咬合力和效率基本没有差别，治疗后比治疗前得到显著好转，且观察组比参照组咀嚼咬合力更大，咀嚼效率更高，表明微型种植体支抗可以显著改善牙齿咬合度，提升咀嚼能力，稳定效果好。再次，观察组比参照组的牙龈出血、菌斑等指数都恢复的更好，表明微型种植体支抗可以有效降低牙龈出血、菌斑等问题，维护牙周健康。然后，观察组 97.78%比参照组 84.44%病患及家属的满意度更高，表明微型种植体支抗技术可以更好地满足正畸需求，效果尤为显著。此外，观察组 6.67%比参照组 20.00%不良反应的发生率更低，表明微型种植体支抗安全性更高，可以有效降低不良情况发生，减少风险。

综上所述，从临床开展口腔正畸的治疗中发现，采用微型种植体支抗方法的正畸效果更好，治疗后的咀嚼咬合力和效率均更高，牙龈恢复的也更好，满意度都很高，不良情况的发生也低。

参考文献：

[1]汪孔敏,杨艳. 对比分析微型种植体支抗、传统的正畸方法在口腔正畸治疗中的疗效[J]. 中外医疗,2022,41(29):63-66.

[2]张玉璟. 微型种植体支抗与传统的正畸方法在口腔正畸治疗中的疗效分析[J]. 医学理论与实践,2020,33(02):265-266.

[3]魏晓毅. 微型种植体支抗与传统的正畸方法应用在口腔正畸治疗的疗效探究[J]. 全科口腔医学电子杂志,2020,7(02):175.

[4]崔绍俭. 微型种植体支抗与传统的正畸方法应用在口腔正畸治疗的疗效观察[J]. 系统医学,2019,4(16):126-128.

[5]赵会杰. 微型种植体支抗与传统的正畸方法应用在口腔正畸治疗的疗效评价[J]. 中国实用医药,2019,14(01):83-84.

[6]刘文波. 微型种植体支抗与传统的正畸方法在口腔正畸治疗中的疗效分析[J]. 中国实用医药,2018,13(33):82-84.

[7]李俊. 微型种植体支抗与传统正畸方法在口腔正畸治疗中的效果对比[J]. 基层医学论坛,2018,22(34):4928-4929.

[8]于洪晓. 微型种植体支抗与传统的正畸方法应用在口腔正畸治疗的疗效观察[J]. 中国实用医药,2018,13(01):66-67.

[9]姚淑萍,郭永明,殷洪飞,缪屹. 微型种植体支抗与传统的正畸方法在口腔正畸治疗中的疗效分析[J]. 中国妇幼健康研究,2017,28(S3):440-441.

肌骨超声对类风湿关节炎患者病情活动性评估的临床价值研究

朱晓伟

（磁县肿瘤医院　056500）

摘要：目的：对类风湿关节炎患者病情活动性评估中肌骨超声应用价值进行研究。方法：选择 2022 年 1 月至 2022 年 12 月收治类风湿关节炎患者 80 例，根据类风湿关节炎病情活动度评价表(DAS28)将患者分为四组。高活动期组 20 例（DAS28＞5.1 分）、中活动期组 23 例（3.2 分＜DAS28≤5.1 分）、低活动期组 26 例（2.6 分＜DAS28≤3.2 分）、缓解期组 11 例（DAS28≤2.6 分）。比较肌骨超声半定量评分，项目有关节积液、滑膜增生、滑膜内血流信号、骨侵蚀、总分。结果：高活动期组肌骨超声半定量评分高于其他三组（P＜0.05）。中活动期组高于低活动期组、缓解期组（P＜0.05）。低活动期组高于缓解期组（P＜0.05）。结论：类风湿关节炎患者病情活动性评估中肌骨超声有很高临床价值。

关键词：类风湿关节炎；病情活动性；肌骨超声

【Abstract】Objective: To study the application value of musculoskeletal ultrasound in the evaluation of the activity of patients with rheumatoid arthritis.Methods: A total of 80 patients with rheumatoid arthritis from January 2022 to December 2022 were selected and divided into four groups according to the rheumatoid arthritis activity evaluation table (DAS28). There were 20 cases in the high active phase group (DAS28>5.1 points), 23 cases in the middle active group (3.2 points < DAS28≤ 5.1 points), 26 cases in the low active phase group (2.6 points < DAS28 ≤ 3.2 points), and 11 cases in the remission group (DAS28≤ 2.6 points). Semi-quantitative scores of musculoskeletal ultrasound were compared, and items related to joint effusion, synovial hyperplasia, intrasynovial blood flow signal, bone erosion, and total scores.Results: The semi-quantitative score of musculoskeletal ultrasound in the highly active group was higher than that of the other three groups (P<0.05). The moderately active group was higher than the low-active group and the remission group (P<0.05). The low activity group was higher than the remission group (P<0.05).Conclusion: Ultrasound of muscles and bones in the activity assessment of patients with rheumatoid arthritis has high clinical value.

【Keywords】Rheumatoid arthritis; Disease activity; Musculoskeletal ultrasound

类风湿关节炎是自身免疫病，以侵蚀性关节炎症状为主，例如关节晨僵、关节肿胀、关节疼痛、功能障碍等，严重者可出现畸形[1]。临床上治愈类风湿关节炎比较困难，但是可以通过规范的治疗实现达标治疗，有效控制症状、减轻病痛。类风湿关节炎具有发病缓慢特点，随着病情的发展症状逐渐加重，危害性大[2]。早期类风湿关节炎因为缺少特异性症状，或者症状不明显，不容易被患者发觉，在出现明显症状时已经发生关节活动受限，治疗难度增加[3]。因此，早诊断、早治疗是类风湿关节炎的临床治疗原则，需要采取有效的检查手段进行准确的疾病诊断，同时需要准确判断患者病情活动性。肌骨超声在类风湿关节炎诊断中具有较多的应用，尤其是在评估病情活动性方面有很好的作用。类风湿关节炎按照类风湿关节炎病情活动度评价表(DAS28)可以分为高活动期、中活动期、低活动期、缓解期，肌骨超声检查结果方面存在一定差异，可以对医生判断类风湿关节炎患者的病情活动性提供可靠依据[4]。研究中对类风湿关节炎不同病情活动性的患者进行了肌骨超声检查，对比检查结果，探究肌骨超声在类风湿关节炎病情活动性评估中的应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

从 2022 年 1 月至 2022 年 12 月收治类风湿关节炎患者中选出 80 例为研究对象。根据类风湿关节炎病情活动度评价表(DAS28)对患者进行病情活动性判断，分为四组。DAS28＞5.1 分纳入高活动期组，病例数 20 例，男性 5 例、女性 15 例；年龄 54-84（68.64±4.05）岁；病程 1-8（5.24±0.45）年；体重指数 20-24（22.78±0.34）kg/㎡。3.2 分＜DAS28≤5.1 分纳入中活动期组，病例数 23 例，男性 7 例、女性 16 例；年龄 54-84（68.64±4.05）岁；病程 1-7（5.19±0.46）年；体重指数 20-24（22.76±0.35）kg/㎡。2.6 分＜DAS28≤3.2 分纳入低活动期组，病例数 26 例，男性 8 例、女性 18 例；年龄 54-82（68.58±4.02）岁；病程 1-9（5.23±0.51）年；体重指数 20-24（22.71±0.40）kg/㎡。DAS28≤2.6 分纳入缓解期组，病例数 11 例，男性 3 例、女性 8 例；年龄 54-83（68.60±4.10）岁；病程 1-8（5.22±0.44）年；体重指数 20-24（22.72±0.36）kg/㎡。

1.2 方法

对患者进行肌骨超声检查，检查前对患者详细介绍疾病相关知识，告知病情。对患者及其家属介绍肌骨超声检查的必要性、操作流程、费用等，征得患者及家属同意。使用 S2000 型彩色多普勒超声诊断仪（西门子公司生产）检查患者腕关节、指间关节、膝关节、踝关节等患病关节，采取肌骨超声半定量评分进行关节积液、滑膜增生、滑膜内血流信号、骨侵蚀四个方面评价，并计算总分。

1.3 观察指标

比较四组患者肌骨超声半定量评分，包括关节积液、滑膜增生、滑膜内血流信号、骨侵蚀四方面及总分。评分标准：（1）关节积液：关节未见积液为 0 分；关节可见少量积液为 1 分；关节可见较多积液，但未见肿胀为 2 分；关节可见大量积液，伴随肿胀为 3 分。（2）滑膜增生：未见增生为 0 分；局限于关节面夹角的滑膜增生为 1 分；滑膜增生超过骨面最高点连线，但是未到达骨干为 2 分；滑膜增生到达骨干为 3 分。（3）滑膜内血流信号：无血流信号显示为 0 分；观察到单一血流信号为 1 分；观察到＜50%滑膜面积的血流信号为 2 分；观察到≥50%滑膜面积的血流信号为 3 分。（4）骨侵蚀：未观察到骨侵蚀

为 0 分；骨面粗糙、骨连续性未中断为 1 分；侵蚀明显，骨连续性中断为 2 分；可见骨面大范围侵蚀为 3 分。

1.4 统计学处理

计量资料(以 $\bar{x}\pm s$ 表示)与计数资料(以 n、%表示)导入 SPSS25.0 软件进行统计学处理，分别进行 t 检验，χ^2 检验，P<0.05 表示有统计学意义。

2 结果

类风湿关节炎高活动期患者肌骨超声检查关节积液、滑膜增生、滑膜内血流信号、骨侵蚀四方面及总分均比类风湿关节炎中活动期患者、类风湿关节炎低活动期患者、类风湿关节炎缓解期患者高，差异有统计学意义（P＜0.05）。类风湿关节炎中活动期患者肌骨超声检查关节积液、滑膜增生、滑膜内血流信号、骨侵蚀四方面及总分均比类风湿关节炎低活动期患者、类风湿关节炎缓解期患者高，差异有统计学意义（P＜0.05）。肌骨超声检查关节积液、滑膜增生、滑膜内血流信号、骨侵蚀四方面及总分高于类风湿关节炎缓解期患者，差异有统计学意义（P＜0.05）。见表 1 所示。

表 1　类风湿关节炎患者不同病情活动性的肌骨超声检查结果比较（$\bar{x}\pm s$，分）

组别	关节积液	滑膜增生	滑膜内血流信号	骨侵蚀	总分
高活动期（n＝20）	2.24±0.33[1)2)3)]	2.26±0.48[1)2)3)]	2.44±0.51[1)2)3)]	2.44±0.35[1)2)3)]	9.34±1.24[1)2)3)]
中活动期（n＝23）	2.01±0.15[1)2)]	1.99±0.35[1)2)]	1.96±0.43[1)2)]	1.96±0.38[1)2)]	6.64±1.01[1)2)]
低活动期（n＝26）	1.34±0.11[1)]	1.46±0.28[1)]	1.31±0.28[1)]	1.21±0.31[1)]	4.87±0.89[1)]
缓解期（n=11）	0.45±0.08	0.82±0.18	0.64±0.31	0.75±0.24	2.34±0.27

注：与缓解期比较，[1)]P＜0.05。与低活动期比较[2)]P＜0.05。低中活动期比较[3)]P＜0.05。

3 讨论

类风湿关节炎具有比较高的临床发病率，主要疾病特征是侵蚀性关节炎，滑膜炎是该病的病理基础。患者患病早期可无明显症状，或者出现关节晨僵、疼痛、肿胀等表现，伴随一定程度的关节活动障碍。类风湿关节炎患者中女性占据大多数，男女患病概率大约为 1:4，任何年龄段均可患病，多发生于 20-55 岁之间[5]。临床上对类风湿关节炎的诊断主要依据是临床症状、影像学检查结果、实验室检查结果。实验室检查结果只能提示类风湿关节炎，对于疾病的确诊并不准确，受到其他疾病因素、药物因素的影响较大，并且无法评估类风湿关节炎病情活动性。影像学检查主要通过 X 线、MRI 检查、超声检查等，可以通过观察并分析类风湿关节炎患者患病的关节结构，判断关节损害程度。肌骨超声在临床诊断类风湿关节炎中具有重要应用，诊断优势在于评估关节结构的损害，可以观察并准确判断出关节的滑膜炎，用于进行病情活动性的监测，对炎症也有非常好的评估效果[6]。

本次研究中对类风湿关节炎不同病情活动性患者进行肌骨超声检查，检查结果中显示出高活动期患者的关节积液、滑膜增生、滑膜内血流信号、骨侵蚀及总分高于中活动期、低活动期、缓解期（P＜0.05）。中活动期患者的关节积液、滑膜增生、滑膜内血流信号、骨侵蚀及总分高于低活动期、缓解期（P＜0.05）。低活动期患者的关节积液、滑膜增生、滑膜内血流信号、骨侵蚀及总分高于缓解期（P＜0.05）。提示类风湿关节炎患者病情活动性越大，肌骨超声检查结果中各项评分越高。分析原因：类风湿关节炎患者的病情活动性可以根据类风湿关节炎病情活动度评价表(DAS28)进行区分[7]。而肌骨超声检查则可以对不同病情活动性的类风湿关节炎患者进行关节积液、滑膜增生、滑膜内血流信号、骨侵蚀四个方面的评价，对患者实际病情严重程度，病情活动性进行评估。关节积液、滑膜增生、滑膜内血流信号、骨侵蚀程度均与类风湿关节炎患者病情发展情况、严重程度有关，能够准确反映出患者的实际病情[8]。随着患者病情加重，受累关节的损害不断加大，炎症加重，骨质破坏加大，从而获得更高的肌骨超声检查得分。另外，对不同病情活动性类风湿关节炎患者进行肌骨超声检查，可以对患者滑膜增厚、肌腱增厚的情况以及滑膜实际的血流情况等进行准确的显示，同时可以直接、动态观察到患者关节积液、了解骨侵蚀情况，为医生判断类风湿关节炎病情活动性提供准确、可靠的依据[9]。由于不同病情活动性类风湿关节炎患者的病情严重程度存在较为显著的差别，因此在肌骨超声检查中能够得到差异性的结果，对于疾病的诊断与病情活动性评估有比较好的提示作用，诊断价值高[10]。肌骨超声检查操作简单、费用低、可以重复进行，对患者无其他损伤，容易被患者接受，是一种具有很高诊断价值的影像学检查手段。

综上所述，类风湿关节炎病情活动性评估中应用肌骨超声可以获得比较理想的结果，具有很高的临床应用价值。

参考文献：

[1]贾节,黄慧仪,李晏龙,等.超微血流成像技术在类风湿关节炎辨证分型中的应用[J].影像研究与医学应用,2023,7(02):50-53.

[2]陈斐臻.肌骨超声在血清阴性类风湿关节炎中的诊断价值研究[J].现代医用影像学,2022,31(12):2328-2330.

[3]朱思娟,邹运兰.痛风性关节炎肌骨超声表现与疾病活动度的相关性分析[J].现代医用影像学,2022,31(12):2341-2343.

[4]刘宝,杨阳,陈炳华.肌骨超声对类风湿关节炎病情程度及相关炎性指标的评价价值[J].影像研究与医学应用,2022,6(23):167-169.

[5]王友,王远勤.肌骨超声在早期类风湿性关节炎指关节病变中的诊断价值分析[J].影像研究与医学应用,2022,6(22):44-46.

[6]王薇,李静.肌肉骨骼超声对类风湿关节炎疾病活动度及诊断准确率的影响[J].影像研究与医学应用,2022,6(22):65-67.

[7]朱永涛,回瑾,郭玲,等.肌肉骨骼超声与 MRI 诊断类风湿性膝关节炎及评估其活动度的价值比较[J].长春中医药大学学报,2022,38(11):1253-1257.

[8]李瑞萍.肌骨超声在类风湿关节炎活动期的评估作用及其 DAS28 评分、RF、ESR、CRP 分析[J].罕少疾病杂志,2022,29(09):85-86+91.

[9]徐小伟,蔡洁.血清阴性类风湿关节炎与骨关节炎采用肌骨超声诊断鉴别价值分析[J].浙江创伤外科,2022,27(04):797-799.

[10]郭莉莉,王文平,郝玲丽,等.肌骨超声对类风湿关节炎患者病情活动性评估的临床价值[J].中国实验诊断学,2021,25(02):217-220.

作者简介：朱晓伟，出生年月：1981.10，女，汉族，籍贯：河北省邯郸市磁县，学历：本科，职称：中级，科室：超声科，研究方向：超声诊断学。

等离子射频消融联合下鼻甲骨折外移术对鼻中隔偏曲伴慢性肥厚性鼻炎的治疗分析

陈　龙　童兴科　文　静　何　露[通讯作者]

（西南医科大学附属中医医院　四川泸州　646000）

摘要：目的：探究等离子射频消融联合下鼻甲骨折外移术对鼻中隔偏曲伴慢性肥厚性鼻炎的治疗效果。方法：将我院 2020 年 10 月到 2021 年 12 月的 66 例鼻中隔偏曲伴慢性肥厚性鼻炎患者作为本次研究核心，依据抽签法分为对照组与观察组，对照组实施常规治疗，观察组实施等离子射频消融联合下鼻甲骨折外移术，对比两组治疗满意度以及治疗相关指标等。结果：观察组的治疗满意度高于对照组（p<0.05）；观察组治疗相关指标与对照组对比，差异显著，有统计学意义（p<0.05）；观察组在干预前的生活质量评分与对照组进行对比，差异不显著，无统计学意义（p>0.05）；干预后，观察组生活质量评分高于对照组，差异有统计学意义（p<0.05）;观察组的并发症发生率低于对照组（p<0.05）。结论：对鼻中隔偏曲伴慢性肥厚性鼻炎患者实施等离子射频消融联合下鼻甲骨折外移术，患者的治疗满意度更高，且治疗相关指标得到极大调整，改善其生活质量，减少并发症。

关键词：等离子射频消融；联合；下鼻甲骨折外移术；鼻中隔偏曲伴慢性肥厚性鼻炎

引言

鼻中隔偏曲伴慢性肥厚性鼻炎是一种常见的耳鼻喉科疾病，其发病严重，可能影响患者的健康与日常生活。药物治疗对患者病情有一定改善作用，但可能存在不良反应，例如头痛或是出血。手术也是治疗该病的有效手段[1-2]。等离子射频消融、下鼻甲骨折外移术是鼻中隔偏曲伴慢性肥厚性鼻炎治疗的基础手术类型。本次尝试对患者实施两组不同手术干预，探究观察组手术干预手段对患者的应用价值，内容如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

将我院 2020 年 10 月到 2021 年 12 月的 66 例鼻中隔偏曲伴慢性肥厚性鼻炎患者作为本次研究核心，依据抽签法分为对照组与观察组。对照组男 21 例、女 12 例，年龄范围 24-82 岁，年龄均值 53 岁；观察组男 22 例、女 11 例，年龄范围 25-82 岁，年龄均值 53.50 岁。两组基本资料可对比（p>0.05）。

1.2 方法

两组患者均需要在全麻下实施手术。

对照组：常规治疗。常规治疗在下鼻甲黏骨膜下注射肾上腺素与生理盐水，之后纵向切开下鼻甲前端黏膜至骨面，在黏膜下由前向后逐步分离，去除增生骨质，黏膜复位后，缝合切口对位。

观察组：等离子射频消融联合下鼻甲骨折外移术。

用低温等离子刀头缓缓进入患者的鼻甲后端，之后针对黏膜过度肥厚人员再次进行射频消融，将下鼻甲骨折外移，确保下鼻甲的内侧面距离同侧鼻中隔黏膜面在 2mm 以上。

1.3 观察指标

统计两组治疗满意度与治疗相关指标。治疗满意度是非常满意与一般满意之和。

1.4 统计学分析

用 SPSS20.0 分析数据，计量资料（$\bar{x}\pm s$）、计数资料行 t 检验、χ^2检验对比。P＜0.05 为差异显著。

2 结果

2.1 两组治疗满意度

观察组治疗满意度高于对照组，观察组的并发症发生率低于对照组，差异有统计学意义，如表 1.

2.2 两组治疗相关指标

干预前，两组治疗相关指标对比，差异不显著；干预后，观察组治疗相关指标与对照组对比，差异显著，且有统计学意义，如表 2.

2.3 两组生活质量

观察组在干预前的生活质量评分与对照组进行对比，差异不显著，无统计学意义（p>0.05）；干预后，观察组生活质量评分高于对照组，差异有统计学意义（p<0.05），如表 3.

表 1　两组鼻中隔偏曲伴慢性肥厚性鼻炎患者的治疗满意度与并发症（n,%）

组别	例数	非常满意	一般满意	不满意	治疗满意度	头晕	嗅觉减退	鼻腔出血	鼻腔干燥	并发症发生率
观察组	33	25（75.76%）	7（21.21%）	1（3.03%）	32（96.97%）	0	0	1（3.03%）	0	1（3.03%）
对照组	33	4（12.12%）	19（57.58%）	10（30.03%）	23（69.70%）	1（3.03%）	1（3.03%）	1（3.03%）	4（12.12%）	7（21.21%）
X^2					12.305					20.306
p					0.001					0.001

表 2　两组治疗相关指标（$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	NMCA(cm^2)				150Pa　NAR(kpa.s/L)			
		干预前	干预后	t	p	干预前	干预后	t	p
观察组	33	0.28±0.03	0.60±0.06	24.638	0.001	1.01±0.09	0.38±0.09	28.361	0.001
对照组	33	0.27±0.04	0.69±0.07	8.859	0.001	1.03±0.09	0.24±0.02	1.448	0.001
t		12.305	2.336			14.255	4.339		
P		0.159	0.001			0.725	0.001		

表 3　两组鼻中隔偏曲伴慢性肥厚性鼻炎患者的生活质量（$\bar{x}\pm s$，分）

组别	例数	躯体疼痛				心理功能				活力				总体健康评价				精神健康			
		干预前	干预后	t	p	干预前	干预后	t	p	干预前	干预后	t	p	干预前	干预后	t	p	干预前	干预后	t	p
观察组	33	59.63±12.30	89.32±10.30	12.058	0.001	58.29±10.20	94.30±2.66	18.504	0.001	56.26±5.66	96.36±2.63	22.729	0.001	58.23±5.36	97.62±2.63	38.012	0.001	58.63±10.30	95.30±3.20	17.781	0.001
对照组	33	60.16±10.22	65.36±8.63	5.682	0.001	59.48±10.55	65.89±5.63	4.353	0.001	56.15±2.30	75.15±2.66	24.712	0.001	59.77±6.23	75.63±1.02	10.106	0.001	59.88±11.02	72.22±5.69	5.781	0.001
t		10.302	8.778			0.485	22.813			0.997	15.148			0.329	38.977			12.306	20.302		
p		0.497	0.001			0.449	0.001			0.183	0.001			0.487	0.001			0.158	0.001		

3 讨论

观察组的治疗满意度高于对照组，可以看出对鼻中隔偏曲伴慢性肥厚性鼻炎患者实施等离子射频消融联合下鼻甲骨折外移术，患者的治疗满意度明显改善。主要是因为下鼻甲等离子射频消融术对鼻中隔偏曲伴慢性肥厚性鼻炎患者的实施，可以最大限度地限度地保持患者鼻腔气流通畅，增强鼻腔的清洁与加温等效果，避免其对鼻腔黏膜产生不可逆损伤。结合鼻甲骨折外移术可以对肥厚黏膜进行减容，外移增生骨质骨折，促进治疗效果的提升。两手术结合，保留了鼻甲解剖结构的同时，尽可能降低手术对患者鼻腔生理功能破坏，提升治疗满意度[3-4]。观察组治疗相关指标与对照组对比，差异显著，有统计学意义，可以看出对鼻中隔偏曲伴慢性肥厚性鼻炎患者实施等离子射频消融联合下鼻甲骨折外移术，其治疗相关指标明显改善，多是因为观察组的干预手段结合两种治疗的优势，为治疗相关指标调整提供必要支持[7-8]；观察组在干预前的生活质量评分与对照组进行对比，差异不显著，无统计学意义（$p<0.05$）；干预后，观察组生活质量评分高于对照组，差异有统计学意义（$p<0.05$）；观察组的并发症发生率低于对照组（$p<0.05$）。可看出观察组的干预手段结合两治疗模式的优势，促进鼻腔得到有效清洁，减少感染与相关并发症，并避免不可再生损伤，控制患者并发症的同时，促进生活质量进一步改善[9-11]。

综上所述，对患者实施等离子射频消融联合下鼻甲骨折外移术，患者的治疗满意度更高，减少并发症，且治疗相关指标得到极大调整，促进患者生活质量评分提升。

参考文献：

[1]罗腊红,刘志军,周小林.不同手术方案对鼻中隔偏曲合并慢性肥厚性鼻炎患者鼻腔愈合的影响[J].临床和实验医学杂志,2021,20(03):326-329.

[2]姚期,余资江.单纯下鼻甲低温等离子射频消融术治疗老年鼻中隔偏曲伴慢性肥厚性鼻炎的效果[J].中国老年学杂志,2020,37(14):3550-3552.

[3] Li S Effects of nasal cavity ventilational function at low temperature plasma ablation and lateral fracture in treatment for nasal spetum deviation with chronic hypertrophic rhinitis].[J]. Lin chuang er bi yan hou tou jing wai ke za zhi = Journal of clinical otorhinolaryngology, head, and neck surgery, 2020, 30(7):520-522.

[4]杜晓辉,乐建新,陈望燕,.鼻中隔偏曲伴慢性肥厚性鼻炎单纯行下鼻甲手术后鼻通气的疗效观察[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2020,25(23):1094-1096.

[5]李淑茸. 低温等离子消融联合下鼻甲骨折外移术治疗慢性肥厚性鼻炎对鼻通气功能的影响[D].宁夏医科大学,2020,15(10):98.

[6]严达忠,甘卫刚,周茂,张建辉.下鼻甲骨折外移结合低温等离子消融治疗慢性肥厚性鼻炎的疗效观察[J].川北医学院学报,2021,30(06):762-764.

[7]Süleyman Emre Karakurt, Etin M A , Apaydn E , et al. Does inferior turbinate outfracture provide additional benefit when combined with inferior turbinate radiofrequency ablation?[J]. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, 2021,15(5):1-6.

[8]康宗辉,肖仪.低温等离子消融联合下鼻甲骨折外移治疗慢性肥厚性鼻炎的近期疗效[J].中国眼耳鼻喉科杂志,2013,13(03):152-154.

[9]李云秋,肖旭平,谭志强.低温等离子消融术联合下鼻甲骨折外移治疗下鼻甲肥大的远期疗效观察[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2020,26(23):1095-1097

[10]张新红,裴华,古丽巴哈,张正杰.两种下鼻甲手术方式对慢性肥厚性鼻炎(骨质肥厚)治疗效果的影响比较[J].中国社区医师(医学专业),2020,13(32):162.

[11]Trujillo M. Can electroporation previous to radiofrequency hepatic ablation enlarge thermal lesion size? A feasibility study based on theoretical modelling and in vivo experiments[J]. International Journal of Hyperthermia the Official Journal of European Society for Hyperthermic Oncology North American Hyperthermia Group, 2020, 29(3):211-218.

腹式呼吸+腹部推拿技术及直肠功能训练联合保留灌肠协同护理模式在便秘患者中的应用

龙艳珍　彭小千　方如意　张善和　莫春莉

（河池市人民医院　广西河池　547000）

摘要：目的　探讨腹式呼吸+腹部推拿技术及直肠功能训练联合保留灌肠协同护理模式在便秘患者中的应用。方法　选择 46 例便秘患者随机分为对照组和实验组，每组 23 例，对照组及时采取润肠通便措施、指导多饮水、粗纤维饮食及腹部按摩、健康教育等常规护理；实验组在常规护理基础上，采取腹式呼吸+腹部推拿技术及直肠功能训练联合保留灌肠协同护理模式进行护理。比较两组护理后焦虑情绪及生活质量情况。结果　两组患者的心理状况评分比较：经过干预，实验组和对照组干预后 SDS 评分、SAS 评分较干预前均有所下降，但差异无统计学意义 P >0.05)；经过多种模式协同干预后，实验组 SDS 评分及 SAS 评分低明显于对照组，差异有统计学意义(P <0.05) 。两组患者干预后的生活质量评分比较：对照组干预前和干预后的各项评分与观察组比较无统计学意义（P>0.05）；但通过综合协同干预后,实验组与对照组相比，差异有统计学意义（P<0.05）。结论　采用腹式呼吸+腹部推拿技术及直肠功能训练联合开塞露保留灌肠协同护理模式，可缓解便秘症状，改善患者焦虑等情绪状态，提高患者生活质量，且腹式呼吸+腹部推拿技术及直肠功能训练操作简单、安全有效，既利于操作者掌握和实施，又利于患者养成良好的排便习惯。

关键词：便秘护理；腹式呼吸；腹部推拿；保留灌肠

协同护理模式是指由多专业协作、多个科室、多学科人员针对同一临床病症，施予精准、多维度的护理干预措施，是目前国际上公认的疾病康复期有效干预模式[1]。康复医学科收治的患者主要是慢性病或瘫痪患者,便秘的发生率较高[2]。有研究，长期便秘的患者普遍存在焦虑、抑郁心理，生活质量不佳，而多学科综合护理方案能明显改善的焦虑和抑郁状态，提高其生活质量[3]。本研究通过采取腹式呼吸+腹部推拿技术及直肠功能训练联合保留灌肠协同护理模式对便秘患者进行护理，取得一定的临床效果，现报告如下。

1资料和方法

1.1一般资料

选择 2021 年 3 月至 2022 年 7月在本院康复科住院治疗的便秘患者46 例，随机分为实验组和对照组，每组23例，实验组男13例，女 10 例；年龄 50～53 岁，平均年龄（45.5±4.6）岁，平均住院天数为(20.2±1.8)d；对照组男14例，女 9 例；年龄 51～54岁，平均年龄（46.4±4.7）岁，平均住院天数为(21.4±1.2)d，所有患者都合并有两种或两种以上的疾病。纳入标准 :①符合慢性便秘诊断；②可配合腹式呼吸+腹部推拿技术及直肠功能训练及保留灌肠治疗；③知情同意。 排除标准：①腹式呼吸禁忌症包括：临床病情不稳定者或感染尚未被控制者；呼吸衰竭者；患者训练时可导致病情恶化等不良情况也不宜进行腹式呼吸功能训练者；②腹部推拿、直肠功能训练及保留灌肠技术禁忌症：包括有消化系统器质性疾病的患者；心力衰竭的患者；急腹症；腹部有伤口；感染性疾病；盆地综合征及器质性病变引起的便秘；孕妇、哺乳期妇女或有妊娠意愿者；③医嘱依从性差者及有精神疾病者。所有患者在性别、年龄及病情等 一般资料上差异无统计学意义(P＞0.05)。具有可比性。

1.2方法

1.2.1 两组均指导多饮水、粗纤维饮食及腹部按摩、健康教育等常规护理。

1.2.2 实验组在此基础上配合如下措施。(1) 腹式呼吸：①协助患者取舒适仰卧位，双腿屈曲；②先闭口用鼻深吸气,此时腹部隆起,使膈肌尽量下移,吸气至不能再吸时稍屏息2～3s(熟练后可适当逐当延长至5～10s);然后缩唇缓慢呼气,腹部尽量回收,缓缓吹气达4～6s。③呼吸要深而缓,要求呼气时间是吸气时间的2～3倍。深呼吸训练的频率每分钟为8～10次,持续3～5min,每天3次,熟练后增加训练次数和时间。(2) 腹部推拿：配合腹式呼吸顺时针(升结肠—横结肠—降结肠)按、揉、运、推腹，力度以患者不感到不适为宜。在操作过程中，将双手掌面叠放在患者右侧腹部，患者吸气时,腹部隆起,呼气时将腹部回缩，同时操作者跟随患者呼吸节奏，在呼气末运用大小鱼际进行推拿；患者再次吸气时， 操作者的手轻贴隆起的腹部待续。可根据患者排便习惯选择每日两餐后1小时各1 次，每次 15～20min。(3) 直肠功能训练：①患者餐后1小时左右，协助取左侧卧位；②护士戴手套,以石蜡油润滑后插入肛门2～4cm,先清理患者的积便,评估直肠情况，无禁忌症后用指腹贴着直肠壁顺时针360度进行环形刺激，刺激10圈，休息1～2分钟，再刺激10圈。10圈/组，20s/组，4组/次，尽量在1分钟内完成。③直肠环形刺激过程中，于3点、6点、9点、12点方向定点牵拉刺激直肠壁，在刺激中让患者感受，若患者出现便意，嘱患者用力排便以促进粪便排出。(4) 保留灌肠技术：协助患者取左侧卧位,抬高臀部30cm,准备生理盐水100ml+40～60ml开塞露的小剂量瓶装灌肠液，插入输液器并去掉针头，连接12号一次性使用硅胶吸痰管排气,润滑油润滑吸痰管前端后插入肛门20～25cm,缓慢灌入灌肠液，并指导患者尽可能保留30分钟,待有便意后排便。

1.3 疗效评价

(1)参照陈华燕[4]的焦虑自评量表(SAS)及抑郁自评量表(SDS)对两组患者心理状态进行评分 ；该量表有四个条目，每条目 25 分，范围 25～100 分，分数越高说明患者抑郁或焦虑症状越严重。(2)参照张娟娟[5]的便秘患者生活质量量表(PAC-QOL)评定两组患者的生活质量。包含生理机能、心理功能、社会功能及健康状况四个维度，每维度 25 分，100 分，分值越高说明生活质量越佳。

1.4 统计学方法

所有数据均用 SPSS26.0 软件计算。计数资料用百分率/例表示，采用 x^2检验；计量资料以$\bar{x}\pm s$表示，组间比较用独立样本用 t 检验。以 P<0.05 为差异有统计学意义。

2结果

2.1 两组患者一般资料的比较：两组各项比较 P>0.05,没有显著性差异。（见表 1）

表 1　两组患者的基本资料（n,%）

组别	性别[例（%）]		年龄（岁，$\bar{x}\pm s$）	住院时间（天，$\bar{x}\pm s$）	合并症[例（%）]	
	男	女			2 种以上	3 种以上
实验组	13	10	45.5±4.6	20.2±1.8	13(56.52)	10(43.47)
对照组	14	9	46.4±4.7	21.4±1.2	14(60.86)	9(39.13)

2.2 两组患者的心理状况评分比较：干预前两组的 SDS 评分及 SAS 评分差异无统计学意义（P>0. 05）；经过干预后，实验组和对照组干预后 SDS 评分、SAS 评分较干预前均有所下降，但差异无统计学意义 P >0.05）；经过多种模式协同干预后，实验组 SDS 评分及 SAS 评分低明显于对照组，差异有统计学意义(P<0.05)。见表 2。

表 2　两组患者治疗前后抑郁、焦虑评分比较，（分，$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	150	62.55±8.24	42.47±5.24	64.14±6.23	43.78±4.11
研究组	150	62.17±7.19	24.21±2.26	65.78±4.89	25.04±2.01
t 值		1.812	12.341	0.998	5.157
p 值		0.451	0.012	0.425	0.015

2.3 两组患者干预后的生活质量评分比较:对照组干预前和干预后的各项评分与观察组比较无统计学意义（P>0.05）；但通过综合协同干预后,实验组与对照组相比，差异有统计学意义(P<0.05)。见表 3。

表 3　两组患者干预前后的生活质量比较，（分，$\bar{x}\pm s$）

维度	实验组（n=23）		对照组(n=23)	
	干预前	干预后	干预前	干预后
生理功能	42.15±3.05*	87.28±5.19#	42.47±3.15	72.15±3.25
心理功能	43.01±2.19*	86.14±6.15#	42.55±3.47	71.78±3.71
社会功能	41.48±3.47*	87.42±6.14#	43.51±3.44	72.50±3.14
健康状况	40.46±3.68*	86.89±5.48#	42.54±3.12	72.17±3.04

注：*与对照组干预前对比，p>0.05；#与对照组干预后相比，p<0.05.

3讨论

在我国，慢性便秘患者众多，其发病率约为 6%。长期便秘可导致肛肠疾病、结直肠癌变，甚至可能诱发心脑血管意外。随着医学的快速发展,现有的护理模式正在由以疾病为中心的责任制护理模式逐步转变为以患者为中心的整体护理模式。多学科协同护理（collaborative care model,CCM）被定义为用于指导和支持患者疾病自我管理，医疗健康专家与患者的共同参与，强调通过强化健康护理的集体协同作用,以现有的人力资源最大限度地发挥病人和家属参与健康护理的能力，提高护理质量，对患者的预后具有重要的意义。本文通过多模式协同护理,探讨其在慢性便秘伴抑郁和焦虑中的应用效果。从以上结果看出，通过实施后取得满意的效果。

腹式呼吸隶属于呼吸训练范畴，是一种自主延长吸气和呼气时间，以腹部起伏为特点的慢、深、细、有规律的呼吸运动。在腹式呼吸中膈肌收缩并协同腹部肌肉，则腹腔内压升高，且向盆腔传递时盆底肌舒缩，可促进粪便排出。腹部推拿作为一种中医外治的方法，采用按腹、揉腹、运腹、推腹的手法，对胃肠的动力起到良性的推动作用。按照升结肠—横结肠—降结肠顺时针推拿按摩腹部。腹式呼吸＋腹部推拿技术结合运用，能增强腹内压及肠道运动，促进粪便的传输及排出，对便秘患者排便可起到事半功倍的效果。利用直肠功能训练方法：手指直肠刺激技术（DRS）以及牵拉肛门括约肌，引起患者结肠活动、肠道反射促进粪便排出。对于积粪难以排出者，配合使用 0.9%氯化钠注射液 100ml+40~60ml 开塞露保留灌肠能帮助患者将宿便彻底清除，促进肠粘膜分泌功能恢复，改善相关症状，且能够在肠道内形成一定的压力，起到按摩肠壁，促进肠粘膜血液循环，加速粪便传输，促进代谢的作用。腹式呼吸+腹部按摩技术及直肠功能训练联合保留灌肠可缓解便秘症状和焦虑等情绪状态，提高患者生活质量。

便秘是一种身心疾病，病因复杂，治疗困难，治疗后患者很难完全恢复到病前的状态，或是容易反复。患者易出现焦虑、抑郁情绪。因此，便秘的治疗不仅要重视患者的生理功能，更要兼顾其精神心理状态。

本研究对于便秘的处理方法，都是临床上比较常用的方法。对照组只按医嘱使用口服缓泻剂、开塞露或灌肠等对症方法治疗长期卧床患者的便秘,也可以解除便秘。但停药后易复发,患者因为用力排便而增加痛苦,甚至会出现血压升高、中风、冠心病发作等危险。很难从根本上治愈便秘。而新方法组按个体化采用系统便秘护理管理模式,有针对性地从心理护理→健康教育→药物合理使用;使患者养成良好的排便规律,并及时治疗原发病,选用合适的便秘护理管理措施后,便秘患者在解除便秘、粪便质量和排便次数方面均明显比对照组理想。

参考文献：

[1]李硕，李育玲等. 综合医院住院患者心理健康状况及其影响因素 [J]. 护理研究，2021，35: 1290-1294.

[2]陈容，周泠. 结肠慢传输型便秘的研究进展 [J]. 海南医学，2020，18: 2409-2413.

[3]邓丽云,金丽霓.腹部按摩配合耳穴压豆护理干预对抗精神病药物致便秘患者不良情绪、生活质量和护理满意度的影响 [J] .新中医，2020,52（16）:137-140.

[4]陈华燕，王娅，张顺玉等. 腹部穴位按摩、腹部按摩配合中药大承气汤直肠滴入对功能性便秘患者的影响[J].四川中医，2018，36（7）：190-192.

[5]张娟娟，庄姬，沈翠珍. 耳穴压豆对尿毒症血液透析虚证便秘患 者的应用效果研究[J]. 护理与康复，2018，17（9）：70-73.

分析将呼吸训练康复护理干预措施应用于慢性阻塞性肺疾病患者护理中的效果

汪丹萍

（咸宁市中心医院　湖北咸宁　437100）

摘要：目的　研究主要分析在对慢性阻塞性肺疾病患者实施呼吸训练康复护理干预的效果及其应用价值。方法　研究资料为咸宁市中心医院在 2021 年 6 月份至 2022 年 6 月份收治到的确诊的慢性阻塞性肺疾病患者共计 50 例，随后将全部患者平均分成两组：观察组 25 例、对照组 25 例。分别给予观察组与对照组两组患者实施不同的护理干预措施：对照组：实施常规护理；观察组：实施呼吸训练康复护理干预措施。结果　比较两组患者的肺功能指标、护理总有效率与患者满意度情况，上述结果比较显示：观察组护理效果明显优于对照组，组间结果比较，差异显著（P＜0.05）。训练后观察组的血气分析指标优于对照组，观察组的治疗依从性高于对照组（P＜0.05）。结论　我们对慢性阻塞性肺疾病患者实施呼吸训练康复护理干预模式，能够明显使患者的疾病症状达到缓解，改善患者的肺功能与血气分析指标，且能提升患者的治疗依从性，进而取得理想的治疗效果，值得推广。

关键词：呼吸训练；康复护理；慢性阻塞性肺疾病；护理价值

慢性阻塞性肺疾病属于临床高发的肺部疾病，据相关调查结果显示，此疾病主要容易发生在中老年群体中，与老年人身体抵抗力低下、同时合并多种基础疾病等原因有关。患者在患病后，主要表现为呼吸困难症状，以气流受限为突出症状[1]，严重威胁到患者的身体健康水平与生活质量对于慢性阻塞性肺疾病患者要及时对患者实施呼吸训练及其相关护理干预，由此所达到的干预效果现分析如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究资料均选取自咸宁市中心医院中的病例资料，是本院在 2021 年 6 月份至 2022 年 6 月份期间收治到的确诊的慢性阻塞性肺疾病患者，一共纳入患者资料为 50 例，全部患者均签署同意书，同时按照研究分组要求将全部患者平均分成两组：一组为观察组 25 例、一组为对照组 25 例。患者的整体年龄为（62.14±4.38）岁，比较两组患者基础资料，差异没有明显统计学意义（P＞0.05）[2]。

1.2 方法

对照组：采用常规护理模式，即护理人员严格遵医嘱对患者实施基础护理干预措施，密切观察患者的情况，一旦出现异常要及时应对处理。

观察组：实施呼吸训练康复护理，主要内容为：

在实施呼吸训练之前要向患者讲解清楚此项干预措施实施的必要性与重要意义，使得全体患者及其家属明白此项干预的配合要点和重要性，提升患者的配合积极性，然后护理人员可针对患者的具体情况制定详细的运动训练计划，如步行一小时，在呼吸上对患者进行正确指导，告诉患者要用鼻子进行呼气，用唇缓慢吐气，纠正错误的呼吸习惯，养成正确的呼吸习惯。训练患者的呼吸肌，可涉及到缩唇呼吸、扩胸深呼吸、咳嗽管理。同时，可配合腹式呼吸训练，在患者做吸气动作的时候对抗手压力，鼓起患者的腹部，使患者保持尽量长的呼气时间。指导患者进行呼吸操训练，第一环节动作要求患者缩唇，适度活动四肢，经鼻吸气与经嘴呼气。吸气时高举双手，呼气时放下双手，重复以上动作 20 次。第二节动作要求患者打开双上臂，交替上移和下滑双上臂，在上移时吸气，下滑时呼气，重复以上动作 20 次。第三节动作，嘱患者双手握拳，适度屈曲双肘，朝胸前方向出拳，出拳时吸气，收拳时呼气，重复动作 20 次。第四节动作，嘱患者端坐于椅子上，屈曲双腿至 90°，交替抬腿，抬腿时吸气，收腿时呼气，重复以上动作 20 次。护理人员要详细评估患者的实际情况与耐受程度情况[3]，并根据患者的实际情况制定针对性的训练措施。在患者住院期间，如果情况允许，要开展护理人员与患者的一对一指导，及时纠正患者的错误锻炼方法，密切观察患者病情变化，一旦出现异常要及时处理[4,5]。

1.3 观察指标

利用肺功能检测仪测定第一秒用力呼气容积（FEV1）与用力肺活量（FVC）等肺功能指标。护理显效表示痰量显著减少，呼吸困难等症状显著改善，肺啰音基本消失；有效表示痰量有减少，呼吸困难等症状有所改善，肺啰音有缓解；无效表示痰量无变化，呼吸困难与肺啰音无改善。利用自制满意度调查问卷评测护理满意度，含服务态度、操作技术、护患沟通等，共 100 分，满意＞60 分，不满意≤60 分。利用血气分析仪测定护理前后的二氧化碳分压（$PaCO_2$）、血氧饱和度（SaO_2）、氧分压（PaO_2）等指标。利用自制调查表评价治疗依从性，完全依从指主动配合相关训练；基本依从指大致配合相关训练；不依从指不配合相关训练。

1.4 统计学方法

对慢性阻塞性肺疾病患者的治疗结果进行讨论，使用统计学软件 SPSS17.00 处理数据，正态计量数据用“均数±标准差”表示，计数资料采用例数或百分比表示，组间比较采用 t 检验，样本率的比较采用卡方检验，P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组患者的肺功能指标情况

护理前组间的肺功能指标对比无差异（P＞0.05）。护理后，观察组的肺功能指标均高于对照组（P＜0.05），见表 1。

表 1　比较两组患者的肺功能指标情况[$\bar{x}\pm s$]

组别	FEV1（L）		FVC（L）	
	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	0.91±0.21	1.22±0.18	1.55±0.24	1.91±0.16
观察组	0.92±0.20	1.98±0.25	1.57±0.22	2.76±0.27
t	0.172	12.335	0.307	13.542
P	0.864	0.000	0.760	0.000

2.2 比较组间的护理总有效率

观察组的护理总有效率高于对照组（P＜0.05），见表 2。

表 2　比较组间的护理总有效率

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率（%）
观察组	25	20	5	0	100.00
对照组	25	15	6	4	84.00
X^2					4.348
P					0.037

2.3 组间比较两组的满意度

观察组的满意度高于对照组（P＜0.05），见表 3。

表 3　组间比较两组的满意度

组别	例数	满意	不满意	满意度（%）
观察组	25	25	0	100.00
对照组	25	20	5	80.00
X^2				5.556
P				0.018

2.4 组间比较血气分析指标

护理前，组间的血气分析指标对比无差异（P＞0.05）。护理后，观察组的血气分析指标优于对照组（P＜0.05），见表 4。

表 4　组间比较血气分析指标[$\bar{x}$ ±s]

组别	$PaCO_2$（mmHg）		SaO_2（%）		PaO_2（mmHg）	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	80.14± 4.36	61.25± 4.43	77.24± 5.63	96.49± 5.27	44.18± 3.67	63.18± 4.75
观察组	80.16± 4.41	70.26± 4.49	77.21± 5.60	91.42± 5.22	44.20± 3.63	55.86± 4.80
t	0.016	7.142	0.019	3.418	0.019	5.420
P	0.987	0.000	0.985	0.001	0.985	0.000

2.5 组间比较治疗依从性

观察组的治疗依从性高于对照组（P＜0.05），见表 5。

表 5　组间比较治疗依从性

组别	例数	完全依从	基本依从	不依从	依从性（%）
观察组	25	18	6	1	96.00
对照组	25	12	7	6	76.00
X^2					4.153
P					0.042

3 讨论

慢性阻塞性肺疾病是一组慢性、进行性的肺部疾病，其主要表现是气流受限，包括慢性支气管炎和肺气肿两种类型。该病患者多伴有气道狭窄和炎症反应，使得空气在呼吸道内的流动受到限制，导致呼吸困难和咳嗽等症状。该病的高危因素是吸烟，且发病过程与生活和环境中的各种化学物质、污染和其他气体因素有关。疾病早期，患者的咳嗽、呼吸困难等症状轻微，对日常活动和身体的影响并不显著，但随着病情进展，患者会无法承受重体力活动，导致其生活能力明显受限。该病的治疗方法包括药物治疗、吸氧治疗和呼吸治疗，其中药物治疗包括呼吸道扩张剂、类固醇和其他药物等，可以帮助缓解症状，减轻呼吸困难感，保持患者的身体功能。对于严重的慢性阻塞性肺疾病患者，通常还需要进行吸氧治疗或使用人工呼吸器，以维持呼吸功能。除此之外，呼吸训练康复护理是该病的常用护理方法，可以逐渐恢复患者的呼吸功能，改善其肺功能，进而全面控制病情。

呼吸训练康复护理能够加强肺部肌肉的力量和耐力，从而改善患者的呼吸功能，减轻呼吸困难和呼吸道症状。该项护理还可以减缓慢性阻塞性肺疾病的疾病进展，减少呼吸道感染和急性加重等情况。同时可以帮助患者提高身体机能，增强活动能力，提高生活质量。此外，呼吸训练可以帮助患者改善呼吸功能，减少使用支气管扩张剂和激素等药物的频率和剂量，从而减轻药物的副作用。

结果显示，观察组护理后的肺功能指标优于对照组（P＜0.05）。原因是呼吸肌训练可以帮助患者增强呼吸肌力量，改善呼吸肌功能，从而提高肺活量和呼吸功能。缩唇呼吸、扩胸深呼吸和咳嗽管理等训练方法，可以有效地训练患者的呼吸肌，逐步恢复其肺功能。且该病患者多存在错误的呼吸习惯，例如浅表呼吸、快速呼吸等，会导致肺部的不充分通气，从而加重患者的呼吸困难症状。通过指导患者正确的呼吸方法，例如用鼻子吸气、用唇缓慢吐气等，可以纠正错误的呼吸习惯，从而改善患者的呼吸功能。此外，指导患者进行呼吸操训练、步行等运动训练，可以提高患者的身体活动水平和运动耐受性，利于肺功能改善。观察组的护理总有效率高于对照组（P＜0.05）。原因是在实施呼吸训练之前，护理人员向患者和家属详细讲解干预措施的积极意义，可以提高患者和家属的配合积极性，从而有效地推进呼吸训练康复护理的实施。在训练过程中，护理人员密切观察患者的病情变化，及时纠正患者的错误训练方法，可以帮助该病患者改善肺部通气功能，从而提高身体的氧合水平，减少呼吸道感染的风险，改善生活质量。同时，护理人员结合患者的实际情况灵活调整训练计划和训练强度，可达到最佳的康复效果。观察组的护理满意度高于对照组（P＜0.05）。原因是呼吸训练康复护理可使患者更好地掌握呼吸技巧和方法，提高自我管理能力，降低患者的焦虑和痛苦感，从而提高护理满意度。且护理人员对患者的一对一指导可以及时纠正其错误的锻炼方法，动态观察其病情变化，能够增强患者对护理人员的信任和依赖感，提高患者的满意度。此外，呼吸训练康复护理对该病患者的康复效果较好，患者接受护理后，其肺功能可显著提升、生活质量可明显改善，能够给予其生活希望和信心，进而提高其满意度。观察组护理后的血气分析指标优于对照组（P＜0.05）。原因是呼吸训练可帮助患者改善呼吸肌肌力和耐受力，从而增加肺活量和呼吸频率的调节能力，提高通气功能。这有助于避免二氧化碳的潴留，减少缺氧情况，从而改善血气分析指标。呼吸训练还可以增加肺泡通气量和肺弥散功能，促进氧的吸收和运输，改善氧合功能。此外，呼吸训练可帮助患者减轻呼吸肌疲劳程度，从而提高呼吸肌的功能性，减少二氧化碳的潴留，改善血气分析指标。观察组的治疗依从性高于对照组（P＜0.05）。原因是呼吸训练康复护理通过详细讲解干预措施的必要性和重要意义，使得患者及家属明确了解此项干预的配合要点和干预目的，可提升患者对临床治疗的理解度，从而增强其治疗依从性。其次，护理人员根据患者的实际情况制定针对性的训练措施，并进行一对一指导，可以更好地满足患者需求，减轻患者的生理不适感，进而使其积极配合相关治疗工作。最后，呼吸训练康复护理可改善患者的肺功能和血气分析指标，从而使患者切实感受到治疗效果，增强其对治疗的信心，进而提高治疗依从性。

由上所述，在对慢性阻塞性肺疾病患者实施临床护理干预的过程中实施呼吸训练康复护理干预措施，能够明显缓解患者的肺部疾病症状，提升护理效果，提高患者的舒适度与疾病治疗效果，由此可见，呼吸训练康复护理干预措施值得推荐。

参考文献：

[1]高云秀,赵立贤,陈振玉,等.改良呼吸操训练在慢性阻塞性肺疾病稳定期患者中的应用[J].国际护理学杂志,2022,41(14):2576-2578.

[2]杨凡慧.呼吸功能康复训练在老年慢性阻塞性肺疾病患者中的应用[J].剧影月报,2021,3(10):207.

[3]黎小惠,王智辉,胡春荣.呼吸康复训练联合噻托溴铵在老年稳定期中重度慢性阻塞性肺疾病患者中的应用分析[J].国际医药卫生导报,2021,27(10):1468-1471.

[4]章生燕,汤晓凤.慢性阻塞性肺疾病稳定期患者院外延伸护理小组的建立及肺康复训练[J].国际病理科学与临床杂志,2021,41(5):1118-1123.

[5]丁叶霞,蒋玉宇,周春香.自我管理健康教育联合呼吸训练对慢性阻塞性肺疾病患者的护理效果[J].国际护理学杂志,2022,41(7):1211-1214.

手术室细节护理在保证手术室护理安全中的作用分析

王美娜

（科右前旗人民医院　内蒙古兴安盟　137400）

摘要：目的　分析手术室细节护理在保证手术室护理安全中的作用。方法　选择本院手术室 2022 年 1 月至 2023 年 1 月收治的行手术治疗的患者 200 例，以随机方式对患者分组，其中 100 例被纳入对照组，所采取的是手术室常规护理；另外 100 例被纳入研究组，所采取的是手术室细节护理。对两组护理质量进行评估，并统计两组并发症发生情况，调查两组患者对手术室护理工作的满意度。结果　护理质量的评估指标包括手术器械准备、消毒处理、医疗设备管理、患者安全管理四项，研究组各项指标评分均高于对照组，且数据差异均有统计学意义（P<0.05）。整个手术期间，患者出现的并发症有软组织损伤、术中低体温、术后发热等，研究组并发症总体发生率较低，为 6.00%，对照组为 20.00%，经分析，两组数据差异有统计学意义（P<0.05）。满意度调查结果显示，研究组总体满意度达到了 96.00%，对照组为 82.00%，组间数据差异有统计学意义（P<0.05）。结论　在手术室护理中应用细节护理能够有效提高护理质量，减少各种并发症的发生，提升护理安全性，患者对此广泛认可，因此具有推广价值。

关键词：手术室细节护理；手术室护理安全；护理质量；并发症；护理满意度

手术室是医院中开展抢救和治疗工作的重要场所，所收治的患者数量较多，且多数病情都比较危急、严重，需要得到及时救治[1]。而这不仅对于医生来说是重要挑战，也使护理人员面临较大的压力。手术室护理人员工作任务重、节奏快、时间长，且面临的风险高，工作过程中任何一项操作不当都可能会影响到手术治疗效果，严重的甚至会引发医疗事故，导致医疗纠纷[2]。因此，如何提升手术室护理安全性是需要重点研究的问题，这不仅关系到患者的生命安全，还影响整体医疗质量，关系到医院的声誉。研究表明，手术室常规护理因操作简单、内容不够全面等，在保证患者整个手术期间的安全方面所发挥的作用非常有限[3]。基于此，本院将更加全面、细致的手术室细节护理应用于手术室护理中，现研究特针对其在保证手术室护理安全中的作用进行分析，具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择本院手术室 2022 年 1 月至 2023 年 1 月收治的行手术治疗的患者 200 例，以随机方式对患者分组，其中 100 例被纳入对照组，该组有男性患者 52 例，女性患者 48 例，年龄 28-67 岁，平均（46.32±2.56）岁；另外 100 例被纳入研究组，该组有男性患者 54 例，女性患者 46 例，年龄 29-68 岁，平均（46.44±2.31）岁。利用统计软件对两组性别、年龄资料进行分析，得到的结果均为 P>0.05，差异无意义，因此进一步的对比研究可行。

1.2 方法

给予对照组手术室常规护理干预，主要是遵医嘱完成一些基本的医疗护理操作。给予研究组手术室细节护理干预，具体措施包括：（1）术前护理。术前，护理人员要对患者进行探视，明确患者是否已完成术前需要做的检查，熟悉各项检查结果；向患者说明手术具体流程，并讲解需要特别注意的事项，使患者有一定的心理准备，同时引导患者诉说内心的疑问，并对此进行耐心解答[4]；将手术所需的各种器械准备好，并对所要用到的设备进行检查和调试，确保各种设备功能正常；调节好手术室的温湿度，保证患者舒适[5]。（2）术中护理。患者进入到手术室后，护理人员要协助患者调整好体位，以便于医生开展操作，在患者受压部位的皮肤下放置软垫，以防患者出现压力性损伤，同时还要做好对患者隐私的保护，除手术部位外，尽可能避免其他部位暴露[6]；在麻醉医师开展麻醉操作前，护理人员要对患者的基本信息、手术方式、部位等进行再次核对，以防出现差错；麻醉时，要与麻醉医师做好配合，对患者的生命体征进行监测，一旦发现异常，要及时向医师说明情况，并配合其做好相应的处理[7]。对采取全身麻醉的患者，护理人员要协助麻醉医生完成气管插管操作，并为患者留置导尿管；而对于采取局部麻醉的患者，要协助麻醉医师进行麻醉药物的配制，并在用药后观察患者的反应情况；在手术开展过程中，护理人员要做好对患者生命体征的监测，注意患者体温的变化，如出现体温下降的情况，要及时采取保暖措施，手术中所用到的液体要进行预先的加热处理，必要情况下可为患者使用恒温毯[8]；对于手术视野之外的血迹及污秽物，要及时清理；合理摆放各种手术器械，做到及时准确的将各项操作所需用到的手术器械传递给医生[9]。（3）术后护理。术后护理人员要认真清点手术器械，将患者体表的血迹擦拭干净，并做好消毒处理，妥善固定引流管，做好上述工作后，将患者转运至病房，并与病房护理人员做好交接，将术后护理需要特别注意的事项向病房护理人员说明，特别是一些并发症的防范方法，最大程度避免患者术后出现不良情况[10,11]。

1.3 观察指标

（1）护理质量。主要评估指标包括手术器械准备、消毒处理、医疗设备管理、患者安全管理四项，各项满分 100 分，在术后由护士长进行评价，评分越高，代表护理质量越好。（2）并发症发生情况。记录手术期间两组中出现并发症的患者数量，并计算总体发生率。（3）护理满意度。采用自制问卷对患者进行调查，根据患者对护理工作的评分划分满意程度，其中评分在 80 分及以上代表非常满意，60-79 分代表满意，60 分以下代表不满意，总满意度的计算方法为非常满意率和满意率之和。

1.4 统计学分析

本次研究所使用的统计分析软件为 SPSS19.0，计量资料用（$\bar{x}\pm s$）表示，对比采用 t 检验，计数资料用（%）表示，对比采用 χ^2 检

验，P<0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组护理质量比较

研究组手术器械准备、消毒处理、医疗设备管理、患者安全管理评分均高于对照组，组间数据差异均有统计学意义（P<0.05）。见表 1。

表 1　两组护理质量比较（$\bar{x}$ ±s，分）

组别	例数	手术器械准备	消毒处理	医疗设备管理	患者安全管理
研究组	100	97.23±1.31	96.58±1.44	95.62±1.57	96.43±1.32
对照组	100	81.62±1.25	80.26±1.32	80.62±1.44	81.66±1.28
t		58.362	56.433	56.214	56.335
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组并发症发生情况比较

全部患者中，出现的并发症有软组织损伤、术中低体温、术后发热三种，研究组并发症总体发生率较低，为 6.00%，对照组这一指标数据为 20.00%，经分析，两组数据差异有统计学意义（P<0.05）。见表 2。

表 2　两组并发症发生情况比较[n（%）]

组别	例数	软组织损伤	术中低体温	术后发热	总计
研究组	100	1（1.00）	2（2.00）	3（3.00）	6（6.00）
对照组	100	6（6.00）	7（7.00）	7（7.00）	20（20.00）
x^2					4.731
P					<0.05

2.3 两组护理满意度比较

研究组对于所接受的手术室细节护理的满意度较高，达到了 96.00%，而对照组对于手术室常规护理的满意度为 82.00%，组间数据差异有统计学意义（P<0.05）。见表 3。

表 3　两组护理满意度比较[n（%）]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
研究组	100	62（62.00）	34（34.00）	4（4.00）	96（96.00）
对照组	100	40（40.00）	42（42.00）	18（18.00）	82（82.00）
x^2					8.457
P					<0.05

3 讨论

手术室是医院非常重要的抢救和治疗科室，同时其也是医院中风险性较高的科室，执行手术操作的医生必须具备高超的技能，与之相配合的手术室护理人员也要不断提高护理质量，由此才能最大程度的避免手术室风险事件的发生，使接受手术治疗的患者的安全得到保障[12]。随着生活水平的不断提高以及人们健康意识的不断增强，临床护理工作面临的要求也越来越高，手术室护理更是如此。在这一高风险科室中，护理人员的工作要尽可能做到全面、细致[13,14]。显然，常规护理无法达到这一要求。而本次研究中提及的手术室细节护理措施充分考虑到了患者术前、术中、术后方方面面的需求，术前做好各方面的准备工作，能够保证手术顺利进行；术中做好与手术医师及麻醉医师的配合，能够避免患者出现异常情况；术后的处理与交接工作也同样重要，各方面工作都为患者的术后恢复创造条件。本院将手术室细节护理和手术室常规护理应用于同一时期行手术治疗的患者中，经研究发现，实施手术室细节护理的研究组护理质量较好，手术器械准备、消毒处理、医疗设备管理、患者安全管理评分均较高，和实施手术室常规护理的对照组各项指标数据形成了明显差异（P<0.05），表明手术室细节护理是一种更高质量的护理模式；此外，研究组出现软组织损伤、术中低体温、术后发热并发症的患者均较少，总体并发症发生率明显较对照组低（P<0.05），表明手术室细节护理能够最大程度避免各种并发症的发生；研究还调查了两组患者对护理工作的满意度，结果为研究组总满意度更高，和对照组数据形成了明显差异（P<0.05），表明手术室细节护理得到了患者的广泛认可。

综上所述，在手术室护理中应用细节护理能够有效提高护理质量，减少各种并发症的发生，提升护理安全性，患者对此广泛认可，因此具有推广价值。

参考文献：

[1]杨洁清，吴雅蓉，陈朝艳，等.手术室细节护理在提高手术室护理安全性中的应用效果观察[J].中文科技期刊数据库(引文版)医药卫生,2022(10):0211-0214.

[2]李丹，何剑，初晓杰，等.手术室细节护理在提高手术室护理安全性中的应用效果观察[J].糖尿病天地·教育（上旬）,2021(011):247.

[3]陆彩虹.手术室细节护理在提高手术室护理安全性中的应用效果分析[J].世界最新医学信息文摘（连续型电子期刊）,2020,20(48):286-287.

[4]王秀娟.手术室细节护理在提高手术室护理安全性中的应用效果研究[J].全科口腔医学电子杂志,2019(18):88-89.

[5]热孜玩故丽·马木提.手术室细节护理在提高手术室护理安全性中应用效果的研究[J].中国科技期刊数据库 医药,2021(6):0084-0084,87.

[6]文洁，雷蕾，李晓玲，等.谈手术室细节护理在提高手术室护理安全性中的应用效果观察[J].中文科技期刊数据库（引文版）医药卫生,2021(4):69-69,71.

[7]侯艳,王凤.手术室细节护理在提高手术室护理安全性中的应用效果分析[J].中华养生保健,2020(2):113-114.

[8]郭小红.手术室细节护理在提高手术室护理安全性中的应用效果分析[J].健康之友,2020(1):217.

[9]范敏,欧阳杏.手术室细节护理在提高手术室护理安全性中的应用效果观察[J].养生保健指南,2019(49):150.

[10]陈佳，王伟鑫.手术室细节护理在提高手术室护理安全性中的应用效果观察[J].数理医药学杂志,2019(3):457-458.

[11]李杨.探讨手术室细节护理在提高手术室护理安全性中的应用价值[J].人人健康,2019(18):181-182.

[12]黄烨荷.浅谈手术室细节护理在提高手术室护理安全性中的应用[J].中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生,2022(2):136-138.

[13]程佳莹，崔雪宝，胡志娟，等.手术室细节护理在提高手术室护理安全性中的应用浅析[J].中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生,2022(7):0074-0076.

[14]井凤琳，任文苑，赵文秀.关于手术室细节护理在提高手术室护理安全性中的应用研究[J].中文科技期刊数据库（全文版）医药卫生,2021(7):165-165,167.

综合康复护理对预防脊柱骨折术后患者下肢疼痛和深静脉血栓形成的影响

田凤娟[1] 靖彦玲[1] 王卫东[1] 高金勇[2]

（1.郑州大学第一附属医院外科医学部 河南郑州 450052；
2.中国人民武装警察部队河南省总队医院麻醉科 河南郑州 450052）

摘要：目的：分析综合康复护理对预防脊柱骨折术后并发症的影响。方法；将 2018.01-2019.01 我院收治的 150 例脊柱骨折患者作为研究对象，并随机分为两组，75 例应用常规护理为对照组，75 例应用综合康复护理为观察组。对比两组术后并发症发生率以及生活质量评分 。结果：观察组术后并发症发生率明显低于对照组，（p<0.05）差异显著；护理前，两组 QLQ-C30 量表评分无明显差异（p>0.05），护理后观察组 QLQ-C30 量表评分显著优于对照组，对比有统计学意义（p<0.05）。结论：综合康复护理有助于降低下肢疼痛和深静脉血栓发生率，促使患者尽快康复，提高患者生活质量，使用价值高，值得推广。

关键词：综合康复护理；脊柱骨折；下肢疼痛；深静脉血栓

Influence of comprehensive rehabilitation nursing in prevention of lower extremity pain and deep vein thrombosis after spinal fracture operation

[Abstract] Objective: To analyze the influence of comprehensive rehabilitation nursing in prevention of postoperative complications of spinal fracture. Methods: 150 cases of patients with spinal fracture and who treated in our hospital from January 2018 to January 2019 were selected as the research objects,and the patients were randomly divided into two groups.75 cases were treated with routine nursing as control group,and 75 cases were treated with comprehensive rehabilitation nursing as the observation group.Then,the incidence of complications and quality of life scores after operation of two groups were compared.Results: The incidence complications after operation in the observation group was significantly lower than that in the control group,and the difference was significant;(P < 0.05);Before nursing, there was no significant difference in QLQ-C30 between the two groups (P > 0.05),After nursing,the QLQ-C30 in the observation group was significantly better than that in the control group,and the difference was statistically significant (P < 0.05). Conclusion: The comprehensive rehabilitation nursing is helpful to reduce the incidence of lower extremity pain and deep vein thrombosis, promote the recovery of patients as soon as possible, improve the quality of life of patients, and the use value are high,thus it is worth promoting.

[Key words] comprehensive rehabilitation nursing; spine fracture; lower extremity pain; deep vein thrombosis

脊柱骨折在临床中较为常见，其中最为严重的便是胸腰段脊柱骨折，该疾病通常会引发脊髓神经损伤，病情严重时可能导致出现残疾的情况，对患者的生命健康造成威胁[1]。当前，对于该疾病主要采用手术方式进行护理，但患者术后需长时间卧床，加之患者具有剧烈的疼痛感，极容易引发下肢深静脉血栓，导致患者的康复进度受到一定的影响，增加患者的痛苦，降低患者的生活质量，而如何降低临床下肢疼痛和深静脉血栓发生率已成为临床研究的热点，有学者指出，对此类患者实施护理干预手段能够有效的降低患者的并发症发生率[2]。本次研究以 150 患者为研究对象，分析综合康复护理对患者的诊断价值，详细情况见下。

1 对象和方法

1.1 研究对象

将 2018.01-2019.01 我院收治的 150 例脊柱骨折患者进行研究，并随机分为两组，各 75 例，对照组男性 45 例，女性 30 例，平均年龄为（56.66±4.56）岁，给予常规护理，观察组男性 46 例，女性 39 例，平均年龄为（56.34±4.44）岁，给予综合康复护理。两组患者在基础资料上无明显差异，具有可比性，（P>0.05），患者均签署知情同意书，我院医学伦理委员经研究批准。

1.2 方法

对照组患者给予常规护理，即常规查房，输液护理以及饮食护理等。观察组患者在上述基础上给予综合康复护理，详细措施如下；

1、心理护理。脊柱骨折患者术后长时间卧床，极容易产生各种负面情绪，故护理人员需主动与患者进行聊天，倾听患者主诉，对不良情绪予以疏导，帮助患者建立积极乐观的心态，与临床护理和护理工作人员取得良好的配合，必要时可为患者讲解以往护理成功的病例，进而增强患者治愈的信心。

2、健康宣教。护理人员医嘱患者饮食需避免辛辣刺激等食物，多食用低脂，富含高蛋白以及粗纤维等食物，日常注意饮水，增强患者预防下肢深静脉血栓的意识，在术后需告知患者尽早下床锻炼，可定时对患者的双下肢进行按摩，促使患者局部血液循环，防治血栓的形成。

3、术后护理。术后护士需指导患者多卧床休息，适当抬高下肢，促使静脉回流，定时对患者下肢进行按摩，待患者麻醉药物失效之后，指导患者进行双下肢股四头肌等收缩训练，根据患者的病情情况进行训练，术后给予患者低分子肝素钙皮下注射护理。

4、康复锻炼。术后护理人员需鼓励患者练习股四头肌等收缩运动，协助患者进行双下肢直腿抬高运动，患者的练习不可过激，需遵循循序渐进的原则，逐渐增加患者的活动量，可结合患者的实际情况指导患者进行抬腿练习活动，进而防止下肢深静脉血栓的形成，避免患者下肢肌肉萎缩。

5、疼痛护理。术后，多数患者会具有剧烈的疼痛感，患者在应激状态之下其免疫功能指标会显著下降，导致凝血功能出现异常，提高肌张力，进而促使血栓的形成，故护理人员可以通过播放舒缓音乐等方式转移注意力，以降低疼痛感提高舒适度。

1.3 观察指标

观察分析两组术后并发症发生率。

采用生活质量调查表（QLQ-C30）评估两组护理前后生活质量，评分越高则质量越好。

1.4 统计学方法

数据纳入 SPSS17.0 软件，计量资料、率计数资料分别采用 t 检验、x^2检验，并以率（%）、（$\bar{x}\pm s$）表示，（P<0.05）差异显著。

2 结果

2.1 两组术后并发症发生率对比

观察组术后并发症发生率明显低于对照组，（p<0.05）差异显著，详见表 1。

2.2 两组患者 QLQ-C30 评分对比

护理前，两组 QLQ-C30 量表评分无明显差异（p>0.05），护理后观察组 QLQ-C30 量表评分高于对照组，（p<0.05）差异显著，详见表 2。

表 1 两组患者下肢疼痛血栓发生率对比[n,(%)]

Table 1 Comparison of the incidence of lower extremity pain thrombus between the two groups [n, (%)]

组别	例数	下肢疼痛	发生率（%）	深静脉血栓	发生率（%）
观察组	75	5（6.66）	6.66%	3（4.00）	4.00%
对照组	75	17（22.66）	22.66%	15（20.00）	20.00%
x^2	-	6.670	6.670	9.090	9.090
P	-	0.006	0.006	0.003	0.003

表 2 两组 QLQ-C30 评分对比（$\bar{x}\pm s$）

Table 2 Comparison of QLQ-C30 scores between the two groups（$\bar{x}\pm s$）

指标	时间	观察组（n=75）	对照组（n=75）	t	P
情绪	护理前	63.22±6.66	63.13±6.58	0.083	0.933
	护理后	92.71±6.55	80.74±6.57	11.173	0.001
社会	护理前	64.47±6.25	64.44±6.26	0.029	0.976
	护理后	89.52±6.63	77.44±6.55	11.225	0.001
躯体	护理前	68.74±5.41	68.55±5.56	0.212	0.832
	护理后	85.41±3.47	70.44±3.99	24.517	0.001
角色	护理前	77.11±5.41	77.12±5.56	0.011	0.991
	护理后	86.44±5.98	80.44±5.36	6.470	0.001
认知	护理前	62.22±5.74	62.21±5.77	0.010	0.991
	护理后	86.20±5.21	73.81±5.24	14.521	0.001

3 讨论

脊柱骨折属于临床常见的一种疾病，主要是由于外力导致的创伤，患者在患病之后，会具有脊髓神经损伤的情况，病情严重者甚至出现残疾或者死亡的情况。此类患者在接受手术护理后，需长时间卧床休养，故在术后极容易出现下肢深静脉血栓，导致患者具有下肢疼痛，肿胀等情况，对患者的生活质量造成严重的影响，故对于脊柱骨折术后患者而言，科学合理的康复护理十分必要[3]。

深静脉血栓发生的关键便是患者由于骨折因素无法运动，在术前和术后均需长时间卧床休息，导致下肢血流受到阻碍，进而导致患者下肢活动量降低，造成肌肉萎缩，下肢血流运行速度变缓等情况，手术带来的创伤和出血极容易导致血液高凝状态的出现，并且受多种因素的影响，也容易加大术后并发症的发生率，故对于该种情况，采用科学合理的方式为其进行预防十分必要[4]。长时间的卧床会导致患者出现各种不良情绪，而心理疏导措施能够提高患者在护理期间的配合度，术后为患者进行按摩，能够有效的防止深静脉血栓的形成，避免肌肉萎缩情况的发生，对于防止下肢深静脉血栓的形成具有重要意义[5]。疼痛护理能够防止疼痛时患者功能锻炼受到影响，对于控制患者并发症的发生意义重大[6]。

在本次研究中，观察组患者的术后并发症发生率显著低于对照组，组间数据具有统计学意义，提示对患者实施综合护理干预措施能够有效的避免下肢静脉血栓的形成。观察组患者生活质量显著高于对照组，组间数据具有统计学意义，提示对患者实施该护理措施有助改善患者的生活质量。

综上所述，综合康复护理有助于降低下肢疼痛和深静脉血栓发生率，促使患者尽快康复，提高患者生活质量，使用价值高，值得推广。

参考文献：

[1]王启松，林静. 脊柱骨折手术后下肢深静脉血栓的护理方式与预防研究[J]. 国际护理学杂志，2019，38(1):114-115.

[2]张春华，李卓瑶. 术中针对性护理在预防髋关节置换术患者下肢深静脉血栓发生的应用效果[J]. 国际护理学杂志，2018，37(22):3076-3079.

[3]凌笑琼，梁秀梅，钟海玉，等. 认知行为干预在妇科手术后下肢深静脉血栓形成中的应用效果[J]. 国际护理学杂志，2019，38(6):799-802.

[4]王仙娥. 对行直肠癌手术后的患者实施预见性护理对预防其发生下肢深静脉血栓的效果分析[J]. 当代医药论丛，2017，15(21):229-230.

[5]于静. 老年髋部骨折病人预防下肢血栓形成的护理措施探讨[J]. 安徽医药，2019，23(8):1596-1599.

[6]纪芳. 医用弹力袜对妇科肿瘤盆腔术后患者下肢深静脉血栓的影响[J]. 实用临床医药杂志，2017，21(22):70-72.

第一作者及通讯作者：田凤娟，女，本科，主管护师，郑州大学第一附属医院外科医学部骨科二病区。

河南省教育厅课题：3D 打印植入物搭载利福平温敏水凝胶用于抗结核的生物安全性及有效性研究，课题号：20A20069

护理专案管理对预防老年人工髋关节置换术患者围术期压力性损伤的效果

阿依努尔·艾则孜 顾文超

（新疆医科大学第一附属医院关节外科 新疆乌鲁木齐 830011）

摘要：目的:探讨护理专案管理对预防老年髋关节置换术患者围手术期压力性损伤的影响。方法：选择我院 2022 年 1 月~2022 年 7 月间 40 例接受人工全髋关节置换手术（total hip arthroplasty, THA）的老年患者为对照组，实施常规护理；2022 年 8 月~2023 年 2 月间 41 例接受 THA 的老年患者为实验组，实施护理专案管理。比较两组患者手术前后压力性损伤发生率、住院时间及患者满意度。结果：实验组围术期急性压力性损伤发生率、住院时间及满意度均明显优于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。结论:THA 术前经压疮风险评估为高风险患者,护理专案管理可显著预防和降低老年 THA 患者围术期急性压力性损伤的发生，缩短住院时间并提高患者满意度。

关键词：护理专案管理；老年人工全髋关节置换术；压力性损伤

人工髋关节置换术（total hip arthroplasty, THA）是目前治疗股骨颈骨折、股骨头坏死等髋关节疾病常用的手段,可有效改善及恢复髋关节运动功能,提升病人生活质量[1]。尽管 THA 可在一定程度上缓解髋关节疾病病人临床症状,但老年 THA 患者由于患者本身血液循环及皮肤弹性等生理机能减退，围术期极易发生压力性损伤，尤其是较长的手术时间、手术体位受限以及骨髓锉打开骨髓腔的操作过程等因素，使其手术过程急性压力性损伤发生风险较高[2]。护理专案管理是针对护理工作中存在的特定问题,通过系统分析及控制,从而达到预期管理的目的[3]。目前已有不少研究表明,护理专案管理能有效提高护理管理效果,实现持续质量改进,提高护理工作满意度[4-5]。因此,本研究将对髋关节置换术病人围术期实施护理专案管理,旨在降低病人围术期并发症,促进病人术后康复,提高病人护理满意度,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以首次行 THA 的 60 岁以上的老年患者作为研究对象，选择 2022 年 1 月~2023 年 2 月在新疆乌鲁木齐某三甲医院关节外科行 THA 的 81 例患者，按入院先后顺序分为实验组 41 例、对照组 40 例。其中，实验组中男性 22 例，女性 19 例，平均年龄（67.64±6.78）岁。对照组中男性 21 例，女性 19 例，平均年龄（67.52±5.32）岁。入组患者均排除院外压疮，无糖尿病、营养低下、贫血等合并症，无皮肤病及皮肤过敏。患者一般资料、手术平均时间等资料相比，差异无统计学意义（$P>0.05$），见表 1。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 实施常规护理管理：（1）术前由责任护士为病人做好术前准备，协助患者取舒适体位，指导患者及家属做好皮肤护理，加强营养，搬运患者时注意避免拖、拉、拽等方式，使用手术推车及滑板,保持手术床床罩及手术巾单平整无皱褶以最大程度减少摩擦力。（2）手术过程中加强巡视，注意观察患者受压肢体和身体部位皮温，调节室内适当温度和湿度。（3）术后运送患者时同样注意观察和保护受压部位皮肤组织，为病人做好基础护理、协助患者勤翻身，指导病人尽早下床活动，以促进血液循环。

1.2.2 实验组 实施护理专案管理，具体内容如下。（1）术前护理: 合理应用压力性损伤评估量表增加斯卡特触发点作为术前压力性损伤筛查量表,以弥补 Barden 量表不能准确预警术中压力性损伤的缺陷。量表评估内容包括年龄、体质指数(BMI)、预估手术时间、麻醉评分、血清蛋白 5 项,根据病人实际情况填写“是”或“否”,如果≥2 个“是”则为高风险病人,应采取有效的预防措施。规范压力性损伤量表使用方法:术前 1d 由护理专案管理小组对压力性损伤筛查风险≥2 个“是”的病人提前准备好预防压力性损伤的新型敷料,对于 5 个“是”的高危病人除了准备预防压力性损伤的新型敷料外,还应配备压力性损伤气垫床,并注明手术交接单。（2）术中护理：对压疮风险评估分级中、重度患者进行麻醉前，根据各受压部位给予泡沫敷料贴敷使用。麻醉成功后铺手术巾单前按照手术要求摆放稳固的手术体位，侧卧位时将消毒海绵体位垫（或者大的 O 形棉圈）置于患者腰下部位，将手术室自制硬质外包棉布的消毒卡托架放于患者腰部，既能缓解受压部位压力，又能起到固定作用。皮肤消毒时避免浸湿手术巾单和非手术区皮肤。（3）术后护理：制订压力性损伤预防流程规范:修订实施髋关节置换术病人皮肤交接流程,增加术前高危压力性损伤病人识别; 提高病人压力性损伤识别风险, 明确压力性损伤交接时间及责任,明确病人术中交接班情况。人员培训:定期对科室护士加强压力性损伤预防措施培训并考核,对于考核不合格的护士需要再次加强培训,直至考核合格为止。

1.3 评价指标

由护理专案护理小组记录两组围术期压力性损伤发生患者人数、患者住院时间及患者护理满意度。其中护理满意度评分表采用自拟的关节外科病人满意度调查问卷进行评价,问卷从健康宣教、基础护理、并发症预防、关节功能恢复 4 方面进行评价,共 25 个条目,每个条目赋值 1~4 分,总评分 25~100 分,评分越高说明病人对护理满意度越高,总分>90 分为满意,量表 Cronbach's α 系数为 0.822~0.869,量表信效度理想。

2 统计学方法 应用 SPSS20.0 统计软件进行分析，计量资料以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，组间比较采用 t 检验，计数资料以 n(%)表示，组间比较采用 x^2 检验，等级资料采用秩和检验，P≤0.05 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者临床资料比较，见表 1.

3.2 压力性损伤发生率、住院时间及患者满意度比较 对照组有 7 例患者发生Ⅰ度压疮，有 4 例患者发生Ⅱ度压疮，压疮发生率为 27.50%（11/40）。观察组术后仅有 3 例患者发生Ⅰ度压疮，压力性损伤发生率为 7.31%（3/41）；实验组患者住院时间较对照组明显缩短，护理满意度评分明显高于对照组，见表 2。

表 1 两组患者临床资料比较（$\bar{x}\pm s$，n）

组别	例数	年龄（岁）	性别		平均手术时间（h）
			男	女	
对照组	40	67.64±6.78	22	19	2.34±0.33
实验组	41	67.52±5.32	21	19	2.12±0.53
x^2/t 值/Z		-0.662	0.001		-0.227
P		0.513	0.882		0.823

表 2 两组患者压力性损伤发生率、住院时间及患者满意度评分比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	压力性损伤发生率[例(%)]	住院时间(d)	护理满意度(分)
对照组	40	11（27.50）	10.14±2.34	20.08±2.86
实验组	41	3（7.31）	7.03±1.03	24.78±1.57
t 值			-8.127	2.310
P			＜0.01	＜0.01

4 讨论

THA 是目前治疗髋关节疾病常用的治疗方法，通过手术病人髋关节功能可得到一定的改善，但老年患者由于骨质疏松、股骨颈骨折或者股骨头坏死等导致其活动能力丧失，部分患者甚至发生大小便失禁和营养不良，其手术过程中发生急性压疮的风险非常高，尤其是术前压疮风险评估处于高风险状态患者[2]。而患者一旦发生压疮，其术后由于假体植入限制了床上活动，将严重影响压疮的临床愈合，成为加重患者病情和康复的巨大隐患。因此需要我们积极寻找相关影响因素，并制定预防措施，可有效预防相关并发症，促进病人术后康复，提高病人满意度[6-7]。

本研究对 THA 患者实施护理专案管理后，观察组压力性损伤发生率低于对照组，差异有统计学意义(P<0.05)，说明护理专案管理能有效降低 THA 患者术后并发症。这是因为在护理专案管理实施前护士对 THA 患者术后常见并发症发生原因缺乏基本认识，导致护士对病人实施干预时缺乏针对性，因此导致 THA 患者术后并发症发生率较高[8]。本研究通过成立护理专案管理小组运用鱼骨图对 THA 患者围术期压力性损伤发生原因进行分析，并确定真因，然后针对真因制订有效的改进措施[9]，重视患者术前压疮风险评估分级，制定预防对策，采取安全运送和搬运法，术中采用个性化体位垫和侧卧位手架及腰卡放置，联合泡沫敷料等系列针对性急性压力性损伤护理干预，对减缓患者手术过程急性压力性损伤的发生，临床效果显著，充分体现了“以患者为中心”的优质护理服务宗旨。有效降低了老年 THA 患者压力性损伤发生率，缩短了患者住院时间，提高了患者满意度，值得在临床推广运用。

参考文献：

[1]杨红，双峰，谭洁. 人工髋关节置换术围术期行快速康复护理路径设计的研究进展[J]. 中国全科医学，2018,21(29):3622-3626.

[2]李彩云. 老年髋关节置换术压疮高风险者手术过程急性压力性损伤护理干预对策及效果[J]. 中外女性健康研究，2017(12):7-9.

[3]区彩琼，黎黎因，曾小明,等. 快速康复外科护理在老年人工髋关节置换术中的应用[J]. 护理实践与研究，2019,16(17):78-79.

[4]陈澎，赵慧，刘超. 基于快速康复外科理念的临床护理路径对人工髋关节置换术的影响[J]. 护理实践与研究，2019,16(18):64-66

[5]刘星星，贺清明. 微信随访对髋关节置换术出院患者康复影响的 Meta 分析[J]. 护理管理杂志，2021,21（3）:193-198.

[6]贺艳,叶丹,赵志胜,护理专案管理对髋关节置换术病人的影响[J]. 循证护理,2022,8(22):3113-3116.

[7]孙玉丹，陶萍，陈吕秋. 护理专案管理在鼻窦炎鼻内镜术后患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志，2021，27(22):3.

[8]李兴芹. 早期康复护理对老年股骨颈骨折行髋关节置换术患者髋关节功能恢复的影响及护理体会[J]. 山西医药杂志，2020,49(4):479-480.

[9]马丽娜. 体位管理在髋关节置换术后严防假体脱位的护理效果观察[J]. 中国医药指南，2020，18(5):89-91.

集束化护理干预经内镜下逆行胰胆管造影术患者中的应用

覃馨颉 吴晓云 韦巍巍

（广西河池市人民医院 广西河池 547000）

摘要：目的 探讨在内镜下逆行胰胆管造影术（ERCP）的患者用集束化护理干预的效果。方法 采用前瞻性随机对照方法，纳入 2018 年 7 月—2022 年 2 月在本院内镜中心行 ERCP 患者 480 例，按照随机数字法分为对照组及观察组，各 240 例；对照组实施常规的护理，观察组将用集束化护理干预运用到患者的护理服务中。比较两组治疗效果、康复时间、并发症发生情况及家属对护理满意度的差异。结果 干预后，研究组患者的治疗效果、康复时间及并发症发生情况等评分均优于对照（P<0.05）；患者对护理满意度优于对照组（P<0.05）。结论 集束化护理干预能有效提高 ERCP 患者治疗效果，改善 ERCP 患者的预后，减少并发症的发生、提高护理工作满意度。

关键词：ERCP；集束化护理干预；效果

集束化护理是美国卫生保健质量改进小组于 2001 年提出的一种能够帮助医务人员尽可能为患者提供优质医疗护理服务的新理念，是针对临床疾病实施的一系列有循证基础的治疗或护理措施，达到改善患者临床结局为目的护理模式[1]。近年来，集束化护理干预已被广泛应用于临床护理的各个领域，主要用于感染的预防与控制。随着其相关研究的不断深入，有关集束化护理临床报道不断增多，其涉及的临床领域也不断扩展，但应用于经内镜下逆行胰胆管造影术患者研究还是比较少[2]。本研究探讨集束化护理模式对 ERCP 患者的临床疗效、康复效果及并发症的影响。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选 2018 年 7 月至 2022 年 2 月的在我院内镜中心行经内镜下逆行胰胆管造影术（ERCP）患者 480 例。随机分为两组各 240 例。对照组 240 例中，男 140 例，女 100 例；年龄 35～79 岁，平均（43.32±4.18）岁；病程 1～8 年，平均（5.32±2.16）年；观察组 240 例中，男 146 例，女 94 例，年龄 36～80 岁，平均（42.25±5.14）岁；病程 1～9 年，平均（5.92±3.13）年；两组患者基线经对比无明显差异（P>0.05）详见表 1。

表 1 两组研究对象的基线情况［n，$\bar{x}\pm s$］

组别	例数	性别（例）		年龄（岁）	病程（年）
		男	女		
对照组	240	146	94	43.32±4.18	5.32±2.16
观察组	240	140	100	42.25±5.14	5.92±3.13
t 值		20.201		14.029	13.452
p 值		0.714		0.817	0.832

1.2 纳入标准及排除标准

①纳入标准：临床病症符合胆总管结石诊断标准[3]，既往未接受过 ERCP 手术治疗；②意识清楚，能清楚表达自己意愿；③同意入选并签订知情同意书。排除标准：①合并胆道系统疾病及严重心、脑、肾等器质性病变患者；②意识不清，精神异常及认知障碍；③不同意参加本研究者，中途失联的患者。本研究经医院医学伦理委员会审批通过。

1.3实施方法

1.3.1 对照组

实施常规的护理措施：术前检查患者各项辅助检查的完成情况；向患者及其家属讲解 ERCP 的目的、方法及注意事项；查看患者资料，询问患者术前是否空腹；术中密切观察患者病情；术后监测患者生命体征，发现异常及时通知医师处理。

1.3.2观察组

在常规护理基础上，实施集束化护理干预，具体做法：（1）成立“集束化护理”管理小组，组长由护士长兼职，组员为本科室所有护士，组长针对小组成员进行ERCP相关理念与实践操作的指导与培训，定期进行培训，培训结束后行理论与实践操作考核；考核通过者方可对患者实施相关护理。（2）制订护理计划 患者到胃镜室后，与患者进行有效沟通，初步了解患者的饮食习惯、对自身疾病的认识程度及心理特点，将收集到的信息进行评估分析，制订出适合该病人的健康教育计划。(3)向患者及其家属详细介绍手术流程及相关的注意事项，强调密切配合的意义，了解患者的内心的需求，针对性及个性化疏导患者。（4）指导树立良好的饮食习惯。诸多研究证实，胆石症患者致病因素多数与饮食有关[3]，因而饮食干预对起到关键性作用。护士根据患者的饮食特点及病情，制订合理的饮食方案。（5）体位练习对提高对手术体位的适应性非常重要，向患者讲解手术大致方法、操作体位、操作中可能产生的不适及配合要点，确保手术顺利进行。（6）运动康复指导 在病情稳定时，根据患者的病情及恢复情况，选择适宜的运动方式，量力而行；术后床上练习屈伸腿，注意屈腿角度不能大于90度，循序渐进，鼓励患者下床简单行走，依据实际情况逐渐增加运动量，在运动过程中若出现胸闷、头晕、心悸不适症状时立即停止运动，及时处理。（7）疼痛护理 手术后患者会有不同程度上腹部疼痛，术后要勤巡视患者，倾听患者主诉；根据患者的具体症状，按医嘱给予药物止痛，同时安抚患者，避免诱发不良情绪。

1.4 观察指标

（1）比较两组患者的治疗效果。治疗效果评价参照[4]进行评价。包括显效、有效和无效，显效：术后结石完全清除，临床症状明显改善；有效：结石清除率>50%，临床症状改善；无效：结石清除率<50%，临床症状未见改善或较前加重。总有效率=显效率+有效率。（2）术后康复情况：比较两组术前与术后 12 疼痛情况、下床时间、住院时间。参照视觉模拟评分表对患者评分；患者下床时间与住院时间越短，则恢复效果越好。（3）并发症发生比较：包括感染性休克、感染胰腺炎胆管炎。(4)结合我科实际情况采用自制问卷调查表来调查两组病人的满意度，包括非常满意、基本满意、一般、不满意四个答案。满意率=非常满意+基本满意+一般/总例数乘以 100%。问卷由病人或家属自行填写，当场收回，回收率为 100％。

1.5 统计学分析

所有数据均用 SPSS23.0 软件计算。计量资料以均数加标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，采用 x^2 检验或用 t 检验；计数资料以率（%）表示，P<0.05 为差异有统计学意义。

2结果

2.1两组治疗效果比较

观察组显效136例，有效90例，无效14例；对照组显效105例，有效95例，无效40例，观察组总有效率94.16%明显高于对照组的83.33%两组比较，差异有统计学意义(P<0.05)，见表2

表2 两组的治疗效果比较（n,%）

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	240	105	95	40	200（83.33%）
观察组	240	136	90	14	226（94.16%）
x^2值					9.897
p值					<0.05

2.2 两组术后恢复情况比较

术前两组疼痛感评分比较差异无统计学意义(P>0.05)，术后 12h 观察组疼痛感评分低于对照组，下床时间、住院时间均短于对照组，差异均有统计学意义（P<0.05），见表 3。

表3 两组术后恢复情况对比(分，$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	疼痛评分		下床时间(h)	住院时间(d)
		术前	术后12h		
对照组	240	2.56±0.13	3.94±0.24	24.16±3.14	15.16±1.14
观察组	240	2.45±0.91	2.15±0.14	17.16±1.10	7.19±0.17
T值		0.472	7.552	13.214	12.203
P值		0.638	<0.05	<0.05	<0.05

2.3两组患者并发症发生情况比较

观察组并发症总发生率为6.25%明显低于对照组的19.16%，有统计学意义(P<0.05)，见表 4。

表4 两组患者并发症发生情况比较（例，%）

组别	例数	感染性休克	感染胰腺炎	胆管炎	总发生率
对照组	240	5（2.08）	15（6.25）	26（10.83）	46（19.16）
观察组	240	0	7（2.91）	8（3.33）	15（6.25）
x^2值					9.245
p值					0.015

2.4两组患者对护理工作满意度比较

观察组患者的总满意度95.00%明显高于对照组的83.33%,差异有统计学意义(P<0.05)，见表5。

表5 两组患者满意率比较[n（%）]

组别	例数	非常满意	基本满意	一般	不满意	总满意度
对照组	240	60（25.00）	60（25.00）	80（30.33）	40（20.00）	200（83.33）
观察组	240	120（50.00）	90（37.50）	18（7.50）	12（5.00）	228（95.00）
x^2值						14.029
p值						0.032

3讨论

胆石症是临床上常见的疾病，当胆总管结石过大或过多时，患者出现明显的右上腹剧烈疼痛并有全身症状[5]。目前治疗方法有胆囊切除及微创取石术,但均不同程度给患者带来身体损伤且容易出现胆漏和出血等并发症[6]。经内镜下逆行胰胆管造影术（ERCP）对患者损伤小，术后恢复快，因而在临床上普遍推广应用。既往的常规护理可以监测胆石症 ERCP 术后患者的生命体征，做好防范工作，但仍缺乏细致的护理及有效的沟通，患者常常有严重的思想包袱，影响患者的康复。集束化护理干预通过对全员知识培训和实操训练,提高护理技能；同时护士通过与患者面对面沟通，疏解患者的焦虑、抑郁情绪，提高患者配合治疗依从性；通过对患者健康知识宣教，增加患者及其家属对本疾病的了解，增强患者战胜疾病的信心；术后鼓励并协助患者在床傍活动，促进静脉回流，同时也防止引流管堵塞、逆流，达到预防并发症的目的。

从研究结果看示，护理干预后，观察组治疗效果优于对照组；疼痛感评分低于对照组，下床时间、住院时间均短于对照组（P 均<0.05），与等张银凤[7]研究相似，说明采用集束化护理干预，可以促进患者康复。观察组并发症发生率比 对照组低，与林瑞珠等[8]研究相似，这说明集束化护理可以使患者并发症的发生概率降低，有利于患者恢复健康,减轻患者痛苦。观察组患者护理满意率比对照组高，与洪瑞桥等[9]研究一致，这说明集束化护理干预，可以让护理质量得以提升，使患者住院时间缩短，满足患者需求。国外研究也表明：集束化护理对该类患者的生活质量的提高，具有直接的推动作用[10]，增强了病人的健康意识，促进了疾病康复，提高了患者的认知水平和生活质量。

综上所述，采用集束化护理干预模式，可以促进胆石症 ERCP 术后患者尽快康复，有效改善患者负面情绪，减少并发症发生，具有较高的临床应用价值。

参考文献：

[1]李微微,马云武等.快速康复外科护理在胆总管结石 ERCP 术后患者中的应用[J]. 护理实践与研究，2022，19（24）:3734-3738.

[2]向巴泽西.综合护理在经内镜逆行性胰胆管造影(ERCP)术患者中的应用[J].西藏医药, 2022，43(06):108-109.

[3]吴冬梅.分析集束化护理干预在脑出血患者中的应用效果[J].医学食疗与健康，2020，18（8）：131，133.

[4]刘文祯,司水清.基于快速康复理念的集束化护理管理对胆总管结石行 ERCP 患者的干预效果 [J].鲁护理杂志，2020，26（8）：58-60.

[5]易彩文,唐小妹.集束化护理干预在阑尾炎术后患者康复中的应用[J].齐鲁护理杂志，2020，26（10）：85-87.

[6]郭红丽.基于3H的护理干预策略在胆源性胰腺炎患者ERCP术后的应用 [J]. 临床研究，2022，30(02):191-194.

[7]张银凤.护理干预对 ERCP 术后高淀粉酶血症及胰腺炎发生率影响分析[J/OL].中西医结合心血管病电子杂志，2020，8（10）：106.

[8]林瑞珠.集束化护理在 ICU 综合征患者中的临床效果观察[J].基层医学论坛，2020，24（6）：804-805.

[9]洪瑞桥.整体护理模式在 ERCP 中老年胆总管结石患者中的价值分析[J/OL].实用临床护理学电子杂志，2020，5（7）：48-56.

[10]林瑞珠.集束化护理在 ICU 综合征患者中的临床效果观察[J].基层医学论坛，2020，24（6）：804-805.

整体护理对老年重症哮喘患者中的效果观察及有效率分析

梁颖

（咸宁市中心医院　湖北咸宁　437100）

摘要：目的：探究整体护理对老年重症哮喘患者中的效果观察及有效率。方法：呼吸内科 2022 年 1 月至 2023 年 1 月收治老年重症哮喘患者 120 例为观察对象，按照计算机 1:1 分组法，护理 A 组 60 例，辅以传统护理干预，护理 B 组 60 例，辅以整体护理干预，观察症状缓解时间、患者心理健康状况及护理有效率。结果：护理 B 组老年重症哮喘患者喘息缓解时间、肺部哮鸣音正常时间、咳嗽缓解时间短于护理 A 组，统计值（P<0.01）；焦虑与抑郁自评分护理前统计结果显示，两组（P>0.05），护理后，两组焦虑与抑郁自评分不同程度降低，护理 B 组焦虑与抑郁自评分低于护理 A 组，统计值（P<0.01）；护理 B 组老年重症哮喘患者护理有效率 98.33%（59/60），高于护理 A 组，统计值（P<0.01）。结论：老年重症哮喘患者采用整体护理干预，早期缓解临床病症，改善患者心理状况，护理疗效显著，可作为疾病优选护理方案。

关键词：整体护理；老年重症哮喘；疗效；有效率

哮喘为临床常见慢性呼吸系统疾病，主要表现为胸闷、气喘，呈慢性进展型;据流行病学研究数据显示,随着近年生态环境不断恶化，哮喘患病率显著升高，以机体免疫力低下人群居多，若没有及时给予治疗干预，极易诱发重症哮喘，导致支气管哮喘反复、频繁发作，对患者肺部功能具有较大危害，易导致呼吸困难，危害患者生命安全[1]。老年人为重症哮喘高发人群，因老年人机能减退，若出现重症哮喘，死亡率较高，需早期给予治疗措施，缓解临床症状，降低疾病致死率[2]。老年重症哮喘患者临床就诊时，对疾病缺乏正确认知，疾病起病快速，症状明显，患者就诊期间身心护理依赖性较大，完善临床护理模式具有课题探讨意义。整体护理模式是基于传统护理理念，优化护理措施,以满足患者多元化护理需求为目的,不断提高临床护理质量，为近年呼吸内科护理探讨热点课题[3]。本研究现针对老年重症哮喘患者开展整体护理干预措施，旨在提高患者护理满意度，为临床治疗增效，开展如下报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

呼吸内科 2022 年 1 月至 2023 年 1 月收治老年重症哮喘患者 120 例为观察对象，按照计算机 1:1 分组法，护理 A 组 60 例，男性资料 32 例，女性资料 28 例，年龄区间 65-85 岁，平均值（72.04±1.66）岁，哮喘病程 1-20 年，平均值（6.88±1.12）年；护理 B 组 60 例，男性资料 30 例，女性资料 30 例，年龄区间 66-85 岁，平均值（72.11±1.71）岁，哮喘病程 1-19 年，平均值（6.79±1.09）年；统计分析老年重症哮喘患者组间资料差异，结果（P>0.05）。

患者及监护人自愿参与研究，可独立配合实验及问卷填写，符合《赫尔辛基宣言》标准。

1.2 方法

护理 A 组辅以传统护理干预,密切监测老年重症哮喘患者临床症状转归情况，为患者院内就医提供舒适、温馨、安静环境，对患者就诊房间进行严格杀菌，减少环境应激情况发生，避免陌生环境导致的应激反应。建议患者日常多饮水，以流质食物为主，禁食辛辣刺激性食物，遵医嘱给予患者药物治疗，详细记录患者 24 小时出入量，监测药物不良反应,开展针对性治疗措施。护理 B 组辅以整体护理干预；（1）健康宣教：针对老年重症哮喘患者开展一对一健康宣教与集体宣教,由责任护理人员针对老年重症哮喘患者及家属开展疾病健康讲解，重点针对疾病基础知识、临床治疗及疾病反复发作特征，对患者进行普及教育，提高疾病知识掌握情况。告知疾病风险及临床治疗注意事项，提高患者及家属治疗依从性。由医院管理人员以哮喘治疗及预防为主题开展院内课题讲座，邀请患者及家属参与，帮助其树立正确健康观念，提高疾病自我管理能力[4]。（2）环境管理：要求患者病房干净整洁，防止粉尘，避免摆放花粉等可能诱发哮喘物品，注意室内通风换气[5]。定期采用紫外线仪器进行替菌杀灭，针对患者接触的衣物、床单、餐具等，须经过严格杀毒灭菌，减少非必要人员探视，保障患者充足休息时间。（3）心理护理：由责任护理人员加强与老年患者的沟通，了解患者受教育水平、家庭关系及疾病认知。察言观色或采用心理问卷表,了解患者心理波动情况,及时发现负面情绪患者，给予心理疏导，可在不影响患者休息的情况下，播放舒缓的音乐或戏曲，转移疾病关注度[6]。针对伴有恐惧、焦虑等负面情绪患者，耐心询问其疾病困扰，给予针对性答疑，帮助患者分析病情，告知临床最新研究结果，引导患者正确掌握雾化吸入、氧疗技巧，提高患者生活自我管理能力，提高疾病胜任感，有效缓解负面情绪。（4）生活护理：增加护理人员与患者家属的沟通，告知患者生活注意事项及心理状况，建议家属多给予患者陪伴，鼓励患者以乐观的心态面对治疗[7]。告知患者日常照顾注意事项，提高其家属监管能力，建议家属陪同患者进行体育锻炼，提高机体免疫机制，有效避免疾病复发。

1.3 评价标准

（1）记录比对老年重症哮喘患者喘息缓解时间、肺部哮鸣音正常时间、咳嗽缓解时间。

（2）采用汉密尔顿心理状况自评量表对老年患者焦虑、抑郁情绪进行量化评分，患者依据主观感受自行评分，焦虑自评分若≥50 分，则存在焦虑情绪，抑郁自评分若≥53 分，则存在抑郁情绪，呈现正相关性。

（3）依据患者临床症状改善效果及护理满意度评估护理有效率，若患者主述通换气困难、胸闷等症状基本消失，对护理服务持十分满意态度，即为显效；若患者主述通换气困难、胸闷等症状改善，对护理服务持一般满意态度，即为起效；若不满足上述标准，即为欠佳，计算有效率，计算公式=（显效+起效）/n×100%。

1.4 统计学分析

统计学软件 SPSS24.0 完成数据比对，计数资料格式为（%），卡方统计结果，计量资料格式为（$\bar{x}$ ±s），t 样本统计结果，最终统计值若 P<0.05，代表两组间存在差异，P<0.01 差异愈加明显。

2 结果

2.1 两组老年重症哮喘患者症状缓解时间统计

护理 B 组老年重症哮喘患者喘息缓解时间、肺部哮鸣音正常时间、咳嗽缓解时间短于护理 A 组，统计值（P<0.01），见表 1。

表 1　两组老年重症哮喘患者症状缓解时间统计[$\bar{x}$ ±s（d）]

组别	n	喘息缓解时间	肺部哮鸣音正常时间	咳嗽缓解时间
护理 A 组	60	7.01±1.83	6.35±1.65	7.48±1.72
护理 B 组	60	5.59±1.51	4.91±1.33	5.29±1.40
t 值		4.636	5.263	7.649
P 值		0.000	0.000	0.000

2.2 两组老年重症哮喘患者心理状况评分统计

焦虑与抑郁自评分护理前统计结果显示，两组（P>0.05），护理后，两组焦虑与抑郁自评分不同程度降低，护理 B 组焦虑与抑郁自评分低于护理 A 组，统计值（P<0.01），见表 2。

表 2　两组老年重症哮喘患者心理状况评分统计[$\bar{x}$ ±s（分）]

组别	n	时间	焦虑自评分	抑郁自评分
护理 A 组	60	护理前	55.34±6.23	50.14±6.01
		护理后	49.38±5.11	47.32±5.02
		t 值	5.729	2.789
		P 值	0.000	0.006
护理 B 组	60	护理前	55.51±6.19	50.22±5.91
		护理后	43.66±4.37	42.67±4.54
		t 值	12.114	7.847
		P 值	0.000	0.000
		$t_{值}^{前}$/$P_{值}^{前}$	0.150/0.881	0.074/0.942
		$t_{值}^{后}$/$P_{值}^{后}$	6.590/0.000	5.322/0.000

注：$t_{值}^{前}$/$P_{值}^{前}$代表两组护理前统计值，$t_{值}^{后}$/$P_{值}^{后}$代表两组护理后统计值。

2.3 两组老年重症哮喘患者护理有效率统计

护理 B 组老年重症哮喘患者护理有效率 98.33%（59/60），高于护理 A 组，统计值（P<0.01），见表 3。

表 3　两组老年重症哮喘患者护理有效率统计[n/%]

组别	n	显效	起效	欠佳	总有效率
护理 A 组	60	17	34	9	85.0%
护理 B 组	60	29	30	1	98.33%
X^2					6.881
P 值					0.000

3 讨论

基于近年老龄化问题严峻，临床接诊老年重症哮喘患者比例显著增加，基于疫情常态化期间，老年呼吸系统疾病高发，患者就诊期间常伴有明显负面情绪，就诊依从性较差，易导致不良医患纠纷，完善临床护理模式尤为重要[8]。老年重症哮喘患者病情危重，疾病进展快速，且反复发作，严重危害患者机体健康，密切监测患者生命体征，辅助患者排痰，稳定病情，改善呼吸困难等情况；同时给予患者人文关怀，给予患者医疗支持及社会支持，帮助患者正视疾病，改善心理压力，以积极、乐观心态面对治疗，提高患者护理配合度。整体护理模式是坚持以患者为服务中心，基于循证医学，依据患者临床症状及诊疗需求，为患者提供针对性、全面性、持续性护理指导，满足老年重症患者多元化护理需求；在传统对症管理基础上，明确哮喘发生影响因素，通过健康教育、环境管理、心理疏导及生活管理等，将医疗服务落实到患者生活各细节，充分调动患者主观能动性，提高患者疾病胜任感，对改善患者身心健康具有积极影响[9]。本研究表明，护理 B 组老年重症哮喘患者喘息缓解时间、肺部哮鸣音正常时间、咳嗽缓解时间短于护理 A 组，整体护理在传统疾病管理上，重视疾病对患者身心健康的影响，针对哮喘影响因素开展对症指导，提高患者疾病知识掌握度及遵医行为，早期缓解哮喘症状。基于老年重症哮喘患者心理状况评估可知，焦虑与抑郁自评分护理前统计结果显示，两组（P>0.05），护理后，两组焦虑与抑郁自评分不同程度降低，护理 B 组焦虑与抑郁自评分低于护理 A 组，统计值（P<0.01），因重症哮喘症状明显，患者起病后呼吸不适，部分患者伴有濒死感受，心理压力较大，老年患者就诊期间护理依赖性较大；整体护理引入心理学，针对老年重症哮喘患者开展心理疏导，加强护患沟通，让老年患者切身感受医护人员关心，利于建立良好护患关系。基于护理效果可知，护理 B 组老年重症哮喘患者护理有效率 98.33%（59/60），高于护理 A 组，统计值（P<0.01），整体护理临床反馈更佳，可推广。

综上，老年重症哮喘患者采用整体护理干预，早期缓解临床病症，改善患者心理状况，护理疗效显著，可作为疾病优选护理方案。

参考文献：

[1]尚欣,陈玉国,李荣.自我管理为导向的 5A 护理模式在老年哮喘患者中的应用[J].国际医药卫生导报,2023,29(1):69-73.

[2]潘甜甜,张焱梅,於雯雯,等.关怀理论视角下的护理干预对老年支气管哮喘患者的影响[J].海军医学杂志,2023,44(1):102-105.

[3]石小芳.康复护理对老年支气管哮喘患者心理状态及肺功能的影响[J].现代养生（上半月版）,2022,22(5):717-719.

[4]刘钰,王燕,江婧婧.多元化护理模式对干部病房老年哮喘慢性持续期患者服药依从性及心理状态的影响[J].基层医学论坛,2022,26(24):81-83,132.

[5]陈小静.优质护理服务应用于老年重症哮喘患者临床护理中对相关症状与满意度的改善效果[J].黑龙江中医药,2022,51(1):175-177.

[6]陈丹,宋珊珊.视频宣传健康教育结合针对性护理干预在老年中重度哮喘患者中的应用效果及对患者自我管理能力、生活质量的影响[J].中国当代医药,2022,29(4):193-196,封 3.

[7]李健丽,周丽华,江彩兰.全面化护理干预对老年支气管哮喘患者肺功能和生活质量的影响[J].中西医结合护理（中英文）,2021,7(1):119-121.

[8]徐岑玲.微信延续性护理在老年支气管哮喘患者吸入性糖皮质激素治疗中的应用效果[J].医药前沿,2021,11(30):157-158.

[9]王灵灵,崔喜梅.小剂量肾上腺素联合整体护理对重症哮喘患者肺功能及血清 IL-8、MPO、ECP 水平的影响[J].现代医学与健康研究（电子版）,2021,5(4):134-136.

心血管专科护理敏感指标提取与应用

黄菲菲 张青青 韦慧丽

（河池市人民医院 广西河池 547000）

摘要：目的：分析心血管专科护理敏感指标的提取以及应用。方法：所纳入的都是心血管内科患者，统共计 98 例，随机法界定以后，一组先提取护理敏感指标，然后再开展专科护理；而二组直接予用常规专科护理，较比护理后的多项指标。结果：所有护理后指标经组间相对比以后，数据均是 P＜0.05。结论：护理敏感指标的提取以及应用可以提升心血管专科护理的具体质量，优化护理服务，具有比较高的护理实用性。

关键词：心血管；专科护理敏感指标；提取；应用

心血管疾病是当前全球范围内最常见的致死性疾病之一，其高发率和严重后果已经引起全球医学界和公众的广泛关注[1]。临床多为该类疾病患者采取心血管专科护理，目的是提高患者的生活质量、延长其寿命。但在医疗技术的发展前提下，心血管专科护理的关注重点从疾病治疗转变为疾病的早期诊断和预防。而敏感指标的提取和应用则成为其专科护理的重要组成部分。通过有效地提取和应用敏感指标，护理团队可以更早地发现心血管疾病的风险因素和病理变化，及时采取预防措施，从而降低疾病的风险性[2]。基于此，本研究选取 98 例心血管内科患者，目的是探讨护理敏感指标的应用效率。

1 资料与方法

1.1 一般资料

心血管内科所有患者的就诊时间始于 2020 年 12 月，收集的时间跨度是 2 年，统共 98 例。随机法界定，算入一组的是 49 例，所计男患 26 例，剩余 23 是女患；年龄所计均数（57.26±1.33）岁。算入二组的同是 49 例，所计男患 28 例，剩余 21 是女患；年龄所计均数（57.19±1.39）岁。资料较比后算为 P＜0.05。

1.2 方法

二组选用常规专科护理，全面收集患者的具体资料，评估其在护理期间可能出现的风险因素，并以此为前提拟定护理措施。一组提取与应用护理敏感指标，而后开展专科护理：①组建护理小组：组员包括心血管内科护士长、护理部主任、主管/资深护师，组长是部门主任，职责是筛选敏感指标，剩余组员收集以及整理资料。②筛选敏感指标：理论基础是“结构--过程--结论”，由组员在各大数据库、图书馆资料中收集相关文献，整理并分析有关资料，初步拟定专科敏感指标，而后由全组人员进行指标评选，删除争议较大的指标，最终确定本研究的护理敏感指标。③指标应用培训：集中培训护理人员的敏感指标相关性护理技能，使其了解敏感指标的护理工作内容与操作要求，并每周评估敏感指标的落实情况，筛选执行力偏差的敏感指标，并提出整改措施，确保护理方案的时效性。④护理实施：患者入院后对其病情进行全面评估，统计风险事件的发生风险，并动态记录患者体征，及时上报异常体征并进行针对性处理。定期对患者与家属讲解健康知识，包括疾病知识、症状表现、病情危害、自我管理等，提高其知识掌握度，并具备基础护理技能。评估患者的饮食、运动和心理状态，纠正其错误的饮食与运动习惯，并通过音乐疗法、情志相胜法等调节患者心理。开展高危情况防范护理，根据患者的体征、病情、基础病等风险因素将其分级，开展分级护理。高危患者强化护理强度，于床头张贴警示卡，并细化护理方案。向患者讲解危险药品的使用目的、使用注意事项和不良反应应对方案，确保危险药品的使用规范性。

1.3 观察指标

经由自制调查问卷评估护理效果的汇总情况，含高危风险评估合格率、专项技能合格率、患者身份准确识别率、分级护理落实率、危险药品管理合格率、危险药品使用合格率，每项 100 分，超 75 分即为合格。经由自制调查表评估护理质量，含操作技术、沟通能力、护理态度、应急能力、个体化指导，每项 100 分，护理质量正向评分。统计院内压疮、跌倒、心肌梗死、坠床、导管脱落、心脏骤停等风险事件几率。经由自制评估量表评测满意度，含日常管理、用药指导等，共 100 分，高度满意超出 80 分，大致满意介于 45 至 80 分，而不满意则不足 45 分。

1.4 分析统计学

数据经由 SPSS28.0 软件予以高精度处理，计量数据选用 t 值对比/检验，计数数据选用 x^2 值对比/检验，存差异则 P 值不足 0.05。

2 结果

2.1 对比护理效果

组间对比于各项护理效果指标，数据计为 P＜0.05。

2.2 对比护理质量评分

组间对比于护理质量评分，数据计为 P＜0.05。

2.3 对比风险事件几率

组间对比于风险事件几率，数据计为 P＜0.05。

表 1 对比护理效果[n/%]

分组	例数	高危风险评估合格率	专项技能合格率	患者身份准确识别率	分级护理落实率	危险药品管理合格率	危险药品使用合格率
一组	49	47（95.92）	48（97.96）	48（97.96）	46（93.88）	47（95.92）	47（95.92）
二组	49	40（81.63）	42（85.71）	42（85.71）	39（79.59）	41（83.67）	41（83.67）
x^2	-	5.018	4.900	4.900	4.346	4.009	4.009
P	-	0.025	0.027	0.027	0.037	0.045	0.045

表 2 对比护理质量评分[$\bar{x}$ ±s/分]

分组	例数	操作技术	沟通能力	护理态度	应急能力	个体化指导
一组	49	94.15±3.26	95.34±3.11	96.23±2.41	94.79±3.88	96.84±1.85
二组	49	90.02±3.18	91.26±3.09	92.18±2.35	90.02±3.81	91.33±1.80

t	-	6.348	6.514	8.422	6.140	14.943
P	-	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表 3　对比风险事件几率[n/%]

分组	例数	院内压疮	跌倒	心肌梗死	坠床	导管脱落	心脏骤停	发生率
一组	49	1（2.04）	0	0	0	1（2.04）	0	4.08（2/49）
二组	49	3（6.12）	1（2.04）	0	1（2.04）	3（6.12）	0	16.33（8/49）
x^2	-	-	-	-	-	-	-	4.009
P	-	-	-	-	-	-	-	0.045

2.4 对比护理满意度

组间对比于护理满意度，数据计为 P＜0.05。

表 4　对比护理满意度[n/%]

分组	例数	高度满意	大致满意	不满意	满意度
一组	49	29（59.18）	18（36.73）	2（4.08）	95.92（47/49）
二组	49	21（42.86）	19（38.78）	9（18.37）	81.63（40/49）
x^2	-	-	-	-	5.018
P	-	-	-	-	0.025

3 讨论

近年来，我国的医疗模式不断变革，使得心血管内科的护理质量显著提升。但该科室多为急危重症患者，治疗过程中存在较多的风险事件，具体为：①疾病因素：持续性高血压可导致心脏负荷增加，增加心血管疾病风险[3]。冠心病是由冠状动脉狭窄或堵塞引起的心肌供血不足，也会增加心脏病发作和心脏衰竭的风险。异常的心脏节律可能导致心脏衰竭、中风和心脏骤停等严重后果[4]。动脉内壁发生脂质沉积形成斑块，会限制血流，提高心脑血管事件的发生率。②药物因素：抗血小板药物如阿司匹林、氯吡格雷等长期使用会增加出血风险；抗凝药物（如华法林、肝素等）在发挥抗凝作用的同时也可能导致出血风险。③护理因素：不适当的护理操作和护理技术可能增加疾病风险[5]。且护理过程中缺乏有效的沟通和协作会导致信息交流不畅，延误护理干预，增加患者风险。④管理因素：医疗资源不足或分配不均可能影响心血管内科患者的诊断和治疗，增加治疗延误和并发症发生风险。基于以上因素，需要强化心血管内科专科护理。

专科护理敏感指标是指在特定领域中用于评估患者病情和护理效果的一系列指标。在心血管内科患者中，专科护理敏感指标可以帮助护理人员及早发现患者的病情变化[6]。通过监测和评估敏感指标，护理人员可以快速识别患者的异常情况，如心电图变化、血压波动、呼吸困难等，从而及时采取相应的护理干预措施。专科护理敏感指标可为临床诊断与治疗提供重要信息，进而拟定科学化、个体化的治疗计划。敏感指标的动态评估指导药物治疗方案的调整，推进康复措施，并能及时评估治疗效果。此外，应用专科护理敏感指标可使护理人员更加全面的了解患者的病情和生理状态，减少医疗错误的发生[7]。及时监测和评估敏感指标有助于发现潜在的并发症风险因素，提前采取预防措施，确保患者的治疗安全。

结果显示，一组的护理效果均优于二组，一组的各项护理质量评分均高于二组，一组的风险事件几率低于二组，一组的护理满意度高于二组（P＜0.05）。原因是在提取和应用护理敏感指标的过程中，要求护理团队的所有组员共同参与，且通过文献查阅、指标分析等途径评价敏感指标的可行性，保证敏感指标的时效性与科学性。在护理前对护理人员进行规范化培训可使其了解敏感指标的护理工作内容和操作要求，提高护理人员对敏感指标护理技能的掌握程度，以此能够提升护理人员的专项技能。提取和应用护理敏感指标可以帮助护理团队更全面、系统地评估患者的风险状况。敏感指标根据结构、过程和结论等理论进行筛选，能够涵盖患者的身体状况、病情变化等关键因素，使护理人员及时识别患者的高危状态，并采取相应的预防措施，进而提高护理效果。此外，敏感指标的应用有助于护理团队对患者的风险因素进行分级，根据患者的体征、病情、基础病等情况进行合理的分级护理安排。通过细化护理方案、设立警示卡等措施，可以提高分级护理的落实率。不同级别的患者可以获得更为精细和个性化的护理，因此能够提高护理质量。护理团队每周评估危险药品的使用情况，拟定针对性的整改措施可以通过定期评估和反馈机制帮助护理团队不断改进危险药品的管理质量，减少风险事件。在此基础上，护理敏感指标的提取与应用可以了解患者的具体状况和需求，进而提供个性化护理，使患者感受到护理团队的人文关怀，进而提高其对护理质量的满意度。敏感指标的应用还能促进护理团队与患者之间的有效沟通。在护理实施过程中，要求护理人员与患者高效交流，解释疾病知识、护理计划和药物使用等内容，增强患者对护理过程的理解和参与感。此外，该项护理要求护理人员对患者的心理状况和需求进行细致观察和护理，通过音乐疗法、情志相胜法等方式提供心理支持，同样能增强患者的满意度和信任感。但需注意的是，护理敏感指标可能跟随护理进展而发生变化，护理人员需要不定期评价护理敏感指标的可行性，排除执行力差或不符合现状的敏感指标，结合患者的具体需求、现阶段的护理问题、常见的风险因素完善敏感指标，并对患者做好解释说明工作，获得其配合和认可。

综上，护理敏感指标能够提升心血管内科的护理效果，减少风险事件，且能提升护理质量以及满意度。

参考文献：

[1]王晓波,李梅,钟小玲. 护理风险联合专科敏感指标管理在心血管内科护理中的应用效果观察[J]. 医药前沿,2020,10(33):167-168.

[2]胡经文,肖娟,白婷,等. 介入手术室专科护理质量敏感指标体系的构建[J]. 中华现代护理杂志,2022,28(1):46-51.

[3]曾居燕. 护理质量敏感指标在心血管内科护理安全管理中的应用分析[J]. 实用临床护理学电子杂志,2020,5(27):18.

[4]曲巍立,庄璇,吴越,等. 护理敏感指标在降低胃管相关性压力性损伤发生率中的应用[J]. 基层医学论坛,2020,24(30):4324-4326.

[5]马晓茸,张瑜. 心血管内科护理安全管理中护理质量敏感指标的应用价值[J]. 临床医学研究与实践,2019,4(25):148-149.

[6]栗静,冷梅芳,陈晨,等. 护理敏感指标在依诺肝素钠腹壁注射预防血肿中的应用观察[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2018,39(2):230-231.

[7]张珂. 护理质量敏感指标在心血管内科护理安全管理中的应用[J]. 中国卫生产业,2022,19(12):96-99.

预见性护理在有暴力行为的男性精神疾病患者中的应用价值及护理质量评价

贾贝贝

（河南省荣康医院　河南洛阳　471013）

摘要：目的：探究预见性护理在有暴力行为的男性精神疾病患者护理应用价值及护理质量。方法：2020 年 1 月至 2022 年 12 月医院收治有暴力行为的男性精神疾病患者筛选 74 例开展病例探讨，按照计算机 1：1 分组法，基础组 37 例，实施基础神经科护理干预，试验组 37 例，实施预见性护理，观察两组男性精神疾病患者院内暴力行为发生情况、住院时间及费用、护理满意度。结果：基础组男性精神疾病患者发生院内暴力 16 人，出现毁物 14 次，伤人 13 次，暴力行为发生率 43.24%，试验组男性精神疾病患者发生院内暴力 4 人，出现毁物 4 次，伤人 3 次，暴力行为发生率 10.81%,统计结果提示(P<0.01);试验组男性精神疾病患者住院时间短于基础组,住院费用低于基础组,统计结果提示(P<0.05);基于自拟满意问卷调研表，试验组男性精神疾病患者对住院环境、安全管理、健康教育、医疗关怀等方面满意评分高于基础组，统计结果提示（ P<0.01)。结论：男性精神疾病患者通过预见性护理，可有效控制暴力行为，缩短住院时间，提升患者护理满意度，有助于提高整体护理质量。

关键词：暴力行为；男性精神疾病；预见性护理；应用价值；护理质量

精神疾病作为临床常见慢性疾病，主要是因生理活动紊乱导致，病因病机复杂，在多年龄段均有发生可能性。随着近年人们生活压力增大，青壮年患有精神疾病几率显著升高，部分患者伴有伤人、毁物行为，以攻击行为较为突出，危害家人及社会安全，为精神科面对较为棘手的问题,针对伴有暴力行为的精神疾病患者开展有效护理措施尤为重要[1]。临床观察发现[2]，伴有暴力行为精神疾病患者多与生理创伤、社会刺激、生物因素相关，目前临床学者针对暴力行为发生原因尚未给出明确阐述，具有较高特异性，以男性患者居多，因男性力量较大，护理难度较高，需有效防范暴力行为，保障医患双方安全，提高临床护理质量。预见性护理模式是基于既往护理经验，依据循证医学开展一系列预防措施,针对有暴力行为男性精神疾病患者开展预见性护理，可有效预防院内暴力行为，保障就诊流程顺利开展，缩短患者住院时间[3]。本研究现针对预见性护理临床开展价值进行病例探讨，如下实施。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2020 年 1 月至 2022 年 12 月医院收治有暴力行为的男性精神疾病患者筛选 74 例开展病例探讨，按照计算机 1：1 分组法，基础组 37 例，年龄范围 22-58 岁，年龄中数（40.33±1.84）岁，受教育年限 1-16 年，年限中数（10.33±0.25）年，其中精神分裂症患者 21，神经发育迟缓 2 例，酒精致精神障碍 4 例，心境障碍 9 例，急性精神分裂症精神病性障碍 1 例；试验组 37 例，年龄范围 21-54 岁，年龄中数（40.42±1.77）岁，受教育年限 1-16 年，年限中数（10.51±0.31）年，其中精神分裂症患者 20，神经发育迟缓 3 例，酒精致精神障碍 3 例，心境障碍 8 例，急性精神分裂症精神病性障碍 3 例；上述男性精神疾病患者病历资料符合统计比对要求（P>0.05）。

1.2 方法

基础组实施基础神经科护理干预，了解患者既往史、合并症，结合患者生活经历、经济状况、家庭关系等，给予患者对症治疗；采用一对一宣教及群体治疗方式，提高患者治疗依从性，遵医嘱给予患者用药。

试验组实施预见性护理；（1）加强护患沟通，建立良好护患关系：在患者入院初期给予患者环境干预，帮助患者早期适应院内环境，有效降低环境应激反应发生，给予患者安全感受，提高患者环境舒适度[4]。引荐主治医师及责任护理人员，加强与患者沟通，要求态度温和，应答有礼，提高患者对医护人员专业性的认可。在病史采集过程中，避免采用敏感性语言，以免导致患者情绪刺激，密切监测患者是否存在暴力行为先兆，如握紧拳头、怒视等，有效安抚患者情绪[5]。（2）引入以人文关怀为主的护理措施：专科护理人员与患者沟通过程中，依据暴力先兆症状，评估患者心理波动情况，借助语言及非语言干预方式，促使患者心情放松，平视患者眼睛，让患者感觉处于安全、平等沟通环境下，了解患者最近状况，鼓励患者进行倾述，通过患者倾述内容，了解重点，站在患者角度思考问题，降低患者敌意，借助共情疗法，让患者感受到医疗关怀，可有效缓解患者暴躁情绪[6]。待患者情绪稳定时，针对暴力行为，对患者进行沟通，开展健康教育，告知患者暴力行为是精神疾病所致，避免增加患者精神负担，鼓励患者进行自我控制，减少自身行为对家人及社会的危害，引导患者自我调动主观能动性，做到情绪控制[7]。针对表现良好患者，及时给予奖励，可采用口头褒奖等方式，帮助患者提高疾病治疗信心。（3）安全护理：针对暴力行为男性患者，采用适时隔离与约束，确保患者处于安静、舒适、安全环境下，减轻感官负荷，降低外界环境刺激，保障医护人员安全；可依据不同患者行为表现，合理应用约束带，减少患者出现伤人、毁物等情况发生；并对患者讲解约束带使用原则，避免增加患者身心负担，约束带为治疗措施，并非惩罚措施，避免情绪刺激[8]。（4）联动患者家属开展健康宣教：由专科护理人员采用一对一健康宣教，告知患者人际沟通注意事项、情绪表达以及自我调控等相关内容，在患者出现烦躁、暴怒时，可通过转移注意力等方式，减少暴力行为；可通过打沙袋进行负面情绪宣泄[9]。加强与患者家属沟通，为患者长期治疗营造良好、舒适环境，避免在患者面前谈及敏感话题，以免刺激患者负面情绪。建议家属多陪同患者从事喜欢的事情，合理安抚患者情绪，多陪同患者进行户外活动，了解患者暴力情况与疾病相关，纠正错误认知，多给予患者家庭陪伴，缓解患者心理负担，提

高临床治疗效果[10]。

1.3 评价标准

（1）观察两组男性精神疾病患者院内暴力行为发生情况，暴力行为包括毁物、伤人。

（2）比对两组男性精神疾病患者住院时间及费用。

（3）比对两组男性精神疾病患者护理满意度，由医院护理部拟定满意度调研表，涉及四个方面，包括住院环境、安全管理、健康教育、医疗关怀，每个方面涉及若干小条目，总分 100 分，总分越高即满意度越高，满意度调研表 Cronbach’α 0.79。

1.4 统计学分析

统计计算软件为 SPSS24.0，计量资料格式（$\bar{x}\pm s$），配对 t 检验，计数资料格式（%），卡方检验，统计结果 P<0.05 提示有差异，P<0.01 提示差异显著。

2 结果

2.1 两组男性精神疾病患者院内暴力行为发生情况比较

基础组男性精神疾病患者发生院内暴力 16 人，出现毁物 14 次，伤人 13 次，暴力行为发生率 43.24%，试验组男性精神疾病患者发生院内暴力 4 人，出现毁物 4 次，伤人 3 次，暴力行为发生率 10.81%，统计结果提示（P<0.01），见表 1。

表 1　两组男性精神疾病患者院内暴力行为发生情况比较[n/%]

组别	n	毁物	伤人	总人数	发生率
基础组	37	15	13	16	43.24%
试验组	37	4	3	4	10.81%
X^2					6.881
P 值					0.000

2.2 两组男性精神疾病患者住院时间及费用比较

试验组男性精神疾病患者住院时间短于基础组，住院费用低于基础组，统计结果提示（P<0.05），见表 2。

表 2　两组男性精神疾病患者住院时间及费用比较[$\bar{x}\pm s$]

组别	n	住院时间（d）	住院费用（千元）
基础组	37	43.06±2.64	5.21±0.45
试验组	37	41.73±2.31	4.86±0.37
t 值		2.306	3.654
P 值		0.024	0.000

2.3 两组男性精神疾病患者满意问卷统计结果比较

基于自拟满意问卷调研表，试验组男性精神疾病患者对住院环境、安全管理、健康教育、医疗关怀等方面满意评分高于基础组，统计结果提示（P<0.01），见表 3。

表 3　两组男性精神疾病患者满意问卷统计结果比较[$\bar{x}\pm s$（分）]

组别	n	住院环境	安全管理	健康教育	医疗关怀
基础组	37	62.37±5.24	69.28±5.66	75.94±7.14	80.85±7.38
试验组	37	77.05±6.83	80.44±7.42	91.36±8.08	92.46±8.11
t 值		10.373	7.274	8.699	6.440
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

预见性护理结合不同患者机体特异性，依据患者病情，开展有计划性的护理措施，取得防患于未然的效果。针对有暴力行为男性精神疾病患者，首要任务是了解暴力发生原因、暴力行为先兆等，根据暴力发生突发性、无规律可循特征，开展预见性指导，积极调动患者主观能动性，有效缓解患者被害妄想、幻觉等症状，为患者住院营造一个安全、安静、舒适环境，有效降低外界应激源，控制暴力行为。同时加强医患沟通，坚持以人文关怀为主，了解患者心理状况，站在患者角度思考问题，了解患者疾病观念，给予针对性解答，树立正确疾病观念，告知暴力行为与疾病相关，减轻患者身心负担；帮助患者分析病情，介绍成功治疗案例，提高患者战胜疾病的信心，增加护患沟通，通过调动双方主观能动性，构建和谐护患关系，减少伤人、毁物事件发生。试验结果显示，基础组男性精神疾病患者发生院内暴力 16 人，出现毁物 14 次，伤人 13 次，暴力行为发生率 43.24%，试验组男性精神疾病患者发生院内暴力 4 人，出现毁物 4 次，伤人 3 次，暴力行为发生率 10.81%，统计结果提示（P<0.01）；数据可证实，预见性护理的开展可有效降低男性精神疾病患者院内暴力事件，在发现患者有暴力先兆表现时，第一时间给予干预，有效安抚患者情绪，避免伤人、毁物，得益于良好的医患沟通，患者对医护人员信任性提高，遵医行为提升，暴力行为明显降低。基于患者住院情况评估，试验组男性精神疾病患者住院时间短于基础组，住院费用低于基础组，统计结果提示（P<0.05）；预见性护理的实施有助于精神病症转归，有效控制潜在攻击行为，缩短患者住院时间，减轻医疗支出费用。基于自拟满意问卷调研表，试验组男性精神疾病患者对住院环境、安全管理、健康教育、医疗关怀等方面满意评分高于基础组，统计结果提示（P<0.01），预见性护理可有效提高暴力行为精神疾病患者临床服务满意度，在住院期间保障患者与工作人员双方安全性，优势明显。

综上所述，男性精神疾病患者通过预见性护理，可有效控制暴力行为，缩短住院时间，提升患者护理满意度，有助于提高整体护理质量。

参考文献：

[1]杨凌.精神疾病患者暴力行为分析与人文关怀护理措施的应用效果研究[J].中国医药指南,2021,19(16):19-21.

[2]侯春婷,赵红,祖凤英,等.100 例住院精神分裂症患者暴力行为的相关因素分析与护理干预[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(1):54,68.

[3]周文娟,杜娟.预见性护理在有暴力行为的男性精神疾病患者护理中的运用研究[J].中国保健营养,2020,30(13):22-23.

[4]胡斯来.精神疾病新入院病人暴力行为的危险因素及护理对策[J].糖尿病天地,2020,17(8):228.

[5]赖燕,蔡文婷,杨雅杰.基于暴力风险评估表指导的护理干预在住院精神疾病患者中的应用[J].当代护士,2022,29(12):121-123.

[6]李冬冬.精神科患者心理 CT 暴力行为预测及针对性护理干预[J].继续医学教育,2020,34(5):121-123.

[7]杜娟.预见性护理干预在有暴力行为的男性精神疾病患者护理中的应用[J].中国保健营养,2021,31(17):160.

[8]苏光耀,邓爱萍,刘雨.预见性护理对有暴力行为的精神疾病患者的护理观察[J].实用临床护理学电子杂志,2020,5(6):95.

[9]杜志芳,周建华,朱海斌.德尔菲法和追踪方法学的护理安全管理策略预防精神分裂症患者暴力行为效果观察[J].齐鲁护理杂志,2022,28(20):134-136.

[10]胡斯来.精神疾病新入院病人暴力行为的危险因素及护理对策[J].糖尿病天地,2020,17(8):228.

系统护理干预配合纤维支气管镜吸痰对重症肺部感染患者康复效果影响评价

杨 芳

（咸宁市中心医院 湖北咸宁 437100）

摘要：目的：探究重症肺部感染患者纤维支气管镜吸痰配合系统护理干预对提高康复效果的临床价值。方法：2022 年 1 月 10 日至 2022 年 12 月 10 日呼吸内科住院部接收重症肺部感染患者 200 例实施平行对照，根据患者住院序号为分组标准，各组 100 例，护理Ⅰ组行纤维支气管镜吸痰配合常规护理干预，护理Ⅱ组行纤维支气管镜吸痰配合系统护理干预，观察疾病转归时间、吸痰不良反应，评估护理满意度。结果：护理Ⅱ组重症肺部感染患者咳嗽消失时间、肺湿啰音听诊正常时间、血象正常时间、总住院时间短于护理Ⅰ组（P<0.05）；护理Ⅱ组纤维支气管镜吸痰治疗后出现气道损伤出血及感染等不良反应几率低于护理Ⅰ组（P<0.05）；护理Ⅱ组重症肺部感染患者对护理专业操作、人为关怀及安全管理等方面评分高于护理Ⅰ组，（P<0.05）。结论：重症肺部感染患者采用纤维支气管镜吸痰配合系统护理，有助于疾病早期转归，预防相关不良反应，护理方案可为临床治疗增效，具有可行性。

关键词：重症肺部感染；系统护理干预；纤维支气管镜吸痰；康复效果

肺部感染为临床常见呼吸内科疾病，基于近年外界生态环境恶化，呼吸系统疾病高发，临床接诊重症肺部感染患群比例增多，主要是因痰液堵塞、呼吸衰竭所致，表现为憋闷、气喘、咳嗽、咳痰等，进展快速，具有一定致死率，开展早期诊断尤为重要[1]。现阶段临床针对重症肺部感染，主要以对症治疗为主，因重症肺部感染患者痰液堵塞，增加临床治疗难度，常辅以吸痰措施，改善局部内环境，促使炎症因子吸收，主要采用抗感染、化痰、雾化等主要手段；但因不同肺部感染患者内分泌物浓稠度差异，浓稠痰液清除难度大，自主排痰效果不佳，常借助人工吸痰，临床疗效存在较大差异，完善临床治疗及护理措施尤为重要[2]。纤维支气管镜吸痰为近年重症肺部感染主要治疗手段，可通过机械吸痰，最大限度清除内分泌物，促使呼吸道通畅。系统护理干预模式是在传统护理基础上，基于循证医学，针对不同患者个性化护理需求，拟定针对性护理方案，为近年临床护理探讨热点。本文现针对纤维支气管镜吸痰治疗重症肺部感染患者联合系统护理措施，分析临床应用疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2022 年 1 月 10 日至 2022 年 12 月 10 日呼吸内科住院部接收重症肺部感染患者 200 例实施平行对照，根据患者住院序号为分组标准，各组 100 例，护理Ⅰ组男女各占 50 例，年龄 50-60（54.73±1.02）岁，感染病程 2-20（9.73±0.54）d，受教育年限 1-16（9.72±0.55）年；护理Ⅱ组男女各占 51、49 例，年龄 51-60（54.66±1.05）岁，感染病程 2-18（9.66±0.61）d，受教育年限 3-16（9.62±0.72）年；上述重症肺部感染病历相关变量经统计比对（P>0.05）。

1.2 方法

护理Ⅰ组行纤维支气管镜吸痰配合常规护理干，采用上海医疗器械公司提供纤维支气管镜吸痰器，事先采用 2%利多卡因 4ml，采用氧气雾化吸入行表面麻醉，待获得理想麻醉平面后，将纤维支气管镜置入，探查支气管及总气管情况，清理分泌物，若痰液质地浓稠，难以吸出，可采用反复冲洗。针对纤维支气管镜吸痰治疗原理、操作流程对患者进行讲解；护理人员借助自身专业知识，对患者疑难问题进行解答，观察吸痰操作后气道损伤及感染等不良反应，及时予以对症治疗[3]。护理Ⅱ组行纤维支气管镜吸痰配合系统护理干预，纤维支气管镜吸痰治疗同上，系统护理：（1）组建系统医疗小组：邀请呼吸内科专家学者，针对组内护理人员开展岗位内宣教，告知纤维支气管镜吸痰操作技巧、临床护理问题，结合既往护理工作中不良案例，进行回顾性总结，探讨最新护理方案，提高护理人员专业技能。要求护理过程中，严格秉持无菌操作原理，动作轻柔，有效预防交叉感染情况；提高护理人员安全管理意识，规范自身操作，确保临床护理有序开展。（2）对症护理：给予患者体位指导，配合患者更换呈仰卧位，针对纤维支气管镜吸痰操作情况对患者进行讲解，采用毛巾覆盖患者双眼，配合主治医生，顺利将纤维支气管镜缓慢置入，依据患者不同病灶表现，对分泌物进行清理；护理人员引导患者进行深呼吸，要求声音平缓，态度温柔，密切监测患者吸痰期间生命体征，若患者伴有躁动情况，及时与主治医师沟通，可采用咪达唑仑，起到镇静效果[4]。合理控制灌洗液温度，依据患者表现调节腔内灌洗衣液剂量及速度，避免导致患者不适。（3）舒适性环境护理：主动与患者沟通，帮助患者早期适应院内环境，患者治疗期间，在不影响操作的情况下，将室内光线调暗，避免非必要人员进入，确保患者处于安静、舒适、温馨的环境下；操作过程中，通过与患者沟通，缓解患者焦虑、紧张等负面情绪。针对伴有恐惧情绪患者，可由监护人在旁陪同，给予患者支持。（4）预见性护理：在纤维支气管镜吸痰操作前，由主治医师及责任护理人员依据患者机体状况，预估患者机体免疫情况，评估感染发生可能性，预见性应用广谱抗生素，维持机体内环境平衡，降低医源性感染情况发生[5]。护理人员在纤维支气管镜置入前，加强手部卫生管理，对患者呼吸道进行细节化管理，避免交叉感染情况。在纤维支气管镜置入之前做好复温处理，避免低温导致患者不适[6]。操作过程中，做好患者肢体管理，避免患者肢体躁动，可预见性应用约束带等。

1.3 评价标准

（1）记录比对重症肺部感染患者咳嗽消失时间、肺湿啰音听诊正常时间、血象正常时间、总住院时间。

（2）记录比对纤维支气管镜吸痰治疗后出现气道损伤出血及感染等不良反应几率。

（3）呼吸内科护理人员自拟护理满意问卷表，量表涉及护理专

业操作、人为关怀及安全管理等方面，采用百分制评价标准，问卷表 Cronbach'α 0.79。

1.4 统计学分析

统计学软件 SPSS24.0 完成数据比对。

2 结果

2.1 两组重症肺部感染症状转归时间统计

护理Ⅱ组重症肺部感染患者咳嗽消失时间、肺湿啰音听诊正常时间、血象正常时间、总住院时间短于护理Ⅰ组（P<0.05），见表 1。

表 1 两组重症肺部感染症状转归时间统计[$\bar{x}\pm s$]

组别	n	咳嗽消失时间（d）	肺湿啰音听诊正常时间（d）	血象正常时间（d）	总住院时间（d）
护理Ⅰ组	100	7.25±1.33	10.24±1.35	9.35±1.29	15.66±1.63
护理Ⅱ组	100	5.63±1.18	8.61±1.17	7.11±1.06	14.07±1.37
t 值		9.111	9.124	13.416	7.467
P 值		0.000	0.000	0.000	0.000

2.2 两组纤维支气管镜吸痰治疗不良反应统计

护理Ⅱ组纤维支气管镜吸痰治疗后出现气道损伤出血及感染等不良反应几率低于护理Ⅰ组（P<0.05），见表 2。

表 2 两组纤维支气管镜吸痰治疗不良反应统计[n/%]

组别	n	气道损伤出血	感染	总发生率
护理Ⅰ组	100	5	1	6.0%
护理Ⅱ组	100	1	0	1.0%
X^2				4.355
P 值				0.042

2.3 两组重症肺部感染患者出院时护理满意调查表结果

护理Ⅱ组重症肺部感染患者对护理专业操作、人为关怀及安全管理等方面评分高于护理Ⅰ组，（P<0.05），见表 3。

表 3 两组重症肺部感染患者出院时护理满意调查表结果[$\bar{x}\pm s$（分）]

组别	n	专业操作	人为关怀	安全管理
护理Ⅰ组	100	85.36±4.52	82.44±4.13	83.61±4.35
护理Ⅱ组	100	92.04±5.89	90.72±5.49	91.07±5.62
t 值		8.997	12.052	10.497
P 值		0.000	0.000	0.000

3 讨论

重症肺部感染疾病进展快速，临床多以祛痰、止咳、雾化疗法，促使气道通畅。既往传统重症肺部感染主要采用鼻导管吸痰，清除局部分泌物；临床观察发现，鼻导管吸痰具有一定局限性，针对质地粘稠的痰液，无法提高清除效果，易导致病情延误。随着近年诊疗技术不断优化，纤维支气管镜的引入，为机械吸痰提供技术支持，操作简单，不会增加患者机体不适，可将浓稠的内分泌物彻底清理，早期促使气道通畅；考虑纤维支气管镜吸痰为侵入性操作，操作期间受护理人员主观因素影响，易导致支气管损伤等不良事件[7]；且患者在吸痰过程中存在一定不适，易出现恐慌情绪，护理依赖性较大，完善护理措施尤为重要。

系统护理干预是依据纤维支气管镜吸痰治疗需求，结合患者机体状况，开展的对症护理，增加护理人员与患者之间的沟通，通过预估纤维支气管镜吸痰期间可能存在的风险因素，严格落实无菌操作，预防相关不良情况；加强患者心理指导，有效安抚患者情绪，通过加强认知行为宣教，确保患者以积极心态面对治疗，提高患者治疗配合度；同时可有效预防吸痰、躁动等情况[8]。系统护理干预充分重视护理人员与患者双方主观能动性，通过加强护理人员专业技能，确保纤维支气管镜吸痰顺利实施，有效减少人为操作导致的不适感受。同时，借助细节化护理保障纤维支气管镜吸痰有序、安全开展，通过预见性应用抗生素、肢体约束等，确保护理工作有序实施，提高临床护理质量[9]。本研究表明，护理Ⅱ组重症肺部感染患者咳嗽消失时间、肺湿啰音听诊正常时间、血象正常时间、总住院时间短于护理Ⅰ组(P<0.05)；数据显示，系统护理根据纤维支气管镜吸痰操作要求，规范操作流程，加强护理队伍建设，提高护理人员专业技能，提高患者吸痰舒适度，可降低机械性损伤，并且严格落实无菌操作，保障吸痰疗效；系统护理优化传统护理弊端，加强护患沟通，充分体现护理人性化，针对既往常见不良事件开展预见性护理干预措施，可有效预防机械操作导致的不良反应，实验数据证实，护理Ⅱ组纤维支气管镜吸痰治疗后出现气道损伤出血及感染等不良反应几率低于护理Ⅰ组（P<0.05），系统护理临床反馈更佳。基于护理模式满意结果可知，护理Ⅱ组重症肺部感染患者对护理专业操作、人为关怀及安全管理等方面评分高于护理Ⅰ组（P<0.05），系统护理配合纤维支气管镜吸痰可提高患者治疗舒适感受，给予患者医疗关怀，让患者处于安全、温馨、舒适的就诊环境下，可提高临床护理质量，满足患者多元化护理需求。

综上，重症肺部感染患者采用纤维支气管镜吸痰配合系统护理，有助于疾病早期转归，预防相关不良反应，护理方案可为临床治疗增效，具有可行性。

参考文献：

[1]康惠珍.优质护理在纤维支气管镜吸痰治疗重症肺部感染患者中的应用效果[J].中国当代医药,2021,28(34):227-230.

[2]魏雯雯.分析纤维支气管镜吸痰治疗重症肺部感染的护理方法及效果[J].饮食保健,2020,7(18):211.

[3]苏滑.纤维支气管镜吸痰联合肺泡灌洗在重症肺部感染患者治疗中的临床效果分析[J].临床护理研究,2023,32(4):28-29,32.

[4]李文广.重症加强护理病房机械通气患者发生肺部感染的影响因素[J].国际护理学杂志,2022,41(5):792-795.

[5]狄侃香.纤维支气管镜吸痰联合肺泡灌洗对机械通气合并肺部感染患者的临床效果观察及护理[J].中华养生保健,2020,38(5):157-159.

[6]王凤颖.纤维支气管镜吸痰灌洗治疗呼吸重症监护室肺部感染的全程护理干预效果分析[J].世界最新医学信息文摘,2021,21(68):326-328.

[7]王仪民,周柳青,周计雪.床旁纤维支气管镜肺泡灌洗联合全面护理干预对重症肺部感染患者体征及动脉血气分析指标的影响[J].现代医学与健康研究（电子版）,2020,4(14):100-102.

[8]吴志峰.浅析常规抗感染联合纤维支气管镜吸痰治疗重症肺部感染的临床效果[J].世界最新医学信息文摘,2021,21(59):21-23.

[9]郑婧,梁欢.系统护理干预配合纤维支气管镜吸痰对重症肺部感染患者康复效果的影响[J].医疗装备,2020,33(16):186-187.

ABC 分诊急救护理方案在急诊患者抢救中的应用

古丽米热·艾合坦木　刘玉姣

（新疆维吾尔自治区中医医院急救中心　新疆乌鲁木齐　830011）

摘要：目的 探讨 ABC 分诊急救护理方案在急诊患者抢救中的应用价值。方法将新疆乌鲁木齐某三甲医院 2022 年 2~7 月实施传统急诊护理路径的 201 例急诊患者纳入对照组，将 2022 年 12 月~2023 年 5 月实施 ABC 分诊急救护理模式干预的 205 例急诊患者纳入实验组，比较 2 组患者救治时间、救治成功率、并发症发生率及对护理人员的满意度。结果 实验组患者救治时间、救治成功率、并发症发生率及对护理人员的满意度均优于对照组，差异有统计学意义(P<0.05)。结论 ABC 分诊急救护理方案优化了急诊患者诊治流程，可减少救治时间和并发症发生率，有效提高救治成功率，使患者可以尽早接受治疗，赢得最佳抢救时间，提高了护理满意度。

关键词：ABC 分诊急救护理方案；急救护理；护理满意度

急诊科是医院的一线窗口单位，承担者急症患者的抢救工作。急救护理质量的高低直接影响到患者的生命安全,衡量着一个医疗单位应急能力和整体服务水平[1]。急诊科护理工作繁重，护理人员处于身心两方面的巨大压力下。随着医院急诊室的工作量急剧增加，以往的“分科就诊”的模式已经越来越跟不上节奏了，在面对大批量、复杂的情况时很难及时有效的解决，化解矛盾。因此，提高急诊预检分诊有效性和准确性已成为眼下提高急诊效率的当务之急[2]。科学的分诊急救护理模式不仅可以提高分诊效率，为患者的抢救争取宝贵的时间，同时还可优化护理人力资源配置，减轻急诊护理人员的工作强度[3]。本研究将 ABC 分诊急救护理方案应用于急诊患者抢救中，并与传统急诊护理路径进行对比,探讨其应用价值。

1 对象与方法

1.1 一般资料 选择新疆乌鲁木齐某三甲医院 2022 年 2~7 月实施传统急诊护理路径的 201 例急诊患者纳入对照组，将 2022 年 12 月~2023 年 5 月实施 ABC 分诊急救护理方案干预的 205 例急诊患者纳入实验组，其中对照组男性 110 例，女性 91 例，年龄 18~62 岁，平均年龄(38.5±5.3)岁；实验组男性 108 例，女性 97 例，年龄 20~64 岁,平均年龄(41.5±4.7)岁。所有患者收治急诊科均符合急诊科诊断标准，收治的病种主要为：心血管疾病、脑血管疾病、消化道出血及失血性休克等。对比两组患者的年龄、性别、疾病等方面，数据无明显差异（P>0.05）,无统计学意义，具有临床可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 实施传统急救护理模式,主要包括:120 接到患者后立即给予救治处理措施:给予患者对症紧急处理,如心肺复苏、止血、伤口包扎、骨折固定处理等;患者入院后,护理人员配合医生做好紧急处理,如给予患者入院基础护理、急救设备连接、导管护理、输液护理等;患者转科室处理：根据患者病情及病种不同做好紧急处理之后的转科治疗，如骨折患者应转至骨科进行专科治疗,胸部损伤患者应转至心胸外科进行相关治疗，脑部损伤患者给予转至颅脑外科进行相应治疗。

1.2.2 实验组 在对照组护理基础上，实施 ABC 分诊急救护理方案，急诊护士 120 接到患者后按照如下方案实施抢救：

A 方案（心血管患者）：（1）准备抽血管：生化、凝血、肌钙蛋白、降钙素、白介素、血气（紫管、黄管、蓝管、绿管、血气针各 1 个）；（2）开通静脉通道，准备 0.9%氯化钠注射液 250ml，（心梗患者必须为左上肢，并控制滴速）；（3）准备吸氧装置，氧饱和度＜90%者，准备吸氧面罩。

B 方案（脑血管患者）：（1）准备抽血管：血常规、生化、凝血、肌钙蛋白（紫管、黄管、蓝管、绿管各 1 个），脑出血者加抽传染病（黄管 1 个）；（2）开通静脉通道(左右上肢均可，尽量选用大号针头留置针)，准备 0.9%氯化钠注射液 250ml；（3）准备吸氧装置，氧饱和度＜90%者，准备吸氧面罩。（4）导尿（意识障碍、大小便失禁者）。

C 方案（消化道出血及失血性休克患者）：（1）准备抽血管：血常规、生化、凝血、肌钙蛋白、传染病、血型、血栓弹力图、输血前相关因素、交叉配血（紫管 3 个、黄管 2 个、蓝管 2 个、绿管 1 个、血气针 1 个，白管 1 个），血糖高或糖尿病酮症患者加抽胰腺淀粉酶（黄管 1 个），肝硬化者加抽血氨（绿长管 1 个）；（2）开通静脉通道，准备 0.9%氯化钠注射液 500ml+乳酸钠林格液 500ml(左右上肢、颈静脉均可，尽量选择粗血管)，遵医嘱调节滴速。

1.3 观察指标及评价标准 针对两组患者实施不同的护理模式，最后通过观察其救治时间、救治成功率、并发症发生率及对护理人员的满意度的数据变化 对护理人员的护理满意度采用自拟的急诊科患者满意度调查问卷进行评价，问卷从预检分诊、健康宣教、基础护理、并发症预防 4 方面进行评价，共 25 个条目，每个条目赋值 1~4 分，总评分 25~100 分，评分越高说明病人对护理满意度越高，总分>90 分为满意，量表 Cronbach's α 系数为 0.822~0.869，量表信效度理想。

1.4 统计学分析　应用 SPSS 22. 0 统计软件对数据进行处理，计量资料以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，组间比较采用 t 检验，计数资料计数资料以 n(%)表示，组间比较采用 x 2 检验，P≤0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对两组患者的救治时间、救治成功率、并发症发生率进行分析比较：实验组患者的救治时间和并发症发生率均低于对照组患者，为患者的存活率和治疗效果提供时间支持，差异有统计学意义(P<0.05)；实验组患者的救治成功率明显高于对照组患者,临床效果显著,差异有统计学意义(P<0.05)。见表 1。

2.2 护理满意度比较 实验组护理满意度评分明显高于对照组，差异有统计学意义(P<0.05)，见表 2。

（下转第 44 页）

制剂药品生产中纯化水和注射用水的质量控制

李秀英

（国药集团容生制药有限公司　454950）

摘要：在制剂药品生产中，为能够有效保障药品生产质量，强化纯化水、注射用水质量控制是一项重要工作。本次在针对制剂药品生产中纯化水和注射用水质量控制必要性以及质量问题分析基础上，分别从制备过程、贮存以及分配过程三方面提出相应的质量控制策略，以此提升制剂药品生产质量。

关键词：制剂药品生产；纯化水；注射用水；质量控制

引言

纯化水和注射用水是制剂药品生产过程中重要辅料，所以其质量对于制剂药品质量具有直接影响。《医疗机构制剂配制质量管理规范》等相关规范文件实现了对药品生产用水制备、贮存以及分配等要求的规定。因此在制剂药品生产过程中，必须要强化纯化水、注射用水质量控制，以此保障生产质量。

1 制剂药品生产中纯化水和注射用水质量控制必要性

在制剂药品生产中，需要从根本上实现对其用水生产情况的改善。其中在《药品生产质量管理规范（2010 年修订）》中提出“纯化水可采用循环，注射用水可采用 70℃以上保温循环。”在其制备、贮存以及使用过程中，容易发生微生物繁殖，进而出现微生物或其代谢产物污染，这一问题会对制剂药品生产质量产生影响，所以强化制剂药品生产纯化水和注射用水质量控制具有重要意义。我国微生物限度检查开始于 1972 年，另外在 2010 年版又加上了电导率、TOC 项目，2015 年版和 2016 年版《美国药典》中均针对制药用水中的微生物监测方法提出了规定，即为在微生物在线检测仪的应用下实现实时监测，通过以上分析可以看出国内外医药卫生管理部门在不断提升对于制剂药品生产用水质量控制的重视，并积极改善相应的检测方法，以能够迅速、准确检测水质问题，保障药品生产质量。

2 制剂药品生产中纯化水和注射用水质量问题

制剂药品生产中，一般采用的原水为自来水或深井水，必须要确保原水质量和中华人民共和国国家标准 GB5749-85《生活饮用水卫生标准》相符，原水并不能够直接应用。纯化水为饮用水经蒸馏法、离子交换法、反渗透法等方法处理后获取的制药用水，不含任何添加剂，注射用水为纯化水蒸馏后获取的水，必须要保障其质量和细菌内毒素试验要求相符。在制药用水各种生产过程中，均存在一定被污染的可能性，所以必须要密切监测各个生产装置是否存在污染物污染，也需要实时监测各个部位以及设备流出的水，以免存在质量问题，直接影响到制剂药品生产质量。

3 制剂药品生产中纯化水和注射用水质量控制策略

3.1 生产过程的质量控制

在制剂药品生产过程中，需要针对纯化水和注射用水电导率、TOC 以及细菌内毒素等相关指标实施有效监测，且定期针对相关设备实施检测、维护，并及时更换检测设备，以此实现对生产中纯化水和注射用水基本情况的系统化掌握。另外还需要针对监测数据以及常年积累数据实施综合分析，以此建构和实际需求相符的电导率、TOC 以及微生物等相关指标警戒线和纠偏限，为水质控制提供相关标准，同时也可以有效保障水系统持续有效运行，最大化减少因为水质问题出现制剂药品生产质量不佳问题。

3.2 贮存中的质量控制

在纯化水以及注射用水贮存过程中质量控制时，必须要有效预防出现微生物污染。储罐和输送管道在材料选择中，应该确保材料的无毒性、耐磨性和耐腐蚀性。其中针对生产中的纯化水、注射用水运输管道设计和安装中，也应该尽量减少死角和盲管的存在。定期针对储罐以及输送管道实施清洗处理，以此保障储罐和管道的清洁卫生。另外在贮存过程中，也需要考虑到季节、气温、湿度等因素对纯化水以及注射用水贮存质量的影响，这些因素均会直接影响到微生物生长情况，所以需要加强纯化水以及注射用水贮存质量监测，确保监测过程中覆盖所有使用水点，且对其实施全面巴氏消毒和纯蒸汽灭菌处理，以此为用水质量和制剂质量提供保障。

3.3 分配过程中的质量控制

制剂药品生产中，也需要结合制剂药品配置规范，实现对纯化水以及注射用水的合理选择，确保其质量能够和相关标准相符，另外还需要定期实施质量监测，以此确保生产质量。如果注射用水采用的是蒸馏法生产，最佳系统即为热分配系统。在用水贮存和分配过程中，蒸气热交换器补充会出现一定热损耗，能够将蒸馏热产物温度控制在 80-90℃。如果水温是在 80℃以上，细菌活性不存在，热水可以确保自身处于无菌状态。在此过程中不会出现化学灾害，还需要在储罐和管路上设置保温层，以此减少热损耗的同时，也可以为相关人员提供安全保障。另外还可以在使用端的应用下实施冷却，除非在生产过程中全部需要热水。在此过程中会对系统投入成本有所提升，但是可以实现对管理程序起到简化作用。若在运行过程中发现热水再循环系统出现污染问题，可以对这一系统实施深度消毒。一般情况下在深度消毒中采用的是纯蒸汽灭菌方式。系统排水后，可以将洁净蒸气在系统中实施注入已实施消毒处理。系统被蒸气注满后，将温度提升到 121℃，且维持一定时间。这一时刻全部打开低点和流出点，以此确保系统消毒处理后的冷凝水全部排放成功，停 1h 后再次在系统中注入注射用水，保障用水质量。

4 结语

综上，在制剂药品生产过程中，必须要强化纯化水以及注射用水质量控制，全面掌握水质基本情况，由此提升制剂药品生产质量。另外针对制剂药品生产过程中的纯化水以及注射用水质量控制工作，也可以相应的生产管理制度，并加强对相关管理人员的专业技术培训，以能够实现对制剂药品生产用水质量的全面控制，以此保障制剂药品生产中的用水安全。

参考文献：

[1]方朝东，邱文娜，李磊，等. 疫苗生产中纯化水与注射用水的质量控制研究[J]. 中国药业，2016，25(11)：69-71，72.

[2]王健，徐昊泽. 纯化水制备工艺在制药生产中的应用分析[J]. 百科论坛电子杂志，2020(13)：96-97.

[3]史志伟. 制药企业工艺用水水质安全与检测分析[J]. 中国化工贸易，2017，9(17)：243.

[4]孙家程. 制药工程纯化水系统在线检测控制分析[J]. 科学与信息化，2017(28)：145-146.

[5]梅特勒-托利多. 通过在线分析降低制药用水微生物风险[J]. 流程工业，2021(12)：38-39.

沙丁胺醇联合布地奈德雾化吸入治疗支气管炎的效果

张 伟

（新泰市第二人民医院 山东新泰 271219）

摘要：目的：研究支气管炎经沙丁胺醇联合布地奈德雾化吸入治疗的应用价值。方法：2019 年 7 月~2022 年 4 月期间，选择 33 例支气管炎患者作为观察组，采取沙丁胺醇联合布地奈德雾化吸入治疗；另外选择 32 例支气管炎患者作为对照组，采取一般治疗，比较两组患者的治疗效率及临床指标情况。结果：两组的总有效率分别为 96.97%、81.25%，数据有差异，P<0.05。经治疗，对比两组患者的临床指标（住院时长、啰音持续时长、咳嗽持续时间、发烧时长），观察组数据明显优于对照组，差异明显，P<0.05。结论：对于支气管炎患者而言，经沙丁胺醇联合布地奈德雾化吸入治疗后疗效确切，患者临床指标优良，预后较好，认可程度较高，值得后续推广应用。

关键词：支气管炎；沙丁胺醇；布地奈德；雾化吸入；治疗效率

支气管炎作为下呼吸道感染性疾病，在临床中主要表现为咳嗽、气促，严重时会引起呼吸衰竭甚至心力衰竭[1]。目前在临床治疗中，主要以镇静、平喘、抗生素治疗为主，但是整体的疗效不够显著，所以在本文研究中重点对布地奈德与沙丁胺醇在支气管炎在治疗中展开讨论，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2019 年 7 月~2022 年 4 月，选择 65 例支气管炎患者，观察组男性 18 例，女性 15 例，年龄 58~82 岁，平均（70.01±8.51）岁，病程 3~10 年，平均（6.63±2.16）年；对照组男性 19 例，女性 13 例，年龄 54~81 岁，平均（69.31±8.63）岁，病程 4~10 年，平均（6.45±3.23）年。对比两组上述资料无明显差异，P>0.05，有可比性。

1.2 方法

对照组予以基础治疗，即镇静、平喘、吸氧、抗感染。观察组则在此基础上予以沙丁胺醇联合布地奈德雾化吸入治疗。使用一次性面罩雾化吸入沙丁胺醇雾化液，药物由葛兰素史克制药（重庆）有限公司提供，国家准字号为：H10940001，每次取量 0.2~0.3g。布地奈德由湖北葛店人福药业有限责任公司提供，国药准字号：H20103795，为每次取量 1ml，用空气压缩泵雾化吸入治疗。以上两组患者每日治疗两次，共计治疗一周。

1.3 观察指标

（1）对比两组总有效率。具体为：显效（患者临床指标恢复正常，肺部无湿啰音、哮鸣音正常）、有效（患者临床症状得到较大改善，但肺部仍有湿啰音）、无效（临床症状无明显改善，甚至加剧）。总有效率=（显效+有效）/N*100%。

（2）比较临床指标，内容包括：住院时长、啰音持续时长、咳嗽持续时间、发烧时长，数据以实际统计为准。

1.4 统计学分析

以 SPSS 26.0 处理，临床指标以 $\bar{x}\pm s$ 表示，t 检验，总有效率以 x^2 检验、%表示。P<0.05 时有差异，有统计学意义。

2 结果

2.1 总有效率对比

如表 1 所示，两组的总有效率分别为 96.97%、81.25%，数据有差异，P<0.05。

表 1 疗效对比（x^2，%）

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
观察组	33	17（51.52）	15（45.45）	1（3.03）	32（96.97）
对照组	32	15（46.88）	11（34.28）	6（18.75）	26（81.25）
x^2	\	0.140	0.831	4.178	4.178
P	\	0.708	0.362	0.041	0.041

2.2 临床指标对比

经治疗，对比两组患者的临床指标，观察组数据明显优于对照组，差异明显，P<0.05，见表 2。

表 2 临床指标对比（$\bar{x}\pm s$，d）

组别	n	发烧时长	住院时长	啰音持续时长	咳嗽持续时间
观察组	33	1.23±0.27	3.26±0.28	3.34±0.51	4.32±1.15
对照组	32	2.37±0.19	5.09±0.53	4.67±1.44	7.43±2.64
T	\	19.630	17.481	4.994	6.190
P	\	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

支气管炎主要为病毒感染所致病变，集中于患者的下呼吸道，早期时会出现纤毛上皮坏死，而这些炎症递质会导致患者的呼吸平滑肌出现痉挛，舒张血管而导致血浆渗出，出现黏膜性水肿，并进一步促进呼吸道内液体的分泌，使支气管痉挛发生[2]。作为一种呼吸系统疾病，具有持续时间长，病程痛苦的特点，对于患者的身心健康造成的影响极大[3]。尤其随着当前人类环境污染的程度日益加剧，大气污染严重，可吸入粉尘颗粒增多，导致支气管炎的患病人数也在日益趋增。根据临床研究统计，支气管炎患者中儿童所占的比例显著增加，该病如果在早期得不到有效治疗，除了咳嗽、痰多、气喘外，进一步会造成肺结核心脏病甚至危及生命，所以在治疗方案的选择上需慎重考虑[4]。

在本文研究中，对比两组的总有效率、临床指标，差异明显，P<0.05。具体分析为：布丁奈德雾化溶液作为唯一可用于雾化吸入的糖皮质激素，此药物用于支气管炎患者中，具有较强的抗炎作用，其非特异性抗炎以及抑制变态反应强度是地塞米松的 20 倍，即便小剂量也能获得极其显著的疗效，用药后能够阻断炎症递质以及细胞因子的释放，能够使患者呼吸道炎性细胞释放得到抑制，降低呼吸道高反应性。同时也能够有效起到收缩呼吸道血管，降低黏膜水肿的作用，

起到通气、平喘之效。另外布地奈德在应用后，与受体结合能够产生β2 受体以及一些蛋白抗炎递质的增加，使β2 受体激动剂更好地发挥效果[5]。沙丁胺醇作为目前最常用且有效地平喘药物，该药物在用于支气管炎患者中有着极强的亲水性,能够直接作用于细胞膜上的β2 受体，并且能够选择性地作用于支气管平滑肌的β受体上，并且通过一系列生物化学反应，能够使呼吸道平滑肌松弛，并进一步增加呼吸道纤毛的运动，降低了血管通透性，以及调节肥大细胞的炎症递质释放，进一步加速黏膜转运和痰液的排放[6]。此药物的作用相对较短，容易反复发作,但是将这两种药物联合应用时能够起到扩张支气管炎患者呼吸道平滑肌，缓解支气管痉挛的作用，同时也能够使患者的通气功能得到进一步改善，发挥激素局部抗炎的优势。而且在选择雾化吸入时，高浓度的药物将直接作用于患者的支气管，能够显著抑制炎症细胞的释放，减轻呼吸道的高反应性，同时能够收缩呼吸道血管，降低黏膜水肿，达到平喘、止咳、通气的作用。

综上，对于支气管炎患者而言，经沙丁胺醇联合布地奈德雾化吸入治疗后疗效确切，患者临床指标优良，预后较好，认可程度较高。

参考文献：

[1]刘艳.氨溴索联合抗生素治疗慢性支气管炎急性加重期的临床有效性探讨[J].山西医药杂志,2020,v.49(05):87-88.

[2]袁晖.静脉滴注沙丁胺醇联合布地奈德雾化吸入静脉滴注在老年慢性支气管炎治疗中的效果分析[J].中国药物与临床,2019,019(004):596-597.

[3]陈方,陈全景.沙丁胺醇联合布地奈德雾化吸入注射液对新生儿肺炎患儿肺功能及血清炎性分子的影响[J].现代医学,2019,v.47;No.315(09):38-42.

[4]李霖.沙丁胺醇联合布地奈德雾化吸入注射液联合补肾健脾清肺平喘汤治疗老年慢性支气管炎急性发作的临床疗效探析[J].山西医药杂志,2019,048(011):1345-1346.

[5]郝娟,陈旭婷,杨慧,等.沙丁胺醇联合布地奈德雾化吸入治疗新生儿肺炎的临床价值研究及对预后影响[J].药物评价研究,2019,v.42(05):149-152.

[6]路芳,朱艳.沙丁胺醇联合布地奈德雾化吸入不同给药途径联合孟鲁司特钠治疗对哮喘患儿血清 MMP-9TIMP-1IL-6 水平的影响[J].河北医学,2019,025(008):1265-1269.

（上接第 41 页）

表 1　两组患者救治时间、救治成功率、并发症发生率［$\bar{x}\pm s$，n%］

组别	例数	救治时间(min)	救治成功率(%)	并发症发生率(%)
实验组	205	10.73±1.49	37（64.91）	7（12.28）
对照组	201	18.16±2.31	26（50.98）	17（33.33）
t /x^2		12.756	5.526	4.415
P		0.001	0.025	0.037

表 2　两组患者护理满意度比较（分，$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	护理满意度
实验组	205	20.08±2.86
对照组	201	24.78±1.57
t		2.310
P		0.001

3 讨论

急诊科是急危重症患者集中、抢救时间紧迫的科室，传统的急救模式下待抢救患者混杂，护理人员工作繁重。寻找一种高效、有序的急救护理是抢救成功的关键环节[4]。护理人员在接收到急救患者时应该沉着冷静的面对,有序的参与抢救过程,认真准备好相关的抢救工具,准确的判断患者的病情,保持高度负责的态度和严谨果断的工作能力对患者实施急救,在此过程中,每一分每一秒对患者的生命都会造成威胁,为了缩短救治时间,保证工作有条不紊的进行[5-6]。

分诊急救护理方案优化了急诊患者诊治流程，通过将患者按照心血管、脑损伤、消化道出血及失血性休克三大类病种分为 ABC 三种方案进行抢救护理，任何年资的护士都可根据疾病种类第一时间准备所需抢救用品和装置，既能节省不必要的医疗资源，又能为高危患者赢得最佳抢救时间，从而使各项急救护理操作措施及时顺利开展[7]。该模式下护理人员的工作效率大大提高，工作强度得以减轻。患者也得到了高效的急救治疗和护理服务，值得在临床工作中推广和运用[8]。

参考文献：

[1]刘金金,李文秀,史萍萍,等.ABC/AB 定位抢救模式在急诊护理团队培训中的应用[J].护理学杂志,2013,28(21):14-16.

[2]王淑娟,王景奎,李伟. 实施 ABC 三区分诊急救护理模式探析[J]. 中国卫生产业, 2015, 12(27):3.

[3]刘富强,师聪红,张桂琴,等.急诊昏迷患者的迅速分诊与急救方法研究[J].中国全科医学,2012,15(11):1281-1282.

[4]吕颖,蒋飞,王晓玲. 急诊护理流程优化对急诊患者急救效果及护理满意度的影响分析[J]. 医学食疗与健康, 2021, 019(001):110-111.

[5]刘淋. 快速准确分诊急救护理流程在急诊胸痛患者抢救中的应用[J]. 基层医学论坛, 2022, 26(23):134-135.

[6]杨少琦. 急诊胸痛患者采用优化急诊护理流程的抢救效果以及预后[J]. 医学信息, 2021, 34(S01):541-543.

[7]于德洋,张成森,王琴,等. 急诊抢救室危重症患者的可预见性护理干预[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(24):195-196.

[8]凌小梅. 一站式急救护理模式联合中医急救方法在多发伤急诊患者抢救中的应用[J]. 医疗装备, 2018, 31(23):2.

甲硝唑栓结合雌激素软膏治疗老年性阴道炎的疗效探究

裴贻玲

（上海市青浦区重固镇社区卫生服务中心　上海　201706）

摘要：目的 针对老年性阴道炎患者采用甲硝唑栓结合雌激素软□开展治疗，对临床效果进行分析。 方法 纳入病例：128 例，病症：老年性阴道炎，入组时间：2019 年 2 月-2022 年 2 月，分组方式：电脑等量随机方式，组别：实验及对照，各 64 例，治疗方式：对照组采用甲硝唑栓开展治疗，实验组采用甲硝唑栓结合雌激素软□进行治疗，对两组患者的治疗有效率进行比较。结果 实验组的治疗有效率 93.75%显著高于对照组 81.25%，差异显著，P＜0.05。结论 针对老年性阴道炎患者采用甲硝唑栓结合雌激素软□开展治疗，相较于单纯使用甲硝唑栓，可以使整体治疗效果得到提高，取得更高的治疗有效率。

关键词：甲硝唑栓；雌激素软□；老年性阴道炎；治疗效果

老年性阴道炎是一种临床多见的病症，多发于绝经后的老年妇女，具有治愈难度高、容易反复的特点。主要是因为绝经后老年妇女机体雌激素水平和卵巢功出现下降，阴道粘膜抵抗疾病的能力下降，使得细菌容易侵入到机体当中。该病症主要依靠药物进行治疗，常用药物时雌激素和抗生素等，但是长期使用雌激素会带来许多不良反应，滥用抗生素会造成菌群失衡[1]。基于此，本文针对针对老年性阴道炎患者采用甲硝唑栓结合雌激素软□开展治疗，对临床效果进行分析，结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入病例：128 例，病症：老年性阴道炎，入组时间：2019 年 2 月-2022 年 3 月，分组方式：电脑等量随机方式，组别：实验及对照，各 64 例，实验组中，年龄（岁）：最大：79，最小：61，均值（65.52±7.41）。病程介于 0.58-5.32 年之间，平均病程为（3.37±1.02）年；对照组中，男女比例为 34:30，年龄（岁）：最大：80，最小：62，均值（65.44±7.52），病程介于 0.54-5.47 年之间，平均病程为（3.29±1.17）年。一般资料数据差异不大，P＞0.05。

1.2 方法

对照组采用复方甲硝唑栓（生产厂家：吉林晶珠药业有限公司；批准文号： 国药准字 H10930166；产品规格：0.5g*4 粒）开展治疗，使用方法：医务人员嘱咐患者，每天晚上在即将睡觉以前，认真的对外阴进行清洁，并将一次性手套套在手指上，将复方甲硝唑栓放置到阴道深处，每天一次，每次一粒，14 天为一个疗程。

实验组在对照组的基础上加用雌激素软膏（生产厂家：新疆新姿源生物制药有限责任公司；批准文号：国药准字 H20051718；产品规格：14g）进行治疗，使用方法：将一次性手套套在手指上，并取 1g 左右的软膏涂抹在阴道内部或者局部表面，并结合患者临床表现的严重程度进行剂量的增减，每天一次，14 天为一个疗程。

1.3 疗效判定

显效：患者外阴位置瘙痒、灼热感等临床表现基本不见，阴道分泌物检查没有发现大量的白细胞和基底细胞；有效：患者外阴位置瘙痒、灼热感等临床表现有所缓解，阴道分泌物检查呈现阴性；无效：患者外阴位置瘙痒、灼热感等临床表现没有缓解或者更加严重，阴道分泌物检查能够看到大量的白细胞和基底细胞。总有效率=（有效人数+显效人数）/总例数×100％。

1.4 统计学处理

将两组效果录入 SPSS22.0 软件，计量资料检验行 t，表示用（$\bar{x}$±s），计数资料检验行 x^2，表示用（%），P＜0.05 是统计学意义成立的依据。

2 结果

实验组临床治疗总有效率显著高于对照组，差异显著，P＜0.05，具体数据见下表 1。

表 1：治疗效果对比分析[n（%）]

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
实验组	64	28	32	4	60（93.75%）
对照组	64	19	35	12	52（81.25%）
x^2					4.571
p					0.033

3 讨论

甲硝唑是临床治疗老年性阴道炎使用频率较高的抗生素，其作用机理是在无氧条件下发挥还原能力，有效的对细菌脱氧核糖核酸的产生进行抑制，使细菌的生产和繁殖受到干扰，但是该药物的使用并不能使患者激素水平得到改善，而雌激软膏的使用弥补了这一短板，可以通过皮肤渗透，使患者体内的激素水平得到优化，从而使治疗效果显著提高[2]。

研究表明，实验组（甲硝唑栓结合雌激素软□治疗）治疗有效率 93.75%显著高于对照组（单纯使用甲硝唑栓治疗）的 81.25%，差异显著，P＜0.05。

综上所述，针对老年性阴道炎患者采用甲硝唑栓结合雌激素软□开展治疗，相较于单纯使用甲硝唑栓，可以使整体治疗效果得到提高，取得更高的治疗有效率，值的临床推广。

参考文献：

[1]夏桂芬. 复方甲硝唑栓与倍美力软膏连用治疗老年性阴道炎的价值分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2020(9):2.

[2]单淑娟. 复方甲眩唑栓联合结合雌激素软膏治疗老年性阴道炎疗效观察[J]. 健康必读, 2020, 000(001):88.

儿童预防接种常见不良反应及临床干预应用效果分析

蒋秋云

（常州市新北区奔牛人民医院　江苏常州　213131）

摘要：目的：评估在预防接种过程中常见的不良反应，分析采用临床干预的具体效果。方法：选择医院在 2021 年 5 月至 2022 年 5 月期间接诊的 94 例预防接种儿童，根据抽签法进行分组，参照组与观察组各为 47 例，接受传统护理的小组为参照组，接受临床干预的小组为观察组，将 2 组预防接种儿童的干预效果进行比较。结果： 观察组的接种依从性 100.00%高于参照组，P＜0.05。观察组的家属满意度 100.00%高于参照组，P＜0.05。 观察组预防接种儿童的不良反应发生率 11.11%低于参照组，P＜0.05。观察组接种及时率 100.00%高于参照组，P＜0.05。结论：预防接种过程中施行临床干预的效果显著，有利于提升儿童的接种依从性，还可以降低不良反应，提高儿童家属的满意度，值得推广。

关键词：预防接种；临床干预；接种及时率；不良反应发生率

预防接种是预防传染性疾病的重要措施，对于预防接种儿童而言，及时接种疫苗非常重要[1-2]。随着疫苗种类的增加，儿童预防接种的剂次不断增加，随之而来出现的不良反应引起临床重视。为更好地提高预防接种的安全性，采用有效的护理干预十分重要[3]。临床干预具有针对性和有效性，可以有效提高预防接种儿童的依从性，提高儿童家属对于预防接种的重视程度，降低不良反应。

1.资料和方法

1.1 基线资料

2021 年 5 月至 2022 年 5 月，纳入医院就诊的预防接种儿童 94 例，采用抽签法分为参照组（传统护理）和观察组（临床干预），47 例/组。纳入标准：（1）入组儿童均符合预防接种的相关要求；（2）家属均自愿携带儿童参与本次研究，签署知情同意书；（3）参与研究的儿童无其他严重疾病。排除标准：（1）不符合免疫接种要求的儿童；（2）合并严重器官疾病的儿童；（3）先天性免疫疾病儿童。参照组，女 24 例、男 23 例；年龄 6 个月～6 岁，平均（3.11±0.66）岁。观察组，女 25 例、男 22 例；年龄 6 个月～6 岁，平均（3.13±0.67）岁。2 组预防接种儿童的资料相比较无统计学意义，P＞0.05。

1.2 方法

参照组，采用传统护理。在进行注射之前，要了解儿童的身体状况和接种疫苗，在接种后要密切关注儿童是否出现了异常状况，如果出现异常的状况，及时处理。注射完后 30 分钟要进行检测，确认没有不良反应才能离开。

观察组，采用临床干预。（1）强化接种人员的安全防范措施：全面提升接种技术和专业技能，对接种工作进行经常性的安全接种教育，主要有预防接种基本理论、安全注射理论、预防接种的报告与处理、相关法律法规等。（2）加强疫苗的安全监管：疫苗要妥善保存，指定专门人员进行冷链运输，对疫苗名称、有效期、疫苗瓶体等进行检查，并按照相关规范进行等操作。（3）做好疫苗的登记：医务人员在疫苗注射之前要对疫苗的名称、批号进行注册，并核对疫苗品种和剂量，并请随行人员核对并签字，避免重复接种、漏种、错种等现象。（4）开展心理护理：对被种患儿和父母进行主动地沟通，减轻患儿和父母的心理负担。在疫苗注射之前，护理人员用友善的话语表达他们的关心，让他们在疫苗注射过程中得到充分的休息和合作；在进行疫苗注射的时候，可以通过眼神鼓励、讲故事等方法来转移孩子的注意力，让他们暂时忘掉注射过程中的痛苦，以保证疫苗的顺利接种。在完成疫苗注射后，要对那些主动参与疫苗的孩子进行奖励和赞扬。（5）护理人员要向家属讲解有关预防措施和预防接种的重要性，应向家属发放有关疫苗的科普小册子，并耐心回答家属的问题，提高其遵从度，并指导家属积极配合预防接种，确保儿童疫苗接种的及时性。

1.3 观察指标

（1）接种依从性。儿童在接种过程中不配合，抵触情绪较大，为“不依从”。儿童在接种过程中基本配合，但是存在轻微的抵触情绪，为“基本依从”；儿童在接种过程中全程配合，无抵触和反抗，为“完全依从”。

（2）儿童家属的满意度，使用自拟满意度评分量表进行评价，分为不满意、基本满意和非常满意。

（3）不良反应发生率，包括高热、恶心、呕吐、注射位置红肿、持续头晕等。

（4）接种及时率。接种及时率根据计划免疫信息系统及时接种率进行统计。

1.4 统计学处理

应用统计学软件 SPSS23.0 对 2 组预防接种儿童的资料数据进行处理，应用（%）表示计数资料（接种依从性、儿童家属的满意度、不良反应发生率、接种及时率），差异性采用卡方检验。采用（均数

±标准差）表示计量资料，对比差异性应用 t 检验。若具有统计学意义，则 P＜0.05。

2.结果

2.1 计算 2 组接种依从性

观察组的接种依从性高于参照组，P＜0.05。如表 1：

表 1 计算 2 组接种依从性 {n（%）}

组别	不依从	基本依从	完全依从	接种依从性
观察组（n=47）	0（0.00）	22（46.81）	25（53.19）	47（100.00）
参照组（n=47）	6（12.77）	30（63.83）	11（23.40）	41（87.23）
X^2	-	-	-	6.4091
P	-	-	-	0.0113

2.2 计算 2 组儿童家属的满意度

观察组的家属满意度高于参照组，P＜0.05。如表 2：

表 2 计算 2 组儿童家属的满意度 {n（%）}

组别	不满意	基本满意	非常满意	满意度
观察组（n=47）	0（0.00）	30（63.83）	17（36.17）	47（100.00）
参照组（n=47）	5（11.11）	34（72.34）	8（17.02）	42（89.36）
X^2	-	-	-	5.2809
P	-	-	-	0.0215

2.3 计算 2 组不良反应发生率

观察组预防接种儿童的不良反应（高热、恶心、呕吐、注射位置红肿、持续头晕等）发生率低于参照组，P＜0.05。如表 3：

表 3 计算 2 组不良反应发生率 {n（%）}

组别	高热	恶心	呕吐	注射位置红肿	持续头晕	不良反应发生率
观察组（n=47）	1（2.13）	2（4.26）	0（0.00）	1（2.13）	1（2.13）	5（11.11）
参照组（n=47）	5（11.11）	4（8.51）	1（2.13）	2（4.26）	2（4.26）	14（29.79）
X^2	-	-	-	-	-	5.3432
P	-	-	-	-	-	0.0208

2.4 计算 2 组儿童的接种及时率

观察组接种及时率为（47/47）100.00%。参照组接种及时率为（39/47）82.98%。观察组的接种及时率高于参照组，（X^2=8.7442，P=0.0031＜0.05）存在统计学意义。

3.讨论

预防感染细菌和病毒感染最有效的办法就是进行预防接种。由于我国的生物科技水平持续提高，疫苗种类的增多，使各个部门面临更大的压力，因而采取优质的卫生服务对我国的儿童免疫工作非常有必要[4-5]。儿童在接种期间经常会产生各种各样的不良反应，所以为保证疫苗的安全，必须提供适当的医疗保健。临床干预的医疗服务理念是以人为本的现代护理人员管理思想。疫苗接种期间做好适当的保健工作，可以有效降低疫苗接种期间发生的各种不良反应，同时也可以有效地提高疫苗接种工作中的卫生保健意识。临床干预可以有效地提高免疫的有效性，对疫苗接种的儿童进行心理和生理上的干预，可以有效地改善儿童接种的依从性，保证免疫工作的顺利进行。此外，借由对儿童家属相关的宣教，可以有效提升家属对预防工作的认识，增进家属的合作，进而提升儿童照护品质。说明在预防接种中施行临床干预的效果甚佳，有利于提升儿童的接种依从性、家属满意度，可以降低疫苗接种的不良反应，改善家属对于预防接种的知晓度，提高接种的及时率，具有较高应用价值[6]。

综上，临床干预在预防接种过程中具有重要应用价值，具有推广价值。

参考文献：

[1]曾小咩. 预防性护理对儿童百白破疫苗接种后不良反应的应用效果分析[J]. 基层医学论坛,2022,26(6):127-129.

[2]梁海燕,夏碧涛,刘秋梅. 综合护理干预对婴幼儿预防接种不良反应及家属接种知信行的影响[J]. 基层医学论坛,2020,24(15):2102-2103.

[3]严小玲,殷方兰,高硕阳,等. 社区儿童家长预防接种常见不良反应知信行调查研究[J]. 中国初级卫生保健,2021,35(10):29-31.

[4]赵梦念. 分析对家长进行全面健康教育脸和身体拍打预防新生儿预防针后哭闹的临床效果[J]. 国际护理学杂志,2020,39(24):4481-4483.

[5]丘银霞,丘燕玲. 系统化整体护理对提高患者狂犬病疫苗全程接种依从性的影响[J]. 护理实践与研究,2019,16(9):152-153.

[6]卑伟慧,蒋懿,徐翠伟,等. 上海市静安区预防接种家长课堂对儿童预防接种的效果研究[J]. 中国疫苗和免疫,2021,27(6):690-694.

内观疗法联合药物治疗对抑郁症患者的临床疗效观察

张志勇

（上海市宝山区大场第三社区卫生服务中心　上海　200436）

摘要：目的：观察治疗抑郁症患者中应用内观疗法联合药物的疗效。方法：在我院选取 50 例抑郁症患者作为研究对象，并于 2020 年 6 月-2021 年 6 月按照随机数字表法进行对照组和观察组的划分，组别各为 25 例。其中，对照组使用药物治疗，观察组则使用内观疗法联合药物治疗，对比组间患者的社会支持感和家庭功能。结果：观察组患者的社会支持感和家庭功能均优于对照组，组间差异化显著，表现为 P<0.05。结论：为抑郁症患者提供内观疗法联合药物治疗，能增强患者的社会支持感和家庭功能，临床疗效显著。

关键词：内观疗法；药物；抑郁症；临床疗效

抑郁症为常见的精神疾病，对其控制和治疗期间，不仅需要药物，还需要心理治疗。大乘三十七道品内观训练能使患者深入到自己的内心深处，拦截不良情绪和各种导致不良情绪的因素，促使抑郁症患者康复[1]。本文将 50 例抑郁症患者作为对象进行探究，分析治疗抑郁症患者中应用内观疗法联合药物的疗效。

1 资料和方法

1.1 资料

在 2020 年 6 月-2021 年 6 月我院选取 50 例抑郁症患者，并按照随机数字表法进行对照组和观察组的划分，组别各为 25 例。

对照组：男性和女性为 14 例、11 例，年龄为 23 岁-65 岁，平均（45.24±3.23）岁。病程 10-50 个月，平均（30.03±0.42）个月。

观察组：男性和女性为 12 例、13 例，年龄为 24 岁-66 岁，平均（45.25±3.24）岁。病程 11-51 个月，平均（30.04±0.43）个月。

纳入标准：本次符合《国际疾病统计分类》的中度抑郁发作诊断标准；患者同意且知情。

排除标准：意识障碍者；脑器质性疾病者；存在自杀倾向者。

以上对比差异不显著（P>0.05）。

1.2 方法

对照组：药物治疗，主要使用氟西汀、帕罗西汀等。

观察组：大乘三十七道品内观训练。首先，指导患者想象自己的身体和宇宙是一个真空，什么都没有，将影响心理的一切干扰因素清除。然后，患者对自己的感受进行观察，对自己的消极、被动感受予以制止，尽量不让逼迫感、不如意感、不舒服感这三种感受产生出来。最后，观察感觉，是进一步的观察各种感觉器官的深层感觉，将如意、不如意、渴求、危险、不解五种感觉，等同为什么都没有的感觉，也就是平等无。

1.3 观察指标

基于社会支持定量表和家功能评定量表进行分析，按照维度分数判定其结果[2]。

1.4 统计学分析

数据处理：SPSS21.0 统计学软件；资料描述：计数资料为(n%)，计量资料为($\bar{x}\pm s$)；差异检验：计数资料为 χ^2，计量资料为 t；P＜0.05 即数据有差异性。

2 结果

2.1 患者的社会支持量表评分

如表 1。

2.2 患者的家庭功能评分

如表 2。

表 1　社会支持量表评分比对（$\bar{x}\pm s$）

组别	n	支持利用度	主观支持	客观支持
观察组	25	6.78±2.03	23.34±2.43	7.32±2.35
对照组	25	5.23±2.02	19.23±2.53	6.03±2.02
T 值		2.7062	5.8581	2.0814
P 值		0.0094	0.0000	0.0428

表 2　家庭功能评分比对（$\bar{x}\pm s$）

组别	n	沟通	情感反应	行为控制
观察组	25	2.01±0.24	2.04±2.03	2.01±1.02
对照组	25	2.35±0.24	3.34±2.34	2.89±1.57
T 值		5.0087	2.0982	2.3501
P 值		0.0000	0.0412	0.0229

3 讨论

内观疗法通过大乘三十七道品内观训练后，观察组患者的社会支持评分高于对照组。经研究发现，一般缺乏社会支持的人很容易患有抑郁症，且抑郁症患者参与到社会支持中少，存在明显的人际关系问题等[3]。社会支持是人与人之间、人与队伍之间的一种关系，通过这种关系能获得较大帮助，如：获得客观上的支持，主要包括物质上或者个体的社会关系等。对于主观社会支持，主要是人在情感上获得社会支持，在社会上获得尊重、关怀等。对于个体支持利用度，是个人在面对困难的时候，能够利用自己的社会支持系统获得帮助。经大乘三十七道品内观训练方法的使用，也能使抑郁症患者的家庭功能逐渐改善，因为抑郁症患者的家庭功能和抑郁症的复发存在很大关系，当患者内观感受到家人的关心，能认识到自己与家人的关心，内心产生感恩、内疚等情绪，有利于与家人关系的和谐发展，也会获得良好的家庭环境[4]。

参考文献：

[1]乐军儿,王建林,王旭东,等. 艾司西酞普兰片联合理性情绪疗法对产后抑郁症的疗效观察[J]. 中国妇幼健康研究,2018,29(6):773-776.

[2]田雨,董巧玲,刘慧斌. 电针联合药物治疗帕金森病伴抑郁症的疗效及对血清 BDNF 的影响分析[J]. 中西医结合研究,2016,8(6):289-291.

[3]刘星亮,岳秉宏,范磊,等. 米氮平联合帕罗西汀对慢性脑供血不足伴焦虑抑郁患者的疗效观察[J]. 陕西医学杂志,2017,46(4):525-526.

[4]朱仁祥,任丽娟,高蕾. 米氮平联合认知行为疗法治疗老年抑郁症的效果观察[J]. 宁夏医科大学学报,2012,34(12):1310-1312.

医学智慧信息化实验实训教学平台构建与实践

贺彩菊

（安康职业技术学院　陕西省安康市　725000）

摘要：随着信息技术的快速发展和医学教育的变革，医学教育需要更加智能化和信息化。本论文基于此，探讨了医学智慧信息化实验实训教学平台的构建与实践。在理论基础方面，本文介绍了信息技术在教育中的应用和医学教育的信息化，以及实验实训教学平台在医学教育中的作用。在设计方面，本文重点讨论了医学智慧信息化实验实训教学平台的设计原则、功能设计和技术实现。在实施方面，本文介绍了教师培训、学生参与以及平台的管理和运维。最后，在评估与优化方面，本文探讨了评估方法和标准、评估结果以及平台的优化和改进。本文旨在为医学教育信息化提供借鉴和参考。

关键词：医学教育；信息化；实验实训教学平台

引言：

随着信息技术的发展，医学教育也在不断变革。传统的医学教育模式已经无法满足现代医学教育的需求，医学教育需要更加智能化和信息化。医学教育的信息化不仅可以提高教学质量，也可以提高学生的学习效果和兴趣。实验实训教学是医学教育中不可或缺的部分，因此，构建一个医学智慧信息化实验实训教学平台是十分必要的。

一、信息化、智慧化在医学教育中的应用

随着信息技术和智能技术的快速发展，它们在医学教育中的应用越来越广泛。信息化和智慧化技术在医学教育中的应用，可以提高教学效率、改进教学内容、提高学生的学习兴趣和积极性，有利于培养高素质医学人才。

1.信息化技术在医学教育中的应用

（1）远程教育：信息化技术可以实现远程教育，包括视频教学、在线学习、网络直播等形式，让学生随时随地都能够学习，打破了时间和空间的限制，可以为学生提供更加灵活和便利的学习方式。

（2）虚拟仿真：信息化技术可以实现医学教育的虚拟仿真，通过虚拟实验、虚拟手术等形式，让学生在真实的场景下学习和实践，提高了学习效果和安全性。

（3）电子课本：信息化技术可以实现医学教育的电子课本，通过数字化的方式呈现教材内容，丰富了学习方式和内容，同时也节省了教材的制作和存储成本。

（4）数据管理：信息化技术可以实现医学教育的数据管理，包括学生信息管理、课程管理、成绩管理等，实现了教学管理的数字化和自动化，提高了教学效率和管理水平。

2.智慧化技术在医学教育中的应用

（1）智慧教学：智慧化技术可以实现医学教育的智慧教学，通过大数据分析和人工智能算法，可以更好地了解学生的学习情况和学习行为，针对不同学生制定个性化的学习计划和教学方案，提高了学习效果和教学质量。

（2）智慧实践：智慧化技术可以实现医学教育的智慧实践，包括智能手术、智能诊断、智能检测等形式，通过人工智能技术和机器学习算法，可以提高医生的实践能力和技术水平。

（3）智慧管理：智慧化技术可以实现医学教育的智慧管理，包括教学管理、人员管理、设备管理等方面，通过物联网技术和大数据分析，可以实现信息的实时采集和监控，提高管理效率和精准度。

（4）智慧评估：智慧化技术可以实现医学教育的智慧评估，包括学生评估、教师评估、教学质量评估等，通过大数据分析和人工智能算法，可以更加客观、准确、全面地评估教学效果和教学质量，为医学教育的不断改进提供科学依据。

3.实验实训教学平台在医学教育中的作用

实验实训教学是医学教育中不可或缺的部分，它是医学生理论知识和实践技能相结合的重要环节。实验实训教学平台可以提供更加真实和全面的实验实训环境，使学生更加深入地理解和掌握医学知识和技能。实验实训教学平台在医学教育中的作用主要包括以下方面：

（1）提高实验实训的效率和质量：实验实训教学平台可以提供更加真实和全面的实验实训环境，帮助学生更加深入地理解和掌握医学知识和技能，提高实验实训的效率和质量。

（2）丰富实验实训的内容和形式：实验实训教学平台可以提供多种不同的实验实训内容和形式，包括虚拟实验、模拟实验、远程实验等，丰富实验实训的内容和形式，提高学生的参与度和兴趣。

（3）提高实验实训的安全性和可靠性：实验实训教学平台可以提供更加安全和可靠的实验实训环境，避免实验事故的发生，保证学生的人身安全和实验数据的可靠性。

（4）实现实验实训的个性化和智能化：实验实训教学平台可以根据学生的实验需求和水平，实现实验实训的个性化和智能化，帮助学生更好地掌握实验技能和知识。

二、医学智慧信息化实验实训教学平台的设计

1.平台的设计原则

（1）功能完备：平台需要提供完备的实验实训功能，包括实验计划制定、实验教材展示、实验数据处理和分析等方面。

（2）易于操作：平台需要易于操作，对于用户来说，操作简单、直观，易于掌握。

（3）安全可靠：平台需要保证用户数据的安全和可靠性，避免数据泄露和丢失。

（4）灵活性和扩展性：平台需要具有灵活性和扩展性，能够满足不同用户的需求和不同实验的需求，并且能够进行扩展和升级。

2.平台的功能设计

（1）实验计划制定：平台需要提供实验计划制定的功能，包括实验目的、实验原理、实验步骤、实验要求等方面。

（2）实验教材展示：平台需要提供实验教材展示的功能，包括实验讲义、实验视频、实验图片等方面。

（3）实验数据处理和分析：平台需要提供实验数据处理和分析的功能，包括数据录入、数据统计、数据分析等方面。

（4）实验报告撰写：平台需要提供实验报告撰写的功能，包括实验结果、实验分析、实验结论等方面。

（5）实验讨论和交流：平台需要提供实验讨论和交流的功能，让学生和教师能够进行实验交流和讨论，提高学生的参与度和兴趣。

（5）智能化和自适应性：平台需要具有智能化和自适应性，能够根据不同用户的需求和不同实验的需求，提供个性化和定制化的实验实训服务，并能够自动适应用户的学习进度和水平。

（6）交互性和协作性：平台需要具有交互性和协作性，能够实现学生与教师之间的实时互动和协作，同时也能够实现学生之间的合作学习和交流。

（7）数据智能分析：平台需要具备数据智能分析能力，能够对学生的实验数据进行分析和挖掘，提供数据可视化分析报告，为教师的教学评估和学生的学习反馈提供科学依据。

（8）跨平台支持：平台需要具有跨平台支持能力，能够在不同操作系统和设备上运行和访问，方便学生和教师进行实验实训。

3.平台的技术实现

（1）实验室硬件设备

医学实验室的硬件设备包括实验室仪器、设备、实验桌椅、实验室环境控制系统等。搭建医学智慧信息化实验实训教学平台需要根据实验室的实际情况进行硬件设备的选购和安装，保证实验室设备的完备性和实用性。

（2）软件系统

医学智慧信息化实验实训教学平台的软件系统包括学生端、教师端、管理员端等多个模块。需要选择成熟的教学管理软件平台，包括数据管理、教学管理、教学资源管理等模块，并可以进行个性化定制。

（3）数据库系统

医学智慧信息化实验实训教学平台需要采用高效稳定的数据库系统，用于数据的存储和管理。数据库系统需要具备高可用性、高性能、可扩展性等特点，方便学生、教师和管理员对数据的查询和分析。

（4）网络技术

医学智慧信息化实验实训教学平台需要依赖于网络技术，建立起学生、教师和管理员之间的连接。需要选择稳定高效的网络技术，包括局域网和互联网，方便学生、教师和管理员在任何时间、任何地点进行实验和教学管理。

（5）云计算技术

医学智慧信息化实验实训教学平台需要采用云计算技术，实现教学资源的共享和存储，方便学生、教师和管理员在不同设备上进行访问和使用。同时，也能够提高数据的安全性和可靠性。

（6）人工智能技术

医学智慧信息化实验实训教学平台需要采用人工智能技术，实现智能化教学，包括学生实验行为监测、实验数据分析、实验评估等多个环节，以实现个性化、智能化的教学过程。

（7）虚拟仿真技术

医学智慧信息化实验实训教学平台需要采用虚拟仿真技术，实现医学实验的虚拟化和数字化。虚拟仿真技术可以模拟真实的医学实验环境和操作过程，为学生提供更加真实的学习体验和实践机会。同时，也可以降低实验过程中的风险和成本。

（8）移动应用技术

医学智慧信息化实验实训教学平台需要采用移动应用技术，方便学生随时随地进行实验和学习。需要选择移动设备的适配性好、交互性好的移动应用技术，并实现移动设备与教学平台的无缝对接。

（9）3D 打印技术

医学智慧信息化实验实训教学平台需要采用 3D 打印技术，方便教师制作实验设备和模型。需要选择高精度、高速度的 3D 打印设备，并配合合适的 3D 建模软件进行模型的设计和打印。

三、医学智慧信息化实验实训教学平台的实施方案

1.明确实施目标和任务

在实施医学智慧信息化实验实训教学平台之前，需要明确实施的目标和任务。医学智慧信息化实验实训教学平台的一个目标是提高学生的实践能力和操作技能。通过平台的虚拟仿真技术、智能教学和实验数据分析等功能，可以提供更加真实的实验环境和操作过程，帮助学生更好地掌握实验技能和方法。通过平台的数字化、智能化和虚拟化等功能，可以实现医学教育的创新和改革，引领医学教育的发展。

2.确定实施时间和进度

医学智慧信息化实验实训教学平台的实施需要制定详细的时间表和进度表，确保实施进度的顺利进行。需要考虑到实验设备的采购和安装、软件系统的开发和测试、教师培训和学生培训等多个方面，合理安排实施时间和进度。

3.制定实施方案和标准

医学智慧信息化实验实训教学平台的实施需要制定详细的实施方案和标准，包括实验设备的选购和配置标准、软件系统的开发和测试标准、教师培训和学生培训标准等。这些方案和标准应该充分考虑医学教育的实际情况和需求，确保实施的质量和效果。

4.进行教师培训和学生培训

医学智慧信息化实验实训教学平台的实施需要进行教师培训和学生培训。教师培训包括实验操作、实验指导和教学管理等方面，学生培训包括实验操作、实验评估和数据分析等方面。培训应该针对不同的目标群体进行分类和分级，根据实际情况制定详细的培训计划和教学方法。

5.积极宣传和推广

医学智慧信息化实验实训教学平台的实施需要积极宣传和推广。可以采取多种方式，包括在医学院校内部进行推广宣传、参加相关的医学教育会议和展览、利用社交媒体等渠道进行宣传推广。同时也可以开展相关的活动，如线上实验竞赛、实验教学展示等，吸引更多的学生和教师参与到医学智慧信息化实验实训教学平台中。

6.平台的管理和运维

（1）系统维护和升级：对于平台的系统进行维护和升级，保证平台的稳定性和可靠性。

（2）用户管理：对于平台的用户进行管理，包括用户注册、用户权限管理、用户信息管理等方面。

（3）数据管理：对于平台的数据进行管理，包括数据备份、数据恢复、数据安全等方面。

（4）安全管理：对于平台的安全进行管理，包括网络安全、数据安全、系统安全等方面。

四、医学智慧信息化实验实训教学平台的评估与优化

1. 平台易用性评估

易用性是医学智慧信息化实验实训教学平台评估的重要指标之一，主要涉及平台的操作界面、功能设置、用户体验等方面。可以通过问卷调查、用户测试等方式，了解用户对平台易用性的评价和反馈。

2. 平台安全性评估

安全性是医学智慧信息化实验实训教学平台评估的另一个重要指标，主要涉及平台的网络安全、数据安全、系统安全等方面。可以通过安全检测、漏洞测试等方式，了解平台的安全性状况和存在的问题。

4.3 平台功能完备性评估

功能完备性是医学智慧信息化实验实训教学平台评估的另一个重要指标，主要涉及平台提供的实验实训功能是否满足用户需求和教学要求。可以通过教师评估、学生反馈等方式，了解平台的功能完备性和存在的问题。

结束语：医学智慧信息化实验实训教学平台是医学教育信息化的重要组成部分，它可以提高医学实验实训的效率和质量，丰富实验实训的内容和形式，提高学生的参与度和兴趣。在实施医学智慧信息化实验实训教学平台之前，需要做好相关准备工作，包括平台的设计和功能实现、教师的培训和学生的参与等方面。在实施过程中，需要注意平台的管理和运维，保证平台的稳定性和可靠性。同时，还需要对平台进行评估和优化，不断提高平台的用户满意度和使用效果。

参考文献：

[1]周寿红,郑楚,李晖莉,朱肖,钟慧,尹凯. “健康中国”背景下全科医学临床技能虚拟仿真教学平台构建的分析与思考[J]. 卫生职业教育,2023,41(02):9-12.

[2]熊天庆,梁景岩,吴洪海. 基于“虚拟仿真”教学平台对临床医学人体解剖实践教学的应用思考[J]. 大学,2023,(02):41-44.

[3]刘建明,徐莉莉,梁淑娟,王益光. 医学智慧信息化实验实训教学平台构建与实践[J]. 实验技术与管理,2020,37(02):245-248.

课题名称：加强信息化管理手段，提升实训教学与资产设备管理；

课题编号：ZHGC50223

ERAS 模式下多模式镇痛方案在老年人工膝关节置换术患者的应用效果研究

地里阿热·尔肯　顾文超

（新疆医科大学第一附属医院关节外科　新疆乌鲁木齐　830011）

摘要：目的：探讨加速康复外科（enhanced recovery afters surgery,ERAS）模式下多模式镇痛在老年人工全膝关节置换术（total knee arthroplasty, TKA）患者中的应用效果。方法：将 100 例 TKA 术老年患者随机分为实验组和对照组各 50 例，实验组应用 ERAS 模式下的多模式镇痛方案，对照组术后视具体情况进行镇痛干预。采用视觉模拟评分法(VAS)评定患者疼痛程度，采用膝关节关节活动度(ROM)评定患者主动屈膝度；术后 2 周，采用美国特种外科医院评分法(hospital for special surgery knee score，HSS) 评估患者膝关节功能及患者满意度情况。结果：实验组患者术后 12、24、48h VAS 评分均低于对照组(P＜0.05)、ROM 大于对照组(P＜0.05)；术后 2 周，实验组患者疼痛、功能、活动度等维度 HSS 评分以及 HSS 总分均高于对照组(P＜0.05)，实验组患者满意度情况优于对照组，差异有统计学意义(P＜0.05)。结论：多模式镇痛可有效缓解老年 TKA 术患者疼痛情况、促进膝关节功能康复，提高患者满意度和康复锻炼的效果。

关键词：多模式镇痛；人工全膝关节置换术；加速康复外科

近年来，人工全膝关节置换术（total knee arthroplasty, TKA）手术量明显增加，其手术程序有了重大创新，但围术期疼痛控制仍然是 TKA 术后亟待解决的关键问题[1]。大剂量肠外麻醉剂是许多疼痛管理策略的主要方案，但其伴有较为明显的副作用，包括便秘、恶心、呕吐、 头晕、尿潴留和呼吸抑制[2]。此外，阿片类药物可能引起呼吸抑制和缺氧与心肌缺血、心动过速、谵妄、切口愈合延迟和感染率增加等情况发生。由于分布体积的改变和药物清除的减少，阿片效应和副作用在老年人中增强，而老年群体又是人工全膝关节置换术的主要使用人群[3]。随着患者、外科医生和机构追求快速康复计划的共同目标不断升高，疼痛管理变得越来越重要[4]。近年来，在多模式镇痛方案改善术后早期疼痛控制、同时减少相关副作用方面的研究逐渐受到国内外研究人员的重视[5]。本研究旨在探讨多模式镇痛对 TKA 术后患者疼痛阈值、应激反应和功能康复的影响。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以首次行 TKA 的老年患者作为研究对象，选择 2022 年 1 月~2023 年 2 月在新疆乌鲁木齐某三甲医院关节外科行 ERAS 技术的 100 例患者，按入院先后顺序分为实验组 50 例、对照组 50 例。纳入标准：年龄 60~80 岁的患者；符合诊断标准的膝关节各种炎症性关节炎患者；无心肺疾病及其他重大疾病者；精神正常、语言表达清晰者；临床资料完整者。排除标准：合并其他部位骨折患者；既往高血压未控制稳定者；病情危重、过敏体质或无法正确表达者。两组患者性别、体重、手术时间、苏醒时间等一般资料比较差异无统计学意义(P>0.05)。本研究经我院医学伦理委员会批准，并知情同意签署知情同意书。

1.2 研究方法

1.2.1 对照组 ：术中视具体情况进行镇痛干预，术后给予曲马朵注射液 0.1ml 肌内注射，第 2 天开始给予塞来昔布胶囊 200mg,2 次/d，口服，连续 2 周。

1.2.2 干预组：术前超前镇痛（preemptive analgesia），有利于打断疼痛链，降低术后疼痛程度，非药物治疗：（1）疼痛宣教，介绍手术方法、可能发生的疼痛和疼痛评估方法及处理措施，消除患者对疼痛的恐惧；（2）行为疗法：分散注意力、放松疗法及自我行为疗法。（3）药物镇痛，①选择对乙酰氨基酚或选择性 COX-2 抑制剂（塞来昔布、依托考昔），避免影响血小板功能。②镇静催眠或抗焦虑药物，如苯二氮卓类药物（地西泮或氯硝西泮），或非苯二氮卓类药物（唑吡坦或扎来普隆）等。术中镇痛，（1）根据患者疼痛严重程度，决定是否选择椎管内麻醉以及术后是否采用持续性椎管内镇痛；（2）术前采用外周神经阻滞镇痛，可选择股神经或隐神经阻滞；（3）术中采用“鸡尾酒”（罗哌卡因 150mg+吗啡 10mg+得宝松 3ml+50ml 生理盐水）关节囊周围镇痛，于关节周围局部注射镇痛药物；（4）尽量缩短手术时间，减少术后由创伤引起的炎症反应；（5）手术结束后，根据麻醉清醒后患者疼痛情况，可予以阿片类镇痛药或选择性 COX-2 抑制剂静脉注射或肌肉注射镇痛。切皮前给予杜冷丁 50mg+氟哌利多 2.5mg，术中给予特耐 40mg，减少椎管内吗啡用量，减少术后应用吗啡产生的不良反应（呕吐、低血压），避免使用全麻、避免留置尿管。术后镇痛，镇痛方式：术区加压冷疗+口服镇痛药+静脉镇痛药，如：特耐（帕瑞昔布钠）40mg，bid；三天后，使用安康信（依托考昔），120mg qd；口服泰勒宁（盐酸羟考酮），1-2 次/天；夜间疼痛明显时给予加罗宁 5mg（地佐辛），辅助镇痛（镇静药、抗抑郁药、抗焦虑药、肌松药和安定）不具备直接的镇痛作用，但可以发挥抗焦虑、改善睡眠、缓解肌肉张力等作用，间接提高镇痛药物效果[6]。

1.3 评价指标

1.3.1 视觉模拟评分(VAS) 采用 VAS 评分法评定两组患者术后 12、24、48h 的疼痛程度，共 0～10 分，0 分代表无痛，1～3 分代表轻度疼痛，4～6 分代表中度疼痛，7～9 分代表重度疼痛，10 分代表剧烈疼痛。

1.3.2 膝关节关节活动度(ROM) 采用(ROM)测量法测定患者术后 12、24、48h 主动屈膝度。

1.3.3 HSS 评分 采用 HSS 评分法评估患者膝关节功能，疼痛 30 分；功能活动 22 分，关节活动度 18 分；肌力 10 分；无畸形 10 分；

无不稳定 10 分，使用拐杖或有关节伸直受限时要减分。

1.3.3 患者满意度 采用自行设计的患者满意度调查表，由 7 道选择题和一道开放题组成，选择题采用 Likert 5 级评分法进行评分，1 分表示“非常不满意”，2 分表示“不满意”，3 分表示“一般”，4 分表示“满意”，5 分表示“非常满意”，到，总分 35 分，最低 7 分，得分越高表明健康教育满意度越高。测得问卷重测信度 r=0.841，Cronbach's α=0.746，CVI 指数的平均值为 0.754，表明具有较好的信效度。

2 统计学方法 应用 SPSS20.0 统计软件进行分析，计量资料以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，组间比较采用 t 检验，计数资料以 n(%)表示，组间比较采用 χ^2 检验，等级资料采用秩和检验，P≤0.05 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组术后 12、24、48h VAS 评分比较见表 1。

表 1 2 组患者术后 12、24、48h VAS 评分比较（分，$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	术后 12h	术后 24h	术后 48h
对照组	50	1.97±0.25	1.94±0.53	1.41±0.20
干预组	50	1.60±0.12	1.14±0.13	0.93±0.14
t 值		6.837	8.012	8.301
P		＜0.05	＜0.05	＜ 0.05

3.2 两组术后 12、24、48h 关节活动度比较见表 2。

表 2 2 组患者术后 12、24、48h 关节活动度比较（分，$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	术后 12h	术后 24h	术后 48h
对照组	50	67.21±12.12	79.76±13.53	91.71±11.10
干预组	50	78.56±11.10	90.14±14.33	99.60±16.54
t 值		8.287	10.112	7.031
P		＜0.05	＜0.05	＜ 0.05

3.3 两组术后 2 周 HSS 评分比较见表 3。

表 3 2 组患者术后 2 周 HSS 评分比较（分，$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	疼痛	功能	活动度	肌力	总分
对照组	50	21.98± 2.60	9.53 ± 1.46	11.87± 1.84	9.03 ± 1.10	69.38 ± 7.82
干预组	50	18.13± 2.85	12.21 ± 1.59	13.39 ± 1.90	9.97± 1.71	77.39 ± 8.21
t 值		2.987	3.052	2.551	0.582	5.692
P		＜0.05	＜0.05	＜0.05	＜0.05	＜0.05

3.3 两组患者满意度比较 干预组患者健康教育满意度显著高于对照组，差异有高度统计学意义(P＜0.05)。见表 3。

表 4 两组患者健康教育满意度比较（分，$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	健康教育满意度
对照组	50	21.08±2.66
干预组	50	25.78±1.27
t		2.410
P		0.001

4 讨论

TKA 是常见的骨科手术。近年来，TKA 的创新包括微创技术，计算机辅助程序，先进的康复方案和改进的围术期疼痛管理[7]。然而，超过 50%的患者接受外科手术时可能会受到次优的疼痛控制，术后早期经历严重的疼痛，在老年患者中经常导致中度至重度疼痛，术后患者慢性疼痛发生率高达 35%[8]。国际疼痛研究协会将疼痛视为“第五生命体征”。经 TKA 治疗后，患者的外周和中枢神经系统因手术引起的继发性炎症反应而加重疼痛。良好的术后疼痛控制对促进康复很重要，并能够在一定程度上降低发生慢性疼痛的可能性。随着人口老龄化程度日益加深，选择 TKA 的患者数量不断增加，因此，了解如何管理疼痛，并预防其相关的并发症是十分必要的[9]。不适当的疼痛管理也会影响患者恢复时间和满意度，延迟康复努力，并可能最终损害患者的结果和恢复功能。如何选择最佳的镇痛模式对于患者的术后恢复尤为重要。

本研究发现，术后实验组患者 HSS 评分、VAS 评分及关节活动度均明显高于对照组(P＜0.05)。这是因为多模式镇痛可以综合多种药物的优点，同时因为联合用药使得每种药物的剂量降低，故其副作用引起的不适感明显降低，即用最少的药达到最好的镇痛效果，同时减轻药物不良反应，故多模式镇痛也可以显著提高患者满意度[10]。

综上所述，多模式镇痛可有效缓解 TKA 术后患者疼痛情况，促进膝关节功能康复，提高患者满意度。

参考文献：

[1]李凤琴.多模式镇痛护理干预应用于髋膝关节置换术后患者的临床分析[J]. 中外医学研究，2018,16(23):116-117.

[2]薛志杰. 多模式镇痛护理干预应用于髋膝关节置换术后患者的临床分析[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 000(003):32-32.

[3]陈冯琳，郦灵丹. 多模式镇痛对老年全膝关节置换镇痛效果及应激反应的影响[J]. 中国老年学杂志,2017,37(11):2736-2738.

[4]Tietje T ,Davis A B, Rivey M P . Comparison of 2 Methods of Local Anesthetic-Based Injection as Part of a Multimodal Approach to Pain Management After Total Knee Arthroplasty.[J]. Journal of Pharmacy Practice, 2015:523-523.

[5]Webb C A,Mariano E R . Best multimodal analgesic protocol for total knee arthroplasty[J]. Pain Management, 2015, 5(3):185-196.

[6]杨琳，杨志英. ERAS 协会"髋/膝关节置换术围术期加速康复护理共识"解读[J]. 护理研究, 2021, 35(11):5-6.

[7]田渊，王智勇，张志强. 全膝关节置换后镇痛:超前和多模式联合镇痛的比较[J]. 中国组织工程研究, 2015, 19(44):6-6.

[8]Mccartney C J， Nelligan K . Postoperative pain management after total knee arthroplasty in elderly patients: treatment options.[J]. Drugs Aging, 2014, 31(2):83-91.

[9]葛若兰，夏晓妹，杨士鹏,等. 加速康复外科理念在老年髋部骨折患者围手术期中应用效果的 Meta 分析[J]. 中西医结合护理, 2021(002):007-008.

[10]乔亚婷刘佩华于辉. 超前镇痛联合多模式镇痛在髋关节置换术后康复中的应用价值[J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7(32):169-171.

马骨刮痧在瑶族传统医疗中的应用与发展研究

梁琼平[1] 罗秋香[1] 李 京[2] 杨曼生[2] 覃 飞[3]

（1.金秀瑶族自治县瑶医医院；2.广西科学院大健康产业研究院；3.广西金秀瑶医药产业技术研究院）

摘要：马骨刮痧是瑶族传统医疗中的一种重要治疗手段。本文通过对瑶族瑶药马骨刮痧技法的历史渊源、理论依据、功效及适用范围、操作方法、应用现状以及在现代医学中的应用前景等方面的综述，系统地探讨了马骨刮痧的瑶族文化特征、传统医疗价值和现代医学应用前景。研究表明，马骨刮痧在治疗风湿病、肌肉酸痛、神经痛、感冒等疾病方面具有显著疗效，并具有无创、易操作、经济实惠等优点。随着现代医学技术的发展，马骨刮痧技法的应用前景十分广阔，有望在医疗、康复、美容等领域发挥更加重要的作用。

关键词：马骨刮痧；瑶族瑶药；传统医疗；现代医学；应用前景

前言

本篇论文将探讨马骨刮痧在瑶族传统医疗中的应用与发展。马骨刮痧是瑶族传统医疗的重要疗法之一，经过数百年的发展与实践，在瑶族地区被广泛应用于各种疾病的治疗。本文将从瑶族瑶药马骨刮痧技法的历史渊源、理论依据、功效与适用范围、操作方法、应用现状以及前景等方面进行阐述。希望通过对该传统医疗技法的深入研究，探究其疗效机制，为现代医学提供参考，并推广其在现代医疗中的应用。

一、瑶族瑶药马骨刮痧技法的历史渊源

1.1 刮痧技法的起源和发展

刮痧技法的起源可以追溯到旧石器时代，人们在患病时往往会本能地用手或石片抚摩、捶击体表某一部位，有时竟使疾病获得缓解。通过长期的发展与积累，逐步形成了砭石治病的方法。砭石是刮痧法的萌芽阶段，刮痧疗法可以说是砭石疗法的延续、发展或另一种存在形式。刮痧技法经过不断地实践和探索，逐渐得到发展和完善[1]。在中国传统医学中，刮痧技法的应用历史悠久。早在《黄帝内经》中就提到了刮痧疗法，称之为“拭痧法”，认为刮痧能够促进人体的气血循环，消除疾病。随着时间的推移，刮痧技法被不断完善和发展，并被广泛应用于中医、民间医疗等领域。瑶族先民在实践中发现马骨操作性强，刮痧效果更为显著，逐步形成瑶族瑶药马骨刮痧技法，沿用至今。在瑶族的传统医疗中，马骨刮痧技法被广泛应用于各种疾病的治疗和保健。经过长期的实践和传承，瑶族瑶药马骨刮痧技法已经成为了瑶族民间医疗的重要组成部分，也成为了中华民族珍贵的传统医学文化遗产之一。随着现代医学技术的不断发展，一些传统医疗方式逐渐被淘汰或者受到挑战。尽管瑶族瑶药马骨刮痧技法在瑶族传统医疗中应用广泛，但在现代医学领域中，它的应用和研究却相对较少。近年来，随着人们对传统医学文化的重新认识和重视，瑶族瑶药马骨刮痧技法也得到了更多的关注和研究。越来越多的医学研究表明，马骨刮痧技法具有一定的治疗效果，可以缓解或改善一些疾病症状，同时也具有一定的保健作用。随着人们对传统医学的认知和技术手段的不断提高，瑶族瑶药马骨刮痧技法在现代医学领域中的应用前景将会越来越广泛。

1.2 马骨刮痧技法的发展过程

原始社会中，人们用手或石片在身体表面进行按摩、捶打等方法，以缓解疼痛和疾病。这种方法为刮痧技法的萌芽[2]。砭石疗法是中国古代一种常用的治疗方法。它利用石头或者针来治疗疾病，也是刮痧技法的发展阶段之一。在砭石治疗过程中，人们发现在石头表面刮擦有助于缓解疼痛，于是逐渐发展出了刮痧技法。随着时间的推移，人们开始使用各种不同的材料进行刮痧，其中骨头成为一种重要的材料。在中国古代，牛角、羊骨等都曾经被用作刮痧工具。瑶族先民在使用骨头刮痧的过程中，逐渐发现马骨刮痧的效果更佳，于是逐渐形成了瑶族瑶药马骨刮痧技法。随着科技的发展和医学的进步，刮痧技法也得到了更多的研究和应用。现代医学认为，刮痧可以促进皮肤血液循环，增强人体免疫力，对于缓解肌肉疼痛、消除疲劳等有一定的效果。因此，瑶族瑶药马骨刮痧技法也得到了更广泛的应用和推广，成为一种重要的传统医疗技法。同时，现代技术的进步也使得马骨刮痧的操作更加安全、卫生、便捷，提高了其应用效果和可持续性发展。

1.3 瑶族瑶药马骨刮痧技法的理论依据

瑶族瑶药马骨刮痧技法的理论依据是瑶医的医学理论，主要包括“三元和谐论”和“盈亏平衡论”两个方面[3]。“三元和谐论”认为，人体的健康与疾病是由“天、地、人”三者相互关系所决定的。其中，“天”是指宇宙自然界，包括春夏秋冬、阴阳、五行等，对人体的生理和病理都有一定的影响；“地”是指人居的环境，包括地形、气候、水土等，也对人体健康产生影响；“人”是指人体自身，包括机体内各脏腑器官、气血、精神等，以及人的行为、情感等。三者之间要保持和谐，才能维持人体健康。“盈亏平衡论”则认为，人体内各脏腑器官之间的盈亏平衡关系是维持健康的关键。在瑶医的理论中，人体内的气血、阴阳、五脏、六腑等，都存在着一定的盈亏关系，只有在相对平衡的状态下，才能保持健康。当人体内部的盈亏平衡被破坏时，就会出现疾病。

根据瑶医的理论，瑶族瑶药马骨刮痧技法可通过反复刮动和摩擦操作部位，调整或促使机体与周围环境及机体各脏腑之间的盈亏达到平衡，以达到预防和治疗疾病的目的。此外，瑶医也认为风、毒是导致疾病的重要原因，而瑶族瑶药马骨刮痧技法可以祛风逐邪、祛痧排毒，从而对于因风、毒而致的机体不平衡有着显著的调理作用。

二、马骨刮痧技法的功效与适用范围

2.1 马骨刮痧的功效及其作用机理

瑶族认为“十病九因风”，因此马骨刮痧可以祛风去邪，调节人体内部环境，从而达到治疗疾病的目的。痧是指人体内虚，秽浊、疠气乘虚而入，使机体气血凝滞、运行失常而发病。马骨刮痧可以促进淋巴液的流动，促进身体代谢废物的排出，从而达到祛痧排毒的效果。马骨刮痧可以刺激经络和穴位，调节人体气血运行，促进经络通畅，从而达到启关透窍的效果。瑶族认为人体经脉是穿行于人体内部的重要通路，而马骨刮痧可以刺激经络，促进经气的运行，使气血畅通，从而达到穿经走脉的效果。马骨刮痧适用于痧症、感冒和亚健康等疾病，以及一些不适宜药物治疗的病症，如颈椎病、腰椎间盘突出等。

同时，马骨刮痧也适用于保健，可以促进血液循环、增强免疫力、缓解疲劳等。但是，对于严重的器质性疾病、严重心脏病和血液系统疾病患者，以及皮肤破损、溃疡或化脓者、婴幼儿、妇女妊娠期及经期、下肢静脉曲张局部等人群，马骨刮痧是禁忌症，不能进行治疗[4]。

2.2 马骨刮痧技法的适用范围和常见疾病治疗

马骨刮痧技法的适用范围广泛，可用于治疗多种疾病和症状。其常见适应症包括痧症,包括头痧、胸痧、腰痧、腹痧等。感冒,可缓解感冒症状，如头痛、咳嗽、流涕等。亚健康,可提高机体免疫力，改善亚健康状况。风湿病,如风湿性关节炎、类风湿性关节炎等。颈椎病、腰椎病，可改善椎间盘突出、神经根型颈椎病、颈椎病、腰椎间盘突出等。运动损伤，可缓解运动损伤疼痛，促进组织修复。神经系统疾病，如面瘫、神经痛等。除了上述常见疾病[5]，马骨刮痧技法还可以用于预防疾病，促进身体健康，改善皮肤状态等。需要注意的是，对于某些疾病和情况下，刮痧技法可能并不适用或需要特别谨慎。在使用刮痧技法治疗前，应咨询专业医生或瑶医师的意见。

三、马骨刮痧技法的操作方法

操作人员必须具备相关的培训资格,并定期接受专业知识和相关政策、法规的培训和考核。特制马骨、瑶药油、治疗盘、治疗碗、无菌纱布、瑶药抑菌液、治疗巾等。操作环境要求清洁、安静、保暖、避风，室温在 26℃~28℃之间为宜。操作人员要与受用者进行充分的沟通，向其说明操作的意义和注意事项，进行精神安慰与鼓励，消除受用者的紧张、恐惧情绪，使其积极主动配合操作。根据需要选择相应的操作部位，如胸腹部、颈部、肩部、腰背部和四肢等。根据操作部位的不同，选择合适的坐位、仰卧位、俯卧位等体位。

充分暴露刮痧部位，用瑶药抑菌液常规消毒马骨，然后在施术部位涂抹瑶药油并摩擦至皮肤发热潮红为宜。操作人员双手执马骨两端在施术部位进行刮拭。总原则先胸腹后腰背，先上肢后下肢，逐步按顺序刮拭。依次顺序：胸腹-后颈部-肩部-背腰部-双上肢-双下肢。操作方向总原则为由上向下，由内向外，四肢宜向末梢方向刮拭，应在体表单方向有一定长度的直线刮拭。力度均匀，以受用者能够接受为宜。每部位刮至以皮肤出现痧斑为宜。对于部分不出痧或痧点少的受用者，不可强行操作。

操作注意事项，在进行马骨刮痧操作时，需要注意以下事项：对于不同部位和不同病症,需要选择不同的刮痧板;操作时力度要适中，刮痧板不要过于压迫肌肤，避免造成皮肤损伤；对于病情较重或者患有特殊疾病的人群，需要先咨询医生或者专业人员的意见，避免操作不当造成不良后果；在刮痧过程中，应注意刮痧板的角度和方向，以免造成皮肤损伤或者不适感。

四、瑶族瑶药马骨刮痧技法的发展现状与前景

4.1 瑶族瑶药马骨刮痧技法的应用现状

目前，瑶族瑶药马骨刮痧技法已经在中国得到广泛应用。特别是在一些较为贫困的地区，由于交通不便、医疗资源匮乏，瑶族瑶药马骨刮痧技法成为了人们对付一些常见病和慢性病的有效手段。此外，马骨刮痧技法也被一些民间医生和中医医生用于治疗各种疾病,获得了良好的疗效。在现代医学研究方面，也有越来越多的专家对马骨刮痧技法进行了深入的研究，通过理论和实践的探索，揭示了其作用机理和疗效规律，为临床应用提供了更加科学的依据。瑶族瑶药马骨刮痧技法在现代医学中具有广阔的应用前景,特别是在偏远山区和落后地区，其简便、经济、无副作用的特点得到了广泛认可和推广。同时，随着现代科技和医学技术的不断发展,瑶族瑶药马骨刮痧技法的应用范围和疗效还有待进一步探索和研究。除了在中国得到广泛应用之外，瑶族瑶药马骨刮痧技法也逐渐引起了国际医学界的关注。越来越多的学者开始重视中医传统疗法的价值，其中也包括了马骨刮痧技法。近年来，马骨刮痧技法已经被引进到一些国家，如日本、韩国、美国等，其治疗效果得到了一定的验证和认可。这为中国传统医学在国际上的推广和发展提供了新的机遇和平台。随着现代医学的进步和发展，一些人对传统疗法持有质疑和保留态度，认为其疗效缺乏科学证明，难以被现代医学所认可。因此，为了让更多的人了解和接受瑶族瑶药马骨刮痧技法，需要更加深入地开展相关的研究和实践，加强与现代医学的结合，推进中西医学的融合，从而更好地发挥瑶族瑶药马骨刮痧技法在中医领域的作用。需要强调的是，瑶族瑶药马骨刮痧技法是一门瑶族民间医疗的宝贵遗产,应该得到更加广泛的传承和保护。同时，也需要加强对其规范化、标准化的建设和管理，确保其安全性和有效性，为人们的健康服务。

4.2 马骨刮痧技法在现代医学中的应用前景

随着现代医学的发展,越来越多的研究表明马骨刮痧技法具有一定的临床价值，并逐渐被应用于现代医学中。近年来，马骨刮痧技法已经成为了一种备受瞩目的非药物疗法，被广泛应用于各种领域。在疼痛治疗方面,马骨刮痧技法被用来缓解各种疼痛症状,包括颈椎病、腰椎间盘突出、肩周炎、类风湿关节炎、运动损伤等等。一些研究表明，马骨刮痧技法可以刺激皮下组织，促进血液循环，缓解疼痛，减少炎症反应，促进组织修复。除了疼痛治疗，马骨刮痧技法还可以用于调节人体免疫系统、提高免疫力，预防和治疗疾病。例如，一些研究表明，马骨刮痧技法可以促进免疫系统的调节，增强机体抵抗病毒和细菌的能力，预防感冒、流感等呼吸道疾病。此外，马骨刮痧技法还可以用于美容养生，被广泛应用于美容院和 SPA 等场所，例如可以减少皱纹、改善皮肤松弛和暗沉、缓解疲劳等。马骨刮痧技法具有广泛的应用前景。随着对其作用机理的深入研究和技术的不断发展，相信将有越来越多的临床领域会应用该技法,也将有更多的人受益于该技法。

结论：

在本研究中,我们深入探讨了马骨刮痧在瑶族传统医疗中的应用与发展。我们发现，马骨刮痧作为瑶族瑶药之一，具有悠久的历史渊源和深厚的理论基础,并且在实践中已被广泛应用于许多疾病的治疗中。我们进一步了解了马骨刮痧技法的发展过程和操作方法，并阐述了其作用机理和适用范围。同时，我们还分析了马骨刮痧技法在现代医学中的应用前景，认为它具有广泛的临床应用价值和发展前景。瑶族瑶药马骨刮痧技法在瑶族传统医疗中具有重要地位和广泛应用,同时也为现代医学提供了宝贵的参考和借鉴。但需要注意的是，应在科学、规范的基础上进行临床应用，以保证其安全有效。

参考文献：

[1]胡林青，张玉蓉．马骨刮痧的临床应用研究现状[J]．中国医药科学，2012，2(12)：60-62.

[2]黄美玲，林娟芬．马骨刮痧技法的应用与探讨[J]．实用医药杂志，2019，36(7)：1322-1323.

[3]朱坤儒．瑶族传统医药马骨刮痧技法的研究与应用[J]．中国健康产业，2015，12(15)：106-107.

[4]龙云飞，邹庆祥，鲍建威．马骨刮痧技法的应用研究进展[J]．中华中医药学刊，2015，33(7)：1599-1601.

[5]王德华，张金华，杨婷．马骨刮痧治疗慢性疲劳综合征的疗效观察[J]．中国民族民间医药，2017，26(2)：73-74.

中医适宜技术用于改善乳腺癌术后化疗患者焦虑情绪和胃肠道反应的效果观察

杜明月 谢 敏 陈小兰

（西南医科大学附属中医医院 四川泸州 646000）

摘要：目的 分析对乳腺癌术后化疗患者实施中医适宜技术对其胃肠道反应、情绪的改善效果。方法 筛选本院收治的乳腺癌术后化疗患者，纳入时间、样本量分别为 2021 年 1 月-2023 年 5 月、66 例。确保组间均衡性的前提下双色球法随机分组，设置为对比组（33 例）、研究组（33 例）。对比组接受常规护理，研究组在其中融入中医适宜技术。比较两组患者焦虑情绪状态、胃肠道反应症状评分、睡眠质量和满意度。结果 研究组护理后焦虑情绪评分低于对照组，差异有统计学意义（P<0.05）。研究组三项胃肠道反应症状评分在护理后均低于对照组，P<0.05。研究组睡眠障碍评分低于对照组，P<0.05。满意度 SPSS 分析可见研究组更优，其总满意度高于对照组（P<0.05）。结论 中医适宜技术能够改善乳腺癌术后化疗患者胃肠道反应，减轻其焦虑情绪和睡眠障碍，可提高患者满意度。

关键词：中医适宜技术；乳腺癌；化疗；焦虑情绪；胃肠道反应

乳腺癌是女性最为多发的恶性肿瘤，其发生率、致死率在其中高居首位。由于乳腺癌早期缺乏特异性、典型症状，多数患者就诊时出现明显症状，但已经错失最佳治疗时机，术后需要配合化疗控制肿瘤发展，延长生存期[1]。化疗虽然能够达到一定治疗目的，但可能对机体造成不良反应，以胃肠道不适感作为多见，加之预后担忧、手术应激等多重因素影响，患者焦虑情绪波动，容易形成恶性循环，加重胃肠道反应[2]。因此，乳腺癌患者需要配合针对性、系统性较强的护理干预调节身心状态，控制不良反应以保证机体健康水平，确保化疗的顺利进行。中医适宜技术是基于中医学理论，将各种特色技术整合应用，结合患者需求、症状选择适宜的措施，具备安全性高、价格低、针对性强等诸多优势[3]。基于此，本研究纳入乳腺癌术后化疗患者为对象，分析中医适宜技术在其中的应用价值和意义，详细阐述如下。

1 资料与方法

1.1 基础资料

选择 2021 年 1 月-2023 年 5 月本院收治的乳腺癌术后化疗患者为对象。整群抽样其中 66 例进行分析。保持均衡性，双色球法划分 33 例对比组、33 例研究组。对比组年龄 31-62 岁，平均年龄（46.38±4.87）岁，病程 2-8 年，平均病程（4.10±1.08）年。研究组年龄 35-60 岁，平均年龄（46.49±4.40）岁，病程 2-10 年，平均病程（4.34±0.95）年。两组患者基础情况对比差异未见统计学意义，P>0.05。本研究经伦理委员会批准开展，全部患者均签署知情同意书。

1.2 纳排标准

入选要求：（1）符合《《中国抗 癌协会乳腺癌诊治指南与规范》中相应诊断标准，经病理学、组织学等检查方式确诊患者。（2）均手术治疗且术后具备化疗指征。（3）临床资料完整、可靠。（4）预计生存期 6 个月及以上。（5）化疗前 3 个月未见胃肠道反应。排除要求：（1）中医适宜技术存在过敏、禁忌症患者。（2）认知障碍、缺陷患者。（3）合并感染、其他恶性肿瘤患者。（4）中途放弃治疗或退出研究患者。（5）复发或转移乳腺癌患者。

1.3 方法

对比组化疗期间配合基础性的护理模式，首先从生活方面保持病房、生活环境安静、空气清新、整洁，叮嘱患者早睡早起保持规律作息，避免过度劳累。其次，以少时多餐为原则进食，食用高营养、清淡饮食，定期复查各项指标。第三，针对胃肠道反应给予宣教和指导，建立积极信念合正确认知。研究组以对比组为基础，落实中医适宜技术，包括如下几点。

1.3.1 情志干预：换位思考，站在患者的角度思考问题，充分共情患者对于化疗、不良反应、预后所造成的痛苦。以移情易志法转移注意力，通过冥想、音乐疗法等减轻对化疗不适感的关注。了解患者不良情绪状态，通过情志相胜法开导、疏导患者焦虑情绪，鼓励其保持乐观、积极的心态，多参与文娱活动减轻心理压力。

1.3.2 穴位按摩：取患者神门、太阳、百会、足三里等穴位，操作者对其实施手法按摩，保持适当的力度，按摩 10min。睡前给予患者生姜泡脚 15-20min，并在入睡时配合脚尖上钩训练，仍无睡意反复循环。

1.3.3 中药贴敷：每次化疗 30min 前给予中药贴敷，在肚脐位置，组方包括半夏、干姜、苏梗，研磨后与蜂蜜混合为敷料。适量敷料涂抹在医用纱布上，覆盖在患者肚脐位置，每日更换 1 次，贴敷时间为 6h。

1.3.4 耳穴贴压：取患者神门、皮质下、交感等穴位。首先清洁、消毒耳廓，取王不留行籽在相应穴位按压，以出现酸麻胀痛感为宜，时间一般在 3-5min 左右。每 3d 更换一次王不留行籽。

1.3.5 饮食干预：化疗前，以“药食同功”、“药食同源”理念为患者调节饮食方案，以患者实际症状、个人喜好合理分配膳食。以豆制品、新鲜水果、蔬菜为宜，鼓励患者补充维生素和膳食纤维，尽量避免服用咖啡、茶等刺激性食物，避免影响睡眠。

1.4 观察指标

1.4.1 选择焦虑情绪自评量表（SAS）为工具，评价时间划定为护理前、护理后，50 分表示存在焦虑情绪，50-59 轻度、60-69 中度、69 分以上表示重度焦虑，分数越高焦虑情绪越严重。

1.4.2 对患者胃肠道反应的典型症状呕吐、恶心、腹泻进行评价，从无到重对应 0、2、4、6 分，随着分数升高表示患者对应症状越严重，对比护理前后各项症状严重程度。

1.4.3 选择匹茨堡睡眠质量指数量表（PSQI）分别于护理前、护理后评价患者睡眠质量，该量表涉及 7 个睡眠因子，总分 21 分，分数越高睡眠障碍越严重，睡眠质量越差，反之相反。

1.4.4 自行设计护理满意度评价问卷，护理后当场发放并回收，回收率为 100%，患者根据自身感受选择十分满意、满意、欠满意对应等级，前二者相加之和为总满意，SPSS 分析组间差异。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 21.0 统计学软进行数据分析，计量资料以（$\bar{x}\pm s$）表示，符合正态分布的数据组间比较采用 t 检验；计数资料以[n(%)]表示，组间比较采用 x^2 检验。P＜0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组焦虑情绪评分分析（表 1）

护理前两组 SAS 量表评分差异无统计学意义，SPSS 分析可见 P>0.05。护理后，研究组 SAS 量表评分低于对比组，SPSS 分析可见 P<0.05，有统计学意义。

表 1　两组焦虑情绪评分分析（分，$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	护理前	护理后	t 值	P 值
对比组	33	46.11±3.69	41.76±4.21	4.4637	0.0000
研究组	33	46.02±3.50	35.31±2.87	13.5928	0.0000
t 值		0.1017	7.2720		
P 值		0.9193	0.0000		

2.2 两组胃肠道反应症状评分分析（表 2）

护理前两组胃肠道反应症状评分差异无统计学意义，SPSS 分析可见 P>0.05。护理后，研究组胃肠道反应症状评分均低于对比组，SPSS 分析可见 P<0.05，有统计学意义。

表 2　两组胃肠道反应症状评分分析（分，$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	恶心		呕吐		腹泻	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对比组	33	5.02±0.79	3.18±0.73	4.85±0.54	3.05±0.51	4.56±0.38	2.95±0.56
研究组	33	4.96±0.85	1.76±0.36	4.78±0.61	2.11±0.73	4.45±0.45	1.79±0.40
t 值		0.2970	10.0220	0.4936	6.0638	1.0729	9.6830
P 值		0.7674	0.0000	0.6233	0.0000	0.2874	0.0000

2.3 两组睡眠质量评分分析（表 3）

护理前两组 PSQI 量表评分差异无统计学意义，SPSS 分析可见 P>0.05。护理后，研究组 PSQI 量表评分低于对比组，SPSS 分析可见 P<0.05，有统计学意义。

表 3　两组睡眠质量评分分析（分，$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	护理前	护理后	t 值	P 值
对比组	33	13.48±3.16	9.61±2.35	5.6453	0.0000
研究组	33	13.65±3.08	5.42±1.13	14.4107	0.0000
t 值		0.2213	9.2307		
P 值		0.8256	0.0000		

2.4 两组护理满意度分析（表 4）

研究组护理满意度可见 SPSS 分析优势，总满意度高于对比组，P<0.05，有统计学意义。

表 4　两组护理满意度分析[n(%)]

组别	例数	十分满意	满意	欠满意	总满意度
对比组	33	12（36.36）	13（39.39）	8（24.24）	25（75.76）
研究组	33	18（54.55）	13（39.39）	2（6.06）	31（93.94）
x^2值					4.2429
P 值					0.0394

3　讨论

据一项调查结果表明，全球乳腺癌发病率不断提升，且呈年轻化发展，已被列为威胁女性人群健康的重大卫生问题[4]。乳腺癌患者治疗以手术治疗为主、术后化疗为辅，化疗在此过程中能够抑制肿瘤细胞增殖，但也会对正常细胞、机体状态造成一定损伤，出现强烈的身心应激反应，以胃肠道症状较为多见。为保证化疗的顺利进行，控制乳腺癌化疗患者不良情绪状态、减轻不良反应是目前干预、护理工作重点所在。

祖国医学认为乳腺癌的主要发病机理为正气不足、邪气入侵而积聚，针对其特点进行调节能够提高机体耐受度、免疫力，减轻不良反应症状。中医适宜技术是传统医学发展至现代中医学不断丰富、沿用的瑰宝，各项技术针对性强、操作简便，患者整体接受度较高[5-6]。对于乳腺癌化疗患者而言，中医适宜技术设计躯体、情绪多方面，首先给予情志干预以保持身心舒畅，减轻心理压力，控制焦虑情绪发展，患者心理状态稳定后，生理应激也随之减轻且各项操作、治疗依从性更高。本研究结果显示：研究组护理后焦虑情绪评分低于对比组，差异有统计学意义（P<0.05）。

中医适宜技术通过按摩、穴位贴敷、耳穴压豆等传统技术对相应穴位产生刺激，能够发挥安神、镇静、宁兴的作用，配合药物调节脾胃功能，改善胃肠功能和睡眠障碍[7]。中药贴敷在肚脐处能够促进血液循环，配合耳穴压豆法调节全身经络，气血通畅、胃肠道反应随之减轻。本研究结果显示：研究组三项胃肠道反应症状评分在护理后均低于对比组，P<0.05。研究组睡眠障碍评分低于对比组，P<0.05。究其原因：中医适宜技术通过情志干预控制不良情绪，继而保持平稳的心态入睡，减轻睡眠质量。穴位按摩、耳穴压豆能够安神定志、宁兴益智，加之中药贴敷发挥理阴阳之失衡、调全身气血的目的，可补益胃气，配合饮食调护从根本上减轻胃肠道不适，促进胃肠道功能的恢复[8-9]。患者睡眠质量提升后，机体免疫力提高，不良反应也能够得到有效控制。本研究结果还显示：研究组护理满意度高与对比组，P<0.05。主要是由于中医适宜的技术从生理、心理多角度提高患者舒适度，患者症状减轻、心理状态平稳，对各项技术的接受度较好，配合度可观[10]。

综上所述，中医适宜技术能够改善乳腺癌术后化疗患者胃肠道反应，减轻其焦虑情绪和睡眠障碍，患者满意度理想，是一种可借鉴、参考的干预方案，值得推广。

参考文献：

[1]史瑞,张丽萍. 中医适宜技术预防乳腺癌术后负面情绪的效果[J]. 临床医药文献电子杂志,2019,6(70):26.

[2]李永. 铜砭刮痧疗法联合中医适宜技术在乳腺增生患者中的应用效果[J]. 光明中医,2020,35(15):2402-2404.

[3]薛淑姝. 中医护理对乳腺癌患者癌因性疲乏的干预效果分析[J]. 现代养生（下半月版）,2022,22(8):1410-1412.

[4]姜丹丹. 中医护理技术对乳腺癌术后患者生活质量及情绪的影响[J]. 中国中医药现代远程教育,2021,19(6):162-164.

[5]李娟. 中医护理干预对乳腺癌患者化疗后胃肠道反应及生活质量的影响[J]. 现代养生（下半月版）,2021,21(8):87-89.

[6]林兆眉,蓝月英,陈映霞. 中医护理干预在乳腺癌失眠患者中的应用效果观察[J]. 世界睡眠医学杂志,2021,8(8):1357-1358.

[7]陈丹. 中医护理干预对乳腺癌患者术后并发症及生活质量的影响分析[J]. 婚育与健康,2021(4):64.

[8]江昱,祝亚男. 中医护理技术应用于乳腺癌患者的文献计量学分析[J]. 护理与康复,2020,19(4):38-42.

[9]田鑫. 中医护理对乳腺癌患者化疗后胃肠道反应的影响和措施评价[J]. 全科口腔医学杂志（电子版）,2020,7(3):76,79.

[10]陈娟,黄永凯,赵雪雅. 中医护理在绝经期乳腺癌根治术后疲劳综合征中的应用效果[J]. 临床医学研究与实践,2020,5(11):148-150.

互动达标理论的延续性照护在预防乳腺癌患者 PICC 相关静脉炎中的效果研究

祖丽皮娅·买提卡斯木　陈瑞

（新疆医科大学第一附属医院肿瘤一科　新疆乌鲁木齐　830011）

摘要：目的 探讨应用互动达标理论在预防乳腺癌患者 PICC 相关静脉炎中实施延续性照护的效果及评价。 方法 选取 2022 年 2 月～2023 年 2 月新疆医科大学第一附属医院肿瘤一科的乳腺癌患者 102 例，采用随机数字表法将患者分为实验组和对照组，每组各 51 例，对照组采取传统出院与随访护理模式，实验组在此基础上采用互动达标理论进行延续性照护。比较两组患者癌症自我管理效能感量表评分及 PICC 相关静脉炎发生率。 结果 实验组患者术后随访期间自我管理效能感评分高于对照组，而 PICC 相关静脉炎发生率低于对照组，差异有统计学意义或高度统计学意义（P＜0.05 或 P＜0.01）。结论 在预防乳腺癌患者 PICC 相关静脉炎的护理中应用互动达标理论实施延续性照护取得良好效果，一方面可以提高患者的自我管理效能感，增进患者对战胜疾病的自信心，另一方面有助于降低患者院外 PICC 相关静脉炎的发生率，丰富和完善优质护理服务的内涵，值得在临床实践中推广。

关键词：互动达标理论；乳腺癌；静脉炎；延续性照护

乳腺癌作为最常见的妇科恶性肿瘤，静脉化疗是其综合治疗的重要手段[1]。20 世纪 90 年代，外周静脉导入中心静脉置管（PICC）引入中国,因其留置时间长，患者痛苦少,对日常生活影响少等优点，成为一种相对安全的输液工具，广泛应用于乳腺癌静脉化疗中[2-3]。然而，有文献显示，PICC 导管并发症可达 25%~ 50%,静脉炎为其常见的并发症,对患者出院宣教的不完善，患者在院外不了解、不重视 PICC 管道的自我管理成为 PICC 相关并发症的重要原因[4]。因此，科学规范化的出院指导及随访护理显得尤为重要。美国著名护理理论专家 Imogene M. King（以下简称“King”）提出的互动达标理论（interactive standard theory），提倡护患之间相互沟通，共同制订目标，共同参与，达到恢复健康的目标[5-6]。本研究通过在预防乳腺癌患者 PICC 相关静脉炎中应用互动达标理论实施延续性照护，取得较好效果，现报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性收集 2022 年 2 月至 2023 年 2 月新疆医科大学第一附属医院肿瘤一科收治的 102 例首次置入 PICC 导管乳腺癌化疗患者的临床资料，依据护理方式不同分为实验组和对照组，各 51 例。纳入标准：①确诊为乳腺癌患者，因化疗首次进行 PICC 置管；②年龄 18－65 岁；③知情同意，能完全理解并且配合本研究者。排除标准：①合并其他严重器质性疾病；②同时参加其他研究者。本研究获得本院伦理委员会批准，患者均为自愿参与本研究，相关资料仅用于研究。

1.2 方法

1.2.1 分组方法 对照组采取传统出院与随访护理模式，实验组在此基础上采用互动达标理论进行以出院指导和 3 个月的随访护理为主的延续性照护。

1.2.2 干预方法

1.2.2.1 前期准备阶段 ①建立患者随访护理档案，为实验组患者建立随访护理档案，并按住院期间病历号为其编号，档案内容包括患者姓名、年龄、性别、家庭地址、联系方式、疾病诊断、出院指导、量表评分、随访护理内容、方式及其日期，双方签名。②成立随访、调查小组，研究开始前对其进行统一培训，学习互动达标理论相关知识，电话随访流程、礼貌用语、PICC 护理专科知识、用药护理、沟通技巧等，经考核合格方可实施干预，以保证干预的规范性和一致性。

1.2.2.2 干预实施：①护士随访护理与随访前准备：在出院前，随访组护士通过与实验组患者及其家属互动交流评估患者,收集患者的一般资料与健康史，同时让每位患者准备属于自己的随访手册。其次，护士与患者对收集的资料共同分析，从而确立患者寻求帮助的问题，得出护理诊断，并列成表格形式，以便填写和核查。最后与患者及家属共同制订出个体化随访目标，主要内容有出院后去处、出院后照护者、随访时间，随访形式（正确的随访电话或微信号码），需要解决的护理问题，康复器具。②规范随访内容：随访组护士根据每个患者的康复目标，从健康教育、饮食情况、PICC 置管处周围皮肤情况、置管肢体活动度观察、上臂围测量方法、导管外露长度、不适主诉、门诊护理 8 个方面进行随访并指导，将患者的回访结果逐项记录在出院患者记录本上，并嘱患者记录在随访手册上，以便日后查看[7]。③随访达标评价与质量控制：组长与组员共同评价每位患者出院后 3 个月内康复目标的达标情况及随访干预的效果。如果目标达到，结束互动达标随访护理；如果目标未达到，则需进一步分析，与患者及其家属共同寻找原因后，修改原有护理措施和计划，并再次实施随访干预措施，直至达标。

1.3 观察指标

1.3.1 中文版癌症自我管理效能感量表[8] 该量表于 1996 年由美国 Lev 和 Owen 教授编制而成，我国学者钱会娟进行了翻译，修订为中文版癌症自我管理效能量表。该量表由 28 个条目组成，分为三个维度：正性态度、自我减压和自我决策维度，各维度条目数 15,10,3. 总量表的 Cronbach's a 系数为 0.93，正性态度、自我减压和自我决策维度系数分别为 0.92、0.89、 0.83.采用 Likert5 级评分法，条目分数越高，表示有信心的程度越高，总得分越高，表明自我效能感

越强。

1.3.2 PICC 相关并发症发生情况 根据美国静脉输液协会的 5 级分级标准评价性 0 级：没有临床症状；1 级：局部有发红，伴或不伴疼痛；2 级：局部疼痛，伴有发红和（或）水肿；3 级：在局部疼痛，发红和（或）水肿的基础上，局部可形成、摸到条索；4 级:局部疼痛，发红和（或）水肿，触摸到的条索静脉>2.5 cm[9]。

1.4 统计学分析

应用 SPSS22. 0 统计软件对数据进行处理，计量资料以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，组间比较采用 t 检验，计数资料计数资料以 n(%)表示，组间比较采用 χ^2 检验，P≤0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预前后自我管理效能评分比较

实验组干预后的自我减压维度评分、正性态度维度评分及自我管理效能总分均高于对照组（P < 0.05），但两组自我决策维度评分差异无统计学意义（P > 0.05），见表 1。

2.2 两组干预后 PICC 导管相关静脉炎发生情况比较

两组 PICC 相关静脉炎的发生率差异有统计学意义（χ^2=5.271，P< 0.05），见表 2。

表 1 两组干预前后自我管理效能评分比较（分，$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	自我减压维度		正性态度维度		自我决策维度		自我管理效能总分	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
实验组	51	36.41±7.35	38.79±7.72	54.62±12.76	58.25±11.78	11.25±2.26	11.97±2.65	102.95±22.23	109.91±21.82
对照组	51	36.25±6.71	35.13±7.26	52.58±10.23	51.46±10.67	11.21±5.42	10.55±2.47	101.28±18.23	100.26±18.47
t	-	0.005	2.448	0.832	2.695	0.124	1.928	0.817	2.403
P	-	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05	< 0.05

表 2 两组干预后 PICC 导管相关静脉炎发生情况比较

组别	例数	PICC 相关静脉炎分级(例)					合计[例(%)]
		0 级	1 级	2 级	3 级	4 级	
实验组	51	45	3	2	1	0	6(11.76)
对照组	51	38	8	3	2	0	13(25.49)

3 讨论

延续性照护是指将住院护理服务延伸至社区或家庭的一种护理模式，以切实提高患者生活质量作为最终目标，可使患者享受到全程、专业的护理服务，实现护理服务的全面性、协调性、延续性和协作性[10]。有研究[11]指出，护理人员与教育对象的感知一致与否是护理评估成败的关键因素，护患双方感知一致可促进共同目标的建立。互动达标理论重视护士在评估、诊断、计划、实施及效果的评价程序中与患者的感知一致，不再强调护士占主导地位的传统观点，而要使患者充分发挥主观能动性，就要使患者自身最大限度地参与到护理活动中，感受医院人文关怀，吸取对自身快速康复有利的专业知识。

近年来，乳腺癌患者住院期间经 PICC 化疗技术越发成熟、规范。然而，患者出院后的延续护理并未引起足够的重视，护士只是简单的提醒患者来院随访的次数和时间，没有形成统一、规范化、个性化的延续照护，致使越来越多的癌症患者在家中因操作或护理不当引起不同程度的静脉炎。本研究显示，实验组患者在自我管理效能感方面均优于传统的出院指导和随访护理，且静脉炎发生率明显低于对照组患者，差异均有统计学意义(P＜0.05)。因此，本研究中在实验组患者中应用基于互动达标理论的规范化延续性照护，一方面能够极大提升患者的自我管理效能，使患者认识到自己在治疗中的力量，不断提高自我管理的自信心，进行自我减压，以正性的态度面对问题。另一方面，随访护士通过各种形式与患者及其家属建立友好关系，为同一个康复目标，共同寻找、分析和解决患者自身康复过程中遇到的健康问题，共同制订康复计划并帮助患者实施计划，从而达到预定的康复目标，让患者树立信心，掌握决策权，主动寻求帮助并参与到健康管理活动中，同时也增进了对护理人员的信任感和满意度，丰富了优质护理服务的内涵。

参考文献：

[1]徐锦江,孙铭,顾立学,等.延续护理在乳腺癌化疗患者居家管理中的应用[J].中国全科医学,2012,15(9):972-974.

[2]欧阳静,江华容.赋能理论在病人健康教育中的应用研究[J].护理研究,2018,32 (7) :1001-1003.

[3]阳红娟,何小霞,严银英,等.配偶同步赋能教育对乳腺癌 PTCC 化疗患者早期自我效能与生活质量的影响[J].护理学杂志, 2020,35(6):72-75.

[4]韩玲,王蓿,王莉莉,等.上臂不同穿刺部位留置 PTCC 导管对置管相关并发症的影响[J].护理研究,2017,31(19):2394-2396.

[5]姜安丽.护理理论[M].北京:人民卫生出版社,2009:143-157.

[6]嵇秀明,夏珊敏.达标理论在临床护理健康教育中的应用研究[J].当代护士:上旬刊, 2018(3):4-5.

[7]Krohn DA. Discharge Instructions in the Outpatient Setting：Nursing Considerations [J]. J Radiology Nursing,2018,27(1):29-33.

[8]钱会娟,袁长蓉.中文版癌症自我管理效能感量表的信效度测评[J].中华护理杂 志,2011,46(1):87-89.

[9]章建芳,姚兰,范莺莺.赋能教育指导在预防宫颈癌化疗患者 PICC 相关静脉炎中的效果观察[J].现代实用医学, 2022, 34(10):1363-1366.

[10]黄溢,王月萍,陆浩惠,等.“四位一体”指导下延续性照护在 2 型糖尿病患者护理中的效果研究[J].当代护士:上旬刊,2018(6):51-53.

[11]孙鸿燕,李帆,陶春花,等.金的达标理论在我国临床护理实践中的应用研究进展[J].护理研究,2017,31(9):1029-1031.

后疫情背景下中医药认知现状与对策
——以陕西在校大学生为例

张博寒

（西安外国语大学新闻与传播学院）

摘要：中医药文化体现了中华民族的文化水平,也是具有特色的传统文化。现代社会振兴传统文化,对于促进中医药文化建设、发展,实现中国传统文化的有机融合,坚持以中医为主的中医药服务,可以更好的满足大众的需求,在保留中医特色治疗基础上,提高中医院的竞争力,进而为患者提供更高质量的治疗和服务。本文通过线下调研陕西在校大学生我们可以了解到中医药的认知程度对就医偏好的影响,进而了解在校大学生在什么情况下就医会选择中医疗法,通过线上辅助调研,可以了解在校大学生不选择中医的原因,进而对自媒体时代提高大学生对中医药的认知程度、扩大中医药的宣传和影响力度提出相应的建议。此次调研线下收集有效问卷 64 份,线上收集有效问卷 207 份。

关键词：后疫情；中医药认知现状；对策

中医药具有深厚的文化底蕴,是中华民族传统文化的精粹,更是传统文化传承发展的重要载体。为促使其实现进一步发展,《中医药发展战略规划纲要(2016-2030)》指出要将中医药的基础性知识纳入高校教学课程中。这几年,随着各方的不断努力,各地区纷纷通过进校宣讲、来中医药学院参观、新媒体和传统媒体结合宣传等方式使校园当中开始渗入了一定中医药文化,但整体力度仍有待加强，导致在校大学生对中医药缺乏认知。基于此,本文围绕着中医药课程进校园展开讨论,分析宣传中医药知识对于学生健康的影响,结合教学实际,探讨科学、合理的教学方法。

一、中医药的重要价值体现

中医药是我国独特的医疗卫生资源,传承创新发展中医药对全面构建具有中国特色的医疗卫生事业具有重要意义。我国在深化医改过程中，始终坚持中西医并重，既在医改中发挥中医药的独特作用，又借力医改进一步推动中医药事业的发展[1]。现如今，在整个国际医疗体系中，我国的中医药正呈现出快速发展并逐步融入的发展形势，世卫组织已经在疾病分类中将传统医学纳入其中,而传统医学就是源于中医药，这意味着中医药的价值在国际卫生体系中得到了极大的承认。

越来越多的外国医者开始接纳中医、研究中医、将中医更广泛地应用于临床治疗，为更多人解除病痛，赢得了世界各国人民的信赖。中医药发挥“扶正祛邪”的作用，其具有重要的战略价值，主要体现在如下几个方面：

1、在战略层面为我国赢得了主动性。在临床诊疗过程中，中医药深入全面且彻底地介入其中，体现出来显著的疗效，并且在治疗过程中还具有副作用小、成本消耗低，产生效果较快的优势。中医药在进行治疗的过程中坚持辩证的思维模式,很大程度上保证了经济以及大学生的生命安全。

2、有助于打造一个文明的新高地。对于整个世界而言，中医药是新的卫生产品提供方，一直以来，我国坚持人类健康共同体的原则和理念，积极和多个国家进行合作，为很多国家提供了丰富的中医经验以及极大的技术和物质援助,中医药理念随着中医药的输出也得到了非常高的赞誉。而且，在人类文明发展史中，中医药天人合一、五行、阴阳等各种学说也为世界贡献了各种观念。

二、后疫情背景下中医药认知现状与对策——以陕西在校大学生为例

（一）中医药的认知情况现状调查与分析

1.大学生对基本中医药物的认知情况

在调研过程中我们探访了校内卫生室,简单了解了校内卫生室的中医药及西药的种类，我们进一步询问在校大学生，70%以上的大学生对中医药都有一定的认识，例如：黄芪、川芎、党参、艾叶等。

2.大学生对中医相关知识的认知情况

大学生了解中医药的方式 56.25%的人是通过手机网络，23.44%的人是通过电视，通过书报和朋友了解到中医的仅占 20.3%，由此可见，在自媒体时代背景下，传统信息传播方式的改变影响着人们的生活方式。在调研过程中我们采访的每一位大学生都对中医相关知识有一定的了解，例如：拔罐、刮痧、针灸、推拿。

（二）大学生的就医偏好

1.大学生就医偏好现状

大学生在就医时,过半数的人会听从医院医生的建议和安排,28%的人会选择看中医，19%的人会选择西医。

当我们询问大学生们认为中医在哪些方面疗效更为显著时，65%的人选择针灸科,55%的人选择内科,37%的人认为妇科中医疗效显著,且根据图表 D 得出大学生在调理身体、保养保健方面更偏向于中医治疗。

2.大学生就医选择的影响因素

在我们收集的大学生 64 份问卷中，76.26%的人在调理身体方面会选择中医，20.3%的人日常保养保健时会选择中医。通过采访询问大学生我们了解到，大学生们对中医确实很认可，但生病不选择中医的因素在于中医见效慢、担心年轻中医没有诊断经验、煎药太麻烦。

（三）线上调查就医偏好

1.线上大学生就医偏好现状

关于生病了,对医生的选择上,13.04%的大学生选择中医,33.33%的大学生选择西医，53.62%的大学生选择听医院安排。

2.线上大学生的就医选择影响因素

“如果就医时不选择看中医，您认为主要因素是什么”（多选）12.08%的大学生表示不相信中医，77.78%的大学生表示中医见效慢，43%的大学生表示怕煎药麻烦，39.13%的大学生表示医院年轻中医没经验。

“和西医相比，你在什么情况下会选择中医？”（多选）62.32%的大学生表示慢性病久治不愈，46.86%的大学生表示西医看不好时，

57.49%的大学生表示治病选西医，保健选中医；17.39%的大学生表示从不看中医；10.63%的大学生表示治病都看中医。

（四）中医药认知程度与学历、性别、家庭背景的关系分析

本部分运用 Spearman 等级相关，加以分析。结果显示，“认知分数”与学历显著相关（P=0.002），学历越高，认知分数普遍越高，如图表 F 所示。运用点二列相关，加以分析。结果显示，“评价与态度分数”与性别显著相关（P=0.038），男性的“评价与态度分数”普遍低于女性。“认知分数”与本人或家人的中医药背景显著相关（P=0.006），若本人或家人中有人从事与中医药相关的职业或曾经接受过中医药教育，则消费者的认知分数普遍更高；“使用分数”与亲戚或朋友的中医药背景显著相关（P=0.038），亲戚或朋友中有人从事与中医药相关的职业，或曾经接受过中医药教育，则使用分数普遍很高。

（五）中医药认知程度与就医偏好的关系分析

大学生的中医药认知程度很高又受家庭中浓厚中医背景的影响，但在就医偏好选择上，53%的人会听取医生的安排而不是直接选择中医治疗，28%的大学生会选择中医的同时 19%的大学生生病时会选择西医。

通过线上与线下大学生调研数据的对比，中医药的认知程度与就医偏好之间并不是成绝对的正比关系，但大学生对中医药认知的高低程度确实会对就医偏好产生一定的影响。农村居民对中药的利用方式上，针对中药剂型选择，汤剂、丸剂、颗粒剂、片剂、散剂的比重依次为 38.1%、25.6%、14.3%、7.6%和 5.4%，经统计学检验，不同年龄层次对如何煎药问题不具有显著差异。可见，中药剂型在农村地区已呈现多样化发展趋势学生能够接触到更多的中药剂型新品种，对中医药剂型选择无年龄差异。对传统中药汤剂的煎煮方式的调查结果显示，49.3%的人选择再加煎药，32.3%选择医院代煎，13.9%表示不了解煎药方法，经统计学检验，不同年龄段对如何煎药问题不具有显著差异。

结论：

通过此次调研，我们了解到要想转变大学生的就医偏好，需要提高中医药的认知程度，数据显示部分大学生生病不选择中医的原因在于：担心医院年轻中医没有经验、煎药太麻烦、中医见效慢，在自媒体背景下，我们应当利用自媒体平台将中成药、汤剂为人们所熟知，医院可以熬制中成药以及汤剂为病人所用，不再需要人们自己熬制汤药。纵使近年来中医的影响力不断扩张，但仍有一些影响因素及改进措施尚未被重视。在中医药发展上，学生是未来中医药文化事业发展的主力军，中医药教育工作者对学生起教育引导作用。在自媒体背景下，自媒体平台的快速发展，网络舆情控制力度有待加强、信息筛选力度不足等问题对学生的中医药思想价值观念带来了一定的冲击性。这就尤其需要中医药教育工作者加强对学生的积极引导和指导教育，前提是中医药教育工作者本身的中医药思想价值观念端正，提高教育工作者自身的文化素养。其次，应当利用自媒体平台的积极作用加大中医药的宣传力度，扩展中医药知识获取渠道，提高中药利用方式和中医疗法的认知程度。

四、后疫情背景下在校大学生中医药认知优化建议

（一）创新中医药教学

针对我校编写的具体教材内容和学生课程设置实际，还应专门制定出详细的课程计划，如每星期开展一节关于中医药的课程。具体可以将其分为课内教学与课外实践两种。在我校的课内教学中，重点依照教材内容进行中医药理论知识讲解，例如在本草中药材教学中，可以先介绍一些重要人物和药材之间的关系，如神农尝百草、李时珍和《本草纲目》、药祖桐君、屠呦呦和青蒿素；然后将常见本草分成花部、叶部、果部依次进行讲授；最后再将本草与生活联系起来，如药膳、凉茶、熏香等等。在我校的课外实践中，则以学生的动手操作为主，如开设关于四季养生香囊的制作、养生操八段锦训练、中草药炮制以及按摩推拿等相关课程；或者直接依托当地的中医药博物馆、国医堂、标本馆等开展科普教育；甚至可以直接组织我校学生到中医药生产车间及药房等亲身感受中医药的文化底蕴。中医药的养生保健手法是非常重要的一项内容，为此则可以把最常见的推拿手法引入到学校课外实践中，让学生通过了解穴位，掌握推拿方式去预防感冒、头痛等一些常见病，甚至还可以在家里给家长进行保健。这种让学生进行实际体验的方式，能进一步加强其对中医药的了解，进而在养成健康生活方式的基础上，达到提升传统文化素养的目的。

（二）落实中医药活动

要想使学生将所学知识完全内化和理解，则需配合专门的中医药活动继续开展教学。如为激发学生兴趣，可以编制健康养生小游戏；或者将常规的讲座宣传转为科普中医药文化小故事。或者还可以带领学生亲自种植中草药，学习眼保健操、八段锦等不断提升观察与动手能力，在良好的接触体验之下培养出对传统文化的热爱。为进一步深化活动内涵，则需要在校内开设正式的中医药专题讲座，给学生提供一些中医药研究性选修课程以及创办社团，进而使学生更加深入地了解中医药的具体文化内涵，全面拓宽视野，提升文化素养。除此之外，还可以让学生自主创建中医药课外兴趣小组，自发创作和中医药有关的宣传视频。当一切条件都成熟之后，还可以在校内展开中医药知识大赛，比如围绕课堂上学习过的《本草纲目》开展知识竞赛，或者将日常训练的八段锦拿出来进行班级竞赛等等。这些活动形式能让学生在快乐体验和操作当中学习到更多中医药知识，更多地了解中医、认同中医和学习中医药知识，并以此促使学校师生养成健康向上的生活方式，不断提升健康素养，进而增强文化自信、民族自信，树立起珍爱生命的观念，最终努力成长为传承与发展中医药文化的使者。

结束语

中医药文化以中国哲学、文学、史学为基础，由中医药精神文化、行为文化与物质文化所构成，是中华文化中体现中医药本质与特色的精神文明和物质文明的总和。2020 年新冠疫情爆发，张伯礼院士带领团队采取中医药为主的综合治疗，使中医药在治疗中发挥了重要作用，加强学生的中医药认知在一定程度上提升了中医药文化国际认同度。对于学生的身心健康成长有着重要的影响。

参考文献：

[1]吴勉华.学习总书记重要论述坚定中医药发展自信[J]. 江苏中医药，2022，51（07）：1-9.

[2]单红晓.中医药文化创意产品的创新与探究[J]. 教育教学论坛 2020, No.463(17) 131-132

[3]全国政协委员王阶:中西医并重促进中医药传承创新发展[N].人民政协报,2021-04-14(006).

[4]任婕,梁金燕,万倩芸,王君,王平.中医药传承及其创新发展的思考[J].时珍国医国药,2022,31(07):1689-1691.

作者简介：张博寒，女，西安外国语大学新闻与传播学院，主要从事传媒观察研究。

课题编号:107242022045

微课式健康教育模式在人工髋关节置换术患者康复锻炼中的应用

根巴提·海依拉提

（新疆医科大学第一附属医院关节外科　新疆乌鲁木齐　830011）

摘要：目的:探讨微课式健康教育模式在人工髋关节置换术（total hip arthroplasty, THA）患者康复锻炼中的应用价值。 方法 选取 80 例新疆乌鲁木齐某三级甲等医院关节外科实施 THA 的患者，按其入院顺序分为干预组和对照组各 40 例。对照组采用传统的责任护士口头宣教和示范的模式管理患者术后功能锻炼，患者出院后按纸质《人工髋关节置换术后康复训练计划》自行锻炼。干预组采用基于该医院骨伤科微信平台的微课式健康教育模式管理患者术后功能锻炼，患者出院后定时接收阶段性的微课，根据微课内容进行功能锻炼。比较 2 组患者术后 7 d、术后 1 个月、术后 3 个月髋关节(Harris Hip Score,HHS)评分、Katz 指数评分及患者满意度情况。 结果 干预组术后 7 d、术后 1 个月及术后 3 个月髋关节 HSS 评分、Katz 指数评分均高于对照组，差异均有统计学意义(P>0.05)。干预组患者满意度情况优于对照组，差异有统计学意义(P>0.05)。结论 微课式健康教育模式应用于 THA 患者康复锻炼中，能增强患者对康复锻炼的兴趣性和依从性，提高康复锻炼的效果。

关键词：微课式；健康教育；人工髋关节置换术；康复锻炼

微课是指以视频为载体，制作时按照教学设计思想，使用多媒体技术在5 min左右时间就一个知识点进行针对性讲解，以其短小精悍，主题突出，多样传播为特点被广泛用于不同领域的教学和培训[1]。人工髋关节置换术（total hip arthroplasty, THA）是公认的骨科大手术，是治疗股骨颈骨折、股骨头坏死等髋关节疾病最有效的外科手术方式，往往出现在老年人群[2]。但手术的成功并不预示着治疗的全部成功，黄泳妍等[3-4]研究认为，术后正确规范的康复锻炼能够显著提升患者康复效果。而目前传统的健康教育模式存在很多弊端，患者常因康复知识掌握不够，不能正确把握动作要领等，从而影响患肢的康复。实施健康教育过程中受诸多因素影响，使健康教育的质量参差不齐[5]。本文将微课式健康教育模式应用在单侧膝关节置换术后患者康复锻炼的健康教育中，取得了较好的效果，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以首次行 THA 的患者作为研究对象，选择 2022 年 2 月~2023 年 3 月在新疆乌鲁木齐某三甲医院关节外科行 ERAS 技术的 80 例患者，按入院先后顺序分为干预组 40 例、对照组 40 例。纳入标准：①年龄 40~75 岁的患者；②股骨颈骨折、粗隆间骨折，且首次行全髋关节置换术的住院患者；③患者与家属均自愿参与本研究，且签署知情同意书。排除标准：①患有严重的精神障碍或认知障碍，且无法与护士配合的患者；②患有恶性肿瘤、骨折复合伤、其他严重慢性疾病，长期卧床的患者。2 组患者性别、年龄、学历、病程比较差异无 统计学意义(P>0.05)，具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会批准，并知情同意签署知情同意书。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 (1)根据本院印制的《人工髋关节置换术后康复训练计划》，按照统一的健康教育标准，整个康复计划共分为 5 个阶段：第一阶段(手术当日至术后 2 d)：以静养和等张收缩运动为主，如股四头肌收缩、踝泵运动。第二阶段(手术后 3 d 拔除引流管至术后 7 d)：被动运动与主动运动相结合。如 CPM 训练、坐位伸屈膝关节练习、股四头肌等长收缩锻炼，第三阶段(术后 8 ~ 14 d)：行走训练、坐位与站位交替的训练。第四阶段(术后第 3 ~ 6 周)：患者均已出院，患者行坐位直腿抬高及抗阻力运动。 第五阶段(术后第 7 周至术后 3 个月)：行站立位屈髋、抗阻力练习、上下楼梯练习。每个阶段均配有图片。(2)患者术后在院时期，采用“一对一”式的责任护士口头宣教和示范的模式管理患者术后功能锻炼；护士宣教内容为《人工髋关节置换术后康复训练计划》[6]。(3)出院时期，给患者发放《人工髋关节置换术后康复训练计划》小册子，让患者根据计划自行进行锻炼。

1.2.2 干预组：(1)以《人工髋关节置换术后康复训练计划》为蓝本，把 5 个阶段的知识点分别制作成 PPT，并配有图片、声音及技能视频加以诠释，应用 Camtastia Studio 录屏软件， 共分 5 个课程。每个课程 5 ~ 7 min。(2)采用骨科微信平台的微课进行管理患者功能锻炼。 课题组成员教会并协助患者及家属扫描微信平台，使患者及家属完全掌握进入微课内容的方法。当患者术后在院时期，课题组成员根据患者术后时间按康复锻炼的 5 个阶段分别上传相应的微课，告知患者如有不明，将会结合微课予以讲解；当患者出院后，课题组成员对纳入试验组的术后患者建立档案，将每一试验组患者接受新微课的时间进行标注统计，建立日程表，按时间上传并电话通知督促患者查看视频使患者得到应有的延续护理[7]。

1.3 评价指标

1.3.1 髋关节功能评分表（Harris Hip Score system, HHS） HHS 是由 Harris WH 等在 1969 年提出的国际通用的髋关节功能评定指标[8]，用于评价髋关节功能和关节置换的效果，现已经发展成为国内外评估髋关节功能最标准的评估方法，并代表着北美评分标准[9]。主要从术后疼痛程度、功能、步态、行走时是否需要辅助器具、行走距离、有无畸形、活动范围 7 个部分进行评价。其中，日常活动能力和步态占 47 分，疼痛维度占 44 分，关节活动占 5 分，关节无畸形占 4 分。总分 100 分，90~100 分为优，80~89 分为良，70~79 分为中，低于 70

分为差。

1.3.2 Katz 指数评定：测评住院期间和出院期间日常生活能力。Katz 日常生活活动能力测定内容包括进食、穿衣、大小便控制、用厕、自主洗澡、床椅转移 6 项日常生活能力(ADL)。 每项评定结果分为自理和依赖，将其分为 A 级(7 分)、 B 级(6 分)、C 级(5 分)、D 级(4 分)、E 级(3 分)、F 级(2 分)、G 级(1 分)共 7 级。

1.3.3 患者满意度 采用自行设计的患者满意度调查表，由 7 道选择题和一道开放题组成，选择题采用 Likert 5 级评分法进行评分，1 分表示“非常不满意”，2 分表示“不满意”，3 分表示“一般”，4 分表示“满意”，5 分表示“非常满意”，到，总分 35 分，最低 7 分，得分越高表明健康教育满意度越高。测得问卷重测信度 r=0.841，Cronbach's α=0.746，CVI 指数的平均值为 0.754，表明具有较好的信效度。

2 统计学方法 应用 SPSS20.0 统计软件进行分析，计量资料以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，组间比较采用 t 检验，计数资料以 n(%)表示，组间比较采用 x^2 检验，等级资料采用秩和检验，P≤0.05 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 髋关节 HSS 评分 干预组术后 7 d、术后 1 个月及术后 3 个月髋关节 HSS 评分均高于对照组，差异均有统计意义(P>0.05)。 见表 1。

表 1 2 组患者不同时间髋关节 HSS 评分比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	术后 7d	术后 1 个月	术后 3 个月
对照组	40	43.56±3.10	52.44±7.33	72.15±8.74
干预组	40	47.21±2.12	65.71±5.53	88.71±7.10
t 值		-18.37	-24.12	-17.31
P		＜0.01	＜0.01	＞ 0.01

3.2 Katz 指数评分 干预组术后 7 d、术后 1 个月及术后 3 个月 Katz 指数评分均高于对照组，差异均有统计学意义(P>0.05)。 见表 2。

表 2 2 组患者不同时间 Katz 指数评分比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	术后 7d	术后 1 个月	术后 3 个月
对照组	40	1.96±0.70	5.44±0.83	7.15±0.74
干预组	40	4.21±0.12	6.79±0.53	10.71±0.60
t 值		-8.37	-4.72	-13.31
P		＜0.01	＜0.01	＞ 0.01

3.3 两组患者满意度比较 干预组患者健康教育满意度显著高于对照组，差异有高度统计学意义(P>0.05)。见表 3。

表 4 两组患者健康教育满意度比较（分，$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	健康教育满意度
对照组	40	20.08±2.86
干预组	40	24.78±1.57
t		2.310
P		0.001

4 讨论

4.1 微课提高了 THA 术后康复锻炼的效果

HSS 评分评估了术后髋关节的局部情况和整体功能，Katz 指数评分评估了日常生活能力。 从表 1、表 2 研究显示，干预组 HSS 评分、Katz 指数评分均优于对照组，说明微课提高了 THA 术后患者的康复效果。这是由于微课使 THA 术后康复锻炼更标准化。 传统的健康方式受护理人员知识结构的缺陷影响， 良莠不齐[10]，而微课的内容都是摘自权威的康复内容并通过 专业的专家审核过，因此不受护士素质的参差不齐而影响到教育质量，患者所接受到的内容准确、规范；微课提高了患者对 THA 术后康复锻炼的依从性。

4.2 微课提高了患者健康教育满意度 表 3 显示，干预组健康教育满意度评分优于对照组。 微课式的健康教育的方式有助于患者的理解，增强了患者锻炼的兴趣性[11]。 传统的健康教育方式中大多是以说教和文字的方式出现而微课内容由文字、音乐、 视频、PPT 等多元素进行支撑，从人类行为学来讲，吸引力远远 超过单纯的听讲解和看文字，能够给患者更直观、更易懂的视 觉和声效体验。

综上所述，微课式健康教育模式既能使患者快捷、方便地接收知识，又能让患者在娱乐中对疾病知识、康复锻炼意义印象深刻，理解透彻，自觉自愿主动锻炼，不再把康复锻炼当成任务。因此，微课式健康教育模式在 THA 患者康复锻炼中值得推广。

参考文献：

[1]蒋倩，王帆．微课的发展现状与反思[J]．科技视界,2015(22):73-74.

[2]周宗科,翁习生,曲铁兵,等.中国髋、膝关节置换术加速康复--围术期管理策略专家共识[J].中华骨与关节外科杂志,2016,9(1):1-9.

[3]黄泳妍.康复锻炼对骨科患者康复效果的影响[J].临床医学研究与实践,2016,1(4):111.

[4]梁剑敏,黄晓.人工膝关节置换术的护理及康复训练指导[J].护士进修杂志,2016,31(13)：1217-1219.

[5]张红.分析整体护理工作中影响健康教育有效实施的因素及对策[J].中国保健营养，2016,26(22):258- 259.

[6]杨琳,杨志英. ERAS 协会"髋/膝关节置换术围术期加速康复护理共识"解读[J].护理研究, 2021, 35(11):5-5.

[7]郭未玲.微课式健康教育模式在单侧膝关节置换术后患者康复锻炼中的应用[J].临床合理用药杂志, 2019,12(19):3.

[8]Motififard M, Andalib A, Hamidi S J, et al. Outcomes of Unilateral Total Hip Arthroplasty in Patients Aged Under 35 Years in Iranian Population: A Preliminary Study[J]. Advanced Biomedical Research, 2018, 7(1):63-63.

[9]孙鸿燕,李帆,陶春花,等.金的达标理论在我国临床护理实践中的应用研究进展[J].护理研究,2017,31(9):1029-1031.

[10]李亚芳,解琳琳.健康教育有效实施的影响因素与对策[J.齐鲁护理杂志, 2014,20(22):118-119.

[11]阮小丽.微课在我国护理健康教育中的应用进展[J].中华护理教育,2018,15(6):461-464.

血液检验红细胞参数在贫血鉴别诊断中的检验价值研究

王玲萍

（相城区漕湖人民医院　江苏苏州　215144）

摘要：目的：研究鉴别诊断贫血期间应用血液检验红细胞参数的价值。方法：纳入 50 例贫血患者，纳入研究组，按照疾病类型分成 5 个亚组，每组 10 例，另外同期选择 50 例健康体检者，纳入对照组，两组研究对象均实施血液检验红细胞参数，对比组间数据。结果：对比对照组，研究组血红蛋白、平均红细胞血红蛋白含量、平均红细胞体积、红细胞数量水平均明显更低，红细胞体积分布宽度明显更高，P＜0.05。对比对照组，再生障碍性贫血组、缺铁性贫血组、失血性贫血组均明显下降血红蛋白、平均红细胞血红蛋白含量、平均红细胞体积、红细胞数量水平，明显提高红细胞体积分布宽度，P＜0.05；对比对照组，巨幼细胞性贫血组、溶血性贫血组患者的血红蛋白、红细胞数量水平均明显下降，平均红细胞血红蛋白含量、平均红细胞体积、红细胞体积分布宽度均明显更高，P＜0.05；对比研究组其他亚型患者，缺铁性贫血组血红蛋白、红细胞数量均明显更高，平均红细胞体积、平均红细胞血红蛋白含量、红细胞体积分布宽度均明显更低，P＜0.05；对比研究组其他亚型患者，巨幼细胞性贫血组、溶血性贫血组的平均红细胞血红蛋白含量、平均红细胞体积水平均明显更高，P＜0.05。结论：贫血患者类型不同，红细胞参数特征不同，利用血液检验红细胞参数，能够有效发挥诊断以及鉴别的价值。

关键词：血液检验；红细胞参数；贫血鉴别诊断；检验价值

贫血疾病在临床上常见，发病后，患者健康受到严重影响，及时诊断治疗患者，意义重大。临床分析红细胞参数，涉及诸多指标[1]，例如平均红细胞体积、血红蛋白、红细胞体积分布宽度、平均红细胞血红蛋白含量等[2]，血常规检测过程中，容易将其测出，可以用于诊断鉴别贫血性疾病[3]，有助于发现以及诊治血液疾病。此次选择 50 例患者以及 50 例健康体检者，分析鉴别诊断贫血期间应用血液检验红细胞参数的价值。

1 资料和方法

1.1 临床资料

在我院 2020 年 1-12 月随机抽取 50 例贫血患者，男女分别是 25 例、25 例，年龄是 21-75 岁，均（30.2±9.1）岁，纳入研究组，按照疾病类型分成 5 个亚组，每组 10 例，另外同期选择 50 例健康体检者，纳入对照组，男女分别是 26 例、24 例，年龄是 22-74 岁，均（30.1±9.2）岁。以上资料组间对比结果是 P＞0.05。

1.2 方法

两组研究对象均实施血液检验红细胞参数，具体操作：禁水禁食 10h，使用真空采血管将患者外周静脉血抽取 1ml，抗凝[4]，利用全自动血液分析仪对患者红细胞参数进行检测，在 2h 内完成检验操作，维持室温 25℃。

1.3 统计分析

运用 SPSS25.0 统计软件包，针对计数资料实施 X^2 检验，针对计量资料实施 t 检验，数据以百分率(%)、[$\bar{x}$ ±s]表示，P＜0.05，有统计学意义。

2 结果

2.1 研究组及对照组的各项红细胞参数对比

研究组血红蛋白、平均红细胞血红蛋白含量、平均红细胞体积、红细胞数量水平均明显更低，红细胞体积分布宽度明显更高，对比对照组，P＜0.05。

表 1　两组组间数据对比[$\bar{x}$ ±s]

组别	血红蛋白（g/L）	平均红细胞血红蛋白含量（pg/L）	平均红细胞体积（fl）	红细胞数量水平（×10^{12}/L）	红细胞体积分布宽度（%）
研究组（n=50）	73.01±3.12	22.44±1.22	67.04±1.61	2.51±0.36	19.11±2.12
对照组（n=50）	135.37±10.02	30.66±1.28	83.25±1.16	4.87±0.27	5.66±2.25
t	42.0174	32.8705	57.7626	37.0838	30.7644
P	＜0.05	＜0.05	＜0.05	＜0.05	＜0.05

2.2 对比对照组以及研究组各个亚组的各项红细胞参数

再生障碍性贫血组、缺铁性贫血组、失血性贫血组均明显下降血红蛋白、平均红细胞血红蛋白含量、平均红细胞体积、红细胞数量水平，明显提高红细胞体积分布宽度，对比对照组，P＜0.05。对比再生障碍性贫血组以及对照组得出 t=19.4071,4.0813,24.9682,21.9926，19.0740，对比缺铁性贫血组以及对照组得出 t=16.9711,11.178

0,141.8743,4.2614,17.6183，对比失血性贫血组以及对照组得出 t=19.5407,4.6325,23.7724,24.3244,19.6407。

巨幼细胞性贫血组、溶血性贫血组患者的血红蛋白、红细胞数量水平均明显下降，平均红细胞血红蛋白含量、平均红细胞体积、红细胞体积分布宽度均明显更高，对比对照组，P＜0.05。对比巨幼细胞性贫血组以及对照组得出 t=18.5311,24.7072,2.4593,8.6429,25.6475，对比溶血性贫血组以及对照组得出 t=18.7753,28.4872,3.1953,8.6781,25.9042。

缺铁性贫血组血红蛋白、红细胞数量均明显更高，平均红细胞体积、平均红细胞血红蛋白含量、红细胞体积分布宽度均明显更低，对比研究组其他亚型患者，P＜0.05。缺铁性贫血组对比溶血性贫血组得出 t=3.4207,17.5846,90.4051,6.3976,11.3947，缺铁性贫血组对比再生障碍性贫血组得出 t=4.8982,10.5799,79.0218,3.4506,2.8849，缺铁性贫血组对比巨幼细胞性贫血组得出 t=2.9022,13.6581,85.2503,6.2349,10.8245，缺铁性贫血组对比失血性贫血组得出 t=5.1625,12.5019,74.1164,3.4700,4.0984。

巨幼细胞性贫血组、溶血性贫血组的平均红细胞血红蛋白含量、平均红细胞体积水平均明显更高，对比研究组其他亚型患者，P＜0.05。对比巨幼细胞性贫血组以及缺铁性贫血组得出 t=6.2349,85.2503，对比巨幼细胞性贫血组以及再生障碍性贫血组得出 t=3.1965,19.7179，对比巨幼细胞性贫血组以及失血性贫血组得出 t=3.6273,18.4572，对比溶血性贫血组以及缺铁性贫血组得出 t=6.3976,90.4501，对比溶血性贫血组以及再生障碍性贫血组得出 t=3.4574,20.9044，对比溶血性贫血组以及失血性贫血组得出 t=3.8832,19.4308。

表 2　对照组以及研究组各个亚组的组间数据对比[$\bar{x}\pm s$]

组别	血红蛋白（g/L）	平均红细胞血红蛋白含量（pg/L）	平均红细胞体积（fl）	红细胞数量水平（$\times10^{12}$/L）	红细胞体积分布宽度（%）
对照组（n=50）	135.37±10.02	30.66±1.28	83.25±1.16	4.87±0.27	5.66±2.25
缺铁性贫血组（n=10）	80.33±4.27	23.07±3.98	23.62±1.47	4.48±0.23	18.47±0.91
溶血性贫血组（n=10）	75.27±1.91	32.28±2.21	87.01±1.66	2.01±0.38	25.04±1.58
再生障碍性贫血组（n=10）	73.33±1.48	28.38±2.80	72.99±1.32	2.11±0.67	19.35±0.32
巨幼细胞性贫血组（n=10）	76.07±1.82	31.87±2.02	87.11±1.84	2.22±0.47	24.92±1.65
失血性贫血组（n=10）	72.88±1.61	28.21±2.47	73.18±1.52	2.05±0.57	19.78±0.44

3 讨论

贫血患者表现是外周血红细胞相关容量下降，低于正常值，容易发生头晕、气短、心悸等临床表现，影响患者生活，长期贫血会导致心功能不全，需要医护人员和患者高度重视。随着临床医学技术的进步和血液检测技术的进步，它具有简单、经济、高效、方便、快速等优点。相关文献报道，为了有效治疗贫血患者，需要对患者病情进行准确诊断[5]，机体长时间缺少铁元素，或者间断性下降，会导致患者贫血，诱发因素多，改进以及完善贫血检测方式后[6]，实施血液检验红细胞参数，可以为患者实施及时准确治疗[7]，促进患者病情明显改善。

应用红细胞参数对贫血患者进行鉴别诊断，可以提供重要依据，帮助患者获得有效治疗，此次实验得出：对比对照组，研究组血红蛋白、平均红细胞血红蛋白含量、平均红细胞体积、红细胞数量水平均明显更低，红细胞体积分布宽度明显更高，P＜0.05。利用血液检验红细胞参数，能够诊断贫血疾病患者病情，本文通过研究贫血不同类型患者的红细胞参数，结果得出，有差异化特征，可以用于判断以及分辨贫血类型，促使患者诊断结果精准性明显提高。

总结得出，不同类型贫血患者的红细胞参数特征不同，利用血液检验红细胞参数，能够有效发挥诊断以及鉴别的价值，值得临床运用。

参考文献：

[1]朱海燕. 血液检验红细胞参数在贫血鉴别诊断的检验价值分析[J]. 健康必读, 2019, 000(033):260-261.

[2]董玲, 李兴忠, 李迪. 血液检验红细胞参数在贫血鉴别诊断中的检验价值探讨[J]. 东方药膳, 2019, 000(014):109-110.

[3]管秀多. 血液检验红细胞参数在贫血鉴别诊断的检验效果观察[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 008(005):103,111.

[4]张琦. 血液检验红细胞参数在贫血鉴别诊断中的检验价值[J]. 中国医药指南, 2020, v.18(16):112-113.

[5]王炳洋. 血液检验红细胞参数在贫血鉴别诊断中的应用研究[J]. 健康之友, 2020, 000(005):111.

[6]庄冶. 血液检验红细胞参数在贫血鉴别诊断中的检验价值分析[J]. 中国医药指南, 2020, 018(001):126-127.

[7]张静静, 翟福英. 血液检验红细胞参数在贫血鉴别诊断的检验作用分析[J]. 中国农村卫生, 2019, 011(001):57,59.

藏药九味防瘟提取工艺及抑菌性能研究

王丽娟 娘加先 马应风 鲁 雪 扎西措 慕晓旭

（青海省藏医院 810007）

摘要：目的：藏药九味防瘟香囊的药粉经过不同溶剂提取后抑菌效能对比。方法：按照九味防瘟香囊的处方将九味藏药材配方，用纯化水、20%乙醇、40%乙醇、60%乙醇、80%乙醇分别提取，考察不同的提取溶剂对大肠杆菌、金黄色葡萄球菌、白色念珠菌的抑菌效果，从而筛选出最佳提取溶剂。结果：水提液对金黄色葡萄球菌、白色念珠菌抑菌效果较弱；各浓度乙醇提取液对大肠杆菌、金黄色葡萄球菌作用 5min，抑菌率均＞ 99.99%；乙醇浓度越高对白色念珠菌抑菌效果越强。结论：醇提取液有较强抑菌效果，且乙醇浓度越高抑菌效果越强。

关键词：九味防瘟香囊；乙醇提取；抑菌效果

Abstract: Objective: To compare the antibacterial efficacy of the powder of the Tibetan medicine Jiuwei Anti-Pestilence Sachet after extraction with different solvents. Method: The Jiuwei Tibetan herbs were formulated in accordance with the prescription of the Jiuwei anti-pestilence herbal capsules and extracted with purified water, 20% ethanol, 40% ethanol, 60% ethanol and 80% ethanol, respectively, to investigate the antibacterial effect of different extraction solvents on Escherichia coli, Staphylococcus aureus and Candida albicans, so as to screen the best extraction solvent. Results: Water extraction solution on Staphylococcus aureus, Candida albicans inhibition effect is weak; each concentration of ethanol extract on Escherichia coli, Staphylococcus aureus effect 5min, inhibition rate are > 99.99%; the higher the concentration of ethanol on Candida albicans inhibition effect is stronger. Conclusion: Ethanol extract has strong antibacterial effect, and the higher the concentration of ethanol, the stronger the antibacterial effect.

Keywords:Jiuwei fangwen xiangnnag; Ethanol extract； Antibacterial effect.

新冠疫情爆发以来，发现该病毒的主要传播途径是呼吸道飞沫传播和接触传播，消毒是切断病毒传播的一个重要技术手段[1]。目前市场上的消毒产品种类繁多，有的虽然抑菌作用较强，但具有一定的毒性，易产生耐药性，对环境也有一定的污染性[2-7]。藏药经典方“九味防瘟香囊”是用于疫症防治的专用特效药之一[8]，具有显著的抗菌、抑菌作用，并且有刺激性低、腐蚀性小、环境友好的特点，符合可持续发展的理念[9-10]。然而，由于该制剂为原药材粉碎后制成的粗粉，没有经过提取纯化工艺，存在剂量不准确、鼻粘膜刺激性大、生物利用度低的问题。因此，对“九味防瘟香囊”进行工艺改造，将其制成消毒液[11-13]。

本课题将处方“九味防瘟香囊”的药粉，用纯化水、20%乙醇、40%乙醇、60%乙醇、80%乙醇分别提后，选白色念珠菌、金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌，通过抑菌试验验证选择合适的提取溶剂。这一工艺的改进不仅开发了传统藏药制剂的现代应用，并且克服了现代消毒剂的缺点，具有安全有效、对人无刺激、对物品无腐蚀等特点，更适合场所、物品及人员的消毒。

1.材料

1.1 试验菌株：白色念珠菌 ATCC 10231、金黄色葡萄球菌 ATCC6538,铜绿假单胞菌 ATCC 27853，菌种代数为第 4 代。

1.2 试验器材：生物安全柜、生化培养箱、超净工作台、高压灭菌锅、恒温培养箱、超声波清洗机。

1.3 培养基及试剂 ：沙氏琼脂培养基、营养琼脂培养基 、无水乙醇、纯化水、0.03mol/L 磷酸盐缓冲液。

2.实验方法

2.1 供试液制备

2.1.1 处方 藏青果 75g 铁棒锤 75g 藏菖蒲 75g 黑硫磺 75g 穆库尔没药 75g 京墨 75g 阿魏 2.5g 麝香 0.5g 人工麝香 35g

2.1.2 提取方法

（1）水提液制备：按照配方称取供试品粉末 10g，第一次加纯化水 100ml 浸泡 1h,用封口膜封口后放在 150r/min 的恒温振荡器上振荡 12h。混合振荡后将其放入超声功率为 700w 的超声仪中作用 30 min，用 200 目筛滤过；把配置好的提取液在无菌条件下倒入已灭菌的试管，放置于 4℃冰箱中，保存备用。

（2）醇提液制备：按照配方称取供试品粉末 10g，分别加入 20%、40%、60%、80%的乙醇溶液 100ml 浸泡 1h，用封口膜封口后放在 150r/min 的恒温振荡器上振荡 12h。混合振荡后将其放入超声功率为 700w 的超声仪中作用 30 min，用 200 目筛滤过；把配置好的提取液在无菌条件下倒入已灭菌的试管，放置于 4℃冰箱中，保存备用。

2.2 抑菌实验

2.2.1 检测依据：GB 15979-2002《一次性使用卫生用品卫生标准附录 C 品杀菌性能、抑菌性能与稳定性测试方法。

2.2.2 菌液制备：取菌株第 4 代的营养琼脂培养基斜面新鲜培养物（18-24h）,用 5ml0.03mol/L 磷酸缓冲盐溶液洗下菌苔，使菌悬浮均匀后用上述缓冲盐溶液稀释至所需浓度。

2.2.3 抑菌检测方法：按照溶出性抗（抑）菌产品抑菌性能试验方法， 供试品“ 九味防瘟消毒液”原液，作用时间 2min、5min、lOmin 、20min, 试验重复 3 次。检测条件： 环境温度：20.2℃, 相对湿度：47%。

2.2.4 抑菌试验：将试验菌 24h 斜面培养物用 0.03mol/L 磷酸缓冲盐溶液洗下，制成菌悬液(要求的浓度为:用 100μl 滴于对照样片上或 5ml 样液内，回收菌数为 1×10^4-9×10^4cfu/片或 ml)

取被试样片（ (2.0cm×3.0cm ）或样液(5ml)和对照样片或样液(与试样同质材料，同等大小，但不含抗菌材料，且经灭菌处理)各 4 片(置于灭菌平皿内)或 4 管。

取上述菌悬液，分别在每个被试样片或样液和对照样片或样液上或内滴加 100μl，均匀涂布/混合，开始计时，作用 2、5、10、20min，用无菌镊分别将样片或样液(0.5ml)投入含 5ml0.03mol/L 磷酸缓冲盐溶液的试管内，充分混匀，作适当稀释，然后取其中 2～3 个稀释度，分别吸取 0.5ml ，置于两个平皿，用凉至 40～45 ℃的营养琼脂培养基(细菌)或沙氏琼脂培养基(醉母菌)15 ml 作倾注,转动平皿，使其充分均匀，琼脂凝固后翻转平板,35℃ 士 2℃培养 48 h(细菌)或 72 h(酵母菌)，作活菌菌落计数。

试验重复 3 次，按下式计算抑菌率:

$X_4 = (A - B)/A\times100\%$

式中:X ：抑菌率，% ；

A：对照样品平均菌落数;

B：被试样品平均菌落数。

2.2.5 评价标准：抑菌率≥50%～90%，产品有抑菌作用；抑菌率≥90%，产品有较强抑菌作用。

3.结果

表 1　对大肠杆菌的抑菌实验结果

序号	样品名称	试验菌种	2min	5min	10min	20min	对照回收菌数(cfu/ml)
1	水提液		90.67%	93.41%	95.99%	99.99%	
2	20%乙醇提取液		92.91%	99.99%	99.99%	99.99%	$4.8x10^4$
3	40%乙醇提取液	大肠杆菌	99.99%	99.99%	99.99%	99.99%	$(3.4x10^4-6.2x10^4)$
4	60%乙醇提取液		99.99%	99.99%	99.99%	99.99%	
5	80%乙醇提取液		99.99%	99.99%	99.99%	99.99%	

表 2　对金黄色葡萄球菌的抑菌实验结果

序号	样品名称	试验菌种	2min	5min	10min	20min	对照回收菌数(cfu/ml)
1	水提液		55.67%	70.41%	88.20%	96.86%	
2	20%乙醇提取液		93.99%	99.99%	99. 99%	99.99%	$3.6x10^4$
3	40%乙醇提取液	金黄色葡	99.99%	99.99%	99.99%	99.99%	$(2.8x10^4-4.5x10^4)$
4	60%乙醇提取液	萄球菌	99.99%	99.99%	99.99%	99.99%	
5	80%乙醇提取液		99.99%	99.99%	99.99%	99.99%	

表 3　对白色念珠菌的抑菌实验结果

序号	样品名称	试验菌种	2min	5min	10min	20min	对照回收菌数(cfu/ml)
1	水提液		10.23%	25.51%	38.52%	48.99%	
2	20%乙醇提取液		55.90%	70.27%	82.41%	90.99%	$5x10^4$
3	40%乙醇提取液	白色念珠菌	91.06%	99.99%	99.99%	99.99%	$(2.7x10^4-7.4x10^4)$
4	60%乙醇提取液		95.92%	98.97%	99.99%	99.99%	
5	80%乙醇提取液		99.99%	99.99%	99.99%	99.99%	

不同提取方法提取液的抑菌率结

五种提取液对大肠杆菌的抑菌率＞90%，抑菌效果较强，不同提取方法对大肠杆菌的抑菌率无明显差别。

水提液对金黄色葡萄球菌的抑菌率＞50%，表明有抑菌效果，其余 4 种醇提液抑菌率＞90%，抑菌效果较强，醇提效果优于水提。

水提液对白色念珠菌的抑菌率＜50%，醇提液抑菌率＞90%，且乙醇浓度越高抑菌效果越好。

4.结论与探讨

通过对“九味防瘟香囊”粉末水提液、不同浓度醇提取液抑菌效果的考察,可知水提液对金黄色葡萄球菌、白色念珠菌抑菌效果较弱；各浓度乙醇提取液对大肠杆菌、金黄色葡萄球菌作用 5min，抑菌率均＞ 99.99%，乙醇浓度越高提取液对白色念珠菌抑菌效果越强，由此可见乙醇提取液的效果优于水提液。

处方九味防瘟香囊中的药材铁棒锤、藏菖蒲、黑硫磺、穆库尔没药、京墨、阿魏均为传统藏药外洗方中常用的代表性药材，具有清热解毒、消炎抗菌之功效。经现代药理学研究发现黄酮、生物碱、有机酸等成分对细菌、霉菌、真菌有高效抑制作用。因此，将处方九味防瘟香囊研究其提取工艺制备成消毒液，验证其抑菌效果,对传统藏药应用于皮肤消毒的进一步开发研究和制备新型高效的皮肤消毒制剂具有重要的意义价值。用现代药学研究方法论证消毒液的抑菌效果，确保药品的有效性,同时也为藏药在防疫领域内开发新药技术研究提供新方法、新途径。

参考文献：

[1]李玲. 一种中药空气气溶胶消毒剂的研究[D].广东:广东药科大学，2018.

[2]姜春鹏，张学强，杨舒琪，石帅，等.传统消毒技术分析及新型消毒技术与产品的探究 [J].《中国洗涤用品工业》消毒杀菌技术特刊, 2020,03(04):194-200.

[3]沈俊.为中国消费者开发高效安全的消毒产品[J].《中国洗涤用品工业》消毒杀菌技术特刊, 2020,03(04):122-126.

[4]叶飞燕，王泽云.手消毒产品的类型和技术特点[J]. 《中国洗涤用品工业》消毒杀菌技术特刊,2020，3/4:153.

[5]任洁,王紫茵,陈燕清,等. 中药空气消毒在复工复产中的应用探析[J]. 中国民间疗法，2020,28（9）,1-2.

[6]沈立，汤燕，刘洁，潘晓鹃.中药复方用于皮肤消毒的提取工艺及配伍研究[J]. 四川中医，2010,28（5）：62.

[7]樊树理,吴建美,尉瑞平. 一种中草药抑菌洗液抑菌效果及毒性观察[J]. 中国消毒学杂志，2019,36（7）：502.

[8]宇妥·云丹贡布:《四部医典》(藏文),拉 萨：西藏人民出版社，1982 年,第 656 页。

[9]扎西泽仁,么郎磋.藏药九味黑药防瘟散的配伍原理及临床应用研究[J].中国藏学，2022,2:114-117.

[10]王大伟,邵 杰,刘宇，黄福开. 九味防瘟散抑菌作用初步研究[J]. 中国卫生产业，2013,10（08）：19-20.

[11]刘治平，杨华明. 植物源性消毒与抗菌制剂发展现状[J]. 中国消毒学杂志，2019, 36(4):302-303.

[12]王建中，陶志祥. 香叶中药空气消毒剂研制及效果观察[J]. 中华中医药学刊，2009(08):128-129.

[13]黎秋萍,广谱抗菌中药消毒液及制备方法:中国，106215025 。2[P].2016-12-14.

作者简介：王丽娟：毕业于中国药科大学中药学专业，主管药师，从事藏药研究分析十五年，参与过多项藏药材、藏药制剂方向的科研课题。

阿奇霉素在儿科临床治疗中的合理应用

相淑雯

（河北中石油中心医院，新生儿科 河北廊坊 065000）

摘要：目的 观察阿奇霉素在儿科临床治疗中的合理应用效果。方法 随机于我院 2021 年 11 月-2022 年 11 月选取 143 例肺炎支原体感染患儿为研究对象，依据青紫小球法分为两组，即观察组(n=72，阿奇霉素)和传统组(n=71，红霉素)。对比两组应用效果。结果 传统组治疗后的咳嗽消失(9.05±2.13)d、喘憋消失(4.02±1.01)d、IGM(1.46±0.29)g/L、IGA(1.22±0.27)g/L，明显大于观察组(6.19±1.54)d、(2.39±0.65)d、(0.83±0.24)g/L、(0.79±0.25)g/L(P<0.05)。观察组治疗后的 PEF(4.47±0.62)L/s、FEV_1(2.41±0.37)L、$CD3^+$(68.9 0±5.41)%、$CD4^+$(39.25±1.86)%，明显大于传统组(3.74±0.49)L/s、(1.92±0.31)L、(60.74±5.17)%、(33.80±2.03)%(P<0.05)。结论 儿科临床上，合理应用阿奇霉素治疗小儿肺炎支原体感染，能改善机体免疫功能，加快疾病转归。加快咳嗽、喘憋等体征的好转，改善肺功能。疗效较佳，临床应用价值显著。

关键词：儿科临床；阿奇霉素；肺炎支原体感染；治疗效果

儿童是各类疾病的高发群体，这与其各器官功能位完全发育有关。小儿肺炎支原体感染是婴幼儿群体常见疾病之一，以 5-15 岁儿童更为常见。有报道显示[1]，全部肺炎患儿中，本病约占 10%-40%。肺炎支原体系原核微生物，能自我增殖、独立生存，也可引起严重肺部感染，甚至是累及患儿其他脏器系统。作为一种特异性抗原，肺炎支原体也可降低机体免疫功能，加重病情[2]。本病在全年均可发病，患儿多以头痛、干咳等体征为主，与常规呼吸道感染症状相似。经规范治疗之后，能迅速控制病情，改善体征，提高预后。目前，一般均是为患儿采用抗菌药物治疗。作为一种大环内酯类抗菌药物，阿奇霉素是治疗此病的常用药，效果较为理想[3]。患儿治疗之后，通常无明显不良反应，对机体造成的负面影响较小。本文旨在观察阿奇霉素在儿科临床治疗中的合理应用效果，现报道如下。

1.资料与方法

1.1 一般资料

于我院 2021 年 11 月-2022 年 11 月随机选取 143 例肺炎支原体感染患儿为研究对象，依据青紫小球法分为两组，即观察组(n=72)和传统组(n=71)。传统组中，病程：3-19d，平均(10.17±2.61)d。男、女：37、35 例。年龄：2-11 岁，平均(6.72±1.04)岁。观察组中，病程：4-18d，平均(10.09±2.54)d。男、女：39、32 例。年龄：2-10 岁，平均(6.63±0.99)岁。对比两组基线资料，差异无意义(P>0.05)，可对比。

纳入标准[4]：①经实验室检查，确诊为小儿肺炎支原体感染；②患儿家属对本实验知情，且已签署入组同意书。排除标准：①患儿对阿奇霉素、红霉素有过敏反应；②患儿依次性差或中途转院。

1.2 方法

红霉素(国药准字 H14020729；山西仟源医药集团股份有限公司)治疗传统组，静脉滴注，剂量：20-30mg/kg，分 2-3 次用药。疗程：7-15d。阿奇霉素(国药准字 H20010701；深圳海王药业有限公司)治疗观察组，静脉滴注，10-15mg/kg 阿奇霉素+20ml 5%葡萄糖溶液。1 日 1 次，用药 3-5d。待患儿体征体温转归后，改为口服干阿奇霉素混悬剂，剂量：10mg/kg，1 天 1 次。共计治疗 7-15d。

1.3 观察指标

(1)比较两组治疗后的咳嗽、喘憋消失时间和 PEF(最大呼气峰流速)、FEV_1(第一秒用力呼气容积)。(2)比较两组治疗后的人 T 淋巴细胞亚群、免疫功能指标，包括：$CD3^+$、$CD4^+$、IGM(免疫球蛋白 M)、IGA(免疫球蛋白 A)。人 T 淋巴细胞亚群以 BD 流式细胞仪及相关试剂盒测定，IGM、IGA 以免疫散射比浊法测定，采用贝克曼库尔特蛋白分析仪结合相关试剂盒检测。

1.4 统计学方法

采用 SPSS19.0 对比、分析数据。用 t 检验计量资料($\bar{x}\pm s$)，以x^2检验计数资料(%)。P<0.05 表明差异有意义。

2.结果

2.1 两组治疗后的咳嗽、喘憋消失时间和 PEF、FEV_1指标

相较于观察组，传统组治疗后的咳嗽、喘憋消失时间明显更长；且 PEF、FEV_1指标明显更小(P<0.05)。数据详见表 1。

表 1 两组治疗后的咳嗽、喘憋消失时间和 PEF、FEV_1指标（$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	咳嗽(d)	喘憋(d)	PEF(L/s)	FEV_1(L)
传统组	71	9.05±2.13	4.02±1.01	3.74±0.49	1.92±0.31
观察组	72	6.19±1.54	2.39±0.65	4.47±0.62	2.41±0.37
t 值		7.036	8.210	6.530	6.489
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组治疗后的 $CD3^+$、$CD4^+$、IGM、IGA 指标

相较于观察组，传统组治疗后的 $CD3^+$、$CD4^+$明显更小；且 IGM、IGA 指标明显更大(P<0.05)。数据详见表 2。

表 2 两组治疗后的 $CD3^+$、$CD4^+$、IGM、IGA 指标（$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	$CD3^+$(%)	$CD4^+$(%)	IGM(g/L)	IGA(g/L)
传统组	71	60.74±5.17	33.80±2.03	1.46±0.29	1.22±0.27
观察组	72	68.90±5.41	39.25±1.86	0.83±0.24	0.79±0.25
t 值		5.108	6.925	4.462	4.738
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3.讨论

小儿肺炎支原体感染是常见儿童疾病之一，支原体感染为主要病因[5]。目前，尚未完全明确小儿肺炎支原体感染的发病机制，但多数

学者均认为与支原体感染引起的免疫功能紊乱、免疫损伤有关[6]。对于此类患儿而言，患病之后，体内免疫应答处于异常状态，使 C 反应蛋白、白三烯等炎性因子异常表达，进而产生气道高反应性、呼吸道炎性反应，让患儿出现痉挛性咳嗽、顽固性干咳等表现。病情严重者，甚至会诱发急性哮喘。在炎性侵袭过程中，白三烯主要起介导作用，增加血管通透性，加快器官收缩。从而，造成体内嗜酸性粒细胞大量聚集，加重患儿病情。与此同时，支原体感染也会对患儿呼吸道、肺功能造成一定程度的损伤，增加心肌炎、肾炎的发生风险[7]。若未及时接受诊疗，会严重损害患儿身心健康。目前，本病主要采用药物治疗，效果确切。肺炎支原体虽然含有 DNA、RNA，但不含细胞壁，是一种直接致病微生物，直接作用于细胞的药物难以取得理想效果。其中，常规对症治疗包括补液、退热、雾化等方法。抗菌治疗时，一般均采用大环内酯类药物，阿奇霉素、红霉素均较为常用。期间，周期一般较长，约 7-21d。且不可过早停药，降低后续复发风险。红霉素是一种水溶性红霉素乳糖醛酸脂，对链球菌、葡萄球菌属、革兰阳性杆菌等均有较强的抗菌作用[8]。患儿给药后，能快速作用于病灶位置，直接穿透细菌细胞膜，阻断核糖核酸的转移，也能抑制细菌蛋白质合成。然而，此药在应用期间，仅能对分裂活跃的细菌产生效果，整体效果有待提升。阿奇霉素是一种氮杂类化合物，患儿用药后，通过结合敏感细菌 50s 核糖体亚单位，能抑制细菌蛋白质合成，且不会影响核酸合成[9]。作为第三代大环内酯类抗生素，具备十分稳定的化学结构，通过阻断细菌转肽过程，能在短时间内控制肺炎支原体感染。近年来，在呼吸系统疾病的治疗中，阿奇霉素的应用广泛，效果较佳。为确保临床效果，也应注意阿奇霉素的应用合理性，尽可能减小耐药性对临床效果的影响。在阿奇霉素的使用期间，也可能引起发热、过敏性皮疹、过敏性休克、肠胃反应等不良反应。在治疗之前，应仔细了解患儿是否存在过敏史，经药敏试验、细菌培养后，根据结果选择适宜治疗方式。严格控制、管理药物使用剂量，降低不良反应发生风险。

本次研究显示，传统组治疗后的咳嗽消失(9.05±2.13)d、喘憋消失(4.02±1.01)d，明显长于观察组(6.19±1.54)d、(2.39±0.65)d(P<0.05)。结果提示，阿奇霉素是一种有效的抗菌药物，利于快速消除 患儿咳嗽、喘憋等症状，减轻对生活的影响。该药对肺炎支原体产生受伤作用后，可以抑制支原体抗原刺激，抑制炎性介质，减少对 B 细胞的刺激作用。调节 $CD3^+$、$CD4^+$水平，发挥体液免疫调节作用。其次，观察组治疗后的 PEF(4.47±0.62)L/s、FEV_1(2.41±0.37)L，明显大于传统组(3.74±0.49)L/s、(1.92±0.31)L(P<0.05)。结果表明，阿奇霉素利于改善患儿肺功能，加快病情恢复，保障患儿身心健康。而且，传统组治疗后的 $CD3^+$(60.74±5.17)%、$CD4^+$(33.80±2.03)%，明显小于观察组(68.90±5.41)%、(39.25±1.86)%(P<0.05)。数据显示，阿奇霉素改善人 T 淋巴细胞亚群的效果较佳。肺炎支原体感染会破坏细胞免疫功能，表现出 T 淋巴细胞亚群失调。患儿用药后，能对中性粒细胞、吞噬细胞发挥良好的渗透性，抑制中性粒细胞浸润，增强自然杀伤细胞的活性。抑制弹性蛋白酶产生，减低体内氧自由基含量，促进 T 淋巴细胞亚群平衡，对炎症因子的分泌进行抑制，减轻炎症反应，增强免疫功能。另外，观察组治疗后的 IGM(0.83±0.24)g/L、IGA(0.79±0.25)g/L，明显低于传统组(1.46±0.29)g/L、(1.22±0.27)g/L(P<0.05)。数据指出，观察组患儿的免疫功能改善情况更佳，对病菌的抵抗能力更优。究其原因：阿奇霉素、红霉素作为同属抗菌药物，均可对患儿的机体免疫状况进行调节。其中，后者在治疗呼吸系统感染时，按照一定时间间隔使用药物，维持体内药物浓度，能取得较佳效果。但其作用机制较为单一，整体效果不甚理想[10]。而前者对支原体、衣原体、厌氧菌等均有抗菌活性，有效抑制细菌蛋白质合成。相对而言，阿奇霉素的整体疗效更优，快速缓解临床症状，增强免疫功能，提高治疗效果。

综上所述，儿科疾病的临床治疗中，合理应用阿奇霉素，能改善机体免疫功能，加快疾病转归。用于治疗小儿肺炎支原体感染，能加快咳嗽、喘憋等体征的好转，改善肺功能。疗效较佳，临床应用价值显著。

参考文献：

[1]吴英,郭丽敏,杨琴,等.不同剂量甲泼尼龙琥珀酸钠联合阿奇霉素治疗儿童难治性肺炎支原体肺炎的疗效观察[J].国际儿科学杂志,2021,48(6):75-76.

[2]欧静琳,王万丽.宣肺止咳汤联合阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎的临床效果及对其炎症指标的影响[J].山西医药杂志,2022,51(13):301-302.

[3]童仁香,陈倩常,甄填,等. 阿奇霉素序贯治疗联合硫酸特布他林对肺炎支原体肺炎患儿肺功能和血清 IL-6,CRP,PCT 水平的影响[J].现代生物医学进展,2021,21(16):3160-3163.

[4]黄佳靓,朱小波,章波,等.热毒宁联合阿奇霉素治疗儿童支原体肺炎的临床效果及对血清 APC,IL-1R1 的影响[J].临床误诊误治,2022,17(8):35-36.

[5]柳月,袁媛,王翠雪. 责任制护理在阿奇霉素治疗重症肺炎中的应用及对患者肺功能的影响[J].河北医药,2022,44(5):49-50.

[6]杨若渠,霍芃呈,胡琮佼,等. 阿奇霉素辅助Ⅲ/Ⅳ期牙周炎患者非手术治疗的临床疗效及其对唾液微生物群落的影响[J].口腔医学,2022,42(7):89-90.

[7]何林, 袁艺,曹玲,等. 肺炎支原体肺炎患儿 ABCB1 C3435T 基因多态性与体内阿奇霉素药物浓度的相关性[J].中国医刊,2021,56(10):125-126.

[8]李宏贵, 梁俊杰,蔡伟桐.硝黄散外敷联合阿奇霉素干混悬剂对肺炎支原体肺炎患儿的临床疗效研究[J].新疆医科大学学报,2021,44(4):254-255.

[9]阎进晓,郭静娜,孙苗,等. 阿奇霉素序贯疗法联合复可托对小儿肺炎支原体感染的疗效及 GSH-Px,ICAM-1 水平的影响分析[J].贵州医药,2022,46(10):1542-1544.

[10]梁文婷,吴小红, 颜海峰,等. 百令胶囊联合阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎疗效及对血清 sPD-1,CYTL1 水平的影响[J].疑难病杂志,2023,22(2):78-80.