

肌骨超声对肩周炎的诊断价值研究

朱晓伟

(磁县肿瘤医院 056500)

摘要:目的:分析肩周炎诊断中肌骨超声的应用价值。方法:选取 80 例肩周炎患者,收治于 2021 年 1 月~2023 年 3 月,均给予肌骨超声检查,通过对比磁共振检查结果,分析其诊断价值。结果:磁共振检查的检出率为 97.50%,肌骨超声检出率为 92.50%,二者基本相同($P>0.05$)。经计算,肌骨超声准确度为 95.00%、灵敏度为 94.87%、特异度为 100.00%。结论:临床诊断肩周炎时,肌骨超声具有较高的检出率,且能有效检出不同部位的发病情况,利于尽早发现疾病,进而实施尽早治疗,同时肌骨超声具有较高的准确度、灵敏度及特异度,属于较理想的诊断手段,诊断价值较高,值得广泛推广。

关键词: 肩周炎;肌骨超声;诊断价值

【Abstract】Objective: To analyze the application value of muscle bone ultrasound in the diagnosis of scapulohumeral periarthritis. Method: 80 patients with scapulohumeral periarthritis were selected and treated from all of January 2021 to March 2023, whom underwent muscle bone ultrasound examination. By comparing the results of magnetic resonance imaging, the diagnostic value was analyzed. Result: The detection rate of magnetic resonance examination was 97.50%, and the detection rate of muscle bone ultrasound was 92.50%, both of which were basically the same ($P>0.05$). After calculation, the accuracy of muscle bone ultrasound is 95.00%, the sensitivity is 94.87%, and the specificity is 100.00%. Conclusion: In clinical diagnosis of scapulohumeral periarthritis, musculoskeletal ultrasound has a high detection rate and can effectively detect the incidence of different parts, which is conducive to early detection of the disease and implementation of early treatment. At the same time, musculoskeletal ultrasound has high accuracy, sensitivity, and specificity, which is an ideal diagnostic method with high diagnostic value and is worth promoting widely.

Keywords: Shoulder periarthritis; Muscle bone ultrasound; diagnostic value

肩周炎属于临床常见,有 2%~5%左右的发病率,以 40~60 岁女性为主要发病群体。目前,尚未完全明确该疾病的发病机制,多认为与肩部软组织退行性改变、长期劳累、长时间姿势不良、肩部外伤等因素相关^[1]。肩周炎发病后,以进行性限制肩关节活动度为主要表现,同时伴有疼痛、压痛、怕冷等表现,使患者生活及睡眠受到严重影响,降低生活质量。研究认为,肩周炎属于自限性疾病,大部分患者可在 2 年内康复,不过由于长时间持续的存在症状,导致远期预后不良^[2]。因此,对于肩周炎患者来说,尽早明确诊断、尽早实施治疗具有重要意义。临床诊断肩周炎时,多采用影像学手段,常用检查方法包含 X 线检查、磁共振检查等,X 线检查因图像相对清晰度较差,容易出现误诊、漏诊情况,而磁共振检查虽为金标准,但受到价格、技术要求等因素的影响,患者接受度差,且不能有效的在基层医院普及。近年来,随着超声技术的发展,较多研究发现,肌骨超声在肩周炎诊断方法具有较高的准确度,利于实现早期诊断、早期治疗的目标^[3]。基于此,本研究选取本院肩周炎患者,分析肌骨超声的诊断价值,供临床参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 80 例肩周炎患者,收治于 2021 年 1 月~2023 年 3 月,其中男 32 例,女 48 例;年龄 25~81 岁,平均(55.36±6.18)岁;病程 3 个月~16 年,平均(7.61±2.24)年;左侧发病 44 例,右侧发病 36 例。纳入标准:(1)符合诊断标准;(2)肩肘疼痛、关节活动障碍等症状不同程度存在;(3)沟通、交流可有效进行;(4)知情同意。排除标准:(1)合并精神疾病;(2)双侧发病;(3)合并恶性肿瘤;(4)存在肌骨超声检查禁忌症;(5)肩部疼痛由其他疾病引起,

如胆囊炎、类风湿性关节炎;(6)合并肩关节结核;(7)疼痛区域邻近关节合并骨关节疾病。

1.2 方法

所有患者均先行肌骨超声检查,仪器采用 IU22 型彩色多普勒超声(飞利浦公司生产),选择 13.0MHz 频率的探头,骨骼肌肉血流设置为低速,彩色增益设置为最大。指导患者取坐位并嘱咐保持,开展定性诊断、定位诊断,患侧对比健侧。接着指导患者做出各种动作,包含内旋肩关节、外展肩关节、屈曲肘关节、叉腰等,动作变化过程中探查肩部各个解剖位置,以冈上肌区、冈下肌、肩胛下肌、小圆肌区、二头肌作为主要探查部位。扫查多切面开展,动态评估盂肱关节运动位置及情况。图像获取后,阅片由 2 名医生共同进行。

随后行磁共振检查,仪器采用 1.5TMR 扫描机(GE 生产),选择横轴位 T1WI、冠状位、矢状位 PDWI、脂肪移植 T2WI 扫描序列。

1.3 观察指标

观察肌骨超声诊断结果,对比标准选取磁共振检查结果。按照磁共振检查结果,分析肌骨超声的诊断价值,即计算出准确度、灵敏度、特异度,三者计算公式分别为(真阳性+真阴性)/总例数×100%、真阳性/(真阳性+假阴性)×100%、真阴性/(真阳性+假阳性)×100%。

1.4 统计学分析

处理数据时采用 SPSS22.0,表示计算资料的方式为 n 和率(%),以 χ^2 检验, $P<0.05$ 表明差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 诊断结果对比

磁共振检查的检出率为 97.50%,肌骨超声检出率为 92.50%,二者基本相同($P>0.05$)。见表 1。

表 1 诊断结果对比 n (%)

检查方式	n	冈上肌区	冈下肌	肩胛下肌	小圆肌区
磁共振检查	80	29 (36.25)	4 (5.00)	9 (11.25)	4 (5.00)
肌骨超声	80	28 (35.00)	4 (5.00)	8 (10.00)	3 (3.75)
检查方式	n	二头肌	三角肌	肩峰下滑囊	总检出

磁共振检查	80	23 (28.75)	8 (10.00)	1 (1.25)	78 (97.50)
肌骨超声	80	22 (27.50)	8 (10.00)	1 (1.25)	74 (92.50)

2.2 肌骨超声诊断价值

磁共振检查与肌骨超声的阴性、阳性情况见表 2。经计算，肌骨超声准确度为 95.00%、灵敏度为 94.87%、特异度为 100.00%。

表 2 磁共振检查与肌骨超声的阴性、阳性情况

肌骨超声	磁共振检查		合计
	阳性	阴性	
阳性	74	0	74
阴性	4	2	6
合计	78	2	80

3 讨论

在众多人体关节中，肩关节具有最大的活动范围，由于肩胛盂较小，关节囊松弛度较高，因而复杂的大范围活动开展过程中，肩关节较易被损伤。肩部损伤主要是慢性小创伤，引发原因是局部过度劳累，当肩部疼痛长时间存在，且长期限制活动范围时，患者正常生活、工作均会受到严重影响，从而造成直线降低生活质量^[4]。因此，临床主张及早发现、及早确诊肩周炎，以能及时实施有效治疗，促进肩关节功能改善，提高生活质量。近年来，临床越来越重视肩关节损伤，而肩周炎诊断方式的研究已成为研究热点问题之一。

目前，临床诊断肩周炎时，多采用影像学检查手段，X 线、CT、磁共振等方法均比较常用，其中 X 线较难显示出关节周边软组织病变，CT 及磁共振均有较高的分辨率，能将关节周边软组织病变清楚的显示出来，但均有较昂贵的检查费用，难以作为常规检查手段，也较难普及到基层医院^[5]。近年随着不断的发展超声技术，肩周炎诊断过程中开始逐渐的应用此项技术，该技术优势众多，包含无创、操作简单、可重复进行、价格实惠等，深受患者认可和接受。肌骨超声是超声中的一种，其检查媒介为传统浅表超声或高频超声，且采用高频率探头，与传统超声诊断技术相比，其能将皮肤、脂肪、肌肉、韧带、神经、关节等结构清晰地显示出来，还能从动态、静态两个方面综合性的评估肩关节腔、肩关节构成骨情况，同时与病史、临床表现相结合后，能够较为准确的做出诊断^[6]。现阶段，临床各科室诊断疾病时，已经广泛应用肌骨超声，特别是骨科、关节运动创伤科、康复科等诊治骨关节疾病的科室，应用更是广泛。

作为实时诊断工具，肌骨超声通过双侧对比，可对肩部相关情况做出动态评估，同时，利用肩袖肌群厚度、喙肱韧带（CHL）厚度、盂肱关节囊（IC）厚度等特定结构参数，能实现量化评估肩周炎病情。研究证实，在单侧发病肩周炎患者中，患侧与健侧的 IC 厚度差异非常明显，通过该厚度的测量，可作出有效诊断^[7]。还有学者回顾性分析肩周炎患者资料发现，CHL 厚度、IC 厚度、旋转间隔等结构改变关于关节囊粘连的临床特征，同时提出，肩周炎诊断时，IC 厚度 4mm、CHL 厚度 2.2mm 可作为临界值^[8]。肩袖评估过程中，肌骨超声也具有一定价值。肩周炎发病后，会限制肩关节活动，并引发肩部疼痛，因缺乏锻炼，患侧肩部分肌肉会逐渐萎缩，利用肌骨超声和磁共振评估网上肌萎缩情况时，二者差异并不显著，且相关性良好。另外，检查过程中使用的探头为高频率的，通过弹性成像、超微血流成像等技术，能对肩周组织情况做出综合性的评估。

本次研究发现，磁共振、肌骨超声的检出率分别为 97.50%、92.50%，二者差异并不显著（P>0.05）；同时，对比磁共振检查结果，肌骨超声的准确度为 95.00%、灵敏度为 94.87%、特异度为 100.00%；说明肌骨超声具有较高的诊断价值，原因是肌骨超声的软组织、骨骼分辨率均比较高，通过血流探查技术，对比检测情况，促进检出率提

高。本次研究中，肌骨超声较为清楚的显示出健侧位置的肩部情况，筋膜菲薄；皮肤回声线为高回声，且连续致密；皮下脂肪的回声特征体现为低回声；探查肩袖区发现，肌肉呈现出羽毛状的纵切面、点状的横切面；探查肌腱发现，回声为中等，但边缘回声有强化表现；内部回声均匀，滑膜表现为带状增强回声；探查肌筋膜，肌肉轮廓明显；探查关节囊，骨质呈现为强回声线，前方为低回声均分布均匀，外侧回声高呈细带状；关节囊有清楚的结构，分布具备连续性^[9]。而探查患侧时，异常影像特征明显存在，肩部形态较为粗糙，筋膜增厚现象不同程度存在；皮肤状态正常，但被累及的皮下组织则有不均匀回声被检出；累及的肌肉无回声，累及的肌腱则有增厚表现，内部减低回声，分布杂乱；部分患者呈现出斑状高回声，移位情况同时存在；累及的肌腱发生了破裂时，降低肌腱厚度，局部回声中断；若是损伤肩关节囊壁，均匀低回声会被检出，部分会表现为消除外侧细带状高回声；如伴有囊壁粘连，低回声消失现象可检出；当剑鞘被累及，水肿、不规则局限性增厚均能被探查；筋膜受累时，增加筋膜厚度，并伴有毛糙、粘连情况^[10]。根据上述超声特征，医生能较为准确的判断肩周炎情况，同时能有效检出受累的肩关节部位，利于治疗及时、准确的开展，进而改善患者预后情况。

综上，肩周炎的明确诊断对症状改善、生活质量提高具有重要的意义，应用肌骨超声诊断该疾病后，其实时动态观察、操作简单、无创伤等优势可充分发挥出来，利于有效检出肩周炎疾病，同时通过清晰的显示肩关节周围软组织、肌腱等情况，有助于确定具体的病变位置，并判断病变严重程度。此外，对比磁共振检查结果发现，肌骨超声的检出率与其基本相当，且准确度、灵敏度与特异度也比较高，可将可靠的依据提供给临床诊断和治疗。

参考文献：

- [1]刘春香. 肌骨超声对肩周炎的诊断价值[J]. 中国城乡企业卫生, 2023, 38 (01): 170-172.
- [2]李喜, 李慎义, 张轶, 等. 肌骨超声在肩周炎的诊断研究进展[J]. 实用医学杂志, 2022, 38 (07): 913-916.
- [3]李伶俐, 张润. 肌骨超声对肩周炎的诊断及引导注射治疗的有效性分析[J]. 中国现代药物应用, 2022, 16 (03): 108-110.
- [4]杨晓雨, 袁心仪, 柴东博, 等. 肌骨超声在常见肌肉骨骼疾病康复治疗中的应用进展[J]. 转化医学杂志, 2021, 10 (05): 335-338.
- [5]邱懿德, 黄伟俊, 陈瀚勋, 等. 实时超声下隐窝关节囊的改变在肩周炎诊断中的价值分析[J]. 现代诊断与治疗, 2020, 31 (24): 3985-3987.
- [6]雷小庆. 肌骨超声对肩周炎的诊断价值分析[J]. 中国农村卫生, 2020, 12 (18): 45.
- [7]魏昭, 郭建平, 陈燊. 高频超声在肩周炎中的应用价值[J]. 世界复合医学, 2020, 6 (08): 127-129.
- [8]罗春荣. 肌骨超声对肩周炎诊断的准确性和引导注射治疗的有效性分析[J]. 首都食品与医药, 2020, 27 (04): 81.
- [9]徐远驰. 超声诊断并引导注射治疗肩周炎的应用价值评价[J]. 影像研究与医学应用, 2018, 2 (22): 129-130.
- [10]沈华良, 谭燕, 陈佳佳. 肩周炎的超声图像特点及其临床诊断价值[J]. 中国高等医学教育, 2018 (02): 134-135.

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

MEBT/MEBO 治疗慢性难愈性创面的临床疗效分析

罗 业 魏 娇 陈 敏 冯会容^{通讯作者}

(西南医科大学附属中医医院 四川省泸州市 646000)

摘要:目的:探究分析对慢性难愈性创面患者实施 MEBT/MEBO 治疗后取得的临床疗效。方法:选择时间为 2022 年 1 月至 2023 年 1 月,慢性难愈性创面患者 100 例,依据不同治疗手段细分为观察组(MEBT/MEBO 技术治疗);对照组(皮肤溃疡清创术治疗),各 50 例。比较分析创面愈合、结痂情况,创面疼痛评分、疾病疗效、不良反应等。结果:观察组创面愈合、结痂及其脱落时间短于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后观察组创面疼痛评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组总疗效 48 例(96.00%)高于对照组 34 例(68.00%),差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组 1 例(2.00%)低于对照组不良反应 9 例(18.00%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:针对慢性难愈性创面患者予以 MEBT/MEBO 技术治疗,将加速创面恢复速度,降低疼痛程度和感染、组织继续损伤、瘢痕增生等不良反应的出现,提升对慢性难愈性创面的治愈率,适合应用于临床推广。

关键词:慢性难愈性创面; MEBT/MEBO 技术; 疗效评估

慢性难愈性创面主要指因为各种因素所造成的术后切口、压疮、糖尿病足、创伤、烧伤,以及体表恶性、脉管性、放射性溃疡等,通过超出一个月时间的治疗后依旧无法愈合且倾向于溃疡的创面。通常修复过程较为复杂,愈合时间较长^[1]。特别是那些伴有心脑血管、糖尿病的老年患者,治疗时应实现多学科、专业化的配合,临床上处理起来存在一定难度。而烧伤创面再生医疗技术(MEBT/MEBO)作为干细胞原位培养,无损伤性地液化、排除坏死皮肤的医疗技术,通过人体皮肤原位、皮肤组织干细胞组织培养程序,实现组织原位再生,在创面活组织的基底上再生新的皮肤^[2]。基于此把 MEBT/MEBO 技术治疗的方式用于 2022 年 1 月至 2023 年 1 月的共 100 例慢性难愈性创面患者,现对研究结果分析如下:

1. 资料与方法

1.1 一般资料:2022 年 1 月至 2023 年 1 月,慢性难愈性创面患者 100 例,按照不同治疗手段细分为观察组(MEBT/MEBO 技术治疗)及对照组(皮肤溃疡清创术治疗),各 50 例,经医院伦理学会审核批准。对照组男性 27 例,女性 23 例,年龄(12~86)岁,平均(57.38±1.09)岁,创面类型:强碱性粉末化学烧伤 10 例、挤压伤后坏死性肌筋膜炎 19、双下肢重度皮肤溃疡伴感染(坏疽性脓皮病)5 例、瘢痕性溃疡 16 例;观察组年龄(11~85)岁,平均(57.44±1.11)岁,男性 28 例,女性 22 例,创面类型:强碱性粉末化学烧伤 11 例、挤压伤后坏死性肌筋膜炎 20、双下肢重度皮肤溃疡伴感染(坏疽性脓皮病)6 例、瘢痕性溃疡 13 例。慢性难愈性创面患者一般资料对比无意义 $P > 0.05$ 。

1.2 纳排标准

1.2.1 纳入标准

患者签订知情同意书;精神良好;提供详细资料;充分履行知情权;患者及家属对研究表示支持;不伴随药物过敏史;符合慢性难愈性创面诊断标准^[3]。

1.2.2 排除标准

伴随造血系统和自身免疫性疾病;存在精神异常;妊娠期或哺乳期妇女;因各种原因无法配合治疗;临床资料不全者。

1.3 方法

1.3.1 治疗方法

对照组皮肤溃疡清创术治疗。在局部麻醉下,常规消毒后对坏死组织进行彻底清除,将溃疡边 0.3~0.7cm 的皮缘切除,用双氧水在常规止血后冲洗一遍,生理盐水三遍。随后依据患者创面实际大小,对

医用海绵进行裁剪,在海绵上把引流管带侧孔一端插入,另一端接负压引流器,患者的创面用海绵覆盖好,对周围皮肤进行清洁并擦干,随后予以安舒妥封闭,接中心负压吸引,持续开展 24 小时,并设置 250~300mmHg 为压力。当患者的创面通过新鲜肉芽大概覆盖后实施直接缝合、游离植皮或开展皮瓣移植。

观察组 MEBT/MEBO 技术治疗。首先用生理盐水冲洗患者的创面,以尽可能保护间生态组织为原则,将明显的坏死组织彻底清除,并逐步判定处理难以判定活性的组织,通过手术的方式切除老化的纤维和肉芽组织,形成新鲜创面。清创后,均匀涂抹烧伤湿润膏,厚度为 1~2 毫米,制作油纱 4~6 层。保持创面良好的湿润环境,使创面充分液化。针对创面液化物,每隔 4 个小时清除 1 次。观察周围皮肤有无浸渍。并注意及时清除液化物、坏死组织和供药;创面不宜疼痛、不出血、不损伤正常组织。在清除坏死组织时,注意动作轻柔准确,避免造成患者疼痛感强烈。全程使用湿润烧伤膏治疗,3~5 天后进行揭皮。渗出期要少用(MEBO 厚度<1mm),液化期要多用(MEBO 厚度≥1mm),愈合期要少用(MEBO 厚度<1mm)。对于右足背 II 度烧伤时应应用再生医疗技术治疗,用药时间应尽早,一般在伤后 4 小时以内用药最佳,并进行水疱穿刺。直至创面完全愈合。

1.3.2 观察指标

比较分析创面愈合、结痂情况,创面疼痛评分、疾病疗效、不良反应等。(1)创面愈合、结痂、结痂脱落时间。(2)创面疼痛评分^[4]:选择视觉模拟评分法(VAS)评定,0 分,则无疼痛发生;1~3 分,则静息状态下无疼痛症状,或在相关活动时出现轻微疼痛;4~6 分,则发生轻微疼痛;7~10 分,依旧存在明显的疼痛感。(3)不良反应发生率^[5]:主要包含组织继续损伤、创面感染、瘢痕增生等,总发生率=(组织继续损伤+创面感染+瘢痕增生发生例数)/50 例*100%。

1.3.3 疗效判定标准

无效:创面、症状等情况均未改善;有效:患者的创面基本越好,斑点、色素等体征和症状均改善,尚未脱痂;显效:患者的创面愈合且脱痂,皮肤恢复平整,斑点、色素等体征和症状彻底消失。(显效+有效)/50 例*100.00%=治疗总有效率^[6]。

1.3.4 统计学分析

选择 SPSS 23.0 软件,均数±标准差表示计量资料;两组间比较采用 t 检验;计数资料采用卡方检验 χ^2 检验; $P < 0.05$ 则差异有统计学意义。

2. 结果

2.1 比较创面愈合、结痂、结痂脱落时间：观察组各项时间短于对照组，明显指出通过对慢性难愈性创面患者实施 MEBT/MEBO 技术治疗后，创面愈合情况改善，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 比较创面愈合、结痂、结痂脱落时间 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	例数	结痂时间	创面愈合时间	结痂脱落时间
观察组	50	8.50 ± 1.60	7.50 ± 1.40	10.61 ± 1.20
对照组	50	13.38 ± 2.56	12.38 ± 2.76	15.60 ± 2.58
t		9.699	9.461	10.522
P		0.000	0.000	0.000

2.2 比较 VAS 评分：两组治疗前创面疼痛程度评分无差异 ($P > 0.05$)，治疗后观察组低于对照组，明显指出通过对慢性难愈性创面患者实施 MEBT/MEBO 技术治疗后，创面疼痛程度改善，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 比较 VAS 评分 ($\bar{x} \pm s, 分$)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	50	3.46 ± 0.76	1.01 ± 0.26
对照组	50	3.50 ± 0.71	1.68 ± 0.78
t		0.272	5.762
P		0.785	0.000

2.3 比较临床疗效：观察组总疗效 48 例 (96.00%) 高于对照组 34 例 (68.00%)，明显指出通过对慢性难愈性创面患者实施 MEBT/MEBO 技术治疗后，疾病疗效提升，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 临床疗效分析 [n (%)]

组别	例数	无效	有效	显效	总有效率 (%)
观察组	50	2 (4.00)	28 (56.00)	20 (40.00)	48 (96.00)
对照组	50	16 (32.00)	27 (54.00)	7 (14.00)	34 (68.00)
χ^2					13.279
P					0.000

2.4 比较不良反应发生率：观察组不良反应 1 例 (2.00%) 低于对照组组织继续损伤、创面感染、瘢痕增生 9 例 (18.00%)，明显指出通过对慢性难愈性创面患者实施 MEBT/MEBO 技术治疗后，不良反应发生率更低，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 4。

表 4 分析不良反应发生率 [n (%)]

组别	例数	组织继续损伤	创面感染	瘢痕增生	总发生率 (%)
观察组	50	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.00)	1 (2.00)
对照组	50	3 (6.00)	3 (6.00)	3 (6.00)	9 (18.00)
χ^2					4.351
P					0.037

3. 讨论

烧伤创面再生医疗技术 (MEBT/MEBO) 是使用湿润烧伤膏 (MEBO) 药纱外敷治疗，使创面在治疗的全程始终处在一个湿润环境中，通过药物使坏死组织液化将其去除。MEBO 混合渗出物、组织代谢物，和坏死组织形成液化物 (药痂)，自动产生有效引流作用；MEBO 能够促进细菌变异，其中的有效成分可通过改善微循环和营养支持作用营养细胞，加快了创面愈合。使用烧伤创面再生医疗技术 (MEBT/MEBO) 后，坏死组织液化，无痛的清除，使创面修复，不损伤新鲜肉芽组织，不疼痛不出血^[7]。烧伤湿润膏 (MEBO) 含有丰富的营养成分，为组织成长提供充足的营养，可使老化组织改变血供和氧供，以再生的方式重新建立向心移行生长机制，实现治愈目的。

此次研究结果显示，观察组创面愈合、结痂及其脱落时间短于对

对照组，明显指出通过对慢性难愈性创面患者实施 MEBT/MEBO 技术治疗后，创面愈合情况改善，差异有统计学意义；治疗后观察组创面疼痛评分低于对照组，明显指出通过对慢性难愈性创面患者实施 MEBT/MEBO 技术治疗后，创面疼痛程度改善，差异有统计学意义。MEBT/MEBO 技术能够无损伤地液化排除坏死组织，借助理性控制菌毒技术，保持创面组织的生理湿润环境，适用于烧伤。在治疗的过程中，湿润烧伤膏保护创面暴露的神经末梢免受刺激，缓解微血管痉挛，疏通淤滞的毛细血管，从而减少各种代谢废物在局部的堆积。提示对慢性难愈性创面患者实施 MEBT/MEBO 技术治疗后可缩短创面愈合、结痂、结痂脱落时间，降低创面疼痛程度。

此次研究结果显示，观察组总疗效 48 例 (96.00%) 高于对照组 34 例 (68.00%)，明显指出通过对慢性难愈性创面患者实施 MEBT/MEBO 技术治疗后，疾病疗效提升，差异有统计学意义；观察组 1 例 (2.00%) 低于对照组组织继续损伤、创面感染、瘢痕增生 9 例 (18.00%)，明显指出通过对慢性难愈性创面患者实施 MEBT/MEBO 技术治疗后，不良反应发生率更低，差异有统计学意义。MEBT/MEBO 保持创面通畅引流来控制感染；湿润烧伤膏能够吸收烧伤创面的残余热量，减轻对创面组织的继续热损伤，且当湿润烧伤膏被创面吸收后，可以缓解创面淤滞带毛细血管痉挛^[8]。不仅如此，成纤维细胞是引起瘢痕主要细胞，而湿润烧伤膏能使成纤维细胞凋亡，抑制成纤维细胞过度增生。提示对慢性难愈性创面患者实施 MEBT/MEBO 技术治疗后可提升疾病疗效，降低不良反应的发生。

综上所述，针对慢性难愈性创面患者，通过采用 MEBT/MEBO 技术治疗的方式，对创面疼痛水平的降低、病症控制产生的作用显著，同时可以缩短创面愈合、结痂、结痂脱落时间，能够提升疾病疗效，降低各项不良反应的发生，具有临床应用价值，适合推广。

参考文献：

- [1] 岑丽君, 贺佐分, 田馨如, 等. MEBT/MEBO 对慢性难愈创面组织内 Nrf2/HO-1/NQO1 信号通路的影响[J]. 中国烧伤创疡杂志, 2023, 35 (03): 169-177.
- [2] 贺佐分, 田馨如, 龚元勋, 等. MEBT/MEBO 调控肌成纤维细胞促进糖尿病难愈创面修复的机制研究[J]. 右江民族医学院学报, 2023, 45 (02): 182-189.
- [3] 徐媛媛, 周安邦, 黄光京, 等. MEBT/MEBO 对糖尿病大鼠慢性创面组织 miR-126a-3p 表达及血管新生的影响[J]. 右江医学, 2023, 51 (03): 216-221.
- [4] 谌海方, 肖勇, 高建东. MEBT/MEBO 治愈全身多处烧伤合并吸入性损伤 1 例报告[J]. 中国烧伤创疡杂志, 2023, 35 (02): 119-121.
- [5] 王雪玲, 左远娟. 湿润暴露疗法 (MEBT) /湿润烧伤膏 (MEBO) 治疗糖尿病足溃疡的研究进展[J]. 中国民间疗法, 2023, 31 (04): 119-122.
- [6] 黄欣, 尹星, 狄钾琪, 等. MEBT/MEBO 联合壮医解毒祛邪法促进慢性难愈创面修复机制研究[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2022, 24 (10): 3786-3796.
- [7] 田馨如, 贺佐分, 岑丽君, 等. MEBT/MEBO 对慢性难愈创面 NF- κ B p65、I κ B α 、IKK 及其磷酸化蛋白表达水平的影响[J]. 中国烧伤创疡杂志, 2022, 34 (03): 153-161.
- [8] 吴石兵, 孟庆叶, 陈婷. 负压创面治疗技术与传统换药技术治疗慢性难愈性创面的临床疗效及疼痛指数评分分析[J]. 世界复合医学, 2020, 6 (10): 50-52.

针灸治疗类风湿性关节炎的临床研究

刘晓琳 郑祖艳^{通讯作者}

(黑龙江中医药大学附属第一医院 黑龙江省哈尔滨市 150000)

摘要: 类风湿性关节炎是一种以关节滑膜炎为特点的慢性全身性疾病,在滑膜炎持久反复发作用下,导致患者关节内软骨和骨的破坏,出现关节功能障碍,最严重者甚至残废,目前常用药物治疗为尼美舒利、雷公藤以及腰痛宁等,而针灸作为我国东方医学的重要组成部分,其包含针灸理论、腧穴、针灸技术以及相关器具,并形成独特的中华民族文化与地理特征,是我国民族文化与科学传统的宝贵遗产。据此,文中阐述了单一针灸疗法、其他疗法以及联合疗法类风湿性关节炎,希望为今后针灸治疗类风湿性关节炎的临床研究提供新思路。

关键词: 类风湿性关节炎; 针灸治疗; 联合疗法

引言:

类风湿性关节炎主要表现为全身性自身免疫性疾病,并是一种侵蚀性关节炎,不仅导致患者关节损伤,还对其心、肾以及神经系统造成破坏,如延迟治疗,将出现关节畸形以及功能丧失等恶劣现象,其发病机理难以辨别,目前多以遗传、微生物、感染环境以及免疫系统等因素有关。我国中医将类风湿性关节炎表现为风寒湿热,影响患者气血运行,对人体肌肉、关节以及筋骨等方便活动产生阻碍,临床主要表现为小关节对称性肿胀,活动性持续下降等,目前发病范围主要为 30—55 岁,且女性人群发病率较大,西医中针对类风湿性关节炎疗法主要采用糖皮质激素、抗风湿药以及生物制剂等,长时间使用存在较大毒性,易导致患者出现肾损害、肝损害以及耐药性。而我国传统疗法针灸可对人体穴位给予刺激,调理患者气血和脏腑功能,减少疼痛状况,改善患者临床症状。

1. 单一针灸疗法治疗类风湿性关节炎

1.1 单纯毫针刺

毫针疗法在医学上又称之为体针疗法,主要采用毫针为实施工具,在人体十四经中的腧穴开展针刺活动,并对机体神经以及脏腑功能给予调节,通调营卫气血,是我国最常用的传统针刺疗法之一,且具体取患者血海、阳池、曲池,鹤顶、阳陵泉、双侧风池以及内膝眼等,配合局部阿是穴,以此较纯西药治疗方式来讲更加有效。除此以外,还可取肾俞、命门、足三里、太溪、三阴交等部位,并检查针刺后患者红细胞沉降率、c-反应蛋白和类风湿因子,得到其项目均明显下降,且采用 ESR、CRP 和 RF 作为观察指标,保证针刺过程符合国际研究标准^[1]。

1.2 温针灸

温针灸又称之为针柄灸,具体针灸过程为在留针的过程中,使艾绒成团状,并裹于针柄上,点燃艾绒后,将热力传入穴位,其主要刺激穴位是体穴和阿是穴,保持艾团在皮肤 3cm 左右,如患者难以忍受灼烧的痛感,可在具体穴位处放置硬纸片,降低火力。随着近几年医疗技术发展,已流行帽状艾柱行温针灸,其内部成分约为艾叶碳,长度为 2cm,直径 1cm,一端设有小孔,再点燃后将其放置在针柄上,保证 30min 的燃烧时长,由于其外形如小帽,故又称之为帽状灸,在针灸过程中,既无烟又可持续较长时间,因此已成为较理想的针灸疗法^[2]。针对温针灸的主要治疗范围,即拥有冠心病、风湿性关节炎、高脂血症、腹痛、腹泻、腰腿痛、骨质增生以及风寒湿痹症的患者更加有效,并在针灸过程中应注意以下事项,一方面,温针灸要防止艾火脱落而伤害皮肤,可将硬纸剪成圆形,卡片在中心处剪出缺口,放置在针下穴位,另一方面,要保证患者处于静止,不要轻易挪动肢体,防止其灼伤。

1.3 火针

火针将通过烧红的针尖刺入人体穴位,治疗体内疾病,具备温经散寒,精通活力的作用,通经活络,其在我国已拥有数千年历史,如

今已成为独特的医疗体系,火针主要采用较粗的不锈钢针或特制的针具,例如弹簧式火针、三头火针以及用钨合金所做的火针,主要用于类风湿性关节炎、胃下垂、痛经、阳痿等疾病。针对风湿性关节炎的临床治疗具体操作为以下几点,首先选穴与消毒,其要根据患者不同症状辨证取穴,并采取固定体位,防止患者改变姿势,影响穴位准确性,青壮年患者可取穴略多,在选取穴位后严格采取消毒流程,一方面使用碘酒消毒,另一方面用酒精棉球脱碘,防止患者出现感染^[3]。其次,烧针是活针的关键步骤,具体指在使用前应将针烧红,可采用酒精灯进行烧针。最后进行针刺和深度的判断,针刺时用烧红的针具迅速刺入患者穴位,其深度也要根据病情、体质、年龄给予判断,并注意火针后患者局部发痒,禁止用手搔抓,防止感染,同时类风湿性关节炎患者在开展针刺后,如局部出现红晕或红肿状态,应减少洗浴,防止感染。

2. 其他疗法治疗类风湿性关节炎

2.1 针刀疗法

针刀疗法将采用手术和非手术之间的闭合性松懈术,其治疗方式是与软组织松懈术有机结合的产物,并相继出现药针刀疗法与水针刀疗法,已成为独特的针刀医学理论体系,针具由金属材料做成,形状上像针又像刀,结合现代医学外科手术刀发展,形成拥有手持柄、针身以及针刀三部分,具备操作简单和不受环境约束限制等特点,在治疗时其切口较小,不需要缝合,对人体组织的破坏叫小,难引起感染,未出现不良反应,因此充分降低患者的治疗恐惧感,易于接受^[4]。针对针刀疗法的具体操作过程主要为以下几点,首先选择医生方便的体位,并在选好治疗后,采用局部无菌消毒流程,先用酒精消毒,再用碘酒消毒,酒精脱碘。其次要求医生戴无菌手套,确认进针部位,较复杂部位可敷无菌洞巾,防止出现感染。最后为减轻患者疼痛,可采用局部麻醉阻断视觉神经的痛觉传导,并记录 1 月后患者的膝关节压痛以及肿胀情况,判断患者疼痛效果。如患者开展针刀疗法后疼痛加剧,则为正常表现,一般在 4 天左右内消失,同时较多患者在治疗后发现原手术部位不疼,临近部位较为疼痛,此时为新疼痛部位产生,患者不必惊慌。除此以外,禁止采用针刀疗法的患者包括严重心脑血管病、恶性肿瘤患者、全身发热感染患者、血友病、凝血功能不全患者、恶性贫血患者以及严重骨质疏松患者。

2.2 穴位埋线疗法

穴位埋线疗法指将羊肠线埋入穴位,充分利用羊肠线作为异性蛋白提高机体应激与抗压能力,使穴位起到持续刺激作用,提高治疗效果,对类风湿性关节炎治疗效果显著,且疗法仅半个月治疗一次,可充分提高患者依从性。针对穴位埋线疗法的具体操作主要为以下几点,首先应对局部皮肤进行常规消毒,选取 2cm 左右的羊肠线,后接针芯,左手捏起进针部位的皮肤,右手持针,刺入所需深度,将羊肠线埋植患者穴位的皮下组织或肌层内,针孔处采用已消毒的纱布进行

(下转第 7 页)

探讨硫酸镁与硝苯地平在妊娠期高血压疾病临床治疗中的应用效果

邵丽燕

(广东省佛山市高明区人民医院 广东佛山 528500)

摘要: 目的: 评价对妊娠期高血压患者进行硝苯地平联合硫酸镁治疗的应用效果。方法: 选取我院妊娠期高血压患者 110 例, 分为两组, 对照组进行硝苯地平治疗, 观察组进行硫酸镁联合硝苯地平治疗, 对比组间患者的血压状况, 治疗满意度及不良反应发生率。结果: 观察组患者的血压状况, 治疗满意度显著优于对照组, 不良反应发生率显著低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 通过对妊娠期高血压患者进行硫酸镁联合硝苯地平治疗, 能够有效改善患者血压状况。

关键词: 妊娠期高血压; 优质护理; 不良反应; 血压状况

妊娠期高血压 (hypertensive disorders of pregnancy, HDP) 是指在妊娠期间发生的高血压疾病^[1]。妊娠期高血压一般不会影响到母婴的健康, 少部分妊娠期高血压患者会引起严重并发症, 如胎儿生长迟缓、早产等, 严重威胁母婴的生命健康。症状较轻的高血压可以通过安全的非药物治疗得到有效控制, 如改变饮食习惯、控制体重、限制食盐等。但同时应当定期检查血压, 注意早期发现和及时治疗^[2]。对于症状明显的高血压通常需要使用药物治疗, 常用的药物治疗高血压包括钙通道阻滞剂, 非选择性 β 受体阻滞剂, α -肾上腺素能受体阻滞剂, ACEI 和 ARB, 利尿剂等^[3]。钙通道阻滞剂这类药物可以放松血管, 降低血压并延长母血管, 增加了胎儿血液的供应。常用心得安、硝苯地平等药。非选择性 β 受体阻滞剂通过减缓心率和降低心输出率来降低血压^[4]。常用药物有美托洛尔、普萘洛尔、阿罗洛尔等。 α -肾上腺素能受体阻滞剂这类药物通过阻止血管紧张素 2 (AT-2) 的激活, 降低收缩压和舒张压。常用药物有拉贝洛尔、塞利普吉等。ACEI 和 ARB 这类药物通过抑制血管紧张素 1 (AT-1) 受体和肾素-血管紧张素系统对血压的影响来降低血压。常用药物包括贝那普利、依他普利、厄贝沙坦等。利尿剂这类药物可降低体液容量, 通过增加钠的排出, 同时保持对肾脏的血流。常用药物有噻嗪类利尿剂等^[5]。钙通道阻滞剂是一种放松血管和降压的药物, 其作用机制主要是阻止钙离子进入心肌细胞和平滑肌细胞, 从而减少心肌细胞的收缩和血管平滑肌的收缩, 降低血压和心率。 β 受体阻滞剂可以减缓心率、降低心输出量、降低血压, 同时抑制肾素分泌和周围血管的交感神经活性, 从而达到降压的效果。 α -肾上腺素能受体阻滞剂通过靶向 $\alpha 1$ 受体, 阻断肾上腺素刺激血管紧张素 2 (AT-2) 而降血压。ACEI 和 ARB 主要通过抑制血管紧张素里的肾素-血管紧张素系统等因素对血压的调节和影响, 从而达到治疗高血压的效果。利尿剂主要通过促进钠的排泄, 减少体液、血容量而降低血压的效果。本文通过对妊娠期高血压患者进行硝苯地平联合硫酸镁治疗, 旨在探究其对患者不良反应发生率的影响, 现报道如下。

1.1 一般资料

选取 2020 年 1 月到 2022 年 7 月妊娠期高血压患者 110 例, 分为两组, 对照组患者 55 例, 平均年龄 (24.42 ± 2.37) 岁, 观察组患者 55 例, 平均年龄 (23.52 ± 2.47) 岁。

纳入标准: ①患者生命体征正常; ②不存在其他合并症; 排除标准: ①患者存在精神系统疾病; ②患者及家属不配合研究者。

1.2 方法

对照组接受口服硝苯地平治疗, 每日三次, 药量为 10 毫克。输注速率根据患者血压、胎儿心电图等进行调整。观察组采用硝苯地平联合 25%硫酸镁输注治疗, 硝苯地平用法与对照组一致, 用 20 毫升硫酸镁溶于 5%葡萄糖液 100 毫升中缓慢输注完毕, 然后用 25%硫酸镁 60 毫升溶于 5%葡萄糖液 1000 毫升中维持输液, 每天用量小于 25-30

克。

1.3 研究指标

观察两组患者血压状况, 治疗满意度及不良反应发生率。

1.4 统计学方法

统计学结果由 SPSS26.0 统计学软件统计完成, 若组间数据对比结果差异显著 $P < 0.05$, 则具有统计学意义。

2 结果

2.1 对比组间患者收缩压 (SBP)、舒张压 (DBP) 控制情况

表 1 对比组间患者收缩压 (SBP)、舒张压 (DBP) 控制情况 [$\bar{x} \pm s$] /mmHg]

组别	例数	SBP		DBP	
		治疗前	治疗 3h 后	治疗前	治疗后 3h
对照组	55	153.3 ± 12.5	142.2 ± 6.7	94.6 ± 7.9	89.1 ± 4.3
观察组	55	153.4 ± 11.6	138.2 ± 7.1	93.8 ± 8.6	85.4 ± 4.7
t	-	0.061	4.198	0.701	5.951
P	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

观察组患者的收缩压、舒张压均低于对照组, 且 $P < 0.05$, 差异具有统计学意义。详情见表 1。

2.2 组间产妇产后不良事件发生率对比

观察组产妇产后不良事件发生率为 5.45%, 低于对照组的 18.18%。且 $P < 0.05$, 数据具有统计学意义。详情见表 2。

表 2 组间产妇产后不良事件发生率对比 [n (%)]

组别	例数	新生儿窒息	产后出血	终止妊娠	总发生率
观察组	55	1 (1.81)	0 (0.00)	2 (3.63)	3 (5.45)
对照组	55	3 (5.45)	3 (5.45)	4 (9.09)	10 (18.18)
t	-	-	-	-	4.274
P	-	-	-	-	<0.05

2.3 对比两组患者护理满意度

比较组间患者及其家属对护理满意度, 由结果可知, 观察组的患者对护理的满意度要高于对照组 ($P < 0.05$)。具体数据见表 3。

表 3 对比组间患者对护理满意度统计 [n (%)]

组别	例数	满意	较满意	不满意	总满意数
对照组	55	18 (32.72)	31 (56.36)	6 (10.90)	49 (89.09)
观察组	55	23 (41.81)	31 (56.36)	1 (1.81)	54 (98.18)
χ^2	-	-	-	-	4.152
P	-	-	-	-	<0.05

3 小结

妊娠期高血压是孕期易发的一种高血压疾病, 需要引起足够的重视。妊娠期高血压会导致胎儿发育迟缓、宫内窘迫, 使胎儿营养供应不足, 影响其身体健康。孕妇容易出现头晕、恶心、呕吐、心悸、气促等症状, 出现高血压脑病的可能性也增加。妊娠期高血压还会增加

孕妇早产、羊水过少、胎盘早剥和产后出血等并发症的风险。在严重的情况下，妊娠期高血压还会发生急性肾功能衰竭和心力衰竭等严重并发症，甚至对母亲的生命造成威胁。药物治疗是一种常用的治疗手段，硫酸镁和硝苯地平是常见的治疗妊娠期高血压的药物。这两种药物虽然作用机制不同，但都可以发挥预防和治疗妊娠期高血压的效果。硫酸镁是一种镁盐，可以通过静脉或肌肉注射的方式给予患者。在妊娠期高血压中，硫酸镁主要作用为降低血压，缓解痉挛，预防子痫前期的发生和发展。其作用机制主要是通过调节血管平滑肌的松弛，从而增加血管容量，促进血流的畅通，降低母体血压并保障胎儿血流。此外，硫酸镁还能有效地抑制子痫前期的发生和发展，其机制是通过抑制钙离子的进入，从而减弱子痫前期所引起的痉挛。硫酸镁在妊娠期的治疗中具有许多优势^[6]。首先，其安全性较高，不会对胎儿产生负面影响；其次，药物广泛应用且效果较好，是目前治疗妊娠期高血压的首选药物之一。但需要注意的是，硫酸镁的使用需要在医生的指导下进行，以避免过量使用引起镁中毒等问题。硝苯地平是一种钙离子拮抗剂，其主要作用是通过调节心血管系统的平衡，降低血压和阻止子痫前期的发生和演化^[7]。硝苯地平能够抑制血管平滑肌收缩，并放松冠脉和外周血管，降低血压和舒缩压，维持心血管动力学的平衡。据研究，硝苯地平不仅能够有效地降低血压，而且能够明显地减轻子痫前期患者的高血压。从效果上来看，硫酸镁和硝苯地平的作用机制各自独特，相辅相成，可以发挥不同的治疗作用^[8]。临床应根据个体情况和药物特点选择用药，并根据病情和药物不良反应的情况予以相应地调整。硫酸镁和硝苯地平可以作为治疗妊娠期高血压的药物，对保障母婴健康具有重要的作用。由于硝苯地平可扩张血管，从而导致血压过低，故在使用硝苯地平时要注意控制血压水平，同时避免出现头晕、乏力等症状。硝苯地平也有一定的心功能负荷减轻效果，使用时应该注意监测心率和心电图，避免出现心动过缓、心衰等不良反应。在临产前应该减量或停药，以免对新生儿产生不良影响。硫酸镁是一种镁盐制剂，能够降低血压、扩张血管，同时也可以抑制

宫缩，是治疗妊娠期高血压患者的主要药物之一。在使用硫酸镁时，应该严格按照医生的剂量和用法进行使用，不可自行增减药量和用法。硫酸镁在进入血液循环后，在肾脏中被排泄，故在肾功能不全的患者中应该减量或停药。硫酸镁有一定的心血管系统负荷减轻效果，在使用时应该注意监测心率和心电图，避免出现心动过缓和心衰等不良反应。本文通过对妊娠期高血压患者进行硫酸镁联合硝苯地平治疗，结果表明，观察组进行硫酸镁联合硝苯地平治疗，对比组患者的血压状况，治疗满意度及不良反应发生率 ($P < 0.05$)。

综上，通过对妊娠期高血压患者进行优质护理，能够提高患者的生活质量，促进患者快速康复，能够有效改善患者血压状况，值得推广。

参考文献：

- [1] 谢燕. 探讨硫酸镁联合硝苯地平治疗妊高症的临床疗效[J/OL]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 4 (11): 2139.
- [2] 罗德英. 硫酸镁与硫酸镁联合硝苯地平治疗妊高症临床效果探究[J]. 当代医学, 2018, 23 (12): 111-113.
- [3] 黄丽敏. 硫酸镁及硫酸镁联合硝苯地平治疗妊高症的临床效果比较[J]. 当代医学, 2020, 23 (8): 108-110.
- [4] 张晶. 硫酸镁联合硝苯地平治疗妊高症的临床疗效[J]. 北方药学, 2019, 14 (7): 169.
- [5] 刘俊. 硫酸镁联合硝苯地平治疗妊高症的临床观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2017, 25 (5): 98-99.
- [6] 周蓬. 妊高症采用硫酸镁和硫酸镁联合硝苯地平治疗的临床分析[J]. 中外医疗, 2019, 35 (10): 126-127.
- [7] 王艳丽. 硫酸镁及硫酸镁联合硝苯地平治疗妊高症的治疗效果进行对比分析[J/OL]. 世界最新医学信息文摘: 连续型电子期刊, 2020, 16 (84): 137.
- [8] 葛红敏. 硫酸镁联合硝苯地平对妊高症患者临床治疗过程中的疗效[J/OL]. 世界最新医学信息文摘: 连续型电子期刊, 2018, 15 (68): 82.

(上接第 5 页)

覆盖。或采用三角埋线法，具体指在穴位两侧选取距离约为 1cm 左右穴位，并在穴位处进行皮内麻醉，使用持针器夹住带羊肠线的皮肤缝合针，从一侧刺穿过穴位下方的皮下组织，再从对侧穿出，连起两针孔之间的皮，紧贴皮肤剪断线头，轻轻按揉，使羊肠线没入皮下组织，并保证埋线时长约为 25 天左右^[5]。针对穴位埋线疗法，应严格采取无菌操作，防止患者感染，采用三角埋线时，防止断针，操作准确，并尽量埋入患者皮下组织和肌肉之间，且羊肠线禁止暴露在皮肤外面，当羊肠线有剩余时，可浸泡在酒精中，临时使用时用生理盐水浸泡，禁止严重心脏病、妊娠期以及肺结核患者采用穴位埋线法，并在类风湿性关节炎患者出现术后反应时及时处理。

3. 针灸与其他疗法联合治疗类风湿性关节炎

首先，针灸可结合中药疗法，对类风湿性关节炎患者给予治疗，例如取患者三阴交、足三里、肝俞、肾俞、脾俞等为主穴，结合桂枝芍药知母汤进行综合疗法，得到联合治疗患者疼痛积分有所改善，总体临床治愈率提高。其次针灸可联合西药疗法，通过选取足三里、曲池、阳陵泉、大椎、解溪、外关、阳溪、阴陵泉、血海与阿是穴，以及病变关节进行取穴，结合 MTX 和塞来昔布胶囊进行治疗，并记录患者 ESR、CRP 和 RF 状况，对患者临床症状，血液流动情况进行探究，发现其比单一治疗效果更加显著。最后类风湿性关节炎患者可采用综合治疗方法，即中药、西药以及针灸疗法，口服温经散寒通络汤、美洛昔康片、MTX，同时选取三阴交、足三里、风池、外关以及具体病变部位进行针灸治疗，充分改善患者关节功能障碍，增强双手握力。降低患者 ESR、CRP 和 RF，与单一治疗效果相比，具备较大优势。由此可见，在针对类风湿性关节炎患者的临床治疗上，可多采用综合疗法为主，为患者的临床疗效以及可靠性治疗提供有效依据，减少不良反应，提高患者治疗满意度，并结合现代诊断与疗效评定标准，判断

针灸治疗对类风湿性关节炎患者的临床治疗效果，使其更好应用于临床，从而增强针灸疗法使用频率，为我国传统中医治疗的推广奠定坚实基础。

结束语：

于中医视角而言，类风湿性关节炎的发病机理主要为肝肾亏损和外邪入侵两个方面，一方面肝肾亏损，将导致患者肝肾精气受损或阳气受损，致使关节肿胀、疼痛和变形，屈伸不利，另一方面正气不足，邪气易侵，使患者机体受到风寒湿的外邪侵入，患有多处关节疾病，疼痛难忍，以致关节肿胀和畸形。而针灸疗法将通过手法刺入人体穴位，调整患者机体营卫气血，并结合燃烧的艾绒温灼穴位的皮肤表面，利用热刺激来治疗机体疾病，达到温通经络，调和气血的最终目的。综上所述，本文剖析了单一针灸疗法、其他疗法以及联合疗法类风湿性关节炎，旨在为未来针灸治疗类风湿性关节炎的临床研究提供理论基础。

参考文献：

- [1] 郑丹宇, 余慧玲, 周海燕. 中医外治法治疗类风湿性关节炎的研究进展[J]. 光明中医, 2023, 38 (13): 2649-2652.
- [2] 康朝宾, 赵亚妮, 卢延荣. 温针灸联合灯盏细辛穴位注射治疗类风湿性关节炎临床研究[J]. 现代中医药, 2022, 42 (06): 117-121.
- [3] 吕建敏, 刘广宇, 赵海河等. 温针灸配合独活寄生汤治疗类风湿性关节炎临床研究[J]. 陕西中医, 2022, 43 (11): 1613-1616+1620.
- [4] 杨学艺, 袁秀丽. 近五年针灸治疗类风湿性关节炎的临床应用规律研究[J]. 内蒙古中医药, 2021, 40 (05): 149-152.
- [5] 田秋红, 刘维, 吴沅峰等. 针灸联合中药熏蒸治疗类风湿性关节炎的 Meta 分析[J]. 辽宁中医杂志, 2021, 48 (02): 164-172.
- [6] 冯文涛. 针灸治疗类风湿性关节炎 55 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2020, 36 (04): 80-82.

前列腺增生钬激光电切术的临床应用与疗效评估研究

马 建 邓雯井 高妮娜

(云南工商学院 云南昆明 650000)

摘要: 目的: 分析钬激光电切术在前列腺增生患者中的临床应用以及治疗效果。方法: 选取 2021 年 7 月-2022 年 7 月在我院进行治疗的前列腺增生患者共 62 例, 随机分组, 对照组采取经尿道前列腺电切术进行治疗, 研究组患者采用钬激光电切术进行治疗。结果: 对比两组患者围手术期指标可知, 研究组患者的手术时间以及术后冲洗时间明显的短于对照组, 存在显著统计学差异, 住院时间两组患者无明显差异; 对比两组患者并发症情况可知, 研究组患者的并发症发生率为 3.23%, 显著低于对照组患者 16.13%, $P < 0.05$, 差异显著。结论: 钬激光电切术在前列腺增生患者中具有较好的临床效果, 减少并发症发生率, 可临床推广。

关键词: 前列腺增生; 钬激光电切术; 临床应用; 效果评估

前列腺增生是男性普遍面临的一种常见疾病, 尤其在中老年人群中较为常见。随着人口老龄化的加剧, 前列腺增生症的发病率也逐渐上升, 给患者的生活质量和健康带来了重大影响。为了改善患者的症状和生活质量, 临床医学界不断探索各种治疗方法。在过去的几十年里, 前列腺增生的治疗方法经历了从传统的药物治疗到手术干预的转变。钬激光电切术作为一种新兴的治疗方法, 逐渐受到医生和患者的关注和认可^[1]。钬激光电切术是一种以激光为切割工具的微创手术技术, 具有较小创伤、较少并发症以及较短住院时间等优势。然而, 钬激光电切术的临床应用和疗效评估研究仍处于相对初级的阶段。尽管一些研究表明钬激光电切术在前列腺增生治疗中取得了良好的效果, 但仍然存在许多问题亟待解决。例如, 钬激光电切术的适应症、手术操作技巧、疗效评估标准等方面还需要进一步的研究和讨论。因此, 本文旨在对前列腺增生钬激光电切术的临床应用和疗效进行系统的评估和研究。通过搜集和分析相关的临床研究数据, 探讨钬激光电切术在前列腺增生治疗中的效果和优势, 以期为临床医生提供更好的治疗选择, 并为患者提供更为有效的治疗方案, 提高其生活质量和满意度。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 7 月-2022 年 7 月在我院进行治疗的前列腺增生患者共 62 例, 所有患者符合前列腺增生诊断标准, 且排除存在肝肾功能异常以及精神异常患者。将 62 例患者随机划分为两组, 研究组患者 31 例, 最小年龄 50 岁, 最大年龄 78 岁, 平均 65.2 ± 2.6 岁, 对照组患者 31 例, 最小年龄 52 岁, 最大年龄 75 岁, 平均 64.9 ± 3.1 岁, 经对比, 两组患者资料存在可比性。

1.2 研究方法

对照组患者采取经尿道前列腺电切术进行治疗, 手术开始前, 患者接受全身麻醉或腰麻, 以确保手术期间没有疼痛感。医生会通过患者的尿道插入尿道镜以便观察和操作前列腺区域。

在尿道镜的引导下, 医生使用电切器将前列腺内的组织逐渐切除。电切器通过电流产生热量切割和凝固组织, 并通过灌注液来清洗手术区域。手术过程中, 医生持续冲洗手术区域, 以清除切割产生的组织碎片和血液。同时, 使用特殊的器械或药物来止血, 以确保手术区域没有过多的出血。组织切除后, 器械从尿道中取出, 并检查手术区域是否有任何异常出血^[2]。在手术结束后, 留置导尿管。

研究组患者采用钬激光电切术进行治疗。术前, 患者接受全身麻

醉或腰麻。医生通过尿道镜将钬激光器械引入到前列腺区域。尿道镜用于观察和引导手术过程, 而钬激光器则用于切割和凝固组织。在钬激光的作用下, 医生逐渐分离前列腺组织, 将其从尿道中取出, 通常使用激光器械的侧面光纤进行。当医生完成所需的组织切割和凝固后, 将器械从尿道中取出, 并检查手术区域是否有任何异常出血。插入导尿管, 在患者尿道中插入填塞物以减少尿道的炎症和水肿^[3]。

1.3 观察指标

对比两组患者围手术期指标, 比较患者的手术时间、术后冲洗时间以及住院时间。

对比两组患者的并发症发生情况, 并发症包括尿路感染、血尿以及膀胱损伤。

1.4 统计学处理

本次研究的所有数据采用 SPSS. 21.0 进行统计学处理, 计数资料数据采取均值表示, 并通过卡方进行检验, 计量资料数据采取百分率表示, 通过 t 值检验, 数据显著性以 $P = 0.05$ 作为参考临界值^[4]。

2 结果

2.1 两组患者围手术期指标对照

对比两组患者围手术期指标可知, 研究组患者的手术时间以及术后冲洗时间明显的短于对照组, 存在显著统计学差异, 住院时间两组患者无明显差异, 结果见表 1。

表 1 两组患者围手术期指标比较

组别	例数	手术时间 (min)	术后冲洗时间 (min)	住院时间 (h)
研究组	31	54.34 ± 7.84	17.39 ± 2.33	42.48 ± 2.35
对照组	31	64.39 ± 4.18	23.04 ± 1.84	43.01 ± 1.55
t 值		6.034	5.392	1.002
P 值		0.011	0.024	0.064

2.2 两组患者并发症情况对照

对比两组患者并发症情况可知, 研究组患者的并发症发生率为 3.23%, 显著低于对照组患者 16.13%, $P < 0.05$, 差异显著, 结果见表 2。

表 2 两组患者并发症发生率比较

组别	例数	尿路感染	血尿	膀胱损伤	发生率 (%)
研究组	31	0	0	1	3.23%
对照组	31	3	1	1	16.13%

χ^2 值	7.029
P 值	0.000

3 结语

前列腺增生是一种常见的男性疾病。随着年龄增长, 雄性激素(如睾酮)和雌性激素之间的平衡逐渐改变, 前列腺组织对雌激素的敏感性增加, 导致前列腺细胞增生。前列腺增生主要发生在中老年男性, 年龄是其最主要的危险因素^[5]。有研究表明, 前列腺增生可能与家族遗传有关, 存在家族聚集现象。神经和内分泌系统的异常调节可能参与了 BPH 的发生, 如交感神经的过度刺激和前列腺血管内皮生长因子的异常表达。前列腺增生临床表现包括尿频、尿急、尿潴留、夜尿增多尿流变弱、细、中断、需要用力排尿等。

经尿道前列腺电切术(TURP)和钬激光电切术(HoLEP)是常见用于治疗前列腺增生的手术方法, 它们在术前准备、手术原理、术后效果等方面存在一些区别。

TURP 手术通常需要患者进行术前的血液检查和尿流动力学等评估, 以确定手术的适应症。对于 TURP 手术, 通常需要停止使用抗凝药物一段时间。而对于 HoLEP 手术, 术前准备类似, 但通常不需要停药。TURP 手术通过电切器械切割和刮除前列腺内的组织, 以减轻尿道梗阻症状。HoLEP 手术使用钬激光器械进行组织的切割和凝固, 然后通过尿道将切除的组织逐步分离和取出。相比之下, HoLEP 手术在创伤和出血方面优于 TURP 手术。TURP 手术需要通过尿道进入前列腺, 可能会造成较大的尿道损伤和出血^[6]。而 HoLEP 手术使用钬激光进行组织分离和切割, 创伤较小, 出血较少。一般来说, HoLEP 手术相对于 TURP 手术需要更长的手术时间。由于 HoLEP 手术需要逐步切割和分离前列腺组织, 因此手术时间可能更长。TURP 手术通常需要较短的住院时间, 通常为 2-3 天。而 HoLEP 手术可能需要更长的住院时间, 一般为 3-5 天, 以确保术后恢复良好。TURP 和 HoLEP 手术在改善尿流动力学和缓解尿道梗阻症状方面具有相似的疗效。两种手术方法都可以显著改善尿流量、减少尿潴留和排尿困难等症^[7]。

钬激光电切术(HoLEP)在治疗前列腺增生疾病方面具有多方面的价值和优势。相对于传统的开放手术方法, HoLEP 是一种微创手术, 通过尿道进入前列腺, 无需切口或腹部切开。这使得手术创伤较小, 患者术后疼痛和恢复时间明显减少。HoLEP 使用钬激光器械进行组织的切割和凝固, 相对于传统手术方法, 出血风险显著降低。钬激光的高能量和光学特性使得切割和止血同时进行, 有助于保持手术区域的清晰视野, 减少出血情况^[8]。HoLEP 通过钬激光切割和凝固技术, 可以将前列腺内的增生组织彻底切除。相比其他手术方法, HoLEP 可以更精确地切割和清除前列腺组织, 有效减轻尿道梗阻症状, 改善尿流量和排尿功能。HoLEP 适用于各种前列腺增生的情况, 包括较大的前列腺体积和复杂的病例。由于钬激光技术的高度可控性和精确性, 医生可以在不同情况下进行手术, 并获得良好的治疗效果。相对于传统手术方法, HoLEP 手术的并发症发生率较低。由于创伤小和出血少, 术后尿道狭窄、尿失禁和性功能障碍等并发症的风险明显降低。多项研究和临床实践表明, HoLEP 手术在长期随访中具有可靠的治疗效果。患者在手术后通常可以获得长期的症状改善, 并且前列腺增生的复发率较低^[9]。

本文的研究显示, 采用钬激光电切术进行治疗的研究组患者的围手术期指标更优、并发症发生率更低。由此可见在前列腺增生治疗中已经取得了显著的成果, 但仍有一些未来发展和改进的方向可以探索。可以继续改进钬激光电切术的手术技术和设备, 提高手术的精确性和可控性。例如, 改进钬激光器械的光纤设计和功率输出, 以提高

手术效果和操作便利性。针对不同患者的个性化治疗需求, 进一步优化手术方案。根据患者的前列腺大小、病变分布和症状严重程度, 制定个性化的手术方案, 以提高治疗效果和术后生活质量。不断加强对手术的安全性管理和并发症的预防措施。通过规范操作流程、提高医生的技术水平、减少手术时间和控制手术过程中的出血等措施, 进一步降低并发症的风险。进行长期随访研究, 评估钬激光电切术的长期疗效和持久性。通过观察术后数年甚至更长时间的病情变化, 评估症状缓解的持久性、术后复发率和术后并发症的发生情况。进行经济成本效益分析, 评估钬激光电切术与其他治疗方法相比的经济效益。考虑手术费用、住院时间、术后康复等方面的因素, 综合评估钬激光电切术在资源利用和患者福利方面的优势。推动多中心的研究合作, 通过多个医疗机构的数据共享和合作研究, 提高钬激光电切术的证据水平和可靠性, 促进该技术的进一步推广和应用。

综上所述, 前列腺增生的病因与发病机制涉及激素失衡、年龄因素、遗传因素以及神经-内分泌因素的异常。临床表现包括排尿症状、尿流量下降和尿道刺激症状等。诊断主要通过病史询问、体格检查和相关检查方法进行评估和确认。准确的诊断可以为患者提供适当的治疗方案和管理措施。钬激光电切术在前列腺增生治疗中具有广阔的发展前景。通过技术创新、个性化治疗、安全性管理、长期效果评估、经济成本效益分析和多中心研究合作, 钬激光电切术有望进一步完善和推广, 为前列腺增生患者提供更安全、有效和个性化的治疗选择。

参考文献:

- [1]姜瑞, 张超, 程冬, 等. 钬激光前列腺剜除术与前列腺双极等离子电切术治疗大体良性前列腺增生的临床效果比较[J]. 中国性科学, 2023, 32(5): 9-12.
 - [2]李清华, 张超, 陈红兵, 等. 钬激光与等离子双极电切在经尿道前列腺剜除术中对老年良性前列腺增生患者的临床应用[J]. 中国老年学杂志, 2022, 42(10): 2403-2406.
 - [3]和亚强. 经尿道前列腺钬激光剜除术与经尿道前列腺电切术治疗良性前列腺增生的疗效比较[J]. 航空航天医学杂志, 2023, 34(1): 49-52.
 - [4]覃斌, 覃鹤林, 吴清国, 等. 经尿道前列腺钬激光剜除术与经尿道前列腺电切术治疗良性前列腺增生的疗效比较[J]. 中国微创外科杂志, 2022, 22(1): 48-54.
 - [5]杜丽娜, 张武合, 杨发, 等. 良性前列腺增生患者经尿道前列腺钬激光剜除术与经尿道前列腺电切术的临床疗效比较研究[J]. 空军军医大学学报, 2022, 43(5): 595-598, 603.
 - [6]张广涛, 朱江宁, 马永宏, 等. 经尿道钬激光前列腺剜除术与经尿道前列腺电切术治疗前列腺增生效果观察[J]. 宁夏医科大学学报, 2022, 44(9): 938-942, 947.
 - [7]程伟, 张刘勇, 何建光, 等. 钬激光碎石术联合经尿道等离子电切术治疗前列腺增生症合并膀胱大结石的效果[J]. 临床医学研究与实践, 2022, 7(3): 66-69.
 - [8]叶培祥. 对比分析前列腺钬激光解剖性剜除术、前列腺电切术治疗小体积良性前列腺增生的效果[J]. 中国医疗器械信息, 2022, 28(16): 117-119.
 - [9]黄荏钊, 罗杰鑫, 卢远生, 等. 良性前列腺增生钬激光前列腺剜除术后感染的特点及微生物分析[J]. 广东医学, 2017, 38(8): 1226-1228.
- 作者简介: 马建(1982.09-), 男, 回族, 研究生, 讲师, 研究方向: 外科学。

钻孔血肿抽吸引流术和开颅血肿清除术治疗脑出血的有效性及其安全性比照观察

王 伟

(芮城县人民医院 山西省运城市 044600)

摘要: 目的研析脑出血患者钻孔血肿抽吸引流术治疗作用。方法选取 98 例我院脑出血患者, 时间为 2022 年 1 月-2023 年 1 月, 通过随机数字表法分组, 数量为两组, 命名为参照组和微创组, 通过针对分组后的病人采用不同的治疗方法(开颅血肿清除术治疗、钻孔血肿抽吸引流术治疗)。对相关指标进行分析(临床指标、病人的并发症发生率、病人的血肿体积变化、病人的治疗有效率)。结果针对脑出血患者的治疗方法进行干预, 实验结果发现, 采用钻孔血肿抽吸引流术治疗效果明显优于开颅血肿清除术治疗方法, $P < 0.05$, 各项指标对比结果显示, 在临床指标评分上面, 微创组优 ($P < 0.05$); 对比并发症发生率调查结果, 微创组并发症发生率更低 ($P < 0.05$); 通过血肿体积变化对比显示, 微创组优 ($P < 0.05$); 在治疗有效率对比上, 结果显示微创组有效率更高 ($P < 0.05$)。结论对脑出血患者采用钻孔血肿抽吸引流术治疗后, 对脑出血病人的临床指标等有明显作用。

关键词: 钻孔血肿抽吸引流术; 临床指标; 生活质量; 并发症发生率; 脑出血

脑出血是指由脑部大出血, 具有发病急、进展快等特点, 是一种严重的脑部疾病。已成为严重危害人类健康的重大脑血管病, 其死亡率和致残率极高, 并有日趋年轻化趋势^[1-2]。常规的开颅术和微小的针刺抽流是当前的主流治疗手段。虽然传统的颅骨切开术可以有效的去除颅内血肿, 但是长期的暴露会增加病人的感染和神经损害。但是, 随着最近几年医学技术的不断发展和内镜技术在临床中的应用越来越普遍, 软通道微创穿刺抽吸术已经变成了一种新的治疗脑出血的技术, 它具有操作简便, 可以在较短时间内将血肿清除干净, 疗效肯定等优点, 因此被很多医院所采用^[3-4]。本课题拟对本院 ICH 病人进行软体腔内微创细针穿刺抽吸, 观察其对脑部功能和血肿清除的影响, 报告如下:

1 资料与方法

1.1 基础资料

实验时间跨度为 2022 年 1 月-2023 年 1 月, 实验对象 98 例接受治疗的脑出血患者, 分组数量为两组, 分别为参照组和微创组, 针对分组后的病人, 每组采用不同的治疗方法(参照组 49 例为开颅血肿清除术治疗方式, 及微创组 49 例为钻孔血肿抽吸引流术治疗)。基本数据分析与对比, 无差异, $P > 0.05$ 。参照组脑出血患者的年龄为 52-92 岁, 平均年龄为 72.41 ± 2.51 岁, 男性病人 28 例, 女性病人 21 例。微创组脑出血患者的年龄为 53-93 岁, 平均 73.14 ± 1.53 岁, 男性病人 29 例, 女性病人 20 例。

1.2 方法

(1) 参照组采用开颅血肿清除术: 对患者行全麻后行气管内插管, 通过头部 CT 扫描明确出血位置, 采用马蹄型或弓型切口, 采用游离骨瓣开颅; 避免血管区和脑部主要功能区域, 对脑部进行切开, 用吸引器抽吸, 双极电凝法治疗出血部位; 渗透部位应按压迫止血, 再用生理盐水反复冲洗。手术结束后, 视颅内压力, 对头盖骨进行松解,

并按顺序将头盖骨的每一层缝合。手术后进行全面的护理, 如生命体征监测, 抗感染, 营养支持等。

(2) 微创组采用钻孔血肿抽吸引流术: 根据头部 CT 所见的出血点, 选用适当的针头、并定位; 在穿刺点进行局部浸润麻醉后, 在头皮上进行 2-3 mm 的切口, 然后用手骨钻在头盖骨上打出一个洞, 避免在皮层表面的血管和重要的功能区区内, 按照所选的路线, 用脑膜穿刺针刺破硬脑膜; 将 4 mm 特制硅胶管引流导管在离血肿壁约 0.5 cm 处于术前定位点置入, 关闭头部切口, 固定好引流导管, 用 5 mL 注射器缓慢抽取; 首先, 将 50% 左右的血肿清除掉就可以了。之后, 用生理盐水对血肿腔进行冲洗, 将三通阀和引流瓶连接起来, 通过三通阀, 注入 2~5 万 U 尿激酶+生理盐水, 对残留的血肿进行冲洗, 并在 4 小时之后, 再进行引流。直到再次进行头颅 CT 检查, 发现血肿已经被彻底清除干净, 没有新的血液流出。

1.3 观察指标

(1) 诊断标准: MMSE (Minimization syndrome)。蒙特利尔 (Montreller) 认识评定问卷 (MoCA)。运用美国国家健康中心卒中量表 (American National National Health Scale, NIHSS) 对术后患者的脑损伤情况进行评估。(2) 上呼吸道感染, 再出血, 切口感染等并发症的发生情况。(3) 比较两组脑出血后血肿面积的改变。(4) 两组的疗效比较: 有效: NIHSS 得分下降 91%~100%, 达到显效; 有效: NIHSS 得分下降 46%至 90%。无效: NIHSS 评价下降 10%。

1.4 统计学方式

数据使用 SPSS20.0 系统处理, 临床数据 $P < 0.05$ 时具有统计学意义, 行 t 检验, 以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 计数资料行 χ^2 检验, 以%表示。

2 结果

2.1 在治疗前后对 2 组病人的临床指标进行对比见表 1。

表 1 临床指标对比 (n=49, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	MMSE 评分		MoCA 评分		ADL 评分		NIHSS	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	49	16.34 ± 2.26	19.74 ± 2.57	9.95 ± 3.65	16.46 ± 2.03	28.95 ± 3.26	46.91 ± 2.57	40.25 ± 2.35	32.14 ± 1.82
研究组	49	16.85 ± 2.58	22.61 ± 2.18	9.68 ± 2.52	22.64 ± 12.53	28.94 ± 2.58	63.82 ± 2.18	40.81 ± 3.11	24.56 ± 1.49

t	1.0409	5.9613	0.4261	3.4081	0.0168	35.1240	1.0056	22.5583
P	0.3006	0.0000	0.6710	0.0010	0.9866	0.0000	0.3171	0.0000

表 3 两组患者并发症发生率对比 (%)

组别	例数	呼吸道感染	再出血	切口感染	脑梗塞	颅内感染	并发症发生率
微创组	49	1 (2.04)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.04)
参照组	49	2 (4.08)	2 (4.08)	2 (4.08)	2 (4.08)	2 (4.08)	10 (20.41)
X ²		0.3439	2.0417	2.0417	2.0417	2.0417	8.2947
P		0.5576	0.1530	0.1530	0.1530	0.1530	0.0040

2.2 并发症发生率对比见表 2。

2.3 血肿体积变化对比见表 3

表 4 两组治疗后的病人血肿体积变化对比 ($\bar{x} \pm s$, n=49, 平方厘米)

组别	术前	术后 2d	术后 3d	术后 4d
微创组	21.23±2.55	13.11±1.56	6.46±2.16	2.68±0.63
参照组	21.35±2.14	18.47±2.36	12.85±2.52	7.54±1.89
t	0.2523	13.2627	13.4768	17.0763
P	0.8013	0.0000	0.0000	0.0000

2.4 治疗有效率对比见表 4

表 4 两组患者治疗有效率对比 (%)

组别	例数	显效	有效	无效	治疗有效率
微创组	49	32 (65.31)	16 (32.65)	1 (2.04)	48 (97.96)
参照组	49	24 (48.98)	15 (30.61)	10 (20.41)	39 (79.59)
X ²					8.2947
P					0.0040

3 讨论

脑出血属于中老年的—种常见的脑血管疾病,它是一种高血压发展到—定阶段后—种普遍的合并症,这种合并症的发生是由于长时间的高血压而引起的,它的发生机理是由于大脑底部的小动脉出现了玻璃样或者纤维样的病变,并且血管的脆性增大^[5-6]。当出现剧烈的情绪变化或者是过于紧张或者是过于紧张的时候,就会出现动脉瘤的破裂出血的情况。而且,血肿通常在 30 分钟以内就会出现,如果不能立即处理,血肿会对周边的大脑造成压力,从而引起大脑的缺血和缺氧;脑组织有水肿、坏死、海绵样病变等不可逆的损害。在目前的治疗中,为了减少血肿的“占位”,减少了大脑的局部缺血,减少了周边的脑组织的损害。其中,外科切除的血肿清除率直接关系到患者的疗效和预后^[7-8]。与药物的保守疗法比较,传统的头盖骨切开方法有较大的优势,但切开的头盖骨深度较大,露出头盖骨的部位较多,由于其对病人的伤害比较大,所以病人的康复速度比较缓慢,而且对大脑的继发性损害也比较大,从而提高了病人的残疾率;此外,随着手术时间的延长,病人出现肺部感染的几率也会随之升高,因此病人的预后也会变差^[11-12]。伴随着对医学要求的不断提升和微创概念在外科中的推广,软通道微创穿刺抽吸流术,是一种微创、低损伤的手术方法,已逐步被用于脑出血的临床治疗。在采用头部 CT 等成像手段对其进行准确的位置确定后,对其进行钻孔,切开一小块硬膜,放置引流管,慢慢地将其吸出;并辅助尿激酶对残留的血液进行溶解,使血液中的大部分血液都变成了较小的血液。

本次研究中,两组患者的各项指标有明显差异 (P<0.05),通过对其进行分析可以得知,在微创穿刺抽吸流术中,可以避免传统的开颅术等大范围的手术,从而大大地减少了手术的时间,并且在术中可

以避免皮质的大血管和大脑的重要功能区,本发明能有效地降低颅内出血对大脑的伤害,并能有效地消除颅内出血引起的二次生理和病理损害^[9]。而且,进行小范围的手术,可以有效地防止脑部的长期暴露,从而最大程度地降低了对脑组织的再损伤和牵拉的影响,从而降低了术中出血和术后的并发症的发生,对病人的术后康复有很好的帮助。而且,手术中的引流管是一种柔软的材质,可以很好的调整血肿的体积,将其对引流的影响降到最低。

综上,采用钻孔血肿抽吸引流术对脑出血治疗来说是一种安全、有效的方法。

参考文献:

- [1]张文霞,臧东运.德国西门子 SOMATOMDefinitionASCT 引导下开展钻孔引流术用于脑出血患者治疗的临床价值分析[J].中国医疗器械信息,2023,29(07):92-94.
 - [2]伍万里,李刚,孙杰等.神经内镜下脑出血清除术联合置管引流治疗急性脑出血脑室破入患者的临床效果分析[J].中国医药指南,2023,21(10):75-77.
 - [3]魏航宇,蔡强,李知阳等.改良微创手术入路与钻孔引流手术治疗自发性幕上脑出血的疗效比较[J].临床外科杂志,2023,31(03):228-232.
 - [4]刘诚林,蔡一帆,倪海波等.钻孔引流与内镜手术治疗脑出血的效果及其对 ADL、GOS 及 NIHSS 的影响比较[J].中外医疗,2023,42(04):64-67+72.
 - [5]孙顺进,黄臣.神经内镜微创手术治疗脑出血的效果及对血清 BDNF、TNF-α 和 MMP-9 水平的影响[J].浙江医学,2023,45(02):136-139.
 - [6]张继禹,林小祥,李剑侠等.微创钻孔软通道引流术治疗脑室出血的临床效果及术后再出血的影响因素[J].临床与病理杂志,2023,43(01):107-114.
 - [7]李娜娜,陈园园.血清亲环素 A 和内皮素-1 表达与脑出血微创钻孔引流术患者预后的关系[J].慢性病学杂志,2023,24(01):81-83.
 - [8]苏志民,张建王.立体定向微创软通道穿刺血肿引流术与开颅血肿清除术治疗脑出血患者的疗效及对 hs-CRP 水平的影响[J].中国医药指南,2022,20(31):76-78.
 - [9]雷盼,蔡强,宋平等.钻孔引流术与神经内镜下血肿清除术治疗高血压基底节区脑出血术后脑水肿情况比较[J].中国医药,2022,17(10):1501-1505.
- 作者简介:王伟,男,1991 年 2 月 25 日,汉族,山西省平陆县。医师,本科学历。

综合护理干预对儿童股骨干骨折的康复护理效果分析

张敏 黄丽 曾娜 冯会容^{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:分析儿童股骨干骨折康复护理中应用综合护理干预的效果。方法:此研究将 2022.1 月至 2023.1 月收治的 60 例儿童股骨干骨折患儿作为研究的对象,采用使用抽签分组的办法,分成对照组与研究组,每组纳入 30 例患儿,研究组接受综合护理干预,对照组接受常规护理干预,对康复护理效果进行比较。结果:在干预前,研究组的疼痛评分和对照组比较无明显差异, $P > 0.05$, 干预后研究组的疼痛评分低于对照组, $P < 0.05$; 研究组的早期功能锻炼依从性高于对照组, $P < 0.05$; 在两组患儿的患肢功能比较上,研究组的骨性愈合时间以及临床愈合时间低于对照组,研究组的主动屈曲活动度高于对照组, $P < 0.05$; 研究组并发症发生率低于对照组, $P < 0.05$; 研究组患儿家长护理满意度高于对照组, $P < 0.05$ 。结论:将综合护理干预用于儿童股骨干骨折康复护理当中,会促进患儿骨折康复的速度,提高患儿的依从性,使患儿的患肢功能逐步恢复,降低并发症发生的概率,患儿家长也比较满意此种护理模式,值得运用。

关键词:综合护理干预;儿童;股骨干骨折;康复护理

儿童股骨干骨折的常见治疗方法为弹性髓内钉内固定,不仅手术带来的创伤比较小,同时手术的时间短,深受儿童家长的满意^[1]。为了加快患儿术后康复的速度,减轻患儿的术后疼痛,应将护理措施落实到实际工作中。常规护理虽然可以起到辅助治疗的效果,但是存在一定的护理局限性^[2]。对此,可将综合护理干预用于其中,对患儿的心理、精神以及生理展开多方面的干预,借助心理护理、饮食指导等,取得理想的护理效果,让患儿配合早期功能锻炼^[3]。故本次研究分析综合护理干预的应用价值,将儿童股骨干骨折患儿为研究对象,现将所得数据报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

此次研究开始的时间为 2022.1 月,结束的时间为 2023.1 月,选取的对象为上述期间医院收治的 60 例股骨干骨折患儿,分组的办法为抽签分组,分成研究组和对照组,各组纳入的患儿例数相同,均为 30 例。研究组由 16 例男患儿以及 14 例女患儿组成,患儿的年龄为 4-13 岁之间,平均为 (8.25 ± 3.25) 岁,对照组由 15 例男患儿以及 15 例女患儿组成,患儿的年龄为 4-12 岁之间,平均为 (8.19 ± 3.26) 岁,经对比两组患儿的一般资料,知晓无明显差异, $P > 0.05$, 可比较。纳入标准:患儿家长知情本次研究;患儿均接受 TEN 内固定治疗;患儿的资料完整。排除标准:开放性骨折;患儿存在传染性疾病;患儿的病例资料不完整。

1.2 方法

将常规护理使用于对照组当中,具体内容包含了对患儿术前的指导以及知识宣教,将基本的知识讲解给患儿家长,并对患儿患肢处的肿胀情况进行观察。治疗过程中要对患儿的伤口进行检查,并对患儿的生命体征进行监测,予以电解质紊乱纠正以及营养支持,带来基础的用药指导以及生活指导。

将综合护理干预用于研究组当中,具体的护理措施如下:①心理护理:护理人员与患儿、患儿家长交流时,应对患儿和患儿家属的情绪进行观察,评估他们的心理状况,及时完成心理疏导工作。在病情以及围术期间注意事项讲解时,应采用通俗易懂的语言,并做到耐心、细心,提高患儿对自身的信任程度,形成一个早期康复的信心。在手术之前同时要评估患儿的情绪,找到患儿出现不良情绪的原因,予以提供针对性的干预指导。护理人员还需要和患儿建立起友好、和谐得到关系,使他们逐步消除对陌生环境的恐惧感,可根据医护人员的指

令配合治疗以及护理。②饮食护理:如果患儿的身体状况允许,应当尽量缩短手术前的禁食、禁饮时间,术前的两个小时可口服无渣饮品,在手术后尽早让患儿恢复饮食,早期先吃一些容易消化、清淡的饮食,提升身体的营养。平日患儿要多吃新鲜的蔬菜以及水果,不要吃刺激性的食物。③疼痛管理:护理人员要指导患儿处在一个正确、舒适的体位,并将患儿的患肢抬高,以此促进血液循环,缓解患儿水肿表现。同时,还可以通过听音乐以及看视频的方式,让患儿的注意力得到转移。对于患儿的强烈疼痛,如果上述方法仍然无法缓解,必要时可使用镇痛药物。④功能康复锻炼:护理人员应当为患儿提供一个安静、舒适的康复环境,并做好病房温度以及湿度的把控。同时,要强化病情宣教,可通过多媒体、宣传手册等方式,为患儿家属说明早期功能锻炼的重要性,使他们配合自己工作,依照患儿的身体素质以及恢复情况,制定出适合的功能锻炼康复方案,使患儿尽早加入到功能锻炼之中。在功能锻炼的过程中,要注重强度以及时间的调整,并坚持动静结合、循序渐进的原则,逐步提高患儿的依从性,让患儿可实现早期康复。

1.3 观察指标

对两组患儿的疼痛情况进行比较,采用 VAS 视觉模拟评分量表,总分设定为 10 分,分数越高,说明患者的疼痛程度越严重,0-2 分是优、3-5 分是良、6-8 分为可、9-10 分为差。

对两组患儿的依从性进行比较,应用功能锻炼依从性量表评定,完全依从为 21-25 分,患者能够主动完成功能锻炼,部分依从为 14-20 分,患者可每日根据要求进行功能锻炼,取得的效果一般;不依从为 0-13 分,患者不愿意进行功能锻炼,存在抵触心理。

对两组患儿的患肢功能进行比较,其中包括主动屈曲活动度、临床愈合时间以及骨性愈合时间。

对两组患儿的并发症发生情况进行比较,包括关节僵硬、骨折未愈合、肺部感染,计算总发生率。

对两组患儿家长的护理满意度进行比较,将医院自制的满意度调查问卷发放给患儿家长,由家长自主填写,然后根据问卷的得分,分成十分满意、满意以及不满意。护理满意度=十分满意率+满意率。

1.4 数据处理

本采用 SPSS 26.0 统计学软件进行数据分析,计量资料用均数±标准差 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,两组间比较采用 t 检验;计数资料采用率表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

护理研究

2 结果

2.1 疼痛情况

在干预前研究组的 VAS 评分为 (7.25±1.30) 分, 对照组的 VAS 评分为 (7.22±1.33) 分, 经比较得知 P>0.05, 干预后研究组的 VAS 评分为 (2.31±0.84) 分, 干预后对照组的 VAS 评分为 (4.59±1.21) 分, 经比较得知 t 值为 8.4780, P 值为 0.0000, 干预后研究组和对照组的 VAS 评分均降低, 研究组的 VAS 评分低于对照组, P<0.05。

2.2 早期功能锻炼依从性

干预后研究组完全依从、部分依从以及不依从的例数分别为 16、13、1 例, 早期功能锻炼依从性为 96.67%, 干预后对照组完全依从、部分依从以及不依从的例数分别是 10、11、9 例, 早期功能锻炼依从性为 70%, 经比较得知 χ^2 值为 7.6800, P 值为 0.0055。

2.3 患肢功能

通过表 1 中的数据可以得知, 研究组的骨性愈合时间、临床愈合时间均短于对照组, P<0.05, 研究组的主动屈曲活动度高于对照组, P<0.05。

表 1 患肢功能两组对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	骨性愈合时间 (月)	临床愈合时间 (月)	主动屈曲活动度 (°)
研究组	30	3.66±0.55	1.75±0.37	112.75±25.57
对照组	30	4.73±0.45	2.26±0.52	88.29±27.30
t	-	8.2471	4.3770	3.5817
P	-	0.0000	0.0001	0.0007

2.4 并发症发生率

研究组的并发症发生率低于对照组, P<0.05, 见表 2。

表 2 并发症发生率两组对比 [n (%)]

组别	例数	骨折未愈合	关节僵硬	肺部感染	总发生率
研究组	30	1 (3.33)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (3.33)
对照组	30	3 (10.00)	2 (6.67)	3 (10.00)	8 (26.67)
χ^2	-				6.4052
P	-				0.0113

2.5 护理满意度

护理满意度更高的一组为研究组, 与对照组相比差异显著, P<0.05, 具体见表 3。

表 3 护理满意度两组对比 [n (%)]

组别	例数	十分满意	满意	不满意	总满意率
研究组	30	15 (50.00)	14 (46.67)	1 (3.33)	29 (96.67)
对照组	30	10 (33.33)	10 (33.33)	10 (33.33)	20 (66.67)
χ^2	-				9.0167
P	-				0.0026

3 讨论

儿童股骨干骨折具体指的是患儿小转子下至股骨髁之间的股骨骨折。股骨干不太容易骨折, 一般都是由于暴力所致, 如高处跌落或者是车祸, 因为挤压力造成的骨折^[4]。骨折出现以后, 患儿会出现局部的肿胀、压痛以及短缩畸形, 一般会采用手术治疗的方式, 且预后情况良好。TEN 内固定为常见的儿童股骨干骨折治疗方法, 具体的优势体现在以下: 第一, 操作方法比较简单, 不会影响到患儿的身体血供。第二, 愈合的时间比较短, 且疤痕较小, 患儿家长的满意度比较高。第三, 此种治疗方式会减少患儿出现畸形愈合以及关节僵硬的概率, 配合护理干预取得的治疗效果更好^[5]。

为了让儿童股骨干骨折患儿的康复速度加快, 在手术治疗期间除了要进行基础治疗, 同时也要展开同步的护理干预, 借助护理操作提

升治疗效果, 使患儿的骨折位置尽早愈合, 争取能够早日出院。综合护理干预会体现出护理责任制, 护理过程中会采用护理程序, 对患者实施针对性、全面化的护理服务^[6]。综合护理干预可以让患儿得到持续的护理服务, 患儿以及患儿家属的护理满意度较高。在此过程中, 护理人员的求知感、责任感会随之提升, 工作积极性越来越高^[7]。并且, 综合护理干预可以强化护理人员和患儿、患儿家长的交流互动, 使患儿家长对护理人员的行为更加支持与配合^[8]。

儿童股骨干骨折患儿由于在围术期会生成不良情绪, 对即将带来的手术产生恐惧, 这也加大了患儿的痛苦, 使他们出现了生理功能紊乱, 影响到手术治疗的效果。综合护理使用到康复护理当中, 能够让患儿接受到无微不至的照料, 也减轻了患儿手术治疗期间的疼痛感。本次研究当中, 将综合护理干预应用于研究组, 常规护理干预用于对照组, 经一段时间的干预以后, 得出以下结论: 在疼痛评分比较上, 干预前两组的 VAS 评分比较无明显差异, P>0.05, 干预以后研究组的 VAS 评分和对照组均降低, 评分更低的一组为研究组, P<0.05。结论说明综合护理干预相较于常规护理而言, 可以让患儿的疼痛感减轻。在两组患儿的早期功能锻炼依从性以及护理满意度比较上, 评分更高的一组为研究组, 与对照组比较差异显著, P<0.05。结论说明了综合护理干预能够让患儿在手术后尽早进行功能锻炼, 拥有自主锻炼的意识, 且患儿家长的护理满意度也比较高; 在患肢功能恢复情况上, 得知研究组的骨折愈合时间短于对照组, 而主动屈曲活动度高于对照组, P<0.05。说明经综合护理干预过后, 研究组患儿的的功能逐步恢复, 关节活动度也随之提高。最后, 在两组并发症发生率比较上, 更低的一组为研究组, 和对照组比较差异显著, P<0.05。结论证明综合护理干预的使用, 能够降低患儿术后出现并发症的概率, 保障手术治疗的安全性。

综上所述, 建议儿童股骨干骨折康复护理阶段应用综合护理干预, 不仅会减轻患儿的术后疼痛, 降低并发症出现的概率, 也能够提升患儿的功能锻炼依从性, 使患儿的患肢功能尽早恢复, 提升患儿家长护理满意度, 有临床运用的价值与意义。

参考文献:

[1] 贾丹, 赵杰, 郇传粉. 综合护理干预对儿童股骨干骨折的护理效果[J]. 菏泽医学专科学校学报, 2021, 33 (4): 60-63.

[2] 苏琦, 付晓庆, 刘博阳, 等. 基于循证理念的康复护理在股骨骨折手术患者中的应用效果[J]. 当代护士(下旬刊), 2022, 29 (6): 100-103.

[3] 武凤芹, 方继红, 肖玉梅, 等. 家庭赋权模式在儿童股骨干骨折皮牵引治疗康复护理中的应用效果[J]. 中华创伤杂志, 2022, 38 (12): 1106-1111.

[4] 莫莎莎, 易银芝, 谭炯, 等. 全面护理干预对儿童股骨干骨折并发症及患肢功能的影响[J]. 当代护士(下旬刊), 2020, 27 (2): 67-68.

[5] 阎丽, 王迎. 耳穴埋豆联合互动式健康宣教对学龄期股骨干骨折患儿术后 VAS 评分及遵医行为的影响[J]. 临床研究, 2022, 30 (2): 125-128.

[6] 金丽娜, 胡艳娣. 临床护理路径应用于股骨干骨折患者的护理效果观察[J]. 婚育与健康, 2021 (17): 170-171.

[7] 杨映. 围术期系统护理对股骨干骨折患者不良心理状态及生活质量的影响[J]. 航空航天医学杂志, 2021, 32 (5): 617-619.

[8] 苏娜, 任娟侠. 个体化护理干预对重症股骨干骨折术后患者负性情绪、骨折愈合时间及生存状态的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6 (3): 171-173.

泌尿外科护理干预对泌尿系结石术后患者疼痛与睡眠质量的影响分析

刘红缨

(吉林市中心医院 吉林市 132000)

摘要:目的:分析在泌尿外科中对泌尿系结石术后患者应用泌尿外科护理干预措施对患者疼痛与睡眠质量的影响。方法:选取本院泌尿外科自 2021 年 6 月至 2021 年 12 月之间收治的泌尿系结石的患者作为研究的样本,通过应用纳入与排除的方式从中选取 90 例患者作为研究对象,采用随机数字的方式将患者分为人数相同的两组,其中应用常规护理干预措施的患者作为本次研究的对照组,采用泌尿外科护理整体干预措施的患者命名为观察组,对比两组患者在应用护理干预措施后并发症的发生情况以及患者的护理满意度。结果:经过对比能够发现在应用泌尿外科护理干预的情况下,患者出现临床并发症的概率对比对照组患者发生率明显的降低,同时患者的满意度也有着较为显著的优势,组间差异显著,存在统计学意义($P < 0.05$)。结论:通过为泌尿外科中泌尿系结石术的患者在临床护理干预中采用整体护理干预措施,可以使患者的疼痛出现减少并提升患者的治疗效果,提升患者的睡眠质量,并显著的提升患者的护理满意度,在临床中应当被推广并使用。

关键词:泌尿外科;护理干预;影响

泌尿系结石作为一种多见于输尿管、膀胱以及尿道的结石,其中输尿管结石与肾脏结石最为常见,患者在出现结石的情况后,往往会表现为腰部与下腹部的疼痛。在临床中对于结石较小的患者主要采用激光碎石等操作,但是对于结石体积较大时,就需要为患者进行手术治疗,由于在为患者应用泌尿系结石手术后,患者往往会出现疼痛同时会出现多种并发症,导致患者的康复以及睡眠质量受到影响,不利于患者的疾病治疗^[1]。因此需要在患者手术后采取适当的护理干预措施,保障患者的术后疼痛得到消减,并使患者能够在术后得到优质的睡眠,保障患者的康复质量。本文通过对泌尿外科护理干预中应用整体护理的效果进行探究,做出了如下的报道。

一、资料与方法

1. 一般资料

选取本院泌尿外科自 2021 年 6 月至 2021 年 12 月之间收治的泌尿系结石的患者作为研究的样本,通过应用纳入与排除的方式从中选取 90 例患者作为研究对象,采用随机数字的方式将患者分为人数相同的两组,其中应用常规护理干预措施的患者作为本次研究的对照组,采用泌尿外科护理整体干预措施的患者命名为观察组。对两组患者的一般资料进行收集并对比,能够发现两组患者的一般资料差异不显著,不存在统计学意义($P > 0.05$)。纳入标准:患者经泌尿系结石手术治疗;患者精神状态良好,配合本次研究。排除标准:患者存在严重心血管疾病或者重要脏器衰竭;患者存在精神类疾病。本次研究竟购本院伦理委员会认证并同意,患者以及患者的家属对本次研究均知情同意。

2. 方法

对照组患者采用常规护理干预措施,在患者手术后按医嘱为患者进行护理^[2]。观察组患者在应用常规护理的基础上应用泌尿外科护理整体干预措施,主要为患者采取如下的护理干预措施:(1)健康宣教:由于患者对疾病的认识相对薄弱,在手术后由于对疾病的了解可能导致临床并发症等情况的出现,因此护理人员需要为患者采用健康宣教的方式,使患者能够了解到疾病的相关内容,同时能够学会术后康复锻炼的措施,从而提升患者的疾病恢复效率^[3]。(2)疼痛护理:由于患者在手术后不可避免的出现疼痛的情况,导致患者的睡眠质量受到影响,因此就需要在患者手术后为患者采取疼痛护理干预措施,通过转移患者注意力等方式使患者的疼痛感得到缓解,在患者的疼痛较为严重时为患者采用药物止痛的措施,保障患者的疼痛情况有所降低,保障患者的睡眠质量^[4]。(3)心理护理:患者在手术后往往心理状态较差,因此护理人员需要为患者采用心理护理干预措施,通过与患者的沟通了解患者的心理状况,并根据患者的心理状态制定针对性的心理护理措施,使患者的负面心理情绪得到舒缓,从而使患者对患者的依从性得到显著的提升,也能够使患者的术后康复效果得到保障^[5]。

3. 观察指标

对两组患者在应用护理干预措施后并发症的发生情况以及患者的护理满意度进行采集并对比,分析泌尿外科护理整体干预措施的护理效果以及对患者的影响。

4. 统计学方法

将研究所得数据利用 SPSS 22.0 软件分析,计数资料用率(%)表示,比较采用 χ^2 检验;计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,比较采用 t 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

二、结果

整理两组患者的临床数据制作为表 1、表 2 的表格,能够发现在应用泌尿外科护理整体干预措施的情况下患者出现临床并发症的概率对比常规护理干预措施的患者优势显著,患者的护理满意度也有着一定的提升,组间差异显著,存在统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 两组患者并发症发生情况对比

组别	n	血尿	输尿管穿孔	尿路感染	发生率
对照组	45	3	1	2	13.3
观察组	45	0	0	1	2.2

表 2 两组患者护理满意度对比

组别	n	满意	基本满意	不满意	满意度
对照组	45	20	21	4	91.1
观察组	45	25	20	0	100

三、讨论

通过本次研究,能够发现在泌尿系结石患者术后应用泌尿外科护理整体干预措施不但能够有效的避免临床并发症的发生,也能够使患者的护理满意度得到保障,在减轻患者疼痛的同时可以使患者的睡眠质量得到保障,在临床中应当被推广并使用。

参考文献:

- [1]卢峥.基于循证理论的疼痛护理对输尿管结石微创手术患者术后疼痛及康复的影响分析[J].实用中西医结合临床,2020,20(15):141-142.DOI:10.13638/j.issn.1671-4040.2020.15.072.
- [2]刘东玲.尿路结石术后疼痛患者实施优质护理的效果分析[J].中国冶金工业医学杂志,2020,37(04):480-481.DOI:10.13586/j.cnki.yjyx1984.2020.04.106.
- [3]王先萍.延伸护理对尿结石钬激光碎石术后患者生理与心理的影响分析[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(14):107-118.
- [4]王敏.系统化护理用于尿结石患者对其碎石术后复发的预防效果分析[J].临床研究,2019,27(03):189-190.
- [5]张晓.综合护理对尿结石患者疾病认知及碎石术后复发率的影响效果[J].中国医药指南,2018,16(35):207.DOI:10.15912/j.cnki.gocm.2018.35.169.

多学科专业小组对静脉输液治疗中护理质量和输液并发症的影响分析

李秋烨 邬秋梦 何燕洁

(西南医科大学附属中医医院 四川泸州 646000)

摘要:目的:分析多学科专业小组对静脉输液治疗中护理质量和输液并发症的影响。方法:本次研究时间于2021年1月开始,于2022年12月截止,共计涉及研究对象100例,均在我院实施静脉输液治疗患者,行分组研究,按照患者入院时间划分组别,2021年1月至2021年12月为参照组,实行常规静脉输液护理,研究对象为50例,2022年1月至2022年12月为试验组,实行多学科专业小组护理干预,研究对象为50例,围绕护理质量、GCQ评分、输液相关知识掌握情况、并发症发生率和护理满意度展开讨论分析。结果:二组患者经不同护理干预后,试验组患者护理质量明显高于参照组,组间存在差异有统计学分析意义($P < 0.05$);试验组患者GCQ评分明显优于参照组,组间存在差异有统计学分析意义($P < 0.05$);试验组患者输液相关知识掌握情况明显好于参照组,组间存在差异有统计学分析意义($P < 0.05$);试验组患者并发症发生率明显低于参照组,组间存在差异有统计学分析意义($P < 0.05$);试验组患者护理满意度明显高于参照组,组间存在差异有统计学分析意义($P < 0.05$)。结论:对静脉输液治疗中应用多学科专业小组干预,可以提升护理小组输液相关知识掌握能力,同时提升护理质量和专业技巧,减少患者并发症发生率,提升护理满意度,利于医患和谐发展。

关键词:多学科专业小组;静脉输液;护理质量;输液并发症

在临床治疗中静脉输液为常见治疗手段,该治疗方法是将药物经患者静脉输送到患者血液中。该治疗方法为介入性治疗,而患者年龄差距不一,药物治疗种类多样,所以容易诱发并发症,增加患者痛苦,加大治疗难度。因此对静脉输液患者应实施有效的护理措施,提高治疗效果,减少并发症发生率,同时提升护理质量,减少医患纠纷,促进医患之间和谐发展^[1-2]。而多学科专业小组是由多科室的专业性护理人员组成,每个护理人员发挥专业性和能动性,提高静脉输液的质量^[3-4]。所以本院在2021年1月至2022年12月之间,选择100例在我院实施静脉输液治疗患者,进行分析多学科专业小组对静脉输液治疗中护理质量和输液并发症的影响。具体内容如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究时间为在2021年1月至2022年12月,共计研究对象100例(均在我院实施静脉输液治疗患者),行分组讨论,分组原则为根据时间划分,组别参照组(2021年1月至2021年12月),研究样本50例,试验组(2022年1月至2022年12月),研究样本50例。参照组:男性患者24例,女性患者26例,患者年龄最小16岁,年龄最高71岁,患者平均年龄为 52.31 ± 6.24 (岁);患者疾病类型:15例呼吸系统疾病,9例脑外伤,17例心血管疾病,9例其他。试验组:男性患者23例,女性患者27例,患者年龄最小17岁,年龄最高70岁,患者平均年龄为 52.41 ± 6.34 (岁);患者疾病类型:14例呼吸系统疾病,8例脑外伤,18例心血管疾病,10例其他。两组患者基线数据资料比较 $P > 0.05$,无突出差异,可以比较。本次的研究我院医学伦理委员会已经批准同意。

本次研究入组条件:患者可正常沟通;患者具备静脉输液条件;在本院住院患者;患者同意参与本次研究并签字。

本次研究排除条件:患者伴有精神疾病;患者无法正常沟通;患者肝功能异常;患者免疫功能异常;患者药物过敏;患者不同意参与本次研究;患者中途退出;患者拒绝签字。

1.2 方法

参照组:实行常规静脉输液护理,了解患者基本信息,告知输液注意事项和不良反应等。

试验组:实行多学科专业小组护理干预,(1)成立多学科专业护理小组,由静脉治疗小组和药剂科人员以及心血管外科医师等组成,

设置药剂师、行政管理人员、主任护师、主治医师、护师,小组长负责统筹护理工作,行政管理人员负责小组的安全管理、运行管理、质量把控、计划制订等。定期对小组成员进行培训,提升专业能力和技术水平等。(2)进行健康宣教干预,对患者讲解相关药品知识和注意事项以及不良反应和并发症等,讲明对应护理措施和预防等,提高患者对静脉输液重视度,以及自我保健护理能力,护理人员需定期巡查调整输液速度等。(3)对患者不良心理进行评估,护理人员耐心回答患者问题,对不良情绪及时疏导,从而提高患者治疗积极性。(4)疼痛护理干预,穿刺前和患者积极沟通,寻找患者舒适体位,避免因体位问题引发疼痛,穿刺时需轻柔,转移患者注意力,降低患者疼痛敏感性。(5)并发症预防和护理干预,药物渗出会诱发患者疼痛和肿胀等,因此需定时观察如发生应及时处理。静脉炎患者应局部热敷缓解症状,如无法缓解应及时应用药物治疗改善临床症状。避免诱发感染,护理人员提高手卫生,实施无菌操作,避免发生感染。(6)定时巡查,关注患者状况,给予患者鼓励,及时沟通,了解是否有忽视问题,及时解决。

1.3 观察指标

(1)评估分析参照组和试验组患者护理质量^[5-6]。本院自制调研表评估护理质量,评估方向为操作熟练程度(0分-25分)、专业能力(0分-25分)、护理水平(0分-25分)、工作态度(0分-25分),分值趋向于0则护理质量较差。

(2)评估分析参照组和试验组患者GCQ评分^[7-8]。应用GCQ量表进行评估,评估方向为括生理、心理、社会文化和精神等,共计涉及题目28个,每题分值为1分-4分,分值越低评估结果越差。

(3)评估分析参照组和试验组护理人员输液相关知识掌握情况。本院自制调研表统计护理人员药理学(0分-20分)、输液护理理念(0分-20分)、输液技术(0分-20分)、感染控制(0分-20分)的掌握情况。分值趋向于0则相关知识掌握情况较差。

(4)评估分析参照组和试验组患者并发症发生率和护理满意度。统计发生药物渗出、静脉炎、感染、导管堵塞的患者数量,并发症发生率为并发症患者数量百分比。护理满意度通过本院自制调研表统计,满意(87分-100分)、一般满意(67分-86分)、不满意(0分-66分),护理满意度为减去不满意百分比之和。

1.4 统计学分析

研究数据的统计处理方法选择 19.0 版本 SPSS 系统, 计量资料表述经 ($\bar{x} \pm s$) 完成, 检验经 t 值完成; 计数资料经 (n%) 完成, 检验经 χ^2 值完成; 两组数据差异比较 P 值 < 0.05, 说明组间有统计学差异。

表 1 参照组和试验组患者护理质量 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	操作熟练程度	专业能力	护理水平	工作态度
参照组	50	14.23±3.22	13.69±2.57	14.55±2.33	14.75±3.21
试验组	50	20.13±1.25	20.22±2.14	21.26±2.44	22.15±1.64
t	-	12.0781	13.8067	14.0633	14.5161
P	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

表 4 参照组和试验组患者并发症发生率和护理满意度 (n%)

组别	例数	药物渗出	静脉炎	感染	导管堵塞	发生率	满意度
参照组	50	4 (8.00)	3 (6.00)	3 (6.00)	1 (2.00)	11 (22.00)	42 (84.00)
试验组	50	2 (4.00)	1 (2.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (6.00)	50 (100.00)
χ^2	-	-	-	-	-	5.3156	8.6957
P	-	-	-	-	-	0.0211	0.0031

2.2 分析参照组和试验组患者 GCQ 评分

经统计分析了解, 试验组患者 GCQ 评分明显高于参照组, P < 0.05, 存在组间差异。表 2 为本次统计数据。

表 2 参照组和试验组患者 GCQ 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	生理	心理	社会文化	精神
参照组	50	16.58±3.24	17.11±2.36	16.78±2.37	15.98±4.69
试验组	50	23.14±2.11	22.25±3.57	23.47±2.45	22.59±3.26
t	-	11.9969	8.4927	13.8777	8.1831
P	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.3 分析参照组和试验组护理人员输液相关知识掌握情况

经统计分析了解, 试验组护理人员输液相关知识掌握情况明显高于参照组, P < 0.05, 存在组间差异。表 3 为本次统计数据。

表 3 参照组和试验组护理人员输液相关知识掌握情况 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	药理学	输液护理理念	输液技术	感染控制
参照组	50	10.36±2.47	9.88±2.43	9.85±3.61	9.77±3.69
试验组	50	16.42±2.39	15.98±2.44	16.22±2.51	16.76±2.41
t	-	12.4674	12.5256	10.2443	11.2147
P	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.4 分析参照组和试验组患者并发症发生率和护理满意度

经统计分析了解, 试验组患者并发症发生率明显低于参照组, P < 0.05, 存在组间差异; 试验组患者护理满意度明显高于参照组, P < 0.05, 存在组间差异。表 4 为本次统计数据。

3 讨论

根据相关调查了解, 住院患者百分之九十以上需要静脉输液治疗, 而护理人员的穿刺技术不同, 患者年龄疾病等不同, 因此对输液质量有较大影响, 甚至多数患者诱发并发症, 对患者治疗效果有较大影响, 因此应对静脉输液实施护理干预, 减少并发症提升输液质量^[9]。

多学科专业小组静脉输液护理干预能够有效提升输液质量, 通过建立小组, 对小组进行运行管理和质量把控等, 能够有效改善输液质量, 对小组成员定期培训, 能够提升护理人员专业知识能力和专业技术能力, 从而提升输液护理质量, 有效减少患者并发症, 缓解患者疼痛, 该护理模式对患者实施健康教育, 能够有效提升患者对药物和输液等知识的了解度, 从而提升患者自我保健能力, 减少患者不良反应, 同时该护理模式对患者进行心理干预和疏导, 有效提升患者输液时配合度, 减少患者疼痛, 该护理模式严格执行无菌操作, 能够有效减少患者感染几率, 从而减少并发症发生率, 对患者治疗效果有着重要作

2 结果

2.1 分析参照组和试验组患者护理质量

经统计分析了解, 试验组患者护理质量明显高于参照组, P < 0.05, 存在组间差异。表 1 为本次统计数据。

用, 因此在静脉输液治疗中实施多学科专业小组护理干预对患者康有着积极意义^[10]。研究证明, 试验组患者护理质量明显高于参照组, P < 0.05; 试验组患者 GCQ 评分明显高于参照组, P < 0.05; 试验组护理人员输液相关知识掌握情况明显高于参照组, P < 0.05; 试验组患者并发症发生率明显低于参照组, P < 0.05; 试验组患者护理满意度明显高于参照组, P < 0.05。

综上所述, 多学科专业小组对静脉输液治疗中护理质量明显提升, 并减少输液并发症, 具有临床推广意义。

参考文献:

[1] 夏云, 施慧, 俞珍. 儿童专科医院门诊静脉输液治疗现状横断面调查及质量持续改进的效果评价[J]. 中西医结合护理(中英文), 2020, 6(8): 169-171.

[2] 冯建红, 孙彤. 医护协同管理模式应用于静脉输液工具规范管理中 对输液治疗质量及服务质量的 影响[J]. 国际护理学杂志, 2022, 41(7): 1153-1156.

[3] 葛刘娜, 丁金霞. 基于多学科团队诊疗模式以专科护士为主导的血管通路小组在肿瘤患者静脉输液治疗中的应用效果[J]. 广西医学, 2022, 44(11): 1311-1314.

[4] 蔡真真, 李葵. 基于鱼骨图的风险管理在乳腺癌根治术后植入式静脉输液港中的应用价值[J]. 四川生理科学杂志, 2022, 44(8): 1358-1361.

[5] 鲁晓莉. 化疗患者应用 PICC 和静脉输液港护理质量的相关分析[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2020, 20(5): 62-63.

[6] 林琴, 袁忠, 夏开萍, 等. 湖南省二级及以上级别医院静脉输液治疗与管理现状调查[J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(29): 3721-3727.

[7] 许楚敏, 刘海泽, 许雪芬, 等. 探讨 PICC 和静脉输液港在化疗患者中的护理质量比较[J]. 糖尿病天地, 2020, 17(6): 287-288.

[8] 沈婷, 李淑仪, 周琳. 集束化管理在急诊输液室静脉输液相关性感染患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2021, 27(11): 69-71.

[9] 覃海敏, 吕丽娜, 覃燕, 等. 静脉输液质量监控小组对甘露醇致静脉炎的影响分析[J]. 国际护理学杂志, 2019, 38(2): 145-148.

[10] 郭乐, 方少梅. 多学科专业小组对静脉输液治疗中护理质量和输液并发症的影响[J]. 中西医结合护理(中英文), 2021, 7(3): 185-187.

小儿外科病房患儿会阴部被铲车损伤的护理方法和心理创伤早期干预效果

杨咏珍

(华中科技大学同济医学院附属同济医院 湖北武汉 430030)

摘要:目的 患儿因“会阴部损伤 5 小时”入院;患儿,男,7 岁,因“会阴部损伤 5 小时”入院;患儿 5 小时前不慎被铲车损伤会阴部,伤后会阴部活动性出血、活动受限,不伴意识障碍、头痛、四肢厥冷,遂到当地医院就诊,予以纱布压迫止血后送至我院,急诊 CT 平扫口头报告:骶尾部、会阴区软组织缺损,解剖结构显示不清,头胸部暂未见明显异常,未见骨盆骨折,方法:会阴部护理方法和自我照护后的效果。结果:通过我们精心的护理,患儿一共十次手术后,康复出院。通过这几次增强护士和患儿家属的护理水平,有利于患儿的康复。结论:通过一次次的护理方案,提高了患儿自我心理的恐惧。研究表明良好的亲子关系和教养方式是青少年生命意义的直接预测因素,可以重点关注青少年的父母及好友在其生命意义中可能起到的重要作用。

关键词: 护理;治疗;肠造口;VSD 更换;瘢痕体质;静脉炎;饮食;心理;护患关系;健康教育;价值观

Nursing Methods and Early Intervention Effect of Psychological trauma in Children's Surgical Ward with Perineum Injured by Forklift

Yang Yongzhen

Tongji Hospital, Tongji Medical College, Tongji Medical College, Wuhan, 430030, China

Abstract: Objective: The child was admitted to hospital due to "perineal injury for 5 hours"; The child, male, 7 years old, was hospitalized for "5 hours of perineal injury". The child was accidentally injured by a forklift truck 5 hours ago. After the injury, active perineal bleeding and limited movement were observed, without disturbance of consciousness, headache, and cold limbs, so he went to the local hospital for treatment, was compressed with gauze to stop bleeding and sent to our hospital. The structure was not clear, no obvious abnormality was found in the head and chest, and no pelvic fracture was observed. Methods: perineal care method and the effect of self-care. Results: Through our careful nursing, the patient recovered from hospital after ten operations. Through these times to enhance the nursing level of nurses and family members of the children, is conducive to the rehabilitation of the children. Conclusion: Through the nursing program again and again, the children's self-psychological fear was improved. Studies have shown that good parent-child relationship and parenting style are direct predictors of teenagers' life meaning. We can focus on the important role that teenagers' parents and friends may play in their life meaning...

Key words: nursing treatment enterostomy VSD replacement cicatricial physical phlebitis diet psychology nurse-patient relationship Health education values

1 资料与方法

1.1 一般资料

科室小组成员,医生组有十名,包括博士研究生,护士12人,制定研究领域,护理管理,临床护理,人文护理,获得心理师资格证4名,营养师3名,专家教授年龄都在60岁以上。专家都从事临床20余年,经验非常丰富,专家对本疾病都有很高的权威,权威程度较好。

1.1.2因不慎被铲车损伤会阴部,伤后会阴部活动性出血、活动受限,不伴意识障碍、头痛、四肢厥冷,遂到当地医院就诊,予以纱布压迫止血后送至我院,急诊CT平扫口头报告:骶尾部、会阴区软组织缺损,解剖结构显示不清,头胸部暂未见明显异常,未见骨盆骨折。血常规:白细胞计数 $20.42 \times 10^9/L \uparrow$, 血红蛋白 $94.0 g/L \downarrow$, 血小板计数 $481.0 \times 10^9/L \uparrow$, 纤维蛋白(原)降解产物 $21.7 \mu g/mL \uparrow$ 。急诊予以心电监护、补液等对症处理,以“多处损伤”收入我科。病程中,患儿精神稍差,未进食,二便未解,体重变化不详。多处损伤、失血性休克、会阴区开放性外伤多处损伤、失血性休克、会阴区开放性外伤。

1.2.2式:医生通过检查后。手术简要经过:麻醉满意后,正常消毒铺巾,及时通过手术,在全麻下行结肠造口术+会阴部清创+vsd覆盖术,手术过程顺利,患儿手术完毕,返回苏醒室观察手术后麻醉反应,患儿苏醒术后安返病房。遵医嘱予以抗炎、止血和补液等对症治疗。持续心电监护及氧气吸入。

术后注意观察事项:注意观察切口敷料,导尿管、胃管及腹腔引流管是否通畅及各项生命体征。

被动体位,俯卧,神清,全身多处皮肤擦伤,臀部纱布浸湿,打开纱布见会阴区、骶尾部见皮肤缺损,污染严重,活动性渗血,会阴部解剖结构不明确,双侧下肢血运及循环可,右侧股骨下段压痛。

昨晚在急诊全麻下行结肠造口术+会阴部清创+vsd覆盖术,教授指示:1 患儿病情重,予以告病危,随时可能出现感染性休克等危及生命安全,嘱暂禁食,加强抗感染、止血、护肝、护胃和营养支持等治疗。遵医嘱。2 患儿发热系术后正常反应,病情尚平稳,嘱禁食水,制动,加强抗感染、止血、护肝、护胃和营养支持等治疗,雾化治疗,输注白蛋白。遵医嘱。密切关注患儿体温变化。3 左侧腹部造口处肠管

红润, 未见大便排出。会阴部伤口 VSD 覆盖良好。主任医师查房示: 患儿病情尚平稳, 嘱禁食水, 制动, 加强抗感染、止血、护肝、护胃和营养支持等治疗。遵医嘱。密观。4 随主任医师查房。患儿一般情况可, 无发热、腹胀、呕吐, 小便正常。体检: 精神可, 口唇红润, 呼吸平稳, 心音有力, 腹部平软, 无压痛。左侧腹部造口处肠管红润, 大量大便排出。未见明显渗血渗液, 医师查房后指示: 患儿伤口恢复尚可, 今继续抗炎治疗, 定期换药, 关注伤口愈合情况。5 于 2022 年 08 月 02 日在急诊全麻下行结肠造口术+会阴部清创+vsd 覆盖术, 于 2022 年 08 月 09 日在全麻下行会阴部大面积损伤清创缝合+经会阴肛门成形术+VSD 覆盖术, 于 2022 年 08 月 14 日在全麻下行骶会阴清创缝合术+肛门成形术+乙状结肠造口修整术, 于 2022 年 08 月 18 日在全麻下行会阴成形术 + 创面封闭式负压引流术 (VSD), 于 2022 年 08 月 25 日在全麻下行经会阴肛门成形术 + 创面封闭式负压引流术 (VSD), 于 2022 年 09 月 01 日在全麻下行会阴成形术 + 创面封闭式负压引流术 (VSD), 于 2022 年 09 月 09 日在全麻下行会阴清创术, 手术后半年患儿今日在全麻下行部分结肠切除+乙状结肠直肠吻合+肠粘连松解术。经过 2 月七次手术后拔除 VSD, 带入结肠造口康复回家, 出院前告知患儿家属造口日常的生活护理, 鼓励患儿家属自行更换造口袋, 并给予相应的指导, 患儿于 2023 年 4 月 13 日在全麻下行乙状结肠造口还纳术+肠切除肠吻合术。

1.3 部分护理方法

术后处理措施: 术后早期知识健康教育

1.3.1告知照顾者早期护理的重要, 要配合我们护理, 护理中遇到问题及时解决, 解决问题后和家属讨论, 培养正确的观念。

患儿第一次手术后在全麻下行骶会阴部清创缝合+乙状结肠造瘘+肛门修补+VSD覆盖术, 带入胃管, 尿管, 肛管, VSD引流管各一个, 引流通畅, 患儿因会阴部损伤面积较大, 疼痛感比较敏感, 术后疼痛评分普遍偏高, 患儿损伤面积偏大, 患儿生命体征也偏高, 患儿术后体温偏高, 给予相应的物理降温, 患儿因为是会阴部损伤, 患儿需要俯卧位和膝胸卧位, 便于引流管引流, 患儿术后禁食水需长期静脉输液, 让患儿家属备了喜辽妥, 预防静脉炎的发生; 住院期间患儿的造口袋都是护士负责更换, 病情比较复杂, 把患儿床位离护士站很近的地方, 方便观察病情。患儿因为是车祸伤, 伤到会阴部皮肤, 心理阴影很大, 很敏感, 对我们医护人员戒备心很严, 刚刚开始给患儿更换造口袋, 也不是很配合, 一直处于恐惧状态, 经过几次的沟通后, 患儿才开始慢慢接受我们, 每次我们都会耐心解释, 患儿才允许我们的操作, 操作完成后我们再做好宣教, 让患儿不要对我们医护人员再产生恐惧心理。

1.4.1术后护理

患儿术后回病房, 持续心电监护及氧气吸入, 带入胃管尿管, 肛管vsd引流管, 各一个, 引流均通畅, 给予患儿四肢约束, 保护四肢皮肤, 术后带入止痛泵, 防止患儿术后疼痛, 提前镇痛, 患儿虽然年龄不大, 但是心智还比较坚强, 由于患儿损伤的会阴部, 造成患儿心理问题很大, 对陌生人很敏感, 除了不排斥妈妈, 其他人只要靠近, 他就很恐惧, 我们的操作尽量集中去处置, 以免患儿产生恐惧心理, 不利于伤口愈合, 患儿术后一周是禁食状态, 输液比较多, 每次都需

要核对患儿信息, 我们靠近一次, 患儿就需要调整一下精神状态, 因为患儿是会阴部损伤, 带入造口袋, 患儿更换造口袋时间会接触时间长点, 需要妈妈先做好解释工作, 我们再进一步操作, 经过妈妈的开导, 我们工作才可以顺利进行, 他的造口在肚子上, 他是膝胸卧位, 造口边缘就必须加固, 我们每次会用留置针贴膜剪开俩半, 需要减2张贴膜四小半, 一点一点加固, 防止大便从旁边漏出, 刚开始患儿结肠水肿, 造口袋口径需要剪大一点, 我们需要用防漏膏来填补边缘, 后期结肠水肿消除后, 我们就不需要防漏膏, 操作起来也没有那么麻烦, 经过几次更换后, 孩子了解了什么是更换造口袋, 孩子之前也是因为不了解比较反抗, 后面好很多。由于患儿是疤痕体质, 每个腿部植皮后的地方, 都有很深的疤痕, 这个疤痕也根据医生的指导, 买了涂抹式和祛疤贴去用, 但是由于疤痕增生, 祛疤贴效果也不是很乐观, 只能随着年龄增长, 体重增重, 身高增长, 疤痕会越来越浅, 只能让患儿尽量穿长裤遮挡, 后期如果增生更重, 需要用激光去除, 或者后期手术治疗。患儿在喂养方面, 术后患儿禁食了一周, 一周后开始尝试喝点水, 喝水没有呕吐后, 开始让患儿慢慢过渡到牛奶, 米汤稀饭, 软饭面条, 直到普食, 患儿在喂养方面进展比较顺利。后期过渡到普食加强营养后, 体重也在慢慢增加, 虽然治疗过程很长, 但是家长一直都很配合, 后期恢复也不错, 具有较好的信任度和较好的效果, 家属更是对我们医护人员产生更好的依赖性。

1.5 教育护理

讨论: 据我国青少年抑郁症流行率达到17.5%, 认知和躯体症状为主要表现的复杂综合征, 因为创伤留下的心理变化, 首先敏感地体现在青少年的群体中, 认知行为模式和情绪管理能力尚未成熟。研究表明良好的亲子关系和教养方式是青少年生命意义的直接预测因素, 可以重点关注青少年的父母及好友在其生命意义中可能起到的重要作用, 反观青少年是能接受痛苦和面对众多困难, 不仅能够帮助其形成坚实的生命意义感, 以利于疾病的良性转归, 而且对其形成文档的价值观具有深远影响。护患之间的沟通有利于及时传递相关信息, 增进对护理工作的理解, 有助于护理人员进行疾病与治疗的解说, 从疾病状态向健康方向过渡, 在心理方面有助于营造安全感并改善患儿的恐惧, 焦虑与负面情绪, 调整好心态, 积极配合治疗, 一定会达到事半功倍的效果。

参考文献:

[1]代雯晴, 辛霞, 金鲜珍, 等. 1 例腹部伤口全层裂开患者经空肠造口行肠内营养的护理[J]. 中华护理杂志, 2022, 57 (13): 1623-1627. DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2022.13.014.

[2]李梦蝶, 张林虹, 夏东升, 等. 心脏外科术后患者胃肠道并发症风险预测模型的构建及效果验证[J]. 中华护理杂志, 2022, 57 (13): 1548-1554. DOI: 10.3761/j.issn.0254-1769.2022.13.002.

[3]黑明燕. 新生儿重症监护病房抗菌药物的超说明书用药[J]. 中华实用儿科临床杂志, 2023, 38 (3): 206-209. DOI: 10.3760/cma.j.cn101070-20220504-00497.

[4]颜婷婷, 宁佩, 徐雅南, 等. 护士创新行为的研究进展[J]. 护理学杂志, 2022, 37 (18): 102-105. DOI: 10.3870/j.issn.1001-4152.2022.18.102.

康复科护理带教中 PBL 的价值探析

屈春风

(吉林市中心医院 吉林省吉林市 132000)

摘要:目的 探讨 PBL (Problem-Based Learning) 教学法在康复科护理带教中的应用价值。方法 研究对象为我院康复科的 80 名护理实习生, 时间范围为 2019 年 3 月至 2023 年 2 月, 比较两组学生在康复科护理带教中的效果。结果 采用 PBL 教学法的实习护士在理论知识、临床技能等方面表现均优于传统教学法的实习护士 ($P < 0.05$)。结论 PBL 教学法在康复科护理带教中具有显著的价值, 有助于提高实习护士的知识技能, 推动康复科护理教育的发展。

关键词: PBL; 康复科; 护理带教

康复科护理课程涉及多元化的学科领域, 对护士提出了扎实的理论知识 and 实际操作能力的要求。在传统教学模式下, 教师和护士需要共同分担教学责任, 但由于面临繁重的工作任务和时限限制, 导致与教材相结合的实践教学和针对性的教学场景得不到充分体现, 这使得教学质量难以达到理想的效果^[1]。为提升教学质量, 需要改进现有教学方法, 以适应康复护理时代的发展需求。随着医学技术的不断发展, 对护士的专业素质和技能要求日益提高。临床实习环节对于帮助护理学生把握理论知识并将其应用于实际操作具有重要意义。康复科护理教育中, 注重实践能力的培养至关重要, 以确保护士在行业内具备全方位的技能。当前的传统教学方式在对护士的培训以及教育过程中存在一定的局限性。为此, 我们需要关注研究更科学、高效的教学方法, 旨在提高护士教育质量。

一、资料与方法

1. 一般资料

研究选取了 2019 年 3 月至 2023 年 2 月期间我院康复科的 80 名护理学生, 随机分为常规护理带教组和 PBL 护理带教组, 两组各有 40 名学生。对照组: 男 15 名, 女 25 名; 平均年龄 (21.83±1.14) 岁; 专科 17 名, 本科生 23 名。观察组: 男 14 名, 女 26 名; 平均年龄 (21.04±1.08) 岁; 专科 19 名, 本科生 21 名。两组学生的一般资料差异不显著, 不存在统计学意义 ($P > 0.05$)。纳入标准: 实习生均为护理专业的在校本科/专科学生。排除标准: 未按照科室要求完成实习的学生以及实习期间自愿退出的学生。

2. 方法

对照组采用传统带教方法, 重点在于临床护理技能的实践。结合

表 1 两组培训前后考试成绩比较

组别	例数	理论知识	护理技巧	工作态度	患者管理
PBL 护理带教组	40	96.67±1.23	97.34±1.01	95.77±1.32	97.29±0.97
常规护理带教组	40	90.22±1.89	87.98±2.43	86.95±2.86	84.92±4.12
t 值	-	26.872	29.253	18.924	20.692
P 值	-	0.000	0.000	0.000	0.000

2. 两组的满意度、活跃率等对比

详见表 2。

表 2 两组满意度、活跃率、依从率对比 [例 (%)]

组别	例数	实习活跃率	实习依从率	对带教方法的满意度
PBL 护理带教组	40	26 (97.50)	27 (100)	25 (97.50)
常规护理带教组	40	18 (75.00)	18 (75.00)	19 (77.50)
χ^2 值	-	11.636	14.760	9.087
P 值	-	0.001	0.000	0.003

三、讨论

随着医疗技术的不断进步, 患者对于临床治疗和护理质量的要求与日俱增。康复科护理工作具有较高的技术要求与极大的工作强度, 因此, 优质的护理带教对于提高护理人员的业务水平和增强责任意识具有重要意义^[5]。PBL 作为一种创新的教育模式, 引起了广泛的关注。PBL 理念是一种以提出和解决问题为中心的学习方法, 旨在通过自主和合作学习, 培养学生批判性思维、解决问题和自主学习能力。通过引导实习生主动参与学习和解决实际问题, PBL 教学能帮助他们掌握更多专业技能, 积累宝贵的临床经验, 从而加快实习生成才的进程。此外, PBL 教学还有助于培养专业、高效的临床护理团队。这不仅能提高康复科护理整体水平, 更能确保患者在康复过程中得到最优质的护理服务, 保障他们的生命安全和康复效果^[6]。总之, PBL 教学在康复科护理培训中发挥着至关重要的作用, 对提升整个康复科的护理质量具有重大意义。

经过对比观察组和对照组的研究结果, 我们得出结论: PBL 教学方法在康复科护理教学中确实取得了显著成效。通过这一教学方法,

科室考核和患者实际情况, 实习期间穿插理论教学, 直至实习结束。观察组采用 PBL 带教法, 包括以下阶段: (1) 理论知识教学, 对护理专业知识进行深入讲解, 帮助护生掌握理论基础, 确保他们具备应对实际问题的能力。(2) 康复护理评估, 指导护生运用所学的问诊查体技能, 结合患者的临床资料和诊疗需求, 进行全面的康复护理评估。

(3) 护理实践, 通过实际操作和参与护理工作, 培养护生的批判性思维和应急处理能力, 从而提高他们解决实际问题的能力。(4) 常见康复护理实践, 选取典型病例作为教学实例, 教授护生有效的护理技能, 并灌输人文关怀思想, 使他们在实际工作中能够关注患者的心理需求和生活质量^[2-4]。每个阶段结束后, 护生需参加科室考核, 对其所学知识和技能进行全面评价。考核结果作为评价护生综合能力的重要依据。

3. 评价指标

对比两组实习护士的科室考核成绩、专业核心能力评分、职业认同评分、批判性思维能力评分, 以及带教满意度评价。总满意度计算公式为: 总满意度 = (满意例数 + 较满意例数) / 总例数 × 100%。

4. 统计学方法

在数据分析环节, 使用 SPSS22.0 进行处理。计数数据以例 (%) 表示, 采用卡方 (χ^2) 检验, 计量数据采用 t 检验 ($\bar{x} \pm s$)。若 $P < 0.05$, 则表示差异具有显著性。

二、结果

1. 两组实习生科室考核成绩比较

与对照组相比, 观察组护生的理论知识和操作技术水平评分显著更高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。参考表 1。

学员能系统地掌握一定的理论知识和实际操作技巧, 从而更好地应对临床场景。此外, PBL 教学还有助于培养学员的自我意识, 使他们勇于向自己和他人提问, 对工作中遇到的问题提出解决方案。

综合来看, PBL 教学方法在康复科护理教学中所体现出的优势, 对激发学员的学习动力、培养高质量护理人才具有积极意义。通过鼓励学员主动参与、自主思考和解决问题, PBL 教学有望进一步提高临床护理教学质量, 为康复科护理领域培养出更多优秀人才。

参考文献:

- [1] 李婵娟, 薛莹婷, 韦丽娇, 韦瑞丽, 周金慧. PBL 教学法应用在临床护理实习生带教中的作用 [J]. 每周文摘·养老周刊, 2023 (1): 0242-0244.
- [2] 何东梅, 马玲俐, 米秋蓉, 何钰涓, 龙丹丹. 基于标准化病人的改良 PBL 教学模式在康复科护生临床实习带教中的应用 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2022, 20 (16): 1-4.
- [3] 章泽熟. 论 PBL 结合以案例为中心双轨式教学方法在临床护理实习生带教中的应用价值 [J]. 中文科技期刊数据库 (引文版) 医药卫生, 2023 (3): 0226-0229.
- [4] 符雅屏, 江莹莹, 李优优. 以问题为基础的教学联合案例教学法在康复科护理带教中的应用效果 [J]. 中国高等医学教育, 2021 (10): 124-125.
- [5] 龚斯妮. 康复科护理带教中临床路径教学法的应用分析 [J]. 中国卫生产业, 2021, 18 (12): 132-135.
- [6] 赵建利. Mini-CEX 评估法联合 CBL 教学法在精神康复科护理带教中的应用 [J]. 中国高等医学教育, 2021 (6): 81-81+113.

人文关怀在腹腔镜下小儿疝气手术护理中的应用效果分析

黄孝平 李明坤 罗 炜

(西南医科大学附属中医医院 四川泸州 646000)

摘要:目的:分析腹腔镜下小儿疝气手术护理中应用人文关怀的效果。方法:此次研究选取 2022.2 月-2023.2 月医院收治的 80 例行手术治疗的疝气患儿为研究对象,应用抛硬币方式分组,分成研究组与对照组,研究组接受人文关怀护理,对照组接受常规护理,各组有 40 例患者,对护理效果进行比较。结果:在疼痛评分比较上,术后研究组的 VAS 评分低于对照组, $P < 0.05$; 研究组患儿家长护理满意度高于对照组, $P < 0.05$; 研究组患儿术后恢复情况(下床活动时间、肠胃功能恢复时间、住院时间)均短于对照组, $P < 0.05$; 研究组患儿术后并发症发生率低于对照组, $P < 0.05$; 研究组患儿生活质量评分高于对照组, $P < 0.05$ 。结论:人文关怀理念应用腹腔镜下小儿疝气手术护理中,可减轻患儿的术后疼痛感,使患者术后恢复速度加快,不仅降低术后并发症发生的概率,也提高患儿家长的护理满意度,值得运用。

关键词:人文关怀;腹腔镜;小儿疝气手术护理;应用效果

小儿疝气为临床只重视常见的外科疾病,可被划分成腹股沟疝以及脐疝,该疾病的出现主要是和先天因素影响相关,低体质量小儿以及早产儿由于发育不良,发病的概率比较高^[1]。一般在治疗小儿疝气时会采用外科手术的方式,回纳患儿的器官组织,在疝囊闭合后症状也会随之消失。但是,由于小儿的心智不够成熟,疼痛忍耐程度较差,手术时以及手术后会出现各种抵触的行为,对患儿术后恢复的情况造成影响^[2]。故在患儿围术期间要同步落实护理,要将人文关怀渗透于手术护理中,提高临床护理服务效果。故本次的研究当中将小儿疝气腹腔镜下手术患儿为研究对象,分析人文关怀护理的应用效果,现将得到数据报告如下:

1 资料与方法

1.1 基线资料

本次研究把(2022.2-2023.2月)收治的 80 例腹腔镜下小儿疝气手术患儿作为研究对象,分组方法为“抛硬币法”,分成研究组与对照组,每组纳入 40 例患儿。有 28 例男患儿以及 12 例女患儿为研究组,该组患儿年龄范围在 6 个月至 10 岁间,均值为(5.03±0.81)岁,有 27 例男患儿以及 13 例女患儿为对照组,该组患儿年龄范围在 7 个月至 9 岁间,均值为(5.10±0.76)岁,经对比一般资料得知,无明显差异, $P > 0.05$, 可比较。纳入标准:确诊为小儿疝气;患儿家长知情同意本次研究;患儿本身不存在传染性疾病。排除标准:一般资料不完整;不满足手术适应证;合并存在其他严重疾病。

1.2 方法

研究组和对照组中的患儿均接受腹腔镜下手术治疗,手术治疗方案一致,在围术期间两组患儿采用不一样的护理方法。

将常规护理应用于对照组当中,方案如下:在患儿手术前一天,应告知患儿家长禁止患儿食用奶制品以及豆制品,此类食物容易导致障碍。手术前护理人员要整理好手术室环境,维持室内环境的洁净,让患儿感到舒适,控制好温度以及湿度。手术过程中护理人员要保护好患儿的隐私,并做好保温处理,尽量减少患儿暴露在外的皮肤。为保障手术的顺利实施,应对患儿的生命体征进行监测。手术完成以后,护理人员必要时可使用镇痛药物,缓解患儿的疼痛。患儿出院前,护理人员要和患儿家长交谈,并说明出院后的注意事项,跟进患儿的身体恢复情况。

研究组患儿要在对照组的基础上,额外接受人文关怀,具体的护理措施如下:①手术前人文关怀护理:护理人员在见到患儿的第一刻起,就需要保持最佳的精神面貌以及工作状态,热情、耐心的接待患儿以及患儿家长,询问患儿的身体状况,并跟患儿家长交谈,结合病历资料,掌握患儿的信息,为接下来良好护患关系的构建打下基础。

铜焊丝,护理人员要为患儿以及家长介绍病区的环境,消除患儿对陌生环境的恐惧感,可让患儿拿自己喜欢的玩具以及绘本到病房中。手术前要根据患儿的理解能力,采用柔和、简单的语言交谈,并评估患儿的心理状态,予以专项化的心理护理,从根本上消除患儿不良的心理情绪。护理人员要在护理期间普及各种疾病知识,使患儿家长对疾病以及手术的认知更加全面,从根本上配合支持医护人员的工作。②术中人文关怀护理:因为患儿的年龄比较小,所以他们对于手术会感到紧张、担忧、害怕,一些患儿进入到手术室以后哭闹不止。对此,医护人员在患儿来到手术室疑惑,要予以语言以及行为上的安慰,可通过肢体抚触,消除患儿的不良情绪,使患儿受到鼓励与关怀,信任医护人员。同时,手术过程中各种器械的使用要合理,并全程监测患儿的生命体征,如果察觉到较大波动,要立刻通知医生。③术后人文关怀护理:手术完成以后,等到患儿体征平稳以后,要简单的清洁患儿皮肤,将术中的血渍擦除,并协助患儿穿上衣物。患儿已经恢复意识后,要多和患儿交流,可一起玩玩具、听故事,并在此过程中告知患儿的护理配合要点。由于术后患儿会感到较为强烈的疼痛感,可通过看动画片、玩玩具、听音乐的方式,转移患儿的疼痛感,疼痛难忍时使用镇痛药物。

1.3 观察指标

对患儿家长护理满意度进行比较,将医院自制的满意度问卷发放给患儿家长,结合患儿家长的问卷得分,分成十分满意、满意以及不满意,十分满意的评分为 91 分-100 分,满意为 61-90 分之间,不满意的评分 < 60 分,总护理满意度 = 十分满意率 + 满意率。

对患儿的术后疼痛评分进行比较,在患儿术后 2h、术后 24h 对比两组患儿的疼痛评分,使用视觉模拟评分法,即 VAS 评分,满分设定为 10 分,评分越高,说明患儿疼痛感越严重。

对患儿的术后恢复情况进行比较,包括肠胃功能恢复时间、下床活动时间、住院时间。

对患儿术后并发症发生率进行比较,其中包括肺部感染、出血以及恶心呕吐,计算总发生率。

对患儿的生活质量评分进行比较,从患儿的运动情况、恢复情况、心理情况、运动情况展开点评,将每一项目的分数设定为 20 分满分,分数越高,说明患儿的生活质量越高。

1.4 数据处理

本次研究使用 SPSS26.0 统计软件, $(\bar{x} \pm s)$ 表示内容为计量资料,运用 t 检验, χ^2 表示的内容是计数资料,当 $P < 0.05$ 时,说明差异有统计学意义。

2 结果

护理研究

2.1 患儿家长护理满意度

研究组患儿家长的护理满意度高于对照组, $P < 0.05$, 完整数据见表 1。

表 1 患儿家长护理满意度两组对比[n (%)]

组别	例数	十分满意	满意	不满意	总满意率
研究组	40	23 (57.50)	16 (40.00)	1 (2.50)	39 (97.50)
对照组	40	17 (42.50)	15 (37.50)	8 (20.00)	32 (80.00)
χ^2	-				6.1346
P	-				0.0132

2.2 术后疼痛评分

研究组患儿的术后疼痛评分均低于对照组患儿, $P < 0.05$, 数据见表 2。

表 2 术后疼痛评分两组对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	术后 2h	术后 24h
研究组	40	5.82 ± 1.15	3.02 ± 0.52
对照组	40	6.77 ± 1.20	5.02 ± 0.53
t	-	3.6150	17.0359
P	-	0.0005	0.0000

2.3 术后恢复情况

表 4 生活质量评分两组比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	恢复情况	身体情况	运动情况	心理情况
研究组	40	18.21 ± 1.02	18.74 ± 1.20	19.12 ± 0.45	18.75 ± 1.20
对照组	40	17.45 ± 1.01	17.02 ± 1.11	18.71 ± 0.47	17.80 ± 1.22
t	-	3.3486	6.6548	3.9851	3.5111
P	-	0.0013	0.0000	0.0002	0.0007

3 讨论

疝气具体指的是人的某个器官组织出现了错位, 导致其离开了正确的人体解剖位置, 会通过先天或者是后天的薄弱点来到别的位置, 出现疼痛的症状表现^[3]。疝气多发于小儿, 且小儿的年龄较小身体机制尚未发育完全, 疾病发作后会对患儿的消化系统造成影响, 如果治疗的不及, 甚至会危及到患儿的生命^[4]。小儿疝气的常见症状表现为腹胀腹痛, 还有部分患儿的生殖系统被挤压。对于小儿疝气应当做到尽早发现、尽早治疗, 常见的治疗手段为外科手术^[5]。腹腔镜微创方法用于小儿疝气治疗中, 其优势体现于: 操作便捷, 双侧的疝气手术通常为 30 到 40 分钟, 通过一次手术能够将两侧的疝气解决, 且不会增加手术的切口。而对于一侧的疝气来说, 手术中能够找到对侧的隐形疝, 防止疾病的再次发作使患儿感到痛苦。腹腔镜下小儿疝气手术, 有创伤小、手术时间短、术后恢复速度快的特点, 但是由于小儿的年龄较小, 很难忍受住术后疼痛, 在术前也会生成紧张的情绪^[6]。对此, 建议对手术患儿予以护理干预, 通过护理措施的落实, 起到辅助治疗的作用。人文关怀在护理工作中的体现, 可让护理工作更加有温度, 搭建出和谐的护患关系, 患者的满意度也会随之提升^[7]。人文关怀下的护理, 从本身上来看是一种充满爱心的人际互动行为, 既可以满足患者的精神、生理需要, 也会提高患者的生活质量^[8]。

在本次的研究当中, 对照组患儿接受了常规护理, 研究组中患儿接受了人文关怀护理, 经分别的护理干预后, 得出以下结论: 在患儿家长护理满意度比较上, 研究组患儿护理满意度高于对照组, $P < 0.05$ 。结论说明人文关怀护理相较于常规护理来说, 深受患儿以及患儿家长的满意, 他们也会支持配合医护人员的工作, 建立起良好的护患关系, 降低护患纠纷的发生率。在两组疼痛评分比较上, 术后 2h、术后 24h 的疼痛评分, 研究组更低, 与对照组相比差异显著, $P < 0.05$ 。结论表明人文关怀护理可降低患儿的术后疼痛感, 会提高患儿的舒适度。在两组患儿手术指标比较上, 研究组患儿的下床活动时间、肠胃功能恢复时间以及住院时间均短于对照组, $P < 0.05$ 。证实了人文关怀下护理工作的实施, 能够加快患儿术后机体健康恢复的速度, 使患

通过表 3 中的数据可以知晓, 研究组的下床活动时间、住院时间以及肠胃功能恢复时间均短于对照组, $P < 0.05$ 。

表 3 组间手术相关指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	下床活动时间 (min)	胃肠功能恢复时间 (h)	住院时间 (d)
研究组	40	16.33 ± 2.44	20.40 ± 1.44	5.28 ± 2.02
对照组	40	23.41 ± 2.37	26.52 ± 1.43	7.25 ± 2.27
t	-	13.1640	19.0727	4.1003
P	-	0.0000	0.0000	0.0001

2.4 术后并发症发生率

在手术后研究组中的 40 例患儿, 其中有 1 例患儿出现了恶心呕吐, 并发症发生率为 2.50%, 而对照组中的 40 例患儿, 其中有 3 例患儿出现了恶心呕吐、出血的有 2 例患儿、肺部感染患儿 2 例, 并发症发生率为 17.50%, 经比较得知 χ^2 值为 5.0000, P 值为 0.0253, 研究组术后并发症发生率低于对照组, $P < 0.05$ 。

2.5 患儿生活质量评分

经护理后研究组患儿的恢复情况、身体情况、运动情况、心理情况评分均高于对照组, $P < 0.05$, 完整数据见表 4。

儿早日出院。在两组患儿的术后并发症发生率比较上, 研究组低于对照组, $P < 0.05$ 。最后, 比较两组患儿的生活质量评分得知, 研究组的各项评分均高于对照组, $P < 0.05$ 。结论说明了人文关怀护理用于腹腔镜下小儿疝气患儿当中, 会让患儿的术后生活质量逐步提高, 也让患儿远离并发症的侵扰。

综上所述, 建议腹腔镜下小儿疝气手术护理中使用人文关怀护理, 不但能够改善患儿的预后恢复情况, 也可以降低患儿的术后疼痛感, 使患儿的生活质量提升, 患儿家长的护理满意度也会提高, 有临床推广以及运用的意义。

参考文献:

- [1] 张娟, 高丹凤. 人文关怀在腹腔镜下小儿疝气手术护理中的应用效果分析[J]. 医药前沿, 2020, 10 (32): 175-176.
- [2] 陈海婷. 人文关怀在腹腔镜下小儿疝气手术护理中的应用[J]. 健康必读, 2020 (4): 236-237.
- [3] 周海英, 魏凤梅, 白雪, 等. 人文关怀在腹腔镜下小儿疝气手术护理中对护理满意度的影响探讨[J]. 健康大视野, 2021 (13): 185.
- [4] 魏慧兰. 人文关怀在腹腔镜下小儿疝气手术护理中的应用[J]. 世界最新医学信息文摘 (连续型电子期刊), 2019, 19 (10): 288-289.
- [5] 李歆. 人文关怀在腹腔镜下小儿疝气手术护理中的应用及对护理满意度的影响[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2022, 39 (5): 562-563.
- [6] 梁攀. 腹腔镜下小儿疝气手术护理中人文关怀的应用及满意度分析[J]. 妇幼护理, 2022, 2 (24): 5630-5633.
- [7] 刘映华, 陈哲莉. 疝气患儿在腹腔镜手术围术期进行人文关怀护理对疼痛感的缓解作用[J]. 自我保健, 2020 (23): 186-187.
- [8] 方玲, 朱婧齐, 张冬菊. 人文关怀在小儿疝气手术护理中的应用效果探讨[J]. 妇幼护理, 2022, 2 (15): 3454-3456.

个性化护理在无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺炎合并呼吸衰竭患者中的效果观察

高慧芬 焦彩云 王颖颖

(聊城市人民医院)

摘要: 目的: 分析个性化护理在无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺炎合并重症呼吸衰竭中的应用效果。方法: 选取我院 2021 年 8 月~2022 年 8 月收治的行无创呼吸机治疗的慢性阻塞性肺炎合并重症呼吸衰竭患者 64 例, 随机分为两组, 对照组实施常规护理, 观察组实施个性化护理。比较两组患者的主要临床指标改善情况和并发症发生率。结果: 两组患者护理前的肺功能指标和血气分析指标比较差异无统计学意义 $P > 0.05$; 观察组患者护理后肺功能指标和血气分析指标较护理前均有明显改善, 且均优于对照组, $P < 0.05$ 。观察组患者的并发症发生率低于对照组, $P < 0.05$ 。结论: 个性化护理能够显著改善无创呼吸机治疗的慢性阻塞性肺炎合并重症呼吸衰竭患者的肺功能和血气分析结果, 并能够有效降低其并发症发生率, 对于提高患者的治疗效果具有重要的促进作用。

关键词: 个性化护理; 无创呼吸机; 慢性阻塞性肺炎; 重症呼吸衰竭

慢性阻塞性肺疾病 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 是临床常见的呼吸系统疾病^[1]。随着病情的不断进展, 患者将出现严重的呼吸衰竭^[2]。目前, 临床无创呼吸机是慢性阻塞性肺炎合并重症呼吸衰竭患者的一种重要治疗手段, 但是患者在治疗期间易受到多种因素的影响, 增加其并发症风险, 影响其疗效^[3]。因此, 如何采取有效的护理手段, 来规避风险, 提高疗效, 是非常重要的^[4-5]。本文对这类患者实施了个性化护理, 获得了良好的应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2021 年 8 月~2022 年 8 月收治的行无创呼吸机治疗的慢性阻塞性肺炎合并重症呼吸衰竭患者 64 例, 随机分为两组各 32 例, 对照组实施常规护理, 观察组实施个性化护理。其中, 观察组男 18 例, 女 14 例, 平均年龄 (67.9±2.3) 岁; 对照组男 19 例, 女 13 例, 平均年龄 (67.8±2.5) 岁。两组患者一般资料比较, 无统计学差异 $P > 0.05$ 。

1.2 方法

入院后, 两组患者均进行入院检查, 按照相关疾病评价标准对其病情的严重程度进行判断, 并采用呼吸机治疗。对照组给予常规护理。观察组给予个性化护理干预, 方法为: (1) 健康宣教: 由护理人员向患者及其家属详细讲解阻塞性肺炎形成的原因、治疗方法及预后效果等, 让患者对疾病形成正确的认知, 树立治疗信心; (2) 心理护理: 使用无创呼吸机治疗

过程中, 患者心理易产生恐惧、紧张、焦虑等负性情绪, 护理人员应根据患者所表现出来的情绪提供针对性心理指导, 纠正患者的不良心态, 并提倡家属多陪伴患者、提供精神支持; (3) 无创呼吸机护理: 治疗前, 协助患者取半卧位, 告知患者杜绝在餐后使用呼吸机。根据患者的实际情况合理的选择面罩, 使用呼吸机治疗时, 严密监测患者的临床体征, 及时给予排痰, 避免呼吸道受阻, 使其保持呼吸道通畅。移除呼吸机后, 对患者行呼吸训练指导, 促进肺功能的改善; (4) 饮食护理: 指导患者清淡饮食, 并建议其多食用富含维生素的食物, 如水果、蔬菜等, 做到少食多餐, 避免辛辣食物; (5) 并发症护理: 无创呼吸机治疗可能会造成患者鼻梁皮肤受损、排痰障碍、胃肠胀气等不良反应, 护理人员应采用负压引流、加湿器、咳嗽指导、体位调整等措施促进患者排痰, 并及时清理口腔、鼻腔中异物。

1.3 观察指标

①比较两组护理前后血气分析与肺通气功能指标^[19]。②比较两组并发症的发生情况。

1.4 统计学处理

采用 SPSS20.0 统计学软件进行分析, 计数数据以 $[n(\%)]$ 表示, 采用 χ^2 检验处理; 计量数据以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者护理前后血气比较

两组护理前血气指标差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 护理后两组血气指标较护理前明显改善, 且观察组明显优于对照组 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者护理前后血气比较 ($\bar{x} \pm s$)

	PaO ₂ (mmHg)		PaCO ₂ (mmHg)	
	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	55.9±4.2	91.3±5.5	85.2±8.7	48.9±4.3
对照组	55.8±4.5	82.6±4.6	85.1±8.6	60.5±5.7
t 值	0.427	9.291	0.273	11.846
P 值	0.774	0.000	0.832	0.000

2.2 两组患者护理前后肺功能比较

两组护理前肺功能指标差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 护理后两组肺功能较护理前明显改善, 且观察组明显优于对照组 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者护理前后肺功能比较 ($\bar{x} \pm s$)

	FEV ₁ (L)		FEV ₁ /FVC (%)	
	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	1.38±0.31	1.90±0.33	45.2±3.6	61.2±4.8
对照组	1.34±0.28	1.62±0.28	45.4±4.3	50.9±5.2
t 值	0.273	11.694	0.446	9.592
P 值	0.927	0.000	0.781	0.000

2.3 两组患者的并发症的比较

观察组呼吸机使用期间并发症发生率较对照组低 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者的并发症的比较 [n/%]

	排痰障碍	误吸	胀气	总发生率
观察组	1	0	1	6.25%
对照组	2	3	3	25.00%
χ^2 值	13.895			
P 值	0.000			

3 讨论

COPD 是一种常见的呼吸系统疾病, 其特征是气流不完全可逆限制和肺功能进行性下降^[6-8]。随着工业的不断发展, 空气污染越来越严重^[9]。COPD 的发病率逐年上升。COPD 的临床特点主要是呼吸困难、呼吸急促等^[10-11]。该类患者的总体病情是渐进性进展, 大多数患者主要受外部气体和颗粒物的影响^[12-13]。目前我国 COPD 患者数量多, 病死率高, 长期治疗也会给患者家属带来一定的经济负担。因此, 寻找一种适合 COPD 合并重症呼吸衰竭患者的护理方法就显得尤为重要。

(下转第 24 页)

针灸治疗颈肌劳损的临床研究进展

王启航 郑祖艳^{通讯作者}

(黑龙江中医药大学附属第一医院 黑龙江省哈尔滨市 150000)

摘要: 颈肌劳损是现代普遍存在的一种疾病, 由于人们工作、学习、娱乐方式的转变, 越来越多的人出现了颈部僵硬、肌肉酸痛、头痛等症状, 严重影响了生活质量和健康。针灸作为一种古老而广泛应用的治疗手段, 已经在治疗颈肌劳损的临床治疗中得到了广泛应用。针灸治疗颈肌劳损的基本原理是通过刺激人体特定的穴位来调节人体的气血循环和神经功能, 从而达到缓解颈肌紧张和肌肉疼痛的目的。根据不同的病情和病因, 针灸治疗颈肌劳损也有许多不同的方法和技巧, 如局部针刺、远端穴位刺激和电刺等。本文将主要对针灸治疗颈肌劳损的临床研究进展进行阐述, 旨在为临床治疗提供参考依据。

关键词: 颈肌劳损; 针灸治疗; 治疗效果; 研究进展

一、颈肌劳损临床进展

研究显示, 针灸治疗颈肌劳损的疗效显著。例如, 一项研究比较了针刺、艾灸、中药贴敷和口服药物对颈肌劳损的治疗效果, 结果显示针灸治疗组的效果明显优于其他治疗组 ($P < 0.05$), 治愈率达到 73.3%^[1]。另一项对比研究则发现, 采用针刺和艾灸的联合治疗方法对颈肌劳损的治疗效果更好, 疗效显著优于单纯的针刺或艾灸治疗 ($P < 0.05$)^[2]。除了上述临床研究的结果外, 还有许多其他的研究表明针灸治疗颈肌劳损的疗效也很显著。例如, 在一项对刺激不同穴位的针灸进行随机对照的研究中, 结果显示针刺颈部和肩部穴位的效果要优于经上肢之间穴位的效果 ($P < 0.01$), 这表明针刺的临床应用也要针对不同的病症和症状选择不同的穴位和方法^[3]。针灸作为一种传统中华医学的治疗手段, 在治疗颈肌劳损上具有优良的疗效。其治疗机制主要通过调节人体神经、循环和免疫等生理机制来达到缓解症状和促进康复的目的。与其他治疗手段相比, 针灸没有明显的副作用和并发症, 同时对于许多无效的药物治疗也能产生改善的疗效。因此, 针灸治疗颈肌劳损的应用不但疗效显著, 且在临床实践中也具有良好的安全性和可靠性, 是一种值得推广的治疗手段。

二、针灸对颈肌劳损的保健作用

颈肌劳损是一种与现代化生活方式息息相关的常见病症, 而颈肌劳损的出现主要与日常的工作、生活有关, 如久坐电脑, 长期驾车, 以及不正确的体位和肌肉操作等, 都可能导致颈部肌肉紧张, 刺痛、胀痛、酸痛等不适感觉, 进而影响生活, 甚至影响病人的工作和学习。而针灸治疗颈肌劳损具有显著的临床疗效, 能有效缓解颈肌疲劳和酸痛的发生, 但更重要的是针灸还可以在预防和保健方面发挥更好的作用。针灸调节颈部肌肉功能 针灸对颈部肌肉的调节作用主要通过调节肌肉的紧张状态和肌肉的张力来达到保健作用。针灸的局部对于颈背部的肌肉道路、经脉、穴位进行刺激, 从而调节颈部及相关的肌肉粘附、关节运动协调, 使肌肉下垂松弛, 增强肌肉张力, 保持良好的肌肉状态。研究表明, 针灸刺激相关穴位可以改善颈肌的血流情况和代谢状态, 促进颈肌的营养和代谢, 减少疲劳和酸痛的发生率。此外, 针灸还可以丰富神经肌肉的反馈机制, 改善颈部的担负性和运动感觉, 使肌肉运动状态更加平稳自然。针灸促进颈部血液循环, 颈肌劳损的发生与颈部的血液循环有关, 而针灸可以通过刺激穴位, 促进颈部局部的血液循环, 达到保健和防治颈肌劳损的目的。针灸治疗颈肌劳损的穴位可以刺激组织、调节血脉、增加局部的气血循环, 增强组织细胞的营养需要, 提高氧、营养物质及废物的代谢排泄能力, 使颈部的组织细胞处于正常的生理状态, 减少了组织缺血、缺氧、水肿和病理变化的发生, 使颈肌得到较好的保护和连接, 延长颈部软组织的寿命。针灸调节颈部神经系统 颈肌劳损的疼痛与颈部神经系统的紊乱有关。而针灸可以通过对相关的穴位刺激调节颈部神经系统的皮肤感受, 从而达到保健作用。研究表明, 针灸刺激可以使颈部神经系统的皮肤感受更加平衡, 防止神经偏向和痉挛, 从而远离颈肌疲劳和疼

痛的原因。此外, 针灸还可以刺激脑下垂体-垂体前叶-中枢-副交感神经等一系列神经系统的传递, 达到调节体内代谢状态, 增强人体的抵抗力和肌肉功能, 保持良好的健康状态。针灸作为一种安全、有效的保健治疗手段, 在预防和控制颈肌劳损方面具有重要的价值。针灸可以通过调节颈部肌肉的紧张状态、促进颈部血液循环和调节颈部神经系统, 从而使颈肌处于平衡和健康的状态, 预防和避免颈肌劳损的发生和发展, 保障人们的健康和生活质量。因此, 针灸保健治疗颈肌劳损能够很好地满足人们对全面健康需求的要求。

三、针灸与其他治疗手段联合应用临床研究进展

颈肌劳损是一种常见的病症, 有许多不同的治疗手段可以缓解或治疗颈肌劳损。针灸作为传统的中医治疗方法, 已经被证明可以有效地治疗颈肌劳损。与此同时, 其他的医疗手段如推拿、理疗、艾灸等也被广泛应用于颈肌劳损的治疗中。而针灸与其他医疗手段的联合应用, 也被认为可以带来更好的治疗效果。

1. 针灸联合推拿、理疗的应用

推拿和理疗是按摩和物理疗法两种不同的治疗手段, 可以帮助改善颈肌劳损的血液循环和缓解肌肉的疼痛。与针灸相比, 其治疗机制不同, 但可以互补发挥作用, 达到更好的治疗效果。研究表明, 针灸与推拿与理疗联合应用可以显著改善患者的颈肌疼痛、疲劳和肿胀感: 在一项研究中, 将 32 名颈部肌肉疼痛的患者随机分为针灸和推拿理疗两组, 结果发现两组患者的颈肌疼痛程度显著降低, 颈肩部活动范围明显增加, 功能状态得到了不同程度的改善。由此可见, 针灸和推拿、理疗的联合应用能够获得更好的治疗效果。同时, 在顺序和时间上的协调和合理安排也是关键, 以避免不良反应。一般来说, 首先要通过推拿或理疗来缓解肌肉紧张和局部疼痛, 然后再通过针灸对相关穴位进行刺激, 进一步缓解肌肉疼痛和紧张, 达到更好的治疗效果。此外, 联合运用还可以增加患者的自我治疗技能和笼络力度, 促进康复过程中自我感控与生活习惯的改善。在联合运用时也要注意实际情况以及治疗进程和安全问题, 避免患者出现不适感或其他的不良反应, 以达到更好的治疗效果。

2. 针灸与艾灸的联合应用

艾灸作为一种传统的中医治疗方法, 与针灸有许多相似之处, 可以帮助缓解颈肌劳损的症状和改善患者的生活质量。研究表明, 针灸和艾灸的联合应用能够显著促进颈肌劳损患者的肌肉松弛和疼痛的缓解: 在一项研究中, 将 46 名颈肌劳损患者随机分为两组, 其中一组使用针灸和艾灸的联合治疗, 另一组使用针灸和常规治疗^[4]。结果显示, 联合治疗组的肌肉松弛和疼痛的缓解程度均优于单一治疗组 ($P < 0.05$), 同时联合治疗组的有效率也明显高于常规治疗组 ($P < 0.05$)^[5]。其治疗机制主要在于艾灸的热力学作用, 可以增加局部的温度和蒸发, 促进血管扩张和代谢, 使得患者能够更好地吸收和转化针灸治疗的刺激, 并产生更深远的影响。此外, 针灸和艾灸联合治疗还可以增强人体免疫系统的功能, 促进身体的自我修复能力, 缓解身体疲劳和疼痛, 达到更好的治疗效果。

3. 针灸联合药物治疗的应用

药物治疗在治疗颈肌劳损中也有重要的作用,可以缓解症状和抑制疾病的进展。而与针灸联合应用可以进一步提高治疗的效果,并减少药物治疗带来的副作用。研究表明,针灸与药物治疗的联合应用,在缓解颈肌劳损疼痛和改善患者的生活质量方面表现出较好的效果:在一项研究中,将 60 例颈肌劳损患者随机分为针灸联合药物组和单纯药物组,结果显示联合治疗组的总有效率显著高于单纯药物组 ($P < 0.01$),且本组患者的不良反应发生率明显低于单纯药物组 ($P < 0.05$)^[6]。其主要作用机制包括针灸可以促进药物在治疗颈肌劳损方面的吸收和运输,从而增强其治疗效果;同时也可增强患者自我恢复力和自愈力,提高患者的免疫、抗病和适应能力,使治疗效果更加全面且持久。不过,需要注意的是在联合运用时,应注意药物的用量和应用方法,防止对患者造成过大的影响或误区。

4. 针灸联合康复运动的应用

康复运动是颈肌劳损治疗中的重要方式,可以帮助患者恢复运动功能和改善生活质量。结合针灸进行康复运动训练,可达到更好的治疗效果,且能够提高康复运动的适应性和可持续性。

研究表明,针灸联合康复运动训练可以显著提高患者颈肌肉力量和相关功能的恢复:在一项研究中,将 40 例颈肌劳损患者随机分为针灸联合康复运动组和单纯康复运动组,结果表明,联合运用组的颈肌肌力明显高于单纯运动组 ($P < 0.01$),且两组的血管内皮生长因子表达水平有着显著的不同^[7]。其治疗机制主要包括通过针灸刺激,促进神经系统和肌肉组织之间的交流和协调,提高患者的神经反应和劳损区域的代谢,使康复运动训练的效果更加显著。此外,联合运用还

可以通过针灸和康复运动训练中的互补、协作作用,促进患者的身体素质和自我修复能力的提高,达到更好的治疗效果。

四、小结

针灸与其他治疗手段的联合应用在治疗颈肌劳损中具有很好的效果,可以互补发挥其各自的特点和优势,提高治疗效率和治愈率。对于不同类型和程度的颈肌劳损,应根据患者的具体情况选择不同的联合治疗方案,并注意随时进行有效的治疗监控和评估,以达到更好的治疗效果。

参考文献:

- [1]罗琼. 方氏头皮针结合常规针刺治疗甲状腺术后颈肌劳损的临床疗效观察[D]. 新疆医科大学, 2022.
- [2]罗琼, 王晓羽, 米勇. 针灸治疗颈肌劳损的临床研究进展[J]. 新疆中医药, 2022, 40 (01): 90-92.
- [3]韩婉玉. 优质护理模式对于妊娠期糖尿病合并妊娠期高血压孕妇不良事件的控制效果研究[J]. 航空航天医学杂志, 2021, 32(09): 1126-1127.
- [4]李婷. 针刺后溪穴对颈肌劳损患者红外热像图即刻效应的试验观察[D]. 北京中医药大学, 2021.
- [5]田妮. 优质护理模式在妊娠期糖尿病合并妊娠期高血压产妇中的应用[J]. 中国医药指南, 2021, 19 (09): 156-157+160.
- [6]余正. 脐针治疗甲状腺术后颈肌劳损的疗效观察[D]. 广州中医药大学, 2020.
- [7]赵曼. 艾慈灸穴位贴敷联合推拿对甲状腺术后颈肌劳损的疗效观察[D]. 广州中医药大学, 2017.

(上接第 22 页)

个性化护理是基于传统护理发展而来的一种新型护理模式,不仅保留了传统护理的优点,而且较传统护理更具有专业化、人性化特点,护理效果更为显著^[14-15]。本研究参照呼吸动力学理论具体安排患者进行呼吸肌功能训练,通过健康教育,有效提升患者自我管理能力和科学的指导可保证患者进行高质量的呼吸肌训练。训练在纠正肺部吸气状态异常的同时可促进机体对免疫应激的调动能力,有效促进痰液排出,促进患者早日恢复健康^[16-17]。

本文结果显示,护理后,观察组 PaO₂ 高于对照组, PaCO₂ 低于对照组, FEV₁、FEV₁/FVC 较对照组数值上升 ($p < 0.05$),且不良反应更低。

综上所述,个性化护理在无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺炎合并呼吸衰竭患者中的效果显著,能够使其呼吸功能及心理状态获得明显改善,促进疾病康复,具有良好的临床应用效果。

参考文献:

- [1]田家伟, 蔡丽婷, 侯昕珩. 呼吸训练器在稳定期慢性阻塞性肺疾病患者肺康复中的临床应用疗效分析[J]. 中国康复, 2019, 34 (6): 295-298.
- [2]唐健滨, 李红, 刘燕, et al. 慢性阻塞性肺疾病患者肺康复训练体系的临床研究[J]. 国际呼吸杂志, 2018, 38 (9): 672-678.
- [3]高景蓬, 曾明, 莫伟强, et al. 呼吸训练对稳定期慢性阻塞性肺疾病患者呼吸功能的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2017, 39 (7): 518-523.
- [4]Roesthuis L, Hoeven HVD, Sinderby C, et al. Effects of levosimendan on respiratory muscle function in patients weaning from mechanical ventilation[J]. Intensive Care Medicine, 2019, 45 (10): 1372-1381.
- [5]汪珺, 陶彤. 系统化呼吸功能训练在老年慢性阻塞性肺疾病患者康复期中的应用[J]. 川北医学院学报, 2017 (6): 937-939.
- [6]王鑫, 蒋红, 于海涛, et al. 矽肺并发慢性阻塞性肺疾病稳定期患者呼吸功能锻炼的护理干预[J]. 中华劳动卫生职业病杂志, 2

018, 36 (11): 844-846.

- [7]秦璇, 陈海霞. 个体化舒适护理对呼吸衰竭机械通气患者的效果分析[J]. 基层医学论坛, 2020, 24 (27): 3870-3871.
- [8]赵珊. 个性化护理在无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺疾病合并呼吸衰竭中的效果[J]. 中国医药指南, 2020, 18 (26): 6-7, 11.
- [9]杨婷. 个性化护理在无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺炎合并重症呼吸衰竭中的应用效果[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8 (26): 127, 138.
- [10]陈淼, 杨娟, 王莉. 个性化护理在无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺炎合并重症呼吸衰竭中的效果[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21 (18): 123-124, 127.
- [11]孙雯, 王宾艳. 个案护理管理对重症监护室呼吸衰竭机械通气病人血气指标及预后的影响[J]. 全科护理, 2020, 18 (16): 1994-1997.
- [12]季银慧, 高春华, 俞超. 造血干细胞移植后抗宿主病合并重度营养不良致呼吸衰竭患者 1 例的护理[J]. 护理与康复, 2020, 19 (4): 92-95.
- [13]党明芳, 李江花, 苗敬文. 危重症专科护理小组在重症肺炎合并呼吸衰竭患者中的应用[J]. 河南医学研究, 2020, 29 (8): 1498-1499.
- [14]应丹丹. 探讨无创呼吸机治疗慢性阻塞性肺疾病合并重症呼吸衰竭的护理[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5 (6): 142.
- [15]汪青青. 个体化护理模式在无创正压通气治疗 AECOPD 合并呼吸衰竭的应用效果[J]. 铜陵职业技术学院学报, 2019, 18 (4): 42-45.
- [16]庄丽艳. 观察个体化护理干预对肺癌全肺切除术患者并发症发生率的影响[J]. 中国医药指南, 2019, 17 (20): 267.
- [17]姜锋, 陈刚, 张爱清, 等. 噻托溴铵联合茶碱缓释片对稳定期 COPD 患者肺功能及呼吸困难指标的影响[J]. 山东医药, 2017, 57 (6): 57-59.

浅析氯胺酮滥用危害的研究进展

王银鑫 陈雨欣 胡晓玥 王奇丽

(山西医科大学 山西省晋中市 030600)

摘要: 氯胺酮是一种静脉全麻药,因其具有精神依赖性,已成为青少年主要的娱乐性毒品。长期滥用氯胺酮会产生各种精神和躯体症状,且许多吸食者对氯胺酮危害缺乏正确认识,具有一定的盲目性和盲从性。因此本文就氯胺酮滥用所致危害的进展作如下综述。

关键词: 药物滥用;氯胺酮;精神;神经元;泌尿系统

氯胺酮(Ketamine)是苯环己哌啶衍生物,属非竞争性 N-甲基-D-天门冬氨酸(NMDA)受体拮抗剂,又称“迷奸药”、“强奸粉”。1962年由美国药剂师首次合成^[1],后因其价格低廉、易获取、兼具有镇痛、镇静、抗炎、遗忘等作用,而被广泛应用于各种临床麻醉中。

近年来,许多研究发现氯胺酮在缺血缺氧时能起到一定神经元保护作用,也有研究证实氯胺酮具有抗抑郁的潜力,以及新型药艾斯氯胺酮的研发和批准使用,都证明氯胺酮药物的价值性。但氯胺酮的副作用以及长期滥用的危害,仍是临床医生和滥用者不容忽视的问题。因此本文将从氯胺酮滥用所致的危害的最新进展进行展开论述。

1 氯胺酮对精神因素的影响

1.1 拟精神病状

以往研究表明,静脉注射氯胺酮及其类似物会产生一系列拟精神病状,如分离症状,认知改变,记忆损害和一些阴性症状如情感迟钝、情绪分离、运动迟缓等^[2]。其作用机制目前主要有以下几方面:一是谷氨酸通路被过度激活和放电,导致局部脑代谢增强和谷氨酸大量释放,引起各种行为和认知障碍^[3];二是氯胺酮能直接激活多巴胺 2 型受体,导致机体调控功能失调,促进拟精神病状的产生^[4];三是氯胺酮能促进 5-羟色胺(5-HT)和乙酰胆碱的释放,并可进一步抑制 5-HT 摄取,引发精神分裂症阳性症状^[5];还有学者认为氯胺酮与阿片类受体存在一定的弱相关性,可导致相关症状的产生^[6]。与此同时,症状的影响因素与剂量大小、药物结构、个体差异、注射方式均有关,如何避免该症状的产生是临床医生面临的问题,也是目前学者需要解决和研究的方向。

1.2 对学习和记忆的影响

大量实验表明,氯胺酮对学习记忆和认知功能存在损害,尤其是空间学习记忆系统,且部分损害是不可逆的^[7]。研究主要认为氯胺酮通过阻断抑制性神经元 NMDA 受体和影响海马区内长时程增强(LTP)效应影响学习记忆^[8]。也有学者发现氯胺酮会导致脑内相关基因表达的变化,SHI 等发现重复使用氯胺酮后新生大鼠脑内与神经传递相关的多种受体基因表达有所改变^[9],如早期生长反应基因(Egr-1)、凋亡相关因子 bax/bcl-2 等。除此之外,氯胺酮还可作用于多巴胺、5-羟色胺受体,影响相关神经元突触^[10],但目前研究认为学习记忆的损害可能与阿片受体无关^[11]。氯胺酮对学习记忆的损害是否存在剂量依赖性尚未完全阐明,有研究表明,氯胺酮对学习记忆功能的影响呈现出剂量依赖性,但主要问题在于氯胺酮对不同种属存在差异性,早有研究表明,大鼠 50mg/kg 腹腔注射相当于人体 1~2mg/kg 静脉注射剂量^[12],可以说明人的临床剂量即可能导致学习记忆的损害;上述问题主要由于以往研究大部分是以啮齿类动物为模型,与人类无可比性,故近年来学者开始以非人灵长类动物如猴等作为实验对象,因其大脑发育程度更加接近于人类^[13],来避免种属相关因素的干扰。

2 氯胺酮对神经元的影响

氯胺酮对神经元的影响与作用对象、剂量和时间均有相关性。对

发育期幼鼠腹腔注射氯胺酮 50mg/kg 后, Morris 水迷宫测试的第 1 天逃避潜伏期明显延长,海马神经元细胞凋亡以及引起神经元细胞减少^[14]。成熟大鼠连续应用氯胺酮 25mg/kg,与应用生理盐水对照的大鼠比较,连续应用 3d 的大鼠和 14d 的大鼠水迷宫表现更差,且连续应用 14d 的大鼠 BDNF 显著减少^[15]。Liu 等^[16]实验中给出生后 7d 的幼鼠皮下注射不同剂量的氯胺酮(5、10 和 20mg/kg),以 2h 为间隔,分别注射 1、3、6 次,结果只有注射了 6 次氯胺酮 20mg/kg 的幼鼠额叶皮质质亡明显增加,其余小鼠额叶皮质质亡不显著。目前研究主要说明长时间、大剂量应用氯胺酮对神经元具有损害,但在临床应用上的短时间、亚麻醉剂量对神经元是否存在损害还需进一步的研究。若在缺血缺氧和正常剂量的条件下,氯胺酮对神经元还具有保护作用,但具体作用机制尚未明确。氯胺酮对神经元的危害是限制其临床应用的重要因素,目前有氯胺酮复合麻醉减轻上述症状,但如何更好的保护神经元仍是今后需要深入探讨的问题。

3 氯胺酮对泌尿系统的影响

3.1 下尿路(膀胱和尿道)损伤

SHAHANI 等^[17]在 2007 年首次报道 9 例氯胺酮成瘾者,表现为尿频、尿急、血尿、排尿困难、急迫性尿失禁等严重的下尿路症状(LUTS)。研究证明,氯胺酮对 LUTS 的产生存在剂量和时间依赖性;减少或停止吸食可改善 LUTS 症状,但重新吸食会导致复发^[18],临床上将此症状称为氯胺酮相关泌尿系统损害(KUAD)。KUAD 目前有几种可能的机制。一种是氯胺酮及其代谢产物在排泄过程中对膀胱及内黏膜产生直接损伤作用^[19],也可通过间接诱发膀胱和肾脏的微血管病变,造成微循环损伤^[20];另有研究指出氯胺酮及其活性代谢产物可引起尿路上皮及黏膜下组织的自身免疫反应,导致血管充血和黏膜下水肿,甚至膀胱挛缩^[21];此外,还有其它可能的发病机制,如神经病变、下尿路感染等^[21]。

3.2 上尿路(肾脏和输尿管)损伤

滥用氯胺酮除引起 LUTS 外,可进一步对上尿路造成损伤。黄志扬等^[22]对 35 例氯胺酮滥用者行影像学检查,发现 10 例 IVP 显示双肾盂、肾盏积水扩张,10 例 CT 显示输尿管部分或全程扩张积水且膀胱壁不均匀增厚,另有 2 例出现膀胱挛缩和输尿管返流,且部分患者出现肾乳头坏死。CHAO 等^[20]发现氯胺酮滥用者上尿路出现类似急性免疫的病理改变,如输尿管壁增厚,肾乳头水肿、坏死等。

目前已有通过中药治疗泌尿系统损伤的报道,且疗效显著。因此,如何进一步明确泌尿系统的损伤机制和治疗机制,对今后临床的治疗方法和措施至关重要。

4 氯胺酮对其它的影响

现有文献表明,氯胺酮对胃肠道、肝胆系统和心脏也有一定的损害。胃肠道主要有胃痛、胃炎和十二指肠炎症状; Poon TL 等^[23]对 64 名氯胺酮滥用者调查发现,排除其它症状因素,其余患者中有 75.7% 出现上消化道症状,对其中的 14 名(均 HP 阴性)行胃镜检查, 12

例为胃炎, 1 例胃十二指肠炎, 1 例正常, 当戒断氯胺酮后其症状减轻。肝胆系统主要有肝损伤、肝纤维化、胆总管梭状扩张^[24]; 长期使用氯胺酮后, 肝组织学表现为肝细胞脂肪变性、肝纤维化, 且谷草转氨酶、增殖细胞核抗原、乳酸脱氢酶有显著的升高, 这可能是其引起肝脏损害的原因之一^[25]; 引起胆道异常的原因可能是氯胺酮通过胆汁排泄时, 可影响胆道平滑肌, 使胆管运动障碍和迷走神经对胆管的控制, 造成胆汁淤积, 引起胆管扩张^[26]。对心脏主要造成心肌缺血、心率失常和血压改变; 在一项对照实验中^[27], 发现在一定程度上, 氯胺酮对心肌细胞的损伤是可逆的。

5 总结和展望

目前氯胺酮的临床应用虽广泛, 但其副作用和滥用危害也非常突出, 尤其对于娱乐性使用氯胺酮的成瘾者。所以我们不仅要加大宣传力度, 更要对其进行钻精深入的研究。一些氯胺酮滥用危害的具体机制仍未明确, 如何避免其危害的发生, 以及氯胺酮滥用后的成瘾机制, 如何戒断其成瘾症状, 这些不仅需要研究技术的跟进, 更需要众多研究学者的共同努力。

参考文献:

- [1]Jansen K L, A review of the nonmedical use of ketamine: use, users and consequences. [J]. J Psychoactive Drugs, 2000, 32: 419-33.
- [2]Zanos Panos, Moaddel Ruin, Morris Patrick J et al. Ketamine and Ketamine Metabolite Pharmacology: Insights into Therapeutic Mechanisms. [J]. Pharmacol Rev, 2018, 70: 621-660.
- [3]Holubova Kristina, Chvojkova Marketa, Hrccka Krausova Barbora et al. Pitfalls of NMDA Receptor Modulation by Neuroactive Steroids. The Effect of Positive and Negative Modulation of NMDA Receptors in an Animal Model of Schizophrenia. [J]. Biomolecules, 2021, 11: undefined.
- [4]Szlachta Marta, Kuśmider Maciej, Solich Joanna et al. Clozapine administered repeatedly following pretreatment with ketamine enhances dopamine D receptors in the dopamine mesolimbic pathway in mice brain. [J]. Neurosci Lett, 2019, 707: 134292.
- [5]Adell Albert, Brain NMDA Receptors in Schizophrenia and Depression. [J]. Biomolecules, 2020, 10: undefined.
- [6]Frohlich Joel, Van Horn John D, Reviewing the ketamine model for schizophrenia. [J]. J Psychopharmacol, 2014, 28: 287-302.
- [7]Rushforth Samantha L, Steckler Thomas, Shoaib Mohammed, Nicotine improves working memory span capacity in rats following sub-chronic ketamine exposure. [J]. Neuropsychopharmacology, 2011, 36: 2774-81.
- [8]Liu Hu, Xu Guang-Hong, Wang Kai et al. Involvement of GSK3 β / β -catenin signaling in the impairment effect of ketamine on spatial memory consolidation in rats. [J]. Neurobiol Learn Mem, 2014, 111: 26-34.
- [9]Shi Q, Guo L, Patterson T A et al. Gene expression profiling in the developing rat brain exposed to ketamine. [J]. Neuroscience, 2010, 166: 852-63.
- [10]Duan Ting-Ting, Tan Ji-Wei, Yuan Qiang et al. Acute ketamine induces hippocampal synaptic depression and spatial memory impairment through dopamine D1/D5 receptors. [J]. Psychopharmacology (Berl), 2013, 228: 451-61.
- [11]Omran A, Ghadami M R, Fathi N et al. Naloxone improves impairment of spatial performance induced by pentylene tetrazol kindling in rats. [J]. Neuroscience, 2007, 145: 824-31.
- [12]Jevtovic-Todorovic V, Wozniak D F, Benschhoff N D et al. A comparative evaluation of the neurotoxic properties of ketamine and nitrous oxide. [J]. Brain Res, 2001, 895: 264-7.
- [13]Wang Cheng, Sadovova Natalya, Hotchkiss Charlotte et al. Blockade of N-methyl-D-aspartate receptors by ketamine produces loss of postnatal day 3 monkey frontal cortical neurons in culture. [J]. Toxicol Sci, 2006, 91: 192-201.
- [14]吴秀霞, 李喜龙. 氯胺酮对幼鼠神经功能和认知能力的影响及其作用机制. 中华实验外科杂志, 2021, 38 (9): 1678-1680
- [15]Li Miao, Xie Aiming, Liu Ya et al. Ketamine Administration Leads to Learning-Memory Dysfunction and Decreases Serum Brain-Derived Neurotrophic Factor in Rats. [J]. Front Psychiatry, 2020, 11: 576135.
- [16]Liu Fang, Paule Merle G, Ali Syed et al. Ketamine-induced neurotoxicity and changes in gene expression in the developing rat brain. [J]. Curr Neuropharmacol, 2011, 9: 256-61.
- [17]Shahani Rohan, Streutker Cathy, Dickson Brendan et al. Ketamine-associated ulcerative cystitis: a new clinical entity. [J]. Urology, 2007, 69: 810-2.
- [18]Middela S, Pearce I, Ketamine-induced vesicopathy: a literature review. [J]. Int J Clin Pract, 2011, 65: 27-30.
- [19]Wood Dan, Cottrell Angela, Baker Simon C et al. Recreational ketamine: from pleasure to pain. [J]. BJU Int, 2011, 107: 1881-4.
- [20]Chao Jia-Yu, Shai Hwa-An, Duloxetine treatment of long-term ketamine abuse-related lower urinary tract symptoms: a case report. [J]. Gen Hosp Psychiatry, 2010, 32: 647. e5-6.
- [21]Cottrell Angela, Warren Kate, Ayres Rachel et al. The destruction of the lower urinary tract by ketamine abuse: a new syndrome? [J]. BJU Int, 2008, 102: 1178-9; author reply 1179.
- [22]黄志扬, 林俊雄, 吴文峰, 沈倚天. 氯胺酮致泌尿系统损害 35 例临床分析 [J]. 山西医科大学学报, 2011, 42 (04): 346-348.
- [23]Poon Tai Lun, Wong Ka Fai, Chan Man Yee et al. Upper gastrointestinal problems in inhalational ketamine abusers. [J]. J Dig Dis, 2010, 11: 106-10.
- [24]Wong Grace Lai-Hung, Tam Yuk-Him, Ng Chi-Fai et al. Liver injury is common among chronic abusers of ketamine. [J]. Clin Gastroenterol Hepatol, 2014, 12: 1759-62. e1.
- [25]Wai M S M, Chan W M, Zhang A Q et al. Long-term ketamine and ketamine plus alcohol treatments produced damages in liver and kidney. [J]. Hum Exp Toxicol, 2012, 31: 877-86.
- [26]Pappachan Joseph M, Raj Binu, Thomas Sebastian et al. Multiorgan dysfunction related to chronic ketamine abuse. [J]. Proc (Bayl Univ Med Cent), 2014, 27: 223-5.
- [27]Li Xingxing, Li Shuangyan, Zheng Wenhui et al. Environmental enrichment and abstinence attenuate ketamine-induced cardiac and renal toxicity. [J]. Sci Rep, 2015, 5: 11611.

关于针灸治疗阿尔茨海默病研究进展

时小坤 郑祖艳^{通讯作者}

(黑龙江省中医药大学附属第一医院 黑龙江哈尔滨 150000)

摘要: 阿尔茨海默病 (AD) 属于慢性进展性疾病的一种, 是中枢神经系统退行性疾病。其中记忆能力、认知能力降低属于该病的典型特征。疾病未获得有效干预的情况下, 随着病情的进展, 患者的学习、记忆功能等均会受到一定程度的损害。近些年, 中医在临床治疗中的应用较为广泛, 并且受到诸多患者的欢迎。其中针灸属于治疗阿尔茨海默病的主要中医手段, 具有缓解病人症状的作用, 并且能够使之机体受到的损伤减轻, 对改善认知功能有着突出的作用。本文对阿尔茨海默病的病因病机、针灸治疗方案、针灸治疗的机理等进行综述, 为后续拟定治疗方案提供参考。

关键词: 中医疗法; 针灸; 阿尔茨海默病

阿尔茨海默病作为神经系统退行性疾病的一种, 日常中称之为“老年痴呆”。该病在老年人中高发, 主要症状即为患者的情景记忆困难。而疾病的不断进展, 还会严重损伤患者的记忆、语言功能, 致使其定向障碍程度加剧。一般情况下, 该病有症状出现后, 在 5 至 10 年内会造成患者的认知功能全面损伤^[1]。针灸属于我国传承千年的临床治疗方法, 实际应用期间基于中医的辨证分析原理, 结合患者的实际情况选取合适的穴位, 并应用针刺、艾灸、电针等多种形式, 可使得阿尔茨海默病相关的为蛋白表达获得有效的调节, 并且能够清除自由基与调节线粒体的能量代谢。本文综述针灸治疗阿尔茨海默病研究进展, 具体内容如下。

1 阿尔茨海默病的病因病机

现阶段, 临床对阿尔茨海默病的发病机制尚存在较大的争论。现代医学指出, β 淀粉样蛋白 (A β) 沉积、Tau 蛋白过度磷酸化等, 均属于诱发 AD 的主要病因^[2]。此外, 受到动脉粥样硬化、神经突出病变的影响, 患者发生 AD 的风险也会增加。而在神经炎症反应、遗传等因素的作用下, 此类疾病发生的可能性也会提升。其中在阿尔茨海默病发病机制假说中, A β 级联学说获得的认可度最高。

中医认为 AD 病位在脑, 是本虚标实之证。虚为髓海虚、肝肾虚、脾肾虚, 实为心肝火、痰阻窍、气滞血瘀。其中脏腑功能失调的状态下, 致使痰瘀等相关病理产物聚集, 最终造成清窍的阻塞。因此, 在治疗方面主要是以疏通清窍、平衡阴阳为主要原则。

2 针灸疗法在阿尔茨海默病中的应用

近些年, 中医药临床治疗的受关注度提升, 这就使得针灸疗法在临床的应用越来越广泛。阿尔茨海默病治疗期间, 应用针灸疗法, 不仅操作的简便性能够得到保证, 而且治疗效果优异^[3]。与此同时, 该种治疗手段临床疗效的发挥具有多系统、多环节、多靶点的特征。常见针灸疗法包括头针疗法、体针疗法、电针疗法等。

2.1 头针疗法

头针疗法主要是对患者的头部穴位进行刺激。在阿尔茨海默病治疗中, 主要是选取头部顶中线、额中线、颞前线、颞后线等位治疗区域, 在常规消毒后, 应用一次性毫针平刺, 并结合左右捻转的手法, 以有酸、麻、胀感为度。有关研究指出, 选取 77 例阿尔茨海默病患者为研究对象, 在常规药物、认知功能训练的基础上, 联合应用头针疗法, 结果发现, 患者的治疗有效率显著提升, 并且西方失语成套测验量表评分均比治疗前提高^[4]。究其原因, 对顶区、顶前区、额区等部位进行刺激, 则促使 Ach、ChAT 的表达提升, 下调 Ache 的表达。在此情况下, 阿尔茨海默病患者的胆碱能系统改善。头针疗法的应用, 使得 AD 患者脑内海马区代谢物含量增多。随着该区域内神经元细胞数量的增多、神经元的修复, 患者的脑萎缩进程延缓。基于此, 患者的空间学习记忆能力提高。

2.2 体针治疗

体针疗法在阿尔茨海默病的治疗中应用也较为广泛。此种治疗形式的基础即为脏腑经络。就中医学理论而言, 从多角度对阿尔茨海默病进行阐述, 并且各家学说有所不同。在此情况下, 体针治疗阿尔茨海默病的选穴、手法也存在较大的差异。举例说明, 针对疏通经络、活血化瘀等治疗方法而言, 基于针法进行逆向推理, 同医家关于病证的认识相符。以此为基础, 可辨析出理、法、穴等完整的过程。此过程也是诸学术流派思维精华的所在。

有关研究发现, 阿尔茨海默病发生的基本即为三焦气化失司^[5]。受到该种状态的影响, 三焦功能无法正常发挥, 进而导致脏腑精血难以上传到脑, 进而造成髓海失养。而受到清阳不升的干扰, 浊阴不降。这就导致痰毒等病理产物产生, 致使三焦气受到阻遏, 最终形成恶性循环。而在体针治疗期间, 应用“三焦针法”, 对膻中、中脘、气海等穴位进行刺激, 并严格应用合适的行针手法, 对留针时间进行限制, 可促使三焦气机得到调畅。在此情况下, 患者的脑窍能够得到显著的恢复。不仅如此, “三焦针法”的应用, 对改善阿尔茨海默病患者的神经精神症状。针对有失眠、便秘、尿潴留等兼证的 AD 患者, 采取“三焦针法”进行干预, 也可使各兼证得到缓解。这是因为在三焦通畅的状态下, 根据中医的整体观念, 患者的机体能够获得宏观的调控, 进而使得脏腑功能改善、阴阳失衡状态缓解。

除“三焦针法”外, 调神益智针法在阿尔茨海默病的体针疗法干预中应用也是相对广泛。穴位选择方面, 主要是选取百会、四神聪、内关、三阴交等。就百会穴而言, 位于巅顶, 对其进行刺激能够调补元神之机。而针刺四神聪则可促进安神宁心效果的进一步提升。上述穴位配伍应用, 在调神益智方面优势明显, 进而促进患者认知功能的改善。明显改善的原因之一。

“孔雀开屏”针法作为常见体针疗法的一种, 所选择的穴位有风池、完骨、天柱、风府、翳风穴等。上述穴位在胆经、膀胱经、三焦经、督脉上分布, 均位于头目区域。同时, 各穴位多为交会穴, 受到刺激后可促使头颈的气血得到疏通。将上述穴位同中脘穴进行配伍, 可进一步增强益气活血的作用。有关报道发现, 选择 65 例阿尔茨海默病患者为研究对象, 对其风池穴进行“孔雀开屏”针法刺激期间, 应用“过眼热”的手法, 并且以针感至眼区为度, 操作 3 次, 留针时间为半小时, 干预 8 周后, 结果显示, 患者的精神状态改善更为明显, 并且自理能力评分显著提高^[6]。同时, 检测患者的脑血流速度, 可见显著提升。

3 针灸治疗阿尔茨海默病的机理

3.1 调控阿尔茨海默病相关蛋白

(下转第 29 页)

关于失眠相关抑郁状态针灸治疗研究进展

朱宝云 郑祖艳^{通讯作者}

(黑龙江省中医药大学附属第一医院 黑龙江哈尔滨 150000)

摘要:失眠相关抑郁状态近些年的发病率呈现出升高趋势。随着中医在临床的应用范围扩大、受到的关注度提高,其在失眠相关抑郁状态治疗中的应用疗效也获得肯定。其中单纯针刺、电针等多种针灸疗法不仅副作用少,而且与西药治疗相比依赖性低,具有调节神经递质、恢复神经可塑性的价值。本文对失眠与焦虑抑郁相关性、中医病因病机、针灸治疗等进行综述,为后续疾病治疗计划的制定提供新思路。

关键词:失眠;抑郁;针灸治疗

失眠属于多年睡眠问题的一种,典型症状即为入睡困难,并且伴有不同程度的睡眠质量降低。就当前来看,在我国成年人中,约有 10% 有失眠表现,则此数据呈现出逐年上升的特征^[1]。抑郁状态属于精神障碍的一种表现,中医将其归为“百合病”“脏躁”等疾病的范畴。失眠与抑郁症在症状、疾病层面均有一定的相关性。对于失眠患者来讲,其发生抑郁症的风险高于正常人的 3~4 倍。同时,在抑郁症人群中,有 7/10 左右存在失眠症状。常规治疗失眠多抗抑郁、镇静安眠类的药物为主。但是此类药物易掩盖抑郁症状,甚至还会造成药物依赖。近些年,中医在临床受到的关注度提升,其作为中医外治疗法的一种,主要优势在于起效快、不良反应少。本文综述关于失眠相关抑郁状态针灸治疗研究进展,具体内容如下。

1. 失眠与抑郁状态的相关性

现阶段,有关抑郁、失眠之间复杂双向关系的研究逐渐增多。就失眠而言,属于抑郁的一种表现,也属于造成抑郁发生的关键性因素之一。而受到长时间失眠的影响,患者的抑郁状态会有所加重,最终导致其恢复速度减慢,预后效果大打折扣。对于抑郁状态来讲,在患者纠正期间,主诉往往为失眠。由此可见,二者之间存在紧密的关系。另外,失眠人群出现抑郁等情绪的风险显著高于睡眠正常人群。在失眠症中,核心症状之一即为早醒症状。而抑郁症与早醒症状有一定的关系。有关研究指出,抑郁障碍相关的失眠的主要症状即为早醒,且占比约为 4/5^[2]。其中抗菌肽 Nemuri 蛋白能超表达属于促进睡眠的主要原因。此物质能够延长睡眠时间,从而保持机体的正常生理功能,如抗感染、抗炎等。但是在其表达不足的情况下,患者会有睡眠障碍的表现。受此影响,患者的机体抵抗力降低,甚至还会造成炎症反应的发生,这就导致组织受到的损伤增加,最终增加抑郁症发生的风险。

2. 抑郁失眠病因病机

中医理论指出,肝属刚脏,为将军之官。肝脏具有喜条达、恶抑郁的特点。肝主疏泄,具有调畅情志、气机的作用。在肝脏疏泄功能无异常的情况下,机体的全身气机能够保持畅达的状态,并且气血调和。受此影响,机体的平衡状态能够获得有效的维持,即表现为“阴平阳秘”^[3]。但是若七情波动较大,受到情绪激动异常、心理打击严重的影响,中医认为怒则伤肝,进而影响肝主疏泄功能的发挥,最终造成气机逆乱,日久而引发郁症。抑郁发生后,患者的症状以闷闷不乐、情绪低落等为主。随着肝郁日久,会有化火的可能,这就使得患者表现为烦躁易怒。根据《素问》记载“人或善或怒,气逆上而不下,即伤肝也”。由此可见,肝主疏泄、情志异常之间互为因果。基于正常睡眠的状态,营卫能够规律运行,并且阴阳可自然转归。心属于五脏六腑之主,具有藏神的作用。外界因素干扰心神后,主神功能无法正常发挥,最终导致阴阳失衡。因阴不入阳,所以患者也会有睡眠障碍的表现。心神不安属于不寐发生的根本所在。

3. 针灸治疗

3.1 单纯针刺治疗

单纯针刺治疗主要是应用毫针对患者相应的穴位进行刺激。针对失眠伴抑郁的患者,开展针刺治疗期间,多对魄户、神堂、意舍、魂

门、志室等穴位进行刺激。上述穴位属于五志穴,不仅能够改善患者的失眠状态,而且对减轻其抑郁症状价值显著^[4]。这是因为此种干预形式能够调节神经递质提高后海马、尾壳核区神经递质 DA 的表达作用显著,进而减轻患者的不良情绪,改善其失眠障碍程度。此外,对患者的百会、安眠、四神聪等穴位进行针刺,可能达到宁心安神的目的。根据患者的具体情况,采取辨证选穴的方式,如心胆气虚者加心俞、胆俞穴,阴虚内热者加太溪、肾俞等穴位,均能够进一步增强治疗效果。

3.2 电针治疗

电针属于现代科学技术与针刺相结合的一种治疗手段。经由研究证实,电针治疗的应用,在改善失眠合并抑郁患者的神经应激功能方面作用突出,并且具有镇静的功效,可有效改善患者的临床症状^[5]。在穴位选择方面,以百会、印堂、合谷等穴位为主。同时,针刺神门、三阴交、双侧安眠穴等,也具有显著的价值。对于百会、四神聪、印堂等穴位而言,在解剖学中额叶(额极)、顶叶投影区相对应。治疗期间,对该部分进行刺激,相当于大脑额叶、顶叶等能够受到直接的刺激,这就使得脑部的血流状态改善,进而加快外周血液的循环速度。基于此,体内的 5-HT、NE 等大量释放,进而减轻患者的抑郁情绪。电针疗法应用恒定的低强度直流电,可对大脑皮层的神经元活动起到调节作用。此种治疗形式属于非侵入性技术的一种,更易于患者接受,并且在改善患者抑郁伴失眠症状方面优势明显,操作简单,价格低廉,适合在基层医院开展。

3.3 特色针刺手法

3.3.1 偶刺法

偶刺法最早的文字记载可追溯至《灵枢·官针》篇:“偶刺者,以手直心若背,直痛所,一刺前,一刺后,以治心痹。刺此者,傍针之也”。这说明,此种治疗形式具有一前一后的特征,并且以阴阳对偶为主。可同刺的穴位为胸腹部募穴、背腰部背俞穴。对于失眠伴有抑郁而言,阴阳、营卫等均处于失调的状态。而患者睡眠若想维持正常,需要阴阳、营卫相互协调。通过对偶刺期门、肝俞进行偶刺,能够进一步增强针灸疗法的治疗效果,从而改善患者的预后。

3.3.2 扬刺法

扬刺法在《灵枢·官针》篇中有记载:“扬刺者,正内一,旁内四,而浮之,以治寒气之博大者也”。扬刺法应用期间,主要是对百会、四神聪等穴位进行针刺。现代医学研究发现,上述穴位受到刺激后,患者的脑血液循环可得到改善,并且其脑神经的生理活动能够获得有效的调节^[6]。由此可见,此种针刺形式的针刺范围更广,并且刺激量较大。受此影响,针刺的疏通气机、安神宁志功效得到最大化的发挥。一般情况下,在失眠合并抑郁患者的针刺治疗中,以百会、神门、四神聪等扬刺法的基础穴位,并于四神聪连线中点位置加刺 1 针,可使八个方向的针均朝百会。基于此,百会穴受到的刺激增强,最终减轻患者的失眠、抑郁状态。

3.3.3 陕西头针

陕西头针的理论基础为大脑皮层功能定位理论。此种针法具体应用期间,通过对头皮组织内的特定位置、区域等进行刺激,能够

综 述

达到显著的治疗效果。同时,陕西头针的取穴较为方便,并且在操作方面简便。基于针刺的原理,患者的经络能够得到有效的疏通,进而加快其局部的血液循环速度。而随着机体的神经传导功能改善,患者的神经肌肉兴奋程度也会趋于正常,最终减轻患者的失眠、抑郁症状。有关研究指出,选取 88 例失眠合并抑郁的患者为研究对象,应用陕西头针对特定穴位进行刺激,选择飞针法进针,直刺至颅骨骨膜,并留针半小时左右,结果显示,患者的治疗总有效率提升,抑郁程度减轻,睡眠障碍指数下降^[7]。

3.4 整合针灸治疗

整合针灸的基础即为针刺疗法,通过与其他外治技术相结合的形式,可达到增强治疗效果的目的,并且能够维持疗效的持久性。有关研究发现,整合针灸疗法的应用,可有效改善抑郁症病人的躯体症状,并且治疗效果较单纯应用帕罗西汀的方案更为优异^[8]。与西药治疗相比,该种操作形式的安全性、持久性等均能够得到保证。使用应用其期间,对四关穴、百会穴等进行针刺,并联合腹针中对腕、下腕穴位进行干预,再对四花穴进行艾灸,以皮内针刺刺激双侧肝俞、心俞等穴位等。与单纯针刺不同的是,真核针灸疗法的覆盖范围更广,在减轻抑郁、失眠症状的同时,能够疏肝调神,平衡脏腑阴阳。

4. 小结

综上所述,现阶段,针灸在失眠抑郁共病的治疗中应用广泛,并且穴位多选择督脉、足厥阴肝经、足太阳脾经上的腧穴,证实能够减轻患者的抑郁、失眠症状。但是此种治疗方案具体应用期间,还存在诸多问题,如失眠、抑郁评分量表较为繁杂,选择方面没有统一的标准,所以疗效的评价无法对比。另外,大多数报道均为近期疗效的评估,缺乏远期疗效的观察。文献多为临床经验的归纳总结,有关失眠抑郁共病机理的研究较少。后续研究中,还应重视扩大

样本量,延长随访的时间,并合理选择失眠与抑郁的评分量表,以此做到疗效的有效评价。此外,还应增加对针灸治疗失眠合并抑郁现代医学机制的研究,从而为后续疾病治疗提供更为有力的证据。

参考文献:

- [1]卓春萍,王慧明,陈雪丽.疏肝调经针灸方案联合耳穴埋豆对围绝经期失眠及焦虑抑郁状态研究[J].中华保健医学杂志,2023,25(02):223-225.
- [2]巴丽君.探讨心脾两虚失眠患者实施针灸治疗联合归脾汤治疗对其睡眠质量的效果和改善情况[J].中国医药指南,2023,21(09):118-120.
- [3]臧平,王烨林,方锐.调和阴阳针灸联合穴位按摩治疗顽固性失眠症的疗效及对焦虑、嗜睡症状和神经递质水平的影响[J].四川中医,2023,41(02):205-208.
- [4]张益辉,陈爱佳,顾勤.在气街理论指导下运用针灸治疗围绝经期阴虚火旺型失眠的临床研究[J].中医外治杂志,2023,32(01):86-88.
- [5]林福清,魏雅琴,彭斌.分析原发性失眠患者接受入静法训练结合针灸治疗对睡眠质量的改善效果[J].世界睡眠医学杂志,2022,9(10):1800-1802+1806.
- [6]林文馨,周建华,韩盈盈.针灸联合清热安神汤对痰热内扰型围绝经期失眠症患者睡眠质量的影响分析[J].四川中医,2022,40(06):164-167.
- [7]田春雨.温针灸联合盐酸曲唑酮片对肝郁化火型失眠患者焦虑、抑郁状态的影响[J].中国民间疗法,2021,29(02):84-86.
- [8]李相君,金兰花.龙骨牡蛎汤联合针灸治疗缺血性脑卒中后抑郁性失眠的有效性分析[J].中医临床研究,2020,12(27):34-35.

(上接第 27 页)

针灸疗法应用在阿尔茨海默病的治疗中,能够对疾病相关蛋白进行调控。就阿尔茨海默病而言, A β 于大脑皮质、海马区的异常聚集属于主要机制之一。受此影响,老年斑形成,进而造成神经毒性的产生。在此情况下,中枢有炎症反应出现,致使神经元突触受到损伤。而在 A β 的作用下,小胶质细胞会出现大量的活化表现。受此影响,炎症反应出现,最终加剧患者的空间记忆异常程度。此外, A β 异常表达时,神经元间的信号传递受损。但是针灸疗法应用期间,对百会、涌泉穴等进行刺激,能够减少海马区 A β 的表达。有关研究指出,针灸疗法应用在阿尔茨海默病患者则治疗中,可提高海马突触后致密物-95(PSD-95)、突触素(SYN)的表达^[7]。而随着神经元突触见信号的不断传递,神经毒性减轻,最终使得神经元突触的可塑性改善。

3.2 清除自由基与调节线粒体能量代谢

针灸疗法还具有清除自由基与调节线粒体能量代谢的价值。就线粒体而言,其产生的自由基会影响脑内的 Tau 蛋白、A β , 最终引起阿尔茨海默病的发生。在脑部高能量的需求状态下,大脑对线粒体功能的敏感程度提升,进而造成线粒体功能异常,致使氧化应激反应加剧,自由基大量释放。而电针疗法的应用,记住与 2Hz/80Hz 疏密波的干预机制,可促使此类患者的学习记忆功能改善^[8]。究其原因,该种干预形式能够对海马组织降钙素基因相关肽、丙二醛起到调节作用。在此情况下,一氧化氮合成酶、超氧化物歧化酶的活性提升,进而促使脑部供血增多。而中枢神经递质传导功能改善后,其清除自由基清除的能力也会增强。

除上述功效外,针灸疗法在阿尔茨海默病应用中的机理还包括抑制神经炎症、调节糖脂代谢、抑制细胞凋亡等。

4 小结

综上所述,阿尔茨海默病在中医中属于“喜忘”“痴呆”“呆病”疾病的范畴,起病隐匿,初期基本没有特异性的症状,但是在有明显症状出现时,患者的学习、记忆、认知功能会受到显著的损伤。针灸疗法的应用,借助于头针、体针疗法,能够使患者的头部穴位受到刺

激,从而达到改善其认知功能的目的。因针灸疗法的形式多样,具有简便效廉的特征,所以受到患者的广泛欢迎。后续研究中,还应重视针灸疗法与其他干预手段的联合,旨在最大程度上提高阿尔茨海默病患者的认知、社会功能。

参考文献:

- [1]翁恒,徐桂华,徐雯婧等.经皮穴位电刺激对阿尔茨海默病大鼠学习记忆能力、氧化应激损伤和神经元凋亡的影响[J].中医药信息,2023,40(04):1-10+43.
- [2]闫隆,石江伟,李虹等.基于脑-肠-微生物轴探讨针刺治疗阿尔茨海默病作用机制的研究概述[J].中医杂志,2023,64(02):202-207.
- [3]刘欣媛,杜艳军,孙国杰等.基于 Shh 信号通路在海马及肾组织的变化探讨益肾调督针灸对 SAMP8 小鼠海马 DG 区神经元新生障碍的影响[J].中华中医药杂志,2022,37(12):7027-7032.
- [4]何声来,张旭.中西医结合疗法治疗阿尔茨海默病疗效及对尿阿尔茨海默病 7c-NTP 水平的影响[J].现代中西医结合杂志,2022,31(03):397-401.
- [5]胡赵军,向祥清,黄年平.中医药调控 Wnt/ β -catenin 信号通路治疗阿尔茨海默病的研究进展[J].中国民间疗法,2022,30(02):123-125.
- [6]杨淑荃,范德辉,袁智先等.基于“脑肠相通”的腹针埋线疗法治疗轻中度阿尔茨海默病及对血清 APP、A β (1-42) 的影响[J].中国针灸,2021,41(11):1231-1235.
- [7]王春霞,谷翔萌,孙兴华等.头穴丛刺抑制海马 β -APP 表达改善阿尔茨海默病模型大鼠学习记忆能力研究[J].针灸临床杂志,2021,37(10):66-70.
- [8]武文鹏,谷翔萌,孙兴华等.头穴丛刺调控 NF- κ B 信号通路介导阿尔茨海默病炎症反应的机制研究[J].针灸临床杂志,2021,37(09):75-80.

乡村振兴战略下高职院校医教协同人才培养模式构建

贺彩菊 张沙沙

(安康职业技术学院 陕西省安康市 725000)

摘要: 乡村振兴战略的实施对于高职院校医学专业人才培养提出了新的要求。本文基于乡村振兴战略,结合高职院校医教协同发展的实践经验,探讨了高职院校在医学教育服务乡村振兴中的角色和责任,并分析了高职院校医教协同人才培养模式的构建。通过调研和案例分析,本文提出了以“三统一”为核心的医教协同人才培养模式,即医学知识与实践相统一、教学模式与实践模式相统一、高职院校与社会卫生机构相统一。该模式可以有效促进乡村医疗服务水平的提高,推进乡村振兴战略的实施。

关键词: 乡村振兴; 高职院校; 医教协同; 人才培养

引言:

乡村振兴战略是中国特色社会主义新时期我国经济、政治、文化、社会等各个领域的重大战略,是贯彻落实习近平新时代中国特色社会主义思想的重要举措。高职院校是培养各类技能人才的重要场所,也是推动乡村振兴战略的重要力量之一。高职院校医学教育服务乡村振兴,不仅能够提高乡村医疗服务水平,也能够满足人民日益增长的健康需求,推进社会公平正义的实现,有着重要的意义和作用。

一、乡村医疗服务需求分析

1. 医疗资源不足

医疗资源不足是当前中国医疗卫生服务发展面临的一个重要问题,尤其是在乡村地区。乡村地区缺乏足够的医疗资源支持,导致农村人民享受的医疗卫生服务较为困难,很多患者需要长时间等待就诊,某些疾病则无法得到及时有效的治疗,增加了患者的痛苦和恢复的难度。为了解决这个问题,政府采取了一系列积极措施。例如,加大对医疗卫生服务设施的投入,扩大乡村地区的基本医疗卫生服务覆盖面;鼓励医疗卫生服务机构向乡村地区延伸,提高医疗卫生服务设施的布局合理性;鼓励和引导医疗人才到乡村地区工作,加强对乡村地区医疗人员的培训和技能提升等。

2. 医疗服务质量不高

由于乡村地区的医疗资源匮乏,医疗服务质量也往往无法得到保障。一些农村诊所设备简陋、医生水平参差不齐等问题,导致病人就医体验不佳,治疗效果较差。为了改善医疗服务质量,政府采取了一系列积极措施。例如,加强对医疗卫生服务机构的管理和监督,规范医疗行为,提高医疗服务质量;加大对医疗卫生服务机构设备的投入,提高医疗设施的水平和服务能力;鼓励和引导医疗人才到乡村地区工作,提高医疗卫生服务机构的医疗人员素质等。

3. 医疗资源分配不均

医疗资源分配不均也是乡村医疗服务面临的问题之一。虽然政府已经采取了相关政策措施,推动医疗资源向乡村地区转移,但是由于历史原因和各种制度、政策限制等因素,医疗资源的分配依然存在不均衡现象。为了解决这个问题,政府应该继续加大对乡村地区医疗卫生服务的投入,完善医疗卫生服务机构布局,优化医疗资源配置,提高农村居民的医疗保障水平;同时,在政策层面上应该采取更加积极的措施,鼓励和支持医疗卫生服务机构到乡村地区设点,吸引更多的医疗人才到乡村地区工作,加强对医疗卫生服务机构的管理和监督,提高医疗服务的质量和水平。

二、高职医学教育的趋势

1. 建设规模逐渐扩大

随着国家卫生事业的发展,中国高职医学教育建设规模逐渐扩大。近年来,国家对高职医学教育的支持力度不断加强,各地区也纷纷加大对高职医学教育的支持和投入。这些都促进了高职医学教育的健康发展。目前,中国已经形成了一批规模较大、水平较高的高职医学院校。随着高职医学教育的发展,其目标也逐渐从单纯培养技能型人才向培养既有专业知识又具备复合型素质的人才转变。目前高职医学院校开设的各类专业如临床医学、医学检验技术、医学影像技术、康复治疗技术、药学、公共卫生管理、中医学、口腔医学、护理学、老年保健与管理等,这些专业不仅适应了基层医疗卫生服务的需求,同时也提高了高职医学教育的教学水平和社会认可度,为乡村振兴卫生健康领域,打造宜居的生态环境发展提供了医疗服务保障。

2. 教学内容多样化

高职医学教育注重实践操作,因此,其教学内容相对于其他高等医学院校更加实用和紧密联系基层医疗卫生服务的实际需求。传统的高等医学院校主要注重理论知识的掌握,并以此为基础进行教学实践。高职医学教育则更加注重实践操作,强调学生的技能培养和专业应用能力的提升。因此,高职医学教育的教学内容更加贴近基层医疗卫生服务的实际需求,更加实用。同时,在国家政策的支持下,高职医学教育的专业设置越来越多样化,除了传统的临床医学、中医学和护理学等专业外,还新增了一些新兴的医学专业。例如,口腔医学、康复医学、预防医学等多个领域都已有高职医学专业的设置,以满足不同地区和不同领域对于医疗卫生人才的需求。这样的多样化设置使得高职医学教育的教学内容更加丰富,学生也有更多的选择和发展空间。

3. 师资队伍不断完善

高职医学院校在教师队伍建设方面,通常拥有丰富的实践经验和临床工作经历的医学教师,以及社会各个领域的专业人士,这为学生提供了更广泛、更丰富的学习资源和实践机会。高职医学院校通常拥有实践经验丰富、临床工作经历较长的医学教师,这些教师不仅有着扎实的理论基础,还具备丰富的实践经验和专业知识,能够为学生提供更加广泛、更丰富的学习资源和实践机会。同时,高职医学院校也会邀请一些来自社会各个领域的专业人士,如医院管理人员、临床医生、护士等,来担任部分课程的教学任务。这些专业人士的加入不仅可以提供真实的医疗卫生服务业务信息和案例,更可以促进学生对于医疗卫生服务行业的深度了解,从而对未来的职业方向有更加清晰的认识。

三、高职院校在医学教育服务乡村振兴中的角色和责任

1. 培养具有乡村医疗服务能力的高素质人才

高职院校在医学教育服务乡村振兴中的角色和责任十分重要,其中之一就是培养具有乡村医疗服务能力的高素质人才。这是因为,农村地区医疗服务滞后、不足已经成为了一个严重问题,而推进乡村振兴战略需要大量的高素质医疗人才支持,因此高职院校在这一领域的培养工作变得尤为重要。高职院校应该注重提升学生的实践能力和实际操作技能,并为将来从事乡村医疗服务的学生提供必要的基础理论和专业技能知识。此外,高职院校还应该通过校企合作等方式,让学生们更好地了解乡村地区的医疗现状和问题,加强对乡村医疗服务的认知,针对性地培养学生与实践中的能力,例如通过开展实习或志愿者服务等,让学生走进农村,感受乡村医疗的现状和困难,同时也为乡村医疗服务做出贡献。

2. 加强与乡村医疗机构合作, 服务乡村振兴战略

高职院校在服务乡村振兴战略中,加强与乡村医疗机构的合作是非常重要的。这是因为,乡村地区的医疗服务条件相对较差,需要更多的医疗人才和技术支持,而高职院校可以通过与乡村医疗机构合作,提供更好的医学教育和服务,从而推进乡村医疗服务的发展。具体来说,高职院校可以通过与乡村医疗机构合作,了解乡村医疗服务的实际需求,根据需求开展相关的医学教育活动。例如,高职院校可以为乡村医疗机构提供各种医疗技能培训、临床实践指导、医疗信息化建设等服务,以提高乡村医疗机构的专业水平和管理能力。高职院校还可以与乡村医疗机构共同开展医疗科研项目,促进医、教、研相结合,为乡村医疗服务的发展提供更加科学的支撑。例如,高职院校可以和乡村医疗机构合作研究一些在当地具有特殊意义的疾病或健康问题,探索适合本地区的医学服务模式 and 解决方案。

四、高职院校医教协同人才培养模式的构建

高职院校医教协同人才培养是促进乡村医疗服务水平提高、推进乡村振兴战略实施的关键之一。如何构建高职院校医教协同人才培养模式?这是一个重要问题。本文基于实践经验,提出了以“三统一”为核心的医教协同人才培养模式,即医学知识与实践相统一、教学模式与实践模式相统一、高职院校与社会卫生机构相统一。

1. 医学知识与实践相统一

医学知识与实践相统一的重要性在于,只有将理论知识与实践操作结合起来,才能培养出既具有医学专业知识又具备实际操作能力的专业人才。在乡村振兴战略的背景下,高职院校面临着更大的挑战,需要通过医教协同的方式加强对学生的实践能力的培养。具体来说,高职院校可以通过一系列措施将医学知识与实践相统一。例如,在理论课程中增加实践环节和案例教学,让学生从真实的生活中感知和掌握医学科学的实际应用,提升他们的实践能力。同时,开设临床技能实验课程、组织病例讨论、邀请临床专家进行讲座和指导等措施,也都是有效的实践教育手段。在实践方面,高职院校可以通过见习、实训、实习等形式加强学生实践能力的培养。学校可以与当地医疗机构合作,建立实践基地和提供实践机会,让学生亲身参与乡村地区的医疗服务,了解乡村医疗服务现状和需求,提高学生的实践能力和适应性。此外,高职院校还应该注重学生的专业素养和志愿服务精神的培养。在服务于乡村地区的医疗事业中,学生需要有强烈的责任担当和奉献精神,才能更好地适应乡村地区的医疗需求。

2. 教学模式与实践模式相统一

教学模式和实践模式的统一是医学教育中非常重要的一个方面。在乡村振兴战略的大背景下,高职院校需要注重通过不同途径,将教学模式和实践模式相互融合,来推动医学教育的发展。教学模式是医学教育的基础,它包括课堂讲授、案例分析等多种形式,旨在传授相关理论知识。而实践模式则是教学模式的延伸和拓展,它强调实际操作能力和职业技能的培养,帮助学生熟悉和掌握医学专业实践技能。高职院校应该注重将教学模式和实践模式相互融合,通过增加实践环

节、开设临床技能实验课程、组织病例讨论等方式,让学生在课程学习中即时接触到实际操作的情境,加强实践意识和实践能力的培养。学校可以专业基础课和专业课的课程设置上进一步增加实训、实践环节,让学生通过实际操作体验理论知识的应用,并加深对理论知识的理解和记忆。同时,学校还可以组织患者病历讨论,让学生从医生的角度分析并解决实际病例中出现的问题,提高学生的实际操作和职业素养。高职院校还应该注重实践教育的环境和资源建设,为学生提供高质量的实践锻炼机会。学校可以与当地医疗机构合作,开设实践基地,为学生提供临床实习、实训等实践锻炼机会,使得学生更好地将理论知识应用到实践中,提高实践能力和应变能力。例如,学校可以与当地卫生院合作,开设异地实习基地,让学生到乡村地区参与基层医疗服务,了解当地卫生服务现状和需求,锻炼学生的实践能力和适应能力。

3. 高职院校与社会卫生机构相统一

在乡村振兴战略下,高职院校需要积极与社会卫生机构相统一,加强卫生服务和医学教育的协同发展。学校可以通过与社会卫生机构密切合作,借助社会卫生机构的丰富资源、先进技术和实际操作平台,拓宽学生实践机会和实践能力。同时将学生培养成为更加符合社会需求的医学专业人才,更好地推动医学教育及医疗服务的发展。高职院校与社会卫生机构建立合作关系,可以为学生提供更加真实、直观的实践体验,帮助他们更快地适应临床环境,提升实践操作技能和职业素养。例如,学生在进入专业课学习期间边学理论知识边深入临床见习,学生可以现场观察手术、诊断、治疗等实际操作,了解患者的需求和心理特点,探索疾病的本质特征和诊断方法,从而更好地理解医学知识的应用和适用范围。在实践中,学生不仅可以掌握医学专业的基础理论和知识,还能更好地理解医疗服务的目的和意义,从而更好地适应社会需求。学生通过临床见习能够了解患者的病情特点和临床表现,提高自己分析和解决实际问题的能力,并在这个过程中逐步形成自己的职业取向和态度。高职院校与社会卫生机构相统一,不仅有助于培养优秀的医学专业人才,也有助于推动医学教育及医疗服务的发展。通过与社会卫生机构紧密合作,学校可以避免单一理论教学或者单一技能实践的弊病,更好地满足社会和市场的需求。

结束语:

高职院校在医学教育服务乡村振兴中有着重要的作用和责任。本文通过对高职院校在医学教育服务乡村振兴中角色和责任以及医教协同人才培养模式的构建进行论述,旨在为高职院校医学教育服务乡村振兴提供参考和借鉴。高职院校应该注重创新教学方法和模式,加强与社会卫生机构的合作,为培养具有乡村医疗服务能力的高素质人才不断探索新的途径和方法。

参考文献:

- [1]黄占波. 乡村振兴战略下高职院校医教协同人才培养模式构建[J]. 就业与保障, 2020 (03): 130-131.
 - [2]廖德君, 曹冰莹, 杨茜, 党荣敏, 黄琳, 梁秋果. 乡村振兴战略融入高职医学生培养的创新思考[J]. 卫生职业教育, 2022, 40 (16): 20-23.
 - [3]郝文斌. “医教融合”视域下康养专业群课程思政改革路径探究——以“传统康复”课程为例[J]. 职业技术, 2023, 22 (05): 97-102.
 - [4]谢甜甜. 高职院校中医学专业“金课”建设探讨[J]. 科技视界, 2022 (21): 121-124.
 - [5]肖艳. 医教协同背景下高职院校“双师型”教师培养策略[J]. 卫生职业教育, 2020, 38 (22): 13-14.
- 课题题目: 乡村振兴战略下医学职业教育服务基层医疗卫生人才培养的路径探究——以临床医学专业为例, 课题编号: AZJKY2022012

关于针灸治疗不孕症的临床研究进展

魏雪琪 郑祖艳^{通讯作者}

(黑龙江省中医药大学附属第一医院 黑龙江哈尔滨 150000)

摘要: 不孕症属于临床多见疾病的一种,在全球范围内的发生较为广泛。该病的存在致使低出生率现象加剧。对社会的影响是非常严重的,目前中医治疗对不孕症具有良好的效果。不孕症在临床受到的关注度较高,以往治疗多应用口服药物治疗、手术治疗等手段。近些年,受到中医简便效廉优势的影响,人们更倾向于选取中医手段进行治疗。针灸作为中医治疗体系中的主要干预形式之一,具有无疼痛、高疗效的特征。其中普通针刺、电针、温针灸、灸法等均属于针灸的主要开展形式。本文对不孕症病因病机、针灸治疗不孕症的方案等进行综述,为后续不孕症治疗方案的选择提供有效参考。

关键词: 针灸; 中医外治法; 不孕症

不孕症主要是指在男女双方均无避孕措施、规律性生活的前提下,超过 12 个月未成功受孕的一类疾病。就当前来看,出生率下降的现状没有得到显著的改善,除与人们的生育意愿有关外,还与不孕症的发生率较高存在相关性。相关统计显示,在世界范围内,育龄期女性的不孕症发生率约为 10%~15%,且在该部分人群中,约有 30% 为排卵障碍型不孕,30%~40% 为多囊卵巢综合征合并不孕症,输卵管性不孕有 40% 左右^[1]。传统医学认为,不孕症与“绝嗣”“胞门闭塞”等病症相符,并且中医疗法在女性不孕治疗中存在独特的优势。特别是针灸治疗的应用,能够从多角度、途径等对患者进行整体性的干预,使之获得有效的调理,最终实现助孕的目的。本文综述针灸治疗不孕症的临床研究进展,具体内容如下。

1. 不孕症病因病机概述

中医指出,肾属于先天的根本。在肾气盛的在挑选,天癸可至,并且冲任通盛,月经如期。但是如果肾气出现虚损的表现,则其气化失司,进而造成气血的瘀滞。因胞宫、冲任等无法被充盈,所以患者会有不孕、闭经的表现^[2]。由此可见,肾阳虚属于造成不孕症的主要病因。疾病的典型特征即为“肾-天癸-冲任-胞宫”生殖轴调节功能异常。在《针灸资生经》中有记载:“阴廉,治妇人绝孕。若未产者,灸三壮即有子……月事不调次,涌泉、商丘,治绝子……中极,治妇人断绪……针关元治妇人无子。”这表明,针灸于不孕症治疗方面的经验丰富。

西医认为,卵泡发育不全、过度增生等,属于排卵障碍性不孕症的主要机理。受此影响,卵泡壁难以破裂,进而造成卵泡的闭锁。根据现代研究,可见下丘脑-垂体功能紊乱属于造该病的关键性因素^[3]。在该因素的影响下,性腺功能降低,卵巢衰竭,最终导致不孕症的发生。就多囊卵巢综合征合并不孕症的患者而言,临床症状以月经稀发、闭经等为主,并且患者的雄激素水平较高,卵巢有多囊样的变化,长时间无排卵。临床对该病的发病机制仍不明确。通常认为,遗传、代谢综合征、肥胖等因素的存在,会增加多囊卵巢综合征合并不孕症发生的风险。针对输卵管性不孕症了解,与多因素所致的输卵管结构变化有关。基于此,输卵管的拾取卵子功能下降,难以运送受精卵至宫腔着床^[4]。总之,年龄较高、继发不孕、既往存在流产史、合并痛经表现、存在宫腔操作史等,均会增加输卵管性不孕症发生的风险。

2. 不孕症的针灸治疗方案

2.1 普通针刺

普通针刺主要是在选择合适穴位的情况下,以毫针对穴位进行刺激,从而达到治疗的目的。有关研究显示,以黄体功能不全性不孕症患者为研究对象,在地屈孕酮治疗的基础上,应用针刺疗法进行干预,主要是对患者的神庭、百会、本神穴进行平刺,再直刺太冲、三阴交穴,结果显示,患者的激素水平显著改善,并且经由影像学检查,可见其子宫内膜厚度增加^[5]。究其原因,对本神、太冲、百会等穴位进行刺激,能够达到调畅情志的目的。而针刺关元、肾俞等,能够补

益肾精。而对于子宫、三阴交进行干预,则有助于调理冲任。另外,以针刺疗法对慢性输卵管阻塞性不孕的人群进行干预,主要是针刺关元、三阴交、肾俞等穴位。此种操作形式可使患者的炎症反应减轻,局部气血调畅,最终实现治疗不孕症的目标。尤其是对双侧卵巢于体表的投射区域进行刺激,能够促使卵巢平滑肌获得有效的收缩。在此情况下,卵泡的运动情况改善,破裂程度增加。受此影响,下丘脑-垂体系统的兴奋程度提高,促使性腺激素、促黄体生成素等大量分泌。

2.2 温针灸治疗

温针灸属于针灸疗法的一种,旨在帮助不孕症病人调畅气血、化瘀通络。根据《素问·调经论》记载:“血气者,喜温而恶寒,寒则涩不能流,温则消而去之。”由此可见,在温针灸应用期间,针柄部位的温热能够以针刺为载体实现对穴位的热刺激。在此情况下,针刺疗法的活血散瘀、温通经脉作用增强。有关报道发现,选取 67 例多囊卵巢综合征不孕症病人为研究对象,应用温针灸结合来曲唑方案进行治疗,结果显示,患者治疗后的中医证候积分显著降低,并且性激素水平改善明显^[6]。具体操作期间,主要是选取中极、气海、关元等穴位,并将点燃的艾柱插在针柄上。各穴位受到温针灸的影响,能够发挥相应的功效,从而促进机体的阴阳平衡,加快机体气血运行恢复的速度,最终协调脏腑功能。对督脉的穴位进行刺激,有助于统摄肾阳之气,促使阳气得到温补。而艾草燃烧后,其产生的热气能够经毫针针体传导而达到相应的穴位,促使穴位受到熏烤,这就使得相应的穴位经络被疏通。

2.3 灸法治疗

灸法在针灸疗法中属于重要的组成部分之一。灸法的温经散寒、升阳举陷功效显著,并且还有助于扶阳固脱。通常情况下,针对子宫下垂、久泻等疾病,应用此种治疗方案均能够收获显著的疗效。相关文献指出,选取多囊卵巢综合征不孕症患者为研究对象,应用艾灸联合紫仙助孕汤方案进行干预,在艾灸治疗期间,主要是应用陈艾条,并采取悬灸法,对肾俞、长强、腰俞、命门等穴位进行刺激,每天治疗 1 次,每次 20min,结果显示,患者的卵巢储备功能指标改善,并且血清睾酮、LH 等血清性激素水平下降,雌二醇、FSH 等提高,排卵率、妊娠率均提升^[7]。由此可见,艾灸具有消痰散结、通畅气机、调和营卫的价值。对命门穴施灸,可达到培元固本的目的。而灸肾俞穴等,具有补肾壮阳价值。配伍腰俞、长强穴等,有助于改善月经不调、经闭的症状。艾灸疗法的应用,能够对丘脑-垂体-卵巢轴起到调节作用,进而促进卵泡的发育,改善患者的卵巢储备功能。同时,此种干预形式还可调节患者体内的性激素水平,能够使之内分泌逐渐恢复正常。因其具有养血活血的功效,所以患者经由干预后的子宫血液供应情况也能够得到改善。在此情况下,子宫内血液循环速度加快,进而为受孕奠定了良好的条件。

(下转第 34 页)

针灸治疗术后尿潴留的临床研究进展

刘艺琳 郑祖艳^{通讯作者}

(黑龙江中医药大学附属第一医院 黑龙江省哈尔滨市 150000)

摘要: 针灸治疗术后尿潴留是一种被广泛应用于临床的方法。术后尿潴留是指在手术后尿液无法顺利排出导致尿潴留的情况。这种情况可能会给患者带来不舒适和疼痛。针灸疗法通过刺激特定的穴位来调节人体的生理功能,促进尿液排出并缓解尿潴留的症状。多项研究已经证明了针灸治疗术后尿潴留的有效性和安全性。它不仅可以减少患者的痛苦,还可以加快术后康复过程,并减少并发症的发生。因此,针灸治疗术后尿潴留可以成为一种可靠的非药物治疗选择。

关键词: 针灸治疗; 术后尿潴留; 临床研究

前言:

针灸是一种古老而有效的医疗技术,广泛应用于各种疾病的治疗中。其中,针灸治疗术后尿潴留在临床上得到了广泛的应用。术后尿潴留指的是在手术后出现的不能自主排尿的情况^[1]。这种情况可能是因为手术过程中刺激了尿道或膀胱造成的,也可能是因为手术过程中使用了镇痛药物导致尿道括约肌松弛,从而影响了正常的排尿功能。针灸作为一种非药物治疗方法,可以通过刺激特定的穴位来调节身体的功能,从而恢复正常的尿排出功能。在术后尿潴留的治疗中,针灸可以通过刺激膀胱经和肾脏经等相关的穴位来增强膀胱肌肉的收缩能力,促进尿液的排出。此外,针灸还可以调节神经系统,减轻肌肉痉挛和炎症,从而缓解尿潴留的症状。临床研究表明,针灸治疗术后尿潴留的效果显著。一项系统评价发现,针灸治疗可以缩短尿潴留的持续时间,减少并发症的发生,并提高患者的生活质量。另外,针灸治疗也减少了对药物的依赖性,避免了药物治疗可能带来的副作用。总而言之,针灸作为一种安全有效的治疗方法,在术后尿潴留的临床应用中具有重要意义。通过针灸可以恢复正常的尿排出功能,减轻症状,提高生活质量。然而,针灸治疗仍需要进一步的研究来验证其机制和疗效。

1. 出现术后尿潴留的原因

术后尿潴留是术后尿潴留是指术后患者无法正常排尿或排尿困难的情况。以下是一些可能导致术后尿潴留的常见原因:(1) 麻醉药物的影响: 术后使用的麻醉药物可能会导致尿道括约肌松弛,使尿液无法顺利排出。(2) 手术操作的影响: 某些手术操作可能会造成尿道或膀胱的损伤,导致排尿困难或尿液无法正常排出。(3) 输尿管梗阻: 手术后可能出现输尿管梗阻,例如尿道结石、血块、尿道瘢痕等,阻碍尿液的流动^[2]。(4) 膀胱功能障碍: 术后可能出现膀胱功能障碍,如膀胱麻痹或膀胱颈部梗阻,使尿液无法正常排出。(5) 术后水肿: 手术后可能出现组织水肿,包括盆腔器官的水肿,压迫尿道或膀胱,导致尿液排出困难。(6) 神经损伤: 手术过程中可能对与尿液控制相关的神经造成损伤,影响尿液的正常排出。(7) 使用某些药物: 术后可能使用某些药物,如镇痛药、抗抑郁药等,这些药物可能对尿液排出产生不良影响。如果出现术后尿潴留的症状,如排尿困难、尿量减少或无法排尿等,应及时向医生报告,以便进行评估和处理。医生可能会进行体格检查、超声波检查、尿流动力学等检查,以确定尿潴留的原因,并采取相应的治疗措施^[3]。

2. 针灸治疗术后尿潴留的原理

针灸是中医传统疗法之一,据认为可以通过调整人体的气血运行和平衡阴阳来促进健康。在针灸治疗术后尿潴留中,主要通过以下几个方面发挥作用:(1) 活血化瘀: 针灸可以刺激穴位,促使气血运行畅通,加速淤滞的血液循环,从而改善组织的供血和排尿功能。通过活血化瘀作用,有助于缓解术后可能导致的输尿管、尿道或膀胱的血液淤滞。(2) 调整神经功能: 针灸可以通过刺激穴位,调节神经系统的功能,包括与尿液控制有关的神经。这有助于改善神经传导,增强

膀胱和尿道的协调性,促进尿液的正常排出。(3) 放松肌肉: 针灸可以通过刺激穴位,促进肌肉的放松和舒缓。在术后尿潴留中,可能存在尿道括约肌紧张或膀胱颈部肌肉痉挛等问题,针灸可以缓解这些紧张和痉挛,帮助恢复正常的尿液流动。(4) 调整体内环境: 针灸还可以通过调整体内的阴阳平衡,改善术后可能出现的水肿、炎症反应等情况。这对于减轻盆腔器官的水肿,改善尿液排出的功能也是有益的。需要注意的是,针灸作为一种辅助疗法,其疗效因人而异,并且可能受到多种因素的影响^[4]。

3. 针灸治疗术后尿潴留的注意事项

(1) 个人情况评估: 在进行针灸治疗之前,针灸师或中医师会对患者的病情进行评估,并了解患者的病史、过敏史等信息。确保患者提供准确和详细的信息,以帮助针灸师制定适合患者情况的治疗方案。(2) 感染风险预防: 确保针灸师使用无菌针具,以减少感染的风险。针灸师应该在每次使用前对针具进行消毒,并确保操作过程中遵循严格的卫生标准。(3) 注意穴位选择: 针灸治疗术后尿潴留时,针灸师会选择特定的穴位进行刺激。确保针灸师熟悉这些穴位的位置和特点,以确保准确的刺激。(4) 个人舒适与安全: 在治疗期间,患者应确保舒适和安全。如果患者感到不适或疼痛加剧,请立即告知针灸师,以便他们进行调整或停止治疗。(5) 治疗频率和持续时间: 针灸治疗的频率和持续时间会根据个人情况而异。遵循针灸师的建议,并按照治疗计划进行治疗。(6) 结合其他治疗方法: 针灸治疗可以作为综合治疗方案的一部分。根据患者的情况,可能需要结合其他治疗方法,如药物治疗、物理治疗等,以达到更好的疗效^[5]。

4. 针灸治疗术后尿潴留的步骤

(1) 评估与诊断: 针灸师会首先对患者进行详细的评估,了解术后尿潴留的症状、病史和其他相关因素。这有助于确定治疗方案和选择适当的穴位。(2) 准备和舒适: 在进行针灸治疗前,针灸师会确保患者处于舒适的位置,并准备好所需的针具和其他辅助设备。(3) 穴位选择: 针灸师会根据患者的症状和诊断结果选择适当的穴位。在术后尿潴留的情况下,常用的穴位可能包括膀胱经、肾经、前后阴交等。(4) 穴位刺激: 针灸师会使用细针将针具插入选定的穴位中。插入的深度和角度可能因患者个体差异而异。一旦针具插入穴位,针灸师可能会进行适度的旋转、抖动或轻轻按压来刺激穴位。这有助于促进气血运行和调整身体的功能。(5) 治疗时间: 每个穴位的针刺时间可能会有所不同,通常为 15 到 30 分钟。患者在治疗过程中会被要求保持放松,并可能会感受到一些针刺点周围的刺激感。(6) 结束治疗: 在完成治疗时间后,针灸师会逐个拔出针具。根据需要,针灸师可能会提供一些额外的建议,如饮食调理或其他生活方式改变。

5. 针灸治疗术后尿潴留的优势

针灸治疗术后尿潴留具有以下一些优势:(1) 非药物治疗: 针灸是一种非药物治疗方法,不会引发药物副作用或依赖性。对于那些因术后尿潴留而不适合或不愿意长期使用药物的患者来说,针灸是一种可行的选择。(2) 综合调理作用: 针灸可以通过调整人体的生理功能、

神经系统和免疫系统等,从整体上促进身体的自愈能力。它可以帮助调整尿潴留症状背后的病理机制,并促进尿液排泄的正常过程。(3) 个体化治疗: 针灸治疗是根据患者的具体症状、病史和体质等综合因素进行个体化制定的。针灸师会根据患者的情况选择特定的穴位和刺激方式,以达到最佳的治疗效果。(4) 综合疗效: 针灸治疗术后尿潴留常常结合其他中医疗法,如中药、推拿按摩等。这种综合疗法可以通过多个途径对患者的症状进行综合调理,提高治疗效果。(5) 安全性: 当由专业的针灸师进行操作时,针灸治疗是相对安全的。正规的针灸师具备相关的医学知识和临床经验,会采取适当的措施来避免交叉感染和其他风险。对于术后尿潴留等疾病,建议在接受针灸治疗之前咨询专业的针灸师或中医师,以了解治疗的适用性和预期效果^[6-7]。

6. 结束语

术后尿潴留是指在手术后出现尿液排出困难或无法排尿的情况。手术后尿潴留可能是由于手术中使用麻醉药物或手术对尿道或膀胱造成的暂时性损伤所引起的。这种情况下,尿液无法从膀胱中正常排出,导致尿液在膀胱内积聚。尿液无法顺利排出,需要用力或费力才能排尿。排尿时尿流较弱,可能只有细细的尿液流出。尽管尿液无法排尽,但患者可能会感到频繁地想要排尿。即使排尿过后,患者可能仍感到膀胱未完全排空的感觉。膀胱内积聚的尿液可能导致膀胱胀满的感觉,引起不适或疼痛。术后尿潴留需要及时处理,以避免进一步的并发症。如果患者出现尿潴留的症状,应及时告知医生或护士,以便进行进一步的评估和治疗。治疗可能包括使用导尿管排尿或进行针灸等方法来促进尿液的排出。

针灸治疗术后尿潴留的临床研究进展仍在进行中,尚缺乏大规模、高质量的临床试验来评估其疗效。目前,已有一些小规模的研究和临床观察报道了针灸治疗术后尿潴留的一些积极结果,但这些研究

(上接第 32 页)

2.4 电针疗法

电针疗法以针刺为基础,结合电刺激,旨在确保患者的各穴位获得有节律的干预。有关研究指出,纳入 70 例,排卵障碍性不孕症患者,开展针灸治疗,在月经干预的第一天进行干预,选择穴命门、关元、三阴交等穴位,捻转进针,应用电针疏密波,6~18 次/min,幅度为 15 至 30V,每天干预半小时,结果显示,患者的治疗总有效率显著提升,并且状况后的子宫内膜厚度增加,卵泡直径提高,血清生殖激素改善^[8]。就关元穴而言,属于足三阴经、任脉的交会穴,也是机体的元气闭藏场所。针对生殖系统的疾病,对关元穴进行刺激,均能够获得显著的疗效。命门穴为督脉穴。督脉具有总督一身之阳经的作用。足三里属于胃经合穴,在补益脾胃、疏通经络方面优势明显。电针刺激上述穴位,能够补患者下元真气,并且还可调和其肝、脾、肾等脏腑。电针疗法所致的痛苦轻,并且没有副作用。结合患者体质的不同,合理设定刺激强度,有助于加快子宫局部、全身气血运行的速度,最终提高中的排卵率。

3. 小结

综上所述,妇人无子与冲任不足有关,主要机制即为肾气虚寒。中医将不孕症分为不同的证型,如肾虚证、肝气郁结证、痰湿内阻证等。受到先天肾精亏虚的影响,加之后天脾胃化生气血之源缺乏,或者房事过纵等,均会造成肾虚。另外,女性情志不畅、肝失调达的状态下,气滞胞宫,最终引起肝气郁结。部分患者的脾胃运化能力不足,导致聚湿生痰,基于湿热蕴结的影响,内有痰湿聚集。因气血相互为用,所以受到气血不和、胞宫瘀滞的影响,不孕症发生。而中医针灸治疗方案的应用,借助于针刺疗法、艾灸疗法、电针疗法等,可使经络穴位等受到刺激。随着患者的气血经络的瘀滞状态改善,其机体能够维持阴阳平衡。针灸能够调节机体的激素水平,改善子宫微环境。而选择合适的方式进行治疗,除改善子宫内壁的容受性外,还可使输

的样本量较小,研究设计和方法也存在一定的局限性。一些早期的研究表明,针灸可能有助于改善术后尿潴留的症状,促进尿液排泄。例如,一项发表在《针刺研究》杂志上的研究发现,针灸治疗可以显著缩短尿潴留患者的导尿管滞留时间和恢复时间。另外,一些研究还发现针灸治疗可以减少术后尿潴留患者的排尿困难和尿不尽感。然而,这些研究的样本量较小,且研究方法存在一些局限性,如缺乏对照组、盲法等,因此结论的科学性和可靠性还需要更多的大规模、高质量的临床试验来验证。

参考文献:

- [1]唐仁芸,仲秀艳,聂尧婷,等. 针灸治疗多系统萎缩慢性尿潴留 1 例报告[J]. 基层中医药, 2023, 2 (4): 20-23.
- [2]巫海婷. 温针灸中极关元穴联合静脉滴注间苯三酚治疗产后尿潴留临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2023, 21 (7): 137-139.
- [3]左军,张浩然,史哲宇. 针灸治疗脊髓损伤的 CiteSpace 知识图谱可视化分析[J]. 针灸临床杂志, 2023, 39 (2): 54-59.
- [4]刘牧军,张萌,肖美,等. 中频脉冲电刺激联合运动想象训练在脑梗死后神经源性膀胱尿潴留患者中的应用[J]. 中国当代医药, 2023, 30 (4): 68-70, 74.
- [5]郭耀光,杨玲,宋剑英,等. 益肾启闭针刺法配合膀胱功能锻炼治疗肾气亏虚型缺血性脑卒中后尿潴留的临床研究[J]. 内蒙古中医药, 2023, 42 (4): 124-125.
- [6]祝鹏宇,徐静,姜斌. 高维滨针灸治疗神经源性膀胱临床经验荟萃[J]. 中国针灸, 2023, 43 (2): 197-202.
- [7]赵玉鑫,管忠安. 针灸治疗肛门术后常见并发症应用现状[J]. 内蒙古中医药, 2023, 42 (3): 119-121.

卵管炎性、输卵管阻塞等状况减轻。后续研究中,还应针对针灸治疗不孕症的机制进行探讨。

参考文献:

- [1]罗红燕,伍琴,丁维等. 逍遥散联合针灸对肝郁脾虚型无排卵不孕症患者激素及 BBT 复常率的影响[J]. 中医药临床杂志, 2020, 32 (10): 1919-1923.
- [2]韦贞汁,张丹丹,宋海峰等. 温针灸联合克罗米芬、黄体酮治疗肾虚型多囊卵巢综合征不孕症的临床研究[J]. 山西卫生健康职业学院学报, 2022, 32 (03): 70-71.
- [3]薛利凤,苗玉新. 温针灸联合克罗米芬治疗多囊卵巢综合征不孕症疗效观察及对性激素、排卵情况的影响[J]. 新中医, 2022, 54 (10): 164-167.
- [4]王伟,黄勇. 针灸八髎穴联合脱氢表雄酮对卵巢功能不全合并不孕症患者的治疗效果[J]. 中国计划生育学杂志, 2022, 30 (04): 832-835+840.
- [5]尹国朝,杨俊伟,陈念辉等. 切脉针灸治疗肥胖型多囊卵巢综合征不孕症的临床疗效及疗效与经络能量相关性研究[J]. 转化医学杂志, 2021, 10 (04): 238-241.
- [6]郑鲤榕,叶少奇,吴隽等. 健脾益肾活血汤联合运动针灸治疗脾肾血瘀型排卵障碍性不孕症效果观察[J]. 西部中医药, 2021, 34 (07): 127-131.
- [7]石爽,梁振新. 归芍地黄汤加减联合温针灸对卵泡发育不良不孕症患者卵泡发育、排卵结局及生殖轴的影响[J]. 临床研究, 2021, 29 (05): 129-130.
- [8]励红凤. 温针灸联合贞杞汤佐治肾虚血瘀型子宫内膜薄性不孕症的疗效及对血清激素水平的影响[J]. 浙江中医杂志, 2020, 55 (12): 861-862.

探讨 PDCA 循环管理法在抗菌药物管理中的应用效果

周红兵

(监利市人民医院 湖北省监利市 433300)

摘要:目的 观察在抗菌药物管理中应用 PDCA 循环管理法的效果。方法 选取于 2021 年 5 月到 2023 年 1 月期间于我院急诊、门诊以及住院部接受治疗的 600 例患者(其中,急诊患者 200 例,门诊患者 200 例,住院部患者 200 例)进行分组研究,分组方法为双色小球法,分别为观察组与对照组,均 300 例。对照组接受常规抗菌药物管理法干预,对照组接受 PDCA 循环管理法干预。观察两组的抗菌药物使用情况。结果 观察组的不同抗菌药物使用过程中病原微生物检出率较对照组更低,院内感染发生率、耐药菌检出率以及多重耐药菌检出率较对照组更低,不同科室抗菌药物使用率以及总抗菌药物使用率较对照组更低,抗菌药物合理使用率较对照组更高,上述对比有统计学意义($P < 0.05$)。结论 在抗菌药物管理中应用 PDCA 循环管理法,能够有效保障对患者的合理用药,切实避免出现抗生素滥用的问题,这样不仅可以避免医疗资源被不必要的浪费,还能够减少患者的治疗费用,避免出现不必要的纠纷。同时,可以保障对患者的治疗效果,有效避免患者出现多重耐药菌感染以及院内感染的问题,防止影响患者的病情恢复。

关键词: 抗菌药物; PDCA 循环管理法; 合理用药; 院内感染; 对比分析

目前,临床上针对感染性疾病,主要是采用抗菌药物治疗,通过合理对患者使用抗菌药物,能够有效控制其病情。但是,现如今存在着较为严重的抗菌药物滥用的问题,也就是说有很多患者并不需要使用抗菌药物,却仍然对其使用,这就很容易会导致耐药菌以及多重耐药菌感染的问题发生,还会造成患者的耐药性增加,影响后续的治疗结果^[1]。同时,患者出现院内感染的概率也会显著增加,不仅会影响其病情恢复,还会导致其治疗费用大幅提高,从而出现医患、护患纠纷问题^[2]。针对这种情况,就需要加强对抗菌药物的管理工作,提高抗菌药物的使用合理性。通过将 PDCA 循环管理法应用其中,则可以不断的提高对抗菌药物的管理质量,切实增强医院的医疗水平,避免发生医疗资源的浪费^[3]。因此,本文旨在观察在抗菌药物管理中应用 PDCA 循环管理法的效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取于 2021 年 5 月到 2023 年 1 月期间于我院急诊、门诊以及住院部接受治疗的 600 例患者(其中,急诊患者 200 例,门诊患者 200 例,住院部患者 200 例)进行分组研究,分组方法为双色小球法,分别为观察组与对照组,均 300 例。研究组的男女比例为 156:144,年龄为 18 岁到 76 岁,均龄为(48.32±8.24)岁。对照组的男女比例为 162:138,年龄为 18 岁到 74 岁,均龄为(47.95±8.47)岁。常规资料对比未见差异($P > 0.05$)。

1.2 方法

参照组接受常规抗菌药物管理,主要是根据医嘱对患者使用抗菌药物。

研究组则接受 PDCA 循环管理法进行抗菌药物管理,主要内容为:第一,计划。首先,需要对院内的抗生素药物使用现状进行调查,确认其中存在的不合理用药情况,然后找到不合理用药发生的原因。通过分析我院现状发现,导致不合理用药出现的原因有以下几点:①医师因素。在对患者用药时,未能充分考虑患者的情况,导致抗菌药物使用过于随意;②管理因素。在医师完成处方的开具后,未能进行细致的审核,造成抗菌药物的盲目使用;③患者因素。由于患者对抗菌药物缺乏正确的了解与认识,致使患者主动要求使用抗菌药物。同时,有部分患者对抗菌药物过于抵触或者是因为抗菌药物的费用较高,导致其不愿意使用抗菌药物,从而影响了治疗效果。其次,根据卫生部针

对抗菌药物使用的相关要求,结合发生的抗菌药物不合理使用事件发生原因,制定针对性的改进措施,提高对抗菌药物的管理效果。同时,加强对临床药师的培训工作,定期开展相关的讲座活动,并每个季度对临床药师进行考核,根据考核结果,对药师的抗菌药物处方权以及调剂权进行适当的调整。并且,有必要构建针对性的抗菌药物管理系统,加强对药师药房的审核工作,对出现不合格的处方能够第一时间识别,并及时进行反馈并改进。最后,需要在院内加你多部门联合机制,促使住院部、门诊部以及急诊部等进行有效联系,构建专业化的监督管理制度,保障抗菌药物的使用合理性。第二,实施。在完成改进措施的制定后,需要进行有效落实。同时,构建抗菌药师使用管理小组,需要由质量控制办公室的主要负责人担任组长,其他组员则需要由院内各个科室的负责人组成,需要以小组为单位加强对抗菌药物的管理和审核,严格控制抗菌药物的使用。第三,检查。在改进措施实施的过程中,管理小组需要加强巡视与监督,确保各项规章制度有效落实,并分析其中存在的问题。尤其是要定期对临床药师开具的处方进行点评与分析,确定其开具的处方是否合理。根据处方审核结果,对屡次出现处方开具错误的药师,需要进行适当的惩罚,并对其进行再次培训,只有通过考核才可以恢复岗位工作。同时,对能够长期保持处方正确开具的药师,则需要进行适当的奖励,进一步激发其工作积极性。第四,处理。根据检查中发现问题,再次进行深入分析,确定问题出现的原因,并通过小组讨论的方式,制定进一步的改进措施,从而不断提高对抗菌药物的管理质量。

1.3 观察指标

比较两组不同抗菌药物使用过程中病原微生物检出率,记录院内感染发生率、耐药菌检出率以及多重耐药菌检出率。同时,观察不同科室抗菌药物使用率以及总抗菌药物使用率。并且,分析两组的抗菌药物合理使用率。

1.4 统计学分析

录入 spss22.0 软件中处理。

2 结果

2.1 不同抗菌药物使用过程中病原微生物检出率对比

观察组的不同抗菌药物使用过程中病原微生物检出率较对照组更低($P < 0.05$)。见表 1:

表 1 不同抗菌药物使用过程中病原微生物检出率对比[n/(%)]

组别	n	使用限制抗菌药物病原微生物检出率		抗菌药物病原微生物检出率		使用特殊抗菌物病原微生物检出率	
		检出	未检出	检出	未检出	检出	未检出

观察组	300	14 (4.66)	286 (95.33)	7 (2.33)	293 (97.67)	24 (8.00)	273 (92.00)
对照组	300	36 (22.00)	264 (88.00)	28 (9.33)	272 (90.67)	52 (17.33)	248 (82.67)
χ^2	/	10.560		13.380		11.442	
P	/	0.001		0.000		0.000	

表 1 不同抗菌药物使用过程中病原微生物检出率对比[n/(%)]

组别	n	院内感染发生率		耐药菌检出率		多重耐药菌检出率	
		发生	未发生	发生	未发生	发生	未发生
观察组	300	12 (4.00)	288 (96.00)	36 (12.00)	264 (88.00)	18 (6.00)	282 (94.00)
对照组	300	30 (10.00)	270 (90.00)	75 (25.00)	225 (75.00)	39 (13.00)	261 (87.00)
χ^2	/	8.294		16.813		8.549	
P	/	0.003		0.000		0.003	

表 3 不同科室抗菌药物使用率以及总抗菌药物使用率[n/(%)]

组别	n	门诊抗菌药物使用率 (n=100)		急诊抗菌药物使用率 (n=100)		住院部耐药菌检出率 (n=100)		总抗菌药物使用率	
		使用	未使用	使用	未使用	使用	未使用	使用	未使用
观察组	300	14 (14.00)	86 (86.00)	40 (40.00)	60 (60.00)	12 (12.00)	88 (88.00)	66 (22.00)	234 (78.00)
对照组	300	32 (34.00)	68 (68.00)	62 (62.00)	38 (38.00)	29 (29.00)	71 (71.00)	123 (31.00)	177 (69.00)
χ^2	/	9.147		9.683		8.866		75.286	
P	/	0.002		0.001		0.002		0.000	

2.2 院内感染发生率、耐药菌检出率以及多重耐药菌检出率对比
观察组的院内感染发生率、耐药菌检出率以及多重耐药菌检出率较对照组更低 (P<0.05)。见表 2;

2.3 不同科室抗菌药物使用率以及总抗菌药物使用率

不同科室抗菌药物使用率以及总抗菌药物使用率较对照组更低 (P<0.05)。见表 3;

2.4 抗菌药物合理使用率

观察组的抗菌药物合理使用率较对照组更高 (P<0.05)。见表 4;

表 4 抗菌药物合理使用率[n/(%)]

组别	n	合理用药	不合理用药
观察组	66	63 (95.45)	3 (4.55)
对照组	123	93 (75.61)	30 (24.39)
χ^2	/	11.737	
P	/	0.000	

3 讨论

通过观察我国抗菌药物的使用现状来看,可以发现存在着明显的抗菌药物滥用问题,这就极大的影响了抗菌药物的使用成效,且导致耐药菌以及多重耐药菌大量出现,这不仅会导致对患者的治疗难度大幅增加,还造成患者的治疗费用提高,加剧了医疗资源的浪费^[4]。随着我国医疗体制的改革,如何能够有效保障抗菌药物的合理使用,则是判断医院医疗水平的重要标准。但是,由于在临床诊疗工作中,存在着较多的影响因素,导致抗菌药物不合理使用的问题较多^[4]。这就需要能够加强对抗菌药物的管理,促使抗菌药物的合理使用,从而更好的完成对患者的治疗工作^[5]。

PDAC 循环管理法属于新兴的管理措施,其能够有效提高管理工作的质量,并能够不断的优化管理工作,切实完善管理内容。将其应用到抗菌药物的管理之中,有着极为确切的效果^[6]。本次研究结果显示:观察组的不同抗菌药物使用过程中病原微生物检出率较对照组更低,院内感染发生率、耐药菌检出率以及多重耐药菌检出率较对照组更低,不同科室抗菌药物使用率以及总抗菌药物使用率较对照组更低,抗菌药物合理使用率较对照组更高,上述对比有统计学意义 (P<0.05)。上述结果的产生,主要是因为应用 PDAC 循环管理法进行抗菌药物管理工作时,能够构建规范化、专业化、制度化的管理模式。在进行管理工作之前,能够全面细致分析医院在抗菌药物管理工作中存在的不足与疏漏,确定导致抗菌药物不合理使用的原因,并根据发现的原因,制定具有针对性的改进措施,这样既可以有效防止出现抗菌药物不合理使用的问题,还可以有效增强临床药师合理使用抗菌药物的意识,切实提高抗菌药物的管理成效^[7]。通过规范化的对患者使

用抗菌药物,能够保证药物强度的适中,切实减轻药物不良反应,提高患者的用药安全性^[8]。并且,可以显著降低患者的治疗费用,使其经济负担大幅减轻。在用药时,能够合理的选择药物的使用实际,并科学控制药物疗程,提高对患者的治疗效果^[9]。同时,制定合适的奖惩制度,能够对临床药师进行有效的激励,增强责任意识以及主观能动性,切实避免发生抗菌药物的滥用的问题^[10]。

综上所述,在抗菌药物管理中应用 PDCA 循环管理法,能够有效保障对患者的合理用药,切实避免出现抗生素滥用的问题,这样不仅可以避免医疗资源被不必要的浪费,还能够减少患者的治疗费用,避免出现不必要的纠纷。同时,可以保障对患者的治疗效果,有效避免患者出现多重耐药菌感染以及院内感染的问题,防止影响患者的病情恢复。

参考文献:

[1]钟巧,王明浩,蒋绍艳等.PDCA 循环管理法在妇幼专科医院抗菌药物管理中的应用[J].中国感染控制杂志,2020,19(01):68-72.
 [2]王平,吴隍梅.PDCA 循环管理法在我院门诊抗菌药物处方管理中的成效分析[J].甘肃医药,2022,41(12):1111-1113.
 [3]廖静,李红兵,徐丽婷等.PDCA 循环管理法在医院抗菌药物专项管理中的应用成效观察[J].贵州医药,2022,46(03):459-460.
 [4]谢洁.PDCA 循环管理法的实施对提高医院抗菌药物合理使用率的影响[J].抗感染药学,2021,18(04):538-540.
 [5]徐成勇.PDCA 循环管理在抗菌药物管理持续改进中的应用价值分析[J].现代诊断与治疗,2023,34(05):757-759.
 [6]李金群,丘金颜.PDCA 循环法在抗菌药物管理中的应用效果研究[J].深圳中西医结合杂志,2021,31(11):197-198.
 [7]杜策.PDCA 循环管理在抗菌药物临床使用中的效果探究[J].中国实用医药,2020,15(27):156-158.
 [8]张宏亮,黄振光,章忠明等.AMS 和 PDCA 循环法在医院抗菌药物管理中的应用效果评价[J].现代医院,2021,21(02):205-208+211.
 [9]吴庆荣,宋晓兵,张丽华等.PDCA 循环管理法促进呼吸内科抗菌药物合理应用的效果分析[J].临床合理用药杂志,2021,14(10):133-134.
 [10]吴金花,李小莉.PDCA 循环法在基层医院抗菌药物使用强度管理中的应用[J].临床合理用药杂志,2019,12(25):157-158.
 作者简介:周红兵,1973.6.13,男,汉,湖北监利,国家开放大学专科,监利市人民医院药剂主管药师,研究方向:临床药学。

实践瑶药神路油推技法对颈椎病的辅助治疗研究

梁琼平¹ 罗秋香¹ 李京² 杨曼生² 谢晓婷³

(1 金秀瑶族自治县瑶医医院 广西南宁 530000; 2 广西科学院 广西南宁 530000;

3 广西金秀瑶医药产业技术研究院 广西南宁 530000)

摘要: 研究瑶药神路油推技法对颈椎病的辅助治疗, 以瑶医学的为指导的基础上, 采用瑶药油为介质, 运用相对应的推拿手法, 自上而下-由内向外-从左至右-从背部到腹部, 开启脉道、皮部, 将病邪排除体外, 调节集体平衡, 是人体恢复健康的一种特别的技术方法, 治疗后观察指标评分与治疗前均有明显的下降的趋势, 具有显著性的差异; 自身感觉疼痛感明显有所好转, 涂擦药油可以缓解不适, 能够延长按摩时间, 治疗效果极佳。通过对筋脉脉路的打通, 就能够把病邪排出体外, 从而调整集体平衡, 让身体恢复健康。瑶药神路油推技法具有操作简单, 费用廉价, 患者遭受痛苦较小, 容易接纳, 并且简洁易于学习等等优点, 是很有价值的临床应用。治疗方法可实现明显的治疗效果。

关键词: 瑶药神路油; 推技法; 颈椎病神经根; 神路油

引言

在现代的都市生活节奏快的情况下, 伏案的人不断增多, 导致颈椎病风险加大。然而在颈椎病许许多多的类型中^[1], 神经性颈椎病占据了颈椎病的 50%~60%, 推技法对于颈椎病具有一定程度的治疗效果。瑶族先人在顽劣的自然环境下生活, 在长久的生产劳动当中发觉当感觉肌肉筋骨疼痛酸胀的时候, 将手换换抚摸之后, 自觉的疼痛感会显著好转, 但是经过按摩时间长就会觉得局部范围辣痛、不舒适, 然而将药油涂擦在皮肤表面后, 就会缓解不舒适的感觉, 加长推拿按摩时间, 治疗效果极佳。因此瑶族同胞将部分特殊的瑶药研制成药油, 局部皮肤进行涂擦, 然后在进行推拿按摩特殊的神路, 逐步发展成瑶族特色的瑶族神路油推技法。

一、瑶族瑶药神路油推技法的理论依据

瑶医学是古代我国医学的重要部分之一, 在探讨瑶医药的思想问题中也是探讨瑶医学理论及其应用的重要思想内涵之一, “气化万”生命观、“天、地、人三才”整体观、“盈亏平衡”疾病观在瑶医的治疗学、药物分类及其应用等各个方面都有呈现, 瑶医的疾病观与整体观向导“心肾中心”论的建立, 与此同时, 以瑶药分类成“打”、“风”两类药物及其“七十二风打药”理论的建立, 也提供了重要理论依据。之所以瑶医认为不管何种疾病, 无论由外而发生, 或由内而发生, 病邪全部都是透过周身的筋脉在周身传播发散, 传变, 进入人体的不同部分, 因此筋脉就是我们身上一切的生活物质的存在、对身体的依附, 同时又是病邪滞留的载体。然而瑶医也自由有“诸病入脉”的观点, 所以通过治病就是把筋脉脉路的畅通为基础, 将病邪排除于体外, 并以此改变身体的集体状态, 使身体恢复健康。

二、技法功效

1. 穿经走脉

“穿”即宣通、疏通、贯通, 是指通过此端至彼端, 中无禁止; “穿”也有通畅的含义, 是指相互交卸、往来; 穿经走脉则是指消散凝滞、舒筋通络、宣通经脉气血的一个治病方法。

为平衡人体正常生命活动, 维护机体内环境的协调和统一, 对筋脉系统就产生着重要影响。而筋脉系统与人体之间联络脏腑, 沟通上下, 运行气血, 沟通表里内外, 无处不在, 无处不到, 而又无阻畅通, 以上就是人体正常生命活动的最基本生物特征。而病的产生, 也恰恰就是受到了这种基本生物学能力的影响, 虽然病毒、虫、疾、痧、痹、瘴、热、寒、风等特性都有所不同, 但是在人体各种病变的不断发展的进程中, 由不同因素而产生的病邪阻滞于筋脉, 是人体无法超越的最严重病变的其中一个状态。滞则病, 而气通略调, 则愈。增强筋脉、调剂筋脉, 对许许多多的生理、病理因素的调控运行与推进作用是穿经走脉的根本, 通过开闭、偏塞, 以疏通筋脉的方式, 进而治愈疾病。

包括中国瑶药的中华灸疗法、瑶医揪痧方法、瑶医夹药推刮治疗方式、瑶医梳乳方法、放血治疗方式等, 均为穿经走脉的传统中医治疗方式。瑶医药物灸和中国传统中药南非艾挺法中的线香灸、打火灸、烟草灸等方法一样, 但其的主要作用机理都是利用火焰的热力让病人身心温暖和振奋, 然后再进行筋脉穴类调整, 以起到心理疏通筋脉, 调节气血运行, 调节身体盈利的亏蚀、扶正祛邪的作用。

2. 启关透窍

启, 打开, 透, 透达; 关, 闭隘; 窍, 通指在人体里面直接与外界联系的所有人体内脏和官腔, 也就是所谓五官九窍, 包含着人体表面的上部的中上窍、下部的前后二窍、毛窍。启关透窍法, 是指人们通过疏泄孔窍、透邪外出, 来消除在自己身上的邪; 亦或者采用辛散走窜、清轻芳香、祛风化湿、走气化痰的手段, 以治疗疾病的办法。

瑶医认为五官九窍都是与体内和外部相关联的窍路, 所以应以通顺为用, 而如果病邪阻滞, 则可以引起各种疾病。所以, 必得让窍道保持畅通。此外, 假如病邪进入人体内, 在此时疾病产生, 当邪气内积聚于人体内时, 人们就必须打通关窍, 通利窍道, 使病邪以出路, 即一般所说的“开门祛邪”, 即使储存于人体内的病邪也使得身体热量迅速散失, 邪散邪消, 疾病才逐渐向愈, 病体痊愈。

当然, 必须强调的是, 启关透窍法在使用的同时, 也不能够太过, 而造成身体内的水液、汗水过度溢出, 阴精滑泄无度, 因此倘若出现了此类情况, 应及时停止该的方法, 除此之外还必须采用固涩的方法才能行使之。

三、瑶族瑶药神路油的适用范围

应用人群广泛, 禁忌症患者、剧烈运动后的工作人员、醉酒患者、烧伤患者、皮肤损伤部位以及溃疡性皮炎的局部除外, 其余患者均可应用[2]。

四、操作方式

(一) 操作准备

1. 人员要求

(1) 资质要求: 正规具有培训资格证的人员方可进行操作。
(2) 仪容仪表: 举止端庄、态度和蔼可亲、衣帽整洁、双手洁净、在治疗之前须要修剪指甲, 以防伤及病人皮肤。

(3) 站里治疗者应当含胸拔背, 蓄腹收臀, 两脚成丁字步或成箭步姿势, 用跨部的扭转运动去调整身体适应推拿疗法中的动作, 但不对脚步做太多的挪动, 以免身体感到杂乱无章。

(4) 治疗过程中必须随时检查患者对治疗手段的反应, 如果出现什么异常的情形, 必须及时变更手段甚至中止治疗, 以避免意外的发生。患者取坐治疗时, 应该站在患者的侧前方后者的下方, 不得坐着于患者的正前方, 以防有失雅观; 患者取卧治疗后, 应该坐着于侧方或坐在侧方接受治疗; 不得让患者坐起来过近或过远, 应该放置在适宜手法处理的位置和距离。

(6) 推拿按摩疗法时必须保证集中精力、精神饱满, 身体感觉轻松, 让患者在愉快的环境下接受推拿按摩疗法。

(7) 治疗过程中需要手法轻重快慢适宜, 用力需要均匀受力, 禁止使用暴力手法。每次推拿时间控制在 15~30 分钟。

(8) 需要掌握猜测病患的心理, 以听、看、及其手下的触感去观察病患的反应, 推拿按摩时倘若病患皱眉, 产生“啧啧”的声音, 挪动身体位置、躲避手法刺激或者手下感到肌肉收紧等状况, 就表示大致是手法刺激过重, 应当立即调整刺激程度。

(9) 推拿按摩时可以由沟通交流的方式, 随时明白病患的思想情况, 准备好进行心理开导, 协助病患解除顾虑, 建立克服疾病的信心。

(10) 当推拿按摩手法进程更换时, 需要辅助流畅, 以防停顿中断, 或者忽快忽慢, 忽轻忽重, 让病患产生不适应的感觉。

(8) 治疗完毕后, 需要清理治疗用物, 及时归还到原处。

2. 治疗物品的准备

瑶药油、毛巾

3. 环境要求

(1) 维持室内整洁, 特别是治疗床、治疗椅、诊疗台要整齐洁净, 以维持舒适的诊疗环境。

(2) 推拿按摩时要使用毛巾, 以防不文明的治疗。毛巾床单, 枕套需要勤洗勤换, 致力创建条件, 执行一人一巾、一人一单的治疗, 以防产生交叉感染。

(3) 诊疗室内治疗椅、治疗床的摆放位置应有一定距离空间, 以防严重拥挤进而影响治疗。

(4) 维持适宜的室温, 诊疗室内应当具备风扇、取暖设备或者冷暖空调。

(5) 诊疗室内应当装设具有保护隐私的设备, 比如: 挂帘、屏风等, 以此达到女性病患或者特殊人群检查或者治疗的满意。

(6) 维持室内优良的照明和通风, 严格依照院内感染防治的准则对诊疗执行紫外线消毒。

4. 体位选择

取受用者舒适、操作者便于操作的体位。

5. 体位选择

取受用者舒适、操作者便于操作的体位。

(二) 操作步骤

自上而下-由内向外-从左至右-从背部到腹部, 按照准确的手法实行治疗, 治疗时频率、摆动幅度、压力、动作灵活。常用的方法有: 推法、一手禅推法、捶法、按摩法、擦法、揉法、擦法、振法、按法、捏法、拿法、弹法、掐法。

1. 俯卧位

(1) 背腰部 (30 分钟)

(2) 上肢 (5 分钟)

2. 仰卧位

(1) 腹部 (20 分钟)

(2) 上肢 (5 分钟)

(3) 下肢 (5 分钟)

3. 注意事项

(1) 治疗进行中需维持皮肤油润^[3]。需采用神路油在需要治疗的部位的皮肤上, 之后实行推拿按摩治疗。

(2) 避免吹风, 需注意保暖。

(3) 治疗后 6 小时内禁止洗浴。

(4) 治疗后, 宜多喝温开水, 达到加速排泄的成效。

(5) 患者过度精神紧张、疲劳以及醉酒时, 不适宜即刻实行治疗。

(6) 女性在月经后期和妊娠时期, 合谷、三阴交、肩井、下腹、腰骶部、足反射部位、伎乐等不适合使用推拿的手法。

(7) 患者在大喜、大悲、大怒、大恐等激动情绪的状况下, 不能即刻进行推拿按摩治疗。

(8) 饱食过后, 不能急于按摩推拿, 一般情况下, 应当在饭后两个小时左右最为适宜。

4. 禁忌症

(1) 患有急性传染病患者, 应当依照《传染病防治法》的准则实行,

(2) 各类烧伤、烫伤、溃疡性皮肤病, 各类感染性华农性皮肤病, 不适宜在病损的部位实行推拿按摩治疗。

(3) 患有肺、心、肾、肝等等的脏器功能衰弱, 或者多个脏器功能衰弱, 高血压危象患者, 不适宜实行推拿按摩治疗。

(4) 精神病患者在爆发期间, 因为其对于患病史陈述不准确, 检查不能合作, 所以不适宜实行推拿按摩治疗。

(5) 女性在孕期、月经期, 其腰部、骶部、腹部等身体部位不适宜实行推拿按摩治疗。

(6) 患有较严重的骨质疏松症患者、年老体衰十分虚弱者, 不适宜实行推拿按摩治疗, 特别是重手法治疗。

(7) 急腹症患者, 应当将十二指肠溃疡穿孔、胃、腹膜炎, 宫

外孕, 急性阑尾炎排除在外时, 方可考虑推拿按摩治疗。

(8) 有急性损伤史, 病人存在肢体异常活动、身体非关节部分产生异常活动或关节活动功能障碍, 以及全身损伤部位酸痛、肿大等, 均需要先作 X 线摄片检验, 正确判断。将关节脱位、骨折排除在外之后, 方可考虑实行推拿按摩治疗。

(9) 进行脊柱的损伤, 病变特征为胸、颈、腰椎不能够进行正常运动, 身体损伤的一下发生知觉异常, 反射能力减弱或消失时, 可以线进行 X 线、MRI 和 CT 检查[4], 在将已经骨折的脊髓损伤切除之后, 还可以考虑开展推拿按摩的治疗。

(10) 在急性损伤或皮下组织大范围出血时, 必须检查出血量的多少, 推拿治疗时间一般持续 24-48 小时。身体在局部受伤时必须要进行冷敷, 以防止出血过度。

5. 附穴位

风池穴: 在人颈背部, 头枕叶下方, 胸锁乳突肌上部 and 斜方肌腱上部之间的凹陷中。

风府穴: 位于颈后, 当发际线正中直上一寸。

印堂: 位于面部, 两眉头连线中点。

肩井穴: 在肩胛部, 第七颈椎的颈段棘状和胸峰最外侧处相连的中医点。

天宗穴: 位于肩胛区中央, 在肩胛冈中点与肩胛下点连线上的 1/3 和下 2/3 交点凹陷处。

关元穴: 位于下腹部, 脐中下 3 寸, 前正中线上。

劳宫穴: 在左手掌区, 横平三掌手腕关节近端, 在第二点与三掌骨之间偏于第三掌骨。

涌泉: 约位于脚掌, 在屈足卷脚时足心的凹陷内; 约位于脚掌第 2、3 跖状肢缘, 与脚跟连线的前一/三后二/3 交点凹陷内。

五、推拿手法的作用

由叩击、摇晃、推拿、弹拨、按摩、点揉等理筋手法辅助舒缓颈肌肌肉的紧张感, 将其放松, 为了推拿治疗建立基础。之后, 通过中底层颈椎脊柱定点板法、经筋运动法、以仰卧位的方式进行经筋拔罐的方法、牵拉、机械牵掣等技术, 均能够对中神经根型颈椎病起到较明显的防治效果。

六、神路油对于颈椎病推技法的辅助作用

神路油对于颈椎病推拿按摩的辅助效果是极其有效果的。因为涂抹神路油可以有成效地推进颈椎附近的血液的循环, 具有活血化瘀的疗效。极有成效的祛除身体局部的炎症性治病因素, 祛除人体体内形成的代谢产物, 能够有成效的舒缓颈型颈椎病所形成的肌肉痉挛、发硬发紧的症状。将神路油局部涂抹在损伤部位, 可以引起消肿和疼痛感。

七、讨论

运用瑶药神路油辅助推拿按摩治疗时^[5], 需要注重推拿按摩的手法的科学性, 许多推拿按摩手法治疗决定于医者的治疗习性及其个人经验, 在主观标准相较于科学剖析方面相对于来说并不足。临床运用推拿按摩时应当更深入于对治疗的禁忌症以及适应症规范管理, 以防不适当的推拿按摩产生神经功能遭受到负性影响。

结语

神路油能够提高皮肤、肌体的血液循环, 并提高组织部位的正常代谢水平, 以瑶药油为主要溶剂, 结合相应的推拿方法, 以达到开启皮肤、脉道, 使病邪排除体外, 从而调整人体平衡, 使机体恢复健康的一项独特技术。致使颈椎病的症状得以明显的改进。颈椎病时常产生于不适当的工作与生活方式。致使颈部肌肉形成劳损, 颈椎内外平衡失调而引发的颈椎病。因此适当的推拿按摩可以有成效地推进药物及其他物理治疗。确保颈椎病得以康健, 改进重复发病的几率。

参考文献:

- [1] 李国秀. 药酒穴位涂擦配合行为干预辅助治疗颈椎病效果观察[J]. 山西医药杂志: 下半月, 2010, 39 (8): 2.
- [2] 沈凡. 针灸辅助治疗神经根型颈椎病伴重度睡眠障碍的临床研究[J]. 世界睡眠医学杂志, 2018, 5 (2): 3.
- [3] 甘霖, 兰燕, 王爱铭, 等. 瑶药熨烫治疗神经根型颈椎病的临床疗效观察[J]. 按摩与康复医学, 2011, 2 (16): 3.
- [4] 董志锋, 任春贞. 颈椎病治疗的研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 16 (v. 18): 111+119.
- [5] 陈吉平. 颈椎病的中西医治疗研究[J]. 大家健康: 现代医学研究, 2015, 000 (002): P. 29-30.

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

(维吾尔自治区中医医院急救中心 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, 承担着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岛素 (黄管 1 个), 肝硬化者加抽血氨 (绿管 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, 计数资料以 n (%) 表示, 组间比较采用 χ^2 检验, $P \leq 0.05$ 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、并发症发生率进行对比比较: 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。

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 / χ^2		12.756	5.526	4.415
P		0.001	0.025	0.037

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。

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.

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科微信公众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7d、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7d、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2d):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3d拔除引流管至术

后7d):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8~14d):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)采用骨科微信公众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,现在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 $\alpha=0.746$, 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, $P\leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 髌关节 HSS 评分 干预组术后 7 d、术后 1 个月及术后 3 个月髌关节 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 组患者不同时间髌关节 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 评分评估了术后髌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 (2): 73-74.

[2] 周宗科, 翁习生, 曲铁兵, 等. 中国髌、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“髌/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.

人工智能在医学影像诊断中的应用

胡定海

(略阳县人民医院 陕西省汉中市 724300)

摘要: 本论文探讨了人工智能在医学影像诊断中的应用。随着人工智能技术的发展,医学影像诊断面临的挑战逐渐得到解决。人工智能在医学影像中的应用包括图像分割、病灶检测和分类等方面。通过深度学习算法和大数据分析,人工智能能够提取特征并准确识别病灶,从而提高诊断的准确性和效率。此外,人工智能还能辅助医生进行病情评估和治疗计划制定,为个性化医疗提供支持。然而,人工智能在医学影像诊断中仍面临一些挑战,如数据隐私保护和算法可解释性等。因此,未来的研究应重点关注如何提高人工智能算法的鲁棒性和可靠性,以实现更精准的医学影像诊断。

关键词: 人工智能、医学影像诊断、深度学习、病灶检测、个性化医疗

引言:

随着人工智能技术的迅猛发展,其在医学影像诊断中的应用引起了广泛关注。传统的医学影像诊断存在着工作量大、主观性强等问题,而人工智能的介入为解决这些难题带来了新的希望。本文旨在探讨人工智能在医学影像诊断中的重要性和应用前景。通过深度学习算法和大数据分析,人工智能能够自动化地进行影像分析、病灶检测和分类,提高诊断准确性和效率。本文将详细介绍人工智能在医学影像诊断中的关键技术和潜在挑战,并展望未来的发展方向。这些研究成果对于改进医学影像诊断的精度和效能具有重要意义。

一、传统医学影像诊断的挑战

传统医学影像诊断在面临众多挑战的同时,也为人工智能在该领域的应用提供了契机。本节将探讨传统医学影像诊断所面临的主要挑战,并指出这些挑战如何促进了人工智能技术的发展。

1. 传统医学影像诊断面临的挑战之一是繁重的工作量。医学影像数据庞大且复杂,需要医生花费大量时间和精力进行图像分析和病灶识别。这种人工操作存在主观性和个体差异,容易导致诊断结果的不一致性和误差。此外,医生在长时间的工作中可能会出现疲劳和注意力不集中等问题,进一步增加了诊断的风险。

2. 传统医学影像诊断的另一个挑战是对复杂病灶的准确识别和分析。某些病灶的形态、大小和位置可能变化多样,需要医生具备丰富的经验和专业知识才能准确诊断。然而,由于人类认知和主观判断的限制,医生在面对复杂病灶时往往存在一定的诊断偏差,导致漏诊或误诊的风险。

3. 传统医学影像诊断还受限于医生之间的知识传递和经验积累。医学领域的知识更新迅速,新的病例和疾病类型不断涌现,而医生的经验积累需要很长时间。这种知识传递的滞后性可能导致医生在面对罕见病例或新出现的疾病时缺乏足够的指导和依据,增加了诊断的困难程度。

二、人工智能在医学影像中的自动化能力

1. 图像预处理的自动化能力

在医学影像诊断中,图像预处理是至关重要的步骤,旨在消除噪声、增强对比度和提取关键特征。人工智能在图像预处理中展现出了强大的自动化能力。首先,通过自适应滤波和去噪算法,人工智能可以自动检测和过滤噪声,提升图像质量。其次,利用深度学习模型,人工智能能够对图像进行自动增强,使得医生能够更清晰地观察病灶和组织结构。此外,人工智能还能够自动调整图像的对比度和亮度,

以更好地展示细微的细节。

2. 特征提取的自动化能力

医学影像中的特征提取是诊断和分析的关键步骤,而传统方法往往需要依赖医生的经验和手动操作。然而,人工智能在特征提取方面展现出了令人瞩目的自动化能力。通过深度学习算法,人工智能能够自动学习和提取医学影像中的重要特征。例如,在肿瘤诊断中,人工智能可以自动识别并提取肿瘤的形状、纹理和大小等特征,为医生提供更准确的诊断依据。这种自动化的特征提取不仅节省了医生的时间和精力,还提高了诊断的准确性和一致性。

3. 分类任务的自动化能力

医学影像的分类是医生进行诊断的重要环节,传统方法需要医生手动判断和分类。然而,人工智能在医学影像分类方面展现出了强大的自动化能力。通过深度学习模型和大规模的标注数据,人工智能能够自动进行影像分类,实现疾病和病灶的自动识别。例如,在乳腺癌检测中,人工智能可以自动识别恶性和良性肿块,并给出相应的分类结果。这种自动化的分类能力不仅提高了诊断的效率,还减少了人为误差的可能性,为医生提供了更可靠的辅助诊断工具。

三、人工智能在医学影像诊断中的精度和效率提升

1. 精度提升

深度学习在医学影像诊断中的应用:深度学习算法在医学影像诊断中展现出了卓越的精度提升能力。通过深度神经网络的训练和学习,人工智能能够自动提取医学影像中的重要特征,并进行准确的病灶检测和分类。相比传统的手动特征提取方法,深度学习具有更强的表征能力和更高的准确性,极大地提升了医学影像诊断的精度。

多模态影像的综合分析:人工智能在医学影像诊断中的应用还包括多模态影像的综合分析。多模态影像可以提供更全面和准确的疾病信息,而人工智能能够整合和分析多种影像模态的数据,从而提高诊断的精度。例如,结合 MRI、CT 和 PET 等多种影像数据,人工智能可以更好地定位和评估病灶,提供更准确的诊断结果。

2. 效率提升

自动化的图像分析和识别:人工智能在医学影像诊断中的应用实现了图像分析和识别的自动化。通过训练和学习,人工智能能够自动处理和分析大量的医学影像数据,从中提取关键信息,并进行病灶检测和分类。这种自动化的图像分析大大提高了诊断的效率,减轻了医生的工作负担,并缩短了诊断的时间周期。

辅助诊断和决策支持:人工智能在医学影像诊断中的应用还包括

辅助诊断和决策支持。通过学习和训练,人工智能能够积累丰富的医学知识和经验,并根据患者的影像数据提供个性化的诊断建议和治疗方案。这种智能化的辅助诊断和决策支持能够提高医生的决策准确性和效率,同时为患者提供更好的治疗结果。

3. 综合效果与局限性

综合效果:人工智能在医学影像诊断中的精度和效率提升带来了显著的综合效果。精确的病灶检测和分类有助于早期发现和治疗疾病,提高了患者的生存率和康复率。同时,高效的自动化分析和辅助诊断使得医生能够更专注于临床实践,提高了医疗服务的质量和效率。

局限性:人工智能在医学影像诊断中的精度和效率提升仍存在一些局限性。首先,人工智能算法的性能高度依赖于大规模的标注数据,而获取和标注医学影像数据是一项复杂和耗时的任务。其次,人工智能算法的解释性和可信度也是一个挑战,医生需要了解和信任算法的决策过程才能充分应用。此外,数据隐私和安全性也是人工智能在医学影像诊断中需要解决的问题。^[4]

四、人工智能在医学影像诊断中的应用案例

1. 病灶检测和分类^[2]

乳腺癌检测:人工智能在乳腺癌检测中的应用案例引人注目。通过深度学习算法和大规模乳腺影像数据的训练,人工智能能够自动识别乳腺影像中的肿块和异常区域,实现早期乳腺癌的检测。这种自动化的病灶检测不仅提高了检测的准确性,还能够帮助医生更快地识别患者的乳腺癌风险。

肺癌筛查:人工智能在肺癌筛查中也取得了显著的应用成果。利用深度学习算法,人工智能能够自动分析和识别 CT 扫描中的肺部结节,并进行良恶性分类。这种自动化的肺癌筛查能够提高早期肺癌的发现率,帮助医生进行精确的诊断和治疗规划。

2. 辅助诊断和治疗规划

脑卒中诊断:人工智能在脑卒中诊断中的应用案例表现出了良好的效果。通过深度学习和大量的脑部影像数据,人工智能可以自动识别脑卒中引起的出血或梗塞区域,并提供辅助诊断意见。这种自动化的脑卒中诊断有助于加速诊断过程,提高诊断准确性,并为医生制定治疗计划提供参考。

放射治疗计划:人工智能在放射治疗计划中的应用案例也备受关注。通过深度学习和医学影像数据,人工智能能够自动分析患者的肿瘤形态和位置,为医生制定个性化的放射治疗计划提供支持。这种自动化的辅助诊断和治疗规划有助于提高放射治疗的精确性和效果,减少对健康组织的损伤。

3. 个性化医疗和预后评估

癌症预后评估:人工智能在癌症预后评估中的应用案例显示了巨大的潜力。通过深度学习算法和大规模癌症患者的临床数据,人工智能可以分析和预测患者的生存期和治疗反应。这种个性化的预后评估有助于医生为患者制定更精准的治疗方案,提高治疗效果和生存率。

心脏疾病管理:人工智能在心脏疾病管理中的应用案例也呈现出了许多突破。通过监测心脏影像和生理数据,人工智能可以实时评估患者的心脏功能和风险,并提供个性化的管理建议。这种个性化的心脏疾病管理有助于提高患者的生活质量,预防心脏事件的发生。

五、未来发展方向与挑战

1. 发展方向^[1]

数据整合与共享:未来的发展方向之一是实现医学影像数据的整合与共享。由于医学影像数据的多样性和分散性,如何整合和共享数据成为一个重要的挑战。建立统一的数据标准和共享平台,促进多中心数据的合作与交流,将有助于提高人工智能算法的性能和泛化能力,从而进一步提升医学影像诊断的精度和效率。

强化学习与自主决策:未来的发展方向之一是将强化学习引入医学影像诊断领域,实现自主决策和个性化医疗。强化学习通过与环境的交互和反馈,使人工智能系统能够学习和优化诊断策略,根据患者的特征和需求,提供个性化的诊断和治疗方案。这种自主决策能力的增强将使医学影像诊断更加智能化和个性化。

多模态影像融合:未来的发展方向之一是进一步深化多模态影像融合的研究。多模态影像融合可以综合利用不同影像模态的信息,提高诊断的准确性和鲁棒性。通过将 CT、MRI、PET 等多种影像数据进行融合和集成,人工智能系统可以更全面地分析和识别病灶,为医生提供更可靠的诊断结果。

2. 挑战^[3]

数据隐私与安全性:随着医学影像数据的规模和复杂性增加,数据隐私和安全性成为一个重要的挑战。医学影像数据包含敏感的个人健康信息,需要采取有效的隐私保护措施,确保数据的安全存储、传输和使用。此外,人工智能算法的解释性和可解释性也是一个挑战,需要解决黑盒算法的问题,提高算法的可信度和可接受性。

算法鲁棒性与可迁移性:人工智能算法在医学影像诊断中的鲁棒性和可迁移性也是一个挑战。医学影像数据的多样性和噪声干扰可能导致算法的性能下降。为了提高算法的鲁棒性和可迁移性,需要进一步优化算法的设计和训练方法,使其能够适应不同的数据分布和临床场景。

临床验证与实际应用:人工智能在医学影像诊断中的临床验证和实际应用是一个重要的挑战。将人工智能技术应用于临床实践需要经过严格的验证和评估,确保其准确性、安全性和有效性。此外,人工智能算法的推广和普及也需要面对医生和患者的接受度和培训问题,以确保其在临床实践中的可行性和可持续性。

结束语:

人工智能在医学影像诊断中的应用呈现出巨大的潜力和机遇。通过精确的病灶检测、辅助诊断和个性化医疗,人工智能提高了诊断的精度和效率,为医生提供了有力的决策支持。然而,实现这些应用还需克服数据隐私和安全性、算法鲁棒性和实际应用的挑战。未来,随着技术的发展和合作的加强,相信人工智能将在医学影像诊断中发挥更重要的作用,为临床实践带来更多创新和改善,造福医疗领域和患者的健康。

参考文献:

[1]刘再毅,石镇维.医学影像人工智能:进展和未来[J].国际医学放射学杂志,2023,46(01):1-4.DOI:10.19300/j.2023.s20494.

[2]曲雅楠.人工智能在医学影像诊断中的应用[J].世界复合医学,2022,8(11):194-198.

[3]祝蕾,朱坤福.人工智能在医学影像中的应用及面对的机遇和挑战[J].智慧健康,2021,7(30):1-3.DOI:10.19335/j.cnki.2096-1219.2021.30.001.

[4]张莺.人工智能在医学影像学中的应用[J].中国医疗器械信息,2021,27(09):64-65.DOI:10.15971/j.cnki.cmdi.2021.09.024.

CRISPR 基因编辑技术在基因检测领域的开发和应用

倪春乾

(上海宝山区)

摘要: 随着基因检测领域的广泛应用, 其研究已成为当今科研界热门话题之一。本研究介绍了 CRISPR 基因编辑技术在基因检测领域的开发和应用。该技术通过对基因组进行修饰以改变细胞内基因、表现型和相关信号转导通路, 为基因检测的高灵敏度和高准确性提供了强有力的技术支持。本文介绍了基因编辑技术在基因检测中的具体应用, 包括基因缺陷修复、基因分型、癌症诊断等方面, 同时阐述了该技术的优点和局限性。本研究的结果将为相关科学研究提供启示, 并为基因检测研究领域的发展带来新的思路。

关键词: CRISPR 基因编辑技术; 基因检测; 基因缺陷修复; 基因分型; 癌症诊断

Development and Application of CRISPR Gene Editing Technology in Gene Detection

Abstract: With the widespread application of gene testing, its research has become one of the hot topics in the current scientific research community. This study introduces the development and application of CRISPR gene editing technology in the field of gene testing. This technology modifies the genome to change genes, phenotypes, and related signaling pathways in cells, providing powerful technical support for high sensitivity and accuracy of gene testing. This article introduces the specific applications of gene editing technology in gene testing, including gene defect repair, gene typing, cancer diagnosis, etc., and also discusses the advantages and limitations of this technology. The results of this study will provide inspiration for related scientific research and bring new ideas to the development of gene testing research.

Key words: CRISPR gene editing technology; gene testing; gene defect repair; gene typing; cancer diagnosis

1. 引言

在过去几十年中, 随着基因检测技术的迅速发展, 基因检测已成为生物医学领域的热门话题之一。基因检测通过分析个体基因序列和表达信息, 可以为疾病的诊断和治疗提供重要的依据。然而, 传统的基因检测方法存在着一些限制, 如检测灵敏度低、时间和成本高等问题。为了克服这些问题, 开发新型的基因编辑技术已成为解决方案之一。

近年来, CRISPR 基因编辑技术以其高效、准确、低成本的特点在基因研究领域引起了广泛关注。CRISPR 技术是利用特定酶切割 DNA 分子, 为基因组进行修改、添加或删除 DNA 片段的技术。该技术可以实现不删除整个基因组的情况下点对点地修改基因组。因此, 其开发和应用在基因检测领域具有很大的潜力, 并被广泛地应用于基因缺陷修复、基因分型、癌症诊断等方面。

本文旨在介绍 CRISPR 基因编辑技术在基因检测领域的开发和应用。首先, 文章将对 CRISPR 技术的基本原理和发展历程进行概述。其次, 文章将阐述该技术在基因检测中的应用, 包括基因定位和修饰、基因编辑的临床应用等。本文的研究结果不仅为相关科学研究提供启示, 促进学科领域的发展, 也为疾病的预防和治疗提供了新的思路。

因此, 本文的意义在于介绍 CRISPR 基因编辑技术在基因检测领域的开发和应用, 加强学术研究和技术创新的交流, 促进基因检测技术的不断进步和创新。

2. CRISPR 基因编辑技术概述

2.1 原理和发展历程

CRISPR 基因编辑技术是生物技术领域的一项重大创新。该技术通过引导 RNA 识别和切割靶向基因, 随后经过 DNA 修复过程, 实现基因组的编辑。最初, CRISPR 技术的发现是通过细菌免疫机制的探究, 旨在帮助细菌识别并抵御病毒的侵袭。经过不断尝试, 该技术也被成功运用于人类细胞和组织的基因组编辑中。

基因定位和修饰是 CRISPR 技术在基因检测中最常见的应用形式。通过利用 Cas 蛋白与 gRNA 介导的基因修饰, 可以精确地切除、修正或插入特定基因, 实现基因功能的调整。同时, 在一些罕见疾病的诊断中, 该技术可以对染色体上的变异点进行快速准确的检测。

在未来, 随着 CRISPR 技术的成熟和优化, 其在基因检测领域中的应用也将更加广泛。例如基因治疗、精准医疗等领域将会成为该技术的重要应用方向。

3. CRISPR 在基因检测中的应用

3.1 基因定位和修饰

CRISPR 基因编辑技术在基因检测领域的应用广泛而深远。其中, 基因定位和修饰可谓是其应用的一个重要领域。通过 CRISPR 技术对基因进行可控制的编辑, 可以实现对基因序列的定位和修饰, 从而有效地用于基因检测和疾病治疗。

在基因定位方面, CRISPR 技术利用了 Cas9 蛋白的指向性特性, 将其与 gRNA 配对, 产生特异性裂解, 从而实现一个基因的定位、切除和治疗。此外, CRISPR 还可以利用其非特异性的剪切作用, 找出大片的基因序列, 针对其中的突变点, 进行精细的编辑和修正, 以达到基因治疗和疾病预防的效果。如此, CRISPR 基因技术无形中成为了基因诊断和基因治疗领域新的利器。

在基因修饰方面, 例如插入或删除基因, CRISPR 技术的工具箱也可以提供此类指导。相比于传统的病毒载体技术, CRISPR 的操作更加准确、精确且速度更快。一些生物体的杂交技术被证明在 CRISPR 的辅助下, 实现了活体内的基因修饰。同时, 此技术可以治理遗传缺陷和减缓感染病的扩散和影响, 为做好基因检测和疾病防治功不可没。

随着 CRISPR 技术的不断发展, 其在基因检测领域的应用潜力也不断被挖掘和展现出来。相信未来, CRISPR 技术将有更加深远的应用, 为人类健康提供更加可靠、便捷的诊断、疗法和治疗方案。

CRISPR 基因编辑技术的快速发展使其在基因检测领域有着广泛的应用前景。未来, 这项技术将有望用于癌症和遗传性疾病的检测, 在基因医学领域有加速发展的趋势。随着这项技术不断的发展和完善, 基因检测行业将会实现更加准确和精确的检测手段, 从而为人类健康和疾病预防提供更多的可能性。地促进技术的应用, 同时也保证技术的可持续发展和最终的实用效果。

4. CRISPR 基因编辑技术面临的安全伦理问题

CRISPR 基因编辑技术在基因检测领域的开发和应用引发了人们对于其伦理问题的关注。其中, 最主要的问题之一是安全性与风险性。虽然 CRISPR 技术具有高精度和高效率等明显优势, 但其中还存在许多漏洞和风险。例如, 在基因编辑过程中, 可能会影响到细胞的正常功能和生命活动; 在实际应用中, 也存在可能导致人类遗传原始因素改变和后代遗传问题的潜在风险。在进行基因编辑时, 一旦出现意外情况或失控, 后果可能是难以预知的, 并对受试者造成不可预测的风险。因此, 对于 CRISPR 技术的安全性, 必须严格进行科学评估和监管。

(下转第 46 页)

利多卡因表面麻醉对小儿扁桃体切除术后镇痛及应激反应的影响

李楠¹ 张阳阳² 闫传龙²

(1 鲁西南医院有限公司; 2 泰安市妇幼保健院)

摘要: 目的: 探讨利多卡因表面麻醉对小儿扁桃体切除术后镇痛及应激反应的影响。方法: 选取 2022 年 1 月至 2022 年 12 月我院收治小儿扁桃体切除术患儿 64 例为研究对象, 随机分为观察组和对照组各 32 例。对照组患儿在常规麻醉的基础上给予生理盐水创面喷洒, 观察组患儿给予利多卡因表面麻醉。观察并记录两组患儿药物喷洒后、患儿清醒后的疼痛评分, 并通过观察两组术前和术后促肾上腺皮质激素 (ACTH) 与皮质醇 (COR) 水平变化分析患儿应激反应。结果: 两组患儿药物喷洒后和清醒后的疼痛评分比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 术前两组患儿 ACTH 与 COR 指标比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 术后观察组患儿的各项指标均优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 应用利多卡因表面麻醉能够明显降低小儿扁桃体切除术后镇痛和应激反应程度, 具有非常显著的改善效果。

关键词: 扁桃体切除术; 利多卡因; 表面麻醉; 镇痛; 应激反应; 儿童

扁桃体是人体免疫系统中重要的组成部分, 扁桃体发炎是临床较为常见的疾病之一, 其不仅能够通过自身炎症的蔓延而引起其他器官的感染, 且此种疾病的反复发作, 将引起心脏病、急性肾炎等疾病发生, 对患儿的身体健康造成严重的影响^[1-2]。其临床治疗大多采用抗感染治疗和扁桃体切除术。但在手术治疗的过程中, 要对患者进行全麻, 且在术后经常出现出血、伤口感染、咽痛以及多种并发症, 很大程度影响了患者的生活质量。由于患儿的年龄较小, 身体素质较差, 耐受能力较低, 很容易由于疼痛哭闹引起咳嗽, 从而引起手术创面渗血, 严重时则需要进行二次手术^[3]。相关数据表明, 患儿对手术疼痛和手术刺激的反应程度非常强烈, 是成年人的 3-5 倍, 因此有效地进行术后镇痛和控制患儿的应激反应具有重要意义^[4]。基于此, 本院选取我院行小儿扁桃体切除术的患儿作为研究对象, 观察利多卡因表面麻醉对小儿扁桃体切除术后镇痛及应激反应的影响。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取 2022 年 1 月至 2022 年 12 月我院收治小儿扁桃体切除术患儿 64 例为研究对象, 按随机数字表法分为观察组和对照组各 32 例。观察组中男 20 例, 女 12 例, 平均年龄 (7.48 ± 2.03) 岁; 对照组中男 19 例, 女 13 例, 平均 (7.43 ± 1.98) 岁。两组患儿在性别、年龄方面比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。纳入标准: (1) 行小儿扁桃体切除术; (2) 年龄 5~10 岁; (3) 患儿家属知情同意。排除标准: (1) 有心脏病史者; (2) 对研究所用的药物过敏者; (3) 患儿术后过于烦躁不能进行配合者; (4) 肝肾等器官功能存在明显异常者; (5) 神经精神系统疾病者。

1.2 麻醉方法

所有患儿均行小儿扁桃体切除术, 手术前均给予肌肉注射 0.02mg 的阿托品; 进入手术室后常规进行开放外周静脉通道, 并采用监护仪对患儿心率、血压以及心电图、动脉氧饱和度。两组患儿均采用相同的麻醉诱导措施, 均给予咪唑安定 (宜昌人福药业有限责任公司) 0.1mg/kg, 丙泊酚 (四川国瑞药业有限责任公司) 1.5mg/kg,

芬太尼 (常州四药制药有限公司) 3ug/kg, 维库溴铵 (扬子江药业集团有限公司) 0.12mg/kg 对患儿进行静脉注射。在手术过程中, 两组患儿均通过静脉注射维持麻醉, 同时保持患者的血流动力学平稳, 降低其波动幅度。手术结束后, 患儿未清醒前, 对照组给予生理盐水创面喷洒 2 次, 观察组给予利多卡因气雾剂 (广州市香雪制药股份有限公司) 创面喷洒 2 次。

1.3 观察指标

两组患儿药物喷洒后、患儿清醒后的疼痛评分。疼痛评分采用视觉模拟评分法进行评定^[5], 其中 0-3 分表示轻度疼痛, 4-6 分表示中度疼痛, 7-10 分表示重度疼痛。采用化学发光酶免疫分析仪测定两组患儿术前及术后促肾上腺皮质激素 (ACTH) 及皮质醇 (COR) 水平变化情况, 评定患儿机体应激反应。

1.4 统计学方法

采用 SPSS20.0 软件进行统计学处理, 计数资料采用 χ^2 检验, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 两组比较行 t 检验, 多组比较行单因素方差分析, $p < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿各时间点疼痛评分比较

表 1 两组患儿各时间点疼痛评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	药物喷洒	患儿清醒
对照组	3.74 ± 0.56	1.85 ± 0.36
观察组	2.83 ± 0.49	0.47 ± 0.28

表 1 结果表明, 观察组药物喷洒及患儿清醒后两组患儿疼痛评分明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($p < 0.05$)。

2.2 两组患儿手术前后应激反应比较

表 2 结果表明, 术前两组患儿 ACTH、COR 比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 术后观察组 ACTH、COR 指标均优于对照组, 差异有统计学意义 ($p < 0.05$)。

表 2 两组患儿手术前后应激反应比较

组别	(ng/L)		COR (nmol/L)	
	术前	术后	术前	术后
对照组	119.56 ± 11.22	103.85 ± 11.29	23.84 ± 5.87	65.19 ± 7.93
观察组	119.72 ± 14.83	58.94 ± 10.78	23.95 ± 5.76	38.45 ± 8.02

3 讨论

扁桃体炎在临床中较为常见, 其临床症状大多表现为咽痛、口臭、扁桃体肿大以及消化不良等症状, 严重危害了患儿的身体健康水

平^[6]。而扁桃体切除术作为治疗慢性扁桃体炎最为常见的方式, 虽取得了一定的治疗效果, 但在术后因为受到机械创伤导致患儿受创部位出现局部水肿以及多种炎症, 往往使患儿产生剧烈疼痛, 从而使患儿

出现抗拒治疗的思想,对其心理活动也会造成很大的影响^[7]。而又因为疼痛,患儿出现哭闹、咳嗽等情况,导致患儿需进行多次清嗓,从而引起多种并发症的发生。再加上患儿的年龄较小,身体抵抗能力和抗感染能力都较差,自身控制力差,对疼痛也更加敏感,所以在术后恢复过程中,出现躁动以及哭闹导致治疗效果不能充分地体现出来^[8]。有学者认为,一种适合的麻醉诱导药物,不仅能够有效降低患儿在术后的疼痛程度,而且也能够降低应激反应,对患儿的治疗而言,具有重要的意义^[9]。

利多卡因作为临床常用的局部麻醉药,经常适用于急性心肌梗死、急性室性心律失常以及外科手术等,其具有穿透性强的特点,镇痛效果良好^[10]。表面麻醉是指在黏膜表面放置穿透性强的局部麻醉药物,从而达到患儿黏膜神经末梢产生麻醉的现象,经常适用于浅表手术以及内镜检查等,能够对患者进行更加彻底的麻醉^[11]。而且,利多卡因表面麻醉在应用于扁桃体切除术中,安全性高,费用低,且较为容易实施^[12]。本研究表明,给予利多卡因表面麻醉的观察组患儿,相比较给予无表面麻醉的对照组患儿而言,观察组患儿在药物喷洒后与患儿清醒后的疼痛评分均明显优于对照组;而观察组患儿术后 ACTH、COR 应激反应指标改善情况也优于对照组,进一步表明,利多卡因表面麻醉对于小儿扁桃体切除术后的镇痛及应激反应具有非常显著的影响。

综上所述,利多卡因表面麻醉不仅能够有效降低患儿在扁桃体切除术后的疼痛程度,而且也能够降低患儿的应激反应程度,费用较低,易被患儿及其家属接受,且简单易行,值得推广和应用。

参考文献:

- [1] 张国良,羊玉荣,陆斌,等.颌面外科手术术后疼痛的调查研究[J].口腔医学杂志,2021,19:496-498.
- [2] 张守春,胡跃萍.儿童全麻下利多卡因扁桃体区域神经阻滞对扁桃体切除术后的镇痛效果分析[J].上海医学,2020,30:139-140.
- [3] 王帆,陈富强,申英术,等.罗哌卡因联合利多卡因与单纯利

多卡因局部麻醉对成人腹股沟疝无张力修补术后镇痛效果的对比分析[J].中华普通外科杂志,2020,31(9):736-738.

[4] 柯超群,黄志斌,汤昌明,等.利多卡因注射液联合罗哌卡因注射液对断指再植术的麻醉疗效[J].中国临床药理学杂志,2021,33(12):1123-1126.

[5] Kim S, Park Y W, Lee E, et al. Effect of onion extract on corneal haze suppression after air assisted lamellar keratectomy[J]. Journal of Veterinary Medical Science, 2022, 78(3): 419-425.

[6] 陈吉生,柯少冰.利多卡因复合罗哌卡因组方麻醉有效性与安全性的系统评价[J].中国药房,2019,27(24):3389-3392.

[7] 董娇娇,赵施施,林胜仙,等.年龄因素对患者腰丛联合坐骨神经阻滞时罗哌卡因药代动力学的影响[J].中华麻醉学杂志,2021,36(7):839-842.

[8] Yun S H, Park J C, Kim S R, et al. Effects of Dexmedetomidine on Serum Interleukin-6, Hemodynamic Stability, and Postoperative Pain Relief in Elderly Patients under Spinal Anesthesia[J]. Acta Medica Okayama, 2019, 70(1): 37-43.

[9] 黄玉琦,苏涛,陈曼曼,等.0.5%罗哌卡因应用于下颌阻生智齿拔除术的临床效果观察[J].中国现代医学杂志,2019,24(3):87-91.

[10] 苗育壮,张春霞,洪先静.心理护理对小儿扁桃体切除术围手术期效果评估[J].西藏医药,2019,40(06):115-116.

[11] 刘妙爽.围手术期护理在小儿扁桃体腺样体切除术中的应用[J].临床合理用药杂志,2020,11(11):162-163.

[12] 张基梅,吕巧英,王娜娜.快速康复理念在小儿扁桃体、腺样体切除术围手术期护理的应用[J].中国实用护理杂志,2019,34(05):359-363.

(上接第 44 页)

然而,对于 CRISPR 技术在基因检测领域的开发和应用,伦理问题也值得关注。例如,基因检测的目的是为了早期预测特定疾病或特定风险,但对于一些潜在的问题,特别是健康保险的利用和就业机会的限制,需要制定严格的保护措施。此外,监管 CRISPR 技术的公司和负责人必须严格遵守和执行隐私保护和知情同意等标准。

考虑到这些安全风险和伦理问题的存在,必须要建立一个有效的监管体系来规范和控制 CRISPR 基因编辑技术的应用。这其中也需要涉及到科学家、医生、政府、法律制定者、公众等多方面的参与和讨论。只有在全方位、多方位的监管与讨论下,才能保证 CRISPR 技术在基因检测领域的发展和能够更加安全、合法和合理。

5. 结语

本研究系统地介绍了 CRISPR 基因编辑技术在基因检测领域的开发和应用。当前,该技术已在修饰基因、基因缺陷修复、基因分型、癌症诊断等方面取得了重要的应用成果。同时,该技术具有高灵敏度和高准确性的特点,为基因检测提供了有效的技术支持,为相关科学研究提供了启示和帮助。但是,在 CRISPR 基因编辑技术应用过程中,仍然存在一些安全性和风险性问题,以及伦理和道德问题需要思考和解决。作为一项新兴技术,我们应该持续地关注其应用领域和发展趋势,了解其带来的新挑战和机遇,关注其社会、经济和环境的影响。

参考文献:

- [1] 崔建洲,林秀金,沈汉明.基因编辑技术(CRISPR-Cas9)在医学领域的应用及其相关伦理问题思考[J].中国现代应用药学,2018,035(012):1755-1760.
- [2] Guo M, Chen H, Dong S, et al. CRISPR-Cas gene editing technology and its application prospect in medicinal plants

[J]. Chinese medicine, 2022, 17(1): 33. DOI: 10.1186/s13020-022-00584-w.

[3] 邓硕秋,瞿水清,张雨,等. CRISPR/Cas9 基因编辑技术在脑科学中的技术优化进展及在中医药领域应用[J].中国实验方剂学杂志,2023,29(1):12.

[4] Jiang C, Meng L, Yang B, et al. Application of CRISPR/Cas9 gene editing technique in the study of cancer treatment[J]. Clinical Genetics, 2020, 97(1). DOI: 10.1111/cge.13589.

[5] 龚晨雨,陈昭,邵红伟,等. CRISPR/Cas9 基因编辑技术在肿瘤免疫治疗中的应用[J].中国免疫学杂志,2018,34(1):5. DOI: 10.3969/j.issn.1000-484X.2018.01.024.

[6] Zhao X Z, Li C H, Zhou L L, et al. Delivery and application progresses of CRISPR/Cas gene editing system[J]. Progress in Biochemistry and Biophysics, 2020, 47(4): 286-299. DOI: 10.16476/j.pibb.2019.0281.

[7] 滕蔓,刘金玲,郑鹿平,罗俊. CRISPR/Cas9 基因编辑技术在病毒学研究中的应用及进展[J].病毒学报,2020,36(05):208-216. DOI: 10.13242/j.cnki.bingduxuebao.003765.

[8] 李洋,申晓林,孙新晓,等. CRISPR 基因编辑技术在微生物合成生物学领域的研究进展[J].合成生物学,2021,2(1):15. DOI: 10.12211/2096-8280.2020-039.

[9] 马丹宝,钟玮晔. CRISPR 基因编辑技术及其在眼科疾病中的应用进展[J].眼科学报 2021 年 36 卷 7 期,537-542 页,ISTIC, 2021. 深圳湾实验室基金. DOI: 10.3978/j.issn.1000-4432.2021.06.19.

耳内镜下鼓膜修补术治疗鼓膜穿孔的临床观察

童兴科 何露文 静陈龙^{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: 观察组和分析鼓膜穿孔行耳内镜下鼓膜修补术治疗的临床疗效和优势。方法: 选择在我院接受手术治疗的 70 例鼓膜穿孔患者作为研究对象, 时间跨度 2022 年 1 月-2022 年 12 月, 采用随机数字表法, 分为对照组 (n=35 例) 和观察组 (n=35 例)。对照组行显微镜下鼓膜修补术, 观察组行耳内镜下鼓膜修补术。对两组临床疗效、手术指标及术前术后纯音听阈进行观察和对比。结果: 两组临床疗效比较, 观察组治疗有效率更高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组手术指标比较, 观察组手术时间、住院时间更短, 术中出血量更少, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组纯音听阈比较, 术后 3 个月观察组气导听阈、气骨导差更低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组并发症发生率比较, 观察组更低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 鼓膜穿孔行耳内镜下鼓膜修补术, 更有利于临床疗效和听力的提升, 且患者术中出血量更少, 手术时间、住院时间更短, 更加安全, 具有较高的应用价值。

关键词: 耳内镜; 鼓膜修补术; 鼓膜穿孔; 临床观察

鼓膜穿孔是一种鼓膜破裂穿孔现象, 由炎症或外力引发, 主要的临床表现有听力下降、耳内闷塞、耳部疼痛、耳鸣等, 严重影响患者的生活质量^[1]。鼓膜具有较强的再生能力, 绝大部分较小的穿孔可自行痊愈, 但对于较大的难以治愈的穿孔, 则需要通过手术进行修补^[2]。鼓膜穿孔常用的修补术有显微镜下鼓膜修补术、耳内镜下鼓膜修补术, 前者临床上最常使用, 但该术式存在操作难度高、创伤大、费用高、并发症多的问题, 且治疗效果已很难满足当前人们的要求^[3]。近年来随着医疗技术的进步及耳内镜的普及, 耳内镜下鼓膜修补术的应用越来越广泛, 对显微镜下鼓膜修补术有明显的取代作用^[4]。为了进一步论证耳内镜下鼓膜修补术的临床疗效, 本文特以 70 例鼓膜穿孔患者为例进行研究分析。现报告如下。

1. 资料和方法

1.1 一般资料

选择在我院接受修补术治疗的 70 例鼓膜穿孔患者作为研究对象, 时间跨度 2022 年 1 月-2022 年 12 月, 采用随机数字表法, 分为对照组 (n=35 例) 和观察组 (n=35 例)。其中, 观察组男 20 例, 女 15 例; 年龄 16-51 岁, 平均 (30.66±6.60) 岁; 病程 6 个月-10 年, 平均 (5.29±1.78) 年; 10 例小穿孔, 16 例中穿孔, 9 例大穿孔。对照组男 22 例, 女 13 例; 年龄 16-52 岁, 平均 (30.60±5.95) 岁; 病程 7 个月-9 年, 平均 (5.34±1.80) 年; 11 例小穿孔, 17 例中穿孔, 7 例大穿孔。两组一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

纳入标准: ①经临床耳内镜及其他各项检查符合鼓膜穿孔的相关诊断标准; ②两窗功能完整, 听骨链未完好, 咽鼓管功能正常; ③无手术禁忌症; ④无中耳炎或其它严重病变; ⑤入组期间配合良好; ⑥患者及其家属充分认知本次研究所用的手术疗法及可能的预防, 且签署知情同意书。

排除标准: ①先天性免疫系统疾病者; ②分泌性中耳炎者; ③凝血功能障碍者; ④突发性耳聋者; ④经干扰术治疗听力恢复者。

1.2 方法

对照组行显微镜下鼓膜修补术: 协助患者取仰卧位, 行全身麻醉, 并对耳道四壁、耳后行浸润麻醉, 麻醉起效充分后把患者面部转向手术对侧。在耳后取切口, 把皮肤切开至骨皮质表面, 以确保肌筋膜充分暴露, 选择形状、厚度合适的肌筋膜作为备用。对外耳道皮片进行

分离, 直至乙状窦投影区前缘和额线, 充分暴露外耳道前上棘, 耳道皮片修复完成后, 再把牵开器置入, 磨掉从鼓鳞裂凸出的骨质, 显微镜下取得骨环、听小骨等完整术野, 把备用的肌筋膜置入, 并紧紧贴覆在残留鼓膜上, 经检查无误后先使用可吸收的明胶海绵对鼓室进行填塞, 然后再使用碘仿纱条对术腔进行填塞覆盖, 最后再加一层可吸收的明胶海绵进行外用填塞。术后对症使用抗感染干预, 术后 10d 把碘仿纱条取出, 每 14d 进行 1 次复查, 每 1 个月进行 1 次复诊, 回访选在术后 3 个月。

观察组行耳内镜下鼓膜修补术: 协助患者取仰卧位, 行全身麻醉, 并对耳道四壁、耳后行浸润麻醉, 麻醉起效充分后把患者面部转向手术对侧。在耳廓上方 2cm 位置取一个长 3cm 作用的横切口, 选择形状、厚度合适的颞肌筋膜作为备用。接着把耳内镜置入, 并对鼓膜进行细致观察, 适当修正穿孔边缘, 用钩针制造一片新鲜的创面, 把距鼓膜穿孔内缘 1.5mm 左右的上皮层切开, 然后在骨环后上方取一个长约 5mm 的弧形切口, 深度直至骨皮质表面, 把备用的颞肌筋膜以内贴法的方式贴覆在残留的鼓膜上, 接下来的步骤和方法同对照组。

1.3 观察指标

①临床疗效: 术后 3 个月听力提高 ≥ 15 dB, 穿孔的鼓膜愈合, 为显效; 听力提高明显但低 < 15 dB, 穿孔的鼓膜部分愈合, 为有效; 听力提高不明显或穿孔的鼓膜无愈合, 为无效。②手术指标: 包括手术时间、术中出血量、住院时间; ③纯音听阈: 术前、术后 3 个月对患者的气导听阈、气骨导差进行监测。④并发症发生率, 包括听力下降、复发、耳鸣加重、感染、面瘫。

1.4 统计学方法

数据分析应用 SPSS22.0 统计学软件, 计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 用 t 检验, 计数资料采用 (%) 表示, 用 (χ^2) 或 Fisher 检验, 比较差异有统计学意义用 $P < 0.05$ 表示。

2. 结果

2.1 两组临床疗效比较

两组临床疗效比较, 观察组治疗有效率更高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。详情见表 1。

2.2 两组手术指标比较

两组手术指标比较, 观察组手术时间、住院时间更短, 术中出血

量更少, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。详情见表 2。

2.3 术前、术后 3 个月两组纯音听阈比较

两组纯音听阈比较, 术前差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 术后 3 个月观察组气导听阈、气骨导差更低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。详情见表 3。

表 1 两组临床疗效比较[n (%)]

组别	n	显效	有效	无效	有效率/%
观察组	35	25 (71.43)	9 (25.71)	1 (2.86)	34 (97.14)
对照组	35	21 (60.00)	8 (22.86)	6 (17.14)	29 (82.86)

表 3 手术前后两组听力恢复情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	气导听阈 (kHz)		气骨导差 (dB)	
		术前	术后 3 个月	术前	术后 3 个月
观察组	35	45.78 ± 5.91	22.05 ± 2.97	25.58 ± 4.49	10.25 ± 3.30
对照组	35	45.75 ± 5.89	29.50 ± 3.29	25.70 ± 4.44	12.68 ± 3.47
t	-	0.020	9.359	0.106	2.825
P	-	0.984	0.000	0.916	0.006

2.4 两组并发症发生率比较

观察组 2 例感染, 发生率为 5.71%; 对照组, 1 例听力下降、3 例复发、1 例耳鸣加重、2 例感染、1 例面瘫, 发生率为 22.86%; 两组并发症发生率比较, 观察组更低, 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 4.200$, $P = 0.040$)。

3. 结论

在很长的一段时间内, 鼓膜穿孔多选用显微镜鼓膜穿孔术, 其技术成熟, 可取得不错的临床疗效, 能有效提高患者听力。但显微镜光轴范围有限, 从而取得的视野较窄, 且存在一定的盲区, 同时该修补术操作复杂, 增加了手术时间, 造成的更大的创伤和出血量, 增加了发生并发症的风险, 也影响术后恢复效果, 很难满足人们不断提高的治疗要求^[5]。耳内镜下鼓膜修补术是一种新型的修补穿孔鼓膜的术式, 其是内镜技术不断发展的结果。与显微镜相比, 耳内镜具有更大范围的术野, 增强了耳内的视野, 使得操作者对鼓膜、外耳道及中耳的检查更加方便和清晰, 能更加准确判断患者病情^[6]。在耳内镜提供的术野下, 耳腔内结构清晰可见, 使得手术器械应用更加精准, 减少了调整次数, 降低了器械造成的损伤, 加之不用切开耳内腔皮肤和耳后, 缩短了手术切口长度, 降低了创面, 进一步降低了术中出血量和手术时间^[7]。此外耳内镜下, 颞肌筋膜能更加准确地贴覆盖在穿孔位置, 加快了新生血管的形成, 促进了恢复, 提高了预后^[8]。

在本次研究中, 两组临床疗效比较, 观察组治疗有效率更高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。提示耳内镜下鼓膜修补术的临床疗效更好。这是因为耳内镜下, 操作者可直视手术部位, 穿孔位置更加清晰, 手术器械的操作更加精准和方便, 降低了手术难度, 提高了手术效果和成功率。此外较为清晰的术野, 避免了鼓索神经等被医疗器械损伤, 进一步提高了手术效果。两组手术指标比较, 观察组手术时间、住院时间更短, 术中出血量更少, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。提示耳内镜下鼓膜修补术的出血更少, 手术时间、住院时间更短。这是因为耳内镜下, 较为清晰的术野, 使得操作者能准确找到穿孔位置, 减少了不必要的手术切口, 手术操作也更加便捷, 降低了手术时间, 进一步降低了出血量, 创伤越小恢复越快, 从而住院时间也更少。纯音听阈是评价患者听敏度的指标, 纯音听阈越低, 患者的听力越灵敏。在

χ^2	-	-	-	-	3.968
P	-	-	-	-	0.046

表 2 两组手术指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	住院时间 (d)
观察组	35	52.34 ± 3.95	7.17 ± 0.89	3.23 ± 0.49
对照组	35	84.72 ± 6.89	15.43 ± 1.24	5.05 ± 0.73
t	-	20.385	27.058	10.350
P	-	0.000	0.000	0.000

本次研究中, 两组纯音听阈比较, 术后 3 个月观察组气导听阈、气骨导差更低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。提示耳内镜下鼓膜修补术更有利于听敏度的提高。这是因为耳内镜下, 较为清晰的术野, 使得颞肌筋膜移植更加有效, 能更准确贴覆在穿孔位置, 避免了残留死角, 加快了新血管的再生, 从而听敏度的恢复也更快。两组并发症发生率比较, 观察组更低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。提示耳内镜下鼓膜修补术具有更高的安全性。

综上所述, 鼓膜穿孔行耳内镜下鼓膜修补术, 更有利于临床疗效和听力的提升, 且患者术中出血量更少, 手术时间、住院时间更短, 更加安全, 具有较高的应用价值。

参考文献:

[1] 操启友. 耳内镜与显微镜下鼓膜修补术治疗慢性化脓性中耳炎鼓膜穿孔的疗效比较[J]. 中国医学创新, 2019, 16 (30): 69-72.

[2] 徐新国, 刘井池. 耳内镜下鼓膜修补术治疗慢性化脓性中耳炎鼓膜穿孔患者的效果分析[J]. 中外医疗, 2022, 41 (31): 92-95+104.

[3] 林浩. 耳内镜下与显微镜下鼓膜修补术治疗慢性化脓性中耳炎鼓膜穿孔患者的临床应用效果对比[J]. 世界复合医学, 2022, 8 (08): 102-105.

[4] 刘艳娟. 耳内镜下鼓膜修补术治疗慢性化脓性中耳炎鼓膜穿孔患者的临床疗效分析[J]. 中国实用医药, 2022, 17 (15): 28-31.

[5] 常加锋. 内镜下与显微镜下行耳屏软骨-软骨膜鼓膜修补术治疗鼓膜穿孔患者的效果比较[J]. 中国民康医学, 2022, 34 (10): 74-77.

[6] 谢杏强, 陈振清, 黄雄雁, 符士楠. 自体耳屏软骨膜与人工真皮在鼓膜修补术中的临床疗效对比[J]. 黑龙江医药, 2020, 33 (05): 1186-1188.

[7] 刘晖, 王武庆. 耳内镜下鼓膜修补术治疗鼓室成型术后鼓膜穿孔患者的临床疗效分析[J]. 现代诊断与治疗, 2020, 31 (23): 3766-3768.

[8] 花锦超, 薛源, 吴元庆, 徐真桂, 王丹. 耳内镜下耳屏软骨-软骨膜复合移植鼓膜穿孔修补术[J]. 现代医学, 2020, 48 (10): 1322-1324.

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。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), 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 α 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 $>2.5\text{ cm}^{[9]}$ 。

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 \pm 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， $P\leq 0.05$ 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 ($\chi^2=5.271, P < 0.05$)，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 \pm 7.35	38.79 \pm 7.72	54.62 \pm 12.76	58.25 \pm 11.78	11.25 \pm 2.26	11.97 \pm 2.65	102.95 \pm 22.23	109.91 \pm 21.82
对照组	51	36.25 \pm 6.71	35.13 \pm 7.26	52.58 \pm 10.23	51.46 \pm 10.67	11.21 \pm 5.42	10.55 \pm 2.47	101.28 \pm 18.23	100.26 \pm 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 P TCC 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,王蓓,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:下旬刊,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:下旬刊,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.

辛伐他汀联合阿司匹林治疗脑血栓的效果及对神经功能缺损的影响评价

郑世颖

(湖北省襄阳市宜城市小河镇中心卫生院 441400)

摘要: 目的: 评价脑血栓予以辛伐他汀与阿司匹林联合治疗对神经功能缺损以及效果的价值。方法: 将我院在 2020 年 08 月至 2022 年 01 年时间段内收治的脑血栓患者抽取 50 例作为本次研究样本, 结合不同的治疗措施随机分为常规组和联合组, 每组 25 例患者, 前者予以阿司匹林口服治疗, 后者予以辛伐他汀联合阿司匹林口服治疗, 评估神经功能缺损, 统计治疗疗效。结果: 记录两组治疗前神经功能缺损, 检验后组间比较, $P>0.05$, 记录两组治疗后神经功能缺损, 检验后组间比较, $P<0.05$; 统计脑血栓治疗疗效数据, 检验后两组组间比较, $P<0.05$ 。结论: 辛伐他汀与阿司匹林联合治疗可有助于脑血栓患者神经功能改善, 提高临床治疗疗效, 方案具有较高的安全性, 建议推广临床借鉴。

关键词: 辛伐他汀; 阿司匹林; 脑血栓; 神经功能缺损; 治疗效果

脑血栓是指因脑部血液循环障碍, 如缺血、缺氧所致的局限性脑组织的缺血性坏死或软化, 是脑血管病中最常见的一种类型, 临床症状为视物不清、言语不清、肢体无力、口角歪斜等等, 好发于高血压者、高血脂症病者、糖尿病者, 且随着疾病的发展, 极易合并其他严重性疾病, 比如消化道出血、尿路感染、下肢静脉血栓形成或水电解质紊乱, 对患者的日常生活造成严重影响。目前, 临床主要采用药物治疗方案对脑血栓疾病进行干预, 常见药物种类较多, 比如阿司匹林、辛伐他汀等等, 其中阿司匹林可以有效预防动脉硬化, 治疗效果显著, 但是, 单一用药效果仍然欠佳, 因此, 有研究数据显示, 在采用阿司匹林治疗的同时予以辛伐他汀进行干预, 可进一步改善患者神经功能, 提高治疗疗效, 促使其病情加速康复, 改善预后^[1]。基于此, 本次研究主要通过对我院在 2020 年 08 月至 2022 年 01 月时间段内收治的 50 例脑血栓患者采用辛伐他汀联合阿司匹林治疗的效果以及对神经功能缺损的影响进行观察, 其详细观察报道如下。

1、资料与方法

1.1 一般资料

将我院在 2020 年 08 月至 2022 年 01 年时间段内收治的脑血栓患者抽取 50 例作为本次研究样本, 结合不同的治疗措施随机分为常规组和联合组, 每组 25 例患者。常规组 25 例脑血栓患者中男女分别含有 15 例、10 例, 年龄范围值 42~75 岁, 均龄 (58.39±2.58) 岁; 研究组 25 例脑血栓患者中男女分别含有 12 例、13 例, 年龄范围值 41~73 岁, 均龄 (57.34±2.57) 岁。2 组脑血栓患者基线资料比较 (性别、年龄等), $P>0.05$, 数据与正态分布不符合, 可比性存在, 可以进行比较。同意研究, 签署知情书。

纳入标准: ①经头部 CT、头颅 MRI、生化检查等确诊为脑血栓; ②病历资料齐全; ③符合阿司匹林、辛伐他汀适应症。

排除标准: ①妊娠期或哺乳期女性; ②因其他原因所致外伤引起的脑血栓者; ③难以诉说需求或存在精神疾病者; ④合并重要器官功能不全者。

1.2 方法

常规组予以阿司匹林, 给予患者阿司匹林 (批准文号: 国药准字 H10960331, 生产企业: 沈阳康芝制药有限公司, 药品规格: 50mg*100 片) 口服治疗, 用法用量: 每次 70mg, 每天 1 次, 早餐后 30min 使用, 连续服用 6 个月观察结果。

研究组予以辛伐他汀联合阿司匹林, 给予患者辛伐他汀 (批准文号: 国药准字 H20060901, 生产企业: 海正辉瑞制药有限公司, 药品规格: 40mg) 口服治疗, 用法用量: 每次 20mg, 每天 1 次, 早餐后服用, 后期根据病情恢复实际情况合理调整剂量或遵医嘱, 连续服用 6 个月观察结果; 阿司匹林用法用量同常规组。

1.3 观察指标

①神经功能缺损, 在治疗前后采用美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS) 进行此项内容的评估, 共有 6 个条目, 每个条目下均有 0-10, 分值越低, 神经功能恢复越好。②治疗疗效, 症状完全消失, NIHSS 评分幅度下降 80% 及以上, 即为显效; 症状有所改善, NIHSS 评分幅

度下降 55%~80%, 即为有效; 症状无改变甚至加重, NIHSS 评分幅度下降 54% 以下, 即为无效。

1.4 统计学分析

数据以 SPSS23.0 检验差异, 计数资料、计量资料以 χ^2 和 t 值检验, 以百分数、(均数±标准差) 表示, $P<0.05$ 为研究有统计学意义。

2、结果

2.1 神经功能缺损分析

记录两组治疗前神经功能缺损, 检验后组间比较, $P>0.05$, 记录两组治疗后神经功能缺损, 检验后组间比较, $P<0.05$ 。

表 1 神经功能缺损比较 (分)

组别 (n=25)	治疗前	治疗后
研究组	42.51±2.68	10.64±1.85
常规组	42.63±2.69	15.97±1.43
t	0.158	11.397
P	0.87	0.00

2.2 治疗疗效分析

统计脑血栓治疗疗效数据, 检验后两组组间比较, $P<0.05$ 。

表 2 治疗疗效对比

组别 (n=25)	显效 (n)	有效 (n)	无效 (n)	总有效率 (n, %)
研究组	20	4	1	24 (96.00)
常规组	11	6	8	17 (68.00)
χ^2				6.639
P				0.00

3、讨论

脑血栓疾病在临床较为多见, 多发于中老年群体。目前, 临床多采用阿司匹林、低分子肝素、氯吡格雷、尿激酶等药物方案治疗脑血栓, 其中阿司匹林是临床常用的一种抗血小板聚集的药物, 它不仅能够对血栓的形成进行抑制, 而且还能有效预防动脉硬化, 但是, 单一用药导致临床治疗效果仍然欠佳, 且长期服用药物极易产生耐药性, 不利于神经功能的恢复, 因此, 有数据证实, 阿司匹林联合辛伐他汀治疗脑血栓可相互弥补药物的不足以及促进病情快速恢复, 治疗效果显著。辛伐他汀主要是一种合成衍生物, 具有降血脂的作用, 它不仅可以有效保护机体血管, 而且还能在一定程度上稳定动脉粥样硬化斑块, 抑制 C 反应蛋白, 降低机体胆固醇水平, 从而改善临床症状, 促使其神经功能恢复, 实现治愈脑血栓疾病的目的^[2]。

综上所述, 辛伐他汀与阿司匹林联合治疗可有助于脑血栓患者神经功能改善, 提高临床治疗疗效, 方案具有较高的安全性, 值得推广。

参考文献:

[1] 李安明. 辛伐他汀联合阿司匹林治疗脑血栓的效果及对神经功能缺损的影响 [J]. 健康管理, 2021 (9): 36.

[2] 刘丽丹, 刘阳, 孙保红. 辛伐他汀联合阿司匹林治疗脑血栓的效果及对神经功能缺损的效果评价 [J]. 首都食品与医药, 2019, 26 (21): 58-59.

连续性血液净化治疗重症脓毒症合并应激性心肌病患者 的效果观察

龙翔

(邵阳市中心医院重症医学科 湖南邵阳 422000)

摘要:目的:重症脓毒症患者在治疗会出现相应的不良反应和并发症,应激性心肌病就是其中的一种,采用连续性血液净化治疗是临床上常见的一种方式,本文主要对这一治疗方式的效果和作用进行观察,分析其对患者病情的影响状况。方法:结果:观察组患者经过治疗后有效率更高,治疗后不良反应的发生率也相对比较低。结论:连续性血液净化治疗方式作用效果更加良好,能够有效治疗应激性心肌病,对病情的恢复和促进发挥着重要作用。

关键词:连续性血液净化治疗;重症脓毒症;并发症;应激性心肌病

脓毒症的致病因素包括许多方面,例如烧伤、感染、情绪激动等,脓毒症对患者的危害作用非常大,因此,患者一旦患上该病应当在第一时间采取相应的治疗措施,使病情得到有效控制和缓解,防止病情恶化。而当脓毒症发生恶化,就会引发多种并发症,对患者的身体健康造成严重影响,甚至会导致患者死亡。脓毒症在经过治疗后会相应的并发症或不良反应等,使患者的痛苦进一步加重。其中较为常见的一种并发症是应激性心肌病,这一疾病也是当前受到广泛关注,且是临床研究的重点方面。本次研究对脓毒症合并应激性心肌缺血采用连续性血液净化治疗的方式,观察和分析这种治疗方式的效果、对患者疾病的治疗和影响作用以及应用和推广价值,详细如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究共选取患者 120 例,平均分成两组,分别采用常规治疗和连续性血液净化治疗。纳入标准:(1)患者已经临床诊断为重度脓毒症,且伴有应激性心肌缺血(2)患者基础身体状况良好。排除标

准:(2)患者患有高血压;(2)患者患有糖尿病。

1.2 方法

对照组采用常规治疗方式,主要包括:抗生素的使用、抗休克治疗等。观察组在此基础上采用连续性血液净化治疗方式。对两组患者应用不同治疗方式后所产生的治疗效果进行观察和对比,分析患者治疗后的变化情况和病情的恢复情况以及患者疾病症状的改善情况等。

1.3 观察内容和疗效评定

(1)显效:患者重症脓毒症合并应激性心肌病的相关症状已经消失,患者经过检查确定后身体各项功能已经恢复到正常水平,且患者没有出现身体不适,没有其他不良反应;(2)有效:患者症状虽然已经消失,但是创伤仍然没有得到完全恢复,还需要进一步的康复和处理;(3)无效:患者治疗结束后患病症状没有得到有效改善,病情状态与治疗前基本没有差别,

2 结果

2.1 两组临床疗效比较见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率 (%)
观察组	60	36(60.0)	18(30.0)	6(10.0)	90.0
对照组	60	18(30.0)	21(35.0)	21(35.0)	65.0

2.2 两组不良反应发生率比较见表 2。

表 2 两组患者治疗后不良反应发生率比较 [例(%)]

组别	例数	感染	心肌损伤症状	心率缓慢	高血糖	不良反应发生率 (%)
观察组	60	3(5.0)	5(8.3)	2(3.3)	4(6.7)	23.3
对照组	60	6(10.0)	10(16.7)	6(10.0)	8(13.3)	50.0

2.3 两组治疗前后炎症因子指标比较见表 3

表 3 两组治疗前后炎症因子指标比较

组别	例数	CRP (mg/L)		PCT (ng/ml)		IL -6 (pg/ml)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	60	18.82 ±6.28	7.63 ±2.80	46.34 ±14.76	31.26 ±11.95	322.47 ±20.85	82.58 ±10.22
对照组	60	18.77 ±6.34	6.05 ±1.58	46.42 ±14.79	20.57 ±10.88	323.55 ±20.93	61.34 ±9.16
t		0.034	3.010	0.023	4.027	0.222	9.425
P		0.973	0.004	0.982	0.001	0.825	0.001

3 讨论

脓毒症属于一种炎症反应,且严重程度比较大,非常容易导致患者死亡。脓毒症在临床上相对比较常见,致病因素也包括许多方面,脓毒症的治疗通常需要花费较长时间,且恢复缓慢,治疗效果并不良好,难以实现完全痊愈,因此脓毒症患者在治疗阶段往往会承受较大痛苦,同时治疗费用相对比较高,患者的经济负担也会因此增大。由于脓毒症的危害比较大,因此应当在发现患病时尽快到医院进行治疗,及时将病情控制住,抑制病情发展,减轻危害,避免出现恶化或引发并发症。如果治疗不及时则病情无法及时得到控制,极有可能发生进一步的恶化,导致重度脓毒症,而当病情严重程度加大之后患者就会随之出现休克、器官功能衰竭等状况,甚至会对患者生命造成威胁。脓毒症的并发症有许多种,其中应激性心肌病就是一种常见并发症,这一疾病的出现会导致患者病情状况更加严重,治愈难度也更大,这也是当前临床研究的一个重点方面。重症脓毒症合并应激性心肌病的常规治疗方式主要有:抗生素的使用、去除诱因,抗心衰治疗等。近年来,连续性血液净化治疗技术逐渐得到了发展和成熟,在临床实

践中也不断显示出其在治疗上的优势与特点。连续性血液净化治疗可清除体内炎症因子,减轻机体的应激反应,促进患者病情稳定。综上所述,对于重症脓毒症合并应激性心肌病采用连续性血液净化治疗的方式具有更加良好的效果,能够维持患者体内外液体平衡,降低了不良反应的发生,减轻了治疗过程中患者的痛苦,极大保证了患者的治疗安全,因此应当得到更加广泛的推广,使其作用效果能够得最大化的发挥。

参考文献:

[1] 吴晓华, 龚曼芹. 血必净注射液联合乌司他丁注射液治疗重症脓毒症休克患者的临床研究 [J]. 中国临床药理学杂志, 2017, 33 (14): 1295-1297, 1320.
 [2] 罗晓亮, 李佳, 赵雪燕, 等. 应激性心肌病临床特点及预后分析 [J]. 中国循环杂志, 2018, 33 (9): 884 - 888.
 [3] 叶禄伟, 汪志刚, 张民杰. 连续性血液净化对重症脓毒症患者的血乳酸及血流动力学的影响 [J]. 中国生化药物杂志, 2017, 37 (5): 416-418.

氨氯地平联合阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的效果研究

季晓燕

(新街口社区卫生服务中心(南京玄武医院) 江苏南京 210018)

摘要: 目的: 评析高血压合并冠心病患者提供氨氯地平联合阿托伐他汀钙片治疗的效果。方法: 选择医院在 2021 年 4 月~2022 年 4 月期间就诊的 90 例高血压合并冠心病患者, 采用随机双盲法分为两组, 45 例/组, 对照组采用氨氯地平治疗, 观察组采用氨氯地平联合阿托伐他汀钙片治疗, 将两组疗效进行比较。结果: 观察组收缩压 (124.65 ± 8.37) mmHg 与舒张压 (80.87 ± 4.87) mmHg 均低于对照组, ($P < 0.05$)。观察组左心室射血分数 (53.76 ± 5.32)%、每搏输出量 (59.41 ± 6.54) ml 高于对照组, 左室收缩末内径 (41.22 ± 5.12) mm、左室舒张末内径 (50.77 ± 5.16) mm 小于对照组, ($P < 0.05$)。观察组总胆固醇 (3.78 ± 1.21) mmol/L、甘油三酯 (1.25 ± 0.33) mmol/L、低密度脂蛋白胆固醇 (1.98 ± 0.23) mmol/L 小于对照组, ($P < 0.05$)。结论: 高血压合并冠心病在氨氯地平治疗的基础上联合阿托伐他汀钙片治疗可以更好的提升治疗效果, 改善预后, 值得推广。

关键词: 高血压; 冠心病; 氨氯地平; 阿托伐他汀; 血脂; 心功能指标

Study on the effect of amlodipine combined with atorvastatin calcium tablets in the treatment of hypertension complicated with coronary heart disease

Ji Xiaoyan

Xinjiekou Community Health Service Center (Nanjing Xuanwu Hospital), Nanjing, Jiangsu 210018

Abstract: Objective: To evaluate the effect of amlodipine combined with atorvastatin calcium tablets in the treatment of patients with hypertension and coronary heart disease. Methods: A total of 90 patients with hypertension and coronary heart disease who visited the hospital from April 2021 to April 2022 were selected and randomly divided into two groups, 45 cases/group, the control group was treated with amlodipine, and the observation group was treated with amlodipine combined with atorvastatin calcium tablets, and the curative effects of the two groups were compared. Results: The systolic blood pressure (124.65 ± 8.37) mmHg and the diastolic blood pressure (80.87 ± 4.87) mmHg in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). The left ventricular ejection fraction (53.76 ± 5.32)% and stroke volume (59.41 ± 6.54) ml of the observation group were higher than those of the control group. The left ventricular end diastolic diameter (41.22 ± 5.12) mm was smaller than that of the control group, ($P < 0.05$). The total cholesterol (3.78 ± 1.21) mmol/L, triglyceride (1.25 ± 0.33) mmol/L, and low-density lipoprotein cholesterol (1.98 ± 0.23) mmol/L in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). Conclusion: The treatment of hypertension complicated with coronary heart disease combined with atorvastatin calcium tablets on the basis of amlodipine treatment can better improve the therapeutic effect and prognosis, which is worthy of promotion.

Key words: hypertension; coronary heart disease; amlodipine; atorvastatin; blood lipids; cardiac function indexes

近年来, 随着社会经济的快速发展, 高血压、冠心病等危害人类健康的因素越来越多。如果长期高血压且控制不佳, 那么血液在冠状动脉中流动就会产生很大的阻碍, 从而引起血管粥样硬化的变化, 从而导致心肌缺血, 导致心脏供血不足, 引发冠心病^[1-2]。目前, 对于高血压合并冠心病的临床治疗主要还是使用药物治疗, 可以改善患者的临床表现。氨氯地平能有效降低血压和降低血脂, 且其生物利用率高, 能明显地减缓血管粥样硬化的发生。在氨氯地平治疗的基础上, 若联合阿托伐他汀钙片治疗可以有效的改善患者疗效, 对于改善心功能指标, 改善血脂效果突出^[3-4]。

1. 资料和方法

1.1 基线资料

纳入医院接诊的 90 例高血压合并冠心病患者, 患者入组时间在 2021 年 4 月至 2022 年 4 月, 在随机双盲法下分为对照组与观察组, 各为 45 例, 接受氨氯地平治疗的小组为对照组, 采用氨氯地平联合阿托伐他汀钙片治疗的小组为观察组。对照组, 女 24 例、男 21 例; 年龄 41 岁~77 岁, 平均年龄 (64.34 ± 6.12) 岁; 高血压病程 3 年~14 年, 平均 (8.10 ± 0.43) 年。观察组, 女 21 例、男 24 例; 年龄 43 岁~79 岁, 平均年龄 (64.55 ± 6.14) 岁; 高血压病程 2 年~15 年, 平均 (8.33 ± 0.73) 年。两组高血压合并冠心病患者资料无统计学意义, ($P > 0.05$)。

纳入标准: (1) 经过临床确诊为高血压合并冠心病; (2) 入组前半年无急性心血管事件; (3) 本次研究经过伦理委员会批准进行; (4) 患者均自愿入组研究, 签署知情同意书。排除标准: (1) 合并肝肾功能障碍者; (2) 甲状腺功能异常者; (3) 精神类疾病者; (4) 癌症患者。

1.2 方法

对照组, 采用氨氯地平 (国药集团容生制药有限公司, 5mg*14 片) 治疗, 每天 1 次, 每次 20mg。观察组, 采用氨氯地平联合阿托伐他汀钙片 (乐普制药科技有限公司, 国药准字 H20193043, 20mg*7 片) 治疗, 阿托伐他汀钙片每天 1 次, 每次 20mg。两组均治疗 2 个月。

1.3 观察指标

统计学两组高血压合并冠心病患者的: (1) 收缩压、舒张压。(2) 左心室射血分数、左室收缩末内径、左室舒张末内径、每搏输出量。(3) 总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白胆固醇。

1.4 统计学处理

应用 SPSS23.0 统计学软件处理资料数据, 应用 (均数±标准差) 表示计量资料, 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 两组高血压合并冠心病患者收缩压、舒张压相比

两组在治疗前收缩压与舒张压无明显的差异, (P>0.05) 无统计学意义。观察组治疗后的收缩压与舒张压均低于对照组, (P<0.05) 存在统计学意义。见表 1。

2.2 两组高血压合并冠心病患者心功能指标相比

两组在治疗前心功能指标无明显差异, (P>0.05) 无统计学意义。观察组治疗后的左心室射血分数、每搏输出量高于对照组, 左室收缩

末内径、左室舒张末内径小于对照组, (P<0.05) 存在统计学意义。见表 2。

2.3 两组高血压合并冠心病患者血脂指标相比

两组在治疗前血脂指标相比无明显差异, (P>0.05) 无统计学意义。观察组治疗后的总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白胆固醇小于对照组, (P<0.05) 存在统计学意义。见表 3。

表 1 两组高血压合并冠心病患者收缩压、舒张压相比 { $\bar{x} \pm s$, mmHg}

组别	收缩压		舒张压	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=45)	145.86±7.98	124.65±8.37	96.67±6.85	80.87±4.87
对照组 (n=45)	145.75±8.17	133.98±6.48	96.87±7.09	87.79±6.38
T 值	0.0646	5.9127	0.1360	5.7835
P 值	0.9486	0.0000	0.8921	0.0000

表 2 两组高血压合并冠心病患者心功能指标相比 { $\bar{x} \pm s$ }

组别	左心室射血分数 (%)		左室收缩末内径 (mm)		左室舒张末内径 (mm)		每搏输出量 (ml)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=45)	35.23±6.14	53.76±5.32	56.34±6.09	41.22±5.12	66.23±5.56	50.77±5.16	50.56±5.21	59.41±6.54
对照组 (n=45)	35.19±5.22	49.54±6.12	56.44±6.74	48.98±6.33	66.72±5.36	57.89±5.11	50.44±5.21	54.30±5.12
T 值	0.0332	3.409	0.0738	6.3939	0.4256	6.5769	0.1092	4.1271
P 值	0.9735	0.0008	0.9413	0.0000	0.6714	0.0000	0.9133	0.0001

表 3 两组高血压合并冠心病患者血脂指标相比 { $\bar{x} \pm s$, mmol/L}

组别	总胆固醇		甘油三酯		低密度脂蛋白胆固醇	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=45)	6.56±1.31	3.78±1.21	2.37±0.56	1.25±0.33	3.42±0.54	1.98±0.23
对照组 (n=45)	6.57±1.22	4.66±1.15	2.35±0.65	2.00±0.56	3.45±0.58	2.33±0.43
T 值	0.0374	3.5363	0.1563	7.7402	0.2539	4.8149
P 值	0.9702	0.0006	0.8761	0.0000	0.8001	0.0000

3. 讨论

高血压是一种心血管综合症, 对患者的心脏、脑、肾脏等器官造成严重的损伤, 会导致脑卒中、冠心病等多种心脑血管疾病^[5-6]。高血压是导致各种心血管疾病的重要因素, 在高血压患者发病的同时, 还会产生血脂异常, 容易引起冠脉狭窄、阻塞等因素的作用, 从而引起心功能的变化, 引发冠脉狭窄和阻塞。高血压常常会引起左室壁增粗, 使心脏的血管变薄, 使心脏的血液循环受阻。同时, 长时间的压力会导致内皮细胞的损害, 从而加快冠心病的发展。

氨氯地平是一种常见的降压药物, 是一种钙离子拮抗剂, 它可以通过对周围的小动脉进行扩张, 减少血管周围的阻力, 减少体内的氧气和能量消耗, 起到很好的降压效果, 同时还可以扩大冠状动脉和冠状动脉, 提高心肌的氧气供应, 减轻高血压患者的临床表现。因为其发病机制是冠心病, 而高血脂症是冠心病的主要病因, 所以除了常规的降脂疗法外, 还需要进行相应的降脂。高密度脂蛋白胆固醇是一种能够抵抗动脉硬化的脂蛋白, 能够把包括血管壁在内的周围的胆固醇运送到肝中进行代谢, 再由人工胆汁把多余的胆固醇从体内排泄出去。低密度脂蛋白胆固醇是导致血管粥样硬化的重要的脂蛋白, 在血管内存在着低密度脂蛋白胆固醇。目前, 血脂与冠心病的关系以血浆和低密度脂蛋白胆固醇为主, 而在冠状动脉的发生与发展中起着举足轻重的角色^[7]。所以还可以配合一些调脂的药物, 如阿托伐他汀钙片。阿托伐他汀钙是目前临床上常用的第三代降脂药物, 在人体内被人体所吸收后, 其水解产物能有效地阻止羟甲戊二酰辅酶 A 还原酶。阿托伐他汀是目前最好的降血脂药物, 其抗心绞痛的效果已经得到国际上的广泛认可, 在临床上具有很高的临床应用价值。联合氨氯地平、阿

托伐他汀钙片治疗, 可以提高降压效果, 有利于调节血脂, 改善心功能。

综上所述, 氨氯地平、阿托伐他汀钙片联合治疗高血压合并冠心病具有重要效果, 可以推广。

参考文献:

- [1] 朱来成. 氨氯地平与阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病对患者心功能的影响分析 [J]. 实用中西医结合临床, 2022, 22(1): 11-13, 44.
- [2] 段盈伏. 氨氯地平联合阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病的效果观察 [J]. 黑龙江科学, 2022, 13(6): 124-125.
- [3] 贺正波, 束晨, 张明玺. 氨氯地平联合阿托伐他汀钙片对高血压合并冠心病病人免疫功能、血管内皮功能与炎症因子水平的影响 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18(8): 1276-1279.
- [4] 祁菲. 氨氯地平联合阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病患者的临床疗效观察 [J]. 中国实用医药, 2021, 16(16): 110-112.
- [5] 于丽丽, 康炜, 余晓英, 等. 氨氯地平联合阿托伐他汀钙片治疗高血压合并冠心病患者的临床研究 [J]. 中国临床药理学杂志, 2021, 37(20): 2734-2737.
- [6] 韩宁宁. 阿托伐他汀钙联合苯磺酸左旋氨氯地平治疗高血压合并冠心病的临床疗效及不良反应观察 [J]. 贵州医药, 2021, 45(7): 1102-1103.
- [7] 周雁花, 刘红阳, 周慧, 等. 阿托伐他汀钙片联合氨氯地平对中老年高血压合并冠心病患者血脂及血清 Apelin 水平的影响 [J]. 中国老年学杂志, 2020, 40(8): 1587-1589.

宫腔镜撬剥电切术在治疗子宫粘膜下肌瘤中的研究

胡凌杰 王美林* 伊晓娟 沙尼亚·玉素甫 张海丹

(伊犁哈萨克自治州妇幼保健院 妇科 新疆伊犁州 835000)

摘要: 目的: 探讨撬剥显露假包膜在宫腔镜子宫粘膜下肌瘤电切术中的应用体会、安全性和优越性。方法: 回顾性分析我院 2017 年 6 月至 2021 年 6 月间收治的 136 例 I 型及 II 型子宫粘膜下肌瘤患者。其中 69 例使用宫腔镜下传统电切术治疗粘膜下肌瘤(常规组)。另 67 例使用宫腔镜下撬剥电切术(撬剥组)。比较两组患者的手术时间、术中出血量、术后 48 小时阴道出血量与首次瘤体切尽率的差异。结果: 与常规组相比, 撬剥组的手术时间、术中出血量、术后 48 小时阴道出血量显著减少 ($p < 0.05$), 一次瘤体切尽率分别为 63/69 vs 67/67 ($p > 0.05$), 虽无显著差异, 但撬剥组切尽率高、疗效确切。结论: 宫腔镜下撬剥电切术是一种新型且安全可靠的方法, 较传统宫腔镜电切术式有明显优势, 具备解剖层次清晰, 切净率高, 减少残留, 避免分期手术, 出血少, 可有效避免子宫穿孔及周围脏器灼伤的诸多优点。在恰当的病例选择和手术技巧的娴熟掌握后, 可在 I 型及 II 型子宫粘膜下肌瘤中推广使用。

关键词: 宫腔镜; 子宫粘膜下肌瘤; 撬剥电切术; 假包膜

中图分类号: R713.4, R737.33 文献标志码 A

Application of pry stripping electroomy in hysteroscopic resection of submucous uterine fibroids

Hu Lingjie, Wang Meilin Yixiaojuan Shaniya · yusufu Zhanghaidan

(Department of gynecology, Ili Kazak Autonomous Prefecture maternal and child health hospital, Xinhua hospital of Ili in Kazakhstan automomous district, Xinjiang Uygur Autonomous Region Ili Kazak Autonomous Prefecture 835000, China)

Abstract: objective To study the experience, safety and reliability of pry stripping electroomy in hysteroscopic resection of submucous uterine fibroids. Methods Clinical data of 136 patients with type I and II submucous uterine fibroids which received hysteroscopic resection in our hospital from June 2017 to June 2021 were retrospectively analyzed. Among them, 69 cases received conventional hysteroscopic resection and served as control, another 67 cases received pry stripping electroomy. Operation time, blood loss, post-operational vaginal haemorrhage within 48 hours and initial excision rate were compared between two groups. Results When compared with the conventional group, pry stripping group can get significant shorter operation time, lower blood loss and lower post-operational vaginal haemorrhage within 48 hours ($p < 0.05$), and improved initial excision rate of the submucous uterine fibroids 63/69 vs 67/67 ($p > 0.05$). Conclusion Pry stripping electroomy in hysteroscopic resection of submucous uterine fibroids is a new, secure and reliable method than the conventional hysteroscopic surgical procedures. It can give specific advantages of reduction in bleeding and operation duration, achieving clear pseudocapsule, safer margins and avoiding residual fibroids, uterine perforation, thermal damage of surrounding organs. Thus can achieve effective clinic outcome and worthy of recommendation for type I and II submucosal uterine fibroids

Key words: Hysteroscopy; submucous uterine fibroids; pry stripping electroomy; pseudocapsule

子宫粘膜下肌瘤是突向宫腔内生长的一种肌瘤类型。由于肌瘤表面覆盖子宫内膜, 增加了子宫内膜面积, 影响经血排出, 可引起子宫异常收缩, 发生痛经。并伴有月经量多及周期紊乱、经期延长、不规则阴道流血、导致继发贫血、及继发不育等。传统的宫腔镜治疗方法是^[1-2]: 由宫腔向肌壁间瘤体逐步电切, 边电切边静滴缩宫素, 利用宫缩促使肌壁间瘤体凸向宫腔, 再进一步电切凸向宫腔的瘤体部分, 如此循序渐进。但对于 I 型及 II 型、尤其是较大的 II 型子宫粘膜下肌瘤, 如何缩短手术操作时间, 以减少子宫穿孔风险、减少出血量、并减低肌瘤残留率以避免再次手术, 仍有待进一步探索。我院实施了宫腔镜下撬剥电切术治疗子宫 I 型及 II 型粘膜下肌瘤, 认为撬剥显露假包膜安全可靠, 显著优于传统的宫腔镜电切术, 结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

纳入标准: 我院在 2017 年 6 月至 2021 年 6 月间收治的经 B 超检查, 临床明确诊断为 I 型及 II 型子宫粘膜下肌瘤, 依从性好的患者 136 例, 年龄 27~45 岁, 有明确与肌瘤相关的临床症状, 均拒绝经腹手术, 且要求保留子宫; 肌瘤直径 ≤ 7 cm, 无宫腔镜电切术绝对禁忌症, 均接受了宫腔镜下肌瘤电切术。排除标准: 妊娠期妇女, 有生殖道急性炎症者, 全身急慢性疾病, 凝血功能异常, 诊刮排除子宫内膜或粘膜下肌瘤恶性病变者。根据知情自愿的原则并取得知情同意书的前提下, 将患者随机分为两组, 67 例患者接受了宫腔镜下撬剥电切术治疗(撬剥组), 另 69 例接受传统的宫腔镜下电切术(常规组)。

本研究已获得我院伦理委员会的批准。

1.2 宫腔镜诊断与分型

根据荷兰 Haarlem 国际宫腔镜培训学校的粘膜下肌瘤的分型标准^[3]: 0 型为有蒂粘膜下肌瘤, 未向肌层扩展; I 型无蒂, 向肌层扩展 $< 50\%$; II 型无蒂, 向肌层扩展 $> 50\%$ 。术前行超声准确测量子宫粘膜下肌瘤肌壁间假包膜距离子宫浆膜层距离, 136 例均 ≥ 1 cm, 肌瘤直径均 ≤ 7 cm。

1.3 手术器械及参数

均使用德国 STORZ 的 30 度宫腔镜, 直径 1.9 cm, 长 30 cm; 360 度旋转单极电切割器; STORZ TM-H150CG 显示器; BB06743 型膨宫仪器, 膨宫液为 5% 葡萄糖液, 膨宫压力 90~100 mmHg, 膨宫液流量 100~160 ml/min。电切功率 45~60W。

1.4 术前准备及手术方法

常规术前检查与准备, 交代手术相关风险及并发症。术前三天每日 1 次碘伏溶液阴道擦洗, 术前 6 小时阴道放置米索前列醇片 0.4 μ g (北京紫竹药业有限公司生产) 以松弛和扩张宫颈。

术中采用静脉麻醉, 取膀胱截石位, 常规消毒铺巾, 首先置入诊断性宫腔镜检查粘膜下肌瘤与宫腔关系; 然后扩张宫颈管至 10~11 号, 连接史托斯宫腔镜电切系统, 再次检查膨宫仪压力与流量设定, 排空膨宫管内空气。常规组术式: 予以电切环由宫腔向肌壁间瘤体逐步电切, 边电切边静滴缩宫素, 利用宫缩促使肌壁间瘤体凸向宫腔, 再进一步电切凸向宫腔的瘤体部分, 如此循序渐进。对于 II 型无蒂,

向肌层扩展>50%，瘤体假包膜距子宫浆膜≥1cm的病例需B型超声监测下电切，如肌壁间电切创面与子宫浆膜较近且静滴缩宫素无法将肌壁间残余瘤体挤向宫腔时需终止手术，待二期手术。撬剥组根据肌瘤类型决定以下两种术式：①对于II型无蒂，向肌层扩展>50%，瘤体假包膜距子宫浆膜≥1cm的病例需B型超声监测，予以8mm电切环自突入宫腔的瘤体表面向宫壁方向逐步电切，注意保留瘤体与宫壁附着处0.5cm的瘤体表面内膜。当切除大部分突入宫腔的瘤体后，采用撬剥法显露假包膜：自瘤体假包膜与宫壁间寻找间隙，予以电切环或电凝球推凝分离，此时包膜间营养血管清晰可见，予以电凝。注意同时缓慢静滴缩宫素，适当减低膨宫压力20~30%，保持宫腔镜出水孔小流量开放，以防止在肌层过薄处发生子宫壁穿孔。当部分肌壁内瘤体被撬剥游离时，予以电切环自肌壁内瘤体表面向宫腔方向电切。遵循边撬剥边电切的原则，可反复将瘤体切成直径约10mm小条状以缩短手术时间；而一次性过多撬剥可致瘤体大部分游离摆动不利于电切进行。②I型无蒂，向肌层扩展<50%，瘤体假包膜距子宫浆膜≥1.5cm的病例，操作娴熟者可无需B型超声监测。对于5cm以下的I型瘤体，较粗的电切镜头不易用电切环伸入包膜间进行撬剥，可用电凝球分离撬剥，同时静脉点滴缩宫素使肌瘤突向宫腔，遵循边“挤压”边撬剥，边电切原则。直至切净瘤体。术中出血计算：进水量减去出水量（采用一次性无纺布带塑料薄膜巾单收集出水量）。

1.5 术后处理

两组均静脉输注0.9%氯化钠或林格液加缩宫素20单位促子宫收缩，抗炎治疗3天。瘤腔较大者宫腔内置双腔导尿管1根，球囊内注入0.9%氯化钠注射液，球囊体积根据瘤体切后子宫收缩情况而定一般为瘤体的1/4~1/3，对于瘤体小、出血少的病例放置5~10ml体积水囊防止宫腔粘连。水囊于术后24小时后每2小时放液1/2，放液2~3次可完全取出。术后48小时予以称重法^[4]+双腔水囊引流血液之和统计阴道出血量：即（术后48小时浸血棉垫重量—清洁棉垫重量）/1.05+术后48小时宫腔双腔水囊引流液。术后常规应用人工周期治疗（雌-孕周期序贯）。住院观察3-4天，复查血常规，无感染、阴道流血不多者可出院。

1.6 术后随访

术后1、3、6个月时分别随访B超，了解肌瘤残存、子宫形态复旧，经量改善、有无感染、肌瘤复发或残留情况。

1.7 统计学处理

采用SPSS 13.0统计学软件进行数据分析，手术时间、术中或术后48小时阴道出血量以“均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）”表示，采用两独立样本t检验。计数资料以百分率（%）来表示，使用卡方检验。设定P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料比较

两组患者的平均年龄、肌瘤分型、肌瘤最大直径、经量增多例数详见表1，两组间比较差异均无统计学意义（P>0.05）。

表1 两组术前情况比较（ $\bar{x} \pm s$, n=36）

分组	N	年龄（岁）	肌瘤分型		肌瘤最大直径（cm）	经量增多者
			I型	II型		
常规电切组	69	32.68 ± 3.58	26	43	5.81 ± 0.74	22
撬剥电切组	67	33.15 ± 4.62	23	44	6.32 ± 0.83	19
P值		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2.2 手术情况

常规组69例子宫I型及II型粘膜下肌瘤患者中，其中63例顺利行宫腔镜下传统电切术。余6例II型粘膜下肌瘤，因术中瘤体较大，凸入肌壁较深，电切时电切环距子宫浆膜较近，静滴缩宫素后肌瘤挤压至宫腔不明显，且术中出血较多，故终止手术，待二期手术施行电切。撬剥组67例子宫I型及II型粘膜下肌瘤患者均顺利进

行宫腔镜下的撬剥电切术。两组患者术后均恢复良好，无一例子宫穿孔、感染、周围脏器损伤、过度水化综合症等并发症。住院3~4天后复查B超无一例肌瘤残存。术后病理学检查均为子宫平滑肌瘤。两组患者的“手术时间、术中出血量及术后48小时阴道出血量”均有显著性差异（P<0.001），首次瘤体切尽率虽无统计学差异，但撬剥电切组均一次性切尽，疗效显著，优于常规电切组（表2）。

表2 两组手术情况比较（ $\bar{x} \pm s$, n=36）

分组	N	平均手术时间（min）	平均术中出血量（ml）	首次瘤体切尽率（%）	术后48小时阴道出血量（ml）
常规电切组	69	81.92 ± 12.15	60.41 ± 8.72	91.3.5（63/69）	28.75 ± 10.16
撬剥电切组	67	44.27 ± 7.46 *	28.62 ± 4.53 *	100（67/67）	17.36 ± 8.02 *

注：* P<0.001 vs 常规电切组。

2.3 随诊情况及疗效评价

所有患者均于术后第1、3、6个月来院复诊，2例患者术后3月复诊后失访。通过术后及时的人工周期治疗，132例患者月经量与既往相当，2例肌瘤较大者月经量较既往略有减少。常规组6例残存肌瘤患者分别在术后6月，二次宫腔镜下予以切尽，术后随访至6月均恢复满意。各随访周期的超声均提示子宫大小形态均基本正常，撬剥组未发现一例残存肌瘤或复发。

3 讨论

宫腔镜下撬剥电切术治疗I型及II型子宫粘膜下肌瘤的优点。首先是出血明显减少，传统的I型及II型子宫粘膜下肌瘤行宫腔镜下电切，主要依靠缩宫素将肌壁间瘤体挤压向宫腔，然后电切，肌瘤营养血管显露欠清晰，电切术中止血较为被动，易致大出血、穿孔等严重并发症，对初学者来说并不是很安全的手术。我院采用的撬剥电切术，在撬剥显露肌壁间假包膜时，肌瘤的营养血管清晰可见，及时予以电凝球或电切环预先阻断血运，止血方便主动。大大减少了术中

及术后48小时内的出血量，事实上因撬剥术手术时间短，瘤体假包膜完整，膨宫压力较低，术中膨宫液的重吸收及经输卵管排向盆腔的液体量均较少。其次是可有效避免子宫穿孔的发生，对于较大的II型子宫粘膜下肌瘤，突入肌壁较多且距子宫浆膜层较近者，传统电切往往存在子宫穿孔风险，术中对B超监测的依赖性较高，我院采用的宫腔镜撬剥电切术，尤其适用于II型粘膜下肌瘤，向肌层扩展>50%，且瘤体假包膜距子宫浆膜≥1cm者，只要符合上述要求，瘤体大者反而易于撬剥。改变了传统的自瘤体表面向肌壁内电切的高风险手术操作模式，改为撬剥肌壁间瘤体后自肌壁间向宫腔方向电切，同时降低宫压，无一例子宫穿孔。再次是明显减少周围脏器灼伤，对于较大的II型子宫粘膜下肌瘤，突入宫腔较多且距离浆膜接近1cm时，传统单机电切时产生的高温环境易波及贴敷于该处浆膜面的子宫外脏器，且并发症临床症状出现较晚，因此术中预防尤为重要。而我院采用的宫腔镜撬剥电切术，撬剥瘤体后自肌壁间向宫腔方

（下转第59页）

全髋关节置换术与半髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折临床价值的比较分析

白胜伟

(山西华晋骨科医院骨科 山西省太原市 030400)

摘要: 目的: 探究全髋关节置换术和半髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的疗效比较。方法: 对 2020 年 1 月-2022 年 1 月在我院进行治疗的 200 例老年股骨颈骨折的患者, 随机进行分组, 对照组及观察组, 每组 100 例。观察组给予全髋关节置换术进行治疗, 对照组给予股骨头置换术治疗。对两组患者疼痛情况、疗效及并发症发生情况进行比较。结果: 观察组的疼痛状况较对照组显著改善, 疗效显著提高, 且术后并发症发生率低。结论: 全髋关节置换术与半髋关节置换术用于治疗老年股骨颈骨折进行比较, 全髋关节置换术疗效更好, 术后并发症发生率低, 减轻患者痛苦。全髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折有着十分重要的意义, 临床值得推广。

关键词: 全髋关节置换术; 半髋关节置换术; 老年股骨颈骨折; 效果比较

股骨颈骨折多发生于老年人群, 随着人口老龄化趋势的不断严峻, 该病的临床发病率呈现出逐年升高的发展趋势[1]。老年人, 特别是女性一般多存在骨质疏松症, 骨折之后往往会继发骨折不愈合以及股骨头无菌性坏死的情况, 其发病率可高达 20%以上[2]。如何提高老年股骨颈骨折的临床愈合率以及降低并发症发生率, 对于患者、家庭乃至整个社会均具有十分重要的意义与价值[3]。基于此, 我院先后引进了全髋关节置换术以及半髋关节置换术来治疗老年股骨颈骨折的治疗, 虽然这两种方式都有取得一定的治疗效果, 但是在治疗后不良症状的表现以及治疗效果却有显著的差异。为了要判定究竟是哪一种置换术更具有临床推广意义, 随机抽取了 2020 年 1 月-2022 年 1 月在我院进行治疗的 200 例老年股骨颈骨折病人, 将其分为全髋置换组和半髋置换组, 采用不同的置换术进行治疗, 然后仔细观察病人接受手术的质量如何, 以期能够提高老年股骨颈骨折的治疗效果以及质量。目前, 临床上尚无一种有效治疗老年股骨颈骨折的方法, 一般采用髋关节置换术对其进行治疗, 主要包括两种类型, 即全髋关节与半髋关节置换术。本研究对比分析了上述两种类型髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的临床疗效, 现报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

2020 年 1 月-2022 年 1 月在我院治疗的股骨颈骨折的患者 200 例进行随机分组, 分为观察组和对照组, 各 100 例。其中实验组男 66 例, 女 34 例, 年龄 68-89 岁, 平均年龄 (74.32±2.36) 岁, 按照 Garden 分类: III 型 58 例, IV 型 42 例, 左髋关节 36 例, 右髋关节 64 例; 对照组男 60 例, 女 40 例, 年龄 69-87 岁, 平均年龄 (73.58±3.57) 岁, 按照 Garden 分类: III 型 66 例, IV 型 34 例, 左髋关节 42 例, 右髋关节 58 例。两组患者的以上条件均无显著差异(P>0.05), 因此具有可比性。

1.2 方法

患者术前应控制血压、血糖, 心率保证平稳状态, 所有患者均进行硬膜外麻醉, 观察组患者给予全髋关节置换术, 对照组患者给予半髋关节置换术, 术后均使用抗感染药物, 防止血栓形成。

2. 结果

观察组的疼痛状况较对照组显著改善, 疗效显著提高, 且术后并发症发生率低。

观察组与对照组患者疼痛情况比较[N (%)]

组别	例数	轻度	中度	重度
观察组	100	78 (78.00)	20 (40.00)	2 (4.00)
对照组	100	56 (56.00)	20 (40.00)	24 (48.00)

3. 讨论

随着老龄化形势不断严峻, 各种老年疾病的临床发病率逐渐上升, 其中老年股骨颈骨折则是一种较为常见的骨科疾病。股骨颈位于股骨头与粗隆连线之间, 由于人体解剖结构对骨折部位承受较大剪力起到决定性作用, 加上老年患者本身所具有的骨质疏松, 轻微的外界暴力便会导致患者出现骨折症状。若股骨颈骨折会对股骨颈囊中的血管环产生破坏性作用, 使得股骨头的供血受到限制, 从而对骨折愈合产生较大的影响。相关文献资料报道称, 股骨颈骨折术后不愈合发生率约为 19%, 股骨头出现缺血性坏死率约为 20%。目前, 临床上尚无一种有效治疗老年股骨颈骨折的方法, 在临床上应用传统的牵引手术与内固定手术治疗老年股骨颈骨折, 不仅会导致骨折不愈合以及坏死情况的发生, 而且还会由于患者长期卧床出现褥疮、感染等不良并发症。因此, 在临床上应充分地考虑尽可能快地恢复患者的活动能力, 这样才可以有效预防以及降低各类并发症的发生率, 以缓解患者不良心理情绪反应, 改善患者预后状况。

本研究对比分析了全髋关节置换术与半髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折的临床疗效, 结果显示, 两种手术方法疗效均较为确切, 对机体创伤程度较小, 可使得患者尽早下床进行简单活动。虽然髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折在临床上的应用比较广泛, 然而目前老年股骨颈骨折选择全髋关节置换术还是半髋关节置换术治疗, 尚存在较大的争议。全髋关节置换术手术时间显著大于半髋关节置换术, 对机体创伤较大, 股骨颈骨折患者基本都为老年人, 人体的整个生理机能降低, 因此难以适应全髋关节置换术对机体产生的创伤, 从而显著增加了手术风险。此外, 全髋关节置换术对手术医生的要求非常高, 必须做到精确, 才可以有效预防术后关节滑脱情况的发生。

综上所述, 全髋关节置换术与半髋关节置换术用于治疗老年股骨颈骨折进行比较, 全髋关节置换术疗效更好, 术后并发症发生率低, 减轻患者痛苦。全髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折有着十分重要的意义, 临床值得推广。

参考文献:

[1] 顾剑华, 沈灏, 陈云苏, 等. 髋关节置换术治疗老年股骨颈骨折 Meta 分析[J]. 中华关节外科杂志(电子版), 2016, 4 (4): 500-506.

[2] 吴梅祥, 白波, 钱东阳, 等. 高龄老年人股骨颈骨折人工全髋与半髋关节置换术的选择[J]. 中华关节外科杂志(电子版), 2017, 3 (3): 315-319.

[3] 张东亮, 刘军, 田峥巍, 等. 髋关节置换术并发症原因分析及其防治分析[J]. 当代医学, 2017, 18 (2): 45.

左氧氟沙星与头孢哌酮舒巴坦联合治疗老年肺炎的临床效果及不良反应发生率影响分析

王纬久

(山东省新泰市第二人民医院 山东新泰 271219)

摘要: 目的: 探讨在进行肺炎患者的临床治疗时, 选择头孢哌酮舒巴坦与左氧氟沙星作为治疗药物的治疗效果, 评估其临床可应用性。方法: 本次研究实验时段设置为 2019 年 4 月至 2021 年 6 月, 在该时段录入 86 名肺炎患者作为研究对象, 本次研究进行前瞻性对照实验, 按要求将患者分为对照组与实验组, 单组设置 43 名患者。对照组患者接受治疗时, 由医务人员采用头孢哌酮舒巴坦进行治疗, 而实验组患者在应用左氧氟沙星开展患者的治疗工作, 在治疗完成后由医务人员记录患者的炎症指标, 并按要求评估患者的总有效率。结果: 在本次研究结果显示, 两组患者在接受治疗后, 体内炎症状况均得到一定的改善, 而实验组患者的炎症指标明显更低, 提示实验组患者的临床症状改善更为良好, 数据经对比分析差异显著 ($P < 0.05$)。而在研究结果中, 实验组患者总有效率高于对照组, 数据对比差异限制 ($P < 0.05$)。结论: 在进行肺炎患者的临床治疗时, 将左氧氟沙星应用于患者的治疗中, 能够使患者的临床症状得到改善, 并降低患者体内的血清炎症反应, 提高患者的治疗总有效率。

关键词: 头孢哌酮舒巴坦; 左氧氟沙星; 肺炎; 炎症因子分析

肺炎在临床上属于呼吸内科的常见病, 这种疾病的发病率较高, 导致这种病情出现的原因, 与病原菌感染和代谢产物的多方面因素有较为密切的关联, 肺炎属于一种临床上较为常见的呼吸系统慢性疾病这种疾病的发病率较高, 并且对于患者的健康产生的影响极大^[1]。而在对患者进行实际治疗是为了保障患者的治疗效果, 在对患者进行实际治疗时, 医务人员往往采用抗生素等药物进行治疗, 但治疗效果并不理想, 反而长期的用药可能会导致患者出现一系列的不良反应^[2]。医务人员认为在进行患者的临床治疗时, 需将多种药物进行联合应用, 通过合理的用药调整, 能够使患者的治疗总有效率得到优化和改善^[3]。本次研究探讨在进行肺炎患者的临床治疗时, 选择头孢哌酮舒巴坦与左氧氟沙星作为治疗药物的治疗效果, 评估其临床可应用性, 现总结如下。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

本次研究实验时段设置为 2019 年 4 月至 2021 年 6 月, 在该时段录入 86 名肺炎患者作为研究对象, 本次研究进行前瞻性对照实验, 按要求将患者分为对照组与实验组, 单组设置 43 名患者。对照组男性患者 23 例, 女性患者 20 例, 年龄于 56-72 (63.4±1.49) 岁之间, 实验组男性患者 22 例, 女性患者 21 例, 年龄于 59-73 (64.1±2.1)。

所有患者在入院后由医务人员对其资料进行记录, 并按要求评估患者的机体状况, 可耐受本次实验, 患者一般资料经对比分析可进行本次对比, 具有良好可比性 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

在本次研究中所有患者接受治疗期间, 医务人员需按要求为患者应用 500mg 甲硝唑对患者进行静脉滴注患者每日用药一次, 在此基础上对患者进行分组用药对比。

对照组患者在接受治疗时采用头孢哌酮舒巴坦作为治疗药物, 每日为患者用药两次, 选择 2g 头孢哌酮舒巴坦对患者进行静脉滴注用药, 患者连续治疗 3 天为一个疗程。

实验组内患者在接受治疗时, 在对照组的用药基础上, 由医务人员给予患者左氧氟沙星进行治疗, 将 200mg 左氧氟沙星为患者进行静脉滴注, 患者每日用药 2 次, 患者连续接受三天治疗为一个疗程。两组患者在接受治疗时, 需要根据患者的状况进行密切观察, 及时处理患者的不良反应, 积极保障患者用药的安全性。

1.3 评价标准

根据两组患者的治疗效果以及生活质量评分进行比较。治疗效果判定标准: 显效: 患者临床症状基本消失, 肺部病灶消除, 病灶组织消失, 患者的炎细胞数量基本恢复正常; 有效: 患者临床症状有所改善, 肺部病灶减少超过 60%, 患者的出血症状得到有效的控制; 无效: 患者临床症状未发生变化, 病灶未变化, 患者的临床症状未见明显改善。(显效+有效)/总例数×100%=总有效率。

治疗完成后, 医务人员按要求对所有患者的炎症指标进行记录评估, 所有患者治疗完成后的个体恢复状况。

1.4 统计学方法

本次研究选择 windows 软件 spss 21.00 for windows 进行医疗数据统计, 采用卡方检验以及 P 值检验判断最终结果统计学意义, 若 $P < 0.05$ 则统计学意义存在, 若 $P > 0.05$ 则统计学意义不存在。

2 结果

2.1 两组患者的炎症指标对比

实验结果显示, 相较于对照组来说, 实验组患者的各项炎症指标数据明显更低, 提示实验组患者体内的炎症状况得到有效的控制, 组间差异显著 ($P < 0.05$)。

表 1 两组患者的炎症指标对比

组别	WBC (X10 ⁹ /L)	PLT (X10 ⁹ /L)	CRP (mg/L)
实验组 (n=43)	4.84±1.68	223.84±103.85	11.26±7.26
对照组 (n=43)	6.94±2.03	249.85±106.16	23.85±8.12
T	8.2471	9.5474	8.4750
P	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 两组患者的治疗总有效率对比

而在实验结果中发现, 相较于对照组来说, 实验组患者的治疗总有效率明显更高, 组内数据对比差异显著 ($P < 0.05$)。

表 2 两组患者的治疗总有效率对比

组别	显效	有效	无效	总有效率	复发率
实验组 (n=43)	21	20	2	95.35%	6 (13.95%)
对照组 (n=43)	12	18	13	69.77%	13 (30.23%)
X ²	-	-	-	8.4711	8.1456
P	-	-	-	0.0000	0.0000

3 讨论

该病主要传播途径为飞沫、误吸上呼吸道定植菌、肺外感染位置血液等，患者在身体抵抗力降低时或者有基础疾病的患者，患病率高于普通人群，主要是在医院外社区环境中被微生物入侵感染导致的肺炎，最主要的致病菌就是肺炎链球菌和肺炎支原体^[4]，当然也包含肺炎衣原体、流感嗜血杆菌、金黄色葡萄球菌等。对该病进行研究后发现，主要诱发因素可能和年龄较大、吸烟、基础疾病以及在近期有大量喝酒、服用β-内酰胺类抗生素等有关，一般表现为发热、咳嗽、身体发冷等表现，另外也可能有全身症状、胸部症状和肺外症状，倘若未及时给予药物进行治疗，症状加重可能还会引发其他疾病^[5]，医务人员采用及时有效的措施对患者进行治疗，能够有助于改善患者的临床症状，使患者的病情得到控制。

左氧氟沙星是其中一种常用药物，左氧氟沙星属于氧氟沙星的左旋体，其抗菌效果是氧氟沙星的两倍，并且能够对病菌起到较强的抑制作用，不会对患者的机体功能产生直接的影响^[6]。头孢哌酮舒巴坦属于第 3 代头孢菌素类抗生素，这种药物对于肠杆菌科细菌具有强大的抑菌活性，能够有效对患者的病情进行控制，将其应用于患者的治疗中能够有助于改善患者的病情，两种药物联合应用产生的治疗效果良好，有助于促进患者的病情恢复。

综上所述，在进行肺炎患者的临床治疗时，将左氧氟沙星应用于患者的治疗中，能够使患者的临床症状得到改善，并降低患者体内的血清炎症反应，提高患者的治疗总有效率。

参考文献：

[1]陈巧,刘海莲. 头孢哌酮舒巴坦联合优质护理对老年社区获得性肺炎患者的临床疗效观察[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2021, 5(09):127-129.

[2]万小培. 探讨乳酸左氧氟沙星与头孢哌酮舒巴坦联合治疗老年肺炎的临床效果[J]. 人人健康, 2021, (06):85-86.

[3]李红梅. 头孢哌酮舒巴坦联合左氧氟沙星治疗老年肺炎效果观察[J]. 现代养生, 2021, 21(02):43-46.

[4]聂冰霞. 头孢哌酮舒巴坦联合左氧氟沙星治疗老年肺炎 40 例对炎症水平的影响[J]. 现代诊断与治疗, 2020, 31(20):3228-3229+3347.

[5]陈桂香,朱碧媛,赵思婷. 左氧氟沙星与头孢呋辛治疗肺炎的药物经济学分析[J]. 中外医学研究, 2020, 18(21):169-171.

[6]邓创豪,康奕飞,张丹婷,梁惠贤. 左氧氟沙星联合头孢哌酮他唑巴坦对 COPD 并发感染性肺炎患者肺功能的影响[J]. 黑龙江医药, 2020, 33(03):553-555.

(上接第 56 页)

向电切，同时适当降低宫压，增加膨宫液流量，从而降低局部电切温度，遇肌壁薄弱处亦可有效避免灼伤子宫外脏器。然后是可减少肌瘤残存，避免分期手术。无论 I 型或 II 型子宫粘膜下肌瘤，亦无论融合或单发型肌瘤，只要瘤体距离子宫浆膜≥1 cm 时均可采用撬剥电切术。术中根据瘤体大小及肌壁弹性，决定使用镜头联合电切环撬剥、或是使用镜头联合电凝球撬剥。对于瘤体小，肌壁质地较韧者，镜头不易入伸肌瘤假包膜层分离撬剥，可选择使用电凝球撬剥，同时配合使用缩宫素，边撬剥边电切。对于较大的 II 型粘膜下肌瘤撬剥反而易行。先撬剥后电切杜绝了肌瘤残存问题。最后是住院时间短，手术安全、创面光滑、术野清晰、容易止血、出血少、手术时间短、膨宫冲洗液用量少，无瘤体残存，对子宫收缩复旧影响小，术后阴道流血量少。患者并发症少。由于我院采用此术式尚处于起步阶段，需住院 3~4 日以排除手术相关的并发症，如在大样本资料中推广该术式，则可大大缩短住院时间，降低住院费用。

宫腔镜下撬剥电切术的注意事项。首先是病例选择，无论 I 型或 II 型子宫粘膜下肌瘤，无论融合或单发型肌瘤，只要瘤体距离子宫浆膜≥1cm 时均可采用撬剥电切术，术前应经有经验的 B 超医师仔细观察瘤体假包膜至子宫浆膜层的距离，凡肌壁薄于 1 cm，或界限不清晰，或疑有瘤体贯穿肌壁者一律为禁忌症。其次是术中注意膨宫压及流量的调整，对 II 型子宫粘膜下肌瘤行宫腔镜撬剥电切时，应注意撬剥深度越贴近子宫浆膜，膨宫压力应相应更低，接近 20~30% 的下限，事实上此时对膨宫的要求并不高，因撬剥操作主要是在肌壁间进行，但仍应保持宫内压力相对稳定。撬剥时减低宫压同时增加膨宫液流量，保持出水口小流量开放，达到降低撬剥电凝中局部温度，避免热传导损伤周围脏器。此外，低宫压下操作不影响术野，亦可减少水中毒的发生率。最后是撬剥术的相关技巧，对于 I 型粘膜下肌瘤，肌壁较厚，弹性较差或假包膜间隙狭小者，不易将镜头伸入其间撬剥，此时应配合点滴缩宫素的同时使用点凝球推凝分离；而对于较大的

II 型粘膜下肌瘤反而易于撬剥，因瘤体大，肌壁已被扩张，弹性较好，使用镜头及电切环撬剥的同时膨宫液也使包膜间积水或水肿，更加利于撬剥，解剖层次清晰，使用恰当可明显减少出血；术后宫腔放置水囊及应用人工周期主要为预防宫腔粘连，水囊不易过大，否则不利于子宫复旧。

总之，宫腔镜下撬剥电切术是一种新型且安全可靠的方法，宫腔镜下使用撬剥术逐步显露和处理假包膜，对技术熟练者来说是比较安全的，具备解剖层次清晰，切净率高，减少残留，避免分期手术，出血少，可有效避免子宫穿孔及周围脏器灼伤的诸多优点。经文献检索，该撬剥技术在经尿道前列腺电切术中有应用^[5-7]。但在子宫粘膜下肌瘤的宫腔镜电切中，尚未见报道。建议在恰当的病例选择和手术技巧的娴熟掌握后，在 I 型及 II 型子宫粘膜下肌瘤中推广使用。

参考文献：

[1]徐敏,王春桃,许丹等. 宫腔镜电切术治疗子宫内息肉的临床疗效分析[J]. 东南大学学报(医学版), 2017, 36(5):742-745.

[2]黄珊珊. 黏膜下 II 型子宫肌瘤宫腔镜电切术联合米非司酮治疗的临床效果观察[J]. 中国急救医学, 2017, 37(z1):304-305.

[3]廖文彦,杨春芬,秦永喜等. 宫腔镜电切术联合子宫动脉栓塞治疗难治性胎盘残留的临床效果[J]. 中国内镜杂志, 2019, 25(9):75-79.

[4]金耀娟,李霞. 宫腔镜电切术治疗子宫黏膜下肌瘤对生殖预后影响[J]. 中国急救医学, 2017, 37(z2):104-105.

[5]陈惠惠. 宫腔镜电切术治疗子宫内息肉的疗效及安全性研究[J]. 中国现代医学杂志, 2019, 29(16):113-116.

[6]冯敏清,陈向东,张汝坚等. 高强度聚焦超声联合宫腔镜电切术治疗子宫黏膜下大肌瘤的临床研究[J]. 中国计划生育和妇产科, 2019, 11(10):80-83.

[7]唐莉鸿,张爱华,张洪娟等. 宫腔镜电切术改善剖宫产术后轻度子宫切口憩室临床症状的效果分析[J]. 中国微创外科杂志, 2017, 17(9):798-799, 817.

脊柱外科术后脑脊液漏并颅内感染的诊治分析

庄 丽

(安徽医科大学第一附属医院绩溪路总部 230000)

摘要: 目的: 分析在脊柱外科手术结束之后, 患者出现脑脊液漏并伴随颅内感染的治疗效果。方法: 选择医院在 2019 年-2021 年间进行的 11 例脊柱外科手术中出现脑脊液漏并伴随颅内感染的患者作为研究对象, 其中 5 位患者使用单纯抗感染治疗, 1 位患者采取皮下引流管抗感染, 另外 5 位抗感染与腰大池引流相结合。结果: 参与研究的患者病情都得到了控制。结论: 脊柱外科手术结束之后, 患者出现脑脊液漏导致颅内感染的情况, 需要根据每一个患者实际情况制定不同的治疗方案, 尽早的发现并及时控制感染, 是保障治疗效果的关键。对于严重渗漏的患者可以采取腰大池引流联合抗感染的方式采取治疗。

关键词: 脊柱外科; 颅内感染; 脑脊液漏

前言:

在现今科技的不断发展中, 无菌条件得到了较大的改善, 同时也推动手术的进步, 在脊柱外科手术开展中, 出现脑脊液漏并颅内感染的情况比较少, 且在临床医学发展中有着一定的治疗经验。

1、资料与方法

1.1 一般资料

选择医院在 2020 年-2021 年间进行的 11 例脊柱外科手术中出现脑脊液漏并伴随颅内感染的患者作为研究对象, 其中 5 位患者使用单纯抗感染治疗, 1 位患者采取引流抗感染, 另外 5 位抗感染与腰大池引流相结合。其中患者年龄分布在 29-56 岁之间, 在治疗中均采取的是后路减压、融合并内固定术治疗, 在完成手术之后使用常规的留置负压引流管。

1.2 方法

患者的引流量小于 50ml/d 的, 在手术之后的 3 天左右就可以将引流管拔除, 并在药物上使用美罗培南+万古霉素进行抗感染治疗, 患者需要保持俯卧位休息, 进行局部的加压, 加强补液等措施, 主要根据患者脑脊液的结果制定治疗的方案^[1]。对于引流量处于 50-300ml/d 之间的患者, 要继续使用留置皮下引流管引流的措施, 同时结合美罗培南+万古霉素开展抗感染治疗, 患者需要进行局部加压与补液等, 根据检验得到的结果制定治疗方案。如果有着明显的改善, 就会逐渐减少引流量, 将皮下引流管拔除, 开展抗感染治疗; 如果引流量没有减少, 就需要采取腰大池引流管, 继续开展抗感染治疗^[2]。当患者的引流量大于 300ml/d, 在使用美罗培南+万古霉素进行抗感染治疗的同时, 需要在其手术后的 5d 左右拔除皮下引流管, 采取腰大池引流管, 联合使用药物靶内注射, 当患者引流量减少之后, 就可以拔除腰大池引流管。

2、结果

表 1 两组患者感染时间与治疗周期

感染时间	平均时间	治疗周期	平均时间
(5-11) d	(7.45±1.74) d	(14-23) d	(19.54±2.71) d

3、讨论

随着现今外科无菌条件的不断改善, 以及医生手术技术的不断进步, 在脊柱外科手术之后出现感染的病例不断减少, 出现脑脊液漏并颅内感染的案例更少。如果在脊柱外科固定术后出现脑脊液漏没有及时的发现, 就很容易导致患者出现比较少见的硬膜下血肿、小脑水肿等情况^[3]。如果没有及时的发现患者出现感染迁移的情况并接受治疗, 就很容易出现颅内感染的情况, 严重的情况下会影响到患者的神经功能, 甚至于出现脊髓囊肿、二次手术脑积水等。现今, 针对于脊柱外科手术可能伴随出现的脑脊液漏、颅内感染等报道较少, 更多的是以手术病例报道。

在脊柱外科的治疗中, 急症合并严重开放性损伤较多, 其中就包含了脊柱三柱结构的破坏、椎体滑脱以及椎体骨折等情况, 其中比较常见的为硬脊膜损伤, 甚至于部分的患者出现完全破损的情况, 这些都是因为原发性脑脊液漏所导致的。原发性损伤的情况在治疗中较为明确, 通常选择使用硬脊膜缝合修复的方法, 但是一部分的患者会出现硬脊膜完整离断的情况, 无法采取常规的缝合处理措施, 继而选择

使用脑膜补片减压缝合与生物胶封闭硬脊膜腔的处理方法。如果患者接受检查之后, 发现其硬脊膜的损伤比较明确, 就需要使用腰大池引流与皮下引流管, 将患者的脑脊液引流出来, 促使其硬脊膜能够尽快愈合。但是外部的伤害所造成的后果是不可控的, 通常情况会出现污染或隐匿的伤口, 就会导致患者出现合并局部软组织感染的情况、脑脊液漏蔓延到颅腔内部等, 导致患者出现颅内感染的情况^[4]。对于一些是脊柱开放性损伤的患者, 当其一些特征符合抗感染治疗的指标时, 在临床的医学治疗中, 会强化对脑脊液漏发生以及颅内感染等情况的关注, 根据患者的相关身体数据指标进行及时的处理, 或者是事先采取一些预防感染的措施。对于出现闭合性损伤或择期手术的患者, 往往出现脑脊液漏的情况较为隐匿, 一旦发生感染之后就需要进行处置, 但是这种处置时间比较晚。

在现今脊柱外科手术的开展中, 更多的是趋向于微创, 引入了多种现今的手术器械, 在手术的开展中并不容易对硬脊膜造成损害, 同时也降低了患者出现脑脊液漏等概率。但是在临床医学的发展中依旧存在着一定的发生概率, 导致出现的原因也是比较多的, 例如细微骨碎屑刺伤等情况, 都可能会出现少量可见或不可见的脑脊液漏^[5]。如果出现比较明显的破损, 在手术的过程中就需要使用带筋膜软组织或者是人工硬膜进行及时的修补, 但是很容易忽略泄露比较少时硬脊膜损伤的情况, 在俯卧手术中脊柱的压力并不高, 手术中的脑脊液漏情况并不显著, 一旦体位发生改变, 即便是再小的破孔, 也会出现脑脊液漏的情况, 需要在临床上多加关注。

结语:

总的来讲, 在进行脑脊液漏与合并颅内感染的治疗中, 需要促成漏口的愈合处理, 同时强化对感染的控制。二者之间相辅相成, 缺一不可, 当患者的感染得到及时的控制, 就能够促进漏口的愈合。对于一些引流比较少的患者, 使用体位调整与局部加压包扎等方式, 对其漏口采取封闭措施, 对于部分引流比较大的患者, 使用腰大池引流降低漏口对脑脊液的冲击, 促进患者的漏口愈合。

参考文献:

- [1] 彭焯辉, 王汉宇, 李力仙. 腰椎脑脊液引流在神经外科的应用[J]. 中国急救医学, 2021, 41(09): 808-811.
- [2] 陈子建, 朱园润, 杨小锋. 人工脑膜应用对去骨瓣减压术后颅内感染风险的影响[J]. 浙江创伤外科, 2021, 26(02): 199-201.
- [3] 王世华, 朱金君, 朱坤灿等. 开颅脑肿瘤术后颅内感染的特点与相关危险因素分析[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2020, 27(S1): 8-9.
- [4] 刘振锋, 闫前锦, 谢江涛. 舍曲林对脑外伤术后脑脊液漏伴颅内感染患者焦虑、抑郁情绪的疗效[J]. 国际精神病学杂志, 2020, 47(05): 1042-1044.
- [5] 柏瑞, 赵丽娜, 徐兆威等. 经鼻内镜垂体瘤切除术中颅底重建策略及术后颅内感染因素分析[J]. 中国肿瘤临床, 2020, 47(14): 723-728.

作者简介: 庄丽(1988年3月)女, 汉族, 安徽省合肥市人, 学士学位, 现就职于安徽医科大学第一附属医院绩溪路总部, 主管护师。

CPAP 治疗轻度新生儿呼吸窘综合征临床经验

苏晓静

(云南省丽江市永胜县妇幼保健院 云南丽江 674200)

摘要: 目的: 分析 CPAP 治疗轻度新生儿呼吸窘综合征临床经验。方法: 选取轻度新生儿呼吸窘综合征患者 60 例, 随机均分为对照组和观察组, 对照组进行常规治疗, 观察组进行 CPAP 治疗, 对比治疗效果、肺功能指标以及血气指标。结果: 观察组治疗效果、肺功能指标以及血气指标优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: CPAP 治疗轻度新生儿呼吸窘综合征可提高治疗效果, 改善患者的肺功能指标以及血气指标。

关键词: CPAP; 轻度新生儿; 呼吸窘综合征; 临床经验

轻度新生儿呼吸窘综合征是指新生儿在出生后呼吸困难、通气不足或氧合不良的一种病理状态。这种病理状态通常发生在早产儿或胎龄较小的婴儿身上, 其肺部尚未完全成熟, 导致肺泡表面活性物质 (surfactant) 不足。肺泡表面活性物质是一种由肺泡上皮细胞产生的润滑剂, 具有降低肺泡表面张力、防止肺泡塌陷和保持肺泡通气功能的作用。然而, 在早产儿或胎龄较小的婴儿身上, 肺泡表面活性物质的生成不足, 导致肺泡的张力增加, 使得呼吸过程中肺泡充气困难, 进而出现呼吸窘迫和氧合不良的症状。CPAP 治疗是指持续气道正压通气 (Continuous Positive Airway Pressure), 通过给予患者恒定的正压气流来维持气道的通畅, 以改善呼吸功能和氧合。在 CPAP 治疗中, 气流通过面罩、鼻导管或气管插管等装置送入患者的气道, 使气道保持开放状态, 减轻呼吸困难和缺氧情况^[1]。CPAP 治疗的原理是通过提供持续的正压气流, 增加气道内部的气压, 防止气道塌陷和阻塞, 从而改善患者的通气和氧合情况。这种正压通气能够帮助扩张肺泡, 促进肺的成熟和功能的恢复, 减少肺泡塌陷, 提高肺部通气量和氧合水平。CPAP 治疗常用于治疗新生儿呼吸窘迫综合征、早产儿呼吸困难综合征、睡眠呼吸暂停综合征等呼吸系统疾病。它可以作为一种独立的治疗方法, 也可以与其他治疗措施 (如气管插管、机械通气) 结合使用。需要注意的是, CPAP 治疗需要在医生的指导下进行, 以确保治疗的安全和有效性。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 2 月~2023 年 2 月轻度新生儿呼吸窘综合征患者 60 例, 随机均分为对照组和观察组, 每组 30 名。观察组男女比例为 17:13, 平均年龄为 (5.28±1.26) d。对照组男女比例为 16:14, 平均年龄为 (5.21±1.03) d ($P > 0.05$)。

纳入标准: (1) 经临床确诊为轻度新生儿呼吸窘综合征; (2) 经过患者家属同意。

排除标准: (1) 先天性疾病。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组进行常规治疗: (1) 保持温暖和湿润环境: 新生儿需要保持适宜的温度, 在保温箱或温暖的环境中保持体温稳定。此外, 保持湿润的环境有助于预防呼吸道黏膜的干燥。(2) 氧气供应: 给予额外

的氧气支持, 以确保足够的氧合。通常使用氧气面罩或氧气导管来提供氧气。氧气浓度的调整需要根据婴儿的血氧饱和度进行监测。(3) 监测和调整呼吸支持: 密切监测婴儿的呼吸频率、呼吸深度和呼吸节律。如果婴儿出现呼吸困难, 可能需要提供呼吸支持。(4) 提供充分饮食和营养: 保证新生儿获得足够的营养是促进肺部成熟和康复的重要因素。根据婴儿的情况, 可能需要通过母乳喂养、人工喂养或静脉输液来提供充分的营养支持。(5) 定期监测和评估: 密切监测婴儿的氧合状况、呼吸情况和生命体征。定期进行血气分析、血常规等检查, 以评估治疗效果和婴儿的健康状况。(6) 肺表面活性物质的补充治疗: 对于严重症状或持续呼吸困难的婴儿, 可能需要给予人工合成的肺表面活性物质来促进肺泡的稳定和呼吸功能的改善。

1.2.2 观察组

观察组进行 CPAP 治疗: (1) 确定适应症: 根据新生儿的临床症状和呼吸困难程度, 医生会判断是否适合使用 CPAP 治疗。通常, 轻度呼吸窘综合征的病例是适应 CPAP 治疗的。(2) CPAP 设备准备: 准备好 CPAP 设备, 包括一个连通气管和带有面罩或鼻导管的呼吸机。确保设备的清洁和消毒。(3) 面罩或鼻导管适配和定位: 根据新生儿的年龄和大小, 选择合适尺寸的面罩或鼻导管。将面罩或鼻导管正确地安放在新生儿的面部或鼻腔, 并确保适当的贴合。(4) 设置合适的气道正压: 根据新生儿的病情和需要, 医生会根据监测数据和临床判断来设定合适的气道正压水平。这个水平通常是根据医生的经验和新生儿的反应来调整的。(5) 监测和调整: 一旦 CPAP 治疗开始, 医生和护士会密切监测新生儿的呼吸频率、心率、氧饱和度和其他相关指标。根据监测结果, 医生可能需要调整 CPAP 水平或其他参数, 以确保治疗效果的最大化。(6) 定期评估: 治疗过程中, 医生会定期评估新生儿的病情和治疗效果。根据评估结果, 医生可能会决定是否继续 CPAP 治疗或转换到其他治疗方法。

1.3 观察指标

对比治疗效果、肺功能指标以及血气指标。

1.4 统计学方法

统计学结果由 SPSS26.0 统计学软件统计完成, 若组间数据对比结果差异显著 $P < 0.05$, 则具有统计学意义。

2 结果

2.1 对比治疗有效率

观察组患者的治疗效果优于对照组 ($P < 0.05$)。

表 1 对比治疗有效率[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	30	13 (43.33)	9 (30.00)	8 (26.67)	22 (73.33)
观察组	30	16 (53.33)	12 (40.00)	1 (3.33)	29 (96.67)
χ^2	-	-	-	-	6.405
P	-	-	-	-	<0.05

2.2对比肺功能指标

观察组肺功能指标优于对照组 (P<0.05)。

表 2 比较肺功能指标[$(\bar{x} \pm s)$]

组别	FEV1 (L)	FVC (L)	FEV1/FVC (%)	IC (L)	FRC (L)	
干预前	对照组 (n=30)	1.25±0.12	2.04±0.08	54.28±5.21	1.13±0.25	3.54±0.21
	观察组 (n=30)	1.24±0.21	2.05±0.28	53.69±2.35	1.15±0.21	3.53±0.31
干预后	对照组 (n=30)	1.33±0.09	2.21±0.32	56.28±5.14	1.60±0.24	3.35±0.21
	观察组 (n=30)	1.55±0.04	2.42±0.24	62.17±5.42	1.92±0.14	3.04±0.02
t _{组间干预前}	0.214	0.024	0.012	0.847	0.024	
P _{组间干预前}	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	
t _{组间干预后}	15.268	-23.296	13.541	12.874	15.987	
P _{组间干预后}	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	

2.3 对比血气指标

观察组血气指标优于对照组 (P<0.05)。

表 3 比较血气指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	血气分析指标 (mmHg)	
		PaO ₂	PaCO ₂
观察组	30	85.49±6.38	35.54±3.44
对照组	30	79.54±5.49	48.63±6.31
t	-	9.412	8.086
P	-	<0.05	<0.05

3 讨论

轻度新生儿呼吸窘综合征是指新生儿在呼吸时出现较快、较浅的呼吸,呼吸频率增加,呼吸节律不规则。可能伴有鼻翼扇动、胸骨上提等呼吸辅助肌肉参与呼吸。婴儿可能呼吸急促,甚至出现呼吸暂停。由于肺泡张力增加,氧气难以进入血液,导致血氧饱和度下降。这可能导致皮肤发绀,唇周围和指甲床发绀。婴儿的呼吸声音可能变得粗哑或有呼吸困难的喘息声。

常规护理支持治疗包括监测和观察、提供适当的呼吸支持(如吸氧)、维持温暖、保持水电解质平衡等。这些措施相对简单,不需要特殊的设备和技术。常规治疗通常是非侵入性的,不需要使用呼吸机或气道插管等设备,因此风险较低。对于轻度呼吸窘综合征的新生儿来说,常规治疗通常能够缓解症状,并有助于疾病的自然康复。常规治疗不会干预新生儿的自然呼吸过程,有助于促进肺部成熟和自主呼吸的发展。但是,常规治疗也存在着劣势。常规治疗方法可能无法提供持续有效的呼吸支持,特别是对于病情较重的新生儿。这可能导致呼吸困难和缺氧的持续存在。对于病情较重或进展迅速的新生儿呼吸窘综合征,仅依靠常规治疗可能无法快速改善症状和氧合情况,需要采取更积极的治疗方法。常规治疗需要密切监测新生儿的病情和生命体征,以及定期评估治疗效果。这需要专业医护人员的持续关注和努力。因此,

临床提出采用CPAP治疗轻度新生儿呼吸窘综合征。

本次研究选用分组研究法,可得出结果:观察组治疗效果以及临床指标优于对照组 (P<0.05),分析原因为:CPAP治疗能够通过给予恒定的正压气流,维持新生儿的气道通畅,防止气道塌陷和阻塞,从而改善呼吸功能和氧合情况。相比常规治疗,CPAP治疗能够提供更持续和有效的呼吸支持,减少呼吸困难和缺氧的发生。CPAP治疗能够扩张肺泡,促进肺部成熟和功能的恢复。通过增加肺泡的气量和通气量,CPAP能够改善肺泡表面活性物质的生成和分泌,提高肺的顺应性和通气能力。相比于机械通气,CPAP治疗对新生儿的呼吸系统和肺部负担较小。它不需要气管插管和呼吸机的使用,减少了因插管或机械通气而引起的并发症风险,如气压伤、气胸、呼吸道感染等。CPAP治疗通常通过面罩或鼻导管等非侵入性的装置进行,便于患儿进行观察和护理。患儿可以保持较为自然的姿势,能够与家人进行亲密接触和喂养,提供更好的护理环境。CPAP治疗的具体效果和适用范围会因患儿的具体情况而有所不同。治疗方案应根据医生的评估和判断来制定,以确保安全性和有效性^[2-3]。

综上所述,CPAP治疗轻度新生儿呼吸窘综合征可提高治疗效果,改善患者的肺功能指标以及血气指标。

参考文献:

[1]李丹. 前馈控制理论指导下 NEWS 病情评估护理在新生儿呼吸窘迫综合征 CPAP 治疗中的应用[J]. 内蒙古医学杂志, 2023, 55(1):115-118, 122.
 [2]苏婕,石静云,张小妮,等. 微创肺表面活性物质应用在早产儿呼吸窘迫综合征中的临床研究[J]. 中国妇幼健康研究, 2023, 34(6):48-52.
 [3]廖凤如. 综合护理干预在新生儿呼吸窘迫综合征 CPAP 治疗中的应用效果[J]. 自我保健, 2023, 27(7):222-223.

慢性淋巴细胞性甲状腺炎临床诊治分析

陈志峰 王付超 田明明 黄超

(宿迁市第一人民医院普外科 江苏宿迁 223800)

摘要: 目的: 临床分析慢性淋巴细胞性甲状腺炎患者的诊断及治疗。方法: 回顾性方法分析, 选取本院于 2021 年 5 月-2022 年 5 月收治的 38 例慢性淋巴细胞性甲状腺炎患者作为此次研究对象, 作为研究组。同时选取同期收治的 38 例健康者为对照组, 均采用超声检查来诊断, 同时确诊的慢性淋巴细胞性甲状腺炎患者给予适当治疗, 分析诊断及治疗效果。结果: 研究组患者的收缩期峰值流速 (62.11 ± 4.89)、阻力指数 (0.79 ± 0.13) 均高于对照组 (26.15 ± 4.90 、 0.47 ± 0.11), 有显著差异 ($P < 0.05$)。研究组患者的左叶前后径数值 (1.15 ± 0.28)、右叶前后径数值 (1.11 ± 0.22)、峡部前后径数值 (0.31 ± 0.25) 均低于对照组 (2.15 ± 0.36 、 2.34 ± 0.14 、 0.70 ± 0.11), 均有显著差异 ($P < 0.05$)。38 例慢性淋巴细胞性甲状腺炎患者中 30 例保守治疗, 甲状腺功能基本恢复正常, 8 例手术治疗后恢复良好。结论: 慢性淋巴细胞性甲状腺炎患者采用超声诊断, 可提高诊断率, 给予及时治疗, 可改善预后。

关键词: 慢性淋巴细胞性甲状腺炎; 诊断; 治疗; 效果

慢性淋巴细胞性甲状腺炎(Chronic Lymphocytic Thyroiditis, CL)也称之为桥本甲状腺炎, 是一种自身免疫疾病。起病相对较缓, 但病程较长, 由于临床症状无特异性, 容易与其他疾病相混淆, 增加了临床误诊及漏诊率。已有临床研究表明^[1]: 在环境因素、遗传因素的共同作用下可引发慢性淋巴细胞性甲状腺炎疾病, 但其发病机制尚不明确。但部分学者认为慢性淋巴细胞性甲状腺炎的主要病因是患者自身免疫功能异常, 临床表现为 TpoAb 浓度升高, 但 TpoAb 是一种细胞毒性作用的抗体, 与细胞毒性 T 细胞与 Th1 型细胞因子一起促进了炎症损伤, 最终破坏了甲状腺滤泡细胞。现阶段, 临床尚无特效治疗方法, 多根据患者病变程度、实际情况选择针对性治疗, 进而改善预后。已有临床学者通过研究发现^[2]: 超声在慢性淋巴细胞性甲状腺炎患者诊断中有重要意义。本文现分析慢性淋巴细胞性甲状腺炎患者的诊断及治疗, 现报告如下:

1、资料与方法

1.1 一般资料

选取 38 例慢性淋巴细胞性甲状腺炎患者为此次研究对象, 时间来源于我院自 2021 年 5 月-2022 年 5 月, 纳入标准: 由于甲状腺呈现肿大症状、颈部不适感来院就诊; 患者临床资料较完整; 自愿参与此次研究。排除标准: 严重心肝肾功能性疾病者; 器质性疾病及其他内分泌疾病者; 精神异常者; 临床资料不完整者; 无法配合此次研究者。将其作为研究组。同时选取同期来院体检的 38 例健康者为对照组, 其基本资料如下表 1 所示: 经比较, 无显著差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

超声诊断: 选择彩色多普勒超声诊断仪, 探头频率设置为 6-12MHz。检查者取仰卧位, 于检查者颈部下方垫软枕, 将头部保持后仰状态, 充分暴露检查者颈部, 待探头在检查者颈部甲状腺位置进行纵切、横切、斜切等方式进行扫查, 详细探查受检者的甲状腺大小、回声、形态及边界等, 根据血流现象, 观察病灶位置, 记录

各项检查数据。

表 1 两组基本资料比较

组别	男/女	年龄(岁)
对照组(n=38)	23/15	45.47±1.06
研究组(n=38)	24/14	45.83±1.97
t	0.155	0.167
P	0.015	0.454

治疗方法: 确诊的慢性淋巴细胞性甲状腺炎者采用保守治疗, 采用 1ml 空针吸取 5mg 地塞米松针剂, 将其注射到甲状腺 2 侧叶各 2.5mg, 隔日 1 次, 连续治疗 1 个疗程(10-15 次)。在注射时应避开血管、气管及神经。患者甲状腺功能低下者或者正常者, 可口服 20-40mg 甲状腺素片, 每日 1 次。

对于符合手术治疗的患者给予外科手术。合并有恶性结节者可行全甲状腺切除术治疗, 合并微小癌者可行甲状腺腺叶切除术。术后常规口服优甲乐。

1.3 观察指标

观察及比较两组超声诊断参数(收缩期峰值流速、阻力指数、左叶前后径数值、右叶前后径数值、峡部前后径数值)及治疗效果。

1.4 统计学分析

采用统计学软件 SPSS17.0 进行统计分析, 以 $P < 0.05$ 表示两组数据检测有统计学意义。

2、结果

2.1 诊断比较

见下表 2 所示: 研究组患者的收缩期峰值流速、阻力指数高于对照组, 经对比, $P < 0.05$, 有统计学意义。且研究组者的左叶前后径数值、右叶前后径数值、峡部前后径数值低于对照组, $P < 0.05$, 有统计学意义。

表 2 甲状腺相关参数比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	收缩期峰值流速 (cm/s)	阻力指数 (cm/s)	左叶前后径数值 (cm)	右叶前后径数值 (cm)	峡部前后径数值 (cm)
对照组(n=38)	26.15±4.90	0.47±0.11	2.15±0.36	2.34±0.14	0.70±0.11
研究组(n=38)	62.11±4.89	0.79±0.13	1.15±0.28	1.11±0.22	0.31±0.25
t	11.433	16.477	8.367	9.255	10.944
P	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001

2.2 治疗效果

38 例慢性淋巴细胞性甲状腺炎患者中经过保守或者手术治疗后, 患者甲状腺功能恢复正常。

3、讨论

甲状腺由左右两侧叶及峡部所组成, 甲状腺峡位于第 2-4 气管软骨前方, 是内分泌系统的重要器官之一, 与神经系统相互作用及相互配合。近年来, 由于受到各种因素影响, 慢性淋巴细胞性甲状腺炎发病率逐年增高。根据流行性病学显示, 慢性淋巴细胞性甲状腺炎发病率约 12.34%, 好发于 30-60 岁女性, 但其他年龄也可发病。其中 10% 的患者有家族史, 表明此病有遗传易感性, 但其他学者多认为此病是由多因素共同作用而引发的。该病最为常见的症状为全身乏力, 多数患者无咽喉部不适感, 约 15% 的患者有咽喉有局部压迫感或者甲状腺区隐痛^[3]。甲状腺可出现轻度、中度肿大, 质地光滑, 也有部分患者出现甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退、甲状腺功能正常等。由此可见, 此病可出现多种临床表现, 若仅仅从临床症状是无法判断的。因此, 寻求有效及安全的诊断方法具有重要意义。

超声是临床常用的医学影像学诊断技术, 在超声波的作用下观察患者病灶情况, 采用超声检查可清晰的呈现受检者病灶位置、大小、形态及血流信号等, 进而有效辨别患者病情。超声检查慢性淋巴细胞性甲状腺体时, 呈现弥漫性的回声降低, 且分布不均匀, 腺体呈现分散的条状中强回声或者网络状回声^[3]。甲状腺存在弥漫性的轻度或者中度增大情况, 峡部尤其明显。加上腺体内的血流信号强度较高, 局部呈现低回声区, 呈现出“火海”征。采用超声检查, 可发现受检者中存在以上情况, 则可确诊为慢性淋巴细胞性甲状腺炎。甲状腺实质血流信号表现各异, 可轻度或者中等程度, 也可在正常范围。部分患者实质内呈现高血供, 当甲亢时甲状腺实质内动脉血流峰值速度为每秒 50-120cm, 但慢性淋巴细胞性甲状腺炎者甲状腺动脉的流速低于甲亢。已有研究表明慢性淋巴细胞性甲状腺炎的峰值血流速度低于 65cm/s^[4]。慢性淋巴细胞性甲状腺炎者收缩期峰值流速、阻力指数值升高, 而左叶前后径数值、右叶前后径数值、峡部前后径数值下降, 可有效鉴别慢性淋巴细胞性甲状腺炎。

超声诊断慢性淋巴细胞性甲状腺炎时, 应注意与其他甲状腺疾病的鉴别。(1) 甲状腺癌。慢性淋巴细胞性甲状腺炎与甲状腺癌均会出现甲状腺肿大、结节、质硬, 两者容易混淆^[5]。但甲状腺癌多事单发性, 超声影像表现出低回声结节, 边界不规则且回声不均匀。(2) 甲状腺腺瘤。甲状腺腺瘤的超声影像表现为椭圆形或者圆形, 由于腺瘤内有包膜, 其边界相对较光滑整齐, 周围有低回声晕圈^[6]。(3) 结节性甲状腺肿。结节性甲状腺肿的声像图表现为腺体表面不光滑, 两叶腺体不对称, 其边界也不清晰, 可出现高回声、低回声或者中等回声等。结节间可见到纤维分隔光带。

现阶段, 慢性淋巴细胞性甲状腺炎者尚无特效治疗方法, 在原则上不宜采取手术治疗, 常用甲状腺替代治疗、抗甲状腺治疗及糖皮质激素治疗, 具体根据患者实际情况选择治疗方法。若患者甲状腺轻度肿大, 且无甲状腺功能减退者, 可采用甲状腺素替代治疗, 对于不同患者可采用不同的剂量及疗程^[7]。一般情况下, 可从小剂量开始, 并逐渐加量, 直至甲状腺缩小, 在逐渐减量。一般临床治疗进程为 2 年, 其甲状腺肿大及好转, 待甲状腺恢复正常后则可停药。糖皮质激素治疗往往用于甲状腺疼痛及肿大者, 地塞米松是临床常见的激素类药物, 可改善细胞物质代谢过程, 诱导细胞死亡后起到较好的免疫抑制剂及抗炎效果^[8]。同时也可降低甲状腺自身产生抗体滴度, 缩小肿大的甲状腺。临床应认识到老年人的病程相对较长, 由于甲状腺纤维化较严重, 其疗效并不明显。对于试用甲状腺抑制剂治疗 3 个月后, 若无其他变化的甲状腺结节或者增大, 应警惕发生甲状腺肿瘤的可能

性。对于长时间服用甲状腺制剂的患者, 应留意心脏及骨质疏松的发生。对于伴有甲亢者, 可采用 β 2-阻滞剂来治疗。若患者的发病较急, 且甲状腺肿大者, 有颈部肿胀不适或者疼痛者, 可采用 10mg 泼尼松片来治疗, 用药 1-2 个月后可减量及停用。若患者有复发倾向, 需终生服药治疗^[9]。但对于孕妇而言, 孕期的甲状腺机能减退患者甲状腺素剂量需增加。但是过量的甲状腺素则对胎儿的脑发育有一定副作用, 应慎用。

当患者有手术指征则可采用手术治疗, 一般手术会加重甲状腺组织破坏性, 促进甲状腺功能低下, 需谨慎选择。临床对于符合以下指标的患者可采用手术治疗: 甲状腺明显肿大且疼痛明显; 甲状腺激素治疗 2-3 个月无效; 甲状腺内有明显肿块, 可疑为恶性病变者; 合并有甲状腺癌者。在手术后还应采用抗甲状腺治疗, 以防复发^[10]。慢性淋巴细胞性甲状腺炎的手术方式可采取个体化方法, 基本原则是单纯慢性淋巴细胞性甲状腺炎压迫气管, 切除峡部组织, 可不用双侧次全及全切除术治疗。若单纯性的慢性淋巴细胞性甲状腺炎, 且为单侧局灶病变, 可进行单侧部分切除加峡部切除。若是双侧病变, 可进行峡部切除或者双侧部分的切除^[11]。对于合并结节性的甲状腺腺瘤、甲状腺肿, 应切除所合并的结节, 最大限度保留甲状腺组织。若合并甲亢时, 可进行双侧甲状腺次全切除, 每侧可保留 5-6g 的腺体。甲状腺不对称的实质性孤立性肿块, 可进行肿块并峡部切除。

综上所述, 超声在慢性淋巴细胞性甲状腺炎诊断中有较高应用价值, 同时根据患者实际病情选择合适的治疗方法。

参考文献:

- [1] 范晴敏, 董凤林, 杨雅静, 等. 超声在慢性淋巴细胞性甲状腺炎背景下的结节诊断中的价值[J]. 中华医学超声杂志: 电子版, 2020, 17(1):7-8.
 - [2] 张光武. 超声在慢性淋巴细胞性甲状腺炎背景下的结节诊断中的价值[J]. 母婴世界, 2020, 3(29):116-117.
 - [3] 淳林, 翟飞, 付志平, 等. 甲状腺乳头状癌合并慢性淋巴细胞性甲状腺炎 45 例临床分析[J]. 健康必读, 2020, 4(33):1-2.
 - [4] 战云, 左溢华. 慢性淋巴细胞性甲状腺炎的超声诊断效果分析[J]. 中国保健营养, 2020, 30(36):386-387.
 - [5] 黄霓, 何承芳. 探讨超声诊断不同时期慢性淋巴细胞性甲状腺炎的价值[J]. 影像研究与医学应用, 2019, 3(10):225-226
 - [6] Sabounji M M, Ndiaye A, Adogble L M. Late Onset Peripheral Spondyloarthritis in Woman with Hashimoto's Thyroiditis: A Case Report[J]. Case Reports in Clinical Medicine, 2021, 10(10):7-8.
 - [7] 王迪, 刘亚超, 邹曙东, 等. 超声对不同功能状态下慢性淋巴细胞性甲状腺炎的诊断价值[J]. 现代实用医学, 2019, 31(12):1597-1599.
 - [8] 刘胜玉. 超声弹性成像诊断 Graves 病和慢性淋巴细胞性甲状腺炎的价值[J]. 中国疗养医学, 2019, 28(5):534-536.
 - [9] 孔岩, 陈涛, 田萌萌. 超声弹性成像技术对慢性淋巴细胞性甲状腺炎结节的鉴别诊断价值[J]. 中国现代医学杂志, 2018, 28(35):102-106.
 - [10] 李松涛, 杨大恒, 孙杭, 等. 甲状腺功能血清学指标结合超声检查在鉴别儿童毒性弥漫性甲状腺肿与慢性淋巴细胞性甲状腺炎中的价值[J]. 诊断学理论与实践, 2020, 19(6):600-604.
 - [11] 郑英淑. 甲状腺乳头状癌合并慢性淋巴细胞性甲状腺炎的病理特征分析[J]. 养生保健指南, 2019, 3(42):174-175.
- 作者简介: 陈志峰, 男, 本科, 1979, 宿迁市第一人民医院普外科。

移动 DR 床边摄影在重症患者 PICC 置管术中的应用价值

范铁兰 徐艳^{通讯作者} 刘莉 汪玲 姚丽君 梁凌

(中国人民解放军联勤保障部队第 902 医院 安徽蚌埠 233000)

摘要: 探讨移动 DR 床边摄影技术在重症患者 PICC 置管术中的应用价值。**方法:** 对 108 例无法自行去放射科摄影行 PICC 置管术的重症患者应用移动 DR 床边摄影, 观察中心静脉导管的尖端位置, 分析移动 DR 摄影技术对 PICC 置管术的指导意义。**结果:** 观察移动 DR 摄影图像显示: 96 例患者导管尖端位置准确, 符合临床要求, 12 例患者在移动 DR 多次摄影观察、调整后, 均达到临床治疗要求。**结论:** 使用移动 DR 摄影技术对行 PICC 置管术的重症患者进行床边摄影, 能及时观察中心静脉导管尖端的位置, 第一时间对导管位置做出调整, 保证 PICC 在重症患者中的治疗效果, 对临床治疗起着重要的指导作用。

关键词: 移动 DR 技术, 床边摄影, PICC 置管术, 重症患者

引言

经外周穿刺中心静脉导管置管术 (PICC) 是应用于长期或者需要多次进行静脉给药的患者的一种治疗方式, 是经引导针将硅胶导管插入患者静脉的一种方法, 在肿瘤患者治疗中使用较为广泛^[1]。PICC 置管术具有操作简单、静脉给药方便、留置时间长, 感染率低等优点^[2]。美国 INS 指南说明, 在进行 PICC 置管中导管尖端的最佳位置是在上腔静脉末端, 即上腔静脉与右心房入口处^[3]。传统的 PICC 置管术多为盲穿, 难以保证一次成功, 且因操作不当、护理不当或患者存在血管变异而导致的穿刺不良反应, 如静脉血栓、局部感染、导管异位, 直接影响治疗效果^[4]。由于每个患者的血管走行与条件各有不同, 能否保证重症患者 PICC 位置准确, 还需要移动 DR 床边摄影确定。随着科技的发展, X 线机的放射剂量减小, 在 X 线机引导下进行 PICC 置管术, 在保护手术区域无菌的同时, 可及时在穿刺过程中发现导管的异位, 以便及时纠正^[5-6]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2021 年 1 月~2022 年 12 月行 PICC 置管术的重症患者 108 例, 进行移动 DR 床边摄影检查, 该 108 例患者中, 男性 62 例, 女性 46 例, 年龄 22~83 岁, 平均年龄 56 岁; 病种以肿瘤为主, 其中乳腺癌 31 例, 胃癌 25 例, 结肠癌 16 例, 脑瘤 12 例, 肝癌 7 例, 胰腺癌 4 例, 卵巢癌 3 例, 食管癌 2 例, 脑出血 6 例, 胃肠功能紊乱 2 例。

1.2 移动 DR 型号及投照参数

采用北京岛津公司移动式数字摄影 X 线系统, 型号 MUX-1000J 的移动 DR 床边摄影机。投照参数: 65KV ± 5KV, 8.0mAs ± 0.3mAs, 摄影距离 100cm。

1.3 导管型号及属性

选用美国巴德公司生产的单、双腔 PICC 导管, 单腔导管型号为 4Fr, 双腔导管型号为 5Fr, 两种导管均可在 X 线下显影。

1.4 方法

严格无菌操作下对无法自行去放射科摄影的重症患者进行床边 PICC 置管术后, 行移动 DR 床边摄影, 查看中心静脉导管尖端位置, 位置不理想者, 随即纠正, 再行摄片检查, 直至位置准确。

2 结果

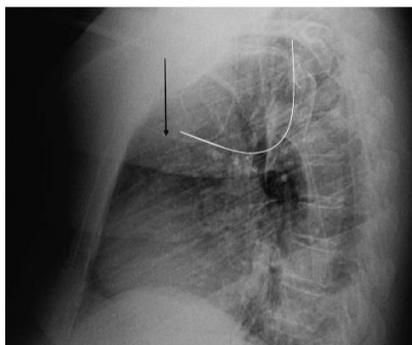
108 例行 PICC 置管术患者中, 通过移动 DR 床边摄影显示: 96 例患

者导管尖端位置准确, 符合临床使用要求, 另 12 例患者在移动 DR 多次摄影调整后均达到理想位置。

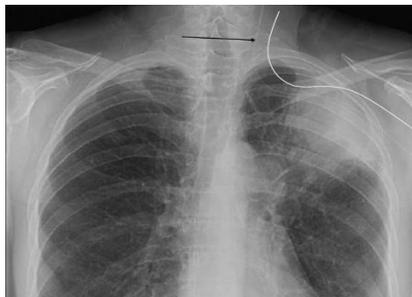
图 1~图 4 为移动 DR 床边摄取的异常图片



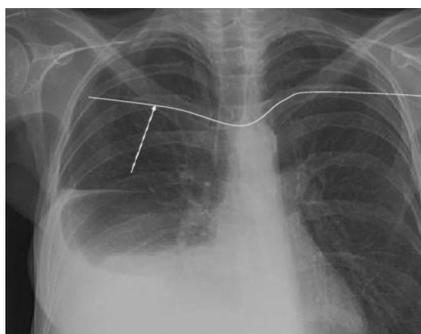
图一 导管尖端进入奇静脉



图二 导管尖端进入乳内静脉



图三 导管尖端进入同侧颈内静脉



图四 导管尖端进入对侧锁骨下静脉

108例重症患者行PICC置管术后移动DR床边摄影结果统计见表1。

表1 108例重症患者行PICC置管术后移动DR床边摄影结果

导管位置	患者例数
正确	96
误入颈内静脉	4
误入锁骨下静脉	2
误入腋下静脉	2
不正确	
误入乳内静脉	1
误入奇静脉	1
导管置入过浅	1
导管置入过深	1

3 讨论

20世纪末，PICC技术迅速进入我国，为定期化疗、长期补液和外周静脉通道欠佳患者治疗的重要手段^[7]。相比反复外周浅静脉的频繁穿刺，它具有感染率低、成功率高、危险性小、留置时间长等优势，避免反复穿刺给患者带来的痛苦，减少药物外渗所致的并发症，因此，临床应用越来越广泛。有研究显示，当PICC导管位于上腔静脉与右心房入口处时，比导管位于其他部位，如外周静脉、头臂静脉等，可更有效减少皮肤感染、血液栓塞、导管堵塞和静脉炎的发生率^[8,9]。徐志宾等^[10]分析认为，实际应用中以右侧第6、7后肋间隙作为定位标志为宜。王晓等^[11]研究发现，气管隆凸下1.2~2.8个胸椎单元可作为判断PICC尖端的最佳位置。气管隆凸位于上腔静脉和CAJ之间，位置比较固定，受病人呼吸及观察者视差影响较小，因此气管隆凸可作为定位标志^[12]。置管后胸部X线定位，仍是目前公认的“金标准”。针对重症活动不便的患者，使用移动DR床边摄影，可在进行PICC置管术时，根据临床需要得到多幅不同位置的图像，根据需要对所获图像进行窗口窗位调整，放大等处理，观察导管在体内的准确位置，提高置管成功率，有效预防和解决PICC导管异位的发生，减少并发症。通过移动DR摄影技术，对导管位置实时调整，及时观察调整后导管的位置和所处形态^[13]。对比导管调整前后的效果，进一步为临床提供准确的诊断信息。

参考文献:

[1]Morano S G, Latagliata R, Girmenia C, et al. Catheter-associated bloodstream infections and thrombotic risk in hemato-oncologic patients with peripherally inserted central catheters (PICC) [J]. Supportive Care in Cancer. 2015. 1-7.

[2]Liu Z, Chen J, Zan L, et al. Exploring the risk factors of thrombosis and bloodstream infections in peripherally inserted central catheter (PICC) patients [J]. Journal of biomaterials and Tissue Engineering, 2019, 9(7):929-934.

[3]叶沙, 邓君玲, 倪虹, 等. 不同尖端定位技术对PICC置管术后并发症的影响 [J]. 中南医学科学杂志, 2015, 43(2): 230-233

[4]Tao F, Wang X, Liu J, et al. Perioperative application of midline catheter and PICC in patients with gastrointestinal tumors [J]. Journal of BUON, 2019, 24(6):2546-2552.

[5]高伟, 张子齐, 朱俊林, 等. 床边数字化 X 线摄影在 PICC 置管术中的应用 [J]. 中国医疗设备, 2013, 28(9): 162-163.

[6]Piggot K D, Nykanen D G, Smith S. Computed tomography angiography successfully used to diagnose postoperative systemic-pulmonary artery shunt narrowing [J]. Case Reports in Cardiology, 2011, 1-4.

[7]丁新红, 曹琪, 任国琴. 血液肿瘤患者 PICC 置管静脉与导管直径最佳比例的研究 [J]. 中华现代护理杂志, 2019, 25(6): 720.

[8]Waterhouse J, Bandisod V, Brandon D, et al. Evaluation of the use of a stabilization device to improve the quality of care in patients with peripherally inserted central catheters [J]. AACN Advanced Critical Care, 2014, 25(3): 213-220.

[9]Huo L, Li J, Wang Y, et al. Study on automatic venipuncture device and control system [J]. Chinese Journal of Medical Instrumentation, 2017, 41(3): 200-203.

[10]徐志宾, 徐远, 施瑜, 等. PICC 术后胸片上导管尖端定位标志的选择及临床应用 [J]. 医学影像学杂志, 2016, 26(9): 1612-1615.

[11]王晓, 魏秀红, 张秀霞, 等. 经外周置入中心静脉导管尖端最佳位置定位的可靠影像学标志研究 [J]. 重庆医学, 2019, 48(3): 525-528.

[12]梁明柱, 陈晓君, 秦培鑫, 等. CT 定位上腔静脉在评价 PICC 置管中的应用价值 [J]. 临床放射学杂志, 2017, 36(7): 984-988.

[13]Modjtahedi B S, Rong A, Bobinski M, et al. Imaging characteristics of intraocular foreign bodies: a comparative study of plain film X-ray, computed tomography, ultrasound, and magnetic resonance imaging. [J]. 2015, 35(1):95-104

作者简介: 范铁兰, 女, 主管护师, 护士长, 研究方向: 中心静脉导管;

通讯作者: 徐艳, 解放军第九〇二医院门诊部, 主管护师, 护士长。

HER-2 基因表达对乳腺癌前哨淋巴结转移性质的影响研究

陈强¹ 王翔² 通讯作者²

(1.承德医学院 河北承德 067000; 2.承德市中心医院 河北承德 067000)

摘要:目的:探究 HER-2 基因的表达对乳腺癌前哨淋巴结转移性质的影响。方法:本次研究对象数量共为 100 例,均经临床确诊为乳腺癌,均于 2022 年 5 月-2023 年 5 月期间正式进入承德市中心医院接受规范治疗。根据患者有无发生前哨淋巴结转移,将其分为无转移组、低转移组、高转移组三个组别,各有 49 例、30 例、21 例。对三组患者均进行乳腺癌原病灶 HER-2 基因表达情况、前哨淋巴结转移灶 HER-2 基因表达情况的检测。结果:无转移组中 8 例患者乳腺癌原病灶的 HER-2 基因为阳性,阳性率为 16.33%,低转移组、高转移组阳性例数分别为 11 例、14 例,阳性率分别为 36.67%、66.67%,无转移组阳性率低于低转移组、高转移组,且低转移组阳性率低于高转移组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$);低转移组 11 例患者乳腺癌前哨淋巴结转移灶处 HER-2 基因呈阳性,高转移组 14 例呈阳性,阳性率分别为 36.67%、66.67%,与其乳腺癌原病灶阳性率相比,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),但低转移组乳腺癌阳性率低于高转移组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论:乳腺癌患者的 HER-2 基因表达情况与其前哨淋巴结转移性质为正相关的关系,二者具有高度一致性,因此可通过检测 HER-2 基因表达情况预测其前哨淋巴结转移性质,从而为手术治疗工作提供指导。

关键词: HER-2 基因; 前哨淋巴结; 乳腺癌; 转移性质

乳腺癌是临床常见疾病,早期患者缺乏典型的临床症状,主要症状包括乳房位置的皮肤异常、乳头溢液、乳晕瘙痒、乳头凹陷、乳房肿块等等,由于这些症状不典型,因此患者常常忽略^[1]。对于乳腺癌的治疗,手术是主要的手段,手术除了需要切除原发病灶之外,对于发生淋巴结转移的乳腺癌患者,还需进行腋窝淋巴结清扫^[2]。当机体发生肿瘤疾病之后,最早接受淋巴引流的淋巴结就是前哨淋巴结,最早发生转移的淋巴结也是前哨淋巴结。对前哨淋巴结的转移性质进行明确,可确定淋巴结清扫的合理范围,从而避免不必要的淋巴结清扫,避免多次手术对患者机体造成创伤^[3-4]。HER-2 为人表皮生长因子-2,有着调控信号通路、促进细胞生长分裂、调控细胞生长分化的作用,有研究指出,对于乳腺癌患者来说,其 HER-2 基因的表达水平与其发病及转移均具有较强相关性。基于上述理论,本文选取 100 例乳腺癌患者,探究 HER-2 基因的表达对乳腺癌前哨淋巴结转移性质的影响,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究对象数量共为 100 例,均经临床确诊为乳腺癌,均于 2022 年 5 月-2023 年 5 月期间正式进入承德市中心医院接受规范治疗。根据患者有无发生前哨淋巴结转移,将其分为无转移组、低转移组、高转移组三个组别,各有 49 例、30 例、21 例。年龄分布:无转移组患者年龄区间为 21-67 岁,平均年龄为 (44.78±4.39) 岁;低转移组患者年龄区间为 22-68 岁,平均年龄为 (43.88±4.59) 岁;

高转移组患者年龄区间为 21-68 岁,平均年龄为 (44.02±4.71) 岁。三个组别间的年龄分布差异无统计学意义, $P > 0.05$ 。该次研究已将详细情况告知研究对象及家属;正式启动研究前已报告至伦理委员会进行审核,并获得批准。

1.2 方法

1.2.1 乳腺癌原病灶 HER-2 基因表达检测

以针吸法抽取患者乳腺癌原病灶组织标本,而后将标本固定于 4%的中性福尔马林固定液中 6h,对其进行石蜡包埋切片处理,切片厚度不超过 5 μm 。以免疫组化法对原病灶、以及前哨淋巴结转移灶中的 HER-2 基因表达情况进行检测。检测步骤如下:(1)将石蜡切片以二甲苯进行 2 次冲洗,以达到脱蜡的目的,冲洗间隔为 30min,以浓度依次为 100%、95%、90%、85%、80%、70%的乙醇溶液对组织进行复水,复水间隔为 5min,随后在蒸馏水中放入切片 5min 进行洗片,共 3 次;(2)以高压对修复组织抗原;(3)滴加 PBS 对切片进行 3 次冲洗,而后滴加抗 HER-2 蛋白鼠单克隆抗体,于 4℃下保存过夜。再以 PBS 对切片冲洗 3 次后加入二抗 I 试剂,于室温条件下进行 10min 孵育。再以 PBS 对切片冲洗 3 次后加入二抗 II 试剂,于室温条件下进行 10min 孵育。最后再以 PBS 对切片冲洗 3 次。(4)将 DAB 色原溶液滴加至切片中进行显色,显色完成后以自来水对切片进行冲洗,再以苏木素对切片进行复染,而后脱水,以中性树胶对切片进行封固。(5)利用质控片,对阴性和阳性对照片进行设置。(6)将标本置于 10×物镜的显微镜下进行观察。

1.2.2 前哨淋巴结转移灶 HER-2 基因表达检测

同样以免疫组化法进行检测,以前哨淋巴结活检法获取转移灶组织样本,检测方法方法与乳腺癌原病灶一致。

1.3 观察指标

观察三组患者乳腺癌原病灶的 HER-2 基因阳性率;对比低转移组、高转移组患者前哨淋巴结转移灶处 HER-2 基因阳性率。

染色标准:0: >90%的肿瘤细胞无细胞膜着色;1+: >10%的细胞不完整浅着色;2+: >10%的细胞完整浅着色;3+: >10%的细胞完整强着色。3+为阳性,0、1+为阴性,2+以荧光原位杂交法进一步确定。

1.4 统计学处理

该次研究共包括(平均值±标准差)、数量(百分率)两种,分别为计量资料、计数资料。两种均以 SPSS23.0 系统进行分析,且需进行检验,t 值、 χ^2 分别为两种检验方法。当 $P < 0.05$,即对比者之间的差异有统计学意义。

2 结果

2.1 三组 HER-2 基因阳性率对比

无转移组中 8 例患者乳腺癌原病灶的 HER-2 基因为阳性,阳性率为 16.33%,低转移组、高转移组阳性例数分别为 11 例、14 例,阳性率分别为 36.67%、66.67%,无转移组阳性率低于低转移组、高转移组,且低转移组阳性率低于高转移组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。低转移组 11 例患者乳腺癌前哨淋巴结转移灶处 HER-2 基因呈阳性,高转移组 14 例呈阳性,阳性率分别为 36.67%、66.67%,低转移组乳腺癌前哨淋巴结转移灶处 HER-2 基因阳性率低于高转移组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 1。

表 1 三组 HER-2 基因阳性率对比

组别	例数	原病灶 HER-2 基因阳性	转移灶 HER-2 基因阳性
无转移组	49	8 (16.33%)	—
低转移组	30	11 (36.67%)	11 (36.67%)
高转移组	21	14 (66.67%)	14 (66.67%)
χ^2/P (无转移 VS 低转移)		4.2145/0.0400	—
χ^2/P (无转移 VS 高转移)		17.2854/ < 0.0001	—
χ^2/P (低转移 VS 高转移)		4.4488/0.0352	4.4488/0.0352

2.2 两处 HER-2 基因阳性率对比

低转移组、高转移组前哨淋巴结转移灶 HER-2 基因阳性率与其乳腺癌原病灶阳性率相比,差异无统计学意义($P > 0.05$)。详见表 2。

表 2 两处 HER-2 基因阳性率对比

组别	低转移组	高转移组
原病灶处	11 (36.67%)	14 (66.67%)

转移灶处	11 (36.67%)	14 (66.67%)
χ^2	0.0000	0.0000
P	1.0000	1.0000

3 讨论

统计显示^[5],约有 30%-50%的乳腺癌患者会发生前哨淋巴结转移的情况,对于我转移情况的患者,若实施淋巴结清扫,则有引起运动障碍、上肢水肿的风险^[6]。HER-2 基因位于 17 号染色体,具有酪氨酸酶活性,可调控多种肿瘤因子,并对肿瘤的生长、恶性程度、形态、复发、转移等产生影响。HER-2 基因呈阳性的乳腺癌患者,其生存期更短、浸润型更强且预后更差。

本研究结果显示,乳腺癌原病灶及前哨淋巴结转移灶的 HER-2 基因表达水平与其转移程度呈正相关,这一研究结果说明与郭日昌^[7]等人的研究结果一致,提示可将 HER-2 水平作为预测前哨淋巴结的良好参数,这对于乳腺癌的临床治疗具有重要的指导意义。

综上所述,乳腺癌患者的 HER-2 基因表达情况与其前哨淋巴结转移性质为正相关的关系,二者具有高度一致性,因此可通过检测 HER-2 基因表达情况预测其前哨淋巴结转移性质,从而为手术治疗工作提供指导。

参考文献:

[1] 贾松峰,李建玲,龚卉,等. 超声造影及其不均匀增强模式对乳腺癌前哨淋巴结转移的诊断价值[J]. 实用癌症杂志,2020,35(6):1010-1014.

[2] 刘方超,李建军. 乳腺癌前哨淋巴结转移的危险因素[J]. 济宁医学院学报,2021,44(2):89-93.

[3] 朱妮婵,郁义星,杨玲. 动态增强 MRI 影像组学模型术前预测乳腺癌前哨淋巴结转移[J]. 国际医学放射学杂志,2021,44(6):632-637.

[4] 孙芳,杨智,许永波,等. 超声特征联合免疫组化构建列线图预测早期乳腺癌前哨淋巴结转移[J]. 中国超声医学杂志,2022,38(2):146-150.

[5] 魏坤杰,邵硕,郑宁,等. 基于多期相动态对比增强磁共振影像组学在预测浸润性乳腺癌前哨淋巴结转移中的价值[J]. 济宁医学院学报,2023,46(1):10-15,19.

[6] 石伟波,闫媛媛,姚俊芳. 经皮内超声造影在乳腺癌前哨淋巴结转移诊断中的应用价值[J]. 癌症进展,2021,19(18):1882-1884,1895.

[7] 郭日昌,梅林,陈凤如,等. HER-2 基因表达对乳腺癌前哨淋巴结转移性质的影响分析[J]. 吉林医学,2021,42(2):362-365.