

临床医学研究

ISSN: 2705-0475 (P)
2705-0939 (O)

Clinical medical research
新加坡亿科出版社

【2】 2020. 4
第2卷第4期

4



Crossref

OPEN



ACCESS

本刊由谷歌学术、中国知网检索，所有录用文章通过国际权威专家审定。
期刊在新加坡国家图书馆存档，本刊遵循国际开放获取出版原则，全球公开发行人，欢迎投稿和下载阅读。

编辑委员会

主编

- ◆ 蔡琳芳
马来西亚唐博科学研究院

编辑委员会成员

- ◆ 孙琦
哈尔滨医科大学附属肿瘤医院
中国
- ◆ 冷国栋
吉林化工学院制药工程系
中国
- ◆ 杜建文
承德市中心医院超声诊断科
中国
- ◆ 徐丹
陕西诺思生物科技有限公司
中国
- ◆ 张小明
玉门市第一人民医院
中国
- ◆ 陈小佳
江苏省肿瘤医院
中国
- ◆ 杨泽林
甘肃省武威市凉州区古城镇卫生院
中国
- ◆ 乔素青
中国人民解放军联勤保障部队第九八一医院
中国
- ◆ 王东舟
南洋研究院
中国
- ◆ 吴佳裕
宏思科学研究院
中国
- ◆ 李振泉
宏思科学研究院
中国
- ◆ 潘翠
山东省泰安市岱岳区满庄镇卫生院
中国

目 录

□基础医学

基于 RNA 干扰技术的基因治疗	黄天琦 (1)
优质护理在普通外科手术患者中的应用效果研究	杨晓丽 (3)
人促红细胞生成素对肾缺血再灌注损伤的保护作用	房云岗 李 薇 (6)
短暂性脑缺血发作早期跌倒评估对患者安全的影响	关红辉 (8)
针刺在中西医结合脑卒中康复中的应用体会	张立敏 (10)
家庭健康教育在小儿湿疹中的应用效果分析	曹红怡 王潇潇 陈钟霓 (12)
“居家护理平台”对高血压患者延续护理效果的影响	路 萍 (13)

□临床医学

高选择性脊神经后根切断术治疗下肢痉挛性脑瘫的疗效观察	黄 林 尹靖宇 高年进 毛作康 (15)
耐多药肺结核合并气管支气管结核冷冻治疗效果观察	程 琪 (17)
透明质酸钠复合溶液(酶体)在眼周皱纹治疗中的应用效果及安全性分析	何 燕 (19)
支气管镜下肺泡灌洗辅助治疗小儿重症支原体肺炎的临床效果	朱 岩 李小琴 白 云 曾玉婷 白金霞 (21)
浅析中西医结合治疗慢性阻塞性肺病的治疗效果	周承星 (23)
分析 CT 与 MRI 对直肠癌术前诊断与分期的临床价值	王文文 (25)
分析结直肠肿瘤的腹腔镜微创治疗效果	陈应贤 (27)
玻尿酸面部美容临床效果分析	朱仪瑾 (29)
脑血管病患者留置胃管方法的技巧及临床效果分析	关红辉 (31)
老年高血压患者慢病管理的常见模式和发展趋势	吴慧婷 马洪君 陈向宇 杨惠婷 (33)
高血压合并非 ST 段抬高型心肌梗死早期介入治疗效果分析	韩 建 (36)
儿童急性呼吸道感染心肌酶谱的变化及临床意义	杨晓宇 董壮飞 张孝灵 (37)
临床医学检验技术质量管理的问题与对策研究	杨 浩 韩 梅 (38)
激光腔内闭合术治疗大隐静脉曲张的临床效果评价	王 磊 张文帅 (39)
天麻钩藤饮加味配合清肝明目药枕方治疗高血压患者疗效观察	李兆雄 (40)
门诊就诊者空腹血糖及血脂化验结果分析	李蕴力 (41)
亚胺培南西司他丁钠致过敏性休克心电图 ST-T 重度异常抢救成功一例	杨 静 王锦海 尹淑慧 郭盼盼 (42)

□临床护理研究

分析家庭医生签约护理服务在实施老年高血压患者社区护理管理中的应用价值	沙艳蕾 (44)
解析 OBE 理念的临床护理人才培养模式	陈姗姗 (46)

探讨体外膜肺氧合紧急救治危重症患者的临床护理	向秋悦 (48)
护理干预在下颌阻生牙拔除术中的应用	关红辉 (50)
多样性护理方式在糖尿病护理中的运用意义分析	吴月芳 (52)
探讨鸟巢式护理在新生儿护理中的应用效果	王艳军 (53)
舒适护理作用于股骨颈骨折患者护理中的临床效果	潘春容 (54)
快速康复外科理念在脊柱微创手术围手术期护理中的应用效果分析	潘真 (55)
优质护理服务对白血病化疗病人不良情绪及生活质量的影响	赵树叶 (56)
全程优质护理应用于宫颈癌患者护理中的临床效果	杨洋 (57)
健康教育联合延续性护理在荨麻疹患者中的应用效果分析	陈钟霓 曹红怡 刘舒 (58)
外阴白斑患者的常见心理特征及护理方法探讨	陈晶 (59)
中医药对慢性病的防治现状研究	李玉山 (60)

□综合论坛

探讨社区儿童保健及预防接种健康教育的意义	栾华 (62)
肿瘤患者 PICC 置管送管困难原因分析及对策	周艳 (64)
多学科协作诊疗模式对急诊老年非创伤性胸痛患者急救质量的影响	程水红 (66)
“课程思政”背景下高职外科护理学课程改革探究	吴芳芳 吴承启 尚志丽 (68)
快速血糖仪与生化分析仪测定血糖结果比对分析	张彩霞 (70)
探究医院 X 光机的原理和维修要点	王喜顺 (71)
心脏彩超诊断高血压左室肥厚伴左心力衰竭的价值及准确性分析	胡敏 (72)
舒利迭联合无创通气治疗老年慢性阻塞性肺疾病呼吸衰竭临床探究	陈冬玲 付传发 (74)
新冠肺炎疫情期间医务人员情绪状态、人格特征与自我效能感的关系研究	吴翔宇 李朗 刘心怡 刘佰川 (75)
产前超声规范化检查在 11-13+6 周胎儿颅脑畸形筛查中的应用价值	啜永林 (78)
玻尿酸面部注射的相关思考	赵一谦 (80)
CT 小肠造影对炎症性肠病的诊断价值	宾俊杰 (82)
肺功能检查在粉尘作业工人职业病体检中的应用	潘玲 (83)
56° C30min 灭活对新型冠状病毒抗体和生化免疫检测结果的影响	王鹏 (84)
中药药浴对寻常型银屑病应用效果研究	刘舒 周倩 王潇潇 (85)
经脐单孔腹腔镜在妇科手术中的应用及其可行性探讨	王倩倩 张泽莉 (86)
新生儿低血糖防治中产房的规范化管理方法探析	黄玲莉 (88)

□论著

新型冠状病毒肺炎疫情期间医务人员生理心理状况探讨及研究	洪桂珍 李青 唐海妹 许春莉 (89)
-----------------------------	---------------------

基于RNA干扰技术的基因治疗

黄天琦

北京化工大学生命科学与技术学院, 中国·北京 昌平 016040

【摘要】人类很多难以治愈的疾病都是由基因表达异常引起的,因此从致病基因的层面上对疾病进行防控治疗非常有必要。基因沉默现象作为一种机体自带的表达调控手段,自从在转基因植物中被发现,接着在线虫、果蝇及更高等的动物中被报道后便在动植物医学领域上得到了广泛的研究和运用,同时它也是现今分子生物学研究的热点之一。文章主要从基因沉默的定义、分类、产生的原理、国内外研究最新进展与其在动植物及人类医学应用等角度进行阐述,旨在为基因治疗的发展和进一步应用提供一些帮助。

【关键词】基因表达调控;基因沉默;RNA干扰;siRNA(Q786)

1 基因沉默原理及进展

1.1 基因沉默

基因表达是一个通过DNA的转录、翻译,产生在生物学上有特异性功能的蛋白质或RNA分子的过程。基因表达受到许多因子的调控,一般把这一调控的过程称为基因表达调控。基因沉默(gene silencing)是通过双链RNA诱导的识别和清除细胞中非正常RNA的一种基因表达调控的机制。基因沉默的直接结果是部分基因不表达或表达减少。从染色体的水平上来说,它可以近似地被看做是形成异染色质(折叠压缩程度高,处于聚缩状态的染色质)的过程。

在真核生物中,由于染色质存在于细胞核内,DNA的转录和翻译被核膜分别隔离在两个不同的区域,核内RNA的合成与转运,细胞质基质中RNA的剪接与加工等都能成为基因表达调控的对象。基因沉默正是对RNA的剪接与加工的过程。根据基因调控发生的先后次序,我们可以将基因沉默分为两类:即转录水平调控(transcriptional regulation)和转录后水平调控(post-transcriptional regulation)。转录水平的基因沉默是DNA水平基因调控的结果,主要是由转录的开始的DNA构型变化或导入基因中含有异染色质使得细胞中DNA不再发生转录所导致的。

1.2 RNAi技术

转录后水平的基因沉默是RNA水平基因调控的结果,它比转录水平调控的基因沉默应用更加广泛。特别是共抑制(cosuppression,也被叫做RNA干扰,RNA interference,RNAi)现象尤其受到生物学家们的热爱。转录后水平的基因沉默的特点是信使RNA只要合成就立刻被RNA介导降解或被相应的反义RNA或蛋白质封闭,最终没有了翻译蛋白质的能力。小干扰RNA(Small interfering RNA; siRNA)即短干扰RNA(short interfering RNA)也称沉默RNA(silencing RNA),是一个长度约为21-23nt的双链小分子RNA,也是介导降解mRNA从而使个体产生RNA沉默(RNAi)的主要参与者之一,它在调节基因的表达过程中带有专一性的方式。siRNA被发现后,国际上关于应用siRNA介导RNAi技术的研究取得了飞跃式的突破,这一技术不仅被美国《Science》评为2001年的十大科学研究进展之一,还在2002年十大科学研究进展中排在第一位。

2 RNAi在植物改良领域的应用

2.1 进展

RNAi技术在研究上的重大进展使它目前被大面积地应用于

植物改良育种、动物病虫害防治、基因功能的探索、肿瘤的临床治疗等众多领域。因为基因沉默现象最早发现于矮牵牛花这一植物种群中,所以RNAi技术在植物改良领域已经得到了颇为丰富的收获,研发出了众多具有优良性状的农作物。

在植物中,RNAi被发现是一种抵御病毒、转座子和重复基因组等核酸入侵的防御机制,siRNA在植物防御微生物或食草动物的危害中也具有重要作用^[1]。此前,在植物品种改善方面,防治农作物病虫害主要依靠的是转基因技术这一新方向。但研究发现,如果大量种植转基因作物会导致人为“自然”选择的发生,反而使病虫害的抗性逐代积累,这促使着我们寻找另一种无污染且效率高的防治植物病毒和昆虫侵害的办法。因此,RNAi技术得到广泛研究后,常与转基因技术共同应用于生产实践,通过不同的载体形式或工作方法来研发农业优良产品。

2.2 独特优点

同时,与转基因技术相比,RNAi技术具有其独特的优点。例如,应用RNAi技术的过程中不会出现基因重复和染色体数目的异变现象,且RNAi技术几乎能够靶向任何基因,为物种提供抵抗大部分细菌的抗性,包括抗虫、抗病毒、抗真菌、抗线虫、抗寄生性杂草等特性。RNAi技术应用于植物品种改良能够有效杀灭害虫、降低培育成本、增加产率、减少环境的负担,有助于生产过程的可持续发展。

2.3 基因修饰

随着分子生物学的发展,RNAi技术还可以利用RNA介导的DNA甲基化技术(RdDM)对基因组进行表观遗传修饰,给植物改良和育种方面带来了更多的发展空间。而RNAi技术与合成生物学的共同作用可以实现针对植物某个具体发育过程的代谢调节更准确的控制,从而达到明确改良品种的目的。值得注意的是,虽然RNAi技术在生物安全性方面的研究已经取得了相当的成果,但其作用的相关机理仍未得到明确,RNAi技术在作物改良中的可能性等待着进一步的探索^[2]。

3 RNAi在动物及人类治疗方面的应用

3.1 动物抗病虫

RNAi技术不仅能够应用于植物防病虫害领域,实际上科学工作者们也在进行着对动物抗病虫的研究,其中运用到的siRNA主要通过注射、浸泡或转染等手段导入到动物(尤其是水生动物)的细胞内。但在动物领域的研究过程中同样也存在着许多问题,如RNAi技术效率较低、会出现脱靶现象、安全性不能得到确定

等。对于脱靶,我们可以通过同一个基因选择多个靶位点,靶位点选择在不易突变的区域,用软件预测是否含有脱靶效应,选择合适的siRNA浓度,利用化学修饰或用特殊物质封装siRNA分子等方法来解决,但如何更大程度甚至完全消除安全性方面的副作用,还有待于进一步研究^[9]。

3.2 重大疾病治疗

因为RNAi技术的应用可以专一高效地消除某一基因的表达,研究者在探索人类基因功能、传染性疾病及恶性肿瘤的治疗方法时同样也对RNAi技术加以重视。然而,肿瘤的产生和生长有着众多繁琐的步骤,肿瘤内部成分随着时间不断变化的性质也使得其难以得到精确测量,且肿瘤中存在的多重生理屏障会干扰外源基因的传递,导致siRNA在体内导入时存在稳定性差、内涵体逃逸能力弱以及RNA沉默效率低等问题^[10]。此外,肿瘤的产生生长还伴随着频繁的基因突变,使用仅仅具有一种功能的小干扰RNA很难做到对肿瘤生长的彻底抑制。

因此,需要制造一个内含大量外部刺激因子,如离子、磁场、超声、光等用于设计多重刺激-响应型的纳米载体来增强对肿瘤生长过程的抑制效果。同时,对siRNA进行多级逐步导入,增加跨过肿瘤多重生理屏障的可能性。如上文所言,siRNA药物的在医药领域的应用前景极有可能由今后一段时间内能否在载体的研发问题上有所改进所决定。Chakraborty C等人的研究表明,RNAi技术可以调控几乎所有已知基因的表达,因此RNAi药物的应用范围非常广,可以靶向人类几乎所有重大疾病。^[9]因此可以说,一旦siRNA药物的载体研发有所进展,以RNA沉默治疗的药物就会迅速出现在治疗恶性肿瘤以及诸多传染性等疾病等人类绝大多数难以治愈疾病的药物市场中。

4 基因沉默的最新发现

最近,研究人员们在利用简单的粟酒裂殖酵母细胞进行细胞分裂的研究时,发现缺乏RNAi的酵母细胞突变体不能够进入、维持或退出静止状态(即不处在分裂期的状态),且缺乏RNAi的酵母只有处在分裂状态时才能存活^[6]。我们知道,细胞在想要停止分裂分化时,需要通过对基因的表观遗传修饰(不改变基因序列)

才能改变细胞状态,从而进入静止期。这一研究表明正是RNA沉默诱导产生了细胞特定基因的表观遗传修饰,使其得以退出分裂状态。而在没有RNA干扰机制或RNA干扰机制无法工作的静止细胞中,被正常RNA干扰机制沉默了的异染色质会出现活性,最终使细胞功能发生紊乱,导致细胞的不正常衰亡。

要知道在自然界中,99%的细胞都是处于静止状态的。因此控制着99%细胞稳定在静止期的基因沉默对细胞生物学及宏观生命体研究的重要性显而易见。随着对现代生物工程技术研究的不断进步,基因沉默技术作为一种未完全得到开发的基因表达调控技术,在不久的将来必然会迎来从实验室临床测试过渡到市场真正投放使用的阶段,其应用市场包括但不限于人体对病毒免疫机理的发现、传染病病原防控与恶性疾病治疗等方面。可以预见,基因沉默技术在充满未知与风险的后基因组时代将会拥有广阔的发展前景,它也将为动植物改良培育产业以及人类医学进步的历程上带来新的产业技术变革。

参考文献:

- [1]Eamens A,Wang MB,Smith NA,Waterhouse PM.RNA silencing in plants: yesterday,today,and tomorrow.Plant Physiol,2008,147(2):456—468.
- [2]黄春蒙,朱鹏宇,王智,王晨光,杜智欣,魏霜,张永江,付伟.基于RNAi技术的转基因植物研究进展[J].生物技术进展,2020,10(01):1-9.
- [3]宋华丽,孙效迎,孔祥会,李莉,裴超.RNA干扰技术在水产动物抗病毒和抗寄生虫研究中的应用研究进展[J].生物技术通报,2020,36(02):193-205.
- [4]黄林卓,蔡佩娥,尹东,许小丁.肿瘤微环境响应的纳米载体用于siRNA体内递送研究进展[J/OL].中国科学:生命科学:1-21[2020-09-18].
- [5]颜炳学,米玉倩,崔庆为,仝舟,Anoliefo Ijeoma Jane Francis,高山.RNA干扰药物——下一代治疗药物? [J].科学通报,2020,65(07):540-546.
- [6]Michael J.Gutbrod,Robert A.Martiensen.Conserved chromosomal functions of RNA interference.Science.2020,21(5):311-331.

作者简介:

黄天琦(2000.05—),女,汉族,浙江杭州,本科在读,北京化工大学,研究方向:微生物学与基因工程。

优质护理在普通外科手术患者中的应用效果研究

杨晓丽

联勤保障部队第九二五医院, 中国·贵州 贵阳 550000

【摘要】目的: 为了探究优质护理在普通外科手术患者中的应用效果研究, 本次实验将进行了普通外科手术的患者作为研究对象, 通过优质护理对实验组的患者进行术后护理, 以旨在为普外科临床护理实践提供理论以及临床支撑。方法: 本研究所选取的样本为在我院接受普通外科手术治疗的230例患者, 通过随机数字表法将病例平均分为两组, 人数和基本条件相同, 对实验组的病患进行术后优质护理干预。结果: 通过评价分析得出, 实验组的自我检测、行为控制、核心管理能力分别为(24.61±1.32)分、(23.37±2.06)分、(26.85±1.43)分, 均优于对照组, 且数据差异显著($t/P=26.219/0.001$ 、 $17.489/0.001$ 、 $27.689/0.001$); 实验组患者的并发症发生率为12.17%, 对照组为28.69%, 且数据差异显著($\chi^2=4.163$, $P=0.041$); 实验组护理满意度为99.13%, 优于对照组的93.04% ($\chi^2=4.163$, $P=0.041$)。结论: 在普通外科手术患者护理期间, 采用优质护理干预模式能够取得满意护理效果, 该方法对提高患者依从性和自我管理能力的帮助, 在护理界被认为是一种科学有效的护理方案。

【关键词】 优质护理; 普通外科手术; 自我管理; 依从性; 并发症

为了能够更好的适应临床护理要求, 对护理方案进行改进成为临床工作重点。美国学者 Slater Nicholas 等^[1]认为, 在外科护理期间, 现代护理理念决定了护理思维与护理角色的变化。因此为更好的适应临床护理需求, 则需要护理人员坚持“以患者为核心”, 遵照现代护理理念进行创新。所谓优质护理, 是在人本思想基础上, 强调对护理过程与护理责任的优化而形成的一种科学护理手段^[2-3]。我院在普通外科手术患者护理中积极推广优质护理模式, 并取得满意效果, 本研究对该护理方案展开分析, 详细资料如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院普外科收治的230例患者(于2019年1月—2020年6月期间于我院进行治疗)。实验组(115例): 男/女=63/52, 年龄分布35—64岁, 平均年龄(51.62±7.31)岁。对照组(115例): 男/女=65/50, 年龄分布34—65岁, 平均年龄(51.54±7.29)岁。通过显著性差异分析得出, 实验组和对照组的患者一般资料差异不显著($P > 0.05$), 可进行比较。

1.2 方法

对照组普通外科患者介入阶段, 包括术前术后营养管理、优化病房环境、改善药管理等。

以常规护理为基础, 对实验组普通外科手术患者采取优质护理干预的方案有: (1)以优质护理为基础。实施优质护理前, 以部门为单位进行优质护理循证分析, 全体护理人员通过全方位、知网等方式下载以“优质护理”、“普通外科手术管理”为主题的文献, 通过传递证据的方法总结优质护理的实施途径, 确定护理方案。(2)提高护理人员的整体素质。在护理患者之前, 护理人员首先要做好自己的仪容系管理, 确保衣着整洁, 外貌端正, 状态良好, 为患者提供医疗服务。日常护理中要注意面部表情和交流频率, 与患者积极交流, 引导患者表达内心的苦恼。护理人员需要帮助患者在治疗过程中能够清晰表达出自身内心的想法, 做到尊重每一位患者的人权, 建立良好沟通的环境, 从而提升护患关系。(3)住院管理。患者住院后, 护理会主动自我介绍, 并告知住院通

知等。根据地址、症状评价、心理状态等, 掌握患者的身体状况, 并根据需要准备善意的电动显示器、吸氧装置、相关急救药品等。(4)术前管理。普通外科开始前, 护士完成患者评估, 完成心理支持, 根据普通外科说明手术过程, 引导患者以积极的心态接受手术治疗。避免紧张和不安, 护士通过视频明确手术治疗。例如, 在结直肠癌患者的普通外科治疗中, 护理人员可以围绕结直肠癌手术的先进性进行宣教, 通过成功事例消除恐惧。(5)术后管理。护理人员按照普通外科手术后的基本要求补充护理支持。例如, 固定各种管道, 保持管道畅通, 避免未计划的拔管发生。护理人员需要长期观察患者的病情, 建立记录, 记录患者的伤口疼痛程度、持续时间等, 了解伤口是否渗透等。根据患者的病情选择适当的床位, 并根据快速康复原则, 鼓励患者术后6小时, 身体状况满意时尽快恢复床下运动。护理人员介绍日常生活中的注意事项, 包括正确的客谈、保持科学体位的重要性等。(6)提高优质护理质量。为了进一步提高优质护理实施效果, 护理人员在临床护理期间, 以部门为单位设定了护理敏感指标, 评价了护理效果。例如, 将未计划的拔管发生率、患者满意度等作为评价护理指标, 以日/周等时间为单位定期得到反馈, 对分数下降进行部门内集思广益讨论, 反思医院优质护理方案的实施, 总结护理缺点, 为下一阶段的普通外科优质护理做好准备。

1.3 观察指标

自我检测、行为控制、核心管理通过 Flinders 大学的自我管理量表来进行评分, 该表中单项总分为30分, 得分越高代表自我管理水水平越高^[4]。护理满意度通过 SNCS 评分量表来评定, 该表总分为100分^[5]。

1.4 统计学方法

使用 SPSS 24.0 软件对两组患者的相关指标进行分析, 当 $P < 0.05$ 时进行统计分析为差异显著。

2 结果

2.1 患者自我管理能力的

通过表1可以看出, 实验组的自我管理能力的评分显著优于对照组。

表1 自我管理能力($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	自我检测		行为控制		核心管理	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
实验组	15.23±1.36	24.61±1.32	12.52±1.68	23.37±2.06	16.21±0.74	26.85±1.43
对照组	15.17±1.22	20.44±1.08	12.49±1.51	18.71±1.98	16.19±0.88	21.61±1.44
t	0.352	26.219	0.142	6.852	0.187	27.689
P	0.725	0.001	0.887	0.001	0.852	0.001

2.2 患者对护理满意度

通过表2可以明显看出,接受了优质护理的实验组患者对护理的满意度整体高于对照组。

表2 患者对护理满意度(n)

组别	非常满意	一般满意	不满意	总满意
实验组 (n=115)	97	17	1	99.13%
对照组 (n=115)	76	31	8	93.04%
χ^2 值				4.163
P				0.041

2.3 并发症发生率

通过表3可以发现,实验组的普通外科手术患者的并发症低于对照组。

表3 并发症(n)

组别	疼痛	感染	恶心呕吐	压疮	腹胀腹泻	总发生率
实验组 (n=115)	8	0	2	0	4	12.17%
对照组 (n=115)	19	1	4	2	7	28.69%
χ^2 值						9.654
P						0.002

2.4 住院时间

两组患者的住院时间显示,实验组为(10.53±1.65)天,对照组为(16.52±1.42)天,统计学处理显示t值=29.508, P=0.001。

3 讨论

普外科是医院治疗的重要科室,对于患者疾病康复的意义重大,现阶段我国的人口基数大、卫生资源匮乏,为了能够进一步提高普外科的治疗效果,相关人员需要积极完善护理方案,并将其作为临床工作的重点内容^[6-7]。根据当前医院普外科护理经验可知,传统护理方案在临床应用过程中存在诸多不足,例如滞后的护理措施难以有效处理普外科手术患者的各种诉求,护理手段浅显、简易,相关手段长时间得不到创新,也难以针对临床护理中的不足作出处理^[8-9]。针对该问题,我院在临床护理中积极完善护理方案,将优质护理模式应用到普通外科手术患者护理中,并取得了满意效果。

作为循证医学护理理念下的重要组成部分,优质护理方案的出现可有效解决传统护理模式下的不足^[10]。本文的研究结果同样证实,优质护理在普通外科手术患者护理中的效果显著:(1)表1资料显示,实验组普通外科手术患者在优质护理干预模式下,患者护理后的相关指标评分显著优于对照组(P<0.05),表明了接

受了优质护理后患者的自我管理能力强,其原因可能为:通过对实验组患者的优质护理,让患者对普通外科手术的认知得到了改变,因此能够在护理人员的协助下开展自我保健;(2)表2资料显示,实验组患者的护理满意度显著高于对照组,数据差异显著(P<

0.05),其原因可能为:护理人员在优质护理模式下注意工作细节,良好的仪表仪容、热情的语言以及护理服务,都能使患者感到满意。(3)表3资料显示,经过优质护理的患者的并发症概率大大下降,其原因可能为:护理人员在优质护理期间,重视对护理方法的改进与创新,积极遵照循证护理模式以及循环质量控制要求,对护理方案进行完善,因此能够主动借鉴相关学者的成功经验,并完善优质护理的实施方案,对各类并发症的预防管理效果更理想。(4)接受了优质护理的患者相比于对照组其住院时间明显降低,表明优质护理能够缩短术后康复时间。

作为一种科学护理方案,优质护理模式的先进性已经得到诸多学者的认可,张茵选择910例患者,对优质护理在普外科的应用价值展开分析,最终结果显示,优质护理组患者对护理的满意度达到了93.63%(426例),显著高于常规护理组的75.82%(345例),这与本文的研究结果是相同的,均认为优质护理模式可以提高患者满意度。而从当前相关学者的研究结果来看,优质护理模式遵照循证医学的相关要求,强调通过一系列科学的护理指标对临床护理指标指导临床实践过程。因此在本次研究中,在“优质护理质量改进”阶段,我院护理人员强调患者对护理方案的反馈,并按照患者提出的意见调整护理方向,为普通外科手术的针对性护理实现奠定了必要基础。并且与常规护理模式相比,优质护理在普外科手术患者护理中也展现出了显著优势,主要表现为:(1)优质护理关注了护患的沟通,要求护理人员能够以良好的护士形象参与临床护理工作,有助于实现临床护理工作质量的持续提升。(2)优质护理遵照循证护理要求,护理人员为确保护理方案的可行性,积极参照相关学者的研究结果与经验,对科学护理方案进行论证,保障了优质护理方案具有先进性,适合普通外科手术患者护理工作。(3)优质护理按照循环护理管理模式,重视护理质量的改进。文献认为,患者对临床护理的需求是不断变化的,这也决定了普通外科手术患者的临床护理难度较大。所以在我院护理中,通过进一步完善护理流程并进行自我评估、患者评估,有助于提高护理质量,彰显优质护理模式的优势。

通过此次研究表明,优质护理可普遍应用于普通外科手术的术后护理当中,可在多方面改善患者的护理过程及体验,值得大范围推广。

参考文献:

- [1]彭梅琼.人性化护理干预对围手术期普外科患者的价值[J].中国继续医学教育,2019,11(33):173-175.
- [2]王香华,张心雨.优质护理在普外科肝胆疾病患者中的应用[J].黑龙江中

医药,2019,48(05):292-293.

[3]张艳庆,焦荣霞.优质护理对普外科患者心理健康、治疗依从性和护理满意度的影响[J].河北医药,2019,41(13):2070-2073+2077.

[4]李丹.探讨综合护理干预对普通外科手术术后患者疼痛的影响[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(95):126+129.

[5]沈红.护理敏感指标推进神经内科优质护理的持续改进[J].中国医药指南,2019,17(15):249.

[6]王先玲,杨菲.优质护理管理在普外科中的应用效果[J].中医药管理杂志,2019,27(10):76-77.

[7]田洁.探讨优质护理应用在手术室麻醉中的临床效果观察[J].中国社区

医师,2019,35(14):152-153.

[8]王雅丽.全程无缝隙护理干预在手术室优质护理中的应用[J].基层医学论坛,2019,23(15):2146-2147.

[9]韩玉艳.优质护理对成人腹股沟疝修补术患者的干预效果观察[J].智慧健康,2019,5(12):77-78.

[10]刘巧玉.普外科手术患者开展优质护理的临床效果观察[J].中国现代药物应用,2019,13(07):216-217.

作者简介:

杨晓丽(1983.12-),女,仡佬,贵州遵义,本科,主管护师,研究方向:普外科护理。

人促红细胞生成素对肾缺血再灌注损伤的保护作用

房云岗 李 薇

临汾市中心医院, 中国·山西 临汾 041000

【摘要】探究促红细胞生成素对有失血性休克的老鼠的肾损伤的作用,得到的结果要用到人的临床当中,提高人促红细胞生成素对肾缺血再灌注损伤作用和能力。

其方法:通过对肾缺血损伤的老鼠研究,将老鼠分为对照组和实验组,进行观察和统计,检测其中体内化学成分的含量得到实验结果。其结果:用人促红细胞生成素进行治疗的实验组老鼠失血性能低于对照组,同时体内的化学成分也有很大的提高。结论:人促红细胞生成素对肾缺血再灌注损伤具有一定的保护作用,可以进行进一步的探究,来实现在人类身上的应用。

【关键词】人促红细胞生; 肾缺血再灌注; 保护分析

缺血再灌注损伤是说器官在损伤而且重获血流灌注后,其中包括氧自由基的生成、中性粒细胞损伤区浸润等多重病理生理改变与涉及到的很复杂的。细胞膜损伤、细胞内钙增加、高能磷酸酯消耗还有氧自由基的产生,都是引起细胞凋亡与坏死,这些都是损伤细胞的典型变化。损伤一旦开始,机体可通过基因调控的增生性反应和阻抑损伤机制,对损伤组织与许多器官进行修复。近年来,随着大家对对器官缺血再灌注损伤机理还有防治研究的认识加深,必能减少肾脏缺血后再灌注后期并发症,降低病人的死亡率,提高疾病救治率和器官移植成功率。肾脏缺血再灌注损伤本质上属于急性肾损伤范围内,在严重烧伤、手术出血、心搏骤停后综合征、呼吸抑制、感染性休克等很多的临床常见疾病中或肾移植术时都有可能出现肾血流量增大或量减少,恢复灌注后肾功能损伤继续加重,从而会出现急性肾衰竭。在肾移植领域中,缺血再灌注损伤影响移植肾功能后期恢复效果,甚至排斥反应,是肾脏移植术后影响移植肾早期功能恢复、移植肾和受者长期存活的原因之一。促红细胞生成素是调节红细胞生成的细胞分子,在对治疗肾性贫血等疾病已经得到了很大的应用,尤其是人促红细胞生成素对于治疗肾性贫血等疾病有着很好的功效。而随着研究的深入,人们发现促红细胞生成素还对很多器官都有一定的保护作用。所以下面就对人促红细胞生成素对肾缺血再灌注损伤的保护进行研究,以寻求其他合理处理的时机和新的干预措施以减轻肾缺血再灌注后损伤的结果。

1 资料与方法

1.1 临床资料

首先要选取健康的老鼠30只,这些老鼠当中,没有对性别的强制要求,雄雌均可进行实验。这些老鼠的体重大多数为200克到250克之间,所选取的30只老鼠均是从实验动物中心进行选取。而对于人促红细胞生成素的选择,也是选用的国内生产出的人促红细胞生成素。

1.2 方法

将30只老鼠分为两组,一组为实验,一组为对照,分组的全过程均为随机分组。对照组所采取的实验方法为不进行放血输液处理。实验组的实验方法为在对老鼠进行输血输液时,注射人促红细胞生成素,紧接着将两组老鼠进行实验对比得出结论。

1.3 观察项目

在对两组老鼠进行各自的实验方法之后,要对血液当中的血清进行检测与分析,要收集两组老鼠的血液和血清,并且分离出他们同

时采用化学方法对DNA进行对比,从而寻找出两者的差异。同时还要对老鼠肾组织进行充分的检验,也要运用不同的化学方法来进行操作。同时还要对肾缺血性损伤的情况进行观察,然后将这些观察后得到的结论进行统一的处理,进行最后的实验分析。

1.4 统计学分析

本次试验采用的是spss10.0统计学软件,对数据的处理均符合实际和科学性,同时采用了方差的分析方法来对两组之间的情况进行比较,实验结果具有统计学差异和统计学意义^[1]。

2 结论

人促红细胞生成素对老鼠血清的变化带来一定的影响,与对照组相比,实验组的老鼠的血清当中的各项数据的含量也存在着明显的升高。但是两组之间的数据的差距并不是特别的大。同时,在实验组老鼠的肾组织当中各项数据测量的结果与对照组相比,有着明显的提高。而在对两组老鼠的肾脏损伤组织观察时,结果显示,与对照组相比,实验组的老鼠的肾损伤有所增加。

3 讨论

上面对整个促红细胞生成素对肾缺血以及损伤等方面的影响进行了探究,而人促红细胞生成素的产生则主要是由肾脏附近曲小管的间质细胞进行生成与分泌^[2]。而人促红细胞生成素的主要功能是通过对各种生物的骨髓红细胞进行刺激,从而产生红细胞,并且释放出来,发挥其应有的作用。所以说人促红细胞生成素主要用于对机体的调节作用,帮助红细胞的生成,增加红细胞的总量,从而提高人体和其他生物血液的各项能力。而在人促红细胞生成素的应用之下,生物体内的红细胞将会持续的增加,在一定的时间段内达到最高峰。目前在临床当中人促红细胞生成素对肾性贫血还有其他慢性疾病所伴发的贫血进行治疗。肾脏缺血作为人体肾脏疾病的一部分,通常会导致急性肾功能衰竭等现象。这种现象的主要机制就是肾缺血再灌注损伤。肾缺血再灌注损伤主要是由血液循环障碍以及各种细胞之间的免疫力受到了损伤而导致的,在整个肾缺血过程当中,肾缺血再灌注损伤会逐渐对人体和其他生物的各项器官造成伤害,导致这些器官的衰竭。在器官衰竭过程当中,由原来的有氧代谢提供能量转变成了无氧代谢提供能量,使得体内的糖醇有所增加^[3]。肾缺血再灌注损伤往往会导致红细胞外渗,从而出现血液粘稠以及红细胞分解等等现象。而红细胞分解过程当中,会产生很多自由的细胞和氧气,对人体和其他生物的细胞的损伤带来一定的影响。

本文所要说的就是人促红细胞生成素对肾缺血再灌注损伤的保护作用,在医学技术的发展过程当中,科技和医疗行业的发展十分迅速。随着国家出台的各项政策帮助人们可以更加轻松的对自身所患的疾病进行治疗。帮助了人们解决了无数生命上的问题^[4]。随着科技的不断发展,人促红细胞生成素的应用将会越来越广泛。而对于肾缺血再灌注损伤的治疗方面,人促红细胞生成素可以起到很好的保护作用。所以将人促红细胞生成素应用到人体肾脏疾病所导致的缺血等方面在应用是十分必要的。同时,随着科研人员不断的努力,在研究当中发现了人促红细胞生成素在对肾缺血再灌注损伤的保护过程中,可以有效的改善肾功能。也就是说,因为肾缺血而导致的缺血缺氧状态,使得人体内部的红细胞以及其他物质含量减少,而人促红细胞生成素的使用则避免了这一问题的出现^[5]。也就是说,运用人促红细胞生成素对失血性损伤进行治疗,各项数据的含量明显发生改变,对肾损伤有着一定的减轻作用和缓解作用。

总而言之,通过上面的实验验证,对老鼠进行实验,将人促红细胞生成素进行运用,可以发现老鼠的很多机能发生了改变。所以人促红细胞生成素在临床当中的应用,可以有效的保护肾缺血再灌注的损伤。人促红细胞生成素对肾缺血再灌注损伤的保护作用有很多方面,不但可以促进人体内必不可少的一些物质的合成和使用,同时还会对肾功能的保护方面带来一定的帮助。所以在未来随着科

技和医疗的不断发展,人促红细胞生成素的应用将会越来越广泛^[6]。对于缓解和治疗肾脏缺血和一些其他慢性疾病所导致的缺血疾病有着很好的疗效,从而对我国医疗行业的发展带来更好的保障,让人民的身体健康更加强大。随着人们对肾脏缺血再灌注损伤机理及防治的了解,肯定可以减少肾脏缺血后再灌注的并发症,大幅度的降低病人死亡率,提高疾病救治率及肾移植成功率。

参考文献:

- [1]易善红.人促红细胞生成素对肾缺血再灌注损伤的保护作用[J].免疫学杂志,2017,23(1):49-51.
- [2]万英,李著华,邹平等.促红细胞生成素对肾缺血再灌注氧化应激损伤的影响[J].中国组织工程研究,2016,10(40):78-80.
- [3]杨橙,胡林昆,赵天等.人促红细胞生成素对大鼠肾脏缺血再灌注损伤的保护作用[J].复旦学报(医学版),2010,37(5):539-543.
- [4]张渝华,张勤,郭东阳.促红细胞生成素对肾缺血再灌注损伤的保护作用[J].西南国防医药,2015,15(6):589-591.
- [5]仇方忻,饶小胖,田芳等.人促红细胞生成素对大鼠肾脏缺血再灌注损伤的保护作用[J].国际泌尿系统杂志,2013,33(1):57-60.
- [6]许飏.人促红细胞生成素对大鼠心肌缺血再灌注损伤的保护作用及机理研究[D].南京大学,2015.

短暂性脑缺血发作早期跌倒评估对患者安全的影响

关红辉

北京市垂杨柳医院口腔科, 中国·北京 100022

【摘要】短期缺血性患者早期中风的风险较高。而多数TIA患者治疗不及时时会伴有脑梗死,在近年来,对TIA患者危险性评估的研究,主要集中在对TIA患者的临床特点进行分析,以帮助护士快速确定卒中高危人群,并帮助医生照顾处境危险的病人。缺血性脑血管疾病伴有头晕症状时极易造成跌倒,引起意外事件的发生,因此,及时、正确地对高危患者进行评估并采取必要的措施,可以减少意外事件。

【关键词】暂时性缺血发作;脑卒中;风险评估;护理

短暂性脑缺血发作(TIA)是指数分钟至数小时内出现的一过性或短暂性脑循环供血障碍,具有暂时性、可逆性、反复性等特点,通常在24小时内完全消失,手术后神经系统缺乏症状和物理症状。近年来,随着生活水平的提高和社会老龄化增加,脑血管疾病发病率在上升,严重损害病人的生命和健康。人们对TIA的发病机制有了更深入的认识。发现脑缺血持续时间 $\geq 1h$ 出现脑组织损伤,安全恢复能力 $< 15\%$,24h的时间界限越来越受到人们的质疑,将TIA发作持续时间24h更换为1h更符合其病理生理学特点^[1]。TIA患者7d内发作风险高达8%,90d风险可高达20%^[2]。2009年AHA/ASA建议修订TIA的定义:局灶性脑缺血引起的暂时性神经功能障碍脑、脊髓或视网膜缺血,但无异常症状脑病发作。对住院患者一般住院风险评估,所有高风险的患者,有效的防滑,预防其他并发症。

1 跌倒的定义

国际老年人跌倒预防工作组将跌倒定义为无意图的摔倒在地板上或一些更低的平面上,但不包括暴力、意识丧失、偏瘫或癫痫发作所致的跌倒^[3]。Oliver等^[4]将跌倒定义为:患者突然或非故意地停顿,摔倒在地板上或起始位置以下的地方,现在学者普遍认为跌倒是指患者身体的任何部位(不包括双脚)意外触及地面或其他低于平面的物体^[5]。

1.1 国内外跌倒现状

在英国的医院和老年医院,每千住院患者日的跌倒发生次数在3-13例,2004年英国共计有 5.28×10^6 次跌倒,占医院意外事件的60%^[7-8]在美国, 1.70×10^5 护理院住院老人中每年有一半发生跌倒,因跌倒所致髌关节骨折所需要的医疗护理照顾成本,每年高达1亿美元^[9]在我国65岁以上的老年人的意外伤害死因顺位中,跌倒居首位,并且随年龄的增加跌倒的病死率急剧上升,在85岁以上的老年人中达到了最高,城市为298.56/105,农村为165.68/105^[10],中国的疾病负担是世界上最重的。目前有1.3亿老年人,每年至少有2000万老年人跌倒,直接医疗支出超过50亿,社会费用约160-800亿元^[11],国外对跌倒的研究较早,而我国对老年人跌倒的研究相对落后,研究针对性不强,减少了临床护理建议的提供。

2 资料与方法

收集2012年6月至2015年6月TIA患者326例,其中男性176例,年龄47-72岁,女性150例,年龄50-76岁。均诊断为TIA入院后护士根据表格的要求对所有符合条件的患者进行评估。

2.1 跌倒评估

使用自制跌倒评估量表对所有患者进行评估,包含9个项目,总计99分,分别包括年龄、既往跌倒史、疾病因素、肢体情况、听力视力平衡功能、神经精神情况、药物影响、环境因素和其他症状。评估项目中对于年龄为65岁的老年人给予5分,既往有跌倒史是患者给予5分,疾病因素包括TIA发作的给予4分,眩晕症及步态不稳的给予10分,肢体情况包括肢体残缺、偏瘫、关节疾患、肢体肌力下降、移动时需要帮助均分别给予4分。

2.2 评估结果判定

每项累计分值, < 2 分为低风险性,3-5分为中风险性, > 5 分为高风险性。各项危险因素分值累计总分越高,跌倒危险性越高。评分为高风险的患者制定预防护理措施,实施健康宣教。结果为326例TIA患者 > 5 分,均为高风险患者;最高得分为57分,风险性极高,为高危患者,提供安全信息告知。

2.3 防范措施如下

向患者介绍病区环境;对病人及其家属进行安全教育,防止跌倒;让患者告诉护士可能跌倒的原因,及时清除地面上的水渍,穿上合适的衣服和鞋子,头晕时不能独立下床活动,离床活动时需要有人陪伴,应使用适当的助行器和安全标志提示“跌倒高危”,当病人长时间卧床或因使用特殊药物需要下床时,应先在床缘坐,再起立站半分钟,逐渐行走,如果感到头晕不适,请立即呼叫医护人员给予协助。

3 结果

326例患者通过护士正确的评估,进行健康教育,患者依从性好,没发生跌倒事件。没有不良事件的发生。

4 探讨

2009年,国家卫生部将“防范与减少患者跌倒”作为“十大安全管理目标”。为了消除或减少跌倒护理风险事件的发生,正确使用评估工具,根据患者的实际情况积极采取可行的护理措施,大大减少不良事件的发生,减少患者的痛苦及由于意外伤害给患者带来身体及精神的损失和经济损失,为病人提供更安全的治疗环境。

参考文献:

- [1] Kimura K, Minematsu K, Yasaka M, et al. The duration of symptoms in transient ischemic attack [J]. *Neurology*, 1999, 52:976 - 980.
- [2] 杜敬琴,孙圣刚.短暂性脑缺血的实验和临床研究[D].华中科技大学, 2008.87 - 99.

- [3] 曹昌权, 刘维州. 短暂性脑缺血发作的临床研究[J]. 脑与神经疾病杂志, 2011, 19(5): 398 - 401.
- [4] 覃朝晖, 于普林. 老年人跌倒研究的现状及进展[J]. 中华老年医学杂志, 2005, 24(9): 711-714.
- [5] Olive D, Britton M, Seed P, et al. Development and evaluation of evidence-risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatient will fall: case-control and cohort studies[J]. BMJ, 1997, 315(7115): 1049-1053.
- [6] Feder G, Cryer C, Donovans, et al. Guidelines for the prevention of falls in people over 65. The guidelines' development group [J]. BMJ, 2000, 321(7267): 1007-1011.
- [7] National Ageing and Research Institute. An analysis of research on preventing falls and falls injury in older people community residential and hospital setting[D]. CABERRA Australian government department of Health and Ageing 2004.
- [8] Healy F, Oliver D. Preventing falls and injury in hospitals: the evidence for intervention[J]. Health Care Risk, 2006, 6: 12-17.
- [9] 胡雁, 李晓玲, 主编. 循证护理的理论与实践[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2007: 110-111.
- [10] 中华人民共和国卫生部. 2003年中国卫生统计年鉴[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2003: 215-249.
- [11] 李林涛, 王声涌. 老年跌倒的疾病负担与危险因素[J]. 中华流行病学杂志, 2001, 22(4): 262-264.

针刺在中西医结合脑卒中康复中的应用体会

张立敏

朝阳区张立敏中西医结合诊所, 中国·北京 130000

【摘要】目的: 分析针刺在中西医结合脑卒中康复中的应用效果。方法: 我院2018年3月~2019年11月中, 选取114例符合实验标准的脑卒中患者进行研究, 患者分为实验组和对照组, 分别实施针刺治疗和常规康复治疗, 分析不同干预后患者的认知水平、治疗效果等改善情况。结果: 实验组联合针刺后, 治疗效果明显提升, 治疗效果对比有很大差异则统计学有意义。两组患者治疗前的MMSE评分对比无差异, 实验组患者的MMES评分高于对照组, 中西医结合护理对改善患者对疾病的认知水平有重要意义, 两组对比具有统计学差异。结论: 为脑卒中患者的中西医结合康复过程中实施针刺治疗, 能够有效提高治疗效率, 提高患者对疾病的认知水平, 促进患者治疗后的生活质量, 提高患者的运动功能。

【关键词】 针刺; 中西医结合; 脑卒中康复; 应用效果

脑卒中是临床常见的脑血管疾病, 受到一系列因素的影响而引发神经功能的损伤, 还会导致认知障碍。随着医疗技术的发展, 脑卒中的致死率明显降低, 致残率改善情况不够明显, 通过有效、规范的针刺治疗, 能够促进患者运动能力的恢复, 提高患者治疗后的生活质量评分。通过针刺护理干预, 能够提高患者的认知能力、运动能力, 促进患者机体的康复^[1]。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取我院2018年3月~2019年11月期间收治的脑卒中患者114例作为本文研究对象, 将114例患者分为实验组和对照组, 两组患者各有57例。实验组中有男性32例和女性25例, 患者平均年龄为(62.53 ± 1.42)岁, 平均舒张压为(105.43 ± 1.36)mmHg, 平均收缩压为(165.21 ± 1.26)mmHg; 对照组患者中有男性33例和女性24例, 患者平均年龄为(62.83 ± 1.44)岁, 平均舒张压为(105.69 ± 1.43)mmHg, 平均收缩压为(166.08 ± 1.25)mmHg。

1.2 方法

1.2.1 对照组: 对照组采取常规护理。第一, 心理护理。要提高患者对疾病的认知程度, 选择合适的健康宣教手段, 明确康复护理的目标, 提高患者治疗的依从性。帮助患者改善负面情绪, 提高患者对治疗的信心。第二, 改善肢体功能。保证患者肢体处于功能位。第三, 运动护理。循序渐进地开展运动锻炼, 维持被动关节的活动程度, 做好上下肢功能的训练, 每天训练2次, 每次训练半小时。第四, 按摩护理。患者患侧肢体要进行按摩护理, 帮助患者实施主动和被动训练, 每天按摩2次, 每次按摩半小时^[2]。

1.2.2 实验组: 在对照组护理基础上采取针刺护理。曲池穴、外关穴、手三里穴、合谷穴、阳陵泉穴、丰隆穴、足三里穴、太冲穴、解溪穴等进行直刺, 头皮针进行平刺, 连接电针仪将其频率设置为30Hz, 针刺护理留针半小时, 每天针刺1次, 针刺6天间隔1天^[3]。

1.3 统计学方法

患者治疗效果、认知水平分别为计数资料和计量资料, 通过SPSS23.0统计学软件进行分析, 若两组患者的计数和计量资料对比差异较大则P < 0.05具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果对比。实验组联合针刺后, 治疗效果明显提升, 治疗效果对比有很大差异则统计学有意义。见表1。

表1 两组患者治疗效果对比

组别	列数	有效	好转	无效	有效率(%)
实验组	57	45	10	2	55 (96.49%)
对照组	57	33	9	15	42 (73.68%)
P					<0.05

2.2 两组患者脑卒中患者认知水平对比。两组患者治疗前的MMSE评分对比无差异, 实验组患者的MMES评分高于对照组, 采取中西医结合护理对改善患者对疾病的认知水平有重要意义, 两组对比具有统计学差异。见表2。

表2 两组患者脑卒中患者认知水平对比

组别	例数	护理前MMES评分(分)	护理后MMES评分(分)
实验组	57	17.15 ± 3.62	24.38 ± 4.49
对照组	57	17.53 ± 3.58	21.43 ± 4.18
P		> 0.05	<0.05

3 讨论

为患者实施心理护理、运动护理、按摩护理以及针刺护理, 能够有效促进患者运动功能的改善, 在机体正常情况下中枢神经系统仅有一部分处于活化的状态, 神经受损后会出现侧枝再生, 脑卒中后及时运动训练能够促进脑功能的重组, 促进神经功能的重塑。针刺和按摩能够促进局部血液循环, 促进肌肉营养状态的改善, 避免出现肌肉萎缩, 也能避免肌肉韧带的黏连^[4]。针刺能够缓解缺血引发的神经毒性, 从而降低脑组织缺血细胞的坏死, 对改善患者认知障碍有重要意义, 针刺对痛感也有一定刺激作用, 对调节骨骼肌、缓解肌肉痉挛萎缩等方案有积极的治疗效果^[5]。

综上所述, 为脑卒中患者的中西医结合康复过程中实施针刺治疗, 能够有效提高治疗效率, 提高患者对疾病的认知水平, 促进患者治疗后的生活质量, 促进患者运动功能的恢复。

参考文献:

- [1]徐基民, 刘兰群, 李艳丽, 等. 针刺在中西医结合脑卒中康复中的应用体会[J]. 中国康复理论与实践, 2016, (2): 245-248.
- [2]赵瑞霞. 针刺结合康复训练在脑卒中后吞咽困难中的应用[J]. 实用中西医结合临床, 2018, 18(8): 102-104.
- [3]陈美红. 中西医结合康复治疗脑卒中后偏瘫患者临床研究[J]. 反射疗法与康复医学, 2020, 29(7): 47-48.
- [4]温隆妹. 中西医结合康复方案对脑卒中后偏瘫患者功能康复的影响[J].

世界临床医学,2019,13(1):87-88.

- [5]杜艺霞.针刺结合康复训练治疗脑卒中患者痉挛性足内翻的临床观察
[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(12):165-166.

作者简介:

张立敏,女,现年45岁,中西医结合主治医师,中医预防保健
调理师,高级中医针灸师,高级心理咨询师,高级健康管理师,高级
公共营养师。

世界著名中医针灸学专家,中国工程院院士,国医大师石学敏院
士亲传弟子。

从事中西医结合临床工作二十余年,现任中国民间中医药研究开
发协会中医适宜技术推广分会针灸专家组专家,吉林省预防医学会
自然医学专业委员会委员,吉林省中医药学会、急症委员会委员、脉
学委员会委员,吉林省健康产业协会中医药传承专业委员会、大医治未
病专业委员会主任。2016年被长春市中医药管理局首届评为“长春市
基层优秀针灸推拿师”。

家庭健康教育在小儿湿疹中的应用效果分析

曹红怡 王潇潇 陈钟霓

成都中医药大学附属医院, 中国·四川 成都 610075

【摘要】目的: 在科学研究人员进行健康教育知识干预对儿童湿疹的预期效果。方法: 从2019年2月至2020年1月这个时间段里面, 患有小儿湿疹的患者抽取80人。通过不同的治疗的方式, 平均将患者分为两个组——参考组和干预组。研究成果: 在进行治疗之后, 发现干预组和参考组在有效率上都超过了70%, 其中观察组比对照组高出17%, 这就证明治疗之后对于个人治疗上都这着显著的帮助, 但是其效果上两组还是有着差异。性别差异 ($P < 0.05$); 对照组和参考组进行对比发现参考组的效率高于对照组超过18%, 在对于统计学上分析, 两者的差异小于0.05, 是满足统计学的要求。研究成果: 在进行家庭的健康管理以及一些专业的治疗之后可以满足患者的家庭成员的满意率以及提高与其临床治疗的目标。

【关键词】 健康教育; 小儿湿疹; 效果

儿童湿疹是一种炎症性疾病, 有多种本质和外因因素引起的渗出倾向, 是儿童和临床医学中儿童常见和多种皮肤疾病之一^[1]。皮疹多形, 对称, 外溢, 发痒且可重现, 继续产生并给患者带来极大的痛苦。值得一提的事, 儿童非常容易因搔痒而对皮肤造成伤害, 进而引起癫痫发作的危险并危害其健康。建立家庭健康教育知识有望减少婴儿湿疹的发生率和发生频率, 这减少了对儿童和年轻人的各种药物的长期使用, 并减轻了由药物引起的副作用。皮炎和湿疹患者的父母和母亲都因各种疾病而困扰, 例如哭泣和制造麻烦, 消化不良, 严重的搔痒, 抓挠, 不安的睡眠质量等。他们必须花费大量的时间和精力。照顾好孩子们。他们面临着巨大的精神实质和经济发展工作压力, 其婴儿具有被动照料的特点。因此, 每个人都认为主要家庭成员比两岁以上的孩子更有可能积极实施健康教育知识。本文希望研究结果能够具体指导临床的实施, 推广家庭健康教育模式, 并帮助众多家庭避免因小儿湿疹引起的长期困惑。

1 资料与方法

1.1 研究对象

取时间段为19年2月份至2020年一月份一年内的患有小儿湿疹疾病的患者作为本次研究的对象, 患有小儿湿疹的患者抽取80人。通过不同的治疗的方式, 平均将患者分为两个组——参考组和干预组。

1.1.1 纳入标准。(1) 符合西医对儿童湿疹急性症状的诊断标准; (2) 年龄在出生后30天到2岁之间; (3) 患方知情同意并自愿复诊及如实反馈信息患者。

1.1.2 排除标准。(1) 不符合病例纳入标准任意一条的患儿; (2) 皮肤湿疹合并心, 肝, 肾等严重继发疾病的患者。

1.2 方法

1.2.1 对照组。对照实验选择基本的医疗计划。住院后, 对照实验仅在必要时执行基本医疗计划的具体指导。

1.2.2 参考组。观察小组进行基本医疗保健的基础上, 增加关于家庭健康教育知识的医疗保健。(1) 生活起居。皮肤湿疹患者应注意适度的温度和环境湿度, 循环空气以避免潮湿和寒冷, 并清洁衣服和被子; 防止吸入尘螨, 蜂花粉, 动物乳白色尘埃等, 并避免与会让皮肤过敏的面糊, 碘伏消毒剂和化纤衣服接触; 在日常沐浴和保湿的护理中, 要注意不要烫伤, 而且频率也不必太频繁。沐浴后十分钟应擦拭保湿霜。母乳喂养期间儿童湿疹的发生与母亲不良的生活方式有关。(2) 饮食指导。对于常见的皮肤过敏, 应减少引起皮肤湿疹的食物。然而, 拒绝给孩子多种高蛋白食物这很容易导致营养缺乏和免疫力低下, 这会增加其他疾病的风险。应特别指示父母用不易引起皮肤过敏的高蛋白食物适当养育孩子。对于食物过敏原, 可以交替预防进餐, 从而可以快速达到功效并减少对药物的需求。(3) 心理疏导。由于皮肤异常变化, 失眠, 搔痒和不适以及长期慢性疾病, 患有皮肤湿疹的儿童通常主要表现出焦虑, 愤怒和敏感性。正确引导家庭的主要成员正确

认识儿童的湿疹, 消除他们的后顾之忧, 并摆脱焦虑等负面情绪。家庭主要成员不应因孩子的慢性病而失去耐心, 也不应主要表现为厌倦, 不满, 不喜欢等, 并能够主动地安抚孩子。

1.3 观察指标

1.3.1 满意度评价。在满意度的评价上, 我们分别对两个组里面的家属对于医疗还有护理方面, 作出了自己的判断, 分为满意和满意两个等级, 即满意度 = 满意度 + 基本满意度。

1.3.2 疗效评价。(1) 治愈: 得分降低 $\geq 95\%$, 患者的症状完全消退, 不发痒; (2) 效果显着: 得分为 $60\% - 95\%$, 患者的症状消退, 偶有搔痒症状; (3) 好转: 如果得分为 $30\% - 60\%$, 则患者的鳞屑基消失, 并且仍然伴有搔痒。(4) 失败: 评分降低了 $< 30\%$, 并且患者的鳞屑只有一些被消除, 仍然伴有明显的搔痒。

1.4 统计学分析

本文中的科学研究使用SPSS20.0进行统计解决方案。科学研究中使用的计数数据所占的百分比表示X²检测。“ $x \pm s$ ”表示测量数据, 并且t值用于检测。当 $P < 0.05$ 时, 表明结果存在差异, 这在统计学上是显著的。

2 结果

2.1 一般资料

通过数据可以看出, 这两组里面的有关于其年龄、性别等的差异值大于了统计学标准值0.05, 因此, 没有统计学意义。

2.2 两组患者总体疗效比较

通过数据可以看出, 干预组和参考组在有效率上都超过了70%, 其中观察组比对照组高出17%。观察组和对照组都在治疗上都较高的有效率。参考两组的数据, 可以看出是具有统计学意义的。 $(P < 0.05)$ 。

2.3 两组患者家属满意度比较

对照组和参考组进行对比发现参考组的效率高于对照组超过18%, 不过都超过了80%的满意度, 两个患者组之间的差异小于0.05, 是具有统计学意义的 $(P < 0.05)$ 。

3 讨论

现代科学认为, 儿童湿疹的原因很复杂, 并且通常与皮肤过敏因素, 遗传因素, 免疫系统因素和环境因素有关。其中, 过敏是这个疾病的关键原因, 与遗传遗传密切相关, 并可随年龄和环境而改变。

4 结论

家庭健康教育知识的干预可以显着提高患者临床治疗的实际效果和亲属的满意率。

参考文献:

- [1]孟颖超. 苓榆湿疹外用方治疗婴幼儿急性湿疹疗效及相关因素研究[D]. 中国中医科学院, 2017.
- [2]冯桂荣, 宋悦, 王彤. 临床护理路径在健康教育中的应用[J]. 吉林医学, 2008年02期.

“居家护理平台”对高血压患者延续护理效果的影响

路 萍

枣庄市市中区人民医院 神经内科, 中国·山东 枣庄 277100

【摘要】目的: 研究“居家护理平台”对高血压患者延续护理效果的影响。方法: 选择2018年6月-2019年6月, 在我院住院治疗的原发性高血压患者86例, 通过给予居家护理平台护理, 观察患者护理前后血压、血脂、心功能及焦虑、抑郁等不良情绪的改善。结果: 护理前高血压患者血压及血脂均较高, 经过6个月家庭平台护理后高血压患者血压及血脂均有所降低($P < 0.001$); 高血压患者护理前LVEF%水平为 $41.46 \pm 4.51\%$, LVDD水平为 $55.65 \pm 5.32\text{mm}$, 经过6个月家庭平台护理后高血压患者心功能明显改善($P < 0.05$); 高血压患者护理前SAS、SDS评分较高, 经过6个月家庭平台护理后高血压患者抑郁、焦虑情绪评分均降低($P < 0.05$)。结论: 高血压患者给予“居家护理平台”延续护理, 可明显降低血压及血脂水平, 改善患者心功能及不良情绪, 对于患者预后具有重要意义。

【关键词】居家护理平台; 高血压; 延续护理

原发性高血压常多出现在中老年人群中, 过度吸烟、饮酒都会引发此类疾病, 流行病学数据显著, 我国已有亿万人患该疾病, 属于终身性疾病, 治愈难度较大^[1]。持续的高血压可增加患者患中风等疾病的风险, 加重病情的发展, 有死亡的风险^[2]。高血压患者患者在医院治疗时间短暂, 更多地需要患者进行院外自我管理, 因此自我管理教育不能只局限于住院期间。有研究表明, 实施院外延续护理可以促进患者康复^[3]。研究显示, 整个高血压治疗过程中的重要环节是家庭护理, 可增加患者对患侧的关心和注意, 家庭护理贯穿在整个护理工作的各个环节, 根据患者情况可进行自主护理^[4]。因此, 本篇文章通过分析ER组和EP组患者日常生活活动能力、神经功能评分的差异性来探究早期多功能康复联合心理干预对高血压患者的恢复效果及神经功能的影响。

1 资料与方法

1.1 患者一般资料

选择2018年6月-2019年6月, 在我院住院治疗的原发性高血压患者86例, 男女患者比例:47:39, 年龄介入43-79岁之间, 平均年龄 66.78 ± 11.42 岁, 平均病程 8.57 ± 3.64 年, 其中高血压分级I级37例、II级23例、III级26例。

1.2 纳入标准

纳入标准: 入组前均符合《中国高血压防治指南》诊断标准^[5]。就诊前30天内未服用其他药物; 患者及家属了解本次实验内容并同意; 排出标准: 合并原发性肾结石、尿毒症等肾脏疾病; 合并严重心脏疾病者; 语言障碍者。

1.3 护理方法

1.3.1 建立居家护理平台, 通过手机微信建立公众号及微信群, 通过身份识别绑定高血压专科护士, 通过护士短设计家庭护理平台, 每个平台有多名资深护理组成, 且平台内患者之间信息保密, 护士可以看到患者的个人资料, 患者家属可以在平台上选择自己信任的护士进行咨询

1.3.2 饮食指导: 由专业的营养师安排食谱, 并及时根据患者的病情及时调整, 通过居家护理平台传输到患者, 患者也可以通过居家护理平台将自己的饮食习惯及要求反馈, 并进行延续性的跟踪工作。

1.3.2 运动指导: 每日进行40min-60min的户外有氧运动外, 运动时要拍摄运动VCR或健身视频, 在交流群中发布, 有专业

人士对患者在家运动方式进行指导。同时, 还要经常回访患者在家运动状况, 提醒每周坚持2-3次全身运动, 提高患者的机体免疫能力。科学化指导运动时间及强度。

1.3.3 心理指导: 同时可以通过居家护理平台进行心理知识的传播, 增加患者的自信心。

1.3.4 睡眠指导: 避免患者出现不健康的睡眠习惯, 影响病情恢复, 采用睡眠干预手段, 居家护理平台指导患者及家属注意事项, 如何更好的睡眠, 如音乐欣赏等等

1.3.5 定期平台回访: 出院后, 每周在居家护理平台上对患者或家属进行回访, 具体内容按照预先设计方案来实施, 询问患者出现的不良反应、运动情况及睡眠质量等。护理时间为5个月。

1.4 血压及血脂代谢指标检测

患者每天早晚2次检测血压, 静坐10min后, 患者将左侧手臂与心脏保持同一水平。采用电子血压仪检测SBP、DBP水平, 连续检测3次, 取平均值。护理前后, 高血压患者血脂检测: 静脉血5ml, 3ml抗凝低温保存, 2ml放入离心机分离10min。生化分析仪检测TC、HDL-C、TG水平, 结果以mmol/L表示。

1.5 心脏功能检测

多普勒超声对高血压患者护理前后心脏功能进行检测, 包含: LVEF、LVDD等水平。

1.6 抑郁、焦虑情绪评分

通过SAS、SDS评分分别对CRF血液透析患者焦虑、抑郁情绪进行评估, 其分值越高、负面情绪越严重, 基线标准分别为50分及53分, 超出基线范围为患者伴有焦虑、抑郁情绪。

注: SAS: 焦虑自评量表, SDS: 抑郁自评量表

1.7 统计学方法

采用GraphPad Prism 8及EXCEL表格对高血压患者研究数据进行统计, 血压、血脂、心功能及负面情绪评分采用均值标准差形式表示, 行t检验校正分析, 以 $p < 0.05$ 为比较有差异。

2 结果

2.1 高血压患者血压及血脂代谢水平研究

护理前高血压患者DBP、SBP、TC、TG及HDL-C均较高, 经过6个月家庭平台护理后高血压患者血压及血脂均有所降低, 与护理前相比, 家庭平台护理后高血压患者血压及血脂代谢水平改善显著, 差异具有显著性($P < 0.001$), 见表1。

表1 高血压患者血压及血脂代谢水平研究

指标	护理前	护理后	t	P值
DBP (mmHg)	165.69±10.20	117.68±9.50	22.41	<0.001
SBP (mmHg)	103.22±7.94	85.38±6.29	14.041	<0.001
TC (mmol/L)	6.19±0.78	4.38±0.55	11.19	<0.001
TG (mmol/L)	3.36±0.38	1.56±0.33	24.26	<0.001
HDL-C (mmol/L)	0.86±0.11	1.46±0.20	13.63	<0.001

2.2 高血压患者心功能水平研究

高血压患者护理前 LVEF% 水平为 $41.46 \pm 4.51\%$, LVDD 水平为 $55.65 \pm 5.32\text{mm}$, 经过 6 个月家庭平台护理后高血压患者 LVEF 水平升高, LVDD 水平降低, 与护理前相比, 家庭平台护理后高血压患者心功能明显改善, 差异具有显著性 ($P < 0.05$)。见表 2。

表2 高血压患者心功能水平研究

评分	干预前	干预后	t	P值
LVEF%	41.46±4.51	59.27±6.04	6.148	<0.001
LVDD (mm)	55.65±5.32	44.17±4.71	3.625	0.015

2.3 高血压患者抑郁、焦虑情绪评分研究

高血压患者护理前 SAS 评分为 60.73 ± 3.37 , SDS 评分为 60.23 ± 4.76 , 经过 6 个月家庭平台护理后高血压患者抑郁、焦虑情绪评分均降低, 与护理前相比, 家庭平台护理后高血压患者抑郁、焦虑心理水平明显改善, 差异具有显著性 ($P < 0.05$)。见表 3。

表3 高血压患者抑郁、焦虑情绪评分研究

评分	干预前	干预后	t	P值
SAS评分	60.73±3.37	51.26±2.59	4.083	<0.001
SDS评分	60.23±4.76	47.16±4.39	6.632	0.001

3 讨论

原发性高血压的发病人群往往以中老年人居多, 但由于青少年的经常熬夜、学习压力大等的不利因素使得青少年血压异常的患者与日俱增, 原发性高血压其病因不明, 可导致心脏疾病, 同时也易引起患者失眠, 具有隐匿发病的特征, 且前期无显著症状, 患者无法意识到更无法进行细致检查, 所以原发性高血压常常因

没有明显表征, 无法察觉得不到有效、及时的控制。因此, 给予适当的家庭护理对于高血压患者的改善有一定的帮助。

本文研究发现护理前高血压患者血压、血脂处于较高的水平, 心功能存在一定的障碍, 患者抑郁、焦虑等不良情绪较高, 经过 6 个月家庭平台护理后高血压患者血压、血脂显著降低, 心功能有所改善, 抑郁、焦虑不良情绪明显降低, 说明家庭平台护理可改善高血压患者的临床特征, 降低血压、血脂的同时, 可以改善患者不良情绪及心功能水平。家庭平台护理是近些年逐渐运用的新型护理方式, 不但在院内及对出院之后对患者生活及病情全方位进行干预的护理方式, 以患者为核心, 改变不合理的护理方式及观念, 适用于不断变化的预料模式下的临床[5]应用。家庭平台护理过程是从医院护理延续到院外家庭的护理, 督促高血压患者坚持护理内容, 进行康复训练, 对患者身体恢复及疾病的改善均具有较好作用。

综上所述: 高血压患者给予“居家护理平台”延续护理, 可明显降低血压及血脂水平, 改善患者心功能及不良情绪, 对于患者预后具有重要意义。

参考文献:

- [1]袁芸芸, 贺燕珍, 毛炳云等. 移动医疗慢病管理对高血压患者血压控制率、生活质量及依从性的影响[J]. 现代实用医学, 2020, 32(04):516-518.
- [2]徐嘉纯, 常进, 宫海滨. 动脉粥样硬化性心血管疾病风险评估对中国高血压防治的启示[J]. 中国心血管病研究, 2019, 17(03):207-210,241.
- [3]沙启娟. 延续性护理对老年高血压患者生活质量及用药依从性的影响[J]. 当代护士, 2019, 26(1):15-17
- [4]刘赞赞, 陈红, 刘国莲等. 基于老年综合评估的社区家庭访视护理对老年高血压患者生活质量的影响研究[J]. 中国全科医学, 2018, 21(28):3478-3484.
- [5]闫娜. 协同护理在136例高血压危象出院居家老年患者中的应用[J]. 国际护理学杂志, 2018, 37(19):2616-2618.

作者简介:

路萍 (1972.11-), 女, 汉族, 籍贯: 山东省枣庄市, 本科, 主管护师, 研究方向: 内科护理。

高选择性脊神经后根切断术治疗下肢痉挛性脑瘫的疗效观察

黄林 尹靖宇 高年进 毛作康

广东三九脑科医院 脑瘫科, 中国·广东 510080

【摘要】目的 本文主要对下肢痉挛性脑瘫采用高选择性脊神经后根切断术治疗的效果进行探究。方法 选择我院2018年1月—2020年2月收治的下肢痉挛性脑瘫行腰骶段高选择性脊神经后根切断术的患者102例,分别采用Held评分、Ashworth量表(MAS)、粗大运动功能分级系统(GMFCS)在术前、术后1周、术后1年评估患者的肌张力、痉挛程度和下肢运动能力变化。结果 采用Held评分评价患者的髋、膝、踝关节痉挛程度缓解率在术后1周和术后一年均较好。双下肢髋、膝、踝各肌群肌MAS分级,及在GMFCS分级术后1周、1年比术前下降和改善明显($P < 0.05$)。术后没出现尿潴留、大小便失禁、顽固疼痛,没有发生相关并发症。结论 临床对于下肢痉挛性脑瘫采用高选择性脊神经后根切断术进行治疗,并辅助康复训练可获得确切的疗效,并发症不明显,可适当加强应用。

【关键词】高选择性脊神经后根切断术; 下肢痉挛性脑瘫; 临床疗效

在脑瘫人群中痉挛性脑瘫约占到2/3,选择性脊神经后根切断术(SPR)可使脑瘫患者的双下肢肌张力和运动能力得到较大改善,但同时也容易对脊柱造成一定破坏,还可能出现许多并发症。改良后的SPR比传统的SPR产生的创伤更小。我院在对2018年1月—2020年2月收治的双下肢痉挛性脑瘫采用腰骶段高选择性SPR治疗的102例患儿,术后积极加强康复训练,通过随访预后较好,具体报告为:

1 资料与方法

1.1 临床资料

本文选择的研究对象男女患者分别为59例、43例;年龄最小为4岁,最大为18岁,均龄为7.5岁。这些患儿智力都稍低下或基本正常,均为双下肢肌张力Ⅲ级为主,把肌腱存在严重挛缩和骨关节严重畸形的强直为主的病例排除。

1.2 方法

对患者实施全麻然后协助其俯卧,在其腰背部正中间取L1-S1切口,长约8-10cm,依层切开皮肤,皮下,电凝止血。用电刀切开腰背筋膜及肌层,沿棘突将骶棘肌向两侧推开,显露棘突及椎板,用撑开器将骶棘肌向两侧撑开固定。把L2-S1椎板显露出来,对L2下1/2及L3上1/2棘突部分椎板、L5椎板进行跳跃式切除,并把L3下1/2椎板及L4椎板保留下来。把硬脊膜切开后,依次在显微镜下分别把双侧L2、L3、L5、L1脊神经后根找到,并分成各个小束(4-6个),按照电流为0.05-0.1mA的标准采用F-1000脉冲分别对每条神经小束进行电刺激,并对肢体肌肉收缩情况进行观察或对多导肌电图进行描记,对各脊神经后根进行记录。在切断处的上下方分别刺激后跟对肌肉收缩和肌电反应进行观察,根据肢体运动功能障碍和术前痉挛程度确定最终切断的比例,并注意对肛门括约肌和膀胱压力进行监测,防止患者在术后出现大小便失禁现象。选择性把较低阈值敏感性高神经束切断并切除1cm,切断的比例大致为L2、L3、L5、S1分别为25%-45%、30%-50%、40%-60%、45%-65%。严格按照相关流程彻底止血后连续锁边缝合硬脊膜,对伤口逐层进行缝合。术后第2d训练四肢关节活动等,1周后可以带腰围训练下床迈步和站立等,2周后用专业的支具进行正规的康复训练。

1.3 观察判断标准

采用MAS分级、Held评分、GMFCS分级分别在术前、术后

1周、术后1年对患者肌张力变化、髋膝及踝关节痉挛程度的变化、运动能力的变化进行评价。

1.4 统计学分析

本文在研究中选择SPSS13.0处理相关数据,分别用($\bar{x} \pm s$)和百分比(%)表示计量和计数资料,并分别选择t和卡方对其检验,组间数据对比差异明显有统计学意义表示为 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 Held评分

这些患儿在术后1周髋关节痉挛程度缓解率为97.06%(99/102)、膝关节痉挛程度缓解率为99.02%(101/102)、踝关节痉挛程度的缓解率为96.08%(98/102);术后一年髋关节痉挛缓解率为93.14%(95/102)、膝关节痉挛缓解率为95.10%(97/102)、踝关节痉挛缓解率为92.16%(94/102)。

2.2 MAS分级

比较可知,患者的双下肢髋、膝、踝各肌群在术后1周、1年的肌MAS分级比术前降低较明显($P < 0.05$),见表1。

表1 下肢痉挛性脑瘫高选择性脊神经后根切断术治疗前后MAS分级对比

MAS	术前	术后1周	术后1年
MAS-髋	2.87±0.51	2.48±0.57*	1.72±0.26**
MAS-膝	2.58±0.21	2.03±0.27*	1.59±0.45**
MAS-踝	3.09±0.18	2.52±0.43*	1.94±0.28**

注:与术前相比,* $P < 0.05$;与术后1周相比,** $P < 0.05$

2.3 GMFCS分级

术后1周患者的GMFCS分级Ⅰ级、Ⅱ级、Ⅲ级、Ⅳ级分别为14例、48例、35例、5例;术后1年GMFCS分级Ⅰ级、Ⅱ级、Ⅲ级、Ⅳ级分别为48例、42例、10例、2例。GMFCS分级在术后1周、1年比术前改善情况显著($P < 0.05$)。

2.4 并发症情况

患者术后没有出现尿潴留、大小便失禁、顽固性疼痛等症状,相关并发症如切口感染、脑脊液漏,椎体畸形等也没有发生。

3 讨论

脑瘫患者大脑皮层抑制脊髓的作用丧失,造成牵张反射工作异常,其中双下肢肌张力异常亢进为其主要表现,所以对其进行

选择性 SPR 后评估其肌张力有重要的作用。MAS 分级因其便于操作而被临床广泛应用,主要用来评估因中枢神经系统受累而导致的肌张力障碍,是评价机体受损情况的第二维度评价。本研究采用 MAS 分级对痉挛性脑瘫接受选择性 SPR 前、术后 1 周和 1 年的肌张力的变化进行评价,得出术后肌张力在术前下降明显,康复训练 1 年后更有效改善。Held 评分为选择脊神经后根节段和切断比例提供了依据,大多数患者术后 1 周痉挛状态较大缓解。脑瘫患儿治疗首要的是运动能力的恢复,GMFCS 分级耗时较短,操作简单,主要评价运动和生活能力,是第三、四维度的评价。本研究采用 GMFCS 分级对患者术前、术后 1 周和 1 年运动能力的变化进行评价,显示术后 1 周患儿的 GMFCS 分级评分提高明显,康复训练 1 年后评分进一步提升,一些患者接近正常运动能力。

综上所述,临床采用高选择性 SPR 治疗方法和康复训练对下肢痉挛性脑瘫进行治疗和训练疗效较优,没有出现明显的并发症情况,值得推广。

参考文献:

- [1]张新宇,张园园,吕涛,等.高选择性脊神经后根切断术治疗下肢痉挛性脑瘫的疗效[J].中国临床神经外科杂志,2019,024(008):500-502.
- [2]方铁,徐金山,解自行.选择性脊神经后根切断并椎板复位术治疗痉挛性脑瘫的临床探讨[J].中华神经外科疾病研究杂志,2018,v.17(06):57-61.
- [3]葛立可,朱俞岚,郭辉.选择性脊神经背根切断术联合多模式技术治疗痉

挛性脑瘫的临床疗效[J].中华神经医学杂志,2020,19(06):591-595.

[4]徐杰,徐林,曾杰,等.选择性脊神经后根切断术改善脑瘫患者下肢功能的研究进展[J].中国骨伤,2020,033(005):489-492.

[5]方铁,徐金山,解自行.颈段选择性脊神经后根切断并椎板复位术治疗痉挛性脑瘫[J].中华神经外科杂志,2019,35(4):373-377.

[6]张新宇,张园园,吕涛,等.高选择性脊神经后根切断术治疗下肢痉挛性脑瘫的疗效[J].中国临床神经外科杂志,2019,024(008):500-502.

[7]尹靖宇,张宗红,徐涛,等.不同电生理监测方法在功能性选择性脊神经后根切断术中的比较.上海医药. 2017. 38(7): 36-38.

[8]杜爱民,孙成彦,彭云川,等.腰骶部功能性选择性脊神经后根切断术治疗痉挛性脑瘫的效果.中国医药导报. 2015. 12(24): 158-161.

[9]曾瑞曦,卢莉云,张毅,等. SPR 治疗痉挛性脑瘫患者的远期疗效分析.中国医药导刊. 2015(3): 219-221.

作者简介:

黄林,主治医师,CNS中国神经科学学会(感觉和运动分会、儿童认知与脑功能障碍分会)会员。毕业于第四军医大学吉林军医学院临床医疗系,毕业后一直从事骨外科的教学及临床诊疗工作。擅长骨科常见病多发病、脑性瘫痪、髋关节发育不良、复杂四肢骨折、各种脊柱脊髓疾病、颈肩腰腿疼痛、先天性畸形、外伤后肢体挛缩等疾病的综合治疗有丰富的临床经验,对肉毒素精准治疗四肢痉挛、斜颈、外伤后痉挛状态有深入的研究。研究方向:骨科。

耐多药肺结核合并气管支气管结核冷冻治疗效果观察

程 琪

黑龙江省传染病防治院 腔镜介入科, 中国·黑龙江 哈尔滨 150000

【摘要】目的: 探讨冷冻治疗在耐多药肺结核(Multidrug-resistant tuberculosis, MDR-TB)合并气管支气管结核(Tracheobronchial tuberculosis, TBTB)患者中临床应用价值。方法: 回顾分析我院2017年1月至2019年10月治疗的33例MDR-TB合并TBTB病例。其中男性患者4例, 女性患者29例, 年龄13岁~66岁, 平均年龄(33.9±11.1)岁, 所有病例给予规范抗结核治疗并定期行支气管镜下冷冻术, 平均治疗(3.9±1.4)次。通过观察治疗后气道病变改善情况判断冷冻治疗在MDR-TB合并TBTB患者中的应用价值。结果: 33例MDR-TB合并TBTB患者中共12例显效、显效率36.3%; 共15例有效、有效率45.5%; 无效6例, 无效率18.2%; 治疗总有效率81.8%。结论: MDR-TB合并TBTB患者在规范抗结核化疗基础上联合冷冻治疗, 其效果显著, 值得在临床推广应用。

【关键词】耐多药肺结核; 气管支气管结核; 冷冻治疗

目前耐多药肺结核的诊疗已成为结核病诊疗工作中的重点。因为化学药物治疗的限制, 使得治疗起来效果差, 特别是耐多药肺结核合并气管支气管结核患者, 更容易导致阻塞性肺炎、肺不张, 乃至威胁患者生命^[1]。此次, 我们通过观察, 分析冷冻治疗在耐多药肺结核合并气管支气管结核患者中的治疗效果, 从而探讨其临床应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾分析我院2017年1月至2019年10月MDR-TB合并TBTB病例共33例。男4例, 女29例, 年龄13~66岁, 平均年龄(33.9±11.1)岁。所有患者均临床确诊为MDR-TB, 并经我科支气管镜检查确诊合并TBTB。支气管镜下可见气道多部位受累, 以左侧支气管为主, 病变表现为多种支气管结核分型同时存在。

1.2 方法

所有病例均在规范抗结核治疗^[2]基础上, 定期在静脉麻醉下行支气管镜下冷冻术治疗。所有患者均采用静脉复合麻醉下喉罩通气, 经喉罩插入支气管镜进行检查, 先确定病变部位, 使用活检钳充分钳除气道内病灶表面的干酪坏死物, 以便冷冻探针充分与病灶接触。应用北京库蓝冷冻治疗仪进行冷冻治疗, 制冷剂为CO₂, 探针大小1.9mm, 长度约1000mm。每次冷冻时间为180~240s, 融化时间30s, 每个部位可重复冻融2~3次, 若病灶范围较大、粘膜增生比较明显, 则需要多部位进行冷冻。冷冻治疗后观察患者临床症状, 一般7~10天后复查支气管镜。支气管镜下可对冷冻后形成的坏死物进行清理, 并观察病变情况。视支气管镜下情况, 考虑是否继续进行支气管镜下治疗。每例患者治疗需2~8次, 平均治疗(3.9±1.4)次。

1.3 评价标准

显效: 支气管镜下可见病变完全吸收或吸收面积超过2/3、表面光滑或已形成瘢痕, 管腔通畅或较正常管腔略狭窄; 有效: 支气管镜下见病变较前减少, 但面积不超过2/3, 管腔较前狭窄, 但不超过正常气道的50%; 无效: 支气管镜下见病变无明显吸收改变或较前加重, 或经治疗后狭窄大于50%。

2 结果

33例MDR-TB合并TBTB患者在规范抗结核治疗基础上经支气管镜冷冻治疗, 每例患者治疗2~8次, 平均治疗(3.9±1.4)

次。经治疗后, 按评1.3所列评价标准进行评价, 治疗总有效率81.8%。具体见下表:

	男性: 4例	女性: 例29	合计: 33例
显效	1	11	12 (36.3%)
有效	1	14	15 (45.5%)
无效	2	4	6 (18.2%)

3 讨论

我国2007-2008年开展的全国结核病耐药基线调查的数据分析显示, 中国的耐药结核病疫情有所加重^[3,4]。另一方面, 支气管镜诊疗技术的广泛应用, 使得近几年TBTB(气管支气管结核)的发现率也有明显增加的趋势^[5]。相关文献报道MDR-TB患者合并有TBTB占70.56%^[6]。因此, MDR-TB合并TBTB的治疗也成为临床工作中的重点。

我们此次观察结果显示MDR-TB合并TBTB经冷冻治疗后, 治疗总有效率81.8%。这一结果低于相关文献报道的总有效率可达93.6%^[9,10]。

笔者考虑其中原因可能有以下几种因素。首先, 不论MDR-TB还是TBTB均需接受规范抗结核药物化学治疗, MDR-TB合并TBTB也应该遵循这一根本原则^[8]。而MDR-TB因其对异烟肼、利福平等抗结核药物产生耐药, 因此其临床治疗要难于非耐药肺结核的治疗, 我们此次选取的研究对象均为MDR-TB合并TBTB病例, 因此治疗相对较困难; 其次, 我们此次观察发现MDR-TB合并TBTB支气管镜下表现为多种类型同时存在, 且多部位受累, 其中无效6例中有4例支气管镜下表现是在原有气道瘢痕狭窄或软化基础上出现粘膜溃疡、增生改变, 原有病变经冷冻治疗虽已经吸收, 但出现了较明显的气道挛缩狭窄或软化情况, 因此我们判断其无效; 还有1例患者是支气管淋巴结结核, 属于特殊类型TBTB, 因病变淋巴结无明显缩小, 气道一直处于较明显压迫狭窄, 我们也判断其无效。所以, 我们认为此次观察研究的结果虽然低于一般文献报道, 但效果仍值得肯定, 同时我们相信, 如在冷冻治疗基础上联合其它介入治疗方法能够进一步提高MDR-TB合并TBTB的治疗效果。

综上所述, 对于MDR-TB合并TBTB冷冻治疗效果显著, 可作为临床治疗MDR-TB合并TBTB的优选方案, 值得在临床推广应用。

参考文献:

- [1]Kashyap Surender,Mohapatra Prasanta Raghav,Saini Varinder. Endobronchial tuberculosis.[J]. The Indian Journal of Chest Diseases and Allied Sciences, 2003,45(4).
- [2]中国防痨协会. 耐药结核病化学治疗指南(2015). 中国防痨杂志, 2015, 37(5): 421-469.
- [3]王胜芬,赵冰,宋媛媛,等. 我国耐药结核病的危险因素——2007年全国结核病耐药基线调查资料分析[J]. 中国防痨杂志,2013,35(4):221-226.
- [4]全国结核病流行病学抽样调查技术指导组. 2000年全国结核病流行病学抽样调查报告[J]. 中国防痨杂志, 2002,24(2):3-46.
- [5]傅瑜.重视支气管结核的诊断与治疗 [J]. 临床肺科杂志, 2009,14(7): 226-227.
- [6]卞浩斌,梁敏青,袁园,谢艺开,覃红娟,冯治宇,叶锦泉,张宏,谭守勇. 耐药肺结核合并气管支气管结核的内镜特点分析[J]. 中国内镜杂志,2017,23(12): 32-35.
- [7]中华医学会结核病学分会,《中华结核和呼吸杂志》编辑委员会. 气管支气管结核诊断和治疗指南(试行)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2012, 35(8): 581-587.
- [8]陶红艳,万毅新,魏海东,王虹,黄晖蓉,李芳伟,武虹艳,王晓平. 支气管镜下介入治疗支气管结核气道阻塞82例临床疗效分析[J]. 中国防痨杂志,2012,34(01):29-31.
- [9]赵磊,狄岩,王瑜玲,等. 常规抗结核药物联合经支气管镜冷冻治疗支气管结核的临床疗效及其对免疫功能的影响研究 [J]. 中国全科医学, 2016, 19(29): 3554-3557.

透明质酸钠复合溶液(嗨体)在眼周皱纹治疗中的应用效果及安全性分析

何 燕

重庆晶肤医疗美容, 中国·重庆 江北 400000

【摘要】二十一世纪, 科技高速发展, 人们对美的要求越来越高, 小到指甲, 大到全身各部位, 美容院的基础护肤保养已经满足不了人们对美的追求, 渐渐地, 高科技产品横空出世, 整形美容成了当下最热门的话题, 一家家整形美容医院应势而生, 吸引了大批爱美人士。五官整形, 身体各部位再造, 隆鼻, 丰唇, 抽脂等成为了热门整形美容内容, 而眼部整形就是其中最常见的整形美容手术之一, 眼睛是心灵的窗户, 很多时候, 一个人的眼睛决定了别人对你的最初印象, 因此, 很多爱美人士选择了对眼睛整形, 但同时, 眼睛整形在变好看的基础下, 也有一定的风险, 稍不注意就会出现很多并发症, 在眼周皱纹治疗中注射透明质酸钠复合溶液(嗨体)是现在爱美人士的首选, 就透明质酸钠复合溶液(嗨体)在眼周皱纹治疗中的应用效果及安全性上来进行研究探讨。

【关键词】透明质酸钠; 眼周抗衰

1 研究目的

在用透明质酸钠复合溶液(嗨体)对眼周皱纹进行治疗时, 不能盲目跟风, 要考虑好透明质酸钠复合溶液(嗨体)带来的利与弊, 对效果也要进行全面的分析, 同时, 我们不能一味的只看到它的好, 而忽略了它的坏, 要提升医美的服务体系, 就要对透明质酸钠复合溶液(嗨体)在眼周皱纹治疗中的应用效果及安全性进行合理的分析。

2 研究意义

眼睛素有心灵之窗的美称, 爱美人士对眼睛美的追求更是超越了一般人, 再研究上, 爱美人士会开眼角、做双眼皮, 去眼袋、填充卧蚕等一系列医美手段来让眼睛变得更美更自然, 透明质酸钠复合溶液(嗨体)在眼周皱纹治疗上时爱美人士的不二之选, 使用透明质酸钠复合溶液(嗨体)对眼周皱纹治疗能有效解决黑眼圈、眼袋、眼周皱纹、眼周皮肤松弛等眼部问题, 但是眼睛是我们用来生活的必要五官之一, 在眼周动手术其危险性十分大, 手术中稍不注意就会导致一系列并发症, 比如感染、局部血肿、疤痕、弧线不流畅、大小眼、下睑外翻、内眼角疤痕增生等, 我们在接受透明质酸钠复合溶液(嗨体)对眼周皱纹进行治疗时, 也要对它的应用效果及安全性进行合理分析, 在应用上弥补不足, 保障患者的安全性, 降低操作风险。

3 研究方法

通过查阅书籍、期刊、学位论文、学术会议文献和网络文章等文献资料, 在原有的文献资料上来指导我对该选题的研究。

3.1 透明质酸钠复合溶液(嗨体)的含义与意义

嗨体, 是首款经CFDA认证, III类医疗器械的一款的产品。嗨体经过真皮层细胞赋活疗法, 系统性建立皮肤健康微循环, 可以抚平细纹, 收紧皮肤、让皮肤水润有弹性、恢复皮肤健康状态, 嗨体祛眼周细纹的原理是通过给真皮层补充透明质酸成分, 还包含嗨体中特有的氨基酸和维生素成分, 加上自身体内的acme—te—a能够提供细胞外基质的营养成分, 给细胞更好的生长环境, 使眼部细胞恢复正常的新陈代谢, 促进胶原蛋白含量增加。嗨体的作用原理是注入营养、填沟垫纹, 它可以穿透皮肤表层, 精准灌注嗨体, 填平泪沟、淡化眼周细纹和颈纹; 赋活细胞, 提亮肤色, L-肌肽具有抗氧化的作用, 抵御自由基, 提高胶原纤维合成

能力, 赋活细胞, 增强皮肤韧性; 胶原新生, 拉紧肌肤, 嗨体的主要基础成分是透明质酸, 然后通过acme—te—a激发多种合成胶原蛋白所需的活性成分, 对皮肤起到纤维生成作用, 促进细胞再生, 恢复断裂的网状纤维, 同时加速血液循环, 曾加新陈代谢, 延缓皮肤衰老。可以让皮肤恢复光滑、紧、提升, 保持肌肤年轻状态。

透明质酸钠复合溶液对眼周皱纹的效果良好, 注射完就能看到效果, 效果十分惊艳, 恢复时间短, 有效缓解改善眼部衰老, 滋润皮肤, 改善毛孔松弛、干燥, 有效缓解因色素沉着或者血液循环不良造成的黑眼圈, 还可填充泪沟、眼周细纹等, 粘滞性较好, 不会出现吸水肿胀。

3.2 透明质酸钠复合溶液(嗨体)在眼周皱纹治疗中的应用效果

嗨体可以打眼周, 嗨体填充泪沟是用透明质酸钠和氨基酸维生素的注射, 在皮肤下形成新生的自体胶原蛋白网状结构, 起到填充泪沟的效果。嗨体注射为两种产品, 通常1.5ml的嗨体是适合泪沟填充的一款嗨体。嗨体填充泪沟, 根据官方介绍可以维持6-12个月, 但具体的维持时间还是根据每个人的差异会有不同, 个人体质原因会影响嗨体填充泪沟的保持时间, 除此之外, 术后的保养与体内ACME-TEA生成太营养含量也会影响到嗨体填充泪沟的保持时间。

嗨体中特有的氨基酸和维生素成分, 能够提供细胞外基质的营养成分, 给细胞更好的生长环境, 使细胞恢复正常的新陈代谢, 肌肤胶原蛋白含量增加, 注射后在真皮下形成新生的自体胶原蛋白网状结构, 有效紧致提升下垂面部, 提升上睑肌肤。嗨体结合ACME-TEA生成太可刺激胶原蛋白的分泌及弹力纤维的生成, 并促进纤维重排, 恢复皮肤的韧性和弹性, 提升胶原纤维合成能力, 从而达到抚平皱纹、全面提升肌肤状态, 持续延缓衰老。嗨体能有效解决手部凹陷和容量缺失, 改善手部皱纹和细纹。激活细胞天赋, 提升成纤维细胞胶原分泌能力; 提升胶原纤维合成能力, 让皮肤恢复光滑、紧致; 持续精华导入, 保证营养滋润。

因为人体的颈部和眼周的皮肤偏薄, 尤其眼周的皮肤可以说是面部脆弱的部位之一。以透明质酸为母液, 搭载多种氨基酸、L-肌肽、和维生素的嗨体可以满足眼部因衰老而流失的营养的补

给, 以及相应组织容量缺失部分的填充。

3.3 透明质酸钠复合溶液(嗨体)在眼周治疗中的安全性分析

透明质酸钠复合溶液(嗨体)在医美界的效果不用质疑, 但在变美的同时也存在一定的危险, 嗨体是正经获得CFDA认证的产品, 我们潜意识里会认为有了它在使用嗨体时就能百分之百放心, CFDA并不能确保我们在进行医美项目时所有的安全, 我们在看到成功案例的同时, 也要看到失败案例, 任何一件事中, 安全性和风险性同时存在, 我们在进行手术的同时一定要谨慎选择。

4 结论和展望

透明质酸钠复合溶液(嗨体)在眼周皱纹治疗中有良好的效果, 提亮肤色, 改善皱纹, 让细胞自我修复, 从而让肌肤光滑细腻, 嗨体的安全性离不开产品、大夫、机构的三方面保证。要想保证嗨体水光针的安全性, 就一定要在正规机构和机构找专业大夫进行嗨体的注射, 只能在机构和正规环境注射才能一定程度上

保证嗨体的安全性。另外由于嗨体注射是在不可视情况下进行的, 因此一定要找到专业且经验丰富的有责任心的大夫进行注射, 只有这样才能保证嗨体的功效。只要稳步前进, 嗨体在医美界定会大放异彩!

参考文献:

[1]眼睛的美学审视与“双眼皮”手术. 于建华, 2001首届全国中西医结合医学美容学术交流会.

[2]董萍, 梁虹, 杨永鹏, 丁克祥, 罗迎霞, 左夏林, 杨方应, 朱晓亮, 韩晋云, 丁宇. 微创美容注射剂在面部抗衰老与医学美容中的应用与护理. 2011第十三届东南亚地区医学美容学术大会.

作者简介:

何燕, 汉族, 重庆晶肤医疗美容院长, 研究方向: 皮肤美容抗衰。

支气管镜下肺泡灌洗辅助治疗小儿重症支原体肺炎的临床效果

朱岩 李小琴 白云 曾玉婷 白金霞

甘肃省兰州市安宁区万里医院儿科, 中国·甘肃 兰州 730050

【摘要】目的: 本文针对支气管镜下肺泡灌洗辅助治疗展开研究, 深度剖析其对于小儿重症支原体肺炎儿童患者的临床治疗作用, 从而为学界领域的研讨与推广应用提供可靠的参考。方法 本文的研究病例源于西部战区总医院儿科, 选取2018.2-2019.2期间内该院所接诊的60例小儿重症支原体肺炎儿童患者, 将其作为此次研究的分析对象进行随机分组, 每组人数均为30, 分别为对照组与观察组。其中, 对照组给予常规小儿重症支原体肺炎对症治疗, 观察组则采用联合支气管镜下肺泡灌洗辅助治疗。随后, 我们将记录并分析小儿重症支原体肺炎儿童患者在两种不同治疗手段下的临床效果。结果 两组患者在经过不同手段的治疗后, 均呈现出显著的临床效果。其中, 对照组患者相较于观察组患者而言, 两组的临床效果具有显著差异, 即后者的临床效果要比前者好, 结果具有一定参考价值 ($P < 0.05$)。此外, 根据临床诊治结果, 我们发现对照组在住院时间与肺部啰音的消失时间均长于观察组。结论 我们在治疗患有小儿重症支原体肺炎的儿童患者时, 使用常规治疗方案基础上应用支气管镜下肺泡灌洗辅助治疗能更好的改善患儿病情, 缩短病情控制及整体康复所需时间, 降低疾病对患儿所可能造成的负面影响, 值得推广。

【关键词】支气管镜下肺泡灌洗; 辅助治疗; 小儿重症支原体肺炎

在小儿肺炎患儿群体中有少部分儿童患者被诊断为支原体肺炎, 但此病症的发病率正在以上升趋势发展。对此, 相关医护人员往往通过临床常用药物对症保守治疗措施来控制病情发展恶化, 但对于重症患儿则常规治疗措施效果不如其人意^[1]。重症支原体肺炎有气道分泌物积聚、肺不张症状, 甚至有引发心肌受损的风险, 抗感染药物治疗依然是对重症支原体肺炎的治疗措施, 但随着抗感染药物在临床的泛滥以及长时间应用, 可出现耐药菌株, 因此急需寻求在此基础上相关辅助配合措施来达到更好控制病情的效果^[2]。在经过临床实践探索并参考相关文献^[3-4]内容后, 选择支气管镜下肺泡灌洗作为常规治疗方案基础的辅助治疗, 落实我院收治小儿重症支原体肺炎患儿治疗后取得了令人满意的效果。报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本文的研究病例源于西部战区总医院儿科, 选取2018.2-2019.2期间内该院所接诊的60例小儿重症支原体肺炎儿童患者, 将其作为此次研究的分析对象进行随机分组, 每组人数均为30, 分别为对照组与观察组。其中, 观察组内儿童患者的年龄均在 6.19 ± 2.11 岁上下, 年龄最小的儿童患者为1岁, 而最大的儿童患者为12岁, 且病程处于5至7周内, 均在 5.13 ± 1.29 周上下, 总计有11名女童患者与19名男童患者。另外, 对照组内儿童患者的年龄均在 6.28 ± 2.05 岁上下, 年龄最小的儿童患者为1岁, 而最大的儿童患者为11岁, 且病程处于5至6周内, 均在 5.02 ± 1.32 周上下, 总计有13名女童患者与17名男童患者。通过上述内容我们可知, 本次分析对象的各方面基本信息均无显著统计学意义 ($P > 0.05$), 研究结果具有一定的参考价值。对此, 我们将在研究展开前通知相关儿童患者的家属, 并将具体的研究过程以及内容进行解释, 等待确认家属无意义, 且同意研究后展开。

1.2 治疗方法

对照组: 在确诊病情后给予重症支原体肺炎感染对症治疗, 整个治疗过程采用抗感染、止咳平喘、退热与吸氧等手段。其中, 我们选用的抗感染药物为阿奇霉素与第三代头孢类抗生素, 前者

通过静脉滴注给药, 给药剂量为 $10\text{mg}/\text{kg}$ 每天, 维持五天为一个疗程。随后, 暂缓4天, 等待4天后进行第二次为期3天的给药, 如有必要可配合甲泼尼龙琥珀酸钠以强化抗炎效果。

观察组: 在确诊病情后给予重症支原体肺炎感染对症治疗, 并联合支气管肺泡灌洗, 针对儿童患者进行基础麻醉, 选用咪达唑仑进行。随后, 对鼻咽部、气管等位置应用2%利多卡因喷洒以达到麻醉黏膜表面的效果, 吸入氧气, 设置为每分钟2L, 期间密切监测其生命体征。根据患儿的年龄选择对应规格纤支镜, 型号分别为外径3.8mm的FUJINON EB-270P、OLYMPUS BF-1TQ170纤支镜, 纤支镜以鼻腔渠道进入并确认咽喉部、气管、主支气管还有各个阶段支气管是否存在病变情况, 支气管需要使用生理盐水灌洗, 以7岁为界限, 以下的每次灌洗量5-10ml, 以上的每次灌洗量10-20ml, 灌洗量最高不得超过100ml, 灌洗后负压吸引, 与吸痰管相连接将灌洗液回收, 如此操作4-5次, 完成操作经纤支镜将剂量2mg布地奈德混悬液注入到患儿体内。在操作期间发现鼻粘膜出血后给予比例1:10000肾上腺素喷洒, 量为1ml。

1.3 观察指标

①疗效标准^[5]。在患儿治疗10天后对其病情控制效果进行评价。在疗程后患儿体温恢复并保持稳定, 并未在儿童患者肺部发现湿罗音。随后, 儿童患者接受胸部CT复查, 结果显示片状阴影得以吸收, 幅度在2/3以上, 为显效; 疗程后体温有所下降, 湿罗音减少, 接受胸部CT复查提示片状阴影被吸收, 幅度未达到2/3, 为有效; 疗程后患儿体温、症状、胸部CT复查情况等均无改善甚至恶化, 为无效。②统计并分析两组儿童患者的治疗实况, 并针对两组儿童患者在接受治疗后的各方面数据进行对比。

1.4 统计学方法

此次研究的数据分析通过SPSS 20.0统计学软件完成, 采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)显示计量资料, 选用独立样本t检验两组儿童患者的对比结果。其中, 非正态分布的计量资料在完成转化

后进行显示。最后,通过 χ^2 检验数据对比结果。P < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效

根据数据统计分析表示,观察组内的儿童患者中共有18名显效儿童患者,10名有效儿童患者,2名无效儿童患者,整体质量有效率约为93%。此外,对照组内的儿童患者中共有14名显效儿童患者,9名有效儿童患者,7名无效儿童患者,整体治疗有效率约为73%。两组的数据统计结果具有显著差异,从而存在统计学意义 ($X^2=9.658$, P < 0.05)。

2.2 症状控制情况

根据数据统计分析表示,对照组内儿童患者在咳嗽缓解与肺部啰音消失等方面的耗时间要高于观察组内儿童患者,对比结果存在显著差异,具有一定统计学意义 (P < 0.05)。如表1所示:

表1 两种治疗方案下患儿病情控制时间情况

组别 (n)	咳嗽控制时间 (d)	肺部罗音小时 (d)	住院时间 (d)
对照组 (30)	9.61±1.47	8.97±1.57	13.05±1.71
观察组 (30)	6.14±2.29	5.56±2.07	9.73±2.65
t	5.365	7.518	7.156
P	0.021	0.017	0.016

3 讨论

肺炎支原体是儿科常见急性呼吸道感染疾病致病菌,而大部分支原体肺炎症状较轻甚至有自愈性,预后状态良好,但也有部分患儿感染的肺炎支原体对常用抗生素药物产生耐药反应,或者是免疫反应参与到疾病当中,患儿在治疗后症状依然难以控制甚至出现相关肺外并发症,此类患儿病情恶化速度快,预后质量较差^[7]。

根据相关数据结果表明,对重症支原体肺炎患儿应用常规对症治疗在控制病情方面不如人意,整体的临床治疗有效率仅为73%,从而指明了保守治疗方案对此类患儿在治疗质量方面的局限性,联合支气管镜下肺泡灌洗术治疗的观察组患儿治疗总有效

率达到93.33%,支气管镜下肺泡灌洗术辅助治疗能够将存在于气道的痰栓、病原体等有效清除,改善气道通气功能,同时借助器械辅助可将药液直接喷洒到病变区域中,促进对炎症的吸收速率,减少组织康复的耗时长,接受辅助治疗的观察组患儿在咳嗽控制与啰音消失等方面临床效果显著,而对照组内儿童患者在这些方面则具有一定差异,相关研究数据类似于邹妮妮等^[8]学者展开的研究。同时在该研究中也说明了通过肺泡灌洗术减少小儿气道阻力,能够一定程度上控制病情对小儿整体的侵袭性,降低各种并发症发生的风险,减少了患儿生理、心理以及家庭经济的负担。

综上所述,在制定小儿重症支原体肺炎干预措施时,常规治疗方案基础上应用支气管镜下肺泡灌洗术辅助治疗能更好的改善患儿病情,缩短病情控制及整体康复所需时间,降低疾病对患儿所造成的负面影响,值得推广。

参考文献:

- [1]吴蕾.小儿重症肺炎支原体肺炎应用小剂量甲泼尼龙辅助治疗的临床疗效及对患儿肺功能的影响[J].北方药学,2020,17(7):139-140.
- [2]卜学文.小儿重症肺炎支原体肺炎应用小剂量甲泼尼龙辅助治疗的临床疗效及对患儿肺功能的影响[J].糖尿病天地,2020,17(8):78.
- [3]肖俊华,牛玉红.甲强龙用药剂量对重症小儿支原体肺炎患儿疗效及安全性的影响分析[J].罕少疾病杂志,2020,27(5):16-17,20.
- [4]张翔,姜杰,黄宁,等.分析甲泼尼龙联合阿奇霉素治疗小儿重症支原体肺炎的疗效[J].养生保健指南,2020,(29):45.
- [5]刘颖,田永波,陈富菊,等.糖皮质激素治疗小儿重症肺炎支原体肺炎的疗效分析[J].心理月刊,2019,14(12):171.
- [6]黄仕琼,徐金玉,陈建国.小儿重症肺炎支原体肺炎应用小剂量甲泼尼龙辅助治疗的临床疗效及对患儿肺功能的影响[J].湖南师范大学学报(医学版),2019,16(6):79-82.
- [7]雷东红,迟建秀,葛雯雯.不同剂量甲泼尼龙对小儿重症支原体肺炎的疗效及安全性观察[J].临床肺科杂志,2019,24(7):1210-1214.
- [8]邹妮妮,马战英,李楨,等.纤维支气管镜下支气管肺泡灌洗辅助治疗小儿重症支原体肺炎的效果评价[J].当代医学,2020,26(6):148-149.

浅析中西医结合治疗慢性阻塞性肺病的治疗效果

周承星

贵州医科大学, 中国·贵州 贵阳 550025

【摘要】随着人类社会经济的发展, 人类生活水平提高, 生活习惯随之改善。慢性阻塞性肺疾病(COPD, 以后简称慢阻肺)的发病几率随生活方式的改变, 发病率逐年上升, 现在此种疾病正在危害人们的生命健康。随着科学技术的进步, 治疗方法不断进行完善, 医学上对慢阻肺者进行中西医结合的方式进行治疗, 同时配合锻炼, 利用中医的方式进行食补和药补, 同时结合健身等方式使患者肺部呼吸功能逐步得到改善。并且中西医结合的方式对患者的心理进行调整, 通过营养品药品等方式为机体提供足够的营养, 同时也供机体代谢使机体免疫力增强。这种中西医治疗的方法会让患者的呼吸功能明显改善。运用这种新型的治疗方法可以明显提高患者的生活质量, 所以慢性阻塞性肺炎在中西医结合治疗中应用非常广泛。

【关键词】中医; 西医; 慢阻肺

1 引言

根据流行病学调查显示^[1], 人类吸烟和慢阻肺的发生发展机制存在正相关的比例关系。健康人如果长期在烟雾环境当中生活, 患有慢阻肺的几率会明显的升高。除此之外, 比如有一些职业粉尘和化学物质等有害物质接触史或者是有反复的上呼吸道感染的人群会加重对本人的肺部损伤, 同时也会增加慢阻肺的患病几率。慢阻肺患者的年龄普遍比较大, 其中以老年男性患者为主, 主要的原因是女性的吸烟人数较男性少有关, 长期吸烟与慢阻肺的发生发展机制是相当密切的关系, 也是最常见的危险因素之一。

2 慢性阻塞性肺疾病

慢阻肺的发生原因主要是因为患者长期暴露于烟、粉、尘等不良的环境当中或者是患者有先天性的肺脏疾病, 导致气道持续处于高敏感的状态, 以及内在病变导致的患者气道结构损伤^[2]。患者在临床上的主要表现为咳嗽、咳痰的慢支症状为主, 根据病情进展, 患者累及肺泡会有肺气肿的临床表现, 肺泡功能的损害往往是不可有所好转的, 喘不上气且越来越重主要的临床症状, 它是一种气流受到限制不可以好转并且一直加重的进行性发展为特征的肺部慢性疾病, 慢阻肺与慢支和肺气肿的关系紧密相连^[3]。

慢阻肺的患者, 就医的主要原因是患者本人出现了咳嗽、咳痰, 呼吸困难比平时加重很多伴有早晨起来痰液增多。在临床上, 医生通常去通过专科检查手段查看患者是否会有慢阻肺, 并且给患者根据不同的病情制定不同的诊疗方案, 如果患者出现感冒且又高热现象, 超过2至3天的情况下并且有呼吸短促明显加重, 咳嗽逐渐加重的表现是需要及时就医, 此种情况主要是由于病菌感染所引起的肺部症状^[4]。如果已经确诊为慢阻肺的患者, 一旦出现了呼吸困难, 没有食欲, 双下肢肿胀, 且夜间不能平躺, 呈现端坐呼吸的状态, 甚至是处于昏迷应立即就医, 说明患者已经出现了慢性肺源性心脏病这种并发症的出现, 进而会发生慢性呼吸衰竭, 发生缺氧和二氧化碳潴留的临床症状。在临床上, 患者主要是医生主要是通过给患者做以肺功能的检查, 使用支气管扩张剂后, 若肺功能小于70%就可以确诊患者存在不可逆的气流受限的情况发生。

3 当前中西医对慢阻肺的认知

3.1 中医对慢阻肺的认知

中医学对慢阻肺治疗的历史可以追溯到隋朝的有关记载当中

^[5], 记载中表明其主要的病因是由于患者肺气虚弱, 那么, “正能压邪”所引起的症状是相对稳定的时期, “正不压邪”则病情失控, 超过平常的表现处于急性加重期。其症状分型根据医学书籍的记载及各位医学专家主观经验进行总结, 其名称较为复杂繁多, 且患者临床重复率比较差, 目前没有统一的参考, 因此, 经过越来越多的研究, 从寻找病因角度来看主要是由病症未定性, 但考虑组成相对统一规范的症状理论。经过多个专家组研究表明, 慢阻肺患者主要是以肺气虚为开始, 主要是因为气促、喘息来院就诊, 此时患者表现为呼气多吸气少, 且肾脏不能够容纳足够的气, 肺部肾部气虚导致脾胃不和出现的频率较高。目前在中医学上可以证明肺部气虚, 主要是慢阻肺稳定期的重要原因, 常见于肺脏, 脾脏, 肾脏, 气、阴、阳不足, 但疾病的规律仍然有待于进一步研究探讨^[6]。

3.2 西医对慢阻肺的认知

随着慢阻肺疾病在世界上死亡率的上升, 西医对于慢阻肺管理模式越来越重视。运动锻炼有稳定病情的作用, 但由于时间短, 疾病具体的临床发生机制还再进一步探索之中具体的, 西医以积极宣传教育的方式, 去改善患者的生活质量, 缓解其不良的紧张情绪有利于患者的身心健康, 但是对于患者预后的疗效并不显著。同时由于医护人员有限, 难以对患者实现长期的管理, 所以需要社会以及家庭多方因素的配合, 医患共同参与, 去治疗患者的疾病, 努力做到防治疾病发生大于治疗。随着信息科技的进一步发展, 许多国外的研究学者将目光投向了移动医疗寻求新的发展契机, 通过对患者的自我管理支持的网络平台, 患者预先进行简单的初步诊治, 可以减少患者去医院诊治的概率同时节约医疗资源, 患者可以选择性的参考学习, 有利于对患者病情的进展同时提醒医护人员进行定期随访。

4 目前中西医结合对慢阻肺治疗取得的成果

慢性阻塞性肺疾病发病机制多种多样, 比较复杂且病理改变不仅仅局限于肺部, 涉及多个层面, 影响全身多个系统, 中医基于整体观在辨证的前提下, 确立治则治本, 可以产生多条机制通路体现出中医学多途径的治疗特点, 慢阻肺患者的病本身在肺气虚损而贯穿疾病的始终, 肺气虚损则影响脾、胃、肾三大脏器, 中医学认为, 以治肺为主, 治胃、脾、肾三大脏器为辅的方式去给患者进行治疗。治疗以补肺益气, 同时在补脾的同时, 运用中药

化痰,减轻痰液对气管黏膜的刺激,降低感染的可能。具有温补性能的肾阳药,可以恢复机体的免疫功能,调节激素水平,且维持机体各项功能间的处于动态平衡的状态,同时,中医太极拳动作温暖柔和,强度适中,可以很好的改善患者肺部的呼吸功能。当下西医对于慢阻肺的治疗,以缓解临床症状为主,扩张患者支气管的方式,用以噻托溴胺粉吸入剂属于长效抗胆碱能的药物,它有松弛呼吸道平滑肌,扩张支气管,有助于缓解气流受限改善肺部过度充气的作用,药效发挥的部位较为准确,且全身不良反应较少见。将西药与中医内外兼治共同应用于慢阻肺的治疗当中,内外同治,身心同调,增强体质,可以起到一加一大于二的效果,由此推测,西药配合中医康复训练,能够起到改善患者肺部通气功能的效果,提高患者的生活质量。

5 结语

目前临床上更多的研究发现显示,中西医结合并用治疗慢阻肺,二者可以起到相互作用。在西医进行常规治疗的基础上,给患者中药来进行益气补神,会有一定的改善临床症状的作用,能够帮助患者提高运动耐力及生活质量,同时可以增强患者的肺部

通气功能,利于疾病康复,给患者生活带来积极意义。

参考文献:

- [1]钱永环. 中西医结合治疗慢阻肺稳定期的临床疗效评价[J]. 医学食疗与健康,2020,07:34+37.
- [2]刘新举,沈丽萍,欧阳昊,刘祥. 中西医结合治疗稳定期慢阻肺疗效评价[J]. 当代医学,2020,19:105-107.
- [3]黄全贤. 稳定期慢阻肺患者进行中西医结合护理满意度分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2020,14:192.
- [4]衡青. 中西医结合治疗慢阻肺患者的循证护理效果观察[J]. 实用临床护理学电子杂志,2020,21:34+44.
- [5]刘鸿雁,刘春英. 中西医结合治疗慢阻肺患者的循证护理效果探讨[J]. 实用临床护理学电子杂志,2020,20:21-22.
- [6]马艳萍,夏晓黎,王亚锋. 夏晓黎教授中西医结合治疗血嗜酸性粒细胞表型老年慢阻肺经验采撷[J]. 中国老年保健医学,2020,04:127-129.

作者简介:

周承星(2002.02—),男,侗族,贵州天柱,在读本科,贵州医科大学,研究方向:慢性阻塞性肺疾病。

分析 CT 与 MRI 对直肠癌术前诊断与分期的临床价值

王文文

上海长征医院, 中国·上海 200003

【摘要】目的 探讨 CT 和 MRI 对直肠癌术前分期的诊断价值。方法 以我院 2019 年 2 月~2020 年 3 月在本院确诊的 160 例直肠癌患者为研究对象, 分别在术前各 80 例患者行 CT 或 MRI 检查, 以术后病理临床分期作为标准对比 CT 和 MRI 诊断的准确性。结果 CT 和 MRI 在淋巴结诊断中总准确率分别为 62.5% 和 80.0%。术前 T 分期和淋巴结诊断准确性在 CT 和 MRI 之间无显著差异 ($P > 0.05$)。结论 MRI 在直肠癌术前 T 分期和淋巴结转移方面较 CT 更为准确, 但差异无统计学意义。

【关键词】CT; MRI; 影像诊断; 直肠癌; 临床术前分期

目前, 直肠癌术前分期通常使用直肠镜、直肠超声与 CT、MRI 技术。MRI 对细胞具有很高的软组织分辨能力, 可以实现无创成像和多维检查优势, 已得到临床高度认可。本文对 160 例直肠癌患者进行了 CT 和 MRI 检查技术, 并对两种检查技术在直肠癌的诊断和术前分期中的应用进行了比较和分析。结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2019 年 2 月~2020 年 3 月在我院经临床手术和病理证实的直肠癌患者 160 例, 分别对 160 例中的各 80 例患者进行术前 CT 和 MRI 检查。160 例患者的影像学数据相对完整, 并让患者知情、签署同意书。症状包括大便性质改变, 腹泻和腹痛。CT 组中男性 48 例, 女性 32 例, 年龄从 33 岁到 82 岁之间, 平均 (58.5 ± 7.2) 岁。MRI 组中男性 54 例, 女性 26 例, 年龄在 34 至 85 岁之间, 平均年龄为 (59.2 ± 8.1) 岁。

1.2 检查的方法

1.2.1 检查前的准备

在 CT 检查之前 (即检查之前的 1 周) 不能行胃肠道成像, 不服用含金属药物。在检查前 8 小时服用甘露醇葡萄糖溶液, 将 500ml 20% 甘露醇与 5% 葡萄糖溶液稀释至 1000ml, 然后在扫描前 60~90 分钟服用 500~1000ml 热水, 分成 3~4 次, 每 15 分钟服用一次, 在扫描前服最后一次。扫描前上机后使用 500~800ml 温热水灌肠。在进行 MRI 之前, 必须禁食 4 小时, 并在扫描前进行肠道清理。

1.2.2 CT 的诊断

使用飞利浦 Ingenuity core 128 CT 扫描。设置如下扫描参数: 300 mA 的管电流, 120 kV 的管电压以及重构层间距和厚度为 0.625mm。患者仰卧, 从膈顶至耻骨联合的下缘进行常规扫描。在增强扫描过程中, 造影剂为 80ml 的 35% 碘海醇, 注射造影剂后 30s 为动脉期, 静脉相为 60~80s, 延迟时间为 240s。扫描结束后, 将获取的图像传输到工作站进行处理。

1.2.3 MRI 的诊断

使用飞利浦 3.0T MRI 扫描仪进行诊断, 横截面 T2WI 平面扫描, 冠状面、横截面 T1WI 平面扫描以及层间厚度和每层厚度分别为 0.6mm 和 6mm。在增强扫描中以 0.1mmol/kg 的钆喷替酸葡甲胺作对比剂, 以每层的层间距和厚度分别为 3.5mm、7mm 标准扫描整个骨盆腔。

1.3 诊断标准

根据 AJCC 建立的 TNM 分期标准, T₁₋₂: 病理改变节段肠壁外的脂肪空间相对清晰, 增强扫描显示肠壁外缘光滑, 未出现结节突出; T₃ 期: 肠道改变节段周围的脂肪空间中有小块斑块, CT 显示高密度, MRI 显示低信号阴影, 增强扫描显示肠壁外边缘不均匀或结节阴影突出; T₄ 期: 病理改变的肠段与周围器官之间的脂肪间隙缺失, 增强扫描的边界相对模糊^[1]。淋巴结阳性的标准: 淋巴结直径 ≥ 5 mm, 边界相对模糊, 信号不均匀。经过 CT 或 MRI 增强扫描后, 会有不同程度的增强, 而 DWI 保持高信号^[2]。

1.4 统计学分析

所得数据均采用 SPSS 软件进行整理, 计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 行 t 检验, 计数资料以率 (%) 表示, 行 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 术前 CT 分期与病理分期结果对比

80 例患者的术后病理分期如下: T₁₋₂ 期 14 例, T₃ 期 36 例, T₄ 期 30 例。如图所示, 术前 CT 检查显示, T₁₋₂ 期的诊断准备率为 57.1%, T₃ 期的诊断准确性为 72.2%, T₄ 期的诊断准确性为 66.7%, 总准确率为 67.5%, 如表 1 所示。

表1 术前CT分期与病理分期结果对比

诊CT检查	术后病理分期			合计
	T ₁₋₂ 期	T ₃ 期	T ₄ 期	
T ₁₋₂ 期	8	6	0	14
T ₃ 期	6	26	10	42
T ₄ 期	0	4	20	24
合计	14	36	30	80

2.2 术前 MRI 临床分期与术后病理分期情况对比

80 例患者的术后病理分期包括: T₁₋₂ 期 16 例, T₃ 期 38 例和 T₄ 期 26 例。T₁₋₂、T₃ 和 T₄ 期的术前 MRI 结果分别为 87.5%、84.2% 和 76.9%, 总准确性为 82.5%。CT 和 MRI 对直肠癌术前分期诊断的总体准确性之间对比无统计学意义 ($P > 0.05$)。

2.3 淋巴结阳性诊断结果

在 80 例 CT 检查患者中, 术后病理证实淋巴结阳性 46 例, 阴性 34 例, CT 阳性 42 例, 错误 14 例, 正确 28 例; 诊断淋巴结阴性的病例共 38 例, 正确的 22 例, 错误的 16 例; CT 在淋巴结诊断中的总体准确性为 62.5%。在 MRI 检查的 80 例患者中, 术后病理证实阳性 48 例, 阴性 32 例, MRI 诊断证实阳性 46 例, 正确

38 例, 错误 8 例, 检查出阴性 34 例, 正确的有 24 例, 错误的有 10 例。MRI 在淋巴结检查中准确的有 64 例, 占总数的 80%。结果表明, CT 和 MRI 淋巴结的诊断准确性无统计学差异 ($P > 0.05$)。

3 讨论

直肠癌是具有高临床发病率的恶性肿瘤, 并且在消化系统肿瘤中也具有高发病率。在我国结直肠癌的发病率仅次于胃癌, 是导致国人死亡的癌症之一。在直肠癌的早期阶段, 患者的症状并不明显, 因此临床诊断通常在中晚期。此时, 患者需要手术治疗, 手术治疗的效果受患者的手术方式和疾病阶段的影响^[9]。在临床上, 为了减轻穿刺活检的痛苦, 确保患者在手术前可以获得手术适应指征, 提高患者的手术效果并改善预后, 术前分期诊断用于患者治疗, 针对患者分期检查的结果有利于针对性治疗。

术前分期与术后病理检查之间存在一些差异, 因此不可能对患者进行 100% 准确的诊断。影像学检查通常被用作临床术前分期的诊断依据, CT 和 MRI 是常见的临床诊断方法, 并已广泛用于直肠癌的术前诊断。本文选择了直肠癌患者进行两种影像学检

查, CT, MRI 和术前分期诊断均通过检查进行, 发现两种检查的敏感性与特异度存在明显差异, 但两种结果的准确性不存在统计学意义, 且两种检查的诊断准确性均较高, CT 与 MRI 两种诊断都能明确指出症状, 帮助患者进行有效的术前分期诊断与指导治疗。

综上所述, CT 和 MR 成像诊断可以有效地对直肠癌患者进行术前分期, 准确性高, 其中 MRI 检查的诊断结果较准确, 但两者之间对比无统计学意义, 两者均具有临床使用意义, 值得推广。

参考文献:

- [1] 王昊, 陈平. 经直肠超声、磁共振和多层螺旋 CT 在直肠癌术前分期的应用[J]. 中国现代普通外科进展, 2015, 18(5): 380-384.
- [2] 王亚宁, 时高峰, 杜煌, 等. 比较 MSCT 与 MR 在结直肠癌术前分期诊断中的价值[J]. 中国医学影像技术, 2016, 32(4): 772-775.
- [3] 李广微. 64 排 CT 及图像后处理技术在结直肠癌术前分期的应用研究[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2015, 13(7): 84-86.

分析结直肠肿瘤的腹腔镜微创治疗效果

陈应贤

成都东部新区中西医结合医院, 中国·四川 简阳 641421

【摘要】目的: 分析结直肠肿瘤进行腹腔镜微创治疗的效果。方法: 从2018年1月至2020年6月, 我院收治的结直肠肿瘤患者中选取78例, 数表法随机分成两组: 对照组(行常规开腹手术)、试验组(行腹腔镜微创手术)均为39例, 观察术后并发症情况, 比较手术指标和生存质量。结果: 相比于对照组, 试验组手术用时更长, 但术中失血量更少、住院时间更短, 有显著性差异($P < 0.01$)。试验组并发症率(5.13%)低于对照组(20.51%), 术后2月的QLQ-C30评分高于对照组, 有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 腹腔镜微创治疗结直肠肿瘤的效果优于开腹手术, 能减少术后并发症、加快恢复速度, 值得推广应用。

【关键词】 结直肠肿瘤; 腹腔镜手术; 微创技术; 并发症; 生存质量

结直肠肿瘤是消化系统常见的恶性肿瘤, 后期会出现腹痛、便血、大便性状改变, 严重威胁生命安全, 早诊断、早手术是诊治关键。随着微创技术发展, 腹腔镜手术的应用更加广泛, 在清除肿瘤病灶的同时, 能减轻损伤和痛苦, 获得患者的认可和支持^[1]。本研究选取78例结直肠肿瘤患者作为对象, 探讨了腹腔镜微创手术的应用价值, 为手术实施提供一些依据, 资料报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

从2018年1月至2020年6月, 我院收治的结直肠肿瘤患者中选取78例, 采用随机数表法划分为对照组、试验组两个组别, 均为39例。对照组中, 有22例是男性, 有18例是女性, 构成比为56.41%、43.59%; 最小的患者35岁、最大的患者78岁, 平均值为(53.48 ± 7.92)岁; 肿瘤部位: 直肠15例、乙状结肠11例、升结肠6例、降结肠7例。试验组中, 有20例是男性, 有19例是女性, 构成比为51.28%、48.72%; 最小的患者33岁、最大的患者80岁, 平均值为(54.19 ± 8.24)岁; 肿瘤部位: 直肠16例、乙状结肠10例、升结肠5例、降结肠8例。两组性别、年龄、肿瘤部位无明显差异($P > 0.05$), 可进行比较。

1.2 纳排标准

(1)诊断标准^[2]: 经内镜、影像学、实验室等检查确诊, 符合手术指征。(2)纳入要求: 年龄18-80岁, 资料真实完整, 对本研究有正确认识。(3)排除患者: 有明确精神病史、腹部手术史, 心肝肾器质性病变, 凝血功能异常等。

1.3 方法

对照组行常规开腹手术。指导患者取仰卧位, 予全麻, 在腹部纵向切口, 长度10cm左右。进入腹腔后, 探查结直肠病变情况, 明确肿瘤的部位、大小和形态。首先切断供血淋巴结和肿瘤肠段, 近端5cm肠管、远端10cm肠管均要切除。然后对肿瘤上下肠管、系膜根部血管进行结扎, 游离肠管并切断; 最后对端侧肠管吻合, 止血后冲洗腹腔, 清点器械纱布无误后关闭切口。术后预防性使用抗生素1-3天, 加强护理巡视。

试验组行腹腔镜手术。指导患者取仰卧位, 予气管插管全身麻醉, 先在腹部穿刺, 充入二氧化碳建立气腹, 压力控制在12-14mmHg。然后在脐下方切口, 缓慢置入腹腔镜器械, 探查结直肠病变情况, 明确肿瘤的部位、大小和形态。对有肿瘤的肠段进

行分离, 结扎血管, 使用超声刀分离肠系膜下的血管和结缔组织, 清扫淋巴结, 切除有肿瘤的肠段, 以及远端结肠5cm、远端直肠2cm, 最后对端侧肠管吻合。止血后冲洗腹腔, 退出器械并关闭切口。

1.4 观察指标

(1)比较两组患者的手术指标, 记录手术用时、术中失血量、住院时间。(2)统计术后并发症情况, 常见如切口感染、肠梗阻、出血等^[3]。(3)术后2月, 采用QLQ-C30功能量表评估患者的生存质量, 分值0-100分, 得分越高代表生存质量越好。

1.5 统计学处理

利用Excel表格记录数据, 统计学计算采用SPSS 25.0软件。并发症率的表示形式是(例数, 百分率), 手术指标和评分的表示形式是(均数 ± 标准差), 分别进行 χ^2 检验和t检验。 $P < 0.05$, 代表有统计学意义。

2 结果

2.1 手术指标比较

数据显示, 相比于对照组, 试验组手术用时更长, 但术中失血量更少、住院时间更短, 有显著性差异($P < 0.01$)。见表1。

表1 两组患者的手术指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	手术用时 (min)	术中失血量 (ml)	住院时间 (d)
试验组	39	146.58 ± 22.39	165.34 ± 17.62	8.56 ± 1.73
对照组	39	127.39 ± 21.50	220.87 ± 18.94	12.94 ± 2.65
t		3.86	13.405	8.643
P值		0.001	0.001	0.001

2.2 术后并发症比较

数据显示, 试验组中有2例患者术后出现并发症, 对照组中有8例患者出现并发症, 可见试验组并发症率更低, 有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组患者术后并发症率比较(n, %)

组别	例数	切口感染	肠梗阻	出血	总发生率
试验组	39	0 (0)	1 (2.56)	1 (2.56)	2 (5.13)
对照组	39	2 (5.13)	3 (7.69)	3 (7.69)	8 (20.51)
χ^2					4.129
P值					0.042

2.3 生存质量比较

术后 2 月, 试验组患者的 QLQ-C30 评分为 (68.59 ± 4.37) 分, 对照组为 (66.24 ± 4.15) 分。可见试验组 QLQ-C30 评分高于对照组, 有统计学意义 (t=2.435, P=0.017)。

3 讨论

结直肠肿瘤起源于结直肠的上皮细胞, 以腺癌多见, 少数是鳞癌。流行病学显示, 结直肠肿瘤的发病率和死亡率, 在所有恶性肿瘤中均居于第 5 位, 和年龄、性别、地区等因素有关^[4]。近年来, 我国结直肠肿瘤的发病率明显提升, 提示人们关注并预防。临床治疗时, 应根据患者年龄、体质、肿瘤类型和特征, 采取个体化治疗方案, 最大程度根治肿瘤, 提高治愈率。对于早期患者, 手术可实现根治目标; 中晚期患者手术也很重要, 配合化疗、放疗等手段, 能获得良好效果。

手术治疗时, 主要分为开腹和微创两种形式, 随着技术改进、器械升级, 以腹腔镜为代表的微创手术应用更加广泛。谢景军^[5]等人的研究称, 腹腔镜微创术治疗结直肠癌疗效较好, 可降低血清中肿瘤标志物水平, 改善患者的生活质量。本研究以 78 例患者为对象, 结果显示: 试验组手术用时更长, 但术中失血量更少、住院时间更短, 术后并发症率低于对照组。说明: 和开腹手术相比,

腹腔镜手术的操作更为复杂, 虽然手术时间延长, 但能减轻患者损伤, 缩短恢复时间, 尤其减少并发症发生, 有利于提高患者的耐受性和舒适度。在生存质量上, 试验组 QLQ-C30 评分高于对照组, 说明微创手术的实施, 能帮助患者尽快恢复躯体、心理、社会等功能, 更好地融入家庭和社会, 改善其长远预后。

综上, 腹腔镜微创治疗结直肠肿瘤的效果优于开腹手术, 能减少术后并发症、加快恢复速度, 值得推广应用。

参考文献:

- [1]张永.腹腔镜和结肠镜联合微创术治疗结直肠良恶性肿瘤的效果观察[J].医药前沿,2019,9(23):64.
- [2]杨坤,张小桥.新一代微创外科及其在结直肠恶性肿瘤治疗中的应用[J].国际外科学杂志,2020,47(8):514-517.
- [3]明鹏,许志平,姜子荣等.腹腔镜微创治疗结直肠肿瘤患者的临床效果研究[J].中国医疗器械信息,2018,24(5):100-101.
- [4]李兴禹,何立春,卢永宝等.腹腔镜微创术治疗结直肠肿瘤患者疗效观察[J].中国肛肠病杂志,2018,38(9):10-12.
- [5]谢景军,张建峰,王亚利等.腹腔镜治疗结直肠癌的临床疗效及对肿瘤标志物的影响[J].中国肿瘤临床与康复,2020,27(6):707-711.

玻尿酸面部美容临床效果分析

朱仪瑾

新南晶肤医疗美容, 中国·四川 成都 610031

【摘要】 社会高速发展, 经济不断进步, 人们的生活水平质量不断提高, 渐渐的, 人们不满足于现状, 在生活良好的条件下将目光放在了如何让自己变的更美的这件事上, 整形美容机构应运而生, 爱美人士为了让自己的美丽更上一层楼, 开始运用手术、药物、医疗器械以及其他医学技术方法对容貌和人体各部位形态进行修复和再塑, 进而增强美。使用玻尿酸对面部进行美容就是临床常用手段之一, 但使用玻尿酸进行面部美容临床效果也会不一样, 有的人因此变美, 有的人因此毁容, 所以我们在对玻尿酸使用时要慎重考虑他的临床效果。

【关键词】 玻尿酸; 面部美容

1 研究目的

使用玻尿酸对面部进行美容已经成为当下爱美人士的首选, 很多人美而不自知, 在整形美容的道路上一去不复返, 玻尿酸面部美容临床效果良好, 但我们在看到塔效果的同时也要看到它存在的不足, 对玻尿酸的临床效果合理分析。

2 研究方法

通过查阅书籍、期刊、学位论文、学术会议文献、和网络文章等文献资料, 在原有的文献资料上来完成对玻尿酸面部美容临床效果的分析。

3 研究意义

玻尿酸作为面部美容的常用临床手段之一, 应用方式有多种, 可以通过口服, 涂抹和注射, 但大多数都会选择注射的方式, 很多爱美人士通过玻尿酸来去除脸部皱纹、增加苹果肌、泪沟等, 甚至对五官进行填充、隆鼻等, 爱美人士尝到了甜头, 在身边大肆宣扬玻尿酸面部美容的好处, 但是我们要明白, 玻尿酸面部美容的临床效果并不是所有人都一样的, 由于各种因素, 玻尿酸的临床效果也是因人而异, 有的人由此更美, 有的人由此毁容而产生医疗纠纷, 在对玻尿酸面部美容的临床效果上我们要以正确的心态面对它, 不能只看到它的好而忽视它的不足, 提升医美界服务体系, 建立健全医美界制度, 提高工作人员的自身素养和业务能力水平是当前的重中之重。对玻尿酸临床效果带来的并发症进行研究与改进。

3.1 玻尿酸面部美容的含义与意义

玻尿酸简称 HA, 又称透明质酸, 是一种透明的质酸, 在医用玻尿酸中分为含有交联剂的玻尿酸和不含交联剂的玻尿酸, 含有交联剂的玻尿酸又分为凝胶状玻尿酸和颗粒状玻尿酸, 颗粒状玻尿酸分为大、中、小分子。可以吸取自身体积 1000 倍的水分, 具有保湿功能, 同时透明质酸吸水后体积增大, 向周围产生膨胀压力可以支撑周围组织, 起到填充美容效果。

使用玻尿酸对面部进行整容是通过多层次多点注射方式向面部注射玻尿酸, 使面部润滑光泽, 具有弹性, 在临床上, 玻尿酸的效果良好, 在皮肤松弛、面部皱纹上, 注射玻尿酸可以有效解决, 对面部填充也有良好的效果, 在隆鼻上, 不用进行开刀, 直接用玻尿酸注射进行隆鼻, 对疤痕也能起到填充修复作用, 玻尿酸面部美容相较于其他美容手段, 安全性高, 起效快, 舒适无痛感, 性价比高, 适用面广, 在医美界广受欢迎。

3.2 玻尿酸面部美容临床效果的优势与不足

现代医美手段十分发达, 有五官美容、美体美容, 皮肤美容、无创美容、其他美容等, 为了让自己变得更完美, 很多爱美人士纷纷采用削骨、整容等危险的手段来进行变美, 而玻尿酸面部注射则是很温和的变美手段, 相比于其他医美手段, 玻尿酸性价比, 安全性高, 玻尿酸注射的治疗时间较短, 创伤较小、恢复较快, 玻尿酸本身就存在于皮肤当中, 所以在面部采用玻尿酸注射也不会产生排斥现象, 效果比较好, 玻尿酸不溶于水、代谢率低、高吸水、高保水以及不容易在组织转移, 对皮肤也能起到独特的保护作用, 能够使皮肤保持滋润光滑, 细腻柔嫩, 富有弹性, 具有除皱、抗皱、美容保健和恢复皮肤生理功能, 同时可以进行面部填充, 比如额头, 眼角, 鼻子等。玻尿酸属于高科技产品, 从天然成分中提取出来, 在进行面部注射时简单安全, 快速有效, 舒适无痛苦, 经济实惠, 适用面广, 在医美手段上具有良好的优势。

但医美界管控不够, 行业门槛低, 医美制度不健全, 给了很多人可乘之机, 一些无良商家为了分一杯羹, 成立资质不健全的机构, 虚假宣传, 聘请没有资质的医生, 哄骗爱美人士来美容, 导致很多人在临床后期产生一系列并发症, 比如面部僵硬、神经损伤等问题。

3.3 玻尿酸面部美容的发展现状与前景

玻尿酸具有良好的临床价值, 不仅在医美界, 医学界也被广泛应用, 近年来, 医美界迅速崛起, 越来越多的人看到了医美界的发展前景, 纷纷投资医美界, 企图分一杯羹, 使用玻尿酸对面部进行美容, 在全球都很流行, 玻尿酸发展到现在, 在市场上占据了重大位置, 美容行业门槛低, 技术含量不高, 但在人们对美的迫切追求下, 选择对这些问题视而不见, 整形美容行业迅速发展而产生膨胀心理, 导致行业制度, 服务水平, 业务能力停滞不前, 也就出现了很多医疗纠纷事件, 若想可持续性的发展下去, 整形美容行业就要大刀阔斧的改革, 形成一条良好的服务体系, 挖掘人才, 提升内部人员的自身素质和业务能力水平。只要做到这些, 医美界将会以更快的速度蓬勃发展, 整个行业带来的市场经济甚至会占领市场前三。

3.4 玻尿酸面部美容的建议

玻尿酸广受爱美人士喜爱, 在市场上占有绝对优势, 在为人们服务的同时, 整形美容行制度也需要完善, 建立健全的行业管理制度, 提高行业门槛, 对整形美容不良行为说不, 在玻尿酸的采用上要合理, 不要滥竽充数, 形成良好的服务体系, 深化改革, 多挖掘人才, 多向其他整形美容行业发达的机构请教, 持证上岗,

给爱美人士制定合理的方案,做到真正的良心机构,同时,提升内部人员的自身素质和业务能力水平,平常多做多学,在对面部美容时要沉着冷静,对患者负责,对自己负责。

4 结论与展望

玻尿酸对面部美容已成为当下趋势,在临床效果取得的成就也越来越好,我们要充分利用好这个优势,弥补好一切不足,在临床上正确对待玻尿酸面部美容带来的利与弊,加强自身素养,提高业务水平,对行业进行整顿,对硬件设施进行升级。人们的生活质量越来越好,只要我们稳步前行,玻尿酸的发展前景必定比我们想象的还要好。

参考文献:

[1]张陈文.探讨玻尿酸注射美容的并发症及防范措施[J].医学美容(中

旬刊),2014,13(5):52-52.

[2]黄剑美,刘艳华,蒲晓芬等.玻尿酸注射美容204例的研究总结[J].医学美容(中旬刊),2013,12(12):47-48.

[3]田红军.玻尿酸注射美容68例临床分析[J].医学信息(下旬刊),2013,26(12):401.

[4]丁芷林.关于玻尿酸注射美容196例的体会[J].中国生物美容,2010,(1):18.[5]丁芷林.玻尿酸注射美容196例的体会[C].//2010中国中西医结合医学美容学术研讨会论文集.2010:39.

作者简介:

朱仪瑾(1985—),汉族,成都武侯新南晶肤医疗美容院长,研究方向:皮肤美容抗衰、微整形、皮肤色素斑治疗。

脑血管病患者留置胃管方法的技巧及临床效果分析

关红辉

北京市垂杨柳医院, 中国·北京 100022

【摘要】目的 探讨使用留置胃管技巧的临床应用效果。方法 选择2013年9月至2015年9月收治的106例肿瘤患者,按简易数值法随机分为观察组和对照组。对照组采用传统的胃管留置方法,观察组采用胃管留置新技术。观察两组留置胃管探头的成功率、恶心呕吐发生率、黏膜损伤及主观评价。结果 观察组一次性置管成功率为94.34%,对照组一次置管成功率为69.81%。观察组一次性导尿成功率高于对照组($P < 0.01$)。观察组中的恶心、粘膜反应和不良反应率低于对照组中的水平 < 0.01 。结论 留置胃管技巧的方法的临床效果显著,不仅提高了一次置管成功率,同时也可以缓解患者的投诉,患者的主观满意度提升。建议临床广泛应用。

【关键词】 脑血管病; 留置胃管; 下鼻肉

留置胃管为临床常用的基础护理操作之一,在消化系统疾病治疗中应用较为广泛,脑血管病人由于吞咽功能障碍,接受早期营养援助,并使用胃探头获得胃肠道营养。由于传统的留置胃管方法常导致患者出现恶心、呕吐、粘膜出血等不良反应,不仅大大降低了单次胃探头的成功率,增加了病人的痛苦^[1]。为了提高一次性留置胃管的成功率,减少患者的痛苦和不适,本研究采用留置胃管方法对患者进行胃探头的吸收,效果良好,以下是报告。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2013年9月至2015年9月,选择106名胃道病人接受治疗。标准包括:①所有病人都有保持胃肠道的术前指南;②接受鼻胃道内的营养病人。③签署经道德操守委员会核准的《知情同意文件》。排除标准:①排除鼻中隔偏曲、胃肠道疾病等禁忌症;②排除心血管、肝脏、肾脏和其他主要器官疾病者。其中60人男,46人女,年龄超65岁。根据简单的数字方法,观察组和对照组,共53例。两组性别、年龄等一般资料比较无显著性差异($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组采用传统留置胃管方法。观察组采用留置胃管技巧方法,首先,向患者及其家属简要介绍留置胃管的相关知识,并通过心理护理消除患者紧张、忧虑等负面情绪,在留置胃管操作的常规准备后,昏迷患者以双枕置于患者头下,下颌靠近胸骨柄,以增加患者咽摄取半径。清醒患者取坐位,清洁一侧鼻腔,用左手食指向上推患者鼻尖,显露鼻腔,暴露下鼻道,将胃管缓慢轻柔顺下鼻道插入,深度45~55 cm(患者前额发际到剑突的距离,要进行胃肠减压者再加多10~15 cm),经一抽胃液二听胃内气过水声两种方法验证胃管前端至胃窦部,)用3 m敷贴黏贴固定于患者面颊部,或使用胶布下端三等分后,中间固定胃管,另两根缠绕固定胃管与鼻尖处,避免非计划性拔管。

1.3 观察指标

一次置管成功:胃管置入过程中较为顺利,无再次插管或反复退出情况,若插管过程中有反复退出、再次插管,患者有恶心、呕吐等使插管中断,则视为插管不成功^[2]。恶心呕吐:若插管过程中患者无恶心或有轻微恶心但无呕吐,则视为无恶心呕吐,反之则有。鼻腔有粘膜出血,能直接看到粘膜出血。主观感受:通过询问方式了解患者是否耐受,可以耐受视为好评,难以忍受则视为

差评。

1.4 统计学方法

所有数据都用spss19.0统计软件进行记录和评价,用于计算数据的标准为 $1 \leq \text{细胞} \leq 5$ 调整连续性; $P < 0.05$,差异有统计意义, $P > 0.05$ 差异是没有统计意义的。

2 结果

观察组单次置管成功率为94.34%,对照组单次置管成功率为69.81%。观察组在对照组以上($P < 0.01$)。且观察组恶心呕吐发生率、差评率均低于对照组($P < 0.01$),附表(n)患者观察指标比较(%)。

组别	例数	一次性成功	恶心呕吐	粘膜出血	主管差评
观察组	53	50 (94.34)	4 (8.00)	3 (5.67)	4 (7.55)
对照组	53	37 (69.81)	16 (30.19)	14 (26.41)	20 (37.74)
χ^2 值		9.234	7.457	7.006	12.119
P 值		$P < 0.01$	$P < 0.01$	$P < 0.01$	$P < 0.01$

3 讨论

留置胃管为临床护理基础操作之一,在消化系统疾病治疗中应用较为广泛,脑血管疾病不能进食是因为吞咽障碍和神经损伤,这会引起咳嗽。确保病人有足够的营养,促进康复通常要保留胃管,做好营养供给。但由于咽喉部神经对异物刺激较为敏感,在进行插胃管操作中,当插入胃管时触碰到敏感神经时,可能会导致恶心、呕吐等不必要的反应,不仅使留置管失败,影响治疗,这增加了病人的心理负担,以致再次进行插管操作时,使病人的生理反应尖锐化^[3]。留置管方法的改进,减轻患者不适,治疗病人和提高他们的满意程度是很重要的。

留置胃管时将鼻尖推向上方,直接暴露下鼻道,使管端直接进入下鼻道,同时,患者处于坐姿或半坐姿,昏迷患者采取双枕置于患者头下,加大咽后壁的弧度,护士迅速将胃管插入,减少患者置管引起的痛苦,置管后用3 m敷贴黏贴于患者面部,比较传统的胃抑制,方法,由于护士动作迅速,不仅可减轻胃管对咽喉部的刺激,降低患者恶心呕吐等不良反应发生率,从而提高了一次置管成功率,并可牢固固定胃管,有利于患者的治疗,患者满意度良好。本研究中的置管技巧显著提高了一次置管成功率,并可以有效地防止胃管的脱出。但值得注意的是,若前次置管不成功行再次留置胃管,增加病人的恐惧,故应尽可能一次置管成

功,照顾好病人,减轻他们的痛苦。总之,置管技巧的临床效果显著,不仅提高了一次置管成功率,减轻病人的不适,提高了患者的主观满意度,值得临床推广应用。

参考文献:

[1]蒋紫娟.留置胃管新方法的临床应用[J].中华现代护理杂志,2009,15(13):

1277-1278.

[2]伊芳华.老年清醒患者术前留置胃管方法的改进[J].吉林医学,2011,32(17):3597-3598.

[3]陈慕媛,黄晓晖,林育敏.脑外科清醒病人成功留置胃管的观察及护理[J].国际护理学杂志,2010,29(1):85-87.

老年高血压患者慢病管理的常见模式和发展趋势

吴慧婷 马洪君 陈向宇 杨惠婷
温州医科大学, 中国·浙江 温州 325000

【摘要】 本文通过对国内高血压慢病管理的理论模式按照参与主体的不同进行划分归类, 形成社区-老年患者、医院-社区-老年患者、医院-社区-医学生志愿者-老年患者三个维度, 在此基础上总结国内高血压慢病管理实践的主要问题, 分析未来老年高血压患者慢病管理的发展趋势, 从而为我国高血压慢病管理实践提供参考。

【关键词】 老年高血压患者; 慢病管理模式; 实践问题; 发展趋势

【基金项目】 1. 2020年公共卫生与管理学院大学生创新创业科研项目——项目名称: 老龄化社区60周岁及以上的高血压老年患者“生命路线”的干预评估模式, 项目编号: 202006009。

2. 浙江省大学生科技创新活动计划(新苗人才计划)资助项目——项目名称: “医学生志愿者—患者—医院—社区”老年人分类对应式慢病管理模式研究, 项目编号: 2020R413048。

1 引言

我国已成为世界上高血压危害最严重的国家之一, 高血压正日益威胁我国人民的健康, 成为我国重要的社会公共卫生问题和医疗费用增长的主要原因。据2016年中国慢性病前瞻性研究组最新数据显示, 老年人高血压患病率高达50%, 且近几年仍有增长趋势, 因此提供长期稳定老年人高血压问题的解决方案具有重要意义。为此, 本文通过查阅相关文献, 总结国内高血压慢病管理的理论模式和实践存在的主要问题, 以及老年高血压患者慢病管理的发展趋势, 为国内老年高血压患者的管理模式提供新思路新方法。

2 国内老年高血压患者慢病管理的理论模式

老年高血压患者慢病管理是针对60周岁及以上的高血压患者, 组织慢病专业医生、药师和护理人员, 为老年高血压患者提供全面、连续、主动地治疗与管理。针对高血压等各种慢性疾病的管理, 我国已经出台了多个政策和指南, 老年慢病管理的方式和主体也从单一走向多元化, 具体有以下几种形式。

2.1 社区-老年患者

2.1.1 慢病自我管理模式, 这指的是患者根据社区医务工作者的指导, 通过学习, 改善自身在用药、饮食、行为等方面存在的危险因素, 来控制疾病的发展。该模式主要以老年高血压患者为中心, 充分发挥患者的主动性, 从而提高其自我管理的能力。而社区卫生服务中心医务人员应对老年高血压患者提供相应慢病支持性服务, 包括组织健康教育、提醒并督促患者服药、定期测量血压等生理指标, 并提供有针对性地用药指导与健康指导^[1]。

同伴支持性管理模式, 是慢病自我管理的形式之一, 这指的是患有相同慢性病的患者之间相互支持, 相互帮助, 形成较为完善的社会情感支持。老年高血压患者与周围患有高血压的老年人组成高血压自我管理小组, 两者之间相互分享经验、共同接受社区卫生服务中心提供的高血压慢病管理支持活动, 提高老年高血压患者的依从性。良好的高血压自我管理可以提高老年高血压患者的生存质量, 延缓高血压并发症的发生, 该管理模式摆脱了医生-患者单方面管理模式, 强调医患双方的共同参与及病人对自身健康的责任及潜能, 特别适合高血压这个需要终生管理、涉及生物、心理、社会多方面问题的疾病。但该模式对老年高血压患者及其家属的受教育程度有一定的要求, 且其应主动配合、主动学习、主动自我管理, 若只靠社区卫生服务中心的单方面配

合, 预期效果难以有效受益。另一方面, 社区卫生服务中心医务人员应具有相应的高血压管理知识, 能有效开展高血压管理活动, 减少因社区医务人员的缺乏, 健康讲座参与率低等情况导致患者和家属合作程度低, 对医务人员信任度不足等问题。

2.1.2 家庭医生签约服务模式是以社区全科医生为载体, 家庭为单位, 个人为目标的新型全面健康管理模式, 以契约方式在社区医生与居民之间建立起固定的联系, 为居民提供安全有效连续便捷的基本医疗和基本公共卫生服务^[2]。在此管理模式中, 家庭医生签约服务强调医患之间一对一的服务, 家庭医生通过定期上门、电话访问和社区站点随访等, 对高血压患者进行健康教育和生活行为干预, 改善患者的不良生活方式, 改变患者不良服药习惯。现全国正在逐步推行家庭医生签约服务制度, 进一步将高血压的慢病管理落到实处, 但在基层社区卫生服务中心进行自愿医疗服务的具体实践工作中, 存在社区老年高血压患者多为农村人口, 文化程度较低, 高血压的相关知识严重缺乏, 正确的用药方式及健康意识欠缺, 院外治疗坚持不到位, 家庭医生团队与患者沟通较困难等问题^[3]。家庭医生签约服务模式现今还不完善, 仍需不断提高家庭医生签约的服务质量, 为签约服务的老年高血压患者提供更有针对性的个性化医疗服务。

2.2 医院-社区-老年患者

2.2.1 互联网+医疗健康管理模式, 指以互联网+医生为中心, 构建线上的慢病管理服务平台, 包括个性化评估、健康规划、管理目标的制定与实施、效果的评价和反馈五个主要模块, 可以轻松地对患者的健康信息上传及储存、预警、数据的监测动态图查阅、及时交互、亲友互动等11项功能^[4]。慢病管理平台系统将根据患者自我监测情况生成数据, 自动生成危险提醒和分析; 后台人工服务, 根据基层医疗机构医师需求, 导诊专科医师, 提高老年高血压患者服药依从性, 必要时调整用药剂量、更换或增加不同种类的降压药; 并由医生提供电子健康教育以及现场宣教及咨询活动等^[5]。其中包含患者管理、主管医师业务、慢病专家业务、健康管理中心管理员业务等板块, 可以辅助社区医务人员有效地做好老年高血压患者的疾病管理, 有效提升老年高血压患者的健康生活方式依从性与血压知晓率和管理率, 辅助患者有效减少疾病负担, 提升生活质量。但其中对医院医生有较高的要求, 现今大型三甲医院医护人员工作压力大, 面对具有更高要求

的互联网+医生管理模式, 主动性不强, 与社区医务人员对接不到位, 在一定程度上降低了老年高血压患者的依从性。

2.2.2 纵向协同管理体系, 指构建一套从下而上的自我教育、预防干预、健康体检、医院治疗和从上而下的医院治疗、社区随访、家庭帮助、自我管理的体系^[6]。该体系针对我国高血压疾病管理存在政府支持性的信息化环境缺失、医疗机构与慢病管理机构协同脱节、患者自我管理意识缺乏等问题, 结合信息技术, 从而建立起的相应的基于互联网运行的管理系统平台。其中以医院、社区、老年患者为三大主体, 医务人员对老年高血压患者进行病情评估和不同危险影响因素分层管理, 实施随访及评估管理, 社区卫生服务中心与上级医院协调建立患者转诊制度, 借助政府支持性的信息化环境, 建立电子健康档案信息系统, 与新农合、城镇基本医疗保险等医疗保障系统相衔接, 逐步实现健康管理数据与医疗信息数据以及各医疗卫生机构间的数据互联互通, 实现居民跨机构、跨地域就医行为的信息共享, 与此同时, 建立高血压患者自我管理平台、高血压患者临床随访管理系统等, 规范国家基本公共卫生服务。纵向协同管理体系是一种全方位涵盖、多主体共享的新型慢病管理模式, 但目前仍是一个全新的构想, 政府、医院、社区卫生服务中心等在全方面的探索当中, 全面普及尚需努力。

2.3 医院-社区-医学生志愿者-老年患者

2.3.1 医学生志愿者参与老年高血压患者慢病管理实践, 是在社会老龄化趋势愈发严重下及国家《健康中国行动2030》政策导向下应运而生的产物。现今主要有老年人分类对应式慢病管理模式等, 其中以医学生志愿者为主体, 对社区老年高血压患者进行慢病管理, 通过组建高血压治疗小组, 跨社区对接相应高血压患者小组, 建立动态档案管理体系等, 让医学生志愿者在医院相应科室医生的指导下, 成为慢病管理的主力军, 针对性开展慢病康复活动。高血压病程周期长, 且不可治愈, 需要长期有效的慢病管理活动。医学生志愿者团队相较于综合性医院医护人员、社区卫生服务中心家庭医生签约团队等其他参与社区慢病管理主体, 时间、精力充足, 具有稳定性高、可持续性高、成本低的特点, 医学生志愿者具备慢病管理专业知识, 并可依托专业教师团队, 参与社区老年人慢病管理的实践, 对于提升其慢病基础知识及对老年人的医疗人文关怀、提高老年高血压患者生命质量, 具有重要意义。

3 慢病管理实践存在的主要问题

3.1 老年高血压患者对高血压控制的意识比较薄弱

老年高血压为高血压的一种特殊类型, 美国Framingham心脏研究结果显示, 高血压患者发生心力衰竭的危险是正常血压者的2倍(男性)和3倍(女性); 高血压患者合并心力衰竭后, 男性5年生存率为24%, 女性为31%。同时高血压也是终末期肾功能损害、老年人痴呆等老年常见疾病的重要危险因素^[7]。但高血压患病率逐年增加, 老年高血压患者对高血压控制的意识比较薄弱。据国家“十二五”科技支撑计划项目“中国重要心血管病调查及关键技术研究”数据显示, 在老年人(年龄 ≥ 60 岁)134397人中, 老年高血压患者知晓率为57.08%、治疗率为51.35%、控制率为18.20%^[8]。相比之下, 一些发达国家高血压患者的控制率显

著高于中国, 例如美国成年人高血压控制率接近50%^[9]。

另一方面, 病情监测和饮食管理又有着重要影响。但彭新民等^[10]研究显示, 老年高血压患者具有定期自发测量血压习惯者, 并定期检查靶器官者仅占1/3左右, 唐红英等^[11]调查显示每周进行家庭自测血压的患者不到1/5。而关梅菊^[12]的研究表明, 有一半的老年高血压患者不能控制好饮食。由此可见, 加强老年高血压患者的高血压自我管理意识迫在眉睫。

3.2 老年高血压患者用药依从性差

我国目前老年原发性高血压发病率已居于世界前列, 尤其是老年高血压病情复杂顽固、病情隐匿且病程较长, 需要长期坚持用药^[13]。目前社区防治对于老年高血压的预防和控制效果并不理想, 近年来虽然对老年高血压有所重视, 但是并发症依然层出不穷。老年患者用药依从性较差。有研究表明目前我国高血压患者用药依从性勉强达标的比例竟不足40%^[14], 老年患者更是如此。而被诊断为降压药抵抗的患者中, 50%以上的人群是由于没有按照医嘱服药, 包括不能开始服药治疗、不能按照处方服药、不能长期坚持服药等。

3.3 不完全契约关系导致医患之间关系不稳定

相对于英国、美国、澳大利亚等国家, 我国家庭医生签约服务模式、互联网+医疗健康管理模式等慢病管理形式发展相对不成熟, 目前我国家庭医生签约服务大都是以行政指令性完成^[15]。老年高血压患者同意接受家庭医生或互联网+医生的服务, 形成一种长期契约关系, 具有不完全属性, 对于老年高血压患者而言, 医生掌握患者的健康信息以及专业医学知识信息, 处于占据优势的一方, 患者相对处于劣势, 在接受医疗服务时, 一些灰色信息无法证实或需要较高成本的花费才能证实, 签约服务协议的不完全属性是客观存在的; 老年高血压患者与家庭医生或互联网+医生之间的博弈动力不足, 就目前签约服务的开展情况来看, 签约不履约、履约动力不足、居民对家庭医生信任度较低等问题较为常见^[16]。双方共同参与制定服务协议书的意愿和积极性受到很大影响, 从而导致缺乏博弈动力; 目前在特定的医疗背景下, 互联网+医疗健康管理模式、家庭医生签约服务模式等相关制度和法律法规不健全, 导致签约服务协议的不完全性。

3.4 道德风险影响签约服务效果

道德风险是指在履行契约的过程中, 为了谋求自身利益最大化做出对自己有利而对他人不利的行为^[17]。目前我国尚缺乏成熟统一的家庭医生签约服务模式、互联网+医生管理模式等绩效考核评估机制, 相关政策只是在大方向上做出规定。在激励机制不能充分发挥作用, 相关政策制定不完全、绩效考核指标体系不完善的前提下, 逐利行为机制以及“理性经济人”使得家庭医生或互联网+医生追求自身效益最大化, 履约驱动不足, 最终影响签约服务效果, 影响老年高血压患者自身利益, 造成道德风险^[18]。

4 老年高血压患者慢病管理的发展趋势

4.1 健康教育成为重中之重

现阶段, 我国人群对高血压的知晓率、治疗率及控制率分别低于50%、40%和10%, 处于全球范围内较低水平。据罗勇^[19]调查显示, 1834户人口的社区中, 85.71%的低龄老年人不了解高血压健康管理及其相关内容, 了解的仅占14.29%, 而低龄老年人主

观上愿意参与高血压健康教育的占比 74%。而在厦门地区 446 名社区老年人调查中显示^[20], 有 83.2% 的人认为有必要参加健康教育, 80.9% 的人表示愿意参加健康教育, 86.1% 的人认为参加健康教育对促进健康有帮助。可见, 老年人对高血压健康教育的需求大、意愿强。对于老年高血压患者而言, 大部分对高血压控制的意识比较薄弱、用药依从性差等都与高血压健康教育密不可分, 老年高血压患者需长期服药, 并且服药期间应监测血压, 并调整不良的生活习惯, 这个过程甚至伴随终生。所以各慢病管理主体应积极发挥高血压健康教育的作用, 提供高血压健康教育平台, 提高老年人的高血压健康教育知晓率。

4.2 与移动医疗技术的密切结合

随着现代化医疗水平的进步及信息技术的普及与发展, 老年高血压患者的互联网+平台使用人数正在逐渐增长。根据《中国互联网发展状况统计报告》显示, 截止 2020 年 3 月, 我国网民规模为 9.04 亿, 互联网普及率达 64.5%, 其中我国 60 岁及以上网民群体占 6.7%。对于老年人互联网使用群体的不断扩大, 移动医疗平台针对老年慢病管理的服务也逐渐多样化。现今市场上有 2000 多款移动医疗 APP^[21], 线上咨询、医疗资讯、健康档案、在线药店等服务板块基本开设, 其中针对老年慢病患者的就诊陪同、健康教育等板块也逐渐兴起, 老年高血压患者利用移动医疗 APP、微信公众号等信息化技术进行高血压自我管理、健康教育、就诊服务等已成为发展趋势。

4.3 更加科学化和多元化

2012 年《中国慢病防治工作规划 (2012-2015 年)》公布, 慢病管理防治被列入工作规划初始, 慢病管理作为分级诊疗突破口, 成为医疗体制改革过程的重点政策倾斜方向, 未来将面临政策红利^[22]。且随着我国社会经济和居民收入水平快速提高, 人们对于健康的重视程度的增长和医疗费用的上涨, 老年高血压患者的医疗费用支出逐渐增大, 中国慢病管理行业正快速发展, 慢病管理市场逐渐开放, 形成多层次和多元化的市场格局。同时, 老年高血压管理是未来慢病管理发展极具潜力的细分垂直领域, 在互联网+平台中基于多维度数据收集和积累进行科学分析, 为老年高血压患者提供可参考的高血压慢病管理方案是高血压慢病管理的最佳方式, 也将是未来慢病管理企业的核心竞争力。由此, 面对政策、经济、群体等多方面效应, 老年高血压管理市场将不断扩大, 老年高血压患者慢病管理逐渐科学化和多元化。

5 总结

中国发展基金会发布的《中国发展报告 2020: 中国人口老龄化的发展趋势和政策》预测, 到 2022 年左右, 中国 65 岁以上人口将占到总人口的 14%, 由老龄化社会进入老龄社会。现今国家和社会都在积极为老龄社会中的老年人慢病管理领域探索新道路, 尤其将老年高血压患者慢病管理作为工作的重中之重。但在将理论转化为实践的过程中, 老年高血压患者自身素质、知识水平等以及客观条件的限制都在影响着老年高血压患者对于高血压慢病管理模式的依从性和信任度。针对此现象, 可利用时代特征与老年高血压患者慢病管理的结合方式, 着重发展健康教育和移动医疗技术等方面, 利用老年高血压患者慢病管理市场的政策红利和经济环境的有效支撑, 作为“新型慢病管理模式”的可能方向, 未

来将会有更大的发展空间。

参考文献:

- [1] 黄洁, 刘国恩, 谭莹. 慢病管理是社区就医切入点[J]. 中国社会保障, 2016 (12): 78-79.
- [2] 吕明忠, 胡珺珺, 杨铭柳. 家庭医生签约服务模式在社区慢性病高危人群中的干预效果[J]. 中国乡村医药, 2017, 24 (2): 63-64.
- [3] 刘敏, 苏志勇. 浅析家庭医生签约服务对社区高血压的影响[J]. 心理月刊, 2019, 14(06): 196.
- [4] 江虹, 丁福. 1例PCI术后患者居家个案管理实践[J]. 中国护理管理, 2018, 18 (6): 808-812.
- [5] 刘政, 王锡榜, 周艳红, 符桑, 冯雷雨, 赵旅. 互联网+医生的社区高血压患者慢病管理模式效果[J]. 解放军医院管理杂志, 2020, 27(02): 156-161.
- [6] 赵, 乐嘉锦. 高血压疾病纵向协同管理体系建设和探索[J]. 中国数字医学, 2019, 14(09): 102-104.
- [7] 王薇, 赵冬. 中国老年人高血压的流行病学[J]. 中华老年医学杂志, 2005, 24 (4): 246-247.
- [8] 李苏宁, 陈祚, 王增武, 王馨, 张林峰, 董莹, 郑聪毅, 王佳丽, 亢玉婷, 田野, 邵澜, 朱曼璐, 高润霖. 我国老年人高血压现状分析[J]. 中华高血压杂志, 2019, 27(02): 140-148.
- [9] Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, et al. Heart disease and stroke statistics: 2017 update: a report from the American Heart Association[J]. Circulation, 2017, 135(10): e146-e603.
- [10] 彭新民, 谢多双, 章卫, 曹露, 曹清莲, 李莉. 高血压患者自我管理意识、态度与行为分析[J]. 中国健康教育, 2008(07): 534-535+555.
- [11] 唐红英, 朱京慈, 何海燕, 钱春荣, 杨燕妮. 社区高血压患者家庭自测血压与治疗依从性的关系研究[J]. 解放军护理杂志, 2011, 28(13): 4-7.
- [12] 关梅菊. 老年高血压患者家庭自我管理状况调查分析及对策[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 18(04): 54-55.
- [13] 梁宇, 纪跃华, 郎驿天, 等. 高血压特殊合并症患者降压方案指南依从性评价[J]. 中国药师, 2019, 22(2): 88-90+139.
- [14] 王丹. 社区老年原发性高血压患者药物治疗依从性现状及其影响因素分析[J]. 中国实用医药, 2018(20).
- [15] 马伟, 许学国. 合同法视角下完善家庭医生签约式服务的思考[J]. 中国全科医学, 2015, 18(16): 1980-1983.
- [16] 杨宏力. 本杰明·克莱因不完全契约理论述评[D]. 济南: 山东大学, 2012.
- [17] 程红, 汪贤裕, 郭红梅, 等. 道德风险和逆向选择共存下的双向激励契约[J] 管理科学学报, 2016, 19(12): 36 - 46.
- [18] 杨晨, 张远妮, 张根水, 张金华, 姜虹. 不完全契约视角下家庭医生签约服务提质增效分析[J]. 医学与社会, 2020, 33(05): 72-75.
- [19] 罗勇. 老年人高血压健康管理服务参与不足的小组工作介入研究[D]. 兰州大学, 2020.
- [20] 黄晓雯, 余惠琴, 孙停瑞, 华筱娟, 蒋星月, 童文婧, 林小滨, 黄珍珍. 厦门地区 446 名社区老年人慢性病健康教育需求及影响因素分析[J]. 卫生职业教育, 2020, 38(03): 138-139.
- [21] 张晶晶, 程潇. 移动医疗 APP 发展现状、问题及趋势研究[J]. 医学信息学杂志, 2018, 39(10): 2-6.
- [22] 中国互联网慢病管理行业洞察报告 2016 年[C]. 艾瑞咨询系列研究报告 (2016 年第 10 期): 上海艾瑞市场咨询有限公司, 2016: 191-251.

高血压合并非ST段抬高型心肌梗死早期介入治疗效果分析

韩 建

四川省广元市苍溪县人民医院, 中国·四川 广元 628400

【摘要】目的: 对于早期介入治疗高血压合并并且不是ST段抬高型心肌梗死这种病例的效果分析, 分析出其临床效果。方法: 共有七十九个病例患者, 将发病时间为二十四小时以下的划分为观察组, 将发病时间在二十四小时以上的划分为对照组。为两组患者提供相同模式的介入治疗。检测两组患者的血糖、血压、血脂、心脏功能情况等基线资料, 统计稳定例数, 将之作为第一观察指标; 再统计观察组和对照组的患者复发非致死性心肌梗死和心绞痛心力衰竭这些病情的情况, 将之作为第二观察指标。结果: 观察组患者血糖、血压、血脂、心脏功能稳定人数比例分别为93.18%、86.36%、84.09%、90.91%, 对照组的相应稳定人数比例分别为77.14%、71.43%、74.29%、85.71%。观察组的患者的血糖稳定、血压稳定、血脂稳定、心脏功能稳定的人数比例要大于对照组; 在接受治疗后的六个月内, 观察组的患者还是会有部分患者发生不良情况, 有两名患者出现了非致死性心肌梗死的不良情况, 三名患者出现了心绞痛的不良情况, 一名患者出现了心力衰竭的不良情况, 不良情况的总发生率是13.4%, 相对来说, 对照组的不良情况则高达31.43%, 观察组患者的情况明显要比对照组好。结论: 对于有高血压合并非ST段抬高型心肌梗死症状的患者来说, 如果能够尽早接受治疗会获得比较好的治疗效果。

【关键词】高血压; 非ST段抬高型心肌梗死; 早期介入治疗

1 资料与方法

1.1 一般资料综述

在2019年的三月到七月这段时间里, 本院的心内科共收治了79名出现了高血压合并非ST段抬高型心肌梗死症状的患者, 现在将这79名患者作为分析对象。

纳入标准: (1) 根据心电图检查结果, 出现心肌缺血并且没有伴有ST段抬高症状的患者; (2) 合并高血压患者; (3) 由研究组成员向患者本人及家属阐述本研究蕴含的积极意义, 在得知分析内容后表示其自愿参与实验, 患者在实验的全程都会积极配合而且在知情同意书上面签名; (4) 研究的价值受到本院的伦理委员会的认可, 授权开展。

排除标准: (1) 除心脏病外还要其他的身体部位存在问题的患者; (2) 根据心电图检查结果: 出现心肌缺血的同时还伴有ST段抬高症状的患者; (3) 接受过心脏手术或介入手术治疗的; (4) 对本研究认同程度不足, 无法全程良好配合的患者; (5) 中途转至其他医院接受治疗的。

严格追踪患者出现高血压合并非ST段抬高型心肌梗死患者的发病时间, 进行分组, 如表1:

表1 本院观察组与对照组的分析对象信息

	总人数	男性	女性	年龄区间	平均年龄	发病时间
观察组	44	25	19	46-72	59.24±2.31	小于24小时
对照组	35	19	16	48-74	61.24±1.89	大于24小时

尽管两组患者的人数存在差异, 但年龄样本分布无显著差异 ($P > 0.05$), 且本研究主要针对介入治疗时机展开分析, 故一般资料满足研究要求。

1.2 研究方法简析

(1) 在确定好患者的病情后, 给患者的用药为拜阿司匹灵和硫酸氢氯吡格雷片, 其中拜阿司匹灵是由拜耳医药保健公司出品的100毫克每片共30片的药, 其国药准字为J20171021。其中硫酸氢氯吡格雷片是由乐普药业股份有限公司出品的75毫克每片共10片的药, 其国药准字为H20123116。(2) 两种药物首次服用剂量均为300mg, 其中包括3片阿司匹林, 4片硫酸氢氯吡格雷片, 在这之后就修改了服用方式每天只需要服用1片阿司匹林和1片硫酸氢氯吡格雷片。(3) 为了提升治疗成效, 可采用静脉滴注低分子肝素的方式, 12小时的剂量为5000IU/ml, 最后一次采用皮下脂肪注射。(4) 对两组患者行冠状动脉造影, 症状较为严重时, 可植入支架。

1.3 观察指标界定

(1) 检测两组患者的血糖、血压、血脂、心脏功能情况等基线资料, 统计稳定例数, 将之作为第一观察指标; (2) 收集两组患者的不良情况发生情况, 将之作为第二观察指标。

1.4 统计学分析

经过相关软件的统计分析后可以发现p值低于0.05, 说明两组的差异有着统计学的意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗后基线资料对比

观察组患者血糖、血压、血脂、心脏功能稳定人数比例分别为93.18%、86.36%、84.09%、90.91%, 比对照组的比例高, P值均 < 0.05, 所以差异有着统计学的意义。

表2 两组患者治疗后基线资料对比[n(%)]

组别 (n)	血糖	血压	血脂	心脏功能
观察组 (44)	41 (93.18)	38 (86.36)	37 (84.09)	40 (90.91)
对照组 (35)	27 (77.14)	25 (71.43)	26 (74.29)	30 (85.71)
χ^2	8.246	8.873	8.634	6.216
P值	0.026	0.019	0.023	0.036

2.2 两组患者治疗后不良情况发生对比

观察组与对照组在完成治疗后出现的不良情况的数据如下图所示, 可以看出观察组的情况要好于对照组, 差异有着统计学的意义。

表3 两组患者治疗后不良情况发生对比[n(%)]

组别 (n)	非致死性心梗	心绞痛	心力衰竭	总发生
观察组 (44)	2 (4.55)	3 (6.82)	1 (2.27)	6 (13.64)
对照组 (35)	4 (11.43)	5 (14.29)	2 (5.71)	11 (31.43)
χ^2	-	-	-	7.462
P值	-	-	-	0.013

3 综合讨论

非ST段抬高型心肌梗死是急性冠状动脉综合征的其中一个类型, 通常由动脉中央硬化, 斑块破裂而引起, 临床表现为突发性胸透, 如果长时间无法缓解, 心电图检查的结果会显示出心肌缺血性损害, 但并未伴有ST段抬高。当患者的血压长期处于失控的状态时, 他的左心室会慢慢出现肿胀的症状, 并伴有新极限飞花, 严重影响冠状动脉血流。本研究以“发病时间是否超过24小时”作为临界分割点, 在具体的治疗方式上保持一致。最终结果显示, 接受早期介入治疗的患者, 出现再发性心脏不良情况的几率相对较低, 表明早期介入治疗的效果更佳。因此, 当患者病发之后, 务必及时介入治疗, 以期提升治疗成效。

参考文献:

- [1] 赵连友, 孙英贤, 李玉明, 等. 高血压合并动脉粥样硬化防治中国专家共识[J]. 中华高血压杂志, 2020, 28(02): 116-123.
- [2] 倪敏. 老年心肌梗死合并高血压患者二级预防用药依从性影响因素及护理对策[J]. 护理实践与研究, 2020, 17(13): 13-16.

儿童急性呼吸道感染心肌酶谱的变化及临床意义

杨晓宇 董壮飞 张孝灵

甘肃省天水市秦城区妇幼保健院, 中国·甘肃 天水 741000

【摘要】目的了解儿童急性呼吸道感染时心肌酶谱的改变及其之间的关系。方法 对100例2016年01月~2020年12月间在第四军医大学西京医院儿科住院患儿,入院后测定4种心肌酶谱及肌酸激酶同工酶、肌钙蛋白I,并与20例经我院儿科住院检查健康儿童比较。结果 上感组LDH、LDH-1、HBDH升高($P < 0.05$),支气管组LDH、LDH-1、HBDH升高($P < 0.05$),肺炎组LDH、LDH-1、HBDH、CK升高($P < 0.05$),呼吸道感染伴心肌炎组LDH、LDH-1、HBDH、CK及肌钙蛋白I均升高($P < 0.05$),重症肺炎伴心衰组LDH、LDH-1、HBDH、CK均升高($P < 0.05$),仅肌钙蛋白I正常。结论 儿童急性呼吸道感染时心肌酶谱及肌酸激酶同工酶均有不同程度升高,而肌钙蛋白I仅在呼吸道感染伴心肌炎患儿中升高明显,故测定儿童急性呼吸道感染时心肌酶谱可以反映患儿心脏早期有否受损及受损情况。

【关键词】儿童;急性呼吸道感染;心肌酶谱

选取100例急性呼吸道感染患儿对心肌酶谱进行测定比较,现报告如下:

1 临床资料

一般资料 病例来源于第四军医大学西京医院儿科2016年1月~2020年03月间住院急性呼吸道感染患儿100例,上呼吸道感染15例,支气管炎例,肺炎50例,呼吸道感染伴心肌炎11例,重症肺炎伴心衰7例,诊断均符合褚福棠第八版《实用儿科学》小儿呼吸道疾病诊断标准1及病毒性心肌炎诊断标准2,对照组20例为正常儿童年龄、性别与测定组无统计学差异。

1.2 方法

标本收集为患儿入院后清晨空腹抽静脉血送检化验,使用仪器美国微软公司提供,型号为COOA005854,试剂由上海强生医疗器材有限公司提供,质控物血清由美国微软公司提供。正常值:LDH 120~240IU/L, LDH-1 15~65IU/L, HBDH 76~218IU/L, CK 26~200IU/L, CK-MB 0~25IU/L, 肌钙蛋白I 0~0.15nT,采用t检验方法进行统计学处理。

2 结果

不同急性呼吸道感染患儿血清心肌酶谱比较(X+S)

	n	LDH	LDH-1	HBDH	CK	CK-MB	肌钙蛋白I
		IU/L	IU/L	IU/L	IU/L	IU/L	
上感组	15	303.4+26.73	100+15.36	256+18.03	50+8.31	10+3.03	0.01
支气管炎组	17	282+21.02	120+12.06	260+19.46	60+9.25	20+5.76	0.01
肺炎组	50	290+20.83	80+8.45	270+20.02	150+14.07	25+6.09	0.01
呼吸道感染伴心肌炎组	11	258+17.51	70+4.63	230+16.94	252+17.20	80+5.20	0.24+0.05 ($P < 0.05$)
重症肺炎并心衰组	7	1305+108	400+25.74	1500+112.03	200+15.98	30+6.59	0.01
对照组	20	200+18.02	30+4.92	100+7.65	100+7.70	10+1.02	0.01
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05

2.3.2结果 上感组、支气管炎组、肺炎组、呼吸道感染伴心肌炎组、重症肺炎伴心衰组均以LDH、LDH-1、HBDH升高为主($p < 0.05$),肺炎组CK也升高($P < 0.05$),肌钙蛋白I仅在呼吸道感染伴心肌炎中升高,说明感染越重,心肌酶谱改变越明显。

3 治疗

通过对100例呼吸道感染的患儿在进行常规抗感染、对症治疗的基础上加用博维赫160mg/Kg,日一次,静滴,小儿肺力咳合剂

(黄芩、前胡、百部、红花龙胆、梧桐根、白花蛇舌草、红管药)1岁以内一次5ml,1至7岁一次10ml,均为一日3次口服等对症治疗后,100例呼吸道感染患儿均在一周内心肌酶谱恢复正常,与对照组相比无显著差异。

4 讨论

急性呼吸道感染通常病情轻、病程短、预后好,但发病率高,可伴发心肌炎、重症肺炎伴心衰。主要病原体是病毒,少数为细菌,感染严重时造成心肌细胞的损害。心肌酶谱主要存在于心肌中,组织损伤时心肌酶释放入血中,CK一般5~6h开始升高,20~24h达到高峰,仅持续2~3d,心肌肌钙蛋白I持续4~7d。本文测定结果显示,呼吸道感染伴上感组、支气管炎组、肺炎组、呼吸道感染伴心肌炎组、重症肺炎伴心衰组均以LDH、LDH-1、HBDH升高为主($p < 0.05$),肺炎组CK也升高($P < 0.05$),肌钙蛋白I仅在呼吸道感染伴心肌炎中升高,表明肌酸肌酶同工酶、肌钙蛋白I对心肌受损更有特异性,且感染越重,肌酸肌酶同工酶、肌钙蛋白I升高更为明显,故心肌酶谱活性的测定对心肌细胞损伤具有重要意义,可以指导临床早期预防治疗。

参考文献:

- [1]褚福棠主编.实用儿科学.第8版.北京.呼吸道疾病诊断标准.人民卫生出版社.2002.1167~1214.
- [2]褚福棠主编.实用儿科学.第7版.北京.病毒性心肌炎诊断标准.人民卫生出版社.2002.1534~1541.
- [3]陈文彬、王友赤.诊断学.第6版.心肌酶谱和肌钙蛋白的测定.人民卫生出版社.2003.424~426.

[4]盛朝凯.呼吸道感染患儿血清心肌酶谱观察.2003.24(3).237.

作者简介:

杨晓宇(1967.10—),女,汉,陕西渭南,大学本科,儿科副主任医师。

通讯作者:

董壮飞(1967.03—),男,大学学历,副主任医师。

临床医学检验技术质量管理的问题与对策研究

杨浩 韩梅

延安市人民医院 体检中心, 中国·陕西 延安 716000

【摘要】当前检验科的首要任务就是熟练的操作各种检验仪器设备与检验技术, 对标本展开精确的医学界定与分析, 从而为临床医师的诊断与治疗提供可靠的数据支持, 因此, 检验科的检验技术的质量高低决定了一个医疗机构的技术水准与质量水平。为此, 本文将分析临床医学检验技术质量管理过程中存在的诸多问题, 并就问题产生的原因提出相应的解决对策。

【关键词】临床医学; 检验技术; 质量管理; 问题; 对策

随着我国医疗技术的飞速发展, 医疗检验技术在整个医疗环节中发挥的作用愈发重要, 逐渐成为打造高质量、高水准医疗技术的关键要素所在。在日常的医疗救治过程中, 扎实的检验技术质量能够为广大的一线医师提供最为精确的患者病情数据, 为其进一步的诊断与治疗打下坚实的基础, 可以说临床医学的检验技术质量水平关系着医学界的长远发展, 因此, 必须强化临床医学检验技术的质量管理, 进而逐步的完善检验技术的管理机制, 稳步提升我国医学检验技术的水准, 为国民提供更为优质的医疗服务。

1 临床检验质量管理目前面临的问题

1.1 缺乏专业的检验人才

信息技术时代的进步为医疗技术的革新与发展奠定了基础, 随着当前医疗设施的自动化与智能化的发展, 其对于检验人员的操作技术有了更高的要求, 如何能够操作更为先进的仪器设备, 完成检验所需的各种抽样、检验与编写报告的工作, 确保每一个环节上的万无一失, 这都需要具备扎实的专业性的人才队伍保障, 然而, 纵观当前国内的一线医疗机构, 专业检验人才的匮乏, 导致有关检验工作的不规范, 成为制约检验水平的重要因素。

1.2 检验过程质量管理不足

影响临床医学检验结果的准确性的因素较多, 较为常见的有相关操作人员的专业水平、分析过程中对于误差的控制、仪器操作人员对于设备的熟悉程度以及对于检验的每一个环节的把握等。此外, 在进行临床检验的过程中患者的一些随机的身体变化, 都会对于最终的检验结果造成不同程度的影响。引发这些不确定性因素的问题, 在于没有加强对检验过程质量的管理。

1.3 检验结果的质量控制不足

当然, 对于最终检验结果的分析, 临床医师也往往存在以下几个问题, 如其没有意识到有关物质的干扰存在, 或者是对于实验过程中可能存在的特异性没有足够的认可与重视, 例如在测量心梗的时候, 将肌红蛋白作为考察依据, 但是忽略其稳定性问题, 使得其误认为肌红蛋白增加, 就意味着心梗, 这显然与事实存在很大的偏颇与误差。此外, 没有意识到仪器虽然精密, 但是也存在一定的误差可能性, 导致其得到的最终结果与临床鉴定结果存在一定的差异性。以上这些问题的存在都反映了一个较为共性的问题, 即对于检验结果的质量控制存在较大的问题。

1.4 缺乏与临床医生的有效交流

作为患者诊疗方案的制定, 临床医师对于检验的结果有着很大的依赖性, 其所做出的诊断与治疗方案都建立在对于检验结果的判断。为此, 临床医师与有关检验人员的交流显得尤为必要。但是在现实的医疗过程中, 二者之间出于主客观因素的制约, 缺乏足够有效的交流与互动, 那么直接导致最终的检验结果, 无法真正有效的发挥其对患者的诊断与治疗过程中去, 也就无法最大限度的发挥其应有的效果。

2 解决临床医学检验技术质量管理问题的对策

2.1 合理分配专业人才

临床检验的工作是一个相对复杂和系统性的工作, 其需要各个专业人才的通力合作才可以达到最优的效果, 然而在现实的检验环节缺乏足够的专业人才, 这就需要医疗机构的管理人员做好

专业人才的合理分配, 最大限度的发挥专业人才的优势作用。因此, 在一些基层的检验科室, 在进行有关检验工作的过程中, 应尽量安排一些实习人员或者缺乏足够操作经验的人员进行观察学习, 尽快培养各种检验仪器设备的操作技能, 借助这种反复的操作演练, 来快速的培养检验人员的操作技能。当然, 为了进一步快速提升检验人员的专业素养与操作技能, 医疗机构应该定期开展系统性的培训工作, 切实的做好专业人才的培养工作。

2.2 成立专门的质量管理小组

组建专门的质量管理小组团队, 最好是由科主任来做组长, 小组成员囊括多个专业的医疗人员, 实现专业的全覆盖, 提升质量管理小组的全面性。逐步完善责任制, 明确每一个小组成员的责任, 对抽检、检验、报告写作等环节安排好固定的人员。在检验过程中如果遇到疑难问题, 发挥小组的合作攻坚优势, 进行集思广益的探讨, 共同致力于问题的解决。最后, 在检验过程中, 小组成员要做到互相监督、团结协作。

2.3 关注每一个检验环节的质量

细节决定成败, 检验结果的生成需要每一个环节的准确无误。因此, 为了保障最终检验结果的准确。其不仅要在整体上把握好检验的每个环节, 而且还要及时处理检验中的问题和注意细节, 分析和研究各环节之间的关系和相互影响。

2.4 加强内部检验管理

科室内部质量控制能最大程度地提高医院的检验和医疗水平。有效的内部质量控制有: 严格遵守各项检验措施和检验规定。对检验人员进行每月质控考核。实施个人责任制, 使每位检验人员意识到并承担检验责任, 可以在检验高峰期, 保证每个环节处理妥当, 当某一环节出问题马上得到解决。在检验中提高检验专业知识水平。熟悉对各种分析仪器的操作, 并且要不断去思考并提升检验仪器和设备的效果。多次使用后, 检验仪器和设备都会产生磨损, 检验人员要对它们进行维护、保养和校正。熟悉各种药剂。采取稳定性好的实验方法。

2.5 加强与临床医生的交流

检验人员应加强与临床医生的沟通。如检验医师不仅要向临床医师报告检验结果, 解释检验项目的意义, 而且要帮助他们选择正确的检验项目, 合理地利用实验室资源。过多的检查会提供一些不必要信息, 从而干扰诊断和治疗。临床医师要正确合理地应用检验报告中提供的各组数据用于患者的诊断和治疗。临床选择合适的检测项目, 既能达到优化项目的价格选择效能比, 又能及时诊断疾病及调整治疗方案。临床医师要掌握学习新标准和新技术的应用。

总之, 对于临床检验技术质量的管理工作是一个较为复杂、系统、长期的工作, 其需要有关科室与部门的通力合作, 及时的发现在检验过程中出现的问题, 采取有效的解决方案与对策, 进而为医疗事业的发展提供扎实的基础数据保障。

参考文献:

- [1] 敖敏高娃. 浅谈医院检验科质量安全管理流程的建立[J]. 中国医药指南, 2019(12):338.
- [2] 刘广勤, 金春明, 文景爱. 医院检验科质量控制难点与对策[J]. 中国医院管理, 2020(4):88.

激光腔内闭合术治疗大隐静脉曲张的临床效果评价

王磊¹ 张文帅²

安丘市人民医院 血管外科, 中国·山东 潍坊 262100

【摘要】目的: 研究分析治疗大隐静脉曲张患者, 应用激光腔内闭合术治疗的临床疗效。方法: 在我院选取 72 例大隐静脉曲张患者, 按照“电脑抽签方法”展开分组, 分成对照组、观察组, 均包含 36 例患者, 对照组: 行大隐静脉高位结扎剥脱术, 观察组: 以对照组为基础, 行激光腔内闭合术。对比应用效果。结果: 两个小组对比, 观察组临床效果比较优异, ($P < 0.05$); 观察组手术指标优异, ($P < 0.05$)。结论: 激光腔内闭合术治疗大隐静脉曲张的临床效果比较显著。

【关键词】激光腔内闭合术; 大隐静脉曲张; 大隐静脉高位结扎剥脱术

在临床上, 大隐静脉曲张是比较多见的, 主要是原发下肢静脉曲张, 此种疾病发病因素主要有三种, 第一种浅静脉压升高; 第二种静脉壁软弱; 第三种静脉瓣膜缺陷。长时间站立人员、从事重体力劳动者是此种疾病的常见人群^[1]。治疗的方法有很多, 例如激光腔内闭合术、小切口点状剥脱术、泡沫硬化剂注射治疗、大隐静脉高位结扎剥脱术等等。基于此, 本文对大隐静脉曲张患者, 应用激光腔内闭合术治疗的临床效果展开分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取在我院治疗的大隐静脉曲张患者 72 例, 时间段: 2018 年 11 月~2019 年 11 月, 按照“电脑抽签方法”展开分组, 分成两个小组, 其一对照组, 其二观察组, 其中对照组: 36 例, 男 19 例, 女 17 例, 年龄最大 68 岁, 最小 27 岁, 平均 (48.29 ± 10.26) 岁; 观察组: 36 例, 男 20 例, 女 16 例, 两个小组性别、年龄等资料对比, 差异不存在统计学意义 ($P > 0.05$), 有可比性。开展此次探究, 经过了伦理委员会相关批准, 所有患者均签署了知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 术前准备工作。指导患者取站立体位, 15min 左右, 用笔做好三处标记, 分别是: 大隐静脉主干和曲张分支、交通静脉、溃疡周围浅静脉。针对足靴区溃疡、伴有血栓性浅静脉炎或者下肢肿胀者, 选取硫酸镁做湿热敷, 做好消肿处置工作, 溃疡创面需要换药, 将坏死组织做好处理, 待到新鲜肉芽组织生长后才可以开展手术。

1.2.2 术前麻醉与选取体位。麻醉方式为腰硬联合麻醉, 指导患者取仰卧位。准备好手术器械。

1.2.3 手术方法。观察组: 大隐静脉高位结扎, 配合激光腔内闭合术, 方法为: 找到患者患肢腹股沟韧带, 选取股动脉内侧位置, 顺着其皮纹方向把皮肤切开, 长度 1.5cm 即可, 做钝性分离, 选取大隐静脉主干位置, 逐渐向上方游离, 靠近股静脉入口处, 将选取位置的根部使用钳夹切断, 在近心端做好缝扎, 选取远心端做结扎, 在游离时找到的属支需要做结扎。找到患者内踝大隐静脉主干, 将留置针穿刺其中, 把光纤导入到其管腔到根部断端位置。这一步骤能够减少不必要的操作, 为患者缩短手术时长。医生将激光治疗仪打开, 找到功率键位, 设为 12W, 机器会发出脉冲激光, 持续时长 1s、间隔时长 1s, 对大隐静脉主干能够起到闭合处理的作用。对照组: 选取远心端放置剥脱器, 对大隐静脉主干做逆行剥脱。其中的曲张静脉团, 作小切口分段抽剥, 接下来对切口作间断皮内缝合, 使用酒精纱垫, 将患者整个下肢做好覆盖, 最后使用弹力绑带进行包扎。两个小组患者术后均需观察患肢血运情况, 垫软枕抬高, 角度为 30° , 查看足背动脉搏动, 可以简单做踝关节屈伸运动, 有利于下肢静脉回流。

1.3 观察指标

1.3.1 临床效果。包含 3 种指标, 第 1 种显效; 第 2 种有效; 第 3 种无效。计算方法: 显效人数和有效人数相加, 结果除以单组人数。

1.3.2 手术指标。包含 3 种指标, 第一种手术时长; 第二种术中出血量; 第三种手术切口长度。

1.4 统计学方法

软件版本 spss23.0, 通过此软件对本次探究中两个小组数据资

料统计、分析, 计数资料: (%), χ^2 检验, 计量资料: 均数 \pm 标准差, t 检验, P 值界点 0.05, 当 P 值低于界点, 证明存在统计学差异性。

2 结果

2.1 临床效果比较

观察组优于对照组, 两个小组差异明显 ($P < 0.05$), 如表 2 所示。

表1 组间临床效果对比结果[例(%)]

分组	例数	显效	有效	无效	有效率
对照组	36	18 (50.00)	10 (27.78)	8 (22.22)	28 (77.78)
观察组	36	26 (72.22)	7 (19.44)	1 (2.78)	35 (97.22)
χ^2	-	3.74	0.693	6.222	6.222
P	-	0.053	0.405	0.013	0.013

2.2 手术指标对比

通过对比发现, 观察组优于对照组, 两个小组差异显著 ($P < 0.05$), 如表 2 所示。

表2 手术指标对比结果($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	手术时长 (min)	术中出血量 (ml)	手术切口长度 (cm)
对照组	36	58.79 \pm 11.15	76.18 \pm 2.85	12.69 \pm 3.58
观察组	36	49.35 \pm 10.23	29.55 \pm 2.76	4.91 \pm 0.59
t	-	3.743	70.52	12.866
P	-	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

根据临床结果统计, 近几年以来, 原发性下肢浅静脉曲张发病率呈现逐年上升趋势, 大隐静脉曲张是其中比较多见的^[2]。大部分患者在早期阶段只出现下肢浅静脉迂回曲张症状, 未感觉到不适, 但是后期阶段, 容易发生不同并发症, 影响生活质量, 例如血栓性静脉炎、皮肤色素沉着、静脉性溃疡、脂质硬化症等等, 还可能出现深静脉血栓, 威胁患者生命安全^[3]。

传统的大隐静脉高位结扎剥脱术, 有着一些弊端, 例如切口大、住院时间长、术中出血量大等等, 术后恢复比较慢。激光腔内闭合术, 激光在血液中穿透力较强, 能够达到 0.3mm, 可以灼闭主干静脉, 减少对其他组织的伤害, 还能达到减轻疼痛的效果。对于本次探究结果分析, 观察组选取的治疗方式明显优于对照组, 手术指标、临床效果比较优异, P 值低于界点。由此可见, 大隐静脉曲张患者, 应用激光腔内闭合术治疗的临床效果显著。

综合上文所述, 激光腔内闭合术治疗大隐静脉曲张具有可行性, 能够提升治疗效果, 减少手术时间, 降低术中出血量, 是具有较高临床应用价值的一种手术方式, 值得临床广泛应用。

参考文献:

- [1] 张建伟. 泡沫硬化剂联合大隐静脉主干高位结扎与传统外科手术治疗下肢静脉曲张的临床效果比较[D]. 兰州大学, 2017.
- [2] 杨平印. 聚桂醇治疗静脉曲张的基础实验及临床联合中药涂擦的应用研究[D]. 南京中医药大学, 2019.
- [3] 汪仁涛. 下肢静脉曲张分段剥脱浅静脉预防隐神经损伤的探讨[D]. 宁夏医科大学, 2019.

天麻钩藤饮加味配合清肝明目药枕方治疗高血压患者疗效观察

李兆雄

甘肃省天水市秦安县叶堡中心卫生院, 中国·甘肃 天水 741607

【摘要】目的: 研究高血压患者采用天麻钩藤饮加味配合清肝明目药枕方治疗的疗效。方法: 将42例高血压患者选择, 实验组执行天麻钩藤饮加味配合清肝明目药枕方治疗方案, 对照组执行天麻钩藤饮加味治疗方案。结果: 对比对照组, 实验组降压疗效、中医症候疗效、治疗后中医症候积分、治疗后血压均明显改善, $P < 0.05$ 。结论: 高血压患者采用天麻钩藤饮加味配合清肝明目药枕方治疗, 效果显著。

【关键词】天麻钩藤饮加味; 清肝明目药枕方; 高血压

高血压是临床常见病, 伴随器质性损害或者器官功能损伤, 应做好患者早期预防以干预, 目的是有效下降患者发生动脉粥样硬化性心血管疾病几率。本组选择42例高血压患者, 分析了高血压患者采用天麻钩藤饮加味配合清肝明目药枕方治疗的疗效。

1 资料及方法

1.1 资料

于我院2019年1月至12月将42例高血压患者随机抽取, 知情入组, 随机分组, 实验组21例, 男女分别是11例、10例, 年龄范围是49岁至77岁, 中位68.5岁, 对照组21例, 男女分别是12例、9例, 年龄范围是48岁至76岁, 中位68.0岁。统计学对比分析两组患者以上资料, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组执行天麻钩藤饮加味治疗方案: 组方包括钩藤(后下)15g、天麻12g、益母草10g、石决明(先煎)10g、黄芩10g、桑寄生10g、川牛膝10g、夜交藤15g、栀子10g、杜仲10g、夏枯草10g、茯神10g, 煎药之后, 每剂煎2袋, 在早晚餐后半小时, 患者需要温服此药, 1剂/d。

实验组执行天麻钩藤饮加味配合清肝明目药枕方治疗方案, 在对照组治疗基础上, 增加: 夏枯草10g、菊花10g、蔓荆子10g、木香6g、川芎6g、蚕砂10g、决明子10g、红花5g、薄荷12g, 混合烘干以及粉碎以上药物之后, 过80目筛, 多项加工程序完成之后, 获得混合粉末, 每袋50g, 将其放入枕芯, 将枕套套上, 将

表1 两组降压疗效比较

分组/指标	显效例数	有效例数	无效例数	总有效率(%)
实验组(n=21)	15	5	1	95.23
对照组(n=21)	10	5	6	71.42
X^2				4.2857
P				<0.05

表2 两组治疗前后中医症候积分、血压对比

分组/指标	头痛(分)		头晕(分)		口干口苦(分)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组(n=21)	5.27±0.38	4.11±0.26	5.32±0.28	3.71±0.45	2.74±0.27	1.92±0.23
对照组(n=21)	5.44±0.32	4.87±0.26	5.33±0.22	4.12±0.35	2.65±0.21	2.11±0.18
t	1.5681	9.4719	0.1287	3.2957	1.2058	2.9812
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05
分组/指标	急躁易怒(分)		舒张压(mmHg)		收缩压(mmHg)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组(n=21)	2.78±0.22	1.81±0.07	89.91±13.77	79.16±1.88	169.23±11.76	134.56±7.35
对照组(n=21)	2.77±0.22	2.05±0.17	90.61±13.84	83.11±2.25	169.16±10.16	139.54±1.98
t	0.1473	5.9822	0.1643	6.1736	0.0206	2.9981
P	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

药枕制成, 使用过程中, 保持药枕整洁以及干燥, 使用3个月。

1.3 效果分析

中医症候疗效: 参考2002年版《中药新药临床研究指导原则(试行)》, 明显好转体征以及症状, 疗效指数70%及以上, 为显效; 好转体征以及症状, 疗效指数30~69%, 为有效; 未明显好转体征以及症状, 疗效指数30%及以下, 为无效; 其他情况, 为加重。总有效率=显效率+有效率。

降压疗效: 参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》, 下降舒张压 $> 10\text{mmHg}$ 且达到正常, 或者没有达到正常但是降低 $\geq 20\text{mmHg}$, 明显好转或者完全消失原有症状, 判定显效; 下降舒张压 $< 10\text{mmHg}$ 但是达到正常, 或者没有达到正常但是降低 $10\sim 19\text{mmHg}$, 或者收缩压下降 $\geq 30\text{mmHg}$, 好转原有症状(至少具备1项血压下降), 判定有效; 其他情况, 判定无效。总有效率=100.00%-无效率。

1.4 统计学计算

使用SPSS25.0统计学软件做 X^2 检验、t检验, 表示形式为计数资料(%), 计量资料($\bar{x} \pm s$), 检验标准是 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

实验组降压疗效、中医症候疗效、治疗后中医症候积分、治疗后血压均明显改善, 对比对照组, $P < 0.05$; 将两组治疗前中医症候积分、治疗前血压进行对比分析, $P > 0.05$ 。(表1、表2)

3 讨论

分析得出, 将中医药多靶点干预作用充分发挥, 可平稳降压, 可将患者不适症状最大程度改善, 对靶器官动脉粥样硬化性改变进行早期干预, 社会价值以及医疗价值均较高。临床实践得出, 高血压患者采用天麻钩藤饮加味配合清肝明目药枕方治疗, 高效可行, 可闻香祛病, 可以促使患者经络气血流通, 患者机体阴阳会获得调节, 可以清利患者头部。

此次实验: 实验组降压疗效、中医症候疗效、治疗后中医症

候积分、治疗后血压均明显改善。

综合以上得出, 高血压患者采用天麻钩藤饮加味配合清肝明目药枕方治疗的效果显著。

参考文献:

[1]刘亮亮. 加味平肝降压机汤联合天麻钩藤饮治疗阴虚阳亢型原发性高血压临床研究[J]. 健康之友, 2019(18).

[2]吴瑞华, 刘雪娜, 蔡少杭. 高血压患者应用清肝明目药枕临床观察[J]. 光明中医, 2018, (12).

门诊就诊者空腹血糖及血脂化验结果分析

李蕴力

伊金霍洛旗阿勒腾席热镇社区卫生服务中心, 中国·内蒙古 鄂尔多斯 017200

【摘要】目的: 对门诊就诊者空腹血糖及血脂化验结果进行分析。方法: 将2018年1月至2020年7月期间在我中心门诊接受空腹血糖及血脂化验的3170病患作为对象, 观察分析其空腹血糖以及血脂的化验结果。结果: 男性病患空腹血糖正常比例比女性病患更高, 血脂正常比例比女性病患更低, $P < 0.05$ 。结论: 血糖血脂逐渐趋于年轻化, 应加大健康、疾病知识普及, 确保人们的身体健康。

【关键词】门诊; 空腹血糖; 血脂; 化验结果

近些年, 发生血糖血脂异常的人数逐渐呈现上升趋势, 并且逐渐趋于年轻化。为了避免由于脂质紊乱而引发动脉硬化等相关并发症, 应当积极组织开展血糖检测以及血脂检测^[1], 通过这样的方式来提升国民总体健康水平, 基于此, 本研究注意对门诊就诊者空腹血糖及血脂化验结果进行分析, 现作如下报道:

1 资料与方法

1.1 研究资料

将2018年1月至2020年7月期间在我中心门诊接受空腹血糖及血脂化验的3170病患作为对象, 其中有1675例男性病患, 1595例女性病患, 年龄范围为19岁至44岁, 年龄平均值为 (32.21 ± 5.32) 岁。经对比, 所有病患资料差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 可比。

1.2 指标标准极其含义

- 既往糖尿病标准为: 有空腹血糖检查史, 被确诊为糖尿病;
- 糖尿病病患血糖控制标准为: 空腹血糖值小于 $7.0 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$;
- 新糖尿病病患标准为: 无糖尿病病室, 空腹血糖值大于等于 $7.0 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$;
- 血糖受损标准为: 在空腹状态下, 病患的血糖值为 $6.1 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$ 至 $7.0 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$;
- 正常标准为: 无糖尿病病史, 空腹状态血糖值小于 $6.1 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$;
- 胆固醇升高标准为: TC 值大于等于 $6.22 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$;
- 第七, HDL 型胆固醇降低标准为: HDL 值小于 $1.04 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$;
- 第八, TG 升高标准为: TG 值大于等于 $2.26 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$;
- 第九, 糖尿病者血脂控制标准为: TC 值小于 $4.14 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$ 。

1.3 统计学方法

数据分析使用 SPSS19.0 软件, 使用百分比 (%) 表示计数资料, 行 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 血糖异常的性别分布情况

研究结果显示, 男性病患空腹血糖值正常比例比女性更高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 详细对比结果如表一所示。

表1 血糖异常的性别分布情况(n)

项目	类别	例数	既往糖尿病	新糖尿病	空腹血糖受损	血糖正常/n (%)
性别	男性	1675	81	49	98	1447 (86.38)
	女性	1495	159	24	136	1176 (78.66)

2.2 血脂异常的性别分布情况

男性例数有1675例, TG 值升高167例, TC 值42例, HDL 下降378例, 男性血脂正常例数为1110例, 血脂正常率为66.26%; 而女性例数有1495例, TG 值升高42例, TC 值升高9例, HDL 249例, 女性的血脂正常例数为1185例, 血脂正常率为79.26%, 女性病患血脂正常比例比男性病患更高, $P < 0.05$ 。

3 讨论

代谢紊乱是一种较为常见的临床疾病, 随着人们生活水平以及生活质量的不断提升, 导致我国国民的血脂异常率逐渐呈现升高的趋势^[2], 且逐渐趋于年轻化, 高发地区为高原地区。在本次研究中, 女性血脂正常比例比男性更低; 且血脂正常比例比男性更高, 说明男性比女性更容易发生血脂异常, 而女性比男性更容易发生血糖异常。面对这样的形势, 为了有效预防糖尿病以及冠心病等疾病的发生, 同时确保其治疗及时性, 应当定期组织开展对社会健康人群的血脂水平以及血糖水平的检测以及分析。

综上所述, 应当加大相关疾病知识以及健康知识的普及程度, 引导人们纠正自身不良生活习惯, 坚持健康的生活方式以及生活习惯, 以此来确保自身的身体健康。

参考文献:

- [1]吴宝芹.分析血液标本放置时间对血液化验结果的影响[J].中国农村卫生,2019,11(17):47+49.
- [2]唐亚楠.18~44岁门诊就诊者3180例空腹血糖及血脂结果分析[J].深圳中西医结合杂志,2018,28(08):69-70.

亚胺培南西司他丁钠致过敏性休克心电图 ST-T 重度异常抢救成功一例

杨 静 王锦海 尹淑慧 郭盼盼
枣庄市峄城区人民医院 内科, 中国 ·

【摘要】对我科室所发生的使用注射用亚胺培南西司他丁钠出现的 1 例心电图重度 ST-T 改变进行分析。提示临床医师在使用注射用亚胺培南西司他丁钠药物治疗时, 不仅要严格掌握所适应症, 还要特别注意对心、肾功能的检测及用药期间各不良反应情况的发生, 以减少因药物使用而诱发的不良反应对临床疗效产生影响。

【关键词】亚胺培南西司他丁钠; 过敏性; 抢救

临床资料

1 一般资料

患者, 女, 78 岁, 汉族, 已婚, 职业为退休人员, 2020 年 5 月 2 日因发热半月, 加重 1 天入院。入院半月出现不明原因发热, 最高 37.5℃, 无咳嗽、咳痰、喘憋, 未给予系统诊治。入院前 1 天患者又出现发热, 最高体温 38.4℃, 伴寒战、四肢湿冷, 给予药物治疗后仍反复发热不退, 伴胸闷、气短, 来我院行胸部 CT 检查未见明显异常。以“发热待查”收住院。既往有“高血压”、“慢性阻塞性肺疾病”病史 10 余年, “2 型糖尿病”病史 20 余年。“脑动脉狭窄、动脉硬化”病史 2 年。

入院查体: T 38.5℃, P 96 次/min, R 20 次/min, BP 145/63mmHg, 神志清, 双肺呼吸音粗, 心率 96 次/min, 心律齐, 四肢肌力、肌张力正常。2020-05-02 辅助检查: 血常规: 白细胞数目 (WBC) ($27.67 \times 10^9/L$)、中性粒细胞百分比 (Neu) (91.00%)、中性粒细胞数目 (Neu) ($25.16 \times 10^9/L$), 凝血功能、心梗三联、CRP、bnp 均正常, 甲型流感病毒抗阴。入院诊断为: 发热待查、病毒性感冒、慢性阻塞性肺疾病, 3 级高血压, 2 型糖尿病, 脑动脉狭窄。

诊疗过程: 患者于 5 月 2 日给予左氧氟沙星 0.4g 静滴 qd, 患者仍间断发热。5 月-3 日 (1) 尿检: 白细胞计数 ($82.00/\mu L$)、白细胞团 ($2.00/\mu L$) 水平均升高。(2) 血清检测: 白球比 (1.26)、载脂蛋白 AI (0.83g/L)、前白蛋白 PALB (134.00mg/L) 水平降低, 葡萄糖 (8.76mmol/L)、总胆固醇 (5.27mmol/L)、载脂蛋白-B (1.15g/L)、D3 氢丁酸 (0.54mmol/L)、超敏 C 反应蛋白 (133.80mg/L)、唾液酸 SA (851.10mg/L) 水平升高。(3) 甲功五项: 抗甲状腺过氧化物酶抗体测定 (ANTI-TPO) (89.08IU/mL)、pct (0.47ng/ml)、crp (39.72mg/L) 水平升高, 超敏促甲状腺激素 (TSH) (0.15 μ IU/ml) 水平降低。(4) 细菌内毒素、真菌葡聚糖水平正常。5 月 4 日: 尿检结果正常, 加用头孢唑肟 2gq8h 静滴, 患者仍持续高热未退, 5 月 5 日血培养结果: 大肠埃希菌。立即停用左氧氟沙星及头孢唑肟给予亚胺培南西司他汀 2 支 q8h 静滴 2 天后患者体温逐渐降至正常。5 月 9 日: (1) 血常规: 单核细胞百分比 (Mon) (12.04%) 水平升高 (2) 葡萄糖 (6.69mmol/L)、胱抑素 C (1.87mg/L)、超敏 C 反应蛋白 (12.81mg/L) crp (8.25mg/L) 水平升高, 前白蛋白 PALB (131.21) mg/L 水平降低。5 月 16 日: 血常规: 红细胞数目 (RBC) (3.49×10^{12})、血红蛋

白浓度 (HGB) (111.00g/L)、红细胞压积 (HCT) (32.10%) 水平降低, 平均红细胞血红蛋白 (MCH) (31.80 Pg)、血小板数目 (PLT) (384.00×10^9)、血小板压积 (PCT) (0.34%) 水平升高。5 月 17 日: 患者于 14:35 分在静滴注射用亚胺培南西司他丁钠(泰能)时出现双手心痒痒, 随后出现烦躁, 呼吸急促, 血压测不出, 心音弱, 心率 76 次/min, 心律规整, 双肺呼吸音粗, 双下肢无凹陷性水肿。立即停用亚胺培南西司他丁钠并间断给予地塞米松静推、甲泼尼龙琥珀酸钠 40mg, 生脉注射液静滴、去甲肾上腺素泵入, 持续抢救 1h 后患者病情好转, 呼吸平稳, 血氧饱和度为 95% 左右, 血糖检测: 随机血糖为 10.20mmol/L。心电图显示窦性心动过速, 间壁和侧壁 ST-T 的动态改变 (见图 a 和图 b)。5 月 18 日复查心电图显示窦性心律, 伴室性早搏, 前壁 T 波异常, 侧壁 ST 段异常 (见图 c)。心梗三联检测各项指标正常。继续给予抗感染、止喘、祛痰、保护胃黏膜, 对症治疗, 病情稳定, 5 月 19 日痊愈出院。

出院诊断: 败血症; 慢性阻塞性肺疾病积极性加重期; 高血压; 2 型糖尿病; 脑动脉狭窄。

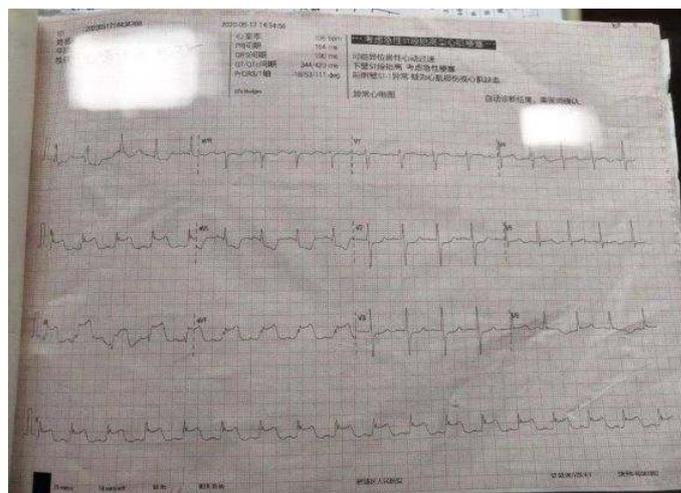


图 a

2 讨论

过敏性休克是指外界某种抗原与体内产生的相应抗体相互作用而引起的全身性立即反应, 可造成急性微循环功能障碍和多脏器损伤, 若得不到及时处理, 则可能危及生命。发病后患者表现出休克、出汗、脉速而弱、面色苍白、发绀、四肢湿冷、意识不清或丧失、烦躁不安, 部分患者血压急速下降, 甚至脉搏消失, 心跳停止, 对正常心功能产生影响。

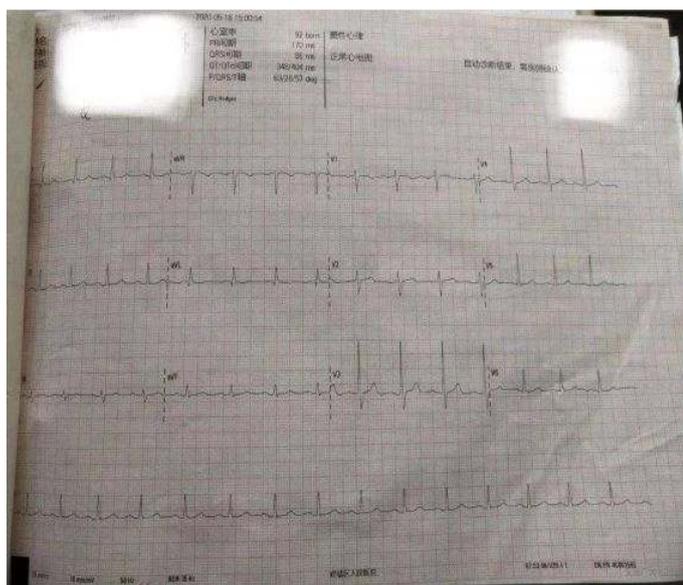


图 b

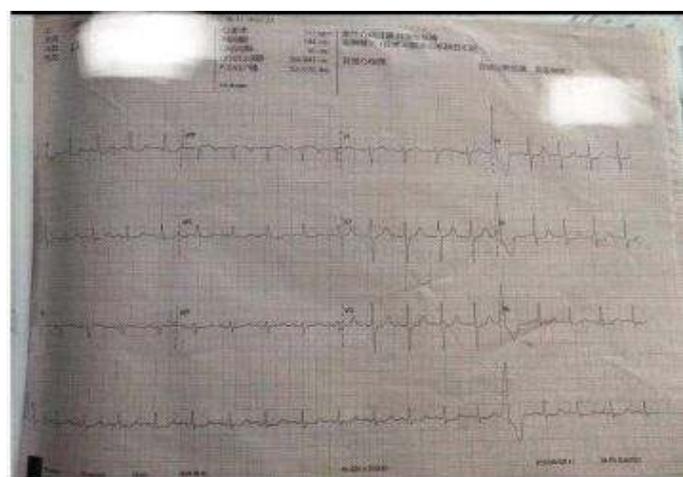


图 c

能造成患者心电图ST-T波变化的因素较多,常见的有心内、外及其它因素,如体位变化、检查技术、饱餐、脑血管疾病、情绪激动、高热、内分泌疾病、电解质紊乱、药物影响等,心电图ST-T波变化与年龄有密切相关性,临床中中青年ST-T波的变化不能随便以心肌缺血论断,而同样程度的ST-T波改变在中青年人中多为正常变异或者功能性变化或心肌炎所致,但本例患者为老年患者,因此不排除冠心病所致的心电图异常^[4]。

对于该患者的心电图ST-T波变化的诊断我们保持谨慎的态度,患者入院时诊断为:发热待查、病毒性感冒、慢性阻塞性肺疾病。出院诊断为败血症、慢性阻塞性肺疾病积极性加重期、高血压病、2型糖尿病、脑动脉狭窄。败血症患者的血液循环内侵入致病菌,并在血液中生长和繁殖,产生毒素进而造成急性全身感染,该病起病急,患者出现高热、寒战、心动过速、呼吸急促、关节肿痛、肝脾肿大、甚至改变等,严重的出现器官功能衰竭。慢

性阻塞性肺疾病患者虽未明确有确切的病因,但呼吸道感染为本研究中患者发病的最主要诱因,因此考虑患者出现的心电图ST-T改变与败血症、慢性阻塞性肺疾病相关。结合患者的临床综合情况进行探究,5月17日出现过敏性休克,发病后患者恶心呕吐、血压下降、呼吸困难,造成多系统器官功能受累,表现出速发而严重的血管扩张和通透性增加,部分患者表现出心率、血压的异常变化,造成一定程度的心功能损伤。但本文中患者仅出现了心电图ST-T波变化,并无其他冠心病相关症状,进一步进行心梗三联检查,结果正常。

临床中部分药物可抑制心肌组织中去甲肾上腺素的再摄取,阻断 α -肾上腺素受体,加快心率,因此表现出心电图ST-T波变化^[5]。但本研究中所使用的亚胺培南-西司他丁钠含亚胺培南和西司他丁钠的两种等量成分,为 β -内酰胺类抗生素,能够抑制 β -内酰胺酶作用,适用于治疗敏感革兰阳性菌及阴性杆菌所致的严重感染及多种细菌引起的混合感染。亚胺培南/西司他丁口服不吸收,肌内注射或静脉给药吸收良好。药物吸收后,亚胺培南可在体内广泛分布于各种组织和体液中。若亚胺培南-西司他丁钠静脉滴注速度过快,患者可能出现出汗、头昏、血栓性静脉炎、全身乏力等症状,虽少数患者使用后出现不良反应,但发生率极低,且尚未出现心功能受损的病例,本研究中患者所出现的心电图ST-T波异常变化可能与亚胺培南-西司他丁钠的使用相关,但临床中仅有极少数患者使用亚胺培南-西司他丁钠后发生心血管并发症,相关报道和具体研究也较少,尚未明确其产生的具体原因,因此今后临床中在使用亚胺培南-西司他丁钠时也应加强对心功能的监测^[6]。同时考虑本研究中患者的年龄较大,自身的心功能情况较差,且在心电图检查中存在体位变化,而体位性改变心电图向量环在各导联轴上的投影方向变化可能会导致心电图ST-T波变化,且体位性改变时,交感神经兴奋性增强,也会造成T波改变。加之患者入院后所出现的过敏性休克,造成了一定程度的心功能损伤,可能与表现出的心电图ST-T波变化相关,但对病情进展并无严重影响。

参考文献:

- [1]庞利芳.80例肝移植患者围手术期心电图变化及相关因素分析[J].蚌埠医学院学报,2017,42(2):225-226.
- [2]许金芳,丁海峰,王淑琴,等.老年无症状心肌梗死心电图特征及预后影响因素[J].中国老年学杂志,2019,39(22):5418-5421.
- [3]祁川川,陈建中,柴丽君,等.化疗期间心电图异常对蒽环类药物引起乳腺浸润性导管癌患者慢性心脏毒性的预测价值[J].中国全科医学,2017,20(9):1122-1126.
- [4]应颖秋,张哲浩,杨毅恒,等.亚胺培南西司他丁钠使用管理监测及合理性分析[J].中国新药杂志,2019,28(4):501-504.

分析家庭医生签约护理服务在实施老年高血压患者社区护理管理中的应用价值

沙艳蕾

北京市大兴区榆垓镇中心卫生院, 中国·北京 102602

【摘要】目的: 分析家庭医生在为高血压患者提供社区护理服务方面的效率。方法: 对社区 80 名高血压患者进行调查; 研究区间 2018 年 2 月-2020 年 6 月, 分成对照组和观察组。对照组接受常规检查护理, 观察组接受家庭医生护理。对比两组依从性和血压指标。结果: 结果: 观察组饮食、运动、服药依从性得分分别为 (9.11 ± 0.23)、(9.06 ± 0.27)、(9.42 ± 0.12) 分, 高于对照组 (P<0.05); 收缩压、舒张压均低于对照组 (121.32 ± 3.23) mmHg, (89.53 ± 3.27) mmHg, P<0.05)。结论: 家庭医生护理服务用于社区老年高血压患者提高患者的依从性, 比较理想血压控制效果。

【关键词】 护理服务; 高血压; 价值

社区老年高血压患者管理难度较大, 老年人比较情绪化, 思想固执, 疾病认知度低, 依从性也差, 容易导致疾病复发, 加速疾病进步^[1]。此外, 老年高血压患者并发症脑出血、急性心梗等疾病的风险更高, 需要加强社区护理管理^[2]。近几年, 家庭医生签约服务逐步在社区推广, 这一举措显著改善了社区老年高血压患者的生活现状, 起到了理想的疾病控制效果。本文探讨了家庭医生签约护理服务用于老年高血压的价值, 并选择 80 名患者为研究对象, 内容。

1 资料与方法

1.1 一般资料

80 例老年高血压患者进行观察, 研究区间 2018 年 2 月~2020 年 6 月, 分成对照组和观察组。对照组采用常规护理, 观察组采用家庭医生护理, 各 40 例组。在观察组男 22 例, 女 18 例, 平均年龄分布 66-87 岁, 平均值 (76.34 ± 2.48) 岁, 病程 2-12 年, 平均 (7.11 ± 0.76) 年; 对照组平均年龄分布 65-88 岁, 男 21 例, 女 19 例, 平均值 (76.42 ± 2.37) 岁, 病程 3-11 年, 平均 (7.13 ± 0.72) 年。两组原始数据没有统计差异, P>0.05 可以比较。

1.2 方法

对照组定期监测病人的血压, 以提高他们对健康状况的认识, 并提供食物。运动、用药等; 此外, 还根据病人的病情调整。观察组提供家庭医生医疗服务如下:

1.2.1 建档管理

责任医生必须为自己负责的病人编制病历, 详细记录病人的病历和病史, 以及病人的联系方式、家庭住址、经济状况、家庭成员等。制定个人护理计划, 确保所采取的家庭医生护理符合患者需求。

1.2.2 服务模式

家庭医生服务卡, 在卡片上注明医生的联系方式、服务内容等, 并向患者解释说明, 鼓励患者利用家庭医生管理病情。对医生职业道德、服务意识等进行培训, 同时落实责任制度, 定期随访患者对家庭医生服务的态度和评价。

1.2.3 服务举措

家庭医生需要定期随访患者病情, 到病人家里, 一般每月一次。为患者进行血压测量等基础服务, 指导病人的饮食、运动; 实施线上随访, 定时发布健康知识, 提供给患者或是家属学习;

定期电话随访, 并开设咨询专线, 以便患者随时联系。

1.3 观察指标

在三个维度评估中: 饮食、体育、药物, 总分为 10 分, 分数高则依从性好。

比较两组患者之间的收缩和张力压力。

1.4 统计学分析

SPSS 23.0 用于计算差异统计研究的百分比、平均 ± 标准偏差, 以及 X² 和 T. P < 0.05 标准有统计研究。

2 结果

2.1 两组的依从性分析

观察组对饮食、体育和药物依赖的评估分别为 9.11 ± 0.23、9.06 ± 0.27、9.42 ± 0.12g 高于对照组评估, p<0.05>。

表1 两组依从性评分(分)

组别 (n=40)	收缩压	舒张压
观察组	121.32 ± 3.23	89.53 ± 3.27
对照组	136.43 ± 3.17	94.23 ± 2.74
t	21.1159	6.9676
P	0.0000	0.0000

2.2 两组患者血压指标分析

观察组收缩压和舒张压低于对照组, 分别是 (121.32 ± 3.23) mmHg、(89.53 ± 3.27) mmHg, P < 0.05。

表2 两血压指标的比较(MMG)

组别 (n=40)	饮食	运动	用药
观察组	9.11 ± 0.23	9.06 ± 0.27	9.42 ± 0.12
对照组	8.33 ± 0.35	8.51 ± 0.21	9.01 ± 0.22
t	11.779	10.1695	10.3475
P	0.0000	0.0000	0.0000

3 讨论

高血压是一种常见的疾病, 会引起心率失常、头晕、头痛、疲倦不安、耳鸣等临床症状,

得病后容易患心血管疾病, 严重危害病人的健康和生命。

家庭医生签约服务最初流行于欧美国家, 这是我国很晚才采用的一种新的护理模式, 这一模式是不完善的。当前, 该措施主要在一些发达城市使用, 但从应用效果来看, 该模式下, 可以为病人提供专门的医疗服务, 更加具有针对性, 受到了患者的青睐

[3]。家庭医生签约服务可以为患者提供持续性的护理干预,对患者病情、心理、生活等起到积极的干预作用,使病人对疾病的注意,提高其依从性。近几年,临床关于家庭医生签约服务的研究逐渐深入,多数研究都指出该干预模式十分有效、可行性高。这次,在观察组这样做之后,用药、饮食等方面的依从性更高,患者血压控制理想。面临的问题较多,例如经济问题、人力资源问题、体制问题等,尤其是在一些少数民族地区和西北经济落后地区,该模式的推广存在局限^[4]。

综上所述:家庭医生签约护理服务对于老年高血压患者社区护理管理的价值较高,应进行推广。

参考文献:

- [1]周雄丽.家庭医生签约服务在实施老年高血压患者社区护理管理中的应用评价[J].当代护士(中旬刊),2020,27(5):138-140.
- [2]黄媛媛.家庭医生签约服务在高血压社区护理中的应用探析[J].健康大视野,2020,(8):139.
- [3]肖普花.家庭医生签约服务在实施老年高血压患者社区护理管理中的应用[J].东方药膳,2020,(11):231.
- [4]井水仙.家庭医生签约服务在实施老年高血压患者社区护理管理中的应用意义[J].健康大视野,2020,(7):285.

解析 OBE 理念的临床护理人才培养模式

陈姗姗

贵州工商职业学院, 中国·贵州 贵阳 551400

【摘要】以 OBE 理念为研究背景, 详细的探讨了 OBE 理念在临床护理人才培养模式中的实践情况。先是对 OBE 理念内涵发展分析, 而在阐述护理人才培养现状同时, 对 OBE 理念的临床护理人才培养模式分析。

【关键词】OBE 理念; 临床护理; 人才培养; 模式; 分析

1 OBE 理念的提出

OBE 最早是美国提出来的, 美国的教育体系向来是领先于世界的, 但是从以往历史发展来看, 美国人对于教育在本国科技方面的贡献是不满意的, 主要表现就是人造地球卫星苏联率先研发成功的, 所以美国教育界开始反思教育的实用性以及成果转化方面。这种情况之下, 1981 年由 Spady 率先提出 OBE 理念, 并且迅速在美国发展壮大。经过了多年的发展, 已经形成了完整的理论体系, 并且在世界教育体系内发挥着重要的作用。对于 OBE 的理念国外相关教育领域中很多权威人士均给予了肯定, 且在工程教育认证体系中将 OBE 的理念引用其中。

2 护理人才培养现状

2.1 教育观念相对落后

我国的护理领域教育中, 往往更加重视的是科学教育方面, 没有重视人文教育, 所以在教育计划的制定上更加重视生物学、基础护理学、护理知识等方面, 有些是领先于世界其他国家的, 但是对于伦理、人文教育则重视度不足, 系统性较差; 对于学科系统性教学比较重视, 没有重视整合性教学, 体现为课程设置上, 通常采取条块分割方式教学, 知识体系的建设并未满足人才的培养需要, 导致护理知识体系形成难以达到要求, 不具备整体管理的标准; 重视知识传授, 没有注重能力、素质的培养, 在教育中让学生被动的记忆大量的基础知识, 教师在实践教学中让学生刻意模仿自己, 缺少创新理念的培养, 是学生的实践能力不足。

2.2 培养目标定位不够明晰

我国的护理人才培养定位并不是非常精准的, 很多院校虽然在介绍中是以培养创新性护理人才为出发点, 但是却并没有落实到位, 也没有重视学生的综合素质、能力方面的培养。这就导致了护理教育的培养目标定义不清晰, 最终也会导致护理人才的综合素质难以得到根本性的提升。

2.3 护理教育并且体现终身教育理念

当前所实施的护理教育模式在培养学生终身教育、自主学习方面依然有着严重的问题无法彻底的结果, 没有综合应用研究式学习、探究式学习等先进教学方式, 学习积极性不足, 遇到问题无法及时发现, 导致护理教育的总体效果相对较差。

2.4 课程体系以及教学内容需要进一步完善

课程体系和教学内容比较落后是导致护理教育有缺陷的主要原因, 专业课程数量比较多, 教学学时也很多, 根据学科设置课程, 选修课并不具备一定的特色, 课程体系存在着严重的问题, 基础课程以及护理课程有过多重复, 基本概念的表达也缺乏统一

性; 科学、人文等教育存在空白的情况; 课程体系内容和护理模式方面不能适应当前的卫生服务模式, 和素质教育的要求偏差比较大。

3 教学改革的主要内容

3.1 明晰护理人才培养目标

从以往的护理教育理念设置中, 其对于人才的培养多是以“护理人才”为定位, 是不准确的; 在培养人才方面过于重视专业知识的掌握程度, 其中心内容往往放在其他方面, 没有重视护士的培养; 过度的关注单科知识的学习, 而没有重视综合能力的培养方面; 重视“诊疗”而没有重视预防和保健; 重视个人技能没有重视合作精神和创新思维的培养。这种情况之下, 培养出来的“准护士”的知识结构缺乏合理性、思维创新能力欠缺、知识应用能力不足, 缺少相对的自主学习能力, 同时人文情怀比较差、交流与沟通能力不足等, 导致岗位工作水平较低。

新培养模式中明确的规定了培养目标的内涵和关系, 确定了护理学生在校学习阶段, 能够达到“准护士”的岗位任职标准, 有一定的专业知识水平、具备较为清晰活跃的思维能力和可以和其他人进行沟通和交流, 为毕业进入到相关的工作岗位提供基础条件。通过引入 OBE 理念之后, 大学护理专业学习更加的顺利, 促进护理人才综合能力的提升。

3.2 构建多元化考评体系

转变传统考核理念和方式, 从重知识考核转化成为重素质、能力方面的考核; 从重终结评价转化成为重过程评价, 形成了完善的考核与评价体系, 能够综合性分析护理大学生的学习实际情况, 并且结合具体的情况做出必要的调整, 保证学习可以顺利的进行, 促进学习效果的提升。理论学习的过程中, 通过使用先进的翻转课堂、PBL 定性或者定量的评价体系, 能够将教学的结果及时反馈给学习者和教学者, 以便于做出必要的教学调整; 学习综合能力培养, 让各项知识运用灵活自如。

3.3 注重人文课程教育以及隐性人文精神的渗透

首先, 需要将护理人文课程体系完善, 强化人文实践活动。在实践阶段中需要做好护理人文以及思想政治教育工作有效结合。相关教学者要按照言传身教以及知行合一的原则开展教育, 并且在教学上需要积极的回应学生提出的热点问题, 并且将理论知识研究透彻。可通过小组学习、角色扮演以及学生讲课形式构建, 将学生的学习激情与主动能力提升。同时, 还可以增加护理人文以及行为学科等多门课程, 例如护理人文与实践以及卫生经济学与医护沟通学等等, 将学生的职业素养以及人文情怀培养, 并且在教育阶段要将学生的主体作用发挥, 对时间教育理论进行全面的

指导。

另外,在人文课程教育的过程中,可以通过各式各样的实践活动创建,将专业教育与思想引领结合到一起,在具体操作环节需要将人格培养应用到实践当中,从而能够形成“理论+实践+课程”的专业模式,把整教育工作的开展具备科学化、教育模式化。

第二,强化人文精神渗透。在护理课程中人文是护理的本质属性以及灵魂,在塑造护理人文净胜、培养卓越护士的过程中,护理人文教育是重要核心内容之一。因此,在教育上需要将人文精神渗透到教育环节,从而将学生大爱无疆、刻苦专研、不断最求的精神培养出来。另外,还可以通过人文教育系统讲座,将护理教学人文教育氛围构建不断的将人文精神渗透其中。

4 结语

总而言之,在OBE理念背景下开展临床护理人才培养工作,

就需要将该理念不断的渗透的教育工程中,从而从多个层面对其进行教育,唯有这样才能将学生们的综合能力、素质提升。

参考文献:

- [1]梁枫,侯晔,黄维琳,等.基于临床护理岗位需求调查思考高职高专护理专业基础医学教学改革[J].卫生职业教育,2017,35(20):132-133.
- [2]赵莉,刘秀娟.线上线下混合式教学模式在护生临床实习前综合实训课程中应用探讨[J].现代职业教育,2020,(9):160-161.
- [3]郭俊巧,李悠梦.在护理学专业临床课程改革中开展《护理综合实训》的研究[J].长江丛刊,2018,(27):248.
- [4]卢东民,林梅,谢广平,等.口腔护理教学模块在护理专业人才培养模式中的应用[J].护士进修杂志,2010,25(5):418-419.
- [5]张丽肖,李丽娟.高职护理专业《基础护理学》课程思政设计及实践探索[J].山西青年,2020(10):205-206.

探讨体外膜肺氧合紧急救治危重症患者的临床护理

向秋悦

重庆医科大学附属第二医院, 中国·重庆 400010

【摘要】目的: 探讨体外膜肺氧合紧急救治危重症患者的临床护理措施与护理效果。方法: 回顾性分析我院收治的 80 例危重症患者各项临床资料, 所有患者均接受体外膜肺氧合紧急救治, 根据护理方式的不同将患者分为两组, 即应用常规护理的 40 例患者纳入参照组, 而应用强化护理的 40 例患者纳入研究组。记录两组不良状况死亡情况 (原发病死亡、感染死亡与出血死亡)、血气分析指标变化情况。结果: 研究组不良状况死亡率更低 ($P < 0.05$)。护理后, 两组二氧化碳分压 (SaO_2)、氧分压 (PaO_2) 水平提升, 二氧化碳分压 (PaCO_2) 水平下降, 比较发现研究组升幅、降幅均更大 ($P < 0.05$)。结论: 在危重症患者行体外膜肺氧合紧急救治过程中实施强化护理, 可改善患者血气指标, 减少原发病死亡、感染死亡等不良状况的发生。

【关键词】 体外膜肺氧合紧急救治; 危重症; 临床护理

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析我院 2019 年 1 月至 2020 年 3 月期间收治的 80 例危重症患者各项临床资料, 所有患者均接受体外膜肺氧合紧急救治, 根据护理方式的不同将患者分为两组, 即应用常规护理的 40 例患者纳入参照组, 而应用全面护理的 40 例患者纳入研究组。参照组: 男性与女性患者分别为 21 例、19 例; 平均年龄为 (48.68 ± 10.54) 岁; 其中, 肺梗死 9 例, 心肌梗死 10 例, 呼吸衰竭 8 例, 脓毒血症 13 例。研究组: 男性与女性患者分别为 20 例、20 例; 平均年龄为 (48.98 ± 10.67) 岁; 其中, 肺梗死 7 例, 心肌梗死 12 例, 呼吸衰竭 10 例, 脓毒血症 11 例。两组以上资料无显著差异存在 ($P > 0.05$), 此次研究经伦理委员会同意。

1.2 方法

参照组行常规护理, 即护理人员密切监测患者血流动力学, 在体外膜肺氧合紧急救治第 1d, 动脉血气间隔 2h 监测 1 次, 根据实际情况对机器参数进行调节。同时, 间隔 1h 观察患者下肢末梢血运情况, 观察其下肢是否出现肿胀、僵硬等现象, 及时为患者调整体位。

研究组行强化护理, 具体方法: (1) 血流速度护理: 与患者静脉引流情况为依据, 将其灌流量提升, 设置血流速度为 $50 \sim 75 \text{ml/min}$ 。在患者病情稳定的情况下, 结合心肺功能降低流速, 确保血流速度在离心泵运转过程中处于稳定状态, 一旦发现异常则及时通知医生进行处理。护理期间, 各护理人员详细做好护理记录, 交接班时汇报患者当前情况, 以此强化护理管理; (2) 凝血功能检测: 每日观察患者有无出血倾向, 做好凝血酶原时间 (PT)、活化部分凝血活酶时间 (APTT) 复查工作, 因机器运转过程中需要持续输注肝素抗凝于环路中, 促使全身肝素化, 故需要避免血液凝固堵塞管道; 每日在管道旁路中注入含 $2\text{U/mL} \sim 10\text{U/mL}$ 肝素盐水时, 有效预防血栓形成与出血, 依据 PT、APTT 复查情况对肝素用量进行调节; (3) 呼吸功能护理: 间隔 3h 为患者吸痰、叩背与翻身, 保持呼吸道畅通, 通过胸部 X 线片对其肺部情况与呼吸功能进行分析, 强化呼吸道湿化处理; 间隔 1h 记录患者动静脉氧饱和度数据, 将其静脉血氧饱和度维持在 55% 之上, 待患者恢复自主呼吸, 处于清醒状态时, 锻炼脱机 30min, 若血气指标正常, 即可将气管插管拔除, 予以面罩吸氧。此外, 将

通气模式设置为容量控制, 并调节呼吸机至最小参数, 为患者肺脏提供充分休息的机会。(4) 预防并发症护理: ①感染: 护理人员需要严格遵循无菌操作原则, 佩戴一次性口罩、无菌手套与帽子后再实施各项医护操作, 并做好环境清洁工作, 每日为患者更换 1 次切口敷料。②出血: 护理人员需对患者的穿刺针眼、切口、全身皮肤黏膜等部位进行密切观察, 做好黏膜保护工作, 尽可能减少穿刺点, 尤其是避免肌内、皮下注射, 并且在穿刺过后以合理力度适当按压穿刺部位, 拔管后有效缝合与包扎; ③栓塞: 做好患者的心理疏导工作, 帮助其减轻心理负担, 避免过度紧张导致血管痉挛。同时妥善固定管道, 避免患者对管道造成牵拉, 叮嘱其在治疗过程中减少插管侧肢体的活动, 以保护血管内壁。

1.3 观察指标

记录两组不良状况死亡情况 (原发病死亡、感染死亡与出血死亡)、血气分析指标变化情况。血气分析指标应用全自动血气分析仪 [型号: GEM4000, 厂家: 圣迅 (上海) 医疗器械有限公司] 进行监测, 包括二氧化碳分压 (SaO_2)、氧分压 (PaO_2)、二氧化碳分压 (PaCO_2)。

1.4 统计学处理

本研究数据均采用 SPSS22.0 统计学软件处理。计量指标采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 行 t 检验, 计数指标采用 (%) 表示, 行 χ^2 检验; 若检验结果显示 $P < 0.05$ 说明组间差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 比较不良状况死亡率

参照组、研究组不良状况死亡率分别为 32.50%、12.50%, 比较发现研究组不良状况死亡率更低 ($P < 0.05$), 两组数据详见表 1。

表 1 对比 2 组不良状况死亡率 (n/%)

组别	例数	原发病死亡	感染死亡	出血死亡	总死亡率
参照组	40	4 (10.00)	5 (12.50)	4 (10.00)	13 (32.50)
研究组	40	2 (5.00)	2 (5.00)	1 (2.50)	5 (12.50)
χ^2	-				4.588
P	-				0.032

2.2 比较血气指标

护理前, 两组 SaO_2 、 PaO_2 、 PaCO_2 水平基本一致 ($P > 0.05$); 护理后, 两组 SaO_2 、 PaO_2 水平提升, PaCO_2 水平下降, 比较发现研究组升幅、降幅均更大 ($P < 0.05$), 两组数据详见表 2。

表 2 对比 2 组血气指标 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	SaO ₂ (%)	PaO ₂ (mmHg)	PaCO ₂ (mmHg)
参照组 (n=27)	治疗前	54.65±10.08	65.35±10.16	45.68±3.75
	治疗后	84.63±5.41	85.25±5.36	40.23±1.09
	t	5.016	2.709	2.470
P	-	0.010	0.017	0.020
研究组 (n=35)	治疗前	54.20±10.13	65.54±10.34	45.79±3.48
	治疗后	93.65±5.98	95.81±5.45	35.35±1.44
	t	6.594	4.967	5.106
P	-	0.007	0.012	0.009
t _{治疗前组间} 值	-	0.073	0.031	0.048
P _{治疗前组间} 值	-	0.562	0.598	0.572
t _{治疗后组间} 值	-	2.718	3.233	7.168
P _{治疗后组间} 值	-	0.016	0.015	0.005

3 讨论

此次研究,我院在80例危重症患者行体外膜肺氧合紧急救治过程中分别实施常规护理、强化护理,结果显示:参照组、研究组不良状况死亡率分别为32.50%、12.50% (P<0.05)。研究认为,护理人员开展强化护理工作过程中,予以患者全面、优质的护理服务,一方面能够根据紧急救治特点与患者病情变化,及时进行处理,减少导致患者死亡的不利因素,另一方面也有助于

保证紧急救治的顺利进行,确保患者病情与症状得以改善,使生存率得以提升。此次研究结果显示:护理前,两组 SaO₂、PaO₂、PaCO₂ 水平基本一致 (P>0.05); 护理后,两组 SaO₂、PaO₂ 水平提升, PaCO₂ 水平下降,比较发现研究组升幅、降幅均更大 (P<0.05)。对此结果进行分析,体外膜肺氧合紧急救治可为患者提供氧供,并保证其循环血量的稳定,护理人员在此基础上实施强化护理,同时密切关注患者呼吸功能,掌握其肺部情况,能够促进体外膜肺氧合紧急救治技术作用的充分发挥,保证患者呼吸道处于畅通状态,为相关功能的改善创造良好条件。

综上所述,在危重症患者行体外膜肺氧合紧急救治过程中实施强化护理,可改善患者血气分析指标,缩短治疗与住院时间,并降低死亡率。

参考文献:

- [1]杨帆,王军,丁金奎,等.体外膜肺氧合救治危重症患者的临床分析:附18例报告[J].第二军医大学学报,2018,39(001):105-109.
- [2]王丽红,崔妮,卜惠弟.体外膜肺氧合技术在危重症患儿护理中的应用进展[J].护士进修杂志,2018,33(005):416-418.
- [3]王玥珏,胡晓静,李丽玲,等.体外膜肺氧合联合血液透析救治呼吸衰竭新生儿的护理[J].护理学杂志,2018,33(22):21-25.

护理干预在下颌阻生牙拔除术中的应用

关红辉

北京市垂杨柳医院口腔科, 中国·北京 100022

【摘要】目的 运用护理干预进行下颌阻生齿拔除, 评价其方法及作用。方法 110例下颌阻生牙拔除术患者随机分对照组及干预组, 每组55例。对照组使用常规护理, 干预组使用护理干预。对两组不同患者进行术后疼痛评分、术后不良反应发生率进行统计比较。结果 对照组术后疼痛明显高于干预组; 干预组术后副作用发生率为6.2%, 低于对照组(21.6%)。结论 在下颌阻生牙的拔除中针对患者心理、疼痛和术后副作用应用护理措施干预, 这大大减少了患者的恐惧, 主动配合治疗, 有助于患者痛感的减弱, 减少副作用, 提高患者的满意度, 改善护理质量。

【关键词】 护理干预; 阻生牙; 拔除

阻生牙通常是由于临牙、周围的软组织或骨导致牙齿不能萌出的牙, 以第三磨牙出现阻生牙最常见^[1]。阻生牙的危害在于引起邻牙龋齿或造成冠周炎的发生^[2]。阻生牙拔除术由于治疗时间较长, 手术操作难度较大和手术的创伤较高导致患者出现疼痛、恐惧以及不良反应^[3], 本院自2015年3月至2017年2月期间探索拔牙过程参与护理干预的方法, 取得很好的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组以2015年3月-2017年2月于我院行下颌阻生牙拔除术的110例患者为研究对象, 随机分为对照组和干预组, 每组55例。对照组中男性32例、女性23例, 年龄18-44岁, 平均年龄33岁; 患牙部位下颌左侧35颗, 下颌右侧20颗; 阻生部位: 高位10例, 中位22例, 低位23例, 患者使用常规护理拔除。干预组患者中男性28例, 女性22例, 年龄19-39岁, 平均年龄35岁, 患牙位置下颌左侧33颗, 下颌右侧23颗; 阻生部位: 高位9例, 中位28例, 低位18例, 对照组、干预组的患者年龄差异无统计学意义($P < 0.05$), 具有可比性。

1.2 护理方法

1.2.1 术前护理干预

患者在治疗前通常有严重的恐惧、焦虑等精神障碍。据国内外的相关文献, 口腔科患者恐惧症的发生率高达44%~88%^[4]。原因是患者自身不具备口腔治疗的专业知识, 对口腔治疗的误解是牙齿恐惧症的主要原因。因此, 护理人员在治疗前应耐心细致地用语言与患者沟通, 耐心听取病人的意见, 全程针对患者进行有针对性的口头治疗, 通过书籍的插入对医学知识进行科学和健康教育, 图解、分析等方法, 让患者了解治疗的方法和安全性, 向患者讲述治疗过程, 消除患者的心理恐惧。同时营造温馨安全、轻松的治疗环境, 让患者彻底放松, 使患者积极配合治疗, 在治疗前向患者解释治疗过程中可能出现的疼痛、疼痛等症状, 帮助病人有稳定的精神状态, 从而使治疗顺利进行。

1.2.2 术中的护理干预

护理人员应掌握治疗技术, 配合医生, 传输和操作仪器, 按照手术过程和步骤进行护理配合, 及时将口腔的唾液和血液吸出, 充分显露医生的视线, 安装涡轮手机, 支撑挂钩并在牙龈切口处止血, 在嘴唇上涂抹凡士林油。在这段时间, 护士要随时观察病人的反应和活力的变化, 在牙痛时安慰病人, 引导病人放松紧

张情绪, 必要时终止手术, 让患者休息一会再进行操作。如果医生用牙齿拉直牙齿, 应该帮助医生用手托住下颌, 固定患者头, 避免摆动头, 影响牙齿方向, 意外损伤患者口腔黏膜之后拔牙, 及时清理牙槽窝内的血液, 用生理盐水冲洗, 并与医生合作, 缝合伤口。告知患者放松和配合。

1.2.3 术后护理干预

术后应给予患者有益的健康建议。术后30分钟内指导病人咬棉卷, 防止出血, 大伤口时间延长至1小时, 引导病人温、凉、湿, 软性或液体食物治疗后两小时, 不要过热或太硬吃东西。避免出血或感染, 在拔牙手术后24小时内咀嚼、舔或吮吸伤口。术后早期颜面部肿胀可以通过冷敷减轻疼痛及出血。对可能出现困难张口、下唇失聪、出血多需及时随访^[5], 5-7天指导患者拆线。

1.3 统计方法

使用spss20.0软件输入和分析数据。测量数据用 $\bar{x} \pm s$ 进行描述, 并通过t测试进行分析。普查数据为%。并利用 χ^2 和H2标准进行分析。 $P < 0.05$ 表示差异有统计意义, $P > 0.05$ 意味着差异没有统计意义。

2 结果

对照组手术后, 疼痛水平为 8.64 ± 2.21 , 干预组为 4.18 ± 1.33 分, 两组之间的统计重要差异($P < 0.01$); 对照组术后, 出血9例, 感染7例, 不良反应率29.10%, 干预组术后出血2例, 感染1例, 不良反应率为5.45%。两组之间有统计重要差异($P < 0.05$)

3 讨论

下颌牙拔除术是最困难的治疗方法和术后并发症。因此治疗过程不仅需要医生的专业技能, 更需要护理人员的专业配合才能达到完美的治疗效果。通过医护人员四手操作的协调配合, 从过去的被动照料转向积极合作。通过了解护士的专业知识, 掌握医生操作的步骤, 针对性的配合治疗中的操作采取预见性的护理措施, 协助医生解决操作中的意外事件, 治疗工作效率可有效提高, 缩短治疗时间, 病人的治疗时间、病人的开口时间、病人的痛苦程度、病人的创伤程度和副作用的发生率都有所降低。护理质量显著提高。

总之, 拔除下颌阻生牙时, 应用心、痛、副作用护理措施, 可以明显缓解病人的紧张和焦虑, 积极的合作治疗, 帮助病人减轻疼痛, 减少副作用, 提高病人的满意程度和护理质量。

参考文献:

- [1]尚庆艳.优质护理在口腔牙拔除术中的应用,全科护理,2013,11(5):1228-1229.
- [2]李萍.125例下颌阻生齿拔除术的护理体会.中国卫生产业.2013(2):44.
- [3]李菁,杨斌.拔牙术后疼痛与人格特点及心理因素的相关分析.现代口腔医学杂志,2010,24(6):437-438.
- [4]李晓茹,李骏,杨焯.阻生牙拔除术患者的焦虑状况及影响因素调查,中外医疗,2013,22(1):147-148.
- [5]孔雅华,阻生牙拔除术患者焦虑心理护理的研究进展.中华现代护理杂志,2010,16(36):4462-4463.

多样性护理方式在糖尿病护理中的运用意义分析

吴月芳

甘南州合作市通钦街道社区卫生服务中心, 中国·甘肃 甘南 747000

【摘要】目的: 分析多样性护理方式在糖尿病护理中的运用意义。方法: 选取2019年2月~2020年3月期间在我院诊疗的64例糖尿病患者作为研究样本, 依据随机原则将其划分2组, 设为研究组(32例)和参照组(32例)。对研究组患者开展多样性护理方式, 对参照组患者开展常规护理, 对比护理后的血糖相关指标。结果: 研究组患者空腹血糖、餐后2h血糖改善情况明显优于参照组, $P < 0.05$ 。结论: 在糖尿病护理中应用多样性护理可使患者血糖变化有效控制, 效果理想。

【关键词】多样性护理; 糖尿病; 意义

糖尿病属于代谢性疾病, 在慢性疾病中较为常见, 临床特征表现为高血糖, 诱发因素与胰岛素生物作用损伤和胰岛素分泌异常有关, 若患者较长时间处于高血糖会致使功能出现异常, 神经功能受到损伤, 各组织也会受到损害, 从而对患者生活质量和自身健康有着不利影响^[1]。因此, 对糖尿病患者而言实施针对性护理措施对血糖指标的控制具有重要意义。本文选取2019年2月~2020年3月期间在我院诊疗的64例糖尿病患者作为研究样本, 观察在在糖尿病护理中多样性护理方式的应用效果。

1 资料与方法

1.1 患者资料

选择从2019年2月~2020年3月期间收治的糖尿病患者64例, 依据随机原则将其划分研究组($n=32$)和参照组($n=32$)。研究组研究样本中, 男性患者20例, 女性患者12例, 年龄介于47至79岁之间, 年龄均值为(58.3 ± 1.4)岁。病程介于2年至7年之间, 病程均值为(5.9 ± 0.4)年。参照组研究样本中, 男性患者18例, 女性患者14例, 年龄介于46至79岁之间, 年龄均值为(58.5 ± 1.6)岁。病程介于2年至8年之间, 病程均值为(6.0 ± 0.6)年。研究组和参照组糖尿病患者的相关资料, 如: 年龄、性别和病程等, 无明显差异性, $P > 0.05$ 。

1.2 方法

参照组糖尿病患者实施常规护理, 工作包括: 健康教育、基础护理, 对患者的病情进行监测。研究组糖尿病患者实施多样性护理干预, 具体内容为: ①健康教育。就糖尿病患者而言, 多数对缺乏对自身疾病的认知, 因此, 护理人员可结合患者的文化程度和接受能力开展健康宣教, 经多样方式进行讲解, 如: 发放手册、播放影像资料, 社区大讲堂的设立等, 加深对疾病的进一步认知, 提高认知度。宣教过程中, 护理人员还需做好家属的培训及监督工作, 患者住院期间可将健康知识手册发放至患者及家属手中, 定期推送, 让患者对健康知识充分掌握并主动接受。②药物护理。护理人员需将胰岛素的使用方法、潜在的症状进行告知, 若出现低血糖和头晕等不良症状, 可告知患者立即进食。注射药物期间主动询问患者的病情状况, 加强两者之间的沟通, 消除患者心中疑虑的同时减轻其心理压力^[2]。③饮食指导。糖尿病患者的饮食控制至关重要, 因此护理人员可依据患者的饮食习惯和喜好将饮食方案予以制定, 饮食遵循少食多餐的原则, 若患者使用胰岛素, 护理人员需告知其事先进行注射, 之后再进食。日常饮食热量和维生素需大量摄入, 其他食物不得私自食用, 避免血糖有较大的波动^[3]。④心理指导。患者得知自己患病后较易产生多种不良心理, 护理人员可经通俗易懂的语言为患者普及糖尿病有关知识, 构建和谐的护患关系, 及时解决患者心中的疑惑, 从而使不良情绪得以改善。另外, 给予患者更多的精神支持, 从而确保以最佳心态面对疾病。⑤运动护理。通常情况下, 适当运动可以使胰岛素敏感性显著增加, 对其血糖进行有效控制。因此, 护理人员需事先了解患者的血糖参数, 结合实际情况制定患者的运动方案, 包括: 散步和打太极等有氧运动。另外, 在运动期间需告知患者

遵循循序渐进的原则, 控制运动量, 防止过度运动引发低血糖。

1.3 观察指标

对比多样化护理方式及常规护理后的血糖指标改善情况。

1.4 统计学处理

通过SPSS21.0软件检测64例进行观察的样本信息, 分析结果中利用(均数 \pm 标准差)显示计量数据, 及时予以t检验。并将样本结果中的对比进行百分比展示, 实施卡方计算, 所有数据结果中, $P < 0.05$, 统计学有意义; 反之, 无意义。

2 结果

分别对研究组、参照组患者实施多样性护理方式、常规护理, 对比空腹血糖、餐后2h血糖指标改善情况, 研究组优于参照组, 数据结果经检验后差异明显, 有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 对比研究组和参照组患者的血糖变化水平(mmol)

分组(n)	空腹血糖	餐后2h血糖
研究组(n=32)	7.13 \pm 0.41	8.43 \pm 0.23
参照组(n=32)	7.81 \pm 0.37	10.03 \pm 0.64
t值	6.9652	13.3088
P值	<0.05	<0.05

3 讨论

临床对于糖尿病常选择药物治疗, 通过对临床症状进行改善, 让病情发展得到控制。但是由于糖尿病治疗周期较长, 患者会伴有诸多负面情绪, 加之多数患者缺乏对糖尿病的认知, 使并发症发生率增加的同时, 疾病控制效果也会受到不良影响。近年来, 在临床护理工作中逐渐普及多样化护理模式, 通过护理小组的构建, 结合患者制定针对性护理流程, 期间对护理人员技能培训进行加强, 使护理人员的护理综合能力显著提升^[4]。另外, 通过对患者开展健康宣教和心理指导, 使患者对知识掌握情况进一步增强, 不良情绪也可得到有效改善。经过本文研究可知, 研究组实施多样化护理方式后, 空腹血糖、餐后2h血糖指标改善明显优于参照组, 这一结果说明多样化护理模式的开展可有效控制患者的血糖水平。

综上所述, 在糖尿病护理中应用多样化护理模式可将血糖控制效果显著提升, 让其处于最佳状态, 具有较高的可行性, 可在临床上进一步普及。

参考文献:

- [1] 牟俊. 多样性护理方式在糖尿病合并冠心病患者护理中的应用效果观察[J]. 糖尿病天地, 2020, 17(9):268.
- [2] 王希. 多样性护理方式在糖尿病合并冠心病患者护理中的应用效果观察[J]. 健康之友, 2020(16):7.
- [3] 张燕玲. 多样性护理方式在糖尿病护理中的应用价值[J]. 糖尿病天地, 2020, 17(6):217.
- [4] 张雪. 多样性护理方式在糖尿病护理中的应用价值[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(26):42.

探讨鸟巢式护理在新生儿护理中的应用效果

王艳军

齐齐哈尔市中医医院, 中国·黑龙江 齐齐哈尔 161005

【摘要】目的分析新生儿护理中鸟巢式护理的应用效果研究。方法选择该院2018年10月—2019年10月收治新生儿100名临床资料,按随机数表分为两组,对照组50名予以常规护理,观察组50名在对照组基础上使用鸟巢式护理,对两组应用效果及满意度进行比较。结果观察组喂养不顺、发热等不良反应4.00%低于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=4.000, P<0.05$);对照组满意度为78.00%比观察组92.00%低,差异有统计学意义($\chi^2=3.843, P<0.05$)。结论鸟巢式护理应用于新生儿临床中,能改善新生儿各项指标,减少不良反应发生,还能提高临床满意度。

【关键词】鸟巢式护理; 新生儿护理; 应用效果

新生儿离开母体后,多伴有一定的恐惧心理,且机体各功能尚未发育完善,加之低体重、窒息、黄疸等各类疾病的影响,患儿的体温波动幅度往往较大,且多伴有哭闹行为,护理依从性差,对护理质量的要求较高。有研究指出,将鸟巢式护理应用到新生儿护理中,可有效提高患儿的舒适度,促进新生儿成长发育,促进病情缓解。以下就对其进行详细分析:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择该院收治新生儿100名临床资料,按随机数表分为两组。对照组50名,男26名、女24名;胎龄39~41周,平均胎龄(39.09±0.26)周;自然分娩23名,剖宫产27名。观察组50名,男25名、女25名;胎龄38~41周,平均胎龄(39.04±0.21)周;自然分娩22名,剖宫产28名。比较两组一般资料,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

对照组新生儿采取常规护理措施,给予新生儿生命体征监测,例如体温、心率等,将新生儿置入保温箱中,并在其头颈部部位下放置小毛巾,促使新生儿头部向后伸展。在这一基础上严格遵守新生儿护理规定,定时定量为新生儿喂食,并密切关注新生儿各项生命体征。

观察组新生儿在对照组常规护理的基础上,给予鸟巢式护理干预。护理人员需要首先对新生儿用品进行预热,温度在34℃左右。在完成预热后,将棉布被围成鸟巢形状置于保温箱中,将新生儿以侧卧位姿势放置入保温箱中,使得布卷严密包裹新生儿背部以及臀部。在这一过程中需要注意的是新生儿布卷松紧程度,不能过紧造成新生儿不适,甚至呼吸困难情况,也不能过松造成新生儿热量散失。

在这一基础上,护理人员需要定期为新生儿保温箱开展环境护理,使用柔和光线,避免强烈刺激造成新生儿出现不适。同时护理人员需要定期为新生儿保温箱开展消毒工作,避免出现感染情况。与此同时,护理人员需要密切关注新生儿生命体征变化,如出现不良反应及时告知医生并采取有效措施,避免出现严重后果。最后护理人员需要与新生儿家属沟通交流,降低其存在的不良心理情绪,促使其产后恢复。

1.3 观察指标与评定标准

比较两组新生儿不良反应情况,主要包括喂养不顺、皮肤溃疡、发热等;采用医院自制调查表评估两组家属满意度,主要调查护理态度、护理质量、护理技能等,100分满分,分不满意(<60分)、满意(60~90分)、非常满意(>90分)。

1.4 统计学方法

使用SPSS21.0软件对数据进行分析,使用t检验,用($\bar{x} \pm s$)表示计量资料, $P<0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 不良反应

观察组不良反应率4.00%低于对照组,差异有统计学意义(P

<0.05),见表1。

表1 两组新生儿不良反应比较[n(%)]

组别	例数	喂养不顺	皮肤溃疡	发热	发生率
对照组	50	3 (6.00)	2 (4.00)	3 (6.00)	8 (16.00)
观察组	50	1 (2.00)	0 (0.00)	1 (2.00)	2 (4.00)
χ^2 值		1.042	0.344	1.042	4
P值		>0.05	>0.05	>0.05	<0.05

2.2 满意度

对照组满意度比观察组92.00%低,差异有统计学意义($P<0.05$),见表2。

表2 两组新生儿家属满意度比较[n(%)]

组别	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
对照组	50	22 (44.00)	17 (34.00)	11 (22.00)	39 (78.00)
观察组	50	27 (54.00)	19 (38.00)	4 (8.00)	46 (92.00)
χ^2 值					3.843
P值					<0.05

3 讨论

鸟巢式护理在临床上是一种新型的护理模式,对新生儿实施鸟巢式护理,能使新生儿快速适应外界环境,有效稳定其各项生命体征,改善呼吸频率和睡眠功能,促进其新陈代谢功能,使新生儿能健康成长。这是由于鸟巢式护理主要借助浴巾为新生儿构建一个相似鸟巢的形状,将新生儿置于其中能让新生儿产生处于母体中的感觉,减少与外界接触,降低刺激,因此新生儿体温变化不大。而通过借助暖箱进行预热处理,能够提升鸟巢温度,可为新生儿发育构建较好的环境。处于这种环境之下,新生儿的情绪自然能得到有效地抚慰,进而使其心率、血氧饱和度等指标均得到改善,更为重要的是新生儿体温变化不大,在一定程度上缩短其出暖箱时间,同时减少不良反应发生。受环境与例数等因素,关于两组远期效果有待临床研究分析补充。

综上所述,对新生儿实施鸟巢式护理干预,能改善新生儿各项指标,降低不良反应发生率,还能提高临床满意度。

参考文献:

- [1]邱思思.鸟巢式护理在新生儿护理中的应用效果观察[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(46):113.
- [2]任会玲.鸟巢式护理在新生儿护理中的应用效果及对护理满意度的影响[J].首都食品与医药,2017,24(12):123-124.
- [3]兰蓝.鸟巢式护理在新生儿护理中的应用效果分析[J].检验医学与临床,2014,11(05):700-702.

舒适护理作用于股骨颈骨折患者护理中的临床效果

潘春容

重庆市第七人民医院住院部骨科, 中国·重庆 400054

【摘要】目的: 探讨舒适护理作用于股骨颈骨折患者护理中的临床效果。方法: 本次研究中所有纳入样本均来自于我院收治的股骨颈骨折患者, 对2019年4月至2020年3月期间患者筛选后纳入患者136例。研究中将患者分为对照组以及观察组两个小组, 在保证不同小组样本容量一致的情况下为不同小组患者制定不同护理方案, 随后开展组间对比。结果: 本次研究中观察组接受舒适护理, 组间对比过程中发现, 不同小组患者在生存质量评分、并发症发生率以及护理满意度等指标上差异明显 ($P < 0.05$)。结论: 临床上开展股骨颈骨折患者的治疗以及护理过程中, 护理人员可以通过开展舒适护理的方式, 有效的提升患者的生存质量, 也可以有效的在降低并发症发生率的同时保证患者的护理满意度, 因此值得在临床中进行推广。

【关键词】 舒适护理; 股骨颈骨折; 护理效果

临床中, 股骨颈骨折是一种较为常见的疾病, 作为一种高发于老年群体的疾病, 股骨颈骨折的发病与患者的骨质疏松、反应能力下降有着较大的关系。在患者发病之后, 不但自身的生活质量会受到较大的影响, 同时也可能导致各种并发症的发生, 为此, 护理人员需要结合患者的实际情况, 针对性的为其制定护理方案, 以此来保证患者的安全。笔者在本文中针对舒适护理作用于股骨颈骨折患者护理中的临床效果开展了相关研究, 现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

开展研究样本筛选的过程中, 本次研究样本筛选的起始时间和截止时间分别设定在2019年4月、2020年3月, 将研究上报我院伦理委员会并获得批准后, 对所有被纳入本次研究患者的一般资料进行分析, 一般资料详见表1。

表1 研究样本一般资料

患者数量	性别 (男/女)	年龄区间	平均年龄
136	71/65	52~78	63.4 ± 7.1

1.2 方法

在为不同小组患者开展护理服务的过程中, 护理人员需要结合患者的分组情况来制定针对性的护理方案。所有被纳入对照组样本的患者接受常规护理, 在患者入院接受治疗后, 护理人员需要对患者的生命体征进行全面的监测, 同时告知患者降低活动范围。如果患者存在较为剧烈的疼痛, 则护理人员需要按照医嘱来为患者使用镇痛药物。

所有被纳入观察组样本的患者接受舒适护理, 具体的护理措施可以归纳为一下几个方面: ①疼痛舒适护理 护理人员需要在开展护理服务的过程中, 对患者的情绪进行耐心的安抚, 与此同时, 护理人员应引导患者家属更多的对患者进行陪伴, 同时满足患者的合理需求, 通过这样的方式来有效的调节患者的犀利状态。②环境舒适护理 护理人员需要定期对病房进行通风处理, 保持室内空气的清新, 在此基础上对病房的温度、湿度进行有效的把控, 提升患者住院治疗期间的舒适度。③并发症舒适护理 在患者住院治疗的期间, 护理人员需要定时协助患者进行翻身, 同时引导患者家属来为患者的受压部位进行按摩, 通过这样的方式来促进患者受压部位的血液循环, 避免压疮的出现。除此之外, 护理人员还需要耐心为患者讲解泌尿系统感染的原因以及注意事项, 在此基础上鼓励患者更多的进行饮水, 并在日常护理过程中落实泌尿系统的清洁工作。需要注意的是, 为了更好的避免患者出现肺部感染等并发症, 护理人员应引导患者有效的进行咳嗽, 同时为患者积极开展保暖措施, 保证患者的安全。

1.3 统计学方法

用统计学软件SPSS 23.0进行统计分析。计量资料以及计数资料分别用 $n(\%)$ 以及 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 组间比较采用t检验或者采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的生存质量评分情况对比

表2 两组患者的生存质量评分情况对比

组别	n	生存质量评分情况
观察组	68	78.31 ± 2.22
对照组	68	72.35 ± 2.08
P	-	< 0.05

2.2 两组患者的并发症发生情况对比

表3 两组患者的并发症发生情况对比

组别	n	发生数	发生率
观察组	68	4	5.88
对照组	68	13	19.12
P	-	-	< 0.05

2.3 两组患者的护理满意度对比

表4 两组患者的护理满意度对比

组别	n	非常满意	满意	不满意	总满意度
观察组	68	37	28	3	65 (95.59)
对照组	68	28	26	14	54 (79.41)
P	-	-	-	-	< 0.05

3 讨论

在临床治疗的过程中, 股骨颈骨折作为一种高发于老年群体的疾病, 会对患者的日常生活产生非常巨大的影响。由于进入老年阶段之后, 患者的身体机能会出现一定程度的下降, 自身的免疫能力也会出现大幅度的降低, 此过程中患者出现骨折的可能性会大幅度提高, 发生骨折之后的危险也会进一步提升。在这样的情况下, 患者在出现股骨颈骨折之后, 很容易出现各种并发症, 对患者的行动、生活产生较大的影响, 同时也可能导致患者的安全受到威胁。作为一种新型护理模式, 舒适护理更多的将患者作为护理服务的核心。因此其应用可以有效的对患者的情绪以及满意度进行控制, 同时避免并发症对于患者的治疗和恢复产生影响。本次研究开展的过程中, 开展护理服务后对护理质量进行对比发现, 为观察组患者开展舒适护理之后, 两组患者在生存质量评分、并发症发生率以及护理满意度差异显著 ($P < 0.05$), 具有统计学意义。

综上所述, 在为股骨颈骨折患者开展临床护理服务的过程中, 舒适护理的开展有助于控制患者并发症发生率, 提升患者生存质量以及护理满意度, 因此值得大力推广。

参考文献:

- [1]李乐, 韦师, 王璐璐. 循证护理在降低股骨颈骨折患者术后下肢深静脉血栓发生率中的作用分析[J]. 首都食品与医药, 2020, 27(13): 157.
- [2]欧阳玉洁, 钟璟. 延续性护理在提高股骨颈骨折患者康复锻炼依从性及改善生活质量中的作用分析[J]. 名医, 2019, (10): 171.

快速康复外科理念在脊柱微创手术围手术期护理中的应用效果分析

潘 真

重庆医科大学附属第二医院, 中国·重庆 400010

【摘要】目的: 探讨快速康复手术理念在微创脊柱手术围手术期护理中的应用效果。方法: 将2019年10月至2020年10月收治的120例微创脊柱手术患者随机分为对照组和观察组, 每组60例。对照组采用常规护理方法, 观察组采用快速康复手术的概念进行治疗。比较两组临床康复效果。结果: 观察组术后VAS(2.28±0.35)、JOA(25.49±3.34)、住院时间(9.14±2.04)d与对照组(5.16±1.29)、(18.31±2.73)、(13.56±2.36)d比较, 差异有统计学意义(P<0.05)。结论: 在微创脊柱手术患者的围手术期护理中, 快速康复手术的理念能有效减少术后疼痛, 提高腰椎术后功能恢复, 加快术后恢复, 缩短住院时间。临床效果非常理想。

【关键词】快速康复外科理念; 脊柱微创手术; 围手术期; 护理

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2019年10月至2020年10月收治的120例微创脊柱手术患者随机分为对照组和观察组, 每组60例。对照组男性32例, 女性28例, 年龄28~72岁, 平均年龄(45.6±3.7)岁。观察组男性34例, 女性26例, 年龄27~71岁, 平均年龄(45.5±3.8)岁。两组患者性别、年龄差异无统计学意义(P>0.05)。

纳入标准:所有患者均接受微创脊柱手术, 并对本研究给予知情同意, 经医学伦理委员会批准。

排除标准:有手术禁忌症、有精神疾病、有认知或沟通障碍的患者。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组采用常规护理方法。入院后进行健康教育, 做好术前准备、术中合作、术后观察等基础护理操作, 并按照医嘱对患者进行常规用药、饮食和生活指导。

1.2.2 观察组

观察组采用快速康复手术的概念。在术前向患者解释微创手术的好处, 同时介绍快速康复外科的护理理念和护理方法, 提高患者认知水平, 让患者能够接受和配合。帮助患者术前练习轴线翻身、腰背功能锻炼、呼吸功能锻炼、肢体功能锻炼等方法, 以便掌握和适应后快速操作。术前评估患者的疼痛耐受性。如果疼痛很严重, 可以采取口服药物超前镇痛的方式。术前禁食、戒酒不常规, 术前3h口服200~400ml高能量碳水化合物液体。操作时保持体温。手术室温度控制在26℃, 湿度控制在50%。手术过程中使用的所有液体, 均要预热到36~37℃后再给患者使用。同时随时检查患者体温, 避免低体温。术后不放置导尿管, 如果不得不置管应在术后24h内拔除。术后观察恢复情况, 及时采取镇痛措施。术后6h进流食。术后第1d即开始康复锻炼, 逐渐从小范围的被动活动过渡到大范围的主动活动, 术后3天左右即可尝试下床活动。

1.3 评价指标

比较两组临床康复效果。评价指标包括术后疼痛评分(VAS)、术后腰椎功能评分(JOA)、术后住院时间。

1.4 统计学处理

采用SPSS20.0软件进行数据处理。计量资料和计数资料分别用均数±标准差和数或率表示。采用T检验和卡方检验, P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

观察组患者术后VAS(2.28±0.35)分、术后JOA(25.49±3.34)分、术后住院时间(9.14±2.04)d, 与对照组的(5.16±1.29)分、(18.31±2.73)分、(13.56±2.36)d相比, 均有显著差异(P<0.05)。

表1 两组患者术后恢复情况比较(表1 两组患者术后恢复情况比较(±s)(n=60))(n=60)

组别	术后VAS(分)	术后JOA(分)	术后住院时间(d)
观察组	2.28±0.35	25.49±3.34	9.14±2.04
对照组	5.16±1.29	18.31±2.73	13.56±2.36
t值	6.628	7.432	4.364
p值	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

在脊柱外科疾病的治疗当中, 当前采用脊柱微创手术的方法, 能够缩小术中切口, 减少术中创伤和出血, 对于患者术后恢复比较有利。而围手术期护理对于术后恢复仍有较大的影响。与传统的护理模式相比, 快速康复手术的概念可以进一步缩短患者术后恢复时间, 减少各种不良情况的发生。因而护理效果更为理想。与常规术后护理相比, 在快速康复手术的概念下, 术前禁食和水不是常规的, 并让患者术前饮用高能量糖类液体, 能够减少患者胃肠道不适和术中应激反应。术后食物摄入的早期恢复还可以促进胃肠道功能的恢复, 早期的摄入和营养的补充, 加快身体恢复。术后早期进行功能锻炼可以帮助患者更快康复, 缩短住院时间, 提高康复效果。

综上所述, 在微创脊柱手术患者的围手术期护理中, 快速康复手术的理念能有效减轻术后疼痛, 提高术后腰椎功能恢复, 加快术后恢复, 缩短住院时间。临床应用效果非常理想。

参考文献:

- [1] 姜少萍, 苏晓静. 快速康复外科理念在治疗腰椎间盘突出患者围手术期护理中的应用[J]. 中国妇幼健康研究, 2017, 28(3): 316-317.
- [2] 葛莉莉, 苏晓静. 快速康复外科理念在脊柱微创手术围手术期护理中的应用体会[J]. 结直肠肛门外科, 2018, 24(2): 299-300.
- [3] 戴斌, 臧沛, 董启榕, 等. 加速康复外科理念在脊髓型颈椎病手术中应用的临床研究[J]. 中国骨伤, 2018, 31(8): 740-745.

优质护理服务对白血病化疗病人不良情绪及生活质量的影响

赵树叶

新沂市人民医院, 中国·江苏 新沂 221400

【摘要】目的: 研究优质护理服务在白血病化疗病人中的临床疗效。方法: 将2019年1月-2019年12月间来我院进行治疗的84例白血病化疗病人作为本次调查对象, 应用抽签法对所有病人进行分组, 即: 对照组、实验组, 每组有病人42例, 对照组实施常规护理干预, 实验组实施优质护理服务, 比较护理效果。结果: 对照组病人护理前的SAS、SDS评分与实验组进行比较, 不存在统计学意义($P>0.05$); 实验组和对照组病人护理后SAS、SDS评分有差异 $P<0.05$, 具有统计学意义; 同时对对照组病人的生活质量明显差于实验组, 组间存在统计学意义($P<0.05$)。结论: 针对白血病化疗病人实施优质护理服务能够改善白血病病人的不良心理, 提高病人的生活质量, 值得在临床中广泛推广。

【关键词】优质护理服务; 白血病; 生活质量; 不良情绪

近年来我国白血病病人数量不断增加, 白血病的治疗也引起临床乃至全社会的广泛关注。目前对于白血病的治疗主要通过化疗治疗的方式, 但是化疗会导致患者出现不良反应^[1-2]。从而使病人对化疗存在抗拒、恐惧的心理。因此对白血病病人进行科学、有效的护理能够帮助病人改善焦虑, 抑郁的情绪, 从而使病人能够积极面对疾病的治疗。本文为了探究优质护理服务在白血病化疗护理中的意义, 选取我院病人作为研究对象, 详情如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取时间在2019年1月-2019年12月期间, 参选患者均为我院收治的白血病病人, 共计84例。利用抽签法将84例病人平均分为对照组和实验组。对照组病人中有男病人27例, 女病人15例, 年龄在18岁-79岁之间, 年龄平均值为(47.5±2.3)岁; 实验组病人中有男病人22例, 女病人20例, 年龄范围在19岁-82岁之间, 年龄均值(48.5±2.8)岁, 统计对比病人的相关数据, 不存在临床统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组-常规护理, 实验组-优质护理服务, 详情如下: (1) 成立优质护理服务小组, 小组成员包括: 护士长、主治医师、责任护士、心理康复师等等。根据患者的实际病情为病人制定护理服务方案, (2) 化疗前优质护理, 选择适当的方式对病人讲解白血病的相关常识^[3], 告知病人化疗的注意事项、化疗后的不良反应等等, 提高病人对于疾病的了解, 减少病人的恐惧感^[4]; (3) 化疗中优质护理服务, 由于病人对化疗流程不了解, 会在化疗过程中出现焦虑、恐惧等不良情绪, 因此护理人员可以通过播放音乐等方式帮助患者分散注意力; (4) 化疗后优质护理服务, 化疗后向病人讲解化疗结果, 对病人进行鼓励, 告知病人可能出现的并发症, 并进行简单并发症处理指导, 叮嘱病人保持心情愉悦。

1.3 疗效观察和评价

1.3.1 观察实验组和对照组病人的不良情绪, 采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)对病人的情绪进行评价, 分值越低代表病人的心理状态越好。

1.3.2 观察实验组和对照组病人的生活质量。

1.4 统计学方法

表1 两组病人护理前后的SAS、SDS、生活质量评分对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	护理前SAS	护理前SDS	护理后SAS	护理后SDS	生活质量
实验组	42	45.22±3.18	53.12±5.78	30.26±3.58	40.25±2.54	42.86±1.29
对照组	42	44.28±4.05	54.18±5.11	39.03±4.72	48.16±2.27	35.29±2.05
T		1.1831	0.8904	9.5941	15.0483	20.2548
P		0.2402	0.3758	0.0000	0.0000	0.0000

应用SPSS19.0软件学软件对患者的研究数据进行计算, 生活质量、SAS、SDS评分采用($\bar{x} \pm s$)描述, 行T检验, 当数据为 $P<0.05$ 时, 有统计学意义。

2 结果

两组病人护理前的SAS、SDS评分对比, 差异不存在临床统计学意义($P>0.05$); 实验组病人护理后的SAS、SDS评分与对照组相比明显更低, 实验组病人的生活质量显著高于对照组, 数据之间对比存在显著差异($P<0.05$), 见表1。

3 讨论

目前对于白血病的治疗主要通过化疗治疗的方式, 但是由于很多病人缺乏对疾病和化疗的了解和认识, 会对化疗产生一定的恐惧感。严重影响病人的治疗依从性和治疗效果。有关学者在文献中指出, 针对白血病化疗病人采用优质护理服务, 能够有效提高病人的整体护理效果。优质护理是一种先进的护理服务模式, 主要以病人为核心, 为病人提供优质科学合理的护理服务是病人能够改善负性情绪, 从而使病人能够积极配合治疗。在对病人化疗前, 化疗中, 化疗后, 实施优质护理服务理念, 加强病人对化疗的了解^[5]。针对有经常焦虑情绪的病人, 可以为病人介绍化疗的方法, 使病人对治疗充满信心。通过对病人进行心理疏导, 改善病人的恐惧心理, 通过以上护理方式能够显著提高整体治疗效果。为了验证这一理论, 我院选取84例白血病病人进行调查研究, 采用优质护理服务的实验组病人的SAS、SDS、生活质量等评分均优于对照组, 再一次验证其临床价值。

综上所述, 采用优质护理服务对白血病化疗的不良情绪情况有改善效果, 值得临床推广和应用。

参考文献:

- [1]邓雪飞,牛立红,张晓英.优质护理服务对白血病化疗病人不良情绪及生活质量的影响[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(A4):336+342.
- [2]顾丽华.优质护理服务对肿瘤化疗病人护理质量的影响[J].全科口腔医学电子杂志,2018,5(35):129+141.
- [3]李巧旋,林晓华,吴晓玲.优质护理对白血病化疗病人治疗依从性与不良情绪的影响[J].卫生职业教育,2018,v.36; No.499(16):154-155.
- [4]齐航.人性化护理对心内科病人不良情绪及生活质量的影响[J].当代护士(下旬刊),2019,26(05):35-36.

作者简介:

赵树叶(1985.4—),女,汉,江苏新沂,职称:主管护师,学历:本科。主要研究方向:白血病,再生障碍性贫血,淋巴瘤。

全程优质护理应用于宫颈癌患者护理中的临床效果

杨 洋

蚌埠医学院第一附属医院肿瘤妇科, 中国·安徽 蚌埠 233000

【摘要】目的: 分析宫颈癌患者临床护理中全程优质护理干预模式的效果。方法: 收集医院宫颈癌患者 54 例 (2019 年 1 月-2020 年 1 月), 常规护理的 27 例纳入对照组, 配合全程优质护理的 27 例纳入观察组, 对比两组患者干预效果。结果: 对比干预结果, 评分结果心理状态观察组分数相较于对照组较低, 组间对比差异明显 ($P < 0.05$)。SF-36 生活质量评分与对照组比较观察组较高, 组间差异显著 ($P < 0.05$)。满意率结果观察组、对照组调查, 分别为 96.30%、74.07%, 组间有显著差异 ($P < 0.05$)。结论: 全程优质护理给予下, 对于宫颈癌患者, 可取得明显效果。

【关键词】 宫颈癌; 全程优质护理; 干预效果

宫颈癌发病率较高, 属于女性临床恶性肿瘤疾病类型之一, 有较高的致死率, 且带来严重的身心健康危害。关于宫颈癌的治疗, 可采取很多治疗方式, 如手术治疗、放化疗治疗等可帮助延长患者生存期, 但因患者承受的身心压力均较大, 需要给予有效的护理干预措施, 如全程优质护理模式^[1]。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取医院宫颈癌患者 54 例 (2019 年 1 月-2020 年 1 月), 以随机分组方式分组, 对照组患者 27 例年龄均值 (61.50 ± 3.58) 岁, 观察组患者 27 例年龄平均值 (62.00 ± 2.98) 岁。所有患者入院均经过病理检查确诊疾病, 同意配合本次研究, 无认知障碍、精神异常情况, 一般资料两组组间对比基本相近可进行对照研究。

1.2 方法

1.2.1 对照组

该组患者给予基础护理模式, 如对患者各项体征指标变化进行观察, 做常规用药指导, 对于患者疑惑问题进行解答。

1.2.2 观察组

观察组患者采用全程优质护理干预模式, 内容包括: ①护理基础工作夯实, 需进行护理小组设立, 组内成员是优秀护理人员, 主要结合以往共宫颈癌护理工作经验制定护理干预计划, 并通过搜寻相关的资料库, 如中国知网, 取其中成功护理经验融入到护理工作实践中。②深化拓展护理内涵, 结合患者实际采取全程优质护理服务, 入院初介绍基本情况, 包括患者所处医院环境、病区环境、责任医生护士等, 避免患者因对环境过于陌生而产生不良心理。

1.3 观察指标

借助 SAS 与 SDS (焦虑抑郁评价量表) 评价患者心态状况, 评分结果同焦虑抑郁情绪正相关^[2]。而生活质量评价, 则通过量表 SF-36 实现, 生活质量则量表评分结果高^[3]。

1.4 统计学处理

数据结果经过 SPSS23.0 软件进行处理, 临床评分结果通过计量资料描述, 而满意率由计数资料描述, 组间对比经过 t 检验或卡方检验, $P < 0.05$ 说明差异有统计学意义。

2 结果

2.1 心理状态评价

心理状态评分结果干预前均较高, 分数提示轻度焦虑抑郁明显, 而干预后评分结果观察组明显较对照组低, 意味有显著差异 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 干预前后心理状态评分结果 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别 (n=27)	SAS 评分 (分)		SDS 评分 (分)	
	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	57.82 ± 3.80	41.63 ± 4.10*	54.24 ± 6.53	47.50 ± 4.25*
对照组	57.79 ± 3.78	50.81 ± 6.56	54.23 ± 6.25	52.23 ± 3.24

注: 与对照组相比, $*P < 0.05$ 。

2.2 SF-36 生活质量评分结果评价

生活质量评分对照分析, 观察组 SF-36 生活质量评分相对较高, 而对照组低, 显著差异 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 生活质量评分结果观察 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别 (n=27)	生理状态	心理状态	社会功能	情感职能
观察组	84.85 ± 2.80*	85.66 ± 1.70*	81.70 ± 2.14*	84.63 ± 2.90*
对照组	74.60 ± 1.89	73.64 ± 1.90	72.96 ± 1.86	71.96 ± 2.85

注: 与对照组相比, $*P < 0.05$ 。

2.3 患者护理满意情况调查

观察组护理满意率 96.30% (26/27) (满意与基本满意例数分别为 16 例、10 例), 对照组护理满意率 74.07% (20/27) (其中满意、基本满意例数都是 10 例), 对比有差异 ($P < 0.05$)。

3 讨论

宫颈癌是临床死亡率较高的一种恶性肿瘤疾病, 临床治疗需结合患者实际采取相应的治疗方法, 如手术治疗、放化疗治疗措施, 这是生存时间演唱的关键所在。但整个治疗过程患者身心压力较大, 包括对疾病的担忧, 身体的不适感, 都会降低生活质量, 所以需采取有效的干预措施, 如全程优质护理服务, 强调将护理干预措施贯穿于患者治疗过程始终, 使患者心理状态、生活质量得以改善^[4]。

综上, 宫颈癌患者临床护理中全程优质护理的应用, 干预效果理想。

参考文献:

- [1] 林鲜艳. 全程优质护理应用于宫颈癌患者护理中的临床效果[J]. 中国社区医师, 2020, 36(18): 159-161.
- [2] 祁杨. 全程优质护理应用于宫颈癌患者护理中的临床效果[J]. 医学食疗与健康, 2020, 18(11): 126-129.
- [3] 徐敏. 全程优质护理应用于宫颈癌患者护理中的临床护理效果观察及护理满意度分析[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2019, 6(23): 180-181.
- [4] 刘思婷. 全程优质护理应用于宫颈癌患者护理中的临床效果[J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(16): 183-184.

健康教育联合延续性护理在荨麻疹患者中的应用效果分析

陈钟霓 曹红怡 刘舒

成都中医药大学附属医院, 中国·四川 成都 610075

【摘要】目的: 本文致力于探讨延续性护理方法结合健康教育对荨麻疹患者的干预效果。研究策略: 研究的对象主要是选取 66 名符合标准的荨麻疹病人, 将这 66 名患者平均分为两个组——干预和对照组。干预组和对照组在住院当天进行护理健康教育知识进行干预。此外, 对照组未接受任何特殊干预。干预组在此基础上接受持续的护理干预, 为 12 周。结果: 两组患者的依从行为总分及总体水平之间存在显著差异 ($P < 0.05$); 依从性行为总分为 26.35 ± 4.06 , 总体水平为中等, 干预后得分为 19.89 ± 2.98 。干预前后依从性行为的总分具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 延续性护理方法和健康教育可以改善荨麻疹患者住院后的总体遵医行为水平, 对于患者出院之后一些护理方面的问题进行了总结和建议。

【关键词】 健康教育; 延续性护理; 荨麻疹

随着社会发展的趋势, 每个人的生活节奏越来越快。随着气候和环境的变化, 每个人的心理压力和身体压力变得越来越重。越来越多的人对体质过敏, 荨麻疹病很长一段时间经常发生。荨麻疹的发病机理有多种因素。许多患者没有明显的病因。病情持续存在, 一直伴随病症, 有些患者甚至对自身的生活造成了一定的影响。健康教育知识是建立在信息传播和个人行为干预的基础上, 帮助每一个人都能够了解到有关的专业知识并且有一定的健康观念, 保持一定的健康的生活方式和生活态度去面对生活中的所有事情。进行健康的教育方面主要是起到一定的预防作用, 从前期就开始预防保证身体的健康, 生活更加幸福。关键必须是促进个人行为的变化。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选择 66 名符合纳入/排除标准的出院荨麻疹患者, 将人数平均分为两个对照组。

1.1.1 纳入标准。(1) 符合西医对荨麻疹的诊断标准;(2) 年龄范围在 18~60 周岁;(3) 知情同意者。

1.1.2 排除标准。(1) 合并有较严重的继发性疾病的精神病人;(2) 有出血倾向的人在 3 个月内出现严重出血。

1.2 方法

对照组和干预组均在住院当天以健康教育知识为基础开展了护理健康教育。此外, 对照实验并未执行任何特殊干预。在此基础上, 干预组采用持续护理方案, 以整合护理健康教育。

1.2.1 健康教育的干预。(1) 寻找患者的过敏原, 防止接触确定的皮肤过敏物质, 并建议患者服用可能引起过敏的药物和食物, 以防止再次接触它们。积极告知患者如何检查病情变化, 并详细记录患者病情的持续时间和发作时间。(2) 通过电话或微信平台及时与患者沟通, 有效减少因复杂情况, 难以治愈, 经济因素等引起的焦虑, 帮助病人能够安抚他们的内心的不安, 在心理上给予他们帮助, 避免造成抑郁。(3) 患者进行吃饭的时候, 需要提醒其不要吃刺激性的食物, 并及时进行人体免疫球蛋白 G 检测。结合检测结果和具体情况, 还要告知他们多吃蔬菜和水果。

1.2.2 延续护理干预。(1) 估计为 12 周, 共进行了 6 次随访, 分别为住院后 3 天, 1 周, 2 周, 4 周, 8 周和 12 周。(2) 出院后第 3 天, 加强护理健康教育, 认真回答问题, 并评估患者的自我约束能力。出院后的第一, 第二, 第四和第八周: 加强护理健康教育内容, 要告知其荨麻疹的后果以及必须控制, 对于一些不配合的人员及时做好登记之后要进行回访, 告知其需要配合工作, 安排回访时间, 并评估患者的疾病管理水平。住院后第 12 周: 评估患者在干预后的个人行为依从性和对自我管理疾病的掌握水平。

1.3 观察指标

湿疹患者遵医行为评估量表包括 6 个要素和 14 个项目, 即意向因素 4 个项目、责任因素 2 个项目、生活方式因素 3 个项目、态度因素 3 个项目、吸烟因素 1 个项目和药物治疗因素 1 个项目。评分量表的总分是 14~56 分。使用四分计分方法, 合规性差得 4 分, 合规性差得 3 分, 合规性好得 2 分, 合规性好得 1 分。低水平表示依从性差, 中等水平表示依从性差, 高水平表示依从性好。

1.4 统计学分析

在数据的处理上一般采用的工具是 spss23.0 这个版本。数据分析的过程都是通过描述和检验进行分析, 一般结果在小于 0.05 误差才能够作为参考的依据。

2 结果

2.1 一般资料

这两组的患者在年龄教育上都是出于类似的 ($P > 0.05$), 数据如下表 1 所示。

表1 两组患者一般资料比较

组别	干预组	对照组	t/x ²	P 值
年龄	57.24±17.12 岁	56.54±13.20 岁	0.162	0.508
性别			0.153	0.614
男性	13	16		
女性	20	17		
教育水平			0.361	0.332
高中以下	13	15		
高中以上	20	18		

2.2 两组患者依从行为比较

进行干预之后结果显示两组的患者在数据上就存在着一定的差异 ($P < 0.05$), 见表 2。

表2 干预后两组患者依从行为比较

组别	总分	总体水平
干预组	19.89±2.98	高等水平
对照组	29.12±5.12	中等水平
t	-9.43	
P 值	0.000	

2.3 干预组内依从行为总分比较

由表 3 可知, 干预前依从性行为总分为 26.35 ± 4.06 , 总体水平为中等, 干预后为 19.89 ± 2.98 , 得分较高, 干预前后的依从性行为总分具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表3 干预组内依从行为总分比较

组别	项目	干预前	干预后	t 值	P 值
干预组	总分	26.35±4.06	19.89±2.98	10.825	0.000
	总体水平	中等水平	高等水平		

3 讨论

荨麻疹的临床患病率非常高, 有些患者可以寻找确定的病因或过敏原。这类患者正在断开过敏原, 定期进食并改善运动后要修复的基础。在本文中, 对个人行为的依从性总得分越低, 患者对个人行为的依从性就越高。结果表明, 进行干预组之后比没有任何操作的组在数值上有着提高。这两者之间的差异对于整个的研究来说具有十分重大的意义。

4 结论

延续护理方法和整合健康教育知识可以提高荨麻疹患者出院后的整体遵医行为水平, 并有效地提高荨麻疹患者出院后生活质量。

参考文献:

- [1]刘祝屏.近代名老中医治疗慢性荨麻疹用药规律研究[J].广州中医药大学, 2017.
- [2]陈训忠.慢性荨麻疹的防治[J].山西老年, 2003年03期.

外阴白斑患者的常见心理特征及护理方法探讨

陈 晶

湖北省荆州市第一人民医院, 中国·湖北 荆州 434000

【摘要】目的:探究外阴白斑患者的常见心理特征及护理方法。方法:本文选取40例外阴白斑患者作为研究对象开展探究,将患者分为两组对不同的护理方式开展应用,对照组患者选取常规护理方式,观察组患者则根据患者心理特征开展心理干预,记录两组患者的依从性、满意程度以及住院时间。结果:观察组患者的依从性以及满意程度明显高于对照组,满足 $P < 0.05$,具有统计学意义,观察组患者的住院时间则明显短于对照组,同样满足 $P < 0.05$,具有统计学意义。结论:对外阴白斑患者开展心理护理干预不仅有助于帮助患者改善生活质量,还能够改善患者的身心状况,因此在今后临床过程中应加强对这一方法的应用。

【关键词】外阴白斑患者;常见心理特征;护理方法

外阴白斑是妇科中较为常见的一种疾病,主要表现为外阴瘙痒,部分皮肤变得粗糙,并且粘膜色素减退,外阴部分呈白色。该疾病发病后会很大程度的影响患者的身体健康以及身心健康,因此本文结合护理方法展开探究,目的在于找出更为有效的护理方法来降低该疾病对患者造成的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本文以40例外阴白斑患者作为研究对象开展探究,将以上患者随机分为两组,对照组中20例患者,患者的年龄在8岁至54岁,平均年龄为 (40.32 ± 1.23) 岁,病程为2个月至25年,平均病程为 (9.42 ± 0.32) 年,其中儿童1例,青春期后无性生活患者2例,有性生活未怀孕患者9例,已婚经产患者8例。观察组中20例患者,患者的年龄在10岁至55岁,平均年龄为 (40.09 ± 1.01) 岁,病程为2个月至24年,平均病程为 (9.29 ± 0.31) 年,其中儿童0例,青春期后无性生活患者2例,有性生活未怀孕患者8例,已婚经产患者10例。上述两组患者的各项资料之间比较无差异, $P > 0.05$,这证明本文后续结果具有可比性。

1.2 方法

两组患者入院后均采用红外光治疗的方式进行诊治。对照组患者应用常规的护理方法开展应用,护理过程中告知患者相关注意事项,并对患者的需求进行满足。护理过程中患者可能会出现疼痛以及不适等情况,医护人员应及时与患者沟通,并向医生汇报,来找到合适的处理方法,并且治疗过后应帮助患者做好个人卫生清洁,保持外阴干燥,告知患者便后应立即冲洗,并且应选取舒适的棉质内裤,来降低衣物对身体造成的刺激感,清洗过程中应控制水温,避免过烫,且阴道出现瘙痒情况时,应尽量对自身进行控制,避免抓挠。

1.3 观察指标

记录两组患者的依从性、满意程度以及住院时间。

1.4 统计学方法

采用SPSS17.0统计学软件对数据进行分析处理,计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两组间均数比较采用t检验;计数

资料以频数或百分率(%)表示,率的比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义

2 结果

对比两组患者的依从性、满意程度以及住院时间,观察组患者的依从性为 $(96.32 \pm 2.32)\%$,对照组的依从性为 $(89.83 \pm 2.83)\%$,观察组明显优于对照组,满足 $P < 0.05$,观察组患者的满意程度为 $(98.73 \pm 2.31)\%$,对照组患者的满意程度为 $(82.32 \pm 1.21)\%$,观察组明显优于对照组,满足 $P < 0.05$,观察组患者的住院时间为 (5.32 ± 2.13) 天,对照组患者的住院时间为 (10.47 ± 2.91) 天,观察组明显短于对照组,同样满足 $P < 0.05$,以上三个指标均具有统计学意义。

表1 两组患者的依从性、满意程度以及住院时间情况对比

组别	例数	满意程度(%)	依从性(%)	住院时间(天)
观察组	20	98.73 ± 2.31	96.32 ± 2.32	5.32 ± 2.13
对照组	20	82.32 ± 1.21	89.83 ± 2.83	10.47 ± 2.91
P值		< 0.05	< 0.05	< 0.05

3 结论

外阴白斑是妇科中较为常见的一种疾病,一般可以分为单纯慢性苔藓和硬化性苔藓两类,无论是哪一种情况都会对患者的生活质量造成严重的影响,不仅会对患者的性生活造成影响,还会给患者的心理上造成压力。患者通常经过较长时间的治疗但未见起色,因此就需要在今后临床过程中加强对该疾病的重视程度,并改善患者的负面情绪,帮助患者积极应对这一疾病。通过探究得出结论为在这一过程中对患者开展心里干预的效果显著,不仅能够有效的改善患者的满意程度以及依从性,还能够降低住院天数,以上指标均满足 $P < 0.05$,具有统计学意义,因此在今后的临床过程中应加强对心理护理的应用,来更好的降低外阴白斑情况对患者的生活造成的影响。

参考文献:

- [1]任秀琼.外阴白斑患者的常见心理特征及护理对策[J].饮食保健,2018,5(52):127.
- [2]孙敏.外阴白斑患者的常见心理特征及护理对策[J].医学信息,2015,(11):143-143.

中医药对慢性病的防治现状研究

李玉山

甘肃省金塔县西坝镇卫生院, 中国·甘肃 酒泉 735300

【摘要】目的: 开展中医院对慢性病防治现状的研究, 为我国的慢性病防控工作提供更多的新思路。方法: 展开对多个地区慢性病患者抽样调查, 结合相关文献与国家的统计数据, 对我国现今中医院防治慢性病工作开展提供更多的服务。结果: 在慢性病的中医药应用过程中, 态度是比较好且有着比较好的使用情况, 但是我国在慢性病中医药服务推广应用上依旧存在着国家投入不足、体系建设滞后等多种问题。结论: 针对于上述的一些问题, 建议在工作开展中不断的落实法律法规与政策, 完善中医药特色信息管理系统, 促使我国慢性病中医药防控体系建设工作开展。

【关键词】 中医药; 慢性病; 防治现状

前言:

慢性病指的是人所患病程超过3个月, 且是非传染性的疾病, 慢性病有着病程长、病因复杂以及迁徙性等多种特点, 现今已经成为全球发展中重点关注的卫生问题^[1]。在治疗慢性疾病的过程中, 中医药起到了非常重要的作用, 且在治疗工作开展中有着完善的理法、个性化的防治体系, 在患者治疗过程中, 会使用到中医的针灸、推拿等非药物性治疗方式, 所以在慢性疾病治疗中有着独特的优势^[2]。

1 我国中医防控慢性病现状

根据国家卫生与计划生育委员会等展开的数据调查工作显示, 随着近些年我国医疗机构、床位数以及卫生财政拨款等不断的增加, 我国预防保健科室床位与执业人员数量在不断增加, 国家针对于卫生事业给出的财政拨款也比以往更高, 也强化了中医医疗机构的建设工作开展。我国中医在慢性疾病治疗中相应的服务项目也在不断增加, 所以可以更好的满足社会中日益增长的医疗需求^[3]。

表1 2018-2019年各中医类医疗卫生机构数

机构类别	2018年	2019年
总计	60738	65809
中医类医院	4939	5232
中医医院	3977	4221
中西医结合医院	650	699
民族医医院	312	312
中医类门诊部	2958	3267
中医门诊部	2495	2772
中西医结合门诊部	436	468
民族医门诊部	27	27
中医类诊所	52799	57268
中医诊所	43802	48289
中西医结合诊所	8389	8360
民族医诊所	608	619
中医类研究机构	42	42
中医(药)研究院(所)	33	33
中西医结合研究所	2	2
民族医(药)学研究所	7	7
其他	-	-

在曾经开展的多项调查工作中, 在所有患者中有大半慢性病患者表示, 其是在确诊之后才到中医医院接受治疗的, 并且对于中医的认可程度也是比较高的。随着患者疾病的发展, 其中有31.52%的患者会选择在病情加重时采取中医药的方法进行治疗, 也有部分患者会在确诊之后立即进行中医治疗。总的来讲, 很多患者对于慢性病的防控工作还是比较认可的, 但是整体上患者的满意程度比较低^[4]。下表为2018-2019年各中医类医疗卫生机构数量统计表。

2 中医药对慢性病防治存在的问题

2.1 国家财政投入不足

现今我国卫生部门针对于中医药事业的发展, 在财政上不断的增加财政拨款, 但是中医医疗卫生工作的投入所占据的款项概率比较低, 且国家对于中医中的医疗事业投入的也比较少, 就导致在中医机构中出现设备短缺、就医环境差等问题。因为实际的资金投入不足, 所以我国有40%的县级及以下中医医疗机构经费有着不足, 并且存在着收支不平衡的问题, 阻碍了我国中医药事业的快速化发展。

2.2 专业队伍匮乏

在慢性疾病防控治疗中, 专业化人才队伍的建设严重的影响到了整个体系的发展, 在我国医疗机构的不断发展中, 因为规模与补偿机制有多种因素的存在, 最终职业医师与床位之间的比重在1:1.3-1:2.0, 平均每一位职业医师在工作开展中负责的床位数比较大, 普遍的存在着专业人才匮乏的现象。对中医药人才展开培养有着其特有的规律, 且应用的培育方式是比较多的, 同时要消耗更多的时间学习, 所以专业化人才在短时间内无法培养出来, 于是我国中医慢性疾病防控存在人才匮乏的现象。

2.3 中医实用性优势未得到充分发挥

我国财政每年对中医药事业的投入是有限的, 通常一些中医医疗机构为了追求经济效益, 在一些疾病中使用中医的特色疗法, 获取到更多的经济效益。例如使用内服外敷中药的方法治疗闭合性骨折, 使用手法复位能够在一定的程度上, 达到功能性复位, 并不是解剖学上的复位, 这样一来会减少不必要的纠纷出现, 但是在医疗中会选择使用手术治疗的方式, 就导致中医实用性特色不断流失。

3 中医药对慢性疾病的防治对策

3.1 加强中医药与现代医学之间的交流

中医慢性病防治工作的开展中,需要更多的强调现代医学与中国传统医学之间的沟通交流,患者在接受治疗过程中,要讲求医养结合、中医养生等多种方式,继而降低我国人群中慢性疾病发生的概率与死亡率,所以我国的中医药理论技术已经纳入到疾病防控工作中。慢性疾病发病原因比较复杂,治疗过程中需要的时间较长,治疗中使用到的现代化学药物患者可能有担忧,中医药作为我国传统的医药,在社会的长期发展中,有着宝贵的经验,可以为我国慢性疾病防控体系创作更多的实践经验。

2.2 注重中医药复合型人才培养

在中医防控慢性疾病的过程中,在注重常规医疗预防工作开展时,还要结合中医养生保健、健康干预等多种方式,才能够保障达到未病先防、既病防变的作用。在开展中医教育课程内容设计时,学科之间要保障交叉性的设计,保障老年医学、预防医学,都能够保障纳入到我国的医疗教育课程中,注重对师资队伍的建设,同时也对传统教学中使用的考核制度教学改革,将高校培养人才的优势发挥出来,基于现今中医药医疗人才队伍基础之上,结合实训课程、临床实习等多种方式,促使临床实践能力提升,培

养更多的复合型人才。

4 结语

通过开展相关的研究工作,对现阶段中医药发展的相关政策展开分析,并对其中存在的问题与影响因素展开分析,从而为我国中医药防治慢性工作的开展提供更多可持续发展的政策与建议。

参考文献:

[1]韦露秋,罗业浩,尚昱志等. 壮医防治慢性病研究现状及趋势的文献计量与可视化分析[J]. 中医药导报,2021,27(01):141-145.

[2]方丹,艾兰. 新形势下中医药对社区慢性病的防治现状与发展思路[J]. 中医药管理杂志,2021,29(02):195-198.

[3]吴玉霞. 原发性骨质疏松症中医药防治策略与研究方法[J]. 甘肃科技, 2020,36(14):142-144.

[4]王继珍,刘笑静. 中医药对慢性病防控方法探讨[J]. 中医药管理杂志, 2020,28(06):155-157.

作者简介:

李玉山(1967.09—)男,汉族,甘肃金塔,大专,中医副主任医师。

探讨社区儿童保健及预防接种健康教育的意义

栾 华

北京市海淀区北下关社区卫生服务中心, 中国·北京 100081

【摘要】目的: 探讨社区儿童保健及预防接种健康教育的意义。方法: 研究时间2019年2月~2020年7月, 对社区进行体检的240例儿童进行分析观察, 按照体检编号分成对照组和观察组, 前者常规健康教育, 后者进行社区儿童保健及预防接种健康教育, 比较家属对儿童保健及预防接种健康知识的掌握度、满意度和覆盖率。结果: 在家属预防接种知识和儿童保健知识掌握度方面, 观察组评分更高, $P < 0.05$; 在护理满意度方面, 观察组更高, $P < 0.05$; 在儿童预防接种覆盖率方面, 观察组更高, $P < 0.05$ 。结论: 社区儿童保健及预防接种健康教育意义重大, 建议在今后的工作中推行。

【关键词】社区儿童保健; 预防接种; 健康教育; 健康知识掌握度; 预防接种覆盖率

引言

儿童预防接种是儿童保健工作中的重要内容, 通过接种疫苗, 可以让躯体内具备对某种病毒的免疫能力, 降低患病风险, 在儿童的成长发育过程中, 预防接种工作是十分必要的^[1]。近几年, 我国新生儿数量不断增加, 社区儿童保健和预防接种工作任务繁重, 但一部分家属对儿童保健和预防接种工作的认知度较低, 没有及时的预防接种, 日常生活中对患儿的照料和喂养也存在许多的问题, 这不仅会对儿童生长发育造成不利影响, 甚至可能提升儿童患病率^[2]。基于此, 文章分析了, 并在2019年2月~2020年7月期间对社区进行体检的240例儿童进行了分析观察, 详细内容如下所述。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究于2019年2月~2020年7月期间展开, 对社区进行体检的240例儿童进行分析观察, 按照体检编号分成对照组和观察组, 前者常规健康教育, 后者执行健康教育, 各120例。观察组: 最小儿童1岁, 最大8岁, 平均值(4.45 ± 1.23)岁, 性别: 男83例, 女37例; 对照组: 最小儿童2岁, 最大7岁, 平均(4.41 ± 1.16)岁, 性别: 男80例, 女40例。儿童基线资料不具有统计学差异, $P > 0.05$, 能对比。

1.2 方法

对照组执行常规健康教育, 例如简单讲解内容宣传资料, 叮嘱家属阅读学习, 口头宣教儿童保健和预防接种的相关知识, 提升家属了解度。观察组则采取社区儿童保健及预防接种健康教育, 详细内容如下:

1.2.1 主动沟通

主动和家属进行沟通, 向家属普及儿童保健和预防接种方面的健康知识, 尤其是预防接种的作用和意义, 在沟通时, 应使用通俗易懂、直白朴实的语言, 确保不同文化水平的家属都能够理解和掌握其意义。其次, 主动为家属解疑答惑, 针对不愿进行预防接种或存疑家属, 应当主动积极的解答家属的疑惑, 以帮助家属减轻疑虑心理, 及时的让儿童参与预防接种, 避免错过接种时机。

1.2.2 传染性教育

儿童在成长发育过程中, 躯体功能尚未发育完全, 比较容易

患病, 尤其是传染性疾病, 而我国儿童预防接种疫苗多为儿童流病、传染病疫苗, 接种后基本可以避免患病。社区医疗工作人员应当及时的向家属普及以上知识, 告知家属儿童传染病的危害, 提升家属对疫苗接种的重视度。

1.2.3 定期组织开展社区宣传教育工作

每月进入社区展开宣传教育工作, 通过画报、讲座、座谈会等多种方式吸引儿童和家属的关注度, 让家属积极参与到宣传教育共工作中。在宣教过程中, 可邀请儿科专家、疾病防控专家等专业领域人才进行座谈演讲; 其次, 积极的发放宣传资料, 一边发放, 一边讲解, 促使家属能够主动阅读和学习宣传资料中的内容。

1.3 观察指标

对比家属对儿童保健和预防接种知识的掌握度, 向试受者发放自制的儿童保健和预防接种知识调查问卷, 问卷分为儿童保健和预防接种两个部分, 每个部分10个问答条目, 总分100分, 分数越高掌握度越高。由家属对护理满意度做出评估, 满意度包含十分满意、较满意和不满意三个等级, 十分满意+较满意为总满意例数。对儿童展开为期三个月的随访, 统计预防接种的覆盖率。

1.4 统计学分析

数据以SPSS23.0进行统计学计算, 计数资料(百分数)、计量资料(均数±标准差)分别以 χ^2 和t值检验, $P < 0.05$ 为研究有统计学意义。

2 结果

2.1 两组家属健康知识掌握度分析

观察组家属预防接种知识掌握度、儿童保健知识掌握度比对照组数据高, $P < 0.05$ 。

表1 两组家属健康知识掌握度评分(分)

组别 (n=120)	预防接种知识	儿童保健知识
观察组	95.32±3.42	93.65±3.27
对照组	85.63±4.62	86.12±4.05
t	18.4667	15.8467
P	0.0000	0.0000

2.2 两组家属满意度分析

观察组与对照组的护理满意度对比更高, $P < 0.05$ 。(表2)

2.3 两组预防接种覆盖率对比

观察组儿童预防接种覆盖率较高, $P < 0.05$ 。(表3)

表2 两组家属的满意度对比

组别 (n=120)	十分满意 (n)	较满意 (n)	不满意 (n)	满意度 (n/%)
观察组	100	16	4	116 (96.67)
对照组	80	24	16	104 (86.67)
χ^2				7.8545
P				0.0051

表3 两组预防接种覆盖率比较

组别 (n=120)	未接种	接种	
观察组	3 (2.5)	117 (97.5)	
对照组	20 (16.67)	100 (83.33)	
χ^2			13.8970
P			0.0002

3 讨论

预防接种对于儿童的健康成长十分重要,近几年,我国医疗事业不断发展、进步,疾病的预防保健工作水平提升,人们的健康意识也有了进步,可以说,在大部分地区,预防接种工作已经十分普及^[9]。尽管如此,有一部分家属对儿童保健和预防接种工作的了解度和认知度仍比较低,甚至对预防接种工作存在抵触心理^[4]。因此,需要加强儿童保健与预防接种健康教育工作,进一步提升预防接种覆盖率。

社区儿童保健及预防接种健康教育区别于常规的健康教育工作,常规健康教育比较单一,内容简单,没有开发家属的学习积极性和主观能动性,使得健康知识普及工作流于形式^[5, 6]。而社区儿童保健及预防接种健康教育则是要求工作人员主动和家属进行沟通,以提升家属认知度、保障儿童成长为目标,向家属讲解和宣传相关的健康知识,在教育形式和出发点上有着本质的区别,该教育形式更加的讲究方式方法,语言和沟通技巧的选择可以满足不同年龄、性格和文化水平家属的差异化需求^[7, 8]。

社区定期开展宣传教育工作,让宣教工作进入社区,融入到儿童的生活当中,提升了宣教工作的覆盖范围,能够吸引儿童和家属积极参与,主动学习^[9, 10]。在本次研究中,观察组经干预后,

家属健康知识水平更高,取得护理满意度较高,儿童预防接种覆盖率显著提升。

4 结语

综上所述:社区儿童保健及预防接种健康教育的意义在于提升家属认知度,进一步普及预防接种工作,减少工作漏洞。

参考文献:

- [1]王舟.在社区开展儿童保健与预防接种健康教育的重要性分析[J].中国保健营养,2020,30(26):317-318.
- [2]涂帆.社区开展预防接种与儿童保健健康教育的重要性分析[J].中国社区医师,2020,36(13):180-181.
- [3]陆敏亚.社区开展儿童保健与预防接种健康教育的必要性分析[J].健康必读,2020,(13):251.
- [4]冯志科,张京芳.社区儿童保健及预防接种健康教育的意义研究[J].特别健康,2020,(7):246-247.
- [5]毛文静.儿童保健与预防接种健康教育在社区卫生服务中的应用效果[J].母婴世界,2020,(13):246.
- [6]刘东.在社区开展儿童保健与预防接种健康教育的重要性[J].饮食保健,2019,6(40):231-232.
- [7]蒋月昕.社区开展儿童保健与预防接种健康教育的必要性分析[J].心电图杂志(电子版),2019,8(3):78-79.
- [8]刘荣华.探讨社区开展儿童保健与预防接种健康教育的重要性[J].中国保健营养,2018,28(32):396.
- [9]Luigi Vimercati, Francesco Paolo Bianchi, Francesca Mansi, et al. Influenza vaccination in health-care workers: an evaluation of an on-site vaccination strategy to increase vaccination uptake in HCWs of a South Italy Hospital[J]. Human Vaccines & Immunotherapeutics, 2019, 15(12):2927-2932.
- [10]Corey Wells, Scott V. Monte, William A. Prescott, et al. A pharmacy resident driven pneumococcal vaccination protocol increases vaccination rates in hospitalized patients over 65 years[J]. Journal of the American College of Clinical Pharmacy, 2019, 2(5):488-493.

肿瘤患者 PICC 置管送管困难原因分析及对策

周 艳

山西医学科学院 山西白求恩医院, 中国·山西 太原 030003

【摘要】[目的] 总结 PICC 置管过程中送管困难原因及对策, 为临床提供实用操作指导, 有助于提高临床护士一次性留置 PICC 的成功率。[方法] 对 2018 年 1 月至 2019 年 1 月我科留置 PICC 管不顺例 23 例进行分析, 查找原因。[结果] 导致送管困难的主要原因与患者焦虑紧张、血管选择、血管痉挛、导管异位等有关。[结论] 护士在置管前要加强术前评估环节, 全面评估病人的情况, 并根据病人的情况及送管困难的原因选择最合适的方法, 以提高置管的一次性成功率。

【关键词】 PICC; 送管困难; 原因分析; 对策

外周穿刺中心静脉导管(PICC)是由上肢的外周静脉(贵要静脉、肘正中静脉、头静脉、肱静脉、颈外静脉)穿刺置管, 并使其尖端位于上腔静脉或下腔静脉的导管^[1]。由于留置管时间长, 减少了频繁穿刺静脉给病人带来的痛苦, 以及因避免了化疗药外渗引起静脉炎方便了临床护士操作, PICC 成为了目前临床常用的唯一授权给护士进行的护理操作方法之一。在置管障碍中, 送管困难发生率排在首位^[2]。送管困难指在置管过程中送管有阻力, 或虽然导管已置入, 但由于阻力原因而无法使导管头端到达正确的血管位置。为了降低置管过程中送管困难的概率, 减轻病人的不良刺激, 并找出相应的对策, 以提高置管成功率, 现对我科 2018 年 1 月至 2019 年 1 月留置 PICC 管过程中出现送管困难的原因及对策总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我科 2018 年 1 月至 2019 年 1 月留置 PICC 管 110 例, 其中置管过程出现送管困难的 23 例。男性 15 例, 女性 8 例, 年龄 16-69 岁。送管困难的发生率为 20.5%, 经处理后导管均送至上腔静脉。

1.2 研究方法

110 例患者置管均采用巴德公司的三向瓣膜管, 并在 PICC 置管中采用超声引导下塞丁格技术穿刺, 由技术精湛的高年资持证护士操作。操作护士先与患者做术前访视, 与患者及家属沟通置管的注意事项及风险, 评估患者血管。待患者家属签署置管同意书后, 使用大静脉置管包, 穿无菌隔离衣, 按照置管流程, 将 PICC 管置入, 固定管后引导患者行 X 线检查 PICC 导管末端位置。

2 送管困难原因分析

2.1 焦虑紧张

尽管 PICC 有很多优势, 操作安全性也不断升高, 但是患者在术前谈话时仍表现为不同程度的焦虑^[3-5]。年龄大者术中表现为配合操作时手臂僵硬, 沉默不语, 年青者术中表现为轻微触碰就说疼痛, 说话较多。PICC 置管术作为一种侵入性护理操作, 对遭受身体及经济打击的肿瘤患者来可以说是一种应激源, 可使之产生焦虑抑郁等负性情绪^[6]。

2.2 左右上肢选择

冯毕龙等对 458 例行 PICC 置管病例做前瞻性随机对照研究发现, 从左侧置入 PICC 管出现送管困难的比率明显高于从右侧置入组^[7]。

2.3 肘部静脉穿刺血管选择

头静脉血管表浅, 但在体内行程长, 进入腋静脉处有较大的角度, 且分支多, 易使导管被送入分叉静脉而送管困难。且由于

头静脉的血管特点, 使得经头静脉置管异位的发生率大于其他静脉^[8-9]。

2.4 血管痉挛

肿瘤患者疾病本身已经给其带来巨大的心理压力, 对 PICC 置管恐惧产生的焦虑更增加了患者的心理负担。通过超声明显可看到患者血管变细变窄^[10], 导致血管痉挛, 易发生送管困难。表现为穿刺回血良好, 送管超过 10-20cm 时, 开始出现送管阻力增大, 有的甚至出现撤管也困难。

2.5 异位

PICC 在置管过程中由于送管路程长, 血管瓣膜多, 血管解剖原因, 致导管异位发生率多于其他方式的深静脉置管^[11]。其中右侧肢体静脉置管异位部位多在颈内静脉, 左侧肢体异位多发生于腋静脉^[12]。

3 对策

3.1 焦虑紧张

3.1.1 重视置管术前访视质量

置管前操作者在专门访谈室与预置管患者及家属沟通置管过程、注意事项及风险, 沟通中使用正性暗示语言, 并让预置管患者与病房带管患者面对面沟通。通过术前访视, 护士评估患者的身体状况、血管情况、心理状态及对操作者的需求, 对患者进行心理疏导, 加强护患之间的信任, 缓解患者术前生理-心理应激反应。通过与带管患者的沟通, 预置管患者减轻了术前恐惧, 提高了患者的承受能力。

3.1.2 音乐疗法能缓解患者的焦虑、恐惧情绪, 降低患者对疼痛的敏感性, 尤其是年轻患者。在操作过程中播放其喜欢的音乐, 患者情绪稳定, 肢体放松, 破皮送鞘的过程产生的疼痛能忍受, 置管过程顺利。操作后患者未诉置管不适。

3.1.3 对疼痛极度恐惧的患者, 将 2% 的盐酸利多卡因注射液用注射器抽吸后, 注射到 2 块无菌纱布上, 在预穿刺部位湿敷 5 分钟行表皮麻醉, 送导管鞘破皮时再次使用浸有利多卡因注射液的纱布湿敷, 减轻了 PICC 穿刺时的疼痛^[13], 患者易于接受。

3.1.4 置管时患者的注意力往往集中在操作者对其身体的触碰上, 感受着每一步操作对其身体的影响。此时通过与患者交流家庭情况或其感兴趣的话题, 可以转移其注意力。由于呼吸运动也可影响上腔静脉的血流状况^[14], 因此对于不善交流的患者指导其采用吸气快呼气慢的配合方法, 将注意力转移到呼吸上, 操作者选择在吸气末送管。

3.2 左右上肢及静脉的选择

尽管许多文献认为左侧上肢还是右侧上肢置管并不影响

PICC导管的留置和使用,但李全磊等经文献Meta分析认为经左侧上肢置管的送管困难并发症更高^[15]。临床选择上肢时易选择左上肢以减短置管路径,更快到达目标位置,并减少带管期间的并发症,提高患者带管期的生活质量^[16]。

3.3 肘部静脉穿刺选择

头静脉在走行过程中管腔逐渐变细,腔内血流速度减慢,贵要静脉位置表浅,瓣膜数量少,管腔逐渐变粗,尸体标本解剖也证实了贵要静脉比头静脉在结构方面更适宜于穿刺^[17]。穿刺点选择在肱骨内上髁下3cm左右处最佳^[18],位置表浅,属支较少,无重要的毗邻神经、血管,对病人生活质量影响小。

3.4 血管痉挛

导管在送入20-25cm时,无法送入,注射器回抽能见到回血,继续送管时导管有回退现象,触之静脉呈条索状,改变体位及上肢外展角度均不能顺利送管。操作者按摩上肢肌肉放松,助手与患者沟通转移注意力,热敷穿刺点10cm以上血管,将加热到37度左右的生理盐水用注射器注入导管,利用热疗解除血管痉挛^[19-20]。

3.5 导管异位

3.5.1 调整角度

在插管过程中,将病床床头抬高,取30度头高卧位^[21]可以降低导管异位的发生率。患者上肢外展45度与90度时导管异位发生率无差异,160度置管时却未发生导管异位^[22],建议根据患者肩关节活动受限情况选择外展角度。

3.5.2 超声监控可动态了解导管位置

助手将超声探头置于颈内静脉区域,观察有无亮点,操作者用20ml无菌注射器抽吸生理盐水向管内注射,观察颈内静脉有无水泡出现,判断导管是否异位到颈内静脉。如果颈内静脉无上述情况,仍送管不到位,将探头放置穿刺侧锁骨下血管区域,观察导管头端位置。

3.5.3 压迫颈内静脉法

体型偏瘦者头转向穿刺侧,下颌与锁骨之间的空隙较大,不易压迫颈内静脉,可利用超声探头压迫颈内静脉,施加压力至超声显示颈内静脉闭合,操作者可将导管顺利送入上腔静脉^[23]。患者颈内静脉粗大,不易探头压迫者,可改用助手站在床头,将同侧手握拳,放置到锁骨与颈内静脉夹角处施加压力,也可将导管顺利置入。出现颈内静脉异位后,先将导管撤出8-10cm,采用超声探头压迫颈内静脉法加生理盐水推注法纠正PICC导管头端位置。

总之,留置PICC管是临床上常用的一项辅助治疗措施,护士在置管前全面评估病人的情况,根据病人的情况选择最合适的方法,出现置管困难时根据患者情况采用适当的对策,可以提高置管的一次性成功率,减轻病人痛苦,缩短置管时间,提高工作效率,提高病人满意度。

参考文献:

[1]尤黎明,吴瑛.内科护理学[M].北京:人民卫生出版社,2017:512.

[2]朱桂琴.PICC置管困难原因分析及对策研究进展[J].医学信息,2015(22):393-394.

[3]陆美华,黄敏清,方奕,等.认知行为干预对肿瘤PICC置管患者焦虑抑郁的影响[J].国际护理学杂志,2015,34(2):246-247,249.

[4]廖瑞月.音乐疗法在PICC置管中的效果观察[J].当代护士(下旬刊),2016(8):126-126,127.

[5]李莉,许青,常沁怡,等.音乐干预对肿瘤患者PICC置管疼痛和焦虑的影响[J].上海护理,2018,18(3):42-44.

[6]焦亚萍.介绍一种围手术期病人心理护理效果评分表[J].中华护理杂志,2000,35(2):116-117.

[7]冯毕龙,谭晓辉,童莉,等.经左、右侧上肢外周静脉置入中心静脉导管对置管结局的影响:458例前瞻性随机对照研究[J].中华临床营养杂志,2010,18(2):87-90.

[8]赵锐祎,谢彩琴,曹素娟.25例PICC异位的原因分析与护理对策[J].中华护理杂志,2009,44(6):526-528.

[9]杨婉仪,陈少敏,魏如蓉,等.79例B超引导下PICC置管时送管困难的原因分析和处理[J].国际护理学杂志,2017,36(6):853-856.

[10]赵建疆,赵燕青.心理干预在经外周置入中心静脉导管置管过程中的应用[J].中国药物与临床,2016,16(3):449-450.

[11]吴惠文,丘宇茹.不同入路深静脉置管的临床护理回顾性分析[J].岭南现代临床外科,2012,12(1):77-79.

[12]王虹.乳腺癌患者PICC异位分析与正位处理[J].护理学报,2010,17(7A):53-55.

[13]黎逢弟,陈其欣,练国香,等.盐酸利多卡因注射液在减轻PICC置管疼痛的应用研究[J].齐齐哈尔医学院学报,2018,39(4):488-490.

[14]袁丽,陆勤美,王翠兰,等.呼吸配合在减少PICC置管异位中的应用[J].中华护理杂志,2014,49(4):498-502.

[15]李全磊,颜美琼,张晓菊,等.PICC经不同静脉和上肢置入对穿刺成功与并发症发生影响的系统评价[J].护理学杂志,2012,27(21):56-62.

[16]裴维英,何明霞,潘勤.左右侧途径行PICC的临床效果比较[J].中国实用护理杂志,2010,26(36):61-63.

[17]李玉彬,胡一波.头静脉与贵要静脉的应用解剖和PICC置管[J].医学理论与实践,2011,24(24):3027-3029.

[18]詹健,卢兴杰,杜乐燕,等.经贵要静脉置入中心静脉导管应用解剖学研究[J].护理研究,2008,22(17):1571-1572.

[19]左雪梅,叶鸣,许小慧,等.温盐水推注联合按摩法在早产儿PICC送管困难中的应用[J].全科护理,2017,15(13):1486-1488.

[20]刘玉兰,脱桂留.PICC置管过程中出现静脉痉挛12例原因分析及干预措施[J].中国误诊学杂志,2010,10(23):5699.

[21]边春鸽,章哲华.不同体位对PICC颈内静脉异位发生率的影响[J].浙江医学,2013(11):1103-1104.

[22]吕小芹,张晓梅,徐洪秋.PICC穿刺侧上肢外展角度与颈内静脉异位发生率关系研究[J].护理研究,2017,31(31):3981-3983.

[23]殷利,肖红英,江群,等.血管超声检查在PICC置管中的应用[J].中华护理杂志,2012,47(2):156-158.

作者简介:

周艳(1977.07-),女,山西太原人,本科,主管护师,研究方向:临床护理。

多学科协作诊疗模式对急诊老年非创伤性胸痛患者急救质量的影响

程水红

安庆市立医院安徽, 中国·安庆 246001

【摘要】目的: 分析多学科诊疗对急诊老年非创伤性胸痛患者急救质量的影响。方法: 本次研究调研时段为2019年, 选取了120名在此时段来到我院接受治疗的非创伤性胸痛老年患者, 并平均将其分为每组人数均有60名非创伤性胸痛老年患者的对照组与观察组。其中, 实行多学科协作诊疗后的患者60例作为观察组。根据两组的治疗过程不同, 我们将根据最后的治疗结果进行对比, 明确两组在急救治疗、效率以及满意度等方面的情况。结果: 两组患者在历经不同治疗过程后, 对照组患者在多方面的情况都远不如观察组, 数据结果显示在统计学上具有一定参考价值($P < 0.05$)。结论: 院内的正规治疗以及多学科配合治疗对于患者的康复有着显著效果, 且能够有效提升急救质量, 提升抢救效果, 提高护理满意度。

【关键词】多学科协作诊疗; 老年非创伤性胸痛; 急救质量

患者突发性的胸痛情况在学术上被称之为急性胸痛病状, 情况严重甚至会造成患者的休克死亡。通常来说, 胸痛的源头有很多, 譬如急性心肌梗死、主动脉夹层与张力性气胸等一系列胸痛病状在人们的生活中十分常见。

截止至2019年2月底, 根据相关数据统计显示, 国内人口老龄化问题十分严谨, 相较于往年而言, 国内老龄化现象有着逐年上升的趋势。其中, 国内年龄在60周岁以上, 包括60周岁在内的人数占据了全国总人数的近18%, 达到了近25000万人, 而年龄在65周岁以上, 包括65周岁在内的人数占据了全国总人数的近12%, 达到了近16660万人。由此可见, 国内老龄化人数以及占据了全国总人数的四分之一左右, 情况严峻, 而这部分人群正是患有罹患心血管疾病的主要群体, 患病率极高。此外, 在医院所接诊的急诊内科患者中, 有将近20%到30%左右的人都有着急性胸痛病状, 并有着逐年上升的趋势。对此, 我们查阅了国外相关数据统计, 根据数据统计表明, 美国每年都有将近600万人口有着胸痛情况, 且65周岁, 包括65周岁的人数占据了15%左右。从中我们不难看出, 老年群体普遍有着胸痛情况, 而这一情况在国内愈加常见, 但是老年群体受到年龄因素影响, 身体机能衰退较快, 继而影响到神经系统, 痛阈有所提升, 且合并症较多, 从而胸痛病状具有一定隐蔽性, 特异性模糊, 对于临床诊断有着较大影响, 较容易出现漏诊、误诊等情况。此时, 胸痛患者若能够接受院内的正规治疗以及多学科配合治疗, 将对于其康复有着显著效果, 且能够有效提升急救质量, 提升抢救效果, 提高护理满意度。

1 资料与方法

1.1 一般资料

此次研究的展开已征得伦理委员人认同, 研究所涉及的相关患者已悉数告知, 且已征得患者本人同意。调研时段为2019年, 选取了120名在此时段来到我院接受治疗的非创伤性胸痛老年患者。其中, 非创伤性胸痛老年患者的年龄普遍处于60到85周岁之间, 男性总计89名, 而女性总计31名, 整体人数的平均年龄处在 69 ± 4.6 范围内。对此, 我们将其分为每组人数均有60名非创伤性胸痛老年患者的对照组与观察组, 实行多学科协作诊疗后的患者60例作为观察组。反之, 则为对照组。根据上述内容可知, 观察组与对照组内的患者在年龄与性别方面并未产生较大差异, 在统计学层面上没有意义($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组采用常规急诊模式

对照组内的非创伤性胸痛老年患者在我院接受治疗时, 需要

进入急诊挂号, 急诊医生根据患者情况进行诊断, 并进行相关检查。随后, 患者在缴费后进行心电图、胸部CT与抽血检查, 并建立静脉通道、吸氧、监护等。最后, 患者拿到检测结果来到心内科进行会诊, 心内科初步排除或考虑相关疾病后再请其他科医生会诊、逐一会诊逐一排除然后再根据情况收住院或做急诊手术或留观或随诊。

1.2.2 观察组采用多学科协作诊疗模式

观察组采用多学科协作诊疗模式主要包括以下方面: ①由急诊科, 麻醉科, 重症医学科, 心内科、血管外科、介入科、呼吸科、消化科、心胸外科等科室专家及业务骨干组成专业的多学科协作诊疗模式团队, 并创建微信工作号和微信群进行相关知识和信息的共享, 当分诊护士进行接诊, 评估是胸痛患者后, 马上将患者送至抢救室, 启动多学科协作诊疗模式。②急救护士不需要等待医嘱, 可以立刻启动多学科协作进行诊疗, 立即进行心内科、血管外科、介入科、呼吸科、消化科、心胸外科等视频同时问诊, 在问诊的同时家属挂号。③各科医生根据主诉做出判断给予相关检查, 并展开讨论, 根据患者的情况制定最佳的治疗方案, 进行手术跟进, 以确保抢救的顺利进行。急救护士完成建立静脉通道、心电监护、吸氧、抽血化验等急诊护理工作。④相关科室医生同时在各自的科室电脑上查看相关的检查结果并给出最后诊断结果。⑤根据诊断给予相关的后续治疗, 做好各种术前准备。并利用空档时间加强健康知识宣教, 积极与患者家属交流, 使患者有良好的心态, 积极配合治疗。⑥分诊护士跟踪每个环节, 确保在60分钟内完成诊断及各种术前准备或住院或随诊或留观。

1.3 观察指标

对比两组患者的急救质量、急救效率和护理满意度, 从而来评估多学科协作诊疗对急诊老年非创伤性胸痛患者急救质量的影响。

(1) 急救质量: 从死亡率、诊断准确率、并发症发生率、再住院率、不良

事件发生率等指标对患者的急救质量进行观察。

(2) 急救效率: 从急诊总耗时、患者的住院、住院费用等指标作为急救

效率进行观察。

(3) 护理满意度: 通过对研究对象进行问卷调查, 统计研究对象的护理满

意度。护理满意度 = (十分满意 + 满意) / (十分满意 + 满意 + 不满意)

1.4 统计学方法

本次研究中所有数据均采用SPSS25.0统计软件进行处理, 计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 以t检验, 计数资料采用率(%)表示, 以 χ^2 检验, 等级资料以Z检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者急救质量比较

经过本次调查, 比较两组患者的急救质量, 观察组在死亡率、诊断准确率、并发症发生率、再住院率、不良事件发生率的概率上均低于对照组, 两组患者对比差异显著, 具有统计学意义($P < 0.05$)。详细数据见表1:

表1 两组患者急救质量比较[n(%)]

组别	例数	死亡率	诊断准确率	并发症发生率	再住院率	不良事件发生率
观察组	60	2 (3.33)	59 (98.33)	8 (13.33)	7 (11.67)	3 (5.00)
对照组	60	5 (8.33)	52 (86.67)	17 (28.33)	22 (36.67)	12 (20.00)
χ^2		23.45	20.31	5.636	5.432	5.153
P		0.007	0.011	0.018	0.021	0.023

2.2 两组患者急救效率比较

经过对比两组患者住院情况, 采用多学科协作诊疗后的胸痛患者在急诊总耗时、患者的住院时长均明显缩短; 且住院费用低于未采用多学科协作诊疗的对照组, 两组患者对比差异显著, 具有统计学意义($P < 0.05$)。具体的数据统计结果见表2。

表2 两组患者急救效率比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	急诊总耗时 (min)	住院时长 (d)	住院费用 (元)
观察组	60	36.17±6.13	7.42±2.31	8423.54±475.36
对照组	60	58.59±10.37	10.59±4.63	13694.24±746.95
t		13.160	4.332	8.460
P		0.012	0.015	0.027

2.3 两组患者护理满意度比较

观察组采用多学科协作诊疗后的胸痛患者的护理总满意度显著高于对照组, 对比具有统计学意义 ($P < 0.05$), 如表3所示。

表3 两组患者满意度比较[n(%)]

组别	n	十分满意	满意	不满意	总满意
对照组	60	17 (51.11%)	29 (28.89%)	14 (20.00%)	36 (80.00%)
观察组	60	44 (77.78%)	13 (17.78%)	3 (4.44%)	57 (95.56%)
t	-	1.1108	1.3778	1.0719	1.8271
P	-	0.0396	0.0332	0.0468	0.0315

3 讨论

3.1 多学科协作诊疗模式有助于提高急救质量

经过调查研究显示, 观察组患者在接受多学科协作诊疗模式后, 急救质量显著高于对照组。胸痛诊断需要先进行筛查, 排查患者主动脉夹层、张力性气胸与肺栓塞等高危情况, 而这类患者则需要我们医护人员采取及时而快速有效的抢救措施, 避免出现漏诊引起的病状恶化, 继而引发患者休克死亡, 或产生病发症状、加重病情。其中, 患者在接受急诊诊断时, 首先接触的是急诊的医生, 医生仅凭自己的经验来判断患者的病情, 对一些不典型的, 凶险的, 高致死率的胸痛病例缺乏专科疾病的知识, 不能及早的发现从而错过最佳的抢救时机。而建立多学科协作诊疗制度, 有利于集中优势资源, 促进学科间的交流与合作, 提高急诊

诊疗质量。

3.2 多学科协作诊疗模式能够提升急救效率

此次研究结果表明, 多学科协作诊疗模式对改善急诊老年非创伤性胸痛患者的急救效率更高。患者在接受急诊诊断时, 诊科医生对于患者进行常规检查可能会出现漏诊或误诊情况, 而误诊的出现, 一方面延误患者的最佳治疗时间, 另一方面又会出现“小题大做”的情况, 致使寻常胸痛患者被误认为是严重情况, 从而为患者及其家庭带来不必要的经济与精神压力, 而多学科协作诊疗模式不仅有助于结合优势资源, 还能够准确判断患者真是病情, 通过协作诊疗帮助患者尽快康复。此外, 多学科协作诊疗模式能够使各科室医生通过建微信工作号和微信群进行相关知识和信息的共享, 进行学科之间的交流合作, 提升治疗效率, 帮助患者减轻经济与精神负担, 尽快帮助患者摆脱病情阴霾, 并节省了医疗资源。

3.3 多学科协作诊疗模式有助于提高护理满意度

经过调查研究表明, 多学科协作诊疗模式能够提高患者的护理满意度。究其原因在于, 多学科协作诊疗模式团队, 需要提前做好各种准备, 及时给予患者救治, 提高急诊的效率, 获得更高的护理满意度。并且多学科协作诊疗模式团队要求诊疗医护人员24h全天候均可以应诊, 能够给与患者更便捷、高效的诊疗模式, 让患者能够及时的就诊, 并结合多学科协作, 及时的制定针对性的治疗方案, 从而提高急救的质量, 构建良好的医护关系, 有助于提高患者的护理满意度。

4 结论

综上所述, 急诊多学科协作诊疗建立有助于提高急救质量, 提升抢救效果, 有效的提升诊疗的效率, 有助于提高患者的护理满意度。当然本研究中样本数量偏少, 尚需通过较大样本病例数来进一步探究多学科协作诊疗模式建立对急诊老年非创伤性胸痛患者急救质量的影响。

参考文献:

- [1]侯文可,朱秀彪,郭江林,李晋萍.规范胸痛急救流程对高危患者确诊时间、辅助检查应用的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2013,11(08):1014-1016.
- [2]中华人民共和国国家统计局.2018年国民经济和社会发展统计公报[N].统计公报,2018-04-28(006).
- [3]许华.非创伤性胸痛患者急诊分诊流程的实施效果分析[J].护理学杂志,2014,29(22):16-17+23.
- [4]许华.非创伤性胸痛患者急诊分诊流程的实施效果分析[J].护理学杂志,2014,29(22):16-17+23.
- [5]张魄.老年人胸痛76例临床分析[J].内科,2011,6(02):144-146.
- [6]R A Haward.Using service guidance to shape the delivery of cancer services: experience in the UK[J].Nature Publishing Group UK,2003,89(Suppl 1).
- [7]Gupta Rohit,Munoz Robert.Evaluation and Management of Chest Pain in the Elderly.[J].Pubmed,2016,34(3).
- [8]张文一,刘月辉,王志忠.加强会诊质量监测提升医疗评估效果[J].中国卫生信息管理杂志,2014,11(02):134-137.
- [9]王家祥,苟建军,赵菁.综合医院多学科协作在疾病诊治中的实践与作用[J].医学与哲学(B),2015,36(09):1-4.
- [10]章满红,梁俊,杨琼.急诊医疗信息系统的设计策略分析[J].中华危重症医学杂志(电子版),2015,8(03):189-190.

作者简介:

程水红 (1980.9—) 女, 汉族, 安徽 安庆, 主管护师, 本科, 研究方向: 急诊急救。

“课程思政”背景下高职外科护理学课程改革探究

吴芳芳^{1,2*} 吴承启² 尚志丽^{2,3}

- 1. 兰州大学循证医学中心, 中国·甘肃 兰州 730011
- 2. 商洛职业技术学院, 中国·陕西 商洛 726000
- 3. 吉林大学中日联谊医院, 中国·吉林 长春 130033

【摘要】通过全面检索中国知网(CNKI)至今发表的所有关于高职课程思政的文献,应用VOSviewer软件对纳入文献的高频关键词进行聚类分析,以分析目前高职院校课程思政的发展现状和存在问题。同时通过具体的教学案例阐述如何在外科护理学教学过程中融入课程思政。探讨在高职外科护理学中融入课程思政的教学方法,为高职院校外科护理学教师实施课程改革提供依据,同时为护理专业课教师实施“课程思政”提供参考。

【关键词】高职; 课程思政; 外科护理学; 课程改革

2016年全国高校思想政治工作会议召开,习近平总书记提出“要使各类课程与思想政治理论课同向同行,形成协同效应”的指示,为传统专业课程教学中融入思想政治教育带来新契机^[1-2]。2019年3月,习总书记在思想政治理论课教师座谈会中再次指出“用新时代中国特色社会主义思想铸魂育人,引导学生增强四个自信”。传统专业课程融入思想政治教育的教育改革趋势势在必行。尤其是医学高职院校的专业主干课程,更应将德育、育人的思政理念融会贯通于课程教学中,才能真正为祖国培养出德才兼备的优秀医务工作者。“课程思政”是“大思政”格局的内在要求,是当前高校思想政治工作的新理念、新模式,护理专业教育者应予以高度关注^[3]。

1 课程思政的内涵

课程思政,是指构建三全育人格局,将专业课与思政课同向同行,形成协同效应,以实现“立德树人”根本任务。高校教师应将高尚的道德情操,鲜明的政治立场和健全的人格渗透入课堂教学中,积极传递正能量,引导学生树立正确的三观,使学生更快更好融入社会主义建设新时代。这既是育人的根本目的,也是实施“课程思政”的根本内涵^[4]。因此,为保证“课程思政”的实现,各专业课教师应充分挖掘本课程思政教育资源,将思政教育元素与课程内容有机融合,形成协同效应^[5]。

2 “课程思政的”发展趋势

“课程思政”中文文献以中国知网(CNKI)数据库为数据源。采用主题检索的方式进行检索,检索时间截至2020年9月12日。检索式为:SU='高职' AND SU='课程思政'。检索到1800条结果,排除学位论文、会议、报纸等,共纳入1272篇学术期刊论文。我们将这些期刊论文导入EndNoteX9软件,去重后得到1268篇。利用Excel软件对纳入的课程思政相关文献进行字段提取,包括发表时间、发表期刊、作者和关键词。采用VOSviewer1.6.13软件对所有关键词进行聚类分析并生成高频关键词聚类分析网络图^[6]。

我们将通过中国知网(CNKI)数据库搜索到的全部关于高职课程思政文献的关键词用VOSviewer1.6.13软件进行分析处理,得到CNKI数据库关于高职课程思政高频关键词聚类分析网络图(如图1)和关键词密度图(如图2),出现频次不少于12次的28个关键词形成了6个聚类。说明目前高职课程思政主要涉及这6个主题。主题1(红色)包括课程思政、思想政治、三全育人、实施路径、立德树人、高职英语、会计专业7个关键词;主题2(绿色)

包括高职数学、融合、改革、教学、路径、实践6个关键词;主题3(蓝色)包括高职、思想政治教育、专业课程、课堂教学、思政元素、教学设计6个关键词;主题4(黄色)包括高职院校、思想政治理论课、协同育人、课程体系4个关键词;主题5(紫色)包括高职教育、课程改革、工匠精神3个关键词;主题6(湖蓝色)包括教学改革、人才培养2个关键词。

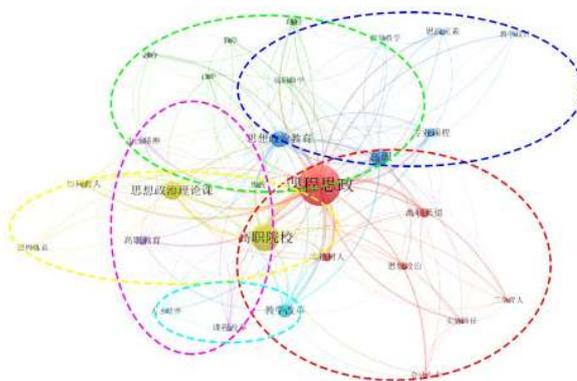


图1 CNKI数据库关于高职课程思政高频关键词聚类分析图

通过密度图(图2)可以看出,密度较大较亮的关键词为课程思政、高职院校、思想政治理论课、教学改革、协同育人、高职英语、高职数学等,说明目前课程思政主题主要集中在这几个方面。这主要与高职院校非思政课教师对课程思政认识不足,重视不够有关。今后,对各专业课程的课程思政方法和路径还有待进一步探究。

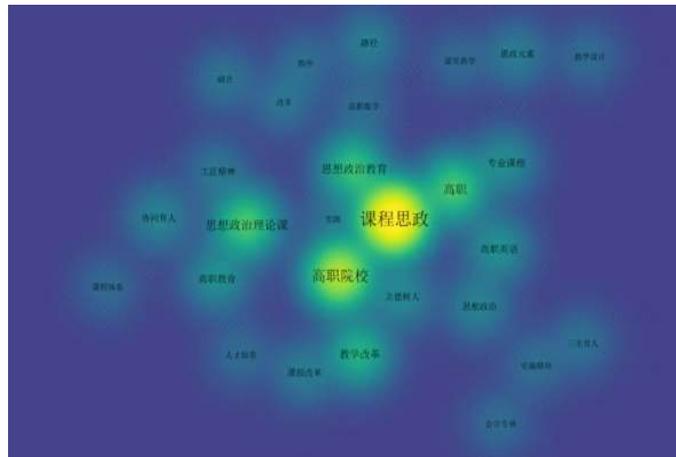


图2 CNKI数据库关于高职课程思政高频关键词密度图

3 高职院校《外科护理学》课程现状及存在问题

3.1 教师对“课程思政”改革的认识不足,重视不够

护理专业课程本身较其他专业就相对较多,加之学生在校学习时长有限,很多专业课教师认为有限的课堂教学时间就应该全部用来讲专业知识点,从而忽略了课程思政教育。同时,还有一部分教师主观认为课程思政是思政老师的职责,自己的职责就是教授本专业专业知识,从而忽略了育人的作用。

3.2 专业教师自身的教育能力和教育理念有待提高和转变

高职护理专业课教师的教育教学能力相对欠缺。一方面,护理学科专业课教师大多毕业于非师范院校,教学基本功不扎实,教学技能欠缺,理论知识储备不足。另一方面,高职护理教师缺乏医院实践锻炼经验,动手能力相对较弱,实践和创新能力薄弱,在指导学生实训时缺乏合理有效的方式方法。因此,高职护理专业课教师要提升教育教学能力,首要任务是转变传统观念,树立“课程思政”教学理念。作为教学工作的实施者和责任人,广大教师要从思想上深刻认识到“课程思政”的重要性。时刻牢记立德树人是高校的立身之本,“才为德之资,德为才之帅”^[9]。

4 如何实施“课程思政”

4.1 构建和完善专业课程育人的培养方案

作为高职护理专业核心主干课,《外科护理学》的地位举足轻重。编制该课程培养方案时,应结合教学目标和学生特点,强化护理人文教育、职业价值观教育;同时该课程也是一门专业实践课,因此强化职业教育和职业操守成为实训教学中的重点内容。

4.2 在灵活多样的教学方法中融入思政教育

4.2.1 立德树人,融入爱国教育

在讲授外科护理学发展史时,结合我国外科发展历史,通过讲解外科发展起源,及历代文献中对外科疾病内容的记载,让学生在了解我国悠久灿烂文明的同时,增加民族文化自信,激发他们的爱国情怀,提高民族自豪感和自信心。我们还在课堂上介绍了中国首例“变脸”手术,通过介绍郭树忠大夫的事迹,开展社会主义核心价值观教育,引导学生树立积极向上、无私奉献、乐观健全的人格。

4.2.2 在教学中融入法治意识教育

现代医学模式要求医护人员在诊疗护理中,与患者拥有平等地位。为确保患者享有生命健康权、隐私权、知情同意权等,这就要求医护人员对患者有诊疗义务、保护患者隐私义务、说明告知义务等^[7]。《外科护理学》应紧贴临床实践和日常生活,结合专业知识,探讨医疗事故、社会热点问题。如在讲授损伤患者护理时,我们引入真实案例:安徽女孩周岩因拒绝同学的求爱,被该男同学狠心泼浓硫酸致全身大面积重度烧伤。通过案例的引入,不仅加深同学对于烧伤深度的理解,更能教育同学树立相关的法律意识。在医疗行为中兼顾患者的利益和医院及医护人员自身的合法权益。用法律法规约束和规范自身的行为。

4.2.3 结合教学内容,融入爱伤教育

医学生未来承担的是救死扶伤的工作,课堂中应注重培养学生科学的生命观和爱伤精神,如在手术后患者护理的教学中,教育学生多换位思考,多关心体贴患者,理解术后病人的疼痛并给予相应的止痛方法减轻患者痛苦。同时指导患者及家属了解术后注意事项,如腰麻术后早期去枕平卧位是为了预防因脑脊液外漏引起的低颅内压性头痛;腹部术后早期鼓励病人下床活动是为了预防肠粘连引起的肠梗阻等。

4.3 利用网络教育平台打造在线课程思政金课

随着网络技术的发展和普及,蓝墨云班课、云课堂、慕课等一大批线上学习平台蓬勃发展,并深刻影响传统教育的各个方面。当今利用大数据技术建立的“云课堂”,让更多学生可以自主学习^[8]。可以通过MOOC平台、超星学习通等将相关的思政教育内容融入专业课程教学之中,并通过平台与学生展开相关讨论。以新型教学模式将课程思政寓教于乐,使学生随时随地可以感受到课程思政的氛围,真正实现专业课程的改革创新。

5 结论

习总书记曾指出“好的思政工作应该像盐,但不能光吃盐,最好的方式是将盐溶解到各种食物中自然而然吸收。”“课程思政”教学改革不是“贴标签”,而要遵循“盐溶于汤”的规律,思政是“盐”,课程是“汤”,汤无盐则无味,盐太多则变味^[9]。因此,在进行《外科护理学》课程思政教学改革中,我们要把握好这个度,既要喝到“汤”,还要喝到美味的“汤”,只有这样才能真正促进高职护理专业课的教学改革和稳步发展,从而为社会培养出更多具有爱国情怀和良好职业道德的医护工作者。

参考文献:

- [1]余江涛,王文起,晏清.专业教师实践“课程思政”的逻辑及其要领——以理工科课程为例[J].学校党建与思想教育,2018(1):64-66.
- [2]程爱娟,张秋丽,刘春霞.浅析外科护理学课程思政建设的实践探索[J].卫生职业教育,2019(22):36-37.
- [3]史瑞芬.论“课程思政”视阈下的护理专业课程教学改革[J].中华护理教育2019年8月第16卷第8期.
- [4]李秀荣,李世海,杨栋.组织学与胚胎学“课程思政”教学改革探索与实践[J].青海医药杂志2019年第49卷10期.
- [5]郭春香,王青.高职院校“课程思政”背景下青年教师教育教学能力提升途径探究[J].知识经济,2019(30):131+133.
- [6]高亚,王菁,刘依嘉,等.基于VOSviewer冠状病毒中、外文研究主题对比分析[J].中国医药导刊,2020,22(2),73-80.
- [7]石庆红,黄紫君.新常态下法文化对培育医学生法治精神的思考[J].卫生职业教育,2016,34(11):11-12.
- [8]陈业丽.大数据时代大学英语课堂中思政教育的渗透[J].科技视界,2017(16):156+178.

快速血糖仪与生化分析仪测定血糖结果比对分析

张彩霞

伊金霍洛旗食品药品检验检测中心, 中国·内蒙古 鄂尔多斯 017200

【摘要】目的:探讨分析快速血糖仪与生化分析仪测定血糖的结果。方法:将2019年2月至2020年2月期间收治的80例糖尿病病员作为研究对象,使用快速血糖仪以及生化分析仪测定血糖值,对比2种仪器的血糖测定结果。结果:快速血糖仪所测得血糖平均值比生化分析仪所测得血糖平均值更低, $P < 0.05$ 。结论:快速血糖仪能够操作简便,可对病患血糖进行实时监测。但快速血糖仪所检测的血糖值尚且无法作为糖尿病的诊断依据。

【关键词】快速血糖仪;生化分析仪;血糖结果;对比

近些年来,随着人们生活水平的提高,人们的生活习惯以及饮食结构也随之发生改变^[1],从而导致我国患上糖尿病的人数呈现上升趋势,为了降低由于血糖升高而导致的并发症发生率,临床中常使用的预防手段就是对病患的血糖进行监测^[2],及时掌握病患血糖水平的变化情况。在对病患进行血糖检测的过程中,较为常见的检测工具为生化分析仪以及快速血糖仪,其具有不同的优势以及特点。基于此,本文主要对快速血糖仪与生化分析仪测定血糖结果进行比对分析,现作如下报道:

1 资料与方法

1.1 资料

将2019年2月至2020年2月期间在我中心接受治疗的80例需进行血糖测定的糖尿病病员作为研究对象,有55例男患,25例女患,年龄范围为26岁至77岁,年龄平均值为 (47.86 ± 3.11) 岁。所有病患本人及其家属均对本研究知情且签署知情同意书。

1.2 方法

在病患空腹状态以及服用葡萄糖2小时状态下,抽取病患的静脉血以及末梢血进行血糖水平检测。仪器为DXC-600型全自动生化分析仪以及德国拜耳快速血糖检测检测仪,把试纸插进快速血糖仪检测孔的底部,将病患无名指末梢血滴入试纸中,血液量为0.6微升,在8秒之后出检测结果;抽取病患同侧上肢的2毫升静脉血,将其送至实验室,完成血清分离之后,采用生化分析仪,使用葡萄糖氧化酶法开展血糖检测工作。

1.3 统计学分析

数据分析使用SPSS15.09,使用百分比(%)表示计数资料,行 χ^2 检验,使用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示计量资料,行t检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

生化血糖仪所测得的血糖值比快速血糖仪所测得的血糖值更高,差异有统计学意义($P < 0.05$),详细对比结果如表一所示。

表一 对比病患使用不同仪器所测得的血糖水平

项目	血糖水平 (mmol/L)
快速血糖仪	(11.53 ± 5.77)
生化分析仪	(12.34 ± 6.12)

3 讨论

在本次研究中,生化分析仪的血糖检测结果比快速血糖仪检测更高。因为在进行血糖检测的过程中,快速血糖仪主要是检测红细胞中的全血葡萄糖含量,而生化分析仪则是检测血清内或血浆内的葡萄糖含量,不包括红细胞,因此检测结果中的葡萄糖含量更高,同时,与快速血糖仪所测得血糖值相比,生化分析仪所测得的血糖值与病患的实际血糖水平更加贴近,因此,生化分析仪的血糖检测结果更加具有代表性。但需注意,快速血糖仪极易受到组织液、消毒剂以及红细胞积压等相关因素的影响,因此,其检测结果准确性没有生化分析仪高。在检测糖尿病病患的血糖水平时,针对疾病病证的诊断确认,须得使用生化分析仪,而对于病患的床旁检测以及自我检测等日常血糖检测则可以选择快速血糖仪。

综上所述,快速血糖仪具有操作简便快捷、可以实时监测、反应速度快等优点,可以在糖尿病病患的床旁监测以及自我监测中推广应用,但是其检测结果不能作为糖尿病诊断结果的依据。

参考文献:

- [1]朱丹鹤.全自动生化分析仪与快速血糖仪的血糖检测结果分析[J].中国医疗器械信息,2020,26(08):99-100.
- [2]左焕玉.快速血糖仪与全自动生化分析仪检测血糖结果的差异分析[J].中国医疗器械信息,2020,26(06):184-185.

探究医院 X 光机的原理和维修要点

王喜顺

沈阳市沈北新区中心医院, 中国·辽宁 沈阳 110000

【摘要】 X 光机在各种医疗器械中起着关键作用。近年来, 信息技术和相关的 X 射线技术倡议取得了全面进展优化。由利用 X 光可以彻底而准确地检查身体的某些部位, 并获得治疗结果。因此, 很明显, X 光机在目前的卫生系统中具有关键价值, 这需要对有关的基本操作机制进行检查, 并根据使用的实际情况对 X 光机进行全面的维修。

【关键词】 医院 X 光机; 基本原理; 维修要点

引言

X 光机, 特别包括 X 射线灯泡和机器的电源, 控制装置, 阴极灯泡, 阳极靶和真空玻璃总统 X 光机的电源分为高压和低压两部分电源。提供高压电场, 使灯具上的电子加速通过阳极, 将 99% 变成热量, 1% 变成 X 射线。

在基本特性方面, X 光机的输出功率相对较高。这是因为 X 光机配备了一条高压线路, 用电压测量来执行自己的电源操作。电容性组合球管可以利用反转技术实现更精确的人体检测和避免相对的身体伤害重要的一般规则, 组合球管可以通过特定比例的高压电或能量来连续检测人体。X 光机的装置应实时修理, 以消除某些潜在风险, 并延长这些设备的使用寿命。

1 X 光机的基本原理

在目前的情况下, 大多数 X 光机械都配备了电路板和电源存储电路, 以便通过由 X 光机的机械控制升降介质提供连续电力。特别是, 能源储存电路应具有容量比电, 通常至少 10 个电池电路在两侧的电容量位置均应提供必要的串联保证, 以加强对电路板的全面保护。这种保护防止电容器被撞击, 并防止整个电容器受到威胁, 以致于突然中止电容器或引起其他问题。

高压电路配备了一个逆变器, 该逆变器可用于实时触发信号的全局传输, 并且与该发生器配合发射触发脉冲。连接放大器允许信息传输完整的在某些情况下, 如果高压脉冲转化为通道, 可以触发相关的可控。同时, 主变压器也应超过一定比例的电流负载。与上述触发方法相比, 高压变压器具有完全相反的触发过程, 因此接收到的反向功率更大转换。此外, 高压变压器必须配备必要的纠正措施, 使筒体管的正负极都能获得高电压。

2 医用 X 光机的维修要点

2.1 针对点片装置进行维修

点片装置具有相对复杂的内部结构, 因此器件故障的特征往往是多样性, 在某些情况下, 如果点片装置或推进把手柄的移动, 整个器件可以向前移动。手柄反向操作, 所述点片装置可能被损坏, 以使所述点片装置不能再移动。如果要正确地修理这些故障, 还必须根据设备的电路板进行修理。应检查有关的开关元件, 以确保其运行。正确地对于一些运行频率相对较高的 X 光机, 所需的电缆可以是频繁损坏的形式。例如, 当电缆质量差, 甚至断裂状态时, 应该在电缆故障的背景下进行维护。执行维修的过程中, 如果发生这种故障, 应以新的更好的电缆取代。所述线路更换保持了所述设备的最佳性能, 从而延长了所述设备的整体操作时间。

2.2 针对系统线路进行维修

在目前的故障类型中, 线路故障应构成更严重的故障。X 光机一旦表现为线路故障, 这可能会损害整个系统的正常运行。执行部分由于疏忽, 某些线路将被迅速烧毁, 以致造成损害。因此, 在修复线路时, 必须使用特定类型的自动计数器和其他检测装置

准确地评估故障点, 然后修复整个故障点。日常业务 X 光机也受到定期线路测量, 从而完全消除了烧伤或其他机械损伤, 并确保 X 光机的安全。此外, 在某些情况下, 系统可以显示典型的图像故障。模糊的检查故障时这些条件已经具备, 需要对某些类型的废物进行全面评估。断层触摸屏没有提供更清晰的图像或信息, 甚至不允许顺利连接, 通常可以确定相关的实际违约, 最常见的是已发生的违约。当一种特殊类型的电路通常情况下, 可以恢复主地图的运行状态并延长其运行时间。

3 医用 X 线机的维护和保养

3.1 工作人员掌握设备原理及性能

在 X 线机开机运行之前, 电源的使用时必须及时检查, 一旦设备安装后, 电压表和电源电流运行。通常根据程序选择曝光的合理条件相关的各种按钮调整或开关, 检查指示性值是否正常; 使用该装置后, 关闭电源。电路如果有问题的时候, 就需要将电源被及时关闭, 维修人员被告知设备的维修情况, 以避免损坏。

3.2 医用 X 线机应由专人负责

除了日常维护外, X 光机维修人员还将进行定期、系统的维护。通常可以设定一年或半年的期限很全面检查, 及时发现隐患, 简单的维修和维护, 特别包括定期的外部连接电缆、控制台布线、地线和网络连接控制、验证, 导线绝缘层是否损坏, 固定螺丝是否松动; 检查螺丝与设备的连接情况 (检查显示器是否正常; 高压变压器应定期检查连接线是否断裂, 清理高压电缆插座、接头, 及时更换绝缘板等工作。清除设备内外灰尘, 保证 X 光机清洁有序; 在注册维护过程。有效地遵守上述维护措施, 可以避免错误, 延长设备的使用寿命, 降低成本。

4 结束语

总之, 医用 X 光机在医院中是非常重要的。它可以用来认识患者胸、肝、胆等器官的具体情况, 也可以充分了解患者身体的具体情况。为医务人员的诊断提供了有力的依据, 提高了诊断水平。但使用前应明确工作原理在严格按照使用和操作规程。充分延长 X 光机的使用寿命和应用功能要做好日常维护工作, 防止使用中出现故障。

参考文献:

- [1] 崔金剑, 何晓博. 探究医院 X 光机的原理和维修要点[J]. 中国医疗器械信息, 2018, 24(12): 142-143.
- [2] 潘欣. 医院 X 光机的原理及维修对策分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 15(A0): 300.
- [3] 谭宏海, 马勇, 王苏丽, 仝小东, 赵文艳. 医院 X 光机的原理和维修对策分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 15(25): 256.

作者简介:

王喜顺(1972.12-), 男, 汉, 辽宁沈阳, 中级工程师, 本科, 研究方向: 医疗器械维修保养与管理。

心脏彩超诊断高血压左室肥厚伴左心力衰竭的价值及准确性分析

胡敏

成都中医药大学附属医院, 中国·四川 成都 610075

【摘要】目的: 分析心脏彩超在高血压左室肥厚伴左心力衰竭患者临床诊断中的价值, 并对该检查方式的准确性进行探析。方法: 本研究于我院2019年1月-2019年12月间收治的高血压左室肥厚伴左心力衰竭患者中随机选取104例患者进行临床研究, 并将其设为观察组, 同时选取同一时间段在我院接受体检的104例健康人作为对照组, 两组研究对象在签署知情同意后均接受心脏彩超和血压诊断。本研究将通过两组研究对象的心脏彩超和血压诊断结果进行记录比较, 分析心脏彩超在高血压左室肥厚伴左心力衰竭患者临床诊断中的价值及准确性。结果: 利用统计学软件对组间各项观察指标数据差异进行验证比较后发现, 观察组的舒张压和收缩压水平均明显高于对照组 ($P < 0.05$), 且观察组的各项心脏彩超指标水平相较于对照组也差异较大 ($P < 0.05$); 通过对观察组不同心功能分级患者的心脏彩超指标水平差异进行对比发现: 观察组心功能 I - II 级的各项心脏彩超指标均要优于 III - IV 级者, 组间差异有意义, $P < 0.05$ 。结论: 高血压左室肥厚伴左心力衰竭患者的各项心脏彩超检查指标相较于健康人差异较大, 这说明利用该检查方式能够有效对患者与健康人进行区分。且本研究还发现, 高血压左室肥厚伴左心力衰竭患者的各项心脏彩超检查指标会随着心功能等级的提升而降低, 这说明通过对比分析受检者的各项心脏彩超指标水平, 便可在一定程度上判断患者的病情严重程度, 从而能够为患者的临床治疗提供更加有效且充足的参考资料, 有助于患者的治疗。

【关键词】心脏彩超; 高血压左室肥厚伴左心力衰竭; 诊断价值; 准确性

在临床上, 高血压的出现不仅会导致患者出现血压升高、易疲劳、头痛和心悸等症状, 还会增加患者发生心、脑、肾等器官损害的概率, 并威胁。现代研究发现, 高血压是导致血管受到损害的重要因素, 由高血压所致的动脉粥样硬化也是心血管系统疾病中最为常见的一种疾病类型。由此可见, 预防并控制高血压的出现对于广大人们群众安全的保障意义显著。目前, 高血压左室肥厚伴左心力衰竭在各类高血压并发症中十分常见, 且该类患者发病时常伴有左心力衰竭, 严重威胁广大患者的生命安全。现代研究发现, 高血压左室肥厚伴左心力衰竭具有发病率高、死亡率高和预后差的特点, 故早诊断、早治疗对于该疾病患者健康及生命的保障有着重要的意义。为此, 本文便选取我院2019年1月-2019年12月收治的104例高血压左室肥厚伴左心力衰竭患者及相同数目的健康人进行研究, 并通过对两组研究对象的心脏彩超诊断结果进行差异进行比较, 分析该检查方式在患者诊断中的价值及准确性, 希望能够为广大高血压左室肥厚伴左心力衰竭患者的诊断及治疗提供对应的资料帮助, 现总结相关研究资料报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院伦理委员已阅读并批准此研究的施行, 并于我院2019年1月-2019年12月间收治的高血压左室肥厚伴左心力衰竭患者中随机选取104例患者作为观察组, 另选取同一时间段在我院接受体检的104例健康人作为对照组。观察组中: 男53例、女51例; 最高年龄者83岁, 最低年龄者44岁, 年龄平均值为 (61.39 ± 5.14) 岁; 最长病程者18年, 最短病程者7年, 病程平均值为 (61.57 ± 5.11) 岁; 其中心功能 I 级者28例、II 级者39例、III 级者25例、IV 级者12例。对照组: 男52例、女52例; 最高年龄者85岁, 最低年龄者43岁, 年龄平均值为 (61.77 ± 5.13) 岁。实验组和对照组研究对象的性别和年龄数据经统计学软件验证差异后发现无意义, P 值大于 0.05, 符合本研究中各项观察指标的比较标准。

1.1.1 纳入标准

①观察组患者均经临床诊断确诊为高血压左室肥厚伴左心力衰竭; ②两组患者的病历资料均真实完整; ③两组患者均自愿进行知情同意书的签署; ④对照组研究对象均身体健康, 未合并心脑血管疾病及高血压、糖尿病等慢性疾病。

1.1.2 排除标准

①排除合并认知障碍、沟通障碍及精神疾病病史者; ②排除存在既往胸部手术史者; ③排除合并重要器官功能障碍者; ④排除中途退出研究者。

1.2 方法

观察组和对照组研究对象均接受心脏彩超检查, 仪器选取 GE 公司生产的 Vivid E9 型号的彩色超声诊断仪, 对探头频率 (6MHz) 进行设置后指导患者取左侧卧位, 经常规检查前健康知识宣教 (通过言语交流的方式向患者宣教心脏彩超检查方式的安全性及可靠性, 并帮助患者了解大致检查流程, 安抚患者的负性情绪并提升依从性) 后对患者的胸骨左院长轴切面进行探查, 后缓慢移动探头探查患者的心尖四腔和五腔心切面情况。

观察组和对照组研究对象在心脏彩超检查30min后均接受血压检查, 应用血压测量仪对患者的血压水平进行测量。

1.3 评定标准

应用统计学软件验证并比较观察组和对照组的血压水平和各项心脏彩超检查指标水平差异, 并对观察组患者中不同心功能等级者的各项心脏彩超检查结果差异进行对比。

血压水平: 舒张压 (diastolic blood pressure, DBP)、收缩压 (Systolic pressure, SBP)。

心脏彩超检查项目: 左心室舒张末内径 (left ventricular end-diastolic dimension, LVEDD)、左心室收缩末内径 (left ventricular end-systolic dimension, LVESD)、左心室射血分数 (left ventricular ejection fraction, LVEF)、左心室重量指数 (left ventricular mass index, LVMI)、左心室短轴缩短率 (left ventricular fractional shortening, LVFS)、冠状动脉左前降支对角支 (left Anterior Descending Diagonal, LADd)、左心室后壁厚度 (left Ventricular Pos-

terior Wall Dimensions, LVPWd) 和心室舒张期早/晚期最大血流速度比值 (E/A)。

1.4 统计学方法

统计学软件为SPSS 20.0, 计数指标和计量指标表示方法分别为 n (%) 和 ($\bar{x} \pm s$), 检验方法则为 χ^2 和 t, 当检验结果 (P) < 0.05 时为有意义。

2 结果

2.1 患者与健康体检者的血压水平差异

表1显示: 观察组和对照组的血压水平差异较大 (P < 0.05), 观察组的 DBP 和 SBP 水平相对对照组均较高。

表1 血压水平组间差异对比 ($\bar{x} \pm s$) mmHg

组别	n	DBP	SBP
观察组	104	96.35 ± 4.57	149.55 ± 5.36
对照组	104	81.54 ± 3.59	124.62 ± 5.93
t	-	25.9888	31.8059
p	-	0.0000	0.0000

2.2 患者与健康体检者的各项心脏彩超检查结果差异

表2显示: 观察组和对照组的各项心脏彩超检查结果差异存在统计学意义 (P < 0.05), 观察组的 LVEDD、LVESD、LVMI、LADd 和 LVPWd 水平相对对照组均较高, LVEF、LVFS 和 E/A 水平则相对对照组较低。

2.3 观察组不同心功能分级者的各项心脏彩超指标差异对比

分析表3发现: 观察组心功能 I - II 级的各项心脏彩超指标均要优于 III - IV 级者 (P < 0.05), 同心功能 I - II 级者相比, 心功能 III - IV 级者的 LVEDD、LVESD、LVMI、LADd 和 LVPWd 水平较高, LVEF、LVFS 和 E/A 水平则较低。

3 讨论

近几年, 因我国人口老龄化和生活压力不断增加等问题的影响, 以高血压为代表的各类慢性疾病发病率更在逐年提升, 慢性病已成为威胁我国人民群众身体健康的致命杀手。据相关统计, 我国约有 80% 的死亡可归因于慢性病, 由此可见慢性病的危害。在临床上, 高血压作为一种较为常见的慢性病, 并不会直接威胁患者的生命, 但该疾病易并发或伴有心血管疾病, 故对患者健康

及生命的威胁较大, 本文所研究的左室肥厚便属于高血压并发症中较为常见的一种。现代医学通过对该疾病的研究发现, 因高血压患者长期处于高压状态, 动脉血压的升高会促进心脏负荷的提升, 从而导致左心室代偿性肥厚症状的出现。在临床上, 高血压左室肥厚患者无特异性临床症状, 但随着病情的逐渐加重, 患者的心肌收缩功能会逐渐下降, 并导致患者出现胸闷和头晕等症状, 若患者在该阶段未及时治疗, 便可能造成病情的进一步加重, 导致左心力衰竭等症状的出现, 并有一定的概率诱发肺水肿或心源性休克, 威胁患者生命。因此, 早诊断、早治疗对于高血压左室肥厚伴左心力衰竭患者病情的缓解及预后的改善有着重要的意义。为此, 本文便针对高血压左室肥厚伴左心力衰竭患者诊断中心脏彩超的应用价值及准确性进行了研究, 结果发现: 观察组与对照组的血压水平及各项心脏彩超指标水平差异较大 (P < 0.05)。这一研究结果证明: 心脏彩超能够较准确的对健康人及高血压左室肥厚伴左心力衰竭患者进行区分, 临床诊断准确性较高。本研究还发现: 观察组心功能 I - II 级的各项心脏彩超指标同心功能 III - IV 级者相比差异较大 (P < 0.05)。这一研究结果证明: 心脏彩超不仅能够较准确的诊断受检者是否患有高血压左室肥厚伴左心力衰竭, 还能通过对各项临床检测结果的具体分析, 初步判断患者的病情严重程度, 不仅有助于诊断精确性的提升, 还能够对患者的治疗提供更加丰富参考资料, 从而有助于患者的治疗。

综上所述, 心脏彩超在高血压左室肥厚伴左心力衰竭患者诊断中不仅具有准确性高的优点, 还能够初步判断患者的病情严重程度, 从而有助于患者的诊断与治疗。

参考文献:

- [1]杨舒, 林晓丹, 陈凡民. 心脏彩超诊断高血压左室肥厚伴左心力衰竭的临床价值[J]. 当代医学, 2020, 26(34): 70-72.
- [2]刘燕. 心脏彩超是否能有效对高血压左室肥厚伴左心力衰竭进行诊断及准确性分析[J]. 影像研究与医学应用, 2020, 4(19): 188-189.
- [3]郝凌云. 心脏彩超诊断高血压左室肥厚伴左心力衰竭的应用价值[J]. 系统医学, 2020, 5(14): 95-97.

表2 各项心脏彩超检查结果组间差异对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	LVEF (%)	LVESD (mm)	LVEDD (mm)	LADd (mm)	E/A	LVMI (g/m ²)	LVPWd (mm)	LVFS (%)
观察组	104	45.27 ± 2.02	45.05 ± 3.56	58.19 ± 4.12	51.09 ± 5.14	0.88 ± 0.24	146.19 ± 3.28	5.46 ± 0.41	22.37 ± 1.25
对照组	104	65.85 ± 2.38	25.87 ± 3.61	46.37 ± 3.51	37.23 ± 4.51	1.34 ± 0.25	107.55 ± 3.52	4.38 ± 1.12	30.05 ± 1.02
t	-	67.2319	38.579	22.2711	20.6702	13.5364	81.9011	9.2345	48.5455
p	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

表3 观察组不同心功能分级者的各项心脏彩超指标差异对比 ($\bar{x} \pm s$)

级别	n	LVEF (%)	LVESD (mm)	LVEDD (mm)	LADd (mm)	E/A	LVMI (g/m ²)	LVPWd (mm)	LVFS (%)
I、II级	67	58.63 ± 7.62	43.91 ± 4.27	51.25 ± 5.32	46.83 ± 4.84	1.05 ± 0.23	127.52 ± 4.82	5.14 ± 0.68	25.63 ± 1.61
III、IV级	37	51.25 ± 5.39	46.59 ± 4.92	60.35 ± 5.46	57.51 ± 5.23	0.58 ± 0.32	152.68 ± 5.39	6.01 ± 0.57	20.84 ± 1.39
t	-	8.0635	4.1953	12.1736	15.2844	12.1627	35.4847	9.9992	22.9658
p	-	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

舒利迭联合无创通气治疗老年慢性阻塞性肺疾病呼吸衰竭临床探究

陈冬玲 付传发*

重庆市沙坪坝区人民医院, 中国·重庆 400030

【摘要】目的: 针对舒利迭与无创通气联合治疗老年慢性阻塞性肺疾病呼吸衰竭的作用与临床价值进行探究, 为临床工作提供参考。方法: 将在我院接受治疗的老年慢性阻塞性肺疾病呼吸衰竭患者为研究病例, 共抽出符合实验研究标准的病例100例, 随机将患者分为对照组(n=50)和观察组(n=50), 将无创通气治疗应用于对照组临床, 观察组给予舒利迭联合无创通气治疗, 对两组患者的临床疗效进行比较。结果: 观察组患者治疗后心率、呼吸频率指标以及气血指标均优于对照组(P<0.05)。结论: 老年慢性阻塞性肺疾病应采用舒利迭联合无创通气的综合疗法进行治疗, 与单一疗法相比效果更明显。

【关键词】舒利迭联合无创通气; 老年慢性阻塞性肺疾病; 呼吸衰竭

引言

慢性肺阻塞疾病是一种带有气流阻塞特征的慢性疾病, 多由长期性的慢性支气管炎等疾病引起, 其致死率和致残率极高, 极有可能诱发肺心病和呼吸衰竭^[1]。老年慢性肺阻塞患者由于身体素质下降, 患有多种慢性疾病, 出现并发症的几率更高, 治疗难度也更大。目前在全球范围内, 40岁以上人群患慢性肺阻塞的几率已升至10%, 这一疾病的治疗研究工作受到了广泛关注。舒利迭是治疗哮喘的常用药物, 无创通气不需要建立人工气道, 主要借助呼吸机的口罩面罩给予患者正压通气, 两种治疗模式联合, 可各自发挥优势, 取得更有效的治疗效果。相关研究报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本文共纳入100例老年慢性阻塞性肺疾病呼吸衰竭患者作为研究对象, 将患者随机分为对照组(50例)和观察组(50例), 其中对照组男女患者比例为25:25, 年龄为62~80岁, 平均年龄(62.41±2.10)岁; 病程2~21年, 平均(8.23±1.21)年; 观察组男女患者比例为23:27, 年龄为61~81岁, 平均年龄(63.16±2.13)岁; 病程2~20年, 平均(7.57±1.35)年。

1.2 方法

两组患者的基础性治疗模式相同, 均为祛痰治疗、解痉治疗和抗感染治疗。在此基础上, 对照组中全部患者均接受无创通气治疗, 观察组全部患者接受无创通气治疗并吸入舒利迭药物。选择S/T模式, 将呼吸机的初始吸气压力参数设定为2~4cmH₂O, 后续根据实际情况适当上调, 最高至18cmH₂O。吸氧浓度指标设置为3L/min。每日两次, 每次2h, 坚持治疗18d。观察组患者在上述治疗的基础上应用舒利迭, 丙酸氟替卡松50μg每次, 每日两次, 坚持应用72h^[2]。

1.3 观察指标

观察与对比的指标为两组患者的心率、呼吸频率、PaO₂、PaCO₂、pH值, 治疗前与治疗后的数据均作对比。

1.4 统计学研究

对实验数据进行汇总后, 全部录入SPSS20.0软件系统中进行处理, 计量资料(x±s)以及计数资料(%)分别行χ²和t检验, 数据分析及验算结果下, P<0.05时, 差异有统计学意义, P>0.05则差异无统计学意义。

2 结果

对照组: 患者接受治疗前以及治疗两个疗程后的心率指标分别为(105.23±9.28)BPM和(95.26±7.14)BPM; 接受治疗前与治疗后的呼吸频率指标分别为(26.31±3.20)次/min和(23.21±4.06)次/min。观察组: 患者接受治疗前以及接受治疗后的心率指标分别为(106.48±8.63)BPM和(84.77±7.65)BPM; 治疗前与治疗后的呼吸频率指标分别为(26.39±4.82)次/min

和(18.32±3.63)次/min。P<0.05。

实验开始前, 两组患者的血气指标不存在明显差异。治疗后的数据与治疗前相比可知, 两组治疗均达到了一定的改善效果, 纵向比较之下, 观察组患者的治疗后血气指标优于对照组(P<0.05)。见表1。

表1 两组患者治疗前与治疗后的血气指标差异

组别	时间	PaO ₂	PaCO ₂	PH值
对照组	治疗前	47.36±3.29	84.21±5.39	7.19±0.10
	治疗后	74.28±6.35	62.36±5.73	7.33±0.32
观察组	治疗前	51.27±5.88	83.14±6.93	7.25±0.16
	治疗后	85.13±6.44	55.52±5.68	7.43±0.37

3 讨论

慢性肺阻塞以咳嗽、咳痰、胸闷气短、喘息为典型症状, 目前尚不清楚确切的病因, 已有的研究推断, 慢性肺阻塞的危险因素主要为环境及患者的易患因素。中老年人群是慢性肺阻塞的主要发病群体, 而我国作为人口老龄化国家, 慢性肺阻塞的发病率偏高, 面对大量已经引发了呼吸衰竭的患者, 治疗研究工作正积极开展。无创通气治疗目前已经作为一种常规的治疗手段, 用于改善通气及换气功能, 效果显著, 能有效降低PaCO₂水平, 提高PaO₂水平, 并且不会造成任何损伤, 减少了患者的痛苦, 对于老年患者来说, 对治疗的依从性也更高。舒利迭是一种治疗哮喘的辅助用药, 用药方式为口腔吸入, 其作用是降低病人气道中的嗜酸粒细胞及中性粒细胞活性, 控制肺泡壁的炎症反应, 提高气道的通气功能, 从而达到改善呼吸衰竭的效果, 与无创通气联合作用, 效果更佳^[3]。

经实验研究和数据统计, 结果表明: 观察组患者在联合治疗的治疗下, 心率、呼吸频率指标以及PaO₂、PaCO₂、pH值指标均优于单一治疗下的对照组(P<0.05)。

综上, 与单一无创通气治疗相比, 舒利迭联合无创通气治疗老年慢性阻塞性肺疾病呼吸衰竭能够达到更为理想的效果, 尤其是在患者心率、呼吸频率、PaO₂、PaCO₂的改善方面, 且不会对pH值产生较大的影响, 具有起效快、服用剂量小等优点, 值得在临床中推广使用。

参考文献:

- [1]叶树培.舒利迭联合无创通气治疗老年慢性阻塞性肺疾病呼吸衰竭的疗效[J].临床医学工程,2017,24(08):1099-1100.
- [2]付强,王红鸾.舒利迭联合无创通气治疗老年慢性阻塞性肺疾病呼吸衰竭患者的临床分析[J].当代医学,2017,23(20):34-36.
- [3]梅洪宝.舒利迭联合无创通气治疗老年慢性阻塞性肺疾病呼吸衰竭的疗效分析[J].现代诊断与治疗,2016,27(02):279-280.

新冠肺炎疫情期间医务人员情绪状态、人格特征与自我效能感的关系研究

吴翔宇 李 朗 刘心怡 刘佰川
武警后勤学院, 中国·天津 300309

【摘要】目的: 了解新冠肺炎(Coronavirus Disease 2019, COVID-19)期间医务人员的情绪状态, 探讨医务人员情绪状态、人格特征与自我效能感三者之间的关系。方法: 选择某定点收治医院327名医务人员为研究对象, 进行问卷调查, 施测一般自我效能感量表(General Self-Efficacy Scale, GSES)、艾森克人格问卷(Eysenck Personality Questionnaire, EPQ)、正性负性情绪量表(The Positive and Negative Affect Scale, PANAS)。结果: (1) 327名受试者在正性情绪的平均得分为33.12, 程度为“中等”, 负性情绪的平均得分为20.19, 程度为“较轻”。(2) 正性负性情绪、艾森克人格各维度与自我效能感得分之间两两相关系数绝对值为0.14~0.60之间。(3) 艾森克人格特征的内外向维度和正性情绪均可正向预测自我效能感, 正性情绪在内外向与自我效能感的关系中具有不完全中介效应, 间接效应占比为64.29%。结论: 疫情期间医务人员情绪普遍较为稳定, 正性情绪、负性情绪两方面均可体现; 正性情绪、内外向与自我效能感存在相关, 内外向在正性情绪与自我效能感关系中不存在不完全中介作用。

【关键词】新冠肺炎; 自我效能感; 正性情绪; 内外向

2019年末, 新冠肺炎在武汉最初爆发, 世界多国先后爆发了新冠肺炎疫情(Coronavirus Disease 2019, COVID-19), 根据世卫组织的数据, 截至2021年2月18日上午10时(欧洲中部时间), 全球感染人数超过1亿人, 死亡人数240多万, 疫情最为严重的美国感染人数2千700多万人, 死亡人数超过48万^[1]。新冠肺炎给我国人民生活和经济发展带来了巨大负面影响, 有研究显示, 新冠肺炎流行期间, 高中生的应激、焦虑反应较强, 比一般员工要重, 应激反应可能与新冠肺炎患者密切接触史有关^[2]。一项武汉地区大学生研究表明^[3], 武汉地区大学生, 疫情期间普遍存在不同程度心理行为困扰。而这些困扰与是否身处中高风险地区, 以及感染新冠肺炎等因素有关。一项研究分析了疫情期间国内外各主要文献检索网站发表文章, 进行不同人群心理状态的Meta分析^[4], 发现疫情期间睡眠问题、恐惧及焦虑症状的检出率较高, 尤其是进行医学隔离或自我隔离人员的心理状态需要加以重点关注。另有研究显示^[5], 与往年相比, COVID-19疫情导致春节后我国的社会经济活动减弱期延长了2~3周, 而社会经济活动强度的最低值降低了0.10, 这表明疫情对我国短期经济发展带来了较大影响。

医务人员是抗击新冠疫情的主力军和一线人员, 其工作状态对抗击疫情影响较大。针对精神科医务人员的研究表明^[6], 精神科医务人员总体幸福感维持正常水平, 科学合理的应对方式、心理相关科普读物的阅读及社会支持有助于维持良好心理健康状态。而针对护理人员的研究表明, 支援武汉的护理人员心理健康状况相对较差。广东某医院的一线护理人员焦虑、危机反应和心理障碍等症状比较普遍, 需重点给予一线护理人员特殊照顾和心理干预^[7-8]。这表明作为抗击新冠肺炎疫情一线战士的医务人员, 的确存在一定程度心理困扰。医务工作者的心理状态对临床工作效果有直接的影响, 影响到感染患者的治疗, 因此对这一群体进行调查, 有充分的必要性。本研究试图从其情绪状态、性格特征和自我效能感方面, 对医务人员目前的状态进行调查。

人格特征可能影响自我效能感, 一项针对大学生的研究指出艾森克人格问卷各维度与自我效能感存在显著相关, 两者之间存在一定相关关系^[9]。另一项针对集训期维和官兵的研究指出, 情绪状态对自我效能感也有一定影响^[10]。Cohrdes^[11]指出, 自我效能感和情绪稳定性有助于负面经历的影响, 如可以减少儿童时期负面经历对青少年阶段心理、身体上生活质量(health-related quality of life, HRQoL)的影响。Zainuddin^[12]的研究表明, 自我效能感

可以提高口腔疾病患者应对疼痛的耐受力。因此, 本研究试图探索不同性别、不同岗位医务人员在人格特征、情绪状态以及自我效能感方面是否存在差异, 以及自我效能感的不同程度之间, 医务人员人格特征和情绪状态是否存在差异。在此基础上, 进一步探讨情绪状态在人格特征内外向维度对自我效能感影响的中介效应。

1 对象和方法

1.1 研究对象

采取整群抽样的方法选取某定点医院350名医务工作者, 采用网络平台设计问卷, 为确保真实作答, 采取不记名施测, 剔除答题时间过短(答题时间<2 min), 漏答以及规律作答后, 得到有效问卷327份, 其中男性70人, 女性257人, 问卷有效率93.43%。

1.2 研究工具

1.2.1 自制一般情况的调查问卷 系一般人口学特征, 为单选题目。

1.2.2 正性负性情绪量表(The Positive and Negative Affect Scale, PANAS)原量表由Watson和Clark于1988年编制, 用于评定正性和负性情绪, 中文版由黄丽等^[13]人翻译, 采用1-5分的5级评分法。该量表Cronbach's α 为0.75, 正性情绪Cronbach's α 为0.92, 负性情绪Cronbach's α 为0.91。

1.2.3 艾森克人格问卷(Eysenck Personality Questionnaire, EPQ)采用龚耀先修订版, 包含88个条目, 各项目答案只有“是”、“否”, 最后记分按照神经质(N)、内外向(E)、精神质(P)与掩饰性(L)4个分量表进行。该量表Cronbach's α 为0.69, 各个维度在0.60~0.91之间。

1.2.4 一般自我效能感量表(General Self-Efficacy Scale, GSES)采用王才康^[14]修订版, 共有10个题目。该量表有良好的信效度, 1周间隔的重测信度为0.83。本研究中该量表Cronbach α 系数为0.92。

1.3 统计方法。采用SPSS25.0, 进行信度检验、Pearson相关分析、t检验、单因素方差分析及中介效应检验。

2 结果

2.1 基本情况

如表1所示, 327名受试者EPQ的3个人格维度, 内外向、神经质、精神质平均得分分别为 10.28 ± 4.79 、 8.16 ± 6.00 、 3.96 ± 2.61 。正性负性情绪量表中, 正性情绪平均得分为 33.12 ± 6.75 、负性情绪平均得分为 20.19 ± 6.23 。自我效能感平均得分为 26.06 ± 5.70 。相关分析发现, EPQ各人格维度、自我效能感以及正性

负性情绪两两之间相关均达到显著水平,除内外向与神经质相关显著性为 $P < 0.05$ 外,其余两两相关显著性均为 $P < 0.01$ 。

表1 EPQ人格特征、正性负性情绪和自我效能感的相关系数

	M	SD	1	2	3	4	5	6
1内外向	10.28	4.79	1					
2神经质	8.16	6	-0.14*	1				
3精神质	3.96	2.61	-0.24**	0.19**	1			
4正性情绪	33.12	6.75	0.51**	-0.41**	-0.35**	1		
5负性情绪	20.19	6.23	-0.24**	0.45**	0.19**	-0.40**	1	
6自我效能感	26.06	5.7	0.42**	-0.39**	-0.20**	0.60**	-0.44**	1

注: * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$ 。

2.2不同性别、不同岗位医务人员人格特征、正性负性情绪和自我效能感比较

不同性别医务人员人格特征、正性负性情绪和自我效能感比较来看,不同性别医务人员在EPQ神经质 ($t = -3.02, P < 0.01$)、负性情绪 ($t = -2.71, P < 0.01$) 上存在显著差异。内外向、精神质、正性情绪以及自我效能感之间不存在显著差异(见表2)。

不同岗位医务人员人格特征、正性负性情绪和自我效能感比较,不同岗位医务人员在EPQ神经质维度上存在显著差异 ($F = 6.103, P < 0.001$)。普通病房与过渡病房 ($P < 0.001$)、一线岗位 ($P < 0.01$) 之间存在显著差异,其余组别之间无显著差异(见表3)。

表2 不同性别医护人员的EPQ人格特征、正性负性情绪和自我效能感

组别	n	内外向	神经质	精神质	正性情绪	负性情绪	自我效能感
男性	70	10.63±4.35	6.26±5.73	4.39±2.80	34.40±7.24	18.41±6.45	27.01±6.43
女性	257	10.18±4.90	8.67±5.98	3.84±2.55	32.77±6.58	20.67±6.09	25.81±5.47
t		0.7	-3.02	1.55	1.8	-2.71	1.58
P		0.487	0.003	0.122	0.073	0.007	0.116

表3 不同岗位医护人员的EPQ人格特征、正性负性情绪和自我效能感

组别	n	内外向	神经质	精神质	正性情绪	负性情绪	自我效能感
普通病房	89	9.61±4.95	10.18±5.92	4.19±2.55	31.79±6.76	20.63±6.25	25.20±5.45
预检分诊	41	11.00±4.89	8.88±6.74	3.80±2.20	32.90±6.06	21.85±7.21	25.85±6.44
过渡病房	83	10.40±4.46	6.71±4.64 ^a	3.77±2.60	34.17±6.61	18.82±5.51	26.35±5.23
一线岗位	114	10.45±4.84	7.37±6.27 ^b	3.96±2.82	33.46±6.99	20.24±6.19	26.61±5.93
F		0.959	6.103	1.109	1.957	2.501	0.422
P		0.412	<0.001	0.346	0.12	0.059	0.737

a: 与普通病房相比, $P < 0.001$; b: 与普通病房相比, $P < 0.01$ 。

表4 不同程度自我效能感医护人员的EPQ人格特征和正性负性情绪

组别	n	内外向	神经质	精神质	正性情绪	负性情绪
低自我效能感	58	7.29±3.87	11.86±7.40	4.95±3.15	26.76±5.66	24.29±6.98
中自我效能感	223	10.27±4.57	7.80±5.49	3.85±2.47 ^a	33.46±5.73	20.09±5.56
高自我效能感	46	14.04±4.25	5.22±3.94	3.22±2.23 ^b	39.46±5.81	15.48±4.72
F		34.918*	17.984*	5.338	64.330*	31.279*
P		<0.001	<0.001	0.006	<0.001	<0.001

注: *: 不同自我效能感组别之间均有差异, $P < 0.001$ 。

a: 与低自我效能感组相比, $P < 0.05$; b: 与低自我效能感组相比, $P < 0.01$ 。

表5 正性情绪在内外向与自我效能感关系中的中介效应检验结果

结果变量	预测变量	β	SE	t	R ²	F	
方程1	自我效能感	内外向	0.42	0.05	8.32***	0.18	69.16***
方程2	正性情绪	内外向	0.51	0.05	10.57***	0.26	111.75***
方程3	自我效能感	内外向	0.15	0.05	3.03**	0.62	99.23***
		正性情绪	0.52	0.05	10.33***		

注: ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$ 。各变量均进行标准化处理。

2.3不同程度自我效能感医护人员人格特征、正性负性情绪的比较

将计算得出的自我效能感得分进行排序,并按照以下规则进行分组:平均值减一个标准差以下的划分为低自我效能感组,平均值加一个标准差以上的划分为高自我效能感组,二者之间划分为中自我效能感组。分组后进行单因素方差分析发现,EPQ内外向、神经质维度、正性情绪、负性情绪在自我效能感的不同组别之间均有差异 ($P < 0.001$)。EPQ精神质维度,中、高自我效能感组与低自我效能感组存在显著差异 ($P_1 < 0.05, P_2 < 0.01$),中、高组之间差异不显著(见表4)。

由表4可见,高自我效能感的医务人员更外向,情绪更稳定,且情绪更加积极正向;与之相比,低自我效能感的医务人员偏内向,情绪更易波动,且情绪更易消极负向。

2.4正性情绪在内外向与自我效能感关系中的中介效应检验

采用方杰等^[15]推荐的偏差校正的百分位Bootstrap法进行中介效应检验。具体操作使用Hayes编制的SPSS PROCESS宏程序。结果表明,内外向对自我效能感具有显著地预测作用 ($\beta = 0.15, P < 0.01$),正性情绪对自我效能感也有显著预测作用 ($\beta = 0.52, P < 0.001$) (见表5)。

对正性情绪在内外向与自我效能感关系中的中介效应进行分析表明,正性情绪在内外向对自我效能感影响中的间接中介效应

为0.27,且其Bootstrap 95%置信区间[0.19,0.34]不包含0,表明正性情绪在内外向与自我效能感关系中的中介效应显著,且其间接效应所占比重为64.29%(见表6)。内外向、正性情绪影响自我效能感的中介效应路径见图1。

3 讨论

本研究关注新冠肺炎疫情期间医务人员,通过横断面研究考察人格特征、正性情绪对自我效能感的影响。通过探讨正性情绪在人格特征内外向维度对自我效能感的影响中的中介作用,研究内外向、正性情绪、自我效能感三者之间的作关系,这可以指导我们建立起筛查系统以帮助更内向,正性情绪更低、自我效能感相对较低的医务人员。

我们的研究发现,对于医务工作者而言,正性情绪在内外向影响自我效能感的过程中起中介作用。具体来说,性格外向与高自我效能感有关,正性情绪可以在统计上显著解释内外向与自我效能感之间的关系。

3.1医务工作者人格特征、正性负性情绪以及自我效能感分析

本研究发现,医务工作者的正性情绪和负性情绪均比较平稳,自我效能感处于中上水平,且正性情绪高,说明整体来说医务工作者具有较高自我效能感,

对目前的工作具有胜任感。

表6 正性情绪在内外向与自我效能感关系中的中介效应Bootstrap结果

效应类型	间接效应值	Boot标准误	Bootstrap 95% CI		相对中介效应
			下限	上限	
总效应	0.42	0.05	0.31	0.53	100.00%
直接效应	0.15	0.06	0.04	0.28	35.61%
间接效应	0.27	0.04	0.19	0.34	64.29%

注: Boot 标准误、Boot CI 下限和 Boot CI 上限分别指通过偏差校正的百分位 Bootstrap 法估计的间接效应的标准误差、95% 置信区间的下限和上限。

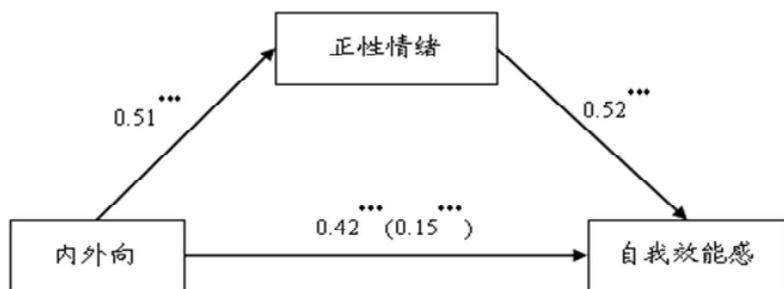


图1 内外向、正性情绪影响自我效能感的中介效应路径图

不同性别之间的比较分析结果表明,在神经质和负性情绪方面,女性医务工作者与男性医务工作者之间的差异达到统计学显著水平 ($P < 0.01$), 这表明相对于男性, 女性医务人员更容易焦虑、易怒, 情绪倾向更消极负面一些。不同岗位之间的对比结果表明, 在人格特征的神经质维度, 普通病房与过渡病房之间 ($P < 0.001$), 普通病房与一线岗位之间 ($P < 0.01$) 存在显著差异, 这可能是“心理台风眼效应”, 使得不在一线岗位的医务人员反而更加焦虑^[6]。除精神质外, 不同程度自我效能感医务人员之间在 EPQ 人格维度和正性负性情绪均有显著差异 ($P < 0.001$), 精神质维度上, 低自我效能感组与中自我效能感组 ($P < 0.05$)、高自我效能感组 ($P < 0.01$) 组之间均存在显著差异。这说明高自我效能感的医务人员更加外向、情绪更稳定、更具有同情心, 情绪更加正性积极。

3.2 自我效能感、内外向与正性情绪的关系

本研究结果显示自我效能感与正性情绪、内外向正相关显著, 表明人格越外向、正性情绪越高者, 自我效能感也越高, 即内外向、正性情绪可以正向预测自我效能感。中介效应检验结果表明, 正性情绪在内外向与自我效能感的关系中起到中介作用。以往的研究发现, 自我效能感可以提高适应环境的能力, 自我效能感高者心理韧性也越高^[17-18]。自我效能感对于普通人完成日常工作, 医务人员完成医疗救治工作都有者潜在影响, 而内外向与正性情绪均可正向预测自我效能感, 因此, 医务人员保持开放的心态、正面的情绪可以提高自我效能感。Wu^[9]在对医学专业学生的研究中发现, 内在动机和外在动机均可预测自我效能感, 核心院校的学生有更高的内在动机和更好的学业表现, 内在动机和外在动机都通过学习投入的中介作用而影响学业表现。这提示我们, 医务工作者可能可以通过提高工作投入来提高自己的自我效能感。Taresh 认为提升幼师在早期识别儿童自闭症, 进一步将其介绍给专家治疗过程中的自我效能感具有重要意义, 并基于社会认知理论和健康信念模型提出教育模型以提高幼师在这一过程中的自我效能感。另有学者指出^[10], 可通过训练自信心、应付方式以改善集训期维和官兵的情绪体验, 以此增强自我效能感和正性情绪。本研究发现艾森克内外向人格维度与自我效能感呈正相关, 并且内外向经由正性情绪的中介作用可有效预测自我效能感的提升。

综上, 在常态化开展新冠肺炎疫情防控以及日常诊疗过程中,

广大医务人员应有意识地培养自己外向开朗的人格, 树立乐观积极的心态, 提升自我效能感, 以更好应对疫情常态化防控工作, 给患者提供更优质温暖的就医体验。

参考文献:

- [1] 朱小林, 刘丹, 闫芳, 等. 新冠肺炎流行期间学生与员工的心理健康状态[J/OL]. 中国心理卫生杂志, 2020 (06): 549-554 [2020-05-13].
- [2] 肖汉, 王丽茵, 肖琛嫦, 等. COVID-19 疫情期间武汉地区大学生心理行为分析[J/OL]. 公共卫生与预防医学: 1-5 [2020-05-13].
- [3] 李伟, 张彩迪, 罗金晶, 等. 新型冠状病毒肺炎疫情期间不同人群心理状态的 Meta 分析[J/OL]. 同济大学学报(医学版): 1-8 [2020-05-13].
- [4] 蔡晓斌, 任永鹏, 张媛, 等. 利用卫星遥感 NO₂ 监测结果分析 COVID-19 疫情对我国社会经济活动的短期影响[J/OL]. 华中师范大学学报(自然科学版): 1-9 [2020-05-13].
- [5] 秦金梅, 王宇, 李春梅, 等. 新型冠状病毒疾病疫情下精神科医务人员心理状态及相关影响因素[J/OL]. 中国健康心理学杂志: 1-10 [2020-05-13].
- [6] 唐红华, 卢秀英, 蔡思雪, 等. COVID-19 疫情期间支援武汉一线护士心理健康状况调查及分析[J]. 国际感染病学(电子版), 2020, 9(02): 296-297.
- [7] 张小妮, 刘沛珍, 余申子, 等. 新型冠状病毒肺炎流行期间一线护理人员心理状况调查与干预措施[J]. 护理实践与研究, 2020, 17(07): 11-14.
- [8] 杜广华, 李权超. 国防生自尊、自我效能感及个性特征的研究[J]. 中国健康心理学杂志, 2010, 18(07): 848-850.
- [9] 刘延彤, 闫保华, 安花花, 等. 集训期维和官兵情绪体验与自我效能、应付方式的关系[J]. 西北国防医学杂志, 2019, 40(10): 627-631.
- [10] Caroline Cohrdes, Elvira Mauz. Self-Efficacy and Emotional Stability Buffer Negative Effects of Adverse Childhood Experiences on Young Adult Health-Related Quality of Life[J]. Journal of Adolescent Health, 2020.
- [11] Zainuddin Masriani, Kadir Kasmawati, Wijayanti, etc. Effect of digital storytelling on self-efficacy of patients with a stoma: Preliminary study. [J]. Enfermeria clinica, 2020, 30 Suppl 2.
- [12] 黄丽, 杨廷忠, 季忠民. 正性负性情绪量表的中国人适用性研究[J]. 中国心理卫生杂志, 2003(01): 54-56.
- [13] 王才康, 胡中锋, 刘勇. 一般自我效能感量表的信度和效度研究[J]. 应用心理学, 2001(01): 37-40.
- [14] 方杰, 张敏强, 邱皓政. 中介效应的检验方法和效果量测量: 回顾与展望[J]. 心理发展与教育, 2012, 28(01): 105-111.
- [15] 李纾, 刘欢, 白新文, 等. 汶川“5.12”地震中的“心理台风眼”效应[J]. 科技导报, 2009, 27(03): 87-89.
- [16] 王雪玲, 关荐. 大学生主动性人格与学校适应的关系: 一般自我效能感的中介作用[J]. 兵团教育学院学报, 2018, 28(05): 34-39.
- [17] 潘云波. 中职护生领悟社会支持、一般自我效能感与心理韧性的关系[J]. 中国健康心理学杂志, 2018, 26(12): 1871-1876.
- [18] Wu Hongbin, Li Shan, Zheng Juan, etc. Medical students' motivation and academic performance: the mediating roles of self-efficacy and learning engagement. [J]. Medical education online, 2020, 25(1).
- [19] Taresh Sahar, Ahmad Nor Aniza, Roslan Samsilah, etc. Pre-School Teachers' Knowledge, Belief, Identification Skills, and Self-Efficacy in Identifying Autism Spectrum Disorder (ASD): A Conceptual Framework to Identify Children with ASD. [J]. Brain sciences, 2020, 10(3).

产前超声规范化检查在11-13⁺⁶周胎儿颅脑畸形筛查中的应用价值

啜永林

北京顺义妇幼保健院, 中国·北京 101300

【摘要】目的: 剖析11-13⁺⁶周胎儿颅脑畸形在产前超声规范化检测下的实际意义。方法: 选取30例11-13⁺⁶周胎儿颅脑畸形病例, 并通过回顾性分析钻研其在产前超声规范化检测下的具体声像图情况。结果: 根据产前超声规范化检测的声像图反馈结果显示, 所选取的30例11-13⁺⁶周胎儿颅脑畸形病例中, 分别检测出2例脑膨出与脑室扩张、8例全前脑与露脑畸形, 以及10例脉络丛囊肿。结论 产前超声规范化检查在11-13⁺⁶周胎儿颅脑畸形的筛查中具有重要价值, 可以为产科早期处理提供可靠依据。

【关键词】 产前超声; 规范化检查; 11-13⁺⁶周胎儿; 颅脑畸形; 应用价值

从妊娠10周开始, 进入胎儿期发育阶段, 胎儿各器官系统发育逐渐趋于完善。此时, 孕妇正处于妊娠11-13⁺⁶周阶段, 需要接受产前超声规范化检测, 凭借声像图反馈结果的显示信息明确胎儿染色体与颈项透明层等信息, 从而有助于确定孕妇真实孕龄、判断双胎羊膜与绒毛性等情况, 并根据相关声像图反馈结果的显示信息判断胎儿是否存在严重的结构畸形情况, 从而明确的胎儿各方面的信息实况^[1]。本文通过对11-13⁺⁶周胎儿进行常规产前超声检查, 根据声像图反馈结果获取相关显示信息, 重点观察胎儿颅脑结构, 记录并保存标准的切面图像, 从而明确11-13⁺⁶周胎儿颅脑畸形在产前超声规范化检测下的实际意义, 最终指出产前超声规范化检测的作用与价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

根据相关数据统计, 我院超声科曾在2013.5-2020.12期间进行过44394次11-13⁺⁶周胎儿产前超声检查, 总计诊断出30例胎儿颅脑畸形病例, 孕妇年龄分布在14-52岁。

1.2 仪器与方法

仪器: 二维经腹凸阵探头与彩色超声诊断仪是产前超声规范化检测的主要设备仪器。其中, 彩色超声诊断仪又分为Aloka Arietta 70、Hi VISION Preirus与GE Voluson E8三类型号, 整个检测过程需要确保频率维持在3.5-5.0MHz的标准范围内。

方法:

孕妇在接受产前超声规范化检测的过程中需要保持仰卧位体态, 首先需要进行常规超声检查, 明确孕妇孕龄, 并检测胎儿头臀长。随后, 严格遵循医学界所明确的胎儿颈项透明层的检测标准^[2], 检测出胎儿颈项透明层的厚度, 并分别针对胎儿的颅脑、脊柱、胸部、腹部、肢体、脐带及胎盘情况进行观察, 并测量胎儿心率、静脉导管频谱及羊水最大深度。其中, 针对胎儿颅脑情况的观察需要着重于三个横切面: 侧脑室水平、丘脑水平、小脑和颅后窝斜横切面, 在这三个平面中可评估正常的椭圆形头部形状、头部轮廓的连续性、颅骨的骨化程度, 以及大脑镰将大脑半球分为对称的两部分。最后, 将常规超声检查切面及颅脑结构检查三个横切面进行图像采集, 并记录保存在超声工作站数据库之中, 以供观察分析。

2 结果

2.1 超声检查结果

2013年5月-2020年12月, 我院超声科曾进行过44394次11-13⁺⁶周胎儿产前超声检查, 总计诊断出30例胎儿颅脑畸形病例, 检出率为0.07%。其中, 在30例胎儿颅脑畸形病例中, 有着8例全前脑与露脑畸形、10例脉络丛囊肿, 分别达到了26.7%、26.7%与33.3%的占比。此外, 还检测出了脑膨出2例, 占6.7%; 脑室扩张2例, 占6.7%。所有病例均经转诊上级医院或引产后证实。

2.2 胎儿颅脑畸形超声表现

10例脉络丛囊肿: 强回声脉络丛内可见无回声结构(图1)。8例全前脑: 大脑镰缺如, 丘脑出现融合且双侧脉络丛未分离, 在脑前部有着显著单一脑室的形成现象(图2)。8例露脑畸形: 羊水中的脑组织显著可见, 且颅骨强回声环缺失, 脑组织残存不均匀(图3)。2例脑膨出: 颅骨强回声环连续性中断, 缺损处可见有膨出物, 表现为不均质混合回声(图4)。2例脑室扩张: 双顶径增大, 脑中线存在, 侧脑室内充满无回声, 脉络丛菲薄、悬挂于侧脑室内(图5)。



图1 脉络丛囊肿



图2 全前脑



图3 露脑畸形



图4 脑膨出



图5 脑室扩张

3 结论

医学界在早期诊断胎儿产前畸形病症的检测方法是超声, 而神经系统又是超声最初的检测系统之一。此后, 人类文明得到了快速的发展, 科技水平也步入了一个前所未有的“大革新”时代, 而超声技术也得到了全面的发展, 出现大量高分辨率超声仪器, 从而衍生出多种超声技术手段。其中, 随着阴道超声在产前诊断中的应用, 超声可在胎儿神经系统发育早期对其进行观察^[3]。本研究通过对11-13⁺⁶周胎儿颅内结构三个横平面的观察, 能够有效的检测出胎儿的颅脑结果情况, 从而在孕妇产前就告知其以

及家属胎儿的真实情况,有助于孕妇及时接受临床治疗或咨询,尽可能多的减少对孕妇及家庭造成的伤害。

本研究在11-13⁺6周发现的胎儿颅脑畸形包括:(1)脉络丛囊肿:大脑镰缺如,丘脑出现融合且双侧脉络丛未分离,在脑前部有着显著单一脑室的形成现象,且脉络丛囊较小,边界清晰,可以是单侧或双侧,囊肿内回声可不均,大多数病例在孕26周前自行消退。脉络丛囊肿是胎儿脑室内囊性变最常见的类型,研究发现,超声针对10周期孕龄的孕妇的检测能够有效判断出脉络丛囊肿,而脉络丛囊肿情况的存在,在早期需要密切观察其发展趋向,并注重胎儿在其余结果中是否存在异常情况。(2)全前脑,也称前脑无裂畸形,是由于前脑分裂失败导致大脑半球不同程度的融合而引起的胎儿颅脑发育异常。基于两侧大脑半球的融合程度,根据胎儿前脑无裂畸形又能够氛围有无叶状、半叶状与中央变异型。其中,胎儿前脑无裂畸形的叶状与半叶状在早期难以进行诊断,不仅属于一种常见的前脑无裂畸形类型,还是最为严重的类型。无叶型前脑无裂畸形典型表现是:胎儿颅脑横切面显示大脑镰缺如,前方呈单一的脑室,侧脑室与丘脑融合。两个大脑半球均可显示独立的脉络丛,则可以排除无叶型前脑无裂畸形,而正常胎儿超声表现中典型的“蝴蝶”征的消失是在早期妊娠诊断前脑无裂畸形的重要线索。(3)露脑-无脑畸形序列征:露脑畸形是指由于颅骨和皮肤缺如导致脑组织外露,无脑畸形是指颅骨、皮肤、脑膜和前脑的完全缺失。上述情况在研究中属于常见诊断结果,表现为颅骨强回声光环缺失的胎儿。对此,我们考虑到多种可能:一是早孕早期妊娠超声检查对脑组织残存的多少判断困难;二是无脑畸形是由露脑畸形发展而来,由露脑畸形发展到无脑畸形是一动态过程。无脑畸形的形成可分为三个阶段:①头侧神经沟闭合不全或闭合失败;②露脑,在胚胎期发育、分化良好的脑组织裸露在颅骨外面;③在胎儿期裸露的脑组织分解,形成

无脑畸形。在11-13⁺6周超声检查发现胎儿脑组织周围无强回声边界时,就必须强烈怀疑露脑-无脑序列的存在,但需要注意的是羊膜带综合征也可以引起无脑畸形或露脑畸形,除颅脑病变外羊膜带综合征通常合并有羊水过少,还可伴有腹壁的缺损及多发肢体畸形,诊断困难时,可经阴道超声检查,判断是否有羊膜带的存在。(4)脑膨出是指颅内内容物通过颅骨缺损向外膨出,绝大部分存在于枕部,且在声像图反馈显示结果中没有固定的表现形式。胎儿的颅骨存在强回声环连续性中断现象,膨出物在缺损处显著,且为无回声则为脑膜膨出。其中,脑膜脑膨出指的是膨出物内见实质性脑组织。(5)脑室扩张属于中枢神经系统中常见的一众异常现象,其指的是一侧或双侧侧脑室扩大,定义为从中期妊娠起在侧脑室体部水平侧脑室宽度等于或大于10mm。目前尚未有对20周之前特别是早期妊娠脑室扩张的定义达成共识。

综上所述,产前超声规范化检测在实际应用的过程中,在熟练掌握胎儿颅脑超声标准切面特征的基础上,可以对胎儿颅脑结构异常做出准确诊断。我院超声科针对胎儿颅脑情况的观察着重于侧脑室水平、丘脑水平、小脑和颅后窝斜横切面,能够将胎儿颅脑结构异常筛查出来,可以为产科早期处理提供可靠依据。

参考文献:

- [1]中国医师协会超声医师分会.中国产科超声检查指南,北京:人民卫生出版社,2019:6-7.
- [2]Nicolaidis KH The 11-14 weekscan.London:The Parthenon Publishing Group,1999:152-181.
- [3]李胜利,文华轩,田晓先.胎儿颅脑超声检查:诊断思维[J].中华医学超声杂志:电子版,2015,12(8):590-598.

作者简介:

啜永林(1982.12-),男,汉族,北京顺义,超声中级,本科,研究方向:超声波医学。

玻尿酸面部注射的相关思考

赵一谦

光华晶肤医疗美容, 中国·四川 成都 610031

【摘要】现代社会高速发展,越来越多的人追求美丽,用玻尿酸进行面部注射就是追求美丽的手段之一,社会发展越来越好,群众的生活水平直线上升,在物质生活满足后,又开始了对美丽的追求,当代医美行业发展迅速,受到诸多爱美人士的追捧,各种各样的变美手段层出不穷,用玻尿酸进行面部注射就是追求美丽的手段之一,但在玻尿酸进行面部注射的同时我们也要进行相关的思考,在我们想要对面部注射玻尿酸时,我们不能盲目跟风,要对玻尿酸进行一定的研究与调查,要选择适合自己的,同时,在进行玻尿酸面部注射一事上,我们也要慎重考虑,对玻尿酸面部注射加强管理,完善一系列制度,形成一个安全健康的管理体系。

【关键词】玻尿酸;面部注射

1 研究目的

再用玻尿酸进行面部注射时,要对玻尿酸的成分进行分析,正确面对玻尿酸面部注射带来的优劣势,对进行玻尿酸面部注射如何更好的完善等一系列问题进行思考与研究。

2 研究意义

玻尿酸作为医美的重要手段之一,能有效解决眼角细纹、面部松弛等问题,还能通过注射玻尿酸,拥有高挺鼻梁、丰满的苹果肌、立体的五官,玻尿酸一时间成为爱美人士的新宠。但玻尿酸一旦注射,它的有效时间也是有效的,需要人们定期注射玻尿酸,否则一些副作用接踵而来,在变美的同时也带来了一些危害,如何在玻尿酸对面部注射时扬长避短就是我们需要思考的问题,完善玻尿酸面部注射管理体系,对玻尿酸面部注射加强安全监督,提升自己的业务能力等,这些都是我们需要不断研究的,如何让医美行业更上一层楼,充分利用好玻尿酸面部注射的优势,弥补它的不足,为更多爱美人士服务。

3 研究方法

通过查阅书籍、期刊、学位论文、学术会议文献和网络文章等文献资料,在原有的文献资料上来指导我对该选题的研究。

3.1 玻尿酸的含义与意义

玻尿酸简称HA,又称透明质酸,是一种透明的质酸,在医用玻尿酸中分为含有交联剂的玻尿酸和不含交联剂的玻尿酸,含有交联剂的玻尿酸又分为凝胶状玻尿酸和颗粒状玻尿酸,颗粒状玻尿酸分为大、中、小分子。可以吸取自身体积1000倍的水分,具有保湿功能,同时透明质酸吸水后体积增大,向周围产生膨胀压力可以支撑周围组织,起到填充美容效果。

玻尿酸又名透明质酸、糖醛酸,是人体本身存在的物质,目前被广泛应用于医美界,对皮肤保容湿水分和美容养颜等有很好的效果,其功效有除皱、丰唇、面部填充等,经过针孔注射入人体内后可以迅速与自身的玻尿酸融合,所以玻尿酸是非常安全的。但是,对于玻尿酸衍生道物有严重反应者、孕期或哺乳期女性、服用抗凝血药期间等人群禁止使用。

3.2 玻尿酸面部注射的优势

现代医美手段十分发达,有五官美容、美体美容,皮肤美容、无创美容、其他美容等,为了让自己变得更完美,很多爱美人士纷纷采用削骨、整容等危险的手段来进行变美,而玻尿酸面部注

射则是很温和的变美手段,相比于其他医美手段,玻尿酸性价比高,安全性高,玻尿酸注射的治疗时间较短,创伤较小、恢复较快,玻尿酸本身就存在于皮肤当中,所以在面部采用玻尿酸注射也不会产生排斥现象,效果比较好,玻尿酸不溶于水、代谢率低、高吸水、高保水以及不容易在组织转移,对皮肤也能起到独特的保护作用,能够使皮肤保持滋润光滑,细腻柔嫩,富有弹性,具有除皱、抗皱、美容保健和恢复皮肤生理功能,同时可以进行面部填充,比如额头,眼角,鼻子等。玻尿酸属于高科技产品,从天然成分中提取出来,在进行面部注射时简单安全,快速有效,舒适无痛苦,经济实惠,适用面广,在医美手段上具有良好的优势。

3.3 玻尿酸面部注射的现状与问题

玻尿酸不仅在医美界应用广泛,在医学界也有较高的研究价值,近年来,我国经济发展迅速,人们满足了对物质生活的追求,又开始对美展开追求,爱美之心人皆有之,医美行业迅速发展起来,美容手段渐渐走进大众生活,玻尿酸注射成了市场中最常见的变美手段之一,玻尿酸最早出现在1934年,1985年玻尿酸行业快速发展,2010年,玻尿酸迈上新台阶,到现在,玻尿酸已被用于各行业,在我国,医美界玻尿酸面部注射迅速扩大,受大众青睐,具有良好的发展前景,大量资本加入到医美行业中,十个人当中有五个人就用玻尿酸进行面部注射过,再者,我国是玻尿酸产销大国,在市场上占据主导地位,发展蒸蒸日上,但在发展的同时,也涌现出很多弊端,市场上出现很多玻尿酸假货,导致很多人在进行面部注射后发生一系列问题,比如面部僵硬,五官畸形等,有的人皮肤消化速度慢,会产生面部膨胀,有的医生在给患者进行面部注射时,没有行医资格,造成患者一生的阴影,更甚者直接让患者毁容,从而导致一系列医疗纠纷,有的一生操作不成熟,在进行面部注射时,伤到局部的毛细血管等,从而导致不良情况的发生,比如淤血。有时候在注射中,也会因为注射量太多,从而导致注射玻尿酸的位置一大一小,还可能引起面部神经损伤等。

3.4 玻尿酸面部注射的建议

玻尿酸市场前景良好,爱美人士在进行玻尿酸面部填充时就要慎重选择,不能盲目跟风,在进行玻尿酸面部注射前我们要选择大型医院,资格证等证件一证齐全,术前要将手术费用、注意事项和手术风险像主刀医生询问清楚,让自己做好心理准备;术

前在正规医院进行身体检查,充分了解自己的身体健康情况,发现问题,及时和主刀医生沟通,以便医生调整合适的面部注射方案;对主刀医生的选择要慎重考虑,尽可能的选择有经验的医生。医生本人要持证上岗,为消费者制定良好的方案,要多方面考虑,术前和消费者及时沟通,术中要沉着冷静,掌握好注射的量,术后要对消费者进行及时的跟踪,以便了解术后情况,同时,我们要多学习,提升自身素养,提高业务能力水平。

4 结论和展望

玻尿酸面部注射是当下爱美人士最能接受且最常用的医美手段,如此,我们就要不断提升自身业务能力水平,完善玻尿酸面部注射管理体系,对玻尿酸面部注射加强安全监督,这些都是我们需要不断研究的,如何让医美行业更上一层楼,充分利用好玻尿酸面部注射的优势,弥补它的不足,为更多爱美人士服务。

参考文献:

- [1]张陈文.探讨玻尿酸注射美容的并发症及防范措施[J].医学美容(中旬刊),2014,13(5):52-52.
- [2]黄剑美,刘艳华,蒲晓芬等.玻尿酸注射美容204例的研究总结[J].医学美容(中旬刊),2013,12(12):47-48.
- [3]田红军.玻尿酸注射美容68例临床分析[J].医学信息(下旬刊),2013,26(12):401.
- [4]丁芷林.关于玻尿酸注射美容196例的体会[J].中国生物美容,2010,(1):18.
- [5]丁芷林.玻尿酸注射美容196例的体会[C].//2010中国中西医结合医学美容学术研讨会论文集.2010:39.

作者简介:

赵一谦(1985—),汉族,成都青羊光华晶肤医疗美容主任,研究方向:皮肤美容、微整形。

CT 小肠造影对炎症性肠病的诊断价值

宾俊杰

广州医科大学附属惠州医院, 中国·广东 惠州 516002

【摘要】目的: 对消化内镜检查、CT 小肠造影检查炎症性肠病的诊断准确率及临床价值进行探寻。方法: 参与本次研究的炎症性肠病患者共 78 例, 时间 2019 年 6 月到 2020 年 6 月。检测①组 (39 例) 方案: 常规消化内镜检查; 检测②组 (39 例) 方案: 消化内镜联合 CT 小肠造影检查。以手术病理和出院诊断报告书综合结果为诊断标准。对消化内镜检查、消化内镜联合 CT 小肠造影检查在炎症性肠病诊断数据: 准确率、漏诊率以及误诊率, 进行探寻。结果: 检测②组确诊 37 例为炎症性肠病, 诊断准确率为 94.87%, 相比检测①组的 76.92% 而言更高 ($p < 0.05$), 与手术病理和出院诊断报告书综合结果相比, 差异不显著 ($P > 0.05$); 检测②组检查炎症性肠病的漏诊率 2.56%, 相比检测①组的 17.95% 而言更低 ($p < 0.05$)。结论: 在常规消化内镜检查的基础上, 加用 CT 小肠造影检查炎症性肠病的诊断结果更加可靠, 诊断价值更高。

【关键词】CT 小肠造影检查; 炎症性肠病; 消化内镜; 诊断准确率; 漏诊率; 误诊率

炎症性肠病是慢性非特异性肠道炎症性疾病类型^[1], 一旦确诊, 需要积极接受系统化治疗, 以避免病情进一步恶化, 引发中毒性巨结肠、结肠癌、肠穿孔等危害患者生命的病症^[2], 甚至造成遗憾。对该病而言, 如何实施信赖的检测手段, 对病情早期确诊, 意义重大。因此, 我院从接受手术病理诊断, 且出院诊断报告书确诊为炎症性肠病患者, 共计 78 例, 开展本次研究, 对消化内镜检查、CT 小肠造影检查两组手段, 检测炎症性肠病的诊断准确率、临床价值, 进行探寻。

1 资料和方法

1.1 资料

参与本次研究的炎症性肠病患者共 78 例, 时间 2019 年 6 月到 2020 年 6 月。检测①组, 病例共计 39 例, 男、女性分别是 20 例和 19 例, 18 岁到 59 岁, 平均 (47.33 ± 6.27) 岁。检测②组中, 病例共计 39 例, 男、女性分别是 21 例、18 例, 59 岁到 78 岁, 平均 (47.29 ± 6.32) 岁。

1.2 方法

检测①组方案: 消化内镜检查。仪器为奥林巴斯电子胃肠镜消化道内窥镜 CV-290。检查前 1 天, 进行流质食物。检查当天, 进行禁食方案, 并行肠道清洗。完成各项检查前准备活动后, 进镜观察患者肠腔各项情况, 对病变部位、具体情况进行明确, 之后取病灶组织, 进行临床病理分析。

检测②组方案: 消化内镜联合 CT 小肠造影检查。(1) 消化内镜检查方案同检测①组; (2) CT 小肠造影检查方案: 体位取仰卧位, 经 Discovery CT 750 HD 扫描机 (厂家: 美国 GE) 检查。从膈顶至耻骨常规探查后, 对肘静脉进行穿刺, 以高压注射的方法, 注入 80~100mL 碘海醇注射液, 速率控制在 2.5~3.0 ml/s, 造影效果满意后, 行静脉期、动脉期扫描, 按照获取的图像, 对病情进行分析。

1.3 评价指标

(1) 探寻消化内镜检查、消化内镜联合 CT 小肠造影检查炎症性肠病诊断准确率。(2) 探寻消化内镜检查、消化内镜联合 CT 小肠造影检查炎症性肠病的漏诊率、误诊率。

1.4 数据分析

用 SPSS 22.0 分析数据, 计量资料结果按均数 ± 标准差表现, 行 t 检验。计数资料按 % 表现, 行卡方检验。若 $P < 0.05$, 即差异有明显统计学意义。

2 结果

2.1 探寻消化内镜检查、消化内镜联合 CT 小肠造影检查炎症性肠病诊断准确率。

检测②组确诊 37 例为炎症性肠病, 诊断准确率为 94.87%, 相比检测①组的 76.92% 而言更高 ($p < 0.05$), 与手术病理和出院诊断报告书综合结果相比, 差异不显著 ($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 探寻消化内镜检查、消化内镜联合 CT 小肠造影检查炎症性肠病诊断准确率。

组别	患者 (例)	阳性 (例)	阴性 (例)	诊断准确率 (%)
检测①组	39	30	9	76.92
检测②组	39	37	2	94.87
χ^2 值				5.1859
t 值				0.0228

2.2 探寻消化内镜检查、消化内镜联合 CT 小肠造影检查炎症性肠病的漏诊率、误诊率。

检测②组检查炎症性肠病的漏诊率 2.56%, 相比检测①组的 17.95% 而言更低 ($p < 0.05$)。见表 2。

表 2 探寻消化内镜检查、消化内镜联合 CT 小肠造影检查炎症性肠病的漏诊率、误诊率。

组别	患者 (例)	漏诊率 (例/%)	误诊率 (例/%)
检测①组	39	7/17.95	2/5.13
检测②组	39	1/2.56	1/2.56
χ^2 值		5.0143	0.3467
t 值		0.0251	0.5560

3 讨论

目前, 针对疑似炎症性肠病疾病的患者, 临床常采用消化内镜检查。消化内镜检查虽然能够直观观察患者肠道情况, 但对于肠壁增厚和异常强化以及肠外其他合并症检测价值较小。CT 小肠造影检查, 作为一种检查分辨率高的检查手段, 不能能够直观判断肠管、肠壁生理结构和功能的改变, 而且能够观察肠腔外病变, 明显提高诊断准确性, 避免漏诊。本研究结果显示, 在消化内镜检查基础上, 加用 CT 小肠造影检查炎症性肠病诊断准确率, 相比单独消化内镜检查更高 ($p < 0.05$), 漏诊率相比单独消化内镜检查更低 ($p < 0.05$), 证明 CT 小肠造影检查的临床价值更高。

综上所述, 在常规消化内镜检查的基础上, 加用 CT 小肠造影检查炎症性肠病的诊断结果更加可靠, 诊断价值更高。

参考文献:

- [1] 王海燕, 柳澄. 炎症性肠病的 CT 小肠造影诊断[J]. 中国中西医结合影像学杂志, 2020, 18(02): 216-219.
- [2] 彭明洋, 马跃虎, 张卫东, 陈慧铀, 张丹凤, 智婷婷, 王丽萍, 卢铃铃, 殷信道. 多层螺旋 CT 小肠成像诊断肠道病变的临床应用价值[J]. 西北国防医学杂志, 2019, 40(10): 612-616.

作者简介: 宾俊杰 (1985.4—), 男, 汉族, 广东惠州, 医学硕士, 放射诊断副主任医师, 研究方向: 炎症性肠病的影像诊断。

肺功能检查在粉尘作业工人职业病体检中的应用

潘玲

安顺市人民医院, 中国·贵州 安顺 561000

【摘要】目的: 探究肺功能检查在粉尘作业工人职业病体检中的应用。方法: 选择2018年5月~2020年5月期间进行职业病体检的粉尘作业工人100例为研究对象, 将其随机分为对照组和研究组各50例, 对照组进行常规肺功能体检, 研究组在对照组基础上采用肺功能检查仪进行检查。对比两组工人各项肺功能指标。结果: 研究组工人肺功能异常检出率明显高于对照组, 存在统计学差异($P < 0.05$); 研究组工人FVE、FEV1、MVV等肺功能指标明显低于对照组, FEV1/FVC、 V_{25} 、 V_{50} 肺功能指标明显高于对照组, 存在统计学差异($P < 0.05$)。结论: 对粉尘作业工人职业病体检过程中实施肺功能检查, 能够明显检查出工人的肺功能状况, 效果明显优于支气管舒张试验检查方法, 具有良好应用价值。

【关键词】肺功能检查; 职业病体检; 粉尘作业; 应用价值

引言:

随着社会经济不断发展, 职业种类逐渐增多, 内容也愈加具体, 这在一定程度上导致尘肺病以及各种职业病患者的数量逐渐增加。一些特殊职业人群, 假如从事的工种对肺部会造成严重的损害, 就需要提高职业病健康体检的重视程度, 比如矿工、话务员、化工、装饰、户外工程、纺织、家具加工等职业人员。对于尘肺病而言, 大多数患得此病的患者从事粉尘类作业, 肺功能出现不同程度的损伤, 患者会出现慢性咳嗽、胸闷、气短、呼吸不畅等症状, 甚至还会发生肺部功能异常。而肺功能检查是在临床中对职业病体检人群进行无创伤检查的一种方式, 在临床中得到良好应用。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2018年5月~2020年5月期间进行职业病体检的粉尘作业工人100例为研究对象, 将其随机分为对照组和研究组各50例。共有男性有35名, 女性有15名, 年龄在20岁~45岁之间。

1.2 方法

对所有体检者实施常规健康体检, 包括体重、身高、血压、血糖等常规体检项目。对于对照组的常规肺功能体检而言, 让体检者用嘴巴呼吸, 尽量紧闭嘴唇, 在测试过程中方式漏气, 叮嘱体检者根据口令完成呼气、吸气动作, 在吸气的过程中要用最大力吸气, 然后用最大力和最快速度呼气。

在对照组体检者的基础上, 采用肺功能检查仪进行检查。在进行体检之前, 体验者需要休息半个小时以上, 进而消除其他因素对检查结果的影响。对于肺功能检查而言, 利用肺功能测试仪对体检者进行检查, 在检查开始之前, 打开电脑, 测试系统会进入五分钟自检程序, 在结束之后实施环境校准, 确定容量指标, 进而保证仪器能正常运转, 保证检查结果的准确性。在检查的过程中, 指导体检者的头部保持自然水平, 对体检查的各项肺功能指标进行测定。

1.3 观察指标

根据Beatty分类标准对工人是够存在肺功能异常进行判断, FEV1/FVC < 68%则表示存在慢性肺通气障碍, 根据肺功能指标检查结果, 对肺功能异常进行分类, FEV1/FVC < 68%, FVC \geq 80ml表示存在阻塞性通气障碍; FEV1/FVC < 68%, FVC < 80ml表示存在混合性通气障碍; FEV1/FVC \geq 68%, FVC < 80ml表示存在限制性通气障碍, FEV1/FVC \geq 68%, FVC \geq 80ml表示肺功能正常。

1.4 统计学方法

采用SPSS 21.0统计学软件处理数据, 计数资料采用 χ^2 检验, 用%表示; 计量资料采用T检验, 用($\bar{X} \pm S$)表示。 $P < 0.05$, 表示存在统计学意义。

2 结果

研究组中检测出阻塞性通气障碍、限制性通气障碍、混合性通气障碍分别有2例、12例、2例, 肺功能异常率为32.00% (16/

50)。对照组中检测出阻塞性通气障碍、限制性通气障碍、混合性通气障碍分别有1例、4例、1例, 肺功能异常率为12.00% (6/50)。两组肺功能异常率对比 $\chi^2=5.64$, $P < 0.05$, 有统计学意义。

研究组中FVC、FEV1、MVV指标分别为(81.51 ± 4.22) ml、(80.70 ± 3.32) ml、(91.26 ± 3.25) ml显著低于对照组 87.51 ± 4.24) ml、(84.71 ± 4.12) ml、(95.01 ± 4.03) ml。T分别为3.22、2.03、2.36, $P < 0.05$ 。研究组中FEV1/FVC、 V_{25} 、 V_{50} 指标分别为 104 ± 3.56 、 151 ± 42.13 、 75.46 ± 19.24 , 显著高于对照组 100.21 ± 3.11 、 143.65 ± 38.65 、 72.11 ± 14.64 , T分别为1.86、3.64、7.25, $P < 0.05$ 。

3 讨论

在社会经济不断发展背景下, 为了提升职工工作质量, 保证职工身体质量, 需要职工每年进行健康体检。肝功能、肾功能是体检中的常规必检项目, 但是很少有人选择肺功能体检, 没有意识到肺部方面疾病的严重性。对于肺部疾病的诊断和治疗而言, 肺功能检测具有重要意义, 能够对身体素质进行衡量。只是由于肺功能检测方式与肝肾功能检查有很大不同, 需要做多项测试, 要求体检者良好配合。同时, 影响肺功能体检的很大原因在于设备、技术和观念, 导致体检者、医生等都忽视肺功能检查。而通过肺功能检查, 能够判断体检者是否存在肺部疾病风险, 提升体检者警惕, 并帮助医生对疾病治疗进行评估。肺功能检查是一种物理检查方式, 主要是了解肺部功能性变化, 敏感度较高, 而且检测方便。

对于长期从事接尘职业的人群而言, 很容易在工作的过程中患上职业病。尘肺病患者在患病之后, 肺部会受到不同程度的损害, 而且身体也会出现低氧血症的反应, 随着病程发展, 尘肺病患者病情会加重, 甚至还会影响患者的身心健康, 降低生活质量。

在本研究中通过对出现肺功能异常的体检者进行深入分析发现, 主要是慢性阻塞性通气障碍, 这是一种以呼吸气道肺实质以及肺内血管组织炎症反应为主要特征的一种慢性肺部疾病, 诱发这种疾病的因素较多, 包括粉尘性气体、颗粒性气体等, 机体内的肺巨噬细胞、杀伤T淋巴细胞、中性粒细胞等在肺组织中浸润单个或多个核细胞, 进而释放出炎性介质, 比如血小板活化因子、组胺、白三烯等物质与细胞因子发生炎性反应, 提升血管通透性, 进而组织细胞缺氧, 代谢功能降低, 最终致使肺器官出现功能性改变。假如能够在检查之后得到有效治疗, 能够对肺部疾病进行控制, 避免对患者机体造成进一步损害。因此, 肺功能检查在职业病体检相关肺疾病中具有良好的应用价值。

参考文献:

- [1]李诗琦.肺功能检查用于接触粉尘作业工人职业健康体检中的作用研究[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(59):146.
- [2]周思静,周俊生,刘胜萍,张薇,梁峰.合肥市某企业粉尘作业工人肺功能检查结果分析[J].临床肺科杂志,2019,24(03):454-456.
- [3]官飞凤,李坤,喻兰.健康宣教在接触性粉尘患者职业健康体检肺功能检查中的应用效果[J].护理实践与研究,2018,15(14):53-54.

56° C30min 灭活对新型冠状病毒抗体和生化免疫检测结果的影响

王 鹏

浦东新区妇幼保健院, 中国·上海 201206

【摘要】目的: 对 56° C30min 灭活处理影响新型冠状病毒抗体和生化免疫检测结果的临床价值进行探寻。方法: 参与本次研究的新加坡新型冠状病毒肺炎患者血清样本共计 12 份, 其中 6 份样本不进行灭活处理, 设为 I 组, 另 6 份样本进行 56° C30min 灭活处理, 设为 II 组, 对新型冠状病毒总抗体、IgM 抗体、IgG 抗体阳性符合率、血清总蛋白 TP、白蛋白 ALB 检测结果进行深入分析。结果: II 组新型冠状病毒总抗体阳性符合率 100%、IgM 抗体阳性符合率 100%、IgG 抗体阳性符合率 100%, 同比 I 组 100%、100%、100% 对而言一致性好 ($p > 0.05$); II 组 TP 数据为 (65.71 ± 2.42) g/L、ALB 数据 (38.41 ± 3.21) g/L, 同比 I 组 (65.55 ± 2.18) g/L、 (38.39 ± 3.23) g/L 而言一致性好 ($p > 0.05$)。结论: 56° C30min 灭活处理对新型冠状病毒抗体和生化免疫检测结果无显著影响。

【关键词】56° C30min 灭活; 新型冠状病毒抗体; 生化免疫检测

新型冠状病毒肺炎是因新型冠状病毒感染因素, 导致的急性呼吸道传染病^[1], 自 2019 年爆发以来, 已经构成全世界突发性公共卫生事件^[2]。常规的情况下, 临床常采用未灭活的样本进行检测, 但检测过程对于医护人员仍然具有一定的暴露风险^[3]。因此, 本研究收集新型冠状病毒肺炎患者血清样本共计 12 份, 开展本次研究, 对 56° C30min 灭活处理影响新型冠状病毒抗体和生化免疫检测结果的临床价值进行探寻。

1 资料和方法

1.1 资料

参与本次研究的新型冠状病毒肺炎患者血清样本共计 12 份, 其中 6 份样本不进行灭活处理, 设为 I 组, 来源于男性 3 例, 来源于女性 3 例, 39 岁到 68 岁, 平均 (51.92 ± 5.29) 岁。另 6 份样本进行 56° C30min 灭活处理, 设为 II 组, 6 份样本中, 来源于男性 4 例, 来源于女性 2 例, 37 岁到 69 岁, 平均 (51.87 ± 5.47) 岁。

1.2 方法

采集 12 例新型冠状病毒肺炎患者空腹状态下的血液样本 5mL/次, 2500g 离心 5min 后, 分离血清。

I 组方案: 按常规处理, 不灭活。II 组方案: 将血液样本置于 56° C 恒温箱进行孵育, 时间为 30min, 即灭活处理。

两组均行新型冠状病毒总抗体、IgM 抗体、IgG 抗体、血清总蛋白 TP、白蛋白 ALB 检测。新型冠状病毒总抗体、IgM 抗体、IgG 抗体检测方法为免疫层析法检测; TP、ALB 检测仪器是全自动生化检测分析仪。

1.3 评价指标

(1) 探寻未灭活处理、56° C30min 灭活处理下新型冠状病毒总抗体、IgM 抗体、IgG 抗体阳性符合率。

(2) 探寻未灭活处理、56° C30min 灭活处理下生化检测指标(血清总蛋白 TP、白蛋白 ALB) 水平值。

1.4 数据分析

用 SPSS 22.0 处理数据, 计量资料以均数 \pm 标准差表示, 行 t 检验, 计数资料行卡方检验。若 $P < 0.05$, 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 探寻未灭活处理、56° C30min 灭活处理下新型冠状病毒总抗体、IgM 抗体、IgG 抗体阳性符合率。

表1 探寻未灭活处理、56° C30min 灭活处理下新型冠状病毒总抗体、IgM 抗体、IgG 抗体阳性符合率

分组	病人 (例)	总抗体阳性符合率 (%)	IgM 抗体阳性符合率 (%)	IgG 抗体阳性符合率 (%)
检测①组	6	100	100	100
检测②组	6	100	100	100
t 值		0.0000	0.0000	0.0000
P 值		1	1	1

I 组、II 组新型冠状病毒总抗体、IgM 抗体、IgG 抗体阳性符合率均为 100%, 组间比较无显著差异 ($p > 0.05$)。见表 1。

2.2 探寻未灭活处理、56° C30min 灭活处理下生化检测指标(血清总蛋白 TP、白蛋白 ALB) 水平值。

II 组血清总蛋白 TP 数据为 (65.71 ± 2.42) g/L、白蛋白 ALB 数据为 (38.41 ± 3.21) g/L, 与 I 组 (65.55 ± 2.18) g/L、 (38.39 ± 3.23) g/L 对比而言均无差异 ($p > 0.05$)。见表 2。

表2 探寻未灭活处理、56° C30min 灭活处理下生化检测指标(血清总蛋白 TP、白蛋白 ALB) 水平值

分组	病人 (例)	血清总蛋白 TP (g/L)	白蛋白 ALB (g/L)
检测①组	6	65.55 ± 2.18	38.39 ± 3.23
检测②组	6	65.71 ± 2.42	38.41 ± 3.21
t 值		0.1203	0.0108
P 值		0.9266	0.9916

3 讨论

经过国家、政府以及全国人民的努力, 新型冠状病毒肺炎引起的疫情得到有效的控制,

但仍然有零星病例发生^[4]。如何做好新型冠状病毒肺炎疫情下病人的检测和排除工作, 关系到人们的生命健康。

目前, 新冠肺炎疑似病例的核酸检测, 可通过血液样本检测, 相比咽拭子检测而言, 能够通过捕获血液样本中的 IgM、IgG, 判断是否感染新型冠状病毒抗体, 能够很大地降低医源感染风险^[5]。本研究发现, 对血清样本进行 56° C30min 灭活处理后再行检测, 新型冠状病毒总抗体阳性符合率、IgM 抗体阳性符合率、IgG 抗体阳性符合率, 生化检测指标(血清总蛋白 TP、白蛋白 ALB) 水平值并未发生显著异常 ($p > 0.05$), 证明 56° C30min 灭活处理不会影响新型冠状病毒抗体和生化免疫检测结果。

综上所述, 56° C30min 灭活处理对新型冠状病毒抗体和生化免疫检测结果无显著影响, 值得推荐。

参考文献:

- [1] 徐英春, 胡继红, 王瑶, 李军, 宁雅婷, 罗燕萍, 周泽奇, 林勇平. 新型冠状病毒实验室检测专家共识[J]. 协和医学杂志, 2021, 12(01): 18-26.
- [2] 王维, 周取, 刘文彬. 血清 SARS-CoV-2 特异性抗体检测研究进展[J]. 现代医药卫生, 2021, 37(02): 257-261.

作者简介:

王鹏 (1984-) 男, 汉, 江西宜春, 本科, 检验师, 研究方向: 临床检验。

中药药浴对寻常型银屑病应用效果研究

刘舒 周倩 王潇潇

成都中医药大学附属医院, 中国·四川 成都 610075

【摘要】目的: 评论中药药浴在治疗寻常型银屑病中的功效。研究策略: 选取符合本次试验的标准的100名银屑病患者。采用一种随机分配法, 平均把所有的患者都随机分为对照和干预组。试验结果: 在进行干预治疗之后, 分别对两组的患者治疗前后进行分别记录, 把两者的前后差异进行单样本检测, 并且差异小于0.05, 这样的数据才能够符合本次的研究方法的数据。在进行试验之后发现两者在进行治疗前后之后的差异是小于0.05, 满足条件。结论: 中药药浴和口服中药可以有效地改善寻常型银屑病患者临床表现, 但是中药药浴比口服中药治疗寻常型银屑病更具优势。

【关键词】 中药药浴; 银屑病; 效果

在临床中, 银屑病的特征是皮肤角质蛋白过度生长, 许多炎性细胞浸润和皮肤血管转化。尽管尚不清楚银屑病的病因, 但越来越多的直接证据表明, 遗传和环境的影响, 包括外界的感染以及个人吸烟药物的行为, 在对于银屑病的发病来说都是重要的因素。一般的银屑病主要有四种: 寻常型、脓疱型、关节病型和红皮病型。不过一般来说, 寻常型是大部分患者的类型。一般银屑病的治疗方式都是采用涂药的方式, 涂满全身, 还有激光和药物进行治疗等。外用西药有许多副作用, 限制了外用西药的临床应用。

1 资料与方法

1.1 研究对象

19年1月值20年2月一年期间, 某一医院里面的100名进行寻常银屑病治疗的患者。采用一种随机取数的方式, 把随机的患者平均分为两个组对照和干预组。

1.1.1 纳入标准。(1) 患者的疾病要满足西医的要求;(2) 年龄不能低于20岁也不能高于70岁;(3) 患者的患病面积大于自身不患病面积的10%;(4) 知情同意者。

1.1.2 排除标准。(1) 患者被感染处在分娩或者受到外伤除外;(2) 伴随着有高血压、高血脂等一些心脑血管疾病的患者以及糖尿病、肿瘤精神疾病、结缔组织疾病和其他严重的肠胃病患者。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组。对患者进行药物的治疗内服消银胶囊外用凡士林。

1.2.2 观察组。观察组的患者都是采用赵炳南相关的验方的方式进行处理。主要采用的药材包括有: 褚桃叶150g, 褚实子100g, 生侧柏叶100g。药浴在皮肤科药浴间完成, 室温应高于22°C。将药水放入浴缸中, 烧开8袋, 每袋150ml, 然后加40毫升温水调节药水的温度。湿度应为38-41°C。每次浸泡30分钟, 每两天浸泡一次。女性经期应改为湿敷。头部的皮肤病变可以洗净。卫生间应通风良好, 以确保室内空气流通, 防止中草药味引起的不适, 注意抵御严寒; 洗澡之前要多喝一些热水保存体温, 吃完饭以后或者早起空腹不要进行药物的洗浴; 药物浸泡的水不要漫过胸口不为, 浸泡不到的位置可以采用少部分药水进行清洗, 它不能在疲劳下进行。

1.3 观察指标

1.3.1 中医证候疗效指标。对比这两组的患者主要是从患者的皮疹部位的肤色 还有瘙痒指数等按程度分为无、轻、中、重四个等级, 分别为1、3、5、7分。

1.3.2 疗效评价。痊愈: PASI评分减少≥95%; 显效: PASI评分减少60%-95%; 有效: PASI评分减少30%-60%; 无效: PASI评分减少<30%。

1.4 统计学分析

借助SPSS25.0进一步针对数据展开相应研究, 主要借助平均值±标准差方式展开, 随后展开X²检验, 再者借助t检验完成对于计量资料的评估与对比, 经计算P<0.05, 肯定其确实具备显著地统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料

根据表1的数据数据分析可以看出, 这两组的患者在自身的

因素上基本相同, 因此两者的差异不超过0.05。

表1 两组患者一般资料比较

类别	观察组	对照组
性别		
男	28	30
女	22	20
X ²		0.325
P		0.287
年龄	51.24±11.14	53.21±9.45
t		-0.316
P		0.206

2.2 两组治疗前后中医症状评分的比较

在治疗之前的两组的患者我们主要是采用的样本进行检验, 差异小于0.05, 这就说明在进行治疗之前两组患者之间的差异并不大。在通过一定的治疗之后, 观察组的患者在皮疹的肤色还有瘙痒的症状上都比较明显的好转(P<0.05)。这就说明对照组进行一定的治疗措施之后有明显的的效果。治疗后, 进行两组的患者进行指数的评判发现这两只组的p<0.05, 这就说明实验的效果具有实际的意义。

2.3 两组患者治疗后临床疗效比较

经过一定的治疗之后, 发现观察组的有效率高达30%以上, 而对照组只有60%。两组患者在指数上有着明显的差别(P<0.05)。

3 讨论

中药药浴法是基于中医的整体观点和中医辨证论的基本理论。直接以各种方式将药物应用到皮肤上, 以改善某些皮肤症状并治愈疾病。在这项科学研究中, 症状评分数据的分析: 在进行治疗的操作之前两组患者差别不大(P>0.05)。经过治疗手段之后, 这两组的患者在效果上有明显的差异(P<0.05), 这组数据就可以说明两组对于治疗银屑病上都有效果。但是在效果上存在着一定的差异(P<0.05), 观察组的患者在经过治疗之后明显的比对照组要有效率高。两种治疗方法均可改善寻常型银屑病的主观症状, 观察组的实际效果优于对照组。结果表明, 中药浴是基于穴位使药物通过皮肤的毛细血管进行吸收, 使其达到疏通经络、调理气血、消肿止痛、解毒化痰、杀虫止痒的作用。采用药物浸泡的方式十分有效。根据穴位给药, 可以防止首过效应, 使药物长效并减轻副作用, 提高药物的溶出率, 并具有“补气养血, 调和营卫”的作用”, 非常适合患者在静养的期间针对寻常银屑病进行治疗。通过不同治疗之后分析两组患者治疗的效果。对照组的效率比观察组来说效率低了30%左右, 表明中药浴在治疗寻常型银屑病方面更有效, 并且可以显著提高临床的疗效, 非常值得临床应用和推广。

4 结论

用中药沐浴和口服中药材都可以有效地改善寻常型银屑病患者临床症状, 但是用中药材进行沐浴比口服中药材治疗寻常型银屑病更具优势。

参考文献:

- [1] 张晓红, 张晓黎, 张素俭. 癣消皮俊膏治疗寻常型银屑病200例[J]. 中医外治杂志, 2002.
- [2] 杨雪琴. 寻常型银屑病防治思路的研究[J]. 解放军医学杂志, 2002.

经脐单孔腹腔镜在妇科手术中的应用及其可行性探讨

王倩倩 张泽莉^[通讯作者]

安徽省明光市人民医院, 中国·安徽 明光 239400

【摘要】目的: 对经脐单孔腹腔镜在妇科手术治疗中的应用可行性及其效果进行分析。方法: 选取2019年1月-2019年6月在本院进行妇科手术的患者为研究对象, 将其按照手术方式的不同分为对照组与观察组。其中对照组选择使用传统的腹腔镜手术方式, 观察组选择使用经脐单孔腹腔镜手术方式, 对围术期以及术后两组患者的并发症状况进行统计分析。结果: 对照组患者在手术中的失血量以及用时都多于观察组, 对照组患者的术后排气时间与住院天数都比观察组耗时更久; 对照组患者术后并发症发生率高于观察组, 且 $P < 0.05$, 具有统计学意义。结论: 经脐单孔腹腔镜在妇科手术中的应用具有可行性, 也具有临床推广价值。

【关键词】经脐单孔腹腔镜; 妇科手术; 可行性; 效果分析

脐部属于人体自然孔道, 由脐孔进行腹腔手术操作可实现术后无瘢痕的治疗效果, 同时也能够防止经直肠和经阴道等进行手术操作而诱发的感染情况。

1 资料以及方法

1.1 临床资料

选取2019年1月-2019年6月在本院进行妇科手术的30例患者为研究对象, 将其按照手术方式的不同分为对照组与观察组。其中对照组选择使用传统的腹腔镜手术方式, 观察组选择使用经脐单孔腹腔镜手术方式。

两组患者都符合手术纳入排除标准。

1.2 方法

对照组采用传统腹腔镜手术治疗; 同期观察组则采用经脐单孔腹腔镜手术治疗, 手术前患者完成相应术前检查, 术中为气管插管后常规全麻, 并于术前放置尿管, 常规消毒并铺巾。在患者脐部正中处做手术切口, 长度约2.0 ~ 2.5cm。在直视下入腹, 术中腹腔镜均通过脐部切口利用专用皮套置入, 选择腹腔镜与直弯器械进行手术操作, 具体操作步骤同传统腹腔镜手术。患者术中标本, 经由脐部切口进行取出。操作完成后进行切口的皮内缝合。

1.3 评价标准

手术时长、出血量、排气时间、住院天数以及并发症。

1.4 统计学方法

涉及数据以SPSS19.0分析, 数据标准差以描述, 组间数据 t 、 χ^2 检验, $P < 0.05$ 即组差异有统计学意义。

2 结果

表1 2组患者围术期指标对比

分组	n	手术时长 (min)	术中出血量 (ml)	术后排气 (h)	住院天数 (d)
观察组	15	66.32 ± 9.67	59.87 ± 12.92	20.23 ± 3.15	3.10 ± 0.28
对照组	15	36.45 ± 10.84	60.75 ± 14.32	31.25 ± 6.01	5.86 ± 1.27
t		17.053	0.186	7.312	4.287
P		0	0.223	0.01	0.032

表2 2组患者术后并发症情况对比

分组	n	肩背部疼痛	腹胀
观察组	15	0 (0.00)	1 (6.67)
对照组	15	4 (26.67)	6 (40.00)
χ^2		3.339	5.018
P		0.032	0.026

3 讨论

由上述分析可以得知, 传统腹腔镜手术中需要建立二氧化碳

气腹, 容易出现相关并发症, 例如高碳酸血症以及皮下气肿和腹胀等, 所以临床应用受到限制。特别是对于存在心肺功能不全以及无法耐受手术的疾病患者来说, 该术式仍具有应用缺陷。近年来经脐单孔腹腔镜技术在临床中具有广泛应用, 将其应用于妇科良性肿瘤疾病患者的治疗中具有良好的美观度, 同时安全性更高。脐部具有良好的血供情况, 在术中操作时切口更容易进行缝合, 有利于术后的切口愈合, 同时不易诱发术后感染情况, 可缓解患者手术后的疼痛感并加快术后的康复进程, 因此更具微创性和美观性。

4 经脐单孔腹腔镜在妇科手术中应用的可行性分析

经脐单孔腹腔镜技术不会在腹壁上形成疤痕, 并且能降低手术的风险和难度, 降低因胃、直肠、阴道等受伤而引起感染的风险。在中国的第一场此类型的手术是由张忠涛于2008年开展的。单孔经脐胆囊切除术首次成功实施, 但是由于当时的设备和技术还不成熟, 所用的手术器械复杂, 导致使用不当, 价格昂贵以及一些技术问题, 导致手术器械更加集中。这些设备相互影响, 影响视野并且影响到解剖结构和手术部位的暴露。因此, 在实施的早期阶段, 患者必须接受严格的选择。随着技术的发展, 外科器械在腹腔中相互干扰的问题已经解决, 手术时间也可以尽可能的缩短, 手术的操作空间相对增大, 相对降低了操作者的操作难度。该技术的优势在于, 首先, 切口从三个传统的孔变为单个脐带孔, 这可以最大程度地减少对腹腔器官的损伤和对腹壁的损伤, 并且在术后可以更快地恢复; 其次, 由于脐带切口的可扩展性强, 可以避免手术过程中的切口扩大, 并且可以减少肌肉和周围组织的过度拉伸, 从而减轻了患者的术后痛苦, 可适用于有大结石或息肉的患者。第三是在外科手术中, 改良的单孔经脐法使用电凝钩代替血管夹, 以防止器官受损, 减少术中失血, 降低感染风险。同时疤痕可以藏在脐带皮肤的褶皱中, 这比传统的三孔方法更美观, 并且可以提高患者满意度。

5 结语

综上所述, 经脐单孔法与常规三孔法行腹腔镜肝胆外科的治疗工作中均安全可靠, 而经脐单孔腹腔镜可以实现更好地降低术中出血与患者的感染风险, 让他们的术后恢复更快, 且疤痕隐蔽、更受患者青睐, 值得临床推广。

参考文献:

- [1] 廖雪, 陈丽. 经脐单孔腹腔镜手术治疗妇科疾病[J]. 中外女性健康研究, 2019(14):192-193.
- [2] 李芝伟, 张文清. 棒球缝合法在经脐单孔腹腔镜子宫肌瘤剔除术中的应用[J]. 中国现代手术学杂志, 2019, 23(01):77-80.

新生儿低血糖防治中产房的规范化管理方法探析

黄玲莉

重庆医科大学附属第二医院妇产科, 中国·重庆 400010

【摘要】目的:探究新生儿低血糖防治中产房的规范化管理方法。方法:选取2020年1月-2020年12月于我院出生的180例低血糖新生儿为研究对象,按时间顺序随机分为对照组和实验组,对照组低血糖新生儿口服10%葡萄糖溶液(5mL/kg),实验组低血糖新生儿静脉注射10%葡萄糖溶液(5mL/kg),期间注意观察新生儿的身体变化,30分钟后再次检测血糖浓度,对比两组新生儿血糖浓度变化。结果:①对剖宫产产妇进行术前干预新生儿患低血糖的概率由91%降为60%。②新生儿在口服10%葡萄糖溶液前后血糖浓度分别为(2.17±0.36)mmol/L、(2.81±0.57)mmol/L,新生儿在静脉注射10%葡萄糖溶液前后血糖浓度分别为(2.30±0.19)mmol/L、(3.81±0.58)mmol/L,同一组别给药前后数据有显著性差异(P<0.01),对照组与实验组给药后数据对比有显著性差异(P<0.01)。结论:在新生儿低血糖防治护理中,在剖宫产产妇手术前一晚进行宣教,并控制进食正餐的时间(22-23点),手术当日进行静脉补液,可以有效降低新生儿患低血糖的概率,对于已经患有低血糖的新生儿按照规范化管理方法给予静脉注射10%葡萄糖溶液干预可显著提升新生儿血糖水平,具有良好的临床应用前景。

【关键词】新生儿低血糖;防治;产房;规范化管理

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2020年1月-2020年12月于我院出生的180例低血糖新生儿为研究对象,按时间顺序随机分为对照组和实验组,各90例。对照组新生儿平均胎龄为(36.39±1.28)周,平均体重为(3.23±0.45)kg,母亲平均年龄为(27.38±3.28)岁。实验组新生儿平均胎龄为(36.37±1.04)周,平均体重为(3.19±0.52)kg,母亲平均年龄为(29.12±3.18)岁。两组新生儿一般资料之间无显著性差异(P>0.05)。

1.2 研究方法

在剖宫产产妇手术前一晚进行宣教,并控制进食正餐的时间(22-23点),手术当日进行静脉补液,新生儿出生后一小时内使用婴儿专用血糖仪检测血糖浓度,若血糖浓度低于2.6mmol/L则为低血糖症,对照组低血糖新生儿口服10%葡萄糖溶液(5mL/kg),实验组低血糖新生儿静脉注射10%葡萄糖溶液(5mL/kg),期间注意观察新生儿的身体变化,30分钟后再次检测血糖浓度,对比两组新生儿血糖浓度变化。

1.3 统计学方法

使用SPSS 27.0软件综合分析对比实验数据,数据资料以平均数±标准差表示,采用t检验,计量资料以(n/%)表示,采用χ²检验,P<0.05代表有显著性差异。

2 结果

2.1 新生儿低血糖患病率对比

对剖宫产产妇实施术前干预或不实施术前干预新生儿低血糖患病率分别为60%、91%,数据有显著性差异(P<0.05)(表1)。

表1 新生儿低血糖患病率对比

组别	n	患病率
术前干预	300	180 (60.0)
术前不干预	300	273 (91.0)

2.2 两组新生儿给药前后血糖浓度对比

具体实验数据见表2。对照组新生儿口服10%葡萄糖溶液前血糖浓度为(2.17±0.36)mmol/L,口服10%葡萄糖溶液后血糖

浓度升高为(2.81±0.57)mmol/L,实验组新生儿静脉注射10%葡萄糖溶液前血糖浓度为(2.30±0.19)mmol/L,静脉注射10%葡萄糖溶液后血糖浓度升高为(3.81±0.58)mmol/L。对照组与实验组在给药后血糖浓度均显著升高,与给药前血糖浓度相比有显著性差异(P<0.01),表明无论是口服还是静脉注射10%葡萄糖溶液都可提升新生儿血糖浓度。对比对照组与实验组给药后血糖浓度发现,实验组血糖浓度上升更明显,与对照组给药后血糖浓度有显著性差异(P<0.01),证明虽然两种方式都可提高新生儿血糖浓度,但静脉注射对治疗新生儿低血糖效果更好。

表2 两组新生儿给药前后血糖浓度对比

组别	n	给药前血糖浓度 (mmol/L)	给药后血糖浓度 (mmol/L)	P值
对照组	90	2.17±0.36	2.81±0.57	<0.01
实验组	90	2.30±0.19	3.81±0.58	<0.01
P值			<0.01	

3 结论

由于低血糖早期症状不明显,很难察觉,且新生儿由于语言欠缺,无法准确及时地与外界沟通,传递自身病情信息,很容易耽误治疗。本文探究了新生儿低血糖防治中产房的规范化管理方法,发现在剖宫产产妇手术前一晚进行宣教,并控制进食正餐的时间(22-23点),手术当日进行静脉补液,可以有效降低新生儿患低血糖的概率,对于已经患有低血糖的新生儿按照规范化管理方法给予静脉注射10%葡萄糖溶液干预可显著提升新生儿血糖水平,具有良好的临床应用前景。

参考文献:

- [1]胡静,陈黎丽,冯祺荣.1例新生儿低血糖喂糖水致心跳呼吸停止根本原因分析[J].护理管理杂志,2020,20(2):117-119.
- [2]刘华,盖迪,邹丽颖.新生儿低血糖的研究及管理现状[J].中国医药导报,2020,17(9):181-184.
- [3]顾信佳,俞君,吴静.妊娠期糖尿病产妇分娩新生儿早期血糖变化及影响低血糖发生的危险因素研究[J].中国妇幼保健,2020,35(14):2635-2637.

新型冠状病毒肺炎疫情期间医务人员生理心理状况探讨及研究

洪桂珍 李青 唐海妹 许春莉
桂林康复疗养院, 中国·广西 桂林 541002

【摘要】目的: 探讨新型冠状病毒肺炎疫情期间医务人员生理心理状况。方法: 在2020年3月1日-31日通过生理心理问卷调查方法, 对836名医务人员进行生理心理状况调查, 统计分析其严重心理疾病(SMI)状况。结果: 836名医务人员中506例(60.53%)出现生理心理问题, 包括: 疑病症56例, 焦虑和恐慌275例, 愤怒和强迫47例, 睡眠障碍和抑郁45例, 认知和行为问题55例, 情绪相关的躯体不适28例。SMI组与无SMI组在年龄、是否有伴侣、本人是否疑似感染新冠、亲属疑似感染新冠、控制情绪难度、近期做与新冠有关的梦方面具有明显差异性($P < 0.05$)。结论: 新型冠状病毒肺炎疫情期间医务人员出现生理心理问题较为常用, 应实施合理心理干预进行支持。

【关键词】新型冠状病毒肺炎; 疫情期间; 医务人员; 心理

引言

新型冠状病毒肺炎疫情期间, 由于病毒可在人与人之间传播, 且具有较高传染性, 医务人员的工作受到极大挑战, 尤其一线医护人员, 因工作负荷明显增加, 极易导致其生理状态不佳, 容易出现心理问题。新冠疫情较突然, 在短时间内受到感染的病人增加, 导致医务人员心理压力明显上升。而且就诊人数明显增加, 工作量较大, 而且受到防护需要, 医务人员无法正常饮食、如厕等, 导致其生理心理承受较大压力^[1]。因此, 了解新型冠状病毒肺炎疫情期间医务人员生理心理状况具有重要意义, 以便为其提供合理干预措施。本研究选取836名医护人员, 探讨其生理心理状况。如下所示。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2020年3月1日-31日836名医务人员, 其中男325例, 女511例; 年龄23-41岁, 平均年龄(30.85 ± 2.16)岁。已婚673名, 未婚163名。已育658名。内科265名, 外科184名, 妇产科63名, 儿科56名, 五官科128名, 急诊科140名。

1.2 方法

表1 两组相关因素对比

因素	无SMI组 (n=330)	SMI组 (n=506)	χ^2	P	
年龄	30.25 ± 1.06	29.65 ± 1.03	8.138	0.000	
是否有伴侣	有	232(70.30)	304(60.08)	9.075	0.003
	无	98(29.7)	202(39.92)		
居住社区是否有疫情	有	53(16.06)	105(20.75)	2.867	0.09
	无	277(83.94)	401(79.25)		
本人是否疑似感染新冠	是	17(5.15)	63(12.45)	12.297	0.000
	否	313(94.85)	443(87.55)		
亲属疑似感染新冠	是	3(0.91)	23(4.55)	8.765	0.003
	否	327(99.09)	483(95.45)		
控制情绪难度	不困难	160(48.48)	105(20.75)	34.604	0.000
	困难	80(24.24)	160(31.62)		
	非常困难	90(27.27)	241(47.63)		
近期做与新冠有关的梦	几乎没有	245(74.24)	108(21.34)	41.922	0.000
	有时	80(24.24)	235(46.44)		
	经常	5(1.52)	163(32.21)		

对836名医务人员采用生理心理问卷进行调查, 包括疑病症、焦虑和恐慌、愤怒和强迫、睡眠障碍和抑郁、认知和行为问题、情绪相关的躯体不适等。并对SIM产生的相关因素进行分析。

1.3 统计学方法

SPSS20.0处理, 计数资料经 χ^2 检验, 计量资料经t检验, $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

对836名医务人员进行调查, 506例(60.53%)出现SMI, 设定为SMI组, 主要包括: 疑病症56例, 焦虑和恐慌275例, 愤怒和强迫47例, 睡眠障碍和抑郁45例, 认知和行为问题55例, 情绪相关的躯体不适28例。SMI组与无SMI组在年龄、是否有伴侣、本人是否疑似感染新冠、亲属疑似感染新冠、控制情绪难度、近期做与新冠有关的梦方面具有明显差异性($P < 0.05$)。见表1。

3 讨论

面对突发疫情, 医务人员往往在生理、心理方面出现不良状态, 包括躯体化、焦虑、抑郁、恐惧等。尤其一线工作人员, 因与疑似、确诊患者进行直接接触, 医务人员往往有担心感染的心理产生, 甚至有的医务人员出现消极情绪, 导致医务工作受到一定影响^[2]。因此了解医务人员心理状态, 并及时予以心理干预具有重要意义。

经研究可知, 在506例(60.53%)出现生理心理问题, 包括: 疑病症56例, 焦虑和恐慌275例, 愤怒和强迫47例, 睡眠障碍和抑郁45例, 认知和行为问题55例, 情绪相关的躯体不适28例。SMI组与无SMI组在年龄、是否有伴侣、本人是否疑似感染新冠、亲属疑似感染新冠、控制情绪难度、近期做与新冠有关的梦方面具有明显差异性($P < 0.05$)。由此可知, SMI的发生受到多种因素影响, 而且面对突发疫情, 医务人员出现生理心理不良状况的几率较高, 尤其是疑病症, 在医务人员中发生几率较高, 主要是因疫情暴发后, 医务人员需与大陆患者近距离接触, 受到感染的风险较高, 极易出现情感反应, 若机体不适, 极易出现疑病症。医务人员虽然掌握较多医学知识, 但面对新冠疫情, 未知性高, 医务人员也容易出现焦虑、恐慌等负面情绪, 甚至由于内心无法保持安全感而出现愤怒情绪, 有的则因重复洗手、消毒等而出现强迫症^[3]。高强度工作容易导致睡眠受到影响, 极易出现抑郁情绪。因受到应激反应的影响, 导致其认知和行为往往出现异常, 甚至

草木皆兵,而强烈的负面情绪容易导致机体健康受到影响。面对疫情,应对医务人员应激障碍,对医务人员进行及时培训,使之在应对重大灾难事件面前建立调节情绪方法,可建立心理防御机制。适当焦虑可促使医务人员提高防范意识,并对危险缓解进行有效回避。面对新冠病毒疫情,应及时对医务人员心理状态实时科学评估,如有异常应进行及时干预,实时合理调节^[4]。应疫情面前,医务人员工作压力明显增加,都在其生理、心理面临极限,因此需及时评估医务人员抗压能力与应激反应,合理排班,避免医务人员长时间超负荷工作,应提高其睡眠质量,及时补充营养。面对新冠疫情,医务人员之间的彼此沟通交流,可互相理解,尤其是一线工作人员,相互慰藉具有重要作用。在此过程中,可对医务人员进行心理疏导,使之述说工作中的压力、感受等,使之负面情绪得以疏导,使之能够及时调整情绪及状态^[5]。对患者进行预认知行为治疗,指导医务人员合理冥想,正确进行呼吸、放松训练,可缓解医务人员压力,避免其应激反应严重。对医务人员进行合理信息管理,因疫情网络信息较多,容易导致医务人员产生不安全感,应及时对医务人员讲解权威信息,提高其对新冠疫情的正确认知能力,避免负面信息导致其产生焦虑、恐慌情绪^[6]。可指导医务人员与家人朋友沟通交流,通过情感支持提高信心。新冠疫情期间,虽然大家活动受到限制,但在有限范围内,指导医务人员保持积极健康生活方式,形成良好规律性,可通过营造轻松环境避免负面情绪产生。因疫情导致很多人承受较大压力、焦虑、恐慌等,甚至有的身心受创。而医务人员面对患者,极有可能受到负面情绪的影响。医务人员应进行积极自我调整,若负面情绪较为严重,无法进行自我调节,需接受专业心理干预,利于负面情绪消除。

总之,新型冠状病毒肺炎疫情期间医务人员出现生理心理问题较为常用,应实施合理心理干预,予以合理心理支持,可消除医务人员负面情绪,使之积极参与导致工作中展。

参考文献:

- [1]邓蓉,陈芳,刘珊珊,等.新型冠状病毒肺炎隔离病房医护人员心理压力影响因素[J].中国感染控制杂志,2020,19(3):256-261.
- [2]徐明川,张悦.首批抗击新型冠状病毒感染肺炎的临床一线支援护士的心理状况调查[J].护理研究,2020,34(3):368-370.
- [3]岳计辉,王宏,温盛霖.新型冠状病毒肺炎患者的心理应激与心理干预[J].新医学,2020,51(4):241-244.
- [4]李喆,项惟祎,袁伊雯,等.新型冠状病毒肺炎疫情上升期医务人员心理状况及影响因素研究[J].成都医学院学报,2020,15(3):279-283,288.
- [5]王东博,华明蕊,潘悦达,等.护士焦虑现状及影响因素分析[J].中国医科大学学报,2018,47(10):921-923,928.
- [6]罗有红,温惠莉,姚兆莉.护士岗位胜任能力、应对方式与工作倦怠的关系研究[J].中华现代护理杂志,2019,25(3):323-326.

作者简介:

- 洪桂珍(1990.10-)女,广西桂林,本科,中级医师,研究方向:营养方向;
- 李青(1985.10-)女,湖北随州,本科,主管护师,研究方向:营养方向;
- 唐海妹(1982-11)女,湖南永州,本科,中级医师,研究方向:护理;
- 许春莉(1986.2-)女,广西玉林,大专,护师,研究方向:理疗针灸(通讯作者)。



PiscoMed Publishing

PiscoMed Publishing Pte. Ltd.

73 Upper Paya Lebar Road #07-02B-11 Centro Bianco Singapore 534818

www.piscomed.com