

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. 6
第2卷第6期

6



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

新型天然提取产物果蔬保鲜生物膜	张 弛 (1)
藏医饮食起居对养生保健的作用及功效	闹 增 (3)
藏医药学的发展历程和民族特色及未来展望	德合拉才旦 (4)
论护士学生的人文关怀能力	李正秋 曾小燕 揭惠敏 李 梅 吴文津 许金仙 (5)
介孔二氧化硅及其在口腔医学中的应用	刘金龙 (6)
己酸羟孕酮在治疗细胞因子释放综合征中的应用	胡 涛 (7)
基于标准化病人与项目式教学融合的生理学创新教学模式研究	祖胡月 (8)
泌尿系结石的中医体质特点的研究	朱礼乐 王 宏 黄辉虎 王仕钦 彭玉平 邢益涛 (9)

□临床医学

1 例行腹腔热灌注治疗患者的护理体会	张开银 冯新韦 (10)
威伐光®结合针刺腰三穴治疗 60 例急性腰扭伤疗效分析	王 波 于 燕 刘春艳 唐长华 (11)
孕前体重指数与孕期体重增长对孕妇妊娠期糖尿病发病及妊娠结局的影响	江晓玲 (13)
图像引导放疗 (IGRT) 治疗非小细胞癌的临床研究	麻发强 赵春龙 邹 茵 廖光辉 黄贵佳 杨 完 (15)
功能锻炼决策辅助对单侧全膝关节置换恐动症患者的影响	陈 鹏 (17)
探讨 MRI 优化组合序列在肩周炎、肩袖损伤诊断中的应用效果	芦家奇 (18)
中医视域下 2 型糖尿病发病率进展研究	鲍 乾 (19)
病理技术应用中的差错问题分析与解决措施	刘安明 (20)

小儿推拿治疗乳食内积型积滞的临床观察
.....冯 莉 (21)

□临床护理研究

消化性溃疡患者进行综合护理对其生活质量的影响
.....经丽梅 (22)

老年慢性心力衰竭患者心理护理的进展分析
.....刘 梦 段华庆 (23)

系统性护理干预在老年骨科大手术患者中的应用及效果
.....牛晓梅 (26)

早期食管癌放射表现的临床价值
.....黄美爱 (27)

新形势下中医药学在临床护理中的实践与思考
.....潘海英 (28)

个性化口腔护理方法在口腔颌面外科护理中的实施效果探析
.....耿晨晨 (29)

丙泊酚联合瑞芬太尼用于静脉麻醉下无痛胃镜检查中的临床观察
.....段雪雁 李玉兰 (30)

□综合论坛

循证护理对降低 PICC 置管患者不良事件发生率的重要意义
.....郝洪梅 (31)

女性盆腔炎的发病机制以及治疗研究进展
.....曹 静 (32)

用湿润烧伤膏治疗烧伤愈合创面的效果考察
.....张志华 (34)

微针联合六味地黄丸治疗肝肾阴虚型黄褐斑的效果观察
.....王岷珉 (36)

高龄骨科患者术后肺部感染的危险因素分析
.....苗剑锋 (37)

酒精性肝病患者血清细胞因子水平和肠道菌群分布分析
.....吉华青 (38)

慢性前列腺炎的发病机制及治疗进展研究
.....朱礼乐 王之仕 黄辉虎 王仕钦 陈劲果 王定国 (39)

快速康复理念在肺癌全肺切除术围术期护理中的应用
.....陈小妹 (40)

比较 A 型肉毒素与曲安奈德治疗瘢痕疙瘩的长期疗效
.....程凤芮 伍景平 (41)

急诊内镜下止血联合生长抑素治疗上消化道出血的疗效分析
.....陈 镭 王丽琨 马子剑 王春燕 (42)

新型天然提取产物果蔬保鲜生物膜

张弛

西北民族大学, 中国·甘肃 兰州 730100

【摘要】轻度腐烂主要由欧氏菌杆属 (*Erwinia*) 和根霉属 (*Rhizopus*) 的细菌引起的。真菌引起的植物病害。能导致植物组织或器官腐烂。微生物及病菌主要侵染植物的块根、块茎、果实、茎秆等肉质肥厚的器官。疾病不仅限于预期, 在运输和储存过程中也会发生, 危害更为严重。受损作物种类很多。中药取材于广泛的天然药物, 抵抗力低, 浪费少, 药材以理论为基础, 用于疾病的预防和治疗。中药材种类繁多, 来源广泛, 多种药材具有多种化学成分, 大部分中药为复方, 临床疗效通常体现在复方与组合物的综合配伍作用上。该化合物的组合方式不同, 方法和使用方法在某些疾病中不同, 综合证的比较药是中国医学的一个重要组成部分。通过正交实验在连翘、石榴皮、蒲公英和银杏叶中优选出最佳的工艺组合。

【关键词】天然产物提取; 抑菌; 中药; 生物膜

前言

我国主要的轻腐病是由欧氏杆菌 (*Erwiniaaroideae*)、软腐花丹作物、西红柿、马铃薯等软腐病菌引起的轻腐病, 以及由黑根霉 (*Rhizopusstolonifer*) 引起的马铃薯软腐病等^[1]。近年来, 因药物滥用导致的临床耐药问题逐渐增多。人们开始研究中药的抗菌作用^[2]。梅林等人得出的结论是黄芩影响通过沙门氏菌的活性成分黄芩^[3]。绿脓杆菌, 以前称为假单胞菌抑制效果的抗菌作用进行研究和肠炎大肠杆菌。迄今为止, 植物病原体的快速发展已成为影响人们食品健康的重大问题^[4]。近年来, 我国在中医药研究方面投入了大量的精力和物力, 研究水平不断提高, 取得了惊人的成果。深入研究配伍后的作用机制, 对于优化药材配比、促进中药现代化具有重要意义。一个重要的推动作用。中药对轻度植物腐烂菌抗菌作用的实验研究与探讨, 为解决临床药物耐药问题提供一定的理论依据, 为今后更好的临床应用和农业问题提供指导^[5]。为今后更好地使用植物性农药提供一些理论依据和线索。通过挑选部分具有代表性的水平组合进行试验, 分析中药复方各组分在整体组方中所起作用的大小以及各组分的最佳用药剂量, 可以避免进行大量的拆方试验, 从而大大缩短了中药组方研究开发的时间^[6]。

通过正交试验方法筛选出最合适的复方选药, 再根据MIC获得的数据去选择出经济效益与成本兼顾的浓度配方。再在超声条件下, 边搅拌边加入 5% 壳聚糖和 1.5% 海藻酸钠, 制成粘稠的溶液, 在向其中按比例加入制好的复方药物冻干粉, 充分混合均匀便获得了最终产品。

1 材料与方

原料: 本实验以黄芩、黄连、红景天、青海大黄、石榴皮等多种中药药物为原料进行实验, 将各药物粉碎成粉末后备用。

1.1 天然产物预处理

取备用的各药物粉末, 取分别粗粉 80g, 按料液比 1:10 加入一些纯净水浸泡 24h, 加热回流提取三次, 每次二小时过滤后取上清液抽滤回收, 下层滤渣继续加入适量的纯净水加热回流, 将三次所取得这些滤液可以放入旋转蒸发器内浓缩, 体积至原来黄芩粗粉的重量数, 将药液直接放入冻干机烘干得到干燥固体后待用, 研碎为粉末, 即取得为冻干粉。

1.2 最小抑菌浓度的测定

测定方法为微量稀释法。取经高压灭菌过的试管, 将已配制好使用的药液按一定倍数稀释(1-10 号试管内药物浓度依次为 0.125、0.0625、0.03125、0.016、0.008、0.004、0.002、0.001、0.0005、0.00025、0.000125g/mL, 将上步制备的菌液用 PBS 缓冲溶

液稀释 100 倍后, 取 2mL 菌液分别加入 1-10 号试管每管中, 阴性对照为第 11 号试管(只加 2.0mL 液体 LB 和药液, 不加菌液); 阳性对照为第 12 号试管(加入液体 LB 2.0mL、菌液 2.0mL)。后将 1-12 号试验管和对照管置 33°C 摇床中 24h 后取出, 观察澄清度, 无菌生长最小抑菌浓度(MIC), 重复三组实验。

1.3 抗菌中药组分的筛选

采用正交实验的方法, 将各药物按照 2 水平 7 因素、3 水平 4 因素配制成相应的药液。药物浓度为 0.125g/ml, 采用打孔法, 分别将 8 种药液取 80ul 加入含有 100ul 植物软腐病菌的琼脂平板中, 放入 33°C 恒温恒湿培养箱中培养 24h。观察结果, 测量其抑菌圈大小的直径, 每种重复三次, 筛选出的最优抗菌复方药物。

1.4 正交实验

1.4.1 复方中草药醇 6 因素 2 水平正交实验

将筛选出来的提取物: 银杏叶、竹茹、石榴皮、金银花、丁香花和连翘 6 因素 2 水平进行正交实验设计, 以抑菌圈的平均值大小为检测指标。其中, 每种提取物设定为 1 个因素, 这些提取物每种都有 2 个水平, 设定水平 1 为添加, 水平 2 为不添加。详情见表 1, 由表 1 可知各提取物在正交试验中, 每组方中的用量, 都采用前期工作的剂量组合, 以此达到效果最优。

表 1 复方中草药醇 6 因素 2 水平正交实验

因素	银杏叶	竹茹	石榴皮	金银花	丁香花	连翘
1 水平	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
2 水平	-	-	-	-	-	-

1.4.2 复方中草药醇 4 因素 2 水平正交实验

将筛选出来的提取物: 连翘、石榴皮、蒲公英和银杏叶 4 因素 2 水平进行正交实验设计, 以抑菌圈的平均值大小为检测指标。其中, 每种提取物设定为 1 个因素, 这些提取物每种都有 2 个水平, 设定水平 1 为添加, 水平 2 为不添加。由表 2 可知各提取物在正交试验中, 每组方中的用量, 都采用前期工作的剂量组合, 以此达到效果最优。

表 2 复方中草药醇 4 因素 2 水平正交实验

因素	连翘	石榴皮	蒲公英	银杏叶
1 水平	0.075	0.080	0.060	0.060
2 水平	0.030	0.040	0.030	0.030
3 水平	-	-	-	-

2 结果与分析

2.1 正交试验结果

2.1.1 复方中草药醇 6 因素 2 水平正交实验结果

中草药醇提取液的提取工艺优化结果见表 3。由极差分析可知：7 个因素的极差 R；D>C>B>G>E>A>F；所以 7 个因素影响从大到小排列为：D>C>B>G>E>A>F。最佳的工艺组合为：D1C1B2G1E2A2F2。中草药醇提取液对 *Lactobacillus sakei* 抑制效果最好的处理组合条件为 D1C1B2G1E2A2F2，在此条件下，得到抑菌圈直径为 $16.78 \pm 0.4\text{mm}$ ，Er 的平均值大小为 $15.81 \pm 0.14\text{mm}$ 。通过极差分析可知，料液比是影响中草药醇提取液抑菌效果的主要因素。

表 3 6 因素 2 水平正交实验

试管	A	B	C	D	E	F	G	抑菌圈平均值大小 (mm)	
								E. coli	Er
1	1	1	1	1	1	1	1	13.3±0.4	13.7±0.8
2	1	1	1	2	2	2	2	16.7±1.1	14.0±0.0
3	1	2	2	1	1	2	2	13.3±0.4	11.3±0.4
4	1	2	2	2	2	1	1	15.3±0.7	15.0±0.0
5	2	1	2	1	2	1	2	15.5±0.7	17.0±0.0
6	2	1	2	2	1	2	1	10.0±0.7	12.5±0.7
7	2	2	1	1	2	2	1	16.7±0.4	17.3±0.4
8	2	2	1	2	1	1	2	18.3±0.4	19.3±1.1
K1	14.65	13.88	16.25	14.70	13.73	15.60	15.60		
K2	15.13	15.90	13.53	11.40	15.08	16.05	14.18		
R	0.48	2.03	2.73	3.30	1.35	0.45	1.43		
K1'	13.50	14.30	16.08	14.83	14.20	16.25	16.25		
K2'	16.53	15.73	13.95	11.70	15.20	15.83	13.78		
R'	3.03	1.43	2.13	3.13	1.00	0.43	2.48		

2.1.2 复方中草药醇 4 因素 2 水平正交实验结果

药醇提取液的提取工艺优化结果见表 4。由极差分析可知：4 个因素的极差 R；B>D>C>A；所以 4 个因素影响从大到小排列为：B>D>C>A。最佳的工艺组合为：B1D1C3A2。中草药醇提取液对 *Lactobacillus sakei* 抑制效果最好的处理组合条件为 D1C1B2G1E2A2F2，在此条件下，得到抑菌圈直径为 $23.58 \pm 0.4\text{mm}$ ，Er 的平均值大小为 $19.41 \pm 0.14\text{mm}$ 。通过极差分析可知，料液比是影响中草药醇提取液抑菌效果的主要因素。

表 4 4 因素 2 水平正交实验

试管	A	B	C	D	抑菌圈平均值大小 (mm)	
					E. coli	Er
1	1	1	1	1	21.3±0.4	15.0±0.0
2	1	2	2	2	18.7±0.4	14.0±0.0
3	1	3	3	3	13.0±1.4	9.7±0.4
4	2	2	3	1	20.3±0.4	17.0±0.0
5	2	1	2	1	18.7±0.4	16.0±0.0
6	2	3	1	2	12.7±0.4	12.0±0.0
7	3	1	3	2	20.5±0.7	16.3±0.4
8	3	2	1	3	18.0±0.0	15.7±0.4
9	3	3	2	1	13.0±1.4	11.7±0.4
K1	17.67	20.17	17.33	20.10		
K2	17.23	19.00	16.80	17.30		
K3	17.17	12.90	17.93	14.67		
R	0.50	7.27	1.13	5.43		
K1'	12.90	15.77	14.23	19.00		
K2'	15.00	15.57	13.90	14.10		
K3'	14.57	11.13	14.33	12.37		
R'	2.10	4.63	0.43	6.63		

参考文献：

- [1]王向阳,陈贝莉,潘丽秀,黄建颖,顾双,防腐剂和消毒剂对采后芦笋欧氏杆菌的抑制作用[J].中国食品学报,2016,16(08):172-177.
- [2]李月华,赵格,赵建梅,刘俊辉,王君玮.欧盟、美国及国内畜禽屠宰环节沙门氏菌监控现状[J].中国动物检疫,2020,38(06):69-75.
- [3]全国细菌耐药监测网2014—2019年支气管肺泡灌洗液细菌耐药监测报告[J].中国感染控制杂志,2020,20(01):61-69.
- [4]王玉珊,林德贵,林珈好.中药组方优化试验设计方法概述[J].畜牧兽医学报,2020,52(03):565-575.
- [5]于玲玲,宁德生,符毓夏,李连春,李海云,潘争红.瑶药尖尾枫的化学成分、药理活性及质量标准研究进展[J].广西科学,2020,27(04):327-335.
- [6]王伟齐,孙红,葛修润.碱激发作用下海相软土固化研究[J/OL].硅酸盐通报:1-及其对生鲜鸭肉的保鲜作用[J].现代食品科技,2020,36(03):113-119+98.
- [7]蒋增海,徐耀辉,邓同炜,韩文龙.酚红指示剂微量稀释法测定副猪嗜血杆菌的药物敏感性[J].畜牧与兽医,2016,48(04):109-111.

藏医饮食起居对养生保健的作用及功效

闹 增

青海省海南藏族自治州藏医院, 中国·青海 海南 813000

【摘要】人类自从到青藏高原定居之后,为了适应高原上恶劣环境,保障身体健康,藏族地区的人们尝试用各种方式疗愈疾病,也正是因为如此藏医才得以起源。而藏医的饮食习惯能有效提高人体免疫能力和适应大自然能力,这些习惯特点在后续发展过程中有效影响周边广大地区,帮助更多人们提高身体素质。本文将对藏医的饮食起居对养生保健的作用及功效进行探讨和研究。

【关键词】饮食起居; 养生保健; 藏医; 作用及功效

藏医认为,大自然中的天气变化会直接影响人的身体健康和生长发育。因此,人的吃食和生活习惯与产生的疾病息息相关。这与中医理论中的“药食同源”的概念类似。也就是说想要改善自己的身体素质一定要保证合理的饮食和生活习惯,否则就会因为大自然因素或者外力作用等原因导致身体诱发不同的病症。

1 藏医明白饮食有益养生

人类生存所必需的饮食主要分为饮料和食物两大类,而后者又可以被细分为粮食、肉类、油脂、熟食和蔬菜调料等类型。以下将以上几大类食物的特性进行详细描述,并阐明其与健康之间的关系。

1.1 粮食

粮食作为我国的主食,具体分类开便是米和豆。如果是新米和新豆,一般都不建议人类食用,因为新产的粮食大多特性偏湿重,不利于消化,并且容易诱发培根病,而经年的陈米和豆子因为被良好干燥之后特性就变得较为温和,搭配辅料一同进食能保障身体的健康。

1.2 肉类

在藏区有各种飞禽走兽,想要保障身体的肉类营养可以直接狩猎,但如今我国出台了一些政策和法律法规,以此来保护珍稀动物。藏医认为,生活于水中干燥陆地的鸟类和动物,能带给人类不同的治疗功能,比如干燥地区的肉食,因为性质温和,温良,能有效消除培根病所带来的潮热。而潮湿地区的肉食因为性质湿重,对胃、肾、腰部的含量较为有效。同时,两栖爬虫类的肉食则兼具前两者肉类的综合功能。

1.3 油脂

所有的油脂性质都较为寒凉,对老人、儿童和身体寒凉者容易导致腹泻,但对身体瘦弱、皮肤粗糙和精血损耗、脑力劳动者,这类型的食物对其拥有良好的滋补作用,甚至产生延年益寿的功能,特别是高原上的酥油茶,完全具备这样的能力,能有效提高人类对抗自然的身体适应能力。

1.4 熟食

熟食在人们的观念中大多是将食材经过加工和烹饪之后制得,一般情况来说经过加工的食物性质就比较轻软,更利于消化,因此特别适合老人和小孩。

1.5 蔬菜和调料

对于旱地的蔬菜大多性质温和,对培根病和隆病有良好的祛除作用,而产于潮湿区域的蔬菜性凉可以用来祛除赤巴症,因此,人们应该按照自身的情况不同来采取适合自己的饮食习惯。

1.6 饮料

从藏医的生活经验来看,饮料最好选取饮用奶、水和酒,并且这些饮料的选择一定要保证源头的清洁卫生,同时这些饮料中的水源最好是接受过风吹日晒的活水。

2 藏医对肠胃的养护方法

在藏区的人们生活环境不如盆地和平原地区,因此提升自身身体素质,保持强壮的身体是藏民的首要选择。藏医认为身体强健最重要的是要将胃火炼出,如果成功,身体就会像钢铁一样强壮。

同时,藏医发现,太阳的运行轨迹会让人们在四季变化中产生不同的精力,因此想要拥有旺盛的胃火,一定要根据季节的不同搭配饮食,调整体内精力的强盛。在冬季,人们精力较为旺盛,

而夏季较弱,春秋时节位于中位。冬季时因为天气寒凉,人的生理机制会让自己全身毛孔关闭,无法对外释放精力从而保持体内精力的旺盛,提高身体的免疫能力。

在此过程中,人们可以使用甘、酸和咸味的东西来保证身体内精力的充足。并且夜晚睡眠时间较长,容易饥饿,此时会导致身体精力损耗,藏医建议在身上涂抹芝麻油,并保证衣着适宜,房间内温度适宜,脚部暖和。冬降低油脂,季天气寒冷,如果培根蓄积体内,按照这样的方式日常生活,能有效祛除糟粕。

开春之后,太阳南移,大地变暖,人体毛孔逐渐开启,胃火释放,培根继而产生,此时应以苦、辛、涩的味道为主,配合青稞面和糌粑等食物,用来消除培根对身体造成的影响。

到了夏季,阳光炙热,身体内的消耗极大,此时应该帮助身体补充营养,适当选择更甜的食物,并减少大量的体力消耗,同时要增减衣物,保证身体的凉爽。如果雨水较多可以增加火热,食物主要以甘、酸、咸味为主,还可以适当和一些粮食酒。因为夏季人体毛孔全部打开进行散热,藏医建议按照以上方式操作以免导致体内赤巴增多,另外在居住的房间内可以撒一些檀香、马兰草等植物的香水。

例如,在最寒冷时藏民会选择糌粑与冻羊肝一起吃,此时因为身体内胃火较为旺盛,沾上干辣椒的羊肝能有效保护身体内隆病的祛除,因此,在不同的节气应该更多考虑环境影响和身体自身情况。到了夏季,为了祛除体内的赤巴就应该多食用酥油,以此来维持身体的健康。

3 藏医五源说与疾病变化

藏医的起源和发展其实与佛法有密切的关联,大多藏医都是当地的佛法高僧,并且藏医的传承衣钵也会特别重视医德医风的戒律。藏医认为四季的变化与太阳天体的运行会抑制和增长体内精力。因此,冬至到夏至的这段时间,因为太阳北移,再加上隆的力量,土和太阳部位都会有一定的损耗;反之亦然,因此想要缓解身体的问题,藏医进行饮食推荐的时候会考虑到人体自身的状况,同时也会根据季节和气候的变化帮助人们提高身体自身的免疫力。配以粗粮和简单的食物,避开重要节气中隆病、培根病和赤巴病的发生。

4 结束语

综上所述,藏医理论中人体的变化虽然肉眼不可见,但根据四季的变化、节气的变化、天气的变化、日转星移的变化都会导致体内器质的变化,在藏医的认识中夏季应该保持身体的凉爽,多吃姜、蒜、葱、辛等易散发味道的食物;冬季要保证身体的温暖,进食甘、咸、酸味的食物;春秋季节也应该适当增减衣物,保持春季苦、辛、涩的食物和秋季苦、甘、涩的食物,以此来保证体内不被隆、赤巴、培根的侵蚀,提高身体素质。

注:第六届全国老中医药学术经验继承成果。

参考文献:

- [1]周毛吉.藏医外治疗法与养生保健的相互作用[J].中国民族医药杂志,2019,25(11):69-70.
- [2]扎西措姆,才让东智.研究饮食起居在藏医养生保健中的作用[J].食品界,2018(06):84.

作者简介:闹增(1987.04-),男,藏族,青海共和人,硕士,职称:中级,研究方向:藏医药理与临床研究。

藏医药学的发展历程和民族特色及未来展望

德合拉才旦

阿坝县藏医院, 中国·四川 阿坝 624600

【摘要】藏族是我国历史悠久的民族之一,藏族人民大多生活在自然环境较为复杂的高原地区,在几千年的发展历程中形成对我国影响较大的民族文化即藏医学,藏医学体系的形成丰富了我国医学宝库,体现了藏族人民的集体智慧,其中所包含的诸多理论与实践推动我国医疗卫生事业的不断发展,本文以藏医学为研究主体,从发展历程、民族特色及未来展望这三个层面进行阐述,旨在深入了解藏医学的历史传承并提出有效的措施推动藏医学实现更加长远的发展。

【关键词】藏医学; 发展历程; 民族特色; 未来展望

1 藏医学的发展历程

早在远古时代,藏族人民就集中生活在高原地区,该地气候常年寒冷湿润,温差较小,并且还是多种河流的发源地,自然因素在一定程度上影响着藏医药的形成和发展。藏医学出现前期,藏民在与大自然的斗争过程中发现某些植物和矿物质具有治疗的功效,为满足生活需要展开狩猎并发现动物药材。公元前三世纪,藏族中开始流传“有毒就有药”的说法,两年后到公元前五世纪,受到原始宗教“苯教”的影响,藏医药开始初步形成;随着藏医学的不断扩充,到公元八世纪时藏医通过阅读书籍并进行实践,揭开人类胚胎学的奥秘,这一发现相较于达尔文提出的生物进化论还要早上几百年;公元十七世纪,当时的五世达赖十分关注藏医药的发展前途,因此召集诸多画师,将藏医药中包含的知识结合西藏传统绘画唐卡直观形象的表现出来,以此作为藏医学习的教材;到公元1916年时,十三世的达赖广收门徒,将藏医药的理论和技巧发扬光大,推动藏医学迈向新台阶,自此以后,藏医学的发展进入新时期。现如今,藏医药作为我国中华民族的瑰宝,受到国内外的广泛关注及认同,为人类战胜疾病提供良好借鉴。

2 藏医学的民族特色

2.1 藏医学理论

藏医学当中的三因理论提出隆、赤巴、培根是人体所需的三大元素也是人们进行生命活动的基础,三者相互联系,当其中一种元素发生变化时便会致人体出现疾病,只有在三者相平衡的情况下机体才处于正常的生理状态;藏医学认为的三大排泄物与现代医学理论认知相符,都将小便、大便和汗作为人体代谢的产物;藏医提出世间万物皆源自于五源的理论,其中五源指的是土、水、火、风、空,而药的味道产生于此,又将药味分为甘、酸、咸、苦、辛、涩这六种,最终总结出药物特性与自然环境密切相关的说法。

2.2 藏医学疗法

药浴疗法分为水浴和敷浴两种形式,这种疗法主要对医治风湿类关节炎这类疾病产生良好的效用;放血疗法主要用于患有热性疾病但身体壮实的患者,高血压、高血脂这类疾病都属于热性疾病,藏医通常使用锋利的针或刀刺破与治疗疾病有关的人体穴位,放出少量血液过后能够起到治疗该类疾病的效果;火灸疗法强调以热化寒,运用此项疗法主要是针对寒性类疾病,包括消化不良、水肿等疾病,操作较为简便,即将艾绒放在患者体表特定穴位使其燃烧,使燃烧的艾绒刺激穴位从而发挥疏通经络的功效,在热性病治疗的恢复阶段也常使用火灸疗法;涂抹疗法是指将药水、药油或者是软膏涂抹在患者体表处,经皮肤渗透后达到治疗的效果,主要用于皮肤粗糙等症。

2.3 藏医药炮制方法

藏医针对不同类型药材发明出独特的炮制技术,对于植物药材的炮制方法包括泡、蒸、拣、碾、发酵、漂洗等;动物药材的炮制方法有:烧、熬、砸、碾、泡等;矿物药材的炮制方法有:祛毒、去锈、煨烧、热制、猛制等,在三种药材类型之中,矿物类药材的炮制方法最为独特。炮制药材的目的在于改变其原有药

性,从而发挥其多样性的治疗效果,在藏医学之中金属物质皆可作为药材,但需要经炮制过后才可入药,并能发挥出独特的药用价值。

3 藏医学的未来展望

3.1 培养大量藏医学人才

将藏医学继续发扬的关键在于培养人才以形成藏医科研力量,在历代相传的过程中,藏医人才的培养是十分重要的一个问题,现如今人才的培养必须要使其树立高度的历史责任感,目前藏医专业人员集中体现的问题为运用藏医理论治疗患者较为熟练,但对现代医学理论及治疗方法的涉及较少,在国内外医疗体系不断发展的情况下,仅仅依靠藏医学治疗相对局限,并且藏医学自身也存在不足之处,需要结合现代新理论和新技术进行创新性发展,因此在传承藏医理论及实践的过程中不能忽视对人才现代理论及研究方法的培养,拓宽藏医学传承者的知识面,使其成长为即拥有藏医药理论基础及实践技术,又具备现代知识结构及研究能力的科研人员。

3.2 藏医学研究领域得到拓宽

藏医药其传承时间之久足以体现其科学性和可行性,目前藏医药涉及的领域主要体现在发表研究论文、开发药品产生经济效益等方面,在对藏医药的继承与发展产生积极推动作用的情况下也存在一定的问题,譬如对藏医药学开展的研究仍仅仅停留在新药开发、文献研究和临床观察等领域,对于一些理论方法尚未获得科学验证,而要想使其被人们广泛认识并接受,必须要从多领域给予藏医药学科学客观的评价,使其获得可持续发展的基础。

3.3 探索藏医药学研究模式

藏医在治疗疾病时强调三因动态平衡,即人体的协调统一,从疾病的诊断到治疗都有明确的体系,而在现如今运用科研手段研究藏医药的过程中如何保持其特色是研究的重点之一,譬如在当前藏医药尚未形成自身理论研究模式的情况下,直接套用西医药式的研究方法十分片面,从而导致对藏医药学研究方向出现偏差,脱离传统理论方法的指导,因此,在对其进行继承与发展的过程中必须确保研究模式保持藏医药本身特色及优势作用,避免出现藏医药学西化的结果。

4 结束语

综上所述,在对藏医学继承与发展的过程中吸收借鉴现代医学成果时应注意保持其原有思想及特色,按照自身发展规律凸显其优势作用并随着时代的发展运用科技手段使其得到深入研究,获得进一步发展。

参考文献:

[1]赵永旺,柏莹,刘峥嵘,秦裕辉.日本汉方医药学发展历程对我国中医药发展的启示[J].湖南中医药大学学报,2018,38(05):601-604.

[2]吉木色,甘秋兰,黎千榕,等.藏医学发展历程和民族特色及未来展望[J].亚太传统医药,2019,v.15;No.215(07):56-58.

作者简介:

德合拉才旦(1985.12-),男,藏族,四川阿坝人,学士学位,职称:中级 研究方向:藏药药理研究与临床应用。

论护士学生的人文关怀能力

李正秋 曾小燕 揭惠敏 李梅 吴文津 许金仙^{通信作者}
赣南医学院护理学院, 中国·江西 赣州 341000

【摘要】医学起源于人类关怀需要的本质^[1]。护理学作为医学大门类下的重要学科之一,是与“关怀”关系最为密切的学科。我国国家卫计委在《中国护理事业发展规划纲要2016-2020年》^[2]中明确提出应不断提高护理人员的人文关怀能力。因此,加强在校护士学生的人文关怀教育,培养护生的人文关怀能力已成必然、刻不容缓。

【关键词】护士学生;人文关怀;能力

【基金项目】赣州市社科联课题(编号20200023)、赣南医学院本科生科技创新项目。

1 人文关怀能力的相关概念

1.1 人文关怀的渊源

对于人文关怀的提出,中西方自古有之。在博大精深的中国传统文化中,最具代表意义的便是孔子的儒家文化,其核心思想是“仁”,即爱人;在西方,人文主义萌芽于古希腊,发展于文艺复兴时期^[3];这两者均强调以人为核心,对以后人文关怀的发展具有借鉴意义。

1.2 人文关怀与人文关怀能力的概念

对于人文关怀的理解,仁者见仁,智者见智。护理人文关怀,作为一个哲学与护理学的有机结合的复杂概念,是在20世纪70年代被美国精神病学家和内科学教授Engel正式提出,在Watson的第一部著作《护理:关怀的哲学与科学》中第一次应用了人文关怀,Watson提出护理的本质是人文关怀^[4]。我国学者对Watson的关怀理论解释为“人文关怀是一种以促进和保护人类健康,倡导人性尊严为目的的道德观念”^[5]。护理被认为是充满关爱的职业,护理人文关怀能力是护士秉承人性,德行,融体力,智力,知识,观念,情感,态度,意志为一体的内在修养,外化为自觉的,创造性的服务于患者的实际本领与才能,是综合护理能力的核心能力之一^[6]。因此,护理专业学生应表现出较高水平的关爱能力^[7]。

2 人文关怀能力培养

2.1 家庭层面

众所周知,家是一个人成长的摇篮,家庭氛围对于人文关怀能力的培养是至关重要的。融洽和谐的家庭环境有助于形成人文关怀能力,并且可产生正面影响^[8]。卞龙燕^[9]认为,一个良好的家庭环境,应该具备以下特点:高尚的精神情趣,浓厚的学习氛围,团结,平等的家庭关系,良好的家长教养制度和严格的生活制度等。作为家长,应该努力为孩子构建一个和谐融洽的家庭环境。

2.2 学校层面

古语有云:入芝兰之室,久而不闻其香。同样,如果学校环境就是充满了人文关怀的地方,那么学生也会将人文关怀内化为自己的行为,这是一个潜移默化的过程。培养护理学生的人文关怀能力,必须使之处于充满人文关怀气息的校园环境中^[10]。有学者^[11]认为,护理专业学生在学习护理专业课程的过程中,其价值观的修正需要通过教育不断实施,因此,学校在开展专业知识教育的同时,应重视人文课程的开展,加大人文课程比重,培养越来越多的富有人文精神的护理学生。陈红梅等^[12]认为:通过合理设置关怀照顾课程,提高人文课程比例,专业课及隐性课程教学中渗透人文关怀理念,采用多种教学方法如角色扮演法等有助于培养护生人文关怀能力。刘静等^[13]认为:加大人文关怀教育力度,多种方式的环境熏陶,培养护生同情心,可以有效提高护生关怀能力水平;Ferri PI等^[14]也认为,培养护生的同情心,在极大程度上可以提升其人文关怀能力。

2.3 个人层面

当前护理专业学生基本上都是“90后”和“00后”,即出生于21世纪90年代及以后的青少年。作为将来护理行业的主力军,有必要培养其人文关怀能力。覃湘庸^[15]认为:对于90后本科护生人文关怀能力的培养,可从培养护生专业情感,定期举办学生交流

会以减轻压力,完善人文课程体系以提高人文修养,开展挫折与感恩教育以提高心理承受力,加强实习基地管理以完善用人制度这几个方面着手。学者许金仙的研究发现护生家庭亲密度不仅对人文关怀能力有直接影响,也可以通过人格的神经质和内外向维度的中介作用对人文关怀能力产生间接影响,提出学校的教育策略应结合护生的人格特质,以更好地培养和提高护生人文关怀能力。

3 小结

俗话说:罗马不是一日建成的。同样的道理,护生人文关怀能力的提升也不是与生俱来或与日必然俱增的,是需要通过个人、家庭、学校和社会等诸多因素相互作用发展而来,需要后天的培养教育。当今护理教育应致力于培养护理学生的人文关怀能力,以不断提高我国护理新生力量的人文关怀能力,有利于构建和谐护患关系,提高社会群众对护理工作的满意度,使护理行业更加欣欣向荣。

参考文献:

- [1]郑木明,周增桓,林新宏.医学人文读本[M].北京:人民出版社,2006.
- [2]龚秀琪.探索人文关怀的理论渊源[J].理论观察,2014,11(101):122-123.
- [3]Watson J.Nursing the Philosophy and Science of Caring[M].Boston Journal of Advanced Nursing,1999,30(6):1388-1395.
- [4]刘海鸥,李莲芳.人文关怀-整体护理之魅力[J].中国医学理论学,2004,14(4):40-41.
- [5]黄戈冰,许乐.刍议当代护理人才人文关怀能力的建构[J].中国高等医学教育,2006,2(4):70-72.
- [6]Barker E.Co-dependency:Caring Chameleons[J].Nursing Times,1991,87(51):55-57.
- [7]邹宁,李晓环,刘启贵.家庭环境对大连市某高校医学生关怀能力的影响[J].医学与社会,2014,27(5):83-84.
- [8]卞龙燕.护理教学中护生人文关怀能力培养存在的问题及对策[J].全科护理,2010,8(8):2234-2235.
- [9]Gillespie M.student-teacher connection.a place of possibility[J].Adv Nurs,2005,52(2):211-219.
- [10]Gibb BE,Andover MS,Beach SRH.Suicidal Ideation and Attitudes toward Suicide.Suicide&life-Threatening Behavior,2006,36(1):12-19.
- [11]陈红梅,刘义兰.我国在校护生关怀能力培养研究进展[J].护理学报,2016,23(1):35-37.
- [12]刘静,吴新超,张秀云,吴蕊.护生人文关怀能力培养策略研究现状[J].卫生职业教育,2016,6(11):73-74.
- [13]Ferri PI,Guerra E,Marcheselli L, et al.Empathy and burnout:an analytic cross-sectional study among nurses and nursing students[J].Acta Biomed,2015,86(2):104-115.
- [14]覃湘庸.“90后”本科护生人文关怀能力的培养[J].南方医学教育,2010(4):8-10.
- [15]许金仙,廖佳奇,吴勤.家庭环境、人格对护理学专业大学生人文关怀能力的影响[J].卫生职业教育,2020,38(17):96-98.

作者简介:李正秋(1998-),女,江西赣州人,本科在读。通信作者:许金仙。

介孔二氧化硅及其在口腔医学中的应用

刘金龙

包头市青山区贝特瑞尔第二口腔门诊部, 中国·内蒙古 包头 014010

【摘要】近年来, 纳米技术的发展给药物溶解性低、机体耐药性、靶向给药等研究提供了新的方向。相较于有机材料如脂质体、大分子聚合物等, 无机纳米材料因具有结构稳定性等特点备受关注。

【关键词】介孔二氧化硅; 口腔医学; 应用情况

引言

介孔二氧化硅纳米粒子(mesoporous silica nanoparticles, MSNs)因具有孔径孔径可调、表面可功能化修饰、生物安全性好等优势, 广泛应用于药物传递、环境污染治理等领域。本文基于近年来国内外对介孔二氧化硅在各个领域的应用及口腔医学中的研究进展与存在的问题进行一综述。

1 介孔二氧化硅纳米材料的基本特性

1.1 孔径

介孔二氧化硅载药方法一般为物理吸附和溶剂挥发。胡尔卡加达等人。他研究了布洛芬不同孔径的中孔硅胶的载药性能, 发现只有孔径大于2.7 nm的多孔硅胶才能将布洛芬加载到孔中。因此, 对于具有更大流体动力学的材料来说是困难的。在小孔径的介孔硅通道中, 相反, 微尺寸材料容易加载到介孔硅中, 也容易从通道中绕过。贾等人。使用蚀刻法制备三孔径、紫杉醇负载的MSN, 通过体外释放行为和药物动力学分析验证孔径对MSN负载和药物释放性能的重要性。因此, 制备合适孔径的介孔二氧化硅作为载体是首要考虑的问题。

1.2 孔隙结构

多孔结构不仅影响负载药物的晶体形态和分子动力学, 而且改变药物释放的方式。例如, 直通道2D中孔硅药物的释放速度通常比3D立方结构的释放速度快。马丁等人。通过制备4种不同的多孔硅结构, 证实了孔结构影响药物释放速率, 并发现孔结构对孔的功能修饰的可行性起到了一定的作用。

1.3 功能调整

负载的材料通常通过范德华力和静电力等弱力进入中孔硅孔隙。然而, 不同的药物具有不同的潜力、亲水性和疏水性以及其他物理和化学性质。因此, 物质在孔隙中的自由扩散过程非常缓慢, 不能完全充满通道。多孔有机硅表面可以通过大量的硅烷醇基团进行改性, 这些基团可以很容易地被具有官能团的不同基团取代, 从而达到高负载、缓释和靶向释放的优点。贾达克等人。结果发现, 与SBA-16相比, 改性SBA-16的表面改性可以大大提高药物颗粒的最大沉积量, 并且释放速率也存在显著差异, 这可能是由于SBA-16的改性所致。16改变介孔硅和药物颗粒。之间的力。

2 介孔硅在口腔医学研究领域的应用

2.1 介孔硅改善口腔颌面部肿瘤耐药性的研究

在头颈部肿瘤中, 口腔鳞状细胞癌(oral squamous cell carcinoma, OSCC)占颌面部恶性肿瘤的95%。化疗作为口腔鳞癌治疗的首选方法, 然而因为存在机体耐药性的问题, 口服药物往往达不到理想的疗效, 利用修饰后的介孔硅达到靶向癌细胞从而避免全身用药, 给多重耐药性问题的解决带来希望。许多研究表明, 在人类上皮癌细胞表面叶酸受体通常过量表达, 因此叶酸常作为理想配体来靶向癌细胞。利用介孔硅表面易于修饰的特性制备出MSN-FA纳米粒子, 使MSN孔道中负载的药物高浓度聚集在癌细胞内, 提高抗肿瘤效果。

2.2 介孔硅在牙周疾病各个阶段的应用

牙周炎是口腔主要疾病之一, 所导致的牙齿缺失影响着全球成年人的口腔健康和功能。牙周炎一旦进展到形成附着丧失、牙周袋形成、牙槽骨吸收, 牙周组织将很难再生。因此, 如何在牙周炎发展的早期阶段甚至于在牙龈炎阶段, 及时消除炎症和抑制发展成为科研人员的研究热点。牙周炎的始动因子牙菌斑生物膜是预防牙周炎首要解决的问题, 通常临床采用抗生素药物辅助治疗, 但可能会增加抗菌素耐药性风险。

2.3 介孔硅与口腔材料的结合使用

在口腔疾病的治疗过程中牙科材料的使用必不可少, 各种新型的牙科材料的出现提升了口腔疾病治疗的疗效, 介孔硅的应用也能有效弥补目前口腔材料的不足。Chen等制备出的氧化锌-介孔硅(ZnO-MSN)纳米粒子按照不同比例加入到牙科充填材料中, 与未添加ZnO-MSN牙科充填材料相比, 最佳质量比为7:63(wt/wt)的牙科充填材料力学性能、抗菌性能优良, 可接受的转化率和固化深度以及较低的收缩率。氯己定(chlorhexidine, CHX)作为一种阳离子双胍, 是用来评定其他种类抗菌药药效的标准, 现已被口腔临床广泛使用来预防菌斑定植。然而当CHX单一混合在复合材料时, 会因为CHX降解而导致复合材料的力学性能改变。通过介孔硅负载CHX能良好的解决这个问题, 既利用了介孔硅的结构稳定性又能发挥出CHX的抗菌性。Yan等将1%CHX-MSNs与玻璃离子水门汀混合后实现了CHX的缓释, 有效地抑制变形链球菌生物膜的形成。De Cremer等采用溶胶-凝胶法合成的介孔硅负载CHX后与空洞型种植体相结合, 使CHX能稳定从种植体周围释放长达40d。无论作为预防性装置还是治疗性装置, 介孔硅/种植体复合物都有着显著的抑菌、抗菌效果。

3 结论

无机介孔二氧化硅借助孔径可调、孔容量大、表面易修饰、骨架结构稳定以及生物安全性高等优势, 可以负载有机小分子物质或者蛋白质等大分子作为载药系统, 对表面进行特异性修饰作为靶标系统, 还可以制备成条件响应性的缓控释系统, 这些独特的优势让无机介孔二氧化硅运用在各个领域中。但是针对不同的负载物质要求不同介孔硅、负载物与介孔硅之间作用力小以及动物实验给药操作困难等问题都让无机介孔二氧化硅真正运用到临床中尚有待研究。

参考文献:

- [1]王丹丹.介孔二氧化硅纳米微粒共转运Doxorubicin和MDR1-siRNA治疗耐药口腔鳞状细胞癌的研究[D].吉林大学,2015.
- [2]王丹丹,徐晓微,张恺,布文英,相思源,林敏,杨柏,孙宏晨.介孔二氧化硅纳米微粒共转运DOX和MDR-1siRNA用于逆转肿瘤多药耐药的研究[C].中华口腔医学会口腔生物医学专业委员会.2014全国口腔生物医学学术年会暨“西湖国际”口腔医学高峰论坛论文集.中华口腔医学会口腔生物医学专业委员会:中华口腔医学会,2014:223.
- [3]李先亮.应用于义齿基托的杂化抗菌涂层的制备与研究[D].吉林大学,2013.

己酸羟孕酮在治疗细胞因子释放综合征中的应用

胡 涛

深圳埃格林医药有限公司, 中国·广东 深圳 518000

【摘要】细胞因子释放综合征是指淋巴细胞在机体受到感染或者应用单克隆抗体、细胞因子等治疗后出现活化、溶解,并释放出大量细胞因子所导致的一组临床综合征。抑制细胞因子释放综合征在免疫性疾病和感染类疾病治疗领域有重要的意义,本文为己酸羟孕酮在制备抑制细胞因子释放综合征的药物中的应用提供了数据支持。

【关键词】己酸羟孕酮;细胞因子;细胞因子释放综合征;细胞因子风暴

1 细胞因子释放综合征

细胞因子释放综合征(cytokine release syndrome, CRS)是指淋巴细胞在机体受到感染或者应用单克隆抗体、细胞因子等治疗后出现活化、溶解,并释放出大量细胞因子所导致的一组临床综合征。这一现象最早在20世纪90年代初抗移植排斥反应药莫罗莫那-CD3单抗(OKT3)的使用中即已被发现。2006年3月,在单克隆抗体TGN1412的英国I期临床试验中,试验组6名健康男性出现了多器官的衰竭,其中2名出现深度昏迷,后证实与诱发机体CRS有关。这次事件使科学界和药品管理机构对单克隆抗体的临床前研究尤其是CRS重新进行了审视,并提出了相应的临床试验指导原则。CRS是器官移植、新冠肺炎、CAR-T和大分子药物治疗后患者的主要致死原因之一,据报道高达93%的CAR-T治疗患者和20%的新冠肺炎患者会产生不同程度的CRS。

目前临床治疗CRS主要是以对症处理为主,常用的治疗措施包括:(1)生命支持。维持体温、肠道内外营养和能量供给;(2)呼吸支持。一般氧疗,机械通气和表面活性物质等;(3)循环支持。调整出入量,维持水电解质酸碱平衡。酌情使用胶体、晶体、血管活性药物和弥漫性血管内凝血时肝素的使用;(4)皮质类固醇,对乙酰氨基酚和抗组胺药如苯海拉明等,可以预防性使用,在发病时亦可以重复使用;(5)其他,包括血液滤过和持续肾脏替代治疗等。迄今为止,临床上仍然缺乏安全有效的、针对CRS病因进行治疗的药物。鉴于此,针对CRS病因来治疗该疾病的药物在本领域中仍存在着极大的需求。^[1]

2 实验设计与方法

以下实验中采用的人外周血单核细胞(PBMCs)是来源于Eurofins Discovery(St Charles, MO, USA),混合自3个健康人类供试者(Lot#98, 99, 101)。

己酸羟孕酮(HPC)抑制人外周血单核细胞(PBMCs)内的细胞因子释放

2.1 采用抗CD28超激动剂的T细胞炎症抑制实验方法

实验第一天

将溶于1xPBS的抗CD28超激动剂(clone ANC28.1/5D10, 2 μg/孔)接种于高结合力酶标板内,并在生物安全柜内开盖孵育过夜,固定风干。冻存PBMCs滴融化冻,混合并稀释至适当密度,接种入U形底的聚丙烯96孔板(1.2x10⁵ cells每孔),每孔加入228 μL的培养基(RPMI1640, 10%热灭活胎牛血清, 1%青霉素/链霉素, 2mM L-谷氨酰胺)。细胞在加入HPC之前在37°C, 5%CO₂孵育1小时。HPC溶于50%的乙醇&PBS,并进一步用20X的细胞培养基进行稀释。将HPC加入PBMCs中,平行重复三组,每组12 μL (1X), 37°C, 5%CO₂孵育16小时。

实验第二天

孵育16小时后,将200 μL (1x10⁵)加入HPC或对照试剂

的细胞转移至接种抗CD28的酶标板内,在37°C, 5%CO₂孵育48小时。对于阴性对照组,将200 μL (1x10⁵)的细胞转移至接种抗CD28或同型IgG1的酶标板内。孵育48小时后,酶标板在200xg下离心10分钟。收集细胞培养上清,并保存于-80°C直至分析。

2.2 采用抗CD3(OKT3)或PHA的T细胞炎症抑制实验方法

实验第一天

冻存PBMCs经过滴融化冻,混合并稀释至适当密度,接种入聚丙烯96孔板(2x10⁵ cells每孔)并在每孔内加入150 μL的培养基(RPMI1640, 10%热灭活胎牛血清, 1%青霉素/链霉素, 2mM L-谷氨酰胺)。在加入HPC之前,细胞于37°C, 5%CO₂下孵育1小时。HPC溶于50%的乙醇&PBS,并进一步用20X的细胞培养基进行稀释。将HPC加入PBMCs中,平行重复三组,每组10 μL (1X), 37°C, 5%CO₂孵育16小时。

实验第二天

孵育16小时后,根据实验设计向酶标板的孔内加入40 μL的抗CD3(OKT3, 3 μg/孔 or 15 μg/mL)或PHA(10 μg/mL),并在37°C, 5%CO₂孵育48小时。孵育48小时后,酶标板在200xg下离心10分钟。收集细胞培养上清,并保存于-80°C直至分析。

3 细胞因子的测定

每个样品的细胞因子水平测定是采用Luminex方法,并按照厂商提供的实验操作进行。对细胞培养上清的细胞因子水平测定,是使用由Millipore Sigma(catalogue No. HCYTOMAG-60K)提供的人细胞因子/趋化因子磁珠并按照厂商提供的实验操作进行的,标准范围为3.2, 16, 80, 400, 2000, 10000 pg/mL。^[2]

4 结语

抗CD28成功刺激人外周血单核细胞中特定细胞因子的释放,其中IL-6, IL-10, TNF-α和IFN-γ的释放受到HPC的显著抑制,且其对于IL-10和IFN-γ释放的抑制具有浓度依赖性。

OKT3成功刺激人外周血单核细胞中特定细胞因子的释放,其中IL-6, IL-10和IFN-γ的释放受到HPC的显著抑制,且其对于IL-6和IL-10释放的抑制具有浓度依赖性。

PHA成功刺激人外周血单核细胞中特定细胞因子的释放,其中IL-2, IL-6, IL-10和TNF-α的释放受到HPC的显著抑制,并显示出浓度依赖性。

参考文献:

- [1]陈丽霞.小剂量雌激素、孕激素替代治疗围绝经期综合征的疗效观察[J].中国妇幼保健, 2013, (27) 4595-4596.
- [2]陈洁.对比针灸结合温经汤加减与雌、孕激素、促排卵药物周期疗法治疗月经不调的临床疗效[J].中文科技期刊数据库(文摘版)医药卫生2016(2).00048-00048.

基于标准化病人与项目式教学融合的生理学创新教学模式研究

祖胡月

山东协和学院, 中国·山东 济南 250001

【摘要】生理学是临床医学的主干课程,是基础向临床过度的桥梁。本文阐述了项目式教学法和标准化病人在临床医学教学中的应用和优势,并提出两者融合以优化生理学教学过程,提高学生自学能力和分析解决问题的能力,培养以学生的创新能力,实现基础理论与临床实践相结合的个性化教学模式。

【关键词】项目式教学; 标准化病人; 创新模式; 生理学教学

近代生理学的创立于1628年,英国科学家威廉·哈维通过进行动物实验发表了《心血运动论》,提出了血液循环的概念,标志着生理学成为一门独立的科学,并提出生理学的一切知识都应该从实验中获得。生理学是高等院校医学和护理学专业重要的桥梁课程,是学习病理学、病理生理学、内外科、妇儿科等临床课程的基础。2007年,以翻转课堂、慕课(MOOC)、PBL、项目式学习为代表的新型教学模式开始走进我们的视野,这些新型教学模式为生理学带来了全新的发展。为培养与临床接轨的专门人才,我们将标准化病人(Standardized Patient, SP)与项目式教学相结合的教学方法引入临床专业基础课教学中。

1 项目式教学的教学模式在临床教学中的优势

项目式教学,是由哥伦比亚师范学院的威廉·基尔帕特里克教授,在20世纪初提出的概念。邦维尔在90年代将项目引入教学的方法,并创造了“项目式学习”,又称基于问题的学习,项目式学习是一种强调学习者自身学习能力的教学模式。通过项目促进学生探究、协作、批判性思考和解决问题的能力,从而对常规的教学课程进行补充。对于医学专业学生来说,该教学模式是以案例、问题为基础,以学生为主体,以小组讨论作为主要形式,在授课教师的指引下,围绕某个医学技能点或具体病例诊治所需要的知识点进行主动学习的过程,将理论与实际应用紧密联系在一起。运用项目式教学模式,有利于创新型人才培养,迎合学生自主学习的需求,将枯燥乏味的生理学理论知识与生活联系起来,例如人体血压形成和测量、机体血糖的调节,心电图的认读等。

项目式教学模式颠覆了传统的教学过程,在翻转课堂的基础上,学生利用授课教师提供的学习资料和视频资源,在课外时间完成相关知识的建构,记录疑问。课堂上,在授课教师的引导下学生完成实践操作,解答疑问,归纳总结,并获得教师的针对性指导。因此,使学生摆脱了被动学习的角色,能够自己掌控学习时间和进度。学习能力强的学生可以加快学习进度,获取更多的拓展知识,而接受能力弱的学生可以放慢速度,反复学习,记录笔记,两者在课堂讨论中加深对知识的理解。这种新型教学模式在一定程度上促进了个性化教学,有利于教学改革和创新型人才的培养,与孔子提倡的因材施教有异曲同工之妙^[1]。

2 标准化病人的应用在临床医学专业教学中的优势

标准化病人(Standardized Patient, SP)是指那些没有医学知识或非医疗工作者,经过标准化和系统化培训后,能准确表现病人临床症状、体征和病史的正常健康人。他们既是“病人”(模拟病人),又是“评估者”(负责给学生打分),还是“教学指导员”(负责指出学生的不足),被用于问诊技能、体格检查技能、医患沟通技能等初级医师的培训和考核。

标准化病人在临床教学中充当教学辅导员或教师的角色,针对学生在问诊的时候存在的问题和遗漏进行反馈,指出学生的不

足。首先,标准化病人的引入克服了传统临床教学中缺乏针对性病例的问题,提高了课堂教学的效率;第二,通过在标准化病人身上练习,还可以增强学生的沟通能力和技巧,以及相关的临床技能,提高了学生的自主学习思考能力,临床实践能力和问题解决的能力,同时有利于学生人文素养培养,为学生今后与真正的病人进行良好有效的沟通与交流打下基础;第三,标准化病人作为教学评估者,能够公正的、客观的对学生进行考核和评价,并能够进行反复的训练和考核^[2]。

3 标准化病人融入项目式教学在生理学中的创新应用

生理学属于专业基础课,是研究机体生命活动现象及其功能活动规律的科学,属于重要的桥梁学科,在医学和护理教育中占有举足轻重的地位。但生理学知识的理论性较强,实验实训项目较多。将标准化病人通过项目式教学模式引入生理学教学中,实现了基础和临床培训的同质性,教学病例的多样性以及可重复性。生理学教学遵循医学人才培养规律,秉承基础性、综合性、创新性这一层阶分明、持续发展的人才培养思路,构建了以基础为主,注重临床过度,从模型训练→动物实验→标准化病人培训→真实病人实习一体化的实验实践教学体系,逐层深入,环环相扣。以基本实践能力培养为立足点,通过高层次、综合性、设计性的实验实践训练强化创新能力的培养。

通过山东某高校医学院临床医学专业某班级实践教学发现,相当一部分学生在生理学课堂上缺乏积极性,还停留在被动接受的传统教学模式里,缺乏主动探索和举一反三的精神。因此,任课教师可以开展以生理学的某一个或某几个技能点串联的方式,由点及面,引起学生的兴趣和学习积极性。例如,糖尿病患者症状描述、体位性低血压的症状描述、原发性醛固酮增多症病人严重低血钾全身乏力下床时跌倒、输液过程中发生寒颤、高热、皮疹等输液反应等等,在授课过程中,教师先抛出一个病例或案例,学生围绕这一案例,带着疑问和问题学习,掌握基本知识之后,利用标准化病人了解该知识技能点如何转化为临床诊断的依据。学生利用多媒体、网络、虚拟仿真实验、临床案例、标准化病人来帮助自己学习,提高自身的主观能动性。

将标准化病人与项目式教学结合的教学模式应用于临床专业基础课教学方法改革中,既改变了传统的授课和评价方式,同时也弥补了传统教学法缺乏逼真临床环境的不足。为构建集传授知识、培养能力、提高素质为一体的创新型教学模式提供了依据。

参考文献:

- [1]王晗,许阔广.以临床为导向的生理学教学方法的探讨[J].中国高等医学教育,2011,01:112-113.
- [2]马雷,高英英.以创新创业能力培养为目标的医学检验专业教育体系改革探讨[J].人力资源开发,2017,05:109-110.

泌尿系结石的中医体质特点的研究

朱礼乐¹ 王宏² 黄辉虎³ 王仕钦⁴ 彭玉平⁵ 邢益涛^{通讯作者}
 海南省中医院 泌尿外科, 中国·海南 海口 571000

【摘要】目的: 探讨分析泌尿系结石患者的中医体质特点, 为结石的辩证防治提供依据。方法: 将2017年9月至2020年4月进行研究, 调选我院数据库资料, 登记有效的71名泌尿系结石成年患者的临床资料作为研究对象, 本次研究中所有患者入院时, 经临床诊断均确诊为泌尿系结石, 并根据患者临床资料进行体质量表调查和统计学分析, 对所有患者进行中医辨证分析, 判断患者的病情体质特点以及症状表现。结果: 在所有泌尿系统感染的患者中, 气虚型、阴虚型、阳虚型、痰湿质、淤血质整体来说较为常见各种不同类型的患者的发生率基本一致, 具体原因可能与患者的疾病发展有较为密切的关联, 发展状况较为初期的患者, 更加倾向于平和致的病变。在研究结果中发现阳虚质和阴虚质以及痰湿质患者容易在治疗过程中出现肾功能不全以及失代偿期的状况, 而淤血质和气虚质患者表现为肾功能不全以及失代偿期, 平和质患者的各项症状发生总体来说较少。结论: 气虚型、阳虚质、阴虚质、痰湿质体质的患者更加容易出现结石的状况, 并且更加容易出现肾功能损害。医务人员在对患者进行治疗时, 可以从这一角度入手, 针对患者的个体状况开展有效的治疗。

【关键词】泌尿系结石; 中医体质; 研究分析

泌尿系结石在目前临床上的发病率大约为3%~14%左右^[1], 而成年人的泌尿系结石的复发率则高达50%以上, 医务人员进行临床治疗时发现这种疾病的发生与患者的体质密切相关, 在我国中医理论中, 将患者的体质状况分为不同的类型, 而医务人员需要了解泌尿系结石与患者体质变化之间的关联^[2], 并针对患者的个体状况开展有效的治疗, 能够有助于提高患者的治疗效果。本次研究探讨分析泌尿系结石患者的中医体质特点, 为结石的辩证防治提供依据。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

将2017年9月至2020年4月进行研究, 调选我院数据库资料, 登记有效的71名泌尿系结石成年患者的临床资料作为研究对象, 本次研究中所有患者入院时, 经临床诊断均确诊为泌尿系结石, 并根据患者临床资料进行体质量表调查和统计学分析, 对所有患者进行中医辨证分析, 所有患者中包含男性65名和女性6名患者, 患者年龄区间值为31~46岁患者的年龄均值为39.4 ± 7.1岁。实验中纳入的所有患者知晓实验目的并签署相关文件, 所有患者的一般信息比较结果差异具有均衡性, 存在对比研究的价值($P > 0.05$)。

1.2 方法

医务人员采用辩证方法, 采用问卷和体制调查的形式对患者的病情进行判断, 在进行调查时问卷由患者本人独立填写, 医务人员不对其进行相应的干预。

1.3 评价标准

在问卷调查完成后, 由统计人员回收问卷并进行相应的数据统计记录, 患者在治疗过程中的肾损伤状况, 并将最终结果进行相应的记录。

1.4 统计学方法

对所有患者的临床数据应用统计学软件SPSS22.00 for windows进行分析, 计数资料采取卡方检验, 用率($n\%$)表示, 计量资料行t检验, 用(均数 ± 标准差)表达, 以 $P < 0.05$ 作为统计学意义存在的判定标准。

2 结果

在所有泌尿系统感染的患者中, 气虚型、阴虚型、阳虚型、痰湿质、淤血质整体来说较为常见各种不同类型的患者的发生率基

本一致, 具体原因可能与患者的疾病发展有较为密切的关联, 发展状况较为初期的患者, 更加倾向于平和致的病变。

表1 所有患者的泌尿系感染状况与中医体质分型之间的关联

体质类型	例数	合并感染
气虚型	11	2 (18.18%)
阴虚型	12	4 (33.33%)
阳虚型	13	6 (46.15%)
痰湿质	16	3 (18.75%)
淤血质	14	8 (57.14%)
平和质	5	0 (0.00%)
总计	71	71

在研究结果中发现阳虚质和阴虚质以及痰湿质患者容易在治疗过程中出现肾功能不全以及失代偿期的状况, 而淤血质和气虚质患者表现为肾功能不全以及失代偿期, 平和质患者的各项症状发生总体来说较少。

3 讨论

泌尿系结石是临床上较为常见的一种病症类型这种疾病的发生与多种外界因素密切相关, 尤其是现代社会人们的生活节奏较快, 并且大多数人的生活和工作压力较大, 长期熬夜以及生活不节制会导致人体正气受到影响, 阴阳两虚是致病根本。人体动力不足会致使人体的气机不畅, 随之而来的则是痰湿内滞, 以及脾血内阻等, 而本次研究结果中显示气虚型、阳虚质、阴虚质、痰湿质、淤血质患者出现结石的可能性较高, 医务人员在对患者进行治疗时, 可以根据患者的个体状况做出相应的治疗方案判断, 以保障患者的治疗效果。

综上所述, 气虚型、阳虚质、阴虚质、痰湿质体质的患者更加容易出现结石的状况, 并且更加容易出现肾功能损害。医务人员在对患者进行治疗时, 可以从这一角度入手, 针对患者的个体状况开展有效的治疗。

参考文献:

- [1]邓福宝,赵晓红.泌尿系结石成分与中医体质相关性研究[J].中国卫生标准管理,2020,11(16):101-103.
- [2]俞秋.单中心成人泌尿系结石与中医体质类型相关性研究[D].南京中医药大学,2020.

1 例行腹腔热灌注治疗患者的护理体会

张开银 冯新韦^{通讯作者}

赣南医学院护理学院, 中国·江西 赣州 341000

【摘要】通过观察一例恶性腹腔积液患者术后行腹腔热灌注化疗效果, 探讨腹腔热灌注化疗前后的护理要点。

【关键词】腹腔积液; 腹腔热灌注化疗; 护理

腹腔热灌注化疗(Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy, HIPEC)是一种腹腔恶性肿瘤辅助治疗手段^[1]。是指将含化疗药物的灌注液精准恒温、循环灌注、充盈腹腔并维持一定时间, 预防和治疗腹膜的种植转移。通过人工腹水法腹腔灌注化疗联合高频透热治疗可促进药物向肿瘤内部的渗透^[2], 大容量人工腹水法灌注化疗又可以使尽可能多的腹腔组织浸泡在化疗灌注液中, 从而防止肿瘤在腹腔内的播散。对于腹腔灌注化疗传统的认识, 主要是治疗癌性腹水及微小病灶, 可产生较好的临床效果, 取得较为满意的疗效。

1 临床资料

患者, 女, 65岁, 患者因3个月前无明显诱因出现体重下降, 下降约30斤, 伴暖气黑便, 无反酸, 无恶心呕吐, 无腹胀腹痛, 无腹泻便秘, 无发热气促, 无胸闷胸痛, 于2020-09-24入院。平素身体健康, 30年前诊断“萎缩性胃炎”, 自诉服用中药后好转, 既往“高血压”4年, 规律服药“尼群地平”3年, 自诉血压控制良好, 无痢疾、疟疾、病毒性肝炎及结核等传染病史。预防接种史不详。无手术史、无输血史、无药物过敏史。无吸烟史, 无饮酒史。否认家族性遗传病史, 否认家族性肿瘤病史。

查体T 36.1℃, P92次/分, R 20次/分, Bp 122/82mmHg。胸腹部+盆腔CT示: 1.肝脏多发小囊肿灶, 提示胆囊结石; 2.胃小弯垂直占位, 考虑溃疡性胃癌, 贲门口部分累及; 3.腹膜可见大量积液, 腹膜不规则增厚, 腹腔内强化结节影。腹水检出低分化腺癌细胞, 腹水密度大于20Hu。电子胃镜: 胃壁可见向四周弥漫浸润肿物, 累及胃小弯、贲门及食管下端, 边界不清, 触之易出血, 活检病理示: (胃底粘膜)中低分化腺癌, 侵及浆膜下层。

根据病史、辅助检查及体格检查目前诊断为: 胃恶性肿瘤、恶性腹腔积液、胆囊结石。

患者于2020-09-28行全胃切除、D2淋巴结清扫、食管空肠Roux-en-Y式吻合术后。予以观察患者术后情况尽早进行腹腔热灌注化疗术。术后第二天生命体征平稳, 红细胞 $4.0 \times 10^{12}/L$, 血小板 $146 \times 10^9/L$, 白细胞计数 $6.3 \times 10^9/L$, 中性粒细胞总数 $4.6 \times 10^9/L$, 中性粒细胞百分数56.7%, c反应蛋白5.14mg/L, 感染指标正常、凝血功能正常, 无腹痛腹胀, 24h引流液105ml, 呈淡红色。主管医生已向患者及其家属交代病情及腹腔热灌注化疗术的相关事宜, 患者及其家属表示认可理解, 并已签署治疗同意书。

2 病例讨论

在胃癌晚期患者中, 恶性腹腔积液具有较高的发生概率, 而且会严重影响生存质量, 对于此疾病, 临床中多予以全身化疗、穿刺引流等方式进行治疗, 但是效果并不是很理想。近些年以来热灌注化疗方式在临床中得到了较为普遍的应用, 腹腔热灌注化疗明显, 能够有效杀死癌细胞, 提高患者的生命质量。通过腹腔热灌注化疗方式治疗后, 实现了热疗与化疗的有效结合, 有效杀灭癌细胞, 并扩张血管, 确保化疗药物的药性。在治疗过程中, 还需要对护理措施引起足够重视, 给予一定的护理措施干预, 帮助辅助治疗, 从而确保疗效以及预防并发症的发生。

3 护理要点

3.1 灌注前

查看患者生命体征、心理状态; 查看患者血常规、凝血功能结果, 患者有无腹痛腹胀, 有无发热及引流液的颜色、性状、量。HIPEC管道有无管道标识、是否固定、敷料是否干洁。

3.2 灌注前的护理

a、灌注前30min遵医嘱给予止吐、镇静、镇痛药物; b、打开尿管, 排空尿液; c、予以吸氧, 心电监护及血氧饱和度监测; d、疏导与缓解患者及家属的情绪, 给予足够的支持与帮助, 维持良好的护患关系, 帮助患者树立康复的信心;

3.3 HIPEC治疗参数设置

水箱水位在安全范围以内4-5.5L, 温度为43, 时间60-90min, 容量3000-4000ml, 流量400-600ml/min, 保留500-1000ml的灌注液在腹腔。

3.4 灌注中

观察患者生命体征、腹痛、腹胀情况: 予以半卧位, 如有腹胀, 应控制入水量, 减慢流速; 如患者出现腹痛, 应立即暂停入水, 安抚病人情绪, 予以观察, 必要时报告医生进行相应处理。

①观察药液袋内水平: 如灌注过程中发现袋内液体逐渐下降, 说明进多出少, 为管道不通畅, 应及时调整出水管, 保持出水管通畅; 如发现液面逐渐升高, 说明进少出多, 可适当加大蠕动泵入流速, 体外保持1000ml液体在管道外循环。

②观察患者的出汗情况: 灌注期间观察患者有无面色苍白、大汗淋漓、头晕、心悸等虚脱症状, 根据患者失水情况给予适当补液。腹腔热灌注过程中尿管保持开放状态, 尽量让灌注液充盈腹部膨胀。

③注意观察引流管周围皮肤, 密切注意两侧腰部皮肤有无红、肿、热、痛, 局部有无波动感, 防止药物渗漏诱发蜂窝织炎, 灌注过程中发现引流管口有渗液需及时报告医生做出相应处理。同时做好交接班及护理记录, 交代腹腔残余量, 及做好次日腹腔引流液颜色、量的观察与记录, 切口敷料如有渗血渗液及时换药。

4 健康指导

①生活方式: 告知患者饮食宜少量多餐, 进高蛋白、低脂饮食, 补充铁剂与足量维生素, 少食盐腌和烟熏食品, 避免过冷、过烫、过辣及煎、炸食物。注意劳逸结合, 避免过劳。

②心理调节: 强调保持乐观的重要性, 指导患者自我调节情绪。

③用药指导: 教导药物的服用时间、方式、剂量, 说明药物副作用。避免服用对胃黏膜有损害性的药物, 如阿司匹林、吲哚美辛、皮质类固醇等。

④复诊指导: 胃癌病人须定期门诊随访, 定期检查, 定期安排化疗时间, 术后3年内每3-6个月复查1次, 3-5年内每半年复查1次, 5年后每年1次。内镜检查每年1次。若有腹部不适、胀满、肝区肿胀、锁骨上淋巴结肿大等表现时, 应随时复查。

参考文献:

[1]陈春霞.热灌注化疗在肿瘤并发恶性腹腔积液中的应用与护理[J].现代医药卫生, 2019, 35(21):3359-3361.

[2]田瑞瑞, 任闽山, 王晓辉.体腔热灌注化疗治疗恶性胸腹腔积液临床研究[J].医药前沿, 2017, 7(7):101-102.

威伐光®结合针刺腰三穴治疗60例急性腰扭伤疗效分析

王波 于燕 刘春艳 唐长华^A

中国人民解放军海军第971医院康复医学与理疗科, 中国·山东 青岛 266071

【摘要】目的 观察威伐光®结合针刺腰三穴治疗急性腰扭伤的临床疗效。方法 采用随机数字表将60例急性腰扭伤患者随机分为治疗组30例和对照组30例。治疗组选用威伐光结合局部针刺治疗,对照组采用局部针刺,两组每日治疗1次,共治疗5次。对比分析两组患者临床疗效、腰部功能评估(JOA评分)变化以及腰椎活动度变化(Schober test, ST)。结果 治疗组和对照组总有效率分别为96.67%和83.33%,组间对比差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗前后VAS、JOA评分、ST(cm)比较:与本组治疗前相比较,治疗后两组VAS评分降低($P < 0.05$);治疗后,治疗组VAS评分明显低于对照组($P < 0.05$);与本组治疗前相比较两组ST、JOA评分均升高($P < 0.05$),治疗后,治疗组ST、JOA评分均明显高于对照组($P < 0.05$)。结论 威伐光结合针刺腰部三穴有显著临床疗效,明显优于对照组,方法简便,易于在基层推广。

【关键词】威伐光; 针刺疗法; 急性腰扭伤

急性腰扭伤是腰部肌肉纤维结缔组织因外力作用刺激,肌肉受到过度牵拉而引起的急性损伤。以腰部疼痛、活动受限为主要症状,尤其翻身活动时疼痛加剧,严重的患者不能坐起、站立和行走^[1]。本病在青壮年人群中属于常见多发病,如处理不当,易转变成慢性腰痛,从而降低生活质量。急性腰扭伤的治疗方法很多,其中针灸治疗历史悠久、疗效确切^[2-3]。近年来,理疗设备的不断研发使中西医结合治疗逐渐受到关注。威伐光®是2011年由德国引入国内的新型光疗设备,其专利的水滤系统可以有效过滤光热效应,保留大多数红外波段光能,穿透皮下组织深,因而又称为深部炎症治疗系统。我科采用随机、对照研究方法,对2年来威伐光结合局部针刺腰三穴治疗急性腰扭伤的临床疗效进行验证,疗效满意,现将研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选取2018年12月-2020年12月我院骨科及康复医学与理疗科就诊的门诊患者为研究对象,选择纳入研究范围的患者共计60例,急性起病。采用简单数字随机法,随机分为治疗组30例和对照组30例。治疗组男性22例,女性8例;年龄19~46岁,平均(28.54 ± 5.13)岁;病程2.5h~5d,平均(1.36 ± 0.75)d。对照组男性23例,女性7例;年龄18~45岁,平均(27.32 ± 4.61)岁;病程3h~4d,平均(1.42 ± 0.79)d。两组患者在性别、年龄、病程方面对比,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准

参考《中医病证诊断疗效标准》^[4]:①有腰部扭伤史,多见于青壮年;腰部一侧或两侧剧烈疼痛,活动受限,不能翻身、坐立和行走,常保持一定强迫姿势减少疼痛;②腰肌和臀肌痉挛,可触及条索状硬块,损伤部位有明显压痛,脊柱生理弧度改变。

1.3 纳入标准

①符合急性腰扭伤诊断标准,病程在5d之内;②年龄18~45岁;③在接受本研究方法期间不合并使用其他疗法;④自愿加入本试验,并签定知情同意书。

1.4 排除标准

①腰部有椎间盘突出或有器质性的病变引起的急性腰痛;②对光过敏患者;③肝、肾、心脑血管等危及生命的原发性疾病患者;④精神疾病患者;⑤凝血功能异常者;⑥腰部皮肤有破溃、渗血、渗液、溃疡者;⑦妊娠期妇女;⑧既往曾出现晕针者。

1.5 中止及脱落标准

①疗程未结束而出现过敏反应或严重不良反应者;②病情持续恶化有可能发生危险者;

③治疗过程中加用其他药物者;④未按规定治疗无法判定疗效或资料不全影响疗效判断者。

2 治疗方法

2.1 治疗组

患者俯卧位,腰部皮肤暴露,威伐光治疗系统(德国海特公司,型号:WIRA750,产品编号:16700221)照射头方向与腰部患处平面垂直,治疗仪光源距皮肤30cm,每日1次,每次30min。同时进行针刺治疗,参考石学敏主编的《针灸学》^[5]中治疗腰部扭伤的治疗方法。选取穴位:阿是穴、肾俞、委中。常规消毒,选0.30mm×40mm毫针,向脊柱方向45°斜刺阿是穴、肾俞穴、直刺委中穴,深度 25 ± 2 mm。每日针刺1次,每次留针30分钟,留针期间行针2次(用强刺激手法),捻转幅度为3圈,捻转频率3次/秒,每次行针5秒。5天为1疗程。

2.2 对照组

针刺方法同上,每日针刺1次,留针30min,5天为1疗程。

3 观察指标

观察两组患者临床治疗效果、视觉模拟量表(VAS)评分^[6]、腰椎活动度(Schober test, ST)^[7]、腰部功能评估(JOA评分)^[8]

3.1 疗效判定标准

①临床治疗效果:一疗程结束后,参照《中医病证诊断疗效标准》^[4]中的有关标准判定临床疗效。痊愈:腰部疼痛消失,脊柱活动正常;好转:腰部疼痛减轻,脊柱活动基本正常;无效:症状无改善。总有效率=(痊愈+好转)/总患者数×100%。

②视觉模拟量表(VAS)评分:采用VAS评分来测量患者疼痛。在治疗前后,请患者在VAS纸条标尺上分别画出标记(0代表无痛,10代表剧痛),根据患者标记位置来记录代表疼痛的分值。得分越低,疗效越好。

③腰椎活动度:治疗前后采用Schober试验(Schober test, ST)评定患者腰椎活动度,指导患者取直立姿势,并于患者双侧髂后上棘连线中点部位皮肤和正上方约15cm处皮肤进行标记,然后指导患者尽量将身体前屈,最大屈曲度时测量原标记两点间距离。测量数据减15cm,正常值>4cm。

④腰部功能评估:根据日本骨科协会评估表(JOA)评分标准中关于腰部JOA评分进行评估,JOA评分主要在主观症状、临床体征、日常活动受限、膀胱功能4个方面来评估,满分29分,分值越高表示腰部功能越好,分值越低表示功能越差。

3.2 统计学方法 所有数据均录入Microsoft Excel 2010,应用SPSS 19.0软件进行统计学分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,正态分布者采用t检验,非正态分布者采用秩和检验;等级资料采用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

4 治疗结果

4.1 两组患者总体疗效比较:治疗组、对照组总有效率分别为

96.67%、83.33%，治疗后组间临床疗效比较，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 (例)

组别	n	痊愈	好转	无效	总有效率 (%)
治疗组	30	25 (83.33)	4 (13.33)	1 (0.03)	29 (96.67%) [△]
对照组	30	16 (53.33)	9 (0.30)	5 (0.17)	25 (83.33%)

注：与对照组比较，[△] $P < 0.05$

4.2 两组治疗前后 VAS、ST (cm)、JOA 评分比较：与本组治疗前相比较，治疗后两组 VAS 评分降低 ($P < 0.05$)；治疗后，治疗组 VAS 评分低于对照组 ($P < 0.05$)；与本组治疗前相比较两组 ST、JOA 评分均升高 ($P < 0.05$)，治疗后，治疗组 ST、JOA 评分均明显高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后 VAS、ST (cm) 及 JOA 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别		VAS	ST	JOA
治疗组 (n=30)	治疗前	7.32 ± 1.36	0.76 ± 0.71	13.22 ± 1.41
	治疗后	1.64 ± 0.99 ^{*△}	5.43 ± 0.46 ^{*△}	21.08 ± 2.16 ^{*△}
对照组 (n=30)	治疗前	7.13 ± 1.25	0.73 ± 0.68	13.86 ± 1.68
	治疗后	3.68 ± 2.35 [*]	3.61 ± 0.43 [*]	18.61 ± 2.03 [*]

注：与本组治疗前比较，^{*} $P < 0.05$ 与对照组治疗后比较，[△] $P < 0.05$

4.4 安全性评价 两组患者均未出现不良反应。

5 讨论

急性腰扭伤属于常见多发病，是腰部肌肉、筋膜、韧带、关节囊等软组织因外力作用突然受到过度牵拉而引起的急性损伤，使组织出现炎症反应、充血水肿、渗出和粘连等刺激压迫神经末梢而导致腰痛^[9]，易致腰肌劳损，也易引发腰椎间盘突出。随着康复医学的快速发展，物理治疗仪器不断开发应用，威伐光治疗系统即为其中之一。威伐光是以卤素光源为发光体，光源功率 500~750W，出光口光密度 >1300~1600mw/cm²，它的主要特点是利用专有的 WIRA 装置形成宽度为 560~1400nm 的波谱，同时能消除光波所产生的皮肤热效应，从而突破了传统光波皮下 2cm 以内的穿透瓶颈，将治疗深度推进到 7cm，可维持深部组织恒温 41℃，具有正向免疫调节功能^[10-11]。有文献报道：威伐光照射引起的理疗效应，可使病变局部炎症区的血流量增加，血液循环加速，促进了侧枝循环建立，也促进炎症代谢产物转运、分解、稀释，降低 5 羟色胺等引起疼痛的介质聚集浓度，激活内源性啡样镇痛物质，血管平滑肌紧张性和局部交感神经紧张度也降低，局部肿胀、淤滞、牵张压迫得以减轻和缓解，痛觉神经刺激潜伏时间延长^[12]，从而有效缓解疼痛，实现深部治疗作用。

急性腰扭伤属于中医“筋结伤”范畴。《金匱要略》提到，腰为“一身之要”，人体俯、仰等动作的完成均依赖于腰部功能的正常，且人体的三阴三阳、奇经八脉，皆贯于肾而络于腰脊。外伤或劳累损伤筋骨脉络，导致血瘀气滞，正气受损，脉络不通，气血运行受阻，致使腰部疼痛伴活动受限。治疗当以活血行气、通络止痛为主。从病机看，为急性起病，以实证居多，但若治疗不当则易导致瘀留经络而复发。针灸治疗的可靠性早已被证实，而根据近年来文献统计显示，“阿是穴、委中、肾俞等是治疗腰扭伤最常用穴”^[13]。其中阿是穴，也叫“天应穴”、“不定穴”、“压痛点”。这类穴位一般都是随疼痛位置而定，大多位于病变的附近，阿是

穴以痛为腧，乃气血临时聚结之所，针刺可消散聚结之气血，从而缓解疼痛。研究显示，针刺腰痛部位阿是穴可松解粘连、改善循环、促进瘀血和炎症因子的吸收，从而改善腰部症状^[13]。委中穴又名腘中穴、郄中穴，其位于腘横纹的中点，为足太阳膀胱经之合土穴。足太阳膀胱经从头走足，在背部形成两行夹脊的经脉，分别是沿肩胛内侧、脊柱两旁（旁开 1.5 寸）到达腰部，以及沿肩胛内侧，从附分穴夹脊（旁开 3 寸）行至骶枢，后继下至腘窝合并于委中，经脉中运行的气血可对腰背部进行濡养与调节，故委中穴疏调腰背气血之功较他穴为是^[14]，是治疗腰背痛、下肢痿痹的要穴，即所谓“腰背委中求”。《诸病源候论》曰：“肾主腰脚”，可见本病与肾关系密切。肾为先天之本，腰为肾之府，故肾俞可治疗腰痛诸症，刺之则经络得以疏通，肌肉、筋骨得以濡养，达到缓解疼痛的目的。

通过以上病例观察，威伐光结合局部针刺腰三穴治疗急性腰扭伤，可明显起到协同作用，提高临床疗效，缓解腰部疼痛，有效降低腰扭伤对日常工作和生活的影响，并改善腰椎活动度，优于单纯针刺组，近期疗效确切，且操作简便，易于推广。但本研究为小样本、单中心研究，且未进行长时间随访，后续亟待开展进一步验证，观察其远期疗效及腰部功能的恢复情况。

参考文献:

- [1] 胥少汀, 葛宝丰, 徐印坎. 实用骨科学 (下册) [M]. 北京: 人民军医出版社, 2012: 2038.
- [2] 李婧, 邱玲. 近五年国内针灸治疗急性腰扭伤的研究进展 [J]. 实用中西医结合临床杂志, 2014 年 14 (9): 89-91.
- [3] 张万翔, 王蜜源. 基于数据挖掘的针灸治疗腰扭伤取穴规律分析 [J]. 北京中医药, 2020 年 8 (39): 870-874.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 185.
- [5] 石学敏. 针灸学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 294.
- [6] 蒋协远, 王大伟. 骨科临床疗效评价标准 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 123.
- [7] Tousignant M, Poulin L, Marchand S, et al. The Modified-Modified Schober Test for range of motion assessment of lumbar flexion in patients with low back pain: a study of criterion validity, intra- and inter-rater reliability and minimum metrically detectable change [J]. Disabil Rehabil, 2005, 27 (10): 553-559.
- [8] Yonenobu K, Ebara S, Fujiwara K, et al. Thoracic myelopathy secondary to ossification of the spinal ligament [J]. Neurosurg, 1987, 66 (4): 511-518.
- [9] 刘莉莉, 卢婧, 马惠芳. 运动平衡针配合局部阿是穴治疗急性腰扭伤疗效观察 [J]. 针刺研究, 2017, 42 (1): 72-75.
- [10] 江伟群, 陶晓三. 威伐光照射结合肱骨外上髁注射得宝松治疗网球肘的临床观察 [J]. 医学信息, 2015, 28 (37): 102.
- [11] 后文俊, 包军. 威伐光联合麟酸钠治疗带状疱疹疗效观察 [J]. 中国临床医生杂志, 2014, 42 (12): 1108.
- [12] 郭明, 邵彬, 姜海等. 威伐光加速肌力训练治疗老年膝关节骨性关节炎的临床观察 [J]. 中国康复, 2015, 30 (5): 376-377.
- [13] 陈彦彦. 针刺阿是穴结合电针治疗慢性腰肌劳损的临床观察 [D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学 2018.
- [14] 毕海金, 何煜宇. “腰背委中求”的机制研究概况 [J]. 河北中医, 2013, 35 (4): 615-616.

孕前体重指数与孕期体重增长对孕妇妊娠期糖尿病发病及妊娠结局的影响

江晓玲

北京市顺义区妇幼保健院, 中国·北京 101300

【摘要】目的: 了解孕前体重指数与孕期体重增长对孕妇妊娠期糖尿病发病以及妊娠结局的影响。方法: 从我院2019.11-2020.11收治的产妇中抽取100例。按照体重指数对其进行分组, 体重指数增长低于3kg/m²的患者, 设为I组, 共32例; 体重指数增长为3-5kg/m²的患者, 设为II组, 共37例; 体重指数增长在5kg/m²的患者, 设为III组, 共31例。记录和比较三组产妇的发病情况、妊娠结局。结果: 临产时体重指数、孕期平均体重增长显示III组>II组>I组, 结束妊娠时间显示I组>II组>III组, 有统计学意义(P<0.05)。妊娠期糖尿病发生率显示III组>II组>I组, 差异有统计学意义(P<0.05)。三组产妇、新生儿并发症发生率显示III组>II组>I组, 差异有统计学意义(P<0.05)。结论: 体重指数过度增长, 可导致母婴并发症发生风险增加, 影响妊娠结局。因此孕前、孕期需合理控制孕妇体质量, 保障妊娠安全。

【关键词】孕前体重指数; 孕期体重增长; 孕妇; 妊娠期糖尿病; 妊娠结局

引言

妊娠期糖尿病是孕期产妇常见疾病, 主要因妊娠女性机体糖代谢出现变化, 糖分摄取过度, 导致糖尿病。妊娠期糖尿病的临床症状表现为机体血糖水平居高, 对母婴健康影响较大, 甚至威胁胎儿生命安全^[1-2]。妊娠期糖尿病的发病与患者生活习惯、饮食习惯存在联系, 其中体重指数是影响患者病情的主要因素^[3]。对此我院针对孕前体重指数以及孕期体重增长与产妇妊娠期糖尿病的联系进行探讨。详细报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

从我院2019.11-2020.11收治的产妇中抽取100例。按照体重指数对其进行分组, 体重指数增长低于3kg/m²的患者, 设为I组, 共32例。年龄为22-37(26.82±6.12)岁。孕周为24-36(30.28±5.01)周。体重指数增长为3-5kg/m²的患者, 设为II组, 共37例。年龄为21-36(26.80±6.02)岁。孕周为24-35(30.26±5.08)周。体重指数增长在5kg/m²的患者, 设为III组, 共31例。年龄为21-36(26.88±6.17)岁。孕周为24-35(30.22±5.02)周。产妇知情且同意参与, 均为单胎妊娠, 三组的各项基本信息显示数据相当(P>0.05), 有可比性。

1.2 方法

三组产妇均予以孕期体重管理, 每周对孕妇进行体重监测。孕前体重指数在18.5kg/m²以下的孕妇, 孕期增重控制为12.5kg左右; 孕前体重指数为25.0-30.0kg/m²的产妇, 孕期增重控制为5-7kg; 孕前体重指数超过30kg/m²的患者, 则由医师进行个体化体质量控制。

1.3 观察指标

①孕妇体重指数、终止妊娠时间

依次对产妇入组时、临产前的体重进行测量, 并计算体重指数, 对孕期产妇体重控制情况进行评估。

②妊娠期糖尿病发生情况

记录三组产妇妊娠期糖尿病的发生情况, 并予以比较。妊娠期糖尿病诊断标准如下: 即妊娠24-28周对产妇开展口服糖耐量试验, 若空腹血糖≥5.1mmol/L, 服糖1h血糖超过10.0mmol/L, 或服糖2h血糖≥8.5mmol, 则确诊为妊娠期糖尿病。

③母婴并发症

对三组产妇母婴并发症情况进行记录, 并予以比较。

1.4 统计学方法

采用SPSS23.0统计学软件, 以%和n表示计数资料, 采用X²检验; 采用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示计量资料, 采用t检验, 以P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 三组产妇体重指数、终止妊娠时间比较

临产时体重指数、孕期平均体重增长显示III组>II组>I组,

结束妊娠时间显示I组>II组>III组, 有统计学意义(P<0.05)。

表1 两组患者血压变化情况比较(mmHg)

组别	例数	临产时体重指数(kg/m ²)	孕期平均体重增长(kg)	结束妊娠时间(周)
I组	32	24.10±1.92	6.12±2.29	40.20±1.21
II组	37	26.08±2.40	9.38±2.31	38.51±1.25
III组	31	27.91±3.02	13.10±3.61	37.05±1.12

2.2 三组产妇妊娠期糖尿病发生情况比较

I组32例产妇中有1例发生妊娠期糖尿病, 发生率为3.1%; II组37例产妇中有3例发生妊娠期糖尿病, 发生率为8.11%; III组31例产妇中有4例发生妊娠期糖尿病, 发生率为12.9%。三组产妇妊娠期糖尿病发生率显示III组>II组>I组, 差异有统计学意义(P<0.05)。

2.3 三组产妇母婴并发症发生情况比较

三组产妇、新生儿并发症发生率显示III组>II组>I组, 差异有统计学意义(P<0.05)。

表2 三组产妇并发症发生情况比较(n, %)

组别	例数	羊水过多	胎膜早破	子痫	发生率
I组	32	1	0	0	1(3.1)
II组	37	2	1	1	4(10.8)
III组	31	2	3	3	8(25.8)

表3 三组新生儿并发症发生情况比较(n, %)

组别	例数	湿肺	窒息	巨大儿	发生率
I组	32	1	0	0	1(3.1)
II组	37	1	1	2	4(10.8)
III组	31	3	2	2	7(22.6)

3 讨论

随着社会水平的发展, 人们生活水平得到提升, 孕期女性营养得到满足的同时, 也出现了孕前体重超标、孕期体质量增长过高的情况, 导致妊娠结局受到影响。研究指出, 妊娠期女性机体新陈代谢出现较大改变, 因此妊娠期体质量增加明显。肥胖与糖尿病联系密切, 孕前体重超标的产妇, 在妊娠期出现糖尿病的风险较大^[4]。肥胖群体脂肪细胞肥大, 胰岛素受体下降, 容易导致血糖上升, 导致胰岛β细胞受到刺激, 引起妊娠期糖尿病。我院研究得出, 妊娠期糖尿病发生率显示III组>II组>I组, 差异有统计学意义(P<0.05)。表明孕期体重增长过度, 可使妊娠期糖尿病

的发生风险提升。

孕期体重超标使产妇妊娠并发症发生风险加大, 出现难产、剖宫产的几率也提升, 也增大了巨大儿、新生儿窒息等新生儿并发症的发生风险。而孕期体重过低, 也可导致产妇营养不良, 引起早产, 导致胎儿发育迟缓、体质量下降、抵抗力较差等不良情况^[6]。因此针对孕期产妇, 需对其体重加强管理, 合理控制体重增长, 保障母婴结局。

此次研究结果得出, 临产时体重指数、孕期平均体重增长显示 III 组>II 组>I 组, 结束妊娠时间显示 I 组>II 组>III 组, 有统计学意义 ($P<0.05$)。三组产妇、新生儿并发症发生率显示 III 组>II 组>I 组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。表明体质量增长越快的产妇, 其妊娠时间越短, 出现母婴并发症的发生风险也越高。

孕期产妇体质量增加后, 组织间出现液体滞留以及皮下脂肪堆积, 可导致血脂代谢出现紊乱, 脂肪的堆积还可导致雌激素水平受到影响, 导致雌激素浓度上升, 引起钠潴留, 导致产妇血压上升。血脂血压上升后, 前列环素水平随之下降, 过氧化物酶上升, 促进了血管收缩、血小板凝集, 诱发子痫。

综上所述, 孕前体重指数以及孕期体重增长关联孕妇妊娠期糖尿病的发生风险, 影响母婴结局, 临床上需合理指导产妇饮食, 控制体重增长, 保障妊娠结局。

参考文献:

- [1] 黄英. 孕前体重指数与孕期体重改变对妊娠期糖尿病孕妇妊娠结局的影响[J]. 中国当代医药, 2020, 27(4): 139-142.
- [2] 刘滔, 张婷, 欧阳玲, 等. 孕前体重指数和孕期增重对高龄产妇妊娠并发症及结局的影响[J]. 中国医药科学, 2020, 10(18): 11-15.
- [3] 李艺, 段丽娜, 陈静, 等. 孕前体重指数与妊娠期糖尿病发生风险及妊娠结局的相关性研究[J]. 现代预防医学, 2019, 46(2): 76-78+87.
- [4] 梁锦伦. 孕妇孕前体重指数及孕期体重增长对发生妊娠期糖尿病及妊娠结局的影响[J]. 中国处方药, 2019, 17(9): 164-165.
- [5] 王丽丽, 田颖, 鲁莉萍. 孕前体重指数与孕期体重增长对孕妇妊娠期糖尿病发病及妊娠结局的影响[J]. 中国妇幼保健, 2019, 34(1): 62-64.

作者简介:

江晓玲 (1989.4-) 北京, 硕士研究生, 医师, 妇产科生殖内分泌。

图像引导放疗 (IGRT) 治疗非小细胞癌的临床研究

麻发强¹ 赵春龙² 邹茵³ 廖光辉⁴ 黄贵佳⁵ 杨完⁶
贵州医科大学第二附属医院肿瘤科, 中国·贵州 556000

【摘要】目的: 探究非小细胞癌应用图像引导放疗 (IGRT) 治疗的临床效果。方法: 对 34 例采取 IGRT 治疗 (研究组) 及 34 例接受调强放疗 (IMRT, 对照组) 的非小细胞癌患者一般资料进行回顾分析, 观察两组在满足靶区放射剂量情况下的近期疗效及放射性毒性反应。结果: 两组近期疗效无差异, $P>0.05$, 研究组毒副反应发生率更低, $P<0.05$ 。结论: 在非小细胞癌治疗中, IGRT 可取得理想的近期疗效, 并且其毒副反应相对较少, 安全性更高, 值得大力推广和引用。

【关键词】 图像引导放疗; 非小细胞癌; 临床疗效

【基金课题】 黔东南州科技计划项目 (黔东南科合 J 字【2018】056)。

非小细胞癌多指非小细胞肺癌, 其包括了鳞癌、腺癌及大细胞癌, 可占到所有肺癌的约五分之四。相较于其他癌细胞, 非小细胞癌生长分裂相对缓慢, 产生扩散转移情况也较晚, 但患者在确诊时往往处于中晚期, 此时已丧失最佳手术治疗时期, 临床多考虑采取放疗来抑制癌细胞扩散, 延长患者生存周期^[1]。但放疗在杀死癌细胞的同时也会影响到正常组织, 为减少与之相关的毒副反应, 保障肿瘤靶区照射剂量, 临床将影响设备与放疗机相机来获取目标区域的信息并引导治疗的方式被称为图像引导放疗。

本次研究就该治疗方式在非小细胞癌中的应用效果展开探究, 以下为具体内容。

1 资料与方法

1.1 一般资料

对 34 例采取 IGRT 治疗 (研究组) 及 34 例接受调强放疗 (IMRT, 对照组) 的非小细胞癌患者一般资料进行回顾分析, 资料整理时间为 2019 年 11 月—2020 年 11 月。对照组男、女分别为 20 例、14 例, 年龄 52—87 (68.74 ± 5.61) 岁; 研究组男、女分别为 21 例、13 例, 年龄 53—88 (68.67 ± 5.66) 岁。纳入标准: (1) 确诊为非小细胞肺癌; (2) 晚期患者; (3) 签署知情书。排除标准: (1) 认知功能障碍; (2) 重要脏器功能不耐受者; (3) 治疗期间死亡患者。两组一般资料无差异, $P>0.05$, 可比。

1.2 方法

首先了解肺部情况, 指导患者取仰卧位, 应用 Philips 16 排大孔径螺旋 CT 模拟定位机对患者进行扫描, 胸部 CT 增强扫描, 获得定位图像后传输至工作站及逆向调强计划系统。两组在照射野数目、方向及权重一致, 采取 5 野放疗, PTV 处方剂量为 50Gy 且 90% 要达到处方剂量, 100% 归一最大剂量点为剂量归一方式^[2]。确定计划后勾画靶区, 对照组计划靶体积在临床靶体积基础上外放 5—6mm; 研究组则在临床靶体积基础上外放 3mm。

1.3 观察指标

(1) 近期疗效, 分为完全缓解、部分缓解、稳定及进展。完全缓解表现为靶区病灶消失且无新病灶出现, 这一情况维持不低于四周; 部分缓解表现为靶病灶最大径之和减小不低于 30% 且这一表现维持不低于四周; 进展表现为病灶直径之和超过参考值的 20% 及以上或绝对值增加达到 5 mm 及以上情况; 稳定表现介于部分缓解及进展之间。分析两组治疗有效率 (完全缓解 + 部分缓解) 及控制率 (完全缓解 + 部分缓解 + 稳定)。(2) 毒副反应, 包括急性放射性食管炎 (I 级、II 级、III 级) 及急性放射性肺炎 (I

级、II 级)。

1.4 统计学处理

采用 SPSS21.0 处理, 计数资料采用百分比表示, 行卡方检验, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 近期疗效

两组治疗有效率及控制率无差异, $P>0.05$ 。见表 1。

表1 近期疗效比较[n(%)]

组别	例数	完全缓解	部分缓解	稳定	进展	治疗有效率	控制率
研究组	34	7 (20.59)	18 (48.65)	7 (20.59)	2 (5.89)	25 (73.53)	32 (94.12)
对照组	34	7 (20.59)	16 (47.06)	8 (23.53)	3 (8.82)	23 (67.65)	31 (91.18)
	χ^2	/				0.833	0.635
	P	/				0.361	0.426

2.2 毒副反应

与对照组比, 研究组毒副反应发生率更低, $P<0.05$ 。见表 2。

表2 毒副反应比较[n(%)]

毒副反应		对照组 (n=34)	研究组 (n=34)	χ^2	P
急性放射性食管炎	I 级	11 (32.35)	10 (29.41)	0.202	0.653
	II 级	5 (14.71)	2 (5.88)	4.221	0.04
	III 级	2 (5.88)	0 (0.00)	6.058	0.014
总发生率		18 (52.94)	12 (35.59)	6.318	0.012
急性放射性肺炎	I 级	6 (17.65)	3 (8.82)	3.395	0.065
	II 级	2 (5.88)	0 (0.00)	6.058	0.014
总发生率		8 (23.53)	3 (8.82)	7.98	0.005

3 讨论

肺癌是临床最常见的恶性肿瘤, 其在男性中的发生率及死亡率均占到了恶性肿瘤首位; 在女性中, 肺癌死亡率也仅次于乳腺癌^[3]。非小细胞癌是主要的肺癌类型, 其有着核异形、细胞较大及胞浆丰富等特点。由于早期缺乏明显症状且难以诊断, 多数的非小细胞癌患者初次确诊时已处于晚期, 此时患者多无法采取手术治疗。IGRT 是一种新型的四维放疗技术, 其在三维适形调强放射治疗基础上加入了时间因数概念发展而来, 在充分考虑患者治疗期间自身运动及分次治疗间的位移误差后, 依据靶区变化及时完成治疗计划的调整, 从而确保照射野仅仅“追随”靶区, 真正做到精准治疗^[4]。IGRT 的应用可保障适量的照射剂量的同时,

大大降低了对机体正常器官、组织的损害,因此表现出了更高的安全性,这对提升患者治疗依从性,确保治疗序贯性有着非常重要的意义。本次研究中,两组分别采取 IGRT 及 IMRT 后,两组短期疗效无差异,研究组表现出更低的毒副反应发生率 ($P<0.05$)。综上,在非小细胞癌治疗中,图像引导放疗在保障近期疗效的同时可减轻放疗引发的毒副反应,值得推广。

参考文献:

- [1]余咏兰.图像引导放射治疗技术提高腹部肿瘤放射治疗精度的临床研究[J].临床检验杂志(电子版),2020,009(002):111.
- [2]谭飞,刘晓静.图像引导放射治疗在局部晚期胰腺癌患者放疗中的摆位误差的研究[J].医疗装备,2020,033(003):25-26.
- [3]钱浓,杨贤科,马红兵.胸腺肽联合GP方案治疗非小细胞肺癌的临床研究[J].中文科技资料目录-中草药,2020,043(005):890-894.
- [4]罗祥桐.探讨图像引导放射治疗(IGRT)技术的不同验证模式对头颈部肿瘤调强放疗摆位误差的影响[J].中国社区医师,2019,35(29):114-115.

功能锻炼决策辅助对单侧全膝关节置换恐动症患者的影响

陈 鹏

联勤保障部队第988医院, 创伤显微骨科, 中国·河南 郑州 450000

【摘要】目的: 文章主要研究的是功能锻炼决策辅助对于单侧全膝关节置换恐动症患者在今后的影响。方法: 根据医院在2019年-2020年收治的140例患者作为研究的对象, 将其划分为对照组与观察组, 对照组患者采取常规护理方式, 观察组患者则采取的是功能锻炼决策辅助方案, 对两组患者的出院时间、术后1个月、3个月的锻炼依从性等加以评分。结果: 通过相关的干预之后, 两组患者从功能锻炼的依从性、恐动症以及膝关节功能评分等方面有着比较明显的交互效应。结论: 决策的执行可以更好的提升单侧全膝关节置换恐动症患者在术后锻炼过程中的依从性, 降低其自身的恐动水平, 有效的改善患者自身的膝关节功能。

【关键词】全膝关节置换术; 恐动症; 决策辅助

在现今的终末期膝关节骨性关节炎的治疗中, 使用全膝关节置换术是有效的治疗方法之一, 可以有效的改善患者自身存在的疼痛感, 改善其膝关节的功能提升患者的生活质量。患者在手术开展之后进行一些功能锻炼, 对于整体的功能恢复起到了关键性的作用。但是TKA恐动症患者会有着较为敏感的疼痛性, 所以会对自身身体活动或运动过度产生恐惧, 在后期的锻炼过程中没有较高的工作开展积极性, 导致患者的锻炼依从性与膝关节功能恢复更差, 并且长期患有高水平的恐动症可能会导致患者出现膝关节失能的现象。

1 资料与方法

1.1 一般资料

根据医院在2019年-2020年收治的140例患者作为研究的对象, 将其划分为对照组与观察组, 其中观察组患者有70例, 患者的年龄分布在25-74岁之间, 对照组患者有70例, 患者的年龄分布在26-75岁之间。

1.2 方法

由骨科医生、康复治疗师以及专科护士组建起相应的工作开展小组, 帮助患者开展各项锻炼, 同时根据不同的治疗方案对患者展开治疗^[1]。

2 结果

2.1 两组不同时间功能锻炼依从性得分比较

表1 两组不同时间功能锻炼依从性比较

组别	例数	出院时	术后1小月	术后3个月
对照组	70	41.35±4.32	39.62±3.54	37.02±3.51
观察组	70	18.36±4.90	46.35±4.85	42.31±4.61

2.2 两组不同时间恐动症得分比较

表2 两组不同时间恐动症得分比较

组别	入院时	出院时	术后1小月	术后3个月
对照组	50.32±5.41	44.35±4.32	39.62±3.54	35.02±3.51
观察组	50.24±4.38	41.36±4.90	37.35±4.85	33.31±4.61

3 讨论

3.1 决策辅助有助于提高TKA恐动症患者功能锻炼依从性

在本研究工作开展的过程中, 患者在膝关节功能依从性评分中, 有着组间效应、交互效应等明显的区别, 这也就表示开展决策辅助工作可以有效的提升患者术后功能锻炼工作开展的依从性, 这与研究结果是相似的。医生与患者之间开展一定的交谈, 引导患者能够参与到康复锻炼方案的制定中, 并且选择出最终的锻炼使用方案, 强化对于训练效果的自信心, 继而提升患者对于治疗开展的依从性^[2]。患者要参与到自身的康复方案决策中去, 这样避免患者对于锻炼开展目的的猜疑, 并且支持决策的开展, 才能够对锻炼的开展有着更多的正确认识。两组患者的功能锻炼依从性, 会随着时间的不断变化而下降, 且随着时间的变化患者自身的功能也在不断的恢复, 就会放松自身的功能锻炼, 在出院之后

会因为缺乏监督与指导, 患者自身的功能锻炼依从性不断的下降, 就需要家属能够认识到支持患者开展锻炼的重要性, 需要护理人员更多的关注TKA恐动症患者的功能锻炼依从性^[3]。

3.2 决策辅助有助于降低TKA患者的恐动症水平

在本研究工作开展的过程中, 针对于两组患者的恐动症评分, 其组间效应、交互效应较为显著, 这也就表示在开展决策辅助的过程中, 可以有效的降低TKA患者的恐动水平。主要是以下因素所导致, 在对患者加以决策需求的评估与患者决策支持的过程中, 有效的纠正患者对于功能锻炼产生的一种工具心理, 且患者可以参与到术后康复方案的决策中, 促使患者能够认识到更多的消极负面运动影响, 通过每天的功能锻炼视频的观看, 对患者的锻炼康复起到了引导性的作用。在研究两组患者的恐动症评分中, 会随着时间的不断推移有着明显的下降趋势, 也可能会随着时间的延长, 促使患者膝关节功能逐渐的康复, 并且有效的减轻患者自身疼痛感的出现^[4]。

3.3 决策辅助有助于改善TKA恐动症患者的膝关节功能

开展决策辅助能够更好的提升术后功能锻炼的依从性, 降低TKA患者的恐动症水平, 患者选择出适合自己的锻炼方案, 在医护人员的建议中开展, 促使患者自身的膝关节功能不断恢复。两组患者的功能恢复会随着时间延长不断的提升, 但是在手术后的3个月中其处在一般水平中, 需要医护人员增加对于患者的关注^[5]。

4 结语

在本研究工作的开展中, 采取的是专家会议、构建功能锻炼决策的辅助性工作开展方案, 最终的治疗结果显示, 采取决策辅助的方法能够有效的提升患者的膝关节置换恐动症患者对于治疗开展的依从性, 继而降低其自身的恐动水平, 有效的改善患者自身的膝关节功能。本研究将140例患者作为研究开展的对象, 对其住院期间加以相应的干预, 今后还需要不断的加强深入研究, 同时制定出更加具有针对性的护理方案, 促使患者的膝关节功能不断的提升。

参考文献:

- [1]石毅. 全膝关节置换术与膝关节单髁置换术治疗膝关节骨性关节炎单间室病变的疗效与安全性评估[J]. 现代诊断与治疗, 2020, 31(24):3979-3981.
- [2]程瑞祥. 单髁与全膝关节置换术治疗膝关节单间室骨性关节炎[J]. 中国继续医学教育, 2020, 12(35):110-112.
- [3]孙启云, 李聪. 针对性康复护理对全膝关节置换术后患者膝关节功能评分及疼痛的影响[J]. 济宁医学院学报, 2020, 43(06):450-453.
- [4]牛小育, 黄遂柱, 许飞等. 全膝关节置换术与单髁置换术治疗膝关节骨性关节炎的疗效比较[J]. 临床骨科杂志, 2020, 23(06):810-813.
- [5]朱东亮, 李敏娜. 海桐皮汤加味熏洗联合针灸治疗全膝关节置换术患者效果分析[J]. 青岛医药卫生, 2020, 52(06):455-457.

作者简介:

陈鹏(1989.11—), 女, 汉族, 学历: 本科, 职称: 护师, 联勤保障部队第988医院, 研究方向: 创伤显微骨科。

探讨 MRI 优化组合序列在肩周炎、肩袖损伤诊断中的应用效果

芦家奇

上海长征医院, 中国·上海 200002

【摘要】目的 研究探讨在诊断肩周炎与肩袖损伤时使用 MRI 诊断的效果。方法选取 2019 年 6 月~2020 年 6 月我院收治且经过临床综合确诊的 25 例肩袖损伤与 25 例肩周炎患者纳入研究, 均实施 MRI 检查, 对所有患者实施常规 MRI 扫描检查与 MRI 优化组合序列, 并与临床诊断结果予以比较。结果 MRI 优化组合序列对肩周炎、肩袖损伤诊断准确率、特异性与灵敏度较高。T2WI-STIR 系列在冈上、冈下肌腱阳性检出率明显比 T1WI 序列高 ($P < 0.05$)。结论 MRI 用于诊断肩周炎与肩袖损伤具有相对较高的准确率, 可在区分鉴别肩周炎与肩袖损伤中广泛应用。

【关键词】肩周炎; 肩袖损伤; MRI; 准确率

肩周炎和肩袖损伤是临床上常见的肩周疾病, 二者具有大致相当的症状, 基本上表现为关节活动不自由与疼痛感, 因此在临床诊断时极易弄混。本为主要以本院治疗上述两种疾病的病人各 25 例为研究对象, 细致深入地分析了 MRI 在二者中的诊断效果, 为今后治疗的奠定基础。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本文主要以 2019 年 6 月~2020 年 6 月本院治疗的肩袖损伤和肩周炎病人各 25 例为研究对象, 其中, 肩周炎: 男, 女分别为 14、11 例, 他们都处于 31~75 岁范围内, 平均 (47.36 ± 3.96) 岁, 病程: 1~6 个月, 平均 (3.57 ± 0.31) 个月。肩袖损伤: 男, 女分别为 15、10 例, 他们都处于 29~76 岁范围内, 平均 (47.51 ± 3.79) 岁, 病程: 1~7 个月, 平均 (3.58 ± 0.28) 个月。排除肩关节器质病变、类风湿性关节炎、骨折等患者。患者均实施 MRI 查, 通过比较可以发现, 二组病人年龄与性别资料没有明显差异, 具有可比性 ($P > 0.05$)。

1.2 检查方法

通过 GE1.5T 的磁共振机与肩 GP-FLEX 柔韧线圈, 病人取仰卧位, 肩关节暴露出来, 在此基础上采取适当固定措施, 确保线圈中心处在肱骨头下 3cm 附近, 肩关节靠近中线, 先进头部, 扫描横轴位、斜冠状位和斜矢状位, 先行常规扫描, 后行优化组合序列扫描, 具体来说, 主要包括以下几方面: 横轴位, T1WI (TR/TE=500/15ms), T2WI (TR/TE=3000/60ms); 斜冠状位, 与冈上肌腱平行, T1WI (TR/TE=500/15ms), T2WI-STIR (TR/TE=3500/80ms); 斜矢状位, 与关节盂平行, T2WI-STIR (TR/TE=3500/80ms); 质子加权像 (PDWI) 序列; 矩阵 256×256 , 每层的厚度为 3mm, 间隔距离为 1mm, 扫描野 (FOV) $18\text{cm} \times 18\text{cm}$ 。

1.3 观察指标

(1) MRI 优化组合序列对肩周炎、肩袖损伤的诊断效能 (2) 各个组合序列的诊断结果。特异度 = 真阴性人数 / (真阴性人数 + 假阳性人数) $\times 100.00\%$; 灵敏度 = 真阳性人数 / (真阳性人数 + 假阴性人数) $\times 100.00\%$ 。诊断准确率 = (真阴性 + 真阳性) / 总例数 $\times 100.00\%$ 。

2 结果

2.1 MRI 优化组合序列对肩周炎、肩袖损伤的诊断效能

MRI 优化组合序列对肩周炎诊断准确率、特异性、灵敏度分别为 96.00% (48/50)、96.00% (24/25) 与 96.00% (24/25)。MRI 优化组合序列对肩袖损伤诊断准确率、特异性、灵敏度分别为 98.00% (49/50)、96.15% (25/26) 与 100.00% (24/24), 见表 1。

表1 MRI优化组合序列与临床对肩周炎、肩袖损伤诊断结果

检查方法	临床综合诊断		合计	
	阳性	阴性		
MRI 检查肩周炎	阳性	24	1	25
	阴性	1	24	25
MRI 检查肩袖损伤	阳性	24	0	24
	阴性	1	25	26
合计	25	25	50	

2.2 不同组合序列对肩袖损伤诊断结果分析

肩袖损伤病人 25 例都确诊, 具体情况如下: 冈上肌腱损伤 14 例, 合并肩周软组织水肿、肩关节积液伴滑囊肿胀各 4、10 例。冈下、小圆、肩胛下肌腱分别为 4、4、2 例。MRI 不同序列检出 24 例, 对应结果分析如表 2, T2WI-STIR 序列对冈上肌腱损伤、冈下肌腱损伤的阳性检出率较横轴位 T1WI 明显提高, 有统计学意义 ($P < 0.05$)。两者在小圆肌腱损伤、肩胛下肌腱损伤阳性检出率方面无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 2。

表2 不同组合序列对肩袖损伤诊断结果分析 [n(%)]

扫描序列	冈上肌腱	小圆肌腱	冈下肌腱	肩胛下肌腱
横轴位 T1WI	8/6	2/2	1/3	1/1
横轴位 T2WI-STIR	11/3	3/1	4/9	1/1
斜矢状位 T2WI-STIR	12/2	0/4	2/2	0/2
斜冠状位 T2WI-STIR	13/1	0/4	4/0	0/2

注: / 前后数据分别对应阳性与阴性

3 讨论

肩周炎、肩袖损伤属于临床多发病, 患者经常会因为关节活动受限或者是疼痛剧烈来就诊, 肩周炎会出现炎性变化, 出现液体外渗, 组织粘连。肩袖损伤抓哟是创伤引起的炎症, 会导致患者胶原纤维异常病变。长期以来, 临床治疗过程中基本依靠病人主诉, 结合相应的体检来确诊, 效果不是很理想, 主观性较强, 会漏误诊, 因此, 关节镜检查成为主要措施, 但是该方法会给患者带来创伤, 接受度不高。

本次研究主要为患者进行 MRI 优化组合序列诊断, 该方法可以增强组织分辨率, 对比度较高, 成像清晰, 就算是肌腱与肩袖肌等部位均能够非常清晰地观察到解剖结构, 并且还能够观察出是否存在积液现象, 确定损伤情况, 可以及时准确鉴别肩周炎和肩袖损伤。本次研究结果显示, MRI 优化组合序列对肩周炎与肩袖损伤诊断准确率、特异性、灵敏度诊断结果正确率较高。

参考文献:

- [1]MRI 检查在肩袖损伤及肩周炎鉴别诊断中的临床应用价值[J]. 杨健. 影像研究与医学应用. 2020(19).
- [2]MRI 不同序列对肩袖损伤诊断价值的比较[J]. 徐仲明, 周军, 王麒. 影像研究与医学应用. 2018(15).

中医视域下 2 型糖尿病发病率进展研究

鲍 乾

菏泽市牡丹区中医医院, 中国·山东 菏泽 274000

【摘要】随着时代的变化, 2 型糖尿病的发病率逐年增加, 其发病的机理复杂多变, 给社会和家庭造成了沉重的负担。从中医角度研究 2 型糖尿病的发病率一直以来是很多专家和学者研究的课题之一。本文主要从中医角度研究 2 型糖尿病发病率的流行特征、相关因素, 为进一步寻找有效干预糖尿病发病率的措施和糖尿病早期预防提供一些参考意见和建议。

【关键词】中医; 2 型糖尿病; 发病率

引言

根据国际权威机构研究表明, 糖尿病、高血压和心血管病已经成为当今世界重点防治的三大慢性病, 2 型糖尿病作为糖尿病发病的一种类型, 越来越受到国内外专家和学者的关注。根据研究数据统计, 截止到 2019 年 12 月, 全球有 2 型糖尿病患者 4.35 亿, 这其中, 在发达国家占据 80%–90%, 在发展中国家其占比更高, 预计到 2040 年, 2 型糖尿病患者达到 7 亿之多。糖尿病患者人数在逐年增加, 同时, 给社会和家庭带来的经济负担也逐步增加。从中医角度研究 2 型糖尿病的发病几率可以有效的确定病因, 制订疾病控制对策、措施以及评价预防效果。

1 中医视域下 2 型糖尿病发病率研究

1.1 空间的分布

中西方文化有所差异, 国际糖尿病联盟(IDF)最新数据显示, 美国 2 型糖尿病发病率基本保持在 3%左右。英国近 30 年的 2 型糖尿病发病率基本保持在 3.9%左右。根据法国官方医疗机构数据显示该国的 2 型糖尿病发病率 4.32%。德国的 2 型糖尿病发病率相对比较稳定, 保持在 4%。日本的 2 型糖尿病发病率相对较高, 根据 2019 年日本官方数据显示为 6.4%。韩国的 2 型糖尿病发病率 2000 年–2019 年数据显示为 5.92%。反观国内, 广东省地区 2016 年新发 2 型糖尿病 116513 例, 粗发病率为 7.0%, 标化发病率 9.0%;成都市监测区 2015–2019 年共报告糖尿病发病 12465 例, 其中 2 型糖尿病占 95.0%, 糖尿病平均年报告发病率为 166.67/10 万;新疆维吾尔自治区糖尿病研究组报道女性糖尿病年发病率为 5.0%, 辽宁省一项回顾调查显示, 农村地区 2 型糖尿病年发病率为 5.94%。

虽然选取的研究地区有所不同, 各地域对 2 型糖尿病的研究机理、诊断标准、数据来源等可能有所差异, 但是, 从全球范围来看, 东方地区 2 型糖尿病的发病率高于西方国家 2 型糖尿病的发病率。这可能与当地居民的饮食习惯、对食物总体热量的控制等有关。

1.2 时间的分布

由于受到环境等因素的影响, 2 型糖尿病的发病率随着时间的推移呈现递增的趋势。美国 2 型糖尿病的发病率从 1970 年到 2019 年, 前后近 50 年的时间, 发病率从 3.0%增加到 7.4%, 增长率接近 140%, 根据英国官方数据显示, 1980 年–2010 年, 30 年间 2 型糖尿病的发病率从 3.3%增加到 6.9%, 发病率比美国稍低一点。就国内而言, 大连从 1990 年到 2010 年, 2 型糖尿病的发病率每年的年平均增长率到了 10%, 这是一个比较快的增长率。广东省的一项研究显示 2 型糖尿病年发病率从 1992 年的 134.6/10 万增长到 1996 年的 239.1/10 万, 4 年间增长了 1.8 倍;甘肃省 1999–2004 年 2 型糖尿病年龄别发病率年均 7.7%, 男性保持稳定, 女性从 7.7%降到 6.9%。其他相关研究均显示 2 型糖尿病发病率相对平稳。

通过对 2 型糖尿病时间的分布情况来看, 总体趋势是随着时

间的推移发病率逐渐增加, 这其中原因多种多样, 最可能的原因是跟当地的饮食习惯有关系, 因为病从口入, 南方有些地区的居民对饮食偏辣偏咸偏甜, 从中医的角度讲, 食物过咸过辣过甜对人体的血糖都会产生影响, 这就容易导致糖尿病的发病率。再有就是当地医疗主管部门对 2 型糖尿病的数据统计上可能出现一些偏颇, 比如数据统计不全面, 时间段的选取上不是很符合数率统计的规律, 从而造成了数据在统计过程中出现了部分不符合实际的情况。还有可能的原因是医疗机构在对患者检查的过程中出现检查不全面的情况, 比如当时检查的时候没发现出现 2 型糖尿病的情况, 但是患者却潜在的出现了, 从而造成了漏检的情况。

2 中医视域下儿童青少年 2 型糖尿病发病率研究

从中医的角度讲, 2 型糖尿病发病率主要集中在中老年人这个群体中, 因为这个群体身体机能老化, 血液循环代谢较慢, 容易出现糖尿病发病的情况, 但是, 通过最近几年的研究发现, 2 型糖尿病在儿童和青少年中的发病率逐年增加, 也就是说 2 型糖尿病发病率呈现了低龄化的趋势, 这将对社会提出了比较严重的考验, 值得社会高度的重视。

发达国家和发展中国家青少年 2 型糖尿病发病率均较高。比如日本 2010–2015 年 20 岁以下人群 2 型糖尿病年发病率为 25.4/10 万, 其中, 儿童占据了 24%, 比率还是比较高的。根据美国糖尿病联合会统计, 最近 20 年, 在中小学中的 2 型糖尿病的监测结果显示, 11–20 岁人群 2 型糖尿病 2010–2015 年年均发病率为 13.2/10 万。这是一个不低的数据。以上是选取了个别发达国家作为示例来研究。就发展中国家来说, 印度农村儿童近 10 年 2 型糖尿病年发病率为 4.63/10 万, 这个数据明显高于发达国家。根据巴西医疗卫生机构权威数据显示, 2 型糖尿病最小发病率的年龄在 10 岁以下, 这可能是极个别机体原因造成的, 可以不作为主要的参考依据, 但是该国大数据显示 10–20 岁人群 2 型糖尿病年发病率为 5.5/10 万, 相比较与以前的数据, 这个发病率明显的增加了。

3 结语

综上所述, 从中医角度出发研究 2 型糖尿病发病率, 无论从时间上还是空间上, 无论是国内还是国外, 其面临的形式都不容乐观, 发病率呈低龄化趋势, 比较严重, 这就需要建立并完善大范围的糖尿病监测系统, 寻找有效的早期预防措施, 尽全力做到早发现早治疗。

参考文献:

- [1] 闫铁成, 肖丹, 王波, 等. 中国大陆 130 例人感染 H7N9 禽流感病例流行病学特征分析[J]. 中华疾病控制杂志, 2017, 17(8):651–654.
- [2] 关蔚, 李自雄, 林吉, 等. 新型甲型 H7N9 流感病毒血凝素基因进化分析[J]. 第二军医大学学报, 2018, 34(6):595–601.

作者简介:

鲍乾 (1986.06–) 女, 菏泽市牡丹区人, 主治医师, 研究方向: 中医内分泌代谢病的管理。

病理技术应用中的差错问题分析与解决措施

刘安明

民族中医院, 中国·贵州 铜仁 565200

【摘要】分析病理技术应用中的差错问题,并作出有效地解决措施。方法:为确保分析结果清晰,本次研究将选取我院2019年7月~2020年3月100份病理学检验患者病例作为病理技术应用中的差错问题作为研究对象,通过患者病例资料寻找出现差错的案例作为分析方法,从而快速拟定解决措施。结果:本次实验研究100份病例共出现85份病理技术错误,其占比85%。为进一步分析差错问题形成的原因,我院将以仪器使用、溶液配制等方面展开研究,其差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论:在临床病理学检验时出现差错的来源是多样性的,但出现差错的主要因素多数在于检验人员的主观方面。为此,采取有效且合理的解决措施具有一定的必要性,只有优质的解决措施才会使得差错问题出现的概率降低。

【关键词】病理技术差错;原因分析;防范措施

引言

病理技术是当下各医院病理学检验中最为重要的组成部分之一,一般就诊患者需要病理学检验结果提供诊断的标准。对此,为保证诊断结果具有准确性,必须要分析出形成病理技术应用中差错问题的原因,以常规病理中操作方向展开研究,从而拟定优质的处理措施,进而保证患者在检验过程中出现差错问题降下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次针对病理技术应用中的差错问题展开分析共选取我院2019年7月~2020年3月100份病理学检验病历作为研究对象,通过病历所显示的相关信息,所有患者中其最大年龄为82岁,最小年龄患者为20岁,本次选取的100份病理学检验病历来源于各个科室,但并无较大差异,其无统计学意义($P > 0.05$)。具有研究性。

1.2 方法

为使相关措施落实到每一处工作当中,首先,根据日常病理学检验工作中的问题展开研究,以溶液配制失败来说,病理技术中溶液的配制工作是极为基础的工作内容之一,但由于配制桌面混乱,日常使用的物品放置不规律,致使产生的溶液配制出现差错概率增高。为此,相关管理者在拟定解决措施时,需考虑配制溶液区域的环境,根据环境设计相关措施,首先,改变配制溶液平台的药物摆放,相关技术人员务必要使用前、使用后将所有物品规制合适的地方,并且定时检查桌面物品摆放问题,相关管理者如果发现桌面混乱,那么必须整体接受处罚,从而严格要求、规定落实到每一处。

以操作技术不当来说,相关管理者需定期培训员工,以加强病理技术为主,且在培训结束后展开问卷考试或实验考试,在考验过程中,相关管理者可根据实际情况展开工作,如果培训人员较多,那么可分批式进行培训,如果培训人员较少,可将培训日定为每月三次或两次,从而产生间隔期,进而使得每一位员工可清楚宣教的内容、各项工作流程等方面。随着我国医学发展的不断进步,现有技术的更新已然成为平常,面对当下医院中各种疾病的产生,治疗手段的多样性,技术乃是工作的核心,同样也是消除患者顾虑的主要动力。为此,加强培训操作技术、合理安排日常工作流程等乃是当下病理学检验工作中给予重视的一点。

1.3 观察指标

为保证分析结果具有清晰性,我院将调查所有病例中病理技术出现差错的占比以及出现病理技术差错的原因等等作为观察指标,通过分析结果拟定解决措施,从而达到最大化功效,进而降低差错的形成概率。

1.4 统计学分析

本次研究将应用SPSS26.0工具记录分析的相关数据,并以LogisticRegression作为独立危险因素检验单位,组间检测单位为t、P,如果分析结果具有统计学意义则视为($P < 0.05$),如果分析结果差异不大,则则视为无统计学意义。

1.4.1 结果

通过分析100份病历资料,共发现85份病历出现病理技术应用中的差错,其占比差错率85%,且形成原因主要包括工作态度不端正、溶液配制失败、操作技术不娴熟等方面。

1.4.2 讨论

通过以上分析结果可以得出,病理技术中常见的错误产生主要来源于操作者不当所造成的,由于病理检验在医学中具有一定的重要性,如果中间检验环节出现差错,那么后续的诊断结果也会产生差错,而此种问题不仅降低了病理技术的使用效果,而且出现严重错误时会耽误患者治疗病情。因此,在进行病理技术检验过程中,作为主要操作者、技术人员等必须要端正自身对工作的态度,鉴于部分工作者专业素养较低,可对操作者、技术人员等进行相关培训工作,将各方面注意事项、工作内容等情况落实到每一位工作人员脑海中、心理上,从而使患者在检验时受到一定的尊重,接受良好的服务。其次,为减少差错的出现概率,相关管理者需设立奖罚机制,以工作人员日常工作效率、工作差错率等作为评价的标准,对于表现优异的工作人员相关管理者可给予一定的奖励,例如:奖励奖金、评选榜样员工等。对于表现差的工作人员,相关管理者首先要警告该员工,如果在发现此员工出现差错,那么管理者需要针对员工表现给予一定的处罚,对于情形较为严重者,应大会批评并作出检讨,从而使员工对工作认真,进而使差错率得到降低。

综上,以本文研究结果可以看出,病理技术出现差错主要原因在于工作内容流程中的各个方面,鉴于涉及面较广,相关责任人需在拟定方案时布置全面、仔细等,以规章制度、日常工作内容等为主,从而使病理技术应用中的错误问题现象得到有效处理。

参考文献:

- [1]陈琦.常见病理技术差错原因分析及防范措施[J].航空航天医学杂志,2019,30(02):168-169.
- [2]王文娟.病理技术基本环节常见差错原因分析及防范措施[J].影像研究与医学应用,2017,1(10):250-251.
- [3]姚岚.常见病理技术差错原因分析及防范措施[J].中国实用医药,2015,10(32):284-285.
- [4]陈涛.病理制片中的常见差错及应对措施[J].基层医学论坛,2011,15(34):1142-1143.

小儿推拿治疗乳食内积型积滞的临床观察

冯莉

西咸新区沣东新城壮宝宝推拿中心, 中国·陕西 西咸新区沣东新城 710086

【摘要】目的: 探讨小儿推拿治疗乳食内积型积滞的中医治疗效果。方法: 回顾我院2018年10月~2019年9月收治的68名乳食内积型为本次调查的研究人群, 在无其他意外因素干扰的情况下将其随机分为观察组(34名)与对照组(34名), 对比两组患者的中医症候得分情况。结果: 观察组的中医症候得分小于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 采取小儿推拿治疗乳食内积型积滞能显著改善临床效果。

【关键词】积滞; 乳食内积型; 小儿推拿; 临床效果

乳食内积诱发的主要原因是由于小儿经常性的脾胃衰弱, 造成乳食停滞的发生, 由于在日常生活中小儿出现饮食不当或者饮食生活不节, 便造成严重的并发症。小儿乳食内积表现为腹泻、便秘、恶心、呕吐, 对患儿的健康影响极大, 且随着人们的生活质量的提升, 发病率不断的提高。为了对小儿乳食内积的病症进行深入分析, 寻求科学、有效的解决办法, 本院采取不同的措施针对乳食内积型的小儿展开临床分析, 因此选取了2019年7月~2020年6月的研究对象作为本次调查的主要内容。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾我院2018年10月~2019年9月收治的68名乳食内积型为本次调查的研究人群, 在无其他意外因素干扰的情况下将其以红随机分为观察组(34名)与对照组(34名)其中观察组男性19名, 女性15名, 年龄分布在0.6~6岁之间, 年龄均数 3.78 ± 1.9 月; 对照组中男性患者16名, 女性患者18名, 年龄分布在0.8~7岁之间, 年龄均数 3.91 ± 1.1 岁; 以上人群在专业的统计学软件数据整理后, 差异性较小($P > 0.05$), 符合统计学研究意义。

1.2 研究方法

对照组采取传统治疗方案, 给患儿采取中药汤剂, 组方组成为陈皮、茯苓、半夏、炒神曲、炒麦芽、炙甘草、炒莱菔子、连翘, 每天1剂, 每日分三次服用, 在用药期间禁忌其他药物的使用。

观察者采取小儿推拿。小儿推拿遵循中医的相关理论主要内容是①推脾胃经、在拇指的第1节、第2节从指根向外推, 每次持续200~300次。②选择板门穴反复点揉300次。③选择大肠经, 每次按摩约200次。④将患儿保持仰卧位, 充分露出脊背位置, 使用双手拇指抵住患儿的皮肤, 从脊柱两侧慢慢提拉皮肤后推进, 一直到患儿的颈颈部, 每次两到三次, 每三天为一个疗程, 持续两个疗程。

1.3 评价标准

对比2组病情变化, 在所有患儿入组后评价其中医症候积分状况, 参考《中医诊断学(第9版)》评价两组患儿中医症候积分, 主要得分项为食欲不振、腹胀、呕吐、便秘、便溏、夜间哭闹等, 使用七级评分, 得分在0~6分之间, 若为0分说明无明显症状, 1~2分为轻度症状, 3~4分说明是中度症状, 5~6分说明为重度症状, 得分高则说明中医症候较为严重。

1.4 统计学分析

本次调查所得数据均预录入EXCEL软件中, 整理好数据后

倒入SPSS20.0软件中, 计数资料采取t检验, 若 $P < 0.05$, 差异性较为显著, 符合统计学意义。

2 结果

对比两组患儿的中医症候得分后发现治疗差异性较小($P > 0.05$), 经治疗, 两组患儿的中医症候得分小于治疗前, 观察组的中医症候得分小于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 见表1。

表1 对比2组患儿的中医症候状况($\bar{x} \pm s$)

		食欲不振	腹胀	呕吐	便溏	便秘	夜间哭闹
治疗前	观察组	3.4±1.1	3.2±1.3	3.3±1.1	3.1±2.1	3.2±1.1	3.1±1.3
	对照组	3.3±1.2	3.0±1.1	3.4±1.1	3.2±1.1	3.0±1.3	2.9±1.4
	t	0.311	0.512	0.360	1.000	0.641	0.521
	P	0.361	0.291	0.341	0.214	0.241	0.271
治疗后	观察组	1.1±0.2	1.1±0.2	1.2±0.3	1.3±0.1	1.4±0.2	1.2±0.1
	对照组	2.5±0.4	2.4±0.1	2.5±0.2	2.6±0.4	2.5±0.3	2.7±0.3
	t	14.254	20.141	13.141	13.541	12.147	18.412
	P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

乳食积滞的发生是由于小儿胃肠功能紊乱, 脾胃受损, 不能消化食物所致。中医认为, 积滞分为食贫、食积等几类。中医理念下认为儿童得此病是由于先天禀赋不足, 脾胃功能虚弱所致。儿童因喂养不当和患病后出现各种功能障碍而出现症状是较为常见的, 有些儿童是由于护理不善和饮食结构复杂造成的。表现为内伤、停聚中焦, 久积气滞, 导致胃肠功能紊乱。

在本次研究中选择了小儿推拿治疗积滞乳食, 以此达到健脾于降逆清热的作用, 调节患儿腹内阴阳, 调节脾胃。本方法操作简单, 家属更易接受。该项治疗下中医症候改善效果明显。经小儿推拿治疗后, 两组患儿的中医症候得分小于治疗前, 观察组的中医症候得分小于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。说明了小儿推拿治疗能深度调节患儿的身体状态, 促进其早日恢复。

综上所述, 采取小儿推拿治疗乳食内积的效果显著, 证明了其能有效改善中医症候积分提高临床治疗质量, 值得进一步推广与广泛应用。

参考文献:

[1]邵罡, 陶黎梅. 中药敷脐治疗小儿积滞乳食内积证50例临床观察[J]. 中医儿科杂志, 2020, 16(06): 60-63.

[2]张丹丹. 枳实消食丸治疗小儿积滞乳食内积型的临床疗效观察[D]. 华北理工大学, 2020.

作者简介:

冯莉(1979-), 女, 汉, 陕西省西咸新区沣东新城, 大专。

消化性溃疡患者进行综合护理对其生活质量的影响

经丽梅

内蒙古自治区牙克石市人民医院, 中国·内蒙古 牙克石 022150

【摘要】目的: 分析对消化性溃疡患者施行综合护理干预的临床效果及对生活质量的影响。方法: 择取2018年3月~2019年3月间本院收治的消化性溃疡患者86例进行分析, 根据护理方式不同分为参照组、综合组, 各给予常规护理、综合护理干预。对比两组消化性溃疡患者的生活质量情况。结果: 综合组患者躯体活动、睡眠情感、精力及社会活力等生活质量指标评分结果均显著高于参照组, $P < 0.05$ 。结论: 采取综合护理干预能有效改善消化性溃疡患者的生活质量, 临床价值显著。

【关键词】消化性溃疡; 综合护理; 生活质量; 临床影响

消化性溃疡为临床常见消化内科疾病, 对患者生活质量有一定的影响, 行临床治疗同时需辅以全面、优质护理干预, 以期保障临床治疗效果^[1]。本次研究即探究综合性护理干预对消化性溃疡患者的应用价值。

1 基线资料和方法

1.1 基线资料

择取2018年3月~2019年3月间本院收治的消化性溃疡患者86例进行分析。纳入标准: (1) 符合消化性溃疡疾病诊断标准; (2) 无恶性肿瘤; (3) 未出现其他消化道疾病; (4) 未出现沟通障碍、意识障碍、精神障碍以及血液疾病。

根据护理方式不同将86例消化性溃疡患者分为参照组、综合组两组。参照组43例患者中男、女例数分别为25、18, 其年龄在26岁~69岁间, 年龄均值为 (45.36 ± 5.17) 岁, 病程为0.5年~6年, 病程均值为 (2.96 ± 0.36) 年; 综合组43例患者中男、女例数分别为24、19, 其年龄在27岁~68岁间, 年龄均值为 (45.39 ± 5.12) 岁, 病程为0.5年~5年, 病程均值为 (2.76 ± 0.31) 年。两组消化性溃疡病患的基线资料经对比可知差异不显著 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

参照组: 对本组消化性溃疡病患施以常规护理干预, 即施行常规病情介绍、用药指导、日常生活指导等。

综合组: 施行常规护理措施基础上对本组消化性溃疡患者采取综合护理干预, 具体措施为: (1) 强化宣教。反复、强化对本组患者进行消化性溃疡疾病相关知识的宣教教育, 具体包括疾病发病因素、疾病症状、疾病发展、治疗方式、注意事项等, 不断强化患者的疾病认知度进而确保患者积极配合。(2) 情绪干预。因消化性溃疡疾病易反复、治疗时间长, 病患易出现焦躁、不安等情绪, 甚至出现不配合治疗的情况, 不利于治疗开展。因此需评估患者具体心理健康状态, 针对性施行心理干预, 增强患者的治疗信心及自我认同感。(3) 疼痛干预。消化性溃疡疾病患者多会出现上腹部疼痛症状, 为缓解患者疼痛程度, 需适当给予按摩、镇痛药物或转移患者注意力等。(4) 用药指导。告知患者需严格遵医嘱用药, 并介绍正确用药方式、剂量、时间及注意事项, 进而确保药物治疗效果。(5) 调整饮食。指导病患多食用易消化、低脂、高蛋白食物, 并禁食辛辣刺激食物, 若病患出现便血情况需控制碱性食物摄入, 并确保日常饮食的营养均衡。(6) 康复运动。结合患者具体情况指导患者进行适当康复训练, 如慢走、打太极等。

1.3 评价指标

以NHP(诺西汉健康量表)评估两组消化性溃疡患者的生活质量, 评估指标包括躯体活动、睡眠情感、精力、社会活力等, 得分与生活质量成正比。

1.4 数据处理

以SPSS18.0软件分析结果数据, 结果中生活质量评分指标以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 组间比较采用t检验。 $p < 0.05$ 即差异有统计学意义。

2 结果

参照组43例消化性溃疡患者的躯体活动评分 (2.76 ± 0.43) 分、睡眠情感评分 (4.65 ± 0.57) 分、精力评分 (10.33 ± 1.68) 分、社会活力评分 (3.31 ± 0.46) 分; 综合组43例患者躯体活动评分 (4.48 ± 0.73) 分、睡眠情感评分 (7.54 ± 0.81) 分、精力评分 (12.96 ± 1.33) 分、社会活力评分 (4.69 ± 0.41) 分。组间比较生活质量各指标评分可知差异显著, $P < 0.05$ 。

3 讨论

消化性溃疡作为消化内科常见疾病, 主要疾病症状为厌食、腹胀、上腹疼痛等, 严重影响患者生活质量及日常生活。针对消化性溃疡患者行治疗同时, 需辅以全面、优质护理干预以确保治疗效果、改善患者生活质量^[2]。

相较于常规护理, 对消化性溃疡患者施行综合护理干预的临床价值更为显著。通过强化宣教以提升患者及其家属对疾病、治疗的认知度, 进而确保治疗依从性^[3-4]。同时做好情绪干预, 以确保患者情绪稳定, 给予镇痛药物或采取转移注意力等方式缓解患者疼痛, 指导患者正确用药以保障治疗效果。另一方面, 指导患者调整饮食, 做好康复运动, 以促疾病康复^[5-6]。结合本文结果数据可知, 综合组患者躯体活动评分 (4.48 ± 0.73) 分、睡眠情感评分 (7.54 ± 0.81) 分、精力评分 (12.96 ± 1.33) 分、社会活力评分 (4.69 ± 0.41) 分均显著高于参照组, $P < 0.05$ 。

综上, 对消化性溃疡患者施行综合护理干预能有效改善其生活质量, 提升护理效果, 有积极的临床价值。

参考文献:

- [1] 黄万英. 优质护理对泮托拉唑钠治疗消化性溃疡致上消化道出血患者生活质量的影响[J]. 中国药业, 2015, 24(23): 119-121.
- [2] 孔宏芳, 周晓丽, 周秀娥等. 分期护理、系统护理对消化性溃疡患者临床效果及生活质量的影响[J]. 现代消化及介入诊疗, 2018, 23(1): 84-86.
- [3] 仲开, 赵淑秋, 谭春红等. 综合护理干预对消化性溃疡患者治疗效果的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2015, 21(22): 2686-2687.
- [4] 梁淑华, 何信英, 高燕萍等. 远程管理联合个案管理对消化性溃疡青年患者复发情况的影响研究[J]. 护理实践与研究, 2018, 15(13): 1-4.
- [5] 赵素平, 姚溪, 张玉莲等. 单病种护理质量标准在老年消化性溃疡患者中的应用[J]. 中国卫生质量管理, 2017, 24(5): 78-80.
- [6] 黄翠屏, 肖树维, 何婉芳等. 综合护理干预在消化性溃疡患者幽门螺杆菌感染治疗中的应用效果分析[J]. 现代诊断与治疗, 2018, 29(8): 1343-1344.

老年慢性心力衰竭患者心理护理的进展分析

刘梦 段华庆^{通讯作者}

赣南医学院, 中国·江西 赣州 341000

【摘要】老年慢性心力衰竭患者不仅长期受到疾病症状及相关治疗的影响,容易发生焦虑、抑郁等不良心理问题,而且大多数存在认知功能障碍,依从性较差,不利于患者的身心健康。本文综合分析国内外老年慢性心力衰竭患者的心理护理研究现状,从护患关系的构建、心理及认知水平的评估、健康教育、心理干预、放松疗法、睡眠护理等方面进行阐述。同时,由于心力衰竭患者的照顾者容易出现焦虑、抑郁等心理问题,并影响其对心衰患者的照护及身心的康复,因此,对老年慢性心力衰竭患者的心理护理也不容忽视。

【关键词】老年;慢性心力衰竭;心理护理

1 引言

随着我国老龄化进程的进一步加快及心血管疾病尤其是急性心肌梗死患者诊疗技术的进步,我国心力衰竭患病率及发病率将呈现上升趋势,且心力衰竭的患病率及发病率随着年龄的增加而升高^[1]。慢性心力衰竭作为老年人群的一种常见、多发疾病,已经成为老年人群的健康杀手^[2]。老年慢性心力衰竭患者具有病程较长、病情易反复、疾病进行性发展、治疗费用高等特点,患者及其家属经济负担重、心理压力,患者易出现悲观、焦虑、抑郁等情绪,从而影响患者的依从性、治疗效果及生活质量,不利于疾病的康复^[3,4,5]。慢性心力衰竭患者中约有21.6%的患者存在严重抑郁,是普通人群的2~3倍,另外,心力衰竭患者中约有24.2%患有抑郁,26.2%患有焦虑,其发病率远高于非心力衰竭患者^[6]。

目前,由于社会经济的不断发展及人们生活水平的不断提高,人们对心理健康的重视度日渐提升。有研究表明,运用个性化的心理护理结合健康教育有利于了解患者存在的问题,建立良好的护患关系,增强患者的信心,提高治疗的依从性,改善患者焦虑、抑郁等不良情绪,从而改善患者的生活质量^[7,8]。然而,在实际临床护理工作中,由于医务工作者的工作压力及缺乏心理护理意识等原因,在临床工作中容易轻视心理护理的重要性,或在对患者进行心理护理的同时忽略对其家属进行心理护理,导致家庭功能的缺如。为不断提升我国老年慢性心力衰竭患者的身心健康及生活质量,现对国内外老年慢性心力衰竭患者的心理护理现状做以下综述,旨在提高社会对老年慢性心力衰竭患者及其家属的心理关注度,为临床心理护理工作提供指导依据。

2 老年慢性心力衰竭患者的特点

慢性心力衰竭(chronic heart failure, CHF),简称慢性心衰,是心内科最常见的疾病,是各种原因导致的心脏结构和功能衰退发展至晚期阶段的一种临床综合征,好发于老年人群(年龄>60岁)^[9]。慢性心力衰竭患者由于心功能严重减退,无法满足正常的身体代谢需求,会引起肺循环及体循环静脉淤血,主要临床症状为浑身乏力、水肿、心悸、咳嗽、呼吸困难等,甚至出现心肌梗死、呼吸窘迫等一系列并发症,严重可致死^[10,11,12]。

慢性心力衰竭对患者具有广泛的影响,患者的生活质量和心理状况均受损,焦虑、抑郁是其常见的心理障碍^[13]。焦虑和抑郁可影响心衰患者的预后,是心衰患者死亡的重要因素^[14,15]。心力衰竭患者还普遍存在认知障碍,且心力衰竭伴随的认知障碍与患者再住院率、死亡率以及医疗费用增高等不良结果有关^[16]。认知功能障碍

的患者感觉、知觉、记忆力、语言、定向力障碍、获取、理解和应用知识的能力下降^[17],因此,患者的依从性及心理应对能力下降。老年慢性心力衰竭患者除了因疾病本身导致的问题之外还存在养老等一系列家庭问题,如孤独、空巢、失能等,这加重了患者焦虑、抑郁等不良心理问题。同时,慢性心力衰竭患者在生理、心理和社会层面上遭受许多困扰,对慢性心力衰竭诊断、治疗及康复的困惑感,因长期药物治疗导致的各种并发症,因病情导致的活动受限、睡眠紊乱,反复住院、治疗给患者及其家庭带来的负面影响等,在很大程度上降低了老年慢性心力衰竭患者及其家庭的生活质量^[17]。

2.1 心理护理

构建和谐护患关系。当患者入院时,护理人员主动热情接待,做好自我介绍并亲切地称呼患者,耐心介绍病区环境及同病室病友,使患者尽快适应病区环境。多与患者进行沟通交流,关心照顾患者,鼓励其倾述病情的状况、对疾病及治疗的困惑、内心的不良情绪及生活中遇到的困难,安慰并疏导患者,共同找出解决问题的办法。

2.2 心理及认知评估

根据患者的年龄、性别、教育背景、职业、家庭关系状况、经济收入情况、病情的严重程度、既往病史及有无宗教信仰等资料,采用观察法、会谈法、心理测绘法或量表评定法对患者的心理状况进行全面的评估,并分析患者对疾病相关知识的错误认知、观点及信念^[18]。

2.3 改善环境

保持病室环境整洁、安静、舒适、温湿度适宜、光线柔和、定期开窗通风,室内一切生活用具定期消毒,经常更换床单被褥,因慢性心力衰竭患者身体虚弱,易发生跌倒、坠床危险,病室地面要注意防滑、避免潮湿,卫生间设置扶手。同时,因老年慢性心衰患者体质虚弱、免疫功能下降,要嘱患者避免受寒,适当增减衣物,预防感冒。

2.4 健康教育

根据患者的性格、文化程度、认知能力、生活背景、心理特征等对患者实施个性化的健康教育。向患者及其家属普及慢性心衰的病因、诱因、临床表现、辅助检查、治疗要点及注意事项等疾病相关知识以及后续的护理措施,并对患者的活动、饮食等方面进行个性化的指导,告知患者及其家属正确的认识病情并保持积极乐观的心态,消除不良心理问题,使患者和家属能够更好地配合医院的治疗^[19]。因慢性心力衰竭患者大多存在认知功能障碍,在进行健康宣教的过程中,要注意语速,不厌其烦地对患者进行宣教,并运用多种方式对患者进行健康宣教。可在病区楼道及病房内设立健康

宣教专栏,使用文字、图片及影像学资料等宣传心力衰竭的相关知识,并定期更新内容,使患者知晓长期合理用药、改变不良生活方式的重要性^[9]。邱爱平等^[10]不仅在出院时进行常规宣教,并对出院后的患者进行随访,方式为定期电话询问、沟通,及时解决患者存在的各种问题,使患者保持最佳的心理状态。护理工作者也可定期对患者及其家属进行疾病相关知识的考察,并对知识掌握较好的患者及家属给予鼓励,以增强患者及其家属的参与性及积极性。

2.5 康复指导

心衰患者的活动耐力下降,劳力受限,经常会出现呼吸困难或肢乏力等症状,老年慢性心力衰竭患者应减少体力劳动,尤其是重体力劳动。但适量的活动可以降低下肢水肿的程度,降低下肢静脉血栓的发病率,增强患者的活动耐力,同时适度户外活动可以放松患者心情,增强食欲,避免产生精神萎靡、肌肉萎缩等不良后果^[20]。可在患者能够耐受的情况下,经医护人员的指导进行适量体育活动,如散步、太极拳等。

2.6 心理疏导

老年患者由于长期忍受疾病病症的折磨,致使心力憔悴,且老年患者因缺乏家人的陪伴,或因家庭经济状况的影响,容易出现焦虑、抑郁、孤独、悲观等心理问题,致使病情更加恶化,不利于疾病的康复^[21]。来自家庭及社会的支持与鼓励,可以让患者感到亲情、友情的温暖,使患者获得心理安慰,对疾病的治疗和康复重建信心,有利于消除焦虑、恐惧、孤独、无助等不良情绪^[9]。向患者家属说明家庭及社会支持对患者治疗及康复的重要性,嘱患者的家人及朋友多与患者交流谈心,多鼓励、关心患者,以消除患者的孤独无助感。

护理工作者应主动与患者进行沟通交流,及时动态掌握患者的心理状况,对患者展开个性化的心理疏导,耐心解释患者遇到的各种困难与疑问。当患者心情低落时,多鼓励与安慰患者,同时告知患者家属注意生活中的一些小细节,在行为、语言等方面照顾患者的情绪,使患者保持良好的心态^[10];当患者感到孤独时多加陪伴,并鼓励其家属和亲友探访,为患者带来家庭般温馨的氛围,使其在家人的陪伴下开心地度过住院阶段;当患者对疾病感到悲观时多加鼓励,并介绍治疗成功的案例,或邀请一些恢复良好的患者现身说法,以增强患者自信心,使患者保持乐观的心态积极地配合治疗;当患者感到焦虑时鼓励患者通过散步、看报、听音乐等方式转移注意力,放松身心,还可指导患者进行深呼吸、全身放松术^[21]。

2.7 睡眠护理

老年人群多伴有睡眠障碍^[22]。有研究显示,慢性心衰患者的睡眠问题更加严重^[23]。慢性心衰患者呼吸困难、咳嗽、咳痰、心悸等症状对患者睡眠质量有显著影响。睡眠障碍影响患者的生活,引起诸心理问题,如焦虑、烦躁、精神涣散、冷漠、记忆力及智商衰弱等,甚至不愿与人交流,从而严重影响患者的健康,并进一步的加重患者失眠的症状,同时导致病情加重^[23]。因此,护理工作者要全面评估患者的生理、心理及环境等影响患者睡眠的因素,减轻患者因疾病导致的呼吸困难、咳嗽、咳痰、心悸等症状,加强患者的心理护理,改善病室环境,夜间减少光线及声音的刺激,夜间治疗措施尽量集中,避免干扰患者休息。在病情允许的情况下,可遵医嘱给予适

量的抗焦虑、改善睡眠的药物^[24]。

2.8 放松疗法

指导患者一些放松的方法和技巧来应对心理上的各种问题,如在紧张的时候进行深呼吸、放松练习,或者听音乐来缓解身体和心理上的紧张,使患者保持情绪稳定。在这个过程中,如果家属能够全程参与,对患者的病情恢复有很大的帮助^[11]。

指导患者采取舒适的体位,闭上眼睛,在护理人员的指导下依次放松各部位肌肉。先从双手开始,患者在吸气时缓慢将拳头握紧,吐气时慢慢放松,然后逐渐放松臀部、两肩、头部、胸部、腹部、两腿、两足等,每个动作连续重复3遍,每次训练坚持30分钟^[11]。注意放松过程中密切配合患者的呼吸,嘱患者放空头脑,保持精神专注,并教患者及其家属学会放松疗法,坚持每天训练。了解患者的个人爱好,根据患者的欣赏水平和文化程度,为患者提供适合患者的音乐。对于性格暴躁的患者,可以选择一些平缓、轻柔的轻音乐,如流水声、鸟鸣等,或是一些节奏平稳、松弛、优美的抒情类音乐;对于焦虑、抑郁的患者,可以选择一些旋律欢快、音调轻松的音乐,以缓解患者的焦虑、抑郁情绪;对于有恐惧心理的患者应选择一些舒缓的音乐,如勃拉姆斯的《摇篮曲》等^[11]。

2.9 照顾者心理护理

在大多数情况下,心力衰竭患者家庭照顾者的抑郁症状比一般人群更严重,主要与照顾的负担和生活质量有关^[25]。疾病对家庭照顾者的生活带来的影响,涉及照顾者的日常生活、生活质量、心理状况,如照顾者焦虑和抑郁症状的增加,以及由于提供照顾而产生的负担^[25]。照顾者可能会出现抑郁、失眠(由于需要处于持续的警觉状态)、压力(由于日常活动的改变,以及病人的健康状况和疾病的严重程度)、沮丧(由于患者严重的状况及照顾者的疲劳、抑郁症状)和心身疾病(头痛和胃炎等)^[26]。照顾者经历的负面影响也直接影响到受心衰疾病影响的患者,影响他们对患者的照顾,影响患者的身心健康以及病人和照顾者的生活质量^[26,27]。因此,心理护理的对象不仅仅限于慢性心衰患者,同时也需要对其照顾者进行心理评估及护理。

3 小结

慢性心衰患者焦虑和抑郁症状不仅会降低患者的心功能,增加心衰的发病率及死亡率,同时也会对患者的生活质量及疾病的预后造成影响^[28]。焦虑和抑郁为老年人最常见心理问题,许多文化程度较低、缺乏家人关心及得不到足够社会支持的老年慢性心衰患者,更容易产生抑郁和焦虑等心理问题,焦虑和抑郁反过来又会对患者的心脏、血压及认知功能等产生不同程度的影响,两者互为因果,相互影响,增加了患者焦虑、抑郁的复杂性,并导致患者疾病的进一步恶化。部分老年人由于不健康的生活行为习惯、自身心理素质较低下及经济状况较差也会导致焦虑及抑郁等心理问题的发生^[29]。通过对老年CHF患者实施系统的心理护理干预,能明显提高患者的心功能及生活质量^[30]。同时,由于老年CHF患者大多存在认知障碍,在对患者进行护理干预的过程中注意评估患者的认知水平,对患者采取个性化的心理护理及健康教育,以提高患者的依从性,且由于老年CHF患者家属存在较大的身体上及精神上的负担,

在对患者进行护理的过程中也要注意对其照顾者进行心理评估及心理护理,这不仅可以改善患者的生理及心理状况,同时也可以提高患者及其家属的生活质量及幸福感。然而,目前未找到国内外对老年 CHF 患者进行心理护理的相关文献,笔者认为对照顾者的心理护理同样也需要纳入老年 CHF 患者日常护理的过程中。

参考文献:

[1]王宙,周琳,刘洋,等.慢性心力衰竭的流行病学研究现状及其防治研究进展[J].中国循证心血管医学杂志,2019,11(8):1022-1024.

[2]白志华.分析综合护理干预对老年慢性心力衰竭病人的影响[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(78):346-347

[3]黄欣.老年慢性心衰患者早期心理干预的研究进展[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(63):32-33.

[4]张储弋.老年慢性心衰患者焦虑抑郁情绪的心理护理[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(15):248,252.

[5]罗岩,芦勒.舒适护理干预在老年慢性心力衰竭护理中的应用体会[J].心理月刊,2020,15(18):190-191.

[6]Lichman JH,Froelicher ES,Blumenthal JA,et al. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations:a scientific statement from the American Heart Association [J].Circulation,2014,129(12):1350-1369.

[7]董璠.个性化心理护理干预结合健康教育对慢性心衰患者生活质量的影响[J].中国实用医药,2015,10(22):253-255.

[8]王丹丹.心理护理对慢性心力衰竭伴焦虑抑郁患者治疗依从性和生存质量的影响[J].中国卫生标准管理,2015,6(31):190-191.

[9]吕素洁,李金锋,王艳丽,等.心理护理干预对老年慢性心力衰竭合并高血压患者认知功能障碍的影响[J].中国煤炭工业医学杂志,2017,20(7):861-864

[10]董锦丽.心理护理对老年慢性心力衰竭患者焦虑抑郁情绪的影响[J].临床医学工程,2020,27(09):1253-1254.

[11]黄燕燕.利用护理干预提高老年心力衰竭患者护理效果、预后生活质量[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(08):187.

[12]钱莉.社区护理干预对老年慢性心力衰竭者的生活质量及预后效果影响分析[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(56):248-249.

[13]Cui X,Dong W,Zheng H,Li H.Collaborative care intervention for patients with chronic heart failure:A systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore).2019 Mar;98(13):e14867.

[14]Alhurani AS,Dekker R L,Abed MA,et al.The association of co-morbid symptoms of depression and anxiety with all-cause mortality and cardi-ac Rehospitalization in patients with heart failure[J].Psychosomatics,2015,56(4):371-380.

[15]Gustad LT,Laugsand LE,Jansky I,et al.Symptoms of anxiety and depression and risk of heart failure: the HUNT Study [J].Eur J Heart Fail,2014,16

(8):861-870.

[16]汤辉,邢绣荣,李俊芬,等.慢性心力衰竭患者认知障碍的研究进展[J].中国医药,2018,13(09):1426-1429.

[17]HU W T,HOLTZMAN D M,FAGAN A M,et al.Plasma multianalyte profiling in mild cognitive impairment and Alzheimer disease[J].Neurology,2012,79(9):897-905.

[18]邱爱平,王靖怡,刘胜姣.心理护理干预对老年慢性心力衰竭患者情绪、心功能及生活质量的影响[J].海南医学,2020,31(13):1766-1768.

[19]李双,徐洪丹,肖寒.老年慢性心力衰竭患者的心理干预情况分析[J].心理月刊,2020,15(16):111.

[20]马晓杰,徐聪.老年心力衰竭患者的护理[J].大家健康(学术版),2015,9(22):213-214.

[21]李利芳.早期心理护理对老年慢性心力衰竭患者不良情绪的影响[J].中国老年保健医学,2017,15(03):108-109.

[22]吴凌云,徐旭,马红梅.高龄老年人睡眠质量及其影响因素的调查与分析[J].医学综述,2017,20(2):337-341.

[23]帕丽旦·吐尔逊.心理护理模式的构建对老年慢性心力衰竭合并睡眠障碍患者的影响探讨[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(75):249,251.

[24]张晔,汤燕.心理、睡眠干预措施对慢性心衰患者的康复作用[J].心血管康复医学杂志,2020,29(03):268-272.

[25]Lacerda MS, Prado PRD, Barros ALBL, Lopes JL. Depressive symptoms in the family caregivers of patients with heart failure: an integrative review.Rev Gaucha Enferm.2019 Jun 10;40:e20180057.

[26]Volpato FS,Santos GRS.[Oncology patients:a glance about the difficulties lived by the caretaking relatives]. Imagin á rio. 2007[cited 2018 Mar 15];13(14): 511-44.

[27]Lum HD, Lo D, Hooker S, Bekelman DB. Caregiving in heart failure: relationship quality is associated with caregiver benefit finding and caregiver burden. Heart Lung,2014;43(4):306-310.

[28]Sokoreli I,Vries JJ,Pauws SC,et al.Depression and anxiety as predictors of mortality among heart failure patients: systematic review and meta-analysis [J]. Heart Fail Rev,2016,21(1):49-63.

[29]黄迪,张金晶,周敬群,吕建峰.慢性心力衰竭伴焦虑抑郁患者治疗的研究进展[J].心血管病学进展,2020,41(03):255-258.

[30]覃雁.心理护理对老年心衰患者心功能及生活质量的影响研究[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(13):8-9.

作者简介:

刘梦(1994-),女,湖北咸宁人,硕士研究生,研究方向:护理学。

通讯作者:

段华庆(1983-),男,江西赣州人,副教授,硕士生导师,研究方向:老年护理、大学生创新创业教育。

系统性护理干预在老年骨科大手术患者中的应用及效果

牛晓梅

联勤保障部队第988医院, 创伤显微骨科, 中国·河南 郑州 450000

【摘要】目的: 主要针对于老年骨科大手术患者在使用系统性护理干预中的实际应用效果。方法: 针对于医院在2019年-2020年间收治的80例患者作为研究开展的对象, 将其随机的划分为对照组与观察组, 对照组患者采取的是常规护理干预, 观察组患者则采取的是系统性护理干预, 对比两组患者的术后恢复情况与并发症。结果: 观察组患者的术后恢复情况都要短于对照组患者, 且患者的并发症概率也要低于对照组($P < 0.05$)。结论: 在老年骨科大手术患者的开展中, 开展系统性护理干预工作, 可以更好的帮助患者实现术后恢复, 同时减少并发症的发生概率。

【关键词】 系统性护理干预; 老年骨科; 大手术患者

在骨科疾病治疗的过程中, 有着较多的疾病类型且疾病发展的严重程度比较高, 不仅对患者的行动产生影响, 同时还会有着明显的疼痛感。并且先天性髓内翻、尺神经损伤都是一些比较常见的骨科疾病, 在骨科大手术开展中相对于普通骨外科手术来讲, 其所具有的创伤更加明显, 对于患者造成的影响会更大。尤其是对于老年患者来讲, 患者自身的技能衰退, 且在手术之后出现并发症的概率会更高。

1 资料及方法

1.1 研究对象

针对于医院在2019年-2020年间收治的80例患者作为研究开展的对象, 将其随机的划分为对照组与观察组, 其中观察组患者年龄分布在60-88岁之间, 患者的平均年龄为(71.34 ± 9.85)岁, 对照组中患者的年龄分布在61-87岁之间, 患者的平均年龄分布在(72.63 ± 8.64)岁。

1.2 方法

对照组患者在开展治疗的过程中, 需要开展常规的护理干预, 主要是针对于患者的病情变化加以监测, 同时观察患者的伤口渗血、患肢末梢血运以及感觉等, 通过做好相关的管道护理工作, 同时加强对患者的口头健康指导教育^[1]。

对于观察组患者来讲, 需要采取系统化的护理干预方法, 在手术开展之前, 需要对患者开展心理干预工作, 这对于老年患者来讲很容易在手术开展之前出现逃避的心理, 其对今后的手术与预后工作的开展有着较多的担忧, 护理人员要与患者之间保持着良好的沟通, 并且在沟通过程中掌握患者自身的心理发展状态, 对其心理的不良情绪加以评价, 通过分析患者不良心理出现的因素, 加强对相关知识的宣教, 为患者提供更多的鼓励, 在与患者交流过程中要更多使用积极性的暗示言语, 要及时的向患者介绍一些成功的治疗案例, 在同等类型的参考中不断的提升自身的治疗信心^[2]。在开展体位训练的过程中, 需要患者在手术开展之前, 帮助患者适应一些手术中的卧位与手术后的固定体位, 在术前训练的过程中, 需要包含对于患者患者卧床期间生活方式与习惯的变化, 例如练习平卧喝水、卧床进食等, 继而保障患者能够掌握更多的生活方法。对患者开展疼痛管理时, 需要根据医嘱开展镇痛, 及时的观察镇痛的效果与患者的意识, 如果患者的疼痛没有及时的缓解, 需要及时的将其汇报并采取相应措施, 避免对患者造成更多的疼痛影响^[3]。

2 结果

2.1 术后恢复情况

观察组患者术后恢复的时间明显的要短于对照组患者($P < 0.05$)(表1)。

表1 两组术后恢复情况比较

组别	例数	首次排尿时间	肛门排便时间	住院时间
观察组	40	4.71 ± 1.52	5.34 ± 1.24	9.54 ± 2.64
对照组	40	6.34 ± 1.65	6.34 ± 1.84	12.54 ± 2.84
t		5.321	4.264	4.364
p		<0.001	<0.001	<0.001

2.2 术后并发症

观察组患者出现并发症概率要明显的低于对照组患者, 其数据间存在的差异具有统计学意义($P < 0.05$)(表2)。

表2 两组术后并发症发生率比较

组别	肺部感染	下肢静脉血栓形成	便秘	泌尿感染	压力性损伤	总发生率
观察组	1 (2.5)	1 (2.5)	1 (2.5)	1 (2.5)	0 (0)	4 (10.00)
对照组	3 (7.5)	2 (5.0)	3 (7.5)	1 (2.5)	1 (2.5)	10 (25.00)
χ^2						4.264
p						0.034

3 讨论

在治疗老年骨折患者的过程中, 通常会有一些基础性的疾病包含在其中, 老年的机体各脏器功能有着明显的减退, 患者自身的机体免疫力都要明显的低于年轻患者, 患者在手术开展之后非常容易出现各类的感染。对于骨折治疗工作的开展来讲, 手术时最为关键的首要方法, 在经过手术复位、康复后患者都能够得到一些满意的预后工作, 保障患者自身的关节功能可以不断的恢复^[4]。为了能够更好的保障手术开展的效果与安全性, 就需要针对于手术治疗中的老年骨折患者, 做好相应的护理干预工作。在本研究工作开展的过程中, 观察组患者采取的是系统性护理干预的方法, 在手术开展之前需要开展相应的心理干预、体位训练以及个性化饮食指导等多种方式, 并且在患者开展手术之后, 进行肺部护理、深静脉血栓的预防, 采取多种有效的护理方法结合使用, 患者在术后恢复的过程中, 其所需要的恢复时间要明显的短于对照组, 同时观察组患者术后并发症的发生概率明显的低于对照组患者, 采取系统性护理干预的方法可以更好的保障患者术后恢复工作的开展, 继而保障其早日的下床活动, 经过专业化的康复锻炼, 获取到更好的康复治疗效果, 减少患者并发症的发生风险, 继而保障患者治疗工作开展的效果^[5]。

4 结语

综上所述, 针对于老年骨科大手术患者的工作开展, 采取系统性护理干预方法, 可以更好的促进患者的术后康复, 有效的减少了患者出现狐猴并发症, 所以有着比较好的应用价值。

参考文献:

- [1] 丁洁琼, 廖力. 基于循证的集束化护理对骨科大手术后深静脉血栓预防效果的研究[J]. 护理实践与研究, 2020, 17(20): 66-69.
- [2] 周红艳. 综合护理干预对骨科大手术后下肢深静脉血栓的预防作用[J]. 系统医学, 2020, 5(16): 178-180.
- [3] 胡雁真, 王蕾, 曹志丹等. 老年骨科大手术患者术前衰弱风险评估模型的构建与评价[J]. 护理学杂志, 2020, 35(09): 32-36.
- [4] 蒙壮丽, 黄紫薇. 预见性护理干预对预防骨科患者深静脉血栓形成的研究进展[J]. 微创医学, 2020, 15(02): 213-215.
- [5] 罗盛清. 早期护理干预用于预防骨科大手术后深静脉血栓的效果[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(17): 114-115.

作者简介:

牛晓梅 (1983.02—), 女, 汉族, 学历: 本科, 职称: 护师, 联勤保障部队第988医院, 研究方向: 创伤显微骨科。

早期食管癌放射表现的临床价值

黄美爱

河池市东兰县人民医院, 中国·广西 河池 547400

【摘要】目的: 文章是对放射在早期的食管癌中的临床价值的分析讨论。方法: 采用本院 2018 年 3 月至 2020 年 1 月期间我院 50 例疑似早期食管癌病例进行跟踪随访。其中有 30 例, 采用的是消化道内镜及放射检查的方法, 其中 20 例, 采用的是放射的方法, 未进行内镜检查。然后分别对两组中的误诊、检出以及诊断符合率的情况进行观察, 并且要对食管癌患者的病理表现特点进行剖析。结果: 总结出消化内镜的误诊率明显比对放射检查误诊率小, 但在食管癌的间接征象及周围组织的侵犯上放射检查优于内镜检查。结论: 在早期食管癌方面, 放射的检出率与符合率都是很高的, 是能成为临床诊治提供参考依据的。

【关键词】早期食管癌; 放射; 临床价值

引言

由于现代人的生活压力以及工作的压力越来越大, 食管癌患者发生的几率也越来越大。食管癌病症属于十大消化系统的恶性肿瘤之一, 而且它在恶性肿瘤的范围中所占的比例是很高的。由于国内的饮食有些偏特殊性, 因此食管癌发生的概率普遍很高, 每一年都有很多的新增病患, 并且很大一部分患者的生存几率都很低。那么它的形成原因与吸烟、肥胖或者是胃食管反流等有很大关系, 长期吸烟或喝酒都有可能导导致这种恶性的肿瘤疾病。所以必须要及时采取有效的救治手段对病情进行控制。早期食管癌在临床方面的病例一出, CT 照射、X 光与影像检查等都属于非常常见的方法, 不同的技术发挥着不一样的效果。笔者要选取本院 2018 年 3 月至 2020 年 1 月我院 50 例疑似早期食管癌的患者做为研究案例, 对放射的临床应用的效果进行仔细观察, 具体研究结果如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料。本次研究的对象是 2018 年 3 月至 2020 年 1 月期间在我院参加就诊的 50 例食管癌的疑似患者, 以他们为研究对象进行剖析。年龄均在 30-70 岁之间, 平均年龄为 50-60 岁; 病程时间为半个月至一年半, 平均病程为一个半月至一年; 影像学的医生最擅长影像的分析与观察, 但是缺乏对这种病的全面而精准的了解, 即使在检查的时候发现了这种病例, 他们也没有去和临床的医生详细的沟通。因此, 有大部分的临床医生将检查的报告作为判断病情的依据, 更有甚者不考虑其他的基础因素而直接以报告为准, 尤其医生数量较少而患者数量比较多的情况之下。或者医生很难在这么短的时间内去全面的了解患者, 医生的漏诊和误诊状况所产生的问题给患者带来极大的影响。

2 结果与解决措施

2.1 结果

内镜检查的确诊率较高, 但放射检查在对周围组织及周围器官是否侵犯上优于内镜检查。早期食管癌部分患者可无明显症状, 部分患者有食道内异物感、吞咽食物哽噎感、胸骨后针刺样疼痛或烧灼感。食道钡餐可见食道粘膜皱襞结构紊乱, 部分消失、中断。部分患者管腔轻度狭窄, 与食道炎症难以区别。CT 检查部分患者可有食管管壁增厚, 部分患者食管管壁正常。CT 增强扫描、二、三维重建可清楚显示病变的范围和轮廓, 食管癌外侵时, 食道周围脂肪间隙模糊或消失。

结合以上内容进行分析, 笔者认为想在放射时候避免出现漏诊问题, 相关医师应该做到以下几个方面:

2.2 完善相关方面的检查

提高疾病鉴别的水平对于放射影像检查来说很不明显, 尤其是年龄比较大的患者, 医生在诊断患者时, 不仅仅要关注常规的检查结果, 而且还要详细了解患者的以往病史, 要尽可能多的去了解患者各方面的情况, 这样可以将其作为鉴别患者病情的依据。若检查出的结果与临床的结果有误差, 哪怕是很小很小的区别, 也应该在得到患者以及家属的同意后才能进行下一步的相关检查。尤其是对于便血以及患有贫血症状的患者, 更应该对其进行消化食道的相关检查。

2.3 影像表现对于临床诊断的好处

为了提高对于疾病救治的准确率, 目前, 影像检查已经成为常规检查的行列, 而且是医生对患者进行病情判断的最重要依据。临床医生需要更加全面深入的去仔细研究患者的病情, 尽可能快速而准确的发现食管肿瘤的现象, 然而对于影像检查的医生就需要更进一步的专业判断能力, 要具备能够在检查资料的过程中精准有效地鉴别出食管肿瘤的各种迹象。但影像医生不能进行病变的判断, 一经遇到这种可疑病例, 临床医生与影像医生需要更进一步的沟通, 要做到精准地判断, 避免出现误诊、漏诊的现象。

2.4 影像表现对于临床医生的重要意义 (放射检查对临床治疗和诊断的作用)

在当今社会, 对于放射检查在肿瘤切除手术前筛查已经成为了一种很常规的方式, 它可以显示病灶及周围组织、器官侵犯情况, 可以尽早的诊治出患者的疑难杂症。而且放射诊断中的 TMN 分期可以为临床手术及治疗方式提供参考, 保证手术更加稳妥, 能够较为合理的对病人作出诊断, 尽量的减少漏诊、误诊的概率。

3 结论

结合上文可以得出, 放射检查其实是早期食管癌的救治方式中最有效的方式之一, 同时也为临床治疗效果提供有效依据。

参考文献:

- [1] 姜军. 放射诊断早期食管癌的临床价值分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(24): 164.
- [2] 徐涛. 早期食管癌放射诊断的临床价值观察[J]. 现代养生, 2019(04): 158-159.
- [3] 张海东. 分析放射诊断在早期食管癌(EEC)诊断的临床价值[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(96): 149-150.
- [4] 彭绪刚. 早期食管癌放射诊断的临床价值研究[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(17): 71-72.
- [5] 拉海阿支. 早期食管癌放射诊断的临床价值研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(02): 363-364.

新形势下中医药学在临床护理中的实践与思考

潘海英

高安市中医院, 中国·江西 高安 330800

【摘要】 伴随时代的发展与进步, 临床护理模式的不断的创新, 以及目前人们对于护理服务的需求的日益增长, 作为医院, 其对护理人员的护理综合水平的要求也不断的进行了提高。并且伴随着中西医结合治疗方法的盛行, 当下的许多疾病的治疗均采用了中西医结合的治疗方法, 同时也收获了显著的效果。但是医院的大多数的护理人员均是西医学学校学习的, 所以当下的护理仍以西医为主, 中医为辅。所以在当前的新的形势下, 医院必须做到真正的中西医结合, 促进中西治疗方式的共同进步。

【关键词】 新形势; 中西医结合; 中医药学; 临床护理

当下大部分的护理人员均是西医护理方式, 很少有中医护理人员。然而在许多疾病的护理过程当中是需要进行中医护理方式的。那么什么是中医护理呢? 所谓的中医护理就是通过中国传统的医学方式进行病患护理的方法。在日常的护理当中, 西医护理方式是进行日常状态的监测以及用药等护理方式, 而中医护理是除正常的护理方式之外, 对病人身体的调理过程, 这一过程能够帮助患者减轻疾病带来的痛苦, 同时能够调理患者的身体, 使其早日康复。

1 资料与方法

为进行中医护理过程的结果检验, 所以将采取实验对照的方式进行中医西医护理结果的对照。本文实验将选取2019年6月到2020年6月医院收治的100例患者为研究对象。医院于入院时间的同年的九月份对患者采取中医护理方式, 并选取2020年三月到八月的100例患者作为本次实验的对照组。本次实验的对照组人数为男性患者53例, 女性患者人数: 44例。护本次参与实验的护理人员共计37名, 护理人员均选取女性, 年龄范围均选择24-42一区间, 将护理人员分组进行实验过程中的护理工作, 通过有经验的护理人员带领年轻护理人员的方式进行护理实验, 保证每位护理工作都能高效率的进行护理过程。其中实验组与对照组的其他资料以及分组选择均可以不计差异。

实验中的护理方法: 本次实验当中的对照组人员采用常规的护理方式, 而实验组在进行常规护理的基础上进行中医护理方式。常规护理主要为, 遵循医嘱叮嘱患者用药, 对患者进行日常监测检查, 保证患者病房以及患者个人卫生情况等等正常的护理方式。实验过程的中医护理主要内容为: 对患者进行相关护理过程的说明, 护理过程使用的中医药由中药药房进行药品的调配, 并且护理人员要将中医药品的名称、药品的种类以及药品的使用方法, 与药品的使用结果, 详细告知患者。包括用药禁忌等, 以及可能出现的过敏反应。在用药过程中护理人员要结合患者的身体特征进行相应的中药的使用, 并且以专业的手法进行药品的使用过程, 例如患者是心脑血管方面的疾病, 那么选择疏通经络, 调节心脑血管类的中医药品。并且在使用的过程当中, 首先要加强护理人员对相关药品的知识的了解程度, 避免护理人员的知识的缺乏造成患者的护理体感较差的状况发生。在护理过程当中要注意护理资料的收集与记录, 在护理实验的过程中积极的进行实验数据的详细的分析, 以保证实验结果的准确性。例如在进行中医与西医护理方式相结合的护理过程与单单的西医护理方式的差别, 以及两种护理方式带给患者的体感的差别之处, 等等。详细的资料不仅可以详细的进行护理方式的区分还能够为将来的护理进行提供参考资料。并且在进行护理过程当中要详细记录护理过程中患者出现的不良反应, 并且及时向专业医师告知患者情况, 确保食盐过程当中患者的个人安全问题。本次实验将通过住院时间、费用情况、患者服务满意程度、并进行相关规定的参照最终通过标准严格的实验分数进行实验结果的对照, 从而使得实验结果具有高度的准确性。

2 实验结果

在实验过程中通过记录的详细的实验过程结果的分析以及患者满意度的调查, 最终确定实验数据并进行分析, 从而得出实验的最终结论。

表一 患者入院治疗时间参考

组别	人数	住院时间	费用
对照组	100	15.90 ± 2.07	6395.55 ± 3012.27
实验组	100	12.36 ± 1.25	5826.31 ± 248.45

表二 患者的入院护理过程的满意程度参考

组别	人数	非常满意	满意	不满意	满意率
对照	100	59	37	4	96%
实验	100	72	28	0	100%

表三 患者入院参与护理实验后的不良反应的参考

组别	人数	呼吸系统	消化系统	皮肤	合计
对照组	100	6	4	9	19
实验组	100	2	2	1	5

表四 患者对护理过程的综合评价考核

组别	人数	理论考核	实践考核
对照组	100	85.42 ± 3.24	85.32 ± 3.21
实验组	100	94.25 ± 2.45	91.80 ± 3.42

通过实验组与对照组的实验结果对比可以得出结论。实验组的综合满意程度是较对照组高的。在患者入院期间, 护理人员与患者的接触时间是非常多的, 同样护理人员对患者的护理过程也直接影响到患者的身体恢复水平以及心理恢复水平问题, 所以在进行护理过程当中, 医护人员要秉着耐心、细心、有责任心的护理态度为患者提供细化的护理过程, 并且在继续中医护理的过程当中护理人员要随时增加自身的专业技能能力, 充分的了解医药的特性以及使用方式方法, 并且加以使用, 在使用的过程当中要与患者进行沟通, 使用过后要观察患者的使用体感以及是否出现过敏反应等等, 避免因自身专业水平与患者出现冲突, 避免不合理用药问题的发生, 避免影响患者的住院体验。在实验过程中医护人员要注重患者资料的收集以及整理, 为今后的护理过程记录详细的护理方式方法, 并记录患者在护理过程当中出现的一系列问题, 为以后的护理工作的进行积累经验。极大化的发展中医药的优势, 将中医药调理发挥到极致, 加快患者的康复速度, 全方面满足患者的护理需求。保证患者的身体健康安全问题。提高自身的医药学认知, 促进医药学知识的进步与发展。

结束语: 在新的形势下, 中医护理方式是护理的新方式之一, 也是必要方式之一。中医护理在增强患者的体感的同时, 提高了医护人员的护理水平, 从而为今后能够给患者带来良好的护理打下了基础。大幅度提高患者的满意度。所以中医护理是可以推广的。

参考文献:

- [1] 王小燕, 陈聪. 新形势下中医药学在医院护理中的实践与思考[J]. 中医药管理杂志, 2020, 28(10): 76-78.
- [2] 穆欣, 任秦, 代培方, 周苗苗, 陶莎. 中医院校护理学专业课程优化整合的探索[J]. 科技经济导刊, 2019, 27(35): 127-128.

个性化口腔护理方法在口腔颌面外科护理中的实施效果探析

耿晨晨

联勤保障部队第988医院, 中国·河南 郑州 450000

【摘要】目的: 探析口腔颌面外科护理中个性化口腔护理的实施效果。方法: 选2020年1月~2020年6月, 在口腔科治疗的130例病人, 将其随机均分成各65例的对照组、观察组, 对两组临床护理的效果进行观察对比。结果: 在观察组, 病人治疗的优良率是96.92%, 而对照组是86.15%, 两组对比, 差异明显, 有统计意义, $P < 0.05$ 。在观察组, 病人的总满意率是96.92%, 而对照组是84.61%, 两组对比, 差异明显, 有统计意义, $P < 0.05$ 。结论: 在口腔颌面外科, 为让病人更快康复, 个性化口腔护理的应用非常有效果, 可推广。

【关键词】实施效果; 口腔颌面外科; 个性化口腔护理

引言

在人体中, 颌面属于常常暴露的一类位置, 在机体被冲击之后, 便会带来一定损伤。在颌面位置, 其骨骼还有腔窦在受损后, 便会让病人语言、咀嚼的功能受到影响。若伤口在长期未曾愈合后, 也会影响病人生活的质量。为此, 在本研究中, 将口腔颌面外科的病人当做研究的对象, 探索在科室护理中, 个性化口腔护理的应用效果, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选2020年1月~2020年6月, 在口腔科治疗的130例病人, 将其随机均分成各65例的对照组、观察组。对照组: 40例男, 25例女, 20~67岁, 平均(44.18 ± 1.48)岁。观察组: 35例男, 30例女, 21~70岁, 平均(45.71 ± 1.92)岁。两组的基本资料在对比后发现, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 可对比。

1.2 方法

对照组: 常规护理, 如在护理中, 对病人的口感还有舒适感受进行关注, 基于其口腔大小、手术范围、切口位置等状况, 对护理的方法还有护理液具体种类进行选择^[1]。观察组: 个性化口腔护理, 主要有: ①护理液护理。为病人选口感更佳、外观更好的护理液, 将护理液带来的病人口腔干燥、味咸等状况充分改善。以体温护理液的适量加入, 促使病人能缓解疼痛感, 使其舒适度得以提高;

②皮瓣修复护理。检查病人皮瓣存活的具体状况, 借助等渗盐水纱布, 裹出其口内的分泌物、析出物, 再利用漱口液完成冲洗活动^[2];

③颌骨骨折护理。在病人出现颌骨骨折后, 其咬合关系会出现紊乱, 张口也会受限, 一些器械会难以深入进病人的口中。为此, 应该借助针对性、个性化的护理措施完成病人护理, 让病人提高一定程度的耐受性。

1.3 判定标准

治疗效果的判定: 在病人治疗之后, 未曾有感染或其他并发症, 在他们接受皮瓣修复的治疗时, 皮瓣能完全的成活则为优。在病人治疗后, 有少许感染或一些并发症, 在药物治疗之后, 能短期内尽快恢复视为良。在治疗后, 未曾满足上述标准则为差。治疗的优良率为优率 + 良率。

护理满意度的评价: 据院内自拟的满意度完善调查表, 针对病人将调查分析做好, 其中会有护士态度、护理文书具体书写的质量等各类内容, 有10分的总分。而评分大于8分为很满意, 评分为6~8为满意, 评分在6分以下是不满意。满意度为很满意率 + 满意率。

1.4 统计学方法

病人资料数据用SPSS19.0软件处理, %表示计数资料, χ^2 检验, $\bar{x} \pm s$ 表示计量资料, t检验, $P < 0.05$ 则差距有统计意义。

2 结果

2.1 治疗效果对比

在观察组, 病人治疗的优良率是96.92%, 而对照组是86.15%, 两组对比, 差异明显, 有统计意义, $P < 0.05$, 详见表1。

表1 治疗效果对比[例(%)]

组别	n	优	良	差	优良率(%)
观察组	65	54	9	2	63 (96.92)
对照组	65	42	14	9	56 (86.15)
χ^2		5.14	1.28	4.31	4.21
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 护理满意度对比

在观察组, 病人的总满意率是96.92%, 而对照组是84.61%, 两组对比, 差异明显, 有统计意义, $P < 0.05$, 详见表2。

表2 护理满意度对比[例(%)]

组别	n	很满意	满意	不满意	满意度(%)
观察组	65	55	8	2	63 (96.92)
对照组	65	30	25	10	55 (84.61)
χ^2		5.74	3.88	4.01	4.01
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

在现阶段, 国内群众不断提高经济水平, 让群众生活的习惯、水平还有饮食结构都出现一些大的变化, 最后让口腔病症的具体发病率提高, 使得人们生活会受到严重影响。在口腔颌面外科, 外科治疗属于科室的基础, 在口腔护理的应用下, 会让治疗效果受到直接的影响。在常规护理中, 容易出现口腔的清洁没有到位等状况, 使得病人会面临较高的口腔感染率, 并让病人面临严重的疼痛, 使其容易发生伤口的出血、裂开等状况。

为此, 在此研究中, 会为本科室病人应用个性化口腔护理, 并取得了良好的临床效果。在个性化口腔护理的影响下, 病人的伤口愈合、口腔功能的逐步恢复等, 都能受到积极影响。在护理活动中, 需要对护理效果进行全面考虑, 让病人保障护理的耐受性、舒适性, 使其得到护理的针对性服务。其次, 还应该对护理液的挑选活动提高重视, 保障护理液的选择合理性, 将控制护理液实际温度的活动做好, 对病人的切口部位、口腔大小等因素充分考虑, 促使病人对护理的满意度、治疗的效果都能提高, 促进护患的和谐。在个性化口腔护理下, 它能护理避免出现常规护理的各类弊端, 让护理的理念得以改变, 让口腔护理的效果增长, 让病人舒适度得以提高, 让口腔护理保障安全, 让病人感染的概率更低。可见, 在口腔病人的治疗中, 应用个性化口腔护理, 能够让护理达到良好效果。

4 结束语

结合以上, 在口腔颌面外科中, 个性化口腔护理的运用, 能让病人接受的护理有效率得到提升, 并使其对科室护理变得更为满意, 保障护患的良好关系, 其临床价值明显, 值得探索应用。

参考文献:

- [1]刘杰. 个性化口腔护理方法在口腔颌面外科患者中的应用效果分析[J]. 全科口腔医学电子杂志, 2019, 006(002): 86, 91.
- [2]杨清, 冯元. 冯元通讯作者. 观察并探讨个性化口腔护理干预在口腔颌面外科患者中的应用价值[J]. 医药界, 2019, 000(016): P.1-1.

丙泊酚联合瑞芬太尼用于静脉麻醉下无痛胃镜检查中的临床观察

段雪雁 李玉兰

怒江州人民医院, 中国 · 673100

【摘要】目的: 探究丙泊酚联合瑞芬太尼在静脉麻醉下无痛胃镜检查中的应用效果。方法: 以我院 72 例行无痛胃镜检查的患者为研究对象, 双盲法随机分为两组, 各 36 例, 对照组给予丙泊酚麻醉, 观察组给予丙泊酚联合瑞芬太尼麻醉, 对比不同方法的应用效果。结果: 观察组麻醉优良率高于对照组 ($P < 0.05$); 观察组清醒与离室时间短于对照组, 丙泊酚用量少于对照组, 总发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 给予联合麻醉, 可有效抑制患者肢体活动, 发挥显著的麻醉效果, 减少不良反应发生, 促使患者尽早清醒, 值得推广。

【关键词】丙泊酚; 瑞芬太尼; 静脉麻醉; 无痛胃镜检查; 应用效果

胃镜检查是消化道疾病诊疗的常用措施, 但检查过程中易引起患者咽喉疼痛、恶心与呕吐等不适, 而无痛胃镜检查可有效减少患者不适, 同时还可充分显示内部病灶画面, 益于医师详细且准确的观察患者病灶, 对确诊患者病情与病程严重程度有重要意义。无痛胃镜操作的过程较短, 故需患者快速苏醒, 因此选用的麻醉药物需满足起效快、作用时间段且安全性高等多个调节。而丙泊酚为静脉麻醉药物, 可有效满足上述条件, 应用效果显著, 但注射时伴有疼痛感, 且不良反应较多, 故使用时常与其他药物联合应用。瑞芬太尼作为阿片类镇痛药物, 可发挥显著的镇痛效果, 且不良反应较少, 二者联用在临床取得显著效果^[1]。鉴于此, 本文以 72 例患者为例, 对比分析联用的麻醉效果, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2020 年 3 月-2020 年 12 月行无痛胃镜检查的患者 72 例, 随机分为两组, 各 36 例。对照组男 20 例, 女 16 例; 年龄 22-75 岁, 均龄为 (46.32 ± 3.22) 岁; 体重 40-71kg, 平均 (52.23 ± 3.42) kg。观察组男 19 岁, 女 17 岁; 年龄 23-72 岁, 均龄为 (45.26 ± 3.35) 岁; 体重 41-70kg, 平均 (52.23 ± 3.52) kg。两组上述资料均衡 $P > 0.05$, 可比较。

1.2 方法

对照组实施丙泊酚 (西安力邦制药有限公司; 国药准字 H20010368; 10ml: 100mg) 静脉滴注麻醉, 1.0-1.5mg/kg, 控制速度在 4mg/s, 待患者意识消失后, 及时停止静脉滴注, 行胃镜检查。

观察组实施瑞芬太尼 (宜昌人福药业有限责任公司; 国药准字 H20030197; 1mg) 靶控注射, 其浓度为 1ng/mL, 然后给予丙泊酚静脉注射 (方法与对照组一致), 若检查过程中患者有肢体活动, 加用 0.5mg/kg 丙泊酚干预。

1.3 观察指标

①麻醉效果判定: 在实施无痛胃镜检查时, 患者未出现明显的肢体活动为优; 检查时有少量肢体活动, 但不影响胃镜检查为量; 检查时肢体活动明显, 且影响胃镜检查操作为差。②记录患者清醒时间 (给药至彻底清醒, 可准确定向、回答问题)、离室时间 (彻底情绪, 且无恶心、头晕等情况, 可正常行走)、丙泊酚用量与不良反应 (呼吸抑制、恶心呕吐、心动过缓、呛咳) 情况, 并比较。

1.4 统计学方法

以 SPSS22.0 分析, 例、 χ^2 检验计数资料, 均值 \pm 标准差、t 检验计量资料, $P < 0.05$ 为差异明显。

2 结果

2.1 两组麻醉效果比较

观察组麻醉效果优良率高于对照组 ($P < 0.05$), 见表 1。

表1 两组麻醉效果比较[n, %]

组别	例数	优	良	差	优良率
对照组	36	11 (30.56)	15 (41.67)	10 (27.78)	26 (72.22)
观察组	36	14 (38.89)	19 (52.78)	3 (8.33)	33 (91.67)
χ^2		-	-	-	4.600
P		-	-	-	0.032

2.2 两组清醒时间、离室时间与丙泊酚用量比较

观察组清醒与离室时间短于对照组, 丙泊酚用量少于对照组 ($P < 0.05$), 见表 2。

表2 两组清醒时间、离室时间与丙泊酚用量比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	清醒时间 (min)	离室时间 (min)	丙泊酚用量 (mg/kg)
对照组	36	6.26 \pm 1.52	15.62 \pm 4.12	3.21 \pm 0.21
观察组	36	4.22 \pm 1.56	10.62 \pm 4.22	1.26 \pm 0.22
t		5.620	5.087	38.469
P		0.000	0.000	0.000

2.3 两组不良反应发生率比较

观察组总发生率低于对照组 ($P < 0.05$), 见表 3。

表3 两组不良反应发生率比较[n, %]

组别	例数	呼吸抑制	恶心呕吐	心动过缓	呛咳	总发生率
对照组	36	2 (5.56)	3 (8.33)	1 (2.78)	2 (5.56)	8 (22.22)
观察组	36	0 (0.00)	1 (2.78)	0 (0.00)	1 (2.78)	2 (5.56)
χ^2						4.181
P						0.041

3 讨论

胃镜是检查患者上消化道系统疾病的常用技术, 但检查过程中常造成患者呕吐、呛咳与呼吸急促等情况, 甚至造成患者心律失常等严重并发症, 同时还存在患者不配合情况, 易出现漏诊、误诊情况^[2]。而无痛胃镜检查可有效减少患者不适感, 并给予患者丙泊酚与瑞芬太尼麻醉药物干预, 其中丙泊酚是一种药效短、起效快的麻醉药物, 可发挥显著的镇痛效果, 但对患者呼吸与循环系统产生的抑制程度较大, 故在实际应用时, 需减少其用量。而瑞芬太尼是一种阿片受体激动剂, 可有效发挥起效快、有效稳定与药物清除快等特点, 因药物中的脂键, 可在进入人体后被非特异性脂酶代谢引起降解, 故对患者的肾功能影响较小, 持续输注也不会发生药物蓄积情况。二者联用可使患者保持松弛状态, 有效减少胃镜刺激咽部而引起的恶心、呛咳等情况, 有效确保诊疗的安全性, 提高检测成功率^[3]。

本次实验结果中, 与对照组相比, 观察组的满足效果更佳, 不良反应较少, 清醒与离室时间较短, 丙泊酚用量较少 ($P < 0.05$), 表明经联合麻醉, 可有效减少药物剂量, 加快起效时间, 发挥显著的麻醉效果, 减少不良反应发生, 促使患者尽快恢复, 其效果显著, 值得临床大范围推广。

参考文献:

- [1] 韩雷. 瑞芬太尼联合丙泊酚用于无痛胃肠镜麻醉的效果[J]. 中国当代医药, 2020, 27(7): 151-153, 157.
- [2] 陈其虎, 吴晋, 房栩丞. 瑞芬太尼复合丙泊酚在无痛胃镜检查中的临床应用[J]. 中国社区医师, 2019, 35(4): 137-138.
- [3] 张民. 丙泊酚联合瑞芬太尼在老年人无痛胃镜检查中的麻醉效果及对机体炎症应激水平的影响[J]. 中国基层医药, 2019, 26(15): 1879-1882.

循证护理对降低 PICC 置管患者不良事件发生率的重要意义

郝洪梅

北京中医药大学附属护国寺中医医院, 中国·北京 100035

【摘要】目的: 探究循证护理对降低 PICC 置管患者不良事件发生率的重要意义。方法: 本次研究开始时间为 2020 年 1 月, 结束时间为 2020 年 6 月, 选择在我院进行 PICC 置管治疗的患者 128 例, 通过数字随机表法进行分组, 将其均分为对照组和观察组, 每组各 64 例。对照组患者通过常规护理, 观察组患者通过循证护理模式进行护理。对比两组患者的不良事件发生率。结果: 观察组的不良事件率明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 对 PICC 置管的患者通过循证护理模式进行护理工作能够有效降低患者的不良事件的发生几率, 应该得到临床推广使用。

【关键词】循证护理; PICC 置管; 不良事件

随着社会的不断进步发展, 我国逐渐进入老龄化社会, 人们的生活习惯发生了巨大的改变, 同时患有癌症的患者人数不断增加, 在目前临床上对癌症患者的治疗方式主要是通过外周静脉穿刺中心静脉置管 (PICC) 进行治疗, 这种治疗手段是将导管从患者的外周静脉直接送至大静脉处^[1]。但是该治疗方法如果操作不当, 容易对进行穿刺的部分造成出血现象、发生静脉炎以及导管堵塞等不良反应^[2]。临床上需要一种优良的护理方式对患者进行护理, 帮助患者进行后续的治疗, 其中循证护理的模式在该病症的临床治疗上得到了比较广泛的使用。本研究对进行 PICC 置管治疗的患者通过循证护理模式进行相应的护理, 观察患者取得的临床治疗效果, 具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究开始时间为 2020 年 1 月, 结束时间为 2020 年 6 月, 选择在我院进行 PICC 置管治疗的患者 128 例, 通过数字随机表法进行分组, 将其均分为对照组和观察组, 每组各 64 例。对照组患者通过常规护理, 观察组患者通过循证护理模式进行护理。对照组中患者的男女比值为 34:30, 年龄为 61-81 岁, 平均年龄为 (69.72 ± 4.51) 岁; 观察组中患者的男女比值为 33:31, 年龄为 62-85 岁, 平均年龄为 (70.31 ± 3.82) 岁。将两组患者的基线资料进行对比, 差异没有统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组。对照组患者通过常规护理方式对患者进行相应的护理, 包括了对患者进行定期的身体检查, 将患者的身体指标数据进行记录, 对患者及其家属进行健康指导等。

1.2.2 观察组。观察组的患者通过循证护理模式对患者进行护理工作, 具体如下: (1) 预防穿刺部位出血: 患者进行穿刺处理的部位容易出现出血症状, 而这种情况的产生与进行穿刺的针管选择有着一定关系, 若患者的血管较细, 但是选择的穿刺针较粗, 在进行穿刺时容易出现出血症状, 同时患者进行穿刺的部位为肘关节, 这个部位患者进行活动的频次较多, 容易出现出血症状。因此在对患者进行 PICC 置管操作时, 尽量选择患者较粗的血管进行, 同时进行穿刺的部位选择在患者肘窝下方约两指的位置为最佳, 并嘱咐患者尽量少进行使用到肘关节的活动, 并在置管操作成功后进行加压包扎一天, 护理人员需要密切观察患者的出血情况。(2) 预防机械性静脉炎: 患者出现静脉炎的症状多与患者自身体质、进行穿刺的导管的清洁程度极易血液进行回流的情况有着一定关联。为了防止患者出现该不良反应应该在置管操作时选择合适的血管, 同时进行置管操作时手法要做到匀速、柔和, 不能用太大的力气进行, 并且同一血管不能进行反复的穿刺, 结束穿刺的 3 天后可以对患者进行穿刺的部位进行一定的热敷处理, 并做到及时的消毒。(3) 预防导管堵塞: 预防导管出现堵塞现象的方式是进行正压封管操作。在 PICC 置管操作成功后利用 20 毫升浓度为 0.9% 的氯化钠溶液进行脉冲式冲管, 并在之后嘱咐患者避免导管出现扭曲、折叠的现象。

1.3 观察指标

对比两组患者的不良事件发生率, 其中不良反应包括了患者

穿刺部位出血、静脉炎、导管堵塞等, 不良事件率 = (穿刺部位出血 + 静脉炎 + 导管堵塞) / 总例数 × 100%。

1.4 统计学方法

采用 SPSS21.0 分析, 计数资料经 χ^2 检验, 以 (%) 表示, 差异有统计学意义为 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 对比两组患者出现不良反应的发生率

观察组患者出现不良事件的发生率为 4.69%, 对照组患者出现不良事件的发生率为 18.75%, 观察组的不良事件率明显低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表1 对比两组患者的不良反应率[n(%)]

组别	例数	穿刺部位出血	静脉炎	导管堵塞	不良事件率
观察组	64	1 (1.56)	2 (3.13)	0 (0.00)	3 (4.69)
对照组	64	4 (6.25)	6 (9.38)	2 (3.13)	12 (18.75)
χ^2					9.553
P					0.001

3 讨论

PICC 置管治疗在实际的临床治疗中有着较为广泛的使用, 有着较好的临床应用效果, 这种方法对患者进行治疗, 能够有效减少患者因需要长时间进行静脉滴注而产生穿刺次数, 降低了对患者带来的痛苦和精神创伤, 但是临床上使用这种方法对患者进行治疗, 患者出现不良反应的概率也较高, 现阶段临床上使用循证护理模式对患者进行护理^[3]。

循证护理是一种新兴的护理模式, 这种护理方式增加了对患者个体产生的差异的重视程度, 同时循证护理结合患者物理条件下的实际情况对患者制定相应的治疗方案。同时这种护理方式有着较强的整体观, 即护理人员进行护理工作是以患者为其中心, 不仅仅只是对患者的病情症状进行护理, 而是对治疗后续可能产生的任何情况进行相应的护理, 起到预防作用^[4]。在本次研究中观察组患者通过循证护理方式进行护理, 能够有效减少患者出现不良事件发生的几率, 提高了患者的临床治疗效果。

综上所述, 对 PICC 置管的患者通过循证护理模式进行护理工作能够有效降低患者的不良事件的发生几率, 应该得到临床推广使用。

参考文献:

- [1] 冯悦, 李宏. 循证护理在急诊患者 PICC 置管预防并发静脉血栓形成中的作用[J]. 血栓与止血学, 2020, 26(1): 146-147.
- [2] 高海燕. 循证护理对预防肿瘤患者 PICC 置管导管堵塞的效果分析[J]. 饮食保健, 2019, 6(34): 230-231.
- [3] 于博, 谭盈盈. 循证护理在 PICC 置管化疗肺癌患者中的应用[J]. 中国医药科学, 2020, 10(8): 177-180.
- [4] 李丽娟, 万雪娟. 分析循证护理在 PICC 置管后预防导管相关性血栓中的应用[J]. 中国保健营养, 2020, 30(20): 259-259.

作者简介: 郝洪梅 (1990.06.05—), 性别: 女, 民族: 汉, 籍贯 (省市): 北京, 职务职称: 护师, 学历: 本科, 单位: 北京中医药大学附属护国寺中医医院, 研究方向: 护理专业中医护理静疗规范。

女性盆腔炎的发病机制以及治疗研究进展

曹 静

贵州医科大学, 中国·贵州 贵阳 550025

【摘要】盆腔炎(pelvic inflammatory disease,PID)是一种常见妇女病,是由女性上生殖道及其周围结缔组织受到感染引起炎症性病变,PID的感染类型主要分为以下四种:子宫内膜炎、输卵管炎症、输卵管卵巢脓肿、盆腔腹膜炎。PID病灶未及时治疗而引起的PID后遗症有输卵管妊娠、慢性盆腔痛、积水积脓、不孕等。PID病因复杂,通常表现为多重感染,有病程长、复发率高等特点,对育龄女性身心造成严重损害,更是影响家庭和社会的发展,有关研究数据显示,发展中国家育龄期妇女PID发病率高达40%。本文主要对盆腔炎发病机制及目前治疗研究进展做阐述。

【关键词】盆腔炎;发病机制;治疗进展

1 PID研究现状

1.1 发病机制

对于PID发病机制的研究目前尚未完全阐明。现代医学研究表明,PID的诱发因素主要是病原体入侵机体造成感染,而细胞因子异常表达、性激素水平变化都与PID的发生有关。

1.1.1 微生物感染

引起感染的病原微生物根据来源不同分为两类:内源性和外源性。但由于PID的发生通常伴随多组合感染,故两种病原一般混合存在。

PID内源性病原体与细菌性阴道疾病(BV)的致病菌(阴道加德纳菌、消化链球菌属、奇异菌属等)类似,还包括流感嗜血菌、阴道内厌氧菌、肠道革兰阴性杆菌、需要性链球菌等

外源性病原体主要通过性传播途径(sexually transmitted disease,STD)引发感染。STD引起PID的微生物,以沙眼衣原体(CT)、淋病奈瑟球菌为主。研究表明,国外PID患者CT和淋病奈瑟球菌感染占60%~80%;而国内的PID患者则是以厌氧菌和需氧菌混合感染居多。除外,虽然目前没有研究证实解脲支原体、人型支原体、巨细胞病毒等会引起PID,但不否定对引起PID有一定作用。

节育环、妇科手术、人流等也是外源性感染的来源。

1.1.2 细胞因子

细胞因子(cytokine,CK)是细胞受到刺激时产生,具有调节免疫反应能力、参与细胞生长和组织修复等过程的多功能小分子蛋白的总称。CK在炎症发展过程中的双重性为促进和抑制,研究报告指出,CK异常表达和炎症发展的全过程有着密切联系,目前对肿瘤坏死因子 α (Tumor necrosis Factor, TNF- α)、白细胞介素IL-2、IL-6、细胞间黏附分子(ICAM-1)的研究更为清晰。

1.1.3 性激素水平

女性性激素分为孕激素和雌激素,两者在调节过程中存在着协同和拮抗作用。性激素随个体发育呈周期性变化,女性体内多数部位都有性激素受体。

月经期性激素水平变化对引发PID的可能性主要表现在:①.排卵期雌激素升高,孕激素处于相对较低的状态。此时宫颈黏液变透明稀薄,增加了微生物侵入并附着于子宫内膜的几率。②.排卵后,孕激素使宫颈黏液状态改变,质地变浑黏稠且分泌量降低,黏液封闭子宫腔,微生物滞留其中,微生物逆行向上感染几率增加。

正常情况下,机体有阻止侵入或杀死病原体的能力,但性激素水平异常变化,使经期或产褥期妇女免疫力降低,难以抵挡外来微生物进入内生殖器发生感染。

1.2PID的诊断

1.2.1 诊断标准

由于PID在临床表现上存在较大个体差异,根据《2015年美国疾病控制和预防中心关于盆腔炎性疾病的诊治规范》中提出的三个诊断标准:最低标准、附加标准、特异标准,目前临床上对PID的诊断采用的是PID最低诊断标准。

最低标准(1).宫颈举痛(2).子宫压痛(3).附件区压痛满足以上任意一项者可诊断,具备三个症状会使诊断准确性降低,需要特异标准作为进一步诊断依据。

附加标准(1).口温 $>38.3^{\circ}\text{C}$;(2).宫颈脓液或脆性增加;(3).红细胞沉降率高;(4).阴道分泌物镜检白细胞数目增多;(5).血C反应蛋白升高;(6).取分泌物涂片,检验衣原体和淋病奈瑟球菌属

特异标准(1).子宫内膜活检组织学证实子宫内膜炎;(2).经阴道超声、MRI等影像技术检测到输卵管增粗、积液或是输卵管卵巢包块等;(3).腹腔镜检查显示病灶。

1.2.2 与其他妇科疾病的鉴别

诊断PID需注意与其他症状相似疾病鉴别:阑尾炎引起的囊肿、EMT、子宫肌瘤等。

2 治疗研究进展

2.1 药物治疗

目前对于治疗PID,临床上主要使用抗生素治疗,以经验性使用广谱抗生素或者联合用药。

头孢曲松和多西环素是临床上常用治疗PID的药物。前者针对内源性感染可有效治疗;后者对外源性感染有较好的治疗效果,且不良反应较少,适用多数患者。但二者均对厌氧菌无效,临床上治疗厌氧菌常用甲硝唑,属于硝基咪唑类。吴樱将三者联合用药,治疗40例,总有效率95%。

盐酸左氧氟沙星治疗机制是对病菌DNA旋转酶活性予以抑制,从而影响DNA合成,导致DNA数量减少而杀死病菌。李小凤采用盐酸左氧氟沙星治疗41例,总有效率达97.56%,并证实盐酸左氧氟沙星能缓解或治愈PID,缩短疗程。

2.2 手术治疗

手术治疗不是PID首选疗法,需要针对患者的年龄、体质、病变情况和范围等具体情况判定是否进行手术,适用于重症、PID屡次复发、脓肿异常等情况。

2.2.1 腹腔镜手术

将诊断、治疗一体化,腹腔镜检能将病灶放大5~10倍,清晰观察到输卵管等处的微小病灶,并将检查过程直接转为手术过程,及时有效的分离、切除病灶。一般适用于:①、重症PID、脓肿破裂、甚至出现中毒性休克;②、药物治疗无效、脓肿不消散;③、异常病灶等。

2.2.2 宫腔镜手术

对输卵管近端堵塞的分离效果较好,常用于治疗PID及其后

遗症,有效帮助患者康复。但由于输卵管狭窄,操作难度大,容易造成子宫穿孔等致命性并发症,采用相对较少。

2.3 中医治疗

传统中医典籍中没有PID具体的定义,通常据PID临床表现特征将其归属为“腹胀腹痛”、“带下病”、“热入血室”等范畴。相比抗生素治疗,中医疗法相对温和、副作用小。

2.3.1 中医保留灌肠

灌肠疗法早在东汉时期所著的《伤寒论》一书有过记载。常以蒲公英、延胡索、三棱、败酱草等药材入药,清水煮沸,待温度降至37~38℃,将药液经直肠给药进入盆腔,抵达病灶,有消炎止痛等效果。经期停用,治疗前需患者将大小便排净,保持会阴洁净,采用左侧卧位,将臀部抬高12cm,插管进入肛门深度15~20cm较为适宜,以5ml/分钟的速度给药最佳。

2.3.2 中成药治疗

对PID及后遗症有疗效,对于不同症状PID有不同功效的中成药进行治疗。

热毒炽盛证:外感热毒之邪,致热毒炽盛,导致气滞血瘀证。常用药有金刚藤糖浆、康妇炎胶囊、花红胶囊、妇炎消胶囊等

湿热瘀结证:湿热内蕴,蕴结胞中。常用药有妇科千金胶囊(片)、金英胶囊、桂枝茯苓胶囊等

2.3.3 中药外敷及离子导入

在内服中药的基础上,外敷配合治疗,有活血化瘀的功效,有助于病灶消退。通常将丹参、三棱、赤芍等碾磨后装入布袋,先在水中泡40~60分钟,后蒸40分钟,热敷小腹处,经期停用。

离子导入是局部对症治疗和中医辨证治疗的有机结合,其原理是将中药外敷,在电疗作用下中药离子渗入皮肤组织到达病灶,在病灶处能起到消炎止痛、疏通气血的功效。通常加口服中药配合治疗。

2.3.4 针灸

子宫、关元、三阴交等是常用针灸穴位。较其他疗法最大的优点是毒理性副作用,且在有关研究中表现出明确的免疫调节和抗炎作用。

2.4 中西医结合治疗

2.4.1 抗生素联合中成药治疗

抗生素治疗PID作用快、效果显著,症状能及时改善,但无法妥善解决PID引发的一系列后遗症。而中成药在PID后遗症治疗中有重要指导作用。实验证明,抗生素和中成药联合用药对两者单独使用疗效有所增加,且联合用药的不良反应发生率要低于单用抗生素。曹芹雪等采用内服妇炎舒胶囊(忍冬藤、川楝子、大血藤等)联合头孢噻肟钠,治疗37例,总有效率97.3%。邱芸采用妇炎舒胶囊联合左氧氟沙星片治疗,治疗40例,总有效率95%。

2.4.2 灌肠联合抗生素治疗

王凡等采用红藤汤(红藤、黄柏、蒲公英、莪术、败酱草等)

灌肠加β类酰胺类联合硝基咪唑类抗生素,红藤汤联合喹诺酮类抗生素等,发现灌肠联合抗生素治疗结果均比仅用抗生素好,不良反应发生率降低。

3 展望与结语

PID发病机制是治疗PID的根源,但因病灶部位深且通常为多重感染,目前为止对PID发病机制仍没有完全明确的阐述,在研究PID的路上,我们还有很长的路要走。

对PID仍以抗生素治疗为主,其对病原能够达到较好的杀菌作用,改善或治愈PID,但同样存在很多问题,比如不良反应、药效不佳、毒性副作用、耐药性、高复发率等。

手术治疗有局限性,重症PID采用居多,因为切除子宫及附件,对患者术后生理和心理造成一定影响,且宫腔操作术容易导致内生殖器官感染引发PID。

中医治疗优点是治疗方案多样化,针对不同症状PID,能起对症下药之效,并对PID后遗症有较好疗效。近年来接受中医治疗PID的患者人数呈上升趋势。但中医治疗依旧存在,疗程漫长,患者能否遵照医嘱坚持服药,中药品质良莠不齐,药方不规范等问题。

中西医结合治疗在临床病例上要优于单抗生素治疗,中医对PID及其后遗症均有治疗效果,而西医治疗适用重症、急性PID。常见内服外敷、灌肠等与抗生素结合治疗,针灸联合西医治疗的病例较少,在研究中应对中西医结合治疗全方位渗透,提高疗效降低副作用。

参考文献:

- [1]张展,刘朝晖.盆腔炎症性疾病的诊治进展[J].中国实用妇科与产科杂志,2019,35(04):473-477.
- [2]吴文湘,廖秦平.盆腔炎症性疾病的流行病学[J].实用妇产科杂志,2013,29(10):721-723.
- [3]刘晓娟,范爱萍,薛凤霞.《2015年美国疾病控制和预防中心关于盆腔炎症性疾病的诊治规范》解读[J].国际妇产科学杂志,2015,42(06):674-675+684.
- [4]李小凤.盐酸左氧氟沙星治疗盆腔炎的临床疗效及安全性[J].临床合理用药杂志,2016,9(20):19-20.
- [5]张静,兰美.中西医结合治疗慢性盆腔炎30例疗效观察[J].中国临床医生杂志,2015,43(09):77-78.
- [6]王凡.红藤汤灌肠联合抗生素治疗慢性盆腔炎的Meta分析[D].扬州大学,2019.
- [7]李世蓉,张三元.盆腔炎症性疾病发病机制的现代研究[J].中国妇幼保健,2011,26(27):4298-4301.
- [8]金哲.盆腔炎症性疾病的中医药治疗[J].实用妇产科杂志,2013,29(10):733-735.

作者简介:

曹静(2002.02—)女,苗族,贵州凯里,本科在读,贵州医科大学,研究方向:妇科。

用湿润烧伤膏治疗烧伤愈合创面的效果考察

张志华

岳池县人民医院, 中国·四川 广安 638300

【摘要】目的: 探究对于烧伤患者使用湿润烧伤膏对于患者愈合创面的临床效果, 并对临床应用效果进行分析讨论。方法: 选择72名近一年当中来我院治疗烧伤创面的患者, 根据患者的治疗方式的不同分成对照组(n=36)和实验组(n=36), 其中对照组使用重组人表皮生长因子凝胶进行治疗, 实验组在使用凝胶的基础上再辅助使用湿润烧伤膏, 探讨对两组患者的烧伤创面使用不同治疗方法的临床效果。结果: 实验组患者临床治疗有效率明显优于对照组; 实验组患者的肉芽生长时间、创面愈合时间、创面干燥时间明显短于对照组, 换药频次明显少于对照组; 两组治疗前VAS评分均无显著差异, 治疗前后, 两组VAS评分均存在显著差异, 治疗后, 实验组VAS评分明显高于对照组, 且两组间结果均存在显著差异。结论: 使用湿润烧伤膏治疗烧伤创面能够促进创面愈合, 值得推广。

【关键词】烧伤; 湿润烧伤膏; 愈合创面; 临床效果

烧伤一般是指由于外力等条件如热力造成对机体的组织损害, 主要指的是对皮肤或黏膜的损害, 严重的患者也可能会伤及其下组织^[1]。临床上, 根据烧伤的程度一般分为Ⅲ级, 其中Ⅰ度烧伤主要损伤角质层, 皮肤表面不会引发水泡等不良反应, Ⅱ度烧伤分为浅Ⅱ度烧伤和深Ⅱ度烧伤, 浅Ⅱ度烧伤伤及真皮层, 皮肤表面会引发水泡产生剧烈疼痛感, 深Ⅱ度烧伤会引发高密度的皮肤水泡, 严重还会造成皮肤溃烂, 痛觉出现迟钝, Ⅲ度烧伤损伤最深, 表现为全皮层烧伤甚至伤及皮下的肌肉或者骨骼^[2]。烧伤是一种较危急的疾病, 患者在烧伤后容易出现创面的大面积感染, 创面感染最直接的伤害就是影响伤口的愈合, 如果细菌入血, 可能导致严重的创面感染, 就会引发脓毒血症和败血症等, 有时也会造成感染性休克, 危及患者生命。重组人表皮生长因子凝胶是用于治疗皮肤烧伤的外用药物, 其可以促进动物的皮肤创面组织中的DNA、RNA和羟脯氨酸的合成, 加速创面肉芽的生成和上皮细胞的增殖, 缩短创面愈合的时间^[3]。湿润烧伤膏是一种中成外用药物, 由三黄(黄连、黄柏、黄芩)、地龙、罂粟壳组成, 具有清热解毒、止痛收敛、促进创面愈合、抗炎止痛的功效^[4]。本研究, 选择72名最近的一年中来我院治疗烧伤创面的患者, 根据治疗方式的不同分成两组, 探讨对两组患者的烧伤创面使用不同治疗方法的临床效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机选择在最近的一年中来我院治疗烧伤创面的患者72名, 分成对照组(n=36)和实验组(n=36)。

其中, 对照组男性患者25人, 女性患者11人, 年龄范围是36-73岁, 平均年龄范围是(65.56±2.26)岁, 浅Ⅱ度烧伤24人、深Ⅱ度烧伤12人; 实验组男性患者23人, 女性患者13人, 年龄范围是35-77岁, 平均年龄范围是(64.56±2.15)岁, 浅Ⅱ度烧伤25人、深Ⅱ度烧伤11人。两组患者均在烧伤后进行入院治疗, 对两种药物均无过敏反应, 未出现代谢紊乱等严重不良反应, 所有患者均签署同意书, 排除患有意识、精神、语言障碍, 严重重要器官衰竭和血液疾病的患者。同时, 两组患者其他资料具有可比性(P>0.05)。

1.2 方法

1.2.1 早期创面处理

首先要保证患者身体状况稳定, 创面的清创步骤宜简不宜繁。首先要剪除患者创面周围的毛发, 去除粘在创面上的异物及油膏等, Ⅱ度烧伤患者需要引流水疱液并保护水疱皮同时清除坏死的表皮。

1.2.2 疗法

对照组使用重组人表皮生长因子凝胶(简称rhEGF)进行治疗, 方法是, 使用生理氯化钠溶液再次清洗创面, 取使用桂林华诺威基因药业有限公司生产的易孚重组人表皮因子凝胶(批准文号: 国药准字S20020112)适量, 均匀涂于患者的烧伤创面处。需要包扎处理的患者, 需要将易孚重组人表皮因子凝胶均匀涂在适当大小的内层消毒纱布上, 覆盖于创面处并进行固定, 进行常规包扎处理后, 需要每日进行更换纱布。对于患者有慢性创面, 如溃疡、褥疮等, 在应用易孚重组人表皮因子凝胶前, 应先彻底清创去除患者的坏死组织, 有利于凝胶与创面肉芽的充分接触, 使用剂量为每100cm²的创面使用易孚重组人表皮因子凝胶10g。

实验组在使用凝胶的基础上再辅助使用湿润烧伤膏: 方法是使用汕头市美宝制药有限公司生产的美宝湿润烧伤膏(批准文号: 国药准字Z20000004), 采用按摩的手法进行创面治疗, 以穿刺点为中心同时注意避开针眼处, 以1cm圆形区域环状涂抹湿润创面。烧伤膏涂抹圆形范围是范围5cm*5cm, 厚度应小于1cm, 美宝湿润烧伤膏涂抹后使用大拇指腹进行环形按摩15-20min, 按摩时动作要轻柔, 力度要均匀, 避免造成二次伤害^[5]。

1.2.3 后续治疗

患者适当使用抗生素进行治疗, 同时, Ⅱ度烧伤及以上患者, 在烧伤创面愈合后, 可能会产生不同程度的瘢痕增生, 因此, 烧伤创面的临床愈合不能作为烧伤患者治疗的重点。患者需要加强功能康复锻炼, 积极进行后续治疗。

1.3 效果评价

使用痊愈(临床症状完全消失, 无疼痛感)、好转(临床症状基本消失, 几乎无疼痛感)、无效(临床症状未消失, 有疼痛感)评价临床治疗效果, 将痊愈和好转作为治疗有效率的标准。

汇总两组患者的肉芽生长时间、创面愈合时间、创面干燥时间和换药频次, 进行评价两组患者创面恢复情况。

使用VAS评分评价患者疼痛感, 0表示无痛, 10表示剧痛。

1.4 统计学处理

对统计结果使用SPSS25.0软件进行数据分析, 计数资料使用数(n)和百分率(%)进行表示, 计量资料使用($\bar{x} \pm s$)进行表示, 组间比较使用X²检验和T检验, P<0.05表示差异结果具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床治疗效果情况比较

结果显示, 实验组患者临床治疗有效率(97.22%)明显优于

对照组 (83.33%), 且两组间结果存在显著差异 ($P < 0.05$), 结果见表 1。

表1 两组患者临床治疗效果情况比较(n,%)

分组	例数	痊愈	好转	无效	治疗有效率
对照组	36	18 (50.5)	12 (33.33)	6 (16.67)	83.33
实验组	36	28 (77.78)	7 (19.44)	1 (2.78)	97.22
T	-	7.79	6.802	6.379	8.689
P	-	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者创面恢复时间情况比较

结果显示, 实验组患者的肉芽生长时间、创面愈合时间、创面干燥时间明显短于对照组, 换药频次明显少于对照组, 且两组间结果存在显著差异 ($P < 0.05$), 结果见表 2。

表2 两组患者肉芽生长时间及创面愈合时间情况比较()

分组	肉芽生长时间(h)	创面愈合时间(d)	创面干燥时间(h)	换药频次(次)
对照组	15.47±1.76	26.37±1.54	9.36±0.25	13.65±0.26
实验组	12.07±1.58	19.41±1.20	5.36±0.36	8.35±0.36
T	22.567	32.768	34.687	25.687
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 两组患者治疗前后 VAS 评分情况比较

结果显示, 两组治疗前 VAS 评分均无显著差异; 治疗前后, 两组 VAS 评分均存在显著差异; 治疗后, 实验组 VAS 评分明显高于对照组, 且两组间结果存在显著差异 ($P < 0.05$), 结果见表 3。

表3 两组患者治疗前后 VAS 评分情况比较($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	VAS 评分		T	P
		治疗前	治疗后		
对照组	36	8.41±1.64	1.41±0.60	17.893	<0.05
实验组	36	8.07±1.84	4.37±0.54	22.789	<0.05
T	-	0.567	2.768	-	-
P	-	>0.05	<0.05	-	-

3 讨论

烧伤的创面愈合过程十分复杂, 因此患者创面愈合的好坏决定着患者的整个治疗过程的成败。湿润烧伤膏是一种湿法治疗烧伤的手法, 与干燥疗法不同, 湿法治疗是需要将烧伤创面暴露在

生理湿润环境中, 其作用机制一是保持创面湿润和自溶作用, 同时保持肉芽颗粒, 有利于组织的再生长, 并且在烧伤创面形成一层较薄的药膜, 能够起到控制和预防感染的作用, 减少伤口愈合过程中的继发性损伤, 最终促进创面的进一步修复。二是具有改善创面微循环障碍的作用, 改善局部组织供血, 使创面组织细胞获得充足的血氧供给, 最大程度减少组织再生损伤, 从根本上阻止生态组织的进行性坏死, 保护皮肤的干细胞和潜能再生细胞, 为创面的正常皮肤再生修复创造条件^[6]。

本研究, 选择来我院治疗烧伤创面的患者, 根据患者的治疗方式的不同分成两组进行研究, 其中对照组患者使用重组人表皮生长因子凝胶, 实验组患者在使用凝胶的基础上再辅助使用湿润烧伤膏, 探讨两组患者使用不同治疗方法对烧伤创面的临床效果。结果表明, 实验组患者临床治疗有效率明显优于对照组; 实验组患者的肉芽生长时间、创面愈合时间、创面干燥时间明显短于对照组, 换药频次明显少于对照组; 治疗前, 两组 VAS 评分均无显著差异, 治疗前后, 两组 VAS 评分均存在显著差异, 治疗后, 实验组 VAS 评分明显高于对照组。因此, 使用湿润烧伤膏治疗烧伤创面能够促进创面愈合, 值得推广。

参考文献:

- [1]刘明, 唐乾利, 李杰辉, 等. 烧伤湿润暴露疗法及湿润烧伤膏治疗糖尿病足的效果及对创面组织血管内皮生长因子和表皮细胞生长因子水平的影响[J]. 广西医学, 2018, 40(11):1157-1160,1171.
- [2]孙家驹, 贺兴, 谢晓平. 聚维酮碘膏联合湿润烧伤膏治疗四肢 II 度烧伤创面的效果观察[J]. 中国现代医学杂志, 2017, 27(20):82-85.
- [3]王勇, 王光华. 湿润烧伤膏联合重组人表皮生长因子凝胶在 II 度烧伤中的临床应用[J]. 河南外科学杂志, 2015, 21(1): 91-92.
- [4]王旭文, 齐杰, 蔺利剑, 等. 美宝湿润烧伤膏联合抗菌药在烧伤创面治疗中的效果分析[J]. 山西医药杂志, 2016, 45(23):2772-2774.
- [5]李琳, 杜智勇, 徐晖, 等. 湿润烧伤膏治疗烧伤创面患者临床疗效及促进创面愈合、减轻疼痛的作用分析[J]. 中国医药导刊, 2017, 19(1):63-64.
- [6]冯捷, 杨林. 美宝湿润烧伤膏联合 3M 液体敷料对新生儿尿布皮炎的疗效[J]. 检验医学与临床, 2018, 15(7):1012-1014.

作者简介:

张志华 (1968-), 女, 四川岳池人, 本科, 副主任护师, 研究方向: 护理。

微针联合六味地黄丸治疗肝肾阴虚型黄褐斑的效果观察

王岷珉

成都中医药大学附属医院, 中国·四川 成都 610100

【摘要】目的: 观察肝肾阴虚型黄褐斑患者应用微针联合六味地黄丸的效果。方法: 随机抽取2019年1月~2020年1月于我院接受治疗的肝肾阴虚型黄褐斑62例, 以颜色卡片分组方式, 在密闭箱中分别准备31张白色卡片和黑色卡片, 抽取白色卡片, 纳入对照组(单独微针); 抽取黑色卡片, 纳入观察组(微针联合六味地黄丸), 每组患者31例。结果: 两组治疗前MASI评分无统计差异($P > 0.05$), 两组治疗后、组内治疗后与治疗前的MASI评分比较, 差异明显($P < 0.05$)。两组治疗效果差异显著($P < 0.05$)。结论: 对肝肾阴虚黄褐斑患者实施微针联合六味地黄丸, 可有效缩小黄褐斑的面积, 治疗效果比较明显。

【关键词】微针; 六味地黄丸; 黄褐斑

临床中, 黄褐斑作为常见皮肤病, 多发生于孕产后的妇女群体。该皮肤病下, 患者的面颊、前额等多个部位, 会出现不同程度的暗沉色素, 影响美观。随着医学技术的发展, 中医治疗手段受到社会各界的关注。中医认为, 黄褐斑属于本虚标实疾病, 与肝脏、肾脏和脾脏的关系比较密切^[1]。临床中, 关于六味地黄丸治疗肝肾阴虚型黄褐斑的报道较少。为此, 本研究展开微针联合六味地黄丸应用效果的探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机抽取2019年1月~2020年1月于我院接受治疗的肝肾阴虚型黄褐斑62例, 纳入到试验中以分组对比形式展开探究。以颜色卡片分组方式, 在密闭箱中分别准备31张白色卡片和黑色卡片, 由患者自己抽取。抽取白色卡片, 纳入对照组; 抽取黑色卡片, 纳入观察组, 每组患者31例。对照组患者年龄18岁~55岁, 平均年龄(36.86 ± 0.37)岁。观察组患者年龄18岁~54岁, 平均年龄(36.54 ± 0.28)岁。纳入标准: (1) 年龄为18~55岁, 且就诊前一月内未接受相关治疗; (2) 患者自愿加入研究并签署知情同意书。排除标准: (1) 妊娠及计划妊娠、哺乳期妇女; (2) 合并有各大脏器系统严重的原发性疾病、内分泌系统疾病患者、恶性肿瘤患者、精神病患者、有造血系统疾病或血栓倾向、既往容易过敏的患者。两组入选对象资料无统计意义($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组单独给予微针治疗。清洁患者需要微针部位的皮肤, 准备规格为0.5mm、1mm、1.5mm、2mm的滚轮微针和听美丽重组人源胶原蛋白。根据患者皮肤情况、末次治疗后皮肤反应, 选择1.5mm或是2mm的滚针, 给予患者利多卡因乳膏, 对微针部位皮肤行表面麻醉。以无菌注射器, 调配套组内产品, 并将调配好的产品均匀涂抹于患处, 轻微滚动滚针, 从左至右、从上至下。滚动微针的同时, 涂抹调配好的产品。皮肤微红, 且患部有点状出血点最佳。微针两周1次, 3个月为1个疗程。

1.2.2 观察组给予微针联合六味地黄丸。微针治疗同对照组, 在此基础上, 给予患者六味地黄丸(北京同仁堂科技发展股份有限公司制药厂, 国药准字Z1993068, 规格是120s), 用量960s/次, 3次/d。

1.3 观察指标

分别在治疗前, 疗程结束后, 治疗后3个月, 观察两组黄褐斑面积及严重程度评分(MASI), 该评分包括前额部、右颧部、左颧部、颧部四个大部分, 每个部分均包括颜色深度、均一性和面积三小部分。其中, 颜色深度从无到重度, 面积从0%~100%。最低分0分, 最高分48分, 分数高, 黄褐斑面积越多, 越严重。制定临床效果评价标准: ①显效: 黄褐斑基本消失; ②有效: 黄褐斑有所改善; ③无效: 黄褐斑无变化。总有效 = $(① + ②) / (① + ② + ③) \times 100\%$ 。

1.4 统计学处理

本次数据的处理以SPSS19.0统计软件处理, 计数资料应用 χ^2 检验, 计量资料应用t对检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组治疗前后MASI评分

梳理表1, 两组治疗前MASI评分无统计差异($P > 0.05$), 两组治疗后、组内治疗后与治疗前的MASI评分比较, 差异明显($P < 0.05$)。

表1 两组治疗前后MASI评分[$\bar{x} \pm s$, 分]

组别	n	治疗前	治疗后	
			治疗结束后	治疗3个月
观察组	31	40.23±3.48	20.35±2.34	5.36±2.69
对照组	31	40.53±3.26	30.64±2.68	15.41±2.36
t		0.374	8.463	10.356
P		0.526	0.016	0.001

2.2 比较两组治疗效果

梳理表2, 两组治疗效果差异显著($P < 0.05$)。

表2 两组治疗效果[n(%)]

组别	n	治疗效果			总有效率
		显效	有效	无效	
观察组	31	13 (41.94)	15 (48.39)	3 (9.68)	28 (90.32)
对照组	31	10 (32.26)	12 (38.71)	10 (32.26)	21 (67.74)
χ^2		0.622	0.590	4.769	4.769
P		0.430	0.442	0.029	0.029

3 讨论

黄褐斑, 是临床女性常见皮肤病。患者在疾病进展中, 多表现为面部褐色斑块, 可连成片。若不采取相应治疗, 可能会使患者因容貌问题而产生自卑心理。祖国医学认为, 黄褐斑可归属为“肝斑”范畴^[2]。一般情况下, 该皮肤病以气血不调的妇女为主。中医理论指出, 面色变化, 与脏腑气血的盛衰有一定关系。肝体阴而用阳, 可保障气血运行的正常。肝血虚, 肝气滞, 均会导致血不流, 生斑。水木相生、精血同源。而肝藏血, 肾藏精。肝肾受损, 会导致患者颜面失养, 从而引发斑。为此, 黄褐斑多发生于妇女。肝肾阴虚型黄褐斑的病因病机, 表现为气滞血瘀、肝肾不足。

综上所述, 对肝肾阴虚黄褐斑患者实施微针联合六味地黄丸, 可有效缩小黄褐斑的面积, 治疗效果比较明显。

参考文献:

- [1] 孙雨薇, 朱丽, 李宇佳. 六味地黄丸在肝肾阴虚证治疗中的药理作用及应用效果[J]. 中国现代药物应用, 2019, 13(19):111-112.
- [2] 齐东帅. 中医治疗黄褐斑的理论研究与作用评价[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 445(24):88.

高龄骨科患者术后肺部感染的危险因素分析

苗剑锋

联勤保障部队第988医院 创伤显微骨科, 中国·河南 郑州 450000

【摘要】目的: 本文章主要针对于高龄骨科患者出现肺部感染的危险因素加以分析, 同时制定出相应的防御措施。方法: 选择医院在2019年-2020年间收治的500例患者, 其中有100例患者出现肺部感染, 400例患者没有发生肺部感染, 将其划分为感染组与未感染组, 对收集到的数据资料采取统计学处理方法加以处理, 继而保障患者术后肺部感染危险因素的统计。结果: 使用多回归分析对患者信息加以分析, 各种因素的存在都是骨科老年患者可能出现术后感染肺部的独立影响因素($P < 0.05$)。结论: 在治疗高龄骨科患者的过程中, 其并发肺部感染与多种风险因素有关, 且护理人员需要具备一定的警惕性, 并且有效的预防并规避后续的危险出现, 降低肺部感染的发生概率。

【关键词】 高龄骨科患者; 肺部感染; 危险因素

前言

现今我国人口老龄化速度在不断增加, 并且在临床治疗中出现的骨质疏松后骨折、全髋关节置换等需要开展手术治疗的患者越来越多了。老年人的治疗中有着许多的合并基础病, 其中包含了糖尿病、心血管疾病等, 患者在手术后出现肺部感染的发生率在3%, 且病死率要明显的高于普通内部肺炎患者。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选择医院在2019年-2020年间收治的500例患者, 其中有100例患者出现肺部感染, 400例患者没有发生肺部感染, 将其划分为感染组与未感染组。

1.2 肺部感染诊断标准

对患者的肺部感染情况加以判断, 主要是根据《医院感染诊断标准》对老年骨科手术患者在术后是否出现肺部感染情况加以判别, 具体包含痰液粘稠、明显的咳嗽以及肺部湿啰音等症状, 同时还伴有以下并发症, 患者的体温检测结果是在 38°C 以上, 经过实验室检测之后, 其白细胞是有明显的增加与减少的, 患者的胸部X射线有着较为显著的炎症症状^[1]。在原有慢性起到疾病基础之上, 有并发急性感染症状, 经过检测之后出现新的病变等。如果患者在手术之后出现以上的症状, 则将其判断为肺部感染, 并且病原菌的检测结果显示为阳性^[2]。

1.3 统计学处理

本次研究中所获取的数据资料, 均采取的是SPSS18.0软件加以分析, 多因素分析使用的是Logistic回归模型, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

高龄骨科患者术后并发肺部感染的多因素 Logistic 回归分析

表1 高龄骨科术后患者并发肺部感染的多因素 Logistic 回归分析

分析因素	β	X^2 值	P值	OR值	95% 置信区间
年龄 ≥ 70 岁	0.985	9.324	0.003	2.514	1.420-4.321
术后卧床时间	0.457	6.354	0.004	1.634	1.321-2.341
不同麻醉方式	0.963	15.324	0.000	2.354	1.320-3.254
NNIS分级	0.624	5.302	0.024	1.320	1.301-3.241
不良气管插管操作	0.741	5.364	0.014	2.301	1.201-3.514

3 讨论

在骨科手术开展之后, 患者通常会有较为持续的剧烈疼痛感, 并且引起全身的应激反应出现, 且老年患者自身的生理功能退化较为严重, 机体反应与手术的耐受性也在不断的下降, 在手术开展之前可能出现因为血钾、中药使用等导致血液出现持续的高凝、社交机能以及认知功能不断下降等, 患者自身的呼吸抵抗力比较差, 在长期的发展中就会导致肺部出现微小血栓, 继而进一步的增加了肺部感染出现的概率。随着患者年纪的增加, 会出现较高的术后咳嗽无力、错误咳痰等发生率, 同时也增加了骨科患者自身的肺部并发症发生概率。所以, 需要老年患者在家属的帮助下

开展骨科手术, 并且更加有耐心的指导患者开展呼吸操作训练, 有效的改善自身的呼吸机功能, 在围术期开展的过程中, 加强对患者以往病情的监测^[3]。

在老年患者的骨科手术开展中, 最为常见的麻醉方式为气管插管全身麻醉与硬膜外麻醉, 相对于硬膜外麻醉手术的应用, 气管插管手术的开展增加了患者在手术之后的肺部感染风险。主要是因为气管插管的过程中, 会选择全身麻醉的方式对患者的咽喉部、气管壁等造成机械性的损伤, 对呼吸通路产生污染导致患者肺部感染的发生, 将硬膜外麻醉应用在患者的脊髓与脊神经中, 其有着副作用少、效果佳的影响。同时, 对于老年患者来讲, 使用气管插管的方法对于患者产生的刺激性更多, 延长了患者的术后意识恢复时间, 在患者的精神状态与认知功能上来讲, 使用硬膜外麻醉的方法起到的效果更差, 且患者的炎症反应也会不断的增加, 促使患者出现肺部感染的可能性不断的提升。就需要在治疗过程选择出合理的麻醉方式, 并且在围手术期密切的关注患者的病情, 避免患者出现心肺负担过重的情况^[4]。

在进行气管插管操作的过程中, 因为人体呼吸道的机构是直接和外界相连通的, 需要经过人体的鼻腔、口腔等系统阻挡外界的细菌进入, 一旦在该过程中受到损伤, 就会导致其湿化、加温以及防御功能的不断减弱, 当细菌随着插管进入到人体的咽部、呼吸道之后, 就会在贲门括约肌会松弛, 导致纤毛功能与咳嗽反射的不断下降, 无法将痰液有效的排出, 此时没有采取相应的处理方法就会导致肺部出现感染。需要护理人员加强对患者的呼吸道保持通常, 保障遵照医嘱服用药物, 督促其加强口腔卫生干预^[5]。

4 结语

综上所述, 在本研究工作开展的过程中, 针对于高龄骨科术后患者肺部出现感染的因素有着较多的关联, 针对于上述存在的独立性危险因素, 需要选择合理的麻醉方式、缩短患者卧床时间有效的规避其在围术期中的应激风险, 继而降低患者自身的肺部感染发生概率。

参考文献:

- [1]王娟,孙元设. 中国老年骨科住院患者医院感染危险因素荟萃分析[J]. 中外医学研究, 2020, 18(35):3-7.
- [2]陈瑶. 加速康复外科理念在骨科患者围手术期护理的疗效分析[J]. 中国社区医师, 2020, 36(28):122-123.
- [3]刘雪. 个体化呼吸道护理对老年下肢骨科手术患者术后肺部感染发生率的影响[J]. 临床医学工程, 2020, 27(08):1117-1118.
- [4]陈燕, 颜莉丽, 邱江江. 乌司他丁对骨科手术全身麻醉患者肺部感染及血清炎症因子的影响[J]. 淮海医药, 2020, 38(04):334-337.
- [5]丁丽娜, 吴晓英. 骨科老年患者术后肺部感染的监测与分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(30):35-36.

作者简介:

苗剑锋 (1992.03—), 女, 汉族, 学历: 本科, 职称: 护师, 联勤保障部队第988医院, 研究方向: 创伤显微骨科。

酒精性肝病患者血清细胞因子水平和肠道菌群分布分析

吉华青

潍坊市第二人民医院, 中国·河北 潍坊 261041

【摘要】目的: 探析酒精性肝病患者血清细胞因子水平和肠道菌群分布情况。方法: 将2019年12月-2020年6月符合我院100例研究对象, 根据患病情况将其分为酒精性肝病组(观察组)以及健康组(对照组)各50例。结果: 两组血清生化指标、血清细胞因子水平、肠道菌群数目差异明显($p < 0.05$)。结论: 酒精性肝病患者血清细胞因子水平和肠道菌群分布分析可看到, 血清生化指标、血清细胞因子水平、肠道菌群数目均可为该疾病确诊提供便利, 值得借鉴。

【关键词】酒精性肝病; 血清细胞因子水平; 肠道菌群分布

酒精性肝病是长时间摄入乙醇而诱发的肝脏疾病, 呈进行性加重特征。因独特的肝肠解剖关系, 乙醇会刺激患者的肠黏膜, 干扰肠道屏障功能, 并使得肠道内部的微生态平衡被打破, 形成恶性循环^[1]。本次对收治酒精性肝病与健康体检者实施血清细胞因子、生化指标的检测, 为临床进行疾病治疗提供数据支持, 内容如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

将2019年12月-2020年6月我院消化内科、内科门诊以及健康查体中心的患者作为研究对象, 2组基本资料有均衡性($p > 0.05$)。观察组最大、最小年龄是74岁、22岁, 平均(40.26 ± 7.75)岁; 对照组最大、最小年龄是75岁、22岁, 平均(40.63 ± 7.49)岁。

1.2 方法

血清检测用ELISA法, 记录血清相关指标, 例如肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6 (IL-6)、核因子 κ B (NF- κ B)之后进行粪菌培养与分离, 无菌便盒收集3g粪便, 培养分离属于兼性厌氧菌的粪肠球菌、大肠埃希菌、双歧杆菌。菌落的检测用快速微生物检测系统, 记录结果^[2]。

1.3 观察指标

- (1) 两组血清生化指标
- (2) 两组血清细胞因子水平
- (3) 两组肠道菌群数量

1.4 统计学分析

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

2 结果

2.1 两组血清生化指标

两组血清各项指标存在明显差异($P < 0.05$), 见表1。

表1 两组血清生化指标($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	AST (U/L)	ALT (U/L)	GGT (U/L)	TBIL ($\mu\text{mol/L}$)
观察组	50	106.36 ± 55.11	99.63 ± 41.96	229.42 ± 147.96	35.96 ± 8.56
对照组	50	36.26 ± 8.45	35.96 ± 9.26	48.63 ± 13.26	16.69 ± 2.21
t		8.891	12.214	2.639	15.413
p		0.001	0.001	0.001	0.001

2.2 两组血清细胞因子水平

观察组血清细胞因子水平高于对照组($p < 0.05$), 见表2。

表2 血清细胞因子水平($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	IL-6 (pg/mL)	TNF- α (ng/L)	NF- κ B (ng/L)
观察组	50	0.96 ± 0.34	9.86 ± 3.36	3.75 ± 6.26
对照组	50	0.55 ± 0.25	5.75 ± 2.09	0.56 ± 0.34
t		3.029	5.961	2.548
p		0.001	0.001	0.001

2.3 两组肠道菌群数量

观察组粪肠球菌以及大肠埃希菌高于对照组, 双歧杆菌人数低于对照组($p < 0.05$), 如表3。

表3 肠道菌群数量($\bar{x} \pm s$)

分组	例数	大肠埃希菌 (lg CFU/g)	粪肠球菌 (lg CFU/g)	双歧杆菌 (lg CFU/g)
观察组	50	7.69 ± 1.19	8.69 ± 1.41	7.11 ± 1.19
对照组	50	6.62 ± 1.42	7.16 ± 1.34	8.96 ± 1.30
t		4.496	5.426	11.021

3 讨论

血清细胞因子水平是酒精肝病诊断的关键指标, 在该疾病的转归中发挥重要作用, 其中炎症因素在ALD的转归中发挥着重要作用, 乙醇激活引起白细胞介素-12等促炎因子释放, 会对肝细胞持续破坏, 肠道菌群也会被影响, 菌群在移位之后会出现全身性炎症反应^[3]。

研究显示, 观察组粪肠球菌以及大肠埃希菌高于对照组, 双歧杆菌人数低于对照组, 血清细胞因子水平高于对照组, 主要是由于发病后TLR4受体被激活, 导致患者的巨噬细胞以及单核细胞会分泌TNF- α 。内毒素与结合蛋白、白细胞分化抗原14受体结合后, 可将Kupffer细胞激活, 对TLR4的下游信号通路产生作用, 提高NF- κ B水平。IL-6也是Kupffer细胞激活后产生细胞因子, 可保护肝细胞, 抑制细胞因子表达。其水平提升可以为酒精性肝病提供参考依据。

综上所述, 检测酒精性肝病患者血清细胞因子水平和肠道菌群分布可为该疾病确诊提供数据支持, 值得推广。

参考文献:

- [1] 王耘平. 酒精性肝病46例临床分析[J]. 中国现代药物应用, 2019, 5(20): 39-39.
- [2] 吴艳敏, 陈玲. 妊娠患者血清IL-6和TNF α 含量的测定[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2001.

慢性前列腺炎的发病机制及治疗进展研究

朱礼乐¹ 王之仕² 黄辉虎³ 王仕钦⁴ 陈劲果⁵ 王定国^{通讯作者}

海南省中医院 泌尿外科, 中国·海南 海口 571000

【摘要】慢性前列腺炎在临床上是成年男性中一种较为常见的疾病,在流行病学研究中显示我国50岁以下的成年男性患前列腺炎的可能性较高,而高发年龄区段为31~40岁这种疾病的病因较为复杂并且十分容易反复,患者在发病后主要表现为骨盆区域有明显疼痛或不适感,并且持续时间超过三个月以上,患者在发病后会伴有不同程度的排尿刺激症状以及性功能障碍会对患者的生活质量造成极大的影响,医务人员在对患者病情进行研究时,需要了解这种疾病的致病因素,并分析应当如何开展综合治疗,以保障患者的恢复,使患者的生活质量得到提升。

【关键词】慢性前列腺炎;发病机制;研究进展;男性疾病

慢性前列腺炎是我国泌尿外科门诊中的一种常见疾病,这种疾病以成年男性为多发,是一种有多种独特形式表现的综合征候群。患者在发病后期临床症状主要表现为尿频,尿急以及排尿困难等,当患者的病情较为严重时,患者还有可能出现明显的下腹部腹痛不适和性功能障碍的状况,长期的疾病会导致患者出现精神烦躁和神经衰弱,对于患者的日常生活会产生极大的影响,这种疾病的病因较为复杂,并且发病机制尚不明确,病情迁延不愈,在临床上选择任何治疗方式产生的效果都并不理想,容易出现反复发作,是临床上泌尿外科的一大难题。

1 病因与发病机制

1.1 病原体感染

病原微生物是导致前列腺炎发病的一个主要原因,细菌感染对于前列腺炎的发病来说至关重要,在近年来的临床研究发现前列腺炎的患者中,大约有90%~95%的患者在感染后其病原体都为革兰阴性菌,而其中大约有50%~80%的患者感染病原菌为大肠埃希菌。医务人员在近年来针对大肠埃希菌与慢性前列腺炎之间的关联性进行了研究,可以基本确认大肠埃希菌是导致前列腺炎发病的一个重要致病因素,在抗感染治疗中由于患者的机体防御功能受到抑制或者现代病原菌的耐药性增强,导致大部分患者的致病菌难以根除而长期存在。

1.2 排尿功能失调

尿酸是机体细胞代谢以及分解核酸的重要产物,尿酸的相对分子量较小,能够通过肾小球滤过,而其中98%左右的药物都会被近曲小管重吸收。当尿酸结晶也无法排出而长期存在于人体的组织中,就有可能导致人体组织出现局部的炎症反应。在男性日常生活中,某些因素可能会导致尿道括约肌频繁的过度收缩或者痉挛这种现象会导致膀胱出口部位出现梗阻或者括约肌协同失调引发患者的前列腺,局部尿道压力增高,尿液会反流进入前列腺,而尿酸则会对前列腺产生极强的化学刺激,此时就有可能导致患者出现排尿异常或者骨盆区域疼痛的状况。在近年来临床研究结果中显示,前列腺液中的尿酸水平与患者前列腺炎的发病有着极为密切的关联,前列腺液的尿酸水平升高则会导致前列腺出现炎症,所以医务人员认为尿液前列腺反流是引发前列腺炎的一个重要原因^[1]。

在部分研究中发现,大约有50%以上的前列腺炎患者在发病前就存在着一定的人格特征改变和精神心理障碍,而这些因素的影响可能会导致患者出现自主神经功能紊乱,导致患者后尿道神经肌肉功能出现失调的状况,这也是患者骨盆区域疼痛以及排尿功能失调的一个主要原因。

2 治疗方法

2.1 抗菌药物治疗

在近年来的诸多实验结果中显示革兰阴性菌(大肠埃希菌)

是导致前列腺炎发病的主要致病菌,但在近几年的文献研究中发现,慢性细菌性前列腺炎患者的病原菌谱有了极大的变化,尤其是革兰阳性菌的检出率在近年来不断上升,从以往研究结果中提示的20%逐渐上升至40%,甚至部分地区显示慢性前列腺炎患者的革兰阳性菌检出率达到了80%以上,直接取代了革兰阴性菌占据了主要地位。而在革兰阳性菌中,凝固酶阴性葡萄球菌感染率最高,其次才是革兰阴性菌。故而在对患者进行治疗时,医务人员认为需要根据患者的具体病原菌感染类型以及敏感药物做出相应的抗菌药物应用,只有这样才能够保障患者的治疗效果。目前喹诺酮类药物具有独特的药代动力学属性,被推荐为慢性前列腺炎抗菌治疗的首选药物,在近年来的临床研究发现,应用喹诺酮类药物对慢性前列腺炎患者进行治疗,短期疗效可达到80%以上。在开展抗菌治疗时,可以根据患者的病原菌药物敏感试验结果,及时选择或更换合适的治疗方案,以保障患者的康复。

2.2 非甾体抗炎药

近年来人们对自身免疫与III型前列腺炎之间的关系有着较高的关注度,认为疼痛主要是通过损伤或者炎症组织产生的多种前列腺素以及组胺等致痛物质,对神经末梢的痛觉感受器产生刺激而形成的一种生理反应。疼痛会在局部导致患者的血管出现扩张,患者的血管通透性会增加,而内源性的质控物质的数量增多会加重患者的疼痛感,所以给予患者抗炎镇痛治疗,能够有助于减弱中枢神经系统,传输疼痛信号以及中枢神经的敏感性,通过这种药物的应用能够缓解全身以及前列腺局部的临床症状降低患者自身的免疫性,这对患者的局部抗炎效果是良好的。环氧酶不仅能够有效抑制前列腺素的合成,还能够阻止白细胞的运动,能够减少患者炎症部位的疼痛物质堆积和释放减轻患者出现的组织损伤,有助于提高患者的治疗效果。目前临床上主要选择吲哚美辛作为治疗药物,但医务人员在近年来的研究中并未开展大型的长期研究,以小样本短时间为,故而需要对其进行进一步的完善研究,以保障用药的合理性^[2]。

3 总结

慢性前列腺炎的发病机制较为复杂,并且发病机制还并不明确,随着分子生物学和免疫学等技术的不断发展,以及现代人群对前列腺炎病因和机制研究的不断深入,医务人员需要从病因和病原菌的多个角度开展前列腺炎的研究,使后续的临床治疗方式更加具有可参考性。

参考文献:

- [1]郭志福,郑兴,秦永文.心肾综合征的研究现状[J].国际心血管病杂志,2005(03).
- [2]乔阳,王永权,沈文浩,张恒,周占松.外泌体在III A型慢性前列腺炎发病机制中的作用及意义[J].局解手术学杂志,2019,28(07):516-520.

快速康复理念在肺癌全肺切除术围术期护理中的应用

陈小妹

江西省吉安市井冈山大学附属医院, 中国·江西 吉安 343000

【摘要】目的:探析快速康复理念在肺癌全肺切除术围术期护理中的应用效果。方法:选择2018年1月至2020年3月在本院诊治的58例肺癌患者纳入研究,将其分为测验组和对照组,均29例。所有患者均接受全肺切除术治疗,对照组进行常规护理干预,测验组在对照组基础上进行快速康复理念护理干预。对比两组患者临床指标水平、并发症发生率以及疼痛评分指标。结果:测验组患者白蛋白值与总蛋白值指标高于对照组,白细胞值、并发症发生率以及疼痛评分指标低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:对接受全肺切除术治疗的肺癌患者采取快速康复理念护理干预临床护理效果显著,患者临床指标水平得到明显改善,可有效降低并发症发生率,缓解患者疼痛感,值得临床应用。

【关键词】快速康复理念;肺癌;全肺切除术;围术期护理

肺癌是临床常见恶性肿瘤,发病率高,死亡率高,严重威胁患者生命安全,临床常采取全肺切除术治疗,可切除病灶,控制疾病发展,但术后极易复发,导致预后效果不理想,在治疗过程中,增加科学护理干预,可有效提升预后效果,快速康复理念护理干预可降低围术期不良事件发生率^[1]。本次对我院58例肺癌患者进行研究,旨在探讨快速康复理念护理干预对患者临床指标水平、并发症发生率以及疼痛评分指标的影响,现将研究结果报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2018年1月至2020年3月在本院诊治的58例肺癌患者纳入研究,将其分为测验组和对照组,均29例。对照组男性16例,女性13例,年龄在45-77岁,平均(68.87 ± 3.35)岁;测验组男性17例,女性12例,年龄在46-76岁,平均(68.82 ± 3.44)岁。研究课题获得我院伦理委员会批准。纳入标准:①符合肺癌诊断标准;②均接受全肺切除术治疗;③患者资料完备,并且熟悉此次研究,同时签订已知准许承诺函。比较测验组与对照组患者个人资料无显著差异,存在可比性($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组进行常规护理干预,具体实施措施:①观察病情;②指导正确饮食与作息;③定期换药。

测验组在对照组基础上进行快速康复理念护理干预,具体实施措施:①术前护理:护理人员需指导患者练习术中呼吸方式,并且积极与患者进行有效沟通,缓解患者恐惧以及焦虑等消极情绪,并且可列举手术成功案例,帮助患者树立战胜疾病的信心,术前24h根据患者实际情况给予流质饮食,并且在手术当天做好皮肤准备;②术中保暖护理:护理人员需调整手术室温度,并且对输注液进行提前加温;③术后引流管护理:术后5h拔除尿管,每30min按压一次胸管,确保引流管通畅,护理人员需详细记录胸腔引流管情况,术后一天可拔除引流管;④术后疼痛护理:护理人员需使用镇痛泵缓解患者疼痛情况,若患者疼痛情况减轻,可指导患者进行康复运动,鼓励其尽早下床活动;⑤补液量护理:患者在术后恢复阶段,护理人员需严格控制补液量,每日不宜超1500ml^[2]。

1.3 观察指标

对比两组患者临床指标水平、并发症发生率以及疼痛评分指标。

①对比两组患者临床指标水平,包括白细胞、白蛋白、总蛋白;②对比两组患者并发症发生率指标,包括肺不张、心力衰竭、胸腔积液;③对比两组患者疼痛评分指标,包括术后2d、术后4d、术后6d。

1.4 统计学分析

采用SPSS 24.0统计软件对本次研究数据进行统计学分析。计数资料采用百分比(%)表示,结果采用 χ^2 检验。计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,结果采用t检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 比较测验组与对照组患者临床指标水平

通过比较两组患者临床指标水平可发现,测验组白蛋白值与总蛋白值明显高于对照组,白细胞值明显低于对照组,差异显著($P < 0.05$),具有统计学意义。

2.2 比较测验组与对照组患者并发症发生率指标

通过比较两组患者并发症发生率指标可发现,对照组有5例患者出现肺不张,1例患者出现心力衰竭,3例患者出现胸腔积液,并发症发生率为31.03%,测验组有1例患者出现肺不张,1例患者出现胸腔积液,并发症发生率为6.89%,测验组明显低于对照组,差异显著($\chi^2=5.497$, $P < 0.05$),具有统计学意义。

2.3 比较测验组与对照组患者疼痛评分指标

通过比较两组患者疼痛评分指标可发现,测验组明显低于对照组,差异显著($P < 0.05$),具有统计学意义。

3 讨论

全肺切除术是治疗肺癌重要措施,但手术创伤可引起机体应激反应、疼痛以及各种并发症,从而影响患者术后康复效果,快速康复理念护理干预是基于循证医学证据的新兴护理模式,其可有效减少围术期患者应激反应以及术后并发症发生率,从而提高患者预后效果^[3]。

通过本次研究结果显示,测验组采取快速康复理念护理干预后患者白蛋白值与总蛋白值指标高于对照组,白细胞值、并发症发生率以及疼痛评分指标低于对照组,差异明显($P < 0.05$),充分表明快速康复理念护理干预对提高肺癌患者预后效果具有显著成效。

总之,对接受全肺切除术治疗的肺癌患者采取快速康复理念护理干预临床护理效果显著,患者临床指标水平得到明显改善,可有效降低并发症发生率,缓解患者疼痛感,值得临床应用。

参考文献:

[1]陈玲玲,张丽丽.快速康复外科理念在肺癌全肺切除术患者护理管理中的应用[J].中国卫生产业,2019,16(18):64-65.

[2]曹雪玲.探究分析快速康复外科技术在肺癌围术期护理中的应用效果及对患者生存质量的影响[J].饮食科学:下半月,2020(3):0288-0288.

[3]杨智慧,杨慧.快速康复外科理念在胸腔镜肺癌手术患者围术期中的应用及护理效果[J].包头医学,2020,v.44(04):51-53.

作者简介:

陈小妹(1982.09-),江西吉安市井冈山大学附属医院护士,女,汉族,江西省吉安市吉州区人,本科,主管护师,主要从事护理工作。

比较 A 型肉毒素与曲安奈德治疗瘢痕疙瘩的长期疗效

程凤芮 伍景平

成都中医药大学附属医院, 中国·四川 成都 610100

【摘要】目的: 分析对于瘢痕疙瘩患者应用 A 型肉毒素、曲安奈德进行治疗的长期疗效。方法: 对照组为曲安奈德治疗, 同期观察组则合用曲安奈德和 A 型肉毒素治疗。结果: 治疗总有效率, 观察组 vs 对照组: 97.30% vs 81.08%, $P < 0.05$; 治疗前 2 组 VSS 瘢痕评分较高 $P > 0.05$, 治疗后随访 12 个月观察组的 VSS 瘢痕评分较对照组更低 $P < 0.05$ 。结论: 对于瘢痕疙瘩患者合用 A 型肉毒素以及曲安奈德可有效改善病情状况并获得满意的长期疗效。

【关键词】瘢痕疙瘩; A 型肉毒素; 曲安奈德; 长期疗效

瘢痕疙瘩是由于皮肤受损而造成的胶原合成代谢异常, 出现胶原纤维异常增生, 多数分布于面部, 对患者面容美观造成严重影响, 部分患者还可出现自卑心理, 使得生活质量受到影响。对于瘢痕疙瘩患者的治疗手段较多, 如以往应用切除手术, 然而手术切除术后容易复发, 因此临床应用受限^[1]。近年来 A 型肉毒素以及曲安奈德在瘢痕疙瘩患者的治疗中获得广泛应用, 以下将分析联合应用 A 型肉毒素以及曲安奈德在瘢痕疙瘩患者治疗中的长期疗效。

1 资料以及方法

1.1 临床资料

抽取 2019 年 1 月~2020 年 6 月本院 74 例瘢痕疙瘩患者, 随机数字表法分组, 观察组: 37 例, 男 20 例/女 17 例; 年龄 21~46 岁, 均值为 (31.7 ± 0.5) 岁; 患病时间 2~19 个月, 均值 (8.6 ± 0.5) 个月。对照组: 37 例, 男 19 例/女 18 例; 年龄 20~47 岁, 均值为 (31.8 ± 0.3) 岁; 患病时间 2~18 个月, 均值 (8.7 ± 0.4) 个月。2 组各项基础资料具备可比性 $P > 0.05$ 。

1.2 方法

对照组为曲安奈德治疗, 即给予曲安奈德 (40mg) + 2% 盐酸利多卡因 (4ml), 充分混匀后在瘢痕疙瘩基底部进行注射, 其间需确保药液能够注入至患者瘢痕疙瘩实体内, 通常单次注药剂量应控制在 80mg 以内, 每 4 周注射治疗 1 次, 共计治疗 3 次; 同期观察组则合用曲安奈德和 A 型肉毒素治疗, 曲安奈德用法同对照组。A 型肉毒素 + 0.9% 氯化钠溶液 (2.5ml) 使其稀释为 40U/ml, 曲安奈德注射后 30 分钟继续给予 A 型肉毒素注射, 各个瘢痕疙瘩的注射点数约 4~8 个点, 以及各点之间需要间隔 1cm 左右, 药物注射总剂量小于 20U/次, 患者注射治疗 2 次, 间隔 4 个月。

1.3 评价标准

(1) 对比 2 组的临床疗效, 临床痊愈: 即治疗后瘢痕萎缩 $> 90\%$ 以及瘢痕恢复平软, 未见硬结以及瘙痒等情况; 显效: 患者瘢痕萎缩 $> 70\%$, 未见硬结, 以及疼痛、瘙痒感获得明显改善; 有效: 患者瘢痕萎缩 $> 50\%$ 以及明显变软, 仍存在部分硬结以及痛痒感; 无效: 未达到以上判定标准。(2) 2 组患者治疗前以及治疗后随访 6 个月末均以 VSS 瘢痕评分表^[2]对其瘢痕疙瘩状况评估, 主要内容有色泽、厚度、血管分布以及柔软度等, 得分越高即瘢痕疙瘩情况越严重。

1.4 统计学方法

文中数据行 SPSS 22.0 分析, 计量资料数据标准差为 $(\bar{x} \pm s)$, 组间数据行 t 检验, 计数资料为 $[n(\%)]$, 组间数据行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效对比

治疗总有效率, 观察组 vs 对照组: 97.30% vs 81.08%, $P < 0.05$ 。

表 1 疗效组间对比 $[n(\%)]$

分组	n	显效	有效	无效	总有效率
观察组	37	25 (67.57)	11 (29.73)	1 (2.70)	36 (97.30)
对照组	37	13 (35.14)	17 (45.95)	7 (18.92)	30 (81.08)
χ^2 值		9.635	7.196	8.936	8.936
p 值		0.000	0.005	0.003	0.003

2.2 VSS 瘢痕评分组间对比

治疗前 2 组 VSS 瘢痕评分较高 $P > 0.05$, 治疗后随访 12 个月观察组的 VSS 瘢痕评分较对照组更低 $P < 0.05$ 。

表 2 VSS 瘢痕评分组间对比 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$

分组	n	治疗前	治疗后随访 12 个月	t 值	p 值
观察组	37	9.65 ± 1.60	4.01 ± 0.26	6.352	0.000
对照组	37	9.66 ± 1.58	5.79 ± 1.05	5.183	0.000
t 值		0.395	4.016	-	-
p 值		0.188	0.002	-	-

3 讨论

瘢痕疙瘩的发生往往与伤口愈合期间出现成纤维细胞增生有关, 且该疾病具有一定的遗传易感性特征, 外观明显高于周围皮肤且色泽为暗紫色, 容易引起瘙痒、感染、疼痛等情况。对疤痕疙瘩患者的治疗手段较多, 例如手术切除、药物注射、放射治疗或者冷冻治疗等, 然而彻底治愈的难度较高。曲安奈德是对瘢痕疙瘩患者比较常用的治疗手段, 该药物的疗效确切以及费用低廉, 此药物在应用中能够有效降低伤口愈合期间的炎症性反应, 同时可控制成纤维细胞大量增殖, 然而单一应用可能造成注射局部疼痛伤口萎缩等情况, 并且长期疗效并不十分满意。近年来报道指出^[3], A 型肉毒素的联合应用有利于更好地缓解局部疼痛以及瘙痒等情况。A 型肉毒素的应用中, 能够对肌肉收缩以及瘢痕组织异常生长发挥良好的阻滞作用, 同时可降低创伤组织愈合期间的张力水平, 并对细胞分泌运动产生一定的抑制作用, 所以可对细胞凋亡以及细胞增殖产生强大的影响作用。

综上所述, 对于瘢痕疙瘩患者合用 A 型肉毒素以及曲安奈德可有效改善病情状况, 并获得满意的长期疗效。

参考文献:

- [1] 张彦. A 型肉毒素对瘢痕疙瘩患者痛痒程度与炎性因子水平的影响[J]. 现代医学与健康研究(电子版), 2020, 5(5): 91-93.
- [2] 尚念胜, 牛燕英. A 型肉毒素对瘢痕疙瘩成纤维细胞 TGF- β /Smad 通路和 ERK 通路表达的影响[J]. 中国美容医学, 2020, 29(5): 104-109.

通讯作者: 伍景平 (1976.10-) 女, 硕士, 四川成都, 现为成都中医药大学附属医院副主任医师, 主要从事损美性疾病研究工作。

急诊内镜下止血联合生长抑素治疗上消化道出血的疗效分析

陈 镭 王丽琨^{通讯作者} 马子剑 王春燕

贵州医科大学附属医院 急诊内科, 中国·贵州 贵阳 550001

【摘要】目的 探究上消化道出血实施急诊内镜下止血联合生长抑素的治疗效果。方法 将我院起始于2019年7月至2020年7月纳入治疗的上消化道出血患者共计104例,利用随机盲选方式将其分为试验组(52例)与参照组(52例),给予参照组行常规止血治疗,给予试验组在参照组基础上行急诊内镜下止血联合生长抑素治疗,对比两组患者大便潜血转阴时间、呕血消失时间、住院时间、PT、APTT、TT、FIB、再出血发生率及临床效果。结果 试验组患者大便潜血转阴时间、呕血消失时间及住院时间均短于参照组,PT、APTT、TT、FIB均优于参照组,再出血发生率对比参照组明显更低,且临床总有效率为90.38%对比参照组的61.54%具有明显优势, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。结论 上消化道出血实施急诊内镜下止血联合生长抑素可有效缩短患者治疗周期,改善临床症状,提高患者生活质量,值得临床应用推广。

【关键词】急诊内镜下止血;生长抑素;上消化道出血;临床效果;潜血转阴;再出血

【基金项目】国家自然科学基金(81560222,82001380);贵阳市科技计划项目(筑科项目[2019]9-1-20号)。

引言

上消化道出血是常见内科急症之一,指的是胃、食管、胰胆及十二指肠发生病变引发的出血,临床表现为便血、呕血等,该疾病特点是发病快且发展迅速,患者实际病灶大小不同,其出血量也存在一定差异,若不及时治疗会引发严重出血导致死亡,危及生命安全^[1-3]。针对少量出血的患者通常实施止血药静脉输注即可起效,若患者出血量较大,则采取常规止血措施效果有局限性,而且经治疗后容易发生再出血,影响效果^[4-6]。随着医疗水平的进步,内镜广泛应用于治疗上消化道出血,据医疗报道显示,经内镜探明并给予针对性止血措施可提高止血效果,避免发生再出血,再通过消化内科止血药物联合应用促进止血效果及成功率^[7-8]。将我院起始于2019年7月至2020年7月纳入治疗的上消化道出血患者共计104例进行临床研究,探析生长抑素配合急诊内镜下止血的临床疗效,详细内容见下文。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取时间范围2019年1月至2020年6月纳入治疗的上消化道出血患者共计104例作为临床研究对象,利用随机盲选方式将其分为试验组(52例)与参照组(52例),试验组患者中,试验组患者中,男性与女性比例为31:21,年龄范围43~75岁,中位年龄(57.63±4.59)岁,其中食管癌2例,急性糜烂出血性胃炎19例,消化性溃疡20例,胃空肠吻合术后出血11例;参照组患者中,男性与女性比例为29:23,年龄范围42~76岁,中位年龄(57.56±4.62)岁,其中食管癌3例,急性糜烂出血性胃炎22例,消化性溃疡18例,胃空肠吻合术后出血9例。通过专业统计学数据分析软件对所有患者基本资料进行分析,结果显示 P 值 >0.05 ,表示两组患者间存在可比性。

1.2 方法

参照组患者实施常规止血,包含抗休克、抑酸、止血及血容量补充等措施。给予试验组展开急诊内镜下止血+生长抑素进行治疗,具体措施:协助患者实施内镜检查,在可视条件下确定出血部位,利用凝血酶直接喷洒至病灶处予以止血,然后退出内镜行生长抑素(成都圣诺生物制药有限公司,规格:0.25mg,国药准字H20183247)0.25mg静脉注射并维持24h以0.25mg/h持续滴注。两组患者根据具体情况连续治疗3~7d。

1.3 观察指标

(1)详细记录所有患者大便潜血转阴时间、住院时间、呕血消失时间及再出血发生情况;(2)统计凝血指标,有PT(血浆凝血酶原时间)、APTT(活化部分凝血活酶时间)、TT(凝血酶时间)、FIB(纤维蛋白原),采集两组2ml静脉血,通过法国STAGO公司研发及其提供的STA-R Evolution全自动血凝仪进行检测。(3)统计两组患者临床效果,评定标准:经治疗24h内止血,血便消失,胃镜下无明显性出血为显效;经治疗24~72h止血,便血明显改善,胃镜下有少量出血为有效;止血及临床症状均未改善为无效。

1.4 统计学方法

通过(均数±标准差)的形式阐述两组患者大便潜血转阴时间、呕血消失时间、住院时间及凝血指标PT、APTT、PLT、FIB,开展t检验计算,通过率(%)的形式阐述两组患者再出血发生率及临床总有效率,开展卡方检验计算,采取SPSS23.0软件对103例上消化道出血患者临床资料均实施处理比较, $P < 0.05$,数据具有指标统计验证参比差异。

2 结果

2.1 对比两组患者相关临床指标

记录显示试验组大便潜血转阴时间、呕血消失时间及住院时间对比参照组明显更短,再出血发生率对比参照组更低, $P < 0.05$,数据存在统计学研究意义,见表1。

表1 两组患者相关临床指标对比

组别	大便潜血转阴时间(d)	呕血消失时间(d)	住院时间(d)	再出血发生率(%)
试验组(n=52)	2.14±1.02	2.63±0.95	6.72±2.14	2(3.85%)
参照组(n=52)	3.58±1.43	4.18±1.15	10.56±2.85	10(19.23%)
T/X ²	5.9117	7.4932	7.7695	6.0290
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0140

2.2 对比试验组与参照组PT、APTT、PLT、FIB

两组患者治疗前各项凝血指标差异度不明显, $P > 0.05$,数据不存在统计学研究意义;治疗后,试验组凝血相关指标PT、APTT、PLT、FIB对比参照组更低, $P < 0.05$,数据存在统计学研究意义,见表2。

表2 试验组与参照组 PT、APTT、PLT、FIB

组别	PT (s)		APTT (s)		FIB (g/L)		TT (s)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组 (n=52)	13.52±0.63	9.21±0.48	31.64±2.25	21.96±1.28	3.76±0.37	2.37±0.25	19.52±1.37	12.82±1.03
参照组 (n=52)	13.64±0.71	11.39±0.67	31.86±2.58	26.72±1.69	3.86±0.42	2.84±0.31	19.77±1.13	15.36±1.32
T	0.9203	19.2558	0.4678	16.3457	1.3006	8.5918	1.0248	11.0442
P	0.3595	0.0000	0.6409	0.0000	0.1963	0.0000	0.3078	0.0000

注：治疗前后数据差异情况如何，备注说明

2.3 对比两组患者临床疗效差异

试验组临床总有效率对比参照组优势明显，P<0.05，数据存在统计学研究意义，见表3。

表3 两组患者临床疗效差异对比

组别	显效	有效	无效	总有效率
试验组 (n=52)	37 (71.15%)	14 (26.92%)	5 (9.61%)	47 (90.38%)
参照组 (n=52)	13 (25.00%)	19 (36.54%)	20 (38.46%)	32 (61.54%)
χ^2				11.8481
P				0.0005

3 讨论

上消化道出血在临床内科疾病中比较常见，其出血量与危险系数成正比，一旦发现类似症状需立即采取相应的临床检查，先确定出血部位，再制定方案进行针对性治疗，如果在较短的时间产生的出血量超出机体总血容量的20%，极易造成出血性休克，威胁患者的生命安全^[9]。引起上消化道出血原因相对复杂，据临床统计，大多数与患者机体胃功能障碍关系密切，如消化道溃疡、慢性胃炎及急性胃黏膜病变等^[10-11]。医疗研究治疗显示，人体胃黏膜组织具有较强的自我修复能力，一旦出现损伤，在24h内便能自行愈合，故尽早开展胃镜检查及针对性止血措施尤为重要^[12]。常规止血措施通常以止血药物为主，其止血速度相对较慢，而且发生再出血概率较大，不利于胃粘膜修复，影响临床疗效^[13]。近些年随着医疗水平发展与进步，内镜技术日趋成熟，已广泛运用到临床，在内镜下行止血术已发展成为上消化道出血急诊治疗主要方式之一。在内镜下实施止血操作具有直观、清晰且治疗周期短等优势。目前临床通常采用去甲肾上腺素、孟氏液及凝血酶等喷洒类型的药物作用在出血病灶上发挥止血作用^[14-15]。内镜是消化内科广泛使用的诊疗器械之一，能快速探寻出血部位，利于选择合理的治疗措施，常用的内镜止血方法有电凝法、药物喷洒及注射等，本文所实施的是喷洒凝血酶进行止血，其优势是直接作用止血部位，将止血效果发挥至极，另外还能冲洗消化道残留液，有助于预后恢复^[16-18]。生长抑素是临床常用药物，其止血机制是通过对胃蛋白酶及胃泌素产生抑制作用，降低其释放量以减少胃酸分泌造成血凝块溶解，还能对内脏血管产生收缩作用，通过降低血流量及减缓出血速度发挥止血作用，另外，还能抑制肠胃收缩，能有效预防胃壁挤压血凝块^[19-21]。一般来说，病灶大小不同止血难度存在差异，随着病变面积增大，止血效果均会收到

一定影响，而通过内镜下止血联合应用生长抑素可提高任何病灶大小的部位止血率，还能有效预防再出血情况发生^[21-23]。生长抑素发挥作用机理主要有一下几点：①可通过对胃肠内分泌系统产生抑制作用，抑制肽类分泌并促进机体释放生长激素，避免门脉出现高压情况；②能直接作用于血管平滑肌控制内脏血流情况保持正常；③对胃蛋白酶和胰高血糖素有较强的抑制作用，可降低其释放量，有利于减少胃酸分泌，改善胃肠道黏膜微循环，促进黏膜修复，同时能使血小板聚集，收缩出血部位血块，能发挥永久性止血作用^[24-25]。在临床经常采用质子泵抑制剂与生长抑素进行联合作用，目的是增加抑制胃酸分泌作用，同时发挥血小板聚集作用，多方面发挥止血作用改善临床症状^[26]。

本研究计算数据表明，试验组临床总有效率(90.38%)明显优于参照组(61.54%)，大便潜血转阴时间、呕血消失时间及住院时间均短于参照组，PT、APTT、TT、FIB 优于参照组，再出血发生率明显低于参照组，P<0.05为差异有统计学意义。白新涛^[27]研究结果显示，采取急诊内镜下止血联合生长抑素的观察组临床疗效对比采取常规止血的对照组更具优势，P<0.05，数据存在统计学研究意义。

由此可知急诊内镜下止血外加生长抑素联合治疗上消化道出血具有显著的临床效果，不仅能改善患者临床症状，还能缩短患者治疗周期，减少治疗成本，同时降低再出血情况发生，值得应用推广。根据国内外数据统计，首次利用内镜诊断上消化道出血，其诊断率高达92.3%，通过内镜能直接找到出血部位，根据实际情况制定止血方案，该方式更具针对性，且见效快，不易复发^[28]。近些年，国内外已经研究出多种内镜下止血技术，其中包括对食管静脉曲张在内镜下采取套扎及硬化治疗，对胃底静脉曲张在内镜下采取黏合剂栓塞治疗，对上消化道出血在内镜下采取局部喷洒药物、金属钛夹止血、电凝止血或激光光凝止血等^[29-30]。相关数据统计，内镜下止血成功率能达到85%~98%，当黏合剂与血液接触能快速达到硬化和聚合，实现曲张静脉闭合，可将再出血率降低至10%，经治疗后凝血相关指标均有所下降^[31]。

参考文献：

[1]李伟,陈小玉.内镜下钛夹止血结合生长抑素对上消化道出血患者止血效果的影响[J].特别健康,2020,(18):129.
[2]卜奇特.急诊应用药物治疗急性上消化道出血的疗效[J].中国保健营养,2019,29(34):120.
[3]闫华.急诊内镜下止血联合生长抑素治疗上消化道出血的疗效分析[J].

健康必读(下旬刊),2018,(1):255.

[4] 郭振国,董蕾,陈永永,等.急诊内镜下止血联合生长抑素治疗上消化道出血的疗效分析[J].现代生物医学进展,2017,17(22):4289-4291,4238.

[5] 孙继妹,华占楼.生长抑素辅助治疗消化性溃疡伴上消化道出血的临床观察[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(98):211+214.

[6] 董秀丽.急诊治疗上消化道出血的临床方法及疗效观察[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(85):86.

[7] 王亚洁,艾迎春,朱艳丽,等.肝硬化消化道出血及出血后并发症治疗的临床研究[J].肝脏,2019,24(1):35-39.

[8] Ardevol A, Ibañez-Sanz G, Profitos J, et al. Survival of patients with cirrhosis and acute peptic ulcer bleeding compared with variceal bleeding using current first-line therapies. *Hepatology*. 2018 Apr;67(4):1458-1471.

[9] 郭慧丽,张永潮,翟杰.老年人非静脉曲张性上消化道大出血的内镜治疗[J].中华老年医学杂志,2020,39(6):662-665.

[10] 刘未雄,王强,李利娟,等.胃镜下组织胶与应用生长抑素序贯治疗难治性非静脉曲张上消化道大出血的探索[J].黑龙江医学,2020,44(4):452-454.

[11] 黄晓丽,冯凯祥.应用生长抑素与泮托拉唑联合治疗肝硬化合并上消化道出血患者的疗效及安全性分析[J].成都医学院学报,2019,14(3):317-321.

[12] 王晓光,王峰,孙聪花.肝硬化并上消化道出血临床诊治分析[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(37):29.

[13] 李国斌.内镜下钛夹联合生长抑素治疗上消化道出血的疗效及对再出血率的影响[J].心电图杂志(电子版),2019,8(1):122-123.

[14] 郭章林,周文超.生长抑素联合奥美拉唑治疗肝硬化上消化道出血的疗效观察[J].山西职工医学院学报,2019,29(2):21-23.

[15] 卜奇特.急诊应用药物治疗急性上消化道出血的疗效[J].中国保健营养,2019,29(34):120.

[16] 陈保刚,王桂周,周亚柏.注射用白眉蛇毒血凝酶、生长抑素联合泮托拉唑治疗上消化道出血的疗效观察[J].中国医院用药评价与分析,2019,19(2):164-167.

[17] 沈璐,王晶,吴菁.内镜止血联合生长抑素治疗老年性非静脉曲张性上消化道出血的疗效观察[J].中国现代医药杂志,2017,19(8):55-57.

[18] 蓝婧,陈丽芬,覃冬林.生长抑素联合凝血酶治疗上消化道溃疡合并出血的效果及安全性评析[J].当代医药论丛,2018,16(18):140-141.

[19] 万鹏.内镜下治疗急性非静脉曲张性上消化道出血的效果分析[J].中国医疗器械信息,2019,25(4):143-144.

[20] 麦国,王桢桢,柯达,等.食管静脉曲张套扎术联合内镜下硬化剂治疗对肝硬化上消化道出血的效果评价[J].中国医学创新,2018,15(16):47-50.

[21] 庞艳华,杜丽川,郝建宇,等.急性非静脉曲张性上消化道出血内镜下诊治分析及Glasgow-Blatchford评分系统在急诊内镜检查前的预判作用[J].中国急救医学,2018,38(9):810-813.

[22] 杨艳华,贺建华,游玉峰.消化内镜止血术在难治性急性非静脉曲张上消化道出血的应用[J].广东医学,2019,40(11):1594-1597.

[23] 高境蔚,李罗红,欧艳,等.消化道出血行内镜治疗后发生早期再出血的危险因素分析[J].中国内镜杂志,2020(2):6-10.

[24] Chetcuti Zammit S, Sidhu R. Small bowel bleeding: cause and the role of endoscopy and medical therapy. *Curr Opin Gastroenterol*. 2018 May;34(3):165-174.

[25] García-Compeán D, Del Cueto-Aguilera N, Jiménez-Rodríguez A R, et al. Diagnostic and therapeutic challenges of gastrointestinal angiodysplasias: A critical review and view points. *World J Gastroenterol*. 2019 Jun 7;25(21):2549-2564.

[26] Frago S, Alcedo J, Martín Pena-Galo E, Lázaro M, Ollero L, de la Llama N. Long-term results with lanreotide in patients with recurrent gastrointestinal angiodysplasias bleeding or obscure gastrointestinal bleeding. Benefits in efficacy and procedures consumption. *Scand J Gastroenterol*. 2018 Dec; 53(12):1496-1502.

[27] 白新涛.急诊内镜下止血联合生长抑素治疗上消化道出血的疗效研究[J].实用中西医结合临床,2018,18(4):24-26.

[28] Alzahrani I M, Onizuka K, Duhailib Z A, et al. Mo1010 SOMATOSTATIN AND ANALOGUES FOR ACUTE NON-VARICEAL UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING: A SYSTEMATIC REVIEW AND METAANALYSIS OF RANDOMIZED TRIALS[J]. *Gastroenterology*, 2020,158(6):S-753-S-754.

[29] Singh P, Singh G, Kumar V, et al. An adaptive clinical trial on patients with non variceal upper gastrointestinal bleed with the help of endoscopy[J]. *International Journal of Advances in Medicine*, 2020, 7(3):435.

[30] Yao Q F, Zhang C G, Dong G P. Thrombin combined with somatostatin for treatment of patients with upper gastrointestinal hemorrhage: Impact on inflammatory factors and coagulation function[J]. *World Chinese Journal of Digestology*, 2018, 26(5):343-348.

[31] Kim D U, Moon J H, Lee Y H, et al. Analysis of Somatostatin-Secreting Gastric Delta Cells according to Upper Abdominal Symptoms and Helicobacter pylori Infection in Children[J]. *Pediatric Gastroenterology Hepatology & Nutrition*, 2020, 23(3):243.



PiscoMed Publishing

PiscoMed Publishing Pte. Ltd.

73 Upper Paya Lebar Road #07-02B-11 Centro Bianco Singapore 534818

www.piscomed.com