

预防医学研究

Preventive Medicine Research

9

2021年
第3卷第9期
环宇科学出版社

ISSN:2705-0459(O)
2705-0440(P)



ISSN 2705-0440



9 772705 044030



cnki中国知网
www.cnki.net
中国知识基础设施工程

Google
学术搜索

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检测查重系统Crossref（含知网）检测并经过专家审定，正式出版文章拥有全球唯一的国际文献标识码（DOI），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。

预防医学研究

Preventive Medicine Research

主 编：ZhengChuan He（何正川） 马来西亚唐博科学研究院 中国

编委成员：

Xi Xiong	贵阳市乌当区人民医院
LinQiao Dai	新疆哈密市第二人民医院
FengQing Hu	辽宁大学 中国
ChangYong Yang	铜仁市人民医院 中国
Yuh-Cherng Chai	约翰卡罗尔大学 美国
Weili Yan	复旦大学附属儿科医院 中国
Xiu Ran	湖北省利川市卫生院 中国
Jiao Yang	苏州大学 中国
Juan Liu	陆军军医大学第二附属医院 中国
Yue Wang	苏州大学附属第二医院 中国

特邀编辑：

黄耀华、毛玉莲

邀约编辑：

赖丽燕、雷金枝、李 琪、卢 晶、张 卿、崔 芳、马中梅、
李秀平、代 玮、彭 琳、彭梦丽、王惠玲、向 力

合作支持单位：

中国智慧工程研究会国际学术交流专业委员会
新加坡前沿科学出版社
美国恩柏出版社
中国《城市建设》杂志社
澳大利亚百图出版社
新加坡万仕出版社
北京春城教育出版物研究中心
马来西亚唐博科学研究院
北京万象兴荣科技文化发展有限公司
新加坡亿科出版社
春城(成都)文化传媒有限公司

查询网址：<http://cn.usp-pl.com/index.php/xyfyx>

环宇出版社地址：73 upper Paya Lebar road #07-02B-03 centro
bianco Singapore（534818）

目录 >>>

CONTENTS

优质护理对肾病综合征患儿并发症及营养状态的影响研究	莫玉萍 /1
优质服务模式应用于门诊护理管理对患者满意度及焦虑心理的影响	陆国兰 覃雪玲 莫小洁 /3
分析右美托咪定应用于无痛胃镜中的麻醉治疗效果	冯继伟 邓卫芳 /5
助产士的语言交流技巧对孕妇的疼痛影响研究进展	易 琴 /7
心理护理在手术室护理中的应用研究	孔德颖 张丹梅 张金慧 /9
对青少年抑郁症患者及父母进行同步护理干预的效果分析	李莉萍 /11
肿瘤科癌性疼痛患者实施疼痛护理的价值	张 彤 孝媛媛 /13
临床护理路径在眼科白内障患者护理中的临床应用探讨	张瑞芳 /15
抑郁症患者管理研究进展	李莉萍 /17
流浪精神病患者身份识别差错成因分析及改善途径	农春菊 /19
潜伏性结核感染诊断方法的研究新进展	周方斌 汤冬娥 蔡晚霞 /22
社区慢性病管理模式在老年人高血压管理中的效果	王亚萍 /25
雾化吸入治疗慢性阻塞性肺疾病的护理干预效果观察	施秀霞 /27
关于温度学派中医用大循环提升温度治疗肺癌的案例	刘贤华 陈 珂 肖鲜华 /29
综合护理对前列腺炎患者心理状态及治疗依从性的影响	吴秋岑 韦淑妹 刘珍竹 何燕芳 /34
影响中药房中药饮片质量管理的相关因素分析	英 涛 /36
饮食护理干预对胃炎胃溃疡患者影响的研究进展	陈 瑜 陈尚茹 /38
骨髓涂片病态巨核细胞在小儿血液病中的临床价值	粟 艳 /40

优质护理对肾病综合征患儿并发症及营养状态的影响研究

莫玉萍

广西壮族自治区妇幼保健院 广西 南宁 530000

摘要：目的：探讨优质护理对肾病综合征患儿并发症及营养状态的影响。方法：将我院肾内科 2018 年 12 月至 2019 年 12 月期间收治的肾病综合征患儿 68 例作为研究对象，随机分为对照组、观察组各 34 例，对照组采用常规护理，观察组采用优质护理，比较两组患儿并发症发生率，评价营养状态。结果：对照组并发症发生率为 23.53%，观察组为 5.88%，差异显著， $P < 0.05$ ；护理后，观察组 ALB、HB 水平明显提升，且与同阶段对照组比较优势显著， $P < 0.05$ 。结论：针对肾病综合征患儿开展优质护理干预可有效减少并发症发生，且可改善其营养状态，利于恢复，值得推广。

关键词：优质护理；肾病综合征；并发症；营养状态

肾病综合征是由多种病因引起的肾小球基膜通透性增高进而表现为大量蛋白尿、高脂血症、低蛋白血症、水肿等一系列的临床证候群^[1]，是儿科泌尿系统最常见的肾小球疾病之一，其治疗效果较差、周期长，且易反复发作，长期激素治疗药物副反应对患者身心影响较大，而慢性肾病患者由于年龄小、系统器官未健全，易出现并发症，尤其对机体营养状态影响较大，因此为患儿提供全程优质护理服务显得尤为必要^[2-3]。优质护理作为优化护理程序，深化护理内涵的模式，应用在肾病综合征患儿中可遵循其临床特征、心理特征、营养特征等开展优化护理服务，利于提高护理效果^[4]。为此本次研究对优质护理对肾病综合征患儿并发症及营养状态的影响进行了探讨，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2018 年 12 月至 2019 年 12 月入住我院肾内科的肾病综合征患儿 68 例作为研究对象，随机分为对照组和观察组各 34 例，患儿家长均知晓本次研究内容及目的。男 22 例，女 12 例，年龄在 2 岁至 12 岁之间，平均年龄为 (6.24 ± 1.03) 岁；观察组男 20 例，女 14 例，年龄在 2 岁至 12 岁之间，平均年龄为 (6.19 ± 1.05) 岁；排除标准：（1）患儿入院时合并精神病、心脏病或其它系统严重疾病者；（2）伴有严重感染或其它严重并发症者；（3）患儿非父母长期照顾，或者来自单亲家庭者；（4）患儿家属不愿意配合者。两组患儿的性别、年龄、病程等一般资料差异无统计学意义， $P > 0.05$ ，具有可比性。

1.2 护理方法

1.2.1 对照组 实施生命体征监测、疾病监控、床边护理等常规护理干预。

1.2.2 观察组 结合上述常规护理服务开展优质护理，如下：精神护理：肾病综合征属于慢性疾病，病程长，易反复发作，因此需要长时间接受系统化治疗，而患儿在医院陌生环境下普遍产生恐惧、焦虑情绪，因此护理人员需要加强患儿及家属的心理干预，结合患儿年龄特点，通过玩具及其

他事物来吸引患儿的注意力，联合患儿家长开展对其的心理疏导，以鼓励和安抚为主，针对年龄较大且具备一定理解能力患儿可开展健康教育，利于提高其依从性，改善心理状态。

用药护理：在治疗前期指导患儿家属掌握不同药物的用法、用量和时间，严格遵医嘱用药，并且指导患儿保持充足睡眠，尽量卧床休息，减少活动，长期大量使用糖皮质激素对患儿机体产生刺激，患儿身体各器官发育尚未成熟，免疫功能弱，抵抗力低，因此在治疗期间可能会发生胃肠道不适、口腔溃疡等不良反应，护理人员需要积极指导患儿用药。

营养护理：加强对患儿的饮食管理，确保营养摄入充足，以高蛋白、高维生素饮食为主，如新鲜蔬菜、水果等，且需减少置入蛋白摄入量，采用少食多餐模式，应禁止辛辣食物^[5]。在摄入蛋白质的过程中要了解患儿肾功能状况，肾功能没有受到任何损伤时护理人员可以给患儿提供优质蛋白，当患儿肾功能受到损伤时护理人员需要对患儿的蛋白质摄入量进行严格控制。同时要促进患儿合理饮食，保持其营养全面吸收。预防护理：患儿免疫功能低下，而受到疾病影响，进一步危害机体功能，导致很容易出现感染，因此需加强环境护理，定期紫外线消毒、床上用品更换，保持操作手卫生。营造健康舒适的病房环境，保持通风，调节适宜的温度和湿度，病房活动佩戴口罩，尤其严格执行无菌操作规范，防止皮肤感染，做好卫生护理工作。

1.3 观察指标

（1）并发症发生率：患儿住院期间发生感染、电解质紊乱、血栓形成中的一项或多项并发症者记为一例，并发症发生率 = 并发症发生例数 / 总例数。

（2）营养状态：通过测定血浆白蛋白（ALB）、全血（HB）、尿蛋白（PRO）等进行评价。

1.4 统计学处理

采用 SPSS20.0 统计学软件进行分析，计量数据采用均数 $\pm$ 标准差表示，t 检验，计数数据采用百分数表示，卡方检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组并发症率分析

分析表 1 可知, 对照组并发症发生率为 23.53%, 观察组为 5.88%, 差异显著, $P < 0.05$ 。

表 1 两组并发症率分析 (%)

组别	例数	血栓形成	电解质紊乱	感染	并发症率
观察组	34	0	1	1	5.88
对照组	34	2	3	3	23.53
X ²	--	--	--	--	4.22
P	--	--	--	--	< 0.05

2.2 两组营养状态分析

分析表 2 可知, 护理前三组 ALB、HB、PRO 水平均偏低, 且比较无显著性差异, $P > 0.05$; 护理后, 观察组 ALB、HB、PRO 水平明显提升, 且与同阶段对照组比较优势显著, $P < 0.05$ 。

3 讨论

慢性反复发作性疾病包括肾病综合征, 具有较多的并发症, 对患儿的身心健康产生了严重威胁。患儿的生理和心理都处于生长发育阶段, 未完善好免疫功能和生理功能, 一旦护理不当, 易导致患儿病情反复^[6]。为提高肾病综合征治疗效果, 需重视护理干预, 尤其患儿身体和心理均处于快速成长阶段, 在长期病情反复下身心均会受到影响, 甚至出现不愿意讲话、沟通情况, 此时开展优质护理模式, 能够从患儿的心理、生理、症状等多方面进行优化。优质护理能够考虑到患儿年龄小、依从性差特征, 重视与家长的沟通, 确保护理服务的顺利开展, 且针对护理流程进行标准化、优化,

利于提高护理效率, 保证护理质量。本次研究结果显示对照组并发症发生率为 23.53%, 观察组为 5.88%, 差异显著, $P < 0.05$; 护理后, 观察组 ALB、HB 水平明显提升, 且与同阶段对照组比较优势显著, $P < 0.05$, 表明开展优质护理干预对预防并发症发生, 增强患儿机体功能, 改善营养状态效果较好, 利于提高治疗效果。

综上所述, 开展优质护理干预可有效减少肾病综合征患儿并发症, 改善营养状态, 应用价值较高。

参考文献:

- [1] 费芸芸, 吴永贵. 肾病综合征水肿的发病机制及治疗研究进展 [J]. 安徽医学, 2011, 32(02): 220-222.
- [2] 何威, 夏正坤, 高春林. 常见遗传性肾小球疾病的研究进展 [J]. 医学研究生学报, 2015(03): 308-312.
- [3] 刘婷. 优质护理干预对慢性肾衰竭实施腹膜透析患者的生活质量以及并发症的影响 [J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(6): 61-64.
- [4] 黄秋航, 杨晓娟, 杜静霞. 优质护理干预对慢性肾功能衰竭腹膜透析患者自我护理能力及肾功能的影响 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2(19): 87-94.
- [5] 周清, 王君俏, 李国民. 儿童终末期肾病全自动腹膜透析并发症与休整期相关性分析 [J]. 中国循证儿科杂志, 2018, 13(5): 355-358.
- [6] 杨宜萍. 家庭健康教育对肾病综合征患儿治疗依从性的影响 [J]. 现代中西医结合杂志. 2015, 20(21): 2726-2727.

表 2 两组营养状态分析 ($\bar{X} \pm S$)

组别	例数	ALB (g/L)		HB (g/dl)		PRO (g/24h)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	34	22.53 $\pm$ 2.44	34.52 $\pm$ 2.68	79.85 $\pm$ 6.85	115.65 $\pm$ 12.21	7.11 $\pm$ 2.85	2.86 $\pm$ 1.21
对照组	34	22.05 $\pm$ 2.42	30.15 $\pm$ 2.43	80.11 $\pm$ 7.26	101.62 $\pm$ 10.95	7.12 $\pm$ 2.67	4.54 $\pm$ 2.02
X ²	--	0.81	7.04	0.15	4.98	0.01	3.50
P	--	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

优质服务模式应用于门诊护理管理对患者满意度及焦虑心理的影响

陆国兰 覃雪玲 莫小洁*
联勤保障部队第九二三医院 广西 南宁 530021

摘要:目的:探讨优质服务模式应用于门诊护理管理对患者满意度与焦虑心理产生的影响。方法:选取我院治疗的64门诊患者为观察对象(时间2019年1月至2020年1月),按照随机数字表法分组原则将其分为两组,即对照组与观察组,每组32例。对照组患者接受常规护理,观察组实施优质护理服务,比较两组患者焦虑评分和护理满意度。结果:护理前两组患者焦虑评分差异不大,但护理后两组患者焦虑评分差异显著,且 $P < 0.05$,差异具有统计学意义;对照组患者护理满意度为59.38%,观察组为93.75%,对比 $P < 0.05$,差异存在统计学意义。结论:优质服务模式应用于门诊护理管理效果显著,改善患者焦虑情绪,护理满意度更高,值得推广。

关键词:优质服务;门诊护理;满意度;焦虑心理

门诊患者流动性较大,且病种比较复杂,治疗时间不长,护理要点较多,护理难度大。经济快速发展医疗服务质量不断提升,护理人员除了需要给患者提供针对性的护理之外还要注重人文护理,最大程度满足其精神需求^[1]。为了探讨优质服务模式应用于门诊护理管理对患者满意度及焦虑心理的影响,本次研究选取64例患者为研究对象,具体结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2019年1月至2020年1月期间我院治疗的64门诊患者为观察对象,按照随机数字表法分组原则将其分为两组,即对照组与观察组,各32例。对照组患者男性17例,女性15例;年龄最小20岁,年龄最大78岁,平均年龄 (52.57 ± 3.74) 岁;体重49~78kg,平均体重 (50.73 ± 3.52) kg。观察组患者男性18例,女性14例;年龄最小21岁,年龄最大80岁,平均年龄 (54.32 ± 3.65) 岁;体重50~75kg,平均体重 (51.61 ± 3.56) kg。比较两组患者基本资料, $P > 0.05$,差异不大可以对比。

1.2 方法

对照组患者接受医院常规护理,由护理人员全程陪同患者进行相关基础检查,告知院中相关注意事项,耐心解答患者提出的问题与疑惑,满足患者需要。

观察组患者接受优质护理服务:(1)健康教育。由于部分患者对自身疾病了解不足,护理过程中可能存在不配合的情况,护理人员可通过播放视频、发放知识手册、微信等方式给患者普及相关知识,增强患者对疾病的了解,提高其治疗依从性。(2)提高护理人员服务水平,强化与患者沟通交流,及时给患者解答疑惑,增强患者对门诊的了解。(3)推行预约挂号制度。为了给患者提供便利并提高就诊率,开通了多种预约途径,如电话预约、微信预约、医院官网预约等。部分科室就诊人数较多,护理人员应主动给患者安置座

位,给其更多鼓励与安慰,让患者顺利就诊。(4)完善门诊护理人员排版,应用弹性排班方式保证门诊护理与治疗质量,保证门诊护理与就诊安全性。

1.3 观察指标

应用SAS、SDS量表评价两组患者焦虑、抑郁程度,总分为50分,分数与焦虑、抑郁程度成正比;应用本院自制护理满意度调查表调查患者满意度情况,满分为100分,分数在80分及其以上为非常满意;分数在60分以上且小于80分为满意;分数小于60分为不满意。总满意度=非常满意率+满意率^[2]。

1.4 统计学分析

应用统计学软件SPSS20.0统计本文数据,以 $n(\%)$ 、 $(\bar{x} \pm s)$ 分别表达定数、定量资料,若 $P < 0.05$,则代表差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者护理前后焦虑评分

护理前对照组焦虑评分与观察组相比差异不大, $P > 0.05$;但护理后两组患者焦虑评分差距较大,且 $P < 0.05$,差异具有统计学意义,具体见表1。

表1 对比两组患者焦虑评分($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	护理前	护理后
对照组	32	47.83 ± 3.62	35.52 ± 2.57
观察组	32	45.61 ± 3.84	29.66 ± 2.83
t值	-	1.01	3.75
P值	-	> 0.05	< 0.05

2.2 比较两组患者护理满意度

对照组患者护理满意度与观察组相比前者显著低于后者($59.38\% < 93.75\%$),对比 $P < 0.05$,差异具有统计学意义,具体见表2。

表 2 比较两组患者护理满意度 (n, %)

组别	例数	非常满意	满意	不满意	总满意度
对照组	32	8 (25.00)	11 (34.38)	13 (40.63)	19 (59.38)
观察组	32	22 (68.75)	8 (25.00)	2 (6.25)	30 (93.75)
c2 值	-	12.30	0.67	10.54	10.54
P 值	-	< 0.05	> 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨论

对医院而言门诊是护理服务的第一窗口,可以从其质量高低可以直接反应医院整体服务水平。现代护理学不断发展,改变了门诊护理方式,即除了需要关注临床与疾病症状检查之外更注重全面性健康教育与个性化服务^[3]。

优质护理方式以患者为中心,满足患者个体需要,对患者实施多样化的护理,该模式的应用需要护理人员主动与患者沟通交流,给患者细致、真情、周到的护理,为其提供舒适的就诊环境,有利于改善患者不良情绪^[4-5]。本次研究对观察组患者实施了优质服务模式,结果可知护理后观察组焦虑评分显著降低,与对照组相比差异显著,存在统计学意义;且护理满意度显著高于对照组(93.75% > 59.38%),对比 $P < 0.05$,差异具有统计学意义。

综上,优质服务模式应用于门诊护理管理可有效降低患者交流情绪,提高护理满意度,具有较高的推广价值。

参考文献:

- [1] 麦伟娟, 冯秀群. 优质服务模式应用于门诊护理管理对患者满意度及焦虑心理的影响 [J]. 海南医学, 2018, 29(03):151-152.
- [2] 薛涛. 优质服务模式应用于门诊护理管理对患者满意度及焦虑心理的影响 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4(06):167+186.
- [3] 陈靖函. 优质服务模式应用于门诊护理管理对患者满意度及焦虑心理的影响 [J]. 医学美容美容, 2019, 28(023):114.
- [4] 何苗. 优质服务模式应用于门诊护理管理对患者满意度的影响分析 [J]. 医学美容美容, 2019, 28(010):69.
- [5] 郭志华. 优质服务模式应用于门诊护理管理对患者满意度的影响 [J]. 实用临床护理学电子杂志, 2019, 4(007):P.177-178.

分析右美托咪定应用于无痛胃镜中的麻醉治疗效果

冯继伟 邓卫芳

武警广西壮族自治区总队医院 广西 南宁 530003

摘要: 目的: 探讨右美托咪定应用于无痛胃镜中的麻醉治疗效果。方法: 从我院选取 86 例接受无痛胃镜检查者为观察对象, 按照随机数表法将其分为对照组与观察组, 每组 43 例。对照组患者应用丙泊酚麻醉, 观察组在对照组基础上应用右美托咪定治疗, 比较两组患者治疗效果。结果: 对照组苏醒时间与入睡时间分别为 (7.01 ± 1.30) h、(7.23 ± 0.75) h, 观察组为 (5.54 ± 1.21) h、(4.56 ± 0.42) h; 对照组不良反应总发生率为 20.93%, 观察组为 2.33%, 组间对比 $P < 0.05$, 差异存在显著统计学意义。结论: 右美托咪定应用于无痛胃镜中的麻醉治疗效果更为理想, 不良反应发生率与丙泊酚麻醉质量相比更低, 值得大力推广。

关键词: 右美托咪定; 无痛胃镜; 麻醉; 治疗效果

胃镜检查是比较常见的一种检查方法, 具有很多优点, 如操作简便、视野广等。但患者在传统检查中经常会产生不适感, 容易出现各种不良反应, 如呕吐、恶心等, 严重时还可能导致全身性反应, 依从性不高, 很容易存在检查失败的问题^[1]。医学技术快速发展背景下无痛胃镜快速得到推广与应用, 对患者而言可缓解其检查痛苦感, 提高其依从性。基于此, 本次研究选取 86 例在我院接受无痛胃镜检查患者为观察对象, 探讨了右美托咪定的应用效果, 具体结果进行如下分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

从我院 2019 年 1 月至 2020 年 1 月期间时接受无痛胃镜检查的 86 例检查者为观察对象, 按照随机数表法分组原则将其分为对照组与观察组, 每组 43 例。其中, 对照组男性 23 例, 女性 20 例; 年龄最小患者 21 岁, 最大患者 67 岁, 平均年龄 (40.53 ± 3.52) 岁。观察组男性 25 例, 女性 18 例; 年龄最小患者 22 岁, 最大患者 68 岁, 平均年龄 (41.46 ± 3.63) 岁。比较两组研究对象基本资料, $P > 0.05$, 差异不大可以进行比较。

1.2 方法

对照组: 检查前 4h 禁饮水、8h 禁止饮食。由医护人员给检查者建立静脉通道, 给患者连接生命体征患者, 密切关注其各项指标, 包含血压、呼吸频率、血压等。指导患者行左侧卧位, 进行常规吸氧操作, 将浓度设置为 5L/min。静脉滴注生理盐水 50ml, 10min 后推注丙泊酚 (国药准字 H20084457, 广东嘉博制药有限公司), 计量 1.5mg/kg, 持续推注 30s 以上。

观察组: 检查前 4h 禁饮水、8h 禁止饮食。应用右美托咪定 (国药准字 H20090248, 江苏恒瑞医药股份有限公司) 麻醉治疗, 取 50ml 生理盐水与 0.5ug/kg 混合滴注, 滴注 10min 后推注丙泊酚, 用法同对照组, 持续滴注时间大于 30s。在检查过程中医护人员应密切观察患者生命体征, 若

患者存在体动情况则可以增加 0.5mg/kg 的丙泊酚; 若患者血压过低, 则应用麻黄碱; 若心率过缓则应用阿托品。检测结束于患者苏醒后询问其是否存在呕吐、恶心等不良反应, 提醒患者确保无异常后再离开医院。

1.3 观察指标

观察两组患者入睡、苏醒时间等指标, 统计其苏醒后是否存在不良反应^[2]。

1.4 统计学分析

本文相关数据应用统计学软件 SPSS20.0 进行统计分析, 以 $n(\%)$ 表达不良发生率等定数资料, 行 χ^2 检验; 以 ($\bar{x} \pm s$) 表达苏醒时间、入睡时间等定量资料, 行 t 检验。若结果为 $P < 0.05$, 则差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者苏醒时间、入睡时间

对照组患者苏醒时间、入睡时间与观察组相比显著高于后者, 组间对比 $P < 0.05$, 差异具有统计学意义, 见表 1。

表 1 对比两组患者苏醒时间与入睡时间 ($\bar{x} \pm s, h$)

组别	例数	苏醒时间	入睡时间
对照组	43	7.01 ± 1.30	7.23 ± 0.75
观察组	43	5.54 ± 1.21	4.56 ± 0.42
T 值	-	2.17	6.97
P	-	< 0.05	< 0.05

2.2 对比两组患者不良反应发生率

对照组不良反应总发生率为 20.93%, 与观察组的 2.33% 相比前者显著低于后者, 对比 $P < 0.05$, 差异具有统计学意义, 见表 2。

表 2 对比两组患者不良反应发生率 [$n, (\%)$]

组别	例数	呕吐	恶心	总发生率
对照组	43	4 (9.30)	5 (11.63)	9(20.93)
观察组	43	1 (2.33)	0(0.00)	1 (2.33)
c2 值	-	1.91	5.31	7.24
P	-	> 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨论

胃镜检查技术是侵入性检查的一种,绝大多数患者产生较大的心理压力,检查时可能存在各种问题,如干呕、恶心、心率血压降低等,由于患者检查时评分出现干呕,检查过程中存在胃部充气不足的问题达不到胃镜检查的条件,易存在漏诊问题^[3-4]。因此在检查的过程中很有必要选取合适的麻醉药物,提高检查准确率的同时减轻患者痛苦。

丙泊酚是传统麻醉药物的一种,多用于诱导麻醉与全身心麻醉。在具体的应用中容易存在损伤神经问题,还有部分患者苏醒后存在各种不良反应,甚至有很多患者对该药物存在剂量依赖问题。右美托咪定是临床上比较常用的一种静脉麻醉药物,该药物主要是抑制人体肾上腺素从而达到抗焦虑、催眠以及镇静的作用,与其他全身麻醉药物相比麻醉时间与胃镜检查所需的时间相符合,且麻醉效果较好,满足了无痛内镜检查要求^[5]。胃镜检查中应用右美托咪定效果更好,无痛,检查后没有任何不适。本次研究中对照组患者苏醒时间、入睡时间显著高于观察组,且不良反应发生率高于观察

组,差异具有统计学意义,这表明右美托咪定在无痛胃镜中的麻醉治疗效果更好。

综上,无痛胃镜中应用右美托咪定麻醉治疗效果更佳,不良反应发生率低,值得在临床上大力推广。

参考文献:

- [1] 陈天霞. 右美托咪定在无痛胃镜中的麻醉治疗效果分析 [J]. 大家健康 (学术版), 2016, 10(10):00270-00270.
- [2] 吴金鹏, 刘立明. 右美托咪定应用于无痛胃镜中的麻醉效果及价值分析 [J]. 饮食保健, 2019, 6(15): 58-58.
- [3] 郝洲华, 钟严艳, 金曜, 等. 分析右美托咪定应用于无痛胃镜中的麻醉治疗效果 [J]. 影像研究与医学应用, 2018, 2(018):208-209.
- [4] 王晓琳, 荣燕, 郁娜, 等. 右美托咪定应用于无痛胃镜治疗中的麻醉效果观察 [J]. 中国保健营养, 2016, 26(7): 145-146.
- [5] 刘芝兰. 右美托咪定应用于无痛胃镜的麻醉效果观察 [J]. 基层医学论坛, 2020, 24(010):1403-1404.

助产士的语言交流技巧对孕妇的疼痛影响研究进展

易 琴

广西省桂林市第二人民医院产科 广西 桂林 541002

摘 要: 对产妇而言其分娩的过程中助产士与其语言交流对其的影响是巨大的。为了最大程度发挥助产士的职业功能,本文综述了近年来助产士语言交流对产妇疼痛的影响,使产妇可以在分娩中始终保持稳定心态,消除其焦虑情绪,减轻其痛苦,使其可以顺利度过分娩期。

关键词: 助产士; 语言交流; 疼痛; 研究进展

1 影响护患沟通的不良因素

1. 助产士对护患沟通的认识不足

医疗干预是产科比较传统的医疗护理常规,以医疗护理干预为主,加上护理、助产的辅助,这一模式下助产士主要是在遵医嘱的前提下接产,但并不注重对产妇进行生活照顾,也不注重情感交流以及心理上的支持。对产妇而言工作人员情感上的疏忽只会使其产生无助感,且分娩时也会产生强烈的孤独与恐惧感,使其缺乏自信,因此很多产妇可能没有信心顺产因而转至剖宫产,增加了剖宫产的概率,无形之中也增加了医疗事故。

2. 助产士人员不足

有研究表明当前阶段我国护理人员储备存在严重不足的情况,很难满足临床需求。由于助产士数量不足,工作人员在工作时压力较大甚至是超负荷,每日单调机械的重复工作,加之助产工作具有很高的责任心与准确性,在工作中护理人员处于极度紧张状态,长时间下去很有可能将自身负面情绪带到工作中。

2 助产士的语言交流技巧

1. 建立好的第一印象

护理人员应高度重视自身外在形象,时刻保持良好的仪容以及精神状态,通过好的外在形象使患者对自己产生良好的第一印象,建立良好的护患关系。若产妇为初次分娩,其必然会产生高度紧张的心情,这是因为初次怀孕家庭都极为重视,但到了生产环节只能独自应对,产生恐惧心理也在所难免,部分产妇因为害怕直接选择剖宫产。这就需要护士在与产妇沟通时以热情、愉快、积极的情绪与产妇沟通,且保持微笑,通过平易近人、和蔼可亲的态度与产妇沟通,不仅从举止上给予关怀,而且还从语言上给予鼓励,让其产生坚定的信心,消除其因为分娩产生的紧张情绪。

2. 应用鼓励性语言

对产妇而言激励性语言对其产生的影响是积极地,且有利于其取得事半功倍的产程效果,尤其是第一产程时宫口时开大 7、8cm 至宫口全开结束第二产程的这段时间中产妇需要承受的疼痛可以说是达到最高点,增强产妇疼痛程度,而这个阶段产妇的耐受力也达到了顶峰,这时若还没有收获

就会降低其自信,就算助产士在一旁指导也无济于事。这时有部分产妇在产床上大声哭闹甚至辗转翻身,需要助产士将产妇情绪稳定下来,应用一些语言鼓励其坚持,使其重新产生自然分娩的自信,主动配合助产士的指导并顺利进行分娩。

3. 应用礼貌性语言

礼貌性语言的魅力是独特的,护患沟通交流时必须应用亲切且又准确的语言。比如助产士第一次要求产妇上产床做各项检查时其基本上都会产生恐惧心理,助产士必须微笑对待产妇并应用一些礼貌用语,让其体会到被尊重,消除其恐惧感与陌生感,这也有利于产妇与助产士顺利沟通。值得注意的是不可应用无法接受的、生硬的语言,主动表达对产妇的体贴,这也可以有效缓解产妇紧张的情绪;主动应用文明用语,必要时说“对不起”,任何事情都用“请”字当先,给产妇产生亲切自然感[12]。若产妇产生任何疑问,助产士都应认真、耐心的倾听,如有必要通过“对”、“是”或者是点头等方式表达自己对对方的理解与肯定,鼓励其说出自己的疑惑,为对其宣教奠定基础。这个过程中助产士应用礼貌性的语言除了表达自己对产妇的尊重之外也突出自身专业的技能与高尚的道德。

4. 应用幽默性语言

语言的交流属于双向的,但应用的方法风格是多变的且可以因人而异,若可以应用风趣幽默且灵活机制的语言也能给产妇提供良好的氛围,缓解产妇及其家属产生的紧张情绪,使产妇可以时刻保持轻松、愉快的心情。但助产士也要注意幽默并不意味着粗俗,需要根据实际情况选择合适的言语。

3 小结

产科是医院一个重要的部门,对医护人员技术要求很高,且具有较大的风险,承受了产妇及其家属较高的期望,很容易发生护患纠纷。近年来医学科学快速发展护理观念很快得到转变,人们也越来越关注身心医学,每个助产士必须掌握高效的与产妇沟通的方法。好的护患交流有利于其及时掌握患者需求,解决其心理问题,提高患者依从性,有利于其早日康复;此外,增强护患亲和力,有效避免不必要的冲

突与麻烦,从患者角度分析维护其利益的通俗有利于助产妇开展助产工作,提高助产工作满意度与工作效率。综上,对产妇而言助产士的语言交流技巧对其产生较大的影响,通过好的沟通技巧将产程缩短,降低产后出血概率、难产率以及剖宫产率。因此,在产妇分娩时助产士应以科学理论为指导,以真诚的心打动产妇,满足其心理、精神等方面的需求,让其顺利分娩。

参考文献:

- [1] 燕美琴,刘亦娜,王娇,等.授权理论对初孕妇疼痛及心理状态影响的研究[J].护理研究,2019,33(16):2869-2871.
- [2] 杨春伶.助产士门诊优质护理对孕产妇分娩情况的影响[J].中国急救医学,2017,37(z2):205-206.
- [3] 涂红星,邱嵘,花芸.助产士主导的体质量管理对妊娠结局的影响[J].护理学杂志,2014,29(21):25-27.
- [4] 杨湘妹,邱嵘,刘茜,等.助产士主导分娩疼痛管理

对分娩结局及疼痛控制满意度的影响[J].重庆医学,2017,46(10):1333-1335.

[5] 翟巾帼,郑艳芳,蔡文智,等.孕产妇对助产士门诊服务需求的调查分析[J].中华护理杂志,2016,51(1):45-48.

[6] 江秀敏,黄欣欣,林艳,等.孕产妇及配偶对男助产士接受程度及影响因素分析[J].中华护理杂志,2016,51(11):1312-1316.

[7] 潘旋,张晶,张邢炜.国外集中群组孕期保健模式的应用研究进展[J].中华护理杂志,2016,51(8):988-991.

[8] 胡菊莲,周临,屠美云.助产士主导的群组孕期保健模式对初产妇自我效能,分娩结局及心理状态的影响[J].护士进修杂志,2020,35(3):210-213.

[9] 瞿佳,欧阳娜,高玲玲,等.我国助产士门诊开展状况的研究进展[J].中华护理杂志,2016,51(11):1356-1356.

[10] 邱嵘,周倩,杨湘妹.助产士主导模式在产前照护中的发展现状及展望[J].护理研究,2016,30(4):385-388.

心理护理在手术室护理中的应用研究

孔德颖 张丹梅 张金慧
武警黑龙江省总队医院 黑龙江 哈尔滨 15000

摘要: 目的: 手术室心理护理对手术患者的效果进行观察研究。方法: 将2019年5月~2020年9月在本院需接受手术治疗的120例患者作为此次研究的研究对象, 使用随机抽签法将这120例患者分为甲组以及乙组, 甲组60例, 乙组60例, 使用常规护理对甲组进行护理, 在常规护理基础上对乙组进行心理护理。对比两组抑郁自评量表(SDS)评分、焦虑自评量表(SAS)评分以及睡眠质量。结果: 在手术结束后3d, 乙组患者SDS评分、SAS评分均比甲组更低, 睡眠质量明显优于甲组, $P < 0.05$ 。结论: 对手术患者实施手术室心理护理具有较为良好的护理效果, 不仅可以在一定程度上降低患者的焦虑及抑郁评分, 并且可以进一步提升患者的睡眠质量, 对患者的术后康复发挥着一定的促进作用, 值得推广。

关键词: 手术室; 心理护理; 手术患者; 应用观察

1 资料与方法

1. 一般资料

将2019年5月~2020年9月在本院需接受治疗的120例患者作为此次研究的研究对象, 使用随机抽签法将这120例患者分为甲组及乙组, 甲组60例, 乙组60例, 其中甲组中有32例男性患者, 28例女性患者, 平均年龄 42.65 ± 12.57 岁; 而乙组中有34例男性患者, 26例女性患者, 平均年龄 43.29 ± 10.88 岁。纳入标准: 患者无重大脏器疾病; 患者精神正常; 均进行手术治疗。排除标准: 妊娠期妇女; 不知晓此次试验。本研究经医院伦理委员会审核, 已获得批准。所有患者及其家属对本次研究知情, 且签署知情同意书。经对比, 两组资料无明显差异, $P > 0.05$ 。

2. 方法

甲组患者给予手术室常规护理, 根据手术及护理指南的要求进行护理, 主要内容是对患者进行健康教育, 宣传疾病相关知识; 术前访视患者, 核对患者个人信息; 详细告知手术注意事项、手术疗效、手术风险等; 术中主动配合医师完成手术; 术后给予患者饮食、康复、疼痛、运动等常规护理。乙组患者在对照组基础上, 再增加心理护理, 具体如下。

第一, 术前护理: 在患者术前1d, 责任护理人员到患者病房进行术前访视, 对患者病情以及术前准备情况进行充分了解, 详细解答患者及家属提出的问题。主动介绍手术相关情况, 使患者对术中、术后可能出现的情况有充分的心理准备, 遇到问题时以积极的态度面对治疗与护理。同时, 讲解手术治疗的必要性和效果, 并援引手术治疗成功案例, 减轻患者思想顾虑, 提高其治疗信心和对医护的信任度。与病房护理人员做好交接, 观察询问患者的心理状态, 对于存在严重焦虑、紧张情绪的患者要特别注意。对患者进行术前医嘱准备, 帮助患者全面了解和做好常规检查、术前准备、手术方案以及注意事项告知等。结合患者的实际情况和心理变化情况, 对患者积极进行心理指导, 以消除患者焦虑、紧张等负面情绪, 以良好的心态配合进行手术治疗。指导患者掌

握身心松弛法、情绪转移法等负性心理情绪疏导方法, 使患者在术前和术后平心静气, 缓解紧张及压抑情绪。

第二, 术中护理: 手术开始前, 护理人员做好手术各项准备, 待患者进入手术室后, 以温和的语言与患者沟通, 主动向患者介绍手术室内环境、手术流程、术中可能出现的情况及解决方案。称呼患者要准确、亲切, 向患者介绍手术医师及麻醉师等的基本情况, 同时, 协助患者上手术台, 交流其感兴趣的事, 转移患者术前麻醉的注意力, 缓解应激状态, 进一步增强患者的信心与依从性。按照麻醉要求帮助患者取手术体位, 安排专人陪伴, 安抚患者, 给予患者心理安全感。对于情绪较激动的患者, 护理人员应注意采取合理的干预方法分散其注意力, 通过握手、轻拍肩部等肢体语言给予患者慰藉和鼓励。麻醉成功后, 护理人员应密切观察患者的术中各项生命体征, 出现不良反立即报告。手术开始后, 轻、快、准、稳地配合手术医生。如果有需要, 术中可根据患者的爱好播放轻柔的音乐, 帮助患者平复心情。同时, 做好患者的身体隐私保护和保暖工作, 保护患者的尊严, 避免患者发生低体温症状。

第三, 术后护理: 手术结束后, 清洁患者身上的血液、药液等痕迹, 及时帮患者穿好或遮盖好衣物。对术后患者的各项指标进行监控, 如果发现患者出现不良情况及时向医生报告。患者清醒后, 护理人员应主动询问患者需求, 并尽可能满足。及时向患者及家属告知手术结果及术后转归情况, 使其放松身心, 消除顾虑, 积极配合进行术后恢复治疗, 必要时可以进行专业化的心理辅导, 如倾听、解释、保证、指导、鼓励等支持性心理治疗技术, 给患者提供个性化的心理支持。指导术后饮食、体位、活动等, 稳定患者情绪。将患者送回病房后, 做好与病房护理人员的交接工作, 告知术后相关注意事项。责任护理人员需定期检查患者手术切口, 对患者的术后恢复情况进行全面掌握。

3. 观察指标

比较两组患者护理前后心率、舒张压、收缩压等临床

相关指标,焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)评分、抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)评分以及护理满意度。

4. 统计学方法

将手术室患者数据纳入 SPSS 23.0 软件中分析, 计量资料(心理应激)比较采用 t 检验, 并以 $\bar{x} \pm s$ 表示 HAMA、HAMD 评分, 计数资料(手术室不良反应)采用 χ^2 检验, 并以 % 表示发生率, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

1. 对比两组患者护理前以及护理后的 SDS、SAS 评分

两组手术患者在护理之前的 SDS、SAS 评分差异无统计学意义($P > 0.05$), 在对患者实施相应的护理之后, 乙组的 SDS、SAS 评分比甲组更低, 且 $P < 0.05$ 。详细对比结果如表 1 所示。

表 1 两组手术患者的心理应激反应评分对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	SDS		SAS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
甲组	60	58.85 $\pm$ 9.32	49.42 $\pm$ 8.93	59.42 $\pm$ 9.73	50.66 $\pm$ 9.55
乙组	60	58.97 $\pm$ 9.46	41.55 $\pm$ 10.65	59.56 $\pm$ 9.98	42.55 $\pm$ 11.45
t		0.057	4.840	0.075	4.424
P		0.953	0.000	0.940	0.000

注: SDS 为抑郁自评量表; SAS 为焦虑自评量表

2. 对比两组患者护理前以及护理后的睡眠质量

在两组患者接受相应的护理干预之后, 乙组的睡眠质量明显比甲组更佳, $P < 0.05$, 详细对比结果如表 2 所示。

表 2 对比两组患者护理前及护理后的睡眠质量($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	护理前	护理后
甲组	60	8.21 $\pm$ 0.65	6.11 $\pm$ 0.34
乙组	60	8.09 $\pm$ 0.18	4.61 $\pm$ 0.11
t		0.081	30.202
P		0.935	0.000

3 讨论

随着精准医学及人文关怀理念的提出, 临床越发重视手术治疗效果及人文精神。手术治疗过程中, 对于手术配合、患者心理、生理状态等指标均有着严格要求, 一旦出现任何纰漏将可能影响到手术治疗效果。且手术创伤后易出现生理疼痛、感染、抑郁等应激反应, 常规护理措施只单一关注到手术治疗, 而未体现出人文关怀精神, 也未对心理应激反应做进一步干预, 为了降低该应激反应的发生率, 有必要规范手术室护理管理工作。本研究显示, 心理管理应用于手术室护理管理中临床效果显著。心理管理是通过掌握患者个体差异化心理特征, 了解患者产生各种负性情绪的原因, 针对性地帮助患者减少或消除不良心理因素, 及时给予患者情感支持, 告知患者发生应激反应的原因, 并指导患者减少或处理应激反应的自护措施, 全方位地提高手术治疗效果, 减少应

激反应及负性情绪发生, 协助患者快速康复。在本次研究中, 甲组以及乙组患者的焦虑评分以及抑郁评分均出现了一定程度的降低, 其中乙组的评分明显比甲组更低, 研究结果说明手术室心理护理能够使患者的不良情绪以及消极心理得到有效的改善及消除, 且大大增强患者治疗康复的信心, 从而使患者的术后康复效果、治疗效果以及手术安全性得到一定程度的保障。除此之外, 本次研究中, 乙组患者的睡眠质量明显比甲组更佳, 说明手术室心理护理能够有效改善患者的睡眠质量, 对患者的术后康复发挥着一定的促进作用。

结束语

综上所述, 对手术患者实施手术室心理护理具有较为良好的护理效果, 不仅可以在一定程度上降低患者的焦虑及抑郁评分, 并且可以进一步提升患者的睡眠质量, 对患者的术后康复发挥着一定的促进作用, 值得推广。

参考文献:

- [1] 朱育青, 黄莉, 赵汝运. 手术室预见性心理护理对老年全麻患者术后负性情绪、认知功能及健康状况的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(18): 64-66.
- [2] 温小晓. 护理质量控制在介入手术室护理管理中的应用效果及不良事件发生率影响观察[J]. 中国急救医学, 2018, 38(21): 364.
- [3] 李婷婷, 陈蓉, 邵蕾, 等. 手术室护理干预对乳腺癌手术患者应激反应与心理变化的影响分析[J]. 心理月刊, 2021, 16(2): 153-154.
- [4] 林星. 心理护理在手术室患者护理中的意义及对术后睡眠的影响[J]. 世界睡眠医学杂志, 2020, 7(11): 1957-1958.
- [5] 罗璟璐, 刘明. 优质护理服务联合心理护理在手术室护理中的应用分析[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2020, 5(26): 9.
- [6] 徐乐平. 术前心理护理在改善手术室患者心理状态和手术耐受性中的应用[J]. 按摩与康复医学, 2019, 10(18): 71-73.

作者简介:

1. 孔德颖, 出生年月: 1986.3.8, 民族: 汉, 性别: 女, 籍贯: 黑龙江哈尔滨, 单位: 武警黑龙江总队医院, 职位: 护士, 职称: 主管护师, 学历: 本科, 研究方向: 护理学
2. 张丹梅, 出生年月: 1977.7.7, 民族: 汉族, 性别: 女, 籍贯: 黑龙江省哈尔滨市, 单位: 武警黑龙江省总队医院, 职位: 护理部主任, 职称: 副主任护师, 学历: 护理本科, 研究方向: 护理学
3. 张金慧, 出生年月: 1983 年 8 月, 民族: 汉族, 性别: 女, 籍贯: 黑龙江哈尔滨, 单位: 武警黑龙江省总队医院, 职位: 护理部助理, 职称: 初级, 学历: 本科, 研究方向: 心理护理在手术室心理护理中的研究

对青少年抑郁症患者及父母进行同步护理干预的效果分析

李莉萍

南宁市社会福利医院 广西 南宁 530003

摘要: 目的: 探讨对青少年抑郁症患者及父母进行同步护理干预的效果。方法: 选取 2018 年 12 月~2019 年 12 月期间在我院接受治疗的 82 例青少年抑郁症患者为观察对象, 按照随机数字表法分组原则将其分为对照组与观察组, 各 41 例。对照组患者及父母接受常规护理干预, 观察组患者及父母接受针对性护理, 比较护理前后两组患者及父母焦虑、抑郁程度。结果: 护理前对照组患者与观察组相比 SDS、SAS 评分差异不大, 但护理后对照组 SDS、SAS 护理评分与观察组相比差异较大, $P < 0.05$, 差异具有统计学意义; 护理前对照组患者父母 SDS、SAS 评分与观察组相比差异不大, 但护理后对照组患者父母 SDS、SAS 评分与观察组相比差异较大, 对比 $P < 0.05$, 差异存在统计学意义。结论: 对抑郁症青少年及父母同步实施针对性护理措施有利于改善其焦虑、抑郁情绪, 值得应用。

关键词: 青少年抑郁症; 同步护理; 干预效果

有研究表明各类重型精神障碍会对患者社会功能产生严重影响^[1]。抑郁症属于比较常见的一种精神障碍, 对患者工作、学习与生活产生严重困扰, 甚至给社会带来沉重负担。综合分析抑郁症的发生原因可知, 其与各方面因素有着密切的联系, 如应对方式、个性特征、神经递质等。青少年对父母而言无论是生活还是精神方面都是全部寄托, 若患有抑郁症等精神障碍, 尤其对父母产生较大的精神危机, 导致家庭成员存在不佳的心理状态。对精神患者而言, 家庭环境无论对其复发还是预后都会产生巨大的影响, 父母在这个过程中作为主要监护人, 必须观察患者病情并及时治疗与预后。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 12 月~2019 年 12 月期间在我院接受治疗的 82 例青少年抑郁症患者为观察对象, 按照随机数字表法分组原则将其分为两组, 即对照组与观察组, 每组 41 例。其中, 对照组男性 23 例, 女性 18 例; 患者最小年龄 12 岁, 最大年龄 18 岁, 平均年龄 (15.67 ± 3.63) 岁。观察组男性 25 例, 女性 16 例; 患者最小年龄 11 岁, 最大年龄 16 岁, 平均年龄 (13.86 ± 3.59) 岁。对比两组患者性别与年龄资料可知差异很小, 可以比较。

1.2 方法

对照组患者及父母接受医院常规护理与健康教育; 观察组患者及父母接受针对性的系统互联干预, 护理过程中不再接受其他心理干预治疗, 具体护理方式如下:

1 建立和谐关系。由护理人员对患者及父母心理状态进行全面评估, 了解患者各方面情况, 如成长过程、家庭关系、临床症状等; 与患者及父母建立和谐关系, 获得患者及父母的信赖, 奠定护理基础。

2 基础护理。建立和谐关系后开展各项基础护理服务, 给患者及父母介绍与抑郁者有关的知识, 如发病原因、发病

率、临床表现、常用的治疗方法和危害等。告知患者及父母定期到医院复检、自行用药相关注意事项, 告知其辨识情绪的方法, 使其可以自主辨识自己的情绪并进行调整。

3 针对性护理。护理人员要认真仔细观察, 了解患者在青春期过渡期存在的问题与可能存在的心理问题, 指导患者正确的与同学、父母以及老师沟通, 增强其治疗自信; 给患者父母介绍青少年身心发展的心理特点, 便于父母及时了解患者进入青春期后的变化, 以此达到改善亲子关系的作用, 便于双方沟通交流^[2]。

1.3 统计学分析

以统计学软件 SPSS20.0 统计分析本文相关数据, 以 $(\bar{x} \pm s)$ 表达计量资料, t 为检验值。若 $P < 0.05$, 则差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组患者护理前后 SDS、SAS 评分

护理前对照组 SDS、SAS 评分与观察组相比差异不大, 但护理后对照组 SDS、SAS 护理评分与观察组相比差异较大, 对比 $P < 0.05$, 差异存在统计学意义, 具体见表 1。

表 1 比较两组患者护理前后 SDS、SAS 护理评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	SDS		SAS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	41	49.64 $\pm$ 2.47	40.31 $\pm$ 3.53	47.93 $\pm$ 3.52	41.74 $\pm$ 3.52
观察组	41	48.76 $\pm$ 2.63	32.54 $\pm$ 3.87	45.93 $\pm$ 3.68	30.65 $\pm$ 3.74
t 值	-	0.68	4.17	1.08	5.99
P 值	-	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.2 比较两组患者父母护理前后 SDS、SAS 评分

护理前对照组患者父母 SDS、SAS 评分与观察组相比差异不大, $P > 0.05$, 但护理后对照组患者父母 SDS、SAS 评分与观察组相比差异较大, 对比 $P < 0.05$, 差异存在统计学意义, 具体见表 2。

表 1 比较两组患者护理前后 SDS、SAS 护理评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	SDS		SAS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	41	46.52 $\pm$ 3.63	37.98 $\pm$ 3.31	46.69 $\pm$ 4.66	38.65 $\pm$ 5.63
观察组	41	45.79 $\pm$ 3.54	30.73 $\pm$ 3.60	44.73 $\pm$ 4.87	29.73 $\pm$ 5.73
t 值	-	0.38	4.16	0.80	3.02
P 值	-	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

3 讨论

抑郁症属于特异性综合征的一种, 严重时导致患者神经功能发生巨大改变, 严重影响患者健康^[3]。青少年患抑郁症后无论对其父母还是对其本身都属于一种负性生活事件, 且其属于一种很强的复性生活应激源, 若父母受不了刺激则可能面临严重的精神危机。患有抑郁症的青少年患病期间其父母也会产生不良情绪, 影响父母健康之外对自身治疗、康复以及情绪同样产生不良影响, 这个过程中父母情绪远比疾病本身影响更大^[4-5]。

本次研究结果中, 青少年抑郁症患者父母 SDS、SAS 都处于较高水平, 究其原因就是父母得知孩子确诊为抑郁症时比较震惊, 很难接受这一事实, 甚至无所适从, 对自身健康产生威胁, 还会产生很大复性情绪。但对青少年及服务实施同步针对性护理后二者 SDS、SAS 评分显著降低, 取得理想的护理效果。

综上, 青少年抑郁症患者及其父母均具有明显的复性情绪, 对患者实施针对性、同步性护理可缓解其不良情绪, 值得推广。

参考文献:

- [1] 兰彬月. 护理干预对青少年抑郁症患者的临床效果研究 [J]. 心理医生, 2017, 23(012):179-180.
- [2] 李柯贤. 对青少年抑郁症患者及父母进行同步护理干预的效果对照研究 [J]. 心理医生, 2017, 23(034):190-191.
- [3] 李宏伟. 引导式护理对干预在校青少年抑郁症效果评定 [J]. 内蒙古医学杂志, 2020, 052(001):91-93.
- [4] 陈奇文, 夏频珍, 赖利丹. 40 例抑郁症患者的心理护理干预及康复效果研究 [J]. 中国高等医学教育, 2016, 231(03):145-146.
- [5] 王二静. 抑郁症治疗中实施认知护理的干预效果 [J]. 心理医生, 2017, 23(035):266-267.

肿瘤科癌性疼痛患者实施疼痛护理的价值

张 彤 孝媛媛

锡林郭勒盟中心医院 内蒙古 锡林浩特 026000

摘 要：目的：对肿瘤科癌性疼痛患者实施疼痛护理的效果进行研究分析。方法：将 2019 年 5 月至 2020 年 5 月期间在我院接受治疗的 68 例肿瘤科癌性疼痛患者作为研究对象，使用随机分配的方法将这 68 例患者分为甲组以及乙组，各 34 例。对甲组使用常规护理进行护理，对乙组使用疼痛护理进行护理，对比 2 组的 NRS 评分以及 ADL 评分。结果：乙组的 NRS 评分比甲组更低，ADL 评分比甲组更高， $P < 0.05$ 。结论：使用疼痛护理来对肿瘤科癌性疼痛患者进行护理具有较为理想的效果，能够在一定程度上降低患者的疼痛感，改善患者的生活质量，值得推广。

关键词：疼痛护理；晚期癌痛；全程化护理

在恶性肿瘤患者的临床症状中，癌性疼痛较为常见，临床医学将其命名为癌痛。癌痛会使患者承受身体上的痛苦以及心理上的折磨，有相关研究结果显示，大概有 51% 至 81% 癌痛患者的疼痛难以得到有效的缓解及控制，这些患者的生存质量普遍不高。随着科学社会的发展，目前临床上对癌症患者的治疗不再仅限于延长患者寿命，更将重点放在如何减轻患者痛苦以及提高生存质量上。常规的基本护理干预是临床治疗必不可少的辅助干预手段，但因其不够全面、针对性不足，患者的疼痛症状无法得到有效缓解，故全面的护理干预模式是医疗工作者探索的重点。随着医疗技术以及医疗水平的提升，有研究人员提出疼痛护理，这种护理方式能够使癌痛患者的疼痛得到一定程度的缓解，同时能够使患者的生活质量得到有效的提升，基于此，本研究主要对肿瘤科癌性疼痛患者实施疼痛护理的效果进行研究分析，现作如下报道：

1 资料和方法

1.1 资料

将 2019 年 5 月至 2020 年 5 月期间在我院接受治疗的 68 例肿瘤科癌性疼痛患者作为研究对象，使用随机分配的方法将这 68 例患者分为甲组以及乙组，各 34 例。在甲组中，有 16 例男患，18 例女患，年龄范围为 36 岁至 77 岁，年龄平均值为 (52.19 ± 4.33) 岁；而乙组中有 18 例女患，16 例男患，年龄范围为 35 岁至 76 岁，年龄平均值为 (51.73 ± 4.81) 岁，经对比，2 组资料无显著差异，可比。

1.2 方法

对甲组使用常规护理进行护理，具体操作为：给予患者相应的药物服用指导、饮食指导以及基本健康知识宣讲教育等。对乙组使用疼痛护理进行护理，具体操作为：第一，健康知识宣讲教育。相关护理人员应当积极为患者讲解介绍疾病疼痛的影响，以此让患者对疾病以及疼痛有更加全面、深入的了解及认知，提升患者的治疗配合度以及护理依从性。第二，皮肤刺激护理。按摩：确定患者的疼痛位置，对此位置实施适度的推拿及按摩，一次十五分钟；热疗：使用

热毛巾来对疼痛位置进行热敷，使患者的炎症发生率降低，进一步改善患者的疼痛；冷疗：在患者的衣服外层放置冰袋，随着时间的推移依次将衣服层数缩减，最终让皮肤和冰袋相贴，一次二十分钟，可交替使用热敷以及冷敷进行护理。第三，疼痛药物护理。护理人员应当严格按照医嘱来为患者提供相应的镇痛药物。每隔 1h 评估一次患者的实际疼痛变化情况，根据患者的实际情况来计算镇痛药物用量。第四，生理护理。化疗是目前癌症治疗的常用手法，但化疗会对患者产生不良反应，增加患者痛苦。首先评估患者疼痛症状程度，了解患者对药物的不良反应和耐受程度，以调整有针对性、合理性化疗及用药方案。指导患者用药，监测用药情况并记录。根据 WHO 推荐的“三阶梯给药原则”指导，第一阶梯为非阿片类镇痛药，如阿司匹林；第二阶梯为弱阿片类镇痛药，若消炎镇痛药物无法缓解患者疼痛程度，则采用麻醉药物镇痛，监测患者疼痛程度，适时调整药物剂量，达到减轻疼痛程度的效果；第三阶梯，强阿片类镇痛药，记录患者疼痛的出现及持续时间，了解其疼痛规律，采用针对性镇痛处理，主要药物为吗啡。在药物镇痛的基础上辅以物理疗法，根据具体情况使用冰袋或热水袋，或外敷清凉镇痛药物、按摩等。第五，心理护理。患者治疗中除面临生理疼痛外，还产生不良心理反应，如恐惧、紧张、焦虑、悲观、抑郁等。医护人员需主动与患者沟通，密切关注患者情绪，鼓励其积极面对疼痛，如开展心理辅导讲座，邀请心理治疗师实行一对一心理指导。仔细聆听患者需求，为患者解疑答问，正确、及时引导患者，转移其对疼痛的注意力，帮助患者放松心情，减轻痛苦，使其树立战胜疾病的信心。同时，对严重晚期癌症患者，护理人员应引导其以平和、坦然、正面的心态面对生命与死亡。第六，环境护理。首先家庭环境，家庭对患者的治疗支持、陪护会影响患者在治疗中的心理状况。医护人员需普及家属健康教育知识，调动家属对患者治疗积极配合，且增加患者的陪护时间。社会环境可视作医护环境，医护人员需建立与患者之间的良好关系，使患者在舒适的医护环境中治疗。入院时，做好患者健康知识教育，制订合理

的护理方案,待患者发生癌痛时,为其进行放松护理,如放松肌肉、深呼吸、听音乐等,缓解患因疼痛而产生的抑郁、焦虑,转移其对疼痛的注意力,使其恢复平和的心理状态,以减轻疼痛程度。同时,指导患者进行科学合理的运动训练,如散步或者简单的四肢活动,达到轻松舒缓的效果。医护人员与家属密切交流,两者充分配合,营造良好的家庭与社会环境,有效进行临床治疗以及相应的缓解疼痛训练,强化患者对癌痛的控制。

1.3 评价指标

使用疼痛数字评分量表(NRS)来评估患者的实际疼痛变化情况,满分为十分,分数愈高说明患者疼痛愈严重。使用日常生活能力评定量表(ADL)来评估患者的生活质量,分数愈高说明患者生活质量愈佳。

1.4 数据分析

数据分析使用 SPSS22.0,用($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,行 t 检验,用(%)表示计数资料,行 $2\chi^2$ 检验,以 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 对比 2 组护理前以及护理后的 NRS 评分

乙组 NRS 评分比甲组更低, $P < 0.05$, 详细对比结果见表 1。

表 1 对比 2 组护理前护理后的 NRS 评分(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数(n)	护理前	护理后
甲组	34	4.59±0.88	2.56±0.54
乙组	34	4.87±0.93	1.62±0.42

2.2 对比 2 组 ADL 评分

乙组 ADL 评分比甲组更高, $P < 0.05$, 详细对比结果如表 2 所示。

表 2 对比 2 组护理前护理后的 ADL 评分(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	活力评分		生理评分		心理评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
甲组(n=34)	55.66±5.12	74.34±6.41	55.22±4.28	72.16±6.33	56.14±4.52	72.16±6.33
乙组(n=34)	55.88±5.23	86.33±6.24	55.34±4.59	85.38±6.63	56.23±4.33	86.55±6.34

3 讨论

长期以来,患者及其家属对癌症疼痛的观念没有从根本上改变过来,认为癌症患者就应该疼痛,对疼痛应该能忍就忍,害怕应用吗啡,怕成瘾,怕出现副作用,这种观念让很多癌症患者忍受巨大的疼痛走完人生的最后一程,生存质量差,这些错误的观念必须从根本上予以改变。癌症患者

可以要求止痛治疗,医务人员用药物控制患者的疼痛,家庭护理中运用物理和心理治疗的方法分散注意力,减轻疼痛,尽量做到让癌症患者无疼痛,活的有尊严,有质量。随着患上癌症的人数逐渐增多,提高了对临床护理的要求。癌症患者会伴有较为严重的癌性疼痛,由于不同患者的体质也各不相同,因此,癌痛患者的疼痛程度也会具有一定的差异性,在临床护理中,需要通过护理手段来使患者的疼痛得到有效的缓解,而疼痛护理是一种通过对患者的疼痛程度进行全方位、深入的评估测定,为患者提供健康知识宣教教育、皮肤刺激护理、疼痛药物护理以及心理护理的新型护理模式,因此,护理人员应当积极将疼痛护理应用到癌性疼痛患者的护理中。癌症患者的疼痛症状是指肿瘤直接引起或肿瘤治疗中所引发的疼痛,且出现进行性或间歇性的疼痛。肿瘤侵犯或压迫神经,破坏器官功能系统等,引起局部坏死、溃疡、炎症,治疗过程中疼痛部位需要修复或调节,信息传到神经中枢后引起的疼痛感觉,是造成晚期癌症患者主要痛苦的原因之一。癌症疼痛会引发患者在治疗过程中的应激反应。同时引起对治疗抗拒、焦躁、抑郁等消极心理反应,增加患者痛苦,生活质量受到影响,尤其晚期癌症患者的心理承受压力较普通患者更低,受到影响更大,甚至产生放弃生命的消极心理。近年来,提出生物-心理-社会、以人为本的等医学护理模式,医护工作者不仅治疗患者生理上的病痛,更关注患者的心理、营造舒适医疗环境为己任。

综上所述,使用疼痛护理来对肿瘤科癌性疼痛患者进行护理具有较为理想的效果,能够在一定程度上降低患者的疼痛感,改善患者的生活质量,值得推广。

参考文献:

[1] 丁蓉. 肿瘤科癌性疼痛患者实施疼痛护理的价值[J]. 医学食疗与健康, 2020,18(24):89-90.

作者简介:

张彤,性别:女,民族:汉族,出生年:1987.05,籍贯:山东省莱阳市,职称:护师,学历:本科,研究方向主要从事:肿瘤护理。

孝媛媛,女,汉族,出生年:1986.05,籍贯:内蒙古赤峰,职称:主管护师,学历:本科,研究方向:肿瘤化疗,放疗,靶向治疗护理,癌症晚期患者优质护理,疼痛治疗护

临床护理路径在眼科白内障患者护理中的临床应用探讨

张瑞芳

甘肃省庆阳市人民医院 甘肃 庆阳 745000

摘要: 目的: 通过对临床护理路径进行研究, 分析其在白内障手术中的护理效果和对患者满意度的影响。方法: 选取我院 2019 年 3 月—2020 年 7 月期间收治观察, 共 60 例白内障患者为研究对象, 将患者按随机数表法分为两组, 研究组与对比组各 30 例。研究组实施临床护理路径方式进行干预, 对比组实施常规护理进行干预。治疗后分别对两组患者进行焦虑抑郁评分、并发症发生率以及患者满意度评分对比。结果: 研究组患者的护理效果以及满意度明显高于对比组患者, 两组之间比较存在的差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 对白内障患者实施临床护理路径能够有效缓解患者焦虑、抑郁的情绪, 降低并发症发生率, 护理效果显著, 患者对于该护理的满意度较高, 值得临床推广应用。

关键词: 护理配合; 白内障手术患者; 治疗效果; 生存质量; 满意度

白内障在临床上属于常规眼科类疾病, 临床症状表现为视线模糊, 病情发展严重的会致患者失明, 严重的会影响到患者的生活质量。临床多采用手术治疗白内障患者, 为了辅助白内障患者的治疗, 白内障患者在手术期间, 护理人员均会给予相应的护理管理。白内障是临床发生率较高且比较严重的一类眼科疾病, 多种因素均可导致白内障的发生, 如老年因素、免疫代谢因素、局部营养障碍因素、辐射因素、外伤因素等等, 因以上各种因素导致晶状体代谢紊乱, 晶状体蛋白质变形从而出现浑浊情况, 使得患者出现视物模糊、视力降低、眩光等相关临床症状^[1]。白内障也是因病致盲的重要原因, 极大影响患者的正常生活。发病早期, 主要是通过药物治疗使相关临床症状得到缓解, 而疾病发展到中后期之后, 手术治疗方案则比较常用。对于手术患者来说, 要想使其受到比较理想的手术效果, 需要确保较高的临床治疗以及护理质量^[2]。本研究将在本院眼科接受治疗的白内障患者作为研究对象, 实施了眼科临床护理路径, 收到了比较明显的护理效果。本文对相关护理情况进行报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究以我院 2019 年 3 月—2020 年 7 月接收的 60 例白内障患者为研究对象。将患者按随机数表法分为两组, 研究组与对比组, 研究组患者 30 例, 其中男性患者 16 例, 女性患者 14 例, 年龄 48—76 岁, 平均年龄 (52.5 ± 6.5) 岁, 实施临床护理路径方式进行干预。对比组患者 30 例, 其中男性患者 17 例, 女性患者 13 例, 年龄 49—78 岁, 平均年龄 (54.5 ± 6.5) 岁, 实施常规护理进行干预。研究组与对比组患者的基本资料并无明显差异, 有着可比性 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对比组

对比组实施常规护理进行干预, 首先医护人员需要对患者展开健康宣教, 避免患者出现紧张、不安的情绪, 应告知患者手术过程, 护建立患者的手术信心。术后密切观察患者的眼部情况, 并做好眼部护理。对患者及家属做出用药指

导, 解决患者的疑难问题。

1.2.2 研究组

研究组实施临床护理路径方式进行干预, 具体护理如下: 术前护理:

(1) 心理干预: 护理人员需要面带微笑、积极的同患者交流, 在此过程中掌握患者内心真实状况, 寻找导致出现负面情绪的根源, 耐心开展疏导工作, 手术后还需要实时监测各项相关指标, 便于能够及时发现异常情况。(2) 健康教育: 由于大部分患者对于白内障疾病以及手术治疗方法了解较为片面, 内心极易出现紧张、焦虑等负面情绪, 所以护理人员要做好健康宣教工作, 帮助患者纠正错误认知; 在此过程中, 护理人员需要结合患者文化程度、理解能力等情况, 选择最为合适的语言方式开展。(3) 完善机制、提升素质: 首先, 需要制定出完善的工作流程, 每位护理人员需要明白自身职责, 然后结合患者实际情况开展相应护理服务; 其次, 定期开展护理人员专业知识培训工作, 便于能够增强应对突发事件等的的能力; 最后, 还需要加强沟通技巧培训, 有利于降低护理纠纷事件发生率, 并每个月进行培训考核, 予以奖惩制度干预。(4) 嘱咐患者定期检查: 为进一步改善预后, 护理人员需要嘱咐并监督患者定期行尿常规、血常规等检查, 便于能够实时掌握视力恢复情况等。(5) 健康宣教, 患者进入我院准确手术前, 护理人员要帮助做好术前检查, 将手术注意事项告知家属, 使他们能够掌握一定手术知识, 获得心安, 消除内心的紧张、恐惧、不安的情绪。(6) 术前准备, 手术前的心理疏导是十分重要且必须要的, 护理人员需要对患者的心理状态进行评估, 结合评估结果, 安抚患者, 减轻患者压力。(7) 术中护理, 术中, 护理人员需要与医生进行密切配合。首先, 护理人员应当对患者术中的生命体征进行持续监测, 注意了解生命体征变化情况, 及时向医生进行异常情况的汇报, 协助医生进行及时有效的处理, 使手术安全性、手术效果更好地获得保障。(8) 术后护理, 术后不同时间段的护理措施有所不同, 术后 2h, 护理人员对患者的生命体征做好观察监测,

可以指导患者适当进食。食物应当清淡、容易消化。通过观察、询问,了解患者的眼部情况,对于有流泪、疼痛等异常情况的患者,需要及时将患者情况汇报给主治医生,使患者得到及时有效的对症处理^[3]。术后 1-2d,护理人员和患者多沟通,对患者的情绪状况仔细评估,多鼓励患者,指导患者术后注意事项、用药知识等,让患者能够放松心情,积极配合医护人员的各项工作。另外,对于清洁患者眼部的工作,护理人员需要让患者家属掌握正确方法,让他们配合护理人员做好对患者的护理工作,操作时确保无菌要求彻底落实,防止发生感染现象。患者出院时,护理人员对患者出院后的注意事项、饮食原则等进行详细指导,告知患者若有不适及时就诊^[4]。

1.3 观察指标及评定标准

本次研究观察指标包括: 研究组、对比组患者的焦虑、抑郁评分; 研究组、对比组患者并发症情况; 研究组、对比组患者满意度评分。

1.4 统计学方法

本研究所有数据均采用 SPSS13.0 统计软件进行数据统计,计量资料采用 t 进行检验,计数资料用 % 表示,采用 χ^2 进行检验, $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 研究组、对比组患者的焦虑、抑郁评分

根据判定标准进行数据统计,研究组 30 例患者在临床护理路径干预后焦虑评分为 (35.36 ± 3.64) ,抑郁评分为 (31.73 ± 3.22) 。对比组 30 例患者的焦虑评分为 (42.47 ± 3.75) ,抑郁评分为 (43.06 ± 3.15) 。结果显示研究组患者的心理情况明显优于对比组患者。两组之间具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.2 研究组、对比组患者并发症情况

研究组 30 例患者在临床护理路径干预后出现 1 例角膜水肿,并发症发生率为 3.3%。对比组患者在常规护理干预后角膜水肿 3 例,浅前房 1 例,虹膜炎 1 例,并发症发生率为 16.7%,结果显示研究组患者的并发症发生率明显低于对比组患者。

2.3 研究组、对比组患者的满意度根据判定标准进行数据统计,研究组患者在临床护理路径干预后满意度评分为 (93.35 ± 3.12) 分,采用常规护理的对比组患者满意度评分为 (82.85 ± 3.86) 分,结果显示研究组患者满意度明显高于对比组。两组之间具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

在眼科疾病中,由于衰老导致出现的一种典型退行性病变是白内障。除此之外,其还与辐射、血管硬化、局部营养障碍、遗传因素等之间存在紧密联系,会影响晶状体正常代谢,从而降低视力^[5]。白内障患者目前发病率显著提高,它的临床病理特征主要为晶状体代谢紊乱^[6]。发生这类症状

的原因可能是晶状体局部的营养发生障碍,老化,外伤辐射等。如果没有得到有效控制,晶状体蛋白质会逐渐变性而发生混乱。导致视物模糊产生白内障。随着社会的发展,目前对临床护理理念的不慢深入,以及患者对护理要求的日益增长,临床护理路径干预管理在白内障患者的手术管理中应用越来越广泛。临床护理管理路径主要以患者为中心护理人员开全面地护理^[7]。

白内障手术是治疗白内障的常用手段,随着临床医学技术水平的不断提升,白内障手术效果也得以提升。但是患者受到病情的影响,加之手术的创伤性,使其容易产生畏惧心理。此外,白内障手术后若得不到良好的护理,也会对手术效果产生较大的负面影响。因此,需要不断提升眼科护理质量,使白内障手术患者获得更为优质的护理服务。这就需要常规性护理模式做出变革,使护理服务能够更好的满足临床治疗以及患者方面的身心需求。临床护理路径是近年来兴起的一种新型护理模式,结合患者实际情况制定详细的护理计划,按照护理路径表有序的开展护理工作^[8]。该护理措施能够保证护理工作的连续性、系统性、全面性、针对性,促进护理质量以及护理效率全面提升。本研究通过在眼科白内障患者中实施临床护理路径,使得患者的住院时间显著缩短,治疗费用明显降低,因此患者对该护理模式具有较高的满意度。

参考文献:

- [1] 李美英,吴惠如,吴赛,等. 眼护理临床护理路径在老年性白内障患者围手术期视力恢复的应用[J]. 黑龙江医药,2020,33(06):1464-1466.
- [2] 利娇. 临床护理路径在老年性白内障患者围手术期的应用效果[J]. 河南医学研究,2020,29(29):5532-5533.
- [3] 黄永珍. 临床护理路径在眼科白内障患者护理中的应用价值分析[J]. 实用临床护理学电子杂志,2020,5(23):73.
- [4] 张菊芬. 临床护理路径在眼科白内障患者护理中的应用效果[J]. 中国实用医药,2020,15(14):183-185.
- [5] 张睿. 临床护理路径在眼科白内障患者护理中的临床应用探讨[J]. 中国医药指南,2020,18(14):273-274,277.
- [6] 胡丹丹. 临床护理路径在眼科白内障患者护理中的临床应用[J]. 心理月刊,2020,15(13):128.
- [7] 郭丽莹. 临床护理路径在白内障患者护理中的应用及效果评价[J]. 中国医药指南,2019,17(36):303-304.
- [8] 荆瑞敏,王媛媛. 临床护理路径对眼科白内障手术患者疾病知识掌握情况及护理满意度的影响[J]. 临床医学工程,2019,26(10):1439-1440.

作者简介:

姓名:张瑞芳,(出生年)1972年,性别:女,民族:汉族,籍贯:甘肃省庆阳市,职称:副主任护师,毕业院校:中央广播电视大学,学历:本科,研究方向主要从事:眼科护理,邮箱:979588654@qq.com

抑郁症患者管理研究进展

李莉萍

南宁市社会福利医院 广西 南宁 530003

摘要: 抑郁症属于临床上比较常见的精神障碍之一, 对患者生活产生严重影响, 还可能给家长甚至社会造成较大的负担。因而很有必要采取有效的护理干预, 最大程度降低复发风险, 促进其早日回归到正常生活中。基于此, 本文综合分析了对抑郁症医院护理、社区与家庭护理, 供参考。

关键词: 抑郁症; 护理; 管理

目前全球抑郁者患者已经超过 2.64 亿, 临床症状因而而已, 因而很容易被忽视, 比较常见的就是感到比较难过且对曾经喜爱的事物失去热情, 且持续时间至少两周^[1]。部分抑郁症患者可能存在想要自杀, 或者是真的自杀自残等, 给家庭与社会造成不利影响。由于该疾病具有病程长、护理难度不高等特点, 需要社区、家庭与医院多方共同参与管理, 因而本文就这个问题进行如下综述。

一、医院护理

1. 环境与安全管理

第一, 环境管理。给抑郁者患者营造舒适的病房环境, 将其安置在整洁、舒适且阳光充足且温度适宜的治疗修养环境, 整齐摆放各种室内物品, 确保病房干净整洁; 病房墙壁色彩应以明快色彩为主, 有效改善患者不良情绪。第二, 安全管理。部分患者可能存在自杀、自虐等倾向, 很有必要保证抑郁症患者住院期间的安全。尽可能将患者安置在抑郁观察到的病房, 避免存在单人居住的情况, 保证患者可以 24h 在护理人员的视野范围内活动。及时收回入院患者携带的各种危险物品, 如剪刀、绳子、刀具等, 叮嘱家属不要将各类危险物品携入病房, 避免存在不安全因素。严格管理病房门窗、药品以及锁等, 定期做好安全检查工作, 如发现禁忌品应及时消除。

2. 认知干预

由于抑郁症患者自我评价不高, 加之其高估面临的危险与困难, 因而焦虑、抑郁等情绪更为明显。护理人员应主动给患者详细地介绍抑郁症发病原因、治疗方法以及康复措施, 鼓励患者以积极的心态面对疾病^[2]。在专业心理治疗师的指导下以患者熟悉的生活事件着手分析患者以往应对方式中的歪曲认知方式与自动思维, 让其正确看到自身存在的问题如工作能力降低、心理痛苦与躯体不适等。指导患者应用科学合理的方式思考问题, 让其意识到自身的优缺点, 帮助其形成合理的认知方式。教给患者正确的自我减压与调节情绪的方法, 鼓励其以乐观、积极的态度面对生活, 增强其治疗自信心。

3. 心理护理

近年来医学模式发生了巨大转变, 在此背景下心理护

理干预对抑郁症患者而言发挥着越来越重要的作用, 除了可以了解患者病情之外还可以激发患者治疗主动性。有研究表明与药物治疗相比患者更愿意接受心理治疗。

3.1 构建良好护患关系

要想取得良好的治疗效果护理人员必须取得护理人员的信任。抑郁症刚开始入院时存在严重的负性情绪, 加之其对新的环境产生陌生感, 很容易存在不良情绪, 如恐惧、紧张、交流等。针对这个问题, 护理人员应理解患者, 以和蔼可亲、热情的态度给患者及其家属介绍有关的信息, 获得患者的信任。在之后的接触中应以耐心、亲切等语言安慰患者, 以沉默的方式陪伴患者, 让其感受到安全与被尊重, 切不可催促患者回答问题, 给其营造轻松、愉快的氛围。部分患者可能比较孤僻, 抵触沟通等, 护理人员应适当表达自身不良情绪与需求, 应用肢体语言表达对患者的支持与关心, 给其更多理解与体谅, 获得患者的信赖。

3.2 共情护理

护理人员与患者焦虑过程中可通过肢体动作、语言等让患者意识到自己被外界理解与认可; 学会换位思考, 凡是从患者角度看待问题, 体会抑郁症给患者带来的痛苦。整理患者资料并将其归档, 深入了解患者各项信息, 如病情、性格与变化等, 以其为基础开展各项工作。若不确定自己是否可以理解患者医院, 可通过和蔼可亲的语气询问患者, 引导其进一步思考。

4. 生活与睡眠护理

对患者进行监督, 协助其个人生活, 让其保证充足的营养、睡眠与休息, 给其一定的照顾。制定针对性的饮食计划, 尽可能食用富含纤维素的食物, 督促患者进食, 尽可能少食多餐, 满足机体需要。部分患者容易存在早醒、入睡困难等问题, 需要给患者营造安静、舒适的睡眠环境, 指导患者正确的促睡眠方法, 比如白天适当运动, 控制午休时间, 睡前可以喝杯热牛奶或用手泡脚, 提高睡眠质量^[3-4]。

二、社区与家庭护理

1. 社区护理

社区护理最主要任务是给患者宣传抑郁症基本的知识以及相关强化患者对自身情况的了解, 及时进行治疗。社区

护士应全面评估患者近段心理状态,加大心理支持力度,给患者更多鼓励,让其以积极的态度面对,使其树立战胜疾病的信心。

2. 家庭护理

出院后的治疗与护理同样需要注意,离不开家庭成员的精心护理,这有利于巩固患者临床疗效,而且还可以防止复发。对患者而言,家庭护理有利于改善其社会功能,有利于其康复,需要家庭成员除了给患者提供生活方面的护理之外还要给其情感支持,确保患者安全,提高其治疗信心。

2.1 心理护理

营造和谐的家庭氛围,与其交流时以真诚、理解以及和善的态度进行,让其意识到自己可以得到家人的认可。主动与其沟通,鼓励其表达自己真实的想法,耐心的指导并给其帮助,让其感受到自己被尊重也被理解。

2.2 生活护理

家长应给家属提供良好的生活照料,监督患者按时进食,保证充足的营养;协助患者做好个人卫生工作,树立良好的个人形象;鼓励患者白天适当运动,鼓励其多参与社交团体活动;给其提供安静、舒适的睡眠环境,提高其睡眠质量;叮嘱患者按时服药,观察有无发生不良反应^[5]。

三、小结

近年来全球抑郁症人数逐年增加,无论给患者本人、家庭还是社会都造成较大的负担与压力,因而很有必要采取有效的护理干预促进患者快速康复。本次研究医院护理、社区与家庭护理两方面着手进行分析,由此可知若可以在早期发现该疾病并采取有效治疗则有利于患者早日康复。所以,当前背景下护理人员应加大筛查抑郁症力度,建立完善的护理模式。

参考文献:

- [1] 李彦博,刘庆奇,黄晓玉,等. 开放式管理对住院抑郁症患者康复的影响 [J]. 中国医院统计, 2017, 3(24):48-50.
- [2] 钟盈花,龚玲,胡建军,等. 375 例稳定期抑郁症患者情绪管理能力调查分析 [J]. 海南医学, 2018, 29(004):572-575.
- [3] 陈丽. 支持型自我管理在抑郁症患者康复期的应用效果 [J]. 临床医学研究与实践, 2019, 4(033):165-167.
- [4] 谭秋. 在抑郁症患者康复管理中应用支持型自我管理模式的自我评价 [J]. 世界最新医学信息文摘 (电子版), 2019, 19(074):381-382.
- [5] 高盈. 开放式病房管理模式对抑郁症患者康复效果的影响 [J]. 中医药管理杂志, 2018, 26(12):122-124.

流浪精神病患者身份识别差错成因分析及改善途径

农春菊

南宁市社会福利医院 广西 南宁 530005

摘要: 目的: 分析流浪精神病患者身份识别差错的原因, 探索减少患者身份识别差错的有效途径。方法: 2018 年 4 月至 2018 年 10 月选取我院 80 例流浪精神病患者作为研究对象, 由 10 名护士成立专案小组, 通过现状把握、目标设定、要因分析、对策拟定、对策实施的方法, 从而分析流浪精神病患者身份识别差错成因及改善途径。结果: 通过对随机抽取 80 例流浪精神病患者的身份识别, 由改善前的未规范执行 1131 例, 占比 20.19%, 下降到 458 例, 占比 8.18%, 基本消除安全隐患, 从源头上把控住流浪精神病患者身份识别差错风险。结论: 提高流浪精神病患者的身份识别率能有效降低不良事件的发生, 保障病人的安全, 提高患者满意度, 值得进一步推广。

关键词: 身份识别差错; 流浪精神病患者; 成因分析; 改善途径

护理工作 是医院医疗护理工作的重要组成部分, 其质量的好坏直接影响治疗病人的预期效果。护理患者首要任务就是识别患者身份, 因身份识别错误而导致的差错造成医疗事故是无法估量的。流浪精神病患者因思维、情感、智力低下、行为及语言表达能力等方面存在不同程度的障碍, 大部分患者无法准确陈述其个人身份信息, 受精神症状支配出现冲动、暴力等行为时根本无法配合病房管理及护理工作, 给患者身份识别的准确性带来极大困难, 同时影响患者治疗的安全性。因此, 开展专案活动, 通过有效途径, 有计划、有目的地针对开展流浪精神病患者身份识别, 及时消除安全隐患, 从而保护患者及护理人员的人身安全。

1. 研究对象与方法

1.1 研究对象

选取 2018 年 4 月至 2018 年 10 月我院 80 例流浪精神病患者作为研究对象, 成立专案小组, 用不同的识别方法对流浪精神病患者身份识别差错进行数据收集。

1.2 研究方法

1.2.1 成立专案小组

由护士长担任辅导员, 组长 1 名, 组员 8 名, 共 10 名护士成员。通过执行基础护理、技术操作、工娱治疗项目对 80 名住院流浪精神病患者进行身份识别规范执行率数据采集, 记录每一天身份识别差错情况。采集数据分别使用执行治疗时实施两种身份识别方法、实行双向核对、执行患者身份识别确认流程、患者佩戴腕带、实行双人核对共 5 种识别方式。

1.2.2 数据统计分析

根据柏拉图分析法的“二八定律”, 选定 80.0% 为改善重点, 结合小组成员通过 5.3.1 评分法评定出组员能力, 计算此次专案活动的目标值, 统计改善前、改善中、改善后的目标效果, 以便进一步分析护理人员对患者身份识别差错存在的原因。

2. 结果

为期 6 个月的专案实施, 通过多种途径, 改进护理措施, 规范识别流程, 优化身份识别方法, 从原来未规范执行数 1131 例次下降到 458 例次, 为病区患者乃至护理人员的人身安全奠定基础, 从源头上把控流浪精神病患者身份识别差错风险, 达到改善目标。

2.1 流浪精神病患者身份识别差错改善前现状, 采集到 2018 年 4 月 1 日至 4 月 14 日共 1131 例次未规范执行数, 其中, 未规范佩戴腕带占比最大, 结果见表 1。

表 1 流浪精神病患者身份识别差错改善前统计表

采集项目	正确例数 (人次)	未规范执行 例数(人次)	百分比	累 计 百 分 比
病人配戴腕带	786	334	29.53%	29.53%
实施两种身份 识别方法	802	318	28.12%	57.65%
执行患者身份 确认流程	867	253	22.37%	80.02%
未行双向核对	982	138	12.20%	92.22%
进行双人核对	1032	88	7.78%	100.00%
合计	4469	1131	20.19%	

2.2 流浪精神病患者身份识别差错改善中现状, 采集到 2018 年 7 月 1 日至 7 月 14 日共 877 例次未规范执行数, 同比改善前数据差错率都有所改善, 结果见表 2。

表 2 流浪精神病患者身份识别差错改善中统计表

查检项目	正确例数 (人次)	未规范执行 例数(人次)	百分比	累 计 百 分 比
实施两种身份 识别方法	835	285	32.50%	32.50%
病人配戴腕带	919	201	22.92%	55.42%

执行患者身份确认流程	922	198	22.58%	78.00%
实行双向核对	1002	118	13.45%	91.45%
实行双人核对	1045	75	8.55%	100%
合计	4723	877	15.67%	

2.3 流浪精神病患者身份识别差错改善中现状, 采集到 2018 年 10 月 6 日至 10 月 19 日共 458 例次未规范执行数, 改善后期效果明显, 结果见表 3。

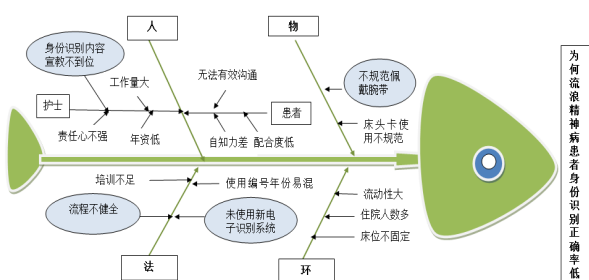
表 3 流浪精神病患者身份识别差错改善后统计表

查检项目	正确例数 (人次)	未规范执行 例数(人次)	百分比	累计百分比
实行双向核对	989	131	28.60%	28.60%
执行患者身份确认流程	995	125	27.69%	55.89%
实施两种身份识别方法	1008	112	24.45%	80.35%
病人配戴腕带	1069	51	11.14%	91.48%
实行双人核对	1081	39	8.52%	100%
合计	5142	458	8.18%	

3. 讨论

通过鱼骨图(见图 1)反映出供养病区医患关系, 制度落实不到位, 甚至受到环境因素制约, 即使有相应的制度, 要把流浪精神病患者的身份识别差错风险控制为零是有一定难度, 但通过护理人员干预, 形成一套适合于病区的规范操作流程和识别方法, 是很有必要的。

图 1 流浪精神病患者身份识别差错原因分析鱼骨图



3.1 护理工作人员原因

上述表 1、表 2、表 3 显示: 护理人员对流浪精神病患者身份识别内容模糊不清, 相应的知识宣讲不到位, 未定期对护士进行患者身份识别的抽查。对精神病患者身份识别方法单一, 电子系统面部识别可行度不高, 且操作流程不健全等方面因素是造成身份识别差错的主因。

3.2 流浪精神病患者结构原因

南宁市社会福利医院供养病区主要承担南宁市民政对象的收养收治工作。其中, 主要收治的对象为无主病人, 即精神异常、生活无着落、无家属陪伴、患有疾病的流浪病人、聋哑智力低下等情形的病人。无主病人与普通住院患者不同, 大部分患者无法陈述其身份信息, 大多数病人不配合身份识别, 未能规范化佩戴腕带, 如果护士不能正确对患者进行身份识别, 护理工作上存在很大的安全隐患。

3.3 病区环境因素的影响

病区患者人数较多, 大部分患者无自知力或自知力不全, 医护人员与患者的沟通受阻, 患者的床位不固定, 流动性大, 医护人员进行身份识别存在一定的难度。

4. 改善途径

4.1 规范身份识别操作流程

查阅资料并借鉴有效身份识别流程。组织护士对借鉴身份识别流程进行讨论, 总结出适合病区的身份识别流程。组织护士学习, 并严格按照流程去进行身份识别。

4.2 加强护理人员专项培训

收集整理流浪精神病患者身份信息及面部行为特征, 将患者按年份、个人特征整理归类、记录, 制作患者身份识别内容, 将身份识别健康宣教内容制作成黑板报, 加强专项理论学习, 讨论病区往年因身份识别错误造成的护理差错案例, 吸取教训, 引起重视。

4.3 患者腕带规范化管理

将每位患者基本信息准确无误整理填写至手腕带, 统一为患者正确规范佩戴手腕带并教会其佩戴方法。定期组织患者进行手腕带认识的健康宣教, 示范手腕带佩戴方法, 采取有奖问答方式加深患者对手腕带的记忆和认识。由组员每周五统计未佩戴腕带患者名单, 每周六统一为未佩戴腕带的患者佩戴腕带, 如未统计期间患者手腕带脱落, 当班护士发现后应立即为其填写并及时佩戴。精神病患者容易拉扯腕带导致脱落, 或个人卫生行为导致腕带不够清晰, 需定期统一更换腕带, 以便能够及时清晰地识别身份。

4.4 电子系统识别与双人核对相结合

挑选并采购用于本病区的电子面部、指纹身份识别机。组织护士学习机器的性能及使用方法。告知患者使用机器的目的及采集的方法, 取得患者的配合后录入患者基本信息。在日常护理工作中采用电子面部, 指纹身份识别与双人核对相结合的方式, 提高身份识别的正确率, 减少护理工作程序。

4.5 加大身份识别抽查力度

通过半年多的专案活动, 所在病区精神病患者身份识别有了明显改善, 达到了预期效果, 但力度还远远不够, 把精神病患者身份识别作为日常护理管理的一项重要内容, 坚持不懈地抓下去, 不定期抽查护理人员掌握情况, 更新工作观念。

5. 结论

开展专案活动,流浪精神病患者身份识别正确执行率从 20.19% 下降到 8.18%,改善效果明显,但仍未达到 100%,还需要继续推进此项活动。通过多种途径,认真解析造成对患者身份识别差错的原因,制定改善措施,规范识别流程,优化身份识别方法。同时,提升护士责任心,自觉运用规范的身份识别制度和培养良好的查对习惯,避免不规范或无效的核对过程,既保障了护理质量及安全,又保证了患者治疗的安全性和合法利益,从源头上把控流浪精神病患者身份识别差错风险,为医护人员及患者的安全保驾护航。

参考文献:

- [1] 冯成梅,林玉筠.护理不良事件的原因分析与对策研究.护士进修杂志,2014,29(12):1089—1091
- [2] 程凤敏,袁陈海,啸袁郎,云琴袁等降低病区护理给药前患者身份识别缺陷率的实践与效果[J].中华护理杂志,2012,47(1):52-54
- [3] 许薇,黄艺仪,张晓燕.等.身份识别卡在门诊输液患者持续质量改进中的应用[J].中华现代护理杂志,2015,21(19):2335-2338
- [4] 唐森尤,韦美群,蓝庆乐,罗彩.品管圈在提高患者身份识别执行率中的应用效果.世界临床医学.1009—3389(2017)08—0191

潜伏性结核感染诊断方法的研究新进展

周方斌 汤冬娥 蔡晚霞

深圳市人民医院 (暨南大学第二临床医学院, 南方科技大学第一附属医院) 临床医学研究中心 广东 深圳 518020

摘要: 全球每年有近 1000 万人感染结核, 其中只有少部分人发展为活动性结核, 绝大部分表现为潜伏性结核感染 (LTBI)。研究表明高达 85%-90% 新诊断的活动性肺结核是由结核菌素试验 (TST) 阳性的 LTBI 演变而来。因此, 及时、准确地诊断和治疗 LTBI 患者是控制结核传播的最有效手段之一。本文对国内外结核潜伏感染的诊断方法及其新进展进行综述。

关键词: 潜伏性结核感染; 诊断方法; 研究进展

结核病 (Tuberculosis) 是由结核分枝杆菌复合群 (Mycobacterium Tuberculosis Complex) 感染引起的、以呼吸系统感染为主的传染性疾病¹。据估计, 全球有近 1/3 人口感染结核分枝杆菌, 2019 年, 全球有 1000 多万新发病例, 至少有 120 万人死于该病。我国仍是全球 30 个结核病高负担国家之一, 每年新发结核病患者约 80 多万例 (占 8.4%), 位居世界第三²。2014 年发表于《柳叶刀》杂志的一项基于 QuantiFERON-TB Gold In-Tube (GFT) 检测结果的临床研究表明, 我国总体结核潜伏感染率为 18.8%³。全球结核感染者中有超过 95% 以上表现为潜伏性结核感染 (latent tuberculosis infection, LTBI), LTBI 患者如不进行相应治疗, 有 5%-10% 的风险会在其人生的某个阶段发展为活动性结核。因此, 准确及时诊断和预防性治疗潜伏性结核感染患者, 对于结核病的防控具有十分重要的意义。

目前对于 LTBI 的诊断仍缺乏统一的标准和方法, 因此, 很难在没有出现临床症状的健康人群中快速检测出 LTBI 患者。国内外诊断 LTBI 的手段主要包括结核菌素试验 (tuberculin skin test, TST) 和 γ 干扰素释放试验 (IFN- γ release assays, IGRAs)⁴。两者均是通过识别结核潜伏感染引起的宿主适应性免疫反应来评价结核感染情况, 但这种适应性免疫不是潜伏性结核感染所特有的⁵。此外, 其他用于 LTBI 诊断的标志物和方法也相继被报道。本文将就 LTBI 诊断方法新近的研究进展进行简要综述。

1、结核菌素试验 (TST)

一个多世纪以来, TST 是进行 LTBI 筛查的唯一手段。现行 TST 是将结核菌素的纯蛋白衍生物 (PPD) 注入人体前臂皮下, 通过测量皮肤硬结程度判定结果⁶, 一般将 PPD 强阳性或短期内从阴性转为阳性, 而无临床结核病证据者判断为结核菌潜伏感染者。虽然 TST 费用低廉, 获得广泛使用, 但由于 PPD 是一个抗原混合物, 其中有 200 多种抗原同样存在于牛结核分枝杆菌、BCG、以及一些非结核分枝杆菌菌株中, 这就造成与接种 BCG 以及感染非结核分枝杆菌的人群存在交叉反应, 从而降低了 TST 的特异度。此外, 在特殊人群中, 如慢性肾脏疾病、HIV 感染、或服用免疫抑制剂

的人群中易造成假阴性结果, 敏感性受到限制。

2、 γ 干扰素释放试验 (IGRAs)

IGRAs 是新近发展的主要通过检测特异性 IFN- γ 的释放来辅助诊断结核病或判定机体是否感染结核分枝杆菌的一种体外诊断方法。其采用酶联免疫吸附测定 (ELISA) 或酶联免疫斑点 (ELISPOT) 法定量检出受检者全血或外周血单个核细胞对结核分枝杆菌特异性抗原的 IFN- γ 检测释放反应, 用于结核菌潜伏感染的诊断。与 TST 相反, IGRAs 检测由结核菌抗原刺激引起的 T 细胞产生的 γ 干扰素^{7,8}。编码这些抗原的基因包括 CFP-10, ESAT-6 和 TB7.7 等, 它们存在于结核分枝杆菌的基因组, 但在牛结核分枝杆菌、BCG、以及一些非结核分枝杆菌基因组中缺失。这样, 与 TST 相比较, 在一个 BCG 接种普遍的地区, 它的特异度会显著提高。目前已商品化的 IGRAs 包括英国牛津免疫技术公司 (Oxford Immunotec) 的 T-SPOT.TB 和德国凯杰公司 (Qiagen) 的 QuantiFERON®-TB Gold In-Tube (QFT)⁹。IGRAs 和 TST 仍然存在诸多缺陷: 1、敏感性仍有待提高, Diehl 等荟萃分析显示, 现有 IGRAs 和 TST 在诊断活动性结核的敏感性分别在 80% 和 70% 左右¹⁰。特别是对于免疫力低下的人群如艾滋病患者、年幼儿童等人群, 由于患者 T 细胞免疫功能的低下, 导致较多由于阳性对照反应不足而对结果无法判定 (Indeterminate), 敏感性进一步降低¹¹。2、对于 LTBI 进展为活动性结核的预测能力十分有限, 而这又是结核病得以有效预防的重要节点¹²。Rangaka MX 等对 15 项包含 26680 个临床样本的研究进行荟萃分析, 结果表明 IGRAs 和 TST 均不具有预测高危 LTBI 的能力。3、不能区分活动性结核和潜伏性结核¹³。IGRAs 只能够检测结核杆菌的感染, 对于感染的状态 (即既往感染、潜伏感染或活动状态) 无法进行区分。基于此, IGRAs 在结核病高流行区域的临床诊断中的应用受到极大地限制。因此, 开发新的结核感染期特异性的、具有预测潜能的诊断分子是解决当前 LTBI 诊断困境的主要手段。

3、其他 LTBI 诊断标志物和方法

针对 IGRAs 存在的不足, 目前主要展开以下两种改进

措施：一是增加或替换刺激 INF- γ 产生的 LTBI 期特异性的抗原。ESAT-6、CFP10 和 TB7.7 等具有高的免疫原性和特异性，但在结核潜伏感染和活动期间均分泌表达，为结核非期特异性的免疫抗原，不具备高危 LTBI 的预测能力。有研究基于抗原 T 细胞表位的生物信息学预测表明，约 80 个左右抗原可以捕获结核菌 CD4 T 细胞阳性反应的 75%¹⁴。因此，寻找新的期特异性的诊断抗原是提高敏感性、特异性和预测潜能，进行 LTBI 免疫诊断的重要手段，目前已有相关研究，其中，分泌蛋白、膜蛋白、RD 区蛋白和潜伏期蛋白等被认为是用于 LTBI 免疫诊断的重要靶目标¹⁴⁻¹⁶。二是增加检测除 INF- γ 以外的其他分子标识。研究表明，参与 Th1 免疫应答和 INF- γ 介导的信号通路的细胞因子和趋化因子，如 IL-2，TNF- α ，IP-10 等在结核感染人群中水平升高，而参与 Th2 免疫应答和一般性炎症反应的分子标识与确诊的感染不具相关性^{15,17}。但总体来说，效果并不明显¹⁸。抗原的选择依然集中在 EAST-6、CFP-10 等少数免疫显性抗原上，INF- γ 仍然是研究最广泛的细胞因子，且由于 INF- γ 的个体水平差异导致活动性结核和潜伏性结核两个阶段存在重叠，造成单纯依赖 INF- γ 检测仍旧不能对两者进行区分⁷。

结核分枝杆菌作为胞内菌，T 细胞介导的免疫反应在控制结核感染的扩散方面发挥核心作用，但是有研究表明抗体与 CD4⁺ T 细胞的靶点显著关联；以抗体为基础的 B 细胞能够识别结核肉芽肿集结的 B 细胞抗原表位，表明体液免疫依然具有指示结核感染进程的潜能。基于体液免疫的血清学诊断可以从多个抗原，乃至蛋白组学水平筛选潜在的潜伏感染诊断抗原。一些潜伏性相关抗原也被证实具有区分潜伏感染和活动性感染及健康人群的能力¹⁹。此外，模拟结核潜伏感染的营养饥饿或缺氧模型显示结核分枝杆菌在适应潜伏期过程中相关抗原表达水平会显著上升，这从另一方面为潜在的 LTBI 诊断生物标志物的存在提供证据。因此，基于结核抗原抗体反应的 LTBI 血清学诊断依然具有重要的研究价值。

4、结语

目前对于潜伏性结核的诊断仍缺乏统一的标准和方法，现有的潜伏感染诊断手段主要包括传统的 TST 和新近发展的 IGRAs。TST 由于 PPD 中的有些抗原同样存在于牛结核分枝杆菌、卡介苗以及一些非结核分枝杆菌菌株中，造成与接种卡介苗以及感染非结核分枝杆菌的人群存在交叉反应，降低了 TST 的特异度。而 IGRAs 由于采用 RD 区蛋白，与 TST 相比较，在一个卡介苗接种普遍的地区，它的特异度会显著提高，然而，其敏感性仍有待提高，特别是在免疫抑制人群中会出现较多无法判定的结果。此外，TST 和 IGRAs 两者监测潜伏性结核向活动性结核转化的阳性预测值 (PPV) 都很低。更重要的是，两者均不能区分活动性结核和潜伏性

结核，这使得其在结核病高流行地区的临床应用中受到极大地限制。因此，鉴于现有的潜伏期结核诊断手段不能满足临床需要，迫切需要能够快速高效便宜的诊断方法从活动性结核和健康人群中鉴别和区分出潜伏性结核。许多研究人员试图用其他标志物和方法来诊断 LTBI，并取得了可喜的结果，但还需要进一步做大量的实验来证实其临床价值。

参考文献

- [1] Lawn, S. D. & Zumla, A. I. Tuberculosis. *Lancet* 378, 57-72, doi:10.1016/S0140-6736(10)62173-3 (2011).
- [2] World Health Organization. Global tuberculosis report 2019. Geneva, World Health Organization, 2020.
- [3] Gao, L. et al. Latent tuberculosis infection in rural China: baseline results of a population-based, multicentre, prospective cohort study. *Lancet Infect Dis* 15, 310-319, doi:10.1016/S1473-3099(14)71085-0 (2015).
- [4] Munoz, L., Stagg, H. R. & Abubakar, I. Diagnosis and Management of Latent Tuberculosis Infection. *Cold Spring Harb Perspect Med*, doi:10.1101/cshperspect.a017830 (2015).
- [5] Mack, U. et al. LTBI: latent tuberculosis infection or lasting immune responses to *M. tuberculosis*? A TBNET consensus statement. *Eur Respir J* 33, 956-973, doi:10.1183/09031936.00120908 (2009).
- [6] Huebner, R. E., Schein, M. F. & Bass, J. B., Jr. The tuberculin skin test. *Clin Infect Dis* 17, 968-975 (1993).
- [7] Menzies, D., Pai, M. & Comstock, G. Meta-analysis: new tests for the diagnosis of latent tuberculosis infection: areas of uncertainty and recommendations for research. *Ann Intern Med* 146, 340-354 (2007).
- [8] Pai, M. & Menzies, D. The new IGRA and the old TST: making good use of disagreement. *Am J Respir Crit Care Med* 175, 529-531, doi:10.1164/rccm.200701-024ED (2007).
- [9] Cavusoglu, C., Yasar-Duman, M., Sezai Tasbakan, M., Isikgoz-Tasbakan, M. & Nurullah Orman, M. Evaluation of the performance of QuantiFERON(R)-TB Gold plus test in active tuberculosis patients. *J Clin Tuberc Other Mycobact Dis* 23, 100223, doi:10.1016/j.jctube.2021.100223 (2021).
- [10] Diel, R., Loddenkemper, R. & Nienhaus, A. Evidence-based comparison of commercial interferon-gamma release assays for detecting active TB: a metaanalysis. *Chest* 137, 952-968, doi:10.1378/chest.09-2350 (2010).
- [11] Sauzullo, I., Vullo, V. & Mastroianni, C. M. Detecting latent tuberculosis in compromised patients. *Current opinion in infectious diseases* 28, 275-282, doi:10.1097/QCO.000000000000158 (2015).
- [12] Rangaka, M. X. et al. Predictive value of interferon-

gamma release assays for incident active tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 12, 45-55, doi:10.1016/S1473-3099(11)70210-9 (2012).

[13] Getahun, H., Matteelli, A., Chaisson, R. E. & Raviglione, M. Latent *Mycobacterium tuberculosis* infection. *The New England journal of medicine* 372, 2127-2135, doi:10.1056/NEJMr1405427 (2015).

[14] Lindestam Arlehamn, C. S. et al. Memory T cells in latent *Mycobacterium tuberculosis* infection are directed against three antigenic islands and largely contained in a CXCR3+CCR6+ Th1 subset. *PLoS Pathog* 9, e1003130, doi:10.1371/journal.ppat.1003130 (2013).

[15] Chegou, N. N. et al. Potential of novel *Mycobacterium tuberculosis* infection phase-dependent antigens in the diagnosis of TB disease in a high burden setting. *BMC Infect Dis* 12, 10, doi:10.1186/1471-2334-12-10 (2012).

[16] Meier, N. R., Jacobsen, M., Ottenhoff, T. H. M. & Ritz, N. A Systematic Review on Novel *Mycobacterium tuberculosis* Antigens and Their Discriminatory Potential for the Diagnosis of Latent and Active Tuberculosis. *Front Immunol* 9,

2476, doi:10.3389/fimmu.2018.02476 (2018).

[17] Jeong, Y. H. et al. Discrimination between active and latent tuberculosis based on ratio of antigen-specific to mitogen-induced IP-10 production. *J Clin Microbiol* 53, 504-510, doi:10.1128/JCM.02758-14 (2015).

[18] Kunnath-Velayudhan, S. & Gennaro, M. L. Immunodiagnosis of tuberculosis: a dynamic view of biomarker discovery. *Clin Microbiol Rev* 24, 792-805, doi:10.1128/CMR.00014-11 (2011).

[19] Zhou, F., Xu, X., Wu, S., Cui, X. & Pan, W. ORFeome-based identification of biomarkers for serodiagnosis of *Mycobacterium tuberculosis* latent infection. *BMC Infect Dis* 17, 793, doi:10.1186/s12879-017-2910-y (2017).

* 基金项目：深圳市科技计划知识创新计划基础研究项目（JCYJ20170307095037263）

作者简介：周方斌，男，博士，主要从事热带传染病的诊断与疫苗研究。

通讯作者 E-mail：zhoufb_kaka@139.com

社区慢性病管理模式在老年人高血压管理中的效果

王亚萍

天津市武清区大孟庄镇卫生院 天津 301711

摘要: 目的: 是研究社区慢性病管理模式在治疗老年人高血压方面的临床效果。方法: 选择2017年1月至2019年12月期间在某医院接受治疗的150名老年高血压患者, 并按照随机方法将他们分为两组, 对照组采用门诊随访, 观察组使用社区慢性病管理模式进行比较。结果: 干预前, 两组低密度脂蛋白、空腹血糖、舒张力和压缩均无显著差异 ($p>0.05$); 干预后, 观察组在尿微量白蛋白、低密度脂蛋白、空腹血糖和张力压力方面的表现优于对照组 ($p<0.05$); 同时, 两组在自律和饮食习惯方面存在显著差异 ($P<0.05$)。结论: 老年高血压患者社区慢性病管理模式可以减少风险因素, 提高患者的预后。

关键词: 高血压; 社区慢性病管理模式; 老年人

随着饮食和生活习惯的变化, 各种慢性疾病的发病率不断上升。高血压是一种常见的慢性疾病, 主要表现为收缩压和舒张压水平上升。近年来, 老年人的高血压发病率有所上升, 对老年人的健康构成不同程度的威胁, 降低了老年人的生活质量。因此, 必须加强治疗和调节老年高血压患者的血压管理。

一、资料与方法

1. 一般信息。2017年1月至2019年12月在我院接受治疗的150名老年高血压患者被选为研究对象。随机方法分成两组, 每组75个。对照组50至88公斤体质量, 病程2至11年, 60至79岁, 其中35人为女性, 40人为男性; 观察组的51至88公斤体质量, 病程为2至12年。61岁到80岁年龄, 包括32名女性和43名男子。标准包括: (1) 符合《中国高血压防治指南》诊断标准。 (2) 年龄 ≥ 60 岁。 (3) 排除标准: 恶性肿瘤患者; 精神或意识形态障碍; 非高血压心脏病、慢性肾脏病和非高血压继发性高血压; 有心理、视觉和认知障碍的病人。两组无显著差异 ($p>0.05$)。

2. 方法。所有病人都接受常规降压治疗, 包括卡托普利、吲达帕胺、缬沙坦、美托洛尔以及硝苯地平控释片或缓释片等, 高脂血症者是阿伐他汀片或辛伐他汀片降血脂。

(1) 对照组采用门诊随访管理方法, 对随访不到的病人进行电话随访, 了解药物情况、血压和患者身体质量。(2) 观察组采用了社区慢性病管理模式, 包括以下项目: 制作个人电子文件。了解患者信息, 收集患者基本信息, 为患者创建个人电子记录, 了解患者姓名、年龄、性别、生理指标、疾病治疗方案、饮食和生活习惯, 详细记录工作时间和处理流程: 改善管理制度。根据风险程度、表现和血压状况等基本标准对患者进行评估, 然后根据疾病特点, 建立目标医疗康复表, 定期更新和记录患者状况同时, 社区护理应引导病人进行身心健康自我评估, 及时向医生通报发现的异常情况, 并采取有效措施防止病情恶化; 加强社区教育和提高认识。社区护理中心应建立咨询服务、热线、活动中心和保健室, 系统地向病人分发信息和教育小册子, 并定期举行会议。

高血压管理专家应当向病人提供信息和指导, 使他们能够了解疾病, 消除内心的恐慌和焦虑。与此同时, 每两个月组织一次患者朋友交流会议, 以加强患者之间的交流。通过座谈会, 总结日常生活中遇到的健康问题, 帮助病人及时回答问题, 照顾和鼓励病人, 向病人提供适当的心理咨询, 使病人能够调整精神状态, 积极配合治疗《饮食指南》。了解病人的饮食、饮食时间和饮食类型, 结合病人的实际情况, 引导病人合理安排日常饮食, 注重低蛋白质和低脂肪食物, 多喝水, 多吃新鲜水果和蔬菜, 引导病人少吃牛奶, 根据病人的康复情况, 建议病人避免吃油腻食品、油炸食品、肉汤、烧烤等, 并限制食盐和糖的供应; 关于药物的建议。以简单易懂的语言向患者解释药物名称、使用方法、剂量、疗效和可能的不良反应, 告知患者不服用医生开的药的危险, 指导患者严格遵守医生开的药, 加强治疗过程中的自律。一旦检测到异常, 及时通知医生以避免意外事故。

3. 注意指标。观察到干预前后指标、收缩压、舒张压、尿白蛋白、空腹血糖和低密度脂蛋白有所改善。观察病人的饮食习惯和自律, 包括戒酒烟、遵守医疗要求、血压自检、减少油盐摄入量。

4. 统计方法。数据处理采用软件 SPSS 20.0。测量数据以表示 $\bar{x} \pm s$, 测试 t , 计数数据以百分比表示, 检验 χ^2 , $P<0.05$, 差异具有统计学意义。

二、结果

1. 两组生理指标改善情况的比较。两组干预前指标无显著差异 ($p>0.05$); 干预后, 观察组在收缩压舒张压、白蛋白、低密度脂蛋白和空腹血糖方面比观察组有显著改善。如表1所示, 两组之间的差异在统计学上是显著的 ($P<0.05$)。

2. 比较两组患者的自律和饮食习惯。血压自我监测率、减少油盐消耗率、体育锻炼率、戒烟率等。优于对照组, 统计差异显著 ($p<0.05$), 见表2。

三、讨论

老年人的高血压对心血管疾病和脑血管疾病有严重影响。社区慢性病管理是现代临床研究的一个重要组成部分,

组 别	时 间	低密度脂蛋白 /mmol · L ⁻¹	空腹血糖 /mmol · L ⁻¹	白蛋白 /mg · L ⁻¹	舒张压 /mmHg	收缩压 /mmHg
对照组	干预前	3.3 ± 0.8	6.3 ± 2.8	23.5 ± 4.1	90.2 ± 10.4	155.3 ± 13.4
	干预后	3.0 ± 0.7	6.1 ± 2.2	23.0 ± 5.2	82.1 ± 6.5	145.2 ± 13.1
观察组	干预前	3.4 ± 0.7	6.4 ± 2.8	23.7 ± 5.3	90.5 ± 10.6	155.7 ± 13.4
	干预后	2.5 ± 0.6 ^a	5.6 ± 1.1 ^a	21.6 ± 2.2 ^a	70.1 ± 10.2 ^a	130.2 ± 12.6 ^a

表 1 两组患者生理指标改善情况比较

组 别	戒酒	遵医嘱服药	自行监测血压	减少油摄入量	减少盐摄入量	体育锻炼	戒烟
对照组	40(53.33)	49(65.33)	37(49.33)	23(30.67)	22(29.33)	37(49.33)	40(53.33)
观察组	57(76.00) ^b	61(81.33) ^b	65(86.67) ^b	40(53.33) ^b	40(53.33) ^b	61(81.33) ^b	54(72.00) ^b

表 2 两组患者自律情况和饮食习惯比较

在深入了解高血压患者健康状况的基础上,可以对患者进行健康教育,并改进对这一疾病的认识。考虑到患者的生活习惯、用药情况和心理状况,合理控制老年患者的血压。由于血压收缩压与舒张压血压相差很大,因此,收缩压通常被认为是临床观察的主要标准。一旦年龄增长,身体的所有器官,特别是心血管系统都会出现退化性损伤。老年人的动脉硬化很明显,通常是动脉粥样硬化,严重的人甚至转向了零弹性。老年人高血压的最常见临床症状是血压不稳定、并发症、合并症多以及恶性高血压。研究表明,高血压患者的饮食、行为习惯和健康教育等干预措施可以提高病人对健康自主的认识,并在预防心血管疾病方面发挥重要作用。与传统管理模式相比,社区慢性病管理模式具有以下优势:(1)强调在整个管理过程中对责任的医生进行监督和指导作用,改善责任的医生与病人之间的沟通。(2)通过健康教育纠正病人的不健康行为和生活方式减少药物剂量,加强责任医生的定期监测和病人的自我监测,提高患有高血压的老年人的健康意识和认识,提高疾病预防和保健能力。

这项试验研究的结论是,社区慢性病管理模式对老年人高血压的管理有着良好的影响,可以有效地改善患者的血压和满意度,值得扩大临床应用。

参考文献:

[1] 李丽. 社区慢性病管理模式在老年高血压管理中的应用效果观察 [J]. 基层医学论坛, 2019, 23(17): 2482-2483.

[2] 钱江. 评价慢性病管理模式在老年高血压患者管理中的应用效果 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(40): 93-94.

[3] 谢浩. 社区慢性病管理模式在老年高血压管理的临床效果观察 [J]. 心电图杂志 (电子版), 2017, 6(03): 80-81.

[4] 李荣. 社区慢性病管理模式在老年高血压管理中的效果评价 [J]. 中国社区医师, 2017, 33(05): 158+160.

[5] 吴锋. 社区慢性病管理模式在老年高血压管理中的效果 [J]. 中国卫生产业, 2019, 16 (26) : 43-44.

[6] 张涛. 社区慢性病管理模式在老年高血压管理中的应用效果观察 [J]. 基层医学论坛, 2019, 23 (17) : 2482-2483.

[7] 陈如. 老年高血压管理中应用社区慢性病管理模式的作用分析 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6 (34) : 140-141.

[8] 秦明. 社区慢性病管理模式在老年高血压管理中的作用分析 [J]. 中国社区医师, 2019, 35 (15) : 177, 179.

[9] 蔡丽. 社区慢性病管理模式在老年高血压管理中的应用价值分析 [J]. 中国社区医师, 2019, 33 (34) : 159-160.

个人简介:

王亚萍, 1980 年 03 月 05, 汉族, 女, 河北省任丘市, 天津市武清区大孟庄镇卫生院, 主治医师, 大学本科, 研究方向: 老年人慢性病的管理与研究

雾化吸入治疗慢性阻塞性肺疾病的护理干预效果观察

施秀霞

兰州市肺科医院 730010

摘要：目的：探究雾化吸入治疗慢性阻塞性肺疾病的护理干预效果。方法：研究人员选取了其所在医院 2020 年 1 月-2020 年 12 月之间收治的 110 例慢性阻塞性肺疾病患者为研究对象，按照随机数字表法分为常规组、干预组各 55 例，给予两组患者常规慢阻肺治疗和混合药物溶液的雾化吸入治疗，并在此基础上单独给予干预组患者针对雾化吸入的护理干预，慢阻肺治疗和护理结束后观察两组患者治疗前后血气分析的结果比较、SGRQ 和 MRC 评分的变化比较并对治疗效果进行评价。结果：干预组患者在接受了针对雾化吸入的护理干预后，其血气分析指标改善更加明显，血氧饱和度和动脉氧分压数值更高，二氧化碳分压更低；患者的 SGRQ 和 MRC 评分均出现了较为明显的下降，且低于常规组；治疗的总有效率更高，达到 94.55%。结论：对接受雾化吸入治疗的慢性阻塞性肺疾病患者实施针对雾化吸入的护理干预是改善患者呼吸功能、肺功能的有效方式。

关键词：雾化吸入，慢性阻塞性肺疾病，护理干预，血气分析

慢性阻塞性肺疾病患者在长期的肺部损伤中，肺部的原有通气、换气功能都在逐渐下降，常常会引发呼吸困难的现象，而在高发的中老年人群中又有许多人不在意这种情况或者不知道正确的对待方式，从而导致呼吸衰竭的发生。呼吸衰竭与患者的正常摄入氧气、排出二氧化碳紧密相连，如果治疗不及时很容易使患者缺氧死亡。临床中针对这种情况常使用机械通气、药物治疗、雾化吸入治疗的方式，雾化吸入治疗的效果虽然较好，但是在实施过程中需要注意的护理事项较多、后续发生相关并发症的几率较大，因此，需要合理的、针对性较强的雾化吸入护理方式来解决上述问题、提升治疗效果。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

常规组：男 32 例，女 23 例，年龄分布 53-82 岁，平均年龄为 (68.42 ± 5.71) 岁，病程分布 8 个月-9 年，平均病程 (5.47 ± 2.83) 年；干预组：男 33 例，女 22 例，年龄分布 51-80 岁，平均年龄为 (67.35 ± 5.11) 岁，病程分布 9 个月-10 年，平均病程 (6.03 ± 2.41) 年。研究人员在选取本次实验的 110 例慢性阻塞性肺疾病患者时需要注意以下几点：患者的肺功能受损程度在 - 级之间，且病情近半月内处于稳定状态中。患者具有一定的理解和学习能力，能够顺利的跟随医师进行雾化吸入训练。排除体内血氧水平处于较低状态（低于 85%）的患者。排除合并有其他呼吸体统疾病或者经劝导无效不能戒烟的患者。

1.2 方法

1.2.1 常规组：给予组内患者常规慢阻肺治疗和混合药物溶液的雾化吸入治疗，主要包括选择合适的通气方式帮助患者吸氧、适当的平喘药物给予和联合药物雾化吸入：

1 参照本次实验中选取的患者肺功能分级，大多数患者需要的是无创给氧，医师首先为患者佩戴呼吸面罩，注意保

持面罩与患者面部皮肤、器官之间无空隙，并尽量保持面罩的松弛度，防止面部皮肤、神经出现压迫。根据患者呼吸情况设定呼吸机的呼吸压力、吸气压力、氧浓度和呼吸频率，适当添加湿化液，调整其温度为 35 摄氏度以减少对患者气管、支气管的刺激，患者每次吸氧的时间要大于 3 个小时，每天保证 3 次或者 3 次以上的吸氧治疗，整个通气的过程中要保证患者吸入的气体和液体处于无菌状态，防止患者处于敏感状态的肺部发生不良感染情况。

(2) 雾化吸入：使用普米克令舒即布地奈德混悬液与爱全乐即异丙托溴铵溶液进行联合雾化吸入，每种溶液一次使用 2 毫升，一天要求患者吸入两次，共进行一周的治疗。

1.2.2 干预组：给予组内患者上述治疗基础上的针对雾化吸入的护理干预，主要针对雾化吸入的三个阶段进行分阶段护理：

1 吸入前护理：医师要检查患者颈部、上胸部是否存在束缚、影响患者呼吸的饰品、衣物，如果有上述物品要进行快速去除，平放患者于病床上后，轻轻地患者头部转动至偏向左侧或者右侧，双手掰开患者的口腔，佩戴消毒手套将其口腔内的分泌物迅速取出；如果患者的咽喉部、鼻腔内等较深处的位置也存在分泌物，医师要立即手持吸引器对患者上述部位进行吸引，直至将所有分泌物全部清除。护理人员需要带领患者练习雾化吸入期间的正确呼吸方式，以促进药物气雾的最大程度吸收，要求患者在雾化吸入治疗前 2-3 小时禁食，防止雾化过程中出现胃内容物的返流。

(2) 吸入中护理：观察患者是否按照吸入前的教导进行呼吸，护理人员要求患者进行缓慢的深大呼吸，呼气呼到底、吸气吸到底，并尽量延长整个呼吸过程，以保证患者每次呼吸都能够充分吸入、交换药物。同时，护理人员要随时手持吸引器准备对患者进行吸痰，患者在雾化吸入治疗的过程中经常会产生痰液，医师在不时轻拍患者后背辅助咳嗽的

表 1. 两组患者治疗前后血气分析的结果变化比较 (单位: $x \pm s$)

组别	例数	时间	血氧饱和度 (%)	动脉氧分压 (mmHg)	二氧化碳分压 (mmHg)
常规组	55	治疗前	64.17 $\pm$ 9.26	55.32 $\pm$ 8.15	82.15 $\pm$ 7.03
		治疗后	81.49 $\pm$ 3.55	71.78 $\pm$ 5.86	64.82 $\pm$ 5.74
干预组	55	治疗前	63.91 $\pm$ 6.85	54.93 $\pm$ 9.44	83.94 $\pm$ 7.13
		治疗后	96.28 $\pm$ 1.84	85.53 $\pm$ 9.36	46.17 $\pm$ 7.75
P 值			< 0.05	< 0.05	< 0.05

表 2. 两组患者治疗前后 SGRQ 和 MRC 评分的变化比较 (单位: $x \pm s$, 分)

组别	例数	SGRQ 评分		MRC 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	55	71.83 $\pm$ 16.14	52.08 $\pm$ 12.44	3.70 $\pm$ 0.68	2.55 $\pm$ 0.52
干预组	55	72.15 $\pm$ 15.22	39.27 $\pm$ 8.74	3.73 $\pm$ 0.74	1.91 $\pm$ 0.44
P 值		> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

表 3. 两组患者的治疗效果比较 (单位: n , %)

组别	例数	显著	有效	无效	总有效率
常规组	55	21 (38.18)	25 (49.02)	9 (16.36)	46 (83.64)
干预组	55	31 (56.36)	21 (38.18)	3 (5.45)	52 (94.55)
P 值		< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

同时,对咳痰困难的患者要随时准备吸引器吸痰处理。

(3) 吸入后护理:护理人员要提前做好温水浸湿的毛巾和一杯温水,在患者雾化吸入治疗结束后首先使用毛巾擦净患者口鼻部的残留雾化液,然后给予患者温水漱口,要求患者多次进行漱口,将口腔和咽喉部的残留雾化液最大程度清理出来,防止药物残留造成患者口腔和咽喉炎症、声音嘶哑的发生可能性增高。叮嘱并要求患者在雾化吸入治疗后多饮水、及时更换体位,使得其体内的痰液得以快速、顺利的排出。

1.3 观察指标

慢阻肺治疗和护理结束后观察两组患者治疗前后血气分析的结果比较、SGRQ 和 MRC 评分的变化比较并对治疗效果进行评价。其中,治疗效果的评价如下进行:如果患者的喘憋、出汗、呼吸不畅等症状显著缓解,发作次数显著减少或者消失,本次实验中检测的两组指标均改善较显著或者恢复正常,则评价为显著;如果患者的喘憋、出汗、呼吸不畅等症状有所缓解,发作次数有所减少,本次实验中检测的两组指标均改善较明显,则评价为有效;如果患者的喘憋、出汗、呼吸不畅等症状没有缓解甚至加重,发作次数没有减少甚至增多,本次实验中检测的两组指标未得到良好改善甚至出现恶化,则评价为无效。

2.1 两组患者治疗前后血气分析的结果变化如表 1 所示:

2.2 两组患者治疗前后 SGRQ 和 MRC 评分的变化如表 2 所示:

2.3 两组患者的治疗效果如表 3 所示:

3. 讨论

随着现代化重工业企业和化学类企业的蓬勃发展,以及人们对于周围环境的破坏、污染逐渐严重,人们所呼吸的

空气对其人们产生的疾病危害作用也越来越大。呼吸内科的患者由于自身呼吸道、肺部发育问题或者空气污染问题、不良吸烟习惯等问题,其肺部的原有通气、换气功能都在逐渐下降,导致罹患慢性呼吸系统疾病的患者数量增加,部分患者逐渐发展为呼吸受累、呼吸困难的情况,在这些患者中症状和影响较为严重的便是慢性阻塞性肺疾病的患者。本次实验主要使用雾化吸入针对性护理的方式来解决上述患者的临床症状,可以看到,两组患者都接受了相同的基础呼吸支持和相同药物的雾化吸入治疗,但干预组患者在雾化吸入各个阶段接受了不同的针对性护理,主要为促进患者雾化药物的吸收和顺利排痰,在最终结果中,此组患者的血气分析各个指标情况得到了更好的改善,SGRQ 和 MRC 两个量表的评分都得到了更为显著的下降,结合其临床症状后,组内治疗的总有效率也较高,充分说明了针对雾化吸入的护理干预的目标得以实现。

综上所述,雾化吸入治疗慢性阻塞性肺疾病的护理干预效果较好,值得进行大面积推广。

参考文献:

- [1] 张玉清. 雾化吸入治疗慢性阻塞性肺疾病的护理干预及疗效观察 [J]. 医学食疗与健康, 2020,18(21):160-161.
- [2] 陈丽. 雾化吸入治疗慢性阻塞性肺疾病的护理干预及疗效观察 [J]. 河北医学, 2015,21(04):685-687.
- [3] 李晚珍,袁嫦,向燕飞. 雾化吸入治疗慢性阻塞性肺疾病的护理干预及疗效观察 [J]. 中外医学研究, 2013,11(20):75-76.
- [4] 张莺. 雾化吸入护理干预对慢性阻塞性肺疾病患者治疗效果的影响 [J]. 中国基层医药, 2013,20(12):1905-1907.

关于温度学派中医用大循环提升温度治疗肺癌的案例

刘贤华¹ 陈珂¹ 肖鲜华²

1 温度学派中医（江苏）有限公司 江苏 南京 210000

2 湖南省温度学派中医门诊有限公司 湖南 邵阳 410003

摘要：肺癌的虚以阴虚，气阴两虚为多见，实则不外乎气滞，血瘀，痰凝，毒聚之病理变化。病位是在肺，但是因为肝主疏泄，脾主运化水湿，肾主水之蒸化。大肠内部在将水和矿物质输送给肺时，大肠发生异常讲浊气运输给肺，肺最害怕浊气，浊气在上焦会变为酸，酸诱发癌变形成肺癌。脾出现问题如过湿，导致给肺输送的白色营养出现问题诱发病变，产生酸于肺诱发肺癌。通过心脏供血产生乳汁，而一旦人体乳汁逆流，逆流到肺就会诱发肺癌的产生。

关键词：肺癌；温度学派中医；提升温度治肿瘤；大循环；

经过温度学派刘贤华中医 68 天共 71 次的治疗，2020 年 9 月 3 日刘涛患者去长沙南雅医院复查，报告显示白细胞指数，糖类抗原、癌胚抗原等相应指标都已全部恢复正常，脂肪肝也好了，尿酸也正常。这就是大循环提升温度治疗癌症的神奇之在！这也是 2020 年刘贤华中医治疗肺癌的又一突破！仅仅 68 天，就让肺癌患者的症状和指标都恢复到正常状态！

1、中医中的“肺癌”

1-1 什么是肺癌？肺癌是如何形成的？

[西医观点]原发性支气管肺癌，简称肺癌，是起源于气管、支气管黏膜或腺体，是最常见的肺部原发性恶性肿瘤。根据组织病理学特点不同，可分为非小细胞癌和小细胞癌。其中非小细胞肺癌主要包括两个亚型，腺癌和鳞癌。肺癌的临床症状与肿瘤大小、类型、发展阶段、发生部位、有无并发症和转移密切相关。肺癌可无明显症状，当疾病发展到一定阶段后才出现症状。5%~15% 的患者在常规体检、胸部影像学检查时发现，发现时并无明显症状。有症状的患者最常出现的症状有咳嗽、痰中带血或咯血、喘鸣、胸痛、声嘶、发热等，根据部位将其分为原发肿瘤局部生长、侵犯邻近器官组织、远处转移引起的症状和肺外症状 4 类。

[中医观点]肺癌的原因归纳起来不外乎内因和外因。内因包括正气不足、脏腑功能失调、七情内伤。外因包括感受外邪、饮食失调。正气内虚，脏腑阴阳失调是肺癌的主要基础，而诸如烟毒、工业废气、矿石粉尘等是形成本病的常见诱因。最终导致肺气郁闭，宣降失司，集聚成痰，痰凝气滞，痰气瘀毒结于肺脏，日久形成积块。肺癌是因虚致实，虚实夹杂，虚以阴虚、气阴两虚多见，实以气滞、血瘀、痰凝、毒聚为主，病位在肺，与脾肾关系密切，肺癌多为本虚标实之病。

[温度学派中医观点]

癌症除了本身的营养供应意外，就是“水”的供应！人体内的水分分为 2 种，

一种是病态的水：冷水。一种是正常的水，热水！癌

细胞，肿瘤，阴实这类东西非常喜欢冷水，人体内允许的水是热水，所以吐出来的气是热的，气化的，充满全身的，因为热气才会循环，冷水是不会循环的！肺癌：阴实的成长需要两样东西：1. 水 2. 营养

正常人身体里面的水是蒸气，阴实的病人，身体里面长的肿瘤，不断地吸收血，在吸收血的时候，人体的营养也会被吸收走，人体就开始恶化，最终形成肿瘤和癌症。

肺癌的发生是人体正气虚损和邪毒外侵相互作用的结果。一般来说，可能会伴有一些像饮食的失调，劳倦过度，情志不畅等一些因素，而导致患者出现正气的不足情况，之后可能会出现一些外邪的乘虚袭肺，进而导致肺气出现宣降失司，气机不利，血行受阻，津液内停，日久化痰、化瘀、生毒，从而进展为肺癌。

肺癌的运行原理：（从人体的运行原理解释）

1、喝水：水由口进入食道，经过心脏汽化进入内分泌消化系统和淋巴系统。

2、进食：食物（包含水）由口进入食道，经心脏汽化一部分水，其余全部进入胃；之后胃经过搅拌将食物下到小肠，小肠获得食物后心脏提供热量，脾提供津液之后开始进行消化功能。

小肠消化后产生两种物质：

1、营养（之后称清气）通过相同的通路给脾，脾按照五色：黄色留给脾自己，红色给心脏，青色给肝，黑色给肾，白色给肺继而维持五脏的运行。

2、残渣（之后称浊物）给大肠之后排出体外。

肺的运行原理及肺癌的产生病因

肺作为五脏之一其所需营养有两大来源：

一：大肠内部的浊物通过重吸收将内部的水和矿物质输送给肺。

二：脾将白色的营养给到肺

肺作为五脏主要的功能有产生乳汁以及产生津液。

故肺癌产生病理就主要由三个路线出现异常：

1：大肠内部在将水和矿物质输送给肺时，大肠发生异

常讲浊气运输给肺,肺最害怕浊气,浊气在上焦会变为酸,酸诱发癌变形成肺癌。

2:脾出现问题如过湿,导致给肺输送的白色营养出现问题诱发病变,产生酸于肺诱发肺癌。

3:肺通过心脏供血产生乳汁,(不分男女都会产生乳汁),而一旦人体乳汁逆流,逆流到肺就会诱发肺癌的产生。

1-2 临床资料

肺癌患者刘涛(化名),男,53岁,于2015年6月23日在中南大学湘雅三医院ETC检查,结果显示双肾有略影,左肺有肿块,左下肺占位性病变,属于低分化肺腺肿瘤,双肺有少许炎症,2015年6月25日进行了左肺部分切除术。

2020年3月18日刘涛在湖南泰和医院进行了肺CA左前壁和左侧颈部颌下区占位粒子消融术,并开始食用靶向药,2020年6月8日湖南泰和医院复查,左侧第4前肋骨骨质破坏,软组织肿胀,其内及邻近左胸壁软组织内见多斑片状、点状密影比术前增多,左侧第8,9侧肋和右侧第10,11后肋出现点状体,纵隔向左侧偏移,前上纵隔区见结节灶,其内及周围见数个点状体,左侧胸膜局部增厚,右肾内有0.6cm类圆形密灶。2020年6月19日,长沙南雅医院检查报告显示,左室后壁增厚,二、三尖瓣、主动脉瓣返流,左室舒张功能减退,左侧第4前肋骨骨质破坏,前段膨大,邻近左胸壁组织内见多发斑片状,比之前报告显示增多,双肺纹理增多增粗。

2020年6月23日根据问诊得知:患者刘涛每晚10:30入睡,早上5:30左右起床,夜里起夜2-3次,时间为11点,1点,4点,且小便多,大便次数为2-3次,时间为早上7-8点,中午1点-2点,晚上7-8点,胃口尚可,喜欢牛奶,高蛋白食物,患者有肥胖体征,左肺部出现疼痛不适的感觉,淤堵比较严重。查看患者伤口处,发现患者左乳做粒子消融术处,乳房膨胀,像女性乳房一般大,并且摸上去很硬,此处皮肤像铁皮一样深黑色,并且每天很痛,导致患每天都是坐立不安。经家属反映,刘国祥患者从2015年到2020年这5年间,经过无数次的住院出院,总更做了三次手术,身体和心灵都受到了严重的创伤,患者对治疗内心有一种莫名的恐惧,对自己身体也基本处半放弃的状态。

根据刘贤华医生的针灸穴诊,三部九候·二十八脉·肿瘤脉得知,患者刘涛的脾胃和大肠,肾等均存在问题。看了温度学派的其他癌症患者案例,以及了解完治疗体系后,患者刘涛于2020年6月27日开始接受温度学派大循环的一周的耐药性治疗!

6月27日治疗措施是:患者测量全身温度和四压,同频共振双脚导药,提升百会和双脚涌泉的温度,能量和营养的补充,进行了总治疗时长6小时。因患者一直在吃护心药,降压药,靶向药,患者的心率突高突低,在治疗时一直处于非常紧张的状态,再加之患者不说话,能情况把控需要很丰

富的经验,今天总个治疗过程,刘贤华医生一直没离开半,并且患者非常贪凉,能量饮在50度时就感觉无法下口,正常我们的热至少在55度以上。脚部导药的温度只能在44度。但治疗后患感觉很舒服,左侧乳房疼痛明显减轻。

6月28日治疗措施是:测量全身温度和四压,同频共振双脚导药恒温罐灸导药,手灸左乳。同时了解到患者27日晚上起床上小便一次,喝水但不口渴,晚上8点多上了一次大便,患者说之前晚上很口干,但昨天晚上不口干,于是我告诉患者,我们人口干时不是身体缺水而是缺血,昨天在治疗时能量和营养补充到位,所以昨天晚上就没有口干现象。患者告诉我昨天晚上左乳痛感明显减轻。患者今天心情有好转,心率今天最高只有116,昨天最高时心率是132,说明患者心态平稳了很多。患者身体感觉也很好。

持续这样的小循环治疗到第7次时,患者同频共振手和脚药的水温可以保持在46度的水温。并且能量饮可以接受55度以上的温度,患者皮肤发亮,脸色红润,大便排出量很大,印堂发亮,身上有臭味排出,身体开始化冰排寒,心脏的负荷量也加大。大便开始成形。

1-3 温度学派中医认为肺癌的病因以及发病病机是什么?

1.肺癌是由于正气虚损,阴阳失调,邪毒乘虚入肺,邪滞于肺,导致肺脏功能失调,肺气郁结,宣降失司,气机不利,血行瘀滞,津液失于输布,津聚为痰,痰凝气滞,瘀阻脉络,于是瘀毒胶结,日久形成肺部的积块。

所以肺癌是因虚而得病,因虚而致实,是一种全身属虚,局部属实的疾病。肺癌的虚以阴虚,气阴两虚为多见,实则不外乎气滞,血瘀,痰凝,毒聚之病理变化。病位是在肺,但是因为肝主疏泄,脾主运化水湿,肾主水之蒸化,因此,肺癌与肝,脾,肾关系是非常密切的。

2.肺癌常见的症状之一就是“痰结”。无论是正气内虚、脏腑失调,还是外邪侵肺、寒热太过,均经过肺气贲郁,积聚成痰这一病理过程;而痰的生成又与肺脾气虚、阴阳失和有关;因此,正虚是肺癌的病理基础。治疗肺癌强调辨证论治,认为肺脾气虚贯穿肺癌发病机制的始终,晚期肺癌则以气阴两虚为多,治疗时主张侧重补益肺脾之气,调整气阴平衡,而祛邪为辅。

因此,对肺癌的发病主要认为是由于正气虚损,阴阳失调,使脏腑功能发生障碍,降低了机体抵抗能力,六淫之邪乘虚而入,一旦侵淫于肺,邪滞胸中,肺气抑郁,宣降失司,气滞血瘀,津液不布,聚而成痰,痰淤胶结,日久而成肿肺比肿瘤。可见肿瘤是一个虚而得病,因虚而致实;全身属虚,局部属实的疾病。

3.跟乳汁逆流有关,奶水每个月正常的时候是二十八天,系统是心脏在管,当你心脏的功能非常强的时候,心脏就会把奶水每个月按月把这个奶水呢,慢慢慢慢往下走,下

导到子宫里面来。

中医认为白是阳，红色的，颜色比较深的是属于阴。那女人的胸部为阳，所以女人胸部排出来的奶水呢，是白色的。男人呢，腹部为阳，所以男人的精子排出来是白色的，在这个生化过程就是这个样子。女人没有受孕，每个月奶水就会顺着冲脉任脉，慢慢慢慢下达到子宫。子宫呢，正好后面就是小肠，小肠是非常热的一个组织，所以中医认为小肠是相火。心脏搏动以后产生的热，那个心脏的热呢，经过肺部搏动的力量，硬把这个热移到小肠去。

所以温度学派中医就认为：心和小肠为表里，两个都是属于火。也就是说，正常的人呢，你要心脏和小肠这两个脏腑之间是有相同的温度，相同的速度，还有相同的压力。小肠的热力很强，热等于是烧过煮过东西一样，就好像你那个肉本来是白肉，红烧过以后就变成红肉，好，红烧肉，就变成红肉，因为是蒸熟过以后，排出来，就是月经。月经是红色。

小肠温度比较低的时候，月经排出来就比较淡，颜色会比较淡，比较粉红。好，那你怎么知道小肠温度很低？小肠温度控制着脚的温度，心脏的温度控制着手的温度，所以我们的手脚是不一样的，那脚的温度是静脉在管啊，循环过来，因为动脉下去以后，静脉循环很好了以后，动脉的血才能达到那个指头的末梢。静脉回流呢，是小肠在管，那如果把小肠的温度控制的很好的话，下肢是根本就不会产生瘀血的。

奶水就是月经，而且这个系统就是心脏在管。有一天，你的心脏出问题了，心脏力量不够，所以奶水没有办法百分之百每个月从胸部的乳房下达到子宫，变成月经出来，有部分的奶水停积在胸部里面，日积月累以后，就是乳癌。

还有一种情形，你心脏衰弱，那你同时可能忧郁太重的人，忧能伤肺——中医认为是忧郁太多会伤到肺，当你肺的阳不足的时候，这个奶水不会停在乳房里面，它会倒流，跑到肺里面去。这个奶水进入肺脏的时候，这个肺脏里面本来不应该得到这个营养，现在得到这个营养，就产生突变。那肺阳不足的话，乳汁逆流经过肺脏，这就是肺癌的起因。

2、温度学派中医对肺癌的治疗

温度学派刘贤华中医通过大循环改善肺癌癌症患者的‘土壤’大循环治疗主要是调理肿瘤患者的土壤，即重组你自身细胞生长的内环境。因为只要土壤出现了问题，都直接影响细胞的生存状态，导致细胞出现癌症。

2-1 温度学派治疗肺癌 6 大系统治疗方法

1. 五脏四肢体表温度分析法
2. 三指肿瘤六针脉诊处方法
3. 百张治疗方案全天记录法
4. 平针导引气血入药治疗法
5. 五行八卦图形布阵治疗法
6. 能量营养药大循环治疗法

2-2 接近 6 小时的循环治疗

2-2.1 第一个两小时

首先我们把患者的中药处方，放至 $44^{\circ}\text{C} \sim 46^{\circ}\text{C}$ 的泡澡桶内，因为这个温度体吸收利用达到最高，而且癌细胞在这个温度下会直接被杀死，这时候我们要把手和脚同时放入桶中，中药处方通过持续的加热，发挥最大的药效导入人身体内，普通中药是没有办法进行代谢和循环的，一是：伤害我们的脏腑和脾胃，我们在进行汤中药同频共振的时候，2 可以边进行中药浸泡，边进行代谢循环，将我们的寒毒堵通过汗排出来，同时注入我们的能量和老药方，加上同频共振对全身进行疏通，可以将我们的要快速的将药在一个小时之内进行代谢和循环，同时一定要补充能量将针导进气血路线中，然后放入桶中，全身上下使用三头六柱疏通，通过频率振动引气血运行，体内气血在外界高温及同频共振下慢慢升温，此种导药的作用比传统喝中药药效提高 8 ~ 10 倍，且无任何毒副作用！同时大循环通过全身的疏通，加速癌细胞的代谢跟循环，这时人体的癌细胞以及体内的寒、毒素、会排出体外。

2-2.2 第二个两小时

中间 2 个小时是在人体体内温度提升至 $38-42^{\circ}\text{C}$ 度时，开始导药治疗：其一用针进行导引打通气脉。其二针对穴位、经络、气脉而进行的温度提升治疗。其三用高温的艾灸通过针把药导引到体内。针的核心在于导引术，那导引的手法有第一阶段穴位导引，根据人体穴位，从天到水，从山到陵到沟，到谷，提升体内的温度杀死癌细胞，用 $500-800^{\circ}\text{C}$ 的高温网灸刺激患者的神经，解决三大系统中的经络穴位系统，快速的把寒毒堵以及癌细胞代谢到体外，

然后采用恒温灸 90°C ，再用高温灸在患处、两灸即恒温和高温度之间形成温差，温差形成势能，势能形成对流，将药倒入患处。这样的进药效果立竿见影、使癌细胞患者的脏腑温度提高至 $38 \sim 42^{\circ}\text{C}$ 度，快速杀死癌细胞并且有效防止癌细胞扩散！

2-2.3 第三个两小时

后面 2 个小时在人体体内温度没有下降时开始泻营养，以防癌症病人在体内温度回归正常时，多余营养没有泻掉就会被癌细胞强行吸收：我们通过同频共振的疏通以及，拉筋提升细胞的记忆来治疗！大循环采用内补外泄净环境的方式，治疗人的基体癌细胞，一个健康的身体，它的内环境和外环境都要干净！而人体的癌细胞生长来源于堵！通过同频共振来加速新陈代谢，是人的体能提高，免疫力和抵抗力都会增强，身体的各个器官就能正常运作，体内的内分泌就会处于一种平衡状态，身体的各个器官都能正常发展，所以就不会收到癌细胞的伤害！人体的体力来源于热能，免疫力的基础就是温度！所以想提升免疫力，就通过拉筋疏通来促进血液循环，加快新陈代谢，这样才能对抗杀死癌细胞！

温度学派还注重情志的调整,对于稳定病情,防止复发,起着至关重要的作用,这主要是指肝。内经说肝为诸病之贼,从五行生克的角度理解则更是如此。木可生火,木可刑金,木可克土,水木又同源,可见肝脏的好坏会引起其他四脏的衰败。情志的好坏对内环境的调节作用非常直接,不良情绪改变和恶化内环境,从而有利于癌细胞的生存和复制。内环境平衡被打破的越厉害,就越加速肿瘤的恶化。

2-3 温度学派用大循环提升温度治疗肺癌原理:

人体吃进去饮食,脾胃将其吸收气化为能量。气化的阳性热能以往上往外的走势向体表散发,就像喷泉一样。人体气化出去的能量只能是一部分,没有完全喷射出去的水还要再回落下来,从体表回归于三焦和淋巴系统,然后下行。

这些下行的有能量物质,也有代谢后的废水,能量物质在以肾为中心的下焦元气系统封存起来,废水则是尿液通过膀胱排出去。肾封存的能量物质又能通过元气的温煦作用,再次气化上行,成为小肠和脾胃以化食物的动能,也成为人体的应激能量,再次形成气化循环。这就是人体的能量大循环。

[温度学派中医治疗肺癌:]

不管是肠癌,肝癌,肺癌,胰腺癌,或者是肾癌,首先我们要注重水!要把全身的水气化!当我们把人体的内环境慢慢改变,身体里面缺乏有利于癌症肿瘤细胞生长的冷水,全部变为热水,这就是身体的健康组织喜欢的东西,这就是中医中所谓的“气”!这就是第一个把水改变了,从冷水变成热水!

温度学派中医认为:当患者治疗效果和身体状态一直保持很好时,就不要去随意改变治疗方向,保持原有治疗不变。提升免疫力是关键。就这样保持8次小循环治疗+3次大循环治疗的方式,患者每天都可以感觉到自己身体的变到,治疗到第30天时,患者开始会主动与我们进行沟通了,患者全身温度平均上升了2到3度。

医生告诉你还剩几个月的时候,说明你体内的癌细胞已经恶化或者发生转移现象,这个直接原因就是身体免疫力低下导致的,因此,生活应该提高免疫力才是关键,免疫力是人体的第一道抵御外界病毒的防线。提高免疫力就有可能延长癌症患者存期。

而刘贤华中医认为:免疫力才是最好的治癌良药。人体的免疫力真的有那么神奇吗?免疫力低下又会造成哪些的不良影响?用什麼方式能够帮助癌症病人提升自身的免疫力?提升了本身的免疫力至关重要的一点是能够有效的防止癌症的发生,针对癌症的治疗,不论使用什么样的药物,都必需要以可以增强机体免疫力为基本,只有那样才能达到有效抑制癌症的作用。

刘贤华中医是用什么方法提高免疫力的呢?大循环治

疗!大循环通过提升温度结合大循环食药方提高免疫力,因为食物提供给人体的食营养,是免疫力,是气血,是蛋白质,是能量!所以有效的食方疗对抑制癌细胞起到至关重要的作用。

温度学派中医刘贤华认为,癌细胞是杀不死的,最悲惨的就是很多人在中期和晚期癌症阶段的时候,还要去医院用放疗和化疗的治疗方式治疗癌细胞,想把癌细胞死,这个思路和点是大大的错误!西医的医疗行为,包括开刀、化学治疗、放射性治疗等,产生的伤害非常之大,甚至可能是致死的主因!

2-4 温度学派治疗肺癌的差异性

刘贤华中医讲究整体的治疗。而癌症的病患,通常身体是偏于寒冷,因此会让身体阻塞更加地严重。对刘贤华而言,身体哪里都是一样的区域。免疫力正常了,人体秩序恢复了,大病也能快速祛除。

刘贤华认为改善身体的土壤,即人体生长的内环境,这样才能有效的预防和治疗肺癌!

刘贤华整理中医的病理知识,运用中医五行,脏腑、经络辨证。独创温度学派大循环分析:采用四大针法诊断;七大灸法治疗疏通经络,打通气脉;中药活汤剂药老药方、大循环食方,整体施治;铜镜面诊,针灸穴诊,隔纱脉诊等特色诊断方法;

大循环温度疗法,食方疗,体能疗,提出营养大于一切,能量大于营养的核心治疗观点,提升人体脏腑经络整体温度,改善人体温度,温差,空间,调整三大循环系统,即:血液循环系统、淋巴排毒系统以及神经系统来治疗人体的寒,毒,堵,疼痛。温度学派大循环治癌症应用天地人整体思想观,辨证施治,对症下药,药到病除,除病调理,妙手回春!

经过温度学派刘贤华中医68天共71次的治疗,2020年9月3日刘涛患者去长沙南雅医院复查,报告显示白细胞指数,糖类抗原、癌胚抗原等相应指标都已全部恢复正常,脂肪肝也好了,尿酸也正常。这就是大循环提升温度治疗癌症的神奇之在!这也是2020年刘贤华中医治疗肺癌的又一突破!仅仅68天,就让肺癌患者的症状和指标都恢复到正常状态!

3、结束语

癌症肿瘤形成的原因是:阳不足,阳就是动能!肠蠕动,心脏跳动,消化系统,身上所有的动能都属于阳!阳虚的话,相当于动能不足,很多身体不需要的东西,自然而然的累积在身体里面,没有及时排除,慢慢就会形成阴实了!

刘贤华医生治疗癌症:一针二灸三中药四温五诊六循环的方式治疗癌症的特点是靠温热刺激直达人体各组织深处,经久不消,温通经脉,通过提升全身的温度,能够有效杀死癌细胞,同时配合四大针法和七大灸法,活汤剂老药方、

大循环食药方，这样能抑制肿瘤不扩散，肿瘤由大变小，直至完全消失。而且刘贤华医师所治疗的癌症患者中，没有发现转移或扩散的病例。

参考文献：

[1] 武维屏。肺癌从肝论治探析 [J]. 中医杂志，2014，55（24）：2091

[2] 黄良文，刘建民，袁淮涛。活血化瘀中药抗肿瘤转移作用的研究进展 [J]. 中国医药学，2014，4（6）：37

[3] 卜平，周荣卿，陈齐鸣。扶正化瘀方对胃癌患者术后转移的抑制作用以及 T 淋巴细胞亚群的影响 [J]. 中国杂志，2001，42（4）：227

综合护理对前列腺炎患者心理状态及治疗依从性的影响

吴秋岑 韦淑妹 刘珍竹 何燕芳

中国人民解放军联勤保障部队第九二三医院泌尿外科 广西 南宁 530021

摘要: 目的: 探讨给予前列腺炎 200 例患者实施综合护理对其心理状态和治疗依从性的影响。方法: 选取近一年(2020 年 2 月~2021 年 2 月)我院收治的 200 例前列腺炎患者为观察对象, 所有患者被分为两组。100 例接受常规护理的患者纳入对照组, 剩余 100 例接受综合护理的患者纳入观察组, 观察两组患者护理后心理状态和治疗依从性。结果: 对照组抑郁情绪评分为(45.46±3.42)分, 观察组为(29.31±3.21); 对照组焦虑评分为(46.51±2.68)分, 观察组为(28.62±3.30)分; 对照组依从率为 68.00%, 观察组为 88%。上述指标组间对比, 结果均为 $P < 0.05$, 具有统计学意义。结论: 前列腺炎患者治疗期间给予综合护理可有效改善患者焦虑、抑郁状态, 患者依从性更高, 值得推广。

关键词: 综合护理; 前列腺炎; 心理状态; 依从性

前列腺属于泌尿科常见的一种疾病, 主要发于中年男子前列腺局部, 是非特异性感染的一种, 发病机制尚未明确^[1]。治疗期间给予患者实施有效的护理干预在降低患者心理压力, 提高患者治疗依从性方面效果显著。本次研究于前列腺炎患者治疗期间给予实施综合护理干预, 取得令人满意的治疗效果, 具体如下。

1 资料与方法

1.1 患者资料

选取近一年(2020 年 2 月~2021 年 2 月)我院收治的 200 例前列腺炎患者为观察对象, 所有患者被分为两组。100 例接受常规护理的患者纳入对照组, 剩余 100 例接受综合护理的患者纳入观察组。其中, 对照组年龄最小 19 岁, 年龄最大 63 岁, 平均年龄(43.25±3.67)岁; 最短病程 5 个月, 最长病程 5 年, 平均病程(3.16±2.06)岁。观察组年龄最小 19 岁, 年龄最大 65 岁, 平均年龄(44.86±3.25)岁; 最短病程 5 个月, 最长病程 6 年, 平均病程(3.95±2.14)岁。组间对比结果为 $P > 0.05$, 结果差异不大, 可进行对比。

1.2 护理方法

对照组采取常规护理, 主要包括用药指导、饮食和生活注意事项。观察组则采取综合护理, 具体措施为:

心理护理: 护理人员需要尊重患者的隐私, 热情礼貌的接待患者, 建立良好的护患关系; 耐心倾听患者的想法, 通过心理疏导改善患者的精神状况, 纠正患者错误的认知; 组织病友交流会, 请治愈的病友介绍自己的经验, 从而给予患者社会支持, 树立治愈的信心: 指导患者和家属学习家庭护理措施, 从而做好家庭护理。

(2) 健康教育: 每个患者需要建立档案, 了解患者的病程、认知状况、心理状况、治疗方案以及生活状况, 通过宣传手册、讲座以及视频等方式开展健康教育: 每周进行 1 次集中教育, 每次 30min, 加强患者的印象。

(3) 行为护理: 为患者讲解疾病相关知识以及诱因, 多与患者沟通并鼓励患者讲出自己的苦闷, 并告知该病的治愈

率和预后情况, 提高者治愈的信心, 消除不良因素的影响, 并提高对临床诊疗工作的配合度: 指导患者掌握按摩手法, 叮嘱患者每周按摩 1-2 次, 叮嘱患者不要阅读情色文学、影像; 指导患者的性生活; 鼓励患者定期进行体育运动, 每周 1-2 次, 每次 1 小时以上。

(4) 随访指导: 出院前叮嘱患者定期复诊, 每周 1 次电话随访, 并对患者展开针对性指导, 提醒患者遵医嘱治疗; 若患者有问题也可电话咨询。

1.3 观察指标与评价标准

观察两组患者治疗后心理状态(抑郁情绪和焦虑情绪), 总分为 50 分, 分数越高表明患者焦虑、抑郁情绪越严重。治疗依从性满分为 30 分, 10 分以下为不依从; 10-20 分为基本依从; 20-30 分为完全依从^[2]。

1.4 统计学方法

本次研究相关数据的分析应用 SPSS21.0 进行统计, 以 c^2 为计数资料检验值, 表达形式为 $n(\%)$; 以 t 为计量资料检验值, 表达形式为(均数 ± 标准差)。若结果显示 $P < 0.05$, 则表明有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组患者护理后心理状态

干预后对照组抑郁情绪、焦虑情绪明显高于观察组, 组间比较结果为 $P < 0.05$, 有统计学意义, 具体见表 1。

表 1 对比两组患者护理后心理状态($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	抑郁情绪评分	焦虑情绪评分
对照组	100	45.46 ± 3.42	46.51 ± 2.68
观察组	100	29.31 ± 3.21*	28.62 ± 3.30*

注: * 表示与对照组相比结果存在 $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗依从性比较

观察组依从率与对照组相比, 前者明显高于后者(88.00% > 68.00%), 组间对比结果为 $P < 0.05$, 有统计学意义存在。具体数据见表 2。

表 2 两组患者治疗依从性比较 [n (%)]

组别	例数	不依从	基本依从	完全依从	依从率
对照组	100	32(32.00)	42(42.00)	26 (26.00)	68 (68.00)
观察组	100	12(12.00)	34(34.00)	54 (54.00)	88 (88.00)
c2 值	-	11.67	1.36	16.33	11.66
P 值	-	< 0.05	> 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨论

目前临床上还未明确前列腺炎的发病机制，且治疗效果有待进一步研究，患者容易反复发作，威胁患者身体健康。不少患者受病情反复发作影响对该疾病治疗失去信心，治疗依从性不高，严重影响患者临床疗效，病情得不到有效控制，甚至还出现恶性循环的问题，严重影响患者预后^[3-4]。

综合护理干预从多个环节给予患者提供有效的护理服务，患者身心状况得到有效改善，治疗有效率更高。护理过程中首先应针对患者缺乏疾病认知等问题进行健康教育，增强患者对治疗方案和自身疾病的了解，使患者提高对自我管理的重视，有效提高治疗依从性；心理护理给予患者针对性的心理干预，纠正患者错误认知，增强患者治疗信心；通过跟踪随访进一步强化康复效果^[5]。从研究结果可知，实施综合护理后观察组患者焦虑、抑郁情绪明显得到改善，且患者依从性明显提高，由此可以确定前列腺炎患者治疗期间实施综合护理的价值。

综上，前列腺炎治疗期间给予综合护理在改善患者心理状态方面效果较好，患者依从性更高，可大力推广。

参考文献

- [1] 刘小玲,唐艳.综合护理对前列腺炎48例心理状态及治疗依从性的影响[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(32):72+117.
- [2] 胡红梅.综合性护理对前列腺炎患者治疗依从性与生活质量的影响评价研究[J].临床研究,2020,28(3):150-151.
- [3] 王玉艳.综合性护理对前列腺炎患者治疗依从性与生活质量的护理体会[J].中国医药指南,2019,17(14):269-270.
- [4] 陈桂平.综合性护理对前列腺炎患者治疗依从性与生活质量的干预效果分析[J].中国医药指南,2017,15(10):256-257.
- [5] 周兰花,古力夏提·卡哈尔,吴芳.综合性护理措施对前列腺炎患者治疗依从性的干预效果[J].医学信息,2016,29(3):289-289.

影响中药房中药饮片质量管理的相关因素分析

英 涛

北京市朝阳区管庄第二社区卫生服务中心 北京 100024

摘要:目的; 影响中药饮片质量控制的相关因素分析. 方法; 对 2017 年 10 月至 2018 年 10 月我院中药饮片质量控制中遇到的一些问题进行分析后, 对相关信息进行了分析, 研究了影响中药饮片质量控制的因素, 并提出了解决办法。结果; 中药饮片 12 个月质量控制分析共发现 30 个质量控制问题, 其中饮片混淆最高 (60%), 其他问题的比值与其他问题的发生率相比, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论; 在医疗行业, 影响中药饮片质量控制的因素很多, 相关管理任务十分艰巨, 要充分确保临床治疗的顺利进行。^[1]

关键词: 中药房; 中药饮片; 质量管理

医院中药治疗中很重要的一部分是饮片质量, 饮片的质量意味着按照中医辨证治疗的原则, 应用中药饮片需要对患者定期治疗。饮片的质量决定了中药的功效。因此, 有必要加强中药饮片的管理, 提高中药饮片的质量和有效性。本文对我院中药饮片质量进行严格检查, 分析中药饮片不合格的原因, 并给出相应对策, 报告如下^[2]。

一、资料与方法

1. 一般信息。从 2017 年 10 月至 2018 年 10 月对我院门诊中药质量控制中遇到的一些问题进行了分析, 研究分析了相关信息^[3]。

2. 方法。收集我院 12 个月药品质量控制评价中存在的问题和相关数据, 进一步分析探讨问题的关键因素, 总结影响中药饮片质量控制的相关因素, 并按照有关管理法规和办法相应处理。

3. 统计分析。采用 SPSS22.0 分析患者相关参数, 计数数据用指标 (%) 表示, 采用检验 χ^2 , $p < 0.05$ 差异具有统计学意义^[4]。

二、结果

回顾性分析分析了过去 12 个月中药饮片质量控制方面的 30 例问题, 其中最常见的是部分饮片混淆的杂质含量 (60%) 比值, 这比其他问题要多, 如表 1 所示, 差异在统计上是显著的 ($p < 0.05$)^[5]。

影响因素	例数	比值
饮片混淆、内含杂质	18	60.00
同科属植物混充合格药材鉴别失误	4	13.33
主观经验鉴别失误	5	16.67
不同地区习用品种名称混淆	3	10.00
合计	30	100.00

表 1 2017 年 10 月至 2018 年 10 月中药饮片质量管理情况 (n, %)

三、讨论

1. 影响因素分析。(1) 质量管理体系不完善。中药房管理中有很多内容, 需要开发很多管理系统, 目前没有系统的中药饮片质量控制体系, 导致医院中药研究滞后, 不能充分

发挥中药师的作用, 导致医院中医药医疗质量管理水平停滞。我们中药饮片来自中药饮片批发企业, 因为没有完善严格的检验制度, 许多中药饮片批发公司存在诸多缺陷, 生产出许多质量并不十分好的产品, 其质量控制较为欠缺。另外, 我院中药房没有严格执行中药饮片的管理制度, 导致中药饮片质量管理不善。(2) 中药饮片品种太多难以控制。据统计, 临床较常使用的中药饮片在 500 种左右。因此, 在中药管理过程中, 道地、非道地有所不同, 其特点和来源十分复杂, 中药在不同的地方采用不同的治疗方法, 临床效果也不同。因此, 只有管理人员有丰富相关知识和实践经验, 了解中药的种类、来源、治疗方法、临床疗效、使用和禁忌等多种信息, 才能实现有效管理。(3) 工作人员的水平参差不齐。中药房的日常工作涉及更多种类的药品, 而中药房工作人员的教育水平参差不齐, 能力差别很大。不同员工在掌握相关知识、了解管理内容、识别药品等方面存在显著差异此外, 中药饮片加工的产品每一批次都有一定差别, 在实际工作中容易遇到炮制时间过长、时间过短、药物颜色明显变化等问题, 导致厚度不均衡、尺寸不同、饮片中药屑较多, 另一方面, 中药房的一些设施也影响了中药饮片的储存和处理。(4) 缺乏养护。部分需要特别养护条件的中药饮片到货后, 应放入冰箱冷藏或放于阴凉库, 并需要有关人员定期有效养护。但是, 在实践中, 大多数工作人员没有有效管理这种情况, 导致中药片剂出现虫蛀、返糖、走油、发霉和老鼠啃咬的情况, 导致中药片剂质量下降, 甚至在严重情况下不能使用, 影响了治疗效果。(5) 缺乏鉴别意识。中药房管理需要根据药品来源、产地等有效管理药品, 以确保具有不同作用的药物能够正确使用, 对临床应用效率和患者的健康安全产生积极的影响, 但实际上有些人因为鉴别能力的问题, 出现了饮片等级甚至来源鉴定错误等情况, 严重影响了中药房的质量控制, 影响临床治疗的顺利进行。(6) 药品质量差。近年来随着中医药研究的深入, 中药临床用量也呈现明显上升趋势, 药品质量因盲目推广, 导致一些品种大量种植价格升高, 甚至采用催肥方式或错误的药物采摘方法对药物的质量

产生影响^[6]。不仅降低了药效,另一方面也无法满足临床治疗的需求。

2. 质量管理措施。(1) 改进中药工作人员培训。中药工作人员是我国中药饮片管理的基础,其质量管理水平将影响我国中药饮片的质量控制状况。因此,医院必须定期对中药房的有关工作人员进行必要的培训,以确保工作人员具备相关技能并有效使用相关设备,同时确保中药房的质量控制水平。(2) 完善中药饮片质量管理体系。完善中药饮片质量管理体系,使中药房管理人员遵守规定,促进中药房的良好运行。我国已颁布了《中华人民共和国药品管理法》,规定了中药饮片的实际地位。因此,医院必须加强管理,明确规定每个管理人员的职业责任,安排工作岗位,使每个人都能充分发挥其价值。在制度实施过程中,每位员工都要对管理制度有深入的了解,定期总结工作情况,分析工作中存在的问题,提出问题的修正和改进建议,提高中药房的管理质量。(3) 规范中药药品管理过程,保证药品质量。中药饮片之所以难以管理,是因为中药饮片品种繁多,治疗方法组方复杂多样,效果复杂。药品的采购、控制、采购、储存、进货、入库、出库和应用都是药物管理的一部分。管理的各个方面都至关重要。任何一个环节有问题,它们都会影响中药饮片的质量,直接危害病人的生命。因此,中药房的饮片库管理、临床医师对中药饮片使用管理也应重视。规范采购渠道和主要品种的验收规程,严格控制检查、采购、药品检验证书等环节。为了确保无一例外,凡批准入库需要中药饮片质量验收都是合格的,中药房管理人员必须了解有关药品的知识,掌握相关的储存方法,将中药饮片放在避光、通风、防潮、防火等符合储存要求的地方。(4) 提高管理人员的专业水平。所有中药房的管理人员都必须具备专业资格,以确保工作的效率和质量。中药技术人员实际上是中药饮片质量控制的主要负责人,他们的专业水平直接影响着中药饮片的管理水平。因此,医院应重视有关中药饮片管理人员的专业水平,继续加强对其专业人员的培训。专业人员参与管理人员的培训和不断加强责任感,有助于提高中药饮片的道德意识和服务质量,全面提高医疗服务质量,树立医疗道德和医疗作风。(5) 加强对中药饮片的采购管理。为了确保临床药物的效果水平,除了提高中药房有关人员的质量外,还需坚持通过正规和合法渠道采购药品,并按照相关标准和要求采购药品,以避免药品质量差和药品有效率低下的情况。(6) 规范和管

理饮片炮制工作。中药饮片的生产将直接影响其质量,进而影响临床治疗的安全性和有效性。因此,医院应根据药典有关规定,制定相应的中药片剂管理制度,落实有关要求,加强中药饮片生产管理,确保有效规范和实施。(6) 定期总结工作。有效的讨论也是减少工作场所问题的重要手段。在中药质量管理领域,可以定期组织员工会议和交流,提出工作问题,开展讨论和研究,制定解决方案,改进工作流程和工作方法,确保良好的质量管理,与此同时,建立奖励和惩罚制度,奖励表现良好的人员,惩罚有问题的人,以激励并确保工作的责任心。(7) 改进质量管理程序。中药质量管理是一个涉及中药饮片应用和储存等一系列全面而漫长的过程。为了确保所有管理任务的顺利进行,需要根据有关要求进一步改进质量管理程序。例如,对于易受湿度影响的饮片,重要的是确保储存区的空气流通和干燥;必须在低温环境中放置否则容易发生霉变。与此同时,按计划定期检查药品储存区,以确保其温度和湿度更适宜,并清理发霉、虫蛀和走油的药品^[7]。

简而言之,中药饮片的质量与患者的治疗效率和生命安全密切相关,也是实现医院稳定持续发展目标的基础。必须重视实施科学合理的质量控制措施,确保中药饮片的有效性和安全性^[8]。

参考文献:

- [1] 曹康. 我国中药饮片质量的影响因素分析和对策 [J]. 中国药业, 2019, 25 (, 6) : 7-9, 10.
- [2] 张晶吉. 医院中药饮片调剂质量的影响因素与对策 [J]. 中医药管理杂志, 2019, 24 (23) : 21-22.
- [3] 赵玲. 中药饮片质量的影响因素与药物分析 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 17 (14) : 154-155.
- [4] 张生雅. 中药饮片质量的影响因素分析及对策研究 [J]. 北方药学, 2019, 9 (11) : 55-56.
- [5] 马娜. 影响中药饮片质量的因素及对策 [J]. 贵阳中医学院学报, 2019, 35 (5) : 315-316.
- [6] 孙嵘菲. 对影响临床用中药饮片质量 - 疗效因素的探讨 [J]. 中医临床研究, 2019, 9 (14) : 123-124.
- [7] 袁雯. 医院中药饮片质量的影响因素及管理对策 [J]. 临床合理用药杂志, 2019, 7 (32) : 161-162.
- [8] 苏涛. 中药饮片质量存在的问题与对策 [J]. 中国卫生标准管理, 2019, 6 (32) : 145-146.

饮食护理干预对胃炎胃溃疡患者影响的研究进展

陈 瑜 陈尚茹

深圳市龙岗区人民医院 广东 深圳 518172

摘 要: 日常生活中,人们通常由于不合理的饮食习惯、饮食行为、精神压力过大等原因致使其产生胃炎、胃溃疡等相关病症,由于此病症与患者饮食密切相关,在其护理中饮食护理至关重要。对此,本文将以饮食护理为切入点对其展开深入研究,旨在促进人们的身体健康。

关键词: 胃炎;胃溃疡;饮食护理干预

胃炎、胃溃疡病症的产生对患者身心健康、日常生活、生活质量等均产生严重影响,患者若未及时得到有效的治疗与护理,病情还会进一步加重,进而威胁生命安全^[1]。在对消化道疾病患者进行临床护理过程中,不仅需给予其药物护理、心理护理,同时还需给予患者全面且高效的饮食护理,通过改善患者饮食习惯,进而促使其胃功能恢复且增强。对此,本文将主要研究饮食护理干预对胃炎胃溃疡患者影响的进展。

1 疾病发生机制及临床症状

胃炎具体是指患者胃粘膜产生炎症症状,胃炎病症在临床中通常被分为多种类型。按照患者临床病症缓急程度通常被分为慢性胃炎、急性胃炎2种,其中慢性胃炎通常又被分为特殊型胃炎、萎缩性胃炎及非萎缩性胃炎;急性胃炎主要包括化脓性胃炎、糜烂出血性胃炎、腐蚀性胃炎及单纯性胃炎。按照发病机制可将其分为自身免疫性胃炎、幽门螺杆菌性胃炎及应激性胃炎等^[2]。急性胃炎的主要病因有受细菌或(及)病菌侵蚀、进口食物过冷或过热、食用辛辣刺激或较为粗糙食物、饮酒、浓茶或咖啡等刺激性液体。另外,手术、情绪激动、患者身体创伤等也会在一定程度上导致其诱发急性胃炎。患者通常会表现出恶心呕吐、腹痛、嗝气、食欲不振、腹胀、身体发热等相关症状,部分患者还会表现出腹泻、黑便、呕血、口腔咽喉疼痛、胸痛、休克等相关症状。慢性胃炎的主要病因包括有幽门螺杆菌感染、身体免疫力较差、长期吸烟、饮浓茶、烈酒及咖啡等相关刺激性液体、食用辛辣刺激性食物等,患者通常会表现出胃反酸、恶心呕吐、上腹部疼痛、腹胀等,部分患者还会表现出贫血、身形消瘦、腹泻等相关症状。胃溃疡具体主要是指患者裂孔疝、胃角、贲门、胃窦等相关位置出现溃疡症状,而导致患者产生此病症的因素较多,具体主要包括基因遗传因素、幽门螺杆菌感染、长期服药、长期精神压力较大、胃运动障碍、长期吸烟及饮用烈酒、浓茶、咖啡等^[3]。患者通常会表现出上腹部疼痛、胸骨疼痛,部分患者还会表现出胃出血、胃穿孔等相关症状,还有部分患者无任何临床症状表现。

2 饮食护理

2.1 行为干预

无论是胃炎还是胃溃疡的形成,都与人们的健康意识、健康知识水平及日常饮食行为等有着密切关联,而此类因素对患者后期临床治疗、临床护理的质量也会产生一定影响。对此,护理人员需加强对患者饮食行为干预,促使其健康意识、健康知识水平可显著提升,并在日常生活中及时养成良好且健康的饮食习惯^[4]。首先,护理人员需全面了解患者身体素质、身体各项指标水平、日常饮食禁忌与饮食爱好等;其次,护理人员结合以上相关因素为患者制定合理、健康且高效的饮食方案,饮食方案需充分保障其营养全面且均衡,并将饮食方案交由主治医生进行审核;再次,护理人员主动与患者进行沟通,并告知患者其当前身体病症、饮食方案对其临床病症产生的影响等,进而促使患者可严格按照相关饮食方案进行日常饮食;最后,护理人员需加强对患者日常饮食监督力度,促使患者可始终保持良好的饮食行为。针对胃炎、胃溃疡等相关病症患者,通过对其进行有效饮食护理干预,可促使患者身体营养机质不断恢复、增强,可一定程度提高患者身体免疫力,促进其临床病症高效改善,使患者身体健康状况、睡眠状况、情绪状况及日常生活质量等皆可得到高效提升。

2.2 营养支持

胃炎、胃溃疡患者除表现出腹痛、腹胀、食欲不振等相关临床症状外,严重时还会导致其出现营养不良、贫血等相关症状,对其身心健康产生严重影响。通过对患者进行科学、有效的营养支持,可促使患者病症及时得到有效控制和促进康复^[5]。护理人员在对患者进行营养支持过程中需充分考量患者病症严重程度、身体素质水平等,进而促使营养支持的合理性、科学性显著提升。护理人员在对胃炎、胃溃疡患者进行营养支持过程中应引导患者多食富含蛋白质、维生素、高纤维等相关食物,并加强补充锌元素,同时还需保证患者所食食物具有易消化的特点,进而促使患者胃部溃疡症状、炎症症状等可及时得到有效改善,具体食物可包括西葫芦、鸡蛋、胡萝卜、莲菜、鱼肉等,主食应多食用面条,水果应多食香蕉、苹果等,针对富含锌元素的食物主要包括虾、瘦肉及牡蛎等,患者应尽可能少食米饭,降低对糖的摄入量^[6]。日常食物的加工方式应为蒸、煮、炖,避免吃爆炒、

烧烤类食物，食物中应避免放入葱、姜、蒜、辣椒、花椒等辛辣调料，所加工的食物避免过辣、过酸、过烫、过硬、过冷等，同时患者避免食用腌制食物，以免患者胃肠道产生不适反应。护理人员还需告知患者牛奶的每天摄入量不可超过 500g，且应在餐后饮用，患者应在餐前或餐后 20min 饮用适量温水，饮食过程中避免饮水。护理人员告知患者应戒烟、戒酒，同时还需告知患者及家属其每天所食食物的食材应均为当天食材，并充分保障其新鲜性、健康性等，进而促使营养支持的作用性获得提升。

2.3 习惯培养

除良好的营养支持、行为干预外，良好的饮食习惯培养对患者临床病症改善具有一定促进作用^[7]。首先，需引导患者养成少食多餐的习惯；其次，护理人员应引导患者养成定时定量用餐的习惯，促使其胃部可形成规律化运转，充分保障患者胃功能；再次，在日常进食过程中，还应引导患者保持细嚼慢咽的饮食习惯，一方面有利于促进胃消化，降低患者胃负荷，保护其胃功能，另一方面可避免患者因食物未被充分咀嚼而对其胃肠道产生损伤，进而促使患者胃功能可不断改善；最后，更需引导患者养成不挑食、不偏食的良好习惯，避免患者出现营养不均的习惯，影响其恢复。

2.4 健康教育

正所谓“意识决定行为”，只有当患者充分意识到饮食对自身病症产生的影响，进而才可促使患者从根本上改变自身的行为。对此，护理人员需对患者进行全面、合理的健康教育。首先，护理人员需通过沟通及时了解患者文化水平、性格特点等；其次，告知患者胃炎、胃溃疡的发病机制、临床表现，促使其对相关病症有较为全面的了解^[8]；再次，护理人员告知患者健康、合理的饮食行为对其病症改善产生的影响，进而促使患者养成良好的饮食习惯；最后，还需告知患者提高自身的健康意识，餐前、餐后洗手、避免食用过夜或过期食物、充分保障餐具卫生、避免食用无卫生保障食物或在无卫生许可区域用餐。

3 小结

饮食护理干预对患者胃功能产生的影响相对较大，可促使患者临床病症快速、高效改善。对此，需加强对饮食护理干预重视度与宣传力度。另外，为促使患者临床病症高效改善，护理人员还可给予患者有效的运动干预、心理护理等。除此之外，社会各界应加强对胃病重视度与宣传力度，提高人们的健康意识与健康知识水平，促使人们的身体健康指数可得到有效提升。

参考文献：

- [1] 彭灿, 张明溪, 陈凌艳, 李亚娟, 张月铭, 李明. 饮食护理干预对胃炎胃溃疡患者生存质量的影响分析 [J]. 中国现代药物应用, 2014, 8(20): 192-193.
- [2] 马晓燕. 饮食护理干预对胃炎胃溃疡患者生存质量的影响 [J]. 黑龙江科学, 2021, 12(6): 82-83.
- [3] 张莉莉, 朱芬芬, 程配. 饮食护理干预对胃炎胃溃疡患者影响的研究进展 [J]. 中国药物与临床, 2021, 21(9): 1495-1497.
- [4] 李殿秀. 饮食护理干预对胃炎胃溃疡患者生存质量的影响分析 [J]. 中外女性健康研究, 2020(8): 143, 146.
- [5] 王艳, 王春珂. 饮食护理对胃炎胃溃疡患者生存质量、营养状态的影响 [J]. 中国保健营养, 2020, 30(22): 202.
- [6] 朱岳英. 饮食护理干预在胃炎、胃溃疡患者中的应用效果 [J]. 中国当代医药, 2019, 26(23): 205-207.
- [7] 黄亚辉. 饮食护理对胃溃疡患者饮食保健知识及疗效的影响 [J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(12): 23-25.
- [8] 石晓燕. PDCA 护理在改善老年胃溃疡患者饮食行为及生活质量中的应用 [J]. 青岛医药卫生, 2021, 53(3): 234-236.

通讯作者：陈瑜 女 汉族 1990 年 11 月 广东深圳
515000 广州市妇女儿童医疗中心 护师 硕士研究生 研究方向：心血管内科护理 邮箱：virtuechan@163.com

骨髓涂片病态巨核细胞在小儿血液病中的临床价值

栗 艳

广西壮族自治区妇幼保健院新阳儿一科 广西 南宁 530000

摘要: 目的: 探究骨髓涂片病态巨核细胞在小儿血液病中的临床价值。方法: 选择2018年12月至2020年12月期间于我院接受治疗的53例小儿血液病患者为观察组, 另取同一时期30例健康儿童为对照组, 通过骨髓涂片方式观察患者病态巨核细胞, 统计分析其分布情况和数量。结果: 缺铁性疾病、急性再生障碍性贫血和溶血性贫血等为发展病态巨核细胞; 急性白血病、原发性血小板减少性紫癜两类具有少量病态巨核细胞存在; 骨髓异常增生综合征含有的巨核细胞最多, 总占比15.83%。结论: 骨髓涂片病态巨核细胞应用于小儿血液病诊断与检查中起到促进作用, 值得加大研究力度。

关键词: 骨髓涂片; 病态巨核细胞; 小儿血液病; 临床价值

病态巨核细胞在临床上的表现是多样的, 不同形态巨核病态造血和巨核细胞增殖给人体血液机能产生的影响极为重要。可通过骨髓涂片有效判断核细胞增生程度, 之后根据有核细胞、有核细胞密度和成熟红细胞比例估算有核细胞增生程度, 结合铁染色和不同组化染色比给医护人员诊断白血病和缺血性贫血等提供依据^[1-2]。由此可知在小儿血液病中探讨骨髓涂片病态巨核细胞具有深远的现实意义, 接下来本文回顾性分析2018年12月至2020年12月期间于我院接受治疗的53例小儿血液性疾病患者为观察对象, 具体结果进行如下分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2018年12月至2020年12月期间于我院接受治疗的53例小儿血液病患者为观察组, 另取同一时期30例健康儿童为对照组。其中, 对照组男性患21例, 女性患9例; 年龄3~12岁, 平均年龄 (6.89 ± 2.48) 岁。观察组男性患34例, 女性患19例; 年龄3~11岁, 平均年龄 (7.37 ± 2.74) 岁。急性白血病14例、缺铁性疾病12例、急性再生障碍性贫血12例、原发性血小板减少性紫癜9例、骨髓异常增生综合征4例和溶血性贫血2例。比较两组患者基本资料, 差异不大, 可以进行对比。

1.2 方法

应用常规瑞氏染色处理骨髓片, 处理结束后于低倍镜下计数每例骨髓涂片计数, 之后计数每例骨髓涂片的1000个非红细胞, 之后将病态巨核细胞占比计算出来。计数淋巴小巨核细胞, 计算出淋巴小巨核细胞在巨核细胞中占据的比例。

1.3 统计学分析

本次研究相关数据均通过统计学软件SPSS20.0统计分析, 以 $n(\%)$ 表达计数资料, 行卡方检验; 以 $(\text{均数} \pm \text{标准差})$ 表达计量资料, t 为检验值。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组病态巨核细胞类型与个数

通过临床统计分析可以总结出下表巨核细胞个数和类型。结合该表临床数据可知, 缺铁性疾病、急性再生障碍性贫血和溶血性贫血等很少见病态巨核细胞, 而急性白血病、原发性血小板减少性紫癜两类具有少量病态巨核细胞存在, 而骨髓异常增生综合征含有的巨核细胞最多, 具体见表1。

表1 分析病态巨核细胞类型与个数 $[n(\%)]$

疾病类型	例数	病态巨核细胞计数 $(\%)$
健康儿童	30	0
急性白血病	14	0.5
缺铁性疾病	12	0
急性再生障碍性贫血	12	0
原发性血小板减少性紫癜	9	0.4
骨髓异常增生综合征	4	15.83
溶血性贫血	2	0

2.2 比较不同组别淋巴小巨核细胞分布比例情况

不同组别淋巴小巨核细胞分布比例情况如下, 具体见表2。

表2 比较不同组别淋巴小巨核细胞分布比例情况 $[n(\%)]$

组别	巨核细胞均数	淋巴小巨核细胞	小单圆核巨核细胞	多圆巨核细胞	多分叶巨核细胞
对照组 $(n=30)$	100	0	0	0	0
急性白血病	100	12.52	5.20	2.61	0.45
缺铁性疾病	100	0	0	0	0
急性再生障碍性贫血	100	0	0	0	0
原发性血小板减少性紫癜	100	0	0.03	0.10	0.02
骨髓异常增生综合征	100	6.02	1.63	1.94	0.74
溶血性贫血	100	0	0	0	0

3 讨论

巨核细胞是从骨髓中的一种从造血干细胞分化而来,其受到各方面因素影响,部分血液病还会伴随巨核细胞状态改变,极易出现巨核细胞,若发现骨髓片存在病态巨核细胞,其标志了骨髓中巨核细胞存在变态造血和成熟障碍,从其数量我们可以看出患者巨核细胞病态造血的严重程度。从病态巨核细胞的内容分析,其主要包含的内容有多分叶核巨核细胞、多圆核巨核细胞、单圆核巨核细胞和淋巴样小巨核细胞等。其中,淋巴样小巨核细胞属于一种无法发育成熟的病态巨核细胞,从形状上分析其主要有不规则、圆形和椭圆形,直径约为8-20 μm ,小如淋巴细胞大小,核浆发育失衡,核发育较慢时胞浆存在不一的情况,经常有伪足。由于小巨核细胞不可能发育成熟,因此其在恶性疾病患者中的骨髓涂片比较常见^[3]。

从本次观察的结果可知,健康儿童正常生成骨髓巨核细胞,良性血液病诸如缺铁性贫血和溶血性贫血,偶尔有病态巨核细胞存在,但仍未看见分化情况较好的细胞,如多圆核巨核细胞和单圆核巨核细胞,也没有看到分化效果不理想的淋巴样小巨核细胞。可通过急性再生障碍性贫血观察到病态巨核细胞,其中检出率较高的是多分叶核巨核细胞。原发性血小板减少性紫癜中也有少部分可以看到有病态巨核细胞存在,但数量很少,并未看到淋巴样小巨核细胞,仅看到多圆核和单圆核细胞,虽然属于良性血液病,但是存在病态巨核细胞都表明体内存在病态造血的问题,需要及时做好跟踪工作,避免存在病情恶化的问题。急性再生障碍性贫血致病原因是造血微循环功能和造血干细胞障碍,抑制了巨核细胞生成,因此并没有看到病态巨核细胞,这也是原发性血小板减少性紫癜与急性再生障碍性贫血两种疾病的区别^[4-5]。

反之,骨髓增生异常综合征、慢性粒细胞白血病急性、非淋巴细胞性白血病等恶性血液病中病态巨核细胞具有较高的检出率,且可以单独存在淋巴样小巨核细胞,比较常见的就是骨髓异常增生综合征,占比6.02%,且有研究表明其属于造血干细胞克隆性疾病中的一种,临床上诊断该疾病主要通过小巨核细胞尤其是淋巴样小巨核细胞检出率判断。有研究表明骨髓增生异常综合征有朝白血病发展可能,若骨髓中存在淋巴样小巨核细胞实验异常指标时可能恶化为急性白血病可能性大。研究发现,原始细胞逐步增多的难治性贫血患者若存在淋巴样小巨核细胞则很难取得理想的预后效果,且其朝着急性非淋巴细胞性白血病发展时病态小巨核细胞发生概率较高。急性淋巴细胞性白血病发生病态巨核细胞的情况很少,且临床上还未发生淋巴样小巨核细胞的存在,无论粒单核细胞还是巨核细胞均来自于髓系祖细胞,这主要

是因为急性非淋巴细胞性白血病患者与急性淋巴细胞性白血病相比巨核细胞病态改变较多^[6]。所以,若发现急性白血病骨髓碎片存在大量小巨核细胞存在,则很大概率是急性非淋巴细胞性白血病。慢性粒细胞白血病具有急变期与慢性期相比前者检出病态巨核细胞概率更高,显著增加了淋巴样小巨核细胞。所以,若慢性粒细胞白血病慢性期患者骨髓涂片发现存在大量的淋巴样小巨核细胞,则可以知道并没有良好的预后效果,甚至还可能发生急变。因此,我们可以通过淋巴样小巨核细胞了解患者骨髓恶性增生情况逐步增加。很多学者认为就算急性白血病得到缓解,但骨髓仍然存在病态巨核细胞和病态巨核细胞的问题,病情反复且预后效果不理想^[7-8]。

综上,血液病种类不同巨核细胞分化和增生均存在质和量的区别,良性血液病很少发现有淋巴样小巨核细胞存在,多见于恶性疾病。所以,临床上可以通过病态巨核细胞判断血液病为恶性和良性,这对判断血液预后同样具有重要的现实意义。

参考文献:

- [1] 谭秀芳,孙红娟.87例小儿血液病临床特点及骨髓细胞学检测结果分析[J].国际检验医学杂志,2018,39(2):200-201.
- [2] 沈迪,吴一凡,王力,等.骨髓侵犯的高肿瘤负荷滤泡性淋巴瘤患者的血液学特征及疗效分析[J].标记免疫分析与临床,2018,25(10):7-12+43.
- [3] 刘萍.骨髓形态差异在巨幼细胞性贫血,难治性贫血鉴别诊断中的临床价值观察[J].实用心脑血管病杂志,2019,27(S2):103-104.
- [4] 张京,杨柯,白海,等.血液病骨髓涂片与骨髓病理活检诊断对比分析[J].检验医学与临床,2017,14(3):408-408.
- [5] 朱琳,安利,毛敏,等.巨核细胞在骨髓增生异常综合征中的临床价值[J].血栓与止血学,2017,23(3):369-371,375.
- [6] 蒋玉凤,李雄,郑伟华.骨髓涂片病态巨核细胞在小儿血液病中的临床价值[J].河北医药,2018,40(10):1555-1557.
- [7] 陈兵华,王峰,吴巧萍.碱性磷酸酶活性联合骨髓象分析在血小板增多症鉴别诊断中的临床意义[J].中国卫生检验杂志,2020,30(5):108-110.
- [8] 邢立娟,柴红宇,杨娜.骨髓涂片对慢性骨髓增殖性疾病的诊断价值[J].解放军预防医学杂志,2017,35(8):967-970.

About the Publisher

Universe Scientific Publishing (USP) was established with the aim of providing a publishing platform for all scholars and researchers around the world. With this aim in mind, USP began building up its base of journals in various fields since its establishment. USP adopts the Open Access movement with the belief that knowledge is to be shared freely without any barriers in order to benefit the scientific community, which we hope will be of benefit to mankind. USP hopes to be indeed by well-known databases in order to expand its reach to the scientific community and eventually grow to be a reputable publisher recognized by scholars and researchers around the world.

Our Values

✓ Passion for Excellence our values

We challenge ourselves to excel in all aspects of publishing and most importantly, we enjoy in what we are doing.

✓ Open Communication

We believe that the exchange of ideas through open channels of communication is instrumental to our development. We are in continuous consultation with the research and professional communities to influence our direction.

✓ Value & Respect

We empower our employees to proactively contribute to the success of the company. We encourage our people to innovate and execute, independently and collaboratively.

