

社区健康管理“4CH8”模式理论与实践研究(待续)

鲍勇

【摘要】 健康管理在“提升社区居民健康水平,控制医疗卫生总费用”方面已经有卓有成效的贡献。本文在总结国际的经验上,提出社区健康管理理论与实践。特别在“4CH8”模式方面提出新的观点:“4C”就是健康管理的四个环节(健康档案的建立、健康风险的评估、健康风险因素的干预、健康风险因素干预后评价);“4H”就是四个健康管理家园(儿童健康管理家园、妇女健康管理家园、老人健康管理家园、慢性病健康管理家园);“8”就是 8 个健康管理模块:生物学健康管理(血压和血糖)模块、心理学健康管理模块、社会学健康管理模块、睡眠健康管理模块、眼保健管理模块、体重管理模块、膳食管理模块和体质分析模块。

【关键词】 社区健康管理;4CH8 模式;健康管理环节;健康管理家园;健康管理模块

【中图分类号】 R197.6 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1163-03

Study on the Theory and Practice of 4CH8 Based on Community Health Management BAO Yong. Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200025, China

【Abstract】 There was very fruitful contribution in health management in “to improve the health level of community residents, to control the total health expenditure”. Based on the summary of the international experience, we put forward the theory and practice of community health management. Especially in the “4CH8” mode we put forward some new views: “four links of 4C” is health management (the establishment of health files, health risk assessment, health risk factors intervention, evaluation after health risk factors intervention); “4H” is the four home of health management (children’s health management home, women’s health management home, elderly health management home, chronic diseases health management home); “8” is the 8 health management module: biology and health management (blood pressure and blood glucose) module, psychology health management module, sociology of health management module, management module, the healthy sleep, eye care management module, weight, dietary management module and management module physical analysis module.

【Key words】 Community health management; 4CH8 model; Health management; Health management home; Health management module

国际经验已经证明,健康管理在“提升社区居民健康水平,控制医疗卫生总费用”方面已经有卓有成效的贡献。本文在总结国际的经验上,提出社区健康管理理论与实践,在“4CH8”模式方面提出新的观点^[1-9]。

1 社区健康管理理论与实践

1.1 社区健康管理是国际成功经验 美国是最早提出健康管理的国家。他们利用居民健康档案,评估居民健康风险水平,实施居民健康管理风险因素的干预以及进行效果的评价。在这四个方面已经有明显的业绩,美国“弗拉明汉心血管”问题研究即是证据^[10-14]。

1.2 社区健康管理是中国政府的重要宗旨 根据新医改提出社区是“健康守门人”的要求,根据“健康中国 2010”的战略。社区健康管理就是“提高人民群众健康为目标,坚持预防为主,防治结合的方向,采用适宜技术,坚持中西医并重,以危害城乡居民健康的主要问题和健康危险因素为重点,通过健康促进和健康教育,坚持政府主导,动员全社会参与,努力促进人人健康”。

1.3 社区健康管理是从上游解决民众“看病贵、看病难”问题的最有效办法和举措 慢性病威胁和医疗负担加重是引发当前健康管理“热潮”的直接原因和最

大需求。只有实施战略前移(从疾病发生的“上游”入手,即对疾病发生的危险因素实行有效地控制与管理,从以病人为中心转向健康/亚健康人群为中心)和重心下移(即将卫生防病工作的重点放在社区、农村和家庭),才是解决民众“看病贵、看病难”问题的最有效办法和举措。

1.4 社区健康管理是增强企业核心竞争力的重要举措 企业健康管理能降低企业总医疗保健费用。美国的企业健康管理经验表明:健康管理对于任何企业及个人都有这样一个秘密,即 90% 和 10%。具体地说就是 90% 的个人和企业通过健康管理后,医疗费用降到原来的 10%。企业健康管理能大大减少员工因患病或健康事假而带来的间接经济损失。企业健康管理是一项吸引优秀员工的福利项目。

1.5 社区健康管理是社区群众越来越迫切的需要 WHO 认为所有就诊病人中,只有 10% 左右的患者需要专科医生诊治,而人群中 80% ~ 90% 以上的基本健康问题,可以通过以训练有素的全科医生和社区健康管理师为骨干的社区卫生服务人员来解决。

1.6 社区健康管理有利于适应疾病谱改变的需要 2006 年卫生部公布的全国城乡调查数据显示:恶性肿瘤、脑血管病、心脏病、呼吸系病、损伤及中毒、内分泌营养和代谢疾病、消化系病、泌尿生殖系病、神经系病、精神障碍等发病率均比上一年度大幅度上升。世界卫生组织发布的健康公式(健康 = 15% 遗传 + 10% 社会因素 + 8% 医疗 + 7% 气候因素 + 60% 生活方式)也明

基金项目:国家自然科学基金(70973078);卫生部项目:我国居民电子健康档案使用与利用研究(2012 协议);上海市公共卫生重点学科子课题(2012)

作者单位:200025 上海交通大学医学院

确显示,影响健康的主要因素是生活方式,而生活方式不当引起的疾病是可以通过健康管理有效地预防的。

1.7 社区健康管理是中华医学会要求 为推动中国社区健康管理事业发展,中华医学会健康管理学分会成立了社区健康管理学组,成立了中国社区健康联盟,同时也成立了中美社区健康管理中心。同时,中华医学会对社区健康管理有明确要求。①城市社区:针对不同地域特点与经济社会发展状况,以预防控制社区慢病及其危险因素流行为目标,通过规范实施健康教育与促进、个体健康咨询与指导、生活方式改善、非药物干预等健康管理医学服务项目,来提高社区人群高血压、糖尿病、冠心病、骨质疏松等慢性非传染性疾病的知晓率、治疗率与控制率。②功能社区:针对不同职业与环境特点,以节约健康劳动力资源,生产率可持续发展为目标,通过实施企业员工健康与生产力管理规划、个体健康自我管理培训项目、不良生活方式干预与健康促进等,来提高企业员工的健康素养与健康自我管理能力,有效防控慢病,降低疾病负担。③农村社区:认真贯彻“保基本、强基础、广覆盖、可持续”的新医改方针,从农村和农民的实际出发,积极探索新农合开展健康管理医学服务的模式与路径。重点针对当地自然环境、生活习惯、居住条件、文化风俗方面存在的健康危险因素,组织开展健康教育与宣传、环境与生活方式改善指导、健康普查、建档与常见病防治等;降低农民疾病负担,促进农民健康水平的提高。

2 社区健康管理是社区卫生服务的延伸和发展

2.1 社区健康管理是社区卫生服务在政策方面的延伸和发展 2008年,国家提出“健康中国2020”要求,重点在引起慢性病的危险因素的干预;2011年,国家又提出公共卫生服务规划11条,在儿童、妇女、老年人和慢性病方面要求实施健康管理;2012年国家更加深入提出了慢性病控制条例。所有这些政策的深化,都显示社区卫生服务的发展已经向健康管理方面发展。

2.2 社区健康管理是社区卫生服务在体制方面的延伸和发展 1997年,国家提出社区卫生服务政策,提出医疗、预防、康复、保健、健康教育和计划生育技术指导“六位一体”工作;随着改革的深入,2003年,更加逐渐将“六位一体”浓缩为“两个基本”,就是“基本医疗与基本公共卫生服务”,起目的是和国家的宏观政策进行配套。2008年,随着“健康中国2020”的提出,随着慢性病控制的亟待解决,社区健康管理应运而生。

2.3 社区健康管理是社区卫生服务在机制方面的延伸和发展 上海市在推行家庭医生制度,家庭医生制度要求社区服务要向家庭服务延伸,医疗卫生服务要向健康管理方面延伸。

2.4 社区健康管理是社区卫生服务在内容方面的延伸和发展 社区健康管理在内容方面真正发展为“生物学、心理学和社会学”方面,特别在心理学方面。

2.5 社区健康管理是社区卫生工作人员在服务内容

方面的延伸和发展 根据上海市一个调查结果:社区健康管理体现了社区医生在服务方面的要求。

2.6 社区健康管理是社区卫生服务在评价内容方面的延伸和发展 以前社区卫生服务仅仅在机构内部实施评价。现在的社区健康管理评价已经延伸到对政府的评价,比如在健康指标方面。

3 4CH8 模式是社区健康管理的精髓和核心

3.1 4C——社区健康管理的四个环节

3.1.1 社区诊断和健康档案建立 社区诊断(Community Diagnosis)是借用临床诊断这个名词,通过一定的方式和手段,收集必要的资料,通过科学、客观的方法确定,并得到社区人群认可的该社区主要的公共卫生问题及其影响因素的一种调查研究方法。社区诊断是医学发展的一个标志。在传统的生物医学模式下,人类注重临床诊断,即以疾病的诊疗为目的,病人个体为对象;流行病学诊断则以群体为对象,以疾病的群体防治为目的,而社区诊断是社会-心理-生物医学模式下的产物,以社区人群及其生产、生活环境为对象,以社区人群健康促进为目的。因此可知,三个诊断是现代医学发展的渐进层次,而社区诊断正是这一发展的体现。

3.1.2 健康危险因素评估 危险因素是指来自于社会的对健康有影响的、与疾病发生和死亡相关的那些诱发因素。这一定义是现代医学对传统病因观的自然延伸和完善。健康危险因素评价(health risk factors appraisal)是研究危险因素与慢性病发病及死亡之间数量依存关系及其规律性的一种技术方法。它研究人们在生产环境、生活方式和医疗卫生服务中存在的各种危险因素对疾病发生和发展的影响程度,通过改变生产和生活环境,改变人们不良的行为生活方式,降低危险因素的作用,可能延长寿命的程度。

3.1.3 社区健康风险干预 ①以多种形式来帮助个人采取行动,纠正不良的生活方式和习惯,控制健康危险因素,实现个人健康管理计划的目标。②与一般健康教育和健康促进不同的是,健康管理过程中的健康干预是个性化的,即根据个体的健康危险因素,由健康管理师进行个体指导,设定个体目标并动态追踪效果。如健康体重管理、糖尿病管理等。通过个人健康管理日记、参加专项健康维护课程及跟踪随访措施来达到健康改善效果。③一个糖尿病高危个体,其除血糖偏高外,还有超重和吸烟等危险因素。因此除控制血糖外,健康管理师对个体的指导还应包括减轻体重(膳食、体力活动等)和戒烟等内容。

3.1.4 跟踪管理和健康管理效果评价 ①个人健康管理后续服务内容主要取决于被服务者(人群)的情况以及资源的多少,可以根据个人及人群的需求提供不同的服务。②后续服务的形式可以通过互联网查询个人的健康信息和接受健康指导,定期寄送健康管理通讯和健康提示,以及提供个性化的(下转第1299页)

· 全科基础论著 ·

骨诱导活性材料对前交叉韧带重建腱骨愈合影响的研究

吴敏,张培,官建中,肖玉周,周建生,代秀松,王晓盼

【摘要】 目的 探讨骨诱导活性材料对自体腘绳肌腱重建前交叉韧带(ACL)后腱-骨愈合的影响。方法 选取健康成年新西兰大白兔 45 只,其中 40 只分成两组,每组 20 只,实验组(A组)的骨隧道的腱-骨间隙充填骨诱导活性材料,对照组(B组)不加入活性材料,于设定的不同节点分别观察两组移植肌腱及自体 ACL 的大体组织学形态、生物力学性能,分析比较。结果 在术后 4,8,12 周,实验组软骨细胞、纤维的长入时间明显较对照组缩短,腱-骨愈合较对照组明显加快,愈合良好,在每个观察点实验组的平均抗拉力载荷均明显高于对照组,移植韧带的大体外观及光泽、弹性恢复良好。结论 ACL 重建中在腱-骨间隙充填骨诱导活性材料可以在一定程度上促进止点的愈合。

【关键词】 前交叉韧带;止点;骨诱导材料

【中图分类号】 R686.5 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1165-03

Empirical Study of BMP Influencing on Insertion Turnover with Hamstring Tendons in ACL Reconstitution WU Min, ZHANG Pei, GUAN Jian-zhong, et al. Department of Orthopaedics, Anhui Key Laboratory of Tissue Transplantation, the First Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu 233004, Anhui, China

【Abstract】 Objective To investigate the relationship BMP influencing on insertion turnover with hamstring tendons in ACL reconstitution. **Methods** 45 New Zealand rabbits were selected, 40 were randomly divided into 2 groups: Group A, the interval of the tendon-bone add bone morphogenetic protein, while Group B, the interval of the tendon-bone not add bone morphogenetic protein. On the different time, to observe the pathological mechanism change and the biomechanics test, also to observe the transplanting tendon luster and flexible. **Results** On 4, 8, 12 weeks of postoperative, in Group A, cartilage and fiber grow quickly than those of Group B, tendon and bone coalescence speeded up, the tensile strength load of group A was obviously more than that of Group B, and the transplanting tendon luster and flexible of Group A recovered better than that of Group B. **Conclusion** The adding of the bone morphogenetic protein in ACL reconstitution may promote the tendon healing in the bone tunnel.

【Key words】 Anterior cruciate ligament; Insertion; Bone morphogenetic protein(BMP)

前交叉韧带(anterior cruciate ligament, ACL)损伤临床常见,如治疗不当会造成明显的膝关节不稳,可以进一步继发膝关节半月板^[1]、软骨损伤^[2]及膝关节退行性变,导致创伤性关节炎的发生^[3]。本实验拟通过建立骨诱导活性材料对自体腘绳肌腱重建 ACL 后腱-骨愈合影响的动物模型,探讨骨诱导活性材料对自体腘绳肌腱重建 ACL 后腱-骨愈合的影响。

1 材料与方法

1.1 动物模型及分组 选取健康成年新西兰大白兔 45 只(购自蚌埠医学院实验动物中心),其中 40 只分成两组,每组 20 只,体重约 3.0 kg。按随机化原则分成 A 组:动物模型完成同时,取骨诱导活性材料(1 g 装含 BMP 40 mg)填充于骨隧道的骨腱空隙处。B 组:对照组(骨隧道的腱骨间隙不植入骨诱导活性材料)。

1.2 实验方法 实验动物禁食水 24 h,用 3% 戊巴比妥钠耳缘静脉置管麻醉。无菌操作取膝前内侧切口将髌骨向外侧脱位暴露 ACL,剪断 ACL,找到腘绳肌腱,两断端对齐缝合制备成双股腘绳肌腱移植,钻骨隧道,建立自体腘绳肌腱重建 ACL 的实验动物模型。在上述动物模型完成同时,取骨诱导活性材料(1 g 装含 BMP 40 mg)填充于骨隧道骨腱空隙处。

1.3 实验观察

1.3.1 解剖学大体观察 观察 A 组与 B 组双侧肌腱之间组织连接的形成情况以及骨隧道口闭合的情况,并注意观察肌腱移植物的生长情况。

1.3.2 组织学观察 切取 ACL 组织,10% 中性福尔马林固定,HE 染色,组织形态学观察不同节点移植肌腱的解剖结构及腱骨端新生骨的形成状态和 ACL 胶原形态。

1.4 生物力学测试 将制备好的解冻标本在观察时间点,每组随机选择 8 例标本,于 INTRON8032 电液伺服疲劳试验机上行最大负载拉伸试验。

1.5 统计学方法 实验结果均用 SPSS 13.0 统计软件包进行统计分析,采用 *t* 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 移植止点大体观察 术后 4 周各组移植 ACL 表面滑膜包裹, A 组、B 组移植韧带隧道口均有软组织生长,并且软组织较软,血管浸润、颜色红,骨隧道口外露, A 组无明显缝隙, B 组较术前明显缩小,但骨隧道口外露明显。术后 8 周 A 组、B 组移植韧带弹性良好,隧道口周围软组织较硬,似钙化现象,骨隧道口扩大现象不明显。A 组优于 B 组。术后 12 周 A 组较 B 组韧带发亮且有光泽,探查韧带见弹性较佳,隧道口已经愈合。

2.2 病理组织学观察 移植韧带重建后 4 周,两组韧带与骨隧道之间可见疏松结缔组织,胶原纤维形成,排

基金项目:安徽省高校省级自然科学基金项目(KJ20112246)

作者单位:233004 安徽省蚌埠市,蚌埠医学院第一附属医院骨科(吴敏,官建中,肖玉周,周建生,代秀松,王晓盼);急诊外科(张培);组织移植安徽省重点实验室(吴敏,张培,官建中,肖玉周,周建生,代秀松,王晓盼)

通讯作者:张培,电子信箱:zhangpei198008@126.com

列无序(图 1A、1B,见封三);术后 8 周韧带重建后,两组可见韧带与骨隧道之间相连的胶原纤维排列已趋有序,软骨细胞长入,A 组较 B 组观察明显(图 2A、2B,见封三);韧带重建后 12 周 A 组可以隐约见到“潮线”样结构,B 组结构不清晰,A 组骨细胞生长明显较 B 组成熟(图 3A、3B,见封三)。

2.3 力学测试结果 术后 4 周、8 周、12 周时,A 组、B 组最大抗拉力载荷差异有统计学意义($P < 0.01$),A 组最大抗拉力载荷比 B 组大。见表 1。

表 1 术后 4 周、8 周、12 周 A 组、B 组抗拉力载荷比较(牛顿)

组别	n	最大抗拉力载荷		
		4 周	8 周	12 周
A 组	8	75.101 10 ± 2.922 07 *	89.56070 ± 5.130 08 *	112.110 50 ± 5.106 81 *
B 组	8	61.210 40 ± 4.222 03	72.031 20 ± 5.092 11	81.418 70 ± 4.789 30

注:两样本均数比较 *t* 检验, * $P < 0.01$ 。

3 讨论

ACL 损伤临床较常见,如治疗不当会造成明显的膝关节不稳,从而继发关节软骨及半月板的损伤,骨性关节炎的发生,影响日常生活和运动功能。ACL 损伤后,移植重建是目前治疗的主要手段,关节镜下 ACL 重建的病例正逐年增加,并且取得良好的配合^[4],因此重建 ACL 恢复关节的稳定性的必要性形成了共识^[5]。

ACL 重建临床常采用的材料包括自体、同种异体肌腱和人工合成材料^[6-10],目前大多采用自体组织重建 ACL,骨-肌腱-骨(bone-tendon-bone,B-T-B)和自体腘绳肌腱(hamstring tendon,HT)是目前重建 ACL 中最常用的两种方法^[8]。采用自体腘绳肌腱(HT)重建 ACL,可以达到解剖重建,重建后的 ACL 生物力学接近正常结构,而获得良好的稳定效果,因而成为目前重建 ACL 的主流方式。采用该方法及其他类似的方法重建 ACL 存在的重要问题就是术后的腱-骨愈合问题,因为良好的止点愈合是发挥移植 ACL 功能关键,移植腘绳肌腱与骨隧道间及早、可靠的愈合是 ACL 重建手术成功的关键,因此如何促进腱-骨愈合成为目前研究的热点^[11-14]。本文在利用腘绳肌腱重建交叉韧带,并就此在移植重建时在腱-骨愈合方面加入骨诱导材料,通过病理证实,实验组的软骨细胞的长入数量、成熟的程度和时间明显好于对照组,也就是说其韧带止点愈合时间及效果明显较对照组良好,更有利于移植韧带的恢复,说明骨诱导材料在一定程度上促进腱-骨的愈合,有利于止点功能的恢复。

影响移植止点的转归受诸多因素的影响,诸如:移植物的免疫反映,挤压螺钉近端的应力遮挡造成的骨吸收;滑液在隧道内引起的炎症反应,影响腱骨的愈合^[15-16],Weiler A 等^[17]研究发现血小板生长因子处理组止点的抗拉力较大,并且骨隧道中有较多胶原纤维的生长,认为血小板生长因子可以作为促进止点转归的重要因子。张培等^[18]研究认为合适的肌腱和骨隧道直径关系可以促进止点的转归。骨诱导活性材料是含有骨形态发生蛋白(bone morphogenetic protein,BMP)的人工合成的骨材料,BMP 有诱导成骨的生物活性,是目前认为唯一有异位成骨能力的生长因子,骨诱导活性材料临床上已广泛用于骨缺损的修复,但用

于前交叉韧带重建后腱-骨愈合的生物学演变和相关影响报道较少^[19]。本文从组织学、力学方面观察发现实验组韧带抗拉力载荷随时间的延长逐渐增加,大于同一观察时间点的对照组。并且纵向观察发现实验组的载荷增加较快,说明实验组的愈合时间明显较对照组缩短,力学性能改善良好,优于对照组。故骨诱导是影响腱-骨愈合的一个重要因素,其可以明显缩短腱-骨愈合的时间,促进软骨细胞的长入,促进移植止点的转归成熟,有利于移植后韧带功能的恢复,有一定的临床疗效^[20]。

本课题通过动物实验建立骨诱导活性材料对自体腘绳肌腱重建 ACL 后腱骨愈合影响的动物模型,发现骨诱导活性材料对自体腘绳肌腱重建 ACL 后腱-骨愈合有明显的促进作用,可以为临床应用提供一种新的方法和理论依据,但本实验研究观察时间尚短,其远期疗效尚需要进一步研究。

参考文献

- [1] 徐雁,敖英芳.前十字韧带断裂发半月板损害的临床研究[J].中华骨科杂志,2002,22(4):216-219.
- [2] 徐雁,敖英芳.前十字韧带断裂发软骨损害的临床研究[J].中国运动医学杂志,2002,22(1):7-10.
- [3] Hill CL, Seo GS, Gale D, et al. Cruciate ligament integrity in osteoarthritis of the knee[J]. Arthritis Rheum, 2005, 52(3):794-799.
- [4] 李彬,白伦浩,傅永慧,等.关节镜下标尺定位在解剖重建前交叉韧带中的应用[J].中国综合临床,2012,28(9):914-917.
- [5] 皇甫小桥,赵金忠.自体腘绳肌腱重建交叉韧带腱骨愈合研究进展[J].国际骨科学杂志,2006,27(3):178-180.
- [6] 郭珊成,张峡,郝勇.关节镜下同种异体骨-前交叉韧带-骨移植重建前交叉韧带的疗效分析[J].中国修复重建外科杂志,2011,25(3):262-265.
- [7] Berkson E, Lee GH, Kumar A, et al. The effect of cyclic loading on rotated bone-tendon-bone anterior cruciate ligament graft constructs[J]. Am J Sports Med, 2006, 34(9):1442-1449.
- [8] 刘泉,周建生,潘公平.膝前交叉韧带损伤 12 例的解剖学重建[J].蚌埠医学院学报,2005,30(1):19-21.
- [9] 刘泉,周建生,刘振华,等.异体移植解剖重建前交叉韧带的疗效观察[J].中华创伤杂志,2006,22(9):656-659.
- [10] 周建生,张长春,潘公平,等.冷冻保存同种异体骨-ACL-骨移植实验研究[J].中华创伤骨科杂志,2004,6(5):546-549.
- [11] Chen CH, Liu HW, Tsai CL, et al. Photoencapsulation of bone morphogenetic protein-2 and periosteal progenitor cells improve tendon graft healing in a bone tunnel[J]. Am J Sports Med, 2008, 36(3):461-473.
- [12] Rodeo SA, Kawamura S, Ma CB, et al. The effect of osteoclastic activity on tendon-to-bone healing: an experimental study in rabbits[J]. J Bone Joint Surg Am, 2007, 89(10):2250-2259.
- [13] Ju YJ, Muneta T, Yoshimura H, et al. Synovial mesenchymal stem cells accelerate early remodeling of tendon-bone healing[J]. Cell Tissue Res, 2008, 332(3):469-478.
- [14] Huangfu X, Zhao J. Tendon-bone healing enhancement using injectable tricalcium phosphate in a dog anterior cruciate ligament reconstruction model[J]. Arthroscopy, 2007, 23(5):455-462.
- [15] 董向辉,凌鸣,冯伟楼,等.关节滑液对兔前交叉韧带重建后腱骨愈合生物力学和组织学的影响[J].中国组织工程研究,2012,16(11):1937-1940.
- [16] Wen CY, Qin L, Lee KM, et al. Grafted tendon healing in tibial tunnel is inferior to healing in femoral tunnel after anterior cruciate ligament reconstruction: a histomorphometric study in rabbits[J]. Arthroscopy, 2010, 26(1):58-66.

· 全科基础论著 ·

阿霉素对大鼠原代心肌细胞凋亡的影响

樊理华, 韩新, 卢向红, 雷后兴

【摘要】 目的 探讨阿霉素对大鼠原代心肌细胞凋亡的影响,并探讨其作用机理。方法 取培养 72 h 原代心肌细胞,随机分为空白对照组(C组)和阿霉素处理组(D组),空白对照组(C组)不给予任何药物,阿霉素组(D组)用 1 $\mu\text{mol/L}$ 阿霉素处理 24 h。对原代心肌细胞的存活率进行 6 次测定,取平均值;采用免疫荧光法对心肌纯度进行检测;采用吸光光度法对两组的 MTT 值进行检测;采用 ELISA 法对两组的心肌肌钙蛋白(cTnI)和氨基末端 B 型利钠肽前体(NT-proBNP)的含量进行测定。结果 原代心肌细胞 6 次测定的平均存活率为 95.38%,免疫荧光法鉴定心肌纯度为 82.25%。与 C 组相比,D 组 MTT 值显著降低,cTnI 值和 NT-proBNP 值显著升高,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论 阿霉素能够导致大鼠原代心肌细胞发生凋亡,具有明显的心脏毒性。

【关键词】 阿霉素;原代细胞培养;心脏;细胞凋亡

【中图分类号】 R919.14 R329.252 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1167-02

Doxorubicin induced Apoptosis of Primary Cardiac Cells in Rat FAN Li-hua, HAN Xin, Lu Xiang-hong, et al. Department of Anesthesiology, the Sixth Affiliated Hospital of Wenzhou Medical College, Lishui 323000, Zhejiang, China

【Abstract】 Objective To investigate the effects of doxorubicin toxicity on the apoptosis of primary rat myocardial cell and explore its mechanism. **Methods** The cardiomyocytes were cultured for 72h, then randomly divided into normal control group (C group) and the doxorubicin treatment group (D group), the control group was not given any drugs, and the doxorubicin group was given doxorubicin with the concentration of 1 $\mu\text{mol/L}$, both two groups were treatment for 24 h. The survival rate of primary cardiomyocytes were measured and got the averaged of six determination; Myocardial purity were detected by immune-fluorescence method; MTT values in the two groups were detected by photometry; The levels of cardiac troponin I (cTnI) and amino-terminal pro-B-type natriuretic peptide (NT-proBNP) in both two groups were measured by ELISA. **Results** The average survival rate of cardiomyocytes was 95.38% by six measured, myocardial purity was 82.25% identified by immunofluorescence method. MTT value in D group was reduced as compared with C group ($P < 0.05$), cTnI and NT-proBNP values were also elevated ($P < 0.05$). **Conclusion** Doxorubicin can result in the apoptosis of primary rat cardiac myocyte and has significant cardiac toxicity.

【Key words】 Doxorubicin; Primary cell culture; Cardiomyocyte; Apoptosis

阿霉素是一种应用其细胞毒性进而对多种癌症起到治疗作用的蒽环类抗生素^[1]。心肌肌钙蛋白(cTnI)是国际认可的敏感且特异的检测心肌损伤的生物标志物^[2-3],氨基末端 B 型利钠肽前体(NT-proBNP)与心肌细胞的损伤有密切的关系^[4]。本研究通过对 cTnI、NT-proBNP 进行测定,了解阿霉素对原代心肌细胞的损伤作用。

1 材料和方法

1.1 主要试剂与仪器 DAPI、MTT (SIGMA 公司,美国)、抗肌节辅肌动蛋白抗体(α -SA, Abcam 公司,英国)、荧光二抗(Jackson 公司,美国)、阿霉素(批号:20100411,大连美伦公司,中国)、cTnI 和 NT-proBNP ELISA 试剂盒(上海博蕴生物科技有限公司,中国)、荧光倒置显微镜(NIKON,日本)、酶标仪(Thermo,中国)。

1.2 动物选择及分组 SD 大鼠,由温州医学院实验动物中心提供。采用随机数字表法,将大鼠原代心肌细胞随机分为两组:空白对照组(C组)不给予任何药物,阿霉素组(D组)用 1 $\mu\text{mol/L}$ 的阿霉素处理 24 h。

1.3 原代心肌细胞制备 选取出生 24 h 内的 SD 大鼠 13 只,酒精浸泡 10 s,无菌条件下开胸取出心脏,迅

速放入 4 $^{\circ}\text{C}$ 的 DMEM 培养基中,去除心脏相连大血管和心房组织(留心尖部),于 4 $^{\circ}\text{C}$ D-Hank's 液中漂洗 3~4 次,去除残存血液,眼科剪将心脏减碎,移入无菌的锥形瓶内,加入 0.125% 的胰酶 6 ml,置入 37 $^{\circ}\text{C}$ 的水浴箱内消化 3 min,取出后吹打 1 min,弃上清,在剩余沉淀中加入终浓度为 0.08% 的胰酶和 100 U/ml 的胶原酶 II 6 ml,置入 37 $^{\circ}\text{C}$ 水浴箱内消化 3 min,取出后吹打 1~2 min,收集上清液并加入含有 10% 胎牛血清的 DMEM 培养基中终止消化,重复 3~4 次,用 200 目不锈钢筛网过滤去除残留组织块,收集细胞悬液,然后 600 r/min 离心 5 min,弃上清,用 D-Hank's 洗涤 1 次,离心弃上清后,用含 10% 胎牛血清的 DMEM 培养基重悬细胞,通过差速贴壁分离法纯化心肌细胞,置体积分数为 5% 的 CO_2 培养箱中培养 72 h。

1.4 标本采集及指标检测 将细胞随机分为两组后按细胞密度 5×10^5 个/ml 加入 96 孔板和 6 孔板中,加液量分别为 200 μl 和 2 ml, D 组细胞经阿霉素处理 24 h 后弃上清, C 组细胞不给予任何药物,然后将两组细胞分别放入含有 1 MAC 七氟醚的容器内培养 2 h,移出后继续培养 2 h,去除残余的七氟醚。进行以下指标检测。

1.5 细胞存活率检测 取刚消化好的细胞悬液 18 μl 加入 4% 台盼蓝 2 μl 充分混匀后在 3 min 之内进行细胞计数。细胞存活率(%) = (细胞总数 - 死亡细胞数) / 细胞总数 $\times 100\%$, 计数 6 次,求平均值。

基金项目:浙江省卫生厅青年人才专项(2010QNA022)

作者单位:323000 浙江省丽水市,温州医学院附属第六医院麻醉科

通讯作者:樊理华,电子邮箱:lh2222@sohu.com

1.6 心肌细胞纯度检测 取培养 72 h 的心肌细胞,用抗肌节辅肌动蛋白抗体(α -SA)标记心肌细胞,DAPI 标记细胞核进行免疫荧光实验。细胞纯度(%) = α -SA 染色阳性的细胞/DAPI 核染细胞的细胞 $\times 100\%$ 。

1.7 MTT 法测心肌细胞凋亡率 取待测细胞,弃上清,每孔加入 MTT 溶液(5 mg/ml)20 μ l,37 $^{\circ}$ C 培养 4 h 后终止培养,小心吸弃培养上清液,每孔加入 150 μ l DMSO,震荡 10 min,使结晶物充分溶解,于波长 490 nm 处测量吸光度。重复测量 5 次,取平均值。

1.8 ELISA 法测定 cTnI 值和 NT-proBNP 值 取两组细胞培养的上清液,按照 ELISA 试剂盒说明书测定 cTnI、NT-proBNP 值。重复测量 5 次,取平均值。

1.9 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示。两样本均数比较采用独立样本 t 检验,多组样本均数比较采用方差齐性检验,组间比较采用单因素方差分析(One-way ANOVA)。

2 结果

2.1 原代心肌细胞存活率测定结果 原代心肌细胞存活率测定结果为:第 1 次检测活细胞 105 个,死细胞 5 个,细胞存活率为 95.46%;第 2 次检测活细胞 95 个,死细胞 4 个,细胞存活率为 95.96%;第 3 次检测活细胞 120 个,死细胞 6 个,细胞存活率为 95.24%;第 4 次检测活细胞 129 个,死细胞 8 个,细胞存活率为 94.16%;第 5 次检测活细胞 102 个,死细胞 4 个,细胞存活率为 96.23%;第 6 次检测活细胞 89 个,死细胞 4 个,细胞存活率为 96.70%;6 次测定的平均成活率为 95.38%。

2.2 心肌细胞纯度检测结果 免疫荧光法鉴定心肌纯度为 82.25%。图 1A、1B、1C,见封三。

2.3 MTT 值、cTnI 值和 NT-proBNP 值的比较 两组 MTT 值、cTnI 值和 NT-proBNP 值的比较见表 1。

表 1 两组 MTT 值、cTnI/NT-proBNP 值的比较

组别	n	MTT 测吸光度值	cTnI	NT-proBNP
C 组	5	0.61 \pm 0.28	7.94 \pm 2.68	164.24 \pm 19.84
D 组	5	0.38 \pm 0.13*	11.41 \pm 1.61*	228.44 \pm 12.05*

注:与 C 组比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

本实验原代心肌细胞模型参照文献^[5]进行制备,结果提示,接板前心肌细胞存活率可以达到 95.38%,培养 72 h 后进行心肌细胞纯度鉴定,原代心肌细胞纯度达到 82.25%,细胞纯度满足实验要求,实验模型制备成功。阿霉素导致心肌细胞凋亡的剂量及作用时间参照文献^[6]介绍的方法进行制备。

阿霉素的心脏毒性主要与 DNA 的损伤,线粒体的氧化损伤和 p53 核转录有关。急性或亚急性的心脏毒性在治疗中或治疗后立即产生,化疗药可以导致冠状动脉血管痉挛,非特异性 ST-T 段改变^[7]。临床表现为心脏增大、扩张、伴附壁血栓、水肿、体腔积液、肝脾肿

大及内脏器官淤血等^[8]。Michihiko Ueno 等^[6]通过大鼠原代心肌细胞培养证实阿霉素可以通过 caspase-3 的活化导致细胞凋亡。本研究证实了阿霉素孵育 24 h 可以引起原代心肌细胞损伤,与未用药组相比,阿霉素处理组 MTT 吸光度值明显减低,说明阿霉素可直接作用于心肌细胞,引起一系列心肌损害。

心肌肌钙蛋白(cTnI)在心肌损伤早期即有特异性的表现^[9],是国际认可的敏感且特异的检测心肌损伤的生物标志物^[2-3]。NT-proBNP 半衰期长,约 60 ~ 120 min,血清浓度稳定,被认为是诊断慢性心脏衰竭的重要标志物^[10]。本研究中,用阿霉素处理原代心肌细胞 24 h 后,与未处理组相比,cTnI、NT-proBNP 值均升高,说明阿霉素处理后心肌细胞发生损伤。

综上所述,阿霉素能够导致大鼠原代心肌细胞发生凋亡,具有明显的心脏毒性。

参考文献

[1] Park SY, Son YJ, Leong KW, et al. Therapeutic nanorods with metallic multi-segments: Thermally inducible encapsulation of doxorubicin for anti-cancer therapy[J]. Nano Today, 2012, 7(2): 76-84.

[2] Kallel S, Jarraya A, Ellouze M, et al. Kinetics of cTnI and threshold values for the diagnosis of myocardial infarction after cardiac surgery with cardiopulmonary bypass[J]. Pan Afr Med J, 2012(13): 89.

[3] Wu AH. Interpretation of high sensitivity cardiac troponin I results: reference to biological variability in patients who present to the emergency room with chest pain: case report series[J]. Clin Chim Acta, 2009, 401(1-2): 170-174.

[4] Lainscak M, von HS, Anker SD. Natriuretic peptides and other biomarkers in chronic heart failure: from BNP, NT-proBNP, and MR-proANP to routine biochemical markers[J]. Int J Cardiol, 2009, 132(3): 303-311.

[5] Zheng TS, Wang JB, Song X, et al. Nutlin-3 cooperates with doxorubicin to induce apoptosis of human hepatocellular carcinoma cells through p53 or p73 signaling pathways[J]. J Cancer Res Clin Oncol, 2010, 136(10): 1597-1604.

[6] Ren DY, Zhu Q, Li JT, et al. Overexpression of angiotensin-converting enzyme 2 reduces doxorubicin-induced apoptosis in cardiomyocytes[J]. J Biomed Res, 2012, 26(6): 432-438.

[7] Shah NR, Shah A, Rather A. Ventricular fibrillation as a likely consequence of capecitabine-induced coronary vasospasm [J]. J Oncol Pharm Pract, 2012, 18(1): 132-135.

[8] Zuppinger C, Suter TM. Cancer therapy-associated cardiotoxicity and signaling in the myocardium [J]. J Cardiovasc Pharmacol, 2010, 56(2): 141-146.

[9] Haaf P, Drexler B, Reichlin T, et al. High-sensitivity cardiac troponin in the distinction of acute myocardial infarction from acute cardiac noncoronary artery disease [J]. Circulation, 2012, 126(1): 31-40.

[10] Pastural-Thaumat M, Ecochard R, Boumendjel N, et al. Relative change in NT-proBNP level: An important risk predictor of cardiovascular congestion in haemodialysis patients [J]. Nephron Extra, 2012, 2(1): 311-318.

(收稿日期:2013-05-14)

· 全科临床论著 ·

CXCR4 异质性与入肺癌细胞侵袭转移能力的影响

谢颂平, 曾文慧, 黄杰, 范国华, 康敢军, 董平, 汪巍

【摘要】 目的 探讨趋化因子受体 CXCR4 异质性在入肺癌(Human Lung Cancer, 简称 HLC) 转移机制中的作用。方法 以免疫组织化学方法检测 HLC 组织中 CXCR4 蛋白表达水平的表达; 通过原代培养 HLC 细胞, 进行流式细胞仪分选出 CXCR4⁺ HLC 细胞和 CXCR4⁻ HLC 细胞两个亚群。利用 Transwell 小室法, 检测两个亚群细胞的体外侵袭力; 检测 CXCL12 和 CXCR4 的拮抗剂 AMD3100 对 CXCR4⁺ HLC 细胞和 CXCR4⁻ HLC 细胞体外侵袭能力的影响。结果 免疫组化检查提示肺癌组织中 CXCR4 阳性表达 51 例, 阳性表达率为 60.7%; 经流式细胞仪检查 CXCR4 阳性表达率为 89.4%; Transwell 侵袭实验结果显示, CXCR4⁺ HLC 细胞穿过基底膜的细胞数为 (34.07 ± 7.05) 个, CXCR4⁻ HLC 细胞仅为 (17.60 ± 4.01) 个。CXCR4⁺ HLC 细胞体外侵袭能力明显强于 CXCR4⁻ HLC 细胞 ($P < 0.05$, 差异有统计学意义); CXCR4⁺ HLC 细胞株 + CXCL12 (30 ng/ml) 穿过基底膜的细胞数为 (67.60 ± 3.87) 个, 显著低于 CXCR4⁺ HLC 细胞株 + CXCL12 100 ng/ml 组, 其穿膜细胞数为 (106.1 ± 24.2) 个 ($P < 0.05$, 差异有统计学意义); CXCL12 (100 ng/ml) + AMD3100 组仅为 (24.53 ± 5.50)。AMD3100 组与另两组比较有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 入肺癌组织中 CXCR4 表达存在异质性; 趋化因子 CXCL12 可促进 CXCR4 表达阳性的肺癌细胞侵袭活性, 而 CXCR4 的抑制剂 AMD3100 能抑制这种侵袭活性。

【关键词】 肺癌; 异质性; 趋化因子受体 4; 转移; 侵袭

【中图分类号】 R734.2 R392.114 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1169-03

Heterogeneity of Chemokine Receptor CXCR4 and Its Relationship with Invasion and Metastasis of Human Lung Cancer Cells XIE Song-ping, ZENG Wen-hui, HUANG Jie, et al. Department of Thoracic Surgery, People's Hospital of Wuhan University, Wuhan 430060, Hubei, China

【Abstract】 Objective To explore the heterogeneity of chemokine receptor 4 (CXCR4) and its role in the directional migration of human lung cancer (HLC). **Methods** CXCR4 protein in lung cancer tissues was detected by immunohistochemistry; HLC cells from a patient with HLC were cultured in vitro by primary tissue culture technique. Flow cytometry was used to isolate CXCR4⁺ HLC cells and CXCR4⁻ HLC cells. The difference of invasiveness between two subpopulations was measured by Transwell experiment. The influence of exogenous chemokine CXCL12 and AMD3100 (specific antagonist of CXCR4) on the invasive ability was observed. **Results** The positive rate of CXCR4 protein in HLC cells was 60.7% by immunohistochemistry, and 89.4% by flow cytometry. In Transwell experiment, the cell number that infiltrated transwell membrane in CXCR4⁺ group (34.07 ± 7.05) was higher than that in CXCR4⁻ group (17.60 ± 4.01). The exogenous chemokine CXCL12 greatly promoted the invasion of CXCR4⁺ cells, and the quantity of the trans-membrane cells was the most under 100 ng/ml CXCL12. AMD3100 greatly inhibited the invasive ability of CXCR4⁺ cells. The differences between the two groups were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The expression of CXCR4 in lung cancer is heterogeneous with respect to characteristics on invasion and metastasis potentiality. CXCL12-CXCR4 axis may play an important role in lung cancer cells proliferation and migration, and AMD3100 which is CXCR4 blocker can efficiently decrease this effect.

【Key words】 Lung cancer; Heterogeneity; Chemokine receptor CXCR4; Metastasis; Invasion

近年来, CXCL12/CXCR4 及相关分子组成微环境, 为肿瘤细胞在转移过程中的定向归巢创造了有利条件^[1-2], 我们前期研究发现, CXCR4 是肺癌细胞表面重要的分子受体, 在肺癌组织存在不同程度的表达, 且与淋巴结转移、肿瘤 TNM 分期相关, CXCR4 高表达的肿瘤细胞侵袭和转移能力较强^[3]。我们推测 CXCR4 表达在肺癌组织中存在异质性, 具有不同 CXCR4 表达水平的细胞亚群在肿瘤侵袭和转移过程中具有不同的功能, 而 CXCR4 阳性表达的亚群可能易于侵袭和转移。本研究拟通过原代培养人肺癌细胞 (Human Lung Cancer Cell, 简称 HLCC), 进行流式细胞仪分选, 确认 CXCR4 阳性表达的细胞亚群的存在, 探讨 CXCR4 阳性表达的细胞亚群在肺癌侵袭及转移过程中的相关作用, 从而为肺癌发病机理的研究和防治提供一

定的实验和理论依据。

1 材料与方法

1.1 材料 CXCL12 购买于 Peprotech 公司; CXCR4 抑制剂 AMD3100 购买于 SIGMA 公司; Trizol 试剂为 Invitrogen 产品; Transwell Chamber 购买于 BD Biosciences 公司; DL2000 DNA Marker、Ex TaqTM 和 DL15000 DNA Marker 购买于 TAKARA 公司; CXCR4 流式抗体购买于 Santa cruz 公司; 鼠抗人单克隆抗体 CXCR4 购自武汉博士德公司, SP 免疫组化试剂盒购自北京中杉金桥生物技术有限公司。

1.2 临床资料 2010 年 3 月 - 2011 年 3 月在武汉大学人民医院胸外科行手术切除的肺癌患者 84 例。其中男性 60 例, 女性 24 例; 年龄 43 ~ 82 岁, 平均 61.4 岁; TNM 分期: I 期 21 例、II 期 (II a、II b) 40 例、III a 期 23 例; 病理组织学类型: 鳞癌 50 例, 腺癌 22 例, 腺鳞癌 8 例, 大细胞肺癌 4 例; 伴有淋巴结转移的 36 例, 非淋巴结转移 48 例。术后组织标本用 10% 甲醛固

基金项目: 湖北省自然科学基金资助项目 (201006809, 2011CHB018)

作者单位: 430060 湖北省武汉大学人民医院胸外科

通讯作者: 黄杰, 电子信箱: thorax_huangjie@yahoo.com.cn

定,石蜡包埋后 4 μm 厚切片,按 streptavidin-peroxidase 染色法进行免疫组化染色。CXCR4 表达于癌细胞的细胞膜和细胞质,呈淡黄色至棕黄色,有时可呈“菊花样”巢状分布,细胞核不染色。由 2 名病理科医生双盲观测,400 倍光镜下随机选取 10 个视野。共计数 1000 个肿瘤细胞,以定位明确、染色明显为标准,计算阳性细胞百分数。

1.3 细胞分离及培养 原发性肺鳞癌组织取材于 1 例手术标本,于切下后 5 min 内剪取未坏死的肺癌组织,并于 1 h 内处理。PBS 漂洗后用眼科剪剪成约 1 mm^3 大小。转入培养瓶内,调整每个组织块间距约为 0.5 cm。37 $^{\circ}\text{C}$ 温箱内培养约 30 min,在培养瓶中加入少量含 10% 胎牛血清 RPMI1640 培养基。48 h 后初次换液。去除未贴壁细胞,加入 DMEM 液,37 $^{\circ}\text{C}$ CO_2 培养箱内静置培养,每 2 d 换液,每天倒置显微镜观察,成纤维细胞通过反复贴壁分离法去除,获取纯化的上皮样生长细胞,每 3 d 传代 1 次。

1.4 亚群细胞的分选 取对数生长期的第 10 代细胞,调整细胞浓度为 2×10^7 个/ml。流式检测管加入 50 μl 稀释后的 CXCR4 一抗,在空白管中加入 50 μl 缓冲液;在各管中分别加入 50 μl 细胞悬液(约 1×10^6 细胞),混匀后在 4 $^{\circ}\text{C}$ 冰箱中孵育 20 min;加入缓冲液 2 ml,4 $^{\circ}\text{C}$ 1000 rpm 离心 5 min,弃上清。重复洗涤 3 次。重悬细胞后进行流式细胞仪检测,人肺癌细胞收集 CXCR4⁺(即非绿色荧光)细胞,所的人肺癌细胞亚群分别命名为 CXCR4⁺ HLCC 和 CXCR4⁻ HLCC 进行以下实验。两亚群细胞株用含 10% 胎牛血清的 RPMI1640 常规培养至细胞长势良好;培养 24 h 后收集上清,用无血清培养液制成浓度为 1×10^6 个/ml 的单细胞悬液。

1.5 趋化及趋化抑制试验 将 Transwell 小室从 -20 $^{\circ}\text{C}$ 冰箱中取出,平衡至室温;分别在上室和下室加入 37 $^{\circ}\text{C}$ 的培养基 500 μl ,5% CO_2 、37 $^{\circ}\text{C}$ 培养箱培养 2 h,使基质水化;移除上室和下室的培养基备用。调整细胞终浓度为 1×10^5 个/ml,250 μl 细胞悬液接种入上室。根据上室、下室所加内容不同,实验分为 6 组:(A 组)上室为 CXCR4⁺ HLCC,下室 CXCL12 终浓度为 30 ng/ml;(B 组)上室为 CXCR4⁺ HLCC,下室 CXCL12 终浓度为 100 ng/ml;(C 组)受体 AMD3100 拮抗组 + 趋化因子 CXCL12:即先用 100 ng/ml AMD3100 与 CXCR4⁺ HLC 孵育,再做 100 ng/ml CXCL12 诱导的侵袭实验;(D 组)上室为 CXCR4⁻ HLCC,下室 CXCL12 终浓度为 100 ng/ml 为;(E 组)上室 CXCR4⁺ HLCC + 下室含 0.1% BSA 的无血清 DMEM 培养液。(F 组)上室 CXCR4⁻ HLCC + 下室含 0.1% BSA 的无血清 DMEM 培养液 5% CO_2 、37 $^{\circ}\text{C}$ 培养箱中培养 16 ~ 18 h。取出 Transwell 小室,吸弃上室培养基,用 PBS 小心清洗小室,用干净棉球将上室一侧的未迁移的细胞及其他物质擦干净;4% 多聚甲醛固定,HE 染色。小心切下 Transwell 小室膜,下室一侧朝上置于防脱玻片上,200 倍

光镜下取 5 个视野(上、下、左、右、中)对细胞进行计数。

2 结果

2.1 CXCR4 在肺癌组织中的表达 在 84 例肺癌组织中 CXCR4 阳性表达 51 例,阳性表达率为 60.7% (51/84)。

2.2 CXCR4 在人肺癌细胞系中的表达 免疫荧光显示 CXCR4 阳性细胞胞膜呈非绿色荧光表达(图 1,见封三);阳性表达率为 89.4%。细胞群体中存在 CXCR4 表达不均一现象,即表达的异质性。

2.3 趋化及趋化抑制实验 通过 Transwell 小室趋化侵袭实验,将穿过微孔膜并附着在膜下表面的细胞染色。结果显示: CXCR4⁺ HLCC 可自发穿过微孔膜, E 组平均穿膜细胞数约为 (34.07 ± 7.05) 个。CXCR4⁻ HLCC 能够自发穿过微孔膜, F 组平均穿膜细胞数约为 (17.60 ± 4.01) 个;两组结果相比差异具有统计学意义 ($t = 6.64, P < 0.05$)。

在 30 ng/ml CXCL12 诱导下,穿过微孔膜的 CXCR4⁺ HLCC 较对照 E 组增多, A 组平均穿膜细胞数约为 (67.60 ± 3.87) 个 ($t = 11.94, P < 0.05$)。当 CXCL12 的浓度增加至 100 ng/ml 时, B 组穿过微孔膜的 CXCR4⁺ HLCC 较 A 组明显增加,平均穿膜细胞数约为 (106.1 ± 24.2) 个 ($t = 6.27, P < 0.05$)。而在 100 ng/ml CXCL12 的诱导下, F 组穿过微孔膜的细胞数为 (16.80 ± 4.01) 个 ($t = 0.915, P > 0.05$)。显示 CXCL12 能够诱导增强 CXCR4⁺ HLCC 的趋化侵袭能力,趋化侵袭能力随着 CXCL12 浓度的增加逐渐增强,表现为浓度依赖性。

侵袭实验发现 CXCL12 通过 CXCR4 发挥作用,如果 CXCR4 的表达被有效抑制, CXCL12 与 CXCR4 结合的能力将减弱,从而影响了 CXCL12 发挥生物学功能。当 CXCR4 受体被 AMD3100 抑制后,虽在 100 ng/ml CXCL12 的诱导下, C 组的平均穿膜细胞数为 (24.53 ± 5.50) 个,较 2 组的侵袭能力明显降低 ($t = 0.43, P < 0.05$);而与 D 组、E 组的侵袭能力差异无统计学意义 ($P > 0.05$),平均穿膜细胞数为 (16.13 ± 3.62) 个、 (34.07 ± 7.05) 个。即使存在 CXCL12 的诱导,但如果 CXCR4 的表达受到抑制,导致 CXCL12 失去特异性的结合位点,细胞的趋化侵袭能力不会增加,同时也说明 CXCL12 能够影响 HLC 细胞的趋化侵袭能力。

3 讨论

肿瘤是由各种不同分化程度的细胞组成,这些细胞通过表达不同的基因谱进而决定着肿瘤的形成和转移^[4]。并且也有研究表明只有少数具有转移潜能的肿瘤细胞决定着肿瘤的转移^[5],即肿瘤具有异质性,从而使同一肿瘤组织内存在着不同的肿瘤细胞亚群,这些亚群具有增殖能力、侵袭能力、药物敏感性等方面的差异^[6]。2001 年 Muller A 等^[7]发现人乳腺癌原发灶及细胞系高表达趋化因子受体 CXCR4,而在乳腺癌最常见的转移部位如淋巴结、肺、肝脏和骨(下转第 1193 页)

· 全科临床论著 ·

臭氧自血回输治疗急性脑梗死的临床运动功能的评估

武肖娜, 彭凯润, 刘晓燕, 黎振声, 罗高权

【摘要】 目的 采用美国国立卫生院神经功能缺损评分(NIH Stroke Scale, NIHSS)及改良 Rankin Scale(Modified Rankin Scale, mRS), 了解臭氧自血回输治疗对急性脑梗死患者临床运动功能恢复的影响。方法 86 例急性脑梗死患者, 分为试验组及对照组各 43 例, 两组基础用药均为血栓通注射液 450 mg, 1 次/d + 拜阿司匹林 0.1 g, 1 次/晚或硫酸氢氯吡格雷片 75 mg, 1 次/晚, 试验组再给予臭氧自血回输治疗, 1 次/d, 治疗(10 ± 3) d。治疗前后, 使用 NIHSS 评分及 mRS 评分评价其临床运动功能恢复情况。结果 治疗前, NIHSS 评分、mRS 评分差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 两组患者 NIHSS 评分、mRS 评分较治疗前均有明显差异; 后者临床总有效率明显高于前者($P < 0.05$)。结论 臭氧自血回输对急性脑梗死患者临床运动功能的恢复有一定促进作用。

【关键词】 臭氧自血回输; 急性脑梗死; NIHSS; mRS

【中图分类号】 R743.34 R457.1 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1171-03

Clinical Assessment of Motor Function in Patients with Acute Cerebral Infarction Treated with Major Ozonated Auto-hemotherapy WU Xiao-na, PENG Kai-run, LIU Xiao-yan, et al. Department of Neurology, Guangzhou General Hospital of Guangzhou Military Command, Guangzhou 510010, Guangdong, China

【Abstract】 Objective To explore the effect of major ozonated autohemotherapy (MOAH) on the motor function recovery of patients with acute cerebral infarction (ACI) according to National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) and Modified Rankin Scale (mRS). **Methods** Eighty-six patients with ACI were divided into experimental group and control group with 43 cases in each group. The patients in both groups were administered of 450 mg Xueshuantong injection and 0.1 g Aspirin, or 75 mg Clopidogrel bisulfate tablets, once every night. Meanwhile, the patients in the experimental group received MOAH, once a day and the course was (10 ± 3) days. The recovery of neurological function was evaluated by NIHSS and mRS index. **Results** Before the treatment, there was no significant difference in NIHSS and mRS index between the two groups ($P > 0.05$); after the treatment, the different in every indexes were all significant between the two group ($P < 0.05$). The total effective rate in experimental group was higher than that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** MOAH has certain positive effect on the clinical recovery of motor function in patients with ACI.

【Key words】 Major ozonated autohemotherapy; Acute cerebral infarction; National Institutes of Health Stroke Scale; Modified Rankin Scale

臭氧自血回输, 即臭氧基本自血疗法 (major ozonated autohaemo-therapy, MAH), 作为一种非常规治疗应用于缺血性疾病许多年, 特别是下肢缺血性疾病^[1], 并取得一定效果, 但其机制却不是很明确。因此, 本临床研究主要通过美国国立卫生院神经功能缺损评分 (NIH Stroke Scale, NIHSS)、改良 Rankin Scale (Modified Rankin Scale, mRS), 观察臭氧自血回输对急性脑梗死患者的临床运动功能恢复情况。

1 资料与方法

1.1 临床资料 我科 2008 年 5 月 - 2009 年 11 月住院的 86 例急性脑梗死患者, 分为治疗组和对照组各 43 例。试验组男性 30 例, 女性 13 例, 平均年龄 (64.1 ± 11.2 岁), 发病到接受治疗时间平均 (44.0 ± 18.9) h; 对照组男性 28 例, 女性 15 例, 平均年龄 (63.8 ± 10.9) 岁, 发病到接受治疗时间平均 (43.8 ± 18.4) h。两组患者在年龄、发病时间及伴发疾病差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

参加研究患者需符合以下条件: ①年龄在 30 ~ 80 岁之间; ②CT 或磁共振检查证实为急性脑梗死者; ③

入院后予 NIHSS 评分, 分数在 6 ~ 21 分之间; ④发病时间 6 ~ 72 h 且不能进行静脉溶栓的患者。排除以下情况: ①严重卒中患者, 例如多脑叶梗死 (CT 低密度影大于 1/3 大脑半球); ②已进行溶栓治疗的患者; ③休克、生命体征不平稳、严重心肺并发症及肾功能不全患者或预期寿命不超过 1 个月的; ④凝血机能障碍或血小板量及功能异常的患者, 地中海贫血、镰状细胞性贫血患者, 蚕豆病患者; ⑤症状未控制的甲状腺功能亢进; ⑥高敏体质; ⑦使用激酶类药物、抗自由基制剂; ⑧妊娠期或哺乳期妇女。

1.2 治疗方法 按 2003 年美国心脏学会卒中分会颁布的卒中患者早期处理指南治疗, 两组基础用药均为血栓通注射液 450 mg (广西梧州制药股份有限公司), 1 次/d + 拜阿司匹林 0.1 g 或硫酸氢氯吡格雷片 75 mg, 1 次/晚。对照组仅给予基础用药, 试验组同时给予臭氧自血回输治疗, 1 次/d。平均治疗时间为 (10 ± 3) d。

臭氧自体血回输治疗采用高压臭氧发生装置 (hyper-med-ozone comfort, 德国赫尔曼公司)。操作步骤如下: 采患者肘中静脉血 100 ml 入内有 2.5% 枸橼酸钠 10 ml 的密闭无菌的系统, 用高压方法加入治疗浓度 (47 μg/ml) 臭氧 100 ml, 充分混合约 5 min 左右后, 快速 (< 30 min) 重新输入患者体内。

1.3 疗效评定 比较两组患者治疗前后分别采用 NIHSS 评分、mRS 评分。根据(10±3)d 疗程结束时临床功能缺损评分增减评价疗效^[2]。基本痊愈:功能缺损评分减少 91%~100%,病残程度 0 级;显著进步:功能缺损评分减少 46%~90%,病残程度 1~3 级;进步:功能缺损评分减少 18%~45%;无效:功能缺损评分减少 17% 以下;恶化:功能缺损评分增多 18% 以上;死亡及导致试验中止的事件均按恶化评价。基本痊愈、显著进步和进步为有效。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 16.0 软件进行统计分析,正态分布数据以($\bar{x} \pm s$)表示。计数资料比较采用 χ^2 检验;等级资料采用等级相关秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗期间对照组出现 1 例脑出血,对照组及试验组各出现 1 例上消化道出血,试验组 1 例脑梗死面积加大出现脑疝,给予提前进行临床疗效评分,并终止臭氧自血回输治疗。脑出血及脑疝患者临床疗效评分未列入 NIHSS 评分和 mRS 指数比较中。

2.1 一般资料 两组患者在年龄、身高、发病时间、脑梗死评分及伴发疾病差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.2 临床疗效评分 治疗前两组患者 NIHSS 评分和 mRS 指数差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗(10±3)d 后,试验组与对照组患者 NIHSS 评分及 MRS 指数较治疗前相比明显减少($P < 0.05$),试验组较对照组比减少明显($P < 0.05$)。见表 1。试验组患者临床总有效率明显高于对照组($P < 0.05$),两组患者治疗后总有效率相比差异有统计学意义。见表 2。

表 1 试验组与对照组治疗前后 NIHSS 评分、mRS 评分($\bar{x} \pm s$)

组别	n	NIHSS 评分		mRS 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	42	11.50±3.77	7.30±4.11 [▲]	4.10±0.92	3.00±1.29 [▲]
试验组	42	11.70±3.49	5.40±3.47 ^{▲*}	4.10±0.77	2.50±1.10 [*]

注:与治疗前比较,▲ $P < 0.05$;治疗后与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

表 2 两组急性脑梗死患者治疗后有效率的比较

治疗效果	试验组		对照组	
	n	RANK	n	RANK
恶化	2	1	2	1
无变化	3	25.5	5	42.5
进步	12	348	21	609
显著进步	24	1548	14	903
基本治愈	2	170	1	85
合计	43	2092.5	43	1640.5

3 讨论

脑梗死是严重影响人类健康的一种常见疾病,具有致残、致死率高,预后差等特点,寻找在脑梗死急性期,可缓解症状、促进早期功能恢复的安全有效的新方法是当前神经病学研究领域的重点之一。

臭氧(O₃)是由 3 个氧原子组成的一种氧的同分异构体,由于它在生物化学、物理学及药理学方面独特的生物作用机制开始被广泛应用于医学临床,其临床疗效得到了充分的肯定。1968 年, Wolff 首先开始应用臭氧基本自血疗法,也就是后来的臭氧自血回输疗法,目前已经是微创治疗腰椎间盘突出理想方法^[3],初

步应用于全身系统性疾病以及脑梗死治疗。

本研究结果显示,急性脑梗死患者在使用臭氧自血回输治疗后,其 NIHSS、mRS 评分较对照组均有明显减少,而临床总有效率也明显高于对照组。说明臭氧自血回输治疗可有效促进急性脑梗死患者临床运动功能的恢复。可能是由于臭氧以下的相关作用:①氧化和氧饱和作用是臭氧生物学效应的基础,直接为缺血组织提供充分能量。②臭氧对局部脑组织和细胞的直接保护作用:通过臭氧,可促进血氧饱和度,提高红细胞代谢,改善血液循环^[3],纠正脑梗死局部缺血。臭氧激活红细胞的 PPW 糖代谢途径,增加 NADPH 生成,有利于维持红细胞膜的完整性^[4]。据研究,臭氧可降低外周抗凝血的黏稠度,有利于促进微循环^[5],改善组织的供氧状况,恢复局部细胞功能,使缺氧组织的氧代谢变得更有效。③臭氧可改变血小板的聚合方式^[6],臭氧生成的过氧化氢能改变血栓的发展,使血栓解体^[4],从而改变脑梗死患者的凝血状态。④臭氧可改变血液的流动方式,增加红细胞的弹性^[3],促进红细胞通过毛细血管壁,增加组织的供氧。⑤臭氧激活抗氧化酶和清除自由基。Calunga 等教授在肾移植术后急性肾功能衰竭的再灌注损伤研究中也发现臭氧可以通过激活机体抗氧化系统改善血液循环和细胞内氧的新陈代谢的作用^[7]。

在临床应用方面, Bocci 认为 MOAH 可以减轻慢性氧化应激,延缓严重并发症,提高糖尿病患者的生活质量^[8]。Clavo 使用多普勒研究发现,经过臭氧治疗可改善缺血的临床经验^[9]。也有发现臭氧进入人体后迅速与血红蛋白结合,使 O₂ 变成 O₃,提高了血氧饱和度,激活红细胞代谢,使脑组织的供氧状况得到改善,进而改善脑部血液循环,提高脑组织细胞活性,即改善缺血半暗带区的缺氧状态,促进侧支循环的生成,使神经细胞功能恢复^[10]。臭氧预处理对于保护缺血-再灌注损伤具有重要的临床意义^[11]。但是目前缺乏大样本病例研究明确臭氧自血回输治疗对缺血性脑卒中患者运动功能恢复的影响。

综上,在急性脑梗死早期使用臭氧自血回输疗法,可明显提高患者临床 NIHSS、mRS 评分,说明早期使用臭氧自血回输疗法,对急性脑梗死患者临床运动功能的恢复有一定促进作用。

参考文献

- [1] Giunta R, Coppola A, Luongo C, et al. Ozonized autohemotransfusion improves hemorheological parameters and oxygen delivery to tissues in patients with peripheral occlusive arterial disease[J]. Ann Hematol, 2010, 80(12):745-748.
- [2] 中华神经科学会. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6):381-383.
- [3] 邓周录, 李强. 臭氧的临床应用[J]. 中国综合临床, 2008, 24(2):188-190.
- [4] Hoffmann A, Viebahn R. The influence of ozone on 2,3 diphosphoglycerate synthesis in red blood cell concentrates[C]. Proceedings of the 15th ozone world congress, Imperial College London, 2008.
- [5] Valacchi G, Bocci V. Study on the biological effects of ozone:10. Release of factors from ozonated human platelets[J]. Mediators of Inflammation, 2009, 8:205-209.
- [6] 郭亚兵. 医用臭氧在内科临床中的应用[J]. 中华实验和临床感染病杂志, 2008, 2(1):105-109.

· 全科临床论著 ·

右美托咪啶用于饱腹创伤患者清醒插管的效果

黄毅然, 李文红, 吴会红, 陈睿

【摘要】目的 探讨右美托咪啶用于饱腹创伤患者清醒插管的效果。**方法** 将急诊行气管插管全麻饱腹创伤患者 30 例随机分为咪达唑仑复合芬太尼组(A组)和右美托咪啶组(B组),每组 15 例。A组静脉注射芬太尼 1 $\mu\text{g}/\text{kg}$ 及咪达唑仑 30 $\mu\text{g}/\text{kg}$, B组于 15 min 内静脉输注右美托咪啶 0.6 $\mu\text{g}/\text{kg}$, 15 min 后改为 30 $\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{h})$ 维持患者 Ramsay 镇静评分 3~4 分, 咽喉腔表面麻醉后清醒气管插管。**结果** 两组一般资料各指标、插管时间比较差异无统计学意义, 与 A 组比较, B 组清醒气管插管时 MAP 降低, HR 减慢, 呼吸抑制的发生率降低($P < 0.05$), 心动过速、高血压、恶心、呛咳、躁动的发生率降低($P < 0.05$)。**结论** 右美托咪啶作为一种新型的镇静、镇痛药, 应用于饱腹患者清醒气管插管, 可减轻插管所致的心脑血管应激反应, 对自主呼吸无抑制。

【关键词】 右美托咪啶; 饱腹; 清醒气管插管

【中图分类号】 R641 R971.2 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1173-03

Clinical Observation of Dexmedetomidine Used in Awake Intubation in Satiety Patients with Food Intaken HUANG Yi-ran, LI Wen-hong, WU Hui-hong, et al. Department of Anesthesiology, Affiliated 157th Hospital of Guangzhou General Hospital of Guangzhou Military Command, Guangzhou 510510, Guangdong, China

【Abstract】Objective To observe the clinical effects of dexmedetomidine. (Dex) used in awake intubation in satiety patients with food intaken. **Methods** 30 patients were randomly and equally divided into two groups. Patients in group A received midazolam 30 $\mu\text{g}/\text{kg}$ and Fentanyl 1 $\mu\text{g}/\text{kg}$, and those in group B received Dex at loading of does 0.6 $\mu\text{g}/\text{kg}$ for 15 minutes with the rate of 30 $\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{h})$, when the patients expression of alertness/Sedation (OAA/S) reached to 3 in the two groups were received 1% tetracaine enough topical anesthetics to the airway, then awake intubation was administered. OAA/S, HR, MAP, SpO_2 , and RR were recorded before drug administration (T_0), when QAA/S reached to 3 (T_1), and success of intubation (T_2). **Results** HR in group B showed down obviously and it was less than in group A after using the drug ($P < 0.05$); BP in the two groups raised after intubation ($P < 0.05$), SpO_2 in the two group lowered after using the drugs and was higher in group B than in group A ($P < 0.05$). **Conclusion** Dex had desirable sedation and analgesia effects and may be used in awake intubation in satiety patients with food intaken alone.

【Key words】 Dexmedetomidine; Satiety; Awake intubation

饱腹并有高度误吸危险的创伤患者, 选择清醒气管插管是预防气道相关并发症的首选方法。经典的清醒气管插管主要是表面麻醉联合苯二氮卓类、阿片类药物, 但插管刺激会导致心血管过度应激反应(血压骤升、心率增快), 引起心肌缺血等并发症, 如加大镇静药及阿片类药的剂量, 常易引起呼吸抑制^[1]。右美托咪啶是一种新型 α_2 肾上腺素能受体激动剂, 能抑制交感神经过度兴奋, 且具有良好的镇静镇痛作用, 对自主呼吸无抑制^[2]。本研究拟将右美托咪啶应用于饱腹创伤患者的清醒气管插管, 为解决饱腹创伤患者清醒气管插管提供一种新的安全用药方法。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本研究经本院医学伦理学委员会批准, 患者或其家属签署知情同意书。选择急诊行气管插管全麻饱腹创伤患者 30 例, ASA 分级 I 或 II 级, 年龄 18~50 岁, 体重 50~70 kg, Mallampati 分级 I 或 II 级, 无高血压、冠心病、房室传导阻滞、慢性阻塞性肺疾病。将患者随机分为两组 ($n = 15$), 咪达唑仑复合芬太尼组(A组)和右美托咪啶组(B组)。

1.2 右美托咪啶及咪达唑仑的应用 麻醉前置粗大胃管行胃肠减压, 入室后连接迈瑞 T8 型多功能监护仪(迈瑞公司, 中国), 监测 Bp、HP、RR 和 SpO_2 , 开放静脉通道, 面罩给氧, 氧流量 3 L/min。A 组静脉注射芬太尼(批号: 100505, 湖北宜昌人福药业有限公司) 1 $\mu\text{g}/\text{kg}$ 及咪达唑仑(批号: 20092734, 江苏恩华药业有限公司) 30 $\mu\text{g}/\text{kg}$, B 组于 15 min 内静脉输注右美托咪啶(批号: 10082734, 江苏恒瑞医药有限公司) 0.6 $\mu\text{g}/\text{kg}$ 。给药结束后 3 min 行 Ramsay 镇静评分, Ramsay 镇静评分的标准: 1 分, 不安静, 烦躁; 2 分, 安静合作; 3 分, 嗜睡、能听从指令; 4 分, 睡眠状态可唤醒; 5 分, 对呼唤反应迟钝; 6 分, 深睡、对呼唤无反应。若 Ramsay 评分 < 3 分, A 组静脉注射咪达唑仑 15 $\mu\text{g}/\text{kg}$, B 组静脉注射右美托咪啶 0.1 $\mu\text{g}/\text{kg}$ 至 Ramsay 评分 ≥ 3 分, 静脉继续输注右美托咪啶 30 $\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{h})$ 维持患者 Ramsay 镇静评分 3~4 分。以 1% 丁卡因 5 ml 利用喷雾器分别行口咽腔、舌体、舌根部、咽后壁表面麻醉, 反复咽腔表面麻醉后, 患者能耐受喉镜片置入下咽腔的刺激, 用喉镜片抬起会厌, 进行喉腔充分表面麻醉, 利用一次性气管内注射器将 2% 利多卡因 2 ml 经声门喷入气管内, 使整个呼吸道得到良好的麻醉, 最后经口以喉镜暴露声门, 明视下置入气管导管。依次静脉注射丙泊酚(批号: 1011232, 西安力邦制药有限公司) 2 mg/kg 和顺阿曲库铵(批号: 20091011, 东英制药有限公司)

基金项目: 广东省科技攻关项目基金(2012B031800183); 吴孟超医学科技基金(RG-C2007033)

作者单位: 510510 广州市, 广州军区广州总医院附属 157 医院麻醉科
通讯作者: 黄毅然, 电子信箱: hyr88955@163.com

司)0.15 mg/kg,固定气管导管后行机械通气。

分别于咪达唑仑或右美托咪啶给药前(T₀)、置入喉镜插管前(T₁)和气管插管成功置入时(T₂)记录 MAP、SpO₂ 和 HR;记录插管时间(置入喉镜即刻至成功置入气管导管的时间),插管过程发生低血压[收缩压较基础值降低 30% 或收缩压 < 90 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa)]或心动过缓(HR < 50 次/min)时,静脉注射麻黄碱 6 mg 或阿托品 0.5 mg;呼吸抑制(RR < 10 次/min 和/或 SpO₂ ≤ 90%)面罩加压辅助呼吸,记录插管过程中心动过速(HR ≥ 100 次/min)、高血压(SP ≥ 140 mm Hg)及躁动、呛咳、恶心、呕吐等情况。

1.3 统计学方法 采用 SPSS 13.0 统计学软件包进行分析,正态分布计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用单因素方差分析,计数资料比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料和插管时间比较 两组患者一般资料各指标 A 组:年龄(40 ± 9)岁;体重(65 ± 6)kg;ASA 分级(I/II)10/5;插管时间(13.2 ± 3.2)s, B 组:年龄(39 ± 8)岁;体重(62 ± 5)kg;ASA 分级(I/II)为 11/4;插管时间(13.5 ± 4.2)s。两组一般资料各指标、插管时间比较差异无统计学意义($P > 0.05$),所有患者 Ramsay 评分均达 3~4 分,呼之能醒,能配合完成气管插管。

2.2 两组患者各时点 MAP 和 HR、RR 的比较 与 A 组比较, B 组 T₀ 时 MAP 和 HR、RR 差异无统计学意义($P > 0.05$), T₁ - T₂ 时 MAP 降低, HR、RR 减慢($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组全麻饱腹创伤患者各时点 MAP 和 HR、RR 的比较($n_1 = 15, \bar{x} \pm s$)

组别	指标	T ₀	T ₁	T ₂
A 组	MAP(mm Hg)	86 ± 7	81 ± 6	91 ± 12
	HR(次/min)	76 ± 15	72 ± 14	82 ± 12
	RR(次/min)	15 ± 2	11 ± 2	18 ± 3
B 组	MAP(mm Hg)	85 ± 8	75 ± 7*	78 ± 9*
	HR(次/min)	75 ± 12	65 ± 12*	68 ± 10*
	RR(次/min)	15 ± 4	14 ± 2*	17 ± 2

注:与 A 组比较, * $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者不良反应发生情况 与 A 组比较, B 组呼吸抑制的发生率降低,心动过缓发生率升高($P < 0.05$),心动过速、高血压、恶心、呛咳、躁动的发生率降低($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组全麻饱腹创伤患者不良反应发生情况($n, \%$)

组别	<i>n</i>	呼吸抑制	高血压	心动过速	心动过缓	恶心、呛咳
A 组	15	3(20)	6(40)	6(40)	0	5(33)
B 组	15	0*	0*	0*	3(20)*	1(7)*

注:与 A 组比较, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

本研究中咪达唑仑和右美托咪啶的剂量均为临床上镇静时常用的剂量,所有患者 Ramsay 评分均达 3~

4 分,都能配合完成气管插管,说明单独泵注右美托咪啶可达到咪达唑仑复合芬太尼的镇静作用,且呈剂量依赖性。

清醒气管插管在操作过程因刺激会引起血流动力学的剧烈变化^[1-2]。理想状态下清醒气管插管应是镇静作用下良好的合作度,保持自主呼吸,血流动力学的稳定。本研究结果表明, A 组镇静期间呼吸抑制发生率为 20%, 而 B 组无一例患者发生呼吸抑制,提示右美托咪啶更适合联合表面麻醉应用于饱腹并有高度误吸危险的创伤患者的清醒气管插管,可以避免过度使用传统镇静药、镇痛药所致的深度呼吸抑制及其造成患者氧合困难的危险^[3],提高了清醒气管插管的安全性。有研究表明,右美托咪啶对呼吸的影响与深度睡眠对呼吸的影响相似,其作用于脑干蓝斑核,产生自然睡眠,不影响呼吸^[4-5]。气管插管期间的心血管不良反应是因窥喉及插管操作对咽喉部及气管黏膜的机械性刺激引起交感-肾上腺素系统兴奋,产生一过性的儿茶酚胺增加,可引起血浆去甲肾上腺素及皮质醇的剧增。临床表现为心率加快,血压升高或心律失常等血流动力学的变化,如有高血压、冠心病、脑血管病患者,会增加心脑血管病意外发生的严重后果。本研究结果表明,与 A 组比较, B 组高血压、心动过速的发生率降低,说明右美托咪啶可更好地抑制气管插管反应。其机理为:右美托咪啶激动 α_2 肾上腺素能受体,抑制交感神经过度兴奋,降低血浆去甲肾上腺素及皮质醇的浓度,维持患者血压和心率的平衡,显著减少因应激反应引起的心肌缺血的发生率^[6-7]。

综上所述,右美托咪啶作为一种新型的镇静、镇痛药,在咽喉腔充分表面麻醉的基础上能更安全应用于清醒气管插管的患者^[8-10],其镇静作用好,能保持自主呼吸及血流动力学的稳定,为解决战争创伤饱腹患者清醒气管插管提供新的安全用药方法。

参考文献

- [1] 黄锦联,卢贵明,赵崇汉. 瑞芬太尼恒速注射镇痛与表面麻醉下清醒气管插管在困难插管患者中的应用[J]. 河北医学, 2007, 13(4):382-384.
- [2] Arcangeli AD, Alo C, Gaspari R. Dexmedetomidine use in general anaesthesia[J]. Current Drug Targets, 2009, 10(8):687-695.
- [3] Tobias JD. Dexmedetomidine: applications in pediatric critical care and pediatric anesthesiology[J]. Pediatric critical care Med, 2007, 8(2):115-131.
- [4] Rosen DA, Daume JT. Short duration large dose dexmedetomidine in a pediatric patient during procedural sedation[J]. Anesth Analg, 2006, 103(1):68-69.
- [5] Bergese SD, Patrick Bender S, Mc Sweeney TD, et al. A Comparative study of dexmedetomidine with midazolam and midazolam alone for sedation during elective awake fiberoptic intubation[J]. Clin Anesth, 2010, 22(1):35-40.
- [6] Willigers HM, Prinzen FW, Roekaerts PM. The Effects of esmolol and dexmedetomidine on myocardial oxygen consumption during sympathetic stimulation in dogs[J]. Cardiothorac Vasc Anesth, 2006, 20(3):364-370.

· 全科临床论著 ·

鼻源性头痛临床治疗观察

王承华,甘忠,何金水,董玉礼

【摘要】 目的 探讨鼻腔结构异常及慢性鼻窦炎致鼻源性头痛临床治疗方法及效果。方法 经筛选考虑为鼻源性头痛者术前常规行鼻内镜检查和/或鼻窦 CT 检查,明确鼻腔结构异常部位和慢性鼻窦炎的类型。对于鼻中隔偏曲、泡性中鼻甲、中鼻甲反向弯曲、钩突和/或筛泡肥大致鼻道复合体狭窄等鼻腔结构异常的于鼻内镜下修正鼻腔结构;慢性鼻窦炎或伴有鼻息肉者根据其病变范围于全麻下行 Messerklinger 手术,清除鼻腔及鼻窦的病变组织,开放相应的鼻窦,术后定期清理术腔,并进行必要的药物治疗。**结果** 经治疗 200 例鼻源性头痛患者,随访 8~12 个月,平均随访 9 个月。治愈 146 例,显效 38 例,有效 13 例,无效 3 例,总有效率 98.5%。**结论** 鼻源性头痛特别是鼻腔结构异常所致的容易误诊,经鼻内镜检查和/或鼻窦 CT 检查一般均可明确诊断,经相应的手术治疗可获得满意的治疗效果。

【关键词】 鼻源性头痛;鼻腔结构异常;慢性鼻窦炎;临床治疗

【中图分类号】 R765 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1175-02

The Observation and Clinic Treatment of the Rhinogenous Headache WANG Cheng-hua, GAN Zhong, HE Jin-shui, et al. The ENT Centre of Guangdong Province Armed Police Hospital, Guangzhou 510507, Guangdong, China

【Abstract】 Objective To explore the clinic therapeutic method and effect of rhinogenous headache caused by the textural anomaly of nasal cavity and the chronic nasosinusitis. **Methods** By means of screening, the routine nasal endoscope test and/or the paranasal sinus CT test for the patients of rhinogenous headache were performed, and then make sure the textural abnormal position of nasal cavity and the type of chronic nasosinusitis. Revise the nasal cavity structure in case of the textural anomaly of nasal cavity, like the stenosis of the ostiomeatal complex caused by the deviation of nasal septum, bubble concha nasalis media, reversed bending concha nasalis media, processus uncinatus and/or ethmoidal bulb hypertrophy; do the Messerklinger operation for the patients with chronic nasosinusitis or nasal polyp on the basis of pathological change scopes under the general anesthesia, and clear away the pathological change tissue of the nasal cavity and paranasal sinus, dredge the relevant paranasal sinus; after the operation, clean the position periodically and accept the indispensable medicine therapy. **Results** Through the treatment, of 200 patients of rhinogenous headache, followed up for 8 to 12 months (average 9 months). 146 patients were cured, 38 were effective significantly, 13 were effective and 3 cases were invalid, with the total effective rate of 98.5%. **Conclusion** The rhinogenous headache, especially caused by the textural anomaly of nasal cavity, can be explicitly diagnosed via the nasal endoscope test and/or paranasal sinus CT test generally, and can be obtained an approving therapeutic effect through the corresponding operative treatment.

【Key words】 Rhinogenous headache; Extural anomaly of nasal cavity; Chronic nasosinusitis; Clinic treatment

鼻源性头痛是耳鼻咽喉科较常见疾病之一,病因复杂,有炎症性和非炎症性,鼻腔、鼻窦的解剖异常或病变引起的占相当多比例,但是有一部分无明显原因的鼻源性头痛者长期得不到诊治,甚至有部分患者因无明显鼻部症状长期被误诊为血管神经性头痛、偏头痛、神经官能症等。鼻源性头痛者病史长短不一,症状时轻时重,大多接受过多种药物治疗而不愈,给患者及其家庭带来了极大痛苦。我们于 2012 年 1~6 月诊治 200 例因头痛反复发作经检查考虑为鼻源性头痛的患者,现将临床资料进行总结、分析,报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2012 年 1~6 月临床筛选 200 例因头痛反复发作经检查考虑为鼻源性头痛的患者,男性 91 例,女性 109 例,年龄 13~69 岁,平均 34 岁,病史 3 个月~11 年,平均 3 年 7 个月;其头痛部位有前额及鼻根部疼痛 96 例,枕部疼痛 21 例,顶部疼痛 30 例,部位不明确 53 例。其中鼻中隔偏曲与肥大的中鼻甲或下

鼻甲相抵触 87 例;慢性鼻窦炎 60 例: I 型 9 例, II 型 16 例, III 型 35 例,其中慢性鼻窦炎合并鼻中隔偏曲 25 例;钩突和/或筛泡肥大至窦口鼻道复合体狭窄 25 例;泡性中鼻甲 19 例;中鼻甲反向弯曲 9 例。

1.2 手术方法 经筛选的患者入院后进行各种常规的术前准备,并常规行鼻内镜检查和/或鼻窦 CT 检查,根据检查结果,采用不同术式和麻醉方式。慢性鼻窦炎或伴有鼻息肉者选用 Messerklinger 术式,根据鼻腔及鼻窦病变情况清除鼻腔及鼻道病变,切除钩突,开放并扩大各阻塞的窦口;鼻中隔偏曲者根据其偏曲部位和范围分别采用鼻中隔黏膜下切除术、矫正术或鼻中隔成形术;对合并有下鼻甲肥大者,根据其是否有下鼻甲骨增生行下鼻甲低温等离子射频消融术或下鼻甲黏膜下鼻甲骨部分切除或下鼻甲骨骨折外移术。有中鼻甲、钩突变异肥大和筛泡肥大者,应同时矫治变异的中鼻甲和钩突,切除肥大的筛泡,手术的关键是去除导致窦口鼻道复合体狭窄的因素,保证窦口鼻道复合体通畅;若中鼻甲与鼻中隔明显接触,虽形态正常,仍需外折移位,以解除接触点。术后用膨胀海绵填塞固定,2 d 后取出海绵,术后全身及鼻腔综合治疗,慢性鼻窦炎或伴有鼻息肉者术后处理及术后随访按常规鼻窦炎手

基金项目:广东省医学科研基金立项课题(A2012461)

作者单位:510507 广州市,武警广东总队医院耳鼻咽喉中心

通讯作者:王承华,电子信箱:13711149795@163.com

术后处理。

1.3 疗效评定标准 治愈:头痛完全消失;显效:头痛频率及强度明显下降;有效:头痛偶尔轻度发作;无效:头痛频率及强度无明显变化或较术前加重。

2 结果

随访 8~12 月。平均随访 9 个月。治愈 146 例,显效 38 例,有效 13 例,无效 3 例,总有效率 98.5%。无效的 3 例均为女性,考虑鼻中隔偏曲而行鼻中隔矫正,解除黏膜接触点后症状无明显改善,其头痛可能是其他原因所致。

3 讨论

随着鼻内镜的广泛应用,手术成为治疗鼻源性头痛的重要方法之一。由于鼻源性头痛的复杂性,术前应仔细评估,手术的关键是切除病变组织,纠正解剖畸形,去除鼻腔内异常的接触点,去除压迫及阻塞因素,保留鼻腔及鼻窦功能最为重要,一旦原因确定,针对病变的功能性鼻内镜手术基本可以解除症状^[1]。1998 年 Parsons 等^[2]首先报道鼻源性头痛的原因,并认为手术治疗有效,但直到 2004 年才被国际头痛协会(IBS)列为一个新的头痛原因。鼻源性头痛主要发病机制是:①鼻腔鼻窦炎症反应致黏膜肿胀,窦口通气引流不畅而引起阻塞性头痛,阻塞时间过久可使窦腔处于负压状态而引起真空性头痛,窦腔真空时间过长,窦内黏膜血管扩张,产生渗出液充满窦腔而出现张力性头痛。②鼻腔鼻窦的感觉主要是三叉神经支配,鼻腔结构异常或病变可造成黏膜挤压,刺激黏膜三叉神经末梢而引起反射性头痛。③研究认为鼻黏膜相接触可促使局部感觉神经末梢释放 P 物质,作用于鼻黏膜引起头痛。④有时鼻中隔偏曲引起的头痛发生在鼻腔宽大的一侧,主要是因鼻腔宽大,进入鼻内的空气过多,黏膜受气流冲击而引起头痛,此种头痛容易漏诊,需引起注意^[3-4]。鼻源性头痛患者往往曾在许多医院就诊且未作出明确诊断而延误治疗,应引起我们重视。对于鼻道窦口复合体的解剖异常,由于结构位置深、隐蔽,更容易漏诊、误诊。随着鼻内镜在临床上的应用,现在对鼻道窦口复合体解剖异常或鼻中隔与鼻道窦口复合体同时存在解剖异常所导致的鼻源性头痛的认识已日益增强。鼻源性头痛患者病史长短不一,症状时轻时重,大多接受过多种药物治疗,时常反复,给患者及其家庭带来了极大的痛苦。随着鼻内镜的发展应用,鼻内镜手术成为治疗该病的重要方法。我们观察经筛选的 200 例鼻源性头痛患者,经手术治疗后大部分获得满意的效果。为了避免手术范围的扩大,减少正常结构的损伤,术前必须依据鼻内镜检查及鼻窦 CT 检查结

果制定详细的个性化手术方案,对肥大下鼻甲理想处理方法是既要保留鼻甲表面的黏膜,防止术后鼻腔粘连,又要去除肥厚的下鼻甲黏膜下海绵状的组织^[5-6]。对于下鼻甲的处理是根据其下鼻甲骨是否增生及下鼻甲收缩情况而用不同的处理方法,较好地保护鼻甲表面的黏膜。

鼻源性头痛的病因复杂,分类有:①鼻睫神经痛,在发作时用表面麻醉液棉片麻醉筛前神经分布区头痛消失即可作出诊断。本病治疗的传统方法是患侧中鼻甲切除,多可治愈。②蝶腭神经痛,用表面麻醉药棉片置于中鼻甲后端接近蝶腭神经节处,可使头痛迅速缓解,且有诊断价值,易于与其他头痛鉴别。③鼻腔结构异常致鼻黏膜接触点性头痛,要求局部黏膜麻醉后头痛在 5 min 内消失,手术去除鼻黏膜接触点后,头痛应在 7 d 内获得明显改善。McAuliffe 等发现各处鼻黏膜对刺激所致疼痛敏感度不同。④鼻、鼻窦良恶性肿瘤和骨纤维异常增殖症继发头痛,通过鼻内镜和 CT 检查较容易诊断。⑤空蝶鞍综合征,垂体病变发生于蝶骨的骨纤维异常增殖症以头痛为主诉就诊,患者叙述头痛的部位和性质与孤立性蝶窦炎相似,通过 CT 和 MRI 检查有助于诊断和鉴别诊断^[7-10]。本次选择的病例均为鼻腔结构异常或鼻窦慢性炎症,鼻源性头痛的原因有许多,其他原因所致的鼻源性头痛未在本文观察范围,在以后的工作中将继续观察、总结、分析。

参考文献

- [1] 周慧,肖根生,吴文瓒.慢性鼻源性头痛诊治分析[J].苏州大学学报(医学版),2008,28(2):672-673.
- [2] 徐华林,李俊义.鼻源性头痛内镜手术疗效的分析[J].中国保健营养(中旬刊),2012(9):47.
- [3] 郑文伟,钱林荣.鼻源性头痛 125 例治疗体会[J].中国医师进修杂志,2012,35(30):72.
- [4] 刘强,陈登巨.鼻源性头痛临床研究[J].河北医药,2011,33(2):239.
- [5] 托尔功江,贾军,江华.鼻内镜下同期施行鼻中隔矫正及中、下鼻甲手术治疗非炎症性鼻源性头痛[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2011,25(2):86-88.
- [6] 陈国庆,陈全收,杨峰,等.内镜下鼻腔结构重塑治疗鼻源性头痛疗效分析[J].安徽医学,2008,29(2):145.
- [7] 张志明,吴昌竹,河宁.上颌窦肿瘤切除后蝶腭神经痛 2 例[J].沈阳部队医药,2010,23(2):118.
- [8] 王佳,尹金淑.黏膜接触点性头痛[J].国际耳鼻咽喉头颈外科杂志,2010,34(4):177.
- [9] 纪振华,彭许,廖建春,等.空蝶鞍综合征致鼻源性头痛 4 例临床分析[J].解剖与临床,2012,17(1):12-14.
- [10] 彭许,廖建春,刘环海,等.垂体瘤卒中致鼻源性头痛 74 例临床分析[J].解剖与临床,2012,17(1):18-19.

(收稿日期:2013-03-26)

· 全科临床论著 ·

侧脑室微创穿刺引流联合亚低温治疗脑室出血的临床疗效

群森,岳宏,张持,王小强,吴君仓,刘祖欣

【摘要】 目的 观察侧脑室微创穿刺引流联合亚低温治疗脑室出血的临床疗效。方法 将 2009 年 6 月-2012 年 5 月入住合肥市第二人民医院治疗的脑室出血患者根据匹配条件分为两组:对照组行内科保守治疗;治疗组在内科保守治疗的同时行侧脑室微创穿刺引流联合亚低温治疗。比较两组治疗前后 21 d 神经功能缺损评分(CSS)和随访 3 个月时的日常生活能力(Barthel 指数)。结果 治疗组有效率高于对照组(72.3% VS 32.6%, $P < 0.05$);两组治疗前后神经功能缺损评分差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗 3 个月后 Barthel 指数治疗组为(81.6 ± 7.2)分,大于内科对照组的(55.2 ± 6.4)分,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 侧脑室微创穿刺引流联合亚低温治疗脑室出血较传统内科治疗有效,且有利于神经功能恢复。

【关键词】 脑室出血;微创手术;引流;低温

【中图分类号】 R743.34 R651.112 R454.5 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1177-03

Clinical Effect of Minimally Invasive Surgery for Hematoma Evacuation via Lateral Ventricle Combined with Local Mild Hypothermia in Treatment of Intraventricular Hemorrhage QUN Sen, YUE Hong, ZHANG Chi, et al. Department of Neurology, Hefei Hospital Affiliated to Anhui Medical University, Hefei 230011, Anhui, China

【Abstract】 Objective To observe the clinical effects of minimally invasive surgery for hematoma evacuation via the lateral ventricle combined with local mild hypothermia in treatment of intraventricular hemorrhage. **Methods** Total 62 patients with ventricular hemorrhage in our hospital from Jun. 2009 to May 2012 were divided into observation group(30 cases) and control group(32 cases). The conservative internal medicines were performed in both groups. While the observation group received local mild hypothermia treatment after minimally invasive surgery for hematoma evacuation via the lateral ventricle. The therapeutic effect was compared between the two groups. **Results** Effective rate, mortality rate and rehemorrhage rate of the observation group were 73.3%, 10.0% and 10.0%, respectively, while of the control group were 43.8%, 37.5% and 12.5%, respectively. The difference in the effective rate and mortality rate were significant between the two groups($P < 0.05$), but the rehemorrhage rate not($P > 0.05$). **Conclusion** The effect of minimally invasive surgery for hematoma evacuation via the lateral ventricle combined with local mild hypothermia for intraventricular hemorrhage is more obvious as compared to the routine medical treatment. The recovery of neural function is certain.

【Key words】 Intracerebral hemorrhage; Minimally invasive surgery; Drainage; Hypothermia

“中国 MONICA 北京方案”结果显示,我国脑卒中发生率以每年 8.7% 的速度增加,到 2020 年我国每年新发脑卒中病人将增加到 370 万^[1]。脑出血是较常见卒中类型。脑室出血分为原发性与继发性两种,重型继发性脑室出血预后差,特别是两个脑室以上及全脑室系统内出血,是临床急危重症。目前脑室出血内科保守治疗效果不佳,外科开颅清除血肿花费时间较长,创伤大,临床上急需验证和推广一些疗效好的新技术和新方法。其中微创血肿穿刺引流治疗脑出血以创伤小、安全有效等优点,已在临床广泛开展^[2]。亚低温治疗应用于重型颅脑外伤患者业已被证实的有脑保护作用^[3]。本研究旨在探讨侧脑室微创穿刺引流联合亚低温治疗脑室出血的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 临床资料 符合入选标准的脑室出血患者 62 例,患者临床神经功能缺损程度采用中国卒中量表(CSS)进行评分,根据年龄、性别、格拉斯哥昏迷(GCS)、神经功能缺损评分(CSS 评分)等进行匹配;分

为两组,即内科组(仅行内科保守治疗)和治疗组(微创穿刺引流联合亚低温及内科保守治疗)。内科组 32 例,男性 22 例,女性 10 例;年龄 53 ~ 76 岁,平均(64.8 ± 8.4)岁,神经功能缺损评分 34 ~ 40。治疗组 30 例,男性 21 例,女性 9 例,年龄 54 ~ 76 岁,平均(64.2 ± 7.8)岁,神经功能缺损评分 33 ~ 41。两组之间年龄、性别、GCS 评分、神经功能缺损经统计学处理具有可比性(均 $P > 0.05$)。入选标准包括:①诊断符合全国第四届脑血管病学术会议拟定的诊断要点,且经头颅 CT 确诊。②均为自发性脑室出血或脑出血破入脑室者。③一侧脑室血肿量超过半个脑室、脑室血肿铸型,轻度脑室扩大;第三脑室、导水管、第四脑室积血;对侧侧脑室后角积血。④Graeb 评分 < 5 分和自发性脑室出血分级方法 I ~ II;侧裂池、环池、鞍上池等明显蛛网膜下腔出血^[4]。⑤脑出血后意识状态的分级 I ~ III 和 GCS 评分 > 10 分且无急性梗阻性脑积水及全脑室铸型和脑室扩大。⑥发病后的 3 h ~ 5 d。⑦经家属或本人同意。病例排除标准:①凝血机制障碍;②有颅内或全身感染;③合并有严重心、肝、肾、肺等严重疾患或功能障碍;④有过同侧卒中病史,并遗留肢体功能障碍者;⑤颅内动脉瘤、动静脉畸形(影像学可发现血管异常信号,部分患者脑血管造影发现动静脉急性证据);⑥肿瘤等引起的脑室出血。

基金项目:安徽省科研计划项目(09020304049)

作者单位:230011 安徽医科大学附属合肥医院,合肥市第二人民医院神经内科

通讯作者:吴君仓,电子邮箱:wujuncang126@126.com

1.2 治疗方法 两组均予内科保守治疗;治疗组在内科保守治疗的同时行侧脑室微创穿刺引流联合亚低温治疗。

1.2.1 内科保守治疗 ①20%甘露醇 125~250 ml, 每 6~12 h 一次(有肾功能障碍者可应用甘油果糖,慎用甘露醇降颅压);②控制血压(收缩压≥180 mm Hg 或舒张压≥100 mm Hg 时降压治疗,1 mm Hg=0.133 kPa);③防治并发症及水、电解质紊乱;④应用脑保护剂。

1.2.2 侧脑室微创穿刺引流术

1.2.2.1 定位方法 采用简易三维立体定向术。病人剃头后标出矢状中线,根据头颅 CT 选择侧脑室积血一侧,行侧脑室额角穿刺。穿刺点选为侧脑室扩大一侧距矢状中线 2.5 cm 作一与矢状中线平行线且在该平行线上距发际后 2~3 cm 的点,穿刺针穿刺方向对准双外侧耳道假想连线中点,深度 5~6.5 cm^[5]。

1.2.2.2 手术方法 原则上尽早手术治疗,但如病情稳定则尽量避免发病 6 h 内手术;应用 YL-1 一次性颅内血肿粉碎穿刺针,操作方法严格按照《颅内血肿微创清除术临床应用培训教材》中“颅内血肿微创清除术技术规范治疗方案”的要求进行。术后严密观察病情变化,除常规使用止血剂至拔针后 1 d 外,术后其它治疗方案同内科组的治疗。拔针指征:①脑脊液清亮颜色变淡;②复查头颅 CT 侧脑室血肿基本消失或虽三、四脑室有残余血肿,但中脑导水管显示无梗阻;③闭管 24 h 临床症状无恶化,意识状态稳定,无呕吐;④闭管后复查头颅 CT 脑室系统无明显扩张,对三、四脑室有残余血肿,拔管后反复腰穿放出血性脑脊液,至脑脊液无色透明化验正常为止。

1.2.3 亚低温治疗方法 采用长春市长江科技中心产 CJ-1 型颅脑降温治疗仪物理降温,在 3~6 h 把患者肛温降到 33.0~35.0℃,亚低温持续时间为颅内压降到正常后再维持 24 h 或更长时间。一般 5~7 d,复温采用自然复温,以每 6~12 h 复温 1℃。

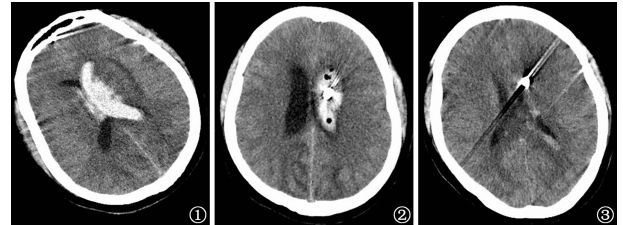
1.3 疗效评价 分别于治疗前和治疗后第 1 天、7 天、21 天根据 CSS 进行评分。疗效评价以入院前及第 21 天 CSS 评分为依据,包括基本痊愈:神经功能缺损评分减少 90% 以上;显著进步:神经功能缺损评分减少 46%~89%;进步:神经功能缺损评分减少 18%~45%;无变化:神经功能缺损评分减少 18% 以下;恶化:第 28 天神经功能评分大于入院前评分;死亡。其中基本痊愈、显著进步、进步为有效;无变化、恶化、死亡为无效。对出院患者以门诊方式进行随访,利用

Bathel 指数(BI)评价患者 3 个月后日常生活能力。

1.4 统计学方法 利用 SPSS 13.0 统计软件。定量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,两组间利用 *t* 检验分析;定性资料采用 χ^2 检验。*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

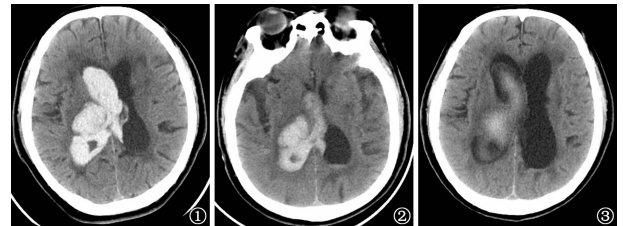
2 结果

2.1 两种治疗方法脑 CT 演变情况 微创治疗组 1 例患者头颅 CT 演变见图 1,内科治疗组 1 例患者头颅 CT 演变图 2。



注:①显示左侧基底节区脑出血破入侧脑室;②为 6 h 内行侧脑室穿刺引流,左侧额部可见一金属穿刺引流针置入左侧脑室内;③为引流 8 d 后侧脑室积血较前明显减少。

图 1 微创治疗组 1 例患者头颅 CT 演变



注:①可见丘脑出血破入侧脑室,占位效应明显;②为内科药物治疗后第 4 天,患者血肿体积稍吸收;③为内科治疗后 21 d 复查头颅 CT,丘脑及侧脑室血肿仍有残留积血。

图 2 内科治疗组 1 例患者头颅 CT 演变

2.2 两组治疗前后神经功能缺损评分比较 表 1 可见,两组不同时期神经功能缺损程度的变化,治疗组于治疗后第 1 天神经功能缺损评分即见明显减少,与治疗前比较差异有统计学意义(*P* < 0.01),而对照组于治疗后第 14 天与治疗前比较才有统计学意义(*P* < 0.05)。两组治疗后不同时期神经功能缺损比较显示差异有统计学意义(*P* < 0.05)。

表 1 两组脑室出血患者治疗前后神经功能缺损评分($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后 1 d	治疗后 7 d	治疗后 21 d
治疗组	30	35.4±6.0	24.5±5.6***	16.2±6.2***	11.6±5.4***
对照组	32	35.7±5.8	38.3±5.6	28.6±7.2*	20.0±5.9*

注:对照组治疗前后比较,**P* < 0.05;微创组治疗前后比较,***P* < 0.01;微创组与对照组比较,**P* < 0.05。

2.3 两种方法治疗脑室出血疗效比较 两组患者治疗 21 d 疗效比较,见表 2。

表 2 两组脑室出血患者治疗 21 d 疗效比较

组别	<i>n</i>	基本治愈例数	显著进步例数	进步例数	无效及恶化例数	死亡例数	再出血	总有效率(%)	病死率(%)	再出血率(%)
治疗组	30	3	12	7	5	3	3	73.3	10.0	10.0
对照组	32	1	5	8	6	12	4	43.8*	37.5*	12.5

注:与对照组比较,**P* < 0.05。

2.4 治疗 90 d 时存活患者 Barthel 指数比较 详见表 3。

3 讨论

脑室出血患者病情危重,治疗效果差,病死率高,

其原因主要是血肿本身的占位效应导致颅内压迅速增高,或血肿阻塞脑室系统,形成梗阻性脑积水,脑室急剧膨胀,加剧颅内压的升高,同时对脑干形成挤压,引起病人高热、水及电解质紊乱甚至呼吸衰竭等脑干功能衰竭症状^[6]。因此,快速清除脑室内积血,解除压迫,阻断上述恶性循环,是其治疗关键。

表 3 治疗 90 d 时存活患者 Barthel 指数比较

组别	n	治疗 90 d BI
治疗组	27	81.6 ± 7.2
对照组	20	55.2 ± 6.4*

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

微创钻颅血肿抽吸引流术创伤小、简便易行、疗效确切,在国内已被多家医院采用。研究表明早期穿刺引流尽可能地清除血肿,以减轻脑水肿的发生及颅内压升高,从而阻断上述脑室出血引起的恶性循环。并且血肿清除越早,继发性损害越小,功能恢复越快。一般认为出血后 6~24 h 内进行微创钻颅引流是最理想时期,因为出血后 6~24 h,90% 出血已完全停止,血肿不再扩大,穿刺后再出血的可能性小。24~48 h 出血灶周围继发神经元凋亡、神经元损伤与代谢障碍明显加重。但有报道认为 6 h 血肿内凝血酶开始释放,引起周围水肿。我们多数病例于出血后 6~24 h 内进行微创钻颅术,目的是尽早引流清除血肿,避免出血后一系列不良的病理生理反应。

本研究选择在相匹配人群中采取两种不同的方法治疗脑室出血患者,以比较微创穿刺引流术联合亚低温治疗的效果。结果表明,治疗组能加快脑室积血的清除速度,其总有效率、神经功能缺损评分(CSS)及日常生活能力评分(BI)明显高于对照组,病死率也明显低于单纯内科治疗组,且再出血率未增加。这表明微创引流是联合亚低温是一种安全、有效的治疗方法。

在穿刺途径上选择经额部入颅,以尽可能避开额顶部重要功能区及大血管分布区。有部分患者在疾病恢复过程中,出现脑室内再出血,这可能系脉络丛血管浸泡在血性脑室液中所致。我们采用经引流管向侧脑室注入立止血,疗效满意。

国内外大多数临床应用研究结果表明,亚低温能显著降低重型颅脑损伤患者的病死率,改善颅脑伤者的神经功能预后。目前已将亚低温治疗方法列为重型颅脑损伤患者的常规治疗措施。其主要通过保护质子泵活性,减轻细胞毒性脑水肿;保护血脑屏障,减轻血管源性脑水肿;减少脑血流容积从而降低颅内压。其减轻已损神经元损伤程度,减少末梢神经元再损伤机

制可能与降低脑代谢率,延迟 ATP 消耗,减少脑耗氧量(CMRO₂)及乳酸堆积,抑制多种内源性对性介质及兴奋性氨基酸毒性释放,及减少细胞内钙超载等机制有关^[7-8]。

亚低温治疗在脑卒中患者中的应用是其重要研究方向,近年有报道亚低温辅助治疗脑出血取的较好疗效^[9]。本研究发现,对侧脑室微创血肿穿刺引流术辅助亚低温治疗能改善患者的临床预后,降低脑室出血不良事件发生率。但限于样本量偏小,未能进一步分亚组,以明确亚低温对治疗效果的确切影响。且利用体表低温技术诱导低温缓慢,维持低温不够稳定,有必要探讨血管内低温对治疗效果的影响^[10]。

因此,侧脑室微创颅内血肿清除术结合亚低温治疗可有效清除血肿,减轻血肿周围水肿,阻断脑室出血后继发的一系列恶性循环;并可有效降低中枢性高热、继发感染等所致体温增高,从而减轻脑水肿的形成,降低脑室出血的病死率和致残率。该方法安全有效,值得临床推广。

参考文献

- [1] Zhao D, Liu J, Wang W, et al. Epidemiological transition of stroke in China: twenty-one-year observational study from the Sino-MONICA-Beijing Project [J]. Stroke, 2008, 39(6): 1668-1674.
- [2] 张苏明. 脑出血部分治疗研究进展的评介与探讨 [J]. 中华神经科杂志, 2011, 44(4): 225-228.
- [3] 江基尧, 方乃成, 李建平, 等. 亚低温治疗重型颅脑损伤前瞻性临床多中心对照研究 [J]. 上海第二医科大学学报, 2005, 25(3): 270-272.
- [4] 宋治, 杨期东. 脑室出血并发脑积水风险评估与治疗 [J]. 中国卒中杂志, 2007, 12(11): 939-943.
- [5] 朱万水, 张既至, 邓卓超. 双侧脑室微创引流治疗脑室内积血的临床观察 [J]. 实用全科医学, 2006, 4(3): 311-312.
- [6] Hanley DF. Intraventricular Hemorrhage: Severity Factor and Treatment Target in Spontaneous Intracerebral Hemorrhage [J]. Stroke, 2009, 40(4): 1533-1538.
- [7] Sasaki T, Boni L, Riemer RK, et al. Cerebral oxygen metabolism during total body flow and antegrade cerebral perfusion at deep and moderate hypothermia [J]. Artif Organs, 2010, 34(11): 980-986.
- [8] Hua Y, Hisano K, Morimoto Y. Effect of mild and moderate hypothermia on hypoxic injury in nearly pure neuronal culture [J]. J Anesth, 2010, 24(5): 726-732.
- [9] 宇红辉, 李迪, 李涛, 等. 颅内血肿微创清除术联合亚低温治疗重症高血压脑出血 152 例临床分析 [J]. 中外医疗, 2011, 30(24): 16-17.
- [10] 宿英英, 李霞, 高冉, 等. 血管内低温治疗大面积脑梗死的初步观察 [J]. 中国脑血管病杂志, 2009, 6(7): 363-367.

(收稿日期: 2012-08-24)

(上接第 1166 页)

- [17] Weiler A, Forster C, Hunt P, et al. The influence of locally applied platelet-derived growth factor-BB on free tendon graft remodeling after anterior cruciate ligament reconstruction [J]. Am J Sports Med, 2004, 32(4): 881-891.
- [18] 张培, 刘泉, 周建生, 等. 骨隧道大小对前交叉韧带止点转归的影响 [J]. 中国修复重建外科杂志, 2008, 22(5): 528-532.

- [19] 朱威宏, 陈涛, 裴彦, 等. 骨形态发生蛋白对自体腓绳肌腱重建前交叉韧带的腱骨愈合影响的生物力学研究 [J]. 中国医学工程, 2007, 15(4): 309-315.
- [20] 黄相杰, 姜红江, 孟鹏. 兔骨髓间充质干细胞移植促进前交叉韧带重建后腱-骨愈合的实验研究 [J]. 当代医学, 2012, 18(9): 39-41.

(收稿日期: 2012-08-24)

法舒地尔早期干预糖尿病肾病的临床观察

苏颖思

【摘要】 目的 探索在临床操作中利于及早减少糖尿病肾病早期白蛋白尿的治疗方法。方法 对 2011 年 1~12 月期间,在广州医学院荔湾医院内分泌科就诊的,符合 1999 年 WHO 诊断标准的 2 型糖尿病患者(均为糖尿病肾病 III 期) 102 例,采取非盲法随机对照分组设计,分为治疗组 52 例,对照组 50 例,均予口服降糖药或胰岛素控制血糖达标,治疗组 52 例在此基础上加用法舒地尔静脉滴注,疗程 2 周。比较两种方法处理后尿蛋白的变化。结果 法舒地尔治疗组治疗后尿白蛋白排泄率(UAER)下降明显($P < 0.05$),差异有统计学意义;对照组的 UAER 轻度改变($P > 0.05$),差异没有统计学意义;治疗 2 周后,治疗组与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 法舒地尔能有效地在较短时间内减少早期糖尿病肾病的尿白蛋白,有利于在早期延缓糖尿病肾病的发展。

【关键词】 法舒地尔;2 型糖尿病;糖尿病肾病;尿白蛋白

【中图分类号】 R587.24 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1180-02

Early Intervention of Diabetic Nephropathy with Fasudil SU Ying-si. Department of Endocrinology, Liwan Hospital, Guangzhou Medical College, Guangzhou 510170, Guangdong, China

【Abstract】 Objective To explore treatment methods to reduce albuminuria in diabetic nephropathy. **Methods** 102 cases of type 2 diabetes patients were divided into two groups, with 52 patients in treatment group, and 50 patients in control group. Both groups were treated with oral hypoglycemic agents or insulin to control blood glucose. 52 patients of treatment group, plus usage fasudil infusion for 2 weeks. The changes of urinary albumin in two treatments were compared. **Results** Urinary albumin excretion rate(UAER) decreased significantly with the treatment of fasudil, the difference was statistically significant ($P < 0.05$); UAER changed slightly in the control group, the difference was not statistically significant ($P > 0.05$); after two weeks of therapy, the difference between the treatment group and the control group was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The fasudil was effective to reduce urinary albumin of early diabetic nephropathy, which was helpful to delay the development of early diabetic nephropathy.

【Key words】 Fasudil; Type 2 diabetes; Diabetic nephropathy; Urinary albumin

在 2 型糖尿病患者的主要死亡原因中,糖尿病肾病仅次于心脑血管病。糖尿病肾病分为 5 期^[1], I、II 期在实际临床治疗中较难早发现,而 IV、V 期为临床肾病期及尿毒症期,此时干预为时已晚, III 期为早期肾病期, UAER 30~300 mg/24 h, 临床易于检出,尿微量蛋白测定对早期诊断糖尿病肾病具有重要价值^[2]。在此期寻找有效的干预措施及早治疗,或有利于防止肾病的恶化。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2011 年 1~12 月期间,在我院内分泌科就诊的符合 1999 年 WHO 诊断标准的 2 型糖尿病患者 102 例,均为糖尿病肾病 III 期,其中男性 54 人,女性 48 人,年龄 40~65 岁,糖尿病病程 5~15 年。采取非盲法随机对照分组设计,52 例(男性 28 例,女性 24 例)进入治疗组,50 例(男性 26 例,女性 24 例)进入对照组。治疗组平均年龄(50.6 ± 9.4)岁,病程(9.32 ± 5.20)年;对照组平均年龄(48.8 ± 9.0)岁,病程(9.26 ± 5.10)年,两组差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准 患者符合 1999 年 WHO 2 型糖尿病诊断标准。尿白蛋白排泄率(UAER)30~300 mg/24 h,糖尿病肾病 III 期。

1.2.2 排除标准 高血压病,伴有严重躯体性疾病,

如心肌梗死病史、心力衰竭、肝功能不全、脑血管意外后遗症单个肢体肌力 3 级以下或生活不能自理者,其他泌尿系疾病,使用肾毒性药物者。

1.3 研究方法 所有患者均接受口服降糖药或胰岛素治疗,使血糖达标,血压达标,保持生活方式不变,治疗组予法舒地尔 30 mg 加入生理盐水 100 ml,静脉滴注,2 次/d,疗程 2 周。观察指标:Bun、Cr、UAER。

1.4 统计学方法 数据分析结果采用($\bar{x} \pm s$)表示。组内干预前后比较采用配对 t 检验;组间比较采用独立样本 t 检验;设检验水准 $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

法舒地尔治疗组治疗后 UAER 下降明显($P < 0.05$),对照组 UAER 有下降,但不明显($P > 0.05$),两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。显示使用法舒地尔静脉滴注 2 周后,可有效减少尿白蛋白。

表 1 两组糖尿病肾病患者治疗前后各项观察指标变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	Bun(mmol/L)	Cr(μ mol/L)	UAER(mg/24 h)
治疗组	治疗前	5.61 \pm 1.12	70.12 \pm 17.34	180 \pm 80
	治疗后	4.21 \pm 0.33	64.42 \pm 16.14	80 \pm 50 ^{△#}
对照组	治疗前	5.66 \pm 1.18	70.45 \pm 20.12	176 \pm 56
	治疗后	5.46 \pm 0.42	65.55 \pm 18.20	150 \pm 32 [*]

注:与同组治疗前比较, $\Delta P < 0.05$, $^* P > 0.05$;与对照组治疗后比较, $^{\#} P < 0.05$ 。

3 讨论

糖尿病肾病(diabetic nephropathy), (下转第 1323 页)

· 全科临床论著 ·

新生儿脑脊液胆红素在胆红素脑病诊断中的研究

孙路璐, 金玉莲, 刘光辉, 张健, 郑洪

【摘要】 目的 探讨高胆红素血症新生儿脑脊液未结合胆红素水平对胆红素脑病的早期诊断价值。方法 以 2011 年 2 月 - 2012 年 10 月入院的 34 例胆红素脑病患儿 (病例组) 和 37 例单纯高胆红素血症患儿 (对照组) 为研究对象, 比较两组脑脊液及血清未结合胆红素水平, 并绘制 ROC 曲线, 计算脑脊液未结合胆红素及血清未结合胆红素水平在诊断胆红素脑病中的临界值、灵敏度、特异度、阳性预测值和阴性预测值。**结果** 胆红素脑病组患儿脑脊液未结合胆红素 (13.88 ± 5.03) $\mu\text{mol/L}$ 明显高于对照组 (5.83 ± 4.30) $\mu\text{mol/L}$, 差异具有统计学意义 ($P < 0.01$)。通过绘制 ROC 曲线, 得出脑脊液未结合胆红素的 ROC 曲线下面积 (0.909) 大于血清未结合胆红素的 ROC 曲线下面积 (0.692)。当临界值为 $9.55 \mu\text{mol/L}$ 时, 脑脊液未结合胆红素诊断胆红素脑病的灵敏度为 86.7%, 特异度为 93.9%。**结论** 新生儿脑脊液未结合胆红素水平可作为早期诊断胆红素脑病的敏感指标, 早期对高胆红素血症患儿进行脑脊液胆红素水平检测, 将有利于胆红素脑病的早期诊断和及时治疗, 减少胆红素脑病后遗症的发生。

【关键词】 新生儿; 脑脊液; 胆红素; 胆红素脑病

【中图分类号】 R722.19 R446.141 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1181-03

The Research of Bilirubin Levels in Neonatal Cerebrospinal Fluid in the Diagnosis of Bilirubin Encephalopathy SUN Lu-lu, JIN Yu-lian, LIU Guang-hui, et al. Department of Neonatology, Anhui Provincial Children's Hospital, Anhui Medical University, Hefei 230051, Anhui, China

【Abstract】 **Objective** To investigate the value of concentration of bilirubin in cerebrospinal fluid for early diagnosis of neonatal bilirubin encephalopathy. **Methods** 34 cases with bilirubin encephalopathy and 37 cases with non-bilirubin encephalopathy as control group were chosen from February 2011 to October 2012. The concentrations of unconjugated bilirubin in cerebrospinal fluid and unconjugated bilirubin in serum of two groups were compared. According to the ROC curve, their critical value, sensitivity, specificity, positive predictive value and negative predictive value in the diagnosis of bilirubin encephalopathy were analyzed.

Results The unconjugated bilirubin in cerebrospinal fluid in the bilirubin encephalopathy group (13.88 ± 5.03) $\mu\text{mol/L}$ was significant higher than that in the control group (5.83 ± 4.30) $\mu\text{mol/L}$ ($P < 0.01$), there was statistical significance in difference ($P < 0.01$). The area under curve of unconjugated bilirubin in cerebrospinal fluid (0.909) was larger than that of unconjugated bilirubin in serum (0.692), according to the ROC curve. When the critical value was $9.55 \mu\text{mol/L}$, the sensitivity and specificity of unconjugated bilirubin in cerebrospinal fluid in the diagnosis of neonatal bilirubin encephalopathy were 86.7% and 93.9%, respectively. **Conclusion** Unconjugated bilirubin in cerebrospinal fluid value was a good indicator for predicting bilirubin encephalopathy and it was helpful to provide information for rational clinical treatment of hyperbilirubinemia.

【Key words】 Neonate; Cerebrospinal fluid; Bilirubin; Bilirubin encephalopathy

新生儿胆红素脑病是危害新生儿健康的严重疾病, 重者可致死亡, 存活者易留如眼球运动障碍、手足徐动症、牙釉质发育不全、听觉障碍和智力低下等永久性神经系统后遗症^[1]。目前临床上仅靠血清胆红素浓度水平很难准确地早期诊断胆红素脑病, 往往延误治疗时机。因此, 有必要对胆红素脑病患儿在窗口期确定一项敏感的诊断指标, 进行早诊断、早治疗, 减少其后遗症的发生。本文研究通过测定新生儿脑脊液 (cerebrospinal fluid, CSF) 中未结合胆红素 (unconjugated bilirubin, UCB) 浓度水平, 探讨其在新生儿胆红素脑病早期诊断中的价值和临床意义。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本研究对象为 2011 年 2 月 - 2012 年 10 月入住安徽省立儿童医院新生儿科重症监护病房 (neonatal intensive care unit, NICU) 高胆红素血症患儿, 均符合以下条件: 胎龄 37 ~ 42 周, 出生体重 2500 ~ 4000 g, 血清总胆红素 $> 221 \mu\text{mol/L}$, 入院之前均未光疗且未输入白蛋白、丙球, 并排除化脓性脑膜

炎、颅内出血、缺氧缺血性脑病、反复低血糖、癫痫、遗传代谢病以及其他导致神经系统异常的疾病。其中胆红素脑病组 34 例, 均符合诊断标准^[2], 男 23 例, 女 11 例, 日龄 (5.5 ± 4.1) d, 胎龄 (39.2 ± 1.2) 周, 出生体重 (3397.97 ± 498.55) g。对照组 37 例, 为单纯高胆红素血症患儿, 男 23 例, 女 14 例, 日龄 (6.2 ± 5.0) d, 胎龄 (39.6 ± 0.8) 周, 出生体重 (3351.14 ± 354.74) g。两组患儿出生体重、胎龄及日龄比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 检测方法 两组患儿均于入院后 24 h 之内, 未经光疗、输白蛋白及换血等治疗时采集血标本进行血清胆红素测定, 同时进行腰椎穿刺抽取患儿脑脊液进行检测。所用仪器为 BECKMAN COULTER UNICEL DXC800 全自动生化仪, 试剂由美国 BEKMAN 公司提供。

1.3 统计学方法 应用 SPSS 13.0 软件进行数据分析。计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间对比采用独立样本 t 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义, 并绘制 ROC (receiver operating characteristic curve) 曲线计算脑脊液 UCB 和血清 UCB 灵敏度、特异度、阳性预测值、

阴性预测值。

2 结果

2.1 脑脊液及血清 UCB 水平在各组之间的变化情况 两组各指标比较显示,胆红素脑病组脑脊液 UCB 及血清 UCB 水平均明显高于对照组 ($P < 0.05$),且差异有统计学意义。见表 1。

表 1 两组脑脊液及血清 UCB 水平的比较 ($\bar{x} \pm s, \mu\text{mol/L}$)

组别	n	脑脊液 UCB	血清 UCB
胆红素脑病组	34	13.88 ± 5.03	448.39 ± 140.84
对照组	37	5.83 ± 4.30	373.43 ± 112.95
t 值		6.957	2.407
P 值		0.000	0.019

2.2 脑脊液及血清 UCB 在诊断胆红素脑病中的敏感性和特异性分析 以血清、脑脊液未结合胆红素值为自变量,是否发生胆红素脑病为因变量,绘制 ROC 曲线,脑脊液 UCB 曲线下面积为 0.909,血清 UCB 曲线下面积为 0.692,脑脊液 UCB 曲线下面积大于血清 UCB 曲线下面积。见图 1。

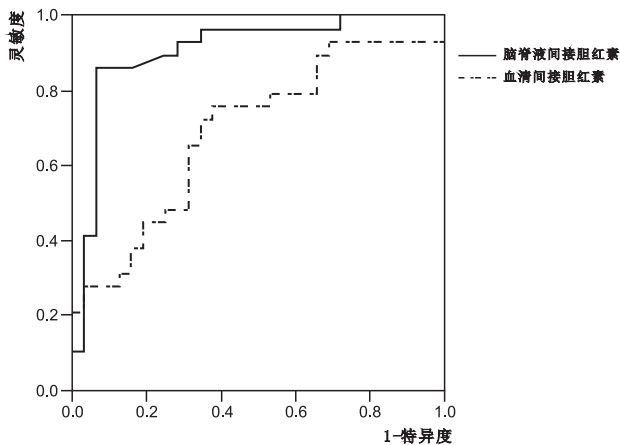


图 1 脑脊液及血清 UCB 在诊断新生儿胆红素脑病的 ROC 曲线

根据 ROC 曲线所对应的值,比较不同临界值所对应的敏感度和特异度得出当脑脊液 UCB 取临界值为 9.55 $\mu\text{mol/L}$ 时,灵敏度为 86.7%,特异度为 93.9%,约登指数最大,阳性预测值为 92.8%,阴性预测值 88.4%。血清 UCB 取临界值 372.20 $\mu\text{mol/L}$ 时,灵敏度为 75.9%,特异度为 62.5%,约登指数最大,阳性预测值为 65.1%,阴性预测值 73.9%。见表 2。

表 2 脑脊液及血清 UCB 诊断胆红素脑病灵敏度与特异度的比较

变量	灵敏度 (%)	特异度 (%)	阳性预测值 (%)	阴性预测值 (%)	约登指数
脑脊液 UCB(9.55 $\mu\text{mol/L}$)	86.7	93.9	92.8	88.4	0.799
血清 UCB(372.20 $\mu\text{mol/L}$)	75.9	62.5	65.1	73.9	0.384

3 讨论

目前,临床上多采用血清未结合胆红素作为诊断及治疗新生儿胆红素脑病的指标,其诊断的敏感性并不可靠,往往延误治疗^[3]。同时由于血清胆红素在预测胆红素脑病中存在过多的假阳性^[4-5],也容易导致过度治疗。而脑脊液胆红素含量可以较好地反映血脑屏障功能状态及脑内胆红素水平^[6],目前,关于新生儿脑脊液 UCB 能否作为胆红素脑病早期诊断的敏感指标的研究较少,本研究将对此作进一步探讨。

胆红素脑病主要是由于未结合胆红素进入颅内,抑制脑组织对氧的利用,影响细胞的氧化作用,引起细胞损伤而基底核神经细胞在新生儿期的生理及生化代谢方面最活跃,耗氧量及能量消耗均较大,故胆红素对脑细胞的毒性作用主要是对基底核神经细胞的损伤^[7-8]。本研究显示,胆红素脑病患儿脑脊液 UCB 显著高于对照组,说明脑脊液中 UCB 对新生儿神经细胞有损害作用。

有研究表明,脑脊液 UCB 与胆红素脑病成正相关,脑脊液 UCB 越高,胆红素脑病发生率随之增高^[9]。本研究中胆红素脑病组患儿脑脊液 UCB 为 (13.88 ± 5.03) $\mu\text{mol/L}$,明显高于对照组 (5.83 ± 4.30) $\mu\text{mol/L}$ 。病例中脑脊液 UCB 越高的患儿,其神经系统症状也越重,影像学特征改变也越明显。既然脑脊液 UCB 水平与胆红素脑病显著相关,那么如何利用新生儿脑脊液 UCB 对高胆红素血症患儿进行胆红素脑病诊断,国内一项研究显示当脑脊液胆红素 $\geq 8.4 \mu\text{mol/L}$ 时,胆红素脑病的发生风险越高^[6],但并未作灵敏度和特异度分析。本研究通过 ROC 曲线分析发现,脑脊液 UCB 的临界值为 9.55 $\mu\text{mol/L}$,其诊断胆红素脑病的灵敏度为 86.7%,特异度为 93.9%,阳性预测值为 92.8%,阴性预测值 88.4%,由此可提示,临床上当新生儿脑脊液 UCB 高于此值,其发生胆红素脑病的风险将大大增加,此时需要及时干预治疗。在与血清 UCB 比较显示,其曲线下面积 (0.909) 较血清未结合胆红素 (0.692) 大,说明其诊断胆红素脑病的价值优于血清 UCB 的诊断价值。另外,本研究也发现少数胆红素脑病患儿血清 UCB 水平升高并不明显,但脑脊液 UCB 却均 $> 9.55 \mu\text{mol/L}$,而这部分患儿就诊时间晚并有感染病史,这些因素可能影响血液中 UCB 白蛋白结合,加上患儿本身的血脑屏障状态和神经元的易感性等综合因素导致了胆红素脑病的发生,国内研究也有报道^[10]。因此,对这些患儿能及早进行脑脊液 UCB 水平检测,并进行积极有效地临床干预,将会避免胆红素脑病的发生。对早期新生儿重度高胆红素血症的治疗过程中应寻找并去除病因、加强护理、补充足够能量和水分、纠正缺氧和酸中毒,及防止应用使血清游离胆红素增加的药物,可首选光疗,必要时进行换血^[11-12]。

综上所述,按现行血清未结合胆红素标准防治胆红素脑病的发生存在过度治疗或治疗不足的情况,往往错过最佳治疗时机。新生儿脑脊液胆红素水平可作为诊断胆红素脑病的敏感指标。因此对于严重高胆红素血症新生儿应尽早进行脑脊液胆红素水平测定,以做到早期诊断,并进行相应的积极治疗,将有利于减少胆红素脑病的发生。

参考文献

- [1] 吴晓翠,陈新. 新生儿黄疸[M]. 北京:人民军医出版社,2001:156-157.
- [2] 邵肖梅,叶鸿瑁,丘小汕. 实用新生儿学[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社,2011:298.
- [3] 刘俐. 我国新生儿黄疸诊治现状和面临的挑战[J]. 中国新生儿科杂志,2009,24(4):198-202.
- [4] Ip S, Chung M, Kulig J, et al. An evidence-based review of important issues concerning neonatal hyperbilirubinemia [J]. Pediatrics, 2004, 114(1):e130-153.

· 全科临床论著 ·

盐酸伐昔洛韦治疗带状疱疹的疗效观察

谢芳, 王辰琛, 曹慧, 苏远婷, 金慧玲

【摘要】 目的 与阿昔洛韦相比较, 观察伐昔洛韦治疗带状疱疹的有效性和安全性。方法 采用随机、平行、对照的方法, 将 60 例患者分成试验组和对照组, 试验组 30 例, 口服伐昔洛韦片 300 mg/次, 2 次/d, 对照组 30 例, 口服阿昔洛韦片 200 mg/次, 5 次/d, 两组同时服用 7 d 后, 观察临床疗效, 并随访 3 个月, 记录患者带状疱疹后遗神经痛的情况。结果 两组治疗带状疱疹的有效率分别为 80% 和 76%, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 但随访发现两组患者带状疱疹后遗神经痛的缓解率差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 伐昔洛韦与阿昔洛韦相比, 两者治疗带状疱疹皮疹的有效率和不良反应的差异不显著, 但是伐昔洛韦能够减轻患者的后遗神经痛, 且具有较好的依从性。

【关键词】 带状疱疹; 伐昔洛韦; 阿昔洛韦

【中图分类号】 R752.12 R978.7 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1183-02

Curative Effects of Valaciclovir on Herpes Zoster XIE Fang, WANG Chen-chen, CAO Hui, et al. Department of Dermatology, the First Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu 233004, Anhui, China

【Abstract】 Objective To compare the efficacy and safety of valaciclovir and acyclovir in treatment of herpes zoster. **Methods** A randomized, parallel controlled trials of anti-herpes agent was performed in 60 patients with herpes zoster. 30 patients in the experimental group received 300 mg valaciclovir orally two times a day, while 30 patients in the control group received 200 mg acyclovir orally five times a day. The courses were 7 days in both groups. The clinical efficacy was evaluated. The incidence of postherpetic neuralgia was recorded after the follow up of 3 months. **Results** The effective rate was 80% in the experimental group and 76% in the control group, the difference was not statistically significant ($P > 0.05$); the difference in the remission rate of postherpetic neuralgia 6 months later was statistically significance ($P < 0.05$). **Conclusion** The difference in effective rate and incidence of adverse reactions in the treatment of herpes zoster was not significant between valaciclovir and acyclovir. However valaciclovir can effectively reduce the postherpetic neuralgia and improve the treatment compliance of patients.

【Key words】 Herpes zoster; Valaciclovir; Acyclovir

带状疱疹是由于体内水痘-带状疱疹病毒再次激活, 诱发的以皮肤水疱皮疹和皮节疼痛为主要特点的传染性疾病, 在发达国家的发病率大约为 30%, 且发病率随着人寿命的延长而增加^[1]。它最常见的并发症是后遗神经痛, 在皮疹消失后经常持续超过 3 个月, 从皮疹至 30 d 内, 带状疱疹的疼痛急剧下降, 30 ~ 90 d 内疼痛缓慢减轻直至维持在一定的程度范围内, 疼痛下降的程度与患者的体质有关^[2]。据统计, 带状疱疹患者中大约有 8% ~ 27% 的患者会有后遗神经痛, 这种风险会随着年龄的增加而加大^[3]。本文比较伐昔洛韦和阿昔洛韦治疗带状疱疹皮疹与后遗神经痛的疗效, 现总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择 2010 年 6 月 - 2011 年 5 月, 我
作者单位: 233000 安徽省蚌埠市, 蚌埠医学院第一附属医院皮肤科
通讯作者: 谢芳, 电子信箱: 184881261@qq.com

院皮肤科门诊确诊为带状疱疹的患者 60 例, 男性 41 例, 女性 19 例, 年龄为 50 岁或大于 50 岁的。纳入标准: 经临床的诊断标准^[4] 确诊者; 病程在 72 h 内; 14 d 内未服用免疫抑制剂、抗病毒与免疫调节剂的患者。排除标准: 哺乳期、妊娠期的患者; 肝肾功能不全者; 胃肠功能紊乱者; 对伐昔洛韦一类的药物过敏者; 1 个月内服用免疫抑制剂、抗病毒、激素类药物者; 依从性差, 不能坚持随访的患者。采用随机、平行、对照的试验方法, 将 60 例患者随机分成试验组和对照组, 每组各 30 名患者, 两组患者首次就诊的皮疹严重程度、性别与年龄等差异无统计学意义, 具有可比性。

1.2 治疗方法 试验组口服伐昔洛韦 300 mg/次, 2 次/d, 连续服用 7 d; 对照组口服阿昔洛韦 200 mg/次, 5 次/d, 疗程与试验组相同。疗程结束后观察两组的皮损, 随访 3 个月后, 记录两组带状疱疹后遗神经痛的情况。

1.3 疗效判断标准 痊愈为皮损及自觉症状全部消

[5] Bhutani VK, Maisels MJ, Stark AR, et al. Management of jaundice and prevention of severe neonatal hyperbilirubinemia in infants $> or = 35$ weeks gestation[J]. Neonatology, 2008, 94(1): 63-67.
[6] 高建慧, 陈宇明, 郭小玲. 新生儿重度高未结合胆红素血症脑脊液胆红素浓度测定及其临床意义[J]. 中华围产医学杂志, 2004, 7(1): 52-53.
[7] 刘新晖, 李贵南, 胡月圆, 等. 胆红素脑病与胆红素/血清白蛋白比值关系探讨[J]. 中国新生儿科杂志, 2011, 26(5): 322-324.
[8] Daood MJ, Watchko JF. Calculated in vivo free bilirubin levels in the central nervous system of Gunn rat pups[J]. Pediatr Res, 2006, 60(1): 44-49.

[9] 李红新, 徐美玉, 屠文娟, 等. 血清 S100B 蛋白和脑脊液胆红素水平在新生儿高未结合胆红素血症中检测的意义[J]. 实用儿科临床杂志, 2012, 27(14): 1086-1088.
[10] 吴玉华, 张艳波. 脑脊液胆红素的含量对患儿神经毒性的影响[J]. 宁夏医学杂志, 2009, 31(12): 1137-1138.
[11] 朱萍. 新生儿高胆红素血症 90 例临床分析[J]. 医药论坛杂志, 2011, 32(11): 73-74.
[12] 蓝海平. 新生儿高胆红素血症的同步换血治疗研究[J]. 河北医学, 2011, 17(8): 1055-1057.

(收稿日期: 2012-12-26)

失;显效为皮损消失 70% 以上,自觉症状明显好转;好转为皮损消失 30% 以上,自觉症状好转;无效为治疗后皮损及自觉症状无改善,有效率等于痊愈加显效^[5]。

1.4 安全评估 严格观察和随访患者服用药物后的不良反应并总结,统计因毒副作用而停止治疗的患者,且不计入试验结果。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 13.0 软件进行分析,计数资料用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 抗病毒治疗 7 d 后,试验组痊愈 16 例,显效 8 例,好转 5 例,无效 1 例,有效率为 80%;对照组痊愈 12 例,显效 11 例,好转 4 例,无效 3 例,有效率为 76%。两组的有效率进行统计学分析,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

随访 3 个月后,分别记录后遗神经痛的情况。试验组 73.3% (22/30) 的患者不伴有后遗神经痛,对照组为 46.6% (14/30),两组比较差异有统计学意义($\chi^2 = 4.44, P < 0.05$)。

2.2 不良反应 试验组有 3 人出现便秘、头晕和不同于原有皮损的皮疹;对照组 1 人出现腹泻;由于副作用不严重,患者可以耐受,未予以相关的处理。

3 讨论

带状疱疹^[4]好发于春秋季节,常见于中老年或抵抗力低下的患者,是由于感染水痘-带状疱疹病毒引起的,病毒首次进入人体表现为隐性感染或诱发水痘,然后潜伏于脊髓后根神经节或脑神经感觉神经节内,在各种因素导致机体抵抗力下降时,潜伏的病毒活跃并生长繁殖,再活动的病毒可沿着周围神经纤维而移动到皮肤表面,从而产生带状疱疹所特有的节段性水疱,即以沿单侧周围神经呈带状分布的簇集性小水疱为特征,一般不超过中线,常使受侵犯的神经节发炎坏死,产生神经痛,患者主观症状疼痛,且年老体弱者加剧,难以忍受,有些患者在皮损消退后神经痛持续存在,可严重影响患者的生活质量^[6]。该病的治疗以早期积极的抗病毒为主,同时尽快促使皮损愈合和缓解患者的神经痛也很重要,阿昔洛韦和伐昔洛韦是临床上广泛应用的抗病毒治疗药物。

阿昔洛韦^[7]是化学合成的核苷酸类抗病毒药物,高度选择性作用于疱疹病毒感染的细胞,被细胞内病毒胸苷激酶激活,转化为有活性的阿昔洛韦三磷酸盐后,成为病毒 DNA 多聚酶竞争性底物,阿昔洛韦三磷酸盐特异性抑制病毒复制,并且作为一种终止因子有效地阻止病毒 DNA 链的延伸,自 20 世纪 70 年代问世以来,一直作为治疗单纯疱疹、水痘-带状疱疹病毒感染的首选药物,但其口服生物利用度仅为 15%,每天口服至少 5 次。伐昔洛韦为阿昔洛韦的 L-氨酸酯,是阿昔洛韦的前体药,在细胞内或体内水解成阿昔洛

韦,其活性和作用原理与阿昔洛韦相同,但水溶性是阿昔洛韦的 150 倍,口服吸收良好,其浓度是阿昔洛韦的 3~5 倍,显著提高了生物利用度,增强了临床疗效,减轻神经痛^[8],自 1995 年批准生产为口服抗疱疹病毒类药物,目前广泛应用于临床。伐昔洛韦和阿昔洛韦两种药物的不良反应相似^[9],常见的为头痛(2% vs 13.8%)、鼻炎(0.3% vs 9.4%)、感染(1.0% vs 7.8%)、恶心(0.6% vs 7.8%)、咽部不适(0.6% vs 4.1%)。在 HIV 感染者中,除了前述副作用外,还有腹泻、腹痛及皮疹、发热等,二者之间无明显差异。

本研究表明阿昔洛韦与伐昔洛韦在发病的 72 h 内,治疗带状疱疹的皮疹和早期缓解疼痛的有效率没有显著差异。缓解后遗神经痛是治疗带状疱疹的又一个重点,影响患者预后,临床试验表明^[10]早期积极的抗病毒治疗可以有效地缓解患者的后遗神经痛,提高患者的生活质量。本研究随访后发现,伐昔洛韦可有效改善患者的神经痛,与阿昔洛韦相比,差异具有统计学意义。此外,伐昔洛韦生物利用度高,每天只需口服 2 次,服药方便,患者的依从性好,不良反应少,而且提高患者的生活质量,国内外多项临床疗效观察也肯定了伐昔洛韦在治疗带状疱疹方面所发挥的作用,该药值得广泛应用于临床。

参考文献

- [1] Drolet M, Brisson M, Schmader KE, et al. The impact of herpes zoster and postherpetic neuralgia on health-related quality of life: a prospective study[J]. *CAMJ*, 2010, 182(16): 1731-1736.
- [2] Drolet M, Brisson M, Levin MJ, et al. A prospective study of the herpes zoster severity of illness[J]. *Clin J Pain*, 2010, 26(8): 656-666.
- [3] Yawn BP, Saddier P, Wollan PC, et al. A population-based study of the incidence and complication rates of herpes zoster before zoster vaccine introduction[J]. *Mayo Clin Proc*, 2007, 82(11): 1341-1349.
- [4] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2011: 394-398.
- [5] 刘劲松, 罗丽敏, 刘蕾, 等. 更昔洛韦联合复方甘草酸苷治疗带状疱疹的疗效观察[J]. *医药论坛杂志*, 2011, 32(24): 42-43.
- [6] 谢君, 梁东辉, 徐翔, 等. 带状疱疹后遗神经痛患者心理状态对康复的影响[J]. *医学综述*, 2011, 17(24): 3830-3832.
- [7] 刘春梅, 赵建伟, 楚瑞琦, 等. 草分枝杆菌注射液联合阿昔洛韦治疗带状疱疹疗效观察[J]. *中国皮肤性病杂志*, 2008, 22(11): 702-703.
- [8] 叶兴东, 张锡宝. 阿昔洛韦和伐昔洛韦的临床应用及其安全性研究进展[J]. *中国麻风皮肤科杂志*, 2007, 23(8): 705-706.
- [9] Stephen KT, Baker D, Snowden W. Valacyclovir for herpes simplex virus infection: long-term safety and sustained efficacy after 20 Years. experience with acyclovir[J]. *Infect Dis*, 2002, 186(suppl 1): 40-46.
- [10] Mélanie Drolet, Marc Brisson, Kenneth Schmader, et al. Predictors of Postherpetic Neuralgia Among Patients With Herpes Zoster: A Prospective Study[J]. *The Journal Of Pain*, 2010, 11(11): 1211-1221.

(收稿日期: 2013-01-10)

· 全科临床论著 ·

小儿肺炎支原体肺炎 341 例临床分析

刘新荣, 郭祥, 朱永生, 谢正南, 吴海沁

【摘要】目的 探讨小儿肺炎支原体肺炎(MPP)的临床特征和治疗手段。**方法** 将 341 例 MPP 患儿随机分为两组, 分别给予静脉滴注阿奇霉素(196 例)和红霉素(145 例)治疗, 定期观察两组患儿临床症状和体征改善情况, 比较两组有效率和不良反应发生率。**结果** 341 例患儿均有程度不同的呼吸道症状, 其中 134 例有肺外临床表现。阿奇霉素组治愈率为 98.98%, 不良反应发生率为 8.16%; 红霉素组治愈率 90.34%, 不良反应发生率为 35.86%, 差异有统计学意义。**结论** MPP 常并发肺外脏器损害, 阿奇霉素可作为小儿 MPP 的首选治疗药物。

【关键词】 肺炎支原体; 肺炎; 大环内酯类; 抗生素

【中图分类号】 R725.6 R563.13 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1185-03

Clinical Analysis of 341 Cases of Mycoplasma Pneumoniae Pneumonia (MPP) in Children LIU Xin-rong, GUO Xiang, ZHU Yong-sheng, et al. Department of Pediatrics, the Second Affiliated Hospital of Nanjing Medical University, Nanjing 210003, Jiangsu, China

【Abstract】Objective To analyze the clinical characters of mycoplasma pneumoniae pneumonia (MPP) in Children and explore available treatments on MPP in children. **Methods** The data of 341 children with MPP at the Second Affiliated Hospital of Nanjing Medical University was analyzed retrospectively. The hospitalized children were randomly divided into two groups, treated with azithromycin and erythromycin respectively. The clinical symptoms and the improving situation were observed, therapeutic effect and side reaction in two groups was compared. **Results** The respiratory symptoms existed in all cases and 134 cases had some extra-pulmonary complications. The cure rate of MPP was high in group with azithromycin than that in group with erythromycin (98.98% vs 90.34%, $P < 0.01$), while the adverse effect rate of MPP was low in group of azithromycin than that in group of erythromycin (8.16% vs 35.86%, $P < 0.001$). **Conclusion** Besides the respiratory system, the extra-pulmonary organs could be detected during treatment with MPP. Azithromycin can be cured as the optimal drug for mycoplasma pneumoniae.

【Key words】 Mycoplasma pneumoniae; Pneumonia; Macrolides; Antibiotics

肺炎支原体肺炎(mycoplasma pneumoniae pneumonia, MPP)是由肺炎支原体(mycoplasmal pneumoniae, MP)引起的呼吸道急性炎性反应。MPP 是学龄儿童常见的一种肺炎, 临床症状多为干咳, 可伴有喘憋症状及血细胞减少, 心肌炎等肺外表现。该病病程较长, 严重威胁小儿健康, 因此探讨支原体肺炎患儿临床症状和治疗方案具有重要意义。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择我院儿科 2008 ~ 2011 年收治肺炎支原体肺炎患者 341 例, 男 195 例, 女 146 例, 发病年龄 2 个月 ~ 1 岁 42 例 (12.32%), ~ 3 岁 92 例 (26.98%), ~ 7 岁 137 例 (40.18%), ~ 12 岁 70 例 (20.53%)。以上患儿均符合 MPP 诊断标准, 且全部患儿既往均无心、肝、肾、神经系统等病史。

1.2 诊疗方法

1.2.1 诊断方法 所有 MPP 病例均符合《诸福棠实用儿科学》第 7 版呼吸系统疾病中肺炎支原体肺炎的诊断标准^[1], 用酶联免疫吸附法检测 MP-IgM 抗体^[2], 341 例患儿 MP-IgM 测定 > 1:80 均阳性, 并同时检测外周血白细胞计数, 摄胸部 X 线片、肝肾功能, 根据肺外临床表现情况部分患儿做心电图、肌钙蛋白、超声、胸部 CT 等检查。

1.2.2 治疗方法 将确诊为肺炎支原体肺炎 341 例患儿随机分为甲组(196 例)和乙组(145 例), 两组患

者在性别、年龄、体重、起病时间及发热程度等方面差异无统计学意义。甲组静脉滴注阿奇霉素 10 mg/(kg·d); 乙组静脉注射红霉素 20 ~ 30 mg/(kg·d), 疗程 5 ~ 10 d 观察疗效及不良反应, 比较两组治愈率和不良反应发生率。

1.3 疗效判定标准 ①痊愈: 症状体征均正常, 辅助检查 2 周内血象、X 线胸片表现均恢复正常; ②显效: 病情基本缓解, 但症状体征、辅助检查中有一项未完全恢复正常; ③好转: 病情好转, 但症状体征、辅助检查均未恢复正常; ④无效: 2 周症状无好转或加重。以痊愈加显效计算总体治愈率^[3]。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 19.0 统计软件包进行数据处理。计数资料以率(%)表示, 组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 呼吸系统表现 患儿咳嗽, 以干咳为主, 210 例 (61.58%), 痉挛性咳嗽 87 例, 带白或黄痰 44 例, 或伴有喘憋症状, 呼吸困难, 84 例, 或伴有口唇发绀 32 例; 有不同程度发热, 热型高低不定, 其中 37.5 ~ 38.2 °C 的 57 例, 38.2 ~ 39.5 °C 的 249 例, > 39.5 °C 的 35 例; 听诊呼吸音粗或减弱, 肺部一侧或双侧湿啰音 94 例, 双肺喘鸣音 57 例; X 线检查示单侧肺病变 258 例, 双侧肺病变 73 例, 斑片状态阴影 108 例, 肺纹理增粗 90 例, 肺大片实变影 89 例, 肺门淋巴结肿大 45 例; 实验室检查示血常规检测可见白细胞数大多正常或稍增高, C 反应蛋白(CRP)检查正常者 144 例 (42.22%),

高于正常者 197 例(57.78%);血沉多增快;血清肺炎支原体 IgM 抗体检测阳性。

2.2 MP 肺炎肺外并发症 341 例患儿中有 134 例有肺外并发症。

2.2.1 循环系统 循环系统 33 例(24.63%),主要表现为:胸闷、头晕、面色苍白,听诊心率加快、心音低钝 24 例;心电图异常 25 例包括房性早搏、窦性心律不齐、P-R 间期改变及 T 波改变;测心肌酶谱升高,其中 AST 升高 14 例、CK-MB 升高 6 例、LDH 升高 4 例。

2.2.2 消化系统 消化系统 42 例(31.34%),主要表现为呕吐腹泻 39 例;肝脏肿大 23 例、其中 ALT 升高 16 例、结合胆红素升高 7 例;检测乙肝两对半均正常;EB 病毒 IgG、IgM 均阳性 2 例;CMV-IgM 均阴性。

2.2.3 血液系统 血液系统 19 例(14.18%),主要表现为正细胞正色素性贫血 6 例,Hb 85~95 g/L;粒细胞减少症 13 例,外周中性粒细胞减少至 $1.5 \times 10^9/L$ 。

2.2.4 皮肤表现 皮肤表现 12 例(8.96%),主要表现为过敏性紫癜 5 例,其中 1 例紫癜症状先于肺炎出现;一过性散在性充血性皮疹 3 例,消退后无色素沉着;荨麻疹 4 例,其中 2 例荨麻疹伴血管神经性水肿。

2.2.5 神经系统 神经系统 14 例(10.45%),主要表现为头痛、呕吐、嗜睡、脑电图弥漫性慢波。其中抽搐 3 例,惊厥 2 例。腰穿化验脑脊液压力升高,蛋白质升高 8 例,蛋白定量 0.40~1.08 g/L,糖及氯化物正常,细胞数升高 7 例($1.50 \sim 2.16$) $\times 10^9/L$ 。

2.2.6 其他表现 其他表现 3 例(2.24%),表现为关节痛、肌肉酸痛 3 例。两个系统或脏器同时受累 9 例(6.72%),三个系统或脏器同时受累 2 例(1.49%)。

2.3 治疗与转归 所有病例确诊后选用大环酯类药物,红霉素每日 20~30 mg/kg 静滴,或阿奇霉素每日 10 mg/kg 静滴,加用对症支持药物治疗,用药 3~8 d 退热,10~14 d 肺部啰音消失,心电图于入院后 1 周内检查恢复正常,心肌酶 10 d 检查正常。胃肠道症状经补液维持电解质平衡、对症治疗迅速好转,神经系统症状随降温、抗炎、镇静及对症治疗而改善,疗程一般为 2~3 周。341 名患儿中,平均退热天数是(5.92 ± 1.72)d,平均止咳天数是(6.96 ± 1.82)d,平均湿啰音消失天数是(11.50 ± 2.21)d,平均 X 线检查完全吸收天数是(11.76 ± 2.45)d,平均住院时间是(16.79 ± 3.25)d。

两组疗效比较甲组治愈 177 例,显效 17 例,好转 2 例,无效 0 例,总治愈率 98.98%。乙组治愈 106 例,显效 25 例,好转 15 例,无效 0 例,总治愈率 90.34%。两组总体治愈率差异有统计学意义。见表 1。

表 1 两组肺炎支原体肺炎患儿治疗效果比较(例)

组别	n	治愈	显效	好转	无效	总体治愈率(%)
甲组	196	177	17	2	0	98.98
乙组	145	106	25	14	0	90.34

注: $\chi^2 = 13.90, P < 0.01$ 。

甲组不良的反应 16 例,其中恶心、呕吐、腹泻 7

例,局部疼痛 7 例,肝功能异常 2 例,皮疹 0 例。对照组不良的反应 26 例,其中恶心、呕吐、腹泻 26 例,局部疼痛 15 例,肝功能异常 10 例,皮疹 1 例。阿奇霉素治疗组总体不良反应发生率明显低于红霉素治疗组,见表 2。

表 2 两组肺炎支原体肺炎患儿不良反应比较(例)

组别	n	胃肠道反应	注射部位局部反应	肝功能异常	皮疹	总体不良反应率(%)
甲组	196	7	7	2	0	8.16
乙组	145	26	15	10	1	35.86

注:两组总体不良反应率比较, $\chi^2 = 40.05, P < 0.001$ 。

3 讨论

肺炎支原体肺炎临床表现轻重不一,大多数以咳嗽伴发热为主要表现,咳嗽较重,以刺激性、痉挛性咳嗽多见。目前 MP 发病机制仍未明确,现在公认学说认为 MP 侵入呼吸道后,吸附于呼吸道上皮细胞表面,释放各种致病因子从而造成炎症发生和局部组织损伤,而 MP 引起肺外并发症的原因则很可能与免疫因素有关^[4]。

5 岁以下儿童呼吸系统和免疫系统发育不成熟,临床表现以低热为主,咳嗽伴有喘息,多半可闻及干湿啰音和哮鸣音;5 岁以上儿童呼吸及免疫系统发育较完善,临床表现以高热为主,咳嗽多为干咳,肺部体征不明显,但肺外并发症多见^[5-6]。本组共有 134 例患儿发生肺外并发症,占全部病例比例为 39.3%,与诸留珍^[7]和寿晓雯等^[8]报道的肺外发病率较为一致。在诊治小儿支原体肺炎过程中,应充分认识支原体肺炎临床表现,同时应详细检查有无肺外脏器系统的损害^[9],以免误诊和漏诊,拓展临床诊断思维,提高诊断和鉴别诊断水平,为支原体肺炎临床治疗提供指导意义。

近年来肺炎支原体已成为小儿肺部感染的主要病原之一,上海地区曾报道 244 例大于 2 岁的肺炎患儿,其中肺炎支原体感染占各类病原的 26.7%,居各种病原之首^[10]。根据我院近 3 年的统计资料分析,支原体肺炎的感染率达到 28.8%,其中难治或重症病例也明显增多,因此在治疗小儿支原体肺炎的过程中,选择有效的抗生素显得尤为重要,支原体作为原核生物界中的最小微生物,缺乏细胞壁,对于作用于细胞壁的抗生素如青霉素、头孢菌素类等不敏感,但对抑制或影响蛋白合成的抗生素如大环内酯类、四环素类、氨基糖苷类、喹诺酮类等较敏感,但考虑到对小儿生长发育的影响,大部分有效抗生素的使用受到限制,目前小儿支原体肺炎的抗生素治疗首选大环内酯类,如红霉素或阿奇霉素。阿奇霉素是第二代红霉素,属大环内酯类抗生素,抗菌谱广,不仅对革兰阳性球菌、厌氧菌、支原体、衣原体有显著效果,对一些革兰阴性菌包括流感嗜血杆菌、淋球菌及一些对其他大环内酯类抗生素不敏感的微生物也有较强的抗菌活性,其独特的药理学特性使组织内浓度较血药浓度高,提高了疗效^[11]。本研究结果显示,阿奇霉素组患者在治愈效率方面较红霉素组明显提高,差异有统计学意义($P < 0.01$),且不良反应较红霉素显著降低($P < 0.001$)。因此,即使临床存在部分病例因阿奇霉素有耐药现象而改用红霉素治

· 全科临床论著 ·

ICU 中心静脉置管患者血性感染的临床分析

吴敏

【摘要】目的 对 ICU 中心静脉导管患者发生医院血性感染的相关情况进行分析,探讨发生特点和危险因素。**方法** 对 785 例 ICU 中心静脉置管患者的一般情况和临床资料进行回顾性分析,包括患者的年龄、性别、自理能力、自身免疫性疾病、置管时间、置管部位和免疫抑制剂的使用等相关性感染因素。**结果** 785 例患者相关血性感染共发生 34 例,发生率 4.3%。34 例病原菌共检出 29 株,阳性率 85.3%。检出以革兰氏阴性菌为主,占总检出的 48.3%,其次为革兰氏阳性菌,占 41.4%,再次为真菌,占 10.3%。ICU 中心静脉导管患者发生医院血性感染与年龄、自理能力、自身免疫性疾病、置管时间和免疫抑制剂的使用相关。**结论** 积极治疗患者自身免疫性疾病,对置管时间进行控制,并减少免疫抑制剂的使用,是减少 ICU 中心静脉导管相关血性感染的重要措施。

【关键词】 中心静脉导管;导管相关性血流感染;重症监护病房

【中图分类号】 R63 R543.6 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1187-02

Clinical Analysis of Catheter-Related Bloodstream Infection in ICU WU Min. ICU, Jieyang People's Hospital, Jieyang 522000, Guangdong, China

【Abstract】Objective To investigate the bloodstream infection in patients with central venous catheter in ICU, explore the risk factors. **Methods** Totally 785 patients with central venous catheter were chosen and studied to analyze the risk factors which might cause bloodstream infection. The correlation factors were gender, age, self-help skills, autosomal disease, insertion time, catheter site, and application of immunosuppressive. **Results** 34 cases catheter-related bloodstream infection cases were detected in ICU (4.3%). 29 cases were detected in 34 cases of pathogens, with the positive rate of 85.3%. The most common bacteria were Gram-negative bacteria, accounting for 48.3%, followed by Gram-positive bacteria which accounting for 41.4%, and Fungi which accounting for 10.3%. The analysis of 785 cases showed that the infection rate was closely related to age, self-help skills, autosomal disease, insertion time, and application of immunosuppressive. **Conclusion** It was effective to reduce the infection by treating the autosomal disease positively, controlling insertion time and using immunosuppressive rationally.

【Key words】 Central venous catheter; Catheter-related bloodstream infection; ICU (intensive care unit)

中心静脉导管用以测量中心静脉压,并评估循环生理参数,是静脉输液、长期肠外营养、抗生素、止痛药等药物注射的通道^[1]。然而它所伴随的血性感染作为一种严重的并发症也越来越受到广大医护人员的重视^[2-3]。笔者对 785 例行中心静脉置管并发血液感染的情况进行了总结分析,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2008 年 1 月-2013 年 1 月在我院 ICU 置中心静脉置管的患者 785 例。其中男性 411

例,女性 374 例,年龄 69~88 岁,平均(76.67±5.70)岁。置管部位为颈内静脉 257 例,锁骨下静脉 266 例,股静脉 262 例。置管平均时间(9.43±8.40)d。所有患者均采用双腔导管置管,且置管前均无感染情况发生。

1.2 分析方法 对 785 例患者的一般资料和临床资料进行回顾性分析,对 ICU 行中心静脉置管患者发生感染情况进行整理和统计,并对相关危险因素进行分析。

1.3 诊断标准 患者外周血培养阳性,导管尖端和血

作者单位:522000 广东省揭阳市人民医院 ICU

疗,个别重症或难治性病例需加用丙种球蛋白和糖皮质激素联合治疗才能控制病情,但是选择阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎仍具有疗效高、使用方便、不良反应少、依从性高等优势,值得在临床推广使用。

参考文献

- [1] 胡亚美,江载芳. 诸福棠实用儿科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2002:1204-1205.
- [2] Liu CL, Wang GQ. Mycoplasma pneumoniae pneumonia in hospitalized children diagnosed at acute stage by paired sera[J]. Chinese Medical Journal, 2010, 123(23):3444-3450.
- [3] 袁壮,盛锦云. 小儿肺炎支原体肺炎诊断治疗中的几个问题[J]. 中国实用儿科杂志, 2002, 17(8):449-453.
- [4] 马红秋,辛德莉. 肺炎支原体的致病机制[J]. 临床和实验医学杂志, 2006, 5(5):622-623.
- [5] 张晓波,王立波,张灵恩. 儿童肺炎支原体感染肺外脏器受累 56

例临床分析[J]. 临床儿科杂志, 2003, 21(6):344-346.

- [6] 武际英,周晓,何星. 小儿支原体肺炎的肺外临床表现 78 例临床分析[J]. 中华现代儿科学杂志, 2006, 3(1):52-53.
- [7] 诸留珍,葛蕾. 儿童肺炎支原体感染常见的肺外表现临床分析[J]. 江苏医药, 2007, 33(12):1277-1278.
- [8] 寿晓雯,李健慧. 儿童肺炎支原体肺炎 109 例诊疗分析[J]. 医药论坛杂志, 2011, 32(23):183-184.
- [9] Xu F, Dai CL, Wu XM, et al. Overwhelming postsplenectomy infection due to Mycoplasma pneumoniae in an asplenic cirrhotic patient: case report[J]. BMC Infect Dis, 2011, 11(1):162.
- [10] 黄海辉,张婴元,黄绍光,等. 上海地区社区活动性肺炎的病原学调查[J]. 中国抗感染化疗杂志, 2003, 3(6):321-324.
- [11] 沈亚娟,王金龙,吴春红,等. 小儿支原体肺炎临床特征及大环内酯类抗生素疗效分析[J]. 浙江医学, 2012, 34(5):356-358, 363.

(收稿日期:2012-03-01)

液培养出现同样的病原菌,且发生以下任意一种即可判为血液感染。①静脉穿刺部位有脓液排出,或有蜂窝组织炎的表现。②沿导管的皮下走行部位出现疼痛性弥散性红斑。③患者出现发热现象,局部发生压痛。所有感染现象均可排除其它感染来源。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 19.0 软件对数据进行处理,计数数据采用 χ^2 检验,计量数据采用 t 检验,当 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 感染发生率 785 例患者发生医院感染 34 例,感染率 4.3%,其中男性 23 例,女性 11 例。置管后第 15~21 天时感染发生病例最多,并于第 20 天达到感染高峰。千导管日感染率 3.7‰。

2.2 病原菌检出 34 例病原菌共检出 29 株,阳性率 85.3%。其中革兰氏阳性菌 12 株,占总检出的 41.4%,包括金黄色葡萄球菌 5 例、表皮葡萄球菌 3 例、屎肠球菌 2 例和溶血葡萄球菌 2 例;革兰氏阴性菌 14 株,占总检出的 48.3%,包括肺炎克雷伯菌 6 例、铜绿假单胞菌 3 例、阴沟肠杆菌 3 例、鲍曼不动杆菌 2 例;真菌 3 株,占总检出的 10.3%。

2.3 医院感染的相关因素 在 ICU 行中心静脉置管的患者发生血性感染的可能相关因素中,通过单因素分析得出感染的相关危险因素为:年龄、自理能力、自身免疫性疾病、置管时间和免疫抑制剂的使用。见表 1。

表 1 ICU 中心静脉置管感染相关因素分析及感染率情况

影响因素		病例数(n=785)	感染病例(n=34)	χ^2 值	P值
性别	男	411	23(5.6%)	1.34	>0.05
	女	374	11(2.9%)		
年龄(岁)	69~79	424	6(1.4%)	4.66	<0.05
	80~89	361	28(7.8%)		
自理能力	是	445	5(1.1%)	5.99	<0.05
	否	340	29(8.5%)		
自身免疫性疾病	是	258	21(8.1%)	13.45	<0.01
	否	527	13(2.5%)		
置管时间(d)	1~7	101	2(2.0%)	4.64	<0.05
	8~14	201	5(2.5%)		
	15~21	168	18(10.7%)		
	22~28	203	6(3.0%)		
	29~35	102	3(2.9%)		
置管部位	颈内静脉	257	10(3.9%)	0.08	>0.05
	锁骨下静脉	266	13(4.9%)		
	股静脉	262	11(4.2%)		
免疫抑制剂的使用	是	311	27(8.7%)	23.53	<0.05
	否	474	7(1.5%)		

3 讨论

中心静脉置管是 ICU 中最易发生血性感染的原因之一。本次 785 例患者中,发生血性感染 39 例,感染率 4.3%,千导管日感染率 3.7‰。34 例病原菌共检出 29 株,阳性率 85.3%。其中革兰氏阴性菌占总检出的 48.3%,为主要检出菌。与国内相关报道基本相符^[4]。

在感染相关因素的研究中,我们把 ICU 行中心静

脉置管患者的性别、年龄、自理能力和自身免疫性疾病、置管时间、置管部位和免疫抑制剂的使用纳入相关因素^[5-6]。经研究表明,医院感染的危险因素包括患者的年龄、自理能力、自身免疫性疾病、置管时间和免疫抑制剂的使用^[7-8]。由于中心静脉导管的表面易附着细菌,老龄患者免疫功能低,易受感染。同时患者自理能力的丧失也会因对污染物的接触程度较高,自身清除代谢废物的能力差而加大了感染的发生几率^[9]。本次研究显示患者中心静脉置管后第 15~21 天时感染发生病例最多,并于第 20 天达到感染高峰,而后又慢慢下降。原因可能是由于感染有外因和内因的双重作用,患者免疫抵抗力较差时受到外源的侵袭时易发生感染,而免疫能力相对较好且护理相对比较到位的患者则可适应置管的影响,故在 15~21 d 时,达到感染高峰,21 d 之后患者随着治疗的进行病情发生好转,故发生感染的几率开始降低。这与一些相关研究相符^[10]。

因此对于感染高发的时间段医护人员应增强护理,减少感染的发生几率^[11]。患者的自身免疫能力对于血液感染至关重要,因此对于自身患有免疫性疾病和服用免疫抑制剂的患者血液感染的发生几率明显高于普通患者($P < 0.05$)。因此,对患者自身免疫性疾病进行积极的治疗,对置管时间进行控制,减少免疫抑制剂的使用是减少 ICU 中心静脉导管相关性血性感染的重要措施^[12]。

参考文献

- [1] 周宏,姜亦虹,沈黎,等.综合医院 ICU 中心静脉导管相关性血流感染发生率及危险因素[J].中华医院感染学杂志,2012,22(12):2512-2514.
- [2] 尚凯茜,李建国.ICU 中心静脉导管相关性血流感染的防控策略[J].临床外科杂志,2012,20(3):210-212.
- [3] 赵勇,孟广军,张泓,等.PPCI 对急性心肌梗死后心室重构及功能的影响[J].中华全科医学,2012,10(5):690.
- [4] 杜红丽,乔艳梅,张梅,等.重症 ICU 中心静脉导管感染病原菌的耐药性监测[J].中华医院感染学杂志,2012,39(15):3982-3983.
- [5] 邓小玲,梅桂萍,刘娟,等.ICU 中心静脉导管相关性感染的危险因素分析[J].中华医院感染学杂志,2011,21(5):882-884.
- [6] 陈巧霞.中心静脉导管胸腔留置治疗胸腔积液疗效分析[J].医药论坛杂志,2011,32(11):106-107.
- [7] 毛璞,邱桂霞,叶丹,等.重症监护病房碳青霉烯类抗生素耐药鲍曼不动杆菌耐药机制及同源性分析[J].中国感染与化疗杂志,2012,12(6):449-452.
- [8] 周晴,钟鸣,胡必杰,等.外科重症监护病房铜绿假单胞菌耐药率与抗菌药物使用强度耐药性分析[J].中国感染与化疗杂志,2012,12(5):352-356.
- [9] 徐河玉,杨林瑛.Orem 自理理论在宫颈癌术后患者护理中的应用[J].中国基层医药,2008,15(11):1774-1775.
- [10] 徐丽英,季俏.ICU 中心静脉导管相关性血流感染干预措施探讨[J].中华医院感染学杂志,2010,20(12):1695-1697.
- [11] 陈玉平,罗桂芝,高丽娟,等.感染控制专科护士在预防 ICU 中心静脉导管相关性血流感染中的作用[J].中华护理杂志,2009,44(10):895-897.
- [12] 马琴华,于晓江.ICU 中心静脉导管相关性血流感染的分析及预防[J].中国误诊学杂志,2011,10(11):7149-7150.

(收稿日期:2013-03-01)

· 全科临床论著 ·

8 例小儿先天性单侧肾发育不良伴输尿管异位开口的诊治

黄思红,周云,张亚,曹戊

【摘要】 目的 探讨小儿先天性单侧肾发育不良伴输尿管异位开口的临床特点、诊治方法。方法 总结分析 8 例确诊为先天性单侧肾发育不良伴输尿管异位开口的临床资料。8 例男女比例为 1: 7; B 超检查 6 例, 仅 1 例诊断为肾发育不良; CT 平扫 + 增强检查 5 例, 确诊 4 例; MRI 检查 2 例, 均发现发育不良肾脏和输尿管异位开口的位置。结果 6 例行患侧发育不良肾脏及输尿管全切除手术, 1 例行输尿管膀胱再植术, 术后滴尿及泌尿系感染症状均消失。结论 本症多数见于女性, 且易被发现, B 超多数不能探及患肾, 静脉肾盂造影患肾多不显影, 易误诊为孤立肾。手术切除无功能肾脏及输尿管疗效显著。

【关键词】 肾, 发育畸形; 输尿管, 异位开口

【中图分类号】 R692.12 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1189-02

Diagnosis and Treatment of Congenital Unilateral Renal Agenesis with Ectopic Ureter: a Report of 8 Cases HUANG Si-hong, ZHOU Yun, ZHANG Ya, et al. Department of Urology, Children's Hospital Affiliated to Soochow University, Suzhou 215000, Jiangsu, China

【Abstract】 **Objective** To study the clinical features, diagnosis and treatment of congenital unilateral renal agenesis with ectopic ureter in infants. **Methods** The clinical data of 8 patients (1 male and 7 female) with congenital unilateral renal dysplasia and ectopic ureter were analyzed retrospectively. Ultrasound was performed in 6 cases and only found 1 case of renal agenesis; enhanced CT scan was performed in 5 cases and found 4 cases of renal agenesis; MRI was performed in 2 cases and both found the agenesis renal and ectopic ureter opening. **Results** 6 patients received the ureteronephrectomy for the involved renal, 1 patient received ureteral-bladder reimplantation. The curative effect was satisfactory. **Conclusion** The congenital unilateral renal agenesis with ectopic ureter is more common in women. Ultrasound and IVP often fail to reveal the dysplastic kidney and easily to be misdiagnosed as solitary kidney. The curative effect of ureteronephrectomy for the involved renal is distinct.

【Key words】 Malformations during kidney development; Ureteral ectopia

输尿管异位开口是指输尿管开口于膀胱颈之外, 常伴有肾脏重复畸形或双输尿管畸形, 较少发生在单侧输尿管, 发生在单侧输尿管的肾脏多伴有发育不良或发育畸形。我院自 2007 年 1 月以来共诊治 8 例先天性单侧肾发育不良伴输尿管异位开口, 均取得满意疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 8 例中, 男 1 例, 女 7 例, 年龄 1 个月 ~ 8 岁。左侧 3 例, 右侧 5 例。肾脏大小 (2 cm × 0.5 cm × 0.5 cm) ~ (5 cm × 3 cm × 2 cm)。输尿管异位开口位于后尿道 4 例, 尿道外口 2 例, 阴道 2 例。正常排尿间无间歇滴尿 4 例, 尿道外口肿块 3 例, 上尿路梗阻及泌尿系感染 1 例 (男性)。

1.2 辅助检查 B 超检查 6 例, 5 例诊断为孤立肾, 仅 1 例诊断为肾发育不良; 大剂量 IVP 5 例, 2 例患侧肾盂处可见小片状浓影或输尿管显影; CT 平扫 + 增强检查 5 例, 发现发育不良肾脏 4 例; MRI 检查 2 例, 均发现发育不良肾脏和输尿管异位开口位置; 行美蓝实验 8 例, 除男性患儿外均阳性。

1.3 治疗方法 8 例中有 7 例行手术治疗, 其中 1 例家属考虑患儿年龄较小拒绝手术。6 例行患侧发育不良肾脏及输尿管全切除手术, 1 例因肾脏大小约 5 cm × 3 cm × 2 cm, 患侧分肾功能良好, 行输尿管膀胱再植术。6 例全切术中, 2 例通过传统开腹行肾脏及输

尿管全切术, 4 例于腹腔镜下行发育不良肾脏及输尿管全切术。

2 结果

手术治疗 7 例, 术后滴尿及泌尿系感染症状立即消失; 术后切除标本病理均符合先天性肾发育不良改变, 输尿管多有不同程度的扩张, 管壁增厚; 术后随访 0.4 ~ 5 年, 患儿生长发育正常, 无滴尿及泌尿系统感染症状。

3 讨论

3.1 病因及发病特点 先天性肾发育不良伴输尿管异位开口的病因目前尚不十分清楚, 胚胎期不同阶段的各种致畸因子都可能对肾脏及输尿管的发育造成影响。国内外大多数学者^[1-3]认同是在胚胎发育过程中血液供应障碍或胚胎早期输尿管梗阻导致肾发育停顿, 也有学者认为此种畸形与基因突变有关, 其中 22q11.2 缺失区很可能存在调控肾发育不良的关键基因^[4]。本症的病因学有待进一步的研究。本组 6 例发育不良肾脏术后病理检查镜下见大量未成熟的肾小球和肾小管, 故我个人比较倾向于胚胎发育障碍学说。

本症在临床上少见, 因不是所有患者均有症状, 故发病率难以估计。梁娟等在中国出生缺陷监测中心调查报告肾发育不良的发病率是 2.9/10 万^[5], 合并输尿管异位开口则更少。本症多见于女性, 是男性的 2.9 倍^[6], 且比男性易发现。这是因为, 女性输尿管异位开口多位于尿道外括约肌远端, 多表现为正常排尿间隙持续性滴尿。男性异位开口于尿道外 (下转第 1257 页)

乳腺叶状肿瘤的临床分析

董慧明, 黄建康, 彭德峰, 李德群

【摘要】 目的 通过分析乳腺叶状肿瘤的临床病理特征及评估各种的手术术式的疗效, 探讨乳腺叶状肿瘤的合理手术切除术式。方法 回顾性分析 2006 年 1 月 - 2011 年 12 月蚌埠医学院附院收治的 40 例乳腺叶状肿瘤患者的临床资料及病理特点, 了解不同的外科手术术式及肿瘤病理类型对乳腺叶状肿瘤的疗效的影响。结果 40 例乳腺叶状肿瘤患者接受手术后均得到随访, 随访时间 8 ~ 71 个月, 中位随访时间 33 个月。在所有患者中, 共 3 例发生术后肿瘤的局部复发, 总复发率为 7.5%, 无转移及死亡病例。结论 熟悉及掌握乳腺叶状肿瘤的临床病理特征有助于提高乳腺叶状肿瘤术前诊断正确率, 能为术前选择合理手术术式提供重要参考并提高疗效。

【关键词】 乳腺; 叶状肿瘤; 外科治疗

【中图分类号】 R737.9 R730.56 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1190-02

The Clinical Analysis of Breast Phyllodes Tumors DONG Hui-ming, HUANG Jian-kang, PENG De-feng, et al. Department of Oncological Surgery, the First Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu 233004, Anhui, China

【Abstract】 Objective To explore the clinical characteristics and treatment measures of breast phyllodes tumor. **Methods** 40 patients with breast phyllodes tumor in our hospital were analyzed retrospectively. **Results** All of 40 patients were followed up for 8 to 71 months after surgery. The local recurrence rates were 7.5%, and no metastasis and death was occurred. **Conclusion** Grasping the clinical features of breast phyllodes tumor can improve the diagnosis, which can be contributed to the correct choice of surgical procedure to reduce the relapse of breast phyllodes tumor.

【Key words】 Breast; Phyllodes tumor; Surgical treatment

乳腺叶状肿瘤 (phyllodes tumor, PT) 是一类少见的特殊类型乳腺肿瘤, 占女性乳腺肿瘤的 0.3% ~ 0.9% 左右, 由 Muller 于 1938 年首次描述并命名为乳腺叶状囊肉瘤^[1-2]。2003 年, WHO 依据肿瘤基质细胞构成、细胞的异型性、有丝分裂情况、边缘状态等分为三类, 即良性、交界性及恶性叶状肿瘤^[3]。乳腺叶状肿瘤局部复发率约为 4.3% ~ 36%, 约有 10% 的患者出现远处转移。本文回顾性分析我院收治的 40 例乳腺叶状肿瘤患者的临床特点, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2006 年 1 月 - 2011 年 12 月期间, 我院收治 40 例乳腺叶状肿瘤患者, 均为女性, 年龄 18 ~ 66 岁, 中位年龄 43 岁。病程 1 ~ 84 个月不等。所有患者均以发现乳房肿块就诊, 其中右侧 13 例, 左侧 27 例。外上象限 17 例, 内上象限 10 例, 内下 5 例, 外下 5 例, 中央区 3 例。肿瘤最大径 2 ~ 17 cm, 平均 6.5 cm。所有患者病程中无肿瘤短期内迅速增大史, 体检无局部皮肤橘皮样变及皮肤破溃。2 例患侧乳房的肿瘤表面局部皮肤血管扩张。1 例合并同侧乳腺纤维腺瘤。根据 2003 WHO 组织学分类标准, 良性 34 例, 交界性 6 例。

1.2 治疗方法 40 例患者均仅接受手术治疗, 未接受化疗或放疗。肿瘤局部切除 33 例, 单纯乳房切除术 6 例, 乳房区段切除 1 例。

2 结果

所有患者均得到术后随访, 随访时间 8 ~ 71 个月, 中位随访时间 33 个月。3 例发生术后肿瘤的局部复

发, 本组局部复发率为 7.5%。4 例交界性肿瘤行单纯乳房切除术 (1 例入院前 5 年内因同侧乳腺肿瘤复发在外院接受 4 次肿瘤切除术, 第 5 次手术入我院接受单纯乳房切除, 术后病理证实乳房交界性叶状肿瘤, 单纯乳房切除术后随访 60 个月无复发), 1 例交界性肿瘤乳房区段切除术 (术后 6 个月内反复复发, 后再接受局部切除手术 3 次, 最后行乳腺单纯切除术, 随访至今未再复发)。1 例交界性行肿瘤局部切除术 (术后 18 个月肿瘤局部复发, 复发肿瘤较小直径约 1 cm, 患者拒绝再接受手术切除)。34 例良性肿瘤行肿瘤局部切除术 32 例, 另外 2 例因肿瘤较大 (肿瘤最大径分别 17 cm 及 15 cm) 行单纯乳房切除, 且其中 1 例行一期假体植入乳房重建。良性肿瘤中有 1 例术后 24 个月内复发再行肿瘤扩大切除术, 再随访 12 个月无复发。

3 讨论

乳腺叶状肿瘤是由乳腺纤维结缔组织和上皮组织组成的纤维上皮性肿瘤。早期称为叶状囊肉瘤, 1982 年 WHO 将其更名为乳腺分叶状肿瘤, 2003 年 WHO 统称其为乳腺叶状肿瘤^[3], 发病年龄可从 16 ~ 75 岁, 多数在 40 岁以后, 病变多为单侧, 大多数病程较长, 肿瘤体积较大, 可有肿瘤突然加速生长的病史, 很少发生腋窝淋巴结转移和远处转移^[4]。其发病机制目前尚不清楚, 临床上具有术前诊断率低、术后易复发等特点^[5]。

手术切除是治疗乳腺叶状肿瘤的首选方法, 选择合适的手术方式是避免复发的关键。手术治疗的方法很多, 包括乳腺皮下切除、单纯乳房切除、乳腺改良根治、根治和全乳腺切除等, 一般将其分为三类进行讨论: 肿瘤局部扩大切除或全乳房切除术以及是否进行同侧腋窝淋巴结清扫^[1]。采用何种手术 (下转第 1253 页)

· 全科临床论著 ·

前列地尔治疗稳定型心绞痛临床疗效观察

马莉, 蔡玉宇

【摘要】目的 观察前列地尔治疗稳定型心绞痛的临床疗效, 研究前列地尔对心绞痛病人 hs-CRP、Hcy 水平表达的影响。**方法** 将 50 例稳定型心绞痛患者根据治疗方式不同分为治疗组及对照组, 治疗组在常规治疗的基础上增加前列地尔, 对比两组患者疗效及 hs-CRP、Hcy 表达改变情况。**结果** 治疗组及对照组心绞痛发作次数均减少, 治疗组优于对照组 ($P < 0.05$), 治疗组及对照组心绞痛发作时间减少, 治疗组优于对照组 ($P < 0.01$), 治疗组及对照组临床症状好转, 两组心电图改变方面, 治疗组优于对照组 ($P < 0.05$)。两组患者治疗后 hs-CRP、Hcy 表达均低于治疗前, $P < 0.05$ 。治疗组治疗后 hs-CRP、Hcy 表达显著低于对照组, 结果对比差异有统计学意义。**结论** 前列地尔注射液不仅能够有效地控制稳定型心绞痛的症状, 改善心肌缺血, 还可以显著降低血清超敏 C 反应蛋白以及同型半胱氨酸水平。

【关键词】 前列地尔; 稳定型心绞痛

【中图分类号】 R541.42 R972.3 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1191-03

Clinical Efficacy of Treatment of Stable Angina with Alprostadil MA Li, CAI Yu-yu. Department of Cardiology, the Third Affiliated Hospital of Guangzhou Medical College, Guangzhou 510140, Guangdong, China

【Abstract】Objective To observe alprostadil clinical efficacy for the treatment of stable angina, and explore expression of hs-CRP and Hcy levels in patients with angina pectoris. **Methods** 50 patients with stable angina pectoris were divided into a treatment group and the control group, the treatment group on the basis of conventional treatment increased alprostadil, efficacy of the two groups of patients and hs-CRP, Hcy expression changes were recorded and compared. **Results** In the treatment group and the control group, the number of angina attacks were reduced, the treatment group was less than the control group ($P < 0.05$) decrease of duration of angina pectoris in both the treatment group and the control group, the treatment group was superior to the control group ($P < 0.01$), the clinical symptoms were improved in both groups, the treatment group was superior to the control group in ECG changes ($P < 0.05$). After treatment, hs-CRP and Hcy expression were lower than before treatment, with $P < 0.05$. In the treatment group, hs-CRP and Hcy were significantly lower than those of the control group after treatment, the difference was statistically significant. **Conclusion** Alprostadil injection was not only able to effectively control the symptoms of stable angina and improve myocardial ischemia, can significantly reduce serum high sensitivity C-reactive protein, and homocysteine levels.

【Key words】 Alprostadil; Stable angina

稳定型心绞痛 (Stable angina pectoris) 是临床上常见的心脏疾病, 近年来我国心绞痛患者呈现逐年上升的趋势, 同时其发病的危险因素也在增长^[1]。中华医学会心血管病学分会公布的《多重心血管病危险综合防治建议》^[2] 对所有的危险因素均进行了分类。在传统危险因素基础上, 潜在危险因素越来越被重视, 特别是超敏 C 反应蛋白 (high-sensitivity c-reactive protein, hs-CRP) 和同型半胱氨酸水平 (Homocysteine, Hcy) 已经成为冠心病危险因素以及心血管事件中的预测因子, 近年来引起很大的重视。本研究对我院收入的稳定型心绞痛患者给予前列地尔治疗, 并评估前列地尔对 hs-CRP、Hcy 水平表达的影响。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择 2010 年 7 月 - 2012 年 1 月于我院心内科住院的 50 例稳定型心绞痛患者, 诊断均符合国际心脏病学会和 WHO 关于缺血性心脏病的命名和诊断标准。入选患者排除严重高血压、心律失常、心力衰竭及严重的肝肾功能损害、支气管哮喘等。患者根据治疗方式不同随机分为治疗组 (25 例, 其中男性 14 例, 女性 11 例) 以及对照组 (25 例, 其中男性 15 例, 女性 10 例), 两组在年龄、性别、临床症状、心电图等比较

差异无统计学意义, $P > 0.05$, 结果具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组采用常规抗心绞痛治疗: 阿司匹林肠溶片 100 mg 口服, 1 次/d; 阿托伐他汀片 20 mg, 1 次/d; 比索洛尔片 5 mg 口服, 1 次/d; 曲美他嗪片 20 mg 口服, 3 次/d; 心绞痛发作时舌下含服硝酸甘油, 必要时静脉应用硝酸酯类药物。治疗组在常规治疗的基础上前列地尔注射液 20 μ g 加入生理盐水 100 ml 静脉滴注 (24 滴/min), 1 次/d。疗程 2 周。用药前后每天描记心电图 1 次。观察心绞痛发作次数、疼痛强度、持续时间等。

1.3 观察指标及疗效判定

1.3.1 心绞痛疗效 观察治疗前后两组患者心绞痛发作的次数及持续时间, 按 1987 年卫生部药政局制定的《心血管系统用药临床研究指导原则》来评定。显效: 同等劳累程度不引起心绞痛或心绞痛发作次数减少 80% 以上, 硝酸甘油消耗量减少 80% 以上。有效: 心绞痛发作次数及硝酸甘油消耗量均减少 50% ~ 80%。无效: 心绞痛发作次数及硝酸甘油消耗量均减少不到 50%。

1.3.2 心电图疗效判断标准 显效: 静息心电图恢复正常。有效: 静息心电图缺血性 ST 段压低在治疗后回升 0.5 mV 以上, 但未达到正常水平或主要导联倒置的 T 波变浅达 50% 以上或 T 波由平坦转为直立。无效: 静息心电图与治疗前基本相同。

1.3.3 血清 Hcy 及 hs-CRP 检测 入院后 24 h 及 2 周后复查血清 Hcy 及 hs-CRP 值, Hcy 检测采用生化法, hs-CRP 检测采用免疫比浊法, 对比治疗前后两指标变化的差异性。

1.4 统计学方法 数据采用 SPSS 13.0 统计学软件处理, 计数资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 χ^2 检验以及 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组心绞痛发作次数比较 两组患者治疗后心绞痛发作次数较治疗前的 (4.62 ± 2.12) 次和 (4.67 ± 1.90) 次均有所下降, $P < 0.05$ 。治疗组治疗后心绞痛发作次数为 (2.98 ± 1.64) 次, 低于对照组的 (3.62 ± 1.85) 次, 差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。

2.2 两组心绞痛发作时间比较 两组患者治疗后心绞痛发作时间较治疗前的 (19.11 ± 2.31) min/d 和 (18.89 ± 2.18) min/d 均有所下降, $P < 0.05$ 。治疗组治疗后心绞痛发作时间为 (3.61 ± 1.99) min/d, 低于对照组的 (7.15 ± 2.21) min/d, 差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。

2.3 两组临床症状方面比较 两组患者治疗后疗效对比显示, 治疗组显效 17 例, 有效 4 例, 无效 4 例, 总有效率为 84%, 对照组显效 13 例, 有效 4 例, 无效 4 例, 总有效率为 68%, 两组患者治疗有效率对比差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。

2.4 两组心电图改变方面比较 两组患者治疗后心电图改变对比显示, 治疗组显效 12 例, 有效 5 例, 无效 8 例, 总有效率为 68%, 对照组显效 8 例, 有效 5 例, 无效 12 例, 总有效率为 52%, 两组患者治疗后心电图改变对比差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。

2.5 两组治疗前后 hs-CRP、Hcy 水平变化对比 两组患者治疗后 hs-CRP、Hcy 表达均低于治疗前, $P < 0.05$ 。治疗组治疗后 hs-CRP、Hcy 表达显著低于对照组, 结果对比差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组稳定性心绞痛患者治疗前后 hs-CRP、Hcy 水平变化对比

组别	时间	hs-CRP (mg/L)	Hcy ($\mu\text{mol/L}$)
治疗组	治疗前	7.72 \pm 4.13	28.56 \pm 10.32
	治疗后	2.31 \pm 1.25 * \blacktriangle	18.25 \pm 8.53 * \blacktriangle
对照组	治疗前	7.65 \pm 4.08	28.89 \pm 10.41
	治疗后	3.73 \pm 2.21 *	23.74 \pm 9.36 *

注: 与治疗前比较, * $P < 0.05$ 。治疗组与对照组比较, $\blacktriangle P < 0.05$ 。

3 讨论

冠心病心绞痛是由于冠状动脉粥样硬化而导致冠状动脉的严重供血不足, 患者心肌急剧短暂缺血缺氧所引起的临床综合症^[3]。其发病的机制包括: ①血管内膜的损伤或者斑块破裂而诱发血管收缩或者痉挛。②血管斑块出血、破裂而导致局部的血小板聚集或者血栓形成。③斑块由于脂质浸润而急剧的增加, 从而使血管腔狭窄有显著的加重。因此, 对于稳定性心绞痛患者需要及时行扩张血管、调脂、抑制血小板聚集以及稳定血管斑块等治疗手段, 从而控制心绞痛的发作并防止心血管事件的发生^[4]。

前列地尔注射液的主要成份为前列腺素 E1, 前列腺素 E1 是人体各个组织细胞都能合成的物质, 具有调节细胞功能的作用, 是前列腺素大家族的成员之一。前列地尔具有扩张血管、降低自由基产生并改善微循环的作用^[5]。前列地尔具体的抗心绞痛作用机制包括: ①扩张血管, 前列腺素 E1 可通过扩张动脉达到减轻心脏后负荷的作用。通过扩张静脉达到减轻心脏前负荷的作用, 通过增加肾的血流量以达到促进利尿排钠, 减轻容量负荷的作用。前列腺素 E1 能够通过扩张冠状血管, 尤其是对狭窄的冠状动脉, 能够增加冠脉的血流以达到改善心肌缺血, 增加氧供的目的, 从而缓解心绞痛的发作^[6]。②抑制儿茶酚胺释放, 前列腺素 E1 能够对肾上腺素能神经突触前膜产生作用, 从而达到抑制神经末梢释放去甲肾上腺素。大量的儿茶酚胺本身对心血管具有毒性作用。因此, 前列腺素 E1 能够降低儿茶酚胺的心血管效应而达到缓解心绞痛发作的目的。③前列腺素 E1 本身是血小板强烈的解凝剂, 其能够降低血液的黏度, 达到血管再通、抗凝的作用。其能够抑制血管平滑肌的增生, 从而降低血脂, 以达到抑制动脉粥样斑块形成的目的^[7]。④前列地尔还能够减少自由基的产生, 从而抑制再灌注时候自由基所引发的脂质过氧化反应, 阻止了组织的损伤。本组研究中显示, 采用常规心绞痛治疗方式均能达到抗心绞痛的目的, 但是增加了前列地尔的治疗组患者心绞痛发作时间以及发作次数, 均显著低于对照组, $P < 0.05$ 。此外, 两组患者临床症状对比显示, 治疗组总有效率为 84%, 对照组为 68%, 两组比较差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。两组患者治疗后心电图改变对比显示, 治疗组总有效率为 68%, 对照组为 52%, 差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。研究结果显示加用前列地尔后治疗组患者的心绞痛发作次数、持续时间、治疗疗效等均比常规治疗的对照组要好, 表明了加入了前列地尔后, 稳定型心绞痛患者的治疗疗效能够得到显著的提高。

本组研究显示前列地尔在有效治疗冠心病心绞痛的同时能显著降低患者的 hs-CRP 及 Hcy 水平, 优于常规治疗的对照组。Hcy 能够通过抑制血管内皮细胞的增殖以及诱导其凋亡, 从而影响血管的通透性、紧张度以及粥样斑块的稳定性, 直接或者间接地导致了血管内皮细胞的损伤, 造成内皮细胞功能的障碍, 并促进血栓形成及血管平滑肌细胞的增殖, 从而促使动脉粥样硬化的进展^[8-9]。前列地尔能够显著降低 Hcy 的表达, 干预其导致的血管损伤, 改善内皮功能, 从而达到防治冠心病的目的。此外, hs-CRP 水平升高与心血管的危险性呈正相关, 其是不稳定动脉粥样硬化发生的危险信号, 也是心血管病发病以及死亡的危险因素^[10]。本组研究结果表明, 前列地尔能够显著降低 hs-CRP 的表达水平, 达到进一步治疗冠心病心绞痛的目的。

参考文献

[1] Mizia-Stec K, Haberka M, Mizia M, et al. Effects of pantoprazole on dual antiplatelet therapy in stable angina pectoris patients after percutaneous coronary intervention[J]. Pharmacol Rep, 2012, 64(2): 360-368.

[2] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 多

- 重心血管病危险综合防治建议[J]. 中华心血管病杂志, 2006, 34(12):1061.
- [3] 叶广宁, 黄晓渝, 欧家满, 等. 冠心病患者血清 Cys C、IL-18 水平及临床意义探讨[J]. 中华全科医学, 2012, 10(6):880, 943.
- [4] 叶任高. 内科学[M]. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004:273.
- [5] 孟和. 前列地尔治疗不稳定性心绞痛临床观察[J]. 中国现代医生, 2009, 47(24):122.
- [6] 刘倩倩, 查滨, 温亮, 等. 前列地尔脂微球载体注射液治疗冠心病并闭塞性周围动脉硬化的疗效[J]. 心血管康复医学杂志, 2012, 20(2):135-136.
- [7] 宋国良, 裴兆辉, 漆满英. 前列地尔注射液与麝香保心丸联合治疗冠心病心绞痛的疗效观察[J]. 中国医药导报, 2012, 9(3):85-86.

- [8] 马立雄, 吴京. 血浆同型半胱氨酸与冠心病关系研究[J]. 检验医学, 2008, 23(4):428.
- [9] Wang SH, Wang J, Li J. Efficacy assessment of treating patients with coronary heart disease angina of phlegm and stasis mutual obstruction syndrome by Danlou tablet[J]. Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi, 2012, 32(8):1051-1055.
- [10] Nyrnes A, Njølstad I, Mathiesen EB, et al. Inflammatory Biomarkers as Risk Factors for Future Atrial Fibrillation. An Eleven-Year Follow-Up of 6315 Men and Women: The Tromsø Study [J]. Genet Med, 2012, 9(6):536-547.

(收稿日期:2012-12-10)

(上接第 1170 页)

髓则高水平地表达其配体 CXCL12; CXCR4 与其特异性配体结合后, 可传导信号进行调节肌动蛋白聚合和伪足形成, 从而导致肿瘤细胞趋化和侵袭, 而功能性阻断这一受体可以抑制肿瘤的转移。我们认为 CXCR4 表达可能使肿瘤细胞获得转移优势潜能, 从而在肿瘤异质化、克隆选择、演进及转移过程中发挥重要作用, Patrick C 等^[8]在研究胰腺癌肿瘤干细胞生物学特性时发现是 CXCR4 调控 CD133⁺ 胰腺癌干细胞发生侵袭转移的, 只有 CXCR4⁺ CD133⁺ 胰腺癌干细胞才有肝转移的能力, 表明肿瘤干细胞发生侵袭转移的生物学特性与 CXCR4 异质性有密切联系。本课题免疫组织化学实验证实 CXCR4 在肺癌组织中呈高表达, 阳性表达率为 60.7% (51/84); 通过原代肺癌细胞培养, 采用流式细胞仪技术, 成功分离出 CXCR4⁺ 人肺癌细胞, CXCR4 阳性细胞胞膜呈非绿色荧光表达; 阳性表达率为 89.4%。表明在人肺癌细胞系中存在 CXCR4 表达不均一现象, 即表达的异质性。

本课题的通过细胞侵袭实验证实 CXCR4⁺ 人肺癌细胞的侵袭能力强于 CXCR4⁻ 人肺癌细胞; 而 CXCL12 能够诱导增强 CXCR4⁺ 人肺癌细胞的趋化侵袭能力, 且趋化侵袭能力随着 CXCL12 浓度的增加逐渐增强, 表现为浓度依赖性。趋化因子与相应受体结合可刺激 F-肌动蛋白重新分布, 引起细胞内肌动蛋白聚合并有伪足形成, 调节细胞运动和迁移。Muller A 等^[7]报道体外实验中用激光共聚焦显微镜观察到, 100 nmol/L 的 SDF-1 在 20 s 内便可使乳腺癌细胞内的丝状肌动蛋白(F-肌动蛋白)增加 2.2 倍, 使细胞形成明显的伪足, 并呈剂量依赖性诱导乳腺癌细胞定向迁移和侵袭; CXCR4 与 SDF-1 结合后能激发 Ca²⁺ 快速跨膜转运, 激发了细胞内信号传导, 导致下游效应分子的聚集, 使细胞内骨架蛋白重排, 从而诱导了细胞的趋化迁移^[9]。苏丽萍等^[10]通过钙离子内流实验发现 CXCR4 的特异性配体 CXCL12 可以刺激 95D 细胞内钙离子短暂而迅速的释放, 并能特异性的趋化 CXCR4⁺ 95D 细胞。而通过 CXCR4 特异性拮抗剂 AMD3100 作用后, CXCR4⁺ HLC 细胞的侵袭能力较对照组明显下降; 这可能是 AMD3100 竞争性阻断了 CXCR4 与 CXCL12 的结

合, 阻断 CXCL12/ CXCR4 轴的生物学作用, 使细胞外信号不能通过激活 Gi 蛋白促进 GDP 转化为 GTP, 使细胞内外 Ca²⁺ 动员及其他效应受阻, 导致细胞的趋化侵袭运动能力受阻^[11]。

本实验通过对趋化因子受体 CXCR4 异质性与肺癌转移关系的探讨, 有助于提高对肺癌发生、侵袭转移机制以及器官选择性的认识, 可作为判断肺癌恶性生物学行为并预测转移风险的一个指标, 抑制 CXCR4 表达及降低其活性可为临床阻断癌细胞转移提供新的抗转移的治疗靶点。

参考文献

- [1] Ben-Baruch A. The multifaceted roles of chemokines in malignancy [J]. Cancer Metastasis Rev, 2006, 25(3):357-371.
- [2] Vandercappellen J, Van Damme J, Struyf S. The role of CXC chemokines and their receptors in cancer [J]. Cancer Lett, 2008, 267(2):226-244.
- [3] 毕丽伟. 分子诊断在非小细胞肺癌治疗中的作用[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2012, 26(11):1043-1045.
- [4] Andrisani OM, Studach L, Merle P. Gene signatures in hepatocellular carcinoma (HCC) [J]. Sem Cancer Biol, 2011, 21(1):4-9.
- [5] Jemal A, Bray F, Center MM, et al. Global cancer statistics [J]. CA Cancer J Clin, 2011, 61(2):69-90.
- [6] Green MR. Targeting targeted therapy [J]. N Engl J Med, 2004, 350(21):2191-2193.
- [7] Muller A, Homey B, Soto H, et al. Involvement of chemokine receptors in breast cancer metastasis [J]. Nature, 2001, 410:50-56.
- [8] Patrick C, Hermann, Stephan L, et al. Distinct populations of cancer stem cells determine tumor growth and metastatic activity in human pancreatic cancer [J]. Cell Stem Cell, 2007, 1:313-323.
- [9] Holland JD, Kochetkova M, Akeawatchai C, et al. Differential functional activation of chemokine receptor CXCR4 is mediated by G proteins in breast cancer cells [J]. Cancer Research, 2006, 66:4117-4124.
- [10] 苏丽萍, 张进平, 徐焕宾, 等. 趋化因子受体 CXCR4 在人肺癌高转移细胞株的表达和意义 [J]. 中国免疫学杂志, 2004, 20(9):603-606, 616.
- [11] Libura J, Drukala J, Majka M, et al. CXCR4-SDF-1 signaling is active in rhabdomyosarcoma cells and regulates locomotion, chemotaxis, adhesion [J]. Blood, 2002, 100:2597-2606.

(收稿日期:2012-10-29)

剖宫产瘢痕妊娠 19 例诊治体会

汪邦兰, 陈红波

【摘要】目的 探讨剖宫产瘢痕妊娠(CSP)的早期诊断及治疗方法。**方法** 本组 19 例 CSP 患者 12 例因少量阴道出血,7 例因要求终止妊娠而就诊。19 例均行血 β -HCG 测定证实妊娠,经阴道彩色多普勒显像(TVCDI)检查确定 CSP 诊断。本组均予以米非司酮 75 mg 口服,12 h 一次,共 5 d。同时配伍甲氨蝶呤(MTX),应用方法一是单剂量 MTX (50 mg/m²)肌内注射,二是超声引导下局部妊娠囊内注入 MTX。用药 3 d 及 1 周后 β -HCG 值下降大于 50% 后行超声引导下清宫术。**结果** 米非司酮+肌注甲氨蝶呤治疗组 15 例,1 周后行清宫术 13 例;2 例因并发阴道大量流血行子宫动脉栓塞(UAE),1 例止血成功后行清宫术,1 例止血失败后急诊行子宫瘢痕处妊娠物切除。米非司酮+甲氨蝶呤局部妊娠囊注射 4 例,1 周后行清宫术。所有病例均痊愈出院,随访 3 个月均无并发症发生。**结论** TVCDI 在 CSP 早期诊断方面有重要价值。应用甲氨蝶呤+米非司酮药物后行清宫术是治疗 CSP 的有效方法。治疗中发生阴道大出血时,可优先选择子宫动脉栓塞止血,必要时手术治疗。

【关键词】 剖宫产;子宫瘢痕妊娠;经阴道彩色多普勒显像;米非司酮;甲氨蝶呤

【中图分类号】 R714.2 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1194-03

Diagnosis and Treatment of 19 Cases of Cesarean Scar Pregnancy WANG Bang-lan, CHEN Hong-bo. Department of Gynecology and Obstetrics, Maternal and Child Health Hospital of Anhui Province, Hefei 230001, Anhui, China

【Abstract】 Objective To explore the diagnosis, treatment and prognosis of cesarean scar pregnancy (CSP). **Methods** The pregnancy of 19 cases were confirmed by Human chorionic gonadotropin (HCG) level, and CSP by transvaginal color Doppler imaging (TVCDI). All patients received oral mifepristone 75 mg, bid for 5 days. 50 mg/m² methotrexate (MTX) was used by intramuscular injection or gestational sac injection guided by B ultrasound. When β -HCG decreased more than 50% after the administration (3 days to 7 days), complete curettage surgery was performed under B ultrasound. **Results** There were 15 cases received mifepristone and MTX intramuscular injection, 13 of them underwent complete curettage surgery one week later, 2 of them underwent uterine arterial embolization (UAE) because of vaginal bleeding, in which 1 case underwent complete curettage surgery after hemostasis, another case underwent Removal of scar pregnancy because of the failure of hemostasis. There were 4 cases received mifepristone and MTX gestational sac injection, all of them underwent complete curettage surgery one week later. All patients were cured and discharged from hospital. No complication was found during the 3 months of follow up. **Conclusion** TVCDI had a high value for the diagnosis and differential diagnosis of CSP. Curettage after mifepristone combined with methotrexate (MTX) is an effective method for the scar pregnancy. UAE was an effective means while haemorrhage occurred.

【Key words】 Cesarean section; Cesarean scar pregnancy; Transvaginal color Doppler imaging; Mifepristone; Methotrexate

剖宫产瘢痕妊娠(cesarean scar pregnancy, CSP)是剖宫产术的远期并发症,由于不合理的异常增高的剖宫产率,目前日益多发。由于受精卵着床在子宫瘢痕处,可继发胎盘植入、子宫破裂,早期终止妊娠是合适的方式,但可能并发严重出血,威胁孕产妇安全。Seow KM 等^[1]总结 6 年的 26 596 例病例,其发病比为 1:2216。我院自 2010 年 2 月-2012 年 2 月 2 年间共诊治 CSP 19 例,现将临床资料总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组年龄 22~35 岁,平均年龄(28.6±4.1)岁。均有 1 次行子宫下段横切口剖宫产病史,无阴道试产经历,手术距本次妊娠时间 5 个月~6 年,中位时间 2.3 年。12 例因少量阴道流血,7 例因要求人工流产而就诊。临床表现为有停经史,部分患者有早孕反应,与早期宫内妊娠相似。停经时间 42~70 d,平均(54.8±7.7)d,停经后有少量阴道流血 12 例,其中 4 例伴轻微下腹坠痛;无症状 7 例。辅助检查:血 β -HCG 增长情况与宫内妊娠相似。全组均由经

阴道彩色多普勒显像(transvaginal color Doppler imaging, TVCDI)声像图确诊。

1.2 治疗方法 所有患者诊断成立后予米非司酮 75 mg 口服,12 h 一次,共 5 d。并同时应用甲氨蝶呤(MTX),应用方法有两种:①单剂量 MTX (50 mg/m²)肌内注射 15 例。用药后第 3,7 天行血 β -HCG 监测, β -HCG 值下降大于 50% 后行超声引导下清宫术。其中有 3 例因 β -HCG 下降不明显,重复给药一次,1 周后 β -HCG 下降行清宫术。另有 2 例用药后出现阴道大出血,急诊行经股动脉插管双侧子宫动脉明胶海绵条栓塞术(UAE)。1 例阴道出血约 800 ml,栓塞成功后 1 周行超声引导下清宫术;另 1 例栓塞后仍有出血,急诊进腹行子宫瘢痕妊娠物清除术,累计出血 1500 ml。②超声引导下局部妊娠囊内注入 MTX (50 mg/m²) 4 例, β -HCG 监测方法同前,1 周后 β -HCG 下降行清宫术。

2 结果

本组 18 例(包括 1 例 UAE 成功后)在 B 超引导下清宫术,均一次成功。术中出血量 50~150 ml,平均(96.1±27.4)ml,术后观察阴道出血少,1 周左右干净,其中 1 例诉腰骶部轻微胀痛不适。1 例急诊进腹

作者单位:230001 合肥市,安徽医科大学妇幼保健临床学院,安徽省妇幼保健院妇产科

通讯作者:汪邦兰,电子邮箱:472932110@qq.com

行子宫瘢痕妊娠物清除术。全组术后随访 3 个月,月经正常来潮,月经量正常。

3 讨论

3.1 CSP 的原因及预防 目前认为剖宫产术对子宫内层造成损伤,在切口处肌层中形成细小裂隙与宫腔相通,从而受精卵种植在瘢痕处肌层内是导致 CSP 的主要原因。各种创伤性子宫手术,如清宫、宫腔镜手术甚至手取胎盘等均可造成 CSP 的发生^[2]。Jurkovic D 等^[3]依据受精卵与瘢痕位置关系及生长方向不同,将其分为 2 种类型:第 1 型妊娠囊向宫腔方向生长,这种情况下继续妊娠有可能发育为活胎,但有子宫破裂、大出血的风险;第 2 型受精卵位于瘢痕处深肌层,妊娠囊向膀胱、腹腔内方向生长,这种情况下容易有不规则阴道流血、早期即发生子宫破裂等。控制孕产妇的剖宫产比例,结合我国的计划生育政策,针对剖宫产术后进行有效的避孕知识宣教避免非意愿妊娠无疑是一种有效的预防措施。

3.2 超声检查是 CSP 诊断的主要手段 CSP 的临床表现及诊断时间不一,可早至孕 5~6 周,晚至孕 16 周,平均诊断孕周为(7.5±2.5)周^[4]。距离前次剖宫产时间为 4 个月~15 年。常见症状为不规则阴道出血占 38.6%,量可多可少,部分患者无明确停经史。15.8% 的患者伴有轻、中度的腹痛,8.8% 的患者表现为单纯下腹痛。部分患者无明确症状,仅于超声检查时发现。

曹泽毅等^[5]认为由于 CSP 的首诊误诊率高达 76%,因此,有剖宫产手术史的妇女妊娠时,孕早期应行 B 超检查探清妊娠囊的位置。李琼等^[6]认为超声检查仍是目前 CSP 诊断的主要手段和依据,是临床早期诊断的子宫剖宫产瘢痕妊娠金标准。CSP 超声声像特点及诊断标准为^[4]:①在剖宫产瘢痕处发现妊娠囊或混合性包块;②妊娠囊/包块与膀胱之间子宫前壁下段肌层变薄或连续性中断;③彩色多普勒血流成像显示在妊娠滋养层周边探及明显的环状血流信号,脉冲多普勒显示高速、低阻、血流图;如果并发 CSP 破裂可出现直肠子宫陷凹游离液。本组病例临床表现无特异性,均由 TVCDI 声像图明确诊断。随着临床医师对 CSP 的重视和了解,对于有剖宫产史再次妊娠早期常规超声检查,大大提高了瘢痕妊娠的早期诊断,从而便于早期施治。

3.3 及时终止妊娠和处理并发症是 CSP 的治疗重点 目前尚无 CSP 规范性的诊疗程序。与孕中晚期相比,孕早期 CSP 胎盘种植、侵袭膀胱的风险相对要小得多。为降低 CSP 并发症,减少子宫破裂的发生,提高生活质量,王凤等^[7]认为早期进行药物治疗对瘢痕妊娠有重要价值。孕早期明确诊断后及时终止妊娠,治疗的目的是保留患者的生育功能,防止子宫破裂、大出血等严重并发症的发生^[8]。CSP 的综合治疗措施主要是药物治疗后超声引导下的清宫术。 β -HCG

下降后行清宫术,必要时手术处理子宫疤痕处破裂或介入治疗盆腔内出血等并发症。

Jurkovic D 等^[9]研究发现 MTX 是一种二氢叶酸还原酶抑制剂,主要抑制二氢叶酸还原酶而使二氢叶酸不能还原成有生理活性的四氢叶酸,从而导致 DNA 的生物合成受到抑制,使绒毛变性坏死而致胚胎死亡。在 β -HCG 是绒毛活性的重要标志,当其下降至正常或接近正常,阴道超声检查妊娠囊局部无血流信号后再行刮宫术,可明显提高治疗成功率和减少术中出血。本文资料也证实,米非司酮联合甲氨蝶呤应用,监测 β -HCG 下降后超声引导下清宫术是安全有效的治疗手段。

对于其它治疗手段无效、治疗中出现阴道大出血等危及生命的并发症时,开腹子宫瘢痕处妊娠物切除是有效的急救手段。一般情况下应尽量保留子宫^[10],同时术中在切除瘢痕处妊娠物的同时,也明确了妊娠囊种植的部位,降低了再次发生 CSP 的风险。但开腹手术损伤大,后续妊娠前置胎盘、胎盘植入等的风险增大,对于无生育要求或在大出血等紧急情况下,为了保全生命必要时可行全子宫切除。李蓉等^[11]报道对于 II 型 CSP 患者可应用清宫术+改良子宫肌层叠加缝合术,手术相对简单,可迅速止血、保留生育功能。

3.4 关于 UAE 本文资料还显示对于发生大出血情况的 CSP 患者,经股动脉行单侧或双侧子宫动脉栓塞术(uterine arterial embolization, UAE)是一种有效的介入治疗方法。血管栓塞后 2~3 周血栓开始吸收,一般 3 个月吸收完全。CSP 子宫动脉栓塞优点在于:能尽可能保留生育功能;而且操作简单、创伤小,恢复快;同时能较早明确治疗有无效果,如超声检查未发现妊娠物残留, β -HCG 快速下降,短期就恢复正常。但是否适用于所有的 CSP 患者,例如妊娠囊凸到子宫外,或者完全被肌层或子宫内膜覆盖的患者,还无法完全确定。对病情危重的出血患者,有条件的医院可作为首先选用的应急止血手段。UAE 不能控制的出血病患者,应及时进腹手术止血。

总之,近年来剖宫产手术呈逐渐上升趋势,子宫剖宫产瘢痕妊娠发生率也日益增多,造成严重的临床并发症。但只要掌握其特点,提高警惕,早期诊断,如果能在严重并发症出现前确诊并及时处理,其愈后良好^[12]。

参考文献

- [1] Seow KM, Huang LW, Lin YH, et al. Caesarean scar pregnancy: issues in management[J]. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2004, 23(3): 247-253.
- [2] 王玉. 子宫剖宫产瘢痕妊娠诊断与治疗进展[J]. *中国医药导报*, 2011, 8(20): 7-9.
- [3] Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, et al. First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar[J]. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2003, 21(3): 220-227.
- [4] 郎景和. 妇产科学继续教育[M]. 武汉: 华中科技大学出版社, 2008: 9.

肾脏 ECT 检查对肾动脉狭窄的诊断价值

崔淑娴, 王浩, 赵海鹰

【摘要】目的 评价肾脏单光子发射计算机断层(SPECT)检查诊断肾动脉狭窄(RAS)的价值与优势所在。**方法** 笔者回顾分析了临床诊断为RAS的患者53例,这些患者通过螺旋CT血管造影(SCTA)初步筛查为RAS,再通过放射性核素肾脏动态显像(SPECT)了解双侧肾脏的血流灌注、滤过与排泄功能,以判断RAS患者肾脏血流灌注的改变。**结果** 53例RAS患者经SPECT检查,49例显示单或双侧肾脏血流灌注不同程度的减少,4例血流灌注正常,5例重度RAS的患者血流灌注消失。肾脏SPECT诊断RAS的阳性率为92.5%。**结论** 肾脏SPECT检查可作为诊断RAS的依据之一,同时也是筛选RAS患者介入治疗适应证的有效方法。

【关键词】 肾动脉狭窄;SCTA;SPECT

【中图分类号】 R692.16 R814.43 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1196-02

The Value of ECT in Diagnosis of Renal Artery Stenosis CUI Shu-xian, WANG Hao, ZHAO Hai-ying. Department of Hypertension, the People's Hospital of He'nan Province, Zhengzhou 450003, He'nan, China

【Abstract】Objective To evaluate the renal single photon emission computed tomography(SPECT) examinations in the diagnosis of renal artery stenosis(RAS) value and advantage. **Methods** The author reviewed the clinical diagnosis for patients with RAS 53 cases, these patients through the spiral CT angiography(SCTA) preliminary screening for RAS, again through the radio-nuclide renal dynamic imaging(SPECT) understand bilateral renal perfusion, filtration and discharge function, in order to judge RAS patients renal perfusion changes. **Results** 53 cases of patients with RAS by SPECT, 49 cases showed that single or double side renal perfusion different degree of reduction, 4 cases of normal blood perfusion, 5 cases of severe RAS patients blood perfusion disappear. Renal SPECT diagnosis of RAS prevalence rate was 92.5%. **Conclusion** Renal SPECT check can be used as one of the bases for diagnosis of RAS, and at the same time, screening RAS interventional therapy in patients with indications of the effective methods.

【Key words】 Renal artery stenosis; SCTA; SPECT

肾动脉狭窄(renal artery stenosis, RAS)是肾血管性高血压的常见原因之一,近年来,随着国民生活水平的提高,发病率逐年上升^[1-4]。但是其早期确诊却存在一定的困难。我们通过肾动脉螺旋CT血管造影(spiral computed tomography angiography, SCTA)进行RAS的初筛,肾脏单光子发射计算机断层(single photon emission computed tomography, SPECT)检查了解RAS患者肾脏的血流灌注及功能,取得了较好的诊断效果,并从中准确筛选出RAS介入治疗的适应证。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 回顾分析了临床上经SCTA确诊为RAS的患者53例,其中男性33例,女性20例,年龄

16~75岁,平均年龄(49±8)岁。高血压病史半年至20年不等,呈难治性高血压,对3种作用机制不同的降压药(其中1种为利尿剂)治疗效果不佳。

1.2 检查方法

1.2.1 肾动脉螺旋CT血管造影(SCTA) SCTA扫描用PHILIP highspeed ADW16.0螺旋CT机,肾动脉图像的处理通过血管分析软件进行。扫描层厚2mm,造影剂为碘海醇100ml,采用高压注射器经肘静脉给药,注射流速为3ml/s。扫描时病人屏气,扫描范围从肾上极到肾下极。

1.2.2 放射性核素肾脏动态显像 检查前30min饮水500ml,显像前排尿,取仰卧位,后位投照显像。清晨空腹肘静脉“弹丸”式注射示踪剂^{99m}Tc^m-DTPA 10mCi,注射的同时采用GE Infinia SPECT机器进行扫描,开始肾动态显像的数据采集,约20min采集结束,

作者单位:450003 郑州市,河南省人民医院高血压科

通讯作者:王浩,电子信箱:doctorwanghao@126.com

- [5] 曹泽毅. 中华妇产科学(临床版)[M]. 北京:人民卫生出版社, 2010:323.
- [6] 李琼,冯淑英,李小毛,等. 子宫剖宫产瘢痕妊娠的临床观察[J]. 南方医科大学学报, 2008, 28(8):1485-1486.
- [7] 王凤. 剖宫产子宫瘢痕妊娠误诊11例临床分析[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2012, 26(8):827-828.
- [8] 张国美. 剖宫产切口瘢痕部位妊娠的研究进展[J]. 国际妇产科学杂志, 2011, 38(4):351-353.
- [9] Jurkovic D, Ben-Nagi J, Ofilli-Yebovi D, et al. Efficacy of Shirodkar cervical suture in securing hemostasis following surgical evacuation of Cesarean scar ectopic pregnancy[J]. Ultrasound Obstet Gynecol,

2007, 30(1):95-100.

- [10] B de Vaate AJ, Huime JA, van der Slikke JH, et al. Medical treatment of cesarean scar pregnancy[J]. J Minim Invasive Gynecol, 2010, 17(1):133.
- [11] 李蓉,陈德新,周柳英,等. 清宫术及子宫肌层叠加缝合术治疗子宫剖宫产瘢痕妊娠28例临床分析[J]. 实用医院临床杂志, 2012, 9(5):195-196.
- [12] 尤子善. 少见部位异位妊娠37例临床分析[J]. 实用全科医学, 2006, 4(5):527-528.

(收稿日期:2012-11-19)

经处理分别得到肾图、肾血流灌注图、肾小球滤过率(GFR)等。

1.3 统计学方法 采用 SPSS 10.0 统计软件进行分析。计数资料用率表示,两组间比较应用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 SCTA 检查 通过 SCTA 检查 36 例患者显示单侧 RAS,狭窄程度 30%~90% 不等。其中 5 例因单侧肾动脉主干重度狭窄而致患侧肾脏萎缩。1 例患者单侧肾动脉内粥样硬化斑块形成管腔无明显狭窄。16 例患者呈双侧 RAS。SCTA 诊断 RAS 的阳性率为 98.1% (52/53)。图 1 为右肾动脉狭窄并右肾萎缩。

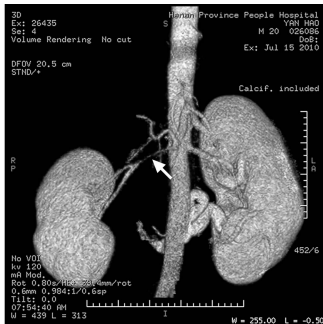


图 1 SCTA 显示右肾动脉狭窄并右肾萎缩

2.2 肾脏 SPECT 检查 以上患者通过 SPECT 检查,结果呈单侧肾脏血流灌注减少者 33 例,其中 5 例单侧肾动脉重度狭窄者,SPECT 检查证实无血流灌注,也无滤过与排泄功能,呈“小肾图”改变。双侧肾脏血流灌注减少者 16 例。4 例由动脉粥样硬化斑块导致肾动脉轻度狭窄的患者肾脏血流灌注均正常。SPECT 诊断 RAS 的阳性率为 92.5% (49/53),与 SCTA 比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3 讨论

近年来,肾动脉 SCTA 检查已成为临床筛查 RAS 的重要手段,该检查不仅能清晰显示两侧肾动脉、腹主动脉,还可根据检查目的不同调整扫描时相,展示肾静脉、肾脏缺血区等^[5-6]。但是通过 SCTA 重组的 RAS 图像,有时有夸大狭窄的可能^[7-8]。为弥补其诊断 RAS 的不足,临床中作者对这些患者再进行肾脏 SECT 检查,取得了较好的诊断效果。如果 SCTA 显示有 RAS,而 SECT 检查又有血流灌注减少的证据,则 RAS 的诊断可以成立。本研究观察了 53 例临床上诊断为 RAS 的患者,依次通过 SCTA 进行肾动脉狭窄的定位,SPECT 检查了解肾脏的血流灌注及功能,结果显示:经 SPECT 检查 49 例患者呈现单或双侧肾脏血流灌注不同程度的减少,GFR 降低,SPECT 诊断 RAS 的阳性率为 92.5%,与 SCTA 诊断的结果相符,统计学处理差异无统计学意义。通过此项检查进一步提高了 RAS 诊断的可靠性。

肾脏 SPECT 检查的优势是:检查的同时通过肾图、GFR 的改变可监测肾脏大小、肾血流灌注及肾功能的变化^[9-11]。文献报道^[12]:单侧 RAS 患者肾动态显像时,患侧 GFR 较对侧降低,且与肾动脉狭窄程度有关。本研究结果与此相似,RAS 患者显示患侧肾脏血流灌注减少,GFR 降低。通过观察肾血流及 GFR 的变化,可以判断患者是否具备肾动脉介入治疗的指征。本组病例中 4 例由动脉粥样硬化斑块所致的轻度 RAS,SPECT 检查显示血流灌注正常,无需介入手术。而 5 例重度 RAS 的患者肾脏 SPECT 提示单侧肾动脉血流灌注近乎消失,肾小球滤过率极低,肾脏萎缩呈“小肾图”,考虑为无功能肾,无介入治疗的必要性。因此,通过 SPECT 检查可准确选择肾动脉介入治疗的适应证。对于适合手术的患者,及时的肾动脉血管成形术或支架治疗可以挽救肾缺血,防治功能恶化,根治高血压。对无介入指征的患者则应避免盲目治疗,这样既节约了医疗成本,也为患者减轻了沉重的经济负担,具有社会和经济双重效益。

参考文献

- [1] The ASTRAL Investigators. Revascularization versus medical therapy for renal artery stenosis [J]. *N Engl J Med*, 2009, 361 (20): 1953-1962.
- [2] Maksimowicz-McKinnon K, Clark TM, Hoffman GS. Limitations of therapy and a guarded prognosis in an American cohort of Takayasu arteritis patients [J]. *Arthritis Rheum*, 2007, 56 (3): 1000-1009.
- [3] 杨春燕,冯燕光,崔炜. 颈动脉粥样硬化与肾动脉狭窄的相关性研究 [J]. *河北医药*, 2009, 31 (6): 682-683.
- [4] 冯霞. 动脉粥样硬化性肾动脉狭窄的发生率及相关因素 [J]. *河北医学*, 2010, 32 (18): 2536-2537.
- [5] 崔淑娟,王浩,赵海鹰,等. 肾动脉狭窄临床诊断方法的优化研究 [J]. *中华高血压杂志*, 2009, 17 (10): 942-943.
- [6] 程天明,郭滢,阚晓婧,等. 64 排螺旋 CT 肾成像与数字减影血管造影的对比分析 [J]. *医药论坛*, 2010, 31 (18): 56-58.
- [7] 王克礼,李智勇,刘丹,等. 多层螺旋 CT 三维血管造影在肾动脉相关性疾病中的临床应用 [J]. *大连医科大学学报*, 2006, 28 (1): 57-66.
- [8] 王建军,马大庆. MSCTA 与 DSA 对动脉粥样硬化性肾动脉狭窄的临床应用 [J]. *放射学实践*, 2008, 23 (9): 1049-1051.
- [9] 冯颖青,周颖玲,黄文晖,等. 肾动态显像对肾动脉狭窄的诊断意义 [J]. *中国介入心脏病学杂志*, 2004, 12 (1): 43-44.
- [10] 马迎春,左力,张春丽,等. 肾动态显像法测定肾小球滤过率在肾功能不同分期中的适用性 [J]. *中华医学杂志*, 2006, 86 (5): 351-353.
- [11] 解朋,李冬雪,黄建敏. 肾动态显像测定肾小球滤过率 [J]. *中国医学影像技术*, 2012, 28 (2): 371-373.
- [12] 艾虎,郑建国,孙福成,等. 分肾肾功能与肾动脉狭窄严重程度的关系研究 [J]. *中国全科医学*, 2008, 11 (12): 1044-1046.

(收稿日期:2012-12-10)

亚低温疗法治疗急性脑出血的临床效果分析

龚道恺

【摘要】 目的 观察并比较药物治疗联合亚低温疗法与单纯药物治疗法治疗急性期脑出血的临床效果加以分析和探讨。**方法** 将确诊为急性期脑出血的 104 例患者随机分为两组,每组 52 例,实验组在药物治疗的基础上采用亚低温疗法,对照组则仅采用最基础的药物治疗。在治疗前、治疗后 15 d 及治疗后 30 d 评定患者的格拉斯哥昏迷程度和神经功能缺损程度,并在治疗后 30 d 对患者身体恢复状况做出评定。**结果** 相同时间内,实验组的格拉斯哥昏迷评分、神经功能缺损恢复程度明显高于对照组,即对照组起效较快,减少了患者意识障碍持续时间($P < 0.05$),差异具有统计学意义;经实验组治疗后的患者肢体功能良好人数比例明显高于对照组,治疗后患者日常生活能力比对照组高($P < 0.05$),差异具有统计学意义。**结论** 药物治疗联合亚低温疗法比单纯药物治疗法能够更有效、迅速的治疗急性期脑出血。

【关键词】 亚低温疗法;药物治疗;急性期脑出血;临床效果

【中图分类号】 R743.34 R454.5 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1198-02

Clinical Effect of Sub-Hypothermia Therapy in Treatment of Acute Cerebral Hemorrhage GONG Dao-kai. Department of Neurology, Jingzhou Hospital Affiliated to Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Jingzhou 434020, Hubei, China

【Abstract】 **Objective** To observe the clinical effect of pharmacotherapy combined with the hypothermia therapy for acute cerebral hemorrhage. **Methods** Total 104 patients with acute cerebral hemorrhage were randomly divided into 2 groups with 52 cases in each group. The experimental group received pharmacotherapy combined with the hypothermia therapy, while the control group received the pharmacotherapy. Glasgow Coma Scale(GSC) scores were used to assess the degree of neurologic injury before the treatment and 15 days and 30 days after the treatment. The physical recovery of patients 30 days after the treatment was evaluated. **Results** The GSC scores and recovery of neurologic injury in the experimental group was better as compared to the control group $P < 0.05$. The rate of patients with a well limb function after the treatment in the experimental group was higher than that in the control group, the ability of daily life of patients in the experimental group was better than that in the control group $P < 0.05$. **Conclusion** Pharmacotherapy combined with the hypothermia therapy in treatment of acute cerebral hemorrhage is effective and safe.

【Key words】 Hypothermia therapy; Pharmacotherapy; Acute cerebral hemorrhage; Clinical effect

脑出血占全部脑卒中的 20% ~ 30%, 经常导致死亡或严重致残, 并且其病死率和致残率比脑梗死高^[1]。随着医学水平的不断提高, 我们发现亚低温疗法在治疗急性期脑出血时有显著疗效, 为脑出血的治疗开辟了新道路。本文正是把药物治疗和亚低温疗法结合起来, 并与单纯的药物治疗做比较, 分析和探讨两组的临床效果, 现将结果报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 我院于 2010 年 12 月 - 2012 年 1 月期间收治了 104 例急性期脑出血患者, 将其随机分为实验组和对照组, 每组 52 例, 实验组中男性 28 例, 女性 24 例, 平均年龄(55.2 ± 10.3) 岁; 对照组中男性 27 例, 女性 25 例, 平均年龄(56.5 ± 11.4) 岁。全部患者均符合《脑血管病临床检查与诊断手册》^[2] 对急性脑出血的诊断标准, 并且两组患者在年龄、既往史、病程及并发症等方面均差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法 对照组采用颅内降压, 清除自由基及防止并发症的一些基本药物治疗, 而实验组是在对照组药物疗法基础上根据患者的适应证情况采用亚低温

疗法^[3], 利用水循环式的控温毯及冰帽对患者进行降温使其体温维持在 33 ~ 35 °C 的范围, 降温时间为 3 ~ 5 d^[4], 自然恢复患者体温。在治疗前后采用格拉斯哥昏迷评分量表(GCS) 记录和分析患者意识障碍程度^[5], 在治疗前和治疗后的 15, 30 d 进行神经缺损程度的评定, 在治疗后 30 d 时, 调查患者的身体恢复情况。

1.3 诊断标准 ①格拉斯哥昏迷评定: 采用格拉斯哥昏迷评分量表(GCS)。②神经功能缺损评定: 采用欧洲卒中量表(ESS)。③身体状况分类: 分为良好、轻残、重残、植物生存和死亡五类, 根据患者的情况, 进行分类。

1.4 统计学方法 利用 SPSS 13.0 统计学软件对收集到的数据结果进行分析, 计量资料用($\bar{x} \pm s$) 表示, 两组间计量资料比较利用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, 当 $P < 0.05$ 时, 差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前后两组患者的格拉斯哥昏迷评定 治疗前两组患者的格拉斯哥昏迷评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后两组格拉斯哥昏迷评分比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 治疗前后两组间患者的神经功能缺损状况 治

疗前两组间患者的神经功能缺损程度评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后两组神经功能缺损程度评分比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 两组急性脑出血患者治疗前后格拉斯哥昏迷评分的评定结果(分)

组别	n	治疗前	治疗后 15 d	治疗后 30 d
实验组	52	10.59 ± 3.14	14.37 ± 2.11*	17.42 ± 7.47*
对照组	52	10.54 ± 2.66	12.33 ± 1.96	14.65 ± 2.21

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

表 2 两组急性脑出血患者治疗前后的神经功能缺损评定结果(分)

组别	n	治疗前	治疗后 15 d	治疗后 30 d
实验组	52	27.52 ± 4.88	17.72 ± 7.23*	12.13 ± 7.47*
对照组	52	27.50 ± 5.40	25.72 ± 6.41	20.21 ± 4.22

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

2.3 治疗后两组患者的身体恢复情况比较 实验组的病死率明显小于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。实验组的恢复良好人数明显多于对照组,差异亦有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组急性脑出血患者治疗 30 d 后的身体恢复情况比较(n,%)

组别	n	良好	轻残	重残	植物生存	死亡
实验组	52	19(36.54) [#]	15(28.85)	10(19.23)	2(3.85)	3(5.77)
对照组	52	13(25.00)	13(25.00)	11(21.15)	5(9.62)	12(23.07)

注:与对照组比较,[#] $P < 0.05$ 。

3 讨论

脑出血是一种病死率和致残率相对较高的常见病,其发病机制为:①血肿扩大机械性间接或直接地挤压损坏神经组织,构成神经功能的缺损。②脑水肿和血肿扩大造成的占位效应促使颅内压升高,迫使脑内血管血流量减少,造成继发性脑缺血。这种继发性脑缺血能够引起能量损失、自由基和一氧化碳的产生、神经细胞钙离子内流增多等损伤。③随着机械性的压迫神经和血管,血流量减少,营养成分供给不足以及有毒物质的产生,细胞也会开始凋亡。④脑水肿的产生会在脑出血发生时增加颅内压,促使病情恶化,甚至导致死亡。⑤脑内神经等组织的损坏会引发炎症,造成细胞的死亡。

急性期的脑出血患者随着颅内压的升高,其昏迷程度也会不断增加,出现各种程度意识障碍的表现。脑出血的出血位置、脑水肿程度、脑出血量、对神经组织的破坏多少及颅内压的高低均会对患者的产生不同程度的意识障碍。在治疗急性期脑出血患者时,这种意识障碍的程度的高低成为判断脑出血程度的重要指标。有研究表明,如果脑缺血患者的体温降低,那么颅内压、脑耗氧量和血流量也会随之降低,因此采用亚低温疗法能够使患者意识障碍和神经缺损的持续时间缩短,病死率减少,好转率增高,日常生活能力提高。

20 世纪 90 年代后医学工作者们渐渐开始发现亚低温疗法能够非常有效地改善脑出血症状,并且疗效

显著^[5],其保护机制为:①降低脑耗氧量,减少能量的消耗;②降低有毒物质对脑细胞的破坏作用;③改变各种酶的活性降低脑缺血造成神经元损伤;④抑制钙离子内流,防止钙与神经细胞反应,发挥毒性作用;⑤控制神经细胞凋亡;⑥降低脑损伤炎症反应的发生率;⑦促进蛋白质合成,保护细胞结构蛋白,加强细胞在结构和功能上的修复;⑧降低弥漫性轴损伤;⑨保护血脑屏障,减轻细胞毒性和血管源性脑水肿,降低颅内压^[7]。通过上述机制,亚低温疗法降低了颅内压,减轻了脑出血造成的意识障碍,促进了神经功能的修复,减少了病死率,提高了患者肢体恢复水平。

我院将药物治疗联合亚低温疗法与单纯药物治疗的进行对比,意图在于寻找更有效的方法治疗急性期脑出血。亚低温疗法要视不同人群而定,比如说老年人,他们对冬眠药物和低温的耐受力差^[8]。另外,使用传统的冰敷头部或者降低大血管处温度的方法存在一系列的弊端,例如降温效果不理想、体温无法控制甚至容易反弹^[9]。在治疗急性脑出血时可能会出现血液的粘稠度增加以及凝血功能受到影响出现障碍的并发症^[10],有时还会造成局部冻伤^[11],因此在治疗过程中我们同时应该密切关注并抑制并发症的发生。通过本研究,我们了解到药物治疗联合亚低温疗法是一种能够有效可靠地降低病死率和致残率,使疾病尽快好转的疗法。亚低温疗法疗效显著,费用不高,大多数患者可以接受,是临床治疗急性脑出血的有效手段。

参考文献

- [1] 段吉成. 亚低温技术治疗急性期脑出血临床观察[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2011, 14(22): 73.
- [2] 王拥军. 脑血管病临床检查与诊断手册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 34-55.
- [3] 张桂茹, 刘玺昌. 亚低温治疗对脑出血后神经功能恢复及并发症的影响[J]. 中国现代药物应用, 2010, 4(16): 4.
- [4] 张月辉, 詹成, 林文. 亚低温疗法治疗大面积脑梗死患者的疗效观察[J]. 实用全科医学, 2008, 6(3): 266-267.
- [5] 翁维权, 陈家愚. 内科危重症的抢救[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 445-528.
- [6] 张月辉, 杨露静, 詹成, 等. 亚低温治疗急性脑出血的临床疗效观察[J]. 海南医学, 2008, 19(2): 25.
- [7] 杨扑, 刁新峰. 脑出血局部亚低温辅助治疗的临床观察[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2009, 12(10): 19.
- [8] 贝为武, 赵世金. 亚低温微创血肿清除术治疗高血压脑出血的疗效观察[J]. 广西医学, 2010, 32(10): 1193.
- [9] 刘开琦, 宁月华, 榻品莲. 头颅局部亚低温治疗急性脑出血 120 例的效果观察[J]. 内科, 2010, 5(2): 221.
- [10] Gelman B, Schleien CL, Lohe A, et al. Selective brain cooling in infant piglets after cardiac arrest and resuscitation [J]. Crit Care Med, 2009, 24(6): 1009-1017.
- [11] 班桂玲. 亚低温疗法治疗急性脑出血的疗效观察[J]. 山东医药, 2009, 49(18): 213-215.

(收稿日期: 2012-08-26)

轮状病毒感染致小儿肠道外损害临床分析

何泉

【摘要】 目的 分析轮状病毒性肠炎合并肠外感染的发生状况,了解轮状病毒性肠炎所致多器官损害的特点,探讨小儿轮状病毒性肠炎合并肠外脏器损害的临床特征及其发生的可能机制,为临床医师认识该疾病提供理论依据,指导临床治疗。**方法** 回顾性分析蚌埠医学院二附院 2011 年 9 月-2012 年 6 月收住的 144 例轮状病毒性肠炎住院患儿临床资料,采用胶体金法检测粪便 A 群轮状病毒抗原,阳性者 144 例入观察组,阴性者 58 例入对照组,观察两组呼吸、消化、循环、神经及泌尿、血液等系统损害的临床表现,实验室检验结果进行统计。**结果** 观察组与对照组肠外脏器损害发生率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 轮状病毒性肠炎的 RV 病毒血症可能是 RV 多系统播散的途径,合并肠外损害具有普遍性,以呼吸系统损害最为常见,其次是心肌,肝脏,神经,泌尿及血液等系统。损害大多症状轻,恢复快,预后好,故在治疗轮状病毒性肠炎时,需综合治疗,除了积极治疗原发病,要密切观察是否存在肠外脏器损害,防治严重并发症。

【关键词】 轮状病毒;肠炎;肠外损害;临床分析;普遍性

【中图分类号】 R725.7 R373.26 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1200-02

Clinical Analysis of Extraintestinal Organ Damage in Children with Rotavirus Infection HE Quan. Department of Pediatrics, the Second Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu 233040, Anhui, China

【Abstract】 Objective To analyze prevalence of rotavirus enteritis with extraintestinal organ infection, explore the characteristics and mechanism of multi-organ damage due to rotavirus enteritis in children, and provide a theoretical basis for clinicians to understand the disease and guide clinical treatment. **Methods** Reviewed and analyzed the clinical data of 144 children with rotavirus enteritis in our hospital from September 2011 - June 2012. The fecal group A rotavirus antigen was detected by Colloidal Gold Device assay. 144 cases with positive result were selected in the observation group, and 58 cases with negative result were selected in the control group. The damage in respiratory, digestive, circulatory, nervous and urinary, blood system were observed and compared between the two groups. **Results** The difference in the incidence of extraintestinal organ damage between the two groups was significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The rotavirus enteritis combined extraintestinal organ damage is universal, of which the respiratory damage is the most common, followed by cardiac muscle, liver, and nervous system. Most of the damages are mild symptoms, recovered quickly and well. So it is important in the treatment of rotavirus enteritis to closely observe whether there is extraintestinal organ damage and prevent serious complications, in addition to the active treatment of the primary disease.

【Key words】 Rotavirus; Enteritis; Extraintestinal organ damage; Clinical analysis; Universality

由轮状病毒感染所致的腹泻又称轮状病毒性肠炎^[1],轮状病毒是引起婴幼儿腹泻最常见的致病原,5 岁以下儿童腹泻中 48.4%~77.1% 是轮状病毒感染所致,其发病率高,传染性强,一直是儿科疾病的防治重点^[2-4],肠外脏器损害也越来越受到重视,本研究回顾了 144 例轮状病毒性肠炎患儿肠外损害的临床资料,报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 144 例轮状病毒感染均符合轮状病毒性肠炎诊断标准^[5],年龄 3~36 个月,平均年龄 12 个月。其中 3~6 个月 24 例,~2 岁 116 例,~36 个月 4 例;其中男 70 例,女 74 例。而对照组为同期住院的患儿 58 例,其中男 27 例,女 31 例。3~6 个月 8 例,~2 岁 47 例,~36 个月 3 例。所有对照组患儿,大便常规无红细胞、白细胞;且粪培养为阴性。两组患儿既往均身体健康。

1.2 研究方法 两组患儿均在入院当天或第 2 天即采集粪便和血液标本送检,同时所有患儿均做血气分析、心电图、胸片、脑脊液常规及血清电解质、生化等检查。血液标本检测主要是生化常规包括肌酸激酶(CK),肌酸激酶同工酶(CK-MB),乳酸脱氢酶

(LDH),丙氨酸氨基转移酶(ALT),天氨酸转移酶(AST)。结果判断标准:LDH > 260 U/L,CK > 229 U/L,CK-MB > 25 U/L,ALT > 37 U/L,AST > 34 U/L 为升高。

1.3 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计分析软件,实验数据以($\bar{x} \pm s$)表示,两组间比较均为正态分布,采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 呼吸系统表现 观察组所有患儿均做了胸部正位片检查,其中 21 例并发支气管炎;40 例并发支气管肺炎;83 例胸片无异常改变;其中 37 例有“上感”症状,具体表现为流涕,轻咳,发热,咽充血等。

2.2 消化系统表现 观察组中轻度脱水 72 例,中度脱水 54 例,重度脱水 18 例,116 例存在代谢性酸中毒,125 例患儿有电解质紊乱,其中 89 例低血钠、24 例低血钾、3 例高血钠、7 例低血钙、2 例低血镁。发热者 99 例,ALT 增高 70 例(占 48.61%),并高于对照组($P < 0.05$),差异有统计学意义。见表 1。AST 增高 82 例(占 56.94%),高于对照组($P < 0.05$),差异有统计学意义。同时对 ALT,AST 增高达 2 倍以上者 16 例均做了 TORCH,肝炎九项,艾滋病,排除了其它病毒感染。

2.3 循环系统表现 观察组 144 例患儿在心肌酶谱改变中 81 例 CK 高于正常(占 56.25%),65 例 CK-MB

高于正常(占 45.13%),均高于对照组($P < 0.05$),差异有统计学意义。其中 26 例 CK-MB 高于正常 2 倍以上患儿心肌钙蛋白均正常。121 例 LDH 增高患儿与对照组差异无统计学意义($P > 0.05$)。心电图检查有 13 例窦性心动过速;8 例 ST 段, T 波异常;2 例低电压。

表 1 轮状病毒肠炎患儿血清肝功能和心肌酶谱的变化($\bar{x} \pm s, U/L$)

组别	n	ALT	AST	CK	CK-MB	LDH
观察组	144	55.2 ± 48.4	79.1 ± 70.3	204.1 ± 85.3	49.0 ± 48.4	258.2 ± 97.1
对照组	58	32.4 ± 31.1	48.3 ± 65.7	160.4 ± 74.5	29.5 ± 30.0	223.2 ± 85.3
t 值		3.31647	2.86942	3.41154	2.85308	2.39705
P 值		<0.001	<0.0025	<0.0005	<0.0025	<0.01

2.4 神经系统表现 144 例患儿中发生热性惊厥 5 例,2 例无热惊厥,均为全身性发作,2 例无热惊厥患儿脑电图均为轻度异常,脑脊液均无异常,神经系统检查均有病理反射阳性体征,头颅 CT、MRI 均未见异常,考虑为病毒性脑炎。

2.5 泌尿系统表现 共 7 例,表现为轻度水肿 2 例,镜下血尿 3 例,尿蛋白(+)1 例,尿素氮轻度升高 2 例,血清 C3,肌酐均正常,未见肾功能衰竭。

2.6 血液系统表现 共 23 例,其中轻度贫血 9 例,中度贫血 4 例,粒细胞减少 7 例,血小板减少 3 例。

2.7 其他表现 皮疹 7 例。

3 讨论

轮状病毒(RV)属于呼肠病毒科,分为 A、B、C、D、E、F 和 G 组,共 7 组,婴幼儿感染的主要是其中的 A 组,本组研究中感染 RV 的患儿年龄多见于 6 个月~2 岁(占 80.5%),几乎所有 5 岁以下儿童至少经历过 1 次 RV 感染^[6],是秋冬季婴幼儿腹泻的主要病原之一^[7]。近年来随着对 RV 致多系统损害病例研究的不断深入,人们发现 RV 不仅可引起肠内感染,而且可累及肠外多个脏器及系统。本组病例中 37 例有流涕、发热、轻咳等“上感”症状,有 42.36% 的患儿存在下呼吸道感染,所以可以说轮状病毒感染所致的多脏器损害中以呼吸系统的损害最为常见。所有 61 例发生下呼吸道感染的患儿均病程短,症状轻,疗效好,恢复快,无重症肺炎发生。

在消化系统方面,肝功能的损害主要表现在肝功能异常,表现为转氨酶增高和肝脏肿大。其发生可能是轮状病毒通过胃肠黏膜屏障形成病毒血症,而肝脏存在一种多病毒受体,支持轮状病毒基因在肝内表达。有研究显示轮状病毒具有嗜肝组织的特性,所致肝脏损伤具有肝脏脂肪病变,超微结构显示线粒体病变显著,推测轮状病毒侵犯肝脏后可能主要影响肝细胞能量代谢,导致能量代谢紊乱^[8]。

在循环系统方面,轮状病毒引起心肌损害的机制尚不清楚,可能与以下因素有关:轮状病毒通过破损的胃肠道黏膜进入血液循环形成轮状病毒血症,病毒直接侵犯心肌。病毒诱导产生对心肌组织的自身免疫

损害。翟雪玲等^[9]报道 79 例 RV 感染患儿心肌损害 67 例,达 84.8%。

神经系统损害并不常见,可表现为为良性惊厥、脑炎、无菌性脑膜炎等多种形式,以良性惊厥最为常见^[10]。有研究证实,轮状病毒合并中枢神经系统感染的患儿脑脊液中可检出轮状病毒的存在。由此可见中枢神经系统也易受到轮状病毒的侵犯。

泌尿系统损害可能系患儿腹泻及呕吐导致大量失水,出现肾前性血容量不足,从而导致肾血流量减少,出现肾功能不全。多通过补充水及电解质后,机体本身均可自行纠正。出院前复查指标均恢复正常。

血液系统损害主要表现为轻中度贫血和/或粒细胞减少,1 周后复查恢复正常,考虑为 RV 病毒血症使骨髓造血功能暂时受到抑制有关。

有研究表明血清甘露聚糖蛋白(MBP)水平低下可能是患儿在免疫脆弱期感染 RV 后易于产生肠外脏器损害的重要原因之一^[11],甘露聚糖蛋白(MBP)是一种肝脏产生和分泌的 Ca^{2+} 依赖型糖结合蛋白,是天然免疫的重要组成部分。虽然 RV 肠炎为自限性疾病,但由于患儿脱水,电解质及酸碱平衡紊乱可以掩盖某些并发症的症状,临床上易被忽视,合并肠道外脏器损害时,使病程延长,病情较重,治愈时间及费用增加。所以对 RV 肠炎应严密监测肠道外脏器损害,予以及时有效处理很重要,而且提示有必要积极研发轮状病毒疫苗,以达到控制 RV 感染的目的。

参考文献

- [1] 靳爱香. 思密达与黄连素联合灌肠治疗小儿秋季腹泻的体会[J]. 基层医学论坛, 2008, 12(3): 271.
- [2] Palumbo E, Malorgio L, Siam A, et al. Diarrhoea in children: Aetiology and clinical aspects[J]. Infez Med, 2009, 17(2): 95-99.
- [3] 焦路阳, 郭庆合, 宋志善, 等. 豫北地区婴幼儿腹泻病毒病原学分析[J]. 新乡医学院学报, 2010, 27(6): 601-603.
- [4] 李薇. 稀释口服液盐治疗轮状病毒肠炎轻中度脱水患儿 192 例[J]. 郑州大学学报: 医学版, 2010, 45(5): 880-881.
- [5] 胡亚美, 江载芳, 诸福棠. 实用儿科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 847-851.
- [6] 张占卿, 巫善明. 轮状病毒性胃肠炎[J]. 世界感染杂志, 2007, 7(4): 263-266.
- [7] 叶新华, 金玉, 方肇寅, 等. 兰州地区 2004-2005 年度婴幼儿病毒性腹泻的病原学研究[J]. 中华流行病学杂志, 2006, 27(2): 117-122.
- [8] 姚英民, 李宁, 欧巧群. 轮状病毒全身感染对肝胆胰的影响[J]. 世界华人消化杂志, 2006, 11(6): 873.
- [9] 翟雪玲, 王艳. 儿轮状病毒合并心肌损害 79 例临床分析[J]. 中外医学研究, 2011, 8(9): 22.
- [10] 陶陈娟, 周江堡. 轮状病毒胃肠炎并发中枢神经系统损害[J]. 国际儿科学杂志, 2007, 34(4): 263.
- [11] 刘纯义, 金萍, 王世俊, 等. 轮状病毒肠道外感染与血清甘露聚糖结合蛋白水平的关系研究[J]. 中国小儿急救医学, 2010, 17(5): 407-409.

(收稿日期: 2012-12-11)

128 例食道癌术后急性呼吸衰竭的危险因素分析

张才铭, 袁义, 聂广杰, 罗仲燃

【摘要】 目的 探讨食道癌术后急性呼吸衰竭的相关危险因素,为临床的防治提供参考。方法 采用病例对照的研究方法,回顾性分析顺德第一人民医院自 2009 年 7 月-2012 年 11 月间行食道癌根治术的 128 例患者,其中发生呼吸衰竭的 17 例患者作为观察组,未发生呼吸衰竭的 121 例患者作为对照组,对观察组和对照组进行单因素非条件和多因素非条件的 Logistic 回归分析。结果 单因素分析结果显示其中吸烟指数(≥ 400 支·年)、合并慢阻肺、肺部感染、手术相关并发症、术前 FEV1 < 1.5 L、术前中重度肺功能与食道癌术后发生急性呼吸衰竭相关,差异有统计学意义($P < 0.05$);多因素非条件的 Logistic 回归分析显示吸烟指数(≥ 400 支·年)、合并慢阻肺、手术相关并发症及术前中重度肺功能等因素是食道癌术后发生急性呼吸衰竭的主要危险因素($P < 0.05$)。结论 吸烟指数(≥ 400 支·年)、合并慢阻肺、手术相关并发症及术前中重度肺功能等因素是食道癌术后发生急性呼吸衰竭的独立危险因素。

【关键词】 食道癌术后;急性呼吸衰竭;危险因素

【中图分类号】 R735.1 R563.8 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1202-02

The Related Risk Factors of 128 Cases of Esophageal Cancer with Postoperative Respiratory Failure ZHANG Cai-ming, YUAN Yi, NIE Guang-jie, et al. Department of Thoracic Surgery, the First People's Hospital of Shunde, Affiliated Hospital of Southern Medical University, Foshan 528300, Guangdong, China

【Abstract】 Objective To explore the related risk factors of esophageal cancer with postoperative respiratory failure, and to provide the reference for clinic. **Methods** From July 2009 to November 2012, 128 cases of esophageal cancer patients with postoperative respiratory failure were retrospectively analyzed by case-control study method. There were 17 cases of patients with postoperative respiratory failure (Observation group), there were 111 patients (control group) with no postoperative respiratory failure. Observation group and the control group were conducted single factor analysis and non-conditional logistic regression analysis. **Results** Single factor analysis results showed that Esophageal cancer postoperative respiratory failure was closely related to the smoking index (≥ 400 cigarettes · years), merger COPD, and pulmonary infection, operation related complications, preoperative FEV1 < 1.5 L, preoperative moderate to severe lung function, the difference was statistically significant ($P < 0.05$); multiple factors of Logistic regression showed that was closely related to the smoking index, merger COPD, operation related complications, preoperative moderate to severe lung function ($P < 0.05$). **Conclusion** The smoking index, merger COPD, operation related complications, and preoperative moderate to severe lung function were risk factors for esophageal cancer with postoperative respiratory failure.

【Key words】 Postoperative esophageal cancer; Acute respiratory failure; Risk factors

食管癌是世界上最常见的恶性肿瘤之一,有资料显示,每年全世界约死于食道癌有 30 万人,病死率仅次于胃癌^[1]。而急性呼吸衰竭(acute respiratory failure, ARF)是导致术后死亡的主要原因之一,也是最严重的一种肺部并发症,因此,因此研究食道癌术后急性呼吸衰竭的危险因素分析有重要临床意义^[2]。本研究对我院 2009 年 7 月-2012 年 11 月间收治的 128 例行食道癌根治术的患者进行回顾性分析,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 收集我院自 2009 年 7 月-2012 年 11 月间收治的 128 例行食道癌根治术患者的临床资料,其中男性 88 例,女性 40 例,年龄在 41~78 岁之间,平均(58.9 \pm 6.5)岁。所有患者均病理证实。病变部位:上、中、下段食管癌分别为 31 例、62 例、35 例;术前平均吸烟指数 405.6 \pm 20.6;术前合并慢性阻塞性肺病 31 例,术后相关并发症者(包括术后胸腔出血、吻合口瘘、脓胸、乳糜胸等)11 例,弓上吻合术 45 例;术后发生肺部感染 14 例。呼吸功能衰竭的诊断标准:

正常大气压下,呼吸空气条件下,动脉血氧分压低于 60 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa),或伴有二氧化碳分压高于 50 mm Hg,呼吸功能衰竭的诊断以动脉血气分析为依据。

1.2 观察指标及方法 吸烟指数=每日吸烟支数 \times 吸烟年数。按照美国胸科协会肺功能检测指南采用 Medgraphics Elite Series 肺功能测定仪进行术前肺功能检查:用力肺活量(FVC)、最大通气量(MVV)和第一秒用力呼气量(FEV1)。根据以上指标将肺功能损害分为轻中重度,轻度指标:FEV1/FVC 占预计值的百分比为 70%~79%和(或)MVV 占预计值的百分比为 60%~79%;中重度:MVV 占预计值的百分比为 59%以下和(或)FEV1/FVC 占预计值的百分比在 69%以下;合并心血管疾病包括冠心病、高血压及房颤等。术后肺部感染诊断标准是呼吸道分泌物培养有阳性菌且胸片提示肺纹理改变。本研究采用病例对照的研究方法,将其中发生急性呼吸衰竭的 17 例患者作为观察组,将未发生呼吸衰竭的 121 例患者作为对照组,观察组和对照组进行进行单因素分析和多因素非条件的 Logistic 回归分析。

1.3 统计学方法 采用 SPSS 18.0 统计软件进行统

作者单位:528300 广东省佛山市,南方医科大学附属顺德第一人民医院
心胸乳腺外科

通讯作者:张才铭,电子邮箱:862921606@qq.com

计分析。计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,两样本率的比较采用 χ^2 比较,进行单因素分析,将有统计学意义的变量再进行多因素的非条件 Logistic 回归分析, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 观察组和对照组单因素分析 如表 1 所示,观察组和对照组按性别(男/女)、年龄(≥ 60 岁)、吸烟指数(≥ 400 支·年)、合并慢阻肺、术后肺部感染、弓上吻合

表 1 观察组和对照组各项指标的比较(例)

组别	n	性别 (男/女)	年龄 (≥ 60 岁)	吸烟指数(\geq 400支·年)	合并慢 阻肺	术后肺 部感染	弓上吻合	手术相关 并发症	术前 FEV1 <1.5 L	手术时间 (≥ 4 h)	术前合并心 血管疾病	术前中重 度肺功能
观察组	17	12/5	13	13	9	6	5	4	6	5	4	10
对照组	111	76/35	79	61	22	8	40	7	12	42	10	33
χ^2 值		0.0308	0.0265	4.0697	7.0995	9.2295	0.2838	4.4427	4.4267	0.4505	1.8743	5.5937
P 值		>0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 观察组和对照组的因素分析 将单因素分析有统计学意义的吸烟指数(≥ 400 支·年)、合并慢阻肺、肺部感染、手术相关并发症、术前 FEV1 < 1.5 L、术前中重度肺功能等因素等指标进行多因素非条件的 Logistic 回归分析,如表 2 所示,吸烟指数(≥ 400 支·年)、合并慢阻肺、手术相关并发症及术前中重度肺功能等因素是食道癌术后发生急性呼吸衰竭的主要危险因素。

表 2 多因素非条件的 Logistic 回归分析

影响因素	B	S.E	χ^2 值	P 值	OR	OR(95% CI)	
						Lower	Upper
吸烟指数	2.563	0.226	12.025	0.001	4.332	3.596	5.126
术前合并慢阻肺	1.259	0.496	9.158	0.006	3.157	2.695	3.895
手术相关并发症	0.958	0.608	4.960	0.030	2.085	1.621	2.859
术前中重度肺功能	1.851	0.358	8.056	0.009	3.952	3.211	4.355

3 讨论

食管癌根治术随着机械吻合技术的普遍应用,吻合口瘘的发生率已明显下降,而急性呼吸衰竭已成为食道癌术后死亡的重要原因,因此探讨食道癌术后发生急性呼吸衰竭的危险因素,采取必要针对性的防治措施具有很大的临床意义^[3-4]。

有研究显示,在多种因素共同作用下导致食管癌术后急性呼吸衰竭的发生^[5]。首先,长期大量吸烟会导致支气管上皮纤毛变短且不规则、纤毛运动减退、气道阻力增加,术后支气管分泌物增多不易咳出而继发肺部感染;有学者指出,术前戒烟 8 周以上,可以明显改善患者的呼吸功能。其次,术前合并慢性阻塞性肺疾病(COPD)患者往往气道阻力增加,肺的顺应性下降,再加上麻醉和手术的打击,肺的通气和换气功能受到严重影响。再次,手术相关并发症的出现,如术后胸腔出血、吻合口瘘等情况,可以引起机体内环境的紊乱,极易诱发术后呼吸功能衰竭的发生。最后,由于开胸手术胸壁损伤可引起呼吸运动减弱以及术中挤压肺组织造成肺水肿,对于术前肺功能差的患者,极易诱发急性呼吸衰竭的发生^[6-7]。

本研究结果显示,吸烟指数(≥ 400 支·年)、合并慢阻肺、手术相关并发症及术前中重度肺功能等因素是食道癌术后发生急性呼吸衰竭的主要危险因素。与

国内外相关的研究结果一致^[8-10]。结合相关研究及本研究成果,我们的体会是,针对相关危险因素,患者术前应提早戒烟、积极控制呼吸系统疾病,而对于肺功能相对较差的患者,术前应当加强呼吸功能锻炼,应用有效的抗生素控制肺部感染,积极改善肺功能;术后应鼓励患者多主动咳嗽排痰,早期下床活动,对预防食道癌术后急性呼吸衰竭具有重要的临床意义。

综上所述,在多种因素的共同作用最终导致食管癌术后急性呼吸衰竭的发生。吸烟指数(≥ 400 支·年)、合并慢阻肺、手术相关并发症及术前中重度肺功能等因素是食道癌术后发生急性呼吸衰竭的主要危险因素。综合考虑多种相关因素,针对不同的患者采用“个体化”的防治措施,最大限度地降低术后急性呼吸衰竭的发生率和病死率。

参考文献

- [1] Almhanna K, Strosberg JR. Multimodality approach for locally advanced esophageal cancer[J]. World J Gastroenterol, 2012, 18(40): 5679-5687.
- [2] Fedeli U, Schievano E, Lisiero M. Mortality after esophageal and gastric cancer resection[J]. World J Surg, 2012, 36(11): 2630-2636.
- [3] Kiesslich R, Mohler M, Hansen T, et al. diagnosis and treatment of esophageal cancer[J]. Internist (Berl), 2012, 53(11): 1315-1329.
- [4] 黄和平, 王咏. 老年食管贲门癌术后呼吸衰竭的临床分析[J]. 肿瘤基础与临床, 2011, 24(2): 149-150.
- [5] Sachdev G, Napolitano LM. Postoperative pulmonary complications: Pneumonia and acute respiratory failure [J]. Surg Clin North Am, 2012, 92(2): 321-344, ix.
- [6] Gupta H, Gupta PK, Fang X, et al. Development and validation of a risk calculator predicting postoperative respiratory failure [J]. Chest, 2011, 140(5): 1207-1215.
- [7] 王学中, 韩江红, 刘志广, 等. 食管癌术后呼吸衰竭的相关危险因素分析及预防措施[J]. 中国肿瘤临床, 2012, 39(8): 458-460, 464.
- [8] 朱逸, 方良伟, 田小丰, 等. 中年食管癌患者术后急性呼吸衰竭的防治[J]. 中国医药导报, 2011, 8(31): 169-170.
- [9] Michelet P, D'Journo XB, Seinaye F, et al. Non-invasive ventilation for treatment of postoperative respiratory failure after oesophagectomy[J]. Br J Surg, 2009, 96(1): 54-60.
- [10] 张立凡, 许怀宏, 扬敏杰, 等. 高龄贲门癌患者术后呼吸衰竭的危险因素分析[J]. 中国基层医药, 2010, 17(11): 1496-1498.

(收稿日期: 2012-12-19)

匹多莫德联合孟鲁司特治疗小儿反复发作性哮喘的疗效观察

陈潮青, 罗学虹, 陈宜升

【摘要】 目的 探究在小儿反复发作哮喘中给予孟鲁司特、匹多莫德联合治疗的临床疗效。方法 选取潮州市妇幼保健院 2011 年 6 月-2012 年 12 月共 134 例患儿,按随机数字表分为对照 A 组 44 例(单用孟鲁司特治疗),对照 B 组 44 例(单用匹多莫德治疗),治疗组 46 例(联合孟鲁司特、匹多莫德治疗),对比 3 组患者间临床资料差异性。结果 联合组对比其余两组无症状时间长,就医次数少,3 组均无不良反应。联合组显效率 71.74%,较对照 A 组高 21.74%,较对照 B 组高 19.47%;联合组有效率为 95.65%,较对照 A 组高 4.74%,较对照 B 组高 9.29%;以上数据行统计分析提示, P 均 <0.05 。结论 联合孟鲁司特、匹多莫德治疗,提高患儿免疫力,强化抗感染效果,最终减少哮喘发生,疗效显著。

【关键词】 孟鲁司特;匹多莫德;哮喘;小儿

【中图分类号】 R725.6 R562.25 R916.63 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1204-02

Clinical Observation of Repeated Attacks of Asthma in Children Treated with Pidotimod Combined Montelukast

CHEN Chao-qing, LUO Xue-hong, CHEN Yi-sheng. Department of Pediatrics, Chaozhou Hospital of Maternal and Children, Chaozhou 521000, Guangdong, China

【Abstract】 Objective To explore clinical efficacy of the combined treatment of recurrent attacks of asthma in children given montelukast and pidotimod. **Methods** From Jun. 2011 to Dec. 2012, a total of 134 patients were randomly divided into the control group A (44 cases with montelukast treatment), 44 cases of control group B (single of pidotimod for treatment), and 46 cases in the treatment group (combined montelukast, pidotimod treatment), the difference of clinical data between three groups of patients was analyzed. **Results** The asymptomatic time in the treatment group was longest among the three groups, number of medical visits was less, all the three groups had no adverse reaction. Combined effect rate of treatment group was 71.74%, compared with the control group A of 21.74%, the control group B of 19.47%; the combined group effect rate for 95.65%, more than the control group A of 4.74%, and the control group B of 9.29%; the above data showed that, P were less than 0.05. **Conclusion** Combined treatment of asthma with montelukast and pidotimod can strengthen immunity and the anti-infection effect, thus reduce the occurrence of asthma with notable curative effect.

【Key words】 Montelukast; Pidotimod; Asthma; Children

反复发作性哮喘在儿童哮喘极为常见,究其根本为气道内的慢性炎症反应导致,患儿肺功能在发作期、缓解期均不同程度的遭受着损害。病因涉及较多,主要为细胞因子、炎症介质过度表达,气道内的炎症长期侵袭,最终发生气道重塑、肺功能降低,故对反复发作小儿哮喘治疗,减轻患儿苦痛,增加患儿呼吸质量,已被提上治疗方案中^[1]。现截取我院 134 例临床资料,探究孟鲁司特与匹多莫德联合治疗在小儿反复发作哮喘中的临床疗效。汇报如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 截取我院 2011 年 6 月-2012 年 12 月共 134 例患儿,按随机数字表分为对照 A 组 44 例,对照 B 组 44 例,治疗组 46 例。对照 A 组:男 23 例,女 21 例,平均年龄(5.9 ± 3.5)年,平均病程(3.0 ± 0.6)年;对照 B 组:男 22 例,女 22 例,平均年龄(5.1 ± 2.5)年,平均病程(3.1 ± 0.5)年;对照 C 组:25 例男,21 例女,平均年龄(5.0 ± 1.5)年,平均病程(3.2 ± 0.4)年。3 组患者间一般情况行数据分析,结果提示 $P > 0.05$,差异对研究无干扰性意义。所有患儿均符合哮喘诊断标准^[2]。

1.2 研究方法 本组研究纳入研究对象在入院时积

极行疾病相关辅助检查,争取早期明确诊断,制定患者个性化治疗计划。3 组在急性哮喘发作期均应用 β_2 受体激动剂、糖皮质激素雾化吸入、化痰、抗感染、止咳、对症支持治疗,缓解期应用布地奈德气雾剂雾化吸入(阿斯利康制药公司出产,批号:227664),用法:200 μg /次,1 次/d,周期 1 年。治疗方法:对照 A 组,加用孟鲁司特口服(默沙东制药出产,批号:J20070068),用法:4 mg/次,1 次/d,周期 1 年;对照 B 组,加用匹多莫德口服(苏州长征制药,批号:040827),用法:0.4 mg/次,1 次/d,周期 2 个月;联合组:联合孟鲁司特、匹多莫德口服治疗,疗程、剂量与对照 A、B 组等同。

1.3 评价指标 3 组患儿随访 1 年,记录随访内无症状天数、哮喘发作而急诊治疗次数情况。将患儿病情控制情况分为:显效、有效、无效,显效:规范治疗后 2 个月~随访结束无发作次数 ≤ 1 次;有效:规范治疗后 2 个月~随访结束无发作次数 ≤ 3 次、发作症状逐次减轻,留观时间进行性缩短;无效:病情无明显改善。

1.4 统计学方法 将本组研究涉及数字录入 SPSS 13.0 行数据分析,计量资料行 t 检验,计数资料行 χ^2 检验,如结果提示 $P < 0.05$,差异存在统计学意义。

2 结果

2.1 治疗情况 3 组患儿中随访中无症状天数、急诊就医次数、治疗不良反应情况比较:联合组对比其余两组无症状时间长,就医次数少,3 组均无不良反应。详

见表 1。

表 1 3 组患儿随访期间无症状天数及因病情加重需急诊就医次数情况比较

组别	n	无症状天数	就医次数	不良反应(例)
对照 A 组	44	310.2±14.9	5.2±3.2	0
对照 B 组	44	280.7±19.8	3.8±2.1	0
联合组	46	319.1±9.5	2.1±1.1	0
χ^2/F 值		72.80	20.77	0
P 值		<0.01	<0.01	1

2.2 疗效比较 对照 A 组对比对照 B 组: $H=0.001$, $\chi^2=0.08$, $P=0.98$; 对照 A 组对比联合组: $H=3.26$, $\chi^2=0.42$, $P=0.03$; 对照 B 组对比联合组: $H=3.01$, $\chi^2=4.10$, $P=0.04$; 联合组显效率 71.74%, 较对照 A 组高 21.74%, 较对照 B 组高 19.47%; 联合组有效率为 95.65%, 较对照 A 组高 4.74%, 较对照 B 组高 9.29%; 详见表 2。

表 2 3 组反复发性哮喘患儿疗效比较(例)

组别	n	显效	有效	无效
对照 A 组	44	22	18	4
对照 B 组	44	23	15	6
联合组	46	33	11	2

3 讨论

儿童时期较为常见的慢性呼吸道疾病之一为支气管哮喘,其中大部分患儿在规律地糖皮质激素吸入治疗后可将病情控制理想,但仍存在病情控制不良而出现反复发作的现象。笔者查阅相关文献及结合临床工作认为,支气管哮喘反复发作存在以下两大原因^[3]:①哮喘为慢性炎症,是由多种细胞(肥大细胞、嗜酸粒细胞、T 淋巴细胞)、炎性介质相互参与,白三烯等介质极易被气道内敏感物质激活而释放;②哮喘病程长,而小儿抵抗力较低,极易致上呼吸道感染,如并发感染状态下,小儿哮喘极易复发。笔者在本组研究中,联合组对比对照 A 组、对照 B 组,无症状时间长,就医次数少,联合孟鲁司特、匹多莫德治疗小儿反复发作哮喘,效果尚可。

孟鲁司特为非甾体抗炎药物,一种选择性较强的白三烯受体拮抗剂。可针对性选择气道中平滑肌白三烯多肽活性给予发挥抑制作用,并可减少白三烯所产生的增加血管通透性、痉挛支气管、嗜酸粒细胞浸润气道等炎症改变,降低因变应原刺激气道而产生的非细胞、细胞性炎症物质,最终抑制气道高反应的激发状态。据相关研究提示^[4]:该药物可对刺激(运动、二氧化硫及冷空气等)及变应原(花粉、毛屑等)引发的速发、迟发相炎症反应均有抑制效应。在持续性中重度哮喘患儿研究中,孟鲁司特联合吸入型糖皮质激素治疗,可减少激素治疗剂量,且提高激素疗效,缩短治疗时间。经过大量药代动力学研究提示,孟鲁司特在儿童哮喘人群中应用安全性得到证实,李伟生等^[5]在应用孟鲁司特治疗 70 例变异性哮喘临床分析中,症状迅速缓解,肺功能得到改善,且无不良反应。结合本组研究,在入组并经孟鲁司特治疗的 90 例患儿中,均无出现不良反应。

郑伯强等^[6]在老年哮喘人群中给予孟鲁司特治疗基础上尽早联合匹多莫德治疗研究表明,与孟鲁司特

组对比分析提示,联合总有效率为 97.1%,孟鲁司特组为 71.4%,且 FEV1、FVC 和 FEV1/FVC 等多项疗效指标均改善。笔者认为小儿反复发性咳嗽患儿中亦可以加用匹多莫德治疗,本组研究中,联合组显效率 71.74%,较对照 A 组高 21.74%,较对照 B 组高 19.47%;联合组有效率为 95.65%,较对照 A 组高 4.74%,较对照 B 组高 9.29%,联合组疗效明显增加。虽然现阶段匹多莫德在支气管哮喘中的应用机制尚未明确,笔者查阅相关文献总结为如下几方面^[7-8]:①部分研究提示其与促抗感染免疫能力提高相关,该药物促中性粒细胞、巨噬细胞吞噬活性增加,提高趋化性;②NK 细胞(自然杀伤细胞)激活,淋巴细胞在有丝分裂原增加下快速增殖,使 CD8⁺(抑制性 T 细胞)、CD4⁺(辅助性 T 细胞)体内免疫低下时降低比值升高,恢复正常水平;③通过刺激 γ -干扰素、白介素-2 而促细胞免疫反应提升。

哮喘、感染、免疫力低下三者间的关系已被人们越来越重视,肺炎支原体、呼吸道病毒、衣原体等均有报道可导致哮喘发生,其内在关系有如下三方面^[9-10]:①感染极易诱发气道产生高反应性,且为哮喘急性发作重要诱因;②慢性哮喘患儿气道内纤毛对粘液痰清除能力削弱,容易增加病原菌定植,而在大剂量激素应用下免疫抑制不可避免,从而促进感染并发;③在小儿哮喘人群中,因免疫防御机制尚未完全建立,自身防御功能欠缺,感染亦变成更为突出问题。故本组研究中,联合孟鲁司特、匹多莫德治疗,打破感染、免疫力低下、哮喘三者间的“恶性循环”,提高患儿免疫力,强化抗感染效果,最终减少哮喘发生,疗效显著。

参考文献

- [1] 刘恩梅,王莉佳,罗蓉,等. 匹多莫德影响小儿辅助 T 细胞亚群功能的体外研究[J]. 儿科药学杂志,2004,10(5):1-2.
- [2] 中华医学会儿科学分会呼吸学组. 儿童支气管哮喘防治常规(试行)[J]. 中华儿科杂志,2004,42(2):100.
- [3] 苏海浩,王波,胡焜晶,等. 轻度持续性支气管哮喘患儿单用孟鲁司特的疗效[J]. 实用儿科临床杂志,2012,27(9):703-705.
- [4] Souza FC, Gobbato NB, Maciel RG, et al. Effects of corticosteroid, montelukast and iNOS inhibition on distal lung with chronic inflammation[J]. Respir Physiol Neurobiol,2012,8(27):13-15.
- [5] 李伟生,杨辅直,苏格炳,等. 口服孟鲁司特钠治疗 35 例小儿咳嗽变异性哮喘的临床分析[J]. 现代预防医学,2012,39(12):2968-2969,2971.
- [6] 郑伯强,张翼,何玉玲,等. 孟鲁司特联合匹多莫德治疗老年支气管哮喘[J]. 中国基层医药,2006,13(2):237-238.
- [7] Gourgiotis D, Papadopoulos NG, Bossios A. Immune modulator pidotimod decreases the in vitro expression of CD30 in peripheral blood mononuclear cells of atopic asthmatic and normal children[J]. Asthma,2004,41(3):285-287.
- [8] Kushwaha RA, Ranganath TG, Garg R, et al. Complete right lung agenesis presenting with bronchial asthma and allergic rhinitis[J]. BMJ Case Rep,2012,9(21):20-22.
- [9] 刘晶,邹晓岩,尹金植,等. 变异性哮喘患者过敏原特异性抗体检测与分析[J]. 中华实用诊断与治疗杂志,2012,26(3):267-269.
- [10] 卢森荣. 难治性哮喘的治疗进展[J]. 河北医学,2012,18(3):410-412.

(收稿日期:2012-12-18)

呼吸运动对肺癌放疗中肺位移度的观察

尤光贤, 蒋先明, 文强, 徐慧云, 叶瑞智

【摘要】 目的 对肺癌患者三维适形调强放疗中呼吸运动对肺移动度的影响进行观察研究, 明确肿瘤靶区的勾画标准。方法 对 137 名已确诊肺部病灶的肺癌患者行 CT 定位扫描和靶区勾画。对肿瘤在 X、Y 两个方向的运动幅度数据进行收集和统计, 对男女差异进行比较。结果 位于肺下叶部位的肿瘤因呼吸运动而引起的 X、Y 方向上位移均较上中叶肿瘤明显, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。男性上中叶部位肿瘤在 X 轴和 Y 轴方向的平均位移分别为 (2.09 ± 0.31) mm 和 (3.82 ± 1.18) mm, 与女性上中叶肿瘤在相应方向上的位移 (3.06 ± 0.82) mm 和 (5.59 ± 1.08) mm 相比, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。在下叶部位肿瘤的位移差异上, X 轴方向上男性与女性差异不大 ($P > 0.05$), 而 Y 轴方向男性明显小于女性, 分别为 (9.39 ± 2.48) mm 和 (11.82 ± 3.47) mm, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 呼吸运动所引起的肿瘤位移男性普遍较女性小, 且下叶位移较上中叶位移幅度明显。

【关键词】 呼吸运动; 性别; 肺部肿瘤位移

【中图分类号】 R734.2 R730.55 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1206-02

Observation of Lung Tumour Mobility during Breathing Cycle in Patients Undergoing Radiotherapy YOU Guang-xian, JIANG Xian-ming, WEN Qiang, et al. Department of Radiotherapy, the Second people's Hospital of Wenling, Wenling 317502, Zhejiang, China

【Abstract】 Objective To explore the effect of respiratory movement on lung tumour mobility in lung cancer patients undergoing intensity-modulated radiation therapy (IMRT), and make sure the outline of gross tumor volume. **Methods** CT scout view and outline of gross tumor volume were performed in 137 patients with lung cancer. The lung tumor displacement at X, Y axis were recorded and compared between men and women. **Results** The tumor motion was small for lower-lobe tumors as compared to upper- and middle-lobe tumors at any axis ($P < 0.05$). On the gender difference, the displacement of the tumor at superior and middle lobe in the men at X, Y were (2.09 ± 0.31) mm and (3.82 ± 1.18) mm, greater than those in women (3.06 ± 0.82) mm and (5.59 ± 1.08) mm, all the difference were statistical significant ($P < 0.05$). The gender difference between the men and women has no statistical significance with displacement of the tumor at inferior lobe of lung at X axis, but at Y axis the displacement was less in the men than women, they were (9.39 ± 2.48) mm and (11.82 ± 3.47) mm ($P < 0.05$). **Conclusion** The tumor displacements caused by respiratory movement in men is less than that in women, and the displacement of lower-lobe tumors are more obviously than that of upper-and middle-lobe tumors.

【Key words】 Respiratory movement; Gender differences; Lung tumor displacement

随着放射技术的发展和治疗计划系统的不断改变, 三维适形放疗 (CRT) 技术已广泛应用, 由于 CT、MRI、PET 等医疗设备的应用, 肿瘤和周围正常组织的成像也已有了很大的提高^[1]。图像融合技术的发展已使得肿瘤的靶区越来越小, 使正常组织可以得到更多的保护。为了实际测量呼吸运动对靶区的影响, 指导肿瘤靶区的勾画, 笔者对男女差异进行了大样本比较, 并讨论肿瘤位置差异对肿瘤靶区勾画的影响。

1 资料与方法

1.1 临床资料 随机选取 2008 年 9 月 - 2012 年 2 月来我院收治的 137 名肺部病灶的非小细胞肺癌患者。男性 77 例, 女性 60 例, 年龄 18 ~ 75 岁, 平均 (54.3 ± 2.7) 岁。其中肺鳞癌患者 96 例, 肺腺癌患者 41 例。纳入标准: ①经细胞学或病理学确诊, 有可测量或可评估病灶的肺癌患者; ②愿意接受放射治疗的患者; ③年龄 18 ~ 75 岁, Karnofsky ≥ 70 分; ④经血常规和生化全套检查, 血液学指标和肝肾功能均在正常的范围以内^[2-3]。

1.2 实验方法 137 例患者均行 CT 定位扫描和靶区勾画。均采用西门子 pismus-m 医用直线加速器、飞利浦 ADAC 治疗计划系统、西门子螺旋 CT。并利用射野影像系统对患者的呼吸运动进行监测。观察肿块在体内的活动度, 并对肿瘤在 X 轴和 Y 轴方向的运动幅度数据进行收集和统计分析。

1.3 统计学方法 采用 SPSS 19.0 统计软件, 计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 组间差异采用 *t* 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 时, 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料比较 男性和女性两组患者的年龄、Karnofsky 得分、病理分型和肿瘤位置等差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。见表 1。

表 1 137 例小细胞肺癌患者临床资料比较

组别	n	年龄 (岁)	Karnofsky 得分	病理分型(n, %)		肿瘤位置(n, %)	
				鳞癌	腺癌	上中叶	下叶
男性	77	54.7 ± 3.8	84.9 ± 5.8	56(72.7)	21(27.3)	18(23.4)	59(76.6)
女性	60	53.8 ± 3.3	83.6 ± 6.1	40(66.7)	20(33.3)	14(23.3)	46(76.7)
P 值		0.192	0.455	0.315		0.387	

2.2 男女呼吸运动与肿瘤位移的关系 137 例患者中, 男性上中叶还有下叶部位肿瘤在 (下转第 1208 页)

基金项目: 浙江省温岭市科技计划资助项目 (W102089)
作者单位: 317502 浙江省温岭市第二人民医院放疗科
通讯作者: 尤光贤, 电子邮箱: Guangxianyou@163.com

· 全科临床论著 ·

呼气末正压对急性呼吸窘迫综合征患者腹腔内压的影响

武猛, 王燊, 白琳, 王嘉佳

【摘要】 目的 研究不同水平的呼气末正压(PEEP)对急性呼吸窘迫综合征(ARDS)行机械通气患者腹腔内压(IAP)的影响。方法 选取急性呼吸窘迫综合征行机械通气治疗的患者 30 例,分别监测每位患者在呼气末正压(PEEP)分别为 5 cm H₂O、10 cm H₂O、15 cm H₂O(1 cm H₂O=0.098 kPa)水平时的腹腔内压力(IAP),比较三组不同水平(5 cm H₂O、10 cm H₂O、15 cm H₂O)呼气末正压(PEEP)下腹腔内压力变化的统计学差异。结果 随着呼气末正压(PEEP)的增加,患者的腹内压亦随之相应的升高,部分病例可达 12 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa)以上水平,导致腹内高压(IAH)。不同水平的呼气末正压对腹腔内压的影响具有统计学意义。结论 应用高呼气末正压治疗急性呼吸窘迫综合征时,会明显升高患者的腹腔内压,应常规进行监测,避免持续的腹内高压引起腹腔间室综合征(ACS),导致多器官功能衰竭,危及患者生命。

【关键词】 呼气末正压;急性呼吸窘迫综合征;腹腔内压

【中图分类号】 R563.8 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1207-02

Influence of Positive End-Expiratory Pressure on Intra-Abdominal Pressure in Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome WU Meng, WANG Shen, BAI Lin, et al. Department of Critical Care Medicine, Heilongjiang Provincial Hospital, Harbin 150036, Heilongjiang, China

【Abstract】 **Objective** To study the influence of different levels of positive end-expiratory pressure(PEEP) on the intra-abdominal pressure(IAP) in acute respiratory distress syndrome(ARDS) patients with mechanical ventilation. **Methods** Total 30 ARDS patients with mechanical ventilation were enrolled in the study. IAP was measured for each patient at 5 cm H₂O, 10 cm H₂O and 15 cm H₂O PEEP levels. The IAP was compared among the three groups. **Results** IAP increased with PEEP, and in some cases reached 12 mm Hg or more, this led to the intra-abdominal hypertension(IAH). IAP at different levels of PEEP showed significant difference. **Conclusion** The high positive end-expiratory pressure in the treatment of acute respiratory distress syndrome can lead to IAH. The regular monitoring of IAP can avoid the abdominal compartment syndrome(ACS) caused by the continuous intra-abdominal hypertension.

【Key words】 Positive end-expiratory pressure; Acute respiratory distress syndrome; Intra-abdominal pressure

急性呼吸窘迫综合征(ARDS)是常见危重症,往往出现严重的低氧血症,需要机械通气治疗,小潮气量和高水平 PEEP 仍为指南所推荐^[1]。但高水平 PEEP 造成的胸腔内高压可通过膈肌传导至腹腔,引起腹内压力升高^[2]。我们也做了此方面的研究,结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取我科 2010 年 1 月-2012 年 1 月急性呼吸窘迫综合征需机械通气治疗患者 30 例,要求:年龄 20~70 岁,体重 50~80 kg,无严重心衰,无气胸或肺大疱,无腹部疾病或腹部手术史,无肌松药应用史,已留置 Foley 尿管者。

1.2 治疗方法 应用咪达唑仑镇静至 Ramsay 评分 5 级(睡眠:患者对轻叩眉间或强声刺激反应迟钝),不使用肌松药物,在呼吸循环相对稳定时,分别调试 PEEP 水平至 5 cm H₂O、10 cm H₂O、15 cm H₂O(1 cm H₂O=0.098 kPa),调试 5 min 后测量腹内压力。

腹内压检测方法:平卧位,通过 Foley 尿管,排空尿液后经尿管向膀胱内注入 25 ml 生理盐水,然后通过三通连接水压计进行测压,在髂骨处腋中线位校零,呼气末读数,连测 3 次取平均值即为腹内压,换算为 mm Hg 表示^[3]。

1.3 监测指标 分别监测 5 cm H₂O、10 cm H₂O、15 cm H₂O 水平 PEEP 时腹腔内压,比较腹内压力变化。

1.4 统计学方法 应用 SPSS 19.0 统计分析软件进行数据处理,所有数据以($\bar{x} \pm s$)表示,应用 *F* 检验, *P* < 0.05 差异有统计学意义。

2 结果

随着 PEEP 的增加,患者的腹内压亦随之相应的升高,部分病例达腹内高压(IAH)12 mm Hg 以上水平。三种不同水平 PEEP 时腹内压力均值比较见表 1。

表 1 三种不同水平 PEEP 时腹内压力均值比较($\bar{x} \pm s$)

PEEP 水平	<i>n</i>	腹内压均值(mm Hg)
5 cm H ₂ O	30	4.6 ± 1.5
10 cm H ₂ O	30	8.2 ± 1.9
15 cm H ₂ O	30	11.0 ± 2.2

注:应用 *F* 检验,三组腹内压变化比较, *P* < 0.05。1 mm Hg = 0.133 kPa。

3 讨论

急性呼吸窘迫综合征是在严重感染、休克、创伤及烧伤等非心源性疾病过程中,肺毛细血管内皮细胞和肺泡上皮细胞损伤造成弥漫性肺间质及肺泡水肿,导致的急性低氧性呼吸功能不全或衰竭。临床上表现为进行性低氧血症和呼吸窘迫,治疗上常规的氧疗常常难以奏效,机械通气仍然是最主要的呼吸支持手段。应用适当水平 PEEP 能够防止呼气末肺泡塌陷,改善低氧血症,并避免剪切力,防治呼吸机相关肺损伤。因此,ARDS 应采用能防止肺泡塌陷的最低 PEEP^[1]。

ARDS 最佳 PEEP 的选择目前仍存在争议。通过荟萃分析比较不同 PEEP 对 ARDS 患者生存率的影响,结果表明 PEEP > 12 cm H₂O、尤其是 > 16 cm H₂O 时明显改善生存率^[1]。而应用高水平 PEEP 可以明显增加腹腔内压水平^[4],导致腹内高压(IAH),降低腹腔灌注压(APP),IAH 的持续升高和发展可引起心排量下降、肺脏受压、腹腔内脏器灌注下降、肠通透性增加和内毒素细菌移位等,最终导致如心、肺、肾、肝等脏器功能损害甚至衰竭,产生腹腔间室综合征(ACS),导致多器官功能衰竭,增加病死率^[5]。腹内压的监测方法有很多种,很多研究证明膀胱压与腹内压有很好的相关性,可以用膀胱压监测代替腹内压监测^[6-8]。

本研究依照 World Society of the Abdominal Compartment Syndrome 制定的标准,通过监测膀胱压估测腹内压,证实了高水平的 PEEP,的确能导致腹腔内压升高,在 15 cm H₂O 水平时部分病例甚至可达到腹腔高压(IAH)的诊断标准,与近年来一些相关研究的结果相同^[9-10]。因此我们认为应用高水平 PEEP 治疗 ARDS 患者时,应该常规监测腹腔内压,一旦出现腹腔高压,应及时处理,防止腹腔间室综合征(ACS)和多器官功能衰竭的发生^[11],危及患者生命。

参考文献

[1] 中华医学会重症医学分会. 急性肺损伤/急性呼吸窘迫综合征诊断和治疗指南(2006) [J]. 中国实用外科杂志, 2007, 27(1): 1-6.
 [2] 刘大为, 邱海波. 重症医学(2011) [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 189-191.
 [3] Cheatham ML, Malbrain ML, Kirkpatrick A, et al. Results from the international conference of experts on intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome. II. Recommendations [J]. Intensive Care Med, 2007, 33(6): 951-962.
 [4] Torquato JA, Lucato JJ, Antunes T, et al. Interaction between intra-abdominal pressure and positive end expiratory pressure [J]. Clinics (Sao Paulo), 2009, 64(2): 105-112.
 [5] 孙华, 翁卫群, 陈峰, 等. 腹内压监测在多器官功能障碍综合征防治中的意义 [J]. 中国危重病急救医学, 2004, 16(11): 687-688.
 [6] 李明岳, 余小舫, 刘嘉林. 膀胱压与腹内压相关性的临床研究. 现代临床医学生物工程学杂志, 2003, 9(6): 489-490.
 [7] 刘志梅, 仇成秀, 罗旭. 不同体位对经膀胱内途径间接测定腹内压的影响 [J]. 临床外科杂志, 2009, 17(7): 498-499.
 [8] 曾红科, 陈华军. 腹腔间隙综合征的研究进展 [J]. 中国危重病急救医学, 2006, 7(18): 7.
 [9] 杨芳, 滕金红, 王玉梅. 体位及呼气末正压对危重病患者腹内压的影响 [J]. 中国医师进修杂志, 2011, 34(28): 45-47.
 [10] 潘慧, 徐亚伟, 张翔宇, 等. 正压机械通气时腹内压与胸内压的相关性 [J]. 同济大学学报(医学版), 2011, 32(6): 53-57.
 [11] 钱何布, 郑志群, 陆骏灏, 等. 危重患者并发腹内高压 40 例临床分析 [J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2009, 23(11): 1124-1125.

(收稿日期: 2012-07-09)

(上接第 1206 页)

X 轴、Y 轴方向的平均位移与女性上中叶还有下叶部位肿瘤在 X 轴、Y 轴方向的平均位移见表 2。

表 2 男女患者呼吸运动与肿瘤位移的关系比较 (mm)

性别	n	X 轴	Y 轴
男性 上中叶	18	2.09 ± 0.31*#	3.82 ± 1.18*#
下叶	59	3.27 ± 0.83	9.39 ± 2.48*▲
女性 上中叶	14	3.06 ± 0.82#	5.59 ± 1.08*▲
下叶	46	3.79 ± 1.10	11.82 ± 3.47▲

注:与女性组比较,* P < 0.05;与下叶相比,# P < 0.05;与 X 轴相比,▲ P < 0.05。

3 讨论

在对肿瘤区(GTV)和临床靶区(CTV)确定时,我们常常很容易忽视器官的运动,特别是靶区随呼吸运动在患者坐标系中发生的变化。因此,针对呼吸运动对靶区的影响进行实际测量,以及对男女差异进行比较,对指导肿瘤靶区的勾画具有重要的意义^[4]。

在我们的研究中,位于下叶部位的肿瘤因呼吸运动而引起的肿瘤位移,在 X 轴和 Y 轴均较上中叶明显,差异均有统计学意义^[5]。同时不论上中叶或下叶,肿瘤在 Y 轴因呼吸运动而发生的肿瘤位移均较 X 轴明显(P < 0.05)^[6]。在男性与女性的差别中,男性上中叶部位肿瘤在 X 轴方向平均位移明显小于女性。在 Y 轴方向男性上中叶部位肿瘤平均位移也明显小于女性。在下叶肿瘤的位移差异上,X 轴方向男性与女性差异不大,而 Y 轴方向男性明显小于女性。目前对于呼吸运动与肿瘤位移的相关研究较少,也未出现比较男女差异的报道,因此对于男女差异的比较本研究为首次。造成男女差异的原因可能与男女呼吸方式的差异有关,男性以腹式呼吸运动为主,而女性以胸式呼吸运动为主,因此呼吸运动对女性肺部肿瘤的移动

度普遍较男性大。

综上所述,我们可以对肿瘤靶区的勾画进行比较,提出自己的 CTV 和 PTV 外放标准。从而可以在今后的肿瘤治疗中针对患者性别和肿瘤部位的不同对肿瘤靶区的勾画实行不同的标准,更有利于正常肺组织的保护,减少放射性肺损伤以及放射性肺炎的发生几率^[7-10],减少患者的住院时间并降低放射性肺炎的治疗费用。

参考文献

[1] 吕艳玲, 王振, 朱锡旭, 等. 射波刀治疗 31 例晚期非小细胞肺癌患者的疗效观察 [J]. 中国肺癌杂志, 2011, 14(4): 22-23.
 [2] Ehler, ED, Bzdusek K, Tome WA. A method to automate the segmentation of the GTV and ITV for lung tumors [J]. Medical dosimetry, 2009, 34(2): 145-153.
 [3] 王培合, 郝福荣, 马瑞忠, 等. 肺部肿瘤在呼吸运动过程中三维实时位移曲线的建立探索 [J]. 医疗卫生装备, 2009, 30(7): 82-83.
 [4] Watkins WT, Li R, Lewis J, et al. Patient-specific motion artifacts in 4DCT [J]. Medical Physics, 2010, 37(6): 2855-2861.
 [5] 刘相利, 刘宏旭, 刘丽丹, 等. 243 例非小细胞肺癌患者淋巴结转移数目对预后和 TNM 分期的影响 [J]. 山东医药, 2008, 48(41): 60-61.
 [6] 肖庆龄, 孙德彬, 洪群英, 等. 非小细胞肺癌淋巴结转移时间对患者生存率影响分析 [J]. 临床肺科杂志, 2010, 15(8): 1075-1077.
 [7] 姚继方, 张泽峰, 齐战, 等. 经支气管壁活检对肺癌诊断的临床意义 [J]. 河北医药, 2010, 32(13): 23-24.
 [8] 干尧鳖, 张奕, 刘泗军, 等. III 期 N2 非小细胞肺癌手术治疗预后的影响因素分析 [J]. 川北医学院学报, 2008, 23(4): 488-491.
 [9] 时胜利. 64 排 CT 重建对先天性肺隔离症的诊断价值 [J]. 中华全科医学, 2010, 8(11): 1457-1458.
 [10] 付强, 杜玉波, 曹国臻. 参麦注射液联合 GP 方案治疗晚期非小细胞肺癌疗效观察 [J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2012, 26(6): 585-587.

(收稿日期: 2013-04-20)

· 全科临床论著 ·

IL-1 β 及 IL-1Ra 基因 VNTR 多态性与儿童热性惊厥的相关性研究

汪皓, 陈秋梅, 熊礼宽

【摘要】 目的 探讨 IL-1 β 基因外显子 5 多态位点 Taq I 及 IL-1Ra 基因可变串联重复序列 (VNTR) 多态性与儿童热性惊厥的相关性。方法 应用聚合酶链反应法和限制性片段长度多态性方法, 观察 60 例热性惊厥患儿、60 例年龄和性别相匹配的同期体检健康儿童 (对照组) 的 IL-1 β 基因外显子 5 多态位点 Taq I 及 IL-1Ra 基因 VNTR 多态性的分布情况。结果 IL-1 β 基因外显子 5 多态位点 Taq I 三种基因型 (C/T、C/C、T/T) 及等位基因 C、T 分布频率在 FS 组和对照组中比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。IL-1Ra VNTR 基因型 (A1/A1、A1/A2、A1/A3) 及等位基因 A1、A2、A3 在 FS 组和对照组中有统计学意义 ($P < 0.05$)。采用 logistic 回归分析, 对照组中 A2 型等位基因和 A1/A2 基因的分布频率与 FS 组相比明显增加 ($P < 0.05$)。结论 IL-1Ra A2 等位基因在热性惊厥的发生发展过程中可能具有潜在的保护作用。

【关键词】 热性惊厥; 白细胞介素 1 β ; 白细胞介素 1; 受体拮抗剂; 基因多态性

【中图分类号】 R729 R394.113 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1209-03

Relationship of Interleukin-1 β and Interleukin-1 Receptor Antagonist Gene Polymorphisms with Febrile Seizures

WANG Hao, CHEN Qiu-mei, XIONG Li-kuan. Department of Medical Management, Shenzhen Maternity and Child Care Centers, Shenzhen 518028, Guangdong, China

【Abstract】 Objective To investigate the association between IL-1 β gene polymorphic site Taq I with exon 5 and IL-1Ra gene VNTR polymorphism with febrile seizures. **Methods** The polymorphic site of IL-1 β gene with exon 5 and VNTR polymorphism of IL-1Ra gene were examined in 60 febrile seizures and control group of 60 health children was matched with regard to age and sex. **Results** Genotypes for IL-1 β gene with exon 5 (C/T, C/C, T/T) were not significantly different in total febrile seizures and healthy controls ($P > 0.05$). No significant difference was found on frequency of allele C, T in two groups ($P > 0.05$). Significant differences of genotypes (A1/A1, A1/A2, A1/A3) and allele frequencies (A1, A2, A3) were observed in FS and controls ($P < 0.05$). We used logistic regression analyses, and found that the frequency of the type A2 alleles and the A1/A2 genotype distribution in the control group were significantly increased compared within the FS group ($P < 0.05$). **Conclusion** IL-1Ra A2 allele may have the potentially protective effect on developing febrile seizures.

【Key words】 Febrile seizures; Interleukin-1 β ; Interleukin-1 receptor antagonist; Gene polymorphism

白细胞介素-1 β (Interleukin-1 β , IL-1 β) 和白细胞介素-1 受体拮抗剂 (Interleukin-1 receptor antagonist IL-1Ra) 都是 IL-1 家族细胞因子, 编码 IL-1 β 、IL-1Ra 的基因位于人类 2 号染色体长臂 q12~13 带上, 调节炎症反应、免疫应答等一系列级联反应。IL-1 β 是一种炎症反应前起始级联细胞因子^[1], 与各种细胞表面受体结合, 导致巨噬细胞、中性粒细胞活化, 出现血管扩张、发热等有效的前炎性免疫反应, 其遗传特性可以决定炎症反应的不同程度。IL-1Ra 则是 IL-1 家族的唯一天然拮抗剂^[2], 是一种可以限制 IL-1 介导炎症反应发展的重要物质, 与 IL-1 受体竞争结合, 从而使 IL-1 失去应有的效应。儿童热性惊厥 (Children's Febrile seizures, FS) 是婴幼儿常见的惊厥性疾病之一, 部分热性惊厥可造成一定程度的脑损伤, 甚至发展成癫痫。目前热性惊厥的发病机制仍未完全明确, 基础研究发现 IL-1 β 与 IL-1Ra 的生成失衡可能是导致热性惊厥发生的原因之一。本研究采用聚合酶链反应 (PCR) 技术和限制性片段长度多态性 (RFLP) 方法观察我院热性惊厥患儿中 IL-1 β 基因外显子 5 多态位点 Taq I 及 IL-1Ra 基因可变串联重复序列 (Variable number of tandem repeats, VNTR) 多态性的分布, 旨在了解两者在热性惊厥发生发展的相关性。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2009 年 12 月 - 2012 年 12 月我院住院的 FS 患儿共 60 例, 诊断标准按照以下条件: ①初次发作年龄在 6 个月 ~ 5 岁之间; ②体温超过 38 $^{\circ}$ C 时突然出现的惊厥; ③排除颅内感染和其他导致惊厥的器质性代谢性疾病; ④既往没有惊厥发作史。60 例 FS 患儿中男性 34 例, 女性 26 例, 年龄 1.0 ~ 4.8 岁, 平均年龄 (2.25 \pm 1.75) 岁; 随机选择同期在我院儿保科体检的健康儿童 60 例, 既往无急、慢性疾病, 近 2 周内未出现呼吸道或消化道感染症状, 否认过敏性及免疫性疾病; 其中男性 30 例, 女性 30 例, 年龄 1.0 ~ 5.0 岁, 平均年龄 (2.45 \pm 1.85) 岁。对照组与 FS 组间的性别构成比、年龄差异均无统计学意义。所有研究对象均为居住在深圳地区的汉族人群, 且无血缘关系。

1.2 标本采集与测定 热性惊厥患儿和正常对照组儿童分别留取外周静脉血 2 ml, 用乙二胺四乙酸三钾 (EDTA-K3) 抗凝, 采用酚氯仿法提取基因组 DNA, -70 $^{\circ}$ C 冻存备检。

1.2.1 IL-1 β 基因外显子 5RFLP 分析 引物参照文献设计合成, 引物序列为 P1: 5-GTTGTCATCAGACTTT-GACC-3, P2: 5-TTCAGTTCATAT GGACCAGA-3, PCR 参数为 95 $^{\circ}$ C 预变性 5 min \rightarrow 95 $^{\circ}$ C 变性 30 s \rightarrow 52 $^{\circ}$ C 复性 45 s \rightarrow 72 $^{\circ}$ C 延伸 40 s, 40 个循环; 72 $^{\circ}$ C 延伸 10 min。取 PCR 产物 15 μ l, 胎牛血清 0.5 μ l, 缓冲液 0.5 μ l, 双蒸水 0.5 μ l, Taq I 内切酶 5 U, 65 $^{\circ}$ C 水浴消化 1 h, 取消化物 15 μ l, 产物用 3% 琼脂糖凝胶电泳分析。

1.2.2 IL-1Ra 基因 VNTR 多态性分析 引物参照文

基金项目: 2011 年广东省深圳市科技计划项目 (201103202)

作者单位: 518028 广东省深圳市, 南方医科大学附属深圳市妇幼保健院 医务科 (汪皓); 518133 广东省深圳市宝安区妇幼保健院医教科 (陈秋梅, 熊礼宽)

通讯作者: 汪皓, 电子信箱: dr.wh@126.com

献设计合成,引物序列为 P1: 5-CTCAGCAACTC-CTAT-3, P2: 5-TCCTGGTCTGCAGGTAA-3。PCR 参数为 95 °C 预变性 5 min→95 °C 变性 40 s→55 °C 复性 45 s→72 °C 延伸 50 s, 35 个循环; 72 °C 延伸 10 min。产物用 1% 的琼脂糖凝胶电泳分析。

1.3 统计学方法 应用采用 SPSS 11.5 软件进行统计分析,计算出两组基因型及等位基因频率,观察组与对照组间各等位基因及基因型频率的比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 IL-1 β 基因外显子 5 多态位点 Taq I 多态性分析 IL-1 β PCR 扩增产物经 Taq I 作用后产生 3 种酶切格局:C/C 基因型(野生型,被酶完全切断,有 114 bp 和 135 bp 2 种片段);T/T 基因型(突变型,未被酶切断,仅有 249 bp 片段);C/T 基因型(杂合子,有 114 bp,135 bp,249 bp 3 种片段)。FS 组基因型分布与对照组比较,两组基因型分布差异无统计学意义($P > 0.05$)。IL-1 β 等位基因 C、T 频率分析提示,FS 组和对照组等位基因的差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 IL-1 β Taq I 基因型和等位基因在 FS 组及对照组中的分布频率(n,%)

组别	n	基因型频率			等位基因频率	
		C/T	C/C	T/T	C	T
FS 组	60	33(55.0)	15(25.0)	12(20.0)	63(52.5)	57(47.5)
对照组	60	37(61.7)	15(25.0)	8(13.3)	67(55.8)	53(44.2)
χ^2 值			1.029			0.269
P 值			0.598			0.604

2.2 IL-1Ra 基因 VNTR 多态性分析 根据 IL-1Ra VNTR 重复序列出现的次数不同,在人类不同个体中发现 5 种等位基因:IL-1A1(4 个重复体,410 bp)、IL-1A2(2 个重复体,240 bp)、IL-1A3(5 个重复体,500 bp)、IL-1A4(3 个重复体,325 bp)和 IL-1A5(6 个重复体,595 bp)。本研究样本中共发现 3 种基因型:IL-1RN A1/A1、A1/A2、A1/A3。FS 组基因型分布与对照组比较,两组基因型分布有差异性($P < 0.05$)。等位基因 A1、A2、A3 频率 FS 组与对照组比较差异亦有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。logistic 回归分析发现,携带 A2 等位基因的基因型 OR 值 = 0.21, $P < 0.05$; 携带 A2 等位基因者 OR 值 = 0.23, $P < 0.05$,提示 A2 等位基因在热性惊厥的发生和发展过程中可能具有保护作用。

表 2 IL-1RN 基因型和等位基因在 FS 组及对照组中的分布频率(n,%)

组别	n	基因型频率			等位基因频率		
		A1/A1	A1/A2	A1/A3	A1	A2	A3
FS 组	60	56(93.3)	3(5.0)	1(1.7)	116(96.7)	3(2.5)	1(0.8)
对照组	60	46(76.7)	12(20.0)	2(3.3)	106(88.3)	12(10.0)	2(1.7)
χ^2 值			6.714			6.184	
P 值			0.035			0.045	

3 讨论

目前热性惊厥的发病机制仍未完全明确,可能与遗传、年龄、发热、感染、免疫等有关,流行病学研究证明热性惊厥有明显的家族遗传性,而无家族史的散发病例也由个体的惊厥易感素质决定。研究方向主要有:反复发作的大家族基因和散发的小家族基因之间

异同点、多基因遗传和单个主要位点遗传模式之间是否存在共同关联的位点等,这些对最终揭示热性惊厥基因有重要的意义。近年来研究逐渐从热性惊厥的定位基因转向炎症因子基因位点的多态性。多态性指一个基因位点上存在多个等位基因^[3],群体中不同个体在等位基因拥有状态上又存在着差别,基因多态性表达从基因水平上形成了差异性的个体,对抗原入侵的反应性、易感性各不相同,导致个体间免疫应答能力和对疾病易感性产生差异。这是一种群体效应,使物种能够应对各种病原体的入侵和适应多变的环境。

IL-1 是一种致前性炎症细胞因子^[4],在机体处于炎症状态时能够诱导炎症反应,包括 α 和 β 单体,其活性主要由 IL-1 β 表达。在脑缺血后 IL-1 β 表达明显增加^[5],作用于血管内皮细胞、神经细胞,可能发挥神经保护、神经毒性反应双重作用,导致缺血性脑损伤。IL-1 β 含有 7 个外显子和 6 个内含子,IL-1 β Taq I 基因多态性是在第 5 外显子点位 C→T 碱基置换导致 Taq I 酶切位点改变所致,形成 2 个等位基因:C 和 T。有文献报道^[6],在 IL-1 β 等位基因 T 携带者的外周血中检测 IL-1 β 浓度水平是等位基因 C 携带者的 2 倍;而当是基因型为 IL-1 β (TT) 纯合子时,IL-1 β 水平是(CC) 纯合子的 4 倍。IL-1 β 基因多态性与急性炎症性疾病密切相关^[7]。本研究分析结果提示,FS 组与对照组 IL-1 β Taq I 的 T/T、C/T 及 C/C 基因型分布无显著区别,两组等位基因 T 的频率基本相同,T/T 基因型分布无明显差异性($P > 0.05$),表明该遗传标志物在热性惊厥患者与健康对照间差异无统计学意义。因此推断 IL-1 β 基因外显子 5 多态位点 Taq I 等位基因的分布频率可因不同种族人群、遗传背景的不同而存在一定的差异性。

IL-1Ra 基因位于 2 号染色体上,可变串联重复序列(variable number of tandem repeats VNTR)多态性表达可影响蛋白质的不同编码,IL-1Ra 可以拮抗 IL-1 发挥多种生物学的效应,如前炎症反应的开始、继续、终止等一系列级联反应,IL-1/IL-1Ra 稳态平衡在其介导的疾病中起着重要的反馈调节作用,调控全身炎症反应及促炎症反应/抗炎性反应作用平衡^[8]。IL-1Ra 等位基因在种族、地理等因素影响下表现出不同的分布频率。IL-1RN 基因型在不同种族人群中的分布存在地区差异,但均以等位基因 A1(含 4 次串联重复序列)的分布频率最高,在亚洲人群中尤为明显。目前文献报道^[9]已经发现等位基因 IL-1RN A2 与炎症、自身免疫性疾病有关,携带等位基因 IL-1RN A2 的单核细胞,能够增加 IL-1Ra 蛋白的表达量。闫伟等报道^[10],重庆市汉族儿童人群中 IL-1Ra 基因分布频率以 A1 最多见,A2 次之,IL-1RN 基因多态性分析发现 4 种基因型:A1/A1、A1/A2、A1/A4、A4/A4,等位基因 A2 与急性炎症性疾病有一定的相关性。本研究结果提示,在全部样本中发现 3 种基因型为 A1/A1、A1/A2、A1/A3,基因型分布及等位基因频率分布在 FS 组和对照组有显著差异性。不携带 A2 型等位基因的基因型(A1/A1)、非 A2 型等位基因携带者(A1/A3)与携带 A2 型等位基因的基因型(A1/A2)、A2 型等(下转第 1297 页)

· 全科临床论著 ·

曼月乐和米非司酮治疗围绝经期功血的疗效比较

李华淑, 王清津, 潘许花, 徐智林

【摘要】 目的 比较左炔诺孕酮宫内缓释系统(商品名:曼月乐)和米非司酮治疗围绝经期功血的疗效。方法 将95例围绝经期功血患者随机分为米非司酮组($n=48$ 例)和曼月乐组($n=47$ 例),比较两组的有效率和不良反应,比较两组治疗前与治疗后3个月、6个月的子宫内膜厚度、血红蛋白变化。结果 曼月乐组的有效率为95.74%,米非司酮组有效率为79.17%,两组疗效比较差异有统计学意义;两组治疗后子宫内膜厚度均变薄,尤以曼月乐组为著;两组治疗后血红蛋白均显著增加;两组均未见明显不良反应。结论 曼月乐和米非司酮治疗围绝经期功血均安全、有效,但以曼月乐效果更显著。

【关键词】 围绝经期;功能失调性子宫出血;左炔诺孕酮宫内缓释系统;米非司酮

【中图分类号】 R711.52 R984 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1211-03

Comparison of Effects of Levonorgestrel-Releasing Intrauterine System and Mifepristone on Peri-Menopausal Dysfunctional Uterine Bleeding Li Hua-shu, WANG Qing-jin, PAN Xu-hua, et al. Department of Gynecology and Obstetrics, the Second People's Hospital of Liwan District, Guangzhou 510160, Guangdong, China

【Abstract】 Objective To compare the effects of levonorgestrel-releasing intrauterine system(Mirena®) and mifepristone on peri-menopausal dysfunctional uterine bleeding. **Methods** Ninety-five perimenopausal patients with dysfunctional uterine bleeding were randomly divided into mifepristone group($n=48$) and Mirena group($n=47$). The effective rate and side effects were compared between the two groups. The endometrial thickness and concentration of hemoglobin were also detected before and after treatment for 3 and 6 months. **Results** The effective rates were 79.17% in mifepristone group and 95.74% in the Mirena group ($P < 0.05$). After treatment; the endometrial thickness became thinner in the both groups, especially in Mirena group ($P < 0.05$), the concentration of hemoglobin significantly increased in the both groups. There was no significant side effect in the both group. **Conclusion** Both Mirena and mifepristone are safe and effective in treatment of peri-menopausal dysfunctional uterine bleeding, especially Mirena.

【Key words】 Perimenopausal period; Dysfunctional uterine bleeding; Levonorgestrel-releasing intrauterine system; Mifepristone

围绝经期功能失调性子宫出血简称围绝经期功血,是临床上较常见的一种无排卵性功血,主要表现为子宫不规则出血。围绝经期功血的治疗方法很多,其中采用性激素止血和调整月经周期是最常用的方法之一。近年,采用左炔诺孕酮宫内缓释系统(levonorgestrel-releasing intrauterine system, LNGIUS;商品名:曼月乐)和小剂量米非司酮治疗围绝经期功血已取得一定疗效,但两者的疗效比较目前尚不清楚。本文比较了曼月乐和米非司酮治疗围绝经期功血的疗效,旨在为围绝经期功血寻找合理治疗方案提供依据。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择2008年1月-2011年10月在荔湾区第二人民医院和解放军一六九中心医院妇科诊断为围绝经期功血且无生育要求的95例患者为研究对象,所有病例均排除全身或生殖系统器质性疾病引起的出血及医源性子宫出血,均无性激素治疗禁忌症。所有患者治疗前均接受诊断性刮宫并送病理检查,在刮宫前完成血常规、尿常规、凝血功能、肝肾功能检查及B超测定子宫内膜厚度。

基金项目:广州市荔湾区科技计划项目(20121214205)

作者单位:510160 广东省广州市荔湾区第二人民医院妇产科(李华淑,王清津,潘许花);421002 湖南省衡阳市,解放军169中心医院妇产科(徐智林)

通讯作者:李华淑,电子邮箱:hylls169@163.com

将入选患者随机分为两组,即米非司酮组48例,曼月乐组47例。米非司酮组患者年龄为44~57岁,平均年龄(47.9 ± 5.7)岁;病程为1~12个月,中位病程为5.5个月;诊刮后病检结果证实为子宫内膜单纯型增生39例,增殖期子宫内膜9例。曼月乐组患者年龄为45~56岁,平均年龄(48.8 ± 5.3)岁;病程为1~14个月,中位病程为6个月;诊刮后病检结果证实为子宫内膜单纯型增生41例,增殖期子宫内膜6例。两组患者一般情况比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),均有可比性。

1.2 治疗方法 米非司酮组患者于刮宫术后第5天服用米非司酮,每天10 mg,连服3个月。曼月乐组患者于刮宫术后第5天宫内放置曼月乐(拜耳医药保健有限公司生产)。治疗后3个月和6个月复查复查血、尿常规及肝、肾功能,同时B超测定子宫内膜厚度。所有患者随访至治疗后1年。

1.3 疗效判断 疗效按有效和无效进行评定^[1-2]。有效:治疗期间闭经或月经规律、经量少;停药后绝经或月经规律或经量少。无效:治疗期间或停药后仍月经不规律或经量增多。

1.4 统计学方法 所有数据采用SPSS 13.0软件进行统计分析,计数资料间的比较采用 χ^2 检验,计量资料比较采用 t 检验, $P < 0.05$ 认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 米非司酮组服药期间43例

(89.58%) 出现停经, 5 例 (10.42%) 仍有少量阴道流血; 治疗后 1 年内, 16 例 (33.33%) 绝经, 9 例 (18.75%) 月经稀发, 13 例 (27.08%) 月经规律且经量明显减少, 有效率为 79.17% (38/48); 4 例 (8.33%) 停药 6~8 周后出现月经不规则, 6 例 (12.5%) 停药 4~9 月后出现月经不规则; 所有无效患者均再次经诊刮诊断为功血, 并改用其他治疗方法。曼月乐组患者治疗后 1 年内 28 例 (59.57%) 出现绝经, 7 例 (14.89%) 月经稀发, 10 例 (21.28%) 月经规律, 2 例 (4.26%) 患者治疗 1 个月后无效改用其他治疗方法, 有效率为 95.74% (45/47)。两组有效率的差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.2 子宫内膜厚度和血红蛋白的变化 见表 1。在治疗后 3 个月和 6 个月, 利用 B 超监测患者的子宫内膜, 发现两组患者的子宫内膜厚度均较治疗前明显变薄 ($P < 0.05$), 但米非司酮组在治疗后 6 个月 (即停药 3 个月后) 时的子宫内膜厚度较治疗后 3 个月时增加。在治疗 6 个月后, 曼月乐组的子宫内膜厚度较治疗 3 个月后再进一步变薄 ($P < 0.05$)。治疗后, 曼月乐组的子宫内膜厚度变薄较米非司酮组更为显著 ($P < 0.05$)。

表 1 两组围绝经期功血患者治疗前后子宫内膜和血红蛋白的变化

组别	n	时间	子宫内膜厚 (mm)	血红蛋白 (g/L)
米非司酮组	48	治疗前	12.85 ± 1.66	80.35 ± 13.71
		治疗 3 个月后	6.54 ± 1.27*	105.00 ± 12.95*
		停药 3 个月后	7.68 ± 1.33*▲	108.28 ± 11.25*
曼月乐组	47	治疗前	13.60 ± 2.15	83.90 ± 14.65
		治疗 3 个月后	5.38 ± 1.61**	103.92 ± 10.21*
		停药 3 个月后	3.62 ± 1.03*▲▲	110.35 ± 12.76*

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与本组治疗 3 个月后再比较, ▲ $P < 0.05$; 两组间比较, ** $P < 0.05$ 。

两组患者在治疗 3 个月后血红蛋白开始较治疗前明显上升 ($P < 0.05$), 患者的贫血症状也明显改善或消失。

2.3 不良反应 米非司酮组有 3 例患者在服药期间出现恶心、食欲不振, 1 例患者出现潮热, 但不良反应轻微, 因而不影响继续治疗; 曼月乐组患者未见明显不良反应。治疗 3 个月后, 除米非司酮组 2 例患者出现谷丙转氨酶轻度升高外, 其余患者肝肾功能检测指标及尿常规均未见异常。曼月乐治疗 6 个月或米非司酮停药 3 个月后, 所有患者的肝肾功能指标和尿常规均在正常范围。

3 讨论

围绝经期功能失调性子宫出血主要是由于卵泡对促性腺激素敏感性降低或下丘脑-垂体对性激素正反馈调节的反应性降低, 因而出现黄体功能不足, 随后排卵停止, 雌孕激素水平比例失常或完全没有孕激素的影响。治疗原则为止血、调整月经、减少经量, 防治子

宫内膜病变。治疗方法包括刮宫、性激素治疗、子宫内 膜切除术和子宫切除术等, 临床上常采用的方法是性 激素止血和调整月经周期。

米非司酮不仅具有拮抗孕激素使内膜萎缩的作用, 而且具有非竞争性地抗雌激素的作用, 此外, 可减少子宫内膜组织中雌、孕激素受体表达及阻断子宫内 膜对雌激素的正常反应。因此, 米非司酮具有抑制子宫 内膜增生, 促进子宫内膜萎缩的作用^[3-5]。研究还 发现米非司酮能抑制子宫内膜血管生成^[6]。研究表明 米非司酮对围绝经期功血具有较好的治疗效果, 且不良 反应小^[1,7]。本组研究发现米非司酮治疗围绝经期 功血的有效率可达 79.17%, 可使 33.33% 围绝经期 功血患者平稳过渡到绝经期, 用药期间也未见明显不良 反应。

左炔诺孕酮宫内缓释系统 (商品名: 曼月乐) 是一种携带 52 mg 左炔诺孕酮宫内缓释系统的 T 型宫内节 育器, 可在 5 年内每日以恒定的速率向宫腔内释放 20 μg 左炔诺孕酮。左炔诺孕酮宫内缓释系统通过局部 高浓度孕激素的作用, 可抑制子宫内膜发育, 从而使内 膜厚度及血管生成逐渐降低; 同时, 还能抑制了雌激素 受体在子宫内膜的合成, 使子宫内膜对雌二醇敏感性 降低, 引起子宫内膜萎缩及退化^[8-10]。研究发现左炔 诺孕酮宫内缓释系统治疗无排卵性功血疗效显著^[8-10]。本组研究发现曼月乐治疗围绝经期功血 的有效率高达 95.74%, 可诱导 59.57% 患者平稳过渡到 绝经期, 且能明显使子宫内膜明显变薄。由此可见, 左 炔诺孕酮宫内缓释系统是治疗围绝经期功血的理想方 法。

本研究对米非司酮和曼月乐治疗围绝经期功血的 疗效进行了比较, 结果发现, 与米非司酮相比, 曼月乐 具有简单、方便、无需长期服药、有效率更高、诱导绝经 的成功率更高、子宫内膜变薄更明显等优势。

综上所述, 曼月乐和米非司酮治疗围绝经期功血 是安全、有效的, 但以曼月乐效果更显著。

参考文献

- [1] 何林霞. 小剂量米非司酮治疗围绝经期功能失调性子宫出血的临床观察[J]. 中国医院药学杂志, 2007, 27(9): 1260-1262.
- [2] 聂莉, 章柏花, 江丽琴, 等. 孕激素及左炔诺孕酮宫内缓释系统治疗子宫内膜增生症疗效观察[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2012, 26(10): 1007-1008.
- [3] Prange-Kiel J, Rune GM, Wallwiener D, et al. Inhibition of proliferation and differentiation by RU486 in human endometrial stromal and epithelial cells in vitro[J]. Exp Clin Endocrinol Diabetes, 2000, 108(4): 275-281.
- [4] Narvekar N, Cameron S, Critchley HO, et al. Low-dose mifepristone inhibits endometrial proliferation and up-regulates androgen receptor[J]. J Clin Endocrinol Metab, 2004, 89(5): 2491-2497.
- [5] 郭伟平. 米非司酮治疗绝经过渡期功血的子宫内膜改变[J]. 中国妇产科临床杂志, 2006, 7(4): 257-259. (下转第 1270 页)

· 全科临床论著 ·

急性脑梗死的 TCD 与 CT 诊断对比分析

夏烈新, 冉文, 陈立铭, 吴慧芳, 李知莲, 肖胜

【摘要】 目的 分析急性脑梗死的经颅多普勒超声(TCD)与 CT 诊断结果,比较两者之间的差异。方法 选择荆州市第一人民医院 2008 年 8 月-2012 年 7 月收治的急性脑梗死患者 160 例,均经颅脑 CT 检查确诊,按照梗死面积分为三组。采用经颅多普勒超声诊断仪进行 TCD 检查,观察各组患者 TCD 检查结果的异常率。结果 急性脑梗死患者 TCD 异常率为 71.88% (115/160)。其中大面积脑梗死患者 TCD 异常率为 91.38% (53/58);小面积脑梗死患者 TCD 异常率为 61.82% (34/55);腔隙性脑梗死患者 TCD 检查率为 59.57% (28/47),其中大面积脑梗死患者 TCD 异常率明显较高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 TCD 检查可直接获得患者脑动脉血流动力学参数,对急性脑梗死尤其是大面积脑梗死不失为是一种重要的辅助诊断方法。

【关键词】 急性脑梗死;TCD;CT;诊断价值

【中图分类号】 R743.33 R814.42 R445.14 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1213-02

Diagnosis of Acute Cerebral Infarction by Transcranial Doppler and CT XIA Lie-xin, RAN Wen, CHEN Li-ming, et al. Department of Neurology, the First People's Hospital of Jingzhou Affiliated to Yangtze University, Jingzhou 434000, Hubei, China

【Abstract】 Objective To compare the results of transcranial Doppler(TCD) and computed tomography(CT) in the diagnosis of acute cerebral infarction(ACI). **Methods** Total 160 patients with ACI confirmed by brain CT from August 2008 to July 2012 in our hospital were divided into three groups: large infarction, small infarction and lacunar infarction group. TCD was performed in all patients to observe the rate of abnormality. **Results** The total abnormal rate of TCD examination in ACI patients was 71.88%, with a rate of 91.38% in the large infarction group, 61.82% in the small infarction group and 59.57% in the lacunar infarction group. The abnormal rate of TCD in the large infarction group was more obviously. The difference among the three groups was statistical significant($P < 0.05$). **Conclusion** The cerebral artery hemodynamic parameters can be directly got by TCD examination which will be an important auxiliary diagnostic method for acute cerebral infarction especially the large area cerebral infarction.

【Key words】 Acute cerebral infarction; Transcranial Doppler; Computed tomography; Diagnosis value

急性脑梗死即缺血性脑卒中,由于各种原因引起脑组织局部血液供应障碍,引起脑组织缺血、缺氧性坏死、脑软化等,与脑动脉粥样硬化斑引起的管腔狭窄、血栓形成密切相关^[1-3]。笔者对收治的急性脑梗死患者应用 TCD 检查,并与其 CT 检查进行对比分析,以探讨其对于急性脑梗死的诊断价值。现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择我院 2008 年 8 月-2012 年 7 月收治的急性脑梗死患者 160 例作为研究对象,均经颅脑 CT 检查确诊^[4-6]。所有患者均于发病后 6 h 内就诊,其中意识清楚 78 例、嗜睡 45 例、浅昏迷 37 例。发病前合并糖尿病 15 例、冠心病 28 例、高血压 72 例。

根据颅脑 CT 检查结果所示的梗死灶面积进行分组,梗死灶 $> 3 \text{ cm}^3$ 者为大面积脑梗死组,共 58 例;年龄 45~82 岁,平均年龄为 (64.38 ± 11.25) 岁;体重 52~80 kg,平均体重为 (65.12 ± 10.54) kg;其中男性 30 例,女性 28 例。梗死灶 $1.5 \sim 3 \text{ cm}^3$ 者为小面积脑梗死组,共 55 例;年龄 44~80 岁,平均年龄为 (64.57 ± 11.73) 岁;体重 50~76 kg,平均体重为 (64.42 ± 10.15) kg;其中男性 29 例,女性 26 例。梗死

灶直径 $< 1.5 \text{ cm}$ 者为腔隙性脑梗死组,共 47 例;年龄 43~76 岁,平均年龄为 (65.89 ± 10.04) 岁;体重 55~77 kg,平均体重为 (63.27 ± 10.32) kg;其中男性 25 例,女性 22 例。

比较三组患者年龄、体重、性别、合并症等一般资料,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 分析方法 所有患者均经颅脑 CT 检查确诊,其中大脑中动脉区改变 75 例、大脑前动脉区改变 29 例、局限性低密度区改变 36 例、豆状核边界不清 15 例、双侧额极低密度 5 例。

采用经颅多普勒超声诊断仪进行检查,患者取坐卧位,采用 2 MHz 探头经颞窗探测大脑中动脉、大脑前动脉、大脑后动脉、椎动脉、基底动脉等,以获取其血流方向、速度、频谱形态、搏动指数^[3]。

1.3 判断标准 TCD 检查结果提示收缩期平均峰值血流速度 $\geq 120 \text{ cm/s}$,并伴有频谱形态异常者可诊断为颅内动脉狭窄。TCD 检查结果提示大脑中动脉血流信号消失;远端频谱呈低流速、低波动;脉动指数下降,波形圆钝者可诊断为血管闭塞。如颈内动脉发生闭塞,可经侧支循环进行进一步验证^[4]。

1.4 统计学方法 将所有数据录入到 SPSS 18.0 软件进行统计学处理,计数资料以百分率(%)表示,采用 χ^2 检验进行组间比较, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

急性脑梗死患者 TCD 异常率为 (下转第 1249 页)

作者单位:434000 湖北省荆州市,长江大学附属荆州市第一人民医院神经内科(夏烈新,冉文,陈立铭,吴慧芳,李知莲);放射科(肖胜)

通讯作者:肖胜,电子信箱:cddpy520@126.com

不同术式子宫肌瘤剔除术临床效果和妊娠结局的比较

姚恒, 李静文

【摘要】 目的 研究腹腔镜(LM)和经腹(TAM)子宫肌瘤剔除术后肌瘤残留、复发及妊娠结局的情况。方法 回顾性分析 2009 年 1 月-2010 年 3 月孝感市中心医院因子宫肌瘤行手术治疗患者的临床资料,开腹组 152 例,腹腔镜组 168 例,对两组情况进行比较。结果 LM 组剔除最大肌瘤直径和剔除肌瘤数目均小于 TAM 组,平均手术时间、平均 Hb 下降值和术后住院时间均小于 TAM 组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。LM 组术后残留率、复发率、妊娠率及妊娠结局与 TAM 组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 LM 创伤小、恢复快、并发症少,优于 TAM。临床中应根据子宫肌瘤的大小、数目及位置综合考虑,选择合适的手术方法。

【关键词】 腹腔镜;开腹;子宫肌瘤;妊娠结局

【中图分类号】 R737.33 R730.56 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1214-02

A Comparative Study of Clinical Effects and Pregnancy Outcomes for Different Uterine Myomectomy YAO Heng, LI Jing-wen. Department of Gynecology, Xiaogan Center Hospital, Xiaogan 432000, Hubei, China

【Abstract】 Objective To study postoperative residue, recurrence and pregnancy outcome between laparoscopic myomectomy (LM) and transabdominal myomectomy (TAM). **Methods** The patients undergoing myomectomy from January 2009 to March 2010 in our hospital were divided into laparotomy group (152 cases) and laparoscopic group (168 cases), and the information were compared between the two groups. **Results** The maximum diameter and number of fibroids in LM group were less than those in the TAM group, mean operative time, mean hemoglobin level, and mean postoperative hospital stay were less than those in the TAM group, there were statistically significant in those difference between the two groups ($P < 0.05$). There was no significant in the difference of postoperative residual rate, recurrence rate, pregnancy rate and pregnancy outcome between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion** LM is superior to TAM for its smaller trauma, quicker recovery and fewer complications. We should select the appropriate surgical approach based on the size, number and location of the uterine fibroids.

【Key words】 Laparoscopes; Laparotomy; Uterine fibroids; Pregnancy outcomes

子宫肌瘤剔除术是保留子宫的一种方法^[1]。目前最常用的子宫肌瘤剔除的方法有经腹子宫肌瘤剔除术(transabdominal myomectomy, TAM)和腹腔镜子宫肌瘤剔除术(laparoscopic myomectomy, LM)^[2]。本研究回顾性分析本院近年来 LM 和 TAM 患者的临床资料,为临床选择合理的手术方式提供借鉴。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择 2009 年 1 月-2010 年 3 月因子宫肌瘤入住我院并行手术治疗的患者共 320 例。其中行开腹子宫肌瘤剔除术 152 例(开腹组),年龄 25~56 岁,平均年龄 36.5 岁,单发者 70 例,多发者 82 例;行腹腔镜子宫肌瘤剔除术 168 例(腹腔镜组),年龄 25~56 岁,平均年龄 37.2 岁,单发者 100 例,多发者 68 例。两组年龄差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 研究方法

1.2.1 手术方法 开腹子宫肌瘤剔除:麻醉成功后,常规开腹进入腹腔,在肌瘤突出处切开肌层,剔除肌瘤,缝合关腹,术毕。腹腔镜子宫肌瘤剔除:患者取膀胱截石位,阴道置举宫器,导尿,气腹针刺,确定进入腹腔后,充入 CO₂ 至 13 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa)。置腹腔镜于脐与左右髂前上棘连线中外 1/3 处各做一 10 mm 及 5 mm 切口。用腹腔镜旋切器取出肌瘤,双极电凝止血或可吸收肠线缝合。

1.2.2 术后随访及观察指标 术后残留及复发的评

估:术后 3 个月 B 超检查 2 次以上仍有子宫肌瘤定义为术后残留。术后 3 个月 B 超未发现肌瘤,而术后 6 个月 B 超发现子宫肌瘤定义为术后复发。观察指标:对两组患者最大肌瘤直径、肌瘤剔除数、手术时间、血红蛋白(Hb)变化、术后残留、复发及妊娠情况进行比较。

1.3 统计学方法 数据均录入 Excel 文档,采用 SPSS 13.0 软件进行统计学分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,进行 t 检验;计数资料用百分数表示,进行 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者手术情况比较 LM 和 TAM 组患者围手术期情况比较:剔除最大肌瘤直径分别为(5.9 ± 2.1) cm、(7.3 ± 2.8) cm,差异有统计学意义($t = 5.089, P < 0.01$);剔除肌瘤数目分别为(2.1 ± 1.5) 个、(4.3 ± 2.3) 个,差异有统计学意义($t = 7.994, P < 0.01$);平均手术时间分别为(65.5 ± 34.6) min、(90.3 ± 40.7) min,差异有统计学意义($t = 5.889, P < 0.01$);平均 Hb 下降值分别为(10.1 ± 9.8) g/L、(20.3 ± 17.2) g/L,差异有统计学意义($t = 6.595, P < 0.01$),术后住院时间分别为(4.5 ± 1.1) d、(6.7 ± 1.2) d,差异有统计学意义($t = 17.111, P < 0.01$)。

LM 组有 5 例患者因盆腔粘连或肌瘤大而中转开腹,中转开腹率为 33.0% (5/168)。术后并发症:LM 组尿潴留 1 例,术后发热 2 例,切口愈合不良 0 例,总共 3 例,TAM 组分别为 4 例、5 例和 4 例,总共 13 例,

差异有统计学意义 (Pearson $\chi^2 = 5.582, P = 0.018$)。

2.2 两组患者术后残留及复发情况比较 术后随访 LM 组 110 例, TAM 组 102 例。其中 LM 组术后残留率为 4.5% (5/110), TAM 组为 2.9% (3/102), 差异无统计学意义 (Fisher's 精确检验, $P = 0.723$); 其中多发肌瘤个数 ≥ 3 个中, LM 和 TAM 组术后残留率分别为 10.0% (5/50) 和 1.6% (1/63), 但差异无统计学意义 (Fisher's 精确检验, $P = 0.089$)。

LM 和 TAM 组术后随访 18 个月, 其复发率分别为 18.2% (20/110) 和 9.8% (10/102), 但差异无统计学意义 (Pearson $\chi^2 = 3.058, P = 0.080$); 其中多发肌瘤个数 ≥ 3 个中, LM 和 TAM 组术后复发率分别为 30.0% (15/50) 和 7.9% (5/63), 但差异无统计学意义 (Pearson $\chi^2 = 9.316, P = 0.002$)。

2.3 两组患者术后妊娠率及妊娠结局情况比较 LM 组有 50 例患者有生育要求, 其中 52.0% (26/50) 妊娠, 平均距上次妊娠时间 (12.5 \pm 3.7) 月, 而 TAM 组有 20 例患者有生育要求, 其中 45.0% (9/20) 妊娠, 平均距上次妊娠时间 (11.9 \pm 3.1) 月, 妊娠率及妊娠时间比较差异均无统计学意义 (Pearson $\chi^2 = 0.280, P = 0.597$ 和 $t = 0.435, P > 0.05$)。其中多发肌瘤个数 ≥ 3 个中, LM 和 TAM 组术后妊娠率分别为 52.4% (11/21) 和 36.4% (4/11), 差异无统计学意义 (Pearson $\chi^2 = 0.744, P = 0.388$)。

LM 组流产率 19.2% (5/26), 足月分娩率 76.9% (20/26), TAM 组流产率 11.1% (1/9), 足月分娩率 77.8% (7/9), 流产率及足月分娩率比较差异均无统计学意义 (Fisher's 精确检验, $P = 1.000$) 和 (Pearson $\chi^2 = 0.000, P = 1.000$)。

3 讨论

子宫肌瘤是导致生育期妇女子宫切除而丧失生育能力的主要原因之一。药物保守治疗是一种免除手术的治疗措施, 但需长期持续用药, 药物的副反应可致性激素代谢异常, 而停药易复发^[3]。

本研究 LM 和 TAM 组患者围手术期情况比较: LM 组剔除最大肌瘤直径和剔除肌瘤数目均小于 TAM 组, 差异有统计学意义, 但是其平均手术时间、平均 Hb 下降值和术后住院时间均小于 TAM 组, 差异有统计学意义。LM 组并发症发生率小于 TAM 组, 差异有统计学意义。这表明: LM 对于单发肌瘤, 具有创伤小、恢复快、并发症少等特点, 但是对于较大的肌壁间肌瘤或嵌入肌壁较深者, 则对腹腔镜手术操作者的要求较高。TAM 具有操作简单、剔除肌瘤数目多、剔除肌瘤直径大等特点, 但是较 LM 创伤大、恢复慢、并发症发生率高。张庆霞等研究指出, 对于单发子宫肌瘤建议首选 LM 为治疗; 对于多发肌瘤, 应根据肌瘤的大小及位置, 选择 TAM 治疗^[4]。Jin C 等^[5]对相关文献总结分析也支持上述观点。因此, 我们应根据子宫肌瘤的大小、数目及位置综合考虑, 选择合适的手术方法。

本研究发现 LM 组术后残留率及复发率虽然高于 TAM 组, 但差异无统计学意义。考虑 LM 手术不同于开腹手术, 可以直接触及子宫, 感受子宫及肌瘤的质地, 对于较小的子宫肌瘤, 造成遗漏^[6], 因此残留率稍高于 TAM。多发肌瘤手术时遗漏了较小的肌瘤, 日后复查未能发现, 且随着时间的推移肌瘤逐渐长大, 导致临床上的复发。但各报道子宫肌瘤剔除术后的残留率及复发率不尽一致^[7], 考虑与研究对象及统计学方法的差异有关^[8]。为了减少残留及复发, 术前应选择专门的妇科 B 超医生检查, 仔细检查肌瘤大小、数目及位置情况, 避免遗漏较小肌瘤, 降低残留率及复发率。尽管如此, 研究发现虽然有一定复发率, 但需再次子宫肌瘤剔除数的患者不多^[9]。本研究的两组复发患者, 子宫肌瘤均较小, 未有一例再次手术。

有报道 LM 子宫肌瘤剔除术妊娠结局优于 TAM 组^[10]。考虑 LM 手术影响小, 术后盆腔粘连少有关。但本研究发现 LM 和 TAM 组患者妊娠率及妊娠结局比较无差异。但是影响妊娠结局的因素不尽如此, 子宫肌瘤的残留、复发以及肌瘤的位置和类型也会降低受孕率及足月分娩, 因此研究认为, 进一步的研究需要了解子宫肌瘤的残留、复发等情况。

本研究认为 LM 创伤小、恢复快、并发症少, 优于 TAM, 但术后肌瘤残留、复发及妊娠结局等无明显差异。临床中我们应根据子宫肌瘤的大小、数目及位置综合考虑, 选择合适的手术方法。

参考文献

- [1] 陈燕. 阴式子宫肌瘤剔除术 23 例临床分析 [J]. 中华全科医学, 2011, 9(10): 1566-1573.
- [2] 黄雪梅, 陈梅, 曾爱华. 腹腔镜与开腹子宫肌瘤剔除术的对比观察 [J]. 广西医科大学学报, 2010, 27(4): 632-633.
- [3] 袁戈, 丁晓萍, 麻莉. 米非司酮联合射频消融治疗较大子宫肌瘤 20 例临床分析 [J]. 中华临床医师杂志 (电子版), 2011, 5(20): 6156-6157.
- [4] 张庆霞, 朱兰, 刘珠凤, 等. 开腹与微创子宫肌瘤剔除术临床结局分析 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2008, 24(4): 278-281.
- [5] Jin C, Hu Y, Chen XC, et al. Laparoscopic versus open myomectomy—a meta-analysis of randomized controlled trials [J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2009, 145(1): 14-21.
- [6] 路宝霞. 腹腔镜下子宫肌瘤剔除术的临床应用 [J]. 医药论坛杂志, 2011, 32(4): 171-172.
- [7] Yoo EH, Lee PI, Huh CY, et al. Predictors of leiomyoma recurrence after laparoscopic myomectomy [J]. J Minim Invasive Gynecol, 2007, 14(6): 690-697.
- [8] 李孟慧, 冷金花, 史精华, 等. 腹腔镜与开腹子宫肌瘤剔除术后肌瘤残留、复发及妊娠结局的比较 [J]. 中华妇产科杂志, 2011, 46(9): 669-673.
- [9] 霍翠云, 李斌. 不同子宫肌瘤剔除术后复发及受孕率初步分析 [J]. 中国妇幼保健, 2011, 26(4): 513-515.
- [10] Campo S, Campo V, Gambadaum P. Reproductive outcome before and after laparoscopic or abdominal myomectomy for subserous or intramural myomas [J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2003, 110(2): 215-219.

(收稿日期: 2012-10-06)

双侧甲状腺良性肿物行腔镜手术的临床研究

魏文波, 廖康雄, 谢容明, 江树嵩, 蔡延庆, 陈秋凯, 侯贤琼, 卢晓裕

【摘要】 目的 探讨双乳晕径路全腔镜下双侧甲状腺切除术的手术方法及临床应用价值。方法 回顾性分析 2009 年 1 月 - 2012 年 12 月 25 例腔镜下双侧甲状腺良性肿物切除术患者(腔镜组)的围手术期情况, 从同期传统开放性双侧甲状腺切除术中抽取 48 例(开放组)作为对照, 并对两组手术时间、术中出血量、术后镇痛、术后引流管、术后恢复活动时间、术后住院时间、术后并发症、总住院费用、美容效果、随访结果等方面进行比较分析。结果 腔镜组 25 例均顺利完成手术。与开放组比较, 腔镜组手术时间较长, 术后引流管较多, 住院费用较高, 但腔镜组术中出血量较少, 较快恢复正常活动, 术后住院时间明显缩短, 美容效果亦明显优于开放组($P < 0.001$), 而镇痛需求方面的差异无统计学意义($P > 0.05$)。腔镜组术后并发症主要为胸前区皮肤麻木发紧感, 开放组主要为出血, 两组术后随访 6 ~ 24 个月, 均无局部复发、无死亡病例, 未发生永久性喉返神经麻痹、低钙抽搐等并发症。结论 与开放性双侧甲状腺切除术相比, 双乳晕径路全腔镜下甲状腺手术虽然手术时间偏长、住院费用较高, 但安全可行且美容效果非常好, 是治疗良性甲状腺肿物一种很好的手术方法。

【关键词】 腔镜; 双乳径路; 甲状腺良性肿物; 甲状腺切除术

【中图分类号】 R581.39 R653.2 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1216-03

Clinical Research of Totally Endoscopic Thyroidectomy for Bilateral Benign Thyroid Tumor WEI Wen-bo, LIAO Kang-xiong, XIE Rong-ming, et al. Department of General Surgery, Jiayang People's Hospital, Jiayang 522000, Guangdong, China

【Abstract】 Objective To investigate the operative method and clinical value of totally endoscopic thyroidectomy via a bilateral-areola approach for the bilateral benign thyroid tumors. **Methods** Perioperative conditions of 25 patients (Endoscopic group) with bilateral benign thyroid tumor treated by totally endoscopic thyroidectomy via a bilateral areola approach from January 2009 to December 2012 were retrospectively analyzed. 48 cases were randomly selected as a reference (Open group) from the patients underwent conventional open thyroidectomy during the same time. The operating time, operative blood loss, postoperative analgesic requirements, postoperative drainage volume, postoperative hospital stay, total hospital costs, cosmetic result, postoperative reactivation time, complications, follow-up result were compared between the two groups. **Results** The totally endoscopic thyroidectomy was accomplished smoothly in all the 25 cases. Compared to the open group, the operating time was longer, and postoperative drainage volume was more in endoscopic group, but the endoscopic group had less operative blood loss, shorter postoperative reactivation time, and shorter postoperative hospital stay than the open group. And a satisfactory cosmetic result was achieved in more cases in the endoscopic group ($P < 0.001$). The postoperative analgesic requirements and total hospital costs had no significant difference between the two groups ($P > 0.05$). The common postoperative complications were skin numbness of anterior thoracic wall in the endoscopic group and hemorrhage were the most postoperative complications in the open group. The postoperative follow-up of 6 to 24 months revealed that there was no death case and no recurrence. No patients had permanent recurrent laryngeal nerve injury and tetany due to hypocalcemia. **Conclusion** Compared with the conventional open surgery, although with longer operation time and higher total hospital costs, the totally endoscopic thyroidectomy via a bilateral areola approach was still a feasible, practical and safe procedure with good cosmetic result. It can be used as an important and effective surgical method for the bilateral benign thyroid tumors whenever possible.

【Key words】 Endoscopy; Bilateral areola approach; Benign thyroid tumor; Thyroidectomy

腔镜甲状腺手术是近年来发展起来的一种新术式^[1], 在疗效确切的基础上, 使手术切口微小化并隐蔽, 获得极佳的美容效果, 符合人们对高质量生活水平的要求及审美观。我院从 2009 年 1 月 - 2012 年 12 月对 25 例双侧甲状腺良性肿物患者实施了经乳晕径路全腔镜手术, 取得满意的手术效果。现回顾性对比研究同期开放式手术的临床资料, 进一步探讨经乳晕径路腔镜下全双侧甲状腺手术路径的方法及临床应用体会。

1 资料与方法

1.1 临床资料

作者单位: 522000 广东省揭阳市人民医院普通外科一科
通讯作者: 廖康雄, 电子信箱: jybob01@163.com

进行双侧甲状腺手术的病例, 本研究纳入标准: ①术前颈部彩超或 CT 检查为双侧甲状腺肿物, 包括双侧结节性甲状腺肿或腺瘤, 肿物最大结节直径均 ≤ 5 cm; ②术前甲状腺功能检查正常; ③诊断为甲状腺良性疾病, 术中冰冻病理检查未找到癌细胞; ④初次甲状腺手术; ⑤心、肺、肾等重要脏器无严重器质性病变。根据病人需求和意愿, 分为内镜组 25 例和开放组 48 例。

1.2 手术方法

1.2.1 腔镜组 气管插管全麻。于患者右侧乳晕内上缘作 1.0 cm 切口为观察孔, 外上缘作 0.5 cm 切口为副操作孔, 左侧乳晕上缘作 0.5 cm 切口为主操作孔, 切口均达胸部深筋膜^[2]。配膨胀液 250 ml (肾上腺素 0.5 mg 加入生理盐水 250 ml), 用注射器在拟手术操作空间的皮下进行注射, 以减少皮瓣剥离时的出

血^[3]。用钝性剥离棒经观察孔行胸部深筋膜下扇形钝性分离,建立皮下隧道,直达胸骨上窝。经右侧乳晕切口置入 10 mm 和 5 mm Trocar 套管,分别放置 30° 内镜和抓钳,注入 CO₂ 气体,建立皮下操作空间,压力设定为 6~8 mm Hg(1 mm Hg = 0.133 kPa)。再于左侧乳晕切口置入 5 mm Trocar 作为主操作孔。在直视下用 5 mm 超声刀分离皮下疏松结缔组织,尽量靠近胸筋膜,以减少出血和避免术后皮肤青紫。到达颈前区后沿颈阔肌深面分离,至显露两侧胸锁乳突肌外缘和甲状软骨水平。切开颈白线、分离甲状腺前肌群,在体外通过腹腔镜甲状腺拉钩牵开甲状腺前肌群,显露一侧甲状腺进行游离。首先超声刀切断甲状腺中静脉,然后钝性分离甲状腺下极,尽量贴近腺体用超声刀凝固、切断甲状腺下动、静脉,再切断甲状腺悬韧带、峡部,注意不要损伤气管,将甲状腺向外上侧翻转,从后面显露甲状旁腺和甲状腺上动静脉,凝固切断上动静脉,最后全叶切除或次全切除腺体,用同样方法再行对侧甲状腺手术。切除标本置入标本袋后,自观察孔取出。生理盐水冲洗创面,观察创面无渗血,3-0 可吸收线缝合颈白线,甲状腺窝放置引流管自乳晕切口引出。关闭 CO₂ 气体,排空皮下气体,退出 Trocar,皮下缝闭切口,手术结束。

1.2.2 开放组 气管插管全麻,在胸骨切迹上方 2 横指处,作一弧形切口,长约 6~8 cm,按常规操作方法行次全或全叶切除双侧甲状腺。

1.2.3 两组观察指标比较 对腹腔镜组和开放组的性别、年龄、肿块大小、手术方式、术后病理类型、手术时间、术中出血量、术后镇痛需求、术后引流量、术后恢复活动时间、术后住院时间、总住院费用、切口美容评分、术后并发症,以及随访 6~24 个月复发、声嘶、低血钙等方面进行比较分析。

1.3 统计学方法 采用 SPSS 13.0 版的统计软件,应用两独立样本 *t* 检验(Independent-Samples T Test)、等级资料秩和检验(Nonparametric Test)、两样本率 χ^2 检验(Crosstabs Chi-square Test)等进行分析,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组患者年龄、性别、术前 B 超或 CT 检查肿瘤直径、手术方式和术后病理诊断结果比较(表 1),其中年龄大小腹腔镜组 < 开放组,女性比例腹腔镜组 > 开放组,两者差异均有统计学意义($P < 0.005$),可见腹腔镜甲状腺手术备受年轻女性青睐。

表 1 两组双侧甲状腺肿瘤患者一般资料比较

组别	n	性别		年龄(岁)	术前肿瘤直径 B 超或 CT(cm)	手术方式		病理诊断		
		男	女			次全切除	全叶切除	甲状腺腺瘤	结节性甲状腺肿	桥本氏甲状腺炎
腹腔镜组	25	1	24	25.5 ± 5.5	2.3 ± 0.8	20	5	2	23	1
开放组	48	15	33	36.6 ± 8.4	2.7 ± 0.9	35	13	3	42	3
<i>t</i> (<i>Z</i>)值		-2.652*		-5.946	-1.961	-0.662*			-0.449*	
<i>P</i> 值		0.008		<0.001	0.054	0.508			0.653	

注:*为 *Z* 值。

在手术时间、术中出血量、术后引流量、术后恢复活动时间及美容效果满意分数方面比较(见表 2),两组差异均有统计学意义(P 值均 < 0.001)。与开放组比较,腹腔镜组手术时间较长,术后引流量较多,住院费

用较高,但腹腔镜组术中出血量较少,较快恢复正常活动,术后住院时间明显缩短,美容效果亦明显优于开放组,而镇痛需求方面的差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 2 腹腔镜组与开放组手术效果比较

组别	n	手术时间 (min)	术中出血量 (ml)	镇痛需求 (n, %)	术后引流量 (ml)	术后恢复活动 时间(d)	术后住院 时间(d)	住院费用 (元)	美容效果 满意分数*
腹腔镜组	25	109.2 ± 8.1	14.8 ± 5.1	9(36.0)	47.8 ± 17.3	1.8 ± 0.8	4.3 ± 0.8	13 313.2 ± 982.3	8.8 ± 1.2
开放组	48	65.3 ± 12.2	23.1 ± 4.7	15(31.3)	29.2 ± 11.1	3.3 ± 1.0	6.4 ± 0.9	10 862.2 ± 762.7	6.4 ± 1.6
<i>t</i> (χ^2)值		7.891	-6.991	0.168#	6.482	-6.640	-8.996	2.003	6.792
<i>P</i> 值		<0.001	<0.001	0.682	<0.001	<0.001	<0.001	0.012	<0.001

注:*采用视觉模拟评分法,0 分为非常不满意,10 分为非常满意。#为 χ^2 值。

在术后并发症及随访结果方面,腹腔镜组发生皮下气肿 1 例,胸前区皮肤麻木发紧感 5 例,颈胸部皮肤淤斑 1 例,暂时性喉返神经麻痹 1 例,未经特殊处理,术后 2 周恢复正常。开放组 1 例术后当天发生内出血再次手术止血,暂时性喉返神经麻痹 2 例,均在术后 3 个月内恢复正常。随访 6~24 个月,患者分别于术后 1, 3, 6, 12, 24 月返院复查甲状腺彩超、血钙、甲状腺功能、喉镜检查声带等,腹腔镜组 24 例与开放组 45 例患者完成随访工作,均无死亡病例,无复发,未发生永久性喉

返神经麻痹、低钙抽搐等并发症,两组患者术后均常规服用甲状腺素治疗。

3 讨论

甲状腺疾病好发于年轻女性,男女比例大约为 1:7。甲状腺手术可选择传统开放手术或腹腔镜下甲状腺手术,传统开放手术安全而且有效,但患者颈前会留下 6~8 cm 的手术瘢痕^[2]。而腹腔镜甲状腺手术的问世,则为爱美患者带来了福音。腹腔镜甲状腺手术径路主要

有:胸骨切迹上径路、锁骨下径路、腋窝径路与前胸壁乳晕径路 4 种。前两者在颈部仍留有小切口疤痕,美容效果欠佳,后两者径路外观美容效果更好,但腋窝径路只能处理一侧的病变,处理对侧甲状腺极为困难,许多外科医生更倾向于选择前胸壁乳晕径路。此径路不仅能同时处理双侧甲状腺病变,颈部不留疤痕,小切口部位隐蔽,可被内衣掩盖,具有出色的美观效果,越来越受年轻女性患者认可。本研究腔镜组选择全乳晕径路,避免了前胸壁正中切口,美容效果更佳。

与开放手术相比,腔镜甲状腺手术的优点在于极佳的美容效果、术中出血少、术后恢复快。这是由于腔镜视频放大系统及超声刀的应用,使腔镜手术视野清晰,减少神经血管的副损伤,止血效果确切^[4];手术切口微小,术中未横断颈前肌群,并对皮瓣浅表神经损伤小,患者术后痛感不强烈,恢复快。本研究腔镜组手术时间(109.2 ± 8.1) min、术中出血量(14.8 ± 5.1) ml、术后恢复活动时间(1.8 ± 0.8) d、术后住院天数(4.3 ± 0.8) d、美容效果满意分数(8.8 ± 1.2)与开放组相比差异均有统计学意义($P < 0.001$)。缺点主要在于手术时间较长,我们认为主要原因是传统开放手术术式成熟,操作简单,而腔镜手术由于病灶与切口分离的特点,需要建立较大的操作空间,从切口分离到病灶所需时间较长,此外,操作空间有限,失去对甲状腺肿物的手感定位,这些因素均延长了手术时间。腔镜手术的另一个缺点是手术费用较高,这跟气管插管全麻、使用腔镜器械及手术时间长有关,相信随着术者操作熟练程度的提高,手术时间将会逐渐缩短,加上器械成本的降低,其住院费用也会逐步降低。

文献已证实^[5],腔镜甲状腺手术与传统开放手术同样安全,但也有一些并发症。国内外许多报道,腔镜甲状腺手术除了特有的并发症,如皮下气肿、高碳酸血症、颈前皮下积液、胸前皮肤淤斑、热烧伤,颈前皮肤发紧感等,其它并发症与开放手术相当,主要有:术中术后出血;喉返、喉上神经损伤;甲状旁腺损伤^[6];术后窒息或呼吸困难;甲状腺危象;皮下血肿或积液。本研究中实施的 25 例手术,全部在腔镜下顺利完成,无喉上神经或甲状旁腺、气管损伤,无窒息或呼吸困难,无大出血等严重并发症,腔镜组手术采用持续充气与牵拉法建立手术操作空间,由于将 CO_2 压力维持在 $6 \sim 8$ mm Hg,小于颈静脉生理压力的 10 mm Hg,减少 CO_2 压力升高带来的颈静脉、脑脊液回流障碍及高碳酸血症等并发症的发生^[7]。其术后发生的并发症主要为:①颈前皮肤发紧感。这是因为腔镜手术要在颈胸部皮下分离出手术操作空间,术后形成瘢痕粘连,因此部分

患者术后会有颈胸皮肤发紧感,一般无需特殊处理,术后 3 个月可自动消失^[8]。②暂时性喉返神经麻痹^[9]。超声刀是腔镜甲状腺手术的主要操作器械,优势在于止血确切,但其振动产生的热量可导致边缘蛋白变性而引起热损伤作用。有报道超声刀头与喉返神经约 3 mm 即可引起暂时性喉返神经麻痹,建议超声刀头与喉返神经、甲状旁腺的安全距离至少 5 mm 以上^[10],但因腔镜的放大作用($6 \sim 8$ 倍),超声刀头与神经的安全距离在术中很难精确。我们的经验是,紧贴甲状腺的被膜操作,不要刻意全程暴露喉返神经,可避免损伤神经^[11]。在喉返神经附近使用超声刀时,将拟切除的腺体上翻,尽量让功能刀头远离神经,避免对组织进行长时间的烧灼,刀头不可钳夹过多、过深,可有效防止神经副损伤。

综上所述,与开放性双侧甲状腺切除术相比,乳晕径路全腔镜下甲状腺手术虽然手术时间偏长、住院费用较高,但安全可行且美容效果非常好,是治疗良性甲状腺肿物一种很好的手术方法^[12]。

参考文献

- [1] Choi JY, Lee KE, Chung KW, et al. Endoscopic thyroidectomy via bilateral axillo-breast approach (BABA): review of 512 cases in a single institute [J]. *Surgical Endoscopy*, 2012, 26(4): 948-955.
- [2] 郑民华. 普通外科腹腔镜手术操作规范与指南 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 77-84.
- [3] 张能维, 唐亮, 胡江. 内镜甲状腺切除术应把握的几个问题 [J]. *中华普外科手术学杂志(电子版)*, 2008, 2(2): 165-166.
- [4] 刘星伟, 李坚, 邹劲林, 等. 甲状腺手术使用超声刀与甲状旁腺保护 [J]. *中华全科医学*, 2010, 8(7): 827-828.
- [5] Hayemin Lee, Jina Lee, Ki Young. Comparative study comparing endoscopic thyroidectomy using the axillary approach and open thyroidectomy for papillary thyroid microcarcinoma [J]. *World Journal of Surgical Oncology*, 2012(10): 269.
- [6] 洪志刚. 甲状腺手术中预防甲状旁腺损伤的体会 [J]. *海南医学*, 2010, 21(2): 82-83.
- [7] 赵霞, 朱斌, 路夷平, 等. 内镜甲状腺切除术与传统开放甲状腺切除术的对照研究 [J]. *重庆医学*, 2011, 40(16): 1571-1573.
- [8] 刘勇, 汪波, 高友兵. 腔镜下甲状腺手术并发症的防治体会 [J]. *中国综合临床*, 2012, 28(9): 988-989.
- [9] 曹玉根, 王克俭. 甲状腺手术中显露喉返神经的临床意义 [J]. *安徽医学*, 2008, 29(2): 155-156.
- [10] 鲁瑶, 黄林平, 路夷平, 等. 经胸乳途径内镜手术治疗甲状腺功能亢进 [J]. *中国微创外科杂志*, 2011, 11(7): 601-602.
- [11] 侍阳, 宋庆伟, 于生才. 胸乳入路内镜甲状腺手术 20 例报告 [J]. *徐州医学院学报*, 2011, 31(7): 478-479.
- [12] 董树园, 崔玉英, 兰兰, 等. 内镜与传统甲状腺切除术患者美容效果满意度及生活质量的对比研究 [J]. *临床和实验医学杂志*, 2012, 11(10): 786-787.

(收稿日期: 2013-03-07)

食管心房调搏与阿托品检测房室交接区传导分析

陈万国, 苏广玉, 刘奇英, 钟文明

【摘要】 目的 探讨食管心房调搏联合应用阿托品在房室交接区传导功能检测中的价值。方法 选取 2011 年 5 月-2012 年 9 月在梅州市人民医院检测房室交接区传导功能的 72 例患者资料进行回顾性分析, 分析其中的阳性率情况。**结果** 测定房室传导阻滞点静注阿托品前调搏 2: 1 房室传导阻滞点 < 150 次/min 阳性率为 71.4%, 静注后 25.4%; 一度房室传导阻滞点 < 100 次/min 静注前阳性率 95.2%, 静注后 31.7%; 二度 I 型房室传导阻滞组静注前阳性率 77.8%, 静注后 41.7%, 比较静注前后的阳性率差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。**结论** 食管心房调搏联合阿托品检测房室交接区传导功能可降低假阳性的发生率, 提高临床效果。

【关键词】 食管心房调搏; 阿托品; 房室交接区传导

【中图分类号】 R541.761 R540.49 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1219-02

The Analysis of the Application for Transesophageal Atrial Pacing Combined with Atropine in the Atrioventricular Junctions Conduction Testing CHEN Wan-guo, SU Guang-yu, LIU Qi-ying, et al. Electrocardiographic Room, People's Hospital of Meizhou City, Meizhou 514089, Guangdong, China

【Abstract】 Objective To investigate the value of transesophageal atrial pacing combined with atropine in the atrioventricular junctions conduction testing. **Methods** The clinical data of 72 cases with the detection of atrioventricular junctions conduction from May 2011 to September 2012 were taken for retrospective analysis. They were taken with esophageal law the atrial pacing joint atropine for detection and the positive rate was analyzed. **Results** The positive rate for determination of atrioventricular block points intravenous atropine pacing 2: 1 atrioventricular block point < 150 beats/min was 71.4% and 25.4% after intravenous injection. The positive rate for once atrioventricular block point < 100 beats/min intravenously was 95.2% and 31.7% after intravenous injection. The positive rate of second degree type I atrioventricular conduction block group intravenous was 77.8%, and 41.7% after intravenous injection. The differences for the positive rate before and after intravenous were significant, with $P < 0.05$, there was statistical significance. **Conclusion** The transesophageal atrial pacing combined with atropine can reduce the incidence of atrioventricular junctions conduction function, and improve the clinical outcomes.

【Key words】 Transesophageal atrial pacing; Atropine; Atrioventricular junctions conduction

众所周知,阿托品试验由于其具有安全有效,方法简单,对设备要求低等优势在广大的基层医院已经开展的很顺利。但是其仍有可能出现假阳性^[1]。而随着食道心房调搏电生理检查临床应用的成熟,许多大中型医院已普遍采用,甚至行心腔内电生理检查。两者结合则很大程度上提高了对房室交接区传导功能检测的准确性^[2]。下面就对本院的 72 例病例采用食管心房调搏联合阿托品试验检测房室交接区传导功能的相关情况介绍如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2011 年 5 月-2012 年 9 月期间我院检测房室交接区传导功能的 72 例患者为研究对象。其中男性 49 例,女性 23 例,年龄最小 14 岁,最大 79 岁,平均(45.0 ± 3.4)岁,基础疾病有右心衰 13 例,扩张性心脏病 7 例,肺心病 6 例,冠心病 5 例,室性早搏 7 例,体表心电图示:窦性,频率在 55 ~ 106 次/min,均合并有一度房室传导阻滞或二度 I 型房室传导阻滞,其中 63 例有一度房室传导阻滞,9 例有二度 I 型房室传导阻滞,所有患者均停止服用对心血管有影响的药物 3 d,无阿托品禁忌症,对所有其他相关的疾病均予以排除。

1.2 检查方法 选用苏州东方电子仪器厂生产的

DF-5A 型心脏电生理刺激系统,双极滤波食管起搏电极。对患者均进行食管调搏,采用分级递增的 S1S1 刺激,从略高于受检者自身窦性心率的频率开始,每级递增 10 次/min,刺激 10 s 并间歇 30 s。频率增加至房室传导出现 2: 1 房室传导阻滞点。然后,静脉注射阿托品(0.02 mg/kg),待心率稳定后重复上述操作。观察房室传导阻滞点变化情况。

1.3 疗效评定 观察房室传导阻滞点变化:静脉注射阿托品后一度房室传导阻滞点 < 100 次/min 提示房室结存在病理性改变,2: 1 房室传导阻滞点 < 150 次/min 提示房室结存在病理性改变^[3]。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 13.0 软件进行分析,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

从表 1 中分析得出,静注阿托品前调搏 2: 1 房室传导阻滞点 < 150 次/min 阳性率为 71.4%, 静注后 25.4%; 一度房室传导阻滞点 < 100 次/min 静注前阳性率 95.2%, 静注后 31.7%; 二度 I 型房室传导阻滞组静注前阳性率 77.8%, 静注后 41.7%, 比较静注前后的阳性率差异有统计学意义, $P < 0.05$, 详见表 1。

3 讨论

经食管调搏检测房室交接区传导功能的作用机制主要有以下 2 点^[4-5]: ①超速起搏对房室交接区传导自律性有直接抑制作用; ②超速起搏可(下转第 1285 页)

米力农短期治疗 CHF 的疗效及 NT-proBNP 水平观察

孙晓军, 杨文东

【摘要】 目的 通过观察短期应用米力农治疗慢性心力衰竭(CHF)患者临床疗效及血清 N 末端 B 型钠尿肽原(NT-proBNP)水平变化,探讨检测血清 NT-proBNP 的临床价值。**方法** 141 例 CHF 患者在采用常规治疗基础上短期(7 d)加用米力农治疗,于治疗前后检测血清 NT-proBNP 水平,评价其心功能变化。**结果** 治疗 7 d 后总有效率为 93.62% (132/141);治疗前血清 NT-proBNP 水平显著高于对照组($P < 0.01$),治疗后显著低于治疗前($P < 0.01$),但仍显著高于对照组($P < 0.01$);CHF 患者随访 1 年,发生心脏事件者出院时血清 NT-proBNP 水平显著高于未发生心脏事件者($P < 0.01$)。**结论** 短期应用米力农注射液治疗 CHF 患者,能够显著改善心功能及降低血清 NT-proBNP 水平,血清 NT-proBNP 可作观察心功能变化及临床疗效的检测指标。

【关键词】 慢性心力衰竭;米力农;N 末端 B 型钠尿肽原;临床疗效

【中图分类号】 R541.61 R972.1 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1220-02

Short-Term Curative Effect of Milrinone and Serum NT-ProBNP Level in Patients with Chronic Heart Failure SUN Xiao-jun, YANG Wen-dong. Department of Clinical Laboratory, Qianfoshan Hospital, Ji'nan 250014, Shandong, China

【Abstract】 Objective To observe the clinical effect of Milrinone injection on chronic heart failure(CHF), detect the serum amino-terminal pro-brain natriuretic peptide(NT-proBNP) level of patients, and discuss the value of NT-proBNP level in the diagnosis of CHF. **Methods** Total 141 patients with CHF received short-term(7 days) administration with Milrinone based on the conventional treatment. The levels of NT-proBNP were tested before and after the treatment. The cardiac function change was assessed. **Results** The total effective rate was 93.62% (132/141). The level of NT-proBNP before the treatment was significantly higher in the treatment group as compared to the control group($P < 0.01$). It decrease obviously by the treatment($P < 0.01$), but was also higher than that in the control group($P < 0.01$). The follow up of one year showed that the rate of heart failure event was higher in patients with a high level of serum NT-proBNP at discharge as compared to the patients with a lower level of serum NT-proBNP($P < 0.01$). **Conclusion** The short-term administration with Milrinone can effectively improve the heart function and decrease the level of serum NT-proBNP in patients with CHF. The serum NT-proBNP can be used as an index to evaluate the cardiac function changes and clinical curative effect.

【Key words】 Chronic heart failure; Milrinone; Amino-terminal pro-brain natriuretic peptide; Clinical curative effect

慢性心力衰竭(CHF)是各种心脏疾病导致心室充盈或射血能力受损(即心功能不全)而引起的一种比较严重的临床综合征,其病理生理主要有神经内分泌系统的激活和心室重构^[1]。钠尿肽以 B 型钠尿肽(BNP)和 N 末端 B 型钠尿肽原(NT-proBNP)两种形式存在,NT-proBNP 较 BNP 具有半衰期长及稳定性更好的特点,是评价心脏功能的指标^[2-5]。米力农具有改善心脏收缩、舒张功能及扩张血管的作用^[6]。本文旨在探讨短期应用米力农注射液治疗 CHF 患者的临床疗效及血清 NT-proBNP 的检测价值,我们检测了 141 例 CHF 患者治疗前后血清 NT-proBNP 水平变化,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2010 年 1 月 - 2012 年 10 月,选择我院确诊为心功能不全的 CHF 患者 141 例,符合中华医学会心血管分会推荐的心力衰竭临床评定标准。其中男性 83 例,女性 58 例;年龄 45 ~ 70 岁,平均年龄(59.4 ± 8.3)岁;心力衰竭病程(3.9 ± 2.6)年。基础疾病为冠心病 75 例、高血压病 38 例、扩张性心肌病 22 例及风湿性心脏病 6 例。NYHA 分级为 II 级 22 例、III 级 74 例及 IV 级 45 例。均除外急性心肌梗死、不稳定

心绞痛、严重心脏瓣膜病、收缩压 < 90 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa)、严重肾功能不全、肌酐 > 225.2 μmol/L、高钾血症、双肾动脉狭窄及慢性阻塞性肺病等。对照组为同期健康者 40 例,其中男性 24 例、女性 16 例,年龄 46 ~ 69 岁,平均年龄(58.7 ± 9.2)岁,均无心脑肝肾及内分泌代谢疾病。两组年龄、性别构成差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 首先予以内科常规抗心力衰竭治疗(包括给予低盐饮食及应用利尿剂、地高辛、缬沙坦及美托洛尔等),同时应用米力农注射液(鲁南贝特制药有限公司,国药准字 H20040681)治疗 7 d,0.25 ~ 1.0 μg/(min · kg),均加氯化钠注射液至 50 ml,由微泵泵入。

1.3 观察指标 治疗前、后(治疗 7 d)及随访(1 年)心功能变化、心脏多普勒超声检查和检测血清 NT-proBNP 水平。临床症状和体征:胸闷、呼吸困难、心悸、心率、血压及肺部啰音;实验室检查:血常规、电解质、肝功能、肾功能、血糖;心脏多普勒超声检查采用 GE 公司 LOGIQ 7 多普勒超声诊断仪。血清 NT-proBNP 水平测定:所有对象(患者入院第 2 天、治疗 7 d 及出院前)均取清晨空腹 10 h 以上的肘静脉血 3 ml,待血液自然凝固后离心取血清,1 h 内检测。测定采用电化学发光免疫分析法,仪器为美国罗氏 Elecsys 2010 电化学免疫系统,检测试剂盒为罗氏公(下转第 1287 页)

作者单位:250014 济南市,山东省千佛山医院检验科(孙晓军);257447 山东省东营市,山东省利津县第二人民医院内科(杨文东)
通讯作者:孙晓军,电子信箱:sxjqfsyy@126.com

· 全科临床论著 ·

慢性肺源性心脏病并发心律失常 180 例临床分析

蒋红

【摘要】 目的 观察分析慢性肺源性心脏病心律失常的诱因、类型及治疗原则。方法 本组患者 180 例入院后全部通过 24 小时动态心电图监护及多次 12 导联心电图检查及时发现心律失常的类型并加以分析。结果 本组 180 例肺心病患者合并心律失常,其心律失常类型以窦性心动过速、房性期前收缩为主,室上性心动过速、室性期前收缩、房室传导阻滞,房颤、左右束支传导阻滞等也常出现。心律失常的常见诱因为心力衰竭、胸部感染、低氧血症、电解质紊乱及酸碱平衡失调。结论 肺心病并发心律失常以低氧血症、感染、心功能衰竭、电解质酸碱平衡失调为常见诱因,以窦性心动过速、房早、房颤、室上速为主要类型,纠正诱因,对改善心律失常很重要,诱因解除心律失常可恢复。使用抗心律失常药不是最佳方法。

【关键词】 肺源性心脏病;心律失常

【中图分类号】 R541.5 R541.7 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1221-02

Clinical Analysis of 180 Cases of Arrhythmia with Chronic Pulmonale JIANG Hong. Department of Emergency, the First People's Hospital of Suzhou, Suzhou 234000, Anhui, China

【Abstract】 Objective To explore the cause, arrhythmid type and therapeutic principle of arrhythmia with chronic cor pulmonale. **Methods** Patients with chronic cor pulmonale ($n = 180$) were enrolled. The patients received 24-hour ambulatory or 12-lead monitoring arrhythmias were identified and analyzed. **Results** 180 cases of chronic pulmonale patients were complicated with arrhythmia. The arrhythmias consisted mainly of sinus tachycardia, sinus arrhythmia and atrial premature contraction. Severe arrhythmias were also identified, such as supraventricular tachycardia, ventricular premature contraction, atrioventricular block, atrial fibrillation, and bundle branch block. The occurrence and severity of arrhythmias were closely associated with cardiac failure, pulmonary infection, hypoxia, and water/electrolyte disturbance. **Conclusion** Arrhythmia of chronic cor pulmonale took the respiratory, the infection, the heart function failure, the electrolyte acid and alkali unbalanced as the common cause, took the sinus tachycardia, atrial premature, atrial fibrillation, supraventricular tachycardia as the main performance type. Correction cause was very important to improve the arrhythmia. The use of antiarrhythmia was not preferred for the treatment.

【Key words】 Pulmonary heart disease; Arrhythmia

慢性肺源性心脏病(以下简称肺心病)是临床常见病和多发病,是中老年人死亡原因之一,病死率高^[1],心律失常是肺心病失代偿期的常见并发症之一,发生率高达 45%~95%^[2],严重的心律失常影响肺心病的治疗和愈后,甚至引起死亡^[3]。探讨肺心病心律失常的诱因、类型以及诊断方法具有重要的临床意义。现将我院 2010~2011 年收治的 180 例肺心病合并心律失常分析如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 180 例病例资料均为宿州市第一人民医院 2010~2011 年收治的住院患者,其中男性 138 例,年龄 60~95 岁,平均年龄 76 岁;女性 42 例,年龄 35~80 岁,平均年龄 70 岁。病程 4~70 年,入选病例均符合内科学慢性肺源性心脏病诊断标准^[4]。

1.2 检查方法 患者均于入院时进行后前位胸片、12 导联心电图、血清电解质、血气分析检查,对有心律失常者作动态心电图监测,所有病例均予以抗感染、吸氧、止咳、化痰、平喘及支持对症治疗,治疗后好转。

1.3 治疗方法 一般抗感染、祛痰、止咳、平喘及纠正电解质紊乱治疗心律失常均可改善。特别严重者予以抗心律失常治疗。

2 结果

2.1 心律失常常见诱因 180 例肺心病合并心律失

常,常见诱因有低氧血症 108 例(60%),有急性肺部感染 153 例(85%),有心功能不全 90 例(50%),有酸碱平衡失调电解质紊乱 117 例(65%)。

2.2 心律失常常见类型 180 例并发心律失常患者中,窦性心动过速 81 例(45%),房早 45 例(25%),房颤 18 例(10%),室上速 9 例(5%),右束支传导阻滞 18 例(10%),室早 5 例(2.8%),左束支传导阻滞 4 例(2.2%)。

2.3 肺心病合并心律失常的治疗结果 一般抗感染、祛痰、止咳、平喘及纠正电解质紊乱治疗心律失常均可改善。特别严重者予以抗心律失常治疗。

3 讨论

肺心病合并心律失常存在一定诱因,低氧血症、感染、酸碱平衡失调、电解质紊乱、心功能衰竭是常见诱因^[5],低氧血症刺激颈动脉窦和主动脉体化学感受器反射性地引起交感神经兴奋,儿茶酚胺分泌增加,缺氧还可以使心肌细胞内的 K^+ 减少、 Na^+ 增加,静息膜电位降低,引起窦房结、心房、心室兴奋性和自律性增加,易发生心律失常。感染时,各级支气管壁均有多种炎症细胞浸润,以中性粒细胞、淋巴细胞为主,化脓性炎症时,黏膜充血、水肿、变形坏死和溃疡形成,基底部肉芽组织和机化纤维组织增生导致管腔狭窄,气管结构重组,气流受阻从而血氧含量降低,发(下转第 1274 页)

小儿惊厥 192 例临床分析

章礼真, 章秀, 时澄

【摘要】目的 探讨小儿惊厥的病因及临床特点。**方法** 对铜陵市妇幼保健院收治的 192 例小儿惊厥的临床资料进行回顾性分析。**结果** 小儿惊厥发病年龄以 1~3 岁最多, 为 81 例(42.2%); 其次是 1 月龄~1 岁, 为 48 例(25%); 3~5 岁为 45 例(23.4%); 5 岁以上 18 例(9.4%)。有家族史者 34 例, 既往有惊厥史 56 例, 全年均有发病。小儿惊厥的病因中, 热性惊厥 138 例(71.9%) (其中上呼吸道感染 71 例, 支气管炎 31 例, 支气管肺炎 38 例, 细菌性肠炎 6 例), 癫痫 22 例(11.5%); 颅内感染 15 例(7.8%); 轮状病毒性肠炎 12 例(6.25%); 电解质紊乱 2 例(1.04%); 药物中毒 2 例(1.04%); 代谢性疾病 1 例(0.52%)。192 例中 189 例痊愈出院, 好转 3 例。**结论** 热性惊厥为小儿惊厥最常见的原因, 其次是癫痫、病毒性脑炎, 发病年龄以 1~3 岁为主。

【关键词】 小儿; 惊厥; 临床特点

【中图分类号】 R729 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1222-02

Clinical Analysis of 192 Cases of Convulsions in Children ZHANG Li-zhen, ZHANG Xiu, SHI Cheng. Department of Pediatrics, Tongling Maternal and Health Care of Hospital, Tongling 244000, Anhui, China

【Abstract】Objective To investigate the etiology and clinical features of convulsions in children. **Methods** The clinical data of 192 children with convulsions treated in our hospital was analyzed retrospectively. **Results** The age of the onset of convulsions was most 1-3 years(42.2%), followed by 1 month to 1 year(25%), 3-5 years(23.4%), 5 years or more(9.4%). 34 cases were with a family history; 56 cases with past history of convulsions. For the etiology, 138 cases(71.9%) were with febrile seizures, 22 cases(11.5%) with epilepsy, 15 cases(7.8%) with intracranial infection, 12 cases(6.25%) with rotavirus enteritis, 2 cases(1.04%) with electrolyte imbalance, 2 cases(1.04%) with drug poisoning and 1 case(0.52%) with metabolic diseases. 189 of 192 cases were cured and discharged, 3 cases were improved. **Conclusion** The febrile seizure is the most common cause of convulsions in children, followed by epilepsy, viral encephalitis. The age of onset of this disease is 1-3 years.

【Key words】 Children; Convulsions; Clinical features

惊厥是儿科临床常见的急症, 以婴幼儿多见, 病因复杂, 严重者可危及生命, 并可留下神经系统的后遗症^[1], 因此, 对于小儿惊厥必须紧急对症处理, 并积极寻找病因, 对症治疗。现对我院 2010 年 1 月-2012 年 5 月收治的 192 例小儿惊厥进行回顾性分析。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组资料为我院儿科 2010 年 1 月-2012 年 5 月收治的小儿惊厥共 192 例, 全部病例均符合小儿惊厥的诊断标准^[2]。

1.2 研究方法 对相关病例进行回顾性分析, 并结合文献对小儿惊厥进行总结: ①年龄分布及既往史; ②惊厥的病因; ③临床症状与体征; ④治疗及转归。

2 结果

2.1 年龄分布及既往史 192 例患儿中, 男 112 例, 女 80 例, 其中 1 月~1 岁 48 例(25%), 1~3 岁 81 例(42.2%), 3~5 岁为 45 例(23.4%), 5 岁以上 18 例(9.4%); 有家族史者 34 例, 既往有惊厥史 56 例, 全年均有发病。

2.2 惊厥的病因 热性惊厥 138 例(其中上呼吸道感染 71 例, 支气管炎 31 例, 支气管肺炎 38 例, 细菌性肠炎 6 例), 癫痫 22 例, 病毒性脑炎 10 例, 化脓性脑膜炎 5 例, 轮状病毒性肠炎 12 例, 药物中毒 2 例, 电解质紊乱 2 例, 代谢性疾病 1 例。

2.3 临床症状与体征 所有的患儿均有抽搐, 临床表现多样: 突然起病、意识丧失、双眼球上翻固定、面色青紫、牙关紧闭、口吐白沫、面部或四肢肌肉呈阵挛性或强直性抽搐、抽搐时间长短不一, 最短 2~3 min, 最长 30 min, 有发热者 143 例, 无热者 49 例, 病程中发作一次 156 例, 发作一次以上 36 例。

2.4 治疗及转归 治疗原则: 及时控制发作, 维持生命功能, 针对病因治疗, 防止复发。止惊首选地西洋 [0.3~0.5 mg/(kg·次)], 肌肉注射或缓慢静脉注射, 密切观察病情变化, 根据病情给予畅通气道、吸氧, 退热, 降低颅内压, 抗感染, 维持水电解质酸碱平衡等治疗。同时积极寻找病因, 对因处理。192 例中 189 例痊愈出院, 好转 3 例。

3 讨论

惊厥是由于大脑皮质运动神经系统细胞突然大量异常放电而致全身或局部肌肉出现暂时的、不随意收缩, 常伴意识障碍, 为小儿常见的急症症状之一。由于婴幼儿的大脑皮质功能发育未完善, 神经髓鞘未完全形成, 皮质抑制功能差, 兴奋易扩散; 且血脑屏障功能差, 各种毒素易透入脑组织^[1]。引起小儿惊厥常见疾病, 包括热性惊厥、癫痫、颅内感染、肠道感染、电解质紊乱及产伤窒息等疾病。热性惊厥是小儿时期最常见的惊厥性疾病, 在我国热性惊厥的发病率占 3.9%, 在小儿惊厥中热性惊厥约占 63%^[3]。本组资料显示, 热性惊厥在小儿惊厥中占 71.9%, 这也表明热性惊厥是

小儿时期最常见的急症之一,热性惊厥的发病机制至今尚不明确,可能与遗传、年龄、发热、感染、免疫因素有关。本资料中,热性惊厥有家族史者 34 例,占 17.7%。研究表明,幼时患过热性惊厥的父母,其子女患热性惊厥的概率是一般人群的 3.5~4.4 倍^[3]。近年来,认为免疫网络被激活是热性惊厥发病的机制之一。有研究显示,白细胞介素-1(IL-1),细胞粘附因子-1(ICA-1)及淋巴细胞功能抗原-1(LFA-1)能降低发热患儿大脑兴奋阈值,从而诱发惊厥^[4]。除细胞因子外,热性惊厥患儿血浆中 CD19/CD5 及 CD19/CD21 比值比对照组儿童升高,而 CD4/CD45RA 及 CD4/CD45RO 比值降低,且总的 IgG 水平降低,表明免疫功能异常与热性惊厥密切相关。

癫痫是引起小儿惊厥的第二位原因,具有反复发作、相对难治等特点^[5],给患儿及家庭带来心理和经济负担,以大发作为主,部分患儿既往有热惊厥,从临床资料分析看,大都由复杂性热性惊厥发展而来,一部分癫痫患儿具有阳性家族史。颅内感染是引起小儿惊厥常见的原因之一,本组资料中有 15 例,占 7.8%。惊厥常伴意识障碍,如嗜睡、昏睡、昏迷、烦躁及呕吐,惊厥发作反复多次,每次持续时间长,可有异常神经系统体征,脑脊液常规生化多异常,目前主要以病毒性脑炎、化脓性脑膜炎为主,而流脑和乙型脑炎随着预防接种的普及,临床很少见。郭虎等^[6]分析了南京市急性脑炎/脑膜炎综合征病例,发现病毒性脑炎发病年龄偏大,一般在 7 岁左右。国内另一组资料显示,化脓性脑膜炎以小婴儿为主,除惊厥外,还常伴反应差,纳差,体温改变^[7]。故对可疑病例,应及早行脑脊液检查,以免误诊。轮状病毒肠炎是引起小儿无热惊厥的另一常见的原因,常发生于秋冬季,抽搐时间一般在 5 min 之内,表现为全身性惊厥,一次病程中一般发作 1~2 次,目前认为其发病的机制可能与病毒直接侵犯中枢神经系统引起的病毒性脑炎及腹泻导致急性脱水后,继发性脑水肿有关^[8]。另有人认为与一氧化氮代谢产物作用有关^[9-10],本病预后良好,对患儿生长发育无近期和远期不良影响^[11]。电解质紊乱也是小儿惊厥的原因之一,与低钙低镁等有关,维生素 D 缺乏、消化道疾病均可影响钙的吸收,对于长期腹泻患儿出现抽搐,经补钙治疗后仍发生无热惊厥的患儿应考虑低镁血症,

并及时处理。中毒也是引起小儿惊厥的原因之一,本资料有 2 例系患儿误服后抽搐,入院时已昏迷呼吸衰竭。在我国儿童急性中毒主要是药物、农药、灭鼠剂,常常是误服,重症病死率很高。因此,加强药品及毒物管理可减少中毒机会,对疑似患者,除详细的病史及查体外,及时明确诊断,合理使用解毒剂,重视支持疗法是抢救成功的关键。同时,遗传代谢性疾病也是小儿惊厥不可忽视的原因,本资料中有 1 例,应值得临床重视。

惊厥是儿科最常见的急症之一,其中以热性惊厥为主,其次是癫痫、颅内感染、电解质紊乱、轮状病毒肠炎、中毒等。对于惊厥除积极对症处理外,应该详细询问病史及结合临床表现,做出正确的诊断,对因治疗,防止再发,重视支持疗法,以免造成缺氧性脑损害及后遗症。

参考文献

- [1] 胡亚美,江载芳. 诸福棠实用儿科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2002:2514.
- [2] 沈晓明,王卫平. 儿科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008:400-402.
- [3] 吴洁. 小儿惊厥诊断及鉴别思路[J]. 临床儿科杂志,2006,24(10):857-860.
- [4] 刘智胜,姚辉,孙丹,等. 热性惊厥患儿血浆和外周血单个粒细胞表面 ICAM-1/LFA-1 的表达水平[J]. 中国实用儿科杂志,2007,22(11):826-829.
- [5] 秦炯. 小儿神经系统疾病诊治进展[J]. 中国实用儿科杂志,2008,23(5):328-331.
- [6] 郭虎,陆海英,郑帆. 对病毒性脑炎的再认识[J]. 中华全科医学,2011,9(12):1861-1862.
- [7] 米荣,徐放生,李莉,等. 新生儿、小婴儿化脓性脑膜炎 73 例临床分析[J]. 实用儿科临床杂志,2007,22(10):751-752.
- [8] Raboni SM, Nogueira MB, Hakim VM, et al. Comparison of latex agglutination with enzyme immunoassay for detection of rotavirus in fecal specimens[J]. Am J Clin Pathol,2002,117(3):392-394.
- [9] 蒋英姿. 小儿轮状病毒肠炎合并无热惊厥 28 例临床分析[J]. 中国小儿急救医学,2010,17(2):156.
- [10] Kawashima H, Inage Y, Ogihara M, et al. Serum and cerebrospinal fluid nitrite/nitrate levels in patients with rotavirus gastroenteritis induced convulsion[J]. Life Sci,2004,74(11):1397-1405.
- [11] Hassib N. Benign afebrile cluster convulsions with gastroenteritis an observational study[J]. BMC Pediatr,2004,5(4):2.

(收稿日期:2012-11-13)

(上接第 1174 页)

- [7] Tsai CJ, Chu KS, Chen TI, et al. A comparison of the effectiveness of dexmedetomidine versus propofol target-controlled infusion for sedation during fiberoptic nasotracheal intubation[J]. Anaesthesia, 2010, 65(3):254-259.
- [8] 范慧慧,范莹莹,徐浩,等. 右美托咪啶用于颌面外科手术清醒纤维支气管镜镇静的临床研究[J]. 实用口腔医学杂志,2012,28(2):223-226.

- [9] Abdelmalkb, Aakary L, Hoban J, et al. Dexmedetomidine as sole sedative for awake Intubation in management of the critical airway[J]. J Clin Anesth,2007,19(5):370-373.
- [10] Seybold JL, Ramamurthi RJ, Hammer GB, et al. The use of dexmedetomidine during Laryngoscopy, bronchoscopy, and tracheal extubation following tracheal reconstruction[J]. Pediatric Anesthesia, 2007,17(12):1212-1214.

(收稿日期:2013-01-08)

21 例肝胆管结石患者行胆肠吻合术后再手术临床分析

陈西兰, 周启超, 杨先芬, 韩肃

【摘要】 目的 探讨肝胆管结石患者行胆肠吻合术后再手术的原因及其预防措施。方法 回顾性分析肝胆胰外科 2003 年 1 月-2011 年 1 月 21 例患有肝胆管结石行胆肠吻合术后再手术患者的临床资料及其随访情况。结果 再次手术时发现肝内胆管结石患者 13 例, 其中结石位于左肝患者 4 例、结石位于右肝患者 5 例、左右肝均有结石 4 例, 左肝外叶萎缩 2 例、右肝萎缩 3 例、左右肝均萎缩 3 例。胆肠吻合口处瘢痕狭窄患者 4 例, 吻合口处有结石患者 1 例, 胆管癌 1 例, 胆肠吻合口肿瘤患者 1 例。原胆肠吻合口为倒 Y 形 1 例, 返流性胆管炎 1 例。再手术后胆肠吻合口出血 1 例, 吻合口漏 1 例, 手术创面渗血 1 例, 随访患者 21 例, 随访率 100%, 随访时间 1~8 年之间, 平均 3.5 年。1 例胆管癌及 1 例吻合口肿瘤患者均死亡, 4 例患者再手术后仍偶有胆管炎发作, 其余 15 例患者腹痛症状基本消失。**结论** 术前严格掌握肝胆管结石行胆肠吻合手术的适应症, 术前对患者进行评估, 选择正确的手术方式, 术中精细的操作都是减少术后并发症、降低再次手术机率的重要措施。

【关键词】 肝胆管结石; 胆肠吻合术; 再手术

【中图分类号】 R657.42 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1224-03

Reoperation after Cholangioenterostomy for Hepatolithiasis: Clinical Analysis of 21 Cases CHEN Xi-lan, ZHOU Qi-chao, YANG Xian-fen, et al. Department of Hepatobiliary Surgery, General Hospital of Northern Anhui Coal-electricity Group, Suzhou 234000, Anhui, China

【Abstract】 **Objective** To explore the reasons and preventive measures of reoperation after cholangioenterostomy for hepatolithiasis. **Methods** Clinical data of 21 patients underwent reoperation after cholangioenterostomy for hepatolithiasis in our hospital from January 2003 to January 2011 were analyzed retrospectively. **Results** The reoperation found stones in intrahepatic bile duct in 13 cases, the stones were located in the left hepatic in 4 cases, located in the right hepatic in 5 cases, in the hole hepatic in 4 cases, left hepatic lobe atrophy in 2 cases, and right hepatic lobe atrophy in 3 cases. Both left and right hepatic lobe atrophy in 3 cases, biliary enteric anastomosis stenosis in 4 cases, stones in stoma induced 1 case, complicated with bile duct carcinoma in 1 case, tumour in biliary enteric anastomosis in 1 cases, 1 case of primary anastomosis inverted Y shape, cholangitis in 1 case, the paries posterior of stoma bleed after the reoperation in 1 case. The surface of operation wound bleed in 1 case. The bile streamed in 1 case. 21 cases were followed up, the rate was 100%. The following up time was 1 to 8 years, the average time were 3.5 years. 1 case of cholangiocarcinoma and 1 case of bile duct carcinoma died. The symptom of other patients disappeared. The cholangitis happenned sometimes after the reoperation in 4 cases. **Conclusion** Strictly control the operation indications before the operation, choose the correct operation, careful operation technology were the crux of the matter to reduce the syndrome and prevent the reoperation of hepatolithiasis biliary enteric anastomosis after the operation.

【Key words】 Hepatolithiasis; Cholangioenterostomy; Reoperation

肝胆管结石在我国是常见病、多发病, 其治疗方法以手术治疗为主, 手术方式包括行肝叶切除、胆管切开取石、胆肠吻合等, 其中胆肠吻合术是一种重要的手术方式。由于肝胆管结石病情复杂且各种胆肠吻合术改变了胆道正常结构, 不能重建 Oddi 括约肌的生理功能, 因此行胆肠吻合术后有较高的并发症及再手术率。我科自 2003 年 1 月-2011 年 1 月对 21 例肝胆管结石胆肠吻合术后患者进行再手术, 总结其临床资料及随访情况具体报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 21 例患者中, 男性 11 例, 女性 10 例, 年龄 25~71 岁, 平均年龄 46.5 岁。再手术就诊时患者均有不同程度的腹痛腹胀症状, 其中合并发热患者 5 例, 合并黄疸患者 3 例。急诊手术患者 2 例、择期手术 19 例。

1.2 前次手术情况 行胆囊与空肠吻合患者 2 例; 留置皮下盲袢行胆肠吻合患者 2 例, 胆总管空肠 Roux-

en-Y 端侧吻合患者 6 例; 左肝部分切除, 其断面胆管和胆总管分别与空肠吻合患者 1 例。行左肝外叶切除患者 2 例, 行右肝部分切除患者 3 例; 行急诊手术患者 2 例; 既往有 1 次胆道手术史患者 2 例, 2 次胆道手术史患者 2 例。

1.3 再手术原因及手术方式 再次手术原因: 肝内胆管结石 13 例, 其中结石位于左肝 4 例、结石位于右肝 5 例、左右肝均有结石 4 例, 左肝外叶萎缩 2 例、右肝萎缩 3 例、左右肝均萎缩 3 例。胆肠吻合口处瘢痕狭窄 4 例, 吻合口处结石 1 例, 胆管癌 1 例, 胆肠吻合口肿瘤 1 例。返流性胆管炎 1 例。再手术方式: 行胆肠吻合口切开取石合并肝叶切除 6 例, 其中肝左叶部分切除 2 例, 肝右叶部分切除 4 例, 1 例肝左内叶肿块患者, 行肝肿块切除术后送病理提示为高分化腺癌。吻合口上段一巨大结石患者(结石约 4 cm × 6 cm)行吻合口切开取石后行吻合口重建。吻合口瘢痕性狭窄患者 4 例, 其中 3 例行吻合口切开重建及整形手术, 1 例患者由于术前腹部 CT 提示胆肠吻合口占位行剖腹探查, 术中触及吻合口较硬, 予行吻合口切除重建, 术后吻合口病理提示胆肠吻合口低分化腺癌。1 例胆管炎患者术

中探查吻合口正常行吻合口上段胆总管切开并放置 T 管引流。

2 结果

再次手术后其中 1 例患者出现胆肠吻合口处出血,另 1 例患者术后手术创面出现渗血,均急诊行再次手术进行止血。1 例患者出现吻合口漏胆汁,予行吻合口引流管冲洗引流后近 1 月胆漏消失,其余患者均顺利出院。随访患者 21 例,随访率 100%,随访时间 1 8 年之间,平均 3.5 年。1 例胆管癌及 1 例吻合腺癌患者出院后均死亡。3 例患者再手术后偶有腹痛、发热等胆管炎症状出现,均予抗炎对症治疗后好转。其余患者术后情况良好,腹痛、发热症状基本消失。

3 讨论

3.1 再次手术的原因分析 肝胆管结石患者行胆肠吻合术后再手术的原因主要包括术前手术适应症掌握不当,手术当中操作不当以及并发肿瘤等。

肝胆管结石的病因是结石引起了胆道梗阻、胆道扩张及胆道感染,最终引起肝实质病变^[1],因此其治疗应遵循“去除病灶、取尽结石、解除梗阻、通畅引流、防治复发”的原则^[2],选择合理的手术方式。胆肠吻合术的主要功能是引流、排出结石、解除狭窄、重建胆道。在临床工作中往往注重其优点,忽视了胆肠吻合术的缺点,导致胆肠吻合术适应症掌握不恰当,造成术后出现很多并发症及再次手术,因此,对于胆石症患者行胆肠吻合术,应严格掌握其适应症,避免过度使用^[3]。胆肠吻合术包括多种方式,但无论哪种方式的吻合都无法重建 Oddi 括约肌的生理功能,都无法避免引起返流,但是“返流不等于感染”^[4],如果返流物滞留在吻合口上段,会不同程度的引起胆道系统的机械性、化学性和细菌性的损害,会导致胆道系统出现慢性炎症、纤维组织增生、黏膜及黏膜下腺体异常分泌和分化等,进一步发展会促进结石的再生、胆管的再狭窄、胆管上皮细胞不典型增生甚至恶变。在本研究中有 5 例患者第一次手术即行胆肠吻合术,其中 3 例术中未取尽结石就采用了胆肠吻合术,可能术者期望术后结石会从吻合口排出,但再手术时却发现胆肠吻合口上方存在较大的结石。因此现在的观点认为,对肝内局限存在的结石如能通过切除部分肝脏而将其完全清除,就无需采用胆肠吻合术。而对于那些肝左右两叶都有结石不能切除干净,或病灶虽局限但操作困难而不能切净者,在对肝内外病灶作出恰当的处理后,才能选用胆肠吻合术^[5]。而对于结石存留、但是胆管狭窄不能解除者不宜选择胆肠吻合术,否则会引流不畅。对于 Oddi 括约肌功能正常的患者可采用带蒂的胆囊壁及胃壁、空肠壁或脐静脉来修复胆道解除其狭窄,保留括约肌的功能,这样能够预防肠内容物返流,减少术后胆管炎的发生。

胆肠吻合技术缺陷会引起吻合口狭窄,加之吻合

后可能出现肠内容物返流会导致胆道感染和结石的产生。现在认为吻合口狭窄是胆道感染、结石复发的原因,且三者相互关联^[3],这就要求术者操作时小心、仔细。在进行胆肠吻合术时应注意以下几点:①不要过分游离胆管需保持其有良好的血供,要尽量切除以前的瘢痕组织,吻合的组织必须血供良好。②采用 5-0 或 4-0 可吸收线行单层吻合,可连续缝合,但胆管壁较薄时宜用间断缝合可减少胆管牵拉撕脱。③吻合口要黏膜对黏膜单层吻合,其大小要适中,无张力。④如术者操作确切可靠,胆肠吻合口无需行支撑引流,但如肝内胆管存在结石、胆道损伤时吻合口需行 T 管引流。这样可以方便以后造影或取石,确保吻合口安全^[6]。⑤确保胆肠吻合口呈“Y”形,上行肠袢最好位于结肠后位,保持顺畅。⑥Roux 袢有抗返流作用,现在公认观点是其长度在 40~60 cm 为宜^[7]。如较长可能会粘连、扭曲致管腔不畅,肠管内细菌繁殖增加逆行感染的几率^[8]。本组术中发现胆肠吻合口呈倒 Y 形 1 例,术中予重建吻合口改为 Y 形。Roux 袢基本正常。

在我国肝胆管结石是常见病和多发病,而肝内胆管结石并肝内胆管癌的发病率要远高于合并原发性肝内胆管细胞癌^[9]。主要原因是结石长期刺激致反复发作的胆管炎、胆道上行感染及肝门部胆管狭窄等均可导致胆管癌变^[10]。同时胆肠返流所带来的食物残渣及反复的细菌感染会使胆管炎症加重,使胆管上皮出现不典型增生和化生,如炎症长期得不到控制则可能发生癌变^[11]。本研究中术后病理证实胆管癌 1 例,吻合口低分化腺癌 1 例,均未能根治,分别于术后 4 月及 1 年余死亡。

3.2 肝胆管结石胆肠吻合术后再手术方式的选择

肝胆管结石胆肠吻合术后再手术的手术方式多种多样,需根据具体病因采取合适的手术方式,在本研究中应用最多的是胆肠吻合口切开取石合并肝叶切除,局限的肝内胆管结石可行肝叶或肝段切除,这样能够达到根治的目的。但是对于肝内广泛分布的肝内胆管结石需留置 T 管或皮下肠袢行胆道镜取石。单纯吻合口狭窄可行吻合口切除和吻合口重建及整形手术。如为胆管癌或是吻合口肿瘤可行肿瘤切除必要时行根治手术。

总结本组 21 例病例可以发现,肝胆管结石胆肠吻合术后再手术的原因较多,再手术方式也多种多样没有固定的模式。初次手术时严格掌握胆肠吻合术的适应症,手术过程中仔细操作减少不必要的损伤,提高操作技巧,都是减少术后并发症降低再次手术机率的重要措施。只有这样才能获得满意的临床效果,降低结石复发率,改善患者的生存质量。

参考文献

- [1] 王小林,杨永红.肝胆管结石手术后再手术原因分析与治疗[J].中国医药导报,2008,5(8):157-158.
- [2] 中华医学会外科分会胆道外科学组.肝胆管结石病诊断治疗指南[J].中华消化外科杂志,2007,6(4):156-161.

早期 CPAP 在小儿重症肺炎合并呼衰中的应用

王福安

【摘要】目的 探讨早期持续气道正压通气(CPAP)对于小儿重症肺炎并呼衰中的治疗效果,评价其临床应用价值。**方法** 对于 2010 年 10 月-2011 年 12 月在医院进行治疗的 68 例小儿重症肺炎合并呼衰患者,随机分为两组,观察组患者采用 CPAP 治疗,对照组患者采用鼻道管吸氧,对两组患者的有效率、呼吸改善、气促、紫绀、血气情况及住院时间等进行比较。**结果** 观察组患者的有效率高于对照组,两组间差异具有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者的 PaO₂ 及 SaO₂ 水平明显高于对照组患者,两组间差异具有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者的缺氧、改善呼吸、住院时间等均好于对照组,两组间差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 早期持续 CPAP 对于小儿重症肺炎并呼衰中的治疗效果较好,不仅能够改善患者的缺氧及呼吸情况,同时能够缩短患者的住院时间,具有很好的临床应用价值。

【关键词】 CPAP;重症肺炎;呼衰;临床疗效

【中图分类号】 R725.6 R563.8 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1226-02

Application of Early Continuous Positive Airway Pressure in Pediatric Severe Pneumonia Combined with Respiratory Failure WANG Fu-an. Xuchang Maternal and Child Health Hospital, Xuchang 461000, He'nan, China

【Abstract】Objective To study the clinical curative of early continuous positive airway pressure(CPAP) on pediatric severe pneumonia combined with respiratory failure, to evaluate its clinical application value. **Methods** Total 68 cases of severe pneumonia combined with respiratory failure from October 2010 to December 2011 in our hospital were randomly divided into two groups, the observation group were treated with CPAP, and the control group were treated by nasal oxygen pipeline. The effective rate, ventilatory function improvement, shortness of breath, cyanosis, blood gas analysis and length of hospitalization were compared between the two groups. **Results** The effective rate in the observation group was higher than those in the control group, the difference between the two groups was statistical significant ($P < 0.05$). The levels of PaO₂ and SaO₂ in the observation group were obviously higher than those in the control group, the difference was statistical significant ($P < 0.05$). The improvement in anoxia, respiratory and length of hospital stay was better as compared to the control group, the difference between the two groups have statistical significance ($P < 0.05$). **Conclusion** The early CPAP for pediatric severe pneumonia combined with respiratory failure is effective, it can not only improve the anoxia and breathing, but also shorten the length of hospital stay, and the clinical value is exactly.

【Key words】 Continuous positive airway pressure; Severe pneumonia; Respiratory failure; Clinical curative effect

小儿重症肺炎是临床上引起小儿死亡的主要疾病,患者的病情较重,常常出现低氧血症^[1],因此,早期纠正缺氧对小儿重症肺炎患者进行急救的关键,本文主要探讨早期持续 CPAP 对于小儿重症肺炎并呼衰中的治疗效果。

1 资料与方法

1.1 临床资料 对于 2010 年 10 月-2011 年 12 月在本院进行治疗的 68 例小儿重症肺炎合并呼衰患者,随机分为两组,观察组 34 例,男性 18 例,女性 16 例;年龄在 1 个月~4 岁,平均年龄为(2.1 ± 0.7)岁;其中有 21 例患者为 I 型呼吸衰竭,有 13 例患者为 II 型呼吸

衰竭。对照组 34 例,男性 19 例,女性 15 例;年龄在 2 个月~4 岁,平均年龄为(2.3 ± 0.9)岁;其中有 20 例患者为 I 型呼吸衰竭,有 14 例患者为 II 型呼吸衰竭。经比较,两组患者的性别、年龄及疾病类型等基本一致,差异不具有统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 对照组 两组患者均进行抗感染等常规治疗,其中对照组 34 例患者采用鼻导管给氧,遵照医嘱给予患者吸痰等相应的护理措施。

1.2.2 观察组 观察组 34 例患者采用 CPAP 治疗,应用小儿 STEPHANCPAP-B 系统(北京泽平公司),主要根据氧流量及压力进行调节,对患者进行双孔鼻塞

作者单位:461000 河南省许昌市妇幼保健院儿科

[3] 李绍强,赖佳明,梁力健,等. 胆肠吻合术在治疗肝胆管结石中的作用[J]. 中华肝胆外科杂志,2004,10(11):739-743.
 [4] 田农庄,张弓长. 胆肠吻合术后返流性胆道高压综合征的临床研究[J]. 中华医学杂志,2003,12(83):1102-1103.
 [5] 周孝思. 胆肠吻合术在肝内胆管结石治疗中的合理应用[J]. 外科理论与实践,2003,8(2):161-163.
 [6] 张永杰. 胆肠吻合治疗复杂胆道结石的戒指与误区[J]. 中国实用外科杂志,2009,29(7):560-562.
 [7] 王同宪,莫同珍. 32 例肝胆管结石行胆肠 Roux-Y 吻合术分析[J]. 肝胆胰外科杂志,2009,21(4):319-320.

[8] 梁立健,李绍强. 关于胆肠吻合术的思考[J]. 中国实用外科杂志,2004,24(1):41-42.
 [9] 武来兴. 肝胆胰外科疾病诊断标准[M]. 北京:科技文献出版社,2009.
 [10] 何振平,郑树国,范林军,等. 肝切除治疗肝胆管结石(附 644 例报告)[J]. 中华肝胆外科杂志,2000,6(3):175.
 [11] 何振平. 肝胆管结石并发肝胆管癌[J]. 中国普外基础与临床杂志,2006,13(4):375-377.

(收稿日期:2012-09-21)

正压给氧,吸入的氧浓度为 40% ~ 90%,氧流量为 0.5 ~ 1 L/min。

1.3 疗效判断标准 对两组患者在治疗后 24 h 内进行血气检查,显效:患者在 24 h 内呼吸困难消失,患者心率恢复正常,在 48 h 内没有复发,PaO₂ 在 80 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa) 以上;好转:患者在 24 h 上述症状好转,PaO₂ 有所提高;无效:患者的治疗后 24 h 临床症状、体征及血气情况没有改善。

1.4 统计学方法 若为计量资料,采用($\bar{x} \pm s$)的形式表示,统计学分析采用两组间的 *t* 检验进行,对于定性资料采用 χ^2 检验或者秩和检验,本次研究中对于两组患者治疗后的有效率进行比较,采用 χ^2 检验,对于两组患儿临床症状改善时间及血气情况进行比较时,采用两组间 *t* 检验进行, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义,统计软件应用 SPSS 13.0 进行统计学分析。

2 结果

2.1 两组患儿有效率比较 观察组患者治疗有效率为 94.1%,对照组患儿治疗有效率为 76.5%,观察组有效率高于对照组,两组间差异具有统计学意义($P < 0.05$),具体结果见表 1。

表 1 两组重症肺炎合并呼衰患儿疗效比较

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	有效率(%)
观察组	34	14	18	2	94.1
对照组	34	10	16	8	76.5

2.2 两组患儿临床症状改善情况比较 观察组患者的缺氧、改善呼吸、住院时间等均好于对照组,两组间差异具有统计学意义($P < 0.05$),具体结果见表 2。

表 2 两组重症肺炎合并呼衰患儿临床症状改善情况比较($\bar{x} \pm s, d$)

组别	<i>n</i>	住院时间	呼吸困难	心率恢复	肺部啰音
观察组	34	6.2 ± 0.7	0.9 ± 0.2	3.1 ± 0.7	5.1 ± 0.8
对照组	34	8.9 ± 1.1	2.1 ± 0.3	4.9 ± 1.2	6.9 ± 1.3

2.3 两组患儿血气情况比较 观察组患者的 PaO₂ 及 SaO₂ 水平明显高于对照组患者,两组间差异具有统计学意义($P < 0.05$),具体结果见表 3。

表 3 两组重症肺炎合并呼衰患儿血气情况比较

组别	<i>n</i>	PaO ₂ (mm Hg)	SaO ₂ (mm Hg)
观察组	34	97.5 ± 7.2	96.1 ± 2.8
对照组	34	80.9 ± 7.5	83.5 ± 2.7

3 讨论

小儿重症肺炎是临床上常见的小儿疾病,是引起我国小儿死亡的主要原因,大多患者可死于肺炎并发症^[2],由于小儿特殊的生理解剖特点,其肺组织的弹力较小^[3],血管较多,毛细血管及淋巴细胞之间的空隙较大,肺泡数量较少,使得肺部含血量较多而含气量较少,引起气体交换量较小,当小儿肺部发生感染后,极易引起支气管肿胀,分泌物容易堵塞,通气和换气功能出现严重的障碍,引起机体严重缺氧^[4-5];同时由于重症肺炎可以导致肺组织损伤,减少了肺泡表面活性物质的产生,引起肺泡萎缩,形成低氧血症,一般不能缓

解,容易出现并发症,对患者进行积极纠正缺氧是临床抢救的关键^[6-7],本文主要探讨早期持续 CPAP 对于小儿重症肺炎并呼衰中的治疗效果。

患者出现肺部感染后激活全身炎症反应,大量的细胞因子及炎性介质释放,引起急性肺损伤,临床上可出现急性呼衰心衰等表现^[8]。有研究表明,心肺会出现互相影响,当胸腔为负压时,可引起左心室的后负荷增加,引起左心室搏出量明显下降,引起肺水肿等,从而加重了肺部病变,加重了低氧血症^[9],普通给氧并不能改善,此时,需要进行持续 CPAP 治疗。

CPAP 治疗能够保证呼吸道处于持续正压的状态,增加肺泡的功能残气量,减少肺内分流,促进肺泡进行气体交换,提高患者的 SpO₂,改善患者的缺氧状态,减少肺泡萎缩,保证了患者具有完全的自主呼吸,对于重症肺炎合并呼衰患者治疗效果较好^[10],具有很好的抢救作用。

本研究对于 68 例小儿重症肺炎合并呼衰患者,随机分为两组,观察组患者采用 CPAP 治疗,对照组患者采用鼻道管吸氧,其结果显示:观察组患者的有效率高于对照组,两组间差异具有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者的 PaO₂ 及 SaO₂ 水平明显高于对照组患者,两组间差异具有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者的缺氧、改善呼吸、住院时间等均好于对照组,两组间差异具有统计学意义($P < 0.05$)。综上所述,早期持续 CPAP 对于小儿重症肺炎并呼衰中的治疗效果较好,不仅能够改善患者的缺氧及呼吸情况,同时能够缩短患者的住院时间,具有很好的临床应用价值。

参考文献

- [1] 王凯,张罗献,赵丽敏.舒利迭加无创通气治疗稳定期慢性阻塞性肺疾病的临床研究[J].中原医刊,2006,33(11):728.
- [2] 陈超.持续呼吸道正压通气在新生儿呼吸系统疾病中的应用[J].实用儿科临床杂志,2007,22(2):86-88.
- [3] 尹丽霞,梁爱萍.NCPAP 在小儿重症肺炎治疗中的作用观察[J].临床肺科杂志,2010,15(4):549-550.
- [4] 朱广卿.慢性阻塞性肺疾病合并慢性呼吸衰竭患者实施家庭无创通气的意义[J].国际呼吸杂志,2007,27(3):174-176.
- [5] Sherman TL,Blackson T,Touch SM,et al. Physiologic effects of CPAP: application and monitoring[J]. Neonatal Netw,2003,22(6):7-16.
- [6] 高胭,李晓玲,祝伟.50 例小儿重症肺炎并发颅内压增高临床分析[J].实用全科医学,2007,5(10):887-888.
- [7] 随素敏.新生儿呼吸机相关性肺炎 43 例临床分析[J].中华全科医学,2011,7(2):24-28.
- [8] 黄芳.氨溴索联合小剂量肝素雾化吸入治疗小儿重症肺炎 48 例临床疗效观察[J].中国医药指南,2012,20(1):112-114.
- [9] 李永华,厉为良,杨玉波.老年重症肺炎患者机械通气后短期预后因素分析[J].中华实用诊断与治疗杂志,2010,24(06):623-624.
- [10] 李汉广,林方,王德生.早期持续气道正压通气治疗小儿重症肺炎合并呼吸衰竭的疗效观察[J].当代医学,2012,30(3):214-216.
- [11] 肖持坚,毛作胜.甲泼尼龙治疗需要机械通气的小儿重症肺炎的临床研究[J].吉林医学,2012,22(3):34-36.

(收稿日期:2012-11-01)

电灼联合匹多莫德治疗尖锐湿疣疗效观察

黄德顺, 刘恩让

【摘要】 目的 观察高频电离子电灼联合匹多莫德治疗尖锐湿疣的疗效和安全性。方法 将 156 例尖锐湿疣患者随机分为治疗组(78 例)和对照组(78 例),对照组单纯使用高频电离子手术治疗仪进行电灼治疗,治疗组在此基础上加用口服匹多莫德口服液口服连用 2 个月。结果 随访 3 个月,治疗组痊愈 70 例,治愈率为 89.7%,对照组痊愈 56 例,治愈率为 71.8%,治疗组的治愈率明显高于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=8.09, P<0.01$);治疗组复发 11 例,复发率为 14.1%,对照组复发 24 例,复发率为 30.8%,复发率明显低于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=6.23, P<0.05$)。结论 匹多莫德对电灼术治疗尖锐湿疣有明显提高其治愈率和对复发有预防作用,能明显降低患者的复发,安全有效,具有临床推广价值。

【关键词】 匹多莫德;高频电离子;尖锐湿疣

【中图分类号】 R752.53 R986 R616.1 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1228-02

Prophylactic Effect of Condyloma Acuminatum Relapse by Pidotimod on High-frequency Electroionization Treatment

HUANG De-shun, LIU En-rang. Department of Dermatology, the Second People's Hospital of Shenzhen, Shenzhen 518035, Guangdong, China

【Abstract】 Objective To observe the prophylactic effect and evaluate its safety of condyloma acuminatum treatment pidotimod on high-frequency electroionization treatment. **Methods** 176 cases of patient with condyloma acuminatum were randomly divided into the high-frequency electroionization treatment group(78 cases) and the combined treatment group(78 cases). The high-frequency electroionization treatment group received single treatment, while the combined treatment group received high-frequency electroionization treatment and pidotimod, 10 ml. po. bid for 2 months. **Results** Three months after treatment, 70 cases in the treatment group were cured, the cure rate was 89.7%; 56 cases were cured in control group, the cure rate was 71.8%, the cure rate in treatment group was significantly higher than that of the control group, with statistically significant differences($\chi^2=8.09, P<0.01$). The treatment group of 11 cases of recurrence, the recurrence rate was 14.1%, 24 cases of recurrence in the control group, the recurrence rate was 30.8%, the recurrence rate was lower than that of the control group, which had statistically significant differences($\chi^2=6.23, P<0.05$). **Conclusion** Treatment with pidotimod after high-frequency electroionization can significantly improve the cure rate and have a preventive effect on the recurrence of condyloma acuminatum fulguration therapy, can significantly reduce the recurrence of patients, which was safe and effective, and it was worth spreading in clinic.

【Key words】 Pidotimod; High-frequency electroionization; Condyloma acuminatum

尖锐湿疣(CA)是人感染人类乳头瘤病毒(HPV)而引起的一种外阴、生殖器、肛周增生性损害。治疗方法有激光、电灼、外科手术切除、冷冻、免疫调节、中药治疗等。我科采用高频电离子手术联合匹多莫德治疗尖锐湿疣,取得满意疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 156 例 CA 患者均为我院门诊患者,男性 125 例,女性 31 例,年龄 16~60 岁,平均 34.6 岁;病程平均约 1.5 个月。发病部位:男性为阴茎背侧 32 例、尿道口 13 例、冠状沟 46 例、系带 16 例、肛周 18 例;女性为外阴大小阴唇及阴道口 23 例、尿道口 3 例、宫颈口 5 例。皮损为扁平状 43 例,菜花状 51 例,乳头状 32 例,鸡冠状 21 例,其他 9 例;皮损直径为 0.3~2.1 cm;皮损数量 1~19 个,平均 9 个。将 156 例患者随机分为治疗组和对照组各 78 例。两组一般资料及病情、病程有可比性。

1.2 排除标准 ①孕期妇女及哺乳期妇女;②严重的心、肝、肾功能障碍者;③糖尿病患者;④就诊前一个月内有使用生物免疫制剂及抗病毒患者;⑤年龄小于 16 岁或者大于 60 岁的患者;⑥不配合治疗者。

1.3 治疗及观察方法 两组均进行高频电离子(GDZ 9651A1 高频电离子手术治疗仪,成都维信电子科大新技术有限公司)电灼治疗:在局部的病变地方进行常规消毒,2%利多卡因在皮肤黏膜进行局部浸润麻醉。5%~10%的冰醋酸溶液行醋酸白试验,用高频电离子选用短火,输出调节调至 1~2 之间,由浅入深电灼烧变白的皮肤、黏膜和疣体及基底部边缘超出变白部分 2~3 mm,如烧灼过程中出现出血则转换为长火烧灼止血。治疗组行电灼治疗后均口服匹多莫德口服液(苏州长征制药厂生产)每次 10 ml,每天 2 次,连用 2 个月,同时服用抗生素并外搽百多邦 3 d;而对照组术后只服用抗生素和外搽百多邦 3 d。期间尿道内病变者 2 h 内禁止小便,肛周病变者方便后才进行治疗。

1.4 疗效评价 观察 3 个月判定疗效观察疣体在治疗前后的数目、形状、大小和部位,记录复发情况及药物的不良反应。治愈:临床症状消失,黏膜恢复正常,无增生性病变,醋酸白试验阴性,3 个月未复发。未愈,在 3 个月内又出现新的皮损。而在 3~6 个月内,后出现新的疣体都算是复发。

1.5 统计学方法 采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效比较 两组的患者的治愈率(下转第 1276 页)

· 全科临床论著 ·

大剂量甘露醇联合甲强龙在严重脑挫裂伤脑疝患者围手术期的应用

邱平华, 黄正华, 林孟强, 黄翰, 王育胜, 黄谷, 李汉城

【摘要】 目的 探讨严重脑挫裂伤脑疝患者行开颅大骨瓣减压围手术期应用大剂量甘露醇联合甲强龙控制颅内压的疗效。方法 对严重脑挫裂伤脑疝患者, 就诊时即予 20% 甘露醇 250 ~ 375 ml 快速静脉滴注后再应用生理盐水 100 ml + 甲强龙 500 mg 静脉滴注, 接着再次应用 20% 甘露醇 250 ml 快速静脉滴注。第 1, 2 次甘露醇均于 2 ~ 3 h 内用完, 部分患者第 2 次可在术中去除骨瓣硬膜切开前半小时应用。随机选择 35 例同病种病例, 围手术期单独应用 20% 甘露醇 250 ml 快速静脉滴注, 并进行对比分析。结果 经应用该方法后 35 例患者中, 除 1 例高龄患者出现恶性脑肿胀压力无法控制后, 其他病例术中脑压均控制良好, 创造良好手术时机, 促进手术顺利进行; 术后常规脱水补液, 维持有效循环量, 监测肾功能变化, 未出现急性肾功能衰竭病例; 效果明显优于对照组 ($P < 0.01$), 差异具统计学意义。结论 大剂量 (8 ~ 10 ml/kg, 平均 8.9 ml/kg) 甘露醇联合甲强龙在严重脑挫裂伤脑疝患者围手术期应用, 能有效控制颅高压, 创造手术时机, 效果好, 未出现急性肾功能衰竭现象。

【关键词】 严重脑挫裂伤并脑疝; 颅内压; 大剂量甘露醇; 围手术期; 激素

【中图分类号】 R651.152 R977.1 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1229-02

Perioperative Application of Large Dose of Mannitol and Methylprednisolone for Severe Cerebral Contusion and Laceration Combined with Brain Hernia Patients QIU Ping-hua, HUANG Zheng-hua, LIN Meng-qiang, et al. Department of Neurosurgery, Jieyang People's hospital, Jieyang 522000, Guangdong, China

【Abstract】 Objective To explore the therapeutic efficacy of perioperative large dose of mannitol and methylprednisolone on the control of intracranial pressure in severe cerebral contusion and laceration combined with brain hernia patients undergoing a large decompressive craniotomy (large bone flaps). **Methods** Thirty five patients with severe cerebral contusion and laceration combined brain hernia early received 20% mannitol 250 - 375 ml fast IV drip, followed by normal saline 100 ml + methylprednisolone 500 mg IV drip immediately, again 20% mannitol 250 ml fast IV drip (observation group). The first two application of mannitol was finished in 2 to 3 hours. The second IV drip of mannitol was perioperative used half an hour before the dural incision. Another 35 cases receiving 20% mannitol 250 ml fast IV drip were selected as control (control group). The therapeutic efficacy was compared between the two groups. **Results** In the observation group, the intracranial pressure was out of control only in 1 old patient due to malignant brain swelling, other cases got a well perioperative control in the intracranial pressure and prepared a good condition for the surgery. The routine perioperative fluid supplementation was performed to maintain effective circulation. The monitoring for kidney function did not find an acute renal failure case. The effect in the observation group was obviously superior to the control group, and the difference was significant. ($P < 0.01$). **Conclusion** The perioperative large dose of mannitol and methylprednisolone for severe cerebral contusion and laceration merger brain hernia patients can effectively control the cranial pressure, create the timing of surgery, and avoid the occurrence of acute renal failure.

【Key words】 Serious cerebral contusion and laceration combined with brain herniation; Intracranial pressure; Large dose of mannitol; Perioperation; Hormone

严重脑挫裂伤脑疝为颅脑外伤较为严重病例, 病死率较高, 常因恶性颅高压致脑肿胀, 脑缺氧缺血致脑组织坏死脑死亡。开颅手术大骨瓣减压为唯一有效方法。以往常规脱水往往无法控制颅高压, 致术中脑膨出关颅困难, 手术效果差。故我们从 2008 年 1 月 - 2012 年 5 月对 35 例严重脑挫裂伤脑疝患者围手术期应用大剂量 (8 ~ 10 ml/kg, 平均 8.9 ml/kg) 甘露醇联合甲强龙有效控制颅高压; 创造手术时机。并随机选择 35 例严重脑挫裂伤脑疝病例, 术前单独应用 20% 甘露醇 250 ml 快速静脉滴注进行对比、分析。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组病例 35 例, 男性 24 例, 女性 11 例, 年龄 15 ~ 83 岁, 平均 41.5 岁, 体重约 60 ~ 80 kg,

平均 70.2 kg。术前双侧瞳孔散大 27 例, 一侧瞳孔散大 8 例; 硬膜下血肿并脑疝 20 例, 广泛脑挫裂伤 32 例; 行一侧开颅大骨瓣减压术 32 例, 行双侧开颅大骨瓣减压 3 例; 受伤至入院时间 < 1 h 5 例, 1 ~ 2 h 10 例, 2 ~ 3 h 14 例, > 3 h 6 例。

1.2 治疗方法 患者来诊时或“120”出车接到患者时发现患者病情严重, 一侧瞳孔散大, 脑疝形成即予 20% 甘露醇 250 ml 快速静脉滴注随后应用 NS 100 ml + 甲强龙 500 mg 静脉滴注。如患者双侧瞳孔散大或 CT 片提示脑疝形成, 环池脑干模糊不清脑白质灰质模糊不清, 可再应用 20% 甘露醇 250 ml 快速静脉滴注; 如脑肿胀不明显, 虽然环池脑干模糊不清, 但脑白质灰质仍可区别, 则第 2 次甘露醇于开颅术中硬膜切开前快速应用。患者做好术前准备后即送手术室行开颅血肿清除大骨瓣减压 + 气管切开术, 术后应用江基尧教授^[1]的 20% 甘露醇 + 白蛋白 + 速尿模式脱水, 保持呼吸道通畅, 维持有效循环血量及电解质酸碱平衡,

作者单位: 522000 广东省揭阳市人民医院神经外科一区 (邱平华, 黄正华, 黄翰, 王育胜, 黄谷, 李汉城); 揭东人民医院神经外科 (林孟强)

通讯作者: 邱平华, 电子邮箱: qiupinghua206@126.com

监测肾功能。

1.3 统计学方法 应用 SPSS 13.0 软件统计,计数资料采 χ^2 检验。

2 结果

本组病例 1 例出现恶性脑肿胀术中高频压无法控制,脑膨出致关颅困难。术后 3 例患者死亡,其他患者均能顺利进行手术,术中脑压控制好。并与随机抽取 35 例患者对比,结果见表 1。

表 1 两组严重脑挫裂伤脑疝患者疗效比较($n_1 = 35$)

组别	术中脑压控制良好	死亡	急性神功能衰竭
实验组	34	3	0
对照组	12	11	3
P 值	<0.01	<0.05	<0.01

3 讨论

重型复合性颅脑外伤为脑外伤常见疾病,其中严重脑性裂伤颅内血肿并脑疝为脑外伤较为严重病例。常因恶性颅高压^[2],脑疝脑肿胀而致死亡,其病死率极高。从传统的开颅到 1998 年江基尧教授介绍美国常用的标准大骨开颅,手术病死率虽有所下降,但仍维持在较高水平。所以笔者认为:抢救该类患者不仅要有效控制颅内压,及早大骨瓣开颅减压为抢救该类患者的关键。然而患者在围手术期甘露醇的应用极为重要,早期有效控制颅内压为顺利开颅,预防脑肿胀、术中脑膨出创造良好条件^[3]。

甘露醇对控制重型颅脑创伤后颅内压升高是有效的,且已成为控制颅高压的最基本方法;其作用机制为渗透作用。甘露醇应用后 15 ~ 30 min 出现渗透作用:即血浆与神经细胞间建立了浓度梯度,其作用持续 1.5 ~ 6 h 后甘露醇完全从尿中排出。江基尧教授曾提出:20% 甘露醇 + 白蛋白 + 呋塞米联合用药是目前治疗脑水肿降低颅高压最有效的方法。20% 甘露醇的有效剂量为 2 ~ 5 ml/kg, 4 ~ 12 h 一次;呋塞米 20 ~ 40 mg, 6 ~ 12 h 一次;20% 白蛋白 5 ~ 10 g, 4 ~ 12 h 一次。甘露醇有效血浆渗透压为 280 ~ 320 mOsm,应用白蛋白在于有效维持血浆渗透压;长期大剂量应用甘露醇会发生急性肾功能衰竭(急性肾小球坏死)的危险。

颅脑创伤患者伤后激素的应用存在着一定的争议,早在 20 世纪 60 年代糖皮质激素就已应用于脑水肿的治疗。在实验性脑水肿中类固醇能阻断血管壁渗透性减少脑脊液的生成^[4],减少自由基产生有一定的效果。Gobiet 等比较应用大剂量和小剂量(常规量)地塞米松治疗重型颅脑创伤,认为大剂量组有效。Faupelet 等进行了双盲实验,在重型颅脑创伤治中应用糖皮质激素能提高存活率,并存在量 - 效关系。脑创伤后激素的应用主要有两个目的:①减轻神经损伤,减轻脑水肿,促进神经功能恢复;②并发症的治疗,如下丘脑损伤致使抗利尿激素分泌不足导致尿崩症和内分泌功

能减弱等的治疗^[5]。

严重脑性裂伤合并颅内血肿脑疝患者的颅内压极高,有效控制颅内压减少进一步损伤为抢救关键;手术大骨瓣减压为最有效方法,术前分秒必争,有效控制高频压^[6]致双侧瞳孔散大则为我们研究的目的。研究表明^[7]:双侧瞳孔散大持续 90 min 是意识恢复的极限时间,90 min 前弥漫性脑出血部位均发生于大脑半球内,程度较轻;持续 2 h 后半球内出血更加严重,脑桥和延髓也发生出血。因此双侧瞳孔散大 2 h 内应积极手术,超过 3 h,颅脑神经组织缺氧性坏死,脑组织难以逆转^[8]。然而围手术期治疗控制颅高压创造有利环境为手术顺利进展奠定基础。我们认为按常规剂量应用甘露醇仍达不到理想效果。因该类患者颅压极高,较难控制,部分患者一侧瞳孔或双侧瞳孔散大患者,应用 20% 甘露醇 250 ml 快速静脉滴注后,如未见好转再于术前应用 20% 甘露醇 250 ml 静脉滴注;经处理后能在术中有效控制颅高压,创造有利手术时机,顺利完成手术。

值得注意的是:①该类患者病情较重多存在合并伤或失血性休克,应用该方法必须在休克改善后使用,否则低血容量休克^[9]进一步加重脑神经组织缺血缺氧,导致脑组织不可逆性损伤^[10]即急性脑梗死。②术后应补充足够血容量,有利于体内多余甘露醇经肾脏排泄。③术后首次甘露醇可依病情适当推迟应用,监测肾功能,我们所选病例均未出现肾功能损伤。

参考文献

- [1] 江基尧. 急性颅脑创伤手术规范[J]. 中华神经外科杂志, 2008, 24(2): 155.
- [2] 张赛, 涂悦, 赵明亮, 等. 大骨瓣减压术治疗颅脑创伤后顽固性颅高压[J]. 中华神经外科杂志, 2011, 27(2): 169-173.
- [3] 汪先忠, 黄道华, 支兴刚. 超早期小骨窗手术治疗高血压脑出血 48 例分析[J]. 中华全科医学, 2010, 8(11): 1390-1391.
- [4] 赵永轩, 苏贺先, 李健. 30 例重型颅脑损伤患者保守治疗的临床分析[J]. 中华全科医学, 2008, 6(10): 1001-1002.
- [5] 刘睽, 只达石. 重视颅脑创伤神经内分泌研究和治疗[J]. 中华神经外科杂志, 2008, 24(1): 87.
- [6] 王玉梅, 杨理坤, 蔡笑见, 等. 控制减压治疗重型特重型颅脑损伤[J]. 中华神经外科杂志, 2010, 26(9): 819-822.
- [7] 袁从华, 吴良发, 惠小波, 等. 经额颞顶枕超大骨瓣减压治疗特重型颅脑损伤致双侧瞳孔散大(附 26 例报告)[J]. 中华神经外科杂志, 2012, 28(2): 119-122.
- [8] 丁建魁, 吴喜, 额布, 等. 大骨瓣开颅治疗急性脑挫裂伤伴硬膜下血肿的体会(附 64 例报告)[J]. 中华神经外科杂志, 2010, 26(3): 280.
- [9] 张博, 代艳伟, 刘芳. 急性低灌注性脑梗死临床分析[J]. 中华全科医学, 2011, 9(10): 1569, 1607.
- [10] 周俐红, 李艳丽, 许江飞. 脑低灌注与脑梗死的关系分析[J]. 中国当代医学, 2010, 17(10): 143.

(收稿日期: 2012-10-20)

· 全科临床论著 ·

单周紫杉醇化疗方案在晚期卵巢癌的临床应用

刘云军,何志江,黄毅超,何宛谦

【摘要】目的 评价紫杉醇单周方案联合卡铂三周循环方案治疗晚期卵巢癌的疗效和安全性。**方法** 65 例晚期卵巢癌患者被随机分为单周紫杉醇联合卡铂组(单周组)和三周紫杉醇联合卡铂组(三周组)。比较两组的生存情况及不良反应发生情况。**结果** 单周组及三周组的临床有效率相似(64.3%,54.8%, $P>0.05$),单周组的贫血发生率显著高于三周组($P<0.001$);但单周中位无瘤生存时间(28.2 个月)及 3 年生存率(72.1%)显著高于三周组(17.5 个月,65.1%, $P<0.05$)。**结论** 单周紫杉醇联合卡铂化疗可以明显提高晚期卵巢癌的无瘤生存时间及 3 年总生存率。

【关键词】 剂量密集;紫杉醇;卡铂;卵巢癌

【中图分类号】 R737.31 R730.53 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1231-02

Paclitaxel Weekly for Advanced Ovarian Cancer LIU Yun-jun, HE Zhi-jiang, HUANG Yi-chao, et al. The Second Tumor Department of the People's Hospital of Maoming City, Maoming 525000, Guangdong, China

【Abstract】Objective To evaluate the efficacy and toxicity of paclitaxel plus carboplatin in the treatment of advanced ovarian cancer. **Methods** 65 patients with advanced ovarian cancer were divided into two groups under random way, the paclitaxel weekly in combination with carboplatin every 3 weeks group (Single-week group) and the Paclitaxel in combination with Carboplatin every 3 weeks group (Three-weeks group). Then the efficacy and toxicity of the two groups was compared. **Results** The two groups had a similar effective rate (64.3% vs 54.8%, $P>0.05$). The rate of anemia in the single-week group was significantly higher than that in the three-weeks group ($P<0.001$). However, the median progression-free time and the 3 year survival rate were 28.2 months and 72.1% respectively in the single-week group, those were significantly different from the three-weeks group (17.5 months and 65.1%, $P<0.05$). **Conclusion** Paclitaxel weekly in combination with carboplatin every 3 weeks could improve the progression-free time and the 3 year survival rate of advanced ovarian cancer patients.

【Key words】 Dose-dense; Paclitaxel; Carboplatin; Ovarian cancer

近年来的研究发现,卵巢癌患者应用紫杉醇联合铂类化疗,无论是腹腔灌注给药还是静脉滴注患者均能获得较好的生存率^[1]。但当该方案与其它药物联合使用治疗晚期卵巢癌时,无论是同步使用还是贯序给药,患者的生存率均无显著提高^[2]。紫杉醇单周方案是另一种提高抗肿瘤活性提高患者生存率的方案。国外一项二期临床试验也证实,单周紫杉醇联合卡铂方案有望提高晚期卵巢癌的疗效^[3]。本研究分析比较了紫杉醇单周或三周方案联合卡铂治疗晚期卵巢癌的疗效及不良反应发生情况,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 以 2006 年 2 月 - 2009 年 2 月我院 65 例晚期卵巢癌患者为研究对象。患者均经细胞学或组织病理学确诊, KPS 评分 >60 分。患者年龄 22 ~ 75 岁,平均(47.4 ± 10.4)岁, FIGO 分期 III 期 22 例, IV 期 43 例。

1.2 治疗方法 将患者随机分为两组,两组患者均接受卡铂联合紫杉醇的化疗方案,卡铂剂量 AUC = 6 mg/(ml · min),静注, $d_{1,21}$ 。按紫杉醇使用周期分为单周组(32 例)及三周组(33 例)。单周组,紫杉醇 80 mg/m²,静注, $d_{1,8,15}$;三周组紫杉醇 180 mg/m²,静注, d_1 。所有患者预计行 6 周期的化疗;化疗后仍有可测量病灶并评估疗效为部分缓解或完全缓解者,需再行 3 周期化疗。化疗 2 ~ 4 周期后,可行第二次减瘤术;6 周期后可再行一次减瘤术或二次探查。手术于化疗周期

结束后 6 周实施,手术后 6 周可继续行后续的化疗周期。

1.3 评估指标 每周检查血常规,化疗疗程开始前查肝肾功能及血清 CA125 水平,每 2,4,6 周期后对患者行 CT 检查,按 WHO 标准对有可测量病灶患者的治疗效果进行评估^[1]。无可测量病灶患者不评估治疗效果,但按照血清 CA125 水平^[4]及有无新的复发灶、是否死亡来判断疾病是否复发。治疗结束后两年内,每 3 个月复查一次;其后每半年复查一次,随访时间截止至 2012 年 2 月。化疗毒副反应的评价参照相关文献报道^[5]。

1.4 统计学方法 用 SPSS 16.0 软件对数据进行分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验;计数资料用 χ^2 检验;Kaplan-Meier 法计算生存率,log-rank 检验比较生存率的差异。 $P<0.05$ 可认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床效果 65 例患者失访 1 例,失访者为三周组患者,随访率 98.5%。两组的中位化疗周期均为 6 个周期(范围 1 ~ 9 个周期)。64 例患者中有 27 例可评估临床疗效(见表 1),单周组 CR + PR 例数 9 例(64.3%)与三周组类似(7 例,53.8%, $P=0.67$)。

表 1 两组晚期卵巢癌患者临床疗效比较(例)

组别	n	完全缓解(CR)	部分缓解(PR)	稳定(SD)	进展(PD)
单周组	14	3	6	4	1
三周组	13	2	5	4	2

2.2 毒副反应 毒副反应发生情况详见表 2。单周

组贫血的发生率显著高于三周组 ($P < 0.001$)。其它学意义 ($P > 0.05$)。的血液学毒性及神经毒性等方面两组比较差异并统计

表 2 两组晚期卵巢癌患者毒副反应发生情况 (n, %)

组别	n		中性粒细胞减少	血小板减少	贫血	中性粒细胞减少性发热	恶心	呕吐
单周组	32	I ~ II 度	27 (84.4)	9 (28.1)	29 (90.6)	9 (28.1)	17 (53.1)	16 (50.0)
		III ~ IV 度	3 (9.4)	2 (6.5)	2 (6.5)	3 (9.4)	3 (9.4)	1 (3.1)
三周组	33	I ~ II 度	21 (65.6)	6 (18.8)	9 (28.1)	8 (25.0)	15 (46.9)	14 (43.8)
		III ~ IV 度	3 (9.4)	1 (3.1)	1 (3.1)	3 (9.4)	3 (9.4)	0
P 值			0.21	0.28	<0.001	1	0.73	0.88

组别	n		腹泻	疲劳	关节痛	肌肉痛	运动神经障碍	感觉神经障碍
单周组	32	I ~ II 度	14 (43.8)	7 (21.9)	7 (21.9)	12 (37.5)	11 (34.4)	12 (%)
		III ~ IV 度	1 (3.1)	1 (3.1)	0	0	2 (6.5)	2 (6.5)
三周组	33	I ~ II 度	12 (37.5)	5 (15.6)	6 (18.8)	11 (34.4)	7 (21.9)	8 (%)
		III ~ IV 度	0	0	0	0	1 (3.1)	2 (6.5)
P 值			0.65	0.22	0.74	0.71	0.54	0.83

2.3 生存情况分析 单周组中位无进展生存时间为 28.2 个月 (95% CI, 22.1 ~ 36.1), 三周组中位无进展生存时间为 17.5 个月 (95% CI, 15.3 ~ 21.5), 两组间差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。单周组 3 年总生存率 72.1% 显著高于三周组的 65.1% ($P = 0.02$)。

3 讨论

多数卵巢癌患者就诊时已是晚期, 文献报道^[6]血清 CA125 的检测对卵巢癌的诊断具有一定价值。单周化疗方案可以通过缩短抗肿瘤药物给药时间来提高抗癌作用。现已发现单周紫杉醇方案在治疗晚期肺癌及食管癌方面均有较为满意的疗效^[7]。本研究取得的结果与文献报道类似, 单周紫杉醇组无论在无瘤生存率还是总生存率上均优于三周紫杉醇组。虽然很多的临床试验表明, 有着较好的无瘤生存率及总生存率的化疗方案, 肿瘤组织对化疗药物的反应性也较好。但低剂量的紫杉醇同时具有抗血管生成的作用, 可促进肿瘤细胞休眠, 进而维持肿瘤大小并阻止其生长。本试验单周组未观察到较好的临床有效率可能与低剂量紫杉醇的抗血管生成作用有关。

神经毒性是紫杉醇联合卡铂方案较为严重的毒副作用之一。国外有文献报道, 乳腺癌化疗的病人中, 单周紫杉醇方案神经毒性的发生率明显高于三周紫杉醇方案^[8]。而本研究中, 两组有着相似的神神经毒性发生率, 但单周组中断化疗的频率要显著高于三周组。然而与三周组比较, 单周组的血液学毒性发生率更高。目前尚无关于单周紫杉醇联合卡铂最优的化疗剂量及模式的报道。一项单周卡铂 [AUC = 2 mg/(ml · min)] 联合单周紫杉醇 (60 mg/m²) 治疗老年卵巢癌的研究发现^[9], 患者可以较好地耐受毒副作用。而 Rose PG 等^[10]报道了单周紫杉醇 60 mg/m² 联合卡铂 [AUC = 5 mg/(ml · min)] 治疗复发卵巢癌的效果, 发现其毒副反应及生存情况同样较为满意。

总之, 与传统的三周紫杉醇联合卡铂相比, 单周紫杉醇联合 3 周卡铂可以明显地提高晚期卵巢癌患者的无瘤生存率及总生存率。

参考文献

- [1] 黄万中, 蒋华, 江继发, 等. 紫杉醇腹腔灌注化疗治疗晚期卵巢癌临床研究[J]. 现代肿瘤医学, 2012, 20(2): 350-353.
- [2] Bookman MA, Brady MF, McGuire WP, et al. Evaluation of new platinum-based treatment regimens in advanced-stage ovarian cancer: a phase III trial of the Gynecologic Cancer Intergroup[J]. J Clin Oncol, 2009, 27(9): 1419-1425.
- [3] Sehouli J, Stengel D, Mustea A, et al. Weekly paclitaxel and carboplatin (PC-W) for patients with primary advanced ovarian cancer: results of a multicenter phase-II study of the NOGGO[J]. Cancer Chemother Pharmacol, 2008, 61(2): 243-250.
- [4] 谭理慧, 吕燕华, 王喜华. 紫杉醇联合顺铂不同给药途径治疗晚期卵巢癌的疗效观察[J]. 肿瘤药学, 2012, 2(1): 61-64.
- [5] 薛英波, 蒋莹, 李利波, 等. 多烯紫杉醇联合奈达铂或顺铂治疗晚期食管癌疗效观察[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2011, 25(6): 589-591.
- [6] 何安华. 180 例患者血清肿瘤标志物 CA125 结果的临床分析[J]. 实用全科医学, 2004, 2(5): 461-462.
- [7] 张大海, 马海锋, 黄灿红. 单药紫杉醇每周方案同期放疗治疗老年局部晚期肺癌 40 例[J]. 肿瘤学杂志, 2011, 17(11): 868-869.
- [8] Sparano JA, Wang M, Martino S, et al. Weekly paclitaxel in the adjuvant treatment of breast cancer[J]. N Engl J Med, 2008, 358(16): 1663-1671.
- [9] Pignata S, Breda E, Scambia G, et al. A phase II study of weekly carboplatin and paclitaxel as first-line treatment of elderly patients with advanced ovarian cancer. A Multicentre Italian Trial in Ovarian cancer (MITO-5) study[J]. Crit Rev Oncol Hematol, 2008, 66(3): 229-236.
- [10] Rose PG, Smrekar M, Fusco N. A phase II trial of weekly paclitaxel and every 3 weeks of carboplatin in potentially platinum-sensitive ovarian and peritoneal carcinoma[J]. Gynecol Oncol, 2005, 96(2): 296-300.

(收稿日期: 2012-10-20)

· 全科临床论著 ·

腋顶皮纹小切口修剪结合负压刮吸法治疗腋臭

刘艳菊, 王路

【摘要】 目的 探索简便、创伤小、疗效确切、并发症少、疤痕隐蔽的治疗腋臭的手术方法。方法 术前标记手术剥离范围超过腋毛分布区 0.5~1.0 cm, 采用局部浸润肿胀麻醉, 在腋顶部皮纹皱褶处, 作 1.5~2.0 cm 横纹小切口, 缝线牵拉切口缘, 向切口两侧于浅筋膜层组织剪钝锐结合法分离皮瓣到设定范围, 双极电凝止血后, 先在皮瓣下周边均匀负压刮吸, 后翻转皮瓣直视下修剪残存的与中部的大汗腺组织, 皮瓣中部横纹戳孔开窗引流, 间断缝合切口, 术区缝线打包加压包扎, 弹力绷带后"8"字固定包扎。术后 1 周拆包, 10~12 d 拆线。结果 患者于术后 2 个月~2 年随访, 腋下异味消失, 无皮瓣坏死, 切口及开窗戳孔疤痕不明显, 双上肢活动无明显受限, 腋毛减少。结论 腋顶部皱褶小切口修剪结合负压刮吸法治疗腋臭是一种简单、安全、彻底、疤痕隐蔽的手术方法, 符合整形外科学的要求。

【关键词】 腋臭; 小切口; 修剪; 负压刮吸

【中图分类号】 R758.741 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1233-03

Resection of Subcutaneous Cellular Tissue via Small Incision Placed High in Axillary Region Combined with Suction Curettage in Treatment of Osmidrosis LIU Yan-ju, WANG Lu. Department of Burn and Plastic Surgery, General Hospital of Northern Anhui Coal-electricity Group, Suzhou 234000, Anhui, China

【Abstract】 **Objective** To probe a simple, small invasive, effective, surgical method for osmidrosis, this operation is without a readily visible scar and complications. **Methods** Markings were made around the location of the axillary hair-bearing area (0.5-1.0 cm away) before the operation. The tumescent technique was performed in regional local anesthesia of skin and subcutaneous tissue by direct infiltration. A small incision (1.5-2.0 cm) was made high in the middle portion of the axillary crease; the cut edge was dragged by using suture line; the skin flap was separated on both sides of the cut in fascial layers; the bleeding was topped by bipolar electrocoagulation and then the axillary-suction curettage was performed under the skin flaps followed by the resection of subcutaneous cellular tissue. The drainage was performed through a window opened in the middle part of the skin flaps. Then the incisions were closed with discontinuous sutures. The area of operation was bandaged by compression bandaging with elastic bandage. The bandage was moved one week later, and the suture was taken out 10 to 12 days later. **Results**

All the patients were followed up for 2 to 24 months. Osmidrosis disappeared. There was no flap necrosis. There was no readily visible scar in incision or open window areas. Both upper limb movements were no affected. There was a reduced growth of hair in the armpits. **Conclusion** The resection of subcutaneous cellular tissue via small incision placed high in axillary region combined with suction curettage is a simple, safe, radical and effective surgical method without readily visible scars in the treatment of osmidrosis. It is consistent with the requirement of orthopaedic surgery.

【Key words】 Osmidrosis; Small incision; Resection of subcutaneous cellular tissue; Axillary-suction curettage

腋臭又称狐臭, 是腋窝散发出的一种特殊难闻的气味, 多发于腋部, 故此而得名。实则许多部位亦可产生, 如肛门、会阴、乳晕部等。由于腋下大汗腺分泌物经皮肤附着细菌作用后, 产生不饱和脂肪酸而散出异常气味^[1]。此病是常染色体显性遗传^[2]。大汗腺受内分泌影响, 在青春期内分泌性激素分泌较旺盛^[3], 腋臭较为严重。虽然不是“疾病”, 但影响患者生活、学习, 心理上有自卑感, 影响社交, 求治欲较高, 为整形外科门诊常见病。自 2009 年 2 月-2012 年 8 月, 我们应用小切口修剪结合负压刮吸法治疗腋臭 89 例, 效果满意。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组患者 89 例, 其中女性 53 例, 男性 36 例, 年龄 13~46 岁, 平均年龄 23.7 岁。均为双侧一次性手术。术前有家族史者 65 例, 曾注射硬化剂治疗者 7 例, 激光治疗后皮肤呈不同程度橘皮改变者

9 例, 长期外用药物治疗者 11 例。经术后 3 个月~2 年随访, 效果满意。

1.2 术前准备 女性避开月经, 术前洗澡, 备宽松开衫。检查出凝血功能。患者取仰卧位, 双上肢上举外展, 双手置于头部两侧自然放松, 腋窝备皮清除腋毛, 用记号笔沿腋毛外缘 0.5~1.0 cm 处画手术范围线, 在腋顶部标记皮纹切口线长约 1.5~2 cm, 常规消毒铺巾。

1.3 麻醉方法 以肿胀麻醉液(2%利多卡因 15 ml + 生理盐水 500 ml + 0.01% 肾上腺素 0.5 ml) 均匀局部浸润麻醉每侧各约 50 ml, 轻揉使药物加快吸收。注入麻药时注意层次, 在皮下脂肪层不宜过深。

1.4 手术方法 沿腋顶部皮纹设计切口线切开皮肤至浅筋膜层, 切口两侧用缝线牵拉, 在浅筋膜脂肪层用组织剪钝锐相结合上下充分分离皮瓣至划线范围, 并注意观察皮下只有脂肪组织位置为止, 双极电凝止血。用刮吸器(特制一头有刮匙一头接负压吸引管, 中间有连接管)负压定于 0.04 Mpa, 反复交叉均匀刮吸周边及中部组织, 见皮肤呈轻度暗红色为止。用左手拇指

与中指牵拉缝线,食指指腹抵住并翻转皮瓣,保持一定张力,右手持组织剪直视下修剪皮下粉红色颗粒样大汗腺、脂肪组织及毛囊至真皮层,保留真皮下血管网。观察无出血后,以庆大霉素生理盐水液冲洗,皮瓣中央作一皮纹小孔 0.5 cm 利于引流,切口修剪边缘 0.2 ~ 0.3 cm 后间断缝合。术区用凡士林纱布覆盖,碘伏稀释液浸湿的棉花团缝线打包固定,均匀加压包扎,弹力绷带后“8”字包扎稳定后,双上肢自然下放予以棉花团塑形固定。

1.5 术后处理 上衣开衫倒穿,颈部可套一绷带悬挂双手保持双上肢前臂置于拱手位固定不活动。双上肢制动,保持与肩部前屈 30°左右,禁止上抬、前后活动。睡觉时双上肢肘下可垫枕头,形成斜坡状,禁止侧身压迫。术后应用抗生素 3 ~ 5 d 预防感染,术后第 1 天复诊,观察术区周边有无淤血、疼痛、包扎稳定情况等。7 ~ 8 d 拆包,10 ~ 12 d 拆线。

1.6 疗效评定标准 常用的评价标准^[4],痊愈:脱去衬衣,30 cm 内近闻无臭味。显效:脱去衬衣,30 cm 内近闻有轻度臭味,30 cm 无臭味。有效:不脱衬衣,30 cm 有轻度臭味,1 m 外无臭味。无效:术前术后无明显变化。

2 结果

本组 89 例患者共手术 178 侧,其中术后切缘皮肤糜烂者 6 例 10 侧,近期切口感染 1 例,远期皮瓣下脓肿 2 例,单侧皮瓣下血肿者 2 例,经换药处理均愈合良好,余 1 期愈合,无皮瓣坏死。轻度疤痕挛缩者 1 例,异味残留但较轻者评定显效者 4 例,切口疤痕均不明显,双上肢活动自如。

3 讨论

腋臭的治疗常见的治疗方法有非手术法和手术方法。非手术方法不能取得持久而满意的效果^[5],如外搽收敛剂,激光、冷冻,注射硬化剂、局部注射肉毒素^[6]、曲安奈德^[7]等。虽较简单,但不能根治,效果不理想。手术方法有传统的腋毛区皮肤切除、腋部皮肤“Z”字汗腺清除术,但疤痕较大,切口常裂开术后腋毛缺少。采用双皮纹切口汗腺清除术,中间皮瓣易坏死,单纯刮吸异味残留几率高。腋顶部皮纹小切口修剪结合负压刮吸法治疗腋臭,效果简单,并发症少,疤痕隐蔽。

腋顶部皮纹小切口修剪结合负压刮吸法治疗腋臭,效果确切,手术方法简单疤痕不明显,但也有一些并发症,就如何减少并发症的发生,作如下讨论。

3.1 感染 本组感染者 3 例,其中近期切口感染 1 例,远期皮瓣下感染 2 例。引起感染的原因较多,近期感染如手术时消毒范围较小、手术操作不严格不规范,异物残留,应用肾上腺素可增加感染几率,尤其在腋窝毛囊较粗,易寄存细菌,故应重视皮肤消毒^[8]。远期感染原因常见为手术中大汗腺或皮脂腺腺体未清除干

净,残留、种植于皮瓣下。2 例患者均发生在术后 3 个月左右。故术中应严格消毒,操作规范,术中大汗腺应仔细清除干净,并用盐水冲洗,以防大汗腺残留、种植。

术后应常规应用抗生素,减少感染。一旦感染应积极处理,引流以防感染扩大。

3.2 淤血及皮瓣下积血 血肿及皮瓣下积血多见于术后第 2 天,出现在包扎的外周,表现为暗红色淤血,可伴有疼痛,呈持续性胀痛。术中应仔细止血,避免粗暴剥离层次,皮瓣开窗引流减少积血。术后应加压包扎,避免双上肢活动,不可反复更换衣物。术后第 2 天随访,如发现淤血较重可打开包扎,清理血肿冲洗后止血再次加压包扎固定,一般不影响后果。

3.3 切口皮肤糜烂 发生率相对较高,原因为术中操作反复、过度牵拉皮瓣,损伤切缘组织,再者皮瓣剥离范围较大,切缘血供减少。术中应减少皮瓣缘的损伤操作轻柔。术后经换药处理基本可愈合。

3.4 皮瓣坏死 皮瓣坏死发生几率较少,局部皮肤术后血供的两个来源,一是残留的真皮下血管网,二是打包包扎加压固定后分离的皮肤紧贴于创面,可从创面上直接获取营养。术中皮瓣注意剥离层次准确,外周刮吸,中心修剪保留真皮下血管网,加之止血确切,术后双上肢制动,包扎固定牢固,基本上不会发生。

3.5 异味残留 术后异味残留主要还是大汗腺清除不彻底所致,腋臭患者的大汗腺范围在腋毛边缘外 1 cm 以内^[9],层次位于表皮下 1.7 ~ 3.7 mm 的范围内,非腋臭患者的大汗腺位于表皮下 1.0 ~ 1.7 mm 范围内^[10]。腋臭患者的大汗腺位置较深,在手术时刮吸修剪的层次不宜过浅,范围不宜过小。刮吸修剪时要注意清除干净大汗腺,避免残留、种植。

3.6 上肢麻木、肿胀 多为暂时性的,为后“8”字包扎过紧或打包固定腋神经及血管压迫所致,可适当上抬上肢,或放松弹力绷带即可缓解。

3.7 腋部纵行挛缩 早在术后 3 周出现,主要为双上肢上抬时可有腋部紧、张力感,多于腋前。注意术中剥离层次时不宜过深,打包包扎确切,不移位。愈合后应早期加强上肢外展锻炼。一般可在半年后消失。

总之腋顶部皮纹小切口修剪结合负压刮吸法治疗腋臭,手术时间短,操作简单,术后愈合快,并发症少,疤痕隐蔽,男性可保留腋毛,外形美观,符合整形外科的基本原则,患者乐于接受,应值得推广。

参考文献

- [1] 张楠,王俊河,张芳,等.腋横纹双平行小切口治疗腋臭的临床体会[J].中国美容整形外科杂志,2009,20(9):547-548.
- [2] 刘玉磊,段永安,陈振雨.微创腋臭根治术临床应用进展[J].齐鲁医学杂志,2011,26(2):181-183.
- [3] 栗颖利,陈辉.腋臭发病机制的研究进展[J].中国美容医学,2010,19(7):1082-1084.
- [4] 王慧英,张键,王建军,等.腋臭大汗腺分布范围的病理组织学观察分析[J].中国美容医学,2009,18(4):555-556. (下转第 1259 页)

· 全科临床论著 ·

不同年龄组结核性胸膜炎的临床特征

杨仪, 李向炯, 翁加豪

【摘要】目的 分析不同年龄组结核性胸膜炎住院患者的临床特征, 不断提高诊疗技术水平。**方法** 将 108 例结核性胸腔积液患者分为青年组(14~39 岁)和中老年组(≥ 40 岁); 观察两组结核性胸膜炎症状、X 线胸片表现、痰涂片抗酸杆菌阳性(涂阳)结果和结核菌素皮肤试验结果; 两组患者均予全身抗结核治疗、糖皮质激素治疗和胸腔置管联合尿激酶注入治疗结核性胸膜炎。**结果** 青年组发热症状发生率高于中老年组(68.4% 比 31.3%, $P < 0.01$), 而中老年组咳嗽症状发生率高于青年组(87.5% 比 31.6%, $P < 0.01$); 青年组大中量积液发生率和结核菌素皮肤试验结果强阳性反应发生率均高于中老年组(60.5% 比 37.5%, 63.2% 比 37.5%, 均 $P < 0.05$), 而中老年组肺结核发生率和涂阳发生率均高于青年组(75.0% 比 34.2%, 28.1% 比 7.9%, 均 $P < 0.01$); 两组患者结核性胸腔积液治疗效果均为显效。**结论** 青年组和中老年组结核性胸膜炎临床表现各有特点, 重视研究有利于明确诊断和治疗。

【关键词】 结核, 胸膜炎; 临床分析; 年龄组

【中图分类号】 R521.7 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1235-03

Clinical Manifestations of Tuberculous Pleurisy in Different Age Group YANG Yi, LI Xiang-jiong, WENG Jia-hao. Department of Tuberculosis Disease, the Third People's Hospital of Shantou, Shantou 515073, Guangdong, China

【Abstract】 Objective To analysis the clinical manifestations of tuberculous pleurisy in different age group patients from the Third People's Hospital of Shantou, and improve the level of diagnosis and treatment. **Methods** Total 108 inpatient suffering from tuberculosis pleural effusion were randomly divided into youth group (14 - 39 years) and middle age-senile group (≥ 40 years); The symptoms of tuberculous pleurisy, chest X-ray, smear-positive of sputum and strong positive reaction by tuberculin skin test (TST) were observed. All patients of both groups received the systemic anti-tuberculosis and glucocorticoid therapy, and local treatment with combination of intrathoracic cannula and intrapleural urokinase. **Results** The incidence rate of fever symptoms in the youth group were significantly higher than those in the middle age-senile group (68.4% vs 31.3%, $P < 0.01$), and the incidence rate of cough symptoms in middle age-senile group were significantly higher than those in the youth group (87.5% vs 31.6%, $P < 0.01$); The incidence rates of middle to large pleural effusions and strong positive reaction by TST in youth group were significantly higher than those in the middle age-senile group (60.5% vs 37.5%, 63.2% vs 37.5%, both $P < 0.05$), and the incidence rates of pulmonary tuberculosis and smear-positive of sputum in middle age-senile group were significantly higher than those in the youth group (75.0% vs 34.2%, 28.1% vs 7.9%, both $P < 0.01$); The inpatients suffer from pleural effusions of tuberculosis of 2 groups were markedly effective treatment. **Conclusion** The clinical characteristics of inpatients suffering from tuberculous pleurisy are different between youth group and middle age-senile group; more research should be carried out to improve the diagnosis and treatment.

【Key words】 Tuberculous pleurisy; Clinical analysis; Age group

结核性胸膜炎是由于结核分枝杆菌直接感染, 和/或胸膜对结核分枝杆菌感染产生高度变态反应而发生炎症, 为最常见的一种胸膜炎炎症性疾病^[1]。临床上以结核性胸腔积液最为常见, 可发生于任何年龄。不同年龄组结核性胸腔积液患者由于自身生理、病理特点各不相同, 临床表现和治疗各具特点。为不断提高对该病的诊疗技术水平, 本文对 2010 年 8 月 - 2012 年 8 月间在我院住院且资料齐全的结核性胸腔积液患者进行了临床分析, 结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 汕头市第三人民医院结核性胸腔积液住院患者共 108 例, 根据年龄分为青年组(14~39 岁)和中老年组(≥ 40 岁)。青年组 76 例, 男性 65 例, 女性 11 例, 年龄 17~39 岁, 平均 27.2 岁; 中老年组 32 例, 男性 29 例, 女性 3 例, 年龄 40~82 岁, 平均 48.6 岁。上述病例均排除合并艾滋病, 糖尿病及妊娠患者。

1.2 诊断标准 所有病例参考以下诊断要点诊为结

核性胸腔积液: ①有不同程度结核中毒症状; ②X 线和 B 超检查示胸腔积液征象; ③胸液检查李凡他试验阳性, 有核细胞 $> 500 \times 10^6/L$, 蛋白质 $> 30 g/L$, 比重 > 1.018 , 胸液乳酸脱氢酶 (LDH) $> 200 U/L$, 胸液 LDH/血清 LDH > 0.6 , 胸液腺苷酸脱氨酶 (ADA) $> 45 U/L$, 胸液 ADA/血清 ADA > 1.0 ; ④结核菌素皮肤试验 (TST) 结果; ⑤排除其它原因所致胸腔积液 (主要是癌性胸液); ⑥抗结核治疗和糖皮质激素治疗有效。

1.3 观察项目 观察青年组和中老年组如下项目: ①发热、咳嗽、胸痛和呼吸困难症状发生率; ②X 线胸片检查结果, 由高年资放射科医师参考标准^[2] 读片确定, 其中少量胸腔积液系液体上缘在第 4 肋前端以下, 大中量胸腔积液液体上缘在第 4 肋前端平面以上, 可直达第 2 肋前端以上 (双侧胸腔积液者以胸液多之一侧为准纳入统计, 包裹性胸腔积液者按少量胸腔积液论), 以及是否合并肺结核, 均观察发生率; ③痰涂片抗酸杆菌阳性 (涂阳) 的发生率; ④TST 采用 PPD 皮内注射法, 72 h 观察结果, 判断标准^[3] 为硬结直径 $< 5 mm$ 为阴性反应 (-), $5 \sim 9 mm$ 为一般阳性反应 (+), $10 \sim 19 mm$ 为中度阳性反应 (++) , $\geq 20 mm$ 或不足

20 mm 但有水疱或坏死为强阳性反应(+ + +);⑤血常规、小便常规和肝肾功能等检查结果。

1.4 治疗方法 ①常规全身治疗:两组患者均予全身抗结核治疗和糖皮质激素治疗。抗结核治疗方案均拟行 2HRZE/10HR,其中 H 为异菸肼 0.3 g,1 次/d;R 为福利平 0.45 g,1 次/d;Z 为吡嗪酰胺 0.75 g,2 次/d;E 为乙胺丁醇 0.75 g,1 次/d;糖皮质激素治疗予泼尼松 30 mg/d,使用原则为尽早用药,减量要慢,疗程 6 周停药。②两组患者均予胸腔置管^[4],以便引流胸液,行胸液常规和生化等各项检查,以及胸膜腔内注入尿激酶(UK)治疗;采用中心静脉导管(CVC,由 Arrow International Inc. 生产)作为胸腔引流装置;经 B 超确定穿刺点;患者取端坐位;局部常规皮肤消毒,铺孔巾;局麻后,导管针穿刺进入胸膜腔后负压抽吸,确认回抽胸液,从注射器内芯中央孔送入导引钢丝,约 15 ~ 20 cm,拔出导管针,保留导引钢丝一部分于胸膜腔内,循钢丝引入扩皮管,扩皮后退出;再循钢丝送入 CVC 约 10 ~ 15 cm,用无菌贴膜固定使之成为引流管,其远端接一次性引流袋引流胸液;第 1 天计划放胸液 600 ml,第 2 天起每天计划放胸液 1000 ml(每天实际引流量可能少于计划量);每天放胸液量达到计划量时,即用引流管上的止水夹暂停引流。③两组患者均每周 2 次于当天引流胸液后,从引流管胸膜腔内注入生理盐水 20 ml + UK 10 万 U,后生理盐水 20 ml 冲管并夹管 12 h。④完成胸液引流后可拔管带药出院,定期随访复查。

1.5 统计学方法 计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 不同年龄组临床症状比较 ①青年组出现发热症状明显多于中老年组($\chi^2 = 11.58, P < 0.01$),而中老年组出现咳嗽症状明显多于青年组($\chi^2 = 30.11, P < 0.01$),差异均具统计学意义;②青年组和中老年组胸痛症状发生率差异无统计学意义($\chi^2 = 1.78, P > 0.05$),青年组和中老年组呼吸困难症状发生率差异也无统计学意义($\chi^2 = 1.44, P > 0.05$)。不同年龄组结核性胸膜炎临床症状比较见表 1。

表 1 不同年龄组结核性胸膜炎临床症状比较(n,%)

组别	n	发热	咳嗽	胸痛	呼吸困难
青年组	76	52(68.4)	24(31.6)	22(28.9)	7(9.2)
中老年组	32	10(31.3)	28(87.5)	14(43.8)	6(18.8)
χ^2 值		11.58	30.11	1.78	1.44
P 值		<0.01	<0.01	>0.05	>0.05

2.2 不同年龄组辅助检查结果比较 ①X 线胸片检查,青年组大中量积液发生率明显多于中老年组($\chi^2 = 4.46, P < 0.05$),而中老年组肺结核发生率明显高于青年组($\chi^2 = 14.45, P < 0.01$),差异均具统计学意义;②中老年组涂阳发生率高于青年组($\chi^2 = 9.60, P < 0.01$),差异有统计学意义;③青年组 TST 结果为强阳性反应(+ + +)发生率高于中老年组($\chi^2 = 6.49, P < 0.05$),差异有统计学意义;④青年组和中老年组血常

规检查 WBC 升高者分别为 6 例和 21 例,考虑合并非特异性感染性炎症所致;小便常规均未发现明显异常;青年组与中老年组抗结核治疗过程中肝功能检查谷丙转氨酶和/或谷草转氨酶升高者分别为 5 例和 6 例,肾功能检查尿酸升高者分别为 12 例和 15 例,均考虑为抗结核药物所致不良反应。不同年龄组结核性胸膜炎辅助检查结果比较见表 2。

表 2 不同年龄组结核性胸膜炎辅助检查结果比较(n,%)

组别	n	X 线胸片			涂阳	TST			
		大中量积液	小量积液	肺结核		-	+	++	+++
青年组	76	46(60.5)	30	26(34.2)	6(7.9)	3	8	17	48(63.2)
中老年组	32	12(37.5)	20	24(75.0)	9(28.1)	12	2	6	12(37.5)
χ^2 值		4.46		14.45	9.60				6.49
P 值		<0.05		<0.01	<0.01				<0.05

2.3 不同年龄组治疗效果比较 两组患者均于引流胸腔积液完成后(经 X 线胸片及 B 超证实)予拔除引流管,胸腔积液治疗效果均显效,但部分病例遗留不同程度胸膜肥厚或粘连,其中青年组 4 例,中老年组 6 例;青年组平均住院日 21 d,中老年组平均住院日 24 d,故未观察部分病例合并之肺结核治疗效果;所有患者出院后予门诊治疗或转当地结防机构继续治疗。

3 讨论

所有患者均因症就诊,发热、咳嗽、胸痛和呼吸困难为常见症状。青年组发热症状较中老年组多见,可能是青年人对结核菌及其代谢产物产生的变态反应更为剧烈所致;而中老年组咳嗽症状明显多于青年组,中老年人因吸烟或慢性支气管炎、肺气肿,可有慢性咳嗽症状,如近期咳嗽频率加剧或性状发生变化,应高度重视。经 X 线胸片发现胸腔积液后,首先必行胸液检查以鉴别渗出液或漏出液,如为渗出液,则进一步鉴别癌性胸液或结核性胸液,由于胸液中发现抗酸杆菌的机会极少,本组病例主要根据 ADA > 45 U/L^[5] 提供诊断线索,有条件时必须扩大胸液检测项目,重视细胞因子检测对结核性胸腔积液的诊断价值^[6]。青年组大中量积液发生率和 TST 强阳性反应(+ + +)发生率高于中老年组,均与青年人变态反应更为强烈有关。而中老年组肺结核发生率和涂阳发生率高于青年组,可见随年龄增大,结核性胸腔积液患者合并肺结核甚至传染性肺结核的机会也增加;2010 年全国第 5 次结核病流行病学抽样调查报告^[7]显示,肺结核患病率随着年龄增加逐步增高,75 ~ 79 岁组达到高峰;肺结核的存在也可一定程度支持胸腔积液为结核性,可作为一个简便的判断项目,但也需注意肺结核与肺癌并存致癌性胸腔积液的可能性。多指标观察有利于结核性胸膜炎的及时正确诊断^[8]。

结核性胸膜炎的治疗,在全身抗结核治疗,胸腔穿刺抽液和糖皮质激素治疗的基础上,近十多年来又发展了胸腔置管持续引流胸液、胸膜腔内注入 UK 的方法,该法对青年组和中老年组结核性胸腔积液患者同样适用,两组患者均采用此法,胸腔积(下转第 1305 页)

· 全科临床论著 ·

鼻内镜下自制电凝头治疗顽固性鼻出血

齐少恒,陶祥明,褚莉萍

【摘要】 目的 探讨鼻内镜对顽固性鼻出血确切出血部位的诊断意义,并观察在鼻内镜下用自制电凝头烧灼法治疗顽固性鼻出血的效果。方法 对 48 例经前鼻孔或后鼻孔填塞后再次出血的患者行鼻腔表面麻醉后,在鼻内镜下吸除鼻腔内血凝块,仔细寻找到出血部位或出血点后,用自制电凝头点击烧灼出血点至血止。结果 术后随访 6 个月,48 例顽固性鼻出血患者中一次性止血成功者 45 例,二次成功者 3 例,止血后平均住院时间为 2 d。结论 鼻内镜检查有助于准确寻找到出血部位,自制电凝头烧灼止血法能明显减轻病人痛苦、提高治愈率和缩短住院时间,是治疗顽固性鼻出血的有效、安全、简洁的方法,值得临床推广使用。

【关键词】 顽固性鼻出血;鼻内镜;自制电凝头;烧灼止血

【中图分类号】 R765.23 R765.9 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1237-02

Electrocoagulation Guided by Nasal Endoscope in Treatment of Intractable Epistaxis QI Shao-heng, TAO Xiang-ming, CHU Li-ping. Department of Otorhinolaryngology, the Third people's Hospital of Bengbu, Bengbu 233000, Anhui, China

【Abstract】 Objective To discuss the role of nasal endoscope on determining bleeding-site in obstinate epistaxis, and observe the effect of electriccoagulation with self-made probe on curing obstinate epistaxis. **Methods** Total 48 re-bleeding patients after anterior nasal packing or posterior nasal packing underwent nasal topical anesthesia, the nasal blood clots were removed guided by nasal endoscope, the bleeding sites or points were confirmed and cured by electriccoagulation with self-made probe. **Results** All patients were followed up for average 6 months after operation, the bleeding in 45 cases were stopped by one time, 3 cases by the second time. The average hospital stay after operation is 2 days. **Conclusion** The nasal endoscope is helpful for finding bleeding-site exactly. The cauterization hemostasis by using of self-made probe can relieve the patients' suffering, improve the cure rate, and shorten the average hospital stay. It is an effective, safe, handy method on curing obstinate epistaxis.

【Key words】 Obstinate epistaxis; Nasal endoscopy; Self-made probe for electriccoagulation; Cauterization (hemostasis)

鼻出血是耳鼻咽喉科的常见病、多发病,占耳鼻咽喉科门诊的 33.2%^[1]。其中,顽固性鼻出血患者出血量较多,反复出血,处理比较棘手,对患者危害很大。所谓顽固性鼻出血指的是出血部位隐蔽,常规鼻腔检查未见明显出血点,经规范的鼻腔填塞及全身用药后仍无法控制的鼻腔出血^[2]。鼻出血的治疗方法很多,目前主要采用前鼻孔和前后鼻孔填塞术、局部烧灼法、冷凝法、微波热凝法等^[3]。我科 2008 年 1 月 - 2012 年 7 月间对鼻腔填塞失败的 48 例顽固性鼻出血患者进行鼻内镜检查,均找到了出血点,并用自制电凝头烧灼出血点,都取得了有效的止血效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 收集 2008 年 1 月 - 2012 年 7 月我科收治的顽固性鼻出血患者 48 例,其中男性 30 例,女性 18 例,年龄 20 ~ 89 岁之间。其中有 19 例患者既往有高血压病史,6 例患有糖尿病病史,有 5 例患者出血前有饮酒史,2 例患者出血前患有感冒。所有患者均在地方医院或我院门诊行一次或多次鼻腔填塞,同时给予抗炎、止血、补液等治疗,均未能完全控制住鼻出血。住院后仍有反复鼻腔出血及口腔吐血等情况,其中 10 例患者因反复出血而出现贫血症状。全部患者住院后均进行常规检查,均排除血液系统及其它全身疾患。

1.2 治疗方法 本 48 例患者中,40 例采用局部麻醉,8 例采用气管插管全身麻醉。患者取平卧位,常规

消毒铺巾,1% 丁卡因肾上腺素棉片分 2 次收敛出血侧鼻腔黏膜,每次 5 ~ 10 min 后取出,鼻内镜下用吸引器吸除鼻腔内血凝块及分泌物,并随时吸除流出的鲜血,沿血流寻找出血点。对于出血汹涌,无法看清出血部位者,沿着出血方向边吸血边撤棉片,直至找到出血部位为止。找到出血点后,采用自制电凝头烧灼。电凝头制作方法为:用直径 2 ~ 4 mm、长 10 ~ 12 cm 的直和侧弯的金属吸引管各一根涂少量石蜡油,外套输液器塑料管或小号导尿管以保护鼻腔黏膜,前端裸露约 3 mm(图 1,见封三)。

此时,术者将自制电凝金属头置于出血点,电刀电凝功率调至 16 ~ 36 W,助手点击吸引器后端金属段,前端边吸边进行电凝,直至出血停止、出血部位呈黄白色为止。

若因鼻甲肥大、鼻中隔偏曲、鼻息肉、钩突肥大等原因导致寻找出血点困难或黏膜收缩后鼻道仍狭窄的患者,应行中、下鼻甲骨折移位,操作方法是:充分收缩鼻甲黏膜后,用鼻中隔剥离子或钝吸引器头轻压鼻甲的内侧或外侧将其骨折,敞开检查部位。本组全部 48 例患者,均在鼻内镜下找到明确出血点,其中下鼻道穹窿部 21 例,中鼻道后部 17 例,嗅裂鼻中隔部 10 例。

1.3 治疗痊愈评定标准 患者治疗痊愈出院后门诊随访 6 个月以上,患侧鼻腔无再次出血者为痊愈。

2 结果

所有病例在鼻内镜下均准确找到出血部位或出血点,并针对性电凝止血成功。45 例经 1 次电凝术后未

再出血(93.8%)。3 例经第一次电凝术后约 2 d 后再次出血,再次行鼻内镜检查并电凝出血点而治愈。全部病例均未发生嗅觉丧失、鼻中隔穿孔、严重鼻腔粘连等并发症。

3 讨论

鼻出血是耳鼻咽喉科急诊之一,病因很多,有局部因素,也有全身因素,故处理起来有的简单,有的复杂。对症治疗的关键是准确找到出血部位及出血点^[4]。对于裸露于鼻腔前部易于窥视的出血部位,简单的鼻腔填塞、局部冷凝或微波热凝等既能有效达到止血效果。但对于隐藏于鼻腔深部的出血,由于其解剖复杂,利用额镜的常规检查无法直接窥视,很难确定具体出血部位。常规的鼻腔填塞很难达到有效的止血效果^[5]。有的患者经过一次或多次前鼻孔或后鼻孔填塞后仍有反复出血现象,精神上十分紧张,部分患者谈及鼻腔填塞就惊慌失措。有文献报告^[6]前后鼻孔填塞止血的失败率高达 26% ~ 52%。且反复鼻腔填塞造成鼻腔黏膜广泛糜烂,引起继发出血及感染,造成恶性循环^[7]。反复大量的出血常导致患者贫血、低氧血症及心脑血管缺血等全身症状,对于一些患有心脑血管疾病、高血压及高龄的患者具有潜在的生命威胁^[8]。为减轻患者痛苦及预防上述并发症的发生,临床医生做出很多的努力,对鼻腔填塞做出很多改进。水囊栓塞后鼻孔便是一种简单有效的止血方法,但此法仍需填塞前鼻孔,且有水囊破裂致再出血的发生。近年来数字减影血管造影栓塞术逐渐被用于用于治疗顽固性鼻出血患者^[9],但此种方法费用高、风险大,对临床设备及技术要求较高,故不适合在基层医院开展。颈外动脉结扎术对顽固性鼻出血患者虽有一定的疗效,但创伤大,风险高,并发症多,对于一些低年资医生及颈部解剖不熟悉的医生不宜开展,故很少采用。

近年来鼻内镜技术广泛普及,给鼻出血患者及临床医生提供了一种简单有效的检查及治疗方法。鼻内镜具有管径细、亮度高、角度大,且有放大作用等优点,可以有效观察到鼻腔的各个部位,对于鼻腔结构复杂、静止期的出血患者能够准确迅速地找到出血点从而进行相应的操作^[10],它具有操作简单,止血快速可靠,损伤小,痛苦少等优点,避免了反复填塞给患者造成精神上及肉体上的痛苦,同时减少了各种并发症的发生。

应用鼻内镜寻找出血点要有一定的技巧,我科在上述 48 例顽固性鼻出血患者的治疗中,首先对患侧鼻腔进行收敛及麻醉,然后用直径 2 mm、长 10 cm 左右的直头或弯头带排气眼的吸引器管吸除鼻腔内脓液及淤血块,使视野保持清晰,操作时动作要轻柔,吸引器头要与鼻腔黏膜平行,避免不必要的黏膜损伤出血而导致视野模糊,影响操作。对于没有活动性出血的患者,应按照从前到后、先下后上、先鼻中隔后鼻腔外侧壁的顺序有序的进行。如果患者处于活动性出血状态,应在鼻内镜下吸除鼻腔内血液,并根据血流方向迅速找到出血点,检查时应仔细观察嗅裂、中鼻道、下鼻道后穹窿、鼻咽部等部位。对于静止期的出血患者,可

以根据麻醉棉片血染的位置,在内镜下对该部位仔细查找,此时出血点多已收缩至鼻腔黏膜内,部分患者呈点状或粟粒状隆起,此时用吸引器头触之多可见明显搏动性出血,鼻内镜下对该部位进行电凝能够有效止血。对于鼻腔结构复杂、鼻中隔偏曲及中、下鼻甲肥大等造成出血部位无法直视的患者,我们可用剥离子将偏曲的鼻中隔骨折并移向健侧,同时将中鼻甲及下鼻甲骨骨折移向外侧,使患侧鼻腔及嗅裂有足够的空间及视野,便于内镜及手术器械顺利进入,从而准确找到出血点并电凝止血。对于中隔部位的出血,电凝时功率不能太大,时间不能太长,以免烧灼深度过大,导致鼻中隔穿孔的发生。我们使用的自制电凝头,取材广泛、制作简单,其头端能准确触及到出血点,对于鼻腔深部狭小部位的出血点(如嗅裂、下鼻道后穹窿等部位),操作灵活,止血可靠,能最大限度地减少对周围黏膜的损伤^[11],解决了双极电凝对鼻腔深部出血电凝时,头端双叶容易并拢难以产生电凝效果的弊端。此外,自制电凝头能连接吸引器,即刻吸去电凝时产生的烟雾,使鼻内镜视野一直保持清晰。它外套输液器塑料管或小号导尿管,从而保护了鼻前庭皮肤和鼻腔黏膜不受意外烧伤。本文 48 例患者经过上述方法均找到了出血部位并进行了有效止血,无一例意外损伤及并发症发生。

综上所述,鼻内镜下自制电凝头治疗顽固性鼻出血,具有视野清晰、寻出血点方便、操作准确、微创、止血迅速可靠、患者痛苦少、无明显并发症等优点,可避免不必要的前鼻孔或后鼻孔填塞,值得临床应用。

参考文献

- [1] Walker TW, Macfarlane TV, McGarry GW. The epidemiology and chrono-biology of epistaxis: an investigation of Scottish hospital admissions 1995-2004 [J]. *Clin Otolaryngol*, 2007, 32(5): 361-365.
- [2] 杨大章,程靖宇. 难治性鼻出血的出血部位及治疗 [J]. *中华耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2005, 40(5): 5.
- [3] 解琳. 微波治疗鼻腔疾病疗效观察 [J]. *实用全科医学*, 2007, 5(5): 438-439.
- [4] 李良波. 顽固性鼻出血的临川治疗 [J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2009, 23(14): 661-661.
- [5] 孟新宇,李俊义. 顽固性鼻出血 156 例治疗体会 [J]. *临床误诊误治*, 2009, 22(5): 31-32.
- [6] 汤勇,肖北春. 老年性鼻出血的鼻内镜的微波治疗 [J]. *中国老年医学杂志*, 2006, 26(11): 1556-1557.
- [7] 陈凯良. 鼻出血部位与相关因素的回顾性分析 [J]. *现代中西医结合杂志*, 2005, 14(2): 187-188.
- [8] 赵学林. 鼻内镜下治疗老年性鼻出血 84 例 [J]. *山东大学耳鼻喉眼学报*, 2007, 21(3): 266, 268.
- [9] 郑娅明. 恶性疟疾并发血小板减少致鼻出血 [J]. *临床误诊误治*, 2008, 21(12): 57.
- [10] 梁利伟. 鼻内镜下高频电刀治疗顽固性鼻出血 [J]. *中华实用诊断与治疗杂志*, 2009, 23(4): 403-404.
- [11] 董建良. 微波凝固术治疗鼻出血 150 例临床观察 [J]. *临床误诊误治*, 2006, 19(12): 65-66.

(收稿日期:2012-11-07)

· 全科临床论著 ·

急性脑梗死患者血浆内皮素表达水平的临床研究

刘静波

【摘要】 目的 观察探讨急性脑梗死患者血浆内皮素水平的变化及临床意义。方法 选取 80 例急性脑梗死患者(脑梗组)和 30 例健康体检人群(对照组)作为研究对象,其中 80 例患者根据其临床神经功能缺损评分标准及脑梗死面积进行分组,25 例为轻度组,35 例为中度组,20 例为重度组,对所有研究对象均取清晨空腹静脉血采用放射免疫测定法测定血浆内皮素水平并进行观察比较,同时对三组患者疗效进行比较。结果 脑梗组血浆内皮素为(100.05 ± 6.87) pg/ml,对照组为(56.54 ± 4.85) pg/ml,脑梗组明显高于对照组。轻度组、中度组和重度组血浆内皮素分别为(120.05 ± 12.87) pg/ml、(90.65 ± 11.25) pg/ml、(69.32 ± 8.76) pg/ml,均明显高于对照组,且组间比较差异有统计学意义。轻度组、中度组和重度组治疗总有效率分别为 96.00%、71.43%、40.00%,组间比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 急性脑梗死患者血浆内皮素水平较健康人群明显升高,且血浆内皮素水平与患者病情及预后均息息相关,可通过监测患者血浆内皮素水平判断患者病情及评估预后。

【关键词】 急性脑梗死;血浆内皮素;预后

【中图分类号】 R743.33 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1239-02

Clinical Research of Plasma Levels of Endothelin in Patients with Acute Cerebral Infarction LIU Jing-bo. Department of Internal Medicine, the People's Hospital of Fuling District, Chongqing 408000, China

【Abstract】 Objective To explore the changes of plasma levels of endothelin and its clinical significance in patients with acute cerebral infarction (ACI). **Methods** Total 80 cases of acute cerebral infarction (cerebral infarction group) and 30 healthy people (control group) were enrolled in this study. By the neurological deficit score and infarction area, 80 patients were divided into 3 groups: mild group (25), moderate group (35) and severe group (20). The plasma endothelin levels of fasting blood were tested by radioimmunoassay and compared among the three groups. **Results** The cerebral infarction group, the plasma endothelial factors (100.05 ± 6.87) pg/ml, the control group (56.54 ± 4.85) pg/ml, the cerebral infarction group was significantly higher than the mild group, moderate group and severe group of plasma endothelin were (120.05 ± 12.87) pg/ml (90.65 ± 11.25) pg/ml (69.32 ± 8.76) pg/ml was significantly higher, and between the two groups difference. mild group, moderate group and severe treatment, the total effective rate were 96.00%, 71.43%, 40.00% difference between groups was significant differences were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The acute cerebral infarction plasma endothelin levels than the healthy group was significantly increased, and plasma endothelin levels and the patient's condition and prognosis are closely related to judgment by monitoring plasma endothelin levels patient's condition and assessment of prognosis.

【Key words】 Acute cerebral infarction; Plasma endothelin; Prognosis

血管内皮素(ET)是一种由血管内皮细胞分泌的活性最强的一种缩血管因子,近年来,越来越多的研究报道结果显示,血管内皮素在缺血性脑血管病的发生、发展中起着重要的作用^[1]。本文旨在通过对 80 例急性脑梗死患者的血管内皮素进行监测,以探讨其与缺血性脑血管病的发生、发展的关系,以期对判断病情变化及评估预后进行提供理论依据,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取我科自 2007 年 1 月 - 2010 年 1 月期间收治的 80 例急性脑梗死患者(脑梗组)作为本组研究对象,其中男性 58 例,女性 22 例,年龄 42 ~ 75 岁,平均年龄(61.5 ± 10.3)岁;本组病例均符合中华第四次全国脑血管病学术会议修订的诊断标准,并经头部 CT 及 MRI 检查证实存在脑梗死病灶,且病变均在 24 h 内。根据患者临床神经功能缺损评分标准及脑梗死面积进行分组:神经功能缺损评分为 0 ~ 15 分,脑梗死病灶面积 < 2 cm² 为轻度;神经功能缺损评分为 16 ~ 30 分,脑梗死病灶面积在 2 ~ 4 cm² 为中度;神经功能缺损评分为 31 ~ 45 分,脑梗死病灶面积 >

4 cm² 为重度。本组 80 例患者,25 例为轻度,35 例为中度,20 例为重度。同时选取 30 例健康体检者作为对照组。均排除合并严重心肺功能不全、肝肾功能不全、自身免疫性疾病及恶性肿瘤等疾病的患者。两组患者一般资料无显著差异,有可比性。

1.2 检测方法 所有研究对象均采取清晨空腹肘静脉血 2 ml,并置于含 10% EDTA-Na 210 μl 和抑肽酶 400 IU 的试管内,混匀后在 4 °C 条件下,采用 3000 r/min 速度离心约 10 min,分离血浆,置于 -20 °C 冰箱内保存待检^[2]。采用放射免疫测定法测定血浆内皮素水平,检测药盒由解放军总医院东亚免疫所提供。

1.3 观察指标 观察脑梗死患者与对照组血浆内皮素水平,同时观察比较轻度、中度及重度三组脑梗死患者血浆内皮素水平及其治疗效果。临床疗效评定标准:基本治愈:患者症状体征基本消失,脑梗死灶基本消失;进步:患者症状体征较治疗前有所改善,脑梗死灶面积显著缩小;无效:治疗前后无显著变化。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 13.0 软件进行统计学分析处理,数据以($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验,相关性分析采用单因素线性回归分析, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 脑梗组与对照组血浆内皮素水平比较 见表 1。

表 1 脑梗组与对照组血浆内皮素水平比较 (pg/ml)

组别	n	血浆内皮素水平
脑梗组	80	100.05 ± 6.87
对照组	30	56.54 ± 4.85
t 值		49.13
P 值		<0.05

2.2 轻度、中度及重度脑梗死患者血浆内皮素水平比较 见表 2。由表 2 可知,轻度组、中度组及重度组与对照组比较,内皮素均明显增高,且三组患者组间比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 2 轻度组、中度组及重度组脑梗死患者血浆内皮素水平比较 (pg/ml)

组别	n	血浆内皮素水平
轻度组	25	69.32 ± 8.76
中度组	35	90.65 ± 11.25
重度组	20	120.05 ± 12.87
对照组	30	56.54 ± 4.85

2.3 轻度、中度及重度脑梗死患者疗效比较 见表 3。轻度组与中度组比较,差异有统计学意义 ($\chi^2 = 6.397, P < 0.05$);中度组与重度组比较,差异有统计学意义 ($\chi^2 = 6.286, P < 0.05$),轻度组与重度组比较,差异有统计学意义 ($\chi^2 = 17.26, P < 0.05$),三组患者组间比较差异均有统计学意义。

表 3 轻度组、中度组及重度组脑梗死患者的疗效比较 (n, %)

组别	n	基本治愈	进步	无效	总有效
轻度组	25	15(60.00)	9(36.00)	1(4.00)	24(96.00)
中度组	35	18(51.43)	7(20.00)	10(28.57)	25(71.43)
重度组	20	4(20.00)	4(20.00)	12(60.00)	8(40.00)

3 讨论

血浆内皮素是目前为止发现的作用最强的缩血管物质,它参与多种疾病的发生、发展。研究表明,血浆内皮素与 NO 均为重要的器官局部血流调节因子,血管内皮细胞释放血浆内皮素收缩血管,释放 NO 松弛血管,两者在生理状态下处于动态平衡,维持血管正常的舒张收缩功能,当两者失调时,则引起血管舒张收缩功能发生紊乱^[3]。目前,研究表明,急性脑梗死患者血浆内皮素升高,且近十年来在临床神经科学领域内,关于内皮素与脑血管病发生发展的关系的研究已逐渐成为基础医学及临床医学的热点问题之一^[4]。有学者首先证实急性缺血性脑梗死患者血浆内皮素较健康人群显著增高^[5]。

本组研究结果显示,脑梗组患者血浆内皮素水平明显高于对照组,这一结果也进一步证实血浆内皮素在急性脑梗死的发生发展中起着重要作用,与文献报道结果相符。而且本组研究结果还显示,轻度、中度与重度三组脑梗死患者血浆内皮素水平组间比较差异显著,这一结果提示血浆内皮素水平与脑梗死严重程度密切相关,脑梗死越严重,内皮素水平越高^[6]。目前,关于急性脑梗死患者血浆内皮素升高的病因机制尚未

明确。有学者研究认为脑梗死后应激反应、缺氧、梗死区灌注压降低,梗死区血管内皮和神经组织释放等原因与内皮素的增加密切相关^[7]。急性脑梗死后血浆内皮素升高,内皮素与血管平滑肌上的内皮素受体结合,使缺血区及正常区血管强烈而持久的收缩,使缺血进一步加重^[8]。脑梗死后发生的应激性反应增加了血浆去甲肾上腺素和肾上腺素的分泌和释放,致使血浆内皮素释放增多。脑缺血时中枢神经系统合成内皮素增加,另外,脑梗死时,血脑屏障破坏也是引起血浆内皮素升高的原因之一^[9]。

本组研究结果还显示,轻度组、中度组与重度组治疗总有效率也有显著差异,这一研究结果说明,内皮素水平与患者预后有一定的关系,可通过测定患者内皮素水平来判断患者病情及评估预后。研究表明,内皮素可激活钙离子通道,使细胞外钙进入细胞内,细胞内的钙增多,而且内皮素还可促使肌质网内钙释放,两者综合作用,使细胞内钙超载。另外,内皮素可造成梗死灶周围正常组织侧支循环血管痉挛加重,加重脑缺血缺氧,而脑缺血缺氧又增加内皮素的释放,因此形成恶性循环,对患者预后构成极大的威胁^[10]。

综上所述,急性脑梗死患者血浆内皮素水平明显增高,而且其与患者病情严重程度明显相关,患者脑梗死越严重,内皮素水平越高,且预后更差。因此,血浆内皮素可作为反映急性脑梗死患者病情及评估预后的重要指标,临床上可通过监测血浆内皮素水平以作为对患者病情进行正确评估及判断预后。

参考文献

- [1] 黄伟雄,李玉权,刘锦仪,等.缺血性脑血管病血清 NSE 的表达及临床价值研究[J].中华全科医学,2012,10(8):1225-1226.
- [2] 耿直,丁霞,沈洁,等.重症脑梗死患者急性期心肌标志物和心电图的改变与预后的关系[J].河北医学,2010,16(6):646-649.
- [3] 郭家奎,侯冬芬,郭恩吉.调神通络法治疗中风临床观察[J].针灸临床杂志,2010,9(9):12.
- [4] 刘文铠.老年脑梗死患者 C 反应蛋白水平变化与预后的关系[J].河北医学,2008,14(7):777-779.
- [5] 沈梅,于勇.27 例侧脑室引流并脑脊液置换治疗重型脑室出血的疗效观察[J].医学理论与实践,2009,2(2):24.
- [6] 田德元.高原地区高血压性脑出血临床特点及治疗 68 例分析[J].高血压杂志,2011,12(4):54.
- [7] 冯建华.急性脑梗塞患者血浆内皮素临床意义[J].青海医药杂志,2004,34(4):27-28.
- [8] 黄卫,王晔,徐丽君,等.高血压性脑出血后迟发性脑水肿患者 B 型脑钠肽变化及临床意义[J].南昌大学学报:医学版,2010,50(1):56.
- [9] 周娟.依达拉奉治疗急性脑梗死疗效观察[J].中华实用诊断与治疗杂志,2011,25(12):1221-1222.
- [10] 张永顺,刘建青.低分子右旋糖酐和尿激酶治疗小灶性脑梗死 50 例临床分析[J].河北医学,2011,17(3):336-338.

(收稿日期:2012-11-30)

· 全科临床研究 ·

川芎嗪对急性脑梗死患者血清 hs-CRP 的影响

王小平, 马金梁

【摘要】目的 观察川芎嗪注射液对急性脑梗死患者血清高敏 C 反应蛋白 (hs-CRP) 的影响。**方法** 将 64 例急性脑梗死患者采用随机数字表法分为观察组 (32 例) 和对照组 (32 例), 对照组予常规治疗, 观察组在对照组治疗基础上加用川芎嗪注射液治疗, 连续治疗 14 d, 比较两组神经功能缺损 (NIHSS)、日常生活能力 (ADL) 评分和血清高敏 C 反应蛋白 (hs-CRP) 的变化。**结果** 治疗前, 两组患者 NIHSS、ADL 评分和血清 hs-CRP 水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后两组 ADL 评分均明显升高, 观察组显著高于对照组 ($P < 0.05$), 两组患者 NIHSS 评分和血清 hs-CRP 水平均明显下降, 观察组较对照组下降更显著 ($P < 0.05$)。**结论** 川芎嗪对急性脑梗死有良好的治疗作用, 其作用机制可能与降低患者血清 hs-CRP 水平、抑制炎症反应有关。

【关键词】 急性脑梗死; 川芎嗪注射液; 高敏 C 反应蛋白

【中图分类号】 R743.33 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1241-02

近年来随着人们生活水平的提高, 急性脑梗死的发病率逐年上升, 如何降低其发病率和致残率已成目前亟待解决的问题^[1]。临床观察表明, 川芎嗪注射液治疗急性脑梗死疗效显著^[2]。本研究观察川芎嗪注射液对急性脑梗死患者血清高敏 C 反应蛋白 (hs-CRP) 的影响, 旨在探讨其治疗急性脑梗死的作用机制。

1 资料与方法

1.1 临床资料 64 例急性脑梗死患者均为湖北省孝感市中心医院神经内科 2011 年 1 月 - 2012 年 6 月收治的住院患者, 采用随机数字表法分为观察组 (32 例) 和对照组 (32 例), 观察组男性 20 例, 女性 12 例; 年龄 41 ~ 70 岁, 平均 (61.5 ± 7.5) 岁。对照组男性 21 例, 女性 11 例; 年龄 42 ~ 70 岁, 平均 (62.0 ± 7.6) 岁。两组患者性别、年龄、神经功能缺损 (NIHSS) 评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。所有患者均签署知情同意书。

1.2 诊断与排除标准 诊断标准: ①符合 1995 年全国第四届脑血管病学术会议修订的脑梗死诊断标准, 并经头颅 CT 或 MRI 检查证实; ②初次发病, 起病时间 < 72 h。排除标准: ①有意识障碍及严重失语、认知功能障碍者; ②出血性脑梗死及有明显出血倾向者; ③严重肝、肾功能不全以及血液系统疾病或肿瘤患者等。

1.3 治疗方法 两组患者入院后均给予相同的常规治疗, 包括控制脑水肿、抗血小板聚集、保护脑细胞、控制血压及对症支持治疗等。观察组在常规治疗的基础上加用川芎嗪注射液 (河南辅仁怀庆堂制药有限公司, 40 mg/支) 80 mg 加入 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 250 ml 中静脉滴注, 1 次/d, 连续治疗 14 d。

1.4 观察指标 所有患者分别在入院时和治疗 14 d 后评定以下指标: ①神经功能缺损 (NIHSS) 评分^[3]; ②日常生活能力量表 (ADL) 评分; ③采用放射免疫分析法检测血清 hs-CRP 水平, 操作按试剂盒说明书进行。

1.5 统计学方法 应用 SPSS 13.0 统计学软件进行处理, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用两样本均数 t 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 NIHSS、ADL 评分及血清 hs-CRP 水平比较 见表 1。治疗前, 两组患者 NIHSS、ADL 评分和血清 hs-CRP 水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 两组患者 ADL 评分均

明显升高, 观察组显著高于对照组 ($P < 0.05$), 两组患者 NIHSS 评分和血清 hs-CRP 水平均明显下降, 观察组较对照组下降更显著 ($P < 0.05$)。

表 1 两组急性脑梗死患者 NIHSS、ADL 评分及血清 hs-CRP 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	NIHSS 评分(分)	ADL 评分(分)	hs-CRP (mg/L)
观察组	32	治疗前	26.86 ± 6.42	38.76 ± 12.42	9.32 ± 2.96
		治疗后	12.67 ± 4.75 ^{**#}	52.18 ± 18.94 ^{*#}	5.63 ± 2.35 ^{*#}
对照组	32	治疗前	27.32 ± 6.34	37.92 ± 13.13	9.21 ± 3.14
		治疗后	18.28 ± 5.19 [*]	46.29 ± 16.67 [*]	7.16 ± 2.86 [*]

注: 与治疗前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$; 治疗后, 与对照组比较, # $P < 0.05$ 。

2.2 安全性评价 两组患者治疗前后血、尿常规及肝、肾功能无明显变化。

3 讨论

近年来, 有研究证实急性脑梗死的发生、发展与炎症反应密切相关^[4]。hs-CRP 是一种非特异性的急性时相反应蛋白, 在组织损伤或急性感染时血清 hs-CRP 含量迅速升高, 血清 hs-CRP 水平与急性脑梗死发生及病情严重程度密切相关^[5-6]。hs-CRP 通过经典途径激活补体系统, 产生大量炎症介质, 释放氧自由基, 导致血管内膜受损, 继而激活血小板, 引起血小板聚集、粘附, 形成不稳定粥样硬化斑块, 炎性活动导致斑块的不稳定破裂及血栓形成, 引起急性脑梗死的发生^[7]。研究发现, 急性脑梗死患者经治疗后, 随着病情缓解血清 hs-CRP 水平也随之降低, 提示降低血清 hs-CRP 水平可作为治疗脑梗死的新靶点, 抑制炎症反应对于预防和治疗急性脑梗死具有重要临床意义^[8]。

川芎嗪是从中药川芎中提取的有效生物碱四甲基吡嗪, 临床研究证实川芎嗪注射液有抗血栓作用, 能抗血小板聚集, 改善血液流变性, 降低血液粘度, 并能通过血脑屏障, 增加脑血流量, 提高脑血氧供量, 促进脑血管侧支循环建立和微循环的自动调节等作用^[9]。本研究结果表明, 经治疗后两组急性脑梗死患者 ADL 评分均明显提高 ($P < 0.05$), NIHSS 评分和血清 hs-CRP 水平均显著减少 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 证实急性脑梗死患者血清 hs-CRP 水平与患者的病情发展密切相关, 观察组较对照组改善更显著, 提示川芎嗪对急性脑梗死有良好的治疗作用, 其作用机制可能与降低患者血清 hs-CRP 水平、抑制炎症反应有关。

参考文献

- 姚冬杰, 袁春华, 张本卓, 等. 依达拉奉治疗急性脑梗死临床疗效观察[J]. 中华全科医学, 2012, 10(5): 739.
- 汤美霞. 川芎嗪注射液治疗急性脑梗死疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2005, 14(18): 2419. (下转第 1278 页)

皮瓣修复足踝部软组织缺损的疗效观察

封挺, 陈俊泽, 王维, 林淮

【摘要】目的 观察腓肠神经营养血管皮瓣修复足踝部创伤性软组织缺损的临床效果。**方法** 27 例足踝部创伤性软组织缺损患者采用腓肠神经营养血管皮瓣的方法进行修复。术后随访 6~12 个月, 观察患者足踝生理功能及腓肠神经营养血管皮瓣供区的恢复情况。**结果** 经腓肠神经营养血管皮瓣修复后, 27 例移植皮瓣均完全成活, 所有患者均获得痊愈, 有 2 例皮瓣远端边缘出现少许坏死, 经对症治疗后痊愈。术后随访时间为 6~12 个月, 皮瓣外观颜色稍深, 足踝生理功能恢复良好, 行走状态正常, 感觉部分恢复, 供区皮肤愈合好, 对功能未造成严重影响。**结论** 腓肠神经营养血管皮瓣修复足踝部创伤性软组织缺损疗效显著, 操作简单, 存活率高, 外形良好, 是一种理想的手术治疗方法。

【关键词】 腓肠神经皮瓣; 足踝部; 软组织缺损

【中图分类号】 R658.3 R622.12 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1242-02

足踝部是人体重要的负重部位, 当其受到严重损伤后常伴有骨、肌腱组织暴露现象, 多要采取皮瓣移植方法予以修复^[1-2]。但在分离皮瓣和吻合血管等操作过程中均可能发生血管危象, 此外不管是选择游离或岛状皮瓣均会切除部分肢体的主要血管, 而腓肠神经营养血管皮瓣具有皮肤质地良好, 血供顺畅, 移植后成活率高, 分离过程简便和不易损伤机体主要血管、神经等多种优点, 是修复足踝部创伤性软组织缺损的首选方法^[3-4]。本院采用该神经营养血管皮瓣修复 27 例患者, 疗效较为理想, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2009 年 2 月 - 2012 年 4 月 27 例足踝部创伤性软组织缺损患者均为期间住院治疗患者, 其中男性 20 例, 女性 7 例; 年龄为 17~62 岁, 平均年龄为 (37.5 ± 6.2) 岁; 致伤原因类型为: 交通意外伤害 15 例, 机器碾压伤 6 例, 烧伤瘢痕 3 例, 疾病所致溃疡 3 例; 病变发生部位: 踝部 12 例, 足背 6 例, 足内侧部 5 例, 足跟部 4 例; 足踝部软组织缺损面积: (3.0 cm × 5.0 cm) ~ (9.0 cm × 15.0 cm); 软组织创面暴露时间 1 d ~ 3 个月。上述患者均伴有骨、肌腱等组织暴露, 采用腓肠神经营养血管皮瓣进行修复, 皮瓣面积为 (4.0 cm × 6.0 cm) ~ (10.0 cm × 16.0 cm)。

1.2 修复方法

1.2.1 创面彻底清创 彻底清除已出现坏死和严重污染现象的炎性肉芽及疤痕组织, 一直到创伤面上有新鲜血液出现即为正常的机体组织。如有骨组织感染时则需彻底清除, 清创处理后使用稀碘伏溶液反复多次予以浸泡和冲洗, 待创面清创效果就比较理想后, 需立即准备好手术所需洁净敷料和医疗器械, 常规消毒铺巾后准备切除皮瓣。

1.2.2 皮瓣设计方法 在患者小腿后方的上 2/3 处部位设计修复所需皮瓣组织, 以外踝和跟腱的连线中点至腘窝连线中点作为设计皮瓣组织的旋转轴, 在外踝平面 > 5 cm 处作为设计皮瓣血管筋膜蒂的旋转轴点, 根据患者足踝部创伤性软组织缺损的具体情况设计所需皮瓣的形状和大小, 皮瓣血管筋膜蒂的长短为旋转轴点至足踝部创面的距离^[5]。

1.2.3 皮瓣切除方法 沿着皮瓣的设计线仔细切开皮瓣的近端部位, 切除深度需达到皮肤筋膜下, 将小隐静脉完全显露后予以切断和结扎处理。辨认清楚腓肠神经后用局麻药封闭处理后切断。由近端向远端掀起皮瓣, 在腓肠肌肌膜和深筋膜之间进行操作, 确保小隐静脉和腓肠神经等组织结构在皮瓣内。

缝合固定深筋膜和皮下组织, 避免血管网和神经发生脱离。使用手术钳夹切断较大血管, 近端部位予以电凝切断, 皮瓣内断端部位则使用 0 号丝线予以结扎。分离皮瓣和蒂部后, 仔细观察皮瓣组织的血运状况, 将旋转点和受区皮肤逐一切开, 经明道方式移位到拟修复的足踝部皮肤创面, 无张力予以缝合固定。皮瓣下和皮蒂旋转点等部位需放置引流片。供区皮肤创面直接加以缝合并加压包扎处理。

2 结果

术后 27 例移植皮瓣均完全成活, 有 2 例皮瓣远端边缘出现少许坏死, 经对症治疗后痊愈。术后随访时间为 6~12 个月, 皮瓣外观颜色稍深, 足踝生理功能恢复良好, 行走状态正常, 感觉部分恢复, 供区皮肤愈合好, 对功能未造成严重影响。

3 讨论

足踝部创伤性软组织缺损严重时多伴有骨、肌腱组织暴露, 一般无法通过植皮进行修复, 多选择岛状皮瓣或者游离皮瓣, 但操作过程中需要分离皮瓣和吻合血管, 具有较大的风险性。故应优先选择较为成熟的带蒂皮瓣, 可有效降低血管危象的发生率^[6]。本研究采用腓肠神经营养血管皮瓣进行修复可克服上述皮瓣移植中存在的不足之处^[7]。

腓肠神经营养血管皮瓣修复足踝部创伤性软组织缺损具有以下多种优点: ①皮肤筋膜及蒂的长短可根据具体情况进行调节, 设计皮瓣面积较大可修复广泛的创面; ②该皮瓣易手术分离, 解剖层次较浅, 创伤程度轻微, 且分离皮瓣时不会损伤患者的主要血管和神经, 对供区肢体的血供状态不会造成严重的影响; ③皮瓣组织的血液循环状况良好, 抗感染力较强, 移植后成活率高; ④皮瓣组织带有部分感觉神经, 可吻合受区神经并逐渐恢复皮肤感觉; ⑤该皮瓣组织皮下脂肪较少, 皮肤色泽和质地与正常足踝部皮肤较为接近, 术后患者不需额外进行修复^[8]。但其在应用过程中仍存在部分缺点: 由于腓肠神经营养血管相对较细, 对蒂部较长皮瓣的供血状况欠充足, 故应以小腿中上 2/3 交界处为修复界限, 超过则会导致移植皮瓣的远端出现坏死现象。此外皮瓣分离要切除部分腓肠神经, 供区肢体皮肤可出现感觉部分缺乏或功能障碍现象^[9]。

修复过程中还应当注意部分事项, 并加强术后并发症的防治工作。分离皮瓣时, 不应使用电刀进行切割, 尽量保存深筋膜组织, 可带有部分肌膜组织, 掀起皮瓣组织后采取丝线间段予以缝合。为减少蒂部肿胀和静脉回流障碍等发生率, 可采用明道方式转移蒂部, 蒂部的宽度需保留约 2~3 cm, 旋转时不能出现扭曲现象。修复后如皮瓣出现淤斑、坏死及严重感染现象时, 应积极采取有效措施加以处理^[10]: ①抬高患侧肢体并注意保暖措施, 避免因寒冷、疼痛而加重皮肤的刺激, 同时给予抗凝血、促微循环和高压氧等方法进行治疗; ②严格遵守无菌操作原则, 采用小切口放血疗法, 切口不应过深, 外用稀释性肝素钠

作者单位: 510510 广州军区广州总医院附属 157 医院骨科 (封挺, 王维, 林淮); 515700 广东省潮州市饶平县中医院 (华侨) 骨科 (陈俊泽)

通讯作者: 封挺, 电子信箱: fengtingfift@126.com

· 全科临床研究 ·

儿童血行播散型肺结核 38 例临床分析

龙振昼, 刘华, 池宏亮, 陈江平, 刘旭晖, 卢水华

【摘要】目的 探讨儿童血行播散型肺结核的流行病学、诊疗及预后特点, 提高对本病的认识。**方法** 回顾性分析 38 例住院血行播散型肺结核儿童的临床资料。**结果** ①流行病学特点: 年龄小于 28 d 及 12 岁以上占 5.3%, ~1 岁占 28.9%, ~3 岁占 26.3%, ~7 岁占 23.7%, ~12 岁占 15.8%。并发免疫缺陷疾病 7.9%, 其中慢性肉芽肿 5.3%, 抗 HIV 阳性 2.6%。急性血行播散型肺结核占 94.7%, 亚急性和慢性占 5.3%。②临床表现: 78.9% 的病例发热, 咳嗽 68.4%, 肺部啰音 21.1%, 气促 15.8%, 头痛 13.2%, 浅表淋巴结肿大 10.5%。合并结核性脑膜炎 47.37%, 淋巴结结核 13.2%, 肠结核 7.9%, 结核性心包炎、胸膜炎各 5.3%, 结核性腹膜炎、骨结核、脊柱结核、肝结核、泌尿系结核各 2.6%。③辅助检查: 肺部计算机断层扫描(CT) 34 例: 表现为典型大小、密度、分布均匀者 63.2%, 毛玻璃样改变并斑片状阴影 18.4%。腰穿检查 25 例, 腰脊液异常改变 16 例, 占 64.0%; 头颅 CT 30 例: 脑积水 14 例, 占 46.7%, 缺血性梗死灶 11 例, 占 36.7%。**结论** 儿童血行播散型肺结核病情严重程度常与临床表现不对称, 故早期诊断、快速治疗是关键。

【关键词】 儿童; 血行播散型肺结核; 结核性脑膜炎

【中图分类号】 R521.4 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1243-02

血行播散型肺结核是大量结核杆菌在短时间内或少量结核杆菌在较长时间内多次进入血液循环, 广泛散布到肺所致的急重症结核病, 常与肺外结核并存。该病好发于儿童, 近年来, 随着获得性免疫缺陷综合征的流行及激素的广泛应用, 临床表现及肺部影像学不典型的病例有日益增多之势。由于血行播散性肺结核多见于急性传染病、营养不良或长期应用免疫抑制剂的儿童, 此时患儿机体免疫状态发生改变、抵抗力急剧下降, 故临床表现多样化且不典型, 容易误诊, 部分病情有迅速加重甚至危及生命可能。为提高对儿童血行播散型肺结核的认识, 本研究系统回顾分析 38 例患儿的临床资料, 探讨其临床表现、诊断、治疗及预后等特点, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 38 例血行播散型肺结核病例为 2005 年 1 月-2009 年 12 月在复旦大学附属公共卫生临床中心住院治疗的患儿。其中, 男 20 例, 女 18 例, 男: 女 = 1.11: 1, 年龄最小 25 d, 最大 14 岁。本组病例诊断依据参照第 7 版《诸福棠实用儿科学》^[1]、第 7 版《传染病学》^[2] 及世界卫生组织结核诊治指

作者单位: 355000 福建省福安市, 福建医科大学附属闽东医院感染性疾病科(龙振昼, 刘华, 池宏亮, 陈江平); 201508 上海市, 复旦大学附属公共卫生临床中心结核科(刘旭晖, 卢水华)
通讯作者: 卢水华, 电子信箱: lshlook@hotmail.com

溶液予以止血处理; ③提高抗生素的治疗浓度预防机体的感染现象, 换药次数增加, 保持皮肤创面的清洁程度, 避免皮肤下积血现象的发生; ④皮肤表层出现坏死时应及时予以去痂和植皮等措施处理。

本研究结果显示, 经腓肠神经血管皮瓣修复后, 所有患者均获得痊愈, 随访发现足踝生理功能恢复良好, 行走状态正常, 感觉部分恢复, 供区皮肤愈合好, 对功能未造成严重影响。因此可知, 腓肠神经血管皮瓣修复足踝部创伤性软组织缺损疗效显著, 操作简单, 存活率高, 外形良好, 是一种理想的手术治疗方法。

参考文献

- [1] 李灏, 王红建, 常林顺. 改良腓浅神经血管皮瓣修复足背缺损 29 例分析[J]. 河北医学, 2010, 16(6): 724-725.
- [2] 刘雯, 李峰. 小隐静脉-腓肠外侧神经血管蒂皮瓣修复下肢组织缺损的临床应用[J]. 中华全科医学, 2011, 9(11): 1750-1751.
- [3] 许军, 张根民, 赵玉驰, 等. 小腿后逆行随意筋膜皮瓣修复足跟部

南^[3]中有关血行播散型肺结核的内容: ①不明原因发热, 伴或不伴呼吸道症状、乏力、纳差、消瘦等结核中毒症状; ② PPD 试验强阳性; ③抗结核治疗有效; ④痰(或胃液)抗酸杆菌涂片或培养阳性, 或血结核杆菌培养阳性; ⑤痰(或胃液)结核杆菌 PCR 阳性; ⑥合并肺外病变的患儿, 肺外组织或体液标本病原学或病理证实为结核病变; ⑦胸片或胸部 CT 显示弥漫粟粒结节, 伴或不伴磨玻璃、斑片、结节、纵隔或肺门淋巴结肿大等影像改变, 临床可除外其他非结核性肺部疾患。具备⑦加①~⑥中任意 1 项及以上。

1.2 数据收集 通过查阅病历, 记录患者的入院时间(发病季节)、住址、年龄、性别、临床表现、辅助检查结果、诊断、治疗方案、预后等信息, 并加以分析。

2 结果

2.1 流行病学 38 名患儿来自全国各地, 农村患儿 23 例, 城镇 15 例, 发病季节全年分散, 其中 12 月~1 月就诊 17 例, 占 44.7%。发病年龄小于 28 d 及 12 岁以上各 1 例(5.3%), ~1 岁 11 例(28.9%), ~3 岁 10 例(26.3%), ~7 岁 9 例(23.7%), ~12 岁 6 例(15.8%)。有卡介苗接种史 30 例(78.9%), 其中查体见卡疤 26 例(68.4%), 预防接种史不详 5 例(13.2%), 无卡介苗接种史 3 例(7.9%)。有明确肺结核患者密切接触史 6 例(15.8%)。并发免疫缺陷疾病 3 例

- 软组织缺损[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2005, 20(8): 560-561.
- [4] 汤伯仁. 腓肠神经血管皮瓣修复足踝部缺损体会[J]. 广东医学, 2010, 31(1): 103-104.
- [5] 刘光旺, 谢林, 江宁, 等. 腓肠神经血管皮瓣修复足踝部软组织缺损[J]. 实用骨科杂志, 2010, 16(3): 226-228.
- [6] 叶劲, 陈伟明, 莫茅, 等. 腓肠神经血管皮瓣修复足踝部软组织缺损[J]. 中华显微外科杂志, 2004, 27(2): 139-140.
- [7] 李吉良, 沈国良, 赵小瑜, 等. 腓肠神经血管皮瓣修复足踝部软组织缺损 16 例分析[J]. 浙江临床医学, 2012, 14(6): 716-717.
- [8] 方建蒙, 张桂香. 腓肠神经血管皮瓣治疗足踝部皮肤软组织缺损[J]. 实用骨科杂志, 2011, 17(4): 371-373.
- [9] 张重阳, 杨英才, 任红波, 等. 腓肠神经血管皮瓣修复足踝部软组织缺损[J]. 实用骨科杂志, 2011, 17(5): 472-473.
- [10] 周爱霞, 邓利辉, 曾跃林, 等. 腓肠神经血管皮瓣修复足踝部皮肤软组织缺损的应用[J]. 实用医学杂志, 2011, 27(16): 3091-3092.

(收稿日期: 2012-12-13)

(7.9%), 其中慢性肉芽肿 2 例(5.3%), 抗 HIV 阳性 1 例(2.6%)。

2.2 临床表现 急性血行播散型肺结核 36 例(94.7%), 亚急性和慢性各 1 例(5.3%)。所有病例中, 30 例发热(78.9%), 26 例咳嗽(68.4%), 8 例肺部啰音(21.1%), 6 例气促(15.8%), 5 例头痛(13.2%), 4 例浅表淋巴结肿大(10.5%), 呕吐、昏迷、腹泻各 3 例(各占 7.9%), 盗汗、水肿各 2 例(各占 5.3%), 抽搐、嗜睡、失语各 1 例(各占 2.6%)。合并症: 结核性脑膜炎 18 例(47.37%), 肺门或纵隔淋巴结结核 5 例(13.2%), 肠结核 3 例(7.9%), 结核性心包炎、胸膜炎各 2 例(各占 5.3%), 结核性腹膜炎、骨结核、脊柱结核、肝结核、泌尿系结核各 1 例(各占 2.6%)。各年龄组儿童临床表现及并发症各有特点: 发病年龄小于 28 d 者出现发热、肺部啰音及气促各 1 例; ~1 岁者发热 7 例, 咳嗽 10 例, 肺部啰音、气促各 2 例, 浅表淋巴结肿大、呕吐各 1 例, 并发结核性脑膜炎 4 例, 纵隔淋巴结肿大 2 例; ~3 岁发热 10 例, 咳嗽 7 例, 肺部啰音 3 例, 气促、盗汗各 2 例, 浅表淋巴结肿大、呕吐、腹泻及嗜睡各 1 例, 并发结核性脑膜炎 6 例, 肝结核、肺门淋巴结肿大各 1 例; ~7 岁发热 7 例, 咳嗽 5 例, 腹泻、水肿各 2 例, 肺部啰音、头痛、浅表淋巴结肿大、昏迷及失语各 1 例, 并发结核性脑膜炎 5 例, 肠结核 3 例, 纵隔淋巴结肿大 2 例, 结核性心包炎、胸膜炎及脊柱结核各 1 例; ~12 岁发热、头痛各 4 例, 咳嗽 3 例, 昏迷 2 例, 肺部啰音、气促、呕吐及抽搐各 1 例, 并发结核性脑膜炎 4 例, 结核性胸膜炎、腹膜炎各 1 例; 12 岁以上发热、咳嗽、浅表淋巴结肿大各 1 例, 并发结核性脑膜炎、心包炎、骨结核、泌尿系结核各 1 例。

2.3 辅助检查 实验室检查: 外周血白细胞计数升高($>12.0 \times 10^9/L$) 20 例(52.6%)、减少($<4.0 \times 10^9/L$) 1 例(2.6%), 超敏 C 反应蛋白升高($>10 \text{ mg/L}$) 14 例(36.8%), 血红蛋白下降 25 例(65.8%), 结核抗体阳性 7 例(18.4%), 红细胞沉降率增快 20 例(52.6%), 低血钠 15 例(39.5%), 痰(或清晨空腹胃液)抗酸杆菌涂片阳性 8 例(21.1%), 痰(或清晨空腹胃液)结核杆菌核酸(PCR)阳性 5 例(13.2%), 痰(或清晨空腹胃液)结核杆菌培养阳性 9 例(23.7%)、其中培养出非结核分枝杆菌 1 例(2.6%), 分枝杆菌培养药敏: 异烟肼与利福平均敏感、吡嗪酰胺及乙胺丁醇耐药各 1 例。人免疫缺陷病毒抗体 1 型(抗 HIV-1)阳性 1 例(2.6%)。胸片: 表现为双肺弥漫性均匀、细小粟粒样结节者 26 例(68.4%), 9 例呈不均匀、新旧病灶混杂病变(23.7%), 3 例病灶融合成片(7.9%)、其中 1 例可见空洞(2.6%)。所有病人都行胸部 CT 检查: 表现为典型大小、密度、分布均匀者 24 例(63.2%), 毛玻璃样改变并斑片状阴影 7 例(18.4%), 大小、密度、分布不均匀、新旧病灶混杂 5 例(占 13.2%, 其中空洞 1 例), 网格状间质改变者 2 例(5.3%)。胸部影像学伴发胸腔积液 2 例(5.3%), 胸膜肥厚 2 例(5.3%)。PPD 试验 30 例, 阳性 13 例(34.2%)。行腰穿检查 25 例, 其中腰脊液异常改变 16 例, 占 64.0%; 压力升高($>180 \text{ cm H}_2\text{O}$, $1 \text{ cm H}_2\text{O} = 0.098 \text{ kPa}$) 12 例, 细胞数($100 \sim 300$) $\times 10^6/L$ 15 例, 蛋白升高 16 例, 涂片或培养出抗酸杆菌 4 例。头颅 CT 30 例: 脑积水 14 例, 占 46.7%, 缺血性梗死灶 11 例, 占 36.7%。

2.4 治疗及转归 所有病例确诊后均用包括异烟肼和利福平在内的二联或三联及以上抗结核治疗方案, 联用药物包括乙胺丁醇、吡嗪酰胺、阿米卡星等一、二线抗结核药物, 结核性脑膜炎或严重病例加用利奈唑胺抗结核, 部分病例加用糖皮质激素, 疗程包括强化期及巩固期, 最短 6 个月, 最长大于 2 年。38 例患者 2 例住院期间死亡, 死亡原因均为重症肺炎致呼吸衰竭, 2 例自动出院, 失访 6 例, 随访 28 例患儿中, 16 例在 2~3 个月的强化期治疗后肺部病灶明显吸收, 12 例继续 4~6 个月巩固治疗后病灶基本吸收, 病灶未完全吸收患儿继续抗结核治疗。

3 讨论

儿童血行播散型肺结核是儿童结核病中的严重病例, 其病情严重程度与临床表现有时并不对称^[4-5], 特别是新生儿及婴幼儿, 这与患儿的免疫功能发育不完善及高度过敏状态有关, 故早期诊断、快速治疗是关键。本组资料显示, 儿童血行播散型肺结核有如下特点: ①各年龄段发病男女无明显差异, 发病无明显季节性, 但由于冬春季节气候异常变化, 多数小儿因“上呼吸道感染”等病就诊, 进而经肺部影像学检查“意外”发现血行播散型肺结核。值得注意的是, 免疫缺陷患儿并发血行播散型肺结核后, 病情迅速进展, 疗效及预后不佳^[6], 本组中死亡病例均为免疫缺陷患儿。②儿童血行播散型肺结核临床表现不典型, 通常以发热、咳嗽为主, 若有并发肺外结核, 则可出现相应的症状和体征。1 岁以上的小儿临床表现及并发症倾向多样而复杂, 考虑与小儿特异体质等有关, 此阶段小儿一旦发现肺部结核播散灶, 应详细询问病史、体格检查及完善各项辅助检查, 及时发现肺外病变, 特别是结核性脑膜炎, 以采取合适的抗结核方案。③儿童血行播散型肺结核早期依据肺部影像学诊断, 有经验的影像科医生阅片时详细了解患儿流行病学史、临床表现及辅助检查, 综合分析, 可作出早期诊断^[7]。肺结核涂阳率不高^[8], 儿童痰标本收集困难, 目前婴幼儿多采用清晨抽取空腹胃液替代痰病原学检查^[9], 结合鼻咽分泌物吸取等方法能增加涂片及培养阳性率, 分泌物标本结核杆菌 PCR 检查敏感性和特异性高, 但对标本要求高, 临床上应用值得期待。本组病例中低血钠、贫血、血沉快等阳性率高, 在临床诊断中是诊断和判断病情的重要指标。值得注意的是, PPD 试验虽然阳性率不高, 但强阳性对判断结核活动性特异性较高。④本组病例结核杆菌培养阳性患儿中, 药物敏感试验提示全部对利福平及异烟肼敏感, 故二者的联合用药是方案中的基础。而个体化的治疗方案及疗程是一直以来是临床非常关注的问题, 患儿的免疫状况是近来也越来越受重视, 本组病例中 2 例死亡患者均有免疫缺陷, 故在化学药物治疗之外, 适当的免疫调节治疗也是重要的辅助治疗措施。此外, 应注意非结核分枝杆菌和卡介苗病的可能性, 一旦确定病原体, 应及时调整治疗方案。

总之, 由于小儿生长发育及免疫状况等的特殊性, 血行播散型肺结核的临床表现复杂, 病情亦可迅速加重, 加之目前获得性免疫缺陷综合征合并肺结核患者的增多, 成为生活中越来越重要的传染源, 故临床上及早识别可疑患儿并进而快速诊断, 将是儿科医生面临的一个新挑战。

参考文献

- [1] 胡亚美, 江载芳. 实用儿科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 989-991.
- [2] 杨绍基, 任红. 传染病学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 210-217.
- [3] The Stop TB Department of the World Health Organization. Treatment of tuberculosis: guidelines[M]. 4th edition. WHO, 2009: 23-29.
- [4] 周浩泉, 吕勇, 潘家华. 小儿不典型结核性脑膜炎 46 例临床分析[J]. 实用全科医学, 2007, 5(1): 35-36.
- [5] 李菁, 胡咏汶, 徐文娟. 结核性胸膜炎 90 例临床诊断分析[J]. 中国综合临床, 2011, 27(2): 161-163.
- [6] Azzopardi P, Bennett CM, Graham SM, et al. Bacille Calmette-Guérin vaccine-related disease in HIV-infected children: a systematic review[J]. Int J Tuberc Lung Dis, 2009, 13(11): 1331-1344.
- [7] 张昌政, 谢独. 肺部粟粒样病变的影像及病理分析[J]. 中华全科医学, 2010, 8(2): 235-237.
- [8] 李赛. 耐多药结核病研究进展[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2012, 26(6): 523-524.
- [9] 席秀红, 卢水华. 54 例儿童结核病诊治及误诊分析[J]. 微生物与感染, 2009, 4(3): 137-139.

(收稿日期: 2012-10-26)

· 全科临床研究 ·

改良“产后出血预测评分表”效果研究

麦桂霞, 赖翠婷, 江妙珍

【摘要】 目的 探讨改良“产后出血预测评分表”的综合临床应用效果。方法 选取 2011 年 10 月-2012 年 9 月于广东连平县妇幼保健院进行生产的 290 例孕产妇为研究对象, 将所有孕产妇均分别采用常规产后出血预测评分表和改良产后出血预测评分表进行评估, 然后将两种评分方法的产后出血评估准确率及不同分值者的不同时间出血量进行比较。结果 改良“产后出血预测评分表” ≥ 5 分和 3~4 分者产后出血评估准确率高于常规产后出血预测评分表, 且评估分值 ≥ 5 分和 3~4 分者产后不同时间段的出血量大于常规产后出血预测评分表, P 均 < 0.05 , 差异均有统计学意义。结论 改良“产后出血预测评分表”的综合临床应用价值更高, 可更为准确地预测产后出血的发生率。

【关键词】 改良“产后出血预测评分表”; 临床应用效果; 产后出血发生率

【中图分类号】 R714.461 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1245-02

产后出血是产科危急症, 是导致产妇死亡的重要原因之一, 临床认为对其进行有效的预测及预防是降低产后出血及改善预后的重要方面, 以往较为常用的为全国产后出血防治协作组 1984 年制定的“产后出血预测评分表”, 但是其预测的准确率仍有较大的提升空间^[1-2], 故本院对此量表进行了改进。现就改良“产后出血预测评分表”的综合临床应用效果进行调查, 现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2011 年 10 月-2012 年 9 月于本院进行生产的 290 例孕产妇为研究对象, 年龄 21~42 岁, 平均年龄(28.8 \pm 3.2)岁, 孕周 37.8~41.3 周, 平均(39.8 \pm 1.1)周, 初产妇 271 例, 经产妇 19 例, 产后发生大出血者 9 例, 发生率为 3.33%。

1.2 分析方法 将 290 例孕产妇分别采用全国产后出血防治协作组 1984 年制定的“产后出血预测评分表”和本院制定的改良产后出血预测评分表进行评估, 然后将两种评分法中 ≥ 5 分、3~4 分和 ≤ 2 分者中的产后出血发生率进行统计及比较, 并将评估分值 ≥ 5 分和 3~4 分者产后不同时间段的出血量进行检测及比较。

1.3 评估标准 1984 年制定的“产后出血预测评分表”包括产前因素和产时评分两部分, 其中产前因素包括妊娠期高血压、宫高、人工流产刮宫史、前置胎盘或胎盘早剥、血小板、凝血功能异常疾病、晚期产前出血, 产时评分项目包括产程、分娩方

式、第三产程, 而本院对量表进行改进, 其中产前因素加入产次、多胎、血红蛋白、预测胎儿体重, 而产时评分则加入产妇精神状态、休息睡眠质量及家庭支持几个项目。本文中的两个量表均以评分总分 ≥ 5 分为高危, 3~4 分为中危, ≤ 2 分为低危^[3]。以产后出血患者的评估分值在 3 分及以上为评估准确。

1.4 统计学方法 本文中的数据分为计数与计量资料两类, 其中的计量资料进行 t 检验, 而计数资料则进行 χ^2 检验, 软件为 SPSS 18.0, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两种评分方法的产后出血评估准确率比较 改良“产后出血预测评分表”评估中 ≥ 5 分和 3~4 分比例均高于常规产后出血预测评分表, 且其产后出血评估准确率高于常规产后出血预测评分表, P 均 < 0.05 , 差异均有统计学意义, 详见表 1。

表 1 两种评分方法的产后出血评估准确率比较(n, %)

评估量表	评分分值			产后出血 准确评估率
	≥ 5 分	3~4 分	≤ 2 分	
常规“产后出血预测评分表”	5/290(1.72)	9/290(3.10)	276/290(95.17)	4/9(44.44)
改良“产后出血预测评分表”	8/290(2.76)*	15/290(5.17)*	267/290(92.07)	9/9(100.00)*

注: 与常规“产后出血预测评分表”比较, * $P < 0.05$ 。

2.2 两种评分方法中不同分值者的不同时间出血量比较 改良“产后出血预测评分表”评估分值 ≥ 5 分和 3~4 分者产后不同时间段的出血量大于常规产后出血预测评分表, P 均 < 0.05 , 差异均有统计学意义, 详见表 2。

表 2 两种评分方法中不同分值者的不同时间出血量比较(ml)

评估量表	时间	≥ 5 分	3~4 分	≤ 2 分
常规“产后出血预测评分表”	产后 2 h 内	302.25 \pm 25.47	210.15 \pm 20.39	188.64 \pm 17.37
	产后 2~24 h	121.16 \pm 15.39	115.43 \pm 12.06	114.07 \pm 13.19
改良“产后出血预测评分表”	产后 2 h 内	337.51 \pm 29.38*	232.18 \pm 20.35*	157.86 \pm 13.79
	产后 2~24 h	150.86 \pm 12.35*	141.36 \pm 14.63*	100.01 \pm 10.35

注: 与常规“产后出血预测评分表”比较, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

产后出血是严重影响到产妇生存状态甚至生命安全的严重产后并发症, 较多研究认为, 对于产后出血高危孕妇进行针对性的干预有助于降低产后出血的发生, 从而全面改善产妇的产后综合状态^[4-5]。以往临床中对于产后出血的预测一般采用全国产后出血防治协作组 1984 年制定的“产后出血预测评分表”进行评估, 但较多研究^[6-7]显示, 其仍有较高的提升空间, 对于预测的准确率相对较低, 故为产前的干预措施的制定价值相对不足, 分析原因, 可能与随着社会的发展及变化, 引起产后出血的原因及高危因素也随之有一定的变化, 故原有的评分表

不能完全适应现有孕产妇的高危因素评估^[8-9]。本院对原有的“产后出血预测评分表”进行改进, 加入产次、多胎、血红蛋白、预测胎儿体重、产妇精神状态、休息睡眠质量及家庭支持 7 个方面, 而这些均是可能导致出血增多的重要因素^[10]。

本文中我们就改良“产后出血预测评分表”的综合临床应用效果进行评估, 发现其较常规的“产后出血预测评分表”的预测优势更为突出, 主要表现为对高危及中危孕产妇筛出率更高等方面, 而实际产后出血的产妇均为其评估为高危及中危的孕妇, 说明其准确率较高, 且明显高于常规的“产后出血预测评分表”, 另外其评估的高危及中危的孕妇产后实际出血量均明显大于常规“产后出血预测评分表”, 说明其对产妇的评估价值相对更高。综上所述, 我们认为改良“产后出血预测评分表”的综合临床应用价值更高, 可更为准确地预测产后出血的发生率。

基金项目: 广东省河源市社会发展科技计划立项项目(2012-076)

作者单位: 517100 广东省连平县妇幼保健院妇产科

通讯作者: 麦桂霞, 电子信箱: maiguixiam@163.com

儿童寻常型银屑病与成人银屑病临床特点比较

陈翔, 张安平

【摘要】目的 比较儿童与成人寻常型银屑病临床特点的差异, 分析儿童银屑病的特点。**方法** 选取皮肤科 101 例银屑病患者为研究对象, 按照年龄分为成人组与儿童组, 比较两组患者诱发因素、患病部位、并发症、实验室检查的差异。**结果** ①儿童组男性及阳性家族史的比例高于成人组。②儿童组因感染发病的比例显著高于成人组 ($P < 0.05$), 因药物、饮食、过敏或精神因素而发病的比例显著低于成人组 ($P < 0.05$)。③儿童组四肢皮损、发热显著高于成人组, 而其他部位合并皮损、关节和指甲病变低于成人组 ($P < 0.05$); ④儿童组抗 O 抗体阳性率显著高于成人组 ($P < 0.05$)。**结论** 儿童寻常型银屑病以感染为诱发因素更为常见, 男性发病率高于女性, 抗 O 抗体阳性率高, 常有四肢皮损, 部分患儿合并发热, 较少合并关节和指甲病变。

【关键词】 儿童; 银屑病; 成人; 临床特点

【中图分类号】 R758.63 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1246-02

银屑病是皮肤科常见慢性的皮肤病, 以红斑丘疹及皮损上覆盖白色鳞屑为主要特征, 是 T 淋巴细胞介导的慢性炎症性皮肤病^[1], 世界各地不同种族发病率不完全相同, 国内流行病学研究其发病率为 0.12%。银屑病是一种复杂的多基因疾病, 目前认为遗传、环境等因素的相互作用在其发生发展中具有重要作用。根据发病年龄可分为两型, I 型在 40 岁以前, 与 HLA-Cw6 抗原密切相关, 患者多有家族史; II 型在 40 岁之后, 与遗传因素无显著相关性。儿童银屑病属 I 型, 临床较少见, 误诊率高, 现通过比较儿童与成人寻常型银屑病临床特点的差异, 分析儿童银屑病的特点, 为更好地诊治该疾病提供一定的参考。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2009 年 10 月 - 2012 年 9 月在我院诊治的寻常型银屑病患者为研究对象, 共计 101 例纳入本次研究。以年龄是否超过 18 岁为分组标准^[2-3], 分为儿童组 (27 例) 和成人组 (74 例), 所有患者的临床症状及表现均符合寻常型银屑病的诊断标准, 皮损呈周期性成批发作, 表现为全身皮肤潮红, 散在或密集的浅表脓疱, 回旋样分布并向四周扩散融合, 约 3~4 d 脓疱形成黄色薄痂、脱屑, 约 7~10 d 后新脓疱再次出现。

1.2 治疗方法 儿童组治疗首选青霉素, 6 岁以上合用雷公藤、普鲁卡因、维生素、外用药物等支持治疗, 酌情选用甲砒霉素、银屑灵或甲氨蝶呤。成人组治疗首选普鲁卡因、青霉素, 辅以雷公藤、维生素及甲砒霉素支持治疗, 酌情使用银屑灵或甲氨蝶呤。

1.3 研究方法及评价标准 家族史阳性为患者一、二、三级亲属中至少有 1 位银屑病患者。感染或过敏因素为近 1 个月内

有上呼吸道感染史或过敏史; 饮食或药物因素为日常饮食中有虾、蟹或服用药物史; 环境因素为患者居住地或季节性因素引起; 精神因素为近期有较大的情绪波动或过度紧张等。根据银屑病面积与严重程度指数 (psori-asis area and severity index, PASI) 评估病情严重程度, 分为 3 度: PASI ≤ 3 为轻度, 3~15 为中度, PASI 超过 15 为重度。所有患者均由 2 名以上皮肤科医生评估, 并在首次就诊时共同完成。

1.4 统计学方法 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表达, *t* 检验分析差异性, 计数资料采用 χ^2 检验, 采用 SPSS 13.0 软件包进行统计学分析, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者一般情况的比较 两组患者严重程度分级无显著性差异, 而在性别组成、平均年龄以及家族史方面差异具有统计学意义 ($P < 0.001$), 儿童组男性及阳性家族史的比例高于成人组。见表 1。

表 1 两组银屑病患者一般情况的比较

组别	n	性别		平均年龄(岁)	家族史		严重程度分级		
		男	女		有	无	轻度	中度	重度
儿童组	27	16	11	12.30 ± 3.80	9	18	17	9	1
成人组	74	36	38	32.71 ± 12.15	13	61	46	26	2
P 值		<0.001		<0.001	<0.001		>0.05		

2.2 两组患者可能诱发因素的比较 两组患者在环境因素中差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 儿童组因感染而发病的比例显著高于成人组 ($P < 0.05$), 因药物、饮食、过敏或精神因素而发病的比例显著低于成人组 ($P < 0.05$); 提示儿童寻常型银屑病以感染为诱发因素更为多见。见表 2。

2.3 两组患者皮损部位及并发症的比较 儿童组四肢皮损显著高于成人组, 而其他部位合并皮损低于成人组 ($P < 0.05$), 两组患者头面部皮损发生率相似 ($P > 0.05$); 儿童组发热显著高

作者单位: 244000 安徽省铜陵市立医院皮肤科
通讯作者: 陈翔, 电子信箱: 578946124@qq.com

参考文献

[1] 陈慧. 改良产后出血预测评分项目的效果[J]. 中华现代护理杂志, 2011, 17(4): 432-433.
[2] 吴仕元, 康昭海, 袁劲进. 产后出血预测评分及防治机制在预防剖宫产宫缩乏力性出血中的应用[J]. 中国现代医学杂志, 2011, 21(1): 115-119.
[3] 张红卫. 对产后出血预测评分表可信性的回顾性分析[J]. 航空航天医药, 2010, 21(12): 2202-2203.
[4] 李妍芳, 赵秀清, 孙悦. 产科出血性疾病介入治疗 11 例疗效分析[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2012, 26(5): 511-512.
[5] 赵相娟, 张梅娜, 张涛, 等. 产后出血的影响因素分析及预测[J]. 中国妇产科临床杂志, 2012, 13(2): 108-111.

[6] 王玉华. 应用“产后出血预测评分表”预测评分减少产后出血[J]. 中国妇幼保健, 2005, 20(7): 859-860.
[7] 杨树红. 高危评分及主动干预降低阴道分娩产后出血率[J]. 贵州医药, 2009, 33(9): 855-856.
[8] 林晓军. 产后出血 76 例临床分析[J]. 河北医学, 2009, 15(12): 1487-1488.
[9] Poujade O, Zappa M, Letendre I, et al. Predictive factors for failure of pelvic arterial embolization for postpartum hemorrhage [J]. Int J Gynaecol Obstet, 2012, 117(2): 119-123.
[10] 张小燕, 贾红梅, 张运平. 产后出血 572 例临床分析[J]. 中国综合临床, 2011, 27(5): 542-544.

(收稿日期: 2012-12-22)

于成人组,而关节和指甲病变低于成人组($P < 0.05$);提示儿童银屑病以四肢皮损更为多见,且部分患者有发热,较少合并关节和指甲病变。见表 3。

表 2 两组银屑病可能诱发因素的比较($n, %$)

组别	n	感染因素	药物因素	环境因素	饮食因素	过敏因素	精神因素
儿童组	27	14(51.8)	9(33.3)	3(11.1)	2(7.4)	1(3.8)	5(18.5)
成人组	74	25(33.8)	40(54.1)	12(16.2)	23(31.1)	8(10.8)	25(33.7)
P 值		< 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

表 3 两组银屑病皮损部位及并发症的比较($n, %$)

组别	n	皮损部位			并发症		
		头面部	四肢	其他	发热	关节病变	指甲病变
儿童组	27	14(51.8)	18(66.7)	5(18.5)	5(18.5)	0	1(3.8)
成人组	74	38(51.3)	39(52.7)	25(33.8)	2(2.7)	4(5.4)	12(16.2)
P 值		> 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.4 两组患者实验室检查比较 两组患者嗜酸性粒细胞升高,肝、肾功能异常,类风湿因子阳性,血沉升高的比例差异无统计学意义($P > 0.05$);儿童组抗 O 抗体阳性率显著高于成人组($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组银屑病实验室检查比较($n, %$)

组别	n	嗜酸性粒	肝功能	肾功能	类风湿	血沉	抗 O
		细胞升高	异常	异常	因子(+)	升高	阳性
儿童组	27	8(29.6)	6(22.2)	4(14.8)	0	6(22.2)	12(44.4)
成人组	74	21(28.3)	20(26.8)	9(12.2)	2(2.7)	16(21.6)	14(18.9)
P 值		> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05	< 0.05

3 讨论

本次研究发现,儿童组中男性患儿较女性更为多见,与其他学者报道相符^[4-5],但也有学者认为儿童银屑病男女患儿发病率相似,无显著性差异,综合国内外报道并不完全相符,可能与发病人种群族、生活习性、地域以及不同遗传背景有关^[6]。儿童银屑病可发生于各阶段,甚至有婴儿时期发病者,本次研究中平均年龄为(12.30 ± 3.80)岁,多见于青春期,其他学者对于发病年龄高峰无明确统计,Nanda 等报道 2~8 岁是儿童银屑病的发病高峰,也有学者认为性别不同,发病年龄高峰不同,女性儿童早于男性,目前研究尚未达成一致意见。相对于成人银屑病,儿童组中约 1/3 具有家族史,有学者发现银屑病患儿一级亲属中约 30%~50% 患有银屑病,而 HLA-Cw6 抗原与其发病密切相关。Nanda 等发现银屑病患儿 HLA-A3、Cw1 和 DR7 显著升高,而家族史的阳性患儿发病率与 HLA-DR8 相关,提示遗传因素具有多样性和复杂性,可能家族史阳性的患儿由于遗传获得更多的致病基因。因此,问诊过程中明确一~三级亲属是否具有银屑病可帮助诊断。

本次研究发现,感染是儿童银屑病的主要诱发因素,以葡萄球菌和链球菌感染最为常见,有研究表明感染 β 型溶血性链球菌的点滴型银屑病发病率是非感染儿童银屑病发病率的 2 倍。链球菌感染上呼吸道引起抗“O”抗体阳性,链球菌超抗原激活 CD4⁺T 细胞,引起机体免疫反应,加之儿童免疫系统相对不完善,在遗传易感性及感染等因素作用下诱发银屑病^[7-8]。而药物、饮食、过敏或精神因素而发病的比例显著低于成人组,提示成人组非遗传因素诱发银屑病更为常见,如接触药物种类较多、食物及过敏原相对多于儿童,且成人更容易因精神紧张等引起自身免疫系统紊乱,从而诱发银屑病。有学者分析儿童与成人银屑病发病诱因的不同,发现儿童银屑病主要诱发因素

为咽部炎症,其次为精神紧张,且 35.3% 的患儿可自动缓解,也有学者认为情绪紧张、高尿酸血症、骨髓移植、川崎病等与儿童银屑病发病有密切关系^[9]。

儿童寻常型银屑病合并发热的比例显著高于成人组,我们认为这与多数患儿有上呼吸道感染等病史相关,因此合并发热的患儿更多见。有学者报道链球菌感染与儿童点滴型银屑病密切相关,我们研究中也发现儿童组以急性点滴型最为常见,临床特点为面部、四肢、躯干出现 0.2~1.0 cm 大小的红色斑丘疹,表面有鳞屑,发病前有明确的上呼吸道感染史。而慢性斑块型也较为常见,患儿多有环状或毛囊性皮损,以颈背部炎症性红斑为主要表现。Tollefson 等学者在儿童银屑病的研究中发现儿童银屑病四肢皮损为高发部位,而成人患者头皮是高发部位,且外阴、臀部更易累及。本次研究与之相符,儿童组四肢皮损显著高于成人组,而关节和指甲病变低于成人组,有相关研究表明儿童皮损以四肢、头部常见,关节症状及黏膜损害罕见,导致这种差异的发生机制尚不明确,可能与不同的遗传学基础有关,因此,对于上述部位出现皮疹且症状不典型的患儿应考虑银屑病可能。

本次研究中有 3 例 2 岁以下患儿罹患银屑病,皮损发生于脐周和外生殖器区域,呈红褐色或暗红色斑块状,周围皮损并覆盖银白色细鳞屑。该年龄患儿诊断较难,需与念珠菌感染、婴儿尿布性皮炎相鉴别。还有学者报道^[10] 儿童银屑病中 Koebner 现象比成人银屑病更常见,有甚是屈侧部位多见,本次研究由于例数较少,未发现这种趋势,需加大样本量进一步研究。

参考文献

- [1] 钟道清,罗育武,罗权. 寻常性银屑病患者外周血 Th1 和 Th17 细胞亚群的研究[J]. 广州医药,2012,43(3):16-18.
- [2] Tollefson MM, Crowson CS, McEvoy MT, et al. Incidence of psoriasis in children: a population-based study[J]. J Am Acad Dermatol, 2010, 62(6):979-987.
- [3] de Jager ME, de Jong EM, Meeuwis KA, et al. No evidence found that childhood onset of psoriasis influences disease severity, future body mass index or type of treatments used[J]. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2010, 24(11):1333-1339.
- [4] 李焯. 120 例银屑病临床病例分析[J]. 华西医学, 2007, 22(3):546-547.
- [5] 陆维敏,赵占华. 儿童银屑病 35 例临床分析[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2007, 23(7):629.
- [6] 张广中,王萍,李若瑜,等. 银屑病流行病学研究进展[J]. 实用皮肤病学杂志, 2008, 1(4):247-249.
- [7] 陈永锋,常树霞,郑道城. 寻常性银屑病患者外周血和皮损中 Th17 细胞及相关因子的表达[J]. 中华皮肤科杂志, 2011, 44(1):11-14.
- [8] 陈美华,蔡大幸,钟华,等. 儿童与成人泛发性脓疱性银屑病的临床与治疗比较分析[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2007, 21(8):482-483.
- [9] 张杰. 银屑病患者 CDKN2A 甲基化状态研究[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2012, 26(2):130-131, 134.
- [10] 史本清,赵娜,史本玲,等. 儿童银屑病的治疗现状[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2003, 19(6):593-596.

(收稿日期:2012-11-10)

新生儿医院感染相关因素分析与对策

尹建春, 刘云, 杨红欣

【摘要】目的 通过调查新生儿住院期间医院感染的发生情况,探讨发生医院感染的相关因素,改进医院感染的监测,降低新生儿医院感染发生率。**方法** 对 2006 年 1 月-2011 年 12 月,在牡丹江医学院第二附属医院新生儿重症监护病房住院的 832 例新生儿医院感染的临床资料进行统计,对感染的有关因素进行分析与总结。**结果** 832 例新生儿共 51 例发生 59 例次医院感染,发生率为 6.13%,感染例次发生率为 7.09%;随着体重和胎龄的增加,发生医院感染的比例有明显的降低,发病率也随之下降;医院感染以呼吸道感染为主,其次为皮肤黏膜感染、肠炎、泌尿系感染、菌血症;医院感染的病原菌主要为金黄色葡萄球菌、表皮葡萄球菌、大肠杆菌、肺炎克雷伯杆菌。**结论** 新生儿月龄小、体重轻、侵入性操作等,是新生儿医院感染的高危因素。实行保护性隔离,防止交叉感染,是减少新生儿院内感染的有效措施。

【关键词】 新生儿;医院感染;相关因素;对策

【中图分类号】 R722.13 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1248-02

由于新生儿免疫系统发育不成熟,易受各种病原菌侵袭,是发生医院感染的高危人群^[1]。为了了解新生儿医院感染的相关因素,改进医院感染的监测与干预措施,降低其感染发生率,现对我院 2006 年 1 月-2011 年 12 月住院的 832 例新生儿进行分析总结,报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2006 年 1 月-2011 年 12 月在我院 NICU 住院的新生儿 832 例,月龄 1 h~30 d,男 556 例,女 276 例,早产儿 238 例,足月儿 594 例。

1.2 分析方法 记录住院新生儿的临床表现、体征、实验室和辅助检查结果、接受侵入性操作以及抗菌药物应用等的治疗情况^[2]。对医院感染的临床资料进行统计,诊断标准参照卫生部颁布的《医院感染诊断标准》。

1.3 统计学方法 将发生与未发生医院感染的新生儿进行比较。采用 SPSS 10.0 统计软件进行分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料用 *t* 检验^[3]。

2 结果

2.1 医院感染发生率 832 例新生儿共 51 例发生 59 例次医院感染,医院感染发生率为 6.13%,感染例次发生率为 7.09%。男 29 例,女 22 例,差异无统计学意义。

2.2 不同体重及胎龄的感染发生率 早产儿的医院感染率显著高于足月儿,早产低体重是 NICU 医院感染的危险因素。出生时体重 ≤ 1500 g 的新生儿有 124 例,占总人数的 14.90%,随着体重和胎龄的增加,发生医院感染的比例有显著的降低;发病率也呈下降趋势。见表 1。

表 1 不同体重及胎龄的感染发生率情况

项目	<i>n</i>	感染率(<i>n</i> ,%)
胎龄(周)	≤ 30	78 11(14.10)
	31~33	256 18(7.03)
	34~36	263 12(4.56)
	≥ 36	235 10(4.25)
	体重(g)	124 22(17.74)
	1501~2000	206 16(7.77)
	2001~2499	294 15(5.10)
	≥ 2500	208 8(3.85)

2.3 医院感染部位特点 医院感染以呼吸道感染为首位,22 例次,占 37.29%;其次为皮肤黏膜感染 7 例,占 11.86%;肠炎 6 例,占 10.17%;泌尿系感染 5 例,占 8.47%;菌血症 4 例,占 6.78%;脐炎 4 例,占 6.78%;结膜炎 2 例,占 3.39%;脓疱疮 1

例,占 1.69%。

2.4 医院感染的病原菌分布 59 例次医院感染中,共检出 13 株病原菌,金黄色葡萄球菌 4 株,占 30.77%;表皮葡萄球菌 3 株,占 23.08%;大肠杆菌 2 株,占 15.38%;肺炎克雷伯杆菌 2 株,占 15.38%;链球菌 1 株,占 7.69%;铜绿假单胞菌 1 株,占 7.69%。院内感染病原菌对青霉素类,第二、三代头孢类耐药率为 53%~82%。

3 讨论

3.1 新生儿易感因素 NICU 的患者抗微生物能力差,接受各种操作机会多^[4]、抗菌药物的应用,易发生医院感染。资料显示:NICU 医院感染病原菌的耐药性相当高,对青霉素类和头孢类抗生素普遍耐药,提示耐药性是 NICU 普遍使用广谱青霉素和头孢菌素的结果^[5]。

3.2 预防措施

3.2.1 防止自身感染,提高机体免疫力 应用丙种球蛋白能增强和提高新生儿抵抗力,提高重症患儿早产儿免疫力^[6]。

3.2.2 新生儿室要通风良好,有必要的隔离设施 严格执行隔离制度,感染性与非感染性疾病患儿分开放置,分类隔离^[7],认真做好终末消毒工作。

3.2.3 严格执行手卫生规范 加强无菌观念,护理患儿前后均要使用快速手消毒剂消毒双手,保持手部清洁,可有效地切断医源性交叉感染。

3.2.4 严格掌握侵入性操作指征 减少不必要的侵入性操作,严格执行无菌技术,各类管道认真清洁、消毒、灭菌,细心护理,减少感染机会。

3.2.5 合理使用抗生素 要根据细菌培养及药敏试验结果,使用敏感、有效的抗生素。

新生儿由于免疫系统不成熟,易发生各种院内感染^[8]。为了有效地预防和控制医院感染,我们将新生儿室作为重点监控对象,我院针对近几年院内感染高危因素及薄弱环节,采取了积极有效的综合管理措施,大大减少了新生儿院内感染的机会。

参考文献

[1] 利汉其,廖友明,张广昭. 小儿肺炎病原学研究[J]. 中华全科医学,2011,9(1):56-57.
 [2] 卢岩,林自兴. 新生儿病房医院感染的追踪调查与对策[J]. 中国消毒学杂志,2007,17(8):939.
 [3] 韩梅,高振鸾. 早产儿医院感染相关因素临床分析[J]. 中华医院感染学杂志,2007,17(8):940.
 [4] 郝玲,陈宝昌,王娜,等. 新生儿败血症早期诊断方法的探讨[J]. 中国综合临床,2010,26(7):765-767.
 [5] 徐炎,李文华,王丹华. 新生儿重症监护病房早产儿医院感染分析[J]. 中华医院感染学杂志,2007,17(10):1226-1228.

- [6] 郭振华, 马晓霞. 儿科重症监护病房呼吸道医院感染的分析及预防[J]. 中华医院感染学杂志, 2007, 17(1): 27.
- [7] 张亭, 张君平, 王晓冰. 新生儿医院感染临床分析[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2012, 26(3): 302-304.

- [8] 刘建英, 项征剑, 陶芳, 等. 早产儿未来两年呼吸道感染的早期干预[J]. 河北医学, 2011, 17(4): 472-474.

(收稿日期: 2012-12-19)

(上接第 1213 页)

71.88% (115/160)。其中大面积脑梗死患者 TCD 异常率为 91.38% (53/58); 小面积脑梗死患者 TCD 异常率为 61.82% (34/55); 腔隙性脑梗死患者 TCD 检查率为 59.57% (28/47), 其中大面积脑梗死患者 TCD 异常率明显较高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。具体数据详见表 1。

表 1 急性脑梗死患者 TCD 异常率比较

组别	n	TCD 异常率 (%)
大面积脑梗死组	58	53 (91.38)
小面积脑梗死组	55	34 (61.82) *
腔隙性脑梗死组	47	28 (59.57) *
合计	160	115 (71.88)

注: 与大面积脑梗死组比较, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

近年来随着人们饮食结构的变化和生活压力的增加, 急性脑梗死的发生率有上升的趋势, 其致死率和病死率均较高^[7-8]。目前临床诊断以 CT、MRI 等为主, 费用均较为昂贵。脑梗死的病变特点通常表现为: ①病变形态: 缺血性脑梗死呈脑回状或淡片状, 而出血性脑梗死低密度区内不规则斑片状或血肿团; ②病变密度: 缺血性脑梗死低密度区中脑质与周围正常脑质相比为等密度或略高密度, 而出血性脑梗死为高密度; ③病变部位: 缺血性脑梗死低密度区中略高密度淡片影一定出现在梗死区与正常脑组织交界区; ④时间: 缺血性脑梗死高密度假肿瘤征出现在慢性期, 周围为软化灶, 而出血性脑梗死血肿团出现在急性期或亚急性期。

TCD 是一种无创检测颅底动脉血管功能的简易方法, 可客观反映脑血管血流动力学变化。通过对颅底动脉的血流方向、速度、频谱形态、搏动指数等指标的检查, 可以较为准确的反应动脉狭窄程度、缺血等病理状态。TCD 是非常有用的一个检查, 动脉狭窄的 TCD 图谱主要表现为血流速度增快, 但仅凭一幅图谱不能说明实质, 亦可出现假阳性结果, 分析假阳性的原因: ①个体差异所致, 对于血流速度慢的患者, 这样的诊断标准已经是狭窄, 而对于基础血流速度快的患者, 这就是正常血流速度, 这种情况有时是无法避免的; ②可能由于某个因素导致了前后循环血流速度都增快; ③或许病人发病时有小动脉痉挛, 到医院的时候已是发作后, 小动脉扩张, 所以血流速度增快。TCD 不能只做某血管的某一点, 而应是整条血管的全长都要做, 还有相邻血管也要做, 且颅内颅外血管频谱结合起来看, 才能得出一个准确结论。笔者对收治的急性脑梗死患者应用 TCD 检查, 并与 CT 检查进行对比分析, 以探讨其对

于急性脑梗死的诊断价值。急性脑梗死的梗死部位多发生于大脑皮层支动脉、深穿支动脉等, 其近端大动脉往往会出现动脉粥样硬化等病理改变, 粥样硬化斑块黏附于血管壁, 引起不规则增厚、管腔狭窄, 使远端血液供应明显不足, 最终导致血栓形成, 引起供血区域局部发生急性脑梗死。当脑动脉发生轻度狭窄时, 由于血管具有代偿作用, 血流速度仍可保持在正常范围^[9-10]。随着狭窄程度的加重, 局部血流速度加快, 此时行 TCD 检查可检测出狭窄段血管的血流速度加快, 并伴涡流、杂音等。当狭窄程度超过 95% 时, 血流速度降低。大面积脑梗死提示其脑血管粥样硬化的病变较严重, TCD 检查结果更易表现为异常^[11]。

本研究结果表明: TCD 检查可直接获得患者脑动脉血流动力参数, 对急性脑梗死尤其是大面积梗死不失为是一种重要的辅助诊断方法。

参考文献

- [1] 符之刚. 常规 CT 扫描对急性脑梗死的诊断价值[J]. 临床和实验医学杂志, 2011, 10(16): 1275, 1277.
- [2] Cheng MY, Lyu RK, Chang YJ, et al. Spinal cord infarction in Chinese patients. Clinical features, risk factors, imaging and prognosis[J]. Cerebrovasc Dis, 2008, 26(5): 502-508.
- [3] 周桂龙, 姚立正, 钟建国, 等. 64 层螺旋 CT 平扫和灌注成像联合 CT 血管造影用于发病 24 小时内脑梗死患者的价值[J]. 中国综合临床, 2009, 25(12): 1288-1290.
- [4] Fehrenbacher JW, Siderys H, Terry C, et al. Early and late results of descending thoracic and thoracoabdominal aortic aneurysm open repair with deep hypothermia and circulatory arrest[J]. J Thorac Cardiovasc Surg, 2010, 140(Suppl 6): S154-S160; discussion S85-S90.
- [5] 李之霞. 94 例脑梗塞 TCD 诊断与 CT 对照分析[J]. 疾病监测与控制杂志, 2012, 6(3): 177.
- [6] 符颖, 张玲, 陈晓旭. 脑梗死患者的 TCD 与 CT 对照分析[J]. 中国伤残医学, 2011, 19(9): 44-45.
- [7] 马宁, 王少君. TCD 与 CT 在脑梗死诊断中的对比分析[J]. 吉林医学, 2010, 31(8): 1066.
- [8] 胡朋, 崔桂云, 陈静, 等. 颈动脉超声诊断急性脑梗死患者颈动脉病变的应用价值[J]. 徐州医学院学报, 2011, 31(5): 357-359.
- [9] Bley TA, Duffek CC, Francois CJ, et al. Presurgical localization of the artery of Adamkiewicz with time-resolved 3.0-T MR angiography[J]. Radiology, 2010, 255(3): 873-881.
- [10] Charles YP, Barbe B, Beaujeux R, et al. Relevance of the anatomical location of the Adamkiewicz artery in spine surgery[J]. Surg Radiol Anat, 2011, 33(1): 3-9.
- [11] Kumral E, Polat F, Gulluoglu H, et al. Spinal ischaemic stroke: clinical and radiological findings and short-term outcome[J]. Eur J Neurol, 2011, 18(2): 232-239.

(收稿日期: 2012-11-12)

复方斑蝥胶囊联合化疗及放疗治疗中晚期原发性肝癌的疗效观察

李兆元, 宁四清, 易铁男, 刘国强

【摘要】 目的 观察中晚期原发性肝癌采用肝动脉栓塞化疗联合三维适形放射治疗加用复方斑蝥胶囊的近期疗效和毒副作用。**方法** 将 82 例未手术的中晚期原发性肝癌患者随机分为两组, 观察组 42 例; 采用肝动脉介入化疗和三维适形放射治疗, 在此基础上加用复方斑蝥胶囊口服; 对照组 40 例; 采用肝动脉介入化疗和三维适形放射治疗; 放疗结束后 1 个月, 对比治疗前后肿瘤变化评价其近期疗效、T 淋巴细胞亚群变化、生活质量 KPS 评分变化、观察其毒副作用及患者生存时间等。**结果** 观察组、对照组的近期有效率分别为 76.2%、75.0%, 中位生存期分别为 358 d、331 d。6 个月及 1 年生存率观察组分别为 76.2%、40.5%; 对照组分别为 73.8%、40.0%; 观察组的近期有效率、中位生存期、生存率和对对照组相比较, 虽有增加, 但差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组患者治疗前后 T 淋巴细胞亚群变化, 观察组优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后观察组患者的生活质量 KPS 评分明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者毒副反应发生率均低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 加用复方斑蝥胶囊治疗原发性肝癌提高了患者的生活质量, 减轻了毒副反应, 安全可靠。

【关键词】 原发性肝癌; 复方斑蝥胶囊; 肝动脉栓塞化疗; 三维适形放射治疗

【中图分类号】 R735.7 R730.58 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1250-02

原发性肝癌恶性程度高, 预后差。肝动脉介入栓塞化疗 (TACE) 是多年来非开腹手术治疗肝癌的主要方法之一。随着放疗技术的进步, 三维适形放射治疗 (3-DCRT) 已普遍应用于肝癌的治疗。笔者在 2009 年 4 月 - 2011 年 3 月对我院 82 例未手术的中晚期原发性肝癌患者采用复方斑蝥胶囊 (贵州益百制药厂生产, 国药准字 Z52020238) 口服联合介入与放疗, 观察其近期疗效和毒副作用。现将观察结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 病例选择符合原发性肝癌的诊断标准; 具备 TACE 及 3-DCRT 适应症的 II 期或 III 期肝癌患者; 卡氏评分 (KPS) 在 60 分以上; 预计生存期在 3 个月以上; 无严重的心、肺、肝、肾功能障碍; 肿瘤病灶占全肝比例小于 70%, 无肝外转移; 门静脉主干无癌栓; 年龄为 20 ~ 65 岁, 并经病人知情同意。

将 82 例患者用信封法随机分为两组, 对照组 40 例; TACE 和 3-DCRT 联合; 观察组 42 例; 在 TACE 和 3-DCRT 联合的基础上加用复方斑蝥胶囊口服。对照组男性 30 例, 女性 10 例; 年龄 35 ~ 65 岁; II 期 27 例, III 期 13 例; 肝功能分级: A 级 21 例, B 级 19 例。观察组男性 32 例, 女性 10 例; 年龄 32 ~ 61 岁; II 期 28 例, III 期 14 例; 肝功能分级: A 级 24 例, B 级 18 例; 两组病例资料相比差异无统计学意义。

1.2 治疗方法

1.2.1 肝动脉介入化疗 经股动脉穿刺, 超选择性将导管插入肿瘤供血动脉; 经导管注入化疗药物 (顺铂 60 ~ 100 mg, 阿霉素 40 ~ 60 mg, 丝裂霉素 10 ~ 30 mg 等), 然后用超液化碘油 10 ~ 20 ml 行栓塞, 再用明胶海绵栓塞; 4 ~ 6 周重复介入 1 次, 第 2 次介入化疗后 1 周开始三维适形放疗。放疗结束后休息 1 个月后酌情进行后续介入化疗, 中位介入次数为 4 次。

1.2.2 三维适形放疗 采用热塑体膜固定患者, 螺旋 CT 5 mm 层扫扫描上中腹部, 将获得的图像资料和相关数据输入治疗计划系统; 进行三维立体重建, 勾画肿瘤靶区, 使肿瘤边缘总剂量达 (46 ~ 60) Gy / (23 ~ 30) F / (4.5 ~ 6) W, 全肝平均剂量 < 30 Gy, 采用西门子直线加速器 6MV-X 线进行放疗。

1.2.3 复方斑蝥胶囊治疗 从介入化疗开始口服复方斑蝥胶

囊 3 粒/次, 2 次/d, 连服 3 个月以上, 在治疗期间不服用其它免疫药物。

1.3 随访与疗效及毒副反应评价 2012 年 8 月进行末次随访, 随访时间为 13 ~ 40 个月, 中位随访时间为 19 个月。在放射治疗结束后 1 个月进行 CT 检查, 按照 WHO 实体瘤疗效评价标准评定近期疗效。放疗结束 1 个月后观察两组患者病灶变化、症状缓解情况、不良反应, 检测外周血 T 细胞亚群, 观察介入术前及放疗后 1 个月的变化、患者的生活质量 KPS 评分变化, 患者的生存率等。

1.4 统计学方法 所有资料用 SPSS 10.0 软件包分析, 计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, t 检验比较两样本均数的差别, 检验水准 $\alpha = 0.05$ 。生存率采用时序检验。

2 结果

2.1 两组近期疗效比较 观察组 CR 4 例, PR 28 例, NC 6 例, 总有效率 76.2%; 对照组 CR 4 例, PR 26 例, NC 5 例, 总有效率 75.0%, 两组差异无统计学意义。

2.2 两组患者生存率比较 观察组的中位生存期 358 d, 6 个月生存率 76.2%, 1 年生存率 40.5%, 对照组分别为 331 d、73.8%、40.0%, 两组相比较观察组虽有增加, 但差异无统计学意义。

2.3 两组患者 T 淋巴细胞亚群检测结果 观察组患者治疗后 CD3⁺、CD4⁺ 和 CD4⁺/CD8⁺ 比值升高, 对照组均降低, 与治疗前比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组中晚期原发性肝癌患者治疗前后 T 淋巴细胞亚群检测结果比较

组别	n	时间	CD3 ⁺ (%)	CD4 ⁺ (%)	CD8 ⁺ (%)	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
观察组	42	治疗前	57.18 ± 5.89	35.32 ± 4.36	26.74 ± 2.49	1.27 ± 0.66
		治疗后	63.78 ± 4.82	39.87 ± 4.58	27.87 ± 2.93	1.54 ± 0.86
对照组	40	治疗前	58.46 ± 5.69	36.75 ± 2.79	26.48 ± 2.32	1.41 ± 0.66
		治疗后	55.79 ± 4.68	34.15 ± 2.57	29.01 ± 2.34	1.18 ± 0.56

2.4 两组治疗前后 KPS 评分变化 治疗后观察组患者的生活质量 KPS 评分上升明显高于对照组, 两组相比差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组中晚期原发性肝癌患者治疗前后生活质量 KPS 的评分变化

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	42	58 ± 13	70 ± 11
对照组	40	58 ± 13	61 ± 10

2.5 两组患者副作用比较 82 例患者均有不同程度的腹痛、腹胀、食欲下降、恶心、呕吐、乏力等表现,但观察组较轻,多数能耐受。对照组 14 例患者白细胞减少,观察组有 6 例白细胞减少,差异有统计学意义($P < 0.05$);对照组 26 例体温 $> 38^{\circ}\text{C}$,观察组为 22 例,差异无统计学意义。给予对症、支持治疗后,上述症状均减轻或消失。两组患者未出现上消化道出血、未发生急性肝脏毒性等严重副作用,均顺利完成治疗。

3 讨论

由于原发性肝癌不易早期诊断,80%~90%的患者失去了手术治疗的机会。TACE 是目前失去手术机会的中晚期肝癌的首选方法^[1],介入治疗是应用化疗药物和超液化碘油混合成乳剂,栓塞肿瘤血管而使肿瘤缺血坏死。由于碘油能较长时间滞留在肝癌组织内,因此,在栓塞肿瘤供血动脉的同时,可缓慢释放化疗药物,长时间地保持肿瘤周围药物浓度,有效地杀死癌细胞,而对正常的肝细胞影响较小。因为介入治疗灌注了化疗药物,所以也具有与化疗相似的不良副反应,常见的如食欲下降、恶心、呕吐、骨髓抑制等。因为肝动脉血管变异多,肝脏并非单纯肝动脉供血,也有门静脉供血,以及肝脏肿瘤侧支循环建立快等因素^[2],TACE 单纯应用难以达到根治肿瘤的目的。

并不是所有的肝癌患者都适合介入治疗,其禁忌证如下^[3]:肝功能显著异常,特别是有明显黄疸者;肿瘤巨大,超过肝脏体积的 70%;中等量以上的腹水;门脉主干完全被癌栓堵塞;其他全身情况不允许者,如严重感染未控制,明显的出血倾向,白细胞低下、肾功能衰竭等。本研究所选病例,均排除上述情况。

放疗是肿瘤治疗的重要手段之一,但是肝癌普通放疗疗效不佳,主要原因是很难将肿瘤靶区剂量提高,再者肝癌细胞对放射线不甚敏感,故肿瘤局部率较低。适形放疗能提高肿瘤区放疗剂量,而正常肝脏组织放射剂量控制较低,所以 3-DCRT 治疗原发性肝癌与普通放疗相比能明显提高治疗效果。

TACE 后联合 3-DCRT 可以提高不能手术的原发性肝癌患者的治疗疗效,同时毒副反应不增加^[4]。除早期肝癌行手术治疗外,不宜手术的患者,TACE 结合 3-DCRT 被一致认为是目前较好的一种治疗方法^[5]。其疗效提高可能是由于体积较大的肿瘤经过 TACE 治疗后,肿瘤体积缩小,使得放射治疗野缩小、放射治疗剂量得以提高,而正常肝脏组织受照剂量减小,对肝细胞的放射损伤减少。再者介入术后化疗药物保留在肿瘤中,化疗药物使肿瘤细胞周期同步化,利于放射治疗的杀灭,化疗药物可能产生放疗增敏效应。介入术后由于肿瘤及其小子灶液化碘油沉积,有利于 3-DCRT 的靶区勾画,使放疗更准确。

这些方法近期疗效确切,创伤小,作用快,但也会引起自然杀伤细胞活性明显下降,抑制机体免疫力,并可引起肝功能损害及骨髓抑制;也使患者的生活质量有所下降。机体的免疫状态与肿瘤的发生、发展密切相关,而机体的抗肿瘤效应以细胞免疫为主。肝癌是全身性疾病的一个局部表现,因此在行介入和放疗的同时,加用具有抗癌、低毒、保肝和增强免疫功能的中药很有必要。

我们采用 TACE 和 3-DCRT 与复方斑蝥胶囊相结合治疗原发性肝癌,观察组与对照组相比 CD3^+ 、 CD4^+ 淋巴细胞, $\text{CD4}^+/\text{CD8}^+$ 比值显著上升,说明药物对正常细胞有保护作用,促进机体免疫细胞抗肿瘤功能的恢复,巩固治疗的效果,显著逆转患

者免疫功能受抑状态,增强机体抗病能力。本研究结果表明,观察组的总有效率、中位生存期、生存率和对对照组相比较,均有增加,但差异无统计学意义($P > 0.05$),疗效同雷飞飞等^[6]的报道相一致。

复方斑蝥胶囊运用独有的高科技生物技术,提取组方中的主要成分有:去甲斑蝥素、刺五加多糖、黄芪皂甙、黄芪多糖、人参皂甙、熊去氧胆酸、莪术油、甘草甜素等。现代药理研究证实,斑蝥、半枝莲等均有良好的抗肿瘤作用,半枝莲还具有解热、抑菌、抗病毒、护肝、免疫调节等作用^[7]。人参能够抑制肿瘤血管生成,对肿瘤细胞增殖和侵袭转移起着抑制作用,且能够提高机体免疫力,增强机体抗肿瘤能力^[8]。黄芪、刺五加、莪术具有较强的活血化瘀作用,可改善机体血液循环,使血供充足,也可增强机体的免疫力,提高抗肿瘤活性。实验表明^[9],复方斑蝥胶囊可逆转 H22 肝癌小鼠细胞免疫功能明显受抑制的状况,增加宿主的抗肿瘤免疫,从而达到治疗肿瘤的目的。张毅等^[10]报道复方斑蝥胶囊有利于提高老年肝癌患者术后的 T 细胞免疫功能;其不仅无骨髓抑制作用,而且还有很好的升白细胞的功能,有利于遏制潜在的肿瘤细胞的发展和扩散。

复方斑蝥胶囊可诱导肿瘤细胞凋亡,抑制肿瘤血管新生,具有多药耐药逆转作用,且具有显著的免疫调节功能及对骨髓有保护作用。本研究结果表明,TACE 和 3-DCRT 相结合,再加上复方斑蝥胶囊治疗,在改善患者四肢乏力、食欲不振、恶心、腹胀等临床症状的同时,逆转了患者免疫力,以及改善骨髓抑制等副作用方面均有明显的效果,治疗后观察组患者的生活质量 KPS 评分明显高于对照组,提高了患者的生活质量,使患者能顺利完成治疗并且未出现严重的副反应。

综上所述,原发性肝癌给予介入治疗后再适形放疗,加用复方斑蝥胶囊口服,提高了患者的生活质量,有增效减毒的作用,值得临床进一步研究。

参考文献

- [1] 王艳滨,张树华,孔润莲,等.原发性肝癌不同介入方案治疗后生命质量的评价[J].中国综合临床,2008,24(9):941-944.
- [2] 王永利,李明华,程永德,等.原发性肝癌肝外动脉供血来源类型和形成因素[J].介入放射学杂志,2005,14(3):242-245.
- [3] 鹿皎,王兴田.肝癌肝动脉化疗栓塞术后常规超声与超声造影引导下微波消融疗效比较[J].徐州医学院学报,2012,32(11):758-760.
- [4] 郭伟建,于尔辛,易成,等.肝动脉化疗栓塞结合外放射治疗大肝癌的预后因素分析[J].中华肝病杂志,2002,10(3):167-169.
- [5] 李玉,闫英.适形放射治疗结合介入治疗不宜手术的原发性肝癌[J].中华放射肿瘤学杂志,2006,15(1):30-32.
- [6] 雷飞飞,李芳,谭华炳.复方斑蝥胶囊联合肝动脉栓塞化疗治疗原发性肝癌疗效观察[J].山西医药杂志,2011,40(10):1030-1031.
- [7] 邹箴蕾,吴启南.半枝莲的化学成分及药理作用研究进展[J].时珍国医国药,2005,16(6):149-150.
- [8] 安宁,朱文.人参皂苷 Rg3 抗肿瘤作用机制研究进展[J].现代肿瘤医学,2008,16(4):846-850.
- [9] 夏格迪,张赢予,张馨木,等.复方斑蝥胶囊体内抗肿瘤作用的实验研究[J].药物研究,2007,16(15):13-14.
- [10] 张毅,黄建钊,石承先,等.复方斑蝥胶囊对老年肝癌患者术后 T 细胞免疫功能的影响[J].山东医药,2008,48(27):89-90.

(收稿日期:2012-10-15)

布地奈德溶液雾化治疗急性毛细支气管炎疗效观察

崔玲

【摘要】 目的 探讨布地奈德雾化吸入治疗急性毛细支气管炎的临床疗效。方法 将 2010 年 4 月-2012 年 4 月就诊于安徽广德县人民医院儿科 80 例急性毛细支气管炎患儿随机分为观察组与对照组,各 40 例。两组患儿均常规给予吸氧、祛痰、抗病毒等对症治疗,观察组在常规治疗基础上加用布地奈德雾化溶液 0.5 mg 雾化吸入,每天 2 次,疗程 7 d。观察两组患儿在治疗后喘憋、咳嗽、肺部哮鸣音及湿啰音消失所需的时间、住院时间和不良反应的情况。**结果** 比较两组患儿的治疗有效率,观察组有效率达 95%,对照组为 80%,两组之间差异具有统计学意义($P < 0.05$);比较两组患儿喘憋、哮鸣音、湿啰音和咳嗽消失时间及住院时间,观察组各观察指标均显著短于对照组,差异亦具有统计学意义($P < 0.05$);治疗过程中两组患儿均未出现明显不良反应。**结论** 布地奈德雾化溶液雾化吸入治疗急性毛细支气管炎能明显改善患儿临床症状,缩短住院时间,具有疗效确切、安全性好等优点。

【关键词】 毛细支气管炎;布地奈德;雾化吸入;疗效;小儿

【中图分类号】 R725.6 R562.21 R977.1 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1252-02

急性毛细支气管炎是婴幼儿时期一种常见的下呼吸道感染性疾病,发病率高,好发于 2 岁以下的婴幼儿,发病高峰年龄为 2~6 个月,婴儿期发病者占 80%,常呈流行性发病。急性毛细支气管炎为病毒感染所致,80% 以上为呼吸道合胞病毒感染,部分为腺病毒、副流感病毒、流感病毒、偏肺病毒、鼻病毒及支原体等。喘息、呼吸急促为主要临床特征,少数严重者可出现心力衰竭、呼吸衰竭。大部分患儿经治疗后均可缓解,极少发生死亡,预后良好,部分患儿有发展为哮喘的可能^[1]。急性毛细支气管炎的治疗以支持、对症治疗为主,RSV 感染后不能产生长期或永久免疫力,易重复感染、反复喘息^[2]。糖皮质激素是清除气道炎症反应和降低气道高反应性最有效的药物,布地奈德具有强烈的局部抗炎作用,抑制炎症细胞的激活和迁移,减轻气道的高反应性和气道的炎性水肿。我院于 2010 年 4 月-2012 年 4 月采用布地奈德雾化吸入治疗毛细支气管炎,取得较好疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2010 年 4 月-2012 年 4 月在我院儿科住院的急性毛细支气管炎患儿 80 例,均符合急性毛细支气管炎的诊断标准^[3],并排除结核感染、先天性心脏病、支气管异物等疾病。入院时随机分为观察组和对照组,两组各 40 例,观察组中男 22 例,女 18 例,对照组中分别为 21 例和 19 例。

1.2 治疗方法 两组患儿均给予吸氧、镇静、祛痰、调整内环境及抗病毒等综合治疗。观察组在此常规处理基础上加用布地奈德雾化溶液 0.5 mg,采用空气压缩泵(喷射雾化器,德国百瑞)雾化,每次约 10~15 min,每天 2 次,疗程 7 d。观察两组患儿治疗后喘憋、咳嗽、肺部哮鸣及湿啰音消失所需要的时间和住院时间的情况,同时观察两组患儿不良反应的发生情况。

1.3 疗效判定标准 显效:用药 3 d 内,咳嗽和喘憋症状明显减轻,肺部哮鸣音及湿啰音减少或消失;有效:治疗 3~7 d 后,咳嗽减轻,气促喘息缓解,肺部哮鸣音及湿啰音减少和消失;无效:治疗 7 d,咳嗽气促,肺部体征无明显变化。有效率 = (显效 + 有效) / 本组患儿例数 × 100%。

1.4 统计学方法 应用 SPSS 13.0 软件进行统计学分析,以 α 为 0.05 为检验水准。计量资料数据用($\bar{x} \pm s$)表示,采用双侧 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 两组患儿治疗后,观察组中显效 27 例,有效 11 例,总有效率 95%;对照组中显效 12 例,有效 20 例,总有效率 80%。两组之间比较,观察组总有效率明显高于

对照组,差异具有统计学意义($\chi^2 = 4.11, P < 0.05$)。

2.2 两组患儿临床症状体征消失及住院时间比较 观察组喘憋、咳嗽,肺部体征消失时间及住院时间均低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组急性毛细支气管炎患儿临床症状体征消失及住院时间比较(d)

组别	n	喘憋消失	咳嗽消失	肺部体征	住院时间
观察组	40	3.3 ± 1.2	5.1 ± 1.3	4.7 ± 1.2	7.1 ± 1.6
对照组	40	4.8 ± 1.3	6.8 ± 1.4	5.8 ± 1.4	8.4 ± 1.8

2.3 不良反应 治疗前后两组患儿均未见明显不良反应,部分患儿出现腹泻,可能与病毒感染或痰液有关。

3 讨论

毛细支气管炎是婴幼儿最为常见的一种急性下呼吸道感染性疾病,2 岁以内发病,多发生在 6 个月以内的婴幼儿,可能与该年龄段儿童的支气管发育特点密切相关^[4]。婴幼儿期支气管及肺的生长发育十分脆弱,管腔细小,发生感染之后,细小的毛细支气管充血,水肿粘液分泌增多,加之坏死的黏膜上皮细胞脱落而堵塞管腔,尤其是细小支气管阻塞,临床上出现喘憋症状及哮鸣音。大多数以上呼吸道感染症状起病,发病急骤,喘憋和肺部哮鸣音为其突出表现,常为患儿的首次发作,亦常见鼻炎、咳嗽、呼吸急促、喘息、肺部湿啰音、三凹征和(或)鼻翼扇动。毛细支气管炎与支气管哮喘的发病机制存在相似性,亦出现 Th1/Th2 细胞之间失衡,且毛细支气管炎患儿血液和呼吸道分泌物中存在十余种与哮喘共同的炎性介质,毛细支气管炎有近半数的患儿如治疗不规范可能发展为支气管哮喘^[5-6]。鉴于此,采用治疗哮喘的常用方法即吸入型糖皮质激素雾化吸入治疗毛细支气管炎,以期改善病情,缩短病程,一定程度上可以减少毛细支气管炎日后哮喘发生率。

糖皮质激素具有抗炎、降低气道高反应性(AHR)、防止肺功能不可逆损害等功效,有研究发现糖皮质激素主要通过抑制 Th2 细胞作用,进而调节 Th1/Th2 细胞作用平衡,可能是其预防及治疗支气管哮喘的主要机制。布地奈德是新合成的强效卤化糖皮质激素,也是美国 FDA 批准的唯一一种吸入型糖皮质激素,气道沉积率高,受体结合力高,局部抗炎作用强,能增强内皮细胞,平滑肌细胞和溶酶体膜的稳定性,吸入后能迅速与气道糖皮质激素受体结合而发挥强大的局部抗炎作用,避免了全身用药时肝脏的首过代谢作用,故血药浓度低,全身毒副作用小。布地奈德可以抑制与哮喘相关细胞因子基因的转录,抑制细胞因子和炎性因子的合成和释放,促进抗炎蛋白的合成,抑制促炎蛋白的合成,减轻气道炎症,降低呼吸道高反应性^[7];吸入气道后,引起非基因血管效应,引起血管收缩,减少炎性介质的释放,减少黏膜水肿及粘液分泌,降低气道阻力;布地奈德雾化吸入可以提高支气管平滑肌对 β_2 受体激动剂的敏感性,抑

制支气管收缩物质的合成和释放,减轻平滑肌的收缩反应^[8]。

布地奈德雾化溶液通过喷射雾化器或气动雾化装置,液体状药物被雾化成直径在 2~5 μm 以气溶胶形式输出的雾化颗粒,随着自然呼吸到达小气道部位,沉积在气道黏膜上,发挥抗炎作用。气溶胶具有巨大接触面,有利于药物与气道表面黏膜上皮细胞接触而发挥药效。在气动雾化时,一定要注意氧流量在 6~8 L/min,流量太小雾化颗粒大,不能到达下气道,流量太大雾化颗粒太小,容易随呼气流而被呼出体外。

本组病例研究显示,经布地奈德雾化吸入治疗急性毛细支气管炎患儿,总有效率显著高于常规治疗组,在症状控制、体征消失、住院时间方面,治疗组也显著优于常规对照组,全身不良反应少,安全高效^[9]。对于对照组治疗的患儿,病情控制不理想时,需要口服或静脉使用全身性糖皮质激素,增加糖皮质激素的使用量,并具有较大不良反应发生的可能。关于布地奈德雾化吸入治疗毛细支气管炎,疗效肯定,安全性可靠,配备雾化装置使用简单方便,患儿无需配合,依从性好。本组资料仅限于观察急性毛细支气管炎的近期疗效,对远期预防患儿喘息有待进一步研究。

参考文献

- [1] 龚方彪,孙碧霞,汪玲娟. 毛细支气管炎后哮喘患儿发生哮喘的相关危险及保护因素筛查[J]. 中国医师进修杂志, 2012, 35(18):

25-27.

- [2] 王亚亭. 毛细支气管炎的诊断、治疗和预防[J]. 实用儿科临床杂志, 2008, 23(10): 801-804.
- [3] 胡亚美, 江载芳, 诸福棠, 等. 实用儿科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002; 1172-1200.
- [4] 陈兴杰. 普米克令舒、博利康尼氧泵雾化吸入治疗毛细支气管炎[J]. 医药论坛杂志, 2008, 29(11): 63-64.
- [5] 金黎明, 徐金亮, 陈晓君, 等. 异丙托溴铵联合布地奈德、特布他林雾化吸入治疗婴幼儿毛细支气管炎疗效观察[J]. 浙江医学, 2011, 33(06): 923-924.
- [6] 李宾, 吴福玲, 冯学斌, 等. 呼吸道合胞病毒毛细支气管炎与支气管哮喘的相关性研究[J]. 临床儿科杂志, 2012, 30(2): 116-119.
- [7] 唐海俊, 赵慧梅, 何启明, 等. 异丙托溴铵联合沙丁胺醇及布地奈德雾化吸入治疗小儿喘息性疾病疗效观察[J]. 徐州医学院学报, 2011, 31(5): 340-341.
- [8] 马世清, 罗金花. 布地奈德混悬液加硫酸沙丁胺醇溶液雾化吸入治疗毛细支气管炎疗效观察[J]. 宁夏医科大学学报, 2012, 34(8): 829-830.
- [9] 杨海军, 高佳. 吸入用布地奈德混悬液佐治小儿毛细支气管炎的疗效观察[J]. 中国基层医药, 2012, 19(10): 1548-1549.

(收稿日期: 2012-12-01)

(上接第 1190 页)

方式应根据肿瘤的病理类型、大小以及相应手术方式切缘是否阴性而定。Roa JC 等^[6]认为肿瘤术后复发主要原因为首次手术切除时未达到干净切缘。可根据肿块与乳房的大小决定采用局部扩大切除还是乳房单纯切除, 肿块小于 5 cm 的良性乳腺叶状肿瘤有足够的切缘, 并以不显著破坏乳房外形及达到局部控制为前提, 可采用保证切缘阴性的局部扩大切除术。有国外学者提出, 对于肿块较大(>10 cm)或局部复发的交界性肿瘤均应选择单纯乳房切除术^[7]。目前大多数学者认为首次手术切缘阴性至少需切除肿瘤周围 1 cm 正常乳腺组织, 复发患者再次切除要保证 2 cm 以上的阴性切缘^[1]。乳腺叶状肿瘤是否必要行腋窝淋巴结清扫术, 一项临床试验研究结果显示, 117 名未行腋窝清扫的病人和 89 名接受腋窝清扫的病人 5 年生存率分别为 68.7% 和 64.36%, 两组生存率差异无统计学意义^[1]。目前比较一致观点是, 乳腺叶状肿瘤腋窝淋巴结转移较少(5%)且常规腋窝淋巴结清扫没有生存获益^[1], 除非高度可疑或证实病变同侧腋窝淋巴结转移, 否则不行同侧腋窝淋巴结清扫术。本组 32 例直径小于 5 cm 的良性叶状肿瘤初次手术均采用肿瘤局部切除术, 术后随访仅 1 例复发, 再次行手术切除后随访无复发。本组 2 例交界性叶状肿瘤分别接受了乳房区段及肿瘤切除术, 术后肿瘤均复发。本组另外 2 例交界性肿瘤多次复发后接受单纯乳房切除后均获得了较好治疗效果。单纯乳房切除术应成为局部复发的交界性肿瘤的推荐手术方式。对于肿瘤体积较大的乳腺良性叶状肿瘤行单纯乳房切除加同期乳房重建也应是合理的手术方式^[8-9]。本组 1 例最大径 17 cm 的良性肿瘤行保留乳头乳晕的乳腺皮下切除加同期乳房假体植入的乳房重建取得很好治疗效果及美学效果。

总之, 乳腺叶状肿瘤临床少见, 手术是主要治疗手段, 术后辅助放疗能降低高危复发叶状肿瘤的复发风

险^[10]。恶性转移性叶状肿瘤化疗方案应参照肉瘤化疗方案^[4]。根据乳腺叶状肿瘤组织学类型及肿瘤大小及乳房大小等综合因素选择合理的术式是减少术后复发及提高疗效的关键。由于乳腺叶状肿瘤发病率低, 国内单家医疗机构报道病例数均较少, 目前国内关于乳腺叶状肿瘤临床及基础研究也较少, 希望多家医疗机构能合作开展前瞻性研究, 期待能为乳腺叶状肿瘤的临床诊治提供更为科学合理的方案。

参考文献

- [1] 李俊杰, 邵志敏. 乳腺分叶状肉瘤诊疗进展[J]. 复旦学报(医学版), 2008, 35(2): 308-310.
- [2] 曹德明, 曹威岩, 潘庆. 乳腺叶状肿瘤术式选择[J]. 安徽医学, 2005, 26(5): 414-415.
- [3] 皋岚湘, 丁华野. WHO 乳腺肿瘤组织学分类(2003)[J]. 临床实验与病理学杂志, 2004, 20(1): 3.
- [4] 沈镇宙, 邵志敏. 乳腺肿瘤学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2005: 384-386.
- [5] Uchman P, Samulak D, Wilczak M, et al. Difficulties in diagnosing and treating phyllodes tumor of the breast-case report[J]. Eur J Gynaecol Oncol, 2011, 32(1): 111-113.
- [6] Roa JC, Tapia O, Carrasco P, et al. Prognostic factors of phyllodes tumor of the breast[J]. Pathol Int, 2006, 56(6): 309-341.
- [7] Verma S, Singh RK, Rai A, et al. Extent of surgery in the management of phyllodes tumor of the breast; a retrospective multicenter study from India[J]. Cancer Res Ther, 2010, 6(4): 511-515.
- [8] Atalla MA, Rozen WM, Grinsell D, et al. Recurrent phyllodes tumor of the breast: defining the role for skin-sparing mastectomy and autologous reconstruction[J]. J Reconstr Microsurg, 2011, 27(4): 267-272.
- [9] Haddock N, Levine J. Breast reconstruction with implants, tissue expanders and AlloDerm: Predicting volume and maximizing the skin envelope in skin sparing mastectomies[J]. The Breast Journal, 2010, 16(1): 14-19.
- [10] Crenshaw SA, Roller MD, Chapman JK. Immediate breast reconstruction with a saline implant and AlloDerm, following removal of a Phyllodes tumor[J]. World J Surg Oncol, 2011, 9: 34.

(收稿日期: 2013-01-17)

基层医院以腹部伤为主的多发伤的救治体会

张超, 张文俊, 朱春林, 杨青松

【摘要】 目的 探讨基层医院以腹部伤为主的多发伤的临床特点, 以降低多发伤患者的病死率。方法 回顾分析 2005 年 4 月 - 2012 年 10 月 82 例以腹部创伤为主的多发性损伤患者的诊治方法和结果。结果 经抢救治疗后, 死亡 10 例(病死率 12.2%), 其中术中死亡 3 例, 术后因多器官功能衰竭死亡 7 例, 其余病例预后良好。结论 以腹部伤为主的多发伤漏诊和误诊率高, 开通急救绿色通道, 积极有效抢救极为重要, 在治疗腹部损伤的同时重视合并伤的处理, 是降低病死率的关键。

【关键词】 腹部伤; 多发伤; 急救处理; 基层医院

【中图分类号】 R656 R641 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1254-02

以腹部伤为主的多发伤患者病情危重, 随时都有生命危险, 而基层医院救治严重多脏器损伤中如能及时处理, 做到早诊断、早手术, 可赢得抢救时间, 大大提高抢救成功率。回顾分析我院 2005 年 4 月 - 2012 年 10 月 82 例以腹部创伤为主的多发性损伤患者的临床资料, 总结分析如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组患者 82 例, 其中男 49 例, 女 33 例, 年龄 17 ~ 65 岁, 平均 38.5 岁。受伤原因: 车祸 65 例(79.3%), 坠落伤 13 例(15.9%), 坍塌伤 2 例(2.4%), 刀刺伤 2 例(2.4%)。受伤后就诊时间 30 min ~ 12 h。

主要表现为腹部疼痛(76 例)、昏迷(3 例)、休克(26 例)、呼吸困难(10 例)、腹胀、恶心呕吐(14 例)。体格检查有不同的压痛、反跳痛、肌卫等。辅助性检查: 腹穿、B 超、CT 等。腹腔脏器损伤类型: 肝破裂 9 例, 脾破裂 48 例, 胰腺损伤 6 例, 肾脏挫裂伤 3 例, 肠系膜挫裂伤 10 例, 胃挫裂伤 6 例。十二指肠破裂 1 例, 小肠破裂 15 例, 结肠破裂 4 例。膀胱破裂 1 例。腹膜后血肿 4 例。合并腹部以外损伤类型: 颅脑损伤 13 例, 胸部损伤 25 例, 颌面部损伤 6 例, 四肢骨折 20 例, 骨盆骨折 8 例, 脊柱骨折 5 例。

1.2 治疗方法 本组病例全部经手术抢救治疗。其中肝脏破裂修补术 9 例, 脾脏全切除术 48 例, 胰腺挫裂修补 5 例, 肠系膜挫裂修补术 8 例, 胃挫裂修补术 6 例, 十二指肠破裂修补术 1 例, 小肠破裂修补术 12 例, 小肠部分切除吻合术 4 例, 结肠造瘘术 3 例, 结肠破裂修补术 1 例。膀胱破裂修补术 1 例, 腹膜后血肿切开探查止血术 4 例, 腹部手术同时行颅内血肿清除术 5 例, 胸腔闭式引流 11 例, 开胸止血术 2 例, 颌面部清创缝合术 1 例。四肢骨折行石膏外固定 9 例, 急诊清创内固定 3 例, 先简单固定再 II 期钢板内固定 7 例。延期二次手术 4 例(结肠造口还纳 3 例, 胰痿行胰体尾部切除 1 例)。

2 结果

经抢救治疗后, 死亡 10 例(病死率 12.2%), 其中术中死亡 3 例, 术后因多器官功能衰竭死亡 7 例, 其余病例预后良好。

3 讨论

3.1 多发伤的诊断 多发伤受伤因素复杂, 病情危重, 且绝大多数患者合并创伤性或出血性休克, 病死率较高, 早期快速正确判断, 对抢救成功率极为重要。基层医院条件有限, 给多发伤患者的诊断和治疗带来诸多困难, 接诊医生对此要有高度的警惕性, 不能单纯满足于抢救明显部位的外伤, 需要同时密切注意腹部的体征, 闭合性腹部创伤者尤其需要加以重视。而腹

部外伤中 80% 为闭合性腹部外伤, 一个有经验的普外科医生可以根据外伤史、临床表现以及简而有效的几项辅助检查(如腹部 B 超、腹部 X 线检查、诊断性腹腔穿刺), 对多发伤患者作出准确的诊断, 基层医院内诊断性腹腔穿刺的应用尤其重要, 诊断性腹腔穿刺术准确率大致在 50% ~ 90% 之间, 但只要腹腔内有 200 ml 液体, 即可穿刺阳性^[1]。有报道分析指出, 多发伤患者发生漏诊率较高(16.19%); 漏诊部位中第 1 位为四肢和骨盆(39.50%), 位于第 2 位的为腹部、盆腔脏器(19.55%)。发生漏诊的患者病死率明显高于总体的病死率^[2]。临床工作中, 骨盆和四肢伤漏诊较多, 但一般后果并不严重, 而腹部损伤一旦漏诊则后果多为严重。本组病例漏诊、误诊率亦较高, 对于基层医院来说如何提高早期正确诊断率是必须要引起重视的问题。为减少腹部损伤并发多发伤的漏诊, 我们认为基层医院医生需强调以下几点: ①重视受伤病史的采集: 全面了解受伤过程及院前急救措施。特别要重视患者新出现的主诉, 它往往提示腹部内脏损伤的遗漏; ②体格检查要系统全面: 应严格按照顺序有所侧重的进行全身检查; ③必要的辅助检查, 如诊断性腹穿、B 超、CT、腹部平片等, 而急诊早期多部位行螺旋 CT 检查能缩短重症多发伤的急诊诊断时间, 降低总病死率、术前病死率和漏诊率^[3]; ④密切观察病情及腹部体征变化, 必要时反复体格检查和相关辅助检查; ⑤加强医生专业培训, 高度重视对腹部外伤特别是隐蔽性腹部外伤的诊断和治疗; ⑥加强急诊抢救绿色通道制度的执行, 加强相关科室间的协调合作。

3.2 多发伤的急救 多发伤救治的关键是院内救治, 从院前转送到院内进行高级生命支持的 1 小时又被称为“黄金 1 小时”, 往往决定了多发伤患者是否能够救治成功^[4]。而加强院内紧急救治是低成本、快速度和高效率改善严重创伤救治水平的途径^[5]。急诊接诊医生在初始接触多发伤患者时, 要判断生命体征是否平稳, 伤情主次, 初步形成对患者损伤脏器的印象, 然后重点行相关处理。对临床表现不同的患者根据具体情况, 有针对性地对症处理。绿色通道急救模式缩短了严重多发伤患者的救治时间, 降低了病死率, 提高了抢救成功率, 是一种值得推广的急救模式^[6]。我院实行急诊抢救绿色通道制度后, 对于伤情较重的多发伤患者在赶往医院的途中即通知相关辅助及临床科室做好急诊检查或抢救准备, 往往能在进院 15 ~ 20 min 内将患者送入手术室抢救, 由接诊医生首诊负责, 联系相关科室医生会诊抢救。节省了大量宝贵的时间, 遵循“白金 10 分钟”和“黄金 1 小时”原则, 显著提高了抢救成功率。

3.3 腹部伤合并多发伤的手术治疗 腹部损伤并发多发伤时, 通常需要多个部位手术治疗。应严格遵循“抢救生命第一, 保全器官第二; 先止血, 后修补”的原则, 正确合理的手术处理顺序是非常重要的。首先处理直接威胁生命的损伤。有两处

以上危及生命的损伤时,可分组同时进行手术。手术应简单,时间要短,应以维持重要脏器功能,保全生命为最主要目的^[7]。

3.3.1 腹部损伤并发颅脑、颌面部损伤 合并颅脑损伤者,如颅脑外伤无急诊手术指征,一般先行腹部手术治疗,并密切观察颅脑外伤变化。对于合并颅内高压的颅脑外伤,腹部伤如为实质脏器破裂出血,一般同时进行腹部和颅脑手术。腹部伤如为空腔脏器破裂,应先行开颅探查,后行腹部手术。对于并发严重颅底骨折或严重颌面部外伤伴活动性出血的患者,手术后一般需气管切开以保持呼吸道通畅。

3.3.2 腹部损伤并发胸部损伤 合并胸部损伤的患者,如胸部损伤为血气胸,先行胸腔闭式引流术,虽然很多患者并不需要开胸手术,但在麻醉前进行胸腔闭式引流术是必要的。因为麻醉过程中呼吸机正压通气可能会导致张力性气胸,这对患者来说是致命的。同时在手术中应密切注意患者生命体征、双肺呼吸音、气道压力、胸腔引流,如为进行性血气胸,则多需开胸探查。胸腹部联合伤有手术指征者,应立即同时手术,一般采用胸腹联合切口为宜。

3.3.3 腹部损伤合并四肢、骨盆和脊柱损伤 合并四肢损伤者,若为闭合性骨折,可行骨折外固定后再行腹部手术治疗。如为开放性骨折,但无大血管损伤的患者,可先予以加压包扎,完成腹部损伤手术后再处理骨折损伤。腹部空腔脏器损伤无休克者,应先进行肢体骨折手术,再行腹部手术。如存在筋膜室综合征或合并大血管的损伤,腹部实质性脏器损伤危及生命时,需同时进行腹部和肢体骨折手术;腹部损伤合并脊柱损伤者,一般先行腹部手术,后处理脊柱脊髓损伤。合并严重骨盆骨折的手术顺序目前仍存在争议。多数学者主张在积极抗休克治疗的同时,首先行骨盆外固定,再进行腹部手术。

3.4 延迟复苏及损伤控制理念的应用 延迟复苏能减少严重创伤性休克患者病死率,其中以 1~2 h 内限制输血量是救治的关键。重视早期复苏质量和加强免疫调节是防止创伤内源性感染的有效途径^[8]。在活动性出血未控制前,积极地进行液体复苏会增加出血量,大量的液体输入稀释了机体的血液,影响了机体的凝血功能,从而减少了组织氧供,加重了出血的可能,使病死率增加。我们在手术前,先输平衡液和适量血液制品,维持动脉收缩压在 90 mm Hg(1 mm Hg = 0.133 kPa)左右。手术控制出血后,再及时补足失血。损伤控制外科原则是避免多发伤患者陷入低体温、凝血功能障碍、代谢性酸中毒的致命三联征的恶性循环^[9]。损伤控制外科策略应用于腹部手术(损害控制性剖腹术)重要的是对患者的生命支持和整体复苏,并不强求行一期的确定性手术,是把手术治疗作为整体复苏及生命支持的组成部分。大部分严重腹部损伤的患者可按非损害控

制性策略处理,对紧急剖腹探查术中难以完成确定性手术的濒死患者可以采用损伤控制的方法^[10]。但损伤控制性剖腹术会显著增加患者身体、精神上的痛苦,住院费用明显增加,并发症和病死率也较高,所以在临床工作中应严格掌握其运用的指征^[11]。

建立绿色通道,以急诊科为主导的,多学科会诊、手术医师前移的整体治疗模式,强调对多发伤进行专业化、一体化、系统化的救治,避免了科与科之间互相推诿患者、反复会诊的现象^[6]。由于受基层医院的条件限制,目前我院的急诊科仅仅设有急诊抢救室和观察室,在没有实施急救绿色通道之前,急诊医生的任务也只是简单地把患者运送到医院然后交给专科医生治疗,这一模式已经不能满足现在急诊救治的需要。我院实施急救绿色通道之后,严格实行首诊负责制,由急诊室全权协调,医院所有辅助科室及临床相关科室均能以急诊科为中心展开积极的抢救措施,显著提高工作效率,值得在基层医院大力推广,从而惠及广大基层地区患者。

参考文献

- [1] 窦科峰,任彦顺.腹部损伤的诊断程序[J].临床外科杂志,2009,17(10):653-654.
- [2] 杨帆,李占飞,白祥军,等.512例多发伤患者漏诊分析[J].创伤外科杂志,2009,11(6):521-523.
- [3] 毕宗福.急诊早期多部位螺旋CT检查在重症多发伤的应用价值[J].现代医学,2011,39(4):459-460.
- [4] Gruen RL, Brohi K, Schreiber M, et al. Haemorrhage control in severely injured patients[J]. Lancet, 2012, 380(9847):1099-1108.
- [5] 张连阳.重视严重创伤院内救治质量控制[J].第三军医大学学报,2010,32(23):2475-2477.
- [6] 崔连珉,刘用玲,岳文明.急救绿色通道在严重多发伤救治中的作用[J].临床急诊杂志,2010,11(6):338-340.
- [7] 任建安.当前在腹部创伤救治中应注意的几个问题[J].腹部外科,2009,22(2):68-69.
- [8] 史忠.创伤感染控制的临床认识[J].创伤外科杂志,2011,13(2):173-176.
- [9] 丁俊涛,汪学伦,方荣新.创伤后脓毒症的外科控制[J].中华普外科学杂志(电子版),2011,5(1):108-112.
- [10] Diaz JJ Jr, Cullinane DC, Dutton WD, et al. The management of the open abdomen in trauma and emergency general surgery: Part I - damage control[J]. J Trauma, 2010, 68(6):1425-1438.
- [11] 张连阳.正确应用损伤控制性剖腹术[J].创伤外科杂志,2009,11(1):1-3.

(收稿日期:2012-11-14)

《中华全科医学》杂志网上审稿专家名单(按姓氏笔画)

马雄	方力争	王钦红	关晏星	孙希文	许建文	刘荣福	陈军宁	陈守强
陈建设	陈凌	陈强谱	李刚	李成万	李作孝	李贵平	张凯	杨乃龙
赵学智	徐计秀	顾健	班博	黄建	韩旭	韩瑞发	董昌虎	谢鹏雁
滕永军								

本刊编辑部

两种手术方法治疗肱骨外科颈骨折的临床疗效

贾宏岭, 金晓伟, 冯浩

【摘要】 目的 探讨用锁定加压钢板和三叶草型钢板两种不同的手术方法治疗肱骨外科颈骨折的临床疗效。方法 选择 2009 年 2 月 - 2011 年 8 月安徽省含山县人民医院收治的肱骨外科颈骨折患者 67 例, 随机分为锁定加压钢板组固定组 35 例和三叶草型钢板固定组 32 例。比较两组的手术时间、骨折愈合时间、临床疗效。**结果** 术后随访时间 6 ~ 12 个月, 骨折均获骨性愈合, 在手术时间、骨折愈合时间锁定加压钢板固定组均优于三叶草型钢板固定组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 锁定加压钢板固定组临床疗效优良率为 88.57%, 三叶草型钢板固定组为 62.50%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 锁定加压钢板用于治疗肱骨外科颈骨折, 手术创伤小, 术后固定牢固, 骨折愈合快且功能恢复好, 能早期进行功能锻炼, 是治疗肱骨外科颈骨折理想的方法。

【关键词】 肱骨外科颈骨折; 锁定加压钢板; 三叶草型钢板; 疗效

【中图分类号】 R683.413 R687.32 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1256-02

肱骨外科颈骨折, 发生在肱骨解剖颈下 2 ~ 3 cm 处, 相当于大、小结节下缘与肱骨干的交界处, 也是松质骨与密质骨交界处及肱骨解剖上的薄弱区, 最易发生骨折^[1], 约占肩部骨折的 26%^[2], 中青年患者多由直接暴力引起, 老年骨质疏松患者多由间接暴力所致^[3]。有两种治疗方法: 保守治疗与手术治疗。笔者收集本院肱骨外科颈骨折患者 67 例, 分别采用锁定加压钢板和三叶草型钢板进行治疗, 对其两种手术方法的治疗效果进行比较, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择 2009 年 2 月 - 2011 年 8 月本院收治的 67 例肱骨外科颈骨折患者作为本次研究观察对象, 其中男性 42 例, 女 25 例; 年龄 26 ~ 71 岁, 平均 58 岁; 受伤部位: 左侧 32 例, 右侧 35 例, 所有患者均为闭合性骨折; 车祸伤 29 例, 坠跌伤 38 例。根据 X 线片, 按 Neer 方法对骨折进行分类^[4], 两部分骨折 22 例, 三部分骨折 32 例, 四部分骨折 13 例 (其中有 3 例合并有肩关节脱位)。67 患者中采用锁定加压钢板治疗 35 例, 采用三叶草型钢板治疗 32 例。两组患者均无神经和血管的损伤。在性别、年龄、骨折类型、损伤原因、病程长短等一般资料比较差异无统计学意义, 具有可比性。

1.2 诊疗方法 所有患者入院后均行 X 线或 CT 检查, 予抗生素预防感染, 对肿胀严重的先行制动、脱水处理, 1 ~ 3 d 行手术治疗。

1.2.1 锁定加压钢板内固定方法 臂丛麻醉后取半坐卧位, 前外侧“L”形切口经胸大肌三角肌间沟入路, 对头静脉、关节囊及肩袖组织要注意保护, 必要时分离部分三角肌前部肌肉, 将肱骨近端骨折充分显露, 不需剥离骨膜, 清理骨折端血肿和嵌入的软组织, 对于肩关节脱位的病例要先进行纠正后再进行牵引复位。用克氏针或复位钳对骨折予临时固定, 若有骨缺损的予同种异体骨植骨。行 C 型臂 X 线机透视见复位良好后, 选择适当长度的肱骨近端锁定钢板, 置于肱骨大结节顶点下 0.5 cm, 结节间沟后缘 1 cm 处。安置好 LCP 钻头导向器, 注意骨折近端不要钻透对侧骨皮质, 以免螺钉会穿过关节面进入关节腔。骨折远端为皮质骨, 如骨质量较差、骨质疏松明显则选用锁定螺钉固定, 如骨质量较好则用 AO 皮质骨螺钉固定。有肩袖损伤, 则行相应修复。活动肩关节以检查固定是否牢靠, C 臂透视下示活动无障碍、骨折复位佳、内固定可靠后, 冲洗止血, 留置负压引流后逐层关闭切口。术后悬吊患肢, 常规预防性抗感染治疗, 负压引流 2 ~ 3 d 拔除, 术后第 2 天进行腕、肘关节被动活动, 2 周后逐步进行肩关节主动功能锻炼^[5]。

1.2.2 三叶草型钢板内固定方法 麻醉和复位方法同上, 选择适当长度三叶草型钢板放置于肱骨近端前外侧, 顶叶预弯, 置于大结节上, 选用 3.5 mm 皮质骨螺钉将钢板固定于肱骨干上, 顶叶及两侧叶则需根据骨折情况选择性固定 4.0 mm 松质骨螺钉 3 ~ 5 枚, 注意螺钉不要穿出肱骨头关节面, 以免发生撞击或损伤肱二头肌腱^[6], 余步骤及术后处理同锁定加压钢板方法。

1.3 观察指标及临床疗效评估 比较两组的手术时间、骨折愈合时间及临床疗效。临床疗效参照 Neer 评分标准, 其中疼痛 35 分, 功能 30 分, 活动度 25 分, 解剖位置 10 分; 90 ~ 100 分为优, 80 ~ 89 分为良, 70 ~ 79 分为中, < 70 分为差。

1.4 统计学方法 所用数据应用 SPSS 11.0 统计软件进行统计学处理, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

两组的手术时间、骨折愈合时间的比较见表 1; 两组的临床疗效比较见表 2。

表 1 两组肱骨外科颈骨折患者的手术时间、骨折愈合时间的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间 (min)	骨折愈合时间 (d)
锁定加压钢板固定组	35	82.0 ± 14.5 *	54.5 ± 7.5 *
三叶草型钢板固定组	32	116.3 ± 18.5	73.0 ± 9.5

注: 与三叶草型钢板固定组比较, * $P < 0.05$ 。

表 2 两组肱骨外科颈骨折患者的临床疗效比较

组别	n	优	良	中	差	优良率 (%)
锁定加压钢板固定组	35	19	12	4	0	88.57 *
三叶草型钢板固定组	32	12	8	11	1	62.50

注: 与三叶草型钢板固定组比较, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

肱骨外科颈骨折是临床常见骨折, 其治疗的主要目标是恢复肩关节正常功能, 预防肩关节僵硬、股骨头缺血坏死及畸形^[7], 由于其毗邻肩关节, 周围肌肉组织较丰富, 当外力作用于肱骨近端撞击肩峰或关节盂时, 极易出现骨折端的分离移位或旋转移位, 造成肱骨外科颈关节囊和韧带损伤, 给复位带来一定难度。手法复位由于缺乏有效的外固定来维持复位往往难以奏效。而解剖复位如固定不好则会引起肩关节软组织粘连, 术后肩关节僵硬。故治疗的关键是手术解剖复位、牢固内固定。传统手术内固定方法有克氏针、张力带钢丝、T 型钢板等, 但都存在固定不牢的问题, 易出现骨折再移位, 且术后制动时间长或需辅助外固定, 给早期活动造成一定的困难, 不利于关节功能恢复。随着医疗技术发展, 新的内固定技术相继出现, 目前临床上以锁定加压钢板和三叶草型钢板应用最为广泛。锁定钢板固定的生物力学优点是: ①根据肱骨近端解剖形状设计, 无需对接骨板进行精确的预弯^[4]。②锁定钢板远近端的螺

作者单位: 238100 安徽省含山县人民医院骨科
通讯作者: 贾宏岭, 电子信箱: JHL3086@163.com

钉孔均带有螺纹,能与锁定螺钉紧密结合,使各骨折块、螺钉与钢板完全锁定成一体,起内固定架的作用^[8],特别适用于骨质疏松与复杂的粉碎性骨折,具有较好的锚合力与较高的抗拉力,防止内固定物松动、拔出,允许早期的功能锻炼^[9]。③它与解剖型支持钢板相比体积明显减小,减少对软组织的剥离和刺激,对旋肱动脉环的影响小,降低了肱骨头缺血坏死的发生,避免术后肩峰下撞击的可能性^[10]。④接骨板近端带有缝合孔,术中可利用缝合孔进行克氏针临时固定,有助于粉碎骨块、移位的骨突的缝合固定。⑤钢板和骨面不产生压力,对骨外膜的损伤小,更符合微创的原则。⑥锁定钢板上设计有加压孔,术中可以视情况打加压及拉力螺钉使得骨折的间接复位。而传统的三叶草型钢板一般无法满足塑形,在使用过程中容易出现螺钉断钉或者滑出,且对软组织剥离多,出血多,对骨块的血供少,恢复较慢。

本研究通过对两种内固定方法进行比较,结果表明锁定加压钢板内固定组在手术时间、骨折愈合时间及临床疗效方面均优于三叶草型钢板内固定组,差异均有统计学意义,表明锁定加压钢板治疗肱骨外科颈骨折手术创伤较小,恢复快,疗效好,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 洪一波,周临东. 肱骨外科颈骨折的中西医研究进展[J]. 江苏中

医药,2011,43(2):90-91.

[2] 王亦聰. 骨与关节损伤[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:756.

[3] 胡樵,赵东升,李爱民. 钢板内固定治疗中青年肱骨近端粉碎性骨折[J]. 河北医学,2007,13(8):949.

[4] 艾江平,王佳斌. 锁定加压钢板治疗肱骨外科颈骨折 23 例疗效观察[J]. 山东医药,2008,48(24):75-76.

[5] 周树权. 肱骨外科颈骨折两种手术方法治疗的临床分析[J]. 中国当代医药,2010,17(16):42-44.

[6] 陆永兴. 三叶草钢板治疗肱骨近端骨折临床分析[J]. 河北医学,2007,13(16):737.

[7] 泰国梁. 锁定接骨板治疗肱骨外科颈骨折临床分析[J]. 中国医药导报,2009,6(33):157-158.

[8] 高建军,闵延瑜,吴民. 锁定钢板治疗肱骨外科颈粉碎骨折的临床研究[J]. 中国实用医药,2008,3(35):100-101.

[9] 王斌,温添林,张志明,等. 锁定加压钢板治疗老年肱骨外科颈骨折[J]. 实用骨科杂志,2009,15(2):84-85.

[10] 王志相,杨风云,涂宏,等. 锁定钢板治疗肱骨外科颈骨折 42 例分析[J]. 中国民族民间医药杂志,2011(5):78-79.

(收稿日期:2012-11-19)

(上接第 1189 页)

括约肌近端,一般无尿失禁表现,多因泌尿系感染症状就诊。

3.2 影像学检查 由于患侧肾脏小、功能差、位置异常,本症较难通过单一的检查方法来确诊,常常需要多种检查方法结合诊断。①大剂量 IVP 是诊断本症的主要方法。常规剂量的 IVP 常表现为患侧肾及输尿管不显影或显影差,仅见对此正常肾脏及输尿管。本组 8 例,仅 2 例患侧肾区可见小片状造影剂显示。采用大剂量延迟性 IVP,大部分病例可见显影的小肾盂或部分输尿管。②B 超检查可作为初步筛选方法。对于小于 2 cm^[7] 的小肾脏,B 超不易显示作出诊断,有时会误诊为患侧肾脏缺失。本组 5 例被误诊为孤立肾,需结合临床症状做出综合判断。③CT 平扫 + 增强或 MRI 检查,可显示发育不良肾脏的皮质厚度及扩张的输尿管。对于 B 超怀疑或 IVP 可疑病患可行 CT 平扫协助诊断,经 CT 增强可进一步确诊。④逆行插管造影是重要的补充检查手段。对于发现尿道口周围有滴尿的异位开口的病例,可试用输尿管导管插入并注入造影剂,如见输尿管显影,则可判断病变的一侧,但这是逆行操作,且异位开口多位于尿道或阴道内,故不宜首选。⑤⁹⁹Tc^m-GH 肾皮质显像,近年来认为对于 B 超及大剂量 IVP 各项检查均阴性的患者,可行⁹⁹Tc^m-GH 肾皮质成像方式来诊断体积细小、功能较差的肾脏^[8]。

3.3 治疗方法 手术是治疗本症的唯一方法。在对侧肾功能正常情况下,可做患侧发育不良肾脏及输尿管全切除。亦有学者^[9]认为,对 IVP 显影肾脏长径 ≥ 4.3 cm 者可保留肾脏行输尿管膀胱再植术。本组男性患儿,IVP 显影肾脏长径约 5 cm,行患侧输尿管膀胱再植术保留发育不良肾脏,预后良好。近年来,随着腹腔镜技术的日益成熟,手术方式除传统开腹手术外,还可行腹腔镜手术,本组中 4 例行腹腔镜下发育不良肾及异位输尿管全切除,先找到输尿管,再顺着输尿管找

到发育不良的肾脏并切除,均达到良好的效果,无并发症的发生。因为腹腔镜下创伤小、恢复快、并发症少,且能达到传统开腹手术同样的效果,可首先考虑。不管是何种手术方法,手术的关键都是输尿管的全长切除。这是因为输尿管异位开口常因开口狭窄,引流不畅导致输尿管迂曲、扩张,甚至形成囊肿,且多合并感染,如手术切除不彻底,术后可能遗留输尿管残端遗留征^[10]。

参考文献

[1] Dally EA, Raman A, Webb NR, et al. Unilateral multicystic dysplastic kidney with progressive infundibular stenosis in the contralateral kidney: experience at 1 center and review of literature[J]. J Urol, 2011, 186(3):1053-1058.

[2] 李宁,黄澄如,白继武,等. 儿童肾发育不良的诊治分析[J]. 中华小儿外科杂志,2007,28(12):630-632.

[3] Haina DS, Bates CM, Ingraham S, et al. Management and etiology of the unilateral multicystic dysplastic kidney: a review. [70 refs][J]. Pediatric Nephrology, 2009, 24(2):233-241.

[4] Annegret Kujat, Schulz MD, Strenge S, et al. Renal Malformations in Deletion 22q11.2 Patients[J]. American Journal of Medical Genetics, 2006, 140(14):1601-1602.

[5] 梁娟,王艳萍,朱军,等. 中国人肾发育不良流行病学分析[J]. 现代预防医学,2000,27(1):79-80.

[6] 张金哲,潘少川,黄澄如. 实用小儿外科学[M]. 杭州:浙江科学技术出版社,2003:920-921.

[7] 文建军,关吉云,胡泽刚,等. 先天性发育不良小肾并输尿管异位开口的诊治(附 6 例报告)[J]. 现代泌尿外科杂志,2005,10(6):351.

[8] 陈健,徐浩,罗劲祥,等. ⁹⁹Tc^m-GH 肾皮质显像诊断单侧肾发育不良伴输尿管异位开口[J]. 中国医学影像技术,2005,21(11):1741-1743.

[9] 张雪蓓,魏金星,周成,等. 单输尿管异位开口[J]. 中华泌尿外科杂志,2003,24(5):305-307.

[10] 王学文,张敬梯,葛文安. 小儿输尿管开口异位的诊断和治疗[J]. 中华泌尿外科杂志,2003,24(11):745-747.

(收稿日期:2012-10-16)

艾灸预处理配合西药防治冠心病的临床效果

韩雪梅, 夏宝林, 李科全

【摘要】 目的 通过临床研究,探讨艾灸预处理配合西药防治冠心病的临床效果。方法 将 101 例冠心病患者随机分为艾灸预处理组与西药对照组。治疗组 53 例,对照组 48 例。经过 6 个月的临床治疗后,统计两组患者主要临床事件及其他临床事件资料,监测比较血压、血糖、血脂和心电图变化情况。结果 6 个月治疗后,治疗组患者冠心病防治的显效率、总有效率分别是 43.40%、92.45%,对照组患者冠心病防治的显效率、总有效率分别是 27.08%、83.33%,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组总临床事件和主要临床事件发生率分别为 15.09% 和 11.32%,对照组总临床事件和主要临床事件发生率分别为 47.92% 和 35.42%,两组比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组患者心电图改变、收缩压和舒张压平均值变化均较对照组患者明显改变($P < 0.05$)。结论 艾灸预处理配合口服阿司匹林肠溶片对防治冠心病有较理想的临床效果。

【关键词】 艾灸预处理;冠心病;阿司匹林肠溶片

【中图分类号】 R541.4 R245.81 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1258-02

冠心病(CHD)又称缺血性心脏病,是由于冠状动脉粥样硬化使血管狭窄或阻塞导致心肌缺血缺氧而引起的心脏病^[1]。目前,国内外学者对冠心病的临床诊断、相关的实验室检查和治疗方法的研究相对较多。冠心病的预防性的治疗主要集中在病因治疗、降血压、降血脂治疗及抗血小板凝聚等方面,关于艾灸预处理冠心病的研究仅见动物实验报道,未见临床应用的报道。艾灸预处理是指在疾病未发生或未发作时给予艾灸治疗,通过一定疗程的临床治疗,达到预防疾病发生或发展的“治未病”目的的一种中医防病治病治疗方法。我课题组近 2 年运用艾灸预处理配合西药阿司匹林肠溶片防治冠心病取得一定的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本研究所选对象均来自 2010 年 5 月 - 2011 年 12 月就诊于深圳市宝安区西乡人民医院心内科门诊及病房的符合下列冠心病诊断的患者:①所有冠心病患者均经冠状动脉造影确诊;②患者年龄 ≤ 75 岁;③属病情处于稳定期(稳定 1 个月以上)的劳累性心绞痛;④有高血压病史。被排除患者:①属高危的不稳定型心绞痛患者;②劳力型心绞痛 IV 级;③1 个月内有急性心肌梗死发作史患者;④IV 级心功能患者;⑤三级高血压患者;⑥有肝、肾或造血系统等原发病及糖尿病、脑梗塞、精神病等疾病患者;⑦妊娠或哺乳期妇女;⑧正服用其他抗缺血中成药患者。符合上述诊断要求的患者共 101 例,在所有患者知情同意的情况下,随机分为艾灸预处理组(治疗组)与西药对照组。治疗组 53 例,其中男性 27 例,女性 26 例,年龄 35 ~ 75 岁,平均年龄(58.7 ± 12.1)岁。对照组 48 例,其中男性 25 例,女性 23 例,年龄 36 ~ 75 岁,平均年龄(57.9 ± 10.1)岁。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法

1.2.1 西药对照组 该组所有患者口服阿司匹林肠溶片(拜耳医药保健有限公司生产,进口药品注册证号 H20080331)100 mg,1 次/d,酒石酸美托洛尔片(珠海经济特区生物化学制药厂生产,国药准字 H20057288)12.5 mg,2 次/d。连续治疗 1 个月为 1 个疗程。

1.2.2 艾灸预处理组 在西药对照组的基础上配合艾灸预处理。艾灸预处理取穴:百会、膻中、内关、丰隆、足三里。用艾条

每个穴位雀啄灸 10 min,1 次/d,连续治疗 10 d 后间歇 5 d 再行下一个治疗周期,每 2 个治疗周期为 1 个疗程。

1.2.3 对症处理 治疗期间如病情突然变化或加重,或并发其他病症,均采用西医应急处理。同时治疗期间始终要求患者合理饮食,适当运动,保持乐观生活态度,保证充足睡眠时间。

1.3 观察指标与效果评价

1.3.1 观察指标 分别在入选治疗 6 个疗程后随访收集统计主要临床事件及其他临床事件资料。监测比较心电图和血压、血糖、血脂的变化情况。主要临床事件包括新发或复发心肌梗死、因心绞痛住院或急诊、卒中、充血性心力衰竭、因其他心血管原因住院或急诊如心律失常等致住院或急诊、因任何原因所致死亡事件;除上述 6 项,其他各种非预计的住院或急诊事件定义为其他临床事件^[2]。

1.3.2 效果评价 冠心病心电图疗效评定标准:依据国家中西医结合防治心绞痛、冠心病、心律失常研究座谈会《心绞痛、冠心病及心电图疗效评定标准》进行临床疗效评价。显效:临床症状基本消失或消失,心电图恢复到“正常心电图”或者“大致正常”;有效:临床症状减轻或消失,心电图虽然未达到正常水平,但是 S-T 段降低经治疗后回升 0.05 mV 以上,在主要导联倒置 T 波改变变浅达到 T 波由平坦变直立或者 25% 以上,房室或室内传导阻滞改善;进步:临床症状有所减轻,心电图稍有改善;无效:治疗前后临床症状无明显改善,心电图基本没有多大变化或加重。

1.4 统计学方法 通过收集整理临床资料,用 SPSS 16.0 软件统计分析数据,分析治疗组与对照组患者的防治效果、预处理后冠心病的临床事件发生情况的差异和血糖、血脂、血压、心电图改善状况等指标变化。计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 说明差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床防治效果比较 经过 6 个月治疗后,两组患者冠心病防治效果统计见表 1。

表 1 两组患者经 6 个月治疗后冠心病防治效果统计表(n,%)

组别	n	显效	有效	进步	无效	总有效
治疗组	53	23(43.40)	19(35.85)	7(13.20)	4(7.55)	49(92.45)
对照组	48	13(27.08)	14(29.17)	13(27.08)	8(16.67)	40(83.33)
P 值		<0.05			<0.05	<0.05

统计结果显示,经过 6 个月治疗后,治疗组患者冠心病治疗的显效率和总有效率分别是 43.40% 和 92.45%,对照组患者

基金项目:广东省深圳市宝安区科技立项项目(20110453)
作者单位:518102 广东省深圳市宝安区西乡人民医院社管中心
通讯作者:韩雪梅,电子邮箱:yuxinguoza@126.com

冠心病治疗的显效率和总有效率分别是 27.08% 和 83.33%, 两组比较, 显效率和总有效率差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.2 两组患者临床事件分析 经过 6 个月治疗后, 两组冠心病患者临床事件发生情况见表 2。

表 2 两组冠心病患者经过 6 个月治疗后临床事件发生情况统计表 (n, %)

组别	n	全因死亡	心脑血管疾病死亡	心绞痛住院或急诊	需行 PCI/CABG	卒中	因心衰住院或急诊	因心律失常住院或急诊	其他临床事件
治疗组	53	1(1.89)	0	1(3.77)	1(1.89)	0	1(1.89)	2(3.77)	2(3.77)
对照组	48	2(4.17)	2(4.17)	4(8.33)	2(4.17)	1(2.08)	2(4.17)	4(8.33)	6(12.50)

资料显示, 治疗后治疗组总临床事件和主要临床事件发生率分别为 15.09% 和 11.32%, 对照组总临床事件和主要临床事件发生率分别为 47.92% 和 35.42%, 两组比较总临床事件和主要临床事件发生率差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.3 两组患者血压、血糖、血脂和心电图变化 经过 6 个月治疗后, 两组患者血压、血糖 (空腹)、血脂和心电图变化情况统计见表 3。

表 3 两组冠心病患者血糖、血脂、血压和心电图变化统计表

组别	n	血糖 ($\bar{x} \pm s$, mmol/L)	血脂 ($\bar{x} \pm s$, mmol/L)		血压 ($\bar{x} \pm s$, mm Hg)		心电图变化 (n, %)			
			胆固醇	甘油三酯	平均收缩压	平均舒张压	显效	有效	进步	无效
治疗组	53	3.82 ± 0.15	3.10 ± 0.25	1.12 ± 0.14	128 ± 9	76 ± 10	23(43.40)	19(35.85)	7(13.20)	4(7.55)
对照组	48	4.01 ± 0.24	3.68 ± 0.34	1.58 ± 0.28	130 ± 14	79 ± 16	13(27.08)	14(29.17)	13(27.08)	8(16.67)
P 值		> 0.05	> 0.05		< 0.05			< 0.05		

注: 1 mm Hg = 0.133 kPa。

经过 6 个月治疗后, 治疗组患者心电图改变总有效率 92.45%, 对照组患者心电图改变总有效率 83.33%, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗组患者收缩压和舒张压平均值较对照组明显改善 ($P < 0.05$); 治疗后两组患者的血糖、血脂改变差异性不明显 ($P > 0.05$), 但较治疗前均有明显改善 ($P < 0.05$)。

3 讨论

冠心病, 属中医“怔忡”、“胸痹”、“真心痛”、“厥心痛”等病证范畴。中医认为饮食劳倦, 七情内伤, 素体虚弱, 寒邪凝滞等因素导致心脏的气滞血瘀、阴阳失调而成冠心病。冠心病治疗原则“不离乎心, 不止于心”、“治标在通、治本在补”^[3]。艾灸疗法是一种建立在整体反应和自我调节基础上的中医自然疗法, 通过艾灸激发机体本身固有的机能状态、使机体阴阳平衡、气行血畅, 从而达到治疗疾病目的。艾灸不仅可以益寿延年, 而且可以起到有病先防, 有病早治的作用^[4]。

艾灸预处理古人称之为“逆灸”。“逆灸”一词首次出现在东晋范汪的《范汪方》中^[5], 明代高武在其著作《针灸聚英》中提到: “无病而先针灸曰逆。逆, 未至而迎之也”。逆灸作为灸法防病保健的一种方法, 是针灸“治未病”的重要内容。有关动物实验证明, 艾灸预处理对心肌缺血的大鼠心肌及对心肌细胞缺血再灌注具有保护作用, 可以延缓或者阻断缺血性心脏病的发展进程, 并且具有提高心肌组织在缺血时对一系列代谢紊乱的耐受能力, 增加心肌细胞的存活率, 改善预后的作用^[6]。近代学者研究证明艾灸预处理对心肌缺血具有保护作用^[7]。中华医学会心血管病学分会提出了多重心血管病危险综合防治建

议^[8], 使得阿司匹林在动脉硬化性心血管疾病中的临床应用已成为共识^[9]。本课题研究证明, 艾灸预处理配合口服阿司匹林肠溶片对防治冠心病有较理想的效果, 值得进一步探讨。

参考文献

- [1] 李华, 陈斌, 胡元平. 速度向量成像对不伴心肌梗死的冠心病患者左室收缩应变的研究 [J]. 浙江医学, 2011, 33 (10): 1426-1428, 1432.
- [2] Mochizuki S, Dahlöf B, Shimizu M, et al. Valsartan in a Japanese population with hypertension and other cardiovascular disease (Jikei Heart Study): a randomised, open-label, blinded endpoint morbidity mortality study [J]. Lancet, 2007, 369 (9571): 1431-1439.
- [3] 邓勇. 中医治疗冠心病心得 [J]. 中外医疗, 2010, 29 (21): 106.
- [4] 刘莹莹, 李珍, 张红, 等. 艾灸对老年患者抗衰老的临床研究 [J]. 河北医学, 2009, 15 (4): 433.
- [5] 孙忠人, 王一茗. 逆灸对心肌缺血再灌注损伤大鼠 HSP70 的影响 [J]. 中华中医药学刊, 2008, 26 (7): 1382-1383.
- [6] 赵宇辉, 孙忠人. 艾灸预处理对心肌缺血再灌注大鼠细胞凋亡及 HSP70 mRNA 表达的影响 [J]. 安徽中医学院学报, 2009, 28 (1): 36-38.
- [7] 佟欣. 艾灸预处理对心肌缺血大鼠血清 NO、CAT 影响 [D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2008.
- [8] 中华医学会心血管病学分会. 多重心血管病危险综合防治建议 [J]. 中华心血管病杂志, 2006, 34 (12): 1061-1071.
- [9] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 阿司匹林在动脉硬化性心血管疾病中的临床应用: 中国专家共识 (2005) [J]. 中华心血管病杂志, 2006, 34 (3): 281-284.

(收稿日期: 2012-12-25)

(上接第 1234 页)

- [5] 徐海, 丁伟, 李凌云, 等. 微创刮吸技术联合皮下修剪在腋臭治疗中德应用 [J]. 西南军医, 2011, 13 (2): 268-269.
- [6] 高扬, 宋军, 李虎, 等. 大剂量肉毒毒素局部注射治疗腋部多汗症 [J]. 中国美容整形外科杂志, 2011, 22 (12): 740-742.
- [7] 侯典举, 李斌斌, 吕唯, 等. 微创整形美容外科系列讲座 (八) —— 腋臭的微创治疗 [J]. 中国美容医学, 2010, 19 (8): 1221-1223.

- [8] 刘卓, 林崇明, 宋维芳. 小切口搔刮清除腋臭术后并发症分析及预防处理 [J]. 中国美容整形外科杂志, 2011, 22 (10): 632-633.
- [9] 刘玉磊, 房晶, 陈振雨, 等. 微创搔刮法腋臭根治术的病理学观察及术式探讨 [J]. 中国美容整形外科杂志, 2011, 22 (7): 416-418.
- [10] 朱丽倩, 马昌华, 周志刚, 等. 微小切口保留真皮下血管网腋臭去除术 [J]. 中国美容医学, 2011, 20 (4): 674.

(收稿日期: 2012-10-12)

健康教育对流动孕产妇母乳喂养的影响

秦立梁, 华建芳, 秦立强

【摘要】 目的 探索一种有效的流动孕产妇母乳喂养的健康教育方法。方法 把 156 例自愿接受全程母乳喂养健康教育的流动孕产妇作为实验组, 152 例不愿参加本研究健康教育的流动孕产妇作为对照组, 分析两组孕产妇的母乳喂养知识掌握情况、母乳喂养自信心、喂养方式的选择, 评价健康教育的效果。结果 经过健康教育后, 实验组的母乳喂养知识(90.54 ± 3.48)、母乳喂养自信心(110.54 ± 17.42)、纯母乳喂养率(71.8%)显著高于对照组的 82.45 ± 7.26、90.88 ± 16.26、42.8% ($P < 0.01$)。实验组丈夫参与健康教育的孕产妇母乳喂养知识得分(93.42 ± 3.56)、母乳喂养自信心(123.46 ± 12.38)、纯母乳喂养率(77.3%)显著高于丈夫没参与健康教育的孕产妇(分别为 86.54 ± 4.48、101.52 ± 15.68、64.7%) ($P < 0.01$)。结论 以社区卫生服务站为依托, 组织流动孕产妇母乳喂养知识的健康教育, 丈夫参与, 产后结合新生儿访视和电话随访是提高流动婴儿纯母乳喂养率的有效健康教育方法。

【关键词】 流动孕产妇; 纯母乳喂养; 健康教育

【中图分类号】 G479 R174.4 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1260-02

Effect of Health Education on Breastfeeding in Pregnant Immigrant Women QIN Li-liang, HUA Jian-fang, QIN Li-qiang. Department of Nursing, Suzhou Health Vocational and Technical College, Suzhou 215009, Jiangsu, China

【Abstract】 Objective To provide a useful and suitable health education method for pregnant immigrant women to select breastfeeding. **Methods** Total 156 pregnant immigrant women who accepted whole course health education was selected as education group, and 152 pregnant immigrant women who did not accept education were as control group. The knowledge of breastfeeding, self-confidence for breastfeeding and selected feeding method were compared between the two groups. The effectiveness was finally evaluated. **Results** The knowledge of breastfeeding, self-confidence for breastfeeding and breastfeeding percentage were significantly higher in the education group(90.54 ± 3.48, 110.54 ± 17.42 and 71.8%) than those(86.54 ± 4.48, 101.52 ± 15.68, 64.7%) in the control group($P < 0.01$). In the education group, the indexes mentioned above were significantly higher in the subgroup where husbands participated. **Conclusion** Health education about the breastfeeding in local community health station, participation of husband, the follow-up after the birth can increase the breastfeeding rate in pregnant immigrant women.

【Key words】 Pregnant immigrant women; Breast feeding; Health education

在中国人口流动的社会大背景下, 流动人口的母乳喂养问题开始逐渐被人们关注。廖红文等^[1]研究显示, 流动产妇的母乳喂养知识知晓率明显低于常居产妇。何武等^[2]研究显示外出务工妇女的子女母乳喂养率呈下降的趋势。我们以社区卫生服务站为依托, 组织对流动孕产妇进行健康教育, 使流动孕产妇建立母乳喂养自信, 掌握母乳喂养知识与技能, 提高了纯母乳喂养率, 现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象 研究对象为苏州市流动单胎初产孕妇 308 例。

1.2 研究方法

1.2.1 抽样方法 在苏州市内随机选取 10 个社区, 在社区卫生服务站, 采用便利抽样的方法在每个社区中取 40 例流动孕妇共 400 例, 按是否愿意全程接受健康教育分为实验组(200 例)和对照组(200 例)。入选标准: 自愿参与本研究, 能与正常人正常沟通的已婚且与丈夫共同生活的单胎初产孕妇。筛出标准: 患病而不宜母乳喂养的孕妇。

1.2.2 调查方法 以社区卫生服务站为依托, 10 名调查人员均由从业 5 年以上的全科医生或护士担任, 并参考国家卫生部妇幼司《母乳喂养咨询培训教程》统一培训, 调查时调查人员讲解调查表每项内容和填写方法, 面对面进行调查。

孕产妇以社区为单位按组建立移动电话飞信群, 并详细登记预产期, 并告之应及时通过电话反馈具体分娩时间。健康教育前用问卷一调查研究对象的基本特征, 内容包括母亲年龄及文化程度、家庭人均月收入、喂养知识(20 题 × 5 分)。生育后 1 周内用戴晓娜修订的《母乳喂养自信心量表》(信度系数为 0.93)^[3]调查, 内容包括 2 个维度(技能维度和内心活动维度)共 30 个条目, 各条目按自信心强度分为 1~5 分, 总分 30~150 分, 分值越高表示母乳喂养自我效能越高。

研究对象生育 4 个月后采用问卷二调查, 评估健康教育的效果。问卷二内容包括产检时接受健康教育的次数、参加本研究健康教育的次数、丈夫参加的次数、分娩方式、母婴健康状况、喂养知识(20 题 × 5 分)、喂养方式。喂养方式的评定标准^[4]: ①纯母乳喂养, 指除母乳外不给其他食物。②人工喂养, 指完全用其他乳类及代乳品喂养。③部分母乳喂养, 指哺乳母乳的同时加其他乳类及代乳品。

1.2.3 教育方法 应用飞信通知实验组健康教育的时间及地点, 同时邀请其丈夫参与。地点安排在各社区活动室以方便孕产妇就近参与, 采用基于问题的(PBL)教学法, 结合多媒体课件、视频、模型(娃娃、乳房)等教具, 重点解决母乳喂养过程中常遇到的问题, 并对孕产妇及家属提出的问题及时予以解释和指导。产前健康教育分为 4 次, 每次 1 h, 内容依次为母乳喂养的优点、母亲生活方式的选择及乳房保健、母乳喂养的护理(哺乳的频率及间隔、哺乳前中后的护理、如何排空乳房、判断乳量能否满足婴儿等)、婴儿护理。产后结合新生儿访视及电话随访并根据具体的喂养问题进行指导(母亲饮食、哺乳的方法等)。产后 1 个月内, 每周随访 2 次, 2 个月每周随访 1 次, 3~4 个月每半个月随访 1 次。电话随访不能解决的, 可到社区卫生服务站

基金项目: 江苏省卫生职业技术教育研究室课题(Jz201001)

作者单位: 215009 江苏省苏州市, 苏州卫生职业技术学院护理系(秦立梁); 215003 苏州大学附属儿童医院急诊病房(华建芳); 苏州大学公共卫生学院营养与食品卫生教研室(秦立强)

通讯作者: 秦立强, 电子信箱: qinliqiang@suda.edu.cn

当面指导。对照组无其他特殊措施。

1.3 统计学方法 使用 SPSS 13.0 统计分析软件进行资料整理与数据分析,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验来评价教育效果。

2 结果

实验组共 172 例全程参加了健康教育。去除母亲发生较严重的分娩期并发症、产后因母婴健康问题分离或不宜母乳喂养者及其他原因,最终收回的有效资料为实验组 156 例和对照组 152 例。

2.1 两组孕产妇一般情况的比较 实验组和对照组孕产妇年龄分别为(25.4±2.2)岁和(25.5±2.2)岁($P>0.05$)。产检时接受健康教育情况,实验组:从来没有接受 28 例(18.0%)、接受 1~2 次 84 例(53.8%)、接受 3 次及以上 44 例(28.2%);对照组:从来没有接受 30 例(19.8%)、接受 1~2 次 80 例(52.6%)、接受 3 次及以上 42 例(27.6%)。 $\chi^2=0.16, P>0.05$ 。两组的人均月收入、分娩方式、母亲文化程度方面差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表 1。

表 1 两组孕产妇一般情况的比较($n, \%$)

组别	n	人均月收入(元)		分娩方式		母亲文化程度	
		≤1000	>1000	阴道产	剖宫产	初中及以下	高中及以上
实验组	156	40(25.6)	116(74.4)	125(80.1)	31(19.9)	81(51.9)	75(48.1)
对照组	152	35(23.0)	117(77.0)	121(79.6)	31(20.4)	78(51.3)	74(48.7)
χ^2 值		0.29		0.01		0.01	
P 值		0.59		0.91		0.92	

2.2 两组孕产妇母乳喂养健康教育效果的比较 实验组和对照组的纯母乳喂养率、部分母乳喂养率、人工喂养率分别为 71.8%、13.5%、14.7% 和 42.8%、35.5%、21.7% ($\chi^2=26.5, P<0.01$)。两组母乳喂养知识评价得分、母乳喂养自信心得分比较,见表 2。

表 2 两组孕产妇母乳喂养自信心的比较(Mean±SD)

组别	n	母乳喂养知识得分	母乳喂养自信心得分
实验组	156	90.54±3.48	110.54±17.42
对照组	152	82.45±7.26	90.88±16.26
t 值		12.52	10.23
P 值		<0.01	<0.01

2.3 实验组丈夫是否参与健康教育效果的比较 见表 3。

表 3 实验组孕产妇丈夫是否参与健康教育效果的比较

项目	n	母乳喂养知识得分	母乳喂养自信心得分	纯母乳喂养(%)
丈夫参与	88	93.42±3.56	123.46±12.38	68(77.3)
丈夫没参与	68	86.54±4.48	101.52±15.68	44(64.7)
t 值/ χ^2 值		10.69*	9.77*	3.93#
P 值		<0.01	<0.01	<0.05

注: * 为 t 值, # 为 χ^2 值。

3 讨论

60% 的产妇决定喂养方式的时间是在怀孕之前,98.9% 的产妇在出院以前已做出决定^[3]。产前健康教育可以使孕妇及早做好母乳喂养的准备,树立信心,提高纯母乳喂养率^[5]。调查结果显示,实验组的纯母乳喂养率显著高于对照组,提示对流动孕产妇母乳喂养知识的健康教育是有用的。

3.1 丈夫参与可提高 4 月内纯母乳喂养率 调查结果表明,丈夫参与健康教育的孕产妇母乳喂养知识得分、母乳喂养自信心得分、4 月内纯母乳喂养率均高于丈夫没参与的孕妇。丈夫的态度是产妇选择母乳喂养和决定持续时间的重要因素^[6],态度

取决于其母乳喂养认知水平,夫妻双方共同参与健康教育,通过互学互助,母乳喂养知识水平提高显著。家属参与还有助于孕产妇母乳喂养信心的建立,提高母乳喂养技巧的掌握^[7]。孕产妇除了生理上的不适,还有心理上的变化。丈夫参与能给予孕产妇足够的理解支持,帮助孕产妇顺利完成角色的转换,成功担负起母乳喂养婴儿的责任。夫妻共同参与健康教育,增加家庭凝聚力,促进母婴健康^[6],有利于母亲坚持纯母乳喂养。

3.2 就近组织健康教育可增加教育覆盖面 调查结果表明,完成本研究 4 次健康教育的实验组 156 例中因产检时接受母乳喂养教育的比例不高,1~2 次的为 53.8% (84 例)、3 次及以上的为 28.2% (44 例)。流动孕产妇因为家庭收入及文化程度偏低,存在“产检是浪费金钱和时间”的错误认知^[8],进而影响产检时接受母乳喂养健康教育的覆盖面,但她们的获得母乳喂养知识的需求,而依托社区卫生服务站就近组织健康教育有两个好处(教育免费、节约路上及等候的时间),可增加教育覆盖面。

3.3 产后随访指导可使母亲产后 4 月内坚持纯母乳喂养 流动孕产妇通过产前母乳喂养知识健康教育能较好地掌握相关知识,但随着时间的推移常发生遗忘。孕妇向产妇的角色转化,情绪易波动。初产妇没有经验,哺喂母乳时易紧张。产后定期的电话随访可使产妇及家属的母乳喂养知识得到巩固^[9],哺乳的经验缺乏导致的问题及紧张情绪能得到针对性的指导与心理支持,有利于母亲在产后 4 月内坚持纯母乳喂养。

本次调查发现对流动孕产妇母乳喂养健康教育可以显著提高 4 月龄内婴儿的纯母乳喂养率,但仍低于《中国妇女儿童发展纲要(2001-2010)》提出的到 2010 年以省为单位母乳喂养率达到 85% 的要求。在当前就业的严峻形势下,流动孕产妇就业的小企业或劳动密集型企业无法保证其母乳喂养的权利;奶品商的宣传,也在无形中强化了孕产妇人工喂养的意识^[10];城市女性的喂养方式也会影响流动孕产妇喂养方式的选择。因此要提高流动人口纯母乳喂养率,不但需要卫生部门的努力,更需要全社会营造一个良好的母乳喂养的社会氛围。

参考文献

- [1] 廖红文,肖兵,胡淑华,等. 常居与流动产妇 5 年纯母乳喂养调查分析[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2003,19(1):61-62.
- [2] 何武,陈春明,常素英. 中国儿童营养状况 15 年变化分析-进城打工妇女的儿童营养状况[J]. 卫生研究,2007,36(2):206.
- [3] 戴晓娜,Cindy-Lee Dennis,陈叙,等. 母乳喂养自信心量表在护理实践中的应用[J]. 中华护理杂志,2004,39(6):407-409.
- [4] 刘萍,许风莲. 我国母乳喂养定义、分类和母乳喂养率的变迁研究[J]. 中国妇幼保健,2009,24(28):3927.
- [5] 林环环,蔡彩萍. 孕产期教育对母乳喂养影响的观察[J]. 护理研究,2011,25(26):2406.
- [6] 吕苏芳,余丽华. 丈夫全程参与围生期健康教育对母乳喂养的影响[J]. 上海护理,2007,7(4):44-46.
- [7] 王建英,曹建用,石少权. 家属参与孕期健康教育对母乳喂养的影响[J]. 中华全科医学,2010,8(7):892-893.
- [8] 沈菊英,宋爱芳,顾燕红. 上海闵行区部分流动人口产前检查现状的调查分析[J]. 解放军护理杂志,2009,7(13):34-36.
- [9] 王瑛,申黎明. 电话随访对母乳喂养院外健康教育的作用[J]. 当代护士,2011,5(2):147-149.
- [10] 苏纯. 纯母乳喂养失败原因分析[J]. 第四军医大学学报,2008,29(10):941.

(收稿日期:2012-11-07)

乳腺癌患者心理分析和护理干预研究

赵峰

【摘要】 目的 对乳腺癌患者心理状态进行全面的调查、分析,寻找影响情绪的不良因素,并采取相应的护理干预方法。**方法** 结果 乳腺癌患者中 SCL-90 的总均分比对照组高,达(1.63±0.37)分,各项因子中 F1(躯体化症状)、F4(抑郁)和 F5(焦虑)的平均得分高于对照组,两组间差异有统计学意义($P < 0.05$)。护理干预后总均分和各因子的平均分均下降($P < 0.05$)。**结论** 乳腺癌患者的负性心理特征经护理干预后明显缓解。应该对术后乳房缺失患者提供广泛而持续的心理支持,采取多种适当的护理干预措施,给予正确有效的心理疏导,充分调动患者的主观能动性,增强其战胜疾病的信心。

【关键词】 乳腺癌;心理分析;护理干预

【中图分类号】 R737.9 R395.3 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1262-02

A Psychological Analysis and Nursing Intervention of Patients with Breast Carcinoma ZHAO Feng, Department of Oncology Surgery, the First Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu 233004, Anhui, China

【Abstract】 Objective To investigate and analyze the negative factors influencing the emotion of patients with breast carcinoma, and provide a relevant nursing intervention. **Methods** SCL-90 scales were psychometrically investigated in 39 patients with breast carcinoma. The index score and total score of SCL-90 were collected by the patient's self-rating and the nurse's evaluation and analyzed by using SPSS before and after the nursing interventions. **Results** The total score of SCL-90 was 1.63±0.37 in breast carcinoma group and was higher than that in the control group. The indexes score of F1 (body symptoms), F4 (depression) and F5 (anxiety) were higher than those in the control group. The difference was significant between the two groups ($P < 0.05$). The index score and total score of SCL-90 were all decreased after nursing interventions in breast carcinoma group ($P < 0.05$). **Conclusion** The mental status of the patient with breast carcinoma can be improved through psychotherapy. The comprehensive and continuous psychological support is necessary for the patients undergoing mastectomy to increase their confidence to beat the disease.

【Key words】 Breast carcinoma; Psychological analysis; Nursing intervention

乳腺癌是一种严重影响妇女身心健康甚至危及生命的疾病,近年来发病率逐年上升并逐渐趋于年轻化,成为导致妇女死亡最常见的恶性肿瘤之一^[1]。乳腺癌患者不仅要承受来自癌症本身的打击,而且还将面对乳房缺失所致躯体形象受损带来的一大心理冲击,乳腺癌患者的心理障碍发生率远高于其他恶性肿瘤患者^[2],往往会产生许多生理和心理上的不适应。张红霞等^[3]提出心理行为干预已经成为乳腺癌综合治疗的主要组成部分。本文通过症状自评量表(symptomcheck-list 90, SCL-90)^[4]对 39 例乳腺癌患者进行心理状态的调查、分析、总结,根据不同患者的不同心理状态采用有针对性、可操作的护理干预方法。

1 资料与方法

1.1 临床资料 实验组选择于 2010 年 3 月-2011 年 6 月在蚌埠医学院肿瘤外科行手术治疗的 39 例乳腺癌患者,均为女性,均经病理切片确诊,年龄最小 31 岁,最大 73 岁,平均(52.85±9.28)岁。对照组共 32 例,选择对象为本科室收治的其他肿瘤患者。两组间在性别、年龄、职业、文化程度等方面差

异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 评分方法 SCL-90 量表测试的内容分为 10 个因子,包括:F1(躯体化症状)、F2(强迫症状)、F3(人际敏感)、F4(抑郁)、F5(焦虑)、F6(敌意)、F7(恐怖)、F8(妄想)、F9(精神症状)、F10(附加项目),涉及不同方面的 90 个问题。分值设置:由 1 分至 5 分以整数逐渐递增,评价标准依据分值大小顺次排列为:无症状,轻微症状,中等程度症状,症状偏重,症状严重,分别于护理干预前后应用 SCL-90 量表让患者自行评分,同时结合护理人员根据 SCL-90 量表对患者的评分结果,测定每位患者的总均分和各项因子平均得分。

1.3 统计学方法 全部统计数据应用 SPSS 11.0 软件进行分析,应用 *t* 检验,平均数用($\bar{x} \pm s$)表示。

2 结果

调查结果显示:乳腺癌患者的 SCL-90 总均分高于对照组($P < 0.05$),在各因子中,F1(躯体化症状)、F4(抑郁)和 F5(焦虑)的平均得分明显高于对照组($P < 0.01$),其余各因子的平均得分与对照组之间差异无统计学意义,见表 1。

表 1 乳腺癌患者与对照组 SCL-90 表调查分析情况($\bar{x} \pm s$)

组别	n	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	总均分
乳腺癌组	39	1.91±0.38	1.62±0.41	1.52±0.49	1.98±0.71	1.81±0.56	1.63±0.44	1.31±0.26	1.29±0.38	1.26±0.28	1.51±0.47	1.63±0.39
对照组	32	1.37±0.31	1.59±0.36	1.64±0.54	1.49±0.55	1.46±0.43	1.58±0.47	1.23±0.21	1.35±0.41	1.21±0.24	1.49±0.45	1.44±0.37
<i>t</i> 值		6.46	0.32	0.98	3.19	2.90	0.46	1.40	0.64	0.79	0.18	2.09
<i>P</i> 值		<0.01	>0.05	>0.05	<0.01	<0.01	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	<0.05

护理干预前后乳腺癌患者 SCL-90 评分情况显示:采取适当的护理干预措施后,有显著意义的 F1(躯体化症状)因子的平均分均明显下降($P < 0.01$),F4(抑郁)、F5(焦虑)2 个因子平均分较护理干预前均有下降($P < 0.05$),总均分也由干预前的

1.63±0.37 降为 1.46±0.34,干预前后两者之间差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

3 讨论

乳腺癌是女性常见的恶性肿瘤之一,恶性肿瘤本身对人的生命、健康具有巨大的影响,其治疗、预后又难以预料的,故肿瘤患者常常产生严重的心理负担^[5]。乳房被视为女性第二性征,

慢性乙型重症肝炎患者抑郁情绪的干预观察

秦昱

【摘要】目的 探讨腺苷蛋氨酸对慢性乙肝重型肝炎患者抑郁情绪干预治疗的疗效。**方法** 120 例慢性乙肝重型肝炎合并抑郁患者,按照随机对照的原则分为两组观察组 60 例在常规内科治疗的基础上加用腺苷蛋氨酸治疗,对照组 60 例采用常规内科治疗。分别在治疗前和治疗后 2 周、4 周应用汉密尔顿抑郁量表进行抑郁程度评定,同时监测肝功能变化。**结果** 两组患者治疗后 2 周评分下降不明显,与治疗前比较差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗 4 周后观察组评分明显下降,与治疗前比较差异有统计学意义($P < 0.05$),与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组在治疗后 2 周、4 周 TBil、r-GT、TBA 均明显下降($P < 0.05$)。两组 ALT、AST 均明显下降,组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 腺苷蛋氨酸在治疗慢性乙肝重型肝炎的同时,对患者的抑郁情绪有一定的治疗作用。

【关键词】 腺苷蛋氨酸;乙肝;重型肝炎;抑郁

【中图分类号】 R512.62 R749.42 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1263-02

慢性乙型重型肝炎由于病程长、病情反复,加上经济、家庭的压力,社会歧视等因素,患者倍受疾病和身心压力的双重折磨,极易出现抑郁症状,从而对疾病的恢复产生不利影响^[1]。

作者单位:610200 四川省成都市双流县第一人民医院感染科

近年来研究表明,腺苷蛋氨酸不仅能够延长慢性乙肝重型肝炎患者生存率、抑制肝纤维化进程,而且在改善抑郁症等方面的作用也逐渐引起人们的重视。本文对 60 例慢性乙型重型肝炎合并抑郁症患者应用腺苷蛋氨酸治疗,取得满意疗效,现报道

手术往往造成乳房的缺失,对患者的形体美产生不可挽回的破坏,对于社会地位高、文化程度高的患者,焦虑更多来自于形体的改变和对生活质量的高要求^[6],因此乳腺癌患者的心理问题较其他肿瘤患者更加突出、严重。及时、准确、客观地评价乳腺癌患者的心理状态,制定出个性化的有效护理干预措施,减轻或消除不良情绪对疾病治疗和预后的影响,是临床护理工作的目标。症状自评量表(SCL-90)能够真实、准确、客观地反映个体在患病状态下的心理及精神状态,是一种综合性的精神症状评定量表,实践证明具有较高的可信度和有效度,由上海交通大学医学院吴文源教授引入我国并进行了相应的修改后,在临床护理工作中得到广泛的应用^[7]。运用 SCL-90 对 39 例乳腺癌患者进行心理状态测试结果显示,乳腺癌患者的 SCL-90 总分高于对照组,抑郁、焦虑等症状评分也明显高于其他肿瘤患者,充分说明乳腺癌患者的焦虑、抑郁、悲观等不良心理状态严重,对疾病的严重程度、治疗效果和预后存在明显主观臆断,从而影响了疾病的治疗和护理。

表 2 护理干预对乳腺癌患者心理的影响($n_1 = 39, \bar{x} \pm s$)

时间	F1	F4	F5	总均分
护理干预前	1.91 ± 0.38	1.98 ± 0.71	1.81 ± 0.56	1.63 ± 0.37
护理干预后	1.53 ± 0.32	1.61 ± 0.56	1.49 ± 0.51	1.46 ± 0.34
t 值	4.50	2.56	2.64	2.11
P 值	<0.01	<0.05	<0.05	<0.05

Mock V 等^[7]的研究表明恶性肿瘤患者在住院治疗期间适当辅以正确的护理干预方法,对减轻患者负面情绪、保持正确心理状态,提高身体和心理的适应能力有重要意义。我们针对 SCL-90 量表的调查结果采取相应地护理干预,主要包括:①主动与患者沟通,介绍疾病的发病原因,手术治疗的方法、目的和重要性,术前准备的内容,术后功能锻炼的方法和目的及自我保健等。②积极与患者沟通,宣传应对知识、有效应对方式和策略^[8]。采取多种方式与患者主动沟通,可单独交谈或书面问卷等,让患者表达出内心真实感受,并给予耐心针对性的解答,及时提供良好的心理环境,增加患者对护士的信任,建立起良好的护患关系^[9]。③传递疾病相关的信息:运用患者及家属可以接受的途径介绍该疾病的相关知识及科学的治疗方案,充分说明乳房缺失后可以通过乳房重建、佩带义乳等给予纠正形体缺陷,帮助患者克服消极情绪;指导患者做深呼吸放松,缓和精

神紧张,教会病人运用放松技术。④帮助患者寻求心理支持:与家属交谈让其了解心理支持的重要性,鼓励家属尤其是配偶多照顾、体贴患者,共同参与患者术后康复锻炼,满足其心理和生活上需求,帮助实现得到更多人同情和关心的愿望。实施上述的护理干预措施明显地减轻了乳腺癌患者的负面情绪和不良心理状况。

总之,蔡雁等^[1]的研究结果提示,护理人员应该对术后乳房缺失患者提供广泛而持续的心理支持,采取多种适当的护理干预措施,给予正确有效的心理疏导,减轻或消除不良情绪的影响,充分调动患者的主观能动性,增强其战胜疾病的信心,并进而可去除手术后自卑、抑郁心态,应作为乳腺癌一种常规的治疗手段^[10]。

参考文献

- [1] 蔡雁,施晓群,金艳. 乳腺癌患者术后乳房缺失心理体验的质性研究[J]. 中华护理杂志,2006,41(2):105-108.
- [2] Spiegel D, Giese-Davis J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression[J]. Biol Psychiatry, 2003, 54(3):269-282.
- [3] 张红霞,严云丽,黄定凤,等. 乳腺癌病人心理反应的相关因素及心理干预研究进展[J]. 护理研究:中旬版,2007,21(11):2923-2924.
- [4] 刘晓红. 护理心理学[M]. 上海:第二军医大学出版社,2008:312-316.
- [5] 唐云南. 不同病种癌症患者焦虑及抑郁状态调查分析及相关性研究[J]. 护士进修杂志,2010,15(6):478.
- [6] 温翠琪,李而瑾,黄建美,等. 乳腺癌患者在手术期焦虑与社会支持的相关性研究[J]. 中国实用护理杂志,2005,21(4):3-4.
- [7] Mock V, Burke MB, Sheehan P, et al. A nursing rehabilitation program for women with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy[J]. Oncol Nurs Forum, 2004, 21(5):899-907.
- [8] 孙翀杰,李霞,稷丽. 乳腺癌术后病人应对方式调查分析[J]. 实用护理杂志,2002,18(7):63-64.
- [9] 张慧,周玉秋,谢萧冰. 癌症患者康复期心理行为干预模式及效果研究[J]. 中华护理杂志,2009,44(7):6.
- [10] 官艺,田兴松,常宏,等. 心理治疗对乳腺癌患者心理创伤的干预作用[J]. 中国临床康复,2004,8(8):1545-1546.

(收稿日期:2012-09-24)

如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 我院 2008 年 4 月 -2011 年 12 月收治 120 例慢性乙肝重型肝炎合并抑郁患者,所有患者均符合 2000 年西安全国病毒性肝炎会议修订的病毒性肝炎防治方案的标准^[2],应用汉密尔顿抑郁量表进行抑郁程度评定。其中男性 72 例,女性 48 例,年龄 29 ~ 68 岁,平均年龄(42.1 ± 6.4)岁,病程 2 ~ 16 年,平均(6.7 ± 2.5)年。将患者按照随机对照的原则分为观察组和对照组,每组各 60 例。两组患者性别、年龄、病程、抑郁程度等一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组采用常规内护肝科治疗,观察组在常规内科治疗的基础上加用腺苷蛋氨酸治疗,予腺苷蛋氨酸 1000 mg 加入 0.9% 氯化钠 100 ml 静脉滴注,1 次/d。两组患者疗程均为 4 周。

1.3 疗效评定 分别于治疗前和治疗 2 周、4 周后应用汉密尔顿抑郁量表进行抑郁程度评定。根据 HAMD 评分,总计 21 项,轻度抑郁 17 ~ 19 分,中度抑郁 20 ~ 29 分,重度抑郁 > 29 分。同时检测肝功能,包括:TBil、ALT、AST、r-GT、TBA。

1.4 统计学方法 选用 SPSS 13.0 版统计学软件包,数据以

($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验进行组间疗效比较, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后汉密尔顿抑郁量表评分比较 两组患者治疗前评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后 2 周评分下降不明显,与治疗前比较差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗 4 周后观察组评分明显下降,与治疗前比较差异有统计学意义($P < 0.05$),与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者治疗前后汉密尔顿抑郁量表评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前评分	治疗后评分	
			2 周	4 周
观察组	60	14.7 ± 1.1	12.5 ± 4.5 ^{#Δ}	8.1 ± 2.2 ^{*▲}
对照组	60	14.2 ± 1.3	13.8 ± 5.6 [#]	12.1 ± 3.6 [#]

注:两组与治疗前比较,[#] $P > 0.05$,^{*} $P < 0.05$;治疗后两组间比较,^Δ $P > 0.05$,[▲] $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后肝功能变化比较 两组在治疗后 2 周、4 周 TBil、r-GT、TBA 均明显下降($P < 0.05$)。两组 ALT、AST 均明显下降,组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 两组慢性乙肝重型肝炎合并抑郁患者治疗前后肝功能变化比较

组别	n	时间	TBil(μmol/L)	ALT(U/L)	AST(U/L)	r-GT(U/L)	TBA(μmol/L)
治疗组	60	治疗前	56.5 ± 13.4	288.3 ± 88.4	244.2 ± 80.9	133.7 ± 33.5	40.4 ± 11.6
		治疗 2 周	37.77 ± 6.3	194.3 ± 65.7	98.5 ± 11.3	81.6 ± 24.3	25.6 ± 6.2
		治疗 4 周	16.8 ± 3.4	46.2 ± 20.6	41.8 ± 12.5	51.2 ± 17.7	11.4 ± 3.3
对照组	60	治疗前	54.8 ± 12.9	277.8 ± 86.3	238.6 ± 81.7	128.9 ± 85.9	38.8 ± 13.2
		治疗 2 周	42.5 ± 7.4	183.2 ± 67.3	88.5 ± 12.4	80.2 ± 28.9	27.8 ± 7.2
		治疗 4 周	25.1 ± 8.3	53.5 ± 22.6	44.7 ± 13.8	77.6 ± 23.1	15.2 ± 4.1

2.3 不良反应 两组患者在治疗过程中均未见明显不良反应。

3 讨论

慢性乙肝重型肝炎患者的蛋氨酸代谢异常是早已公认的事实。研究表明肝脏患者对额外的蛋氨酸的消除能力减弱^[3]。慢性乙肝重型肝炎患者蛋氨酸的合成减少,因为 MAT1A 表达减少,肝脏蛋氨酸活性降低,用蛋氨酸治疗可以增加肝脏还原性谷胱甘肽水平并且提高患者的存活率。我国是乙型肝炎高发区,而重型肝炎后肝硬化是严重和不可逆的疾病,患者常因疾病痛苦及精神压力而发生焦虑和(或)抑郁障碍^[4],在临床上多表现为乏力、情绪低落、缺乏动力、对生活失去兴趣、失眠、烦躁等抑郁焦虑症状,而且抑郁障碍的发生率与疾病的严重程度有关。

腺苷蛋氨酸是生物体内的一种天然分子,存在于人体各种组织中,是由腺苷蛋氨酸合成酶催化蛋氨酸和三磷酸腺苷(ATP)反应形成的自然化合物,是重要的生物活性物质,主要作为甲基供体,参与各种酶促转甲基和转硫基过程,是必需氨基酸如半胱氨酸以及牛磺酸、谷胱甘肽的前体^[3],且具有解毒、抗氧化自由基、增加膜的流动性、抗炎症介质及保护细胞骨架等功能,能够全面保护肝细胞,也是脑内一个重要的甲基供体,参与激素、神经递质、核苷酸、蛋白质和磷脂的合成途径。此外,另有研究表明腺苷蛋氨酸还可能与对抗病理因子肿瘤坏死因子(TNF)的作用密切相关,它可抑制 TNF α 的表达,从而降低血清 TNF 水平,减轻肝细胞损伤程度。腺苷蛋氨酸制剂是一种护肝及抗抑郁药物,于上世纪 70 年代末已经应用于抑郁症的治疗,在欧洲是一种重要的治疗抑郁症的处方药,在俄罗斯也广泛用于有抑郁症的肝病患者,而在美国是作为抗抑郁症的营养补充

剂^[6]。有研究表明,该药不会出现体位性低血压及抗胆碱能不良反应,尤其适用于合并有慢性肝脏疾病的患者,是一种安全有效的天然抗抑郁药物,在用该药治疗伴有明显焦虑症状的患者时应适当加用抗焦虑药^[7-8]。

本研究表明,腺苷蛋氨酸治疗慢性乙型重型肝炎有较好的疗效,改善肝功能各项生化指标,有效缓解患者的抑郁情绪,且使用安全,无明显毒副作用,不失为治疗慢性乙型重型肝炎合并抑郁的理想选择。

参考文献

[1] 陈家盛,高春明.乙型肝炎后肝硬化患者血清瘦素水平测定及临床意义[J].实用全科医学,2006,4(5):551-552.
 [2] 涂波,邵薇.腺苷蛋氨酸治疗慢性乙型肝炎合并抑郁疗效观察[J].中西医结合肝病杂志,2009,19(3):174-175.
 [3] 刘静,许镇,张绍全,等.腺苷蛋氨酸干预乙型肝炎肝硬化患者生存质量研究[J].肝脏,2010,15(2):120-123.
 [4] 管梅英,徐碧华.乙肝患者隔离治疗期间的心理及护理[J].实用全科医学,2005,3(2):119.
 [5] 王瑞,赵研,钱静,等.腺苷蛋氨酸治疗慢性乙型肝炎高胆红素血症的疗效观察[J].吉林医学,2012,33(10):2065-2066.
 [6] 范晓棠,赵勤,哈利达·夏尔甫扎,等.S-腺苷蛋氨酸治疗慢性丙型肝炎抑郁症的初步临床观察[J].实用肝脏病杂志,2011,14(5):366-367.
 [7] 赵宗豪,李宜,韩华.S-腺苷蛋氨酸治疗慢性乙型肝炎合并抑郁症的疗效观察[J].肝脏,2011,16(6):481-482.
 [8] 杨文英,李莉.S-腺苷蛋氨酸联合护理干预治疗慢性丙型肝炎伴抑郁症的临床观察[J].中国医学创新,2012,9(4):14-15.

(收稿日期:2012-07-24)

城市社区卫生服务中心建设模式的探索与思考

李文萍

【摘要】 目的 通过分析厦门市城市三级医院管办社区卫生服务中心的模式,探讨如何建立和完善可持续性发展的、便捷高效、优质价廉的基层医疗机构和服务,切实解决人民群众基本医疗和健康管理问题。方法 对 2008 年初至 2011 年上半年及 2011 年至今两个阶段,厦门市城区三级医院办社区的模式转变,从政策制定、经费投入、人力资源管理和业务管理方面进行比较和分析。结果 城市三级医院一体化管办社区卫生服务机构,在人力资源和业务管理方面具有明显的优势,但仍然存在着一个机构内两套财务管理制度,即《基层医疗卫生机构财务制度》与《医院财务制度》,同时运行所引起的混乱与困扰,以及不同的行政隶属关系带来三级医院与基层地方政府工作协调不畅的问题。结论 现阶段,应该根据不同地区社会经济发展水平,开展适合当地情况的多种形式的社区卫生服务模式;政府主导下的三级医院办社区是切实提高社区卫生管理和服务质量,就近解决群众基本医疗和保健问题的值得推广的模式之一。

【关键词】 城市;社区卫生服务中心;三级医院;模式

【中图分类号】 R197.6 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1265-02

社区卫生服务是当前我国医疗卫生改革的关键环节之一,也是实现全社会享受基本医疗和实现初级卫生保健战略目标的重要措施。如何做好社区卫生服务,厦门市在城区进行了“三级医院办社区”模式(简称“厦门模式”)的探索,其目的在于建立和完善具有可持续性的公立医院支持社区卫生服务的长效工作机制,可实现卫生资源的合理利用,既有利于居民整体健康水平的提高,又有利于推动人人享有基本医疗服务目标的实现^[1]。

厦门市三级医院办社区经历了两个阶段。第一阶段始于 2008 年初。按照《关于改革和发展医疗卫生事业,破解人民群众“就医难”的决定》(厦委[2007]51 号)的文件精神,厦门市根据实际情况,推出了城市基层医疗机构管理模式:即将社区卫生服务中心按照功能划分为医疗服务中心和公共卫生服务中心。社区医疗服务中心由三级医院管办,依托三级医院,尽快提升社区医疗服务中心的管理水平和医疗质量,规范管理制度和流程,建立顺畅的双向转诊渠道,实现医疗资源共享;公共卫生服务中心由区政府管办,将公共卫生服务工作纳入区级政府管辖范围,财政全额拨款,政府职能部门对公共卫生服务中心进行监管和绩效考核,考核结果作为资金拨付的重要依据。按照上述模式运行 3 年,体现出如下特点。

1 三级医院办社区医疗服务中心的优点

1.1 管理规范 三级医院具有丰富的医院管理人力资源和完善的规章制度,使得医院管办下的社区医疗服务中心制度健全,管理规范。财务制度保证了社区资金使用的规范;采购制度保障了社区药品、物品采购的质量和安

全;医疗、护理管理制度保证了社区医疗、护理的服务质量。

1.2 资源共享 在三级医院管办下的社区医疗服务中心信息系统与医院共享。方便了患者在社区与医院之间的就诊信息传递,一些常规医学辅助检查,如放射、心电和化验等,可以让患者就近在社区医院完成,通过医院局域网的信息传递,由三级医院出具检查结果报告,既保证了医疗质量,又解决了放射、心电等专业技术人员紧缺的问题,依靠三级医院的技术优势,带动了社区医疗服务中心的技术水平提升;医院规范的培训制度有利于尽快提升社区医务人员的技术水平,保证了医务人员的继续教育和持续改进;专家定期下社区,有利于在群众中建立信任和口碑。三级医院的技术支撑,为社区与医院的会诊、转诊和抢救建立了顺畅的衔接。

2 区政府管办公共卫生服务中心的优点

区级财政经费保证了公共卫生服务的资金来源,保证了社

区卫生服务的公益性;区政府的行政资源有利于调动和组织街道、居委会和社区居民的力量,共同应对公共卫生任务和事件。

3 基本医疗与公共卫生不同管辖行政区划所带来的问题

3.1 服务职能不清 社区卫生服务的基本职能是“六位一体”,即预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育。其中基本医疗、预防保健和健康管理之间相互联系、相互支撑,将基本医疗和公共卫生服务分割、划归不同隶属关系的做法,导致基本医疗和公共卫生职能不清,工作不易衔接和配合,资源浪费。

3.2 运行机制不畅 基层医疗的定位是面向全社会提供基本医疗服务:执行国家基本药品目录,实行“零挂号”、药品“零差率”等优惠政策,以公益性为主;三级医院办社区卫生服务中心在加强社区医疗机构服务能力、提高双向转诊率等方面具有明显的优势,但是在财政拨款不能满足社区基本医疗服务需求时,三级医院出于经济利益和工作负担的考虑,缺乏办好社区医疗的主动性和积极性。

3.3 人力资源匮乏的问题难以解决 2008~2011 年上半年期间,厦门市社区医疗中心技术人员以临时聘用为主。由于职业规划和前景不明朗,社会地位不高、待遇低下等问题,导致本科及以上学历招聘不到,现有人员不安心。以厦门大学附属中山医院管辖的三个社区医疗服务中心为例:服务人口 20 万~30 万(不含流动人口),总计 45 名社区医生,其中本科学历 9 人(20.0%),大专学历 17 人(37.8%),中专及以下学历 19 人(42.2%);高级职称 4 人(8.9%);中级职称 9 人(20.0%);初级职称 32 人(71.1%);本科及中高级职称 80% 以上为退休返聘人员;护理人员 18 名,其中大专学历 6 人(33.3%),中专学历 12 人(66.7%);中级职称 5 人(27.8%),初级职称 13 人(72.2%);区属公共卫生服务中心人员的配备和学历层次也很低。社区卫生服务人员的业务素质和培训情况,主要表现为专业水平较低和缺乏全科医学培训两个方面^[2],制约了社区卫生服务的水平和质量,影响到群众对基层医疗机构的信赖,人力资源成了社区卫生服务发展的瓶颈。

3.4 基层医疗机构基础设施投入不足 社区医疗和公共卫生服务中心分开的做法,不仅使技术人员分流,还造成服务场所各自独立,面积都不大;原本不多的中低端医疗和信息化设备,还存在着重复投入和闲置浪费。特别是三级医院指导开展社区医疗的财政投入较少,从根本上没有摆脱政府对医疗卫生服务系统的关注呈现重综合医院、轻社区卫生的状况,使社区医疗服务长期处于较低水平^[3];基层医疗机构既没有“挣钱”能

力,也不能以盈利为目的,导致三级医院加重负担,对社区卫生建设缺乏积极性。

4 政府主导下三级医院对社区卫生一体化管理的探索

鉴于上述问题的逐渐显现,厦门市政府于 2011 年 6 月对社区卫生服务工作进行了改革和重新布局,制定了《厦门市基层医疗卫生机构综合改革方案》(厦府办[2011]136 号),开始了“厦门模式”的第二阶段探索。2011 年 7 月,厦门市社区医疗服务中心与社区公共卫生服务中心合并,基层医疗机构定性为全民事业单位,财政全额拨款。政府为每个社区卫生服务中心解决了面积不少于 2000 m² 的工作场所,进行了装修改造,统一配置了数字 X 光机(DR)、彩超、全自动生化仪等医疗设备;根据基层医疗机构服务的常住人口数核定编制,人员经费全额拨款。在社区卫生服务中心人、财、物相对独立和封闭的前提下,由三级医院实行“一院两制”统一管理。

由于以政府为主导,财政大力投入,三级医院解除了经济顾虑,依靠管理和技术优势,短时间内对社区卫生服务中心进行了全面提升:既保留和发扬了以往的经验 and 优势,又在以下几个方面进行了强化和提升:①人力资源方面。“三级医院”、“全民事业单位”的条件,吸引并招考到不少高层次的医学专业技术人员,既有硕士毕业生,也有高级职称技术人员。为解决基层医疗机构人力资源的专业素质低、队伍不稳定打下了良好基础;并且社区医务人员对三级医院有更好的归属感和荣誉感。②信息、行政和后勤管理方面。由三级医院的职能科室延伸管理,信息共享,适时监管;行政事务有章可循,管理规范;基本建设体现专业特色;院感管理和诊疗流程科学有序;物资采购和管理建章立制,质量保证——为实现业务合作、双向转诊创造了条件。③医疗和护理质量方面。侧重管理、培训、带动和支持,将社区医护人员的业务培训纳入三级医院“三基”培训和管理中,医院和社区的医护人员按照同样标准进行考核,起点高,要求严,保证了社区卫生服务中心的医疗、护理质量持续改进。只有好的医疗质量,才能真正吸引群众前来看病,而不仅仅是进社区医院开药。

5 对当前社区卫生服务建设的思考

2012 年 3 月,国务院印发了《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划及实施方案》,厦门模式在建立社区与医院和专业公共卫生机构分工协作机制方面,组建纵向一体化医疗集团,以院办院管方式,发挥公立医院在人才、技术、管理和服务方面的优势^[4],做出了有益探索。但是也遇到了一些体制、机制方面的问题,例如:①如何处理三级医院差额拨款和基层医疗机构全额拨款的财务管理问题,在一个法人的医疗机构内并行两种财务制度(《医院财务制度》和《基层医疗卫生机构财务制度》),势必带来一些执行上的混乱。②国家基本药品目录涵盖的药品种类和数量与三级医院的用药种类和用药习惯相比还有比较大的差距,转诊到社区的病人经常面临着无药可用的

尴尬。③社区卫生工作离不开地方政府的统一协调,很大程度上要依赖居委会、街道办事处乃至区政府,特别是入户建档或随访,没有居委会甚至片警的协助,很难被群众接受;三级医院与各级政府职能部门不同的隶属关系带来沟通协作上的困难。④即使三级医院对社区卫生服务中心一体化管理,实现真正的资源共享、双向转诊还有很长的路要走。主要原因:从社区层面看,技术水平有限是主要问题;从三级医院看,医院对社区卫生服务机构不够信任,医院考虑病人康复的连续性,医院考虑其经济利益等都是待解决问题,但最根本的原因是制度建设不够完善^[5]。

目前,我国各地的基层社区卫生发展不平衡,各有特色。通过分析厦门模式的变革,我们的体会是:①政府组织领导社区卫生服务工作得以健康持续发展的重要环节^[6];②由于我国地区发展的不平衡,存在着多种社区卫生服务模式,各地政府职能部门要加强区域性标准化制定和监督;③三级医院管办社区的核心是一体化管理,对社区专业技术人才的吸引和培养,持续不断地提升社区技术服务能力,逐步改变基层医院医生普遍水平及学历较低、能力较差、难以获得居民信任的状态。基层卫生人才队伍建设的问题,是保证医疗质量,真正吸引群众到社区就诊的关键。有调查显示,居民不愿意到社区卫生医疗机构看病的主要原因,选择“医生医术水平低”、“医疗服务项目有限”和“医疗设备陈旧”、“药品品种不全”的比例分别是 33.6%、23.4%、23.4%、23.1%^[7]。所以,通过三级医院与社区卫生服务中心医疗联合体的构筑,畅通大医院与社区医院的双向转诊渠道,真正做到小病进社区,康复在社区,逐步实现社区首诊、分级诊疗和双向转诊的服务体系,能够促进合理利用医疗资源,更好地推进区域卫生规划^[8]。

参考文献

- [1] 彭迎春,金琪琳,彭炜.北京市公立医院与社区卫生服务机构的协作机制探讨[J].中华全科医学,2012,10(3):438-440.
- [2] 梁万年,王亚东,杨兴华,等.全国社区卫生服务现状调查[J].中国全科医学,2005,8(9):705-708.
- [3] 徐勤忠.新医改条件下社区卫生服务中心人才困境简析[J].中外健康文摘,2012(27):74-76.
- [4] 刘利群.“十二五”期间社区卫生服务发展与改革的几点思考[J].中国全科医学,2012,15(7A):2137-2138.
- [5] 徐叶清.关于社区卫生服务“双向转诊”的思考[J].卫生经济研究,2007(2):53.
- [6] 薛美玲,夏青.社区卫生服务工作发展过程中的问题探讨[J].中国社区医师:医学专业,2005,7(18):3.
- [7] 周凯.社区医院:你拿什么吸引病人[J].社区,2008,4(12):16-17.
- [8] 吴韬,周斌,赵列宾,等.从患者就医行为及认知看医疗联合体[J].中华医院管理杂志,2012,28(7):551-552.

(收稿日期:2012-08-23)

《中华全科医学》杂志关于更换电子邮箱的通知

因中国雅虎将于 2013 年 8 月 19 日关闭其在中国的邮箱服务,届时本刊使用多年的“zhqkx@yahoo.com.cn”邮箱将无法继续使用。为了保证与外界联系的通畅,本刊将于 2013 年 4 月 18 日起,启用网易新邮箱:zhqkx@163.com。

请广大读者、作者认清本刊唯一投稿邮箱:zhqkx@163.com,谨防被各类虚假信息欺骗!

特此通知!

本刊编辑部

河南省县级卫生监督机构卫生应急能力现状调查

徐学琴, 孙宁, 黄玮, 周勇, 徐玉芳

【摘要】 目的 了解河南省县级卫生监督机构突发公共卫生事件应急能力的现状, 分析其中存在的问题并提出相应的建议, 为卫生监督机构完善突发公共卫生事件应急体系建设提供理论依据。方法 采用整群抽样方法对河南省 40 家县级卫生监督所进行问卷调查, 从基本情况、预案制定、卫生应急队伍建设、培训演练、装备储备及经费等方面进行调查。通过文献研究、调查结果分析, 结合被调查单位提出的需求, 提出相应的建议。结果 收回有效问卷 39 份, 有效应答率 97.5%。河南省县级卫生监督机构在专门应急机构设置率、兼职机构设置率、应急人员数量、应急队伍设置率、突发事件应急预案数目、应急经费、应急人员学历等方面, 均存在不足。结论 河南省县级卫生监督机构突发公共卫生事件应急能力有待进一步提高。

【关键词】 突发公共卫生事件; 应急能力; 卫生监督机构

【中图分类号】 R197.65 R195 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1267-02

Investigation on Public Health Emergency Response Capability of County Health Inspection Institutions in He'nan Province XU Xue-qin, SUN Ning, HUANG Wei, et al. Basic Medical School, Henan University of Chinese Traditional Medicine, Zhengzhou 450008, He'nan, China

【Abstract】 Objective To investigate the public health emergency response capability and problems of county health inspection institutions in Henan province, and provide a theoretical basis for the construction of public health emergency system. **Methods** Total 40 health inspection institutions in Henan province were investigated with a questionnaire including emergency organization construction, human resource, emergency training and exercises, material resource, financial resource, etc. **Results** Effective response rate was 97.5%. For the health inspections at county level in Henan province, there still existed some problems in the emergency response organization, the special emergency response troops, the emergency response act and its amount, the emergency response outlay, the emergency response worker' degree, etc. **Conclusion** The public health emergencies response capacities of health inspection institutions in Henan Province at county level need to be improved.

【Key words】 Public health emergency; Disaster response capacity; health inspection institution

突发公共卫生事件(简称突发事件)指突然发生、造成或者可能造成社会公众健康严重损害的重大传染病疫情、重大食物中毒、群体性不明原因疾病等^[1]。若不能正确、及时应对突发事件, 不仅危害公众身体健康和生命安全、造成公众心理恐惧, 甚至导致社会混乱、经济衰退, 威胁国家安全。因此, 突发事件的应急处置能力是应急体系人员必须掌握和运用的技术技能之一, 也是卫生监督部门的重要职责之一^[2]。

县级监督机构处于卫生应急的第一线, 需在第一时间赶赴突发事件现场, 执行卫生监督任务, 其应急能力对快速调查突发事件原因, 判断突发事件的发展趋势, 防止突发事件的扩大蔓延等具有重要的意义。为了了解河南省县级卫生监督机构的突发公共卫生事件应急(以下简称卫生应急)能力, 进行了本次调查。

1 对象与方法

1.1 调查对象 本研究采用整群抽样方法, 在河南省东部、西部、南部、北部和中部各抽取一个市, 对该 5 市所有县(区)级卫生监督机构进行问卷调查。调查项目包括基本情况、机构建设、队伍建设、培训演练、装备储备、经费等。

1.2 调查内容与方法 调查表采用全国卫生应急基本情况调查表(卫生监督机构用表)。调查内容为 2008 年 1 月 - 2010 年 8 月间情况。

1.3 统计学方法 调查结果采用 Epidata 3.1 建立数据库, 用 SPSS 13.0 进行数据的整理及统计分析。

基金项目: 河南省软科学研究重点项目(102400440002)

作者单位: 450008 郑州市, 河南中医学院基础医学院(徐学琴, 孙宁, 徐玉芳); 450003 郑州市, 河南省卫生厅应急办(黄玮, 周勇)

通讯作者: 徐玉芳, 电子信箱: hnxuyf@163.com

2 结果

2.1 调查基本情况 共调查了 40 家单位, 收回有效问卷 39 份, 有效应答率为 97.5%。所调查单位中, 有 47.4% 的单位设有独立突发事件应急部门, 73.7% 的单位没有独立办公用房。没有独立突发事件应急部门的单位中, 有 35.3% 的单位指定了其他部门作为兼职机构承担卫生应急工作, 多为监督科、稽查科、办公室。实际从事卫生应急的工作人员占总编制人数的 46.04%, 其中医学专业人员比例为 41.11%, 平均年龄(35.90 ± 9.21)岁。学历均为本科及以下, 其中大专及本科学历占 63.6%。97.4% 的单位制定了有关各类突发公共卫生事件应急处置的预案及技术方案。

2.2 突发事件应急队伍建设的情况 调查对象中, 29 家(74.4%)单位下发文件成立了专门的应急队伍, 平均每个单位 1.66 类, 1.54 支。卫生应急队员中, 以初级职称人员为主(96.85%), 高级职称者较少, 中级以上职称占 38.9%。72.4% 的单位配置有卫生应急队伍后勤保障支持人员。

2.3 卫生应急演练情况 2008 年度累计演练 17 次, 2009 年度累计 19 次, 2010 年度截至 8 月底累计 10 次。其中 47.83% 为桌面演练, 52.17% 为实战演练; 76.09% 为本单位演练, 8.70% 为跨单位演练, 15.22% 为跨部门演练; 涉及人数从数人至数百人不等。

2.4 装备、储备情况 用于卫生应急的专用办公车辆平均每单位 1.2 台, 均无独立通讯设备。应急通讯方式主要是移动电话和固定电话。所调查的 39 家单位均无用于现场卫生应急的微生物检测车及理化检测车等。仅 20.7% 的单位有卫生应急物资实物储备, 卫生应急物资的储备地点 80% 在本单位仓库。物资储备实物价值平均每单位仅数千元, 但各单位相差较大, 最高者可达 1.5 万元, 最低为 0。

2.5 工作经费情况 2008 ~ 2010 年度, 每年均有 53.8% 的单

位没有用于卫生应急年度预算的日常工作经费,有日常工作经费的单位中最高达 35.0 万元,最低为 0.5 万元。2008~2010 年度,每年均有 61.5% 的单位没有用于卫生应急年度预算的储备金,有储备金的单位中最高为 1.0 万元,最低为 0.2 万元。

3 讨论

3.1 基本情况 本次调查显示,河南省县级卫生监督部门卫生应急能力的建设有待进一步完善。县级卫生监督机构在专门应急机构设置率、专业应急队伍设置率及卫生应急人员占总编制人数的比例等方面均较低。

全国卫生监督人员中,71.20% 的人员拥有大专以上学历(县级),30.45% 的人员具有本科以上学历(县级),43.4% 的人员具有中级以上技术职称^[3-4]。河南省县级卫生监督机构卫生应急人员的学历低于全国水平($P < 0.05$),中级以上职称所占比例和全国水平相当($P > 0.05$)。

3.2 演练 培训与演练是提升卫生监督队伍综合素质的有效手段,是加强自身能力与现场处置能力的重要措施,是积累经验的有效方法^[5]。完善的应急演习预案和定期的开展演练,能有效地促进公共卫生事件应急处理工作^[6]。作为突发事件应急的重要部门,各县级监督机构应积极开展各种形式的培训与演练。本次调查中:各单位积极开展演练,但演练内容以食物中毒事件为主,其他方面的突发事件应急演练较少;演练以本单位为多,跨单位跨部门较少。而突发事件的应急是需要各部门共同参与、协调合作的,通过多次的跨部门演练,在实际应急工作中能更好地协作,高效、快速地应对各类突发事件。

3.3 应急部门装备 由于工作经费紧缺,河南省县级卫生监督机构应急装备不足。主要为:应急专用办公车辆及车辆专用独立通讯设备缺乏;卫生应急专用的微生物检测车、理化检测车、消毒车、移动生物安全实验室车缺乏;卫生应急物资实物储备缺乏。这将直接影响现场应急工作的开展,影响突发事件应急的速度和效率,不利于突发事件的及时控制。

3.4 工作经费 卫生应急年度预算的日常工作经费及卫生应急储备金逐年略有增长,但各单位经费差距较大,且较多单位没有相应工作经费,总体经费缺乏。但根据当年卫生应急工作需要,政府会临时追加工作经费。

3.5 问题及建议 本研究通过对河南省县级卫生监督机构的突发公共卫生事件应急能力的调查及初步分析,存在的主要问题及相应的建议如下:①无独立应急机构,突发事件专业应急队伍种类及数量少。各卫生监督机构应设置卫生应急职能科室。建立与任务相匹配的应急队伍和完善规范化的模块运行机制,实施集中统一的指挥管理,组织协调、物资保障、教育培训等,一旦事发,即可“召之即来,来之能战,战之能胜”,完成任

务使命^[7]。②应急人员编制短缺。大多监督机构不能建立独立应急机构以及不能建立突发事件应急专业队伍的主要原因是人员编制的限制。应按照《卫生监督体系建设指导原则》配备相应的专业人员。③应急经费不足,应急资源匮乏。加强突发事件应急流行病学调查、传染源隔离、医疗救护、现场处置、监督检查、监测检验、卫生防护等有关物资、设备、设施、技术与人才资源储备是十分必要的^[8]。④加强应急处置技术能力建设。包括提升应急人员的综合素质,制定各类突发事件应急的预案、方案,提高现场和实验室检验检测能力。⑤加强培训及演练。卫生系统相关机构要加强对卫生监督机构培训及演练工作的重视,认识到培训与演练工作对卫生监督工作的重要性及紧迫性。针对不同地区、不同级别的卫生监督机构的工作需要,合理组织和规划每年参加培训的人数、培训的次数、培训的级别、培训的内容^[9-10]。

总之,各监督机构应加强自身的管理,合理配置科室和业务人员,引进和培养高素质的人才,发挥现有专业人员的工作热情和能力,提高突发公共卫生事件应急处理能力。

参考文献

- [1] 王陇德. 突发公共卫生事件应急管理——理论与实践[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- [2] 张慧, 张战赛, 何晓燕, 等. 培训演练对突发公共卫生事件应急能力影响分析[J]. 中国卫生监督杂志, 2011, 18(3): 249-253.
- [3] 陈刚, 孙梅, 王汉松, 等. 我国卫生监督体系三年建设情况评价研究结果简介[J]. 中国卫生监督杂志, 2008, 15(6): 409-413.
- [4] 肖青, 田建新, 曹文妹, 等. 不同级别卫生监督机构人员学历水平及专业结构现状分析[J]. 中国卫生监督杂志, 2012, 19(1): 30-34.
- [5] 唐宗顺, 陈国强, 何中臣, 等. 重庆市卫生监督人员培训现状调查报告[J]. 重庆医学, 2011, 40(10): 1014-1015.
- [6] 郇毅, 俞汀, 倪胜, 等. 2005 年浙江省卫生监督机构突发公共卫生事件应急演练情况分析[J]. 中国农村卫生事业管理, 2006, 26(8): 39-40.
- [7] 陈怀祥, 周素明, 陈桂兰, 等. 突发公共卫生事件医疗救援预案的编制与应用[J]. 中华全科医学, 2012, 10(1): 128-129.
- [8] 李惠聪, 任珍, 包志英, 等. 强化管理在突发公共卫生事件护理科研中的应用[J]. 中华全科医学, 2011, 9(11): 1805-1806.
- [9] 陈永祥, 吴建军, 张鸿斌. 加强卫生监督教育培训工作的管理[J]. 中国卫生监督杂志, 2008, 23(15): 195-197.
- [10] 杨红叶. 护士规范化培训分析[J]. 医学信息, 2010, 23(4): 1351-1354.

(收稿日期: 2012-12-06)

本刊关于网上投稿和稿件退修注意事项的通知

为了高效、便捷、安全、快速为作者服务,缩短稿件退修时间,提高工作效率,缩短发表周期,及时报道研究的新成果、新方法、新技术、新经验及其应用推广,避免因稿件在邮寄过程中邮寄时间长、丢失率高、信息不畅通等原因,不能及时将稿件处理情况反馈给作者,在一定程度上不能及时与作者沟通,影响作者的积极性及稿件的时效性。本刊将对凡是网上投稿的稿件处理情况一律实行网上告知,请作者注意自己投稿的电子信箱。

本刊编辑部

· 调查研究 ·

儿童保健区域团队服务模式与儿童保健质量分析

陈晓, 兰雅平

【摘要】 目的 探讨儿童保健区域团队服务模式与儿童保健质量分析。方法 按地段划分区域, 组建社区儿童保健区域团队, 以深圳市第四人民医院 23 家社康中心 0~2 岁社区儿童为对象, 每个社康中心抽取 180 名儿童, 共计 4140 人, 即从 0, 1, 2 岁组中随机抽取常住、暂住儿童各 30 名, 其中女童 2120 人, 男童 2020 人。结果 在儿童保健区域团队服务模式实施前后(第一、二、三阶段)儿童保健进行比较分析, 儿童保健覆盖率、系统管理率、体弱儿管理率、特殊儿童发现率、相关业务完成指标和家长们育儿知识知晓率均有显著提高, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 儿童保健区域团队服务模式可以提高儿童保健的服务质量。

【关键词】 儿童保健; 区域团队; 服务模式

【中图分类号】 R197.6 R174 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1269-02

Child Care Service Regional Team Mode on Improving Quality of Child Health Care CHEN Xiao, LAN Ya-ping, Xiyuan Community Health Service Center, the Fourth People's Hospital of Shenzhen, Shenzhen 518509, Guangdong, China

【Abstract】 Objective To investigate the role of child care service regional team mode in improving the quality of child health care. **Methods** The child care service regional team was built according to the section of an area. The children aged 0 to 2 years from 23 community health service centers were investigated. 180 children from each center and total 4140 children were sampled. There were 30 permanent children and 30 temporary children in 0, 1 and 2 years age group, which included 2120 girls and 2020 boys. **Results** The health care coverage, rate of system management, management rate of frail children, detection rate of children with special needs, completion of the relevant business indicators, parenting knowledge awareness of parents were improved after the implementation of the child health regional team mode, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The child health regional team mode can improve the quality of child health services.

【Key words】 Child care; Regional team; Service mode

儿童期人生重要时期之一, 儿童的健康成长影响着整个民族未来综合实力的发展趋势。随着社会经济的不断发展, 医学模式也在悄然转变, 人们对儿童的保健服务要求也显著增加。儿童保健服务是衡量社会是否全面发展的重要指标^[1], 也是社区卫生服务组成的重要部分。

基于深圳市院办院管的社区健康服务中心运行特色, 将医院下属的中心按照区域分组, 组建区域团队共同提供的儿童保健服务, 探讨社区儿童保健区域团队的服务模式及成效。先对社区儿童保健现状进行调查, 包括儿童保健覆盖率、系统管理率、体弱儿管理率、特殊儿童发现率、相关业务完成指标、家长们育儿知识知晓率^[2]。实行项目后每半年对以上指标进行统计分析, 评价项目的成效, 为建立和推广社区儿童保健区域团队的服务模式提供科学的依据。

1 对象与方法

1.1 调查对象 2011 年 6 月深圳市院办院管的社区健康服务中心设立儿童保健工作团队。该团队由 12 名人员组成, 包 4 名全科医师、3 名预防保健医生、2 名社区护士、1 名社区居委会工作人员、1 名心理卫生医生、1 名妇幼保健医生。学历: 本科 6 名, 大专 4 名, 中专 2 名; 职称: 中级 7 名, 初级 5 名; 年龄在 24~42 岁之间, 平均年龄为 (33.61 ± 3.92) 岁。以我院 23 家社康 0~2 岁社区儿童为对象, 每个社康抽取 180 名儿童, 共计 4140 人, 即从 0, 1, 2 岁组中随机抽取常住、暂住儿童各 30 名, 其中女童 2120 人, 男童 2020 人。

1.2 研究方法

1.2.1 工作流程 全科医生作为服务团队的队长, 需要管理

和协调同时承担儿童保健的一系列工作。预防保健的医生需要承担社区儿童计划免疫以及预防接种的服务任务; 妇幼保健医生需要承担通知新生儿家长去服务中心接种以及体检的任务, 另外还要对家长进行新生儿保健指导^[3]; 心理医生需要对家长进行心理上的相应指导咨询; 社区护士需要搞好社区儿童联系、回访等等调查工作; 居委会的相关负责人员需要加强社区的宣传力度, 搞好信息的反馈工作。对于体弱儿童, 可建立体弱儿童专案; 危重儿童, 还需转到上级医院。整个工作流程过程可有效提高儿童的保健体检率, 最大程度避免接种事故的发生^[4], 保证保健服务的安全。

1.2.2 调查方法 第一阶段(2011 年 6 月 - 2011 年 7 月)按地段划分区域, 组建社区儿童保健区域团队, 以我院 23 家社康 0~2 岁社区儿童为对象, 每个社康抽取 180 名儿童, 共计 4140 人, 即从 0, 1, 2 岁组中随机抽取常住、暂住儿童各 30 名, 进行社区儿童保健现状调查。内容包括: 儿童保健覆盖率、系统管理率、体弱儿管理率、特殊儿童发现率、相关业务完成指标、家长们育儿知识知晓率。第二、三阶段(2011 年 8 月 - 2012 年 8 月)完善儿童体检项目及设备配套、合理安排区域各社康的儿童保健日, 拓展相关业务范围、建立社区网上交流平台, 开展各种形式的健康教育活动、实行项目的既定管理模式。每半年进行 0~2 岁儿童保健覆盖率、系统管理率、体弱儿管理率、特殊儿童发现率、相关业务完成指标、家长们育儿知识知晓率的调查分析, 根据实际情况及时调整方案。

1.3 指标观察 实现该项目前、实行后每半年对以下指标进行调查: 儿童保健覆盖率(指儿童中接受了 1 次及以上体格检查的人数)、系统管理率(指按时进行体检的儿童人数)、体弱儿管理率(缺铁性贫血、中度以上营养不良、佝偻病、肥胖)、特殊儿童发现率(即该时间段内特殊儿童发现数除以儿童基数, 包括高危儿、出生缺陷、智力发育迟缓、听力异常、视力异常)、相

基金项目: 2011 年广东省深圳市科学技术局立项课题(201103164)

作者单位: 518033 广东省深圳市第四人民医院熙园社康中心(陈晓); 香蜜二村社康中心(兰雅平)

通讯作者: 陈晓, 电子信箱: 594940518@qq.com

关业务完成指标(6 个月查血常规、6 个月查骨碱性磷酸酶、乙肝表面抗体、听力筛查、视力筛查、智力筛查)、家长育儿知识知晓率(母乳喂养、辅食添加、均衡营养、智力开发、佝偻病的预防)^[5]。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 13.0 统计学软件,计数资料采用 *t* 检验, $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

表 1 儿童保健区域团队服务模式实施前后儿童保健质量比较(n,%)

阶段	时间	儿童数	儿童保健覆盖情况	系统管理	体弱儿童管理	特殊儿童发现数	相关业务完成指标	家长育儿知识知晓
第一阶段	2011.6-2011.7	4140	2369(57.22)	2116(51.11)	437(10.56)	276(6.67)	1978(47.78)	2185(52.78)
第二阶段	2011.8-2012.1	4140	2852(68.89)*	2806(67.78)*	851(20.56)*	598(14.44)*	3036(73.33)*	3082(74.44)*
第三阶段	2012.2-2012.8	4140	3841(92.77)#	3749(90.56)#	1173(28.33)#	713(17.22)#	3588(86.67)#	3128(93.33)#
<i>t</i> 值			0.0129	0.0121	0.0124	0.0129	0.0123	0.0126
<i>P</i> 值			<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

注:与第二阶段、第一阶段比较,# $P < 0.05$;与第一阶段比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

在经过一系列的相关调查研究发现,如果采用团队工作模式和相应的服务流程能够很大程度的提升社区居民的满意程度,这样社区卫生服务中心、居委会以及社区居民三者之间就产生了相互的互动效应^[6]。社区中心需要做到定期与家长进行相互沟通,同时需要及时通知家长带领儿童进行接种疫苗和定期体检,这样就能够使得一站式儿童服务模式更好的进展下去。居委会的工作人员需要做到对社区的宣传工作做好,并且做好相关的联系和信息反馈工作,并且还要定时的做社区满意度调查,这样能够让社区工作人员知道在服务工作中的不足之处,从而进一步改进,尽量将做到最好^[7]。

对于儿童保健模式的建设需要进一步做到温馨化和规范化。在改造完社区中心流程之后要保持儿童保健区环境明亮宽敞,布置一些温馨并且带有趣味性的装饰物,在墙壁上可以适当布置一些比较有趣的儿童墙画,还可以放置一些玩具,为儿童和家长提供一个很好的亲子活动空间。舒适的体检环境、合理的布局能够更加人性化和个性化进行服务。

为了提高儿童保健人员的素质,在儿童保健的系统管理中,需要强调的是指导和监测的相关服务的个性化和人性化,对于此既要有专业性也要全面的进行保健服务。社康中心的保健团队的组成人员需要熟练掌握相关儿童保健知识和技能,另外,其还要接受相应的接种和预防等等全面的培训^[8]。此外,社区还要进行各种相关的专业讲座以及经验交流会,同时邀请市级专家级教授前来讲课,从而全方位有效的提高工作人员对儿童服务的保健,让社区儿童保健得到健康稳定的发展^[9-10]。

总而言之,对于建立全方位、多层次的儿童保健服务模式

儿童保健区域团队服务模式实施前后(第一、二、三阶段)儿童保健进行比较分析,儿童保健覆盖率、系统管理率、体弱儿管理率、特殊儿童发现率、相关业务完成指标和家长育儿知识知晓率均有显著提高,差异均有统计学意义($P < 0.05$),结果详见表 1。

能够有效地促进儿童的身心健康和成长,另外又方便了群众,从根本上达到了合理配置。因此,儿童保健区域团队服务模式可以提高儿童保健的服务质量。

参考文献

[1] 陈聪水,朱琼,李晓宏,等.学习困难儿童的智力因素和注意力缺陷研究[J].海峡预防医学杂志,2008,14(3):30.
 [2] 许培斌,王梅,李强,等.儿童保健服务项目的开展及效果评价[J].中国儿童保健杂志,2005,13(4):179-180.
 [3] 韩焯,洪琦,卢光进,等.深圳市宝安区社区儿童保健服务需求的调查分析[J].中国初级卫生保健,2004,18(11):61-62.
 [4] 黄爱群,潘晓平,杜清,等.北京市与杭州市 5 岁以下流动儿童保健现状调查[J].中国公共卫生,2008,24(3):288-289.
 [5] 王伟,董研,毛凤芝.社区儿童保健管理机制的改进[J].中国误诊医学杂志,2009,27(9):6649-6650.
 [6] 张铁勋.北京市朝阳区《卫生部/WHO/UNICEF 城市流动人口妇幼保健服务项目》基线调查报告[J].中国妇幼保健,2008,23(19):2643-2645.
 [7] 王芳,鲁巧珍,周文莉,等.长宁区 0~6 岁非户籍儿童保健现状及对策研究[J].中国儿童保健杂志,2011,26(2):473-474.
 [8] 陶水英,孔桂花.社区卫生孕产妇保健的现状与影响因素分析[J].中华全科医学,2012,10(4):589-590.
 [9] 方璐,孙鹏.高危儿健康管理现状[J].中华全科医学,2012,10(9):1454-1455.
 [10] 李少丽,郭沃乔,陈惟静,等.深圳某社区婴幼儿科学喂养知识需求状况调查分析[J].实用全科医学,2007,5(11):1008-1009.

(收稿日期:2012-10-08)

(上接第 1212 页)

[6] Mirkin S, Archer DF. Effects of mifepristone on vascular endothelial growth factor and thrombospondin-1 mRNA in Ishikawa cells: implication for the endometrial effects of mifepristone [J]. Contraception, 2004,70(4):327-333.
 [7] 郑崢,罗辉兰,谢梅青,等.比较米非司酮和炔诺酮治疗围绝经期无排卵性功能性子官出血[J].广州医学院学报,2007,35(5):38-41.
 [8] Varma R, Soneja H, Bhatia K, et al. The effectiveness of a levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in the treatment of en-

dometrial hyperplasia—a long-term follow-up study [J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2008,139(2):169-175.

[9] 徐肖文,颜林志,赵宇,等.左炔诺孕酮宫内缓释系统联合米非司酮治疗子宫腺肌病的临床观察[J].浙江医学,2011,33(3):337-340.
 [10] 孙燕,蒋晓莉,袁媛,等.左炔诺孕酮宫内缓释系统用于治疗无排卵性功血的效果观察[J].中国计划生育学杂志,2011,19(10):618-621.

(收稿日期:2012-11-29)

· 调查研究 ·

阜阳市社区医护人员全科医学培训现状调查

陶兴永,董建华,李迎春,万宇辉,胡传来

【摘要】 目的 了解阜阳市社区医护人员全科医学培训现状及存在的问题。方法 采用自填式问卷调查社区医护人员接受全科医学培训的频次、层次和效果,培训中的问题和影响依从性的因素等,共调查了 204 人。结果 在过去 3 年里,49.5% 的人接受了 1~2 次全科医学培训,19.6% 的人接受 3 次以上的培训,30.9% 的人没有接受过培训。接受过培训的 141 人中,反映自身知识和业务水平有很大提高的占 40.4%,工作方式和理念有很大转变占 61.0%,其中公共卫生医生的反映最好。调查对象对目前培训工作中存在的问题反映最多的是缺乏实习环节或实习安排不合理,而工作时间上的冲突是影响参加培训依从性的最主要因素。结论 全科医学培训还应扩大人员覆盖面,强化实习环节,并合理安排培训时间。

【关键词】 社区卫生服务;全科医学;培训

【中图分类号】 R197.6 R192.6 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1271-02

An Investigation of General Practice Training of Community Medical Professionals in Fuyang City TAO Xing-yong, DONG Jian-hua, LI Ying-chun, et al. Department of Community Health and General Medicine, School of Public Health, Anhui Medical University, Hefei 230032, Anhui, China

【Abstract】 Objective To investigate the general practice training status and existing problem of community medical professionals in Fuyang city. **Methods** The self-administered questionnaire was carried out. The questionnaire included frequency, level, effect and problems of the general practice and the factors that affected compliance. A total of 204 professionals were investigated. **Results** In the past 3 years, 49.5% of professionals received 1-2 times of training, 19.6% people received more than 3 times of training, 30.9% received no training. The trained people reflected themselves had greatly improved in knowledge and ability accounted for 40.4%, and had greatly changed in mode and idea of work accounted for 61.0%. Relative to clinicians and community nurses, the evaluation of public health doctors was the best. The lack of practice or unreasonable arrangement was the most important problem of the training, and the conflict of work time was the main influence factor in training. **Conclusion** The training of general practice should expand the scope, enhance the operation and arrange reasonable training time.

【Key words】 Community health services; General practice; Training

目前针对社区医护人员的培训有多种层次和形式^[1],其中全科医学培训是当前提高社区卫生人员服务能力的主要途径之一。为了解社区医护人员参加全科医学培训的实际情况,总结培训经验,并找出培训中存在的主要问题,使将来全科医学培训更趋于科学合理,我们于 2011 年 8 月对阜阳市社区医护人员进行了全科医学培训现状调查,结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 调查对象 采用整群抽样方法,结合区域规划和经济发展水平,从阜阳市颍州、颍东和颍泉区各抽取 2 个社区卫生服务中心,同时随机抽取每个社区卫生服务中心所辖的 2 个社区卫生服务站一并列为调查现场。被抽中的社区卫生服务中心和服务站所有在岗的医护人员均作为调查对象,调查对象不包括检验、药房等科室人员。共发放调查问卷 211 份,最终获取有效问卷 204 份,有效应答率 96.7%。

1.2 调查方法 采用自填式问卷进行调查,问卷内容包括社区医护人员的个人基本情况、所参加的全科医学培训情况以及对于目前培训的看法和需求等。募集调查员 4 名,由安徽医科大学公共卫生学院老师和研究生组成。

1.3 统计学方法 所有问卷由课题组成员进行整理编号,用 EpiData 3.1 软件建库录入,采用 SPSS 11.0 统计软件进行统计分析。率的比较使用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 调查对象的基本情况 本次共调查医护人员 204 人,其

中社区卫生服务中心 164 人,占 80.4%,社区卫生服务站 40 人,占 19.6%。调查对象中男性 89 人,占 43.6%,女性 115 人,占 56.4%;年龄构成以中青年占多数,其中 <30 岁组占 37.7%,30~40 岁组占 34.8%;40~65 岁组占 27.5%。学历以中专和大专为主,共占 94.1%;职称以初级为主,占 70.1%,中级及以上的占 19.6%,还有 10.3% 的被调查者尚无职称;调查对象中临床医生占 54.4%,预防保健医生占 12.7%,社区护士占 32.8%。

2.2 调查对象接受培训的频次 所有调查对象在过去 3 年里,接受过 1~2 次全科医学相关培训的有 101 人(49.5%),接受 3 次以上培训的 40 人(19.6%),没有接受培训的 63 人(30.9%)。不同机构间,社区卫生服务站的人员未参加培训的比例占 50.0%,比例高于社区卫生服务中心的人员,差异具有统计学意义。不同年龄组医护人员间,年龄在 30 岁以下和 40 岁以上的人员未接受培训的分别占 41.6% 和 32.1%,较 30~40 岁年龄组的人员高,组间分布差异有统计学意义。不同专业岗位人员中,公共卫生和社区护士未参加过培训的比例略高于临床医生,但差异无统计学意义,见表 1。

2.3 调查对象接受培训的层次和效果 在接受过培训的 141 人中(注:选项为多选),选择接受过国家级培训的 17 人(12.1%),省级培训的 38 人(27.0%),市级培训的 69 人(48.9%),区级培训的 28 人(19.9%),单位内部培训的 39 人(27.7%)。118 人(83.7%)参加培训认为最主要出于工作上的需要,18 人(12.8%)认为是出于上级要求,出于兴趣和其他的分别有 2 人。

接受过培训的人员中对自身知识和业务水平有很大提高的有 57 人(40.4%),有一定的提高的 76 人(53.9%),没什么提高的 8 人(5.7%)。接受培训后在社区卫生工作的方式和理念方面,觉得自己有很大转变的 86 人(61.0%),有部分转变 50

作者单位:230032 合肥市,安徽医科大学公共卫生学院社区卫生与全科医学系(陶兴永,李迎春,万宇辉,胡传来);236000 阜阳市卫生局基妇科(董建华)

通讯作者:胡传来,电子邮箱:huchuanlai@ahmu.edu.cn

人(35.5%),没什么转变的 5 人(3.5%)。不同岗位人员比较显示公共卫生医生的效果反映好于临床医生和社区护士,见表 2。

表 1 不同组别人员过去 3 年参加全科医学培训的情况(n,%)

组别	人数	3 次以上	1~2 次	0 次	χ^2 值	P 值	
机构	中心	164	34(20.7)	87(53.0)	43(26.2)	8.543	0.014
	站	40	6(15.0)	14(35.0)	20(50.0)		
年龄组(岁)	<30	77	14(18.2)	31(40.3)	32(41.6)	9.985	0.041
	30~40	71	17(23.9)	41(57.7)	13(18.3)		
	40~65	56	9(16.1)	29(51.8)	18(32.1)		
岗位	临床医生	111	26(23.4)	56(50.5)	29(26.1)	4.037	0.401
	公卫医生	26	5(19.2)	12(46.2)	9(34.6)		
	社区护士	67	9(13.4)	33(49.3)	25(37.3)		
合计	204	40(19.6)	101(49.5)	63(30.9)			

表 2 不同岗位医护人员接受培训效果的反映分布情况(n,%)

岗位	知识和业务水平			工作方式和理念		
	很大提高	有部分提高	没什么提高	很大转变	有部分转变	没什么转变
临床医生	31(37.8)	46(56.1)	5(6.1)	52(63.4)	29(35.4)	1(1.2)
公卫医生	10(58.8)	6(35.3)	1(5.9)	13(76.5)	4(23.5)	0
社区护士	16(38.1)	24(57.1)	2(4.8)	21(50.0)	17(40.5)	4(9.6)

2.4 目前培训中存在的问题 在接受过培训的 141 人中,关于目前培训工作中存在的问题(注:选项为多选),选择最多的是缺乏实习环节或实习安排不合理,占 44.7%,选择时间安排不合理(39.0%)、培训内容缺乏针对性(34.8%)、形式化气氛过浓(30.5%)均在 30% 以上,此外还有教学方式和方法不合理(16.3%)、授课教师水平问题(11.3%)和其他问题(7.1%)。

2.5 影响社区医护人员参加培训依从性的因素 在接受过培训的 141 人中,对培训影响因素的选择上(注:选项为多选),最高的为与工作时间上的冲突占 70.9%,其次有单位支持方面(47.5%),培训费用(36.2%),交通和住宿问题(29.8%),家庭问题(9.2%),还有 5.7% 的医护人员选择了其他因素。

3 讨论

3.1 社区医护人员全科医学培训仍需要扩大覆盖面 社区医护人员的全科医学培训并非是一项短期的突击式工作,不仅需要时间,还应点面结合,使在社区工作的卫生人员转变工作态度和方式,学习和掌握全科医学和社区卫生工作的必要技能。本次调查显示阜阳市的社区医护人员在过去 3 年里接受 1~2 次培训的近 50%,接受 3 次以上培训的近 20%,但仍然有 33.6% 的人没有接受相关的培训。未接受全科医学培训的比例与王元元等^[2]对合肥市社区卫生工作人员调查的 32.4% 比例基本接近,但报告率高于另外两项调查^[3-4]。但后续的培训工作中,还需要扩大培训的覆盖面。本次调查还显示社区卫生服务站的人员未参加培训的比例较社区卫生服务中心高,低龄和高龄医护人员未接受培训的比例较高,提示以后的培训中应更多的考虑这些人员。

3.2 全科医学培训层次多样,培训效果明显 全科医学培训

设计的对象范围广、人数多,显然培训工作需要从国家到地方多级有序开展,本调查中社区医护人员接受过从国家到地方层次多样的培训。如何在逐级培训中保证培训的质量是关键。在主观能动性上,本次调查人员多数能够出于工作需要参加培训,沈沁等^[5]对北京市社区医生的调查也显示,参加全科医学培训的目的最主要原因是出于工作上的需要。从培训效果上看绝大多数人都觉得培训能够使自身知识和业务水平、工作的方式和理念发生转变和提高,当然应用培训效果的模型进行评价可能更为系统、科学^[6]。

3.3 培训中问题依旧突出,影响因素较多 全科医学培训所针对的主要是社区卫生服务机构中的一线医护人员,培训的内容和形式要求往往也较高。本次调查中反映目前培训存在的问题是缺乏实习环节或实习安排不合理,此外时间安排不合理、培训内容缺乏针对性、形式化气氛太浓等问题也相对突出。社区培训师目前多来自于三级医院卫生技术人员,临床经验很丰富,但常缺乏对社区的深入了解^[7]。培训中更应综合采取多样化的培训手段,如专题讨论、情景演示、案例描述等^[8]。调查显示社区医护人员对业余集中面授和理论实践相结合的教学方式最为欢迎^[9]。调查对象中认为影响参加培训依从性的主要因素为工作时间上的冲突、单位支持方面、培训费用、交通和住宿问题,其中工作上的冲突也在其他调查中被认为是主要的因素^[5,10]。目前社区卫生人力资源依然紧缺,而居民对于健康的需求不断增加,使得社区医生的工作任务繁重。培训工作中采取灵活多样的培训模式,合理地安排培训时间,使更多的医生能够兼顾工作和学习。

参考文献

- [1] 方才妹,张大然,曹启峰,等.浙江省社区卫生专业技术队伍教育培训现状及需求分析[J].浙江医学教育,2012,11(3):1-4.
- [2] 王元元,彭松,陈守春,等.合肥市社区卫生工作人员培训需求分析[J].中国全科医学,2008,11(2A):200-202.
- [3] 晏强,刘彬彬,刘姣,等.长沙市社区卫生服务技术人员的培训现状与需求研究[J].中国全科医学,2012,15(6A):1855-1857.
- [4] 赵志军,刘何根,王莹,等.河南省全科医学培训现状调查[J].中国全科医学,2010,13(9A):2784-2786,2789.
- [5] 沈沁,黄亚芳,魏晓明,等.北京市城市社区医生全科医学培训需求调查[J].医学教育探索,2009,8(12):1515-1518.
- [6] 徐庆锋,苏慧萍,涂正杰,等.社区卫生服务人员培训效果评估方法探讨[J].中国卫生事业管理,2011(12):893-394,903.
- [7] 江一民,顾建钧,杜兆辉.浦东新区社区卫生服务卫技人员培训现状与需求分析[J].中华全科医学,2011,9(7):1096-1097.
- [8] 刘晓丹,孟颖,周艳,等.长春市社区全科医学岗位培训绩效分析[J].中华全科医学,2010,8(4):472-474.
- [9] 李勤.浙江省全科医师岗位培训学员社区卫生服务影响因素评价及培训意向调查[J].中国初级卫生保健,2009,23(12):1-3.
- [10] 牟文,何丽华.上海市黄浦区社区卫生服务业务培训需求现状分析[J].中国初级卫生保健,2010,24(11):20-22.

(收稿日期:2012-09-06)

(上接第 1172 页)

- [7] Calunga JL, Trujillo Y, Menendez S, et al. Ozone oxidative post-conditioning in acute renal failure [J]. Pharm Pharmacol, 2009, 61(2): 221-227.
- [8] Bocci V, Zanardi I, Maya SP, et al. Diabetes and chronic oxidative stress. A perspective based on the possible usefulness of ozone therapy [J]. Diabetes Metab Syndr, 2011, 5(1):45-49.
- [9] Clavo B, Catalá L, Pérez JL, et al. Ozone therapy on cerebral blood flow: a preliminary report [J]. Evid Based Complement Alternat Med,

2004,1(3):315-319.

- [10] 刘玉,刘庆英,崔玉国,等.高压臭氧治疗急性脑梗死的疗效分析[J].中国当代医药,2009,16(12):40-41.
- [11] Kenan Koca, Yuksel Yurttas, Serkan Bilgic, et al. Effect of Preconditioned Hyperbaric Oxygen and Ozone on Ischemia-Reperfusion Induced Tourniquet in Skeletal Bone of Rats [J]. Journal of Surgical Research, 2010, 164(1):83-89.

(收稿日期:2012-10-25)

· 调查研究 ·

住院老年糖尿病患者血糖、血压、血脂调控情况的分析

高芳

【摘要】 目的 了解住院老年糖尿病患者血糖、血脂、血压调控情况,为老年患者糖尿病的治疗方案提供一定的参考。**方法** 为在老年病科住院的老年糖尿病患者提供统一的调查表格,采用问卷及调阅病例相结合的方式填写相关资料。**结果** 糖尿病患者 136 例,占住院患者 14.66%;约 80.9% 的患者检测 HbA1c,61.8% 的患者达标;糖尿病伴高血压的比例为 80.1%,治疗率为 100%,达标率为 38.2%;甘油三酯达标率为 66.9%,胆固醇达标率为 50.0%,高密度脂蛋白达标率为 33.1%,低密度脂蛋白胆固醇达标率为 65.4%。**结论** 对于老年糖尿病患者已重视血糖、血压及血脂的综合治疗,但高血糖的检出率有待进一步提高。

【关键词】 糖尿病;老年;血糖;血压;血脂

【中图分类号】 R587.1 R446.112 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1273-02

Management Information of Blood Glucose, Blood Pressure and Blood Fat in Old Inpatient with Diabetes GAO Fang.

Department of Geriatrics, the First Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu 233000, Anhui, China

【Abstract】 Objective To estimate the management information of blood glucose, blood pressure and blood fat in old inpatient with diabetes, and provide the reference for the treatment of diabetes. **Methods** A questionnaire survey was conducted among the old inpatient with diabetes in the department of Geriatrics. The medical record documentation was also examined. **Results** All 136 patients with diabetes were investigated, accounting for 14.66% of inpatients; 80.9% of patients received HbA1c test and 61.8% of them reached ideal level. 80.1% of patients were with hypertension and all of them received the treatments, and 38.2% of them reached ideal level; the level of TG reached ideal level in 66.9% patients; the level of TC reached ideal level in 50.0% patients; After the treatment, the level of HDL-C reached ideal level in 33.1% patients; the level of LDL-C reached ideal level in 65.4% patients. **Conclusion** The comprehensive management of blood glucose, blood pressure and blood fat in old diabetic patients had been carried out, but the detection ratio should be further improved.

【Key words】 Diabetes; Old patients; Blood glucose; Blood pressure; Blood fat

据最新的流行病学调查,我国 20 岁以上成年人糖尿病患病率为 9.7%^[1],同时老年糖尿病患者不断增加。对老年糖尿病患者的调查,有助于提高对老年糖尿病的认识,为临床工作积累经验。

1 对象与方法

1.1 研究对象 2012 年 1~12 月我科共有老年住院患者 928 例,其中糖尿病患者 136 例,占 14.66%,男性 99 例,女性 37 例。年龄最大 93 岁,最小 60 岁。其中 2 型糖尿病 134 人,占 98.5%,另有服用糖皮质激素及胰腺疾病继发糖尿病各 1 例。4 例住院期间发生低血糖,占 2.9%,卧床患者占 24.3%;糖尿病合并心脑血管疾病中,以脑梗塞发病率最高,其次是心绞痛和短暂性脑供血不足(TIA)。

1.2 调查方法 本研究提供统一的调查表格,医生通过对患者的访谈,回顾病历及相关实验室检查收集信息,填写调查表格。调查的内容包括:①个人基本资料;②糖尿病类型、饮食控制、体育锻炼、血糖控制及并发症;③血脂增高及控制情况;④血压增高及控制情况;⑤低血糖的发生调查中所涉及到的血糖、血压、血脂等标准以最新《中国 2 型糖尿病防治指南》^[2]为参考。

1.3 统计学方法 数据处理用 SPSS 13.0 统计软件完成,数据以均值、标准差、范围或百分比表示。

2 结果

调查人群的基本资料,见表 1。

表 1 136 例糖尿病患者人口统计基本资料

性别	n	平均年龄 (岁)	平均发病 年龄(岁)	平均病程 (年)	吸烟人数 比例(%)	有心脑血管病 史比例(%)	饮食控制 比例(%)	体育锻炼 比例(%)	并发症 (%)	卧床 (%)
男性	99	80.17±7.30	70.53±10.00	9.50±9.20	19.2	67.7	76.8	50.5	44.4	25.3
女性	37	76.60±7.33	70.73±10.20	8.22±7.20	16.2	67.6	62.2	37.8	37.8	21.6
合计	136	79.21±7.40	70.58±10.00	9.16±8.70	18.4	67.6	72.8	47.1	42.6	24.3

2.1 糖化血红蛋白(HbA1c)的结果 在所调查的 136 名患者中,110 人进行糖化血红蛋白检测,检测率为 80.9%。糖化血红蛋白的平均值(7.08±1.60)%,按《中国 2 型糖尿病防治指南》(2010)的标准^[2],HbA1c 达标率为 61.8%,38.2% 未达标。

2.2 空腹及餐后血糖的结果 调查中所有人都测定了空腹血糖,86.0% 测定了餐后血糖,前者的平均值为(9.03±2.3)mmol/L,后者为(11.35±3.8)mmol/L。按照《中国 2 型糖尿病防治指南》(2010)的标准,空腹血糖达标率为 56.6%,餐后血糖达标率为 48.8%。

2.3 血压的控制情况 糖尿病患者伴高血压的比例为 80.1%

(110 例),治疗率为 100%,达标情况(<130/80 mm Hg,1 mm Hg=0.133 kPa)42 例,达标率为 38.2%,其中<160/100 mm Hg 为 93 人,所占比例为 84.5%;降压药物中应用频率较高的为 ACEI 类、ARB 类和钙拮抗剂类。

2.4 血脂控制情况 所调查的人群中,血脂检测率为 100%,甘油三酯的平均值为(1.64±0.85)mmol/L;胆固醇为(4.55±1.15)mmol/L;HDL-C 为(1.00±0.30)mmol/L;LDL-C 为(2.23±0.67)mmol/L。按《中国 2 型糖尿病防治指南》(2010)的标准,其达标率分别为:甘油三酯(<1.7 mmol/L)为 66.9%(91 例),胆固醇(<4.5 mmol/L)为 50%(68 例),高密度脂蛋白[HDL-C>1.0 mmol/L(男),HDL-C>1.3 mmol/L(女)]为 33.1%(45 例),低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C<2.6 mmol/L)为

65.4% (89 例)。

3 讨论

本次关于糖尿病情况的调查在老年患者中展开,老年糖尿病患者具有年龄较大,病史长,并发症多,卧床患者多,合并冠心病、高血压等多种疾病^[3],用药比较复杂的特点;但同时由于多为离休或退休干部,受教育程度相对较高,对自身健康的关注度较高,能够控制饮食,糖尿病相关知识容易普及,故 HbA1c、血脂等达标率较全国其他类似调查^[4]结果好。此外本次调查还有一些特点。

3.1 糖尿病患者占住院患者比例偏低 我国最近一次全国范围糖尿病患病率调查^[1]显示:60 岁以上的老年人糖尿病患病率在 20% 以上。亦有研究表明:2 型糖尿病患者人群中 60 岁以上占 50% 以上,糖尿病患病率随年龄增加而增加。中国心脏病调查组调查^[5]显示:冠心病住院患者中糖尿病患病率为 52.9%。本组患者平均年龄大,患多种疾病,糖尿病患病率仅为 14.66%,远远低于全国同类人群的调查。我国人群有餐后高血糖的特点,对非糖尿病患者我们仅检测空腹血糖,使大量糖尿病患者被漏诊,故应加强住院患者 OGTT 检测及增加餐后血糖检测。

3.2 糖化血红蛋白(HbA1c)的检测仍未纳入常规 此次调查 HbA1c 达标率较高,HbA1c 与年龄呈负相关^[6],反映过去 2~3 个月的血糖水平。糖化血红蛋白作为糖尿病血糖控制的检测指标,已得到世界范围的广泛认同,美国 1 型糖尿病控制及并发症实验、英国 2 型糖尿病控制与并发症和《中国 2 型糖尿病防治指南》等均已把 HbA1c 作为糖尿病检测的重要指标,但在临床工作中,尚未充分认识 HbA1c 的意义,对其监测及重视程度不够,HbA1c 应作为糖尿病患者常规必查项目。

3.3 低血糖的发生控制较好 在纳入调查的糖尿病患者中低血糖的发生率为 2.9%,未造成严重的后果。低血糖症为糖尿病患者降糖治疗中常见的并发症之一,据报道,7% 糖尿病合并低血糖因神经精神症状就诊于医院^[7],而老年患者应用磺脲类药物低血糖发生率为 20%^[8]。若低血糖不能及时纠正,会导致

脑死亡等严重后果,因此老年糖尿病患者治疗重点为避免低血糖,而非强化治疗控制血糖^[9]。

对于老年糖尿病患者,治疗原则与一般成年人相似,优化降糖治疗,同时兼顾血压及调脂,有利于保护靶器官,延长寿命,提高生活质量,但是应考虑患者年龄大,基础疾病多^[10],用药多的特点,并且严格预防低血糖,特别是严重低血糖事件的发生。

参考文献

- [1] Yang W, Lu J, Weng J, et al. Prevalence of diabetes among Me and Women in China[J]. N Engl J Med, 2010, 362(12): 1090-1100.
- [2] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南(2010 年版)[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2011.
- [3] 王茜, 李明子. 住院老年糖尿病病人疾病控制状况与影响因素调查[J]. 护理研究, 2008, 22(6): 1433-1435.
- [4] 章晓燕, 钟远, 胡延军. 上海市老年 2 型糖尿病患者代谢控制现状[J]. 中国老年学杂志, 2009, 29(4): 1009-1010.
- [5] 中国心脏调查组. 中国住院冠心病患者糖代谢异常研究——中国心脏调查[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2006, 22(1): 7-10.
- [6] 黎涛. 糖化血红蛋白、同型半胱氨酸、纤维蛋白原与 2 型糖尿病患者微血管病变的相关性[J]. 海南医学, 2012, 23(24): 91-93.
- [7] Lin YY, Hsu CW, Sheu WH, et al. Risk factors for recurrent hypoglycemia in hospitalized diabetic patients admitted for severe hypoglycemia[J]. Yonsei Med J, 2010, 51(3): 367-374.
- [8] 曹爱华. 糖尿病伴低血糖反应 60 例临床分析[J]. 医学伦理与实践, 2009, 22(1): 45.
- [9] American Diabetes Association. Summary of revisions for the 2007 clinical practice recommendations standards of medications for type 2 diabetes mellitus[J]. Ann Intern Med, 2007, 147: 386-399.
- [10] 丁雷, 石国斌, 吴吉平, 等. 2 型糖尿病患者抗糖尿病药物治疗与血糖控制状况分析[J]. 安徽医学, 2012, 33(6): 658-660.

(收稿日期: 2013-01-31)

(上接第 1221 页)

生心律失常。酸碱平衡失调、电解质紊乱时诱发肺小动脉痉挛,心脏交感神经兴奋性增高导致心律失常发生,而 H⁺增高和高血钾会发生传导阻滞和室性心律失常;低钾、低氯、代谢性碱中毒也诱发心律失常。心功能不全时交感神经兴奋性增加,肾素-血管紧张素-醛固酮系统激活,使心律失常易发生。

肺心病心律失常类型较多,常见有窦性心动过速、房早、室早、心房颤动、束支传导阻滞、室上性心动过速等^[6]。肺心病合并心律失常病死率明显高于无心律失常者,应引起临床高度重视^[7],关键是治疗发病原因,消除诱因。一般经过治疗后肺心病的感染、缺氧、酸碱平衡失调及电解质紊乱可自行消失。如持续存在,可根据心律失常类型及肺心病特点选择药物^[8]:①合并左心衰的室上性心动过速,心房颤动(心室率 > 100 次/min)可考虑使用西地兰^[9];②有明显供血不足的室上速,胺碘酮效果好;③紊乱性房性心动过速可予以维拉帕米和胺碘酮;④无明显心衰及支气管炎症的各种室上速可用普罗帕酮;⑤有心衰及低血压患者禁用维拉帕米^[10]。

综上所述,肺心病并发心律失常常有诱因,治疗原则与一般心律失常不同,关键是治疗发病原因,消除诱因,仅在心律失常持续存在时谨慎使用药物。本观察

分析了临床上常见慢性肺源性心脏病的常见诱因、类型及治疗方法,为更好地临床处理肺心病心律失常提供了理论依据。

参考文献

- [1] 张炜平, 周长珏. 慢性肺源性心脏病并发心律失常 389 例临床分析[J]. 医学综述, 2011, 17(6): 950-951.
- [2] 何永利. 慢性肺源性心脏病与心律失常的关系[J]. 临床肺科杂志, 2002, 7(3): 97.
- [3] 王华, 韦仁蛟. 肺心病心律失常 130 例临床观察分析[J]. 中国医药指南, 2011, 9(9): 23-24.
- [4] 王吉耀. 慢性肺源性心脏病内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 42-46.
- [5] 屈百鸣. 心律失常诊治新理念[J]. 浙江医学, 2013, 35(05): 327-329.
- [6] 肖桂贤, 陆放, 张永红. 慢性心源性心脏病并发心律失常 98 例临床分析[J]. 中国现代医生, 2008, 46(13): 155.
- [7] 陶立刚, 谢东阳, 姜丽萍, 等. 202 例慢性肺源性心脏病与心律失常临床分析[J]. 赣南医学院学报, 2007, 27(1): 127.
- [8] 陆再英. 内科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 95-97.
- [9] 谢协忠. 慢性肺心病心律失常 118 例临床分析[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2005, 22(7): 632-633.
- [10] 王亚丽, 高玉梅. 肺源性心脏病心律失常的临床特点[J]. 临床医学, 2008, 28(12): 17-18.

(收稿日期: 2012-10-23)

· 调查研究 ·

充填因素对牙折裂的影响因素调查

胡坤娥

【摘要】 目的 评价窝洞的充填因素对牙折的影响。方法 应用流行病学调查方法,收集 2009 年 6 月-2011 年 7 月来煤炭总医院就诊已进行窝洞充填超过 1 年的 1256 颗后牙,其中发生 238 颗牙折的临床病例,分析影响其牙折发生的相关因素。结果 银汞充填的牙齿 783 颗,有 182 颗牙齿发生折裂(23.2%)。金嵌体的牙齿 95 颗,有 23 颗(24.2%)发生折裂,而树脂充填牙齿数为 312 颗,折裂牙齿数为 26 颗(8.3%),瓷嵌体牙齿 66 颗,发现折裂的牙齿数为 7 颗(10.6%)。银汞合金及金嵌体充填较树脂与瓷嵌体充填牙折裂的发病率要高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。就充填的类型来看,Ⅱ类充填的牙齿 576 颗,发现 127 颗牙齿(22.0%)折裂,Ⅰ类充填的牙齿 680 颗,其中 111 颗折裂牙(16.3%),Ⅱ类充填较Ⅰ类充填折裂的发生率高,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论 充填材料的选择和充填的类型是影响牙折的重要因素。

【关键词】 窝洞充填;牙折;流行病学调查

【中图分类号】 R781.22 R195 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1275-02

Clinical Investigation of Impact Factors about Cavity Filling Associated with Posterior Fractured Teeth Hu Kun-e. Stomatology Department, Meitan General Hospital, Beijing 100028, China

【Abstract】 Objective To explore the influence factor of cavity filling on posterior fractured teeth. **Methods** Through epidemiological investigation, 1256 posterior teeth were collected, cavity filling was diagnosed beyond one year and factors related to fractured teeth was analyzed. **Results** Compared with resin(26 in 312, 8.3%) or porcelain(7 in 66, 10.6%), the use of materials such as gold(23 in 95, 24.2%) or amalgam(182 in 783, 23.2%) increased the occurrence of longitudinal tooth fractures, the difference between them was significant($P < 0.05$). As the class I or II restorations, the class II restorations(127 in 576, 22.0%) were associated with more cracks than class I restorations(111 in 680, 16.3%), the difference between the two groups was significant($P < 0.05$). **Conclusion** Cavity filling materials, type of cavity were important causes of fracture tooth.

【Key words】 Cavity filling; Fractured Tooth; Epidemiological investigation

牙折是窝洞充填后主要并发症之一,经常表现为咬合不适,或者表现为冷刺激敏感。发生牙折的牙齿可发生牙髓炎甚至牙齿劈裂需要拔除^[1]。本文回顾性分析了不同充填材料充填后造成牙折的相关表现,以为临床提供参考。

1 对象与方法

1.1 调查对象 对 2009 年 6 月-2011 年 7 月就诊于北京煤炭医院口腔科且窝洞充填在 1 年以上的患牙进行调查。

1.2 调查方法 本文采用流行病学"个例调查"方法,调查内容包括患者一般情况、充填物情况以及牙折相关资料。调查表由 2 名高年资主治医师结合询问病史、查看病历和填写临床检查。牙折病例纳入标准:有 1 年以上窝洞充填或者嵌体修复,患牙有咬合不适,偶有咬在一特定部位引起短暂撕裂样疼痛病史,症状可自行缓解,可以伴冷热刺激痛。临床检查牙合面可见与发育沟吻合的裂隙,延伸越过边缘嵴,止于邻面牙冠;X 线未见牙周及根尖周炎病变,观察牙折的方法有肉眼观察,透照法,2.5% 碘酞染色法,显微镜。记录充填材料及洞型的类型。

2 结果

共检查 1256 个窝洞充填患牙,其中 238 颗牙齿确诊为牙折裂,诊断方法通过直视(48%),透照(18%),染色(17%),显微镜检查(9%),以及治疗中诊断(8%)。检查银汞充填的牙齿 783 颗,有 182 颗牙齿发生折裂(23.2%)。金嵌体的牙齿 95 颗,有 23 颗发生(24.2%)发生折裂,而树脂充填牙齿数为 312 颗,折裂牙齿数为 26 颗(8.3%),瓷嵌体牙齿 66 颗,发现折裂的牙齿数为 7 颗(10.6%)。银汞合金充填及金嵌体充填较树脂与瓷嵌体牙折裂的发病率要高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。从充填的洞型来看,Ⅱ类充填的牙齿 576 颗,发现 127 颗牙齿(22.0%)折裂,Ⅰ类充填的牙齿 680 颗,其中 111 颗折裂牙(16.3%),Ⅱ类充填较Ⅰ类充填折裂的发生率高,差异具有统

计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

银汞是一种有着 100 多年应用历史的充填材料,具有较强的机械强度,并且在固化前有充裕的塑形时间,但是由于汞污染的问题以及色泽的限制,近年来临床逐渐减少使用。树脂类材料色泽良好,与牙齿粘接有效并且色彩协调。随着铸造工艺的发展以及材料学的进步,嵌体的应用也越来越广泛,取得了很好的治疗效果。本研究中,牙折与充填体的类型显著相关。银汞充填的牙齿和金嵌体的牙齿更易于发生折裂,而树脂充填和瓷嵌体充填的牙齿的牙折发病率较低。与 Seo 的观察一致^[2]。充填牙齿的发生牙折的原因尚不明确,发生的原因可能是咀嚼时牙齿受到的咬合力和充填材料随着热膨胀引起了牙尖的形变。就几种材料的热膨胀系数来说,银汞(22~28 ppm/°C)和金(14 ppm/°C)的热膨胀系数都比牙齿(8~11 ppm/°C)的高,因而更容易引起折裂。而瓷的热膨胀系数(4~12 ppm/°C)与牙齿接近,是较理想的充填材料。复合树脂(28~45 ppm/°C)虽然热膨胀系数较大,但是在固化时有 2%~5% 的聚合收缩,所以体积变化不大。而且,树脂和粘接层的低弹性模量补偿了热膨胀和咬合时的压力引起的形变^[3]。应该注意的是如果缺损的体积越大,边缘线越长,越不利于树脂的粘接^[4]。此外,树脂和瓷与粘接材料以及粘接材料和牙齿之间有微机械粘接或者是化学粘接,从而在发生热膨胀时能够保持一致。虽然现在也有银汞或者金的粘接充填,但是也不能避免隐裂的发生,因为热膨胀系数仍是重要因素。

有研究认为隐裂的发病和充填的大小有关^[5]。充填体积越大,咀嚼时容易产生微裂^[2],温度变化和异常咬合力也易诱发隐裂的形成^[6]。有研究发现与正常牙齿相比,Ⅰ类充填和Ⅱ类充填的牙齿更容易发生隐裂^[7]。Cameron CE^[8]报道说Ⅱ类充填因为破坏了边缘嵴,牙齿结构受损,其发生隐裂的可能性是Ⅰ类充填的 2.4 倍。但 Roh BD 等^[9]认为Ⅰ类充填比Ⅱ类充

填隙裂发生率高。还有报道认为两种充填之间无差异^[10]。本研究中 I 类洞型发生折裂的比例是 16.3%, II 类洞型发生折裂的比例是 22.0%, 差异有统计学意义, 提示邻接关系的破坏导致合力的不合理分布可能是折裂发生率较高的原因。

充填材料的种类以及洞型的类型与牙折有关。根据本研究, 为了预防隐裂, 粘接性树脂或者瓷嵌体是目前充填修复的首选材料。随着材料学的发展和粘接技术的不断提高, 将会为医生和患者提供更多的选择。

参考文献

[1] 樊明文. 牙体牙髓病学[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 135-140.
 [2] Deog-Gyu Seo, Young-Ah Yi, Su-Jung Shin, et al. Analysis of Factors Associated with Cracked Teeth[J]. J Endod, 2012, 38(3): 288-292.
 [3] Jiang W, Bo H, Yongchun G, et al. Stress distribution in molars restored with inlays or onlays with or without endodontic treatment; a three-dimensional finite element analysis[J]. J Prosthet Dent, 2010, 103(1): 6-12.

[4] 赵然. CHARISMA 树脂修复楔状缺损失败的临床分析[J]. 河北医学, 2008, 14(9): 1026-1027.
 [5] Berman LH, Kuttler S. Fracture necrosis: diagnosis, prognosis assessment, and treatment recommendations[J]. J Endod, 2010, 36(3): 442-446.
 [6] 余辉, 余建桥. 125 例中老年人牙隐裂疗效临床分析[J]. 中华全科医学, 2010, 8(1): 72.
 [7] Udoye CI, Jafarzadeh H. Cracked tooth syndrome: characteristics and distribution among adults in a Nigerian teaching hospital[J]. J Endod, 2009, 35(3): 334-336.
 [8] Cameron CE. The cracked tooth syndrome: additional findings[J]. J Am Dent Assoc, 1976, 93(5): 971-975.
 [9] Roh BD, Lee YE. Analysis of 154 cases of teeth with cracks[J]. Dent Traumatol, 2006, 22(3): 118-123.
 [10] Torabinejad M, Walton RE. Endodontics: Principles and Practice [M]. 4th ed. Philadelphia: Saunders, 2008: 474.

(收稿日期: 2013-01-06)

(上接第 1228 页)

与复发率分别为, 治疗组痊愈 70 例, 治愈率为 89.7%, 对照组痊愈 56 例, 治愈率为 71.8%, 治疗组的治愈率明显高于对照组, 两组治愈率比较差异有统计学意义 ($\chi^2 = 8.09, P < 0.01$); 治疗组复发 11 例, 复发率为 14.1%, 对照组复发 24 例, 复发率为 30.8%, 复发率明显低于对照组, 两组复发率比较差异有统计学意义 ($\chi^2 = 6.23, P < 0.05$)。

2.2 不良反应 治疗组有 4 例伤口出现少许脓性分泌物, 而对照组有 6 例, 给予抗生素口服 1 周及外涂安多福, 1 周后均愈。血常规与尿常规均无异常。

3 讨论

尖锐湿疣的治疗方法较多, 但单纯的物理治疗容易复发^[1-2]。我们采用高频电离子手术治疗仪治疗的同时加服匹多莫德口服取得了比较理想的效果, 使用高频电离子手术治疗仪是利用电磁场发射束产生等离子火焰而产生瞬间高温, 从而使组织汽化消失, 达到祛除病灶目的。所以电灼治疗尖锐湿疣操作容易控制, 灵活、快捷、方便, 可以根据疣体的具体情况做烧灼、切割和汽化等治疗。手术中用长火对血管的碳化止血效果好。但是尖锐湿疣只通过物理方法治疗, 由于其只是单纯的清除疣体而对其周围潜在的感染的 HPV 病毒则无作用而易复发的特性^[3], 复发的主要原因是一方面是人乳头瘤病毒存在亚临床感染和潜伏感染^[4], 另一方面是尖锐湿疣患者可降低 T 细胞和单核细胞的内部反应活性, 自然杀伤细胞数量减少, 活性降低; 外周血单核细胞产生的 IL-2 活力降低等导致免疫功能降低^[5] 及 Th1/Th2 免疫失衡^[6]。所以欲降低尖锐湿疣的复发, 使用免疫增强的生物制剂^[3] 是目前常用的一种治疗辅助手段, 而免疫疗法能快速破坏和消除疣体及使创面在短期内愈合^[7]。匹多莫德人工合成的二肽, 具有广泛的生物活性, 是一种新型非特异性免疫调节剂, 近年来发现它对尖锐湿疣的疗效肯定^[8]。匹多莫德是通过刺激和调节细胞介导而起作用的一种具有

口服活性的免疫增强药, 它可以通过促进细胞及中性粒细胞的吞噬活性, 提高其趋化性; 激活自然杀伤细胞; 促进有丝分裂, 使免疫低下时降低的 CD4⁺/CD8⁺ 细胞^[9] 比值升高而使其免疫恢复正常。匹多莫德通过刺激外周血淋巴细胞生成 IL-2 并增加淋巴细胞对 IL-2 的敏感性, 诱导 Th0 向 Th1 转化, 增强了免疫系统对病毒的抵抗能力^[10]。

我科采用电灼联合匹多莫德口服治疗尖锐湿疣, 可明显提高其治愈率和降低其复发率, 进一步证实了免疫增强剂对尖锐湿疣治愈和复发具有积极的意义。因为其方法简单、方便, 副作用少, 安全性高, 值得临床推广。

参考文献

[1] 金贞爱. GX-III 型多功能电离子手术治疗机联合局部封闭干扰素治疗肛周尖锐湿疣的疗效观察[J]. 慢性病学杂志, 2010, 12(6): 504.
 [2] 胡瑚, 刘秀红, 李晓东. 不同方法治疗复发性尖锐湿疣疗效对比观察[J]. 皮肤病与性病, 2010, 32(3): 49-50.
 [3] 林盛智, 王丽娟. 电离子手术联合卡介菌多糖核酸、中药熏洗治疗尖锐湿疣疗效观察[J]. 皮肤病性病诊疗学杂志, 2010, 17(4): 295.
 [4] 梅益萍, 贾爱霞. CO₂ 联合重组人干扰素 α 2b 治疗尖锐湿疣疗效观察[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2010, 13(3): 396-397.
 [5] 葛红芬, 臧运书, 汤占利, 等. 5-氨基酮戊酸 - 光动力疗法治疗尖锐湿疣疗效分析[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2011, 25(1): 96-98.
 [6] 李新立, 王颖, 宋贯杰, 等. 治疗男性复发性尖锐湿疣 76 例报道[J]. 现代泌尿外科杂志, 2010, 15(5): 373-374.
 [7] 尹伟欣, 任秀芝, 魏国荣. 重组人干扰素 α -1b 局部封闭联合高频电灼治疗尖锐湿疣的临床观察[J]. 徐州医学院学报, 2010, 30(3): 190-191.
 [8] 何云飞, 刘丽华. 匹多莫德联合微波治疗尖锐湿疣的临床观察[J]. 西南军医, 2009, 11(1): 18-19.
 [9] 薛春梅, 刘丽. CO₂ 激光联合乌体林斯和中药外洗治疗尖锐湿疣 112 例临床分析[J]. 中国临床医生, 2010, 38(5): 49-50.
 [10] 王雪舟. 匹多莫德对尖锐湿疣 CO₂ 激光治疗后复发的预防作用[J]. 中国药师, 2010, 13(2): 264.

(收稿日期: 2013-02-04)

· 调查研究 ·

合肥某高校大学女生性知识与性观念的调查研究

赵敏, 王丽君, 程男平, 石雪梅, 孙玉荣, 王慧, 武松

【摘要】 目的 调查某高校在校大学女生性知识认知现状、性健康教育的需求情况, 为高校开展相关课程提供理论依据。**方法** 对某高校 18~25 岁大学女生 920 人进行整群抽样问卷调查, 原始数据用 SPSS 统计软件进行录入与分析。**结果** 大学女生对科学的性知识掌握零散、不系统; 性观念受传统思想和西方文化的共同影响, 存在误区; 获取性知识渠道狭窄、不正规。**结论** 高校应定期开展面向大学女生的性健康教育课程, 普及科学的性知识, 树立健康性观念, 促进大学女生的身心健康发展。

【关键词】 大学女生; 性知识; 性观念; 性健康教育

【中图分类号】 G479 R167 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1277-02

A Survey about Sexual Cognition and Attitude among Female College Students in Hefei ZHAO Min, WANG Li-jun, CHENG Nan-ping, et al. Anhui University of Traditional Chinese Medicine, Hefei 230001, Anhui, China

【Abstract】 Objective To survey the current situation of female college students' understanding condition of sexual knowledge, and the conditions of demand for sexual health education with an aim to provide theoretical basis for the related health education conducted by colleges. **Methods** We conducted the whole group sampling questionnaire survey of 920 students aged 18 - 25 years old students. Then used the statistical software SPSS to input and analyze the raw materials. **Results** Female college students had incomprehensive and unsystematical knowledge of scientific sexual knowledge; their sexual concepts were influenced by both traditional thought and western culture and there existed misunderstandings; their ways to acquire sexual knowledge were limited and informal. **Conclusion** Colleges should conduct the related courses of sexual health education at regular intervals, which can spread the scientific sexual knowledge, set up the health sexual concept.

【Key words】 Female college students; Sexual knowledge; Sexual attitude; Sexual health education

近年来,随着经济发展、中西方文化交流的深入,人们的性观念和性态度也在发生变化,尤其是大学生。大学生随着性成熟、性意识的萌发,不仅出现一系列青春期特有的现象,也产生了一个性知识的需求问题^[1]。然而,在多元文化冲击下,一些影视作品和网络上的负面信息造成大学生心理和性行为产生偏差,使传统的贞操观念面临着严峻的挑战^[2]。为进一步了解现代大学女生性知识现状,促进其身心健康,笔者于 2012 年 6~7 月展开本次调查,现将调查结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 调查对象 调查对象为合肥某高校 2009~2011 级在校大学女生,年龄 18~25 岁。

1.2 调查方法 使用自行设计的问卷,共发放问卷 920 份,回收 904 份,回收率 98.26%。经过滤填写不合格的问卷后,有效问卷共 881 份,有效率为 95.76%。

1.3 统计学方法 调查表经过复核后,采用 EpiData 3.1 软件进行双重输入,并按 15% 的比例随机抽查核对,以保证资料录入的准确性。用 SPSS 17.0 统计软件包进行统计分析,多组间率的比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般情况 调查涉及大一到大三 3 个年级,分别为一年级 288 人(32.7%);二年级 307 人(34.8%);三年级 286 人(32.5%)。

2.2 在校大学女生性知识现状

2.2.1 性知识一般了解情况 在性知识总体了解上,高达 63.8% 的学生对性知识不太了解,仅 3.1% 的学生非常了解,而

2.7% 的学生完全不了解。其中,是否上过生理卫生课比较差异有统计学意义, $P < 0.01$ 。见表 1。

表 1 生理卫生课程因素对大学女生性知识了解情况的影响(n,%)

知识条目	以前是否上过生理卫生课程		P 值
	上过	没上过	
对性知识的了解程度			0.000
非常了解	24(4.7)	3(0.8)	
比较了解	176(34.5)	92(24.8)	
不太了解	299(58.6)	263(70.9)	
完全不了解	11(2.2)	13(3.5)	
知道几种避孕方法			0.000
1 种	77(15.1)	82(22.1)	
2 种	199(39.0)	178(47.9)	
3 种	131(25.7)	64(17.3)	
3 种以上	103(20.2)	47(12.7)	
对性病的了解			0.000
了解	131(25.7)	54(14.6)	
不太了解	329(64.5)	235(63.3)	
不了解	50(9.8)	82(22.1)	

2.2.2 性知识的主要来源 大学女生在性知识来源上,通过课堂获得的仅占 38.7%,其他依次为书刊(68.6%)、同龄人(57.5%)、网络(53.3%)、父母或长辈(18.5%)、录像(12.7%)。

2.3 在校大学女生性观念现状

2.3.1 一般性观念 性观念是一个人很重要的观念,它不仅关系到现在的的生活和学习,也关系到将来的婚姻和幸福^[3]。调查得知,2.2% 的大学女生对同居表示大力支持,43.5% 的学生认为能够接受,而有 20.7% 学生表示坚决反对。在被调查者中,处于恋爱中的比例高达 35.2%,而是否处于恋爱中差异有统计学意义, $P < 0.01$ 。见表 2。

2.3.2 对待婚前性行为的态度 在被调查者中,因生源地、年

基金项目:安徽中医学院青年科研基金(2005QN010);安徽省自然科学基金(10040606Q38);安徽省优秀青年教师基金项目(2009SQRZ119)

作者单位:230038 合肥市,安徽中医学院护理学院

通讯作者:武松,电子信箱:jswu167@126.com

级和是否为独生子女等影响因素的不同对待婚前性行为的态度亦有所不同,差异均有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 3。

2.3.3 对同性恋的态度 同性恋至今在各国都仍然是极为敏感的话题^[4]。调查显示,33.3% 的大学女生对同性恋表示能够接受,10.8% 的学生认为事不关己,35.9% 的学生认为存在即合理,而 20.1% 的学生表示不可理解。

表 2 是否处于恋爱中对大学女生性观念的影响(n,%)

知识条目	是否处于恋爱中		P 值
	是	否	
对大学生同居的看法			0.000
大力支持	13(4.2)	6(1.0)	
能够接受	156(50.3)	227(39.8)	
事不关己	93(30.0)	204(35.7)	
坚决反对	48(15.5)	134(23.5)	
认为身边同学有发生过性行为的可能			0.000
一定有	68(21.9)	92(16.1)	
可能有	144(46.5)	239(41.9)	
不清楚	94(30.3)	216(37.8)	
一定没有	4(1.3)	24(4.2)	

表 3 大学女生对婚前性行为的态度情况(n,%)

组别	支持	不支持	无所谓	P 值
生源地				0.001
城市	7(9.6)	41(56.2)	25(34.2)	
城镇	10(6.5)	72(46.5)	73(47.0)	
农村	58(8.9)	434(66.5)	161(24.6)	
年级				0.048
一年级	18(6.3)	203(70.5)	67(23.3)	
二年级	28(9.1)	192(62.5)	87(28.3)	
三年级	29(10.1)	152(53.1)	105(36.7)	
是否独生子女				0.015
是	12(9.0)	67(50.0)	55(41.0)	
否	63(8.4)	480(64.3)	204(27.3)	

3 讨论

3.1 大学女生对性知识的掌握情况 调查显示,大学女生在性知识的掌握上仍有待加强,高达 63.8% 的大学女生对性知识处于不太了解的程度,上过生理卫生课程的学生掌握情况明显较好,充分说明在中学阶段开展性健康教育相关活动的必要性。

3.2 大学女生获取性知识渠道狭窄,开设基础生理卫生课程的必要性 本次调查显示,大学女生获得性知识的途径依次为书刊(68.6%)、同龄人(57.5%)、网络(53.3%)、课堂(38.7%)、父母或长辈(18.5%)、录像(12.7%),这就导致了学生的性知识零散、不系统。另外,色情文化的泛滥也影响到大学生对性的认识和理解^[5]。网络性文化需与“色情”保持距离^[6]。调查显示,是否上过生理卫生课程与当前对性知识掌握程度呈正相关,因此,学校应该有计划、有目的、有针对性地开展性健康教育的相关活动,如开设课程,举办讲座、宣传活动、

咨询会等,以保障学生性生理和性心理的健康。

3.3 大学女生性观念保守与开放并存 在我国,几千年性封闭传统的影响根深蒂固,不少人对于性问题讳莫如深,甚至把性与黄色、下流、淫秽肮脏等丑陋现象相提并论^[7]。然而,当性教育在我国还是神秘而羞涩的领域时,西方国家的性教育已系统开展了几十年^[8]。受西方“性解放,性自由”思想的影响,或是出于好奇心,大学生群体的性观念正在逐渐自由化,在迫切需要获得性知识的同时也在盲目尝试性行为,这就导致大学生性观念保守与开放并存。大学生的性行为无疑都是婚前性行为,冲动而非理性是其典型的特征^[9]。在本次受访者中,已有 8.5% 的学生表示可以接受婚前性行为,29.4% 的学生表示对此无所谓,47.9% 的学生能够接受大学生同居现象;33.3% 的学生表示能够接受同性恋现象。这说明越来越多的大学女生能够坦然看待性问题,传统思想的影响仍然存在,然而受西方文化的影响,这种性观念自由化的现象已经可见一斑。

3.4 对高校大学生性健康教育的反思 著名学者李银河表示,大学生性问题之所以被热切关注,是由于我国教育体系中,性教育的长期缺席^[10]。大学生正逐渐成熟但又不够成熟,更容易误入人生的歧途。高校校园是当代大学生成长过程的主要文化环境,大学生健康的性心理,符合社会道德要求的性行为与他们生活的环境——校园文化是分不开的^[7]。学校应该充分认识性健康教育的重要性,在营造健康、积极向上的校园大环境,鼓励学生参与丰富多彩的校园文化活动的同时,积极开设性健康教育课程,加强相关法律法规的宣教,成为大学生健康成长、立志成才、报效祖国的坚强后盾。

参考文献

- [1] 杨晓笛. 897 名大学生性知识、性观念现状调查[J]. 中国健康教育, 2005, 21(5): 369-370.
- [2] 桑亚杰. 大学生婚恋观调查分析及对策[J]. 卫生职业教育, 2010, 28(13): 102-105.
- [3] 崔义祥. 性教育[J]. 中国健康教育, 2005, 21(6): 424-427.
- [4] 李钟艳, 任光祥. 医学专科生同性恋认知程度调查分析[J]. 黔南民族医学学报, 2006, 19(2): 91-92.
- [5] 张慧卿. 当代大学女生婚恋观浅析[J]. 河北青年管理干部学院学报, 2008(3): 30-32.
- [6] 李广武. 对新时期性文化建设的思考[J]. 中国性科学, 2009, 18(8): 18-20.
- [7] 赵振有. 当代大学生“性”情辨析[J]. 江西蓝天学院学报, 2007, 2(3): 92-93.
- [8] 尤琪, 郑建华, 徐柏, 等. 大学生性健康教育现状及对策[J]. 医学教育探索, 2008, 7(4): 441-442.
- [9] 关鸿军, 刘辉. 大学生性教育的实证分析[J]. 中国高等医学教育, 2012(6): 41-43.
- [10] 程桂荣, 周乾毅, 袁新初. 当代大学生性知识、性观念现状和性教育思考[J]. 西北医学教育, 2008, 16(4): 736-738.

(收稿日期: 2012-11-02)

(上接第 1241 页)

- [3] 沈玉彬, 韩正冉. 氯吡格雷联合疏血通治疗急性脑梗死疗效观察[J]. 安徽医学, 2012, 33(11): 1480-1481.
- [4] 马争飞, 钟平. 感染及炎症反应在脑梗死发病中的临床研究[J]. 中华全科医学, 2012, 10(2): 197-198.
- [5] 王大力, 张红, 彭延波, 等. 血清 hs-CRP 浓度与急性脑梗死的关系[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2007, 10(2): 70-71.
- [6] 樊云峰. 高敏 C 反应蛋白与急性脑梗死的相关性研究[J]. 临床荟

萃, 2010, 25(4): 339-340.

- [7] 杨晓阳. 急性脑梗死与高敏 C 反应蛋白水平及颈动脉斑块性质的关系探讨[J]. 医药论坛杂志, 2011, 32(20): 118-119.
- [8] 陶四明, 黄涛, 盛守权. 血清高敏 C 反应蛋白含量与急性脑梗死病情及预后的关系[J]. 安徽医药, 2011, 15(7): 869-870.
- [9] 尉娜, 杨纯生, 李素芳. 川芎嗪对急性脑梗死患者全血黏度及红细胞聚集指数的影响[J]. 新乡医学院学报, 2007, 24(6): 588-589.

(收稿日期: 2012-10-08)

· 调查研究 ·

糖尿病患者重复使用胰岛素针头的调查与对策

郭建梅, 张晓义

【摘要】 目的 探讨糖尿病患者重复使用胰岛素针头的原因及对策。方法 调查南通市第五人民医院及南通大学附属医院门诊就诊以及住院的 188 名使用胰岛素治疗的患者针头更换情况, 针对不更换针头的糖尿病患者及家属进行风险教育, 鼓励患者正确使用胰岛素针头, 此外, 通过适当节约、回收废弃针头、发放新针头等措施予以患者帮助。结果 经济原因是不更换针头的主要原因。患者在杜绝重复多次使用针头方面取得了一定的成效。结论 最大努力减少重复使用胰岛素针头对患者造成的危害, 我们的力量是微不足道的, 应争取家庭和社会的支持, 减少重复注射对患者造成的危害。

【关键词】 糖尿病; 经济原因; 重复使用胰岛素笔针头; 对策

【中图分类号】 R587.1 R472.9 R195 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1279-02

Investigation and Strategy of Using Insulin Pen Needles Repeatedly for Economic Reasons GUO Jian-mei, ZHANG Xiao-yi. *Cadre Department of Internal Medicine, the Fifth People's Hospital of Nantong, Nantong 226001, Jiangsu, China*

【Abstract】 Objective To investigate the strategies of using insulin pen needles repeatedly for economic reasons. **Methods** Investigate 188 patients' situation of replacement of insulin pen needles who came from the Fifth People's Hospital of Nantong City and Nantong University outpatient hospital, if the reason was economic, then we begin to conduct education about risk factors for patients with diabetes and their families and encourage patients to use insulin needles appropriately, besides, we help patients to recycle discarded needles, and give them new needles. **Results** We do our best to reduce the harm to patients caused by duplication, however, our strength was negligible, and we need seek the support from our family and society. **Conclusion** We do our best to reduce the harm to patients caused by duplication, however, our strength was negligible, and we need seek the support from our family and society.

【Key words】 Diabetes; Economic reasons; Repeatedly using insulin pen needles; Strategies

糖尿病患者在学习生活方式干预和口服降糖药物治疗失败之后, 需较长时间甚至终身注射胰岛素以控制血糖^[1-2]。在临床工作中, 我们发现患者在自我注射过程中操作不当的问题也日益突出。胰岛素注射方法是否正确, 直接关系到患者血糖控制的成败以及影响着糖尿病并发症的发生和发展^[3]。然而, 在使用胰岛素笔的患者中, 一次性针头重复使用的现象极为普遍。其中, 经济因素是导致针头重复使用的重要原因之一^[4]。因此, 本文对患者重复使用一次性针头的原因进行了调查和分析, 并根据调查结果采取了相应的措施, 获得了良好的效果。

1 对象与方法

1.1 调查对象 选取 2011 年 4~9 月在南通市第五人民医院及南通大学附属医院门诊就诊以及在内科住院的使用胰岛素笔注射时间大于 2 周的糖尿病患者 188 例, 其中男性 77 例、女性 111 例; 年龄 26~78 岁, 其中, <40 岁 18 例、40~60 岁 103 例、>60 岁 67 例; 文化程度: 文盲 18 例、小学 42 例、初中及中专 104 例、大专及以上 24 例; 月收入: 0~2000 元 134 例, 2000~5000 元 34 例, 5000 元以上 20 例; 医疗方式: 自费 75 例, 医保 113 例。

1.2 调查方法 根据相关文献和临床专家意见, 自行设计调查问卷, 内容包括患者的一般资料及重复针头的原因。发出问卷 188 份, 收回有效问卷 188 份, 回收率 100%。

1.3 统计学方法 采用 SPSS 13.0 软件对数据进行描述分析。

2 结果

2.1 未更换针头的原因 不知道针头是一次性使用的有 37 例(19.7%); 经济原因的有 114 例(60.6%); 认为针头为专人使用, 不需要每次更换的有 22 例(11.7%); 觉得每次换针头太麻烦, 从而不更换者有 13 例(6.9%)。

2.2 针头重复使用次数 针头每次更换 41 例(21.8%); 使用

2 次 19 例(10.1%); 使用 3~4 次 24 例(12.8%); 使用 5~9 次 27 例(14.4%); 使用 10~19 次 48 例(25.5%); 使用 20~29 次 16 例(8.5%); 针头重复使用超过 30 次者 13 例(6.9%)。

3 讨论

3.1 患者重复使用胰岛素针头原因分析 调查发现, 重复使用针头的有 147 名患者, 占总人数的 78.2%, 重复使用针头的患者中有 114 名(77.6%) 由于经济原因未每次更换针头, 占总人数的 60.6%, 结果与其他研究^[5]类似。即使月收入在 5000 元以上的患者也有人认为每次使用后即丢弃针头实属浪费。每位患者注射胰岛素的时间都长达几个月甚至更久, 这大大增加了患者的经济负担, 对于没有医疗保险和家庭经济状况不好的患者来说更是一笔不小的开销。

3.2 应对措施

3.2.1 风险教育 我们应当针对每位患者的错误行为进行风险教育, 发放针头一次性使用和重复使用后的对比图, 结合案例告知患者重复使用针头的严重危害。告知患者不应在针头上节省开支, 错误的注射方法会导致血糖控制不佳, 胰岛素越打越多, 从长远角度看, 反而耗费更多财力。重复使用会导致针尖弯曲变形, 不仅会增加注射时的疼痛感, 还可能引起皮下出血, 增加皮肤感染的机会, 甚至针头折断在体内^[6], 由此造成更大的伤害, 花费更多的金钱。此外, 重复使用针头, 还会污染笔内的药液和改变胰岛素的浓度, 导致剂量不精确^[7]。

3.2.2 适当节省 国外有研究报道^[8] 针头重复使用 5 次后并不会导致针尖变形, 或者引起注射时的疼痛不适感。国内早期有研究者^[9] 曾调查发现胰岛素一次性注射器针头重复使用 2~8 次后未发现注射局部有疼痛、红肿、瘙痒以及针头变钝、弯曲等现象。张丽芳^[10] 等建议诺和针头最多使用不能超过 6 次。因此, 对于家庭经济十分困难的患者, 我们可教育患者倘若实在做不到一次性使用针头, 那么重复使用针头的次数最好不要超过 5 次, 以降低重复使用针头造成的风险。

3.2.3 鼓励制度 我院设有专门的糖尿病 (下转第 1293 页)

血清胃蛋白酶原检测及其在胃癌筛查中的应用进展

汪畅, 王凤超

【关键词】 胃蛋白酶原; 胃癌; 检测; 进展

【中图分类号】 R735.2 R345.1 【文献标识码】 A 【文章编号】 1674-4152(2013)08-1280-02

全球每年约有 1 万例胃癌新发病例,居癌症最常见死因的第 2 位^[1]。当胃部肿瘤被发现时,多数情况下,癌细胞已侵入肌层,预后很差,在实行胃大部切除术和化疗后,5 年生存率也仅为 20% 左右^[1]。若胃癌在早期即被诊断,此时癌细胞仍局限于黏膜和黏膜下层,5 年生存率可达到 90% 以上^[2-3]。因此,早期诊断对于降低胃癌的病死率显得尤为重要。纤维胃镜在临床上一直被视为是诊断胃黏膜病变的“金标准”,但由于其侵入性的特点,一直使患者难以承受,受检率低。而近年来,先进行血清胃蛋白酶原(pepsinogen, PG)检测,再根据结果选择性实行胃镜检查的筛查方案已成功诊断多数胃癌于早期阶段,使 5 年生存率大大增加^[4-6]。本文就胃蛋白酶原的生物学特性、实验室检测及在早期胃癌诊治中的应用进展等方面予以阐述。

1 胃蛋白酶原的生物学特性

PG 是一种分子量为 42 kD 的单链多肽,属门冬氨酸蛋白酶家族,它主要由胃主细胞合成和分泌,并转化成有分解蛋白能力的胃蛋白酶。PG I 仅由胃底腺的主细胞和颈黏液细胞产生,而 PG II 由上述两种细胞分泌外,还由幽门腺和 Brunner 腺分泌。胃几乎是胃蛋白酶原的唯一来源,血清 PG 浓度的变化反映胃黏膜的形态和功能状态,血清 PG I 和 PG II 也可用于反映胃黏膜腺体和细胞的数量。

1969 年胃蛋白酶原研究的先驱 Samloff 把正常胃黏膜萃取后经电泳而得到 8 种蛋白酶,依其速度快慢和能否被不同酸碱度活化而分成 Pepsinogen 1 到 7 (Pg1 ~ 7) 及缓速蛋白酶。另外根据免疫学特性的差异把 Pg1 到 Pg5 合称一群为 PG I,而 Pg6 及 Pg7 则称 PG II; 欧洲在 1983 年荷兰国际会议中以 PGA 及 PGC 来代表二者。

2 胃蛋白酶原的实验室检测

2.1 实验室检测方法

PG 的检测方法主要有放射免疫测定法(RIA)、酶联免疫吸附测定法(ELISA)、时间分辨荧光免疫分析法(TRFIA)、胶乳增强免疫比浊法和化学发光微粒子免疫检测法(CMIA)。RIA 是最早用于 PG 检测的方法,具有灵敏度高、特异性强的优点,但由于试剂具有放射性,且有效期短不易保存,目前临床上已很少使用。ELISA 是目前检测血清 PG 含量较为常用的方法,其检测灵敏度为 1 μg/L,线性范围为 0.8 ~ 170 μg/L,具有检测成本低、操作简单的优点^[7],不足之处在于检测程序繁琐,易造成人为误差。TRFIA 是以镧系元素及其螯合物作为示踪剂,并与时间分辨荧光检测相结合的一种免疫分析技术,具有灵敏度高、示踪剂稳定、无放射性等优点。张祥瑞等^[8]研究显示, Eu³⁺ 标记单抗在 -30 °C 保存,稳定性可达 1 年以上,检测结果较为可靠。胶乳增强免疫比浊法是检测血清 PG 含量较好的方法,灵敏度高、特异性强,其检测线性范围为 0.2 ~ 174 μg/L,此方法既可以单个标本随时测定,也适合于批量测量。CMIA 是检测 PG 的一种新方法,它具有高灵敏、宽线性范围的特点。此方法操作简便、结果准确可靠、自动化程度高,大大减少了交叉污染及人为误差。由于检测试剂的成本高,故使此方法的普及受到了限制。

2.2 影响血清胃蛋白酶原水平的因素

胃幽门螺旋杆菌(HP)感染是影响血清 PG 水平的重要因素。HP 可刺激主细胞,纯化的 HP 内毒素能使离体兔的胃腺 PG 分泌增加 50 倍,血清 PG 水平受 HP 感染的影响,血清 HP 抗体阳性人群 PG I 水平明显高于 HP 阴性者。国内孙丽萍等^[9]对辽宁庄河地区居民进行血清 PG 含量的检测结果也支持这一观点。HP 感染时,血清 PG I 和 PG II 均明显增高,PG I / II 比值变化不大,行 HP 根除治疗后,血清 PG 水平均明显下降,PG I / II 比值与根除前类似。

性别、年龄及药物等因素也与血清 PG 水平有关。Kim Hy 等^[10]在筛查 1485 名健康受试者的报道中指出,男性 PG I 水平明显高于女性,而 PG II 及 PG I / II 比值无明显变化。无论是否 HP 感染,PG II 均随年龄显著增加,PG I 无明显变化,从而随着年龄的变化 PG I / II 比值下降^[11]。此外,质子泵抑制剂、H2 受体拮抗剂等具有抑制胃酸分泌作用的药物均可使血清 PG I、PG II 水平减低。

2.3 血清 PG 作为胃癌筛查的临界值判定

因受检人群、地区差异及检测方法等的不同,血清 PG 作为胃癌筛查指标的临界值也存在着差异。目前大多报道均以日本 Miki K 等^[12]提出的 PG I ≤ 70 μg/L 和 PG I / II ≤ 3.0 作为 cut off 值(临界值),灵敏度和特异度分别为 77% 和 73%; 而萎缩性胃炎患者 PG I / II 比值的 cut off 值在 HP 阴性受试者中为 6.0 而在 HP 阳性受试者中为 3.0。在美国和泰国,他们虽然用的是同样的检测方法,但 PG I / II 比值的 cut off 值却分别设定为 2 和 3.3^[11]。最近 Shikata K 等^[13]提出血清 PG 的 cut off 值为 PG I ≤ 59 μg/L 和 PG I / II ≤ 3.9 时,其判定胃癌实际发生的敏感性、特异性分别为 71.0% 和 69.2%。因此,作为早期胃癌的筛查指标,针对不同人群血清 PG 的 cut off 值尚有待规范化及深入研究。

3 血清胃蛋白酶原在胃癌筛查中的应用

3.1 单独运用血清 PG 筛查法

血清 PG 法最早由日本学者三木一正应用于胃癌筛查,随后利用血清 PG 测定进行胃癌早期诊断的普查以及胃癌的预防干预计划在芬兰、挪威等国家进行。在一项以内镜检查为金标准,经血清 PG 筛查的研究中,胃癌组与其他组比较 PG I、PG I / II 比值明显降低,进展期胃癌与早期胃癌相比,降低更加明显,此时 PG II 变化不大^[14]。此外,血清 PG 检测在预测胃癌的发生中与 Meining 组织学胃癌风险指数相比具有相似的效果,结果显示较低的 PG I / II 与多因素 logistic 模型下较高风险的胃癌之间具有显著的相关性(癌症最高四分位数与最低四分位数比值为 3.51,95% 可信区间为 2.29 ~ 5.36)^[15]。因此,通过血清 PG 法检测出胃癌高危人群并用胃镜定期随访,以进行胃癌的早期筛查,具有重要的意义。

3.2 血清 PG 与血清抗-HP IgG 抗体联合筛查

单独运用血清 PG 法筛查的一个重要弊端是血清 PG 阴性胃癌的存在,尤其是弥漫型胃癌的存在^[16]。对于弥漫型胃癌标记物的检测, Ito M 等^[17]对其进行了研究,结果显示 PG 阴性、HP 阳性和 PG II ≥ 30 μg/L 时获得更高的危险度/比(OR)(男性 OR = 12.5,女性 OR = 42.7)。2000 ~ 2005 年, Miki K 等^[18]运用血清抗-HP IgG 抗体和 PG 联合检测方法对 43 438 人进行了健康体检筛查,发

现 51 例胃癌病例,其中 7 例是 PG 法阴性且 HP 血清学阳性的病例。Kodashima S 等^[19]在 2007 ~ 2009 年期间,采用血清 PG 与血清抗-HP IgG 抗体的联合检测共筛查了 48 073 人,其中在获得内镜检查的 3921 人中,有 23 人被检出胃癌(胃癌检出率 0.05%,阳性预测值 0.59%),其中 5 人被发现为晚期胃癌,剩下 18 例(78%)为早期胃癌,并且 12 例为肠型胃癌,11 例为弥漫型胃癌。因此,血清 PG 与血清抗-HP IgG 抗体两者联合检测有益于检测 PG 法阴性胃癌的存在,且使早期胃癌的检出率大大提高。

3.3 血清 PG、抗-HP IgG 抗体及胃泌素-17 三者联合筛查 研究显示^[16],血清 PG 作为早期胃癌筛查的标志检测胃窦部癌肿的效果并不理想,胃体癌 cut off 值 PG I \leq 70 ng/ml 和 PG I / II \leq 3 (阳性)的 OR 为 2.98 (95% CI, 1.69 ~ 5.23),但在胃窦癌中没有意义 (OR, 1.91; 95% CI, 0.68 ~ 5.35)。当 cut off 值提高到 PG I \leq 50 ng/ml 和 PG I / II \leq 2 (强阳性)时,两个位置的胃癌均表现出较高的危险比[胃窦 4.11 (95% CI, 1.42 ~ 11.94); 胃体 4.71 (95% CI, 2.55 ~ 8.70)]。胃泌素由胃窦 G 细胞合成,其中 90% 为胃泌素-17 (G-17),有学者认为血清 G-17 水平是胃窦萎缩及癌变的血清学标志物,在 cut off 值为 G-17 $<$ 5 pmol/L 时,反映胃窦萎缩的灵敏度和特异度分别为 36.8% 和 86.5%^[20]。国内曹勤等^[21]也报道了 PG I、PG I / II 和 G-17 水平与胃黏膜的萎缩部位及严重程度显著相关 ($P < 0.01$),萎缩性胃体胃炎 PG I、PG I / II 水平降低,G-17 水平明显升高,萎缩性胃窦胃炎 G-17 水平降低。姜相君等^[22]研究表明,血清 PG、抗-HP IgG 抗体和 G-17 都与萎缩性胃炎密切相关,三者联合检测筛查早期胃癌的灵敏度和特异度分别为 89% 和 93%。因此,通过血清中 PG、抗-HP IgG 抗体及 G-17 三者的联合筛查,能较好地包括所有类型及部位的胃癌,有望接近胃镜检查诊断的水平。

4 结语

血清 PG 的检测在早期胃癌的筛查和病情监控中具有十分重要的作用,被认为是胃黏膜状态的“血清学活检”,但由于检测方法及试剂盒的不同,各地区人群 HP 感染情况,性别、年龄构成等影响因素的差异,其作为胃癌筛查的最适 cut off 值尚有待于确定,更重要的是应加强血清 PG 检测的标准化、质量控制及量值溯源的研究,使其结果在全国范围内具有可比性。尽管 PG 对胃黏膜萎缩症呈现高的阳性率,并多应用于胃癌筛查,但它仍无法替代胃镜在胃黏膜检测中的重要性。对于血清胃蛋白酶原水平测定在评估胃黏膜功能中的作用与价值大小,依旧是尚未解决的问题,还有待于相关的医务工作者进一步探讨。

参考文献

[1] Parkin DM, Bray F, Ferlay J, et al. Global cancer statistics, 2002 [J]. CA Cancer J Clin, 2005, 55(2): 74-108.

[2] Saka M, Katai H, Fukagawa T, et al. Recurrence in early gastric cancer with lymphnode metastasis [J]. Gastric Cancer, 2008, 11(4): 214-218.

[3] Miki K. Gastric cancer screening using the serum pepsinogen test method [J]. Gastric Cancer, 2006, 9(4): 245-253.

[4] Miki K, Fujishiro M, Kodashima S, et al. Long-term results of gastric cancer screening using the serum pepsinogen test method among an asymptomatic middle-aged Japanese population [J]. Dig Endosc, 2009, 21(2): 78-81.

[5] Inoue M, Tsugane S. Epidemiology of gastric cancer in Japan [J]. Postgrad Med J, 2005, 81(2): 419-424.

[6] 景晶晶, 刘绘园, 郝金宽, 等. 2004 ~ 2010 年庄河地区胃癌死亡情况及趋势分析 [J]. 中国肿瘤, 2012, 21(1): 13-17.

[7] Diamandis EP, Nadkarni S, Bhaumik B, et al. Immunofluorometric assay of pepsinogen C and preliminary clinical applications [J]. Clinical Chemistry, 2009, 43(3): 1365-1371.

[8] 张祥瑞, 黄飏, 朱岚, 等. 胃蛋白酶原 II 时间分辨荧光免疫分析法的建立 [J]. 标记免疫分析与临床, 2004, 11(2): 99-101.

[9] 孙丽萍, 宫月华, 王兰, 等. 辽宁庄河地区居民血清胃蛋白酶原含量检测分析 [J]. 中华消化杂志, 2006, 26(10): 649-652.

[10] Kim HY, Kim N, Kang JM, et al. Clinical meaning of pepsinogen test and Helicobacter pylori serology in the health check-up population in Korea [J]. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2009, 21(6): 606-612.

[11] Nayoung Kim, Hyun Chae Jung. The Role of Serum Pepsinogen in the Detection of Gastric Cancer [J]. Gut and Liver, 2010, 4(3): 307-319.

[12] Miki K, Morita M, Sasajima M, et al. Usefulness of gastric cancer screening using the serum pep-sinogen test method [J]. Am J Gastroenterol, 2003, 98(4): 735-739.

[13] Shikata K, Ninomiya T, Yonemoto K, et al. Optimal cutoff value of the serum pepsinogen level for prediction of gastric cancer incidence: the Hisayama Study [J]. Scand J Gastroenterol, 2012, 47(6): 669-675.

[14] Irvani S, Hashemi MR, Moghadam KG, et al. Accuracy of serum pepsinogens I and II, gastrin-17 and anti-helicobacter pylori antibodies in histological diagnoses of atrophic gastritis [J]. Minerva Gastroenterol Dietol, 2010, 56(1): 13-17.

[15] Kwak MS, Kim N, Lee HS, et al. Predictive power of serum pepsinogen tests for the development of gastric cancer in comparison to the histologic risk index [J]. Dig Dis Sci, 2010, 55(8): 2275-2282.

[16] Oishi Y, Kiyohara Y, Kubo M, et al. The serum pepsinogen test as a predictor of gastric cancer. The Hisayama study [J]. Am J Epidemiol, 2006, 163(7): 629-637.

[17] Ito M, Yoshihara M, Takata S, et al. Serum screening for detection of high-risk group for early-stage diffuse type gastric cancer in Japanese [J]. J Gastroenterol Hepatol, 2012, 27(3): 598-602.

[18] Miki K. Gastric cancer screening by combined assay for serum anti-Helicobacter pylori IgG antibody and serum pepsinogen levels—“ABC method” [J]. Proc Jpn Acad Ser B Phys Biol Sci, 2011, 87(7): 405-414.

[19] Kodashima S, Miki K, Fujishiro M, et al. Usefulness of a new gastric cancer screening program using the combination assay of serum anti-Helicobacter pylori IgG antibody and the serum pepsinogen levels [J]. Am J Gastroenterol, 2010, 105(6): 38.

[20] M Leja, L Kupeinskas, K Funke, et al. The Validity of a Biomarker Method for Indirect Detection of Gastric Mucosal Atrophy Versus Standard Histopathology [J]. Dig Dis Sci, 2009, 54(11): 2377-2384.

[21] 曹勤, 冉志华, 萧树东. 血清胃蛋白酶原、胃泌素-17 和幽门螺杆菌 IgG 抗体筛查萎缩性胃炎和胃癌 [J]. 胃肠病学, 2006, 11(7): 388-394.

[22] 姜相君, 高玉强. 胃蛋白酶原群测定对胃癌早期诊断的研究 [J]. 中国现代医生, 2008, 46(12): 71.

(收稿日期: 2012-12-10)

老年住院患者跌倒相关因素和预防对策的研究进展

孙伟, 康蓓蓓, 郑家萍

【关键词】 老年住院患者; 跌倒; 相关因素; 预防对策; 研究进展

【中图分类号】 R592 【文献标识码】 A 【文章编号】 1674-4152(2013)08-1282-02

我国已进入人口老龄化社会, 医院老年住院患者的数量也日益增多^[1]。而跌倒又是老年患者发生的最常见的意外事件。有文献报道, 住院老年患者中每年有 20% 的人发生过跌倒^[1], 跌倒不仅会对患者本人造成伤害, 也会对家庭及社会造成额外的经济负担^[2]。目前, 世界上已有许多国家把住院患者的跌倒率作为临床护理质量控制的一项指标^[1]。因此, 对于老年住院患者跌倒的相关研究至关重要, 现综述如下。

1 跌倒的定义及国内外关于跌倒的现状

1.1 定义 跌倒是指患者的身体除双脚以外的任何部位, 突然的或非意图的摔在地上或者比之前位置更低的平面上, 但不包括使用暴力、癫痫发作的因素所致^[3-4]。

1.2 国内外现状 在美国, 每年有 50% 的住院老人发生过跌倒^[1], 在台湾, 住院老人中每床约 1.5 次/年的跌倒史^[5], 在我国, 住院老年患者中每年有 20% 的人发生过跌倒^[1]。国外较早就开始对跌倒进行相关的研究, 并且将研究结果应用于临床实践中, 而我国对于跌倒的研究从近十年开始, 现在对于跌倒也有了一定的了解^[6]。

2 致患者跌倒的相关因素

2.1 患者自身因素

2.1.1 年龄因素 有文献报道, 65 岁以上的住院患者, 年龄越大, 跌倒的概率越高^[7]。由于年龄的影响, 致使老年患者的生理功能、平衡功能、感觉功能等均减弱。感觉功能的减退会使跌倒的风险增加。王丹红等^[8]对住院的 1057 位老年患者进行骨密度测试, 结果发现有不同程度缺钙的老年患者达 90.1%。因此, 跌倒更容易发生在老年患者。

2.1.2 性别因素 女性患者发生跌倒率明显高于男性, 这可能与老年女性患者的激素水平下降有关。

2.1.3 心理因素 一方面, 害怕跌倒的心理是致跌倒的危险因素^[9]。这种心理可使老年患者不敢活动, 从而使活动能力减弱, 增加了跌倒的危险性。老年住院患者再次发生跌倒的概率高。另一方面, 库洪安等^[10]研究显示, 老年患者不服老的心理也是致跌倒的重要隐患。

2.2 环境因素 有文献报道, 65 岁以上发生跌倒的患者中 51% 是与环境有关^[11]。如病房的设施与布局不合理、地面的湿滑、病床的高低不合适、床护栏未正确使用等均是造成跌倒的不安全因素^[12]。光线不足, 不适当使用助步器等。

2.2.1 发生的地点 有资料显示, 病床旁与卫生间是跌倒的高发区域^[13-14]。

2.2.2 发生的时间 调查显示: 早晚是跌倒事件高发的时段^[15], 这可能与老年人的生活习惯有关。

2.3 疾病及药物的因素

2.3.1 疾病方面 老年人患有各种慢性疾病, 疾病会影响身体的各种功能, 使得跌倒的危险增加。

2.3.2 药物方面 多数老年人因为疾病的影响, 需要长期服药治疗。有研究显示^[10], 患者跌倒总数中 56.2% 是由于药物反应所致的。抗高血压药、镇静药、降糖药、利尿药等药物的使

用, 都会增加老年患者跌倒的风险^[16-17]。

2.4 照顾者的因素 照顾者与患者是否亲属关系, 照顾者有无照顾经历, 照顾者是否接受过专业知识的培训等, 都与老年患者跌倒的发生具有相关性。一般亲属照顾比非亲属照顾跌倒的发生率要高, 因为亲属除了工作还要照顾患者, 其精力及体力肯定不及 24 小时一对一的非亲属照顾者。有过照顾经历的人, 积累了一些经验, 思想上容易放松警惕, 所以有照顾经历者照顾的老人跌倒率高于无照顾经历者照顾的老人。经过专业培训者照顾的老人跌倒率明显低于未经过专业培训者所照顾的老人。

2.5 护理人员的因素 目前护理人员紧缺是一个普遍的问题。护士在平时工作中忙于治疗, 无法及时满足患者的各种需求, 相对日班, 中夜班护士更是如此。年轻护士由于经验不足, 缺乏对事物的预见性, 护士过分依赖护工, 没有及时巡视病房等, 都是导致老年患者发生跌倒的危险因素^[18]。

2.6 其它因素

2.6.1 体位改变 有研究显示, 这一因素致跌倒的发生率高达 46.4%^[19], 因为突然改变体位, 会使大脑突发供血不足, 产生头晕而发生跌倒。

2.6.2 潜在的危险因素 不合适的助步器、衣着、老年患者由于穿脱方便喜欢穿拖鞋等因素都可能导致患者发生跌倒。

3 跌倒预防对策的研究进展

3.1 正确评估入院患者 使用正确的评估方法评估住院患者, 能对跌倒的风险有一定的预测性, 是预防跌倒有效和必要的对策^[20]。评估时不仅要询问患者本人, 还要询问与患者一起长期居住的家属, 这样得到的资料真实可靠。观察也是评估患者的关键^[21], 通过观察评估患者的步态、平衡能力、是否使用辅助用具等。越小丽^[22]对住院 351 例年龄大于 65 岁的患者进行准确的评估与采取合理的预防对策, 结果无一例跌倒事件的发生。使用 Morse 量表评估的项目包括: 跌倒史、超过 1 个医学诊断(一个患者有 2 个或更多的入院诊断)、行走辅助、静脉输液、步态、认知状态等 6 个项目, 然后将跌倒的风险分为三级^[23], 根据不同的风险分级采取相应的护理干预措施。谭清华等^[23]将自行设计的学生跌倒危险因素评估表、住院患者预防跌倒宣教表、住院患者预防跌倒告知书, 称为“两表一书”用于临床实践, 结果 441 例患者中无一例跌倒发生。有研究结果显示, 患者的跌倒与没有正确评估和预防对策存在缺陷有关。不管使用何种评估量表, 护理部都要组织学习评估量表的正确使用。有文献报道^[21], 病区护士对可能发生跌倒人数的评估明显低于专科护士对跌倒人数的评估。因此, 只有经过培训, 才能使护士正确使用评估量表, 防止病例漏报, 以便及早采取护理干预措施。对于跌倒的高危患者, 可在床头挂上“小心跌倒”的警示标志, 并在床尾挂上相应的巡视记录, 告知患者家属。有条件者可将此类患者安排在离护士办公室最近的病房。

3.2 合理的住院环境 病房布局合理、足够的照明、防滑地板、座椅和床铺的高低合适、床护栏及呼叫系统完善等^[13]。病区有醒目的警示标识, 为患者提供一个安全的就医环境。

3.3 健康教育 通过健康教育可有效地防止患者跌倒的发生。

3.3.1 入院宣教 护士在患者入院时详细介绍病房环境及各种设施,对于易发生跌倒的地点应重点介绍,并注意观察,如患者有穿拖鞋的应制止,指导穿防滑鞋。

3.3.2 用药宣教 告知老年患者服用镇静、安眠类药物时应上床后再服用,告知服用特殊药物的注意事项等。建议对所有住院患者发放用药指导,在用药指导上可有服用药物的名称、剂量、作用、副作用等,每周根据医嘱更新一次,以使患者更清楚了解自己的用药情况。我院使用这种方法后效果好,患者对自己使用的药物一目了然。多数患者出院时还会把用药指导带回家,以便出院后再使用。

3.3.3 活动宣教 在病情允许下,鼓励老年患者进行合适运动,如散步、太极拳及运动操。适当的锻炼可以使身体的协调性、肌力和灵活性得到保持,对预防跌倒有很大作用,但要控制好运动的强度,并要指导老年患者在改变体位时遵循 3 个 30 秒原则,即醒来后 30 s 再慢慢坐起,坐 30 s 后再站立,站立 30 s 后再走,对于预防体位性低血压引起的跌倒有明显作用。

3.3.4 心理宣教 根据老年患者的心理特点给予心理上的疏导,并与患者家属密切沟通,及时了解老年患者的心理需要,使老年患者正确认识自己,克服害怕再次跌倒的心理^[24]。健康教育的方式要符合老年人的特点,要生动、形象、易接受。护理人员可以通过发放宣传小画册、播放录像、开展健康知识讲座、请有跌倒史的患者讲亲身经历等形式,使老年患者更容易接受。

3.4 对相关人员进行培训 加强护理人员的安全意识,通过业务学习、晨会等形式对全院的医务人员、护工、保洁工及陪护人员进行安全培训,也可通过真实的事例来警示大家。

3.5 监控体系的实施 目前,大多数医院采用的是护士长-责任组长-责任护士这种三级监控模式,而落实好坏的关键则是站在质量控制第一线的科室护士长和质量监控员^[24]。李珍珍等^[5]从 2010 年起成立老年专科护理小组,对所有住院老年患者进行计划性巡查,结果使住院患者跌倒率由 3.8% 下降至 0.6%,所以成立的老年专科护理小组对减少老年患者跌倒有明显作用。

4 存在的缺陷

目前,英国、美国、新加坡、日本、香港、加拿大等许多发达国家和地区已经建立了不同规模的跌倒防范团队^[6],跌倒防范团队主要是通过综合干预,来有效地降低老年患者的跌倒率。我国在这方面研究比较欠缺,我们可以借鉴国外的先进经验,建立适合我国、多学科合作、综合防范老年住院患者跌倒的团队。现在上海多数医院使用的跌倒评估量表都由护理部自行设计的,没有统一的标准,希望能够设计一种完善、标准统一的评估量表。

5 小结

跌倒是导致老年患者残疾的众多原因之一,而骨折、脑卒中是其中重要的并发症。不但会影响老年人的功能、自理能力及生活质量,并对老年照顾者、医疗服务及社会带来沉重的负担。

跌倒的发生是由多种危险因素引起的,虽然跌倒的发生是

不可预测的、也无固定的模式,但是通过了解跌倒的相关因素对住院老年患者进行全面评估,采取相应的护理对策,可以有效预防和降低老年患者跌倒的发生率,避免不必要的医疗纠纷,提高住院患者的满意度,创造和谐的就医环境。

参考文献

- [1] 荣兰,朱萍,余小平. 住院老年跌倒相关因素的研究进展[J]. 上海护理,2010,10(2):75-80.
- [2] 胡雁,成磊. 住院患者危险因素评估[J]. 上海护理,2012,12(2):88-94.
- [3] 解志惠,李红. 防跌倒护理干预在老年病科应用的效果观察[J]. 内蒙古中医药,2011,31(24):157-158.
- [4] 焦晋燕. 神经内科老年患者跌倒的因素分析及护理对策[J]. 山西医药杂志,2011,40(10):1060-1061.
- [5] 李珍珍,王海英,谭文京,等. 老年专科护理小组对减少老年患者跌倒的作用[J]. 现代医院,2011,11(12):70-71.
- [6] 丁福. 建立住院老年患者跌倒防范团队的必要性[J]. 重庆医学,2010,39(12):1624-1625.
- [7] 柳建芬,张静. 老年病人防跌倒的安全护理对策[J]. 医学检验与临床,2011,22(5):113-115.
- [8] 王丹红. 老年患者跌倒因素的分析与预防措施[J]. 中外健康文摘,2011,8(10):202-203.
- [9] 张韶红,王颖,梅钰芳. 住院老年患者害怕跌倒心理状况的调查[J]. 上海护理,2010,10(4):5-8.
- [10] 田素斋,曹雯雯,唐利梅,等. 预防住院患者跌倒的研究进展[J]. 中华现代护理杂志,2012,18(7):857-859.
- [11] 潘蓉. 老年住院患者跌倒的危险因素与护理进展[J]. 医学信息,2011,24(4):1546-1547.
- [12] 周晓华. 老年患者跌倒原因分析与防护的研究现状[J]. 当代护士,2010(11):11-12.
- [13] 李琳. 老年神经科患者跌倒相关因素分析及护理[J]. 医学理论与实践,2012,25(2):204-205.
- [14] 赵萌妹. 内科老年住院患者跌倒事件原因分析及其护理干预[J]. 护理实践与研究,2011,8(20):138-139.
- [15] 梁艳凤,张平优. 住院老年患者 111 例跌倒原因分析与对策[J]. 齐鲁护理杂志,2010,16(26):47-48.
- [16] 蔡小燕. 老年患者跌倒的原因和管理流程[J]. 临床合理用药杂志,2012,5(15):118.
- [17] 容根南,金雪梅,顾燕萍,等. 抗高血压药物对老年患者跌倒的影响[J]. 上海护理,2010,10(4):9-12.
- [18] 陈敏娟. 老年患者跌倒原因分析及护理对策[J]. 医学信息,2011,24(8):262-263.
- [19] 严余华. 住院老年病人跌倒的原因分析及预防对策[J]. 医学信息,2011,24(6):3370-3372.
- [20] 刘青青,钱媛,王芸,等. 跌倒危险评估表应用于老年患者的信度和效度研究[J]. 中国护理管理,2011,11(5):31-32.
- [21] 周君桂,李亚洁,范建中,等. 临床护士应用 Morse 跌倒评估量表情况分析[J]. 护理学杂志,2010,25(10):11-13.
- [22] 越小丽. 老年住院患者跌倒的护理评估及护理对策[J]. 医学信息,2011,24(8):5174-5175.
- [23] 谭清华,李小金,钟婉茜,等. 两表一书联用预防内科老年住院患者跌倒[J]. 护理学杂志,2009,24(19):39-40.
- [24] 盛素巧. 护理安全问卷调查的启示[J]. 中华全科医学,2011,9(11):1772-1773.

(收稿日期:2012-11-24)

非霍奇金淋巴瘤针吸涂片细胞学观察

王静, 张恒

【摘要】 目的 探讨针吸细胞学涂片对非霍奇金淋巴瘤研究的临床价值。方法 复查 2008 年 12 月 - 2012 年 12 月, 来蚌埠医学院第一附属医院进行针吸细胞学检查的门诊及住院患者的针吸涂片, 根据非霍奇金淋巴瘤细胞学特点, 并与组织病理对照, 对诊断结果进行分析。结果 共查出非霍奇金淋巴瘤 126 例, 其中滤泡中心淋巴瘤 42 例, 占 33.3% (42/126)。套细胞淋巴瘤 40 例, 占 31.8% (40/126)。弥漫性大 B 细胞淋巴瘤 21 例, 占 16.7% (21/126)。浆母细胞性淋巴瘤 11 例, 占 8.7% (11/126)。间变性大细胞淋巴瘤 7 例, 占 5.6% (7/126)。曲核细胞淋巴瘤 5 例, 占 4.0% (5/126)。结论 通过对非霍奇金淋巴瘤细胞, 进行反复对比和形态特征等分析, 发现各型非霍奇金淋巴瘤细胞是由 B 细胞和 T 细胞通过不同转化途径而形成, 且具有各自细胞特征及相互演变的过度形。加深了对各型非霍奇金淋巴瘤细胞的识别能力, 有助于临床诊断治疗, 及预后观察。

【关键词】 淋巴瘤; 非霍奇金淋巴瘤; 针吸涂片

【中图分类号】 R733.41 R730.43 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1284-02

Cytological Observation on Fine Needle Aspiration Smears of Non-Hodgkin's Lymphoma WANG Jing, ZHANG Heng.

Department of Clinical Laboratory, the First Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu 233004, Anhui, China

【Abstract】 Objective To investigate clinical value of fine needle aspiration smears on studying of non-Hodgkin's lymphoma (NHL). **Methods** Fine needle aspiration smears of outpatients and inpatients of our hospital from December, 2008 to December, 2012 were reexamined. The results were analyzed by observing cytological characteristics of NHL and comparing with histopathology. **Results** All 126 cases of NHL including 42 (33.3%) cases of follicular lymphoma, 40 (31.8%) cases of mantle cell lymphoma, 21 (16.7%) cases of diffuse large B-cell lymphoma, 11 (8.7%) cases of plasmablast type lymphoma, 7 (5.6%) cases of anaplastic large cell lymphoma and 5 (4.0%) cases of convoluted cell lymphoma were found. **Conclusion** After proceeding repeat comparison and morphological characteristics analysis of NHL cells, we found that each type of NHL cells was formed by B cells or T cells through different transformation way, and had its own cell characteristics and mutual evolution excessive shapes. These discoveries could help us improve our ability of identifying NHL cells, and help clinical staff to diagnose and cure NHL and judge its prognosis.

【Key words】 Lymphoma; Non-hodgkin's lymphoma; Fine needle aspiration smear

恶性淋巴瘤为常见恶性肿瘤之一, 是原发于淋巴结和淋巴样组织的疾病。临床表现为淋巴结肿大, 常为多发性, 以浅表颈部、腋下、腹股沟多见^[1-2]。近年来, 深部淋巴结也不少见, 如纵膈淋巴结等。初发时可以是无痛、无症状, 也可有肝脾肿大和全身症状, 如长期不规则发热、贫血、消瘦等^[3-5]。淋巴瘤的每一种病理类型都有其各自的形态, 免疫学的表现及基因方面、临床病程和预后等特点, 病理类型不同, 临床上治疗也有不同。按其成分可分为霍奇金淋巴瘤和非霍奇金淋巴瘤两大类, 本文重点探讨针吸细胞学涂片对非霍奇金淋巴瘤研究的临床价值。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择 2008 年 12 月 - 2012 年 12 月, 来我院进行针吸细胞学检查的门诊及住院患者。

1.2 检查方法 对每位病人肿大的淋巴结, 进行常规消毒, 用 20 ml 注射器配 9 号或 7 号针头进行淋巴结穿刺, 针吸涂片 2 ~ 4 张, 用瑞氏或巴氏常规染色, 由专人油镜观察, 并根据淋巴瘤细胞学形态特征, 如细胞大小、形态和染色特征, 以核为圆、裂、无裂等作为基础, 再结合染色深浅分布和有无核仁、多少、浆量多少及染色等变化多方面进行细胞学分析。同时与患者原始病理活检报告, 进行对照。

2 结果

共查出非霍奇金淋巴瘤 126 例, 根据非霍奇金淋巴瘤细胞特点, 并与病理对照, 其中滤泡中心淋巴瘤 42 例, 占 33.3% (42/126)。套细胞淋巴瘤 40 例, 占 31.8% (40/126)。弥漫性

大 B 细胞淋巴瘤 21 例, 占 16.7% (21/126)。浆母细胞性淋巴瘤 11 例, 占 8.7% (11/126)。间变性大细胞淋巴瘤 7 例, 占 5.6% (7/126)。曲核细胞淋巴瘤 5 例, 占 4.0% (5/126)。通过对非霍奇金淋巴瘤细胞, 进行反复对比和形态特征等分析, 发现各型非霍奇金淋巴瘤细胞是由 B 细胞和 T 细胞通过不同转化途径而形成, 且具有各自细胞特征及相互演变的过度形, 加深了对各型非霍奇金淋巴瘤细胞的识别能力。

3 讨论

3.1 NHL 细胞学特点 非霍奇金淋巴瘤和霍奇金淋巴瘤都属于恶性淋巴瘤, 是淋巴结或其他淋巴组织中的淋巴细胞发生恶性增生而引起的恶性肿瘤。根据世界卫生组织 (WHO) 淋巴瘤分类及病理组织学图象分析, 恶性淋巴瘤不是一种疾病, 而是一类疾病。它包含不同的病理类型, 强调每一种病理类型即为一种独立的疾病, 有各自的形态学、免疫学表现、基因特征及相应的正常组织来源、临床病程和预后等特点^[6-7]。通过对 126 例非霍奇金淋巴瘤的初步探讨、研究, 使我们更清楚地认识到非霍奇金淋巴瘤各型之间细胞形态确实存在较大差异。如滤泡中心淋巴瘤: 系生发中心的淋巴瘤, 为 B 细胞来源, 多见老年发病。胞体大小不等, 形态不规则, 多为棱形, 有的有切裂沟, 核仁少见, 胞质少; 套细胞淋巴瘤: 来源于滤泡外套 CD5⁺ 的 B 细胞, 多见老年男性。瘤细胞较多, 细胞圆、类圆, 核染质较致、浓染、均匀, 核仁不多见, 浆量较少, 染灰兰色, 染色背景较清晰, 偶见初迹, 充满胞体, 小的略大于小淋巴细胞, 但不超过 1.5 倍, 中圆型为 2 倍左右, 核染质较疏松, 没有核仁, 涂片背景较单一; 弥漫性大 B 细胞淋巴瘤: 是最常见的侵袭性 NHL, 胞体有的较大, 呈圆形、类圆形、核较大, 无裂沟, 核仁较明显, 并呈小颗粒状, 浆少, 呈浅灰兰色, 并有空泡, 背景较混乱状; 免疫母细胞型: 胞体较大, 圆形、类圆形, 胞浆丰富, 浓染, 丝状分裂易见, 涂片背景紊乱, 呈弥漫性; 浆母细胞性淋巴瘤: 可分为分化

作者单位: 233004 安徽省蚌埠市, 蚌埠医学院第一附属医院检验科 (王静); 呼吸科实验室 (张恒)

通讯作者: 王静, 电子信箱: wangjing1280@163.com

差和分化好的细胞,比正常的浆细胞约大 2~3 倍,胞浆较丰富,嗜碱性,核偏,核染质较疏松,有时可见分裂型,并见有核仁,免疫母细胞、淋巴细胞等不出现;间变性大细胞淋巴瘤:亦称 Ki-1 淋巴瘤,细胞呈 CD30⁺,免疫表型可为 T 细胞型。瘤细胞非常大,细胞形态大小不一,核怪异、凹陷、分叶、环状、马蹄形、肾形,偶见双核、多核等,可类似 R-S 细胞,有时可与霍奇金淋巴瘤和恶性组织细胞病混淆;曲核细胞型:胞体中等大,形态不规则,核圆形、类圆形,核膜有裂沟,形成花瓣状、鸡爪样,核仁较明显,核染质较均匀,呈细颗粒状,浆量中等,染灰兰色或淡兰色,背景较混乱。

3.2 NHL 细胞学诊断体会 我们体会到:在淋巴结针吸涂片中,先用瑞氏染色再用巴氏染色,低倍镜观察全片,根据镜下初见(最好阅片二张),能够辨别炎症、肉瘤和转移癌等。然后,再转高倍镜或油镜观察每个细胞的微结构,充实或推翻低倍镜下的概念。这样检查既不会错诊,也不会漏诊。一旦确定为非霍奇金淋巴瘤后再进一步进行分类。在分型中我们发现一个视野中有几个类型的细胞,如:小圆、中圆、裂细胞等形态,那么,我们必须多看几个视野。更要多看总体比例。通过分型观察分析,使我们认识到在免疫过程中细胞形态变化及命名多由 B 细胞和 T 细胞(多来自发生中心外)的各种转化形成,既有各自的细胞特征,又有相互演变的过度形^[8-9]。

3.3 NHL 与 HL 细胞学鉴别诊断 注意区分霍奇金淋巴瘤与非霍奇金淋巴瘤细胞形态:非霍奇金淋巴瘤的血象、骨髓象和淋巴结针吸涂片中,淋巴细胞可增多,约 20% 淋巴瘤病例在晚期可并发白血病^[10]。其细胞大小超越生理变化的范围,其细胞胞体大,细胞排列紊乱,异形细胞多见,常密集成团,有显著的核异形性。核仁大,核型不规则,数目较多。浆多,深染,灰兰色,嗜碱性。异常分裂象多见。霍奇金淋巴瘤,单核型 R-S

细胞胞体巨大,形态不规则,核仁大,核染质疏松,呈网状结构。着色较深。不均匀。浆极为丰富。并含有多个空泡。多核型 R-S 细胞,核形畸特,呈分泌、芽苗状,畸形。胞浆内有吞噬异物。裸核 R-S 细胞,核折叠,有巨大、很不规则的核仁。

通过研究,我们加深了对各种型非霍奇金淋巴瘤细胞识别能力。制定涂片分型的标准,有助于临床诊断治疗。

参考文献

- [1] 王晓荣,姚兰辉,刘霞. 颈部淋巴结非霍奇金淋巴瘤声像图特征[J]. 中国超声医学杂志,2012,28(10):893-897.
- [2] 王其生. 临床肿瘤细胞学检验[M]. 合肥:安徽科技出版社,2008:238.
- [3] 何琬,王秀石,孙志坤,等. 非霍奇金淋巴瘤并发免疫性贫血[J]. 中华内科杂志,2008,47(6):508-509.
- [4] 李健华. CMOPE 方案治疗复发难治性非霍奇金淋巴瘤疗效观察[J]. 实用临床医学,2012,13(12):44-46.
- [5] 李岩,张永宏,陈佳宁,等. 血管免疫母细胞性 T 细胞淋巴瘤(AITL)伴骨髓淋巴浆细胞异常增生的组织细胞学分析[J]. 中国实验诊断学,2012,16(11):2084-2086.
- [6] 王铁建,杨华. 穿刺活检在淋巴组织疾病诊断中应用[J]. 中国实验诊断学,2009,13(5):701-704.
- [7] 周凌,马聂. 非霍奇金淋巴瘤临床预后分析[J]. 济宁医学院学报,2012,35(5):337-340.
- [8] 于慧,洪水南,李进,等. 浸润性非霍奇金淋巴瘤预后相关因素分析[J]. 中华肿瘤杂志,2007,27(6):461-464.
- [9] 张翼鹭,张擎,王亚非. 认识原发性胃肠道非霍奇金淋巴瘤[J]. 浙江医学,2013,35(02):78-79.
- [10] 黄晶. β 微球蛋白和调节 T 细胞在非霍奇金淋巴瘤中的应用[J]. 中国实用医药,2013,8(1):57-58.

(收稿日期:2012-10-18)

(上接第 1219 页)

引致乙酰胆碱能神经分泌乙酰胆碱递质,而乙酰胆碱有负性变时作用,可降低房室交接区传导的自律性,出现心率减慢。而病窦综合征就是由于窦房结或者其结周组织的病理损害引起房室交接区传导功能衰竭,以心动过缓为主要的表现^[6-7]。所以,食管调搏对大多数房室交接区传导功能(衰竭)低下患者有诊断意义,但是临床有报道称^[8]仍有部分存在假阳性现象,原因可能是结周组织病变或窦房结存在保护性传导阻滞以及患者情绪的激动影响检查结果。

表 1 静注前后调搏阳性情况比较(n,%)

组别	n	静注前调搏	静注后调搏
一度房室传导阻滞点组	63	2: 1 房室传导阻滞点 < 150 次/min	45(71.4) 16(25.4) *
		一度房室传导阻滞点 < 100 次/min	60(95.2) 20(31.7) *
二度 I 型房室传导阻滞组	9		7(77.8) 5(41.7) *

注:与静注前调搏比较,* $P < 0.05$ 。

阿托品试验主要是由于阿托品的 M 受体阻断作用,可提高交感神经的兴奋性,有正性变时作用,使心率加快。但是由于自主神经在心脏各部位分布的不平衡,阿托品试验可能出现假阳性或者假阴性的现象。国外的 Sanders RA 等^[9]学者报道称对 210 例阿托品试验进行对照复合试验,结果显示无明显的差异性,这就说明了阿托品试验仍是临床上值得参考的评价房室交接区传导功能的试验方法。所以在临床高度怀疑病窦综合征时应与食管调搏结合,以防误诊及漏诊^[10]。且阿托品试验方法简单,适用于更多的人群的筛查。结合本次的研究表明,食管心房调搏联合阿托品检测房室交接区传导功能可显示房室结存在病理性改变,

对提高临床诊断意义重大。

参考文献

- [1] 李铁刚,徐振,魏学婷. 食管心房调搏术治疗妊娠期阵发性室上性心动过速疗效观察[J]. 山东医药,2010,50(51):62-63.
- [2] 黄佐贵,杜国伟,殷波,等. 食管心电图对阵发性室上性心律失常诊断的研究[J]. 中华全科医学,2011,9(1):47-49.
- [3] 陈凯. 阿托品试验诊断病态窦房结综合征的价值[J]. 河北医学,2006,12(1):20-21.
- [4] 李稳慧,丁家望,席祖洋,等. 食管心房调搏对隐匿性房室旁道定位诊断指标的研究[J]. 陕西医学杂志,2006,35(4):404-406.
- [5] 何敏,王幸,张春丽,等. 食管心房调搏术终止阵发性室上性心动过速的疗效及安全性分析[J]. 中国医药导报,2011,8(29):167-169.
- [6] 李乔华,刘启明. 食管心房调搏术对检测预激综合征合并心房颤动的临床研究[J]. 中国医师杂志,2007,9(11):1509-1510.
- [7] 洪昌明,郑强荪,卢延生,等. 快速起搏肺静脉对窦房结功能的影响及自主神经在其中的作用[J]. 中国心脏起搏与心电生理杂志,2005,19(1):57-59.
- [8] 王昊,张希龙,胡玲,等. 重度阻塞性睡眠呼吸暂停综合征睡眠监测中窦性心率递增不良的临床分析及意义[J]. 南京医科大学学报(自然科学版),2006,26(7):585-588.
- [9] Sanders RA, Green HW, Hogan DF, et al. Use of transesophageal atrial pacing to provide temporary chronotropic support in a dog undergoing permanent pacemaker implantation[J]. J Vet Cardiol, 2011, 13(3): 227-230.
- [10] Tugba Cezlan, Senem Senturk, Musturay Karcaaltmca, et al. Multidetector CT imaging of arterial supply to sinoatrial and atrioventricular nodes[J]. Surgical and Radiologic Anatomy, 2012, 34(4): 357-365.

(收稿日期:2012-11-24)

血浆 TM、hs-CRP 和 sVCAM-1 联检在妊娠高血压综合征的意义

杨同宏, 梁艳梅

【摘要】 目的 探讨妊娠高血压综合征(妊高征)患者血浆凝血酶调节蛋白(TM)、超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)和血清可溶性血管内皮细胞黏附分子-1(sVCAM-1)在妊高征病情变化中的应用价值。方法 采用双抗体夹心酶联免疫吸附法(ELISA)检测 59 例妊高征患者和 65 例正常晚期妊娠妇女的血浆 TM 和血清 sVCAM-1 水平,免疫透射比浊法检测超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)的含量变化,并进行统计分析。结果 妊高征患者血浆 TM、hs-CRP 含量和血清 sVCAM-1 水平均明显高于正常妊娠组($P < 0.01$),且随病情的加重而增高。结论 血浆 TM、hs-CRP 和血清 sVCAM-1 三者联合检测可作为妊高征诊断和病情严重程度观察的实验室辅助指标。

【关键词】 血浆凝血酶调节蛋白;超敏 C 反应蛋白;可溶性血管内皮细胞黏附分子-1;妊娠高血压综合征

【中图分类号】 R714.246 R446.11 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1286-02

妊高征病因学说众多,其病理变化机制多认为血管内皮损伤和滋养层浸润障碍是妊高征发生过程中的两个主要环节,该病逐渐成为医院妇科和产科的一种多发病^[1],但特异的实验室诊断指标报道很少。我们通过分析 59 例妊高征患者血浆凝血酶调节蛋白(TM)、超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)和血清可溶性血管内皮细胞黏附分子-1(sVCAM-1)的水平,探讨三者联合检测在妊高征病情变化中的应用价值。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2009 年 2 月-2012 年 7 月符合妊娠高血压综合征诊断标准^[2]的患者(妊高征组)59 例,为我院和商丘市妇幼保健院产科门诊或住院的病人,年龄 23~42 岁,孕周 35~41 周,其中以临床综合资料分为轻度妊高征 24 例,中度妊高征 22 例,重度妊高征 13 例,均不合并慢性高血压、糖尿病、心血管疾病和慢性肝、肾疾病。另以同期的正常妊娠妇女 65 例为对照组,年龄 22~35 岁,孕周 37~41 周,无重要脏器疾病史和其他妊娠并发症。

1.2 检测方法

1.2.1 标本采集 所有被测试者于清晨空腹采静脉血 2 管,一管肝素钠抗凝 3 ml 检测血浆 TM 和 hs-CRP 用;另一管普通分离胶试管 3 ml 测血清 sVCAM-1 用;分离血浆和血清, -20℃ 保存待检。

1.2.2 实验方法 血浆 TM 采用 ELISA 法,试剂盒由北京中生北控生物科技有限公司提供;hs-CRP 采用免疫透射比浊法,应用美国 ABOTT-16000C 型全自动生化分析仪,原装配套试剂;血清 sVCAM-1 测定采用 ELISA 法,试剂盒由北京世纪沃德公司提供,配套标准品和质控品,严格按试剂盒说明书操作。

1.3 统计学方法 实验数据以($\bar{x} \pm s$)表示,采用方差分析及 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

妊高征组血浆 TM、hs-CRP 和 sVCAM-1 水平与正常妊娠组比较显著升高,且重度妊高征、中度妊高征和轻度妊高征各组之间三指标水平差异亦有统计学意义($P < 0.01$)。结果见表 1。

3 讨论

TM 是血管内皮细胞合成、分泌的糖基化蛋白质,其浓度升高被认为是血管内皮受损的标志^[3]。早年认为其主要功能是在血管内皮上协助凝血酶激活蛋白 C 而作为辅助因子起作用;现多认为血液中的 TM 主要是损伤或功能紊乱的血管内皮膜下 TM 的降解片段,在生理情况下,内皮细胞不分泌和释放 TM,血中 TM 升高在反映血管内皮损伤和疾病严重程度上的意义远比

其活化蛋白 C 有更广泛的应用范围和临床参考价值,可作为血管内皮损伤的新指标^[4]。本文结果示,妊高征组血浆 TM 水平与正常妊娠妇女差异有统计学意义($P < 0.01$);重度妊高征与中度妊高征以及轻度妊高征与正常妊娠妇女差异亦有统计学意义($P < 0.01$),且随病情严重程度逐渐升高。

表 1 妊高征患者与对照组血浆 TM、hs-CRP 和血清 sVCAM-1 水平

组别	n	TM($\mu\text{g/L}$)	hs-CRP(mg/L)	sVCAM-1(ng/ml)
妊高征组	59	1587.4 \pm 615.2 Δ	48.6 \pm 3.5 Δ	141.6 \pm 12.6 Δ
轻度妊高征	24	878.1 \pm 275.4 Δ	9.3 \pm 2.1 Δ	49.1 \pm 6.9 Δ
中度妊高征	22	1492.3 \pm 512.2 Δ	32.8 \pm 7.7 Δ	113.7 \pm 8.6 Δ
重度妊高征	13	2015.6 \pm 633.7 Δ	63.7 \pm 14.9 Δ	202.3 \pm 10.8 Δ
正常对照组	65	591.6 \pm 149.3	2.5 \pm 1.3	20.3 \pm 7.5

注:与对照组比较, $\Delta P < 0.01$, $\Delta P < 0.05$;与轻度妊高征比较, $\Delta P < 0.01$;与中度妊高征比较, $\Delta P < 0.01$ 。

C 反应蛋白(CRP)是一种急性时相反应蛋白,由肝脏合成并释放入血,在急性期反应时肝细胞在 IL-6 等细胞因子诱导下大量合成 CRP^[5]。hs-CRP 为超敏 C 反应蛋白,较 CRP 在机体受到刺激时更易被检测到,敏感性较 CRP 高。超敏 CRP 检测方法可检测出 0.1 mg/L 的 CRP 浓度,其临床应用价值已经受到广泛关注^[6]。本文实验结果示,妊高征患者较正常妊娠组,hs-CRP 水平增高明显,差异有统计学意义($P < 0.01$),重度、中度和轻度妊高征组间亦有显著性差异,与病情严重程度呈正相关。hs-CRP 水平变化情况与妊高征病情程度之间的关系,资料报道不多,推测可能是 hs-CRP 具有抑制受损组织中聚集的吞噬细胞释放血管活性物质和多种蛋白分解酶的活性,加强了局部的免疫调节、逐步促进组织修复的作用,从而导致外周血液中浓度的升高。

sVCAM-1 属于免疫球蛋白超家族,是白细胞 CAMs 受体极迟活化相关抗原-4(VLA-4)的配体,sVCAM-1 在 IL-1、INF- α 等诱导下表达于活化的内皮细胞、上皮细胞、单核巨噬细胞和树突状细胞表面,其生物学作用主要是介导这些细胞的粘附和迁移,参与炎症反应和免疫过程^[7]。有研究发现,妊高征患者体内的 sVCAM-1 表达调节平衡发生紊乱,血管内皮细胞表达 sVCAM-1 增加并介导血管内皮细胞功能失衡致释放增加;也可能与妊高征患者多伴有肾功能受损导致 sVCAM-1 清除率降低有关^[8]。本文研究结果示,中、重度妊高征患者血清中 sVCAM-1 水平显著高于正常妊娠组及轻度妊高征组($P < 0.01$),并且随着病情的加重而逐渐升高,与丁芳林等^[9]的报道一致,提示测定血清中 sVCAM-1 的水平有助于监测妊高征病情的发展。

有文献报道^[10],血浆 TM 和 sVCAM-1 联合检测时,二者水平显著升高则表明机体炎症反应、血管内皮损伤在疾病发生过程中有明显的协同作用,同时也表明炎症反应促进了机体血栓的形成。本文研究示,妊高征患者血浆 TM、hs-CRP 和血清 sVCAM-1 三者水平均明显增高,且随病情加重增高愈显著,提示 TM、hs-CRP 和 sVCAM-1 可能参与了妊高征内皮细胞损伤的

病理变化过程,联合检测三者妊娠妇女血液中的含量对妊娠的临床鉴别诊断和预后观察将有重要的参考价值。

参考文献

- [1] 潘红华,王建萍,林琼霞. 护理干预对 MP 妊娠检测阳性效果观察[J]. 河北医学,2006,12(12):1279-1280.
- [2] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008:92-95.
- [3] 邓瑞莲,罗冰芬,邝慕珠. 肝癌患者血浆 TM、PC 抗原及 D-D 含量测定的临床意义[J]. 中国热带医学,2005,5(4):663-664.
- [4] Deedwania PC. Mechanisms of endothelial dysfunction in the metabolic syndrome[J]. Curr Diab Rep,2003,3(4):289.
- [5] 叶应妩. 全国临床检验操作规程[M]. 3 版. 南京:东南大学出版社,2006:590-591.

- [6] 张璞. 超敏 C 反应蛋白与冠状动脉硬化的相关性研究[J]. 中华全科医学,2012,10(1):105-106.
- [7] 李春莲,刘美霞. 妊娠患者 sVCAM-1 检测及意义[J]. 实用全科医学,2005,3(1):80-81.
- [8] 蔡烟岫,耿淑平,刘曼华,等. 内皮细胞黏附分子在妊娠发病中的作用[J]. 南通医学院学报,2004,24(3):263-264.
- [9] 丁芳林,李丽文,刘丛,等. 妊娠患者相关黏附分子的表达研究[J]. 深圳中西医结合杂志,2007,17(5):299-300.
- [10] 陈欣,张广枚,江燕,等. 血浆 sTM 和 sVCAM-1 在急性冠脉综合征患者中的表达[J]. 天津医药,2006,34(3):171-172.

(收稿日期:2012-12-21)

(上接第 1220 页)

司产品(线性范围为 5 ~ 35 000 pg/ml),正常参考值为 < 100 pg/ml。

1.4 判定标准 显效:心衰症状、体征基本缓解,心功能改善 II 级以上;有效:心衰症状及体征明显改善,心功能改善 I 级以上;无效:心衰症状及体征均无改善或恶化。总有效率 = 显效率 + 有效率。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 13.0 统计软件进行数据分析,计量资料均以($\bar{x} \pm s$)表示,显著性比较采用 *t* 检验,以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效分析 治疗 7 d 后,显效 57 例、显效率 40.43%,有效 75 例、有效率 53.19%,无效 9 例、无效率 6.38%,总有效率为 93.62% (132/141)。提示:米力农短期治疗 CHF 患者临床疗效显著。

2.2 治疗前后血清 NT-proBNP 水平变化 治疗前,血清 NT-proBNP 水平[(488.9 ± 127.1) pg/ml]显著高于对照组[(37.4 ± 8.9) pg/ml] ($P < 0.01$);治疗后[(89.4 ± 39.2) pg/ml]显著低于治疗前($P < 0.01$),但其水平仍显著高于对照组($P < 0.01$)。提示:血清 NT-proBNP 水平与 CHF 病情相关。

2.3 随访 1 年内有无心脏事件发生患者出院时血清 NT-proBNP 水平比较 随访 1 年内,27 例患者发生心脏事件,发生率为 19.15% (27/141)。发生心脏事件者出院时血清 NT-proBNP 水平[(158.2 ± 51.7) pg/ml]显著高于未发生心脏事件者[(73.1 ± 44.2) pg/ml] ($P < 0.01$)。提示:检测 CHF 患者血清 NT-proBNP 水平对于预测心脏事件的发生具有一定的临床价值。

3 讨论

心力衰竭发生发展的病理机制是心室重构和心肌纤维化,米力农是人工合成的双吡啶化合物,为磷酸二酯酶-III (PDE-III) 抑制物,可明显减少心肌细胞中环化腺核苷-磷酸(CAMP)降解,从而增加了心肌收缩蛋白中可利用的钙离子浓度,具有增加心肌收缩力及促进舒张血管的作用,从而改善心室重构及心脏收缩与舒张功能^[7]。米力农也具有降低心脏前后负荷的作用(扩张冠状动脉、扩张肺动脉及扩张周围血管)^[8],还能够调节细胞因子(如白介素 6、肿瘤坏死因子- α 等)促进心功能恢复^[9]。CHF 患者采用米力农短期治疗的临床疗效显著(总有效率为 93.62%)。NT-

proBNP 是一种心脏内分泌激素,主要由左心室分泌并释放到血液循环中,刺激其分泌的条件主要是心室负荷和/或室壁张力的增加,血清 NT-proBNP 其水平高低是反映心功能状态的客观指标,也是早期心功能损害的敏感指标^[10]。本文通过对 CHF 患者治疗前、后血清 NT-proBNP 水平对比,以及出院时血清 NT-proBNP 水平与随访心脏事件发生的比较,发现治疗后随着患者心功能改善,血清 NT-proBNP 水平明显也降低,因米力农通过改善心室重构及功能恢复,降低了左心室的分泌。发生心脏事件者出院时血清 NT-proBNP 水平显著高于未发生心脏事件者,说明出院时其水平越高,出院后发生心脏事件的几率就越高,提示血清 NT-proBNP 是 CHF 患者治疗及预后判断的指标。

综上所述,CHF 患者存在着高水平的 NT-proBNP,短期应用米力农注射液治疗,能够显著改善心功能及降低血清 NT-proBNP 水平,血清 NT-proBNP 可作为观察心功能变化及临床疗效的检测指标。

参考文献

- [1] 王爱琴. 美托洛尔治疗慢性心力衰竭的疗效研究[J]. 实用心脑血管病杂志,2012,20(4):583,585.
- [2] 谈响,曾宪飞,李军民,等. 血 BNP、hs-CRP 和 cTnI 水平在呼吸困难患者中的临床鉴别诊断价值[J]. 现代检验医学杂志,2012,27(4):38-40,43.
- [3] 陈贤冲,宋卫华,曹兴建. 围生期妇女血清 N 末端 B 型钠尿肽原水平测定及意义[J]. 现代检验医学杂志,2011,26(1):120,123.
- [4] 周克俭,张兴平,付晓. 对比分析舒张性和收缩性心力衰竭患者血清 N 末端-脑钠肽前体(NT-proBNP)水平[J]. 现代检验医学杂志,2011,26(1):148-149,155.
- [5] 赵昕,王萌. N 端脑钠肽前体对心力衰竭诊断价值的研究[J]. 中国老年学杂志,2007,27(13):1287-1289.
- [6] 韩霞,吴孟海,李静,等. 米力农微泵治疗充血性心力衰竭的疗效观察[J]. 山东医药,2011,51(1):86-87.
- [7] 陈天平,张乃菊,陈耀,等. 米力农治疗充血性心力衰竭 25 例疗效观察[J]. 中华全科医学,2012,10(9):1337-1338.
- [8] Lakshminrusimha S, Porta NF, Farrow KN, et al. Milrinone enhances relaxation to prostacyclin and iloprost in pulmonary arteries isolated from lambs with persistent pulmonary hypertension of the newborn[J]. Pediatr Crit Care Med,2009,10(1):106-112.
- [9] 朱玲军,林文辉,高然然. Nt-proBNP 和血钠水平与老年慢性心力衰竭患者预后的关系[J]. 浙江医学,2012,34(23):1880-1882.
- [10] 贺红霞,胡苏萍,黄毅. 血浆 NT-proBNP 水平对脓毒症合并心肌梗死的诊断价值[J]. 临床肺科杂志,2011,16(4):523-524.

(收稿日期:2012-11-15)

64 排 CTA 在小儿先天性心脏病的应用

时胜利, 陈志平, 冯东蒙

【摘要】目的 探讨 64 排 CTA 对小儿先天性心脏病的诊断价值及后处理重建方法。**方法** 收集整理郑州市儿童医院 2010 年 4 月-2012 年 3 月期间经 64 排心脏 CTA 检查患儿的临床及 CT 资料并进行分析, 总结小儿先天性心脏病 64 排 CTA 后处理诊断方法。**结果** 73 例经 64 排 CTA 检查的先天性心脏病患儿均能明确诊断, 其中复杂先心病 40 例, 有房间隔缺损者 17 例, 有室间隔缺损者 43 例, 有动脉导管未闭者 7 例, 有肺动脉狭窄者 5 例, 先天性肺动脉闭锁 1 例, 有右室流出道狭窄者 22 例, 有肺静脉异位引流者 3 例, 有主动脉狭窄者 2 例, 永存左上腔静脉 4 例, 右位主动脉弓 3 例。与彩超及手术结果比较差异无统计学意义。**结论** 小儿先天性心脏病的 64 排 CTA 扫描及后处理重建, 对先天性心脏病能够作出明确诊断, 图像直观细腻逼真, 具有较强的实用价值。

【关键词】 64 排 CTA; 图像后处理重建; 小儿先天性心脏病; 分节段图像后处理

【中图分类号】 R725.4 R814.42 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1288-03

64-Slice CT Angiography in Diagnosis of Congenital Heart Disease in Children SHI Sheng-li, CHEN Zhi-ping, FENG Dong-meng. Department of Radiology, Zhengzhou Children's Hospital, Zhengzhou 450053, He'nan, China

【Abstract】 Objective To investigate the value of 64-slice CT angiography (CTA) and post-processing (reconstruction) technique in the diagnosis of children with congenital heart disease. **Methods** The clinical and CT data of children with congenital heart disease undergoing CT angiography from April 2010 to March 2012 in our hospital were analyzed to summarize the diagnosis method of post-processing (reconstruction) technique. **Results** All 73 patients with congenital heart disease were confirmed by CT angiography, in which 40 cases were with complex congenital heart disease, 17 cases with atrial septal defect, 43 cases with ventricular septal defect, 7 cases with patent ductus arteriosus, 5 cases with pulmonary artery stenosis, 1 case with congenital atresia of pulmonary artery, 22 cases with right ventricular outflow tract obstruction, 3 cases with anomalous pulmonary venous connection, 2 cases with aortic stenosis, 4 cases with persistent left superior vena cava, 3 cases with right aortic arch. As compared with ultrasonography and surgical outcomes, there was no obvious difference among them. **Conclusion** 64-slice CT angiography and post-processing reconstruction technique has significant practical value in diagnosis of children congenital heart disease.

【Key words】 64-slice CT angiography; Reconstruction technique; Children with congenital heart disease; Post-processing technique

小儿先天性心脏病(简称先心病)是严重影响生存质量危及患者存活的一组疾患,大多数先心病常合并存在心脏多个畸形,包括心内畸形和心外畸形,常导致严重血流动力学异常^[1]。近年来,小儿心血管外科、心导管介入技术及心脏重症监护等领域的技术有明显进展,小儿先心病的治疗效果明显提高,特别是显著提高了复杂先心病的手术成功率及患儿的生存质量。因此,小儿先天性心脏病的明确诊断显得至关重要,心脏影像学诊断及技术的进步,为术前诊断与手术病例筛选、术中指导与评价、术后评估与随访等方面,发挥了极为重要的作用。本文通过对我院心脏 64 排 CTA 分析,总结小儿先天性心脏病的 64 排 CTA 的扫描方法及后处理重建诊断方法,提高小儿先天性心脏病的诊断准确性。

1 资料与方法

1.1 临床资料 收集整理我院 2010 年 4 月-2012 年 3 月期间经 64 排心脏 CTA 检查的患儿临床及 CT 资料并进行分析,包括患儿临床病史、彩超报告单、肝肾功能报告单、64 排 CT 扫描前准备及扫描参数、CT 诊断报告单等。

1.2 先心病扫描准备及扫描方法 73 例患儿,男 38 例,女 35 例,年龄 1 个月~6 岁,体重 3.5~20 kg,检查前患儿体温控制在 38℃ 以内,心率控制在 140 次/min,使用 PHILIPS 64 排 CT 进行 CTA 心脏前门控扫描。

1.2.1 扫描前准备 准备套管针、双筒高压注射器、350 mg I/ml 碘海醇,2.0~2.5 ml/kg,22~20 G 套管针静脉穿刺,对比剂注射在 12 s 内注射完,流率为 2.0 ml 乘以体重除以 12,盐水量

为对比剂用量的 1/3~2/3,盐水注射流率为用量除以注射时间,盐水注射时间为 20 s 减去对比剂注射时间,总注射时间控制在 20 s 左右,扫描启动时间为开始注药后计算扫描时间,1 岁以内小儿左向右分流启动时间为 14~15 s;右向左分流启动扫描时间为 12~13 s;1 岁以上患儿:在上述时间内延迟 1 s 启动扫描。

1.2.2 扫描方法 不合作患儿镇静,10% 水合氯醛 0.5 ml/kg 或麻醉,扫描前 1 h 口服倍他乐克 1~2 mg/kg,控制心率在 140 次/min 以内,平静呼吸下进行扫描,回顾性心电门控扫描模式,扫描参数:管电压 120 kV,管电流 300~500 mA,准直 64 层×0.625 mm,螺距 0.16~0.22, X 线管旋转速度 0.35 s/r;视野 200 mm×200 mm,矩阵 512×512,扫描时间 3.1~5.7 s。

1.3 后处理重建方法 对心脏内畸形和心脏外畸形采取分节段重建。心脏内畸形采用 MPR(多平面重建),包括:房间隔和室间隔短轴位、房间隔和室间隔长轴位、四腔位、左室和右室流出道位、左室双口位、主动脉骑跨位;心脏外畸形采用 CPR(曲面重建)和 VR(容积再现),包括:主动脉、肺动脉、肺静脉、上下腔静脉和心脏外形不同位置的观察。

1.4 统计学方法 所有数据均为计量资料,以($\bar{x} \pm s$)表示,测量数据差异比较采用方差分析(ANOVA),采用 *t* 检验,以 *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

73 例经 64 排 CTA 检查的先天性心脏病患儿均能明确诊断,其中复杂先心病 40 例,有房间隔缺损者 17 例,有室间隔缺损者 43 例,有动脉导管未闭者 7 例,有肺动脉狭窄者 5 例,先天性肺动脉闭锁 1 例,有右室流出道狭窄者 22 例,有肺静脉异位引流者 3 例,有主动脉狭窄者 2 例,永存左上腔静脉 4 例,右位

主动脉弓 3 例。与彩超及手术结果比较差异无统计学意义。

3 讨论

3.1 小儿先天性心脏病常见的畸形 小儿先天性心脏病是严重影响生存质量危及患者存活的一组疾患,大多数先心病常合并存在心脏多个畸形,包括心内畸形和心外畸形,心内畸形包括房缺、室缺、左右室流出道狭窄、瓣膜狭窄和关闭不全、主动脉骑跨、单心房单心室等,心外畸形包括主动脉异常、主动脉弓离断、主动脉缩窄、主唱肺动脉窗、永存动脉干、双主动脉弓;肺动脉异常,包括肺动脉狭窄和闭锁、一侧肺动脉起源异常、肺动脉吊带等;动脉导管未闭;肺静脉畸形引流,包括心上型、心内型、心下型;体静脉异常,包括双侧上腔静脉、下腔静脉离断;冠状动脉异常,包括冠状动脉瘘、冠状动脉异常起源、冠状动脉瘤等^[2-3]。

3.2 64 排 CTA 对先天性心脏病诊断的优势 长轴方向使用了多排探测器,可在一次旋转过程中获得多层面的容积扫描数据,扫描速度明显加快,通过调节准直大小来控制扫描层面,可以根据需要选择合适的扫描厚度,采用了多层面锥形体层摄影重建技术,应用最优化模式和新的过滤器插入方式,改变了长轴方向的数据采集轨迹,使长轴方向的信息量明显增加,相邻边缘部分的采集数据得到补充加强,明显增加了图像的空间分辨率,可进行多平面重建,信息无衰减,进行 VR(容积再现)3D 重建技术,100% 利用容积扫描数据,通过调整窗宽、窗位、亮度及透明度,可显示不同密度的组织结构,且保存了组织结构的三维空间关系,处理图像不需要人工编辑,保证了组织结构的连续性,图像细腻逼真,有较强的空间立体感,可通过不同角度进行观察,便于准确测量^[4]。

3.3 图像后处理原则 先心病的图像后处理诊断采用节段分析的思路作为指导,用于全面显示心血管的解剖结构、空间位置关系、连接关系,根据心脏位置、内脏-心房位置关系、心房室连接、心房室与血管间连接、血管与血管间连接进行重建分析,有助于先天性心脏病的诊断,不漏诊^[5-6]。

3.4 心脏内病变多采用平面重建(MPR)进行分析

3.4.1 房间隔重建方法 重建短轴位和长轴位方向上房间隔,短轴位房间隔重建方法:以房间隔中点为中心,横轴位上与房间隔平行,矢状位上与房间隔垂直,所得到的平面;长轴位房间隔重建方法:以房间隔中点为中心,矢状位上与房间隔平行,横轴位上与房间隔垂直,所得到的平面;分别观察房间隔在短轴位和长轴位上是否有缺损,并测量房间隔缺损的大小(见图 1)。



注:长轴位及短轴位,观察心脏长轴和短轴方向缺损大小。

图 1 房间隔缺损

3.4.2 室间隔重建方法 重建短轴位和长轴位方向上室间隔,短轴位室间隔重建方法:以室间隔中点为中心,横轴位上与室间隔平行,矢状位上与室间隔垂直,所得到的平面;长轴位室间隔重建方法:以室间隔中点为中心,矢状位上与室间隔平行,横轴位上与室间隔垂直所得到的平面;分别观察室间隔在短轴位和长轴位上是否有缺损,并测量室间隔缺损的大小。

3.4.3 四腔位 最常用的心脏特有成像体位,用于观察同一层面上长轴位方向房间隔和室间隔病变,各房室壁厚度。方

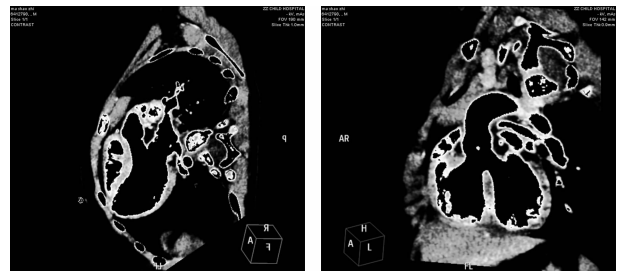
法:即垂直于室间隔房间隔,又垂直于二尖瓣三尖瓣所得到的平面,右侧前后为右心房、右心室,左侧前后为左心房、左心室(见图 2)。



注:用于观察房室间隔缺损及二尖瓣、三尖瓣。

图 2 心脏四腔位

3.4.4 左心室双口位 用于观察主动脉瓣病变、左心室流出道及流入道有无狭窄、升主动脉根部情况。方法:平行于主动脉瓣与心尖的连接,垂直于主动脉与左心房间隙所得到的平面(见图 3)。



注:观察左室流入流出道狭窄及主动脉骑跨程度。

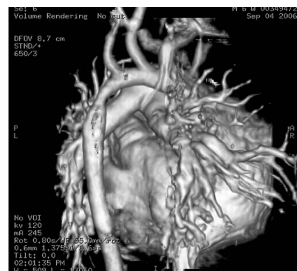
图 3 左室双口位及主动脉骑跨位

3.4.5 右室流出道位 用于观察右心室流出道有无狭窄。方法:平行于三尖瓣与心尖连线,垂直于三尖瓣所得到的平面。

3.4.6 主动脉骑跨位 由于观察有无主动脉骑跨及骑跨的程度。方法:以主动脉瓣中点为中心,垂直于室间隔,平行于升主动脉所得的平面(见图 3)。

3.5 大血管畸形重建 心脏外大血管畸形的后处理重建,多采用容积再现(VR)和曲面重建(CPR)进行分析^[7]。

3.5.1 容积再现(VR) 通过不同角度可立体逼真显示心脏外血管发育情况,有无主动脉异常包括主动脉弓离断、主动脉缩窄、永存动脉干、双主动脉弓等;肺动脉有无异常,包括狭窄和闭锁、肺动脉起源有无异常;动脉导管未闭;有无肺静脉畸形引流;体静脉有无异常包括永存左上腔静脉、下腔静脉离断等;冠状动脉有无异常;包括冠状动脉瘘、冠状动脉起源异常、冠状动脉瘤等(见图 4)^[8-9]。



注:观察心脏大血管畸形,本例为主动脉缩窄。

图 4 容积再现(VR)

3.5.2 曲面重建(CPR) 主要用于行径扭曲不能在同一层面显示其全貌的血管,如主动脉与肺动脉异常连接、动脉导管未闭等在同一层面显示。

综上所述,64 排 CTA 对小儿先天性心脏病能够做出明确诊断,尤其对复杂先心的通过分节段重建诊断有较大优势,值得推广应用^[10]。

彩色多普勒超声对不全纵隔子宫妊娠的诊断价值

吴小凤,周江,李燕,陶溢潮,马芬,刘继章

【摘要】目的 探讨彩色多普勒超声对不全纵隔子宫妊娠的诊断价值。方法 选择早孕期在孝感市中心医院接受超声检查并拟诊为不全纵隔子宫妊娠 45 例,跟踪随访至妊娠晚期,观察纵隔子宫在妊娠不同时期声像图特点,最后经手术或产后超声证实。结果 除 2 例在早孕期复查后确诊为子宫角部妊娠,其余 43 例妊娠早期表现为内膜呈 Y 字形,一侧宫腔内膜增厚呈蜕膜样变,一侧宫腔见偏心性孕囊回声。妊娠中、晚期:羊水内见带状回声,其底部宽厚,与宫底或宫腔上部相连,不影响胎儿活动。38 例经剖宫产手术证实,5 例正常分娩产妇产后复查子宫超声得以证实。结论 彩色多普勒超声对不全纵隔子宫妊娠声像图表现具有一定特异性,能准确诊断并指导临床。

【关键词】 彩色多普勒超声;不全纵隔子宫妊娠;诊断

【中图分类号】 R714.22 R445.14 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1290-02

Value of Color Doppler Ultrasound in Diagnosis of Pregnancy in a Woman with Partially Septate Uterus WU Xiaofeng, ZHOU Jiang, LI Yan, et al. Department of Ultrasound, Xiaogan Central Hospital, Xiaogan 432000, Hubei, China

【Abstract】 **Objective** To investigate the value of color Doppler ultrasound in diagnosis of pregnancy in a woman with partially septate uterus. **Methods** Forty five early pregnancy women proposed diagnosis of partially septate uterus by ultrasound were follow up to the late trimester of pregnancy. The ultrasonographic characteristics were observed at different trimester of pregnancy. The results were confirmed by surgery or ultrasound examination of the postpartum uterus. **Results** Two cases were diagnosed as angular intrauterine pregnancy by the re-examination at early trimester of pregnancy. Other 43 cases reveal Y-shape endometrium at early trimester of pregnancy. One side was with thickening endometrium like decidualis, another side with eccentricity of the gestational sac. During middle and late pregnancy, a band echo signal could be seen in amniotic fluid, with a broad fundus connected to the fundus uteri or top of the uterine cavity. It did not influence the movement of fetus. 38 cases were confirmed to be the partial septate uterus by cesarean surgery, 5 cases by ultrasound examination of the postpartum uterus. **Conclusion** Color Doppler ultrasound examination in diagnosis of pregnancy in a woman with partially septate uterus has a certain specificity and accuracy, and can be used as clinical guiding.

【Key words】 Color Doppler ultrasound; Pregnancy in a woman with a partially septate uterus; Diagnosis

不全纵隔子宫是女性生殖道畸形常见病例,因可无临床症状,常不易早期发现,诊断有较多局限性^[1],合并妊娠时,宫内异常的纵隔易于显示,特别是妊娠晚期受羊膜囊中羊水衬托,表现为宫腔内带状物回声,准确判断带状物的来源、性质及其对胎儿的影响,对于临床来说显得尤为重要。本文对不完全纵隔子宫妊娠期进行超声观察,讨论分析其声像图特征,指导临床。

1 资料与方法

1.1 临床资料 收集 2010 年 1 月-2012 年 9 月在我院门诊拟诊为不全纵隔子宫合并早期妊娠孕妇 45 例,孕妇要求生育,超声动态监测至胎儿出生,年龄 23~28 岁,平均年龄 25.5 岁。

作者单位:432000 湖北省孝感市中心医院超声科
通讯作者:吴小凤,电子信箱:1594263800@qq.com

1.2 仪器与方法 采用 GE Logiq7 及 Voluson 730 彩色超声诊断仪,经腹探头频率 3.5 MHz。早孕期嘱孕妇适当充盈膀胱,行常规超声检查,重点观察子宫轮廓,宫腔带状分隔向宫颈内口延伸程度,内膜形状。中晚期行常产科超声检查,重点观察纵隔走向、厚度、胎位、胎盘、纵隔血流情况。

2 结果

2.1 超声检查结果 45 例孕妇中 2 例在早孕期复查后诊断为宫角妊娠,经手术证实。38 例行剖宫产术:胎盘早剥 2 例,胎位不正 36 例。5 例正常分娩,产后超声证实为不全纵隔子宫。

2.2 不全纵隔子宫妊娠的声像图分析 早期妊娠时:子宫体积增大,宫底部增宽,轻度凹陷,其凹陷深度≤10 mm^[2],内膜呈“Y”字形,妊娠位置偏心。中晚期:羊膜囊羊水无回声区内见一光带回声,将宫腔分为左、右不等大两部分,胎儿主要位于

参考文献

[1] 谢明星. 小儿先天性心脏病影像学诊断进展[J]. 中华临床医师杂志(电子版),2011,5(23):6876-6880.

[2] 黄新明,段青,薛蕴菁,等. 双源 CT 在复杂性先天性心脏病中的诊断应用[J]. 心血管康复医学杂志,2009,18(2):167-170.

[3] Goo HW, Park IS, Ko JK, et al. Computed tomography for the diagnosis of congenital heart disease in pediatric and adult patients[J]. Int J Cardiovasc Imaging, 2005, 21(2-3):347-356.

[4] 黄桂玲,孙戈新,刘剑平. 心脏 CT 成像的研究进展[J]. 中国老年学杂志,2010,30(21):3209-3211.

[5] Champion HC, Michelakis ED, Hassoun PM. Comprehensive invasive and noninvasive approach to the right ventricle pulmonary circulation unit: state of the art and clinical and research implications[J]. Circulation, 2009, 120(11):992-1007.

[6] 吴昊,钟玉敏,高伟,等. 非青紫型先天性心脏病外周肺血管病变

影像学方法比较[J]. 上海交通大学学报(医学版),2011,31(9):1303-1306.

[7] Gilkeson RC, Clancibello L, Zahka K. Multidetector CT evaluation of congenital heart disease in pediatric and adult patients[J]. Am J Roentgenol, 2003, 180(4):973-980.

[8] 阮怀军,余永强,沈柱,等. 多层螺旋 CT 在婴幼儿复杂型先天性心脏病诊断中的应用价值[J]. 安徽医学,2012,33(9):1211-1213.

[9] 杨有优,王思云,周旭辉,等. 64 层螺旋 CT 诊断复杂先天性心脏病及与超声心动图和手术对照[J]. 临床放射学杂志,2007,26(10):1029-1032.

[10] 纪晓鹏,王锡明,程召平,等. 双源 CT 前瞻性心电门控低剂技术在小儿先天性心脏病中的应用[J]. 实用放射学杂志,2012,28(3):424-428.

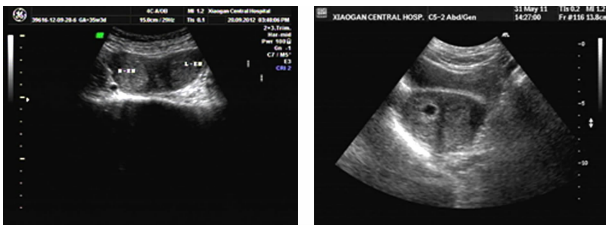
(收稿日期:2012-10-12)

较大一侧宫腔,另一侧为与其相通窄小羊水区,光带基底部宽厚,上部与宫底子宫肌层连续,回声类似肌层,多数纵行,少数呈斜行状^[3]。

3 讨论

3.1 不完全纵隔子宫形成机理 不完全纵隔子宫是胚胎发育形成过程中,双侧米勒管融合后,中隔吸收受阻形成不同程度的纵隔,纵隔止于宫颈内口上方任何部位,发病率约占 35%。根据美国生育协会(American Fertility Society, AFS)的标准(1988)属米勒管发育异常第 V 级^[4]。

3.2 不全纵隔子宫妊娠期超声声像图表现 早期妊娠期:不全纵隔子宫外形上表现为横切宫底增宽,底部略凹陷,于宫体中央见一基底略呈“楔形”低回声分隔带延伸至宫颈内口以上,将子宫分成左、右不等大两部分,内膜呈“Y”字形(见图 1),纵切:子宫内膜回声不连续,可见两条不在同一水平线上内膜回声,一侧宫腔内膜增厚,回声不均匀呈蜕膜反应,另一侧宫腔见偏心妊娠囊回声(见图 2),多切面扫描内膜呈“Y”字形及妊娠囊偏心是不全纵隔子宫早期妊娠声像图特异性表现。中、晚期妊娠期,由于羊膜囊中羊水衬托,不全纵隔容易显示,超声表现为羊水内漂浮光带将宫腔分为大小不等且相通两部分(见图 3),胎儿占据较大一侧宫腔,较小一侧宫腔可见胎儿部分躯体活动自如,羊水内光带具有以下特点:纵隔数量单发,基底部厚宽,厚约 6~7 mm,部分厚可达 10 mm 以上,发生于子宫底部及宫腔上部,与肌层回声相似,其下端渐变细向宫颈方向延伸,止于宫颈内口水平上方,彩色多普勒显示光带上有血流信号。部分纵隔因妊娠侧宫腔与非妊娠侧宫腔极不对称关系而明显偏于一侧,表现为不全纵隔呈斜行走向。



注:子宫底部横切见左、右两个宫腔回声。

图 1 不全纵隔子宫非孕早期横切面

注:一侧宫腔见偏心孕囊回声,另一侧宫腔内膜增厚呈蜕膜反应。

图 2 不全纵隔子宫早孕早期横切面



注:羊水内见一光带回声将羊膜囊分为左、右两部分。

图 3 不全纵隔子宫中晚期横切面

3.3 鉴别诊断 早孕期因妊娠囊具有偏心性特点,故不全纵隔子宫妊娠早期应与角部妊娠相鉴别。角部妊娠属宫内妊娠还是特殊部位妊娠尚未完全统一^[5],但其部位特殊,子宫角部是子宫血管和卵巢血管汇集区,血运丰富,一旦发生破裂可因大量失血致失血性休克危及生命,及早诊断可指导临床治疗。本组病例有 2 例在早期首次检查因妊娠囊位置偏心而误诊,动

态观察妊娠囊位置,1~2 周复查,明确诊断,临床及时处理,经手术证实为子宫角部妊娠。妊娠中、晚期羊水中带状物回声不全纵隔子宫占 22%^[6],随着宫腔器械操作增多、损伤,宫腔粘连带亦为常见原因,宫腔粘连带是由双层羊膜与双层绒毛膜沿瘢痕生长形成,其声像图特点为:可多发(1~4 条),边缘毛糙,光带基底部较宽,多位于宫腔中下段,羊水内带状回声一端连于胎盘,一端连于宫壁,或两端均为胎盘或均为宫壁^[7],其上可见胎盘种植、附着,彩色多普勒显示光带上可有血流信号,动态观察随着妊娠进展,羊膜囊增大,疤痕伸展,该光带部分可消失,宫腔粘连带多无实际临床意义。此外还有羊膜带综合征、轮状胎盘等均可形成宫腔内带状回声,但羊膜带综合征多伴有胎儿畸形,易于识别;轮状胎盘较少见,发生率不到 1/6000。

3.4 诊断不全纵隔子宫的临床意义 不全纵隔子宫由于纵隔表面覆盖发育不良内膜,纵隔上血管形成不好,血供不足,加上纵隔改变宫腔形态,对妊娠产生一定影响,易导致早期流产及习惯性流产^[8],妊娠晚期因胎盘异常种植可引起胎盘早剥导致早产,纵隔使有效空间减少,胎儿在宫内活动受限,因而又可引起胎儿窘迫、胎位异常:臀位、横位。有文献报道^[9]:胎位不正不是胎膜早破导致早产主要诱因之一。本文中有 2 例分别在孕 35⁺³周及 34⁺⁵周时因孕妇腹痛、阴道出血,经彩超诊断为胎盘早剥而及时实施剖宫产手术。36 例因臀位、横位胎位不正,不能正常分娩行剖宫产术,而在剖宫产指征中胎儿窘迫占首位^[10]。

综上所述,通过对不全纵隔子宫早期至晚期妊娠期声像图变化的观察、分析,了解不全纵隔子宫形成宫腔带状物特点,提高对不全纵隔子宫形成宫腔带状物声像图认识,可以减少漏诊、误诊,更好地指导临床。不全纵隔子宫在妊娠期声像图表现具有显著特异性,而彩色多普勒对这一特性能直观显示,特别在妊娠中晚期对胎盘及胎位异常检查具有不可替代的优越性。

参考文献

- [1] 朱艳玲,马永红. 32 例先天性苗勒管异常合并妊娠患者的超声表现分析[J]. 云南医药,2011,32(1):44.
- [2] 沈薇,虞素兰,符月美. 纵隔子宫超声诊断及漏误诊分析[J]. 实用医技杂志,2012,19(7):774.
- [3] 沈锡林,李荆. 不完全纵隔子宫中晚期妊娠超声诊断及临床分析[J]. 临床超声医学,2001,3(5):288-289.
- [4] 谢红林. 妇产科超声诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:194-152.
- [5] 邓凤莲,李锐,段灵敏,等. 彩色多普勒超声在宫角妊娠诊断中的应用[J]. 中国超声医学杂志,2012,28(7):639-641.
- [6] 张旭,赛西亚. 超声在羊水内带状结构诊断与鉴别诊断中的意义[J]. 中国妇幼保健,2010,25(6):846.
- [7] 韦卫中,徐春芳,钱坤,等. 产前超声检查宫腔内条带状回声的临床意义[J]. 华中科技大学学报:医学版,2011,40(5):604-606.
- [8] 李艳萍,詹耀球,谢明,等. 子宫纵隔对孕育的影响及纠正[J]. 中国性科学,2007,16(5):332-351.
- [9] 王芬,朱桃花,李如霞,等. 极早期胎膜早破的独特高危因素分析和期待治疗的临床意义及风险[J]. 安徽医学,2013,34(2):140-143.
- [10] 曹龙华,顾金燕. 不同剖宫产术式对再次剖宫产的影响分析[J]. 浙江医学,2013,35(7):580-582.

(收稿日期:2012-10-22)

糖尿病患者下肢动脉病变的超声分析

高燕燕

【摘要】 目的 探讨利用彩色多普勒超声检查的方法实现对糖尿病患者下肢动脉病变的诊断。方法 蚌医二附院已确诊 56 例糖尿病患者,现对其进行下肢动脉的彩色多普勒超声检查,观察血管内径、内中膜厚度、有无斑块、管腔狭窄程度及血流动力学变化,结果与无糖尿病的 50 例正常人进行对照。**结果** 56 例糖尿病患者中下肢动脉有不同程度的硬化,动脉内中膜增厚结果为阳性 36 例,发病率为 64.28%,斑块形成 24 例,发病率 42.76%,轻度狭窄 14 例,发病率 25.0%,明显狭窄 11 例,发病率 18.65%,完全闭塞 2 例,发病率 3.5%。对照组 50 例,检出结果为阳性 4 例,发病率 12.5%,糖尿病下肢动脉病变检出阳性率明显高于糖尿病对照组($P < 0.01$)。**结论** 探索糖尿病患者的下肢动脉彩色多普勒超声检查对临床研究有着重大意义。

【关键词】 超声检查;糖尿病;下肢动脉病变

【中图分类号】 R445.14 R587.29 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1292-02

Ultrasonography for Lower Extremity Peripheral Arterial Disease in Patients with Diabetes GAO Yan-yan. *Function Laboratory, the Second Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu 233040, Anhui, China*

【Abstract】 Objective To investigate the value of color Doppler ultrasound(US) in the diagnosis of lower extremity peripheral arterial disease in patients with diabetes mellitus. **Methods** Ultrasonography was performed in a total of 56 patients with diabetes mellitus and 50 normal subjects to observe the blood vessel diameter, artery intima-media thickness, plaque, constriction of blood vessels and hemodynamics parameters. **Results** All 56 cases were with different extent of artery sclerosis. 36 cases were with increased intima-media thickness(64.28%), 24 cases with plaques(42.76%), 14 cases with mild constriction of blood vessels(25.0%), 11 cases with obvious constriction(18.65%), and 2 cases with total occlusion(3.5%). 4 cases in the control group were with lower extremity peripheral arterial disease(12.5%). The difference in the positive rate of lower extremity peripheral arterial disease was statistical significant($P < 0.01$). **Conclusion** Ultrasonography plays an important role in the diagnosis of lower extremity peripheral arterial disease in patients with diabetes mellitus.

【Key words】 Ultrasonography; Diabetes; Lower extremity peripheral arterial disease

根据现代流行病学的研究得知,糖尿病是一种常见的全身性代谢性疾病^[1]。其严重性和危害性是糖尿病的主要特征,若不予以系统治疗以及到病症晚期,会伴随诸多常见并发症,以心、脑、肾为著,合并下肢动脉粥样硬化更为常见。糖尿病晚期患者伴有下肢疼痛、麻木、间歇性跛行、足部溃疡、坏疽,最后造成截肢致残等。因此对糖尿病患者进行超声检查能发现其下肢血管的早期病变,为提高糖尿病并发症的诊断提供一项重要检查措施,本文旨在对本院 56 例下肢动脉病变的糖尿病患者进行彩色多普勒超声检查并对其结果分析与研究,从而为以后的临床提供更为高效、无创及便捷的检查方法。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择 2011 年 5 月-2012 年 5 月我院内分泌科的糖尿病患者 56 例,均经临床相关化验确诊,病程半年至 30 年,其中男性 42 例,女性 14 例,年龄 42~85 岁,平均年龄 63.5 岁,同时检测 50 例无糖尿病者作对照组,年龄 45~75 岁,平均 54.5 岁。

1.2 仪器 使用 PHILIPS-iE33 彩色多普勒超声诊断仪,高频线阵探头,频率为 7~12 MHz。

1.3 检查方法 置患者于仰卧位,充分暴露其下肢,大腿略向外伸展,探头位于大腿根部,首先找到位于腹股沟内下方的股总动脉和股浅动脉,然后沿下肢动脉走行自上而下滑动探头,纵行扫查,观察股总动脉主干及其分叉处股浅动脉,在分叉处上 1.0~1.5 cm 处进行取样,并使所取容积为 2~4 mm,校正声速与血流夹角使之大小保持小于 60°。而在对腘动脉进行检查时,则需要让患者采取俯卧位,令下肢抬高 20°~30°。检查过程观察管腔内径,内膜厚度的变化及管腔内壁有无斑块、狭窄、血栓等病变,斑块处彩色血流是否有充盈缺损现象,脉冲多普

勒检查血流速度,阻力指数血流动力学变化。

2 结果

通过对 56 例糖尿病患者的下肢动脉超声检测,对糖尿病患者下肢动脉粥样硬化程度进行超声分组,内膜厚度标准为内中膜厚度在 0.8~1.3 mm 之间(分叉处超过 1.0 mm)及斑块标准参考^[2-3]斑块局限性厚度超过 1.3 mm。①血管局部内膜增厚,阳性 36 例,2D:1 mm<内膜增厚≤1.2 mm,CDFI:血流信号充盈良好。②血管腔内粥样斑块形成(软斑、硬斑),阳性 24 例,2D:内膜增厚>1.2 mm,局部增厚隆起,向管腔内隆出,见单发或多发低回声、等回声及强回声斑块,较大斑块处导致管腔狭窄,CDFI:管壁内膜增厚处彩色血流信号充盈良好,斑块处可见血流信号充盈缺损,彩色血流信号略变细。③血管轻度狭窄,阳性 14 例,2D:血管壁明显增厚,形成的斑块导致管腔轻度狭窄,CDFI:可见增厚的管壁及斑块形成处血流信号充盈缺损,血流变细,血彩信号鲜艳明亮,20%≤管腔狭窄程度<50%。④血管明显狭窄^[4],阳性 11 例,2D:血管腔内可见等回声至强回声团块堵塞,管腔呈节段性明显狭窄,CDFI:血流信号充盈明显缺损,呈挖空状,血流变细、不规则,色彩暗淡,颜色单一,50%≤管腔狭窄≤99%。见图 1(见封三)。⑤血管完全闭塞,阳性 2 例,2D:血管腔内呈等回声至强回声团块,CDFI:无彩色血流信号。见图 2(见封三)。

对照组管壁较光滑,内膜厚度均小于 0.9 mm,各段动脉出现粥样斑块均小,没有管腔狭窄的表现。糖尿病组与对照组下肢动脉发病率的比较情况见表 1。

表 1 糖尿病组与对照组下肢动脉发病率比较(例)

组别	n	内膜增厚	粥样斑块形成	轻度狭窄	管腔明显狭窄	血管完全闭塞
糖尿病组	56	36	24	14	11	2
对照组	50	3	1	0	0	0
P 值		<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

糖尿病组与对照组的年龄、下肢动脉血管内径基础值之间差异无统计学意义($P > 0.05$);糖尿病组与对照组的下肢动脉血管病变,包括内膜增厚、斑块形成、管腔狭窄及完全闭塞差异存在统计学意义($P < 0.01$)。

3 讨论

随着生活水平提高,糖尿病发病率也逐年上升,发病年龄越来越年轻化,病情进展较快,发生大血管病变时主要累及下肢动脉的远端^[5]。糖尿病下肢动脉病变是糖尿病患者常见的并发症之一,主要表现为伴有下肢动脉粥样硬化的患肢发凉、疼痛、麻木、间歇性跛行,晚期可发生趾或足溃疡,伤口不易愈合及坏疽,严重时截肢是致残的主要原因之一,也是糖尿病患者致死致残的主要原因^[6],因此,早期诊断糖尿病患者的下肢血管病变对糖尿病患者治疗预后和提高生活质量都具有主要意义^[7]。糖尿病患者大血管病变最早期主要是内中膜厚度的改变,斑块的形成是在内膜变化后,利用超声检查能精确测量血管内中膜的厚度^[8],当下肢动脉出现粥样硬化病变时,二维超声显示动脉血管管壁正常的三层结构消失,内膜面变得毛糙,欠光滑直至不规则增厚,中后期可见形态不规则、大小不等的中低回声及强回声斑块,严重时导致管腔不同程度的狭窄。根据斑块回声强度和组织病理学研究分为^[9]如下,①软斑形成:血管内呈均匀偏低回声;②纤维型斑块形成:血管内呈中等回声;③硬斑块形成:血管呈增强、偏高或伴声影的钙化回声;④混合型斑块:血管内呈强弱不等、分布不均匀的溃疡型回声。彩色多普勒超声检查下肢动脉不仅能满意显示下肢动脉血管内径、管壁还可以测量血液动力学等内容,并能描述动脉粥样斑块的大小、形态特征,动脉管腔狭窄的程度,实时显示血管上下及左右切面图像,通过彩色多普勒血流频谱测量血流速度,阻力指数及搏动指数等,发现其血流动力学变化情况。

本文对 56 例糖尿病患者的下肢动脉病变进行了研究和总结,所得包括阳性 36 例,病变分为 5 组,其中有血管内膜增厚 36 例,发病率占 64.28%;血管管腔内斑块形成有 24 例,发病率占 42.85%;血管轻度狭窄有 14 例,发病率占 25%;血管管腔明显狭窄有 11 例,发病率占 19.64%;还有血管完全闭塞 2 例,发病率占 3.57%。所研究 5 组病变组的发病率和对照组进行比

较都有升高,且差异有统计学意义($P < 0.01$),特别是糖尿病患者合并下肢动脉粥样硬化发生率更高。各项数据比较得知糖尿病和下肢动脉病情的严重程度成正比关系。通过本论文的调查研究表明采用彩色多普勒超声对下肢动脉内膜的厚度变化、内部回声、斑块的大小形态、管腔狭窄的程度及是否闭塞等症状进行评价,其结果真实可靠。彩色多普勒超声检查为临床检查、治疗及研究提供一种高效、便捷及无创性诊断技术,同时对无症状的糖尿病下肢动脉病变患者也能够起到很好的防治作用。因此彩色多普勒超声检查对糖尿病下肢动脉病变能进行更深远的研究和探讨,对糖尿病患者的病情的诊断和评价预后能起到重要的意义^[10]。

参考文献

- [1] 李保启,王金萍,陈晓艺,等. 初诊 2 型糖尿病患者动脉血管受损的超声观察[J]. 中华全科医学,2012,10(2):296-297.
- [2] 吴玮,李健,郭焯,等. 高频超声对糖尿病患者颈动脉内膜-中膜厚度及斑块形成检测的意义[J]. 中国临床医学影像杂志,2006,15(5):13-15.
- [3] 齐春英,崔广和. 彩色多普勒超声在下肢动脉疾病诊断中的价值[J]. 中国超声医学杂志,2001,17(7):549-551.
- [4] 高改英,师顺平,师玉. 2 型糖尿病患者颈动脉和下肢动脉粥样硬化斑块超声检查及影响因素分析[J]. 中国全科医学,2001,4(20):2266.
- [5] 兹韦尔(Zwiebel W. J),著. 血管超声经典教程[M]. 温朝阳,等译. 5 版. 北京:人民军医出版社,2008:210-211.
- [6] 曹永红,戴武,王长江,等. 2 型糖尿病合并下肢血管病变有关危险因素分析[J]. 安徽医学,2011,32(11):1855-1857.
- [7] 乔华,代全明,刘丽红. 2 型糖尿病患者下肢血管病变超声检查的临床指导意义[J]. 中国超声医学杂志,2005,21(12):936-937.
- [8] 郑敏,李春梅,贾冬林. 2 型糖尿病患者下肢血管病变的超声检查对预防下肢坏疽发生的意义[J]. 中国临床康复,2004,8(27):5852-5853.
- [9] 梁立明,刘建民,曲云明,等. 颅内血管瘤介入治疗与显微手术治疗对比研究[J]. 医学影像杂志,2002,1(4):245-247.
- [10] 李欣欣. 超声诊断糖尿病的研究进展[J]. 广西医学,2008,30(5):689-690.

(收稿日期:2012-09-06)

(上接第 1279 页)

健康教育门诊,住院处每周二和周五下午都会开展糖尿病健康教育课,我们通过集体上课、发放胰岛素笔说明书、一对一指导胰岛素笔注射方法等形式对糖尿病患者及家属进行注射知识和技能的相关教育。与此同时,我们每月以游戏的形式举行胰岛素注射知识和操作技能的小比赛,对于表现优秀者免费发放胰岛素针头以示奖励,调动患者的积极性。

3.2.4 回收废弃针头,发放新针头 我院与胰岛素笔销售商联系,初步实行了废弃胰岛素笔芯和胰岛素针头换新针头的活动。患者每用完 3 支甘精胰岛素,13 支门冬胰岛素或 15 支精蛋白生物合成胰岛素,即可免费换取一盒胰岛素针头。此外,患者可以以旧换新,拿已用过的胰岛素针头换取新针头,一方面可以避免废弃针头对环境的污染,还可以促使患者积极更换针头,减少重复使用针头对患者造成的严重后果。

综上所述,我院就经济原因导致患者重复使用针头这一现象采取了多种多样的应对措施,尽最大努力减少重复使用对患者造成的危害,并收到了一定的成效。然而,我们的力量是微乎其微的,由于针头的高消费,胰岛素笔用针头重复使用的现象极为普遍,我们应争取家庭和社会的支持,呼吁社会完善医疗保障体系,减轻患者的经济负担,减少重复注射对患者造成的危害,从而更好地控制血糖。

参考文献

- [1] Brunton S, Carmichael B, Funnel M, et al. Type 2 diabetes: The role of insulin[J]. Fam Pract, 2005, 54(5):445-452.
- [2] 黄秋红,戴霞. 胰岛素泵使用中常见问题及护理对策[J]. 护士进修杂志,2007,22(1):50-52.
- [3] 陈淀南. 糖尿病患者的自我护理[J]. 中国医学创新,2009,6(5):63.
- [4] 曾锦霞,陈爱群. 胰岛素笔用针头正确使用影响因素的调查与分析[J]. 中华现代护理杂志,2009,15(6):530.
- [5] 任启芳,徐浣白,张珍珍. 糖尿病患者胰岛素笔注射针头更换频次的分析[J]. 中华全科医学,2009,7(6):663-664.
- [6] 杨丽雅,胡艳飞. 社区糖尿病患者胰岛素笔用针头使用情况调查与护理干预[J]. 护理与康复,2010,9(9):753-754.
- [7] 胡玉华,杨晓梅. 护理风险管理在胰岛素注射中的应用[J]. 中国医院管理,2008,28(7):56-57.
- [8] Puder JJ, Atar M, Muller B, et al. Using insulin pen needles up to five times does not affect needle tip shape nor increase pain intensity[J]. Diabetes Res Clin Pract, 2005, 67(2):119-123.
- [9] 巫海娣,胡艳,莫永珍. 门诊糖尿病患者胰岛素笔注射针头更换频次的现状与分析[J]. 中国实用护理杂志,2008,24(9):28-29.
- [10] 张丽芳,范丽风. 教育对使用胰岛素治疗的糖尿病患者知识与行为的影响[J]. 现代护理,2005,11(11):83.

(收稿日期:2012-11-14)

护理安全管理在妇科患者围手术期中的研究

陈珊娜

【摘要】 目的 探讨护理安全管理在妇科围手术期的应用。方法 选取妇科手术患者 148 例,随机分为两组。对照组 71 例,给予常规护理;观察组患者 77 例,在对照组基础上引入护理安全管理模式进行护理。对两组患者治疗依从性进行评价,并统计两组患者并发症发生情况、护理满意率、投诉率、差错发生率以及护理质控平均分。**结果** 经过风险管理护理干预,观察组患者治疗依从性明显优于对照组;SAS、SDS 得分明显低于对照组;观察组患者术后并发症发生率明显低于对照组,患者满意率明显高于对照组,投诉率、差错发生率明显低于对照组,护理质控评分明显高于对照组。上述比较两组差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 随着人们健康意识的提高以及法律意识的增强,医护人员应该具有审视工作中存在不安全因素的能力,并在各个环节中做好相应监控,提高应对能力,从而减少医患和护患纠纷,在获得良好医疗效果的同时,促进护患关系和谐健康的发展。

【关键词】 护理安全管理;妇科;围手术期

【中图分类号】 R713 R197.323 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1294-02

Safe Nursing Care Management for Gynecological Perioperative Patients CHEN Shan-na. Department of Gynaecology and Obstetrics; the Affiliated Hospital of Hainan Medical College, Haikou 570102, Hainan, China

【Abstract】 Objective To explore the safe nursing care management for gynecological perioperative patients. **Methods** Total 148 patients with gynecological surgery were randomly divided into two groups, the control group (71 cases) received the conventional care, while the observation group (77 cases) received the safe nursing care management based on the conventional care. The treatment compliance was evaluated. The rate of complications, satisfaction rate for the nursing care, incidence of errors, complaint rate and the mean quality control score for nursing care were compared between the two groups. **Results** As compared to the control group, the treatment compliance of the observation group was better, SAS and SDS were lower, the rate of complications decreased, satisfaction rate for the nursing care increased, incidence of errors and complaint rate were reduced, the mean quality control score for nursing care was higher. The difference between the two groups was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** With the enhancement of people's health awareness, and awareness of the law, health care workers should have the ability to examine work insecurity, and do a good job in all aspects of the appropriate monitoring, to improve the capacity to respond, thus reducing the physician-patient and nurse-patient disputes, while access to good medical effect, to promote harmony and healthy development of nurse-patient relationship.

【Key words】 Safe nursing care management; Patients with gynecological disease; Perioperative

随着社会的发展以及人们维权意识的增强,人们对于医疗质量和服 务提出了越来越高的要求^[1]。然后与此相对应的是随着人们生活方式的改变,特别是压力的增加,疾病表现出了多样化、复杂化以及变化快的特点。通过科学有效的护理模式,降低护理风险,避免护理纠纷越来越受到护理人员的关注。本研究通过对 77 例妇科手术患者于围手术期采取风险管理的方式进行护理干预,取得不错效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2011 年 3 月-2012 年 8 月期间我院收治的妇科手术患者 148 例,随机分为两组。其中对照组 71 例,年龄 21~72 岁,平均(58.16±5.93)岁;其中卵巢肿瘤切除 17 例,输卵管切开 7 例,输卵管切除 11 例,子宫肌瘤剔除 17 例,子宫全切术 19 例;腹腔镜手术 67 例,开腹手术 4 例。观察组 77 例,年龄 22~74 岁,平均(58.47±6.05)岁;其中卵巢肿瘤切除 18 例,输卵管切开 7 例,输卵管切除 12 例,子宫肌瘤剔除术 19 例,子宫全切术 20 例;腹腔镜手术 72 例,开腹手术 5 例。所有患者均排除相关手术禁忌症,排除精神异常者。两组患者在年龄、手术种类和方式等方面比较差异无统计学意义,有可比性($P > 0.05$)。

1.2 护理方法 对照组患者采取常规护理,主要是协助患者完善术前相关检查,遵照医嘱给予相应的治疗护理^[2-4]。耐心

回答患者及家属提出的相关问题,并给予适当的健康指导。观察组患者在对照组基础上将安全管理模式引入妇科患者围手术期的护理工作中,成立专门的安全管理小组,对护理质量进行监督和控制。结合相关法律法规制定相关规章制度以及护理风险事件应急预案,组织护理人员认真学习并熟练掌握。向护理人员强调风险管理的重要性,要求护理人员提高认识,既是保护患者的利益,也是维护自身权益。提高护理人员业务水平以及人文素质,以精湛的专业水平赢得患者的尊重和信任,以礼貌、优雅的言行与患者良好沟通。在患者住院期间主动为其提供方便,为患者营造一个舒适温馨的环境。主动向患者介绍疾病的相关知识,使患者对疾病和治疗有所了解,理解医护人员采取各项医疗活动的必要性和风险性,与患者建立彼此信任的良好关系,对患者的不良情绪进行疏导和安慰,使其更好地配合治疗和护理。

1.3 观察指标 对两组患者治疗依从性进行评价,以完全接受医生制定的相关治疗方案,可以配合并完成所有的治疗过程以及护理措施为依从性好;以患者可以接受医生的治疗方案,但是配合护理相对较差为部分依从;以患者对于医生的治疗方案充满怀疑,出现不良反应后不能理解,不配合治疗和护理工作为不依从。统计两组患者术后并发症发生情况,患者对护理满意率、投诉率、护理差错发生率以及护理质控平均分。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 13.0 软件进行分析,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,且以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 依从性 经过风险管理护理干预,观察组患者治疗依从性明显优于对照组,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组妇科手术患者治疗依从性比较

组别	n	依从性好		部分依从		不依从	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	71	20(28.17)	20(28.17)	35(49.30)	37(52.11)	16(22.54)	14(19.72)
观察组	77	21(27.27)	39(50.65)*	40(51.95)	35(45.45)	16(20.77)	3(3.90)

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

2.2 心理状况 经过护理干预,观察组患者 SAS、SDS 得分均明显低于对照组,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见

表 2 两组妇科手术患者心理状况比较

组别	n	SAS		SDS	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	71	54.84 ± 7.37	50.42 ± 5.31	53.49 ± 6.53	49.22 ± 6.16
观察组	77	55.20 ± 7.13	47.85 ± 5.26*	54.07 ± 5.92	42.86 ± 6.07*

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

2.3 护理质量 观察组患者术后并发症发生率明显低于对照组,患者满意率明显高于对照组,投诉率、差错发生率明显低于对照组,护理质控评分明显高于对照组。上述比较两组差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组妇科手术患者护理质量比较(n,%)

组别	n	并发症				合计	满意率	投诉率	差错发生率	护理质控平均分(分)
		伤口渗血	尿潴留	感染	其他					
对照组	71	9(12.68)	8(11.27)	5(7.04)	8(11.27)	30(42.25)	61(85.92)	4(5.63)	5(7.04)	90.07 ± 14.42
观察组	77	3(3.90)	4(5.19)	1(1.30)	1(1.30)	9(11.68)*	75(97.40)*	1(1.30)*	1(1.30)*	97.86 ± 15.31*

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

随着医学的不断发展以及医学模式的改变,人们对护理也提出了越来越高的要求。而且我们发现在护理过程中往往存在着诸多的不确定性和复杂性,这些问题在护理的各个环节中广泛存在,甚至可能导致患者伤残甚至死亡,这也就是我们所说的护理风险。对现有的或者是潜在的风险进行识别、评估并采取相应措施进行相应的处理,可以在最大限度上保证护理和治疗的安全,也即对患者进行护理安全管理。目前已经有多个国家或地区建立了相对完善的机制^[5-6],而在我国目前还只是起步阶段。妇科工作具有一定的特殊性^[7]。首先其工作对象为女性,心思较为细腻,且在传统思想里面,很多疾病具有一定的隐私性,因此护理风险相对较大。

我们成立了专门的护理安全管理小组,定期召开护理安全管理会议,向护理人员强调护理安全的重要性,树立风险意识以及法律意识;通过讨论发现护理工作中存在的安全问题并进行相应分析,寻找症结所在,提出相应的解决方法。建立健全相应的规章制度,通过制度对护理工作的各个环节进行规范和约束,有效预防风险事件的发生。实行风险责任制,明确每位护理人员工作的职责以及可能出现的风险,使其自觉规范自身的行为,对可能出现的护理风险进行有效规避。定期对医疗设备和器械进行检查和保养。加强护理人员的专业能力培训,定时组织护理人员进行业务学习,对护理工作中的相关技能和知识熟练掌握。遇到特殊病例或者是开展的新技术、新项目可以邀请医生进行授课。培养护理人员自主学习的能力;建立适当的激励机制,为护理人员营造良好的工作环境,避免带着情绪工作。在医疗技术不断发展的背景下,如果没有良好的专业水平,仅仅依靠服务态度,是不能满足患者需求的^[8]。但是我们发现,在临床工作中的很多护理纠纷还是由于护理人员的服务态度欠佳,或者是护理人员的服务未能满足患者期望值所致^[9]。因此我们认为,在护理工作中,应积极更新服务理念,强调以人为本^[10],以严谨规范的用于以及亲切的态度积极与患者进行沟通^[11],通过患者可以接受和理解的方式,对其进行健康教育,向患者及家属传递必要的健康知识。在临床工作中,风险存在于时时处处,即使是一件极为简单的临床活动也有可能带来危险或者是纠纷。而通过健康宣教以及各种沟通,一方面可以有效提高患者对治疗以及护理的依从性,改善患者的情绪状况,积极主动的配合护理人员开展工作,减少护理差错以及医疗纠纷的发生;另一方面一旦发生护理差错,患者具有良好的心态,或者是与护理人员建立了良好的关系,更加容易获得患者的原谅,可以避免医疗纠纷的发生。然而医疗纠纷一旦发生,即使护理人员没有过错,如果相应的文书记录存在缺陷,护理人员仍然需要承担一部分责任。因此我们强调规范书写病历,在护理过程中出现的各种异常情况应及时准确地进行记

录,客观地反映患者病情。

本研究中观察组患者依从性和护理满意度明显优于对照组,并发症发生率、投诉率、差错率均明显低于对照组,护理质控平均分明高于对照组。说明对妇科围手术期患者实施护理安全管理可以有效提高护理质量,减少护患纠纷,改善护患关系。

医院在开展诊疗服务工作的过程中面临着各种各样的医疗风险,这些风险对医疗效果以及医院的发展均有着重要的影响^[12]。随着人们健康意识的提高以及法律意识的增强,医护人员应该具有审视工作中存在不安全因素的能力,并在各个环节中做好相应监控,提高应对能力,从而减少医患和护患纠纷^[13],在获得良好医疗效果的同时,促进护患关系和谐健康的发展。

参考文献

- [1] 王文君. 妇产科护理中的风险及对策[J]. 全科护理, 2010, 6(8): 1567-1568.
- [2] Michel F, Viallet R, Hassid S, et al. Sevoflurane for centracatheter placement in neonatal intensive care; a randomized trial[J]. Paediatr Anaesth, 2010, 20(8): 712-719.
- [3] Draisci G, Valente A, Suppa E, et al. Remifentanil for cesarean section under general anesthesia; effects on maternal stress hormone secretion and neonatal well-being; a randomized trial[J]. Int J Obstet Anesth, 2008, 17(2): 130-136.
- [4] Kostopanatiou G, Kalimeris K, Christodoulaki K, et al. The differential impact of volatile and intravenous anaesthetics on stress response in the swine[J]. Hormones (Athens), 2010, 9(1): 67-75.
- [5] 徐秀英, 张惠贤, 阿部富美子, 等. 日本医院风险管理的应对措施[J]. 护士进修杂志, 2007, 22(8): 744-745.
- [6] 杨克虎, 刘雅莉, 田金徽, 等. 澳大利亚医疗风险监管现状及措施的循证评价[J]. 中国医院管理, 2007, 27(10): 63-64.
- [7] 刘培燕, 刘岩. 妇产科护理工作中的风险和管理[J]. 现代医院管理, 2007, 5(3): 46-47.
- [8] 张为朵. 对创建满意病房争做星级护士活动的实践与思考[J]. 实用医技杂志, 2007, 14(5): 614-616.
- [9] 李迎今, 韩腊梅, 张克元, 等. 急诊护理纠纷原因分析及防范[J]. 吉林医学, 2009, 30(4): 331-332.
- [10] 周霞, 张岚, 周辉, 等. 对护理人员实施人性化管理的研究进展[J]. 护理研究, 2005, 19(5A): 757-759.
- [11] 田平. 护理风险管理机制在护理质量管理中的应用[J]. 现代临床护理, 2010, 3(9): 27.
- [12] 鄢良平, 邹江, 陈明辉, 等. 规范化培训阶段性住院医师的医疗风险管理[J]. 中华医院管理杂志, 2009, 25(11): 772-774.
- [13] 鄢红儿. 护理风险管理因素分析及管理对策[J]. 中国实用护理杂志, 2006, 22(7): 66.

(收稿日期: 2012-11-30)

全科团队服务模式对糖尿病管理的效果研究

谭林, 李玉琴, 杨巧婷, 关向东, 郑炎佳

【摘要】 目的 探讨全科团队服务模式在糖尿病管理中的应用效果。方法 选取 2012 年 2 月 - 2012 年 11 月 200 例糖尿病患者为研究对象, 将其随机分为对照组 (传统糖尿病社区管理模式组) 和观察组 (全科团队服务模式组) 每组各 100 例, 后将两组患者干预前后的糖尿病知识掌握情况、饮食行为、治疗依从性、自我监测行为及空腹血糖 (FBG)、餐后 2 h 血糖 (2hPG)、收缩压 (SBP)、舒张压 (DBP)、总胆固醇 (TC) 水平进行比较。结果 干预后观察组的糖尿病知识掌握情况良好率高于对照组, 饮食行为及治疗依从性和自我监测行为较佳率也均高于对照组, FBG、2hPG、SBP、DBP、TC 水平均低于对照组, P 均 < 0.05 , 差异有统计学意义。结论 全科团队服务模式在糖尿病管理中的应用效果较佳, 可全面改善患者的疾病知识掌握情况和相关行为。

【关键词】 全科团队服务模式; 糖尿病管理; 应用效果

【中图分类号】 R587.1 R197.323 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1296-02

研究显示, 我国目前 20 岁以上者的糖尿病患病率已经达到 9.7% 左右^[1], 这说明我国的糖尿病已经面临一个较为严峻的局势, 其已经成为严重影响国民健康的疾病之一, 因其为长期慢性疾病, 故社区干预对患者的血糖控制发挥着较大的影响作用^[2]。基于不同的社区糖尿病管理模式对患者的影响差异较大, 因此本文中我们就全科团队服务模式在糖尿病管理中的应用效果进行观察, 现将结果总结分析如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2012 年 2 月 - 2012 年 11 月 200 例糖尿病患者为研究对象, 将其随机分为对照组 (传统糖尿病社区管理模式组) 和观察组 (全科团队服务模式组) 每组各 100 例。对照组的 100 例患者中, 男性 54 例, 女性 46 例, 年龄 38 ~ 76 岁, 平均年龄 (57.7 ± 5.1) 岁, 病程 1.5 ~ 20.2 年, 平均病程 (11.3 ± 2.6) 年, 文化程度: 大专和以上 12 例, 中专和高中 31 例, 初中和小学 57 例。观察组的 100 例患者中, 男性 55 例, 女性 45 例, 年龄 37 ~ 77 岁, 平均年龄 (57.9 ± 5.0) 岁, 病程 1.7 ~ 20.5 年, 平均病程 (11.4 ± 2.4) 年, 文化程度: 大专和以上 11 例, 中专和高中 32 例, 初中和小学 57 例。两组患者的性别构成比、年龄、病程及文化程度构成比等方面的数据比较, P 均 > 0.05 , 因此两组患者具有可比性。

1.2 管理方法 两组患者均接受常规的管理干预, 主要为对患者进行糖尿病相关知识讲座、饮食治疗宣传、教育, 并定期随访检查 (包括血糖、血脂、糖化血红蛋白、血压、体重等客观指标检查), 两组患者接受的讲座课件、内容必须全部一样。观察组在此基础上进行免费发放糖尿病饮食软件、食物磅秤、计步器等干预手段, 并在每次讲座后进行饮食行为实验; 在集体治疗中导师对每例患者进行现状评估, 如进食热量、饮食结构分配、血糖、血压、体重等, 并对每例患者制定个性化的阶段性控制目标, 如进食总热量、体重、空腹血糖、餐后血糖、运动指标等; 监督患者进行自我管理, 主要为对饮食控制、锻炼、合理用药、血糖自我监测等; 再者安排工作人员定期进行电话随访以及面对面访视, 并要求患者每月回社区卫生服务站参加集体分享与交流互动并进行饮食技能考核等管理措施, 每月 1 次活动共计 10 次后将两组患者干预前 1 个月及干预后 1 个月的糖尿病知识掌握情况、饮食行为及治疗依从性、自我监测行为情况及空腹血糖 (FBG)、餐后 2 h 血糖 (2hPG)、收缩压 (SBP)、舒张压 (DBP)、总胆固醇 (TC) 水平进行比较。

1.3 评价标准 ①糖尿病知识掌握情况采用世界健康基金会

中国糖尿病教育项目组提供的调查问卷进行评估, 本问卷共包括共 30 道题, 内容涉及糖尿病一般常识、饮食、运动、血糖监测、药物治疗以及糖尿病急性慢性并发症 6 个方面, 且问卷总分 30 分为满分, 26 ~ 30 分为良好, 21 ~ 25 分为一般, 20 分以下为较差^[3]。②饮食行为及治疗依从性均根据患者家属反映和调查随访的结果进行评估, 以患者饮食或治疗均能严格按照制定措施实施为较佳, 以患者饮食或治疗大部分时间均按照制定措施进行实施, 偶见不遵循情况发生为一般, 以经常出现不遵从制定措施进行实施为较差。③自我监测行为则以研究期间患者均能严格进行自我各方面的监测并填写表格为较佳, 以患者偶见不能严格监测的情况, 但大多数情况严格实施自我监测行为为一般, 以未能达到上述标准为较差。

1.4 统计学方法 本研究中涉及的数据包含计数与计量资料两类, 其分别采用卡方检验与 t 检验进行处理, 软件包方面选用 SPSS 15.0, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后的糖尿病知识掌握情况及自我监测行为情况比较 干预前两组糖尿病知识掌握良好率及自我监测行为较佳率比较, P 均 > 0.05 , 而干预后观察组的糖尿病知识掌握良好率及自我监测行为较佳率均高于对照组, P 均 < 0.05 , 详细比较数据见表 1。

表 1 两组患者干预前后的糖尿病知识掌握情况及自我监测行为情况比较 (n, %)

组别	n	时间	糖尿病知识掌握情况			自我监测行为情况		
			良好	一般	较差	较佳	一般	较差
对照组	100	干预前	21(21.0)	32(32.0)	47(47.0)	34(34.0)	29(29.0)	37(37.0)
		干预后	57(57.0)	27(27.0)	16(16.0)	63(63.0)	25(25.0)	12(12.0)
观察组	100	干预前	20(20.0)	33(33.0)	47(47.0)	33(33.0)	30(30.0)	37(37.0)
		干预后	76(76.0)*	18(18.0)	6(6.0)	86(86.0)*	10(10.0)	4(4.0)

注: 干预后与对照组比较, * $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者干预前后的饮食行为及治疗依从性比较 干预前两组患者的饮食行为及治疗依从性较佳率比较, P 均 > 0.05 , 而干预后观察组的饮食行为及治疗依从性较佳率均高于对照组, P 均 < 0.05 , 详细比较数据见表 2。

表 2 两组患者干预前后的饮食行为及治疗依从性比较 (n, %)

组别	n	时间	饮食行为依从性			治疗依从性		
			良好	一般	较差	较佳	一般	较差
对照组	100	干预前	41(41.0)	41(41.0)	18(18.0)	40(40.0)	45(45.0)	15(15.0)
		干预后	75(75.0)	16(16.0)	9(9.0)	78(78.0)	14(14.0)	8(8.0)
观察组	100	干预前	40(40.0)	41(41.0)	19(19.0)	39(39.0)	46(46.0)	15(15.0)
		干预后	93(93.0)*	6(6.0)	1(1.0)	95(95.0)*	4(4.0)	1(1.0)

注: 干预后与对照组比较, * $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者干预前后的 FBG、2hPG、SBP、DBP、TC 水平比较 干预前两组患者的 FBG、2hPG、SBP、DBP、TC 水平比较, P

基金项目: 广东省东莞市科学技术局立项课题 (201110515075170)

作者单位: 523690 广东省东莞市凤岗镇社区卫生服务中心

通讯作者: 谭林, 电子信箱: tanlintlq@163.com

均 >0.05 , 而干预后观察组的 FBG、2hPG、SBP、DBP、TC 水平均 低于对照组, P 均 <0.05 , 详细比较数据见表 3。

表 3 两组患者干预前后的 FBG、2hPG、SBP、DBP、TC 水平比较

组别	n	时间	FBG (mmol/L)	2hPG (mmol/L)	SBP (mm Hg)	DBP (mm Hg)	TC (mmol/L)
对照组 100		干预前	7.65 ± 0.44	12.15 ± 0.97	132.17 ± 8.14	85.65 ± 4.42	5.52 ± 0.31
		干预后	7.03 ± 0.35	10.79 ± 0.80	128.49 ± 7.08	82.17 ± 3.75	5.19 ± 0.27
观察组 100		干预前	7.66 ± 0.42	12.18 ± 0.96	132.19 ± 8.12	85.66 ± 4.40	5.53 ± 0.30
		干预后	6.11 ± 0.24*	9.04 ± 0.72*	117.64 ± 6.23*	75.65 ± 3.23*	4.36 ± 0.22*

注: 干预后与对照组比较, * $P < 0.05$ 。1 mm Hg = 0.133 kPa。

3 讨论

糖尿病近年来在我国呈现高发病率及年轻化的趋势, 因此对其治疗及管理日益引起重视。本病作为慢性长期疾病, 且作为一种受饮食、行为影响极大的疾病, 患者日常生我的自我管理及监测对于疾病的控制发挥着积极的作用^[4]。社区糖尿病管理即是应糖尿病的这些特点形成的一种疾病管理形式, 其通过对社区糖尿病的生活及治疗进行干预, 来达到管理糖尿病控制情况的目的^[5-6]。但是较多研究^[7-8]均显示, 不同的社区糖尿病管理模式对患者的影响差异较大, 因此对于糖尿病社区管理模式的选择对糖尿病的整体干预效果起着较大的影响作用。

全科团队服务模式是近年来出现的一种较新的糖尿病管理模式, 其更为注重对平时生活中影响糖尿病控制因素的干预, 整个团队包括全科医师、社区护士及公卫医师等多方面的人员, 借助其糖尿病饮食软件、食物磅秤、计步器等简单辅助工具从治疗、饮食、患者行为及营养摄入方案等综合方面对患者进行干预, 其不仅仅重视对患者治疗、饮食、活动等方面对患者进行干预, 且更为重视对患者自我管理监测及心理等多方面的干预, 即实现了对影响糖尿病控制所有因素的干预^[9-10], 因此全面的血糖控制效果即更佳。

本文中我们就全科团队服务模式在糖尿病管理中的应用效果进行观察, 并与传统的糖尿病社区管理模式进行比较, 比较结果显示, 全科团队服务模式干预下的患者其糖尿病知识掌握情况改善更为明显, 且同时其饮食行为及治疗依从性表现也更佳, 另外患者对于糖尿病的重视程度也更高, 而这是患者自我监测行为情况更佳的重要原因, 上述这些因素均是有效控制血糖的重要因素, 故患者与之相关的较多检测指标呈现更大幅度的改善, 其中 FBG、2hPG、SBP、DB、TC 水平均得到更大幅度的降低, 因此说明全科团队服务模式对于患者的全面干预效果更佳。

综上所述, 我们认为全科团队服务模式在糖尿病管理中的

应用效果更佳, 可全面改善患者的疾病知识掌握情况和相关行为, 其在社区糖尿病管理中具有较高的推广价值。但在项目实施过程中发现, 部分糖尿病患者对糖尿病饮食软件、食物磅秤、计步器等简单辅助工具的使用经过团队培训后仍不能掌握, 说明社会科普知识的普及仍然任重道远。

参考文献

- [1] 林吉祥. 上海市高桥社区糖尿病患者全科团队群组管理效果评价[J]. 社区卫生保健, 2011, 10(1): 16-17.
- [2] 叶力夏提·阿德力别克. 社区全科团队实施糖尿病防治管理的效果评价[J]. 亚太传统医药, 2009, 5(5): 133-135.
- [3] 李芙蓉. 北京市某社区糖尿病“知己健康”管理的效果评价[J]. 中华全科医学, 2011, 9(7): 1103-1105.
- [4] 沈伟珍, 武桂英, 赵新平, 等. 社区全科团队对糖尿病综合防治管理的组织与实施[J]. 中华医院管理杂志, 2008, 24(12): 800-803.
- [5] 李萍, 杨金禄. 社区管理干预 2 型糖尿病患者 124 例效果分析[J]. 中国初级卫生保健, 2011, 25(11): 84-85.
- [6] 杜晓红. 糖尿病社区管理的现状和对策探讨[J]. 首都医药, 2011, 18(16): 54.
- [7] 赵锦, 安琼, 吴伟琼, 等. 社区糖尿病规范化管理方法研究[J]. 河北医学, 2011, 17(8): 1060-1062.
- [8] 纪云芳, 高淑娜, 卢慧敏, 等. 上海市卢湾区社区管理糖尿病患者知信行调查[J]. 中国初级卫生保健, 2011, 25(5): 87-89.
- [9] Tan P, Chen HC, Taylor B, et al. Experience of hypoglycaemia and strategies used for its management by community-dwelling adults with diabetes mellitus: a systematic review[J]. Int J Evid Based Healthc, 2012, 10(3): 169-180.
- [10] 田朝钊, 施榕. 上海市 1671 例 2 型糖尿病患者社区管理的效果评价[J]. 上海交通大学学报: 医学版, 2010, 30(8): 956-959.

(收稿日期: 2012-12-10)

(上接第 1210 页)

位基因携带者比较, 发生儿童热性惊厥的相对危险度升高, 这提示携带等位基因 A2 的人群比其他 IL-1Ra 基因类型者具有更强和更延长的抵抗微生物感染的能力。A2 型等位基因在热性惊厥的发生和发展过程中可能具有保护作用。

综上所述, 儿童热性惊厥由于其特殊的种族性和地缘性差异, 决定了基因表达多态性受到不同来源的病例和不同的遗传背景等多种因素的影响, 本研究样本量尚不足, IL-1 β 基因外显子 5 多态位点 Taq I 和 IL-1Ra 基因 VNTR 多态性如何影响儿童热性惊厥的发生, 仍需积累大量病例和进一步多基因研究。

参考文献

- [1] 江燕, 张旭, 张翠薇, 等. 白细胞介素 1 受体拮抗剂对大鼠肾间质纤维化干预作用的研究[J]. 河北医学, 2012, 18(2): 143-147.
- [2] 陈万军. 白介素-1 家族与骨性关节炎研究进展[J]. 重庆医学, 2011, 40(31): 3198-3200.
- [3] 刘兴锋. 白细胞介素与基因多态性在婴幼儿 RSV 感染中的作用

研究进展[J]. 医学综述, 2010, 16(4): 504-507.

- [4] 王念林, 张铁英, 欧阳玉霞, 等. 清胰汤对急性胰腺炎大鼠血清 IL-1 和 TNF- α 的影响[J]. 中华全科医学, 2011, 9(8): 1181.
- [5] 马争飞, 钟平. 感染及炎症反应在脑梗死发病中的临床研究[J]. 中华全科医学, 2012, 10(2): 197-198.
- [6] 杨群, 魏殿军, 何屏, 等. 白细胞介素 1 受体拮抗剂及白细胞介素 1 β 基因多态性与脓毒症的相关性研究[J]. 临床荟萃, 2010, 25(7): 584-586.
- [7] Yousef AA, Amr YM, Suliman GA. The diagnostic value of serum leptin monitoring and its correlation with tumor necrosis factor-alpha in critically ill patients: a prospective observational study[J]. Crit Care, 2010, 14(2): R33.
- [8] 文丹丹, 罗飞, 王敏. IL-1 及其受体拮抗剂与支气管哮喘[J]. 生命科学, 2013, 25(1): 36-39.
- [9] 张静, 包俊华, 赵学峰. 白细胞介素 1 受体拮抗剂基因多态性与复发性自然流产的关联性研究[J]. 宁夏医科大学学报, 2012, 34(5): 435-437.
- [10] 闫伟, 李剑波, 段晋琦, 等. 重庆市汉族健康人群白细胞介素-1 基因多态性的研究[J]. 生物学杂志, 2010, 27(1): 46-49.

(收稿日期: 2013-03-27)

我校的全科医学教育实践与探索

赵拥军, 丛建妮, 胡西厚, 盖立起

【摘要】 建立全科医生制度, 推行全科医疗模式, 是我国医疗卫生改革的主要内容。而建立实施全科医生制度, 就必须大力发展全科医学教育。滨州医学院是一所山东省省属高等医药院校, 服务地方社会与经济发展, 为山东及周边地区培养高层次医学人才, 是该校的办学宗旨。自上世纪 90 年代以来, 该校积极开展全科医学教育, 不断探索全科医生培养模式与途径, 建立起一套适合我国国情和地方医疗卫生服务特点的全科医学教育方式方法, 先后培养出一大批全科医学人才, 取得了一定的社会效益, 并积累了丰富的全科医学教育经验。本文主要介绍了该校的全科医学教育历程与现状, 分析总结了该校开展全科医学教育的经验与体会, 提出了促进我国全科医学教育发展的建议与观点, 以期为促进我国全科医学教育事业的发展提供参考依据。笔者认为提高认识是搞好全科医学教育的前提, 领导重视是搞好全科医学教育的保障, 科学组织与实施是搞好全科医学教育的关键, 师资队伍是搞好全科医学教育的基础。

【关键词】 全科医学教育; 全科医学; 全科医疗; 全科医生

【中图分类号】 R192.3 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1298-02

Practice and Exploration of General Practice Education in My School ZHAO Yong-jun, CONG Jian-ni, HU Xi-hou, et al. Department of Social Medicine and General Medicine, Binzhou Medical University, Binzhou 256603, Shandong, China

【Abstract】 It is the main contents of China's care reform to establish general practitioner (GP) system and general medical model. And so for that, it is necessary that we develop general medical education. Binzhou Medical University is a provincial medical university of Shandong province. It is the school purpose to serve local social and economic development as well as to cultivate high-level medical personnel for Shandong province and surrounding areas. Since the last century nineties, this school actively developed general medical education and constantly explored GP training model and means. We have established a set of ways and means of general medical education that suited our national conditions and fitted the feature of local medical health services. Our school has trained a large number of general medical talents in succession. We has also obtained certain social benefits and accumulated profuse experience in general medical education. The article introduced the history and current situation of family medicine education in our school. It analyzed and summarized the experience and the understanding of my school to carry out family medicine education. And it also proposed the recommendations and the perspectives to promote the development of China's family medicine education. So we expected to provide some references and basis for development of family medicine education. The author believes that awareness rising is the precondition to do a good job in general medical education. The author also believes that leadership of great importance, scientific organizing and implementing; faculty constructing is very importance for doing a good job in general medical education.

【Key words】 General practice education; General medicine; General practice; General practitioner

滨州医学院是一所山东省省属高等医药院校。服务地方社会与经济发展, 为山东及周边地区培养高层次医学人才, 是我校的办学宗旨。自上世纪 90 年代以来, 我校立足于校内外教育资源优势, 顺应国际国内医疗卫生发展形势的需要, 积极开展全科医学教育, 不断探索全科医生培养模式与途径, 建立起一套适合我国国情和地方医疗卫生服务特点的全科医学教育方式方法, 先后培养出一大批全科医学人才, 取得了一定的社会效益, 并积累了丰富的全科医学教育经验。

1 我校的全科医学教育历程与现状

我校的全科医学教育初始于上世纪 90 年代末, 至今已有近 20 年的历史。1997 年, 根据全国卫生改革发展形势和山东省医疗卫生工作现状, 山东省教育厅和山东省卫生厅决定将我校作为省内全科医学教育试点单位, 探索开展全科医学教育。当年, 我校在省内率先设立了三年制全科医学专业方向, 开始招收临床医学专业全科医学方向的大专生。根据全科医学的培养目标和全科医生应具备的知识结构与知识技能, 在充分调查研究和科学论证的基础上, 我校制订了三年制全科医学专业

方向的教学计划和教学大纲, 并不断根据实施情况将教学计划和教学大纲进行调整与优化, 使全科医学专业方向的课程设置与课程体系基本满足了地区性社区卫生服务对全科医生的基本要求^[1-2]。为了达到全科医学教育的预期目的, 我校建立健全了全科医学教育组织和机构, 成立了“滨州医学院全科医学教育培训中心”, 该中心下设一室三部, 即办公室、教学部、科研部、实践训练部, 整体负责全科医学专业方向的专业建设、教学计划制定、教材讲义编写、师资培养及全科医学研究等各项工作。为保证全科医学教育质量与水平, 同期我校还成立了“滨州医学院全科医学专业指导委员会”, 以监督指导全科医学教学工作。1998 年, 山东省卫生厅在我校成立了“山东省全科医学培训基地”, 根据上级要求, 我校以“山东省全科医学培训基地”为依托开始探索尝试全科医生在职岗位培训工作, 制定了全科医生在岗培训短训班、专业证书班所需要的教学计划与课程体系, 并将其付诸实施^[3]。1998 年与 1999 年 2 年间我校连续举办全科医生与全科医学管理干部培训班 3 期, 共有 163 人结业, 这些学员学成后返回原单位, 现已成为滨州、东营、潍坊等地区全科医疗与社区卫生服务工作的骨干力量。

2000 年, 我校全科医学教育已经初具规模。当时, 全日制全科医学专业方向 (三年制) 在校学生已达 362 名。至 2002 年, 已先后有 5 届专科毕业生毕业, 共计 808 名。自 2003 年开

作者单位: 256603 山东省滨州市, 滨州医学院社会医学与全科医学教研室 (赵拥军, 丛建妮); 滨州医学院卫生管理学院 (胡西厚, 盖立起)

通讯作者: 赵拥军, 电子信箱: zhaoyongjun79@163.com

始我校又招收临床医学专业全科医学方向本科生,学制为 5 年,其中 3 年基础课,1 年临床课与全科医学方向专业课,1 年实习课,毕业时授予医学学士学位。临床医学专业全科医学方向主要以培养适应社会主义建设需要的,德、智、体全面发展的,具备临床医学、预防医学和全科医学的基本理论和基本技能,能在社区卫生服务机构、医疗卫生单位、医学科研部门等从事医疗、预防、保健、康复和医学科学研究等工作的高级全科医学专门人才为目标。学生所学的课程涉及基础医学、临床医学、预防医学、全科医学总论及各论、人文社会科学等领域,共计近 50 余门。学生毕业后可以从事我国大中城市正在蓬勃开展的社区卫生服务及全科医疗工作,也可以在综合医院从事专科医疗或在科研机构从事医学科学研究工作^[4]。

为适应全科医学教育教学需要,我校于 2003 年组建了全科医学教研室。该教研室主要担负本科生和成人培训的全科医学教育教学工作;2004 年 7 月,我校又成立了全科医学系,以推动全科医学教育又好又快地发展。此后,我校又陆续组建了社区医学、社会医学、康复医学、老年医学、医学心理学、医学伦理学等相关教研室,以发展壮大全科医学教育教学力量。经过多年的建设与发展,我校已初步建立起了一支以教授、博士为学科带头人,硕士为主体,中青年骨干教师为骨干的全科医学教育师资队伍,这支师资队伍所开展的教育教学工作基本满足了全科医学方向的专业培养要求,保证了全科医学方向的专业培养质量。

2008 年我校面向全校各专业学生开设了《全科医学概论》选修课程,学生选修率几近 100%。许多临床、预防、口腔、麻醉等专业的学生选修《全科医学概论》课程后对全科医学与全科医生产生了浓厚兴趣,并表现出全科医生职业认同及从业选择意向。2011 年经教育部批准,我校设立了全科医学硕士研究生学位点。迄今为止,我校已形成了在校学生全科医学教育、全科医学专业方向学历教育、在职培训、转岗培训、研究生教育等多种并存且较为完善的立体化全科医学教育体系。

2 认识与体会

2.1 “提高认识”是搞好全科医学教育的前提 建立全科医生制度,推行全科医疗模式,是我国医疗卫生改革的主要内容,是扭转“看病难,看病贵”困难局面的重要举措,也是改善当前医患关系紧张,医疗卫生服务环境恶劣的社会策略。推行实施全科医疗,就必须培养高质量的、居民们信得过的全科医生,就必须大力发展全科医学教育。各级政府与组织,尤其是高等医学教育行政管理部门和高等医药院校,应该深刻认识开展和加强全科医学教育的重要意义,切实提高发展全科医学教育的自觉性与积极性。这是搞好全科医学教育的思想前提^[5]。

2.2 “领导重视”是搞好全科医学教育的保障 在各级政府和组织以及高等医药院校内部,如果没有领导的重视,就很难能够真正开展或进一步搞好全科医学教育。因为全科医学教育需要各种资源,没有领导的重视就不能获得这些资源,开展全科医学教育就只能是一句空话。为了引起各级领导对全科医学教育的重视,全科医学教育工作者、全科医生及其他相关人员要积极向领导者们建言献策,向各级领导宣传开展和加强全

科医学教育的重要现实意义,启发各级领导决策层对于开展全科医学教育的意识与积极性,主动做好领导的参谋,帮助各级领导设计、规划和组织实施全科医学教育工作^[6]。我校历届各级领导均十分重视全科医学教育工作,校党委、校长班子多次研究商讨全科医学教育事项,为我校的全科医学教育工作策划布置、排忧解难。领导的重视与支持是我校全科医学教育得以良好发展的重要因素。

2.3 “科学组织与实施”是搞好全科医学教育的关键 科学合理的筹集各种教育教学资源,积极探索全科医学教育规律,借鉴学习美、英、加拿大等国家的先进经验,把国外的先进经验与我国医疗卫生实际相结合,对于搞好全科医学教育工作十分重要^[7-8]。对外国的全科医学理论与技术要合理的学习、消化、吸收并结合国内实际进行再创新,形成中国特色的全科医学;要不断地总结全科医学教育经验规律,科学的组织实施各项教育教学工作,按照教育规律尤其是按照全科医学教育规律办事,只有这样才能培养出高质量的全科医生,才能培养出符合社区居民健康需求的、受到城乡老百姓欢迎的全科医生^[9]。

2.4 “师资队伍”是搞好全科医学教育的基础 发展全科医学必须要有一只高质量的师资队伍。各门课程的教学、学生的教育以及各项技术技能的训练均离不开教师^[10-11]。我校采取培养与引进相结合的策略,建立起了一支老中青相结合,学历、年龄、知识、学缘等各方面结构均较合理的全科医学教育师资队伍,为我校全科医学教育的可持续性发展夯实了坚实的基础。

参考文献

- [1] 徐江荣,郭化山,乌建平. 专科层次的全科医学教育与国情[J]. 中国全科医学,2011,14(10A):3254-3255.
- [2] 郭爱民. 我国全科专科医师培养现状与思考[J]. 中国全科医学,2009,12(4):527-528.
- [3] 王冠,冯克俭,冯修猛,等. 应用型乡村全科医学人才培养的新模式[J]. 中国高等医学教育,2011(3):5-6.
- [4] 刘薇薇,王媛媛. 在校医学教育阶段的全科医学教育模式的需求评估研究[J]. 中国全科医学,2012,15(3A):778-781.
- [5] 姜润生,杨玉萍,陈有华. 全科医学教育的现状与展望[J]. 昆明医学院学报,2009,30(8):5-8.
- [6] 史亚明. 全科医学教育现状分析与思考[J]. 中国初级卫生保健,2009,23(1):5-6.
- [7] 祝丽玲,张艺洁,佐卿,等. 国外全科医学教育模式对我国的启示[J]. 中国医院管理,2012,32(3):69-70.
- [8] 黄婉霞,张立威,王家骥. 中澳全科医学教育发展的比较与思考[J]. 中华全科医学,2009,10(3):472-474.
- [9] 杜兆辉,储霄英,毛秀珍,等. 国内外全科医学教育现状与展望[J]. 中华全科医学,2010,8(7):909-911.
- [10] 李璐畅,陈鸿雁,吴宁,等. 全科医生转岗培训临床实训现状调查分析[J]. 中华全科医学,2012,10(10):1600-1630.
- [11] 丛建妮,赵拥军,张传政. 在校医学生对全科医学专业认知状况的调查[J]. 中华全科医学,2012,10(5):767-768.

(收稿日期:2012-10-23)

(上接第 1164 页)

健康改善行动计划。③监督随访是后续服务的一个常用手段,随访的主要内容是检查健康管理计划的实现情况,并检查(必要时测量)主要危险因素的变化情

况。④健康教育课堂也是后续服务的重要措施,在营养改善、生活方式改变与控制疾病方面有很好的效果。⑤评价,包括群体评价和个体评价。(待续 2013 年第 11 卷第 9 期)

延续护理对持续性非卧床腹膜透析患者生活质量的影响

高莉, 王丽

【摘要】 目的 探讨延续护理在持续性非卧床腹膜透析(CAPD)患者临床应用中的效果。方法 选择 2009 年 1 月-2011 年 12 月在肾病科住院并行 CAPD 治疗的 47 例患者,随机分为对照组和观察组,对照组实施腹膜透析常规护理,观察组除实施腹膜透析常规护理外,由延续护理小组对其实施延续护理。出院后第 3 个月、6 个月进行资料收集,比较两组患者对疾病知识的掌握程度、透析依从性、营养状况、恢复劳动能力、腹膜透析并发症发生的情况。**结果** 观察组患者对疾病知识掌握情况、透析依从性、营养状况、恢复劳动能力均高于对照组($P < 0.05$),腹膜炎的发生率低于对照组($P < 0.05$),差异有统计学意义。**结论** 延续护理可使 CAPD 患者在住院期间和居家治疗中获得不同水平的协作性与连续性护理,降低腹膜炎的发生率,提高了患者治疗依从性及满意度,提高了患者的生活质量。

【关键词】 延续护理;持续性非卧床腹膜透析;生活质量

【中图分类号】 R459.51 R473.5 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1300-03

Effect of Transitional Care on Quality of Life of Patients with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis GAO Li, WANG Li. Nursing Department, the First Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu 233004, Anhui, China

【Abstract】 **Objective** To explore the clinical effect of transitional care on patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). **Methods** Total 47 patients undergoing CAPD during January 2009 and December 2011 were enrolled and randomly divided into two groups: observation group with transitional care and control group with conventional nursing in hospital. All of data were collected in 3 and 6 months after the discharge. The knowledge of the disease, dialysis compliance, nutrition status, and restoration of capacity to labor of patients and the incidence of peritonitis were observed and compared between the two groups. **Results** The knowledge of the disease, dialysis compliance, nutrition status, and restoration of capacity to labor of patients in the observation group were better as compared to the control group ($P < 0.05$). The incidence of peritonitis reduced significantly in the observation group ($P < 0.05$). **Conclusion** Transitional care can ensure a coordination and continuity of health care in patients with CAPD during hospitalization and treatment in home, reduce the incidence of peritonitis, and improve the dialysis compliance, satisfaction and the quality of life of patients.

【Key words】 Transitional care; Continuous ambulatory peritoneal dialysis; Quality of life

持续性非卧床腹膜透析(Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, CAPD)是一种常用的肾脏替代治疗方法,是对终末期肾衰竭患者实施的长期治疗方案,患者需要长期实施有效的自我管理以维持治疗。研究表明^[1]患者居家 CAPD 并发症的发生率及生活质量与其疾病知识、换液技术的掌握程度密切相关。为保证患者的整体治疗效果,我院肾病科开展了针对 CAPD 患者的延续护理,取得了较好的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择 2009 年 1 月-2011 年 12 月在我院肾病科住院并行 CAPD 治疗的终末期肾衰竭患者共 47 例,其中男性 24 例,女性 23 例;年龄 20~71 岁,平均年龄(45.6 ± 14.0)岁;文化程度:高中及以上 22 例,初中及以下 25 例;原发病:慢性肾脏病 38 例,糖尿病肾病 6 例,梗阻性肾病 2 例,狼疮性肾炎 1 例。47 例患者随机分为两组,其中观察组 24 例,对照组 23 例,两组患者在性别、年龄、文化程度、诊断等方面差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。随访 6 个月时观察组 1 例因感染拔管改为血液透析,1 例因搬迁失访;对照组 1 例因感染拔管改为血液透析,1 例意外死亡。

1.2 护理方法 对照组患者在住院期间实施腹膜透析常规护理,进行腹膜透析的相关知识健康教育:包括腹膜透析的换液操作及透析管出口处的护理方法、营养及饮食指导、合理的运动方法、腹膜透析并发症防治等。入院后健康教育由责任护士和腹膜透析专职护士共同完成。出院前由腹膜透析专职护士对患者或家属换液操作技术进行考核,合格后予以出院,出院后鼓励患者门诊随访并给予指导和教育。

观察组除实施腹膜透析常规护理外,由延续护理小组对其实施延续护理。延续护理小组成员包括肾病科护士长、腹膜透析专职护士、病房责任护士及医生。腹膜透析专职护士的必备条件为:在肾病科工作 5 年以上,接受过国内或省内腹膜透析机构专职培训并考核合格,掌握腹膜透析知识和护理技能,具备评估患者和独立处理问题的能力、进行健康教育的能力,并能够为患者及家属提供全面的护理服务。延续护理的实施程序分院内与院外两个阶段。

1.2.1 院内阶段 腹膜透析专职护士对观察组患者在置管前进行健康评估,由延续护理小组制定个性化护理计划^[2],帮助患者树立正确的健康信念,增强对腹膜透析重要性的认识,重点促进健康行为的形成。健康教育采取“一对一”形式,要求家属参与,嘱咐家属按时督促患者执行护理计划。要求患者与延续护理小组建立长期合作关系,护患双方保存联系方式,告知随访的方式、时间和意义。

1.2.2 院外阶段 观察组患者出院后,由腹膜透析专职护士负责制定院外随访计划,对其进行 6 个月全程随访。**①随访方式:**包括家庭访视、电话随访、门诊随访。**②随访频率:**在患者出院时即进行家庭访视,访视患者居家透析的条件,指导其正确进行透析液的加热及建立符合透析的环境,以后每 3 个月家访 1 次。患者于出院后第 2~3 天进行首次电话随访,此后每周电话随访 1 次,病情不稳定时增加电话随访频率,患者也可随时进行电话咨询。门诊随访每 2 周 1 次,有病情变化时增加随访次数。**③随访内容:**访视时患者向护士提供腹膜透析记录本,包括:生命体征、腹膜透析情况、大小便情况、饮水量、体重等。根据患者的透析情况和相关化验检查结果,评估患者透析充分性和营养状况,调整透析处方并进行饮食指导,了解患者的生活状况、心理状态及透析中遇到的问题,检查透析管出口的护理情况、自身卫生状况、居家透析环境及家庭成员支持程

作者单位:233004 安徽省蚌埠市,蚌埠医学院第一附属医院护理部(高莉);肾病科(王丽)

通讯作者:高莉,电子信箱:gaolig@aliyun.com

度等,发现并及时解决患者潜在的问题。家访时对患者或家属腹膜透析操作技术和疾病知识进行再次考核,必要时重新培训。

1.3 评价指标

1.3.1 疾病知识的评估 采用问卷调查法对腹膜透析患者或家属进行知识调查,知识问卷参照刘鹏飞等^[3]设计的腹膜透析病人自我管理知识问卷,内容涉及腹膜透析管理的 5 个方面,包括:操作技术(换液、出口和导管护理)、用药知识(降压药、降磷药)、饮食与水盐限制(蛋白质摄入、饮食记录及控制水盐)、疾病监测(血压、体重、尿量、超滤量)和并发症管理。总分设置 100 分,85 分为掌握。

1.3.2 依从性的评估 分 5 个方面:手卫生、戴口罩、导管出口护理、遵透析医嘱处方进行透析和配合随访。以上各方面均按要求执行为依从性好,反之依从性差。

1.3.3 营养状况的评估 检测患者的血清白蛋白(ALB)、前白蛋白含量,作为患者营养状况的指标^[4-5]。

1.3.4 恢复劳动能力的评估 1 级:生活完全不能自理;2 级:生活基本自理;3 级:生活能自理;4 级:可正常工作。以 3、4 级作为劳动能力恢复正常的指标^[6]。

1.3.5 并发症发生的情况 包括腹膜炎、心功能衰竭、隧道口感染及低钾血症的发生情况。

1.4 资料收集方法 两组患者出院后第 3 个月、6 个月由腹膜透析专职护士进行资料收集。

1.5 统计学方法 计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验,计数资料用百分比表示,采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疾病知识调查结果比较 观察组患者出院后 3 个月及 6 个月,疾病相关知识的得分均较对照组高($P < 0.01$),差异具有统计学意义。见表 1 和表 2。

表 1 两组终末期肾衰竭患者 3 个月疾病知识调查结果比较(例)

组别	n	操作技术	用药知识	饮食与水盐控制	疾病监测	并发症管理
观察组	24	5.58±1.41	5.26±1.27	4.83±1.46	8.17±1.97	2.71±0.09
对照组	23	3.52±0.89	2.61±0.78	3.57±1.41	5.26±1.48	1.57±0.66
P 值		0.000	0.000	0.004	0.000	0.000

表 2 两组患者 6 个月疾病知识调查结果比较

组别	n	操作技术	用药知识	饮食与水盐控制	疾病监测	并发症管理
观察组	22	5.73±1.35	6.17±1.83	5.32±1.09	8.95±1.79	2.77±0.43
对照组	21	3.90±1.26	2.95±1.20	4.19±1.47	5.71±1.38	1.90±0.54
P 值		0.000	0.000	0.006	0.000	0.000

2.2 两组患者透析依从性比较 患者出院后 3 个月观察组 24 例依从性好的 21 例,占 87.5%,对照组 23 例依从性好的 13 例,占 56.5%,两组比较差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。出院后 6 个月观察组 22 例依从性好的 22 例,占 100%,对照组 21 例依从性好的 15 例,占 71.5%,两组比较差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者营养状况比较 患者出院后随访 3 个月时观察组与对照组营养状况无差异,但 6 个月时观察组 ALB、前白蛋白平均含量均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表 3。

表 3 两组患者营养状况比较

组别	ALB(g/L)			前白蛋白(g/L)		
	开始透析时	3 个月时	6 个月时	开始透析时	3 个月时	6 个月时
观察组	24.54±3.49	24.46±3.32	30.73±4.05	145.00±40.28	161.00±49.20	325.20±69.83
对照组	23.87±3.35	24.56±3.53	25.00±3.61	145.00±42.80	150.00±43.14	220.20±60.08
P 值	0.504	0.915	0.000	0.985	0.407	0.000

2.4 两组患者恢复劳动能力比较 患者出院后 3 个月时观察组 24 例恢复劳动能力 13 例,占 54.2%,对照组 23 例恢复劳动能力 6 例,占 26.1%,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。出院后 6 个月时观察组 22 例恢复劳动能力 17 例,占 77.3%,对照组 21 例恢复劳动能力 9 例,占 42.9%,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.5 两组患者并发症发生情况比较 观察组随访 6 个月腹膜炎的发生率低于对照组,有统计学意义($P < 0.05$)。心功能衰竭、隧道口感染、低钾血症的发生率与对照组相比,差异无统计学意义。见表 4。

表 4 两组患者随访 6 个月并发症发生情况比较(例)

组别	n	腹膜炎	心功能衰竭	隧道口感染	低钾血症
观察组	22	1	1	1	7
对照组	21	7	2	3	8
χ^2 值		4.028	0.001	0.322	0.170
P 值		<0.05	>0.05	>0.05	>0.05

3 讨论

3.1 CAPD 患者开展延续护理的必要性 美国老年协会^[7]对延续护理的定义是,通过一系列的行动设计,确保患者从医院到家庭及医院的不同科室得到协作性与连续性的护理。CAPD 是一种长期的居家自我管理过程,患者疾病知识掌握程度、操作水平的高低直接影响其透析效果和生活质量,单靠住院期间的短期培训是不够的。延续护理作为住院护理的延伸^[8],克服目前医院与家庭、社区服务之间的脱节状态,给患者及家属不间断的跟踪教育和心理支持,有效保障了患者的治疗效果,使腹膜透析患者的治疗和护理得到延续。本研究,腹膜透析专职护士在患者出院时进行家访,及时给患者提供康复技能指导

和环境改造建议。通过电话随访,回答患者和家属的问题,及时发现并纠正存在的不足,提高患者的自我管理能力,为患者提供更高质量的护理服务。

3.2 延续护理可促进 CAPD 患者健康行为改变 目前,住院患者的健康教育往往过分强调知识层面的灌输,而理论与实践相结合较少,患者的学习也是被动的,患者出院后的健康教育又失去连续性和完整性,随着时间的延长,患者遵医行为出现退化。为了保持患者有效的自我管理行为,需要向患者提供更多的支持和随访^[9]。延续护理提供了患者院外与延续护理小组建立长期合作关系,护士对患者进行反复、有针对性的健康教育,提高了患者知识掌握程度。定期随访是加强和保持健康行为,提高依从性的有效措施。本研究表明,观察组患者出院后知识掌握程度及洗手、戴口罩、导管出口护理、遵透析医嘱处方的依从性均高于对照组。

延续护理为患者提供专业帮助,患者出现问题或不适时能够及时与延续护理小组联系,对治疗中出现的一些不良反应及时得到解决,患者能主动对自己的饮食、运动、生活方式进行调整和安排,满足了患者治疗过程中的安全感及关注的需要^[10],利于患者长期维持健康行为。

3.3 延续护理可提高 CAPD 患者生活质量 随着腹膜透析患者生存期限的不断延长和医学治疗模式的转变,患者生活质量已经成为评价腹膜透析疗效的重要标准之一^[11]。由于患者长期腹膜透析可能发生腹膜炎、营养不良等并发症,而 CAPD 患者的营养状况、并发症发生率、劳动能力决定着患者的生活质量,其中营养状况是影响腹膜透析患者生活质量的主要因素^[5]。本研究表明,对 CAPD 患者开展延续护理后,患者的营养状况、恢复劳动能力均高于对照组,腹膜炎发生率低于对照组,说明延续护理在提高患者生活质量上有显著的价值和临床意义。

护理干预在大肠癌术后的应用效果分析

林艳, 黄文静, 梁秀兰

【摘要】 目的 探讨大肠癌患者术后的护理干预方法及其效果。方法 回顾性分析绵阳市人民医院 102 例大肠癌术后患者临床资料,随机分为对照组和实验组,对照组 50 例,实验组 52 例。对照组术后给予常规护理,实验组在常规护理基础上给予综合护理干预,比较两组患者的护理效果。**结果** 实验组的平均住院天数和住院费用明显小于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$);实验组术后并发症的发生率明显低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。实验组的健康知识掌握情况、生命质量评分以及患者满意度明显高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 对大肠癌术后患者实施综合的护理干预,不仅可以减少医疗费用和术后并发症的发生,而且还可以提高其生活质量,值得临床应用推广。

【关键词】 护理干预;大肠癌;效果

【中图分类号】 R743.6 R735.34 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1302-02

Analysis of Effect of Nursing Intervention on Cancer of Colon Postoperation LIN Yan, HUANG Wen-jing, LIANG Xiu-lan. Department of Nursing, the People's Hospital of Mianyang City, Mianyang 621000, Sichuan, China

【Abstract】 Objective To explore the methods of nursing intervention and nursing effect of patients of cancer of colon postoperation. **Methods** Retrospective analysis of 102 patients of cancer of colon in our hospital was conducted, they were randomly divided into control group and experimental group, 50 cases in control group, and 52 cases in experimental group. Control group was given routine nursing, and experimental group was given routine nursing and comprehensive nursing intervention. Nursing effect of the two groups was compared. **Results** The average days and cost in hospital were obviously less than those of control group, there was significant difference ($P < 0.05$); the incidence of postoperative complications of experimental group was significantly lower than that of the control group, the difference was significant ($P < 0.05$). The situation of health knowledge, the degree of satisfaction of patients situation, and the score of life quality of experimental group were significantly higher than those of control group, there was significant difference ($P < 0.05$). **Conclusion** To patients with cancer of color, through the implementation of comprehensive nursing intervention, we can not only reduce the cost and the incidence of postoperative complications, but also improve the quality of life, it was worth in clinical application promotion.

【Key words】 Nursing intervention; Cancer of colon; Effect

大肠癌是临床上比较常见的消化道恶性肿瘤,其发病率和病死率呈逐年上升的趋势^[1]。患者因疾病本身及手术会引起生理和病理变化,会导致患者的机体功能、精神状态等改变,影响患者的康复和生活质量。因此对大肠癌术后患者给予综合护理干预是必要的,这不仅能促进患者的康复,减少并发症的发生,而且能提高患者的生活质量。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择 2010 年 1 月 - 2012 年 8 月我院 102 例大肠癌手术患者,其中男性 62 例,女性 40 例,年龄 22 ~ 80 岁,平

均(46.3 ± 7.8)岁;直肠癌 68 例,左侧结肠癌 24 例,右侧结肠癌 10 例;35 例 Dixon 术,30 例 Miles 术,15 例乙状结肠癌切除术,9 例右半结肠癌切除术,7 例左半结肠癌切除术,6 例其他形式的手术。按手术日期随机分为对照组和实验组,对照组 50 例,实验组 52 例。两组患者的年龄、性别、手术方式及病情严重程度等比较差异没有统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 护理方法

1.2.1 常规护理 术后监测患者生命体征及病情观察,根据医嘱输液、禁食、进食,进行各种管道的护理,完成各项必要的辅助检查,有造口的患者进行造口护理并指导其进行人工肛门的护理。

1.2.2 护理干预措施

1.2.2.1 病情的观察及各种管道的护理 定时测量体温、脉

作者单位:621000 四川省绵阳市人民医院护理部(林艳);外科(黄文静,梁秀兰)

通讯作者:林艳,电子信箱:linyanscmj@163.com

参考文献

[1] 何燕娴,林舜珍.居家腹膜透析患者开展健康教育的效果评价[J].解放军护理杂志,2003,20(3):19.

[2] 陈晶晶.健康教育在腹膜透析病人临床护理中的应用[J].全科护理,2011,9(15):1405-1406.

[3] 刘鹏飞,王宜芝,孙玉梅,等.腹膜透析病人自我管理行为与自我效能的相关性分析[J].中华护理杂志,2006,41(7):615-617.

[4] 陈胜芳,崔春黎.持续非卧床腹膜透析患者营养状况评价[J].同济大学学报(医学版),2010,31(1):49-52.

[5] 智华,马祖等,赫元涛,等.持续性非卧床腹膜透析患者生存质量影响因素的研究[J].中华肾脏病杂志,2005,21(5):290-293.

[6] 马勤,冯莺,雷小华,等.透析前教育对慢性肾衰竭患者身心健康的影响[J].中华护理杂志,2010,45(12):1049.

[7] Coleman EA, Bouh CE. Improving the quality transitional care for per-

sons with complex care needs[J]. J Am Geriatr Soc, 2003, 51(4): 556-557.

[8] 李晴,周婷婷,李韬彧,等.延续护理在腹膜透析治疗肾病综合征伴急性肾损伤患者中的应用[J].中华护理杂志,2012,47(2):114-117.

[9] Funnell MM, Brown TL, Childs BP, et al. National standards for Diabetes self-management education[J]. Diabetes Care, 2008, 31(1): S97-S99.

[10] 姜玲,陈建民,林春华,等.家庭随访对居家腹膜透析患者依从性的影响[J].护理管理杂志,2007,7(12):44-46.

[11] 陶巍巍,王宜芝,王兰.终末期肾病透析患者的康复进展[J].护士进修杂志,2006,21(1):28-30.

(收稿日期:2013-01-05)

搏、血压,密切观察患者呼吸频率、节律、深浅度等,严密观察引流管、切口及腹部体征等情况,每日定时进行各种管道的护理,切口及时换药^[2]。

1.2.2.2 心理干预 术后患者会产生焦虑、烦躁等情绪,特别是有造口者,护士积极主动与患者的沟通,进行心理疏导,消除患者的心理负担。

1.2.2.3 营养支持 术后禁食者给予肠外营养,能进食时,患者食用一些高蛋白、高热量、维生素丰富的低脂少渣食物。鼓励患者多喝水,滋润肠道。有造口者不要进食油腻、刺激性及易产生肠胀气的食物^[3]。

1.2.2.4 基础护理 ①口腔护理:每日给予口腔护理 2 次,嘱其多漱口,口唇干裂者涂润剂保持湿润。②呼吸道护理:帮助或指导家属定时给患者翻身拍背,指导其有效咳嗽,给予化痰药或雾化吸入促进痰液排出。③皮肤护理:护士每日定时协助翻身清洁皮肤、按摩受压部位。④会阴部护理:每日定时清洗会阴部及周围皮肤,保持会阴部切口敷料的清洁干燥。

1.2.2.5 人性化护理 保持病室环境安静、舒适、温馨,室内温湿度适宜。护理时手法准确轻柔,避免粗暴。及时满足患者的需要及合理要求。

1.2.2.6 造口的护理 造口开放后,做好造口护理,并教会患者及家属造口护理的方法,待造口拆线愈合后,定时做好造口扩张。

1.2.2.7 健康教育 专职健教护士定时对患者进行相关知识的讲座,进行健康宣教及康复指导。对患者进行针对性的、及时科学的健康指导。在病区要设立健康教育宣传栏。

1.2.2.8 康复活动 护士帮助或指导家属对患者进行肢体按摩,教会患者进行胸式呼吸。在病情允许的情况下,协助床上活动,预防下肢静脉血栓形成及肠粘连发生。

1.3 观察指标 本院自制的登记本记录患者的平均住院天数、住院费用、术后并发症情况,通过本院自制的调查表对患者健康知识掌握情况、生命质量以及患者满意度进行评分并予以比较。

1.4 统计学方法 数据处理使用 SPSS 16.0 软件,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料比较采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者平均住院天数和住院费用的情况 实验组的平均住院天数明显短于对照组,住院费用明显少于对照组,差异具有统计学意义, $P < 0.05$ (见表 1)。

表 1 两组大肠癌手术患者平均住院天数和住院费用的比较

组别	n	平均住院天数(d)	平均住院费用(元)
对照组	50	15.3 ± 5.5	35 832.6 ± 4283.5
实验组	52	10.8 ± 2.4*	20 878.5 ± 3826.8*

注:与对照组比较, * $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者术后并发症发生情况 实验组并发症的发生率为 9.62%,明显低于对照组的 30.00%,差异具有统计学意义, $P < 0.05$ (见表 2)。

表 2 两组大肠癌患者术后并发症发生情况的比较(n)

组别	n	切口感染	吻合口瘘	肺部感染	粘连性肠梗阻	造口并发症	并发症总例数	总的并发症发生率(%)
对照组	50	4	2	3	3	3	15	30.00
实验组	52	2	1	0	1	1	5	9.62*

注:与对照组比较, $\chi^2 = 6.719$, * $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者健康知识掌握情况、生命质量及患者满意度评分的情况 实验组评分明显高于对照组,差异具有统计学意

义, $P < 0.05$ (见表 3)。

表 3 两组大肠癌患者健康知识掌握情况及生命质量、患者满意度评分比较(分)

组别	n	健康知识掌握情况	生命质量评分	患者满意度评分
对照组	50	80.2 ± 2.4	81.3 ± 14.7	82.6 ± 5.3
实验组	52	97.1 ± 2.8*	90.5 ± 9*	94.1 ± 4.7*

注:与对照组比较, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

大肠癌属于恶性肿瘤,不仅严重影响患者的机体功能、精神状态,还影响着患者的生命质量。治疗大肠癌的主要手段是通过手术切除,由于术后患者身体虚弱、精神压力大、担心预后等方面的顾虑,应该给予必要的护理干预,这不仅能使患者及早适应手术后身体的变化,也能完善患者自我的护理,提高其生活质量。有相关文献报道,大肠癌术后患者的心理健康水平低于一般人群,表现为抑郁、焦虑等,通过实施心理干预,能有效地缓解患者的心理负担^[4]。大肠癌术后患者会出现各种疼痛和不适感,通过护理干预可以在一定程度上减轻患者的疼痛,提高舒适感和睡眠质量,促进患者身心健康^[5-6]。大肠癌术后患者往往需要卧床一段时间,给予必要的护理干预,可以减少患者并发下肢深静脉血栓和压疮的形成及造口感染^[7-9]。

本研究表明:实验组平均住院天数和住院费用明显少于对照组,实验组术后并发症的发生率为 9.62%,明显低于对照组的 30.00%,差异具有统计学意义。说明对大肠癌术后患者给予综合的护理干预,可以促进患者早日康复,减少患者的医疗费用,降低患者术后并发症如切口感染、吻合口瘘、肺部感染等发生率,这与以往的研究结果一致^[10]。本研究对术后患者进行了健康知识掌握情况、生命质量评分及患者满意度进行了评分,结果发现实验组明显高于对照组,差异具有统计学意义。说明护理干预的实施,加强了护患之间沟通,使患者得到优质的服务,提高了患者的满意度,患者对相关的健康知识有了一定的掌握,为其回归家庭和社会做好准备,能更好地重新投入到社会生活当中去,提高生活质量。

综上所述,通过对大肠癌术后患者实施综合的护理干预,不仅可以减少医疗费用,减少术后并发症的发生,而且可以促进患者早日康复,提高生活质量,值得临床应用推广。

参考文献

- [1] 江陈,常家聪. 大肠癌的治疗方法研究进展[J]. 安徽医药, 2012, 16(2):247.
- [2] 朴桂顺,陶秀英,董秀英. 护理管理在医院感染中的作用[J]. 实用全科医学, 2008, 6(6):641-642.
- [3] 胡彩平. 大肠癌患者的饮食护理[J]. 医学信息, 2010(7):1816-1817.
- [4] 蒋新玲,刘淑芳. 肿瘤病人心理护理的应用及体会[J]. 中国社区医师, 2010(10):149.
- [5] 王琦,赵丽. 护理干预对提高大肠癌术后患者舒适度的影响[J]. 中外医疗, 2008, 27(29):109-110.
- [6] 陆星尘,陆卫芬,张耀群. 76 例大肠癌术后化疗患者舒适度护理的体会[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2008, 11(4):138-139.
- [7] 张文杰. 大肠癌术后并发下肢深静脉血栓形成的护理与体会[J]. 局解手术学杂志, 2010, 19(5):446.
- [8] 高颖毅. 永久性肠造口术后患者的护理[J]. 临床合理用药, 2010, 3(20):134-135.
- [9] 张建霞. 老年大肠癌术后常见并发症的预防及护理[J]. 中国中医药, 2011, 10(1):117-118.
- [10] 马慧萍,黄续. 老年大肠癌术后护理研究[J]. 中国实用医药, 2009, 4(27):199-200.

(收稿日期:2012-11-19)

白血病化疗后感染护理干预效果的研究

姚素玉

【摘要】 目的 探讨护理干预观察白血病化疗后患者合并感染的控制及生活质量的影响。方法 选择安徽医科大学第一附属医院 2011 年 1 月 - 2012 年 1 月收治的白血病患者 80 例,分成两组,分别给予常规护理和心理干预,观察治疗后白血病化疗后感染患者治愈的发生率,并比较患者心理状态的变化及生活质量变化。结果 全部患者经化疗后均发生不同程度的骨髓抑制,经对症治疗和护理干预后,干预组治疗后显效共 35 例,对照组显效共 24 例,干预组治疗效果明显优于对照组,两组患者心理状态均有不同程度的改善,干预组心理状态改善效果明显优于常规护理组。结论 护理干预可有效治疗白血病化疗后感染,有利于感染的控制、有效改善焦虑等不良心理状态及提高生活质量,保证化疗顺利进行,值得推广应用。

【关键词】 白血病;感染;生活质量;护理对策

【中图分类号】 R733.7 R473.5 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1304-02

Impact Study of Nursing Interventions on Infection Control and Quality of Life after Leukemia Chemotherapy YAO Su-yu. Department of Hematology, the First Affiliated Hospital of Anhui Medical University, Hefei 230022, Anhui, China

【Abstract】 Objective To investigate the nursing invention on control of infection and quality of life in patients with leukemia after chemotherapy. **Methods** 80 patients with leukemia admitted to our hospital in January 2011 - 2012 in January, were divided into two groups; routine care and psychological intervention, the incidence of patients cured after treatment was observed, mental status changes and life mass change were recorded and compared. **Results** Varying degrees of bone marrow suppression occurred in all patients after chemotherapy, after symptomatic treatment and care interventions, the 35 cases in intervention group and only 24 patients in control group were cured, the improvement of the patient's mental state varied in degree, the cure is better than the usual care group. **Conclusion** Nursing intervention can effectively improve leukemia after chemotherapy, infection control, psychological status, quality of life, and ensure the smooth progress of chemotherapy, it should be widely applied.

【Key words】 Leukemia; Infection; Quality of life; Nursing Strategy

白血病是造血系统常见的恶性克隆性疾病,治疗的主要手段是全身化疗,不仅能有效缓解临床症状、还可延长生存期。化疗后常因出现骨髓抑制,造成免疫力降低,自洁能力下降,易发生全身感染,使其生活质量下降,甚至危及生命^[1-2]。因此为了配合有效的治疗,针对性的护理方法对于感染的控制及生活质量影响的临床效果尤为重要,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 研究对象选自 2011 年 1 月 - 2012 年 1 月于我院血液科确诊为急性白血病并实施化疗的住院患者 80 例,男性 36 例,女性 44 例,年龄 23 ~ 58 岁,平均 40.3 岁,急性非淋巴细胞白血病 53 例,急性淋巴细胞白血病 27 例。化疗后感染的诊断依据来自症状、体征的记录、实验室检查报告及影像学检查等。将所有患者随机分成两组,对照组实施常规护理,实验组实施护理干预,明确干预对白血病化疗后感染的控制及生活质量影响。排除标准:化疗前有严重的合并症(如糖尿病、心脏病等)、精神疾病或意识障碍者及拒绝合作者。两组一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 护理方法 对照组进行常规护理,指导患者勤换衣、换宽大柔软棉质衣服、注意保暖,观察有无表面出血点、血尿、黑便、黑视、头晕等不适症状,控制病房合适的温湿度,温度控制在 18 ~ 22 ℃,相对湿度控制在 50% ~ 60%,严格限制人员探视,实施保护性隔离,避免交叉感染。干预组在常规护理基础上采用心理干预:首先全面评估护理人员对白细胞化疗后感染等不良反应知识的了解和掌握情况,根据本科室护理人员欠缺的知识确定培训内容,同时组织学习优秀护理经验加强学习。护理人员应通过自身沟通技巧加强与患者和家属的有效沟通,解释化疗的重要性和必要性,引导和鼓励患者正确认识自己的疾病,克服焦虑、抑郁等不良情绪,并促使其积极配合治疗。

1.3 疗效判断 显效:从治疗开始到 3 d 内,体温正常,症状明显改善或完全改善;好转:治疗 3 ~ 5 d 时局部感染症状稍改善,感染得到基本控制;无效:治疗 5 d 后感染症状无变化或持续进展,甚至全身感染、败血症。采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)和生活质量治疗效果量表对患者入院和出院进行对比评价患者状态,生活质量治疗效果评定参考 Spitzer 指数,包括活动能力、日常生活、健康感受、生活感受、家庭支持五项。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 13.0 统计学软件,计量资料均采用($\bar{x} \pm s$)表示;均数的比较采用 *t* 检验,率的比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果的比较 干预组治疗后显效者 35 例,明显高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),但好转与无效者之间差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 1。

表 1 两组白血病化疗后感染的患者治疗效果比较(例)

组别	n	显效	好转	无效
对照组	40	24	13	3
干预组	40	35*	5	0

注:与对照组比较, * $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者心理状态的比较 全部患者经化疗后均发生不同程度的骨髓抑制,发生率为 100%。经常规护理和心理护理干预后,患者临床症状和心理状态均得到不同程度改善,均顺利完成化疗疗程。心理干预后患者焦虑和抑郁等组改善明显优于对照组,见表 2。

2.3 两组患者生活质量变化的比较 两组患者在活动能力、日常生活和家庭支持的评分差异均无统计学意义($P > 0.05$),心理干预组和对照组患者治疗前和治疗后在健康感受、生活感受和总分的评分差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 2 两组白血化疗后感染的患者护理干预前后心理状态的比较

组别	n	SAS 评分		SDS 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	53.8±9.2	43.6±7.2	55.4±10.7	43.2±8.5
干预组	40	52.6±10.5	34.7±6.9	54.6±10.5	36.8±7.5
t 值		2.347		2.426	
P 值		<0.05		<0.05	

表 3 两组白血化疗后感染的患者护理干预前后生活质量变化的比较

组别	n	时间	活动能力	日常生活	健康感受	生活感受	家庭支持	总分
		治疗后	1.4±0.4	1.4±0.3	1.0±0.2	1.0±0.2	1.9±0.3	6.7±1.4
干预组	40	治疗前	1.4±0.3	1.5±0.4	0.6±0.2	0.7±0.2	1.9±0.3	6.1±1.4
		治疗后	1.5±0.3	1.5±0.4	1.4±0.3	1.4±0.4	1.9±0.3	7.7±1.7
t 值			1.752	1.565	2.315	2.642	0.892	2.164
P 值			>0.05	>0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

白血化疗后最为常见的并发症就是肺部感染,其主要是由于化疗后骨髓抑制导致中性粒细胞的减少,细胞和体液免疫的抑制,而经呼吸道传播的疾病又易扩散蔓延,导致肺部感染,由于机体的免疫力和抵抗力均低下,肺部感染甚至会威胁生命,目前仍缺乏肯定的预防手段^[3-4]。通过个体化的护理干预改善患者的生理和心理状态,以期控制患者感染,并提高患者的生活质量。

本研究就是通过对白血化疗后感染患者在常规护理的基础上,实施一定的心理护理干预,帮助患者减轻痛苦并提高自我护理能力^[5]。研究结果显示经过心理干预后的治疗组在治疗效果、调节患者心理不良情绪及生活质量上均有不同程度的改善,且差异有统计学意义。白血病患者心理状态对于患者的治疗有着至关重要的影响,它关系着患者能否坚持进行治疗及能否取得良好效果^[6]。因此针对白血病患者心理特点,本实验制定了详细的心理护理计划,建立完善的心理护理档案,并根据不同患者的心理特点给予针对性的心理干预,通过与患者及陪护人员的接触让患者正确认识,及时了解并积极控制病情和心理问题,尽可能地减轻不良症状引起的患者消极情绪,有效提高患者治疗的依从性,树立信心,调整并使得患者处于最佳状态积极配合治疗^[7-10]。近年来有关对于肿瘤患者的

心理干预方法的研究又取得了许多的进展,心理干预作为极其有效的手段之一,效果明显^[11-12]。故相关文献认为对白血化疗后出现感染的患者,在临床上需早发现、早治疗,尤其在护理上应当引起重视,反复向患者及家属交代宣教,并严格根据患者的不同情况,选择适合有效的护理干预措施,提高患者的临床治疗效果、延长患者的生存期、增强患者生活质量。

综上所述,对患者进行心理特点进行系统评估后,根据其自身特点制定实施针对性的护理干预措施,可有效提高治疗效果、化疗依从性,改善患者的不良心理情绪,故可进一步在临床中积极推广应用。

参考文献

- [1] 田喜平,戚春鸽. 浅谈妇科肿瘤患者化疗护理干预[J]. 中国误诊学杂志,2009,9(20):4842-4843.
- [2] 李玉,郑绍同,韩其香,等. 2006-2009年常见真菌感染的分布及耐药性研究[J]. 中华医院感染学杂志,2010,20(21):3436-3438.
- [3] 张红梅,李彦格,刘炜. 伏立康唑治疗儿童白血病侵袭性肺部真菌感染疗效[J]. 河南医学研究,2011,20(1):101-102.
- [4] 黄杰. FCR 方案治疗慢性淋巴细胞白血病的护理体会[J]. 中华全科医学,2011,9(8):1319-1320.
- [5] 唐玉梅,孙晶晶,许德香. 预见性护理干预在造血干细胞移植中的作用[J]. 中华全科医学,2012,10(6):977-979.
- [6] 鲁颖. 白血化疗期间的护理体会[J]. 中国医药指南,2010,8(28):31-32.
- [7] 吴艳军,李风华,刘锐. 护理干预对白血病患者化疗的影响[J]. 现代护理杂志,2009,6(8):105.
- [8] 温虹. 急性白血病患者化疗后骨髓抑制期的护理[J]. 中国冶金工业医学杂志,2009,26(1):87.
- [9] 庞久玲,张静涛,刘军,等. 心理干预对老年大面积烧伤患者焦虑、抑郁的影响[J]. 中国老年学杂志,2010,30(3):325-326.
- [10] 吴水菊. 急性白血病患者化疗的观察与护理[J]. 中华全科医学,2009,7(1):100-102.
- [11] 张俊,汪德珍,周德军. 51例成人急性淋巴细胞白血病诊治临床资料分析[J]. 安徽医学,2011,32(06):746-749.
- [12] 杜香洲,钟巧玉,杨红,等. 急性白血病合并感染临床分析及防治对策[J]. 中华医院感染学杂志,2011,21(7):1337-1338.

(收稿日期:2012-11-15)

(上接第 1236 页)

液消失快,疗效明显。中老年组年龄≥60岁的老年患者,有并发症发生多、营养不良者多、免疫功能低下、抗结核药物不良反应多、肺结核治愈率低、复发率高等特点^[9],所以治疗应注意:①积极加强支持治疗;②重视并发症的治疗,及早戒烟;③持续观察抗结核药物所致不良反应,特别是肝功能损害的发生,肝功能恢复正常后,可考虑以利福喷汀代替利福平、左氧氟沙星代替吡嗪酰胺;④警惕较长时间使用糖皮质激素的不良反应。青年组结核性胸腔积液患者,合并肺结核者较少,不能将治疗后胸腔积液的消失理解为治愈;对于结核性胸腔积液未合并肺结核者,单纯治疗胸腔积液而不行全身抗结核治疗,短时间内胸腔积液也可能消失,但患者以后常出现肺内结核病灶形成继发性肺结核^[10]。本文所有病例均拟行总疗程 1 年的全身抗结核治疗计划,总之应遵循局部治疗不能代替全身治疗的原则^[11]。

参考文献

- [1] 中华医学会,编著. 临床诊疗指南(结核病分册)[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:10-12.

- [2] 白人驹,张雪林. 医学影像诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社,2010:186.
- [3] 王吉耀. 内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2010:106-116.
- [4] 杨仪,陈尊杰,黄翎藩,等. 胸腔置管联合尿激酶注入治疗结核性胸膜炎的疗效[J]. 中华全科医学,2011,9(5):707-708.
- [5] 刘又宁. 呼吸内科学高级教程[M]. 北京:人民军医出版社,2010:428-431.
- [6] 范梦柏,王秀娥,宋承平,等. 细胞因子 TNF-α、IFN-γ、IP-10 对结核性胸腔积液诊断价值的研究[J]. 中国防痨杂志,2012,34(8):550-551.
- [7] 全国第五次结核病流行病学抽样调查技术指导组,全国第五次结核病流行病学抽样调查办公室. 2010年全国第五次结核病流行病学抽样调查报告[J]. 中国防痨杂志,2012,34(8):485-508.
- [8] 范琳,肖和平. 结核性胸膜炎的临床诊断评估[J]. 中国防痨杂志,2007,29(4):330-333.
- [9] 汤晓风,陈浩,刘小甲,等. 深静脉导管胸腔闭式引流治疗老年性结核性胸腔积液疗效观察[J]. 安徽医学,2013,34(02):160-161.
- [10] 马琦,朱莉贞,潘毓萱. 结核病[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:471-478.
- [11] 史祥. 结核性胸膜炎治疗近况介绍[J]. 中国防痨杂志,2009,31(1):37-40.

(收稿日期:2012-11-12)

经理置式给药装置动态监测门静脉压力的护理

黄惠敏, 萧月玲, 熊兰芳, 吴清时, 黄秀云, 陈艳兴

【摘要】 目的 探讨经 IDDS(全埋植式给药装置)动态监测患者门静脉压力的方法及护理措施。方法 对 28 例术中放置 IDDS 的患者进行术后经其进行门静脉压力的动态监测,并予以相关的专业护理措施,积极防治并发症。结果 28 例患者顺利完成了 112 次经 IDDS 门静脉压力的测量,其中 2 例患者有局部异物感,经过有效的护理干预,2 例都能减轻局部异物感,并且顺利完成测压,其他患者无不良反应及并发症发生。结论 应用 IDDS 直接动态监测门静脉压力的变化,不仅操作简单,而且对患者的损伤较小,易被患者接受,对于术后复发的监测、预防和治疗护理,都具有极为实用的临床意义。护士应规范和熟练掌握此项操作技术,学习并发症的预防和处理措施,才能顺利准确测压、防止并发症的发生、及时处理各种不良反应,并为患者的临床治疗提供有利的帮助。

【关键词】 IDDS;全埋植式给药装置;门静脉压力;护理

【中图分类号】 R473.73 R472.9 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1306-02

The Nursing of Dynamic Monitoring of Portal Pressure by IDDS HUANG Hui-min, XIAO Yue-ling, XIONG Lan-fang, et al. Department of Oncology Surgery, Dongguan People's Hospital, Dongguan 523000, Guangdong, China

【Abstract】 Objective To evaluate the nursing measures to dynamic monitoring by the IDDS of portal pressure in patients.

Methods Monitor the portal pressure in 28 cases of patients dynamically, which were placed IDDS in operation. And then provide relevant professional nursing measures to prevent and treat complications. **Results** The measurement of 28 patients' portal pressure by IDDS was completed successfully in 112 times. In this process, 2 patients had foreign body sensation and then alleviated through effective nursing intervention. Other patients had no adverse reactions and complications due to proper care measures.

Conclusion Dynamic monitoring of portal vein pressure changes by IDDS directly was simple, minimally invasive and acceptable to patients, which had practical clinical significance for surveillance, prevention and treatment of postoperative recurrence. Nurses should master the technology skilled and specifically, and learn measures for prevention and treatment of complications. The pressure measurement can be performed accurately, the complications and side effects can be avoided, and the favorable helpful can be provided for clinical treatment of patients.

【Key words】 IDDS; Implantable drug delivery system; Portal vein pressure; Care

由门静脉埋植式给药装置(implantable drug delivery system, IDDS)直接测量门静脉压力的方法,其最大特点是可以直接动态地监测生理状况下的门静脉压力变化,而且操作简单,使用安全。我院 2007 年 3 月-2011 年 8 月对 28 例门奇静脉分流术后患者采用由埋入式给药装置,监测门静脉压力的变化,对于术后复发的监测、预防和治疗护理,具有极为实用的临床意义^[1-2],现将护理经验总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 我院肿瘤外科 2009 年 5 月-2012 年 5 月 28 例患者进行 IDDS 门静脉压力的测量,其中肝癌患者 13 例、肝硬化患者 10 例、上消化道出血患者 5 例;女性 10 例,男性 18 例;年龄 32~75 岁。

1.2 测压方法 术中测压:将充满生理盐水的导管插入门静脉主干并固定后,首先经导管直接测压,即将导管向上牵直(与地平面保持垂直,下同),水柱自然下落至其仅随呼吸上下波动时,测量水柱的高度(以腋中线为测量零点,下同),其测得值即为此刻的自由门静脉压;然后将导管与注药盒连接,再用充满生理盐水的头皮针穿刺注药盒,将头皮针之塑料导管向上牵直,用相同方法测量水柱的高度。术后测压:①核对姓名、床号、性别、IDDS 的位置。②做好病人的心理护理,向其讲解测量的目的、方法,解除患者的顾虑,以取得理解与合作,使测压顺利进行。③用物准备:2%碘伏、无菌孔巾,20 ml,30 ml 注射器(内吸生理盐水)、20 ml 注射器(内吸 25 U/ml 肝素稀释液)、头皮针(7 号)^[3]、直尺两把。④测压方法:患者取平卧位,用龙胆紫标出测量零点——腋中线。暴露穿刺部位,用 2%碘伏消

毒穿刺部位周围 5 cm 以上范围皮肤,戴无菌手套、铺无菌孔巾,用手指触摸埋植式给药盒穿刺窗口并固定,用已连接 7 号头皮针的、抽满生理盐水的 30 ml 注射器排气后从窗口中心垂直穿刺,待有落空感后,先推 5 ml 生理盐水,观察局部皮肤有无肿胀,未见肿胀提示穿刺成功^[4]。继续推注生理盐水 20 ml,然后一人将头皮针延长管向上拉直与地面垂直,此时水柱会自然下落,当水柱仅随呼吸上下波动时,另一人用直尺测量水柱至腋中线的垂直高度,其数值即为此刻生理状态下的门静脉压力^[5]。⑤测压后,更换另一抽满生理盐水的 20 ml 注射器,推注生理盐水 10~20 ml,最后用肝素液(25 U/ml)5~10 ml 正压封闭 IDDS(即快速推注 3 ml,然后边推注边拔除针头)。

1.3 护理方法

1.3.1 测压时的注意事项 ①保持室温 22℃ 以上,操作时关门关窗,尽量少暴露患者,避免患者因长时间暴露腹部而受凉感冒。②全部操作过程中每一步骤必须严格执行无菌技术操作原则,防止医源性感染的发生。③操作前一次性备好所需用物,并熟悉 IDDS 构造及使用方法,熟练掌握穿刺技术。④患者平卧以腋中线为测量零点。⑤保证头皮针延长管拉直并垂直地面。⑥测量者双目与水柱液面在同一水平面。

1.3.2 心理护理 给患者提供清洁、舒适、安全的环境,操作前均应向其讲解测量的目的、方法,解除患者的顾虑,以取得患者的理解与合作;测量过程中注意观察患者的反应及药盒部位皮肤情况,多询问患者自身感觉;做好健康宣教,指导其尽量避免撞击此部位,以防止 IDDS 移位和局部皮肤组织受损。

1.3.3 并发症的预防 ①生理盐水外渗:操作者穿刺深度不够,针尖斜面外露而导致生理盐水外渗,引起埋置药盒周围皮肤、皮下组织肿胀、淤血和疼痛。操作者必须熟悉皮下埋植式给药药盒装置的构造及穿刺方法,穿刺前做好药盒位置的评

作者单位:523000 广东省东莞市人民医院肿瘤外科二区
通讯作者:黄惠敏,电子邮箱:1014859467@qq.com

估,穿刺时一手固定药盒,另一手持头皮针对准药盒穿刺窗中心点垂直于穿刺窗刺入药盒,有明显落空感后推入 5 ml 生理盐水,观察局部皮肤有无肿胀及询问病人有无胀痛感,如未见肿胀及患者无诉不适提示穿刺成功^[6]。②导管堵塞:禁止通过埋植式给药装置抽血、输血。每次测压或用药前后均用生理盐水 10~20 ml 冲洗导管,测压或用药完毕后使用肝素钠稀释溶液(25 U/ml)5~10 ml 正压封闭(即快速推注 3 ml,然后边推注边拔除针头)。③药盒穿刺膜破损:如果穿刺针头过粗且反复穿刺易导致穿刺膜破损,造成渗血、渗液。应选用 7 号头皮针头进行穿刺。④埋植式给药装置破裂:推注生理盐水时用力不能太大,速度不能过快,使用 20 ml 注射器,若遇阻力过大,不能强行推注,应停止操作,行相关造影检查,明确原因。⑤败血症^[7]:与护理操作时无菌操作不严格导致细菌污染有关。操作时必须严格执行无菌操作原则,如埋植式给药装置植入后患者出现不明原因的高热,要警惕败血症的发生,应及时报告医生并协助处理。⑥药盒处皮肤疼痛和局部异物感^[8]:IDDS 是一种异物植入方式,心理紧张的患者,异物不适感较严重,应做好心理护理,教会患者一些自我放松的方法,如深呼吸、选择合适的娱乐方式等,减少其心理负担。如果埋植式给药装置埋植部位过高处于腰带部位,由于腰带长期压迫埋植部位皮肤,会造成该处皮肤长期受摩擦引起不适、炎症甚至破损,也会引起疼痛和异物感,应教会患者避免穿紧身裤和佩戴腰带或避开 IDDS 埋植的部位系腰带,做好皮肤的清洁。每次测压后用柔软的无菌敷料覆盖 1~2 d。⑦针梗滞留:药盒穿刺窗是由密封式医用硅橡胶制造,穿刺时有一定的摩擦力和阻力,如操作不正规、针梗刺入药盒穿刺窗外较硬装置部位或针梗质量有问题,易导致针梗断裂、针梗部分遗留在患者体内。因此操作前要仔细检查针头有无异常,穿刺时固定好药盒,对准穿刺窗中心部位穿刺,拔针后检查针头是否完整。⑧出血:与肝癌、肝硬化患者凝血功能障碍有关,查看患者近期的凝血功能检查结果,了解有无凝血功能障碍及其严重程度,严密观察注射药盒周围皮肤有无肿胀、淤血、淤斑等,如有异常及时报告医生,必要时予止血治疗。

2 结果

28 例患者顺利完成了 112 次经 IDDS 门静脉压力的测量,其中 2 例患者有局部异物感,经过有效的护理干预,2 例都减轻局部异物感,并且顺利完成测压,其他患者无不良反应及并发症发生。

3 讨论

目前研究门静脉血流动力学变化的方法有多普勒超声波法,放射性同位素法,电磁流量计法,肝楔入压测量法,脐静脉插管或经皮肝穿刺门静脉测压法等,这些方法不是间接测量,就是有严重创伤性而很难重复开展。经 IDDS 直接测量门静脉压力的新方法,其最大特点是可以直接地动态监测生理状况下的门静脉压力变化,而且操作简单,使用安全;加之此法是通过埋植于皮下备化疗之用的 IDDS 通道进行,因而不会增加患者的痛苦和经济负担,不影响患者的生活与工作,患者乐于接受。

由埋植式给药装置进行动态监测门静脉压和输注化疗药物,治疗中晚期恶性肿瘤在我国已经成为肿瘤临床治疗、研究的重点和热点^[9-10]。这是一项新的护理操作技术,如操作不当或护理措施不到位,会造成测压不准确及一系列并发症的发生,甚至影响到患者的治疗。因此,有必要规范和熟练掌握此项操作技术,学习并发症的预防和处理措施,才能顺利准确测压、避免并发症的发生和处理不良反应,并为患者的临床治疗提供有利的帮助。

参考文献

- [1] 宋添谋,吴性江,黄迎春.经颈内静脉肝内门体分流术对肝硬化门静脉高压症患者人体组成成分及代谢的影响[J].医学研究生学报,2012,25(9):942-945.
- [2] 郑勇,孙侃,陈卫刚,等.经皮经肝门静脉直接穿刺测压法及其门静脉压力正常值测定[J].中华腹部疾病杂志,2003,3(1):7-8.
- [3] 唐玲.腹腔泵化疗穿刺失败原因及护理对策[J].重庆医学,2006,35(15):1428.
- [4] 付晓爱,龚朝荣,侯敏.原发性肝癌患者术后植入化疗泵化疗的护理体会[J].医学临床研究,2009,26(11):2175-2176.
- [5] 李淑萍,吴俊晓.40 例肝动脉、门静脉化疗泵注药改良操作及体会[J].河南医药信息,2003,10(3):58.
- [6] 邹天韵.恩度配合化疗治疗晚期恶性肿瘤的护理[J].安徽医学,2010,31(09):1104-1105.
- [7] 马霞,白文启.皮下埋藏式腹腔化疗泵护理体会[J].临床医药实践,2005,14(2):149-150.
- [8] 郭芸.腹腔化疗泵滴入不畅的原因分析与护理对策[J].护士进修杂志,2003,18(9):859.
- [9] 赫军,罗建强,梁中晓,等.肝癌切除术中肝动脉、门静脉留置 IDDS 对术后复发的防治价值[J].医学文选,2005,24(1):9-10.
- [10] 李向红,龚家明,杨志明.经门静脉埋置化疗泵对防治大肠癌肝转移的研究[J].齐齐哈尔医学院学报,2009,30(12):1466-1467.

(收稿日期:2012-12-15)

关于《中华全科医学》杂志启用“科技期刊学术不端检测系统”及“万方数据论文相似性检测系统”的通知

近年来学术不端事件时有发生,少数作者抄袭、剽窃、篡改他人学术成果,产生了严重的负面影响,已引起社会各界的广泛重视。为维护学术道德,规范学术行为,确保稿件质量,杜绝学术不端行为,净化学术研究环境,本刊编辑部正式启用“科技期刊学术不端文献检测系统(AMLC)”及“万方数据论文相似性检测系统”。

AMLC 系统是经国家新闻出版总署、国家科技部、全国科研诚信管理委员会等单位指导,由中国学术期刊(光盘版)电子杂志社与清华同方知网(北京)技术有限公司共同研制开发。该系统以《中国学术文献网络出版总库》为全文对比数据库,收录了 7000 余种期刊的全文文献 2400 多万篇、已答辩的 70 多万篇硕士学位论文和近 10 万篇博士学位论文及部分会议论文、专利等。万方数据论文相似性检测服务基于数字化期刊全文数据库、学位论文全文数据库等万方数据核心数据资源,检测新论文和已发表论文的相似片段。可有效检测来稿是否存在抄袭、一稿多投、不当署名、伪造、篡改等多种学术不端行为。

本刊将利用 AMLC 系统及万方数据论文相似性检测系统对所有来稿进行自动检测,进一步加强稿件初审力度,对于检测出严重问题的稿件将记录在案,相关作者记入黑名单,不再接受其投稿。希望广大作者加强自律,共同维护一个良好的学术环境。

本刊编辑部

78 例脑中风并发热反应的护理

周玲

【摘要】目的 了解分析中风病程中发热的原因及特点,通过护理对策,避免或减少发热现象的发生。**方法** 对 78 例中风后发热病人常见的临床原因分为四种,即吸收热、中枢热、脱水热、感染热,然后给予早期护理干预如观察,检查,把关,同时采取护理干预方法包括对症处理、降温方法、降温过程中的护理。**结果** 计有吸收热 5 例,中枢热 12 例,脱水热 3 例,感染热 54 例,不明原因 4 例。本组发热病例仅占 25%,明显低于 2010 年全国神经系统疾病临床诊疗新进展研讨会报告的 60%~80%。**结论** 吸收热可自行缓解,多数为脑出血病人。中枢热为出血后脑水肿,使丘脑下部体温调节中枢受到损害而引起的发热。脱水热为应用大量脱水剂利尿导致脑组织严重脱水、脑细胞和体温调节中枢受损引起的发热。感染热最为常见,本组 54 例通过早期护理干预明显减低了发热的比例。

【关键词】 中风;发热;护理

【中图分类号】 R743.33 R473.5 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1308-03

The Nursing Care of 78 Patients of Cerebral Stroke Complicated with Fever ZHOU Ling, Cadre Department of Internal Medicine, the Third People's Hospital of Bengbu, Bengbu 233000, Anhui, China

【Abstract】Objective To explore the causes and features of the fever post stroke and during hospitalization; to prevent or lessen the occurrence of fever by nursing strategy. **Methods** The 78 patients with fever were divided into four kinds, namely attracts, the main center heat, the dehydrated heat, the infection heat endothermically according to their own characteristics, they were given proper early nursing interventions including: ① closes observation; ② physical examination; ③ strictly keep the key points. **Results** The idea had attracted the endothermic 5 examples, the main center hot 12 examples, dehydrates the hot 3 examples, infects the hot 54 examples, unclear reason 4 examples. The rate of occurrence of fever post stroke was greatly reduced, only 25% and much lower than that reported (60% - 80%) in The Second National Meeting on Therapeutic Progress of Neurologic Disease. **Conclusion** Attracts endothermically may alleviate voluntarily, most for cerebral hemorrhage patient. After the main center heat and the hemorrhage the hydro-cephalus, caused hypothalamus the thermotaxic center to receive giving off heat which the harm causes. Dehydrates the heat and the application massive dehydrator diuresis caused the brain organization serious dehydration, the brain cell and the thermotaxic center damage caused giving off heat to be most common this group of 54 examples obviously to decrease the proportion through the early nursing intervention which gave off heat.

【Key words】 Stroke; Fever; Nursing care

中风又称脑血管意外,可分为出血性(脑出血)和缺血性(脑梗死),病程中常有发热现象,常见的原因有 4 种,即吸收热、中枢热、脱水热、感染热,通过对 78 例中风后发热病人进行临床观察及护理,认为发热反应多数与感染有关,而采取认真细致的护理干预措施可以减少肺部及泌尿系感染的发生,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本科自 2002~2012 年间,共收治中风患者 405 例。发病 24 h 内入院 310 例,其中中风后发热者 78 例,占 25%,所有病例均经头颅 MRI 或 CT 证实,计有脑出血 57 例,脑梗死 21 例,年龄 52~91 岁。60 岁以下发热 10 例,60 岁以上发热 68 例。发病 1 周内发热 27 例,发病 1 周后发热 51 例(全部腋下测温)。

1.2 护理干预措施 中风后发热原因颇为复杂,常见有上述四种,前三种有些是疾病病理过程,也是护理难以干预的,最后一种为感染性热,也就是说,把预防护理措施先落实于感染发生之前,就能干预或减少发热的发生率,我们的做法是:“一观察,二检查,三把关”。现介绍如下。

1.2.1 密切观察病情变化 神志改变直接反映病情的轻重和治疗结果,老年人反应迟钝应细心观察,如意识障碍,咳嗽反射消失,口腔及气管内分泌物或吸入物不能充分排出,发生吸入性肺炎,表现为气促、发热。应观察咳嗽及痰液变化,肺部已有感染者,及时留痰作细菌培养及药敏试验,以便对症下药。

1.2.2 检查体温等指标 检查测量体温,每 4 h 测 1 次,高热

时每 1 h 测 1 次,观察其热型及临床发热特点,检查脉搏、呼吸、血压、瞳孔的变化及一些伴随症状,观察记录降温措施后效果。

1.2.3 预防感染 肺部感染最为常见,故加强呼吸道护理,保持呼吸道通畅是关键,对意识障碍患者每天行口腔护理 2 次,避免口腔定植菌移位而进入下呼吸道诱发肺部感染,同时昏迷患者吞咽困难口腔分泌物及胃内反流物易误入气道内,定时清除口腔内分泌物可以防止真菌、厌氧菌感染。高热患者应鼓励多饮水或鼻饲流质增加营养以提高呼吸肌的力量。正确地拍背协助排痰也是有效的方法。手卫生是防止医护人员因操作而引起外源性医院感染最重要、最简便、最容易取得良好预防效果的措施之一。

泌尿道感染对尿失禁或尿潴留患者应尽量采取各种措施避免导尿,对尿失禁者,男性可用阴茎套接尿袋,女性可用尿壶接尿器,对尿潴留者,先用热敷法和按摩法,上述方法无效时才考虑留置尿管,操作时应严格无菌操作,做好膀胱冲洗和集尿袋更换工作。定时排尿,引流袋位置不能高于膀胱位置,嘱病人多饮水,保持会阴部及周围皮肤清洁防止逆行感染。

皮肤感染最为常见为压疮发生,对卧床病人经常更换体位,一般 2 h 翻身 1 次,翻身时避免拖、拉、推等动作,使用便盆时,防擦伤皮肤,大小便后应及时擦洗干净,保持床铺清洁平整,骨隆突部位应用海绵垫,有条件最好使用防压疮气垫床^[1]。

1.3 护理干预方法

1.3.1 对症处理 对于吸收热,不需要特殊处理,一般 1~2 周后自行消退,对于中枢热,一般退热药无效,可用物理降温,给予头部冰帽或冰袋冷敷,也可全身用 20%~30% 酒精擦浴,冰毯降温等,必要时按医嘱给小剂量冬眠疗法。

1.3.2 降温方法 根据体温的高低及个体差异采用不同的降温措施,以物理降温为主,药物降温为辅,定时监测患者体温,依据体温高低采取适宜的降温法,尽量将体温控制在 37.0℃ 以下。具体方法如下:①松解、脱去外衣或减少被子让体热逐渐散发。千万不要越烧越穿衣服或多盖被子,这样汗就不容易排出。②冰帽及冰枕:将打碎的冰块放入盆中,用水冲去棱角后装入冰帽或冰槽内约 2/3 满,排净空气,夹紧帽口,擦干倒提检查无漏水,然后套上布套,冰帽戴在病人头部以提高脑组织对缺氧的耐受性,减少脑组织耗氧量,降低机体代谢率。③高烧患者除药物治疗外,最简易、有效、安全的降温方法就是用 25%~50% 酒精擦浴的物理降温方法。用酒精擦洗患者皮肤时,不仅可刺激高烧患者的皮肤血管扩张,增加皮肤的散热能力;还由于其具有挥发性,可吸收并带走大量的热量,使体温下降、症状缓解。擦浴用酒精浓度不可过高,否则大面积地使用高浓度的酒精可刺激皮肤,吸收表皮大量的水分^[2]。④灌肠法:从肛门灌入凉盐水(6℃ 左右)或温开水(20℃ 左右),使其在肠内停留 10 min 左右然后排出。⑤冰毯降温:高热是急危重病人常见的临床表现,大于 39℃ 的超高温,尤其是中枢性高热,药物及物理降温效果不佳,速度较慢,局部降温还会造成寒战,局部冰冷感,体温忽高忽低,还有末梢循环不良等后果,一般使用 4~8 h 后体温可降至 37.5℃ 以下,控制体温在 36~37℃。根据临床观察,一般使用 3~7 d 比较适宜。配合冬眠疗法,可取得满意的降温效果^[3]。

1.3.3 降温过程中的护理 一般护理做好患者口腔、皮肤、泌尿道和呼吸道的护理,勤翻身、拍背,使用气垫床。保持呼吸道通畅,吸痰要充分和有效,动作要轻,防止损伤支气管黏膜,定时雾化吸入,以便痰比较容易咳出。同时给予持续低流量吸氧,改善脑细胞缺氧状况。严格执行无菌操作,严防感染及褥疮的发生。

物理降温注意事项:①密切观察患者病情及生命体征变化,特别是神志、瞳孔、血氧饱和度、体温、心率、呼吸、血压、肢体活动及四肢末梢循环情况。低温状态下可引起血压降低、心率缓慢、呼吸变慢,尤其是老年患者更应注意。②使用冰帽、冰枕时注意随时观察冰帽、冰枕有无漏水,布套湿后应立即更换。冰融化后,应及时更换。如病人局部皮肤苍白、青紫或有麻木感,须立即停止使用。如用以降温,冰帽使用后 30 min 需测体温,并做好记录。如为防止脑水肿应对体温进行监测,体温维持在 33℃,不能低于 30℃。③降温措施宜尽早进行,即使未出现高热征象,也要头置冰袋、冰枕或冰帽,使脑部处于低温环境中,最好把体温控制在 32~35℃(腋测),以预防中枢性高热对脑组织的损害,减轻脑水肿^[4]。

密切观察患者情况,如发生寒战、面色苍白和呼吸脉搏血压变化时应立即停止使用,如皮肤青紫等,表示静脉血淤积,血运不良,应停止使用。病人出现寒战时可加用冬眠药物,防止肌肉收缩影响降温效果,清醒病人不宜将温度调的过低^[5-6]。但在复温过程中,由于血管扩张,回心血量减少,可能出现血压下降,应加强血压监测,防止低血容量性休克。采取降温措施 30 min 后再测量体温以观察疗效同时,应做好体温图的绘制,护理记录及床头交接班工作。

病情稳定后,降温措施的撤离也应逐渐进行,先从周围的腹股沟、腋窝等处撤离冰块或冰袋,观察体温在 35~36℃ 之间 5~7 d 后,再撤离头部冰帽或冰块,只有这样才能真正保护脑细胞的作用。降温速度不宜过快,以每小时 1.5~2℃ 为宜,降温速度过快易使患者出现寒战,增加脑部的耗氧量而加重病情^[7]。但在复温过程中,由于血管扩张,回心血量减少,可能出现血压下降,应加强血压监测,防止低血容量性休克。采取降温措施 30 min 后再测量体温以观察疗效,同时应做好体温图的绘制,护理记录及床头交接班工作。

1.3.4 饮食护理 高热时,由于迷走神经兴奋性降低,使胃肠蠕动减弱消化液分泌减少,影响消化和吸收,同时分解代谢增强,能量消耗增多,易导致身体消瘦、衰弱和营养不良,从而使机体抵抗力下降^[8]。另外,由于高热时呼吸加快,皮肤蒸发水分多,此时应多补充水分,保持水、电解质平衡,及时给予高营养、高热量、高维生素的饮食,首选给予鼻饲,同时静脉补充高营养如白蛋白、氨基酸等^[9]。

2 结果

计有吸收热 5 例,中枢热 12 例,脱水热 3 例,感染热 54 例,不明原因 4 例。本组发热病例仅占 25%,明显低于 2010 年全国神经系统疾病临床诊疗新进展研讨会报告的 60%~80%^[10],脑出血以急性期发热为多,脑梗塞以 1 周后发热为多,发热年龄多数在 60 岁以上。

3 讨论

中风后发热现象甚为常见,但脑出血较脑梗死患者较为罕见,临床把发热特点与病变性质大致分为下列四种^[1]。观介绍如下。

3.1 吸收热 本组 5 例于发病 1 周出现,多数为脑出血病人,体温一般在 38℃ 以下,持续 1~2 周而自行缓解。这是由于出血后红细胞分解被吸收而引起的发热。

3.2 中枢热 本组 12 例,可能为出血后脑水肿,使丘脑下部体温调节中枢受到损害而引起的发热。一般在病后 1~5 d 出现,体温多持续在 39~40℃ 之间,无感染中毒征象,不伴寒战和相应血象改变,躯干皮肤温度高而肢体温度不高,躯体不出汗,没有与体温改变相一致的心率改变,一般退热药不能使温度下降。出现中枢热常为病情危重的征象之一。

3.3 脱水热 本组 3 例,由于应用大量脱水剂利尿,补液少时,因脑组织严重脱水、脑细胞和体温调节中枢受损引起发热,表现为发热伴有水电解质紊乱,意识障碍加重,皮肤干燥,尿量少、比重高,红细胞压积升高,血清钠升高,补充水分后体温降至正常。

3.4 感染热 感染热最为常见,本组 54 例,其发生的原因有:①肺部感染:因丘脑下部或脑干受损使内脏植物神经功能紊乱,早期出现严重肺水肿,也由于长期卧床,肺淤血,肺及气管内淤积大量分泌物,细菌易在其中繁殖而引起肺炎。②泌尿道感染:因中风患者常有尿潴留或尿失禁,采用导尿方法或留置尿管,易引起尿路感染。③皮肤感染:由于昏迷或偏瘫,大小便失禁,长期卧床,局部组织长期受压,造成血循环受阻,发生缺血、缺氧,营养不良而致压疮形成。严重时组织溃烂坏死。④口腔感染:因吞咽障碍,病人不能从口腔进食(需鼻饲管),使口腔分泌唾液减少,微生物在口腔内繁殖所致,同时由于病情较重的病人,大量应用抗生素、糖皮质激素,造成菌群失调而诱发真菌感染^[11]。

综上所述,中风后发热应引起重视,我们的体会是贵在观察,重在护理,就能换来比较理想的效果。

参考文献

- [1] 王艳. 老年脑卒中患者吞咽障碍的早期护理干预[J]. 实用全科医学, 2006, 4(6): 735-736.
- [2] 王红梅, 李国先. 老年脑出血病人早期并发症的护理[J]. 护理研究, 2003, 17(2): 165.
- [3] 殷磊, 主编. 护理学基础[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 299.
- [4] 王军, 常红. 亚低温治疗重型颅脑损伤的新进展及监护[J]. 中国实用护理杂志, 2004, 20(10): 51.
- [5] 王红燕. 头颅局部亚低温治疗危重脑卒中发热患者的观察与护理[J]. 中国医学创新, 2010, 12(7): 95.
- [6] 钟洁, 崔晶, 王青, 等. 医用控温毯物理降温影响重症脑卒中患者皮肤压疮发生率的研究及对策[J]. 中国实用护理杂志, 2010, 26(4): 9-12.

临床护理干预在腹腔镜行子宫肌瘤剔除术患者中的应用

陈小秀

【摘要】 目的 探讨临床护理干预在腹腔镜行子宫肌瘤剔除术患者中的应用效果。方法 选取 2010 年 3 月 - 2012 年 4 月进行腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗的 74 例患者为研究对象,将其随机分为对照组和观察组每组各 37 例,对照组进行常规的护理干预,观察组则采用强化临床护理干预的方法进行干预,对两组患者的排气时间、下床活动时间、住院时间、并发症发生率及护理前后的焦虑抑郁自评量表、世界卫生组织生存质量测定量表评分进行比较。**结果** 观察组的排气时间、下床活动时间及住院时间均短于对照组,并发症发生率低于对照组,护理后的焦虑抑郁自评量表、世界卫生组织生存质量测定量表评分均优于对照组, P 均 < 0.05 , 差异有统计学意义。**结论** 临床护理干预在腹腔镜行子宫肌瘤剔除术患者中的应用效果较佳,可有效促进患者的康复和改善其生存状态。

【关键词】 临床护理干预;腹腔镜子宫肌瘤剔除术;应用效果

【中图分类号】 R473.71 R713.4 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1310-02

Application on the Clinical Nursing Intervention in Patients with Laparoscopic Myomectomy CHEN Xiao-xiu. Department of Obstetrics, Nada Farms Hospital of Hainan Province, Danzhou 571700, Hainan, China

【Abstract】 Objective To study the application effect of clinical nursing intervention in patients with laparoscopic myomectomy. **Methods** 74 patients with laparoscopic myomectomy in our hospital from March 2010 to April 2012 were selected as research object, and they were randomly divided into control group and observation group with 37 cases in each group, the control group were intervened with routine nursing, the observation group were intervened with strengthening clinical nursing intervention, then the exhaust time, time of off-bed activity, hospitalization time, incidence of complications and self-rating anxiety and depression scale before and after the nursing of two groups were compared. **Results** The exhaust time, time of off-bed activity and hospitalization time were all shorter than those of control group, incidence of complications was lower than that of control group, self-rating anxiety and depression scale after the nursing were all better than those of control group, all $P < 0.05$, there were all significant differences. **Conclusion** The application effect of clinical nursing intervention in patients with laparoscopic myomectomy was better, and it can effectively promote the recovery and improve the survival condition of patients.

【Key words】 Clinical nursing intervention; Laparoscopic myomectomy; Application effect

腹腔镜子宫肌瘤剔除术是治疗子宫肌瘤的微创术式,其在临床的应用率越来越高,且随着技术的不断发展,其对于相配的护理的要求也不断提高,因此对于护理模式的选取应给予重视,以适应不断发展的手术^[1]。本文中我们就临床护理干预在腹腔镜行子宫肌瘤剔除术患者中的应用效果进行观察,现将结果分析如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2010 年 3 月 - 2012 年 4 月于本院进行腹腔镜子宫肌瘤剔除术治疗的 74 例患者为研究对象,将其随机分为对照组和观察组每组各 37 例。对照组的 37 例患者中,年龄 23 ~ 45 岁,平均年龄 (35.9 ± 4.6) 岁,病灶直径 1.6 ~ 10.2 cm,平均 (4.9 ± 0.6) cm,单发肌瘤患者 25 例,多发肌瘤患者 12 例;分类:肌壁间肌瘤 20 例,浆膜下肌瘤 13 例,其他 4 例。观察组的 37 例患者中,年龄 23 ~ 46 岁,平均年龄 (36.1 ± 4.4) 岁,病灶直径 1.7 ~ 10.4 cm,平均 (5.0 ± 0.4) cm,单发肌瘤患者 26 例,多发肌瘤患者 11 例;分类:肌壁间肌瘤 19 例,浆膜下肌瘤

13 例,其他 5 例。两组患者的平均年龄、病灶直径、单多发肌瘤比例及分类构成差异均无统计学意义, P 均 > 0.05 ,具有可比性。

1.2 护理方法 对照组的患者接受常规的护理,主要为给予患者进行肌瘤情况和治疗方式、基本生活措施及注意事项等多方面的宣教,并进行常规的术前准备、心理疏导及术后生命体征监测、疾病治疗配合护理等。观察组的患者则接受强化临床护理干预,对于护理的范围给予拓宽,对于护理的环节则进一步细致化,主要为通过与医师进行沟通,对患者的各个方面的情况进行充分了解,然后根据了解的情况进行护理细节的完善,以使其更为适合每位患者,并能随治疗和疾病的发展转归随时进行调整,做到护理与患者的需求的最佳贴合,并且其更为细致的护理能够全面顾及患者的每个方面的护理问题,同时增强与患者沟通的频率,全面了解患者的需求,包括对疾病的疑问解答的需求和心理不良情绪的疏导需求,然后根据评估的需求结果进行相应措施的制定和实施,并加强护理巡视的频率,实现最佳的监测效果。后将两组患者的排气时间、下床活动时间、住院时间、并发症发生率及护理前后的焦虑抑郁自评

作者单位:571700 海南省儋州市,海南省那大农垦医院妇产科

[7] 徐文翠,陈秀琴,孙建珍,等. 脑卒中感染性发热的观察及护理[J]. 吉林中医药,2007,27(6):39.
 [8] 杨梅,张霞. 急性脑卒中发热患者的临床观察及护理体会[J]. 基层医学论坛,2011,15(1):14.
 [9] 李爱东,张志,刘洪涛,等. 脑卒中患者鼻饲管肺炎的临床分析[J]. 中国实用医药,2009,4(3):24-26.

[10] 田瑛,韩文胜,吴卓敏. 介护技术在脑卒中康复期的应用价值研究[J]. 浙江医学,2011,33(4):608-609.
 [11] 孙娜,梁淑玲,周好. 吞咽功能障碍的饮食训练及护理[J]. 基层医学论坛,2009(3):87-88.

(收稿日期:2012-10-23)

量表、世界卫生组织生存质量测定量表评分进行比较。

1.3 评价标准 ①焦虑抑郁自评量表包括对焦虑和抑郁两方面的评估,每个方面均以 20 个问题进行综合评估,并且每个方面均以总分 50 分为阴性与阳性的分界分值,以 ≥ 50 分表示存在轻度及以上焦虑和抑郁心理^[2]。②世界卫生组织生存质量测定量表包括 100 个基本问题和 2 个附加问题,由其对患者的生理、心理、环境情况和社会状态指标进行评估,且四个方面均分别以 0~100 分为评估范围分值,另外每个方面均为随着状态的改善分值呈现增加的趋势,即分值与状态成正比^[3]。

1.4 统计学方法 两组患者需要进行 *t* 检验处理的计量资料为年龄、病灶直径、排气时间、下床活动时间、住院时间及护理前后的世界卫生组织生存质量测定量表评分,需要进行卡方检验处理的计数资料包括单多发肌瘤比例、分类构成、并发症发生率及焦虑抑郁自评量表,软件包为 SPSS 16.0, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的排气时间、下床活动时间、住院时间、并发症发生率比较 观察组的排气时间、下床活动时间及住院时间均短于对照组,并发症发生率低于对照组, P 均 < 0.05 , 差异有统计学意义, 详见表 1。

表 1 两组患者的排气时间、下床活动时间、住院时间、并发症发生率比较

组别	n	排气时间 (h)	下床活动 时间(h)	住院时间 (d)	并发症(n, %)		
					感染	形成血肿	总计
对照组	37	11.4±2.2	13.9±2.4	3.3±0.4	2(5.41)	1(2.70)	3(8.11)
观察组	37	8.3±1.8*	8.6±1.9*	2.4±0.3*	1(2.70)	0	1(2.70)*

注:与对照组比较, * $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者护理前后的焦虑抑郁自评量表、世界卫生组织生存质量测定量表评分比较 护理前两组患者的焦虑抑郁自评量表中两个方面 ≥ 50 分者比例及世界卫生组织生存质量测定量表 4 个方面评分比较, P 均 > 0.05 , 而护理后观察组焦虑抑郁自评量表中两个方面 ≥ 50 分者比例均低于对照组, 世界卫生组织生存质量测定量表四个方面评分均高于对照组, P 均 < 0.05 , 差异有统计学意义, 详见表 2, 3。

表 2 两组患者护理前后的焦虑抑郁自评量表(n, %)

组别	n	时间	焦虑		抑郁	
			≥ 50 分	< 50 分	≥ 50 分	< 50 分
对照组	37	护理前	24(64.86)	13(35.14)	23(62.16)	14(35.14)
		护理后	30(81.08)	7(18.92)	29(78.38)	8(21.62)
观察组	37	护理前	24(64.86)	13(35.14)	24(64.86)	13(35.14)
		护理后	36(97.30)*	1(2.70)	35(94.59)*	2(5.41)

表 3 两组患者护理前后世界卫生组织生存质量测定量表评分情况(分)

组别	n	时间	生理	心理	环境状况	社会状态
对照组	37	护理前	42.6±5.4	45.9±5.7	51.3±6.2	49.5±5.9
		护理后	60.1±5.8	63.7±6.0	66.7±6.6	62.4±6.2
观察组	37	护理前	42.7±5.2	45.8±5.9	51.5±6.1	49.3±6.0
		护理后	67.6±6.2*	72.4±6.5*	75.4±7.0*	73.3±6.5*

注:护理后与对照组比较, * $P < 0.05$ 。

3 讨论

腹腔镜子宫肌瘤剔除术是临床中应用越来越广泛的治疗子宫肌瘤的微创术式,且随着技术的不断成熟,其对于相配合的护理的要求也越来越高。另外近年来,随着临床中对于患者的生存质量的改善的重视,对于护理对患者生存状态方面的影

响的研究也越来越受到重视^[4]。另外,较佳的护理干预对于患者的康复速度和效果的影响也较为明显,因此对于护理模式的选取还应兼顾其对患者的康复速度和效果的影响^[5-6]。

临床护理干预是通过与医师进行沟通,全面了解患者的各项治疗措施及疾病发展转归情况,然后进行针对性的护理干预,并将各个护理程序进行细致化处理,并将护理范围进行拓宽^[7-8],从而全面有效地干预患者的治疗及护理,且患者在接受护理干预的过程中也感受到细节化护理对于自身需求的满足,因此本护理模式可达到有效配合治疗及促进患者康复的效果。

本文中我们就临床护理干预在腹腔镜行子宫肌瘤剔除术患者中的应用效果进行观察,发现其较常规护理干预的患者进行比较,结果显示,强化临床护理干预可更为有效地缩短患者的排气时间、下床活动时间及住院时间,说明其更为有效地促进了患者的康复速度,另外临床护理干预也大幅度降低了患者的并发症发生率,说明其对于患者的预防性护理方面的护理措施实施也更佳,同时因为本护理模式更为全面地对患者的生理及心理进行干预,患者的不良情绪的疏导效果也更为明显,综合生存质量的改善也更为突出。分析原因,与临床护理干预在对患者进行护理干预前,对患者的整体状态进行了全面评估,因此在护理制定及实施的过程为更为贴合患者的需求有关,因此患者的各方面的需求得到有效满足后,即凸显出其护理的较佳效果^[9-10]。

综上所述,我们认为临床护理干预在腹腔镜行子宫肌瘤剔除术患者中的应用效果较佳,可有效促进患者的康复和改善其生存状态。

参考文献

- [1] 朱士红,刘同明.腹腔镜子宫肌瘤切除 96 例围手术期的护理[J].中国误诊学杂志,2012,12(2):464.
- [2] 潘虹.特殊部位子宫肌瘤腹腔镜剔除术患者的围手术期护理[J].中国实用护理杂志:上旬版,2011,27(11):53-54.
- [3] 何秀子.不同护理模式在腹腔镜子宫肌瘤剔除术中的护理效果比较[J].中国实用护理杂志:上旬版,2011,27(14):50-51.
- [4] 莫建英,顾美良.围术期护理干预对腹腔镜子宫肌瘤剔除术患者的影响[J].齐鲁护理杂志:中旬刊,2011,17(6):9-10.
- [5] 杨炯兰,张艳梅.68 例腹腔镜子宫肌瘤切除术的围术期护理[J].腹腔镜外科杂志,2009,14(8):632.
- [6] 陈美英.腹腔镜子宫肌瘤剔除术的疗效及护理干预[J].中国医药导报,2008,5(21):160-161.
- [7] Radosa MP, Winzer H, Mothes AR, et al. Laparoscopic myomectomy in peri-and post-menopausal women is safe, efficacious and associated with long-term patient satisfaction[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol,2012,162(2):192-196.
- [8] 赵秀丽,王玉清.腹腔镜子宫肌瘤切除术 32 例护理体会[J].中华腹部疾病杂志,2006,6(6):450-451.
- [9] Takeda A, Imoto S, Mori M, et al. Rapid growth of parasitic myoma in early pregnancy: previously undescribed manifestation of a rare disorder after laparoscopic-assisted myomectomy[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol,2012,162(1):117-118.
- [10] 潘晓梅.52 例腹腔镜子宫肌瘤剔除术病人的手术护理配合[J].全科护理,2011,9(34):3161-3162.

(收稿日期:2012-10-15)

护理干预对高血压患者自我管理能力的研究

邵军, 王琳

【摘要】 目的 探讨健康教育护理干预对原发性高血压患者的影响。方法 选择济宁医学院附属医院原发性高血压住院患者 120 例, 随机分为观察组和对照组, 两组均采用同样的降压治疗。在降压治疗基础上, 对照组给予常规护理, 观察组在对照组护理基础上给予健康教育护理干预。其中健康教育干预 4 周。对患者干预前后进行血压测量, 自我管理能力和并发症的观察。结果 观察组干预后收缩压和舒张压分别与对照组干预后比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组的自我管理能力和并发症发生率均显著高于对照组 ($P < 0.05$); 观察组患者并发症发生率为 15.00%, 显著低于对照组的 36.67%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 健康教育护理干预能够显著改善患者的生活质量, 有助于高血压患者血压控制, 减少并发症。

【关键词】 高血压; 健康教育; 护理; 自我管理; 并发症

【中图分类号】 R544.1 R473.5 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1312-02

The Impact of Nursing Interventions for Hypertensive Patients about Self-management Capabilities and Complications

Shao Jun, Wang Lin. Department of Cardiology, Affiliated Hospital of Jining Medical College, Jining 272029, Shandong, China

【Abstract】 **Objective** To investigate the impact of the nursing intervention of health education on patients with essential hypertension. **Methods** 120 hospitalized patients to our hospital with essential hypertension were randomly divided into observation group and the control group, both groups were used the same antihypertensive therapy. On the basis of antihypertensive therapy, the control group received conventional care, observation group were given health education nursing care on the basis of the control group intervention. The health education intervention was given for 4 weeks. Before and after the intervention, blood pressure was measured self-management skills and complications were observed. **Results** After the intervention, systolic and diastolic blood pressure of the observation group were respectively compared with the control group after the intervention, the difference was statistically significant ($P < 0.05$); Self-management skills of the observation group were significantly higher than those of the control group ($P < 0.05$). The complication rate of patients in the observation group was 15%, which was significantly lower than 36.67% of control group, there was a statistically significant difference ($P < 0.05$). **Conclusion** Health education nursing intervention can significantly improve the patient's quality of life, and contribute to blood pressure control and reduce complications.

【Key words】 Hypertension; Health education; Care; Self-management; Complications

原发性高血压属于心血管疾病中的常见病、多发病, 具有慢性进行性发展特点, 较好的血压控制是为了减少高血压并发症的发生^[1]。但是, 在临床药物治疗中, 存在着血压控制效果不佳情况, 这可能与作者对高血压相关知识了解甚少等方面有关系。目前虽然强调了药物治疗及监测血压的重要性, 却忽视了护理干预在高血压预防与治疗中的作用^[2]。由于高血压是一种慢性非传染性疾病, 它的特殊性及其知识的缺乏使很多病人在患病期间未得到有效的社会支持, 使病人心理障碍加重, 病情反复。健康教育护理干预能够提高患者对高血压的认知程度, 本文观察健康教育护理干预对原发性高血压患者的影响, 现将临床资料报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择我院 2009 年 10 月 - 2012 年 10 月原发性高血压住院患者 120 例, 以上患者诊断均符合 WHO 制定的高血压诊断标准, 同时排除继发性高血压患者、肝肾功能障碍患者、精神障碍患者、不愿意参加本试验患者。随机将上述患者分为两组, 观察组和对照组。其中观察组 60 例, 男性 31 例, 女性 29 例, 年龄 48 ~ 74 岁, 平均年龄为 (54.97 ± 10.54) 岁; 高血压严重程度: 轻度高血压 13 例, 中度高血压患者 36 例, 重度高血压患者 11 例; 病程为 3 ~ 12 年, 平均病程为 (5.73 ± 3.56) 年; 文化程度: 小学及以下 14 例, 中学或中专 35 例, 大专及以上 11 例。对照组 60 例, 男性 32 例, 女性 28 例, 年龄 49 ~ 76 岁, 平均年龄为 (55.16 ± 9.58) 岁; 高血压严重程度: 轻度高血压 14 例, 中度高血压患者 34 例, 重度高血压患者 12 例; 病程为 3.5 ~ 13 年, 平均病程为 (5.65 ± 3.64) 年; 文化程度: 小学及以下 15

例, 中学或中专 35 例, 大专及以上 10 例。两组患者在性别比、年龄、高血压的严重程度、病程、文化程度等方面比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 护理方法 两组患者给予常规的抗高血压药物治疗。对照组患者实施常规护理措施, 包括生命体征的观察与记录、常规生活与用药护理等。观察组在对照组护理基础上给予健康教育护理干预: ①认知教育护理: 向高血压患者讲解高血压产生的原因、相关机制、预防和治疗方法, 还向患者讲解诱发高血压的相关因素, 让患者了解识别并发症发生前的征兆, 提高患者对高血压相关知识的认知程度。②心理支持护理: 让患者了解情绪以及心理活动对高血压波动的影响, 要了解患者存在的不良情绪, 帮助患者缓解焦虑等不良情绪, 对于经常出现心理波动患者要了解其产生不良情绪的原因, 给予患者心理支持, 减少因心理波动或者不良情绪对血压的影响。③用药护理: 进一步强调终身服药的必要性, 对于此期患者应让其认识到血压的正常是在药物控制下的作用, 在停药或情绪波动时有可能反复, 绝不可能因血压一次的正常而擅自停药, 减药也要在专科医生指导下调整, 一定要依从指导, 把服药纳入日常生活中。记录两组患者干预前后血压测定情况, 采用袖带血压计测量两组患者肱动脉血压。

1.3 统计学方法 采用统计学软件 SPSS 16.0 对所得数据进行统计学分析, 计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 比较采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 显示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 血压监测 观察组干预后收缩压和舒张压分别与对照组干预后比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 自我管理能力 观察组按时返院检查、(下转第 1319 页)

· 全科护理研究 ·

腹腔镜脾切除术围手术期护理体会

祁严严, 张艳芳

【摘要】 目的 总结腹腔镜脾切除(LS)患者的围手术期的护理体会。方法 选择2009年1月-2011年2月腹腔镜脾切除患者6例。通过对患者合理的选择,术前充分的准备和全面的心理护理,术后病情和切口的观察,体位、饮食、引流管等的护理,以及并发症的观察和处理。分析归纳了LS患者围手术期的护理要点。**结果** 腹腔镜脾切除术为患者提供了更好的治疗方法。经过精心的治疗和术前、术后护理,缩短了患者的住院时间,减少了并发症的发生,减轻患者的痛苦和经济负担。本文6例患者手术后均无护理并发症,术后住院时间5~9 d。**结论** 通过腹腔镜脾切除术围手术期的护理,不仅能够促进患者早日康复,而且提高了患者的舒适、满意度,减轻了护理人员的工作强度,更符合以患者为中心的现代护理服务理念。

【关键词】 腹腔镜;脾脏;手术;围手术期护理

【中图分类号】 R473.6 R657.6 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1313-02

Experience of Laparoscopic Splenectomy Perioperative Nursing QI Yan-yan, ZHANG Yan-fang. Department of Hepatobiliary Surgery, the First Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu 233004, Anhui, China

【Abstract】 Objective To summarize experience of laparoscopic splenectomy perioperative nursing. **Methods** Between 2009.1 and 2011.2, 6 cases of laparoscopic splenectomy patients were chosen. After the reasonable selection of the patients, preoperative full preparation and completely psychological nursing, postoperative observation of illness and incision, nursing of position, diet, drainage tube and so on were carried out, observation and treatment of complications were performed. Perioperative nursing points of laparoscopic splenectomy in patients were analyzed and summarized. **Results** The laparoscopic splenectomy offered a better treatment method for patients. After careful treatment and preoperative and postoperative nursing, hospitalization time was shortened, the occurrence of complications and the suffering of patients and the economic burden were reduced. The 6 patients had no nursing complication after operation, hospitalization time was 5-9 d, all the patients were healed. **Conclusion** After the laparoscopic splenectomy perioperative nursing, it not only can promote patients recover early, but also improve the comfort and satisfaction of patients, and reduce the working intensity of nursing staff, which was assistant to modern nursing service concept of the centered as patients.

【Key words】 Laparoscopic; Spleen; Surgery; Perioperative nursing

腹腔镜脾切除术(laparoscopic splenectomy, LS)是腹腔镜微创外科领域中难度较大的手术之一,在我国始于90年代初。虽然LS不能像腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy, LC)一样迅速推广普及^[1],但我科于2009年1月-2011年2月共行LS 6例,取得了满意的临床效果,现将获得的临床护理经验总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组腹腔镜脾切除患者6例,年龄13~55岁。临床诊断:脾功能亢进3例,其中肝炎后肝硬化致门脉高压症、脾功能亢进2例,小B细胞淋巴瘤合并脾功能亢进1例,特发性血小板减少性紫癜2例,温抗体型自身免疫性溶血性贫血1例^[2]。

1.2 手术方法 患者全麻,摆正确体位后,于脐上缘插入10 mm Trocar并置入腹腔镜,依次将脾结肠韧带、胃脾韧带及胃短动、静脉分离与切断,然后处理脾门部动、静脉,将后腹膜切开后,用标本袋收纳脾脏并剪碎后完全取出。检查腹腔,确认彻底止血后,于脾窝处放置腹腔引流管1根。

1.3 围手术期护理

1.3.1 术前护理

1.3.1.1 心理护理 行LS术的患者多数都为慢性病患者,加之LS是近年开展的新技术,患者及其家属对手术方法不了解、治疗效果如何等心存疑虑,因此,护士应充分了解患者的心理状态,入院时热情接待,介绍科室环境、主治医师及其病友,为病人进行疾病知识讲座,介绍LS的先进性、必要性及安全性,消除患者的疑虑,减轻悲观、恐惧情绪;利用LS手术成功的患

者现身说法,取得病人的充分信任和配合。

1.3.1.2 术前常规准备 ①术前戒烟、戒酒,注意保暖,防止术后肺部感染;②术前禁食12 h,禁饮4 h;③根据医嘱备血;④术前保持环境安静,保证患者充分睡眠,必要时使用镇静药物;⑤教会患者有效咳嗽;⑥术前置胃肠减压管和留置尿管,这样不止可以排空胃和膀胱,避免术中误伤,插胃管还可以减轻胃肠胀气,暴露手术视野;⑦术前半小时使用抗生素一次。

1.3.1.3 全身准备 ①了解病史,做好各项专科疾病的术前检查;②检查胸片和心电图,了解心肺功能有无异常;③了解患者出、凝血时间,血小板计数,凝血酶原时间和肝功能分级情况。一般要求患者血红蛋白>80 g,血小板>50×10⁹/L,肝功能为Child A级。

1.3.1.4 饮食准备 术前指导患者进食高蛋白、高热量、高维生素饮食,以增进营养,提高机体手术的耐受性;忌食豆类、奶类食品,减轻肠胀气;如果患者牙龈出血,可建议患者使用软毛牙刷,避免辛辣刺激、质硬食物的摄入量。

1.3.1.5 皮肤准备 应用脱毛剂脱掉患者腹部较粗长的毛发,重点做好脐部的消毒。因为LS术的第一切口靠近脐缘,而脐部是易积污纳垢,如清洗不彻底易造成此处切口感染^[3],先用肥皂水洗去脐孔污垢再涂以碘伏。

1.3.2 术后护理

1.3.2.1 一般护理 全麻未清醒患者给氧吸入2~3 L/min,去枕平卧位,头偏向一侧,术后测血压、脉搏、血氧饱和度每小时一次至病情平稳后根据医嘱改测并及时记录,观察病人一般情况,以防出血。

1.3.2.2 卧位及饮食护理 患者术后6 h后改半卧位,当日或次日可鼓励患者下床活动,术日应禁食;术后1~2 d肛门排气后拔除胃管,可鼓励患者按照由少到多、由稀(下转第1328页)

无管化经皮肾镜取石术患者的护理研究

刘丽欢, 陈美珠, 梁晓燕, 孙红玲, 邱玲, 刘永达, 肖成林

【摘要】 目的 调查无管化经皮肾镜取石术(tubeless percutaneous nephrolithotomy, tubeless PCNL)患者在围手术期的状况,探讨 tubeless PCNL 术前的护理方法,减少并发症的发生。**方法** 分析 2010 年 6 月-2012 年 5 月 98 例行 tubeless PCNL 治疗上尿路结石的临床资料,主要包括:手术时间、支架管留置时间、结石位置、血红蛋白、尿路感染、血压、体温、并发症等。**结果** 手术时间 60~110 min(平均 95 min),输尿管支架管留置时间 1~8 d(平均 2 d),患者术后的 HB 下降,与术前比较,差异有统计学意义($P < 0.01$),下盏、铸形石患者的术前发生尿路感染、多发结石机会比上盏、输尿管石患者的多,差异有统计学意义($P < 0.01$)。患者手术日晨 7:00 体温低于术后当天 19:00 体温,手术日 7:00 的舒张压高于术后当天 19:00 的舒张压,经配对 *t* 检验比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 笔者认为无管化 PCNL 患者的护理,全程评估患者身体状况是选择无管化 PCNL 的前提,术后监控输尿管外支架的引流是护理的重点,控制感染是无管化 PCNL 成功的关键。

【关键词】 上尿路结石;无管化 PCNL;并发症;护理

【中图分类号】 R473.6 R699.4 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1314-02

The Nursing Care of Patients with Tubeless Percutaneous Nephrolithotomy LIU Li-huan, CHEN Mei-zhu, LIANG Xiao-yan, et al. Department of Urology, Minimally Invasive Surgery Center, the First Affiliated Hospital of Guangzhou Medical College, Guangzhou 510120, Guangdong, China

【Abstract】 Objective To investigate the perioperative conditions of patients who underwent tubeless percutaneous nephrolithotomy (tubeless PCNL), and explore the nursing method of preoperative tubeless PCNL aiming to reduce the rate of perioperative complications. **Methods** A total of 98 patients with upper urinary stones who underwent tubeless PCNL during June 2010 and May 2012 were analyzed retrospectively. The clinical data such as operation time, indwelling time of ureteral stents, stone location, haemoglobin, urinary tract infections, blood pressure, body temperature and complications were included. **Results** Of all 98 patients, the operation time was 60-110 min (average 95 min), indwelling time of ureteral stents was 1-8 days (average 2 days). The postoperative HB decreased significantly compared with the preoperative HB ($P < 0.01$), patients with lower calyx stones and cast stones presented higher rate of urinary tract infection and multiple stones incidence than patients with upper calyx stones and ureteral stones, and the difference was statistically significant ($P < 0.01$). The preoperative (7:00 of the day of surgery) body temperature was lower than that of the postoperative (19:00 of the day of surgery), and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** A full assessment of the patient's physical condition was a premise of tubeless PCNL, monitoring ureter external stent drainage was the focus of postoperative nursing care, and controlling infection after tubeless PCNL was the key to success.

【Key words】 Upper urinary tract stone; Tubeless PCNL; Complication; Nursing care

经皮肾镜取石术可有选择性地对患者不采用留置肾造瘘管,可放置或者不放置输尿管支架引流,从而避免肾造瘘管给患者带来疼痛不适等副作用,改善患者术后生活质量,这种方法被称为无管化经皮肾镜取石术(无管化 PCNL),目前已在临床上得到了广泛应用。我院微创泌尿外科中心从 2010 年 6 月-2012 年 5 月,应用无管化 PCNL 治疗上尿路结石 98 例,效果满意,现将护理体会报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组患者 98 例,男性 52 例,20~74 岁,平均 47 岁;女性 46 例,年龄 3~81 岁,平均 47 岁;术前所有病例均行 IVP 及 B 超检查,其中下盏、铸形石患者 49 例(肾铸形结石 4 例,多发性结石 36 例),上盏、输尿管石 49 例。结石长径 8~59 mm,平均 25 mm;轻度肾积水 37 例(30.58%),中度肾积水 43 例(35.53%),重度肾积水 18 例(18.36%);术前尿常规及中段尿培养发现尿路感染 20 例(16.53%)。合并高血压 27 例,糖尿病 2 例。

1.2 治疗方法 所有病例均采用气管插管全身麻醉或腰硬联

合麻醉,取截石位,逆行插管留置尿管,翻身改俯卧位,X 光机或 B 超定位下,选择目标肾盏穿刺成功后,置入安全导丝,用筋膜扩张器从 F8 顺次扩张至 F18,留 Peel-away 塑料薄鞘建立经皮肾取石通道,用 F8/9.8 输尿管硬镜或微创肾镜,配合气压弹道碎石机或钬激光碎石仪行腔内碎石和取石,手术结束后根据手术需要决定是否留置输尿管外支架。

1.3 主要护理方法

1.3.1 全面评估患者身体状况 无管化 PCNL 需要对患者有所选择,目前一般认为,无管化 PCNL 的适应征为:①结石直径小于 3 cm;②单一通道;③无明显结石残留;④无明显集合系统穿孔;⑤出血较少;⑥无须进行二期手术等^[1]。

1.3.2 功能锻炼 俯卧位是本手术最常用的手术体位,对于肥胖者、心肺功能异常及老年患者而言,俯卧位容易压迫胸腹部,导致患者呼吸困难、血氧饱和度下降而影响手术,所以术前应嘱咐患者练习俯卧位。方法:患者在床上取俯卧位,平静呼吸,头部偏向任意一侧,双手上举环抱一软枕,腹部下方垫一 80 cm × 60 cm 的方枕,开始练习时每次 15 min,随后每次递增 15 min,直至延长至每次 60 min。若患者在 60 min 内呼吸平稳,脉搏变化小于 10 次/min,血氧饱和度 > 90%,则认为可以耐受俯卧位^[2]。

作者单位:510120 广州市,广州医学院第一附属医院微创外科中心泌尿外科

通讯作者:刘丽欢,电子邮箱:liulihuanm@163.com

1.3.3 输尿管外支架接尿管引流的观察与护理 ①护士应严密观察引流液的颜色、性质和量,并做好记录。如尿管引出鲜红色液体,则嘱患者立即卧床休息,保持尿管开放并及时通知医生。若有凝血块堵塞尿管应及时进行处理,避免尿管阻塞导致膀胱内压力增高,尿液返流回肾盂发生逆行感染。②注意引流管的位置,防止引流管反折、扭曲、受压。嘱患者活动时尽量避免牵拉引流管,以减轻管道刺激引起的膀胱刺激征。③患者在留置引流管期间应保持会阴部清洁,定期更换引流袋。

1.3.4 出血的观察与护理 严密观察患者生命体征、伤口敷料的渗血量、尿液中有否凝血块形成、血红蛋白是否有进行性下降等,警惕假性动脉瘤或动静脉瘘的发生。

1.4 统计学方法 采用统计学软件 SPSS 13.0 对所得数据进行统计学分析,计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,使用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

手术时间 60 ~ 110 min (平均 95 min), 输尿管支架留置时间 1 ~ 8 d (平均 2 d), 患者术后的 HB 下降, 与术前比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 详见表 1。

表 1 不同部位结石行经皮肾镜取石术前后 HB 的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	术前 HB	术后 HB	t 值	P 值
上盏、输尿管石	49	132.16 ± 16.83	123.96 ± 16.47	7.723	0.000
下盏、铸形石	49	135.25 ± 14.19	128.74 ± 15.54	4.568	0.000

下盏、铸形石的患者术前尿路感染、多发结石的发生率高于上盏、输尿管石患者, 经 χ^2 检验比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 详见表 2。

表 2 不同部位结石行经皮肾镜取石术前尿路感染例数比较 (n, %)

组别	n	术前尿路感染	多发结石
上盏、输尿管石	49	3 (6.1)	18 (36.7)
下盏、铸形石	49	17 (34.7)	48 (98.0)
χ^2 值		10.617*	39.024*
P 值		0.001	0.000

注: * 为校正后。

患者手术日 7:00 的体温低于术后当天 19:00 的体温, 手术日 7:00 的舒张压高于术后当天 19:00 的舒张压, 经配对 t 检验比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 其中舒张压 ≤ 70 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa) 有 42 人。见表 3。

表 3 患者手术日术前术后体温、血压比较 ($\bar{x} \pm s$)

时间	体温 (°C)	收缩压 (mm Hg)	舒张压 (mm Hg)
手术前 7:00	36.50 ± 0.33	129.04 ± 17.34	76.26 ± 11.18
手术后 19:00	36.60 ± 0.34	126.59 ± 14.28	73.20 ± 8.05
t 值	2.720	1.598	3.045
P 值	0.008	0.113	0.003

3 讨论

3.1 全程评估患者身体状况是选择无管化 PCNL 的前提 关于无管化 PCNL 在国外探讨和研究的较多, 比较一致的看法是无管化要对患者有所选择^[3]。因此, 全程了解患者既往的基础疾病及治疗情况, 配合完成术前各项相关检查, 评估患者有无手术禁忌症, 如未控制的尿路感染、严重的心肺功能不全及全身出血性疾病; 药物使用情况 (包括近期有无使用抗凝药物), 月经史等。既往结石手术史 (包括开放手术取石史、体外震波碎石史、输尿管镜取石术或经皮肾镜取石术史等), 有异常及时报告医生。本组患者术前中段尿培养发现尿路感染 20 例 (16.53%), 根据药物敏感试验术前给予合理抗生素抗感染治疗, 有效地预防了术中术后尿源性脓毒血症的发生。研究报道^[4] 动态舒张压降至 < 70 mm Hg 时, 心血管事件发生的危险

开始增加, 我们在评估中发现, 患者术后的舒张压从术前的 (76.26 ± 11.18) mm Hg 降低到 (73.20 ± 8.05) mm Hg, 术后舒张压 ≤ 70 mm Hg 有 42 人, 即采取监测心率和脉搏等有关措施, 及时发现异常, 按医嘱对症处理, 杜绝了心血管并发症的发生。

3.2 术后监控输尿管外支架的引流是护理的重点 在患者床头挂上醒目的手术名称标示牌, 可引起巡视者重视无管化的患者内引流情况, 因为术后只留置输尿管外支架接尿管引流, 是观察术后有无出血的唯一窗口^[5]。也可以通过伤口敷料、尿液颜色、血红蛋白、血压等变化可迅速发现异常病情。本组有 3 例患者, 术后出现患侧腰部剧烈疼痛, 伤口大量渗血, 尿液中有凝血块形成, HB 下降值 > 30 g/L, 护士立即报告主管医生, 同时给患者建立静脉通道及交叉配血, 行介入栓塞 + 静脉营养支持治疗, 效果良好。Crook TJ 等^[6] 认为输尿管内支架可能引起输尿管麻痹和梗阻, 我们也在观察中发现, 有 28 例患者发生输尿管行程及膀胱区及尿道口疼痛, 通过视觉模拟评分法^[7] 评估患者疼痛的程度, 遵照医嘱给予止痛对症处理后症状缓解。

3.3 控制感染是无管化 PCNL 成功的关键 留置尿管是尿路感染最主要的危险因素^[8], 体温是重要的观察指标, 表 3 提示, 患者手术日 19:00 的体温高于手术日的早晨的体温, 与下午 2 ~ 8 时体温最高的生理波动是一致的^[9], 引起注意的是应与手术热鉴别。术后发热的主要原因可能与术前泌尿系感染未控制及术后小结石或小血块堵塞引流管导致引流不畅有关。本组 10 例术后体温 38 ~ 39.2 °C, 遵照医嘱给予合理抗生素治疗, 配合物理降温护理, 观察体温变化及生化结果, 并及时给患者更换被汗水浸湿的衣服、被单, 让患者感觉舒适贴切。10 例患者体温在 2 ~ 4 d 降至正常。

综上所述, 无管化 PCNL 因术后没有留置肾造瘘管, 其独特的手术特征引起相应的并发症如尿外渗、出血的发生率也有所下降^[10], 避免置管给患者带来的疼痛不适, 明显改善患者术后生活质量, 在临床上得到了广泛应用。我们认为无管化 PCNL 患者的护理, 全程评估患者身体状况是选择无管化 PCNL 的前提, 术后监控输尿管外支架的引流是护理的重点, 控制感染是无管化 PCNL 成功的关键。

参考文献

- [1] 张豪杰, 盛璐, 钱伟庆. 无管化经皮肾镜碎石术的应用进展 [J]. 中国临床医学, 2010, 17(2): 241-244.
- [2] 王淑雯, 孙红玲, 刘丽欢, 等. 237 例肾上盏入路经皮肾镜取石术的围手术护理 [J]. 中华护理学杂志, 2012, 47(2): 110-112.
- [3] 王家武, 姜庆, 樊晓栋. 无管化与标准化经皮肾镜取石术比较的荟萃分析 [J]. 中华医学杂志, 2010, 91(22): 1555-1560.
- [4] 段留法, 郑秋甫, 张丽萍, 等. 老年男性高血压降压治疗后动态舒张压与心血管事件发生的危险 [J]. 中国老年学杂志, 2005, 25(2): 122-124.
- [5] 曾国华, 李逊, 袁坚, 等. 经皮肾镜取石术 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 272.
- [6] Crook TJ, Lockyer CR, Keoghane SR, et al. A randomized controlled trial of Nephrostomy placement versus tubeless percutaneous nephrolithotomy [J]. J Urol, 2008, 180(2): 612-614.
- [7] 蒋艳华, 易晓, 沈利. 综合性护理干预对截肢术后患肢疼痛的效果观察 [J]. 临床合理用药, 2011, 4(6): 72-73.
- [8] 覃秋旺. 护理干预对微创经皮肾镜取石术患者康复效果的影响 [J]. 中国基层医药, 2013, 20(01): 148-149.
- [9] 李小寒. 基础护理学 [M]. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 147-148.
- [10] 陈庆丽. 经皮肾镜钬激光治疗肾结石的围术期护理体会 [J]. 实用临床医药杂志, 2011, 15(20): 90-91, 95.

(收稿日期: 2012-11-30)

透明贴治疗皮下注射垂体后叶素致淤斑和硬结的效果观察

张明洁, 牛梅

【摘要】 目的 探讨康惠尔透明贴用于治疗皮下注射垂体后叶素致皮下淤斑、硬结的效果。方法 将 67 例皮下注射垂体后叶素致皮下淤斑、硬结的垂体腺瘤术后患者随机分为两组, 实验组(35 例)和对照组(32 例), 实验组先用生理盐水清洗患处皮肤待干燥, 然后根据患处皮肤面积, 选择大小合适的康惠尔透明贴外敷, 要保证良好的粘附并根据是否皱折及膜内胶体渗出情况给予更换, 一般每 3~5 d 更换 1 次; 对照组采用 50% 硫酸镁湿敷处理, 每次 1 h, 3 次/d。治疗 10 d 后观察两组的疗效。**结果** 实验组临床治愈率 40.0%, 总有效率 94.3%, 与对照组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。**结论** 康惠尔透明贴用于治疗皮下注射垂体后叶素致皮下淤斑、硬结, 可以有效缓解局部疼痛, 促进皮下淤斑、硬结的吸收和消散, 且安全、经济、可靠, 减轻护理工作量, 值得临床推广。

【关键词】 康惠尔透明贴; 皮下注射; 垂体后叶素; 皮下淤斑、硬结

【中图分类号】 R473.6 R472.9 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1316-02

Clinical Effect of Kanghuier Transparent Dressing in Treatment of Ecchymosis, Scleroma Resulted by Subcutaneous Injection Pituitrin ZHANG Ming-jie, NIU Mei. Department of Neurosurgery, the First Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu 233004, Anhui, China

【Abstract】 **Objective** To explore the clinical effect of Kanghuier Transparent Dressing in Treatment of Subcutaneous injection Pituitrin result in Ecchymosis, Scleroma. **Methods** The sixty-seven patients, who suffered from Ecchymosis and Scleroma in Subcutaneous injection Pituitrin, were randomly divided into two groups: control group(35 cases) and test group(32 cases). The control group were treated with magnesium sulfate wet dressing and the test group were treated with Kanghuier Transparent Dressing, after ten days, the clinical effects between the two groups were compared. **Results** The clinical cure rate was 40% and the total effective rate was 94.3% in test group, compared with the control group, the two groups had significant difference ($P < 0.01$). **Conclusion** Kanghuier Transparent Dressing in Treatment of Subcutaneous injection Pituitrin result in Ecchymosis, Scleroma, can relieve effectively the pain of patients and promote the dissipation of Ecchymosis, Scleroma. The treatment method was safe, economic, and reliable, and can alleviate the nursing workload.

【Key words】 Kanghuier Transparent Dressing; Subcutaneous injection; Pituitrin; Ecchymosis; Scleroma

垂体腺瘤是颅内常见的良性肿瘤, 占全部颅内肿瘤的 10% 左右。而尿崩症为其术后最常见的并发症, 由手术中垂体后叶或垂体柄损伤所致。垂体后叶素在神经外科主要用于治疗尿崩症^[1], 但其有较强的刺激性, 皮下注射垂体后叶素常引起局部组织疼痛、皮肤发红、皮下淤斑甚至出现硬结、破溃。为此, 2009 年 5 月 - 2011 年 6 月, 我科选用丹麦康乐保公司生产的康惠尔透明贴, 解决注射所造成的局部组织、皮肤损害, 效果较好, 现分析、报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组收集 2009 年 5 月 - 2011 年 6 月在我科住院, 应用皮下注射垂体后叶素致皮下淤斑、硬结的患者 67 例, 男性 30 例, 女性 37 例, 年龄 20~59 岁 (37.0 ± 2.6) 岁。所有患者均为垂体腺瘤患者, 术后均接受垂体后叶素皮下注射治疗。注射方法及部位均选择双上臂三角肌下缘, 消毒皮肤后, 以 30°~45°进针, 进针深度为 5 号针头的 2/3 (过瘦者可捏起注射部位), 进针后回抽, 无回血后缓慢推注, 注射完毕, 迅速拔针, 用干棉签按压注射点 1 min, 按压深度以皮下陷 1 cm 为准。67 例患者注射部位均出现疼痛, 出现淤斑 25 例, 面积 (2.0 cm × 3.5 cm) ~ (4.5 cm × 6.0 cm); 硬结 42 例, 面积 (1.0 cm × 2.5 cm) ~ (3.0 cm × 6.0 cm)。将 67 例患者随机分为实验组 (35 例) 和对照组 (32 例)。两组患者的年龄、性别、局部损害程度比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法 实验组首先用生理盐水清洗患处皮肤, 待干燥后根据患处皮损面积, 选择大小适宜的康惠尔透明贴 (丹麦康乐保公司) 外敷。贴敷时注意要在无张力的情况下, 由中心

向外平敷, 即首先贴敷患处皮肤中心, 再向外铺平, 为保证良好的粘附, 需在敷贴表面来回按压。如果出现皱折、卷边需重新敷贴。敷贴后透明贴会吸收局部皮肤渗出物, 并形成一种白色胶状体, 如果整个敷料外观变成透明状或是大理石花纹样, 此时要更换敷料。本组病例每 3~5 d 更换 1 次, 1 个疗程为 10 d。对照组应用 50% 硫酸镁溶液浸透 16 层纱布, 贴敷于患处, 然后再用保鲜膜将纱布覆盖, 以避免水分过快蒸发, 同时可再用湿热毛巾覆盖, 每次 1 h, 3 次/d, 疗程同实验组。

1.3 评价方法 治疗 1 个疗程 (10 d) 后评价两组治疗效果。治愈标准是: 疼痛消失, 淤斑、硬结消散; 显效标准为: 疼痛消失, 淤斑、硬结面积消散 > 60%; 有效标准是: 疼痛减轻, 淤斑、硬结面积消散 30%~60%; 疼痛减轻, 淤斑、硬结面积消散 < 30% 视为无效。总有效为: 治愈 + 显效 + 有效。

1.4 统计学方法 应用 SPSS 13.0 统计软件, 进行 χ^2 检验。

2 结果

两组疗效对比, 见表 1。

表 1 两组皮下注射垂体后叶素致皮下淤斑、硬结的患者疗效对比 (n, %)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	32	8(25.0)	6(18.8)	8(25.0)	10(31.2)	22(68.8)
实验组	35	14(40.0)	10(28.6)	9(25.7)	2(5.7)	33(94.3) ^{△△}

注: 与对照组比较, $\Delta\Delta P < 0.01$ 。

3 讨论

3.1 垂体后叶素致皮下淤斑、硬结的机制 垂体后叶素是从猪、牛、羊等动物的垂体后叶中提取的水溶性成分内含催产素和加压素^[2], 其中加压素具抗利尿作用, 在神经外科主要用于治疗尿崩症, 能够提高肾远曲小管及集合管上皮细胞对水的通透性, 从而增加水的重吸收量, 使尿量减少。也能直接收缩小动脉及毛细血管, 有较强的刺激性, 80% 的病 (下转第 1321 页)

作者单位: 233004 安徽省蚌埠市, 蚌埠医学院第一附属医院神经外科
通讯作者: 张明洁, 电子邮箱: mj_zhang@sohu.com

· 全科护理研究 ·

腹膜透析患者的自我护理能力及其相关因素研究

吴雪华, 王英, 倪秀萍, 钟凌云

【摘要】 目的 探讨腹膜透析病患者的自我护理能力及与一般资料、社会支持、焦虑、抑郁状况的相关性。方法 用方便抽样的方法, 调查了黄山市某三甲医院的 81 名腹膜透析患者。采用问卷调查法, 用自我护理能力测定量表 (ESCA)、社会支持评定量表 (SSRS)、焦虑自评量表 (SAS)、抑郁自评量表 (SDS), 调查研究对象的自我护理能力、遵医行为、社会支持情况、焦虑、抑郁状况以及一般情况。调查结果使用 SPSS 18.0 软件进行数据的统计分析。结果 33 例 (41%) 自我护理能力处于中等水平, 平均得分 101.58 ± 8.23 , 48 例 (59%) 高水平, 平均得分 132.96 ± 15.81 。自我护理能力与经济收入、文化程度正相关。自我护理能力与社会支持程度与正相关, $r = 0.693, P = 0.017$ 。腹膜透析患者的焦虑得分 45.48 ± 12.59 , 与自我护理能力正相关, $r = 0.932, P = 0.041$ 。无抑郁 32 例 (39.4%), 平均抑郁指数 0.3996 ± 0.0726 ; 轻度抑郁 18 例 (22.2%), 平均抑郁指数 0.5535 ± 0.0290 ; 中度抑郁 20 例 (24.7%), 平均抑郁指数 0.6375 ± 0.0272 ; 重度抑郁 11 例 (13.5%), 平均抑郁指数 0.7614 ± 0.0067 。抑郁指数与自我护理能力正相关, $r = 0.791, P = 0.036$ 。结论 患者经济收入越高、文化程度越高, 自我护理能力就越好。社会支持程度越高自我护理能力水平越高, 遵医行为也越好。焦虑、抑郁水平在一定程度上与自我护理能力正相关。

【关键词】 终末期肾病; 腹膜透析; 自我护理

【中图分类号】 R473.5 R459.51 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1317-03

终末期肾病 (end stage renal disease, ESRD) 在 2010 年统计数据中, 我国超过 100 万人需要肾脏替代治疗^[1]。尤其是持续不卧床的腹膜透析, 是终末期肾病患者替代治疗的重要方式之一^[2]。腹膜透析的过程是一种长期的居家自我管理过程, 患者自我管理能力的强弱、操作质量的高低直接影响透析效果和生活质量^[3]。因此, 对腹膜透析患者自我管理能力和其影响因素进行深入的调查研究, 了解腹膜透析患者自我管理能力和其影响因素, 为制订提高腹膜透析患者自我管理能力的护理干预提供有力的理论及实践依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象及纳入标准 2010 年 11 月 - 2011 年 11 月期间, 在黄山市人民医院肾内科被确诊的住院终末期肾病 (腹膜透析) 患者。准入标准: ①按照 1999 年国际肾病学会和 WHO 制定的诊断标准确诊的终末期肾病进行腹膜透析治疗患者。②肾功能 I、II、III 级。③小学及以上文化程度。④无精神疾病、无意识、认知障碍。⑤无严重心脑血管合并症。⑥无其他系统严重疾病。⑦自愿参加本研究。

1.2 研究方法 本研究采用方便抽样的抽样方法。

1.2.1 一般资料的调查表 此问卷设计的主要包括患者的个人资料: 如性别、职业、年龄、文化及婚姻状况、家庭人均月收入、住院经济来源、居住地区、患病时间、诊断、治疗、肾功能分级等项目。

1.2.2 自我护理能力测定量表 (ESCA) 在本研究中应用 ESCA 量表来测量终末期肾病患者自我管理能力的。高丽红等^[4]曾用此量表测定 AMI 患者的自我管理能力的, 效度 0.98, Cronbach's α 值为 0.97。李淑霞等^[5]用此量表测定哮喘患者的自我管理能力的, Cronbach's α 值为 0.91。该量表有 43 个条目, 分为 4 个维度: 即自我管理技能、自护责任感、自我概念和健康知识水平。采用 5 分评价法, 每一个问题的分值为 0 ~ 4 分, 总分为 172 分, 得分越高, 自我管理能力的越强。根据此量表的总分和各个项目分值将自我管理能力和各项目分为 3 个层次: 得分是总分的 >66% 为高等水平, 33% ~ 66% 为中等水平, <33% 为低水平。

1.2.3 焦虑自评量表 (SAS) 焦虑自评量表由 William WK.

Zung 于 1971 年编制, 它是一个含有 20 个项目、分为 4 级评分的自评量表。SAS 的分界值: 总粗分为 40 分, 标准分为 50 分。其内部一致性 Cronbach's α 报告 0.81 - 0.96^[6]。

1.2.4 抑郁自评量表 抑郁自评量表为 William WK. Zung 编制, 此量表与焦虑自评量表 (SAS) 评分方法相似, 有 20 个问题, 每个条目采用 1, 2, 3, 4 分制, 抑郁严重程度指数按下列公式计算: 抑郁严重程度指数 = 各条目累计分 / 80 (最高总分), 指数范围为 0.25 ~ 1.0, 指数越高, 抑郁程度越重。评分指数在 0.70 及以上为重度抑郁; 在 0.60 ~ 0.69 为中度抑郁; 0.50 ~ 0.59 为轻度抑郁; 0.50 以下为无抑郁^[6]。

1.2.5 社会支持量表 该量表由肖水源编制, 据报道^[6], 重测信度 $R = 0.92$, 效度为 0.89, 20 多项研究中已在国内用于了解人们所获得的社会支持情况。该量表有 10 个条目, 三个维度: 客观支持、主观支持与社会支持的利用度。

1.3 资料收集过程 ①于 2010 年 11 月 - 2011 年 11 月, 在黄山市市一家三甲医院收集资料。②对符合纳入条件的研究对象进行解释, 说明调查的目的、内容、意义以及参加本研究的自愿性、保密性及无害性。③由研究小组人员亲自发放问卷, 对有阅读能力者, 本人向其说明如何填写, 由其独立完成调查表。④调查对象完成一般资料问卷、自我管理力量表、社会支持量表、焦虑自评量表、抑郁自评量表, 问卷填写时间为 30 ~ 40 min。⑤组织 4 人的调查小组, 问卷统一由小组成员发放, 与患者逐项讲解, 填写完毕收回并检查问卷完整性。共发放问卷 84 例, 回收有效问卷 81 例, 有效回收率为 96.5%。

1.4 统计学方法 全部资料量化后输入电脑, 建立数据库, 使用 SPSS 18.0 进行统计分析。采用频数、百分数、均数、标准差等来描述一般人口学资料。计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 t 检验, 计数资料组间比较采用 χ^2 检验。社会支持程度, 遵医得分, 焦虑得分与自我管理能力的关联性采用 Pearson 检验; 经济收入、文化程度、抑郁及焦虑分级及与自我管理分级的关联性采用 Kendall's tau-b 检验。

2 结果

2.1 一般资料 性别: 男 41 例, 女 40 例。婚姻: 单身 6 例, 已婚 73 例, 丧偶 1 例, 离异 1 例。文化程度: 小学 30 例, 初中 22 例, 高中/中专 14 例, 大专 8 例, 本科 7 例, 有 58.5% 患者受教育程度在高中以下。有人照顾 67 例, 无人照顾 14 例。

作者单位: 245000 安徽省黄山市, 皖南医学院附属黄山市人民医院护理部 (吴雪华); 肾内科 (王英, 倪秀萍, 钟凌云)

通讯作者: 吴雪华, 电子邮箱: hswxh1129@163.com

2.2 自我护理能力与经济收入、文化程度呈正相关性 经济收入越高,自我护理能力越强,Kendall's tau-b 检验 $r = 0.725, P = 0.013$ 。文化程度越高,自我护理能力越强,Kendall's tau-b 检验 $r = 0.726, P = 0.029$ 。

2.3 社会支持得分、自我护理得分、遵医嘱得分 社会支持得分中主观得分平均 22.74 ± 5.97 ;客得分观平均 8.39 ± 2.75 ;社会支持利用度得分平均 6.97 ± 2.21 。自我护理能力水平:中等水平 33 例(41%),平均得分 101.58 ± 8.23 ;高水平 48 例(59%),平均得分 132.96 ± 15.81 。社会支持得分、自我护理得分、遵医嘱得分正态性检验和平均得分(见表 1)。

表 1 社会支持得分、自我护理得分、遵医嘱得分正态性检验和平均得分

项目	Kolmogorov-Smirnov Z	P 值	$\bar{x} \pm s$
社会支持得分	0.811	0.527	38.11 ± 8.40
自我护理得分	0.731	0.659	120.17 ± 20.36
遵医嘱得分	0.912	0.376	23.77 ± 5.07

2.4 社会支持程度与自我护理能力的相关性 图 1 显示社会支持程度与自我护理能力正相关,Pearson 检验 $r = 0.693, P = 0.017$ 。

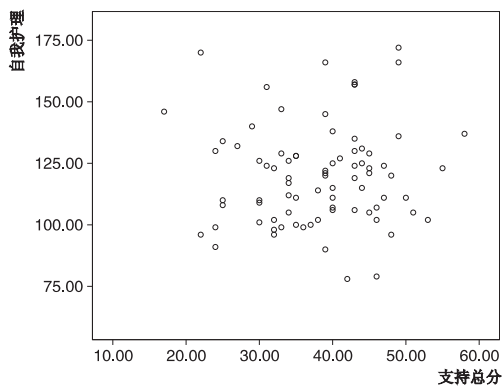


图 1 社会支持程度与自我护理能相关性散点图

2.5 自我护理能力与遵医嘱得分的相关性 图 2 显示自我护理能力与遵医嘱得分正相关,Pearson 检验 $r = 0.956, P = 0.009$ 。

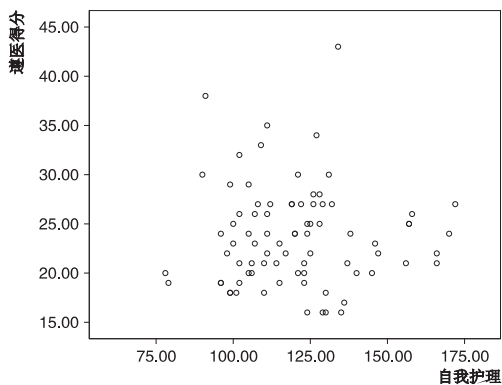


图 2 自我护理能力与遵医嘱得分相关性散点图

2.6 焦虑得分与自我护理能力的相关性 焦虑得分 45.48 ± 12.59 ,Pearson 检验 $r = 0.932, P = 0.041$ 。

2.7 抑郁分级及与自我护理能力的相关性 无抑郁 32 例(39.4%),平均抑郁指数 0.3996 ± 0.0726 ;轻度抑郁 18 例(22.2%),平均抑郁指数 0.5535 ± 0.0290 ;中度抑郁 20 例(24.7%),平均抑郁指数 $0.6375, 0.0272$;重度抑郁 11 例(13.5%),平均抑郁指数 0.7614 ± 0.0067 。Kendall's tau-b 检验 $r = 0.791, P = 0.036$ 。

3 讨论

从结果看,腹膜透析的患者经济来源、文化程度与自我护

理能力均正相关,这一结果与其他研究的结果一致。于黎等^[7]研究认为,教育程度与对治疗及生活制度依从性的关系是正向的,教育程度越高,依从性越好。这可能教育程度与经济收入是相联系的,教育程度高,相对经济收入就高,有条件遵从护理计划及服用药物。另一方面,自我护理的能力有一个过程,需要时间来学习,文化程度高的人更容易接受饮食、治疗及护理的计划,并且能意识到依从性的重要性,所以能更好地遵守。

本研究结果患者的自我护理能力总分处于高水平的占 59%,处于中等及以下水平也占有 41% 的患者,这说明患者的自我护理能力还存在问题。分析原因如下:①患者缺乏健康知识。②住院期间,护理技能指导环节薄弱,患者未得到具体的技能指导。③由于患者住院时间短,基层、社区护理还未完善,获得健康知识的途径不足。④从研究结果看,高中以下文化程度占 64%,也一定程度的影响患者的自我护理技能水平。⑤患者在住院期间,被动的接受护理服务,自我护理技能实践机会少。因此,护士不仅是执行医嘱治疗、护理者,而且更重要的是健康指导者;自我护理对阻止慢性病症状发展和恶化有重要的作用^[8]。

腹膜透析患者的自我护理能力受社会支持程度的影响。研究结果图 1、图 2 显示,腹膜透析患者自我护理能力与社会支持程度呈正相关。也就是说,得到社会支持越强的患者,使其能获得更多的信息和经济支持,患者自我护理能力也越高。腹膜透析的患者容易产生紧张、恐惧焦虑、悲观、失望等心理,这些负性心理情绪一旦达到中度时,降低患者自我护理的积极性。因此,应当重视主观支持对患者健康行为的促进作用,注重对患者家庭成员的教育,以保证患者获得高质量的社会支持^[9]。

本研究结果显示:焦虑得分 45.48 ± 12.59 ,Pearson 检验 $r = 0.932$,患者无抑郁 32 例(39.4%),轻度抑郁 18 例(22.2%),中度抑郁 20 例(24.7%),重度抑郁 11 例(13.5%),本研究结果显示患者焦虑与抑郁的程度大部分在轻度范围。焦虑是一种普遍存在的现象,轻度的焦虑增加感官的敏感性,有助于集中精力学习和解决问题,中度焦虑降低感官敏感性,重度焦虑破坏感知,对感官刺激的作用以散乱、无组织的形式发生,中重度焦虑阻碍认知功能,使患者行为发生改变^[10]。本研究结果提示,医护人员应当重视患者的焦虑抑郁状况,利用相应的工具对患者进行心理评估,以掌握患者的心理健康状况。

现代腹膜透析的观念和目标非常明确,一是尽量提高透析患者的生存率,二是努力改善透析患者的生活质量。蔡彦等^[11]研究对慢性肾衰,腹膜透析相比血透而言,利远远大于弊。因此,在研究结果的基础上,进一步对腹膜透析的患者进行干预性研究,进行操作技巧上、患者的自我保护、护理能力上的指导,同时要与其家庭成员沟通,鼓励家属给予他们在心理上的关心、经济上的支持,因肾衰患者明显存在焦虑和抑郁的心理状态,充分调动内在的潜力和积极性,提高生活质量,减少并发症的发生。在实践中不断总结经验,使之更加完善,更好地为广大终末期肾衰患者服务。

(志谢:感谢我院重症医学科汪正光医师在本研究统计学分析中给予的指导。)

参考文献

[1] 汪涛. 加强腹膜透析治疗的管理[J]. 北京大学学报(医学版), 2004,36(2):117-118.

[2] 苏春燕,鲁新红,马艳秋,等. 持续不卧床腹膜透析患者的自我管理教育[J]. 护理学杂志,2007,22(3):23-25.

- [3] 罗笑丹,陈建义.规范化健康教育在居家透析管理中的作用[J].护理管理杂志,2003,3(4):44.
- [4] 高丽红,李萍,张俊娥,等.急性心肌梗死患者自我护理能力与机体功能状态的相关性分析[J].中华护理杂志,2003,38(4):248-250.
- [5] 李淑霞,张振路.哮喘患者自我护理能力与健康行为的相关性分析[J].中华护理杂志,2005,40(3):193-195.
- [6] 汪向东,王希林,马弘.心理卫生评定量表手册[M].北京:中国卫生心理杂志社,1999:127-131.
- [7] 于黎,朱大乔.原发性高血压患者药物治疗依从性影响因素的分析[J].解放军护理杂志,2004,21(12):33-35.
- [8] 田芳英,何仲.慢性病病人自我护理模式与评价[J].护理研究,2002,16(10):560.
- [9] 帅友碧.健康教育对血液透析患者相关并发症及生活质量的影响[J].中国基层医药,2012,19(18):2863-2864.
- [10] Marilyn FS, Sharon JO. Instrument for Clinical Health-care Research (2nd) [M]. Jonesand Bartlet Publishers, Sudbury, Massachusetts, 1997:332.
- [11] 蔡彦.连续腹膜透析在尿毒症合并多脏器功能衰竭中的临床应用[J].实用临床医药杂志,2010,14(13):48-49.

(收稿日期:2012-10-16)

(上接第 1312 页)

合理饮食、坚持运动疗法、合理服药方法、自我监测血压几方面的自我管理均显著高于对照组(P 均 <0.05),两组自我管理能力比较见表 2。

表 1 两组高血压患者干预前后血压测量结果($\bar{x} \pm s$, mm Hg)

组别	n	收缩压		舒张压	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	60	163 ± 32	124 ± 14	97 ± 7	77 ± 6
对照组	60	164 ± 27	146 ± 13	98 ± 9	86 ± 7

表 2 两组高血压患者自我管理能力对照表

组别	n	按时返院检查	合理饮食	坚持运动疗法	合理服药方法	自我监测血压
观察组	60	54	57	51	52	57
对照组	60	37	34	36	35	39
χ^2 值		7.54	11.52	13.43	12.43	8.56
P值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.3 并发症比较 观察组患者并发症发生率为 15.00%,对照组为 36.67%,对照组并发症明显多于观察组,两组患者比较差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组高血压患者并发症比较

组别	n	心力衰竭	心肌梗死	心律失常	高血压性脑血管病	并发症发生率(n, %)
观察组	60	1	0	4	4	9(15.00)
对照组	60	3	1	7	11	22(36.67)

3 讨论

原发性高血压在我国的发病率较高,对血压控制有助于减少高血压并发症的发生,如高血压脑病等^[3]。但是在高血压治疗中,有的患者会错误认为只要不出现临床症状就不用服药的错误观念。有的患者可能长时间服药而不注意定期测量血压,导致降压盲目性;还有患者不遵照医嘱进行服药,随意改变用药剂量,导致血压骤降和不良反应增加。以上这些均为高血压患者缺乏对原发性高血压疾病的认知,对高血压相关知识了解甚少^[4]。而这些错误认识会加重高血压,也可能产生较为严重的并发症。所以针对患者的错误认识,实施健康教育护理干预是必要的。

新发原发性高血压患者对医生的诊断常持怀疑态度,认为自己不可能得高血压,即使血压高也不是什么大病,知识缺乏,心存侥幸,认为自己的健康状况没有妨碍正常的生理活动^[5]。治疗多年的老高血压患者经过多年的治疗,从高血压的病因、症状、治疗、并发症到常用药物无一不熟记于心,且有的患者还有了一套自己的防病治病常识;处于稳定期的患者临床症状消失,认为血压已经控制的不错,有的擅自停药。护士在做心理护理时,心理素质非常重要,首先要健康,在为病人做心理护理时,自己要处于一种中立的立场,懂得尊重、同情、真诚、

热情、积极关注^[6];对病人一视同仁,以病人为中心实施个性化护理;提高病人对工作的满意度,从而提升护士工作的社会认同程度^[7]。

目前公认,高血压的发病机制与生活行为、习惯密切相关,应随时随地做好患者的健康教育工作,通过指导患者调整饮食结构、控制体重、戒烟限酒、适量有氧运动^[8]。另外通过帮助患者建立正确的信念和态度,进而建立正确的健康相关行为^[9]。我们通过集体治疗、健康教育、健康行为训练将知、信、行有机结合。在高血压自我管理小组中各位成员现身说法,增加了“团体的情感支持”、“正性体验的感染”与“负性认知的克服”。

健康教育护理干预是通过有计划、有组织和系统的健康知识教育活动,使患者能够自觉的听取和采纳相关知识和建议而调整自己的行为和生活方式,减少或者消除影响健康的危险因素,达到防治疾病的目的,有利于提高患者治疗效果和生活质量^[10]。

本研究中,观察组实施健康教育后,患者的血压控制情况显著优于对照组,说明在药物治疗的基础上采用健康教育护理干预,有利于患者的血压控制,而且通过健康教育护理干预,患者的自我管理能力得以提高,减少了并发症的发生,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 王芳英,耿纪录.老年高血压患者治疗依从性调查及健康教育对其影响[J].山东医药,2008,48(19):106-107.
- [2] 苏振琪.电话随访对提高高血压患者治疗依从性的影响[J].中华全科医学,2009,6(7):716-717.
- [3] 金花,王琳,吴晶.临床护理路径在老年高血压病健康教育的应用[J].现代护理,2006,12(12):1171-1172.
- [4] 王进,胡运桃.两种健康教育方式对高血压患者血压和认知行为的影响[J].中国中医急症,2007,16(6):754-755.
- [5] 何莉,田锦屏,王梅.老年高血压脑卒中恢复期伴焦虑患者的心理护理[J].中华全科医学,2010,8(7):711-712.
- [6] 周萍.应用临床路径对高血压患者实施健康教育[J].实用临床医药杂志,2010,14(22):49,51.
- [7] 李永鑫,李敏芝.护士倦怠与自尊、健康和离职意向的相关性研究[J].中华护理杂志,2007,5(5):392-395.
- [8] 张凤.健康教育疗法治疗原发性轻度高血压疗效观察[J].中华全科医学,2008,6(10):1060-1061.
- [9] 李艳青,周东华,于焕新.老年人健康分析及健康教育实施探讨[J].社区医学杂志,2011,9(21):65-66.
- [10] 周冬梅,杨沈雷,魏丽萍,等.黄浦区大沙街高血压患者生命质量状况调查[J].社区医学杂志,2011,2(9):59-60.

(收稿日期:2012-11-21)

电话随访对 PCI 术后患者遵医依从性的护理干预

安成玲, 辛玲

【摘要】 目的 分析电话随访对 PCI 术后患者出院后遵医行为的依从性及对术后并发症发生率的影响。方法 入选 112 例 PCI 术后患者随机分为观察组和对照组各 56 例。观察组在对照组治疗的基础上对患者出院后每个月定期通过电话随访,督促患者合理膳食、进行有氧运动、戒烟、限酒、限盐、控制体重、心理平衡、按时服药及定期做相应的检查;对照组患者未进行电话随访指导。**结果** 观察组患者在出院后生活方式的改变、服药依从性及术后并发症的发生率方面均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 电话随访对 PCI 术后患者出院后进行积极的护理干预,明显提高患者出院后的遵医行为的依从性和降低术后并发症的发生率。

【关键词】 电话随访;PCI;健康教育;护理干预

【中图分类号】 R473.5 R541 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1320-02

目前,冠心病(CHD)已严重的威胁着人类的健康,并成为致死的首要因素,超过 1/3 的死亡与其有关^[1]。因此对冠心病进行早期诊断,并及时治疗,成为保护人类健康的重要环节。作为治疗冠心病的一种十分有效的措施^[2-3],经皮冠状动脉介入术(PCI)日渐成熟并推广开来。但 PCI 并不是一种根治冠心病的有效方法,仅以解除冠状动脉的机械性狭窄或阻塞,对于冠心病则仍需要通过药物及其他二级预防措施辅助加以控制和治理,以维持冠状动脉的畅通。部分 PCI 术后的心脏不良事件,是由于患者误解 PCI 对冠心病介入治疗,PCI 虽然解决了冠状动脉狭窄问题,可有效缓解心绞痛,改善心功能及提高患者的生活质量,但由于治疗冠心病的作用,不良生活方式,停药等引发 PCI 术后的心脏不良事件。临床护理中发现,许多患者特别是老年患者出院后,遵医行为的依从性较低,导致了术后并发症的发生。本研究旨在通过对 PCI 术后出院患者进行电话随访护理干预,来探讨电话随访对 PCI 术后出院患者出院后遵医依从性和术后并发症的发生率的影响。

1 资料与方法

1.1 临床资料 收集 2008 年 5 月-2010 年 5 月在我科住院接受 PCI 的患者 112 例,其中男性 80 例、女性 32 例。平均年龄(60.4 ± 4.7)岁,随机分成观察组和对照组各 56 例。两组患者年龄、性别和相关危险因素(血压、糖尿病、吸烟史)及冠状动脉病变等情况具有可比性和均衡性($P < 0.05$)。

1.2 护理方法 对照组按常规进行出院指导,观察组在对照组的基础上,对出院后患者进行每月一次的电话随访,由专人对患者按该出院指导内容对患者进行相关的指导和督促。主要内容包括:合理膳食、进行有氧运动、戒烟、限酒、限盐、控制体重、心理平衡、及时准确的服药、定期进行心电图和血生化等项目的检查。随访时间为出院后 12 个月,并对出院后 12 个月内的相关术后并发症进行记录并及时进行处理,主要的术后并发症包括:术后心绞痛、心肌梗死、恶性心律失常、脑中风和出血事件。分别对两组患者在术 12 个月进行问卷调查,以了解各自的出院后情况。

1.3 统计学方法 所有资料采用 SPSS 17.0 软件包进行统计学分析。对本实验的计数资料用 χ^2 检验,显著性水准为 0.05。

2 结果

2.1 两组患者出院后遵医行为依从性的比较 观察组患者生活方式的改善和服药依从性均明显优于对照组($P < 0.05$),见表 1。

2.2 两组术后并发症发生率的比较 观察组术后并发症的发生率明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 两组 PCI 术后患者出院后遵医行为的依从性比较($n_i = 56$,例)

组别	合理膳食	进行有氧运动	戒烟	限酒	限盐	控制体重	心理平衡	及时准确的服药	及时检查
观察组	46	39	33	37	46	38	46	53	52
对照组	33	21	22	23	34	20	35	43	38
P 值	0.007	0.001	0.038	0.008	0.012	0.001	0.020	0.007	0.001

表 2 两组 PCI 术后患者术后并发症发生率的比较(例)

组别	n	心脑血管事件	再次入院率	出血
观察组	56	5	1	1
对照组	56	16	7	2
P 值		0.008	0.028	0.558

3 讨论

冠心病介入治疗(PCI)虽然解决了冠状动脉狭窄问题,可有效缓解心绞痛,改善心功能及提高患者的生活质量,大量的临床试验及临床应用已充分证实其疗效的明确性。但 PCI 术后的冠脉再狭窄,则严重影响着其临床疗效及患者预后^[4],部分患者仍会发生心绞痛,甚至心肌梗塞^[5]。依照冠心病介入治疗指南,合理应用抗血小板、抗凝、他汀类、 β -受体阻滞剂及 ACEI 类等冠心病二级预防药物能明显降低 PCI 术后不良心血管事件的风险,降低患者 1 年病死率。长期甚至终身服用抗血小板凝集药物,是对 PCI 术后患者治疗的有效手段。因此,欲获得有效的临床收益,须要长期坚持服用此类药物^[6]。通过电话随访的方式,我们可以向患者介绍不接受规则的抗血小板治疗的危害以及由此而导致的严重心血管事件,加强患者的服药意识,增强其服药的主动性,变被动依从性为主动依从性。

PCI 术后护理已成为介入治疗的重要组成部分^[7]。我们通过 56 例 PCI 术后病人的电话随访指导,明显减少了术后并发症的发生,减轻了患者的心理负担。电话回访中,我们发现多数患者在出院后由于远离了护理人员的视线,脱离了医院这个特殊环境,没有医院人员的监督和嘱咐或者其他原因,从而淡忘了医嘱及健康指导,部分患者服药依从性降低,通过随访可以详细的对每位患者 PCI 术后服药情况进行记录,并可对患者督促以提高其服药依从性。对 PCI 患者的遵医行为,必须进行综合干预。护理人员要加强患者出院后的电话随访,及时提醒病人遵从医嘱,按时服药,改掉不良的生活方式(控制饮食是作为有效预防心血管事件发生的方法,预防心血管疾病的发生可以坚持适量运动)等。本研究中观察组患者通过护理人员及时电话随访,出院后遵医行为的依从性及术后并发症的发生率明显低于对照组(P 均 < 0.05)。电话回访是一种跟踪式的健康教育,拉近了护患之间的距离,增加了患者对我科的护理人员 and 护理指导信赖,提升了护理的质量及服务满意度,最为重要的是可以及时提醒和指导患者的服药准确性和及时性。电话随访也是把护理范围由医院扩展到社会,对某个具体患者的个性指导更具有针对性和可操作性。实践证明:给予患者最佳的治疗方案的同时需要更高质量的护理工作相配合,否则很难收

作者单位:239000 安徽医科大学滁州临床学院心内科
通讯作者:安成玲,电子邮箱:759836689@qq.com

到预期的临床效果^[8]。虽然所有患者在住院期间接受了健康教育和出院指导,但出院后由于各种条件的制约影响了遵医行为的依从性,要达到冠脉内支架置入术后患者的规范化治疗,仅仅靠院内治疗是不够的,院外护理干预措施是一项持久的工作^[9]。实施电话随访,可以发现存在的问题,及时予以指导和帮助,是一个简便、可行、有效的提高病人生活质量的方法。

我们的研究证实,这种对 PCI 术后已出院的患者实施电话跟踪随访是一种高效、经济、方便的措施,值得在临床大规模推广,从而有效地提高患者对于 PCI 术后抗血小板治疗的依从性,进而降低了患者 PCI 术后支架内血栓等不良心脏事件的发生率。

参考文献

- [1] Liem DA, Honda HM, Zhang J, et al. Past and present course of cardio-protection against ischemia-reperfusion injury [J]. J Apply Physiol, 2007, 103(6): 2129-2136.
- [2] 朱中玉,高传玉,陈岩,等. 冠心病患者经皮冠状动脉治疗术后药物治疗现状及其与长期预后的关系[J]. 中国循环杂志, 2008, 23(1): 18-21.

- [3] 贾大林,曾定尹. 冠心病血管重建治疗后二级预防策略[J]. 中国实用内科杂志, 2006, 26(15): 1137-1139.
- [4] Lappe JM, Muhlestein JB, LaPpe DL, et al. Improvements in 1-year cardiovascular clinical outcomes associated with a hospital-based discharge Medication program[J]. Ann Intern Med, 2004, 141(6): 446-453.
- [5] 徐林东,刘连友. 冠状动脉支架内再狭窄的防治[J]. 实用心脑血管病杂志, 2008, 16(4): 73-76.
- [6] 李学美. 急性心肌梗死急诊介入治疗的护理体会[J]. 实用临床医药杂志, 2012, 16(18): 24-25.
- [7] 周艳萍,董美媛,方波. 替罗非班联合急诊经皮冠状动脉介入治疗急性心肌梗死的不良事件观察和护理[J]. 中国基层医药, 2011, 18(22): 3156-3157.
- [8] 陈灏珠,实用心脏病学[M]. 4 版. 上海: 上海科技出版社, 2007: 9.
- [9] 宋秋月,张玲. 院外护理干预对冠状动脉内支架置入术后患者自我管理的影响[J]. 护士进修杂志, 2010, 25(16): 1512-1513.

(收稿日期: 2012-11-20)

(上接第 1316 页)

人皮下注射垂体后叶素后 2~5 d 引起局部组织疼痛、皮肤发红、皮下淤斑、硬结, 10% 的病人甚至出现皮肤水疱、破溃, 患者主诉疼痛, 甚至恐惧使用该药物治疗。

3.2 硫酸镁的治疗机制 50% 硫酸镁的镁离子可抑制神经末梢对乙酰胆碱的释放, 阻断神经冲动的传导, 舒张周围血管平滑肌, 促进局部血液循环, 可减轻红、肿、热、痛等炎症反应^[3]。而湿热敷能减低痛觉神经的兴奋性, 同时也能扩张局部血管, 改善血液循环, 有利于局部炎性渗出物的吸收, 减轻炎性水肿, 解除局部神经末梢的压力, 从而缓解疼痛^[4]。但因为护理时难以维持有效温度, 而使治愈时间延长, 不易达到理想效果; 容易污染针眼, 导致细菌入侵; 而且硫酸镁主要通过高渗作用吸收水肿, 使用后局部皮肤有脱水起皱现象, 而且容易结晶, 有一定的刺激性, 需要频繁更换纱布; 且易弄湿病人的衣被, 给护理带来很大的工作量。

3.2.1 康惠尔透明贴的作用 康惠尔透明贴是水胶体敷料^[5-7], 其上层表面为“智能型”聚氨酯半透膜, 由亲水胶肽微粒的果胶、羧甲基纤维素和明胶混合组成, 同时新型产品中加入藻酸钙, 其是一种高分子特殊材料, 有强吸收性且极少发生皮肤过敏反应。透明贴的作用机制: 具有较强的清创自溶能力, 可选择性地清除坏死组织, 并可吸收大量渗出液体和有毒物质, 形成一种凝胶保护暴露的神经末梢, 避免敷料与创面直接粘着, 减轻疼痛。水胶体有溶解纤维蛋白的作用, 保证局部组织正常的代谢功能^[8-9], 改善局部灌注; 同时在皮肤表面形成低氧张力, 可以刺激释放白细胞介素及巨噬细胞, 使白细胞功能增加, 增加局部杀菌能力, 促进炎症消散, 并且促进局部微循环, 有利于缓解局部组织肿胀, 促进淤斑、硬结吸收。康惠尔透明贴是闭合性敷料, 其保留了创面本身释放的生物活性物质, 促使血管再生, 有利于组织损伤修复, 为创面提供一个低氧、微酸的环境, 符合湿性愈合的理念。

3.2.2 康惠尔透明贴的优点 康惠尔透明贴干爽, 水胶体颗粒可以吸收局部皮肤的汗液, 保持穿刺部位干燥, 维持适当的温度; 透气, 在防止外界微生物透入的同时, 可允许小分子物质如水蒸气、氧及二氧化碳的通透, 保持皮肤 pH 值; 防水, 局部清洗和沐浴不受影响, 阻隔细菌入侵, 从而减少穿刺点的感染机

会; 透明, 易于观察皮肤情况^[10]; 粘性强、弹性好, 可以 3~5 d 更换 1 次, 从而减轻患者的经济负担和减少了材料浪费, 并减轻了护士的工作量。

3.2.3 不良反应 在使用过程中如果患者出现局部皮肤瘙痒、发红等过敏反应, 应立即停止使用, 在我们的实验组 35 例中未发生一例过敏反应。

3.2.4 禁忌症 如果患者患处皮肤有皮炎、破溃、牛皮癣或其他局部皮肤异常, 禁忌贴敷透明贴。

临床使用证明, 康惠尔透明贴治疗皮下注射垂体后叶素致疼痛、皮下淤斑、硬结, 与常用的 50% 硫酸镁湿热敷比较, 可提高治愈率, 且取材简单, 方便实用, 安全、经济、可靠, 患者依从性高, 无不良反应, 其护理效果令患者和家属满意, 值得临床推广使用。

参考文献

- [1] 徐日芳. 垂体后叶素用于颅脑外伤后尿崩症的观察与护理[J]. 护理与康复, 2007, 7(6): 499-500.
- [2] 陆晓和, 候晓宁, 马爱华, 等. 实用临床用药监护[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 357.
- [3] 郑月仙, 赵凯英. 预防诺维本致静脉炎的临床研究进展[J]. 护理与康复, 2006, 5(1): 20-22.
- [4] 马丽, 黄百发, 王素芳, 等. 康惠尔透明贴治疗静脉炎效果观察[J]. 当代护士, 2005, 9(5): 5-6.
- [5] 李虹, 高凤, 王海英, 等. 康惠尔增强型透明贴对化疗性静脉炎防治作用研究[J]. 医学研究杂志, 2006, 35(7): 27.
- [6] 寇月侠. 康惠尔贴预防化疗性静脉炎的效果分析[J]. 现代医药卫生, 2011, 27(6): 842-843.
- [7] 王璞, 胡丽萍, 徐莉真, 等. 透明贴治疗皮下注射低分子肝素致出血的效果观察[J]. 护理园地, 2007, 28(17): 2131-2132.
- [8] 吴瑶. 康惠尔透明贴对化疗性静脉炎防治作用的临床研究[J]. 实用医技杂志, 2008, 15(12): 1508-1509.
- [9] 潘凤英. 康惠尔透明贴在防治静脉炎中的应用[J]. 当代护士, 2012, 5(2): 11-12.
- [10] 何丽娟. 康惠尔溃疡贴在 PICC 后敷贴所致湿疹中的应用[J]. 实用临床医药杂志, 2012, 16(2): 26-27.

(收稿日期: 2012-05-29)

静脉导管闭式引流治疗恶性胸水的疗效及护理

杨谨, 黄培莲, 杨君华

【摘要】 目的 观察中心静脉导管置入胸腔持续闭式引流后胸腔化疗, 以及改良白天引流后夜间封管并予胸腔化疗 2 种方法的疗效及生活影响。方法 B 超定位后, 置入 16G 中心静脉导管并接引流袋。A 组: 持续闭式引流, 胸水 12 h 小于 300 ml 后予顺铂(DDP)80 mg 胸腔注入, 胸水引流 24 h 大于 50 ml 改用博来霉素 16 mg 胸腔化疗, 如小于 50 ml, 则予拔管; B 组: 12 h 后, 夜间关闭导管并予氟尿嘧啶(5-FU)0.5 g 注入胸膜腔, 胸水引流 24 h 小于 50 ml, 则予拔管。结果 A 组总有效率 85%; B 组总有效率 86.95%。两组疗效差别无统计学意义, P 值 >0.05 。A 组胃肠道反应明显, 由于 5 例须注射博来霉素均有发热, 胃肠道反应、发热差异明显, P 值 <0.05 ; A 组胸水控制后拔管间 4~6 d, B 组控制后拔管间时间 3~4 d。结论 白天引流后, 夜间封管并予胸腔 5-FU 化疗方法, 减少导管阻塞风险, 进一步提高生活质量, 值得临床推广。

【关键词】 恶性胸腔积液; 中心静脉导管; 胸腔置管; 引流; 注药; 护理

【中图分类号】 R472.9 R730.59 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1322-02

恶性胸水为肿瘤患者常见的一种并发症, 大量胸水常出现气促、咳嗽, 严重时危及生命。我科治疗胸水采用 2 种方法: 持续引流干净后, 后再予化疗(以下简称 A 组), 但由于该方法引起患者夜间焦虑、影响睡眠, 经与医师沟通后改用中心静脉导管置入, 白天胸腔闭式引流, 夜间封管, 封管前 5-FU 0.5 g(以下简称 B 组)注入胸腔, 取得满意疗效。

1 资料与方法

1.1 临床资料 我科收治恶性胸腔积液患者, 经病理学或细胞学证实, 经 B 超或 CT 检查有中至大量胸腔积液。A 组 20 例: 其中肺癌 15 例, 乳腺癌 5 例; B 组 23 例: 其中肺癌 18 例, 乳腺癌 5 例。

1.2 治疗方法 A 组: B 超定位后, 置入 16G 中心静脉导管并接引流袋, 持续闭式引流, 胸水 12 h 小于 300 ml 后予 DDP 80 mg 胸腔注入, 胸水引流 24 h 大于 50 ml 改用博来霉素 16 mg 胸腔化疗, 如小于 50 ml, 则予拔管; B 组: B 超定位后穿刺抽液, 置入 16G 中心静脉导管并接引流袋, 12 h 后, 夜间封闭导管并予 5-FU 0.5 g 注入胸膜腔, 胸水引流 24 h 小于 50 ml, 则予拔管。

1.3 疗效评价 按 WHO 制定的标准: 完全缓解(CR), 胸水减少 50% 以上或消失, 症状缓解, 维持 4 周以上; 部分缓解(PR): 胸水减少不足 25% 或不能控制, 且症状不减轻或加重者; 有效率为 CR + PR。

1.4 护理方法

1.4.1 一般护理 术前行彩超定位、血常规、肝肾功能检查, 签署知情同意书, 安慰告知患者, 告知可能出现并发症及注意事项, 告知患者穿刺必要性和安全性, 树立战胜疾病的信心, 以良好心态积极配合治疗。充分准备, 对于全身状况差的患者, 予氧气吸入及背架支持, 天凉注意保暖, 备好所需物品及急救用药。做好配合医生操作, 注意手术中防止乱动及剧烈咳嗽, 必要时口服镇咳药物, 观察生命体征, 如出现剧烈咳嗽、面色苍白、出冷汗、胸闷, 暂时终止操作, 必要时皮下注射肾上腺素, 进行导管固定及无菌操作防止感染、导管脱落, 观察引流是否通畅, 防止导管阻塞, 化疗药物灌注后嘱患者翻身体位保持药物均匀分布; 及时封管。

1.4.2 引流中护理 按医嘱进行引流, 注意观察引流液颜色及记录数量。注意引流速度小于 50 ml/min, 1 h 达 800 ml 后为安全起见关闭导管观察 3 h 再引流, 以免导致纵隔摆动和复张性肺水肿。引流中注意观察心率、呼吸、血压、面色, 如突然出现气促、胸痛、粉红色泡沫痰, 应警惕肺水肿可能, 及时终止操

作及进行抢救。经过我们周密观察及设计, 无肺水肿发生。

1.4.3 影响引流通畅因素 常见原因可能为导管打折, 经过调整均能再通; 一般血性胸水, 由于在胸腔内去纤维蛋白后均不易堵塞导管, 但经过引流, 积液较少后由于胸膜摩擦, 部分患者(包括淡黄色胸水)胸膜腔新鲜出血, 未经去纤维蛋白原的新鲜出血易阻塞导管, 为重要阻塞因素。

1.4.4 心理影响因素 闭式引流影响夜间焦虑、睡眠原因有:

①导管脱落, 经心理疏导后患者可解除, 一般置管后均经缝合, 脱落之前会疼痛会发觉, 即使脱落, 由于穿刺口小, 一般不会引起严重并发症。②引流装置脱落空气进入引起气胸, 尽管我们给予胶布充分粘合, 并留有一定活动距离, 但夜间也不能绝对保证不脱落, 夜间加强巡视, 但夜间值班护士少也是不争的事实。患者认为白天自己清醒, 上班医护人员多, 提供强大医疗及心理保障, 有的患者须家属在旁边观察方能入睡, 也给家属带来影响。经与医师沟通后, 医师认为可考虑夜间封管休息。夜间时间长, 注入对胸膜反应相对小的化疗药物, 不会引起患者包裹性胸腔积液, 可能同时可缩短胸水控制时间, 这也得到临床证实。但药物选择方面要考虑副作用较小, 无疼痛、呕吐等不适; 同时不需水化, 否则影响睡眠, 不达我们夜间封管休息宗旨, 因而 5-FU 进了选择范围。

2 结果

2.1 临床疗效 A 组完全缓解 50%, 部分缓解 35%, 总有效率 85%; B 组完全缓解 56.52%, 部分缓解 30.43%, 总有效率 86.95%。两组疗效比较差别无统计学意义, P 值 >0.05 。A 组胃肠道反应明显, 由于 5 例须注射博来霉素均有发热, 胃肠道反应、发热差异明显, P 值 <0.05 ; 骨髓抑制无明显差别。A 组控制后拔管间 4~6 d, B 组控制后拔管间时间 3~4 d。

2.2 夜间焦虑、睡眠影响 A 组 12 例, B 组 4 例; 睡眠时间: A 组夜间睡眠时间大于 6 h 8 例; B 组夜间睡眠时间大于 6 h 16 例。

2.3 导管阻塞 A 组需使尿激酶溶解栓子 2 例, 其中 1 例未能再通, 需再次穿刺。

3 讨论

恶性胸腔积液是指原发于胸膜肿瘤或肿瘤转移至胸膜引起的胸液, 约 50% 的肿瘤转移患者有恶性胸水, 10% 患者胸水为首发症状^[1], 往往采用一次性抽液, 由于引流不彻底, 胸腔内药物被稀释未能达到有效浓度, 达不到治疗效果^[2], 经过改进使用中心静脉置管闭式引流安全性能好、置管操作简单、并发症少等优势^[3]且适应性广, 特别适用于积液量大, 多部位积液、难治性积液及老年人、明显恶液质的恶性癌症患者^[4], 我院开展中心静脉置管改良引流方法达到较好效果及提高患者生活

作者单位: 537000 广西玉林市红十字会医院放疗科
通讯作者: 杨谨, 电子信箱: chenaming@tom.com

质量^[5-6],故目前大部分医务工作者采用中心静脉导管置入胸膜腔^[7-8],操作简单,长期留置,不受体位限制,且白天引流夜间封管方法进一步提高生活质量^[8],明显改善睡眠时间 & 质量。

目前研究化疗药物对胸水控制作用,主要依赖于化疗药物抗癌作用及药物的胸膜反应。DDP 和 5-FU、博来霉素等均为恶性胸腔积液的常规用药,但 DDP 大剂量使用,有肾毒性及胃肠道反应,临床上为减轻肾毒性需水化,且由于肾毒性常限制其使用量,短时间不能重复;换用博来霉素后常见副作用为发热。5-FU 每天给药法,作为周期特异性药物更有优势,且患者不需水化及无明显胃肠道反应。白天引流,便于观察,一旦发现引流不畅,短时间阻塞经及查找原因后,生理盐水冲管均能保证通畅。一般原因可能导管打折,也可能积液较少,积液较少后由于胸膜摩擦,部分患者(包括淡黄色胸水)可能出现出血,未经去纤维蛋白原的新鲜出血阻塞导管后,如时间久即使尿激酶溶解栓子,再通可能也非常低,加重患者经济负担及面临再次置管可能。白天引流夜间封管,加强观察有效减少阻塞风险。

改良方法后能有效防止导管阻塞,防止使用尿激酶等药物,减轻患者经济负担,及有效防止溶栓未通需要重新置管风险;另外通过每天给周期性抗肿瘤药物,发挥了作为周期特异性药物优势,迅速控制胸水,因此白天引流夜间封管方法,更值

得临床推广。

参考文献

- [1] 王衍富,张芳.恶性胸腔积液的诊疗进展[J].实用心脑血管病杂志,2006,14(9):681-682.
- [2] 李建军,麻青.沙培林联合顺铂腔内给药治疗恶性胸腔积液[J].实用全科医学,2006,4(3):306-307.
- [3] 麻成方,魏春勇,汪礼旭,等.A型链球菌制剂联合顺铂治疗恶性胸水疗效分析[J].中华全科医学,2009,7(6):602-603.
- [4] 孙祥,王为民,黄孟芹.中心静脉导管置入治疗恶性胸腔积液观察[J].实用全科医学,2004,2(3):306-307.
- [5] 陈卓明,黄祖栋,何晓红,等.恶性胸水化疗后胞必佳治疗疗效观察[J].实用肿瘤学杂志,2006,20(5):408-409.
- [6] Zhuoming Chen, Zudong Huang, Xiaohong He. Observation of the curative effect between Nocardia rubra cell wall skeleton-injection combined with the intrapleural chemotherapy and following the intrapleural chemotherapy [J]. Chinese-German Journal of Clinical Oncology, 2007,6(4):402-405.
- [7] 宋晓燕.中心静脉导管胸腔置管引流治疗恶性胸腔积液 80 例临床护理[J].齐鲁护理杂志,2010,16(8):67-69.
- [8] 单太华,张成姝,宓贵萍.经外周导管中心静脉置管技术治疗恶性胸腔积液 48 例临床护理[J].齐鲁护理杂志,2010,16(2):71-73.

(收稿日期:2012-09-10)

(上接第 1180 页)

DN)作为糖尿病(diabetes mellitus, DM)最常见的并发症之一,是导致终末期肾病(end stage renal disease, ESRD)的常见病因,随着 DM 发病率的上升,这一比率将会进一步升高,早期诊断及早期治疗,是改善 DN 患者远期预后的关键^[3]。Ⅲ期为早期肾病期,尿白蛋白排泄率(UAER)30~300 mg/24 h,临床易于检出,在此期寻找有效的干预措施及早治疗,或有利于防止肾病的恶化。此期的病理生理改变为肾小球毛细血管基底膜增厚^[4]。肾脏的损害与高压、高灌注、高滤过有直接的关系^[5]。如在此期使用的药物能平衡入球小动脉与出球小动脉的灌注,或阻止基底膜增厚,将有助于减少肾损害。此次临床观察提示使用法舒地尔后糖尿病肾病患者的 UAER 明显降低,这与法舒地尔的药理作用有关。法舒地尔的机制为抑制肌浆球蛋白磷酸激酶激活肌浆球蛋白氢链的去磷酸化^[6],抑制其他缩血管物质,阻止 Ca²⁺内流^[7];阻碍无 Ca²⁺时由脱氢肾上腺素或前列腺素所致的血管收缩;增加烟酰胺腺嘌呤二核苷酸磷酸的形成,抗氧自由基^[8];抑制细胞骨架蛋白的降解,抗细胞凋亡作用;Rho 激酶抑制剂制制炎症细胞^[9],有抗炎作用;增加 cNOS 表达,促 NO 生成;降低血液粘稠度,防止血小板聚集改变血流变学。在糖尿病肾病中,高血糖激活 Rho/Rho 激酶^[10],导致纤维蛋白连接素上调,法舒地尔抑制该通路可减缓基底膜增厚,有效治疗糖尿病肾病。

由于此次临床观察时间较短(2周),基底膜的改变在短时间内不会有太大的改变,故考虑 UAER 下降与法舒地尔抑制肌浆球蛋白磷酸激酶激活肌浆球蛋白轻链的去磷酸化,舒张平滑肌,扩张肾小球出球小动脉,降低肾小球内压力关系大。对照组的 UAER 轻微

下降,无统计学意义($P > 0.05$),考虑下降与治疗后的血糖达标有关,但观察时间短,而血糖达标后对肾脏的保护作用的体现需要较长时间才能反映出来。此次临床观察提示法舒地尔能有效地在较短时间内减少早期糖尿病肾病的尿白蛋白,有利于在早期延缓糖尿病肾病的发展。

参考文献

- [1] 陆再英,钟南山.内科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2011:776-779.
- [2] 李志军.尿微量蛋白测定早期诊断糖尿病肾病的价值[J].华西医学,2010,25(5):975.
- [3] 曾彩虹.糖尿病肾病肾活检的临床意义及指征[J].肾脏病与透析肾移植杂志,2011,20(4):346-347.
- [4] 王秀丽,戴立志,张秀香.转化生长因子 $\beta 1$ 和内皮素 1 与糖尿病肾病的相关性[J].中国综合临床,2013,29(4):377-378.
- [5] Mogensen CE. Prediction of clinical diabetic nephropathy in IDDM patients [J]. Diabetes, 1990,39(7):761-767.
- [6] 蒋春芳.法舒地尔注射液治疗缺血性脑卒中疗效观察[J].河北医学,2008,14(11):1367-1368.
- [7] 张曼,王文刚,曾定尹.法舒地尔对心力衰竭大鼠血流动力学和心肌细胞内钙离子浓度的影响[J].中国新药与临床杂志,2006,25(1):33-36.
- [8] 武多娇,张怡,高平进,等.法舒地尔抗动脉粥样硬化作用及其机制[J].中国临床药理学杂志,2010,19(2):69-74.
- [9] Nguyen H, Chiasson VL, Chatterjee P, et al. Interleukin-17 causes rho-kinase-mediated endothelial dysfunction and hypertension [J]. Cardiovasc Res, 2013,97(4):696-704.
- [10] Parikh VN, Jin RC, Rabello S, et al. MicroRNA-21 integrates pathogenic signaling to control pulmonary hypertension: results of a network bioinformatics approach [J]. Circulation, 2012, 125 (12): 1520-1532.

(收稿日期:2013-01-06)

经桡动脉行冠状动脉介入治疗的临床护理

万静, 解霞

【摘要】 目的 观察经桡动脉穿刺行冠状动脉介入治疗(PCI)的护理效果。方法 回顾性分析 2007 年 1 月-2010 年 7 月在蚌埠市第三人民医院心内科住院采用经桡动脉穿刺行 PCI 治疗的 210 例患者临床资料,包括护理措施:心理护理、有效的护患沟通、术前护理、术后严密监测心率、心律、血压,密切观察有无并发症发生,积极实施干预,使疾病得到有效的治疗和尽早康复。结果 210 例患者中有 8 例出现穿刺处渗血,3 例出现牙龈出血,2 例出现高迷走神经反射。结论 经桡动脉穿刺行 PCI 治疗可显著减少出血并发症的发生,同时对患者实施有效的心理护理、正确的语言沟通、积极的术前、术后观察与护理,减少了 PCI 治疗术后的并发症,从而提高了治疗的成功率。

【关键词】 桡动脉;PCI;护理

【中图分类号】 R473.5 R543.3 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1324-02

医学技术在日新月异的发展着,现在越来越多的冠心病患者进行了介入治疗(PCI)。它可明显改善冠心病患者的心肌缺血症状,改善患者的生活质量,延续生命。本文回顾性总结了 2007 年 1 月-2010 年 7 月在我院心内科 210 例经桡动脉穿刺行 PCI 术患者的护理体会如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2007 年 1 月-2010 年 7 月 210 例患者在我院心内科经桡动脉穿刺行 PCI 治疗术,其中男性 115 例,女性 95 例,年龄 35~85 岁,均采用单侧桡动脉穿刺法,其中心肌梗塞 120 例,不稳定型心绞痛 70 例,冠心病 20 例,患者桡动脉搏动良好 Allen 实验阳性。

1.2 手术方法 患者平卧位,右上肢自然平伸外展 30°,选桡骨茎突近端稍上方桡动脉搏动最强处为穿刺点,消毒后利多卡因局部麻醉,seldinger 法穿刺右侧桡动脉成功后置入 6F 血管鞘,鞘内注入肝素、硝酸甘油预防血管痉挛,选用 6F 造影导管送至左、右冠状动脉口行冠脉造影,确定病变部位后,将导引钢丝送入所要扩张的血管远端后,置入球囊至狭窄处进行扩张,选择适当大小直径的冠状动脉内支架。术后严密观察病人的病情变化,针对存在的护理问题,给予实施相应的护理措施。

1.3 护理方法

1.3.1 术前护理

1.3.1.1 有效地沟通与心理护理 PCI 术费用昂贵加之大部分患者对该手术认识模糊,担心手术是否能成功,而致其产生恐惧、焦虑、紧张等不良心理^[1],这种心理情绪会使血压升高、心率加快,易引起血管痉挛^[2],直接增加手术的难度。因此护理人员应根据患者的具体病情以及检查项目、治疗方案等向患者进行介绍,并针对该疾病现阶段的治疗水平、技术方法、医务人员对技术的掌握程度以及手术简要过程、注意事项等进行讲解^[3],从而使患者对 PCI 术有一定的清晰认识,达到减轻或消除恐惧、焦虑、紧张心理的目的,并能接受和主动配合 PCI 治疗。

1.3.1.2 术前准备 术前做好各项常规检查包括血常规、尿常规、生化常规、出凝血时间、心电图、胸部正位片、心脏彩超等,同时配合医生做好手术指征的筛查工作^[4],患者术前需行 Allen 试验,Allen 试验阳性者方可行经桡动脉穿刺 PCI 治疗^[5]。术前 1 日晚口服抗凝药物:拜阿斯匹林 300 mg,氯吡格雷原研 300 mg 口服,睡眠欠佳者,酌情给予安定药物镇静,保持病室安静,以保证患者充分休息、良好睡眠。术前常规给患者左上肢留置静脉套管针,以备术中静脉用药。

1.3.1.3 术前指导 护士对患者的生活、饮食习惯进行了解,

对于不良的生活、饮食习惯进行纠正,指导其避免食用辛辣、生、冷食物,宜食用清淡、易消化及高纤维素食物,手术当日不禁食,但要求其进食五分饱,同时禁止抽烟、饮酒,进入介入室前患者需排空大小便,避免术中憋尿,以减少术中血压的变化。

1.3.2 术后护理

1.3.2.1 一般护理 患者术后入住 CCU,予心电血压监护,密切观察生命体征变化,随时记录心率、心律、血压及呼吸的变化;严密观察术侧肢体皮肤温度、颜色、末梢血运情况等,饮食应清淡、易消化、半流质食物。

1.3.2.2 术后并发症的观察与护理 ①术后协助患者取舒适体位,嘱患者术侧肢体制动、适当抬高,避免屈腕动作,穿刺点弹力绷带压迫 12~24 h,预防出血的发生。②术后鼓励患者多饮水,术后 12 h 内饮水量应 1~2 L 左右,不能饮水者可行静脉补液水化治疗,以促进造影剂的排泄^[6],避免造影剂肾病的发生。③冠状动脉损伤的并发症包括冠状动脉急性闭塞、冠状动脉穿孔和心包填塞,此是 PCI 治疗的最严重并发症,因此护理人员应主动与患者及其家属交流,重视患者的主诉,若诉有胸闷、胸痛、呼吸困难等,应立即通知医生,并迅速配合抢救。④ PCI 治疗术后拔管时的过度迷走神经反射是一种少见但很危险的并发症,及时发现和快速处理至关重要,拔出鞘管前应充分与患者交流,缓解或减轻恐惧、焦虑,齐备阿托品、肾上腺素、多巴胺、硝酸甘油等抢救药品,给予吸氧,置除颤仪于病床边备用,拔管时一旦患者出现心慌、恶心、呕吐、面色苍白、表情淡漠、大汗、头晕、血压下降、脉搏细速并减慢应立即给予快速补液,静脉推注阿托品、多巴胺等,并监测血压、心率、心律,应用硝酸酯类药物时要严格控制滴速,安抚患者、及时做好护理记录。⑤注意观察有无前臂筋膜综合症发生,表现为穿刺侧前臂组织紧张,屈拇及屈指无力,皮肤麻木、疼痛等,一旦出现,即通知医生处理,并将患者穿刺侧上肢抬高 30°。

1.3.2.3 抗血小板药物应用及出血的观察 替罗非班是一种特异性的血小板糖蛋白(GP) II b/III a 受体拮抗剂,其作用环节在血小板聚集的最后通路可以彻底地抑制血小板聚集,防止血小板形成,改善血脉血流,减少术后再发生梗死。患者术后未拔除动脉鞘管,根据体重给予替罗非班泵入,维持 24~36 h,替罗非班泵入期间应密切观察微量泵注射是否正常,有异常报警及时处理。主要出血及相应处理:①桡动脉穿刺处渗血。本组有 8 例病人发生桡动脉穿刺处渗血情况,立即通知医生给予穿刺部位重新加压包扎,5 例患者穿刺处仍有少量渗血,遵医嘱暂停替罗非班泵入,做好病人的心理护理,解除其恐惧。②本组有 3 例患者出现牙龈出血,嘱患者清水漱口并给予局部棉球压迫,密切观察出血有无增多,给予适当的心理护理,解除焦虑,6 h 后出血均已停止。

作者单位:233000 安徽省蚌埠市第三人民医院心内科

通讯作者:万静,电子信箱:yameng2050@yeah.net

· 全科护理研究 ·

护理干预在婴幼儿雾化吸入中的临床应用

陈昌粹, 魏桂芝

【摘要】 目的 探讨护理干预对婴幼儿雾化吸入治疗依从性的影响。方法 将 100 例进行雾化吸入的患儿随机分为观察组和对照组各 50 例, 对照组给予常规健康教育, 观察组在常规健康教育基础上, 再给予全面系统的护理干预。包括根据婴幼儿年龄及性格特点进行的心理疏导、放松疗法。家长的认知干预, 告知家长雾化吸入的目的、方法, 使其配合治疗。行为干预: 规范指导雾化吸入的操作方法、雾化药液药量、雾化时间、雾化吸入时患儿的体位及时机选择、雾化后的注意事项、消毒隔离等。结果 两组患儿雾化吸入时所伴随的情绪变化比较, 观察组 48 例依从性好, 占 96.00%, 对照组 30 例依从性好, 占 60.00%, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。结论 护理干预能提高婴幼儿雾化吸入的依从性。

【关键词】 护理干预; 婴幼儿; 雾化吸入; 依从性

【中图分类号】 R473.72 R725.6 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1325-02

雾化吸入是临床上治疗呼吸道疾病较常用的辅助治疗方法。常用的有高压泵雾化吸入、简易雾化罐雾化吸入等。通过雾化吸入, 药物能在呼吸道内形成较高的浓度, 达到湿化气道、止咳、化痰、解痉、消炎的作用^[1]。雾化吸入疗法具有用药量少、副作用小、起效迅速等优点, 而且操作简单, 护理人员易于掌握, 临床疗效肯定, 现已广泛地应用于支气管肺炎、毛细支气管炎等呼吸系统疾病的治疗。在儿科, 由于患儿认知能力差, 再加上其家长对疾病及药物知识认知不足或一知半解, 很大程度上影响了婴幼儿雾化吸入治疗的依从性, 制约着雾化吸入在临床的应用, 也影响着支气管肺炎、毛细支气管炎等疾病的康复。我科 2011 年 11 月 - 2013 年 1 月通过对患儿的心理干预、家长的认知干预、患儿及家长的行为干预, 极大提高了婴幼儿雾化吸入的依从性, 现报道如下。

作者单位: 231600 安徽省肥东县人民医院儿科
通讯作者: 陈昌粹, 电子信箱: 1015773164@qq.com

2 结果

210 例冠心病患者经桡动脉穿刺法行 PCI 术后有 8 例患者出现桡动脉穿刺处渗血和 3 例患者牙龈出血, 原因是应用抗血小板药物或因患者腕部活动所致, 经肢体制动, 停用抗血小板抑制剂, 3 例患者重新加压包扎后渗血停止。有 2 例患者出现迷走神经反射表现, 经及时发现和处理后, 患者症状消失, 病情稳定, 无心脏事件、桡动脉栓塞、动-静脉瘘发生。

3 讨论

随着疾病谱的改变, 冠心病发病率越来越高, PCI 术已经成为治疗冠心病的重要手段, 以往主要采用股动脉穿刺法, 但是此法需制动卧床至少 24 h, 易产生腰酸、背痛等不适, 术后排尿困难、穿刺处出血几率也多于桡动脉穿刺法, 开展经桡动脉途径行 PCI 治疗具有以下特点: ①术后并发症发生率较低, 恢复快, 止血方便, 患者无需长时间卧床和被动体位, 痛苦少, 除腕部制动外, 无其他特别制动, 避免了长时间卧床导致的尿潴留、腰背酸痛、腹胀等不适; 缩短了住院时间, 减少了住院费用, 因此患者易于接受手术。②术后观察、护理方便。由于桡动脉穿刺大多在右上肢, 所以观察时不需过多暴露病人即可观察穿刺处出血、渗血, 肢体、末梢血运情况, 方便了护士进行观察和护理, 优化了护理程序, 提高了工作效率。虽然大量临床资料证实经桡动脉穿刺行 PCI 术优于经股动脉穿刺行 PCI 术, 但是经桡动脉穿刺行 PCI 术患者仍有并发症发生的可能, 如桡动脉痉挛, 桡动脉闭塞, 出血、血肿和栓塞等等。

通过对 210 例患者经桡动脉穿刺法行 PCI 术的护理实践, 笔者认为在以后的护理中我们应充分发挥语言在医疗中的心

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择 2011 年 11 月 - 2013 年 1 月在我科住院并进行雾化吸入的婴幼儿 100 例, 男 75 例, 女 25 例。随机分为观察组和对照组, 每组各 50 例。支气管肺炎 82 例, 毛细支气管炎 8 例, 喘息性支气管炎 7 例, 喘息性肺炎 3 例, 均无呼衰、心衰等并发症。两组患儿年龄、性别、疾病及临床用药方面差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 护理方法 两组患儿均采用输液、抗感染、抗病毒、雾化吸入等综合治疗。对照组: 常规进行入院宣教, 指导患儿及家长配合治疗, 不合作或哭闹较剧烈时暂停。观察组: 在常规护理的基础上, 实施护理干预。

1.2.1 心理干预 ①根据患儿的年龄、心理和生理特点, 进行耐心细致的心理疏导, 激发其正性行为。护理人员在与患儿及家长第一次接触时应面带微笑, 用亲近、温和的语言和肢体动作, 实施充分的护患沟通, 既体现对患儿的爱护与尊重, 也可增

理保健和心理治疗作用^[7], 术前、术后应注重护理行为的关怀性, 为患者提供帮助, 建立并保持信任关系, 支持和保护良好的医疗环境, 鼓励患者情感的表达, 帮助其树立信心^[8]。同时收集疾病知识、治疗方法和健康教育资料, 耐心向患者及其家属讲解或请其他术后患者现身说法, 消除患者对冠心病行 PCI 治疗的畏惧心理和模糊认识, 减少影响手术的不利因素, 从而使患者以良好和积极的心态接受并配合经桡动脉穿刺行 PCI 术、减少并发症发生, 提高手术治疗的成功率。

参考文献

- [1] 潘慧. 老年冠心病患者介入治疗的围手术期护理[J]. 哈尔滨医药, 2011, 31(3): 229.
- [2] 姜百玉, 刘建庄. 经桡动脉和股动脉穿刺行冠状动脉介入治疗的临床观察[J]. 中国实用护理杂志, 2005, 21(5): 35-36.
- [3] 李琰. 冠心病介入诊疗术后血管并发症的原因分析及护理对策[J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(17): 22-23.
- [4] 吴其明, 胡宏宇, 宋毓青, 等. 经桡动脉冠状动脉介入治疗急性心肌梗死疗效分析[J]. 中国基层医药, 2011, 18(18): 2521-2522.
- [5] 胡大一, 马长生. 心脏病学实践. 2006——规范化治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 266-271.
- [6] 秦小金. 经皮冠状动脉介入术后常见并发症的预防及护理[J]. 中国实用护理杂志, 2012, 28(27): 29-30.
- [7] 吴灿, 黄丽, 蔡奕宏. 经桡动脉行冠状动脉介入治疗冠心病的护理干预疗效[J]. 实用临床医药杂志, 2013, 17(2): 48-50.
- [8] 郜玉珍, 郑洁, 赵丽, 等. 心脏介入治疗患者对护理行为关怀性评价的调查研究[J]. 中国护理管理, 2009, 9(10): 34-36.

(收稿日期: 2012-11-02)

进家长及患儿对护士的亲近和信任^[2]。根据患儿的年龄和发育水平采用语言和非语言沟通技巧,拉近与患儿的距离,增进感情,消除其恐惧感,使患儿易于接受。雾化吸入时一直陪在患儿身边。同时,注意观察患儿的面色、咳嗽、呼吸等病情变化。操作结束时对患儿的表现给予赞许和肯定,对一些配合好的患儿还可以准备一些玩具汽车、玩具火车、玩具娃娃等予以奖励。②放松疗法:雾化吸入时让家长将患儿抱入怀中,使其有安全感;分散患儿的注意力,使其情绪放松,如讲故事、唱儿歌或根据婴幼儿不同年龄阶段的音乐喜好选择播放合适的乐曲^[3],或准备色彩鲜艳形态各异的玩具等。

1.2.2 认知干预 针对家长对疾病及药物知识的缺乏,操作前护理人员向家长讲解疾病的病理特点、临床表现、雾化吸入治疗的作用和机理,提高家长的认知度,使其对治疗充满信心。根据临床经验,患儿雾化吸入依从性的好坏相当程度上与家长的支持与配合有关。部分家长对雾化吸入治疗机理认识不足,认为只有输液或吃药才对疾病有效^[4]。因此,应详细向家长介绍雾化吸入治疗的目的、方法及其在疾病治疗中的作用,提高家长对疾病及治疗方法的认识,以科学的态度、良好的耐心配合治疗^[5]。

1.2.3 行为干预 ①指导规范操作:雾化器内药液 3~4 ml,吸入时间不宜过长,以 10 min 以内为宜。过长时间的雾化吸入可能导致湿化过度,超过气管和肺组织对水分的清除能力,导致痰液生成过多,严重者甚至出现肺水肿^[6]。一律采用面罩吸入,面罩不宜紧贴面部,临床实际工作中发现面罩紧贴面部增加患儿的抵触情绪,有的甚至打翻药物。面罩距离面部不超过 1 cm 为宜。雾化罐与地面垂直,使药液被充分震动变成雾化微粒。雾化过程中,避免晃动致药液起泡沫,使气雾量减小,延长雾化时间,而增加患儿的抵触情绪。雾化吸入前护理人员均常规向家长告知雾化吸入的目的、方法、注意事项等,最好选择坐位或半坐位,此体位有利于药物沉积到终末细支气管,仰卧位潮气量较小,不利于吸入治疗^[7-8]。≤1.5 岁的婴幼儿由家长抱坐,>1.5 岁的婴幼儿家长抱坐或自坐。结束后,清洗残留在患儿面部的药液以减少对面部皮肤的刺激。及时协助患儿用清水漱口,对于不能正确漱口的患儿也可用喝水代替漱口,尽量清除咽喉部药物沉积,减少副作用的发生^[9]。②尽量选择患儿入睡或安静的状态下进行雾化吸入,避免因患儿哭闹时吸气短促致雾粒难以进入呼吸道深部而影响治疗效果^[10]。指导患儿深呼吸,呼吸频率不宜太快,年龄偏小的患儿可采取玩具、逗笑等措施,使患儿呼喊作语,克服啼哭后的双吸气,使吸入气量最大,而且气雾微粒易于进入呼吸道深部^[11]。③面罩一人一用,用后放入 500 mg/L 的“84”液中浸泡 30 min,流动水冲净晾干备用。进行雾化吸入的护士操作前后均要做好手卫生,也可用洁肤柔涂抹双手代替洗手,以防交叉感染。

1.3 判断标准 依从性好:吸入次数 7 次以上,患儿无哭闹及抵触,能够配合医护人员完成雾化吸入治疗。依从性中等:吸入次数 4~7 次,治疗过程中偶有哭闹,基本完成雾化吸入治疗。依从性差:吸入次数不足 4 次,治疗过程中哭闹,被迫间断完成或吸入过程中哭闹不止,极力抗拒,无法进行治疗。

1.4 统计学方法 数据采用 Mann-Whitney 秩和检验。

2 结果

观察组与对照组患儿雾化吸入治疗依从性比较,观察组 48 例依从性好,占 96.00%,对照组 30 例依从性好,占 60.00% ($U_c = -5.10, P < 0.01$),详见表 1。两组患儿雾化吸入治疗依从性差的原因见表 2。

3 讨论

雾化吸入是以不同的雾化器利用气体射流的原理将气体撞击成微小颗粒,悬浮在气体中,通过呼吸进入呼吸道,进行局

部湿化。在婴幼儿支气管肺炎、毛细支气管炎等疾病治疗中具有重要的意义。我科在治疗过程中雾化液中加入的药物有 α-糜蛋白酶、必漱平、布地奈德、特布他林等,以达到化痰、止咳、解痉、平喘等局部治疗的目的,从而减少了全身给药的毒副作用,在临床被广泛应用。

表 1 观察组和对照组患儿雾化吸入治疗依从性的比较 (n, %)

组别	n	依从性好	依从性中等	依从性差	有效率
观察组	50	42(84.00)	6(12.00)	2(4.00)	48(96.00)
对照组	50	18(36.00)	12(24.00)	20(40.00)	30(60.00)

表 2 观察组和对照组患儿雾化吸入治疗依从性差的原因分析 (n, %)

组别	n	家长雾化知识缺乏	家长对治疗缺乏信心	疗效不理想	患儿哭闹拒绝治疗
观察组	50	0	0	1(2.00)	1(2.00)
对照组	50	2(4.00)	4(8.00)	7(14.00)	7(14.00)

依从性是指患者在医疗过程中的行为与临床医嘱的符合程度,为遵循医嘱的行为活动^[12]。婴幼儿处于生理、心理发育的特殊时期,认知能力差。对接受口咽部有一定刺激的雾化吸入治疗,常不能配合,一般表现为哭闹不安。另外雾化治疗仪所产生的噪音可能使患儿产生恐惧心理,常不易配合。护理干预是护理人员为促进病人康复而采取的各种护理措施。雾化吸入过程中,护士给予耐心的正确指导,严密的观察,细心的护理,提高患儿对雾化吸入治疗的依从性,保证雾化吸入达到良好的治疗效果。从表 2 的原因分析中可以看出,认知干预使家长明确了雾化吸入治疗的优越性及必要性,对治疗充满信心;心理干预和行为干预,使患儿身心愉快,最大限度地减少了患儿的不良情绪及不适应行为,家长的积极配合对患儿起到良好的心理支持作用,治疗效果也令人非常满意;面罩专人专用,一用一消毒,降低了医院感染的发生率。

总之,通过上述护理干预的方法,观察组 48 例能完成治疗,有效率达 96.00%。此干预方法简单,护理人员易于掌握,临床效果显著,值得在儿科推广应用。

参考文献

- [1] 赵桂芹,吴海霞. 雾化吸入治疗以咳嗽为主要症状的呼吸系统疾病疗效观察[J]. 中华现代儿科学杂志,2005,2(2):114.
- [2] 陈红梅. 沟通技巧在儿科病房中的应用[J]. 护理实践与研究,2007,4(1):66-67.
- [3] 马梦玲,曾月嫦,钱自萍. 音乐在婴幼儿雾化吸入中的应用[J]. 护理学杂志,2010,25(3):36-37.
- [4] 刘力行,郑菊映. 持续护理干预对雾化吸入治疗小儿哮喘过程[J]. 现代临床医学生物工程学杂志,2005,11(4):359-360.
- [5] 沈桂荣,燕东海,邢海云,等. 急性喉炎雾化吸入患儿依从性差的原因分析与对策[J]. 齐鲁护理杂志,2006,12(10A):1959.
- [6] 程世晴. 实用临床护理“三基”操作篇[M]. 南京:东南大学电子音像出版社,2008:46.
- [7] 王萍,余浪. 布地奈德雾化吸入治疗小儿急性喉炎的治疗及护理[J]. 当代护士,2012,11(学术版):58.
- [8] 陆卫,赵雪频,孙海英. 护理干预对雾化吸入治疗小儿哮喘疗效及依从性的影响[J]. 中国基层医药,2013,20(01):143-144.
- [9] 成秀玲. 雾化吸入布地奈德治疗儿童哮喘 84 例的疗效观察及护理[J]. 实用临床医药杂志,2009,5(18):34,36.
- [10] 肖春霞. 小儿雾化吸入治疗护理[J]. 当代护士,2012,4(专科版):67.
- [11] 程小芳. 小儿氧驱动雾化吸入护理体会[J]. 安徽职业技术学院学报,2012,6(11):70.
- [12] 丁小丽. 护理干预对白血病患者缓解期巩固化疗依从性的影响[J]. 临床护理杂志,2007,6(4):47-48.

(收稿日期:2013-02-08)

· 全科护理研究 ·

急性心肌梗死患者的护理体会

杨宏华

【摘要】目的 探讨急性心肌梗死患者合理有效的护理措施,寻求急性心梗患者的护理新方法。方法 选择光山县中医院 2011 年 6 月-2012 年 6 月住院的 35 例急性心梗患者进行积极的治疗护理,急诊抢救期,迅速准确地完成各项护理操作,随时医护沟通,精心的病情监护,客观、真实、准确的护理记录;持续治疗期,进行生活护理、心理护理、用药护理、饮食及二便的护理;同时对患者及家属进行正确的健康指导等有效的护理措施。**结果** 35 例急性心梗患者经过积极合理的治疗和护理,其中痊愈 10 例,好转 23 例,转上级医院 2 例,患者及家属对治疗及护理均较满意。**结论** 积极地配合医生进行治疗抢救,精心的监护患者病情,细心有效地实施护理,能降低患者的病死率,减少并发症的发生,对促进患者康复起到非常重要作用。

【关键词】 急性心肌梗死;护理措施

【中图分类号】 R542.22 R473.5 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-4152(2013)08-1327-02

急性心肌梗死(AMI)是由冠状动脉的急性闭塞引起的血流急剧减少或中断,导致局部供血区发生的心肌细胞坏死。起病急,病死率高^[1]。有资料显示,美国每年约 80 万人发生 AMI,45 万人再梗死^[2]。随着人们生活水平的不断提高和社会压力的增大,AMI 的发病率呈上升趋势,给社会和家庭带来了沉重负担。AMI 的恢复程度与梗死面积有关,也与护理人员的精心护理密切相关。我院自 2011 年 6 月-2012 年 6 月收治的 35 例急性心梗患者治疗及护理效果满意,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2011 年 6 月-2012 年 6 月我院共收治急性心梗患者 35 例,其中男性 30 例,女性 5 例,年龄 39~78 岁,平均 58.6 岁,平均住院时间 23 d。所有患者诊断均符合 AMI 诊断标准。

1.2 护理措施

1.2.1 急诊抢救期的护理 来院患者急入监护室行心电图、血压、血氧饱和度、呼吸等监测,同时保持呼吸道通畅,迅速开放静脉通道,持续高浓度吸氧,后根据病情可改持续中低流量吸氧,每日更换鼻导管及蒸馏水^[3]。床旁备好呼吸机、气管插管等相关物品,急救车常备有效期内溶栓或抗凝药品,电击除颤仪等,护士要积极配合医生的抢救和治疗,遵医嘱高效完成各项护理操作,及时向主管医生通报患者的病情动态变化,并根据医嘱定时抽血复查血清心肌坏死标志物^[4]。

1.2.2 持续治疗期的护理

1.2.2.1 生活护理 保持病房安静,限制亲属探视,使患者充分休息。协助患者肢体被动运动,避免肢体血栓形成,协助患者翻身预防褥疮,每天用热毛巾擦洗和按摩褥疮易发部位皮肤,动作需轻、缓、柔,同时注意保暖。告知患者第 1 周可床上轻微活动,2~3 周可床旁站立、穿衣,在病房内缓慢行走,4 周可在病房外走廊活动,并注意根据病情程度调整活动量。

1.2.2.2 心理护理 急性心梗起病急,患者有濒死感或窒息感,会产生紧张恐惧的应激心理反应。特别是在急性心梗发生的早期,发病 3 d 内的焦虑水平明显高于 7 d^[5]。因此可按医嘱给予止痛、镇静等药物,根据患者的不同心理状态,采用适当的语言安抚或者运用触摸护理,亲切、热情做患者及家属的解释工作^[6],使患者消除恐惧心理,配合医护人员完成治疗。对老年急性心梗患者要用通俗易懂的语言向其讲述治疗过程中的注意事项,使其要有战胜疾病的信心,同时了解相关治疗的重要性。

1.2.2.3 用药护理 急性心梗患者应严格掌握输液量及输液速度,患者溶栓或抗凝治疗中,应密切观察患者有无皮肤出血

点,有无牙龈出血,有无大小便颜色的异常,有无生命体征的异常;使用硝酸酯类的患者应监测血压,如果患者的收缩压大于 12.0 kPa(90 mm Hg,1 mm Hg=0.133 kPa)可考虑静脉应用硝酸甘油;若收缩压小于 12.0 kPa,则应在观察下给一个剂量的硝酸甘油舌下含化,进行实验性治疗。如硝酸甘油可使患者的心绞痛症状缓解,且对血压无明显影响,则可静脉给予硝酸甘油,并在用药最初几分钟内严密观察患者血压等生命体征^[7]。应用硝酸甘油时需注意两点:一是硝酸甘油可加重通气-灌注血流比例快调程度,加重低氧血症,因此合并有肺部疾病的患者应慎用,二是下壁心肌梗死时,应用硝酸甘油时应极其慎重。

1.2.2.4 饮食及二便护理 急性心梗患者进食应给予低脂、低胆固醇、高维生素、清淡易消化的半流质饮食,宜少食多餐,不宜过快、过烫。可食用富含纤维素的蔬菜水果,防止因卧床和用镇痛剂致胃肠蠕动减弱而引起的便秘;排便摒气时腹压增大加重心脏负担,可诱发心律失常、心衰等并发症,若患者有便意却难以解出大便时,应根据情况给乳果糖口服或番泻叶泡水当茶饮,也可肛内纳入开塞露,指导患者养成定时排便的习惯,病情允许时尽量让患者蹲式排便,排便时应有人守护,严密观察病情,还可先给患者吸氧或口服硝酸甘油,以减少并发症的发生^[8]。心梗患者初期应尽量嘱其卧床排尿,因原发病致尿潴留者可留置尿管导尿。

1.3 保护及促进健康的护理 ①心梗一旦发生,立即让患者安静平卧或休息,勿走动,更不可搬动患者,同时舌下含服硝酸甘油,若发生心跳骤停,在其胸骨下段用拳头叩击,或进行人工呼吸及胸外挤压抢救。②警惕不典型心梗。有些患者心梗极不典型,如出现反射性牙痛、胃痛等,遇到此种情况,要提高警惕,以防病情复发^[9]。③日常生活中注意控制自己的情绪,不要激动,避免过度劳累,勿受凉感冒,戒烟、酒、茶等。④指导患者进行适当的体育锻炼,以有氧运动为主,勿过度耗氧,逐渐增加活动量,如出现呼吸短促、眩晕、心悸等,要立即停止活动,安静休息。

2 结果

35 例急性心梗患者经过积极合理的治疗和护理,其中痊愈 10 例,好转 23 例,转上级医院 2 例,患者及家属对治疗及护理均较满意。

3 讨论

急性心肌梗死是心血管内科较常见的重症之一,患者起病急,病情发展快,很多患者往往因治疗不及时猝死。发病期常并发恶性心律失常、心力衰竭、心源性休克等。及时有效的护理措施对于挽救患者生命具有重要意义。

在急性心梗的临床护理工作中,我们的体会是,在急诊抢救期,积极配合医生进行抢救,及时掌握患者生命体征的各项

指标是护理工作的关键;在持续治疗期,心理护理和饮食护理是心肌梗死护理的重要内容。在临床护理工作中,很多护士不愿意跟患者沟通,患者对护士甚至有抵触情绪,很容易让患者产生应激心理反应,甚至引起病情加重。同时护理人员必须具备有坚实的专业知识,做到早发现,早处理,精心的监护患者病情,细心有效的实施护理,能有效降低患者的病死率,减少并发症的发生,对促进患者康复起到非常重要作用。

参考文献

[1] 陆再英,钟南山,谢毅,等.内科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:284.
 [2] 王宇.42例急性心梗患者护理体会[J].医学信息,2009,7(7):187.
 [3] 潘杰,宁淑娥.急性心肌梗死患者发病1周内焦虑情绪调查、相关

因素分析及护理对策[J].现代护理,2004,10(4):304-306.
 [4] 润霖,朱文玲,胡大一,等.急性心肌梗死诊断治疗指南[J].中华心血管病杂志,2001,29(12):710.
 [5] 戚正丰.老年急性心肌梗死患者的护理[J].中国基层医药,2012,19(24):3824-3825.
 [6] 童优利,刘聪华.触摸护理的临床效应[J].安徽医药,2005,9(7):552.
 [7] 张幸霞,章西萍,曹佳琴.应用临床护理路径对急性心肌梗死患者护理的体会[J].实用临床医药杂志,2013,17(4):42-44.
 [8] 袁慧丽.急性下壁心梗并发右室梗死的护理[J].医药论坛杂志,2011,32(09):179,181.
 [9] 刘凤环,侯爱华,郑红.老年急性心肌梗死68例院前急救护理[J].齐鲁护理杂志,2009,15(5):70-71.

(收稿日期:2012-10-24)

(上接第1313页)

到稠、由软到硬的原则逐步进食;同时观察有无腹胀、腹痛、腹泻等不适并记录。

1.3.2.3 引流管的护理 护士接手术病人后,检查各引流管,确保引流通畅后进行标识和妥善固定,避免发生引流管扭曲、受压、堵塞、脱落等现象,观察并记录引流液的色、性、量等。若引流量超过150 ml/h呈血性并伴有生命体征的变化,应考虑内出血可能,立即通知医生。

1.3.2.4 疼痛的护理 术后应注意倾听患者的主诉,评估患者的疼痛程度,由于LS手术痛苦轻,切口小,一般不使用镇痛药,所以指导患者转移注意力,放松心情等非药物止痛,若无效按医嘱给予药物止痛。

1.3.2.5 术后并发症的观察和护理 ①出血和血栓形成:术后患者若出现血压下降,脉搏增快皮肤湿冷,尿量减少或不伴有引流管内引流量呈血性,量大于150 ml/h,应立即通知医生,并做好配合二次手术的准备。床位护士还应注意观察脐孔等处敷料有无渗血,若引流管口或穿刺孔出血,应通知医生,加压止血,更换敷料等对症处理。预防血栓形成的最好方法是早期下床活动,避免在下肢输液,在术后即可对下肢被动活动。严密监测血小板的变化,出现腹痛、下肢肿痛或者突发呼吸困难时应警惕,防止静脉血栓的发生^[4]。本组病例未出现出血和血栓形成的并发症,其中一例引流管口渗血较多,经对症处理后痊愈。②皮下气肿、肩背部酸痛:皮下气肿无需特别处理,少量气体可自行吸收消失;肩背部酸痛多因残留于腹腔内的CO₂刺激膈神经引起,一般术后3~5 d可自行消失。本组病例无上述并发症。③感染:LS术后的患者机体免疫力下降,易发感染,如肺部感染^[5]等。据报道,脾切除后凶险性感染的发生率是正常人的50~100倍,病死率为50%~80%^[6],所以术后应观察患者的体温变化,敷料渗血渗液情况等。若体温超过38.5℃,应找出原因,对症处理。及时更换敷料,严格执行无菌原则,合理使用抗生素都是预防感染的重要措施。④胰瘘^[7]:LS术时有可能损伤胰尾部导致胰瘘,术后3~5 d若出现腹痛、腹胀、呕吐,体温超过39℃,应立即检测血尿淀粉酶的变化及相关检查,确认胰瘘并做好相应处理。

1.3.3 出院指导 向患者及家属做好健康宣教,指导患者在生活中应注意劳逸结合,避免重体力劳动;注意保暖,防止感冒;合理饮食,如有不适及时就诊等。

2 结果

本组所有患者均在气管插管全麻下完成手术,术后脾窝内放置腹腔引流管1根,无转开腹手术,术后住院时间为5~9 d,全部患者术中均无输血,术后均无并发症。

3 讨论

脾切除术是普外科常见的手术之一。在围手术期的术前

护理中,特别是心理护理非常重要。由于LS是一项新技术,所以消除患者的疑虑,建立医患之间的信任是手术成功的关键。另外,术前的皮肤准备,患者肝功能、血小板等检查也是预防术后并发症发生的重要步骤。术后,我们不但要严密监测患者的生命体征,而且对于脾窝常规放置的引流管,包括尿管、胃肠减压管也要重点护理,要动态记录各引流管流出的液体量、性状及颜色,有异常者及时通知医生,以确保患者术后的安全性。在护理过程中,要准确观察患者细微而且重要的病情变化、生命体征、腹部征象及伤口渗液的变化情况,预防并发症的发生。因此,LS具有独特的围手术期护理特点。

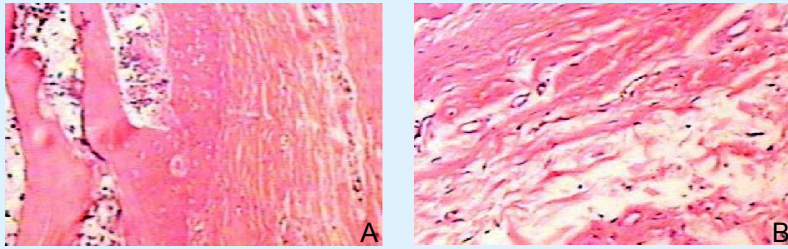
腹腔镜脾切除术首次于1991年由Delaitre报道^[8],LS术与传统开腹手术相比较,因具有切口小、恢复快、出血少^[9-10]、疼痛轻、并发症少等优点而得到迅速发展。腹腔镜脾切除术的推广,为患者提供了新的治疗方案,不仅受到患者的欢迎,还得到了医生们的青睐。随着腹腔镜技术的不断发展,要求我们护理人员必须精通腹腔镜相关专业理论知识及对应的护理技能,这样才能适应各种护理需求。经过我们耐心的解释,细心的观察,精心的护理,娴熟的技能,在围手术期对患者实施系统的整体护理,不仅能促进患者康复,缩短患者住院时间,而且能减少并发症的发生,减轻病人的痛苦和经济负担。这样不止患者感觉舒适,满意度提高,也减轻了护理人员的工作强度,更符合我们以患者为中心的现代护理服务理念。我科将继续积累腹腔镜方面的护理经验,更好地适应腹腔镜在临床上的广泛使用。

参考文献

[1] 黄文杰.完全腹腔镜脾切除围手术期的护理[J].医学临床研究,2006,23(4):635-636.
 [2] 鲁正,吴斌全,崔培元,等.腹腔镜脾脏切除6例的初步经验[J].蚌埠医学院学报,2012,37(2):163-167.
 [3] 范伟萍.腹腔镜在泌尿外科手术中的应用与护理[J].上海护理杂志,2005,5(5):46-47.
 [4] 陈姝妮.86例全腹腔镜脾切除术的护理体会[J].局解手术学杂志,2010,19(4):319.
 [5] 邹声泉.实用腹腔镜外科学[M].北京:人民卫生出版社,2002:366.
 [6] 曹利平,阙日升,吴峥嵘.腹腔镜脾切除术中的操作与显露[J].中国微创外科杂志,2002,10(2):51.
 [7] 曹丽芬.腹腔镜脾切除患者围术期的整体护理体会[J].实用临床医药杂志,2010,14(18):85-86.
 [8] Delaifre B, Maignien B. Splenectomy by the Laparoscopic approach. Report of a case[J]. Presse Med, 1991, 20(44):2263-2266.
 [9] 黄秀丽,王卫东,刘清波,等.腹腔镜脾切除术的护理准备与手术配合体会[J].国际医药卫生导报,2009,15(24):67.
 [10] 陶木生,潘敏,胡小强,等.腹腔镜脾切除联合胆囊切除术技术探讨[J].中国基层医药,2012,19(13):1945-1946.

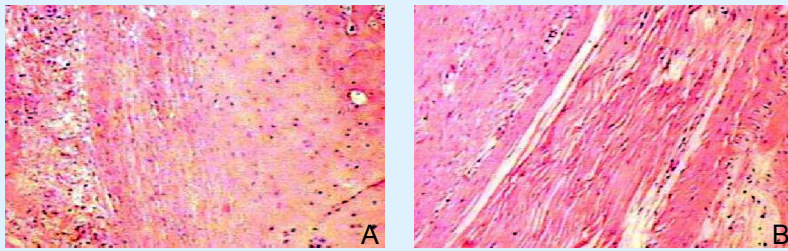
(收稿日期:2012-09-20)

封三
(见正文第1166页)



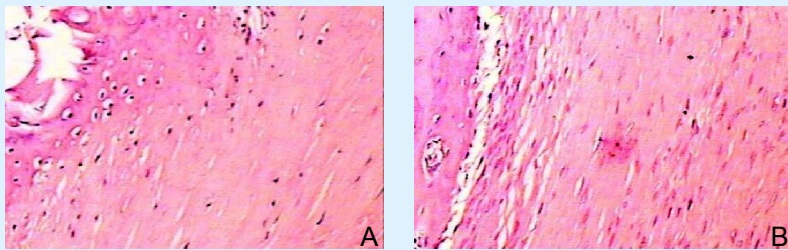
注：图1A为A组；图1B为B组。

图1 移植韧带重建术后4周病理学组织观察 (HE, ×40)



注：图2A为A组；图2B为B组。

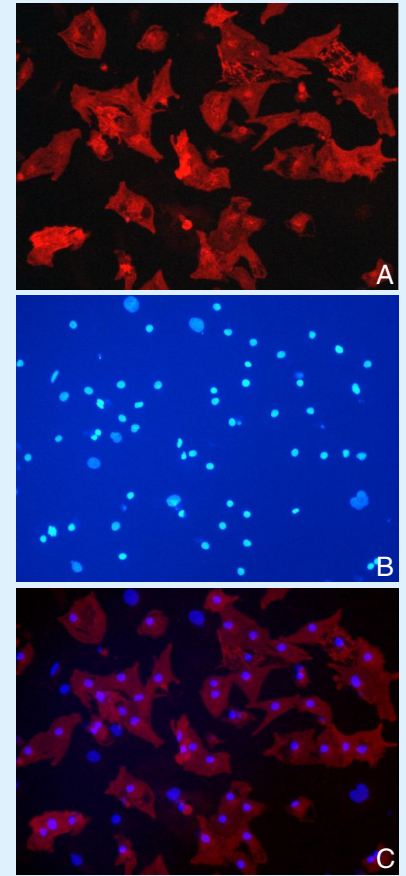
图2 移植韧带重建术后8周病理学组织观察 (HE, ×40)



注：图3A为A组；图3B为B组。

图3 移植韧带重建术后12周病理学组织观察 (HE, ×40)

(见正文第1168页)



注：图1A为心肌细胞；图1B为视野中所有细胞的细胞核；图1C为两者重合后图片。

图1 心肌细胞免疫荧光图

(见正文第1170页)

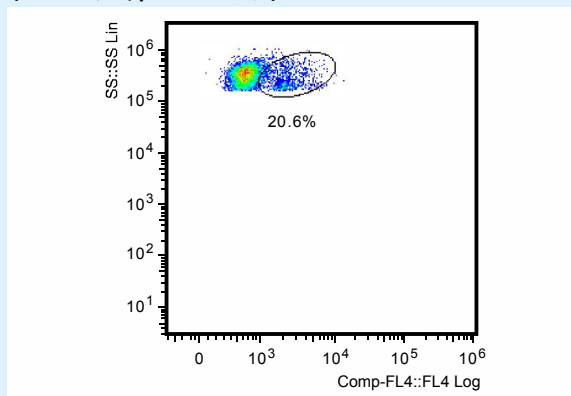


图1 CXCR4在人肺癌细胞系中的表达

(见正文第1292页)

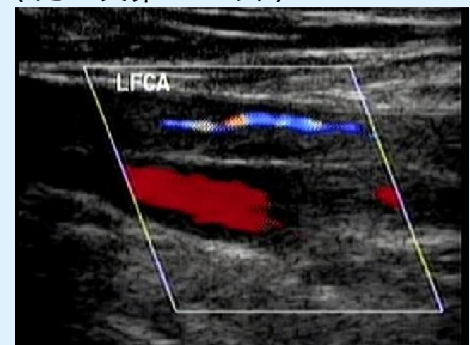


图1 糖尿病患者下肢动脉血管明显狭窄超声图

(见正文第1237页)

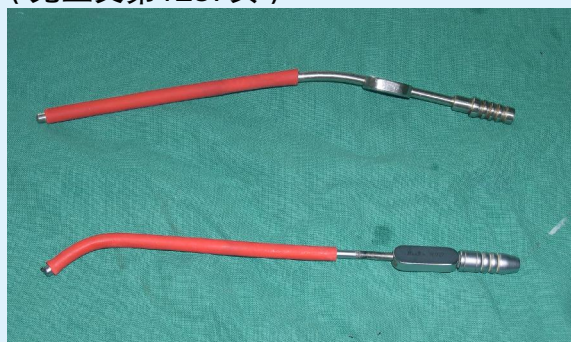


图1 自制电凝头

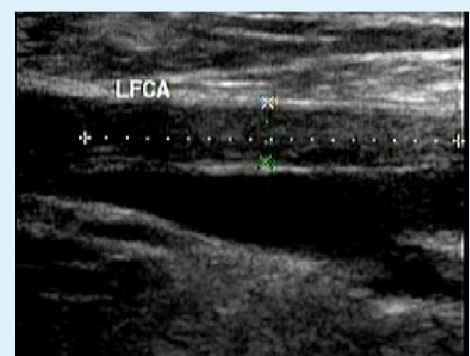


图2 糖尿病患者下肢动脉血管完全闭塞超声图