

肺心病患者的综合性社区干预治疗探析

王金生 孔涛

(陕西省铜川市王益区翠溪路社区卫生服务中心 铜川 727000)

摘要:目的:分析肺心病患者的社区治疗效果。方法:选取 2013 年 1~11 月我院收治的 96 例肺心病患者,随机分为社区治疗组和非社区治疗组,各 48 例。非社区治疗组患者未给予正规社区治疗,社区治疗组实施综合性社区干预治疗方法,对比两组患者的治疗效果。结果:社区治疗组总有效率为 93.75%,明显高于非社区治疗组(66.67%),差异具有统计学意义($P<0.05$)。社区治疗组患者肺功能指标优于非社区治疗组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论:综合性社区干预治疗肺心病患者,可有效改善肺心病患者心肺功能,改善患者预后情况。

关键词:肺心病;社区治疗;疗效观察

中图分类号:R541.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.04.055

肺心病为临床常见疾病,多发于冬春两季,主要由于呼吸道感染而诱发,病程较长,且易反复发作,预后差,对患者的生活质量造成极大影响。社区治疗主要为社区居民提供医疗、预防和康复等服务。为分析肺心病患者的社区治疗效果,对 2013 年 1 月~11 月我院收治的肺心病患者实施综合性社区干预治疗方法,效果显著。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 1~11 月我院收治的 96 例肺心病患者,随机分为社区治疗组和非社区治疗组,各 48 例。社区治疗组中,男 28 例,女 20 例,年龄 60~79 (69.35 ± 2.35) 岁,病程 1~10 (7.46 ± 1.34) 年,心功能按照 NYHA 分级:Ⅱ级 13 例、Ⅲ级 27 例、Ⅳ级 8 例,合并症:高血压 12 例、心律失常 19 例、糖尿病 17 例;非社区治疗组中,男 26 例,女 22 例,年龄 62~81 (68.57 ± 2.58) 岁,病程 1.5~11 (7.55 ± 1.68) 年,心功能按照 NYHA 分级:Ⅱ级 14 例、Ⅲ级 25 例、Ⅳ级 9 例,合并症:高血压 11 例、心律失常 21 例、糖尿病 16 例。两组患者性别、年龄、平均病程、心功能等级及合并症状等一般资料对比,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 非社区治疗组患者未采取正规社区治疗;社区治疗组实施综合性社区干预治疗方法,具体如下。

1.2.1 心理指导及健康教育 为提高患者的治疗依从性及缓解患者的压抑情绪,医护人员应加强与患者的交流,并对患者进行必要的心理疏导,以树立患者战胜疾病的信心。同时,护理人员应向患者及家属充分、详细讲解有关肺心病的基本知识、治疗方法及治疗目的等。通过集体宣教、个别指导、面对面技能指导以及多媒体宣教等方式进行宣教,指导患者养成良好的生活习惯,消除疾病诱发因素,从而促进病情恢复。

1.2.2 肺康复功能训练 在肺功能康复训练中,指导患者采取缩唇呼吸法和腹式呼吸法,以增强膈肌的运动幅度。同时,指导患者进行促进排痰、呼吸功能锻炼,以保持呼吸顺畅与增强呼吸肌功能。同时,可指导患者进行慢跑、打太极、全身性运动等耐力

训练,坚持长期家庭氧疗及自我监测,以降低并发症发生率。

1.2.3 药物治疗 (1) 抗生素。肺心病的首先药物为抗生素,在不明确病因的情况下,采取三代头孢抗生素联合喹诺酮类药物等,治疗 2 周后观察疗效。针对痰液黏稠难以咳出患者,应采取抗真菌药物治疗,以保护其肝功能。(2) 利尿剂。利尿剂以缓慢或中速利尿为原则,并注意补钾。(3) 保持呼吸顺畅。口服溴己新片 10 mg、氯化铵 0.6 g,3 次/d,同时采取超声雾化治疗等。(4) 营养疗法。复方氨基酸 250 mL 静脉滴注,2 次/周。(5) 膈肌起搏器治疗。每 1 个月进行一次体外膈肌起搏器治疗,30 min/次,1 次/d,1 周为 1 个疗程。(6) 建议患者每年冬春季流感高发期注射肺炎疫苗,或者注射丙种球蛋白,减少急性发作。

1.3 疗效判定 显效:胸闷、咳嗽消失,痰量减少,心肺功能改善达二级。有效:胸闷、咳嗽好转,心肺功能改善达一级。无效:患者临床症状无改善,反而加重,心肺功能恶化等。总有效率=(显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学处理 本研究采用 SPSS18.0 统计学软件处理,计数资料对比采用 χ^2 检验,计量资料以 ($\bar{X}\pm S$) 表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 社区治疗组显效 27 例(56.25%),有效 18 例(37.50%),无效 3 例(6.25%),总有效率为 93.75%;非社区治疗组显效 20 例(41.67%),有效 12 例(25.00%),无效 16 例(33.33%),总有效率为 66.67%;社区治疗组总有效率明显高于非社区治疗组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 两组患者治疗后肺功能指标变化 治疗后,社区治疗组患者 VT 为 (803 ± 271) mL,VC 为 ($3\ 604\pm 186$) mL,FVC 为 ($3\ 799\pm 555$) mL,FEV₁ 为 ($1\ 764\pm 455$) mL;非社区治疗组患者 VT 为 (603 ± 135) mL,VC 为 ($3\ 103\pm 146$) mL,FVC 为 ($2\ 790\pm 632$) mL,FEV₁ 为 ($1\ 467\pm 357$) mL;社区

治疗组患者肺功能指标明显优于非社区治疗组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

肺心病患者常合并其他基础疾病,患者的支气管、肺、肺气管、胸廓等结构受到不同程度的损害,并导致右心肥大,易引发心功能不全等继发性心脏病。肺心病患者临床症状表现为:缺氧、二氧化碳潴留、肝肿大、胃肠道淤血、全身水肿等^[1]。根据肺心病患者的发病特征以及社区防治特点,建立一种以患者为中心的新型医疗模式,有利于降低肺心病急性期发病率,提高医疗资源利用率,有效控制医疗成本,简化工作流程,为患者制定优质、高效的服务方案^[2]。

本研究中,为患者实施心理指导及健康教育,可提高患者对疾病的认知程度,鼓励患者形成良好的生活方式。采取肺康复功能训练,可降低心肺病

急性发作率,调控免疫功能,改善患者呼吸功能等^[3]。在肺心病患者社区治疗过程中全面观察患者病情变化,了解患者咳痰气喘等症状的改善情况,以维持呼吸道通畅,有利于改善患者的心肺功能^[4]。本研究结果显示,社区治疗组肺功能指标明显优于非社区治疗组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。综上所述,社区综合性治疗肺心病患者,可提高患者治疗依从性,有效改善肺功能,对促进病情康复及提高患者的生活质量具有重要意义。

参考文献

[1]李迎.慢性肺源性心脏病患者的社区治疗与护理[J].现代中西医结合杂志,2010,19(6):754-756
[2]冯海葵,郑红蕾,潘春丽,等.慢性肺心病患者社区和家庭的康复护理干预体会[J].中国老年保健医学,2010,8(2):61-62
[3]江燕珺.慢性阻塞性肺疾病的社区治疗分析[J].中国医药指南,2012,10(33):119-120
[4]侯剑波,柯桂香.肺源性心脏病社区综合性治疗的效果观察及分析[J].实用心脑血管病杂志,2013,21(5):51-52

(收稿日期:2014-01-10)

马齿肠炎方治疗泄泻的临床观察

李鹏¹ 井小会² 刘翠清³ 指导老师:杨少军³

(1 甘肃省兰州市拱星墩社区卫生服务中心 兰州 730020;2 甘肃中医学院 兰州 730000;
3 甘肃中医学院附属医院 兰州 730020)

摘要:目的:探讨马齿肠炎方治疗泄泻的临床疗效。方法:将2013年8~10月在兰州市拱星墩社区卫生服务中心及甘肃中医学院附属医院门诊治疗的72例患者,随机分为对照组和治疗组各36例,治疗组采用马齿肠炎方治疗,对照组采用蒙脱石散治疗,比较两组患者的疗效及症状改善情况。结果:治疗组总有效率为91.67%,对照组为63.89%,两组比较具有统计学意义($P<0.05$)。结论:马齿肠炎方治疗泄泻疗效显著,值得临床应用。

关键词:泄泻;马齿肠炎方;中医药疗法

中图分类号:R256.34

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.04.056

泄泻是指排便次数增多、粪便稀薄或完谷不化,甚至泻出如水样。一般大便稀薄、时作时止,称之为“泄”;大便直下如水倾注,称之为“泻”,但临床上多合称为“泄泻”^[1]。临床上导致泄泻的病因很多,简而言之,不外乎外感和内伤两个方面。外感以风寒湿热内犯肠胃较为多见,内伤则有饮食所伤、肝脾不和、脾胃虚弱及肾阳虚衰等多种因素。基本病机变化为脾病与湿盛,致使肠道功能失司而成泄泻。中医对泄泻的辨证分型细致入微,《医学心悟·泄泻》云:“湿多成五泻,泻之属湿也,明矣。然有湿热,有寒湿,有食积,有脾虚,有肾虚,皆能致泻,宜分而治之。”治法也因证而异。李中梓在《医宗必读·泄泻》中提出了著名的治泻九法,即淡渗、升提、清凉、疏利、甘缓、酸收、燥脾、温肾、固涩。本临床观察将2013年8~10月在兰州市拱星墩社区卫生服务中心及甘肃中医学院附属医院门诊治疗的72例患者,随机分为对照组和治疗组各36例,治疗组采用自拟经验方马齿肠炎方治疗,并与西药治疗的对照组进行比较。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 将2013年8~10月在兰州市拱星

墩社区卫生服务中心及甘肃中医学院附属医院门诊治疗的72例患者,随机分为对照组和治疗组各36例。治疗组男23例,女13例;年龄10~65岁,平均年龄37.5岁;平均病程3d。对照组男24例,女12例,年龄9~67岁,平均年龄38.0岁;平均病程2.5d。两组一般资料经统计学处理,差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照罗马Ⅲ诊断标准^[2]:在最近的3个月内,每个月至少有3d出现反复发作的腹痛或不适症状,并具有以下2项或2项以上:(1)排便后症状改善;(2)伴随排便频率的改变;(3)伴随粪便性状的变化。下列症状可支持腹泻型的诊断:(1)每天排便>3次;(2)松散便或稀水便;(3)排便急迫感或排便不尽感;(4)排出黏液;(5)腹胀。

1.3 排除病例标准 合并有消化性溃疡或癌前病变的病例;有严重全身性其他疾病者;拒绝肠镜复查或中断治疗者。

1.4 治疗方法 治疗组采用马齿肠炎方:马齿苋30g、仙鹤草30g、炙甘草10g、茯苓30g、青蒿15g、马鞭草10g、金银花15g、苍术10g、广藿香12g、防风10g、车前子(包煎)10g、白头翁9g、葛根12