

2.2 两组预后比较 研究组预后恢复时间,包括疼痛缓解、卧床以及住院总时间均短于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组预后比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	疼痛缓解时间(h)	卧床时间(d)	住院总时间(d)
研究组	78	3.21±1.84	10.24±1.68	13.64±2.15
对照组	77	5.89±1.06	15.73±3.25	20.17±4.95
t		11.092	13.235	10.676
P		0.000	0.000	0.000

2.3 两组治疗后并发症比较 治疗后研究组并发症发生率仅有 2.56%,而对照组并发症发生率高达 14.29%,两组对比差异显著($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组治疗后并发症发生率比较

组别	n	AMI 再复发(例)	休克(例)	心律失常(例)	合计[例(%)]
研究组	78	1	0	1	2(2.56)
对照组	77	6	3	2	11(14.29)
χ^2					8.917
P					0.003

3 讨论

急性心肌梗死是指心肌冠状动脉出现闭塞,继而使心肌血供受阻诱发的一系列缺血表现,一旦发病将严重威胁患者的生命安全。及时有效的抢救则成为挽救患者生命的唯一方法,而在这一过程中,还需配合科学、精准的护理干预,以期提升抢救效果。急诊护理路径是在传统急救护理的基础上,根据患者的病情特点,在入院分诊、评估、常规检查等环节中有主动性、实效性、规范性地完成操作^[2]。由于急

救的“时间窗”对挽救 AMI 生命具有关键作用,而实施急诊护理路径可有效减少患者在抢救前的滞留时间,为挽救患者生命、提高抢救效果奠定有利基础。

研究显示:实施急诊护理路径的研究组患者在急诊停留时间明显短于行常规抢救程序的对照组,且研究组治疗 AMI 复发率及相关并发症发生率、住院时间等预后指标均优于对照组。钟丽红等^[3]学者在类似研究中得出结论:使用急救护理路径能够较好的稳定心力衰竭患者的生命体征,同时缩短抢救时间与住院时间,对促进其预后具有重要意义,与本文结果高度一致。分析原因可能为急诊护理路径是在对患者实施急诊护理时,让各项护理操作更加规范化、系统化,继而使护理工作摆脱以往个人护理的限制性,最大限度的展现集体水平,多环节、多部分的紧急护理同时展开,为患者赢得更多抢救时间,从而获得最佳的抢救效果。综上所述,急诊护理路径使护理工作标准化、规范化,缩短急性心肌梗死的诊断与急诊停留时间,为患者赢得有效的抢救时间,对增加抢救成功率、提高治疗效果具有重要意义。

参考文献

- [1]钱文茹,刘有为,杨春艳,等.结构式心理干预对急诊ICU急性心肌梗死患者心理的影响[J].河北医学,2013,19(1):154-155
- [2]程光文,金秀琴.临床护理路径应用于急性心肌梗死急诊PCI治疗的效果评价[J].中国误诊学杂志,2012,12(5):1070-1071
- [3]钟丽红,林巧丽,黄庆芬.急救护理路径对急性心肌梗死患者救治效果的影响[J].海南医学,2014,25(23):3579-3581

(收稿日期:2017-03-01)

无管化组合式输尿管软镜超微经皮肾通道治疗老年肾结石的疗效及护理

李开美

(河南科技大学第一附属医院 洛阳 47100)

摘要:目的:探讨无管化组合式输尿管软镜超微经皮肾通道治疗老年肾结石的疗效及护理配合。方法:选取我院收治的 68 例老年肾结石患者,根据手术方法分为对照组 32 例和研究组 36 例。对照组接受经皮肾镜碎石术治疗,研究组接受无管化组合式输尿管软镜超微经皮肾通道联合激光碎石治疗。比较两组患者住院时间、一期手术成功率、结石清除率、并发症发生率,手术前和术后 3 d、7 d 患者血清中 hs-CRP 和 TNF- α 水平。结果:研究组住院时间、并发症发生率显著低于对照组($P < 0.05$);两组患者一期手术成功率和结石清除率比较无显著性差异($P > 0.05$);研究组术后 3 d、7 d 血清 TNF- α 、hs-CRP 水平显著低于对照组($P < 0.05$)。结论:无管化组合式输尿管软镜超微经皮肾通道治疗老年肾结石可有效清除滞留结石,配合恰当的护理措施能显著降低并发症发生率,改善患者的预后,同时还可降低患者血清 TNF- α 和 hs-CRP 的水平,减少炎症和应激反应,对机体的创伤小,安全性高。

关键词:老年肾结石;组合式输尿管软镜碎石术;无管化;临床疗效

中图分类号:R692.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.097

老年肾结石患者是一个比较特殊的患病群体,由于其年纪较大,身体各方面机能欠佳,常合并多种急慢性疾病,临床对其结石的处理也比较困难^[1]。近年来,随着微创技术的快速发展,肾结石的治

愈率也显著提高。本研究通过将无管化组合式输尿管软镜超微经皮肾通道联合激光碎石与经皮肾镜碎石术治疗老年肾结石的效果进行对照评估,探讨无管化组合式输尿管软镜超微经皮肾通道治疗老

年肾结石的临床疗效和安全性及其护理措施。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 2 月~2016 年 1 月我院收治的老年肾结石患者 68 例,根据手术方法分为对照组 32 例和研究组 36 例。对照组:男 24 例,女 8 例;平均年龄(69.47±2.24)岁。研究组:男 28 例,女 8 例;平均年龄(68.49±2.65)岁。所有患者均确诊为肾结石,结石直径均≤20 mm,诊断标准参照 2009 版《中国泌尿外科疾病诊断治疗指南》^[2]。排除合并严重肝肾功能不全、心脑血管疾病的患者。两组患者一般资料比较无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 手术方法 对照组接受经皮肾镜碎石术治疗。研究组接受无管化组合式输尿管软镜超微经皮肾通道联合激光碎石治疗:(1)全麻插管后,患者取截石位,常规无菌消毒;经尿道口置入 Wolf/9.8F 硬镜,扩张输尿管至肾盂,留置 2 根超滑输尿管斑马导丝,撤出硬镜。(2)沿着引导导丝置入输尿管输送鞘,经输送鞘置入组合式输尿管软镜。拔出导丝,通过组合式输尿管软镜检查患者各肾盏结石的分布情况。(3)明确结石的分布,沿着输尿管通道,置入 200 μm 钬激光光纤,根据结石直径的大小,调整钬激光碎石机到合适的功率,行钬激光碎石治疗。由于是无管化操作,因此待碎石取净后即可缝合穿刺口,无需放置双 J 管和肾造瘘管。

1.2.2 护理配合 (1)术前:遵医嘱完善术前准备;介绍疾病及手术相关知识;评估患者心理状态,给予心理护理,缓解紧张情绪;指导患者进行俯卧位练习,以适应术中体位,确保手术安全进行。(2)术

后:术后 24 h 内每 15~30 min 监测生命体征 1 次,观察伤口渗血情况及术后第 1 次排尿时间、每日尿量和尿色等,发现出血等异常,及时报告医生,并配合处理;给予患者足够的耐心,倾听主诉,按照马斯洛需求层次理论满足患者的需求;指导患者注意休息,活动下肢,预防血栓,同时避免剧烈运动,保持大便通畅,避免因用力大便腹压增加引起出血;根据结石成分给予预防性的饮食指导,多饮水,以减少体内晶体沉积。

1.3 观察指标 比较两组患者住院时间、一期手术成功率、结石清除率、并发症发生率;手术前和术后 3 d、7 d 患者血清中 hs-CRP 和 TNF-α 水平。

1.4 统计学方法 采用 SPSS19.0 统计学软件对数据进行处理,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后一般情况比较 研究组住院时间、并发症发生率显著低于对照组($P<0.05$);两组患者一期手术成功率和结石清除率比较无显著性差异($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者术后一般情况比较

n	住院时间(d)	一期手术成功率[例(%)]	结石清除率[例(%)]	并发症[例(%)]	
				肉眼血尿	切口感染
研究组 36	5.23±1.08	34 (94.44)	33 (91.67)	5 (13.89)	0 (0.00)
对照组 32	8.46±1.24	28 (87.50)	29 (90.63)	8 (25.00)	2 (6.25)
t/χ^2	11.39	0.34	0.03	4.21	3.15
P	<0.05	>0.05	>0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组术前和术后血清 TNF-α、hs-CRP 水平比较 两组患者术前血清 TNF-α、hs-CRP 水平比较无显著性差异($P<0.05$);研究组术后 3 d、7 d 血清 TNF-α、hs-CRP 水平显著低于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组术前、术后血清 TNF-α 和 hs-CRP 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

n	治疗前	TNF-α (ng/ml)		治疗前	hs-CRP (mg/L)	
		术后 3 d	术后 7 d		术后 3 d	术后 7 d
研究组 36	2.32±0.53	1.89±0.56	1.63±0.44	8.32±1.21	9.24±1.29	6.53±1.12
对照组 32	2.30±0.54	2.24±0.51	2.10±0.46	8.31±1.25	11.58±1.98	8.64±1.08
t	0.15	2.68	4.31	0.03	5.84	7.88
P	>0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

肾结石是泌尿外科常见的疾病,随着人们生活水平的提高以及饮食习惯的改变,肾结石的发病率呈日渐增长的趋势^[3]。临床上常用的治疗肾结石的方法主要有经输尿管软镜碎石术和经皮肾镜碎石术,二者在不同情况下的肾结石治疗中均有着一定疗效。相关研究显示^[4],对于结石直径≥20 mm 的肾结石,多采用经皮肾镜碎石术治疗。本组研究对象

结石直径≤20 mm,采用无管化组合式输尿管软镜碎石术治疗,配合恰当的护理措施,均取得了良好的临床效果。

针对不同的手术方式,机体的炎症应激程度也不一样。有文献指出^[5],炎症细胞因子 TNF-α、hs-CRP 参与了手术后的局部炎症反应和急性期反应,其血清水平与机体的应激程度密切相关。因此,有效地控制术后炎症细胞因子和促炎症细胞因子的水平,可减轻

因过度应激对机体造成的损伤。由表 2 得知, 研究组患者术后 3 d、7 d 血清 TNF- α 和 hs-CRP 水平均显著低于对照组, 说明无管化组合式输尿管软镜超微经皮肾通道治疗老年肾结石, 可有效减轻因过度应激对患者机体造成的损伤, 安全性更高。综上所述, 无管化组合式输尿管软镜超微经皮肾通道治疗老年肾结石, 配合恰当的护理措施, 可有效降低并发症的发生率, 改善患者预后, 同时还可降低患者血清 TNF- α 、hs-CRP 水平, 减少炎症应激反应, 对机体的创伤小, 临床效果显著。

参考文献

- [1] 沈宏峰, 李威, 涂瑞沙, 等. 输尿管软镜联合钦激光治疗肾结石患者的临床效果[J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(3): 123-124
- [2] 那彦群. 中国泌尿外科疾病诊断治疗指南 2009 版[J]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 272-273
- [3] 程跃, 严泽军, 马建伟. 组合式输尿管软镜联合钦激光治疗肾结石 46 例报告[J]. 中华泌尿外科杂志, 2012, 33(1): 29-31
- [4] 刘显中, 周健, 刘德云, 等. 微通道经皮肾镜取石术治疗肾结石的临床疗效研究[J]. 中国当代医药, 2011, 18(14): 32-33
- [5] 王睿, 杜铭, 陈焕文, 等. 微创食管癌切除术与开胸食管癌切除术后 C 反应蛋白及 TNF- α 、IL-6 反应的对比研究[J]. 第三军医大学学报, 2012, 34(3): 268-270

(收稿日期: 2017-03-01)

中医辨证施护对急性脑梗死并发症发生率及生活质量的影响

张宏娥

(河南省开封市祥符区中医院内科 开封 475100)

摘要: 目的: 探究中医辨证施护对急性脑梗死患者并发症发生率及生活质量的影响。方法: 选取 2014 年 7 月~2016 年 3 月我院收治的急性脑梗死患者 76 例, 按建档顺序分组, 对照组 37 例予以常规护理, 研究组 39 例在对照组基础上予以中医辨证施护。分析比较两组护理前后生活质量评分变化情况及并发症发生率。结果: 两组护理前生命力、精神健康、躯体功能等生活质量评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后研究组生命力、精神健康、躯体功能等生活质量评分均明显高于对照组 ($P < 0.05$); 研究组并发症总发生率显著低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 对急性脑梗死患者予以中医辨证施护, 可显著降低并发症发生率, 明显提升生活质量。

关键词: 急性脑梗死; 并发症; 中医辨证施护; 生活质量

中图分类号: R473.74

文献标识码: B

doi: 10.13638/j.issn.1671-4040.2017.06.098

急性脑梗死为临床常见脑血管疾病之一, 其致病原因因为脑动脉硬化导致血管内血栓形成, 致使血管管腔闭塞进而引起脑组织缺氧缺血坏死。急性脑梗死患者常表现为恶心呕吐、吞咽困难、头昏脑胀、运动障碍, 甚至昏迷, 对患者神经功能及生活自理能力均产生不利影响。相关研究发现^[1], 科学有效护理可明显促进急性脑梗死患者运动及神经功能恢复, 有利于患者预后改善。中医辨证施护是以患者中医证候类型为依据, 对其施以起居护理、穴位按摩、饮食护理及心理干预的护理方式。本研究选取急性脑梗死患者 76 例, 分组探究中医辨证施护对急性脑梗死患者并发症发生率及生活质量的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 7 月~2016 年 3 月我院收治的急性脑梗死患者 76 例, 按建档顺序分组。研究组 39 例, 其中女 16 例, 男 23 例; 年龄 44~79 岁, 平均 (57.31 ± 4.81) 岁。对照组 37 例, 其中女 13 例, 男 24 例; 年龄 42~78 岁, 平均 (57.06 ± 4.69) 岁。两组基线资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法 对照组予以常规护理, 如健康宣教、功能恢复训练等。研究组在对照组基础上予以中医辨证

施护: (1) 起居护理, 以甘草水或金银花水冲洗患者口腔, 应用活血类中药熏洗足部以促进血运, 采用菊花水对其眼部进行清洗以明目清肝; (2) 心理护理, 应用疏导劝说、从欲顺情、以情胜情等中医独特方式对患者进行心理开导、疾病现状解释, 促使患者消除不良情绪, 以乐观心态面对下一步治疗, 进而促进其身体功能恢复; (3) 饮食护理, 食物搭配以清淡可口为主, 适当添加如动物肝脏、蛋类、瘦肉、奶类等益气补血、滋养肾肝食物, 且依据患者中医证候类型针对性添加食物, 痰湿上扰型加食薏米粥, 血瘀气虚型加食桃仁黄芪粥, 肝阳上亢型加饮菊花茶, 痰热内蕴型加食白萝卜粥; (4) 穴位按摩, 对患者曲池、内关、足三里、肩井、涌泉、三阴交等穴予以按摩, 且依据患者中医证候类型加按, 风邪入中、脉络虚空型加按外关、大椎、风池穴以发挥通络、养血、祛风之功效, 肝阳上亢型加按太阳、太溪、太冲穴以发挥通络息风、潜阳滋阴之作用, 以上诸穴均按摩 2~3 min, 1 次/d。

1.3 观察指标 (1) 护理前后应用简明 SF-36 量表评估两组生活质量 (包括生命力、精神健康、躯体功能); (2) 统计两组并发症 (包括褥疮、上消化道出血、肺部感染) 发生情况。

1.4 统计学分析 数据处理采用 SPSS21.0 统计学