

溃疡性结肠炎患者血液高凝状态的治疗及护理*

王 灿¹, 霍 红², 李艳梅³ (1. 河北省唐山市玉田县医院消化科 064100; 2. 河北省唐山市工人医院消化科 063000; 3. 河北省唐山市中医院肝胆外科 063000)

【摘要】 目的 观察并探讨溃疡性结肠炎(UC)患者血液高凝状态的治疗及常规护理联合心理干预的临床效果。**方法** 选取唐山市玉田县医院 90 例合并血液高凝状态的 UC 患者,按照随机数字表法分为对照组和干预组,每组 45 例,对照组的治疗方法为传统晋阶方案,护理上采用常规护理;干预组治疗方法为在传统晋阶方案治疗的基础上,加用低分子肝素(2 000 U 皮下注射 1 次/d,疗程 15 d)治疗,护理上采用常规护理联合心理干预,观察两组的治疗效果和患者对护理的满意度。**结果** 两组临床疗效对比,对照组的总有效率为 60.0%,干预组总有效率为 84.4%,两组总有效率比较差异有统计学意义($\chi^2=4.968, P<0.05$);干预组患者的护理满意度为 97.8%,明显高于对照组的 84.4%,两组差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 对血液高凝状态的 UC 患者在传统晋阶方案治疗基础上加用低分子肝素治疗,以及常规护理联合心理干预,有利于提高治疗效果,并改善其心理状态,值得推广。

【关键词】 溃疡性结肠炎; 血液高凝状态; 低分子肝素; 护理; 心理干预

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.08.051 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)08-1149-03

溃疡性结肠炎(UC)病变主要累及结肠黏膜和黏膜下层,范围多自远段结肠开始,可逆行向近段发展,甚至累及全结肠和术段回肠,呈连续性分布;临床表现为腹痛、腹泻、黏液脓血便等,可合并不同程度的全身症状。UC 是一种病因尚不清楚的直肠、结肠黏膜的慢性非特异性炎症反应,许多学者发现活动期 UC 患者血液呈高凝状态,并有发生血栓等并发症的可能,提示微血栓的形成可能是 UC 的重要发病机制之一,因此,UC 患者的高凝状态并发血栓性疾病日益受到关注^[1]。近年来,我国报道的病例有上升趋势,其患病率为 11.6/10⁵,由于其病程漫长,且常反复发作,严重影响 UC 患者的身体健康、生活质量和心理状态^[2]。唐山市玉田县医院通过对伴有血液高凝状态的 UC 患者在传统晋阶方案治疗的基础上,加用低分子肝素进行治疗,并且在常规护理基础上进行心理干预,取得了良好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 抽取 2010~2013 年唐山市玉田县医院收治的 90 例 UC 患者,所有患者均符合 UC 的典型症状并经肠镜检查确诊,实验室检查同时存在血液高凝状态,其指标分别为血小板计数(PLT)增多,血浆凝血酶原时间(PT)、活化部分凝血活酶时间(APTT)和 D-二聚体升高超过正常^[3]。其中男 43 例,女 47 例;年龄 25~62 岁,平均(47.3±9.7)岁,病程平均(3.2±0.5)年;DAI 为(8.0±1.8)。将其随机分为干预组和对照组,分别为 45 例。干预组中的男、女分别为 22 例和 23 例;年龄 25~60 岁,平均(47.3±9.7)岁,病程平均(3.2±0.5)年;DAI 为(8.0±1.8)。对照组男 21 例,女 24 例;年龄 23~58 岁,平均(44.8±9.9)岁;病程平均(3.1±0.7)年;DAI 为(8.2±1.5)。按照 2007 年全国炎症反应性肠病会议临床严重程度分级标准,90 例患者中,轻度 UC 患者 27 例,中度 UC 患者 46 例,重度 UC 患者 17 例。两组患者的性别、年龄、病程及疾病活动指数等方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 所有患者均行 PLT 及血浆 D-二聚体检测,对照

组的治疗方法为传统晋阶方案,护理上采用常规护理;干预组的治疗方法在传统晋阶方案治疗的同时,加用低分子肝素 2 000 U 皮下注射 1 次/d,疗程 15 d;护理上采用常规护理联合心理干预,常规护理方面包括观察生命体征,给予用药、生活和饮食指导,根据患者的病情变化情况及时调整护理内容及重点,观察患者各项指标变化,密切监测患者的血液状态。同时进行中医特色护理,根据中医分型进行辨证施护,并给予患者中药灌肠治疗,制订不同的饮食护理方案,以饮食清淡、易消化、富于营养、可提供足够热量为原则,避免冷饮、水果、多纤维的蔬菜及其他刺激性食物。忌食牛乳和乳制品。护理上除进行常规护理外,还在此基础上给予适时的心理干预。具体方法为:患者住院期间对其进行健康教育,态度和蔼,使其了解 UC 相关疾病知识,以消除其顾虑,积极配合治疗,积极关心患者的心理情绪,消除患者的焦虑和抑郁等不良情绪。同情和理解患者,设法缓解其心理痛苦,为患者创造良好的治疗环境。针对个体的心理指导,要善于倾听,及时了解患者心理状态,发现问题及时上报上级医师,尽快加以解决。部分患者因疾病反复而拒绝治疗甚至是产生轻生念头,应对这类患者进行心理疏导,使其认识到 UC 虽迁延难愈,但通过治疗能够延缓疾病的进展,并能保持正常的生活状态。在精神上给予患者支持,消除其不良心理因素,增强战胜疾病的信心与勇气,使其积极配合并坚持治疗,确保治疗效果。经常鼓励患者相互交流,通过系统的健康教育及交流,帮助患者克服消极情绪,缓解负面压力。指导患者妥善合理安排作息时间,不要给自己太大压力,鼓励其每日进行适当的锻炼,生活上尽量自理。告知患者家属 UC 是不传染的,不要害怕接近患者,应积极与患者沟通并悉心照料,接受患者因疾病或服药所产生的情绪变化,体谅患者体力较差。指导患者家属陪伴患者度过情绪的低潮期,使其感觉到亲情、友情的温暖,争取为患者创造一个宽广、舒适、开朗的环境,从而减轻心理压力,积极配合治疗。

1.3 疗效评价与观察指标 根据症状缓解情况、肠镜结果,证候积分判定疗效:治愈、有效、无效。治愈:临床症状消失或基

* 基金项目:河北省唐山市科技局基金资助项目(111302117B)。

本消失,每天的大便次数低于治疗前,约每天 1~2 次,大便中没有肉眼可见的血液,大便常规检查中没有白细胞与红细胞,通过结肠镜检查可以看到肠黏膜基本恢复,证侯积分减少大于 95%。有效:临床症状改善明显,每天的大便次数低于治疗前,约每日 2~4 次,大便成形,大便中没有肉眼可见的血液,大便常规检查中有白细胞与红细胞,但两者都小于 10 个/HP,通过结肠镜检查可以看到肠黏膜有部分假息肉形成和轻度炎性反应,证侯积分减少 30%~95%。无效:临床表现均无改善,甚至加重,大便常规检查中有白细胞与红细胞,但两者都大于 10 个/HP,通过结肠镜检查可以看到肠黏膜溃疡无变化,证侯积分减少在 30% 以内。总有效率=(治愈+有效)例数/总例数×100%。采用本科室自行设计的调查问卷评估患者的护理满意度,满分均为 100 分,其中,得分大于或等于 90 分者为满意,得分在 80~89 分者为较满意,低于 80 分者为不满意。患者的总满意度=满意度+较为满意度。

2 结 果

2.1 两组临床疗效比较 对照组和干预组中无效例数分别为 18 例和 7 例,对照组的总有效率为 60.0%,干预组总有效率为 84.4%,两组总有效率比较差异有统计学意义($\chi^2=4.968$, $P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较

组别	n	显效(n)	有效(n)	无效(n)	总有效(%)
对照组	45	15	12	18	60.0
干预组	45	21	17	7	84.4

2.2 两组患者的护理满意度比较 干预组患者的护理满意度为 97.8%,明显高于对照组的 84.4%,两组经统计学分析差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者的护理满意度比较[n(%)]

组别	n	满意	基本满意	不满意
对照组	45	24(53.3)	14(31.1)	7(15.6)
干预组	45	30(66.7)	14(31.1)	1(2.2)

3 讨 论

近年来,UC 在我国发病率正逐年上升。UC 是一种非特异性肠道炎症反应,其发病机制尚未完全明确。目前,UC 发病机制为人体的体外和体内某些环境因素失衡,或者受到某些因素的诱导后,导致有遗传易感性个体的肠黏膜的通透性增加,肠腔内细菌或抗原就会向肠黏膜的固有层进行转移,造成过度激活肠黏膜固有层中以 T 细胞、单核细胞为主的免疫细胞,引起分泌大量促炎性细胞因子,如白细胞介素-1 α /肿瘤坏死因子- α 等,致使肠道出现异常炎症反应,进而诱导 UC 发病。此外,本病除与免疫异常、环境、遗传和感染等因素有关外,还与精神心理因素有关。UC 具有临床表现呈多样化,缺乏特异性诊断,病程长,治疗方案复杂,治疗效果差,复发率高,并发症多的特点。因此,早期准确的诊断和治疗,以及精心的护理,对于提高治愈率,减少并发症,降低复发率意义重大。

传统治疗方法是采用阶梯治疗方案,通常由 5-氨基水杨酸制剂、免疫抑制剂、生物制剂、激素组成,研究发现,治疗过程中总有一部分患者无法取得理想的治疗效果,如果进行手术切除全结肠会给患者带来损伤和后遗症^[4-5]。广大临床医生在深

入研究 UC 发病机制过程中发现,UC 患者常常存在血液高凝状态,使得肠黏膜和黏膜下血管内会形成微血栓,导致血液运行受阻淤滞,进而使得肠黏膜坏死溃疡^[6]。这种原因也可导致患者发生便血,但治疗上与通常意义的 UC 的治疗是不同的,前者需要抗凝治疗,后者需要止血治疗,而抗凝治疗又有出血的后遗症,因此,治疗前对 UC 患者是否存在高凝状态进行筛查显得极为关键^[7-9]。临床上通常采用监测血小板计数和血浆 D-二聚体作为选择抗凝治疗的依据。现阶段治疗 UC 时应用低分子肝素明显较少,而低分子肝素已经广泛应用于心脑血管疾病和大面积烧伤的抗凝治疗。本试验通过血浆 D-二聚体和血小板计数的实验室检验结果进行筛选病例,然后给予患者低分子肝素抗凝治疗,使患者在病程初期能够得到及时有效的治疗,提高了患者的治愈率,解除了患者的痛苦。

此外,考虑 UC 患者病程迁延反复,患者需长时间的服药甚至应用激素进行治疗,导致此类患者易出现严重的负面情绪和心理应激,而不良心理更不利于疾病恢复。加之患者还要承受由疾病和药物所致的躯体改变和不良反应以及治疗经济负担,这些均可使其情绪进一步低落。

目前,多项研究证明应对 UC 患者进行心理护理和行为干预,提示了心理干预对其防治的重要意义,因此,在给予患者药物治疗的同时,还应重视对患者进行有效的心理疏导,进而帮助患者减轻精神压力,树立战胜疾病的信心,提高患者的心理健康水平。本文也证明了对合并血液高凝状态的患者进行常规护理联合心理干预后,患者在紧张、焦虑、抑郁状态得到明显改善,并提高了治疗的效果。这主要与护理人员除进行常规护理外,还进行了积极的心理干预有关。通过对其进行一系列详尽的相关疾病知识介绍,让患者对 UC 有了一个充分、准确的理解,在此基础上对患者及其家属进行积极有效沟通,始终为患者创造一个良好的就医环境,让患者在治疗过程中保持舒适。有报道,心理刺激可通过改变胃肠动力、内脏敏感性而加重胃肠道症状,长期处于持续性负性情绪中会使溃疡活动和症状加重,而活动期 UC 患者往往存在凝血功能异常,处于明显的血栓前状态,可见这些因素均互为因果,加重 UC 患者的病情^[10]。因此,对 UC 患者除了进行必要的低分子肝素治疗以改善患者血液高凝状态以外,同时进行心理护理也很重要,这也契合了本研究结果。另外,有报道,缓解期 UC 患者各血液指标也是增高的,但没有活动期 UC 患者明显,因此虽经治疗有所缓解,但仍有必要对 UC 患者进行维持治疗。因此,对 UC 患者进行积极的心理干预使其增强治疗的依从性,以更好地进行维持治疗也具有积极意义。

综上所述,对合并血液高凝状态的 UC 患者治疗在传统治疗基础上加用低分子肝素,在常规护理基础上适时辅以心理干预,取得了良好的治疗效果。特别是及时发现患者的不良心理状况并积极地进行干预,将药物治疗、心理疏导、饮食生活调节及健康指导有机结合起来,把患者心理负面因素转化为治疗动力,关心、安慰和鼓励患者,指导患者适当参加社会活动,分散其注意力,控制情绪,保持心情舒畅,再以亲切语言和和蔼态度和精湛技术取得患者的信任,建立良好的医患关系,使患者积极配合治疗,进而使患者达到心理和生理的全面康复。

参考文献

[1] 董时洁,马含夕,袁捷. 溃疡性结肠炎与凝血功能异常

[J]. 临床荟萃, 2013, 28(4): 464-467.

[2] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病协作组. 对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见[J]. 胃肠病学, 2007, 12(8): 488.

[3] 欧阳钦. 溃疡性结肠炎临床诊断指南[J]. 临床消化病杂志, 2007, 19(1): 4-6.

[4] 陈隆典, 杨英. 炎症性肠病疾病活动程度与血小板参数的相关性分析[J]. 中华消化杂志, 2011, 26(11): 771.

[5] 张连峰, 田曙光, 王国新. 溃疡性结肠炎患者血小板功能状态的研究[J]. 中国实用内科杂志, 2000, 20(2): 202-203.

[6] 林晋濠, 张杨. 谢晶日教授治疗溃疡性结肠炎经验[J]. 世界中医药, 2013, 8(4): 423-424.

[7] 杨栋, 刘桂敏. 溃疡性结肠炎的血栓并发症[J]. 中华消化杂志, 2000, 20(2): 122-124.

[8] 中华医学会消化病学分会. 对炎症性肠病诊断治疗规范的建议[J]. 中华内科杂志, 2001, 40(2): 138-141.

[9] 贺国斌, 欧阳钦. 溃疡性结肠炎的血栓前状态与肝素治疗[J]. 国外医学内科学分册, 2006, 27(6): 238-241.

[10] Kume K, Yamasaki M, Tashiro M, et al. Activations of coagulation and fibrinolysis secondary to bowel inflammation in patients with ulcerative colitis[J]. Inter Med, 2007, 46(17): 1323-1329.

(收稿日期: 2014-11-01 修回日期: 2014-11-16)

并发症护理干预在放化疗治疗肺癌中的应用

宋 敏, 吴 晶, 徐 艳, 蒋志红, 李盼盼, 彭瑞敏(中国人民解放军海军总医院呼吸内科, 北京 100048)

【摘要】 目的 探讨并发症系统化护理干预在放疗联合化疗治疗肺癌中的应用效果, 为临床护理提供参考依据。**方法** 选择 2012 年 5 月至 2014 年 6 月该院收治的放疗联合化疗治疗的肺癌患者 178 例作为研究对象, 根据随机数字表法分为观察组和对照组各 89 例, 对照组给予常规护理, 观察组在常规护理的基础上给予系统化并发症护理干预, 比较两组患者并发症发生率及护理满意度。**结果** 观察组放射性食管炎、放射性肺炎、胃肠道反应、感染发生率显著低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$); 观察组护理质量、护理满意度评分为 (9.07 ± 0.34) 分和 (9.43 ± 0.28) 分, 均高于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 系统化并发症护理干预减少了肺癌放化疗患者并发症的发生, 提高了患者满意度, 值得临床重视。

【关键词】 肺癌; 放化疗; 并发症; 系统化护理
DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.08.052 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2015)08-1151-03

据不完全统计, 我国每年新发肺癌患者超过 70 万, 由于肺癌患者早期并无典型临床特征, 患者往往难以自觉, 临床确诊时大部分患者已处于中、晚期^[1]。中、晚期肺癌术后根治效果较差, 临床主要以同步放化疗等综合治疗为主, 同时, 由于放化疗的不良反应, 容易出现胃肠道反应、骨髓抑制、放射性食管炎等并发症, 增加了患者痛苦^[2-3]。因此, 最大限度减少并发症的发生具有重要意义。本研究分析了系统化护理干预在预防肺癌放化疗中并发症的临床效果, 旨在为临床护理提供参考依据, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 5 月至 2014 年 6 月本院收治的放疗化疗的肺癌患者 178 例作为研究对象, 均经组织病理学检查确诊。入选标准: (1) 患者临床分期、病理分级等一般资料齐全; (2) 未经过手术治疗; (3) 签署知情同意书, 患者自愿参加本次研究。排除标准: (1) 合并其他器官恶性肿瘤; (2) 严重心、肝、肾器官功能不全; (3) 合并严重全身感染, 或伴有糖尿病、冠心病等慢性疾病。经院内伦理委员会批准, 178 例被纳入的患者按照随机数字表法分为观察组和对照组各 89 例, 两组患者在性别、年龄、病情等一般资料上比较差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性, 见表 1。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 两组患者均给予同步放化疗, 放疗采用 6MV-X 线进行放疗, 每次 2 Gy, 每周照射 5 次, 总量不超过 60

Gy。放疗开始后同步进行 EF 方案化疗, 依托泊苷 (VP-16) 100 mg/m² 静脉注射 1~3 d, 顺氯氮铂 (DDP) 30 mg/m² 静脉注射 1~3 d, 3 周为 1 个周期。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	n	年龄 ($\bar{x}\pm s$, 岁)	性别(n)		类型(n)		TNM 分期(n)		
			男	女	鳞癌	腺癌	Ⅱ期	Ⅲ期	Ⅳ期
观察组	89	57.5±6.4	80	9	38	51	29	43	17
对照组	89	58.1±5.9	78	11	40	49	27	46	16

1.2.2 护理方法 对照组给予常规呼吸内科护理, 包括治疗前做好电解质、肝肾功能、血常规、心电图等检查, 静脉注射药物护理, 饮食护理, 病情观察及出院指导等内容。观察组在对照组护理的基础上给予系统化并发症护理干预, 具体措施如下: (1) 认知行为干预。制订通俗易懂的健康教育手册对患者进行认知行为干预, 主要包括肺癌患者常见放疗方法、化疗药物、化疗方案、放化疗常见并发症类型及预防措施、放化疗前后注意事项等内容, 入院后向患者发放健康教育手册, 办完住院手续、各项检查完成后由护士向患者及家属进行讲解, 并耐心回答患者及家属的问题, 使患者及家属对肺癌放化疗联合治疗方案及并发症有较准确的认知, 从而提高其治疗和护理的配合性。(2) 心理护理。①加强沟通交流。心理护理要贯穿于治疗全过程, 在住院期间护士要积极主动与患者交流, 在交流时要引导患者讲出心中的顾虑等, 护理人员要认真、耐心倾听, 不要