

康教育计划和路径等方面进行调查,本组结果显示,不同层次医院之间存在显著差异,完全实施率平均为 63.7%,其中以区县级医院最好,占 81.6%;无实施率平均 6.6%,其中以乡镇医院最高,占 11.3%,与其他研究结果相一致,提示要保证健康教育质量,必须建立完善的管理体系和标准化模式,特别是乡镇级医院更应该完善各项制度和标准,加强质量控制,防止健康教育流于形式。

本研究结果表明,重庆市不同层次医院护理人员健康教育现状存在显著差异,其客观原因可能与抽样误差及各级医院护士构成本身的差异所致,最主要的主观原因是各级医院在健康教育管理体系和质量控制标准的建立方面重视程度不同,直接导致护理人员具体实施医院健康教育的形式、方法不同,从而造成健康教育效果的差异。提示各级医院应建立适合自己的标准化健康教育模式并实施,以提高医院护理健康教育的实效性和有效性,使医院护理健康教育更加科学化、系统化、全面化和个体化,提高患者对医院护理健康教育的满意度,改变人们的健康观念及行为。

参考文献

[1] 吕姿之. 健康教育与健康促进[M]. 北京:北京医科大学/中国协和医科大学联合出版社,1998:56-61.

[2] 林菊英. 中华护理全书[M]. 南昌:江西科学技术出版社,1993:1959-1967.

[3] 邓丽金,陈锦秀. 我国健康教育效果评价的现状与发展趋势[J]. 护理管理杂志,2008,8(1):23-24.

[4] 许芳慧,杨骅. 某综合性医院门诊患者健康教育需求的分析与对策[J]. 解放军护理杂志,2009,22(25/26):2166-2167.

[5] 田君叶,刘均娥. 骨科住院患者健康教育需求的调查分析[J]. 中华护理杂志,2007,4(19):98-99.

[6] 孙菲,杨瑞贞,刘文静. 三级医院健康教育方式调查及效果研究[J]. 齐鲁护理杂志,2014,12(4):517-518.

[7] 冯素芬,庄润森,林德南. 医院住院患者健康教育方式探讨[J]. 中国健康教育,2006,4(8):243-244.

[8] 苏秀春,何爱兰,石冬珍,等. 护理“三到位”在临床工作中的应用[J]. 健康大视野:医学分册,2006,14(11):96.

[9] 刘于,朱娟. 护理健康教育博客的构建与运行[J]. 中华护理教育,2008,5(5):276-277.

[10] 李继平. 护理管理学[M]. 北京:人民卫生出版社,1999:96-99.

(收稿日期:2015-03-25 修回日期:2015-04-15)

• 临床探讨 •

痰热清注射液在慢性阻塞性肺困难脱机患者治疗中的临床研究^{*}

高 宁,丁吉玉(山东省济宁市第一人民医院 272111)

【摘要】 目的 探讨痰热清注射液在慢性阻塞性肺困难脱机患者的临床价值。**方法** 选择该院 2009 年 12 月至 2012 年 12 月收治的 100 例慢性阻塞性肺困难脱机患者,随机分为实验组和对照组,各 50 例。对照组患者采用头孢呋辛进行治疗,实验组患者在对照组治疗的基础上给予痰热清注射液进行治疗,比较 2 组患者的治疗效果。**结果** 2 组患者均治疗 1 个疗程,实验组患者治疗效果明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 慢性阻塞性肺困难脱机患者使用痰热清注射液进行治疗,具有更好的治疗效果,值得临床推广应用。

【关键词】 痰热清注射液; 慢性阻塞性肺困难脱机患者; 治疗效果
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.18.046 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)18-2757-03

慢性阻塞性肺疾病是临床呼吸系统最常见疾病,其发生及发展与慢性支气管炎存在紧密联系。痰热清是一种具有广谱抗菌功能的中药制剂,该药物被临床广泛用于急性支气管炎、早期肺炎、上呼吸道感染及慢性支气管炎的急性发作等疾病^[1]。为探讨痰热清注射液在慢性阻塞性肺困难脱机患者中的治疗效果,本研究对 100 例慢性阻塞性肺困难脱机患者的临床资料进行回顾性分析,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2009 年 12 月至 2012 年 12 月收治的 100 例慢性阻塞性肺困难脱机患者作为研究对象,并随机分为实验组和对照组,各 50 例。实验组患者男性 30 例,女性 20 例,年龄 59~80 岁,平均年龄(69.8±9.8)岁;对照组患者男性 31 例,女性 19 例,年龄 60~81 岁,平均年龄(70.2±10.2)岁。对照组患者使用头孢呋辛进行治疗,实验组患者在对照组治疗的基础上同时给予痰热清注射液进行治疗。所有患者的

原发性疾病均为慢性阻塞性肺疾病,且疾病的诊断均根据中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组于 2007 年制定颁发的《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》^[2]。2 组患者的性别、年龄等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 排除标准^[3] 支气管哮喘、肺脓肿、支气管扩张、肺结核、过敏体质或对多种药物过敏者;肝肾功能衰竭、尘肺、严重 COPD 伴呼吸衰竭以及肺性脑病患者。

1.3 慢性阻塞性肺困难脱机标准^[4] (1)无显著呼吸性酸中毒症状者。(2)无高热者。(3)心血管功能稳定者。(4)血色素浓度为 8~10 g/dL 以上者。(5)有充足的精神活动者。(6)足够的氧合者。(7)代谢状态稳定者。

1.4 方法 2 组患者给予常规化痰、平喘、持续低流量吸氧以及改善通气功能等治疗。对照组患者使用头孢呋辛进行治疗,其方法为将 1.5 g 头孢呋辛加入至 100 mL 0.9%氯化钠注射液,每天静脉输注 2 次。实验组患者在对照组治疗的基础上

^{*} 基金项目:山东省济宁市中医药科技发展计划支持项目(jiningzy-079-06)。

同时给予痰热清注射液进行治疗,痰热清注射液主要由黄芩、熊胆粉、山羊角、金银花、连翘、丙二醇等成分组成,用法用量为通常情况下 1 次使用 20 mL,对重症患者可 1 次使用 40 mL,将其加入至 250~500 mL 5%葡萄糖注射液或 0.9%氯化钠注射液中,静脉滴注,每分钟控制滴数小于 60 滴,1 次/天。治疗 1 个疗程后,比较 2 组患者的临床治疗效果。

1.5 疾病治疗标准^[5] 根据《中药新药临床》研究指导原则对其治疗效果进行评价。显效:临床症状及体征有明显的减轻,但未恢复至急性发作前的状态,其他客观指标改善明显。有效:临床症状及体征有一定减轻,恢复程度无显效患者明显,其他客观指标改善明显。无效:临床症状及体征无明显改善甚至病情加重,其他客观指标也无明显改善甚至加重。治疗总有效例数=治疗显效例数+有效例数。

1.6 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件进行分析,计量数据使用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间采用应用 *t* 检验,计数资料以百分比(%)表示,采用 χ^2 检验。*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组患者临床疗效结果比较 治疗 1 个疗程后,实验组患者治疗显效 35 例,有效 13 例,总有效例数为 48 例,有效率 96%。对照组患者治疗显效 30 例,有效 11 例,总有效例数为 41 例,有效率 82%。实验组患者治疗效果明显优于对照组,差异有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 1。

表 1 2 组患者临床疗效比较

组别	<i>n</i>	显效(<i>n</i>)	有效(<i>n</i>)	无效(<i>n</i>)	有效率(%)
实验组	50	35	13	2	96*
对照组	50	30	11	9	82

注:与对照组比较,**P* < 0.05。

2.2 2 组患者治疗后各项检测指标结果比较 实验组患者白细胞总数为 $(0.51 \pm 0.03) \times 10^9/L$,白细胞分类所占百分比为 $(50.16 \pm 2.77)\%$,C 反应蛋白(CRP)浓度为 $(21.34 \pm 3.21) \text{ mg/L}$,降钙素原(PCT)浓度为 $(0.19 \pm 0.07) \text{ ng/mL}$;对照组患者白细胞总数为 $(0.82 \pm 0.06) \times 10^9/L$,白细胞分类所占百分比为 $(67.87 \pm 5.12)\%$,CRP 浓度为 $(33.45 \pm 9.09) \text{ mg/L}$,PCT 浓度为 $(0.78 \pm 0.12) \text{ ng/mL}$ 。实验组患者治疗效果明显优于对照组,差异均有统计学意义(*P* < 0.05)。见表 2。

表 2 2 组患者治疗后各指标检测结果比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	白细胞计数 ($\times 10^9/L$)	白细胞分类 (%)	CRP (mg/L)	PCT (ng/mL)
实验组	50	0.51 ± 0.03	50.16 ± 2.77	21.34 ± 3.21	0.19 ± 0.07
对照组	50	0.82 ± 0.06	67.87 ± 5.12	33.45 ± 9.09	0.78 ± 0.12
<i>P</i>		< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨 论

慢性阻塞性肺疾病是一种慢性气管炎性反应,环境越差其发病率越高,同时该疾病也具有并发症多及病死率高等特点,因此临床一直比较重视其治疗^[6]。通常情况下急重期患者表现为短期的剧烈咳嗽以及咳痰等,同时表现气短或(和)喘气加剧以及黏液性或脓性痰量的增多,甚至有些患者伴有发热等症状^[7]。临床研究结果表明,导致疾病急性加重的原因有多种,如病毒、细菌感染,环境变化,不合格治疗等,其中细菌、病毒感染是最主要原因,因此应用抗菌药物治疗慢性阻塞性肺疾病是

一种有效治疗方法^[8]。

该病的治疗采用的药物主要包括茶碱类药物、抗胆碱能药物、糖皮质激素、 β_2 -激动剂(β_2 -A)、祛痰剂等,联合或单独使用,能显著改善病情。但临床实验结果显示,长期使用具有较大不良反应,对患者的预后造成严重不良影响,因此需探讨一种长期有效且不良反应小、依从性高的治疗方法^[9]。中医学临床研究结果表明,在慢性阻塞性肺疾病治疗方面,中医学治疗方法不仅具有其整体调理以及辨证施治等优点,同时也具有不良反应小和疗效良好的优势^[10]。因此,使用中医治疗方法有利于抗菌药物、激素等药物使用量的减少,也使不良反应减轻,是一种较好的治疗方法^[11]。本组通过对中医学古代文献的调研发现,无慢性阻塞性肺疾病类型,但根据该病的临床表现及病理转归,可将其归类于“喘证”、“肺胀”等中医学范畴,其证治也并见或散见于肺疾、咳嗽、痰饮、肺癰等^[12]。

痰热清注射液是目前我国唯一研制的动植物合用纯中药,主要包括熊胆粉、山羊角、黄芩、金银花、连翘等^[13]。其中山羊角具有明显的免疫调节功能,熊胆粉具有明显的解毒、平喘、镇咳、解痉、祛痰抑菌功能,黄芩的功效为燥湿、清热及泻火解毒,金银花有广泛抑菌、抗菌作用以及宣肺解表的功能^[14]。痰热清不仅广谱抑菌,同时还有抗病毒作用,主要用于慢性支气管炎急性发作、急性支气管炎、肺炎等治疗,且疗效较好^[15]。有实验结果证明,痰热清注射液对呼吸道感染的治疗有效率达到 93.3%,其中静脉滴注方式可以通过抗菌、抗病毒以及调节机体免疫功能等使机体中毒症状得到改善,并使患者体温降至正常。该药为纯中药制剂,使用过程中不易发生抗药性,从而减少菌群失调及脏器毒性和耐药性的发生^[16]。本研究结果表明,2 组患者治疗 1 个疗程后,实验组患者治疗有效率明显优于对照组,差异有统计学意义(*P* < 0.05)。实验组患者白细胞总数、白细胞分类所占百分比、CRP 和 PCT 浓度变化值显著优于对照组,差异有统计学意义(*P* < 0.05)。

综上所述,与常规西药治疗方法比较,对慢性阻塞性肺困难脱机患者给予痰热清注射液进行治疗,具有较好的治疗效果,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 韦思尊,陈斯宁,冯原.痰热清注射液对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者细胞因子和肺功能影响的研究[J].中国中医急症,2011,20(9):1402-1403.

[2] 崔模林,贾丕梅,刘春兰.痰热清注射液治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床疗效观察[J].长治医学院学报,2011,23(5):372-374.

[3] 兰岚,高占成.慢性阻塞性肺疾病急性加重的发病机制[J].国际呼吸杂志,2011,27(3):203-206.

[4] 慢性阻塞性肺疾病急性加重诊治专家组.慢性阻塞性肺疾病急性加重诊治中国专家共识(草案)[J].中华哮喘杂志:电子版,2013,7(1):1-13.

[5] 柳涛,蔡柏蔷.慢性阻塞性肺疾病诊断、处理和预防全球策略介绍(2011 年修订版)[J].中国呼吸与危重监护杂志,2012,1(1):1-12.

[6] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组.慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2007 修订版)[J].中华结核和呼吸杂志,2007,30(1):8-17.

[7] 邹小明,董有睿,张春兰.痰热清注射液治疗 COPD 急性加重期的疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2011,20

(31):3957-3958.

[8] 龚国良,李欣. 痰热清治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床疗效及细胞因子水平的研究[J]. 中国中药杂志, 2013,20(1):387-389.

[9] 任自力,周平,朱晓玲. 慢性阻塞性肺疾病虚实证型与 T 淋巴细胞关系探讨[J]. 浙江中医杂志, 2012, 16(6): 26-28.

[10] 崔焱,梁直英,董竞成. 活血化癥方治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2012,25(4):327-340.

[11] 范红玲. 清气化痰汤化裁治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期 57 例[J]. 四川中医, 2013,21(8):30-31.

[12] 叶志中,左俊岭,朱敏. 中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期 42 例临床观察[J]. 新中医, 2003, 35(1):

34-35.

[13] 杨锡燕. 痰热清注射液治疗急性支气管炎 36 例疗效观察[J]. 中国中医急症, 2011,15(2):131-132.

[14] 徐孝医,张守英,彭华彬. 痰热清注射液治疗呼吸系统感染疗效观察[J]. 中华医学论坛, 2012,3(10):50-51.

[15] 潘彦舒,张娜,朱晓磊. 痰热清注射液干预内毒素血症病理过程的相关性研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2012, 11(7):508-510.

[16] 李统. 痰热清注射液联合青霉素或红霉素治疗慢性支气管炎 80 例[J]. 临床和实验医学杂志, 2012,12(5):2024-2025.

(收稿日期:2015-03-20 修回日期:2015-04-10)

• 临床探讨 •

新生儿中心静脉导管尖端位置与使用时间的相关性研究^{*}

唐红梅,唐永红,刘素霞,黄 顺,储 芳,尚丽丹,张惠英,文 凤,牛小霞(中国人民解放军第三〇二医院临床科,北京 100039)

【摘要】 目的 探讨新生儿中心静脉导管(PICC)尖端位置对导管使用时间的影响。**方法** 选择该院 75 例进行新生儿 PICC 置管的患儿,置管成功后通过 X 线片确认导管尖端位置。**结果** 导管尖端位置位于上腔和下腔静脉的患儿比位于其他部位的使用时间延长;且导管尖端位置位于上腔静脉的患儿发生静脉炎的比例明显减少,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 上肢静脉是新生儿 PICC 置管的首选,上腔静脉是新生儿 PICC 导管尖端的最佳位置。

【关键词】 新生儿; 中心静脉导管管端位置; 使用

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.18.047 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)18-2759-02

经外周静脉置入中心静脉导管(PICC)于 1996 年首次应用于新生儿,主要使用于极(超)低出生体质量儿和危重新生儿输注静脉营养和刺激性药物,为危重新生儿建立通畅、持久的静脉输液通道,保证其顺利完成治疗,提高危重新生儿的抢救成功率^[1-3]。现探讨置入 PICC 新生儿的临床疗效,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 该院 2012 年 4 月至 2013 年 12 月经外周静脉置入新生儿 PICC 的新生儿 75 例,男 45 例,女 30 例,早产儿 73 例,足月儿 2 例,胎龄 192~240 d,平均胎龄(217.13±13.21)d,置管时日龄 1~21 d,平均日龄(4.12±3.07)d,体质量 780~1 930 g,平均体质量(1 385.33±253.32)g。

1.2 方法 操作由 2 名工作人员进行配合,置管由具有 PICC 操作资质的护士进行,另外 1 名人员配合,使用美国 Utah 公司的 1.9Fr PICC 导管,置管成功后通过 X 光线摄片确认导管尖端位置。

1.3 观察指标 新生儿 PICC 导管尖端位置与使用时间之间的关系;新生儿 PICC 导管尖端位置与并发症之间的关系。

1.4 统计学处理 采用 SPSS13.5 统计软件进行分析,计量资料使用 $\bar{x}\pm s$ 表示,应用 t 检验及 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 新生儿 PICC 导管尖端位置与使用时间的相关性 X 线片定位确认导管尖端位置位于上腔和下腔静脉的患儿比导管

尖端位置位于其他部位的使用时间延长,差异有统计学意义($P<0.05$)。但对导管尖端位置位于锁骨下静脉与上腔静脉进行比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 新生儿 PICC 导管尖端位置与使用时间的相关性($\bar{x}\pm s$)

导管位置	<i>n</i>	使用时间(d)
上腔静脉	56	15.83±8.31
锁骨下静脉	15	11.50±6.87
异常位置	2	5.00±2.83
下腔静脉	2	18.50±3.53

注: $t=1.852\ 7, P=0.068\ 2$ 。

2.2 新生儿 PICC 导管尖端位置与并发症的相关性 导管尖端位置位于上腔静脉的患儿比位于其他位置发生静脉炎明显减少,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2、3。

表 2 新生儿 PICC 导管尖端位置与并发症的相关性[$n(\%)$]

导管位置	<i>n</i>	静脉炎	堵塞管道	细菌培养
上腔静脉	56	3(5.36)	1(1.79)	1(1.79)
锁骨下静脉	15	3(20.00)	1(6.67)	0(0.00)
异常位置	2	1(50.00)	0(0.00)	0(0.00)
下腔静脉	2	1(50.00)	0(0.00)	0(0.00)

^{*} 基金项目:302 医院“院内课题”资助课题(YNK T2013028)。