

参考文献

[1] 中华医学会肝病学会, 中华医学会感染病学分会. 慢性乙型肝炎诊断标准(2010 年版) [J]. 中西医结合肝病杂志, 2011, 21(2): 121-122.

[2] Fujimoto K, Kato M, Kudo M, et al. Novel image analysis method using ultrasound elastography for noninvasive evaluation of hepatic fibrosis in patients with chronic hepatitis C [J]. *Oncology*, 2013, 84(Suppl 1): 3-12.

[3] Zipprich A, Kuss O, Rogowski S, et al. Incorporating indocyanin green clearance into the Model for End Stage Liver Disease(MELD ICG) improves prognostic accuracy in intermediate to advanced cirrhosis [J]. *Gut*, 2010, 59(7): 963-968.

[4] 黄强, 方承康, 黄国栋. 银杏叶提取物抗四氯化碳诱导的大鼠肝纤维化的实验研究 [J]. 中华中医药学刊, 2011, 29(5): 1076-1078.

[5] Yada N, Kudo M, Morikawa H, et al. Assessment of liver fibrosis with real-time tissue elastography in chronic viral hepatitis [J]. *Oncology*, 2013, 84(Suppl 1): 13-20.

[6] Koizumi Y, Hirooka M, Kisaka Y, et al. Liver fibrosis in patients with chronic hepatitis C: noninvasive diagnosis by means of real-time tissue elastography—establishment of the method for measurement [J]. *Radiology*, 2011, 258(2): 610-617.

[7] Clark PJ, Patel K. Noninvasive tools to assess liver disease [J]. *Curr Opin Gastroenterol*, 2011, 27(3): 210-216.

[8] 丛淑珍, 裴书芳, 郭汉涛, 等. 组织弥散定量参数判断肝纤维化的价值评估 [J]. 中国超声医学杂志, 2013, 29(8): 698-701.

[9] 张国盛, 王天懿, 徐有青, 等. 实时组织弹性成像技术对慢性乙型肝炎肝纤维化的诊断价值 [J]. 临床肝胆病杂志, 2014, 30(7): 616-619.

[10] 李晓云, 赵夏夏, 焦建中, 等. 实时组织弹性成像技术在无创评价慢性乙型肝炎肝纤维化中的应用 [J]. 西北国防医学杂志, 2013, 34(1): 5-7.

[11] 申志扬, 郭琦, 秦志平, 等. 肝纤维化超声实时组织弹性成像定量分析研究 [J]. 中国超声医学杂志, 2014, 30(3): 235-238.

[12] 朱颖炜, 龚镭, 范丽, 等. 纤溶酶原激活物抑制剂在肝纤维化组织中的表达及意义 [J]. 江苏医药, 2011, 37(5): 559-561.

[13] 张专才, 宿敏, 郑文艳, 等. 吡喹酮排泄试验在肝病临床的应用 [J]. 内蒙古中医药, 2012, 31(17): 141-143.

[14] 郑剑, 杨丽新, 吴涛, 等. 瞬时弹性成像与实时组织弹性成像评估肝纤维化的比较 [J]. 中华肝脏病杂志, 2014, 22(10): 731-734.

(收稿日期: 2015-02-06 修回日期: 2015-07-18)

• 临床探讨 •

血浆脑钠肽水平监测联合连续性护理干预对行急诊经皮冠状动脉介入术的急性心肌梗死患者预后的影响

沈蕾蕾(江苏省淮安市第一人民医院急诊科 223300)

【摘要】 目的 分析并探讨血浆脑钠肽水平监测联合连续性护理干预对行急诊经皮冠状动脉介入术(PCI)的急性心肌梗死患者预后的影响。**方法** 选取 2012 年 4 月至 2015 年 4 月接受治疗的急性心肌梗死患者 120 例, 分为观察组与对照组, 每组 60 例。两组患者均给予常规的治疗和护理方案, 观察组在此基础上根据患者的血浆脑钠肽水平进行危险分级, 对不同级别患者实施针对性的连续护理。**结果** 观察组治疗后出现心力衰竭 1 例, 心肌梗死 1 例, 心率失常 1 例, 心绞痛 1 例, 发生率为 6.67%。对照组治疗后出现心力衰竭 2 例, 心肌梗死 3 例, 心率失常 3 例, 心绞痛 4 例, 发生率为 20.00%。观察组不良事件发生率明显低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组治疗后 SAQ 生存质量量表评分为(83.24±6.34)分, SAS 焦虑量表评分为(40.24±4.13)分。对照组 SAQ 生存质量量表评分为(69.46±6.35)分, SAS 焦虑量表评分为(34.24±3.23)分。观察组 SAQ 量表评分明显高于对照组, 且 SAS 评分明显低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 血浆脑钠肽水平监测联合连续性护理干预对行急诊 PCI 的急性心肌梗死患者可以有效地降低不良事件发生率, 提高生活质量, 临床上值得推广。

【关键词】 急性心肌梗死; 脑钠肽; 连续性护理; 经皮冠状动脉介入术

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.21.056 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2015)21-3267-03

在临床急诊中, 对于急性 ST 段抬高型的心肌梗死抢救主要选择经皮冠状动脉介入术(PCI), 虽然在一定程度上缓解急性发病并降低病死率, 但研究表明患者预后仍存在病死率高等问题^[1]。若在临床早期实时观测患者心肌梗死程度并及早干预, 选择合适的预后判断指标极为重要^[2]。血浆 N 末端脑钠肽前体(NT-proBNP)是一种心肌细胞损伤标志物, 在一定程度上可作为判断急性心肌梗死患者预后的新指标^[3]。在本次研究中, 选取 2012 年 4 月至 2015 年 4 月在本院接受治疗的急性心肌梗死患者 120 例, 分析并探讨血浆脑钠肽水平监测联合

连续性护理干预对行急诊 PCI 的急性心肌梗死患者预后的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 4 月至 2015 年 4 月在本院接受治疗的急性心肌梗死患者 120 例, 其中男 62 例、女 58 例, 年龄 43~76 岁、平均(59.73±6.31)岁。纳入标准^[4]: (1)符合心肌梗死的诊断标准。(2)纽约心脏病学会心功能分级在 II 级以上。(3)自愿配合本次研究者。排除标准: (1)有心力衰竭病史者。(2)有室性心动过速者。(3)肝肾功能不全者。(4)有其他

系统严重疾病者。现将 120 例患者分为观察组与对照组,每组 60 例。两组患者在性别、年龄、病情等方面差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 两组患者均给予常规的治疗和护理方案,观察组在此基础上根据患者的血浆脑钠肽水平进行危险分级,对不同级别患者实施针对性的连续护理^[5]。具体措施如下:(1)成立护理干预小组,主要负责具体措施的落实,包括脑钠肽的测定,随访以及记录资料等,定期对护理人员进行培训,掌握相关知识和技能。(2)脑钠肽浓度测定:对所有入院患者进行脑钠肽浓度测定,要求在入院的 24 h、术后的 72 h、出院时以及随访时进行脑钠肽测量。根据脑钠肽浓度分为 3 个等级,100~300 pg/mL 为低风险,301~500 pg/mL 为中风险,>500 pg/mL 为高风险。(3)干预措施:根据风险级别进行不同程度的运动,低风险一般活动不受限制,中风险活动以不出现不适感为宜,高风险应卧床休息,不宜过多下床运动。除此之外,对中、高风险者给予低热量饮食,合理膳食,保持大便通畅,减轻心脏负荷,提高用药依从性。(4)心理护理:住院期间,护理人员要多与患者沟通交流,了解患者心理动态,及时帮助患者缓解负面情绪,促进健康恢复。(5)并发症的护理:在患者住院期间,密切关注患者病情变化,及时对患者的并发症进行处理。出院前,对患者进行相关健康教育,让其了解心血管不良事件的预防知识和急救知识。

1.3 评价指标 调查两组患者再发不良心血管事件发生率,以及采用西雅图心绞痛生存质量测量量表(SAQ)和焦虑量表(SAS)对生活质量进行评估^[6]。

1.4 统计学处理 使用统计学软件 SPSS 19.0 分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组患者不良事件发生率对比 观察组治疗后出现心力衰竭 1 例,心肌梗死 1 例,心率失常 1 例,心绞痛 1 例,发生率为 6.67%。对照组治疗后出现心力衰竭 2 例,心肌梗死 3 例,心率失常 3 例,心绞痛 4 例,发生率为 20.00%。观察组不良事件发生率明显低于对照组,差异具有统计学意义($\chi^2=4.62$, $P<0.05$)。

2.2 两组 SAQ 量表、SAS 量表评分 观察组治疗后 SAQ 评分为(83.24±6.34)分,SAS 评分为(40.24±4.13)分。对照组 SAQ 评分为(69.46±6.35)分,SAS 评分为(34.24±3.23)分。观察组 SAQ 评分明显高于对照组($t=11.90$, $P<0.05$),SAS 评分明显低于对照组($t=8.86$, $P<0.05$),差异均有统计学意义。

3 讨 论

急性心肌梗死发作时可伴发心律失常、休克,严重时导致心力衰竭甚至死亡,因其发病突然迅速,需及时发现并予以抢救。目前随着二级预防的不断推广,抗血栓的治疗,患者心肌梗死发作有所缓解,且在发作时若有 PCI 条件的医院可直接对满足 PCI 条件的患者行血管再通治疗,尽可能挽救损伤心肌组织^[7]。但临床研究显示,患者预后仍存在病死率高等问题^[8],急诊 PCI 后患者受损心肌可能因结构及功能的变化导致无明显症状的心力衰竭及心律失常,若未及时发现并采取干预手段可能引起猝死^[9]。因此,在急诊 PCI 后及时发现患者早期无症状心脏变化,及时、早期进行干预处理,对降低患者病死率,提高预后有很大帮助。

proBNP 是当心肌壁扩大时心脏释放入血的一种重要的调节激素,有研究报道称释放 proBNP 越多,证明心肌负担越

重,心肌收缩无力情况越严重^[10]。proBNP 入血后会被切割为 NT-proBNP 及脑钠肽,而 NT-proBNP 为心肌梗死发作后剩余心肌细胞释放的因子,一直被作为临床中判断患者心脏疾病严重程度的重要指标,也是证实神经内分泌调节的指示^[11],在临床诊断中具有重要的分级意义,便于更恰当的治疗。而脑钠肽的生成及释放则受心室壁张力影响,在心律失常、急性脑血管事件及心力衰竭中明显增多,可作为急性心肌梗死患者心血管事件发生的观测指标^[12]。

在本次研究中根据患者的血浆脑钠肽水平进行危险分级,对不同级别患者实施针对性的连续护理^[13],普及疾病治疗中的相关知识,指导患者更好配合治疗的作息及休息方式,定期检查血常规及心电图等常规指标,旨在降低急性心肌梗死患者 PCI 后心血管事件发生率,提高患者预后。结果显示,观察组治疗后出现心力衰竭 1 例,心肌梗死 1 例,心律失常 1 例,心绞痛 1 例,发生率为 6.67%。与对照组相比,观察组不良事件发生率明显低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。通过早期根据患者心肌细胞受损程度分级,予以特殊的干预护理,一旦患者出现异常可及时采取干预措施,最大限度地争取抢救时间,降低患者病死率,改善预后。在本次研究中对于发生不良事件的患者予以及时治疗,抢救及时,患者在院期间均得到良好救治,无死亡发生。该结果与国内同领域研究结果一致^[14]。分级有助于针对高危患者制订相应的连续性护理对策,对患者生命体征等病情变化均时刻掌握,更有利于及时修正、提高治疗方案,对降低急性心血管事件发生率有明显效果。

因脑钠肽可在一定程度上反映心肌细胞损伤程度,根据脑钠肽分级可大体预测判断患者预后情况。研究显示,连续性护理不仅可实时了解患者病情,同时也可提高患者自身治疗依从性,加强自我护理与监管能力,积极面对治疗^[15]。结果显示,治疗后观察组 SAQ 量表评分明显高于对照组,且 SAS 评分明显低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。该结果表明,通过分级后的连续性护理干预,患者活动受限情况减轻,心绞痛发作次数有所减少,提高患者生活质量,对防治及护理工作更加满意,心态更加积极健康。

综上所述,血浆脑钠肽水平监测可在一定程度上预测、评价患者心肌细胞受损情况,判断患者预后,分级后联合连续性护理干预对行急诊 PCI 的急性心肌梗死患者可以有效地降低急性心血管事件发生率,降低病死率,同时提高生活质量,使其对防治及护理工作更加满意,心态更加积极、健康,临床上值得推广。

参考文献

- [1] 黄梦照,刘华勇,梁东,等.急性心肌梗死患者血浆脑钠肽水平与心肌梗死面积及预后的关系[J].安徽医药,2013,17(3):426-427.
- [2] 郭巍,赵春明,崔诗哈,等.化学发光免疫分析测定 172 例患者血浆脑钠肽的临床价值[J].标记免疫分析与临床,2010,17(1):18-20.
- [3] 杨军,李春盛.D-二聚体对急性心肌梗死早期预后的预测价值-3134 例急诊心肌梗死患者的回顾分析[J].中国危重病急救医学,2012,24(12):725-729.
- [4] 苑春元,周华,戎靖枫,等.补心方对慢性心衰大鼠脑钠肽、肌钙蛋白 I 及高能磷酸盐的影响[J].中国实验方剂学杂志,2013,19(17):235-239.
- [5] 马琦琳,孔涛,吉绍葵,等.急性心肌梗死心力衰竭患者血浆肌钙蛋白 I、高敏 C-反应蛋白和 NT-proBNP 的变化及

心脉隆干预疗效[J]. 中国现代医学杂志, 2011, 21(23): 2886-2889.

[6] Lee JH, Kim JH, Jang SY, et al. An elevated level of n-terminal pro-brain natriuretic peptide is associated with the development of good collateral circulation in patients undergoing primary percutaneous coronary intervention after st segment elevation myocardial infarction? [J]. Circulation, 2014, 130(Suppl 2): A13184-A13186.

[7] 谢东霞, 毛秉豫. 芪参益气滴丸对心肌梗死后气虚血瘀证患者心室重构及心功能的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(1): 192-195.

[8] Stienen S, Salah K, Moons AH, et al. Rationale and design of PRIMA II: a multicenter, randomized clinical trial to study the impact of in-hospital guidance for acute decompensated heart failure treatment by a predefined NT-proBNP target on the reduction of readmission and Mortality rates[J]. Am Heart J, 2014, 168(1): 30-36.

[9] 刘强, 钱程, 陈蓉, 等. 急性心肌梗死患者脑钠肽水平与血管病变的关系[J]. 现代生物医学进展, 2012, 12(10): 1879-1882.

[10] 徐磊, 潘文志, 弭守玲, 等. 急性心肌梗死患者红细胞分布宽度与 N 末端脑钠肽前体的关系研究[J]. 中国临床医学, 2011, 18(5): 621-624.

[11] 栾桂霞, 张宁. 脑钠肽检测对急性心肌梗死患者病情及预后的判断价值[J]. 中国基层医药, 2011, 18(15): 2125-2126.

[12] 邱晓燕. 血浆 BNP 水平在慢性心衰的诊断、病情及预后评估中的应用价值[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2011, 9(11): 1299-1300.

[13] 辜和平, 黄盛, 郑元喜, 等. 急性心肌梗死介入治疗后的脑钠肽变化[J]. 实用临床医药杂志, 2013, 17(19): 112-114.

[14] 张健瑜, 梁茜, 蔡炜标, 等. 急性心肌梗死急诊经皮冠状动脉介入术后 N 末端脑利钠肽前体浓度与左室重构、心功能变化的研究[J]. 中国生化药物杂志, 2012, 33(6): 863-865.

[15] 庞明杰, 张宏, 范洁, 等. NT-proBNP 对 ST 段抬高的急性心梗患者急诊 PCI 术后临床结果的预测价值[J]. 昆明医科大学学报, 2013, 34(4): 98-102.

(收稿日期: 2015-05-04 修回日期: 2015-08-15)

• 临床探讨 •

输尿管软镜钬激光碎石术治疗上尿路结石的护理

金武烩, 吴嗣清, 杨利君, 陈显红, 汤 艳, 胡 华 (重庆市第五人民医院泌尿外科 400062)

【摘要】 目的 探讨输尿管软镜钬激光碎石术治疗上尿路结石的护理要点和措施。方法 回顾 40 例上尿路结石患者行输尿管软镜钬激光碎石术, 分析总结术前护理、术后护理及术后随访要点。结果 40 例患者均完成手术和临床护理, 术后 2 例发烧, 1 例尿脓毒血症, 1 例轻度血尿, 均经抗感染、对症治疗后痊愈。术后住院时间 3~30 d, 平均 10.1 d。结论 采取良好的护理措施可以减少并发症发生, 促进患者康复。

【关键词】 上尿路结石; 输尿管碎石术; 钬激光; 护理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.21.057 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2015)21-3269-02

近年来, 随着输尿管软镜设备和技术的不断发展, 应用输尿管软镜钬激光碎石术治疗上尿路结石成为了一种新的手术方式^[1]。该技术利用泌尿道的自然腔道, 无需建立其他创伤性通道, 具有创伤小、恢复快、疗效好的优点^[2]。本科从 2013 年 12 月至 2014 年 12 月开展输尿管软镜钬激光碎石术治疗上尿路结石 40 例, 取得了较好的临床效果。现将护理总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择从 2013 年 12 月至 2014 年 12 月收治的 40 例上尿路结石患者, 其中男 25 例, 女 15 例; 年龄 23~72 岁; 左侧输尿管上段结石 5 例, 右侧输尿管上段结石 4 例, 左肾结石 16 例, 右肾结石 18 例; 结石长约 0.5~8.0 cm, 宽约 0.5~3.0 cm, 其中直径不小于 2.0 cm 结石 11 例(27.5%); 术前放置双 J 管 25 例, 15 例未放置双 J 管。

1.2 方法 40 例患者中 36 例成功放置软鞘并置入输尿管软镜, 4 例一次进镜失败放置双 J 管。36 例置入输尿管软镜中 34 例行了输尿管软性镜钬激光碎石术, 34 例软镜钬激光碎石术中 1 例同时完成双侧肾碎石术。

2 结 果

40 例患者一次进镜成功率 90.0%(36/40), 29 例(30 例次)一次碎石无石率为 85.3%(29/34), 一次性软镜治愈率为 72.5%(29/40)。术后 2 例发烧, 1 例尿脓毒血症。1 例轻度血尿, 均经抗感染、对症后痊愈。术后住院时间 3~30 d, 平均

10.1 d。随访时间 1~4 个月。5 例残余结石中 3 例二次软镜钬激光碎石术, 其中 1 例辅助体外冲击波碎石术(ESWL), 术后结石 1 个月排净 2 例, 3 个月排净 1 例; 2 例辅助 ESWL 随访 3 月较多残余结石, 1 例结石完全粉碎, 形成较长石街。3 例并发石街, 其中 2 例再次输尿管镜取石术。4 例憩室内结石 2 例激光切开憩室颈, 粉碎结石, 手术时间 50~180 min, 平均 85 min。

3 护 理

3.1 术前护理

3.1.1 心理护理 消除患者紧张、恐惧和焦虑等心理, 取得患者的信任, 以积极的心态配合手术。患者入院后, 主动了解患者病情和心理状况。由于输尿管软镜钬激光碎石术是近年来治疗上尿路结石的一项新的技术, 患者对手术能否成功存在不同程度的顾虑, 担心成为手术试验对象, 术前耐心向患者讲解相关知识, 并向患者介绍手术成功的病例, 说明该手术微创的优越性, 以增强患者的安全感和治疗信心, 使患者在最佳的心理状态下接受手术。术前及时向患者详细讲解手术的方法、安全性, 术前注意事项, 术前检查项目的必要性、目的及意义。输尿管软镜钬激光碎石术所需要的手术耗材费用高, 需严格按照物价、医保收费, 自费项目向患者说明。细致地为患者讲解手术中必须使用的物品用途。同时, 充分尊重患者的知情权, 说明手术的特殊性和局限性, 并有可能残留结石。根据残石大