

经验性用药现象时有发生,如未能及时送检,适当和足够的抗菌药物治疗可能无法根治病原菌感染^[16]。因此,抗菌药物整治工作仍需继续在全院范围深入开展,尤其应加大对外科系统的培训与检查力度,增强临床医生合理用药,提高病原菌送检率意识,规范抗菌药物使用,减少耐药菌产生。

3.5 本调查结果显示,医院感染前 3 位致病菌对常用抗菌药物的耐药率均较高,尤其检出多株全耐药的鲍曼不动杆菌,表明全院耐药形势严峻,需要高度关注,加强监测,规范细菌学检测,合理使用抗菌药物,避免医院感染暴发。

综上所述,通过本次医院感染现患率调查,了解和掌握一段时间内真实的临床各科室医院感染发生及抗菌药物使用情况,及时发现科室对医院感染管理的重视程度、执行力到位等日常感染控制措施的缺陷,为针对性开展目标性监测、制订并落实医院感染预防控制措施、加强重点部位环节督查等工作提供了可靠依据。

参考文献

[1] 王悦,张鲁涛,史利克,等. 1 483 例住院患者医院感染横断面调查及分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2010, 20(17): 2566-2569.

[2] 陈萍,刘丁,王豪,等. 重庆地区医院感染现患率调查分析[J]. 重庆医学, 2011, 40(36): 3660-3661.

[3] 文细毛,任南,吴安华. 2010 年全国医院感染横断面调查感染病例病原分布及其耐药性[J]. 中国感染控制杂志, 2012, 11(1): 1-6.

[4] 刘卫平,闫志刚,邢慧敏,等. 2011 年医院感染横断面调查分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2012, 22(5): 913-915.

[5] 翁月萍,陈夏容,张华平,等. 现患率调查在医院感染管理中的应用[J]. 中华医院感染学杂志, 2013, 23(17): 4233-4235.

[6] 徐秀莉,聂渝莉,吴小燕,等. 三级综合教学医院医院感染横断面调查结果分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2014, 24(21): 5282-5284.

[7] 文宗萍. 某三级甲等综合性医院感染现患率及抗菌药物应用调查研究[J]. 中国药房, 2011, 21(10): 895-898.

[8] 王靖,赵应兰,杨爱芝. 综合医院住院患者医院感染现患率调查分析[J]. 护理实践与研究, 2012, 9(12): 154-156.

[9] 金鑫. 重症医学科医院感染危险因素的调查与分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2013, 34(9): 1287-1288.

[10] 贺雄飞. 重症监护室医院感染危险因素分析及对策[J]. 中国当代医药, 2013, 20(8): 159-160.

[11] 李俊晓,陈恩利,陈琳,等. 2010~2012 年二级综合医院医院感染现患率调查分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2014, 24(9): 2172-2174.

[12] 林萍,李延年,张文洁. 1 856 例住院患者医院感染现患率调查与分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2011, 21(23): 4964-4965.

[13] 刘玉岭,史广鸿,田真,等. 2009~2012 年医院感染现患率调查分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2014, 24(3): 620-622.

[14] Finn J. Applicatiln of SBDD to the discovery of antibacterial drugs [J]. Methods Mol Biol, 2012, 841(10): 291-319.

[15] 吴安华,李春辉,文细毛,等. 2010 年中国 740 所医院住院患者抗菌药物日使用率调查[J]. 中国感染控制杂志, 2012, 11(1): 7-11.

[16] 王露,张郑平,叶丹妮,等. 2013 年医院感染现患率调查分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2014, 24(21): 5288-5290.

(收稿日期:2015-03-25 修回日期:2015-06-15)

· 临床探讨 ·

甲氨蝶呤联合雷公藤多苷与单用甲氨蝶呤治疗类风湿关节炎效果比较

朱琳,陈鹏(江苏省徐州市中医院风湿免疫科 221000)

【摘要】 目的 研究甲氨蝶呤联合雷公藤多苷与单用甲氨蝶呤治疗类风湿关节炎疗效的差异。方法 选择 2012 年 1 月至 2014 年 6 月于徐州市中医院治疗类风湿关节炎活动期患者共 70 例,按照治疗方案分为治疗组与对照组。对照组:患者予叶酸、钙剂等对症治疗,予甲氨蝶呤 10 mg,每周 1 次,口服,共计 8 周。前 4 周予 10 mg 以下泼尼松,剂量视患者病情而定。治疗组:在对照组治疗的基础上予雷公藤多苷 20 mg,每日 3 次,口服。观察患者治疗后 2、4、8 周时患者红细胞沉降率、C 反应蛋白、关节肿胀数及关节压痛数的变化。观察治疗组治疗效果与关节功能分级的关系。结果 经过 8 周治疗,两组患者各项指标均低于治疗前,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组治疗后各项指标明显低于治疗前,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组关节功能 I、II 级患者有效率达到 100.00%,关节功能 III 级患者有效率达到 90.00%,关节功能 IV 级患者有效率达到 66.67%。结论 甲氨蝶呤联合雷公藤多苷与单用甲氨蝶呤治疗类风湿关节炎比较,联合用药效果更好,而且病情越轻,效果越明显。

【关键词】 甲氨蝶呤; 雷公藤多苷; 类风湿关节炎; 疗效

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.23.050 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)23-3568-03

类风湿关节炎(RA)是以炎性骨滑膜炎为主的系统性疾病,其病因尚不清楚,以小关节的多关节、对称性侵袭炎症反应为主要特征,严重者可导致关节畸形,甚至丧失劳动能力^[1-3]。

RA 的治疗方案目前以甲氨蝶呤为基础治疗药物。本院从 2012 年开始联合使用甲氨蝶呤和雷公藤多苷治疗 RA,取得了良好的临床疗效。现将病例进行整理,以便为后续临床工作提

供更好的理论基础。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 1 月至 2014 年 6 月于本院治疗的 RA 活动期患者共 70 例,按照治疗方案分为治疗组与对照组。治疗组共 41 例,其中男 14 例,女 27 例;年龄 36~72 岁,平均(47.68±15.33)岁;病程 3 个月至 13 年,平均(4.69±4.58)年;关节功能 I 级 16 例,II 级 12 例,III 级 10 例,IV 级 3 例。对照组 29 例,其中男 9 例,女 20 例;年龄 35~70 岁,平均(46.81±16.05)岁;病程 3 个月至 14 年,平均(5.10±4.76)年;关节功能 I 级 8 例,II 级 12 例,III 级 7 例,IV 级 2 例。两组患者性别、年龄、病程、病情差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 纳入标准 (1)所有患者均符合 2010 年美国风湿病协会 RA 的诊断标准。(2)所有患者均有关节肿胀、疼痛、晨僵超过 30 min、红细胞沉降率(ESR) >30 mm/h、C 反应蛋白(CRP) >10 mg/L。

1.3 排除标准 (1)有严重的心、肝、肾、血液等其他系统疾病的患者。(2)有活动性溃疡的患者。(3)1 个月内有免疫抑制剂、青霉素、氯喹等药物应用史的患者。(4)孕妇、哺乳期妇女及未婚、未育的患者。

1.4 关节功能分级(Steinbroker 分级标准)^[4] I 级:正常进行日常活动和工作;II 级:部分日常活动和工作受限,一般日常生活和工作活动能正常进行;III 级:大部分日常活动和工作受限,仅能够进行一般的日常活动;IV 级:日常生活和工作均不能自理。

1.5 方法

1.5.1 对照组患者予叶酸、钙剂等对症治疗,予甲氨蝶呤 10 mg,每周 1 次,口服,共计 8 周。前 4 周予 10 mg 以下泼尼松,剂量视患者病情而定。

1.5.2 治疗组患者在对照组治疗基础上予雷公藤多苷 20 mg,口服,每日 3 次。

1.6 分析指标 观察患者治疗后 2、4、8 周时患者 ESR、CRP、关节肿胀数及关节压痛数及 DAS28 的变化。观察治疗组治疗效果与关节功能分级的关系。

1.7 疗效标准^[5] (1)缓解:关节肿痛、晨僵消失或者基本消失,ESR、CRP 基本恢复正常。(2)显效:关节肿痛、晨僵明显缓解,各项指标较治疗前改善 2/3 以上。(3)有效:关节肿痛、晨僵缓解,各项指标较治疗前改善 1/3。无效:患者临床症状及各项指标均无变化甚至加重。有效率=(缓解+显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.8 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计学数据处理软件处理研究中所有相关数据,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验;计数资料以 $n(\%)$ 表示,采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者各项指标变化 见表 1。经过 4、8 周治疗,治疗组患者各项指标均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组治疗后各项指标明显低于治疗前,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 两组患者治疗前、后各项指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	ESR(mm/h)	CRP(mg/L)	关节肿胀数(个)	关节压痛数(个)	DAS28
治疗组	治疗前	86.45±40.36	46.91±30.15	5.33±4.16	8.87±4.07	5.23±2.16
	治疗后 2 周	80.58±36.04	42.79±28.97	5.06±3.88	8.68±3.86	5.15±1.64
	治疗后 4 周	70.16±22.67	35.48±20.32	4.04±3.10	7.02±3.11	4.56±1.55
	治疗后 8 周	50.44±18.46	22.14±10.68	2.74±1.53	5.14±1.65	4.01±1.55
对照组	治疗前	87.06±39.18	46.38±31.06	5.17±4.66	9.01±4.12	5.25±2.14
	治疗后 2 周	79.98±35.41	42.15±28.86	5.10±3.93	8.67±4.08	5.15±1.65
	治疗后 4 周	73.46±30.04	38.41±25.60	4.55±2.99	7.55±3.16	4.95±1.53
	治疗后 8 周	57.09±24.06	26.88±16.76	3.18±2.12	6.02±1.96	4.53±1.32

2.2 治疗组治疗效果与关节功能分级的关系 见表 2。治疗组关节功能 I、II 级患者有效率达 100.00%,关节功能 III 级患者有效率达 90.00%,关节功能 IV 级患者有效率达到 66.67%。

表 2 治疗组治疗效果与关节功能分级的关系[n(%)]

关节功能分级	n	缓解	显效	有效	无效	总有效
I 级	16	10(62.5)	6(37.5)	0(0.00)	0(0.00)	16(100.00)
II 级	12	7(58.33)	5(41.67)	0(0.00)	0(0.00)	12(100.00)
III 级	10	1(10.00)	4(40.00)	4(40.00)	1(10.00)	9(90.00)
IV 级	3	0(0.00)	0(0.00)	2(66.67)	1(33.33)	2(66.67)
合计	41	18(43.90)	15(36.59)	6(14.63)	2(4.88)	39(95.12)

3 讨论

RA 是一种自身免疫性疾病,以对小关节的慢性进行性的炎性侵袭为特征,随着病情的发展,可造成关节强直、畸形,甚至带来不可逆的损伤,致关节畸形,致患者残疾,RA 的治疗是临床上的重要课题之一^[6-8]。

目前对 RA 治疗的基础用药是甲氨蝶呤,其作为免疫抑制剂,主要作用是影响炎性细胞的增殖和凋亡,抑制炎性反应介质释放,是叶酸拮抗剂。雷公藤多苷是雷公藤的提取物,有免疫调节、止痛抗炎的作用,能够抑制炎性反应介质释放,还能够抑制细胞分裂与增殖。两种药物联合使用,因为各自起效的部位不同,从而起到协同作用,增强疗效^[9-11]。

本研究结果可以看出,治疗组与对照组在用药初期(2 周时)各项检查指标差异无统计学意义($P>0.05$),但 4 周和 8 周时两组患者各项指标比较治疗组明显低于对照组,差异有统

计学意义($P < 0.05$),且患者关节肿胀、压痛个数及 DAS28 好转情况也明显好于对照组,由此说明甲氨蝶呤联合雷公藤多苷疗效要好于单独使用甲氨蝶呤。同时本研究结果显示,Ⅰ、Ⅱ级患者经过 8 周治疗后,关节功能几乎全部恢复,有效率达 100.00%,Ⅲ级患者有效率为 90.00%,Ⅳ级患者有效率为 66.67%,3 例诊断为关节功能Ⅳ级的患者,2 例有效,1 例无效。这是由于关节活动度越差,关节的变形、畸形、损伤程度越重,因而疗效越差^[12]。

另外需要注意雷公藤多苷的不良反应,它会影响生殖系统,导致闭经、不孕。因此,对女性用药不得超过 3 个月,故在临床上对女性尤其是有生育需求的年轻女性使用需要谨慎^[13]。

综上所述,甲氨蝶呤联合雷公藤多苷治疗 RA 是一项疗效明显的治疗方案,尤其对病情较轻的患者疗效尤为明显,但是临床使用需要严格把握其使用指征,减少药物本身不良反应对患者的影响。

参考文献

[1] Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, et al. Research on efficacy of DMARD with small dose hormone treatment for rheumatoid arthritis [J]. Practical Pharmacy Clin Remedies, 2012, 15(4): 244-245.
 [2] 薛丽巾, 王秦, 罗静, 等. 类风湿关节炎患者外周血 T 淋巴细胞亚群与临床相关性分析[J]. 中国医药, 2011, 6(6): 692-694.
 [3] 刘健, 谢秀丽, 盛长健, 等. 老年类风湿关节炎患者蛋白质代谢变化及相关因素分析[J]. 中国临床医学, 2010, 17

(2): 278-281.

[4] 隗佳, 张胜桃. 生物制剂治疗类风湿关节炎的最新进展[J]. 实用医学杂志, 2010, 26(10): 1842-1844.
 [5] 张磊, 努尔艾·沙吾塔力, 阿依娜孜·巴达力汗, 等. 类风湿关节炎单药甲氨蝶呤与三联疗法治疗的系统评价[J]. 中国组织工程研究, 2013, 17(52): 9049-9054.
 [6] 蔡辉, 姚茹冰, 高佩芳. 甲氨蝶呤对类风湿关节炎环瓜氨酸抗原特异性 T 细胞体外增殖的影响[J]. 安徽医药, 2010, 14(7): 829-831.
 [7] 邓辉, 王成芳. 甲氨蝶呤加来氟米特联合药物治疗类风湿关节炎疗效分析[J]. 中国民康医学, 2010, 22(13): 1684.
 [8] 庞捷, 余克强. 加味宣痹汤联合甲氨蝶呤治疗活动性类风湿关节炎近期疗效观察[J]. 中国民间疗法, 2010, 18(8): 58-59.
 [9] 马杰. 甲氨蝶呤和白芍总苷联用治疗类风湿关节炎的疗效观察[J]. 吉林医学, 2010, 31(28): 4934-4935.
 [10] 尉世同, 孙永华, 邹巧菲, 等. 双醋瑞因联合甲氨蝶呤治疗类风湿关节炎的临床研究[J]. 第三军医大学学报, 2010, 32(19): 2112-2114.
 [11] 李国瑛, 王建勋. 针灸配合中药熏蒸治疗类风湿关节炎临床观察[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2011, 19(1): 50.
 [12] 常文静, 蔡辉. 老年类风湿关节炎的诊治进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2012, 21(16): 1817-1818.
 [13] 郑红梅, 高云芬. 联合治疗对老年类风湿关节炎患者血脂的影响[J]. 中华老年医学杂志, 2013, 32(11): 652-653.

(收稿日期: 2015-03-25 修回日期: 2015-06-15)

• 临床探讨 •

高龄原发性肝癌患者围术期护理研究

侯妙珍(内蒙古医科大学附属医院普外科, 呼和浩特 010050)

【摘要】 目的 总结探讨高龄原发性肝癌患者围术期的护理方法, 为临床高龄原发性肝癌患者的护理提供依据。**方法** 对 56 例高龄原发性肝癌患者围术期的治疗和护理进行观察和记录, 总结其术前护理、术后护理和出院指导要点。**结果** 56 例患者中 54 例术后痊愈或好转, 2 例死亡; 3 例发生胸腔积液、9 例肝功能衰竭、2 例腹腔内出血、1 例术后腹水、1 例下肢深静脉血栓、2 例切口感染。**结论** 加强高龄原发性肝癌患者围术期的观察和护理, 能有效减少患者术后并发症, 促进患者疾病恢复。

【关键词】 原发性肝癌; 高龄; 围术期; 护理

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2015. 23. 051 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2015)23-3570-03

原发性肝癌是指发生于肝细胞及肝内胆管组织上皮细胞的恶性肿瘤, 是临床较常见的恶性肿瘤之一^[1]。原发性肝癌的发病率及病死率居我国恶性肿瘤的第 2 位^[2]。目前, 原发性肝癌的首选治疗方案为手术切除辅以综合治疗^[3]。手术对患者的创伤性大、并发症多、危险性较高, 且术后复发性高^[4-6]。高龄患者以合并发生多种疾病, 治疗存在困难, 且高龄患者身体各项机能处于较低水平, 无法根治及延误是患者术后死亡的重要原因, 长期治疗效果未达理想^[7-8]。因此, 结合高龄患者机体及个体特点, 对患者实施有效及全面的围术期护理对其治疗及康合作用巨大。本研究选取 2012 年 1 月至 2014 年 12 月 56

例高龄原发性肝癌行切除手术的患者施行全面且针对性强的围术护理措施, 收到了良好的护理效果, 现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取于 2012 年 1 月至 2014 年 12 月高龄原发性肝癌患者 56 例, 全部患者均于本院行肝脏切除术, 根据全国肝癌防治协作会议上的诊断标准, 所有患者均进行经 MRI、CT、B 超、肝穿刺活检、甲胎蛋白(AFP)等检查, 并确诊为原发性肝癌。男 51 例, 女 5 例; 年龄 70~81 岁, 平均(76.10±1.55)岁; 肿瘤直径 3.4~12.6 cm, 平均 7.2 cm; 影像学结果显