

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 Clini 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肽抗原特异性 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复作用巨大。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

示病变类型分别为:结节型病变 30 例(53.57%)、巨块型 12 例(21.43%)、混合型 9 例(16.07%)和弥漫型 5 例(8.93%);病位:右肝 34 例(60.71%);病理结果:肝细胞癌 38 例(67.86%),胆管细胞癌 18 例(32.14%);合并病症分别为:肝硬化 39 例,乙型肝炎表面抗原(HBsAg)阴性 17 例。

1.2 手术方法 56 例患者行根治性切除 17 例,姑息性切除 39 例;其中第Ⅶ、Ⅷ肝段切除 29 例,肝尾叶全切除 17 例,胆管癌栓切除 3 例,门静脉癌栓切除 2 例,肝癌复发再切除 5 例。术中失血量 300~2 200 mL,平均失血量为 800 mL。1 例失血量大于 2 000 mL,行输血治疗。

1.3 护理

1.3.1 术前护理 (1)术前准备:术前做好常规备皮工作,清洁患者颈部、胸部及腹部皮肤,可采用香皂、温水等去除患者皮肤油脂及污垢,注意动作轻柔,避免擦伤,保护患者皮肤的完整性。术前常规禁食、禁水,做好呼吸道和肠道准备,做好血常规、血生化、病毒学、全套的肝功能检查及肝脏影像学检查。高龄原发性肝癌患者由于高龄,其免疫力下降,需于手术前给予预防性抗生素治疗。同时由于高龄患者易合并其他基础病,手术后易发生并发症,术前需认真评估手术高危因素,根据患者病情安排手术,如合并有慢性肝炎的患者应选择病情稳定期安排手术;合并有心血管疾病的患者,其手术适应证应根据患者心功能分级和手术耐受性而定;对于合并有糖尿病的患者,应于手术前进行控制血糖治疗;对于合并有肺气肿等肺部疾病的患者,术前应重点指导患者有效咳嗽、排痰的方法。(2)情感支持:良好的心理状态是提高手术疗效的重要保障^[9]。在现实生活中,高龄患者由于病情的严重性、手术的复杂性,常认为自己治愈无望,给家庭带来了负担。因此产生焦虑、抑郁、恐惧、绝望等一系列负面心理。此时术前心理护理显得尤为关键,责任护士应密切观察患者的心理变化,通过主动沟通、耐心倾听等及时疏导患者的不良情绪,通过指导患者听轻音乐、放松式冥想、柔式按摩等舒缓患者紧张情绪,转移患者注意力。同时可邀请成功病友与高龄患者分享成功的经验,增强患者战胜疾病的信心。此外责任护士应对患者家属进行健康教育,增强家属的照顾能力及对患者的家庭支持水平。(3)手术知识讲解:术前详细为患者讲解有关原发性肝癌、麻醉、手术的相关知识,使患者对疾病和手术有一个正确的认识,避免错误观念和极端行为,缓解患者因知识缺乏导致的负面情绪。(4)舒适环境的营造:加强高龄患者的病室管理,为患者提供一个轻松、舒适、温馨的环境,如保持室内适宜的温度、湿度,保持充足的光线,避免噪音等^[10]。

1.3.2 术后护理 (1)一般护理:密切观察患者的意识状态、呼吸、血压、脉搏等生命体征。由于高龄患者体质虚弱,易发生术后感染,应着重观察患者的体温,当超过 38℃ 时,及时通知医生进行降温治疗。对于合并有心血管疾病的患者,24 h 内应密切观察心电图,详细记录患者 24 h 出入量,严格控制患者输液总量和速度。在导管护理方面,应妥善固定各类导管,保持导管通畅,防止导管弯曲、打折,详细记录引流量总量、颜色和性状。在疼痛护理方面,由于高龄患者耐受性差,术后存在较严重的疼痛,责任护士可指导患者通过音乐疗法、减压放松疗法、注意力转移法等缓解疼痛,必要时给予止痛药物。在伤口护理方面,应密切观察患者伤口感染情况,每日更换敷料,更

换时严格执行无菌操作,保持伤口和敷料无菌干燥。指导患者逐步由流质饮食、半流质饮食过渡为正常饮食,多补充优质蛋白、维生素等,对于无法立即进食者,应静脉输注清蛋白等营养物质,增加患者营养,提高患者抵抗力。同时给予患者常规吸氧,保持患者呼吸道通畅,指导患者进行有效排痰,避免呼吸道和肺部感染。(2)并发症的预防 and 护理:注意加强高龄患者肝功能衰竭、腹腔内出血、下肢深静脉血栓、术后腹水、胸腔积液等潜在并发症的护理。对于肝功能衰竭的护理,应注意加强患者意识和神情观察,定期监测患者肝功能和血氨水平,给予患者持续低流量吸氧,做好护肝治疗工作,指导患者避免便秘等。对于腹腔内出血的护理,注意密切观察患者血压、脉搏等生命体征,着重观察患者腹腔引流量总量和颜色的动态变化。对于下肢深静脉血栓的预防,应鼓励患者早期锻炼。对于术后腹水的预防,应每日密切监测患者腹围、24 h 出入量的动态变化,指导患者限制钠盐摄入,必要时辅以利尿剂减少腹水产生。(3)强化心理指导:手术后,责任护士应继续加强心理护理,了解患者担心术后并发症、术后康复等问题,针对每位患者的心理特点提供个体化心理疏导,及时为患者提供有关术后恢复的相关健康知识,并邀请同类病友与患者共同分享康复经验,彼此交流手术心得。(4)运动与休息指导:指导患者保持充分的休息与睡眠,促进疾病恢复^[11]。同时强调早期下床活动的重要性,能有效避免因长期卧床导致的深静脉血栓。对于不能下床活动者,指导患者进行床上翻身及简单的四肢活动,必要时给予被动运动和按摩。对于能够耐受下床活动者,指导患者进行床下活动指导,注意由简单到复杂,后期可进行气功、八段锦、太极拳等有氧健身操。

1.3.3 出院指导 指导患者保持一个乐观愉悦的心态,保持自信心。指导患者多进食高蛋白、高维生素、低脂低盐食物,少量多餐,适当锻炼。指导患者做好卫生清洁工作,预防伤口感染,避免搬举重物。强调坚持化疗、药物治疗等后续治疗的重要性,定期复查。同时指导患者及家属自我病情监测要点,提高患者及家属的照顾能力。为患者及家属发放相关健康知识手册。

2 结 果

56 例患者中,除 2 例治疗无效死亡外,54 例术后痊愈或好转,其丙氨酸氨基转移酶、总胆红素、清蛋白、血糖等术后均恢复或好转。此外所有患者中 18 例出现并发症:3 例胸腔积液、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。

3 讨 论

高龄原发性肝癌患者因受其自身机体免疫力、疾病耐受力、基础疾病等多种因素影响,多数患者手术创伤恢复较为困难,较易引发并发症,进而出现多种护理问题^[12]。良好的护理能够减轻患者痛苦,增加患者对手术创伤的耐受能力^[13]。高龄患者手术前后严格的无菌操作、良好的疾病及手术知识沟通,能帮助患者了解自身病情,清晰手术过程及术后应对措施,坚固患者的心理防线。术前、术后及出院患者家属的有效照顾及督促亦是患者康复、减少复发的关键。姜广智^[8]在其研究中指出,良好的围术期护理治疗,具有很高的手术成功率,减少术后并发症,降低病死率,在提高临床治愈率的同时提升患者的生活质量。

本研究在强调标准化基本护理程序的同时,个性化增加患者心理护理、舒适环境的提供、家属及照顾者情感支持的强化与疾病康复信心的构建等护理措施,使机体及心理双重脆弱状态得到较好缓解,有利于患者良性康复循环的建立,提升患者康复率。

参考文献

[1] 张秀卿. 舒适护理在原发性肝癌患者围术期中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2013, 19(20): 14-15.
 [2] 韩璐, 戴广海, 汪进良, 等. 70 岁以上老年原发性肝癌患者临床特点[J]. 现代生物医学进展, 2012, 12(12): 2322-2326.
 [3] 苗润晨, 许鑫森, 陈伟, 等. 年龄因素对肝癌肝切除术患者长期预后的影响[J]. 现代肿瘤医学, 2014, 22(5): 1123-1126.
 [4] 王新刚, 刘云峰. 原发性肝癌的围术期的临床观察[J]. 中国保健营养: 上旬刊, 2013, 23(5): 2305-2306.
 [5] Aloia TA, Hemming A, Schwartz M. Surgical treatment of hepatocel-lular cancer: expert consensus conference

[J]. HPB (Oxford), 2010, 12(5): 311-312.
 [6] Bruix J, Sherman M. Management of hepatocellular carcinoma: an update [J]. Hepatology, 2011, 53(3): 1020-1022.
 [7] 陈建敏, 蒋平. 高龄原发性肝癌患者肝癌切除术 1 例[J]. 中国医疗前沿, 2012, 7(5): 60-61.
 [8] 姜广智. 高龄肝癌病人围术期治疗 73 例[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(17): 5001-5002.
 [9] 韦利珍, 唐月璐. 肝癌患者的心理护理[J]. 检验医学与临床, 2009, 6(10): 813-814.
 [10] 杨云. 肝癌介入栓塞术后舒适护理对患者并发症的预防[J]. 检验医学与临床, 2015, 12(10): 1482-1484.
 [11] 万小琴. 加快康复外科理念在肝癌患者围术期护理的效果观察[J]. 检验医学与临床, 2012, 9(17): 2235-2236.
 [12] 满恒慧. 原发性肝癌围术期的护理[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2012, 33(14): 1975.
 [13] 李兰, 王惠荣. 原发性肝癌围术期护理[J]. 内蒙古中医药, 2013, 32(11): 161-162.

(收稿日期: 2015-03-31 修回日期: 2015-06-25)

• 临床探讨 •

近 3 年某院肺炎克雷伯杆菌分离及耐药情况分析

李艳君, 钱扬会, 丁毅伟, 丁赔赔, 郝秀红, 赵强元[△] (海军总医院检验科, 北京 100048)

【摘要】 目的 了解海军总医院近 3 年来肺炎克雷伯杆菌的分离和耐药变迁情况, 为临床用药提供参考。
方法 临床送检标本分离培养后用 VITEK 2 COMPACT 进行细菌鉴定和药物敏感性检测, 应用 WHONET 软件和 SPSS17.0 进行数据汇总和统计学分析。
结果 肺炎克雷伯杆菌的分离率从 2012 年的 9.53% 上升至 2014 年的 10.91%; 痰标本是主要来源, 占 53.11%, 其次是尿液和血液标本, 分别占 19.71% 和 11.46%。耐药方面对哌拉西林和氨苄西林耐药率高达 100.00%; 对头孢菌素类抗菌药物耐药率大都在 50.00%~70.00%, 低于 50.00% 的有头孢他啶、头孢吡肟和头孢替坦; 与 2013 年相比, 2014 年耐药率增幅超过 50.00% 的药物有 5 种, 增幅最高的为碳青霉烯类抗菌药物, 超过 150.00%。
结论 肺炎克雷伯杆菌的分离率呈上升趋势, 多种药物耐药率增幅明显, 应引起临床广泛关注。

【关键词】 肺炎克雷伯杆菌; 分布; 耐药率; 升高

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2015.23.052 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2015)23-3572-03

肺炎克雷伯杆菌为革兰阴性杆菌, 属肠杆菌科克雷伯杆菌属, 广泛存在于自然环境, 是导致院内感染的主要病原菌之一^[1-2]。近年来, 随着广谱抗菌药物的广泛使用和多种介入治疗方法的开展, 肺炎克雷伯杆菌引起各类感染的发生率居高不下^[3]。自 2014 年以来, 本院在临床工作中不断检测到泛耐药肺炎克雷伯杆菌, 所以有必要对近 3 年本院肺炎克雷伯杆菌的分离和耐药情况进行分析, 为临床用药提供参考, 进而控制多重及泛耐药菌株增加。

1 资料与方法

1.1 一般资料 1 030 株肺炎克雷伯杆菌分离自 2012 年 1 月至 2014 年 12 月本院住院患者, 其中男 661 例, 女 369 例, 年龄 0~97 岁, 标本类型以痰、尿、静脉血和分泌物为主, 还包括脓液、脑脊液等其他类型的标本。

1.2 仪器与试剂 VITEK 2 Compact 全自动微生物鉴定及

药敏分析仪及其配套鉴定 (GN)、药敏卡片 (AST-GN09), Bact/ALERT 3D 全自动血培养仪和分离培养基均为法国 BioMérieux 公司产品。

1.3 方法 对送检标本进行分离培养, 次日挑取纯培养菌落, 应用 VITEK 2 Compact 全自动微生物鉴定及药敏分析仪进行菌种鉴定和药物敏感性试验, 相关操作严格按《全国临床检验操作规程》进行。结果参照美国临床实验室标准化协会 2011~2013 年标准进行判读。

1.4 统计学处理 采用 WHO 细菌耐药监测网提供的 WHONET5.6 软件和 Excel 软件进行数据分析汇总, 统计学分析采用 SPSS17.0 软件进行, 两样本率的比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 肺炎克雷伯杆菌的分离率 见表 1。

[△] 通讯作者, E-mail: zhaoqiangyuan001@126.com。