

质量包括离心速度、离心时间等,还有其 他的前期处理以及试剂的不同也会影响酶法的测定,抗凝剂的不同,储存时间、储存温度的不同也会影响酶法测定。有研究表明,在阴离子交换色谱法中标本的贮存时间、温度影响检测 HbA1c 结果,随着标本贮存时间延长,测定结果会逐渐升高^[10-11]。本文研究酶法测定 HbA1c 的相关因素,表 2 分析各种单因素对酶法测定的影响,患者在年龄、性别、病程、体质量指数方面差异无统计学意义($P>0.05$),但在 Hb、离心速度、抗凝剂种类、储存温度、储存时间方面差异有统计学意义($P<0.05$),又对其进行多因素分析,酶法测定 HbA1c 与 Hb、离心速度、抗凝剂种类、储存温度、储存时间具有显著相关性($P<0.01$)。有研究表明高浓度标本检测结果通常偏低,这与抗体浓度达不到相应高度有关,需要进行稀释。而且变异的 Hb 也可能影响测定结果。这就要求实验室测定 HbA1c 时有更高的精密度,才能保证糖尿病患者治疗前后结果的可比性^[12-14]。有临床组织颁布的指南建议将 HbA1c 是否下降 0.5% 来评判新的治疗方案是否有效^[13-15],酶法检测的精确度高,对于治疗是否有效可以做出明确的结果。

综上所述,酶法测定 HbA1c 的方法精确度高,影响其性能的相关因素有 Hb、离心速度、抗凝剂种类、储存温度、储存时间,在临床上使用酶法测定 HbA1c 时应注意相关因素。

参考文献

[1] 刘辉光. 糖化血红蛋白测定与糖尿病并发症关系的研究[J]. 临床和实验医学杂志,2012,11(16):1319-1321.

[2] 李娅,宋宇,段勇. 糖化血红蛋白检测的局限性[J]. 中华检验医学杂志,2012,35(6):302-304.

[3] 宋秀国,袁福江. 标本的处理方法对糖化血红蛋白测定结果的影响[J]. 临床和实验医学杂志,2012,11(15):1210-1214.

[4] 陈同庆,周春,陈文清,等. 酶法测定糖化血红蛋白的方法评价及标本前处理对结果的影响[J]. 重庆医学,2015,44(10):450-453.

[5] 黄维纲,黄盛,沈军,等. 酶法测定糖化白蛋白的方法学评价及其与糖尿病诊断的相关性研究[J]. 检验医学,2014,29(5):1039-1043.

[6] 金强,胡恩颢,杨晓双. 三种方法测定糖化血红蛋白比较[J]. 安徽医药,2013,17(9):203-207.

[7] 唐寅. 糖化血红蛋白酶法与 HPLC 法检测方法学比对分析[J]. 国际检验医学杂志,2013,34(20):487-490.

[8] 石应天,刘蔚,李素君,等. 糖化血红蛋白酶法测定与胶乳增强透射比浊法测定的相关性分析[J]. 国际检验医学杂志,2013,34(16):710-713.

[9] 汤显华. 1 126 例糖尿病患者糖化血红蛋白与血糖、血脂的关系分析[J]. 中国现代医生,2012,50(12):43-45.

[10] Penttilä I, Penttilä K, Halonen T, et al. Adaptation of the diazyme direct enzymatic HbA1c assay for a microplate reader at room temperature[J]. Clin Chem Lab Med, 2011,49(7):1221-1223.

[11] 曾宪飞,谈韵,李军民,等. 糖化血红蛋白不同测定方法的一致性评价[J]. 现代检验医学杂志,2011,26(1):670-678.

[12] 孙金旗,任艳萍,巩姣梅. 酶法测定糖化血红蛋白的应用评价[J]. 中国现代医生,2014,52(9):1034-1037.

[13] 宋银丹,段勇. 糖化血红蛋白检测标准化的研究进展[J]. 实验与检验医学,2013,31(2):108-112.

[14] Lerstad G, Brodin EE, Enga KF, et al. Hyperglycemia, assessed by HbA1c, and future risk of venous thromboembolism: the Tromsø study[J]. J Thromb Haemost, 2014, 12(3):313-319.

[15] Berge LI, Riise T, Hundal O, et al. Prevalence and characteristics of depressive disorders in type 1 diabetes[J]. BMC Res Notes, 2013, 6(1):543.

(收稿日期:2015-09-24 修回日期:2015-12-15)

• 临床探讨 •

肺癌骨转移患者骨痛的护理

彭晓晖¹, 陈 娜¹, 张玉英²(四川省巴中市中心医院:1. 内科;2. 急诊科 636000)

【摘要】 目的 探讨 PDCA 循环护理管理在肺癌骨转移治疗中的应用效果。**方法** 将 80 例肺癌骨转移患者作为观察对象,并随机分为接受常规护理管理的对照组及接受 PDCA 循环护理管理的观察组,每组 40 例。对比两组治疗前后骨痛程度、生存质量及焦虑情绪变化情况。**结果** 两组接受治疗前骨痛评分(VAS 评分)、生存质量评分(FACT-G-V 评分)及汉密尔顿焦虑评分(HAMA 评分)比较均差异无统计学意义($P>0.05$),同时在接受治疗 1 个疗程后,观察组 VAS 评分、FACT-G-V 评分及 HAMA 评分均明显低于对照组($P<0.05$)。**结论** PDCA 循环护理管理可有效地改善肺癌骨转移患者骨痛的治疗效果。

【关键词】 肺癌; 骨转移; 骨痛; PDCA 循环护理管理; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.07.049 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)07-0976-03

肺癌为临床最为常见的呼吸道恶性肿瘤,其在临床不仅有着较高的发病率,同时也有着较高的转移率,对患者的生命安 全及生活质量均可造成严重的影响^[1-2]。骨骼为肺癌最为常见的转移部位,且肺癌并发骨转移患者不仅可出现咳嗽、咳痰及

呼吸困难等呼吸系统症状,同时也可出现较为剧烈的骨痛,患者常无法耐受^[3-4]。虽然临床观察显示,通过止痛药物可在一定程度上缓解肺癌骨转移患者的骨痛症状,但通过改善护理方案,同样对缓解骨痛有着极为重要的作用^[5]。因此,本院近年

来在对于肺癌骨转移并发骨痛的患者的护理过程中,将 PDCA 循环护理管理应用于其中,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 5 月至 2014 年 12 月本院收治的肺癌骨转移患者 80 例作为研究对象。入选标准:(1)所有患者均需接受支气管镜下病理组织活检,并经病理学检查明确诊断肺癌^[6];(2)所有患者经影像学检查及病理检查明确存在骨转移,并存在骨痛^[7];(3)同意参加本研究,并签署知情同意书。排除标准:(1)生存期小于 3 个月者;(2)具有意识障碍者。随机将患者分为接受常规护理管理的对照组及接受 PDCA 循环护理管理的观察组,每组 40 例。对照组,男 25 例,女 15 例;年龄 46~70 岁,平均(58.56±10.22)岁;肺癌病程 1~3 年,平均(2.26±1.12)年;腺癌 23 例,鳞癌 17 例。观察组,男 26 例,女 14 例;年龄 46~71 岁,平均(58.26±10.11)岁;肺癌病程 1~3 年,平均(2.32±1.11)年;腺癌 25 例,鳞癌 15 例。两组患者性别、年龄及肺癌病程等比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具可比性。

1.2 治疗方法 两组均接受同样的药物止痛治疗,均给予硫酸吗啡控释片及唑来膦酸注射液治疗。硫酸吗啡控释片每 12 小时口服 1 次,每次 30 mg,唑来膦酸注射液每次应用 4 mg,加入 100 mL 生理盐水,每 4 周 1 次。

1.3 护理方法 对照组接受常规护理管理,即患者于入组时,由责任护士负责对患者进行治疗及骨痛护理,骨痛护理内容包括指导患者调整饮食结构,避免剧烈咳嗽,协助患者处于舒适体位。而由责任护士上级主管护师对护理效果进行评价,并指导责任护士完成护理工作。护士长则负责监督全科的护理工作。观察组接受 PDCA 循环护理管理,护理工作共分为护理方案制订、护理实施、阶段总结及护理方案修订 4 个阶段。护理方案制订即患者入组后,由责任护士对患者的疾病资料进行收集,重点收集患者骨痛相关资料,并与上级主管护士对患者的临床资料进行分析,总结出护理工作的重点内容,制订具体的护理方案,并将护理方案上报护士长,由护士长审批同意后实施。护理实施由责任护士及其上级主管护师协助完成。阶段总结即于护理方案实施后,由责任护士上级主管护师,每周

对护理工作的实施效果进行评价,并总结护理工作中所存在的护理问题,并将所存在的护理问题上报护士长。护理方案修订为由护士长与主管护师对护理问题进行总结,逐步修订护理方案,并应用于之后的护理工作中。

1.4 观察指标 于患者入组时及接受治疗 1 个疗程后,对患者的骨痛情况、生存质量及焦虑情况进行评价,对比两组治疗前后骨痛情况、生存质量及焦虑情况变化情况。骨痛情况评价应用视觉模拟评分法(VAS 评分),分数范围为 0~10 分,以分数越高表示疼痛程度越高。生存质量评价应用 FACT-G-V 评分法,评价内容共包括生理状况、社会/家庭状况、情感状况及功能状况 4 项,分数越高表示生存质量越低。焦虑情况评价应用汉密尔顿焦虑量表(HAMA),评价项目共有 15 项,以分数越高表示焦虑症状越重。

1.5 统计学处理 应用 SPSS 19.0 作为统计分析软件,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,比较采用 t 检验,计数资料以率表示,比较采用 χ^2 比较,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 治疗前后 VAS 评分分析 两组接受治疗前 VAS 评分比较均差异无统计学意义($P>0.05$),同时在接受治疗 1 个疗程后,观察组 VAS 评分明显低于对照组($P<0.05$),见表 1。

表 1 治疗前后 VAS 评分分析($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗 1 个疗程后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	40	7.35±1.78	5.12±1.55	5.975	0.000
观察组	40	7.51±1.28	4.01±1.18	12.715	0.000
<i>t</i>		−0.462	3.603		
<i>P</i>		0.323	0.000		

2.2 治疗前后生存质量分析 两组接受治疗前 FACT-G-V 评分及 HAMA 评分比较差异无统计学意义($P>0.05$),同时在接受治疗 1 个疗程后,观察组 FACT-G-V 评分明显低于对照组($P<0.05$),见表 2。

表 2 治疗前后生存质量分析($\bar{x}\pm s$,分)

组别	生理状况		社会/家庭状况		情感状况		功能状况	
	治疗前	1 个疗程后	治疗前	1 个疗程后	治疗前	1 个疗程后	治疗前	1 个疗程后
对照组	21.35±8.33	17.13±6.31 [△]	20.15±7.56	16.21±5.32 [△]	18.36±4.21	15.11±5.12 [△]	19.11±5.13	15.12±4.32 [△]
观察组	21.12±8.18	14.13±6.19 ^{△*}	20.22±6.88	14.11±5.15 ^{△*}	18.19±4.09	13.01±4.96 ^{△*}	19.12±5.21	13.02±4.13 ^{△*}

注:与治疗前比较,△ $P<0.05$;与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.3 治疗前后 HAMA 评分分析 两组接受治疗前 HAMA 评分比较差异无统计学意义($P>0.05$),同时在接受治疗 1 个疗程后,观察组 HAMA 评分明显低于对照组($P<0.05$)。见表 3。

表 3 治疗前后 HAMA 评分分析($\bar{x}\pm s$,分)

组别	<i>n</i>	治疗前	1 个疗程后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	40	23.15±3.56	17.12±5.06	6.164	0.000
观察组	40	23.21±3.18	13.31±5.28	10.158	0.000
<i>t</i>		−0.079	3.294		
<i>P</i>		0.468	0.000		

3 讨 论

PDCA 循环管理为近年来在商业管理中常用的管理方案,具有有效的管理效果,而近年来临床已有将其应用于疾病的临床护理过程中,研究显示,其同样有着较为理想的应用效果^[8-11]。因此,本院近年来将 PDCA 循环管理模式应用于肺癌骨转移并发骨痛的患者的护理工作中。

本研究分别通过对接受不同护理管理方案的两组间的治疗前后骨痛情况、生存质量情况及焦虑情况进行评价,以期较为全面地评价不同护理管理方案间的应用效果。结果显示:虽然两组间接受治疗前骨痛 VAS 评分、FACT-G-V 评分及 HAMA 评分比较差异无统计学意义($P>0.05$),但在治疗 1 个疗

程后,接受 PDCA 循环护理管理的观察组,其 VAS 评分、FACT-G-V 评分及 HAMA 评分均明显低于接受常规护理管理的对照组($P<0.05$)。可见在应用 PDCA 循环护理管理后,不仅患者的骨痛症状可达到显著改善,同时患者的生存质量及焦虑情绪均可得到显著改善。本研究观察组中所应用的 PD-CA 循环护理管理中,其将护理工作分为护理方案制订、护理实施、阶段总结及护理方案修订 4 个阶段。在护理方案制订阶段,通过责任护理对患者临床资料的收集,可针对于不同患者制订出不同的护理方案,同时通过在护理过程中的不断总结及完善,可使得护理方案得到逐步完善。更适于患者的应用。因此可取得更为理想的应用效果。

综上所述,PDCA 循环护理管理可有效地改善肺癌骨转移患者骨痛的治疗效果,可将其逐步推广至肺癌骨转移患者骨痛的临床护理过程中。

参考文献

[1] Okamoto I, Yoshioka H, Morita S, et al. Phase III trial-comparing oral S-1 plus carboplatin with paclitaxel plus carboplatin in Chemotherapy-Nave patients with advanced non-small-cell lung cancer; results of a west Japan oncology group study[J]. J Clin Oncol, 2010, 28 (36): 5240-5246.

[2] Segawa Y, Kiura K, Hotta K, et al. A randomized phase II study of a combination of docetaxel and S-1 versus docetaxel monotherapy in patients with non-small cell lung cancer previously treated with platinum-based chemotherapy[J]. J Thoracic Oncol, 2010, 5(9): 1430.

[3] 王惠琴,李天浩,雷琰,等.肺癌骨痛的中西医结合治疗临床研究[J].世界中医药,2014,5(2):181-182.

[4] 董占飞,秦永德,王新华,等. 89Sr 联合 99Tc-MDP 内照射治疗肺癌骨转移疼痛的临床观察[J]. 标记免疫分析与临床,2012,19(4):197-200.

[5] 王银珂. 肺癌骨转移病人的舒适护理[J]. 全科护理, 2013,11(11):1012-1013.

[6] 石远凯. 美国国家癌症综合网非小细胞肺癌治疗指南 2008 年第二版介绍[J]. 中华肿瘤杂志,2008,30(5):397-400.

[7] 陈申,马锐. 肺癌骨转移的诊断进展[J]. 医学与哲学, 2014,23(14):51-54.

[8] Anjos MC, Souza CC, Cezar IM, et al. The use of PDCA method and quality tools in agribusiness management in Mato Grosso do Sul State[J]. Revista Agrarin, 2012, 5 (15):75-83.

[9] 朱慧,王志荣,凌勇武,等. PDCA 循环在临床路径质量管理中的应用[J]. 中国病案,2013,14(5):35.

[10] 谢春燕. PDCA 管理对腹腔镜胃癌根治术患者术后胃肠功能及生活质量的影响[J]. 广东医学,2015,14(8):1303-1305.

[11] 何梅,倪少波,李丽华. PDCA 循环管理联合个体化训练对脊髓损伤后神经源性膀胱患者康复效果的影响[J]. 中华现代护理杂志,2013,19(28):3472-3475.

(收稿日期:2015-09-18 修回日期:2015-12-15)

• 临床探讨 •

协同护理模式在消化性溃疡患者中的应用效果

王婉群,付晓荣(湖北省枣阳市第一人民医院内科 441200)

【摘要】 目的 研究协同护理模式在消化性溃疡患者中的应用效果。**方法** 选取 2014 年 7 月至 2015 年 4 月在该院接受治疗的 100 例消化性溃疡患者,分为干预组和对照组。对照组采用常规护理,观察组应用协同护理,对两组患者的自我管理、心理情绪、并发症、病死率和病状总有效率进行观察分析。**结果** 干预组进行协同护理模式以后,其自我管理(91.25%)、心理状态(95.55%)、疾病认识(92.33%)、护理满意度(100.00%),均明显优于对照组的自我管理(60.76%)、心理状态(65.74%)、疾病认识(64.32%)、护理满意度(69.25%),差异有统计学意义($P<0.05$)。干预组的总有效率为 96.0%,治愈率为 70.0%、显效率为 50.0%,有效率为 6.0%,无效率为 4.0%,优于对照组的总有效率为 96.0%,治愈率为 42.0%、显效率为 16.0%,有效率为 16.0%,无效率 26.0%,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组患者在并发症和病死率方面,干预组的并发率为 26.0%,病死率为 8.0%,对照组的并发率为 52.0%,病死率为 14.0%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 协同护理模式对治疗消化性溃疡患者,可以改善患者生活质量、提高患者自我护理能力,调动患者的积极性,减少并发症的发生,降低病死率,值得推广应用。

【关键词】 协同护理模式; 消化性; 溃疡; 应用效果
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.07.050 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)07-0978-03

消化性溃疡是消化系统常见病,病因和发病机制各不相同,通常认为消化性溃疡的发生是因为胃黏膜的损害因素和防御因素之间失衡导致的^[1],损害因素通常有:胃酸、幽门螺杆菌(Hp)、药物因素,此病治愈率高,但是复发率也高。协同护理因素在影响治愈率和复发率占有重要地位。协同护理模式是在责任制护理的基础上,发挥患者的自我护理能力,对患者有

效地鼓励和健康专业护理,充分利用各种人力财力资源^[2]。消化性溃疡临床上表现为上腹痛、出血、穿孔,严重者表现为灼痛、剧痛、幽门梗阻等严重的并发症。因此,对患者进行协同护理,有利于促进患者疾病的康复和疼痛的缓解^[3]。为了提高患者的自我管理和保健意识,本院利用协同护理模式在消化性溃疡患者中的应用,取得了满意效果,现报道如下。